

A Comparative Analysis of Acceptance-Commitment and Cognitive-Behavioral Interferences Effectiveness on Generalized Anxiety Disorder

Alireza Zoalfaghari¹, Hadi Bahrami^{2*}, Kamran Ganji³

1. Ph.D Student of General Psychology, Department of Psychology, Tehran Science and Research Branch, Islamic Azad University (IAU), Tehran, Iran.

2. Professor, Department of Psychology, Tehran Science and Research Branch, Islamic Azad University (IAU), Tehran, Iran.

3. Associate Professor, Department of Psychology, Malayer Branch, Islamic Azad University (IAU), Malayer, Iran.

Received: 28 Nov 2017, Accepted: 22 Jan 2018

Abstract

Background: The present study aims to provide a comparative analysis of studies on Acceptance-Commitment and Cognitive-Behavioral interferences effectiveness on generalized Anxiety disorder.

Materials and Methods: This is a quasi-experimental research. Students at the Islamic Azad University of Toyserkan, Iran, who have been in contact with the counseling office in the educational year 2016-2017, were selected as statistical population. These students, in a diagnostic interview with a psychiatrist, met the DSM5 standards for generalized anxiety disorder and were approved by a trusted psychiatrist. Then, these selected subjects gave average or more score in beck anxiety test and were randomly divided into two groups of 20. After executing interferences for each group, data were analyzed by t-test and covariance.

Results: The findings indicated that the average acceptance and commitment interference was 12.3 ($t= 16.01$ and $p < 0.001$) and the average cognitive-behavioral interference was 11.25 ($t= 10.60$ and $p < 0.001$) on generalized anxiety disorder. Also, covariance analysis showed that ACT was more effective than CBT and $f(0.03)$ was significant. Therefore, all hypotheses turned out to be approved.

Conclusion: The research demonstrated that both interferences are effective in treating generalized anxiety disorder, although Acceptance and Commitment interference is more effective than Cognitive and Behavioral interference.

Keywords: Acceptance and commitment interference, Cognitive-Behavioral interference, Generalized anxiety disorder

*Corresponding Author:

Address: Department of Psychology, Tehran Sciences and Research Branch, Islamic Azad University (IAU), Tehran, Iran.

Email: ProfBahrami14@gmail.com

بررسی و مقایسه اثربخشی مداخله های پذیرش و تعهد و شناختی- رفتاری بر اختلال اضطراب فراگیر

علیرضا ذوالفقاری^۱، هادی بهرامی^{۲*}، کامران گنجی^۳

۱. دانشجوی دکتری روانشناسی عمومی، واحد علوم و تحقیقات تهران، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران

۲. استاد، گروه روانشناسی، واحد علوم و تحقیقات تهران، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران

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

تاریخ دریافت: ۹۶/۹/۷، تاریخ پذیرش: ۹۶/۱۱/۲

چکیده

زمینه و هدف: هدف از پژوهش حاضر، بررسی و مقایسه میزان اثربخشی دو مداخله پذیرش و تعهد و شناختی- رفتاری بر اختلال اضطراب فراگیر بود.

مواد و روش ها: روش پژوهش نیمه آزمایشی است. جامعه آماری این پژوهش را دانشجویانی تشکیل می دادند که در سال تحصیلی ۹۶-۹۵ به دفتر مشاوره دانشگاه آزاد اسلامی واحد تویسرکان مراجعه کرده بودند. این دانشجویان در مصاحبه تشخیصی توسط روانشناس ملاک های DSM5 را برای اختلال اضطراب فراگیر برآورده کردند و در معاینه بالینی نیز اختلالشان توسط روان پزشک تایید شد. در آزمون اضطراب بک نیز اضطرابشان متوسط و بالاتر بود. آزمودنی ها به طور تصادفی در دو گروه بیست نفره قرار داده شدند. بعد از اجرای مداخله های پذیرش و تعهد و شناختی- رفتاری برای هر گروه، داده ها توسط آزمون تی و کوواریانس تحلیل شدند.

یافته ها: یافته ها نشان داد که میانگین مداخله پذیرش و تعهد $t(12/3) = 16/01$ و $p = 0/001$ و میانگین مداخله شناختی- رفتاری $t(11/25) = 10/60$ و $p = 0/001$ بر روی اختلال اضطراب فراگیر بودند. همچنین، تحلیل کوواریانس نشان داد که مداخله پذیرش و تعهد نسبت به مداخله شناختی رفتاری اثربخش تر بود و f در سطح $0/03$ معنی دار است. بنابراین هر سه فرضیه ما تایید شدند.

نتیجه گیری: پژوهش نشان داد که هر دو نوع مداخله در درمان اختلال اضطراب فراگیر اثربخش هستند، گرچه مداخله پذیرش و تعهد اثربخش تر از مداخله شناختی- رفتاری بود.

واژگان کلیدی: مداخله شناختی- رفتاری، مداخله پذیرش و تعهد، اختلال اضطراب فراگیر

*نویسنده مسئول: ایران، تهران، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم و تحقیقات تهران، گروه روانشناسی

Email: ProfBahrami14@gmail.com

مقدمه

اختلالات اضطرابی در همه گروه‌های قومی، کشورها و فرهنگ‌ها دیده می‌شود. در واقع این اختلالات یکی از شایع‌ترین اختلالات روان‌شناختی به شمار می‌رود که حدود ۲۵ درصد از کل جمعیت در زمانی از عمر خود دچار آن می‌شوند (۱).

اضطراب، هیجان بهنجاری است که در سراسر زندگی تجربه شده و در زندگی افراد نقش حفاظتی دارد. اگر چه اضطراب قسمتی از رشد بهنجار انسان را تشکیل می‌دهد، اما در صورت افزایش شدت و مزمن شدن به مشکلی جدی و تهدیدی واقعی تبدیل می‌شود (۲).

اختلال اضطراب فراگیر یک حالت اضطرابی مزمن است که با نگرانی شدید و غیر قابل کنترل و نشانه‌های جسمانی - روانی مرتبط با آن مشخص می‌شود. نگرانی یک فرآیند شناختی است که در افراد مبتلا به اختلال فراگیر، به روشی برای کشف و سازش با خطر تهدید کننده تبدیل می‌شود. اغلب این افراد درجاتی از تخریب عملکرد را در دامنه‌ای از تمرکز در شغل، تا خستگی از روابط بین فردی گزارش می‌کنند. آشفتگی ذهنی شدید، دلواپسی دایمی و نگرانی از دیگر نشانه‌های شایع هستند (۳).

معمولاً کیفیت زندگی در افراد مبتلا به این اختلال پایین است و آن‌ها به سختی می‌توانند در زمان حال زندگی کنند و عمدتاً در آینده به سر می‌برند. حتی وقتی که اتفاق مثبت و خوش‌آیندی رخ دهد مثل قبولی فرزند در مدرسه یا دعوت شدن به مهمانی نمی‌توانند از آن لذت ببرند و درگیر نگرانی‌های خیالی مربوط به آینده می‌شوند (۴).

شیوع بالای این اختلال و سیر مزمن آن سبب شده است که افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر نسبت به سایر اختلالات اضطرابی، بیشترین مراجعه را به مراکز بهداشتی-درمانی داشته باشند. حدود ۵۷ درصد از افراد مبتلا به این اختلال قبل از مراجعه به متخصصان بهداشت روانی به پزشکان عمومی و متخصصان قلب و داخلی مراجعه می‌کنند و کمتر از

۱۰ درصد، درمان‌های روان‌شناختی موثر یا روان‌پزشکی را دریافت می‌کنند (۵).

اکثر متخصصان بالینی و پژوهشگران موافق هستند که این اختلال هزینه‌های بالایی را به جامعه تحمیل می‌کند و شامل هزینه‌های مستقیم مثل بستری شدن و هزینه‌های غیرمستقیم مثل کاهش بهره‌وری می‌شود. در یک پژوهش در آمریکا در سال ۱۹۹۰ هزینه‌های غیرمستقیم اختلالات اضطرابی حدود ۴۲ تا ۴۷ بیلیون دلار را به خود اختصاص داد. به نظر می‌رسد اختلال اضطراب فراگیر بیشترین میزان خدمات مراقبتی و کمترین میزان بهره‌وری در کار را نسبت به سایر اختلالات اضطرابی به خود اختصاص داده است (۶).

از دیدگاه شناختی-رفتاری اختلال اضطراب فراگیر از تحریف‌های شناختی ناشی می‌شود. اگر مشکلات جزئی در زندگی روزمره افراد مبتلا رخ دهد آن‌ها را بزرگ می‌کنند و درباره پیامد آن بیش از حد نگران می‌شوند. توجه آن‌ها از خود مشکل به نگرانی‌هایشان جابه‌جا می‌شود و در نتیجه نگرانی آن‌ها چندین برابر می‌شود. آن‌ها بسیار غم‌انگیز است عدم اطمینان فرد به توانایی‌اش در کنترل افکار، احساسات و اداره کردن امور زندگی است (۷). مدل درمان شناختی-رفتاری داگاس و رابی چاود یکی از مدل‌های اختصاصی است که به فرآیند زیر ساخت اختلال اضطراب فراگیر یعنی بر علل شکل‌گیری و تداوم نگرانی می‌پردازد. طبق نظر این مدل، مبتلایان به این اختلال چون برای متوقف کردن نگرانی خود به قطعیت مطلق نیاز دارند که به آن‌ها این اطمینان را بدهد که یا اتفاق معینی رخ نخواهد داد یا آن‌ها قادر به مقابله با پیامدهای ناگوار احتمالی آن هستند، به همین خاطر این مدل اضطراب چهار مشخصه اصلی دارد: عدم تحمل بلا تکلیفی، باورهای مثبت در مورد نگرانی، جهت‌گیری منفی نسبت به مشکل و اجتناب شناختی (۶).

عدم تحمل بلا تکلیفی مشخصه اصلی این اختلال است که به یک ویژگی سرشتی ناشی از یک مجموعه باورهای منفی در مورد بلا تکلیفی و معانی ضمنی آن اشاره

هدایت، الهام بخشیدن و برانگیختن، انتخاب هدف و انجام اعمالی که زندگی مان را پر بار می کند، استفاده نمایم (۱۳).

پژوهش آواداگیک و همکاران (۹) که بر روی نمونه ای ۵۱ نفره به اجرا درآمد نشان داد که هر دو نوع مداخله شناختی رفتاری و پذیرش و تعهد موجب بهبود چشمگیر آزمودنی ها شده است. ACT نسبت به CBT موجب کاهش سریع علائم اضطرابی شد. دریافت کنندگان درمان ACT تغییرات رفتاری پایاتری از خود نشان دادند و سطح نگرانی آن‌ها کاهش بیشتری یافته بود.

باتوجه به این که اختلال اضطراب فراگیر اختلالی است که هزینه زیادی بر فرد و جامعه تحمیل می کند، شیوع بالایی دارد، با اختلالات روانی دیگرهمبودی دارد، درمقابل درمان مقاوم است و یک اختلال مزمن و ناتوان کننده است، ضرورت دارد انواع روش‌های درمانی مورد بررسی قرار گیرد تا درمان‌هایی که اثربخشی بالاتری دارند به درمانگران بالینی ارایه شوند تا ما شاهد جامعه ای سالم، پویا و با نشاط باشیم. از سوی دیگر، با توجه به بررسی های صورت گرفته، پژوهش منتشر شده ای در داخل کشور مشاهده نگردید که این دو مداخله را خصوصا بر روی دانشجویان دارای اختلال اضطراب فراگیر اجرا و نتایج آن را مورد مقایسه قرار داده باشد. ضمن این که مداخله پذیرش و تعهد مداخله جدیدتری است که نیاز به بررسی بیشتری دارد.

هدف پژوهش حاضر این بود که به بررسی و مقایسه این دو نوع مداخله پردازد:

- ۱- مداخله شناختی رفتاری در کاهش علائم اختلال اضطراب فراگیر موثر است.
- ۲- مداخله پذیرش و تعهد در کاهش علائم اختلال اضطراب فراگیر موثر است.
- ۳- مقایسه اثربخشی مداخله شناختی رفتاری با مداخله پذیرش و تعهد در کاهش علائم اختلال اضطراب فراگیر

دارد. برای مثال افرادی که قادر به تحمل بلا تکلیفی نیستند، بر این باورند که بلا تکلیفی فشارزا و نگران کننده می باشد، بلا تکلیفی در مورد وقایع آینده ناخوشایند است، وقایع غیرقابل پیش بینی ناگوار می باشند و باید از آن ها اجتناب کرد (۸).

با نگاه به پژوهش های انجام شده در سه دهه گذشته در کاربرد مداخله ی شناختی- رفتاری در درمان این اختلال به نتایج امیدوار کننده‌ای دست می یابیم مبنی بر این که این مداخله: (۱) نه تنها به نگرانی مرضی پرداخته، بلکه به مکانیسم- های شناختی زیربنایی برای حفظ و تداوم نگرانی افراطی نیز پرداخته است، (۲) یک بررسی اجمالی نشان می دهد که بیش از سه هزار مقاله و فصل کتاب در سال ۲۰۰۸ در زمینه درمان شناختی- رفتاری اختلالات روانی به چاپ رسیده و این افزایش روز افزون به سرعت ادامه یافته است (۹) و (۳) رایج ترین درمان اختلال اضطراب فراگیر درمان شناختی- رفتاری است و بیشترین مطالعات در این زمینه انجام شده است (۱۰).

با وجود همه این تاییدهای پژوهشی به نظر می رسد این مداخله برای تمام مبتلایان به اختلال اضطراب فراگیر موثر نیست. برای مثال ایفرت و فورسیت (۱۱) عقیده دارند که بسیاری از مبتلایان به این اختلال پاسخ مناسبی به این درمان نمی دهند.

درمان پذیرش و تعهد هدف اصلی اش تقویت انعطاف پذیری روان شناختی است. مراد از انعطاف پذیری روان شناختی توانایی تماس با لحظه لحظه های زندگی، تغییر یا تثبیت رفتار است، رفتاری که به اقتضای موقعیت، همسو با ارزش های فرد می باشد (۱۲).

ACT به ما کمک می کند زندگی غنی، کامل و پرباری داشته باشیم. ACT: (۱) مهارت های روان شناختی به ما یاد می دهد که بتوانیم افکار و احساسات درد آور را به طور موثر تحمل کنیم، به طوری که تاثیر و نفوذ کمتری داشته باشند، (۲) به ما کمک می کند تا بفهمیم واقعا چه چیزی برایمان مهم و معنادار است و از این اطلاعات در جهت

مواد و روش‌ها

در این پژوهش از بین مراجعان به دفتر مشاوره دانشگاه آزاد اسلامی واحد تویسرکان دانشجویانی که در مصاحبه تشخیصی توسط روانشناس معیارهای اختلال اضطراب فراگیر را بر اساس DSM5 برآورده کردند و در معاینه بالینی توسط روانپزشک تشخیص اضطراب فراگیر را دریافت کردند و در آزمون اضطراب بک اضطراب متوسط و بالاتر را کسب نمودند، یکی از دو نوع مداخله شناختی-رفتاری یا پذیرش و تعهد را به طور تصادفی دریافت کردند. منظور از اضطراب متوسط نقاط برش پیشنهاد شده توسط آرون بک می‌باشد. آزمون اضطراب بک یک پرسشنامه ۲۱ سوالی و نوعی خودگزارشی است که برای اندازه‌گیری شدت اضطراب در نوجوانان و بزرگسالان به کار می‌رود. هر سوال که یکی از علائم اضطراب را می‌سنجد حاوی چهار گویه است که از صفر تا ۳ نمره‌گذاری می‌شود. نمره هر آزمودنی از طریق جمع کردن نمرات گویه‌هایی که فرد انتخاب کرده محاسبه می‌شود. روش انتخاب آزمودنی‌ها روش در دسترس بود. تعداد آزمودنی‌های هر گروه ۲۰ نفر بود که پروتکل‌های مربوطه را هر گروه دریافت داشتند. کایوانی و موسوی (۱۴) در بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی این آزمون در جمعیت ایرانی، ضریب روایی در حدود ۷۲/۰ و ضریب اعتبار آزمون-آزمون مجدد به فاصله یک‌ماه را ۸۳/۰ و آلفای کرونباخ ۰/۹۲ را گزارش کرده‌اند. پژوهش حاضر از نوع نیمه آزمایشی با پیش‌آزمون و پس‌آزمون است و برای تحلیل داده‌ها از آزمون تی استفاده گردید.

شرایط شرکت در برنامه درمانی به قرار زیر بود:

۱) عدم مصرف دارو و یا درمان‌های روان‌شناختی دیگر، ۲) نداشتن اختلال روان‌شناختی دیگر، ۳) عدم سوءمصرف دارو، ۴) موافقت با شرکت در مداخله و ۵) محرمانه بودن اطلاعات پژوهشی

شرایط خروج از برنامه درمانی

۱- غیبت در جلسات درمانی ۲- ابتلا به بیماری طبی و

نیاز به دارودرمانی

در این پژوهش، نوع مداخله دریافتی به عنوان متغیر مستقل و کاهش علائم اضطراب به عنوان متغیر وابسته در نظر گرفته شده بود، به این شکل که قبل و بعد از اجرا متغیر مستقل آزمون اضطراب بک به اجرا درآمد تا میزان اضطراب آزمودنی‌ها قبل و بعد از اجرای مداخله‌ها مشخص شود. اجرای مداخله‌ها توسط نویسنده مسئول مقاله که دوره‌های لازم را دیده است انجام شده است (جدول ۱ و ۲).

تحلیل آماری

تحلیل داده‌های حاصل از آزمایش‌های رفتاری توسط نرم افزار SPSS و با استفاده از روش آماری تی و تحلیل واریانس انجام شد. برای بررسی اثر بخشی مداخله پژوهش و تعهد و مداخله شناختی رفتاری از آزمون تی استفاده شد و برای مقایسه اثربخشی این دو مداخله با یکدیگر از آزمون تحلیل کواریانس استفاده شد. سطح معنی داری در حد $p < 0/0001$ است.

جدول ۱. پروتکل مداخله شناختی رفتاری اختلال اضطراب فراگیر بر اساس مدل داگاس

جلسه	اهداف	محتوا
اول	برقراری رابطه درمانی آموزش اصول درمان شناختی-رفتاری و آشنایی با ماهیت اضطراب	آشنایی اعضاء گروه با یکدیگر و برقراری رابطه درمانی آموزش اصول درمان شناختی-رفتاری آشنایی با ماهیت اختلال اضطراب فراگیر توضیح اهمیت نقش تکالیف خانگی
دوم	آگاهی‌افزایی درباره نگرانی و انواع آن	مرور مباحث جلسه قبل توضیح نگرانی و انواع آن: نگرانی درباره مشکلات فعلی و مشکلات خیالی آینده بررسی نگرانی‌های اعضای گروه مورد مداخله تکالیف: یادداشت تاریخ، زمان، محتوا، نوع نگرانی و تعیین سطح اضطراب زایی آن

سوم	تشخیص موقعیت‌های مهم	بررسی تکلیف جلسه قبل مرور مباحث جلسه قبل کمک به مراجعان برای درک رابطه بین عدم تحمل بالاتکلیفی و نگرانی کمک به تشخیص موقعیت‌های غیر قابل اجتناب در بالاتکلیفی تعیین تکلیف: یافتن پنج راهبرد گرایشی و اجتنابی آشکار کننده عدم تحمل بالاتکلیفی
چهارم	مواجهه رفتاری با بالاتکلیفی	بررسی تکلیف جلسه قبل مرور مباحث جلسه قبل آشکار کننده‌های عدم تحمل بالاتکلیفی جستجو و تجربه کردن موقعیت‌های بالاتکلیفی تکلیف: تشخیص موقعیت‌های بالاتکلیفی و مواجهه با آن‌ها با وجود اینکه ممکن است مشکلاتی بوجود آید
پنجم	ارزیابی مجدد مفید بودن نگرانی	بررسی تکلیف جلسه قبل مرور مباحث جلسه قبل بازسازی شناختی در خصوص مفید بودن نگرانی شناسایی باورهای مثبت درباره مفید بودن نگرانی تعیین تکلیف: شناسایی باورهای مثبت خود درباره نگرانی
ششم	بررسی راهبردهایی برای ارزیابی مجدد باورهای مثبت درباره نگرانی	بررسی تکلیف جلسه قبل مرور مباحث جلسه قبل آموزش تکنیک‌هایی برای کاهش تردید و افزایش انگیزه برای تغییر چالش با باورهای متفاوت درباره نگرانی آیا زندگی بدون نگرانی ممکن است؟ تکلیف: چالش با این باور که نگران بودن مفید است.
هفتم	دنباله آموزش حل مسئله	بررسی تکلیف جلسه قبل مرور مباحث جلسه قبل اصلاح نگرش نسبت به مشکل ارائه راهبردهایی برای بهبود نگرش نسبت به مشکل مشکلات بخشی از زندگی هستند. تعیین تکلیف: تهیه لیستی از مشکلات زندگی و چگونگی حل آن‌ها
هشتم	دنباله آموزش حل مسئله	بررسی تکلیف جلسه قبل مرور مباحث جلسه قبل مشکلات فرصتی برای رشد هستند روش‌های به کارگیری مهارت حل مسئله تعریف مشکل و فرمول بندی اهداف تکلیف: ارزیابی راه حل‌های خود از جهت میزان سود و زیان آن
نهم	مواجهه تجسمی	بررسی تکلیف جلسه قبل مرور مباحث جلسه قبل معرفی اجتناب شناختی رویارویی تجسمی با اضطراب تکلیف: تمرین‌های رویارویی تجسمی با اضطراب
دهم	پیشگیری از عود	بررسی تکلیف جلسه قبل مرور مباحث جلسه قبل بررسی عوامل تداوم بخش و حفظ دستاوردهای درمان شناسایی موقعیت‌های پر خطر جمع بندی و پایان درمان

جدول ۲. پروتکل مداخله درمانی پذیرش و تعهد (۱۵)

جلسه	اهداف	محتوا
اول	برقراری رابطه درمانی معرفی درمان مبتنی بر پذیرش تعهد آشنایی با ماهیت اختلال اضطراب فراگیر	آشنایی اعضا گروه با یکدیگر و برقراری رابطه درمانی معرفی ویژگی‌های مداخله درمانی پذیرش و تعهد معرفی ویژگی‌ها و علائم اختلال اضطراب فراگیر تکلیف: بررسی آثار منفی اضطراب در زندگی و تلاش‌های شما برای کنترل آن
دوم	معرفی ناامیدی خلاق	بررسی تکلیف جلسه قبل بررسی مباحث جلسه قبل ارزیابی کارکرد مراجعان معرفی ناامیدی خلاق تکلیف: بررسی عادات قبلی در مواجهه با اضطراب و میزان ناکارآمدی آن‌ها
سوم	کنترل مسئله است نه راه حل	بررسی تکلیف جلسه قبل بررسی مباحث جلسه قبل ارزیابی کارکرد مراجعان بررسی واکنش‌های مراجعان به جلسه قبل معرفی کنترل به عنوان مسئله تکلیف: آیا کنترل اضطراب امکان‌پذیر است و ذکر مثال‌ها
چهارم	اشتیاق و پذیرش تعهد رفتاری	بررسی تکلیف جلسه قبل بررسی مباحث جلسه قبل ارزیابی کارکرد مراجعان معرفی و توضیح اشتیاق و پذیرش توضیح تعهد رفتاری تکلیف: بررسی احساسات، افکار و حالات جسمانی مراجعان زمان بروز اضطراب و روش‌های کنترلی آن‌ها
پنجم	معرفی گسلش شناختی معرفی خود به عنوان بافتار	بررسی تکلیف جلسه قبل بررسی مباحث جلسه قبل ارزیابی کارکرد مراجعان معرفی خود به عنوان بافتار + معرفی مفهوم گسلش تکلیف: توصیف احساسات و افکار خود در موقعیت‌های اضطراب برانگیز
ششم	ادامه معرفی مفاهیم گسلش شناختی و خود به عنوان بافتار	بررسی تکلیف جلسه قبل بررسی مباحث جلسه قبل ارزیابی کارکرد مراجعان ادامه توضیح مفهوم گسلش شناختی و استعاره‌های مربوطه ادامه توضیح خود به عنوان بافتار تکلیف: تمرین گسلش شناختی
هفتم	معرفی مفاهیم ارزش‌ها و تعهد رفتاری	بررسی تکلیف جلسه قبل بررسی مباحث جلسه قبل ارزیابی کارکرد مراجعان معرفی ارزش‌ها و انواع آن معرفی تعهد رفتاری و رابطه ارزش‌ها با تعهد رفتاری تکلیف: بررسی ارزش‌های خود و درجه بندی آن‌ها
هشتم	ادامه معرفی ارزش‌ها و تعهد رفتاری	بررسی تکلیف جلسه قبل بررسی مباحث جلسه قبل ارزیابی کارکرد مراجعان ادامه معرفی ارزش‌ها و تعهد رفتاری جمع بندی و خاتمه مداخله

یافته‌ها

ابتدا به بررسی ویژگی‌های جمعیت شناختی آزمودنی‌ها می‌پردازیم و در ادامه فرضیه‌های پژوهش را بررسی می‌کنیم (جدول ۳). همان‌گونه که از داده‌های جدول ۳ آشکار است، ۶۰ درصد آزمودنی‌ها در محدوده سنی ۱۸ تا ۲۲ قرار دارند و فقط ۱۰ درصد آن‌ها ۳۳ تا ۳۷ ساله هستند. جدول ۴ نشان می‌دهد که ۸۰ درصد دریافت‌کنندگان مداخله cbt و ۷۰ درصد دریافت‌کنندگان مداخله act دختر هستند. به منظور بررسی اثربخشی مداخله‌ها از آزمون تی استفاده شد که نتایج آزمون در جداول ۵ تا ۸ ارائه شده است.

جدول ۳. توزیع سنی آزمودنی‌ها

مداخله ACT		مداخله CBT		نوع مداخله
درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	گروه سنی
۶۰	۱۲	۶۵	۱۳	۱۸-۲۲
۱۵	۳	۲۰	۴	۲۳-۲۷
۱۵	۳	۱۰	۲	۲۸-۳۲
۱۰	۲	۵	۱	۳۳-۳۷

جدول ۴. توزیع جنسیتی آزمودنی‌ها

مداخله ACT		مداخله CBT		نوع مداخله
دختر	پسر	دختر	پسر	جنسیت
۱۴	۶	۱۶	۴	فراوانی
۷۰ درصد	۳۰ درصد	۸۰ درصد	۲۰ درصد	درصد

جدول ۵. شاخص‌های آمار توصیفی متغیرها

آزمون	تعداد	کمینه	بیشینه	میانگین	انحراف معیار	چولگی	کشیدگی
پیش آزمون cbt	۲۰	۱۹	۴۵	۲۹/۰۵	۷/۰۸۹	۰/۵۰۶	۰/۹۹
پس آزمون cbt	۲۰	۱۱	۲۵	۱۷/۸۰	۳/۵۱	۰/۱۰۴	۰/۹۹
پیش آزمون Act	۲۰	۱۹	۴۱	۲۸/۱۵	۶/۲۰	۰/۵۴۱	۰/۲۰۳
پس آزمون Act	۲۰	۱۱	۲۷	۱۵/۸۵	۳/۹۹	۱/۲۹	۱/۸۵

طبق جدول ۵، پایین‌ترین و بالاترین نمره اضطراب قبل از اجرای مداخله شناختی-رفتاری ۱۹ و ۴۵ بوده که بعد از اجرای مداخله به ۱۱ و ۲۵ تغییر یافته که نشانه اثربخشی این مداخله می‌باشد. با اجرای مداخله پذیرش و تعهد، کم‌ترین و بیش‌ترین میزان اضطراب از ۱۹ و ۴۱ به ۱۱ و ۲۷ کاهش یافته که نشان دهنده اثربخشی این مداخله است. ستون بعد میانگین این دو مداخله را قبل و بعد از اجرای مداخله‌ها نشان می‌دهد

که متوسط سطح اضطراب بعد از اجرای مداخله‌ها کاهش قابل توجهی در دو گروه یافته است. دو ستون آخر میزان تقارن و قله‌ای بودن داده‌ها، در صورت پیاده کردن داده‌ها بر روی منحنی نرمال، را نشان می‌دهد. فرضیه اول: مداخله شناختی-رفتاری در کاهش علائم اختلال اضطراب فراگیر موثر است.

جدول ۶. آزمون تی همبسته برای آزمون فرضیه اول

متغیر	تفاضل میانگین‌ها	t	df	p	همبستگی
درمان شناختی رفتاری یا CBT	۱۱/۲۵	۱۰/۶۰	۱۹	۰/۰۰۰	۰/۸۰

با توجه به جدول ۶ مقدار تی محاسبه شده برابر است با ۱۰/۶۰ و $p < ۰/۰۰۱$. بنابراین فرضیه پژوهش تایید می‌شود. همان‌گونه که از میانگین‌های پیش آزمون و پس آزمون هم دیده می‌شود درمان شناختی-رفتاری توانسته ۱۱/۲۵ میانگین اضطراب فراگیر را در افراد کاهش دهد. به

عبارت دیگر، بعد از اجرای مداخله شناختی-رفتاری متوسط اضطراب در حد ۱۱/۲۵ کاهش یافته که حاکی از اثربخشی این مداخله هست.

فرضیه دوم: مداخله مبتنی بر پذیرش و تعهد در کاهش علائم اختلال اضطراب فراگیر موثر است.

جدول ۷. آزمون تی همبسته برای آزمون فرضیه دوم

متغیر	تفاضل میانگین‌ها	t	df	p	همبستگی
درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد یا ACT	۱۲/۳۰	۱۶/۰۱	۱۹	۰/۰۰۰	۰/۸۶۰

همان‌گونه که در جدول ۷ دیده می‌شود $t=16/01$ و $p < 0/001$ معنی دار است. بنابراین فرضیه دوم تحقیق تایید می‌شود، به این معنی که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد توانسته به مقدار ۱۲/۳۰ به صورت میانگین از میزان اضطراب فراگیر افراد را کاهش دهد. به عبارت دیگر، اجرای مداخله پذیرش و تعهد توانسته است به طور متوسط به

مقدار ۱۲/۳۰ میزان اضطراب را در دریافت‌کنندگان این مداخله کاهش دهد و این مداخله، مداخله اثربخشی است. فرضیه سوم: مداخله پذیرش و تعهد اثربخشی بیشتری در کاهش علائم اختلال اضطراب فراگیر نسبت به مداخله شناختی رفتاری دارد.

جدول ۸. تحلیل کوواریانس برای آزمون فرضیه سوم

منابع	مجموع مجزورات	df	میانگین مجزورات	F	p	مجزور اتا
مدل اصلاح شده	۴۰۴/۲۳۴	۲	۲۰۲/۱۱۷	۴۲/۵۹۵	۰	۰/۷۰۲
عرض	۲۳/۹۲۲	۱	۲۳/۹۲۲	۵/۱۶۰	۰/۰۲۹	۰/۱۲۲
پیش آزمون	۳۶۶/۲۰۹	۱	۳۶۶/۲۰۹	۷۸/۹۸۹	۰	۰/۶۸۱
گروه	۲۳/۳۱۲	۱	۲۳/۳۱۲	۵/۲۰۸	۰/۰۳۱	۰/۰۲۱
خطا	۱۷۱/۵۴۱	۳۷	۴/۶۳۶			
کل	۱۱۸۹۹	۴۰				
کل اصلاح شده	۵۵۷/۷۷۵	۳۹				

همان‌گونه که از جدول فوق مشاهده می‌شود F سطح ۰/۰۳۱ معنی دار است و فرضیه ما تایید می‌شود. یعنی میزان اثربخشی مداخله پذیرش و تعهد بیشتر از مداخله شناختی رفتاری است و این تفاوت از نظر آماری معنی‌دار است و این مداخله بیشتر توانسته است علائم اختلال اضطراب فراگیر را در آزمودنی‌ها کاهش دهد.

بحث

هدف پژوهش حاضر بررسی و مقایسه اثربخشی دو نوع مداخله شناختی- رفتاری و مداخله پذیرش و تعهد در کاهش سطح اضطراب و نگرانی افراد مبتلا به اضطراب فراگیر بود. نتایج پژوهش نشان داد که هر دو نوع مداخله به طور معنی‌داری باعث کاهش اضطراب و نگرانی افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر می‌شود و از بین این دو نوع مداخله، مداخله پذیرش و تعهد اثربخشی بیشتری داشته است. یافته‌های

این پژوهش با یافته‌های پژوهش‌های انجام شده همسو می‌باشد. سوین و همکاران (۱۶) که به بررسی تأثیر و اثربخشی مداخله پذیرش و تعهد بر اضطراب پرداختند، ۳۸ پژوهش انجام شده را بررسی و اعلام نمودند که مداخله پذیرش و تعهد موجب کاهش سطح اضطراب افراد و بهبود عملکرد افراد شده است. در پژوهش غنی زاده (۱۷) بر روی نمونه‌ای ۳۰ نفره که مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر بودند و داده‌ها به وسیله آزمون کوواریانس تحلیل شدند مشخص شد که اجرای مداخله پذیرش و تعهد موجب کاهش سطح اضطراب و افکار ناکارآمد در آزمودنی‌ها شده است. نتایج پژوهش حاضر در مورد اثر بخشی مداخله شناختی- رفتاری با پژوهش‌های خارج از کشور برای مثال کیشیتا و لیدلو (۱۸)، هال و همکاران (۴) و دانوان (۱۹) هماهنگ است. هم‌چنین این یافته‌های پژوهش ما که مداخله پذیرش و تعهد اثربخشی بیشتری از مداخله شناختی- رفتاری دارد با پژوهش‌های آوادگیک و

رفتاری برای تسهیل درمان بر استراتژی‌های تغییر شناخت و عاطفه تاکید دارد. می‌دانیم که شناخت افکار و هیجانات منفی و تغییر یا مدیریت آن‌ها خصوصاً وقتی بدانیم که آن‌ها تحت اراده و آگاهی‌ها نیستند کاری بسیار سخت است.

۲- در ادبیات عرفانی ما تجربه کردن درد روان شناختی همواره فضیلت دانسته شده است و پذیرش و ناامیدی از عوامل سازنده اصلی رشد روحی شناخته شده و زندگی ارزش مدار یا عاشقانه هدف بیشتر مکاتب عرفانی است
۳- توجه آگاهی که مفهوم محوری مداخله پذیرش و تعهد است ریشه در بودائیسیم، اسلام و مسیحیت دارد. به همین خاطر به نظر می‌رسد این مداخله با فرهنگ ما هم‌خوانی بیشتری دارد و می‌تواند موثرتر از روش‌های درمانی دیگر باشد.

تشکر و قدردانی

این مقاله برگرفته از رساله دکتری تخصصی روان‌شناسی عمومی دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات تهران است.

بدین وسیله نویسندگان از ریاست، معاونین و دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد تویسرکان که در اجرای این مداخله‌های درمانی همکاری نموده‌اند کمال تشکر و قدردانی را دارند.

منابع

1. Kessler, R.C., Berglund, P., Demler, o., Jin, R., merikangas, K.R., Waters, E.E. Lifetime prevalence of age-of- anest distributions of DSMIV disorders in the national comorbidity survey Replication. Archives of General Psychiatry, 2005; 62: 593-602.
2. Whiteside, S & Brown, A. Exploring the utility of the spence children anxiety scales Parent and child report forms in a North American sample original Research Article. Journal of anxiety disorders, 2008; 22 (8): 1440-1446.

همکاران (۹)، رویز (۲۰) و دیویس و همکاران (۷) دارد. پژوهش آرچ و همکاران (۲۱) نشان داد که مداخله پذیرش و تعهد نسبت به مداخله شناختی-رفتاری موجب کاهش سریع تر علائم اضطرابی افراد می‌شود، تغییرات رفتاری پایاتری را به وجود می‌آورد و در افرادی که اجتناب رفتاری بالایی دارند Act بر CBT برتری دارد.

اثربخشی مداخله شناختی-رفتاری به این دلیل است که به شناخت‌های معیوب و سیستم پردازش اطلاعات که عامل اصلی آسیب روانی است توجه دارد و به مبتلایان کمک می‌کند تا سطح تحمل بلا تکلیفی را در خود افزایش دهند، به جای گریز از نگرانی با آن روبه‌رو شوند و به جای نگران شدن هنگام مواجهه با مشکلات آن‌ها را حل کنند (۶).

اثربخشی درمان پذیرش و تعهد به استراتژی‌های درمانی این روش مثل پذیرش و زیستن در زمان حال برمی‌گردد که همگی آن‌ها انعطاف‌پذیری روان شناختی را افزایش می‌دهند تا فرد بتواند به فعالیت‌های ارزشمند پردازد (۱۶).

محدودیت‌های پژوهش

- ۱- چون این پژوهش بر روی دانشجویان دانشگاه به اجرا درآمده لازم است که در تحقیقات آینده این پروتکل‌های درمانی بر روی دیگر افراد نیز اجرا شود. به نظر می‌رسد این پروتکل‌ها برای افراد دیپلم و بالاتر کارایی دارند.
- ۲- با توجه به این که اکثریت مراجعان و شرکت‌کنندگان در مداخله‌ها خانم‌ها بودند و از طرفی چون مراجعه به مراکز مشاوره اختیاری است نمونه انتخابی نمی‌تواند نماینده کل دانشگاه باشد تا بتوان نتایج را به راحتی تعمیم داد.

نتیجه‌گیری

تبیین برتری مداخله پذیرش و تعهد بر مداخله شناختی رفتاری مربوط به نکات زیر است:
۱- مداخله پذیرش و تعهد استراتژی‌های پذیرش روانی را تسهیل می‌کند، در حالی که مداخله شناختی-

3. Hazlet - Stevens, H. Psychological approaches to GAD: A Clinicians guide to Assessment and treatment newyork: Springer. 2010.
4. Hall. Jo, Kellett, S., Berrios, R., Bains, M., Scott, S. Effecacy of cognitive Behavioral therapy for GAD in the Adult: systematic Review, meta-analysis and meta Regression Geriatric psychiatry.2016; 25: 1-25.
5. Korener, N., Dugas, M.J.,Savard, p., Gauded. A., Turcotte, J., Marchand, A. The Economic Burden of anxiety disorders in Canada. Canadian psychologys. 2004; 45(3): 191-202.
6. Dugas, M & Robichaud, M. Cognitive-behavioral treatment for generalized anxiety disorde from sience to practice , Holt , Rinehart and Winston , INC. 2007.
7. Davis, C.D., Niles, A.N., Pittiy, A., Arch, J.J., Cracke, M.G. Physiological and Behaivoral therapy and acceptance commitment therapy for anxiety. Behavioral therapy and experimental psychiatry. 2015; 46: 35-43.
8. Simos, G & Hofman , S. CBT for anxiety disorders : a practitioner book , John wiley & Sons. 2013.
9. Avadagic, E., Morissey, s & Boschen, M. A Randomized controlled trail of acceptance commitment therapy and cognitive therapy for GAD. Be havior change. 2014; 31(2): 110-130.
10. Forman, E.M, Shaw, J.A., Goetter, E.M., Herbart, J.D.,Park, J.A , Yuen, E.K. Long- term follow up of a Randomized controlled trail comparing acceptance commitment therapy for anxiety and depression. Behavior therapy. 2012; 43: 801-811.
11. Eifert, H.G & Forsyth, P.J. Acceptance and Commitment Therapy for Anxiety Disorder. Okland, harbinger. 2007.
12. Harris, R. ACT made simple: an easy to read primer on acceptance and commitment therapy , Holt, Rinehart and Winston , INC. 2009.
13. Waltz, T & Hays, S. Acceptance and commitment therapy , wiley publisher. 2010.
14. kaviani, H & mosavi , A. Psychometric Properties of Beck Anxiety Inventory in Iranian Age and Sex, Journal of Tehran University of Medical Sciences. 2008; 66(2): 136-140.
15. Tamanai Far, Shima. The Effectiveness of Admission and Commitment Intervention on Depression Disorder, Ph.D., Clinical Psychology, Tehran Psychiatric Institute. 2013.
16. Swain. J., Hancock, K., Hainsworth, G., Bowman, J. Acceptance and Commitment therapy in the treatment of anxiety systematic Review clinical psychology Review. 2013; 33: 965-978.
17. Ganizadeh, Kobraei. The Effectiveness of Acceptance and Commitment-Based Therapy on Reducing Invalid Thoughts in Patients with Generalized Anxiety Disorder (2015), Master's degree in Psychology, Islamic Azad University of Urmia. 2015.
18. Kishita, N laidlaw, K. Cognitive –Behavior therapy for GAD: Is CBt equally efficacious in Adults of warking age and older adults? Clinical psychology Review. 2017; 52: 124-136.
19. Donovan, G. Cognitive Behavioral Therapy for Adult Anxiety Disorders, Journal of Clinical Psychiatry 2012; 69(4): 621-632.
20. Roize, S. Cognitive Behavioral Therapy for General Anxiety Disorder, Journal of Clinical Psychology Review. 2014; 33 (2): 695-702.
21. Arch, J., Woltizky-Taylor, K., Eifert, G., Kraske, M. Longitudinal Treatment Medaiation of Traditinal Cognitive - Behavioral Therapy and Acceptance Commitment Research and Therapy. 2011; 50: 467-478.