



The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Emotional Dysregulation in Multiple Sclerosis Patients: A Single Case Study

Masoumeh Alizadeh¹, Majid Mahmoud Alilou^{2*}, Abbas Bakhshipour²,
Mansour Beyrami²

1- PhD student, Department of Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Tabriz University, Tabriz, Iran.

2. Full Professor, Department of Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Tabriz University, Tabriz, Iran.

Corresponding Author: Majid Mahmoud Alilou, Full Professor, Department of Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Tabriz University, Tabriz, Iran.

Email: M_alilou@tabrizu.ac.ir

Received: 25 May 2023

Accepted: 1 Sep 2023

Abstract

Introduction: Patients with multiple sclerosis (MS) experience many physical and emotional disorders. Therefore, this study aimed at the effectiveness of acceptance and commitment therapy on emotional dysregulation in multiple sclerosis patients.

Methods: The research method in the present study was based on the practical aim, the experiment of type the single-subject with ABA design. The statistical population included all individuals 20 to 50 years old with multiple sclerosis disorder who attended the MS Association of Tehran in 2022. Among them, 5 patients with multiple sclerosis (two men and three women) were selected based on inclusion criteria and by purposive sampling. The acceptance and commitment intervention was performed individually for each patient in 8 sessions of 2.5 hours. The research instrument included a demographic questionnaire and difficulties in emotion regulation scale (DERS). The data were analyzed using visual analysis at both within-condition and between-condition levels in SPSS and Excel software.

Results: The results showed that acceptance and commitment therapy intervention reduced emotional dysregulation in patients with multiple sclerosis. So the scores had a significant decrease compared to the baseline scores in the 8 intervention sessions and follow-up after the treatment ($P < 0.05$).

Conclusions: The results of this study showed that acceptance and commitment therapy can be effective in reducing emotional dysregulation in multiple sclerosis patients, and it is suggested that therapists and counselors use this treatment along with other therapeutic interventions in order to reduce the emotional dysregulation of these patients.

Key words: Acceptance and Commitment Therapy, Emotional Dysregulation, Multiple Sclerosis.



اثر بخشی درمان پذیرش و تعهد بر بدن‌تنظیمی هیجانی در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس: یک مطالعه مورد منفرد

معصومه علیزاده^۱، مجید محمود علیلو^{۲*}، عباس بخشی پور^۲، منصور بیرامی^۲

۱- دانشجوی دکتری، گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران.
۲- استاد تمام، گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران.

نویسنده مسئول: مجید محمود علیلو، استاد تمام، گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران.
ایمیل: M_alilou@tabrizu.ac.ir

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۶/۱۰

تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۳/۴

چکیده

مقدمه: افراد مبتلا به بیماری مولتیپل اسکلروزیس (ام. اس) اختلالات جسمی و عاطفی متعددی را تجربه می‌کنند. یکی از متغیرهای عاطفی که از این بیماری اثر می‌پذیرد، بدن‌تنظیمی هیجانی است. لذا پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر بدن‌تنظیمی هیجانی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس انجام شد.

روش کار: روش تحقیق در پژوهش حاضر بر اساس هدف کاربردی، آزمایشی از نوع تک آزمودنی با طرح ABA بود. جامعه آماری شامل تمامی افراد ۲۰ تا ۵۰ سال مبتلا به بیماری مولتیپل اسکلروزیس مراجعه کننده به انجمن ام.اس شهر تهران در سال ۱۴۰۱ بود. از بین آنها تعداد ۵ بیمار مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس بر اساس ملاکهای ورود و به شیوه نمونه گیری هدفمند گزینش شدند. مداخله درمان پذیرش و تعهد برای هر بیمار در ۸ جلسه ۲/۵ ساعته به صورت انفرادی اجرا گردید. ابزار پژوهش شامل پرسشنامه جمعیت شناختی و مقیاس بدن‌تنظیمی هیجان (DERS) بود. تحلیل دیداری داده ها در دو سطح درون موقعیتی و بین موقعیتی در نرم افزار SPSS و Excel انجام شد.

یافته ها: نتایج نشان داد که مداخله درمان پذیرش و تعهد موجب کاهش میزان بدن‌تنظیمی هیجانی مبتلایان به مولتیپل اسکلروزیس شد؛ به طوری که نمرات در طی ۸ جلسه مداخله و مرحله پیگیری کاهش معناداری نسبت به نمرات خط پایه داشتند ($P < 0/05$).

نتیجه گیری: نتایج این پژوهش نشان داد که درمان پذیرش و تعهد می‌تواند در کاهش بدن‌تنظیمی هیجانی در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس موثر باشد؛ و درمانگران و مشاوران در راستای کاهش بدن‌تنظیمی هیجانی این بیماران از این درمان در کنار سایر مداخلات درمانی استفاده کنند.

کلیدواژه ها: درمان پذیرش و تعهد، بدن‌تنظیمی هیجانی، مولتیپل اسکلروزیس.

مقدمه

همراه با پیامدهای اجتماعی و اقتصادی بوده و بار سنگینی برای جامعه و خانواده های افراد معلول است (۵). مولتیپل اسکلروزیس یک بیماری التهابی سیستم عصبی است (۶) که به واکنش های ایمنی غلاف میلین آکسون ها در مغز و نخاع آسیب می رساند (۷). این بیماری ناتوان کننده عصب شناختی علاوه بر اختلالات عصبی- حرکتی با علائمی چون اضطراب، ضعف و کاهش قدرت

مولتیپل اسکلروزیس (Multiple Sclerosis «MS») از شایعترین بیماری های نورولوژیک در انسان بوده (۱) که سیستم اعصاب مرکزی را تحت تاثیر قرار می دهد (۲). بیش از ۲/۱ میلیون نفر در سراسر جهان به این بیماری مبتلا هستند (۳). نرخ ابتلای این بیماری در ایران ۵۱/۵۲ نفر در هر ۱۰۰ هزار نفر برآورد شده است (۴). این بیماری

بخشی از سبک مقابله ای اجتناب محسوب می شود (۱۶). ساختار اجتناب هیجانی به گرایش عمومی برای جلوگیری از تجربیات هیجانی درونی اشاره دارد (۵). در واقع اجتناب هیجانی بالقوه شامل تعدادی از ساختارهای نظری و تجربی مرتبط است که به عنوان عوامل خطر و محافظت کننده برای آسیب شناسی روانی، مانند نشخوار، نگرانی و سرکوب عمل می کند (۱۷).

اجتناب هیجانی، ساختاری است که توسط نسل سوم درمان های شناختی- رفتاری از جمله درمان پذیرش و تعهد ارائه شده است (۵). این درمان بر افزایش واکنش های منفی (مانند افکار و هیجان منفی) در مواردی که تغییر مستقیم آنها امکان پذیر نیست، تأکید می کند (۱۸). درمان پذیرش و تعهد نشات گرفته از تئوری فلسفی به نام عملگرایی است و بر اساس نظریه چارچوب رابطه های ذهنی پدید آمده است (۱۹). این رویکرد مبتنی بر این فرضیه است که آسیب روانی به دلیل سعی برای کنترل یا فرار از افکار و هیجانات منفی ایجاد می شود (۲۰). پذیرش (acceptance)، گسلش (defusion)، خود به عنوان زمینه (self as the context)، ارتباط با زمان حال (Communication with the present)، ارزش ها (Values) و عمل متعهدانه (Commitment) شش فرایندی است که در روش درمانی پذیرش و تعهد منجر به انعطاف پذیری روانشناختی در مراجعین می شود (۲۱). در این روش مشکلات در قالب رفتاری مفهوم بندی می شود. بر این اساس درمانگران، بیماران را هدایت می کنند تا افکار و هیجانات را از خود جدا ببینند (مشکلات مرتبط با آگاهی)، و این امر به درمانگران اجازه می دهد چهارچوب رابطه و حالات شناختی منفی (اجتناب از تجارب درونی و اقدام نکردن به فعالیت های ارزشمند زندگی بیمار) را اصلاح کنند (۲۲).

در این راستا، نتایج پژوهش سپاهپوش منفرد، پرندین و عزیززی (۵) حاکی از آن بود که ۱۰ جلسه درمان پذیرش و تعهد بر کاهش اجتناب هیجانی ۲۴ نفر از زنان مبتلا به بیماری مولتیپل اسکلروزیس مؤثر بوده است. اسکندری، رضاخانی و بهبودی (۴) نشان دادند که ۸ جلسه درمان پذیرش و تعهد بر تغییر سبک ابراز هیجان بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس مؤثر بوده است. شاره، دلال مقدم و حقی (۶) دریافتند که ۸ جلسه درمان پذیرش و تعهد منجر به افزایش سطح تحمل پریشانی هیجانی ۲۰ نفر بیمار مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس می شود. با توجه به

حل مشکل همراه است و باعث اختلالات جسمی و روانی متعددی می شود (۸). تشخیص زودهنگام در دوره بیماری می تواند مشکل باشد، زیرا علائم اغلب ناپایدار هستند و گاهی اوقات نیز برای ماه ها ناپدید می شوند. شروع این بیماری اغلب در سنین ۲۰ تا ۴۰ سال بوده و احتمال ابتلای زنان نسبت به مردان بیشتر است (۹). تاکنون علت این بیماری ناشناخته بوده (۱۰)؛ ولی پزشکان عواملی مانند نارسایی ایمنی، استعداد ژنتیکی فرد، زمینه خانوادگی، منطقه جغرافیایی، عفونت های ویروسی و فشارهای روانی را در پیدایش آن موثر می دانند (۱۱). چهار الگوی سیر بالینی بیماری مشتمل بر مولتیپل اسکلروزیس عود کننده بهبودپذیر (RRMS «Relapsing Remitting MS»؛ مولتیپل اسکلروزیس پیشرونده ثانویه (SPMS «Secondary Progressive MS»؛ مولتیپل اسکلروزیس پیشرونده اولیه (Primary Progressive MS «PPMS»؛ مولتیپل اسکلروزیس پیشرونده- عودکننده (PRMS «Progressive-Relapsing MS» می باشند (۱۲). نتایج مطالعات اخیر حاکی از آن است که عدم تعادل هیجانی یکی از عوامل مهم در تشدید و عود علائم بیماری مولتیپل اسکلروزیس است (۷). در واقع، مشکلات و بدتنظیمی هیجانی در بلندمدت تأثیرات جسمی، روانی و عصبی متعددی برای این بیماران به جای گذاشته و توانایی بدن آنان را در مقابله با بیماری کاهش می دهد (۱۳). در این راستا، پراکاش، شیردا، ولنتاین، کروتی و نیکلاس (۱۴) مدعی اند که ارزیابی نظرسنجی ۱۰۰ بیمار مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس در مقایسه با ۹۸ نفر گروه کنترل نشان داد که بیماران مبتلا از راهبردهای تنظیم هیجان ناسازگار استفاده نموده و مشکلات بیشتری را در بدتنظیمی هیجان گزارش کردند.

شکست در تنظیم هیجان، بدتنظیمی هیجان نامیده می شود. بدتنظیمی هیجان به عنوان روش های ناسازگارانه پاسخ به هیجانات تعریف شده؛ و شامل پاسخ های فاقد پذیرش، دشواری در کنترل رفتارها در بستر پریشانی هیجانی، و نقص در استفاده عملکردی از هیجانات به عنوان اطلاعات است (۱۵). ابراز هیجان به صورت ناخواسته و خنثی سازی هیجان به عنوان دو شکل از بدتنظیمی هیجانی مطرح شده اند. در حالت اول هیجانات به صورت ناخواسته، مزاحم، درمانده کننده و مشکل ساز، تجربه می شوند و خنثی سازی هیجان نیز در بردارنده تجارب تفرقی نظیر دگرسان بینی خود و یا محیط، جداسازی و یا کرختی هیجانی می- باشد. خنثی سازی هیجانی مانع پردازش هیجانی شده و

نتایج پژوهش رهبر کرباسدهی، ابوالقاسمی، حسین-خانزاده و رهبر کرباسدهی (۷) ۸ جلسه درمان گروهی پذیرش و تعهد بر بهبود تنظیم شناختی هیجان ۲۶ بیمار مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس تأثیر داشته است. صادقی بهمنی، اسماعیلی، مختاری، صادقی بهمنی، افشارزاده، شایگان نژاد و همکاران (۲۳) نشان دادند که ۸ جلسه درمان پذیرش و تعهد بر علائم شایستگی‌های هیجانی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس اثربخش بوده است. زوریتا اونا (۲۴) بر این باور است که درمان پذیرش و تعهد با بکارگیری پنج مهارت اصلی در این روش به مراجعان کمک می‌کند تا فراتر از اجتناب تجربی حرکت کرده، و انعطاف‌پذیری روانی و بدتنظیمی هیجان خویش را بهبود بخشند. ریاض، ایرم، حسن، اقبا و فاطمه (۲۵) نشان دادند که اجرای شش جلسه انفرادی درمان پذیرش و تعهد بر روی ۷ نوجوانان کم بینا ۱۸ تا ۲۳ سال توانست بدتنظیمی هیجانی و سلامت روان آنان را بهبود بخشد.

در پژوهش حاضر، درمان پذیرش و تعهد به این دلیل انتخاب گردید که انتظار می‌رفت این روش بتواند بدتنظیمی هیجانی مبتلایان را که از ضعف در تنظیم هیجان آنان ناشی می‌شد را بهبود بخشد. در صورت اثربخشی این درمان می‌توان زمینه‌ای مساعد جهت بهبود بدتنظیمی هیجانی مبتلایان به مولتیپل اسکلروزیس به عمل آورد. بنابراین، با توجه به نقش هیجانات در افراد مبتلا به بیماری مولتیپل اسکلروزیس و با عنایت بر انجام پژوهش‌های محدود درمان پذیرش و تعهد در زمینه بدتنظیمی هیجانی بیماران مبتلا، انجام پژوهش حاضر ضرورت دارد. از این رو پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بدتنظیمی هیجانی بیماران مبتلا به بیماری مولتیپل اسکلروزیس انجام گرفت.

روش کار

روش تحقیق در پژوهش حاضر بر حسب هدف کاربردی؛ و بر اساس ماهیت و روش گردآوری داده‌ها، آزمایشی از نوع مورد منفرد (Single Subject) چند خط پایه ای بود. یک پژوهش مورد منفرد که گاهی آن را آزمایش تک آزمودنی یا سری‌های زمانی (Time-Series Experiment) نامیده‌اند، پژوهشی است که مشتمل بر تحقیق فشرده بر روی تعداد محدودی از افراد که به صورت انفرادی یا به عنوان یک گروه واحد در نظر گرفته می‌شوند. جامعه آماری

مشتمل بر تمامی مبتلایان ۲۰ تا ۵۰ سال مبتلا به بیماری مولتیپل اسکلروزیس مراجعه کننده به انجمن ام.اس شهر تهران در سال ۱۴۰۱ بود. تعداد حجم نمونه در تحقیقات مورد منفرد از یک آزمودنی و گاهی گروه کوچکی از آزمودنی‌ها تشکیل می‌شود. بدین ترتیب، از جامعه مذکور ۵ بیمار مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس بر اساس ملاک‌های ورود و به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند. شرایط ورود به پژوهش شامل تشخیص ابتلا به بیماری مولتیپل اسکلروزیس بر اساس یافته‌های بالینی و تشخیص پزشک، قرار داشتن بیمار در محدوده سنی ۲۰ تا ۵۰ سال، حداقل تحصیلات بالاتر از سیکل، عدم وجود سابقه بیماری روانی شدید (سایکوتیک)، عدم سوءمصرف مواد، عدم سابقه بستری در بیمارستان روانی و اعلام رضایت کتبی آگاهانه جهت شرکت در پژوهش بود. از جمله معیارهای خروج نیز عدم تمایل به ادامه حضور در جلسات مداخله و غیبت بیش از دو جلسه در مداخله درمانی بود. به منظور گردآوری داده‌ها ابزارهای زیر مورد استفاده قرار گرفتند.

پرسشنامه اطلاعات جمعیت‌شناسی: پرسشنامه محقق ساخته مشخصات فردی به دلیل تأثیرگذار بودن عوامل زمینه‌ای و خصوصیات زیست‌شناختی بر حالات خلقی شرکت‌کنندگان و کیفیت زندگی تهیه شد. این پرسشنامه سؤالاتی مشتمل بر سن، جنسیت، تحصیلات، وضعیت تاهل، مدت ابتلا به ام.اس و نوع ام.اس بود.

مقیاس دشواری تنظیم هیجانی (Difficulties in Emotion Regulation Scale «DERS): این پرسشنامه توسط گراتز و رومر (۲۰۰۴) ساخته شد. آزمون از ۳۶ گزاره تشکیل شده است. آزمودنی به هر گزاره در مقیاس ۵ درجه‌ای از خیلی به ندرت (۱) تا تقریباً همیشه (۵) پاسخ می‌دهد. عبارات ۱، ۲، ۳، ۴، ۵، ۶، ۷، ۸، ۱۰، ۱۷، ۲۰، ۲۲، ۲۴ و ۳۴ در این مقیاس به شکل معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. دامنه نمره مقیاس بین ۳۶ تا ۱۸۰ است. کسب نمره بالاتر بیانگر دشواری‌های بیشتر در مقوله تنظیم هیجانات است. گراتز و رومر (۲۰۰۴) در روایی سازه به روش تحلیل عاملی، ۶ عامل با ارزش ویژه ۰/۴ را تأیید کردند؛ و پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۹۳ به دست آمد (۲۶). در ایران، پایایی نسخه فارسی این مقیاس توسط عسگری، پاشا و امینیان (۱۳۸۸) بر اساس آلفای کرونباخ و روش تصنیف به ترتیب ۰/۸۶ و ۰/۸۰ محاسبه شد؛ و داده‌های حاصل از همبستگی این مقیاس با مقیاس

معصومه علیزاده و همکاران

هیز (۲۸) و برنامه پذیرش و تعهد برای درد مزمن وولز و سورل (۲۹) بود که در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه ای اجرا گردید. دستورالعمل برنامه توسط سازندگان آن به تأیید رسید (۲۸). محتوای مداخله درمان پذیرش و تعهد در پژوهش پرویزیان، شریفی، شکرکن و غضنفری (۲۲) استفاده و تأیید شده است. در ادامه، شرح مختصری از مداخله تعهد و پذیرش در (جدول ۱) آمده است:

هیجان خواهی زا کرمن نیز، روایی همگرایی مقیاس را تأیید کرده است (۲۷). در پژوهش حاضر روایی صوری و محتوا با روش کیفی و با استفاده از نظر ۵ نفر از متخصصان حوزه روانشناسی بالینی دانشگاه تبریز بررسی و مطلوب گزارش شد. پایایی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ برای ابزار ۰/۹۵ به دست آمد. مداخله درمان پذیرش و تعهد برگرفته از دستورالعمل

جدول ۱: خلاصه جلسات درمان پذیرش و تعهد

عنوان جلسه	محتوای جلسات
۱. مقدمه و مفاهیم اساسی درمان	برقراری رابطه درمانی و آشنایی آزمودنی با درمانگر، بیان احساسات فرد قبل از آمدن به جلسه، دلیل آمدن به این جلسه و انتظاری که از جلسات درمانی دارد، بیان تجارب مشابه قبلی، تبیین بیماری ام.اس و علائم و نشانه ها، درمان های دارویی و غیردارویی، آشنا نمودن فرد با موضوع پژوهش، معرفی درمان پذیرش و تعهد و توصیف کلی از رویکرد درمانی، نظر اجمالی بر درمان و اهداف برنامه، ارزیابی میزان تمایل فرد برای تغییر و جهتگیری درمانی، تنظیم ضوابط و شرح قوانین گروه، بیان اصل رازداری و احترام متقابل آزمودنی و درمانگر، بستن قرارداد درمانی، ارائه تکلیف.
۲. گزینه هایی برای زندگی با درد مزمن	بررسی تکلیف جلسه قبل. بررسی روابط میان درد، میزان تابآوری، کیفیت زندگی و هیجانهای منفی. سنجش مشکلات بیماران از نگاه اکت. گزینه هایی برای زندگی با درد مزمن و اسنتخراج تجربه اجتناب، آمیختگی و ارزشهای فرد. تهیه فهرستی از مزایا و معایب و شیوههای کنترل مشکلات. دریافت بازخورد و ارائه تکلیف.
۳. یادگیری زندگی با درد مزمن	تمرین آگاهی و بررسی تکلیف جلسه قبل، کمک به آزمودنی برای تشخیص کنترل وقایع شخصی، افکار و خاطرات. تشخیص راهبردهای ناکارآمد کنترلگری و پی بردن به بیهودگی آنها با استفاده از استعارهها و آموزش تمایل نسبت به هیجانان و تجارب منفی. یادگیری زندگی با درد مزمن. تعریف و آموزش پذیرش وقایع شخصی دردناک بدون کشمکش با آنها و عدم کنترل آنها با استفاده از تمثیل. آگاهی بخشی در این زمینه که افکار را به عنوان افکار و احساسات را به عنوان احساسات و خاطرات را فقط به عنوان خاطره بپذیریم. دریافت بازخورد و ارائه تکلیف.
۴. ارزشها و اقدام (عمل)	بررسی تکلیف جلسه قبل. غسل شناختی و آموزش جدا کردن ارزیابی ها از تجارب شخصی و اتخاذ موضع مشاهده افکار بدون قضاوت. روشن سازی اهداف و ارزش ها. بررسی موانع ارزشها، جایگاه اهداف و معرفی کردن فعالیتی که متعهد می شوند. دریافت بازخورد و ارائه تکلیف و تمرین افکار بر روی برگه ها.
۵. اقدام (عمل) و حرکت رو به جلو	بررسی تکلیف جلسه قبل. بیان مفهوم ارزیابی و توصیف از استفاده از تمثیل. تغییر مفاهیم زبان با استفاده از تمثیل. ارتباط با زمان حال و آموزش فنون ذهن آگاهی. ارائه این تکنیک که با ذهن آگاه بودن در هر لحظه از وجود احساسات خودآگاهی یابند. دریافت بازخورد و ارائه تکلیف.
۶. تعهد	بررسی تکلیف جلسه قبل. مرور پیشرفت، آموزش و ارائه اصل تعهد و لزوم آن در روند آموزش و درمان (آموزش تعهد به عمل یعنی بعد از انتخاب مسیر ارزشمند و درست در خصوص رسیدن به آرامش یا قبول هر رویدادی در زندگی، به آن عمل کنیم و خود را نسبت به انجام آن متعهد سازیم). ارائه تکنیک توجه انتخابی برای آرامش بیشتر در خصوص هجوم افکار خودآیند منفی. تمرین تمرکز بر تنفس، پیاده روی، غذا خوردن و ...). ارائه تکلیف.
۷. مرور و تمرین	بررسی تکلیف جلسه قبل. جستجوی مسائل حل نشده در آزمودنی. ایجاد توانایی انتخاب عمل در بین گزینه های مختلف، به گونه ای که مناسبتر باشد نه عملیتر. دریافت بازخورد و ارائه تکلیف
۸. حفظ عایدات درمانی در طول زندگی	مرور تکالیف و جمع بندی مفاهیم بررسی شده در طی جلسات به همراه آزمودنی. اجرای پس آزمون. جلوگیری از بازگشت و وقفه ها. درخواست از آزمودنی برای توضیح دستاوردهایش از جلسات درمان و برنامه او برای ادامه زندگی. اخذ تعهد از آزمودنی جهت انجام تکالیف پس از پایان دوره. قدردانی و سپاسگزاری از حضور ایشان در جلسات. اجرای پس آزمون. خداحافظی با آزمودنی.

هیجانی مورد آزمون قرار گرفتند و نمرات آن جهت پیش آزمون (مرحله A) ثبت گردید. سپس برای گروه آزمایش متغیر مستقل یعنی مداخلات جلسات درمان پذیرش و تعهد تحت نظر استاد راهنما (جناب دکتر علیلو) در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه ای انجام شد. گروه کنترل در لیست انتظار قرار گرفتند. پس از اتمام جلسات مداخله و ۱ ماه و نیم بعد از اتمام آن، مطابق روش پیش آزمون مجدداً نمره بدنتظیمی

ابتدا طی فراخوانی، فهرستی از افراد مبتلا به ام.اس عضو انجمن ام.اس شهر تهران که داوطلب شرکت در جلسات آموزش اکت باشند، تهیه شد. سپس از میان آنها با توجه به تعداد نمونه پژوهش، ۵ نفر به صورت تصادفی انتخاب و پس از مطابقت با ملاکهای ورود، جلسه توجیهی برای آنان برگزار شد و رضایت نامه کتبی از آزمودنی ها اخذ گردید. در ادامه، شرکت کنندگان با مقیاس دشواری تنظیم

با کد اخلاق شماره (IR.TABRIZ.REC.1402.009) می باشد. تحلیل دیداری پرکاربردترین راهبرد تحلیل داده های پژوهش مورد منفرد است. داده های به دست آمده با مقایسه میانگین موقعیت ها به کمک رسم نمودار در نرم افزار SPSS و Excel تحلیل شدند.

یافته ها

در مطالعه حاضر ۵ نفر مبتلا به بیماری مولتیپل اسکلروزیس شرکت داشتند. شاخص های آزمودنی ها بر حسب ویژگیهای جمعیت شناختی در (جدول ۲) آمده است.

هیجانی برای گروه آزمایش و کنترل به عنوان پس آزمون (مرحله B) و پیگیری اندازه گیری شد. لازم به ذکر است که آزمودنی ها ۳ نوبت در مرحله A، ۴ نوبت در مرحله B و ۱ نوبت در پیگیری مورد ارزیابی قرار گرفتند. به منظور رعایت کردن ملاحظات اخلاقی آزمودنی ها، اطلاعات لازم در مورد اهداف، طول مدت پژوهش و نحوه همکاری در طول مطالعه به بیمار و همراه او داده شد. پرسشنامه های آنها کدگذاری شد و اصول اخلاقی مانند محرمانه ماندن اطلاعات و رازداری کاملاً رعایت شد. این پژوهش دارای مصوبه اخلاق در پژوهش دانشگاه آزاد اسلامی واحد شیراز

جدول ۲: ویژگی های جمعیت شناختی پنج آزمودنی گروه نمونه پژوهش

مشخصات	آزمودنی اول	آزمودنی دوم	آزمودنی سوم	آزمودنی چهارم	آزمودنی پنجم
سن	۲۷ سال	۲۹ سال	۴۷ سال	۲۸ سال	۳۰ سال
جنسیت	زن	مرد	مرد	زن	زن
تحصیلات	فوق دیپلم	دیپلم	دیپلم	لیسانس	فوق لیسانس
وضعیت تاهل	متاهل	متاهل	متاهل	مجرد	مجرد
مدت ابتلا	۴ سال و ۱۰ ماه	۵ سال	۱۱ سال	۱۰ سال	۴ سال
نوع ام. اس	عودکننده - فروکش کننده	عودکننده - فروکش کننده	عودکننده - فروکش کننده	عودکننده - فروکش کننده	عودکننده - فروکش کننده

که با توجه به شیوه امتیازدهی پرسشنامه استفاده شده برای متغیر پژوهش، کاهش در نمرات محاسبه شده به معنی بهبودی در بدتنظیمی هیجانی است.

در بخش کمی ابتدا، داده های گردآوری شده از بدتنظیمی هیجانی در سه موقعیت خط پایه، مداخله و پیگیری برای هر آزمودنی در (جدول ۳) گزارش شد. لازم به ذکر است

جدول ۳: داده های خام دشواری در تنظیم هیجان در موقعیت های خط پایه، مداخله و پیگیری

موقعیت	جلسات	آزمودنی ۱	آزمودنی ۲	آزمودنی ۳	آزمودنی ۴	آزمودنی ۵
خط پایه (A)	۱	۶۳	۸۰	۸۱	۹۵	۹۶
	۲	۷۰	۸۲	۸۳	۹۷	۱۱۰
	۳	۵۹	۶۵	۷۵	۸۵	۱۰۰
مداخله (B)	۲	۸۹	۷۰	۷۸	۷۸	۹۵
	۴	۴۲	۶۸	۵۴	۵۴	۸۵
	۶	۵۰	۵۹	۴۹	۴۲	۷۶
پیگیری	۸	۴۴	۵۰	۴۶	۴۹	۷۰
	۱	۵۱	۴۲	۴۴	۴۶	۶۹

تغییر قابل توجهی نشان داده است. تغییر طراز نسبی و مطلق نیز حاکی از آن بود که الگوی تغییر داده ها رو به کاهش و بهبود یافتن است؛ و این جهت در آزمودنی اول محسوس تر است.

در ادامه، نتایج حاصل از تحلیل دیداری درون موقعیتی خط پایه و مداخله در متغیر بدتنظیمی هیجانی نشان داده شد. یافته های حاصل از تحلیل دیداری داده ها نشان داد که تغییر میانه و میانگین موقعیت B برای هر ۵ آزمودنی

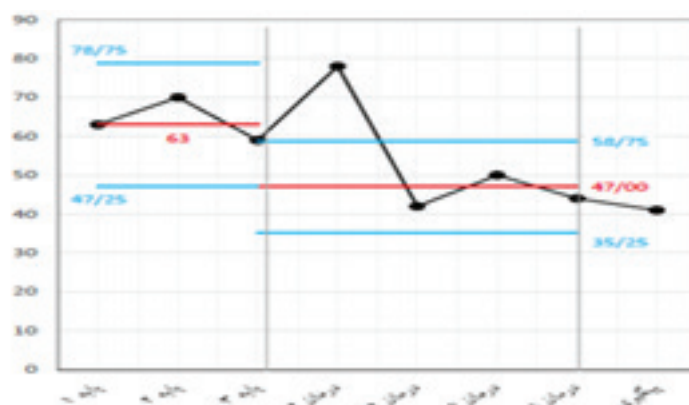
معصومه علیزاده و همکاران

جدول ۴: تحلیل دیداری درون موقعیتی آزمودنی ها در متغیر بدتنظیمی هیجانی

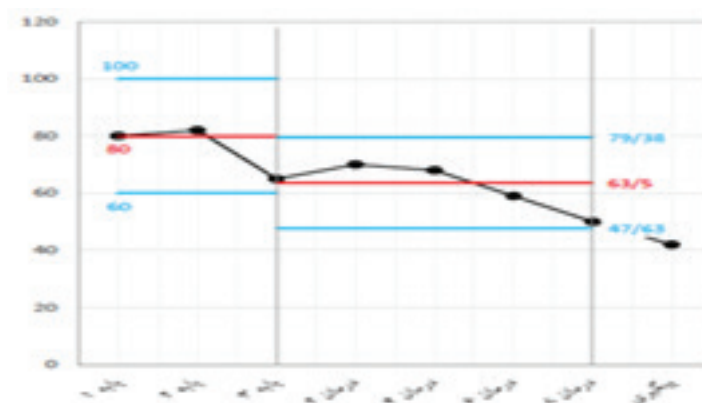
آزمودنی ۵		آزمودنی ۴		آزمودنی ۳		آزمودنی ۲		آزمودنی ۱		درون موقعیتی
B	A	B	A	B	A	B	A	B	A	۱. توالی موقعیت
۲. سطح										
۸۰/۵	۱۰۰	۵۲	۹۵	۵۱/۵	۸۱	۶۳/۵	۸۰	۴۷	۶۳	۲-۱. میانه
۸۱/۵	۹۳	۵۶	۹۲/۳۳	۵۶/۷۵	۷۹/۶۶	۶۱/۷۵	۷۵/۶۶	۵۴	۶۴	۲-۲. میانگین
۹۵-۷۰	۱۱۰-۹۶	۷۸-۴۲	۹۷-۸۵	۷۸-۴۶	۸۳-۷۵	۷۰-۵۰	۸۲-۶۵	۷۸-۴۲	۷۰-۵۹	۲-۳. دامنه تغییرات
۲۰/۱۲	۲۵	۱۳	۲۳/۷۵	۱۲/۸۷	۲۰/۲۵	۱۵/۸۷	۲۰	۱۱/۷۵	۱۵/۷۵	۲-۴. دامنه تغییرات محفظه ثبات
۳. تغییر سطح										
	۱۹/۵		۴۲		۲۹/۵		۱۶/۵		۱۶	۳-۱. تغییر نسبی
	۱۵		۳۲		۶		۲۰		۳۴	۳-۲. تغییر مطلق
بهبود		بهبود		بهبود		بهبود		بهبود		۴. روال درمان

آزمودنی دوم ۰/۱۰۰ در محفظه ثبات قرار دارند و موقعیت A و B باثبات است.

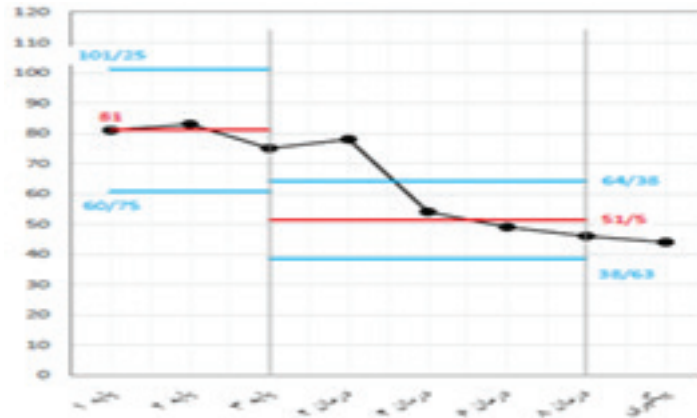
سپس، نتایج خط میانه و محفظه ثبات برای بدتنظیمی هیجانی هر پنج آزمودنی در نمودارهای ۱-۵ گزارش شد. همانطور که مشاهده می گردد، فقط نقاط داده ها در



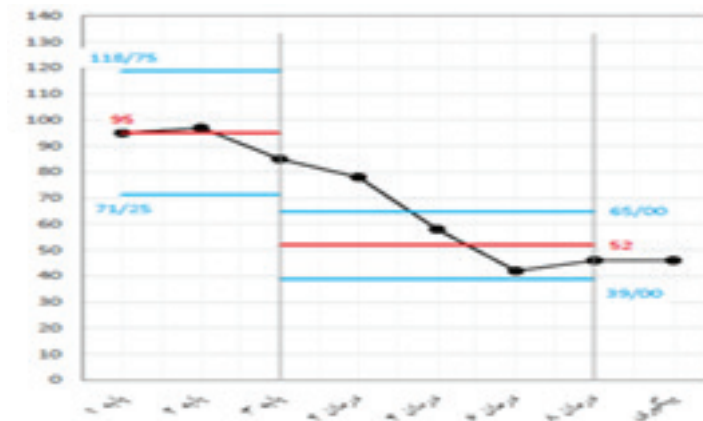
نمودار ۱. ترسیم خط میانه و محفظه ثبات آزمودنی اول



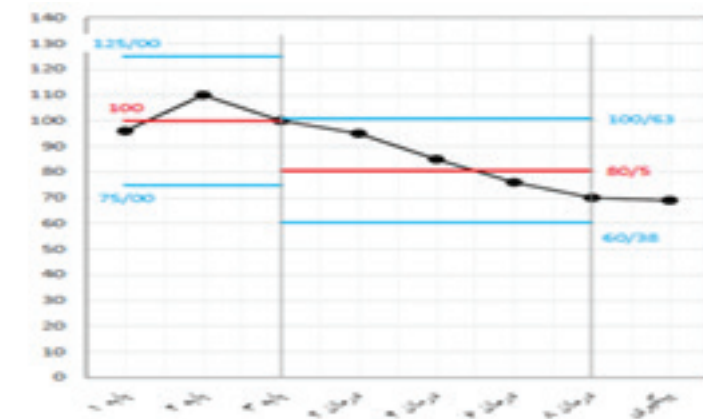
نمودار ۲. ترسیم خط میانه و محفظه ثبات آزمودنی دوم



نمودار ۳. ترسیم خط میانه و محفظه ثبات آزمودنی سوم



نمودار ۴. ترسیم خط میانه و محفظه ثبات آزمودنی چهارم



نمودار ۵. ترسیم خط میانه و محفظه ثبات آزمودنی پنجم

اول محسوس تر بود. همچنین، نتایج حاصل از تغییر سطح میانگین داده ها در بدتنظیمی هیجانی نشان داد که سطح میانگین موقعیت B در جهت بهبود تغییر قابل توجهی نشان داده است که این بهبودی در بیماران سوم و چهارم بارزتر بود.

در آخر، نتایج حاصل از تحلیل دیداری بین موقعیتی خط پایه و مداخله در متغیر بدتنظیمی هیجانی نشان داده شد. تغییر سطح مطلق موقعیت ها در بدتنظیمی هیجانی نشان داد که سه نفر از آزمودنی ها با شروع درمان دچار کاهش نمرات در بدتنظیمی هیجانی شدند که این تغییر در آزمودنی

جدول ۵: تحلیل دیداری بین موقعیتی آزمودنی ها در متغیر بدتنظیمی هیجانی

بین موقعیتی	آزمودنی ۱	آزمودنی ۲	آزمودنی ۳	آزمودنی ۴	آزمودنی ۵
۱. مقایسه موقعیت	A با B	A با B	A با B	A با B	A با B
۲. تغییر در سطح					
۲-۱. تغییر مطلق	۱۹	۵	۳	-۷	-۵
۲-۲. جهت	نزول	نزول	نزول	صعود	صعود
۲-۳. تغییر میانه	-۱۶	-۱۶/۵	-۲۹/۵	-۴۳	-۱۹/۵
۲-۴. روال درمان	بهبود	بهبود	بهبود	بهبود	بهبود
۲-۵. تغییر میانگین	-۱۰	-۱۳/۹۱	-۲۲/۹۱	-۳۶/۳۳	-۱۱/۵
۲-۶. روال درمان	بهبود	بهبود	بهبود	بهبود	بهبود

بحث

پژوهش حاضر با هدف اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر بدتنظیمی هیجانی در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکروزیس انجام شد. نتایج این مطالعه نشان داد که مداخله درمانی در بهبود بدتنظیمی هیجانی بیماران مبتلا موثر بوده است. این یافته با نتایج مطالعات سیاهپوش منفرد و همکاران (۵)، اسکندری و همکاران (۴)، شماره و همکاران (۶)، رهبر کرباسدهی و همکاران (۷)، صادقی بهمنی و همکاران (۲۳)، زوریتا اونا (۲۴) و ریاض و همکاران (۲۵) مبنی بر اثربخشی مداخله درمان پذیرش و تعهد بر مشکلات هیجانی مطابقت دارد.

در تبیین این یافته می توان گفت که درمان پذیرش و تعهد که متضمن حل مسئله شناختی رفتاری، آگاهی لحظه به لحظه نسبت به هیجانات (ذهن آگاهی) و پذیرش بی قید و شرط مشکل (اختلال) است، باعث می شود که افراد مهارتهای مورد نیاز برای حل مشکلات هیجانی را در خود تقویت نمایند. مراجعان در این درمان می آموزند که با وجود مشکلات می توانند از زندگی لذت ببرند، زندگی آنها معنادار گردد و از خود رضایت داشته باشند. اجرای درمان پذیرش و تعهد، ضمن فراهم نمودن بستری به منظور پذیرش هیجانات، با به کارگیری فنون ذهن آگاهی و سایر روش های درمان پذیرش و تعهد، به آموزش بیماران برای رهایی از بند مبارزه بی حاصل و تلاش برای کنترل و حذف عواطف و تجارب منفی می پردازد و بیماران را به پیگیری ارزش ها و به دنبال آن تعهد نسبت به عمل بر مبنای ارزش ها ترغیب می کند؛ در نتیجه می توان گفت که این امر منجر به بهبود تنظیم هیجان در افراد مبتلا به مولتیپل اسکروزیس می شود. از این رو می توان رویکرد

درمان پذیرش و تعهد را به عنوان یک مداخله مناسب به منظور افزایش توانمندی تنظیم هیجانات ناشی از مولتیپل اسکروزیس و کاهش عوارض روانشناختی ناشی از آن به کار برد. از آنجایی که این بیماران دچار تحریفات شناختی و افکار ناکارآمد متعدد هستند، فعال شدن این افکار نه تنها باعث تمرکز فرد بر روی خود، نازرنده سازی و ناامیدی نسبت به آینده و در نتیجه کاهش خلق می شود، بلکه تأثیر زیادی نیز بر روی تشدید علائم می گذارد. بنابراین، انتظار می رود با انجام تمرینات منظم ذهن آگاهی تغییرات مثبتی در برخی از کارکردهای روانشناختی مانند بهبود تنظیم هیجان، افزایش بهزیستی و سلامت روان ایجاد شود و در نتیجه این تغییرات در کیفیت زندگی مبتلایان به مولتیپل اسکروزیس تأثیرگذار باشد. کاری که ذهن آگاهی در درمان پذیرش و تعهد انجام می دهد این است که یک قدم از همه افکار چه مثبت و چه منفی فاصله می گیرد و به بیمار آموزش داده می شود که افکار، تنها افکار هستند و واقعیت ندارند. فرد نمی تواند افکار را به طور کامل کنترل کند، بلکه همه آن کاری که از دستش برمی آید این است که افکار را نگاه کند و از آنها فاصله بگیرد و واکنش خود به خودی نسبت به افکارش را متوقف کند (۲۲). هرچه بتواند این کار را بیشتر انجام دهد، بهتر می تواند هیجاناتش را تنظیم نماید. از طرف دیگر، پذیرش افکار شخصی، هیجانات و احساسات به منظور تسهیل روند عمل متعهدانه هدایت شده بر اساس ارزش ها طراحی شده اند (۲۱). پذیرش، فرآیندهای اصلی درمان را برای تعهد تسهیل می کند. فرآیندهای تعهد شامل استفاده از تمرینات تجربه ای و استعاره ها است تا به مراجعان کمک کند، اهدافی که به طور هدفمند و معنادار در زندگی شان برمی گزینند را به طور کلامی بیان کنند (ارزش ها) و به تغییرات رفتاری پایدار که بر اساس این

ارزش ها هدایت می شوند، متعهد شوند (عمل متعهدانه). بیمار با پذیرش و گسلش شناختی درمی یابد که در صورت وجود مشکل، و عدم رضایت از وضعیت سلامت خویش و محیط اطراف، می تواند با جواب ندادن به فکر، احساس و خاطره و میل و علائم بدنی به گونه ای رفتار نماید که متناسب با مسیر ارزش های خود حرکت کند؛ یعنی با وجود این عوامل در درون خود، باز در مسیر ارزش ها حرکت نماید و عمل در جهت ارزش های خود را رها نکند که این کار به طور کلی منجر به بهبود تنظیم هیجان او خواهد شد. بر این اساس، افزایش گسلش شناختی و پذیرش آگاهانه، به بیماران کمک می کند تا تعاملات و تفکرات منفی را به روش جدیدی تجربه کنند که در نهایت کنش منفی کاهش می یابد. بیماران یاد می گیرند تا موقعیت ها و تفکراتی را که قبلاً از آن اجتناب می کردند، با آن درگیر شوند و آن را بپذیرند. شفاف سازی ارزش های ارتباطی و تعهد برای عمل به صورت سازگار با این ارزش ها، به بیماران این فرصت را می دهد تا به شیوه ای عمل کنند که آنها را به سمت رضایت از زندگی و ارتباط هدایت کرده و بتوانند اضطراب فردی و فیزیولوژیکی را کاهش دهند؛ بنابراین، گسلش شناختی با تأثیر بر روی این جنبه ها می تواند در نهایت بر بهبود تنظیم هیجان بیماران تأثیرگذار باشد. همانطور که گفته شد یکی از موارد این درمان، آگاهی لحظه به لحظه نسبت به هیجانات است (۲۰). در این درمان، انعطاف پذیری روانشناختی عبارت است از توانایی برای ارتباط با زمان حال به طور کامل و به عنوان یک انسان هشیار و آگاه و تغییر یا تداوم رفتار در خدمت اهداف ارزشمند فرد. ارزش هایی چون ارزش سلامتی و بهداشت، روابط خانوادگی، روابط با اطرافیان، تحصیلات، تفریح، کار و شغل و... از طریق هدف گذاری ها و تعیین تکالیف، ادراک فرد از وضعیتی که در آن زندگی می کند، ارتقاء می یابد و منجر به توانمندی افراد در تنظیم هیجانات شان می شود. در واقع حرکت در جهت ارزش هایی چون سلامتی و ارتباط با دیگران در این مشاوره از طریق فرآیندهای گسلش و پذیرش باعث می شود فرد توانمندی تنظیم هیجانات را در خود، ارتقا دهد.

البته مطالعات مربوط به درمان پذیرش و تعهد هنوز در ابتدای راه-اند، بنابراین شواهد بیشتری در خصوص مکانیزم عمل این درمان لازم و ضروری است؛ گرچه شواهدی وجود دارد، مبنی بر اینکه تغییر در پذیرش و گسلش و نه تغییر در

محتوای شناختی یا هیجانی میانجی پیامدها هستند. در روند پژوهش حاضر، پژوهشگر با محدودیت هایی روبرو بود که ممکن است بر کیفیت نتایج تأثیر گذاشته باشند. استفاده از نمونه گیری غیرتصادفی در پژوهش باعث شد تعمیم نتایج با احتیاط صورت گیرد. لذا پیشنهاد می شود در پژوهش های آتی از نمونه گیری تصادفی استفاده شود. محدود کردن جامعه آماری به گروه سنی ۲۰ تا ۵۰ سال از دیگر محدودیت های این مطالعه بود. شایسته است پژوهش های آتی جامعه ایی با حجم بزرگتر در نظر گیرند. پژوهش حاضر روی بیماران دارای مولتیپل اسکلروزیس نوع عودکننده - فروکش کننده انجام شده است و نتایج آن صرفاً به جامعه آماری پژوهش حاضر قابلیت تعمیم پذیری دارد؛ لذا توصیه می گردد در مطالعات آتی روی طیف وسیع تری از بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس از لحاظ نوع و شدت انجام شود.

نتیجه گیری

در یک جمع بندی کلی باید گفت که درمان پذیرش و تعهد به دلیل پرداختن به حوزه های پذیرش، گسلش، خود به عنوان زمینه، ارتباط با زمان حال، ارزش ها و عمل متعهدانه بر بهبود بدتنظیمی هیجانی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس مؤثر بود. نتایج حاصله در مرحله پیگیری نیز نشان داد که اثربخشی این مداخله با گذشت زمان از بین نرفته و می توان به عنوان یک روش درمانی باثبات در بهبود بدتنظیمی هیجانی بیماران مبتلا استفاده نمود. بنابراین، درمانگران و مشاوران می توانند با بهره گیری از این مداخله درمانی باعث بهبود بدتنظیمی هیجانی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس شوند. امید است نتایج این پژوهش، متخصصان مربوطه را علاوه بر توجه به مشکلات جسمی و درمان های دارویی، به اهمیت دادن بیشتر به جنبه روانی این بیماری تشویق کند. نتیجه مستقیم این امر می تواند درمان بهتر و سریع تر بیماری باشد. متخصصان درگیر در درمان بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس، می توانند از این روش درمانی به عنوان یک درمان مکمل مؤثر استفاده کنند. کاربرد این روش به لحاظ بالینی سودمند و اثربخش و از لحاظ اقتصادی مقرون به صرفه و قابل توصیه است. چراکه این روش درمانی اثرات جانبی ندارد و هزینه آن در مقایسه با هزینه درمانی و عوارض دارویی بیماری مولتیپل اسکلروزیس بسیار ناچیز می باشد.

تضاد منافع

بنا به اظهار نویسندگان در مقاله حاضر هیچ تضاد منافی وجود ندارد.

سپاسگزاری

این پژوهش برگرفته از رساله دکتری در رشته روانشناسی دانشگاه تبریز با کد اخلاق IR.TABRIZ.REC.1402.009 می باشد. بدین وسیله از تمامی کسانی که در اجرای این پژوهش مشارکت داشتند تشکر و قدردانی می شود.

References

- Berard JA, Smith AM, Walker LAS. Predictive models of cognitive fatigue in multiple sclerosis. *Arch Clin Neuropsychol*. 2019; 34(1):31-38. <https://doi.org/10.1093/arclin/acy014>
- Hauser SL, Cree BAC. Treatment of multiple sclerosis: A review. *The American Journal of Medicine*. 2020; 133(12): 1380-90. <https://doi.org/10.1016/j.amjmed.2020.05.049>
- Dilokthornsakul P, Valuck RJ, Nair KV, Corboy JR, Allen Richard R, Campbell Jonathan D. Multiple sclerosis prevalence in the united states commercially insured population. *Neurology Journal*. 2016; 86(11): 1014-1021. <https://doi.org/10.1212/WNL.0000000000002469>
- Eskandari M, Rezakhani S, Behboodi M. The effectiveness of acceptance and commitment group therapy, reality therapy and positive psychology on psychological capital and excitement styles of people with multiple sclerosis. *Journal of Thought & Behavior in Clinical Psychology*. 2021; 15(58): 7-16. [Persian].
- Siahpoosh Monfared M, Parandin Sh, Azizi S. The effectiveness of acceptance and commitment therapy on emotional avoidance and dimensions of mental fatigue in women with multiple sclerosis. *Quarterly Journal of Islamic-Iranian Family studies*. 2022; 1(3): 78-95. [Persian]
- Shareh H, Dalalmoqaddam F, Haghi E. Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy in the Meaning in Life, Emotional Distress Tolerance and Pain Self-Efficacy in Patients with Multiple Sclerosis. *Journal of Clinical Psychology*. 2019; 11(3): 39-50. [Persian]
- Rahbar Karbasdehi E, Abolghasemi A, Hossein Khazadeh AA, Rahbar Karbasdehi F. The effectiveness of acceptance and commitment-based therapy on cognitive regulation of emotion and existential anxiety in patients with multiple sclerosis. *Journal of Clinical Psychology & Personality*. 2020; 18(2): 1-9. [Persian]
- Ghadampour E, Heidaryani L, Radmehr F. The Effectiveness on Acceptance and Commitment Group Therapy Based on Cognitive Flexibility and Life Satisfaction Women with Multiple Sclerosis. *Health Psychology*. 2019; 8(1): 153-167. [Persian]
- Fong A, Chau CT, Quant C, Duffy J, Pan D, Ogunyemi DA. Multiple sclerosis in pregnancy: prevalence, sociodemographic features, and obstetrical outcomes. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*. 2018; 31(3): 382-387. <https://doi.org/10.1080/14767058.2017.1286314>
- Friese M, Schattling B, Fugger L. Mechanism of neurodegeneration and axonal dysfunction multiple sclerosis. *Nature Reviews Neurology*. 2014; 10: 225-238. <https://doi.org/10.1038/nrneuro.2014.37>
- Solaro C, Cella M, Signori A, Martinelli V, Radaelli M, Centonze D, Bonavita S. Identifying neuropathic pain in patients with multiple sclerosis: a crosssectional multicenter study using highly specific criteria. *Journal of Neurology*. 2018; 265(4): 828-835. <https://doi.org/10.1007/s00415-018-8758-2>
- Morris G, Reiche EMV, Murru A, Carvalho AF, Maes M, Berk M, Puri BK. Multiple immune-inflammatory and oxidative and nitrosative stress pathways explain the frequent presence of depression in multiple sclerosis. *Molecular Neurobiology*. 2018; 55(8): 6282- 6306. <https://doi.org/10.1007/s12035-017-0843-5>
- Choi IY, Lee P, Adany P, Hughes AJ, Belliston S, Denney DR, Lynch SG. In vivo evidence of oxidative stress in brains of patients with progressive multiple sclerosis. *Multiple Sclerosis Journal*. 2018; 24(8): 1029-1038. <https://doi.org/10.1177/1352458517711568>
- Prakash RS, Schirda B, Valentine TR, Crotty M, Nicholas JA. Emotion dysregulation in multiple sclerosis: Impact on symptoms of depression and anxiety. *Mult Scler Relat Disord*. 2019; 36: 101391. <https://doi.org/10.1016/j.msard.2019.101399>
- Azami E, Kakaberari K. Predict distress

- tolerance based on brain behavioral systems and poor emotional regulation. *Journal of Health Breeze*. 2016; 5(1): 26-36. [Persian].
16. Leahy R, Napolitano LA, Tirsch D. *Emotion Regulation in Psychotherapy: A Practitioner's Guide*. New York: Guilford press; 2011.
 17. Boulanger JL, Hayes SC, Pistorello J. Experiential avoidance as a functional Contextual Concept. In: Kring AM, Sloan DM, editors. *Emotion regulation and psychopathology: a transdiagnostic approach to etiology and treatment*. New York: Guilford Press, 2010.
 18. Wersebe H, Lieb R, Meyer AH, Hofer P, Gloster AT. The link between stress, well-being, and psychological flexibility during an acceptance and commitment therapy self-help intervention. *International Journal of Clinical and Health Psychology*. 2018; 18(1):60-68. <https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2017.09.002>
 19. Kennedy AE, Whiting SW, Dixon MR. Improving novel food choices in preschool children using Acceptance and Commitment Therapy. *Journal of Contextual Behavioral Science*. 2014; 3(4): 228-235. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2014.10.002>
 20. Parviziyan F, Sharifi T, Shokrkan H, Ghazanfari A. Comparing the Effectiveness of Schema Therapy and Acceptance and Commitment Therapy on Emotional Regulation of Patients with Obsessive-Compulsive Personality Disorder. *Journal of Health Promotion Management (JHPM)*. 2022; 11(6): 79-92. [Persian]
 21. Mardani Garmdareh M, Ghazanfari A, Ahmadi R, Sharifi T. Effectiveness of act on the psychological flexibility and perfectionism in second high school female students with exam anxiety. *Medical Journal of Mashad University of Medical Sciences*. 2020; 63(2): 62-73. [Persian]
 22. Jamali S, Najafi M, Ghoreishi FS, Rahimianboogar I. The effectiveness of treatment acceptance and commitment on suicidal ideation and psychological resilience in Patients with bipolar disorder. *Quarterly Journal of Psychological Studies*. 2021; 17(1): 7-22. [Persian] https://psychstudies.alzahra.ac.ir/article_5625.html?lang=en.
 23. Sadeghi-Bahmani D, Esmaeili L, Mokhtari F, Sadeghi-Bahmani L, Afsharzadeh M, Shaygannejad V, Mirmosayyeb O & et al. Effects of acceptance and commitment therapy (ACT) and mindfulness-based stress reduction (MBSR) on symptoms and emotional competencies in individuals with multiple sclerosis. *Multiple Sclerosis and Related Disorders*. 2022; 67: 1. [Persian]. <https://doi.org/10.1016/j.msard.2022.104029>
 24. Zurita Ona P. *Acceptance & commitment therapy for borderline personality disorder: A flexible treatment plan for clients with emotion dysregulation*. Context Press/New Harbinger Publications; 2020.
 25. Riaz N, Iram H, Hassan A, Iqba N, Fatima L. Improving emotional dysregulation and well-being among visually challenged adolescents: Efficacy of acceptance and commitment therapy (ACT). *ASEAN Journal of Psychiatry*. 2022; 23(1): 1-15. <https://doi.org/10.54615/2231-7805.47235>
 26. Gratz KL, Roemer L. Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of Psychopathology Behavior Assessment*. 2004; 26(1): 41-54. <https://doi.org/10.1023/B:JOBA.0000007455.08539.94>
 27. Azizi T, Amir H, Afsharinia K. Determining the structural relationship model between parent-adolescent conflict with emotional disorder with the dark triple mediator role in adolescents. *Razi J Med Sci*. 2022; 29(3): 59-70. [Persian]
 28. Hayes SC, Strosahl K, Wilson KG. *Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change*. New York: Guilford Press; 1999.
 29. Vowles KE, Sorrell JT. *Life with chronic pain: An acceptance-based approach (therapist guide and patient workbook)*. Unpublished manuscript; 2007. https://contextualscience.org/files/CP_Acceptance_Manual_09.2008.pdf