



بررسی اثر بخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد انطباق یافته زوجی بر بهبود اجتناب تجربی مبتلایان به اختلال

اضطراب فراگیر

دکتر مهدی ایمانی^۱

چکیده

هدف: پژوهش حاضر بررسی اثر بخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد انطباق یافته زوجی بر کاهش اجتناب تجربی مبتلایان به اختلال اضطراب فراگیر بود.

روش: بدین منظور سه نفر از زنان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر و همسران شان که آشفتگی زناشویی نیز داشتند با روش نمونه گیری هدفمند انتخاب شدند. در این پژوهش از طرح تجربی تک موردی از نوع خط پایه چندگانه ناهمزمان استفاده شد. کارآیی پروتکل درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد انطباق یافته زوجی در طی سه مرحله مداخله (خط پایه، درمان ۱۶ جلسه ای و پی گیری ۳ ماهه) با استفاده از 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 درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد انطباق یافته زوجی بر آماج‌های درمان تاثیر مثبتی گذاشته بود.

نتیجه‌گیری: تبیین یافته‌ها بر اساس مبانی نظری اثربخشی درمانی، حاکی از این بود که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد انطباق یافته زوجی در کاهش اجتناب تجربی موثر بوده است.

کلیدواژه: اختلال اضطراب فراگیر، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد انطباق یافته زوجی، اجتناب تجربی

^۱ استادیار بخش روانشناسی بالینی دانشگاه شیراز، dr.mahdiimani@gmail.com & mimani@shirazu.ac.ir



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 آوادیسیناس، ۱۳۸۶). بر خلاف تصور رایج که حاکی از متوسط بودن سطح آسیب در عمل کرد این اختلال است، این اختلال با آسیب معنی‌دار در عمل کرد 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، اسکولسر 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 همبرگ^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 تولتر، جانسون و اوست^۸، ۱۹۹۹). هم چنین مجموعه گسترده و فزاینده‌ای از ادبیات پژوهشی در مورد ارتباط بین رضایت زناشویی با شروع، سیر و درمان اختلالات روان-شناختی بزرگسالان وجود دارد (ویسمن^۹، ۱۹۹۹). پژوهش سناراتنه، فن آمرینگن، مانچینی و پترسون^{۱۰} (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 خانوادگی 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^{۱۱} (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^{۱۲}، ۱۹۹۸).

اختلال اضطراب فراگیر، یک مشکل عمومی در جامعه است که اغلب مزمن می‌باشد (ویتچن و هویر^{۱۳}، ۲۰۰۱). این اختلال، هزینه‌های گزافی بر جامعه و خانواده تحمیل می‌کند (داگلاس و روبی‌چاد^{۱۴}، 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^{۱۵} (۲۰۰۲) معتقد است با توجه به

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

⁹ - Whisman

¹⁰ - Senaratne, Van Ameringen, Mancini & Patterson

¹¹ - Zaidera, Heimberga, & Iida

¹² - Ben-noun

¹³ - Hoyer

¹⁴ - Douglas, & Robichaud

¹⁵ - Barlow



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"^۱ دانسته و تاکید بر این دارد که فهم و کشف سبب شناسی و درمان این اختلال می‌تواند می‌توان گامی بزرگ در حیطه اختلال‌های اضطرابی باشد.

پژوهش‌های همه‌گیر شناسی در ایران به این نتیجه رسیده‌اند 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 اضطراب فراگیر در ایران را گزارش کرده‌اند، اما نکته جالب کمبود پژوهش لازمه 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 داده‌اند، عملاً استفاده‌ای نشده است. اما پژوهش‌ها نشان داده‌اند مشکلات بین فردی می‌تواند بر نتیجه درمان بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر اثر بگذارند (بورکووک، نیومن، پینکوس و لایتل^۲، ۲۰۰۲). به طور کلی، نظریه پردازان بین فردی، بر این عقیده‌اند که «رفتار» اغلب در یک بافت ارتباطی^۳ شکل می‌گیرد که در آن تعامل‌ها^۴ تاثیر متقابلی بر یکدیگر دارند (کسلر^۵، ۱۹۹۶، به نقل از زینبرگ، لی و یون^۶، 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 این که، پژوهش‌ها از موثر بودن برخی از روش‌های درمانی در درمان اختلال اضطراب فراگیر حکایت دارند، به عنوان مثال، درمان شناختی- رفتاری و تن آرامی کاربردی در درمان این اختلال موثر بوده‌اند (کرایجی، رییس، مارش و ناتان^۷، ۲۰۰۸؛ فیشر^۸، ۲۰۰۶)، با این وجود سطح بهبودی در مطالعات مختلف مربوط به این دو درمان، هیچ گونه برتری نسبت به هم نداشته‌اند (فیشر، ۲۰۰۶). هم چنین میزان بهبودی در این روش‌ها چندان مطلوب گزارش نشده است (آرنتز^۹، ۲۰۰۳، به نقل از ولز، ولفورد، کینگ، پاپاچورجیو، وایزلی و مندل^{۱۰}، 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

¹ - basic

² - Borkovec, Newman, Pincus, & Lytle

³ - relational

⁴ - interact

⁵ - kesler

⁶ - Zinberg, & Yoon

⁷ - Craigie, Rees, Marsh, & Nathan

⁸ - Fisher

⁹ - Arntz

¹⁰ - Wells, Welford, King, Papageorgiou, Wisely, & Mendel



فراگیر (روئمر، اورسیلو و سالترز-پدناالت^۱، ۲۰۰۸)، اختلال وسواسی-جبری (توهینگ و هیز و ماسودا^۲، ۲۰۰۶) و اختلال استرس پس از سانحه (ارسیلو و باتن^۳، 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 داده اند، اما محدودیت‌هایی نیز داشته اند. 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^۴، ۲۰۰۴). بنابراین ضروری است که در درمان مبتلایان به این اختلال، به مسایل بین فردی توجه ویژه ای شود. هم‌چنین از آن جا که میزان این اختلال از حدود ۵ سالگی به بعد در زنان شایع تر از مردان می‌باشد و در حدود دو سوم افراد مبتلا به این اختلال زنان هستند (وودمن و همکاران، ۱۹۹۹) و هم‌چنین وجود این اختلال فقط در زنان با نارضایتی زناشویی رابطه دارد (مک لئود^۵، ۱۹۹۴)، بنابراین ضرورت انجام این پژوهش، بیش از پیش نمایان می‌شود.

با توجه به مطالب فوق الذکر سوال اصلی پژوهش این است که آیا درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد انطباق یافته زوجی در بهبود اجتناب تجربی زن‌های مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر موثر می‌باشد؟

روش

در پژوهش حاضر از طرح آزمایشی تک موردی^۶ که گاهی آن را آزمایش تک آزمودنی^۷ می‌نامند (گال، بورگ و گال^۸، 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 شهر ماهشهر تکمیل 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 ۳ زن به شیوه نمونه گیری هدفمند، که هم‌زمان مشکلات زناشویی نیز داشتند (بر اساس مصاحبه بالینی) به همراه همسران شان به عنوان نمونه انتخاب شدند. پس از مصاحبه بالینی با آزمودنی‌ها و تکمیل فرم رضایت نامه آگاهانه، زوجین (سه زوج) در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد انطباق یافته زوجی 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 وارد طرح درمان شدند و در مرحله خط پایه (به مدت دو هفته) 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 مداخله‌گر احتمالی طبق اصول طرح‌های خط پایه چند گانه، در جلسه‌ی دوم زوج اول، زوج دوم وارد طرح درمان شدند و به همین ترتیب در جلسه‌ی سوم زوج اول و جلسه‌ی دوم زوج دوم، طرح درمان در مورد زوج سوم آغاز شد. هم‌چنین در ضمن

¹ - Roemer, Orsillo, & Salters-Pedneault

² - Twohing, & Masuda

³ - Batten

⁴ - Callaghan, Gregg, Marx, Kohlenberg Callaghan, G. M., & Gifford

⁵ - McLeod

⁶ - single case experiment

⁷ - single subject experiment

⁸ - Gall, Borg, & Gall



اجرای درمان، پرسشنامه‌ها در جلسات ۱، ۴، ۸ و ۱۲ درمان و نیز بلافاصله پس از اتمام درمان تکمیل گردید. پس از پایان درمان در فواصل زمانی یک ماهه، سه بار مرحله پی گیری انجام شد.

ابزارهای پژوهش

۳) پرسشنامه پذیرش و عمل^۱ (AAQ): این پرسشنامه توسط باوند و بانس^۲ (۲۰۰۳) برای سنجش انعطاف پذیری روان-شناختی، 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 خرده مقیاس تمایل^۳ و عمل^۴ بوده که هر کدام به ترتیب دارای ۷ و ۹ ماده هستند. خرده مقیاس اول، تمایل فرد به پذیرش افکار و احساس‌های نامطلوب را شامل می‌شود و خرده مقیاس 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 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 ($\alpha=0/75$) و هم چنین برای خرده مقیاس‌ها (خرده مقیاس تمایل = ۰/۷۲ و خرده مقیاس عمل = ۰/۷۳) نشان داد و همچنین ضریب بازآزمایی و انحراف استاندارد این پرسش نامه به ترتیب ۰/۸۵ و ۰/۴۶/۱۵ برآورد شد.

روش‌های آماری

در این پژوهش برای تحلیل داده‌ها همانند سایر طرح‌های موردی از ترسیم چشمی^۷ (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 پی گیری به واسطه الگوهای ترسیم دیداری بررسی گردید. هم چنین برای تجزیه و تحلیل داده‌های پژوهش از روش شاخص تغییر پایا (RCI) استفاده شد.

یافته‌ها

در جدول شماره ۱ آماره‌های توصیفی آزمودنی‌های تحت درمان با درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد انطباق یافته زوجی در پرسشنامه‌های پذیرش و عمل ارائه شده است.

¹ - Acceptance, & Action Questionnaire

² - Bond, & Bunce

³ - willingness

⁴ - Action

⁵ - Hayes, Luoma, Bond, Masuda, & Lillis

⁶ - Wilson, & Bissett, & Pistorello

⁷ - visual inspection



جدول شماره ۱- روند تغییر مراحل درمان آزمودنی‌های درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد انطباق یافته زوجی در

پرسشنامه پذیرش و عمل.

آزمودنی‌ها	تغییرها	سطح پایه ۱	پایه ۲	پایه ۳	پایه ۴	سه ۱	سه ۱۶	گیری ۱	گیری ۳	ان بهبودی	خص تغییر پایا
۱	AAQ	۲۹	۲۹	-	-	۲۷	۳۹	۳۸	۳۸	%۴۴	۱/۴۲
۲	AAQ	۴۷	۴۵	۴۷	-	۴۷	۶۷	۶۷	۶۹	%۴۲	۲/۳۶
۳	AAQ	۳۱	۳۳	۳۴	۳۴	۳۰	۴۴	۴۳	۴۴	%۴۷	۱/۶۵
رصد بهبودی کلی	AAQ	%۴۴									

بحث و نتیجه گیری

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 موثر می‌باشد.

میزان بهبودی بیماران شرکت کننده در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد انطباق یافته زوجی %۴۴ بود که در مرحله پی گیری %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 نشان دادند.

در تبیین نظری کارآیی بیشتر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد انطباق یافته زوجی 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 پاسخ-های 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 روش‌های درمانی که بر تکنیک‌های تجربی (هیجانی) و نیز تکنیک‌هایی که بر ایجاد پذیرش، عدم اجتناب تجربی، افزایش ذهن آگاهی، کاهش قضاوت و تفکر ارزیابانه و داشتن زندگی ارزش‌مدار و در کل به افزایش انعطاف پذیری تاکید می‌کنند، باعث افزایش کارآیی بیشتر تکنیک‌های درمان و بالطبع افزایش نتایج مثبت درمان می‌گردند. در پژوهش حاضر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد انطباق یافته زوجی از هم چون ویژگی‌هایی 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 ۱ توجه کنیم شیب نمودار در هر سه آزمودنی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد انطباق یافته زوجی در جلسات میانی تند تر می‌شود. این افزایش نمرات را می‌توان به استفاده از تکنیک‌هایی 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 می‌باشد، نسبت داد.



یافته‌های مطالعه حاضر در زمینه تاثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد انطباق یافته زوجی بر پذیرش همسو با یافته‌های 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 می‌تواند 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 روان‌شناختی نبوده است، بلکه جامعه هدف آنها زوج‌های آشفته در درمان انطباق یافته زوجی بوده است. این یافته احتمالاً به این دلیل است که میزان پذیرش آزمودنی‌های پیترسون و همکاران (۲۰۰۹) در ابتدای درمان در حد متوسط بود، اما در این مطالعه، میزان پذیرش در سطح پایین بود.

این پژوهش ممکن است با برخی از محدودیتها مواجه باشد برای مثالدر مطالعه حاضر، آزمودنی‌ها علاوه بر تشخیص اختلال اضطراب فراگیر، روابط زناشویی آشفته‌ای نیز داشتند. با توجه به پیشینه و ماهیت درمانها، پیشنهاد می‌شود که (الف) از درمانهای پذیرش مدار برای افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر فاقد مشکلات زناشویی استفاده شود و (ب) کارآیی هر دو درمان بر مشکلات زوج‌های آشفته فاقد اختلال روانشناختی استفاده شود. 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 روان‌پزشکی آمریکا (۲۰۰۰). *ویراست چهارم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی*، تجدید نظر شده (-DSM-IV) *TR*. ترجمه‌ی محمد رضا نیکخو وهامایاک آوادیسیناس (۱۳۸۶). تهران: انتشارات سخن.
- توزنده‌جانی، حسن؛ عبداللهیان، ابراهیم (۱۳۷۳). مقایسه کارآیی آموزش کنترل اضطراب، دارو درمانی و ترکیب آنها در درمان مبتلایان به اختلال اضطراب منتشر. *مجله روانپزشکی 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: موسسه‌ی انتشارات بعثت.
- حمیدپور، حسن (۱۳۸۶). بررسی کارایی و اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر هشیاری فراگیر در درمان و جلوگیری از عود و بازگشت افسرده خویی. *فصلنامه پژوهش در سلامت روان شناخت*، ۱، ۲۵-۳۷.
- 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.
- 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.



- 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.
- 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.