

## اثربخشی مداخله ترکیبی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) همراه با فنون رویارویی بر شدت علائم و ابعاد حساسیت اضطرابی بیماران در اختلال اضطراب فراگیر (GAD)

تاریخ دریافت: ۹۴/۷/۲۸

تاریخ پذیرش: ۹۵/۶/۲۰

مجید محمودعلیلو\*، تورج هاشمی نصرت آباد\*\*، فائزه سهرابی\*\*\*

### چکیده

**مقدمه:** اختلال اضطراب فراگیر (GAD) یکی از شایعترین اختلالات اضطرابی مشاهده شده در مراکز بالینی و همچنین جمعیت عمومی است که غالباً مزمن است. هدف مطالعه حاضر بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد همراه با فنون رویارویی بر شدت علائم اختلال GAD بود.

**روش:** این پژوهش به شکل تجربی به شیوه تک آزمودنی با کنترل خط پایه چندگانه همزمان و با پیگیری ۶ هفته ای اجرا شد. ۴ نفر زن مبتلا به اختلالات اضطراب فراگیر از طریق مصاحبه تشخیصی و بالینی ساختار یافته بر اساس معیارهای راهنمای تشخیصی و آماری اختلال های روانی DSM-V به روش نمونه گیری هدفمند از میان افراد مراجعه کننده به مرکز مشاوره دانشگاه و مرکز خدمات روانپزشکی شهر مهاباد انتخاب شدند. بیماران پس از احراز شرایط درمان در پژوهش حاضر شرکت نمودند. اثربخشی پروتکل درمانی طی ۳ مرحله (خط پایه، درمان ۱۲ جلسه ای و پیگیری ۶ هفته ای) با استفاده از پرسشنامه ی اختلال اضطراب فراگیر (GAD-7) و پرسشنامه تجدید نظر شده حساسیت اضطرابی (ASI-R) مورد بررسی قرار گرفتند. داده ها به روش ترسیم دیداری، شاخص تغییر پایا (RCI) و فرمول درصد بهبودی تحلیل شدند.

**یافته ها:** نتایج نشان دادند که تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد همراه با فنون رویارویی بر شدت علائم اختلال GAD بر کاهش ابعاد حساسیت اضطرابی و نشانه های اختلال اضطراب فراگیر در بیماران مبتلا به این اختلال از نظر آماری (در سطح  $P < 0/05$ ) و بالینی معنی دار است.

**نتیجه گیری:** درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد همراه با فنون رویارویی در کاهش شدت علائم و بهبود اختلال اضطراب فراگیر مؤثر است.

**واژه های کلیدی:** درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، رویارویی، اختلال اضطراب فراگیر

\* alilou\_647@yahoo.com

\*\* tourajhashemi@yahoo.com

\*\*\* sohrabi\_faeze@yahoo.com

\* استاد، گروه روانشناسی دانشگاه تبریز، تبریز، ایران

\*\* استاد، گروه روانشناسی دانشگاه تبریز، تبریز، ایران

\*\*\* نویسنده مسئول: دانشجوی دکتری روانشناسی دانشگاه تبریز، تبریز، ایران

## مقدمه

نتایج برخی از پژوهش‌ها کارا بودن رفتار درمانی شناختی برای اختلال اضطراب فراگیر را به لحاظ بالینی و آماری معنی‌دار گزارش نکردند [۶]، بعلاوه درصد بالایی از افراد مبتلایی که درمان شده‌اند معیارهای بهبودی کامل در کارکرد را نشان نمی‌دهند و این مساله لزوم پژوهش بیشتر در زمینه مداخلات درمانی برای این اختلال را برجسته می‌نماید [۷]. نتایج پژوهش‌های فراتحلیلی فیشر (۲۰۰۷) نشان داده که درمان شناختی رفتاری را می‌توان به عنوان اولویت اول درمان GAD در نظر گرفت. اما مطالعات جدید نشان داده هرچند مدل شناختی در درمان GAD از کارایی لازم برخوردار است، در مطالعات پیگیری تنها ۵۰ درصد بیماران مبتلا به GAD به بهبودی معنادار بالینی دست می‌یابند [۸]. این یافته بسیاری از صاحب‌نظران حوزه درمان شناختی رفتاری را وادار به گمانه زنی و طراحی پژوهش کرد بطوری که با پیدایش نظریه‌های پست مدرن مفروضاتی عمل‌گرایانه‌تر و بافتاری به میدان آمدند؛ در حالی که مهارت‌های مقابله سنتی در جهت کنترل افکار ناسازگار یا بی‌نظمی‌های فیزیولوژیک هدف گذاری شده‌اند، رویکردهای جدیدتر که مبتنی بر پذیرش یا تمایل به تجربه‌اند بیشتر مورد قبول می‌باشند [۹]. پارادایم قالب بر درمان‌های روان‌شناختی از تأکید بر شکل (دیدگاه مکانیستی) به سوی تأکید بر کارکرد (بافتار گرایی کارکردی) تغییر کرده است. در واقع این مدل درمانی ریشه در سنت علم تجربی پایه دارد و نوعی رفتار درمانی مبتنی بر توجه آگاهی است و در آن از استعاره، جملات متناقض نما و مهارت‌های توجه آگاهی و طیف وسیعی از تمرین‌های تجربه‌گرایانه و مداخلات رفتاری هدایت شده توسط ارزش‌ها بکار برده می‌شود [۱۰].

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به عنوان جایگزینی برای درمان شناختی رفتاری کلاسیک تدوین شده است و یکی از انواع مداخلات روان‌درمانی با رویکردی نوین است که بر بنیاد نظریه چهارچوب ارتباطی (RFT) قرار دارد [۱۱]. این نظریه یک برنامه پژوهشی بنیادی جامع درباره زبان انسان و شناخت اوست که بیش از هفتاد پژوهش تجربی درباره اصول آن انجام شده است. بنا به RFT نقطه مرکزی زبان و شناخت انسان توانایی آموخته و به طور بافتاری کنترل شده‌ای است که به واسطه آن می‌تواند ارتباطی متقابل و

اختلالات اضطرابی از شایع‌ترین اختلال‌های روانپزشکی هستند که سالانه میلیون‌ها نفر را در دنیا دچار مشکل می‌سازند [۱]. در این میان اختلال اضطراب فراگیر (GAD) که یکی از مقاومترین اختلالات به درمان این گروه می‌باشد، به طور اختصاصی با نگرانی افراطی و پایدار که غیر قابل کنترل و فراگیر است مشخص می‌گردد و اضطراب ناشی از آن معطوف به کلیه رویدادهای زندگی روزمره است. اختلال اضطراب فراگیر با افزایش خطر ابتلا به بیماری‌های طبی همراه بوده و نیز به عنوان یک عامل خطر در سبب شناسی گسترده‌ای از اختلالات روانپزشکی به ویژه افسردگی و سوء مصرف الکل مورد توجه قرار گرفته است، به گونه‌ای که تشخیص و درمان به موقع آن یکی از چالش‌های مهم در محافل بالینی است [۲]. به نظر می‌رسد به دلیل سیستم سمپاتیک بازداری شده در این افراد، علائم جسمانی آنها به شکل بیقراری، خستگی، تنش عضلانی، تحریک پذیری و اشکال در تمرکز و خواب نمود می‌یابد [۳]. در مطالعه همه‌گیرشناسی یک ساله پنجمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی (DSM-V) مشخص شد که حدود ۰/۹ درصد از نوجوانان و ۲/۹ درصد از بزرگسالان جمعیت عمومی ایالات متحده آمریکا دچار GAD هستند و میزان شیوع آن در کشورهای دیگر به طور متوسط از ۰/۴ تا ۳/۶ درصد می‌باشد (بیشترین میزان متعلق به کشورهای اروپایی است). زنان ۲ برابر مردان در طول عمر خود به اختلال اضطراب فراگیر مبتلا می‌شوند و معمولاً در سالهای میانی عمر یک فرد احتمال بروز آن در بالاترین حد است و در سالهای بعدی کاهش می‌یابد [۴]. برخلاف تصور رایج که حاکی از متوسط بودن سطح آسیب در عملکرد این اختلال است، این اختلال با آسیب معنی‌دار در عملکرد روانی-اجتماعی مرتبط می‌باشد و به ندرت به خودی خود بهبود یافته و بیشتر از دیگر اختلال‌های اضطرابی، به صورت مزمن باقی می‌ماند. رویکردهای درمانی مختلفی در زمینه درمان اختلال اضطراب فراگیر به کار برده شده و مؤثر واقع شده‌اند، اما تا کنون بر بحث پشتوانه تجربی داشتن، انواعی از روان‌درمانی‌ها در درمان اختلال اضطراب فراگیر، همواره با چالش‌هایی مواجه بوده‌اند [۵].

های هراس آور مواجه کنند. مواجهه به صورت فراخوانی یک تصویر از انتظار هراس آور و تمرکز روی این تصویر انجام می‌گیرد که در پژوهش‌های بسیاری به تأثیر بالای این روش در کاهش علائم اختلالات اضطرابی اشاره شده است [۱۶].

ایفرت<sup>۱</sup> و همکاران (۲۰۰۹) پژوهشی با عنوان درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش (ACT) برای اختلالات اضطرابی به انجام رساندند، نتایج کاهش معنی داری را در میزان اجتناب، افسردگی و اضطراب گروه آزمایش نشان داد بعلاوه در پیگیری ۳ ماهه نیز نتایج پایدار ارزیابی شد. پژوهشهای متعددی نیز اثربخشی بالای رویارویی را در کاهش علائم GAD تایید نموده‌اند [۱۷، ۱۸].

نظر به اینکه اکثر پژوهشها به بررسی اثرات مستقل روشهای درمانی مذکور پرداخته‌اند و به اثربخشی بالای مداخلات رویارویی و همچنین ACT بر درمان اختلالات اضطرابی و بویژه GAD اشاره کرده‌اند [۱۹، ۲۰] اما مطالعات اندکی اثرات ترکیبی این دو شیوه درمانی را مورد ارزیابی قرار داده‌اند. بعنوان مثال در پژوهشی که توسط مورت (۲۰۱۲) انجام گرفته از مداخله ترکیبی کوتاه مدت ACT و رویارویی در درمان اختلال پانیک در قالب یک مطالعه مقدماتی (pilot) بهره گرفته شده است. نتایج پروتکل کوتاه مدت ACT و رویارویی در این مطالعه، کاهش معنی داری در علائم پانیک و همچنین پیشرفت در ذهن آگاهی را نشان داد. همچنین در پژوهش مشابه دیگری که توسط اینگلند (۲۰۱۲) انجام گرفته اثربخشی روش مداخله ای پذیرش مبتنی بر رویارویی در کاهش علائم اضطراب در مکالمه و گفتگوی عمومی مورد بررسی قرار گرفته است.

در واقع روش درمانی ترکیبی از آن جهت که اثرات هر دو نوع روش درمانی را به طور همزمان در بر دارد یا از نقطه نظر ماهیت مفید دوگانه ای که می‌تواند به طور همزمان داشته باشد، می‌تواند مفیدتر واقع شود. در این راستا نتایج مطالعه مقدماتی مورت (۲۰۱۲) نشان داده تلفیق محتوای درمانی که در بر گیرنده تکنیک‌های CBT سنتی نیز باشد در درمان بیماران مبتلا به اختلالات اضطرابی مؤثرتر است و این مساله دریچه ای روبه پیشرفت روش‌های درمانی باز

ترکیبی بین رویدادها برقرار کند. انسان به واسطه این توانایی قادر است تا کارکرد رویدادهای ویژه را بر اساس ارتباط آنها با دیگر رویدادها تغییر دهد [۱۲]. این مداخله مبتنی بر تجربه است و بر خلاف رویکردهای کلاسیک رفتار درمانی شناختی، هدف این درمان تغییر شکل یا فراوانی افکار و احساسات آزارنده نیست، بلکه هدف اصلی آن تقویت انعطاف پذیری روانشناختی است. مراد از انعطاف پذیری روانشناختی توانایی تماس با لحظه لحظه‌های زندگی و تغییر یا تثبیت رفتار است، رفتاری که به مقتضای موقعیت، همسو با ارزش‌های فرد باشد [۱۱]؛ به عبارت دیگر، هدف این درمان، کاهش اجتناب تجربی همراه با افزایش انعطاف‌پذیری روانشناختی است. فردی که انعطاف پذیری روانشناختی دارد از رویدادهای ناخواسته اجتناب نمیکند و سعی در تغییر و کنترل آنها ندارد. بنابراین انرژی خود را به جای مقابله با اجتناب از رویدادهای ناخواسته، صرف ارزشها و کیفیت زندگی میکند [۱۳]. در این راستا به بیمار آموزش داده می‌شود که تلاش برای اجتناب یا کنترل تجارب ذهنی آزار دهنده اش بی تأثیر است یا اثر معکوس دارد و موجب تشدید آنها می‌شود و باید سعی کند آنها را به‌طور کامل بپذیرد. در گام بعدی به آگاهی روانی فرد در زمان حال تأکید می‌شود و فرد به حالات روانی، جسمانی، افکار، احساسات و رفتار خود در لحظه حال آگاهی می‌یابد. در گام سوم به فرد آموخته می‌شود که خود را از این تجارب ذهنی جدا سازد (جداسازی شناخت) به نحوی که بتواند مستقل از این تجارب عمل کند. سپس در گام چهارم بر تلاش برای کاهش تمرکز مفرط بر خودتجسمی داستان زندگی اش (مانند قربانی بودن) که فرد برای خود در ذهنش ساخته است تأکید می‌شود. در گام پنجم، به فرد کمک می‌شود تا ارزش‌های شخصی اش را بشناسد و به شکل عملیاتی بتواند آنها را به اهداف رفتاری خاص تبدیل کند (روشن‌سازی ارزش‌ها) و در نهایت، برای انجام عمل متعهدانه و معطوف به اهداف و ارزش‌های مشخص شده به همراه پذیرش تجارب ذهنی به فرد انگیزه داده شود [۱۴، ۱۵].

از سوی دیگر در روش درمان از طریق رویارویی و مواجهه نیز به بیماران آموزش داده می‌شود تا مدت طولانی خودشان را با نگرانی از طریق فکر کردن درباره ی رویداد

اضطراب فراگیر در محور I، داشتن سواد خواندن و نوشتن، سن ۱۸ سال تا ۶۱ سال، نداشتن تشخیص بالینی همایند با اختلال اضطراب تعمیم یافته (GAD)، عدم ابتلای همزمان به سایر اختلالات اضطرابی و یا اختلالات ارگانیک (بر اساس پرونده موجود)، عدم مصرف داروی روانپزشکی بطور همزمان و نداشتن سابقه بستری در بیمارستان و دریافت درمان روانشناختی و ملاک‌های خروج نیز شامل ابتلا به اختلالات همایند ذکر شده در ملاک ورود، شرکت همزمان در جلسات مشاوره و روان‌درمانی دیگر، داشتن سابقه بستری و دریافت درمان‌های روانشناختی، دریافت دارو درمانی و داشتن سه جلسه غیبت متوالی خواهد بود. روند درمان بر طبق اصول طرح تک موردی با خط پایه چندگانه بود بطوری که آزمودنی‌ها به طور همزمان به مرحله خط پایه وارد شدند و بعد از اتمام ۳ جلسه خط پایه و انجام سنجش‌ها وارد مرحله درمان ۱۲ جلسه‌ای و پس از آن، سه نوبت پیگیری (follow-up) در طی شش هفته پیگیری شدند. همانطور که اشاره شد، دوره خط پایه برای هر مورد ۳ هفته بود و پیگیری نیز در یک دوره ۶ هفته‌ای انجام شد. دوره مداخله نیز همانطور که در جدول راهنمای گام به گام جلسات درمان آمده است در ۱۲ جلسه ۱ ساعته اجرا شد. بیماران در جلسات مشخص شده با استفاده از پرسشنامه‌ها و مقیاس‌های روانشناختی مربوطه مورد ارزیابی قرار گرفتند.

### ابزار

۱- پرسشنامه ویژگی‌های جمعیت شناختی: در بر گیرنده جنسیت، سن، میزان تحصیل، وضعیت تأهل، وضعیت شغلی و مدت بیماری.

۲- پرسشنامه تجدید نظر شده حساسیت اضطرابی (ASI-R): پرسشنامه اولیه در سال ۱۹۸۵، توسط رایس و پترسون ساخته شد که دارای ۱۶ ماده و ۳ خرده مقیاس بود. این پرسشنامه دارای تعداد نسبتاً کمی از ماده هاست و بیشتر عامل ترس از علایم جسمانی را مورد سنجش قرار می‌دهد. تیلور و کوکس (۱۹۹۸) فرم تجدید نظر شده شاخص حساسیت اضطرابی را تهیه کردند و بسیاری از سوالات نامربوط، مبهم و غیر قابل فهم را با سوالات مناسبتری جایگزین کردند و ابعاد پرسشنامه را از ۳ به ۴ بعد و تعداد ماده‌های پرسشنامه را از ۱۶ به ۳۶ افزایش دادند. همچنین

می‌کند؛ با وجود اینکه ACT رویکرد جایگزین قوی است که باعث افزایش مقبولیت و مشارکت در تغییرات رفتاری و مواجهه درمانی با ایجاد واکنش انعطاف‌پذیری و یادگیری جدید بهنگام رویارویی با محرک‌های اضطراب آور می‌شود، مطالعات تجربی اخیر نشان داده که آموزش پذیرش در کنار فنون درمان شناختی رفتاری بویژه رویارویی پریشانی و اضطراب را به میزان بیشتری پایین آورده و نیز تحمل افراد برای علائم اضطرابی را افزایش می‌دهد. در همین راستا از جمله فنون مداخله‌ای سنت درمان شناختی رفتاری که در کاهش علائم اختلال اضطراب فراگیر موثر است رویارویی (مواجهه) با نگرانی است [۲۱].

از آنجایی که تاکنون تأثیر این دسته از تمرینات به طور جامع مورد بررسی قرار نگرفته و مطالعات محدودی انجام شده است؛ لذا در مطالعه حاضر تلاش بر این است که با ترکیب دو روش درمانی فوق به اثر تعاملی این دو مداخله بر بیماران مبتلا به GAD پرداخته شود. از آنجا که از این مداخله ترکیبی در همین راستا در این پژوهش به این موضوع پرداخته می‌شود که آیا درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد همراه با فنون رویارویی بر کاهش شدت علائم اختلال GAD موثر است؟

### روش

**طرح پژوهش:** این پژوهش از نوع تجربی به شیوه تک آزمودنی<sup>۱</sup> با کنترل خط پایه چندگانه نا همزمان و با پیگیری ۶ هفته‌ای اجرا شد.

**آزمودنی‌ها:** جامعه آماری شامل افراد مبتلا به GAD که به کلینیک‌های روان‌درمانی شهر مهاباد در سال ۹۳-۹۴ مراجعه می‌کردند بود. به منظور نمونه‌گیری از این جامعه، از طریق مصاحبه تشخیصی و بالینی ساختار یافته بر اساس معیارهای راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی DSM-V، ۴ نفر زن مبتلا به GAD به روش نمونه‌گیری هدفمند از میان افراد مراجعه‌کننده به مرکز مشاوره دانشگاه و مرکز خدمات روانپزشکی شهر مهاباد انتخاب شدند و پس از احراز شرایط درمان در پژوهش حاضر شرکت نمودند. بیمارانی که تمام شرایط ذیل را داشتند وارد پژوهش حاضر شدند. ملاک‌های ورود شامل: تشخیص اصلی اختلال

را در اختلال GAD مورد هدف قرار می دهد. در این مدل از طریق آموزش تجسم، مواجهه مکرر و کنترل شده با نتایج فاجعه بار افکار و تصورات هر حوزه نگرانی، موجب خوگیری با اضطراب آن حوزه از نگرانی می شود [۲۷]. در پژوهش حاضر از تلفیق این دو مدل درمانی در قالب ۱۲ جلسه مداخله استفاده شد که خلاصه جلسات در جدول مربوطه آورده شده است.

فورمن (۲۰۰۷) کاربردپذیری روش درمانی ACT در کنار فنون شناختی رفتاری را در درمان اختلالات اضطرابی را در مطالعه خود مورد بررسی قرار داد و انعطاف پذیری و اثربخشی بالای آنرا تایید کرد، بطوریکه استفاده از این روش مداخله ای منجر به کاهش معنی دار بالینی و آماری در فراوانی و شدت علائم اختلالات اضطرابی شده است. فورمن (۲۰۰۷) متوسط اندازه اثر این روش مداخله ای را ۰/۵۳٪ گزارش نمود. در این راستا در مطالعه دیگری که توسط کلارک و همکاران (۲۰۱۴) انجام گردید متوسط میزان اندازه اثر ۰/۶۸،۲٪ (۷۸-۵۰) و روایی درونی قابل قبولی (ضریب کاپا ۰/۶۲٪) گزارش گردید. در پژوهش حاضر از طریق کوتاهی زمان مطالعه، فاصله مناسب بین آزمون گیری (۱ بار در هفته)، استفاده از آزمونهای روانشناختی معتبر و پایا، سنجش چندگانه در خط پایه، مراحل مداخله و پیگیری تا حدود قابل قبولی عوامل تهدید کننده روایی درونی کنترل شده است.

ضریب همسانی درونی پرسشنامه را بر اساس آلفای کرونباخ برای عوامل ۱ تا ۴ به ترتیب ۰/۹۱، ۰/۸۶، ۰/۸۸ و ضریب همبستگی بین شاخص تجدید نظر شده حساسیت اضطرابی و شاخص حساسیت اضطرابی اولیه را ۰/۹۴ گزارش کردند. [۲۲]. این پرسشنامه توسط مرادی منش (۱۳۸۶) در ایران هنجاریابی شد. نتیجه تحلیل عاملی تأییدی با استفاده از چرخش واریماکس و بر اساس پرسشنامه اسکری، بیانگر وجود ۴ عامل ترس از نشانه های قلبی عروقی و معده ای روده ای، ترس از نشانه های تنفسی، ترس از واکنش های اضطرابی قابل مشاهده در جمع و ترس از عدم کنترل شناختی در این شاخص بود که در مجموع بیش از ۵۸ درصد واریانس کل پرسشنامه را تبیین کردند. اعتبار شاخص تجدید نظر شده حساسیت اضطرابی بر اساس سه روش همسانی درونی، بازآزمایی و تنصیفی محاسبه شد که برای کل مقیاس به ترتیب ضرایب اعتبار ۰/۹۳، ۰/۹۵ و ۰/۹۷ به دست آمد. همچنین ضرایب اعتبار خرده مقیاس ها و روایی شاخص در حد بالایی بود.

۳- مقیاس اختلال اضطراب فراگیر<sup>۱</sup> (GAD-7): مقیاس اختلال اضطراب فراگیر [۲۴] برای سنجش میزان و شدت علائم اختلال اضطراب فراگیر در طی دو هفته گذشته را اندازه گیری می کند. این مقیاس به صورت مداد-کاغذی می باشد و ۷ آیتیم آن به صورت ۱-۴ یعنی (اصلا=۱، چند روز=۲، بیش از نصف روزها=۳ و تقریباً هر روز=۴) نمره گذاری می شود. پایای این آزمون به روش آلفای کرونباخ ۰/۹۲ گزارش شده است [۱۸]. نقطه برش این آزمون (cut of point)  $(\leq 10)$ ، حساسیت آن ۰/۸۹ و ویژگی آن ۰/۸۲ گزارش شده است. پژوهش نائینیان (۱۳۹۰) نشان داد که اعتبار فرم کوتاه و پایایی آن در نمونه ایرانی به ترتیب ۰/۸۷ و ۰/۷۶ می باشد.

**روند اجرای پژوهش:** درمان ACT یکی از روش های رفتار درمانی موج سوم است که ۶ فرآیند محوری دارد که منجر به انعطاف پذیری روانشناختی می شود، این ۶ فرآیند عبارت اند از: پذیرش، جداسازی یا گسلش شناختی، خود به عنوان زمینه، آگاهی از زمان حال، روشن سازی ارزش ها، تعهد به عمل [۲۶]. همچنین تکنیک های رویارویی نیز مدلی درمانی مبتنی بر مواجهه و رویارویی است که نگرانی

1- Generalized Anxiety Disorder Scale

## جدول ۱) خلاصه طرح مداخله

جلسات	توصیف
هفته اول	مرور و بررسی تاریخچه مشکل مراجع و ارزیابی آن. مطرح کردن اهداف درمان و این که تغییر امکان پذیر است. توضیح فلسفه مداخله بر اساس رویکرد مواجهه با نگرانی و آموزش تجسم قرارداد مشاوره ای شامل حضور به موقع و انجام تکالیف.
هفته دوم	بررسی تعامل افکار و احساسات و عمل ایجاد ناامیدی از روش‌های قبلی که فرد انجام می‌داده است آموزش این نکته که هرگونه عملی جهت اجتناب یا کنترل تجارب ذهنی ناخواسته بی اثر است رساندن مراجع به ناامیدی خلاق شفاف سازی ارزش‌های مراجع
هفته سوم	تمرینات مربوط به شفاف سازی ارزش‌ها، تشخیص راهبردهای ناکارآمد کنترل گری و سعی در پذیرش رویدادهای دردناک بجای کشمکش با آنها تأکید بر شناسایی و مواجهه با نگرانی‌ها و آگاهی از پیامدهای اجتناب از رویارویی با وقایع دردناک
هفته چهارم	ادامه‌ی تمرینات رویارویی و مواجهه تجسمی ادامه شفاف سازی ارزش‌ها، آموزش پذیرش، تغییر مفاهیم زبان با استفاده از تمثیل
هفته پنجم	تمرینات رویارویی با نگرانی‌ها همراه با بحث پیرامون آن‌ها آگاهی از احساسات ذهنی و بدنی و تمرکز بر فعالیت‌ها (نظیر پیاده روی و...) و هیجانات بحث درباره‌ی موانع و تمرین کاوش امکان پذیری فعالیت‌های مرتبط با ارزش، پردازش بدون قضاوت تمرینات مربوط به رضایت و نارضایتی از رنج‌های زندگی.
هفته ششم	ارائه مقدمه ای برای تنظیم اهدافی موثر مرتبط با ارزش‌ها، توجه به افکار و احساسات بدون چسبیدن به محتوای آن، دادن تکلیف و گرفتن بازخورد ادامه تمرینات رویارویی با احساسات مرتبط با نگرانی‌ها و بحث پیرامون آن‌ها.
هفته هفتم	ادامه تنظیم اهدافی مؤثر مرتبط با ارزش‌ها. بیان تفاوت ارزش‌ها، اهداف و نیازها
هفته هشتم	تمرینات رویارویی
هفته نهم	بحث پیرامون مراحل فعالیت و چرخه‌ی فعالیت و دادن تمرینات تمرکزی
هفته دهم	ادامه بحث پیرامون رضایت از داشتن رنج. تمرینات مواجهه در حین راه رفتن.
هفته یازدهم	تمرینات شفاف سازی ارزش‌ها و تأکید بر توانمند سازی مراجع
هفته دوازدهم	ایجاد انگیزه یعنی فعالیت معطوف به (Committed Action) به همراه پذیرش تجارب ذهنی.

منظور سنجش معناداری بالینی و محاسبه تغییر آماری در این پژوهش علاوه بر محاسبه درصد بهبودی از روش سنجش شاخص تغییر پایا<sup>۵</sup> با فرمول اصلاح شده استفاده شد. برای محاسبه شاخص تغییر پایا نمره پس از درمان یا پیگیری از نمره پیش از درمان تفریق می شود و حاصل آن بر خطای استاندارد تفاوتها تقسیم می گردد. در این پژوهش اگر نتیجه به دست آمده بزرگ تر از سطح معنی داری نمره Z یعنی ۱/۹۶ ( $p < 0.05$ ) باشد، می توان با ۹۵ درصد اطمینان تغییر یا بهبودی به دست آمده را به اثر

راهبردهای تحلیل نتایج: همانند اکثر طرح های تک موردی در پژوهش حاضر از راهبرد یا روش تحلیل نتایج ترسیم دیداری<sup>۱</sup> یا چشمی استفاده شد. تغییرات در علایم اصلی و عملکرد بیماران در طی مراحل خط پایه، درمان و پیگیری نیز توسط الگوهای ترسیم دیداری تغییر در سطح<sup>۲</sup>، شیب<sup>۳</sup> و پایداری<sup>۴</sup> نمرات اختلال اضطراب فراگیر و حساسیت اضطرابی بررسی شد. هم چنین به

- 1- Visual Inspection
- 2- Level
- 3- Slope
- 4- Stability

5- RCI; Reliable Change Index

**یافته ها**

در جدول ۲ ویژگی های جمعیت شناختی مراجعان آورده شده است و نتایج جدول ۳ بیماران برای هر بیمار به طور جداگانه مورد بحث قرار می گیرد.

مداخله نسبت داد. همچنین بر طبق فرمول درصد بهبودی، ۵۰٪ کاهش در علائم به عنوان موفقیت در درمان، نمرات بین ۲۵٪ تا ۴۹٪ به عنوان بهبودی اندک و نهایتاً کاهش نمرات علائم تا حد زیر ۲۵٪ به عنوان شکست درمانی تلقی می شود [۳].

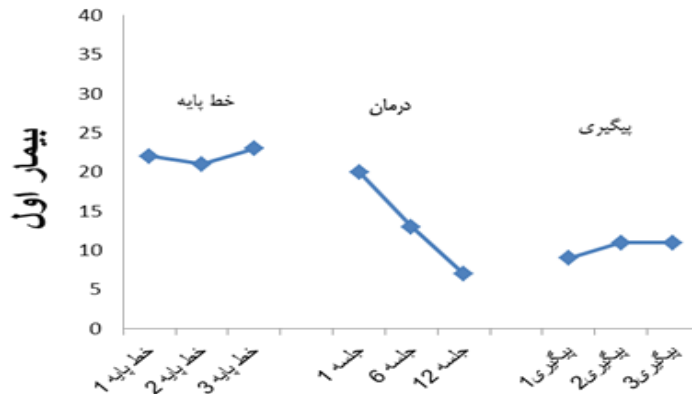
**جدول ۲) ویژگی های جمعیت شناختی آزمودنی ها**

بیمار اول	بیمار دوم	بیمار سوم	بیمار چهارم	
زن	زن	زن	زن	جنسیت
مجرد	متاهل	مجرد	مجرد	وضعیت تاهل
۲۵	۲۸	۲۲	۳۱	سن
کاردانی	دانشجوی لیسانس	دانشجوی لیسانس	دانشجوی فوق لیسانس	تحصیلات
منشی	-	-	ویزیتور	شغل
۱۲ ماه	۱۸ ماه	۱۰ ماه	۳۶ ماه	مدت بیماری

نمرات بیمار در مقیاس حساسیت اضطرابی کل همانطور که در جدول ۳ مشاهده می شود از لحاظ آماری معنی دار نیست و شاخص تغییر پایا پس از درمان و همچنین در سنجش پیگیری کمتر از ۱/۹۶ است (RCI) به ترتیب ۱/۲۲- و ۱/۶۶-).

نمرات جدول ۴ نشان می دهد که در میان ابعاد حساسیت اضطرابی تنها تغییرات بعد کنترل شناختی و بعد علائم قابل مشاهده اضطرابی پس از درمان و همچنین در مرحله پیگیری از لحاظ بالینی و آماری معنی دار بود؛ بطوریکه میزان شاخص تغییر پایا (RCI) در مرحله پس از مداخله ۲/۹۰- و پس از پیگیری سوم ۳/۷۸- است که نشان دهنده کاهش معنادار علائم قابل مشاهده اضطرابی در طول روند درمان است ( $p < 0/05$ ) و درصد بهبودی علائم نیز به ترتیب ۵۹٪ و ۵۴٪ می باشد که نشان دهنده تاثیر مطلوب درمان در بهبود نشانه هاست. در مورد نمرات مرتبط با بعد کنترل شناختی نیز شاخص تغییر پایای سطح مداخله به پایه (RCI= -۴/۰۹) و پس از پیگیری نوبت سوم (۵/۹۶- =RCI) و میزان درصد بهبودی در این مراحل نیز به ترتیب ۶۵٪ و ۵۹٪ می باشد که حاکی از معنی داری بالینی و آماری تغییرات در این بعد از پرسشنامه حساسیت اضطرابی است.

**بیمار اول:** در نمودار ۱ روند تغییر نمرات اضطراب فراگیر در مراحل خط پایه، مداخله و پیگیری آورده شده است. نتایج نشان می دهد که در غیاب مداخلات درمانی نمرات بیماران در مرحله خط پایه حالت پایداری داشته و به جز نوسانات جزئی تغییر معنی داری در نمرات بیماران دیده نمی شود. با تغییر مرحله از مرحله پایه به مداخله با نهمتگی یک جلسه ای و پس از انجام اقدامات درمانی و تغییر آگاهی شناختی و هیجانی بیمار در روند درمان، کاهش پیوسته ای را تا سنجش سوم در جلسه آخر درمان نشان می دهد و شیب ایجاد شده در نمودار این کاهش را به خوبی نشان می دهد. در مرحله پیگیری نیز تغییرات معناداری به نسبت نمرات در مرحله آخر درمان دیده نمی شود ولی سطح نمرات کمی بالاتر از سطح انجام مداخله می باشد. مقادیر شاخص پایای به دست آمده از مقایسه خط پایه و مرحله پس از درمان و همچنین آخرین سنجش در مرحله پیگیری در سطح  $P < 0/05$  نشان دهنده معنی دار بودن تغییرات و بهبودی علائم اختلال اضطراب فراگیر ناشی از مداخله درمانی است (شاخص تغییر پایا  $RCI = -7/10$  به دست آمده که از میزان ۱/۹۶ بیشتر است) همچنین همانطور که در جدول ۳ آورده شده است این معنی داری از نظر بالینی نیز معنادار است بطوریکه میزان درصد بهبودی در مرحله پس از درمان و همچنین در سنجش پیگیری مناسب و مطلوب می باشد (۶۸٪ و ۵۰٪).

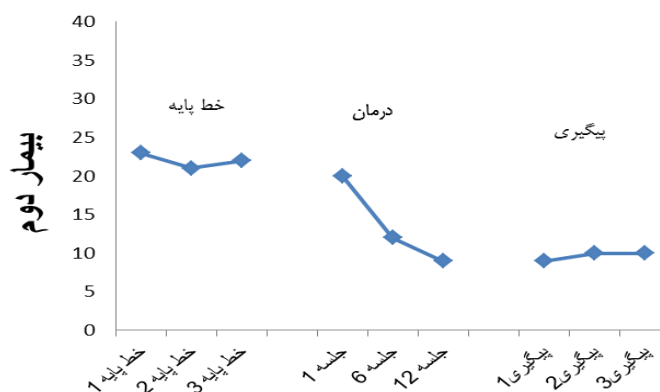


نمودار ۱) روند تغییرات نمرات اختلال اضطراب فراگیر بیمار اول

مقیاس حساسیت اضطرابی با استفاده از مقادیر شاخص تغییر پایا و درصد بهبودی نمرات کل بیمار نشان می‌دهد که تغییرات در مرحله پس از مداخله معنی‌دار نیست اما در مطالعات پیگیری تغییرات معنی‌دار می‌باشد.

در میان ابعاد حساسیت اضطرابی ابعاد علائم قابل مشاهده و کنترل شناختی کاهش معناداری را در مرحله پس از درمان و همچنین پیگیری نشان می‌دهند که ارقام مرتبط با آن در جدول ۴ آورده شده است. شاخص تغییر پایای محاسبه شده در مرحله پس از درمان نسبت به خط پایه و همچنین پیگیری به ترتیب  $-۲/۹۰$  و  $-۴/۰۴$  و درصد بهبودی نیز  $۵۴\%$  و  $۴۵\%$  می‌باشد که نشان‌دهنده معنی‌داری آماری و بالینی تغییرات در بعد علائم قابل مشاهده اضطرابی به واسطه درمان است. مقادیر شاخص تغییر پایا و درصد بهبودی بعد کنترل شناختی در مرحله پس از درمان به نسبت خط پایه  $-۴/۴۴$  و  $۶۷\%$  و در مرحله پیگیری  $-۶/۹۰$  و  $۶۱\%$  می‌باشد.

**بیمار دوم:** با توجه به نمودار ۲، روند تغییرات نمرات اضطراب این بیمار در مرحله خط پایه تقریباً ثابت است و در مرحله درمان شیب کاهشی ملایمتری در مقایسه با بیمار اول وجود دارد. در مرحله پیگیری نیز تقریباً در مقایسه با درمان این تغییرات حفظ شده و شیب ثابتی را نشان می‌دهد. مقادیر شاخص تغییر پایا در نمرات پرسشنامه اختلال اضطراب فراگیر از مرحله خط پایه به درمان ( $-۶/۸۳$ )  $RCI=$  و پیگیری ( $-۱۰/۱۱$ )  $RCI=$  و در مقیاس حساسیت اضطرابی کل ( $ASI-R$ ) معادل  $-۱/۵۲$  و  $-۲/۳۰$  می‌باشد که در جدول ۳ آورده شده است. همچنین نمرات درصد بهبودی در مرحله پس از درمان و پیگیری در پرسشنامه های  $GAD7$  و  $ASI-R$  به ترتیب  $۶۹\%$ ،  $۵۶\%$ ،  $۵۶\%$  و  $۴۷\%$  می‌باشد. یافته‌ها بر اساس مقادیر شاخص تغییر پایا و درصد بهبودی نشان می‌دهد که در مقیاس  $GAD7$  نمرات بیمار به لحاظ آماری ( $p < ۰/۰۵$ ) و بالینی کاهش معناداری یافته است (مقادیر شاخص تغییر پایا از  $۱/۹۶$  بیشتر و درصد بهبودی نیز بالاتر از  $۵۰\%$  است). بررسی

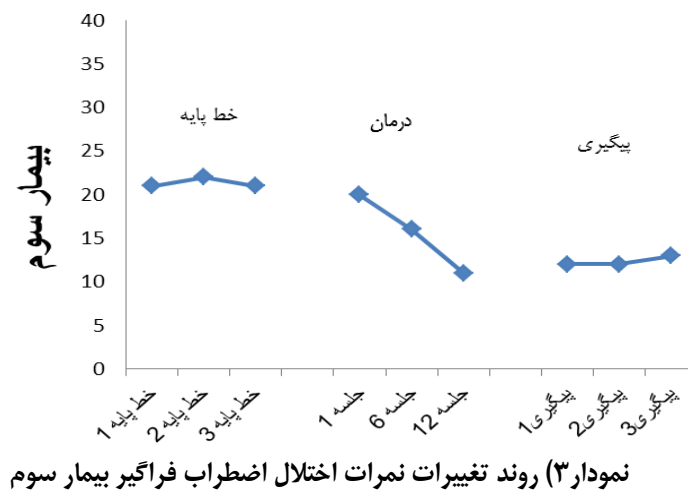


نمودار ۲) روند تغییرات نمرات اختلال اضطراب فراگیر بیمار دوم



پرسشنامه ها و درصد بهبودی ارائه شده در جدول شماره ۳ نشانگر تاثیر معنی دار این مداخله از نظر بالینی می باشد. نتایج مرتبط با نمرات بیمار در ابعاد پرسشنامه حساسیت اضطرابی در جدول ۴ نیز نشان می دهد که در بعد علائم قابل مشاهده و بعد کنترل شناختی کاهش معناداری هم از نظر بالینی و هم آماری در علائم رخ داده است. همچنین میزان شاخص تغییر پایا و درصد بهبودی در مرحله پیگیری بعد علائم تنفسی نیز از نظر آماری و بالینی معنی دار است. شاخص تغییر پایای محاسبه شده در مرحله پس از درمان نسبت به خط پایه و همچنین پیگیری به ترتیب ۳/۰۳- و ۴/۲۹- و درصد بهبودی نیز ۶۰٪ و ۵۳٪ می باشد که نشان دهنده معنی داری آماری و بالینی تغییرات در بعد علائم قابل مشاهده اضطرابی به واسطه درمان است. مقادیر شاخص تغییر پایا و درصد بهبودی بعد کنترل شناختی در مرحله پس از درمان به نسبت خط پایه ۴/۵۶- و ۷۱٪ و در مرحله پیگیری ۷/۱۳- و ۵۹٪ می باشد.

**بیمار سوم:** بر اساس نمودار ارائه شده از نمرات پرسشنامه اختلال اضطراب فراگیر بیمار با اندازه نوسان ناچیز در خط پایه روند تغییر ملایمی را از جلسه ششم درمان نشان می دهد و این شیب ملایم تا جلسه آخر ادامه داشته است. در مرحله پیگیری روند تغییر نمرات با وجود اندکی نوسان افزایشی، ثابت پیدا کرده است. مقدار شاخص تغییر پایا به دست آمده از مرحله خط پایه به مراحل پس از درمان این بیمار در نمرات پرسشنامه GAD7 برابر (۴/۶۴- RCI=) و ASI-R برابر (۱/۷۱- RCI=) و همچنین شاخص های تغییر پایای به دست آمده این ۳ مقیاس در نوبت سوم پیگیری نسبت به مرحله خط پایه این بیمار (جدول شماره ۳) و بالا بودن مقدار آنها از نمره Z یعنی ۱/۹۶ و معنی داری آنها در سطح (۰/۰۵ < p) حاکی از معنی دار بودن تغییر و بهبود علائم اضطرابی در هر دو مرحله و حساسیت اضطرابی کل در مرحله پیگیری است. همچنین با کاهش نمرات این بیمار تا حد نقاط برش



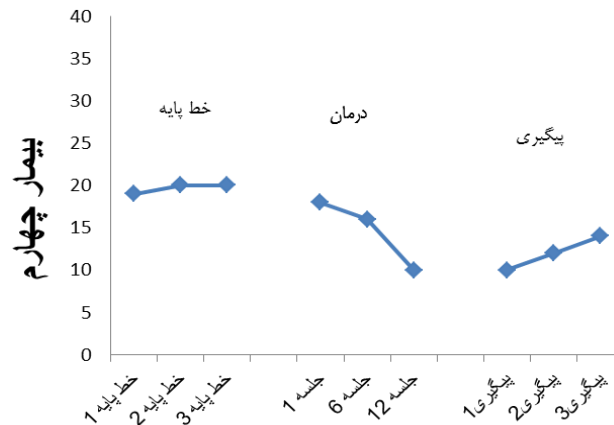
کرده است (۴/۰۹- RCI=، ۴۷٪). در نوبت سوم پیگیری در مقایسه با مرحله خط پایه نیز مقادیر شاخص تغییر پایا و درصد بهبودی در هر دو مرحله معنی دار می باشد (۶/۲۷- RCI=، ۲۶٪). مقادیر شاخص تغییر پایای نمرات بیمار در مقیاس حساسیت اضطرابی (ASI-R) همانطور که در جدول ۳ دیده می شود، در مرحله پس از درمان و پیگیری نسبت به خط پایه معنی دار نیست و ارزش عددی آن از میزان ۱/۹۶ کمتر است.

همچنین با بررسی نمرات بیمار در جدول شماره ۴ و مرتبط با ابعاد حساسیت اضطرابی می توان به وضوح دید که تنها

**بیمار چهارم:** با توجه به نمودار بیمار چهارم روند تغییر نمرات اضطراب فراگیر در مرحله پایه بدون نوسان و نسبتاً ثابت است و در ادامه با ورود به مرحله درمان تغییرات به صورت ملایمتری در مقایسه با روند تغییر پذیری سایر بیماران ادامه می یابد. در مرحله پیگیری نیز افزایش محسوسی در سطح نمرات مشاهده می شود. با توجه به نتایج ارائه شده در جدول ۳، این بیمار از نظر آماری و بالینی کاهش معنی داری را در جلسه آخر درمان نسبت به مرحله خط پایه در سطح معنی داری (۰/۰۵ < p) با مقادیر شاخص تغییر پایای و درصد بهبودی پرسشنامه GAD7 کسب

که از ارزش عددی نمره Z (۱/۹۶) بالاتر است. همچنین درصد بهبودی محاسبه شده در این مراحل نیز به ترتیب ۶۲٪ و ۶۵٪ می باشد که نشانگر معنی داری بالینی این تغییرات است.

بعد کنترل شناختی کاهش معنی داری یافته و تغییر در نمرات سایر ابعاد معنی دار نیست. مقادیر شاخص تغییر پایای بعد کنترل شناختی بیمار در مراحل پس از درمان و پیگیری نسبت به خط پایه به ترتیب ۳/۳۸- و ۶/۶۶- است



نمودار ۴) روند تغییرات نمرات اختلال اضطراب فراگیر بیمار چهارم

جدول ۳) درصد بهبودی و شاخص تغییر پایای بیماران در مقیاس اختلال اضطراب فراگیر و حساسیت اضطرابی کل

حساسیت اضطرابی کل				اختلال اضطراب فراگیر				مراحل مداخله/بیماران
بیمار چهارم	بیمار سوم	بیمار دوم	بیمار اول	بیمار چهارم	بیمار سوم	بیمار دوم	بیمار اول	
۶۴	۸۹	۸۲	۷۴	۱۹	۲۱	۲۳	۲۲	خط پایه ۱
۶۷	۸۶	۸۴	۶۹	۲۰	۲۲	۲۱	۲۱	خط پایه ۲
۶۸	۸۴	۹۰	۶۹	۲۰	۲۱	۲۲	۲۳	خط پایه ۳
۶۶/۳۳	۸۶/۳۳	۸۵/۳۳	۷۰/۶۶	۱۹/۶۶	۲۱/۳۳	۲۲	۲۲	میانگین خط پایه
۵۷	۸۰	۷۸	۶۵	۱۸	۲۰	۲۰	۲۰	جلسه ۱
۴۶	۴۷	۵۴	۴۱	۱۶	۱۶	۱۲	۱۳	جلسه ۶
۳۱	۳۳	۳۶	۳۵	۱۰	۱۱	۹	۷	جلسه ۱۲
۴۴/۶۶	۵۳/۳۳	۵۶	۴۷	۱۴/۶۶	۱۵/۶۶	۱۳/۶۶	۱۳/۳۳	میانگین مرحله درمان
-۱/۱۲	-۱/۷۱	-۱/۵۲	-۱/۲۲	-۴/۰۹	-۴/۶۴	-۶/۸۳	-۷/۱۰	شاخص تغییر پایا (RCI)
%۵۱	%۶۲	%۵۶	%۵۲	%۴۷	%۴۷	%۶۹	%۶۸	درصد بهبودی
		%۵۵/۲				%۵۵/۵		درصد بهبودی کلی
۳۳	۳۷	۳۹	۳۸	۱۰	۱۲	۹	۹	پیگیری ۱
۳۴	۳۷	۴۱	۳۹	۱۲	۱۲	۱۰	۱۱	پیگیری ۲
۳۲	۳۷	۴۳	۳۹	۱۴	۱۳	۱۰	۱۱	پیگیری ۳
۳۲/۳۳	۳۷	۴۱	۳۸/۶۶	۱۲	۱۲/۳۳	۹/۶۶	۱۰/۳۳	میانگین پیگیری
-۱/۷۶	-۲/۵۶	-۲/۳۰	-۱/۶۶	-۶/۲۷	-۷/۳۷	-۱۰/۱۱	-۹/۵۶	شاخص تغییر پایا (RCI)
%۵۰	%۵۸	%۴۷	%۴۷	%۲۶	%۳۸	%۵۶	%۵۰	درصد بهبودی
	%۵۰/۵				%۴۲/۵			درصد بهبودی کلی

علامت منفی (-) نشانگر تغییر کاهشی نمرات می باشد.

جدول ۴) درصد بهبودی و شاخص تغییر پایای بیماران در ابعاد حساسیت اضطرابی

علائم قابل مشاهده		علائم تنفسی			علائم قلبی			علائم شناختی				
مرحله / مداخله / بیماران	بیمار اول	بیمار دوم	بیمار سوم	بیمار اول	بیمار دوم	بیمار سوم	بیمار اول	بیمار دوم	بیمار سوم	بیمار اول	بیمار دوم	بیمار سوم
خط پایه ۱	۲۲	۲۲	۲۳	۱۳	۱۴	۱۹	۱۹	۱۹	۱۹	۱۴	۱۳	۲۳
خط پایه ۲	۱۹	۲۲	۲۱	۱۳	۱۳	۱۸	۲۰	۲۰	۱۸	۱۳	۱۳	۲۱
خط پایه ۳	۱۹	۲۳	۲۲	۱۳	۱۳	۱۷	۲۲	۲۲	۱۷	۱۳	۱۳	۲۲
میانگین خط پایه	۲۰	۲۲/۳۳	۲۲	۱۳	۱۳	۱۸	۲۰	۲۰	۱۸	۱۳/۳۳	۱۳	۲۲
جلسه ۱	۱۷	۲۰	۲۱	۱۱	۱۱	۱۶	۱۹	۱۹	۱۶	۱۱	۱۱	۲۱
جلسه ۶	۱۱	۱۴	۱۲	۹	۹	۱۰	۱۳	۱۳	۱۰	۹	۹	۱۲
جلسه ۱۲	۹	۱۰	۹	۸	۸	۹	۹	۹	۹	۹	۹	۹
میانگین مرحله درمان	۱۲/۳۳	۱۴/۶۶	۱۴	۹/۳۳	۹	۸/۳۳	۱۱/۶۶	۱۱/۶۶	۱۱	۹/۶۶	۹/۶۶	۱۱
شاخص تغییر پایا	۱/۹۰	-۲/۹۰	۳/۰۳	۱/۳۹	۱/۰۸	۱/۸۷	۱/۹۶	۱/۹۶	-	۱/۰۸	۱/۳۹	۳/۰۳
درصد بهبودی	۵۹%	۵۴%	۶۰%	۳۸%	۳۵%	۵۲%	۵۲%	۵۲%	۴۱%	۳۵%	۳۸%	۶۰%
درصد بهبودی کلی		۵۲/۷%			۴۰/۵%		۴۵%					
پیگیری ۱	۱۱	۱۱	۱۱	۸	۸	۱۰	۹	۹	۱۰	۹	۸	۱۱
پیگیری ۲	۹	۱۲	۱۱	۹	۹	۸	۹	۹	۸	۱۰	۹	۱۱
پیگیری ۳	۱۰	۱۲	۱۰	۸	۸	۷	۱۰	۹	۷	۹	۸	۱۰
میانگین پیگیری	۱۰	۱۱/۶۶	۱۰	۸/۳۳	۸/۳۳	۷/۶۶	۹/۳۳	۹/۳۳	۷/۶۶	۹/۳۳	۸/۳۳	۱۰
شاخص تغییر پایا	۱/۷۸	-۴/۰۴	۴/۲۹	۱/۷۶	۱/۱۷	۲/۸۵	۳/۲۴	۳/۲۴	-	۱/۱۷	۱/۷۶	۴/۲۹
درصد بهبودی	۵۴%	۴۵%	۵۶%	۳۸%	۳۵%	۶۳%	۴۷%	۴۷%	۴۱%	۳۵%	۳۸%	۵۶%
درصد بهبودی کلی		۴۸/۲%			۲۸/۷%		۴۶/۵%					

علامت منفی (-) نشانگر تغییر کاهشی نمرات می باشد.

ها در مراحل پیگیری نیز حفظ گردید. لازم بذکر است روند کاهشی نمرات در مراحل درمان و پیگیری هر بیمار با توجه به تاثیر ویژگی های شخصیتی، روانشناختی و محیطی تا حدودی متفاوت است. بنابر نتایج به دست آمده از میزان درصد بهبودی و شاخص تغییر پایا، اثربخشی این روش درمانی بر اختلال اضطراب فراگیر رضایتبخش می باشد. لازم به ذکر است اندازه اثر محاسبه شده آزمودنی ها در

به طور کلی یافته ها نشان می دهد به دنبال یک دوره درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد و فنون رویارویی نمرات اضطراب بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر در طی جلسات درمانی کاهش یافتند و این کاهش در مرحله پیگیری نیز حفظ شد. بعلاوه نمرات آزمودنی ها در مقیاس حساسیت اضطرابی کل و همچنین ابعاد شناختی و قابل مشاهده حساسیت اضطرابی نیز کاهش یافتند و این کاهش

رویارویی بر افرادی با تشخیص اختلال بدریختی بدنی<sup>۱</sup> مورد بررسی قرار گرفت که یافته‌ها نشانگر تاثیرات رضایت بخش درمانی در این افراد بود. در مطالعه ای دیگر وود<sup>۲</sup> و همکاران (۲۰۰۶) اثربخشی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش را در کاهش علائم اختلال و میزان افسردگی و اضطراب بیماران مبتلا به وسواس کندن مو<sup>۳</sup> نشان دادند و این نتایج در پیگیری ۳ ماهه نیز تایید شد. در همین راستا همسو با یافته‌های پژوهش حاضر مطالعات کنترل شده بسیاری اثربخشی درمان ACT را بر انواع اختلالات اضطرابی گزارش نموده اند [۳۵]: مانند اضطراب امتحان [۳۶]، اختلال اضطراب اجتماعی [۳۷]، اختلال اضطراب تعمیم یافته [۳۸]، اختلال وسواسی جبری [۳۹] و افرادی با سطوح شدید اضطراب و افسردگی کلینیکی که هنوز تشخیص کلینیکی نگرفته اند [۴۰، ۴۱، ۴۲].

همسو با این تحقیقات در پژوهش مختاری (۲۰۱۴) و نریمانی (۲۰۱۴) اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش کیفیت زندگی گزارش شده است و همچنین در پژوهش‌های بنیادینی که توسط هیز (۲۰۱۳) انجام گرفته به درصد ماندگاری بالای تغییرات درمانی اشاره شده است. بعلاوه در راستای پژوهش‌های کلارک (۲۰۱۴) بیماران مقاوم به درمان که به اکثر درمان‌های روانشناختی پاسخ دهی اندکی دارند تحت مداخله مبتنی بر پذیرش و تعهد پاسخدهی مطلوبی نشان می‌دهند. همچنین در پژوهشی دیگر لندی و همکاران (۲۰۱۵) گزارش دادند که به لحاظ تجربی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد از اثربخشی بالایی بر روی اختلالات اضطرابی برخوردار است و یک درمان جایگزین مناسب برای انواع مختلط اختلالات اضطرابی و بویژه در اختلال اضطراب فراگیر در مقایسه با درمان شناختی رفتاری است. نتایج مطالعه مروری هان و مک کارن (۲۰۱۴) با بررسی ۱۰۳۴ مقاله پژوهشی نشان داد که روش درمانی ACT در بهبود عملکردهای جسمانی و اجتماعی و همچنین کاهش پریشانی و علائم اضطرابی و همچنین سایر شاخص‌های مرتبط با اضطراب (همانند ابعاد حساسیت اضطرابی، تحمل ابهام، اجتناب تجربه‌ای، نگرانی و ...) موثر است. بعلاوه پژوهش‌های بسیاری نیز به اثربخشی بالای

کاهش نشانه‌های اضطراب در پژوهش حاضر به لحاظ آماری مطلوب بود بطوریکه در آزمودنی اول ۸،۰۲، در آزمودنی دوم ۷،۵۸، در آزمودنی سوم ۷،۶۷ و در آزمودنی چهارم ۶،۵ بود که از اندازه ۲،۷۰ که اندازه اثر بزرگ است بیشتر بود و متوسط ضریب کاپای کوهن در پژوهش‌های پیشین در این مقیاس ۷۳٪ بود.

## بحث

پژوهش حاضر با هدف ارزیابی کارایی مداخله ترکیبی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) همراه با فنون رویارویی بر شدت علائم و ابعاد حساسیت اضطرابی در بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر (GAD) انجام گرفت. یافته‌ها به خوبی نشان داد که به کارگیری مداخله ترکیبی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و فنون رویارویی بر بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر، منجر به کاهش قابل ملاحظه در شدت علائم و ابعاد حساسیت اضطرابی نسبت به دوره پایه گردید. همانطور که در نمودارها دیده شد همه بیماران در مرحله پایه وضعیت ثابت و بدون تغییری داشتند و با ورود به مرحله درمان و گذر از دوره نهفتگی در جلسه اول درمانی، تغییرات در سطح نمرات و شیب در جلسات بعدی همزمان با درک ماهیت درمان و شکل‌گیری تغییرات شناختی در بیماران ایجاد شد. در مرحله پیگیری نیز با اختتام جلسات درمان نمرات به شکل خفیفی دستخوش نوسانات جزئی و اغلب افزایشی شده که می‌توان آن را ناشی از فاصله‌گیری از جلسات درمانی و نقش مثبت و حمایتی درمانگر بر عملکرد بیماران و همچنین فشار وارده از سوی استرسورها در زندگی شخصی بیماران دانست.

پژوهش‌های بسیاری اثر بخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را بر اختلالات اضطرابی اذعان نموده اند [۳۰، ۳۱]. نتایج به دست آمده در مطالعه حاضر همسو با پژوهشی است که توسط مورت و همکاران (۲۰۱۲) انجام گرفت. در این پژوهش، استفاده از درمان ترکیبی رویارویی و پذیرش و تعهد درمانی به مدت ۱۰ جلسه منجر به کاهش علائم اضطرابی در بیماران مبتلا به اختلال پانیک شد و اثرات درمانی مشاهده شده از نظر بالینی و آماری معنی دار بود. در پژوهش مشابهی که اخیراً توسط لینده و همکاران (۲۰۱۵) انجام گرفت اثربخشی درمان پذیرش و تعهد مبتنی بر

1- Body dysmorphic disorder  
2- Wood  
3- Trichotillomania

درمانی را بر روی جمعیت‌های گسترده تر و بر روی مردان نیز پرداخته شود. همچنین توصیه می شود در مرحله مداخله سنجش های بیشتری صورت پذیرد تا میانگین نمرات تحت سوگیری دوره نهفتگی درمان قرار نگیرد و همچنین مطالعات پیگیری در دوره طولانی تری انجام شود تا اثر ماندگاری درمان با قطعیت بیشتری محاسبه شود.

### منابع

- 1- Barlow DH. The nature and treatment of anxiety and panic (2nd ed.). New York: Guilford Press; 2002.
- 2- Durham RC. Treatment of Generalized Anxiety Disorder, PSY. 2007; 6 (5): 183-87.
- 3- Abdi R, Bakhshipour A, Alilou MM, Farnam A. Efficacy evaluation of unified transdiagnostic treatment on reduction of symptoms severity in women with generalized anxiety disorder. J Res Behav Sci. 2013; 11(5): 375- 90. [Persian].
- 4- American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-V). Fifth Edition. Arlington, VA, American Psychiatric Association. 2013; 189- 235.
- 5- Mennin DS, Heimberg RG, Fresco DM, Ritter MR. Is generalized anxiety disorder an anxiety or mood disorder? Considering multiple factors as we ponder the fate of GAD. Depress Anxiety. 2008; 25(4): 289-99.
- 6- Rajabi GH, Imani M, Khojasteh Mehr R, Beirami M, Boshlideh K. The study of the efficacy of acceptance based behavior therapy and integrative behavioral couple therapy on women with distressed couples and general anxiety disorder. J Res Behav Sci. 2013; 11 (6): 600- 19. [Persian].
- 7- Kessler RC, Walters EE, Wittchen HU. Epidemiology. In: Heimberg, RG, Turk CL, Mennin DS, Editors. Generalized anxiety disorder: Advances in research and practice. New York: Guilford Press; 2004; 29-50.
- 8- Fisher, P. The efficacy of psychological treatment for generalized anxiety disorder. In. G. C. L. Davey A. Wells. (Eds.), Worry and its psychological disorder. New York: Wiley. 2007; 356-77.
- 9- Vowles KE, Thompson M. Acceptance and commitment therapy for chronic pain. In: Mc Cracken, L. M, (ed). Mindfulness and acceptance in behavioral medicine: Current theory and practice. Oakland: New Harbinger Press. 2011; 31-60.
- 10- Hayes SC, Levin ME, Plumb-Villardaga 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. Behav Ther. 2013; 44, 180-98.
- 11- Mokhtari Davoodly M. The Effectiveness of Group Therapy Based on Acceptance and

درمان مبتنی بر رویارویی در اختلالات اضطرابی بویژه GAD اشاره کرده اند [۴۵،۴۶،۳۲،۴۷].

مطابق با یافته های فوق، پژوهش حاضر در نوع خود به دلیل بررسی کارایی روش درمان تلفیقی ACT و رویارویی بر اختلال اضطراب فراگیر، منحصر بفرد می باشد. علاوه بر این با توجه به کارایی بالای این روش درمانی در بهبود اختلال اضطراب فراگیر به عنوان اختلال اضطراب پایه، می تواند تلویحاتی کاربردی برای درمان سایر اختلال های اضطرابی نیز داشته باشد.

به نظر می رسد یکی از دلایل اینکه ادغام تکنیک رویارویی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد منجر به کاهش علائم اضطرابی میشود این است که در کنار ایجاد تغییرات عمیق شناختی بواسطه فنون درمانی بکار گرفته شده در ACT، تکنیک های مواجهه با نگرانی منجر به وقوع پردازش هیجانی در بیمار می شود. بطوریکه آموزش فنون مبتنی بر رویارویی با ترغیب افراد به تمرین مکرر توجه متمرکز روی محرک های اضطراب آور و آگاهی قصدمندانه روی جسم و ذهن، افراد اضطرابی را از اشتغال ذهنی با افکار تهدیدی و نگرانی در مورد عملکرد را رها کنند و به مرور سبب کاهش اضطراب در فرد شود همچنین ACT با افزایش آگاهی فرد از تجربیات لحظه حاضر و برگرداندن توجه بر سیستم شناختی و پردازش کارآمدتر اطلاعات موجب کاهش نگرانی و تنش فیزیولوژیک در فرد می گردد [۴۸].

از آنجاییکه مواجهه و رویارویی با نگرانی جز اصلی در درمان اختلال GAD است و همچنین پژوهشهای بسیاری اثربخشی درمان ACT بر اختلالات اضطرابی و همچنین GAD را تایید نموده اند [۴۹، ۵۰، ۵۱، ۵۲]، تلفیق این دو روش درمانی می تواند موثرتر واقع شود. بطوریکه نتایج مطالعه حاضر نیز نشان داد که درمان ترکیبی پذیرش و تعهد درمانی و رویارویی کارایی بالایی در کاهش علائم در اختلال اضطراب فراگیر دارد و می تواند به عنوان اولویت اول درمان GAD مطرح شود.

با توجه به اینکه تحقیقات ACT بخصوص در ایران هنوز در اول رانند، لذا با در نظر گرفتن محدودیت‌های پژوهش حاضر مثل حجم نمونه کم و تک جنسیتی بودن آزمودنی ها، توصیه می شود بررسی های بیشتری در این حوزه در پژوهش های آتی صورت پذیرد و اثرات ترکیب این دو روش

- Anxiety Disorder The GAD-7. *Arch Intern Med.* 2006; 166.
- 25- Nainian M. R, Shairi M. R, Sharifi M, Hadian M. Evaluate the reliability and validity of a short scale of generalized anxiety disorder (GAD-7). *Clin Psychol Pers J.* 2011; 3 (4): 41- 50 [Persian].
- 26- Hayes SC, Luoma JB, Bond FW, Masuda A, Lillis J. Acceptance and Commitment Therapy: Model, processes, and outcomes. *Behav Res Ther.* 2006; 44(1): 1-25.
- 27- Andrews G, Creamer M, Crino R, Hunt C, Lampe L, Page A. The treatment of Anxiety Disorder, Clinician guides and patient manuals. Cambridge University Press. 2003; 402.
- 28- Forman EM, Herbert JD, Moitra E, Yeomans PD, Geller PA. A randomized controlled effectiveness trial of acceptance and commitment therapy and cognitive therapy for anxiety and depression. *Behav Modif.* 2007; 31: 772-99.
- 29- Clarke s, Kingston J, James K, Bolderston H, Remington B. Acceptance and Commitment Therapy group for treatment-resistant participants: A randomized controlled trial. *J Contextual Behav Sci.* 2014; 3 (3): 179-88.
- 30- Rector NA. Acceptance and Commitment Therapy: Empirical Considerations. *Behav Ther.* 2013; 44: 213-17.
- 31- Hoyer J, Beesdo K, Gloster AT, Runge J, Hofler M, Becker ES. Worry Exposure versus Applied Relaxation in the Treatment of Generalized Anxiety Disorder. *Psychother Psychosom.* 2009; 78: 106-15.
- 32- Meuret AE, Hofmann SG, Rosenfield D. Catastrophic appraisal and perceived control as moderators of treatment response in panic disorder. *Int J Cogn Ther.* 2010; 3: 262-77.
- 33- Linde J, R`uck C, Bjureberg J, Ivanov VZ., Djurfeldt DR, Ramner`o J. Acceptance-based exposure therapy for body dysmorphic disorder: A pilot study, *Behavior Therapy*, doi: 10.1016/j.beth. 2015.05.002
- 34- Wood D, Wetterneck CT, Flessner Ch. A controlled evaluation of acceptance and commitment therapy plus habit reversal for trichotillomania. *Behav Res Ther.* 2006; 44: 639-56.
- 35- Szkodny LE, Newman MG, Goldfried MR. Clinical Experiences in Conducting Empirically Supported Treatments for Generalized Anxiety Disorder. *Behav Ther.* 2014; 45: 7-20.
- 36- Brown LA, Forman EM, Herbert JD, Hoffman KL, Yuen EK, Goetter EM. A randomized controlled trial of acceptance-based behavior therapy and cognitive therapy for test anxiety: A pilot study. *Behav Modif.* 2011; 35: 31 - 53.
- 37- Kocovski NL, Fleming JE, Rector NE. Mindfulness and acceptance-based group therapy for social anxiety disorder: An open trial. *Cogn Behav Pract.* 2009; 16: 276-89.
- 38- Roemer L, Orsillo SM, Salters-Pedneault K. Efficacy of an acceptance-based behavior therapy commitment Therapy to Reduction in Thought and Action Fusion, Thought Suppression and increase quality of life of people with compulsive [Dissertation]. Mashhad: Ferdosi University of Mashhad. 2014; [Persian].
- 12- Swain J, Hancock K, Hainsworth C, Bowman J. Acceptance and Commitment Therapy in the treatment of anxiety: A systematic review. *Clin Psychol Rev.* 2013; 33: 965-78.
- 13- Hayes SC, Strosahl KD, Bunting K, Twohig M, Wilson KG. What is acceptance and commitment therapy? In S. C. Hayes & K. D. Strosahl (Eds.). a practical guide to acceptance and commitment therapy. New York, NY: Springer Science-Business Media. 2010; 3- 29.
- 14- Narimani M, Alamdari E, Abolghasemi A. The Study of The Efficiency of Acceptance and Commitment-Based Therapy on the Quality of Infertile Women's Life. *J Fam Couns Psychother.* 2014; 4(3): 388-404. [Persian].
- 15- Pourfaraj OM, The Effectiveness of Acceptance and Commitment Group Therapy in Social Phobia of Students. *Knowledge Health.* 2011; 6(2): 1-5. [Persian].
- 16- Heiden, C. V. D. & Broeke, E. T. The When, Why, and How of Worry Exposure. *Cognitive and Behavioral Practice.* 2009; 16: 386-93.
- 17- Culver N, Stoyanova MS, Craske MG. Emotional variability and sustained arousal during exposure. *J Behav Ther Exp Psychiatry.* 2012; 43: 787-93.
- 18- Kircanski K, Mortazavi A, Castriotta N, Baker A, Mystko wski J, Yi R, Craske MG. Challenges to the traditional exposure paradigm: variability in exposure therapy for contamination fears *J Behav Ther Exp Psychiatry.* 2012; 43: 745-51.
- 19- Aderka IM, Hofmann SG, Nickerson A, Hermesh H, Gilboa-Schechtman E, Marom S. Functional impairment of social anxiety disorder. *J Anxiety Disord.* 2012; 26: 393-400.
- 20- England EL, Herbert JD, Forman EM, Rabin SJ, Juarascio A, Goldstein SP. Acceptance-based exposure therapy for public speaking anxiety. *J Contextual Behav Sci.* 2012; 1: 66- 72.
- 21- Meuret AE., Twohig MP, Rosenfield D, Hayes SC, Craske MG. Brief Acceptance and Commitment Therapy and Exposure for Panic Disorder: A Pilot Study. *Cogn Behav Pract.* 2012; 19: 606-18.
- 22- Taylor S, Cox BJ. An expanded Anxiety Sensitivity Index: evidence for a hierarchic structure in a clinical sample. *J Anxiety Disord.* 1998; 12: 463- 83.
- 23- Moradi Manesh F, Mirjafari A, Goudarzi, MA, Muhammad, N. Evaluate the psychometric properties of the revised index of anxiety sensitivity (ASIR). *J Psychol.* 2007; 11 (4), 426-46. [Persian].
- 24- Spitzer RL, Kroenke K, Williams JBW, Bernd L. A Brief Measure for Assessing Generalized

- 51- Luoma JB, Platt M. Shame, Self-Criticism, Self-Stigma, and Compassion in Acceptance and Commitment Therapy. *COPSYC*. 2015; 2: 97–101.
- 52- Landy LN, Schneider RL, Arch JJ. Acceptance and commitment therapy for the treatment of anxiety disorders: a concise review. *Curr Opin Psych*. 2015; 2:70–4
- for generalized anxiety disorder: Evaluation in a randomized controlled trial. *J Consult Clin Psychol*. 2008; 76: 1083–89.
- 39- Twohig MP, Crosbt JM. Acceptance and Commitment Therapy as a Treatment for Problematic Internet Pornography Viewing. *Behav Ther*. 2010; 41: 285–95.
- 40- Codd RT, Twohig MP, Crosby JM, Enno AM. Treatment of three anxiety cases with acceptance and commitment therapy in a private practice. *J Cogn Psychother*. 2011; 25: 203–17.
- 41- Lappalainen R, Lehtonen T, Skarp E, Taubert E, Ojanen M, Hayes SC. The impact of CBT and ACT models using psychology trainee therapists: A preliminary controlled effectiveness trial. *Behav Modif*. 2007; 31: 488–511.
- 42- Forman EM, Herbert JD, Moitra E, Yeomans PD, Geller PA. A randomized controlled effectiveness trial of acceptance and commitment therapy and cognitive therapy for anxiety and depression. *Behav Modif*. 2007; 31: 772–99.
- 43- Landy LN, Schneider RL, Arch JJ. Acceptance and commitment therapy for the treatment of anxiety disorders: a concise review. *Curr Opin Psych*. 2015; 2: 1–5.
- 44- Hann KEJ, 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. *J Contextual Behav Sci*. 2014; 3: 217–27.
- 45- Heiden CVD, Broeke ET. The When Why and How of Worry Exposure. *Cogn Behav Pract*. 2009; 16: 386–93.
- 46- Bunmi OO, Melanie W, Kimberly RZ. Linking cognitive avoidance and GAD symptoms: The mediating role of fear of emotion. *Behav Res Ther*. 2010; 48: 5, 435-41.
- 47- Wolitzky KB, Telch MJ. Efficacy of self-administered treatments for therapy. *Behav Res Ther*. 2010; 9(48): 840-50.
- 48- Kaviani H, Javaheri F, Bahiray H. Efficacy of mindfulness- based cognitive therapy in reducing automatic thoughts, dysfunctional attitude, depression and anxiety: A sixty day follow-up. *Adv Cogn Sci*. 2005; 7: 49-59. [Persian].
- 49- Forman EM, Shaw JA, Goetter EM, Herbert JD, Park JA, Yuen EK. Long-Term Follow-Up of a Randomized Controlled Trial Comparing Acceptance and Commitment Therapy and Standard Cognitive Behavior Therapy for Anxiety and Depression. *Behav Ther*. 2012; 43: 801–11.
- 50- Davies CD, Niles AN, Pittig A, Arch JJ, Craske MG. Physiological and behavioral indices of emotion dysregulation as predictors of outcome from cognitive behavioral therapy and acceptance and commitment therapy for anxiety. *J Behav Ther Exp Psychiat*. 2015; 46: 35-43.





## **Effectiveness of Combined Intervention Based Acceptance and Commitment Therapy (ACT) with Exposure Techniques on Patient's Anxiety Symptoms Intensity and Sensitivity Dimensions in General Anxiety Disorder (GAD)**

Mahmoud-Alilou, M. Ph.D., Hashemi-Nosratabad, T. Ph.D., Sohrabi, F. \*Ph.D Student.

### **Abstract**

**Introduction:** General anxiety disorder (GAD) is the most prevalent anxiety disorders in clinical centers and general population that mostly is chronic. The purpose of this study is investigating of the combined intervention based Acceptance and commitment therapy (ACT) with exposure techniques efficacy on GAD symptoms intensity.

**Method:** This experimental study was performed in congruent multiple baseline single case study design with six week follow-up. Four women with Generalized Anxiety Disorder (GAD) were selected from patients referred to Mahabad university counseling and psychiatric service centers by diagnostic interview and DSM-V Structured Clinical Interview along with using purposeful sampling method. Patients participated in this study after obtaining treatment requirements. The efficacy of treatment Protocol was evaluated in three phase (Baseline, 12 session treatment and 6 weeks follow-up) by using the Generalized Anxiety Disorder Questionnaire (GAD-7) and Anxiety Sensitivity revised questionnaire (ASI-R). Data analyzed with visuals inspection, improvement percentage and reliable change index (RCI) strategies.

**Results:** Results showed that combined intervention based Acceptance and commitment therapy (ACT) with exposure techniques is both clinically and statistically ( $p < 0.05$ ) have significant efficient on the reduction of anxiety sensitivity dimensions and Generalized Anxiety Disorder symptoms.

**Conclusion:** Acceptance and commitment therapy (ACT) with exposure techniques has appropriate efficacy in reducing of GAD symptom severity.

**Keywords:** Acceptance and commitment therapy, exposure, Generalized Anxiety Disorder.

---

\*Correspondence E-mail:  
sohrabi\_faeze@yahoo.com