

بررسی میانجی‌های درمانی و اثربخشی درمان پذیرش و تعهد در کاهش علائم اختلال اضطراب فراگیر

دکتر محمد رضا مؤدھی^۱

دکتر احمد اعتمادی^۲

دکتر محمدرضا فلسفی نژاد^۳

چکیده

پژوهش حاضر با هدف بررسی میانجی‌های درمانی و اثربخشی درمان پذیرش و تعهد و ارائه راه‌حلی به منظور بهینه‌سازی شیوه‌های درمانی اختلال اضطراب فراگیر، انجام شد. نمونه‌ی پژوهش شامل پنج نفر بود که از نظر سن، جنس، سابقه‌ی ابتلا به بیماری و همبودی با افسردگی، متفاوت بودند و با استفاده از روش «نمونه‌گیری هدفمند»، از بین ۳۶ نفر عضو جامعه (شامل مراجعان ۲۵ تا ۶۰ سال مراکز مشاوره و بهداشتی و درمانی شهر سنندج در تیر و مرداد ماه ۱۳۸۹) انتخاب شدند. ابزارهای پژوهش عبارت بود از: SCID-I، پرسشنامه‌ی بالینی چندمحوری میلون، پرسشنامه‌ی پذیرش، پرسشنامه‌ی زندگی مبتنی بر ارزش و پرسشنامه‌ی اختلال اضطراب فراگیر، نتایج پژوهش نشان داد که درمان مؤثر است و متغیرهای پذیرش و زندگی مبتنی بر ارزش به عنوان میانجی درمانی عمل می‌کنند. مدل میانجی‌های درمانی نیز بر اساس روند تغییر متغیرهای پژوهش ترسیم گردید.

کلیدواژه‌ها: اختلال اضطراب فراگیر، درمان پذیرش و تعهد، میانجی‌های درمانی

۱. استادیار دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات کردستان. E-mail: dmrmojdehi@yahoo.com

۲. دانشیار دانشگاه علامه طباطبائی

۳. استادیار دانشگاه علامه طباطبائی

مقدمه

اختلال اضطراب فراگیر یک حالت اضطرابی مزمن است که با نگرانی مفرط و غیر قابل کنترل و نشانه‌های جسمانی مرتبط با آن مشخص می‌شود. نگرانی، یک فرآیند شناختی است که در افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر، به راهبردی برای کشف و کنار آمدن با خطر تهدیدکننده تبدیل می‌شود. تنش عضلانی مزمن، آشفتگی خواب، و انواع نشانه‌های جسمانی دیگر نیز ایجاد می‌شوند. اغلب این افراد، درجاتی از تخریب عملکرد را در دامنه‌ای از تمرکز در کار تا خستگی از روابط بین فردی، تحمل می‌کنند. آشفتگی ذهنی شدید و دلواپسی دائمی در مورد نگرانی و نشانه‌های اضطرابی مزمن نیز به همان اندازه شایع هستند (هازلت-استیونس^۱، ۲۰۱۰).

دقیق‌ترین مطالعات در رابطه با درمان اختلال اضطراب فراگیر، با استفاده از فنون شناختی-رفتاری^۲ انجام شده که به نظر می‌رسد هم در کوتاه‌مدت و هم در درازمدت اثر بخش باشد (سادوک و سادوک، ۲۰۰۷).

با وجود شواهد محکمی که در رابطه با اثر بخشی درمان شناختی-رفتاری وجود دارد، سابقه‌ی بیش از هشت سال کار بالینی محقق و مصاحبه با سایر همکاران در شهر سنندج، نشان می‌دهد به کارگیری شیوه‌های شناختی-رفتاری، برای تعداد زیادی از درمان‌گران و مبتلایان به این اختلال دشوار است و بسیاری از طرح‌های درمانی حتی با دقیق‌ترین برنامه‌ریزی و اجرا نیز با پاسخ درمانی مناسبی روبرو نمی‌شود. مراجعان برای نگرانی‌های خود استدلال‌هایی دارند که چالش با آنها با توجه به شرایط زندگی واقعی مشکل است.

برخی از دلایل این امر را می‌توان در تفاوت‌های فرهنگی و شرایط محیطی و اجتماعی جستجو نمود. مبنای قضاوت مکتب شناختی-رفتاری در مورد منطقی یا غیر منطقی بودن یک فکر، فرهنگ و سبک زندگی غربی است. فرهنگی که در آن به عنوان مثال نقش آبرو و «حرف مردم» بسیار کمرنگ‌تر از فرهنگ ایرانی و به‌خصوص این منطقه است. بسیاری از باورهایی که در مکتب شناختی-رفتاری،

1. Hazlett-Stevens

2. CBT

باورهای غیر منطقی خوانده می‌شود در واقعیت‌های عینی زندگی یک ایرانی جاری و زنده است و احتمال وقوع آنها نسبت به سایر مناطق جهان بیشتر است. برای مثال فقط در کشور ماست که خطر مسافرت با هواپیما بیشتر از مسافرت زمینی است! یا مادری که نگران فرزند سفر کرده‌ی خویش است و تا بازگشت او از فرط اضطراب به خود می‌پیچد، در بسیاری از موارد با یک خطر واقعی دست و پنجه نرم میکند و عملاً غیر از نگرانی، کار دیگری از دست او بر نمی‌آید. (خطراتی مثل ریسک بسیار زیاد و غیر منطقی رانندگان، جاده‌های غیر استاندارد، اتوموبیل غیر ایمن و مانند آن). همچنین اشکال در نظام تأمین اجتماعی، دورنمای مرگ سرپرست خانواده را آنقدر ناگوار می‌کند که درمان‌گر به راحتی نمی‌تواند وحشتناک دانستن آن را به چالش بکشد!

مواردی نظیر این، محقق را برآن داشت تا برای درمان اختلال اضطراب فراگیر که اتفاقاً مقاوم به درمان (بورکووک و راشیو^۱ ۲۰۰۵) نیز هست، به دنبال درمان‌های دیگری باشد.

با نگاهی به پژوهش‌های انجام شده در دو دهه‌ی گذشته متوجه می‌شویم درمان‌های جدید اختلال اضطراب فراگیر، خصوصاً در ده سال اخیر، به نتایج تازه و امیدوارکننده‌ای منجر شده و پیشرفتهای ویژه‌ای را نشان می‌دهد. کانون تمرکز این درمان‌ها متوجه مکانیسم‌های زیربنایی این اختلال، و یا گسترش دامنه‌ی مداخلات به جنبه‌های ناکارآمد زندگی بیماران بوده است؛ جنبه‌هایی که در گذشته نادیده گرفته می‌شد یا حداقل، به وضوح به عنوان هدف مداخلات درمانی در نظر گرفته نمی‌شد (هایر، گلاستر و همکاران، ۲۰۰۹).

به نظر می‌رسد در میان این درمان‌ها، «درمان پذیرش و تعهد^۲» بیش از همه با ویژگی‌های اختلال اضطراب فراگیر هماهنگ است. پروتوکول‌های این درمان برای اختلالات اضطرابی، هر دو جنبه‌ی اساسی این اختلال یعنی «اجتناب شناختی» و «تخریب عملکرد» را مد نظر قرار می‌دهد.

1. Brokovec & Ruscio

2. acceptance & Commitment Therapy (ACT)

در سالهای اخیر کارآمدی^۱ «درمان پذیرش و تعهد» در درمان اختلال اضطراب فراگیر، طی پژوهشهای متعددی مورد تأیید قرار گرفته است (هیز، لوما، باند، ماسودا، و لیلیس^۲، ۲۰۰۶؛ لانگ مور و ورل^۳، ۲۰۰۷؛ رامر و اورسیلو^۴، ۲۰۰۷ و رامر، اورسیلو و سلترز-پدنولت^۵، ۲۰۰۸).

علی‌رغم امید بخشی نتایج به دست آمده، هنوز هم برخی از مشکلات اساسی در رابطه با درمان و اثرات آن حل نشده است (ریس^۶، ۲۰۰۲). انتقال یافته‌های پژوهشی به مراکز بالینی و زندگی واقعی، مستلزم فهم میانجی‌های درمانی این پژوهش‌ها است. ما در حال حاضر می‌دانیم که درمان پذیرش و تعهد در بهبود مراجعان و افزایش عملکرد آنها مؤثر است، ولی درباره‌ی اینکه تأثیرات درمانی «چرا و چگونه» انجام می‌شود، چیز زیادی نمی‌دانیم.

درباره‌ی علت تغییر افراد در فرآیند روان‌درمانی، بحث‌های نظری باکیفیتی وجود دارد، اما مستندات تجربی حمایت‌کننده، بسیار اندکند. به گفته‌ی مارک توین^۷، «همه درباره‌ی آب و هوا صحبت می‌کنند اما هیچ‌کس در مورد آن کاری انجام نمی‌دهد!» (کازدین، ۲۰۰۶).

عوامل زیادی را می‌توان به عنوان میانجی در ایجاد تغییرات درمانی بررسی نمود که همه‌ی آنها را در یک پژوهش واحد نمی‌توان گنجانند. در این پژوهش براساس مبنای نظری و تحقیقات انجام شده در گذشته (برای مثال ایفرت و فورسیث، ۲۰۰۵؛ ویلسون، ساندوز و کیچنز^۸، ۲۰۱۰) به بررسی دو متغیر «پذیرش^۹» و «زندگی مبتنی بر ارزش^{۱۰}» پرداخته‌ایم.

انتظار می‌رود، ایجاد و پرورش «پذیرش» در مراجعان، باعث کاهش «اجتناب

-
1. efficacy
 2. Lillis & Hayes, Louma, Bond, Masuda
 3. Longmore & Worrell
 4. Roemer & Orsillo
 5. Roemer & Orsillo & Salters-pedneault
 6. Rees
 7. Mark Twain
 8. Wilson, Sandoz & Kitchens
 9. acceptance
 10. valued Life

شناختی» و رشد «زندگی مبتنی بر ارزش» باعث افزایش عملکرد فرد در حوزه‌های مختلف زندگی شود (ایفرت و فورسیث، ۲۰۰۵).

«پذیرش» یک حالت طراحی شده و جرأت آمیز از طرف مراجع است و به او کمک می‌کند تا به طور کامل و بدون دفاع، جنبه‌هایی از تجربه‌ی روانشناختی خود (بد، خوب و زشت) را همانگونه که هست، تجربه نماید. هدف ما خلق یک انسان کارآمد است که صمیمانه با دنیای تجربی خود در تماس باشد. «پذیرش» یعنی تجربه‌ی حس‌ها، عواطف و افکار، بدون هیچگونه تلاشی برای تغییر آنها. پذیرش خصوصاً هنگامی ضرورت می‌یابد که تجربه قابل تغییر نیست و نباید تغییر کند. این حالت متناقض به مرجع اجازه می‌دهد آن چیزی باشد که هست و آنجایی باشد که حضور دارد و تمایل به تغییر افکار و احساسات خود را کاهش دهد (ایفرت و فورسیث، ۲۰۰۵).

وقتی لباس نگرانی در مورد آینده، اضطراب‌های مربوط به محتوای هیجانی و شناختی نامطلوب و پریشانی در باره‌ی حالات بدنی ناخواسته را از تن مراجع در آوریم، آنچه باقی می‌ماند، انسانی است با یک زندگی ناکارآمد. عمده‌ترین هدف درمان پذیرش و تعهد، تغییر جهت توجه و تلاش مراجعان از اهداف بیهوده (مثل کاهش احساسات و افکار ناخوشایند) به سوی اعمال مبتنی بر خواسته‌های آنها از یک زندگی مطلوب است. تمام تلاش مشاور در رشد و پرورش «زندگی مبتنی بر ارزش» آن است که به مراجعان کمک کند تا شیوه‌ی زندگی کردن مطلوب خویش را پیدا کنند و صرفاً به انجام آن شیوه بپردازند. بنابراین تلاشهای درمانی، معطوف به رفتارهایی خواهد بود که در راستای ارزشهای انتخاب شده توسط مراجع باشد (ایفرت و فورسیث، ۲۰۰۵).

در پژوهشهای گذشته رابطه‌ی معنادار متغیرهای «پذیرش» و «زندگی مبتنی بر ارزش»، با نتایج درمانی مورد تأیید قرار گرفته است (برای مثال رامر و همکاران، ۲۰۰۸؛ ایفرت و هفتر^۱، ۲۰۰۳؛ کارکلا^۲ و همکاران، ۲۰۰۴؛ لویت^۳ و همکاران،

1. Heffner
2. Karekla
3. Levitt

۲۰۰۴؛ و تاوهیگ^۱ و همکاران، ۲۰۰۵).

از میان ملزومات اثبات روابط علی و میانجی‌های تغییر درمان‌های روان‌شناختی (هیل^۲، ۱۹۶۵؛ کنی^۳، ۱۹۷۹؛ اسکلسلمن^۴، ۱۹۸۲؛ کازدین و ناک، ۲۰۰۷)، مهمترین عاملی که در پژوهشهای گذشته بررسی نشده، خط زمانی^۵ است. بدین معنی که اگر متغیرهای «پذیرش» و «زندگی مبتنی بر ارزش»، از نظر زمانی پیش از کاهش نگرانی و نشانگان اختلال اضطراب فراگیر، افزایش یابند، نتیجه می‌گیریم که این دو متغیر، میانجی تغییر هستند.

به طور کلی هدف از انجام پژوهش حاضر، بررسی میانجی‌های درمانی، اثربخشی، روند ایجاد تغییرات و موانع احتمالی به کارگیری شیوه‌ی درمانی پذیرش و تعهد و ارائه‌ی راه‌حلهایی به منظور بهینه‌سازی شیوه‌های درمانی اختلال اضطراب فراگیر بوده است. در رابطه با این هدف کلی، سؤالات زیر مطرح می‌شود: اول: آیا درمان پذیرش و تعهد در کاهش علائم اختلال اضطراب فراگیر مؤثر است؟ دوم: آیا متغیرهای «پذیرش» و «زندگی مبتنی بر ارزش»، در درمان اختلال اضطراب فراگیر به روش درمان پذیرش و تعهد، به عنوان میانجی درمانی عمل می‌کند؟ سوم: مدل تغییرات درمانی چگونه است؟ و چهارم: به منظور بهینه‌سازی شیوه‌های درمان اختلال اضطراب فراگیر چه راه‌کارهایی را می‌توان پیشنهاد نمود؟

با توجه به این که اضطراب در سراسر طبقه‌بندی بیماری‌های روانی به چشم می‌خورد (منصور و دادستان، ۱۳۸۷)، انجام چنین پژوهشهایی می‌تواند از لحاظ علمی به فهم مکانیسم و روشهای بهینه در انجام فعالیتهای مشاوره‌ای و درمانی کمک نموده و زمینه را برای بومی‌سازی دانشی جدید در رابطه با درمان و پیشگیری از سایر اختلالات روانی نیز فراهم سازد.

1. Towhig
2. Hill
3. Kenny
4. Schlesselman
5. timeline

روش پژوهش

این مطالعه به منظور دستیابی به نتایج دقیق و جامع، با ترکیبی از روش‌های کیفی (مطالعه‌ی موردی) و کمی (طرح تجربی تک‌موردی از نوع AB) انجام شده است. جامعه‌ی آماری شامل مراجعان ۲۵ تا ۶۰ سال مراکز مشاوره و بهداشتی و درمانی شهر سنندج بود که در تیر و مرداد ماه ۱۳۸۹ به محقق مراجعه نموده و با اجرای مصاحبه‌ی SCID-I تشخیص اختلال اضطراب فراگیر دریافت کردند، تعداد این افراد ۳۶ نفر بود. نمونه‌ی پژوهش شامل پنج نفر بود که از نظر سن، جنس، مدت ابتلا به اختلال، و همبودی با افسردگی با هم متفاوت بودند. آزمودنی‌ها بر اساس ملاک‌های زیر به صورت «نمونه‌گیری هدفمند» انتخاب شدند: عدم سابقه‌ی ابتلا به اختلال سایکوتیک، دوقطبی و اختلال شخصیت شدید، عدم مصرف داروهای روان‌گردان شش ماه قبل از ورود به درمان، عدم دریافت درمان‌های روان‌شناختی قبلی، داشتن حداقل تحصیلات دیپلم. جهت گردآوری اطلاعات مربوط به بخش کمی پژوهش از شش ابزار به شرح زیر استفاده شد: SCID-I (مصاحبه‌ی تشخیصی نیمه ساختار یافته)، پرسشنامه‌ی بالینی چندمحوری میلون، پرسشنامه‌ی پذیرش (مقیاس AAQ-REV-19)، پرسشنامه‌ی زندگی مبتنی بر ارزش (VLQ) و پرسشنامه‌ی اختلال اضطراب فراگیر-۴ (GADQ-IV).

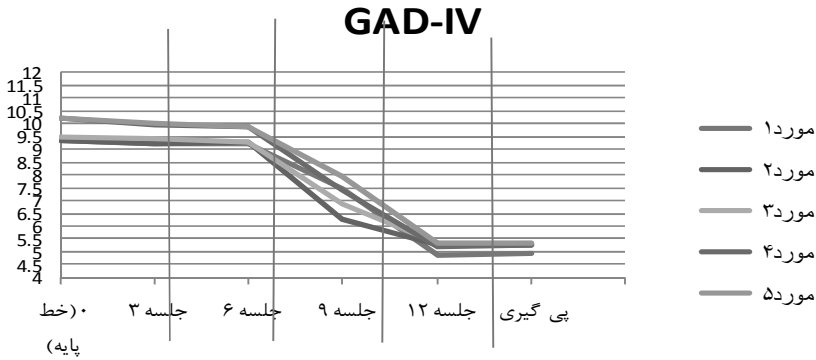
یافته‌های پژوهش

۱) توصیف داده‌ها:

در این پژوهش به منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها در بخش کمی پژوهش، از روش‌های تحلیل نمودار و تجزیه و تحلیل واریانس اندازه‌های مکرر استفاده نموده‌ایم. همچنین تحلیل و انجام بخش کیفی پژوهش، بر اساس نظریه‌ی داده‌نگر با استفاده از مراحل سه‌گانه‌ی کدگذاری (باز، محوری و انتخابی) انجام شده است.

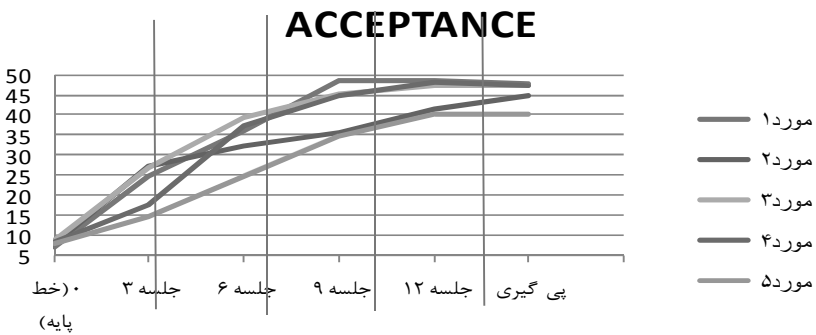
به منظور توصیف داده‌های پژوهش نمودارهای مربوط به میانگین اندازه‌های مکرر حاصل از اجرای ابزارها را به تفکیک آوردیم. سپس جداول مربوط به

تجزیه و تحلیل واریانس اندازه‌های مکرر را ترسیم و تحلیل نمودیم.



نمودار ۱. میانگین اندازه‌های مکرر، حاصل از اجرای مقیاس اختلال اضطراب فراگیر-۴ (GAD-IV)

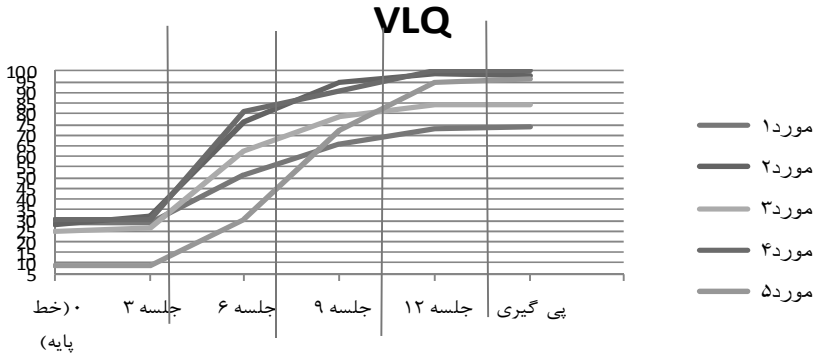
با بررسی نمودار ۱ متوجه می‌شویم که روند کاهش نشانگان اختلال اضطراب فراگیر از جلسه‌ی ششم و با شیب نسبتاً تندی آغاز شده است. با توجه به اینکه مقیاس به کار گرفته شده دارای نقطه‌ی برش (۵/۷) است، لذا تغییر معنادار تمامی موارد، در سه جلسه‌ی آخر درمان به وقوع پیوسته است. تغییرات ایجاد شده، در مرحله‌ی پی‌گیری نیز حفظ شده است.



نمودار ۲. میانگین اندازه‌های مکرر، حاصل از اجرای پرسشنامه‌ی پذیرش (Acceptance)

نمودار ۲ نشان می‌دهد که افزایش متغیر پذیرش از همان جلسات نخست شروع شده است. این روند در مورد پنجم به دلیل همبودی افسردگی با شیب

ملایم‌تری انجام شده است. روند تغییرات مورد دوم نیز از جلسه‌ی ششم به بعد با شیب ملایم‌تری نسبت به موارد ۱، ۳ و ۴ ادامه یافته است.



نمودار ۳. میانگین اندازه‌های مکرر، حاصل از اجرای پرسشنامه‌ی زندگی مبتنی بر ارزش

نمودار ۳ نشان می‌دهد که تغییرات رفتاری مراجعان از جلسه‌ی ششم به بعد به وقوع پیوسته است. تغییرات مورد پنجم به دلیل افسردگی با سایر موارد متفاوت است. ولی با توجه به ارتباط بین افزایش رفتار مبتنی بر ارزش با کاهش نشانگان افسردگی، این روند پس از جلسه‌ی نهم جبران شده است.

استنباط آماری

علت استفاده از آمار استنباطی، اعتباربخشی به نتایج و اجتناب از خطاها و سوگیری‌های ناشی از اندازه‌گیری و استنتاج غیرعلمی بوده است. با توجه به اینکه داده‌های خط پایه حداکثر چهار بار مقایسه شدند، برای تصحیح خطای بونفرونی^۱ مقدار آلفای واقعی را از طریق فرمول $\alpha = 1 - \frac{1}{95^n}$ محاسبه کردیم. چون این مقدار برای چهار مقایسه تقریباً برابر با ۰/۲۳ است، آلفای مربوط به هر مقایسه تقریباً برابر با ۰/۰۵۸ خواهد بود.

سؤال اول: آیا درمان پذیرش و تعهد در کاهش علائم اختلال اضطراب فراگیر مؤثر است؟

به منظور پاسخ‌گویی هر چه دقیق‌تر به این سؤال به تجزیه و تحلیل داده‌های حاصل از پرسشنامه‌ی اختلال اضطراب فراگیر-۴ می‌پردازیم. در جدول زیر مقایسه‌های درون‌آزمودنی آمده است:

جدول ۱. آزمون اثرات درون‌آزمودنی^۱ برای متغیر اختلال اضطراب فراگیر

معناداری	F	میانگین مجذور	درجه‌ی آزادی	مجموع مجذورات نوع سوم	منبع	
۰/۰۰۰	۲۶۴۸/۴۶۱	۲۳۳/۰۸۲	۵	۱۱۶۵/۴۱۱	کرویت مفروض ^۲	اندازه‌های
۰/۰۰۰	۲۶۴۸/۴۶۱	۳۹۰/۶۰۲	۲/۹۸۴	۱۱۶۵/۴۱۱	گرین هاوس- گیزر	متغیر اختلال
۰/۰۰۰	۲۶۴۸/۴۶۱	۳۳۲/۶۹۴	۳/۵۰۳	۱۱۶۵/۴۱۱	هاین- فلت	اضطراب فراگیر
۰/۰۰۰	۲۶۴۸/۴۶۱	۱۱۶۵/۴۱۱	۱	۱۱۶۵/۴۱۱	حدپایین‌تر	

بر اساس داده‌های جدول فوق، چون F محاسبه شده بیشتر از مقدار بحرانی آن است؛ لذا با بیش از ۹۵ درصد اطمینان نتیجه می‌گیریم تفاوت معناداری در متغیر اضطراب فراگیر مراجعان به وجود آمده است. به عبارت دیگر می‌توان گفت اجرای درمان پذیرش و تعهد در کاهش علائم اختلال اضطراب فراگیر مراجعان مؤثر است. با بررسی داده‌های جدول زیر به زمان دقیق کاهش معنادار متغیر اختلال اضطراب فراگیر پی می‌بریم.

1. Tests of Within-Subjects Effects
2. Sphericity Assumed

جدول ۲. آزمونهای مقابله‌های درون آزمودنی‌ها برای اختلال اضطراب فراگیر

منبع	مقابله‌ها	مجموع مجذورات نوع سوم	درجه‌ی آزادی	میانگین مجذور	F	معناداری
اندازه‌های اختلال اضطراب فراگیر	جلسه‌ی ۳ باخط پایه	۰/۰۲۴	۱	۰/۰۲۴	۰/۳۳۵	۰/۵۵۶
	جلسه‌ی ۶ با دو ارزیابی پیشین	۰/۰۳۶	۱	۰/۰۳۶	۰/۴۵۱	۰/۵۰۵
	جلسه‌ی ۹ با سه ارزیابی پیشین	۲۸۲/۷۴۴	۱	۲۸۲/۷۴۴	۳۱۲ ۱۰۱۳	۰/۰۰۰
	جلسه‌ی ۱۲ با چهار ارزیابی پیشین	۷۱۵/۷۴۴	۱	۷۱۵/۷۴۴	۵۰۳ ۸۳۹۶	۰/۰۰۰
	پی‌گیری با پنج ارزیابی پیشین	۴۵۶/۸۶۶	۱	۴۵۶/۸۶۶	۱۸۶۶ ۵۲۴۶	۰/۰۰۰

با توجه به جدول ۲، چون F محاسبه شده برای ارزیابی پس از جلسه‌ی نهم، بیشتر از مقدار بحرانی آن است؛ لذا با بیش از ۹۵ درصد اطمینان نتیجه می‌گیریم تفاوت معنادار به وجود آمده در تجربه‌ی علائم اختلال اضطراب فراگیر مراجعان، پس از جلسه‌ی نهم به وقوع پیوسته است. مقایسه‌ی جلسه‌ی پی‌گیری با سایر جلسات نیز نشان می‌دهد که تغییرات به وجود آمده تا زمان پی‌گیری ثابت خود را حفظ نموده است. این یافته پاسخ‌گوی بخشی از سؤال دوم پژوهش نیز هست. سؤال دوم: آیا متغیرهای «پذیرش» و «زندگی مبتنی بر ارزش»، در درمان اختلال اضطراب فراگیر به روش درمان پذیرش و تعهد، به عنوان میانجی درمانی عمل می‌کنند؟

به منظور پاسخ‌گویی به این سؤال لازم بود دو مورد را بررسی کنیم: یکی ارزیابی افزایش متغیرهای پذیرش و زندگی مبتنی بر ارزش در اثر درمان پذیرش و تعهد؛ و دیگر اینکه زمان تغییر این دو متغیر باید پیش از کاهش معنادار علائم اختلال اضطراب فراگیر باشد. در جدول زیر مقایسه‌های درون‌آزمودنی برای متغیر پذیرش آمده است:

جدول ۳. آزمون اثرات درون آزمودنی برای متغیر پذیرش

معناداری	F	میانگین مجذور	درجه‌ی آزادی	مجموع مجذورات نوع سوم	منبع	اندازه‌های متغیر تجزیه‌شده
۰/۰۰۰	۲۴۷۹/۹۵۸	۱۱۲۶۵/۶۲۴	۵	۵۶۳۲۸/۱۲۰	کرویت مفروض ^۱	
۰/۰۰۰	۲۴۷۹/۹۵۸	۱۵۶۸۷/۲۵۷	۳/۵۹۱	۵۶۳۲۸/۱۲۰	گرین هاوز- گیزر	
۰/۰۰۰	۲۴۷۹/۹۵۸	۱۳۱۳۸/۳۲۸	۴/۲۸۷	۵۶۳۲۸/۱۲۰	هاین-فلت	
۰/۰۰۰	۲۴۷۹/۹۵۸	۵۶۳۲۸/۱۲۰	۱	۵۶۳۲۸/۱۲۰	حد پایین‌تر	

بر اساس داده‌های جداول فوق، چون F محاسبه شده بیشتر از مقدار بحرانی آن است؛ لذا با بیش از ۹۵ درصد اطمینان نتیجه می‌گیریم تفاوت به وجود آمده در تجربه‌ی پذیرش مراجعان در طول درمان، معنادار بوده است. به عبارت دیگر پس از اجرای درمان پذیرش و تعهد، تجربه‌ی پذیرش مراجعان به طور معناداری افزایش یافته است. جهت پی بردن به زمان دقیق ایجاد تغییر معنادار در این متغیر، به آزمون مقابله‌های جلسات سوم، ششم، نهم، دوازدهم و پی‌گیری با خط پایه و جلسات پیش از آنها پرداخته‌ایم که نتایج آن را در جدول ۴ مشاهده می‌کنید.

1. sphericity assumed

جدول ۴. آزمونهای مقابله‌های درون آزمودنی‌ها برای پذیرش

منبع	مقابله‌ها	مجموع مجذورات نوع سوم	درجه‌ی آزادی	میانگین مجذور	F	معناداری
اندازه‌های متغیرپذیر	جلسه‌ی ۳ باخط پایه	۱۰۱۱۰/۴۲۰	۱	۱۰۱۱۰/۴۲۰	۱۳۸۷/۵۲۳	۰/۰۰۰
	جلسه‌ی ۶ با دو ارزیابی پیشین	۱۷۵۷۸/۱۲۵	۱	۱۷۵۷۸/۱۲۵	۱۸۷۶/۷۷۹	۰/۰۰۰
	جلسه‌ی ۹ با سه ارزیابی پیشین	۲۰۹۳۰/۵۸۰	۱	۲۰۹۳۰/۵۸۰	۲۷۴۵/۵۵۰	۰/۰۰۰
	جلسه‌ی ۱۲ با چهار ارزیابی پیشین	۱۷۴۹۳/۸۵۱	۱	۱۷۴۹۳/۸۵۱	۳۷۱۲/۹۸۹	۰/۰۰۰
	پی‌گیری با پنج ارزیابی پیشین	۱۱۸۳۳/۳۷۳	۱	۱۱۸۳۳/۳۷۳	۲۹۵۳/۲۲۴	۰/۰۰۰

با عنایت به داده‌های ۴، چون F محاسبه شده برای ارزیابی پس از جلسه‌ی سوم، بیشتر از مقدار بحرانی آن است؛ لذا با بیش از ۹۵ درصد اطمینان نتیجه می‌گیریم تفاوت معنادار به وجود آمده در تجربه‌ی پذیرش مراجعان، پس از جلسه‌ی سوم به وقوع پیوسته است. مقایسه‌ی جلسه‌ی پی‌گیری با سایر جلسات نیز نشان می‌دهد که تغییرات به وجود آمده تا زمان پی‌گیری ثبات خود را حفظ نموده است.

در ادامه، جدول مربوط آزمون‌های درون‌آزمونی مربوط به تجزیه و تحلیل داده‌های حاصل از اجرای پرسشنامه‌ی زندگی مبتنی بر ارزش را ترسیم می‌کنیم:

جدول ۵. آزمون اثرات درون آزمودنی برای متغیر زندگی مبتنی بر ارزش

معناداری	F	میانگین مجذور	درجه‌ی آزادی	مجموع مجذورات نوع سوم	منبع	
۰/۰۰۰	۲۴۷۹/۹۵۸	۴۷۴۸۰/۵۴۷	۵	۲۳۷۴۰۲/۷۳۷	کرویت مفروض	اندازه‌های متغیر زندگی مبتنی بر ارزش
۰/۰۰۰	۲۴۷۹/۹۵۸	۶۱۶۷۲/۹۵۸	۳/۸۴۹	۲۳۷۴۰۲/۷۳۷	گرین هوس- گیزر	
۰/۰۰۰	۲۴۷۹/۹۵۸	۵۱۲۹۰/۵۸۲	۴/۶۲۹	۲۳۷۴۰۲/۷۳۷	هاین- فلت	
۰/۰۰۰	۲۴۷۹/۹۵۸	۲۳۷۴۰۲/۷۳۷	۱	۲۳۷۴۰۲/۷۳۷	حد پایین تر	

بر اساس داده‌های جدول فوق، چون F محاسبه شده بیشتر از مقدار بحرانی آن است؛ لذا با بیش از ۹۵ درصد اطمینان نتیجه می‌گیریم تفاوت به وجود آمده در تجربه‌ی زندگی مبتنی بر ارزش مراجعان در طول درمان، معنادار بوده است. به عبارت دیگر پس از اجرای درمان پذیرش و تعهد، تجربه‌ی زندگی مبتنی بر ارزش مراجعان به طور معناداری افزایش یافته است. جهت پی بردن به زمان دقیق ایجاد تغییر معنادار در این متغیر، به آزمون مقابله‌های جلسات سوم، ششم، نهم، دوازدهم و پی‌گیری با خط پایه و جلسات پیش از آنها پرداخته‌ایم که نتایج آن را در جدول ۶ مشاهده می‌کنید:

جدول ۶. آزمونهای مقابله‌های درون آزمودنی‌ها برای زندگی مبتنی بر ارزش

منبع	مقابله‌ها	مجموع مجذورات نوع سوم	درجه‌ی آزادی	میانگین مجذور	F	معناداری
زندگی مبتنی بر ارزش	جلسه‌ی ۳ باخط پایه	۵۴/۰۸۰	۱	۵۴/۰۸۰	۳/۶۶۳	۰/۰۶۲
	جلسه‌ی ۶ با دو ارزیابی پیشین	۶۳۰۸۳/۵۲۰	۱	۵۲۰/۶۳۰۸۳	۸۲۲۳/۵۱۸	۰/۰۰۰
	جلسه‌ی ۹ با سه ارزیابی پیشین	۹۶۴۴۸/۳۲۰	۱	۳۲۰/۹۶۴۴۸	۶۷۹۱/۸۹۹	۰/۰۰۰
	جلسه‌ی ۱۲ با چهار ارزیابی پیشین	۹۱۴۲۰/۸۸۰	۱	۸۸۰/۹۱۴۲۰	۸۱۷۷/۹۹۳	۰/۰۰۰
	پی‌گیری با پنج ارزیابی پیشین	۵۹۸۱۶/۴۸۷	۱	۴۸۷/۵۹۸۱۶	۸۷۰۰/۶۶۴	۰/۰۰۰

طبق داده‌های جدول ۶، چون F محاسبه شده برای ارزیابی پس از جلسه‌ی ششم، بیشتر از مقدار بحرانی آن است؛ لذا با بیش از ۹۵ درصد اطمینان نتیجه می‌گیریم تفاوت معنادار به وجود آمده در تجربه‌ی زندگی مبتنی بر ارزش مراجعان، پس از جلسه‌ی ششم به وقوع پیوسته است. مقایسه‌ی جلسه‌ی پی‌گیری با سایر جلسات نیز نشان می‌دهد که تغییرات به وجود آمده تا زمان پی‌گیری ثبات خود را حفظ نموده است.

با توجه به مواردی که گذشت و براساس اینکه زمان افزایش دو متغییر پذیرش و زندگی مبتنی بر ارزش پیش از زمان کاهش علائم اختلال اضطراب فراگیر است، نتیجه می‌گیریم به احتمال بیش از ۹۵ درصد این دو متغییر در درمان اختلال اضطراب فراگیر به روش درمان پذیرش و تعهد، میانجی درمانی هستند.

پژوهش کیفی

پیش از پرداختن به یافته‌های کیفی پژوهش لازم است تا چگونگی دست

یافتن به این نتایج به صورت خلاصه بیان گردد؛ جلسات درمانی برگزار شده با تک‌تک مراجعین به صورت صوتی ضبط شد و بلافاصله پس از اتمام جلسات با دقت فراوان، اطلاعات صوتی به صورت مکتوب درآمدند. محتوای مکتوب دیگری هم از تمارین نوشتاری مراجعان در فاصله‌ی جلسات به دست آمد که پژوهشگر آنها را همراه با محتوای جلسات درمانی را به صورت روزانه مورد ارزیابی قرار داد و در یک روند رفت و برگشتی بین داده‌های موجود و پرسشهای جدید به کدگذاری باز داده‌ها اقدام نمود؛ همزمان یادداشتهایی که به روند رفت و برگشتی پژوهش کمک می‌نمود، از داده‌ها برداشته شد. در کدگذاری باز بدون در نظر گرفتن مقوله‌ای خاص، جملات مراجعان به صورت افقی (اظهارات مراجع درخصوص یک پرسش یا وضعیت خاص) و عمودی (اظهارات مراجع در کل جلسه) دسته‌بندی و مقایسه گردید. در مرحله‌ی دوم کدگذاری (کدگذاری محوری)، در قالب جداولی مقولات اصلی پژوهش که عبارت بودند از نگرانی، علائم جسمانی، پذیرش و زندگی مبتنی بر ارزش، طبقه‌بندی گردید. در مرحله‌ی سوم (کدگذاری انتخابی)، براساس حساسیت نظری محقق نسبت به موضوع پژوهش، داده‌های مراجعان، یادداشتهای روزانه‌ای که در طول پژوهش به وسیله‌ی محقق برداشته شده بود و کدگذاری‌های دو مرحله‌ی پیشین، پژوهشگر اقدام به کدگذاری انتخابی نمود؛ مقولات و الگوهای حاصل از کدگذاری انتخابی، حول محور مقولاتی که از درون داده‌های مراجعان کشف گردید، کدگذاری شد. در نهایت جداول را طوری تنظیم کردیم که بتوان تغییر به وجود آمده در یک جلسه‌ی بخصوص را در رابطه با متغیرهای میانجی از آن استنباط نمود.

جدول ۷ نمونه جملات استخراج شده از متن جلسات درمانی و تکالیف نوشتاری مربوط به مورد اول

شماره‌ی جلسه	تجربه‌ی علائم جسمانی	موقعیت و نگرانی، افکار یا احساسات اضطرابی متعاقب آن	کارهای انجام شده توسط مراجع در مورد افکار و احساسات اضطرابی
۸	تنش عضلانی، مشکلات خواب و بی‌قراری	چند دقیقه از وقت معمول بازگشت پسر من به خانه می‌گذرد و من از او خبری ندارم. نکند که تصادف کرده باشد شاید او را دزدیده باشند شاید دعوا کرده باشد شاید...	از اینکه دوباره علائم اضطراب را تجربه می‌کردم بسیار ناراحت بودم و مرتب با همراه فرزندم تماس می‌گرفتم تا شاید کمی آرام بگیرم. سعی می‌کردم خود را دلداری دهم که اتفاقی نیفتاده است. مرتب به خودم می‌گفتم که من چرا باید اینگونه باشم. چرا اینقدر نگران هستم. نگرانی عذاب می‌دهد.
۱	تنش عضلانی، مشکلات خواب و بی‌قراری	هنگام رانندگی تصویرهایی از تصادف و مرگ از ذهنم گذشت که من را آشفته و پریشان کرد.	از این حالات خودم خسته شده‌ام و نمی‌دانم اینها چه هستند که از ذهنم می‌گذرند و برای خلاصی از این حالات چه باید بکنم
۲	تنش عضلانی، مشکلات خواب و بی‌قراری	به منزل خواهرم رفته بودم، می‌دانستم که همسر و بچه‌اش حتماً در خانه هستند. هرچه زنگ می‌زدم جوابی نمی‌شنیدم، بلافاصل افکار و تصویرهایی از خفگی ناشی از گازگرفتگی، سکته‌ی قلبی و... از ذهنم گذشت. داشتم سکته می‌کردم. بعداً فهمیدم که از فرط خستگی خوابشان برده بود.	تا حدودی می‌دانستم افکار و تصویرهایی که به ذهنم می‌آیند واقعیت ندارند چون اصلاً سیستم گرمایشی آنها بخاری گازی نیست. ولی هرکاری که کردم نتوانستم این افکار و تصاویر اضطراب‌زا را از خاطر من محو کنم. از اینکه اینچنین حالتی دارم ناراحتم. دوست دارم بتوانم از حوادث تصویر مثبت‌تری داشته باشم ولی تلاش‌هایم بی‌فایده است.
۳	تنش عضلانی،	چند روزی است همسرم قدری ناراحت و کم‌انرژی به نظر	تلاش کردم تا به مانند آنچه که در تمرین تمرکز و پذیرش افکار و

کارهای انجام شده توسط مراجع در مورد افکار و احساسات اضطرابی	موقعیت و نگرانی، افکار یا احساسات اضطرابی متعاقب آن	تجربه‌ی علائم جسمانی	شماره‌ی جلسه
احساسات، یاد گرفتن، نگرانی‌ام را با مهربانی بپذیرم. ناراحتی‌ام را تحمل کردم. و افکار و تصویرهای ذهنی‌ام را مشاهده کردم. برای تغییر آنها تلاشی نکردم.	می‌رسد، می‌ترسم در اثر بیماری عجیبی بمیرد. بعد از مرگ او من باید چگونه زندگی کنم. . .	مشکلات خواب و بی‌قراری	
می‌دانم که نباید برای از بین بردن این حالت کاری کنم. سعی کردم آن را تحمل کنم. کار سختی بود. تلاش کردم تا اضطرابم را آنگونه که هست و نه آنگونه که ذهنم درباره‌ی آن می‌گوید، تجربه نمایم.	در منزل بودم و بدون دلیل خاصی فقط اضطراب شدیدی به سراغم آمد.	تنش عضلانی، مشکلات خواب و بی‌قراری	۴
سعی کردم به جای مبارزه با حالات درونی خودم، آنها را با مهربانی تحمل کنم. سپس از خودم پرسیدم که آیا برای من داشتن ارتباط خوب با مادرشوهرم مهم است یا نه؟ چون جوابم مثبت بود سعی کردم کاری کنم که روابطمان بهتر شود. برای گفتگو و حل مشکلاتم با او برنامه ریزی کردم.	از کاری که مادرشوهرم کرده بود خیلی ناراحت بودم. به انتقام فکر می‌کردم و در رابطه با اتفاقات ناگواری که در رابطه با او تجربه خواهم کرد بسیار نگران بودم و و نمی‌دانستم چه باید بکنم. می‌ترسیدم نتوانم خودم را کنترل نمایم.	تنش عضلانی، مشکلات خواب و بی‌قراری	۵
به خودم گفتم که می‌توانم هر احساسی را داشته باشم. در قلب من برای هر نوع احساسی جا هست. این‌ها فکرهای من هستند و تنها کاری که من باید انجام دهم این است که با آنها نجنگم و آنها را جزئی از وجودم بدانم. با توجه به اینکه روابط حسنه با انسانها جزئی	پنجشنبه‌شب در منزل مادرشوهرم برای شام دعوت داشتیم. از بی‌محلی و متلک گفتن مادرشوهر و خواهر شوهرهایم و اینکه من احتمالاً برای آنها پاسخی ندارم، نگران بودم. به این فکر می‌کردم که ممکن است این اختلافها و	تنش عضلانی، مشکلات خواب و بی‌قراری	۶

کارهای انجام شده توسط مراجع در مورد افکار و احساسات اضطرابی	موقعیت و نگرانی، افکار یا احساسات اضطرابی متعاقب آن	تجربه‌ی علائم جسمانی	شماره‌ی جلسه
از ارزشهای زندگی من است به مطالعه‌ی کتابی در این زمینه پرداختم.	رنجشها باعث ازهم پاشیدگی زندگی من و شوهرم شود...		
چون من همسرم را دوست دارم و سلامتی او برایم مهم است. به همسرم در تدارک سفر کمک کردم و به او اطمینان دادم که در غیاب او از عهده‌ی مسؤلیتهای منزل برمی‌آیم. برای سلامتی‌اش دعا کردم.	قرار بود همسرم به یک مسافرت کاری برود. بر خلاف گذشته به راحتی توانستم با این مسأله کنار آییم. نگرانی داشتم ولی آنقدر نبود که در گذشته مرا اذیت می‌کرد.	تنش عضلانی، مشکلات خواب و بی‌قراری	۷
افکار و احساسات اضطرابی خود را مشاهده و تحمل کردم. به جای اینکه بخواهم مثل گذشته به خودم دل‌داری دهم، تمرکز را روی خدمت به مادرم گذاشتم. سعی کردم از لحظه لحظه‌ی حضور در کنار عزیز ترین فرد زندگی‌ام استفاده کنم.	این هفته اوقات دشواری را به خاطر بیماری مادرم سپری کردم. تصور اینکه مادرم را از دست بدهم برایم بسیار تلخ و ناگوار بود. اضطراب نسبتاً شدیدی را تحمل کردم.	تنش عضلانی و مشکلات خواب	۸
تمرینات مبتنی بر آگاهی را برای اینکه با خودم راحت‌تر باشم ادامه می‌دهم. همین‌طور تمرینات احساسی. تلاشها و انرژی خود را صرف بهبود کیفیت زندگی بر اساس ارزشها و اهداف مهم خود می‌کنم.	تغییر عمده‌ای را در روحیه‌ام احساس می‌کنم. اکنون می‌توانم کارهای خودم را بدون نگرانی زیاد انجام دهم.	مشکلات خواب	۹
تلاشی برای از بین بردن نگرانی نکردم و درعوض برای برگزاری مهمانی تلاش کردم چون رابطه‌ی	مهمانیهایی داشتیم که برداشت آنها از من برایم اهمیت زیادی داشت. نگرانی‌ام از آبروریزی و	بدون علائم	۱۲

شماره‌ی جلسه	تجربه‌ی علائم جسمانی	موقعیت و نگرانی، افکار یا احساسات اضطرابی متعاقب آن	کارهای انجام شده توسط مراجع در مورد افکار و احساسات اضطرابی
		قضاوت آنها در مورد من بود. ولی شدت آن در مقایسه با گذشته بسیار کمتر است.	مناسب با دیگران جزئی از ارزشهای زندگی من است.
۳	بدون علائم	پسرم در خانه تنها بود و من برای خرید با دوستم به بازار رفته بودم. با وجود اینکه از رفتار مناسب پسرم اطمینان داشتم ولی این فکر را داشتم که بلایی به سر خودش می‌آورد. این فکر آنقدر ضعیف بود که فقط برای لحظاتی توجه من را به خود جلب نمود.	نگرانی‌ام را پذیرفتم. چون حالا دیگر آن را یک چیز طبیعی می‌دانم. دیگر با خودم نمی‌جنگم. به معاشرت با دوستم با تمام وجودم ادامه دادم.

سؤال سوم: مدل تغییرات درمانی چگونه است؟

همان‌طور که در بررسی سؤالات اول و دوم پژوهش ملاحظه شد، اجرای پروتوکول درمانی درمان پذیرش و تعهد باعث کاهش علائم اختلال اضطراب فراگیر و در نهایت بهبود تشخیصی آزمودنی‌های مورد بررسی در این پژوهش گردید. همچنین مشخص شد زمان افزایش دو متغیر پذیرش و زندگی مبتنی بر ارزش، قبل از کاهش متغیرهای تشخیصی اضطراب فراگیر و نگرانی می‌باشد.

کارکرد نگرانی، اجتناب شناختی از موضوعات تهدیدکننده است. بارلو و همکاران (۲۰۰۴)، شواهد تجربی متقاعدکننده‌ای ارائه دادند که بر اساس آن می‌توان گفت کارکرد نگرانی اجتناب از تصورات و برانگیختگی ناشی از اضطراب و عواطف منفی است. افراد هنگام نگرانی با خودشان سخن می‌گویند. بنابراین نگرانی بیشتر حاوی تفکر انتزاعی است تا تصورات (بورکووک و نیومن، ۱۹۹۸). با وجود این، نگرانی به افراد اجازه می‌دهد تا از

یک نظرگاه انتزاعی به موضوعات عاطفی نزدیک شوند و به این شکل در کوتاه‌مدت از تصورات آزاردهنده و عواطف منفی شدید اجتناب کنند. اما این راهبرد در بلندمدت، مؤثر واقع نمی‌شود. در واقع، این افراد در بلندمدت حتی اضطراب شدیدتری را نیز تجربه می‌کنند و باز هم این چرخه با تلاشهای فرد برای کاهش اضطراب از طریق نگرانی، کامل می‌شود (منین، هممبرگ، تورک و فرسکو، ۲۰۰۲).

افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر درباره‌ی مشکلات آینده سخت فکر می‌کنند. این درحالی است که آنها تحمل فرآیند ایجاد تصورات مرتبط با تهدید را ندارند؛ چون این تصورات عواطف منفی و فعالیت دستگاه خودمختار را بر می‌انگیزند. به عبارت دیگر آنها از همه‌ی عواطف منفی مرتبط با خطر، اجتناب می‌کنند. در نتیجه، آنها با اجتناب از ناخوشایندی عواطف و تصورات منفی، هیچ‌گاه قادر نخواهند بود روی مشکلاتشان کارکنند و راه حلی برای آنها بیابند. کادر زیر نمونه‌ای از اظهارات مورد سوم قبل از شروع درمان است:

افکاری در رابطه با احتمال تکرار زندگی ناخوشایندی که خودم تجربه کرده‌ام، برای فرزندانم دارم که مغز مرا منفجر می‌کند. بسیار بی‌قرار و ناآرام هستم. این افکار برایم به کابوسی تبدیل شده که انگار تمام شدنی نیست. سعی می‌کنم با درگیر ساختن خودم با کارهای منزل که چندان هم ضروری نیستند با نگرانی‌هایم کنار آیم ولی موفق نمی‌شوم....

در نهایت این نگرانی‌ها مزمن می‌شوند و همراه با آن دستگاه خودمختار انعطاف‌پذیری خود را از دست می‌دهد و فرد دچار تنش عضلانی می‌شود. نگرانی برای فرد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر همان هدف غیر انطباقی را انجام می‌دهد که اجتناب در ترس مرضی. اجتناب، از مواجهه‌ی فرد با شرایط ترسناک جلوگیری کرده و او را از انطباق و حل مسأله‌ی واقعی باز می‌دارد (بارلو و دوراند، ۲۰۰۴). به بخش دیگری از اظهارات مراجع سوم در کادر زیر توجه کنید:

با دوستانم قرار مهمانی داشتیم. از این که مشکلی برای دخترم پیش آید و من پیش او نباشم هراسان بودم. شدت نگرانی و اضطرابم بسیار زیاد است. می‌ترسیدم در مهمانی این اضطراب افزایش یابد و نتوانم آن را تحمل کنم. بهانه‌ای جور کردم و درخانه ماندم. تلاش می‌کردم با انجام کارهای بیهوده خودم را سرگرم و از نگرانی دورکنم. باین که دخترم را تنها نگذاشتم ولی هر کاری کردم نتوانستم اضطراب و نگرانی‌ام را کاهش دهم (پیش از آغاز درمان).

واکنش‌های هیجانی افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر آسان‌تر، سریع‌تر و شدیدتر از سایر افراد است. همزمان این افراد درک کمتری از عواطف خود دارند، به عواطف خود پاسخ منفی می‌دهند و برای کنترل و مهار عواطف خود، راهبردهای غیر انطباقی به کار می‌گیرند (استیل، منین و همکاران، ۲۰۰۲).
به اظهارات مورد دوم در جلسه‌ی اول توجه کنید:

تازه از محل کارم برگشته بودم و سر سفره‌ی ناهار نشسته بودیم. پدرم مثل همیشه به دلایل بی‌اهمیت جر و بحث را شروع کرد. انگار من هیچوقت نباید آرامش داشته باشم. از کوره در رفتم و هرچه به دهانم آمد، گفتم. بعد از طوفانی که به پاشد شدیداً پشیمان شدم و اضطراب شدیدی را تجربه کردم. هر کاری کردم نتوانستم حالات خودم را بپذیرم. این احساسات غیر قابل تحمل است.

از نظرگاه درمان‌پذیرش و تعهد، اضطراب هنگامی به اختلال تبدیل می‌شود که فرد:

- تمایلی به داشتن اضطراب نداشته باشد.
- به طور یکنواخت به اجتناب، فرونشانی و فرار از هیجان اضطراب و حس‌های فیزیکی، افکار و شرایط مرتبط با آن پردازد.
- به قیمت از دست دادن سایر فعالیتها و اهداف ارزشمند، زمان و تلاش زیادی را صرف کشمکش با اضطراب نماید.

هدف درمان‌پذیرش و تعهد شکستن این چرخه با تخریب تمایل به اجتناب و فرار و افزایش انعطاف‌پذیری و پذیرش نسبت به تجربه‌ی اضطراب است. همزمان، درمان‌پذیرش و تعهد به مراجعان کمک می‌کند تا بر حوزه‌های

ارزشمند زندگیشان متمرکز شوند. حوزه‌های ارزشمندی که در طول کشمکش با اضطراب در حاشیه قرار داشت (ایفرت و فورسیث، ۲۰۰۵).

به گفته‌های مراجع سوم در جلسات سوم و چهارم درمان توجه کنید:

تلاش کردم تا به جای مبارزه با نگرانی آن را به عنوان یک واکنش طبیعی در رابطه با این موقعیت مهم بپذیرم. دیگر نگرانی را بد نمی‌دانم. نگرانی و علائم جسمی‌ام را از طریق تمرین پذیرش اضطراب و پذیرش افکار و احساسات می‌پذیرم و در درونم فضایی برای آن ایجاد می‌کنم. من دیگر مبارزه با افکار و احساساتم را کنار گذاشته‌ام.

پس از ایجاد پذیرش نسبت به نگرانی و اضطراب، مراجع آموخت که تلاشهای خود را به جای کشمکش و کنترل اضطراب، بر حوزه‌های ارزشمند زندگی خود متمرکز سازد. به اظهارات مراجع سوم در جلسات پنجم و ششم توجه کنید:

علاوه بر پذیرش افکار و احساساتم سعی کردم تمام انرژی خودم را صرف کسب اطلاعات صحیح و دقیق و ارائه‌ی آن به دخترم کنم. مواردی هم هست که باید با مشاورم در میان بگذارم و نظر او را نیز جویا شوم. به جای مبارزه با نگرانی سعی می‌کنم از طریق انجام تمرینات مربوط به پذیرش افکار و احساسات اضطرابی، آنها را مورد پذیرش قرار دهم و با آنها مهربان باشم. چون آینده‌ی فرزندانم جزئی از ارزشهای خانوادگی من است، بایدکاری می‌کردم. پس برنامه‌ای برای کسب اطلاعات بیشتر و دقیق‌تر تنظیم کردم.

همان‌گونه که ملاحظه می‌کنید ایجاد پذیرش فضایی را برای تبدیل طبیعی نگرانی به فعالیت مبتنی بر حل مسأله فراهم می‌سازد.

با توجه به موارد مطرح شده می‌توان میانجی‌های درمانی روش پذیرش و تعهد را در قالب مدل زیر ارائه نمود:



بر اساس این مدل، درمان پذیرش و تعهد ابتدا از طریق آموزش بستری را برای نگرش مثبت تر به افکار و احساسات مرتبط با اضطراب فراهم می آورد و سپس از طریق روزانه ی تمرین مبتنی بر آگاهی، زمینه را برای ایجاد درماندگی خلاق نسبت به راه حل های کنترلی فرد در رابطه با افکار و احساسات اضطرابی فراهم می کند. در پایان جلسه ی دوم حالتی در مراجعان ایجاد می شود که بر اساس آن نسبت به راهکارهای گذشته ی خود برای کنترل حالات اضطرابی خود احساس درماندگی و ناامیدی می کنند. این حالت زمینه را برای معرفی پذیرش به عنوان راه حل جایگزین فراهم می کند. با ایجاد پذیرش و کاهش مبارزه با حالات درونی، فضا و زمان جدیدی برای مراجع ایجاد می گردد تا به امور مهم و ارزشمند زندگی خود بپردازد. در واقع می توان گفت این کار باعث می شود تا

تمرکز مراجعان به جای راه حل قبلی و ناموفق نگرانی، به رفتار مبتنی بر حل مسأله تغییر یابد و همین موضوع باعث کاهش نیاز به نگرانی و شکستن چرخه‌ی نگرانی می‌شود. کاهش معنادار نگرانی نیز خود به خود عملکرد فرد را بهبود بخشیده و با ادامه‌ی رفتار مبتنی بر ارزش، باعث کاهش معنادار علائم اختلال اضطراب فراگیر می‌شود. در نهایت با ادامه‌ی کار و تثبیت عادات و نگرش‌های جدید، اختلال فرد بهبود می‌یابد.

سؤال چهارم: به منظور بهینه‌سازی شیوه‌های درمان اختلال اضطراب فراگیر چه راه‌کارهایی را می‌توان پیشنهاد نمود؟

با توجه و بررسی دقیق داده‌های کمی و کیفی پژوهش، جهت غنا بخشیدن و ارتقاء درمان اختلال اضطراب فراگیر، می‌توان موارد زیر را مطرح نمود:

تأثیرآموزش مستقیم بر نتایج درمان: تجربه‌ی اجرای این پژوهش نشان داد که آموزش مستقیم در رابطه با مفاهیم، رفتارها و نگرش‌های جدید و بنیادی می‌تواند در اجرای موفقیت یک طرح درمانی اثر شایانی داشته باشد.

تأثیر تمارین و تجارب مستقیم در درمان: با توجه به این‌که درمان پذیرش و تعهد اساساً یک درمان مبتنی بر تجربه است، پیشنهاد می‌شود در حد امکان درمان‌گر در حد امکان مفاهیم، نگرشها و رفتارهای مورد نظر خود را از طریق تمارینی که فرد را به تجربه‌ی مستقیم هدایت می‌کند، به مراجعان خود انتقال دهند.

تأثیر استفاده از استعاره در درمان: آزمودنی‌هایی که در این درمان شرکت داشتند یکی از جنبه‌های مؤثر و مهیج این درمان را استفاده از استعاره‌ها ارزیابی کردند. آنها عنوان نمودند که در بسیاری از موقعیت‌های مشکل زندگی با یادآوری یک یا چند مورد از استعاره‌های درمان، توانسته‌اند به خوبی با موقعیت مورد نظر کنار آیند.

اهداف درمان باید بر اساس یافته‌های علمی تعیین شود و نه بر اساس خواسته‌های مراجع: چه بسا خواسته‌های مراجع بخشی از اختلال او باشد و دنباله روی درمانگر از آنها، به جای درمان، مشکل را مزمن سازد. یکی از کارهای مهمی که درمان پذیرش و تعهد برای مراجعان انجام می‌دهد، باز تعریف اهداف درمان در یک جو همراه با مشارکت و عاری از هرگونه تحمیل و فشار است. مراجعان اولین چیزی را که در این درمان آموختند این بود که گاهی راه‌حلی که انسان به دنبال آن

است، خود جزئی از مشکل است و باید در وهله‌ی اول تغییر یابد. تأکید درمانگران بر تغییر مرتبه‌ی دوم: تجربه‌ی اجرای درمان پذیرش و تعهد نشان داد که تأکید بر بهبود عملکرد به جای تخفیف و تسکین علائم، در نهایت علاوه بر ارتقاء کیفیت زندگی مراجعان، علائم آنها را نیز کاهش می‌دهد. نکته‌ی مهم و قابل تأمل این‌جاست که اگر تغییر مرتبه‌ی دوم به منظور کاهش علائم صورت گیرد، عملاً درمان باعث ادامه‌ی کشمکش مراجعان با خود و شکست درمان خواهد شد. بنابراین لازم است پیش از تلاش برای بهبود عملکرد مراجعان، به آنها کمک کنیم تا علائم روان‌شناختی خود را به عنوان جزئی از وجود خود با شفقت و مهربانی بپذیرند.

استفاده از تمارین مبتنی بر آگاهی: همان‌گونه که در سطرهای بالا آمد، لازمه‌ی تأکید بر تغییرات مرتبه‌ی دوم، ایجاد پذیرش در مراجعان نسبت به علائم روان‌شناختی خویش است. برای این منظور یکی از بهترین پیشنهادات، اجرای تمرینات مبتنی بر آگاهی است.

بحث و نتیجه‌گیری

همانگونه که در بخش یافته‌ها تشریح شد، به منظور پاسخگویی به سؤالات پژوهش، روند ایجاد تغییرات درمانی به دقت مورد کاوش و بررسی قرار گرفت که نتیجه‌ی کار به صورت مدلی از تغییرات درمانی ترسیم گردید. در این مدل دو متغیر پذیرش و زندگی مبتنی بر ارزش، نقش محوری دارند. اطلاعات نمودار ۲، جدول آمار استنباطی مربوط به متغیر پذیرش و نتایج تحلیل کیفی نشان می‌داد که پس از جلسه‌ی سوم درمان (برخلاف خط پایه)، نمرات پذیرش با شیب تندی افزایش می‌یابد، و از نظر آماری نمرات متغیر پذیرش، پس از جلسه‌ی سوم، به طور معناداری افزایش یافته است. این نتیجه در شکل کلی با یافته‌های پژوهشی رامر و همکاران، ۲۰۰۸؛ ایفرت و هفتر، ۲۰۰۳؛ لویت و همکاران، ۲۰۰۴؛ کارکلا و همکاران، ۲۰۰۴؛ و ایفرت و فورسیت، ۲۰۰۵، هماهنگ است. اما در پژوهش حاضر موفق به تعیین خط زمانی تغییر شدیم که در تحقیقات مذکور بررسی نشده بود. با توجه به مشاهدات بالینی محقق و با مراجعه به پروتوکول درمانی به کار گرفته شده در این پژوهش متوجه می‌شویم که علت این افزایش سریع، تغییر

نگرش مراجعان در جلسه‌ی نخست نسبت به علت ایجاد اختلال اضطرابی و هدف درمان، شروع تمرینات مبتنی بر آگاهی^۱ و ایجاد درماندگی خلاق نسبت به راه‌حلهای گذشته، از همان جلسات نخست و استقبال مراجعان از این نگرش جدید بود. با توجه به یافته‌های کمی و کیفی پژوهش و نقش تعیین‌کننده‌ی خط زمانی^۲ تغییر در تعیین میانجی، چون متغیر «پذیرش»، پیش از کاهش معنادار نشانگان اختلال اضطراب فراگیر افزایش یافت، نتیجه می‌گیریم متغیر پذیرش در درمان اختلال اضطراب فراگیر به روش درمان پذیرش و تعهد، به عنوان میانجی تغییر عمل می‌کند. به عبارت دیگر می‌توان گفت درمان پذیرش و تعهد از طریق ایجاد و توسعه‌ی «پذیرش» در مراجعان، تغییرات درمانی را ایجاد می‌کند.

براساس اطلاعات حاصل از نمودار ۳، جدول آمار استنباطی مربوط به متغیر «زندگی مبتنی بر ارزش» و بخش تحلیل کیفی، از جلسه‌ی پنجم به بعد (برخلاف خط پایه)، نمرات این متغیر افزایش معناداری یافته است. این نتیجه نیز همانند یافته‌ی مربوط به متغیر پذیرش در شکل کلی با یافته‌های پژوهشی رامر و همکاران، ۲۰۰۸؛ تاوهیگ و همکاران، ۲۰۰۹؛ و ایفرت و فورسیث، ۲۰۰۵، هماهنگ است. بدین معنی که در پژوهش‌های ذکر شده نیز کاهش معنادار متغیر زندگی مبتنی بر ارزش در اثر درمان و ارتباط آن با نتایج درمانی تأیید شده بود؛ اما هیچکدام از این پژوهش‌ها مشخص نکرده بودند که زمان دقیق تغییر این متغیر در رابطه با متغیر وابسته و تقدم و تأخر آن چگونه بوده است. در این پژوهش مشخص شد زمان وقوع این تغییر، قبل از کاهش معنادار نگرانی و نشانگان اختلال فراگیر است که به ترتیب پس از جلسات ششم و نهم اتفاق افتاده است.

تفاوت عمده‌ی یافته‌های پژوهش حاضر با نتایج حاصل از تحقیقات گذشته (هیز، لوما، باند، ماسودا، و لیلیس، ۲۰۰۶؛ لانگ مور و ورل، ۲۰۰۷؛ رامر و اورسیلو، ۲۰۰۷ و رامر، اورسیلو و سلترز-پدنولت، ۲۰۰۸؛ رامر و همکاران، ۲۰۰۸؛ ایفرت و هفنر، ۲۰۰۳؛ کارکلا و همکاران، ۲۰۰۴؛ لویت و همکاران، ۲۰۰۴؛ و تاوهیگ و همکاران، ۲۰۰۵، و ایفرت و فورسیث، ۲۰۰۵) این است که

در پژوهش حاضر موفق به تعیین زمان دقیق تغییر متغیرهای مورد بررسی شدیم و توانستیم مدل تغییرات درمانی را ترسیم نماییم. در حالی که در پژوهشهای گذشته این متغیرها در آغاز و پایان درمان ارزیابی شده و اطلاعاتی در رابطه با زمان و توالی تغییر متغیرها ارائه نمی‌دهند.

استقبال قابل توجه مراجعان از این شیوه‌ی درمانی و مفهوم‌سازی منحصر به فرد آن از اختلالات اضطرابی، در نوع خود قابل توجه است. با توجه به تجربیات محقق در این پژوهش و سایر جلسات درمانی به نظر می‌رسد که علت این امر، توجه زیاد و اساسی این درمان به بافت زندگی مراجعان است. در این درمان برخلاف بسیاری از شیوه‌های درمانی دیگر، هیچ‌گونه ارزش یا سبک خاص زندگی به مراجع تحمیل نمی‌شود. در عوض مراجعان بر اساس نظام ارزش‌های خود به تصمیم‌گیری درباره‌ی تغییر می‌پردازند. برای مثال وقتی که برای یک مراجع بخصوص مسأله‌ی آبرو و حرف مردم مهم و ارزشمند است، درمانگر مانند آنچه که در برخی از شیوه‌های درمانی مرسوم است به غیر منطقی بودن آن حمله نمی‌کند و اجازه می‌دهد تا مراجع در راستای فرهنگ، عرف و شرایط زندگی خود، دست به انتخاب‌های بهتری بزند.

جامعه‌ی در حال توسعه‌ی ما در گذار از سنت به مدرنیته و آشفتگی‌های خاص مرتبط با این گذار که ممکن است در حوزه‌های متعدد سیاسی، فرهنگی، اجتماعی، مذهبی و مانند آن نمایان گردد، مشکلاتی دارد که حداقل در کوتامدت قابل حل نیستند. در این شرایط خاص، درمان پذیرش و تعهد و نگرش منبعث از آن می‌تواند با تشخیص و شناسایی عناصر قابل تغییر و غیرقابل تغییر فردی و محیطی، انرژی افراد را بر امور سازنده‌تر متمرکز سازد و از اتلاف انرژی و سرمایه‌ی زندگی افراد و جامعه جلوگیری نماید.

پیشنهاد اصلی این پژوهش این است که در جلسات درمان واقعی صرف نظر از دیدگاه نظری یا سبک مشاوره‌ای و درمانی اتخاذ شده، به منظور بهینه‌سازی درمان این اختلال، طرحی برای افزایش «پذیرش» و «زندگی مبتنی بر ارزش» مراجعان، مد نظر قرار گیرد. از محدودیت‌های پژوهش نیز می‌توان به عدم امکان استفاده از چند درمانگر و محدودیت تعمیم نتایج پژوهش به سایر مناطق و اختلالات، اشاره نمود.

منابع

- حمیدپور، حسن. (۱۳۸۸). *مقایسه کارآیی شناخت درمانی با طرح‌واره درمانی در درمان زنان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر: کاهش علائم، بهبود عملکرد، تغییر متغیرهای میانجی و فرآیند تغییر علائم*. پایان‌نامه‌ی دکتری روان‌شناسی بالینی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی تهران.
- سادوک، بنیامین. جی. ، سادوک، ویرجینیا. ای. (۱۳۸۷). *خلاصه‌ی روانپزشکی*. ترجمه‌ی فرزین رضاعی. انتشارات ارجمند.
- شریفی، علی‌اکبر. (۱۳۸۶). *راهنمای ام. سی. ام. ای (میلون ۳)*. مرکز نشر روان‌سنجی.
- شریفی، وناداد، اسعدی، سید محمد، محمدی، محمدرضا، و همکاران (۱۳۸۳). *پایایی و قابلیت اجرای مصاحبه‌ی ساختاریافته‌ی تشخیصی برای SCID-I براساس DSM-IV* فصلنامه‌ی تازه‌های علوم شناختی. ۸(۱): ۱۰-۲۲.
- منصور، محمد و دادستان، پریرخ. (۱۳۸۷)، *بیماریهای روانی*. تهران: انتشارات رشد.
- Bond, F. W. , & Bunce, D. (2003). *The role of acceptance and job control in mental health, job satisfaction, and work performance*. Journal of Applied Psychology, 88, 1057-1067.
- Borkovec, T. D. , & Ruscio, A. M. (2005). *Psychotherapy for generalized anxiety disorder*. Journal of clinical Psychiatry, 62, 37-42.
- Cook, T. D. , & Campbell, D. T. (Eds.). (1979). *Quasi-experimentation: Design and analysis issues for fieldsettings*. Chicago: Rand McNally.
- Eifert, H. G. , & Forsyth, P. J. (2005). *Acceptance & Commitment Therapy for anxiety disorders*. Oakland: harbringer.
- Eifert, H. G. , & Heffner, M. (2003). *The effects of acceptance versus control contexts on avoidance of panic-related symptoms*. Journal of behavior therapy, 34, 293-312.
- Hazlett-Stevens, H. (2010). *Psychological Approaches to Generalized Anxiety Disorder: A Clinician's guide to Assessment and Treatment*. New York: Springer.
- Hayes, S. C. , Luoma, J. B. , Bond, F. W. , Masuda, A. , & Lillis, J. (2006). *Acceptance and commitment therapy: model, processes and outcomes*. Behavior Research and Therapy, 44, 1-25.
- Hill, A. B. (1965). *The environment and disease: Association or causation?* Proceedings of the Royal Society of Medicine, 58, 295-300.
- Hoyer, J. , Beesdo, K. , Gloster, A. T. , et al. (2009). *Worry exposure versus applied relaxation in the treatment of generalized anxiety disorder*. Psychother Psychosom, 78 (2), 106-15.
- Hunot, V. , Churchill, R. , Silva de Lima, M. , et al. (2007). *Psychological therapies for generalized anxiety disorder*. (Review). Cochrane Database Syst Rev, 1, 18-48.
- Karekla, M. , Forsyth, J. P. , & Kelly, M. M. (2004). *Emotional*

- avoidance and panicogenic responding to biological challenge procedure.* Behavior Therapy, 35, 725-746.
- Kazdin, A. E. (2006). *Research design in clinical psychology* (4th edn). Needham, Heights MA: Allyn & Bacon.
 - Kazdin, A. E., & Nock, M. K. (2007). *Delineating mechanisms of change in child and adolescent therapy: methodological issues and research recommendations.* Journal of child psychology and psychiatry, 44: 8, 1116-1129.
 - Kenny, D. A. (1979). *Correlation and causality.* New York: Wiley.
 - Levitt, J. T. , Brown, T. A. , Orsillo, S. M. , & Barlow, D. H. (2004). *The effects versus suppression of emotion on subjective and psychological response to carbon dioxide challenge in patients with panic disorder.* behavior therapy, 35, 747-766.
 - Longmore, R. J. , & Worrell, M. (2007). *Do we need to challenge thoughts in cognitive behavior therapy?* Clinical Psychology Review, 27, 173–187.
 - Rees, J. (2002). *Complex disease and the new clinical sciences.* Science, 296, 698–701.
 - Roemer, L. , & Orsillo, S. M. (2007). *An open trial of an acceptance-based behavior therapy for generalized anxiety disorder.* Behavior Therapy, 38, 72–85
 - Roemer, L. , Orsillo, S. M. (2008). *Efficacy of an acceptance-based behavior therapy for generalized anxiety disorder: evaluation in a randomized controlled trial.* Consulting Psychology, 76 (6), 1083–9.
 - Roemer, L. , Orsillo, S. M. , & Salters-Pedneault, K. (2008). *Efficacy of an acceptance-based behavior therapy for generalized anxiety disorder: evaluation in a randomized controlled trial.* Journal of Consulting and Clinical Psychology, 76, 1083–1089.
 - Schlesselman, J. J. (1982). *Case-control studies: Design, conduct, and analysis.* New York: Oxford University Press.
 - Twohig, M. P , Hayes, S. C , & Masuda, A. (2005). *Increasing willingness to experience obsessions: Acceptance and commitment therapy and habit reversal as treatment for trichotillomania.* Behavior therapy, 35, 803-820.
 - Wilson, k. g , Sandoz, E. K , & Kitchens, J. (2010). *The valued living questionnaire: Defining and measuring valued action within a behavioral framework.* The Psychological Record, 60, 249-272.