
اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر نارسایی هیجانی و اجتناب شناختی دانش‌آموزان با اختلال اضطراب فراگیر

سارا کریمی*^۱، زهرا آقامیرمحمدعلی^۲،

سهیلا ابوبکری ماکویی^۳، محبوبه وحیدی فرد^۴،

مرضیه حبیبی^۵ و مرجان عموخلیلی^۶

چکیده

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر نارسایی هیجانی و اجتناب شناختی دانش‌آموزان با اختلال اضطراب فراگیر انجام شد. روش این پژوهش نیمه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش را همه دانش‌آموزان دختر پایه دوم دوره متوسطه دوم شهرستان تایباد در سال تحصیلی ۹۸-۱۳۹۷ تشکیل دادند. پس از ارزیابی اولیه با استفاده از مقیاس اختلال اضطراب فراگیر، ۳۰ دانش‌آموز دختر به روش نمونه‌گیری هدفمند، انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش ۱۵ نفر و کنترل ۱۵ نفر گمارش شدند. برنامه درمانی رویکرد پذیرش و تعهد، در طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به صورت گروهی بر روی گروه آزمایش اجرا شد؛ گروه کنترل در لیست انتظار قرار گرفت. برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه‌های نارسایی هیجانی بگبی، پارکر و تیلور و اجتناب شناختی سکستون و داگاس استفاده شد. برای تحلیل داده‌ها از آزمون تحلیل کوواریانس استفاده شد. یافته‌های حاصل از پژوهش نشان داد که تفاوت معناداری در میانگین نمرات پس‌آزمون گروه‌های آزمایش و کنترل در نارسایی هیجانی و مؤلفه‌های آن (دشواری در شناسایی احساسات، دشواری در توصیف احساسات و تفکر برون‌مدار) و اجتناب شناختی و مؤلفه‌های آن (فرونشانی فکر، جانشینی فکر، حواس پرتی، اجتناب از محرک تهدید کنند، و تبدیل تصاویر به افکار)، وجود داشت. با توجه به نتایج این پژوهش، پیشنهاد می‌شود تا روان‌شناسان و روان‌درمانگران از نتایج این مطالعه در جهت کاهش نارسایی هیجانی و اجتناب شناختی دانش‌آموزان با اختلال اضطراب فراگیر، بهره ببرند.

کلید واژه‌ها: اجتناب شناختی، اضطراب فراگیر، پذیرش و تعهد، نارسایی هیجانی

۱. نویسنده مسئول: کارشناسی ارشد مشاوره خانواده، دانشگاه علامه طباطبایی، تهران، ایران.

Sarakarimi6990@gmail.com

۲. کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد قم، قم، ایران. z.aqamir@gmail.com

۳. کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تربت‌جام، تربت‌جام، ایران.

soheila.abobakri@gmail.com

۴. کارشناسی ارشد روان‌شناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد میبد، یزد، ایران. mvfl397@gmail.com

۵. کارشناس ارشد روان‌شناسی تربیتی، دانشگاه علامه طباطبایی، تهران، ایران. m.habibi008@gmail.com

۶. استادیار، گروه معارف اسلامی، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، رودهن، تهران، ایران. m.khalili@riau.ac.ir

DOI: 10.22051/PSY.2020.28934.2059

https://psychstudies.alzahra.ac.ir/article_5021.html

مقدمه

یکی از اختلالات‌های اضطرابی شایع در کودکان و نوجوانان، اختلال اضطراب فراگیر (GAD)^۱ است (پتر، لاورینس، مورایاما و کریسول^۲، ۲۰۱۹). پنجمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی^۳، این اختلال را به صورت نگرانی مفرط و غیرقابل کنترل درباره‌ی رویدادهای مختلفی معرفی می‌کند که حداقل به مدت ۶ ماه تداوم داشته باشد (انجمن روان‌پزشکی آمریکا^۴، ۲۰۱۳). متغیرهای مختلفی مانند نارسایی هیجانی^۵ (سپهوند و مرادی، ۱۳۹۷) و اجتناب شناختی^۶ (فوارق، بساک نژاد و داودی، ۱۳۹۷)، مسئول گسترش و ثبات اختلال‌های اضطرابی در کودکان و نوجوانان هستند.

شواهد تجربی نشان داده است که اجتناب شناختی یکی از عوامل فراتشخیصی است که از طریق ارزیابی‌های منفی افراطی از حس‌ها، احساسات، افکار خصوصی ناخواسته، فقدان تمایل به تجربه کردن رویدادها و تلاش‌هایی عمدی برای کنترل یا فرار از آن‌ها، در شکل‌گیری و تداوم بسیاری از اختلال‌های روانی از جمله اضطراب، نقش مهمی ایجاد می‌کند (لوین، کرافت، پرسی و پوتز^۷، ۲۰۱۸). اجتناب شناختی، انواع راهبردهای ذهنی است که بر اساس آن افراد افکار خویش را در جریان موقعیت‌های مختلف تغییر می‌دهند (سکستون و داگاس^۸، ۲۰۰۴). انواع راهبردهای آن عبارت هستند از: فرونشانی فکر، جانشینی فکر، حواس‌پرتی، اجتناب از محرک تهدیدکننده و تبدیل تصور به فکر (لوین و همکاران، ۲۰۱۸). افراد با عملکرد اجتنابی با استفاده از راهبردهای ذکر شده تلاش می‌کنند تا حواسشان را از نگرانی پرت کنند، اما به طور گسترده‌ای دچار اضطراب می‌شوند (آفتاب^۹، ۲۰۱۶).

نارسایی هیجانی از دیگر متغیرهای مرتبط با اختلال اضطراب فراگیر است. مطالعات پیشین

-
1. General Anxiety Disorder
 2. Peter, Lawrence, Murayama and Creswell
 3. Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders
 4. American Psychiatric Association
 5. emotional impairment
 6. cognitive avoidance
 7. Levin, Krafft, Pierce and Potts
 8. Sexton and Dugas
 9. Aftab

مؤید پایین بودن تنظیم هیجان در افراد مبتلا به اضطراب نسبت به افراد عادی است (بشارت و فرهمند، ۱۳۹۶). نارسایی هیجانی به دشواری در تنظیم خودنظم‌دهی هیجانی و ناتوانی در پردازش شناختی اطلاعات هیجانی و تنظیم هیجان‌ها گفته می‌شود (گیلسپی، گاروفالو و ولوتی^۱، ۲۰۱۸). شواهد پژوهشی بیان‌کننده آن است که ابعاد هیجانی شامل: دشواری در تشخیص احساس^۲، دشواری در توصیف احساس^۳ و تفکر برون‌مدار^۴ بر روی اختلال‌های اضطرابی مؤثر هستند (پاپکیرو، فلاسبک، اسچلگل، جاکل^۵ و همکاران، ۲۰۱۸). تفکر برون‌مدار میزان درون‌نگری و عمیق شدن فرد در احساسات و هیجانات خود و دیگران را نشان می‌دهد و در اغلب موارد چون این افراد به‌طور سطحی یاد می‌گیرند تا این مسأله را تشخیص دهند، در گزارش‌های خود جواب می‌دهند که در این حوزه مشکلی ندارند. همچنین، از آنجاکه افراد دچار نارسایی هیجانی نمی‌توانند احساسات منفی خود را به‌درستی شناسایی کنند، در تخلیه و خنثی کردن عواطف نیز دچار مشکل شده و به‌دلیل عدم توانایی در مدیریت و تنظیم احساسات منفی، عواطف منفی ناتوان‌کننده می‌شوند و این ناتوانی به‌صورت علائم اضطراب بروز می‌کند (موتان و جنسوز^۶، ۲۰۰۷).

باتوجه به سیر مزمن، شیوع زیاد و همبودی بالای اختلال اضطراب فراگیر با سایر اختلال‌های روان‌شناختی، این اختلال به‌عنوان مهم‌ترین اختلال ناتوان‌کننده، مطرح شده است. در این رابطه، توجه به متغیرهایی مانند نارسایی هیجانی و اجتناب شناختی می‌تواند زمینه‌پیشگیری، تشخیص و درمان نشانه‌های اضطراب مؤثر باشند. از این‌رو، پرداختن به روش‌های درمانی مؤثر و اقتصادی مانند درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT)^۷، برای این اختلال ضروری است. هدف این درمان برخلاف رویکردهای کلاسیک رفتار درمانی شناختی، تغییر کل یا فراوانی افکار و احساسات آزاردهنده نیست؛ بلکه تقویت انعطاف‌پذیری روان‌شناختی است. منظور از انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، توانایی تماس با لحظه‌های زندگی و تغییر

-
1. Gillespie, Garofalo and Velotti
 2. difficulties in identifying feeling
 3. difficulties in describing feeling
 4. externally oriented thinking
 5. Popkirov, Flasbeck, Schlegel and Juckel
 6. Motan and Gencoz
 7. Acceptance and Commitment Therapy

۱۱۲ اثر بخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر نارسایی هیجانی و ...

یا تثبیت رفتار است، رفتاری که به مقتضیات موقعیت، همسو با ارزش‌های فرد است. به بیانی دیگر، به افراد یاری می‌رساند تا با وجود افکار، هیجانات و احساسات ناخوشایند به جای اجتناب از آن‌ها، عملی را انتخاب کند تا زندگی لذت‌بخش بیشتری را تجربه کنند (لوین، هیلدبارنت، لیلیز و هیز، ۲۰۱۲).

طبق نتایج پژوهش‌ها درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌تواند بر افزایش تنظیم شناختی هیجانی دانشجویان (گل محمدیان، رشیدی و پروانه، ۱۳۹۷) و کاهش بدتنظیمی هیجانی دانش‌آموزان خودآسیب رسان (ایزکیان، میرزائیان و حسینی، ۱۳۹۸)، اثربخش باشد. همچنین، رحمانیان، دهستانی و علوی (۱۳۹۷) در مطالعه‌ای نشان دادند که این مداخله از سوگیری توجه نسبت به محرک‌ها با بار هیجانی منفی در دختران نوجوان، می‌کاهد. نتایج مطالعه حاجی اقراری، اسدی، جوازی و عاطف وحید (۱۳۹۷) نیز نشان‌دهنده اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش اجتناب شناختی رفتاری زنان دارای اختلال اضطراب فراگیر بود. گر چه این محققان در پژوهش خود به جای استفاده از پروتکل درمانی که مبتنی بر مشکلات روان‌شناختی افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر باشد، به اقتباس صرف از پروتکلی استفاده کردند که در یک مطالعه ایرانی بر روی مشکلات روان‌شناختی بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲، تنظیم و اجرا شده بود، که ارتباط چندانی هم با متغیرهای پژوهش آن‌ها نداشت. از این‌رو، نتایج مطالعه آن‌ها در هاله‌ای از ابهام قرار دارد. با بررسی پیشینه‌های پژوهشی، مشخص است که تاکنون پژوهشی به بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر روی متغیرهای وابسته پژوهش و در جامعه دانش‌آموزان دختر با اختلال اضطراب فراگیر، انجام نشده است، از این‌رو، ضرورت انجام پژوهش در این جامعه توجیه‌پذیر است.

با توجه به آنچه بیان شد و از آنجایی که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با تعدیل الگوهای رفتاری منفی نقش مهمی در تنظیم رفتارهای مثبت مرتبط با سلامتی در افراد ایجاد می‌کند (لوین و همکاران، ۲۰۱۲)، شناخت جنبه‌های مهم مکانیسم اثرگذاری آن امری ضروری به نظر می‌رسد. بنابراین، این پژوهش با هدف تعیین اثربخشی این درمان بر نارسایی هیجانی و اجتناب شناختی دانش‌آموزان دختر با اختلال اضطراب فراگیر انجام شد. از این‌رو، فرضیه‌های زیر در این پژوهش بررسی شد:

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش نارسایی هیجانی و مؤلفه‌های آن اثربخش است؟
 درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش اجتناب شناختی و مؤلفه‌های آن اثربخش است؟

روش

روش این پژوهش نیمه‌آزمایشی با پیش‌آزمون- پس‌آزمون و گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش را همه دانش‌آموزان دختر پایه دوم دوره متوسطه دوم شهرستان تایباد در نیم سال اول تحصیلی ۹۸-۱۳۹۷ تشکیل دادند. روش نمونه‌گیری بدین صورت بود که از بین شهرهای شهرستان تایباد یک شهر به صورت تصادفی انتخاب (شهر تایباد) و از بین مدارس این شهر به صورت تصادفی سه مدرسه دخترانه دوره دوم متوسطه انتخاب شدند (نور، وصال و فاطمه الزهرا). آزمون سنجش میزان و شدت اختلال اضطراب فراگیر بر روی دانش‌آموزان پایه دوم این مدارس اجرا و دانش‌آموزانی انتخاب شدند که نمره بالاتری از نمره برش (۱۰) در این آزمون کسب کردند. پس از ارزیابی‌های اولیه بر اساس مصاحبه تشخیصی نیمه‌ساختار یافته، ۳۰ نفر از دانش‌آموزان به روش نمونه‌گیری هدفمند به‌عنوان نمونه پژوهش انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر)، گمارش شدند. ملاک‌های ورود به پژوهش عبارت بودند از: تشخیص اختلال اضطراب فراگیر، عدم ابتلا به هرگونه اختلال روان‌پریشی (به تشخیص روان‌شناس پژوهش)، و رضایت آگاهانه برای شرکت در پژوهش. ملاک‌های خروج عبارت بودند از: غیبت بیش از دو جلسه و عدم تمایل به ادامه درمان. شرکت‌کنندگان با رضایت آگاهانه در پژوهش شرکت کردند. ابزار پژوهش عبارت بودند از:

مصاحبه تشخیصی اختلالات خلقی و اسکیزوفرنیا برای کودکان، تشخیص فعلی و

طول عمر^۱ (K-SADS-PL): این مصاحبه را کافمن، بیرماهر، برنت، راثو^۲، فلینن و همکاران (۱۹۹۷) تدوین کردند و برای ارزیابی آسیب‌شناختی روانی از جمله اختلال اضطراب فراگیر در کودکان و نوجوانان ۶-۱۷ ساله به‌کار می‌رود. کافمن و همکاران (۱۹۹۷) ضریب پایایی ابزار را به روش بازآزمایی در فاصله ۵ هفته برابر با ۰/۸۰ و روایی ملاکی این ابزار با اضطراب بک

1. The Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children-Present and Lifetime version
2. Kaufman, Birmaher, Brent, Rao and Flynn

۱۱۴ اثر بخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر نارسایی هیجانی و ...

را ۰/۹۰ گزارش کردند. در پژوهش حاضر به منظور بررسی همسانی درونی ابزار از روش آلفای کرونباخ استفاده شد که میزان آن ۰/۷۹ به دست آمد (از این ابزار در جهت غربالگری استفاده شد).

مقیاس اختلال اضطراب فراگیر^۱ (GAD - 7): این مقیاس را اسپیتز، کرونکی، ویلیامز و لوی^۲ (۲۰۰۶) ساخته‌اند که میزان و شدت اضطراب موجود را اندازه‌گیری می‌کند. این مقیاس حاوی ۷ گویه است که برحسب مقیاس ۴ درجه‌ای لیکرت از ۰ (هرگز) تا ۳ (خیلی زیاد) نمره‌گذاری می‌شود و گستره نمره مقیاس از ۰ تا ۲۱ با نمره برش ۱۰ است. ضریب همسانی درونی و ضریب اعتبار بازمیابی این مقیاس به ترتیب ۰/۹۲ و ۰/۸۳ گزارش شده است (اسپیتز و همکاران، ۲۰۰۶). در پژوهش حاضر نیز ضریب پایایی آزمون با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۱ به دست آمد (از این ابزار تنها در جهت غربالگری استفاده شد).

مقیاس آلکسی‌تایمیا تورنتو^۳ (TAS-20): این مقیاس ۲۰ گویه‌ای توسط بگبی، پارکر و تیلور^۴ (۱۹۹۴) ساخته شده و نارسایی هیجانی را در ۳ زیرمقیاس دشواری در تشخیص احساس (۷ گویه)، دشواری در توصیف احساس (۵ گویه) و تفکر برون‌مدار (۸ گویه) ارزیابی می‌کند. دامنه پاسخ به هر گویه شامل ۵ درجه از ۱ (کاملاً مخالف) تا ۵ (کاملاً موافق) متغیر است. در ایران ضرایب آلفای کرونباخ برای نمره کل نارسایی هیجانی و ۳ زیر مقیاس آن به ترتیب ۰/۸۵، ۰/۸۲، ۰/۷۵ و ۰/۷۲ محاسبه شده است. پایایی بازمیابی آن در یک نمونه ۶۷ نفری در دو نوبت، با فاصله ۴ هفته از ۰/۸۰ تا ۰/۸۷ برای نمره کل نارسایی هیجانی و زیرمقیاس‌های مختلف آن تأیید شد (زکی‌یی، ۱۳۹۱). در پژوهش حاضر ضرایب آلفای کرونباخ برای نمره کل نارسایی هیجانی و ۳ زیر مقیاس آن به ترتیب ۰/۷۲، ۰/۸۰، ۰/۷۷ و ۰/۷۱ به دست آمد.

پرسشنامه اجتناب شناختی^۵ (CAQ): این پرسشنامه را سکستون و داگاس^۶ (۲۰۰۴)

1. Generalized Anxiety Disorder Scale- 7 Item
2. Spitzer, Kroenke, Williams and Lowe
3. Toronto Alexithymia Scale-20 (TAS-20)
4. Bagby, Parker and Taylor
5. Cognitive Avoidance Questionnaire
6. Sexton and Dugas

تدوین کرده‌اند، دارای ۲۵ گویه برای سنجش ۵ راهبردشناختی: فرونشانی فکر^۱، جانشینی فکر، حواس‌پرتی^۲، اجتناب از محرک تهدیدکننده^۳ و تبدیل تصاویر به افکار^۴ است. که برای نمره کل ضرایب همبستگی همسانی درونی به روش آلفای کرانباخ ۰/۹۵ و پایایی بازآزمایی در فاصله ۶ هفته ۰/۸۵ گزارش دادند (سکستون و داگاس، ۲۰۰۴). محمد (۱۳۸۰) اعتبار کل مقیاس را در نمونه ایرانی با استفاده از روش دونیمه‌کردن و بازآزمایی ۰/۷۴ و ۰/۷۲ و روایی مقیاس را ۰/۸۵ گزارش کرد. در پژوهش حاضر ضرایب آلفای کرونباخ برای نمره کل اجتناب شناختی و ۵ زیر مقیاس آن به ترتیب ۰/۸۵، ۰/۸۷، ۰/۸۷، ۰/۸۵ و ۰/۸۳، به دست آمد.

روش اجرا: بعد از اجرای پیش‌آزمون‌ها، برنامه درمانی رویکرد پذیرش و تعهد با توجه به پروتکل درمانی ولوز و سارل^۵ (۲۰۰۷) مطابق با جدول ۱، در طی ۸ جلسه به مدت ۹۰ دقیقه (هفته‌ای ۲ جلسه) به صورت گروهی بر روی گروه آزمایش اجرا شد؛ گروه کنترل در لیست انتظار قرار گرفت. به منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها از آزمون تحلیل کواریانس استفاده شد.

-
1. thought substitution
 2. distraction
 3. avoidance of threatening stimuli
 4. transformation of images into thoughts
 5. Vowles and Sorrell

جدول ۱: خلاصه جلسات پروتکل درمانی رویکرد پذیرش و تعهد

هدف	محتوا	تغییر رفتار مورد انتظار	تکالیف منزل
۱	معارفه و آشنایی با درمان	ایجاد اتحاد و تفاهم درمانی، ارائه درکی از ACT و چگونگی کارکرد آن.	تدوین فهرستی از مشکلات آماجی
۲	ایجاد درماندگی خلاق	بررسی تکالیف قبلی در جلسه بعد، آگاهی از تلاش مراجعان در جهت کاهش اضطراب و اثربخشی آن. بیان استعاره بر اضطراب و افسردگی، آموزش چگونگی استفاده از تمرینات ذهن آگاهی به جای واکنش به ترس.	شناسایی موقیت اجتنابی و عدم جلوگیری از حضور افکار منفی
۳	بیان کنترل به عنوان مشکل	تضعیف اتحاد خود با افکار و عواطف، آموزش تن آرامی.	انجام تکلیف گذشته
۴	اجرای تکنیک گسلش شناختی	تضعیف خود مفهومی و بیان خود به عنوان مشاهده گر، نشان دادن جدایی بین خود و تجربیات درونی و رفتار.	آگاهی از اینجا و اکنون
۵	پذیرش و مشاهده خود به عنوان زمینه	ارتباط با زمان حال و در نظر گرفتن خود به عنوان زمینه، آموزش فنون ذهن آگاهی	تمرکز بر تمام حالات روانی، افکار و رفتار به لحظه
۶	تمرین فنون ذهن آگاهی	شناسایی ارزش های زندگی مرجعان و سنجش ارزش ها بر مبنای میزان اهمیت آنها .	تلاش در جهت پذیرش هیجان ها و حس تعالی افکار
۷	روشن سازی ارزش ها	ایجاد تعهد برای عمل به تکالیف، جمع بندی جلسات و اجرای پس آزمون ها.	تهیه فهرستی از موارد ایجاد کننده هیجان ها ی مثبت
۸	جمع بندی مطالب گذشته		کاهش نارسایی هیجانی و اجتناب شناختی

تمرین تمام تکنیک های مؤثر

یافته‌ها

در جدول ۲، شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش ارائه شده است. قبل از ارائه نتایج تحلیل آزمون کوواریانس، پیش فرض‌های آزمون‌های پارامتریک سنجیده شد. نتایج آزمون نرمال بودن کلموگروف-اسمیرنوف متغیرهای نارسایی هیجانی و اجتناب شناختی و مؤلفه‌های آن‌ها نشان داد که توزیع نرمال است ($P > 0/05$). آزمون لون برای بررسی تساوی واریانس گروه‌ها در مؤلفه‌های متغیرهای وابسته پژوهش نشان داد که سطح معناداری به دست آمده بزرگ‌تر از ۰/۰۵ است. از این رو، گروه‌های آزمایش و کنترل از نظر پراکندگی نمرات این متغیرها و مؤلفه‌های آن‌ها در مرحله پیش‌آزمون یکسان هستند.

جدول ۲: شاخص‌های توصیفی (میانگین و انحراف معیار) و نرمالیتت متغیرهای پژوهش در دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون

متغیر	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		کلموگروف اسمیرنوف	معنی داری	رتبه	معناداری
		میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد				
دشواری در شناسایی احساسات	آزمایش	۱۸/۳۳	۳/۹۴	۱۱/۴۴	۲/۶۵	۰/۱۸	۰/۰۹	۰/۹۲	۰/۲۰
	کنترل	۱۸/۵۰	۳/۷۲	۱۸/۳۲	۳/۴۸	۰/۱۵	۰/۹۸	۰/۳۲	۰/۱۱
دشواری در توصیف احساسات	آزمایش	۱۲/۴۵	۲/۵۷	۷/۰۳	۱/۱۳	۰/۱۹	۱/۵۲	۰/۲۲	۰/۲۰
	کنترل	۱۲/۶۷	۲/۱۰	۱۳/۵۶	۲/۷۸	۰/۱۷	۰/۱۶	۰/۶۵	۰/۱۶
تفکر برون‌مدار	آزمایش	۱۷/۸۷	۳/۳۱	۱۱/۹۷	۲/۸۷	۰/۱۳	۰/۱۳	۰/۷۱	۰/۱۲
	کنترل	۱۷/۵۰	۳/۴۶	۱۷/۶۷	۳/۴۹	۰/۱۱	۳/۳۴	۰/۰۷	۰/۰۵
کل نارسایی هیجانی	آزمایش	۴۸/۵۶	۹/۸۲	۳۰/۴۴	۶/۵۶	۰/۲۰	۰/۰۹	۰/۹۲	۰/۲۰
	کنترل	۴۸/۶۷	۹/۲۸	۴۹/۵۵	۹/۷۵	۰/۲۰	۰/۸۷	۰/۵۳	۰/۲۶
فرونشانی فکر	آزمایش	۱۳/۶۷	۲/۱۱	۸/۶۵	۱/۴۶	۰/۱۰	۰/۲۸	۰/۶۰	۰/۲۰
	کنترل	۱۳/۳۳	۲/۱۴	۱۳/۴۱	۲/۶۵	۰/۱۳	۰/۰۴	۰/۸۲	۰/۲۰
جانمایی فکر	آزمایش	۱۲/۹۲	۲/۰۲	۷/۳۸	۱/۶۷	۰/۲۰	۰/۰۱	۰/۹۱	۰/۲۰
	کنترل	۱۲/۵۰	۲/۲۳	۱۲/۷۶	۲/۲۱	۰/۱۸	۱/۷۹	۰/۱۸	۰/۱۸
حواس‌پرتی	آزمایش	۱۳/۵۶	۲/۶۷	۹/۰۵	۱/۸۹	۰/۲۰	۰/۰۹	۰/۹۲	۰/۲۰
	کنترل	۱۳/۶۷	۲/۱۶	۱۴/۱۶	۲/۶۴	۰/۲۰	۰/۶۶	۰/۴۲	۰/۲۰

۱۱۸ اثر بخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر نارسایی هیجانی و ...

متغیر	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		معنی داری	پدین	معناداری
		میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد			
اجتناب از محرک	آزمایش	۱۵/۴۵	۲/۲۵	۱۰/۵۹	۱/۷۷	۰/۲۰	۰/۳۴	۰/۲۱
تهدیدکننده	کنترل	۱۵/۷۵	۲/۲۵	۱۵/۴۴	۲/۵۲	۰/۲۰	۰/۸۲	۰/۲۰
تبدیل تصاویر به افکار	آزمایش	۱۶/۶۷	۲/۹۳	۱۱/۹۵	۲/۱۱	۰/۲۰	۰/۹۱	۰/۲۰
	کنترل	۱۶/۵۸	۲/۴۱	۱۶/۴۶	۲/۷۹	۰/۱۸	۱/۸۹	۰/۱۹
کل اجتناب شناختی	آزمایش	۷۲/۲۷	۱۱/۹۸	۴۷/۶۲	۸/۹۱	۰/۲۰	۱/۹۰	۰/۲۰
	کنترل	۷۱/۸۳	۱۱/۱۹	۷۲/۲۳	۱۲/۸۱	۰/۲۰	۰/۸۲	۰/۲۰

با توجه به نتایج تحلیل کوواریانس تک‌متغیره جدول ۳، با کنترل اثر پیش‌آزمون، بین میانگین نمرات پس‌آزمون گروه‌های آزمایش و کنترل در نارسایی هیجانی ($\eta^2 = ۰/۵۳$ و $p < ۰/۰۰۱$) و اجتناب شناختی ($F = ۳۳/۷۰$ و $\eta^2 = ۰/۵۵$ و $p < ۰/۰۰۱$)، تفاوت معناداری وجود داشت.

جدول ۳: نتایج تحلیل کوواریانس تک‌متغیره تفاوت گروه‌های آزمایش و کنترل در نمرات کل نارسایی هیجانی و اجتناب شناختی

منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	Eta ²
نارسایی هیجانی						
الگوی اصلاح‌شده	۴۷/۶۳	۲	۲۳/۸۲	۴۶/۹۷	۰/۰۰۱	۰/۷۱
عرض از مبدأ	۲۳/۹۳	۱	۲۳/۹۳	۴۷/۲۰	۰/۰۰۱	۰/۵۶
پیش‌آزمون متغیر	۳۹/۵۳	۱	۳۹/۵۳	۷۷/۹۸	۰/۰۰۱	۰/۶۷
گروه	۱۷/۰۸	۱	۱۷/۰۸	۳۳/۷۰	۰/۰۰۱	۰/۵۳
خطا	۱۸/۷۶	۲۷	۰/۵۰			
کل	۶۰/۲۰	۳۰				
کل اصلاح‌شده	۶۶/۴۰	۲۹				
اجتناب شناختی						
الگوی اصلاح‌شده	۳۷۹/۶۱	۲	۱۸۹/۸۰	۴۰/۰۴	۰/۰۰۱	۰/۶۸
عرض از مبدأ	۵۰/۷۷	۱	۵۰/۷۷	۱۰/۷۱	۰/۰۰۱	۰/۲۲
پیش‌آزمون متغیر	۱۹۸/۹۹	۱	۱۹۸/۹۹	۴۱/۹۸	۰/۰۰۱	۰/۵۳
گروه	۲۱۷/۸۹	۱	۲۱۷/۸۹	۴۵/۹۷	۰/۰۰۱	۰/۵۵
خطا	۱۷۵/۳۵	۲۷	۴/۷۳			
کل	۱۲۱۴۹	۳۰				
کل اصلاح‌شده	۵۵۴/۹۷	۲۹				

نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره برای مؤلفه‌های نارسایی هیجانی و اجتناب شناختی در جدول ۴، گزارش شده است.

۱۲۰ اثر بخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر نارسایی هیجانی و ...

جدول ۴: تحلیل کوواریانس چندمتغیره برای بررسی اثر گروه بر مؤلفه‌های نارسایی هیجانی و اجتناب شناختی

ارزش	F	df	df2	سطح معناداری	اندازه اثر
اثر پیلایی	۵/۶۱	۳	۲۱	۰/۰۰۱	۰/۳۰
لاندای ویلکز	۷/۳۸	۳	۲۱	۰/۰۰۱	۰/۳۷
اثر هتیلینگ	۹/۲۵	۳	۲۱	۰/۰۰۱	۰/۴۳
بزرگ‌ترین ریشه روی	۱۹/۴۲	۳	۲۱	۰/۰۰۱	۰/۶۰
اثر پیلایی	۶/۴۸	۳	۲۱	۰/۰۰۱	۰/۳۳
لاندای ویلکز	۸/۸۴	۳	۲۱	۰/۰۰۱	۰/۴۱
اثر هتیلینگ	۱۱/۴۰	۳	۲۱	۰/۰۰۱	۰/۴۸
بزرگ‌ترین ریشه روی	۲۳/۷۶	۳	۲۱	۰/۰۰۱	۰/۶۵

نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره برای مؤلفه‌های نارسایی هیجانی و اجتناب شناختی در جدول ۵، ارائه شده است. همان‌طور که نتایج جدول ۵ نشان می‌دهد، با کنترل اثر پیش‌آزمون، بین میانگین نمرات پس‌آزمون مؤلفه‌های دشواری در شناسایی احساسات، دشواری در توصیف و تفکر برون‌مدار، تفاوت معناداری وجود داشت ($P < ۰/۰۰۱$). همچنین، بین میانگین نمرات پس‌آزمون مؤلفه‌های فرونشانی فکر، جانشینی فکر، اجتناب از محرک تهدیدکننده و تبدیل تصاویر به افکار، تفاوت معناداری وجود داشت ($P < ۰/۰۰۱$).

جدول ۵: نتایج تحلیل کوواریانس تفاوت گروه آزمایش و کنترل در مؤلفه‌های نارسایی هیجانی و اجتناب شناختی

متغیر پیش‌آزمون	ارزش F	درجه آزادی فرضیه	درجه آزادی خطا	سطح معناداری	میزان تأثیر	توان آماری
نارسایی هیجانی						
دشواری در شناسایی احساسات	۰/۳۸	۳	۲۳	۰/۰۰۱	۰/۶۱	۰/۹۹
دشواری در توصیف احساسات	۰/۴۳	۳	۲۳	۰/۰۰۱	۰/۵۶	۰/۹۸
تفکر برون‌مدار	۰/۵۰	۳	۲۳	۰/۰۰۱	۰/۵۰	۰/۹۵
اجتناب شناختی						
فرونشانی فکر	۰/۲۸	۵	۲۶	۰/۰۰۱	۰/۷۱	۱/۰۰
جانمایی فکر	۰/۱۵	۵	۲۶	۰/۰۰۱	۰/۸۴	۱/۰۰
حواس‌پرتی	۰/۴۷	۵	۲۶	۰/۰۰۱	۰/۵۳	۰/۹۷
اجتناب از محرک تهدید کننده	۰/۳۱	۵	۲۶	۰/۰۰۱	۰/۶۸	۱/۰۰
تبدیل تصاویر به افکار	۰/۲۹	۵	۲۶	۰/۰۰۰۱	۰/۶۳	۱/۰۰

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج حاصل از پژوهش نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش نارسایی هیجانی و مؤلفه‌های آن تأثیر داشت. این یافته با نتایج مطالعات ایزکیان و همکاران (۱۳۹۸)، گل محمدیان و همکاران (۱۳۹۷) و رحمانیان و همکاران (۱۳۹۷)، همسو است. در تبیین این یافته می‌توان گفت که از طریق درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد افراد یاد می‌گیرند تا با استفاده از هیجانات درست، آگاهی از هیجانات و پذیرش آن‌ها و ابزار هیجانات به‌ویژه هیجانات مثبت در موقعیت‌های زندگی، به جای احساس دشواری در بیان احساسات، بتوانند به شیوه سازگارانه‌تری احساسات خود را توصیف کرده و کم‌تر احساس ناتوانی کنند. در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد سعی بر آن است تا هیجانات و احساسات آن‌گونه تجربه شوند که واقعاً هستند، این امر باعث می‌شود تا فرد به عمق احساسات خود پی‌برد، به درستی آن‌ها

۱۲۲ اثر بخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر نارسایی هیجانی و ...

را شناسایی و توصیف کند و در پی درک و بروز درست و سالم آن‌ها برآید. وقتی که فردی با کمک درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، با شیوه‌های سالم به شناخت و مدیریت شناختی احساسات خود اقدام کند، به مدیریت هیجانی بهتری دست یافته است. علاوه بر این، رویارویی فعال و مؤثر همراه با افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی از طریق این درمان موجب می‌شود تا افراد فشارهای ناخواسته دیگران را در مناسبات اجتماعی درک کرده، احساسات خود را کنترل کنند و کارکرد هیجانی مثبت داشته و به سبک پردازش منطقی دست پیدا کنند و از تفکر برون‌مدار کم‌تری رنج ببرند.

نتایج دیگر حاصل از پژوهش نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش اجتناب شناختی و مؤلفه‌های آن، تأثیر داشت. این یافته با نتایج مطالعات حاجی اقراری و همکاران (۱۳۹۷) همسو است که از شیوه درمان پذیرش و تعهد استفاده کرده بودند، گرچه نمی‌توان خیلی به این پژوهش استناد کرد. در تبیین یافته پژوهش حاضر می‌توان گفت که از نظر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، انسان‌ها بسیاری از احساسات، هیجانات و افکار درونی خود را آزاردهنده می‌دانند؛ بنابراین تلاش می‌کنند آن‌ها را با افکار دیگر جایگزین کنند یا از آن‌ها اجتناب کنند. هدف اصلی این درمان ایجاد انعطاف‌پذیری روان‌شناختی است. انعطاف‌پذیری روان‌شناختی به معنای ایجاد توانایی در انتخاب عملی است که در بین گزینه‌های مختلف، مناسب‌تر باشند و نه انجام عملی که فقط برای اجتناب یا حواس‌پرتی از افکار، احساسات، خاطره‌ها، محرک‌ها یا امیال آزاردهنده باشد (لوین و همکاران، ۲۰۱۲). یکی از فرایندهای درمانی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد معرفی جایگزینی برای کنترل یعنی تمایل و پذیرش در مقابل اجتناب است. مؤلفه تمایل و پذیرش این امکان را برای مراجع پدید می‌آورد تا تجربیات درونی ناخوشایند را بدون تلاش برای فرونشانی آن‌ها، بپذیرد. این کار باعث می‌شود که تجربیات ناخوشایند کم‌تر تهدیدکننده به نظر برسند و مراجع از نشخوار فکری کم‌تری رنج ببرد. یکی دیگر از ویژگی‌های این درمان ایجاد گسلش شناختی و استفاده از فنون ذهن آگاهی است که باعث می‌شود تا مراجعان اتحاد خود با افکار و عواطف را تضعیف کنند و خود را از کنترل قوانین کلامی خلاص کنند که سبب ایجاد مشکلاتشان شده است و اجازه پیدا کنند از کشمکش، منازعه و تبدیل تصاویر به افکار دست بردارند.

این پژوهش مانند سایر پژوهش‌ها با محدودیت‌هایی روبرو بود؛ در پژوهش حاضر از

ابزارهای خودگزارش دهی استفاده شد و اثرات درمان پیگیری نشد. با توجه به نتایج پژوهش، پیشنهاد می‌شود تا مشاوران و روان‌درمان‌گران، از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به‌عنوان مداخله‌ای مؤثر در جهت کاهش نارسایی هیجانی و اجتناب شناختی افراد با اختلال اضطراب فراگیر بهره ببرند.

تقدیر و تشکر

در پایان بر خود لازم می‌دانیم تا از همه دانش‌آموزان دخترتری که به‌عنوان شرکت‌کننده ما را در اجرای این پژوهش یاری کردند، کمال قدردانی را به‌عمل آوریم.

منابع

- ایزکیان، ساره، میرزائیان، بهرام و حسینی، سید حمزه (۱۳۹۸). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بدتنظیمی هیجانی و شفقت بر خود دانش‌آموزان خودآسیب‌رسان. فصلنامه اندیشه و رفتار در روان‌شناسی بالینی، ۱۴(۵۳): ۱۷-۲۶.
- بساک نژاد، سودابه، معینی، نصراله و مهربانی‌زاده هنرمند، مهناز (۱۳۸۹). رابطه پردازش پس‌رویدادی و اجتناب شناختی با اضطراب اجتماعی در دانشجویان. فصلنامه علوم رفتاری، ۴(۴): ۳۳۵-۳۴۰.
- بشارت، محمدعلی و فرهمند، هادی (۱۳۹۶). نقش واسطه‌ای دشواری تنظیم هیجان در رابطه بین آسیب‌های دلبستگی و نشانه‌های افسردگی و اضطراب. فصلنامه اندیشه و رفتار در روان‌شناسی بالینی، ۱۱(۴۴): ۱-۱۱.
- حاجی اقراری، لعیا، اسدی، فاطمه، جوازی، ثمینا و عاطف وحید، طنناز (۱۳۹۷). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بازداری رفتاری و اجتناب شناختی رفتاری زنان دارای اختلال اضطراب فراگیر. مجله پژوهش پرستاری ایران، ۱۳(۶): ۳۱-۳۸.
- رحمانیان، مهدیه، دهستانی، مهدی و علوی، سیده فاطمه (۱۳۹۷). اثربخشی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر باورهای غیرمنطقی و سوگیری توجه نسبت به محرک‌ها با بار هیجانی منفی، در دختران نوجوان. دوفصلنامه شناخت اجتماعی، ۷(۱): ۹۱-۱۰۴.
- زکی‌بی، علی (۱۳۹۱). رابطه آلکسی‌تایمیا، باورهای غیرمنطقی، عاطفه مثبت و منفی با اختلال‌های روانی. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی، دانشگاه رازی، کرمانشاه.
- سپهوند، تورج و مرادی، فاطمه (۱۳۹۷). مقایسه تنظیم هیجان و انعطاف‌پذیری شناختی در

۱۲۴ اثر بخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر نارسایی هیجانی و ...

نمونه‌های غیربالینی نوجوانان با علائم اختلال اضطراب فراگیر و اختلال اضطراب اجتماعی. *مجله روان‌شناسی بالینی*، ۱۰(۴): ۳۳-۳۴.

فوارق، لیلا، بساک نژاد، سودابه و داودی، ایران (۱۳۹۷). رابطه شرم درونی‌شده، رفتارهای معنی بخش و راهبردهای اجتناب شناختی با ابعاد اضطراب اجتماعی در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی ایلام. *مجله روان‌شناسی بالینی*، ۱۰(۴): ۳۵-۴۴.

گل محمدیان، محسن، رشیدی، علیرضا و پروانه، آذر (۱۳۹۷). اثربخشی آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تنظیم شناختی هیجان و باورهای خودکارآمدی در دانشجویان دختر. *فصلنامه روان‌شناسی تربیتی*، ۱۴(۴۷): ۲۳-۱.

محمد، سعید (۱۳۸۰). بررسی ویژگی‌های شخصیتی افراد مبتلا به کولیت اولسروز و مقایسه آن با افراد سالم. *پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی*. انستیتو روان‌پزشکی تهران.

- Aftab, R. (2016). The mediator role of interpersonal difficulties in relationship between experiential avoidance with depression and anxiety. *Journal of Applied Psychology*, 4(40): 523-542.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed)*. Washington, DC: Author.
- Bagby, R. M., Parker, J. D.A. and Taylor, G.J. (1994). The twenty-item Toronto alexithymia scale- I. Item selection and cross-validation of the factor structure. *Journal of Psychosomatic Research*, 38(1): 23-32.
- Basak-Nejad, S., Moeini, N. and Mehrabizadeh-Honarmand, M. (2011). The relationship between post event processing and cognitive avoidance with social anxiety among students. *Journal of Behavioral Sciences*, 4(4): 340-335. (Text in Persian).
- Besharat, M. A. and Farahman, H. (2017). The mediating role of difficulties in emotion regulation on the relationship between attachment pathologies and symptoms of depression and anxiety. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*, 12(44): 7-16. (Text in Persian).
- Favaregh, L., Bassak-Nejad, S. and Davoudi, I. (2019). Relationship between internalized shame, safety behaviors and cognitive avoidance strategies with multidimensional social anxiety in students of medical science. *Journal of Clinical Psychology*, 10(4): 35-44. (Text in Persian).
- Gillespie, S. M., Garofalo, C. and Velotti, P. (2018). Emotion regulation, mindfulness, and alexithymia: Specific or general impairments in sexual, violent, and homicide offenders. *Journal of Criminal Justice*, 46(1): 60-71.
- Golmhamadian, M., Rashidi, A. and Parvaneh, A. (2018). Effectiveness of training based on Acceptance and commitment on cognitive emotion regulation

- and beliefs efficacy in the Female students. *Journal of Educational Psychology*, 14(47): 1-23. (Text in Persian).
- Haji Eghrari, L., Asadi, F., Javazi, S. and Atef Vahid, T. (2019). Effectiveness of acceptance and commitment therapy on behavioral inhibition and cognitive-behavioral avoidance of women with generalized anxiety disorder. *Iranian Journal of Nursing Research*, 13(6): 31-38. (Text in Persian).
- Izakiyan, S., Mirzaian, B. and Hosseini, S. (2019). The effectiveness of acceptance and commitment therapy on emotion dysregulation and self-compassion among self-harm students. *Thoughts and Behavior in Clinical Psychology Journal*, 14(53): 17-26. (Text in Persian).
- Kaufman, J., Birmaher, B., Brent, D., Rao, U. M. A., Flynn, C., Moreci, P. and Ryan, N. (1997). Schedule for affective disorders and schizophrenia for schoolage children-present and lifetime version (K-SADS-PL): Initial reliability and validity data. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36(7): 980-988.
- Levin, M. E., Hildebrandt, M. J., Lillis, J. and Hayes, S. C. (2012). The impact of treatment components suggested by the psychological flexibility model: A meta-analysis of laboratory-based component studies. *Journal of Behavior Therapy*, 43(4): 741-756.
- Levin, M.E., Krafft, J., Pierce, B. and Potts, S. (2018). When is experiential avoidance harmful in the moment? Examining global experiential avoidance as a moderator. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 4(61): 158-163.
- Mohammad, S. (2001). Evaluation of personality traits of individuals with ulcerative colitis and its comparison with healthy individuals. *Master Thesis in Clinical Psychology. Tehran Psychiatric Institute.* (Text in Persian).
- Motan, I. and Gencoz, T. (2007). The relationship between the dimensions of alexithymia and the intensity of depression and anxiety. *Turkish Journal of Psychiatry*, 18(4): 333-343.
- Peter, J., Lawrence, D. C., Murayama, K. and Creswell, C. (2019). Systematic review and meta-analysis: Anxiety and depressive disorders in offspring of parents with anxiety disorders. *Journal of the American Academy of Child Adolescent Psychiatry's*, 58(1): 46-60.
- Popkirov, S., Flasbeck, V., Schlegel, U., Juckel, G. and Brune, M. (2018). Alexithymia in borderline personality disorder is not associated with deficits in automatic visual processing of negative emotional stimuli. *Journal of Psychiatry Research*, 263(5): 121-124.
- Rahmanian, M., Dehestani, M. and Alavi, S. (2018). Effectiveness acceptance and commitment therapy on irrational beliefs and bias toward incentives with negative emotions in adolescent girls. *Quarterly Journal of Social Cognition*, 7(1), 91-104. (Text in Persian).

- Sepahvand, T. and Moradi, F. (2019). The comparison of emotion regulation and cognitive flexibility in nonclinical samples of adolescents with symptoms of generalized anxiety disorder and social anxiety disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 10(4): 23-34. (Text in Persian).
- Sexton, K.A. and Dugas, M.J. (2004). An investigation of the factors leading to cognitive avoidance in worry. *Poster Presented at the Annual Convention of Association for Advancement of Behavior Therapy, New Orleans, LA..?'*
- Spitzer, R. L. Kroenke, K., Williams, J. B. and Löwe, B. (2006). A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: The GAD-7. *Journal of Archives of Internal Medicine*, 166(10): 1092-1097.
- Vowles, K. E. and Sorrell, J. T. (2007). *Life with chronic pain: An acceptance-based approach*. Therapist Guide and Patient Work book.
- Zakyei, A. (2012). *Alexitaimia's relationship, irrational beliefs, positive and negative emotion with mental disorders*. Master thesis in psychology, Razi University, Kermanshah. (Text in Persian).

**Effectiveness of Treatment Based on Acceptance and
Commitment on Emotional Impairment *and Cognitive*
Avoidance in Students with Generalized Anxiety Disorder**

Sara Karimi *¹, Zahra Aghamir Mohammad Ali² Soheila Aboobakri

Makoei³, Mahboobeh VahidiFard⁴, Marzieh Habibi⁵

and Marjan AmooKhalili⁶

Abstract

The purpose of this study was to investigate the effectiveness of treatment based on the acceptance and commitment on emotional impairment and cognitive avoidance in students with generalized anxiety disorder. The present semi experimental study included pre-test, post-test with the control group design. The statistical population of this study consisted of all female students of second stage high school in Taybad city in the academic year of 2018-2019. After initial assessment using GAD scale, a total of 30 female students were selected using purposeful sampling and randomly assigned into an experimental group of 15 and a control group of 15. The experimental group received eight 90-minute sessions of ACT program. In order to gather data, alexithymia scale Bagby, Taylor & Parker and cognitive avoidance questionnaire Sexton & Dugas, were used. Analysis of covariance was used to analyze data. Findings from this research showed a significant difference between the mean posttest scores of the experimental and control groups in

1. Corresponding Author: Master of Family Counseling, Allameh Tabatabai University, Tehran, Iran. Sarakarimi6990@gmail.com

2. Master of Clinical Psychology, Islamic Azad University, Qom Branch, Qom, Iran. z.aqamir@gmail.com

3. Master of Clinical Psychology, Islamic Azad University, Torbat-e Jam Branch, Torbat-e Jam, Iran. soheila.aboobakri@gmail.com

4. Master of General Psychology, Islamic Azad University, Meybod Branch, Yazd, Iran. mvf1397@gmail.com

5. Master of Educational Psychology, Allameh Tabatabai University, Tehran, Iran. m.habibi008@gmail.com

6. Assistant Professor, Department of Islamic Education, Roodehen Branch, Islamic Azad University, Roodehen, Tehran, Iran. m.khalili@riau.ac.ir

DOI: 10.22051/PSY.2020.28934.2059

https://psychstudies.alzahra.ac.ir/article_5021.html

emotional impairment and its components (difficulties with identifying feelings, difficulties with describing feelings, and externally oriented thinking) and the cognitive avoidance and its components (thoughts repression, thought replacement, distraction, threatening stimuli and changing image to thought). Considering the results of this research, it is suggested that the psychologists and psychotherapists can use the results of this study to reduce emotional impairment and cognitive avoidance in students with GAD.

Keywords: *Acceptance and commitment, cognitive avoidance, emotional impairment, generalized anxiety disorder*