

The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Experiential Avoidance, Depression and Anxiety in Love Trauma Syndrome

Qasemitabeq, F., Bakhshipour Roodsari, *A., Farnam, A.

Abstract

Introduction: Experiencing failure in romantic relationships by female students may lead to mental health problems. The aim of this study was to determine the effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on experiential avoidance and depression in female students with love trauma syndrome.

Method: The statistical population of the study consisted of Tabriz female students. A single case experimental design of multiple baseline was applied. Three participants were selected by purposive sampling and underwent treatment based on research criteria. Participants were examined in four baseline stages and fourth, eighth, eleventh and one follow-up sessions using the Love Trauma Syndrome (LTI), the Beck Depression Inventory (BDI-II), and the Acceptance and Commitment questionnaire (AAQ-II). Data were analyzed by graphic displays, recovery percentage, and effect size for statistical significance.

Results: Findings showed that acceptance and commitment therapy could reduce depression and experiential avoidance. The overall recovery percentage between all three subjects was 77.69 in the experiential avoidance variable and 59.45 in the depression variable.

Conclusion: Results showed that acceptance and commitment therapy has an effect on experiential avoidance and depression.

Keywords: Acceptance and Commitment Psychotherapy (ACT), Love Trauma Syndrome, Experiential Avoidance, Depression.

اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اجتناب تجربه‌ای و افسردگی دانشجویان دختر دارای سندروم ترومای عشق

فاطمه قاسمی‌طابق^۱، عباس بخشی‌پور رودسری^۲، علیرضا فرنام^۳

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۰۷/۲۴ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۰۴/۱۳

چکیده

مقدمه: تجربه‌ی شکست در روابط عاشقانه در میان دانشجویان دختر، می‌تواند به مشکلات روانشناختی زیادی منجر شود. هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر اجتناب تجربه‌ای و افسردگی دانشجویان دختر مبتلا به سندروم ترومای عشق بود.

روش: طرح تجربی تک موردی و از نوع خط پایه چندگانه انجام شد. سه نفر شرکت کننده به شیوه نمونه‌گیری هدفمند از بین دانشجویان دانشگاه تبریز انتخاب شده و بر اساس ملاک‌های پژوهش وارد درمان شدند. شرکت‌کنندگان در چهار مرحله خط پایه و جلسات درمانی چهارم، هشتم، یازدهم و یک مرحله پیگیری یک ماهه با پرسشنامه‌های سندروم ضربه عشق (LTI)، افسردگی بک (BDI-II) و پذیرش و تعهد (AAQ-II) مورد ارزیابی قرار گرفتند. جهت تحلیل داده‌ها نیز از روش تحلیل ترسیمی، درصد بهبودی و اندازه اثر استفاده شد.

یافته‌ها: یافته‌های پژوهش نشان داد مداخله درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد موجب کاهش افسردگی و اجتناب تجربه‌ای می‌شود. میزان بهبودی کلی بین هر سه آزمودنی در متغیر اجتناب تجربه‌ای ۷۷/۶۹ و در متغیر افسردگی ۵۹/۴۵ برآورد شد.

نتیجه‌گیری: روان درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اجتناب تجربه‌ای و افسردگی مؤثر است و استفاده از این درمان برای کاهش عوارض شکست عشقی توصیه می‌شود.

واژه‌های کلیدی: روان درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT)، سندروم ضربه عشق، اجتناب تجربه‌ای، افسردگی.

۱. کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی تبریز، تبریز، ایران

۲. نویسنده مسئول: استاد، گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی تبریز، تبریز، ایران

۳. استاد، گروه روان‌پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران

مقدمه

راس (۱) برای اولین بار سندروم ترومای عشق^۱ را معرفی کرد. سندروم ترومای عشق شامل مجموعه نشانه‌ها و علائم شدیدی است که پس از مدتی بعد از انحلال رابطه عاشقانه ظاهر می‌شود. این مسئله باعث اختلال در عملکرد فرد در بسیاری از حوزه‌ها از جمله تحصیلی، اجتماعی یا شغلی و سپس منجر به واکنش‌های ناسازگار می‌شود. از ویژگی‌های اساسی سندروم ترومای عشق، توسعه نشانه‌ها پس از تجربه ضربه عشق است. افراد ابتدا ضربه عشق را به‌عنوان "شوک" تجربه می‌کنند. آنچه که منجر به احساس شوک می‌شود این است که ضربه عشق، انتظارات فرد مورد نظر را از رابطه و پیش‌فرض‌های امنیت در ارتباط، نقض می‌کند. در نتیجه ضربه عشق به‌عنوان استرسی شدید و آسیب‌زا تجربه می‌شود. احساس شوکه شدن اغلب با احساس وحشت، ترس و درماندگی همراه است و مشابه با صدماتی است که افراد در رابطه با مرگ و یا تهدید به مرگ تجربه می‌کنند. به این معنا که فرد پریشانی قابل توجه عاطفی، روانی و یا جسمانی را پس از ضربه تجربه می‌کند (۱).

غم و اندوه ناشی از این حادثه می‌تواند فرد را ترغیب کند تا با تجزیه و تحلیل علائم شکست عشقی، از شرایط مشابه در آینده اجتناب کند (۲). علاوه بر این، افراد دارای شکست عشقی نشخوار فکری بیشتری را تجربه می‌کنند که به آن‌ها کمک می‌کند دلایل شکست را توضیح دهند (۳). تحقیقات نشان داده است مردان و زنانی که توسط شریک زندگی عاشقانه خود رد می‌شوند، در مقایسه با شخصی که رد می‌کند (رد کننده) درجات بالاتری از افسردگی، از دست دادن عزت‌نفس و نشخوار فکری را تجربه می‌کنند (۴).

به هم خوردن یک رابطه عاشقانه در بزرگسالان جوان، خطر عواقب مختلف بهداشت روانی، از جمله بروز اختلال افسردگی اساسی را افزایش می‌دهد (۵). شواهد نشان می‌دهد که افراد پس از جدایی ممکن است افسردگی اساسی و بالینی قابل توجهی را نشان دهند (۶). افسردگی در زمره اختلالات هیجانی قرار دارد، افسردگی می‌تواند سلامت جسمانی، احساسات، رفتار و سلامت روحی انسان‌ها را تحت الشعاع قرار دهد. علائمی مانند غم و اندوه، احساس بی‌ارزشی، دشواری در تمرکز، عدم توانایی در اندیشیدن،

احساس گناه، بی‌خوابی، احساس شکست و بسیاری از نشانه‌های خطرناک دیگر در انسان‌های افسرده قابل مشاهده است (۷).

شاهار و هر دریافتند افرادی که نشانگان افسردگی بیشتری داشتند اجتناب تجربه‌ای بیشتری نشان دادند (۸). اجتناب تجربه‌ای به ارزیابی‌های منفی افراطی از حس‌ها احساسات و افکار خصوصی ناخواسته و عدم تمایل به تجربه کردن این رویدادها و تلاش‌های عمدی برای کنترل و فرار از آن‌ها اطلاق می‌شود (۹).

در تبیین و درمان سندروم ترومای عشق، تنوع و تعدد دیدگاه‌های نظری و به تعاقب آن شیوه‌های درمانگری بسیار است. دیدگاه‌های فرهنگی - اجتماعی، وجودی، رفتاری‌نگر، شناختی، زیستی و روان‌پویشی هر یک از منظری به ترومای عشق نگریسته است. در نظریه مبتنی بر پذیرش و تعهد^۲ (ACT)، رنج و پریشانی افراد دچار شکست عشقی به علت راهبردهای اجتناب تجربی و اقدامات ناکارآمدی است که در پیش گرفته‌اند (۱۰). در نظریه پذیرش و تعهد و نظریه‌های اخیر اجتناب تجربه‌ای به‌عنوان عامل مهم سبب‌شناسی و تداوم اختلالات روانی در نظر گرفته می‌شود. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد یک رفتار درمانی مبتنی بر بافت‌گرایی عملکردی است (۱۱).

هدف اصلی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) افزایش انعطاف‌پذیری روانشناختی است. انعطاف‌پذیری روانشناختی عبارت است از ارتباط با زمان حال به‌طور کامل و به‌عنوان یک انسان هوشیار و آگاه، و تغییر یا تداوم رفتار در خدمت اهداف ارزشمند (۱۲). انعطاف‌پذیری روانی از طریق شش فرآیند اساسی (ACT) تثبیت و برقرار می‌شود: پذیرش، گسلش، آگاهی از لحظه حال، خود به‌عنوان زمینه، ارزش‌ها و اقدامات متعهد. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر کاهش علائم متمرکز نیست، اگرچه بسیاری از مراجعان موفقیت‌آمیز ACT، کاهش علائم را گزارش می‌کنند، اما در عوض تمرکز اصلی ACT افزایش توانایی مراجعان در ایجاد و حفظ تعهدات مربوط به تغییر رفتار است. مخصوصاً افراد تشویق می‌شوند که ارزش و اهداف ارزشمند زندگی خود را شناسایی کرده و به اقدامات کارآمد با این ارزش‌ها متعهد شوند (۱۳). این مداخلات به جای تمرکز روی تغییر

روش

طرح پژوهش: طرح پژوهش حاضر تک آزمودنی می باشد.

آزمودنی‌ها: جامعه مورد مطالعه در این پژوهش شامل تمامی دانشجویان دختر که سندروم ترومای عشق را تجربه کرده‌اند می‌باشد که در سال تحصیلی ۱۳۹۹-۱۴۰۰ با شکایاتی مانند بی‌حوصلگی، عدم تمرکز، و درگیری ذهنی بعد قطع ارتباط عاطفی به مطب روان‌پزشک در شهر تبریز مراجعه کردند و توسط روان‌پزشک به پژوهش معرفی شدند. نمونه پژوهش حاضر یک گروه ۳ نفره از دانشجویان تروما دیده عشق هستند که پس از انجام مصاحبه تشخیصی و تشخیص روان‌پزشک، بر اساس ملاک‌های زیر و احراز شرایط پژوهش، از طریق نمونه‌گیری مبتنی بر هدف وارد طرح درمان شدند. معیارهای ورود: تجربه سندروم ترومای عشق، تجربه هیجانات منفی مانند افسردگی و افت کارکردی، جنسیت دختر، دانشجو بودن، موافقت بیمار برای شرکت در پژوهش و تروما ظرف شش ماه گذشته اتفاق افتاده باشد. معیارهای خروج عبارتند از: داشتن اختلالات روانی همبود، دریافت درمان همزمان دیگر و درمان دارویی برای این مشکل. پیش از شروع درمان توضیحی کلی راجع به درمان و اهداف آن به شرکت‌کنندگان داده شد و رضایت شرکت‌کنندگان جهت همکاری با پژوهشگر جلب شد. آزمودنی‌ها با روش پله‌ای با فواصل سه جلسه‌ای و به طور تصادفی به ترتیب وارد طرح درمان شدند. آزمودنی اول با تکمیل پرسشنامه وارد برنامه درمان شد و در جلسه سوم آزمودنی اول، آزمودنی دوم وارد طرح درمان شد و سپس در جلسه سوم آزمودنی دوم، آزمودنی سوم وارد طرح درمان شد. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) مداخله‌ای است که بر اساس راهنمای درمانی ارائه شده در کتاب "یافتن زندگی پس از تروما" اثر فولت و پیسترلو در ۱۱ جلسه (جدول ۱) بر روی آزمودنی‌ها اجرا شد (۱۹) و آزمودنی‌ها یک ماه پس از پایان مداخله از لحاظ افسردگی و اجتناب تجربه‌ای مورد ارزیابی قرار گرفتند.

رویدادهای روانی، به دنبال تغییر عملکرد این رویدادها و رابطه فرد با آن‌ها، از طریق راهبردهایی مثل تمرکز حواس، پذیرش و گسلش است (۱۴). نتیجه مطالعه فولکه، پارلینگ و ملین نشان می‌دهد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) یک درمان امیدبخش برای افسردگی است (۱۵). در مطالعه‌ی زتل و هیز (۱۶) درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد کاهش باورپذیری به افکار منفی را نشان داده است هم چنین گلایدرز و گلایدرز (۱۷) در پژوهشی با هدف تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر روی زنان مبتلا به ملتپیل اسکروزیس با تجربه ترومای دوران کودکی به این نتیجه رسیدند که این درمان بر کاهش اجتناب تجربه‌ای و افزایش انعطاف‌پذیری روانشناختی این بیماران تأثیر دارد.

پارکیز (۱۸) در مطالعه خود نشان داد که از دست دادن موضوع عشق یکی از بزرگترین حوادث آسیب‌زایی است که می‌تواند برای جوانان اتفاق بیفتد. افراد با درجات متفاوتی از انعطاف‌پذیری با این حوادث مقابله می‌کنند. برخی نسبتاً راحت، از طریق یادگیری از تجربه خود، با این مسأله کنار می‌آیند، درحالی‌که افراد دیگر با اختلال‌های قابل توجهی در خلق و خو و عملکرد، به صورت حاد و مزمن، روبه‌رو می‌شوند و ممکن است پیشرفت‌های کندی را در درمان به دست آورند. بنابراین مشهود است که این افراد برای بازیابی سلامت روانشناختی خود نیاز به مداخلات مؤثر دارند و با توجه به اینکه دانشجویان نیروی انسانی بالقوه کشور برای اداره‌ی آینده جامعه هستند، نتیجه شکست در روابط و افسردگی می‌تواند مانع جدی پیشرفت این قشر فرهیخته شود. در کشور ما شمار پژوهش‌های انجام شده در این زمینه بسیار محدود است. بنابراین یکی از ضرورت‌های انجام این تحقیق اهمیت توجه به شکست عاطفی و کمبود پژوهش‌های مرتبط در این زمینه است. و با توجه به فقدان پژوهش مستقیم در مورد اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر افسردگی و اجتناب تجربه‌ای در سندروم ترومای عشق بنابراین یکی از ضرورت‌های انجام این تحقیق اهمیت توجه به شکست عاطفی و کمبود پژوهش‌های مرتبط در این زمینه است. پژوهش حاضر به منظور تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر افسردگی و اجتناب تجربه‌ای افراد مبتلا به سندروم ترومای عشق انجام شد.

جدول ۱) محتوای جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اساس راهنمای درمانی ارائه شده در کتاب "یافتن زندگی پس از تروما"

جلسات	محتوا (مداخله)
جلسه اول	آشنایی اولیه با مراجع و برقراری رابطه مناسب با هدف پر کردن صحیح پرسشنامه‌ها و معرفی درمانگر و ایجاد اعتماد؛ اجرای پرسشنامه و افسردگی و انعطاف‌پذیری روانشناختی و پرسشنامه پذیرش و تعهد
جلسه دوم	معرفی درمان ACT، اهداف و محورهای اصلی آن؛ تعیین قوانین حاکم بر جلسات درمان و ارائه اطلاعات راجع به تروما مرور درمان‌های آن و هزینه‌ها و فواید آن
جلسه سوم	مروری بر مطالب جلسه قبل و دریافت بازخورد از بیمار؛ بحث در مورد تجربیات و ارزیابی آن‌ها؛ ارزیابی میزان تمایل فرد برای تغییر؛ بررسی انتظارات بیمار از درمان و بررسی موانع محیطی بر سر راه تغییر بیمار - بررسی تفاوت درد و رنج و ایجاد ناامیدی خلاق، جمع‌بندی و ارائه تکالیف خانگی
جلسه چهارم	مروری بر مطالب جلسه قبل و دریافت بازخورد از بیمار؛ استفاده از تکنیک‌های ذهن‌آگاهی با تأکید بر زمان حال؛ جمع‌بندی بحث‌های مطرح شده در جلسه؛
جلسه چهارم	مروری بر مطالب جلسه قبل و دریافت بازخورد از بیمار؛ تشخیص اجتناب‌های بیمار و تشخیص راهبردهای ناکارآمد کنترل‌گری و پی بردن به بیهودگی آن‌ها؛ جمع‌بندی بحث‌های مطرح شده در جلسه و ارائه تکالیف خانگی
جلسه پنجم	مروری بر مطالب جلسه قبل و دریافت بازخورد از بیمار؛ توضیح دادن مفهوم پذیرش و تفاوت آن با مفاهیم شکست، یأس، انکار، مقاومت و سپس، مشکلات و چالش‌های پذیرش بیماری بررسی شود جمع‌بندی بحث‌های مطرح شده در جلسه و ارائه تکالیف خانگی
جلسه ششم	مروری بر مطالب جلسه قبل و دریافت بازخورد از بیمار معرفی و تفهیم آمیختگی به خود مفهوم‌سازی شده و جداسازی؛ کاربرد تکنیک‌های عدم آمیختگی شناختی؛ مداخله در عملکرد زنجیره‌های مشکل‌ساز زبان و استعاره‌ها؛ جمع‌بندی بحث‌های مطرح شده در جلسه و ارائه تکالیف خانگی
جلسه هفتم	مروری بر مطالب جلسه قبل و دریافت بازخورد از بیمار؛ نشان دادن جدایی بین خود، تجربیات درونی و رفتار؛ مشاهده خود به عنوان زمینه؛ تضعیف خود مفهومی و بیان خود؛ جمع‌بندی بحث‌های مطرح شده در جلسه و بررسی تمرین جلسه بعد؛ ارائه تکالیف خانگی
جلسه هشتم	مرور مطالب جلسه قبلی و دریافت بازخورد از بیمار؛ بررسی ارزش‌های فرد و تعمیق مفاهیم قبلی؛ تفاوت بین ارزش‌ها، اهداف و اشتباهات معمول در انتخاب ارزش‌ها توضیح داده شد؛ موانع درونی و بیرونی احتمالی در دنبال کردن ارزش‌ها بررسی شد؛ سه مورد از مهم‌ترین ارزش‌هایشان را مشخص و اهدافی که مایل هستند در راستای هر یک از آن ارزش‌ها دنبال کنند را تعیین کنند و در آخر رفتارهایی که قصد دارند برای تحقق آن اهداف انجام دهند را مشخص کردند؛ خطرات تمرکز بر نتایج گوشزد شد. جمع‌بندی و ارائه تکالیف خانگی
جلسه نهم	مرور مطالب جلسه قبلی و دریافت بازخورد از بیمار؛ درک ماهیت تمایل و تعهد (آموزش تعهد به عمل)؛ شناسایی طرح‌های رفتاری مطابق با ارزش‌ها و ایجاد تعهد برای عمل به آن‌ها؛ جمع‌بندی و ارائه تکالیف خانگی
جلسه دهم	مرور مطالب جلسه قبلی و دریافت بازخورد از بیمار - آموزش مهارت‌های ارتباطی و اعتماد به خود و دیگری و توانایی بیان خواسته‌ها و نیازها و جمع‌بندی و ارائه تکالیف خانگی
جلسه یازدهم	درباره مفهوم عود و آمادگی برای مقابله با آن نکاتی بیان شد مرور تکالیف و جمع‌بندی جلسات به همراه مراجع؛ بررسی تجارب افراد در طی جلسات و دستاوردها و انتظاراتی که برآورده نشده‌اند؛ و در نهایت از بیماران برای شرکت در طرح تشکر شد.

ابزار

جمع نمره‌ها به‌عنوان وضعیتی از نشانگان ضربه در نظر گرفته می‌شود. در پژوهش دهقانی، عاطف وحیدی و قرایی ضریب آلفای پرسشنامه در مورد دانشجویان ۰/۸۱ و ضریب اعتبار آن با روش بازآزمایی به فاصله یک هفته ۰/۸۳ در پژوهش اکبری، خانجانی، پورشرفی، محمودعلیلو و عظیمی، ۰/۸۱ و ضریب اعتبار آن با روش بازآزمایی به فاصله یک هفته ۰/۸۳ به دست آمده است (۲۰).

۱. پرسشنامه ضربه عشق (LTS): این مقیاس توسط راس تهیه و از ۱۰ ماده ۴ گزینه‌ای تشکیل شده و نقطه برش آن ۲۰ است و میزان آشفتگی جسمی، هیجانی، شناختی و رفتاری را ارزیابی می‌کند. در نمره‌گذاری گزینه‌های هر سؤال، به‌ترتیب نمره ۳ تا ۰ می‌گیرند، فقط سؤال‌های ۱ و ۲ به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. بعد از امتیازدهی،

پژوهش توضیحاتی داده شد و رضایت آنها برای شرکت در برنامه درمانی این پژوهش به طور مکتوب جلب گردید. همچنین به آنها اطمینان داده شد که تمامی اطلاعات آنان محرمانه خواهد ماند. سپس پرسشنامه های ضربه عشق (LTS)، پرسشنامه‌ی افسردگی بک (BDI-II) و پرسشنامه پذیرش و عمل نسخه دوم (AAQ-II) روی آزمودنی های پژوهش اجرا شد و از نمره آنها به عنوان خط پایه استفاده شد. بعد از تعیین خط پایه افراد تحت درمان مبتنی بر پذیرش بر طبق راهنمای درمانی ارائه شده در کتاب "یافتن زندگی پس از تروما" اثر فولت و پیسترلو در ۱۱ جلسه ۴۵ دقیقه ای قرار گرفتند. آزمودنی‌ها در جلسات چهارم، هشتم، یازدهم و نیز یک ماه پس از پایان مداخله از لحاظ افسردگی و اجتناب تجربه‌ای مورد ارزیابی قرار گرفتند. جهت تحلیل داده‌ها نیز از روش تحلیل ترسیمی، درصد بهبودی و اندازه اثر استفاده شد.

یافته‌ها

هدف از این پژوهش تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر اجتناب تجربه‌ای و افسردگی در سندروم ترومای عشق بود. پس از اجرای پرسشنامه‌ها و جمع‌آوری اطلاعات، جهت آزمون فرضیه‌ها با توجه به طرح پژوهشی که از نوع مطالعات موردی بود از روش تحلیل چسبی نمودارها، اندازه اثر (ضریب کوهن d) برای معناداری آماری و درصد بهبودی برای معنی‌داری بالینی استفاده شد. تحلیل دیداری نمودارها در دو سطح تحلیل درون موقعیتی و تحلیل بین موقعیتی انجام شد. متغیرهای تحلیل دیداری درون موقعیتی و بین موقعیتی برای مراجعین در متغیر پذیرش در جدول ۳ و ۴ و متغیرهای تحلیل دیداری درون موقعیتی و بین موقعیتی برای مراجعین در متغیر افسردگی در جداول ۵ و ۶ ذکر شدند. همانطور که در جدول ۲ مشاهده می‌کنید شرکت‌کنندگان سه دانشجوی دختر در بازه سنی ۲۴-۲۶ بودند. همچنین هر سه در پرسشنامه سندروم ضربه عشق نمرات بالای نقطه برش (بیشتر از ۲۰) کسب کردند.

۲. پرسشنامه افسردگی بک ویرایش دوم (BDI-II): پرسشنامه‌ی افسردگی بک (BDI-II) از جمله مناسب‌ترین ابزارها برای انعکاس حالات افسردگی است (۲۱). این پرسشنامه از ۲۱ ماده تشکیل شده که آزمودنی برای هر ماده یکی از چهارگزینه‌ای را که شدت علامت افسردگی خودش را نشان می‌دهد، بر می‌گزیند. نقطه برش برای تشخیص اختلال‌های عاطفی در نظر گرفته شده است. هر ماده نمره‌های بین صفر تا سه می‌گیرد و بدین ترتیب نمره کل پرسشنامه دامنه‌ای از صفر تا ۶۳ دارد. نمره کمتر از ۱۰ حداقل افسردگی، نمره ۱۰ تا ۱۸ افسردگی خفیف یا متوسط، نمره ۱۹ تا ۲۹ افسردگی متوسط شدید و نمره ۳۰ تا ۶۳ افسردگی شدید را نشان می‌دهند. ماده‌های این پرسشنامه علائم جسمانی، رفتاری و شناختی افسردگی را اندازه‌گیری می‌کند. ضریب پایایی این آزمون ۰/۹۳ برآورد شده است. فرم ایرانی این پرسشنامه توسط قاسم‌زاده، مجتبیایی، کرمدیبری، ابراهیم‌خانی در ایران هنجاریابی شده است و ضریب آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه را ۰/۸۶ و برای عامل‌های اول و دوم ۰/۸۴ و ۰/۸۶ گزارش کرده‌اند (۲۲).

۳. پرسشنامه پذیرش و عمل نسخه دوم (AAQ-II): این پرسشنامه توسط بوند و همکاران ساخته شده است (۲۳). یک نسخه ۱۰ گویه‌ای که انعطاف‌پذیری روانشناختی را می‌سنجد. هرچه نمرات فرد پایین‌تر نشان از اجتناب تجربه‌ای بیشتر و نمرات بالاتر انعطاف‌پذیری بیشتری را نشان می‌دهند. آلفای کرونباخ این پرسشنامه ۰/۸۷-۰/۸۹ گزارش شده است و در ایران به وسیله عباسی، فتی، مولودی و ضرابی ترجمه شده است. این پرسشنامه از ۱۰ ماده تشکیل شده که هر آیتم از ۷ امتیاز مقیاس لیکرت (۱=اصلاً درست نیست، ۷=همیشه درست) میانگین ضریب آلفا ۰/۸۴ و پایایی بازآزمایی در فاصله ۳ و ۱۲ ماه به ترتیب ۰/۸۱ و ۰/۹۰ گزارش شده است (۲۴). با توجه به ساختار نمره-گذاری پرسشنامه پذیرش و عمل برای سنجش اجتناب تجربه‌ای، افزایش نمره در نتایج حاصل از اجرای این پرسشنامه، بیان‌کننده کاهش اجتناب تجربه‌ای آزمودنی و نمره بالاتر نشان‌دهنده سطوح بالاتری از پذیرش کلی است (۲۵).

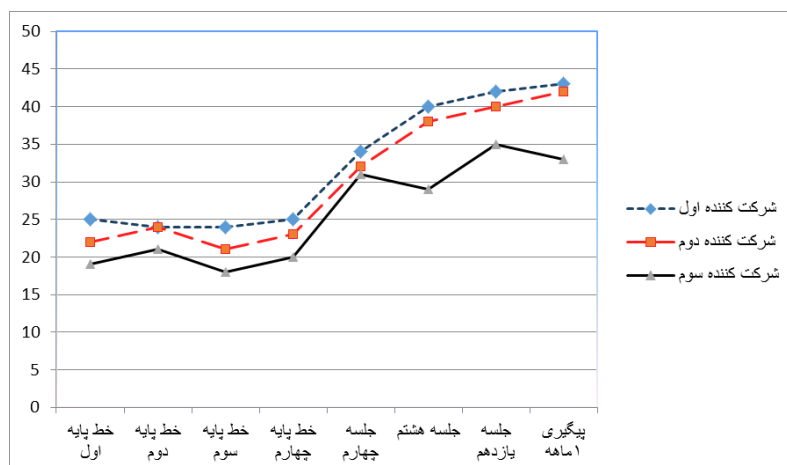
روند اجرای پژوهش: در این پژوهش، پس از تشخیص و انتخاب افراد مورد نظر به شرکت‌کنندگان در مورد هدف

جدول ۲) ویژگی جمعیت شناختی شرکت کنندگان

شرکت کنندگان	سن	رشته	مدت زمان ارتباط	مدت زمان قطع ارتباط	نمره پرسشنامه سندروم ضربه عشق
اول	۲۶	حسابداری	۱۴ ماه	۲ ماه	۲۳
دوم	۲۴	مهندسی شیمی	۳۶ ماه	۴ ماه	۲۴
سوم	۲۵	دندان پزشکی	۸ ماه	۲ ماه	۲۷

نیز $۷۵/۵\%$ بود که نشان دهنده اثر بخشی درمان می باشد، همچنین از لحاظ معنی داری آماری اندازه اثر مداخله و پیگیری بالا بود ($d=۳/۳۶$ و $d=۴/۴۱$). شرکت کننده دوم دارای بالاترین درصد بهبودی می باشد و این بهبودی معنادار را در تمامی مراحل درمان حفظ نموده و بهبودی آن $۸۸/۳۴\%$ می باشد. همچنین از لحاظ معنی داری آماری اندازه اثر مداخله و پیگیری بزرگ بود ($d=۳/۱۸$ و $d=۴/۴۰$). شرکت کننده سوم نیز بهبودی ۶۲% داشته که نشان دهنده اثربخشی درمان می باشد و همچنین از لحاظ بالینی اندازه اثر مداخله و پیگیری بزرگ بود ($d=۳/۵$ و $d=۳/۹$). می توان چنین استنباط کرد که میزان اندازه اثر برای هر سه شرکت کننده بزرگ می باشد. پس می توان گفت که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر اجتناب تجربه ای افراد مبتلا به سندروم تروما عشق اثر دارد.

نمودار ۱، سطح نمره های پذیرش هر سه آزمودنی را نشان می دهد. همان طور که در نمودار ملاحظه می شود، نمودار آزمودنی اول و دوم شیب نمودار حالت صعودی پیدا کرده و این شیب به طور منظم تا مرحله پیگیری ادامه پیدا کرده است. نمودار آزمودنی سوم سیر صعودی در مرحله اول (خط پایه تا جلسه چهارم) را نشان می دهد اما در مرحله ی بعدی نمودار اندکی کاهش در نمره را نشان می دهد و شیب نزولی پیدا می کند. با این حال در مرحله پیگیری افزایش نمره محسوس می باشد. همچنین بر اساس تحلیل درون موقعیتی تمامی نمرات در محفظه ثبات قرار می گیرند. بنابراین براساس یافته های به دست آمده می توان گفت که نمره های پذیرش هر سه آزمودنی تا پایان مرحله ی درمان افزایش یافت. آزمودنی اول در تمامی مراحل مورد بررسی (جلسه آخر درمان پیگیری) به طور معنی داری در افزایش پذیرش و به طبع آن کاهش در اجتناب تجربی داشته است. بهبودی آن



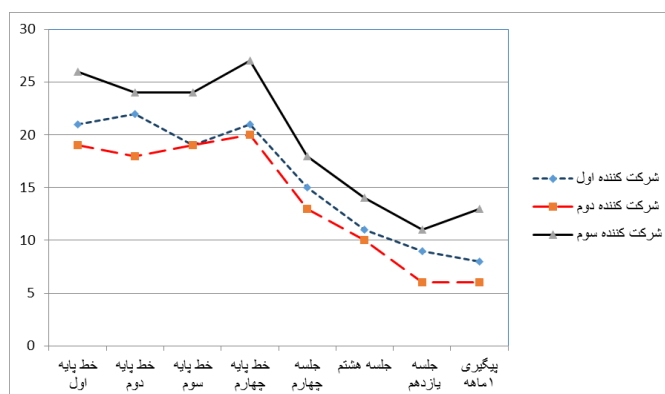
نمودار ۱) روند نمرات هر سه شرکت کننده در متغیر پذیرش

می دهد (دو نمره). نتایج ارائه شده نشان می دهد نمرات آزمودنی دوم در محدوده بهبود کامل (کمتر از ۸) و نمرات آزمودنی اول و سوم در محدوده بهبود نسبی (کمتر از ۱۴) قرار می گیرند. مجموع داده ها بر اساس این نمودار نشان می دهد این شیوه درمان منجر به کاهش نمرات آزمودنی ها در مقیاس افسردگی شده است. این نکته اثربخشی درمان

باتوجه به نمودار ۲، کاهش نمرات آزمودنی ها از مرحله خط پایه تا جلسه پیگیری پس از درمان برای تمام آزمودنی ها مشخص می باشد. اگرچه نمرات آزمودنی ها در طی جلسات درمانی نوسان نشان می دهد اما در پایان درمان کاهش نمراتشان نسبت به خط پایه مشخص می باشد. البته آزمودنی سوم در جلسه پیگیری یک ماه اندکی افزایش نمره نشان

مبتنی بر پذیرش و تعهد در کاهش علائم افسردگی را نشان می‌دهد. این مسئله را می‌توان بر اساس درصد بهبودی و اندازه اثر هر آزمودنی نتیجه‌گیری نمود. آزمودنی اول با درصد بهبودی ۶۱/۴۴ که نشان دهنده اثربخشی درمان می‌باشد و همچنین از لحاظ معنی‌داری آماری اندازه اثر مداخله بالا و پیگیری بزرگ بود ($d=۲/۶۷$ و $d=۳/۷۲$). شرکت کننده دوم دارای بالاترین درصد بهبودی می‌باشد و این بهبودی معنادار را در تمامی مراحل درمان حفظ نموده و بهبودی آن ۶۸/۴۲ می‌باشد. همچنین از لحاظ معنی‌داری آماری اندازه اثر مداخله بالا و پیگیری بزرگ بود ($d=۲/۵۷$ و $d=۳/۵۶$). شرکت‌کننده سوم نیز بهبودی ۴۸/۵۱ داشته که درست است که به حد نصاب اثربخشی نرسیده است ولی روند کاهشی نمرات افسردگی قابل مشاهده است و همچنین از لحاظ بالینی اندازه اثر مداخله و پیگیری بزرگ بود ($d=۲/۸۹$ و $d=۳/۲۴$). می‌توان چنین استنباط کرد که میزان اندازه اثر هر سه شرکت‌کننده در جلسه پیگیری بزرگ می‌باشد. پس درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر افسردگی افراد مبتلا به سندروم تروما عشق اثر دارد.

مبتنی بر پذیرش و تعهد در کاهش علائم افسردگی را نشان می‌دهد. این مسئله را می‌توان بر اساس درصد بهبودی و اندازه اثر هر آزمودنی نتیجه‌گیری نمود. آزمودنی اول با درصد بهبودی ۶۱/۴۴ که نشان دهنده اثربخشی درمان می‌باشد و همچنین از لحاظ معنی‌داری آماری اندازه اثر مداخله بالا و پیگیری بزرگ بود ($d=۲/۶۷$ و $d=۳/۷۲$). شرکت کننده دوم دارای بالاترین درصد بهبودی می‌باشد و این بهبودی معنادار را در تمامی مراحل درمان حفظ نموده و بهبودی آن ۶۸/۴۲ می‌باشد. همچنین از لحاظ معنی‌داری آماری اندازه اثر مداخله بالا و پیگیری بزرگ بود ($d=۲/۵۷$ و $d=۳/۵۶$). شرکت‌کننده سوم نیز بهبودی ۴۸/۵۱ داشته که درست است که به حد نصاب اثربخشی نرسیده است ولی روند کاهشی نمرات افسردگی قابل مشاهده است و همچنین از لحاظ بالینی اندازه اثر مداخله و پیگیری بزرگ بود ($d=۲/۸۹$ و $d=۳/۲۴$). می‌توان چنین استنباط کرد که میزان اندازه اثر هر سه شرکت‌کننده در جلسه پیگیری بزرگ می‌باشد. پس درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر افسردگی افراد مبتلا به سندروم تروما عشق اثر دارد.



نمودار ۲) روند نمرات هر سه شرکت‌کننده در متغیر افسردگی

جدول ۳) متغیرهای تحلیل دیداری درون موقعیتی برای مراجعین در متغیر پذیرش

مرحله مداخله		مرحله خط پایه				توالی موقعیت
سوم	دوم	اول	سوم	دوم	اول	مراجعین
۳۱/۶	۳۶/۶	۳۸/۶	۱۹/۵	۲۲/۵	۲۴/۵	میانگین
۳۱	۳۸	۴۰	۱۹/۵	۲۲/۵	۲۴	میان
۲۶-۳۵	۳۳/۵-۴۲/۵	۳۵-۴۵	۱۵/۵-۲۳/۵	۱۸-۲۷	۱۹-۲۹	محفظه ثبات
۱۰۰	۶۷	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	درصد داده‌های محفظه ثبات
بائثبات	متغیر	بائثبات	بائثبات	بائثبات	بائثبات	دامنه تغییرات محفظه ثبات
روند						
صعودی	صعودی	صعودی	همسطح	همسطح	همسطح	جهت
بائثبات	بائثبات	بائثبات	بائثبات	بائثبات	بائثبات	ثبات
۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	درصد داده‌های محفظه ثبات

جدول ۴) تحلیل دیداری بین موقعیتی برای مراجعین در متغیر پذیرش

مرحله خط پایه و مداخله			مقایسه موقعیت
سوم	دوم	اول	مراجعین
تغییرات روند			
صعودی	صعودی	صعودی	تغییر جهت
مثبت	مثبت	مثبت	نوع روند
بائثبات به باثبات	بائثبات به باثبات	بائثبات به باثبات	تغییر ثبات

با توجه به جداول ۵ و ۶ متوجه می‌شویم روند تغییر داده‌ها در متغیر افسردگی در موقعیت خط پایه تقریباً صعودی و در موقعیت مداخله نزولی است. همچنین داده‌ها چه در موقعیت خط پایه و چه در موقعیت مداخله در محفظه ثبات قرار دارند.

همانطور که جداول ۳ و ۴ نشان می‌دهد، روند تغییر داده‌ها در متغیر پذیرش در موقعیت خط پایه تقریباً نزولی و در موقعیت مداخله صعودی است. همچنین داده‌ها چه در موقعیت خط پایه و چه در موقعیت مداخله در محفظه ثبات قرار دارند پس از ثبات لازم برخوردارند.

جدول ۵) متغیرهای تحلیل دیداری درون موقعیتی برای مراجعین در متغیر افسردگی

مرحله مداخله			مرحله خط پایه			توالی موقعیت
سوم	دوم	اول	سوم	دوم	اول	مراجعین
۱۴/۳	۹/۶	۱۱/۶	۲۵/۲۵	۱۹	۲۰/۷۵	میانگین
۱۱	۱۹	۱۱	۲۴	۱۹	۲۱	میانه
۶-۱۶	۶-۱۴	۷-۱۵	۱۹-۲۹	۱۵-۲۳	۱۶-۲۵	محفظه ثبات
۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	درصد داده‌های محفظه ثبات
باثبات	متغیر	باثبات	باثبات	باثبات	باثبات	دامنه تغییرات محفظه ثبات
روند						
صعودی	صعودی	صعودی	همسطح	همسطح	همسطح	جهت
باثبات	باثبات	باثبات	باثبات	باثبات	باثبات	ثبات
۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	درصد داده‌های محفظه ثبات

جدول ۶) تحلیل دیداری بین موقعیتی برای مراجعین در متغیر افسردگی

مرحله خط پایه و مداخله			مقایسه موقعیت
سوم	دوم	اول	مراجعین
تغییرات روند			
نزولی	نزولی	نزولی	تغییر جهت
مثبت	مثبت	مثبت	نوع روند
باثبات به باثبات	باثبات به باثبات	باثبات به باثبات	تغییر ثبات

دچار تحریفات شناختی، افکار ناکارآمد متعدد و تلاش برای اجتناب از این افکار هستند. در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، افزایش گسلس شناختی و پذیرش آگاهانه، به شرکت کنندگان در درمان کمک می‌کند تا تعاملات و تفکرات منفی را به روش جدیدی تجربه کنند. ایفرت و فورسفیت (۲۶) عنوان می‌کنند که ایجاد و پرورش پذیرش در مراجعان، باعث کاهش اجتناب شناختی و رشد زندگی مبتنی بر ارزش باعث افزایش عملکرد فرد در حوزه‌های مختلف زندگی می‌شود از این رو درمان موجب کاهش نشانه‌های افسردگی در افراد ضربه دیده (شکست عاطفی) می‌شود. اجتناب تجربه ای زمانی مشکل ساز می‌شود که منجر به عدم انعطاف‌پذیری روانشناختی شود، به عبارت دیگر هنگامی که انجام یک فعالیت ارزشمند ضروری می‌گردد اجتناب تجربه‌ای یک تأثیر متناقض دارد. در کوتاه‌مدت اجتناب از رفتارها تقویت شده و

بحث

پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر اجتناب تجربه‌ای و افسردگی دانشجویان دختر دانشگاه تبریز که سندروم ترومای عشق را تجربه کرده بودند انجام شد. یافته‌های پژوهش حاکی از مؤثر بودن درمان ACT بر اجتناب تجربه‌ای بود. یافته‌های حاصل شده در این مطالعه با نتایج پژوهش‌های گلایدرز و گلایدرز (۲۴)، امان‌الهی و همکاران (۱۰) و پاک و همکاران (۲۵) همسو می‌باشد. یافته‌ها به وضوح از مدل ACT در انعطاف‌پذیری روانشناختی پشتیبانی می‌کند. افرادی که یک شکست عاطفی دیده‌اند، می‌آموزند که چگونه فعالانه و مشفقانه با عواطف و خاطرات و در نهایت محدودیت‌های ناشی از شکست و ضربه‌ای که خورده‌اند مواجه شوند. همچنین می‌دانیم که افراد دارای افسردگی

و... پرداخته نمی‌شود، اما اعتقاد بر این است که وقتی بیمار برای کاهش افکار و احساسات تلاش نکند و به زبان تمثیل، طناب را در مسابقه طناب‌کشی با هیولای افکار وسواسی، اضطراب، نشخوارهای فکری، خشم، غم و دیگر رویدادهای درونی رها کند و به جای آن به اهداف تعیین شده بپردازد و در جهت‌های ارزشمند زندگی حرکت کند، کاهش نشانه خود به خود رخ می‌دهد. به طور کلی می‌توان گفت مبنای ACT برای این عقیده استوار است که پذیرش تجارب درونی، رویکرد جایگزین مؤثری برای مقابله با افکار و احساسات است. ACT و دیگر رویکردهای مبتنی بر ذهن‌آگاهی، این عقیده را که به منظور بهبود روانشناختی، تجارب درونی باید تعدیل شوند را به چالش می‌کشند و بیان می‌کنند که کنترل تجارب درونی مشکل است، نه راه‌حل (۳۳). محدود شدن نمونه به فقط به جنس مؤنث، محدود شدن ابزار جمع‌آوری اطلاعات به پرسشنامه خودگزارش‌دهی که امکان سوگیری در پاسخ دادن به سؤالات پرسشنامه را به همراه دارد از محدودیت‌های این پژوهش می‌باشد. در مطالعات آتی مطلوب‌تر است که در هر دو جنس انجام پذیرد و ارزیابی‌ها توسط چند ابزار انجام گیرد و در نهایت این که، فاصله بین پس‌آزمون و پیگیری در پژوهش حاضر، کوتاه است که در دیگر مطالعات می‌تواند در دوره‌های متوالی پس از مداخله این امر صورت پذیرد.

منابع

1. Rosse RB. The love trauma syndrome: free yourself from the pain of a broken. ed F, editor. United States of America: Perseus Publishing, a Member of the Perseus Books Group; 1999.
2. Keller MC, Nesse RM. Is low mood an adaptation? Evidence for subtypes with symptoms that match precipitants. *Journal of affective disorders*. 2005;86(1):27-35.
3. Horwitz A, & Wakefield, J. The loss of sadness how psychiatry transformed normal sorrow into depressive disorder. Oxford University Press: Oxford; 2007.
4. Perilloux C, Buss D. Breaking up Romantic Relationships: Costs Experienced and Coping Strategies Deployed. *Evolutionary Psychology*. 2008;6.
5. Sbarra DA. Predicting the onset of emotional recovery following nonmarital relationship dissolution: survival analyses of sadness and anger. *Personality & social psychology bulletin*. 2006;32(3):298-312.
6. Afifi TO, Cox BJ, Enns MW. Mental health profiles among married, never-married, and

خوب به نظر می‌رسد، اما در درازمدت ترس از رویدادهای شخصی مانند شکست عاطفی فراخوانده می‌شود و در طول زندگی این ترس از رویدادهای شخصی گسترش پیدا می‌کند و مانع بسیاری از فعالیت‌های ارزش‌مدار می‌گردد (۲۷). یافته‌های پژوهش حاضر نشان می‌دهد که پذیرش روانی به طور کلی نقش پیچیده، مهم و منحصر به فردی در افراد ضربه‌عشقی دیده بازی می‌کند. جالب توجه است که فراتر از تغییر در پذیرش روانی پیامدش به بهبودی پذیرش ضربه و شکست باز می‌گردد. در نتیجه‌ی افزایش پذیرش شکست عاطفی، بسیاری از تجارب متنوع روانی، تجربه‌های عاطفی ناخواسته، خاطرات و افکار و غیره کاهش می‌یابد. همچنین نتایج نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر افسردگی دانشجویان دختر دانشگاه تبریز که سندروم ترومای عشق را تجربه کرده بودند مؤثر است. یافته‌های این پژوهش همخوان با یافته‌های، توهی و همکاران است (۲۸). همچنین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش افسردگی تأیید شده است (۲۹-۳۱). به گفته باتن (۳۲) دلیل موفقیت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با انواع گوناگون اختلالات بالینی و نیز گروه‌های مختلف افراد، این است که این رویکرد به جای تمرکز بر شکل یا فراوانی نشانه‌ها که ویژگی یک اختلال هستند، بر فرآیندهای کارکردی متمرکز است که در پس بسیاری از تظاهرات رفتاری مختل وجود دارند. در حقیقت، آنچه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد هدف قرار می‌دهد یک طبقه تشخیصی خاص نیست، بلکه الگوهای رفتاری است که مانع زندگی موفق می‌شود. درمانگر به جای تمرکز بر کاهش علائم، به همراه مراجع روی بهبود کلی زندگی او کار می‌کند (۳۲). شاید یکی از دلایل اینکه شرکت‌کننده سوم درصد بهبودی، ۴۸/۵۱ بدست آمده این است که با تصریح ارزش‌ها و اهداف بیماران تازه متوجه شدند که سال‌ها به جای پرداختن به چیزهایی که می‌توانند تغییر دهند (یعنی عمل در راستای ارزش‌ها) به چیزهایی پرداخته‌اند که قابل تغییر نیستند (یعنی افکار، احساسات، خاطرات و...) در فاصله پایان جلسات تا پیگیری بیماران آموختند که به جای پرداختن به افکار و احساسات ناشی از رویدادهای گذشته در راستای ارزش‌ها و اهدافشان حرکت نمایند. گرچه در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد مستقیماً به نشانه‌ها (اضطراب، افسردگی، افکار مزاحم

- problems.. Oakland: New Harbing Publications, Inc; 2007.
20. Dehghani M, Atef-Vahid M-K, Gharaee B. Efficacy of Short-Term Anxiety-Regulating Psychotherapy on Love Trauma Syndrome. *Iranian journal of psychiatry and behavioral sciences*. 2011;5:18-25. [Persian]
 21. Upton J. Beck Depression Inventory (BDI). In: Gellman MD, Turner JR, editors. *Encyclopedia of Behavioral Medicine*. New York, NY: Springer New York; 2013. p. 178-9.
 22. 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. [Persian]
 23. Bond FW, Hayes SC, Baer RA, Carpenter KM, Guenole N, Orcutt HK, et al. Preliminary psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire-II: a revised measure of psychological inflexibility and experiential avoidance. *Behav Ther*. 2011;42(4):676-88.
 24. Abasi E, Fti L, Molodi R, Zarabi H. Psychometric properties of Persian version of Acceptance and action Questionnaire-II (AAQ-II). *Journal of psychological models and methods*. 2013;3(10).-: [Persian]
 25. McCracken LM, Gutiérrez-Martínez O. Processes of change in psychological flexibility in an interdisciplinary group-based treatment for chronic pain based on Acceptance and Commitment Therapy. *Behaviour research and therapy*. 2011;49(4):267-74.
 26. Eifert GH FJ. Acceptance & commitment therapy for anxiety disorders: a practitioner's treatment guideto using mindfulness, acceptance, and values-based behavior change strategies. Oakland: CA: New Harbinger Publications; 2006.
 27. Ruiz F. A review of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) empirical evidence: Correlational, experimental psychopathology, component and outcome studies. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*. 2010;10:125-62.
 28. Twohig MP, Pierson HM, Hayes SC. Acceptance and Commitment Therapy. In: Kazantzis N, LLAbate L, editors. *Handbook of Homework Assignments in Psychotherapy: Research, Practice, and Prevention*. Boston, MA: Springer US; 2007. p. 113-32.
 29. Zettle RD. ACT for depression: A clinician's guide tousing Acceptance and Commitment Therapy in treating depression. Oakland, CA: New Harbinger Publication; 2007.
 30. Zettle RD, Rains JC, Hayes SC. Processes of change in acceptance and commitment therapy and cognitive therapy for depression: a mediation separated/divorced mothers in a nationally representative sample. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*. 2006;41(2):122-9. [Persian]
 7. Beck AT. *Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects*: Hoeber Medical Division, Harper & Row; 1967.
 8. Shahar B, Herr NR. Depressive symptoms predict inflexibly high levels of experiential avoidance in response to daily negative affect: a daily diary study. *Behaviour research and therapy*. 2011;49(10):676-81.
 9. Hayes SC, Wilson KG, Gifford EV, Follette VM, Strosahl K. Experimental avoidance and behavioral disorders: a functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of consulting and clinical psychology*. 1996;64(6):1152-68.
 10. amanelahi abbas zm, rajabi gholamreza. The effectiveness of acceptance and commitment therapy on acceptance and growth after break up in female students with break-up experience. *Journal of counseling research*. 2017;16(64):4-29. [Persian]
 11. Biglan A, Hayes SC. Should the behavioral sciences become more pragmatic? The case for functional contextualism in research on human behavior. *Applied and Preventive Psychology*. 1996;5(1):47-57.
 12. Arch JJ, Craske MG. Acceptance and Commitment Therapy and Cognitive Behavioral Therapy for Anxiety Disorders: Different Treatments, Similar Mechanisms? *Clinical Psychology: Science and Practice*. 2008;15(4):263-79.
 13. Kazdin AE. *Research design in clinical psychology*. Boston: Allyn & Bacon; 1998.
 14. Kahl KG, Winter L, Schweiger U. The third wave of cognitive behavioural therapies: what is new and what is effective? *Current opinion in psychiatry*. 2012;25(6):522-8.
 15. Folke F, Parling T, Melin L. Acceptance and commitment therapy for depression: A preliminary randomized clinical trial for unemployed on long-term sick leave. *Cognitive and Behavioral Practice*. 2012;19(4):583-94.
 16. Zettle RD, Hayes SC. Dysfunctional control by client verbal behavior: The context of reason-giving. *The Analysis of verbal behavior*. 1986;4:30-8.
 17. Gillanders S, Gillanders D. An Acceptance and Commitment Therapy intervention for a woman with secondary progressive multiple sclerosis and a history of childhood trauma. *Neuro-disabilty and Psychotherapy*. 2014:19-40.
 18. Parkes CM. *Love and Loss: The Roots of Grief and its Complications*. ed. s, editor: Routledge; (2009).
 19. Follette V, Pistorello, J. Finding life beyond trauma: using acceptance and commitment therapy to heal from post-traumatic stress and trauma-related

- reanalysis of Zettle and Rains. Behavior modification. 2011;35(3):265-83.
31. Bohlmeijer ET, Fledderus M, Rokx TA, Pieterse ME. Efficacy of an early intervention based on acceptance and commitment therapy for adults with depressive symptomatology: Evaluation in a randomized controlled trial. Behaviour research and therapy. 2011;49(1):62-7.
33. Batten SV .Essentials of Acceptance and Commitment Therapy: Sage publication; 2011.
33. Hayes SC. Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. Behavior Therapy. 2004;35(4):639-65.