مقایسه اثربخشی درمان شناختی– رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش نشانه‌های افسردگی بیماران زن مبتلا به Multiple sclerosis (MS)

منصوره نیکوگفتار[1]، رویا خانعلی‌لو[2]

مقاله پژوهشی

چکیده

زمینه و هدف: هدف از انجام پژوهش حاضر، مقایسه اثربخشی درمان شناختی- رفتاری (Cognitive-behavioral therapy یا CBT) و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (Acceptance and commitment therapy یا ACT) بر کاهش نشانه‌های افسردگی بیماران مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس (Multiple sclerosis یا MS) بود.

مواد و روش‌ها: طرح پژوهش شبه آزمایشی بود که به شیوه پیش‌آزمون و پس‌آزمون همراه با گروه شاهد انجام گرفت. از بین بیماران زن مبتلا به MS دارای نشانه‌های افسردگی مراجعه کننده به انجمن MS در سال ۱۳۹۴، نمونه‌ای ۴۵ نفره انتخاب شد و به صورت تصادفی در سه گروه ۱۵ نفره CBT، ACT و گروه شاهد قرار گرفتند. جلسات درمانی طی ۸ جلسه و در هر جلسه به مدت ۴۵ دقیقه برگزار گردید. داده‌ها به وسیله پرسش‌نامه افسردگی Beck (Beck Depression Inventory یا BDI) جمع‌آوری و با استفاده از تحلیل کواریانس در نرم‌افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: هر دو روش CBT، ACT در کاهش علایم افسردگی بیماران مبتلا به MS مؤثر بود ($P < ۰/۰۰۱$). روش CBT نسبت به ACT اثربخشی بیشتری داشت.

نتیجه‌گیری: دو روش CBT، ACT از راه‌های مؤثر در کاهش افسردگی بیماران مبتلا به MS محسوب می‌شوند. این نتیجه با توجه به اثربخشی بیشتر CBT، پیشنهاد می‌کند که CBT به عنوان درمان ترجیحی برای کاهش نشانه‌های افسردگی در بیماران مبتلا به MS در نظر گرفته شود.

واژه‌های کلیدی: درمان شناختی- رفتاری، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، مالتیپل اسکلروزیس، افسردگی

ارجاع: نیکوگفتار منصوره، خانعلی‌لو رویا. **مقایسه اثربخشی درمان شناختی- رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش نشانه‌های افسردگی بیماران زن مبتلا به Multiple sclerosis (MS).** مجله تحقیقات علوم رفتاری ۱۳۹۶؛ ۱۵ (۱): ۶۶-۵۹

دریافت مقاله: ۱۳۹۵/۱۰/۳ پذیرش مقاله: ۱۳۹۵/۱۲/۲۳

مقدمه

مالتیپل اسکلروزیس (Multiple sclerosis یا MS) از رایج‌ترین اختلالات عصب‌شناختی و بیماری التهابی مزمن تأثیرگذار بر سیستم عصبی مرکزی است. علایم این بیماری بسیار گسترده می‌باشد و کارکردهای بینایی، حرکتی، حسی، هماهنگی، تعادل، روده، مثانه و عملکرد جنسی را تحت تأثیر قرار می‌دهد (۱). میانگین سن شروع MS اواخر ۲۰ یا اوایل ۳۰ سالگی و اوج شیوع بین ۵۵ تا ۶۴ سالگی برآورد شده است (۲). در میان علایم روان‌شناختی، اضطراب و افسردگی رایج است که با بدکارکردی اجتماعی، کاهش پایبندی به درمان، شکایت‌های جسمانی و وضعیت عملکرد پایین همراه است (۱). به طور کلی، افسردگی رایج‌ترین اختلال روان‌پزشکی در افراد مبتلا به MS به شمار می‌رود (۳). مطالعات نشان داده است که حدود ۵۰ تا ۶۰ درصد بیماران مبتلا به MS از افسردگی و ۲۵ تا ۴۰ درصد از استرس رنج می‌برند که به شدت بر کیفیت زندگی و تاب‌آوری این بیماران تأثیر می‌گذارد (۴).

افسردگی و خستگی علایم شایع بیماری MS و عوامل اصلی اختلال در کیفیت زندگی مبتلایان است (۵). همچنین، ناامیدی به طور فزاینده‌ای در افزایش افسردگی و دشواری‌های عصبی بیماران مبتلا به MS تأثیر دارد (۶). استرس، اضطراب و افسردگی در بیماران مبتلا به MS به میزانی بالا است که می‌تواند سلامت آنان را به مخاطره اندازد (۷). از نظر بالینی، ظهور افسردگی در طول دوره MS قابل توجه است (۸). افسردگی نه تنها اغلب بخشی از تظاهر بالینی MS، بلکه یکی از تعیین کننده‌های اصلی کاهش کیفیت زندگی است و احتمال بروز خطا در عملکرد شناختی را افزایش می‌دهد، می‌تواند منجر به خودکشی شود، اغلب روابط را دچار آسیب می‌کند و انطباق با بیماری را کاهش می‌دهد. این نکات منفی قوی با یک نکته مثبت جبران می‌شود که افسردگی اغلب قابل درمان است (۸).

اختلال در کنترل احساسات به دلیل از بین رفتن پوشش عصب در بخشی از مغز است که کنترل احساسات را به عهده دارد. فرایند درمان و پیش‌بینی‌ناپذیر بودن حملات بیماری، کاهش توانمندی‌های پیشین و مشکلاتی مانند از دست دادن کار و در نهایت، عوارض ناشی از مصرف داروهایی که در درمان به کار

۱- استادیار، گروه روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی، دانشگاه پیام‌نور، تهران، ایران
۲- دانشجوی دکتری، گروه روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد رودهن، تهران، ایران
نویسنده مسؤول: منصوره نیکوگفتار
Email: mnikoogoftar@gmail.com

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-26]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1396.15.1.9.8]

می‌رود، از جمله دلایل افسردگی در بیماران مبتلا به MS است که به نوبه خود بسیاری از جنبه‌های زندگی فرد را دگرگون می‌سازد (۹). یکی از این جنبه‌ها، کاهش مقابله سودمند با دشواری‌های زندگی است. این کاهش مهارت مقابله، به سهم خود می‌تواند افسردگی بیمار را بیش از پیش تشدید نماید و این چرخه همچنان ادامه یابد (۱۰). شدت افسردگی بیمار بر کیفیت زندگی، توانمندی‌های بدنی (۱۱)، جنبه‌های شناختی و بازگشت دوباره بیماری (۱۲) تأثیر ویران کننده‌ای می‌گذارد. الگوی بیماری و شیوه برخورد با آن در بیمار مبتلا به MS که دچار افسردگی شده، در برابر بیماری که به افسردگی دچار نشده یا آن را مهار کرده است، بسیار متفاوت می‌باشد (۱۳). از سوی دیگر، ناامیدی که بیمار را از مقابله سودمند و ادامه درمان بازمی‌دارد، سبب می‌شود که با آغاز حمله دیگر بیماری، فرد به درمان دارویی گسترده‌تر و حتی بستری طولانی‌تری نیاز داشته باشد (۱۴). چنین آسیب‌های گسترده‌ای می‌تواند در افزایش خطر اقدام به خودکشی با هدف پایان دادن به این دشواری‌ها تأثیرگذار باشد (۱۵). از جمله پیامدهای ناگوار افسردگی در این بیماران، احساس غمگینی مستمر، احساس ناامیدی نسبت به آینده، تصورات مکرر درباره معلولیت و از کار افتادگی و اشتغال ذهنی مداوم با افکار منفی در فرد مبتلا است که حتی می‌تواند موجب رفتارهای افراطی مانند اقدام به خودکشی شود (۱۶).

نتایج یک مطالعه نشان داد که ممکن است تأثیرات جانبی MS بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به افسردگی تشدید شود (۱۷). بیماران افسرده نسبت به بیمارانی که افسرده نیستند، به طور معنی‌داری تداخل MS با فعالیت‌های اجتماعی، کاری و زندگی خانوادگی را بیشتر گزارش می‌دهند. در واقع، احتمال تشخیص افسردگی در بیمارانی که MS در زندگی خانوادگی آن‌ها تداخل ایجاد می‌کند، نسبت به کسانی که این تداخل را گزارش نمی‌کنند، ۷ برابر بیشتر است. واضح است که ترکیب افسردگی با ناتوانی مرتبط با MS می‌تواند کیفیت زندگی و عملکرد طبیعی مبتلایان را به شدت مختل کند. بر این اساس، کاهش افسردگی در بیماران مبتلا به MS امری ضروری به نظر می‌رسد. نتایج مطالعه Mohr و همکاران نشان داد که روان‌درمانی مبتنی بر مهارت‌های مقابله، می‌تواند نسبت به درمان مبتنی بر بینش مؤثرتر باشد (۱۸). نتایج فراتحلیل آن‌ها حاکی از آن بود که اگر افسردگی در افراد مبتلا به MS درمان نشود، احتمال دارد که وضعیت آن‌ها را بدتر کند. آن‌ها با این استدلال که اغلب بیماران مبتلا به MS فاقد تاریخچه غنی افسردگی هستند و به ندرت تشخیص روان‌پزشکی افسردگی می‌گیرند، بر این باور بودند که افسردگی در MS می‌تواند به طور خاص به درمان پاسخ دهد. آن‌ها گزارش دادند که دو درمان شناختی- رفتاری (Cognitive-behavioral therapy یا CBT) و Sertraline در درمان افسردگی در بیماران مبتلا به MS در مقایسه با گروه درمانی حمایتی مؤثرتر باشد (۱۸).

از زمانی که Beck روش CBT را برای افسردگی توسعه داد، این روش بهترین راهبرد درمانی پژوهش محور برای هر اختلال روان‌شناختی به شمار آمده است (۱۹). مطالعات و فراتحلیل‌های زیادی کارامدی آن را برای درمان افسردگی خفیف، متوسط و شدید تأیید کرده‌اند. بنابراین، روش CBT مؤثرتر از درمان‌های دارویی و یا هر شکل دیگری از مداخله روان‌شناختی (مانند درمان بین فردی یا درمان حمایتی) است (۲۰). فایده دیگر CBT این است که نتایج آن در مقایسه با دارو درمانی مداوم‌تر است و ممکن است که فرد را در برابر عود محافظت کند (۲۱).

روش CBT برای افسردگی یک فرایند درمان است که به بیمار کمک می‌کند تا عقاید و رفتارهایی که حالت‌های خلقی خاص را ایجاد می‌کند، تغییر دهد. راهبردهای درمانی مدیریت شناختی- رفتاری، در سه مرحله تمرکز بر افکار خودکشی و سبک‌های شناختی افسرده‌ساز، تمرکز بر روشی که شخص با دیگران ارتباط دارد و تغییرات رفتاری ضروری برای قادر ساختن فرد به بهبود از شرایط مشکل‌ساز، اتفاق می‌افتد (۲۲). یکی از فواید روش CBT این است که بیمار فعالانه در درمان خود مشارکت می‌کند و برای شناسایی ادراک‌های تحریف شده، شناخت افکار منفی و جستجوی افکار جایگزین که به انعکاس واقعیت نزدیک‌تر است، یافتن شواهد منفی و جایگزین کردن افکار، تولید افکار قابل قبول و دقیق در رابطه با موقعیت‌های خاص در یک فرایند به نام بازسازی شناختی به خودش کمک می‌کند (۲۳). روش CBT مبتنی بر قدرت افکار واقع‌بینانه است؛ یعنی میزانی که فرد از واقعیت آگاه است (۲۲).

راهبردهای رفتاری استفاده شده در CBT از مدل روان‌شناختی Lewinsohn نشأت می‌گیرد (۲۴). این راهبردها مطابق با هر بیمار برنامه‌ریزی می‌شود و مانند یک روش برای تعامل با بیمار، از بین بردن علایم و کسب اطلاعات مربوط به درمان، استفاده می‌شود. راهبرد اولیه که برنامه‌ریزی و نظارت بر فعالیت‌ها است، می‌تواند به عنوان یک ابزار قدرتمند در بیمار افسرده استفاده شود. برنامه‌ریزی فعالیت‌ها ممکن است به وسیله بالینگران و بیماران برای فعالیت‌ها منعطف باشد (برای تصحیح تحریف در روش فکر کردن بیمار در گذراندن وقت و ارزیابی فعالیت‌های مرتبط با کنترل و لذت)، برنامه‌ریزی فعالیت‌های لذت‌بخش و سازنده (به ویژه برای بیماران افسرده‌ای که به خودشان اجازه شرکت در این فعالیت‌ها را نمی‌دهند) و شناسایی فعالیت‌های مرتبط با احساسات خیلی مثبت و خیلی منفی. این تکنیک برای بیمار و درمانگر اطلاعاتی درباره چگونگی کارکرد بیمار فراهم می‌کند. برنامه‌ریزی فعالیت‌ها برای بیمار توانایی کنترل زمان و شناسایی تلاش‌ها با توجه به عملکرد در فعالیت‌ها و ثبت دستاوردهای درست را فراهم می‌سازد (۲۵). در روش CBT کمبود توانایی‌ها به عنوان عامل کمک کننده به افسردگی طبقه‌بندی می‌شود. برای مثال، فردی که نتواند روابط بین فردی را مدیریت کند، یک فرصت مهم برای ایجاد تقویت مثبت را از دست می‌دهد. بیماران مبتلا به افسردگی کمتر فعالیت می‌کنند و نتیجه می‌گیرند که هیچ راه‌حلی برای آن‌ها وجود ندارد. وقتی درمانگر به آن‌ها کمک می‌کند که رفتارشان را تغییر دهند، به طور مستقیم شواهدی را به ارمغان می‌آورد و نشان می‌دهد که ارزیابی شناختی آن‌ها نادرست است. سپس، بیماران به مثال قدرتمندی دست می‌یابند از این که چگونه خطا در روش تفکر آنان منجر به پاسخ‌های هیجانی و رفتاری ناکارامد شده است و درمان به وسیله ابزارهای رفتاری و شناختی باعث حل مشکلات می‌شود (۲۶).

نتایج مطالعه Askey-Jones و همکاران نشان داد که روش CBT باعث کاهش معنی‌دار افسردگی و اضطراب در بیماران مبتلا به MS شده است (۲۷). یافته‌های تحقیق Hind و همکاران نیز حاکی از آن بود که روش CBT می‌تواند یک روش مؤثر بر درمان افسردگی در بیماران مبتلا به MS باشد (۲۸). رویکرد دیگری که در درمان افسردگی به کار می‌رود، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (Acceptance and commitment therapy یا ACT) است. این روش، یک رویکرد CBT مدرن است که به وسیله افزایش توانایی فرد برای فعال ماندن و عمل کردن مطابق با ارزش‌های شخصی برای بهبود کارکرد و کیفیت زندگی تلاش می‌کند (۲۹). این رویکرد شامل تمرینات ذهن‌آگاهی و

www.mui.ac.ir
[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-26]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1396.15.1.9.8]

پذیرش است. به طور کلی، اثرات ACT امیدوار کننده به نظر می‌رسد، گرچه مطالعات بیشتری لازم است که ACT را با درمان‌های حمایت شده تجربی مقایسه کند (۳۱، ۳۰). این درمان سعی می‌کند که پذیرش روان‌شناختی فرد را در مورد تجارب ذهنی (افکار و هیجانات) و به طور متقابل کاهش اقدامات کنترل بی‌اثر و آگاهی روان‌شناختی در لحظه حال افزایش دهد (۳۲). در واقع، یک درمان رفتاری نسل سوم است که از استعاره‌ها، تمرینات تجربی (مانند تمرینات ذهن‌آگاهی و پذیرش، روشن‌سازی ارزش‌ها، تمرینات گسلش شناختی) و تکنیک‌های رفتاری سنتی (مواجهه) برای مبارزه با فرایندهای غیر مفید نظارت بر هیجان که باعث پرورش تعادل بین پذیرش و راهبردهای تغییر رفتاری ارزش محور می‌شود، استفاده می‌کند (۲۹). روش ACT برای کمک به افراد برای خارج شدن از کشمکش غیر ضروری، پذیرش خود و دیگران همان‌گونه که هستند، انتخاب مسیرهایی برای زندگی و تعهد به اعمالی که منجر به این مسیرها می‌شود، طراحی شده است (۳۳).

به عنوان بخشی از درمان ACT، بیمار آموزش می‌بیند تا افکار (مانند فکر خودکشی) و هیجانات (مثل غم یا درد) را به عنوان وقایع پویایی مشاهده کند که به خودی خود مشکل‌ساز نیست، بلکه این پاسخ (مثل اجتناب یا فرار) به این وقایع است که می‌تواند منجر به مشکلات زندگی شود (۳۴). مطابق با این مدل، تلاش‌های بیش از حد برای کنترل این افکار سخت و هیجانات دردناک ممکن است به شکل متناقضی مشکلات بیماران را افزایش دهد. این تلاش‌های کنترل زیاد شاید به وسیله رفتار اجتنابی پیامدهای منفی ایجاد کند. درمان ACT به بیماران آموزش می‌دهد که به جای تمرکز بر فرار از افکار و هیجانات، پذیرش تجربی را تمرین کنند. رویکرد پذیرش، پتانسیل تخریب پردازش‌های نشخواری و افسرده‌ساز (۳۵) و همچنین، سرکوب مشکل‌ساز (مثل اجتناب) افکار منفی (۳۶) را به وسیله جهت‌دهی بیمار به مشاهده این تجارب و به طور هم‌زمان کار کردن به صورت ارزش محور، انتخاب‌های ارتقا دهنده زندگی را دارد.

مطالعات در راستای تأکید بر دو بعد ذهن‌آگاهی و پذیرش در رویکرد درمان ACT نشان می‌دهد که نمرات بالاتر در ذهن‌آگاهی باعث کاهش افسردگی شدید در بیماران می‌شود و در درمان افسردگی مؤثر است (۳۸، ۳۷). همچنین، افزایش پذیرش تجربی با کاهش عقیده خودکشی همراه است (۳۹). روش ACT ممکن است بر بسیاری از مشکلات روان‌شناختی همراه با MS و دیگر بیماری‌های مزمن تأثیرگذار باشد (۴۰). نتایج مطالعه عطایی موقانلو و همکاران نشان می‌دهد که درمان ACT بر افسردگی، سلامت روان‌شناختی و احساس گناه در کودکان ۷ تا ۱۵ سال مبتلا به دیابت تأثیرگذار است (۴۱). یک مطالعه کنترل نشده نتایج دلگرم کننده‌ای برای روش ACT در بیماری MS نشان داده است؛ به این صورت که ACT تأثیرات سودمندی بر پریشانی هیجانی و کیفیت زندگی افراد مبتلا به MS داشته است (۴۲). نتایج مطالعه Walser و همکاران نشان می‌دهد که افزایش پذیرش تجربی و ذهن‌آگاهی در طول زمان با کاهش شدت افسردگی و افزایش پذیرش تجربی در طول زمان با کاهش عقیده خودکشی در جانبازان همراه است (۴۳).

همان‌طور که ذکر شد، مطالعات نشان می‌دهد که درمان‌های CBT و ACT بر افسردگی بیماران مبتلا به MS تأثیرگذار است. در کشور ما پژوهش‌هایی که به طور خاص اثربخشی این دو رویکرد را بر افسردگی بیماران مبتلا به MS مورد مطالعه قرار داده باشد، محدود است. از سوی دیگر، مطالعه‌ای که تأثیر این دو رویکرد درمانی را به طور کلی بر افسردگی و به طور ویژه در این بیماران مورد مقایسه قرار داده باشد، انجام نشده است. بر این اساس، در راستای بهبود افسردگی به عنوان یک موضوع ناتوان کننده در بیماران مبتلا به MS، پژوهش حاضر تأثیر دو رویکرد درمانی CBT و ACT را مورد بررسی قرار داد. فرضیه پژوهش حاضر این بود که دو رویکرد CBT و ACT بر کاهش افسردگی بیماران مبتلا به MS مؤثر است. از سوی دیگر، سؤال اصلی مطرح در پژوهش حاضر این بود که آیا میان این دو روش در اثربخشی بر افسردگی بیماران مبتلا به MS تفاوت وجود دارد؟

مواد و روش‌ها

در این پژوهش از یک طرح کارآزمایی بالینی با گروه شاهد استفاده شد. نمونه پژوهش را ۴۵ بیمار زن مبتلا به بیماری MS دارای علایم افسردگی عضو انجمن MS شهر تهران تشکیل داد. نمونه‌ها به روش در دسترس بر اساس ملاک‌های ورود انتخاب و به روش انتساب تصادفی به سه گروه (دو گروه مداخله و یک گروه شاهد) تقسیم شدند. این معیارها شامل نشانگان افسردگی بر اساس نمره برش (Cut off point) در پرسش‌نامه افسردگی Beck (Beck Depression Inventory یا BDI)، عدم ابتلا به اختلالات حاد یا مزمن، عدم استفاده از داروهای روان‌پزشکی در طول مطالعه، داشتن حداقل تحصیلات دیپلم در بیماران گروه سنی ۳۰ تا ۵۰ سال که دارای سابقه ۵ تا ۱۰ سال بیماری بودند. در مرحله بعد، ۴۵ نفر از این مجموعه به صورت انتساب تصادفی در سه گروه ۱۵ نفری (CBT، ACT و شاهد) جایگزین شدند. قبل از شروع، فرم رضایت آگاهانه به وسیله افراد نمونه تکمیل شد. طی ۸ جلسه ۴۵ دقیقه‌ای، گروه مداخله اول تحت درمان CBT و گروه مداخله دوم تحت درمان ACT قرار گرفتند. برای گروه شاهد، آموزش CBT و ACT انجام نشد، اما به منظور رعایت اصول اخلاقی سه جلسه مشاوره دریافت نمودند. بعد از اتمام جلسات برای هر سه گروه پس‌آزمون صورت گرفت.

جلسات CBT

جلسه ۱: خوش‌آمدگویی، مطرح کردن قوانین اصلی، آشنایی اعضای گروه با هم، تشریح اجزای هیجان و افکار سطحی اولیه میان هیجان و رخداد برانگیزنده واکنش هیجانی و نوشتن آن‌ها در سه ستون

جلسه ۲: معرفی افکار خودکار و تحریف‌های شناختی (Cognitive desertion) و راه‌های مقابله

جلسه ۳: آشنایی با پیامدهای افکار خودکار و همچنین، شناسایی طرحواره‌ها با استفاده از روش پیکان عمودی

جلسه ۴: مرور روش پیکان عمودی و رتبه‌بندی باورها با توجه به شدت هیجان مرتبط با هر باور

جلسه ۵: آزمون باورها، آموزش تحلیل عینی، تحلیل همسانی و تحلیل معیار جلسه

جلسه ۶: آشنایی با تحلیل منطقی (Logical analysis) جهت چالش با باورها به صورت تهیه کردن چندین سلسله مراتب (Hierarchy) از موقعیت‌های مرتبط با باور اصلی و پدید آوردن عبارت‌های مخالف (Counters) با باورهای متنی خود

جلسه ۷: بررسی دو حوزه محتوایی تغییر ادراکی (توانایی در نظر گرفتن مجموعه‌ای از اطلاعات به شیوه‌های مختلف در اشکال مبهم، دریافت این که

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-26]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1396.15.1.9.8]
www.mui.ac.ir

تغییر ادراکی تا حدودی یک عمل ارادی و نتیجه توجیه جزییات مربوط به اطلاعات است، آموختن ایجاد مؤلفه‌های تغییر ادراکی) و بازداری قشری اختیاری

جلسه ۸: بررسی طرح‌های شرکت کنندگان برای تداوم دستاوردهایی که طی درمان کسب کرده‌اند، دریافت بازخورد از شرکت کنندگان درباره برنامه درمانی، فراهم کردن فرصتی برای پایان دادن به برنامه از طریق یک رخداد اجتماعی مناسب

جلسات ACT

جلسه ۱: خوش‌آمدگویی، مطرح کردن قوانین اصلی، آشنایی با یکدیگر، آشنایی با مفاهیم ACT (پذیرش روانی، ذهن‌آگاهی، گسلش شناختی، روشن‌سازی ارزش‌ها و عمل متعهدانه)

جلسه ۲: تضعیف روش‌های ناکارامد قبلی با استفاده از تشبیهات، استعارات و مثال‌ها، نشان دادن ناکارامد بودن روش‌های اجتناب و کنترل تجارب ذهنی، ایجاد ناامیدی خلاق

جلسه ۳: افزایش پذیرش روانی درباره افکار و احساسات

جلسه ۴: آموزش ذهن‌آگاهی (افزایش آگاهی فرد از حالات روانی خود در زمان حال)

جلسه ۵: گسلش شناختی و آموزش تکنیک‌های مرتبط با آن (افزایش توانایی فرد برای جدا کردن خود از تجارب ذهنی و عمل کردن به صورت مستقل از این تجارب)

جلسه ۶: کاهش تمرکز مفرط بر خود- تجسمی

جلسه ۷: معرفی مفهوم ارزش و شناسایی ارزش‌های اصلی زندگی و عمل کردن بر مبنای آن‌ها

جلسه ۸: عمل متعهدانه (فعالیت هدفمند و مبتنی بر ارزش‌های مشخص شده)

برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسش‌نامه BDI استفاده شد. این ابزار از ۲۱ عبارت و هر ماده از ۴ گزینه تشکیل شده است که طیف آن از صفر (عدم وجود) تا ۳ (شدید) متغیر می‌باشد. جمع نمرات از ۹-۰ طبیعی، ۱۶-۱۱ کمی افسرده، ۲۰-۱۷ نیازمند مشورت، ۳۹-۲۱ به سمت افسردگی و ۴۰-۳۱ افسردگی شدید را نشان می‌دهد. این پرسش‌نامه در جمعیت ایرانی اعتبار مناسبی دارد و نمرات حاصل از آن برای تحلیل آماری و روان‌سنجی قابل اعتماد است (r = ۰/۹۳، α = ۰/۸۷۳) (۴۴).

داده‌های پژوهش با استفاده از شاخص‌های آمار توصیفی (میانگین، انحراف معیار و درصد فراوانی) و آمار استنباطی (آزمون کواریانس چند متغیره) در نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۰ (version 20, IBM Corporation, Armonk, NYL) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها

در جدول ۱ میانگین و انحراف معیار نمرات افسردگی به تفکیک گروه‌های آزمایش و شاهد در دو نوبت پیش‌آزمون و پس‌آزمون ارایه شده است.

همان‌طور که در جدول ۱ ملاحظه می‌شود، میانگین افسردگی در گروه‌های آزمایش پس از مداخله کاهش داشت، اما در گروه شاهد بین میانگین نمرات افسردگی در پیش‌آزمون و پس‌آزمون تفاوت زیادی مشاهده نشد.

جهت تحلیل داده‌های پژوهش، از آزمون تحلیل کواریانس استفاده شد. قبل از انجام این روش، مفروضه‌های نرمال بودن توزیع نمرات افسردگی، همگنی خطوط رگرسیون و همسانی واریانس‌های خطا مورد آزمون و تأیید قرار گرفت. در جدول ۲ نتیجه آزمون تحلیل کواریانس آمده است.

جدول ۱. میانگین و انحراف معیار افسردگی گروه‌ها در پیش‌آزمون و پس‌آزمون (N = ۴۵)

مراحل آزمون	گروه	میانگین ± انحراف معیار
پیش‌آزمون افسردگی	CBT	۴۰/۴۶ ± ۶/۱۳
	ACT	۴۰/۴۶ ± ۶/۱۳
	شاهد	۳۹/۶۶ ± ۵/۸۴
پس‌آزمون افسردگی	CBT	۳۲/۸۰ ± ۶/۸۷
	ACT	۳۶/۰۰ ± ۶/۱۶
	شاهد	۳۹/۸۶ ± ۵/۷۷

CBT :Cognitive-behavioral therapy; ACT :Acceptance and commitment therapy

با توجه به این که مقدار F محاسبه شده برای تأثیر گروه‌ها (F = ۳۲/۱) در سطح ۰/۰۰۱ معنی‌دار بود، پس می‌توان گفت که بین سه گروه در نمرات پس‌آزمون بعد از تعدیل نمرات پیش‌آزمون تفاوت معنی‌داری وجود داشت. اثر درمان برابر با ۶۱ بود و بدون کنترل نمرات پیش‌آزمون برابر با ۸۴ به دست آمد. در واقع، تنها ۲۳ درصد از اثربخشی درمان می‌تواند به خاطر اثر پیش‌آزمون بوده باشد که از طریق آزمون کواریانس این اثر تصادفی کنترل گردید.

جدول ۲. نتایج تحلیل کواریانس درون گروهی با اندازه‌های مکرر متغیرها در گروه‌های مداخله و شاهد

منبع تغییر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	مقدار P	اندازه اثر
پیش‌آزمون	۱۳۹۵/۵۱	۱	۴/۷۳۲	۲۱۴/۹	۰/۰۰۱	۰/۸۴۰
گروه‌ها	۴۱۶/۹۵	۲	۱۳۹۵/۵۱۰	۳۲/۱	۰/۰۰۱	۰/۶۱۰
خطا	۲۶۶/۲۳	۴۱	۲۰۸/۴۷۰			
کل	۶۰۸۴۱/۰۰	۴۵	۶/۴۹۰			

نتایج آزمون Scheffe (جدول ۳) نشان داد که مداخله CBT و ACT اثربخش بود؛ به این ترتیب که گروه‌های آزمایش نسبت به گروه شاهد دارای میانگین پایین‌تری در افسردگی بودند و اختلاف میانگین‌ها در سطح ۰/۰۵ معنی‌دار شد. همان‌طور که مشاهده می‌شود، بین درمان CBT با درمان ACT تفاوت وجود داشت و درمان CBT نسبت به ACT مؤثرتر بود؛ چرا که میزان تفاوت‌ها در سطح ۰/۰۵ معنی‌دار شد. بین درمان CBT با گروه شاهد تفاوت معنی‌داری مشاهده شد و میزان تفاوت‌ها در سطح ۰/۰۵ معنی‌دار بود که اثربخشی درمان CBT را نسبت به گروه شاهد بیان می‌کند. همچنین، بین درمان ACT با گروه شاهد نیز تفاوت وجود داشت و میزان تفاوت‌ها در سطح P < ۰/۰۵ معنی‌دار گزارش شد که نشان دهنده اثربخشی درمان ACT بود.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی روش‌های CBT و ACT بر کاهش نشانگان افسردگی بیماران زن مبتلا به MS صورت گرفت.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-26]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1396.15.1.9.8]

جدول ۳. آزمون Scheffe برای مقایسه میانگین افسردگی در سه گروه

گروه‌ها		میانگین	خطای معیار	مقدار P	با ۹۵ درصد اطمینان	
					سطح پایین	سطح بالا
CBT	ACT	-۳/۲۰۰	۰/۹۳۰	۰/۰۰۱	-۵/۰۸	-۱/۳۲
	شاهد	-۷/۴۳۰	۰/۹۳۱	۰/۰۰۱	-۹/۳۲	-۵/۵۵
ACT	CBT	۳/۲۰۰	۰/۹۳۰	۰/۰۰۱	۱/۳۲	۵/۰۷
	شاهد	-۴/۲۳۰	۰/۹۳۱	۰/۰۰۱	-۶/۱۲	-۲/۳۵
شاهد	CBT	۷/۴۳۰	۰/۹۳۱	۰/۰۰۱	۵/۵۵	۹/۳۲
	شاهد	۴/۲۳۰	۰/۹۳۱	۰/۰۰۱	۲/۳۵	۶/۱۲

متغیر وابسته: پس‌آزمون افسردگی

CBT :Cognitive-behavioral therapy; ACT :Acceptance and commitment therapy

این یافته با نتایج تحقیقات Mohr و همکاران (۱۸)، Askey-Jones و نتایج نشان داد که درمان CBT بر کاهش افسردگی زنان مبتلا به MS اثرگذار بوده است. همکاران (۲۷) و Hind و همکاران (۲۸) مبنی بر اثربخشی روش CBT بر کاهش افسردگی در بیماران مبتلا به MS مطابقت داشت. تحریفات شناختی و یا راهبردهای شناختی ناکارامد در افراد افسرده نقش مهمی ایفا می‌کند. فرد افسرده نسبت به خود، دیگران و آینده نگرش‌ها و تفسیرهای تحریف شده به کار می‌برد. افکار تحریف شده پیامدهایی مانند احساس بی‌ارزشی، دوست داشتنی نبودن، بی‌کفایتی، ناامیدی، درماندگی آموخته شده و بی‌انگیزگی را برای فرد به همراه دارد. محتوای این افکار به قدری آسیب زننده است که حتی فرد افسرده ممکن است هیچ راهی به جز پایان دادن به زندگی خود نیابد. برای این که اوضاع فرد افسرده بهبود یابد، ابتدا باید به تحریفات شناختی خود آگاه شود و بتواند این افکار تحریف شده را به چالش بکشد تا بداند که این افکار واقعیت ندارد و ساخته و پرداخته ذهن او است. از سوی دیگر، رفتارهای فرد افسرده در جهت تشدید علایم افسردگی او عمل می‌کند؛ به صورتی که می‌تواند از دیگران کناره‌گیری کند و یا به گونه‌ای ناکارامد عمل نماید و به دنبال آن بازخورد مثبتی از محیط و دیگران دریافت نکند. وقتی فرد بازخوردهای منفی از محیط دریافت کند، بیشتر منزوی می‌گردد، ارتباط با دنیای بیرون را قطع می‌کند و به دنبال آن احساس افسردگی او تشدید می‌شود. به عبارت دیگر، فرد در یک چرخه‌ای گرفتار می‌شود که افکار او احساسات منفی را در او ایجاد می‌کند و این احساسات باعث می‌شود تا فرد به صورت ناکارامد عمل کند. در این صورت هر سه بعد فکر، احساس و رفتار ناسالم می‌گردد. برای این که فرد از این چرخه رهایی یابد، باید به توالی افکار، احساسات و رفتارها را درک کند و به دنبال آن افکار منفی را که به نوعی منشأ افسردگی او است، شناسایی و با آن‌ها مقابله کند. این فرایند از طریق رویکرد CBT با جایگزینی افکار و رفتارهای سالم امکان‌پذیر می‌گردد.

یافته دیگر تحقیق نشان داد که درمان ACT بر کاهش افسردگی در بیماران مبتلا به MS اثرگذار بوده است. این یافته با نتایج پژوهش‌های Hayes و همکاران (۴۰)، عطایی موقانلو و همکاران (۴۱) و Sheppard و همکاران (۴۲) همخوانی دارد. نتایج مطالعه آن‌ها نشان داد که رویکرد درمانی ACT بر کاهش افسردگی و مشکلات روان‌شناختی، سلامت روان‌شناختی، پریشانی هیجانی و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به MS تأثیرگذار است. همچنین، این یافته با نتایج مطالعه Walser و همکاران (۴۳) مبنی بر اثربخشی ACT بر افسردگی و خودکشی در جانبازان، مطابقت داشت.

افراد افسرده به جای روبه‌رو شدن با افکار و هیجانات منفی، سعی می‌کنند از آن‌ها فرار یا اجتناب کنند. وقتی فرد این رفتارها را به کار می‌برد، به نوعی در جهت تشدید افسردگی خود گام برمی‌دارد. این سبک پاسخ به هیجانات و افکار دردناک مشکل‌ساز می‌گردد. در تبیین اثربخشی درمان ACT بر افسردگی می‌توان گفت که این رویکرد به فرد آموزش می‌دهد به جای سرکوب، فرار و اجتناب از هیجانات و افکار آزار دهنده، آن‌ها را مورد مشاهده قرار دهد و پذیرش را تمرین کند. از سوی دیگر، فرد یاد می‌گیرد بر اساس ارزش‌ها در زندگی عمل کند. بدین ترتیب، این رویکرد به فرد افسرده کمک می‌کند تا از چرخه افکار نشخواری و افسرده‌ساز و به دنبال آن رفتارهای اجتنابی خارج شود و بتواند به سبک دیگری مبتنی بر ارزش‌های خود زندگی کند. خروج از این چرخه تکراری باعث کاهش افسردگی در فرد می‌گردد.

یافته نهایی پژوهش حاکی از آن بود که درمان CBT نسبت به درمان ACT بر کاهش افسردگی بیماران مبتلا به MS تأثیرگذارتر است. پژوهشی که این دو رویکرد را در افراد مبتلا به MS مورد مقایسه قرار داده باشد، یافت نشد، اما این یافته با نتیجه پژوهش Mohr و همکاران (۱۸) مشابهت داشت. آنان به این نتیجه رسیدند که روش CBT نسبت به سایر روش‌های روان‌درمانی مانند گروه درمانی حمایتی، در کاهش افسردگی ناشی از بیماری MS اثرگذارتر است. همچنین، با یافته‌های مطالعه سلامی شهید مبنی بر مؤثرتر و کارامدتر بودن روش CBT نسبت به ACT در بهبود افسردگی بیماران مبتلا به درد مزمن (۴۵)، همسو است. در تبیین مؤثرتر بودن شیوه CBT نسبت به ACT در بهبود افسردگی، شاید بتوان گفت که CBT بیشتر به افکار و تحریفات شناختی آغازگر افسردگی توجه می‌کند؛ در صورتی که ACT اغلب بر پاسخ فرد و راهبردهای او در مقابل این افکار تأکید دارد و شاید توجه بیشتر به افکار ناکارامد، تأثیر بیشتری نسبت به توجه بیشتر به راهبردهای ناکارامد داشته باشد. در هر حال، امکان مقایسه دقیق‌تر میان این دو رویکرد، نیازمند انجام تحقیقات بیشتر در رابطه با مقایسه این دو رویکرد در زمینه افسردگی است.

از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر این بود که تنها بیماران عضو انجمن MS شهر تهران در مطالعه شرکت کردند. از این‌رو، در تعمیم نتایج باید احتیاط لازم را به عمل آورد. از محدودیت‌های دیگر می‌توان به عدم کنترل سایر متغیرها مانند تفاوت‌های فردی و ابعاد روان‌شناختی نمونه در پاسخ به مداخله، تأثیر عوامل محیطی و فرهنگی بر میزان درک آنان از درمان و همچنین، مشکلات خانوادگی بیماران که می‌تواند بر افسردگی آن‌ها و میزان اثربخشی درمان اثرگذار باشد، اشاره نمود.

www.mui.ac.ir

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-26]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1396.15.1.9.8]

بیماری MS بـه دلیـل ماهیـت نـاتوان کننـده‌ای کـه دارد، احتمـال بـروز افسردگی را در فرد افزایش مـی‌دهـد و در مواقـع اسـترس و فشـارزا پیامـدهای بیماری مضاعف می‌شود. به این ترتیب، به متخصصان سلامت روان، سازمان‌هـا و مراکز مرتبط با بیماران مبتلا به MS توصیه می‌شـود کـه بـه افسـردگی ایـن بیماران توجه جدی داشته باشند؛ چرا که عدم پـرداختن بـه ایـن موضـوع باعـث می‌شود تا اثرات تخریب‌گر بیماری سریع‌تر پیش رود و فرد در مقابله با آن ناتوان گردد. از این‌رو، ضروری است که از دو رویکرد CBT و ACT در جهت کاهش افسردگی این بیماران استفاده شود. همچنین، به پژوهشگران پیشنهاد مـی‌گـردد، مطالعات بیشتری در خصوص مقایسه روش‌های درمانی مختلف در بیماران مبتلا به MS انجام دهند تا از این طریق بتوان بهترین رویکرد درمانی را در مقابله بـا افسردگی آن‌ها اتخاذ نمود.

سپاسگزاری

بدین وسیله از کلیه کارکنان انجمن MS شهر تهـران و بیمـارانی کـه در انجـام پژوهش حاضر همکاری نمودند، تشکر و قدردانی به عمل می‌آید.

References

1. Chwastiak LA, Ehde DM. Psychiatric issues in multiple sclerosis. Psychiatr Clin North Am 2007; 30(4): 803-17.
2. Patten SB, Beck CA, Williams JV, Barbui C, Metz LM. Major depression in multiple sclerosis: a population-based perspective. Neurology 2003; 61(11): 1524-7.
3. Wallin MT, Wilken JA, Turner AP, Williams RM, Kane R. Depression and multiple sclerosis: Review of a lethal combination. J Rehabil Res Dev 2006; 43(1): 45-62.
4. Omrani S, Mirzaeian B, Aghabagheri H, Hassanzadeh R, Abedini M. Investigating effectuality of cognitive-behavioral therapy (cbt) as group method on the basis of hope rate in patients suffering from multiple sclerosis (M.S). J Mazandaran Univ Med Sci 2012; 22(93): 58-65. [In Persian].
5. Ziemssen T. Multiple sclerosis beyond EDSS: Depression and fatigue. J Neurol Sci 2009; 277(Suppl 1): S37-S41.
6. van der Werf SP, Evers A, Jongen PJ, Bleijenberg G. The role of helplessness as mediator between neurological disability, emotional instability, experienced fatigue and depression in patients with multiple sclerosis. Mult Scler 2003; 9(1): 89-94.
7. Dehghan A, Mohammadkhan Kermanshahi S, Memarian R. Abundance of stress, anxiety and depression in multiple sclerosis patients. J Alborz Univ Med Sci 2013; 2(2): 82-8. [In Persian].
8. Moore P, Hirst C, Harding KE, Clarkson H, Pickersgill TP, Robertson NP. Multiple sclerosis relapses and depression. J Psychosom Res 2012; 73(4): 272-6.
9. Abramovitz M. Family medical guide, MS. Trans. Hemmatkhah F. Tehran, Iran: Asre-Ketab Publications; 2005. [In Persian].
10. Arnett PA, Higginson CI, Voss WD, Randolph JJ, Grandey AA. Relationship between coping, cognitive dysfunction and depression in multiple sclerosis. Clin Neuropsychol 2002; 16(3): 341-55.
11. Pittion-Vouyovitch S, Debouverie M, Guillemin F, Vandenberghe N, Anxionnat R, Vespignani H. Fatigue in multiple sclerosis is related to disability, depression and quality of life. J Neurol Sci 2006; 243(1-2): 39-45.
12. Sanchez Lopez MP, Olivares Perez T, Nieto Barco A, Hernandez Perez MA, Barroso Ribal J. Multiple sclerosis and depression. Rev Neurol 2004; 38(6): 524-9.
13. Wineman NM, Schwetz KM, Zeller R, Cyphert J. Longitudinal analysis of illness uncertainty, coping, hopefulness, and mood during participation in a clinical drug trial. J Neurosci Nurs 2003; 35(2): 100-6.
14. Patten SB, Metz LM. Hopelessness ratings in relapsing-remitting and secondary progressive multiple sclerosis. Int J Psychiatry Med 2002; 32(2): 155-65.
15. Mokhtari S. Investigate the effectiveness of cognitive behavioral therapy on depression in patients with licensed [MSc Thesis]. Isfahan, Iran: University of Isfahan; 2004. [In Persian].
16. Mokhtari S, Neshat Doost T, Molavi H. The effect of cognitive-behavior group therapy on depression and dogmatization of patients with multiple sclerosis (M.S.). Journal of Psychology 2008; 12(3): 242-51. [In Persian].
17. Leonavicius R, Adomaitiene V. Impact of depression on multiple sclerosis patients. Cent Eur J Med 2012; 7(5): 685-90.
18. Mohr DC, Boudewyn AC, Goodkin DE, Bostrom A, Epstein L. Comparative outcomes for individual cognitive-behavior therapy, supportive-expressive group psychotherapy, and sertraline for the treatment of depression in multiple sclerosis. J Consult Clin Psychol 2001; 69(6): 942-9.
19. Beck AT. The current state of cognitive therapy: A 40-year retrospective. Arch Gen Psychiatry 2005; 62(9): 953-9.
20. Dobson KS. A meta-analysis of the efficacy of cognitive therapy for depression. J Consult Clin Psychol 1989; 57(3): 414-9.
21. Hollon SD, Jarrett RB, Nierenberg AA, Thase ME, Trivedi M, Rush AJ. Psychotherapy and medication in the treatment of adult and geriatric depression: which monotherapy or combined treatment? J Clin Psychiatry 2005; 66(4): 455-68.
22. Leahy RL. Cognitive therapy techniques: A practitioner's guide. New York, NY: Guilford Press; 2003.
23. Beck JS. Cognitive therapy: Basics and beyond. New York, NY: Guilford Press; 1995.
24. Lewinsohn PM. The behavioral study and treatment of depression. In: Hersen M, Miller PM, Eisler RM, Editors. Progress in behavior modification. New York, NY: Academic Press; 1976.
25. Beck AT. Cognitive therapy of depression. New York, NY: Guilford Press; 1979.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-26]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1396.15.1.9.8]

26. Sudak DM. Cognitive behavioral therapy for clinicians. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins; 2006.
27. Askey-Jones S, David AS, Silber E, Shaw P, Chalder T. Cognitive behaviour therapy for common mental disorders in people with Multiple Sclerosis: A bench marking study. Behav Res Ther 2013; 51(10): 648-55.
28. Hind D, Cotter J, Thake A, Bradburn M, Cooper C, Isaac C, et al. Cognitive behavioural therapy for the treatment of depression in people with multiple sclerosis: A systematic review and meta-analysis. BMC Psychiatry 2014; 14: 5.
29. Hayes SC, Strosahl K, Wilson KG. Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change. New York, NY: Guilford Press; 1999.
30. Ost LG. Efficacy of the third wave of behavioral therapies: A systematic review and meta-analysis. Behav Res Ther 2008; 46(3): 296-321.
31. Powers MB, Zum Vorde Sive Vording MB, Emmelkamp PM. Acceptance and commitment therapy: a meta-analytic review. Psychother Psychosom 2009; 78(2): 73-80.
32. Forman EM, Herbert D. New directions in cognitive behavior therapy: Acceptance-based therapies. In: O'Donohue WT, Fisher JE, Editors. Cognitive behavior therapy: Applying empirically supported techniques in your practice. 2nd ed. New York, NY: John Wiley & Sons; 2008.
33. Eifert GH, Forsyth JP. Acceptance & commitment therapy for anxiety disorders: a practitioner's treatment guide to using mindfulness, acceptance, and values-based behavior change strategies. Oakland, CA: New Harbinger Publications; 2005.
34. Luoma JB, Villatte JL. Mindfulness in the treatment of suicidal individuals. Cogn Behav Pract 2012; 19(2): 265-76.
35. Jain S, Shapiro SL, Swanick S, Roesch SC, Mills PJ, Bell I, et al. A randomized controlled trial of mindfulness meditation versus relaxation training: effects on distress, positive states of mind, rumination, and distraction. Ann Behav Med 2007; 33(1): 11-21.
36. Pettit JW, Temple SR, Norton PJ, Yaroslavsky I, Grover KE, Morgan ST, et al. Thought suppression and suicidal ideation: preliminary evidence in support of a robust association. Depress Anxiety 2009; 26(8): 758-63.
37. Ma SH, Teasdale JD. Mindfulness-based cognitive therapy for depression: Replication and exploration of differential relapse prevention effects. J Consult Clin Psychol 2004; 72(1): 31-40.
38. Teasdale JD, Segal ZV, Williams JM, Ridgeway VA, Soulsby JM, Lau MA. Prevention of relapse/recurrence in major depression by mindfulness-based cognitive therapy. J Consult Clin Psychol 2000; 68(4): 615-23.
39. Ducasse D, Rene E, Beziat S, Guillaume S, Courtet P, Olie E. Acceptance and commitment therapy for management of suicidal patients: a pilot study. Psychother Psychosom 2014; 83(6): 374-6.
40. Hayes SC, Luoma JB, Bond FW, Masuda A, Lillis J. Acceptance and commitment therapy: model, processes and outcomes. Behav Res Ther 2006; 44(1): 1-25.
41. Ataie Moghanloo V, Ataie Moghanloo R, Moazezi M. Effectiveness of acceptance and commitment therapy for depression, psychological well-being and feeling of guilt in 7-15 years old diabetic children. Iran J Pediatr 2015; 25(4): e2436.
42. Sheppard SC, Forsyth JP, Hickling EJ, Bianchi JM. A novel application of acceptance and commitment therapy for psychosocial problems associated with multiple sclerosis. Int J MS Care 2010; 12(4): 200-6.
43. Walser RD, Garvert DW, Karlin BE, Trockel M, Ryu DM, Taylor CB. Effectiveness of acceptance and commitment therapy in treating depression and suicidal ideation in veterans. Behav Res Ther 2015; 74: 25-31.
44. Azkhosh M. The Application of psychological tests and clinical diagnosis. Tehran, Iran: Ravan Publications; 2009. p. 224-6. [In Persian].
45. Salami Shahid H. Compare the effectiveness of cognitive-behavioral therapy is based on acceptance and commitment on depression, quality of life, self-efficacy and pain in patients with chronic pain [Thesis]. Najafabad, Iran: Najafabad Branch, Islamic Azad University; 2014. [In Persian].

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-26]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1396.15.1.9.8]

Comparison of the Effectiveness of Cognitive-Behavioral Therapy and Acceptance and Commitment Therapy on Reducing Symptoms of Depression in Women with Multiple Sclerosis

Mansooreh Nikoogoftar[1], Roya Khanaliloo[2]

Original Article

Abstract

Aim and Background: The aim of this study was to compare the efficacy of cognitive-behavioral therapy (CBT) and acceptance and commitment therapy (ACT) in reducing depression symptoms in patients with multiple sclerosis (MS).

Methods and Materials: This experimental study was conducted with pretest-posttest design and control group. From among female patients with MS who referred to the MS Society in 2015 with depression symptoms, a sample of 45 individuals was selected. The subjects were randomly divided into 3 groups of CBT, ACT, and control (n = 15). Therapy sessions consisted of 8 sessions, each session was held for 45 minutes. Data were collected using the Beck Depression Inventory (BDI) and were analyzed using ANCOVA in SPSS software.

Findings: The results showed that CBT and ACT were both effective in reducing depression symptoms in patients with MS ($P < 0.001$), but CBT was more effective compared to ACT.

Conclusions: The results showed that CBT and ACT are effective methods of reducing depression in patients with MS. Due to the higher efficacy of CBT, it has been suggested as the preferential treatment for the reduction of depression symptoms in patients with MS.

Keywords: Cognitive behavioral therapy, Acceptance and commitment therapy, Multiple sclerosis, Depression

Citation: Nikoogoftar M, Khanaliloo R. **Comparison of the Effectiveness of Cognitive-Behavioral Therapy and Acceptance and Commitment Therapy on Reducing Symptoms of Depression in Women with Multiple Sclerosis.** J Res Behav Sci 2017; 15(1): 59-66.

Received: 23.12.2016 Accepted: 13.03.2016

1- Assistant Professor, Department of Psychology, School of Psychology, Payame Noor University, Tehran, Iran
2- PhD Student, Department of Psychology, School of Psychology, Roodehen Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran
Corresponding Author: Mansooreh Nikoogoftar, Email: mnikoogoftar@gmail.com

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-26]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1396.15.1.9.8]