

The Effects of Acceptance-Commitment Therapy on Behavior Impulsivity, Alexithymia and Disappointment in Depressed Patients

Gholamreza Sedigh Rad*

Parviz Asgari**

Alireza Hedari***

Naser Seraj Khorami****

Introduction

Depression is one of the most common psychological disorders. According to the World Health Organization, depressive disorder is the fourth most important health problem in the world. People with this disorder experience issues such as behaviour impulsivity, alexithymia and disappointment that are important to address. Various treatments have been proposed to improve these problems, one of which is acceptance-commitment therapy. The aim of this research was to study the effect of acceptance-commitment therapy on the behaviour impulsivity, alexithymia and disappointment in depressed patients.

Methods

Research method was a quasi-experimental one with a pre and post-test design with a control group. The sample includes 30 depressed patients (15 experimental group and 15 control group) who had the entry criteria for research, were selected by a randomized sampling method and the were requested to answer Barratt Impulsivity Behaviour scale (1994), Toronto Alexithymia Scale (1994) and Disappointment of Miler and Powers scale

* Ph.D. Student, Department of Health Psychology, Khorramshahr-Persian Gulf International Branch, Islamic Azad University, Khorramshahr, Iran.

** Associate Professor, Department of Psychology, Ahvaz Branch, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran. *Corresponding Author:* askary47@yahoo.com

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

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

(1988). The subjects in the two groups, before and after intervention, and one month later, answered to research instruments. Acceptance-commitment therapy was applied to experimental group, in 8 sessions (90 minutes each), based on Patertisa and Moran's Practical Guide to Acceptance-Commitment Therapy, but no intervention was carried out in control group. Descriptive statistics (mean and standard deviation) and inferential statistics (multiple analysis of covariance) were used for data analysis. Spss software version 26 was used for data analysis.

Results

The results of data analysis showed that acceptance-commitment therapy caused the decrease inbehaviour impulsivity, alexithymia and disappointment in depressed patients of experimental group in comparison to the control group. Also, there were significant differences between The effects of the acceptance-commitment therapy on the behaviour impulsivity, alexithymia and disappointment in depressed patients.

Conclusion

The findings indicated that acceptance-commitment therapy caused the decrease inbehaviour impulsively, alexithymia and disappointment in depressed patients. This finding is in line with research that has confirmed the effects of acceptance-commitment therapy on behavior impulsivity, alexithymia and disappointment. This finding can be used to treat depressed patients.

Keywords: Acceptance commitment therapy, Behaviour impulsively, Alexithymia, Disappointment, Depression.

Author Contributions: The current article have been extracted from Mr. Gholamreza Sedigh Rad's Ph.D. dissertation at the Department of Health Psychology, Khorramshahr-Persian Gulf International Branch, Islamic Azad University, supervised by Dr. Parviz Askari, and consulted by Dr. Alireza Heidari. All authors discussed the results, reviewed and approved the final version of the manuscript.

Acknowledgments: The authors express their gratitude to the counseling centers in Ahvaz who have helped us in this research.

Conflicts of Interest: The authors declare there is no conflict of interest in this article.

Funding: This article did not receive any financial support.

اثربخشی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش (ACT) در کاهش رفتارهای تکانشی، ناگویی خلقی و ناامیدی در بیماران افسرده مراکز مشاوره شهر اهواز

غلامرضا صدیق‌راد*

پرویز عسگری**

علیرضا حیدری***

ناصر سراج خرمی****

چکیده

هدف از پژوهش حاضر تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش رفتارهای تکانشی، ناگویی خلقی و ناامیدی در بیماران افسرده می‌باشد. طرح پژوهش حاضر مطالعه نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری بود. جامعه آماری کلیه بیماران افسرده مراکز مشاوره شهر اهواز بودند که تعداد ۳۰ نفر بیمار با روش نمونه‌گیری در دسترس و به طور تصادفی به صورت یک گروه آزمایشی و یک گروه گواه تخصیص یافتند. آزمودنی‌ها به مقیاس رفتارهای تکانشی بارت، آزمون ناگویی خلقی تورنتو و آزمون ناامیدی میلر به عنوان پیش‌آزمون و سپس پس‌آزمون پاسخ دادند. سپس گروه آزمایشی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای آموزش رویکرد درمانی مبتنی بر تعهد و پذیرش دریافت کرد. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از کوواریانس (مانکوا و آنکوا) استفاده شد. نتایج حاصل از تحلیل داده‌ها نشان داد، درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش باعث کاهش رفتارهای تکانشی، ناگویی خلقی و ناامیدی

* دانشجوی دکتری، گروه روان‌شناسی سلامت، واحد بین‌المللی خرمشهر- خلیج فارس، دانشگاه آزاد اسلامی، خرمشهر، ایران.

** دانشیار، گروه روان‌شناسی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران (نویسنده مسئول)

askary47@yahoo.com

*** دانشیار، گروه روان‌شناسی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران

**** استادیار، گروه روان‌شناسی، واحد ذوقول، دانشگاه آزاد اسلامی، ذوقول، ایران

بیماران افسرده گروه آزمایشی در مقایسه با گروه گواه شد و مشخص شد بین اثربخشی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر کاهش رفتارهای تکانشی، ناگویی خلقی و ناامیدی بیماران افسرده تفاوت معنی‌داری وجود دارد و درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر کاهش رفتارهای تکانشی، ناگویی خلقی و ناامیدی بیماران افسرده اثربخشی بیشتری داشت. بر اساس پژوهش حاضر می‌توان گفت که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌تواند به عنوان یک مداخله مؤثر برای کمک به بیماران افسرده جهت کاهش رفتارهای تکانشی، ناگویی خلقی و ناامیدی مورد استفاده قرار گیرد.

کلید واژگان: درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش، رفتارهای تکانشی، ناگویی خلقی، ناامیدی، افسردگی

مقدمه

افسردگی اختلالی همه‌گیر است، که بسیاری از افراد برهه‌ای از زندگی خود را به آن دچار می‌گردند (Taheri & Sajjadian, 2018). بر اساس گزارش‌های سازمان بهداشت جهانی، اختلال افسردگی چهارمین مشکل بهداشتی مهم در دنیا محسوب می‌شود و در حدود ۳۲۰ میلیون نفر در سراسر جهان از آن رنج می‌برند و هزینه‌های اقتصادی- اجتماعی بالایی به جامعه تحمیل می‌کند. بر اساس همین گزارش‌ها برآورد می‌شود تا سال ۲۰۲۰ افسردگی به‌عنوان دومین علت عمده بیماری بعد از بیماری‌های قلبی باشد (Park & Zarate, 2019). مشاهدات بالینی در مورد افراد افسرده، بیانگر این است که این افراد مواردی مانند هماهنگی با خلق افسرده، امورات منفی، موارد منفی مربوط به خاطرات گذشته و انتقادات و سرزنش‌های اطرافیان را بیشتر به یاد می‌آورند و رفتارهای تکانشی بالایی دارند و تکانشگری رفتاری در این افراد باعث اختلال شناختی، توجه و برنامه‌ریزی کمتر می‌شود و بنابراین باعث بازداری شناختی شده و روند تصمیم‌گیری در این افراد کند می‌شود (Park & Zarate, 2019).

مطالعات انجام‌شده در مورد تکانشگری رفتاری نشان می‌دهد که رفتارهای تکانشی^۱ هسته اصلی بسیاری از اختلال‌های روانی و خلقی می‌باشند (McCredie, Harris, Regan, Morey & Fields, 2020). تکانشگری‌های رفتاری دارای یک ساختار چندبُعدی بوده که باعث گرایش به زمان حال، ناتوانی در به تأخیر انداختن پاداش، مهارگسیختگی رفتاری، خطرپذیری، حس-جویی، حساسیت به پاداش، مستعد بودن به بی‌حوصلگی و ضعف تصمیم‌گیری می‌شود که مؤلفه‌های مهمی در بروز افسردگی هستند. باید اشاره کرد تکانشگری یک خطرپذیری ناآگاهانه

1- behaviour impulsively

است که موجب اختلال خلق می‌شود (Morrison, Smith, Ong, Lee, Friedel, Odum & et al, 2020). یکی از مشکلات بیماران افسرده به دلیل مشکلات هیجانی ناشی از بیماری ناتوانی در بیان هیجان‌ات یا ناگویی خلقی^۱ می‌باشد. در افراد افسرده ناتوانی در خلق موجب پریشانی هیجانی می‌شود. ناگویی خلقی در بیماران افسرده به دلیل بی‌نظمی در هیجان‌ات سبب ناتوانی در ابراز هیجان خشم، شادی و سبب کاهش سطح کیفیت هیجانی می‌شود. هنگامی که افراد از نظر هیجانی توانمند نباشند نمی‌توانند در هنگام رویارویی با چالش‌های بیماری سطح سلامت خود را بهبود بخشند (Smith, Kaszniak, Katsanis, Lane & Nielsen, 2019).

ناگویی خلقی به عنوان یک پدیده هیجانی - شناختی به اختلال خاص در کارکرد روانی اطلاق می‌شود که در نتیجه فرآیند بازداری خودکار اطلاعات، احساسات هیجانی به وجود می‌آید (Luminet, Bagby & Taylor, 2019). ناگویی خلقی قدرت درک، استفاده و سازماندهی هیجان‌ات را تضعیف می‌کند (Khodai, Bagheri & Khosropour, 2020). وجود ناگویی هیجانی در افراد ویژگی‌هایی چون ناتوانی در بازشناسی، توصیف کلامی هیجان‌ات شخصی، فقر شدید تفکر نمادین، آشکارسازی بازخوردها، احساس، تمایل و سابقه‌ها را محدود می‌کند. ناتوانی در به‌کارگیری احساسات به عنوان علائم مشکلات هیجانی، کاهش یادآوری رؤیاها، دشواری در تمایز بین حالات هیجانی و حس‌های بدنی، قیافه خشک و رسمی، فقدان جلوه‌های عاطفی چهره، ظرفیت محدود برای همدلی و خودآگاهی دارد که می‌تواند عملکرد فرد را تحت تأثیر قرار دهد و سبب اختلالات شناختی شود (Sifneos, 2013). در بیماران افسرده پیش‌بینی یک حالت و موقعیت خوب و خوشحال کننده بسیار ضعیف بوده و در این افراد به علت خلق افسرده زندگی بدون هدف و ناامیدی^۲ سبب احساس درماندگی می‌شود (Cuijpers, 2018).

ناامیدی در این افراد به این صورت هست که تجسم کردن روزهای خوب در آینده یا قبول داشتن تمامیت خود، زیستن به‌طور سالم، داشتن یک زندگی با مفهوم را تضعیف می‌کنند و نیز رهایی از گرفتاری و مشکلات را ناممکن می‌دانند (Ernst & Mellon, 2016). می‌توان بیان کرد که برای کاهش رفتارهای تکانشی، ناگویی خلقی، ناامیدی در بیماران افسرده درمان‌های غیردارویی می‌تواند تأثیرات شگرفی داشته باشد. همچنین برای کاهش رفتارهای تکانشی،

1- alexithymia

2- disappointment

ناگویی خلقی، ناامیدی می‌توان از رویکرد درمان مبتنی بر تعهد-پذیرش که در تحقیقات نشان داده شده نقش مؤثری در کاهش مشکلات شناختی-هیجانی دارد، استفاده نمود (Twohig & Levin, 2017).

درمان مبتنی بر تعهد-پذیرش یکی از رفتار-درمانی‌های مبتنی بر توجه و آگاهی است که اثربخشی آن برای درمان طیف گسترده‌ای از وضعیت‌های بالینی معلوم شده و فرض بر این دارد که فرآیندهای روان‌شناختی ذهن انسان اغلب مخرب و موجب رنج روان‌شناختی هستند. در درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بیان می‌شود تنها از طریق اقدام هشیارانه است که افراد می‌توانند یک زندگی پرمعنا بسازند. این درمان برای اداره تجربه‌های درونی مهارت‌های مؤثر بر توجه و آگاهی را به افراد می‌آموزد (Twohig & Levin, 2017). در این درمان ابتدا سعی می‌شود تا پذیرش روانی فرد در مورد تجارب ذهنی (افکار، احساس) افزایش یابد و نیز متقابل آن اعمال کنترل نامؤثر کاهش یابد. به بیمار آموخته می‌شود هرگونه عملی جهت کنترل یا اجتناب از این تجارب ذهنی ناخواسته بی‌اثر است یا اثر معکوس دارد و موجب تشدید آن‌ها می‌شود و باید (این تجارب را بدون هیچ‌گونه واکنش درونی یا بیرونی جهت حذف آن‌ها) به‌طور کامل پذیرفت. در قدم دوم بر آگاهی روانی فرد در لحظه حال افزوده می‌شود، یعنی فرد از تمام حالات روانی، افکار، رفتار خود در لحظه حال آگاهی می‌یابد. در مرحله سوم به فرد آموخته می‌شود که خود را از این تجارب ذهنی جدا سازد (جداسازی شناخت)، به نحوی که بتواند مستقل از این تجارب عمل کند. چهارم، تلاش برای کاهش تمرکز مفرط بر خود تجسمی داستان شخصی (مانند قربانی بودن) که فرد برای خود در ذهنش ساخته است. پنجم، کمک به فرد تا این که ارزش‌های شخصی اصلی خود را بشناسد، به‌طور واضح مشخص سازد و آن‌ها را به اهداف رفتاری خاص تبدیل کند (روشن‌سازی ارزش‌ها). در نهایت، ایجاد انگیزه جهت عمل متعهدانه یعنی فعالیت معطوف به اهداف، ارزش‌های مشخص شده به همراه پذیرش تجارب ذهنی. این تجارب ذهنی می‌تواند اضطراب، افکار افسرده‌کننده، افکار مرتبط به حوادث، هراس‌ها (ترس‌ها) باشد (Hacker, Stone, & MacBeth, 2016).

نتایج پژوهش‌های متعدد نشان می‌دهد که بیماران مبتلا به افسردگی به دلیل ادراک چالش‌های هیجان‌انگیز منفی، تعارضات شناختی-هیجانی (NejadFallah, 2018; Kiamanesh, 2019) و شرایط استرس‌زا (Taheri, 2019; Shafiee, 2018) رفتارهای تکانشی دارند (Assari, 2019).

بنابراین پژوهش حاضر با هدف اثربخشی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر اساس کاهش متغیرهای رفتارهای تکانشی، ناگویی خلقی و ناامیدی در بیماران افسرده مراکز مشاوره شهر اهواز انجام شد. با توجه به مسائل بیان شده، پژوهش حاضر به این سؤال پاسخ داده است که آیا آموزش مبتنی بر تعهد و پذیرش بر کاهش رفتارهای تکانشی، ناگویی خلقی و ناامیدی در بیماران افسرده مؤثر است؟

روش

جامعه آماری، نمونه و روش نمونه‌گیری

روش پژوهش بر مبنای هدف کاربردی جزء تحقیقات کمی و از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه همراه با پیگیری ۳۰ روزه بود. در این پژوهش جامعه آماری کلیه بیماران افسرده مراکز مشاوره شهر اهواز سال ۱۳۹۸-۱۳۹۹ بودند. روش نمونه‌گیری از نوع نمونه‌گیری هدفمند و تعداد نمونه ۳۰ نفر بودند که به صورت تصادفی ۱۵ نفر در گروه آزمایشی و ۱۵ نفر در گروه گواه قرار گرفتند. معیارهای ورود شامل حداقل مدت بیماری ۶ ماه، سکونت در شهر اهواز در زمان اجرای جلسات درمانی، توانایی حضور در جلسات درمانی، حداقل سطح تحصیلی دیپلم، عدم ابتلا به بیماری‌های شدید عصب‌شناختی-روانی مانند صرع، مشکلات بینایی، شنوایی شدید و نیز ملاک‌های خروج شامل ابتلا به اختلالات سایکوتیک، اختلالات شناختی-شخصیت، شروع روان‌درمانی دیگر به صورت همزمان، غیبت در بیش از دو جلسه درمانی در فرآیند درمان بود. در این پژوهش از آمار توصیفی (میانگین و انحراف معیار) و آمار استنباطی (تحلیل واریانس) و نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۶ استفاده شد.

ابزارهای پژوهش

پرسشنامه رفتار تکانشگری: پرسشنامه رفتار تکانشگری به وسیله Barat (1994) ساخته شده و دارای ۳۰ ماده است که شامل تکانشگری شناختی (ماده‌های ۱ تا ۱۰)، تکانشگری حرکتی (ماده‌های ۱۱ تا ۲۰)، و عدم برنامه‌ریزی (ماده‌های ۲۱ تا ۳۰) می‌باشد. ماده‌های این

پرسشنامه در مقیاس لیکرت تنظیم شده است که از ۱ (نبودن) تا ۴ (بسیار زیاد) نمره‌گذاری می‌شود. روایی پرسشنامه در پژوهش (Ghahreman 2019) با روش تحلیل عاملی در مجموع ۶۶/۰۱ درصد از واریانس آزمون تبیین شد که نشان‌دهنده روایی بالای پرسشنامه بود. Jasemi (2019) در تحقیقی روایی پرسشنامه را از طریق همبستگی با پرسشنامه اضطراب برای ابعاد بین ۰/۴۴ تا ۰/۴۹ و برای کل پرسشنامه ۰/۴۷ گزارش کرد که در سطح ۰/۰۰۱ معنی‌دار شدند و نشان داد پرسشنامه روایی بالایی دارد. (Ghahreman 2019) پایایی پرسشنامه را با روش‌های آلفای کرونباخ برای تکانشگری شناختی ۰/۸۷، تکانشگری حرکتی ۰/۸۸ و عدم برنامه‌ریزی ۰/۸۲ گزارش کردند. پایایی پرسشنامه توسط (Jasemi 2019) با روش آلفای کرونباخ برای تکانشگری شناختی، حرکتی و عدم برنامه‌ریزی به ترتیب ۰/۸۳، ۰/۸۵ و ۰/۸۷ گزارش کرد. در پژوهش حاضر پایایی پرسشنامه با روش آلفای کرونباخ برای تکانشگری شناختی ۰/۷۹، تکانشگری حرکتی ۰/۸۲ و عدم برنامه‌ریزی ۰/۸۰ به دست آمد.

پرسشنامه ناگویی خلقی: پرسشنامه ناگویی خلقی تورنتو توسط (Bagby et al. 1994) طراحی شده است که دارای ۲۰ ماده دارد و زیرمقیاس دشواری در تشخیص احساسات، دشواری در توصیف احساسات و تفکر با جهت‌گیری خارجی را ارزیابی می‌کند. خرده‌مقیاس اول شامل ۷ ماده می‌باشد (۱، ۳، ۶، ۷، ۹، ۱۳، ۱۴) که توانایی آزمودنی در شناسایی احساسات، تمایز احساسات با حس‌های بدنی را ارزیابی می‌کنند. زیرمقیاس دوم ۵ ماده دارد (۲، ۴، ۱۱، ۱۲، ۱۷) که توانایی مشخص در بیان احساسات و این‌که آیا قادر است احساسات خودش را در قالب لغات بیان کند یا خیر را می‌سنجد. خرده‌مقیاس سوم ۸ ماده دارد (۵، ۸، ۱۰، ۱۵، ۱۶، ۱۸، ۱۹، ۲۰) و میزان درون‌نگری، عمیق شدن فرد در احساسات درونی خود و دیگران را بررسی می‌کنند. شیوه نمره‌گذاری پرسشنامه بر اساس مقیاس لیکرت از ۱ (کاملاً مخالف) تا ۵ (کاملاً موافق) می‌باشد (Bagby et al., 1994). میزان پایایی این پرسشنامه با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۸۵ گزارش شده است (Narimani & Samadifard, 2017) در پژوهش حاضر کرونباخ در دامنه ۰/۸۷ به دست آمد.

پرسشنامه امیدواری: پرسشنامه امیدواری توسط (Miller and Powers 1988) ساخته شده است و شامل ۴۸ ماده است که حالت امیدواری و درماندگی را نشان می‌دهد و نحوه نمره‌گذاری

آن از ۱ (بسیار مخالف) تا ۵ (بسیار موافق) می‌باشد. دامنه نمرات از ۴۸ تا ۲۴۰ در متغیر است (Miller & Powers, 1988). در ایران یک پژوهش برای بررسی روایی از روش همبستگی استفاده کرد که نتیجه آن از طریق همبستگی با پرسشنامه شادکامی ۰/۴۰ در سطح ۰/۰۱ به دست آمد و نشان داد پرسشنامه روایی مناسبی دارد (Savari, Abasaian & Rashidpoor, 2015). این پژوهش همچنین پایایی پرسشنامه را با دو روش آلفای کرونباخ و تصنیف به ترتیب ۰/۹۵ و ۰/۹۴ به دست آورد که نشان داد پرسشنامه از پایایی مناسبی برخوردار است (Savari et al., 2015). در پژوهش حاضر پایایی پرسشنامه با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۵ به دست آمد.

جلسات درمان تعهد و پذیرش

جلسات مداخله درمان مبتنی بر تعهد- پذیرش بر اساس راهنمای عملی درمان مبتنی بر تعهد- پذیرش Bach and Moran، طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای روی گروه آزمایشی صورت پذیرفت. خلاصه جلسات به شکل ذیل بود:

جلسه اول: هدف این جلسه آشنایی و برقراری ارتباط، معرفی دوره آموزشی، اهداف و بیان انتظارات و اعتمادسازی بود و برگزاری پیش‌آزمون.

جلسه دوم: آشنایی با مفاهیم درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش، ایجاد بینش در بیماران نسبت به مشکلات، به چالش کشیدن افکار و هیجانات منفی آن‌ها.

جلسه سوم: آموزش امیدواری خلاقانه، آشنایی با ناراحتی‌ها، مشکلات ناشی از عدم کنترل سطح استرس.

جلسه چهارم: ایجاد پذیرش، ذهن‌آگاهی به‌واسطه رها کردن تلاش برای کنترل، ایجاد جداسازی شناختی، خلقی، هیجانی.

جلسه پنجم: آموزش و بحث درباره زندگی ارزش‌مدار.

جلسه ششم: آموزش و بحث درمورد انتخاب.

جلسه هفتم: تصریح ارزش‌ها، اعمال، درگیری با اشتیاق، تعهد.

جلسه هشتم: بحث درباره مفهوم بودن، جمع‌بندی و نظرخواهی، ارائه پیشنهادهاى نهایی.

اجرای پس‌آزمون، قرار به منظور پیگیری و ارزیابی بعد از درمان.

یافته‌ها

در این بخش نتایج تجزیه و تحلیل داده‌ها مطرح می‌شود. دامنه سنی شرکت‌کنندگان در پژوهش حاضر بین ۱۸ تا ۵۰ سال و حداقل سطح تحصیلات دیپلم، مدت بیماری حداقل ۶ ماه و محل سکونت در شهر اهواز بود.

یافته‌های توصیفی این پژوهش شامل شاخص‌های آماری مانند میانگین، انحراف معیار و تعداد آزمودنی‌های نمونه می‌باشد که برای کلیه متغیرهای مورد مطالعه در این پژوهش در جداول زیر ارائه شده است.

Table 1.

The mean and standard deviation results of performing pre-test and post-test of the dependant variables

Variable	Group	Pre-test		Post-test		Follow up		
		Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD	
behavior impulsively	motor	Experiment	60.31	53.4	80.13	65.1	26.12	43.1
		Control	30.66	4.04	32	3.01	29.06	3.69
	cognitive	Experiment	33.31	41.4	32.14	25.2	01.12	69.1
		Control	29.73	3.26	30.86	3.68	30.46	3.46
	non-planning	Experiment	40.35	35.1	26.14	40.2	33.12	63.1
		Control	34.80	3.37	32.46	3.15	33.06	2.98
Alexithymia	Experiment	66.80	18.6	46.26	62.3	60.24	09.5	
	Control	80.26	4.26	77.46	6.36	80.33	4.02	
Disappointment	Experiment	80.76	70.7	86.18	30.7	40.18	37.8	
	Control	69.60	6.03	70.26	5.44	71.33	3.82	

به منظور بررسی پیش‌فرض‌های نرمال بودن، برابری واریانس و همگنی کوواریانس به ترتیب از آزمون کولموگروف اسمیرنوف، آزمون لوین و آزمون M باکس استفاده شد. همچنین برای بررسی پیش‌فرض همگنی شیب رگرسیون نیز از تعامل بین متغیر پیش‌آزمون و مستقل مورد بررسی قرار گرفت. با توجه به عدم معنی‌داری هیچ یک از متغیرهای پژوهش در آزمون‌های ذکر شده، بنابراین پیش‌فرض‌های آزمون رعایت شده است.

برای بررسی فرضیه‌های پژوهش از روش تحلیل کوواریانس چندمتغیره مانکوا (MANCOVA) و تحلیل کوواریانس یک‌متغیره آنکوا (ANCOVA) در متن مانکوا استفاده شد که نتایج این آزمون‌ها در مراحل پس‌آزمون و پیگیری در جداول ۲ و ۳ گزارش شده است. همان‌طور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود سطوح معنی‌داری همه آزمون‌ها در دو مرحله

Table 2.

Results of the analysis of the multivariate covariance on average scores of the variables of the research

Test		Value	F	Df Assumption	df Error	P	Effect Size
Pill's trace	Post test	0.99	430.50	5	19	0.001	0.99
	Follow up	0.99	498.69	5	19	0.001	0.99
Wilk's lambda	Post test	0.01	430.50	5	19	0.001	0.99
	Follow up	0.01	498.69	5	19	0.001	0.99
Hotelling's trace	Post test	113.29	430.50	5	19	0.001	0.99
	Follow up	131.23	498.69	5	19	0.001	0.99
Roy's largest root	Post test	113.29	430.50	5	19	0.001	0.99
	Follow up	131.23	498.69	5	19	0.001	0.99

پس‌آزمون و پیگیری در سطح ۰/۰۱ معنی‌دار می‌باشد. این مسئله بیانگر آن است که میانگین آزمون‌ها از نظر حداقل یکی از نمرات رفتارهای تکانشی، ناگویی خلقی و ناامیدی در بیماران افسرده مراکز مشاوره شهر اهواز در دو گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و گواه در هر دو مرحله پس‌آزمون و پیگیری، تفاوت معنی‌داری وجود دارد. قابل ذکر است که آزمون لامبدای ویلکز در مرحله پس‌آزمون با مقداری برابر ۰/۰۱ و آزمون $F=۴۳۰/۵۰$ در مرحله پیگیری با مقداری برابر ۰/۰۱ و آزمون $F=۴۹۸/۶۹$ تفاوت معنی‌داری را میان نمرات رفتارهای تکانشی، ناگویی خلقی و ناامیدی در بیماران افسرده مراکز مشاوره شهر اهواز در دو گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و گواه و در دو مرحله پس‌آزمون و پیگیری در سطح معنی‌داری ۰/۰۱ نشان می‌دهد.

برای بررسی بیشتر میانگین نمرات رفتارهای تکانشی، ناگویی خلقی و ناامیدی در بیماران افسرده مراکز مشاوره شهر اهواز در دو گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و گواه در دو مرحله پس‌آزمون و پیگیری، از آزمون تحلیل کوواریانس یک‌متغیری (آنکوا) در متن مانکوا استفاده شده است که در جدول ۳ گزارش شده است.

چنان‌که در جدول ۳ ملاحظه می‌شود، مقدار F تأثیر اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش رفتارهای تکانشی شناختی، رفتارهای تکانشی حرکتی، رفتارهای تکانشی عدم برنامه‌ریزی، ناگویی خلقی و ناامیدی در بیماران افسرده مراکز مشاوره شهر اهواز در مرحله پس‌آزمون به ترتیب برابر با ۲۶۹/۸۶، ۱۱۳/۹۹، ۱۷۶/۹۰، ۴۰۳/۸۳ و ۱۳۱۶/۷۶ و در مرحله پیگیری برابر با ۱۲۰/۸۶، ۲۸۲/۴۰، ۳۴۰/۵۴، ۶۵۳/۷۵ و ۱۲۵۶/۱۴ می‌باشد که تمامی این مقادیر

Table 3.
Results of one-way ANCOVA covariance in the context of the MANCOVA on the variables of the reaserch

Variable		Sum of Squires	df	Mean of Sum of Squires	F	p	Effect Siza	
behavior impulsively	motor	Post test	1363.34	1	1363.34	2.8669	0.001	0.92
		Follow up	833.57	1	833.57	120.86	0.001	0.84
	cognitive	Post test	1186.66	1	1186.66	113.99	0.001	0.83
		Follow up	1715.64	1	1715.64	282.40	0.001	0.92
	non-planning	Post test	1436.25	1	1436.25	176.90	0.001	0.88
		Follow up	1774.31	1	1774.31	340.54	0.001	0.93
Alexithymia	Post test	9164.85	1	9164.85	403.83	0.001	0.94	
	Follow up	12820.49	1	12820.49	653.75	0.001	0.96	
Disappointment	Post test	49853.52	1	49853.52	1316.76	0.001	0.98	
	Follow up	50497.24	1	50497.24	1256.14	0.001	0.98	

از لحاظ آماری در سطح ۰/۰۱ معنی‌دار می‌باشند. بنابراین در مرحله پس‌آزمون، بین متغیرهای پژوهش گروه آزمایشی و گروه گواه تفاوت معنی‌داری وجود دارد و با توجه به میانگین‌های گزارش شده در جدول ۱، این تفاوت به نفع گروه آزمایشی می‌باشد و این تفاوت‌ها در مرحله پیگیری نیز باقی مانده است.

همچنین اندازه اثر متغیرهای رفتارهای تکانشی شناختی، رفتارهای تکانشی حرکتی، رفتارهای تکانشی عدم برنامه‌ریزی، ناگویی خلقی و ناامیدی در بیماران افسرده مراکز مشاوره شهر اهواز در مرحله پس‌آزمون به ترتیب برابر با ۰/۹۲، ۰/۸۳، ۰/۸۸، ۰/۹۴ و ۰/۹۸ و در مرحله پیگیری به ترتیب برابر با ۰/۸۴، ۰/۹۲، ۰/۹۳، ۰/۹۶ و ۰/۹۸ می‌باشد. به عبارتی در مرحله پس‌آزمون به ترتیب ۹۲، ۸۳، ۸۸، ۹۴ و ۹۸ درصد در مرحله پیگیری به ترتیب ۸۴، ۹۲، ۹۳، ۹۶ و ۹۸ درصد از تفاوت‌های فردی مربوط به تأثیر استفاده از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌باشد.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر کاهش رفتارهای تکانشی، ناگویی خلقی و ناامیدی بیماران افسرده مراکز مشاوره شهر اهواز اجرا شد. نتایج پژوهش حاضر نشان داد که، بین بیماران افسرده گروه آزمایشی و گروه گواه از لحاظ رفتار تکانشی شناختی، رفتار تکانشی حرکتی، رفتار تکانشی عدم برنامه‌ریزی، ناگویی خلقی و ناامیدی تفاوت معنی‌داری وجود دارد و مشخص شد درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش موجب کاهش

میزان رفتارهای تکانشی شناختی، حرکتی، عدم برنامه‌ریزی، ناگویی خلقی و ناامیدی بیماران افسرده گروه آزمایشی شد. نتایج این پژوهش با یافته‌های پژوهش (Assari (2018), Pakrad (2017), Shafiee, Kiamanesh (2019), Shahani (2019), Jasemi (2019), NejadFallah (2018), (2018)، (Nasseri et al. (2019)، Mousavi (2019)، Rezaei (2019) همسو می‌باشد.

در تبیین نتیجه به دست آمده می‌توان گفت افرادی که افسردگی دارند با توجه به نوع افکار خودآیند منفی که دارند، یک تصویر ذهنی منفی از خویش دارند که بر رفتار، احساس، هیجان و ارزش‌های فرد نسبت به خود اثر منفی می‌گذارد. نتایج به دست آمده در این پژوهش نشان داد که درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش می‌تواند رفتارهای تکانشی، ناگویی هیجانی و ناامیدی بیماران افسرده را کاهش دهد. می‌توان گفت که مداخله مبتنی بر تعهد و پذیرش به دلیل این که فرآیند روانی فرد در لحظه را افزایش می‌دهد، یعنی فرد از تمام حالات روانی، افکار و رفتار خود در لحظه حال آگاه شده و به فرد می‌آموزد که خود را از این تجارب ذهنی منفی جدا کند (جداسازی شناختی) به نحوی که بتواند به صورت مستقل از این تجارب عمل کند و باعث تصمیمات مخاطره‌آمیزی که هسته اصلی رفتارهای تکانشی هستند و می‌تواند زمینه‌ساز رفتارهای ناشایسته یا ناهنجار باشد، کاهش یابد و مداخله مبتنی بر تعهد و پذیرش با ارائه تکنیک تلاش برای کاهش تمرکز بر خودتجسمی (مانند احساس ناکامی و درماندگی) که فرد برای خود در ذهنش ساخته است، سبب شد عملکرد رفتاری که با کمترین تفکر نسبت به رفتارهای آینده، ناتوانی در بازداری خطرپذیری، بی‌حوصلگی، لذت‌جویی آنی و ناتوانی در برنامه‌ریزی کنترل شود و احساساتی چون خشم، ناتوانی در بیان هیجان و ناامیدی در این افراد کاهش یابد.

درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش با آموزش استفاده از راهبرد مقابله مناسب با اضطراب، اجتناب و پریشانی و ترس از ارزیابی منفی در این بیماران باعث شد این بیماران در مقابل هیجان منفی و ناملازمات اجتماعی دچار ناامیدی نشوند و با افزایش قدرت نگرش واقع‌بینانه و برقراری ارتباط متقابل با دیگران موجب شد احساس تنش یا ناتوانی در تنش‌زدایی، ناآرامی، بی‌قراری، گریز از ارتباطات معمول و دل‌مشغولی‌های مفرط که ناشی از ناتوانی در بیان هیجانات هستند، کاهش یابد. درمان تعهد و پذیرش با ایجاد پذیرش تجارب ذهنی، ارزیابی خلق، انتخاب پاسخ هیجانی مناسب و یکپارچه کردن هیجانات سبب جایگزینی نظام‌مند الگوهای هیجانی شد و موجب شد تا ناتوانی در به‌کارگیری احساسات، دشواری در تمایز بین

حالات هیجانی و فقدان بروز عاطفه در بیماران کاهش پیدا کند و ناگویی هیجانی بیماران را کاهش داد. این درمان با مهارت‌ها و توانایی‌هایی که در فرد ایجاد می‌کند سبب توانایی نظارت بیشتر بر افکار و احساسات خود و شناسایی توانایی‌های شخصی در برخورد با هیجانات منفی و مثبت شد و سبب گردید بیماران با تمرکز مثبت، برنامه‌ریزی منظم، ارزیابی شرایط، فرآیندهای ذهنی، انگیزشی و پذیرش خود، به خود اجازه دهند تا احساساتشان بهتر بروز پیدا کند و سطح سلامت و انسجام هیجانی خود را حفظ نمایند و میزان ناگویی هیجانی در این بیماران بهبود پیدا کند.

درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش همچنین با ایجاد انگیزه جهت عمل متعهدانه یعنی فعالیت معطوف به اهداف و ارزش‌های مشخص شده به همراه پذیرش تجارب ذهنی باعث گردید بیماران در مقابله با چالش‌ها اضطرابشان کاهش یابد و با کاهش این اضطراب زیربنای هدف بخشیدن به زندگی و پناهنده شدن به اصول معنوی و هدف، معنا دادن به زندگی که باعث اعتماد و اطمینان برای حل مشکلات می‌شود، تقویت شود و در نهایت موجب شد امیدواری بیماران افزایش یابد. می‌توان گفت، مداخله درمانی مبتنی بر تعهد و پذیرش در طول درمان به دلیل ارزیابی رفتار و خلق، انتخاب پاسخ جایگزین، انجام پاسخ‌های جایگزین، یکپارچه کردن این جایگزین‌های مناسب پاسخ‌دهی و همچنین ارزیابی کردن آن‌ها سبب شد شناخت ارتباط بین اقدامات و پیامدهای هیجانی و همچنین جایگزینی نظام‌مند الگوهای فکری متعهد و ارزشمند ارتقاء پیدا کند و سطح رفتارهای تکانشی را کاهش داد و با اصلاح ارزشمندی نسبت به خود از طریق سازماندهی فرآیند افکار موجب شد میزان ناگویی در بیان هیجانی، نداشتن معنا در زندگی و ناامیدی کاهش پیدا کند. در نتیجه می‌توان گفت، درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر کاهش رفتارهای تکانشی، ناگویی خلقی و ناامیدی بیماران افسرده تأثیر دارد.

یکی از محدودیت‌های این پژوهش استفاده از جامعه آماری بیماران افسرده مراکز مشاوره شهر اهواز است. لذا در تعمیم یافته‌های پژوهش به جوامع آماری دیگر باید جوانب احتیاط رعایت گردد. همچنین پیشنهاد می‌شود پژوهشی در راستای مقایسه درمان شناختی-رفتاری و درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش در کاهش رفتارهای تکانشی، ناگوئی خلقی و ناامیدی در بیماران افسرده یافت نشد و محدودیتی در راستای گزارش همسویی با نتایج تحقیق به وجود آمد. در پژوهش‌های

آتی مراکز مشاوره و درمانی به اثربخشی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش به دلیل اثر بیشترش بر بهبود رفتارهای تکانشی، ناگویی خلقی و ناامیدی توجه ویژه‌ای نمایند. همچنین با توجه به یافته‌های پژوهش پیشنهاد می‌گردد در کارگاه‌های آموزشی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش از طریق متولیان درمانی به درمانگران بیماران افسرده آموزش داده شود تا بتوان در جهت بهبود میزان رفتارهای تکانشی، ناگویی خلقی و ناامیدی بیماران اقدامات اساسی درمانی کرد.



سهم مشارکت نویسندگان: مقاله حاضر مستخرج از رساله دکتری آقای غلامرضا صدیق‌راد در گروه روان‌شناسی سلامت دانشگاه آزاد اسلامی واحد خرمشهر بین‌الملل - خلیج فارس، به راهنمایی دکتر پرویز عسگری و مشاوره دکتر علیرضا حیدرئی می‌باشد؛ همه نویسندگان نسخه نهایی مقاله را مورد بررسی قرار داده و تأیید نموده‌اند.

سپاسگزاری: نویسندگان مراتب تشکر خود را از مراکز مشاوره سطح شهر اهواز که در تکمیل این پژوهش مؤثر بوده‌اند اعلام می‌دارند.

تضاد منافع: نویسندگان اذعان می‌کنند که در این مقاله هیچ نوع تعارض منافی وجود ندارد.
منابع مالی: این مقاله از حمایت مالی برخوردار نبوده است.

References

- Assari, V. (2018). *The effectiveness of commitment-acceptance practice on the difficulty coefficient and impulsive behavior of depressed patients*. Master Thesis, Islamic Azad University of Tehran. [Persian]
- Bach, P. A., & Moran, D. J. (2008). *ACT in practice: Case conceptualization in acceptance and commitment therapy*. New Harbinger Publications.
- Bagby, R. M., Parker, J. D., & Taylor, G. J. (1994). The twenty-item Toronto Alexithymia Scale—I. Item selection and cross-validation of the factor structure. *Journal of Psychosomatic Research*, 38(1), 23-32.
- Barratt, E. S. (1994). *Impulsiveness and aggression*. In J. Monahan & H. J. Steadman (Eds.), *The John D. and Catherine T. MacArthur Foundation series on mental health and development. Violence and mental disorder: Developments in risk assessment* (61–79). The University of Chicago Press.
- Cuijpers, P. (2018). The challenges of improving treatments for depression. *Jama*, 320(24), 2529-2530.
- Ernst, M. M., & Mellon, M. W. (2016). *Acceptance and commitment therapy (ACT) to foster resilience in pediatric chronic illness*. In Child and adolescent resilience within medical contexts (193-207). Springer, Cham.
- Ghahreman, A. (2019). *The effectiveness of cognitive-behavioral therapy on impulsive behavior and stress in women with depression*. Master Thesis, Islamic Azad University of Ahvaz. [Persian]
- Hacker, T., Stone, P., & MacBeth, A. (2016). Acceptance and commitment therapy—do we know enough? Cumulative and sequential meta-analyses of randomized controlled trials. *Journal of Affective Disorders*, 190, 551-565.
- Jasemi, M. (2019). *The effect of commitment and acceptance therapy on the level of perceived stress, anxiety, impulsive behavior in women with depression*. Master Thesis, Islamic Azad University of Karaj. [Persian]
- Khodai, A., Bagheri, M., & Khosropour, F. (2020). The Relationship between Mindfulness, Self-differentiation and Borderline personality traits with the mediation role of Alexithymia. *Journal of Psychological Achievements*, 27(2), 49-68. [Persian]
- Kiamanesh, A. (2019). *The effect of commitment-based therapy on the level of emotional distress and death anxiety in depressed patients*. Master Thesis, Islamic Azad University of Tehran. [Persian].
- Luminet, O., Bagby, R. M., & Taylor, G. J. (Eds.). (2018). *Alexithymia: Advances in research, theory, and clinical practice*. Cambridge University Press.
- McCredie, M. N., Harris, B., Regan, T., Morev, L. C., & Fields, S. A. (2020). Development and validation of a validity scale for use with the

- UPPS-P and short UPPS-P Impulsive Behavior Scales. *Journal of Personality Assessment*, 1-18.
- Miller. J. F.. & Powers. M. J. (1988). Development of an instrument to measure hope. *Nursing Research*, 37(1), 6-10.
- Morrison. K. L.. Smith. B. M.. Ong. C. W.. Lee. E. B.. Friedel. J. E.. Odum. A.. ... & Twohig. M. P. (2020). Effects of acceptance and commitment therapy on impulsive decision-making. *Behavior Modification*, 44(4), 600-623.
- Mousavi, H. (2019). *The effect of commitment-acceptance therapy on metacognitive beliefs, hope of women with depression*. Master Thesis, Islamic Azad University of Ahvaz. [Persian]
- Narimani. M.. & Samadifard. H. (2017). The relationship of alexithymia and cognitive failure with spiritual health in male students of Ardabil Payame Noor University. *Health_Based Research*, 3(2), 163-173. [Persian]
- Nasseri, A., GhanbariHashemabadi, B., & TalebianSharaf, J. (2019). The effect of acceptance-commitment therapy on emotional disorder, mental health and hope in women with depression. *Clinical Psychology*, 8(30), 12-1. [Persian]
- NejadFallah, A. (2018). *The effect of commitment-acceptance therapy on impulsive behavior and resilience of depressed patients*. Master Thesis, Islamic Azad University of Karaj. [Persian]
- Pakrad, A. (2017). *The effectiveness of commitment-acceptance therapy on emotional order and impulsive behavior of patients with bipolar depression*. Master Thesis. Shahid Chamran University of Ahvaz. [Persian]
- Park. L. T.. & Zarate Jr. C. A. (2019). Depression in the primary care setting. *New England Journal of Medicine*, 380(6), 559-568.
- Rezaei, A. (2019). *The effect of commitment-acceptance therapy on resilience, emotional regulation and hope of depressed patients*. Master Thesis, Islamic Azad University of Karaj. [Persian]
- Savari. K.. Abasaian. S.. & Rashidnoor. A. (2015). The relationship between trust in God and joy with anxiety with the mediating role of hope. *Journal of Clinical Psychology Achievements*, 2(4), 75-96. [Persian]
- Shafiee, M. (2018). *The effect of commitment-acceptance therapy on stress and emotional malaise in women with depression*. Master Thesis, Islamic Azad University of Ahvaz. [Persian]
- Shahani, N. (2019). *The effect of commitment-acceptance therapy on emotional distress and stress in bipolar depressed patients*. Master Thesis, Islamic Azad University of Mashhad. [Persian]
- Sifneos, P. E. (2013). Alexithymia, clinical issues, politics and crime. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 69, 113-116.
- Smith. R.. Kaszniak. A. W.. Katsanis. J.. Lane. R. D.. & Nielsen. L. (2019). The importance of identifying underlying process abnormalities in

alexithymia: Implications of the three-process model and a single case study illustration. *Consciousness and Cognition*, 68, 33-46.

Taheri, G. (2019). *The effect of commitment-acceptance therapy on emotional distress and stress in depressed patients*. Master Thesis, Islamic Azad University of Tehran. [Persian]

Taheri, S., & Sajjadian, I. (2018). Effectiveness of mindfulness based cognitive therapy on fatigue, anxiety, and depression among staff with chronic fatigue syndrome. *Journal of Psychological Achievements*, 25(2), 129-150. [Persian]

Twohig, M. P., & Levin, M. E. (2017). Acceptance and commitment therapy as a treatment for anxiety and depression: A Review. *Psychiatric Clinics*, 40(4), 751-770.

