

## اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر کاهش نشانه‌های اضطراب و افسردگی مادران کودکان با اختلال طیف اُتیسْم: مطالعه‌ی موردی

- ساناز زارعه‌زاده\*، کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی کودک و نوجوان، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران.
- خلیل اسماعیل‌پور، دانشیار گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران.
- جلیل باباپورخیرالدین، استاد گروه روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران.

نوع مقاله: پژوهشی • صفحات ۷۹ - ۸۹

### چکیده

**زمینه و هدف:** پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر کاهش نشانه‌های اضطراب و افسردگی مادران کودکان با اختلال طیف اُتیسْم انجام شد.

**روش:** این پژوهش، در چهارچوب طرح تجربی مورد منفرد چند خط پایه اجرا شد. بر اساس تمایل به شرکت در مطالعه و ملاک‌های ورود، ۳ نفر از مادران به روش نمونه‌گیری هدفمند و بر اساس ملاک‌های ورود انتخاب شدند. ابزار مورد استفاده پرسشنامه‌های اضطراب بک (BAI) و افسردگی بک (BDI-II) بود که در مراحل خط پایه، طول درمان (جلسات چهارم، ششم و هشتم درمان) و پیگیری یک‌ماهه، توسط مادران کودکان با اختلال طیف اُتیسْم تکمیل شد. سپس مادران طی ۸ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای تحت درمان پذیرش و تعهد قرار گرفتند. داده‌های به دست آمده با استفاده از درصد بهبودی و اندازه اثر و همچنین نمودار و ارزیابی دیداری تحلیل شدند.

**یافته‌ها:** یافته‌ها نشان داد که درمان پذیرش و تعهد موجب کاهش اضطراب و افسردگی مادران کودکان با اختلال طیف اُتیسْم می‌شود. به طوری که نمرات آزمودنی‌ها طی جلسات مداخله و مرحله پیگیری یک‌ماهه، نسبت به نمرات خط پایه در میزان اضطراب و افسردگی آنها کاهش معناداری داشت.

**نتیجه‌گیری:** نتایج پژوهش اثربخشی درمان پذیرش و تعهد را در کاهش اضطراب و افسردگی مادران کودکان با اختلال طیف اُتیسْم تأیید می‌کند.

**واژه‌های کلیدی:** اُتیسْم، اضطراب، افسردگی، درمان پذیرش و تعهد

اختلال طیف اُتیسْم<sup>۱</sup> که قبلاً اختلالات نافذ رشد نامیده می‌شد، گروهی از نشانگان عصبی رشدی هستند که از لحاظ پدیدارشناسی ناهمگون بوده، توارث چندژنی دارند و مشخصه آنها طیف وسیعی از تخریب‌ها در ارتباط اجتماعی و رفتارهای محدود و تکراری است (۱). یکی از پرتنش‌ترین تجربیات برای هر خانواده‌ای، اداره کردن کودک دچار ناتوانی یا بیماری مزمن است (۲). با تولد کودک با اختلال طیف اُتیسْم و آگاهی از اختلال وی، والدین غالباً دچار بهت‌زدگی، ناباوری و در پی آن سرخوردگی‌های شدید می‌شوند. آنها بایستی با این واقعیت کنار بیایند که کودکشان شرایطی دارد که او را تا پایان عمر درگیر می‌کند و باید انتظاراتشان را با محدودیت‌های او تطبیق دهند (۳). فشارهای روانی فزاینده‌ای که در جریان تشخیص و مواجهه با مشکلات و تفاوت‌های این کودکان بر والدین وارد می‌شود، می‌تواند به واکنش‌هایی مانند ضربه روانی، ناامیدی، خشم و افسردگی منجر شود. بررسی‌ها نشان می‌دهند که والدین کودکان با اختلال طیف اُتیسْم بیش از والدین کودکان با اختلال‌های روان‌شناختی دیگر، در معرض فشارهای روانی ناشی از داشتن کودک ناتوان قرار دارند (۴-۸).

وجود کودکان با اختلال طیف اُتیسْم باعث محدود شدن تعاملات و فعالیت‌های اجتماعی خانواده می‌شود و بر روابط بین فردی آنها تأثیر می‌گذارد. این کودکان بیشترین تأثیر منفی را بر مادران دارند و در صورت شاغل بودن مادر به دلیل وقت و انرژی کم، باعث عدم پیشرفت او در کار می‌شوند. در بیشتر موارد، مسئولیت‌های زیاد مادر در خانه به دلیل مراقبت از فرزند با اختلال طیف اُتیسْم، منجر به رها کردن شغلش می‌شود. همچنین داشتن کودک با اختلال طیف اُتیسْم باعث افسردگی، نگرانی، استرس، شرمندگی و خجالت در والدین می‌شود (۹). پژوهش‌ها نشان داده‌اند، والدگری کودکان با اختلال طیف اُتیسْم در مقایسه با کودکان عادی با تنیدگی، اضطراب و افسردگی بیشتری همراه است (۱۰-۱۳). مطالعه‌ی بین‌فرهنگی مک‌کونکیا، تراسدل، چانگ، جارا و شوکریک نیز تأیید کرده است از مهم‌ترین مسائل و مشکلاتی که مادران کودکان با اختلال طیف اُتیسْم با آن روبه‌رو هستند، افسردگی و خلق پایین آنها است (۱۴). در مطالعه‌ی دیگری مشاهده شد که این دسته از مادران طی تعامل مادر-کودک، حساسیت کمتری از خود نشان داده و ناتوان‌تر بودند (۱۵).

والدین کودکان با نیازهای ویژه نسبت به والدین کودکان عادی، نگرش‌های ناکارآمد، افکار خودآیند و هیجانی منفی بیشتری دارند. همچنین رشد عاطفی ناکافی، دشواری در سازمان‌دهی رفتار و هیجان و تجربه هیجانی منفی از ویژگی‌های افرادی است که دارای کودک با نیازهای ویژه هستند. خانواده‌های دارای کودکان با اختلال طیف اُتیسْم، با عوامل تنش‌زا و چالش‌های بسیاری از جمله ناتوانی‌های غیرمنتظره، رفتارهای آزارنده و اختلالات رفتاری فرزند، دشواری یافتن خدمات، سردرگمی در یافتن درمان اثربخش، تیره شدن تعامل با اطرافیان و سایر افراد جامعه روبه‌رو می‌شوند. بدون تمرکز بر خانواده و آموزش والدین، منابع خانواده (پول، انرژی، زمان و توانایی مقابله) به طور فزاینده‌ای کاهش می‌یابد و بر تعارضات زناشویی و مشکلات هیجانی افزوده می‌شود (۱۶). افزایش حجم مراجعات بالینی به متخصصان و مراکز خدمات روان‌شناختی و توان‌بخشی، ضرورت شناسایی نیازهای آموزشی و توان‌بخشی مادران را نشان می‌دهد. در واقع، کودک با اختلال طیف اُتیسْم به عنوان یک عامل فشار روانی برای مادران می‌تواند هیجان‌ات آنها را تحت تأثیر قرار دهد و توانایی مادران را برای مقابله و پذیرش با مشکلات کودک کاهش دهد (۱۷). فشار روانی این خانواده‌ها به دلیل مسائلی که در طول زمان تغییر می‌کند، رو به افزایش است و متخصصان باید خانواده‌ها را با کمک راهبردهای مقابله‌ای برای برخورد با این مسائل آماده کنند (۱۸). طبق نتایج پژوهش‌ها، بر نیاز خانواده‌های کودکان با اختلال طیف اُتیسْم به دریافت خدمات مداخله‌ای، آموزش و حمایت‌های مستمر تأکید شده است (۱۹). آموزش و ارائه خدمات حمایتی به هنگام تشخیص اختلال این کودکان و در جهت پذیرش و سازگاری با مسائل کودک با اختلال طیف اُتیسْم می‌تواند در کاهش مشکلات خانواده‌ها نقش مؤثری داشته باشد (۲۰). به طور کلی، یکی از راه‌های افزایش کیفیت زندگی این خانواده‌ها، سهیم کردن آنها در برنامه‌های مداخلات حمایتی و اطلاعاتی است که در کنار صرفه‌جویی در هزینه و وقت آنان، در مدیریت احساسات و خشم معطوف به کودکان با اختلال طیف اُتیسْم، افزایش حس همدلی و پذیرش مثبت فرزندان مؤثر واقع می‌شود (۲۱). البته برخی از مداخلات با هدف ارتقا آگاهی والدین (۲۲ و ۲۳) یا بهبود تعاملات والد-کودک (۲۴)، بهبودی ضعیف تا متوسط افزایش خودکارآمدی والدگری مادران کودکان با اختلال طیف اُتیسْم را گزارش

1. Autism Spectrum Disorder (ASD)

داده یا از آنها رهایی یابند؛ اما این تلاش‌ها بی‌ثمر بوده و به تشدید احساسات، هیجانات و افکار و در نهایت به ناراحتی بسیار عمیق‌تری منجر می‌شوند که فرد در ابتدا سعی داشت از آنها اجتناب کند. تنها از طریق پذیرفتن صحیح احساسات است که می‌توانیم زندگی‌مان را نجات دهیم (۲۵ و ۳۴). درمان پذیرش و تعهد به افراد می‌آموزد؛ افکار و احساساتشان را بپذیرند و راه‌های تازه‌ای برای زندگی‌شان انتخاب کنند و اقدام متعهدانه انجام دهند. از اصول زیربنایی این درمان، پذیرش یا تمایل به تجربه درد یا دیگر رویدادهای آشفته‌کننده، بدون اقدام به مهار آنها و عمل مبتنی بر ارزش یا تعهد و تمایل به عمل به عنوان اهداف معنادار شخصی، به جای حذف تجارب ناخواسته است. از دیگر موارد موجود در این درمان، روش‌های زبانی و فرآیندهای شناختی است؛ به شیوه‌ای که در تعامل با دیگر وابستگی‌های غیرکلامی منجر به کارکرد سالم می‌شود. این روش شامل تمرینات مبتنی بر مواجهه، استعاره‌های زبانی و روش‌هایی همچون مراقبت ذهنی است (۳۵).

اثربخشی درمان پذیرش و تعهد در مورد برخی از بیماری‌ها مورد تأیید قرار گرفته است. به طوری که امروزه این درمان به عنوان یکی از درمان‌های دارای حمایت تجربی با اثربخشی متوسط به‌شمار می‌رود (۳۶ و ۳۷). پژوهش بوهلمیجر، فلدروس، راخ و پیترز در زمینه کارآیی درمان پذیرش و تعهد در کاهش افسردگی و تداوم این کاهش در پیگیری سه‌ماهه و همچنین کاهش معنادار میزان اضطراب و خستگی از جمله پژوهش‌هایی است که در آن بهبود پذیرش طی مداخله در بهبود نشانه‌های افسردگی در مرحله پیگیری نقش میانجی داشته است (۳۸). بوهلمیجر، لامرز و فلدروس در پژوهشی دیگر اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر علائم افسردگی و همچنین بر شکوفایی افراد افسرده را تا مرحله پیگیری نشان دادند (۳۹). همچنین در سال‌های اخیر، کارآمدی درمان پذیرش و تعهد در درمان اختلال اضطراب فراگیر، طی پژوهش‌های متعددی مورد تأیید قرار گرفته است (۲۸-۲۵). در فراتحلیلی پیرامون مقالات منتشر شده بین سال‌های ۲۰۰۶ تا ۲۰۰۸ نشان داده شد که درمان پذیرش و تعهد برای مجموعه گسترده‌ای از اختلالات مانند اختلالات اضطرابی و افسردگی مؤثر بوده است (۴۰). در مجموع، با توجه به اثربخشی درمان پذیرش و تعهد در کاهش افسردگی و اضطراب سایر گروه‌ها و از آنجایی که اصول طرح شده در درمان پذیرش و تعهد و ۶ فرآیند مرکزی این

کرده‌اند. تنها در برخی از مطالعات (۲۳)، مداخلات آموزشی والدین بر کاهش افسردگی و اضطراب آنها مؤثر بوده است، اما در سایر مطالعات، کاهش افسردگی و اضطراب والدین دیده نشده است (۲۲ و ۲۴). با توجه به این یافته‌ها، نیاز این خانواده‌ها، بویژه مادران، به درمان‌های تخصصی اختلالات افسردگی و اضطراب فراتر از برنامه‌های آموزشی-حمایتی است؛ درمان پذیرش و تعهد می‌تواند یکی از روش‌های درمانی مؤثر باشد.

در سال‌های اخیر، طی پژوهش‌های متعددی، اثربخشی درمان پذیرش و تعهد<sup>۱</sup> در درمان افسردگی (۲۳، ۲۸-۲۵، ۲۹ و ۳۰) و اختلال اضطراب فراگیر (۲۸-۲۵) مورد تأیید قرار گرفته است. در پژوهش ایزدی و همکاران، تأثیر درمان پذیرش و تعهد بر کاهش عواملی از جمله افسردگی، در بیماران مبتلا به وسواس فکری و عملی نشان داده شده است. در این پژوهش، علاوه بر کاهش چشمگیر در علائم مربوط به وسواس، کاهش نمرات افسردگی نیز در سنجش پس از درمان دیده شد و این کاهش تا یک ماه پس از درمان تداوم داشت (۲۹). در پژوهش دیگری که با استفاده از دو درمان شناختی-رفتاری سنتی و درمان پذیرش و تعهد بر روی بیماران سرطانی مرحله پایانی انجام شد، بیماران سرطانی طی ۱۲ جلسه درمان پذیرش و تعهد، به طور معناداری کاهش بیشتری را در افسردگی، ناراحتی و نگرانی، نسبت به بیماران درمان شناختی-رفتاری سنتی نشان دادند (۳۱). همچنین نتایج پژوهش حر، آقایی، عابدی و عطاری نشان داد که درمان پذیرش و تعهد، در کاهش میزان افسردگی بیماران دیابت نوع ۲ مؤثر است (۳۲). در همین راستا، یافته‌های مطالعه کاویانی و موسوی (۳۳) نشان داد که آموزش ذهن‌آگاهی<sup>۲</sup> به بیماران دارای اختلالات خلقی موجب افزایش سلامت روانی و کاهش افسردگی آنها می‌شود. سودمندی درمان پذیرش و تعهد به عنوان یک روش مداخله‌ای برای طیف وسیعی از اختلالات روانی مزمن نشان داده شده است.

درمان پذیرش و تعهد در سال ۱۹۸۶ توسط استیون هیزارائه شد. این روش قسمتی از موج سوم درمان‌های رفتاری است که به دنبال موج دوم آن، از قبیل درمان شناختی-رفتاری پدید آمد. فرض اصلی درمان پذیرش و تعهد این است که انسان‌ها بسیاری از احساسات، هیجانات یا افکار درونی‌شان را آزارنده می‌دانند و پیوسته سعی می‌کنند این تجارب درونی را تغییر

1. acceptance and commitment treatment

2. mindfulness

## ابزارهای پژوهش

□ **پرسشنامه اضطراب بیک (BAI):** یک و همکارانش در سال ۱۹۹۰ ویرایش جدیدی از این پرسشنامه را ارائه کردند که به طور اختصاصی شدت علائم اضطراب بالینی را در افراد می‌سنجد. پرسشنامه اضطراب بیک، یک پرسشنامه خودگزارشی است که برای اندازه‌گیری اضطراب در نوجوانان و بزرگسالان تهیه شده است. این پرسشنامه یک مقیاس ۲۱ ماده‌ای است که آزمودنی در هر ماده یکی از چهار گزینه را که نشان‌دهنده شدت اضطراب است، انتخاب می‌کند. چهار گزینه هر سؤال در یک طیف ۴ بخشی از صفر تا ۳ نمره‌گذاری می‌شود. هر یک از ماده‌های آزمون یکی از علائم شایع اضطراب (علائم ذهنی، بدنی و هراس) را توصیف می‌کند؛ بنابراین، نمره کل این پرسشنامه در دامنه‌ای از صفر تا ۶۳ قرار می‌گیرد. مطالعات انجام شده نشان می‌دهند که این پرسشنامه از اعتبار و روایی بالایی برخوردار است. ضریب همسانی درونی آن (ضریب آلفا) ۰/۹۲، اعتبار آن با روش بازآزمایی به فاصله یک هفته ۰/۷۵ و همبستگی ماده‌های آن از ۰/۳۰ تا ۰/۷۶ متغیر است. پنج نوع روایی محتوا، همزمان، سازه، تشخیصی و عاملی برای این آزمون سنجیده شده است که همگی نشان‌دهنده‌ی کارایی بالای این ابزار در اندازه‌گیری شدت اضطراب است (۴۱). در ایران نیز در مورد خصوصیات روان‌سنجی این پرسشنامه پژوهش‌هایی انجام شده است. کاویانی و موسوی در بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی این ابزار، ضریب روایی آن را ۰/۷۲ و ضریب اعتبار بازآزمایی آن را به فاصله یک ماه ۰/۸۳ و همسانی درونی آن را با آلفای کرونباخ ۰/۹۲ گزارش کرده‌اند (۳۳).

□ **آزمون افسردگی بیک (BDI-II):** این پرسشنامه یکی از مناسب‌ترین ابزارها برای انعکاس حالات افسردگی است و شکل بازنگری شده‌ی پرسشنامه افسردگی بیک است (۴۲). فرم تجدیدنظر شده پرسشنامه افسردگی بیک در مقایسه با فرم اولیه بیشتر با DSM<sup>۳</sup> همخوان است. علاوه بر آن ویرایش دوم این پرسشنامه، تمامی عناصر افسردگی را بر اساس نظریه شناختی نیز پوشش می‌دهد. این پرسشنامه دارای ۲۱ ماده است که آزمودنی برای هر ماده یکی از ۴ گزینه را که نشان‌دهنده شدت علامت افسردگی در مورد خویش است، برمی‌گزیند. هر ماده، نمره‌ای بین صفر تا ۳ می‌گیرد و بدین ترتیب نمره کل پرسشنامه

برنامه‌ی درمانی؛ شامل پذیرش در مقابل اجتناب، گسلش در مقابل آمیختگی شناختی، خود به عنوان زمینه در مقابل خود مفهوم‌سازی شده، ارتباط با زمان حال در مقابل غلبه گذشته و آینده مفهوم‌سازی شده، تصریح ارزش‌ها در مقابل عدم صراحت ارزش‌ها و ارتباط با آنها و تعهد در مقابل منفعل بودن، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی افراد را به دنبال دارد (۲۵). به نظر می‌رسد درمان پذیرش و تعهد در کاهش افسردگی و اضطراب مادران کودکان با اختلال طیف اُتیسْم نیز مؤثر باشد. این در حالی است که در خصوص این روش درمانی بر روی والدین کودکان با اختلال طیف اُتیسْم، پژوهشی یافت نشد. لذا این پژوهش درصدد پاسخگویی به این پرسش بود که آیا درمان پذیرش و تعهد می‌تواند بر افسردگی و اضطراب مادران کودکان با اختلال طیف اُتیسْم مؤثر باشد؟

## روش و ابزارهای پژوهش

شرکت‌کنندگان این پژوهش شامل ۳ مادر ۲۰ تا ۴۰ ساله‌ی دارای کودک ۵ تا ۱۱ ساله‌ی با اختلال طیف اُتیسْم ساکن شهر تبریز بود که پس از دریافت تشخیص این بیماری در فرزندشان به مراکز درمانی اُتیسْم مراجعه کرده بودند. تشخیص-گذاری کودکان با اختلال طیف اُتیسْم در مراکز توان‌بخشی-آموزشی توسط روان‌پزشک و روان‌شناس انجام شده بود و اطلاعات آنها در پرونده کودکان موجود بود. برای انتخاب افراد، ابتدا طی فراخوانی، فهرستی از مادران دارای کودک با اختلال طیف اُتیسْم که داوطلب شرکت در جلسات درمان پذیرش و تعهد بودند، تهیه شد. سپس از میان آنها با توجه به ملاک‌های ورود و خروج و کسب رضایت آگاهانه، ۳ نفر به روش پلکانی وارد برنامه درمانی شدند. ملاک‌های ورود عبارت بودند از: داشتن یک فرزند با اختلال طیف اُتیسْم (در بازه سنی ۵ تا ۱۱ سال)، کسب نمره بالای ۱۶ در هر دو پرسشنامه اضطراب و افسردگی بیک توسط مادر، دارا بودن حداقل تحصیلات اول راهنمایی، محدوده سنی مادر بین ۲۰ تا ۴۰ سال، تمایل و رضایت آگاهانه به شرکت در طرح پژوهشی. ملاک‌های خروج نیز عبارت بودند از: مشخص شدن اختلالات روانی شدید یا اختلالات شخصیت یا داشتن سابقه اقدام به خودکشی مادر، مشخص شدن سابقه سوء مصرف مواد توسط والدین، متارکه یا طلاق والدین، غیبت بیش از ۲ جلسه و بودن تحت آموزش و مداخله دیگر.

1. Beck Anxiety Inventory  
2. Beck Depression Inventory

3. diagnostic and statistical manual for mental disorders

تمرین جلسه بعد و ارائه تکلیف خانگی).

**جلسه هفتم:** تعهد (تمایل، تعهد به عمل و ارزش‌ها علی‌رغم وجود موانع، شناسایی طرح‌های رفتاری مطابق با ارزش‌ها و ایجاد تعهد برای عمل به آنها، جمع‌بندی بحث‌های مطرح شده در جلسه، بررسی تمرین جلسه بعد و ارائه تکلیف خانگی).

**جلسه هشتم:** حفظ دستاوردهای درمان (درک ماهیت تمایل و تعهد و آموزش تعهد به عمل، شناسایی طرح‌های رفتاری مطابق با ارزش‌ها و ایجاد تعهد برای عمل به آنها، بیان نکاتی درباره مفهوم عود و آمادگی برای مقابله با آن، مرور تکالیف و جمع‌بندی جلسات به همراه شرکت‌کننده‌ها و در نهایت تشکر از آنان برای شرکت در پژوهش).

### روش اجرای پژوهش

پس از انتخاب شرکت‌کنندگان، مادران کودکان با اختلال طیف اُتیسیم پرسشنامه‌های اضطراب و افسردگی یک را تکمیل کردند. سپس مادران به مدت ۸ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای به صورت انفرادی تحت درمان پذیرش و تعهد قرار گرفتند. در طول مدت درمان، شرکت‌کنندگان در جلسات چهارم، ششم و هشتم پرسشنامه‌های مورد نظر را تکمیل کرده و ۱ ماه پس از پایان جلسات درمان (در جلسه پیگیری) نیز مجدداً پرسشنامه‌ها اجرا شد.

### یافته‌ها

در این بخش، فرضیه‌های پژوهش مورد بررسی قرار گرفته و نتایج آن گزارش می‌شود. با توجه به اینکه طرح پژوهش حاضر از نوع طرح آزمایشی تک آزمودنی<sup>۱</sup> می‌باشد، برای ارزیابی نتایج احتمالی حاصل از مداخله، از روش تحلیل دیداری نمودارها، درصد تمامی داده‌های غیرهمپوش (PAND)<sup>۲</sup> و اندازه اثر، مورد استفاده قرار گرفت.

### بررسی فرضیه‌های پژوهش

درمان پذیرش و تعهد در کاهش نشانه‌های اضطراب مادران کودکان با اختلال طیف اُتیسیم تأثیر مثبت دارد. در نمودار ۱، نتایج تحلیل دیداری کاهش نشانه‌های اضطراب مادران کودکان با اختلال طیف اُتیسیم در درمان پذیرش و تعهد نشان داده شده است.

دامنه‌ای از صفر تا ۶۳ دارد. یک، استیرو و براون (۴۲) همسانی درونی این ابزار را با استفاده از ضریب آلفا ۰/۷۳ تا ۰/۹۲ با میانگین ۰/۸۶ گزارش کرده‌اند؛ ضریب آلفای این پرسشنامه در گروه بیماران ۰/۸۶ و برای افراد غیر بیمار ۰/۸۱ بود. همچنین دابسون و محمدخانی (۴۳) ضریب آلفای آن را ۰/۹۲ برای بیماران سرپایی و ۰/۹۳ را برای دانشجویان به دست آوردند.

### پروتکل درمان پذیرش و تعهد

این پروتکل درمانی اکتباسی از جلسات درمانی لیلیس (۴۴) است. خلاصه‌ی پروتکل مذکور به شرح زیر است:

**جلسه اول:** معرفی و مبنای اساسی درمان (آشنایی اولیه با شرکت‌کنندگان و برقراری رابطه درمانی مناسب، بیان قوانین حاکم بر جلسات درمانی، بررسی انتظارات شرکت‌کنندگان از درمان پذیرش و تعهد، معرفی درمان پذیرش و تعهد، توضیح مختصر در مورد اختلال طیف اُتیسیم به مادران، جمع‌بندی بحث‌های مطرح شده در جلسه و ارائه تکلیف خانگی).

**جلسه دوم:** گزینه‌ها و فراهم کردن مقدمات درمان (بیان رابطه بین استرس و پذیرش و مراقبت والدین، معرفی مفهوم تغییر رفتار، بیان تفاوت افکار، احساسات و عمل، تمایل به ترک برنامه ناکارآمد تغییر و تفهیم این موضوع که کنترل مسأله است نه راه حل، جمع‌بندی بحث‌های مطرح شده در جلسه و ارائه تکلیف خانگی).

**جلسه سوم:** یادگیری زندگی با استرس (توضیح دادن مفهوم پذیرش و تفاوت آن با مفاهیم شکست، یأس، انکار و مقاومت، تمرین پذیرش و مراقبت، جمع‌بندی بحث‌های مطرح شده در جلسه و ارائه تکلیف خانگی).

**جلسه چهارم:** ارزش‌ها و عمل‌ها (روشن کردن ارزش‌ها و موانع ارزش‌ها، تضعیف اتلاف وقت و انرژی خود با افکار و عواطف، تفهیم آمیختگی به خود مفهوم‌سازی شده و گسلش، جمع‌بندی بحث‌های مطرح شده در جلسه و ارائه تکلیف خانگی).

**جلسه پنجم:** تمایلات، افکار و احساسات (صحبت کردن در مورد ترفندهای ذهنی، نشان دادن جدایی بین خود، تجربیات درونی و رفتار، مشاهده خود به عنوان زمینه، جمع‌بندی بحث‌های مطرح شده در جلسه و ارائه تکلیف خانگی).

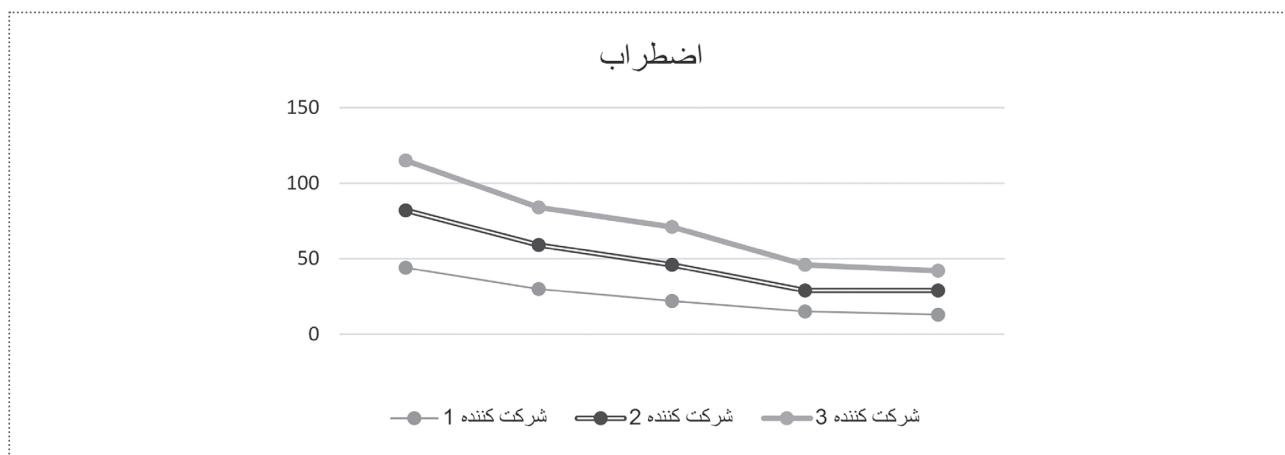
**جلسه ششم:** عمل و شروع به‌کار کردن (بازخورد، برنامه‌ریزی عمل، خود مشاهده‌گر، استفاده از فنون ذهن‌آگاهی با تأکید بر زمان حال، جمع‌بندی بحث‌های مطرح شده در جلسه، بررسی

1. Single – subject experimental design

2. Percentage of All Non – Overlapping Data



نمودار ۱) نتایج تحلیل دیداری کاهش نشانه‌های اضطراب مادران کودکان با اختلال طیف اُتیسیم در درمان پذیرش و تعهد



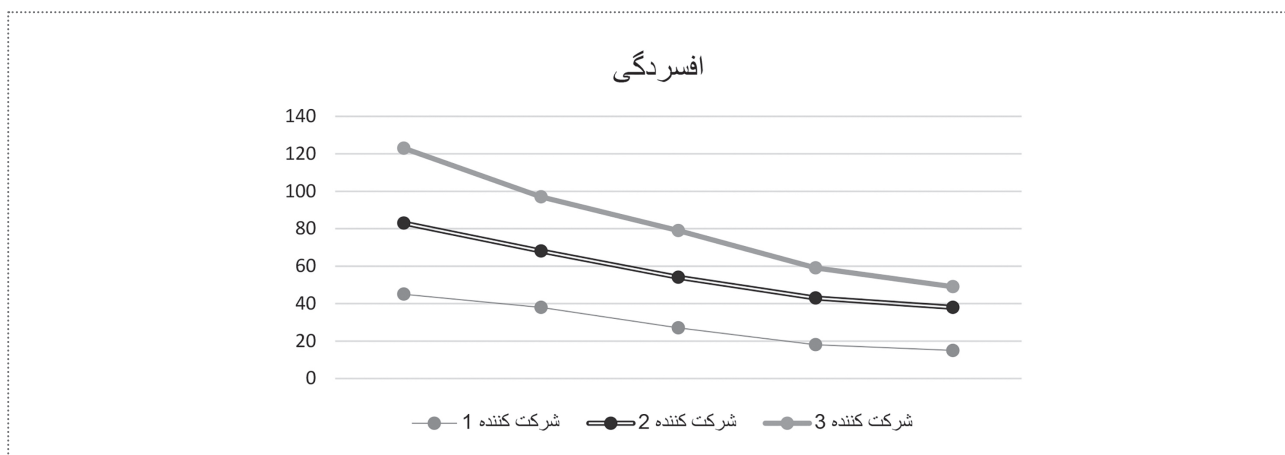
جدول ۱) اندازه اثر و درصد بهبودی مربوط به اضطراب شرکت‌کننده‌ها

شرکت‌کننده سوم	شرکت‌کننده دوم	شرکت‌کننده اول	شاخص
۲/۴۹	۱/۸	۲/۰۱	اندازه اثر مداخله
%۴۸	%۶۳	%۶۵	درصد بهبودی مداخله
۱/۸۶	۱/۹۶	۲/۱۲	اندازه اثر پیگیری
%۶۰	%۵۷	%۷۰	درصد بهبودی پیگیری

درمان پذیرش و تعهد در کاهش نشانه‌های افسردگی مادران کودکان با اختلال طیف اُتیسیم تأثیر مثبت دارد. در نمودار ۲، نتایج تحلیل دیداری کاهش نشانه‌های افسردگی مادران کودکان با اختلال طیف اُتیسیم در درمان پذیرش و تعهد نشان داده شده است.

برای بررسی اندازه اثر درمان پذیرش و تعهد بر مادران شرکت‌کننده، از درصد تمام نقاط داده غیرهمپوش PAND استفاده شد. همچنین این شاخص به ضریب فی تبدیل شده و سپس آماره  $d$  کوهن برای بررسی میزان اثر مورد محاسبه قرار گرفت. نمودار ۱، نشان‌دهنده‌ی روند تغییر علائم اضطراب شرکت‌کننده‌ها طی جلسات مداخله و پیگیری ۱ ماهه است. همان‌طور که مشاهده می‌شود، با شروع جلسات مداخله، شدت علائم اختلال اضطراب هر سه شرکت‌کننده کاهش می‌یابد. این روند در جلسات بعد نیز ادامه داشته است. اندازه اثر و درصد بهبودی محاسبه‌شده (جدول ۱) نشان‌دهنده‌ی میزان اندازه اثرهای بزرگ و درصدهای بهبودی معنادار از نظر بالینی است که همسو با تغییرات نمودارها بوده و نشان‌دهنده‌ی روند کاهش نشانه‌های اضطراب شرکت‌کننده‌های پژوهش است.

نمودار ۲) نتایج تحلیل دیداری کاهش نشانه‌های افسردگی مادران کودکان با اختلال طیف اُتیسیم در درمان پذیرش و تعهد



به گزارش استرس دارند. با توجه به نظر ویلسون و ببرد (۴۷) می‌توان گفت که درگیری آگاهانه در فعالیت‌های مبتنی بر ارزش، ممکن است در کاهش اضطراب افراد مفید واقع شود. در همین رابطه؛ چو، هیبی، مک‌کراکن، لی و مون (۴۸) نیز نشان دادند که روش‌های ذهن‌آگاهی در درمان پذیرش و تعهد، برای بیمارانی که اضطراب دارند، مفید است. پژوهش انجام شده توسط رومرو و همکاران، نشان می‌دهد که هیچ‌گونه تفاوت معناداری در نتایج درمان ارائه شده توسط درمانگران تازه‌کار و مجرب وجود ندارد. بر طبق این پژوهش، امکان به‌کارگیری درمان پذیرش و تعهد توسط طیف وسیعی از مشاوران و درمانگران وجود دارد. با استفاده از این درمان، می‌توان مشکلات روان‌شناختی بیماران مضطرب را کاهش داد و باعث کاهش اجتناب تجربه‌ای در این افراد نیز گشت که در نهایت نتایجی از قبیل افزایش امید به زندگی، سازش با شرایط زندگی، روابط بهتر با اطرافیان و کاهش مشکلات مربوط به اضطراب از جمله خودکشی، گندی روانی حرکتی و... را دربر خواهد داشت (۲۸). به نظر می‌رسد، مداخلاتی که بتواند به طور مستقیم روابط و پاسخ‌های مشکل‌آفرین به تجارب درونی را هدف خود قرار دهد، می‌تواند کارآمدی درمان‌های اختلال اضطراب را بهبود بخشند. با نگاهی به پژوهش‌های دو دهه اخیر، در میان درمان‌های جدید اختلال اضطراب و افسردگی، درمان پذیرش و تعهد بیش از همه با ویژگی‌های اختلال‌های اضطراب و افسردگی هماهنگ است. اثربخشی این درمان را می‌توان به واسطه‌ی فرآیندهای حاکم بر آن تبیین کرد. در این درمان، تمرینات تعهد رفتاری به همراه فنون گسلش و پذیرش و نیز بحث‌های مفصل پیرامون ارزش‌ها و اهداف فرد و لزوم تصریح ارزش‌ها و آموزش آگاهی لحظه‌به‌لحظه و انعطاف‌پذیری، همگی منجر به کاهش شدت اضطراب و افسردگی می‌شود. ایجاد و پرورش «پذیرش» در مراجعان، باعث کاهش اجتناب شناختی و رشد زندگی مبتنی بر ارزش و باعث افزایش عملکرد فرد در حوزه‌های مختلف زندگی می‌شود (۲۵).

در رابطه با تأثیرگذاری درمان پذیرش و تعهد در درمان اختلال افسردگی، پژوهش‌های متعددی وجود دارد (۲۲، ۳۰-۲۹). ربیعی و شهریور (۲۲) در پژوهشی در بیمارستان روزه تهران اثربخشی آموزش گروهی را بر آگاهی، میزان استرس، اضطراب و افسردگی والدین کودکان با اختلال طیف اُتیسیم بررسی کردند. نتایج مطالعه‌ی آنها نشان داد که دوره آموزشی باعث افزایش سطح آگاهی والدین در مورد بیماری و راه‌های کمک

نمودار ۲ نیز نشان‌دهنده‌ی روند تغییر نشانه‌های افسردگی شرکت‌کنندگان طی جلسات مداخله و پیگیری ۱ ماهه است. طبق نمودارهای بالا، با شروع جلسات مداخله، شدت نشانه‌های اختلال افسردگی شرکت‌کنندگان کاهش می‌یابد. این روند در جلسات بعد نیز همواره ادامه داشته است. اندازه اثر و درصد بهبودی محاسبه‌شده (جدول ۲) نشان‌دهنده‌ی میزان اندازه اثرهای بزرگ برای هر سه شرکت‌کننده است، اما درصد‌های بهبودی معنادار تنها در مورد دو شرکت‌کننده‌ی اول و سوم دیده می‌شود و درصد‌های بهبودی محاسبه‌شده برای شرکت‌کننده دوم از نظر بالینی معنادار نیستند.

**جدول ۲** اندازه اثر و درصد بهبودی مربوط به افسردگی شرکت‌کننده‌ها

شاخص	شرکت‌کننده اول	شرکت‌کننده دوم	شرکت‌کننده سوم
اندازه اثر مداخله	۱/۶۸	۲/۱۵	۱/۹۳
درصد بهبودی مداخله	٪۶۰	٪۳۴	٪۶۰
اندازه اثر پیگیری	۱/۷	۲/۲۴	۱/۹۴
درصد بهبودی پیگیری	٪۶۶	٪۳۹	٪۷۲

## بحث و نتیجه‌گیری

یافته‌های به دست آمده از پژوهش حاضر، حاکی از اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر کاهش اضطراب مادران کودکان با اختلال طیف اُتیسیم است. در سال‌های اخیر کارآمدی درمان پذیرش و تعهد در درمان اختلال اضطراب فراگیر، طی پژوهش‌های متعددی مورد تأیید قرار گرفته است (۲۵-۲۸). به گفته باتلر و همکاران، افراد با اختلال اضطراب از موقعیت‌های اضطراب‌زا اجتناب می‌کنند؛ بدین معنی که بجای اینکه برای افزایش رضایت‌مندی خود از زندگی، کاری انجام دهند، خود را درگیر رفتارهایی می‌سازند که هدفشان کاهش اضطراب است و هنگام انجام فعالیت‌های مهم به دلیل نگرانی، تمرکز خود را از دست می‌دهند (۴۵). در رابطه با استرس و درماندگی در پژوهشی که توسط استس، اولسون، سالیوان، گرینسون، وینتر، داوسون و مانسون (۴۶) در مادران دارای کودک با اختلال طیف اُتیسیم و مادران دارای کودک فاقد اختلال اُتیسیم یا عادی انجام گرفت، نشان داده شده است که مادران دارای کودک با اختلال طیف اُتیسیم نسبت به سایر مادران، تمایل بیشتری

به کودکانشان شده است. یافته پژوهش حاضر همچنین همسو با پژوهش‌های قبلی است که اثربخشی درمان پذیرش و تعهد را بر کاهش افسردگی بیماران مبتلا به وسواس فکری و عملی پس از درمان و تداوم نتایج در مرحله پیگیری یک‌ماهه (۲۹) و کاهش میزان افسردگی بیماران دیابت نوع ۲ (۳۲) را نشان داده‌اند.

اثربخشی درمان تعهد و پذیرش در کاهش افسردگی مادران کودکان با اختلال طیف اُتسم را نیز می‌توان با فنون و فرآیندهای مورد تأکید این روش درمانی، تبیین کرد. تأکید این درمان؛ بر تعهد رفتاری و عمل مبتنی بر ارزش‌ها و اهداف فرد، تصریح ارزش‌ها، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی به همراه فنون آموزش ذهن‌آگاهی و همچنین تأکید آن بر پرورش «پذیرش» در مراجعان به کاهش شدت افسردگی می‌انجامد. این فرآیند در اثر کاهش اجتناب شناختی، گسترش زندگی مبتنی بر ارزش در افراد و افزایش عملکرد مطلوب و هدفمند افراد در حوزه‌های مختلف زندگی‌شان حاصل می‌شود (۲۵). اثربخشی درمان پذیرش و تعهد را همچنین می‌توان با استناد به نتایج پژوهش زتل (۳۰) در خصوص کاهش چشمگیر افکار منفی در افراد افسرده نیز تبیین کرد. در همین راستا، یافته‌های پژوهش کویانی (۳۳) اثربخشی آموزش ذهن‌آگاهی، به عنوان یکی از فنون اصلی درمان پذیرش و تعهد را به بهبود قابل ملاحظه در سلامت روانی و کاهش افسردگی بیماران دارای اختلالات خلقی نشان داده است. خلاصه اینکه، سودمندی آن به عنوان یک روش مداخله‌ای برای طیف وسیعی از اختلالات روانی مزمن نشان داده شده است و بیانگر آن است که در درمان پذیرش و تعهد، هدف آموزش تفکر و مراقبه ذهنی، تغییر محتوای افکار نیست بلکه هدف، ایجاد یک نگرش یا رابطه متفاوت با افکار، احساسات و عواطف که شامل حفظ توجه کامل و لحظه‌به‌لحظه و نیز داشتن نگرش همراه با پذیرش و به دور از قضاوت است (۴۹). در توضیح پذیرش اینکه، پذیرش یک حالت طراحی‌شده و جرأت‌آمیز از طرف مراجع است و به او کمک می‌کند تا به طور کامل و بدون دفاع، جنبه‌هایی از تجربه روان‌شناختی خود (بد، خوب و زشت) را همان‌گونه که هست، تجربه نماید. هدف این درمان، خلق یک انسان کارآمد است که صمیمانه با دنیای تجربی خود در تماس باشد. پذیرش یعنی تجربه حس‌ها، عواطف و افکار، بدون هیچ‌گونه تلاشی برای تغییر آنها. پذیرش خصوصاً هنگامی ضرورت می‌یابد که تجربه قابل تغییر نیست و نباید تغییر کند. این حالت متناقض به شخص اجازه می‌دهد آن چیزی باشد که هست و آنجایی

باشد که حضور دارد و تمایل به تغییر افکار و احساسات خود را کاهش دهد. بنابراین، وقتی لباس نگرانی در مورد آینده، اضطراب‌های مربوط به محتوای هیجانی-شناختی نامطلوب و پریشانی درباره حالات بدنی ناخواسته را از تن مراجع درآوریم، آنچه باقی می‌ماند انسانی است با یک زندگی کارآمد. در رابطه با ارزش‌ها، عمده‌ترین هدف درمان پذیرش و تعهد، تغییر جهت توجه و تلاش مراجعان از اهداف بیهوده (مثل کاهش احساسات و افکار ناخوشایند) به سوی اعمال مبتنی بر خواسته‌های آنها از یک زندگی مطلوب است؛ بنابراین، تلاش‌های درمانی می‌بایست معطوف به رفتارهایی باشد که در راستای ارزش‌های انتخاب‌شده توسط مراجع باشد (۵۰).

در درمان پذیرش و تعهد، هدف از تأکید بسیار بر توجه و تمایل افراد به تجربه‌های درونی خود این است که به آنها کمک شود تا افکار آزار دهنده‌شان در خصوص مشکلات و آینده خود و فرزندانشان و تفاوت فرزندشان با دیگر کودکان را فقط به عنوان یک فکر تجربه کنند و از ماهیت ناکارآمد کارهای فعلی‌شان آگاه شوند و بجای پاسخ به آن، به انجام آنچه در زندگی برایشان مهم و در راستای ارزش‌هایشان است، بپردازند. در اینجا مراجعان می‌توانند رویدادهای درونی ناخوشایند را در زمان حال به سادگی تجربه کنند و قادر به جدا کردن خود از واکنش‌ها، خاطرات و افکار ناخوشایندشان (برای مثال، نگرانی در مورد فرزند بیمارشان) می‌شوند. در واقع هدف از این کار، افزایش انعطاف روان‌شناختی در این افراد است. فرآیندهای مرکزی درمان پذیرش و تعهد به این افراد آموزش می‌دهد که چگونه عقیده بازداری فکر را رها کنند، از افکار آزار دهنده رهایی یابند، بجای خود مفهوم‌سازی شده، خود مشاهده‌گر را تقویت نمایند، رویدادهای درونی را بجای کنترل بپذیرند، ارزش‌هایشان را تصریح کنند و به آنها بپردازند. در این درمان افراد یاد می‌گیرند که احساساتشان را بپذیرند، بجای اینکه از آنها فاصله بگیرند و به وسیله ذهن‌آگاهی به افکار و فرآیند تفکرشان بیشتر پرداخته و آنها را به فعالیت‌های هدف محور پیوند دهند. به طور خلاصه، درمان پذیرش و تعهد تلاش می‌کند تا به افراد یاد دهد که افکار و احساساتشان را تجربه کنند و بجای اینکه تلاش کنند آنها را متوقف سازند، در جهت اهداف و ارزش‌هایشان عمل نمایند (۵۱). با توجه به مطالب ذکر شده، می‌توان گفت درمان پذیرش و تعهد، همچنین می‌تواند به واسطه کاهش اجتناب تجربه‌ای در مادران کودکان با اختلال طیف اُتسم، مشکلات روان‌شناختی آنها از جمله اضطراب و افسردگی را کاهش دهد.



## References

1. Benjamin JS. Kaplan & Sadock's Synopsis of Psychiatry-Behavioral Sciences. Clinical psychiatry. 11th ed. Lippincott Williams & Wilkins. 2007; 324.
2. Kober R. The effect of employment on the quality of life of people with intellectual disabilities: A review of the literature. Enhancing the Quality of Life of People with Intellectual Disabilities. 2010:127-36.
3. Bradford R. Children, families, and chronic disease: Psychological models and methods of care. Psychology Press; 1997.
4. Piven J, Simon JO, Chase GA, Wzorek M, Landa R, Gayle J, Folstein S. The etiology of autism: pre, peri-and neonatal factors. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 1993 Nov 1; 32(6):1256-63.
5. Cook Jr EH, Charak DA, Arida J, Spohn JA, Roizen NJ, Leventhal BL. Depressive and obsessive-compulsive symptoms in hyperserotonemic parents of children with autistic disorder. Psychiatry Res. 1994 Apr 1; 52(1):25-33.
6. Piven J, Palmer P. Psychiatric disorder and the broad autism phenotype: evidence from a family study of multiple-incidence autism families. Am J Psychiatry. 1999 Apr 1; 156(4):557-63.
7. Lainhart JE. Psychiatric problems in individuals with autism, their parents and siblings. Int Rev Psychiatry. 1999 Jan 1; 11(4):278-98.
8. Kuhn JC, Carter AS. Maternal self-efficacy and associated parenting cognitions among mothers of children with autism. Am J Orthopsychiatry. 2006 Oct; 76(4):564-75.
9. Hobart HM. Autism and family in the People's Republic of China: Learning from parents' perspectives. Res Pract Persons Severe Disabl. 2008 Mar; 33 (1-2): 37-47.
10. Webster A, Feiler A, Webster V, Lovell C. Parental perspectives on early intensive intervention for children diagnosed with autistic spectrum disorder. J Early Child Res. 2004 Feb; 2(1):25-49.
11. Schieve LA, Blumberg SJ, Rice C, Visser SN, Boyle C. The relationship between autism and parenting stress. Pediatr. 2007 Feb 1; 119 (Supplement 1): S114-21.
12. Hoffman CD, Sweeney DP, Hodge D, Lopez-Wagner MC, Looney L. Parenting stress and closeness: Mothers of typically developing children and mothers of children with autism. Focus Autism Other Dev Disabl. 2009 Sep; 24(3):178-87.

با توجه به اثربخشی درمان پذیرش و تعهد در مادران کودکان با اختلال طیف اُتیسیم، پیشنهاد می‌شود در کنار مداخلات آموزشی-حمایتی برای کودکان، برای کاهش مشکلات هیجانی و اضطراب و افسردگی والدین و بالا بردن سازگاری آنها از رویکردهای مشاوره‌ای مانند درمان پذیرش و تعهد استفاده شود. امید است نتایج این پژوهش، متخصصان را در جهت کمک به خانواده‌های دارای فرزند با اختلال طیف اُتیسیم و کاهش اختلالات اضطراب و افسردگی آنها یاری کند. کوتاه مدت بودن این شیوه‌ی درمانی و نتیجه مستقیم آن می‌تواند درمان بهتر و سریع‌تر این اختلالات باشد و از نظر اجتماعی و اقتصادی نیز فواید مهمی به همراه داشته باشد.

از جمله محدودیت‌های این پژوهش، اولین مورد عدم حضور پدران کودکان با اختلال طیف اُتیسیم طی فرآیند پژوهشی بود. دیگر اینکه، این امکان وجود نداشت که مشخص شود مادران فرزندان با اختلال طیف اُتیسیم قبل از این پژوهش، چه مدت و چه نوع اقدامات آموزشی-حمایتی دریافت کرده‌اند. بررسی وضعیت اقتصادی خانواده‌های شرکت‌کننده در پژوهش نیز مدنظر نبود. همچنین استفاده از پرسشنامه‌ها برای جمع‌آوری اطلاعات و احتمال وجود سوگیری در پاسخ‌های آزمودنی‌ها، از جمله محدودیت‌های دیگر این پژوهش بود. پیگیری در این پژوهش یک ماه بعد از مداخله صورت گرفت. از آنجا که اختلال و مشکلات کودکان با اختلال طیف اُتیسیم به صورت فراگیر و همیشه وجود دارد، به نظر می‌رسد با دوره‌های پیگیری بلندمدت در پژوهش‌های آتی با قطعیت بیشتری می‌توان در مورد اثربخشی این درمان بر کاهش مشکلات مادران کودکان با اختلال طیف اُتیسیم صحبت کرد.

## تشکر و قدردانی

از تمام کسانی که در این پژوهش صمیمانه با پژوهشگران همکاری کردند، تشکر و قدردانی می‌شود.

## تضاد منافع

نویسندگان این پژوهش هیچ‌گونه تضاد منافی نداشتند.

13. Khoramabadi R, Pouretamad HR, Tahmasian K, Chimeh N. A Comparative Study of Parental Stress in Mothers of Autistic and Non Autistic Children. *Family Res.* 2009;3(3): 387-399. [Persian]
14. McConkey R, Truesdale-Kennedy M, Chang MY, Jarrah S, Shukri R. The impact on mothers of bringing up a child with intellectual disabilities: A cross-cultural study. *Int J Nurs Stud.* 2008 Jan 1; 45(1):65-74.
15. Teti DM, Gelfand DM. Behavioral competence among mothers of infants in the first year: The mediational role of maternal self-efficacy. *Child development.* 1991 Oct; 62(5):918-29.
16. Davies M, Stankov L, Roberts RD. Emotional intelligence: In search of an elusive construct. *Journal of personality and social psychology.* 1998 Oct; 75(4):989.
17. Vakilzadeh N, Abedi A, Mohseni Ezhiyeh A, Pishghadam E. Effectiveness of family-based early intervention on the degree of joint attention (responding) of the children with autism spectrum disorder: A single-subject study. *Journal of Rehabilitation.* 2016 Apr 10; 17(1):42-53. [Persian]
18. Meral BF, Cavkaytar A, Turnbull AP, Wang M. Family quality of life of Turkish families who have children with intellectual disabilities and autism. *Research and Practice for Persons with Severe Disabilities.* 2013 Dec; 38(4):233-46.
19. McCubbin HI, Patterson JM. The family stress process: The double ABCX model of adjustment and adaptation. *Marriage Family Rev.* 1983 Apr 27; 6 (1-2): 7-37.
20. Chimeh N, Pouretamad HR, Khoramabadi R. Need assessment of mothers with autistic children. *Family Res.* 2008;3(3): 697-707. [Persian]
21. Benson PR. Coping, distress, and well-being in mothers of children with autism. *Res Autism Spectrum Disorders.* 2010 Apr 1; 4(2):217-28.
22. Rabiee A, Shahrivar Z. A pilot study on efficacy of group educational training on knowledge level, stress, anxiety and depression in parents of children with autistic disorder. *J Res Rehabilitation Sci.* 2011 Apr 21; 7(1). [Persian]
23. Fisman S, Wolf L. The handicapped child: Psychological effects of parental, marital, and sibling relationships. *Psychiatric Clin.* 1991 Mar 1; 14(1): 199-217.
24. Mohajeri a, pouretamad h, shokri o, khoshabi k. Effectiveness of parent-child interaction therapy on parental self-efficacy of mothers of children with high-functioning autism. *J Appl Psychol.* 2013;1(25): 21-38. [Persian]
25. Hayes SC, Luoma JB, Bond FW, Masuda A, Lillis J. Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes. *Behav Res Ther.* 2006 Jan 1; 44(1):1-25.
26. Longmore RJ, Worrell M. Do we need to challenge thoughts in cognitive behavior therapy? *Clin psychol Rev.* 2007 Mar 1; 27(2):173-87.
27. Roemer L, Orsillo SM. An open trial of an acceptance-based behavior therapy for generalized anxiety disorder. *Behav Ther.* 2007 Mar 1; 38(1): 72-85.
28. Roemer L, Orsillo SM, Salters-Pedneault K. Efficacy of an acceptance-based behavior therapy for generalized anxiety disorder: evaluation in a randomized controlled trial. *J Consult Clin Psychol.* 2008 Dec; 76(6):1083.
29. Izadi R, Neshatdust H, Asgari K, Abedi M. Comparison of the efficacy of Acceptance and Commitment Therapy and Cognitive-Behavior Therapy on symptoms of treatment of patients with obsessive-compulsive disorder. *J Res Behav Sci.* 2014 Apr 10; 12(1):19-33. [Persian]
30. Zettle RD. Acceptance and commitment therapy for depression. *Curr Opin Psychol.* 2015 Apr 1; 2:65-9.
31. Brassington L, Ferreira NB, Yates S, Fearn J, Lanza P, Kemp K, Gillanders D. Better living with illness: A transdiagnostic acceptance and commitment therapy group intervention for chronic physical illness. *J Contextual Behav Sci.* 2016 Oct 1; 5(4):208-14.
32. Hor M, Aghaei A, Abedi A, Attari A. The effectiveness of acceptance and commitment therapy on depression in patients with type 2 diabetes. *J Res Behav Sci.* 2013; 11(2): 121-8. [Persian]
33. Kaviani H, Mousavi AS. Psychometric properties of the Persian version of Beck Anxiety Inventory (BAI). *Tehran Univ Med J.* 2008 May. [Persian]
34. Ossman WA, Wilson KG, Storaasli RD, McNeill JW. A preliminary investigation of the use of acceptance and commitment therapy in group treatment for social phobia. *Int J psychol Psychological ther.* 2006; 6(3):397-416.
35. Vallis M, Ruggiero L, Greene G, Jones H, Zinman B, Rossi S, Edwards L, Rossi JS, Prochaska JO. Stages of change for healthy eating in diabetes: relation to demographic, eating-related, health care utilization, and psychosocial factors. *Diabetes care.* 2003 May 1; 26(5):1468-74.
36. Öst LG. The efficacy of acceptance and commitment therapy: an updated systematic review and meta-analysis. *Behav Res Ther.* 2014 Oct 1; 61:105-21.

37. Folke F, Parling T, Melin L. Acceptance and commitment therapy for depression: A preliminary randomized clinical trial for unemployed on long-term sick leave. *Cognitive Behav Practice*. 2012 Nov 1; 19(4):583-94.
38. Bohlmeijer ET, Fledderus M, Rokx TA, Pieterse ME. Efficacy of an early intervention based on acceptance and commitment therapy for adults with depressive symptomatology: Evaluation in a randomized controlled trial. *Behav Res Ther*. 2011 Jan 1; 49(1): 62-7.
39. Bohlmeijer ET, Lamers SM, Fledderus M. Flourishing in people with depressive symptomatology increases with acceptance and commitment therapy. Post-hoc analyses of a randomized controlled trial. *Behav Res Ther*. 2015 Feb 1; 65:101-6.
40. Pull CB. Current empirical status of acceptance and commitment therapy. *Curr Opin Psychiatry*. 2009 Jan 1; 22(1):55-60.
41. Beck AT, Epstein N, Brown G, Steer RA. An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *J Consult Clin Psychol*. 1988 Dec; 56(6):893.
42. Beck AT, Steer RA, Brown G. Beck depression inventory-II. *Psychol Assess*. 1996 Jan 1.
43. Dobson KS (Mohammadkhani P. Psychometric properties of Beck Depression Inventory-2 in patients with major depressive disorder in the period of relative recovery. *Rehabilitation*. 2007(29(8): 80-86. [Persian]
44. Lillis J, Hayes SC. Measuring avoidance and inflexibility in weight related problems. *Int J Behav Consult Ther*. 2007;4(1):30.
45. Butler EA, Egloff B, Wilhelm FH, Smith NC, Erickson EA, Gross JJ. The social consequences of expressive suppression. *Emotion*. 2003 Mar;3(1):48.
46. Estes A, Olson E, Sullivan K, Greenson J, Winter J, Dawson G, Munson J. Parenting-related stress and psychological distress in mothers of toddlers with autism spectrum disorders. *Brain Dev*. 2013 Feb 1; 35(2):133-8.
47. Wilson KG, Byrd MR. ACT for substance abuse and dependence. In *A practical guide to acceptance and commitment therapy 2004* (pp. 153-184). Springer, Boston, MA.
48. Cho S, Heiby EM, McCracken LM, Lee SM, Moon DE. Pain-related anxiety as a mediator of the effects of mindfulness on physical and psychosocial functioning in chronic pain patients in Korea. *J Pain*. 2010 Aug 1; 11(8):789-97.
49. Wells A. *Emotional disorders and metacognition: Innovative cognitive therapy*. John Wiley & Sons; 2002 Sep 27.
50. Eifert GH, Forsyth JP. *Acceptance and commitment therapy for anxiety disorders: A practitioner's treatment guide to using mindfulness, acceptance, and values-based behavior change*. New Harbinger Publications; 2005 Aug 1.
51. Forman EM, Herbert JD. *New directions in cognitive behavior therapy: Applying empirically supported treatment in your practice*. New York: Wiley. 2008:263-5.