

Education Acceptance- Commitment Therapy on Dyfunctional Attitudes, Alexithymia of Depressed Women

Noroozi Mehmandoost Z¹, *Gholami Heydarabadi Z²

Author Address

1. MA, Department of General Psychology, Islamic Azad University, Tehran West Branch, Tehran, Iran;

2. Assistant Professor, Department of Psychology and Psychology, Faculty of Humanities, Islamic Azad University, Tehran West Branch, Tehran, Iran..

*Corresponding Author Email: Zahra6100@gmail.com

Received: 2019 June 12; Accepted: 2019 July 12

Abstract

Background & Objective: Depression is an emotional disorder characterized by changes in mood and excitement. This disorder is a chronic, recurrent, and potentially life-threatening disorder, with symptoms of dissatisfaction, loss of strength and past interests, low self-confidence, feelings of sadness and sin, changes in appetite, and sleep patterns. The prevalence of it in women is almost twice that of men and has the highest prevalence of life expectancy (about 17%) among psychiatric disorders. This impairment leads to personal and family harm, occupational destruction, and interpersonal communication, and generally does not have a focus on natural life. One of the effective factors in the emergence of depression, anxiety, and stress in individuals is based on cognitive models, cognitive distortions, and ineffective attitudes toward conditions. Ineffective attitudes, as an underlying factor in the onset of depression periods, are considered directly or as a vulnerability factor under perceived stress conditions. On the other hand, studies show the role of negative mood as a personality trait in diagnosing and describing emotions and depression. Mood clutter or emotional deficiency as a cognitive-emotional phenomenon refers to a specific disorder in mental function, which results from the process of automatic inhibition of information and emotional emotions. Many factors, including dysfunctional attitudes and mood disorders, affect the psychological state of depressed women. Therefore, this study aimed to determine the effectiveness of admission and commitment training on ineffective attitudes and mood disorder in depressed women.

Methods: In this descriptive, semi-experimental study with a pre-test-posttest-control design with the control group in 2019, 30 depressed women referred to the counseling center in Tehran's 4th district were selected through purposeful sampling and randomly assigned to the experimental and control groups (15 subjects for each group) were placed. The tools were the Beck Depression Inventory (1979), Ellis's inefficient attitudes (1978), and Goughby and colleagues (1994). Admission and commitment therapy conducted in eight sessions for the experimental group, but no intervention used for the control group, and from both groups, the pre-test and post-test performed. Data were analyzed by SPSS 22 using descriptive statistics and covariance analysis ($\alpha=0.01$).

Results: The results showed that the mean scores of the experimental group compared with the control group in inefficient attitudes and its components (100.50 ± 30.22 , 87.58 ± 28.93) and mood (65.16 ± 6.42), the mean differences were statistically significant ($p < 0.001$).

Conclusion: Based on the results of this study, it can be concluded that admission and commitment therapy has been effective in decreasing dysfunctional attitudes and depression in depressed women. Therefore, the use of commitment and acceptance approach as an effective method in health centers can be implemented effectively. Thus, the use of admission and commitment therapy can help people to improve their psychological characteristics; therefore, counselors, therapists, and clinical psychologists can use the admission and commitment treatment method to reduce inefficient attitudes and mood disorders.

Keywords: Acceptance- Commitment Therapy, Dyfunctional Attitudes, Alexithymia, Depressed Women.

اثربخشی آموزش پذیرش و تعهد بر نگرش‌های ناکارآمد و ناگویی خلقی زنان افسرده زهره نوری مهمان‌دوست^۱، * زهره غلامی حیدرآبادی^۲

توضیحات نویسندگان

۱. کارشناس ارشد، گروه روان‌شناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تهران غرب، تهران، ایران؛
۲. استادیار گروه روان‌شناسی و مشاوره، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تهران غرب، تهران، ایران.
* رابانامه نویسنده مسئول: Zahra6100@gmail.com

تاریخ دریافت: ۲۲ خرداد ۱۳۹۸؛ تاریخ پذیرش: ۲۱ تیر ۱۳۹۸

چکیده

زمینه و هدف: عوامل زیادی از جمله نگرش‌های ناکارآمد و ناگویی خلقی، وضعیت روان‌شناختی زنان افسرده را تحت تأثیر قرار می‌دهد. لذا هدف پژوهش حاضر، تعیین اثربخشی آموزش پذیرش و تعهد بر نگرش‌های ناکارآمد و ناگویی خلقی زنان افسرده بود.

روش بررسی: در این پژوهش کاربردی از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه گواه در سال ۱۳۹۷، تعداد ۳۰ نفر از زنان افسرده مراجعه‌کننده به مرکز مشاوره راه بهتر، در ناحیه ۴ تهران به صورت نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شده و به صورت تصادفی در گروه‌های آزمایش و گواه قرار گرفتند. برای جمع‌آوری داده‌های پژوهش از پرسشنامه‌هایی افسردگی بک (۱۹۷۹)، نگرش‌های ناکارآمد الیس (۱۹۷۸) و مقیاس ناگویی خلقی بگی و همکاران (۱۹۹۴) استفاده شد. مداخله درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد در هشت جلسه برای گروه آزمایش برگزار شد، ولی برای گروه گواه هیچ مداخله‌ای اعمال نگردید و از هر دو گروه پیش‌آزمون و پس‌آزمون به عمل آمد. داده‌ها به کمک نرم‌افزار SPSS-22 و با استفاده از آمار توصیفی و آزمون تحلیل کوواریانس تجزیه و تحلیل آماری شدند؛ سطح معناداری ۰/۰۱ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد میانگین نمرات گروه آزمایش در مقایسه با گروه گواه در نگرش‌های ناکارآمد و مؤلفه‌های آن ($390/22 \pm 30/50$ و $28/93 \pm 8/58$) و ناگویی خلقی و مؤلفه‌های آن ($65/16 \pm 6/42$ و $55/08 \pm 7/86$) کاهش یافت که این تفاوت‌ها از لحاظ آماری معنادار بود ($p < 0/001$).

نتیجه‌گیری: بر اساس نتایج پژوهش می‌توان گفت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در کاهش نگرش‌های ناکارآمد و ناگویی خلقی زنان افسرده مؤثر است. **کلیدواژه‌ها:** پذیرش و تعهد، نگرش‌های ناکارآمد، ناگویی خلقی، زنان افسرده.

افسردگی اختلالی عاطفی است که با دگرگونی‌های خلق و هیجان مشخص می‌شود. این اختلال، بیماری مزمن، عودکننده و به‌طور بالقوه تهدیدکننده در زندگی است و با علائم نارضایتی، ازدست‌دادن توان و علایق گذشته، اعتمادبه‌نفس پایین، احساس غم و گناه، تغییر در اشتها و الگوی خواب همراه است (۱). شیوع آن در زنان تقریباً دو برابر مردان است و در بین اختلالات روان‌پزشکی بالاترین شیوع طول عمر (حدود ۱۷ درصد) را داشته است (۲). از سوی سازمان بهداشت جهانی، افسردگی رتبه پنجم صرف هزینه‌ها را به خود اختصاص داده که تخمین زده‌شده تا سال ۲۰۲۰ افسردگی دومین بیماری پس از بیماری‌های قلبی عروقی خواهد بود که سلامتی و حیات انسان را در سراسر جهان تهدید خواهد کرد (۳). این اختلال به آسیب‌های فردی و خانوادگی، تخریب شغلی و ارتباطات بین فردی و به‌طور کلی نداشتن تمرکز بر زندگی طبیعی منجر می‌شود. در مجموع در زمینه پیامدهای افسردگی، بنا به تأکید سازمان بهداشت جهانی، افسردگی دومین عامل اصلی ناتوانی و اختلال در عملکرد فرد در میان تمام مشکلات مربوط به سلامت فردی است (۴).

یکی از عوامل مؤثر در پیدایش افسردگی، اضطراب و استرس در افراد بر اساس مدل‌های شناختی، تحریف‌های شناختی و نگرش‌های ناکارآمد به شرایط است. نگرش‌های ناکارآمد به‌عنوان عاملی زمینه‌ساز در شروع دوره‌های افسردگی به‌صورت مستقیم یا به‌عنوان یک عامل آسیب‌پذیری، تحت شرایط فشارزای محیطی تلقی شده است (۵،۶). نگرش‌های ناکارآمد، فرض‌ها و باورهای سوگیرانه‌ای هستند که فرد به خود، جهان، اطراف و آینده دارد. این نگرش‌ها موجب سوگیری ادراک فرد از رویدادها شده و احساسات و رفتارهای او را تحت تأثیر قرار می‌دهند و فرد را مستعد افسردگی و سایر آشفتگی‌های روان‌شناختی می‌کنند (۷). تعامل نگرش‌های ناکارآمد با وقوع حوادث منفی، در پیش‌بینی آغاز دوره افسردگی اساسی و با افزایش علائم روان‌شناختی، وقتی که نگرش‌های ناکارآمد از آستانه خاصی تجاوز کند، گزارش شده است (۸). در پژوهشی که توسط دولتی و همکاران انجام شد به این نتیجه رسیدند که نگرش‌های ناکارآمد، آسیب‌پذیری را به خلق افسرده پس از زایمان، شدت می‌بخشد (۹). در مطالعه‌ای که توسط والش و همکاران درباره نگرش‌های ناکارآمد انجام شد، نشان داد که نگرش‌های ناکارآمد در استرس درک‌شده و خلق‌وخوی منفی نوجوانان باردار تأثیرگذار است (۱۰).

از طرفی مطالعات از نقش ناگویی خلقی عنوان یک صفت شخصیتی در بروز مشکلاتی در تشخیص و توصیف احساسات و افسردگی حکایت دارند، (۱۱،۱۲). ناگویی خلقی یا نارسایی هیجانی به‌عنوان پدیده‌ای هیجانی شناختی به اختلال خاص در کارکرد روانی اطلاق می‌شود که در نتیجه فرآیند بازداری خودکار اطلاعات و احساسات هیجانی به وجود می‌آید. برخی محققان اختلال در سیستم لیمبیک، جانبی شدن ناپه‌نچار مغز یا اشکال در کارآمدی ارتباط بین نیم‌کره‌ای را در ایجاد آن مؤثر دانسته‌اند (۱۳). ناگویی خلقی مفهومی چندبعدی است و برخی ابعاد آن وابسته به حالت هستند، این ابعاد شامل دشواری در تشخیص و شناسایی احساسات، دشواری در بیان و

توصیف احساسات و تمرکز بر تجارب بیرونی است (۱۴). میزان شیوع ناگویی خلقی در اختلال استرس پس از سانحه ۴۰ درصد، در بی‌اشتهایی عصبی ۶۳ درصد، در پراشتهایی عصبی ۵۶ درصد، در افسردگی اساسی ۴۵ درصد، در اختلال هراس ۳۴ درصد و در سوءمصرف مواد ۵۰ درصد گزارش گردیده است (۱۵).

ازجمله درمان‌هایی که می‌تواند بر کاهش ناگویی خلقی و افکار ناکارآمد مؤثر باشد و تاکنون چندان موردتوجه پژوهشگران قرار نگرفته، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) است. پذیرش و تعهد مداخله‌ای روان‌شناختی است که راهبردهای مبتنی بر آگاهی و پذیرش را همراه با راهبردهای تعهد و تغییر رفتار به‌منظور افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی به کار می‌گیرد (۱۶). هدف ACT ایجاد تغییر مستقیم در مراجع نیست، بلکه هدف آن، کمک به مراجع است تا بتواند به روش‌های متفاوتی با تجاربش ارتباط برقرار کند و قادر شود به‌طور کامل با زندگی معنادار و مبتنی بر ارزش درگیر شود. هدف ACT افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و رفتاری در زمینه‌هایی است که اجتناب تجربه‌ای غلبه دارد و فرد را از زندگی اساسی بازمی‌دارد. انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، توانایی فرد در انتخاب عملی در گزینه‌های مختلف که مناسب‌تر است را افزایش می‌دهد نه انتخاب عملی را که صرفاً برای اجتناب از افکار، احساسات یا خاطره‌های آشفته ساز انجام می‌شود، بر فرد تحمیل نماید (۱۷). در این رویکرد، درمان از طریق پذیرش، ناهم‌جویشی شناختی، خود به‌عنوان زمینه، ارتباط توجه آگاهانه با زمان حال، ارزش‌ها و تعهد به عمل که در نتیجه این شش مفهوم اصلی، به انعطاف‌پذیری روان‌شناختی خواهیم رسید، شکل می‌گیرد. درواقع ACT یک رویکرد بافت‌گرا است که با مراجع به چالش می‌پردازد تا افکار و احساسات خود را پذیرفته و به تغییرات لازم متعهد شود. هسته اساسی تغییر در ACT، تغییر در رفتارهای کلامی درونی و بیرونی است؛ ACT معتقد است که درگیرشدن با هیجانات، باعث بدتر شدن آن‌ها می‌شود (۱۸).

یافته‌های پژوهش عباسی و همکاران نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تحمل ناکامی و نگرش‌های ناکارآمد مادران دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی تأثیر دارد (۱۹). در همین راستا نتایج پژوهش شیدایی اقدم و همکاران نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش افکار ناکارآمد و پریشانی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس مؤثر است (۲۰). همچنین پژوهش تیلکی و همکاران نشان داد که آموزش پذیرش و تعهد بر انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و ناگویی خلقی زنان مبتلا به درد مزمن تأثیر مطلوبی دارد (۲۱). همچنین یافته‌های پژوهش یونسسی و همکاران بیانگر این بود که آموزش پذیرش و تعهد (ACT) بر کاهش نارسایی هیجانی زنان در معرض طلاق مؤثر است (۲۲).

از آنجایی که بسیاری از پژوهش‌ها نگرش‌های ناکارآمد و ناگویی خلقی را به‌عنوان عامل زمینه‌ساز و متغیر میانجی‌گر در اختلال‌های مختلفی همچون، افسردگی نشان دادند، لذا می‌توان با استفاده از برنامه‌های پیشگیرانه و مداخله، به ارتقای بهداشت و سلامت زنان افسرده کمک کرد؛ از سویی همان‌طور که مرور پیشینه پژوهش نشان داد، در زمینه تأثیر مداخله پذیرش و تعهد بر متغیرهای وابسته در جامعه هدف

مطالعه‌ای به صورت مستقیم انجام نشده و خلأ پژوهشی در این زمینه احساس می‌شود، از این رو مطالعه حاضر با هدف تعیین اثربخشی آموزش پذیرش و تعهد بر نگرش‌های ناکارآمد و ناگویی خلقی زنان افسرده انجام گردید.

۲ روش بررسی

روش تحقیق حاضر از نظر هدف، کاربردی و از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعه آماری شامل تمامی زنان مراجعه‌کننده به مرکز مشاوره راه بهتر واقع در ناحیه ۴ تهران، در پاییز سال ۱۳۹۷ به تعداد ۱۴۵ نفر بودند. سی نفر نمونه (حداقل نمونه برای طرح‌های آزمایشی در هر گروه ۱۵ نفر کفایت می‌کند) (۲۳) بر اساس مصاحبه نیمه‌ساختاریافته توسط مشاوران مرکز و کسب نمره‌های بیشتر از یازده در آزمون افسردگی بک، به شیوه نمونه‌گیری هدفمند انتخاب گردیدند و تصادفی در دو گروه قرار گرفتند. معیارهای ورود آزمودنی‌ها داشتن سن بین ۲۵ تا ۵۰ سال، عدم ابتلا به اختلال‌های حاد روانی، عدم ابتلا به بیماری‌های جسمی، داشتن حداقل سواد، رضایت آگاهانه بودند و معیارهای خروج شامل عدم همکاری برای شرکت در جلسات آموزشی و غیبت بیش از دو جلسه بود. ابزار گردآوری اطلاعات شامل پرسشنامه‌های زیر بود:

۱. پرسشنامه افسردگی بک: برای سنجش افسردگی جهت تشخیص داشتن ملاک ورود به آزمون، از دومین نسخه تجدیدنظرشده پرسشنامه افسردگی بک در سال (۱۹۹۶) با بیست و یک سؤال و با مقیاس پاسخ‌گویی صفر تا ۳ استفاده شد. دامنه نمرات بین صفر تا ۶۳ قرار دارد که سطح افسردگی را طبقه‌بندی می‌کند (نمره صفر تا ۹: نشانه بهنجار بودن، نمره ۱۰ تا ۱۹: نشانه افسردگی خفیف، نمره ۲۰ تا ۲۹: نشانه افسردگی متوسط و نمره ۳۰ به بالا: نشانه افسردگی شدید) (۲۴). بک در سال ۱۹۹۶ اعتبار آزمون را ۰/۹۶ گزارش نمود (۲۴). در ایران دابسون و محمدخانی در سال ۱۳۸۶ ضریب آلفای ۰/۹۳ برای دانشجویان و ضریب بازآزمایی به فاصله یک هفته را ۰/۹۳ گزارش نمودند؛ همچنین نتایج حاصل از تحلیل عاملی، سنجش اعتبار و روایی پرسشنامه افسردگی بک-۲ حکایت از کارایی آن داشت (۲۵). در پژوهش حاضر میزان پایایی به روش همسانی درونی (ضریب آلفای کرونباخ) ۰/۸۴ به دست آمد.

۲. پرسشنامه نگرش‌های ناکارآمد: پرسشنامه ۵۰ سؤالی نگرش‌های ناکارآمد توسط الیس در سال (۱۹۷۸) تهیه و تدوین شده است. نمره‌گذاری پرسشنامه به صورت طیف لیکرت (۱ = کاملاً موافق، ۶ = کاملاً مخالف) است، اما سؤال‌های ۱، ۴، ۱۰، ۱۳، ۱۷، ۲۰، ۲۲، ۲۵، ۲۶، ۲۸، ۳۴، ۳۸، ۴۲، ۴۶ و ۴۹ به طور معکوس نمره‌گذاری می‌شوند (۲۶) و پنج بُعد فاجعه‌نمایی، خویش‌شناسی، باید‌های دیگر مدار، تحمل پایین ناکامی و خودارزش‌گذاری را می‌سنجند (۲۶). الیس اعتبار کل پرسشنامه را به روش بازآزمایی ۰/۹۲ و برای خرده‌مقیاس‌ها از ۰/۶۴ تا ۰/۸۰ گزارش نمود (۲۶). در پژوهش هاشمی برزآبادی روایی محتوایی پرسشنامه مطلوب گزارش شده

است. همچنین پایایی آن به روش آلفای کرونباخ ۰/۹۰ بیان گردیده است (۲۷). در پژوهش حاضر پایایی کل به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۱ به دست آمد.

۳. پرسشنامه ناگویی خلقی: پرسشنامه بیست‌سؤالی ناگویی خلقی تورنتو توسط بگی و همکاران در سال (۱۹۹۴) طراحی شد (۲۸). این آزمون ۲۰ عبارت دارد و سه مقیاس دشواری در تشخیص احساسات، دشواری در توصیف احساسات و تفکر عینی را در اندازه‌های پنج‌درجه‌ای لیکرت (از نمره کاملاً مخالف=۱ تا نمره کاملاً موافق=۵) اندازه‌گیری می‌کند. ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو در پژوهش‌های متعدد بررسی و تأیید شده است (۲۹). در نسخه فارسی مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو ضرایب آلفای کرونباخ برای ناگویی هیجانی کل و سه زیر مقیاس دشواری در توصیف احساسات، دشواری در تشخیص احساسات و تفکر عینی به ترتیب ۰/۸۵، ۰/۸۲، ۰/۷۵ و ۰/۷۲ محاسبه شد که نشانه همسانی درونی خوب مقیاس است. روایی هم‌زمان مقیاس ناگویی هیجانی هم برحسب همبستگی بین زیرمقیاس‌های این آزمون و مقیاس‌های هوش هیجانی، بهزیستی روان‌شناختی و درماندگی روان‌شناختی بررسی و تأیید شد (۳۰). در پژوهش حاضر پایایی کل به روش آلفای کرونباخ ۰/۷۳ به دست آمد.

با رعایت ملاحظات اخلاقی و بیان اهداف پژوهش و کسب اجازه از افراد مراجعه‌کننده به مرکز مشاوره راه بهتر، رضایت آن‌ها جهت شرکت در این پژوهش اخذ شد. سپس آزمون افسردگی توسط افراد نمونه تحقیق تکمیل گردید و آزمودنی‌های با نمره بالا در پرسشنامه افسردگی شناسایی شده و با آن‌ها مصاحبه بالینی انجام گردید. سپس بیماران افسرده به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه گمارده شدند. ضمن توجه آزمودنی‌ها و بیان اهداف پژوهش، از آزمودنی‌ها درخواست شد تا در دوره درمان این اختلال شرکت نمایند. قبل از شروع روش آموزشی، هر دو گروه مطالعه تحت پیش‌آزمون قرار گرفتند و از آن‌ها خواسته شد تا پرسشنامه‌های موردنظر را تکمیل نمایند. گروه آزمایش تحت مداخله پذیرش و تعهد هیز و همکاران (۳۱) قرار گرفت. مدت جلسات درمانی شامل هشت جلسه شصت دقیقه‌ای بود و در هفته دو بار اجرا می‌گردید؛ اما گروه گواه آموزشی دریافت نکرد. پس از پایان جلسات آموزشی از هر دو گروه پس‌آزمون گرفته شد. خلاصه جلسات آموزشی در جدول ۱ آمده است. جهت تجزیه و تحلیل داده‌های به دست آمده و متناسب با سطح سنجش داده‌ها و مفروضات آماری، از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۲ و پس از برقراری پیش‌فرض‌های آماری از آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره جهت تحلیل داده‌ها استفاده شد (بررسی پیش‌فرض‌ها: نرمال بودن توزیع نمرات با استفاده از آزمون کولموگروف-اسمیرنوف، همسانی ماتریس کوواریانس‌ها با استفاده از آزمون ام‌باکس، یکسان بودن شیب خط رگرسیونی و همگنی واریانس‌ها با استفاده از آزمون لوین).

جدول ۱. خلاصه جلسات درمان تعهد و پذیرش هیز و همکاران (۳۱)

جلسه	محتوای جلسه	هدف	تکلیف
۱	معرفی اعضای گروه، قوانین و بحث درباره مدل ACT، به کارگیری از استعاره دو کوه توسط درمانگر برای ایجاد رابطه گرم و همنا و قابل اعتماد.	کسب توافق آگاهانه و برقراری اتحاد درمانی.	ارائه کاربرگ DOTS. راه حل های به کار گرفته شده و تأثیرات آن ها در بلندمدت.
۲	آموزش روان شناختی درباره هیجانات و ریشه های تحولی آن (هیجانات اصلی و نام گذاری)، تبیین تجارب درونی و تجارب بیرونی؛ تصریح ناکارآمدی کنترل رویدادهای منفی، به کارگیری از استعاره (استعاره مردی در گودال، طناب کشی با هیولا)؛ توهم کنترل استعاره برای مثال به این موضوع فکر نکن؛ آموزش تمثیل طوفان هیجانی و لنگر انداختن.	جهت کاهش و تضعیف کنترل هیجانی و تسهیل تمایل به هیجانات و تجارب منفی.	ثبت مواردی که در مراجعان موفق به کنار گذاشتن شیوه های ناکارآمد کنترل شده اند.
۳	آموزش جدا کردن ارزیابی از تجارب شخصی (استعاره صندلی بد)؛ نام گذاری افکار و احساسات جسمانی با استفاده از استعاره (من این فکر را دارم).	ارزش ها به عنوان راهنمای مداوم اعمال؛ اتخاذ موضع مشاهده افکار بدون قضاوت.	ثبت مواردی که مراجعان موفق به مشاهده و عدم ارزیابی تجارب و هیجانات شده اند.
۴	روشن ساختن تفاوت بین ارزش ها و اهداف و به کارگیری از استعاره های (استعاره معروف قطب نمای زندگی)؛ به کارگیری استعاره ها (استعاره شطرنج، آسمان و آب و هوا)؛ آموزش روان شناختی درباره مفهوم توجه آگاهی (تمرکز محدود و تمرکز گسترده، به کارگیری از استعاره ها و یک تمرین تجربی)؛ تمرین تنفس توجه آگاهانه، مراقبه دست ها.	تأکید بر نقش انتخاب در زمینه های ارزش مورد نظر مراجعان (استعاره اسکی بازی).	ارائه فایل صوتی (mp3) - مراقبه کشمش.
۵	مراقبه برگ های رودخانه، روشن سازی ارزش ها و ارتباط با آن ها و با به کارگیری استعاره جشن تولد هشتاد سالگی و برگه ارزش های رایج.	پایه ای برای هم جوشی زدایی و پذیرش حضور در لحظه.	مراجعان چه زمانی بر اساس ارزش هایشان عمل می کنند و تفاوت ها را حس می کنند.
۶	تمرین تنفس توجه آگاهانه؛ باز کردن فرایند پذیرش هیجانات (جسمانی سازی)؛ تعیین اهداف مبتنی بر ارزش ها و استفاده از استعاره (استعاره باغبانی و غیره).	کشف و جستجوی رویدادهای شخصی درونی که در رابطه با علائم برانگیخته می شود.	در فاصله بین جلسات در صورت تمایل به محض تشخیص کشمکش با احساساتشان تمرین را آغاز و مراحل را یادداشت کنند.
۷	تمرین تنفس توجه آگاهانه؛ موانع را با استفاده از الگوی FEAR (هم جوشی، اهداف افراطی، اجتناب از ناراحتی و دوری از ارزش ها) تشخیص دهند و سپس آن ها را با الگوی DARE (هم جوشی زدایی، پذیرش ناراحتی، اهداف واقع گرایانه و در آغوش گرفتن ارزش ها) هدف قرار دهند.	ایجاد الگویی برای بازگشت مجدد به ارزش ها و برنامه ریزی برای تعهد به پیگیری ارزش ها.	گزارش از گام های پیگیری ارزش ها و اندیشیدن پیرامون دستاوردهای جلسات.
۸	جمع بندی مفاهیم بررسی شده در طی جلسات، درخواست از اعضا برای توضیح دستاوردهایشان از گروه و برنامه آن ها برای ادامه زندگی و اجرای پس آزمون		

۳ یافته ها

بر اساس نتایج توصیفی در پژوهش حاضر در گروه آزمایش شش نفر زیر دیپلم (۴۰ درصد)، پنج نفر دیپلم (۳۳/۳۳ درصد)، سه نفر لیسانس (۲۰ درصد) و یک نفر فوق لیسانس (۷/۶۷ درصد) بودند، اما در گروه گواه پنج نفر زیر دیپلم (۳۳/۳۳ درصد)، چهار نفر دیپلم (۲۶/۶۶ درصد)، چهار نفر لیسانس (۲۶/۶۶ درصد) و دو نفر فوق لیسانس (۱۳/۳۳ درصد) بودند. پس از تأیید مفروضات آماری (نرمال بودن توزیع نمرات با استفاده از آزمون کولموگروف - اسمیرنوف، همسانی ماتریس کوواریانس ها با استفاده از آزمون ام باکس، یکسان بودن شیب خط رگرسیونی و همگنی واریانس ها با استفاده از آزمون لوین) از آزمون تحلیل کوواریانس استفاده شد.

جدول ۲. شاخص‌های توصیفی متغیرهای نگرش‌های ناکارآمد و ناگویی خلقی در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون به تفکیک دو گروه آزمایش گواه به همراه نتایج آنالیز کوواریانس با تعدیل اثر پیش‌آزمون

متغیر	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		مقایسه پس‌آزمون		
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	F	P	مجذور اتا
فاجعه‌نمایی	آزمایش	۱۰۰/۵۵	۳۰/۲۲	۸۷/۵۸	۲۸/۹۳	۱۴/۹۶۱	<۰/۰۰۱	۰/۰۸۷
	گواه	۹۶/۵۴	۲۸/۲۲	۹۸/۴۱	۲۸/۴۹			
خوشتن‌مدار	آزمایش	۴۳/۲۴	۲۱/۲۸	۳۷/۶۶	۱۷/۶۸	۹۸/۵۵۶	<۰/۰۰۱	۰/۱۱۳
	گواه	۴۲/۷۵	۱۵/۹۶	۴۲/۳۴	۱۵/۱۹			
بایدهای دیگرمدار	آزمایش	۱۹/۷۵	۸/۷۹	۱۵/۴۱	۸/۶۴	۳۱/۷۳۱	<۰/۰۰۱	۰/۱۳۵
	گواه	۲۱/۰۸	۶/۳۴	۱۹/۶۶	۶/۶۱			
تحمل پایین ناکامی	آزمایش	۱۷/۵۸	۵/۲۴	۱۶/۰۸	۵/۱۳	۲۸/۴۵۲	<۰/۰۰۱	۰/۱۸۶
	گواه	۱۹/۳۳	۶/۰۲	۱۹/۹۱	۵/۰۵			
نگرش‌های ناکارآمد	آزمایش	۱۰۰/۵۰	۳۰/۲۲	۸۷/۵۸	۲۸/۹۳	۳۷/۵۰	<۰/۰۰۱	۰/۱۸۳
	گواه	۹۶/۵	۲۸/۲۲	۹۸/۴۱	۲۸/۴۹			
خودارزش‌گذاری	آزمایش	۲۰/۱۶	۷/۰۴	۱۶/۴۱	۶/۶۲	۱۴/۳۲۵	<۰/۰۰۱	۰/۱۵۹
	گواه	۱۷/۳۳	۴/۵۵	۱۶/۸۳	۴/۰۸			
دشواری در توصیف احساسات	آزمایش	۱۶/۷۵	۲/۵۹	۱۴/۲۸	۲/۷۳	۴/۶۸۸	<۰/۰۰۱	۰/۲۵۷
	گواه	۱۷/۰۸	۲/۰۲	۱۶/۵۸	۲/۶۴			
دشواری در تشخیص احساسات	آزمایش	۲۵/۱۶	۶/۸۶	۱۹/۴۱	۵/۹۱	۸/۵۶۳	<۰/۰۰۱	۰/۱۶۳
	گواه	۲۳/۲۵	۳/۶۴	۲۲/۳۳	۳/۵۲			
تفکر عینی	آزمایش	۲۳/۲۵	۴/۴۵	۲۱/۶۶	۳/۲۸	۱۴/۳۸۰	<۰/۰۰۱	۰/۱۴۲
	گواه	۲۴/۸۳	۲۴/۰۴	۲۴/۳۳	۳/۸۴			
ناگویی خلقی	آزمایش	۶۵/۱۶	۶/۴۲	۵۵/۰۸	۷/۸۶	۱۱/۹۰	<۰/۰۰۱	۰/۰۸۵
	گواه	۶۰/۱۶	۷/۰۵	۶۰/۲۵	۷/۱۸			

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر باورهای غیرمنطقی دختران نوجوان اثربخش نیست، همسو نیست (۳۲). در کسب چنین نتیجه‌ای می‌توان گفت که در درمان پذیرش و تعهد، با تأکید بسیار بر تمایل افراد به تجربه‌های درونی، به آن‌ها کمک می‌شود تا افکار آزاردهنده‌شان را فقط به‌عنوان یک فکر تجربه کنند و از ماهیت ناکارآمد برنامه فعلی‌شان آگاه شوند و به‌جای پاسخ به آن، به انجام آنچه در زندگی برایشان مهم و در راستای ارزش‌هایشان است، بپردازند. رویکرد پذیرش و تعهد درمانی، درمانی رفتاری است که از مهارت‌های ذهن‌آگاهی، پذیرش و گسلش‌شناختی برای افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی استفاده می‌کند. در درمان پذیرش و تعهد افزایش توانایی مراجعان برای ایجاد ارتباط با تجربه‌شان در زمان حال و براساس آنچه در آن لحظه برای آن‌ها امکان‌پذیر است، ایجاد می‌شود (۳۳). در این درمان تمرین‌های تعهد رفتاری به‌همراه تکنیک‌های گسلش و پذیرش و نیز بحث‌های مفصل پیرامون ارزش‌ها و اهداف فرد و لزوم تصریح ارزش‌ها، همگی منجر به کاهش باورهای ناکارآمد می‌شوند. درواقع به افراد آموزش داده شد که در درمان ACT چگونه فرایندهای مرکزی بازداری فکر را رها کنند، از افکار آزاردهنده رهایی یابند؛ به‌جای خود مفهوم‌سازی شده، خود مشاهده‌گر را تقویت نمایند، رویدادهای درونی را به‌جای کنترل بپذیرند، ارزش‌هایشان را تصریح کنند و به

بر اساس جدول ۲. می‌توان نتیجه گرفت که آموزش پذیرش و تعهد بر کاهش نگرش‌های ناکارآمد (فاجعه‌نمایی، خوشتن‌مدار، بایدهای دیگرمدار، تحمل پایین ناکامی و خودارزش‌گذاری) و کاهش ناگویی خلقی (دشواری در توصیف احساسات، دشواری در تشخیص احساسات و تفکر عینی) زنان افسرده مؤثر بود ($p < 0.001$).

۴ بحث

پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی آموزش پذیرش و تعهد بر نگرش‌های ناکارآمد و ناگویی خلقی زنان افسرده انجام شد. اولین یافته پژوهش نشان داد که بین میانگین نمرات گروه آزمایش و گواه در پس‌آزمون تفاوت معناداری وجود دارد و میانگین نمرات نگرش‌های ناکارآمد در پس‌آزمون در مقایسه با پیش‌آزمون کاهش یافته است. لذا می‌توان گفت که آموزش پذیرش و تعهد بر نگرش‌های ناکارآمد (فاجعه‌نمایی، خوشتن‌مدار، بایدهای دیگرمدار، تحمل پایین ناکامی و خودارزش‌گذاری) زنان افسرده مؤثر بوده و موجب کاهش نگرش‌های ناکارآمد شده است. نتیجه به‌دست‌آمده با پژوهش‌های پیشین عباسی و همکاران (۱۹)، شیدایی اقدم و همکاران (۲۰) که دریافتند درمان پذیرش و تعهد بر کاهش نگرش‌های ناکارآمد اثربخش است، همسوست؛ اما با یافته‌های رحمانیان و همکاران که دریافتند

آن‌ها بپردازند. در این درمان افراد یاد می‌گیرند که احساساتشان را بپذیرند تا اینکه از آن‌ها فاصله بگیرند و به افکار و فرایند تفکرشان به‌وسیله ذهن‌آگاهی بیشتر پرداخته و آن‌ها را در جهت فعالیت‌های هدف محور پیوند دهند (۳۴). به‌طور خلاصه، درمان پذیرش و تعهد تلاش می‌کند تا به افراد یاد دهد که افکار و احساساتشان را تجربه کنند؛ به‌جای اینکه تلاش کنند آن‌ها را متوقف سازند، از افراد خواسته می‌شود که در جهت اهداف و ارزش‌هایشان کار کنند و افکار و احساسات خود را به‌صورت خوشایند تجربه کنند.

دیگر یافته‌های پژوهش نشان داد که بین میانگین نمرات گروه آزمایش و گواه در پس‌آزمون تفاوت معناداری وجود دارد و میانگین نمرات ناگویی خلقی در پس‌آزمون در مقایسه با پیش‌آزمون کاهش یافته است. لذا می‌توان گفت که آموزش پذیرش و تعهد بر ناگویی خلقی (دشواری در توصیف احساسات، دشواری در تشخیص احساسات و تفکر عینی) زنان افسرده مؤثر بوده و موجب کاهش ناگویی خلقی شده است. یافته مزبور با نتایج مطالعات تیلکی و همکاران (۲۱)، یونسی و همکاران (۲۲) که نشان دادند آموزش پذیرش و تعهد (ACT) بر کاهش ناگویی خلقی مؤثر است، همخوانی دارد. در همین راستا پیرانی و همکاران در مطالعه‌ای دریافتند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در افزایش عزت نفس جنسی و سازگاری زناشویی و همچنین کاهش ناگویی خلقی همسران جانبازان مؤثر است (۳۵). در پژوهشی در همین راستا وایت و همکاران ضمن مطالعه‌ای درباره‌ی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بدکارکردی هیجانی افراد مبتلا به سایکوز گزارش کردند که این شیوه درمانی باعث کاهش بدکارکردی هیجانی می‌شود (۳۶). در تبیین تأثیر نتیجه به‌دست‌آمده می‌توان گفت که درمان پذیرش و تعهد با ارائه تکنیک پذیرش یا تمایل به تجربه‌ی مقابله با سختی یا دیگر رویدادهای آشفته‌کننده بدون اقدام به مهار آن‌ها باعث درک بیشتر درباره‌ی ایستادگی در برابر چالش‌های زندگی می‌شود و افراد به این باور می‌رسند که توانایی مقابله با چالش‌های زندگی شخصی، خانوادگی و اجتماعی را دارند. در نتیجه ابتدا اجتناب، پریشانی و ترس از چالش‌ها و در نهایت ناگویی هیجانی کاهش می‌یابد؛ به‌عبارتی دیگر می‌توان گفت که یک فرد با پذیرش بالا به سادگی می‌تواند متوجه برانگیختگی‌های افکار و احساسات خود شود، بدون اینکه تلاشی برای کنترل آن‌ها انجام دهد یا از آن‌ها فرار یا اجتناب کند که این امر پیامدهای مثبتی در بر دارد. در مقابل یک فرد با پذیرش پایین، به سادگی دچار برانگیختگی‌های روانی و راهبردهایی برای تغییر شکل و فراوانی افکار و احساسات می‌شود، مثلاً تلاش می‌کند تا افکارش را توجیه یا سرکوب کند؛ بنابراین درمان پذیرش و تعهد با آموزش پذیرش و تعهد به اجرای آن، باعث کاهش ناگویی هیجانی می‌شود (۳۷). همچنین در تبیینی دیگر می‌توان گفت هدف اصلی درمان پذیرش و تعهد ایجاد و افزایش انعطاف‌پذیری است؛

یعنی ایجاد توانایی انتخاب گزینه‌ای از بین گزینه‌های مختلف که متناسب‌تر باشد؛ این امر باعث افزایش تاب‌آوری، بهزیستی روان‌شناختی و احساس آرامش می‌شود و به افراد در شناسایی تنش‌های زندگی کمک می‌کند، در نتیجه باعث مقابله سازگار با منابع استرس‌زا می‌شود؛ بنابراین درمان پذیرش و تعهد با کمک به افراد در شناسایی هیجان‌ها و حالت‌های هیجانی و نحوه‌ی ابراز هیجان باعث کاهش ناگویی هیجانی می‌شود (۳۸).

در پژوهش حاضر به‌دلیل محدودیت زمانی در انجام پژوهش، انجام مرحله‌ی پیگیری نتایج میسر نبود؛ همچنین با توجه به این‌که پژوهش حاضر بر روی زنان افسرده انجام گرفته است، پیشنهاد می‌شود به انجام پژوهش بر روی مردان و دیگر گروه‌های سنی پرداخته شود. همچنین پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی از پیگیری‌های کوتاه‌مدت و بلندمدت و از روش نمونه‌گیری تصادفی استفاده گردد تا میزان تداوم تأثیر نتایج دقیق‌تر بررسی شود. در نهایت پیشنهاد می‌شود، به بررسی اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر سایر ویژگی‌های روان‌شناختی مثبت و منفی و مقایسه‌ی اثربخشی درمان پذیرش و تعهد با سایر روش‌ها مانند طرح‌واره‌درمانی، معنویت‌درمانی، واقعیت‌درمانی، درمان دارویی و ... نیز پرداخته شود.

۵ نتیجه‌گیری

بر اساس نتایج پژوهش می‌توان گفت درمان پذیرش و تعهد در کاهش نگرش‌های ناکارآمد و ناگویی خلقی زنان افسرده مؤثر بود، لذا استفاده از رویکرد تعهد و پذیرش به‌عنوان روشی کاربردی در مراکز بهداشتی و درمانی قابلیت اجرای اثربخش را دارد. همچنین این شیوه درمانی می‌تواند به افراد در بهبود ویژگی‌های روان‌شناختی کمک شایانی کند؛ بنابراین مشاوران، درمانگران و روان‌شناسان بالینی می‌توانند از روش درمان پذیرش و تعهد برای کاهش نگرش‌های ناکارآمد و ناگویی خلقی استفاده کنند.

۶ تشکر و قدردانی

پژوهشگران لازم می‌دانند از همکاری صمیمانه‌ی کسانی که در گروه‌های آزمایش و گواه شرکت کردند، تشکر و سپاسگزاری نمایند؛ هیچ‌گونه تضاد منافعی بین نویسندگان وجود ندارد. همچنین این مقاله این مقاله برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران غرب با شماره ۴۳۲۴/ص/۹۸ است و مجوز اجرای این پژوهش بر روی گروه مطالعه از سازمان بهزیستی (مرکز خدمات مشاوره و روان‌شناسی راه بهتر) با شماره نامه ۳۳۰۰۹ صادر شده است.

References

1. Mohammadi E, Keshavarzi Arshadi F, Farzad V, Salehi M. Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on marital satisfaction on depressive women With marital conflicts. JSRP. 2016; 17(2):26-35. [Persian] http://jsr-p.khuisf.ac.ir/article_534011.html
2. Sadock B, Ruiz P. Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry: behavioral sciences. Philadelphia: Walters Kluwer; 2015.
3. Friedrich M. Depression is the leading cause of disability around the world. JAMA. 2017; 317(15):1517-24. Doi: [10.1001/jama.2017.3826](https://doi.org/10.1001/jama.2017.3826)
4. World Health Organization. World report on ageing and health: World Health Organization; 2015.
5. Musarezaie A, Khaledi F, Momeni-GhaleGhasemi T, Keshavarz M, Khodae M. Investigation the dysfunctional attitudes and its relationship with stress, anxiety and depression in breast cancer patients. Health Syst Res. 2015; 11(1): 68-76. [Persian] <http://eprints.skums.ac.ir/6109/>
6. Mousazadeh O, Haji Alizadeh K. Prediction of Depression Based on Dysfunctional Attitudes, Personality Traits, and Family Communication Patterns among Patients with Epilepsy. Shefaye Khatam. 2017; 5(4):47-56. [Persian] DOI: [10.18869/acadpub.shefa.5.4.47](https://doi.org/10.18869/acadpub.shefa.5.4.47)
7. Hasanabadi F, Habibi Asgarabad M, Khoshkonesh A. Comparing Dysfunctional Attitudes, Procrastination and Decision- making Styles in Addicted, with and without Relapse. Community Health. 2017; 4(2):147-55. [Persian]
8. Lewinsohn PM, Joiner Jr TE, Rohde P. Evaluation of cognitive diathesis-stress models in predicting major depressive disorder in adolescents. Journal of abnormal psychology. 2001; 110(2):203-15.
9. Dowlati Y, Segal ZV, Ravindran AV, Steiner M, Stewart DE, Meyer JH. Effect of dysfunctional attitudes and postpartum state on vulnerability to depressed mood. Journal of affective disorders. 2014; 161:16-20. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.02.047>
10. Walsh K, Basu A, Monk C. The role of sexual abuse and dysfunctional attitudes in perceived stress and negative mood in pregnant adolescents: an ecological momentary assessment study. Journal of pediatric and adolescent gynecology. 2015; 28(5):327-32. <https://doi.org/10.1016/j.jpbg.2014.09.012>
11. Rezaei F, Karimi F, Afshari A, Hosseini-Ramaghani N. The correlation between alexithymia and anxiety, depression in asthma. Feyz. 2017; 21(2):178-87. [Persian] <http://feyz.kaums.ac.ir/article-1-3357-en.html>
12. Mazaheri M. On the relationship between alexithymia and depression and anxiety in psychiatric patients. Journal of Fundamentals of Mental Health. 2010; 2:470-9. [Persian] Doi: [10.22038/JFMH.2010.885](https://doi.org/10.22038/JFMH.2010.885)
13. Krystal H. Integration and self-healing: Affect, trauma, alexithymia. Toronto: Routledge; 2015.
14. Lumley MA, Neely LC, Burger AJ. The assessment of alexithymia in medical settings: implications for understanding and treating health problems. Journal of personality assessment. 2007; 89(3):230-46. <https://doi.org/10.1080/00223890701629698>
15. Zimmermann G. Alexithymia. The Corsini Encyclopedia of Psychology. 2010; 12(3):1-2. <https://doi.org/10.1002/9780470479216.corpsy0035>
16. Hayes SC, Levin ME, Plumb-Villardaga J, Villatte JL, Pistorello J. Acceptance and commitment therapy and contextual behavioral science: Examining the progress of a distinctive model of behavioral and cognitive therapy. Behavior therapy. 2013; 44(2):180-98. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2016.01.001>
17. Stewart C, White RG, Ebert B, Mays I, Nardozzi J, Bockarie H. A preliminary evaluation of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) training in Sierra Leone. JCBS, 2016; 5(1):16-22. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2009.08.002>
18. Hayes SC, Luoma JB, Bond FW, Masuda A, Lillis J. Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes. Behaviour research and therapy. 2006; 44(1):1-25. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2005.06.006>
19. Abbasi H, Karimi B, Jafari D. The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Frustration Tolerance and Dysfunctional Attitudes of Mothers of Students with Intellectual Disabilities. Psychology of Exceptional Individuals. 2017; 6(24):81-108. [Persian]. Doi: [10.22054/JPE.2017.20384.1522](https://doi.org/10.22054/JPE.2017.20384.1522)
20. Sheydayi Aghdam S, Shamseddini Lory S, Abassi S, Yosefi S, Abdollahi S, Moradijoo M. The effectiveness of treatment based on acceptance and commitment in reducing distress and inefficient

- attitudes in patients with MS. Andishe va Raftar. 2015; 9(34):57-66. [Persian] https://jtbcpr.riau.ac.ir/article_108.html
21. Tilaki M, Taher M, Mojarad A, Jafari Sani B. Efficacy of Acceptance and Commitment Therapy on Psychological Flexibility and Alexithymia of Women with Chronic Pain. Quarterly Journal of Psychological Studies. 2018; 14(3):163-78. [Persian] Doi: [10.22051/PSY.2018.15798.1433](https://doi.org/10.22051/PSY.2018.15798.1433)
 22. Younesi S, Abbasi Asl M, Khazan K, Kazemi J. The Effectiveness of Education Acceptance-Commitment Theory (ACT) to Reducing Alexithymia of Divorcing Women. Quarterly Journal of Social Work. 2016; 5(3):5-13. [Persian] <http://socialworkmag.ir/article-1-123-en.html>
 23. Gall MD, Borg WR, Gall JP. Educational research: An introduction, Boston: Longman Publishing; 1996.
 24. Beck AT, Steer RA, Brown GK. Beck depression inventory-II. San Antonio. 1996; 78(2):490-8.
 25. Dabson K, Mohammadkhani P. Psychometric Co-ordinates of Beck Depression Inventory in patients with major depressive disorder during Relapse. Journal of Rehabilitation. 2005; 8(1):80-6. [Persian]
 26. Ellis A. Family therapy: A phenomenological and active directive approach. JMFT. 1978; 4(2):43-50. <https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.1978.tb00511.x>
 27. Hashemi Brazabadi H. The Relationship between Emotional Intelligence and Irrational Thinking in Ferdowsi University Students in Mashhad [Master's thesis]. Mashhad: Ferdowsi University of Mashhad; 2008. [Persian] <https://libep12.um.ac.ir/index.php?module=Dis&func=display&disid=758>
 28. Bagby RM, Parker JD, Taylor GJ. The twenty-item Toronto Alexithymia Scale—I Item selection and cross-validation of the factor structure. Journal of psychosomatic research. 1994; 38(1):23-32. [https://doi.org/10.1016/0022-3999\(94\)90005-1](https://doi.org/10.1016/0022-3999(94)90005-1)
 29. Parker JD, Taylor GJ, Bagby RM. The relationship between emotional intelligence and alexithymia. Personality and Individual differences. 2001; 30(1):107-15. [https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(00\)00014-3](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(00)00014-3)
 30. Besharat MA, Ganji P. The moderating role of attachment styles on the relationship of alexithymia with marital satisfaction. Journal of Fundamentals of Mental Health. 2013; 14(4): 324-35. [Persian] Doi: [10.22038/JFMH.2012.891](https://doi.org/10.22038/JFMH.2012.891)
 31. Hayes SC, Strosahl KD, Wilson KG. Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change. New York, USA: Guilford Press; 2011.
 32. Rahmanian M, Dehestani M, Alavi Barogh S-F. Effectiveness Acceptance and Commitment Therapy on Irrational beliefs and bias toward incentives with negative emotions in adolescent girls. Journal of Social Cognition. 2018; 7(1):89-102. [Persian]. http://sc.journals.pnu.ac.ir/article_4847.html
 33. Bastami M, Goodarzi N, Dowran B, Taghva A. Effectiveness of treatment acceptance and commitment therapy (ACT) on the reduction of depressive symptoms of military personnel with type 2 diabetes mellitus. EBNESINA- Journal of Medical. 2016; 18(1):11-8. [Persian] <http://ebnesina.ajaums.ac.ir/article-1-401-en.html>
 34. Forman EM, Herbert JD. New directions in cognitive behavior therapy: Acceptance-based therapies. General principles and empirically supported techniques of cognitive behavior therapy. 2009;2(1); 77-101.
 35. Pirani Z, Abbasi M, Kalvani M, Nourbakhsh M. Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Sexual Self-Esteem, Emotional Skillfulness and Marital Adjustment in Veterans' Wives. IJWPH. 2017; 9(1):25-32. [Persian] DOI: [10.18869/acadpub.ijwph.9.1.25](https://doi.org/10.18869/acadpub.ijwph.9.1.25)
 36. White R, Gumley A, McTaggart J, Rattrie L, McConville D, Cleare S, et al. A feasibility study of Acceptance and Commitment Therapy for emotional dysfunction following psychosis. Behaviour research and therapy. 2011;49(12):901-7. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2011.09.003>
 37. Ghorbani M, Amin Pur R. The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Stress Coping Strategies in Women with Ulcerative Colitis. Govaresh. 2015; 20(1):32-41. [Persian] <http://govaresh.org/index.php/dd/article/view/1351>
 38. Darvish Baseri L, Dasht Bozorgi Z. Effectiveness of Group Therapy Based on Acceptance and Commitment on Cognitive Emotion Regulation and Alexithymia of Patients with Type 2 Diabetes. Journal of Nursing Education. 2017; 5(1):7-14. [Persian] DOI: [10.21859/ijpn-05012](https://doi.org/10.21859/ijpn-05012)