

بررسی کارآیی درمان‌های مبتنی بر پذیرش و تعهد انطباق یافته زوجی، زوج درمانی رفتاری یکپارچه نگر بر کاهش علائم نگرانی و ناسازگاری زناشویی، زن‌های دارای آشفتگی زناشویی و اختلال اضطراب فراگیر

مهدی ایمانی^۱

دانشجوی دکتری مشاوره، دانشگاه شهید چمران

غلام رضا رجبی

دانشیار گروه مشاوره، دانشگاه شهید چمران

رضا خجسته مهر

دانشیار گروه مشاوره، دانشگاه شهید چمران

منصور بیرامی

دانشیار گروه روانشناسی، دانشگاه تبریز

کیومرث بشلیده

دانشیار گروه روانشناسی، دانشگاه شهید چمران

دریافت مقاله: ۹۱/۳/۱ پذیرش مقاله: ۹۱/۹/۱۱

چکیده

هدف: هدف پژوهش حاضر بررسی کارآیی درمان‌های مبتنی بر پذیرش و تعهد انطباق یافته زوجی، زوج درمانی رفتاری یکپارچه‌نگر بر کاهش علائم نگرانی و ناسازگاری زناشویی، زن‌های دارای آشفتگی زناشویی و اختلال اضطراب فراگیر بود. بدین منظور شش نفر از زنان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر و همسران شان که آشفتگی زناشویی نیز داشتند با روش نمونه گیری هدفمند انتخاب شدند.

روش: در این پژوهش از طرح تجربی تک موردی از نوع خط پایه چندگانه ناهمزمان استفاده شد. کارآیی پروتکل درمان‌های مبتنی بر پذیرش و تعهد انطباق یافته زوجی، زوج درمانی رفتاری یکپارچه نگر در طی سه مرحله مداخله (خط پایه، درمان ۱۶ جلسه ای و پی گیری ۳ ماهه) با استفاده از پرسشنامه نگرانی ایالت پنسیلوانیا (*PSWQ*)، نسخه چهارم پرسشنامه اختلال اضطراب فراگیر (*GADQ-IV*)، مقیاس سازگاری دونفره (*DAS*) و پرسشنامه پذیرش و عمل (*AAQ*) مورد بررسی قرار گرفت. داده‌ها به روش ترسیم دیداری، شاخص تغییر پایا (*RCI*) و فرمول درصد بهبودی تحلیل شدند.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که هر دو درمان بر آماج‌های درمان تاثیر مثبتی گذاشته بودند. هم چنین درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد انطباق یافته زوجی کارآیی بیشتری نسبت به زوج درمانی رفتاری یکپارچه نگر نشان داد.

نتیجه‌گیری: نتایج نشان داد که هر دو درمان بر آماج‌های درمان تاثیر مثبتی گذاشته بودند. هم چنین درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد انطباق یافته زوجی کارآیی بیشتری نسبت به زوج درمانی رفتاری یکپارچه نگر نشان داد.

کلیدواژه‌ها: اختلال اضطراب فراگیر، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد انطباق یافته زوجی، زوج درمانی رفتاری یکپارچه نگر، زوجین

مقدمه

اختلال اضطراب فراگیر^۱، اختلال اضطرابی است که به صورت نگرانی مزمن، فراگیر و غیرقابل کنترل توصیف شده است (انجمن روانپزشکی آمریکا^۲، ۲۰۰۰، ترجمه‌ی نیکخو و آوادیسایانس، ۱۳۸۶). بر خلاف تصور رایج که حاکی از متوسط بودن سطح آسیب در عملکرد این اختلال است، این اختلال با آسیب معنی دار در عملکرد روانی - اجتماعی در ارتباط است (ویتچن، ژائو، کسلر و ایتون^۳، ۱۹۹۴) و به ندرت به خودی خود بهبود یافته (یونکر، ورشو، ماسیون و کلر^۴، ۱۹۹۶) و بیشتر از دیگر اختلال‌های اضطرابی، به صورت مزمن باقی می‌ماند (وودمن، نویز، بلاک، اسکلوئر و یاگیا^۵، ۱۹۹۹).

شواهد نشان داده اند که افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر در زمینه‌های بین فردی با اختلال در کارکرد مواجه هستند. انگ و هیمبرگ^۶ (۲۰۰۶) معتقدند که بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر مشکلات بین فردی زیادی تجربه می‌کنند. هم چنین بیماران مبتلا به این اختلال، سبک دلبستگی ناایمن دارند (کسیدی^۷، ۱۹۹۵). تحلیل محتوای نگرانی‌های افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر نشان داده اند که آن‌ها از مشکلات روابط بین فردی بیشتر می‌ترسند (بری تولتز، جانسون و اوست^۸، ۱۹۹۹). هم چنین مجموعه گسترده و فزاینده‌ای از ادبیات پژوهشی در مورد ارتباط بین رضایت زناشویی با شروع،

¹. generalized anxiety disorder

². American Psychiatry Association

³. Wittchen, Zhao, Kessler, & Eaton

⁴. Yonkers, Warshaw, Massion, & Keller

⁵. Woodman, Noyes, Black, Schlosser, & Yagia

⁶. Eng, & Heimberg

⁷. Cassidy

⁸. Breitholtz, Johansson, & Ost

سیر و درمان اختلالات روانشناختی بزرگسالان وجود دارد (ویسمن^۱، ۱۹۹۹). پژوهش سناراتنه، فن آمرینگن، مانچینی و پترسون^۲ (۲۰۱۰) نشان داد که اضطراب نه تنها بر روی خود فرد، که بر اعضای خانواده نیز هزینه‌هایی را تحمیل می‌کند. این تاثیر شامل حیطه‌هایی مثل تاثیر منفی بر سلامت جسمانی، بهزیستی روان‌شناختی و کارکرد خانواده بود. نتایج این مطالعه حاکی از این بوده است که هر چقدر شدت بیماری افزایش پیدا کند، میزان آشفتگی خانواده هم به همان میزان افزایش می‌یابد. زیدر، همبرگ و ایدا^۳ (۲۰۱۰) نیز به این نتیجه دست یافتند که بین اضطراب روزانه زن و درک از کیفیت روابط در هر دو زوج رابطه معنادار وجود دارد. هم چنین بین اضطراب زنان با آشفتگی مردان رابطه وجود داشت. به طور کلی یک چرخه معیوب بین اختلال اضطراب فراگیر و کارکرد خانواده وجود دارد، به این صورت که بدکارکردی خانوادگی می‌تواند بر اضطراب تاثیر بگذارد و از سوی دیگر اختلال اضطراب فراگیر می‌تواند روابط بین فردی را در خانواده مختل کند (بن ناون^۴، ۱۹۹۸).

اختلال اضطراب فراگیر، یک مشکل عمومی در جامعه است که اغلب مزمن می‌باشد (ویتچن و هویر^۵، ۲۰۰۱). این اختلال هزینه‌های گزافی بر جامعه و خانواده تحمیل می‌کند (داگلاس و روبی چاد^۶، ۲۰۰۷). در بین اختلال‌های اضطرابی، افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر، بیشترین استفاده را از خدمات حرفه‌ای حوزه سلامت می‌برند. عدم درمان مناسب افراد مبتلا به این اختلال، هزینه‌هایی زیادی بر سیستم بهداشتی و مراقبتی جامعه وارد می‌کند، علاوه بر این، بارلو^۷ (۲۰۰۲) معتقد است با توجه به این که نگرانی بعنوان ویژگی بارز اختلال اضطراب فراگیر را می‌توان در اکثر اختلال‌های اضطرابی مشاهده کرد و از همین رو این اختلال را به عنوان اختلال اضطرابی "پایه"^۸ دانسته و تاکید بر این دارد که فهم و کشف سبب شناسی و درمان این اختلال می‌توان گامی بزرگ در حیطه اختلال‌های اضطرابی باشد.

پژوهش‌های همه‌گیرشناسی در ایران به این نتیجه رسیده است که اختلال اضطراب فراگیر شایع‌ترین اختلال اضطرابی است (نوربالا، باقری یزدی و یاسمی، ۱۳۸۰؛ احسان‌منش، ۱۳۸۰). در برخی از پژوهش‌ها (نوربالا و همکاران، ۱۳۸۰)، اختلال اضطراب فراگیر نه تنها شایع‌ترین اختلال اضطرابی، بلکه در بین سایر اختلالات نیز شایع‌ترین بوده است، با وجود این که پژوهش‌های مختلفی شیوع بالای اختلال

1. Whisman

2. Senaratne, Van Ameringen, Mancini & Patterson

3. Zaidera, Heimberga, & Iida

4. Ben.noun

5. Hoyer

6. Dauglas, & Robichaud

7. Barlow

8. basic

اضطراب فراگیر در ایران را گزارش کرده اند، اما نکته جالب کمبود پژوهش در زمینه اثربخشی روش‌های روان‌درمانی بر نشانه‌ها و مشکلات مبتلایان به این اختلال در ادبیات پژوهشی ایران می‌باشد (حمیدپور، ۱۳۸۸). مطالعات انگشت شماری هم که اثر بخشی روان‌درمانی‌ها در خصوص اختلال اضطراب فراگیر را بررسی کردند مانند جانی و عبدالهیان (۱۳۷۳) و احدی، دلاور، آزاد و ابوالقاسمی (۱۳۸۳)، بیشتر اثر بخشی درمان‌های کلاسیک شناختی-رفتاری را بر بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر مورد بررسی قرار دادند و از درمان‌هایی که متغیرهای بین فردی و تنظیم هیجانی در این بیماران را مورد مطالعه قرار داده اند، عملاً استفاده ای نشده است. اما پژوهش‌ها نشان داده اند مشکلات بین فردی می‌توانند بر نتیجه درمان بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر اثر بگذارند (بورکووک، نیومن، پینکوس و لایتل^۱، ۲۰۰۲). به طور کلی، نظریه پردازان بین فردی، بر این عقیده اند که «رفتار» اغلب در یک بافت ارتباطی^۲ شکل می‌گیرد که در آن تعامل‌ها^۳ تاثیر متقابلی بر یکدیگر دارند (کسلر^۴، ۱۹۹۶، به نقل از زینبرگ، لی و یون^۵، ۲۰۰۷، ۲۰۰۷). هم نظریه و هم شواهد تجربی پیشنهاد می‌کنند که چنین کنش متقابلی اغلب در روابط طولانی مدت (از جمله روابط زناشویی) مشاهده می‌شود. با توجه به مطالب گفته شده می‌توان چنین فرض کرد که الگوهای مسئله دار تبادل‌های بین فردی در روابط طولانی مدت می‌تواند حداقل در برخی از افراد، جزء عامل‌های تداوم بخش اختلال اضطراب فراگیر باشد، بنابراین اگر در طول درمان این تبادل‌ها در نظر گرفته نشوند، می‌تواند روند درمان را با دشواری روبرو سازد. با این‌که، پژوهش‌ها از موثر بودن برخی از روش‌های درمانی در درمان اختلال اضطراب فراگیر حکایت دارند، به عنوان مثال، درمان شناختی-رفتاری و تن‌آرامی کاربردی در درمان این اختلال موثر بوده‌اند (کرایجی، رییس، مارش و ناتان^۶، ۲۰۰۸؛ فیشر^۷، ۲۰۰۶)، با این وجود سطح بهبودی در مطالعات مختلف مربوط به این دو درمان، هیچ‌گونه برتری نسبت به هم نداشته‌اند (فیشر، ۲۰۰۶). هم چنین میزان بهبودی در این روش‌ها چندان مطلوب گزارش نشده است (آرنتز^۸، ۲۰۰۳، به نقل از ولز،

1. Borkovec, Newman, Pincus, & Lytle

2. relational

3. interact

4. kesler

5. Zinberg, & Yoon

6. Craigie, Rees, Marsh, & Nathan

7. Fisher

8. Arntz

ولفورد، کینگ، پاپاجورجیو، وایزلی و مندلی (۲۰۱۰). و این نشان می‌دهد که برای درمان موثر این اختلال هنوز جای پیشرفت زیادی وجود دارد.

در دهه‌های اخیر، جستجو برای درمان‌های تجربی کوتاه مدت توجه زیادی را به خود جلب کرده است. درمان‌های مبتنی بر پذیرش و ذهن آگاهی بخشی از تلاش‌های مربوط در این زمینه است، و نشان داده شده است که می‌تواند بر درمان اختلال اضطراب فراگیر (روئمر، اورسیلو و سالترز-پدناوت^۲، ۲۰۰۸)، اختلال وسواسی-جبری (توهینگ و هیز و ماسودا^۳، ۲۰۰۶) و اختلال استرس پس از سانحه (ارسیلو و باتن^۴، ۲۰۰۵) موثر باشد. با این حال، این رویکرد درمانی نوین است که نیازمند مطالعات تجربی در جهت تایید اثربخشی آن است. نکته مهم دیگر اینکه گرچه این مطالعه‌ها اثربخشی درمان‌های مبتنی بر پذیرش را بر روی جمعیت‌های بالینی مختلف نشان داده‌اند، اما محدودیت‌هایی نیز داشته‌اند. محدودیت اصلی ناشی از این واقعیت است که مشکلات مربوط به اجتناب هیجانی در اضطراب، غالباً در رابطه با دیگران بوده و نزدیکان بیمار را نیز در زندگی مراجع درگیر می‌کند. برای مثال، اگر مراجع مبتلا به اختلال اضطرابی باشد، شاید این اضطراب ناشی از روابط بین فردی بوده و ابراز هیجان در روابط بین فردی نادرست تلقی شده یا حتی با واکنش منفی و تنبیه نیز روبرو شده باشد (کالاگان، گرگ، مارکس، کولنبرگ و گیفورد^۵، ۲۰۰۴). بنابراین ضروری است که در درمان مبتلایان به این اختلال، به مسایل بین فردی توجه ویژه‌ای شود. همچنین از آن جا که میزان این اختلال از حدود ۵ سالگی به بعد در زنان شایع‌تر از مردان می‌باشد و در حدود دو سوم افراد مبتلا به این اختلال زنان هستند (وودمن و همکاران، ۱۹۹۹) و هم چنین وجود این اختلال فقط در زنان با نارضایتی زناشویی رابطه دارد (مک لئود^۶، ۱۹۹۴)، بنابراین ضرورت انجام این پژوهش، بیش از پیش نمایان می‌شود.

با توجه به مطالب فوق‌الذکر سوال اصلی پژوهش این است که آیا میان درمان‌های مبتنی بر پذیرش و تعهد انطباق یافته زوجی، زوج درمانی رفتاری یکپارچه نگر، در بهبود نگرانی، پذیرش و سازگاری زناشویی زن‌های مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر تفاوت وجود دارد؟

۱. Wells, Welford, King, Papageorgiou, Wisely, & Mendel

۲. Roemer, Orsillo, & Salters.Pedneault

۳. Twohning, & Masuda

۴. Batten

۵. Callaghan, Gregg, Marx, Kohlenberg Callaghan, G. M., & Gifford

۶. McLeod

روش

در پژوهش حاضر از طرح آزمایشی تک موردی^۱ که گاهی آن را آزمایش تک آزمودنی^۲ می‌نامند (گال، بورگ و گال^۳، ۱۳۸۶)، استفاده شده است. از بین طرح‌های آزمایشی تک موردی در پژوهش حاضر از طرح تجربی "خط پایه چند گانه ناهمزمان" استفاده گردید. جامعه آماری پژوهش حاضر را زنان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر شهر ماهشهر تشکیل می‌دادند. جمعیت مورد نظر نیز عبارت بود از زنان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر مراجعه کننده به سه کلینیک روان‌شناختی (بیمارستان بعثت صنعت نفت ماهشهر، درمانگاه شهید بهشتی صنعت نفت ماهشهر و درمانگاه شهید چمران صنعت نفت ماهشهر) که از بین آنها ۶ زن به شیوه نمونه گیری هدفمند، که همزمان مشکلات زناشویی نیز داشتند (بر اساس مصاحبه بالینی و نیز نمره تست سازگاری زناشویی) به همراه همسران شان به عنوان نمونه انتخاب شدند. پس از مصاحبه بالینی با آزمودنی‌ها و تکمیل فرم رضایت نامه آگاهانه، زوجین (شش زوج) به صورت تصادفی در دو گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد انطباق یافته زوجی و زوج درمانی رفتاری یکپارچه نگر جایگزین شدند. نمونه گیری و فرایند درمان از بهار سال ۱۳۹۰ شروع شد و تا زمستان سال ۱۳۹۰ ادامه یافت. برای اجرای درمان ابتدا زوج اول در هر دو گروه وارد طرح درمان شدند و در مرحله خط پایه (به مدت دو هفته) تمام ابزارهای پژوهش حاضر بر روی زوج اول اجرا گردید. سپس درمان به مدت ۱۶ جلسه هفتگی برای هر گروه ارایه شد. برای کنترل متغیرهای ناخواسته و مداخله گر احتمالی طبق اصول طرح‌های خط پایه چند گانه، در جلسه دوم زوج اول، زوج دوم در هر دو گروه وارد طرح درمان شدند و به همین ترتیب در جلسه سوم زوج اول و جلسه دوم زوج دوم، طرح درمان در مورد زوج سوم در هر دو گروه آغاز شد. هم چنین در ضمن اجرای درمان، تمامی پرسشنامه‌ها در جلسات ۱، ۴، ۸ و ۱۲ درمان و نیز بلافاصله پس از اتمام هر دو درمان تکمیل گردید. پس از پایان درمان در فواصل زمانی یک ماهه، سه بار مرحله پی‌گیری انجام شد.

ملاک‌های ورود شرکت کنندگان به مطالعه عبارت بودند از: تشخیص اختلال اضطراب فراگیر برای زنان بر اساس مصاحبه بالینی ساختاریافته بر اساس *DSM-IV-TR* توسط روان‌شناس بالینی، کسب نمره بالاتر از ۵/۷ در نسخه چهارم پرسشنامه اختلال اضطراب فراگیر^۴ برای زن‌ها، وجود آشفتگی زناشویی بر اساس مصاحبه و نیز کسب نمره پایین تر از ۱۰۱ در مقیاس سازگاری دونفره (*DAS*) برای زن و مرد، داشتن حداقل مدرک سیکل، توانایی خواندن و نوشتن و صحبت کردن روان به زبان فارسی.

^۱. single case experiment

^۲. single subject experiment

^۳. Gall, Borg, & Gall

^۴. Generalized Anxiety Disorder Questionnaire. IV

ملاک‌های حذفی هم شامل اختلال سایکوتیک^۱، وابستگی دارویی، بیماری صرع، ابتلا به اختلالات شخصیت، استفاده از هر نوع داروی روان‌پزشکی و روان‌گردان در چهار ماه قبل از اولین جلسه درمان و استفاده از هر نوع خدمات روان‌شناختی برای هر اختلال روانی محور ۱ و ۲ و یا هر گونه مشاوره زناشویی بوده است.

راهنمای درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد انطباق یافته زوجی، از طرح درمانی ۱۶ جلسه‌ای پیترسون، ایفرت، فین‌گولد و دیویدسون^۲ (۲۰۰۹) اقتباس شده بود. این طرح درمانی براساس راهنمای درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برای اختلال‌های اضطرابی (ایفرت و فورسیت^۳، ۲۰۰۵) تدوین شده است. در مورد اختلال‌های اضطرابی، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد انطباق یافته زوجی بر این عقیده است که اختلال‌های اضطرابی از طریق اجتناب هیجانی یا تجربی شکل می‌گیرند، بنابراین باید به مراجعان یاد داد که به جای اجتناب، افکار و احساسات ناخوشایند را به همان شکل که هستند، شناخته و صرفاً مشاهده کنند هم چنین مراجعان یاد می‌گیرند که با ناراحتی‌های مرتبط با اضطراب شان کشمکش نکرده و از طریق درگیری در اعمالی که آن‌ها را به اهداف یا ارزش‌های انتخاب شده زندگی نزدیک می‌سازد، به آن‌ها یاری رسانند (ایفرت، فورست، آرچ، اسپجو، کلر و لانگر^۴، ۲۰۰۹)..

همچنین برای زوج درمانی رفتاری یکپارچه نگر از راهنمای درمانی جاکوبسون و کریستنسن^۵ (۱۹۹۸) استفاده شد در این درمان از فرایندهای پذیرش و تغییر برای ایجاد صمیمیت و از بین بردن تعارضات زناشویی استفاده می‌شود و بر پذیرش هیجانی^۶ تاکید می‌شود. پذیرش زمانی ایجاد می‌شود که یک فرد با تسامح با رفتارهای ناخوشایند همسر برخورد کند و یا حتی آنها را قبول کند چون همسرش را، خود را و روابطشان را درک می‌کند، که این یک محیط قابل فهم برای رفتارهای مشکل‌زا ایجاد می‌کند (سویر^۷، ۲۰۰۵).

ابزارهای پژوهش: ۱- پرسشنامه نگرانی پنسیلوانیا (PSWQ)^۸. این ابزار یک پرسشنامه

خودسنجی ۱۶ ماده‌ای است که توسط مایر، میلر، متزگر و بورکووک^۹ در سال ۱۹۹۰ تدوین شده و

۱. psychotic

۲. Peterson, Eifert, Feingold, & Davidson

۳. Eifert, & Forsyth

۴. Arch, Espejo, Keller, Langer

۵. Jacobson, & Christensen

۶. emotional acceptance

۷. Sevier

۸. Pennsylvania State Worry Questionnaire

۹. Mayer, Miller, Metzger & Borcovec

نگرانی شدید، مفرط و غیرقابل کنترل را در زمان‌ها و موقعیت‌های مختلف بالینی و غیر بالینی مورد سنجش قرار می‌دهد و به عنوان ابزاری برای غربالگری اختلال اضطراب فراگیر نیز مورد استفاده قرار گرفته است. گیلز، هاگا و فورد^۱ (۱۹۹۵) نیز بر اساس پژوهش خود در زمینه داده‌های هنجارین به این نتیجه رسیدند که نمره ۵۱ برای اختلال اضطراب فراگیر می‌تواند نقطه برش دقیقی محسوب گردد. آلفای کرونباخ این آزمون در بین بیماران مبتلا به اضطراب فراگیر ۰/۸۶ گزارش شده است (براون، بارلو و لیوویچ^۲، ۱۹۹۲، به نقل از دهشیری و همکاران، ۱۳۸۸). هم‌چنین ضرایب همسانی درونی پرسشنامه در بین گروه‌های عادی و دانشجویی بین ۰/۹۰ تا ۰/۹۱ می‌باشد (دهشیری، گلزاری، برجعلی و سهرابی، ۱۳۸۸). این پرسشنامه در ایران توسط دهشیری و همکاران (۱۳۸۸)، هنجاریابی شده و نتایج زیر به دست آمد: ضریب آلفای کرونباخ: ۰/۸۸؛ ضریب بازآزمایی: ۰/۷۹. در پژوهش حاضر ضریب بازآزمایی و انحراف استاندارد این پرسش‌نامه در یک نمونه ۳۰ نفری مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر به ترتیب ۰/۷۹ و ۱۳/۲۴ برآورد شد.

۲- نسخه چهارم پرسشنامه اختلال اضطراب فراگیر: این ابزار یک مقیاس خودگزارشی معتبر در مورد اضطراب فراگیر است که افرادی را که به دنبال یک مصاحبه بالینی جامع، ملاک‌های *DSM* برای اختلال مذکور را دریافت می‌کنند، تشخیص می‌دهد. پژوهش‌های اخیر نشان داده‌اند که نسخه چهارم پرسشنامه اختلال اضطراب فراگیر به طور صحیحی بیش از ۹۲٪ از افرادی را که با ملاک‌های *DSM*، تشخیص بالینی اختلال اضطراب فراگیر را دریافت کردند، تشخیص داده است (نیومن، زولینق، کچین، کنستن تینو، پرزورسکی، اریکسون و کاشمن-مک کرس^۳، ۲۰۰۲). نیومن و همکاران (۲۰۰۲) با شواهد اولیه معتبر یک فرمول برای به دست آوردن نمره کل از طریق ترکیب پاسخ‌ها به همه ماده‌ها (از صفر تا ۱۳) و یک نمره نقطه برش (یعنی نمره ۵/۷) برای مشخص کردن حالت احتمالی تشخیص اختلال اضطراب فراگیر ارائه می‌دهند. این محققان میانگین نمرات این پرسشنامه را در نمونه افراد غیراضطرابی ۲/۶۹ با انحراف استاندارد (۳/۱۴) و پایایی بازآزمایی ۰/۹۲ گزارش کرده‌اند. در پژوهش حاضر ضریب بازآزمایی و انحراف استاندارد این پرسش‌نامه در یک نمونه ۳۰ نفری مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر به ترتیب ۰/۸۷ و ۲/۵ برآورد شد.

¹ Gillis, Hagg & Ford

² Brown, Barlow, & Liebowitz

³ Newman, Zuellig, Kachin, Constantino, Przeworski, Erickson, & Cashman.McGrath

۳- پرسشنامه پذیرش و عمل^۱ (AAQ): این پرسشنامه توسط باوند و بانس^۲ (۲۰۰۳) برای

سنجش انعطاف پذیری روان‌شناختی، به ویژه در ارتباط با اجتناب تجربی و تمایل به درگیری در عمل با وجود افکار و احساس‌های ناخواسته تدوین شده و دارای ۱۶ ماده است و دارای دو خرده‌مقیاس تمایل^۳ و عمل^۴ بوده که هر کدام به ترتیب دارای ۷ و ۹ ماده هستند. خرده‌مقیاس اول، تمایل فرد به پذیرش افکار و احساس‌های نامطلوب را شامل می‌شود و خرده‌مقیاس عمل به این می‌پردازد که آیا افراد هماهنگ با اهداف و ارزش‌های خود عمل می‌کنند یا نه (هیز، لوما، باوند، ماسودا و لیلیس^۵، ۲۰۰۶). پایایی بازآزمایی این پرسشنامه ۰/۶۴ و همسانی درونی آن ۰/۷۰ به دست آمده است (هیز، استروساهل، ویلسون، بیست، پیستورلو و همکاران^۶، ۲۰۰۴). این پرسشنامه برای اولین بار در ایران مورد استفاده قرار گرفته است. برای این منظور پس از ترجمه و ترجمه معکوس، طی یک مطالعه‌ی مقدماتی بر روی ۳۰ دانشجوی دانشگاه شهید چمران اهواز، پایایی همسانی درونی این مقیاس مورد محاسبه قرار گرفت. نتایج این مطالعه همسانی درونی بالایی را برای کل مقیاس (۰/۷۵= α) و هم چنین برای خرده‌مقیاس‌ها (خرده‌مقیاس تمایل = ۰/۷۲ و خرده‌مقیاس عمل = ۰/۷۳) نشان داد و همچنین ضریب بازآزمایی و انحراف استاندارد این پرسش‌نامه به ترتیب ۰/۸۵ و ۰/۱۵/۴۶ برآورد شد.

۴- مقیاس سازگاری زن و شوهر (DAS). این مقیاس یک ابزار ۳۲ سوالی است که در سال ۱۹۷۶

توسط اسپنیر ساخته شده است و برای ارزیابی کیفیت رابطه زناشویی از نظر زن و شوهر یا هر دو نفری است که با هم زندگی می‌کنند. نمره کل این مقیاس نشانگر رضایت و سازگاری کلی زوجین است. نمرات بالاتر سازگاری زناشویی بیشتر را منعکس می‌سازند. نمره کل مقیاس با آلفای کرونباخ ۰/۹۶ از همسانی درونی قابل توجهی برخوردار است. همسانی درونی خرده‌مقیاس‌ها بین ۰/۷۳ تا ۰/۹۴ گزارش شده است (ثنایی و همکاران، ۱۳۷۹). کجیاف، مقدس و آقایی (۱۳۹۰) ضریب بازآزمایی و انحراف استاندارد این ابزار را در گروهی ۳۰ نفری از زوج‌ها دارای مشکلات زناشویی به ترتیب ۲۰/۶۷ و ۰/۹۲ گزارش کرده‌اند.

۱. Acceptance, & Action Questionnaire

۲. Bond, & Bunce

۳. willingness

۴. Action

۵. Hayes, Luoma, Bond, Masuda, & Lillis

۶. Wilson, & Bissett, & Pistorello

روش‌های آماری: در این پژوهش برای تحلیل داده‌ها همانند سایر طرح‌های موردی از

ترسیم چشمی^۱ (تحلیل نمودار)، شاخص تغییر پایا و معناداری بالینی استفاده شده است. همانند اکثر طرح‌های تک موردی نخستین راهبرد یا روش تحلیل نتایج حاصله استفاده از روش استاندارد ترسیم دیداری یا چشمی بود. تغییرات در علائم اصلی و عملکرد بیماران در طی مراحل خط پایه، درمان و پی‌گیری به واسطه الگوهای ترسیم دیداری بررسی گردید. هم‌چنین برای تجزیه و تحلیل داده‌های پژوهش از روش شاخص تغییر پایا (*RCI*) استفاده شد. شاخص تغییر پایا را اولین بار جکوبسون و تراکس^۲ (۱۹۹۱) برای تجزیه و تحلیل داده‌های حاصل از طرح‌های تجربی تک موردی ارائه دادند. برای محاسبه *RCI* نمره پس از درمان یا پی‌گیری از نمره پیش از درمان تفریق می‌شود و حاصل آن بر خطای استاندارد تفاوت‌ها *Saiff* تقسیم می‌گردد. در این پژوهش اگر نتیجه بدست آمده بزرگتر از سطح معناداری نمره Z یعنی $1/96$ ($p < 0/05$) و یا مساوی با آن باشد، می‌توان نتیجه گرفت که بهبودی به دست آمده ناشی از مداخله درمانی است و ناپایایی آزمون‌ها در این امر نقش نداشته است. علاوه بر این، برای محاسبه داه‌های حاصل از این پژوهش از روش معنی‌داری بالینی نیز استفاده به عمل آمد. معنی‌داری بالینی یکی از شیوه‌های رایج برای تحلیل داده‌ها در طرح‌های تک‌آزمودنی است (کازدین^۳، ۱۹۹۲؛ نقل از حمیدپور، ۱۳۸۶). برای به دست آوردن معناداری بالینی از فرمول درصد بهبودی استفاده گردید (اوگلز، بونن و بونستیل^۴، ۲۰۰۱؛ نقل از حمیدپور، ۱۳۸۶). در این فرمول، نمره پیش‌آزمون فرد از نمره پس‌آزمون کم شده و حاصل آن بر نمره پیش‌آزمون تقسیم می‌شود و نتیجه در ۱۰۰ ضرب می‌شود. معناداری بالینی زمانی حاصل می‌شود که نمره افراد پس از درمان از نقطه برش پایین‌تر بیاید، به عبارتی در اثر مداخله نمره فرد به حد نمره افراد سالم برسد.

یافته‌ها

در جدول شماره ۱ ویژگی‌های جمعیت‌شناختی مراجعان نشان داده شده است.

¹. visual inspection

². Jacobson, & Truax

³. Kazdin

⁴. Ogles, Bunnan, & Bonsteel

جدول ۱. ویژگی‌های جمعیت شناختی آزمودنی‌ها

آزمودنی	جنسیت	سن	تحصیلات	مدت بیماری	مدت ازدواج	نوع درمان	سابقه درمان
الف	زن	۳۵	دیپلم	۵	۱۵	زوج درمانی رفتاری یکپارچه نگر	دارو
	مرد	۳۹	لیسانس	--	--	زوج درمانی رفتاری یکپارچه نگر	--
ب	زن	۲۸	لیسانس	۱۷	۵	زوج درمانی رفتاری یکپارچه نگر	دارو
	مرد	۳۰	لیسانس	--	--	زوج درمانی رفتاری یکپارچه نگر	--
ج	زن	۲۹	دانشجو	۶	۵	زوج درمانی رفتاری یکپارچه نگر	دارو
	مرد	۳۰	دیپلم	--	--	زوج درمانی رفتاری یکپارچه نگر	--
د	زن	۳۸	لیسانس	۵	۱۶	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد انطباق یافته زوجی	روان‌درمانی
	مرد	۴۵	فوق لیسانس	--	--	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد انطباق یافته زوجی	--
ه	زن	۴۲	دیپلم	۳	۱۷	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد انطباق یافته زوجی	دارو
	مرد	۴۵	دیپلم	--	--	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد انطباق یافته زوجی	--
و	زن	۲۴	دانشجو	۷	۴	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد انطباق یافته زوجی	دارو
	مرد	۲۶	دیپلم	--	--	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد انطباق یافته زوجی	--

همانطور که در جدول بالا مشخص است همه مراجعین دارای تحصیلات دیپلم و بالاتر بودند. همه مراجعین قبلاً سابقه درمانی داشتند که از این بین ۵ نفر دارو مصرف کرده بودند و تنها یک نفر از روان درمانی استفاده نموده بود.

در جدول شماره ۲ و ۳ به ترتیب آماره های توصیفی آزمودنی های تحت درمان با زوج درمانی رفتاری یکپارچه نگر و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد انطباق یافته زوجی در پرسشنامه های پذیرش و عمل، نگرانی و سازگاری دونفره ارائه شده است.

جدول ۲. روند تغییر مراحل درمان آزمودنی های گروه زوج درمانی رفتاری یکپارچه نگر در پرسشنامه های پذیرش و عمل، نگرانی و سازگاری زوجی

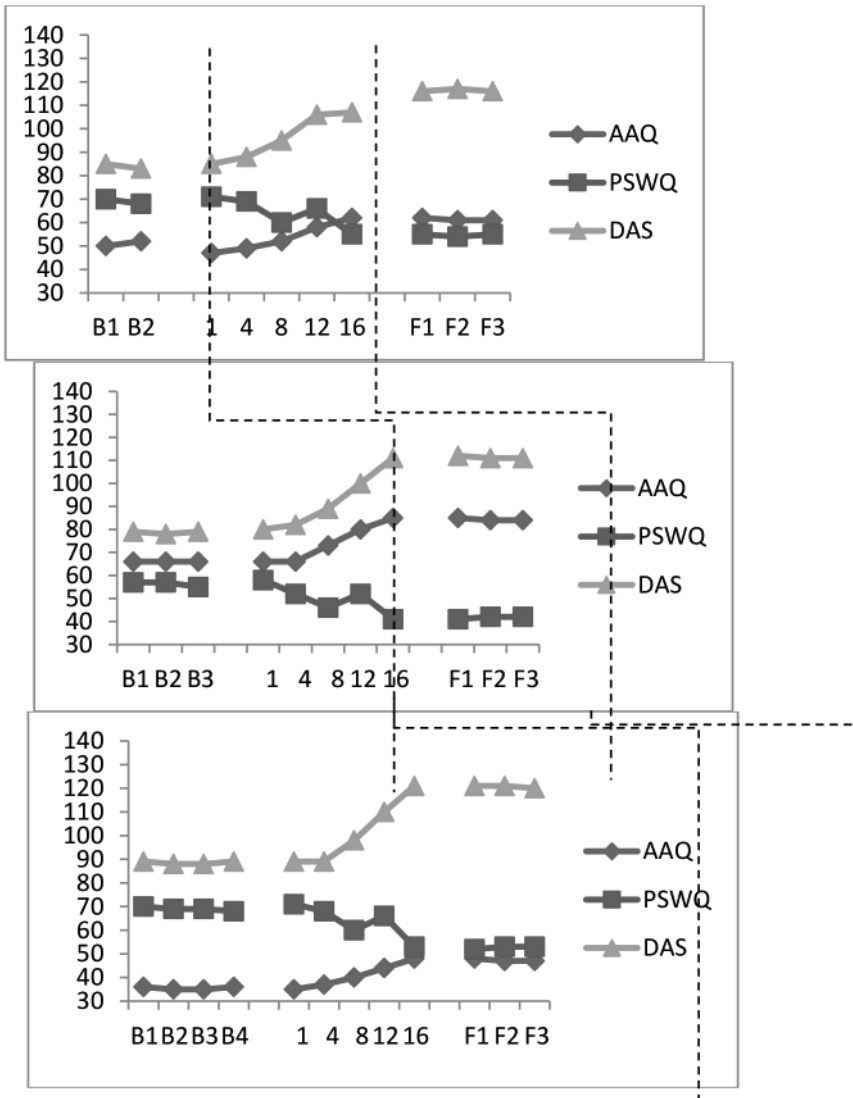
آزمودنی ها	متغیرها	خط پایه ۱	خط پایه ۲	خط پایه ۳	خط پایه ۴	جلسه ۱	جلسه ۱۶	پی گیری	پی گیری	میزان بهبودی	شاخص تغییر پایا
الف	AAQ	۵۰	۵۲	-	-	۴۷	۶۲	۶۲	۶۱	٪۳۲	۱/۷۷
	DAS زن	۸۵	۸۳	-	-	۸۵	۱۰۷	۱۱۶	۱۱۶	٪۳۸	۳/۸۶
	مرد	۷۷	۷۶	-	-	۷۸	۱۰۸	۱۰۸	۱۰۹	٪۳۸	۳/۶۲
ب	PSWQ	۷۰	۶۸	-	-	۷۱	۵۵	۵۵	۵۵	٪۲۲	۱/۸۶
	AAQ	۶۶	۶۶	-	۶۶	۶۶	۸۵	۸۵	۸۴	٪۲۹	۲/۲۴
	DAS زن	۷۹	۷۸	-	۷۹	۸۰	۱۱۱	۱۱۱	۱۱۱	٪۳۹	۳/۷۴
ج	مرد	۹۱	۸۸	-	۹۰	۹۱	۱۲۳	۱۲۳	۱۲۳	٪۳۵	۳/۸۶
	PSWQ	۵۷	۵۷	-	۵۵	۵۸	۴۲	۴۱	۴۲	٪۲۹	۱/۸۶
	AAQ	۳۶	۳۵	۳۶	۳۵	۳۵	۴۸	۴۸	۴۷	٪۳۷	۱/۵۳
درصد	DAS زن	۸۹	۸۸	۸۹	۸۸	۸۹	۱۲۱	۱۲۱	۱۲۰	٪۳۶	۳/۸۶
	مرد	۹۷	۹۵	۹۷	۹۵	۹۶	۱۲۹	۱۲۹	۱۲۹	٪۳۵	۳/۹۹
	PSWQ	۷۰	۶۹	۶۹	۶۸	۷۱	۵۳	۵۲	۵۵	٪۲۵	۱/۶۶
کل	AAQ					٪۳۳					
	DAS زن					٪۳۸					
	مرد					٪۳۶					
	PSWQ					٪۲۵					

جدول ۳. روند تغییر مراحل درمان آزمودنی‌های گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد انطباق یافته زوجی در پرسشنامه‌های پذیرش و عمل، نگرانی و سازگاری زوجی

آزمودنی‌ها	متغیرها	خط ۱ ۲۴هپا	خط ۲ ۲۴هپا	خط ۳ ۲۴هپا	خط ۴ ۲۴هپا	خط ۵ ۲۴هپا	خط ۶ ۲۴هپا	خط ۷ ۲۴هپا	خط ۸ ۲۴هپا	خط ۹ ۲۴هپا	خط ۱۰ ۲۴هپا	میزان بهبودی	شخص تغییر پایا
د	AAQ	۲۹	۲۹	-	-	۲۷	۳۹	۳۸	۳۸	۳۸	۳۸	%۴۴	۱/۴۲
	DAS	۷۸	۷۸	-	-	۸۰	۱۱۷	۱۱۷	۱۱۸	۱۱۸	۱۱۸	%۴۶	۴/۴۷
	مرد	۸۳	۸۳	-	-	۸۴	۱۲۰	۱۲۰	۱۱۹	۱۱۹	۱۲۰	%۴۳	۴/۳۵
	PSWQ	۶۳	۶۳	-	-	۶۲	۳۶	۳۵	۳۷	۳۷	۳۷	%۴۲	۳/۸۵
ه	AAQ	۴۷	۴۵	-	۴۷	۴۷	۶۷	۶۷	۶۹	۶۹	۶۹	%۴۲	۲/۳۶
	DAS	۷۴	۷۳	-	۷۴	۷۴	۱۰۱	۱۱۰	۱۱۴	۱۱۴	۱۱۴	%۴۷	۴/۲۳
	مرد	۷۳	۷۳	-	۷۳	۷۳	۱۰۹	۱۱۰	۱۱۳	۱۱۳	۱۱۳	%۴۹	۴/۳۵
	PSWQ	۶۵	۶۶	-	۶۶	۶۵	۳۷	۳۶	۳۵	۳۵	۳۵	%۴۳	۴/۱۴
و	AAQ	۳۱	۳۳	۳۴	۳۴	۳۰	۴۴	۴۳	۴۴	۴۴	۴۴	%۴۷	۱/۶۵
	DAS	۷۵	۷۴	۷۳	۷۴	۷۵	۱۱۶	۱۱۶	۱۱۹	۱۱۹	۱۱۹	%۵۵	۴/۹۵
	مرد	۸۸	۸۶	۸۸	۸۶	۸۷	۱۲۶	۱۲۶	۱۲۶	۱۲۶	۱۲۶	%۴۳	۴/۷۱
	PSWQ	۶۰	۵۸	۶۰	۶۰	۵۹	۳۲	۳۲	۳۱	۳۱	۳۱	%۴۶	۴
درصد	AAQ						%۴۴						
بهبودی کلی	DAS	زن					%۴۹						
	مرد						%۴۵						
	PSWQ						%۴۴						

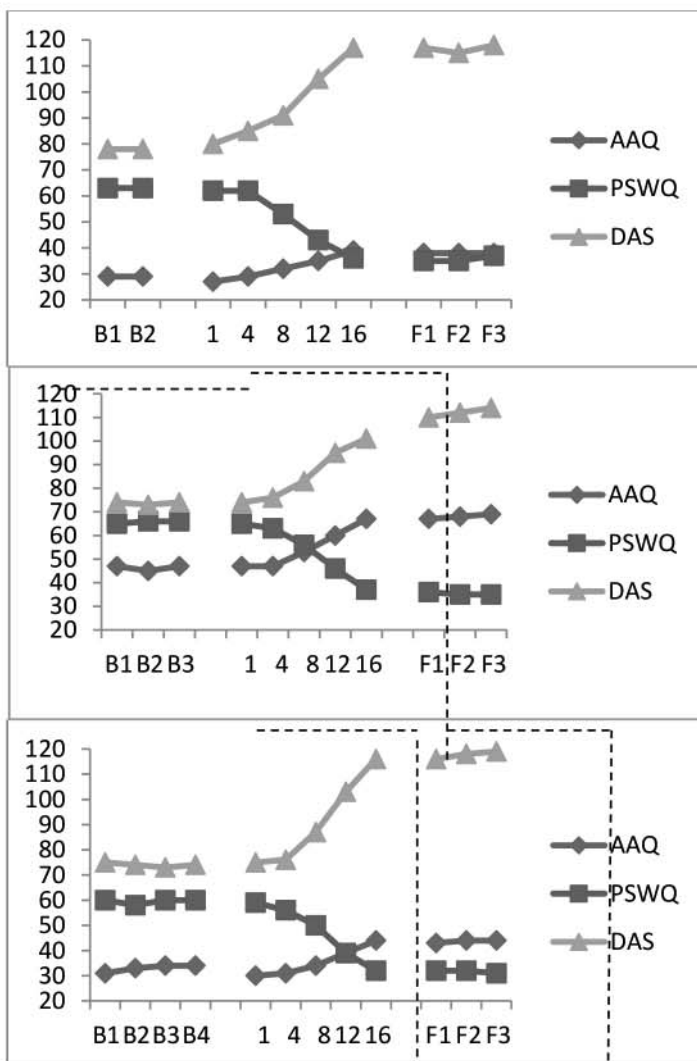
برای مقایسه بهتر یافته‌های گروه زوج درمانی رفتاری یکپارچه نگر، نمره‌های پذیرش، نگرانی و سازگاری بر روی نمودار ۱ ارایه شده است.





نمودار ۱. روند تغییر نمره های پرسشنامه های پذیرش و عمل، نگرانی و سازگاری زوجی آزمودنی های زوج درمانی یکپارچه نگر در مراحل خط پایه، مداخله و سه ماه پی گیری

نمره های پذیرش، نگرانی و سازگاری در گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد انطباق یافته زوجی بر روی نمودار ۲ ارایه شده است.



نمودار ۲. روند تغییر نمره های پرسشنامه های پذیرش و عمل، نگرانی و سازگاری زوجی آزمودنی های گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد انطباق یافته زوجی در مراحل خط پایه، مداخله و سه ماه پی گیری

همان گونه که در جداول شماره ۲ و ۳ نشان داده شده است، در نمرات تست سازگاری دو نفره (*DAS*) آزمودنی های الف، ب و ج و همسران آن ها که تحت درمان با زوج درمانی رفتاری یکپارچه بودند، نسبت به آزمودنی های تحت درمان با درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد انطباق یافته زوجی و همسران آن ها، به بهبود کلی کمتری دست یافتند (۳۸٪ در برابر ۴۹٪ برای زنان و ۳۶٪ در برابر ۴۶٪ برای

مردان). اما با توجه به نقطه برش این آزمون تمامی آزمودنی‌ها به بهبودی معناداری دست یافته بودند. آزمودنی الف به بهبودی ۳۸٪ دست یافته بود و نمره اش در جلسه شانزدهم از نمره برش تعیین شده برای آشفتگی زناشویی (۱۰۱)، بالاتر بود. در پی‌گیری سه ماهه نیز روند بهبودی ادامه داشت. آزمودنی دوم (ب) در سازگاری با همسر میزان بهبودی ۳۹٪ نشان داد که پی‌گیری‌ها نیز نمره اش از نقطه برش بالاتر بود. میزان بهبودی آزمودنی ج ۳۶٪ بود که در مراحل سه‌گانه پی‌گیری روال نسبتاً یکسانی را طی کرده بود. همسران هر سه آزمودنی زن، به بهبودی معنادار در پایان درمان دست یافته بودند. در مراحل پی‌گیری نیز این روند بهبودی ادامه یافت. همسران آزمودنی‌های ب و ج، نسبت به مراجعین زن - که مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر بودند - بهبودی نسبتاً کمتری نشان دادند.

آزمودنی چهارم (د) و پنجم (ه) بهبودی نسبتاً خوبی را تجربه کردند که با توجه به رسیدن به نقطه برش در مقیاس سازگاری دو نفره، معنادار نیز بود. آزمودنی ششم (و) بیشترین میزان بهبودی را در بین تمامی مراجعین نشان داد (۵۵٪). هر سه آزمودنی تحت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در مراحل پی‌گیری نیز روند بهبودیشان ادامه یافت و در پایان مراحل پی‌گیری میزان بهبودی شان بهتر از جلسه آخر درمان بود. میزان بهبودی مردهای تحت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد انطباق یافته زوجی اندکی پایین‌تر از میزان بهبودی همسران شان بود. با توجه به معناداری مقدار شاخص تغییر پایا ($RCI > 1/96$) در بین همهی زوجین هر دو گروه، نتیجه به دست آمده را نمی‌توان به ناپایایی پرسشنامه مورد استفاده نسبت داد. در پرسشنامه پذیرش و عمل نیز آزمودنی‌های چهارم تا ششم (د، ه و و) که تحت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد انطباق یافته زوجی بودند نسبت به آزمودنی‌های الف، ب و ج که تحت درمان با زوج‌درمانی رفتاری یکپارچه بودند، به بهبود کلی بیشتری دست یافتند (۴۴٪ در برابر ۳۳٪). آزمودنی ب کمترین میزان بهبودی (۲۹٪)، و آزمودنی ششم (و) بیشترین میزان بهبودی (۴۷٪) را نشان دادند. آزمودنی‌های الف و ج نیز بهبودی متوسط به پایینی را نشان دادند که این میزان تا ۳ ماه پی‌گیری نیز ثابت بود. تمامی آزمودنی‌های تحت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد انطباق یافته زوجی بهبودی متوسطی داشتند که این میزان در پی‌گیری‌ها نیز مشاهده شد. در این متغیر، مقدار شاخص تغییر پایا به جز برای آزمودنی‌های «ب» و «ه»، معنادار نیست. به این معنی که ممکن است نتایج به دست آمده مربوط به ناپایایی پرسشنامه مورد استفاده باشد.

در متغیر نگرانی که با استفاده از پرسشنامه نگرانی پنسیلوانیا سنجیده می‌شد، آزمودنی‌های د، ه و و که تحت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد انطباق یافته زوجی بودند مثل دو متغیر قبلی نسبت به آزمودنی‌های الف، ب و ج که تحت درمان با زوج‌درمانی یکپارچه بودند، به بهبود کلی بیشتری

دست یافتند (۴۴٪) در برابر (۲۵٪). با توجه به نقطه برش این پرسشنامه یعنی ۵۱ هیچ کدام از آزمودنی‌های گروه زوج درمانی رفتاری یکپارچه نگر به استثنا آزمودنی "ب" به بهبودی معناداری دست نیافته‌اند. آزمودنی‌های الف، و ج بهبودی اندکی در میزان نگرانی خود نشان داده بودند. در مراحل سه گانه پی گیری نیز اندکی از بهبودی آنها کاهش یافته بود. اما آزمودنی‌های تحت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد انطباق یافته زوجی بهبودی نسبتاً خوبی و معناداری نشان دادند که این میزان در پی گیری‌ها نیز ادامه یافته بود. هم چنین با توجه به معناداری مقدار شاخص تغییر پایا ($RCI > 1/96$) در بین همهی زوجین هر دو گروه، نتیجه به دست آمده را نمی‌توان به ناپایایی پرسشنامه مورد استفاده نسبت داد.

نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد انطباق یافته زوجی در درمان علائم اختلال اضطراب فراگیر زنانی که دارای آشفتگی زناشویی نیز بودند موثرتر از زوج درمانی رفتاری یکپارچه نگر بود. هم چنین درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد انطباق یافته زوجی بهتر از زوج درمانی رفتاری یکپارچه نگر، سازگاری زناشویی زوجین را افزایش داد و پذیرش آنها را نسبت به احساسات و افکار منفی بیشتر کرد.

اینگرام، هیز و اسکات^۱ (۲۰۰۰) در بررسی سنجش کارایی درمان‌های روان‌شناختی به شش متغیر، اشاره کرده‌اند. آنها معتقدند که نتایج پژوهش‌های مداخله‌ای را باید بر اساس این شش متغیر بررسی کرد. نتایج پژوهش حاضر نیز بر همین اساس بررسی می‌گردد.

۱) اندازه تغییر^۲ (میزان کاهش در علائمی که آماج اصلی درمان به شمار می

روند). یافته‌های پژوهش حاضر نشان دادند که همهی آزمودنی‌ها تا حدودی در متغیرهای وابسته تغییراتی را داشته‌اند. در زیر هر یک از آماج‌های درمانی به صورت جداگانه بر حسب گروه‌های درمانی بررسی خواهد شد.

الف- تبیین یافته‌های متغیرهای اضطراب و نگرانی: جدول ۳ و ۲ نشان داد که میزان

بهبودی در متغیر نگرانی زنان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر در درمان زوج درمانی رفتاری یکپارچه نگر ۲۵٪، در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد انطباق یافته زوجی ۴۴٪ بود و این میزان بهبودی در پایان سه ماهه پی گیری در زوج درمانی رفتاری یکپارچه نگر ۱٪ کاهش یافته اما در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد انطباق یافته زوجی در پایان مراحل پی گیری ۲٪ افزایش یافته است. بیمار «الف» در زوج درمانی

۱. Ingram, Hayes & Scott

۲. magnitude of change

رفتاری یکپارچه نگر با ۲۲٪ کمترین و بیمار «و» در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد انطباق یافته زوجی با ۴۷٪ بیشترین میزان بهبودی را نشان دادند.

با توجه به نقطه برش پرسشنامه نگرانی پنسیلوانیا یعنی ۵۱ هیچ کدام از آزمودنی های گروه زوج درمانی رفتاری یکپارچه نگر به استثنا آزمودنی «ب» به معناداری بالینی دست نیافتند. آزمودنی های «الف» و «ج» بهبودی اندکی در میزان نگرانی نشان دادند. در مراحل سه گانه پی گیری از بهبودی نسبی آن‌ها کاهش یافته بود. باید خاطر نشان کرد که زنان تحت درمان زوج درمانی رفتاری یکپارچه نگر کمترین میزان بهبودی نسبی را در نگرانی نشان دادند، و این موضوع بدیهی به نظر می رسد چرا که در اصل این درمان برای زوج‌های آشفته که مشکلات زناشویی دارند گسترش یافته است، و نه برای درمان اختلالات روانی. اگر چه زنان تحت درمان زوج درمانی رفتاری یکپارچه نگر، نسبت به درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد انطباق یافته زوجی بهبودی کمتری را گزارش کردند به طوری که هیچ کدام از آزمودنی های گروه زوج درمانی رفتاری یکپارچه نگر، به استثناء آزمودنی دوم به سطح معناداری بالینی دست نیافتند، اما با توجه به نمودار ۲ متوسط میزان اضطراب و نگرانی زن‌ها در این گروه نسبت به خط پایه کمتر شده که نشان می دهد این درمان تا حدودی در کاهش علائم زنان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر موثر می باشد. به اعتقاد بلانچارد بر طبق فرمول در صد بهبودی استفاده شده در این طرح، ۵۰٪ کاهش در علائم به عنوان موفقیت در درمان، نمره های بین ۲۵٪ تا ۴۹٪ به عنوان بهبودی اندک و کاهش نمره های علائم تا حد زیر ۲۵ درصد به عنوان عدم موفقیت درمانی تلقی می شود (پاپن^۱، ۱۹۸۹)، به نقل از حمیدپور، (۱۳۸۷). با مبنای قرار دادن نظر بلانچارد، می توان گفت که بیماران دوم و سوم تحت درمان زوج درمانی رفتاری یکپارچه نگر در متغیرهای اضطراب و نگرانی در مرحله بعد از درمان بهبودی اندکی نشان داده‌اند، یعنی در واقع زوج درمانی رفتاری یکپارچه‌نگر در بیماران اول و دوم با شکست درمانی مواجهه نبوده است. این میزان تغییرات در گروه زوج درمانی رفتاری یکپارچه نگر تقریباً برابر با داده های تحقیقات قبلی مانند کریستنسن، اتکینز، برنز، ولر، باکوم و سیمپسون^۲ (۲۰۰۴) و ویمبرلی (۱۹۹۸) بوده است. در تبیین این یافته می توان به نقش مسائل زناشویی در ایجاد و یا تداوم اختلال های روانی اشاره نمود. بدیهی است که اختلال‌های روانی در خلاء به وجود نمی آیند، بلکه در یک بافت روابط بین فردی به وجود می آیند. روابط زناشویی یکی از مهمترین و پایدارترین روابط بین فردی است که می تواند بر اختلال های روانی تاثیرگذار باشد (گلدفارب، ترودل، بویر و پرویل^۳، ۲۰۰۷). شواهد تجربی نشان می

¹. Poppen

². Christensen, Atkins, Berns, Wheeler, Baucom, & Simpson

³. Goldfarb, Trudel, Boyer, & Preville

دهد که آشفتگی‌های زناشویی می‌توانند خطر ایجاد اختلال اضطراب فراگیر را افزایش دهند (همان) و یک ارتباط قوی بین اختلال اضطراب فراگیر و نارضایتی زناشویی وجود دارد (داتن^۱، ۲۰۰۲، ویسمن، شلدون و گرینگ^۲، ۲۰۰۰). بر حسب یافته‌های مک لئود^۳ (۱۹۹۴) زن‌هایی که از اختلال اضطراب فراگیر رنج می‌برند، رضایت زناشویی پایینی را گزارش می‌دهند. اما وجود اختلال اضطراب فراگیر در مردها با نارضایتی زناشویی مرتبط نیست. بر همین اساس می‌توان احتمال داد که زوج درمانی رفتاری یکپارچه نگر اگر چه مستقیماً متمرکز بر درمان اختلال اضطراب فراگیر نیست، اما با آماج قرار دادن نارضایتی زناشویی، و بهبود روابط بین زوج‌ها، توانسته بر اضطراب و نگرانی زنان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر تاثیر مثبتی بگذارد. از سوی دیگر افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر رویکردی اجتنابی به حل مسئله داشته، در بیان هیجان‌های خود با دوسوگرایی مواجه بوده و در نهایت همسران شان کمتر آنها را مورد پذیرش قرار می‌دهند (گلدفارب و همکاران، ۲۰۰۷). در این راستا یکی از فرایندهای زوج درمانی رفتاری یکپارچه نگر حل مسئله بوده و این درمان بر آموزش حل مسئله تاکید ویژه‌ای دارد. هم چنین این درمان با تاکید بر پذیرش و بیان هیجان‌ها به شیوه‌ای صریح و مناسب دارد می‌تواند بر ویژگی‌های ثانویه اختلال اضطراب فراگیر که در بالا اشاره شد تاثیرگذار باشد.

یافته‌های مطالعه حاضر در حیطه اثر بخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد انطباق یافته زوجی حاکی از این هستند که این درمان، بر نگرانی بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر موثر بوده است؛ یعنی، نشانه‌های اضطراب و نگرانی هر سه بیمار کاهش معنی داری نشان داده‌اند که همسو با یافته‌های ایفرت و همکاران (۲۰۰۹)، کاد، توهینگ و کروسبی^۴ (۲۰۱۱) است. این مطالعات نشان داده‌اند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد انطباق یافته زوجی موجب کاهش اضطراب و نگرانی در بیماران مبتلا به اختلال اضطرابی، از جمله اختلال اضطراب فراگیر می‌شود. در زمینه نگرانی، میزان بهبودی در مطالعه کنونی، بیشتر از مطالعه کاد و همکاران (۲۰۱۱) و مشابه میزان بهبودی به دست آمده در مطالعه ایفرت و همکاران (۲۰۰۹) می‌باشد، به طوری که در مطالعه ایفرت و همکاران (۲۰۰۹) دو بیمار از بین سه بیمار به معناداری بالینی دست یافته بودند و در مطالعه کاد و همکاران (۲۰۱۱) بیمار مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر، با وجود کاهش متوسط در میزان نگرانی، اما میزان بهبودی نسبی به لحاظ بالینی معنادار نبود. در مطالعه حاضر، هر سه بیمار به معناداری بالینی دست یافته‌اند.

^۱. Dutton

^۲. Whisman, Sheldon, & Goering

^۳. McLeod

^۴. Codd, Towhig, & Crosby

در تبیین این یافته‌ها می‌توان به چند نکته اشاره کرد. یک، سن و طول مدت بیماری در بیماران مطالعه حاضر در مقایسه با دو مطالعه فوق، پایین تر بوده است و این مسئله، می‌تواند در نتایج درمان تاثیر بگذارد (براون و همکاران، ۱۹۹۴). دوم، گرچه شدت نگرانی بیماران مطالعه ایفرت و همکاران (۲۰۰۹) در خط پایه پایین تر از مطالعه حاضر بوده، اما پس از درمان مشابه وضعیت بیماران مطالعه حاضر است که حاکی از این است که این درمان، میزان نگرانی اعم از شدید و متوسط را کاسته و به سطح قابل قبول رسانده است. البته شاید استنباط بیماران نیز در این امر دخیل باشد، چرا که درمان نه بر حذف کامل علائم و ناراحتی‌ها بلکه بر پذیرش آن‌ها تاکید دارد.

گرچه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد انطباق یافته زوجی کاهش اضطراب و نگرانی را به طور مستقیم مورد هدف قرار نمی‌دهد، اما آزمودنی‌ها پس از درمان در این نشانه‌ها بهبودی متوسطی نشان دادند که این بهبود به واسطه ایجاد پذیرش، عدم اجتناب تجربی، افزایش ذهن آگاهی، کاهش قضاوت و تفکر ارزیابانه که در پروتکل درمانی این روش درمانی بر آن‌ها تاکید می‌شود.

ب- تبیین یافته‌های متغیر پذیرش و عمل: در زمینه پذیرش، مطابق جدول ۲ و ۳ بیماران

تحت درمان زوج درمانی رفتاری یکپارچه نگر در کل ۳۳٪ بهبودی نسبی را گزارش کردند. در مرحله پی‌گیری بیماران این گروه در کل به ۳۰٪ بهبودی دست یافتند که در قیاس با جلسه آخر درمان کاهش ۳ درصدی را نشان می‌دهد. میزان بهبودی بیماران شرکت کننده در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد انطباق یافته زوجی ۴۴٪ بود که در مرحله پی‌گیری ۱٪ کاهش مشاهده می‌شود. در متغیر پذیرش هم مانند متغیر نگرانی، هر سه آزمودنی گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد انطباق یافته زوجی بهبودی بیشتری نسبت به زوج درمانی رفتاری یکپارچه نگر هم در مرحله بعد از درمان و هم در مرحله پی‌گیری نشان دادند.

در تبیین نظری کارآیی بیشتر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد انطباق یافته زوجی نسبت به زوج درمانی رفتاری یکپارچه نگر در این پژوهش باید اشاره کرد که از بعد نظری اعتقاد بر این است که افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر، به دلیل تمرکز بر رویدادهای فاجعه آمیز بالقوه مربوط به آینده، از تمرکز آنها به زمان حال کاهش می‌یابد (بورکوک، ۲۰۰۲). علاوه بر این، به نظر می‌رسد این افراد تجارب درونی (نگرانی و پاسخ‌های هیجانی) را مورد قضاوت و ارزیابی قرار می‌دهند (روئمر و اورسیلو، ۲۰۰۵)، که بیانگر این است که سطوح پایین پذیرش مرتبط با این اختلال است (روئمر و همکاران، ۲۰۰۸). کاهش آگاهی مربوط به لحظه حال و نگاه قضاوتی به تجارب درونی با یادگیری انطباقی در لحظه حال تداخل نموده و پاسخ‌های هیجانی را تشدید می‌کنند و در نتیجه اجتناب را تداوم می‌بخشد. از سوی دیگر، اگر نظر بورکویک (۲۰۰۲) را قبول کنیم که نگرانی نوعی اجتناب شناختی از مسائل هیجانی

است، بنابراین روش های درمانی که بر تکنیک های تجربی (هیجانی) و نیز تکنیک هایی که بر ایجاد پذیرش، عدم اجتناب تجربی، افزایش ذهن آگاهی، کاهش قضاوت و تفکر ارزیابانه و داشتن زندگی ارزش مدار و در کل به افزایش انعطاف پذیری تاکید می کنند، باعث افزایش کارآیی بیشتر تکنیک های درمان و بالطبع افزایش نتایج مثبت درمان می گردند. در پژوهش حاضر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد انطباق یافته زوجی از هم چون ویژگی هایی بر خوردار بوده به طوری که اعتقاد بر این است که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد انطباق یافته زوجی درمان اجتناب تجربی است (هیز و همکاران، ۱۹۹۶). اگر به نمودار ۲ توجه کنیم شیب نمودار در هر سه آزمودنی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد انطباق یافته زوجی در جلسات میانی تند تر می شود. این افزایش نمرات را می توان به استفاده از تکنیک هایی مثل پذیرش، ذهن آگاهی، ایجاد ناهمجوشی شناختی، مشاهده خود (جلسات ۶ تا ۱۱ پروتکل درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد انطباق یافته زوجی) که هدف آنها افزایش میزان پذیرش و در نتیجه آن کاهش علائم نگرانی و ناسازگاری زناشویی می باشد، نسبت داد.

یافته های مطالعه حاضر در زمینه تاثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد انطباق یافته زوجی بر پذیرش همسو با یافته های پیترسون و همکاران (۲۰۰۹) و ایفرت و فورسیت (۲۰۰۹) است. پیترسون و همکاران (۲۰۰۹) نشان دادند که پس از درمان، پذیرش دو بیمار از سه بیمار مبتلا به اختلال اضطرابی افزایش خوبی داشته اند، اما بیمار سوم بهبودی را نشان نداد، که یکی از دلایل آن می تواند این باشد که این بیمار علاوه بر ابتلا به اختلال وسواسی-جبری، تشخیص ثانویه اختلال هراس نیز دریافت کرده است. با این همه میزان بهبودی در مطالعه حاضر بیشتر از مطالعه مذکور بود. البته هدف مطالعه پیترسون و همکاران (۲۰۰۹) تاثیر این درمان بر پذیرش افراد مبتلا به اختلال روان شناختی نبوده است، بلکه جامعه هدف آنها زوج های آشفته در درمان انطباق یافته زوجی بوده است. این یافته احتمالاً به این دلیل است که میزان پذیرش آزمودنی های پیترسون و همکاران (۲۰۰۹) در ابتدای درمان در حد متوسط بود، اما در این مطالعه، میزان پذیرش در سطح پایین بود.

ج- تبیین یافته های مربوط به متغیر سازگاری زوجی: میزان بهبودی زنان و مردان در زوج درمانی رفتاری یکپارچه نگر در متغیر سازگاری زوجی در مرحله پایان درمان به ترتیب برابر ۳۸٪ و ۳۶٪ بود و در مرحله پی گیری میزان بهبودی تغییر محسوسی نکرده است. مشاهده گردید که میزان بهبودی زنان و مردان در پایان درمان تقریباً همسان است، اما در مراحل پی گیری آزمودنی های «الف» و «ج» گروه زنان از میزان بهبودیشان اندکی کاسته شده است، شاید بتوان یکی از دلایل احتمالی این مسئله را عدم انجام تکالیف خانگی دانست (برحسب گفته های همسرانشان).

هم چنین میزان بهبودی سازگاری زوجی بیماران زن شرکت کننده در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد انطباق یافته زوجی، پس از درمان ۴۹٪ بود که این میزان در پی گیری به ۵۳٪ افزایش یافته است. میزان بهبودی مردان این درمان نیز پس از درمان ۴۵٪ بوده است و در مرحله پی گیری با ۲٪ افزایش به ۴۷٪ رسیده است. این یافته ها حاکی از این است که درمان‌های مبتنی بر پذیرش و تعهد انطباق یافته زوجی و زوج درمانی رفتاری یکپارچه نگر به ترتیب از بیشترین تا کمترین میزان تاثیر را بر افزایش سازگاری زناشویی داشته اند. از نظر معناداری بالینی در زمینه سازگاری زناشویی، همه بیماران زن و همسران شان به سطح بالاتر از نقطه برش دست یافته بودند.

نتایج مطالعه حاضر در زمینه تاثیر زوج درمانی رفتاری یکپارچه نگر بر مشکلات زناشویی همسو با یافته های ویمبرلی (۱۹۹۸)؛ سویر (۲۰۰۵) و کریستنسن و همکاران (۲۰۰۴) می باشد. در پژوهش حاضر، درصد بهبودی بیماران در سازگاری زوجی پایین تر از پژوهش کریستنسن و همکاران (۲۰۰۴) بود که این مسئله را احتمالاً می توان به وجود یک اختلال بالینی نسبت داد.

نتایج مطالعه حاضر در زمینه تاثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد انطباق یافته زوجی بر مشکلات زناشویی همسو با مطالعه پیتسون و همکاران (۲۰۰۹) و هنرپروران و همکاران (۲۰۱۰) است. پیتسون و همکاران (۲۰۰۹) نشان دادند درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد انطباق یافته زوجی می تواند سازگاری زوج-ها را به شکل معناداری بهبود بخشد. البته هم از نظر معناداری بالینی و هم از نظر درصد میزان بهبودی، مطالعه حاضر تاثیر بیشتری نسبت به درمان آن‌ها دارد، به طوری که دو زوج در مطالعه آن‌ها (از بین سه زوج) به معناداری بالینی دست یافته بودند، اما در مطالعه حاضر هر سه زوج به معناداری بالینی دست یافته‌اند. هم چنین میزان بهبودی پژوهش حاضر در متغیر سازگاری زوجی (۲۶٪) بیشتر از میزان بهبودی مراجعان پیتسون و همکاران (۲۰۱۰) است. هنرپروران و همکاران (۲۰۱۰) نیز در یک مطالعه آزمایشی نشان دادند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد انطباق یافته زوجی می تواند رضایت زناشویی را افزایش دهد.

چندین تبیین احتمالی برای کارآیی بیشتر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد انطباق یافته زوجی نسبت به زوج درمانی رفتاری یکپارچه نگر در متغیر سازگاری زوجی می تواند وجود داشته باشد. نخست اینکه مطابق نظریه‌های مربوطه، تغییرات در زمینه سازگاری و رضایت زناشویی هنگامی رخ می دهد که زوج‌ها به رویدادهای خصوصی درونی شان همراه با ناهمجوشی فزاینده‌ای واکنش نشان دهند. در نهایت، این ناهمجوشی، درگیری هر یک از زوجین را با افکار منفی کاهش داده و پذیرش را افزایش می‌دهد، به طوری که ماهیت منفی و فراگیر الگوی روابط و رفتارها کاهش می‌یابد. افزایش در

ناهمجوشی شناختی و پذیرش، علاوه بر اینکه می‌تواند از طریق کاهش نشانه‌های اضطرابی و نگرانی، به بهبود روابط زوج‌ها کمک نماید، احتمالاً به آن‌ها کمک می‌کند تا مشاهده‌گر واکنش‌های رابطه‌ای منفی باشند و بنابراین الگوی اجتناب و رفتارهای متعارض را رها کنند. چنانچه قبلاً نیز اشاره شد، اعتقاد بر این است که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد انطباق یافته زوجی درمان اجتناب تجربی است (هیز و همکاران، ۱۹۹۶) و این درمان از این طریق نه تنها به بیماران اضطرابی کمک می‌کند، بلکه بر مشکلات زناشویی نیز تاثیر گذار است. گزارش‌های زوجین از کیفیت روابطشان طی جلسات نیز حاکی از این بود که استفاده از تکنیک‌های مربوط به فرآیندهای تغییر درمان، اشتیاق آن‌ها به نزدیک شدن به موقعیت‌هایی که قبلاً از آنها اجتناب کرده بودند، را افزایش داده است.

علاوه بر این، از نظر تبیینی باید به نقش عمل متعهدانه، به‌ویژه در بافت روابط توجه کرد. زوج‌ها در جلسات، شفاف سازی ارزش‌ها را از طریق تکالیف تجربی و تکمیل تکالیف خانگی تمرین کردند و گزارش‌های آن‌ها حاکی از این بود که ارزش گذاری گذاری تاثیر بسزایی در افزایش رضایت و سازگاری زناشویی دارد، زیرا زوج‌ها اهمیت روابط را در زندگی به روشنی درک کرده و از ارزش‌هایی که در زندگی برای همسرشان اهمیت دارد آگاه شده‌اند. نکته دیگر، در تبیین افزایش رضایت و سازگاری زوج‌ها این است که بیشترین افزایش در این متغیرها در جلسات پایانی درمان به وجود آمده است، که حاکی از این است که گرچه دیگر فرآیندهای درمان (ذهن آگاهی و ناهمجوشی) در بهبود روابط زوج‌ها تاثیر دارند، اما عمل متعهدانه و زندگی ارزش مدار(که جلسه ۱۱ الی ۱۶ پروتکل درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد انطباق یافته زوجی را تشکیل می‌دهند) تاثیر زیادی بر افزایش آن‌ها دارند. این در حالی است که در دیگر متغیرهای مورد مطالعه، بیشترین میزان بهبودی در جلسات میانی صورت گرفته است.

به طور کلی با توجه به یافته‌های این پژوهش می‌توان چنین استباط کرد که گرچه درمان‌های زوج مدار که در اصل برای درمان زوج‌های آشفته که مشکلات زناشویی دارند گسترش یافته است، و نه برای درمان اختلالات روانی مانند روش درمانی زوج درمانی یکپارچه نگر، اما می‌تواند به خاطر ارتباط قوی که بین اختلال اضطراب فراگیر و نارضایتی زناشویی وجود دارد (داتن^۱، ۲۰۰۰)، در کاهش علائم مبتلایان به اختلال اضطراب فراگیر کارا باشد، اما این کارایی و اثر بخشی به لحاظ بالینی و تشخیصی نمی‌تواند، کافی باشد، به طوری که از سه آزمودنی زوج درمانی رفتار یکپارچه نگر در متغیر نگرانی فقط یک آزمودنی به بهبودی بالینی و تشخیصی رسیده بود، بنابراین به منظور کاهش علائم اختلال اضطراب فراگیر به حدی که به لحاظ بالینی و تشخیصی معنی دار باشد، به نظر می‌رسد استفاده از

رویکردهای درمانی اختلال- ویژه که تکنیک‌هایی اختصاصی برای کنترل علائم اضطراب و نگرانی مبتلایان به اختلال اضطراب فراگیر در نظر می‌گیرند، ضروری باشد. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد انطباق یافته زوجی در این پژوهش درست است که پروتکل درمانی اختصاصی برای مبتلایان به اختلال اضطراب فراگیر نبوده، اما این پروتکل از طرح درمانی ۱۶ جلسه‌ای پیترسون و همکاران (۲۰۰۹) اقتباس شده بود که این طرح درمانی هم براساس راهنمای درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برای اختلال‌های اضطرابی (ایفرت و همکاران، ۲۰۰۵) اقتباس و تهیه شده است. شاید به خاطر این ویژگی پروتکل درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد انطباق یافته زوجی (توجه به آشفتگی‌های زناشویی در مبتلایان به اختلالات اضطرابی)، باشد که بهبودی هر سه آزمودنی در متغیرهای نگرانی و سازگاری زناشویی به لحاظ بالینی و تشخیصی معنی‌دار بود.

۲) کلیت تغییر^۱ (چند درصد افراد تغییر مثبت داشته‌اند، در مقابل افرادی که تغییر نکرده‌اند و یا بدتر شده‌اند).

نتایج مطالعه حاضر در این زمینه نشان داد که زنان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر در گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد انطباق یافته زوجی و زوج درمانی رفتارهای یکپارچه‌نگر، در هر سه متغیر نگرانی، پذیرش و سازگاری زناشویی تغییرات مثبتی نشان داده‌اند. با وجود تغییر مثبت در هر دو گروه، میزان بهبودی در هر سه بیمار گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد انطباق یافته زوجی بیشتر از بیماران زوج درمانی رفتارهای یکپارچه‌نگر است، به عبارت بهتر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد انطباق یافته زوجی در زمینه کاهش نگرانی، افزایش پذیرش و سازگاری زناشویی کارآیی بهتری از زوج درمانی رفتارهای یکپارچه‌نگر دارد.

۳) عمومیت تغییر^۲ (میزان تغییر در حوزه‌های بین فردی و شغلی). اگر چه در پژوهش حاضر مسائل شغلی و سایر حوزه‌های بین فردی (به غیر از روابط زناشویی) سنجدیده نشده است اما نمره مقیاس سازگاری دو نفره نشان می‌دهد که تمامی آزمودنی‌های زن که مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر بودند (به استثنا آزمودنی ب) یا در پایان درمان و یا در مراحل پی‌گیری به بهبودی معنادار- با توجه به نمره برش این تست- دست یافته بودند، که نشان دهنده بهبود در روابط بین فردی است. هم‌چنین با توجه به این مقیاس تمامی آزمودنی‌های مرد مشارکت‌کننده به بهبود نسبی دست یافته بودند. که در این متغیر نیز

^۱. universality of change

^۲. generality of change

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد انطباق یافته زوجی تاثیر بهتری نسبت به زوج درمانی رفتاری یکپارچه نگر داشت.

۴) ثبات^۱ (نتایج مثبت درمان تا چه مدت دوام داشته اند؟). برای سنجش این متغیر ما سه مرحله پی گیری انجام دادیم و زوجین تا سه ماه پس از اتمام درمان از نظر آماج های اصلی مورد ارزیابی و سنجش قرار گرفتند. نتایج سه ماهه پی گیری نشان داد که زوجین توانستند نتایج مثبت آخر جلسه درمان را تداوم ببخشند. هر چند در گروه زوج درمانی رفتاری یکپارچه نگر آزمودنی ها اندکی از میزان بهبودی شان کاسته شده بود، اما این میزان در حد معناداری نبود.

۵) میزان پذیرش^۲ (چند درصد درمان را کامل کردند و چند درصد درمان را نیمه کاره رها کردند). زوجین شرکت کننده در هر دو گروه درمانی، به طور کامل تا آخر درمان همکاری نمودند و هیچ یک از درمان ها افت آزمودنی نداشت. طبق نظر کزدین (۱۹۹۲) افت آزمودنی ها را باید به عنوان یکی از متغیرهای درمان محاسبه کرد. با توجه به این مسئله می توان دو درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد انطباق یافته زوجی و زوج درمانی رفتاری یکپارچه نگر را جزء درمان هایی تلقی کرد که قابلیت پذیرش بالایی دارند.

۶) ایمنی^۳ (احتمال گرفتاری های ناخوشایند). هر چند برای سنجش این متغیر، ابزاری عینی و استاندارد به کار برده نشده است اما طبق گزارش مراجعان، درمان موجب گرفتاری و دردسر آنها نشده است.

این پژوهش ممکن است با برخی از محدودیتها مواجه باشد برای مثال در پژوهش حاضر در بحث عمومیت تغییر درمانها (میزان تغییر در حوزه های بین فردی و شغلی)، اگرچه از مقیاس سازگاری زناشویی و نیز مصاحبه بالینی استفاده شد، اما از آزمونهای استاندارد ویژه این حوزه برای سنجش استفاده نشده است. پیشنهاد می شود در پژوهش های آتی این مسئله مد نظر قرار گیرد. برخی از درمانگران اظهار کرده اند که انتظارات بیماران در نتیجه درمان تاثیر می گذارد، اما در این پژوهش انتظارات بیماران به صورت آشکار از طریق ابزار مورد سنجش قرار نگرفته بود، که پیشنهاد می شود در پژوهش های آتی از مقیاسهای مربوط به انتظارات مراجعین از درمان استفاده شود. در مطالعه حاضر، آزمودنی ها علاوه بر تشخیص اختلال اضطراب فراگیر، روابط زناشویی آشفته ای نیز داشتند. با توجه به پیشینه و ماهیت درمانها، پیشنهاد می شود که (الف) از درمانهای پذیرش مدار برای افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر

۱. stability

۲. acceptability

۳. safety

فاقد مشکلات زناشویی استفاده شود و (ب) کارآیی هر دو درمان بر مشکلات زوج‌های آشفته فاقد اختلال روانشناختی استفاده شود. در نهایت این که، هر چند نتایج نشان داد که زوج درمانی رفتاری پذیرش مدار در این پژوهش در کاهش علائم مبتلایان به اختلال اضطراب فراگیر که هم زمان مشکلات زناشویی هم داشتند، تا حدی موفق بوده اند، اما هنوز هیچ گونه پژوهشی در این زمینه صورت پذیرفته است، لذا نتایج به دست آمده از بیماران اول، دوم، سوم را باید با احتیاط زیاد تفسیر کرد، چون درباره ساز و کارهای تغییر آن‌ها اطلاعات پژوهشی زیادی در دسترس نمی باشد.

در آخر از تمامی کارکنان کلینیک روان‌شناختی بیمارستان بعثت صنعت نفت ماهشهر، درمانگاه شهید بهشتی صنعت نفت ماهشهر و درمانگاه شهید چمران صنعت نفت ماهشهر تشکر می‌کنیم، و نیز از بیمارانی که قدمی هر چند کوچک در راه پیش برد علم مشاوره و روان‌درمانی برداشتند، نهایت قدردانی را داریم.

منابع

- احدی، حسن؛ دلاور، علی؛ آزاد، حسین و ابوالقاسمی، شهنام. (۱۳۸۳). مقایسه اثربخشی چهار روش رفتاری- شناختی، دارویی، تلفیقی و دارو نما در درمان اختلال اضطراب تعمیم یافته. *دانش و پژوهش در روانشناسی*، ۱۹ و ۲۰، ۱-۲۰.
- احسان منش، مجتبی. (۱۳۸۰). همه گیرشناسی بیماریهای روانی در ایران: بازنگری برخی بررسیهای انجام شده. *فصلنامه اندیشه و رفتار*، ۴، ۶۹-۵۴.
- انجمن روان پزشکی امریکا. (۲۰۰۰). *ویراست چهارم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی*، تجدید نظر شده (DSM-IV-TR). ترجمه‌ی محمد رضا نیکخو و هامایاک آوادیسایانس (۱۳۸۶). تهران: انتشارات سخن.
- توزنده‌جانی، حسن؛ عبداللهمان، ابراهیم. (۱۳۷۳). مقایسه کارایی آموزش کنترل اضطراب، دارو درمانی و ترکیب آنها در درمان مبتلایان به اختلال اضطراب منتشر. *مجله روان پزشکی و روانشناسی بالینی ایران (اندیشه و رفتار)*، ۱ (۱)، ۴۷-۵۴.
- ثنایی، باقر؛ علاقبند، ستیلا و هومن، عباس. (۱۳۷۹). *مقیاسهای سنجش خانواده و ازدواج*. تهران: موسسه-ی انتشارات بعثت.
- حمیدپور، حسن. (۱۳۸۶). بررسی کارایی و اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر هشپاری فراگیر در درمان و جلوگیری از عود و بازگشت افسرده خوبی. *فصلنامه پژوهش در سلامت روان شناخت*، ۱، ۲۵-۳۷.
- حمیدپور، حسن. (۱۳۸۷). اهمیت روش شناسی در پژوهش های رفتاری- شناختی. *بازتاب دانش*، ۳، ۴۹-۵۶.
- حمیدپور، حسن. (۱۳۸۸). مقایسه کارایی شناخت درمانی با طرح وارده درمانی در درمان زنان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر: کاهش علائم، بهبود عملکرد، تغییر متغیرهای میانجی و فرآیند تغییر علائم. پایان نامه دکترای روان شناسی بالینی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی تهران، ایران.
- دهشیری، غلامرضا؛ گلزاری، محمود؛ برجعلی، احمد و سهرابی، فرامرز. (۱۳۸۸). خصوصیات روانسنجی پرسشنامه نگرانی ایالت پنسیلوانیا. *مجله روان شناسی بالینی*، ۴، ۷۵-۶۷.
- کجباف، محمدباقر؛ مقدس، مائده؛ آقای، اصغر. (۱۳۹۰). اثربخشی آموزش راهبردی برنامه ریزی عصبی کلامی بر سازگاری زناشویی. *دانش و پژوهش در روان شناسی کاربردی*، ۱۲ (۴)، ۴۰-۳۰.

گال، مردیت؛ بورگک، والتر و گال، جویس. (۱۳۸۶). روش‌های تحقیق کمی و کیفی در علوم تربیتی و روان‌شناسی. مترجمان: نصر، احمدرضا؛ عریضی، حمیدرضا، ابوالقاسمی، محمود، باقری، خسرو؛ علامت‌ساز، محمد حسین و همکاران، جلد دوم، چاپ دوم. تهران، انتشارات دانشگاه شهید بهشتی و سمت.

نوربالا، احمدعلی؛ باقری یزدی، سید عباس؛ یاسمی، محمدتقی. (۱۳۸۰). نگاهی بر سیمای سلامت روان در ایران. تهران: نشر مولف.

- Barlow, D. H. (2002). *Anxiety and its disorders: the nature and treatment of anxiety and panic* (2nd ed.). New York: Guilford Press.
- Barlow, D. H., Allen, L.B., & Choate, M. L. (2004). Toward a unified treatment for emotional disorders. *Behavior Therapy*, 35, 205–230.
- Baucom, B.R., Sevier, M., Eldridge, K.A., Doss, B.D., & Christensen, A. (2011). Observed Communication in Couples Two Years after Integrative and Traditional Behavioral Couple Therapy: Outcome and Link with Five-Year Follow-Up. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 79 (5), 565-576.
- Baucom, D. H., Shoham, V., Mueser, K. T., Daiuto, A. D., & Stickle, T. R. (1998). Empirically supported couple and family interventions for marital distress and adult mental health problems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 53–88.
- Ben-Noun, L. (1998). Generalized anxiety disorder in dysfunctional families. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 29, 115-122.
- 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. (1985). Worry: A Potentially useful construct. *Behavior Research and Therapy*, 23 (4), 14-20.
- Borkovec, T. D., Newman, M. G., Pincus, A. L., & Lytle, R. (2002). A component analysis of cognitive-behavioral therapy for generalized anxiety disorder and the role of interpersonal problems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 288–298.
- Borkovec, T.D. (2002). Life in the future versus life in the present. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9, 76–80.
- Bretholtz, E., Johansson, b., & Ost, L, G. (1999). Cognitions in generalized anxiety disorder and panic disorder patients: A prospective approach. *Behaviour Research and Therapy*, 31, 553-544.
- Brown, T. A., Barlow, D. H., & Liebowitz, M. R. (1994). The empirical basis of generalized anxiety disorder. *American Journal of Psychiatry*, 151, 1272-1280.

- Callaghan, G. M., Gregg, J. A., Marx, B. P., Kohlenberg, B. S., Gifford, E. (2004). Fact: The utility of an integration of functional analytic psychotherapy and acceptance and commitment therapy to alleviate human suffering. *Journal of Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 41 (3), 195-207.
- Cassidy, T. A. (1995). Attachment and generalized anxiety disorder. In D. Cichetti & S. Toth (Eds). Rochester symposium on development (psychopathology: emotion, cognition, and representation)(343-390). Rochester, NY: University of Rochester press.
- Christensen, A., Atkins, D. C., Baucom, B., & Yi, J. (2010). Marital Status and Satisfaction Five Years Following a Randomized Clinical Trial Comparing Traditional Versus Integrative Behavioral Couple Therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78 (2), 225-235.
- Christensen, A., Atkins, D. C., Berns, S., Wheeler, J., Baucom, D. H., & Simpson, L. E. (2004). Traditional versus integrative behavioral couple therapy for significantly and chronically distressed married couples. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72, 176-191.
- Codd, R. T., Towhig, M. P., Crosby, J. M., (2011). Treatment of Three Anxiety Disorder Cases With Acceptance and Commitment Therapy in a Private Practice. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 25 (3), 203-217.
- Cordova, J.V., Jacobson, N.S., & Christensen, A. (1998). Acceptance versus change interventions in behavioral couple therapy: Impact on couples' in-session communication. *Journal of Marital and Family Therapy*, 24 (4), 437-455.
- Craigie, M.A., Rees, C.S., Marsh, A., & Nathan, P. (2008). Mindfulness-based Cognitive Therapy for Generalized Anxiety Disorder: A Preliminary Evaluation. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 36 (5), 553-568.
- Dugas, M.J. & Robichaud, M. (2007). *Cognitive behavioral treatment for generalized anxiety disorder*. Routledge: Taylor & Francis
- Durand, V.M., & Barlow, D.H. (2010). *Essentials of abnormal psychology*. (5th ed). Belmont, CA: Wadsworth.
- Dutton, S.S. (2002). *Marital relationship functioning in a clinical sample of generalized anxiety disorder clients*. Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering, 62, 42-56
- Eifert, G. H., & Forsyth, J. P. (2005). *Acceptance and Commitment Therapy for anxiety disorders: A practitioner's treatment guide to using mindfulness, acceptance, and values-based behavior change strategies*. New Harbinger: Oakland, CA.
- Eifert, G. H., Forsyth, J. P., Arch, J., Espejo, E., Keller, M., Langer, D. (2009). Acceptance and Commitment Therapy for Anxiety Disorders: Three Case Studies Exemplifying a Unified Treatment Protocol. *Cognitive and Behavioral Practice*, 16, 368-385.

- Eng, w., & Heimberg, K.G. (2006). Interpersonal correlates of generalized disorder: self versus others perception. *Anxiety Disorders*, 20, 380-387.
- Fisher, P. L. (2006). The efficacy of psychological treatments for generalized anxiety disorder. In: G. C. L. Davey & A. Wells (Eds.), *Worry and its psychological disorders: theory, assessment and treatment* (pp.356-377). West Sussex, England: Wiley & Sons.
- Goldfarb, M.R., Trudel, G., Boyer, R., & Preville, M. (2007). Marital relationship and psychological distress: Its correlates and treatments. *Sexual and Relationship Therapy*, 22 (1), 109-125.
- Gross, J. J., & John, O. P. (1997). Revealing feelings: A facet of emotional expressivity in self-reports, peer ratings, and behavior. *Journal of Personality and Social Psychology*, 72, 435-448.
- Harris, R. (2009). *ACT with love*. Oakland: New Horbinger publication.
- Hayes, S. C. (2004). Acceptance and Commitment Therapy and the new behavior therapies: Mindfulness, acceptance and relationship. In S. C. Hayes, V. M. Follette, & M. Linehan (Eds.), *Mindfulness and acceptance: Expanding the cognitive behavioral tradition* (pp. 1-29). New York: Guilford.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change*. New York: Guilford, 6: 1-25.
- Hayes, S. C., Strosahl, K., Wilson, K. G., Bissett, R.T., Pistorello, J., Toarmino, D., et al. (2004). Measuring experiential avoidance: A preliminary test of a working model. *The Psychological Record*, 54, 553-578.
- Hayes, S. C., Wilson, K. G., Gifford, E. V., Follette, V. M., & Strosahl, K. (1996). Experiential avoidance and behavioral disorders: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 1152-1168.
- Hayes, S.C., Luoma, J.B., Bond, F.W., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour Research & Therapy*, 1-25.
- Honarparvaran, N., Tabrizy, M., Navabinejad, Sh., Shafiabady, A., Moradi, M. (2010). The Efficacy of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) Training with Regard to Reducing Sexual Dissatisfaction among Couples. *European Journal of Social Sciences*; 15(1), 166-172.
- Ingram, R. E., Hayes, A. Q., & Scott, W. (2000). Empirically supported treatment: A Critical analysis. In: C. R. Snyder & Q. R. E. Ingram (Eds.), *Handbook of psychological change* (pp. 40- 60). New York: Wiley.
- Jacobson, N. S., & Christensen, A. (1998). *Acceptance and change in couple therapy: A therapist's guide to transforming relationships*. New York: Norton.
- Jacobson, N.S., & Truax, P. (1991). Clinical significance: A statically approach to defining meaningful change in psychotherapy research. In: Kazdin, A.E.

- (2Eds). *Methodological Issues & Strategies in Clinical Research* (pp. 521-538). Washington DC: American Psychological Association.
- Jacobson, N.S., & Truax, P. (1998). Clinical significance: A statically approach to defining meaningful change in psychotherapy research. In. Kazdin, A.E. (2Eds). *Methodological Issues & Strategies in Clinical Research* (pp. 521-538). Washington DC: American Psychological Association.
- Kazdin, A.E. (1992). *Research design in clinical psychology* (2ed). Boston: Alay and bacon.
- McLeod, J.D. (1994). Anxiety disorders and marital quality. *Journal of Abnormal Psychology*, 103, 767–776.
- Mennin, D. S., Heimberg, R. G., Turk, C. L., & Fresco, D. M. (2005). Preliminary evidence for an emotion dysregulation model of generalized anxiety disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 43, 1281–1310.
- Mennin, D. S., Heimberg, R. G., Turk, C. L., & Fresco, D. M. (2005). Preliminary evidence for an emotion dysregulation model of generalized anxiety disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 43, 1281–1310.
- Meyer, T.J., Miller, M.L., Metzger, R.L., & Borkovec T.D. (1990). Development and validation of the Penn State Worry Questionnaire. *Behavior Research and Therapy*, 28(6), 487–495.
- Newman, M. G., Zuellig, A. R., Kachin, K. E., Constantino, M. J., Przeworski, A., Erickson, T., & Cashman-McGrath, L. (2002). Preliminary reliability and validity of the Generalized Anxiety Disorder Questionnaire-IV: A revised self report diagnostic measure of generalized anxiety disorder. *Behavior Therapy*, 33, 215–233.
- Orsillo, S. M., Roemer, L. (2005). Acceptance and commitment therapy in the treatment of post-traumatic stress disorder. *Behavior Modification*, 15, 72–91.
- Peterson, B.D., Eifert, G.H., Feingold, T., Davidson, S. (2009). Using Acceptance and Commitment Therapy to Treat Distressed Couples: A case study with two couples. *Cognitive and Behavioral Practice*, 16; 430–442.
- Roemer, L., & Orsillo, S. M. (2005). An acceptance based behavior therapy for generalized anxiety disorder. In S. M. Orsillo, & L. Roemer (Eds.), *Acceptance and mindfulness based approaches to anxiety: Conceptualization and treatment* (pp. 213–240). New York: Springer.
- 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.
- Senaratne, R., Van Ameringen, M, Mancini, C & Patterson, B. (2010). The burden of anxiety disorders on the family. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 198(12), 876-880.
- Sevier, M. (2005). *Client change processes in traditional behavioral couple therapy and integrative behavioral couple therapy: an observational study*

- of in-session spousal behavior. Unpublished Doctoral Dissertation, University of California, LA.
- Spanier, G. B. (1976). Measuring dyadic adjustment: New scales for assessing the quality of marriage and similar dyads. *Journal of Marriage and the Family*, 38, 15–28.
- Startup, H. M., & Erikson, T. M. (2006). The penn state of worry Questionnaire. In G. C. L. Graham, wells. A. (Eds.), *Worry and its disorders* (pp. 101-120). N. Y: John wiely.
- Strosahl, K. D., & Robinson, P. J. (2008). *The mindfulness and acceptance workbook for depression*. Oakland, CA: New Harbinger.
- Twohing, M. P., Hayes, S. C., & Masuda, A. (2006). Increasing willingness to experience obsessions: Acceptance and Commitment Therapy as a treatment for obsessive compulsive disorder. *Behavior Therapy*, 37, 3–13.
- Wells, A., Welford, M., King, P., Papageorgiou, C., Wisely, J., & Mendel, E. (2010). A pilot randomized trial of metacognitive therapy vs applied relaxation in the treatment of adults with generalized anxiety disorder. *Behavior Research and Therapy*, 48; 429–434.
- Wetherell, J.L., Liu, L., Patterson, T. L., Afari, N., Ayers, C. R., Thorp, S. R. & et al. (2011). Acceptance and commitment therapy for generalized anxiety disorder in older adults: a preliminary report. *Behavior Therapy*, 42(1), 127-34.
- Whisman, M. A., Sheldon, C. T., & Goering, P. (2000). Psychiatric disorders and dissatisfaction with social relationships: Does type of relationship matter? *Journal of Abnormal Psychology*, 109; 803–808.
- Whisman, M. A. (1999). Marital dissatisfaction and psychiatric disorders: Results from the national comorbidity survey. *Journal of Abnormal Psychology*, 108; 701-706.
- Wimberly, J. D. (1998). An outcome study of integrative couples therapy delivered in a group format (Doctoral dissertation, University of Montana,
- Wittchen, H. U. and Hoyer, J. (2001). Generalized anxiety disorder: nature and course. *Journal of Clinical Psychiatry*, 62(111), 15–19.
- Wittchen, H. U., Zhao, S., Kessler, R. C., & Eaton, W. W. (1994) DSM-III-R generalized anxiety disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 51, 355–364.
- Woodman, C. L., Noyes, R., Black, D. W., Schlosser, S., & Yagla, S. J. (1999). A 5-year follow-up study of generalized anxiety disorder and panic disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 187, 3–9.
- Yonkers, K. A., Warshaw, M. G., Massion, A. O., & Keller, M. B. (1996). Phenomenology and course of generalized anxiety disorder. *British Journal of Psychiatry*, 168, 308–313.
- Zaidera, T.I., Heimberga, R.G., and Iida, M. (2010). Anxiety Disorders and Intimate Relationships: A Study of Daily Processes in Couples. *Journal of Abnormal Psychology*, 119 (1), 163-173.

Zinbarg, R. E., Lee, J. E., Yoon, K. L. (2007). Dyadic predictors of outcome in a cognitive-behavioral program for patients with generalized anxiety disorder in committed relationships: A “spoonful of sugar” and a dose of non-hostile criticism may help. *Behaviour Research and Therapy*, 45 (4), 699-713.

