MEJDS. 2018; 8:74.

Published online 2019 March. **Research Article**

Comparison of the Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy and Functional Analytic Psychotherapy on improvement of symptoms of patients with general anxiety disorder

Foroutan S[1], *Heidari A[2], Askari P[2], Naderi F[2], Ebrahimi Moghaddam H[3]

Author Address
1. PhD Candidate of Psychology, Science and Research college Khuzestan, Islamic Azad University, Ahwaz, Iran;
2. Associate Professors of Psychology, Department of Psychology, Ahwaz Branch, Islamic Azad University, Ahwaz, Iran;
3. Associate Professors of Psychology, Department of Psychology, Roudehen Branch, Islamic Azad University, Roudehen, Iran.
***Corresponding Author Address:** Department of Psychology, Ahwaz Branch, Islamic Azad University, Ahwaz, Khuzestan, Iran.
***E-mail:** arheidarie43@gmail.com

Received: 2017 September 19; **Accepted:** 2017 November 1

Abstract

Background and Objective: General anxiety disorder (GAD) is the most prevalent chronic anxiety disorders in clinical centers and general population. There are several treatment methods for this disorder that have different challenges ,for example cognitive-behavior therapy is selective treatment for anxiety disorders but it is not improvement and has not patients efficiency in general anxiety disorder. Furthermore, study on the effectiveness of new treatment called third wave that include behavioral and cognitive interventions (known as post modernism), seem necessary in treatment of general anxiety disorder. Acceptance and commitment therapy and functional analytic psychotherapy are two method from third wave that include behavioral and cognitive interventions. Therefore, the purpose of this research was to comparison of the efficacy of acceptance and commitment therapy and functional analytic psychotherapy in decrease anxiety, depression and increase psychological flexibility and communication skill in patients with general anxiety disorder.

Methods: In this study, a quasi-experimental designed with pre-posttest and a four-month follow up was used. For this purpose, 36 subjects were selected via accessible sampling from the clientele who referred to psychological clinics. They were randomly divided into three groups. Two experimental groups were, acceptance and commitment therapy (n=12) and functional analytic psychotherapy (n=12). Both groups received 10 two-hour treatment sessions once a week. Control group had 12 patients participated (waiting list). In order to assess the severity of GAD, depression, communication skill and psychological flexibility different questionnaires included: anxiety disorder questionnaire (GAD-7) (a=87%, r=76%), Beck depression inventory (BDI) (a=87%, r=74%), communication skill questionnaire (CSQ) (r=69.8%) and acceptance and action questionnaire (AAQ) (a=87%, r=80%) were used. Statistical data were analyzed from repeated measures analysis of variance and paired comparison Bonferroni.

Results: Comparison of the treatment groups suggested that there was significant difference between acceptance and commitment therapy group with waiting list group in all scales except in depression variable, but in follow up was not significant (p=0.01). In addition, there was significant difference between functional analytic psychotherapy group and waiting list group in all scales and this difference maintains in follow up (p=0.01). Comparison between experimental groups (acceptance and commitment therapy with functional analytic psychotherapy) in posttest, indicates that there was not significant difference between two groups, except in depression variable, but in follow up was not significant different between acceptance and commitment therapy and functional analytic psychotherapy in anxiety, depression, communication skill and psychological flexibility variables (p<0.01). Based on the results of this study, in posttest, functional analytic psychotherapy was more effective in decrease of depression. However, both acceptance and commitment therapy and functional analytic psychotherapy showed significant changes in general anxiety disorder symptoms.

Conclusion: Attention to efficacy of two approach (acceptance and commitment therapy, and functional analytic psychotherapy) on improvement of patients with general anxiety disorder under basic anxiety symptoms, this research not only provided an empirical support for functional analytic psychotherapy in treatment of general anxiety disorder but also can be useful for another anxiety disorders. This study propose to combine two approach in treatment of anxiety disorder.

Keywords: Acceptance and commitment therapy, Functional analytic psychotherapy, Generalized anxiety disorder, Depression, Psychological flexibility, Communication skills.

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-10-30]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1397.8.0.11.6]

Copyright © 2016, MEJDS. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License (http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, provided the original work is properly cited.

مجله مطالعات ناتوانی ۱۳۹۷؛ (۸):۷۴.

انتشار برخط اسفندماه ۱۳۹۷ مقاله پژوهشی اصیل

مقایسهٔ اثربخشی روان‌درمانی تحلیلی- کارکردی و درمان پذیرش و تعهد بر بهبود علائم بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر

صفورا فروتن[۱]، *علیرضا حیدری[۲]، پرویز عسگری[۲]، فرح نادری[۲]، حسین ابراهیمی‌مقدم[۳]

توضیحات نویسندگان

۱. دانشجوی دکترای روان‌شناسی، پردیس علوم و تحقیقات خوزستان، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران؛

۲. دانشیار،گروه روان‌شناسی، واحد اهواز ،دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران؛

۳. دانشیار،گروه روان‌شناسی، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، رودهن ، ایران.

***آدرس نویسنده مسئول:** خوزستان، اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز، گروه روان‌شناسی.

***رایانامه:** arheidarie43@gmail.com

تاریخ دریافت: ۱۳۹۶/۶/۲۸ **تاریخ پذیرش:** ۱۳۹۶/۸/۱۰

چکیده

زمینه و هدف: اخیراً مداخله‌های رفتاری و شناختی «موج سوم»، توجه زیادی از پژوهشگران را به خودش جلب کرده است. پژوهش حاضر با هدف مقایسهٔ اثربخشی روان‌درمانی تحلیلی- کارکردی (FAP) و درمان پذیرش و تعهد (ACT)، دو شیوه از مداخله‌های رفتاری و شناختی موج سوم در کاهش اضطرب، افسردگی و افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و مهارت ارتباطی در اختلال اضطراب فراگیر انجام شده است.

روش بررسی: این مطالعه با طرح پژوهش شبه‌آزمایشی با پیش‌آزمون-پس‌آزمون و پیگیری بود. ۳۶ نفر به‌صورت تصادفی به سه گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (n=۱۲)، روان‌درمانی تحلیلی- کارکردی (n=۱۲) و گروه کنترل (n=۱۲) تقسیم شدند. همهٔ آزمودنی‌ها با استفاده از پرسش‌نامه‌های Gad-7، افسردگی «بک» (ویرایش-II)، پذیرش و عمل و مهارت ارتباطی ارزیابی شدند. داده‌ها با استفاده از آنالیز واریانس برای اندازه‌گیری‌های مکرر تحلیل شد.

یافته‌ها: نتایج تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر، بیانگر اثربخشی هر دو مدل درمانی بر کاهش اضطراب، افسردگی و افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و مهارت ارتباطی بود (p<۰/۰۰۱). همچنین، طبق نتایج آزمون تعقیبی، بین دو گروه درمانی در پس‌آزمون فقط در متغیر افسردگی تفاوت معنادار مشاهده شد (p<۰/۰۰۱).

نتیجه‌گیری: نتایج حاصل از این پژوهش، حمایتی تجربی برای روان‌درمانی تحلیلی-کارکردی در درمان اختلال اضطراب فراگیر فراهم کرد.

کلیدواژه‌ها: درمان پذیرش و تعهد، روان‌درمانی تحلیلی- کارکردی، اختلال اضطراب فراگیر، افسردگی، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، مهارت ارتباطی.

حق انتشار محفوظ است © ۱۳۹۵، مجله مطالعات ناتوانی. این یک مقاله با دسترسی آزاد است که تحت مجوز اختیار-غیرتجاری ۴/۰ بین‌المللی (https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.fa) منتشر شده است که به شما اجازه می‌دهد که مواد منتشر شده در این مقاله را با شرط ارجاع مناسب به نسخهٔ اصلی، به‌طور غیرتجاری نسخه‌برداری و توزیع کنید.

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-10-30]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1397.8.0.11.6]

۱ مقدمه

«اختلال اضطراب فراگیر»[1] اختلال مزمن و شایعی است که با توجه به میزان «همبودی»[2] زیاد با سایر اختلال‌های روان‌شناختی، یکی از مهم‌ترین اختلال‌های ناتوان‌کننده برای بزرگسالان مطرح شده است (۱). برخی از پژوهشگران نام این اختلال را «اختلال اضطرابی پایه»[3] عنوان کردند (۲).

رویکردهای درمانی به‌کاررفته در زمینهٔ درمان اختلال اضطراب فراگیر، عمدتاً پدیده‌ها و متغیرهای درون‌روانی را هدف درمان قرار می‌دهد و کمتر به عملکرد بین‌فردی و صمیمت توجه می‌کند که سهم عمده‌ای در آسیب‌شناسی اغلب اختلال‌های روان‌پزشکی ازجمله اختلال اضطراب فراگیر دارد (۳).

در تأیید این موضوع، برخی پژوهش‌ها نشان داده است که وجود مسائل بین‌فردی در مبتلایان به اختلال اضطراب فراگیر، مانع اثرگذاری مثبت درمان‌های شناختی-رفتاری می‌شود. همچنین، افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر، روابط خود با خانواده، دوستان، همسر یا روابط عاشقانهٔ خود را تا حد بسیار زیادی دچار مشکل گزارش می‌کنند (۴).

شواهد دیگری نیز حاکی از آن است که افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر، با سبک بین‌فردی خاصی توصیف می‌شوند؛ نظیر مزاحمت و سردی و انتقام‌جویی و اجتناب از صمیمیت به دلیل ترس از طرد در روابط مهم و نداشتن قاطعیت که این امر باعث ایجاد مشکلات بین‌فردی آن‌ها با اطرافیانشان می‌شود (۵).

ازاین‌رو، به نظر می‌رسد که عوامل روانی-اجتماعی به‌طورکلی و مهارت ارتباطی (صمیمیت) به‌طور اختصاصی، نقش مهمی در ایجاد و تداوم بهبودی موفقیت‌آمیز اختلالات اضطرابی دارد (۶).

در سال‌های اخیر، گروهی از درمان‌ها تحت عنوان «درمان‌های موج سوم» مطرح شده که عبارت‌اند از: رفتاردرمانی دیالکتیک، زوج‌درمانی رفتاری یکپارچه، روان‌درمانی تحلیلی- کارکردی، «درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد»[4]، فعال‌سازی رفتاری که مشخصهٔ اصلی این درمان‌ها، توانایی غلبه بر مسائل روان‌شناختی از دیدگاه رفتاری زمینه‌گراست (۷).

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد که به‌اختصار «ACT» خوانده می‌شود، درمانی شناختی- رفتاری است که بر بنیاد نظریهٔ «چارچوب ارتباطی» (RFT) قرار دارد و منجر به کاهش اجتناب تجربی همراه با افزایش «انعطاف‌پذیری روان‌شناختی»[5] می‌شود.

فردی که انعطاف‌پذیری روان‌شناختی دارد، انرژی خود را به‌جای مقابله با اجتناب از رویدادهای ناخواسته، صرف ارزش‌ها و کیفیت زندگی می‌کند (۸). تحقیقات اخیر روی ACT نتایج رضایت‌بخش و دلایلی منطقی برای استفاده از ACT در کار بالینی و مخصوصاً کار با بیماران مبتلا به اختلالات اضطرابی داشته است (۹-۱۱).

به‌علاوه، مطابق پژوهش کلارک و همکاران (۱۲)، بیماران مقاوم به درمان که به اکثر درمان‌های روان‌شناختی پاسخ‌دهی اندکی دارند، تحت مداخلهٔ مبتنی‌بر پذیرش و تعهد، پاسخ‌دهی مطلوبی نشان می‌دهند. همچنین، پژوهش هیز و همکاران (۱۳) به درصد زیاد ماندگاری تغییرات درمانی اشاره کرده است.

روان‌درمانی تحلیلی- کارکردی (FAP)، یکی دیگر از درمان‌های موج سوم است که مبتنی‌بر اصول رفتارگرایی رادیکالی «اسکینر» و تحلیل رفتار است و بر نقش تقویت مشروط تأکید دارد. درمانگر FAP در جریان رابطهٔ درمانی درمانگر و مراجع و در محیطی تقویت‌کننده، به «رفتارهای مناسب نوع اول» (CRB1)[6] توجه کرده و مراجع «رفتارهای مناسب بالینی نوع دوم» (CRB2) را تمرین می‌کند و درنهایت، این رفتارها به زندگی واقعی او تعمیم پیدا می‌کند (CRB3)(۱۴).

به‌عبارتی، هر آنچه درمانگر نیاز دارد تا بتواند به تغییر رفتار مراجع کمک نماید، در جلسه و در جریان رابطهٔ درمانی اتفاق می‌افتد (۱۵). پژوهش‌های گوناگونی که تعامل درمانگر- درمان‌جو و صمیمیت در رابطهٔ درمانی را بررسی کردند، ایجاد رابطهٔ درمانی را برای انتقال از جلسهٔ درمان به زندگی روزمره، مهم و ضروری می‌دانند (۱۶،۱۷).

پژوهش‌هایی که بر روی روان‌درمانی تحلیلی- کارکردی صورت گرفته است، اثربخشی این روش را چه به‌صورت تنها، چه در ترکیب با روش‌های دیگر در درمان افسردگی (۱۸)، بهبود روابط زوجین (۱۹)، اختلال شخصیت وسواسی (۲۰) و بسیاری از اختلالات دیگر مطرح کرده است؛ ولی پژوهشی در داخل و خارج از کشور، اثربخشی FAP را در اضطراب فراگیر بررسی نکرده است؛ اما شواهد تجربی امیدوارکننده است.

درمجموع و به‌طور خلاصه می‌توان گفت کار بالینی در حیطهٔ اضطراب فراگیر، همواره با چالش‌هایی همراه بوده است؛ مانند مقاومت بیمار و رد درمان، بی‌توجهی به همبودی‌ها و کیفیت زندگی که منجر به عود علائم می‌شود. بنابراین، در راستای چالش مذکور و با توجه به اینکه بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر، نقص‌هایی در زمینهٔ روابط بین‌فردی و درون‌فردی دارند، به نظر می‌رسد درمان‌هایی که این متغیرها را هدف درمانی قرار می‌دهد، شاید کارایی لازم را در کاهش نشانه‌های این اختلال داشته باشد.

ازاین‌رو، در این مطالعه، اثربخشی درمان پذیرش و تعهد (که بر مشکلات درون‌شخصی فرد تمرکز می‌کند) و روان‌درمانی تحلیلی- کارکردی (که بیشتر بر روابط بین‌شخصی فرد توجه می‌کند) بر کاهش اضطراب و افسردگی و افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و مهارت ارتباطی بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر بررسی و مقایسه شده است.

۲ روش بررسی

پژوهش حاضر از نوع شبه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون بود. جامعهٔ آماری این پژوهش عبارت بود از همهٔ افراد مبتلا به اختلال

[1]. General Anxiety Disorder
[2]. Comobidity
[3]. Basic anxiety disorder
[4]. Acceptance & Commitment Therapy
[5]. Psychological flexibility
[6]. Clinically Relevant Behavior

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-10-30]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1397.8.0.11.6]

اضطراب فراگیر مراجعه‌کننده به چهار مرکز روان‌پزشکی، خدمات روان‌شناسی و مشاوره در دامنهٔ سنی ۲۵ تا ۶۵ سال در شهر تهران. نمونه‌ها با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شد و به دلیل مراجعهٔ تدریجی بیماران به مراکز مشاوره، امکان گمارش تصادفی نمونه‌ها در گروه‌های درمانی نیز وجود نداشت. درنهایت ۳۶ بیمار مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر که از طریق مصاحبهٔ روان‌پزشکی تشخیص اختلال اضطراب فراگیر را برحسب DSM-5 دریافت کردند، در سه گروه درمان پذیرش و تعهد (۱۲ نفر)، روان‌درمانی تحلیلی- کارکردی (۱۲ نفر) و گروه کنترل (۱۲ نفر) قرار گرفتند. اطلاعاتی دربارهٔ نوع درمان، نحوهٔ حضور آن‌ها در جلسه، تعداد و زمان جلسه‌ها به بیماران داده می‌شد. رازداری، اصل اساسی در درمان بود و درنهایت مراجعانی که رضایت خود را برای شرکت در گروه‌ها اعلام کردند، انتخاب شدند.

گمارش نمونه‌ها در گروه‌های درمانی مستلزم داشتن ملاک‌های ورود و خروج پژوهش بود. ملاک‌های ورود عبارت بود از: تشخیص اختلال اضطراب فراگیر برحسب DSM-5، مقطع سنی بین ۲۵ تا ۶۵ سال، حداقل سواد خواندن و نوشتن، مبتلانبودن هم‌زمان به سایر اختلالات اضطرابی یا اختلالات ارگانیک (بر اساس پروندهٔ موجود)، توانایی صحبت به زبان فارسی.

ملاک‌های خروج نیز عبارت بود از: وجود مخاطراتی برای بیمار (مثل داشتن افکار جدی دربارهٔ خودکشی که امکان دریافت‌نکردن دارو و ثابت نگه‌داشتن آن را ناممکن می‌کرد)، مخالفت بیمار برای همکاری در هر زمان از پژوهش، و سه جلسه غیبت متوالی.

همان‌طور که اشاره کردیم، در پژوهش حاضر، از دو روش درمانی برای درمان اختلال اضطراب فراگیر استفاده شد. داده‌ها با استفاده از روش آنالیز واریانس برای اندازه‌گیری‌های مکرر تحلیل شد. برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسش‌نامه‌های زیر استفاده شد:

۱. پرسش‌نامهٔ ویژگی‌های جمعیت‌شناختی: دربرگیرندهٔ جنسیت، سن، میزان تحصیل، وضعیت تأهل، وضعیت شغلی و مدت بیماری.

۲. پرسش‌نامهٔ اختلال اضطراب فراگیر (GAD-7): این ابزار به‌مثابه مقیاسی کوتاه که بتواند نمونه‌های احتمالی اختلال اضطراب فراگیر را شناسایی و شدت نشانهٔ بالینی را مشخص کند، تهیه شده است. دارای هفت سؤال اصلی و یک سؤال اضافی است که به‌صورت لیکرتی از ۰ تا ۳ نمره‌گذاری می‌شود. نمره‌های به‌دست‌آمده در هرکدام از هفت سؤال اصلی با یکدیگر جمع شده تا نمرهٔ کل اضطراب برای مقیاس به دست آید که دارای گستره‌ای بین ۰ تا ۲۱ با نقطه برش ۱۰ است.

اسپیتزر و همکارانش (۲۱) همسانی درونی GAD-7 را ۹۲ درصد و پایایی بازآزمایی آن را خوب (۸۳ درصد) گزارش کرده‌اند. همچنین، نایینیان و همکاران (۲۲) در داخل کشور نیز روایی و پایایی این ابزار را به‌ترتیب ۸۷ و ۷۶ درصد تأیید کرده است.

۳. پرسش‌نامهٔ «افسردگی بک- نسخهٔ دوم»[1]: بک این پرسش‌نامه را برای سنجش شدت افسردگی در سال ۱۹۶۳ تدوین و در سال ۱۹۹۴ تجدیدنظر کرد. این مقیاس شامل ۲۱ ماده است و هر ماده نمره‌ای بین ۰ تا ۳ می‌گیرد. بالاترین نمره در این پرسش‌نامه ۶۳ است. هرکدام از مواد این پرسش‌نامه یکی از علائم افسردگی را می‌سنجد. قاسم‌زاده و همکارانش (۲۳) ضریب آلفای این پرسش‌نامه را ۸۷ درصد و ضریب بازآزمایی آن را ۷۴ درصد و همبستگی آن با پرسش‌نامهٔ افسردگی بک ویرایش اول را ۹۳ درصد گزارش کردند.

۴. «پرسش‌نامهٔ پذیرش و عمل»[2]: این پرسش‌نامه را «بوند» و همکارانش (۲۰۰۷) طراحی کرده‌اند که نسخه‌ای ۱۰ ماده‌ای از پرسش‌نامهٔ اصلی (AAQ-I) است و به‌منظور سنجش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی تدوین شده است. سؤال‌ها روی طیف لیکرت هفت‌نقطه‌ای است. نمره‌های کمتر، تمایل و توانایی بیشتر به عمل در حضور افکار و احساسات منفی را نشان می‌دهد. ایزدی و همکاران (۲۴) آلفای کرونباخ را ۸۷ درصد و ضریب بازآزمایی را ۸۰ درصد گزارش کرده است.

۵. «پرسش‌نامهٔ مهارت ارتباطی»[3]: این پرسش‌نامه دارای ۱۹ سؤال بوده و هدف آن، سنجش میزان مهارت ارتباط بین‌فردی در افراد گوناگون است. دامنهٔ امتیازها از ۱۹ تا ۹۵ است. نمره‌های بیشتر (۶۶ تا ۹۵) نشان‌دهندهٔ مهارت ارتباط بین‌فردی بیشتر در پاسخ‌دهنده است و برعکس. منجمی‌زاده (۲۵) روایی هم‌زمان پرسش‌نامهٔ محاسبه و همبستگی قوی بین آن با پرسش‌نامهٔ توانایی برقراری ارتباط مؤثر پیدا کرد (r=۰/۶۹۸) و درنتیجه روایی هم‌زمان آن تأیید شد.

در این پژوهش، ملاحظه‌های کمیتهٔ اخلاق در کل فرایند پژوهش رعایت شد، از همهٔ شرکت‌کنندگان در پژوهش رضایت‌نامه اخذ گردید و درخصوص محرمانه‌بودن اطلاعات، به همهٔ شرکت‌کنندگان اطمینان داده شد.

۳ یافته‌ها

توزیع فراوانی شرکت‌کنندگان در گروه آزمایش اول (درمان پذیرش و تعهد) ۱۲ نفر، گروه آزمایش دوم (روان‌درمانی تحلیلی- کارکردی) ۱۲ نفر و گروه کنترل ۱۲ نفر بود. جدول ۱ ویژگی‌های جمعیت‌شناختی مراجعه‌کنندگان را نشان می‌دهد. همان‌طور که در جدول ۲ ارائه شده است، نتایج نشان می‌دهد که میانگین و انحراف معیار متغیر افسردگی، اضطراب و پذیرش و عمل در گروه آزمایش درمان پذیرش و تعهد و روان‌درمانی تحلیلی- کارکردی در پس‌آزمون و پیگیری در مقایسه با پیش‌آزمون کاهش یافته است. اما در گروه کنترل، تغییر محسوسی دیده نمی‌شود.

همچنین، میانگین نمرهٔ مهارت ارتباطی در مرحلهٔ پس‌آزمون و پیگیری در مقایسه با مرحلهٔ پیش‌آزمون در هر دو گروه آزمایش افزایش یافته است. اما گروه کنترل تغییر چشمگیری نداشته است. برای بررسی معنی‌داری این تفاوت‌ها و مقایسهٔ میانگین گروه‌ها در سه مرحلهٔ پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری، از آنالیز واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد.

[1]. Beck Depression Inventory

[2]. Acceptance & Action Questionnaire – II

[3]. communication skill inventory

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-10-30]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1397.8.0.11.6]

جدول ۱. اطلاعات جمعیت‌شناختی افراد شرکت‌کننده در مطالعه

متغیرها		درمان پذیرش و تعهد		روان‌درمانی تحلیلی- کارکردی		گروه کنترل	
		تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
جنسیت	مرد	۵	۴۶٪	۶	۵۰٪	۶	۵۰٪
	زن	۷	۵۴٪	۶	۵۰٪	۶	۵۰٪
وضعیت تأهل	مجرد	۴	۳۳٪	۳	۲۵٪	۴	۳۳٪
	متأهل	۸	۶۷٪	۹	۷۵٪	۸	۶۷٪
میزان تحصیلات	زیر دیپلم	۲	۱۷٪	۳	۲۵٪	۱	۸٪
	دیپلم	۲	۱۷٪	۲	۱۷٪	۴	۳۳٪
	لیسانس	۵	۴۲٪	۳	۲۵٪	۴	۳۳٪
	فوق‌لیسانس و بیشتر	۳	۲۵٪	۴	۳۳٪	۳	۲۵٪
سن		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
		۳۶/۵۱	۲/۱۱	۳۶/۴۸	۳/۵۶	۳۶/۶۰	۲/۰۸

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار نمرهٔ متغیرهای پژوهش در گروه‌های آزمایش و کنترل در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری به همراه نتایج آنالیز واریانس با اندازه‌گیری مکرر

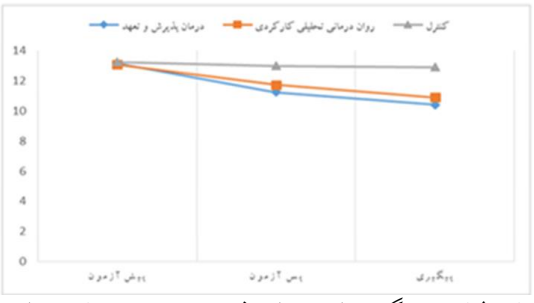
متغیر	گروه	تعداد	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری		مقدارp
			میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
اضطراب	درمان پذیرش و تعهد	۱۲	۱۳/۱۶	۱/۳۳	۱۱/۲۵	۱/۱۳	۹/۴۱	۰/۹۰	<۰/۰۰۱
	روان‌درمانی تحلیلی- کارکردی	۱۲	۱۳/۰۸	۱/۵۶	۱۱/۷۵	۱/۴۲	۱۰/۹۱	۱/۱۶	<۰/۰۰۱
	کنترل	۱۲	۱۳/۲۵	۱/۵۴	۱۳/۰۰	۱/۶۰	۱۲/۹۱	۱/۵۰	۰/۳۹۴
افسردگی	درمان پذیرش و تعهد	۱۲	۲۵/۰۰	۱/۵۳	۲۴/۲۵	۲/۲۲	۲۱/۸۳	۲/۳۰	<۰/۰۰۱
	روان‌درمانی تحلیلی- کارکردی	۱۲	۲۵/۱۶	۱/۶۴	۲۲/۳۳	۲/۱۸	۲۲/۳۳	۱/۹۶	<۰/۰۰۱
	کنترل	۱۲	۲۵/۲۵	۲/۰۵	۲۵/۰۸	۱/۸۸	۲۴/۹۱	۱/۹۲	۰/۳۹
مهارت ارتباطی	درمان پذیرش و تعهد	۱۲	۳۳/۴۱	۱/۹۲	۳۷/۳۳	۲/۰۵	۳۸/۶۶	۱/۹۲	<۰/۰۰۱
	روان‌درمانی تحلیلی- کارکردی	۱۲	۳۳/۴۱	۲/۰۲	۳۸/۸۳	۲/۲۴	۳۹/۵۸	۲/۴۲	<۰/۰۰۱
	کنترل	۱۲	۳۲/۹۱	۲/۳۹	۳۲/۰۰	۲/۱۷	۳۲/۸۳	۲/۲۰	۰/۷۹۵
پذیرش و عمل	درمان پذیرش و تعهد	۱۲	۳۴/۵۸	۲/۶۴	۳۱/۵۰	۲/۱۹	۳۰/۰۸	۲/۶۷	<۰/۰۰۱
	روان‌درمانی تحلیلی- کارکردی	۱۲	۳۴/۵۰	۱/۹۷	۳۲/۸۳	۲/۵۱	۳۱/۵۰	۲/۲۷	<۰/۰۰۱
	کنترل	۱۲	۳۳/۴۱	۲/۳۵	۳۳/۵۰	۲/۴۶	۳۳/۱۶	۲/۵۱۶	

یافته‌های جدول ۲ نشان می‌دهد که درمان پذیرش و تعهد بر کاهش نمرهٔ اضطراب ($F=۱۲۱/۰۰۰$، $p<۰/۰۰۱$)، نمرهٔ افسردگی ($F=۵۶/۳۲۰$، $p<۰/۰۰۱$) و پذیرش و عمل ($F=۹۱/۶۶۷$، $p<۰/۰۰۱$) و افزایش در نمرهٔ مهارت‌های ارتباطی ($F=۸۲/۸۳۱$، $p<۰/۰۰۱$) در مرحلهٔ پس‌آزمون و پیگیری تأثیر معناداری دارد.

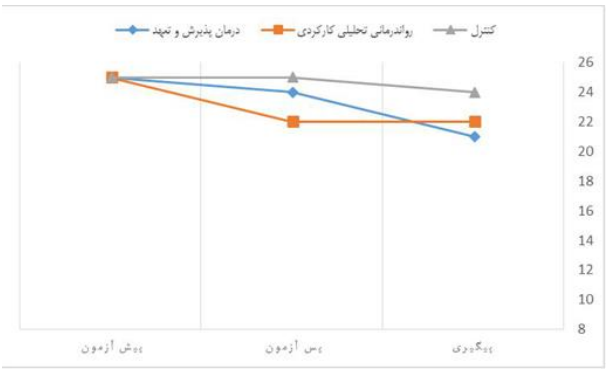
علاوه‌براین، طبق جدول ۲ می‌توان گفت روان‌درمانی تحلیلی- کارکردی نیز بر کاهش نمرهٔ اضطراب ($F=۵۳/۱۱۴$، $p<۰/۰۰۱$)، افسردگی ($F=۹۰/۸۲۹$، $p<۰/۰۰۱$) و پذیرش و عمل ($F=۱۴۸/۵۵۰$، $p<۰/۰۰۱$) و افزایش در نمرهٔ مهارت‌های ارتباطی ($F=۵۷/۷۷۳$، $p<۰/۰۰۱$) در مرحلهٔ پس‌آزمون و پیگیری مؤثر است. بنابراین، نتیجه می‌گیریم که بین نمرهٔ افسردگی، اضطراب و پذیرش و عمل و مهارت‌های ارتباطی در سه مرحلهٔ پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معنی‌داری وجود دارد. نتایج روند تغییرات میانگین نمره‌ها در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و گروه کنترل، به تفکیک گروه‌ها در نمودارهای ۱، ۲، ۳ و ۴ آمده است.

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-10-30]

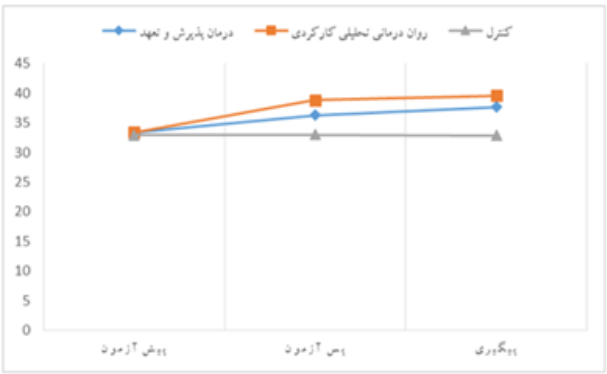
[DOR: 20.1001.1.23222840.1397.8.0.11.6]



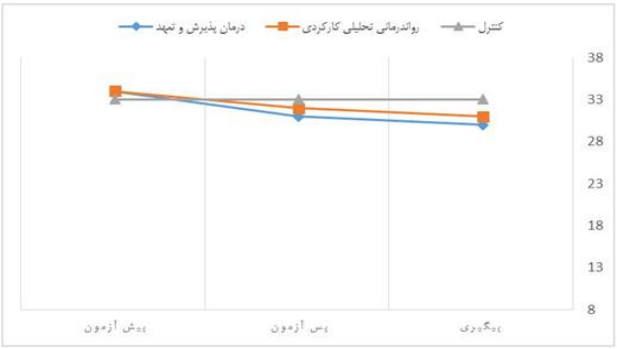
نمودار ۱. مقایسه نمرات اضطراب بین گروه‌های درمان پذیرش و تعهد، روان درمانی تحلیلی کارکردی و کنترل



نمودار ۲. مقایسهٔ نمرهٔ افسردگی بین گروه‌های درمان پذیرش و تعهد، روان‌درمانی تحلیلی- کارکردی و کنترل



نمودار ۳. مقایسهٔ نمرهٔ مهارت ارتباطی بین گروه‌های درمان پذیرش و تعهد، روان‌درمانی تحلیلی- کارکردی و کنترل



نمودار ۴. مقایسهٔ نمرهٔ پذیرش و عمل بین گروه‌های درمان پذیرش و تعهد، روان‌درمانی تحلیلی - کارکردی و کنترل

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-10-30]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1397.8.0.11.6]

جدول ۳. مقایسهٔ زوجی در سه بار اجرای متغیرهای وابسته در سه گروه متغیرهای پژوهش

	اضطراب		افسردگی		مهارت ارتباطی		پذیرش و عمل	
	پس‌آزمون	پیگیری	پس‌آزمون	پیگیری	پس‌آزمون	پیگیری	پس‌آزمون	پیگیری
مقایسهٔ گروه‌ها*	مقدارp	مقدارp	مقدارp	مقدارp	مقدارp	مقدارp	مقدارp	مقدارp
الف و ج	<۰/۰۰۱	<۰/۰۰۱	۰/۳۹۲	<۰/۰۰۱	<۰/۰۰۱	۰/۰۰۲	<۰/۰۰۱	<۰/۰۰۱
الف و ب	۰/۱۶۱	۰/۹۶۱	۰/۰۰۳	۰/۱۲۹	۰/۱۵۹	۰/۷۴۱	۰/۱۷۱	۰/۹۷۱
ب و ج	۰/۰۰۲	<۰/۰۰۱	۰/۰۰۳	۰/۰۰۲	<۰/۰۰۱	<۰/۰۰۱	<۰/۰۰۱	<۰/۰۰۱

*گروه «الف»: درمان پذیرش و تعهد؛ گروه «ب»: روان‌درمانی تحلیلی- کارکردی؛ گروه «ج»: کنترل

نتایج آزمون تعقیبی نشان می‌دهد که در مرحلهٔ پیش‌آزمون بین میانگین نمرهٔ گروه‌ها با یکدیگر تفاوت معنی‌داری وجود نداشته است. یافته‌های جدول ۳ نشان می‌دهد که بین روان‌درمانی تحلیلی- کارکردی و گروه کنترل در متغیرهای اضطراب، افسردگی، پذیرش و عمل و مهارت ارتباطی در مرحلهٔ پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معنادار وجود دارد (p<۰/۰۰۱).

به‌علاوه، مطابق یافته‌های جدول ۳ می‌توان گفت بین گروه درمان پذیرش و تعهد و گروه کنترل در متغیرهای اضطراب، پذیرش و عمل و مهارت ارتباطی در مرحلهٔ پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معنادار وجود دارد (p<۰/۰۰۱) و تنها در مرحلهٔ پس‌آزمون و متغیر افسردگی، بین دو گروه تفاوت معنادار وجود ندارد.

نتایج مقایسهٔ دو گروه درمان پذیرش و تعهد و روان‌درمانی تحلیلی- کارکردی نشان می‌دهد که در مرحلهٔ پس‌آزمون در کاهش متغیر افسردگی، بین دو گروه تفاوت وجود دارد؛ به این معنا که روان‌درمانی تحلیلی- کارکردی در مرحلهٔ پس‌آزمون اثربخشی بیشتری در مقایسه با درمان پذیرش و تعهد داشته است (p<۰/۰۰۱). همچنین، نتایج نشان می‌دهد که بین گروه درمان پذیرش و تعهد و روان‌درمانی تحلیلی- کارکردی در کاهش نمرهٔ اضطراب، پذیرش و عمل و افزایش نمرهٔ مهارت ارتباطی تفاوتی وجود ندارد (جدول ۳).

٤ بحث

هدف پژوهش حاضر، مقایسهٔ اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و روان‌درمانی تحلیلی- کارکردی در کاهش اضطراب، افسردگی و افزایش مهارت ارتباطی، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر بود که نتایج نشان داد هر دو شیوهٔ درمان (ACT و FAP) بر اهداف درمان مؤثر بود و بین آن‌ها در پس‌آزمون فقط در پرسش‌نامهٔ افسردگی تفاوت معناداری مشاهده شد؛ ولی در پیگیری، تفاوت معناداری بین دو گروه در هیچ‌کدام از متغیرها یافت نشد.

شایان ذکر است که در ایران و جهان مطالعه‌ای پیدا نشد که مستقیماً اثربخشی دو شیوهٔ مداخلهٔ درمان پذیرش و تعهد (Act) و روان‌درمانی تحلیلی- کارکردی (Fap) را در بیماران دارای اختلال اضطراب فراگیر (Gad) مقایسه کرده باشد؛ اما درخصوص اثربخشی درمان پذیرش و تعهد (Act) در بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر، همسو با این پژوهش، لندی و همکارانش (۹) گزارش دادند که به لحاظ تجربی، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد از اثربخشی بیشتری بر اختلالات اضطرابی برخوردار است و درمان جایگزین و مناسبی برای انواع اختلالات اضطرابی، به‌ویژه در اختلال اضطراب فراگیر در مقایسه با درمان شناختی- رفتاری است.

نتایج مطالعهٔ مروری «هانو مک‌کراکن» (۱۱) با بررسی هزار و ۳۴ مقالهٔ پژوهشی نشان داد که روش درمانی ACT در بهبود عملکردهای جسمانی و اجتماعی و همچنین، کاهش پریشانی و علائم اضطرابی و سایر شاخص‌های مرتبط با اضطراب (همانند ابعاد حساسیت اضطرابی، تحمل ابهام، اجتناب تجربه‌ای، نگرانی و...) مؤثر است.

دربارهٔ روان‌درمانی تحلیلی- کارکردی، پژوهشی در داخل و خارج یافت نشد که تأثیر این شیوهٔ درمانی را بر علائم اضطراب فراگیر بررسی کرده باشد؛ ولی بر اساس یافته‌های تیسای و همکاران (۱۹) و بوش و همکاران (۱۶) که تأثیر روان‌درمانی تحلیلی- کارکردی را بر متغیر افسردگی بررسی کردند، همسوست.

آنچه در تبیین این یافته‌ها دربارهٔ اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌توان گفت، این است که هدف درمان پذیرش و تعهد، تغییرشکل یا فراوانی افکار و احساسات آزاردهنده نیست؛ بلکه هدف اصلی آن، تقویت انعطاف‌پذیری روان‌شناختی است (۱۰).

به نظر می‌رسد حرکت در مسیر ارزش‌های زندگی، دردها و سختی‌هایی به همراه دارد که با اجتناب‌کردن از تجربهٔ این دردها نمی‌توان به زندگی ارزشمندی دست یافت و اجتناب تجربه‌ای در طولانی‌مدت، موجب بروز بیشتر علائم اضطرابی می‌شود (۸). بنابراین، «پذیرش» (به معنی روبه‌روشدن با دردها در مسیر رسیدن به ارزش‌ها) که به‌جای اجتناب تجربه‌ای است، نقش مهمی در کاهش علائم اضطرابی دارد. درواقع پذیرش یک حالت طراحی‌شده و جرئت‌آمیز از طرف مراجع است و به او کمک می‌کند تا به‌طور کامل و بدون دفاع، جنبه‌هایی از تجربهٔ روان‌شناختی خود (بد، خوب و زشت) را همان‌طور که هست و بدون هیچ تلاشی برای تغییر آن‌ها، تجربه نماید.

تقریباً می‌توان گفت که روبه‌روشدن، اصل تأکیدی در درمان‌های موج جدید است که گاه به‌صورت عینی و گاه به‌صورت ذهنی انجام می‌شود و هر دو روش کارآمدی خود را اثبات کرده است (۷).

فرایند دیگری که در ACT بر آن تأکید می‌شود، تأکید بر «عمل متعهدانه» است. ترغیب بیماران به روشن‌کردن ارزش‌ها، تعیین اهداف، پیش‌بینی موانع و درنهایت، تعهد به انجام اعمالی در راستای دستیابی به اهداف و حرکت در مسیر ارزش‌ها، برخلاف وجود

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-10-30]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1397.8.0.11.6]

بیماری، باعث می‌شود تا ضمن تحقق اهداف و شادکامی ناشی از آن که بر ارتقا و بهبود کیفیت زندگی بیمار می‌افزاید، او را از گیرافتادن در حلقه‌ای از افکار و احساسات منفی رها سازد (۱۰). البته باید بدانیم که نهادینه‌شدن مفاهیم «اکت» نیازمند گذشت زمان است تا فرد آموخته‌های خود را درخصوص پذیرش و گسلش، در تجربه‌های روزمرهٔ زندگی به‌کارگیرد و بیازماید، از خودِ مفهوم‌سازی‌شده فاصله بگیرد و ارزش‌هایش را در زندگی به‌دقت تبیین کند.

بنابراین، می‌توان کاهش اندک نمره‌های افسردگی در مرحلهٔ پس‌آزمون گروه پذیرش و تعهد و معنادارشدن تفاوت آن با گروه روان‌درمانی تحلیلی- کارکردی را نیز تا حدی به عامل زمان وابسته دانست. چنان‌که با گذشت چهار ماه در مرحلهٔ پیگیری این کاهش چشمگیر شده است.

برخلاف ACT که بر اساس پیشرفت به سوی ارزش‌های فرد ارزیابی می‌شود و بر عناصر درون‌فردی تأکید می‌کند، FAP بر تحلیل کارکردی متمرکز است و رفتارهای مناسب بالینی را تقویت می‌کند و به بیمار کمک می‌نماید تا بر روی روابط بین‌فردی تمرکز داشته باشد که عامل مهمی در نوع تفکر و نیز چرخهٔ افکار ناکارآمد این بیماران است (۱۷).

در تبیین اثربخشی روان‌درمانی تحلیلی- کارکردی می‌توان در درجه اول به ماهیت رفتارگرایی اشاره کرد که همهٔ اعمال و رفتاری که از سوی دیگر رویکردها غیررفتاری است، رفتاری می‌پندارد. درواقع روان‌درمانی تحلیلی- کارکردی، بر اساس اصول رفتاری ادعا می‌کند که «شباهت کارکردی» که بین یک موقعیت و موقعیت دیگر وجود دارد، به‌جای شباهت‌های ظاهری یا فیزیکی باید موردتوجه قرار گیرد (۱۴).

اگر رفتارهای مشکل‌سازی که در زندگی روزمره اتفاق می‌افتد، در حین درمان هم رخ دهد، محیط درمانی به لحاظ کارکردی، همان موقعیت‌های زندگی روزمره محسوب می‌شود و فرصت درمانی برای تغییر مستقیم رفتار به‌حساب‌می‌آید. همچنین، موجب بهبود در کارکرد بین‌فردی شده و تداوم دستاوردهای درمان را تقویت می‌کند. به‌علاوه، با استفاده از تقویت فوری که سازوکار مؤثری برای تغییر است، می‌توان موقعیت‌های خاص درمانی را برای بهبود چشمگیر و عمیق در جلسهٔ درمان ایجاد کرد (۱۶).

در تبیین دیگر اثربخشی FAP می‌توان به یافته‌های «آبرام و ویتز» (به‌نقل از ۱۷) اشاره کرد که مراجعانی که با چالش‌های ذهنی خود با حضور یاری‌دهندهٔ درمانگر مشارکت کرده‌اند، پیشرفت بیشتری را در مقایسه با مراجعان شرکت‌کننده در فرایندهای خودکنترل‌شده نشان داده‌اند.

اگرچه این امر دربارهٔ ارائهٔ بازخورد از جانب درمانگر برای اجرای بهتر روش‌هاست؛ اما ممکن است از متغیرهای بین‌فردی همچون اعتماد به درمانگر حاصل شود (۱۵). همچنین، در تبیین دیگر اثربخشی FAP می‌توان به تنش حاصل از مشکلات زوجین اشاره کرد که شرایط بالینی را تحت‌تأثیر قرار می‌دهد یا به‌طور معکوس مشکلات موجود را تشدید می‌نماید. برای مثال، دربارهٔ درمان GAD، سطوح بیشتر خشونت و انتقاد (هیجان ابرازشده) در ارتباط با پیامد درمانی ضعیف‌تر و عود در زمان پیگیری بزرگسالان مبتلا به GAD قرار دارد (۱۹).

سرانجام اینکه انتخاب FAP برای بیماران بسیار چالش‌برانگیز بود؛ زیرا اغلب افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر قبلاً درمان‌های روان‌شناختی دیگر (مانند دارو، شناختی- رفتاری و...) را دریافت کرده بودند؛ ولی بهبود نیافته بودند یا با عود مجدد روبه‌رو شده بودند. ازاین‌رو، مسائل مربوط به شکل‌گیری اعتماد و برقراری رابطه با مراجع، اهمیت بیشتری داشت (۲۰).

درواقع FAP به بیماران کمک کرد تا احساس‌های ناخوشایندشان را به‌طور بالقوه تابعی از رفتار مسئله‌ساز و مشکلات منطقی فراگیرشان بدانند. این امر انگیزهٔ آن‌ها را برای دریافت FAP تقویت می‌کرد (۱۷). همچنین، تردید دربارهٔ روابط صمیمانه و مطمئن، مسئلهٔ محوری در زندگی مراجع نبود؛ بنابراین، برقراری رابطه‌ای ایمن به‌عنوان فضایی ایمن منجر شد تا رفتارهای منطقی تقویت و تمرین شود (۱۸).

درنهایت با توجه به اینکه ACT و FAP دو شیوه از درمان‌های شناختی رفتاری موج سوم است و در سازوکارهای مشابهی سهیم هستند، معلوم نیست که آیا این دو مداخله واقعاً تغییرات متفاوتی در سطح فرایند درمان ایجاد می‌کند یا نه. اگر آن‌ها واقعاً یکی هستند، پس یکپارچگی آن‌ها ضروری است و اگر از طریق سازوکارهای متفاوتی عمل می‌کنند، پس جفت‌کردن این دو درمان نتایج درمان اضطراب فراگیر را ارتقا می‌بخشد.

این پژوهش با محدودیت‌هایی همراه بود؛ ازجمله: استفاده از نمونه‌های در دسترس، حجم نمونهٔ کم، مدت زمان کوتاه پیگیری که توصیه می‌شود در پژوهش‌های بعدی بر آن‌ها تمرکز شود.

۵ نتیجه‌گیری

نتایج پژوهش حاکی از آن بود که هر دو روش درمانی پذیرش و تعهد و روان‌درمانی تحلیلی- کارکردی، در بهبود علائم (کاهش اضطراب، افسردگی و افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و مهارت ارتباطی) اختلال اضطراب فراگیر مؤثر است، و بهبود معناداری در علائم و نشانه‌های اضطراب فراگیر ایجاد کرده است. بنابراین، می‌توان از آن به‌صورت تنها یا مکملِ درمان‌های دیگر در درمان اختلال اضطراب فراگیر بهره برد.

۶ تشکر و قدردانی

لازم است از همهٔ مسئولان کلینیک‌های روان‌شناختی و مشاوره که با این پژوهش همکاری صادقانه کردند، تشکر و قدردانی کنیم.

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-10-30]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1397.8.0.11.6]

References

1. Borkovec T. Applied relaxation and cognitive therapy for pathological worry and generalized anxiety disorder. Worry and its psychological disorders: Theory, assessment and treatment. 2006: 273-87. [link]
2. Roemer L, Lee JK, Salters-Pedneault K, Erisman SM, Orsillo SM, Mennin DS. Mindfulness and emotion regulation difficulties in generalized anxiety disorder: preliminary evidence for independent and overlapping contributions. Behavior therapy. 2009; 40(2): 142-54. [link]
3. Wetterneck CT, Hart JM. Intimacy is a transdiagnostic problem for cognitive behavior therapy: Functional Analytical Psychotherapy is a solution. International Journal of Behavioral Consultation and Therapy. 2012; 7(2-3): 167. [link]
4. Turk CL, Mennin DS, Fresco DM, Heimberg RG, editors. Impairment and quality of life among individual with generalized anxiety disorder. Poster presented at: annual meeting of Association for Advancement of Behavior Therapy; 2000; New Orleans, LA. [link]
5. Turk CL, Heimberg RG, Luterek JA, Mennin DS, Fresco DM. Emotion dysregulation in generalized anxiety disorder: A comparison with social anxiety disorder. Cognitive Therapy and Research. 2005; 29(1): 89-106. [link]
6. Millstein DJ, Orsillo SM, Hayes-Skelton SA, Roemer L. Interpersonal problems, mindfulness, and therapy outcome in an acceptance-based behavior therapy for generalized anxiety disorder. Cognitive behaviour therapy. 2015; 44(6): 491-501. [link]
7. Hayes SC, Luoma JB, Bond FW, Masuda A, Lillis J. Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes. Behaviour research and therapy. 2006; 44(1): 1-25. [link]
8. Hayes SC, Strosahl KD, Bunting K, Twohig M, Wilson KG. What is acceptance and commitment therapy? In: C HS, D SK, editors. A practical guide to acceptance and commitment therapy. New York, NY: Springer Science-Business Media; 2010. p. 3-29. [link]
9. Landy LN, Schneider RL, Arch JJ. Acceptance and commitment therapy for the treatment of anxiety disorders: a concise review. Current Opinion in Psychology. 2015; 2: 70-4. [link]
10. Eilenberg T, Fink P, Jensen J, Rief W, Frostholm L. Acceptance and commitment group therapy (ACT-G) for health anxiety: a randomized controlled trial. Psychological medicine. 2016; 46(1): 103-15. [link]
11. Hann KE, McCracken LM. A systematic review of randomized controlled trials of Acceptance and Commitment Therapy for adults with chronic pain: Outcome domains, design quality, and efficacy. Journal of Contextual Behavioral Science. 2014; 3(4): 217-27. [link]
12. Clarke DE, Wilcox HC, Miller L, Cullen B, Gerring J, Greiner LH, et al. Feasibility and acceptability of the DSM-5 Field Trial procedures in the Johns Hopkins Community Psychiatry Programs. International journal of methods in psychiatric research. 2014; 23(2): 267-78. [link]
13. Hayes SC, Levin ME, Plumb-Vilardaga J, Villatte JL, Pistorello J. Acceptance and commitment therapy and contextual behavioral science: Examining the progress of a distinctive model of behavioral and cognitive therapy. Behavior therapy. 2013; 44(2): 180-98. [link]
14. Kanter J, Tsai M, Kohlenberg RJ. The practice of functional analytic psychotherapy: Springer; 2010. [link]
15. Holman G, Kohlenberg RJ, Tsai M, Haworth K, Jacobson E, Liu S. Functional Analytic Psychotherapy is a framework for implementing evidence-based practices: The example of integrated smoking cessation and depression treatment. International journal of behavioral consultation and therapy. 2012; 7(2-3): 58. [link]
16. Busch AM, Kanter JW, Callaghan GM, Baruch DE, Weeks CE, Berlin KS. A micro-process analysis of functional analytic psychotherapy's mechanism of change. Behavior Therapy. 2009; 40(3): 280-90. [link]
17. Knott LE, Wetterneck CT, Derr D, Tolentino R. A functional analytic perspective of therapist intimacy in and out of session. The International Journal of Behavioral Consultation and Therapy. 2015; 9(4): 6-11. [link]
18. McClafferty C. Expanding the cognitive behavioural therapy traditions: An application of Functional Analytic Psychotherapy treatment in a case study of depression. International Journal of Behavioral Consultation and Therapy. 2012; 7(2-3): 90. [link]
19. Tsai M, Yard S, Kohlenberg RJ. Functional analytic psychotherapy: A behavioral relational approach to treatment. Psychotherapy. 2014; 51(3): 364. [link]
20. Manduchi K, Schoendorff B. First steps in FAP: Experiences of beginning Functional Analytic Psychotherapy therapist with an obsessive-compulsive personality disorder client. International Journal of Behavioral Consultation and Therapy. 2012; 7(2-3): 72. [link]
21. Spitzer RL, Kroenke K, Williams JB, Löwe B. A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. Archives of internal medicine. 2006; 166(10): 1092-7.[link]
22. Naeinian MR, Shaeiri MR, Sharif M, Hadian M. To Study Reliability and Validity for A Brief Measure for Assessing Generalized Anxiety Disorder (GAD-7). Clinical Psychology & Personality. 2011 May 15;2(4):41–50. [Persian] http://cpap.shahed.ac.ir/article-1-719-en.html
23. Ghassemzadeh H, Mojtabai R, Karamghadiri N, Ebrahimkhani N. Psychometric properties of a Persian-language version of the Beck Depression Inventory - Second edition: BDI-II-PERSIAN. Depression and Anxiety. 2005;21(4):185–92. doi:10.1002/da.20070

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-10-30]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1397.8.0.11.6]

24. Izadi R, Neshatdust H, Asgari K, Abedi M. Comparison of the efficacy of Acceptance and Commitment Therapy and Cognitive-Behavior Therapy on symptoms of treatment of patients with obsessive- compulsive disorder. Journal of Research in Behavioural Sciences. 2014;12(1):19–33. [Persian]
25. Yavari Rameshe M, Esmaieli M. Asarbakhshi amoozesh moalefehaye tab-avari bar ravabet-e bein-e fardi daneshamoozan-e dokhtar-e paye hashtom shahr-e Isafahan [The Effectiveness of educating the components of spreading on interpersonal relationship among female students in the 8th place of the city of Isfahan]. 2nd national conference on psychology and behavioral sciences. In Tehran; 2015.

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-10-30]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1397.8.0.11.6]