DOI: *10.29252/rbs.19.4.590*

Journal of Research in Behavioral Sciences

Year 2022, Volume 19, Issue 4

Comparison of the Effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy (CBT) and Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on reduction of anxiety symptoms in patients with Generalized anxiety disorder during the outbreak of Covid-19

Fatemeh Dinarvand[1], **Saeed Bakhtiarpour**[2], **Alireza Heydarei**[3]

1. Ph.D Students of General Psychology, Department of Psychology, Ahvaz Branch, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran
2. (Corresponding author)* Assistant Professor Department of Psychology, Ahvaz Branch, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran.
3. Assistant Professor Of, Department of Psychology and Educational Science, Qeshm Branch, Islamic Azad University, Qeshm, Iran.

Abstract

Aim and Background: Recent research has shown the prevalence of the Covid-19 epidemic in this regard The purpose of this study was to compare the effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy (CBT) and Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on reduction anxiety symptoms in patients with Generalized anxiety disorder in Dezful during the outbreak of Covid-19.

Methods and Materials: The research was a pilot study with a pretest-post-test-follow-up with control group. The statistical population of this study was the All patients with generalized anxiety disorder referring to Dezful counseling centers 30 people were selected through targeted sampling and randomly assigned to two groups of experimental and control group. In all three groups, patients' anxiety disorder was assessed through the questionnaire of General Anxiety (GAD-7). The first group received cognitive-behavioral therapy in 8 sessions 60 minutes, and the second group in 8 sessions 60 minutes acceptance and commitment therapy, but the third group did not receive training**.** Then, the anxiety test was re-evaluated in all three groups. Given that the assumptions of covariance analysis were not met data were analyzed using one-way variance analysis and SPSS software.

Findings: The findings of the study showed that cognitive-behavioral therapy and acceptance and commitment therapy could reduce the symptoms of anxiety in comparison with the control group ($p < 0.001$) However, the difference between the effectiveness of cognitive-behavioral therapy and acceptance and commitment therapy on reduce the symptoms of anxiety was not significant ($p > 0.05$).

Conclusions: It seems that both therapeutic approaches can be effective in treating the symptoms of generalized anxiety disorder.

Keywords: Cognitive-Behavioral Therapy, Acceptance and Commitment Based Therapy, Generalized Anxiety Disorder, Covid-19

Citation: Dinarvand F, Bakhtiarpour S, Heydarei A. **Comparison of the Effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy (CBT) and Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on reduction of anxiety symptoms in patients with Generalized anxiety disorder during the outbreak of Covid-19**. Res Behav Sci 2022; 19(4): 590-600.

* **Saeed Bakhtiarpour**
Email: saeedb81@yahoo.com

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-07]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1400.19.4.3.6]
[DOI: 10.52547/rbs.19.4.590]

مقایسه اثربخشی درمان شناختی– رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش نشانه‌های اضطراب بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر در زمان شیوع کووید–۱۹

فاطمه دیناروند[۱]، سعید بختیارپور[۲]، علیرضا حیدرئی[۳]

۱- دانشجوی روان‌شناسی عمومی، گروه روان‌شناسی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران.

۲- (نویسنده مسئول)* استادیار، گروه روان‌شناسی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران.

۳- دانشیار، گروه روان‌شناسی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران.

چکیده

زمینه و هدف: تحقیقات اخیر تحت تأثیر شیوع اپیدمی کووید–۱۹ قرار گفته است در این راستا پژوهش حاضر باهدف مقایسه اثربخشی درمان شناختی– رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش نشانه‌های اضطراب بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر شهرستان دزفول در زمان شیوع کووید–۱۹ انجام گرفت.

مواد و روش‌ها: روش پژوهش از نوع آزمایشی با طرح پیش‌آزمون –پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش را کلیه بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره شهر دزفول تشکیل می‌دادند. تعداد ۳۰ نفر از جامعه به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب‌شده و به‌صورت کاملاً تصادفی در دو گروه آزمایش و گروه کنترل گمارده شدند. در هر سه گروه، اختلال اضطراب بیماران از طریق مقیاس ۷ سؤالی اضطراب فراگیر (GAD-7) مورد ارزیابی قرار گرفتند، گروه نخست، در ۸ جلسه یک‌ساعته درمان شناختی – رفتاری دریافت کردند و گروه دوم، ۸ جلسه یک‌ساعته و هفته‌ای یک جلسه تحت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد قرار گرفتند؛ اما گروه سوم آموزشی ندیدند. سپس مجدداً در پس‌آزمون اضطراب هر سه گروه مورد ارزیابی قرار گرفت. با توجه به عدم رعایت مفروضه‌های تحلیل کوواریانس داده‌ها با استفاده از تحلیل واریانس یک‌طرفه و نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۵ تجزیه‌وتحلیل شدند.

یافته‌ها: یافته‌های پژوهش نشان داد درمان‌های شناختی – رفتاری و پذیرش و تعهد توانستند نشانه‌های اضطراب فراگیر را نسبت به گروه کنترل کاهش دهند (P<۰/۰۵) ولی تفاوت اثربخشی درمان‌های مبتنی بر پذیرش و تعهد و شناختی _ رفتاری بر اختلال اضطراب فراگیر معنادار نبود (P<۰/۰۵).

نتیجه‌گیری: به نظر می‌رسد هر دو رویکرد درمانی می‌تواند در جهت نشانه‌های اضطراب فراگیر اثرگذار باشند.

واژه‌های کلیدی: درمان شناختی– رفتاری، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، اختلال اضطراب فراگیر، کووید–۱۹.

ارجاع: دیناروند فاطمه، بختیارپور سعید، حیدرئی علیرضا. **مقایسه اثربخشی درمان شناختی– رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش نشانه‌های اضطراب بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر در زمان شیوع کووید–۱۹.** مجله تحقیقات علوم رفتاری ۱۴۰۰؛ ۱۹(۴): ۶۰۰–۵۹۰.

*– **سعید بختیارپور**

رایانامه: saeedb81@yahoo.com

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-07]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1400.19.4.3.6]

[DOI: 10.52547/rbs.19.4.590]

مقدمه

اضطراب یکی از شایع‌ترین اختلالات روانی است که به دنبال تداعی خطری نامعلوم ایجادشده و موجب برهم خوردن تداوم رفتاری شخص می‌شود (۱). عواطف، افکار و احساسات منفی در افراد، موجب بسیاری از بیماری‌های روانی- جسمانی و اضطراب در آنها خواهد شد. نگرانی یا اضطراب، با تجربیات مکرر افکار فرد دربارهٔ وقایع منفی بالقوه مشخص می‌شود (۲). هنگامی‌که شدت این اضطراب افزایش یابد، به اختلال اضطراب اجتماعی تبدیل می‌شود و علائمی از قبیل ترس شدید و پیاپی از افراد و موقعیت‌های اجتماعی یا عملکرد خود در موقعیت‌های مختلف که امکان دارد شرمساری فرد را در پی داشته باشد (۳). اختلال اضطراب فراگیر به‌صورت هراس یا اضطراب آشکار درباره یک یا چند موقعیت اجتماعی که در آن‌ها فرد در معرض توجه و انتقاد توسط دیگران است، تعریف شده است (۴). افراد مبتلا به این اختلال، به‌شدت از انجام رفتار نامناسب یا نشان دادن نشانه‌های اضطراب در روابط اجتماعی وحشت داشته و سعی در امتناع از حضور در مکان‌های عمومی دارند (۵). پژوهش‌ها نشان داده‌اند که بیش از ۱۳/۳ درصد از مردم در مواقعی از زندگی به این اختلال دچار می‌شوند که زنان دو برابر مردان از این اختلال رنج می‌برند (۶). برخی از این افراد ممکن است هفته‌ها از خانه خارج نشوند و از بسیاری موقعیت‌های اجتماعی مانند موقعیت‌های شغلی و تحصیلی خود فقط به این خاطر که با دیگران در ارتباط نباشند، صرف‌نظر کنند (۷). دو نوع اضطراب شناخته شده است.

ازآنجایی‌که عوامل متعددی بر اضطراب بیماران مؤثرند، لزوم استفاده از تکنیک‌ها و آموزش‌هایی در جهت کاهش آن، ضروری به نظر می‌رسد. یکی از تکنیک‌های مهم در این رابطه، رویکرد درمان شناختی- رفتاری است. در سال‌های اخیر به جایگاه عوامل شناختی در درک پویایی‌های تعاملات در روابط بین فردی، بیشتر توجه شده است. برنامه‌های درمان شناختی- رفتاری بر نوعی رفتاردرمانی مبتنی هستند که در بطن موقعیت‌های روان‌درمانی سنتی به وجود آمده‌اند و نشان‌دهنده علاقه فزاینده درمانگران به اصلاح شناخت، به‌عنوان عامل مؤثر بر هیجان‌ها و رفتارهاست (۸). در روان‌درمانی با استفاده از رویکرد شناختی رفتاری به بیمار کمک می‌شود تا الگوهای تفکر تحریف‌شده و رفتارهای ناکارآمد خود را تشخیص دهد. تکنیک‌های شناختی، باورهای مرتبط با افکار را موردتوجه قرار می‌دهند و تکنیک‌های رفتاری بر اعمال و رفتاری تمرکز دارند که با فرایندهای شناختی در تعامل هستند (۹). پژوهش‌های مختلف به اثربخشی این روش درمانی بر کاهش اضطراب کرونا (۱۰, ۱۱)؛ بهبود اضطراب و افسردگی افراد مبتلا به بدکارکردی جنسی (۱۲, ۱۳)؛ بهبود افسردگی، استرس و اضطراب افراد تراجنسی (۱۴, ۱۵)؛ بهبود اضطراب، افسردگی، استرس، درد و بستری مجدد بیماران مبتلا به آسم (۱۶, ۱۷)؛ کیفیت زندگی بیماران سرطانی (۱۸, ۱۹)؛ بهبود اختلال اضطراب اجتماعی (۲۰-۲۳) اشاره داشته‌اند.

رویکرد دیگری که در جهت بهبود اختلال اضطراب، اهمیت دارد، رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد است. این درمان باهدف کمک به افراد در جهت کوشش برای ایجاد یک زندگی معنادار و پذیرش رنج خود در حوادث زندگی مورداستفاده قرار می‌گیرد (۲۴). درواقع رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد، یک نوع رفتاردرمانی است که هدف آن به عمل درآوردن اجتناب تجربی و تلاش برای کنترل تجربه‌های آزاردهنده است (۲۵). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با باز بودن نسبت به سنت‌های قدیمی بالینی، تأکید بر عملکرد رفتاری بیمار نه علت‌یابی و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی نشان داده است که چرا هم‌جوشی اجتناب تجربی و شناختی مضر است (۲۶). گلاسمن و همکاران (۲۷) معتقدند که درمان از طریق پذیرش و تعهد به مراجع می‌آموزد که افکار و احساساتش را بپذیرد و راه‌های تازه‌ای برای زندگی‌اش انتخاب کند و اقدام متعهدانه انجام دهد. شش فرایند اصلی در قالب یک فرایند زیربنایی (انعطاف‌پذیری روان‌شناختی) به‌عنوان اجزای اصلی فرایند تغییر و پذیرش معرفی‌شده است که عبارت‌اند از: پذیرش، گسلش، خود به‌عنوان زمینه، ارتباط با زمان حال، ارزش‌ها، عمل متعهدانه (۲۸). پژوهش‌های مختلفی اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر بهبود اضطراب (۲۹-۳۳) اشاره داشته‌اند. با توجه به مطالب و پژوهش‌های عنوان‌شده و نیز با توجه به اینکه اختلال اضطراب فراگیر در بسیاری از نقاط جهان چندان شناخته‌شده نیست و بیشتر ناشی از اختلالات شخصیتی فرض می‌شود، اغلب مبتلایان به اضطراب فراگیر را به سمت خوددرمانی می‌کشاند. عامل دیگری که در این مسئله مؤثر است پرهیز مبتلایان از مراجعه به روان‌شناس به علت خود اختلال است. این مسائل احتمال اعتیاد به مواد مخدر، روان‌گردان و تداخلات خطرناک دارویی را افزایش می‌دهد. از طرفی، با توجه به اهمیت شناخت عوامل روان‌شناختی به‌عنوان عوامل مرتبط و مؤثر وضعیت جسمی و علائم بیماری اختلال اضطراب فراگیر، اهمیت پژوهش حاضر، بیش‌ازپیش احساس

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-07]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1400.19.4.3.6]
[DOI: 10.52547/rbs.19.4.590]

می‌شود؛ بنابراین، هدف انجام این پژوهش مقایسه اثربخشی رویکرد شناختی – رفتاری و رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش نشانه‌های بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر است.

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر از نوع آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش حاضر، شامل کلیه مراجعه‌کنندگان دارای اختلال اضطراب فراگیر به مراکز مشاوره دزفول در سال ۱۳۹۸ به تعداد ۱۱۴ نفر بودند که از اختلال اضطراب فراگیر رنج می‌بردند. از میان آن‌ها، ۳۰ نفر به روش نمونه‌گیری دردسترس انتخاب شدند و با گمارش تصادفی در سه گروه ۱۰ نفره شامل دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل گمارده شدند و با توجه به اینکه توان آزمون بیشتر از ۰٫۸ محاسبه شد (P=۱) نشان‌دهنده کفایت حجم نمونه می‌باشد. به‌طور خلاصه می‌توان فرایند اجرای پژوهش را در چهار مرحله خلاصه کرد. نخست، از میان افراد مبتلا به اضطراب فراگیر ۳۰ نفر آزمودنی انتخاب و به شیوه تصادفی در سه گروه ۱۰ نفری قرار داده شدند. گروه اول، درمان شناختی – رفتاری و گروه دوم، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد دریافت کردند و گروه سوم، بدون مداخله آزمایشی مورد مقایسه قرار گرفتند. معیارهای ورود شامل رضایت آگاهانه از شرکت در پژوهش، سن بین ۱۸ تا ۳۰ سال و کسب نمره بالاتر از میانگین در پرسشنامه اضطراب فراگیر بود و معیارهای خروج از مطالعه شامل: عدم رضایت از ادامه همکاری در پژوهش، غیبت بیش از دو جلسه در جلسات درمانی سوءمصرف مواد، داشتن اختلالات روانی همراه، استفاده از داروهای روان‌گردان و شرکت در سایر جلسات روان‌درمانی بود؛ و برای رعایت نکات اخلاقی رضایت آگاهانه از آن‌ها کسب و درباره محرمانگی اطلاعات به آن‌ها اطمینان خاطر داده شد. برای حفظ حقوق شرکت‌کنندگان، پس از مرحله پس‌آزمون، جلسات درمانی به‌صورت فشرده برای گروه کنترل نیز اجرا شد. برای جمع‌آوری داده‌ها از ابزار زیر استفاده شد:

مقیاس اضطراب فراگیر: برای سنجش اضطراب از مقیاس ۷ سؤالی اضطراب فراگیر (GAD_7) اسپیتزر و همکاران (۳۴) به‌عنوان مقیاسی کوتاه که بتواند موارد احتمالی اختلال اضطراب فراگیر را شناسایی کرده و شدت نشانه بالینی را نیز مشخص سازد، تهیه شده است. مقیاس اضطراب فراگیر دارای ۷ سؤال است که هر یک از سؤالات مقیاس از ۰ تا ۳ نمره‌گذاری می‌شوند. اسپیتزر و همکاران (۳۴) همسانی درونی اضطراب فراگیر را ۹۲٪ و پایایی بازآزمایی آن را ۸۳٪ گزارش کردند. حساسیت و ویژگی مقیاس در نقطه برش ۱۰ یا بیشتر، از ۸۰٪ می‌گذرد و همبستگی آن با دو مقیاس اضطراب بک ۷۲٪ و با خرده مقیاس اضطراب مقیاس SCL-90-R، ۷۴٪ گزارش شده است. در مطالعه حاضر برای بررسی همسانی درونی پرسشنامه اضطراب فراگیر از ضریب آلفای کرونباخ استفاده شده است که ضریب آلفای کرونباخ کل سؤالات ۰/۸۶ به‌دست‌آمده است.

– درمان شناختی– رفتاری: پروتکل درمانی شناختی– رفتاری برگرفته از هیمبرگ و بکر (۳۵) در ۸ جلسه هفتگی ۶۰ دقیقه‌ای آموزش داده شد. جلسات درمانی در جدول ۱ آمده است.

محتوای جلسات درمانی شناختی-رفتاری هیمبرگ و بکر (۳۵)

جلسه اول: آشنایی و معرفی اعضاء، بررسی اهداف و انتظارات آزمودنی‌ها از درمان، توضیح درباره قواعد گروه و مؤلفه‌ها و ماهیت اضطراب؛ تکلیف: مطالعه کتاب خودیاری نترس (راهنمای غلبه بر اضطراب).

جلسه دوم: مروری بر جلسه قبل، بررسی تکالیف، آموزش و بررسی مدل شناختی فکر و رفتار، معرفی و شناسایی خطاهای شناختی به همراه درجه اعتقاد به آن. تکلیف: برگه تکمیل برگه ثبت افکار و بازبینی تحریف‌های شناختی به‌عنوان تکلیف منزل.

جلسه سوم: مروری بر جلسه قبل، بررسی تکالیف و موانع آن، مرور و بررسی راهبردهایی برای مبارزه با تحریف‌های شناختی و کار در جلسه؛ تکلیف: ارائه تمرین بررسی شواهد با استفاده از برگه ثبت افکار به‌عنوان تکلیف منزل.

جلسه چهارم: مروری بر جلسه قبل، بررسی تکالیف، آموزش روان‌شناختی: مرور و بررسی راهبردهایی برای مبارزه با تحریف‌های شناختی (تکنیک سود و زیان) و تمرین آن در جلسه، خلاصه و جمع‌بندی جلسه؛ تکلیف: ارائه تمرین بررسی سود و زیان با استفاده از برگه ثبت افکار به‌عنوان تکلیف منزل.

جلسه پنجم. مروری بر جلسه قبل، بررسی تکالیف، شناسایی موقعیت‌های برانگیزاننده، آموزش واحد ناراحتی ذهنی، آموزش مهارت‌های اجتماعی و ایفای نقش، خلاصه جلسه؛ تکلیف: تهیه

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-07]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1400.19.4.3.6]
[DOI: 10.52547/rbs.19.4.590]

سلسله مراتبی از موقعیت‌هایی که اضطراب ایجاد می‌کند به همراه درصد ایجاد احساس به‌عنوان تکلیف منزل.

جلسه ششم: مروری بر جلسه قبل، بررسی تکالیف؛ آموزش تصویرسازی ذهنی، مواجهه تصوری و واقعی، جرأت ورزی، ایفای نقش، خلاصه جلسه و تمرین مرور ذهنی مهارت‌های اجتماعی؛ تکلیف: تمرین مرور ذهنی مهارت‌های اجتماعی و تکمیل برگه‌های ثبت افکار.

جلسه هفتم: مروری بر جلسه قبل، بررسی تکالیف؛ ایفای نقش و مواجهه واقعی در جلسه (حضور در جمع و سخنرانی)؛ خلاصه جلسه؛ تکلیف: تمرین مواجهه واقعی و تکمیل برگه‌های ثبت افکار.

جلسه هشتم: مروری بر تمام جلسات، بررسی تکالیف؛ مواجهه واقعی بحث و بررسی در مورد عوامل مؤثر و راه‌انداز بازگشت و عود بیماری؛ بررسی راهبردهایی برای پیشگیری از بازگشت و عود بیماری؛ تکلیف: تمرین و به کار بردن راهبردهای پیشگیری از بازگشت و عود بیماری.

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد: پروتکل درمانی شناختی-رفتاری برگرفته از هایز و همکاران (۳۶) در ۸ جلسه هفتگی ۶۰ دقیقه‌ای آموزش داده شد

محتوای جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد هایز و همکاران (۳٦)

جلسه اول: آشنایی گروه با یکدیگر، با درمانگر و طرح کلی درمان، جلسات درمانی، تمایل فرد برای درمان و درمان‌های دارویی و غیر دارویی و درنهایت مصاحبه تشخیصی.

جلسه دوم: آشنایی با مفاهیم درمانی پذیرش و تعهد، کشف و بررسی روش‌های درمانی بیمار و نمره‌گذاری آن‌ها، ایجاد درماندگی در مورد موقتی و کم اثر بودن درمان‌ها با استفاده از مثال‌ها، بینش در خصوص مشکل به وجود آمده و به چالش کشیدن مشکل و دریافت بازخورد، ثبت و ارائه تکلیف.

جلسه سوم: مرور تکالیف و تجربه‌های جلسه قبلی، بیان کنترل به‌عنوان مشکل، سنجش عملکرد، تشخیص راهبردهای ناکارآمد کنترل گری و پی بردن به بیهودگی آن‌ها، پذیرش وقایع شخصی دردناک بدون کشمکش با آن‌ها، دریافت بازخورد، بررسی تمرین هفته بعد.

جلسه چهارم: ایجاد پذیرش و ذهن آگاهی به‌واسطه رها کردن و تلاش برای کنترل و ایجاد گسلش شناختی، کشف موقعیت‌های اجتناب شده و تماس با آن‌ها از طریق پذیرش، مواجهه مناسب با تجارب ذهنی، آموزش قدم‌های پذیرش با توضیح مفاهیم اشتیاق و موانع و ارائه تکالیف برای جلسه بعد.

جلسه پنجم: مرور تکلیف و تعهد رفتاری مشاهده‌گر، آموزش زندگی ارزش‌مدار و بیان مفهوم ارزیابی و توصیف با استفاده از تمثیل، آموزش تن آرامی، نشان دادن جدایی بین خود، تجربیات درونی و رفتار، مشاهده خود به‌عنوان زمینه، تضعیف خود مفهومی و بیان خود، ایجاد اهداف و سبک زندگی اجتماعی و تعهد عملی به آن‌ها و ارائه تکالیف جدید.

جلسه ششم: ارزیابی اهداف و اعمال، تصریح ارزش‌ها، اهداف و اعمال و موانع آن‌ها، توضیح مفاهیم نقش و زمینه، مشاهده خویشتن به‌عنوان یک بستر و برقراری تماس با خود با استفاده از تمثیل، آگاهی از دریافت‌های حسی مختلف و جدایی از حس‌هایی که جزو محتوای ذهنی هستند. تمرکز بر فعالیت‌ها و آگاهی بر احوال خود؛ بنابراین فراگیر آموزش می‌بینند تا به افکار و احساساتشان توجه کنند ولی به محتوای آن نچسبند، دریافت بازخورد و ارائه تکلیف.

جلسه هفتم: بررسی مجدد ارزش‌ها، اهداف و اعمال و آشنایی و درگیری با اشتیاق و تعهد، کشف ارزش‌های عملی زندگی، توضیح مفهوم ارزش‌ها و بیان تفاوت‌ها بین ارزش‌ها، اهداف و انگیزه‌ها، روشن نبودن ارزش‌های مراجع برای زندگی بهتر، تمرین تمرکزی، دریافت بازخورد و ارائه تکالیف.

جلسه هشتم: آموزش تعهد به عمل، شناسایی طرح‌های رفتاری مطابق با ارزش‌ها و ایجاد تعهد برای عمل به آن‌ها، درک ماهیت تمایل و تعهد، تعیین الگوهای عمل متناسب با ارزش‌ها، مرور تکالیف، اجرای پس‌آزمون.

روش آماری

به‌منظور تحلیل داده‌های پژوهش حاضر از روش‌های آمار توصیفی شامل میانگین و انحراف استاندارد و روش‌های استنباطی از تحلیل واریانس یک‌طرفه و نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۵ صورت گرفت.

یافته‌ها

توزیع آزمودنی‌ها برحسب تحصیلات و سن به این شرح بود که ۱۲ نفر دارای مدرک تحصیلی پایین‌تر از کارشناسی و ۱۸ نفر دارای مدرک تحصیلی کارشناسی و بالاتر بودند. میانگین سن آزمودنی‌ها نیز ۳۲/۲۱ ± ۳۱/۴۲ بود. مطابق جدول ذیل میانگین و انحراف استاندارد نمرات اضطراب گروه‌های آزمایش، در

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-07]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1400.19.4.3.6]
[DOI: 10.52547/rbs.19.4.590]

مقایسه با گروه کنترل، از پیش‌آزمون تـا پس‌آزمـون آورده شـده است.

جدول ۱. اطلاعات متغیر اضطراب در پیش- آزمون و پس- آزمون به تفکیک گروه‌های آزمایش

گروه	مرحله	میانگین	انحراف معیار	حداقل	حداکثر
ACT	پیش‌آزمون	۱۴/۳۰	۳/۰۹	۱۰	۱۸
	پس‌آزمون	۹	۲/۵۳	۵	۱۳
CBT	پیش‌آزمون	۱۶	۲/۴۹	۱۲	۱۹
	پس‌آزمون	۱۱/۱۰	۱/۹۱	۸	۱۴
کنترل	پیش‌آزمون	۱۵	۲/۶۲	۱۰	۱۹
	پس‌آزمون	۱۵/۱۰	۲/۳۳	۱۱	۱۸

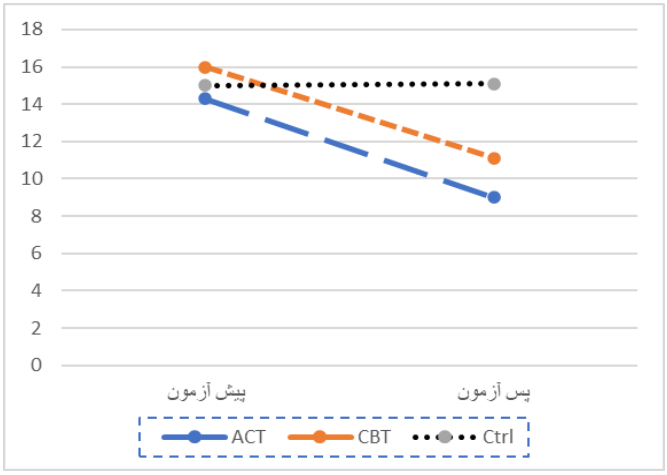
جدول فوق میانگین و انحراف معیار و حداقل و حداکثر نمـره برای متغیر اضطراب فراگیر در گروه‌های آزمایش و گروه کنتـرل در دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون را نشان می‌دهد. در بررسی معنی‌داری تفاوت گروه‌هـا (گـروه آزمـایش و گـروه کنتـرل) در پس‌آزمون نمره اضطراب، به‌منظور کنترل اثر پیش‌آزمون با توجه به طرح تحقیق اولین انتخاب تحلیل کوواریـانس تـک متغیـری (آنکوا یک‌راهه) بود، اما با توجه به این‌کـه نرمـال بـودن توزیـع داده‌هـا و همگنـی واریـانس گروه‌هـا از پیش‌فرض‌هـای اصـلی تحلیل کوواریانس هستند، پیش از ارائه نتایج تحلیل کوواریانس، از آزمون شاپیرو ویلک برای بررسی نرمال بـودن توزیـع داده‌هـا استفاده شد. نتایج آزمون نشان داد توزیع داده‌ها در تمام گروه‌هـا نرمال هستند. همچنین از آزمون لون برای بررسی فرض برابری واریانس خطای متغیر وابسته اسـتفاده شـد. بـا توجـه بـه نتـایج به‌دست‌آمده از آزمـون لـون (P=۰/۱۹۰ و F=۰/۸۲۱) مفروضـه همگنی واریانس‌ها نیز رعایت شد؛ اما با توجه به رعایـت نشـدن مفروضه یکسانی شیب رگرسـیون بـرای اضـطراب (P<۰/۰۱ و F= ۳۰۸/۹۰) پژوهشـگر مجـاز بـه اسـتفاده از تجزیـه‌وتحلیل کوواریـانس نیسـت و می‌بایسـت بـه‌جای اسـتفاده از تحلیـل کوواریانس برای حذف اثـر پیش‌آزمـون، تفاضـل پس‌آزمـون از پیش‌آزمون را محاسبه و این نمره تفاضل، بین گروه‌ها با استفاده از آزمون تحلیل واریانس یک‌طرفه مقایسه شود.

جدول ۲: نتایج آزمون تحلیل واریانس یک‌راهه جهت بررسی تأثیر نوع درمان بر اضطراب

تفاضل میانگین	SS	df	MS	F	Sig	توان آزمون	اندازه اثر
بین گروه‌ها	۱۸۱/۰۶	۲	۹۰/۵۳	۷۶٫۶۲	۰/۰۰۱	۱/۰۰	۰/۸۵
درون گروه‌ها	۳۱/۹۰	۲۷	۱/۱۸	-			
کل	۲۱۲/۹۶	۲۹	-	-			

مطابق نتایج جدول فـوق F= ۷۶/۶۲ و P<۰/۰۱ مـی‌باشـد، بنابراین فرضیه صفر تائید نمـی‌شـود بـه‌عبارت‌دیگر تـأثیر نـوع درمان بر متغیر وابسته معنادار است. حال جهت بررسی فرضیات بعدی که به بررسی تأثیر هر یک از انواع درمان مـی‌پردازنـد، بـا استفاده از آزمون تعقیبی به مقایسه میانگین گروه مربوط بـه آن درمان با گروه گواه پرداخته شد که نتایج آن در زیـر آورده شـده است.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-07]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1400.19.4.3.6]
[DOI: 10.52547/rbs.19.4.590]



نمودار ۱. میانگین نمره اضطراب در سه گروه در دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون

جدول ۳. نتایج آزمون LSD (متغیر اضطراب)

گروه‌های مورد مقایسه	تفاوت میانگین‌ها	خطای استاندارد	سطح معناداری
ACT و کنترل	۵/۴۰	۰/۴۸	۰/۰۰۱
CBT و کنترل	۵	۰/۴۸	۰/۰۰۱
CBT و ACT	۰/۴۰	۰/۴۸	۰/۴۱

مطابق نتایج جدول فوق نتیجه آزمون تعقیبی، مقایسه میانگین گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و کنترل با توجه به معنی‌دار بودن تفاوت (P<۰/۰۱) می‌توان گفت فرضیه صفر تائید نمی‌شود. به‌عبارت‌دیگر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهبود علائم اختلال اضطراب فراگیر تأثیر معناداری داشت. همچنین نتیجه آزمون تحلیل واریانس مقایسه میانگین گروه درمان شناختی-رفتاری و کنترل با توجه به معنی‌دار بودن تفاوت (P<۰/۰۱) می‌توان گفت فرضیه صفر تائید نمی‌شود. به‌عبارت‌دیگر درمان شناختی رفتاری بر بهبود علائم اختلال اضطراب فراگیر تأثیر معناداری داشت. باتوجه به اینکه نتایج جدول فوق نشان می‌دهد تفاوت بین دو گروه ACT و CBT معنادار نمی‌باشد (P>۰/۰۵)؛ بنابراین این دو درمان بر علائم اضطراب فراگیر آزمودنی‌ها اثربخشی متفاوتی نداشته‌اند.

بحث و نتیجه‌گیری

یافته‌های این پژوهش حاکی از اثربخشی درمان شناختی – رفتاری بر کاهش علائم اضطراب در بیماران بود که در تبیین این یافته همسو با یافته‌های پیشین (۲۰-۲۳, ۳۷) می‌توان گفت درمان شناختی -رفتاری به‌عنوان استاندارد طلایی درمان اختلال‌های اضطرابی می‌باشد و به‌صورت گسترده برای درمان اختلال‌های اضطرابی به کار می‌رود (۳۸, ۳۹)؛ زیرا زیربنای نظری درمان CBT تأکید می‌کند که این خود حوادث نیست که منجر به حالت‌های خلقی مختلف می‌شود بلکه تعبیر و تفسیری که از حوادث می‌شود، هیجان‌های مختلف را ایجاد می‌کند (۲۳)، سوگیری‌های شناختی مختلفی در افراد مضطرب شناسایی‌شده است. یکی از آن‌ها، سوگیری تفسیر (تعبیر) است. تفسیر، مرحله‌ای از پردازش اطلاعات است که در آن اطلاعات خاصی مورد ارزیابی قرار می‌گیرد. سوگیری تفسیر زمانی پیش می‌آید که انتخاب‌های پردازشی رقیب وجود دارد این حالت شامل یک ارزیابی مرتبط و یک ارزیابی غیر مرتبط یا تهدید است. بازنمایی بازداری شده و بازنمایی برجسته شده منابع توجه را مورداستفاده قرار می‌دهند و نتیجه به‌وسیله ارزیابی تهدید و سازگارهای بالا و پایین تعیین می‌شود. در مورد افراد مضطرب سوگیری تفسیر و تفسیرهای مرتبط با تهدیدی برجسته بوده و بیشترین منابع پردازشی را مورد استفاده قرار می‌دهد (۴۰). مسلم است هنگامی‌که درمانی هر دو بعد رفتار و شناخت را آماج و هدف

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-07]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1400.19.4.3.6]
[DOI: 10.52547/rbs.19.4.590]

خود قرار می‌دهد موفق‌تر از درمانی عمل خواهد کرد که تنها بر روی یک بعد بیمار اعمال می‌شود. مداخله شناختی رفتاری به شیوه گروهی در کاهش اضطراب اثربخش بوده است؛ زیرا این رویکرد در این راستا به عوامل شناختی، رفتاری و هیجانی به‌طور هم‌زمان توجه می‌کند و ازجمله مداخلاتی است که به افراد کمک می‌کند تا خود را در معرض موقعیت‌های اضطراب‌آور زندگی واقعی قرار دهند و تکرار این فرایند با بازسازی شناختی افکار ناکارآمد آن‌ها همراه است. ازاین‌رو هدف آن تغییر شناخت‌های ناکارآمد، اصلاح رفتارهای ناسازگار و بهبود عملکرد افراد است.

دیگر یافته این پژوهش حاکی از اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش علائم اضطرابی بیماران بود. پژوهش‌های بسیاری اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را بر اختلالات اضطرابی اذعان نمودند (۲۹-۳۳). در تبیین این یافته می‌توان گفت، افراد مبتلا به اضطراب فراگیر به‌جای روبه‌رو شدن با افکار و هیجانات اضطراب‌آور، سعی می‌کنند از آن‌ها فرار یا اجتناب کنند. وقتی فرد این رفتارها را به کار می‌برد، به‌نوعی در جهت تشدید اضطراب خود گام برمی‌دارد. این سبک پاسخ به هیجانات و افکار اضطراب‌آور مشکل‌ساز می‌گردد. در تبیین اثربخشی درمان ACT بر اضطراب می‌توان گفت که این رویکرد به فرد آموزش می‌دهد به‌جای سرکوب، فرار و اجتناب از هیجانات و افکار اضطراب‌آور، آن‌ها را مورد مشاهده قرار دهد و پذیرش را تمرین کند. تقریباً می‌توان گفت که مواجه‌شدن، یک اصل تأکیدی در درمان‌های موج جدید است که گاه به صوت عینی و گاه به‌صورت ذهنی انجام می‌شود (۴۱). درواقع رویارویی فعال و مؤثر با افکار و احساسات، پرهیز از اجتناب، تغییر نگاه نسبت به خود و داستانی که در آن فرد به خود نقش قربانی را تحمیل کرده است، بازنگری در ارزش‌ها و اهداف زندگی و درنهایت تعهد به اهداف را می‌توان جزء عوامل اصلی مؤثر در این روش درمانی دانست (۳۰). در روش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در کنار ایجاد تغییرات عمیق شناختی به‌واسطه فنون درمانی بکار گرفته‌شده، این درمان همچنین با افزایش آگاهی فرد از تجربیات لحظه حاضر و برگرداندن توجه بر سیستم شناختی و پردازش کارآمدتر اطلاعات موجب کاهش نگرانی و تنش فیزیولوژیک در فرد می‌گردد (۲۹).

و نهایتاً در دیگر یافته این پژوهش نشان داده شد که بین اثربخشی درمان شناختی رفتاری با درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد تفاوت معنی‌داری وجود ندارد. پژوهشی همسو با این یافته در دسترس محقق قرار نگرفت. ازآنجاکه اهمیت درمان‌های اختلالات اضطرابی به‌قدری زیاد است که به چالش گرفتن اثر نوع درمان یا بکار بردن تکنیک‌های شناختی صرف در این اختلال چندان منطقی به نظر نمی‌رسد. در پژوهش حاضر هدف اصلی به چالش گرفتن و یا زیر سؤال بردن اثرات درمان‌های شناختی رفتاری و مبتنی بر پذیرش و تعهد نبود. هدف این بود که ضرورت و اولویت کاربرد روش‌های درمانی بررسی شوند. در پژوهش حاضر در میزان اثربخشی این دو روش درمانی اختلاف معنی‌داری مشاهده نشد و معنی و مفهوم این قسمت از یافته‌های پژوهش این است که اگر هدف از درمان صرفاً کاهش علائم اختلالات اضطرابی باشد هر دو درمان اثرگذار است. به عبارتی در این زمینه می‌توان گفت نظر به اینکه اضطراب فراگیر اختلالی است که از تعامل مؤلفه‌های فیزیولوژی، شناختی و رفتاری به وجود می‌آید درمان‌هایی مانند درمان شناختی رفتاری و مبتنی بر پذیرش و تعهد که درمان‌هایی جامع می‌باشد توانسته اثربخشی بالایی در مورد آن داشته باشند. این درمان‌ها دارای مؤلفه‌هایی است که از طریق آن مؤلفه‌ها قادر به کاهش علائم اضطرابی می‌باشد (۴۲).

پژوهش حاضر دارای برخی محدودیت‌هاست که باید هنگام تفسیر نتایج و تعمیم دهی به گروه‌های دیگر در نظر داشت نخستین محدودیت ناشی از عدم اجرای مرحله پیگیری شرکت‌کنندگان و بررسی پایداری اثرهای برنامه مداخله‌ای بود؛ بنابراین توصیه می‌شود در مرحله مداخله سنجش‌های بیشتری صورت پذیرد تا میانگین نمرات تحت سوگیری دوره نهفتگی درمان قرار نگیرد. شرکت‌کنندگان پژوهش حاضر افراد دارای اختلالات اضطرابی فراگیر بدون همبودی با سایر اختلالات بودند بنابراین، برای تعمیم نتایج به جمعیت‌های دیگر نظیر افراد با اختلالات شخصیتی یا اختلالات خلقی، تحقیقات بیشتری موردنیاز است. پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های مشابهی بر روی افراد با در نظر گرفتن نقش جنسیت آزمودنی‌ها تکرار شود. همچنین با توجه به اثربخشی این دو روش درمان پیشنهاد می‌شود اثربخشی آن‌ها بر سایر اختلالات نیز مقایسه شوند. با توجه به اینکه از بین تمام اختلالات اضطرابی اختلال اضطراب فراگیر، اختلالی است که از اثربخشی درمانی کمتری برخوردار است و درمان آن شامل دوطبقه کلی درمان‌های دارویی و درمان‌های روان‌شناختی می‌باشد (۳۲). با در نظر گرفتن نتایج این پژوهش پیشنهاد می‌شود که از درمان‌هایی مانند درمان شناختی رفتاری و مبتنی بر پذیرش و تعهد که در دمان اضطراب

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-07]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1400.19.4.3.6]
[DOI: 10.52547/rbs.19.4.590]

اثربخش هستند و ازلحاظ بالینی مهم و باارزش است بیشتر استفاده شود. درواقع با توجه به کارایی بالای این دو روش درمانی در بهبود اختلال اضطراب فراگیر به‌عنوان اختلال اضطراب پایه، می‌تواند تلویحاتی کاربردی برای درمان سایر اختلالات اضطرابی نیز داشته باشد.

.

تقدیر و تشکر

در پایان برخورد لازم می‌دانیم تا از تمامی آزمودنی‌ها که ما را در اجرای این پژوهش یاری رساندند، کمال قدردانی را به عمل آوریم.

References

1. Chavanne AV, Robinson OJ. The overlapping neurobiology of induced and pathological anxiety: a meta-analysis of functional neural activation. American Journal of Psychiatry. 2021;178(2):156-64.
2. Telman LG, van Steensel FJ, Maric M, Bögels SM. Are anxiety disorders in children and adolescents less impairing than ADHD and autism spectrum disorders? Associations with child quality of life and parental stress and psychopathology. Child Psychiatry & Human Development. 2017;48(6):891-902.
3. Anker JJ, Kummerfeld E, Rix A, Burwell SJ, Kushner MG. Causal network modeling of the determinants of drinking behavior in comorbid alcohol use and anxiety disorder. Alcoholism: clinical and experimental research. 2019;43(1):91-7.
4. Heeren A, McNally RJ. An integrative network approach to social anxiety disorder: The complex dynamic interplay among attentional bias for threat, attentional control, and symptoms. Journal of Anxiety Disorders. 2016;42:95-104.
5. Stein MB, Sareen J. Generalized anxiety disorder. New England Journal of Medicine. 2015;373(21):2059-68.
6. Spence SH, Rapee RM. The etiology of social anxiety disorder: An evidence-based model. Behaviour Research and Therapy. 2016;86:50-67.
7. Ollendick TH, White SW, Richey J, Kim-Spoon J, Ryan SM, Wieckowski AT ,et al. Attention bias modification treatment for adolescents with social anxiety disorder. Behavior therapy. 2019;50(1):126-39.
8. Ussher JM, Perz J. Evaluation of the relative efficacy of a couple cognitive-behaviour therapy (CBT) for Premenstrual Disorders (PMDs), in comparison to one-to-one CBT and a wait list control: A randomized controlled trial. PloS one. 2017;12(4):e0175068.
9. Wallace DD, Carlson RG, Ohrt JH. Culturally Adapted Cognitive-Behavioral Therapy in the Treatment of Panic Episodes and Depression in an African American Woman: A Clinical Case Illustration. Journal of Mental Health Counseling. 2021;43(1):40-58.
10. Li J, Li X, Jiang J, Xu X, Wu J, Xu Y, et al. The effect of cognitive behavioral therapy on depression, anxiety, and stress in patients with COVID-19: a randomized controlled trial. 2020;11.
11. Shabahang R, Aruguete MS, McCutcheon LJTiP, Psychotherapy. Video-based cognitive-behavioral intervention for COVID-19 anxiety: a randomized controlled trial. 2021.
12. Metz ME, Epstein NB, McCarthy B. Cognitive-behavioral therapy for sexual dysfunction: Routledge; 2017.
13. Hoyer J, Uhmann S, Rambow J, Jacobi FJS, Therapy R. Reduction of sexual dysfunction: by-product of cognitive-behavioural therapy for psychological disorders? 2009;24(1): 64-73.
14. Austin A, Craig SLJPPR, Practice. Transgender affirmative cognitive behavioral therapy: Clinical considerations and applications. 2015;46(1):21.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-07]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1400.19.4.3.6]
[DOI: 10.52547/rbs.19.4.590]

15. Damanpak-Rizi M, Farnam F, Khodakhah PJBp. Effect of cognitive-behavioral therapy on domestic violence and its consequences in transgender youth: a randomized clinical trial, parallel group study. 2021;21(1):1-7.

16. Ahmadi F, Fallahi-Khoshknab M, Rahgoi A, Mohammadi-Shahboulaghi F, Rezasoltani PJIJoRR. The Effect of Cognitive-Behavioral Stress Management Group Training on Anxiety, Depression, Stress and Readmission in Asthma Patients. 2020;6(4):19-29. [Persian].

17. Deshmukh VM, Toelle BG, Usherwood T, O'Grady B, Jenkins CRJRm. Anxiety, panic and adult asthma: a cognitive-behavioral perspective. 2007;101(2):194-202.

18. Getu MA, Chen C, Panpan W, Mboineki JF, Dhakal K, Du RJQoLR. The effect of cognitive behavioral therapy on the quality of life of breast cancer patients: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. 2021;30(2):36-84.

19. Lee H, Lim Y, Yoo M-S, Kim YJCn. Effects of a nurse-led cognitive-behavior therapy on fatigue and quality of life of patients with breast cancer undergoing radiotherapy: an exploratory study. 2011;34(6):E22-E30.

20. Butler RM, O'Day EB, Swee MB ,Horenstein A, Heimberg RG. Cognitive behavioral therapy for social anxiety disorder: Predictors of treatment outcome in a quasi-naturalistic setting. Behavior Therapy. 2021;52(2):465-77.

21. Simon NM, Hofmann SG, Rosenfield D, Hoeppner SS, Hoge EA, Bui E ,et al. Efficacy of yoga vs cognitive behavioral therapy vs stress education for the treatment of generalized anxiety disorder: a randomized clinical trial. JAMA psychiatry. 2021;78(1):13-20.

22. Yin B, Teng T, Tong L, Li X, Fan L, Zhou X, et al. Efficacy and acceptability of parent-only group cognitive behavioral intervention for treatment of anxiety disorder in children and adolescents: a meta-analysis of randomized controlled trials. BMC psychiatry. 2021;21(1):1-12.

23. Neufeld CB, Palma PC, Caetano KA, Brust-Renck PG, Curtiss J, Hofmann SG. A randomized clinical trial of group and individual cognitive-behavioral therapy approaches for social anxiety disorder. International Journal of Clinical and Health Psychology. 2020;20(1):29-37.

24. Vowles KE, Sowden G, Hickman J, Ashworth JJBr, therapy. An analysis of within-treatment change trajectories in valued activity in relation to treatment outcomes following interdisciplinary Acceptance and Commitment Therapy for adults with chronic pain. 2019;115:46-54.

25. Thompson EM, Destree L, Albertella L, Fontenelle LFJBT. Internet-based acceptance and commitment therapy: a transdiagnostic systematic review and meta-analysis for mental health outcomes. 2021;52(2):492-507.

26. Hacker T, Stone P, MacBeth AJJoad. Acceptance and commitment therapy–do we know enough? Cumulative and sequential meta-analyses of randomized controlled trials. 2016;190:551-65.

27. Glassman LH, Forman EM, Herbert JD, Bradley LE, Foster EE, Izzetoglu M, et al. The effects of a brief acceptance-based behavioral treatment versus traditional cognitive-behavioral treatment for public speaking anxiety: An exploratory trial examining differential effects on performance and neurophysiology. 2016;40(5):748-76.

28. Villatte JL, Vilardaga R, Villatte M ,Vilardaga JCP, Atkins DC, Hayes SCJBr, et al. Acceptance and Commitment Therapy modules: Differential impact on treatment processes and outcomes. 2016;77:52-61.

29. Coto-Lesmes R, Fernández-Rodríguez C, González-Fernández SJJoad. Acceptance and Commitment Therapy in group format for anxiety and depression. A systematic review. 2020;263:107-20.

30. Kelson J, Rollin A, Ridout B, Campbell AJJomIr. Internet-delivered acceptance and commitment therapy for anxiety treatment: systematic review. 2019 Jan 29;21(1):e12530.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-07]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1400.19.4.3.6]
[DOI: 10.52547/rbs.19.4.590]

31. Yuen EK, Goetter EM, Stasio MJ, Ash P, Mansour B, McNally E, et al. A pilot of acceptance and commitment therapy for public speaking anxiety delivered with group videoconferencing and virtual reality exposure. 2019;12:47-54.

32. Hancock KM, Swain J, Hainsworth CJ, Dixon AL, Koo S, Munro KJJoCC, et al. Acceptance and commitment therapy versus cognitive behavior therapy for children with anxiety: Outcomes of a randomized controlled trial. 2018;47(2):296-311.

33. Twohig MP, Levin MEJPc. Acceptance and commitment therapy as a treatment for anxiety and depression: a review. 2017;40(4):751-70.

34. Spitzer RL, Kroenke K, Williams JB, Löwe B. A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. Archives of internal medicine. 2006 May 22;166(10):1092-7.

35. Heimberg RG, Becker RE. Cognitive-behavioral group therapy for social phobia: Basic mechanisms and clinical strategies: Guilford Press; 2002.

36. Hayes SC, Levin ME, Plumb-Vilardaga J, Villatte JL, Pistorello JJBt. Acceptance and commitment therapy and contextual behavioral science: Examining the progress of a distinctive model of behavioral and cognitive therapy. 2013;44(2):180-98.

37. Ahmadi F, Fallahi-Khoshknab M, Rahgoi A, Mohammadi-Shahboulaghi F, Rezasoltani P. The Effect of Cognitive-Behavioral Stress Management Group Training on Anxiety, Depression, Stress and Readmission in Asthma Patients. Iranian Journal of Rehabilitation Research in Nursing. 2020;6(4):19-29. [Persian].

38. Otte CJDicn. Cognitive behavioral therapy in anxiety disorders: current state of the evidence. 2011;13(4):413.

39. Kaczkurkin AN, Foa EBJDicn. Cognitive-behavioral therapy for anxiety disorders: an update on the empirical evidence. 2015;17(3):337.

40. Burack JA, Enns JT, Fox NA. Cognitive Science, Development, and Psychopathology: Typical and Atypical Developmental Trajectories of Attention: Oxford University Press; 2012.

41. Ivanova E, Lindner P, Ly KH, Dahlin M, Vernmark K, Andersson G, et al. Guided and unguided Acceptance and Commitment Therapy for social anxiety disorder and/or panic disorder provided via the Internet and a smartphone application: A randomized controlled trial. 2016;44:27-35.

42. Hazlett-Stevens H. Psychological approaches to generalized anxiety disorder: A clinician's guide to assessment and treatment: Springer Science & Business Media; 2008.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-07]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1400.19.4.3.6]

[DOI: 10.52547/rbs.19.4.590]