مجله علوم پزشکی رازی دوره ۲۶، شماره ۹، آذر ۱۳۹۸ http://rjms.iums.ac.ir

مقاله پژوهشی

تبیین اختلال اضطراب فراگیر، اختلال اضطراب اجتماعی و اختلال افسردگی اساسی براساس مدل آسیب‌شناسی روانی در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد

نسترن عطارد: دانشجوی دکتری روانشناسی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران

محمد نریمانی: استاد، متخصص روان‌شناسی، گروه روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران (* نویسنده مسئول).
m-narimani@uma.ac.ir

گودرز صادقی: استاد، متخصص فارموکولوژی دامپزشکی، گروه روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران

مجید محمود علیلو: استاد، متخصص روان‌شناسی بالینی، گروه روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران

اکبر عطادخت: دانشیار، متخصص روان‌شناسی، گروه روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران

چکیده

زمینه و هدف: انعطاف‌ناپذیری روانشناختی، به عنوان یک مدل نظری جدید برای آسیب‌شناسی روانی، با طیفی از مسائل روانشناختی مرتبط بوده است؛ بنابراین پژوهش حاضر با هدف تبیین اختلال اضطراب فراگیر، اختلال اضطراب اجتماعی و اختلال افسردگی اساسی براساس مدل آسیب‌شناسی روانی در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد انجام گرفت.

روش کار: روش پژوهش حاضر از نوع توصیفی- همبستگی بود. جامعه پژوهش را کلیه دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی تبریز در سال تحصیلی ۹۷-۱۳۹۶ تشکیل می‌دادند. با استفاده از روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چند مرحله‌ای، ۴۰۸ دانشجو انتخاب شدند. برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه مشخصات جمعیت شناختی، پرسشنامه اختلال اضطراب اجتماعی (SPIN)، مقیاس کوتاه اضطراب فراگیر (GAD-7)، پرسشنامه افسردگی بک- ویرایش دوم (BDI-II) و مقیاس ارزیابی جامع فرآیندهای درمان پذیرش و تعهد (compACT) استفاده شد. به منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها، شاخص‌های آمار توصیفی (فراوانی، درصد، میانگین، انحراف استاندارد) و تکنیک معادلات ساختاری مورد استفاده قرار گرفتند. به منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم‌افزارهای SPSS-22 و Lisrel-8.85 استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج مدل‌یابی معادلات ساختاری نشان داد که مسیر هم جوشی شناختی و اجتناب تجربه‌ای به اختلال اضطراب اجتماعی، اختلال اضطراب فراگیر و اختلال افسردگی اساسی در سطح $p<۰/۰۱$ و مسیر خود مفهوم سازی شده و تسلط گذشته و آینده به اختلال اضطراب فراگیر در سطح $p<۰/۰۱$ معنی‌دار بودند. با این حال مولفه فقدان ارزش‌ها و عمل متعهدانه هیچ مسیر معنی‌داری نداشت و از مدل نهایی حذف شد.

نتیجه‌گیری: بر اساس یافته‌های این پژوهش، فرآیندهای آسیب‌شناختی مربوط به درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در میان اختلال‌های هیجانی، از رویکرد ابعادی به تشخیص و درمان حمایت می‌کند.

تعارض منافع: گزارش نشده است.

منبع حمایت کننده: حامی مالی نداشته است.

کلیدواژه‌ها

اختلال اضطراب فراگیر،
اختلال اضطراب اجتماعی،
اختلال افسردگی اساسی،
مدل آسیب‌شناسی روانی،
درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد

تاریخ دریافت: ۹۸/۰۴/۰۱
تاریخ پذیرش: ۹۸/۰۸/۱۱

شیوه استناد به این مقاله:

Otared N, Narimani M, Sadeghi G, Mahmoud Aliloo M, Atadokht A. Explanation of generalized anxiety disorder, social anxiety disorder and major depression disorder based on psychopathological model of acceptance and commitment therapy. Razi J Med Sci. 2019;26(9):47-58.

*انتشار این مقاله به‌صورت دسترسی آزاد مطابق با CC BY-NC-SA 3.0 صورت گرفته است.

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2024-03-28]
[DOR: 20.1001.1.22287043.1398.26.9.2.8]

Razi Journal of Medical Sciences.2019;26(9):47-58. http://rjms.iums.ac.ir

Original Article

Explanation of generalized anxiety disorder, social anxiety disorder and major depression disorder based on psychopathological model of acceptance and commitment therapy

Nastaran Otared, PhD Student of Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, University of Mohaghegh Ardabili, Ardebil, Iran
Mohammad Narimani, Professor, Department of Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, University of Mohaghegh Ardabili, Ardebil, Iran (* Corresponding author), m-narimani@uma.ac.ir
Goodarz Sadeghi, Professor, Department of Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, University of Mohaghegh Ardabili, Ardabil, Iran
Majid Mahmoud Aliloo, Professor, Department of Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Tabriz University, Tabriz, Iran
Akbar Atadokht, Associate Professor, Department of Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, University of Mohaghegh Ardabili, Ardabil, Iran

Abstract

Background: Psychological inflexibility, as a new theoretical model for psychopathology, has been related with a range of psychological issues. Therefore, this study was conducted with aim explaining of general anxiety disorder, social anxiety disorder and major depression disorder based on psychopathological model of acceptance and commitment therapy.
Methods: This is a descriptive-correlational study. Study population comprised of all college students of Tabriz University of Medical Sciences during academic year 2017-18. 408 students were selected by multistage cluster sampling method. The required information was collected by demographic characteristics questionnaire, social anxiety disorder scale (SPIN), general anxiety scale (GAD-7), beck depression inventory-second edition (BDI-II), and comprehensive assessment of acceptance and commitment therapy processes) compACT). Descriptive statistics (frequency, percentage, mean, standard deviation) and structural equation technique were utilized to analyze the data.
Results: The results of structural equation modeling showed that the cognitive fusion and experiential avoidance pathway to social anxiety disorder, generalized anxiety disorder, and major depressive disorder; and the pathway of attachment to conceptualized self and dominance of past and future to generalized anxiety disorder are meaningful at the level of p<0/01. However, the component of lack of values and committed actions has no meaningful pathway and eliminated from final model.
Conclusion: The present study with identification of psychopathological processes of acceptance and commitment therapy among emotional disorders, supports dimensional approach to diagnosis and therapy.

Conflicts of interest: None
Funding: None

Keywords
General anxiety disorder, Social anxiety disorder, Major depression disorder, Psychopathology model, Acceptance and commitment therapy

Received: 22/06/2019
Accepted: 02/11/2019

Cite this article as:

Otared N, Narimani M, Sadeghi G, Mahmoud Aliloo M, Atadokht A. Explanation of generalized anxiety disorder, social anxiety disorder and major depression disorder based on psychopathological model of acceptance and commitment therapy. Razi J Med Sci. 2019;26(9):47-58.

*This work is published under CC BY-NC-SA 3.0 licence.

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2024-03-28]
[DOR: 20.1001.1.22287043.1398.26.9.2.8]

مقدمه

اختلال‌های اضطرابی و افسردگی بیشترین نرخ همبودی را در میان طبقه‌های تشخیصی روانپزشکی دارند (۱) به طوری که ۴۵ تا ۶۷ درصد از افرادی که اختلال افسردگی دارند، حداقل ملاک‌های تشخیصی یک اختلال اضطرابی را برآورد می‌کنند و ۳۰ تا ۶۳ درصد از افرادی که تشخیص اختلال اضطرابی دریافت کرده‌اند، همزمان ملاک‌های افسردگی یک قطبی را برآورد می‌کنند (۲-۵).

در میان اختلال‌های اضطرابی، اختلال اضطراب اجتماعی (Social Anxiety Disorder- SAD) و اختلال اضطراب فراگیر (Generalized Anxiety Disorder-GAD) بیشترین نرخ همبودی را با اختلال افسردگی اساسی (Major Depressive Disorde-MDD) دارند (۶ و ۷). نرخ شیوع SAD در افراد دارای MDD از ۱۵ درصد در سطح جامعه تا ۲۷ درصد در جمعیت بالینی متغیر بوده است. در زمینه‌یابی همبودی ملی، ۶۷ درصد از افراد دارای GAD، ملاک‌های تشخیصی MDD و ۲۰ درصد از افراد دارای MDD، ملاک‌های تشخیصی GAD را برآورد کرده‌اند (۳، ۱۰-۷).

چندین تبیین احتمالی برای همبودی بالای اضطراب و افسردگی مطرح شده است. نخست اینکه این اختلال‌ها دارای علائم، ویژگی‌ها و عوامل نگهدارنده مشترکی هستند (۱۱). برای مثال معیارهای تشخیصی MDD، علائم مشترکی را با اختلالات اضطرابی به ویژه GAD دارد (۱۲). به علاوه این اختلال‌ها، مکانیسم‌های زیستی و عصبی- شیمیایی مشترکی دارند (۱۳). یافته‌هایی که از علم عصب‌شناسی به دست آمده، از فرایندهای نوروبیولوژیکی یکسان برای اختلال‌های خلقی و اضطرابی حمایت می‌کند. مطابق این رویکرد، بیش‌انگیختگی ساختار لیمبیک به همراه نقص بازداری در ساختارهای قشری بالا، مشخصه‌ی افراد با روان‌رنجوری بالا است که می‌تواند با تاثیر بر صفات شخصیتی اساسی مانند هیجان‌پذیری منفی، عامل آسیب‌پذیری برای اختلالات خلقی و اضطرابی باشد (۱۴ و ۱۵).

در حالی که همپوشی نشانه‌ها می‌تواند به عنوان دلیلی برای همبودی بالا در نظر گرفته شود، رویکردهای فراتشخیصی، نشانه‌ها و همبودی بالا را محصول فرآیندهای اساسی مشترکی می‌دانند که بستر ظهور نشانه‌های مختلف را فراهم می‌کنند (۱۶). تلاش برای دستیابی به این عوامل مشترک منجر به پژوهش هایی در زمینه مکانیسم‌های مسئول این همبودی، تحت عنوان عوامل فراتشخیصی شده است (۱۷ و ۱۸). عوامل فراتشخیصی بسیاری برای رابطه بین اضطراب و افسردگی پیشنهاد شده است (۱۹-۲۲). تعدادی از این عوامل شامل موضوعات مربوط به توجه، عاطفه، حافظه، افکار و رفتارها می‌باشند (۲۳)؛ اما اخیرا یک مدل نظری برای آسیب شناسی روانی بر پایه مطالعات تجربی تدوین شده است که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (Acceptance and Commitment Therapy-ACT) نام دارد.

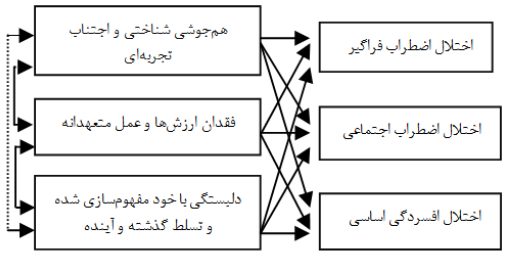
درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) از درمان‌های موج سوم روانشناختی است که توسط استیون هیز و همکارانش در ابتدای دهه ۱۹۸۰ معرفی شد. ACT به لحاظ فلسفی ریشه در بافتارگرایی کارکردی دارد (۲۴) و رشد خود را از پژوهش‌های رفتاری اساسی از قبیل پژوهش در مورد زبان و شناخت به ویژه نظریه‌ی چارچوب ارتباطی و رفتار قاعده‌مند گرفته است (۲۴). هسته مرکزی آسیب شناسی روانی از دیدگاه ACT، انعطاف ناپذیری روانشناختی (psychological inflexibility) است که به عنوان یک مدل نظری نوین برای آسیب شناسی روانی، با دامنه‌ای از مسائل روانشناختی از قبیل اختلالات خلقی و اضطرابی (۲۷-۲۵)، اختلالات مصرف مواد (۲۶)، اعتیاد اینترنتی (۲۸)، اختلالات خوردن (۲۶ و ۲۹) و اختلالات سایکوتیک (۳۰) مرتبط بوده است.

انعطاف‌ناپذیری روانشناختی الگویی است که در آن، رفتار به طور افراطی توسط افکار، احساسات و سایر تجربیات درونی یا برای اجتناب از این تجربیات کنترل می‌شود و فرصت اعمال موثرتر و معنادارتر از دست

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2024-03-28]
[DOR: 20.1001.1.22287043.1398.26.9.2.8]

می‌رود (۳۱). این سازه‌ی سطح بالا شامل شش فرایند مرکزی است که در ارتباط با هم الگوی آسیب‌شناختی ACT را می‌سازند. این شش فرایند عبارتند از: هم‌جوشی شناختی (گرفتار شدن در افکار به صورتی که بر آگاهی‌مان مسلط شوند و تاثیر بسیاری بر رفتارمان بگذارند)، اجتناب تجربه‌ای (اجتناب یا فرار از تجربیات درونی ناخواسته مانند افکار، احساسات و خاطرات)، تسلط گذشته و آینده‌ی مفهوم‌سازی شده/ خودآگاهی محدود (از دست دادن ارتباط با تجربه اینجا و اکنون)، عدم وضوح/ ارتباط با ارزش‌ها (مورد غفلت قرار گرفتن ارزش‌ها به عنوان هدایت‌گر موثر اعمالمان)، عمل ناکارآمد (الگوهای رفتاری که ما را از توجه‌آگاهی و زندگی ارزشمند دور می‌کنند) و دلبستگی به خود مفهوم‌سازی شده (زمانی که با خود- توصیفی‌مان هم‌جوشی داریم و به نظر می‌رسد ما همان توصیف هستیم) (۳۲).

همان طور که اشاره شد پژوهش های زیادی همبودی بالای اختلال های خلقی و اضطرابی را نشان داده اند از این رو شناسایی فرآیندهای آسیب‌شناختی مشترک در میان اختلال‌ها و تدوین پروتکل‌های واحد بر اساس این فرآیندهای مشترک، می‌تواند اثربخش‌تر از درمان اختلال‌های همبود به شیوه جداگانه باشد. از سوی دیگر نتایج پژوهش‌های انجام گرفته حاکی از نقش انعطاف‌ناپذیری روانشناختی و اجتناب تجربه‌ای در ایجاد، نگهداری و تشدید اختلالات خلقی و اضطرابی است (۳۳-۳۸) و پژوهش‌های متعددی اثربخشی مداخله مبتنی بر پذیرش و تعهد را بر اختلالات خلقی و اضطرابی گزارش کرده‌اند (۳۹-۴۲). با توجه به اینکه ارزیابی روابط انعطاف‌ناپذیری روانشناختی با اختلال‌های خاص، سودمندی‌های مهمی در افزودن به دانش ما از آن، به عنوان فرآیند فراتشخیصی دارد، پژوهش حاضر با هدف ارزیابی فرآیندهای آسیب‌شناسی روانی در مدل ACT در تبیین سه اختلال هیجانی افسردگی اساسی، اضطراب فراگیر و اضطراب اجتماعی انجام گرفت. شکل ۱، مدل آسیب‌شناسی روانی درمان ACT برای اختلال‌های فوق را نشان می‌دهد.



شکل ۱- مدل آسیب‌شناسی روانی درمان ACT برای اختلال اضطراب فراگیر، اضطراب اجتماعی و افسردگی اساسی

روش کار

پژوهش حاضر به لحاظ هدف کاربردی و از نظر روش، یک پژوهش توصیفی از نوع همبستگی است. جامعه آماری پژوهش حاضر را کلیه دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی تبریز در نیم سال اول سال تحصیلی ۹۷-۱۳۹۶ تشکیل می‌دادند. پس از اخذ مجوز لازم برای انجام پژوهش، به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چند مرحله‌ای از دانشکده‌های پزشکی، دندانپزشکی، داروسازی، پرستاری و مامایی، پیراپزشکی، توانبخشی، مدیریت و اطلاع-رسانی پزشکی، تغذیه و بهداشت، به تصادف ۵ دانشکده انتخاب شد و سپس از دانشجویان این دانشکده‌ها ۴۰۸ نفر به صورت تصادفی انتخاب شدند. قبل از اجرای پژوهش، ماهیت و هدف پژوهش برای شرکت‌کنندگان تشریح شد و به آن‌ها اطمینان داده شد که اطلاعات به دست آمده از آن‌ها محرمانه بوده و نتایج پژوهش بدون ذکر نام آن‌ها منتشر خواهد شد.

اطلاعات مورد نیاز پژوهش از طریق پرسشنامه‌های مشخصات جمعیت‌شناختی، پرسشنامه فوبی اجتماعی (Social Phobia Inventory)، مقیاس کوتاه اختلال اضطراب فراگیر (Generalized Anxiety Disorder-7)، پرسشنامه افسردگی بک- ویرایش دوم (Beck Depression Inventory- Second Edition) و مقیاس ارزیابی جامع فرآیندهای درمان پذیرش و تعهد (Comprehensive assessment of acceptance and commitment therapy processes) گردآوری شد.

ابزار

۱- پرسشنامه فوبی اجتماعی (Social Phobia Inventory- SPIN): پرسشنامه فوبی اجتماعی نخستین بار توسط کانور و همکاران (۴۳) به منظور ارزیابی فوبی اجتماعی تهیه گردید. این ابزار یک پرسشنامه‌ی خودسنجی ۱۷ ماده‌ای است که سه زیرمقیاس ترس (۶ ماده)، اجتناب (۷ ماده) و ناراحتی فیزیولوژیکی (۴

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2024-03-28]
[DOR: 20.1001.1.22287043.1398.26.9.2.8]

ماده) دارد. هر ماده بر اساس مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای (۰ به هیچ وجه، ۱ کم، ۲ تا اندازه‌ای، ۳ خیلی زیاد، ۴ بی‌نهایت) درجه‌بندی می‌گردد (۴۳). پایایی بازآزمایی این مقیاس در افراد مبتلا به هراس اجتماعی ۰/۷۸ تا ۰/۸۹ بوده و همسانی درونی آن در گروهی از افراد بهنجار برای کل مقیاس ۰/۹۴ و برای مقیاس‌های فرعی ترس، اجتناب و ناراحتی فیزیولوژیک به ترتیب ۰/۸۹، ۰/۹۱ و ۰/۸۰ گزارش شده است (۴۳). در پژوهش عبدی و همکاران (۴۴) پایایی آزمون- بازآزمون و ضریب آلفای کرونباخ نسخه‌ی فارسی این مقیاس به ترتیب ۰/۸۳ و ۰/۸۶ به دست آمده است.

۲- مقیاس کوتاه اختلال اضطراب فراگیر (Generalized Anxiety Disorder- GAD-7): مقیاس کوتاه اختلال اضطراب فراگیر توسط اسپیتزر، کرونکی، ویلیامز و لوی (۴۵) برای تشخیص اختلال اضطراب فراگیر و سنجش شدت نشانه‌های بالینی ساخته شده است. همان طور که از نام این مقیاس برمی‌آید دارای هفت سوال اصلی و یک سوال اضافی است که میزان تداخل اختلال در کارکردهای فرد را می‌سنجد. سوالات به صورت لیکرتی از ۰ تا ۳ نمره گذاری می‌شوند. از جمع نمرات هفت سوال اصلی، نمره کل اضطراب به دست می‌آید که دارای دامنه‌ای از ۰ تا ۲۱ می‌باشد. سوالات مقیاس GAD-7 از بین ۱۳ سوالی که برای سنجش اختلال اضطراب فراگیر بر روی ۲۹۸۲ بیمار از ۱۵ مرکز بالینی در ۱۲ ایالت آمریکا اجرا گردید، انتخاب شده است. ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس ۰/۹۲ و ضریب بازآزمائی آن به فاصله دو هفته، ۰/۸۳ گزارش شده است که حاکی از همسانی درونی بالا و پایایی خوب مقیاس است (۴۵). نتایج پژوهش نائینیان، شعیری، شریفی و هادیان (۴۶) نشان داد که GAD-7 از آلفای کرونباخ مناسبی برخوردار بوده و ضریب پایایی مقیاس نیز بر اساس دوبار اجرای آزمون مناسب ارزیابی شده است.

۳- پرسشنامه افسردگی بک- ویرایش دوم Beck (Depression Inventory- BDI-II): BDI-II نسخه بازنگری شده‌ی BDI است و برای سنجش شدت نشانه‌های افسردگی در بزرگسالان و نوجوانان ۱۳ سال به بالا به کار می‌رود. BDI-II با ملاک‌های افسردگی در چهارمین ویراست تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM- IV) منطبق است. ۲۱ ماده دارد و نشانه‌های افسردگی را در یک لیکرت ۴ درجه‌ای (صفر تا ۳) در دو هفته گذشته می‌سنجد. دامنه نمرات بین ۰ تا ۶۳ قرار دارد. نمره ۰ تا ۱۳ بیانگر افسردگی جزئی، ۱۴ تا ۱۹ بیانگر افسردگی خفیف، ۲۰ تا ۲۸ بیانگر افسردگی متوسط و ۲۹ تا ۶۳ بیانگر افسردگی شدید می باشد (۴۷). مطالعات انجام شده در مورد اعتبار BDI-II در کشورهای مختلف نشان می‌دهد که این پرسشنامه از اعتبار قابل قبولی برخوردار است. کلارک و همکاران (۴۸) آلفای کرونباخ آن را ۰/۸۹ به دست آورند. نتایج پژوهش رجبی وکارجو کسمایی (۴۹) نشان داد که پرسشنامه افسردگی بک ویرایش دوم، اعتبار و روایی خوبی در نمونه ایرانی دارد و فتی، بیرشک، عاطف وحید و دابسون (۵۰) ضریب آلفای ۰/۹۱، ضریب همبستگی میان دونیمه ۰/۸۹ و ضریب بازآزمایی با فاصله یک هفته ۰/۹۴ را برای این نسخه فارسی این پرسشنامه گزارش کردند.

۴- مقیاس ارزیابی جامع فرآیندهای درمان پذیرش و تعهد (compACT): این مقیاس توسط فرنسیس، داوسون و گلیجانی مقدم (۵۱) برای ارزیابی جامع فرآیندهای درمان پذیرش و تعهد و در پاسخ به محدودیت‌های ابزارهای کنونی ساخته شده است. compACT شامل ۲۳ سوال است و سوال‌ها در یک لیکرت ۷ نقطه‌ای از صفر (هرگز) تا ۶ (همیشه) رتبه-بندی می‌شوند. تحلیل عاملی اکتشافی، سه عامل منسجم به لحاظ نظری را نشان می‌دهد (۶ مولفه‌ی ACT را به سه فرآیند دوتایی دسته‌بندی می‌کند) که شامل پذیرش- گسلش؛ خود به عنوان زمینه - تماس با لحظه حال؛ و ارزش‌ها- اقدام متعهدانه می‌باشد. فرنسیس، داوسون و گلیجانی مقدم (۵۱) همسانی درونی و روایی همگرایی و واگرایی بالای compACT را با سایر ابزارها نشان داده‌اند. compACT همبستگی قابل توجهی با AAQ-II نشان می‌دهد (r=۰/۷۹) که حاکی از روایی همگرایی بالای این مقیاس با یک ابزار اندازه‌گیری شناخته شده فرآیندهای ACT است. به منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها از شاخص‌های آمار توصیفی (فراوانی، درصد، میانگین، انحراف معیار) و تکنیک معادلات ساختاری استفاده شد.

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2024-03-28]

[DOR: 20.1001.1.22287043.1398.26.9.2.8]

یافته‌ها

نمونه پژوهش حاضر را ۲۷۵ نفر زن (۶۷٪/۴۰) و ۱۳۳ نفر مرد (۳۲٪/۵۹) تشکیل می دهند. به لحاظ سطح تحصیلات ۹۲/۳ ٪ شرکت کنندگان لیسانس، ۶٪/۳ فوق لیسانس و ۱/۴٪ دارای مدرک دکتری بودند. میانگین سنی شرکت کنندگان نیز ۲۳/۳۷ سال با انحراف استاندارد ۴/۵۵ سال بود. همبستگی بین متغیرهای پژوهش نشان داد که تمامی متغیرها به صورت معنی‌داری با هم رابطه دارند (جدول ۱). همبستگی‌ها به صورت مثبت بوده و به استثنای رابطه بین اختلال افسردگی اساسی و فقدان ارزش ها و عمل متعهدانه که رابطه‌ی آن‌ها در سطح ۰/۰۵ معنی‌دار است، سایر روابط حایز معنی‌داری در سطح ۰/۰۱ هستند.

فرض عدم وجود هم خطی چندگانه نیز محقق شد. در پژوهش حاضر برای شناسایی داده‌های پرت متغیرهای مشهود، از جدول فراوانی و نمودار جعبه ای استفاده شد که در نتیجه ۷ نفر از شرکت کنندگان به علت داشتن داده پرت از تحلیل حذف شدند.

ملاک انتخاب نشانگر برای اختلال افسردگی اساسی، سوالات دارای بار عاملی بزرگتر از ۰/۶۵ در نظر گرفته شد. بعد از انتخاب نشانگرهای مربوط به مدل فرضی پژوهش، یک تحلیل عاملی تاییدی کلی بر روی تمامی متغیرهای پژوهش اجرا شد. بنابراین این امکان فراهم شد که با بررسی شاخص های برازش تحلیل عاملی تاییدی، صلاحیت مدل اندازگیری انتخاب شده برای متغیرهای مکنون مشخص شود. شاخص های برازش مدل اندازگیری که در جدول ۲ ارائه شده است، برازش مناسب این مدل را نشان می دهد. به جز شاخص GFI که مقادیرش درمحدوده پذیرش قرار ندارد، بقیه شاخص ها در محدوده پذیرش قرار گرفته اند. البته باید در نظر داشت که شاخص GFI به شدت تحت تاثیر حجم نمونه است و بنابراین توصیه بر عدم استفاده از این شاخص به عنوان یک شاخص معتبر است. در مجموع براساس شاخص های برازش، متغیر های مشهود توانایی لازم برای اندازه دار کردن متغیر های مکنون مربوط به خود را دارند.

همان گونه که مندرجات جدول ۳ نشان می دهد شاخص های برازش مدل ساختاری فرضی نشانگر برازش مدل است. در مدل ساختاری نیز به جز شاخص GFI، سایر شاخص ها نشان از برازش مناسب مدل فرضی دارند. بنابراین می توان نتیجه گرفت که مدل

جدول ۱– ماتریس همبستگی بین متغیرهای پژوهش

	متغیرها	۱	۲	۳	۴	۵	۶
۱	همجوشی شناختی و اجتناب تجربه ای	۱					
۲	فقدان ارزش ها و عمل متعهدانه	۰/۲۳۹**	۱				
۳	خود مفهوم سازی شده و تسلط گذشته و آینده	۰/۴۵۲**	۰/۳۲۴**	۱			
۴	اختلال اضطراب اجتماعی	۶۱۱۰**	۰/۲۵۰**	۰/۳۵۱**	۱		
۵	اختلال اضطراب فراگیر	۰/۶۰۳**	۰/۲۱۰**	۰/۵۱۶**	۰/۴۹۸**	۱	
۶	اختلال افسردگی اساسی	۰/۶۱۶**	۰/۱۷۶*	۰/۳۶۴**	۰/۴۸۷**	۰/۵۰۸**	۱

** p <۰/۰۱ * p <۰/۰۵

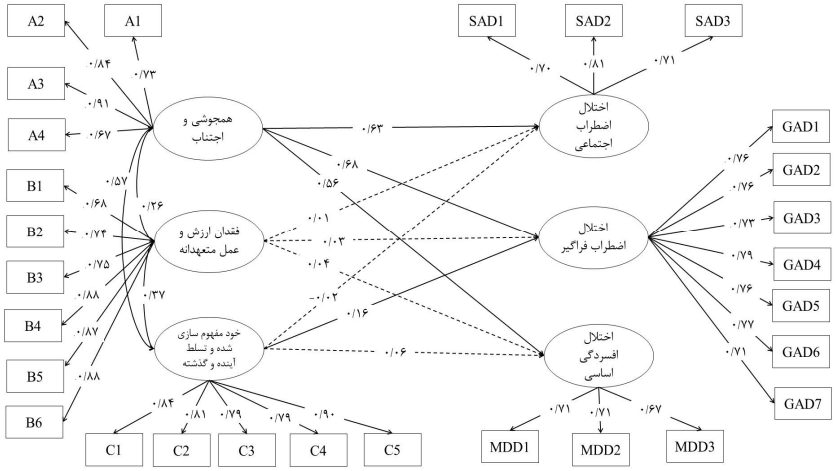
جدول ۲– شاخص های برازش مدل اندازه گیری

شاخص برازندگی	دامنه قابل‌پذیرش	مقدار
خی‌دو (χ^2)	–	۷۸۲/۳۵
نسبت خی‌دو به درجه آزادی	کم‌تر از ۵	۲/۳۳
شاخص برازندگی هنجارشده (NFI)	بزرگتر از ۰/۹۰	۰/۹۱
شاخص توکر- لوییس (TLI)	بزرگتر از ۰/۹۰	۰/۹۴
شاخص برازندگی تطبیقی (CFI)	بزرگتر از ۰/۹۰	۰/۹۴
شاخص برازندگی فزاینده (IFI)	بزرگتر از ۰/۹۰	۰/۹۴
شاخص برازندگی نسبی (RFI)	بزرگتر از ۰/۹۰	۰/۹۰
شاخص نیکویی برازش (GFI)	بزرگتر از ۰/۹۰	۰/۷۹
ریشه دوم برآورد واریانس خطای تقریب (RMSEA)	کم‌تر از ۰/۰۸	۰/۰۸۰

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2024-03-28]
[DOR: 20.1001.1.22287043.1398.26.9.2.8]

جدول ۳– شاخص‌های برازش مدل ساختاری

شاخص برازندگی	دامنه قابل‌پذیرش	مقدار
خی‌دو (χ^2)	–	۷۹۴/۰۱
نسبت خی‌دو به درجه آزادی	کم‌تر از ۵	۲/۳۴
شاخص برازندگی هنجارشده (NFI)	بزرگتر از ۰/۹۰	۰/۹۱
شاخص توکر– لوییس (TLI)	بزرگتر از ۰/۹۰	۰/۹۴
شاخص برازندگی تطبیقی (CFI)	بزرگتر از ۰/۹۰	۰/۹۴
شاخص برازندگی فزاینده (IFI)	بزرگتر از ۰/۹۰	۰/۹۴
شاخص برازندگی نسبی (RFI)	بزرگتر از ۰/۹۰	۰/۹۰
شاخص نیکویی برازش (GFI)	بزرگتر از ۰/۹۰	۰/۷۸
ریشه دوم برآورد واریانس خطای تقریب (RMSEA)	کم‌تر از ۰/۰۸	۰/۰۸۱



شکل ۲– مدل ساختاری پژوهش

A1- A4 : نشانگرهای همجوشی شناختی و اجتناب تجربه ای

B1- B6 : نشانگرهای فقدان ارزش ها و عمل متعهدانه

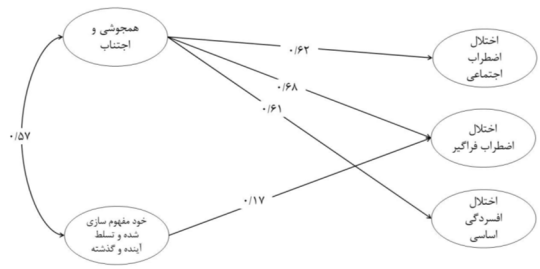
C1- C5 : نشانگرهای خود مفهوم سازی شده و تسلط آینده و گذشته

فرضی برازندگی قابل قبولی با داده‌ها دارد.

شکل ۲ مدل ساختاری پژوهش را نشان می دهد. مسیرهای معنی‌دار به شکل خطوط پررنگ و مسیرهای غیرمعنی‌دار به شکل خط چین کم رنگ نشان داده شده است. همانگونه که مشاهده می شود تقریبا نصفی از مسیرها غیرمعنی دار شده است. مسیر همجوشی شناختی و اجتناب تجربه ای به اختلال اضطراب اجتماعی، اختلال اضطراب فراگیر و اختلال افسردگی اساسی در سطح $p < ۰/۰۱$ و مسیر خود مفهوم سازی شده و تسلط گذشته و آینده به اختلال اضطراب فراگیر در سطح $p < ۰/۰۵$ معنی دار هستند. مدل نهایی با حذف مسیرهای غیرمعنی‌دار به صورت شکل ۳ در می آید. برخی شاخص های برازش مدل نهایی شامل NFI = ۰/۹۳، TLI = ۰/۹۵، CFI = ۰/۹۵، IFI = ۰/۹۵، RFI = ۰/۹۲، GFI = ۰/۸۱ است.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش‌های بسیاری همبودی بالای اختلال‌های خلقی و اضطرابی را نشان داده‌اند. از این رو شناسایی



شکل ۳– مدل ساختاری نهایی

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2024-03-28]

[DOR: 20.1001.1.22287043.1398.26.9.2.8]

فرآیندهای آسیب‌شناختی مشترک در میان اختلال‌ها و تدوین پروتکل‌های واحد بر اساس این فرآیندهای مشترک، می‌تواند اثربخش‌تر از درمان اختلال‌های همبود به شیوه جداگانه باشد. بدین منظور پژوهش حاضر با هدف ارزیابی فرآیندهای آسیب‌شناسی روانی در مدل ACT در تبیین سه اختلال هیجانی افسردگی اساسی، اضطراب فراگیر و اضطراب اجتماعی انجام گرفت. نتایج همبستگی حاکی از رابطه مثبت معنادار بین اختلال اضطراب اجتماعی، اختلال اضطراب فراگیر و اختلال افسردگی اساسی با فرآیندهای آسیب‌شناسی روانی در مدل ACT بود. نتایج مدل‌یابی معادلات ساختاری نشان داد که مسیر هم جوشی شناختی و اجتناب تجربه‌ای به اختلال اضطراب اجتماعی، اختلال اضطراب فراگیر و اختلال افسردگی اساسی در سطح $p<۰/۰۱$ معنی‌دار است.

این یافته همسو با پژوهش های ملیک، وان‌وردن و شارپ (۳۳)، شات و بولن (۳۴)، بادین و فرگوس (۳۵)، لوین و همکاران (۲۸)، اسپینهاون و همکاران (۳۶)، صمدی فرد (۳۷) و اکبری، محمدخانی و ضرغامی (۳۸) است که نشان داده‌اند انعطاف‌ناپذیری روانشناختی و اجتناب تجربه‌ای در ایجاد، نگهداری و تشدید اختلالات خلقی و اضطرابی نقش دارند و همسو با پژوهش‌های ایوستیس، هیز- اسکلتون، رومر و اورسیلو (۳۹)، والسر و همکاران (۴۰)، فولک، پارلینگ و ملین (۴۱)، بستامی، گودرزی، دوران و تقوا (۴۲) است که اثربخشی مداخله مبتنی بر پذیرش و تعهد را بر اختلالات خلقی و اضطرابی گزارش کرده‌اند.

در تبیین این یافته می‌توان گفت اگرچه شکل رفتارهای مشکل‌ساز در اختلالات روانی متفاوت است با این حال بسیاری از این رفتارها، کارکردهای روانشناختی مشترکی دارند (۳۱). برای مثال اجتناب و منزوی کردن خود در مواقع افسردگی، اجتناب از موقعیت‌هایی که اضطراب را برمی‌انگیزانند، پرخوری و استفاده از مواد همگی می‌توانند با تسکین فوری (یا حداقل مورد انتظار) افکار و احساسات ناخوشایند، تقویت شوند. کشمکش با افکار و احساسات ناخواسته به جای پرداختن به اعمال ارزشمند، می‌تواند خصیصه‌های مشترک هر دو اختلال MDD و SAD و هم‌چنین بسیاری از اختلالات دیگر باشد (۲۶).

از میان فرآیندهای انعطاف‌ناپذیری روانشناختی، اجتناب تجربه‌ای بیشترین توجه تجربی را دریافت کرده است (۵۴). زمانی که شخص مایل نیست با تجارب خصوصی‌اش در تماس باقی بماند، اجتناب تجربه‌ای رخ می‌دهد. اجتناب تجربه‌ای فرایند تلاش برای دوری کردن از تجارب درونی (افکار، خاطرات، احساس‌ها، حس‌های بدنی، آمادگی‌های رفتاری) است که گاهی در کوتاه‌مدت حالت تسکین‌دهنده دارد اما انجام چنین کاری در درازمدت، مشکلات رفتاری به وجود می‌آورد برای مثال فرد به مهمانی نمی‌رود چون اضطراب اجتماعی دارد یا فعالیت نمی‌کند و ترجیح می‌دهد در رختخواب بماند چون احساس افسردگی می‌کند (۵۵).

بسیاری از موارد اجتناب تجربه‌ای ما را از یک زندگی معنادار، هدفمند و غنی محروم می‌کند. به عنوان مثال، اگر برای شخصی، رابطه صمیمی و محبت‌آمیز ارزشمند باشد ولی هر زمان که هیجان‌های منفی روی می‌دهند، از شریک زندگی‌اش دوری بجوید، احتمال برقراری رابطه دلخواه وجود نخواهد داشت. یا اگر شخصی برای یک شغل رضایت‌بخش ارزش قائل است اما از کنار آمدن با خواسته‌های تنش‌زای آن شغل طفره می‌رود، احتمال موفق شدن در آن شغل کم خواهد بود (۵۶). بسیاری از رفتارهای مربوط به اجتناب تجربه‌ای یا موجب صدمه جسمی می‌شوند یا صدمات موجود را افزایش می‌دهند. می‌بارگی، پرخوری، اعتیاد به مواد، اهمالکاری و فقدان فعالیت جسمی مثال‌های مشخصی برای صدمات جسمی ناشی از اجتناب تجربه‌ای هستند (۵۶). ولی پذیرش عواطف منفی و باور به این که این عواطف طولانی مدت نیستند، منجر به راهبردهای مقابله‌ای بهتری خواهد شد (۵۷).

آمیختگی شناختی نشان دهنده‌ی این پدیده است که افراد به معنای واقعی افکار خود باور دارند به جای اینکه آن‌ها را به صورت حالت‌های درونی گذرا در نظر بگیرند. برای مثال این فکر که من ناامیدم، برابر تجربه‌ی روانشناختی ناامیدی است (۵۸). در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، این گونه فرض می‌شود که رنج انسان عمدتا از فرایندهای روانشناختی بهنجارِ دربرگیرنده زبان سرچشمه می‌گیرد. انسان‌ها عمدتا به برکت توانایی‌شان در پرداختن به فعالیت‌های نمادین، موجودات بسیار متفاوتی هستند. آن‌ها می‌توانند

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2024-03-28]
[DOR: 20.1001.1.22287043.1398.26.9.2.8]

رویدادهای آزارنده را جلو بیاندازند، بین رویدادها تشابه و اختلاف بیابند و براساس شباهت‌های ایجاد شده میان رویدادهای گذشته و جاری، رابطه برقرار نمایند. انسان‌ها می‌توانند درباره موقعیت‌هایی که هنوز تجربه نشده‌اند به پیش‌بینی بپردازند. آن‌ها می‌توانند به گونه‌ای پاسخ دهند که انگار یک رویداد آزارنده که مدت‌ها قبل رخ داده است اکنون حضور دارد. زبان و شناخت‌های سطح عالی علاوه بر آن که موجبات پیشرفت آدمی را فراهم آورده‌اند، امکان ایجاد ناراحتی روانی را نیز در غیاب علامت‌های جاری محیط ممکن می‌سازند (۵۹).

اگر بپذیریم که زبان منشا درد و رنج انسان‌هاست، باید این را نیز بپذیریم که همه انسان‌ها به گونه‌ای- دست کم بعضی از وقت‌ها- گرفتار رنج، ناشادمانی و نگرانی‌هایی می‌شوند. در واقع مشکل این نیست که مردم به غلط فکر می‌کنند- مشکل خودِ فکر است و اینکه چگونه جامعه کلامی استفاده از آن را به صورت مشکلی از تنظیم رفتاری مورد حمایت قرار می‌دهد. برای کمک به انسان‌ها در مقابله با مشکلات شناختی و هیجانی، درمان وابسته به پذیرش و تعهد عمدتا بر روی زبان کار می‌کند. ما باید یاد بگیریم که زبان را مورد استفاده قرار دهیم بدون این که مورد استفاده آن قرار گیریم. ما باید یاد بگیریم آن را اداره کنیم بدون این که به وسیله آن اداره بشویم (۶۰).

یافته‌ی دیگر پژوهش این بود که نتایج مدل‌یابی معادلات ساختاری نشان داد که مسیر خود مفهوم سازی شده و تسلط گذشته و آینده به اختلال اضطراب فراگیر در سطح $p<۰/۰۱$ معنی‌دار است. به علاوه مولفه فقدان ارزش‌ها و عمل متعهدانه هیچ مسیر معنی‌داری نداشت و از مدل نهایی حذف شد. تا جایی که محقق بررسی کرده است، پژوهشی در این زمینه انجام نگرفته است. در تبیین این یافته می‌توان گفت که GAD از طریق روابط مشکل‌ساز و واکنشی با تجربیات درونی (افکار، احساسات، تمایلات، تصاویر، حس‌های بدنی و غیره) و پاسخ‌های رفتاری و درونی با هدف اجتناب و کاهش پریشانی ادامه می‌یابد. تجربیات درونی می‌توانند موجب برانگیختن احساسات منفی، افکار قضاوتی و تمایل به اجتناب از آن‌ها شوند (۶۰ و ۶۱). برای مثال، افرادی دارای علائم GAD در مقایسه با گروه کنترل، واکنش‌های منفی بیشتری را به هیجاناتشان نشان می‌دهند و افکار مزاحم خود را خطرناک‌تر و غیرقابل کنترل می‌بینند (۶۲). این واکنش‌های منفی به هیجانات باعث می‌شوند که تجربیات درونی به صورت غیرقابل قبول، غیرقابل تحمل و تهدید کننده تجربه شوند و میل شدیدی را به فرار یا اجتناب از این تجربیات برانگیزانند. اجتناب تجربه‌ای یا راهبردهای درونی برای سرکوب افکار اضطراب‌زا در بلندمدت پریشانی را افزایش می‌دهند (۳۱).

افرادی که اختلال اضطراب فراگیر را تجربه می‌کنند، اظهار می‌کنند که نگرانی‌هایشان منجر می‌شوند تا تماسشان را با لحظه حال از دست دهند (۳۱). افراد به دلیل درگیری با گذشته و آینده مفهوم سازی شده، تماس با لحظه حال را از دست می‌دهند و شکست در تماس با حس متعالی از خود موجب تسلط الگوهای رفتاری می‌شود که بر اساس حس مفهوم پردازی شده از خود استوارند. همه این فرآیندها در ایجاد الگوهای رفتاری نقش دارند که با نافعالی، تکانشگری و اجتناب در حوزه های خاص مشخص می‌شوند و در مجموع انعطاف ناپذیری روانشناختی را می‌سازند که در دیدگاه ACT، به عنوان هسته رنج انسانی در نظرگرفته شده است (۶۴).

به طور کلی پژوهش حاضر با شناسایی فرآیندهای آسیب‌شناختی مشترک در میان اختلال‌ها از رویکرد ابعادی به تشخیص و مدل یکپارچه‌ی تغییر رفتار حمایت می‌کند. بنابراین ضروری است که مولفه‌های انعطاف‌ناپذیری روانشناختی به عنوان عواملی مهم در بیماران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی، اختلال اضطراب فراگیر و اختلال اضطراب اجتماعی مورد توجه درمانگران قرار گیرند.

پژوهش‌های متعددی اثربخشی مداخلات مبتنی بر ذهن آگاهی و پذیرش و تعهد و را بر اختلالات خلقی و اضطرابی گزارش کرده‌اند (۴۰، ۴۱، ۴۲، ۶۵ و ۶۶). درمان‌های مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌تواند با تاکید بر این مولفه‌ها موجب تسهیل روند درمان و هم‌چنین بهبود علائم این گونه بیماران شوند. از محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به خودگزارشی بودن ابزارهای پژوهش و منحصر بودن جامعه آماری به دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی تبریز اشاره کرد. از این رو

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2024-03-28]

[DOR: 20.1001.1.22287043.1398.26.9.2.8]

پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی، جمعیت‌های بالینی و گروه‌های سنی دیگر مورد بررسی قرار گیرند.

تقدیر و تشکر

این مقاله مستخرج از رساله‌ی دکتری سرکار خانم نسترن عطارد برای دریافت درجه دکتری تخصصی روان‌شناسی (PhD) از دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی دانشگاه محقق اردبیلی تحت راهنمایی دکتر محمد نریمانی و دکتر گودرز صادقی و مشاوره دکتر مجید محمود علیلو و دکتر اکبر عطادخت است. بدینوسیله از همکاری صمیمانه کلیه افرادی که در این پژوهش ما را یاری کردند تشکر و قدردانی می‌شود.

References

1. Kessler RC, Chiu WT, Demler O, Merikangas KR, Walters EE. Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. Arch-Gen Psychiatry. 2005;62:617–27.

2. Brown TA, Campbell LA, Lehman CL, Grisham JR, Mancill RB. Current and lifetime comorbidity of the DSM-IV anxiety and mood disorders in a large clinical sample. J Abnorm Psychol. 2001;110: 585–99.

3. Fava M, Rankin MA, Wright EC, Alpert JE, Nierenberg AA, Pava J , et al. Anxiety disorders in major depression. Compr Psychiatry. 2000; 41: 97–102.

4. Lamers F, van Oppen P, Comijs HC, Smit JH, SpinhovenP, van Balkom, et al. Comorbidity patterns of anxiety and depressive disorders in a large cohort study: the Netherlands study of depression and anxiety (NESDA). J Clin Psychiatry. 2011; 72: 341–48.

5. Moscati A, Flint J & Kendler KS. Classification of anxiety disorders comorbid with major depression; common or distinct influences on risk? Depress Anxiety. 2017; 33 (2): 120- 27.

6. Newman MG, Przeworski A, Fisher AJ, Borkovec, TD. Diagnostic comorbidity in adults with generalized anxiety disorder: impact of comorbidity on psychotherapy outcome and impact of psychotherapy on comorbid diagnoses. Behav Ther. 2010; 41:59–72.

7. Belzer K, Schneier FR. Comorbidity of anxiety and depressive disorders: Issues in conceptualization, assessment, and treatment. J Psychiatr Pract. 2004; 10, 296–306.

8. Kessler RC, DuPont RL, Berglund P, Wittchen HU. Impairment in pure and comorbid generalized anxiety disorder and major depression at 12 months in two national surveys. Am J Psychiatry. 1999;156:1915–23.

9.Turki M, Ben Thabet J, Charfi N, Mezghanni M, Maalej Bouali M, Zouari N, Zouari L, et al. Generalized anxiety disorder comorbidities: Panic and depressive disorder. Eur Psychiatry. 2017;41:S486.

10. Zhou Y, Cao Z, Yang M, Xi X, Guo Y, Fang M, Cheng L, et al. Comorbid generalized anxiety disorder and its association with quality of life in patients with major depressive disorder. Sci Rep. 2017;7:40511.

11. Harvey AG, Watkins E, Mansell W, Shafran R. Cognitive behavioural processes across psychological disorders: a transdiagnostic approach to research and treatment. In: Oxford: Oxford University Press. 2004.

12. American Psychiatric Association, Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.), Arlington, VA: American Psychiatric Publishing; 2013.

13. McNaughton N, Corr PJ. A two-dimensional neuropsychology of defense: Fear/anxiety and defensive distance. Rev Biobehav Neurosci. 2004; 28(3): 285–305.

14. Siegle GJ, Thobpson W, Carter CS, steinhauer SR, Thase ME. Increased amygdala and decreased dorsolateral prefrontal BOLD responses in unipolar depression: related and independent features. Biol Psychiatry. 2007;16(2):198-209.

15. Huppert JD. Anxiety disorders and depression comorbidity. In: M. M. Antony, M. B. Stein (Eds.), Oxford handbook of anxiety and related disorders (pp. 576–586). New York, NY: Oxford University Press. 2009.

16. Krueger RF, Markon KE. Reinterpreting comorbidity: A model-based approach to understanding and classifying psychopathology. Clin Rev Ann. 2006:2111–2133.

17. Mansell W, Harvey A, Watkins E, Shafran R. Conceptual foundations of the transdiagnostic approach to CBT. J Cog Psychother. 2009; 23: 6-19.

18. Mennin DS & Fresco DM. Emotion regulation therapy. In J. J. Gross (Ed.), Handbook of emotion regulation. New York: Guilford Press. 2014. p. 469-490.

19. Clark LA, Watson D. Tripartite model of anxiety and depression: Psychometric evidence and taxonomic implications. J Abnorm Psychol. 1991; 100: 316-336.

20. Barlow DH, Farchione TJ, Fairholme CP, Ellard KK, Boisseau CL, Allen LB, et al. The unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: Therapist guide. New York: Oxford University Press. 2011.

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2024-03-28]

[DOR: 20.1001.1.22287043.1398.26.9.2.8]

21. Aldao A, Nolen-Hoeksema S & Schweizer S. Emotion-regulation strategies across psychotherapy: A meta-analytic review. Clin Psychol Rev. 2010; 30, 217-237.
22. Kring AM & Sloan DS. Emotion regulation and psychopathology: A transdiagnostic approach to etiology and treatment. New York: Guilford Press. 2009.
23. Nolen-Hoeksema S & Watkins ER. A heuristic for developing transdiagnostic models of psychopathology: Explaining multifinality and divergent trajectories. Psychol Perspect. 2011;6:589-609.
24. Hayes-Skelton SA, Orsillo SM & Roemer L. Changes in proposed mechanisms of action during an acceptance-based behavior therapy for generalized anxiety disorder. Behav Res Ther. 2012; 43(3): 238-245.
31. Hayes SC, Wilson KG, Gifford EV, Follette VM & Strosahl K. Experiential avoidance and behavioral disorders: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment. J Consult Clin Psychol. 1996; 64: 1152–1168.
32. Harris R. ACT Made Simple: An Easy-To-Read Primer on Acceptance and Commitment Therapy. Translated by Anushe Aminzadeh, Tehran: Arjmand Publishing. 2009.
25. Venta A, Sharp C, Hart J. The relation between anxiety disorder and experiential avoidance in inpatient adolescents. Psychol Assess. 2012; 24: 240-248.
26. Levin ME, MacLane C, Daflos S, Seeley J, Hayes SC. Examining psychological inflexibility as a transdiagnostic process across psychological disorders. J Contextual Behav Sci . 2014;3(3):155-163.
27. Kato T. Psychological inflexibility and depressive symptoms among Asian English speakers: A study on Indian, Philippine ,and Singaporean samples. J Psychiatr Res. 2016; 238:1–7.
28. Levin ME, Lillis J, Seeley J, Hayes SC, Pistorello J, Biglan A. Exploring the relationship between experiential avoidance, alcohol use disorders and alcohol-related problems among first-year college students. J Am Coll Health. 2012;60:443-8.
29. Rawal A, Park RJ & Williams MG. Rumination, experiential avoidance, and dysfunctional thinking in eating disorders. Behav Res Ther. 2010; 48:851-9.
30. Goldstone E, Farhall J, Ong B. Life hassles, experiential avoidance and distressing delusional experiences. Behav Res Ther. 2011; 40: 260-266.
33. Mellick W, Vanwoerden S, Sharp C. Experiential avoidance in the vulnerability to depression among adolescent females. J Affect Disord. 2016; 208: 497-502.
34. Schut DM, Boelen PA. The relative importance of rumination, experiential avoidance and mindfulness as predictors of depressive symptoms. J Context Behav Sci . 2017; 6(1):8-12.
35. Bardeen JR, Fergus TA. The interactive effect of cognitive fusion and experiential avoidance on anxiety, depression, stress and posttraumatic stress symptoms. J Context Behav Sci . 2016; 5: 1–6.
36. Spinhoven P, Drost J, de Rooji M, van Hemert AM, penninx BW. A longitudinal study of experiential avoidance in emotional disorders. Behav Ther. 2014; 45(6):840-50.
37. Samadifard H. Relationship between cognitive fusion and social anxiety among couples. Third International Conference of psychology, educational sciences and lifestyle. 2016.
38. Akbari M, Mohamadkhani S, Zarghami F. The mediating role of cognitive fusion in explaining the Relationship between emotional dysregulation with anxiety and depression: A Transdiagnostic Factor. IJPCP. 2016; 22(1):17-29.
39. Eustis EH, Hayes-Skelton SA, Roemer L, Orsilo SM. Reductions in experiential avoidance as a mediator of change in symptom outcome and quality of life in acceptance-based behavior therapy and applied relaxation for generalized anxiety disorder. Behav Res Ther. 2016; 87: 188-195.
40. Walser RD, Garvert DW, Karlin BE, Trockel M, Ryu DM, Taylor CB. Effectiveness of acceptance and commitment therapy in treating depression and suicidal ideation in Veterans. Behav Res Ther. 2015;74: 25-31.
41. Folke F, Parling T & Melin L. Acceptance and Commitment Therapy for Depression: A Preliminary Randomized Clinical Trial for Unemployed on Long-Term Sick Leave. Cog Behav Pract. 2012; 19(4): 583-594.
42. Bastami M, Goodarzi N, Dowran B, Taghva A. Effectiveness of treatment acceptance and commitment therapy (ACT) on the reduction of depressive symptoms of military personnel with type 2 diabetes mellitus. Ebnesina. 2016; 18(1): 11-18.
43. Connor KM, Davidson JRT, Churchill LE, Sherweed A, Foa EB, Weisler RH. Psychometric properties of the social phobia (SPIN): A new self rating scale. Br J Psychiatry. 2000; 176: 379-386.
44. Abdi R, Birashk B, Aliloo MM, Asgharnezhad Faried A. Interpretation bias in social phobia disorder. Mod Psychol Res. 2007; 1(4):1-17.
45. Spitzer RL, Kroenke K, Williams JBW, Bernd L. A Brief Measure for Assessing Generalized Anxiety Disorder The GAD-7. Arch Int Med. 2006;166 (10): 1092-7.
46. Naeinian M, Shaeiri M, Sharif M, Hadian M. To Study Reliability and Validity for A Brief Measure for Assessing Generalized Anxiety

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2024-03-28]
[DOR: 20.1001.1.22287043.1398.26.9.2.8]

Disorder (GAD-7). CPAP. 2011; 2(4):41-50.
47. Beck AT, Steer RA, Brown GK. Manual for the Beck Depression Inventory- II. The psychological corporation, Harcourt Brace, Company, San Antonio. 1996.
48. Clark LA, Watson D. Tripartite model of anxiety and depression: Psychometric evidence and taxonomic implications. J Abnorm Child Psychol. 1991; 100: 316-36.
49. Rajabi GH, Karju Kasmai S. Psychometric properties of a Persian language version of the beck depression inventory second edition. J Educ Meas. 2013; 3(10):140-157.
50. Fata L, Birashk B, Atefvahid MK, Dabson KS. Meaning assignment structures/ schema, emotional states and cognitive processing of emotional information: comparing two conceptual frameworks. IJPCP. 2005; 11(3): 312-26.
51. Ferancis A, Dawson D, Golijani- Moghaddam N. The development and validation of the comprehensive assessment of acceptance and commitment therapy processes (compACT J Contextual Behav Sci. 2016; 5(3): 134- 145.
52. Chou CP, Bentler PM. Estimates and tests in structural equation modeling. In Hoyle RH, (Ed.), Structural equation modeling: Concepts, issues and applications. California: Sage. 1995.
53. Kline RB. Principles and practice of structural equation modeling. New York: Guilford; 2011.
54. Chawla N, Ostafin B. Experiential avoidance as a functional dimensional approach to psychopathology: An empirical review. J Clin. Psychol. 2007; 63:871–90.
55. Hayes SC & Smith S. Get out of your mind and into yours life: The new acceptance and commitment therapy. New York: New Harbinger Publications, Inc; 2005.
56. Flaxman EF, Blackledge JT, Bond FW. Acceptance and commitment therapy. London: Routledge; 2011.
57. Jahangiri F, Karimi J, AminAfshari M R. The. Role of metacognitive beliefs and mindfulness skills in prediction of symptom severity in patients with irritable bowel syndrome. Razi J Med Sci. 2017; 24 (4):25-34.
58. Greco LA, Lambert W, Baer RA. Psychological inflexibility in childhood and adolescence: Development and evaluation of the Avoidance and Fear Questionnaire for Youth. Psychol Assess. 2008; 20:93–102.
59. Hayes SC, Strosahl KD, Wilson KG. Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change (2nd ed.). New York: Guilford. 2012.
60. Hayes SC, Strosahl KD, Wilson KG. Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change. New York, NY: Guilford Press. 1999.
61. Borkovec TD, Alcaine OM, Behar E. Avoidance theory of worry and generalized anxiety disorder. In D. S. Mennin, R. G. Heimberg, & C. L. Turk (Eds.), Generalized anxiety disorder: Advances in research and practice. New York, NY: Guilford Press. 2004. p. 77-108.
62. Wells A, Carter K. Preliminary tests of a cognitive model of generalized anxiety disorder. Behav Res Ther. 1999; 37: 585–594.
63. Hayes-Skelton SA, Orsillo SM, Roemer L. An acceptance-based behavioral therapy for individuals with generalized anxiety disorder. Cog Behav Pract. 2013; 20: 264–81.
64. Zohrabi S, Shairi M R, Heydarinasab L. The effect of mindfulness and acceptance-based group therapy on decreasing fear of negative evaluation in patients with social anxiety disorder. Razi J Med Sci. 2016; 22(140):1-11.
65. Kahrizi S, Taghavi M, Ghasemi R, Goodarzi M. The effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) on Depression, Anxiety and Somatic Symptoms in Asthma patients. Razi J Med Sci. 2017; 24(1):27-36.
66. Hadiyan M. Effectiveness of Acceptance & Commitment Therapy (ACT) on separation anxiety disorders in children with type 1 diabetes. Razi J Med Sci. 2018; 24(11):21-34.

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2024-03-28]
[DOR: 20.1001.1.22287043.1398.26.9.2.8]