



اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش تنظیم هیجان، رفتار پر خاشگرانه و خودزنی دانش آموزان

مژگان صیاد ملاشاهی: دانشجوی دکتری، گروه روانشناسی، واحد زاهدان، دانشگاه آزاد اسلامی، زاهدان، ایران
محمود شیرازی: دانشیار، گروه روان شناسی، دانشگاه سیستان و بلوچستان، زاهدان، ایران (✉ نویسنده مسئول) mshirazi@edpsy.usb.ac.ir
 غلامرضا ثناگوی محرر: گروه روانشناسی، واحد زاهدان، دانشگاه آزاد اسلامی، زاهدان، ایران

چکیده

کلیدواژه‌ها

درمان پذیرش و تعهد،
تنظیم هیجان،
رفتار پر خاشگرانه،
خودزنی

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۰۹/۲۶

تاریخ چاپ: ۱۴۰۱/۱۱/۱۸

زمینه و هدف: دوران نوجوانی از اهمیت بسیار بالایی برخوردار است و روش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌تواند تأثیر مثبتی بر رفتار افراد داشته باشد، بنابراین هدف تحقیق، اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش تنظیم هیجان، رفتار پر خاشگرانه و خودزنی دانش آموزان بود.

روش کار: روش پژوهش شبه آزمایشی بود و جامعه آماری شامل دانش آموزان نوجوان دارای خودزنی مراجعه کننده به هسته مشاوره مدارس و ارجاع داده شده به اورژانس بیمارستان شهر زاهدان در سال ۱۴۰۰ بود. روش نمونه‌گیری به صورت تصادفی ساده بود که شامل ۴۰ نفر در سه گروه (۲۰ نفر با روش درمان پذیرش و تعهد و ۲۰ نفر به عنوان گروه کنترل) بود. ابزار پژوهش شامل پرسشنامه‌های تنظیم شناختی هیجان گرانف سکی و همکاران (۲۰۰۳)، پرخاشگری AGQ، آسیب به خود سازسون و همکاران (SHI) بود. گروه آزمایش مداخله روش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با استفاده از تکنیک‌های درمان شناختی رفتاری در ۸ جلسه یک و نیم ساعته بر اساس پکیج درمانی باند و هیز (۲۰۰۴) دریافت کرد. داده‌های بدست آمده، با استفاده از نرم افزار آماری SPSS با آزمون‌های تحلیل کوواریانس چند متغیره مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که برنامه آموزش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد تأثیر معناداری بر بهبود تنظیم هیجان و کاهش رفتار پر خاشگرانه و خودزنی دانش آموزان داشت.

نتیجه‌گیری: با توجه به نتایج مطالعه می‌توان اذعان داشت که می‌تواند استفاده از رویکرد درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌تواند به عنوان برنامه درمانی مؤثر مورد توجه روانشناسان و مشاوران قرار گیرد.

تعارض منافع: گزارش نشده است.

منبع حمایت‌کننده: حامی مالی ندارد.

شیوه استناد به این مقاله:

Sayyad Mollashahi M, Shirazi M, Sanagooye Moharrar G. The Effectiveness of Treatment Based on Acceptance and Commitment on Reducing Emotion Regulation, Aggressive Behavior and Self-Mutilation in Students. Razi J Med Sci. 2023;29(11):102-111.

*انتشار این مقاله به صورت دسترسی آزاد مطابق با [CC BY-NC-SA 3.0](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/) صورت گرفته است.



Original Article

The Effectiveness of Treatment Based on Acceptance and Commitment on Reducing Emotion Regulation, Aggressive Behavior and Self-Mutilation in Students

Mozhgan Sayyad Mollashahi: PhD Student, Department of Psychology, Zahedan Branch, Islamic Azad University, Zahedan, Iran

Mahmoud Shirazi: Associate Professor, Department of Psychology, University of Sistan and Baluchestan, Zahedan, Iran (*Corresponding author) mshirazi@edpsy.usb.ac.ir

Gholamreza Sanagooye Moharrar: Department of Psychology, Zahedan Branch, Islamic Azad University, Zahedan, Iran.

Abstract

Background & Aims: Adolescence is considered one of the most critical periods of life. Due to the rapid technological, cultural, and social changes in today's societies, adolescence is associated with many physical, psychological, and social problems for several adolescents and is the basis of many risky behaviors and social harms caused by it this period in adolescents. Is placed Changes in this period of growth may cause certain problems. When adolescents cannot successfully overcome developmental crises and challenges, they will experience psychological distress and significant disruption in the normal flow of daily life and emotional, social, and cognitive aspects. One of the subjects investigated in this course is the occurrence of high-risk behaviors such as self-harm and self-mutilation. Self-mutilation is an intentional, impulsive, non-lethal act that causes injury to a person's body. Self-mutilation refers to localized and conscious self-destruction, which is caused by the inability to tolerate the aggressive impulses internalized by a person, to punish himself or others. Approximately 1% of the population uses self-harm during their lifetime to cope with a crippling situation or feeling. Self-harm makes people imperfect. It is difficult to understand this behavioral phenomenon and it occurs in a very simple way or in an emotional situation where a person is under pressure. The overall prevalence of narcissism in the general population is 4% and in clinical samples, it is 21%, which is 3 times higher in men than in women. It begins in early adolescence and can be the first manifestation of a severe mental illness. Regarding self-mutilation behavior, several models have been proposed. One model is the self-regulation model, which considers self-mutilation as a compensatory measure to relieve anger, anxiety, or emotional distress. They have unpleasant tension and by harming themselves, they reduce this unpleasant feeling in themselves. The therapeutic approach of acceptance and commitment is a new therapeutic approach and uses the processes of acceptance, mental focus, commitment, and behavior change processes to create psychological flexibility. According to the mentioned materials and the study of the background of the research conducted in the field of this topic, it can be said that the treatment method based on acceptance and commitment can have a positive effect on regulating emotions and reducing aggressive behavior of people, and also there is a gap of studies in This field is the researcher's motivation for the research to investigate this situation more closely. Finally, the contents of this research, it is an attempt to answer the basic question of whether treatment based on acceptance and commitment reduces emotion regulation, aggressive behavior, and self-mutilation. Does it affect students?

Methods: The research method was quasi-experimental and the statistical population included teenage students with self-mutilation who were referred to the school counseling core and were referred to the emergency room of Zahedan city hospital in 1400. The sampling method was simply random, which included 40 people in three groups (20 people with acceptance and commitment therapy and 20 people as a control group). The research tools included the cognitive regulation of emotion questionnaires of Granfsky et al. (2003), aggression AGQ, and self-injury (SHI). The experimental group received the intervention treatment method based

Keywords

Acceptance and
Commitment therapy,
Emotion regulation,
Aggressive behavior,
Self-mutilation

Received: 17/12/2022

Published: 07/02/2023

on acceptance and commitment using cognitive behavioral therapy techniques in 8 one-and-a-half-hour sessions based on Bond and Hayes's (2004) treatment package. The obtained data were analyzed using SPSS statistical software with multivariate analysis of covariance tests.

Results: The results showed that the therapy training program based on acceptance and commitment had a significant effect on improving emotion regulation and reducing aggressive and self-harming behavior of students.

Conclusion: In explaining this finding, it can be stated that treatment based on acceptance and commitment, unlike most treatments, does not seek to change the content of thought. For example, cognitive-behavioral therapy for anxiety disorders seeks to help clients reduce their distress by changing cognitive and behavioral responses to anxiety. In fact, cognitive-behavioral therapy enables clients to create a new communication network of compatible thoughts and behaviors that compete with incompatible networks and memories and eliminate them. To achieve this goal, cognitive-behavioral therapy includes these components: training on the nature of fear and anxiety, reviewing signs and symptoms, training on body relaxation and correct breathing, cognitive reconstruction, behavioral tests, and imaginary exposure. And alive with mental images, bodily sensations, and situations, preventing responses. In cognitive reconstruction, clients learn to challenge the validity of anxiety-inducing thoughts, identify the cognitive errors that these thoughts reflect, and create alternative thoughts for them. Behavioral experiments directly challenge anxiety-based predictions. It helps clients approach the feared stimulus and see if their expected consequences occur. Response prevention confronts clients with the stimulus and anxiety-causing contexts, and at the same time prevents anxiety-reducing behaviors and avoidance behaviors. But treatment based on acceptance and commitment is a behavioral treatment that uses the skills of mindfulness, acceptance, and cognitive dissonance to increase psychological flexibility. In therapy based on acceptance and commitment, psychological flexibility means increasing the client's ability to connect with their experience in the present and choose to act in a way that is appropriate based on what is possible for them at that moment. With their chosen values, establishing this situation can have a positive effect on regulating people's emotions. In the alternative explanation, the treatment is based on acceptance and commitment to cognitive reconstruction, acceptance of symptoms, and control of behavior. Acceptance in therapy based on acceptance and commitment is defined as: "Accepting an event or situation and letting go of the dysfunctional symptom control program and an active process of feeling emotions as emotions, thinking thoughts as thoughts, and so on. Acceptance should not be confused with tolerance or submission. Both of these are passive and imperative. In fact, acceptance means being aware of inner experiences (thoughts, feelings, memories, and physical symptoms) and actively accepting them, without taking action to reduce them and without taking action based on their verbal aspect, in treatment based on acceptance and commitment to control and Avoidance is a context in which experiencing an internal event in this context can be traumatic. Therefore, instead of focusing on changing that internal event, the Acceptance and Commitment Therapy therapist seeks to change this context. By changing this context and turning it into a context of acceptance, any internal event can be experienced without being traumatic. And by changing this context, the goal of functional Contextualism, i.e. predicting behavior and influencing behavior, is realized.

Conflicts of interest: None

Funding: None

Cite this article as:

Sayyad Mollashahi M, Shirazi M, Sanagooye Moharrar G. The Effectiveness of Treatment Based on Acceptance and Commitment on Reducing Emotion Regulation, Aggressive Behavior and Self-Mutilation in Students. *Razi J Med Sci.* 2023;29(11):102-111.

*This work is published under [CC BY-NC-SA 3.0 licence](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/).

مقدمه

نوجوانی یکی از بحرانی‌ترین دوره‌های زندگی محسوب می‌شود. به دلیل تغییرات فناورانه، فرهنگی و اجتماعی سریع و پرشتاب جوامع امروز، دوران نوجوانی برای تعدادی از نوجوانان با بروز مشکلات فراوان، جسمی، روانی و اجتماعی همراه است و پایه بسیاری از رفتارهای پرخطر و آسیب‌های اجتماعی ناشی از آن در این دوره در نوجوانان گذاشته می‌شود (۱). تغییرات این دوره از رشد ممکن است زمینه ساز مشکلات خاصی شود. هنگامی که نوجوانان نمی‌توانند به طور موفقیت آمیز بر بحران‌ها و چالش‌های تحولی غلبه کنند، پریشانی‌های روانشناختی را تجربه خواهند کرد و اختلال قابل ملاحظه‌ای در جریان به‌هنگار زندگی روزمره و جنبه‌های عاطفی، اجتماعی و شناختی بروز خواهد کرد که به دنبال آن شخصیت آن‌ها دچار اغتشاش خواهد شد (۲). یکی از موضوع‌های مورد بررسی در این دوره، رخدادهای پرخطر نظیر آسیب خود و خودزنی است (۳). خودزنی عملی است عمدی، تکانه‌ای، غیرکشنده که باعث صدمه به بدن شخص می‌گردد. خودزنی به خود ویرانگری موضعی و آگاهانه‌ای اطلاق می‌شود که ناشی از ناتوانی در مدارا با تکانه‌های پرخاشگرانه درون فکنی شده فرد، برای تنبیه خود یا دیگری می‌باشد (۴). تقریباً ۱ درصد جمعیت در طول عمر خود برای مقابله با موقعیت یا احساس فلج‌کننده پیش آمده از آسیب بدنی به شکل خودزنی استفاده می‌کنند (۵). آسیب به خود افراد را ناقص می‌کند. درک این پدیده رفتاری مشکل است و به شکل خیلی ساده یا در یک موقعیت احساسی که فرد تحت فشار است رخ می‌دهد، شیوع کلی خودزنی در جمعیت عادی ۴ درصد و در نمونه‌های بالینی ۲۱ درصد گزارش شده است که در مردان ۳ برابر زنان است (۶). شروع آن در اوایل نوجوانی است و می‌تواند اولین تظاهر یک بیمار روانی شدید باشد (۷). در مورد رفتار خودزنی چندین مدل مطرح شده است یک مدل، مدل مقررات خود است که رفتار خودزنی را یک اقدام جبرانی برای تسکین عصبانیت، اضطراب یا ناراحتی هیجانی می‌داند در مدل دیگری عنوان شده که اکثر بیماران قبل از آسیب به خود یک احساس ناخوشایند تنش دارند و با آسیب رساندن به خود این احساس ناخوشایند را در خود کم می‌کنند

(۸). بر اساس مطالعات مختلف، میزان خودزنی در بین دخترها، چهار برابر پسرها است (۹). این اختلاف لزوم توجه بیشتر به خودزنی در دخترها را یادآوری می‌کند. باید در نظر داشت پسرها راهکارهای بیشتری برای پنهان کردن موارد خودزنی دارند و بیش تر از دخترها آسیب‌های وارده را توجیه کرده و آن‌ها را به اتفاق‌های دیگر ربط می‌دهند. امروزه بحث‌های بسیاری وجود دارد که آیا بین میزان خودزنی در دخترها و پسرها اختلافی وجود دارد و یا اینکه آیا اختلاف موجود به دلیل خطای آماری در جمع‌آوری اطلاعات می‌باشد. طبق آمار مرکز جمع‌آوری اطلاعات خودکشی سازمان بهداشت جهانی (۲۰۰۸) در همه گروه‌های سنی، میزان خودزنی دخترها بیشتر از پسرهاست (۱۰). مطابق تحقیقات انجام شده، ویژگی‌های زیستی، چرخه‌ی رشد، موقعیت اجتماعی-اقتصادی، ویژگی‌های خانوادگی، تاثیر همسالان و الگوهای ارتباطی خود افراد از جمله عوامل مهمی هستند که در فعالیت‌های پرخطر جوانان تاثیر به‌سزایی دارند (۱۱).

از آنجا که رویکرد درمانی پذیرش و تعهد یک رویکرد درمانی جدید بوده و از فرایندهای پذیرش، تمرکز ذهنی، تعهد و فرایندهای تغییر رفتار به منظور ایجاد انعطاف‌پذیری روانی استفاده می‌کند (۱۲). درمان‌های روانشناختی بسیاری در خصوص کاهش مشکلات روانشناختی با تاکید بر هیجانات و شناخت‌ها مورد استفاده قرار گرفته است، اما در موج سوم روان‌درمانی‌ها که به روان‌درمانی‌های پست مدرن معروف هستند، عقیده بر این است که شناخت‌ها و هیجانات را باید دریافت مفهومی پدیده‌ها در نظر گرفت. به عبارت دیگر به جای تغییر شکل، فراوانی یا حساسیت موقعیتی شناخت‌ها و هیجانات، کارکرد آنها هدف قرار می‌گیرد (۱۳). هدف اصلی این روش درمانی ایجاد انعطاف‌پذیری روانشناختی است، یعنی ایجاد توانایی انتخاب عملی در بین گزینه‌های مختلف که متناسب‌تر باشد، نه اینکه عملی صرفاً جهت اجتناب از افکار، احساسات، خاطره‌ها یا تمایلات آشفته ساز انجام یا درحقیقت به فرد تحمیل شود (۱۴). در این درمان ابتدا سعی می‌شود پذیرش روانی فرد در مورد تجارب ذهنی (افکار، احساسات) افزایش یابد و متقابلاً اعمال کنترلی نامؤثر کاهش یابد. به بیمار آموخته می‌شود که هرگونه عملی جهت

سابقه خود زنی) انتخاب شدند و به صورت تصادفی در دو گروه درمانی به تعداد ۲۰ نفر جایگزین شد که گروه اول با استفاده از روش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد طی با استفاده از تکنیک‌های درمان شناختی رفتاری در ۸ جلسه یک و نیم ساعته بر اساس پکیج درمانی باند و هیز (۲۰۰۴) صورت گرفت و گروه دوم به عنوان گروه کنترل مداخله‌ای انجام نگرفت و بعد به پرسشنامه‌ها جواب دادند. همچنین از ابزارهای زیر در این مطالعه بهره گرفته شده است:

- **مقیاس تنظیم هیجان:** متغیر تنظیم هیجان در مقیاس تنظیم شناختی هیجان توسط گرانفسکی و همکاران (۲۰۰۳) تدوین شده است، این پرسشنامه، پرسشنامه‌ای چند بعدی و یک ابزار خود گزارشی است که دارای ۳۶ ماده است و دارای فرم ویژه بزرگسالان و کودکان می‌باشد. مقیاس تنظیم شناختی هیجان هفت (۷) بعد (۱. تمرکز مثبت مجرد/ برنامه‌ریزی ۲. ارزیابی مثبت/ دیدگاه وسیع‌تر ۳. سرزنش خود ۴. سرزنش دیگران، ۵. نشخوار فکری ۶. فاجعه آمیز کردن ۷. پذیرش) را ارزیابی می‌کند. گرانفسکی و همکاران اعتبار و روایی مطلوبی را برای این پرسشنامه گزارش کرده‌اند. این پرسشنامه شامل ۳۶ پرسش مدرج پنج نمره‌ای (از همیشه یا هرگز) می‌باشد که هر چهار پرسش یک عامل را مورد ارزیابی قرار می‌دهد و در مجموع ۷ عامل به قرار، سرزنش خود، سرزنش دیگران، فاجعه میز کردن، نشخوار فکری، تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی پذیرش، تمرکز مثبت و ارزیابی مثبت را مورد ارزیابی قرار می‌دهد. نمره گذاری پرسشنامه بر اساس طیف لیکرت و به صورت زیر است: هرگز (۱)، به ندرت (۲)، برخی اوقات (۳)، اغلب اوقات (۴)، همیشه (۵).

- **پرخاشگری:** متغیر پرخاشگری در پرسشنامه پرخاشگری AGQ به عنوان یک مقیاس خود گزارشی دهی مداد کاغذی است. این پرسشنامه را باس و پری (Buss & Perry) در سال ۱۹۹۲ آن را ساخته است. این پرسشنامه دارای ۲۹ سؤال است که ۱۴ سؤال آن «خشم»، ۸ سؤال «تهاجم» و ۷ سؤال دیگر عامل «کینه توزی» را می‌سنجد. در این پرسشنامه آزمودنی به یکی از ۴ گزینه هرگز، به ندرت، گاهی اوقات و

اجتناب یا کنترل این تجارب ذهنی ناخواسته بی‌اثر است یا اثر معکوس دارد و موجب تشدید آن‌ها می‌شود و باید (این تجارب را بدون هیچ گونه واکنش درونی یا بیرونی جهت حذف آن‌ها)، به‌طور کامل پذیرفت (۱۵). نتایج پژوهش‌های چندی از قبیل هاریس (Harris) (۲۰۲۰) در پژوهشی با عنوان تاثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر خودنظم دهی، تمرکز ذهنی و فرایندهای تغییر رفتار نشان دادند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌تواند در انعطاف پذیری روانی افراد تاثیر مثبت داشته باشد و میزان خودنظم دهی، تمرکز ذهنی افراد را افزایش دهد (۸).

با توجه به مطالب ذکر شده و مطالعه پیشینه پژوهش‌های انجام شده در حوزه این موضوع می‌توان گفت که روش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌تواند تاثیر مثبتی بر تنظیم هیجان و کاهش رفتار پرخاشگرانه افراد داشته باشد و همچنین خلاء مطالعاتی در این حوزه جهت بررسی دقیق‌تر این وضعیت انگیزه محقق برای پژوهش بوده در نهایت با توجه به مطالب بیان شده این پژوهش کوششی است در راستای پاسخگویی به این سوال اساسی که آیا درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش تنظیم هیجان، رفتار پر خاشگرانه و خودزنی دانش آموزان تاثیر دارد؟

روش کار

روش پژوهش حاضر از نوع آزمایشی (طرح پیش آزمون- پس آزمون با گروه کنترل) می‌باشد که در کمیسیون کد اخلاق دانشگاه سیستان و بلوچستان با کد IR.USB.REC.1399.038 به تصویب رسید. پس از دریافت معرفی‌نامه از دانشگاه آزاد اسلامی واحد زاهدان مبنی بر اجرای پژوهش حاضر اقدام گردید و برای گردآوری اطلاعات در این پژوهش از پرسشنامه استفاده شده است. به این صورت که بعد از کسب مجوزهای لازم ابتدا به مراکز هسته مشاوره مدارس و ارجاع داده شده به اورژانس بیمارستان شهر زاهدان مراجعه کرده و پژوهشگر لیستی کامل از تمام نوجوانان و دانش آموزانی که سابقه خود زنی داشتند در تهیه کردند و با برقراری تماس به صورت تصادفی (۴۰ نفر از دانش آموزان دارای

خلاف سایر پرسشنامه‌هایی که در این حیطه قرار می‌گیرند، تنها مقیاسی است که در تشخیص BPD یا اختلال شخصیت مرزی قابل استفاده است. پرسشنامه مذکور به منظور استفاده در جمعیت‌های روانپزشکی طراحی شده است. نمره‌گذاری پرسشنامه آسیب به خود به صورت بله و خیر است. به این صورت که پاسخ «بله» را فقط به مواردی بدهید که تا کنون عمداً یا از روی قصد برای آسیب به خود انجام داده‌اید. گزینه خیر نمره صفر و گزینه بله نمره ۱ می‌گیرد. مطالعه اعتبار این پرسشنامه با نقطه برش ۵ یا بیشتر، به طبقه‌بندی دقیق

همیشه، پاسخ گفته و برای هر یک از ۴ گزینه مذکور به ترتیب مقادیر ۰، ۱، ۲، ۳ در نظر گرفته می‌شود. بجز ماده ۱۸ که بار عاملی منفی دارد و جهت نمره‌گذاری در آن معکوس است، نمره کل این پرسش‌نامه از ۰ تا ۹۰ و با جمع نمرات سوال‌ها به دست می‌آید.

مقیاس آسیب به خود سانسون و همکاران (SHI): پرسشنامه آسیب به خود (SHI، ۱۹۹۸)، پرسشنامه خود گزارشی ۲۲ آیتمی (با پاسخ بله/خیر) است که سابقه آسیب رساندن به خود را در پاسخ دهندگان بررسی می‌کند. پرسشنامه آسیب به خود بر

جدول ۱- جدول عملیاتی برنامه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد

ردیف جلسه	عنوان جلسه	توضیحات جلسه
جلسه اول	آشنایی	- آموزش در خصوص درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و اهداف آن - آشنایی و آموزش در مورد شادکامی، تاب‌آوری و خردمندی دانش‌آموزان دارای خودزنی - بحث در خصوص راهبردهای کنترل و اجتناب از اضطراب - ارائه تکلیف خانگی - ذهن آگاهی
جلسه دوم	درماندگی خلاق	- بررسی واکنش به جلسه قبل و تکلیف جلسه قبل - ذهن آگاهی - بررسی راهبردهای کنترل خاصی که تاکنون فرد استفاده کرده است - بررسی هزینه‌ها و خساراتی که این راهبردها در زندگی فرد داشته‌اند. - بررسی فواید این راهبردهای کنترل - معرفی راهبردهای کنترل به عنوان مسئله با کمک استعاره شخص درچاه - ارائه تکلیف خانگی
جلسه سوم	تمایل به جای کنترل	- بررسی واکنش به جلسه قبل و تکلیف جلسه قبل - ذهن آگاهی - آموزش مراجع در خصوص اینکه چگونه با استفاده از تمرینات ذهن آگاهی یاد بگیرد که به جای واکنش به اضطراب آن را مشاهده کند. - کنترل دنیای بیرون در مقابل دنیای درون با کمک استعاره دونات ژله‌ای؛ ارائه تکلیف خانگی - بررسی واکنش به جلسه قبل و تکلیف جلسه قبل - استعاره ۱،۲،۳؛ این استعاره مربوط به ماندگاری قانون‌های ذهنی و آسیب‌زا بودن آن‌ها می‌باشد - آموزش گسلش در مقابل آمیختگی شناختی با کمک استعاره قطار - توضیح رنج پاک و رنج ناپاک - ارائه تکلیف خانگی - بررسی واکنش به جلسه قبل و تکلیف جلسه قبل
جلسه چهارم	گسلش	- استعاره فنجان - انواع خود - خود به عنوان زمینه در مقابل خود به عنوان محتوا - استعاره شطرنج (و استعاره میلمان برای کسانی که تحصیلات کمتری داشتند) - خود مشاهده گر - ارائه تکلیف خانگی
جلسه پنجم	حرکت به سمت یک زندگی ارزشمند بایک خودپذیرا و مشاهده گر	- بررسی واکنش به جلسه قبل و تکلیف جلسه قبل - استفاده از استعاره تشییع جنازه - تصریح ارزشها و مشخص کردن جهت‌های ارزشمند زندگی - ارائه تکلیف خانگی
جلسه ششم	ایجاد الگوهای منعطف رفتار از طریق مواجهه ارزش محور	- بررسی واکنش به جلسه قبل و تکلیف جلسه قبل - استفاده از استعاره تشییع جنازه - تصریح ارزشها و مشخص کردن جهت‌های ارزشمند زندگی - ارائه تکلیف خانگی
جلسه هفتم و هشتم	توسعه خزانه رفتاری و الگوهای منعطف‌تر پاسخ‌دهی به آشفتگی هیجانی/روانی و ...	- بررسی واکنش به جلسه قبل و تکلیف جلسه قبل - آموزش به افراد برای نگه داشتن خود در زمان حال از طریق ذهن آگاهی، ارزش‌ها و تعهد (مشارکت در فعالیت‌های ارزش محور) - افراد از طریق فعالیت‌های انتخاب شده، تکنیک‌های ACT را تمرین کرده بودند و چگونگی برخورد با موانع در یک زندگی ارزشمند را مرور کردند.

همگنی واریانس‌های خطا نشان داد که سطح معناداری برای متغیر تنظیم هیجان ($0/492$)، برای متغیر رفتار پرخاشگرانه ($0/536$) و برای متغیر خودزنی ($0/525$) می‌باشد که بزرگتر از $0/05$ بودند. بنابراین مفروضه‌ی همگنی واریانس‌های خطا برقرار بود. از آنجایی که مفروضه‌ی همگنی واریانس‌های خطا و همگنی ماتریس کوواریانس‌ها برقرار بودند؛ از تجزیه و تحلیل کوواریانس چند متغیری به منظور مقایسه نمرات تنظیم هیجان، رفتار پرخاشگرانه و خودزنی در گروه کنترل و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد مورد مطالعه استفاده شد. همانطور که در جدول ۳ مشاهده می‌شود، نتیجه‌ی تجزیه و تحلیل کوواریانس چند متغیری حاکی از آن است که هر چهار آماره اثر پیلایی ($p < 0/05$)، $F = 56/521$ ، لامبدای ویلکز ($p < 0/05$)، $F = 56/521$ ، اثر هتلینگ ($F = 56/521$) و بزرگ‌ترین ریشه‌ی روی ($F = 56/521$) معنادار می‌باشند. بدین ترتیب مشخص می‌گردد که ترکیب خطی متغیرهای وابسته پس از تعدیل تفاوت‌های اولیه،

۸۴٪ از پاسخ دهندگانی که بر اساس مصاحبه تشخیصی اختلال مرزی ۲ واجد این اختلال به شمار می‌رفتند، در طبقه اختلال شخصیت مرزی گردید. تحقیقات بعدی اعتبار همگرایی این ابزار را با ابزارهای خودگزارشی شخصیت مرزی، افسردگی و سابقه آزار دیدگی در کودکی نشان داده‌اند.

روش درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در این پژوهش به کارگیری این روش درمانی بر اساس روش باند و هیز (۲۰۰۴) در ۸ جلسه یک و نیم ساعته و به صورت هفته‌ای یک جلسه بود که در جدول شماره ۱ خلاصه جلسات ارائه گردید.

یافته‌ها

در جدول ۲ میزان میانگین و انحراف معیار متغیرهای مطالعه، برای گروه آزمایش و کنترل بر حسب پس آزمون هر دو گروه اشاره شده است. نتایج بررسی آزمون لوین جهت بررسی مفروضه‌ی

جدول ۲- آماره‌های توصیفی متغیرهای تحقیق در گروه‌های مورد مطالعه

متغیر	زمان	گروه	تعداد	میانگین	انحراف معیار
تنظیم هیجان	پیش آزمون	کنترل	۲۰	۶۲/۴۲	۶/۰۱
		آزمایش	۲۰	۶۳/۳۵	۶/۲۴
	پس آزمون	کنترل	۲۰	۶۵/۵۰	۶/۵۷
		آزمایش	۲۰	۸۶/۰۰	۷/۰۱
رفتار پرخاشگرانه	پیش آزمون	کنترل	۲۰	۴۵/۶۳	۷/۱۰
		آزمایش	۲۰	۴۹/۳۳	۷/۹۱
	پس آزمون	کنترل	۲۰	۴۸/۲۵	۷/۷۹
		آزمایش	۲۰	۲۶/۵۵	۶/۰۹
خودزنی	پیش آزمون	کنترل	۲۰	۳۴/۴۰۰	۳/۲۰۱۹۷
		آزمایش	۲۰	۳۳/۶۵۰	۳/۴۳۷۷۹
	پس آزمون	کنترل	۲۰	۱۳/۶۵	۱/۳۸
		آزمایش	۲۰	۷/۹۵	۱/۶۰

جدول ۳- تجزیه و تحلیل کوواریانس چندمتغیری برای مقایسه‌ی میانگین متغیرها در گروه کنترل و آزمایش

آزمون‌ها	مقادیر	F	درجه‌ی آزادی فرضیه	درجه‌ی آزادی خطا	Sig	اندازه اثر
اثر پیلایی	۰/۸۳۷	۵۶/۵۲۱	۳	۳۳	۰/۰۰۰	۰/۸۳۷
لامبدای ویلکز	۰/۱۶۳	۵۶/۵۲۱	۳	۳۳	۰/۰۰۰	۰/۸۳۷
اثر هتلینگ	۵/۵۲۱	۵۶/۵۲۱	۳	۳۳	۰/۰۰۰	۰/۸۳۷
بزرگ‌ترین ریشه‌ی روی	۵/۵۲۱	۵۶/۵۲۱	۳	۳۳	۰/۰۰۰	۰/۸۳۷

جدول ۴- تجزیه و تحلیل کوواریانس چند متغیره برای مقایسه‌ی میانگین متغیرها در گروه کنترل و آزمایش

منبع تغییرات	متغیر	مجموع مجزورات	درجات آزادی	میانگین مجزورات	F	Sig	اندازه اثر
مدل	تنظیم هیجان	۶۴۹/۰۸۹	۱	۶۴۹/۰۸۹	۱۳/۴۲۹	۰/۰۰۱	۰/۲۷۷
	رفتار پرخاشگرانه	۲۷۷/۱۰۸	۱	۲۷۷/۱۰۸	۵/۳۵۲	۰/۰۲۷	۰/۱۳۳
	خودزنی	۷/۵۰۴	۱	۷/۵۰۴	۳/۵۹۸	۰/۰۳۶	۰/۰۹۳
گروه	تنظیم هیجان	۲۶۶۹/۵۹۴	۱	۲۶۶۹/۵۹۴	۵۵/۲۳۳	۰/۰۰۰	۰/۶۱۲
	رفتار پرخاشگرانه	۳۱۹۵/۴۵۶	۱	۳۱۹۵/۴۵۶	۶۱/۷۱۹	۰/۰۰۰	۰/۶۳۸
	خودزنی	۲۷۱/۵۷۵	۱	۲۷۱/۵۷۵	۱۳۰/۲۰۸	۰/۰۰۰	۰/۷۸۸
گروه* متغیر	تنظیم هیجان	۱۴۰/۵۶۷	۲	۷۰/۲۸۳	۱/۴۹۵	۰/۲۳۹	۰/۰۸۳
	رفتار پرخاشگرانه	۱۵/۹۱۶	۲	۷/۹۵۸	۰/۱۴۶	۰/۸۶۵	۰/۱۰۹
	خودزنی	۳/۷۸۹	۲	۱/۸۹۴	۰/۹۰۳	۰/۴۱۵	۰/۰۵۲
خطا	تنظیم هیجان	۱۶۹۱/۶۶۲	۳۵	۴۸/۳۳۳			
	رفتار پرخاشگرانه	۱۸۱۲/۱۱۱	۳۵	۵۱/۷۷۵			
	خودزنی	۷۳/۰۰۰	۳۵	۲/۰۸۶			
کل	تنظیم هیجان	۲۳۵۴۸۲/۰۰۰	۴۰				
	رفتار پرخاشگرانه	۶۲۵۲۰/۰۰۰	۴۰				
	خودزنی	۵۰۷۶/۰۰۰	۴۰				

رفتار پرخاشگرانه و خودزنی می‌شود.

بحث

نتایج به دست آمده از پژوهش نشان داد ابعاد تنظیم هیجان، تفاوت بین گروه کنترل و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در سطح آلفای ۰/۰۱ معنادار است؛ بنابراین درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در ابعاد تنظیم هیجان دانش آموزان با درمان شناختی-رفتاری اثر دارد. نتیجه به دست آمده در خصوص تاثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در تنظیم هیجان با مطالعات هاریس (۲۰۲۰) همسویی داشت. در این راستا هاریس (۲۰۲۰) در پژوهشی با عنوان تاثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر خودنظم‌دهی، تمرکز ذهنی و فرایندهای تغییر رفتار نشان دادند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌تواند در انعطاف پذیری روانی افراد تاثیر مثبت داشته باشد و میزان خودنظم‌دهی، تمرکز ذهنی افراد را افزایش دهد (۸). در تبیین این یافته می‌توان بیان کرد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر خلاف بیشتر درمان‌ها به دنبال تغییر محتوای فکر نیست. به عنوان مثال، درمان شناختی-رفتاری برای اختلالات اضطرابی، به دنبال آن است که به مراجعان

از متغیر مستقل تاثیر پذیرفته‌اند؛ به عبارت دیگر، نتایج تجزیه و تحلیل کوواریانس چند متغیری نشان می‌دهد که روش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر ترکیب خطی متغیرهای وابسته موثر بوده است و تفاوت معناداری بین گروه‌ها وجود دارد.

بر اساس اطلاعات بدست آمده از جدول شماره ۴ و تعامل میان متغیرهای پژوهش در مرحله پس‌آزمون با گروه که شامل گروه آزمایش و کنترل می‌باشد. می‌توان بیان نمود که در تمامی موارد فررض همگونی شیب رگرسیون برای استفاده از تحلیل کوواریانس برقرار است و همچنین با توجه به نتایج جدول بالا ($p < 0/01$)، برای متغیر تنظیم هیجان، ($F = 55/233$)، $p < 0/01$)، برای متغیر رفتار پرخاشگرانه و ($F = 61/719$)، $p < 0/01$)، برای متغیر خودزنی، تفاوت بین گروه کنترل و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در سطح آلفای ۰/۰۱ معنادار است؛ بنابراین فرضیه اصلی دوم تایید می‌شود و درمان شناختی-رفتاری در تنظیم هیجان، رفتار پرخاشگرانه و خودزنی دانش آموزان با درمان شناختی-رفتاری اثر دارد. همچنین از نتایج آمار توصیفی متغیرها می‌توان نتیجه گرفت که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد باعث افزایش تنظیم هیجان و کاهش

پر خاشگرانه دانش آموزان با درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد اثر دارد. نتیجه به دست آمده در خصوص تاثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در رفتار پر خاشگرانه دانش آموزان با مطالعات ادريسي (۱۳۹۹) همسويي داشت. در اين راستا ادريسي (۱۳۹۹)، در پژوهشي با عنوان اثربخشي درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سازگاري فردي-اجتماعي و سلامت روان زوجين ناراضي مراجعه کننده به مراکز مشاوره شهر تهران، نتايج نشان داد که روان درماني گروهی پذیرش و تعهد باعث بهبود "سازگاري فردي-اجتماعي" زوجين ناراضي شده است، همچنين نتايج نشان داد روان درماني گروهی پذیرش و تعهد بر "اضطراب و بي خوابي"، "نارساکنش وري اجتماعي" و "افسردگي" زوجين ناراضي موثر است، در حالي که از نظر "نشانه هاي جسمي" تفاوتی بين گروه ها وجود نداشت. بنابر اين می توان گفت که روان درماني گروهی پذیرش و تعهد روشی مؤثر به منظور بهبود سازگاري اجتماعي و سلامت روان زوجين ناراضي است. در تبیین انعطاف پذیری روان شناختی در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد از طريق شش فرايند اصلي و زیربنایی ايجاد می شود: پذیرش، گسلش، خود به عنوان زمينه، ارتباط با زمان حال، ارزش ها و عمل متعهد (۲). هر يك از اين فرايندها بر عمل زباني ما تأثير گذارند و اين فرايندها به يکديگر مرتبط اند و برای تقويت انعطاف پذیری روان شناختی بر يکديگر تأثير گذارند و از منظر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، بازسازي شناختی در CBT بر محتوای شناخت تمرکز بسيار زيادی دارد و بدین وسيله چرخه نشخوار را زنده نگه می دارد (۷). هدف فرايند پذيرش در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، کاهش نیاز به بازداري است (۱۱).

نتايج به دست آمده از پژوهش نشان داد که متغير خودزني، تفاوت بين گروه کنترل و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در سطح آلفای ۰/۰۱ معنادار است؛ بنابر اين درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر خودزني اثر دارد. نتیجه به دست آمده در خصوص تاثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در خودزني دانش آموزان با مطالعات ماجتويج و همکاران (۲۰۱۴) و گريگوري، گراتز، و برنسون (Gregory, E., Glazer, J.V., & Berenson)

کمک کند تا پريشاني شان را با تغيير پاسخ هاي شناختی و رفتاری به اضطراب کاهش دهند (۵). در حقيقت درمان شناختی- رفتاری، مراجعان را قادر می سازد تا شبکه ارتباطی جديدي از افکار و رفتارهاي سازگارانه ايجاد کنند که به شبکه ها و خاطرات ناسازگار رقابت کرده و آنها را حذف نمايد. برای رسيدن به اين هدف، درمان شناختی- رفتاری اين مؤلفه ها را شامل می شود: آموزش در خصوص ماهيت ترس و اضطراب، بازبيني علايم و نشانه ها، آموزش تن آرامی و تنفس صحيح، بازسازي شناختی، آزمائش هاي رفتاری، مواجهه تصوري و زنده با تصاویر ذهني، احساسات بدني و موقعيت ها، پيشگيري از پاسخ (۶). در بازسازي شناختی مراجعان می آموزند تا با توجه به شواهد له و عليه افکار اضطراب زا، صحت آنها را مورد چالش قرار دهند، خطاهای شناختی که اين افکار منعکس می کنند را شناسایی کنند و افکار جایگزین برای آنها ايجاد کنند. آزمائش هاي رفتاری به چالش مستقيم با پيش بينی هاي اضطراب محور می پردازد. به مراجع کمک می کند به محرک ترسناک نزديک شود و ببیند آیا پیامدهای مورد انتظار شان رخ می دهد. پيشگيري از پاسخ، مراجع را با محرک و زمينه هاي اضطراب زا روبه رو می کند و در عين حال از رفتارهاي کاهنده اضطراب و رفتارهاي اجتنابی ممانعت می کند (۷). اما در مان مبتنی بر پذیرش و تعهد، یک درمان رفتاری است که از مهارتهای ذهن آگاهی، پذیرش و گسلش شناختی برای افزایش انعطاف پذیری روان شناختی استفاده می کند (۸). در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، انعطاف پذیری روان شناختی عبارت است از افزایش توانایی مراجعان برای ايجاد ارتباط با تجربه شان در زمان حال و بر اساس آنچه در آن لحظه برای آنها امکان ذير است، انتخاب کنند به شیوه ای عمل نمایند که منطبق با ارزش هاي انتخاب شده شان باشد که با برقراری اين وضعيت می توان در تنظيم هیجان افراد تأثير مثبت داشت (۱۰). نتايج به دست آمده از پژوهش نشان داد ابعاد رفتار پر خاشگرانه، تفاوت بين گروه کنترل و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در سطح آلفای ۰/۰۱ معنادار است؛ بنابر اين درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در ابعاد رفتار

Dryden W. Editors. Handbook of brief cognitive behavior therapy. 2004;2(1):53-68.

2. Creatas GC, Hassa EA. Adolescent sexuality: A developmental milestone or risk-taking behavior? The role of health care in the prevention of sexually transmitted diseases. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. 2000;13(3):119-24.

3. Forman EM, Herbert D. New directions in cognitive behavior therapy: acceptance based therapies. chapter to appear in W. O'donohue, Je. Fisher, (Eds), cognitive behavior therapy: Applying empirically supported treatments in your practice, 2nd ed. Hoboken, NJ: Wiley, 2008;26

4. Garber J, Keily MK, Martin NC. Development of adolescence depressive symptoms: predictors of change. *J Counsel Clin Psychol*. 2002;70:79-95.

5. Garnefski N, Baan S, Kraaij V. Relationships between cognitive strategies of adolescents and depressive symptomatology across different type of life event. *J Youth Adolesc*. 2003;32(2):401-408.

6. Gregory E, Glazer JV, Berenson KR. Self-Compassion, Self-Injury, and Pain. *J Cogn Ther Res*. 2017;5(41):777-78.

7. Hale DR, Fitzgerald N, Viner RM. A systematic review of effective interventions for reducing multiplehealth risk behaviors in adolescence. *Am J PublicHealth*. 2014;104(5):19-41.

8. Harris R. ACT with love. Oakland , New Horbinger publication. 2020.

9. Hayes SC, Luma JB, Bond FW, Masuda A, Lillis J. Acceptance and Commitment Therapy: Model, Processes and Outcomes. *Behav Res Ther*. 2006;44:1-25.

10. Juan-Pablo G, Stefan M. Sexual risk behavioramong adolescence: The role of socioeconomic and demographic household characteristics. Mexico: Global Forum for Health Research Forum. 2004.

11. Mc Kay D, Kulchicky S, Danyko S. Borderline personality and obsessive-compulsive symptoms *J Pers Dis*. 2000;14:57-63.

12. Muehlenkamp JJ.. Self-Injurious Behavior as a Separate Clinical Syndrome. *Am J Orthopsychiatry*. 2005;75:324-33.

13. Pokroy R, Marcovich A. Self-inflicted (factitious) conjunctivitis. *Ophthalmology*. 2003;110(4):790-5.

14. Sansone RA, Wiederman MW, Sansone LA. The Self-Harm Inventory (SHI): development of a scale for identifying selfdestructive behaviors and borderline personality disorder. *J Clin Psychol*. 1991;54:943-913.

15. Simeon D, Favazza AR. Self-injurious behaviors: Phenomenology and assessment. In D. 2001.

(۲۰۱۷) همسویی داشت. در این راستا گریگوری، گراتز، و برنسون (۲۰۱۷) نشان دادند، شرکت کنندگان با سابقه خودآسیب‌رسانی، نسبت به افراد بدون خود آسیب‌رسانی، شفقت به خود پایین‌تر از خود نشان می‌دهند و شرکت کنندگان در وضعیت روشنی ارزشها، شفقت به خود بیشتری از گروه کنترل نشان دادند و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش تنظیم هیجان اثربخشی دارد. در تبیین جایگزین درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برای بازسازی شناختی، پذیرش نشانه‌ها و کنترل رفتار است. پذیرش در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد اینگونه تعریف می‌شود: «دریافتن یک رویداد یا موقعیت و ترک و رها کردن برنامه کنترل نشانه‌های ناکارآمد و یک فرایند فعال احساس کردن احساسات به عنوان احساسات، فکر کردن به افکار به عنوان افکار و...» (۱۱). پذیرش نباید با تحمل یا تسلیم اشتباه شود. هر دو این‌ها منفعل و جبری‌اند. در حقیقت پذیرش عبارت است از آگاهی از تجارب درونی (افکار، احساسات، خاطرات و علائم بدنی) و پذیرفتن فعال آن‌ها، بدون اقدامی برای کاهش آن‌ها و بدون اقدام بر اساس جنبه لفظی آن‌ها، در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد کنترل و اجتناب زمینه‌ای است که تجربه رویدادی درونی در این زمینه می‌تواند آسیب‌زا باشد. بنابراین به جای تمرکز بر تغییر آن رویداد درونی، درمانگر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به دنبال تغییر این زمینه است. با تغییر این زمینه و تبدیل آن به زمینه پذیرش، هر رویداد درونی می‌تواند تجربه شود، بدون اینکه آسیب‌زا باشد. و با تغییر این زمینه، هدف زمینه‌گرایی عملکردی، یعنی پیش‌بینی رفتار و تأثیر بر رفتار محقق می‌شود.

نتیجه‌گیری

با توجه به نتایج مطالعه می‌توان اذعان داشت که می‌تواند استفاده از رویکرد درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌تواند به عنوان برنامه درمانی مؤثر مورد توجه روانشناسان و مشاوران قرار گیرد.

References

1. Bond FW, Hayes SC. Act at work. In: Bond F,