

Research Paper

The Effect of Acceptance and Commitment Therapy on Emotional Regulation and Coping Strategies in Patients with Generalized Anxiety Disorder



Ashkan FahleKar<sup>1</sup>, Masoume Faal<sup>2</sup>, Forough Zahedzadeh<sup>\*3</sup>, Omid Amani<sup>4</sup>, Mahin Askari<sup>5</sup>

1. M.A. in Clinical Psychology, Bandar Abbas Branch, Islamic Azad University, Bandar Abbas, Iran

2. M.A. in Family Counseling, South Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran

3. M.A. in Psychology, Ahvaz Branch, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran

4. Ph.D. Student of Clinical Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Shahid Beheshti University, Tehran, Iran

5. Assistant Professor, Department of Psychology, Hormozgan University of Medical Sciences, Bandar Abbas, Iran

**Citation:** FahleKar A, Faal M, Zahedzadeh E, Amani O, Askari M. The effect of acceptance and commitment therapy on emotional regulation and coping strategies in patients with generalized anxiety disorder. Quarterly Journal of Child Mental Health. 2020; 6(4): 253-265.

<http://dx.doi.org/10.29252/jcmh.6.4.23>

ARTICLE INFO

ABSTRACT

**Keywords:**

Acceptance and commitment therapy, emotional regulation, coping strategies, general anxiety disorder

**Background and Purpose:** Studies have shown that cognitive emotion regulation and the type of coping strategy are among the factors that are effective in coping with stress and anxiety. The purpose of this study was to investigate the effectiveness of acceptance and commitment therapy on emotion regulation and coping strategies for patients with generalized anxiety disorder

**Method:** The design of this study was quasi-experimental with pre-test and post-test with control group. The statistical population of the study consisted of all patients with generalized anxiety disorder aged 13 to 15 years referring to Psychology and Counseling Centers in Tehran in 2017. From this population, 30 patients were selected using purposeful sampling and were randomly assigned into two experimental and control groups (15 in each group). The experimental group received acceptance and commitment treatment for 8 sessions and the control group did not receive this intervention. Research data were collected using Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (Gross & John, 2003) and coping styles (Jarvis, 1993). Multivariate analysis of covariance was used to analyze the data.

**Results:** The results showed that acceptance and commitment therapy had a significant effect on the emotion regulation components and coping styles of the experimental group ( $P < 0.01$ ). Also, the effect size of the cognitive emotion regulation variable was 49%, repression 53%, problem solving factor 79%, and emotion regulation factor 83%.

**Conclusion:** Based on the findings, it can be concluded that the commitment and acceptance treatment method teaches people how to deal with events purposefully, effectively and efficiently, and thus helps them to better understand their capacities and abilities to respond and to employ better ways to overcome stressful situations.

Received: 21 Apr 2018

Accepted: 23 Oct 2018

Available: 10 Mar 2020

\* **Corresponding author:** Forough Zahedzadeh, M.A. in Psychology, Ahvaz Branch, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran.  
E-mail addresses: Foroughzahed@yahoo.com

2476-5740/ © 2019 The Authors. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/>).

## مقاله پژوهشی

## تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تنظیم هیجانی و راهبردهای کنار آمدن مبتلایان به اختلال اضطراب فراگیر

اشکان فغله کار<sup>۱</sup>، معصومه فعال<sup>۲</sup>، فروغ زاهدزاده<sup>۳\*</sup>، امید امانی<sup>۴</sup>، مهین عسکری<sup>۵</sup>

۱. کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، واحد بندرعباس، دانشگاه آزاد اسلامی، بندرعباس، ایران

۲. کارشناسی ارشد مشاوره خانواده، واحد تهران جنوب، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران

۳. کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران

۴. دانشجوی دکتری روان‌شناسی بالینی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران

۵. استادیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه علوم پزشکی هرمزگان، بندرعباس، ایران

## چکیده

## مشخصات مقاله

## کلیدواژه‌ها:

**زمینه و هدف:** مطالعات انجام شده نشان داده‌اند که تنظیم هیجان به شیوه شناختی و نوع راهبرد کنار آمدن مورد استفاده، از جمله عواملی هستند که برای کنار آمدن با تنیدگی، اضطراب، و ترس ناشی از موقعیت‌های مختلف، اثرگذار هستند و هرگونه مشکل در استفاده از آنها، کیفیت زندگی افراد را به خطر می‌اندازد. در این راستا هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تنظیم هیجان و راهبردهای کنار آمدن مبتلایان به اختلال اضطراب فراگیر بود.

**روش:** طرح پژوهش حاضر شبه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعه آماری پژوهش شامل تمامی مبتلایان به اختلال اضطراب فراگیر در دامنه سنی ۱۳ تا ۱۵ سال مراجعه‌کننده به مراکز روان‌شناسی و مشاوره شهر تهران در سال ۱۳۹۶ بود که تعداد ۳۰ نفر از آنها با استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شده و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه (۱۵ نفر در هر گروه) جایدهی شدند. گروه آزمایش به مدت ۸ جلسه تحت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد قرار گرفته است و گروه گواه این مداخله را دریافت نکرده است. داده‌های پژوهش با استفاده از پرسشنامه‌های تنظیم هیجان شناختی (گروس و جانان، ۲۰۰۳) و سبک‌های کنار آمدن با تنیدگی (جارویس، ۱۹۹۳) گردآوری شد. برای تحلیل داده‌ها نیز از روش تحلیل کوواریانس چندمتغیره استفاده شد.

**یافته‌ها:** نتایج به دست آمده نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد تأثیر معناداری را بر مؤلفه‌های تنظیم هیجان و سبک‌های کنار آمدن افراد گروه آزمایش داشته است ( $P < 0/01$ ). همچنین اندازه اثر به دست آمده متغیر تنظیم هیجان شناختی در مؤلفه ارزیابی مجدد ۰/۴۹، سرکوبی ۰/۵۳، مؤلفه کنار آمدن مسئله‌مدار ۰/۷۹، و مؤلفه کنار آمدن هیجان‌مدار ۰/۸۳ به دست آمده است.

**نتیجه‌گیری:** بر اساس یافته‌های به دست آمده می‌توان نتیجه گرفت که روش درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش به افراد نحوه رویارویی و کنار آمدن هدفمند، مؤثر، و کارآمد را آموزش می‌دهد و در نتیجه به آنها کمک می‌کند که ادراک بهتری از ظرفیت‌ها و توانایی‌های خود برای پاسخ‌دهی پیدا کند و شیوه‌های بهتری برای غلبه بر موقعیت‌های تنش‌آور به کار ببرد.

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد،  
تنظیم هیجان،  
راهبردهای کنار آمدن،  
اختلال اضطراب فراگیر

دریافت شده: ۹۷/۰۲/۰۱

پذیرفته شده: ۹۷/۰۸/۰۱

منتشر شده: ۹۸/۱۲/۲۰

\* نویسنده مسئول: فروغ زاهدزاده، کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران.

رایانامه: Foroughzaded@yahoo.com

تلفن تماس: ۰۶۱-۳۳۳۴۸۴۲۱

## مقدمه

نوجوانی دوره‌ای از تحول است که با ویژگی‌هایی مانند تغییرات سریع بلوغ، تغییر انتظارات اجتماعی، و تناقضاتی در نقش همراه است (۱). یکی از رایج‌ترین مشکلات روان‌پزشکی در دوران کودکی و نوجوانی، اختلالات اضطرابی است. تمایز بین اختلالات اضطرابی با اضطراب‌های معمول این دوران، اهمیت ویژه‌ای دارد (۲). طبق گزارش سازمان سلامت جهانی<sup>۱</sup> بیش از ۴۵۰ میلیون نفر در دنیا به اختلال‌های روانی مبتلا هستند. با این حال آمار مربوط به کسانی که مشکلات روانی دارند (نه در حد اختلال روانی)، بسیار بیشتر از این میزان است (۳). از بین مشکلات عمومی سلامت روان، شیوع اضطراب و افسردگی بسیار بالا گزارش شده است. یکی از اختلالات شایع و مزمن دوران کودکی و نوجوانی اختلال اضطراب تعمیم یافته یا فراگیر<sup>۲</sup> است (۴). اضطراب فراگیر، از جمله اختلالات اساسی در آسیب‌شناسی روانی بوده که نشانگان و علائم آن را می‌توان بازتاب‌دهنده فرایندهای اصلی موجود در تمامی اختلالات هیجانی دانست (۵). مطابق با پنجمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی<sup>۳</sup>، اختلال اضطراب فراگیر دارای نشانه‌هایی همچون نگرانی و اضطراب بیش‌ازحد، دشواری در مهار نگرانی، و شکایت‌های روان‌شناختی و جسمانی (مانند تنش عضلانی، تحریک‌پذیری، بی‌قراری، و مشکلات در تمرکز و خواب) است (۶). مبتلایان به این نوع از اختلال درباره موضوعات روزمره زندگی، نگرانی مداومی داشته و به صورتی پایدار در مورد همه مسائل، دل‌نگران هستند؛ به طوری که این نگرانی موجب دشواری در تغییر توجه از یک موضوع به موضوع دیگری شده و زمینه‌ساز اختلال در عملکرد آنها می‌شود (۷).

بررسی‌های صورت گرفته نشان می‌دهد که اختلال اضطراب فراگیر در زنان دو برابر مردان رخ می‌دهد و نرخ شیوع آن برابر با ۱/۵ تا ۳ درصد است (۸). در ایران نیز این اختلال به‌عنوان یکی از شایع‌ترین اختلال‌های روانی شناخته شده (۹) و شیوع یک‌ساله آن در میان جمعیت ۶۵-۱۸ ساله ۵/۲ درصد گزارش شده است. همچنین سیر طبیعی این اختلال مزمن و نوسان‌دار بوده و در صورت عدم درمان، پیش‌آگهی

ضعیفی را خواهد داشت (۱۰). در این راستا از جمله عواملی که برای کنار آمدن با تنیدگی<sup>۴</sup>، اضطراب، و ترس ناشی از موقعیت‌های مختلف تأثیرگذار است، تنظیم هیجان<sup>۵</sup> است. تنظیم هیجان شامل ایجاد افکار و رفتارهایی است که به افراد آگاهی می‌دهد چه نوع هیجانی دارند، چه هنگام این هیجان در آنها پدید می‌آید، و چگونه باید آنها را ابراز کنند. هیجان‌ها دارای کیفیت بالایی هستند و می‌توانند باعث واکنش مثبت یا منفی در افراد شوند (۱۱). اگر هیجان‌ها متناسب با موقعیت و شرایط باشند، باعث واکنش مثبت می‌گردند و در غیر این صورت، واکنش منفی در پی دارند؛ بنابراین زمانی که هیجان‌ها شدید یا طولانی می‌شوند و یا با شرایط منطبق نیستند، باید تنظیم و مدیریت شوند (۱۲). تنظیم هیجان شامل همه راهبردهای آگاهانه و غیر آگاهانه‌ای می‌شود که برای افزایش، حفظ، و کاهش مؤلفه‌های هیجانی، رفتاری، و شناختی یک پاسخ هیجانی کاربرد دارند و همچنین آموزش تنظیم هیجان به معنای کاهش و مهار هیجان‌های منفی و نحوه استفاده مثبت از هیجان‌ها است (۱۳). بررسی متون و مطالعات انجام شده نشان می‌دهند که تنظیم هیجان شناختی نقش مهمی در پیامد اختلال‌های روان‌شناختی بازی کرده و عامل مهمی در تعیین سلامتی و داشتن عملکرد موفق در تعاملات اجتماعی است (۱۴). همچنین نارسایی در تنظیم هیجان با اختلالات درون‌نمود مانند افسردگی، انزوی اجتماعی، و اضطراب؛ و اختلالات برون‌نمود مانند بزهکاری و رفتار پرخطرانه ارتباط دارد (۱۵).

همسو با نوع تنظیم هیجان، از دیگر عواملی که چگونگی مدیریت و مهار آن محور بحث و توجه پژوهش‌ها است، کنار آمدن با تنیدگی<sup>۶</sup> است. امروزه صاحب‌نظران تنیدگی را بیماری شایع قرن نام‌گذاری کرده‌اند (۱۶). تنیدگی عبارت است از مجموع واکنش‌های عمومی انسان نسبت به عوامل سازش‌نا یافته و پیش‌بینی نشده داخلی و خارجی؛ به طوری که تعادل و سازش‌یافتگی فرد به علت عوامل خارجی و داخلی از میان برود (۱۷). وجود تنیدگی غیرقابل اجتناب بوده و مسئله مهم، مدیریت و کنار آمدن با تنیدگی است. راهبردهای کنار آمدن<sup>۷</sup> مجموعه‌ای از تلاش‌های شناختی و رفتاری فرد است که در جهت تعبیر و تفسیر و

4. Stress
5. Emotion regulation
6. Coping with stress
7. Coping strategies

1. World health organization
2. General anxiety disorder
3. Diagnostic and statistical manual of mental disorders 5th edition (DSM-5)

هاشمی و سهرابی (۲۳) نیز نشان دادند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد همراه با فنون رویارویی، بر شدت علائم اختلال اضطراب فراگیر و کاهش ابعاد حساسیت اضطرابی، مؤثر است. ذوالفقاری، بهرامی و گنجی (۲۴) نیز نشان داده‌اند که درمان‌های مبتنی بر پذیرش و تعهد و شناختی رفتاری هر دو بر شدت نشانه‌های اختلال اضطراب فراگیر اثرگذار هستند و در این میان درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، اثرگذاری بالاتری را نسبت به درمان شناختی رفتاری داشته است. با توجه به اهمیت و توانکاه بودن اختلال اضطراب فراگیر، تاکنون شیوه‌های درمانی متعددی همچون شناخت‌درمانی (۲۵) دارودرمانی (۲۶) و دیگر درمان‌ها بر روی افراد مبتلا به اختلال‌های اضطراب فراگیر انجام شده است که هر یک از این شیوه‌ها تا حدودی اثرگذار بوده‌اند. امروزه نسل سوم درمان‌ها پدید آمده که آنها را می‌توان تحت عنوان کلی "مدل‌های مبتنی بر پذیرش" نامید که از جمله آنها درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی، درمان فراشناختی، و درمان پذیرش و تعهد است (۲۷). یکی از این درمان‌ها که اخیراً در مرکز توجه جدی پژوهشگران قرار گرفته است، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد است (۲۸ و ۲۹) که هدف اصلی آن ایجاد انعطاف‌پذیری روانی است؛ یعنی ایجاد توانایی انتخاب عملی در بین گزینه‌های مختلف که مناسب‌تر باشد، نه اینکه عملی صرفاً جهت اجتناب از افکار، احساسات، خاطره‌ها یا تمایلات آشفته‌ساز انجام شده و در حقیقت به فرد تحمیل شود (۳۰). مزیت عمده این روش نسبت به روان‌درمانی‌های دیگر، در نظر گرفتن جنبه‌های انگیزشی به همراه جنبه‌های شناختی، به جهت تأثیر و تداوم بیشتر اثربخشی درمان است (۳۱). علاوه بر پژوهش‌های ذکر شده، مطالعات چندی نیز به بررسی اثربخشی این نوع از درمان بر متغیرهایی مانند راهبردهای کنار آمدن (۳۲ و ۳۴) و تنظیم هیجان شناختی (۳۵ و ۳۷) گروه‌های مختلفی از اختلالات و بیماری‌های پرداخته‌اند. با در نظر داشتن اهمیت مداخله و درمان اختلال اضطراب فراگیر و در نظر گرفتن این نکته که تاکنون پژوهش‌هایی که به بررسی اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر تنظیم هیجانی و راهبردهای کنار آمدن در نوجوانان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر پرداخته باشند، بسیار محدود است، مطالعه حاضر به بررسی تأثیر

اصلاح یک وضعیت تنش‌آور به کار رفته و به کاهش رنج ناشی از آن منجر می‌شود. این راهبردها برحسب جهت‌گیری فرایند کنار آمدن به سمت مشکل ادراک شده یا احساسات فرد، به دو نوع کنار آمدن مسئله‌مدار و هیجان‌مدار تقسیم می‌شوند. در کنار آمدن مسئله‌مدار که کنار آمدن تکلیف‌مدار نیز نامیده می‌شود، فرد برای تعدیل عامل تنش‌آور و رسیدن به هدف، مستقیماً با موقعیت تنش‌آور مواجه می‌شود؛ بنابراین کنار آمدن مسئله‌مدار، عمل‌محور است و از طریق تغییر رابطه بین فرد و محیط، تحقق می‌یابد. کنار آمدن متمرکز بر مسئله نیز به تلاش‌های فرد برای تغییر وضعیت و درآمیختگی مستقیم با مشکل مربوط می‌شود؛ به عبارت دیگر در کنار آمدن مسئله‌مدار فرد بر عامل تشنگر متمرکز می‌شود و سعی می‌کند اقدامات سازنده‌ای در راستای تغییر شرایط تنش‌آور یا حذف آن انجام دهد (۱۸).

مطالعات گوناگونی به بررسی نقش تنظیم هیجان و راهبردهای کنار آمدن با تنیدگی در مبتلایان به اختلال اضطراب تعمیم‌یافته پرداخته‌اند. در همین راستا محمودعلیلو، خانجانی و بیات (۱۹) در مطالعه‌ای نشان دادند که بین راهبردهای کنار آمدن هیجان‌مدار، راهبردهای کنار آمدن اجتنابی، و تنظیم هیجان از نوع فرونشانی دانش‌آموزان دارای نشانه‌های اختلال هیجانی با همتایان بهنجار، تفاوت معنی‌داری وجود دارد. خدایاری فرد، منصور، بشارت و غلامعلی (۲۰) نیز در مطالعه مروری خویش در مورد مدل‌های نظری برای نگرانی در اختلال اضطراب فراگیر نشان دادند که مدل‌های اجتناب شناختی، تحمیل ناپذیری، بدتنظیمی هیجان، مبتنی بر پذیرش، و مدل یکپارچه‌نگر از مهم‌ترین مدل‌های نگرانی و پدید آمدن اختلال اضطراب فراگیر هستند. داوودی، نشاط دوست، عابدی و طالبی (۲۱) نیز در مطالعه‌ای نشان دادند که دشواری در شناسایی احساس، تنظیم هیجان شناختی غیرانطباقی، آمیختگی در فکر و عمل، و بازداری رفتاری دوران کودکی به‌عنوان پیش‌بین‌های مناسبی برای پیش‌بینی اختلال اضطراب فراگیر به حساب می‌آیند. در ارتباط با درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد<sup>۱</sup>، مطالعه مزدهی و اعتمادی (۲۲) نیز نشان دادند که این شیوه برای کاهش سطح اضطراب فراگیر، مناسب بوده و به‌عنوان یک میانجی درمانی برای متغیرهای پذیرش و زندگی مبتنی بر ارزش، عمل می‌کند. در همین راستا محمود علیلو،

1. Acceptance and commitment therapy (ACT)

شیوه درمانی پذیرش و تعهد بر تنظیم هیجان و راهبردهای کنار آمدن نوجوانان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر پرداخته است.

## روش

**الف) طرح پژوهش و شرکت کنندگان:** پژوهش حاضر از نوع مطالعات شبه آزمایشی با طرح پیش آزمون پس آزمون با گروه گواه بود. جامعه آماری این پژوهش شامل تمامی دختران و پسران نوجوان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر مراجعه کننده به مراکز مشاوره و خدمات روان شناسی تهران در سال ۱۳۹۶ بود. نمونه پژوهش نیز شامل ۳۰ نفر از جامعه مذکور بودند که با استفاده از روش نمونه گیری هدفمند انتخاب شده و در دو گروه آزمایش و گواه جایدهی شدند. افراد نمونه در دامنه سنی ۱۸-۱۳ سال با میانگین و انحراف معیار  $15/55 \pm 15/12$  برای گروه آزمایش و  $15/19 \pm 15/55$  برای گروه گواه بودند. در هر دو گروه تعداد ۷ نفر (۴۷٪) دختر و ۸ نفر (۵۳٪) پسر حضور داشتند که نشان دهنده همگنی دو گروه در شاخص های سن و جنس بود. شرایط ورود به مطالعه شامل تشخیص اختلال اضطراب فراگیر بر مبنای پرونده و سابقه بیماری افراد، قرار داشتن در محدوده سنی بین ۱۲ الی ۱۸ سال، سابقه حداقل ۱ سال ابتلا به اختلال، آگاهی افراد از بیماری خویش، و پر کردن فرم رضایت آگاهانه بود. همچنین داشتن هرگونه بیماری پزشکی و روان پزشکی دیگر هنگام اجرای مداخله، وجود مشکلات در بینایی و شنوایی، و عدم رضایت آگاهانه جهت شرکت در پژوهش، به عنوان شرایط خروج از مطالعه در نظر گرفته شده بود.

## ب) ابزار

۱. سیاهه شیوه های کنار آمدن با تنیدگی<sup>۱</sup>: پرسشنامه شیوه های کنار آمدن با تنیدگی جهت بررسی سبک های کنار آمدن طراحی شده و دارای ۴۰ سؤال مربوط به شیوه های کنار آمدن با تنیدگی مسئله مدار و هیجان مدار، با استفاده از جدول هشت حیطه ای کنار آمدن جارویس<sup>۲</sup> است. گویه های این پرسشنامه به صورت ۵ گزینه ای (هرگز، خیلی کم، گاهی، اغلب، همیشه) است که نمره های ۰ تا ۴ به این گزینه ها تعلق می گیرد و امتیازات کسب شده در شیوه های کنار آمدن با تنیدگی نوع

مشکل مدار در سه سطح ضعیف (۰-۲۰)، متوسط (۲۰-۴۰) و خوب (۴۰-۶۰)؛ و امتیازات کسب شده در شیوه های کنار آمدن با تنیدگی نوع هیجان مدار در سه سطح ضعیف (۰-۳۲)، متوسط (۳۳-۶۶) و خوب (۶۵-۹۶) نمره گذاری شده و بر اساس امتیاز کسب شده توسط آزمودنی، نوع شیوه کنار آمدن به کار گرفته شده مشخص می شود. ضریب اعتبار پرسشنامه روش های کنار آمدن با تنیدگی با آلفای کرونباخ در مطالعات مختلف ۰/۴۸ تا ۰/۸۱ برآورد شد و روایی آن به شیوه های مختلف مورد تأیید قرار گرفته است (۳۸). در ایران نیز این پرسشنامه را اولین بار زهری (۳۹) به کار گرفت که اعتبار محتوایی آن را از طریق تأیید متخصصان و پایایی آن نیز با استفاده از آزمون-باز آزمون مجدد به فاصله یک ماه در دانشجویان ۰/۸۷ به دست آورد. در مطالعه حاضر نیز اعتبار این ابزار از طریق آلفای کرونباخ ۰/۸۱ به دست آمد که بیانگر پایایی مطلوب این مقیاس است.

۲. پرسشنامه تنظیم هیجانی<sup>۳</sup>: این پرسشنامه توسط گروس و جان در سال ۲۰۰۳ به منظور اندازه گیری راهبردهای تنظیم هیجانی تهیه شده است. این پرسشنامه مشتمل بر دو زیرمقیاس ارزیابی مجدد<sup>۴</sup> (شامل ۶ گویه) و فرونشانی هیجان<sup>۵</sup> (شامل ۴ گویه) است. روش نمره گذاری این پرسشنامه به این ترتیب است که سؤالات ۱، ۳، ۵، ۷، ۸ و ۱۰ مربوط به زیرمقیاس ارزیابی مجدد و سؤالات ۲، ۴، ۶ و ۹ مربوط به زیرمقیاس فرونشانی هیجان بوده و شرکت کنندگان پاسخ خود را در یک مقیاس لیکرت ۷ درجه ای از ۱ (به شدت مخالفم) تا ۷ (به شدت مخالفم) پاسخ می دهند که جمع نمرات گویه های هر خرده مقیاس، بیانگر نمره ای است که آزمودنی در آن زیرمقیاس دریافت کرده است. در پژوهش گراس و جان (۴۰) همبستگی درونی برای زیرمقیاس ارزیابی مجدد ۰/۷۹ و برای زیرمقیاس فرونشانی هیجان ۰/۷۳ به دست آمده است. همچنین اعتبار درونی کل این مقیاس ۰/۷۳ و پایایی بازآزمایی آن ۰/۶۹ گزارش شده است که نشان دهنده پایایی قابل قبول این ابزار است. در ایران، حسینی و خیر (۴۱) اعتبار این مقیاس را با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۷۹ گزارش کردند و ضرایب همبستگی نمره هر گویه را با نمره کل مقیاس بین ۰/۵۱ تا

4. Cognitive reappraisal  
5. Expressive suppression

1. Coping Strategies Questionnaire  
2. Jarvis  
3. Emotion regulation questionnaire

دقیقه‌ای و در هفته یک روز توسط درمانگران اجرا شد که شرح مختصری از محتوا و ساختار جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در جدول ۱ گزارش شده است.

۰/۶۸ به دست آوردند که بیانگر شاخص‌های روان‌سنجی مطلوب پرسشنامه تنظیم هیجانی است.

**(ج) برنامه مداخله‌ای:** طرح درمان در پژوهش حاضر بر اساس الگوی درمانی مطالعه بهروز و همکاران (۳۲) بود که در قالب ۸ جلسه ۹۰

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 اختلالات اضطرابی و انواع آن	۵	نشان دادن جدایی بین خود، تجربیات درونی و رفتار؛ مشاهده خود به‌عنوان زمینه؛ تضعیف خود مفهومی و بیان خود، توضیح مفاهیم نقش و زمینه، مشاهده خویش به‌عنوان یک بستر و برقراری ارتباط با خود با استفاده از تمثیل
۲	ارزیابی میزان تمایل فرد برای تغییر، بررسی ایجاد درماندگی خلاق	۶	شناسایی ارزش‌های زندگی بیماران و تمرکز بر این ارزش‌ها، استفاده از تکنیک‌های ذهن آگاهی
۳	تشخیص راهبردهای ناکارآمد مهارگری و پی بردن به بیهودگی آنها؛ توضیح دادن مفهوم پذیرش و تفاوت آن با مفاهیم شکست، یأس، انکار، و مقاومت	۷	بررسی ارزش‌های هر یک از افراد و تعمیق مفاهیم قبلی، تفاوت بین ارزش‌ها
۴	معرفی و تفهیم آمیختگی به خود مفهوم‌سازی 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، توضیح درباره مفهوم عود و آمادگی برای کنار آمدن با آن.

مدت ۹۰ دقیقه توسط پژوهشگر اجرا شد. پس اتمام جلسات درمانی، آزمودنی‌های هر دو گروه مجدداً از لحاظ متغیرهای وابسته به‌عنوان پس‌آزمون مورد بررسی قرار گرفتند. در نهایت به‌منظور تحلیل داده‌ها از روش تحلیل کوواریانس به کمک نرم‌افزار Spss v.22 استفاده شد.

**(د) روش اجرا:** پس از کسب مجوزهای لازم علمی و اجرایی جهت اجرای این مطالعه از سازمان‌ها و مؤسسه‌های مربوط، با مراجعه به مراکز درمانی از بین افراد دارای ملاک‌های ورود، ۳۰ نفر به‌صورت هدفمند انتخاب شده و به‌طور تصادفی در دو گروه آزمایشی و گروه گواه جایدهی شدند. سپس برای آزمودنی‌ها در مورد منطق درمان و هدف پژوهشی درمان توضیحاتی داده شد و فرم رضایت‌نامه درمان توسط آنان تکمیل شد. همچنین به آنها اطمینان داده شد که تمام اطلاعات آنان محرمانه خواهد ماند. در مرحله بعد که همان پیش‌آزمون بود، پرسشنامه‌ها به‌منظور اندازه‌گیری متغیرهای وابسته اجرا شد. بعد از این مرحله با آزمودنی‌های گروه آزمایشی به‌منظور شرکت در جلسات درمانی قراردادی بسته شده و ۸ جلسه درمان به صورت هفته‌ای یک بار و به

### یافته‌ها

در جدول ۲ مشخصات توصیفی (میانگین و انحراف استاندارد) متغیرهای پژوهش در دو سطح اندازه‌گیری شامل پیش‌آزمون و پس‌آزمون در گروه‌های آزمایش و گواه ارائه شده است.

جدول ۲: یافته‌ها توصیفی به‌دست‌آمده از تنظیم هیجان شناختی و راهبردهای کنار آمدن دو گروه آزمایش و گواه

متغیر مؤلفه	گروه آزمایش		گروه گواه	
	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	پس‌آزمون
	میانگین (SD)	میانگین (SD)	میانگین (SD)	میانگین (SD)
ارزیابی مجدد	۷/۴۰ (۳/۱۸)	۱۳/۲۰ (۲/۲۲)	۸/۳۱ (۲/۷۱)	۹/۵۵ (۲/۸۰)
تنظیم هیجان شناختی	۱۱/۸۲ (۲/۵۱)	۷/۵۶ (۲/۷۷)	۱۱/۲۱ (۲/۲۸)	۱۲/۴۵ (۲/۲۲)
راهبرد کنار آمدن مسئله مدار	۱۶/۵۶ (۲/۷۷)	۳۴/۶۵ (۲/۷۵)	۱۸/۳۲ (۲/۷۷)	۲۳/۰۶ (۲/۱۱)
سبک‌های کنار آمدن	۵۶/۱۲ (۵/۶۵)	۳۴/۳۳ (۴/۵۶)	۵۵/۶۵ (۴/۶۸)	۵۵/۳۶ (۴/۲۳)



نرمالیتی مورد تأیید گرفت ( $P>0/05$ ). نتایج آزمون ام باکس نیز فرض همگنی ماتریس‌های واریانس و کوواریانس را تأیید کرد ( $P=0/19$ ). 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، بنابراین پیش‌فرض‌های تحلیل کوواریانس برقرار بوده و می‌توان از تحلیل کوواریانس چند متغیره برای تحلیل نمرات آزمون‌ها استفاده کرد که خلاصه نتایج آن در جدول ۳ ارائه شده است.

نتایج حاصل از یافته‌های توصیفی نشان‌دهنده تغییرات نمرات متغیرهای تنظیم هیجان شناختی و راهبردهای کنار آمدن افراد گروه آزمایش نسبت به گروه گواه در مرحله پس‌آزمون بود. به‌منظور نشان دادن معنی‌داری تفاوت بین نمرات حاصل از پس‌آزمون و همچنین تعدیل اثر پیش‌آزمون دو گروه آزمایش و گواه از تحلیل کوواریانس چندمتغیره (مانکوا) استفاده شد. در گام نخست به‌منظور بررسی پیش‌فرض‌های تحلیل کوواریانس چندمتغیره، جهت بررسی طبیعی بودن توزیع متغیرهای پژوهش از آزمون شاپیرو ویلک استفاده شد که نتایج

جدول ۳: نتایج تفاوت‌های بین گروهی برای سبک‌های کنار آمدن با نیندگی و تنظیم هیجان

متغیر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	مجذور
ارزیابی مجدد	۱۰۰/۳۴۸	۵	۴/۶۹۰	۳۰/۷۵۵	۰/۰۰۰۲	۰/۵۱۰
سرکوبی	۶۹/۰۳۷	۵	۵/۰۵۰	۳۲/۸۵۴	۰/۰۰۰۲	۰/۵۲۳
مسئله‌مدار	۱۰۸۱/۹۴۳	۵	۲۱۶/۷۷۸	۱۷/۳۸۴	۰/۰۰۱	۰/۷۹۱
هیجان‌مدار	۱۵۶۰/۱۸۰	۵	۳۱۲/۰۳۶	۲۴/۷۴۵	۰/۰۰۱	۰/۸۴۳
ارزیابی مجدد	۸۳/۳۳۰	۱	۸۳/۳۳۰	۲۱/۸۸۲	۰/۰۰۰۱	۰/۴۹۴
سرکوبی	۶۶/۲۴۶	۱	۶۶/۲۴۶	۲۳/۲۲۵	۰/۰۰۰۱	۰/۵۳۳
مسئله‌مدار	۱۰۱۲/۶۶۸	۳	۱۰۱۲/۶۶۸	۸۳/۴۱۰	۰/۰۰۰۱	۰/۷۹۹
هیجان‌مدار	۱۳۷۳/۵۲۹	۳	۱۳۷۳/۵۲۹	۱۰۸/۹۲۵	۰/۰۰۰۱	۰/۸۲۶

تقریباً ۴۹ درصد از تغییرات ارزیابی مجدد، ۵۳ درصد از تغییرات سرکوبی، ۷۹ درصد از تغییرات سبک کنار آمدن مسئله‌مدار، و ۸۳ درصد از تغییرات سبک کنار آمدن هیجان‌مدار، ناشی از اعمال متغیر مستقل یا همان درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد است.

### بحث و نتیجه‌گیری

این مطالعه با هدف بررسی تأثیر درمان پذیرش و تعهد بر تنظیم هیجان و راهبردهای کنار آمدن نوجوانان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر انجام شد. یافته‌های به‌دست‌آمده از تجزیه و تحلیل داده‌ها نشان داد که با کنترل پیش‌آزمون بین نوجوانان دختر و پسر مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر گروه آزمایش و گروه گواه از لحاظ راهبردهای کنار آمدن و ابعاد تنظیم هیجان تفاوت معناداری وجود دارد. در بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تنظیم هیجان شناختی با توجه به میانگین ارزیابی مجدد هیجان و سرکوبی هیجان در گروه آزمایش نسبت به گروه گواه، نتایج

نتایج حاصل از آزمون لامبدای ویلکز ( $P<0/0001$ )،  $F=76/25$ ،  $T=0/162$ ) نشان داد که بین دو گروه حداقل در یکی از متغیرهای وابسته تفاوت معنی‌داری 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 فوق نیز نشان‌دهنده آن است که بین میانگین نمره ارزیابی مجدد و سرکوبی و راهبرد کنار آمدن مسئله‌مدار و هیجان‌مدار در دو گروه آزمایش و گواه تفاوت معناداری وجود دارد؛ یعنی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد موجب افزایش نمره ارزیابی مجدد ( $P<0/0001$ )،  $F=21/288$ ، کاهش سرکوبی ( $F=23/522$ ،  $P<0/0001$ )، افزایش راهبردهای کنار آمدن مسئله‌مدار ( $F=83/410$ ،  $P<0/0001$ )، و کاهش راهبردهای کنار آمدن هیجان‌مدار ( $F=111/869$ ،  $P<0/0001$ ) در گروه آزمایش و در مرحله پس‌آزمون شده است. همچنین مجذور آتا که اندازه اثر اصلی در آزمون آماری تحلیل کوواریانس است، نشان می‌دهد که

نیست؛ که موضوع مهم، کاربرد این تجربیات درونی است و باید دید اگر بر اساس آنها عمل شود، آیا به مراجع کمک می‌کند تا در مسیر و جهت ارزش‌های خود حرکت کند و به هیجانات و احساسات به‌طور واقعی توجه کند.

در متغیر راهبردهای کنار آمدن نیز با توجه به میانگین مؤلفه‌های راهبردهای کنار آمدن گروه آزمایش نسبت به میانگین گروه گواه، نتایج این مطالعه نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد موجب افزایش استفاده از راهبرد کنار آمدن مسئله‌مدار و کاهش راهبرد کنار آمدن هیجان‌مدار در گروه آزمایش شده است. این یافته با نتایج پژوهش‌های بهروز و همکاران (۳۲)، قربانی و امین پور (۳۳) همسو است. این پژوهشگران نیز در مطالعات خود به این نتیجه رسیدند که درمان مبتنی بر پذیرش تعهد اثرات سودمندی را در استفاده از انواع راهبردهای کنار آمدن بر جای می‌گذارد.

در تبیین این یافته نیز می‌توان این‌طور بیان کرد که یکی از منابع اصلی و عمده تنیدگی در بسیاری از موارد ناتوانی در رویارویی صحیح و کنار آمدن هدفمند و معطوف به مسئله با مشکلات و محرک‌های تنش‌آور است. آموزش راهبردهای کنار آمدن مؤثر و کارآمد به فرد کمک می‌کند که ادراک بهتری از ظرفیت‌ها و توانایی‌های خود برای پاسخ‌دهی پیدا کند و شیوه‌های بهتری برای غلبه بر موقعیت‌های تنش‌آور بیاموزد (۳۲). اختلال اضطراب فراگیر یک بیماری ناتوان‌کننده است و افراد مبتلا به آن با اختلالی دست‌وپنجه نرم می‌کنند که سیر غیرقابل مهار دارد. بسیاری از بیماران این شیوه کنار آمدن هیجان‌مدار را تقویت‌کننده می‌یابند، زیرا پناه بردن به آن سبب تسکین موقت و به فراموشی سپردن امور شده و آنان را از رنج و ناراحتی اشتغال فکری با این مسائل ناراحت‌کننده، هرچند به‌طور گذرا، می‌رهاند (۵). در تبیین این اثربخشی می‌توان گفت که در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، اجتناب تجربی عبارت است از تلاش به‌منظور فرار یا اجتناب کردن از شکل و فراوانی رویدادهای شخصی؛ به‌خصوص زمانی که این تلاش‌ها باعث مشکلات و پیامدهای روان‌شناختی شوند. این درمان مراجعان را تشویق می‌کند که روابطشان را با افکار و دیگر تجارب درونی تغییر دهند و آنها را رویدادهای ذهنی ببینند که یکی پس از دیگری می‌آیند و می‌روند (۳۳). مراجعان می‌آموزند که افکار را فقط

این مطالعه نشان داد که این درمان موجب افزایش ارزیابی مجدد هیجان و کاهش سرکوبی هیجان در گروه آزمایش شده است. این یافته با نتایج پژوهش‌های محمدی و همکاران (۳۵)، درویش باصری و همکاران (۳۶)، کیانی و همکاران (۳۷)، و دانتوس (۴۲) که در مطالعات خود اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تنظیم هیجان را نشان دادند، کاملاً همسو است.

در تبیین این یافته باید به فرایندهای حاکم بر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد اشاره کرد که از مهم‌ترین آنها تصریح ارزش‌ها و عمل متعهدانه است. ترغیب بیماران به شناسایی ارزش‌ها، اهداف، موانع، تعهد به انجام اعمال در راستای دستیابی به اهداف و حرکت در مسیر ارزش‌ها با وجود مشکلات، باعث می‌شود تا ضمن تحقق اهداف و شادزیستی ناشی از آن، آنها از گیر افتادن در حلقه و دور باطلی از احساسات منفی از قبیل اضطراب، تنیدگی، یاس، ناامیدی، افسردگی و غم که به نوبه خود باعث تشدید مشکلات می‌شوند، رهایی یابند. فرایند مؤثر دیگر این درمان، معرفی جایگزین برای مهارگری یعنی تمایل و پذیرش است. مؤلفه تمایل و پذیرش این امکان را برای مراجع فراهم می‌آورد تا تجربیات درونی ناخوشایند را بدون تلاش برای مهار آنها بپذیرند و انجام این کار باعث می‌شود که آن تجربیات، کمتر تهدیدکننده به نظر رسیده و تأثیر کمتری بر زندگی فرد داشته باشند (۳۰). همچنین فرایندهای ذهن آگاهی مورد استفاده در این درمان موجب می‌شود که دیدگاهی متفاوت نسبت به رویدادهای ذهنی ایجاد شود و به فرد این اجازه را می‌دهد تا رویدادهای ذهنی را مشاهده کرده و آنها را به‌عنوان یک رویداد در نظر بگیرند، نه به‌عنوان بخشی از خود (۲۸). بنابراین این درمان با توجه به تأکیدی که بر پذیرش تجارب و انجام اعمال داوطلبانه و ارادی دارد، می‌تواند در بهبود شرایط و عملکرد افراد دارای اختلالات و بیماری‌ها مؤثر واقع شود.

در تبیین دیگر نیز می‌توان به کاربرد و استفاده از فن و روش گسلش شناختی اشاره داشت که طی آن رویدادهای درونی مانند افکار، احساسات، و خاطرات به‌عنوان آنچه هستند، درک شوند. با این هدف مراجع می‌آموزد که با رویدادهای بدنی بدون آغشته شدن با آنها یا اجتناب از آنها برخورد کند و نظاره‌گر آنها باشد. بر طبق این دیدگاه هیچ کدام از تجربیات درونی شخصی، اگر همان‌گونه که هستند تجربه شوند، به‌طور ذاتی برای سلامتی فرد مضر نیستند، پس نیازی به مهار آنها



افکار، احساسات را فقط احساسات، و خاطرات را فقط خاطرات ببینند. در زمینه‌هایی که اجتناب تجربه‌ای رخ می‌دهد، فرایندهای گسلس شناختی و پذیرش به فرد در شکستن الگوهای اجتناب و قوانینی که آنها را تنظیم می‌کند، کمک می‌کند. مؤلفه پذیرش بدون قضاوت بسیار با اهمیت است، به دلیل این که تأثیر این افزایش توجه متمرکز بر خود به سطح پذیرش فرد بستگی خواهد داشت. در سطوح پذیرش بالا یک فرد به سادگی می‌تواند متوجه (برانگیختگی‌های روانی) افکار و احساسات خود شود، بدون اینکه تلاشی به منظور مهار آنها انجام دهد، از آنها فرار کند یا اجتناب کند؛ بنابراین همین موضوع باعث می‌شود تأثیر بر عملکرد رفتاری کاهش بیابد. از سویی دیگر، در سطوح پذیرش پایین، فردی که دچار برانگیختگی‌های روانی می‌شود، در گیر راهبردهای مهارگری به منظور تغییر شکل و فراوانی افکار، احساسات و هیجانانش می‌شود. مثلاً فردی ممکن است تلاش کند تا افکارش را توجیه کرده یا سرکوب کند. بدین ترتیب رابطه بین پذیرش و تغییر، یک مفهوم محوری در بحث‌های رایج روان‌درمانی است (۳۰).

همچنین در پذیرش عاری از دفاع فرد یاد می‌گیرد که وقایع زندگی را همان‌گونه که هستند ببیند و سعی در دخالت یا عوض کردن آنها نکند، زیرا افراد زمانی که با رویدادی غیرقابل تغییر روبرو می‌شوند دچار افکار و احساسات و هیجاناتی می‌شوند، که باعث بروز راهبردهای کنار آمدن با تنیدگی هیجان‌مدار می‌شود، اما در صورت پذیرش فرد یاد می‌گیرد که به وجود این مسئله در زندگی‌اش آگاه باشد و تلاشی برای از بین بردن آن نکند. همین مسئله باعث می‌شود که شدت راهبردهای کنار آمدن هیجان‌مدار در فرد کاهش، و راهبرد مسئله‌مدار افزایش یابد. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، ارزش‌ها را به عنوان کیفیت‌های انتخاب شده اعمال هدفمندانه جهت حل مسائلشان، تعریف می‌کند و به مراجعان یاد می‌دهد تا بین انتخاب و قضاوت‌های مستدل، تمایز قائل شده و ارزش‌ها را انتخاب کنند. در این شیوه به مراجعان گفته می‌شود تا آنچه را از زندگی می‌خواهند بررسی کرده و آن را در حوزه‌های مختلف زندگی از قبیل زندگی شغلی، روابط صمیمانه، دوستی، رشد شخصی، سلامتی، و معنویست مورد توجه قرار دهند. فرایندهای گسلس، پذیرش، ارزش‌ها، و عمل متعهدانه به مراجع کمک

می‌کنند تا مسئولیت تغییرات رفتاری را بپذیرد (۲۸). به طور کل نتایج حاصل از این مطالعه نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر راهبردهای کنار آمدن و ابعاد تنظیم هیجان نوجوانان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر اثرات مثبتی را داشته است. در این درمان مراجعان مورد چالش واقع می‌شوند تا به آنچه در حوزه‌های مختلف زندگی مثل شغل، خانواده، روابط صمیمانه، دوستی‌ها، رشد شخصی، سلامت، معنویت و امثال آن برایشان مهم است، توجه کنند و از این‌رو در مان مبتنی بر پذیرش و تعهد موجب سازش‌یافتگی بهتر با شرایط و درک درست وقایع و رویدادها در آنها می‌شود.

این مطالعه دارای محدودیت‌هایی نیز بوده است که از جمله می‌توان به این موارد اشاره کرد: یافته‌های این مطالعه برای افرادی که از نظر ویژگی‌های جمعیت شناختی و ملاک‌های شمول، متفاوت از آزمودنی‌های پژوهش حاضر هستند، قابلیت تعمیم ندارد. همچنین به علت استفاده از شیوه نمونه‌گیری در دسترس، قابلیت تعمیم‌پذیری یافته‌های این مطالعه دارای محدودیت است. از دیگر محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به استفاده از روش‌های کمی سنجش علائم و اتکای پژوهش به داده‌های خودگزارشی اشاره کرد. با توجه به این محدودیت‌ها پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی ضمن تلاش برای رفع این محدودیت‌ها به بررسی پایداری این نوع درمان با انجام مطالعات پیگیرانه نیز پرداخته شود. با توجه به اثربخش بودن برنامه درمانی به کار گرفته شده در این مطالعه در سطح به کار بسته پیشنهاد می‌شود که از این روش در مراکز درمانی و کلینیک‌های مشاوره و مدارس استفاده شود. همچنین پیشنهاد می‌شود سی‌دی‌های آموزشی از جلسات درمانی توسط پژوهشگران و درمانگران با حمایت‌های مالی سازمان‌های مربوطه تهیه شده و در اختیار معلمان و خانواده‌های آنان به صورت بسته آموزشی-درمانی کاربردی قرار گیرد تا مشاوران، معلمان، و خانواده‌های دارای فرزندان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر و همچنین سایر افرادی که در کنار آمدن با تنیدگی و تنظیم هیجان مشکل دارند، استفاده بهینه‌ای از این مطالعات و روش درمانی به عمل آورند.

**تشکر و قدردانی:** این مطالعه به صورت مستقل اجرا شده است و حاصل پایان نامه یا طرح پژوهشی مصوب نیست و مجوز اجرای آن بر روی افراد نمونه از سوی دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران جنوب با شماره مجوز

۶۵۳/۶۰۲۷۱۱/۵۲۲ در تاریخ ۱۳۹۵/۰۲/۲۵ صادر شد. بدین وسیله از تمامی کسانی که در اجرای این پژوهش مشارکت داشتند تشکر و قدردانی می‌شود.

**تضاد منافع:** هیچ گونه تضاد منافی برای نویسندگان این مقاله وجود ندارد.

## References

1. Arnett JJ. Adolescence and emerging adulthood. 5th Edition. New Zealand: Pearson; 2012. [Link]
2. Cohen JR, Andrews AR, Davis MM, Rudolph KD. Anxiety and depression during childhood and adolescence: testing theoretical models of continuity and discontinuity. *J Abnorm Child Psychol*. 2018; 46 (6): 1295–1308. [Link]
3. Kessler RC, Sampson NA, Berglund P, Gruber MJ, Al-Hamzawi A, Andrade L, et al. Anxious and non-anxious major depressive disorder in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *Epidemiol Psychiatr Sci*. 2015; 24 (3): 210-226. [Link]
4. Akhondzadeh S, Naghavi HR, Vazirian M, Shayeganpour A, Rashidi H, Khani M. Passionflower in the treatment of generalized anxiety: A pilot double-blind randomized controlled trial with oxazepam. *J Clin Pharm Ther*. 2001; 26 (5): 363-367. [Link]
5. Newman MG, Llera SJ, Erickson TM, Przeworski A, Castonguay LG. Worry and generalized anxiety disorder: a review and theoretical synthesis of evidence on nature, etiology, mechanisms, and treatment. *Annu Rev Clin Psychol*. 2013; 9: 275-297. [Link]
6. American Psychiatric Association (APA). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5). Washington, DC: American Psychiatric Pub; 2013. [Link]
7. Rowa K, Antony MM. Generalized anxiety disorder. In: Craighead WE, Miklowitz DJ, Craighead LW, editor. *Psychopathology: history, diagnosis, and empirical foundations*. John Wiley & Sons; 2008, pp: 78-115. [Link]
8. Lieb R, Becker E, Altamura C. The epidemiology of generalized anxiety disorder in Europe. *Eur Neuropsychopharmacol*. 2005; 15 (4): 445-452. [Link]
9. Hamidpour H, Dolatshai B, Pour Shahbaz A, Dadkhah A. The efficacy of schema therapy in treating women's generalized anxiety disorder. 2011; 16 (4): 420-431. [Persian]. [Link]
10. 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. [Link]
11. Gross JJ. Emotion regulation: conceptual and empirical foundations. In: Gross JJ, editor. *Handbook of emotion regulation*. 2nd ed. New York, NY, US: Guilford Press; 2014, pp: 3–20. [Link]
12. Gross JJ, Jazaieri H. Emotion, emotion regulation, and psychopathology: an affective science perspective. *Clin Psychol Sci* 2014; 2 (4): 387–401. [Link]
13. Narimani M, Ariapouran S, Abolghasemi A, Ahadi B. The comparison of the effectiveness of mindfulness and emotion regulation training on mental health in chemical weapon victims. *Journal of Clinical Psychology*. 2010; 2 (4): 61–71. [Persian]. [Link]
14. Kring AM, Sloan DM. *Emotion regulation and psychopathology: A transdiagnostic approach to etiology and treatment*. Guilford Press; 2009. [Link]
15. Hashemi T, Abdollahi Hersis N, MahmoodAlilo M, Mashinchi Abbasi N. Role of cognitive emotion regulation strategies in symptoms of borderline personality. *Journal of Modern Psychological Researches*. 2016; 11 (41): 151–168. [Persian]. [Link]
16. Hewitt PL, Flett GL. Perfectionism and stress processes in psychopathology. In: Hewitt PL, Flett GL, editor. *Perfectionism: theory, research, and treatment*. Washington, DC, US: American Psychological Association; 2002, pp: 255–284. [Link]
17. Navarro V, De la Morena G, González-Arteaga J, Yustres Á, Asensio L. A microstructural effective stress definition for compacted active clays. *Geomechanics for Energy and the Environment*. 2018; 15: 47–53. [Link]
18. Wills TA, Sandy JM, Yaeger AM, Cleary SD, Shinar O. Coping dimensions, life stress, and adolescent substance use: A latent growth analysis. *J Abnorm Psychol*. 2001; 110 (2): 309–323. [Link]
19. Mahmoud Alilou M, Khanjani Z, Bayat A. Comparing the coping strategies and emotion regulation of students with symptoms of anxiety-related emotional disorders and normal group. *Quarterly Journal of Child Mental Health*. 2016; 3 (1): 41–51. [Persian]. [Link]
20. Khodayarifard M, Mansouri A, Besharat MA, Gholamali Lavasani M. A review of conceptual models for worry and generalized anxiety disorder. *Clinical Excellence*. 2017; 6 (2): 23–38. [Persian]. [Link]
21. Davoodi A, Neshat Doost HT, Abedi MR, Talebi H. The role of emotion regulation deficits, thought-action fusion and behavioral inhibition in Generalized Anxiety Disorder. *scientific journal of ilam university of medical sciences*. 2015; 22 (6): 115–124. [Persian]. [Link]

22. Mohdehi R, E'temadi A. Studying the therapy mediations and the effect of therapy commitment in the reduction of the symptoms of general anxiety disorder. *Counseling Culture and Psychotherapy*. 2011; 2 (7): 1–30. [Persian]. [\[Link\]](#)
23. Mahmoud-Alilou, Hashemi-Nosratabad, Sohrabi. Effectiveness of combined intervention based acceptance and commitment therapy (ACT) with Exposure techniques on patient's anxiety symptoms intensity and sensitivity dimensions in general anxiety disorder (GAD). *Journal of Clinical Psychology*. 2016; 8 (3): 61–76. [Persian]. [\[Link\]](#)
24. Zoalfaghari A, Bahrami H, Ganji K. A comparative analysis of acceptance-commitment and cognitive-behavioral interferences effectiveness on generalized anxiety disorder. *Journal of Arak University of Medical Sciences*. 2018; 20 (12): 24–34. [Persian]. [\[Link\]](#)
25. Evans S, Ferrando S, Findler M, Stowell C, Smart C, Haglin D. Mindfulness-based cognitive therapy for generalized anxiety disorder. *J Anxiety Disord*. 2008; 22 (4): 716–721. [\[Link\]](#)
26. Reinhold JA, Rickels K. Pharmacological treatment for generalized anxiety disorder in adults: an update. *Expert Opin Pharmacother*. 2015; 16 (11): 1669-1681. [\[Link\]](#)
27. Mogadam N, Amraae R, Asadi F, Amani O. The Efficacy of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on Hope and Psychological Well-being in Women with Breast Cancer under Chemotherapy. *Journal of Nursing Education*. 2018; 7 (6): 1–8. [Persian]. [\[Link\]](#)
28. Hayes SC, Pistorello J, Levin ME. Acceptance and commitment therapy as a unified model of behavior change. *Couns Psychol*. 2012; 40 (7): 976-1002. [\[Link\]](#)
29. Asghari M, Faleh kar A, Zaree A, Mirza hoseini F, Amani O. Comparison of the efficacy of acceptance acceptance commitment therapy and electrical stimulation with alternating current on mood symptoms in depressed patients. *Iranian Journal of Nursing Research*. 2018; 4 (13): 16–23. [Persian]. [\[Link\]](#)
30. Shawyer F, Farhall J, Thomas N, Hayes SC, Gallop R, Copolov D, et al. Acceptance and commitment therapy for psychosis: Randomised controlled trial. *Br J Psychiatry*. 2017; 210 (2): 140–148. [\[Link\]](#)
31. Graham CD, Gillanders D, Stuart S, Gouick J. An acceptance and commitment therapy (ACT)-based intervention for an adult experiencing post-stroke anxiety and medically unexplained symptoms. *Clin Case Stud*. 2015; 14 (2): 83-97. [\[Link\]](#)
32. 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. *Journal of Health*. 2016; 7 (2): 236–253. [Persian]. [\[Link\]](#)
33. Ghorbani M, Amin Pur R. The Effectiveness of acceptance and commitment therapy on stress coping strategies in women with ulcerative colitis. *Govaresh*. 2015; 20 (1): 34–42. [Persian]. [\[Link\]](#)
34. Shayeghian Z, Hassanabadi H, Aguilar-Vafaie ME, Amiri P, Besharat MA. A randomized controlled trial of acceptance and commitment therapy for type 2 diabetes management: the moderating role of coping styles. *PloS one*. 2016; 11 (12): e0166599. [\[Link\]](#)
35. Mohammadi L, Salehzade Abarghohi M, Nasirian M. Effectiveness of acceptance and commitment therapy on cognitive emotion regulation in men under methadone treatment. *Journal of Shahid Sadoughi University of Medical Sciences*. 2015; 23 (9): 853-861. [Persian]. [\[Link\]](#)
36. Darvish Baseri L, DashtBozorgi Z. Effectiveness of group therapy based on acceptance and commitment on cognitive emotion regulation and alexithymia of patients with type 2 diabetes. *Iranian Journal of Psychiatric Nursing*. 2017; 5 (1): 7–14. [Persian]. [\[Link\]](#)
37. Kiani A, Ghasemi N, Pourabbas A. The comparison of the efficacy of group psychotherapy based on acceptance and commitment therapy, and mindfulness on craving and cognitive emotion regulation in methamphetamine addicts. *research on addiction*. 2013; 6 (24): 27–36. [Persian]. [\[Link\]](#)
38. Roger D, Jarvis G, Najarian B. Detachment and coping: The construction and validation of a new scale for measuring coping strategies. *Personality and Individual differences*. 1993; (15): 619-26. [\[Link\]](#)
39. Zahri S. Study of effect self-care education on coping styles in patients with hemodialysis in educational hospitals depended to health ministry in Tehran [MSc Thesis]. [Tehran, Iran]: Iran Medical Sciences University; 1996. [Persian].
40. Gross JJ, John OP. Individual differences in two emotion regulation processes: Implications for affect, relationships, and well-being. *J Pers Soc Psychol*. 2003; 85 (2): 348–362. [\[Link\]](#)
41. Hosseini F, Khayyer M. Scrutinizing the role of cognitive appraisal in mediating parenting influences on students academic emotions and emotional

- regulation. *Studies in Learning and Instruction*. 2011; 3 (1): 8–10. [Persian]. [\[Link\]](#)
42. Duenas JA. Acceptance and Commitment therapy for adolescent difficulties with emotion regulation: an open trial [P.hD. Thesis]. [Michigan, United States]:

Department of Psychology, Western Michigan University; 2016, pp: 1-63. [\[Link\]](#)