مقایسه اثر بخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) با درمان شناختی-رفتاری (CBT) در بهبود افسردگی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس

محسن کریمی[1]، سید حسین سلیمی[2]

۱-گروه روان شناسی بالینی، دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله(عج)، تهران، نویسنده مسئول.۲- دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله(عج)، مرکز تحقیقات فیزیولوژی ورزش، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله(عج)،تهران، ایران

اطلاعات مقاله

نوع مقاله
پژوهشی

تاریخچه مقاله
دریافت : ۹۷/۵/۷
پذیرش :۹۷/۱۲/۲۰

کلید واژگان
درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، درمان شناختی رفتاری، افسردگی، مالتیپل اسکلروزیس

نویسنده مسئول
Email:
karimi.psy@yahoo.com

چکیده

مقدمه: پژوهش حاضر با هدف بررسی مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) با درمان شناختی-رفتاری (CBT) بر افسردگی بیماران مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس انجام گرفته است.

روش کار: این پژوهش در چهارچوب طرح کارآزمایی بالینی با پیش آزمون و پس آزمون و پیگیری به مدت یک ماه و نیم اجرا شده است. از میان بیماران مبتلا به MS مراجعه کننده به بخش اعصاب درمانگاه بیمارستان بقیه الله (عج) و با تشخیص متخصص ۳۰ نفربه روش نمونه‌گیری دردسترس انتخاب شده و بعد از پر کردن پرسش نامه اضطراب، افسردگی، استرس (DASS) به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل جای گذاری شدند. در ابتدا درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACTروی اولین گروه ازآزمودنی های گروه آزمایش طی ۸ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای اجرا شد و سپس آزمودنی های دومین گروه آزمایش طی ۱۰ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای تحت درمان شناختی-رفتاری (CBT) قرار گرفتند. در ادامه داده‌های به‌دست آمده، با استفاده از تحلیل واریانس و کوواریانس تجزیه‌وتحلیل شد.

یافته‌ها: یافته‌های این پژوهش نشان دادکه هر دو درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) و درمان شناختی-رفتاری (CBT) در بهبود افسردگی افراد مبتلا به بیماری MSبا اندکی تفاوت به یک میزان موثر واقع شده اند.

نتیجه‌گیری: نتایج پژوهش حاضر حاکی از آن است که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) و درمان شناختی-رفتاری (CBT) به یک اندازه می‌تواند در کاهش افسردگی افراد مبتلا به MS مؤثر باشد.

مقدمه

اماس[1] یک بیماری میلین زدای سیستم عصبی مرکزی است. این بیماری یکی از شایع‌ترین بیماری‌های نورولوژیک در انسان بوده و در این بیماری پوشش میلین سیستم عصبی مرکزی از قبیل مغز، عصب بینایی و نخاع شوکی دچار آسیب می‌شود .شایع‌ترین سن ابتلا به این بیماری ۲۰ تا ۴۰ سال است (۱) و در زنان حدود دو برابر مردان شایع است(۲) متخصصین اظهار می‌دارند که حدود ۴۰درصد بیماران مبتلابه اماس از مشکلات خفیف روحی و روانی رنج می‌برند و حدود ۱۰ درصد هم مشکلات متوسط و شدیدی دارند(۳). انجمن ملی مولتیپل اسکلروزیس آمریکا در سال ۲۰۰۱ اعلام کرد که حدود ۲/۵ میلیون نفر در دنیا به این بیماری مبتلا هستند و هر هفته، ۲۰۰ نفر به آن‌ها اضافه می‌شود(۳). طبق گزارش انجمن ام.اس ایران، حدود ۴۰ هزار نفر بیمار در کشور وجود دارد که ۹۰۰۰ نفر آن‌ها ثبت‌شده‌اند(۴). حدود ۵۰ تا ۶۰ درصد این بیماران از افسردگی رنج می‌برند (۲، ۵). افسردگی ممکن است درنتیجه‌ی کیفیت خواب و تغذیه نامناسب، ایجاد شود و یا اینکه بااحساس عمومی افسردگی ارتباط داشته باشد. اهمیت دارد که این موضوع تشخیص داده‌شده و به درمان دارویی و روان‌شناختی آن پرداخته شود(۶).

افسردگی از سایر واکنش‌های روان‌شناختی عمومیت بیشتری دارد. وجود احساس غمگینی دائمی، احساس ناامیدی نسبت به آینده، تصورات مکرر در برابر معلولیت و ازکارافتادگی و اشتغال ذهنی مداوم با افکار منفی و درنتیجه کاهش تاب‌آوری در مقابل عوارض بیماری از عواقب نامطلوب خستگی، افسردگی اضطراب و استرس در فرد مبتلا هستند که حتی می‌تواند باعث رفتارهای افراطی نظیر اقدام به خودکشی شوند. این موارد می‌تواند کیفیت زندگی فرد مبتلا را تحت تأثیر قرار دهد (۷).

۱– Multiple Sclerosis(M.S)

[Downloaded from npwjm.ajaums.ac.ir on 2026-11-12]

ازآنجایی‌که این بیماران هم بایستی با استرس‌های زندگی روزمره و هم با استرس‌های ناشی از علائم بیماری که نوسان دار و غیرقابل‌پیش‌بینی هستند، مقابله کنند، پیشرفت بیماری ممکن است باکار، زندگی خانوادگی، ارتباطات و فعالیت‌های اجتماعی تداخل کند .هدف مداخلات روان‌شناختی کمک به این افراد به‌منظور مقابله با چالش‌های فوق است (۸). بنابراین، مطالعات مداخله‌ای جدید بایستی عوامل روان‌شناختی مرتبط با سلامت این بیماران را موردتوجه قرار دهند و تنها به آسیب‌های جسمی و ناتوانی جسمی آن‌ها بسنده نکنند (۹).

گروه توافقی گلدمن[1] (۱۰) مداخلات روان‌شناختی متعددی را برای علائم روان‌شناختی در بیماران مذکور پیشنهاد می‌کنند. یکی از مداخلات انجام‌شده، شیوه‌های درمان شناختی رفتاری[2] (۱۱) است. در این رویکرد درمانی بیمار تشویق می‌شود تا رابطه بین افکار خود آیند منفی و حالات اضطرابی و افسردگی خود را به‌عنوان مفروضاتی که باید به بوته آزمایش گذاشته شوند تلقی نموده و از رفتارهایی که برآیند افکار خود آیند منفی است به‌عنوان محکی برای ارزیابی و اعتبار آن افکار بهره گیرد (۵).

علاوه بر نسل دوم این درمان‌های روان‌شناختی با عنوان درمان " رفتاری شناختی"، امروزه با نسل سوم آن‌ها تحت عنوان کلی مدل‌های مبتنی بر پذیرش[3] مواجه هستیم؛ در این درمان‌ها به‌جای تغییر شناخت‌ها، سعی می‌شود تا ارتباط روان‌شناختی فرد با افکار و احساساتش افزایش یابد (۱۲). ACT ریشه در یک نظریه‌ی فلسفی به نام زمینه گرایی عملکردی دارد و مبتنی بر یک برنامه تحقیقاتی در مورد زبان و شناخت است که نظریه چارچوب رابطه‌های ذهنی خوانده می‌شود. شش فرایند مرکزی ACT که منجر به انعطاف‌پذیری روان‌شناختی می‌شوند عبارت‌اند از: پذیرش، گسلش شناختی، خود به‌عنوان زمینه، ارتباط با زمان حال، ارزش‌ها و عمل متعهدانه (۱۳).

با توجه به شیوع فراوان افسردگی در بیماران مبتلابه ام.اس و با توجه به شیوع بیشتر بیماری ام.اس در طی چند سال اخیر در کل کشور و مخصوصاً شهر تهران هدف کلی در این پژوهش مقایسه اثربخشی درمان گروهی پذیرش و تعهد (ACT) با درمان شناختی رفتاری (CBT) در بهبود افسردگی بیماران مبتلابه ام.اس با استفاده از گروه گواه و با پیگیری یک ماه و نیم است.

روش کار

این پژوهش، در چارچوب طرح کار آزمایی بالینی با پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری یک ماه و نیم انجام شد. جامعه آماری پژوهش حاضر مشتمل بر بیماران مبتلابه ام.اس بود که برای درمان به درمانگاه بیمارستان بقیه‌الله (عج) مراجعه کرده بودند. حجم نمونه تعداد ۳۰ نفر از بیماران مراجعه‌کننده به بخش اعصاب بیمارستان بقیه‌الله (عج) بود که با در نظر داشتن ملاک‌های ورود به پژوهش (دامنه سنی بین ۲۰ تا ۴۰ سال، داشتن حداقل تحصیلات دیپلم، عدم ابتلا به بیماری‌های دیگر، توانایی شرکت در جلسات تمرینی به‌طور مرتب و تمایل و رضایت آگاهانه به شرکت در طرح پژوهشی) و با استفاده از روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شده و در سه گروه (دو گروه درمان و یک گروه کنترل/ در انتظار درمان) ۱۰ نفره به‌صورت تصادفی جای داده شدند. سپس روی یکی از گروه‌های آزمایش به مدت ۸ جلسه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) و روی گروه آزمایشی دیگر به مدت ۱۰ جلسه درمان شناختی رفتاری (CBT) به‌صورت جلسات هفتگی ۶۰ دقیقه‌ای اجرا شد و گروه کنترل/ در انتظار درمان نیز درمانی را دریافت نکرد. پس از پایان درمان‌ها از هر سه گروه پس‌آزمون به عمل آمد و درنهایت پس از ۱ ماه و نیم جهت مرحله پیگیری از هر سه گروه مجدداً خواسته شد به پرسشنامه مربوطه پاسخ دهند. به شرکت کنندگان اطلاعاتی در مورد پژوهش، محرمانه بودن وحق خروج از پژوهش داده شد. رضایت مشارکت کنندگان برای شرکت در پژوهش اخذ شد (رضایت آگاهانه).

در این پژوهش جهت گردآوری داده‌ها از ابزار ذیل استفاده شد.

۱-پرسشنامه اطلاعات جمعیت شناختی: پرسشنامه محقق ساخته مشخصات فردی به دلیل تأثیرگذار بودن عوامل زمینه‌ای و خصوصیات زیست‌شناختی بر حالات خلقی آزمودنی‌ها تهیه شد. این پرسشنامه سؤالاتی مشتمل بر اطلاعات فردی، تاریخ تولد، وضعیت تأهل و مدت بیماری بود.

۲- فرم کوتاه مقیاس‌های افسردگی، اضطراب، استرس[4] (DASS-21): فرم کوتاه DASS یک ابزار خود سنجی است که شامل ۲۱ سؤال و سه زیر مقیاس مساوی راجع به هریک از شاخص‌های موردبررسی است که برای اندازه‌گیری حالت‌های هیجانی منفی افسردگی، اضطراب و استرس طراحی‌شده است. در پژوهش حاضر برای اندازه‌گیری میزان افسردگی بیماران ام.اس از خرده مقیاس افسردگی این آزمون استفاده‌شده است. مقیاس افسردگی، احساس بی‌قراری و ملامت، ناامیدی، بی‌ارزش سازی زندگی، خود نارضایتی، فقدان علاقه/گرفتاری، بی‌لذتی و بی‌حرکتی را ارزیابی می‌کند. پاسخگوها از مقیاس فراوانی ۴ درجه‌ای لیکرت بین صفر تا ۳ (۰=هرگز، ۱=کم، ۲=متوسط، ۳=خیلی زیاد) برای ارزیابی تجربه هر حالت در هفته گذشته استفاده می‌کنند. در مطالعه‌ای در مورد یک نمونه بهنجار، همسانی درونی بالایی برای مقیاس‌های افسردگی (به ترتیب ۰/۹۱) محاسبه‌شده است (۱۴)؛ و در مطالعه‌ای با جمعیت بالینی ضرایب همسانی درونی خرده مقیاس افسردگی برابر با

۱- Goldman
۲- Cognitive Behavior Therapy(CBT)
۳- Acceptance based Models
۴- Depression Anxiety Stress Scale(DASS)

[Downloaded from npwjm.ajaums.ac.ir on 2026-11-12]

۰/۹۶، گزارش‌شده است. در مطالعه با یک نمونه غیر بالینی، ضریب همسانی درونی (آلفای کرونباخ) سه خرده مقیاس افسردگی، برابر با ۰/۹۳، به دست آمد. این ضرایب همگی از حداقل میزان قابل‌قبول توصیه‌شده توسط نانالی و برنشتاین[1] (۱۹۹۴)، یعنی ۰/۷۰ بالاتر است. ضرایب باز آزمایی (پیرسون[2]) برای مقیاس افسردگی ۰/۸۴، این ضرایب همبستگی در سطح P<۰/۰۰۱ معنی‌دار است. با توجه به اینکه همبستگی درون طبقه‌ای ۰/۷۴ و بالاتر پایایی قابل‌قبول است و نیز با توجه به معنی‌داری ضریب همبستگی بین دو بار اجرا می‌توان گفت پایایی DASS در حد قابل‌قبول است (۱۴)

روایی و اعتبار این پرسشنامه در ایران موردبررسی قرارگرفته است که اعتبار باز آزمایی را برای مقیاس افسردگی ۰/۸۰ و آلفای کرونباخ را برای مقیاس افسردگی، ۰/۸۱، گزارش نموده‌اند (۱۵).

۳-پروتکل درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (۱۲)

جلسات	اهداف جلسات
جلسه اول	مقدمه و مفاهیم اساسی درمان
جلسه دوم	بحث در مورد ارزش‌ها
جلسه سوم	پذیرش و تعریف آن
جلسه چهارم	شفاف‌سازی ارزش‌ها
جلسه پنجم	گسلش
جلسه ششم	تعهد
جلسه هفتم	رضایت
جلسه هشتم	حفظ عایدات درمانی در طول زندگی

۴-پروتکل درمان شناختی-رفتاری (۱۱)

جلسات	اهداف جلسات
جلسه اول	مفاهیم اصلی درمان‌های شناختی رفتاری
جلسه دوم	نحوه تأثیر خلق و هیجانات بر رفتار و افکار خود آیند
جلسه سوم	تکنیک‌های شناختی برای به چالش کشیدن افکار
جلسه چهارم	شناسایی رفتارهای اجتنابی منفعل، شناسایی رفتارهای نگران‌کننده و ارائه تکلیف
جلسه پنجم	شناسایی باورهای ناکارآمد و خطاهای شناختی
جلسه ششم	پاسخ به افکار خود آیند
جلسه هفتم	شناسایی باورهای میانجی
جلسه هشتم	شناسایی باورهای بنیادین
جلسه نهم	آموزش آرمیدگی و تنفس عمیق
جلسه دهم	مروری بر کل جلسات و ادامه مؤلفه‌های قبلی در صورت نیاز

به‌منظور تجزیه‌وتحلیل داده‌ها از روش‌های آمار توصیفی (محاسبه فراوانی، درصد، میانگین، انحراف معیار)، آزمون لوین، آزمون کلموگروف ـ اسمیرنف، تحلیل کواریانس یک متغیری (انکوا) و روش آلفای کرونباخ جهت محاسبه ضریب پایایی استفاده‌شده است. تجزیه‌وتحلیل داده‌ها به کمک نرم‌افزار کامپیوتری spssنسخه بیست و چهارم صورت گرفت و ضمناً سطح معنی‌داری در این تحقیق، ۰/۰۵= تعیین‌شده است.

یافته‌ها

میانگین و انحراف معیار سن به ترتیب در گروه درمان شناختی ـ رفتاری ۲۸/۹۰ و ۵/۰۶ سال، گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ۳۴/۶۰ و ۴/۴۷ سال و گروه کنترل ۲۵/۸۰ و ۲/۸۹ سال بود. آزمودنی‌های مجرد و متأهل به ترتیب در گروه درمان شناختی ـ رفتاری ۵۰/۰ درصد و ۵۰/۰ درصد، در گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ۴۰/۰ درصد و ۶۰/۰ درصد و در گروه کنترل ۸۰/۰ درصد و ۲۰/۰ درصد نمونه را به خود اختصاص دادند.

جدول ۱- میانگین و انحراف معیار نمره‌های، افسردگی گروه‌های آزمایش و کنترل/در انتظار درمان در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری.

متغیر	مرحله	شاخص آماری گروه	میانگین	انحراف معیار
افسردگی	پیش‌آزمون	درمان شناختی ـ رفتاری (CBT)	۶/۵۰	۳/۸۶
		درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT)	۵/۷۰	۳/۴۰
		کنترل/ در انتظار درمان	۶/۳۰	۴/۱۱
	پس‌آزمون	درمان شناختی ـ رفتاری (CBT)	۴/۵۰	۲/۱۷
		درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT)	۴/۰۰	۱/۷۰
		کنترل/ در انتظار درمان	۶/۸۰	۳/۲۹
	پیگیری	درمان شناختی ـ رفتاری (CBT)	۴/۹۰	۲/۰۲
		درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT)	۴/۵۰	۲/۰۱

۱- Nunnally & Bernstein

۲- Peerson

[Downloaded from npwjm.ajaums.ac.ir on 2026-11-12]

همان‌طوری در جدول ۱ مشاهده می‌شود در مرحله پیش‌آزمون میانگین و انحراف معیار در متغیر افسردگی در مرحله پیش‌آزمون، گروه آزمایش ۶/۰۵و ۳/۸۶، گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) ۵/۷۰ و ۳/۴۰ و گروه کنترل ۶/۳۰ و ۴/۱۱، در مرحله پس‌آزمون، گروه درمان شناختی ـ رفتاری (CBT) ۴/۵۰ و ۲/۱۷، گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) ۴/۰۰ و ۱/۷۰ و گروه کنترل ۶/۸۰ و ۳/۲۹ در مرحله پیگیری گروه درمان شناختی ـ رفتاری (CBT) ۴/۹۰ و ۲/۰۲، گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) ۴/۵۰ و ۲/۰۱ و گروه کنترل ۶/۳۰ و ۲/۷۵، است.

جدول ۲- نتایج آزمون بررسی پیش‌فرض همگنی شیب‌های رگرسیون متغیرهای تحقیق سه گروه در جامعه

متغیر	منبع تغییرات	مرحله: پیش‌آزمون ـ پس‌آزمون		منبع تغییرات	مرحله: پیش‌آزمون ـ پیگیری	
		F (تعامل)	معنی‌داری		F (تعامل)	معنی‌داری
افسردگی	تعامل گروه پیش‌آزمون	۲/۰۸	۰/۱۴۶	تعامل گروه پس‌آزمون	۲/۷۹	۰/۰۸۱

همان‌گونه که در جدول ۲ مشاهده می‌شود، مقدار F تعامل برای کلیه متغیرهای تحقیق غیر معنی‌دار است. بنابراین، مفروضه همگنی رگرسیون تائید می‌شود.

جدول ۳-نتایج تحلیل کوواریانس یک‌راهه میانگین نمرات پس‌آزمون افسردگی بیماران مبتلابه ام.اس گروه‌های آزمایش و کنترل/ در انتظار درمان با کنترل پیش‌آزمون

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی‌داری p	مجذور اتا	توان آماری
	پیش‌آزمون	۴۸/۲۸	۱	۴۸/۲۸	۲۰/۱۳	۰۰۲/۰	۳۸/۰	۹۳۴/۰
افسردگی	گروه	۱۹/۴۲	۲	۰۹/۲۱	۷۷/۹	۰۰۱/۰	۴۸/۰	۹۶۵/۰
	خطا	۳۱/۴۵	۲۱	۱۵/۲				

با کنترل پیش‌آزمون بین بیماران مبتلابه ام.اس گروه‌های آزمایش و گروه کنترل ازلحاظ افسردگی تفاوت معنی‌داری مشاهده می‌شود ($F = ۹/۷۷$ و $p < ۰/۰۰۱$). میزان تأثیر یا تفاوت برابر با ۰/۴۸ است، به‌عبارت‌دیگر، ۴۸ درصد تفاوت‌های فردی در نمرات پس‌آزمون افسردگی مربوط به تأثیر درمان شناختی ـ رفتاری (CBT) و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) (عضویت گروهی) است.

جدول ۴-نتایج تحلیل کوواریانس یک‌راهه بر روی میانگین نمرات پیگیری افسردگی بیماران مبتلابه ام.اس گروه‌های آزمایش و کنترل/در انتظار درمان با کنترل پیش‌آزمون

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی‌داری p	مجذور اتا	توان آماری
افسردگی	پیش‌آزمون	۳۶/۵۲	۱	۳۶/۵۲	۴۵/۷۱	۰/۰۰۰۱	۰/۶۸	۱/۰۰
	گروه	۱۰/۵۷	۲	۵/۲۸	۶/۶۱	۰/۰۰۶	۰/۳۸	۰/۸۶۶
	خطا	۱۶/۷۷	۲۱	۰/۷۹۹				

همچنین در مرحله پیگیری با کنترل پیش‌آزمون بین بیماران مبتلابه ام.اس گروه‌های آزمایش و گروه کنترل ازلحاظ افسردگی تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($F = ۶/۶۱$ و $p < ۰/۰۰۶$) میزان تأثیر یا تفاوت برابر با ۰/۳۸ است، به‌عبارت‌دیگر، ۳۸ درصد تفاوت‌های فردی در نمرات پیگیری افسردگی مربوط به تداوم تأثیر درمان شناختی ـ رفتاری (CBT) و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) (عضویت گروهی) است.

[Downloaded from npwjm.ajaums.ac.ir on 2026-11-12]

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) با درمان شناختی رفتاری (CBT) در بهبود علائم افسردگی بیماران مبتلابه مالتیپل اسکلروزیس بود. مطالعات متعدد گویای اثربخشیACTبه‌عنوان درمانی مناسب برای اختلالات خلقی بوده است (۱۶). در همین راستا پژوهش وولز و مک‌کراکن[1] (۲۰۰۸) در رابطه با اثربخشی پذیرش و تعهد درمانی بر روی بیماران مبتلابه دردهای مزمن، کاهش چشمگیر افسردگی در آن‌ها را نشان داده است که این نتایج در یک پیگیری سه‌ماهه نیز دوام داشت (۱۲). پژوهش‌های دیگری نیز مؤید اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش افسردگی است (۱۷،۱۸، ۱۹). از سوی دیگر مطالعات گوناگون، گروس و همکاران (۱۹۹۵)، هیز و همکاران (۲۰۰۴) ونیز زمانی و همکاران (۲۰۱۴) اثربخشی درمان‌های شناختی رفتاری بر بهبود اختلالات روان‌شناختی ازجمله افسردگی را نشان داده‌اند (۲۰ و ۲۱). یافته‌های پژوهش حاضر نشان می‌دهد که اگرچه بین درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) و درمان شناختی رفتاری (CBT) بر میزان کاهش افسردگی تفاوت معناداری یافت نشد، هر دو درمان به با اندکی تفاوت به یک‌میزان بر بهبودی افسردگی گروه‌های آزمایش مؤثر بوده‌اند درحالی‌که این تأثیر مثبت در گروه گواه که تحت هیچ مداخله‌ای قرار نگرفتند، یافت نشد.

از سوی دیگر پیشینه پژوهش‌های مختلف حاکی از آن است که درمان شناختی – رفتاری توانسته است در مهار افسردگی بیماران مبتلابه مولتیپل اسکلروزیس موفق عمل کند. نخستین پژوهش رسمی در این زمینه به تحقیقاتی توسط لارکمبه و ویلسون[2] بازمی‌گردد. مداخله شناختی رفتاری در این پژوهش، نتایج آماری اثربخشی مداخله مذکور را در هر دو مرحله پس‌آزمون و پی گیری نشان داد (۲۲). پژوهش‌هایی دیگری همسو با یافته‌های پژوهش حاضر در اثربخشی درمان شناختی رفتاری در کاهش علائم افسردگی بیماران مبتلابه ام.اس وجود دارد. مختاری در پژوهشی به بررسی اثربخشی رفتاردرمانی شناختی بر میزان افسردگی بیماران مولتیپل اسکلروزیس پرداخت و به این نتیجه دست‌یافت که رفتاردرمانی شناختی توانسته است به‌طور معناداری افسردگی بیماران را کاهش دهد (۱۱) همچنین موهر و همکاران (۲۰۰۱) نیز در پژوهشی با آموزش رفتاردرمانی شناختی توانستند افسردگی بیماران مبتلابه ام.اس را مهار و علائم و نشانه‌های آن را تسکین دهند (۲۲). در همین راستا اخیراً نتایج فرا تحلیل وسیعی در سال، ۲۰۱۴ نشان داد که درمان شناختی- رفتاری مداخله‌ای موفق در کاهش میزان افسردگی بیماران مبتلابه ام.اس است (۲۳). پژوهش‌های دیگری نیز در همین راستا اثربخشی درمان شناختی –رفتاری را بر کاهش افسردگی بیماران مبتلابه ام.اس تائید نموده‌اند (۲۴ و ۲۵). در توجیه اثربخشی معنادار رفتاردرمانی شناختی بر افسردگی بیماران ام.اس می‌توان عنوان کرد اول اینکه این درمان با به چالش کشیدن افکار خود آیند منفی و شناسایی و اصلاح خطاهای شناختی فرد، این فرصت را فراهم می‌کند تا فرد مبتلا از قید بایدها و نبایدها و افکار آرمان‌گرایانه رها شود، بیمار بودن خود را بپذیرد و به طرزی منطقی با آن مواجه گردد. علاوه بر این، با تغییر در شناخت‌های فرد و اصلاح روان بنه‌های غیرمنطقی او، مثلث سه‌گانه نگرش نسبت به خود، نسبت به محیط و نسبت به آینده متحول می‌شود، درنتیجه بیمار به‌جای تمرکز بر روی ناتوانی‌ها و ناامیدی نسبت به آینده، دیدگاه جدید و انعطاف‌پذیری را می‌یابد.

محدودیت‌های جسمانی و عدم توانایی مالی که باعث ناتوانی برای شرکت در جلسات درمانی می‌شد و استفاده از ابزارهای خودسنجی برای جمع‌آوری اطلاعات، ازجمله محدودیت‌های این پژوهش است.

پیشنهاد می‌شود در کنار درمان های دارویی به منظور کاهش افسردکی در بیماران مبتلا به ام.اس از روش‌هایCBT و ACTبه شکل مستمر و مرتب در این گروه از بیماران استفاده شود.

تشکر و قدردانی

از مشاوره و حمایت مالی واحد توسعه و تحقیقات بالینی بیمارستان بقیه‌الله (عج) و مشارکت کنندگان در پژوهش نهایت تشکر و قدردانی را دارم.

۱– Vowles & McCracken

۲– Larcombe & Wilson

[Downloaded from npwjm.ajaums.ac.ir on 2026-11-12]

References

1-Kenner M, Menon U, Elliott DG. Multiple sclerosis as a painful disease. International review of neurobiology. 2007 Jan 1; 79:303-21.

2-Ghafari S, Ahmadi FA, Nabavi M, Memarian RO. Effects of applying progressive muscle relaxation technique on depression, anxiety and stress of multiple sclerosis patients in Iran National MS Society. Research in Medicine. 2008 Jun 1; 32 (1):45-53.

3-MCcabe MP. Mood and self-esteem of persons with multiple sclerosis following an exacerbation. Journal of psychosomatic research. 2005 Sep 1; 59 (3):161-6.

4-Taghizadeh., M. Asemi, Z.,& Mahloji, M. (2006). Assessing the nutritional status of patients with MS. 3th MS International Congress.Iran. p: 152. (Persian).

5-Blake DJ, Bodine C. An overview of assistive technology for persons with multiple sclerosis. Journal of Rehabilitation Research and Development. 2002 Mar 1; 39(2):299.

6-Motl RW, Snook EM, Schapiro RT. Symptoms and physical activity behavior in individuals with multiple sclerosis. Research in nursing & health. 2008 Oct; 31(5):466-75.

7-Williams KR, Guerra NG. Prevalence and predictors of internet bullying. Journal of adolescent health. 2007 Dec 1; 41(6):S14-21.

8-Kalani N, Mosalanejad L, Zabetian H, Abdolahifard S. The effect of group hope therapy integrated with mobile learning on hope and perceived stress levels in MS patients. Biosciences, Biotechnology Research Asia. 2015; 12(3):1947-55.

9-Mitchell AJ, Kemp S, Benito-León J, Reuber M. The influence of cognitive impairment on health-related quality of life in neurological disease. Acta Neuropsychiatrica. 2010 Feb; 22(1):2-13.

10-Landoni MG, Giordano MT, Guidetti GP. Group psychotherapy experiences for people with multiple sclerosis and psychological support for families. Journal of neurovirology. 2000 May 1; 6 (2):S168.

11-Mokhtari S, NESHATDOUST HT, MOULAVI H. The effect of cognitive-behavior therapy on depression and dogmatization of patients with multiple sclerosis.

12-Vowles KE, McCracken LM. Acceptance and values-based action in chronic pain: a study of treatment effectiveness and process. Journal of consulting and clinical psychology. 2008 Jun; 76 (3):397.

13-Sephton SE, Salmon P, Weissbecker I, Ulmer C, Floyd A, Hoover K, Studts JL. Mindfulness meditation alleviates depressive symptoms in women with fibromyalgia: results of a randomized clinical trial. Arthritis Care & Research: Official Journal of the American College of Rheumatology. 2007 Feb 15; 57(1):77-85.

14-Osman A, Wong JL, Bagge CL, Freedenthal S, Gutierrez PM, Lozano G. The depression anxiety stress Scales—21 (DASS-21): further examination of dimensions, scale reliability, and correlates. Journal of clinical psychology. 2012 Dec;68 (12):1322-38.

15-Mohebian M, Dadashi M, Motamed N, Safdarian E. Evaluation of Depression, Anxiety, Stress levels and Stressors among Dental Students of Zanjan University of Medical Sciences in Academic Year of 2015-2016. J Med Educ Dev. 2017; 10 (26) :60-71

16-Forman EM, Herbert JD, Moitra E, Yeomans PD, Geller PA. A randomized controlled effectiveness trial of acceptance and commitment therapy and cognitive therapy for anxiety and depression. Behavior modification. 2007 Nov; 31(6):772 -99.

17-Baslet G, Hill J. Case report: brief mindfulness -based psychotherapeutic intervention during inpatient hospitalization in a patient with conversion and dissociation. Clinical Case Studies. 2011 Apr; 10(2):95-109.

18-Veehof MM, Oskam MJ, Schreurs KM, Bohlmeijer ET. Acceptance-based interventions for the treatment of chronic pain: a systematic review and meta-analysis. PAIN®. 2011 Mar 1; 152(3):533-42.

19-Peterson BD, Eifert GH. Using acceptance and commitment therapy to treat infertility stress. Cognitive and Behavioral Practice. 2011 Nov 1; 18(4):577-87.

20-Zamani, S., Rahmati,. Fazilatpoor, M. The Effect of Cognitive Behavioral Stress Management Training on Anxiety, Depression and Cognitive Disorder of Individuals with Multiple Sclerosis. Journal of Clinical Psychology, 2013; 5(4): 43-53.

21-Nadimi M, Pishgar M, Shahabizadeh F, Dastjerdi R. Comparing Efficacy of Groups Congnitive Behavior Therapy and Dialectical behavior Therapy on Treatment of Depression in Multiple Sclerosis Patients. J Urmia Univ Med Sci. 2014; 25 (4) :327-337

22-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. Journal of consulting and clinical psychology. 2001 Dec; 69(6):942.

23-Cooper CL, Hind D, Parry GD, Isaac CL, Dimairo M, O'Cathain A, Rose A, Freeman JV, Martin L, Kaltenthaler EC, Thake A. Computerised cognitive behavioural therapy for the treatment of depression in people with multiple sclerosis: external pilot trial. Trials. 2011 Dec; 12(1):259.

24-Beckner V, Howard I, Vella L, Mohr DC. Telephone-administered psychotherapy for depression in MS patients: moderating role of social support. Journal of behavioral medicine. 2010 Feb 1; 33(1):47-59.

25-Askey-Jones S, David A, Silber E, Shaw P, Chalder T. Cognitive behaviour therapy for common mental disorders in people with multiple sclerosis: a bench marking study. Behaviour research and therapy. 2013;51(10):648-55.

[Downloaded from npwjm.ajaums.ac.ir on 2026-11-12]

The Comparative Scrutiny of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) and Cognitive Behavior Therapy (CBT) Impacts on Depression amongst the Multiple Sclerosis (MS) Patients

Mohsen Karimi (PhD), Seyed-Hossein Salimi (PhD)

Abstract

Introduction: Present research attributions mapped at the comparative scrutiny of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) and Cognitive Behavior Therapy (CBT) impacts on depression amongst the Multiple Sclerosis (MS) patients.

Methods: Present study counted as a clinical trials or treatment trials with pretest, post-test and also 1.5 months phase follow up by use of input criteria and neurologist expert from [that for] sample selection population [MS patients] after the list preparation of an outpatient clinic of Baqiyatallah hospital visitors and call on them, 30 persons with regard to the downsizing and reduction of them, selected via convenience sampling method and randomly put in order as two control groups and one group with no therapy.the used material were; Depression, Anxiety and Stress Scale-21 DASS-21 that face-to-face completed by two experimented groups in pre-therapy (pretest), after-therapy (post-test) and 1.5 months two follow up (afterthought) phases and finally participants considered 30 patients. Then; the first experimental group received 60 minutes Acceptance and Commitment Therapy (ACT) per 8 sessions particularly/ especially chronic pain and the second one; received 60 minutes Cognitive Behavior Therapy (CBT) per 10 sessions, also following along with outcomes analyzed and scrutinized by use of variance and co-variance analysis.

Results: outcomes showed that Acceptance and Commitment Therapy (ACT) and Cognitive Behavior Therapy (CBT) with a little difference and as the same lead/cause to progression and improvement of depression amongst the Multiple Sclerosis (MS) patients

Conclusion: results indicated that Acceptance and Commitment Therapy (ACT) and Cognitive Behavior Therapy (CBT) as same as the other can effective on progression and improvement of depression amongst the Multiple Sclerosis (MS) patients.

Keywords: Multiple sclerosis, Cognitive-Behavioral Therapy, Acceptance and Commitment therapy, Depression.

---

*Corresponding Author: Clinical Psychology Department, MA graduate of clinical psychology. Baqiyatallah University of Medical Sciences,. E-Mail: karimi.psy@yahoo.com

[Downloaded from npwjm.ajaums.ac.ir on 2026-11-12]