




فصلنامه خانواده‌درمانی کاربردی

## مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان شناختی- رفتاری بر نشانگان اختلال نافرمانی مقابله‌ای

کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد ولی‌آباد، تنکابن، مازندران، ایران

سمیرا اولادیان 

ایمیل نویسنده مسئول: samira.oladian1399@gmail.com

پذیرش: ۹۹/۰۶/۲۶

دریافت: ۹۹/۰۴/۰۶

### چکیده

**هدف:** هدف از پژوهش حاضر تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در مقایسه با اثربخشی درمان شناختی-رفتاری بر نشانگان اختلال نافرمانی مقابله‌ای کودکان بود. **روش پژوهش:** پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با گروه آزمایش و گواه بود. در این پژوهش، جامعه آماری متشکل از کودکان ۱۰ تا ۱۲ سال مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره شهر مازندران در سال تحصیلی ۹۷-۹۸ بود. برای نمونه‌گیری از روش نمونه‌گیری تصادفی استفاده شد و تعداد ۳۰ کودک انتخاب و به‌طور تصادفی ۱۰ کودک در گروه آزمایش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، ۱۰ کودک در گروه آزمایش درمان شناختی-رفتاری و ۱۰ کودک در گروه گواه کاربندی شدند. گروه آزمایش اول پروتکل درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد هیز (۲۰۰۴) و گروه آزمایش دوم پروتکل درمان شناختی-رفتاری مور و گارلند (۲۰۰۳) هشت جلسه ۶۰ دقیقه‌ای را دریافت کردند؛ هر سه گروه در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با استفاده از پرسشنامه علائم مرضی کودک (CSI-4) ارزیابی شدند. داده‌های آماری با استفاده از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر انجام شد. **یافته‌ها:** یافته‌ها حاکی از آن است که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان شناختی-رفتاری، نشانگان اختلال نافرمانی مقابله‌ای اعضای گروه‌های آزمایش را به‌طور معناداری کاهش داده است ( $F=61/46, P=0/001$ ). نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر نشان می‌دهد که این کاهش ناشی از مداخلات درمانی بوده است؛ همچنین تأثیرات مداخلات در مرحله پیگیری پایدار بود ( $P=0/05$ ). علاوه بر این، مقایسه میزان اثربخشی دو رویکرد نشان داد که تأثیر آن‌ها بر نشانگان نافرمانی مقابله‌ای تفاوت معناداری ندارد. **نتیجه‌گیری:** می‌توان نتیجه گرفت که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان شناختی-رفتاری می‌تواند نشانگان اختلال نافرمانی مقابله‌ای کودکان را کاهش دهد؛ لذا درمان‌گران و مشاورانی که در حوزه کودک فعالیت می‌کنند می‌توانند از این دو رویکرد درمانی جهت کاهش نشانگان اختلال نافرمانی مقابله‌ای کودکان بهره‌گیرند.

### فصلنامه علمی خانواده درمانی کاربردی

شاپا (الکترونیکی) ۲۷۱۷-۲۴۳۰  
<http://Aftj.ir>  
دوره ۱ | شماره ۲ | صص ۲۲۰-۲۰۰  
تابستان ۱۳۹۹

### نوع مقاله: پژوهشی

به این مقاله به شکل زیر استناد کنید:  
درون متن:

(اولادیان، ۱۳۹۹)

### در فهرست منابع:

اولادیان، سمیرا (۱۳۹۹). مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان شناختی-رفتاری بر نشانگان اختلال نافرمانی مقابله‌ای. فصلنامه خانواده‌درمانی کاربردی، ۲(۲): ۲۰۰-۲۲۰.

**کلیدواژه‌ها:** پذیرش و تعهد، شناختی-رفتاری، نشانگان نافرمانی مقابله‌ای

## مقدمه

یکی از اختلالات دوران کودکی و نوجوانی اختلال نافرمانی مقابله‌ای بوده که یکی از رایج‌ترین علل ارجاع کودکان به کلینیک‌های روان‌درمانی و مشاوره می‌باشد (فرامرز، عابدی و قنبری، ۱۳۹۱). این اختلال ممکن است از ۳ سالگی شروع شود ولی معمولاً از ۸ سالگی آغاز می‌شود. در واقع، سن بروز آن معمولاً بین ۸ تا ۱۲ سالگی است و شیوع آن قبل از سن بلوغ، در پسران بیشتر است (کاپلان و سادوک، ۲۰۰۵). بارکلی (۱۹۹۷) بر اساس ملاک تشخیصی DSM-IV کودکانی که از اختلال نافرمانی مقابله‌ای رنج می‌برند باید حداقل چهار مورد از علائم زیر را حداقل به مدت شش ماه بروز دهند: این کودکان اغلب با بزرگسالان جر و بحث می‌کنند، زود عصبانی می‌شوند، در مقابل مقررات و درخواست‌های بزرگترها پذیرش نشان نمی‌دهند، دیگران را عمدتاً با کارهای خود آزار می‌دهند، حساس و زودرنج هستند، به دلیل رفتارها و اشتباهات خود، دیگران را سرزنش می‌کنند و اغلب کینه‌توز و انتقام‌جو هستند (نصرتی و نعمت‌طاوسی، ۱۳۹۹). مشکلات رفتاری کودک باید به گونه‌ای باشد که عملکردهای اجتماعی، تحصیلی و شغلی آنان را مختل نماید. رفتارهای نابهنجار حتماً در خانه بروز می‌کند، اما ممکن است در مدرسه یا موقعیت‌های دیگر هم دیده شود (رحیمی و همکاران، ۱۳۹۳). بر همین اساس، بارکلی (۱۹۹۷) بیان می‌دارد که «اختلال نافرمانی مقابله‌ای الگوی پایدار منفی کاری، نافرمانی، لجبازی، خصومت و سرکشی در برابر اولیای قدرت است» (بارکلی، ۱۹۹۷). علائم و نشانه‌های نافرمانی مقابله‌ای در کودکان ممکن است تا سنین مدرسه ادامه یابد و این علائم می‌تواند دروازه‌ای برای ورود به سایر اختلالات روان‌پزشکی در بزرگسالی باشد (سنتیوانای و بالاز، ۲۰۱۸). هم‌چنین پیش‌آگهی اختلال نافرمانی مقابله‌ای نامطلوب است و با افزایش خطر اختلال‌های سلوک، سوء‌مصرف مواد، اختلال‌های شخصیت ضد اجتماعی و اختلال‌های اضطرابی (فولینو، ۲۰۱۱)، اختلال‌های تغذیه، اسکیزوفرنیا و شیدایی (کیم و همکاران، ۲۰۰۳) در آینده همراه است (پژوهی نیا و همکاران، ۱۳۹۸). ذکر این نکته ضروری است که رفتار مقابله‌ای به عنوان یک رفتار طبیعی در جریان رشد و تحول کودکان بروز پیدا می‌کند. بارزترین نمونه رفتار مقابله‌ای بین ۱۸ تا ۲۴ ماهگی ظاهر می‌گردد؛ درست زمانی که کودک نوپا به عنوان تظاهری از خودمختاری رو به رشد، رفتار منفی کارانه پیش می‌گیرد (مارتل، ۲۰۱۹). بنابراین، آسیب شناسی و شناسایی اختلال زمانی مطرح می‌شود که این ویژگی مربوط به رشد بهنجار، دوام غیرعادی پیدا کرده و کودک نسبت به صاحبان قدرت واکنش شدید نشان دهد یا رفتار مقابله‌ای بیش‌تر از آنچه در کودکان با سن عقلی مشابه دیده می‌شود بروز یابد (ویتنی، ۲۰۱۲).

یکی از رویکردهای روان‌درمانی رایج در درمان اختلالات روانی، درمان شناختی-رفتاری است. درمان شناختی-رفتاری به فرد کمک می‌کند تا به گونه دیگری اندیشیده و در نتیجه این طرز

تفکر جدید شما می‌توانید با رفتارهای سالم‌تر و درست‌تری در برابر حوادث ناخواسته و ناگوار پیرامون برخورد نمایند. درمان شناختی-رفتاری، رویکردی است فعال، جهت‌بخش، دارای محدودیت زمانی، سازمان‌یافته و... این رویکرد بر اساس این منطق نظری زیربنایی استوار است که عاطفه و رفتار فرد، عمدتاً برحسب شیوه‌ی ساخت‌یابی جهان از نظر او تعیین می‌شود.» (نینان و درایدن، ۱۳۹۴). افراد، اغلب دچار افکار یا احساساتی می‌شوند که این افکار و احساسات، به باورهای اشتباه، قوت می‌دهند. چنین باورهایی می‌تواند سبب بروز رفتارهای مشکل‌ساز شود که این رفتارها می‌توانند بسیاری از قسمت‌های زندگی را تحت تأثیر قرار دهند، مانند خانواده، روابط عاشقانه، کار و دانشگاه. به عنوان مثال، فردی که از عزت نفس پایین رنج می‌برد، ممکن است افکار منفی در مورد توانایی‌ها و ظاهر خودش داشته باشد. به موجب این الگوهای تفکر منفی، آن فرد ممکن است از پذیرفتن موقعیت‌های اجتماعی دوری کند و یا فرصت‌های پیشرفت در محل کار یا در مدرسه را از دست بدهد (لیهی، ۲۰۱۳). به منظور مبارزه با این افکار و رفتارهای مخرب، یک درمانگر شناختی، ابتدا به بیمار کمک می‌کند تا باورهای مشکل‌ساز را شناسایی کند. این مرحله که به تجزیه و تحلیل عملکردی معروف است، برای یادگیری اینکه چقدر افکار، احساسات و موقعیت‌ها می‌توانند در رفتارهای ناهنجار نقش داشته باشند، مهم است. این فرایند می‌تواند دشوار باشد، به خصوص برای بیمارانی که با خود اندیشی می‌جنگند، اما در نهایت منجر به خودیابی و بینش‌هایی می‌شود که بخش مهمی از روند درمان هستند (دابسون، ۲۰۱۰). درمان شناختی-رفتاری یکی از تحقیقاتی‌ترین انواع درمان‌ها است، بخشی از آن هم به این دلیل است که این درمان، روی اهداف بسیار خاص تمرکز دارد و نتایج آن را می‌توان نسبتاً راحت اندازه‌گیری کرد (فریمن، ۲۰۰۵). در مقایسه با روان‌درمانی مبتنی بر روانکاوی که افراد را به سمت خودکاوی بی‌انتهاتر تشویق می‌کند، درمان شناختی رفتاری اغلب برای افرادی مناسب‌تر است که با یک رویکردی ساختاری و متمرکز ارتباط بهتری برقرار می‌کنند؛ رویکردی که در آن، درمانگر اغلب نقش تعلیمی دارد. با این حال، برای اینکه CBT مؤثر باشد، فرد باید آماده باشد و تمایل داشته باشد که وقت و تلاش خود را صرف تجزیه و تحلیل افکار و احساسات خود کند. این خود تحلیلی و تکالیف، می‌تواند برای فرد دشوار باشد، اما یک‌راه عالی برای یادگیری بیشتر در مورد این موضوع است که چگونه حالات داخلی، بر رفتار بیرونی تأثیر می‌گذارند (دابسون، ۲۰۱۰).

یکی از رویکردهایی که امروزه مورد توجه قرار گرفته است و اثربخشی آن در پژوهش‌های مختلف در رابطه با اختلالات روانی گوناگون به اثبات رسیده است، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد است. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر خلاف بیشتر درمان‌ها به دنبال تغییر محتوی فکر نیست. به عنوان مثال در درمان شناختی - رفتاری برای اختلالات اضطرابی، به دنبال آن است که به مراجعان کمک کند تا پریشانی‌شان را با تغییر پاسخ‌های شناختی و رفتاری به

اضطراب کاهش دهند (بارلو، ۲۰۰۲). در حقیقت درمان شناختی رفتاری مراجعان را قادر می سازد تا شبکه ارتباطی جدیدی از افکار و رفتارهای سازگارانه ایجاد کنند که با شبکه ها و خاطرات ناسازگار رقابت کرده و آنها را حذف نماید. برای رسیدن به این هدف، درمان شناختی رفتاری این مولفه ها را شامل می شود: آموزش در خصوص ماهیت ترس و اضطراب، بازبینی علائم و نشانه ها، آموزش تن آرامی و تنفس صحیح، بازسازی شناختی و غیره (دیمیجیان و دابسون، ۲۰۰۳). اما در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، یک درمان رفتاری است که از مهارت های ذهن آگاهی، پذیرش و گسلش شناختی، برای افزایش انعطاف پذیری روانشناختی استفاده می کند (هربرت و فورمان، ۲۰۱۱). در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، انعطاف پذیری روانشناختی عبارت است از افزایش توانایی مراجعان برای ایجاد ارتباط با تجربه شان در زمان حال و براساس آن چه در آن لحظه برای آنها امکان پذیر است، انتخاب کنند به شیوه ای عمل نمایند که منطبق بر ارزشهای انتخاب شده شان باشد (هیز و همکاران، ۲۰۱۱). به عبارت دیگر انعطاف پذیری روانشناختی عبارت است از توانایی برای ارتباط با زمان حال به طور کامل و به عنوان یک انسان هوشیار و آگاه و تغییر یا تداوم رفتار در خدمت اهداف ارزشمند (آرچ و کراسک، ۲۰۰۸). فرضیه زیربنایی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد این است که فرآیند های کلامی، مجموعه محدودی از پاسخ ها را در برخورد با موقعیت ها ایجاد می کند (هیز، ۲۰۰۴). در مجموع می تواند هدف درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را حرکت از انعطاف ناپذیری روانشناختی به سوی انعطاف پذیری روانشناختی دانست. هدف ACT کاهش نشانه نیست، بلکه افزایش انعطاف پذیری روانشناختی و رفتاری در زمینه هایی است که رفتار محدود شده است (هربرت و فورمان، ۲۰۱۱). بنابراین، هدف از پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان شناختی-رفتاری بر نشانگان اختلال نافرمانی مقابله ای در کودکان ۱۰ تا ۱۲ سال است و به دنبال پاسخ به سئوالات پژوهشی زیر است:

۱. آیا درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان شناختی رفتاری بر کاهش نشانگان اختلال نافرمانی مقابله ای کودکان در مرحله پس آزمون موثر است؟
۲. آیا درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان شناختی رفتاری بر کاهش نشانگان اختلال نافرمانی مقابله ای کودکان در مرحله پیگیری پایدار است؟
۳. آیا بین درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان شناختی رفتاری بر کاهش نشانگان اختلال نافرمانی مقابله ای کودکان تفاوت وجود دارد؟

## روش

طرح پژوهش حاضر به لحاظ هدف از نوع کاربردی و از نظر شیوه انجام آن تحقیق نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری با گروه آزمایش و کنترل و بود. در این

پژوهش، جامعه آماری متشکل از کودکان ۱۰ تا ۱۲ ساله مراجعه کننده به مراکز مشاوره شهر مازندران در سال ۱۳۹۸ بود. برای نمونه‌گیری از روش نمونه‌گیری تصادفی استفاده شد و تعداد ۳۰ نفر انتخاب و به طور مساوی ۱۰ نفر در گروه آزمایش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، ۱۰ نفر در گروه آزمایش درمان شناختی-رفتاری و ۱۰ نفر در گروه کنترل گمارده شدند. در این پژوهش ابزار اندازه‌گیری متغیرها شامل پرسشنامه علائم مرضی کودک (CSI-4)، پروتکل درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد و پروتکل درمان شناختی-رفتاری بود. ملاک‌های ورود به پژوهش: نداشتن تشخیص اختلالات روانپزشکی به جز اختلال نافرمانی مقابله‌ای، رضایت والدین. ملاک‌های خروج: عدم رضایت والدین جهت ادامه مداخلات، غیبت بیش‌تر از یک جلسه در جلسات درمانی.

### ابزار پژوهش

۱. پرسشنامه علائم مرضی کودک (CSI-4). این پرسشنامه توسط گادو و اسپیرافکین در سال ۱۹۹۴ به منظور غربال ۱۸ اختلال رفتاری و هیجانی کودکان ۵ تا ۱۲ ساله تهیه و تدوین شده است که یک مقیاس درجه بندی رفتار می‌باشد. این ابزار دارای دو فرم است: فرم والدین و فرم معلم که در این پژوهش از مواد مربوط به اختلال نافرمانی مقابله‌ای فرم والدین استفاده شده است. فرم والدین مشتمل بر ۱۱۲ ماده است که ۸ ماده آن متعلق به اختلال نافرمانی مقابله‌ای می‌باشد که در این پژوهش مورد استفاده قرار گرفت. نمره گذاری مواد پرسشنامه به صورت ۰ و ۱ بوده است و در نتیجه نمرات مربوط به اختلال نافرمانی مقابله‌ای در پژوهش حاضر حداقل ۱ و حداکثر ۸ می‌باشد. محمد اسماعیل (۱۳۸۰) پایایی پرسشنامه را از طریق روش بازآزمایی ۰/۹۰ گزارش نموده و در پژوهش حاضر از روش آلفای کرونباخ با مقدار ۰/۸۷ پایایی مناسب پرسشنامه مورد تأیید قرار گرفته است.

۲. درمان شناختی-رفتاری. تفصیل جلسات که مبتنی بر نسخه بسط یافته از طرح درمان شناختی رفتاری مور و گارلند (۲۰۰۳) است. عناوین جلسات آن به صورت اجمالی به شرح زیر است:

### جدول ۱. خلاصه محتوای آموزشی درمان شناختی رفتاری

جلسات	محتوای آموزشی
اول	ایجاد رابطه، تعیین رابطه بین شناخت، هیجان و رفتار
دوم	معرفی و شناسایی افکار ناکارآمد، ماهیت و نقش آن‌ها در چرخ معیوب خلق، رفتار و علائم فیزیولوژیک و شناسایی افکار خودآیند منفی
سوم	معرفی باورهای زیربنایی، نشان دادن رابطه افکار خودآیند منفی و باورهای زیربنایی و معرفی تحریف شناختی
چهارم	معرفی روش‌های شناسایی باورهای زیربنایی با هدف بازشناسی باورها، شروع به تردید در

مورد آن ها ، ایجاد انعطاف در آنها	
پنجم آموزش مهارت اجتماعی نظیر جرأت آموزی و آموزش شیوه های حل مسئله	
ششم معرفی بیشتر باورهای بنیادی و تقسیم بندی آنها به دو دسته باورهای شرطی و باورهای غیرشرطی	
هفتم معرفی باورهای غیرشرطی و اصلی و روش های تضعیف سازی این باورها	
هشتم تولید و توسعه باورهای جایگزین منطقی و تشویق اعضای گروه به رفتارهای جدید که از باورهای جدید ناشی می شود.	

**۳. بسته درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد.** بسته درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد که توسط هیس، استروسال و ویلسون (۱۹۹۹) ساخته شده است، یک برنامه مداخله‌ای است؛ در جدول دو جلسات آموزشی ارائه گردیده است:

#### جدول ۲. خلاصه جلسات آموزشی مبتنی بر درمان پذیرش و تعهد

جلسه	موضوع جلسه	هدف، محتوای جلسه، تکلیف
جلسه اول	معارفه و آشنایی	هدف: آشنایی و معارفه
جلسه دوم	ایجاد رابطه	هدف: آشنایی و ایجاد رابطه، آگاه شدن دانش آموزان از قوانین جلسه گروهی محتوا: مشاور پس معرفی خود و آشنایی با دانش آموزان و برقراری رابطه از دانش آموزان می خواهد درباره خود اندکی صحبت کنند. بحث در خصوص قوانین و رازداری جلسات بیان شد. تکلیف: از دانش آموزان خواسته می شود افکار و احساسات و تجربه های آزردهنده خود را یادداشت کنند.
جلسه سوم	چسبندگی به افکار و رهاسازی افکار	هدف: توضیح مفهوم چسبندگی با افکار محتوا: تکلیف جلسه قبل بررسی شد. مفهوم چسبندگی به افکار یعنی گرفتار شدن در افکارمان است به طوری که مسلط بر آگاهی مان شود و تأثیر فوق العاده بر رفتارمان بگذارد به دانش آموزان توضیح داده شد. استعاره و تکنیک های مربوط به این مفهوم بیان شد. تکلیف: از دانش آموزان خواسته شد در خصوص مفهوم چسبندگی به افکار و رفتارهای مرتبط با آن را یادداشت کنند.
جلسه چهارم	اجتناب تجربه ای و پذیرش	هدف: توضیح مفهوم اجتناب تجربه ای و پذیرش محتوا: تکلیف جلسه قبل بررسی شد. مفهوم اجتناب تجربه ای به معنای خلاص شدن، اجتناب یا فرار از تجربه های درونی ناخواسته مانند افکار، احساسات و خاطرات است. استعاره و تکنیک های مربوط به این مفهوم توضیح داده شد. تکلیف: از دانش آموزان خواسته شد اجتناب یا فرارهای خود را در خصوص تجربه های

دردناک یادداشت کنند.		
جلسه پنجم	ذهن قصه‌گو و ذهن مشاهده‌گر	هدف: توضیح مفهوم ذهن قصه‌گو و ذهن مشاهده‌گر محتوا: تکلیف جلسه قبل بررسی شد. مفهوم ذهن قصه‌گو به معنای اینکه همه ما قصه‌ای درباره این که چه کسی هستیم داریم. اگر با این قصه‌ها هم‌جوشی پیدا کنیم به راحتی برای مشکلاتی را ایجاد می‌کنند. استعاره و تکنیک‌های مربوط به این مفهوم بیان شد. تکلیف: از دانش‌آموزان خواسته شد هم‌جوشی با داستان‌های ذهنی خود را یادداشت کنند.
جلسه ششم	تمرکز در زمان حال و تسلط بر زمان گذشته و آینده	هدف: توضیح مفهوم تمرکز در زمان حال و عدم تمرکز و تسلط بر زمان گذشته و آینده محتوا: تکلیف جلسه قبل بررسی شد. مفهوم تمرکز کردن به این معناست که ما با چسبندگی به افکار و اجتناب تجربه‌ای چطور توجه‌مان را به زمان اینجا و اکنون از دست می‌دهیم. استعاره و تکنیک‌های مربوط به مفهوم بیان شد. تکلیف: از دانش‌آموزان خواسته شد تکنیک‌های مربوط به تمرکز کردن در زمان حال یادداشت کنند.
جلسه هفتم	پایبندی به ارزش‌ها و دوری از ارزش‌ها	هدف: توضیح مفهوم ارزش‌ها محتوا: تکلیف جلسه قبل بررسی شد. مفهوم ارزش توضیح داده شد؛ و بیان شد چطور با چسبندگی به افکار و اجتناب تجربه‌ای از ارزش‌ها دور می‌شویم. استعاره‌های مربوط به آن بیان شد. تکلیف: از دانش‌آموزان خواسته شد لیست ارزش‌ها در حوزه‌های همکاری، تفریح، سلامت، ارتباط با والدین، معنویات و سلامتی را یادداشت کنند.
جلسه هشتم	عمل یا اقدام و کارآمدی عمل	هدف: توضیح عمل کارآمد و عمل ناکارآمد محتوا: تکلیف جلسه قبل بررسی شد. مفهوم عمل ناکارآمد به معنای الگوهای رفتاری است که ما را از توجه آگاهی، زندگی ارزشمند دور می‌کند. عمل کارآمد در راستای ارزش‌ها و زندگی غنی و معنادار است. تکلیف: از دانش‌آموزان خواسته شد. لیستی از اعمال ناکارآمد به علت چسبندگی به افکار و اجتناب تجربه‌ای و ذهن قصه‌گو را یادداشت کنند.
جلسه نهم	جمع‌بندی شش مفهوم کلیدی	هدف: توضیح شش مفهوم انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در برابر شش مفهوم عدم انعطاف‌پذیری روان‌شناختی محتوا: تکلیف جلسه قبل بررسی شد. جمع‌بندی و خلاصه‌ای از کل مطالب با کمک دانش‌آموزان مطرح بیان شد. تکلیف: دست‌آوردهای دانش‌آموزان از مفاهیم بیان شد.
جلسه دهم	خلاصه و جمع‌بندی	مروری بر جلسات گذشته، خلاصه و جمع‌بندی و اجرای مرحله پس‌آزمون و هماهنگی جهت اجرای مرحله پیگیری

**شیوه اجرا.** ملاحظات اخلاقی پژوهش حاضر به شرح ذیل بودند: مادران این کودکان به صورت کتبی اطلاعاتی در مورد پژوهش دریافت کرده و تمایل خود جهت شرکت فرزندشان در کلاس -

های آموزشی و شرکت در پژوهش اعلام داشتند. این اطمینان به مادران داده شد که تمام اطلاعات محرمانه هستند و برای امور پژوهشی مورد استفاده قرار خواهند گرفت. به منظور رعایت حریم خصوصی، نام و نام خانوادگی شرکت کنندگان ثبت نشد. در بخش آمار توصیفی: از شاخص‌های مرکزی و پراکندگی مانند میانگین و انحراف معیار استفاده شد. در بخش آمار استنباطی: از روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد. شایان ذکر است به منظور بررسی پیش‌فرض‌های آزمون استنباطی از آزمون لوین (جهت بررسی همگنی واریانس‌ها)، آزمون کولموگروف اسمیرنف (جهت نرمال بودن توزیع داده‌ها) و آزمون Mbox استفاده شد.

### یافته‌ها

در جدول زیر، داده‌های توصیفی هر سه گروه در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری گزارش شده است.

جدول ۳. داده‌های توصیفی نمرات گروه‌های آزمایش و گواه در سه مرحله پیش‌آزمون،

#### پس‌آزمون و پیگیری

شاخص‌های متغیر	گروه	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیگیری
		میانگین انحراف معیار	میانگین انحراف معیار	میانگین انحراف معیار
نشانگان اختلال	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	۵/۷۰	۰/۷۳	۳/۳۰
نافرمانی	درمان شناختی-رفتاری	۶/۱۰	۰/۷۸	۳/۴۷
مقابله‌ای	گواه	۵/۳۱	۱/۰۱	۵/۲۰

مطابق جدول فوق، میان میانگین‌های نمره نشانگان اختلال نافرمانی مقابله‌ای در مرحله پیش‌آزمون در سه گروه تفاوت زیادی وجود ندارد. از سوی دیگر، نمرات هر دو گروه آزمایش درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان شناختی-رفتاری در مراحل پس‌آزمون و پیگیری کاهش یافته است؛ در صورتی که نمرات گروه کنترل تغییر نکرده است. برای بررسی معنادار بودن اثربخشی آموزش‌های دو گروه از تحلیل واریانس چندمتغیره با اندازه‌گیری‌های مکرر در سه مرحله استفاده شده است. لذا، ابتدا پیش‌فرض‌های طبیعی بودن توزیع نمرات، شرط همسانی واریانس‌ها و کرویت داده‌ها بررسی شد.



## جدول ۴. نتایج توزیع طبیعی نمره‌ها و شرط همسانی واریانس‌ها

متغیر	گروه	آزمون شاپیرو ویلک		آزمون لوین	
		درجه آزادی	آماره	درجه آزادی	آماره
نشانیگان	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	۱۰	۰/۸۱	۲۷	۲/۰۱
اختلال	درمان شناختی-رفتاری	۱۰	۰/۷۵	۲۷	۱/۸۸
نافرمانی	گواه	۱۰	۰/۷۳	۲۷	۱/۴۹

مطابق جدول فوق، آزمون شاپیرو ویلک نشان می‌دهد داده‌های به دست آمده از توزیع طبیعی برخوردار بوده و بر اساس نتایج آزمون لوین شرط همسانی واریانس‌ها برقرار است. در ادامه نتایج آزمون موخلی برای آزمودن شرط کرویت گزارش شده است.

## جدول ۵. نتایج آزمون موخلی جهت بررسی فرض کرویت برای گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و گروه گواه

متغیر	گروه	W موخلی	X <sup>2</sup> آزادی	درجه آزادی	اپسیلون		
					گرینهاوس -	هوین -	کران
نشانیگان	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	۰/۶۶	۶/۵۱	۲	۰/۷۰	۰/۷۳	۰/۵۰
اختلال	گواه				گیزر	فلت	پایین

داده‌های جدول فوق نشان می‌دهد با در نظر گرفتن سطح معناداری ۰/۰۵ شرط کرویت برای گروه آزمایش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برقرار است.

## جدول ۶. تحلیل واریانس مختلط با اندازه‌گیری‌های مکرر در سه مرحله پیش آزمون، پس

اجزاء	مجموع مجذورات	درجه آزادی	مجدور میانگین	نسبت F	سطح معناداری	اندازه اثر (اتا)
مراحل مداخله	۴۶۱/۳۸	۲	۴۶۱/۳۸	۵۲/۲۵	۰/۰۰۰	۰/۷۵
مراحل × گروه	۷۰۷/۰۷	۲	۷۰۷/۰۷	۵۶/۱۷	۰/۰۰۰	۰/۷۸
خطا	۱۰۰/۰۰	۳۶	۱۳/۰۸			

همان طور که در جدول فوق ملاحظه می شود، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به طور معناداری نشانگان اختلال نافرمانی مقابله‌ای کودکان را کاهش داده است.

جدول ۷. نتایج آزمون موخلی جهت بررسی فرض کرویت برای گروه درمان شناختی-رفتاری

متغیر	گروه	W	X <sup>2</sup>	درجه آزادی	معناداری	اپسیلون
نشانگان اختلال نافرمانی مقابله‌ای	درمان رفتاری	۰/۵۲	۷/۰۱	۲	۰/۰۰۱	۰/۷۵
						۰/۵۰

بر اساس نتایج فوق، با در نظر گرفتن سطح معناداری ۰/۰۵ شرط کرویت برای گروه آزمایش درمان شناختی رفتاری برقرار است.

جدول ۸. تحلیل واریانس مختلط با اندازه‌گیری‌های مکرر در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری در گروه درمان شناختی-رفتاری با فرض کرویت داده‌ها

اجزاء	مجموع مجذورات	درجه آزادی	مجدور میانگین	نسبت F	سطح معناداری	اندازه اثر (تا)
مراحل مداخله	۵۶۷/۲۱	۲	۵۶۷/۲۱	۵۴/۱۹	۰/۰۰۰	۰/۷۷
مراحل × گروه	۷۸۰/۸۱	۲	۷۸۰/۸۱	۶۱/۴۶	۰/۰۰۰	۰/۷۹
خطا	۱۲۰/۲۰	۳۶	۱۱/۲۰			

همان طور که در جدول فوق ملاحظه می شود، درمان شناختی-رفتاری به طور معناداری نشانگان اختلال نافرمانی مقابله‌ای کودکان را کاهش داده است.

جدول ۸. نتایج آزمون تعقیبی بن فرونی در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری به تفکیک گروه‌ها

شاخص‌های آماری	مرحله	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	درمان رفتاری	تفاوت میانگین
نشانگان اختلال	پس آزمون	پس آزمون	پس آزمون	۲/۴۰
				۰/۰۰

۰/۰۰	۲/۷۹	۰/۰۰	۲/۵۱	پیش‌آزمون	پیگیری	نافرمانی مقابله‌ای
۱/۰۰	۰/۱۶	۱/۰۰	۰/۱۱	پس‌آزمون	پیگیری	

داده‌های گزارش شده در جدول فوق بیان‌گر آن است که اثرات هر دو مداخله بر روی اعضای گروه‌های آزمایش بر نشانگان اختلال نافرمانی مقابله‌ای در مرحله پیگیری پایدار بوده است.

### جدول ۹. مقایسه چندگانه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان شناختی-رفتاری

متغیر	گروه ۱	گروه ۲	تفاوت میانگین‌ها (-) استاندارد	خطای معناداری	سطح معناداری
نشانگان اختلال نافرمانی مقابله‌ای	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	درمان شناختی-رفتاری	۰/۱۱	۰/۰۲	۰/۸۸

داده‌های گزارش شده در جدول فوق نتایج آزمون توکی را نمایش می‌دهد. بر این اساس، تجزیه و تحلیل با استفاده از آزمون توکی نشان داده است که تفاوت میان اثربخشی دو آموزش بر نشانگان اختلال نافرمانی مقابله‌ای در سطح معناداری ۰/۰۵ معنادار نیست.

### بحث و نتیجه‌گیری

هدف از پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان شناختی-رفتاری بر نشانگان اختلال نافرمانی مقابله‌ای در کودکان ۱۰ تا ۱۲ ساله بود. نتایج حاصل از تجزیه و تحلیل داده‌های آماری نشان داد که هر دو رویکرد نشانگان اختلال نافرمانی مقابله‌ای را در کودکان ۱۰ تا ۱۲ ساله به طرز معناداری کاهش داده، این اثر در مرحله پیگیری پایدار بوده و میان اثربخشی دو رویکرد تفاوت معناداری وجود نداشت. در تبیین اثربخشی درمان شناختی-رفتاری بر کاهش نشانگان نافرمانی مقابله‌ای می‌توان اظهار نمود که این درمان از تکنیک‌های مختلف برای تغییر فکر، خلق و رفتار استفاده می‌کند. اگرچه راهبردهایی شناختی مانند سؤال و جواب سقراطی و اکتشاف هدایت‌شده، مهم‌ترین راهبردهای مورد استفاده می‌باشند، اما روش‌های گرفته شده از دیگر جهت‌گیری‌ها به خصوص گشتالت درمانی و رفتاردرمانی نیز، با یک چارچوب شناختی مورد استفاده قرار می‌گیرند. همچنین در تبیین بیش‌تر این یافته می‌توان گفت که درمان شناختی رفتاری، بر رفتارهای واقعی تمرکز دارد که در این مشکل دخیل هستند. بیمار، شروع به یادگیری و تمرین مهارت‌های جدیدی می‌کند که

بعداً می‌تواند از آن‌ها در شرایط واقعی استفاده نماید. مثلاً، فردی که از اعتیاد به مواد مخدر رنج می‌برد، شروع به تمرین مهارت‌های جدیدی برای مقابله با اعتیاد می‌کند و با روش‌هایی آشنا می‌شود تا هنگام مواجهه با موقعیت‌های اجتماعی که می‌توانند باعث برگشت آن حالت (اعتیاد) شوند، از آن‌ها دوری یا با آن‌ها مقابله کند. در اغلب موارد، CBT یک فرایند تدریجی است که به فرد کمک می‌کند تا گام‌های تصاعدی به سوی تغییر رفتار بردارد. کسی که از اضطراب اجتماعی رنج می‌برد، ابتدا خودش را در یک وضعیت اجتماعی اضطراب‌آور تصور می‌کند. در مرحله بعد، بیمار، شروع به گفتگو با دوستان، خانواده و آشنایان می‌کند. به پیشروی به سمت یک هدف بزرگ‌تر، به نظر می‌رسد که این فرآیند، زیاد دلهره‌آور نیست و رسیدن به اهداف ساده‌تر می‌شود (اودونوهو و فیشر، ۲۰۰۸). علاوه بر این، برای تبیین بیش‌تر این یافته می‌توان بیان داشت که درمانگر با بیان عبارات همدلانه، گوش دادن دقیق و با دقت، جمع‌بندی دقیق افکار و احساسات بیمار و خوش‌بین بودن واقع‌گرایانه و نویدبخش، توجه خود را به بیمار نشان می‌دهد و در پایان هر جلسه از مراجع تقاضای بازخورد می‌کند. به علاوه، این رویکرد آموزشی است؛ زیرا در آن فنون شناختی-رفتاری به عنوان مهارت‌هایی که باید از طریق ممارست فراگرفته شوند و از طریق تکالیف خانگی وارد محیط بیمار گردند، تلقی می‌شوند (لیهی، ۲۰۱۳). در تبیین این یافته از پژوهش که نشان می‌دهد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نشانگان اختلال نافرمانی مقابله‌ای را در گروه آزمایش به طرز معناداری کاهش داده است می‌توان گفت که هدف فرآیند پذیرش در ACT کاهش نیاز به بازداری فکر است. جایگزین ACT برای بازسازی شناختی، پذیرش نشانه‌ها و کنترل رفتار است. پذیرش در ACT این‌گونه تعریف می‌شود: "دریافت یک رویداد یا موقعیت و ترک و رها کردن برنامه کنترل نشانه‌های ناکارآمد و یک فرآیند فعال احساس کردن به عنوان احساسات، فکر کردن به افکار به عنوان افکار و غیره" (هیز و همکاران، ۱۹۹۹). پذیرش نباید با تحمل یا تسلیم اشتباه شود. هر دو اینها منفعل و جبری اند. در حقیقت پذیرش عبارت است از آگاهی از تجارب درونی (افکار، احساسات، خاطرات و علائم بدنی) و پذیرفتن فعال آنها، بدون اقدامی برای کاهش آنها و بدون اقدام براساس جنبه لفظی آنها. مراجعانی که تشخیص اختلالات روان شناختی دریافت می‌کنند، همواره این انتظار را از درمان دارند که درمانگر کاری برای حذف و یا حداقل، کاهش نشانه‌های شان انجام دهد. این هدف در CBT منعکس می‌شود که بر چالش با شناختارها یا کنترل و کاهش برانگیختگی فیزیولوژیک تمرکز دارد (بارلو، ۲۰۰۲). اما پذیرش از این رویکرد متفاوت است، به این صورت که هدف پذیرش آن است که باعث شود فرد هر آنچه تجارب درونی یعنی افکار، احساسات، خاطرات و احساسات بدنی ارائه می‌دهند را بدون نیاز به دفاع در برابر آنها بپذیرد. در حقیقت مداخلات مبتنی بر پذیرش می‌خواهند مراجع تمرکزش را از تغییر و کاهش نشانه‌ها به داشتن یک زندگی ارزشمند تغییر دهند (هیز و همکاران، ۲۰۱۰). در

تبیین بیش‌تر این یافته می‌توان گفت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و فنون آن، مشاهده و توصیف بدون قضاوت تجارب در زمان حال را تشویق می‌کنند، چیزی که خود را به عنوان یک فرایند دانستن نامیده می‌شود. این تجربه در زمان حال، به مراجعان کمک می‌کند تغییرات دنیا را آنگونه که هست تجربه کنند، نه آنگونه که ذهن می‌سازد (هیز، ۲۰۰۴). ارتباط موثر، باز و غیر دفاعی با زمان حال دو ویژگی دار: نخست اینکه به مراجع آموزش داده می‌شود به آنچه در محیط و در تجربه درونی دارد توجه کرده و آن را مشاهده کند و دیگر اینکه مراجع آموزش می‌بیند تا آنچه وجود دارد را بدون قضاوت یا ارزشیابی، توصیف کند. فنون بسیار زیادی برای جهت دادن مراجع در زمان حال استفاده می‌شود. تمرینات ذهن آگاهی در ACT به منظور توجه مراجع به دنیا استفاده می‌شود. آنگونه که آن را مستقیماً تجربه می‌کنند و نه آنگونه که با فرآورده‌های ذهن شان ساخته می‌شود (هیز و همکاران، ۲۰۰۶). ذهن آگاهی به صورت "ارتباط با رویدادها بدون قضاوت، در اینجا و اکنون" تعریف شده است (کابات زین، ۱۹۹۴). در این معنا ذهن آگاهی ترکیبی از پذیرش، گسلش، خود به عنوان زمینه و ارتباط با زمان حال است. ارتباط با زمان حال می‌تواند شامل فنون مواجهه شناختی و رفتاری باشد که در بسیاری از درمانهای رفتاری بسیار مهم می‌باشد. اما اهداف این تمرینات در ACT متفاوت است. اگر مواجهه به منظور کاهش اضطراب انجام شود، پس آمیختگی شناختی رخ داده که در آن اضطراب، ناخوشایند ارزشیابی می‌شود. ACT بر ارزش ارتباط با زمان حال با تمایل تاکید دارد که در خدمت انعطاف‌پذیری روانشناختی است (هیز، ۲۰۰۴). در تبیین بیش‌تر یافته مورد نظر می‌توان اظهار نمود که در حقیقت هدف ACT آن است که به منظور کاهش تاثیر و اهمیت رویدادهای درونی دشوار، زمینه‌ای را تغییر دهد که این رویدادها در آن رخ می‌دهد. مداخلات مربوط به گسلش شناختی شامل تمریناتی می‌شود که معنای لفظی رویدادهای درونی را می‌شکند. هدف این تمرینات آن است که به مراجعان بیاموزد افکار را فقط افکار، احساسات را فقط احساسات، خاطرات را فقط خاطرات و احساسات بدنی را فقط احساسات بدنی ببینند. هیچ یک از این رویدادهای درونی وقتی تجربه می‌شوند، ذاتاً برای سلامتی انسان آسیب‌زا نیستند. آسیب‌زا بودن آنها از این ناشی می‌شود که آنها تجارب آسیب‌زا، ناسالم و بدی دیده شوند که آنچه ادعا می‌کنند، هستند و بنابراین باید کنترل و حذف شوند (هیز و همکاران، ۲۰۰۶).

هر پژوهشی دارای محدودیت‌هایی است. پژوهش حاضر نیز از این قاعده مستثنی نیست؛ لذا از محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به شیوه نمونه‌گیری آن اشاره کرد. محدودیت شیوه نمونه‌گیری در قابلیت پایین تعمیم‌دهی آن می‌باشد. همچنین روش نیمه‌آزمایشی پژوهش حاضر سبب می‌شود تا در تعمیم یافته‌های پژوهش حاضر بسیار احتیاط شود و این محدودیت‌ها لزوم پژوهش‌های بیش‌تر در این زمینه را نشان می‌دهد.

### موازن اخلاقی

در تمام مراحل پژوهش سعی شد اصول اخلاقی مورد توجه قرار گیرد. ضمن دادن آزادی انتخاب به مادران کودکان حاضر در پژوهش و دادن اطمینان جهت رعایت اصول رازداری، سعی بر آن بود تا به حریم شخصی زندگی افراد احترام گذاشته شود.

### سپاس‌گزاری

از همه افراد مادرانی که با حضور خود در اجرای این پژوهش همکاری داشتند تشکر و قدردانی می‌شود.

### تعارض منافع

بنا بر اظهار نویسندگان، این مقاله حامی مالی و تعارض منافع ندارد.

### منابع

- رحیمی، چنگیز، سجادی، مریم، محمدی، نورالله، و خرمایی، فرهاد. (۱۳۹۳). تاثیر روش رابطه درمانی بر کاهش نشانگان در کودکان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای. *فصلنامه کودکان استثنایی*، ۱۴(۳)، ۳۱-۴۶
- فرامرزی، سالار، عابدی، احمدی، و قنبری، آمنه. (۱۳۹۱). تاثیر آموزش الگوی ارتباطی مادران بر کاهش نشانگان اختلال نافرمانی مقابله‌ای (ODD) فرزندان. *مجله پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تبریز*، ۳۴(۲)، ۷۹-۹۰
- پژوهی نیا، شیما، اسکندری، حسین، برجعلی، احمد، دلاور، علی، و معتمدی، عبدالله. (۱۳۹۸). تدوین و اعتباریابی برنامه آموزش شناخت اجتماعی و تعیین اثربخشی آن بر نشانه‌های نافرمانی مقابله‌ای در کودکان ۷ تا ۹ سال. *فصلنامه علوم اعصاب شفای خاتم*، ۸(۱)، ۱۱-۲۰
- نصرتی، مریم، نعمت‌طاوسی، محترم. (۱۳۹۹). اثربخشی بازی‌درمانگری مبتنی بر رابطه والد-کودک بر تعارض والد-کودک و خودکارآمدی والدگری مادران. *سنجش و پژوهش در مشاوره کاربردی*، ۲(۱): ۸۷-۱۰۴
- نینان، مایکل؛ درایدن، ویندی. (۱۳۹۴). *راهنمای سریع شناخت درمانی*. ترجمه زهرا اندوزف، تهران: انتشارات ارجمند. (سال انتشار اثر به زبان اصلی، ۲۰۰۶).

### References

- Gadow, K. M., Sprafkin, J. (1994). *Child Symptom Inventories manual*. Stony Brook, NY: Checkmate Plus.
- Kaplan, H., Sadock, B. (2005). *Synopsis of Psychiatry*. Tehran: Arjmand Publication.

- Barkley, A. (1997). *Defiant children: A clinician's manual for assessment and parent training*. New York, Guilford Pub.
- Szentivanyi, D., & Balazs, J. (2018). Quality of life in children and adolescents with symptoms or diagnosis of conduct disorder or oppositional defiant disorder. *Ment Health Prev*, 10: 1-8. 6.
- Folino, A. (2011). The effects of antecedent exercise on students' aggressive and disruptive behaviors: exploratory analysis of temporal effects and mechanism of action. PhD thesis. University of Toronto. Department of Human Development and Applied Psychology.
- Kim-Cohen, J., Caspi, A., Moffi, T. T., Harrington, H., Milne, B. J., & Poulton, R. (2003). Prior juvenile diagnoses in adults with mental disorder: Developmental follow-back of a prospective-longitudinal cohort. *Arch Gen Psychiatry*, 60: 709-17.
- Martel, M. M. (2019). *The Clinician's guide to oppositional defiant disorder: symptoms, assessment, and treatment*. Elsevier Science.
- Whitney, A., Brammer, B., & Steve, S. (2012). Impairment in Children With and Without ADHD: Contributions From Oppositional Defiant Disorder and Callous-Unemotional Traits. *Journal of Attention Disorders*, 16, 535-543.
- Hayes. S. C. (2004). An acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior therapy*, 35, 639-665.
- Barlow, D.H. (2002). *Anxiety and its disorders: the nature and treatment of anxiety and panic*. New York: Guilford press.
- Herbert, j. D., & Forman, E. M (Eds.). (2011). *Acceptance and mindfulness in cognitive behavior therapy* Hoboken, NJ: Wiley.
- Hayes, S. C., Levin, M., Plump, J. (2011). *Acceptance and commitment therapy and contextual behavioral science: Examining the progress of a distinctive model of behavioral and cognitive therapy*. Behavioral therapy.
- Arch .J. & Craske, M. G. (2008). An acceptance and commitment therapy and cognitive behavioral therapy for anxiety disorder: Different treatment, similar mechanisms? *Clinical Psychology: Science and Practice*, 15(4), 263-279.
- Dimidjian, S. & Dobson, K. S.(2003). Processes of change in cognitive therapy. In m. A. Reinbeck & D. A. Clark (Eds). *Cognitive therapy across the lifespan: theory, research and practice* (PP.477- 506). Cambridge, UK: Cambridge University press.
- Hayes, S. C., Strosahl, K., & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and Commitment therapy: Anexperien approachto behavior chang*. Newyork: Guil Ford press.
- Kabat - Zinn, J. (1994). *Wherever you go there you are*. NEW YORK: Hyperion.
- Hayes SC, Luoma JB, Bond FW, Masuda A, Lillis J. (2006). Acceptance and commitment therapy: model, processes and outcomes. *Behav Res Ther* 2006; 44(1): 1-25.
- Freeman, A. (2005). *Encyclopedia of cognitive behavior therapy* .New York : Springer press.

Dobson, K. (2010). Handbook of cognitive- behavior therapy. New York : Guilford press.  
Leahy, R. (2013). Contemporary cognitive therapy . New York : Guilford press

\*\*\*

### پرسشنامه علائم مرضی کودک (CSI-4)

بیشتر اوقات	اغلب	گاهی	هرگز
گروه A (الف)			
			۱- به جزئیات مطلب توجه نمی کند و یا به خاطر بی دقتی اشتباه می کند.
			۲- تمرکز و دقت روی تکالیف درسی یا فعالیت های بازی برایش مشکل است.
			۳- وقتی با او حرف می زنید بنظر می رسد گوشش با شما نیست.
			۴- پیروی از دستور کار برایش مشکل است و کارها را ناتمام رها می کند.
			۵- سازمان دادن به کارهای درسی و فعالیت های دیگر برایش مشکل است.
			۶- از انجام کارهایی که مستلزم کوشش ذهنی زیادی باشد ( مثلاً انجام تمرین های کلاسی یا تکالیف درسی در خانه ) خودداری می کند.
			۷- چیزهایی را که برای انجام کارهایش لازم دارد کم می کند.
			۸- رویدادهای دیگر به اسانی حواس و دقت او را بهم می زنند.
			۹- در کارهای رزمره خود فراموشکار است.
			۱۰- دست ها و پاهایش را تکان می دهد یا روی صندلی جنب می خورد.
			۱۱- اگر ازش بخواهید مدتی روی صندلی به حالت نشسته بماند نمی تواند.
			۱۲- حتی وقتی از او خواسته شود این کارها را نکند، این ور می دود و از در و دیوار بالا می رود.
			۱۳- ساکت نشستن و بازی کردن برایش مشکل است.
			۱۴- دائم در حال حرکت است مثل این که موتور ی در درونش قرار دارد و او را هل می دهد.
			۱۵- بیش از اندازه صحبت می کند.
			۱۶- وقتی از او سوال می کنند بیش از آن که همه سوال را بشنود جواب می دهد.
			۱۷- در فعالیت های دسته جمعی نمی تواند منتظر نوبت خود بماند.
			۱۸- حرف های دیگران را قطع می کند یا در وسط فعالیت های بچه ها ناگهانی خود را داخل می کند.
گروه B (ب)			
بیشتر اوقات	اغلب	گاهی	هرگز



- ۱- زود از جا در می رود (عصبانی می شود).
- ۲- با افراد بزرگسال بگو مگو می کند.
- ۳- وقتی ازش می خواهند کاری را انجام دهد سرپیچی می کند یا از انجام آن خودداری می نماید.
- ۴- عمدا کاری می کند که دیگران را ناراحت کند.
- ۵- به خاطر کارهای بد یا اشتباهات خود دیگران را سرزنش می کند.
- ۶- بسیار حساس و زود رنج است یا از کارهای دیگران رنجیده می شود.
- ۷- خشمگین و رنجیده است.
- ۸- خشم و عصبانیت خود را روی افراد دیگر خالی می کند از آن ها انتقام بگیرد.

هرگز گاهی اغلب بیشتر  
اوقات

گروه C (پ)

- ۹- از مدرسه جیم می شود. (در می رود).
- ۱۰- شب ها در ساعتی که نباید در خارج از خانه می ماند.
- ۱۱- برای بدست آوردن بعضی چیزها با در رفتن از قبول مسئولیت ، دروغ می گوید.
- ۱۲- به دیگران زور می گوید ، آنها را تهدید می کند یا از آنها کار می کشد.
- ۱۳- با دیگران دعوا و کنک کاری می کند.
- ۱۴- از خانه فرار کرده و شب را بیرون از خانه می ماند.
- ۱۵- وقتی دیگران متوجه نبودند چیزهایی را دزدیده است.
- ۱۶- چیزهای متعلق به دیگران را عمدا خراب کرده یا از بین برده است.
- ۱۷- عمدا چیزهایی را آتش زده یا آتش سوزی ایجاد کرده است.
- ۱۸- با استفاده از زور و خشونت جسمی چیزهایی را از دیگران ربوده است.
- ۱۹- بدون اجازه به خانه ، ماشین ، یا محل کسب دیگران وارد شده ( دستبرد زده ) است.
- ۲۰- در موقع دعوا با دیگران از سلاح هایی ( از قبیل چوب دستی ، آجر ، بطری و غیره ) استفاده نموده است.
- ۲۱- با حیوانات با بی رحمی و خشونت زیاد رفتار کرده یا می کند.
- ۲۲- با افراد دیگر با بی رحمی و خشونت زیاد رفتار کرده یا می کند.
- ۲۳- مسائل و روابط جنسی ذهنش را به خود مشغول داشته یا عملا به فعالیت های جنسی پرداخته است.

هرگز	گاهی	اغلب	بیشتر اوقات
(ت) D گروه			
<p>۲۴- بیش از حد درباره استعداد و توانایی خود در فعالیت های درسی و ورزشی یا اجتماعی نگران است.</p> <p>۲۵- نمی تواند جلوی نگرانی و غصه خوردن خود را بگیرد.</p> <p>۲۶- بی قرار و نا آرام عمل می کند ( یا بنظر می رسد).</p> <p>۲۷- در بیشتر اوقات روز ناراحت و تحریک شده به نظر می رسد.</p> <p>۲۸- بی اندازه عصبی و ناراحت است و نمی تواند به حالت استراحت یا آرامش در آید.</p>			
(ث) E گروه			
<p>۲۹- در مقابل اشیاء یا موقعیت های خاصی ( مثل حیوانات ، جاهای بلند ، رعد و برق ، حشرات و غیره ) بیش از اندازه ترس و وحشت از خود نشان می دهد.</p> <p>۳۰- قادر نیست افکار ناراحت کننده( از قبیل ترس از میکروب و بیماری یا انجام صحیح و کامل بعضی کارها را از ذهن بیرون کند.</p> <p>۳۱- احساس می کند ناچار است بعضی عادات غیرعادی را ( نظیر شستن دستها، امتحان کردن قفل در و پنجره ، تکرار بعضی کارها برای چند بار معین ) انجام دهد.</p> <p>۳۲- حادثه بی اندازه ناراحت کننده ای برایش اتفاق افتاده که هنوز هم مرتب از بابت آن رنج می برد.</p> <p>۳۳- بدون هیچگونه دلیل آشکار ، حرکات بدنی غیر عادی ( از قبیل بهم زدن پلک ها ، کج کردن صورت ، کشیدن دماغ، بهم مالیدن لب ها ، تکان دادن سر) انجام می دهد.</p> <p>۳۴- بدون این که دلیل آشکاری داشته باشد صداهایی را ( از قبیل سرفه کردن ، پاک کردن گلو ، خر خر کردن ، با صدا نفس کشیدن) در می آورد.</p>			
(ج) F گروه			
<p>۳۵- دارای افکار و اعتقادات عجیب و غریبی است که با واقعیت تطبیق نمی کنند ( مانند فکر می کند کسی در غذایش زهر ریخته ، عده ای در تعقیب او هستند و می خواهند اذیتش کنند).</p> <p>۳۶- دچار توهمات سمعی است و صداهایی را می شنود که با او حرف می زنند یا از او می خواهند کارهایی را انجام دهند.</p>			

<p>۳۷- دارای افکار و ایده‌هایی است که بی‌نهایت غیرعادی و غیر منطقی بنظر می‌رسند.</p> <p>۳۸- در مواقع غیر مناسب می‌خندد یا می‌گوید یا در موقعیت‌هایی که بیشتر افراد همسن و سال او واکنش‌های عاطفی نشان می‌دهند هیچگونه واکنش عاطفی گریه، خنده و عصبانی شدن، ترسیدن از خود نشان نمی‌دهد.</p> <p>۳۹- کارهای بسیار عجیب و غیر عادی (از قبیل اشتغال ذهنی مفرط با دوستان خیالی بصورتی غیرعادی با خود حرف زدن و ...) می‌کند.</p>
<p>هرگز گاهی اغلب بیشتر اوقات</p>
<p>(ج)G گروه</p> <p>۴۰- بیشتر اوقات روز افسرده و غمگین است.</p> <p>۴۱- به فعالیت‌های لذت بخش علاقه‌ای نشان نمی‌دهد و در جشن‌ها شرکت نمی‌کند.</p> <p>۴۲- افکار مربوط به مرگ و خودکشی مکرراً به ذهنش می‌آید.</p> <p>۴۳- احساس بی‌ارزشی یا گناهکار بودن می‌کند.</p> <p>۴۴- از سطح انرژی بدنی پایینی برخوردار است یا بدون دلیل روشنی احساس خستگی می‌کند.</p> <p>۴۵- به خودش اصلاً اعتماد ندارد یا در مقابل دیگران دچار شرم و دستپاچگی می‌شود.</p> <p>۴۶- احساس می‌کند که اوضاع و حوادث هیچوقت مطابق میل او نبوده و یا درست در نمی‌آید.</p>
<p>بلی خ یر</p>
<p>۴۷- در اشتباهات معمولی او به غذا تغییر بزرگی پیدا شده یا وزنش شدیداً تغییر کرده است ( زیر کلمه بلی یا خیر علامت بگذارید).</p> <p>۴۸- در روال خواب معمولی او تغییر چشمگیری بوجود آمده است ( به اندازه کافی خوابش نمی‌برد یا بیش از حد می‌خوابد).</p> <p>۴۹- سطح فعالیت بدنی معمولی او بشدت تغییر کرده ( بیش از اندازه فعال یا غیر فعال شده است).</p> <p>۵۰- قدرت تمرکز حواس و دقت او بسیار تغییر کرده است.</p> <p>۵۱- نمرات کلاسی یا فعالیت‌های درسی او به طور چشمگیری تنزیل یافته است.</p>
<p>هرگز گاهی اغلب بیشتر اوقات</p>
<p>(ح)H گروه</p> <p>۵۲- شیوه خاصی برای برقرار کردن ارتباط با دیگران دارد ( مثلاً از نگاه کردن به چشم دیگران پرهیز می‌کند، حرکات صورت و دست‌های غیر عادی است و</p>

(غیره)

- ۵۳- با بچه های دیگر خوب ارتباط برقرار نمی کند با ان ها بازی نمی کند.
- ۵۴- علاقه ای به دوستی با دیگران و دوست پیدا کردن ندارد.
- ۵۵- از احساسات دیگران بی اطلاع است یا به ان ها علاقه ای ندارد.
- ۵۶- از لحاظ زبان و تکلم خیلی مشکل دارد
- ۵۷- برقرار کردن ارتباط اجتماعی و کلامی مناسب برایش مشکل است.
- ۵۸- به شیوه ای عجیب و غیر عادی صحبت می کند ( مثلا گفته های دیگران را تکرار می کند ف کلماتی مثل (( من )) و ((تو)) را به جای هم بکار می برد ، از کلمات یا عباراتی غیر عادی استفاده می کند.
- ۵۹- در موقع بازی با دیگران نمی تواند نقش بازی کند یا تظاهر نماید.
- ۶۰- علاقه و اشتغال ذهنی مفراطی نسبت به یک موضوع خاص نشان می دهد.
- ۶۱- تغییرات اندک در زندگی روزمره یا محیط اطراف او را بی اندازه ناراحت می کند.
- ۶۲- حرکات بدنی تکراری و عجیبی از خود بروز می دهد ( مثلا بازوهای خود را مثل بال پرندگان بهم می زند و غیره )
- ۶۳- در مورد اجزاء خاصی از اشیاء علاقه و شوقی غیر عادی از خود نشان می دهد.

هرگز گاهی اغلب بیشتر اوقات

(خ) گروه

- ۶۴- بطور غیر عادی کمرو است و سعی می کند از تماس با افراد نا آشنا خودداری نماید.
- ۶۵- در مقابل همسن و سال های خود نیز بسیار کمرو و خجالتی است.
- ۶۶- در رابطه با اعضاء خانواده خود و افراد بزرگسال آشنا به طور کلی خونگرم و اجتماعی است.
- ۶۷- هرگاه در موقعیت اجتماعی نامطلوبی قرار داده شد ف گریه می کند ، جای خود خشک می شود، و یا از هر گونه رابطه برقرار کردن خودداری می نماید.

هرگز گاهی اغلب بیشتر اوقات

گروه (د)

- ۶۸- هر وقت قرار باشد از خانه یا والدین خود دور شود بسیار آشفته و ناراحت می شود.
- ۶۹- از اینکه مبدا به پدر و مادرش آسیبی برسد یا ان ها خانه را ترک کرده و دیگر برنگردند نگران و ناراحت است.
- ۷۰- از این که مبدا اتفاق یا حادثه ناخوشایندی ( مثلا گم شدن، ربوده شدن و

- غیره) باعث جدایی او از والدینش شود نگران و ناراحت است.)
- ۷۱- سعی می‌کند از دفتن به مدرسه خودداری نماید تا در خانه پهلوی والدینش بماند.
- ۷۲- از اینکه تنها یا با یک نفر غریبه (پرستار یا بچه نگهدار) در خانه بماند می‌ترسد.
- ۷۳- هر گاه پدر و مادر در کنارش نباشد از خوابیدن می‌ترسد
- ۷۴- در مورد امکان جدایی از والدین دچار کلبوس می‌شود.
- ۷۵- هر وقت قرار باشد از پدر و مادرش جدا شود از احساس دل‌به‌هم خوردگی و تهوع شکایت می‌کند.
- ۷۶- شب‌ها جایش را خیس می‌کند.
- ۷۷- در ساعات بیداری روز هم در زیر شلوارش ادرار یا دفع می‌کند.

هرگز گاهی اغلب بیشتر اوقات

#### گروه L (اضافی)

- ۷۸- بدون این که متوجه باشد ناخن هایش را می‌جود.
- ۷۹- به حرکات بدنی دست می‌زند که ظاهراً هدف آنها تحریک و ارضاء جنسی است (مثلاً خاراندن یا ور رفتن با آلت تناسلی، مالیدن آن قسمت از بدن به بالش یا تشک و غیره)
- ۸۰- بدون این که متوجه باشد موهای سر، ذابروها و مژه هایش را می‌کند.
- ۸۱- بدون این که دلیلی خاص داشته باشد دروغ می‌گوید.
- ۸۲- وقتی عصبانی می‌شود سر خود را به در و دیوار می‌کوبد، خود را می‌زند.
- ۸۳- علاقه دارد مثل افراد جنس مخالف خود لباس بپوشد، حرف بزند یا رفتار کند.
- ۸۴- توی خواب حرف می‌زند، می‌نالند یا زیاد تقلا می‌کند.
- ۸۵- مثل بقیه همسن و سال‌های خود به لباس و ظاهر خود توجه نمی‌کند.
- ۸۶- کارهای مربوط به خود را (از قبیل جمع کردن اطاقو وسایل درسی) با اکراه و دعوا انجام می‌دهد.
- ۸۷- دست و پا چلفتی است و زیاد تصادف می‌کند یا چیزها را می‌شکند.
- ۸۸- عاشق تلویزیون یا ویدئو است او بیشتر اوقات خود را به تماشای تلویزیون اختصاص می‌دهد.
- ۸۹- در خانه که هست بیشتر وقتش را در اطاق خود می‌گذراند و با بقیه اهل خانه صحبت و معاشرت نمی‌کند.
- ۹۰- از انجام وظایف متناسب با سنش در خارج از خانه (مثلاً تاخری، تنها به مدرسه رفتن) عاجز است.
- ۹۱- نسبت به خواهر و برادرهای دیگر خود شدیداً حساسیت و حسادت نشان می‌دهد.
- ۹۲- در مقابل پدر و مادر خود با تمرد و بی‌ادبی عمل می‌کند.

## Comparing the effectiveness of treatment based on acceptance and commitment and cognitive-behavioral therapy on the symptoms of oppositional defiant disorder in children

Samira. Oladian<sup>1</sup>

### Abstract

**Aim:** This study aimed to determine the effectiveness of acceptance and commitment-based therapy compared to the effectiveness of cognitive-behavioral therapy on the symptoms of the oppositional defiant disorder in children. **Method:** The present study was quasi-experimental with a pre-test, post-test, and follow-up design with an experimental and control group. In this research, the statistical population consisted of children who were referred to the education counseling center in Mazandaran in the academic year 2018-2019. A random sampling method was used for sampling, and 30 children were selected, and 10 children were randomly assigned to the experimental group of treatment based on acceptance and commitment, 10 children to the experimental group of cognitive-behavioral therapy, and 10 children to the control group. The first experimental group of Hayes' (2004) acceptance and commitment-based treatment protocol and the second experimental group of Moore and Garland's (2003) cognitive-behavioral therapy protocol received eight 60-minute sessions. All three groups were evaluated in the pre-test, post-test and follow-up stages using the Child Symptom Inventory (CSI-4). Statistical data were analyzed using analysis of variance with repeated measures. **Results:** The findings indicate that the treatment based on acceptance and commitment and cognitive-behavioral therapy significantly reduced the symptoms of the oppositional defiant disorder in the experimental groups ( $F=61.46$ ,  $P=0.001$ ). The results of variance analysis with repeated measurements show that therapeutic interventions caused this reduction. Also, the effects of the interventions were stable in the follow-up phase ( $P=0.05$ ). In addition, the comparison of the effectiveness of the two approaches showed no significant difference in their effect on the symptoms of oppositional disobedience. **Conclusion:** It can be concluded that treatment based on acceptance and commitment and cognitive-behavioral therapy can reduce children oppositional defiant disorder symptoms. Therefore, therapists and counselors who work in the field of children can use these two therapeutic approaches to reduce the symptoms of the oppositional defiant disorder in children. **Keywords:** *acceptance and commitment, cognitive-behavioral, confrontational disobedience syndrome*

---

1. M.A of General Psychology, Islamic Azad University, Vali-Abad Branch, Tonkabon, Mazandaran, Iran  
Email: samira.oladian1399@gmail.com