



Effectiveness of Acceptance and Commitment (ACT) Therapy on Behavioral Inhibition and Cognitive-behavioral Avoidance of Women with Generalized Anxiety Disorder

Laya Haji Eqharari ¹, Fatemeh Asadi ², Samina Javazi ^{1,*}, Tanaz Atef Vahid ³

¹ MSc Clinical Psychology, Department of Clinical Psychology, Faculty of Humanities and Education, Tabriz University of Tabriz, Tabriz, East Azarbaijan, Iran

² Master's Degree in Counseling and Guidance, Islamic Azad University, Science Research Branch, Tehran, Iran

³ MSc Clinical Psychology, Department of Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Islamic Azad University, Kish Branch, Hormozgan, Iran

* **Corresponding author:** Samina Javaazi, MSc Clinical Psychology, Department of Clinical Psychology, Faculty of Humanities and Education, Tabriz University of Tabriz, Tabriz, East Azarbaijan, Iran. E-mail: Samina.javazi@gmail.com

Received: 20 May 2018

Accepted: 18 Jun 2018

Abstract

Introduction: Many people with generalized anxiety disorder have emotional schemas that are experiencing negative thoughts such as rumination, inhibition, cognitive avoidance of excitement and persistence of anxiety. The aim of this study was to evaluate the efficacy of acceptance and commitment therapy on behavioral inhibition and cognitive behavioral avoidance in women with generalized anxiety disorder.

Methods: This study was a quasi-experimental design with pretest design of post-test and control group. The statistical population of this study was all women with generalized anxiety disorder referring to counseling and psychology services centers in district 4 in Tehran during the period of December 2017 to May 2018, which included 32 people with generalized anxiety disorder who referred to the above centers. The goal-based sampling method was selected and tested in two groups of 16 people. Data were collected by using behavioral inhibition and cognitive-behavioral avoidance measures questionnaire and analyzed by SPSS v.22 analysis using multivariate covariance analysis (MANCOVA).

Results: The results of data analysis showed that acceptance and commitment therapy had a significant effect on behavioral inhibition and cognitive-behavioral avoidance components of women with general anxiety disorder in the experimental group compared to the control group ($P < 0.001$).

Conclusions: The results of this study clearly demonstrated the effectiveness of acceptance and commitment therapy on reducing behavioral inhibition and cognitive behavioral avoidance in women with generalized anxiety disorder. According to these findings, the use of this inexpensive, simple and practical treatment can provide a basis for promoting psychological well-being, adjustment of excitement and proper function in interpersonal relationships.

Keywords: Acceptance and Commitment Therapy, Behavioral Inhibition, Cognitive-behavioral Avoidance, General Anxiety Disorder



اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر بازداری رفتاری و اجتناب شناختی رفتاری زنان دارای اختلال اضطراب فراگیر

لایا حاجی اقراری^۱، فاطمه اسدی^۲، ثمینا جوازی^{۱*}، طناز عاطف وحید^۳

^۱ کارشناسی ارشد روان شناسی بالینی، گروه روان شناسی بالینی، دانشکده علوم انسانی و تربیتی، دانشگاه آزاد تبریز، تبریز، آذربایجان شرقی، ایران

^۲ کارشناسی ارشد مشاوره و راهنمایی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم تحقیقات تهران، تهران، ایران

^۳ کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد بین المللی کیش، هرمزگان، ایران

* نویسنده مسئول: ثمینا جوازی، کارشناسی ارشد روان شناسی بالینی، گروه روان شناسی بالینی، دانشکده علوم انسانی و تربیتی، دانشگاه آزاد تبریز، تبریز، آذربایجان شرقی، ایران. ایمیل: Samina.javazi@gmail.com

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۷/۰۳/۲۸

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۷/۰۲/۳۰

چکیده

مقدمه: بسیاری از افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر دارای طرحواره‌های هیجانی هستند که به صورت افکار خودآیند منفی همچون نشخوار فکری، بازداری، اجتناب شناختی از هیجانات و تداوم نگرانی تجربه می‌شود. این مطالعه با هدف بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بازداری رفتاری و اجتناب شناختی رفتاری زنان دارای اختلال اضطراب فراگیر انجام گرفت.

روش کار: مطالعه حاضر از نوع شبه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون پس‌آزمون و گروه کنترل بود. جامعه آماری این پژوهش را کلیه زنان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره و خدمات روانشناسی منطقه ۴ شهر تهران در بازه زمانی آذرماه ۱۳۹۶ تا اردیبهشت ۱۳۹۷ تشکیل دادند که تعداد ۳۲ نفر از افراد دارای تشخیص اختلال اضطراب فراگیر مراجعه‌کننده به مراکز فوق به روش نمونه‌گیری مبتنی بر هدف انتخاب شده و در دو گروه ۱۶ نفره آزمایش و کنترل قرار گرفتند. داده‌های پژوهش با استفاده از پرسشنامه‌های سنجش بازداری رفتاری و اجتناب شناختی رفتاری گردآوری شده و به وسیله روش آماری تحلیل کواریانس چند متغیره (مانکوا) و به کمک نرم افزار تحلیل داده SPSS v.22 تجزیه و تحلیل شد.

یافته‌ها: نتایج حاصل از تحلیل داده‌ها نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد تأثیر معناداری را بر بازداری رفتاری و مولفه‌های اجتناب شناختی رفتاری زنان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل داشته است ($P < 0/001$).

نتیجه گیری: نتایج این مطالعه به روشنی بیانگر اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش بازداری رفتاری و اجتناب شناختی رفتاری زنان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر بود. با توجه به این یافته‌ها، استفاده از این درمان ارزان قیمت، ساده و کاربردی می‌تواند زمینه ارتقا بهزیستی روان‌شناختی، تنظیم هیجان و عملکرد مناسب در روابط بین فردی را فراهم سازد.

واژگان کلیدی: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، بازداری رفتاری، اجتناب شناختی رفتاری، اختلال اضطراب فراگیر

تمامی حقوق نشر برای انجمن علمی پرستاری ایران محفوظ است.

مقدمه

از جمله شایع‌ترین اختلالات اضطرابی سنین بزرگسالی می‌توان اختلال اضطراب فراگیر را نام برد [۱]. طبق تعریفی که در پنجمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی ارائه شده است، اضطراب فراگیر، تحت عنوان اضطراب و نگرانی شدید در مورد چندین رویداد یا فعالیت همزمان بوده که با نشانه‌های جسمانی همچون تنش عضلانی، تحریک پذیری، مشکلات در خواب و ناآرامی همراه شده و به مدت حداقل شش

ماه تداوم داشته باشد، به طوری که کنترل و مهار آن برای فرد مشکل می‌گردد [۲]. اختلال اضطراب فراگیر، از جمله اختلالات اساسی در آسیب شناسی روانی بوده و نشانگان و علائم آن را می‌توان بازتاب دهنده فرایندهای اصلی موجود در تمامی اختلالات هیجانی دانست. مبتلایان به این نوع از اختلال نگرانی مداومی در رابطه با موضوعات روزمره زندگی داشته و به صورتی پایدار در مورد همه چیز دل نگران هستند،

بررسی‌های صورت گرفته نشان دهنده آن هستند که بسیاری از افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر دارای طرحواره های هیجانی خاصی هستند که به صورت افکار خودآیند منفی همچون نشخوار فکری، بازداری، اجتناب شناختی از هیجانات و تداوم نگرانی تجربه می‌شود [۱۶]. به طوری که رحیمیان بوگر و همکاران [۱۶] در مطالعه خویش نشان دادند که اجتناب شناختی رفتاری، نظام شناختی عاطفی معیوب و خود طرحواره منفی در میان مبتلایان به اختلال اضطراب فراگیر بیشتر از همتایان غیر مبتلا بوده و همین عوامل زمینه ساز افزایش نگرانی در بیماران می‌گردد. اجتناب شناختی رفتاری به عنوان یکی از عوامل مهم و مؤثر در شروع، تشدید و تداوم اختلال اضطراب فراگیر شناخته می‌شود [۱۷]. اجتناب به رهایی از شخص، عمل یا شی اشاره دارد که به طور موقت موجب کاهش اضطراب در فرد گردیده، اما در بلند مدت موجب حفظ و افزایش اضطراب می‌شود [۱۸]. این سازه به عنوان یک راهبرد مقابله‌ای است که بیانگر تلاش شناختی، رفتاری و عاطفی فرد برای مدیریت وضعیت درونی و بیرونی خاص بوده [۱۹]. مانع از ارائه پاسخ مؤثر افراد به محرک‌های هیجان‌زا شده و فرد را در مدیریت هیجان‌های خود تضعیف می‌کند، از این روی به عنوان یک عامل راهبردی و کارآمد شناخته نمی‌شود [۱۵]. همچنین اجتناب از بروز هیجانات منجر به رفتارهای ناسازگارانه گردیده و افراد مبتلا به اضطراب فراگیر در تلاش برای جلوگیری از پاسخ‌ها، پریشانی بیشتری را تجربه نموده و این امر منجر به تداوم اجتناب شناختی رفتاری و ضعف بیشتر در کیفیت زندگی بیمار می‌گردد [۲۰]. رویکردهای مختلفی به منظور بهبود متغیرهای روانی بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر به کار گرفته شده و در این میان نیز طیفی از درمان‌ها همواره با موانعی رو به رو شده‌اند و اثربخشی آنها بر سلامت روان این گروه از بیماران بدست نیامده است [۲۱]. در همین راستا Fisher (۲۰۰۷) نشان داد که درمان شناختی رفتاری گزینه اول درمان برای اختلال اضطراب فراگیر در نظر گرفته شده، اما نتایج پژوهش‌های اخیر بیانگر آن هستند که اگرچه رویکرد شناختی به عنوان یک درمان سودمند برای اختلال اضطراب فراگیر شناخته می‌شوند، اما نیمی از بیماران در بلند مدت بازگشت علائم و ایجاد مجدد مشکلات ناشی از بیماری را گزارش می‌کنند [۲۲]. مطالعات چندی نیز به بررسی اثربخشی این درمان بر بازداری رفتاری و اجتناب شناختی رفتاری در گروه‌های مختلف پرداخته‌اند [۲۳-۳۰]. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد یکی از انواع مداخلات درمانی با رویکردی نوین است که به عنوان جایگزین برای درمان شناختی رفتاری کلاسیک مطرح شده است [۲۲]. هدف این درمان برخلاف رویکردهای کلاسیک رفتاردرمانی شناختی که در صدد تغییر شکل افکار و احساسات آزار دهنده هستند، کاهش اجتناب و تقویت انعطاف پذیری روانشناختی بیماران است. به طوری که وقتی بیمار به این اهداف دست یابد به جای اجتناب از رخدادهای ناخواسته، انرژی خود را صرف ارزش‌ها و بهبود کیفیت زندگی خویش خواهد کرد [۳۱]. این درمان در برگزیده مواردی همچون استعاره و مهارت‌های توجه آگاهی بوده و در آن طیف وسیعی از تمرین تجربی و مداخلات رفتاری هدایت شده با در نظر گرفتن ارزش‌های مراجع به کار برده می‌شود [۳۲]. در طی این درمان بیمار آموزش می‌بیند که اجتناب از افکار آزار دهنده بی‌تأثیر است و حتی اثر عکس داشته و منجر به تقویت این افکار می‌شود و بهتر آن است که سعی کند آنها را بپذیرد.

به طوری که این نگرانی موجب دشواری در تغییر توجه از یک موضوع به موضوع دیگری شده و زمینه‌ساز مشکلات متعددی در عملکرد آن‌ها می‌گردد [۳]. بررسی‌های همه‌گیر شناسی بیانگر آن هستند که این اختلال در زنان دو برابر مردان شیوع داشته و نرخ شیوع آن برابر با ۱/۵ تا ۳ درصد و شیوع طول عمر آن نیز برابر با ۴ تا ۷ درصد از اختلال‌های روانی بدست آمده است. شیوع این اختلال قبل از دوره نوجوانی بسیار نادر بوده و متوسط سنی شروع آن ۳۰ سال می‌باشد، همچنین مطالعات همه‌گیرشناسی نشان می‌دهند که شیوع این اختلال در میانه عمر به اوج می‌رسد و در بعدی رو به کاهش می‌گذارد [۲]. در ایران نیز اختلال اضطراب فراگیر به عنوان یکی از شایع‌ترین اختلال‌های روانی شناخته شده [۴] و شیوع یکساله آن در میان جمعیت ۶۵-۱۸ ساله ۵/۲ درصد بدست آمده است [۵]. همچنین سیر طبیعی اختلال اضطراب فراگیر مزمن و نوسان‌دار بوده و در صورت عدم درمان پیش‌آگهی ضعیفی را برای فرد مبتلا در پی خواهد داشت [۶]. در تبیین آسیب شناسی اختلالات اضطرابی و به خصوص اختلال اضطراب فراگیر، یکی از نظریاتی که از بعد زیستی و ماهیتی به توصیف این اختلال پرداخته، نظریه سیستم‌های مغزی رفتاری می‌باشد. این نظریه که توسط Gray & McNaughton (۲۰۰۰) ارائه شده است، به تفاوت‌های شخصیتی افراد، که ناشی از تفاوت در سیستم پاسخ دهی آنها به پاداش است اشاره می‌کند. این پژوهشگران سه سیستم مغزی رفتاری متفاوت ارائه داده‌اند که عبارت است از: سیستم بازداری رفتاری، سیستم فعال‌ساز رفتاری و سیستم جنگ و گریز [۷]. این سه سیستم در عین استقلال از یکدیگر، با هم ارتباط داشته [۸] و نظام فعال‌ساز رفتاری با صفاتی همچون تکانش‌گری، برون‌گرایی و عواطف مثبت و نظام بازداری رفتاری با اضطراب، روان‌رنجوری و عواطف منفی رابطه دارد [۹]. پژوهش‌ها نیز بیانگر آن هستند که به هنگام وقوع رخداد، نظام فعال‌ساز رفتاری منجر به بازداری رفتار فرد گردیده و ضمن فعال شدن در رویارویی با اهداف متعارض، رفتارهای اجتنابی و پاسخ‌های اضطرابی را فرا می‌خواند [۱۰]. پژوهش‌های انجام گرفته بازداری رفتاری را به عنوان عاملی سرشتی و آسیب پذیر برای وقوع اضطراب معرفی کرده‌اند [۱۱] که به عنوان الگویی ثابت از رفتار و پاسخ‌های هیجانی نسبت به موقعیت‌های ناآشنا و افراد غریبه قلمداد می‌گردد. افراد دارای سطح بالای بازداری نسبت به اشیاء موقعیت‌های جدید محتاطانه اقدام نموده و اغلب از مواجهه با افراد ناآشنا خجالتی رفتار می‌کنند [۱۲]. بازداری رفتاری در طیف مبتلایان به اختلالات اضطرابی بیشتر بوده و به عنوان یکی از پیش بین‌های شدت اختلال اضطراب فراگیر شناخته می‌شود، به طوری که داوودی و همکاران (۱۳۹۳) [۱۳] در پژوهشی نشان دادند که دشواری در شناسایی احساسات، تنظیم شناختی غیر انطباقی، آمیختگی فکر و عمل و بازداری رفتاری به ترتیب پیش‌بینی‌های مناسبی را برای اختلال اضطراب فراگیر به دست می‌دهند. علیزاده و همکاران (۱۳۹۴) [۱۴] نیز نشان دادند که سیستم بازداری رفتاری، راهبردهای منفی تنظیم شناختی هیجان و عدم تحمل بلا تکلیفی با نگرانی رابطه مثبت و معنادار داشته و رابطه راهبردهای مثبت تنظیم شناختی هیجان با نگرانی منفی و معنادار می‌باشد. همراستا با متغیر بازداری رفتاری، در پدید آیی و پیش‌آگهی اختلال اضطراب فراگیر، عوامل دیگری نیز دخیل هستند که از جمله آنها اجتناب شناختی رفتاری بیماران می‌باشد [۱۵].

همسانی درونی آلفای کرونباخ و روش بازآزمایی استفاده شد. ضریب آلفای کرونباخ پرسش نامه AMBI و RMBI به ترتیب برابر با ۰/۷۵ و ۰/۷۸ و ضریب پایایی مقیاس‌ها نیز به روش بازآزمایی با فواصل زمانی ۴ هفته‌ای به ترتیب ۰/۸۲ و ۰/۷۳ به دست آمد.

۲. مقیاس اجتناب شناختی رفتاری (Cognitive Behavioral Avoidance Scale) توسط Ottenbreit & Dobson (۲۰۰۴) ساخته شده و دارای ۳۱ گویه است [۱۸]. این پرسشنامه در یک طیف لیکرت ۱ (اصلاً صحیح نیست) تا ۵ (کاملاً در مورد من صحیح است) نمره گذاری می‌شود و دامنه نمرات بین ۳۱ تا ۱۵۵ می‌باشد که نمرات بالاتر نشان دهنده اجتناب شناختی رفتاری بالاتری است. این پرسشنامه چهار عامل را مورد سنجش قرار می‌دهد که عبارتند از اجتناب از رفتار اجتماعی (شامل گویه‌های ۱، ۸، ۱۴، ۱۵، ۱۷، ۲۱، ۲۳ و ۲۴)، اجتناب از شناخت فردی (شامل گویه‌های ۲، ۴، ۵، ۷، ۱۸ و ۲۵)، اجتناب از شناخت اجتماعی (۱۰ شامل گویه‌های ۱۶، ۲۰، ۲۲، ۲۶، ۲۷ و ۲۸) و اجتناب از رفتار فردی (شامل گویه‌های ۱۰، ۱۶، ۲۰، ۲۲، ۲۶، ۲۷ و ۲۸) که مجموع این نمرات به عنوان اجتناب شناختی رفتاری شناخته می‌شود [۲۵].

بررسی‌های صورت گرفته نشان دهنده همبستگی بالای بین خرده مقیاس‌ها و نمره کل این پرسشنامه هستند (۰/۷۹ تا ۰/۸۰). همچنین ضریب آلفای کرونباخ بدست آمده برای عوامل چهارگانه این مقیاس به ترتیب ۰/۸۶، ۰/۸۰، ۰/۷۸ و ۰/۷۵ و برای نمره کل مقیاس ۰/۹۱ می‌باشد. ضریب پایایی آزمون-بازآزمون بدست آمده برای کل مقیاس نیز ۰/۹۲ بدست آمد که نشان دهنده پایایی بالای آزمون می‌باشد [۱۸]. در نسخه فارسی این مقیاس نیز عطایی و همکاران (۱۳۹۲) همسانی درونی برای خرده مقیاس‌های اجتناب اجتماعی و فردی را به ترتیب ۰/۸۴ و ۰/۸۹ به دست آوردند [۱۵].

روش گردآوری داده‌های پژوهش نیز به این صورت بود که پس از انتخاب نمونه براساس معیارهای ورود (شامل: تشخیص اختلال اضطراب فراگیر بر مبنای پرونده و سابقه بیماری افراد د کلینیک‌ها و مراکز مشاوره، قرار داشتن در محدوده سنی بین ۲۰ الی ۵۰ سال، سابقه حداقل ۶ ماه از بیماری و تکمیل فرم رضایت آگاهانه شرکت در پژوهش) و ملاک‌های خروج (شامل: داشتن هرگونه بیماری پزشکی و روانپزشکی دیگر هنگام اجرای مداخله و عدم رضایت آگاهانه شرکت در پژوهش) و پس از کسب مجوزهای لازم با مراجعه به مراکز درمانی از بین افرادی که ملاک‌های ورود در مورد آن‌ها صدق می‌کرد ۳۰ نفر به صورت هدفمند انتخاب شده و به طور تصادفی در دو گروه آزمایشی و گروه کنترل گمارده شدند. سپس برای آزمودنی‌ها در مورد منطق درمان و هدف پژوهشی درمان توضیحاتی داده شد و فرم رضایت‌نامه درمان توسط آنان تکمیل گشت.

در گام بعد که همان پیش‌آزمون بود، پرسشنامه‌ها به منظور اندازه‌گیری متغیرهای وابسته اجرا گردیده و پس از این مرحله با آزمودنی‌های گروه آزمایشی به منظور شرکت در جلسات درمانی قراردادی بسته شده و ۸ جلسه درمان هفته‌ای یک‌بار و به مدت ۹۰ دقیقه توسط پژوهشگران اجرا شد.

پس اتمام جلسات درمانی آزمودنی‌های هر دو گروه مجدداً از لحاظ متغیرهای وابسته به عنوان پس‌آزمون مورد بررسی قرار گرفتند. طرح درمان این مطالعه یک الگوی درمانی براساس پژوهش بهروز و همکاران

در مراحل بعدی درمان، به فرد کمک می‌شود تا به آگاهی روانی در زمان حال و اکنون دست یافته و در مورد حالات روانی، جسمانی، افکار، احساسات و رفتار خود در زمان حال به آگاهی کامل دست یابد. در مراحل بعدی درمان شناختی رفتاری، تاکید بر جداسازی شناختی، کاهش تمرکز بر داستان زندگی ذهنی فرد و شناسایی ارزش‌های شخصی تمرکز می‌گردد و این یعنی فرد بتواند خود را از تجارب ذهنی جدا سازد [۳۳]. با در نظر داشتن اهمیت مداخله و درمان اختلال اضطراب فراگیر و لحاظ نمودن این نکته که تاکنون مطالعه‌ای که به اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بازدارندگی رفتاری و نظام شناختی عاطفی زنان دارای اختلال اضطراب فراگیر پرداخته و در فضای علمی کشور فراگیر شده باشد یافت نشد، این پژوهش به بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بازدارندگی رفتاری و نظام شناختی عاطفی زنان دارای اختلال اضطراب فراگیر پرداخت.

روش کار

مطالعه حاضر از نوع مطالعات شبه آزمایشی (طرح پیش‌آزمون پس‌آزمون با گروه کنترل) بود. جامعه آماری این پژوهش را کلیه زنان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره و خدمات روانشناسی تهران در بازه زمانی آذرماه ۱۳۹۶ تا اردیبهشت ۱۳۹۷ تشکیل دادند که پس از بررسی‌های لازم ابتدا تعداد ۴۵ نفر از افراد دارای تشخیص اختلال اضطراب فراگیر مراجعه‌کننده به مراکز فوق به روش نمونه‌گیری مبتنی بر هدف انتخاب شده و پس از تعیین معیارهای ورود و خروج و جلب رضایت آگاهانه شرکت در پژوهش تعداد ۳۲ نفر در دو گروه ۱۶ نفره آزمایش و کنترل انتخاب شدند. داده‌های پژوهش با استفاده از پرسشنامه‌های سنجش بازدارندگی رفتاری و اجتناب شناختی رفتاری گردآوری شده و به منظور تحلیل داده‌ها پس از تأیید مفروضه‌ها از جمله فاصله‌ای بودن، خطی بودن، نرمال بودن واریانس‌ها (آزمون کولموگوروف اسمیرنف)، از روش تحلیل کواریانس استفاده شده و داده‌ها به کمک نرم افزار تحلیل آماری SPSS v.22 تجزیه و تحلیل شد.

۱. مقیاس بازدارندگی رفتاری که توسط Gladstone & Parker (۲۰۰۵) ساخته شده در برگیرنده مقیاس بازدارندگی رفتاری گذشته نگر (Retrospective Measure of Behavioural Inhibition) و مقیاس بازدارندگی رفتاری بزرگسالان (Adult Measure of Behavioural Inhibition) می‌باشد [۱۱] که در این مطالعه از مقیاس بازدارندگی رفتاری بزرگسالان استفاده شد. مقیاس بازدارندگی رفتاری بزرگسالان دارای ۱۶ گویه می‌باشد که به منظور اندازه‌گیری گزارش ذهنی از صفت بازدارندگی فعلی فرد تهیه گردیده است. مطالعات صورت گرفته بیانگر آن هستند که ضریب پایایی بدست آمده برای نمره کل مقیاس بازدارندگی رفتاری بزرگسالان ۰/۸۷ گزارش شده است. همچنین ضریب بدست آمده از روش بازآزمایی با میانگین فاصله زمانی ۱۸ هفته نیز ۰/۸۶ گزارش است [۱۳].

در پژوهش محمدی [۳۴] نیز همسانی درونی و پایایی بازآزمایی این پرسشنامه با فاصله زمانی دو هفته در مقیاس بازدارندگی رفتاری بزرگسالان به ترتیب ۰/۷۸ و ۰/۷۸ و مقیاس بازدارندگی رفتاری گذشته‌نگر مقیاس برای ۰/۷۴ و ۰/۷۱ گزارش داده است. در مطالعه داوودی و همکاران [۱۳] نیز به منظور بررسی پایایی پرسش نامه از ضریب

شرح مختصری از محتوا و ساختار جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در **جدول ۱** گزارش شده است.

[۳۶] بود که در قالب ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای، در هفته یک روز و توسط درمانگران اجرا گردید.

جدول ۱: خلاصه محتوای جلسات درمانی

جلسه	محتوای برنامه درمانی	جلسه	محتوای برنامه درمانی
۱	معرفی درمانگر، آشنایی اعضای گروه با یکدیگر و برقراری رابطه درمانی؛ معرفی درمان و ساختار جلسات؛ ارائه اطلاعات درباره اختلال اختلالات اضطرابی و انواع آن	۵	نشان دادن جدایی بین خود، تجربیات درونی و رفتار؛ مشاهده خود به عنوان زمینه؛ تضعیف خود مفهومی و بیان خود، توضیح مفاهیم نقش و زمینه، مشاهده خویشتن به عنوان یک بستر و برقراری تماس با خود با استفاده از تمثیل
۲	ارزیابی میزان تمایل فرد برای تغییر؛ بررسی ایجاد درماندگی خلاق	۶	شناسایی ارزش‌های زندگی بیمار و تمرکز بر این ارزش‌ها استفاده از تکنیک‌های ذهن آگاهی
۳	تشخیص راهبردهای ناکارآمد کنترل‌گری و پی بردن به بهبودی آن‌ها؛ توضیح دادن مفهوم پذیرش و تفاوت آن با مفاهیم شکست، یأس، انکار، مقاومت	۷	بررسی ارزش‌های هر یک از افراد و تعمیق مفاهیم قبلی؛ تفاوت بین ارزش‌ها
۴	معرفی و تفهیم آمیختگی به خود مفهوم سازی شده و گسلش؛ کاربرد تکنیک‌های گسلش شناختی؛ مداخله در عملکرد زنجیره‌های مشکل‌ساز زبان، تضعیف ائتلاف خود با افکار و عواطف	۸	درک ماهیت تمایل و تعهد، شناسایی طرح‌های رفتاری مطابق با ارزش‌ها و ایجاد تعهد برای عمل به آن‌ها؛ درباره مفهوم عود و آمادگی برای مقابله با آن نکاتی بیان شد

یافته‌ها

دارای تحصیلات کارشناسی (۷۶٪)، دیپلم (۱۸٪) و کارشناسی ارشد (۶٪) بودند. **جدول ۱** اطلاعات یافته‌های توصیفی (میانگین و انحراف استاندارد) متغیرهای پژوهش در دو سطح اندازه‌گیری پیش‌آزمون و پس‌آزمون را نشان داده شده است.

نتایج حاصل از تحلیل توصیفی شاخص‌های دموگرافیک نشان دهنده آن بود که آزمودنی‌های پژوهش در دامنه سنی ۲۴-۴۲ با میانگین و انحراف معیار $29/14 \pm 2/44$ برای گروه آزمایش و $29/14 \pm 2/21$ برای گروه کنترل بود. هر دو گروه را زنان شاغل تشکیل می‌دادند که

جدول ۲: یافته‌ها توصیفی بدست آمده از متغیرهای بازداري رفتاری و اجتناب شناختی رفتاری دو گروه آزمایش و کنترل

متغیر مؤلفه	گروه آزمایش		گروه کنترل
	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پس‌آزمون
	میانگین (انحراف استاندارد)	میانگین (انحراف استاندارد)	میانگین (انحراف استاندارد)
بازداری رفتاری	۴۹/۸۷ (۸/۱۳)	۳۲/۸۰ (۷/۵۲)	۴۸/۲۷ (۷/۶۱)
بازداری رفتاری			
اجتناب شناختی رفتاری	۳۹/۷۳ (۴/۹۹)	۲۷/۰۰ (۴/۹۸)	۴۰/۸۰ (۳/۴۸)
اجتناب اجتماعی رفتاری	۲۴/۸۰ (۳/۱۸)	۱۹/۵۳ (۲/۲۰)	۲۵/۴۷ (۲/۷۴)
اجتناب شناختی	۲۳/۵۳ (۲/۲۳)	۱۶/۶۰ (۳/۱۱)	۲۵/۱۳ (۳/۴۶)
اجتناب اجتماعی شناختی	۲۶/۶۷ (۱/۵۸)	۱۸/۸۰ (۲/۴۲)	۲۷/۰۷ (۱/۸۳)
اجتناب رفتاری	۱۱۴/۷۳ (۷/۷۵)	۸۱/۹۳ (۵/۸۲)	۱۱۸/۴۶ (۵/۴۸)
نمره کل اجتناب شناختی رفتاری			

نمرات آزمون‌ها استفاده نمود که خلاصه نتایج آن در **جدول ۳** آمده است.

داده‌های بدست آمده از پژوهش با استفاده از تحلیل کواریانس چند متغیره مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت، نتایج حاصل از آزمون لامبدای ویلکز ($F = 24/56, P < 0/01$) نشان داد که بین دو گروه حداقل در یکی از متغیرهای وابسته تفاوت معنی داری وجود دارد. بدین معنا که با در نظر داشتن پیش‌آزمون، بین پس‌آزمون گروه‌ها تفاوت وجود دارد که نشان از اثربخشی برنامه درمانی حداقل بر یکی از متغیرهای وابسته است. یافته‌های حاصل از **جدول ۳** نیز نشان دهنده آن است که بین میانگین نمرات حاصل از متغیر بازداري رفتاری ($P < 0/05, F = 6/751$) و مولفه‌های اجتناب اجتماعی رفتاری ($P < 0/01, F = 49/779$)، اجتناب شناختی ($P < 0/01, F = 14/16$)، اجتناب اجتماعی شناختی ($P < 0/01, F = 38/21$)، اجتناب رفتاری ($P < 0/01, F = 68/974$) و نمره کل اجتناب شناختی رفتاری ($P < 0/01, F = 118/781$) در دو گروه آزمایش و کنترل تفاوت معناداری وجود داشته و میانگین مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون در گروه از لحاظ

نتایج حاصل از یافته‌های توصیفی نشان دهنده تغییرات نمرات متغیرهای بازداري رفتاری و مولفه‌های اجتناب شناختی رفتاری آزمودنی‌های گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل در مرحله پس‌آزمون بود که این تغییر نشان از کاهش نمرات داشته است.

به منظور نشان دادن معنی‌داری تفاوت بین نمرات حاصل از پس‌آزمون و همچنین تعدیل اثر پیش‌آزمون دو گروه آزمایش و کنترل از تحلیل کواریانس چند متغیره (مانکوا) استفاده شد. در گام نخست به منظور بررسی پیش‌فرض‌های تحلیل کواریانس چند متغیره، جهت بررسی طبیعی بودن توزیع متغیرهای پژوهش از آزمون شاپیرو ویلک استفاده گردید و نتایج حاصله مورد تأیید گرفت ($P > 0/05$).

آزمون ام‌باکس نیز فرض همگنی ماتریس‌های واریانس و کواریانس را تأیید کرد ($P = 0/25$)، مفروضه همگنی واریانس‌ها نیز با استفاده از آزمون لون مورد بررسی قرار گرفته و تأیید شد ($P > 0/05$) نتایج بررسی همگنی شیب رگرسیون نیز از معنادار نبودن تعامل شرایط و پیش‌آزمون حمایت می‌کند، لذا پیش‌فرض‌های تحلیل کواریانس برقرار بوده و می‌توان از تحلیل کواریانس چند متغیره برای تحلیل

آزمون آماری تحلیل کوواریانس است، نشان می‌دهد که بین ۰/۲۰ تا ۰/۸۱ این تغییرات ناشی از اعمال متغیر مستقل یا همان درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌باشد.

آماري معنادار می‌باشد و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد موجب کاهش نمرات ابعاد مذکور گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون شده است؛ از این روی می‌توان نتیجه گرفت که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بازداری رفتاری و اجتناب شناختی رفتاری زنان دارای اختلال اضطراب فراگیر اثرگذار بوده است. همچنین مجذور اتا که اندازه اثر اصلی در

جدول ۳: خلاصه نتایج تفاوت‌های بین گروهی برای متغیرهای بازداری رفتاری و اجتناب شناختی رفتاری

مؤلفه‌ها	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	مجذور اتا
بازداری رفتاری	۷۴۹/۹۸۱	۱/۲۷	۷۴۹/۹۸۱	۶/۷۵۱	۰/۰۱۵	۰/۲۰۰
اجتناب اجتماعی رفتاری	۹۷۷/۶۸۸	۱/۲۷	۹۷۷/۶۸۸	۴۶/۷۷۹	۰/۰۰۱	۰/۶۳۴
اجتناب شناختی	۸۸/۵۳۳	۱/۲۷	۸۸/۵۳۳	۱۴/۱۶۰	۰/۰۰۱	۰/۳۴۴
اجتناب اجتماعی شناختی	۴۱۳/۵۱۸	۱/۲۷	۴۱۳/۵۱۸	۳۸/۲۱۶	۰/۰۰۱	۰/۵۸۶
اجتناب رفتاری	۴۲۹/۶۷۹	۱/۲۷	۴۲۹/۶۷۹	۶۸/۹۷۴	۰/۰۰۱	۰/۷۱۹
نمره کل اجتناب شناختی رفتاری	۶۶۸۱/۶۰۴	۱/۲۷	۶۶۸۱/۶۰۴	۱۱۸/۷۸۱	۰/۰۰۱	۰/۸۱۵

بحث

هدف از این پژوهش بررسی تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بازداری رفتاری و اجتناب شناختی رفتاری زنان دارای اختلال اضطراب فراگیر بود. یافته‌های به دست آمده از تجزیه و تحلیل داده‌ها نشان داد که با کنترل پیش‌آزمون بین زنان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر گروه آزمایش و گروه کنترل از لحاظ بازداری رفتاری و اجتناب شناختی رفتاری تفاوت معناداری وجود دارد. در بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بازداری رفتاری و اجتناب شناختی رفتاری ت با توجه به میانگین بازداری رفتاری و اجتناب شناختی رفتاری گروه آزمایش نسبت به میانگین گروه کنترل نشان داده شد که این درمان موجب کاهش بازداری رفتاری و مؤلفه‌های اجتناب شناختی رفتاری در گروه آزمایش شده است. این یافته با نتایج پژوهش‌های میرزا حسینی و همکاران (۱۳۹۵)؛ زارع (۱۳۹۶)؛ ذوالفقاری و همکاران (۱۳۹۶)؛ عباسی و همکاران (۱۳۹۵)؛ برادران و همکاران (۱۳۹۵)؛ خدابخش پیرکلانی و همکاران (۱۳۹۲)؛ Davies و همکاران (۲۰۱۵) همسو می‌باشد [۲۹-۲۳].

درمان‌های نوین روانشناسی که به عنوان درمان‌های موج سوم روان‌درمانی شناخته می‌شوند به نقش منابع روانشناختی افراد در مواجهه با رویدادهای پر فشار تاکید نموده و براین عقیده هستند که این منابع می‌توانند تدابیر درمانی لازم برای بهبود افراد تحت فشار را فراهم سازند [۲۵]. از جمله درمان‌های مطرح موج سوم می‌توان درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را نام برد که بر مبنای نظریه زمینه‌گرایی کارکردی می‌باشد. طبق این نظریه هیچ یک از افکار، خاطرات و احساسات به ذات مشکل‌زا نبوده و کاملاً مشروط و وابسته به زمینه‌ای که اتفاق در آن افتاده است می‌باشند. در بافت‌های که اجتناب و بازداری به عنوان دو کارکرد مهم به حساب می‌آید، افکار، احساسات و خاطرات کارکردی آسیب‌زا به خود می‌گیرند، در حالی که در در محیط‌های دارای پذیرش بالا این افکار و احساسات دارای کارکردی متفاوت بوده و علیرغم دردناک بودن هیچگونه مانعی برای زندگی و ایجاد آسیب نمی‌گردند [۳۰].

در رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد آسیب شناسی روانی معلول درگیری با تجارب درونی همچون محتوای افکار است که به تلاش بیماران برای کنترل، تغییر شکل و اجتناب و بازداری افکار می‌انجامد. این اجتناب‌ها غالباً اثرات متناقض و آسیب‌زای را در بیماران برجای گذاشته و موجب افزایش بازداری افکار، احساسات و خاطرات شده و کاهش در کیفیت زندگی می‌گردد [۳۸].

در همین راستا Brinkborg و همکاران (۲۰۱۱) [۳۰] نشان دادند که استفاده از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد فشار روانی و فرسودگی مددکاران اجتماعی را کاهش داده و موجب افزایش سلامت عمومی این گروه از افراد گردیده است. در تبیین دیگری می‌توان به فرایند محور بودن درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد اشاره نمود، این درمان به صورتی آشکار بر ارتقا پذیرش تجربیات روان‌شناختی و تعهد پرداخته و بدون در نظر داشتن محتوای تجربیات روان‌شناختی، به افزایش فعالیت‌های معنابخش سازگارانه و انعطاف‌پذیر تاکید دارد. در این درمان بدون تمرکز بر تفکر واقع‌نگر، منطقی و مؤثر، به کاهش اجتناب از تجربیات روان‌شناختی منفی پرداخته و هدف آگاهی از این تجربیات در زمان حال می‌باشد [۲۳].

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد هدف تغییر مستقیم در مراجع هدف اصلی نبوده و بیشتر به دنبال کمک به مراجع به منظور برقراری ارتباط با تجارب خود دنبال می‌شود، از این جهت در این درمان به بیمار کمک

نتیجه‌گیری

به طور کلی می‌توان گفت که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با ارائه راه‌کارهای مناسب موجب کاهش بازداری رفتاری و اجتناب شناختی رفتاری زنان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر شده و زمینه ارتقا بهزیستی روان‌شناختی، تنظیم هیجان و عملکرد مناسب در روابط بین فردی را فراهم می‌سازد. در این مطالعه نشان داده شد که با ارائه این درمان می‌توان اجتناب شناختی رفتاری و بازداری را کاهش داد. این مطالعه نیز دارای محدودیت‌های بود که از جمله آن می‌توان به تمرکز مطالعه بر روی یک جنس اشاره نمود، در نتیجه در تعمیم یافته‌ها باید جانب احتیاط رعایت گردد، همچنین این مطالعه بر روی زنان مبتلا به

اضطراب فراگیر شهر تهران انجام گردید و پژوهش‌های آینده با لحاظ نمودن این محدودیت‌ها و در نظر داشتن بافت فرهنگی بر شدت اضطراب به انجام مطالعه بر روی گروه‌های مختلف سنی، بر روی هر دو جنس نیز انجام گردد.

سپاسگزاری

بدین وسیله از کلیه شرکت کنندگان در پژوهش و همکاران روانشناس مراکز و خدمات مشاوره درمانی منطقه ۴ شهر تهران که در انجام پژوهش نهایت همکاری را داشتند کمال تقدیر و تشکر به عمل می‌آید.

References

- Lader M. Generalized anxiety disorder. Encyclopedia of Psychopharmacology: Springer; 2015. p. 699-702.
- APA. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®): American Psychiatric Association; 2013.
- Rowa K, Antony MM. Generalized anxiety disorder. Psychopathol Hist Diag Empir Found. 2008;78-115.
- Hamidpour H, Dolatshai B, Pour Shahbaz A, Dadkhah A. The efficacy of schema therapy in treating women's generalized anxiety disorder. Iran J Psychiatry Clin Psychol. 2011;16(4):420-31.
- Sharifi V, Amin-Esmaeili M, Hajebi A, Motevalian A, Radgoodarzi R, Hefazi M, et al. Twelve-month prevalence and correlates of psychiatric disorders in Iran: the Iranian Mental Health Survey, 2011. Arch Iran Med. 2015;18(2):76-84. doi: 015182/AIM.004 pmid: 25644794
- Beck AT, Emery G, Greenberg RL. Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective: Basic Books; 2005.
- Gray J, McNaughton N. Fundamentals of the septo-hippocampal system. The Neuropsychology of Anxiety: An Enquiry into the Functions of Septo-hippocampal System. 2nd ed. Oxford: Oxford University Press; 2000. p. 204-32.
- Bijttebier P, Beck I, Claes L, Vandereycken W. Gray's Reinforcement Sensitivity Theory as a framework for research on personality-psychopathology associations. Clin Psychol Rev. 2009;29(5):421-30. doi: 10.1016/j.cpr.2009.04.002 pmid: 19403216
- Carver CS, White TL. Behavioral inhibition, behavioral activation, and affective responses to impending reward and punishment: the BIS/BAS scales. J Pers Soc Psychol. 1994;67(2):319.
- McNaughton N, Corr PJ. A two-dimensional neuropsychology of defense: fear/anxiety and defensive distance. Neurosci Biobehav Rev. 2004;28(3):285-305. doi: 10.1016/j.neubiorev.2004.03.005 pmid: 15225972
- Gladstone GL, Parker GB, Mitchell PB, Wilhelm KA, Malhi GS. Relationship between self-reported childhood behavioral inhibition and lifetime anxiety disorders in a clinical sample. Depress Anxiety. 2005;22(3):103-13. doi: 10.1002/da.20082 pmid: 16149043
- Muris P, van Brakel AM, Arntz A, Schouten E. Behavioral Inhibition as a Risk Factor for the Development of Childhood Anxiety Disorders: A Longitudinal Study. J Child Fam Stud. 2011;20(2):157-70. doi: 10.1007/s10826-010-9365-8 pmid: 21475710
- Davoodi A, Neshat Doost H, Abedi M, Talebi H. The role of emotion regulation deficits, thought-action fusion and behavioral inhibition in Generalized Anxiety Disorder. Sci J Ilam Univ Med Sci. 2015;22(6):115-24.
- Alizadeh A, Hasanzadeh L, Mahmood Aliloo M, Poursharifi H. Predict of worry based on behavioral activation and inhibition systems (BAS/BIS), cognitive emotion regulation and intolerance of uncertainty in students. J Cogn Psychol. 2014;2(3):1-11.
- Ataie S, Fata L, Ahmadi Abhari A. Rumination and cognitive behavioral avoidance in depressive and social anxiety disorders: Comparison between dimensional and categorical approaches. Iran J Psychiatry Clin Psychol. 2014;19(4):283-95.
- Issac Rahimian Boogar, Kianersi Farahnaz, Faezeh Tarbaran. [Investigating the relationships of emotional schema, cognitive-behavioral avoidance and cognitive-affective system with generalized anxiety disorder and obsessive-compulsive disorder]. Pajooohande. 2013;18(5):267-76.
- Beesdo-Baum K, Jenjahn E, Hofler M, Lueken U, Becker ES, Hoyer J. Avoidance, safety behavior, and reassurance seeking in generalized anxiety disorder. Depress Anxiety. 2012;29(11):948-57. doi: 10.1002/da.21955 pmid: 22581482
- Ottenbreit ND, Dobson KS. Avoidance and depression: the construction of the cognitive-behavioral avoidance scale. Behav Res Ther. 2004;42(3):293-313. doi: 10.1016/S0005-7967(03)00140-2 pmid: 14975771
- yazdi SM, darvizeh z, sheikhi z. A Comparative Study on Cognitive Failures and Coping Strategies in People with Major Depression Disorder (MDD), Generalized Anxiety Disorder (GAD), and Comorbidity. Psychol Stud. 2015;11(3):7-28. doi: 10.22051/psy.2015.2069
- Lorian CN, Grisham JR. Clinical implications of risk aversion: an online study of risk-avoidance and treatment utilization in pathological anxiety. J Anxiety Disord. 2011;25(6):840-8. doi: 10.1016/j.janxdis.2011.04.008 pmid: 21596518
- Mennin DS, Heimberg RG, Fresco DM, Ritter MR. Is generalized anxiety disorder an anxiety or mood disorder? Considering multiple factors as we ponder the fate of GAD. Depress Anxiety. 2008;25(4):289-99.
- Sherafati H, Taheri, E, Asmaee Majd S, Amiri, M. Effectiveness of Cognitive Therapy Based on Douglas Model on Intolerance of Uncertainty, Cognitive Avoidance and Positive Beliefs about worry in

- Generalized Anxiety Disorder. *J Clin Psychol* 2017;9(2):15-28. doi: 10.22075/jcp.2017.10203.
23. Mirzahosseini H, Pourabdol S, Sobhi Gharamaleki N, Saravani S. The Effect of Acceptance and Commitment Therapy in Decreasing Cognitive Avoidance Among Students with Specific Learning Disorder (SLD). *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*. 2017;22(3):166-75. doi: 10.18869/acadpub.ijpcp.22.3.166
24. Zoalfaghari A, Bahrami H, Ganji K. A Comparative Analysis of Acceptance-Commitment and Cognitive-Behavioral Interferences Effectiveness on Generalized Anxiety Disorder. *Arak Med Univ J*. 2018;20(12):24-34.
25. Zare H. Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on Improving the Flexibility and Cognitive Fusion. *Soc Cogn* 2017;6(11):121-30.
26. Khodabakhsh Pirkalani R, Rahim Jamarouni H. Effectiveness of Mixed Cognitive-behavioral Therapy and Mindfulness Based stressreduction in Treating a Case of Generalized Anxiety Disorder. *Clin Psychol Stud*. 2013;4(13):121-47.
27. Abbasi M, Khazan K, Pirani Z, Ghasemi Jobaneh R. Effectiveness of Treatment Based on Acceptance and Commitment on Cognitive-Emotional Functions of Veterans. *Iran J War Public Health*. 2016;8(4):203-8.
28. Baradaran M, Zaree H, Alipour A, Farzad V. effectiveness of Acceptance and commitment therapy (ACT) on cognitive fusion and physical Health Indicators in essential hypertensive patients. *J Cogn Psychol*. 2016;4(1):1-9.
29. Davies CD, Niles AN, Pittig A, Arch JJ, Craske MG. Physiological and behavioral indices of emotion dysregulation as predictors of outcome from cognitive behavioral therapy and acceptance and commitment therapy for anxiety. *J Behav Ther Exp Psychiatry*. 2015;46:35-43. doi: 10.1016/j.jbtep.2014.08.002 pmid: 25199454
30. Brinkborg H, Michanek J, Hesser H, Berglund G. Acceptance and commitment therapy for the treatment of stress among social workers: a randomized controlled trial. *Behav Res Ther*. 2011;49(6-7):389-98. doi: 10.1016/j.brat.2011.03.009 pmid: 21513917
31. Hayes SC, Strosahl KD, Wilson KG. Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change: Guilford Press; 2011.
32. Alavi Zadeh F, Shakerian A. The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Reducing Stress, Anxiety and Depression in Married Females Experiencing Infidelity (Emotional- Sexual). *Iranina Journal of Psychiatric Nursing*. 2017;4(6):8-14. doi: 10.21859/ijpn-04063
33. Narimani M, Alamdari E, Abolghasemi A. The study of the efficiency of acceptance and commitment-based therapy on the quality of infertile women's life. *Fam Counsel Psychother*. 2014;4(3):387-405.
34. Mohammadi A. [The relationship between some components of cognitive, behavior and emotional with the subtypes of obsessive-compulsive symptoms in students.]. Tehran: Tehran Psychiatric Institute; 2008.
35. Dumitrescu AL, Toma C, Lascu V. Evaluation of inter-relationship between behavioral inhibition, behavioral activation, avoidance, daily stressors and oral health. *Rom J Intern Med*. 2010;48(3):281-90. pmid: 21528755
36. Behrouz B, Bavali F, Heidarizadeh N, Farhadi M. The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Psychological Symptoms, Coping Styles, and Quality of Life in Patients with Type-2 Diabetes. *J Health*. 2016;7(2):236-53.
37. Arch JJ, Wolitzky-Taylor KB, Eifert GH, Craske MG. Longitudinal treatment mediation of traditional cognitive behavioral therapy and acceptance and commitment therapy for anxiety disorders. *Behav Res Ther*. 2012;50(7-8):469-78. doi: 10.1016/j.brat.2012.04.007 pmid: 22659156
38. Bond FW, Hayes SC, Baer RA, Carpenter KM, Guenole N, Orcutt HK, et al. Preliminary psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire-II: a revised measure of psychological inflexibility and experiential avoidance. *Behav Ther*. 2011;42(4):676-88. doi: 10.1016/j.beth.2011.03.007 pmid: 22035996