اثربخشی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش (ACT) بر اضطراب فراگیر

حسین کشاورز افشار[1]، زهرا رافعی[2*]، عباس میرزائی[3]

۱. دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران، تهران، ایران
۲. دانشگاه آزاد اسلامی ورامین، ورامین، ایران
۳. دانشگاه آزاد اسلامی سمنان، سمنان، ایران

نشریه پایش
تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۷/۳/۱۹
سال هفدهم، شماره سوم، خرداد ـ تیر ۱۳۹۷ صص ۲۹۶-۲۸۹
[نشر الکترونیک پیش از انتشار- ۲۱ خرداد ۹۷]

چکیده

مقدمه: هدف از این مطالعه بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر تعهد و پـذیرش (Acceptance and Commitment Therapy-ACT) بر میزان اضطراب فراگیر (Generalized Anxiety Disorder- GAD) بیماران دارای اختلال اضطراب بود.

مواد و روش کار: این تحقیق از نوع نیمه تجربی بود که بر روی نمونه ای از مراجعه کنندگان به یک کلینیک روانشناختی انجام شد. پس از نمونه گیری تصادفی به روش خوشه ای چند مرحله ای تعداد ۲۸ نفر در مطالعه شرکت داده شده و بطور تصادفی در دو گروه آزمـون و کنترل قرار گرفتند. گروه آزمون تحت درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش قرار گرفت. داده ها در این مطالعه توسط پرسشنامه هـای اضـطراب بک و مقیاس حساسیت بین فردی (IPSM) در سه مرحله (پیش درمان، و جلسات اول و هشتم مداخله درمانی) گردآوری شد. اطلاعـات با استفاده از آزمون های متناسب آماری (کلوموگروف اسمیرنوف، کوواریانس و تحلیل واریانس) مورد تحلیل قرار گرفتند.

یافته ها: نتایج نشان داد که درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش می‌تواند اضطراب فراگیر آزمودنی‌های گروه آزمون را در سطح معنادار کاهش دهد. این کاهش در خصوص اضطراب ذهنی، بدنی، هراس، کمرویی، اضطراب جدایی و نیاز به تایید بیماران بسیار مطلوب بود.

بحث و نتیجه گیری: یافته‌ها نشان داد می‌توان در مداخلات درمانی اختلالات اضطرابی از درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش به عنوان کاهش‌دهنده علایم اضطراب فراگیر استفاده کرد.

کلیدواژه: اضطراب فراگیر، درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش، اجتناب تجربی

* نویسنده پاسخگو: تهران، دانشگاه آزاد اسلامی واحد ورامین، گروه روانشناسی
E-mail: zara.rafei1990@gmail.com

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-03]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1397.17.3.8.6]

مقدمه

اضطراب به منزله بخشی از زندگی هر انسان، در همه افراد به حدی اعتدال آمیز وجود دارد و این حد، به عنوان پاسخی سازش یافته تلقی می شود، اما تا جایی که به اضطراب مرضی تبدیل نشود[۱]. اختلالات اضطرابی از شایعترین اختلالات روانپزشکی در ایالات متحده و بسیاری از جمعیت‌های دیگری است، که مورد مطالعه قرار گرفته‌اند[۲]. به علاوه مطالعات همواره حاکی از آن بوده‌اند که این اختلالات مشکلات و عوارض زیادی را سبب می-شوند، مقادیر بالایی از خدمات مراقبت‌های بهداشتی را صرف خود می‌کنند، و اختلالات زیادی در کارکرد افراد به وجود می‌آورند. مطالعات جدید نیز نشان داده‌اند که اختلال اضطرابی مزمن می‌تواند میزان مرگ و میر مرتبط با عوارض بیماری فشارخون اولیه را افزایش دهد. بنابراین روانپزشکان و سایر متخصصان باید بتوانند اختلال اضطرابی را به سرعت و دقت تشخیص داده و درمان آن را شروع کنند[۳]. اختلال اضطراب فراگیر یکی از شایع‌ترین اختلالات روانشناختی است که در پنجمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی اینگونه تعریف می‌شود: «نگرانی شدید در مورد چندین رویداد یا فعالیت که در اکثر روزها و حداقل ۶ ماه دوام داشته، کنترل آن مشکل بوده و با علائم جسمانی نظیر تنش عضلانی، تحریک پذیری، اشکال در خواب و بی قراری همراه است»[۲]. میزان شیوع یک ساله آن ۳/۱ و شیوع طول عمر ۴ تا ۷ درصد تخمین زده شده است[۴]. این اختلال نه تنها شایع ترین اختلال اضطرابی، بلکه در بین سایر اختلالات نیز شایع ترین بوده است[۵]. با توجه به سیر مزمن، شیوع بالا و همراهی اختلال اضطراب فراگیر با سایر اختلال روان های شناختی، این اختلال به عنوان یکی از مهمترین اختلال‌های ناتوان‌کننده برای بزرگسالان مطرح شده است. برخی از پژوهشگران با اطلاق این اختلال به " اختلال اضطرابی پایه" عنوان کردند که درک بهتر عوامل دخیل در سبب شناسی این اختلال، دانش ما درباره منشأ دیگر اختلالات اضطرابی و یا شاید اختلالات افسردگی یا دوقطبی را می‌تواند افزایش دهد[۶]. باتوجه به آنچه گفته شد نیاز بالایی به وجود درمان های مؤثر در حیطه اضطراب احساس می‌شود. این نیاز توسط پژوهشگرانی که اختلال اضطراب فراگیر را بیشتر یک اختلال ثانویه برای اختلالاتی مثل اختلال افسردگی اساسی و یا آنرا حالت بدتری از شرایط روانی مزمن می‌دانند، عنوان شده است[۴]. گرچه اکثر پژوهش‌های همه‌گیرشناسی نیز نشان داده اند که اختلال اضطراب فراگیر شایع‌ترین اختلال اضطرابی محسوب می‌شود، ولی تحلیل محتوای مقاله‌های چاپ شده و خلاصه مقاله کنگره ها، حاکی از آن است که مداخلات درمانی اندکی برای این اختلال صورت گرفته است [۶]. به طور خلاصه پژوهش‌ها نتایج درمانی ناامیدکننده را به دلیل فقدان الگوی خاصی برای این اختلال می دانند که بتواند غیر قابل کنترل بودن اضطراب و نگرانی را مدنظر قرار دهند، و در انتها می توان چنین ادعا نمود که روند رو به رشد در ابداع مداخله های جدید این است که الگو درمانی بر مبنای سازوکاری بنا شود که از پردازش هیجان های طبیعی جلوگیری به عمل آورد. یکی از متغیرهایی که در درگیری و تداوم اختلال اضطراب فراگیر نقش دارد درمان روانشناختی است[۷].

برای درمان مشکلات روانشناختی، علاوه بر درمان‌های دارویی، درمان‌های روان شناختی متعددی نیز در طول سال‌های متوالی ابداع شده است. نسل اول رویکردهای رفتاری در تقابل با رویکرد اولیه روان تحلیلی، بر پایه‌ی دیدگاه های شرطی کلاسیک و عاملی در دهه های ۱۹۵۰ و ۱۹۶۰ مطرح شدند. نسل دوم این درمانها تحت عنوان درمان "رفتاری -شناختی"، تا دهه ۱۹۹۰ با تأکید بیشتر بر جنبه های شناختی به وجود آمدند که تأکید این نوع درمان‌ها بر نقش باورها، شناخت ها، طرح واره ها و نظام پردازش اطلاعات در ایجاد اختلالات روانی بود و اینکه در روان درمانی باید با فنون مختلف در آنها تغییر یا تعدیل ایجاد شود یا آنها را به کلی حذف کرد. اما امروزه با نسل سوم این نوع درمانها مواجه هستیم که آنها را میتوان تحت عنوان کلی الگوهای مبتنی بر پذیرش نامید [۸]مانند درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگهی، درمان فراشناختی و درمان پذیرش و تعهد (Acceptance and Commitment Therapy-ACT). در این درمانها به جای تغییر شناخت‌ها، سعی می‌شود تا ارتباط روان شناختی فرد با افکار و احساساتش افزایش یابد[۹]. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نظریه چار چوب رابطه های ذهنی خوانده میشود. به اعتقاد هیز [۱۰] درمان ACT شش فرایند مرکزی دارد که منجر به انعطاف پذیری روان شناختی می-شوند: پذیرش، ناهمجوشی شناختی، خود بعنوان زمینه، ارتباط توجه آگاهانه با زمان حال، ارزشها و تعهد به عمل که در نتیجه این مفهوم اصلی به انعطاف‌پذیری روانشناختی خواهیم رسید شکل می-گیرد.ACT هسته مشکلات را هدف قرار می‌دهد و هدف کلی آن،

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-03]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1397.17.3.8.6]

افزایش انعاطاف پذیری روانشناختی و همچنین توانایی تماس هرچه کاملتر با لحظه حال و تغییر رفتار به منظور به خدمت گرفتن ارزشها است[۱۱]. یکی از حیطه‌هایی که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با موفقیت بکار رفته است طیف اختلالات اضطرابی از جمله وسواس فکری و عملی [۹]، اختلال اضطراب فراگیر[۱۰] و گذرهراسی با و بدون پانیک [۱۲] است. هیز [۱۰]، لانگ مور و ورل [۱۳]، رامر و اورسیلو [۱۴]و رامر و همکاران [۱۵] هر کدام در پژوهش‌های خود به نقش درمان پذیرش و تعهد بر اثربخشی درمان اختلال اضطراب فراگیر GAD پرداختند. نتایج مشترک این مطالعات نشان می‌دهد ایجاد و پرورش «پذیرش» و «تعهد» در مراجعان بخصوص افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر باعث کاهش اجتناب، تنش و افسردگی و دوری از زندگی بدون مشکل در این افراد می‌شود. در ایران نیز مطالعات، اثربخشی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش را بر اضطراب و افسردگی بیماران را مورد تایید قرار دادند[۱۶-۱۷]. مطالعه حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان فوق بر روی بیماران مبتلا به اضطراب فراگیر روی جامعه ایرانی انجام شد.

مواد و روش کار

این پژوهش از نوع نیمه تجربی بود که جامعه آماری در آن کلیه مراجعان به کلینیک روانشناختی سلامت اول در شهر تهران بودند. بعد از تشخیص و سطح بندی بیماران بر اساس معیارهای تشخیص توسط روانشناس بالینی و اجرای پرسشنامه اضطراب و حساسیت بین فردی، تعداد ۳۰ نفر به روش نمونه‌گیری دردسترس و داوطلبانه انتخاب و به صورت کاملا تصادفی به دو گروه ۱۵ نفری آزمون و کنترل تقسیم شدند. و در هرگروه یک نفر ریزش داشته و نهایتا فرایند مطالعه برای ۱۴ نفر در هرگروه بصورت کامل طی شد. آزمودنی‌ها در مرحله پیش از درمان (خط پایه)، جلسه اول و آخر درمان (جلسه هشتم) پرسشنامه اضطراب بک و مقیاس حساسیت بین فردی (IPSM) را تکمیل کردند. گروه آزمایش درمان تعهد و پذیرش را به صورت هفته ای ۲ بار (۹۰ دقیقه) به مدت ۸ جلسه، دریافت کردند ولی گروه کنترل هیچ گونه مداخله ای دریافت نکرد. شایان ذکر است جلسات در گروه آزمون مشتمل بر ایجاد اتحاد درمانی، معرفی درماندگی خلاق و راهبردهای کنترل در مقابل اضطراب (جلسه اول و دوم)، تمایل و پذیرش درون‌روانی اضطراب به عنوان یک رنج پاک (جلسه سوم)، گسلش شناختی(جلسه چهارم)، سنجش توانایی بیمار از جداسازی شناختی از افکار و احساسات توام با اضطراب (جلسه پنجم)، تمایز خود مفهوم سازی شده در برابر خودمشاهده گر (جلسه ششم)، تصریح ارزشها (جلسه هفتم) و عمل متعهدانه در راستای ارزشها و اهداف (جلسه هشتم) بود که در قالب تمرین‌های مربوط به هر مولفه توضیح داده شد. و درنهایت ابزارهای پژوهش بر روی دو گروه مجددا اجرا شد. برای گردآوری اطلاعات ابزار زیر بکار رفت:

پرسشنامه اضطراب بک: پرسش‌نامهٔ اضطراب بک یک پرسش‌نامهٔ خودگزارشی برای اندازهگیری شدت اضطراب در نوجوانان و بزرگسالان است، که روایی و پایایی آن در مطالعات بررسی و تایید شده است[۱۸].

مقیاس حساسیت بین فردی(IPSM): بویس و پارکر براساس مدل چندبعدی شان از حساسیت بین فردی آزمون(IPSM) را تدوین کردند، که روایی و پایایی آن در مطالعه ای دیگر بررسی و تایید شده است[۱۹].

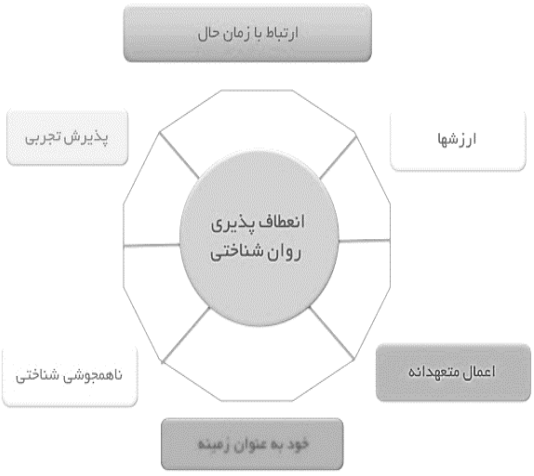
تحلیل داده ها با آزمون های کلوموگروف اسمیرنوف جهت بررسی نرمال بودن داده ها، کوواریانس جهت اندازه گیری تاثیر اثربخشی ACT در پیش آزمون و پس آزمون وتحلیل واریانس چند متغیره جهت اندازه گیری تفاوت اثربخشی مولفه ها بر اضطراب فراگیر و با بهره گیری از نرم افزار SPSS نسخه ۲۱ انجام شد.

یافته‌ها

مشخصات جمعیتی نمونه‌های مورد مطالعه در جدول (۱) نشان می‌دهد که بیشتر شرکت کنندگان در دو گروه آزمون و کنترل زن و مجرد بودند، همچنین بین گروه آزمایش و کنترل به لحاظ سن تفاوت معنادار وجود نداشت. مطابق جدول (۲) بین میانگین نمرات حساسیت بین فردی، اضطراب و اضطراب فراگیر آزمودنی‌های گروه آزمایش و کنترل در مرحله پیش آزمون غیر از یک مورد (اضطراب ذهنی) اختلاف معنادار نبود. جدول (۳) نشان می‌دهد بین میانگین نمرات آزمودنی‌های گروه آزمایش و کنترل، در همان متغیرها در مرحله پس آزمون، (به جز آگاهی بین فردی، اضطراب هراس و نمره کلی اضطراب) اختلاف قابل ملاحظه وجود دارد. جهت تعیین اثربخشی درمان ACT بر اضطراب فراگیر از آزمون کواریانس استفاده شد. پس از کنترل اثر پیش آزمون، تأثیر درمان تعهد و پذیرش بر اضطراب فراگیر آزمودنی‌ها در مرحله پس آزمون در دو گروه بررسی شد. اطلاعات مربوط به تحلیل کواریانس تک متغیره در جدول (۴) نشان می‌دهد اطلاعات بدست آمده از آزمون

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-03]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1397.17.3.8.6]

کواریانس نشان داد که میزان اضطراب فراگیر پیش آزمون روی این میزان در پس آزمون تاثیر دارد (۳۶٪) و نمره متغیر فوق در پس آزمون گروه آزمون و کنترل با هم اختلاف معنادار دارد. بر اساس ضریب تأثیرِ اتا، ۶۳ درصد از تفاوت گروه‌ها در نمره اضطراب فراگیر در دو گروه درمرحله پس آزمون، مربوط به تأثیر درمان درمان تعهد و پذیرش بوده است.



شکل ۱: مدل درمانی پذیرش و تعهد((Acceptance and Commitment Therapy-ACT)

جدول ۱: ویژگی جمعیت‌شناختی آزمودنی‌ها

	گروه			
	آزمایش		کنترل	
وضعیت آزمودنی‌ها	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد
مرد	۳	۲۱/۴	۶	۴۲/۹
زن	۱۱	۷۸/۶	۸	۵۷/۱
مجرد	۱۳	۹۲/۹	۸	۵۷/۱
متأهل	۱	۷/۱	۶	۴۲/۹

جدول۲: ویژگی‌های متغیر وابسته در مرحله پیش آزمون

		آزمایش		کنترل		
		میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	**P**
حساسیت بین فردی	آگاهی بین فردی	۲۳/۱۴	۲/۴۷	۲۲/۱۴	۲/۲۱	/۶۶
	نیاز به تأیید	۱۹/۱۴	۳/۴۳	۱۸/۳۵	۳/۲۴	۰/۵۱
	اضطراب جدایی	۱۵/۷۸	۳/۰۱	۱۶/۷۸	۳/۳۵	۰/۵۸
	کمرویی	۲۴/۷۱	۳/۳۶	۲۵/۵۰	۴/۰۳	۰/۴۳
	عزت نفس شکننده	۱۷/۰۷	۴/۳۵	۱۹/۵۰	۴/۵۰	۰/۹۶
	نمره کلی	۹۹/۸۵	۱۲/۳۶	۱۰۲/۲۸	۱۴/۹۳	۰/۶۷
اضطراب	اضطراب بدنی	۱۵/۶۴	۸/۲۰	۱۷/۳۵	۶/۰۳	۰/۳۸
	اضطراب ذهنی	۶/۴۲	۱/۸۲	۶/۳۵	۱/۸۲	۰/۰۳
	هراس	۷/۲۸	۳/۳۳	۸/۸۵	۳/۳۴	۰/۲۲
	نمره کلی اضطراب	۲۹/۳۵	۱۰/۸۸	۳۲/۵۷	۱۰/۱۵	۰/۱۴
اضطراب فراگیر		۱۲۹/۲۱	۱۶/۸۱	۱۳۴/۸۵	۲۰/۲۶	۰/۵۵

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-03]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1397.17.3.8.6]

جدول۳: ویژگی‌های متغیر وابسته در مرحله پس آزمون

		آزمایش		کنترل		
		میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	P
حساسیت بین فردی	آگاهی بین فردی	۱۷/۵۰	۱/۸۷	۲۱/۳۵	۲/۶۷	۰/۳۲
	نیاز به تأیید	۱۴/۰۷	۲/۵۵	۱۷/۳۵	۴/۱۰	۰/۰۶
	اضطراب جدایی	۱۰/۶۴	۱/۹۰	۱۵/۷۸	۳/۲۶	۰/۰۷
	کمرویی	۱۸/۷۱	۱/۷۷	۲۴/۲۱	۳/۸۴	۰/۰۰۳
	عزت نفس شکننده	۱۱/۳۵	۲/۹۵	۱۸/۱۴	۴/۷۳	۰/۰۹
	نمره کلی	۷۲/۲۸	۵/۷۵	۹۶/۸۵	۱۵/۸۱	۰/۰۰۱
اضطراب	اضطراب بدنی	۵/۶۴	۳/۷۵	۱۳/۷۱	۵/۵۳	۰/۱۸
	اضطراب ذهنی	۳/۴۲	۳/۵۶	۴/۷۸	۲/۲۵	۰/۰۳
	هراس	۲/۳۸	۱/۷۵	۶/۴۲	۳/۰۸	۰/۷۳
	نمره کلی	۱۱/۷۶	۸/۰۱	۲۴/۹۲	۹/۸۰	۰/۴۸
اضطراب فراگیر		۸۳/۲۳	۱۰/۱۵	۱۲۱/۷۸	۲۱/۴۴	/۰۳

جدول۴: نتایج تحلیل کواریانس تک متغیره برای بررسی تأثیر درمان تعهد و پذیرش بر اضطراب فراگیر

	مجموع مجذورات (ss)	درجه آزادی (df)	میانگین مجذورات (MS)	F	سطح معناداری	ضریب اتا	توان آزمون
پیش آزمون	۲۵۸۸/۳۲	۱	۲۵۸۸/۳۲	۱۳/۴۲	۰/۰۰۱	۰/۳۶	۰/۹۴
گروه	۷۸۵۹/۴۷	۱	۷۸۵۹/۴۷	۴۰/۷۵	۰/۰۰۱	۰/۶۳	۱
خطا	۴۶۲۸/۳۴	۲۵	۱۹۲/۸۴				
کل	۳۰۴۹۱۷	۲۸					

بحث و نتیجه‌گیری

هدف اصلی این مطالعه اثر بخشی درمان تعهد و پذیرش بر اضطراب فراگیر بیماران بود که پس از کنترل اثر پیش آزمون، تأثیر درمان تعهد و پذیرش بر اضطراب فراگیر آزمودنی‌هادر مرحله پس آزمون دو گروه بررسی شد. نتایج بدست آمده تاثیر درمان تعهد و پذیرش در کاهش اضطراب فراگیر آزمودنی‌های گروه آزمون را نشان داد. کاهش‌ها در اضطراب ذهنی، بدنی، هراس، کمرویی، اضطراب جدایی و نیاز به تایید بیماران بسیار مطلوب بود. از سوی دیگر این مطالعه نشان داد درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش تاحدی توانسته عزت نفس شکننده بیماران را کاهش داده و بر آگاهی بین فردی آنها تاثیر بگذارد. این نتایج همسو با برخی نتایج مطالعات در خارج [۲۰،۲۱] و داخل ایران[۱۶ و ۱۷] است که اثربخشی درمان پذیرش و تعهد را بر افسردگی و اضطراب تایید کرده‌اند. از منظر ACT رنج انسان‌ها ریشه در انعطاف ناپذیری روانشناختی دارد که بوسیله همجوشی شناختی و اجتناب تجربی ایجاد شده است، تمایل به جذب تجارب ذهنی یا جنگیدن با آنها از طریق اجتناب یکی از علل بوجود آمدن آسیب روانی است[۲۲]. مفهوم اساسی در ACT آن است که رنجها و تاملات روان شناختی بوسیله اجتناب نمودن و تجارب همجوشی شناختی شکست در برآورده کردن نیازهای رفتاری و هماهنگ شدن با ارزش‌های اساسی ایجاد می‌گردد. هدف درمانگر ACT کاهش نشانه‌ها نیست، اما این چیزی است که به عنوان یک محصول جانبی در فرایند درمانی به آن دست خواهیم یافت[۲۳]. ACT ارتباط بین افکار و احساسات مشکل زا را تغییر می دهد تا افراد آنان را بعنوان علایم مرضی درک ننموده و حتی یاد بگیرند که آنها را بی ضرر (حتی اگر ناراحت کننده و ناخوشایند باشند) درک کنند[۱۱]. در خصوص اضطراب برخی صاحب نظران [۲۲] معتقدند تلاش مضاعف فرد برای اجتناب از تجربه اضطراب است که در نهایت علایم وی را تشدید می‌کند. اجتناب تجربی زمانی اتفاق می افتد که شخص تمایل برای حفظ ارتباط خود با برخی از تجربیات خاص شخصی را نداشته وتلاش می نماید که مشکل یا فراوانی این وقایع را حتی اگر به قیمت یک تغییر رفتاری باشد تغییر دهد. اجتناب تجربی اغلب آسیب زا است. مثالهای کلاسیک از راهبردهای اجتنابی عبارتند از تایید طلبی افراطی، رفتارهای جنسی پر خطر شکل دیگر از اجتناب جستن و کنارگیری

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-03]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1397.17.3.8.6]

کردن و درگیر شدن در ارتباطات صمیمانه (بدلیل اضطراب یا ترس از اینکه ممکن است چنین رابطه ای ایجاد شود) می‌باشد[۱۱]. اجتناب تجربی که به وضوح در بیشتر درمانهای سیستمی تشخیص داده شده است در رفتار درمانی پدیده عمومی اجتناب هیجانی یک رخداد رایج متداول محسوب می شود. رخدادهای ناخوشایند نادیده گرفته می‌شوند ، تغییرداده میشوند و یا فراموش می‌گردند. رویکرد مراجع‌محور سعی می‌کند که با مراجع کار کند و او را نسبت به احساسات خود و رفتارش آنگونه که واقعیت دارند آگاه کند. روانشناسان وجودگرا بر روی اجتناب ترس از مرگ تمرکز دارند [۲۳] به طور کلی اجتناب تجربی اغلب سبب افزایش فراوانی و یا شدت افکار و احساسات اجتناب شده می گردد. زمانیکه از فرد خواسته می شود که از فکر کردن در مورد یک موضوع خاص خودداری کند بر عکس تمرکز او بر روی آن افزایش می یابد. وقتی شما نمی خواهید به X فکر کنید، مخصوصاً X فراخوانده می شود تلاش برای کنترل اضطراب مستلزم فکر کردن به اضطراب است که در نتیجه اضطراب احضار می شود به همین دلیل اجتناب تجربی سبب درشت تر شدن وتقویت شدن آنها می گردد. فرد اضطراب را برای سالها به صورت اینکه: برو، دور شو با خود حمل می کند[۲۴]. درواقع وارسی‌های فوق نشان می‌دهد، در ACT به جای آموزش راهبردهای بیشتر یا بهتر برای تغییر یا کاهش افکار و احساسات ناخواسته، به افراد آموزش داده می‌شود تا برای آگاهی و مشاهده افکار و احساسات منفی، همانگونه که هستند، مهارت کسب کنند. بنابراین، باتوجه به نتایج این مطالعه و نتایج دیگر پژوهش‌ها، به درمانگران توصیه می‌شود، وقتی با افراد دارای اختلالات اضطرابی مواجه می‌شوند، به منظور درمان اضطراب و افزایش تعاملات اجتمای مثبت، ابتدا تنظیم هیجانی و معناداری زندگی آن‌ها بررسی شود و درصورت آسیب در این زمینه از شیوه ACT به عنوان یک روش درمانی موثر و کارآمد در کنار سایر روش‌های روان‌شناختی استفاده کنند. زیرا این روش، قدرت مشاهده بدون قضاوت و بزرگ نمایی و پذیرش هیجان‌ها، افکار و احساسات منفی را در درمانجویان تقویت می‌کند، لذا سهم مهمی در تنظیم احساسات و نحوه صحیح روباررویی با افکار منفی و درنهایت کاهش علایم روانشناختی دارد. از محدودیت‌های این مطالعه میتوان به عدم پیگیری نتایج درمانی به دلیل فقدان زمان کافی اشاره نمود، از طرفی ازآنجایی که دراین پژوهش آزمودنی ها از یک کلینیک روانپزشکی در شهرتهران و با محدودیت سنی و تحصیلی انتخاب شده بودند برای تعمیم نتایج به همه افراد خارج از محدوده جامعه باید جانب احتیاط رعایت شود.

سهم نویسندگان

زهرا رافعی: اجرای مطالعه و تحصیل و تحلیل داده ها
حسین کشاورز: طراحی و نظارت علمی و تایید نسخه نهایی
عباس میرزائی: طراحی مطالعه، تحصیل داده ها و نگارش مقاله

تشکر و قدردانی

این پژوهش برگرفته از پایان نامه کارشناسی ارشد نویسنده مسئول زهرا رافعی دانشجوی دانشگاه آزاد اسلامی واحد ورامین-پیشوا بود. تیم پژوهش لازم می‌داند از تمام اساتید، درمانگران و سایرین که در دانشگاه و کلینیک با کمک‌های مادی و معنوی خود انجام این تحقیق را ممکن کردند، تشکر و قدردانی نماید.

منابع

1. Lieb R, Wittchen H, Hofler M, Stat D, Fuetsch M, Stein M, & Merikangas, K. parental psychopathology, parenting style and the risk of social phobia in offspring. Archgen psychiatry 2001; 57: 859- 868
2. American Psychiatric Association. DSM-IV and DSM-5 Criteria for the Personality Disorders. Retrieve from :http://www.psi.uba.ar/ 2012
3. Clark, D. A. and Beck, A. T. Cognitive Therapy of Anxiety Disorders Science and Practice. 2 st Edition, Guilford press: New York, 2014
4. Kessler R C, Petukhova M, Sampson N A, Zaslavsky A. M, Wittchen H. U. Twelve-month and lifetime prevalence and lifetime morbid risk of anxiety and mood disorders in the United States International Journal of Methods in Psychiatric Research 2012; 3: 169-184
5. Barlow D. H, FarchioneT J, Fairholme C. P, Ellard, K K, Boisseau C L, Allen L. B, & et al. The unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: Therapist guide. 2th Edition, Oxford University Press: New York, 2011
6. Roemer L, Orsillo SM, Salters-Pedneault K. Efficacy of an acceptance-based behavior therapy for generalized anxiety disorder: evaluation in a randomized controlled trial. Journal of Consulting and Clinical Psychology 2011; 76: 1083-9
7. Chu B. C, Colognori D, Weissman A. S, & Bannon, K. An initial description and pilot of group behavioral

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-03]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1397.17.3.8.6]

activation therapy for anxious and depressed youth. Cognitive and Behavioral Practice 2009; 16: 408-419
8. Izadi R, Abedi M, Acceptance and Commitment Therapy, 2th Edition, Jungle: Tehran, 2014
9. Hayes, S C. Stability and change in cognitive behavior therapy: Considering the implications of ACT and RFT. Journal of Rational-Emotive and Cognitive Behavior Therapy 2005; 23: 131-135
10. Hayes SC, Luoma JB, Bond FW, Masuda A, Lillis J. Acceptance and Commitment Therapy: Model, processes and outcomes. Behavior Research and Therapy 2006; 44:1–25
11. Harris, R. Embracing your demons: an overview of acceptance and commitment therapy .Psychotherapy in Australia 2006; 4: 70-6
12. Carrascoso López, F. J. Acceptance and Commitment Therapy (ACT) in Panic Disorder with Agoraphobia: A Case Study. Psychology in Spain 2000; 4: 120-128
13. Longmore R J, & Worrell M. Do we need to challenge thoughts in cognitive behavior therapy? Clinical Psychology Review 2007; 27: 173-187
14. Roemer L, Orsillo S. M. Efficacy of an acceptance-based behavior therapy for generalized anxiety disorder: evaluation in a randomized controlled trial. Consulting Psychology 2008; 76: 1083-9
15. Roemer L, Lee JK, Salters-Pedneault K, Erisman SM, Orsillo SM, Mennin DS. Mindfulness and emotion regulation difficulties in generalized anxiety disorder: preliminary evidence for independent and overlapping contributions. Behavioral Therapy 2009; 40: 142-54
16. Iravani Sh, Agha mohammadian H, The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on GAD, second nationality congress research and therapy on psychology; 2014
17. Rajabi S, Yazdkhahi F. The Effectiveness of Acceptance and Commitment Group Therapy on Anxiety and Depression in Women with MS Who Were Referred to the MS Association. Journal of Clinical Psychology 2014; 6: 21
18. Gharayi B Identification of identity status and its relationship with identity styles and depression in adolescents. PhD in Clinical Psychology, Iran University of Medical Sciences, Psychiatric Institute, 2003
19. Boyce P & Parker G. Development of a scale to measure interpersonal sensitivity. Australasian Psychiatry 1989; 23: 34 1 -351
20. Eifert H. G, & Heffner, M. The effects of acceptance versus control contexts on avoidance of panic-related symptoms. Journal of Behavior Therapy 2003; 34, 293-312
21. Hulbert-Williams N J, Storey L. & Wilson K. G. Psychological interventions for patients with cancer: psychological flexibility and the potential utility of Acceptance and Commitment Therapy. European Journal of Cancer Care 2015; 24: 15-27
22. Twohing M. P. Acceptance and commitment therapy: Instruction. Cognitive and Behavioral Practice 2012; 19: 499-507
23. HayesS.C, Masuda A, Bissett R, Luoma J, & Guerrero L.F. DBT, FAP, and ACT: How empirically oriented are the new behavior therapy technologies? Behavior Therapy 2004; 35: 35-54
24. Carrascoso Lopez, F.J. Acceptance and commitment therapy (ACT) in panic disorder with agoraphobia: A case study. Psychology in Spain 2000; 4: 120-128

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-03]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1397.17.3.8.6]

ABSTRACT

The effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on general anxiety

Hossein keshavarz Afshar [1], Zahra Rafei [2*], Abbas Mirzae [3]

1. Faculty of Psychology and Education, University of Tehran, Tehran, Iran
2. Islamic Azad University, Varamin, Iran
3. Islamic Azad University, Semnan, Iran

Payesh 2018; 17(3): 289-296
Accepted for publication: 9 June 2018
[EPub a head of print-11 June 2018]

Objective (s): The purpose of this study was to evaluate the effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on the incidence of anxiety in patients with anxiety disorder.
Methods: This was a semi-experimental study with pretest and post-test evaluation and with control group. The study used a multistage cluster random sampling method to recruit 28 patients (14 patients for experimental group and 14 patients for control group). The experimental group received the ACT while the control group received the normal care. The following questionnaires were used to collect data: Beck Anxiety Inventory (BAI) and Interpersonal Sensitivity Scale (IPSM).
Results: The results of the covariance analysis showed that acceptance and commitment therapy could reduce the overall anxiety in the experimental group at a significant level. Decreases in mental anxiety, physical, panic, shyness, separation anxiety, and the need for patient approval were highly desirable.
Conclusion: The findings suggest that the acceptance and Commitment Therapy (ACT) can be used as an adjunct therapy to reduce the incidence of anxiety symptoms in patients suffering from anxiety disorders.

Key Words: Generalized Anxiety, ACT, Contractual and Acceptable Treatment, Experimental Avoidance

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-03]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1397.17.3.8.6]

[*] Corresponding author: Islamic Azad University, Tehran, Iran
E-mail: zara.rafei1990@gmail.com