

بررسی کارایی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و زوج درمانی رفتاری یکپارچه‌نگر بر نگرانی و سازگاری زناشویی زن‌های دارای آشفتگی زناشویی و اختلال اضطراب فراگیر

غلامرضا رجبی^۱، مهدی ایمانی^۲، رضا خجسته‌مهر^۳، منصور بیرامی^۴، کیومرث بشلیده^۵

مقاله پژوهشی

چکیده

زمینه و هدف: هدف پژوهش حاضر بررسی کارایی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و زوج درمانی رفتاری یکپارچه‌نگر بر نگرانی و سازگاری زناشویی زن‌های دارای آشفتگی زناشویی و اختلال اضطراب فراگیر بود.

مواد و روش‌ها: بدین منظور شش نفر از زنان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر و همسرانشان که آشفتگی زناشویی داشتند، با روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند. در این پژوهش از طرح تجربی تک‌موردی از نوع خط پایه چندگانه ناهم‌زمان استفاده شد. پروتکل درمانی زوج درمانی رفتاری یکپارچه‌نگر و رفتاردرمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد در سه مرحله خط پایه، مداخله‌ی ۱۶ جلسه‌ای و پی‌گیری ۳ ماهه اجرا گردید و آزمودنی‌ها به پرسش‌نامه نگرانی ایالت پنسیلوانیا (PSWQ) یا Pennsylvania State Worry Questionnaire)، مقیاس سازگاری زوجی (DAS یا Dyadic Adjustment Scale) پاسخ دادند. داده‌ها به روش ترسیم دیداری، شاخص تغییر پایا (RCI یا reliable change index) و فرمول درصد بهبودی تحلیل شدند.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که هر دو درمان بر هدف‌های درمان تأثیر دارند. رفتاردرمانی مبتنی بر پذیرش، نسبت به زوج درمانی رفتاری یکپارچه‌نگر، در متغیر نگرانی کارایی بیشتری داشت و در متغیر سازگاری زناشویی زوج درمانی رفتاری یکپارچه‌نگر کارایی بیشتری نسبت به رفتاردرمانی مبتنی بر پذیرش نشان داد.

نتیجه‌گیری: تبیین یافته‌ها بر اساس مبانی نظری اثربخشی درمانی، حاکی از این بود که رفتاردرمانی مبتنی بر پذیرش از نظر اندازه تغییر، کلیت، ثبات بر زوج درمانی رفتاری یکپارچه‌نگر ارجحیت دارد، اما از نظر میزان پذیرش هر دو یکسان هستند.

واژه‌های کلیدی: اختلال اضطراب فراگیر؛ آشفتگی زناشویی؛ رفتاردرمانی مبتنی بر پذیرش؛ زوج درمانی رفتاری یکپارچه‌نگر

ارجاع: رجبی غلامرضا، ایمانی مهدی، خجسته‌مهر رضا، بیرامی منصور، بشلیده کیومرث. بررسی کارایی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و زوج درمانی رفتاری یکپارچه‌نگر بر نگرانی و سازگاری زناشویی زن‌های دارای آشفتگی زناشویی و اختلال اضطراب فراگیر. مجله تحقیقات علوم رفتاری ۱۳۹۲؛ ۱۱(۶): ۶۱۹-۶۰۰

دریافت مقاله: ۱۳۹۱/۰۴/۰۶

پذیرش مقاله: ۱۳۹۱/۰۷/۰۶

Email: mimani@shirazu.ac.ir

- ۱- دانشیار، گروه مشاوره، دانشگاه شهید چمران اهواز، اهواز، ایران
- ۲- دانشجوی دکتری مشاوره، دانشگاه شهید چمران اهواز، اهواز، ایران (نویسنده مسؤول)
- ۳- دانشیار، گروه مشاوره، دانشگاه شهید چمران اهواز، اهواز، ایران
- ۴- دانشیار، گروه روان‌شناسی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران
- ۵- دانشیار، گروه روان‌شناسی، دانشگاه شهید چمران اهواز، اهواز، ایران

مقدمه

اختلال اضطراب فراگیر، اختلال اضطرابی است که به صورت نگرانی مزمن، فراگیر و غیرقابل کنترل توصیف شده است (۱). برخلاف تصور رایج که حاکی از متوسط بودن سطح آسیب در عملکرد این اختلال است، این اختلال با آسیب معنی دار در عملکرد روانی- اجتماعی مرتبط می باشد (۲) و به ندرت به خودی خود بهبود یافته (۳) و بیشتر از دیگر اختلال های اضطرابی، به صورت مزمن باقی می ماند (۴).

با این که پژوهش ها نشان داده اند که رویکردهای درمانی مختلفی می توانند در درمان اختلال اضطراب فراگیر موثر واقع شوند، اما بحث پشتوانه تجربی داشتن، انواعی از روان درمانی ها در درمان اختلال اضطراب فراگیر، همواره با چالش هایی مواجه بوده است (۵). بعضی از پژوهش ها کارا بودن رفتاردرمانی شناختی برای اختلال اضطراب فراگیر را به لحاظ بالینی و آماری معنی دار گزارش نکردند. Heimberg، Mennin، Rittner و Fresco (۶)، نشان دادند که نسبت بالایی از افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر، که درمان شناختی- رفتاری دریافت کردند، معیارهای بهبودی در کارکرد را نشان ندادند.

در تبیین کارا نبودن رفتاردرمانی شناختی بر افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر، Safran بر این باور است که درمانگران شناختی- رفتاری در فرایند درمان عمدتاً پدیده ها و متغیرهای درون روانی را هدف درمان قرار می دهند، و فرایندهای بین فردی که سهم عمده ای در آسیب شناسی اختلال اضطراب فراگیر دارند، مورد غفلت قرار داده اند (۷). Crits و Christoph (۸) در همین راستا معتقد هستند که اختلال اضطراب فراگیر را می توان یک مشکل بین فردی و نگرانی را نوعی دفاع در مقابل اضطراب های بین فردی در نظر گرفت. هم چنین Lytle، Pincus، Newman، Borkovec و Lytle نشان داده اند که وجود مشکلات بین فردی در مبتلایان به اختلال اضطراب فراگیر، مانع اثرگذاری مثبت درمان های شناختی- رفتاری می شوند (۹).

با توجه به این که بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر نقص هایی در زمینه های روابط زناشویی، تنظیم هیجانی نشان می دهند (۱۰)، به نظر می رسد درمان هایی که این متغیرها را

آماج درمانی قرار می دهند، شاید بتوانند از کارایی لازمه در کاهش نشانه های این اختلال بر خوردار باشند. در این میان، درمان های موج سوم رفتاردرمانی این ویژگی را دارند. بر همین اساس، در پژوهش حاضر از بین درمان های موج سوم رفتاردرمانی، دو درمان زوج درمانی رفتاری یکپارچه نگر و رفتاردرمانی مبتنی بر پذیرش، انتخاب و کارایی آن ها در درمان زنان دارای آشفتگی زناشویی و اختلال اضطراب فراگیر، مورد بررسی قرار می گیرد. هم چنین با توجه به این که این بیماران در زمینه خانوادگی و مسایل زناشویی نیز با مشکل هایی روبرو هستند (۱۰)، در این پژوهش هم از زوج درمانی و هم از درمان فردی استفاده شده است تا اثربخشی هر کدام به صورت جداگانه بررسی گردد.

با توجه به مطالب فوق الذکر سؤال اصلی پژوهش حاضر این است که: ۱- آیا میان زوج درمانی رفتاری یکپارچه نگر و رفتاردرمانی مبتنی بر پذیرش، در کاهش نگرانی زنان دارای آشفتگی زناشویی و اختلال اضطراب فراگیر به لحاظ بالینی تفاوت معنی دار وجود دارد؟ ۲- آیا میان زوج درمانی رفتاری یکپارچه نگر و رفتاردرمانی مبتنی بر پذیرش، در کاهش ناسازگاری زناشویی زنان دارای آشفتگی زناشویی و اختلال اضطراب فراگیر به لحاظ بالینی تفاوت معنی دار وجود دارد؟

مواد و روش ها

پژوهش حاضر از نوع آزمایشی بوده و طرح آن به صورت پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری با گروه کنترل می باشد. متغیر مستقل، مداخله التقاطی (با رویکردهای بازساخت دهی شناختی و مهارت های مقابله ای شناختی- رفتاری) به شیوه گروهی است که طی ده جلسه در بهار ۱۳۹۰ تنها در گروه آزمایش اعمال شده و تأثیر آن بر نمرات بر نمرات پس آزمون و پیگیری افراد گروه آزمایش بررسی شده است و با گروه کنترل مورد مقایسه قرار گرفته است. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل کلیه دانشجویان دختر مشغول به تحصیل در دانشگاه اصفهان در دوره کارشناسی می باشد. در این پژوهش از روش نمونه گیری خوشه ای چندمرحله ای استفاده شد. به این صورت که ابتدا از دانشگاه اصفهان دو دانشکده به طور تصادفی انتخاب

ب- پرسش نامه کارآمدی بین فردی (Circumplex Scales of Interpersonal Efficacy یا CSIE-Form) پرسش نامه کارآمدی بین فردی، توسط Kenneth D. Locke (۲۱) ساخته شده و دارای ۱۶ سازه است. پاسخ های سؤالات این پرسش نامه بر اساس یک مقیاس لیکرتی از ۰ تا ۱۰ درجه بندی شده است. نمره ۰ برای گزینه (اصلا مطمئن نیستم) نمره ۵ برای گزینه (تا حدودی مطمئن هستم) و نمره ۱۰ برای گزینه (کاملا مطمئن هستم) داده می شود؛ بنابراین نمره بالاتر نشان دهنده خودکارآمدی میان فردی بیشتر است. این درجه بندی بر این اساس است که آزمودنی چه میزان اطمینان دارد که می تواند با سایر مردم به آن شیوه واکنش نشان دهد. پایایی این پرسش نامه ۰/۷۹ می باشد (۲۱). پایایی درونی این پرسش نامه در این پژوهش، معادل ۰/۷۱ به دست آمده است.

شیوه اجرای پژوهش

مراحلی که برای مشخص نمودن گروه آزمایش و گروه کنترل قبل و بعد از توزیع پرسش نامه پیش آزمون انجام گرفت بدین شرح است.

پس از توزیع پرسش نامه های پیش آزمون پاسخ نامه ها مورد بررسی قرار گرفت. افرادی که در پرسش نامه مهارت ابراز وجود و نیز پرسش نامه کارآمدی بین فردی پایین ترین نمره را گرفته بودند و نیز بنا بر تشخیص متخصص بالینی اختلال اضطراب اجتماعی داشتند مشخص و از بین آن ها ۳۲ آزمودنی که داوطلب شرکت در دوره های آموزش بودند انتخاب شدند. سپس به گونه ای تصادفی ۱۶ نفر برای گروه آزمایش و ۱۶ نفر برای گروه کنترل قرار گرفتند. بدین ترتیب اسامی آزمودنی ها برای دو گروه آزمایش و کنترل مشخص و تاریخ شروع مداخله با هماهنگی آزمودنی ها تعیین گردید. یک هفته قبل از شروع دوره های آموزشی به منظور اطلاع از زمان و مکان اجرای مداخله با آزمودنی های گروه آزمایش تماس گرفته شد و از آن ها برای شرکت در جلسات مداخله دعوت به عمل آمد. از اعضای گروه کنترل نیز خواسته شد تا پرسش نامه های پس آزمون را تکمیل کنند. سپس جلسات مداخله توسط کارشناس ارشد روان شناسی بالینی آموزش دیده اجرا شد. بعد از گذشت حدود یک ماه یک جلسه نیز به منظور انجام پیگیری

شدند و از بین کلاس های آن چندین کلاس به طور تصادفی انتخاب شد و پرسش نامه های ابراز وجود و خودکارآمدی بین فردی بین ۳۰۰ نفر از این دانشجویان آن کلاس ها توزیع شد. آن گاه از بین آن ها، ۳۲ نفر از افرادی که دارای ابراز وجود پایین و همزمان نمره پایین در مقیاس خودکارآمدی بین فردی کسب کرده بودند و نیز بنا بر ارزیابی متخصص بالینی دارای اضطراب اجتماعی بودند، انتخاب سپس به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل جایگزین شدند. ملاک های ورود آزمودنی ها، نمره ۱۸ و پایین تر در مقیاس ابراز وجود و نمره پایین تر از ۱۱۰ در مقیاس خودکارآمدی بین فردی، دانشجوی مقطع کارشناسی، سنین ۱۹ تا ۲۵ سال و جنس مؤنث، در نظر گرفته شد. ملاک های خروج وجود بیماری روان پزشکی همراه و مقاطع بالاتر از کارشناسی و جنس مذکر بود که به وسیله متخصص بالینی ارزیابی و شرکت کنندگان غربال شدند.

ابزار پژوهش

ابزارهای این پژوهش برای جمع آوری داده ها در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری شامل مقیاس ابراز وجود یزدخواستی-کورکی و مقیاس کارآمدی بین فردی لوک می باشد.

الف- پرسش نامه مهارت ابراز وجود یزدخواستی-کورکی

پرسش نامه مهارت ابراز وجود توسط فریبا یزدخواستی و مریم کورکی در سال ۱۳۸۹ ساخته شده است. این پرسش نامه دارای ۴ سازه است. پاسخ های این پرسش نامه بر اساس یک مقیاس لیکرتی از ۱ تا ۵؛ اصلا (۱ نمره)، خیلی کم (۲ نمره)، تا حدودی (۳ نمره)، غالبا (۴ نمره) و خیلی زیاد (۵ نمره)؛ درجه بندی شده است (۱۹).

این پرسش نامه روی ۲۰۰ نفر از دانشجویان دانشگاه اصفهان انجام شده است و ضریب آلفای کرونباخ کلی آن ۰/۷۰ گزارش شده است. همچنین روایی محتوایی آن توسط تعدادی از روان شناسان عضو هیأت علمی دانشگاه اصفهان تأیید شده است (۲۰). پایایی این پرسش نامه در پژوهش حاضر ۰/۷۵ به دست آمده است.

جابه‌جا شود. فرد بدون این که از حقش دفاع کند ساکت ماند و مجبور شد که پارکینگ دیگری پیدا کند او به عنوان شخص اول و فرد دیگری به‌عنوان راننده انتخاب شد. سپس درمانگر از شخص اول خواست تا افکار و احساساتش را بیان نماید. او بیان کرد که در این موقعیت فکر می‌کردم که تحقیر شده‌ام و اگر پسر بودم می‌توانستم از حق خود دفاع کنم. احساس غمگینی می‌کردم. ابتدا با استفاده از تکنیک بازساخت‌دهی شناختی این افکار به چالش کشیده شد. از او پرسیده شد چه شواهدی داری که تحقیر شده‌ای و چه شواهدی این فکر را رد می‌کند؟ داشتن این فکر چه مزایا و معایبی دارد؟ آیا موقعیت‌های دیگری هم بوده که دلت می‌خواست پسر باشی؟ آیا مواردی بوده که از دختر بودن راضی بوده باشی؟ با این سؤال‌ها فرد متوجه شد که این فکر که تحقیر شده‌ام هیچ سندی ندارد؛ همچنین فقط پسر بودن باعث موفقیت نمی‌شود بلکه صرف نظر از جنسیت داشتن مهارت سبب موفقیت می‌شود. اجرای این موقعیت نشان داد که فرد مهارت خواهش کردن را بلد نیست. پس در این‌جا تکنیک آموزش مهارت‌های مقابله‌ای شناختی - رفتاری استفاده شد. فکر مناسب در این موقعیت این بود که من می‌توانم به راحتی از طرف مقابلم خواهش کنم و فرد در حین خودگویی این فکر مناسب را به خود می‌گفت. پس موقعیت دوباره بازسازی شد اما با وجود خودگویی فرد نتوانست به طور مؤثر از طرف مقابل خواهش نماید پس از تکنیک فاصله نمادین استفاده شد در این روش فرد ابتدا سعی می‌کند در نقش‌های بسیار متفاوت‌تر از آن چه خودش هست، مثلاً در این‌جا در نقش دوستی که راحت‌تر می‌تواند از فرد مقابل خواهش نماید شده و به تدریج نقش خود را ایفا نماید بنابراین کارگردان از اعضا خواست که اگر کسی می‌تواند از عهده چنین موقعیتی برآید وارد موقعیت شده و به جای شخص اول به ایفای نقش بپردازد. پس از این که یکی از اعضا به عنوان شخص اول نقش بازی کرد از شخص اول خواسته شد که مانند فردی که به جای او ایفای نقش کرد به اجرای موقعیت بپردازد او این نقش را ایفا کرد سپس فرد در قالب شخصیت خودش نقش فردی را که به جای او ایفای نقش کرده بازی نماید. او این موقعیت را چند بار بازی کرد تا این که توانست به گونه‌ای مؤثر خواهش نماید و بر

نیز انجام گرفت. داده‌های حاصل از این پژوهش با استفاده از نرم‌افزار spss-16 و روش تحلیل کواریانس و تحلیل کواریانس تکراری مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

طرح مداخله

پس از اجرای پیش‌آزمون و مشخص نمودن آزمودنی‌ها در دو گروه کنترل و آزمایش، گروه آزمایش تحت **طرح مداخله** قرار گرفتند. بدین صورت که گروه آزمایش در ده جلسه، هفته‌ای دوبار و هر جلسه به مدت ۷۵ دقیقه تحت مداخله التقاطی قرار گرفتند. جهت تنظیم پروتکل آموزشی جهت افزایش مهارت ابراز وجود و از مداخله التقاطی با دو رویکرد بازساخت‌دهی شناختی و مهارت‌های مقابله‌ای شناختی - رفتاری استفاده شد. این رویکرد شامل دو مرحله بود مرحله اجرا و مرحله مشارکت. در مرحله اجرا یکی از حضار (در نقش مراجع) مشکلی را مناسب با موضوع جلسه مطرح و با به کار گرفتن اعضای گروه از در حضور درمانگر آن را در جمع به صورت عملی به نمایش می‌گذاشت و از این راه موقعیت برایش تداعی می‌شد و با افکار، هیجان‌ها و واکنش‌های خود در زمان روبه‌رو می‌شد. در این مرحله درمانگر با به کار بردن رویکردهای بازساخت‌دهی شناختی و مهارت‌های مقابله‌ای شناختی - رفتاری در صحنه راه حل مشکل را پیدا کرده و سپس در جمع حضار (آزمودنی‌ها) راه حل اکتشافی را به صورت عملی ایفا می‌کرد. آن‌گاه با ورود به مرحله مشارکت حضار در مورد تجارب و احساسات مشترک خود با مراجع صحبت می‌کردند. برای مثال موضوع جلسه دوم مهارت دفاع از حق خود و افزایش احساس خودکارآمدی به هنگام برخورد با موقعیت بین فردی بود.

گروه آزمایشی به چهار گروه تقسیم شدند و اعضای هر گروه موقعیتی را به یاد آوردند که نمی‌توانستند از حق خود دفاع کنند. سپس با رأی‌گیری یک موقعیت برای اجرا انتخاب شد. موقعیت انتخابی در مورد یکی از اعضای گروه بود که می‌خواست ماشینش را در پارکینگ پارک نماید. پارکینگ جای پارک نداشت و او از راننده‌ای که پشت ماشینش بود خواست که ماشینش را جابه‌جا کند و ماشین او را در پارکینگ جا بدهد. راننده در مقابل این خواسته ایستاد و پس از آن که او دلیل این کار را خواست او پاسخ داد به این دلیل که او دوست ندارد

و نیز کسب نمره پایین تر از ۱۰۱ در مقیاس سازگاری زوجی توسط زن و مرد.

- ۲- داشتن حداقل مدرک سیکل.
 - ۳- توانایی خواندن و نوشتن و صحبت کردن روان به زبان فارسی ملاک‌های حذف عبارت هستند از؛ اگر زوجها (زن و مرد) دارای یکی از شرایط ذیل بودند از پژوهش حاضر حذف شدند.
 - ۱- اختلالات سایکوتیک (psychotic)،
 - ۲- اختلال خلقی دوقطبی
 - ۳- اختلال روانی - عضوی
 - ۴- اختلال اضطرابی یا خلقی ناشی از یک وضعیت یا بیماری طبی.
 - ۵- سابقه سوء مصرف یا وابستگی مواد در حال حاضر و در طول چهار ماه قبل از شروع درمان.
 - ۶- اختلالات شخصیت
 - ۷- استفاده از هر نوع داروی روان پزشکی و روان گردان در چهار ماه قبل از اولین جلسه درمان
 - ۸- استفاده از هر نوع خدمات روان شناختی و مشاوره‌ای برای هر اختلال روانی محور I و II و مسایل زناشویی در چهار ماه قبل از اولین جلسه درمان.
 - ۹- خطر آشکار خودکشی در حال حاضر.
- پس از این که افراد واجد شرایط با در نظر گرفتن ملاک‌های ورود و حذف انتخاب شدند، آن‌ها به طور تصادفی در یکی از دو گروه درمانی جایگزین شدند. سپس همه مراجعان در هر دو گروه به طور هم زمان به مرحله خط پایه وارد شدند. برای کنترل متغیرهای ناخواسته و مداخله گر احتمالی طبق اصول طرح‌های خط پایه چندگانه زوج‌ها به طور تصادفی از نظر ترتیب ورود یک به یک با فاصله یک جلسه (یک هفته) وارد طرح درمان شدند. بدین نحو که زوج اول در هر دو گروه پس از دو جلسه سنجش در مرحله خط پایه یعنی از هفته سوم وارد جلسه اول درمان شدند و بعد از آن زوج دوم در هر دو گروه در جلسه دوم زوج اول وارد جلسه اول درمان و زوج سوم نیز در جلسه دوم زوج دوم و جلسه سوم زوج اول، وارد جلسه اول طرح درمان شدند. همچنین در ضمن اجرای درمان، کلیه ابزارها در جلسات ۴، ۸ و ۱۲ درمان و نیز بلافاصله پس از اتمام هر دو

موقعیت مسلط شود سپس از افکار و احساس فرد سؤال شد. او دیگر فکرهای منفی قبل را نداشت. او ابراز داشت که فکر می‌کند بر موقعیت مسلط شده و رفتاری مؤثر نشان داده به طوری که احتمالاً با این رفتار بتواند تأثیر مثبتی بر رفتار مخاطب داشته و برای تقاضایش پاسخی مثبت بگیرد. به این ترتیب افکار مثبت جایگزین فکرهای منفی قبلی شد و فرد توانست با احساس کارآمدی بین فردی (احساس تسلط بر موقعیت بین فردی) با موقعیت برخورد کند. جدول (۱) خلاصه‌ای از ویژگی‌های افراد، جلسات، هدف جلسات و تکنیک‌ها را نشان می‌دهد.

در پژوهش حاضر از طرح آزمایشی تک موردی (single case experiment) که گاهی آن را آزمایش تک آزمودنی (single subject experiment) می‌نامند، استفاده شده است. از بین طرح‌های آزمایشی تک موردی در پژوهش حاضر از طرح تجربی "خط پایه چند گانه" استفاده گردید.

بیماران شرکت کننده در این پژوهش از بین زنان متأهل مراجعه کننده به سه کلینیک روان شناختی، که واجد شرایط پژوهش حاضر بودند، انتخاب شدند. برای دستیابی به این هدف، ابتدا مصاحبه تشخیصی توسط روان پزشک و سپس به منظور تأیید تشخیصی با یک ابزار عینی، مصاحبه بالینی ساختاریافته برای تشخیص اختلالات محور I توسط روان شناس بالینی به عمل آمد. پس از این که تشخیص اولیه مشخص گردید با مدنظر قرار دادن ملاک‌های ورود و حذف (inclusion & exclusion criteria)، نمونه واجد شرایط پژوهش انتخاب شدند.

ملاک های ورود عبارت هستند از؛

افرادی که تمام شرایط ذیل را داشتند وارد پژوهش حاضر شدند.

- ۱- تشخیص اختلال اضطراب فراگیر برای زنان متأهل بر اساس: مصاحبه بالینی ساختاریافته، کسب نمره بالاتر از ۵/۷ در نسخه چهارم پرسش نامه اختلال اضطراب فراگیر و کسب نمره بالاتر از ۵۱ در پرسش نامه نگرانی پنسیلوانیا (PSWQ) یا (Pennsylvania State Worry Questionnaire) وجود آشفتگی زناشویی در هر دو زوج (زن و مرد) بر اساس: مصاحبه

اضطراب فراگیر می‌تواند نقطه برش دقیقی محسوب گردد. 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 درصد برآورد شد.

(۲) مقیاس سازگاری زن و شوهر (Dyadic Adjustment Scale) این پرسش‌نامه یک ابزار ۳۲ سؤالی است که در سال ۱۹۷۶ توسط Graham و همکاران ساخته شده 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 رضایت (satisfaction)، هم‌بستگی (cohesion)، توافق (consensus) و ابراز محبت (affectional expression) است و دارای ۵ نمره (۴ خرده مقیاس و یک نمره کل) که دامنه آن بین ۴ تا ۱۵۱ می‌باشد. دامنه نمره‌ها برای خرده مقیاس‌ها به شرح زیر است: خرده مقیاس رضایت زناشویی (۱۰ سؤال) ۰ تا ۵۰؛ خرده مقیاس همبستگی (۵ سؤال) ۴ تا ۲۴؛ خرده مقیاس توافق (۱۳ سؤال) ۰ تا ۶۵ و خرده مقیاس ابراز محبت (۴ سؤال) ۰ تا ۱۲. نمره‌های بالاتر سازگاری زناشویی بیشتر را نشان می‌دهند. ضرایب آلفای کرونباخ این پرسش‌نامه ۰/۹۶ و برای خرده مقیاس‌های چهارگانه بین ۰/۷۳ تا ۰/۹۴ (۱۷) و در مطالعه‌ی دیگری آلفای کرونباخ این ابزار ۰/۹۲ و نقطه برش این ابزار ۱۰۱ گزارش شده‌اند (۱۸). کجیاب، مقدس و آقایی ضریب باز آزمایی و انحراف استاندارد این ابزار را در گروهی ۳۰ نفری از زوجها دارای مشکلات زناشویی به ترتیب ۲۰/۶۷ و ۰/۹۲ گزارش کرده‌اند (۱۹).

روش‌های آماری

در این پژوهش برای تجزیه و تحلیل داده‌ها و ارزیابی کارایی از روش‌های ترسیم دیداری یا تحلیل نمودار گرافیکی، شاخص تغییر پایا و بهبود بالینی معنی‌دار استفاده به عمل آمده است. که در زیر به توضیح تفصیلی هر یک از این روش‌ها پرداخته می‌شود.

۱- ترسیم دیداری

در این پژوهش نیز همانند اکثر طرح‌های تک موردی نخستین راهبرد یا روش برای تحلیل نتایج حاصل، استفاده از روش استاندارد ترسیم دیداری یا چشمی بود. برای غلبه بر ذهنی بودن (subjectivity)، پایایی پایین بین ارزیابان (low interrater

درمان تکمیل گردید. پس از پایان درمان در فواصل زمانی یک ماهه، سه بار مرحله پی‌گیری انجام شد.

لازم به ذکر می‌باشد برای رفتاردرمانی مبتنی بر پذیرش از راهنمای درمانی در کتاب «رویکردهای مبتنی بر ذهن آگاهی و پذیرش به اضطراب» (۱۱) و «رفتاردرمانی مبتنی بر پذیرش» Hayes-Skelton ، Orsillo و Roemer (۱۲) استفاده شد. جلسات درمان مشتمل بر ۱۶ جلسه بود. ۴ جلسه نخست، با هدف هدایت و قرار دادن مراجع در مسیر مدل درمانی، و با زمان ۹۰ دقیقه در نظر گرفته شد. ۱۲ جلسه باقیمانده، یک ساعته بود. برای زوج‌درمانی رفتاری یکپارچه‌نگر نیز از بسته درمانی Christensen و Jacobson (۱۳) استفاده شده که شامل ۱۶ جلسه هفتگی نود دقیقه‌ای بود.

ابزارهای پژوهش

(۱) پرسش‌نامه نگرانی پنسیلوانیا (PSWQ) یا Pennsylvania State Worry Questionnaire) این ابزار یک پرسش‌نامه خودسنجی ۱۶ ماده‌ای است که توسط Miller ، Meyer ، Borkovec و Metzger در سال ۱۹۹۰ تدوین شده (۱۴) و نگرانی شدید، مفرط و غیرقابل کنترل را در زمان‌ها و موقعیت‌های مختلف بالینی و غیربالینی مورد سنجش قرار می‌دهد و به‌عنوان ابزاری برای غربالگری اختلال اضطراب فراگیر و نیز بهترین شاخص بهبودی اختلال اضطراب فراگیر مورد استفاده قرار گرفته‌است (۱۵). این پرسش‌نامه به صورت لیکرت ۵ درجه‌ای از اصلاً درست نیست (نمره ۱) تا کاملاً درست است (نمره ۵) نمره‌گذاری می‌شود و دامنه نمره‌های آن از ۱۶ تا ۸۰ متغیر است که نمره بیشتر نشان‌گر اضطراب بالاتر می‌باشد.

مطالعات مختلف ویژگی‌های روان‌سنجی این پرسش‌نامه را مورد بررسی قرار داده‌اند که حاکی از اعتبار و روایی مطلوب آن می‌باشد (۱۶). این پرسش‌نامه در ایران توسط دهشیری و همکاران (۱۶)، هنجاریابی شده و ضریب آلفای کرونباخ؛ ۰/۸۸ و ضریب بازآزمایی آن ۰/۷۹ برآورد گردید و اعتبار همگرایی پرسش‌نامه با سیاهه اضطراب صفت- حالت و پرسش‌نامه افسردگی بک (Beck Depression Inventory) را به ترتیب ۰/۶۸ و ۰/۴۳ گزارش کردند. Gillis و همکاران بر اساس پژوهش خود در زمینه داده‌های هنجاری به این نتیجه رسیدند که نمره ۵۱ برای اختلال

Jacobson و Truax (۲۲) به منظور جلوگیری از برخی خطاهای احتمالی در تعیین نقطه برش ناشی از همپوشی و عدم همپوشی توزیع جمعیت بهنجار و نابهنجار، برای اعتماد بیشتر به داده‌های کارآزمایی بالینی و همچنین سنجش بهتر کارایی، روش RCI را مطرح کردند که بعدها Christensen و همکاران (۲۲) به صورت فرمول اصلاح شده زیر ارائه گردید:

$$\text{نمره پیش آزمون - نمره پس آزمون} = \frac{\text{شاخص تغییر پایا}}{\text{خطای استاندارد تفاوت}}$$

$$2 \times (\text{خطای استاندارد میانگین})^2 = \text{خطای استاندارد تفاوت}$$

$$\sqrt{1 - \text{انحراف معیار}} = \text{خطای استاندارد میانگین}$$

برای سنجش عملیاتی شاخص تغییر پایا باید انحراف معیار (S_x) و پایایی (r_{xx} (آزمون بازآزمون)، پرسش‌نامه‌ها را در اختیار داشته باشیم. در این شاخص، نمره پس آزمون (posttest) یا بعد از درمان منهای نمره پیش آزمون (pretest) یا قبل از درمان تقسیم بر خطای استاندارد تفاوت نمرات دو آزمون (S_{diff})، برابر با شاخص تغییر پایا می‌باشد. اگر میزان تغییرات یا تفاوت پیش از درمان یا پس از درمان از $1/96$ بیشتر باشد، می‌توان با در نظر گرفتن $0/5$ احتمال خطا نتیجه گرفت که تغییر و بهبودی حاصل شده ناشی از مداخله درمانی بوده و تغییر به دست آمد تصادفی نمی‌باشد. به عبارتی دیگر اگر نتیجه به دست آمده مساوی یا بزرگتر از $z = 1/96$ باشد، با 95 درصد اطمینان ($p < 0/05$) می‌توان نتیجه گرفت که تغییر یا بهبودی به دست آمده ناشی از اثر مداخله است.

۳- بهبود بالینی معنی‌دار

اگر درمان بتواند آماج‌های درمانی را به حد افراد عادی برساند، می‌توان نتیجه گرفت که درمان از نظر بالینی معنی‌دار بوده است. Jacobson و همکاران (۲۲) تغییر یا بهبود معنی‌دار بالینی را برگشت به کارکرد بهنجار در نظر می‌گیرند. به عبارتی دیگر معنی‌داری بالینی زمانی حاصل می‌شود که نمره افراد پس از درمان از نقطه برش پرسش‌نامه‌ها پایین‌تر بیاید، یعنی نمره فرد در اثر مداخله به حد نمره افراد سالم برسد. برای عینی‌سازی میزان

در تفسیر نتایج ترسیم دیداری و معناداری آماری (reliability) تغییر، در این پژوهش از تحلیل دیداری به روش ملاک دوگانه محافظه کارانه ((conservative dual-criterion (CDC) Kelley, Fisher و Lomas استفاده گردید (۲۰). در این روش اگر تعداد برابر یا بیشتر از نقاط داده‌های (data points) مورد نیاز (مشخص شده در جدول معیار تغییر منظم فیشر) در مرحله درمان زیر هر دو خطوط پیش بین روند و سطح تغییرات قرار بگیرد، نشان از تغییر منظم تأثیر درمان می‌باشد و تغییرات تصادفی نیست (۲۰). با توجه به جدول فیشر تعداد مورد نیاز نمره‌ها در مرحله درمان، با توجه به کل تعداد نمره‌های مرحله درمان در این پژوهش، یعنی ۵ نمره، عدد ۵ می‌باشد. یعنی، همه ۵ نمره بیماران در مرحله درمان بایستی برابر یا زیر هر دو خط پیش بین روند و سطح تغییرات باشد تا بتوان تغییرات را منظم و ناشی از تأثیر درمان دانست.

علاوه بر این در تحلیل دیداری تغییرات حاصل از مداخله بر اساس تغییرات در میانگین مراحل، سطح (level)، روند (trend)، تغییرپذیری (variability)، و نهفتگی (latency) بررسی و تفسیر می‌گردد. ۱- تغییرات در میانگین مراحل، به نوسان در میزان متوسط عملکرد یا متغیر هدف (وابسته) در طی مراحل خط پایه، مداخله و پی‌گیری دلالت دارد. ۲- تغییرات در سطح که پایایی تأثیر مداخله را نشان می‌دهد، به نوسان‌ها یا ناپایداری عملکرد یا متغیر هدف بعد از اتمام یک مرحله و آغاز مرحله بعدی اشاره می‌کند. ۳- تغییرات در روند یا شیب تغییرات، به الگوی متغیر وابسته طی خط پایه گفته می‌شود و مشابه شیب است و ۴- نهفتگی تغییر، که زمان تغییر مراحل رخ می‌دهد، به دوره مابین شروع یا پایان یک شرایط (مثل مداخله، برگشت به خط پایه) و ظهور تغییرات در عملکرد و متغیر وابسته اطلاق می‌گردد، یعنی به مدت زمان یا دوره انتظار تا بروز یا ظهور اثرات یا تغییرات یک شرایط مثل مداخله یا حذف مداخله اشاره دارد (۲۱). حداقل نقاطی که برای ارزیابی سطح، روند و تغییرپذیری نیاز است سه نقطه می‌باشد. ترسیم دیداری داده‌ها در صورت رعایت معیارها نشان می‌دهند که تغییرات مشاهده شده پایا و محکم بوده و به واسطه درمان و نه سایر عوامل حاصل شده است (۲۱).

۲- شاخص تغییر پایا (Reliable. Change Index (RCI))

یافته‌ها

در جدول ۱ ویژگی‌های جمعیت‌شناختی مراجعان نشان داده شده است. سؤال اول پژوهش آیا میزان کارایی زوج‌درمانی رفتاری یکپارچه‌نگر و رفتاردرمانی مبتنی بر پذیرش در کاهش نگرانی زنان دارای آشفتگی زناشویی و اختلال اضطراب فراگیر، از نظر بالینی معنی‌دار می‌باشد؟

جدول ۲ نمره‌های شش بیمار زن در PSWQ را بر حسب مراحل مختلف درمان و روش‌های درمانی دوگانه (زوج‌درمانی رفتاری یکپارچه‌نگر و رفتاردرمانی مبتنی بر پذیرش) نشان می‌دهد.

بهبودی در آماج‌های درمانی از فرمول درصد بهبودی استفاده شد. این فرمول اولین بار توسط Blanchard و همکاران برای تجزیه و تحلیل داده‌های حاصل از طرح‌های تجربی تک موردی ارایه شده است (۲۳).

در این فرمول، نمره پیش‌آزمون فرد از نمره پس‌آزمون کم شده و حاصل آن بر نمره پیش‌آزمون تقسیم می‌شود و نتیجه بر ۱۰۰ ضرب می‌شود.

$$\text{درصد بهبودی} = \frac{\text{نمره پس آزمون} - \text{نمره پیش آزمون}}{\text{نمره پیش آزمون}} \times 100$$

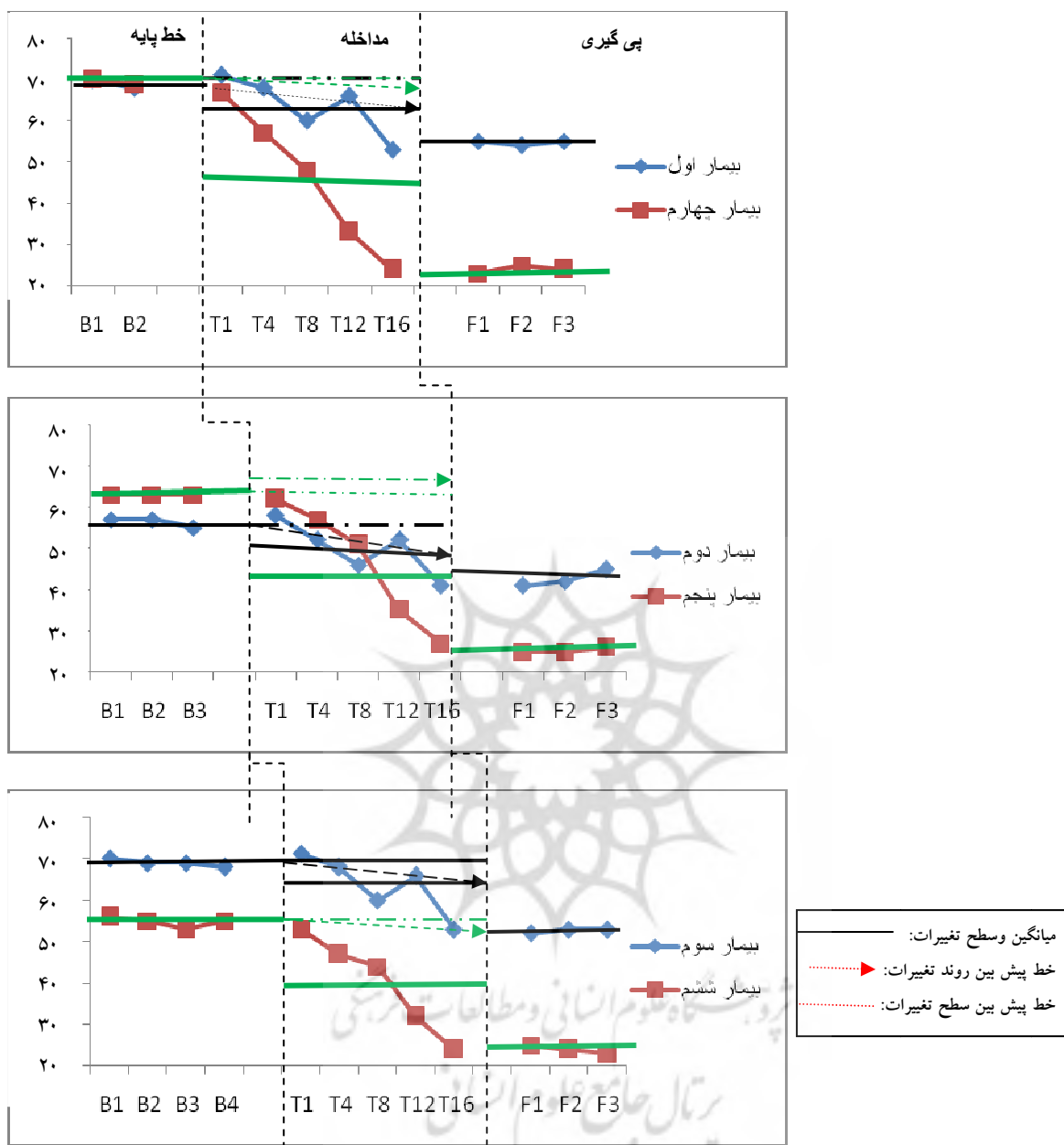
لازم به ذکر است به اعتقاد Blanchard بر طبق این فرمول، ۵۰ درصد کاهش در علائم به‌عنوان موفقیت در درمان، نمرات بین ۲۵ درصد تا ۴۹ درصد به‌عنوان بهبودی اندک و نهایتاً کاهش نمرات علائم تا حد زیر ۲۵ درصد به‌عنوان شکست درمانی تلقی می‌شود (۲۳).

جدول ۱. ویژگی‌های جمعیت‌شناختی آزمودنی‌ها

سابقه درمان	نوع درمان	تشخیص همراه	مدت ازدواج	مدت بیماری	تحصیلات	سن	جنسیت	آزمونی
دارو	زوج‌درمانی رفتاری یکپارچه‌نگر	افسرده‌خوبی	۱۵	۵	دیپلم	۳۵	زن	الف
--	زوج‌درمانی رفتاری یکپارچه‌نگر			--	لیسانس	۳۹	مرد	
دارو	زوج‌درمانی رفتاری یکپارچه‌نگر	پانیک بدون گذرهراسی	۵	۱۷	لیسانس	۲۸	زن	ب
--	زوج‌درمانی رفتاری یکپارچه‌نگر			--	لیسانس	۳۰	مرد	
دارو	زوج‌درمانی رفتاری یکپارچه‌نگر		۵	۶	دانشجو	۲۹	زن	ج
--	زوج‌درمانی رفتاری یکپارچه‌نگر			--	دیپلم	۳۰	مرد	
روان‌درمانی	رفتاردرمانی مبتنی بر پذیرش	هراس اجتماعی	۴	۷	دیپلم	۲۹	زن	د
--	رفتاردرمانی مبتنی بر پذیرش			--	دیپلم	۳۴	مرد	
دارو	رفتاردرمانی مبتنی بر پذیرش		۵	۱۰	دانشجو	۳۰	زن	ه
--	رفتاردرمانی مبتنی بر پذیرش			--	لیسانس	۳۳	مرد	
روان‌درمانی	رفتاردرمانی مبتنی بر پذیرش		۹	۶	دیپلم	۲۶	زن	و
--	رفتاردرمانی مبتنی بر پذیرش			--	لیسانس	۳۰	مرد	

جدول ۲. روند تغییر مراحل درمان شش بیمار زن در پرسش‌نامه نگرانی پنا استتیت

بیمار ششم	زوج درمانی رفتاری یکپارچه‌تر				بیمار اول	بیمار دوم	بیمار سوم	بیمار چهارم	بیمار پنجم	بیمار ششم	گروه‌های درمانی بیماران مراحل درمان
	رفتار درمانی مبتنی بر پذیرش										
۵۶	۶۳	۷۰	۷۰	۵۷	۷۰						خط پایه اول
۵۵	۶۳	۶۹	۶۹	۵۷	۶۸						خط پایه دوم
۵۳	۶۳	-	۶۹	۵۵	-						خط پایه سوم
۵۵	-	-	۶۸	-	-						خط پایه چهارم
۵۴/۷۵	۶۳	۶۹/۵	۶۹	۵۶/۳۳	۶۹						میانگین مرحله خط پایه
۵۳	۶۲	۶۷	۷۱	۵۸	۷۱						جلسه اول
۴۷	۵۷	۵۷	۶۸	۵۲	۶۹						جلسه چهارم
۴۴	۵۱	۴۸	۶۰	۴۶	۶۰						جلسه هشتم
۳۲	۳۵	۳۳	۶۶	۵۲	۶۶						جلسه دوازدهم
۲۴	۲۷	۲۴	۵۳	۴۱	۵۵						جلسه شانزدهم
۴۰	۴۶/۴	۴۵/۸	۶۳/۶	۴۹/۸	۶۴/۲						میانگین مرحله درمان
۴/۲۹	۵/۱۸	۶/۳۷	۲/۶۶	۱/۸۶	۱/۸۶						شاخص تغییر پایا (درمان)
۵۵	۵۶	۶۴	۲۵	۲۷	۲۲						درصد بهبودی پس از درمان
	۵۸/۳۳ درصد			۲۵/۳۳ درصد							درصد بهبودی کلی پس از درمان
											پی‌گیری
۲۵	۲۵	۲۳	۵۲	۴۱	۵۵						پی‌گیری نوبت اول
۲۴	۲۵	۲۵	۵۳	۴۲	۵۴						پی‌گیری نوبت دوم
۲۳	۲۶	۲۴	۵۳	۴۵	۵۵						پی‌گیری نوبت سوم
۲۴	۲۵/۳۳	۲۴	۵۲/۶۶	۴۲/۶۶	۵۴/۶۶						میانگین مرحله پی‌گیری
۴/۸	۵/۳۳	۶/۳۷	۱/۸۶	۱/۵۱	۱/۸۶						شاخص تغییر پایا (پی‌گیری)
۵۷	۵۸	۶۴	۲۵	۲۲	۲۲						درصد بهبودی پس از پی‌گیری
	۵۹/۶۶ درصد			۲۳ درصد							درصد بهبودی کلی پس از پی‌گیری



نمودار ۱. روند تغییر نمره‌های PSWQ زنان تحت مداخله زوج‌درمانی رفتاری یکپارچه‌نگر و رفتاردرمانی مبتنی بر پذیرش در مراحل خط پایه، مداخله و سه ماه پی‌گیری

داده‌های ترسیم (یعنی ۳ نقطه) از تعداد مورد نیاز (۵ نقطه) در زیر خط پیش بین سطح و روند تغییرات در بیمار اول و سوم و پایین بودن تعداد نقطه داده‌های ترسیم (یعنی ۴ نقطه) از تعداد مورد نیاز (۵ نقطه) در زیر خط پیش بین سطح و روند تغییرات در بیمار دوم، تغییر حاصله در این بیماران

نمودار ۱ نشان می‌دهد، میانگین و سطح نمره‌های نگرانی هر سه بیمار زوج‌درمانی رفتاری یکپارچه‌نگر، یعنی بیمار اول، دوم و سوم در مرحله درمان و پی‌گیری نسبت به مرحله خط پایه کاهش پیدا کرده است. اما براساس ملاک دوگانه محافظه کارانه (۲۰)، به دلیل پایین بودن تعداد نقطه

تصادفی و نتیجه درمان نبوده و معنی‌دار نمی‌باشد. هم‌چنین با توجه به این‌که مقدار شاخص تغییر پایا به‌دست آمده بیماران زوج‌درمانی رفتاری یکپارچه‌نگر (در جدول ۲) در مرحله پس از درمان در بیمار اول و دوم ۱/۸۶ و بیمار سوم ۲/۶۶ و در مرحله پی‌گیری در بیمار اول و سوم ۱/۸۶ و بیمار دوم ۱/۵۱ به‌دست آمده است، بنابراین به دلیل پایین بودن مقادیر شاخص تغییر پایا در بیمار اول و دوم، گروه زوج‌درمانی رفتاری یکپارچه‌نگر از ارزش Z یعنی ۱/۹۶ می‌توان معنی‌دار نبودن این یافته‌ها را به لحاظ آماری در تأیید نتیجه تحلیل ملاک دوگانه محافظه‌کارانه (Fisher و همکاران) ملاحظه کرد. در مورد بیمار سوم با این‌که در مرحله پس از درمان مقدار شاخص تغییر پایا به‌دست آمده بالاتر از ارزش Z یعنی ۱/۹۶ می‌باشد، اما در مرحله پی‌گیری، مقدار شاخص تغییر پایا این بیمار مانند دو بیمار قبلی به لحاظ آماری معنی‌دار نمی‌باشد. علاوه‌براین همان‌طوری که در جدول ۱-۴ ملاحظه می‌کنید بیمار اول، دوم و سوم در زوج‌درمانی رفتاری یکپارچه‌نگر، به ترتیب دارای درصد بهبودی پس از درمان ۲۲، ۲۷ و ۲۵ (با درصد بهبودی کلی ۲۵/۳۳ درصد) و در مرحله پی‌گیری به ترتیب با درصد بهبودی ۲۲، ۲۲ و ۲۵ (با درصد بهبودی کلی ۲۳ درصد) می‌باشند، که با در نظر گرفتن نقطه برش ۵۱ در پرسش‌نامه نگرانی پن استیت می‌توان گفت که مقادیر بهبودی‌های فوق، فقط در مورد بیمار دوم معنی‌دار می‌باشد، اما بیماران اول و سوم هم در مرحله بعد از درمان و هم در مراحل پی‌گیری به بهبودی معنی‌دار از نظر بالینی دست نیافته‌اند.

همان‌طوری که در نمودار ۲ ملاحظه می‌کنید، میانگین و سطح نمره‌های نگرانی بیمار زن چهارم، پنجم و ششم دارای آشفتگی زناشویی و اختلال اضطراب فراگیر در رفتاردرمانی مبتنی بر پذیرش، در مرحله درمان و پی‌گیری نسبت به مرحله خط پایه کاهش یافته است. با توجه به ملاک دوگانه محافظه‌کارانه (۲۰) همه‌ی ۵ نمره موجود در مرحله درمان، در هر سه بیمار فوق، زیر خطوط پیش‌بین

سطح و روند تغییرات قرار گرفته است. هم‌چنین مقادیر شاخص‌های تغییر پایا به‌دست آمده برای بیماران زن چهارم، پنجم و ششم در مرحله بعد از درمان، به ترتیب ۶/۳۷، ۵/۱۸، ۴/۲۹ و در مرحله پی‌گیری به ترتیب ۶/۳۷، ۵/۳۳، ۴/۸ است که همه‌ی این مقادیر در سطح آماری $p < 0/05$ حاکی از تغییر و بهبودی در روند و شدت نگرانی می‌باشد. علاوه بر این همان‌طوری که در جدول ۱-۴ ملاحظه می‌کنید، بیماران چهارم، پنجم و ششم در رفتاردرمانی مبتنی بر پذیرش به ترتیب دارای درصد بهبودی پس از درمان ۶۴، ۵۶ و ۵۵ (با درصد بهبودی کلی ۵۸/۳۳ درصد) و در مرحله پی‌گیری به ترتیب با درصد بهبودی ۶۴، ۵۸ و ۵۷ (با درصد بهبودی کلی ۵۹/۶۶ درصد) می‌باشند، که با توجه به کاهش نمرات بیماران تا حد نقطه برش ۵۱ پرسش‌نامه نگرانی، این میزان از بهبودی را می‌توان از نظر بالینی قابل قبول و معنی‌دار قلمداد کرد. بنابراین می‌توان نتیجه‌گیری کرد که رفتاردرمانی مبتنی بر پذیرش در کاهش نگرانی زنان دارای آشفتگی زناشویی و اختلال اضطراب فراگیر مؤثر است.

روند نمره‌های نگرانی بیمار پنجم در مرحله خط پایه در حد ثابت است و در مرحله‌ی مداخله‌درمانی به‌صورت پیوسته و منظم تا جلسه آخر درمان ادامه دارد. در مرحله‌ی پی‌گیری ۲ درصد افزایش در بهبودی نشانه‌ها را می‌توان مشاهده کرد.

بنابراین بر اساس یافته‌های به‌دست آمده می‌توان به سؤال اول پژوهش چنین پاسخ داد که: چنانچه جدول ۲ نشان می‌دهد، رفتاردرمانی مبتنی بر پذیرش با ۵۸ درصد میزان بهبودی اثربخشی بیشتری نسبت به زوج‌درمانی رفتاری یکپارچه‌نگر با ۲۵ درصد میزان بهبودی نشان داده است.

سؤال دوم پژوهش

آیا میزان کارایی زوج‌درمانی رفتاری یکپارچه‌نگر و رفتاردرمانی مبتنی بر پذیرش در کاهش ناسازگاری زناشویی زنان دارای آشفتگی زناشویی و اختلال اضطراب فراگیر، از نظر بالینی

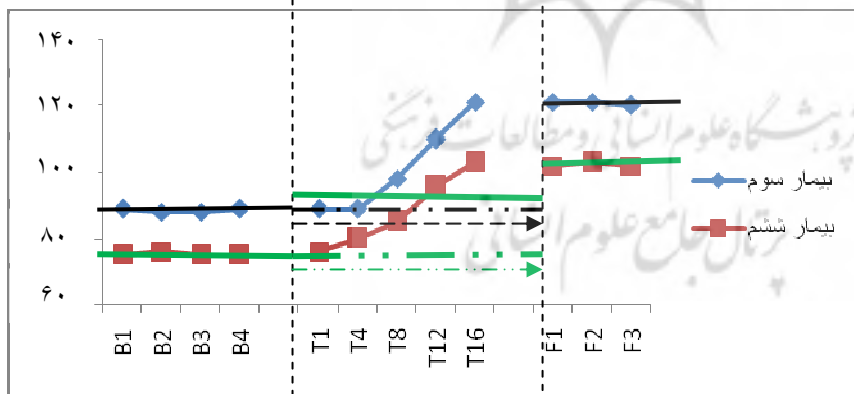
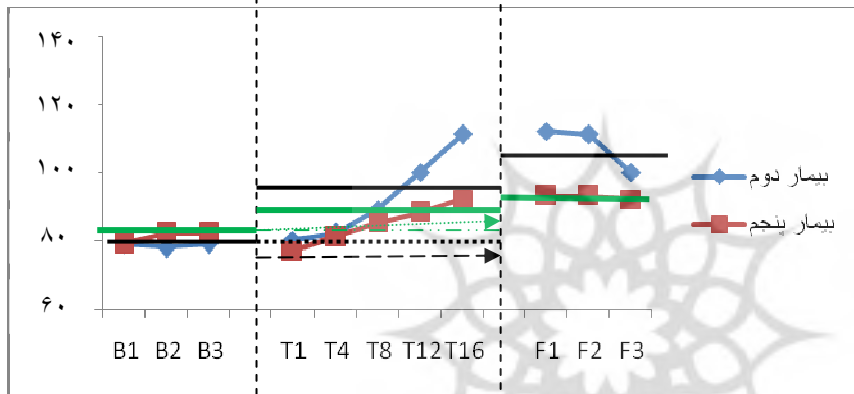
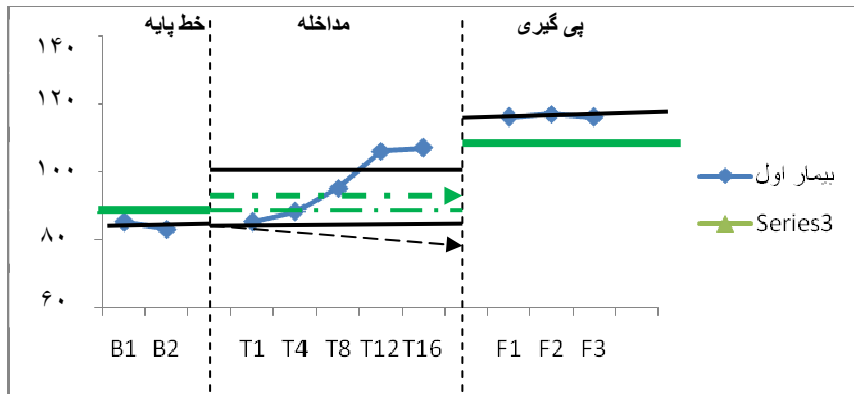
معنی دار می‌باشد؟

جدول ۳ نمره‌های شش بیمار زن را بر حسب مراحل مختلف درمان و روش‌های درمانی دوگانه (زوج‌درمانی

رفتاری یکپارچه‌نگر و رفتاردرمانی مبتنی بر پذیرش) نشان می‌دهد.

جدول ۳. روند تغییر مراحل درمان شش بیمار زن در پرسش‌نامه سازگاری زوجی

بیمار ششم	رفتاردرمانی مبتنی بر پذیرش		زوج‌درمانی رفتاری یکپارچه‌نگر			گروه‌های درمانی بیماران مراحل درمان
	بیمار پنجم	بیمار چهارم	بیمار سوم	بیمار دوم	بیمار اول	
۷۵	۷۹	۸۵	۸۹	۷۹	۸۵	خط پایه اول
۷۶	۸۲	۸۵	۸۸	۷۸	۸۳	خط پایه دوم
۷۵	۸۲	-	۸۸	۷۹	-	خط پایه سوم
۷۵	-	-	۸۹	-	-	خط پایه چهارم
۷۵/۲۵	۸۱	۸۵	۸۸/۵	۷۸/۶۶	۸۴	میانگین مرحله خط پایه
۷۶	۷۷	۸۵	۸۹	۸۰	۸۵	جلسه اول
۸۰	۸۱	۸۷	۸۹	۸۲	۸۸	جلسه چهارم
۸۵	۸۵	۹۲	۹۸	۸۹	۹۵	جلسه هشتم
۹۶	۸۸	۱۰۳	۱۱۰	۱۰۰	۱۰۶	جلسه دوازدهم
۱۰۳	۹۲	۱۱۳	۱۲۱	۱۱۱	۱۰۷	جلسه شانزدهم
۸۸	۸۴/۶	۹۶	۱۰۱/۴	۹۲/۴	۹۶/۲	میانگین مرحله درمان
۳/۲۶	۱/۸۱	۳/۳۸	۳/۸۶	۳/۷۴	۳/۸۶	شاخص تغییر پایا (درمان)
۳۵	۱۹	۳۳	۳۶	۳۹	۳۸	درصد بهبودی پس از درمان
		۲۹ درصد		۳۷/۶۶ درصد		درصد بهبودی کلی پس از درمان
						پی‌گیری
۱۰۲	۹۳	۱۱۲	۱۲۱	۱۱۲	۱۱۶	پیگیری نوبت اول
۱۰۳	۹۳	۱۱۱	۱۲۱	۱۱۱	۱۱۷	پیگیری نوبت دوم
۱۰۲	۹۲	۱۱۱	۱۲۰	۱۰۰	۱۱۶	پیگیری نوبت سوم
۱۰۲/۳۳	۹۲/۶۶	۱۱۱/۳۳	۱۲۰/۶۶	۱۰۷/۳۳	۱۱۶/۳۳	میانگین مرحله پیگیری
					۱۱۶	
۳/۱۴	۱/۸۱	۳/۱۴	۳/۷۴	۲/۴۱	۳/۷۴	شاخص تغییر پایا (پیگیری)
۳۴	۱۹	۳۰	۳۵	۲۵	۳۶	درصد بهبودی پس از پیگیری
		۲۷/۶۶ درصد		۳۲/۶۶ درصد		درصد بهبودی کلی پس از پیگیری



نمودار ۲. روند تغییر نمره‌های پرسش‌نامه سازگاری زوجی زنان تحت مداخله زوج‌درمانی رفتار ی‌کپارچه‌نگر و رفتاردرمانی مبتنی بر پذیرش در مراحل خط پایه، مداخله و سه ماه پی‌گیری

مرحله خط پایه کاهش پیدا کرده است. با توجه به ملاک دوگانه محافظه‌کارانه (۲۰) همه‌ی ۵ نمره موجود در مرحله درمان، در هر سه بیمار فوق، بالای خطوط پیش‌بین سطح

نمودار ۲ نشان می‌دهد، میانگین و سطح نمره‌های سازگاری زوجی هر سه بیمار زوج‌درمانی رفتار ی‌کپارچه‌نگر یعنی بیمار اول، دوم و سوم در مرحله درمان و پیگیری نسبت به

چهارم، پنجم و ششم در مرحله بعد از درمان، به ترتیب ۳/۳۸، ۱/۸۱ و ۳/۲۶ و در مرحله پی‌گیری، به ترتیب ۳/۱۴، ۱/۸۱ و ۳/۱۴ است که این مقادیر در مورد بیمار چهارم و ششم در سطح آماری ($p < 0.05$) حاکی از تغییر و بهبودی در روند و شدت سازگاری زوجی می‌باشد، اما در مورد بیمار پنجم مقدار شاخص تغییر پایا معنی‌دار نمی‌باشد. علاوه بر این جدول ۳ نشان می‌دهد که بیماران چهارم، پنجم و ششم در رفتاردرمانی مبتنی بر پذیرش به ترتیب، دارای درصد بهبودی پس از درمان ۳۳، ۱۹ و ۳۵ (با درصد بهبودی کلی ۲۹ درصد) و در مرحله پیگیری به ترتیب، با درصد بهبودی ۳۰، ۱۹ و ۳۴ (با درصد بهبودی کلی ۲۷/۶۶ درصد) می‌باشند، که با توجه به کاهش نمرات بیمار چهارم و ششم تا حد نقطه برش ۱۰۱ پرسش‌نامه سازگاری زوجی، این میزان از بهبودی را می‌توان در این بیماران از نظر بالینی قابل قبول و معنی‌دار قلمداد کرد. اما میزان بهبودی بیمار پنجم به حد نقطه برش نرسیده و معنی‌دار نمی‌باشد. بنابراین بر اساس یافته‌های به‌دست آمده می‌توان به سؤال دوم پژوهش چنین پاسخ داد که: چنانچه جدول ۳ نشان می‌دهد، زوج‌درمانی رفتاری یکپارچه‌نگر با ۳۷/۶۶ درصد میزان بهبودی اثربخشی بیشتری نسبت به رفتاردرمانی مبتنی بر پذیرش با ۲۹ درصد میزان بهبودی نشان داده است.

بحث و نتیجه‌گیری

Scott و Hayes ، Ingram (۲۴) در بررسی سنجش کارایی درمان‌های روان‌شناختی به شش متغیر، اشاره کرده‌اند، و معتقد هستند که نتایج پژوهش‌های مداخله‌ای را باید بر اساس شش متغیر زیر بررسی کرد. به منظور بحث در مورد نتایج و سنجش عملیاتی کارایی دستاوردهای پژوهش حاضر و همچنین نظام‌مند کردن بحث و انسجام بخشی به نتایج در این بخش از ملاک‌های کارایی اینگرام و همکاران استفاده می‌کنیم.

۱- اندازه تغییر (چقدر کاهش در آماج‌های اصلی درمان رخ داده است؟)

و روند تغییرات قرار گرفته است. هم چنین مقادیر شاخص‌های تغییر پایا به‌دست آمده برای بیماران زن اول، دوم و سوم در مرحله بعد از درمان، به ترتیب ۳/۷۴، ۳/۸۶ و ۳/۸۶ و در مرحله پیگیری برای بیمار اول و سوم برابر با ۳/۷۴ و بیمار دوم ۲/۴۱ می‌باشد و مقادیر شاخص‌های تغییر پایا به‌دست آمده که همه‌ی این مقادیر در سطح آماری ($p < 0.05$) حاکی از تغییر و بهبودی در روند سازگاری زوجی می‌باشد. علاوه بر این جدول ۳ نشان می‌دهد که بیمار اول، دوم و سوم در زوج‌درمانی رفتاری یکپارچه‌نگر به ترتیب، دارای درصد بهبودی پس از درمان ۳۸، ۳۹ و ۳۶ (با درصد بهبودی کلی ۳۷/۶۶ درصد) و در مرحله پیگیری به ترتیب، با درصد بهبودی ۳۶، ۲۵ و ۳۵ (با درصد بهبودی کلی ۳۲/۶۶ درصد) می‌باشند، که با توجه به کاهش نمرات بیماران (به غیر از بیمار زن دوم در مرحله پیگیری) تا حد نقطه برش ۱۰۱ پرسش‌نامه سازگاری زوجی، این میزان از بهبودی را می‌توان از نظر بالینی قابل قبول و معنی‌دار قلمداد کرد. بنابراین می‌توان نتیجه‌گیری کرد که زوج‌درمانی رفتاری یکپارچه‌نگر در افزایش سازگاری زوجی زنان دارای آشفتگی زناشویی و اختلال اضطراب فراگیر مؤثر است.

همان‌طوری که در نمودار ۲ ملاحظه می‌کنید میانگین و سطح نمره‌های سازگاری زوجی هر سه بیمار رفتاردرمانی مبتنی بر پذیرش یعنی بیمار چهارم، پنجم و ششم در مرحله درمان و پیگیری نسبت به مرحله خط پایه کاهش پیدا کرده است. اما براساس ملاک دوگانه محافظه‌کارانه (۲۰)، به دلیل پایین بودن تعداد نقطه داده‌های ترسیم (یعنی ۳ نقطه) از تعداد مورد نیاز (۵ نقطه) در بالای خط پیش‌بین سطح و روند تغییرات در بیمار پنجم، تغییر حاصله در این بیمار تصادفی و نتیجه درمان نبوده و معنی‌دار نمی‌باشد، اما در بیماران چهارم و ششم تمام ۵ نمره موجود در مرحله درمان، بالای خطوط پیش‌بین سطح و روند تغییرات قرار گرفته است، که بیان‌گر تأثیر روش درمان می‌باشد. هم‌چنین مقادیر شاخص‌های تغییر پایا به‌دست آمده برای بیماران زن

یافته‌های پژوهش حاضر نشان دادند که همه‌ی آزمودنی‌ها تا حدودی در متغیرهای وابسته تغییراتی را داشته‌اند. جدول ۲ نشان داد که میزان بهبودی زنان دارای آشفتگی زناشویی و اختلال اضطراب فراگیر در متغیر نگرانی در گروه زوج‌درمانی رفتاری یکپارچه‌نگر ۲۵/۳۳ درصد، در گروه رفتاردرمانی مبتنی بر پذیرش ۵۸/۳۳ درصد بود و این میزان بهبودی در پایان سه‌ماهه پی‌گیری در زوج‌درمانی رفتاری یکپارچه‌نگر ۱ درصد کاهش یافته اما در رفتاردرمانی مبتنی بر پذیرش در پایان مراحل پی‌گیری ۱ درصد افزایش یافته است.

این‌که در این پژوهش زنان تحت درمان زوج‌درمانی رفتاری یکپارچه‌نگر کمترین میزان بهبودی را در اضطراب و نگرانی نشان دادند، بدیهی به نظر می‌رسد چرا که در اصل این درمان برای زوج‌های آشفتگی که مشکلات زناشویی دارند گسترش یافته است، و نه برای درمان اختلال‌های روانی. اگر چه زنان تحت درمان زوج‌درمانی رفتاری یکپارچه‌نگر، نسبت به رفتاردرمانی مبتنی بر پذیرش بهبودی کمتری را نشان دادند، به طوری که هیچ‌کدام از آزمودنی‌های گروه زوج‌درمانی رفتاری یکپارچه‌نگر، به استثناء آزمودنی دوم به سطح معنی‌داری بالینی دست نیافتند، اما با توجه به نمودار ۱ متوسط میزان نگرانی زن‌ها در این گروه نسبت به خط پایه کمتر شده که نشان می‌دهد این درمان تا حدودی در کاهش علائم زنان دارای آشفتگی زناشویی و اختلال اضطراب فراگیر مؤثر می‌باشد. با مبنا قراردادن نظر بلانچارد، می‌توان گفت که بیماران دوم و سوم تحت درمان زوج‌درمانی رفتاری یکپارچه‌نگر در متغیر نگرانی در مرحله بعد از درمان بهبودی اندکی نشان داده‌اند، یعنی در واقع زوج‌درمانی رفتاری یکپارچه‌نگر در بیماران اول و دوم با شکست درمانی مواجهه نموده است. این میزان تغییرات در زوج‌درمانی رفتاری یکپارچه‌نگر تقریباً برابر با داده‌های تحقیقات قبلی مانند Christensen، Atkins، Wheeler، Berns، Baucom و Simpson بوده است (۲۵). در تبیین این یافته می‌توان به نقش مسایل زناشویی در ایجاد و یا تداوم اختلال‌های روانی اشاره نمود. بدیهی است که اختلال‌های روانی در خلاء به وجود نمی‌آیند، بلکه در یک بافت روابط بین‌فردی به وجود می‌آیند. به هر حال، روابط زناشویی یکی از مهمترین و پایدارترین روابط بین‌فردی است که می‌تواند

بر اختلال‌های روانی تأثیرگذار باشد. یعنی آشفتگی‌های زناشویی می‌توانند خطر ایجاد، اختلال اضطراب فراگیر را افزایش دهند (۲۶) و یک ارتباط قوی بین این اختلال و نارضایتی زناشویی وجود دارد (۲۷). بر حسب یافته‌های McLeod (۲۸) زن‌هایی که از اختلال اضطراب فراگیر رنج می‌برند، از رضایت زناشویی پایینی برخوردارند. اما وجود این اختلال در مردها با نارضایتی زناشویی در ارتباط نیست. بر همین اساس می‌توان احتمال داد که زوج‌درمانی رفتاری یکپارچه‌نگر اگر چه مستقیماً متمرکز بر درمان اختلال اضطراب فراگیر نیست، اما با هدف قرار دادن نارضایتی زناشویی، و بهبود روابط بین زوج‌ها، توانسته تا حدی بر اضطراب و نگرانی زنان مبتلا به این اختلال تأثیر مثبتی بگذارد. به طوری که با مراجعه به جدول ۲ مشخص می‌شود که هر سه بیمار در زوج‌درمانی رفتاری یکپارچه‌نگر به همراه همسران‌شان در متغیر سازگاری زناشویی بهبودی مورد قبول و از لحاظ آماری و بالینی معنی‌دار نشان می‌دهند.

زنان تحت درمان رفتاردرمانی مبتنی بر پذیرش نسبت به زوج‌درمانی رفتاری یکپارچه‌نگر میزان بهبودی بیشتری نشان داده‌اند. این یافته همسو با یافته‌های Roemer و Orsillo (۲۹) و Erisman، Salters-Pedneault، Lee، Roemer، و Mennin (۳۰) است. در تبیین این یافته‌ها باید گفت گرچه رفتاردرمانی مبتنی بر پذیرش 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 ذهن‌آگاهی، کاهش قضاوت و تفکر ارزیابانه که در پروتکل درمانی این درمان بر آن‌ها تأکید می‌شود، می‌باشد.

هم‌چنین یافته‌های مطالعه حاضر در حیطه اثربخشی رفتاردرمانی مبتنی بر پذیرش بر نگرانی بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر هم سو با نتایج Eifert، Forsyth، Arch، Espejo، Keller و (Langer ۳۱)، Codd، Crosby، و Enno (۳۲) است، که نشان داده‌اند درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد موجب کاهش اضطراب و نگرانی در بیماران مبتلا به اختلال‌های اضطرابی، از جمله اختلال اضطراب فراگیر می‌شود.

در متغیر سازگاری زوجی طبق جدول ۳ میزان بهبودی نسبی زنان در زوج‌درمانی رفتاری یکپارچه‌نگر هم در مرحله بعد از درمان و هم در مرحله پی‌گیری بیش از رفتاردرمانی مبتنی بر پذیرش بوده است. این یافته هم‌سو با یافته‌های Christensen و همکاران می‌باشد (۲۵). در پژوهش حاضر، درصد بهبودی بیماران در سازگاری زوجی پایین‌تر از پژوهش Christensen و همکاران بود که این مسأله را احتمالاً می‌توان به وجود یک اختلال بالینی نسبت داد.

اگر چه مراجعان رفتاردرمانی مبتنی بر پذیرش نسبت به زوج‌درمانی رفتاری یکپارچه‌نگر بهبودی کمتری را گزارش کردند، به طوری که هیچ‌کدام از همسران بیماران و خود بیمار پنجم به بهبودی معنی‌دار دست نیافتند، اما میزان سازگاری زناشویی در این گروه نسبت به خط پایه بهتر بود که نشان از مؤثر بودن این درمان در زنان دارای آشفتگی زناشویی و اختلال اضطراب فراگیر است. با مبنا قرار دادن نظر Blanchard، می‌توان گفت که بیمار چهارم در مرحله پس از درمان و پس از پیگیری به ترتیب ۳۳ درصد و ۳۰ درصد و بیمار ششم به ترتیب با ۳۵ درصد و ۳۴ درصد میزان بهبودی، بهبودی اندکی نشان داده‌اند. یعنی در واقع رفتاردرمانی مبتنی بر پذیرش در بیماران چهارم و ششم با شکست درمانی مواجهه نبوده است. (نمودار ۸-۴).

نتایج مطالعه حاضر در مورد تأثیر رفتاردرمانی مبتنی بر پذیرش بر مشکلات زناشویی هم‌سو با مطالعه Eifert, Peterson, Feingold و Davidson (۳۶) و Honarparvaran، Tabrizy، Navabinejad، Shafiabady و Moradi (۳۷) است.

در تبیین کارایی رفتاردرمانی مبتنی بر پذیرش در متغیر سازگاری زوجی، می‌توان گفت که مطابق نظریه‌های مربوطه، تغییرات در زمینه سازگاری و رضایت زناشویی هنگامی رخ می‌دهد که زوجها به رویدادهای خصوصی درونی‌شان همراه با ناهم‌جوشی فزاینده‌ای واکنش نشان دهند. در نهایت، این ناهم‌جوشی، درگیری هر یک از آنها 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 این که می‌تواند از طریق کاهش نشانه‌های

کمترین میزان بهبودی در متغیر نگرانی مربوط به بیمار اول در زوج‌درمانی رفتاری یکپارچه‌نگر (۲۵/۳۳ درصد) و بیشترین میزان بهبودی را بیمار چهارم در رفتاردرمانی مبتنی بر پذیرش (۵۸/۳۳ درصد) به دست آوردند. نکته جالب توجه درباره بیمار اول آن که در پایان درمان در متغیر اضطراب میزان بهبودی وی ۲۰ درصد، اما در مرحله پیگیری این میزان به ۱۰ درصد کاهش یافته است. در تبیین این امر باید گفت که نگرانی این بیمار در حوزه روابط بین‌فردی (مشکلات با همسر) طبقه‌بندی شده و هم‌چنین نمره ناسازگاری زناشویی نسبتاً بالای این زوج در جلسه اول حاکی از روابط زناشویی ناخوشایند، در آنها می‌باشد. Borkovec و همکارانش (۹) معتقدند که داشتن روابط بین‌فردی کینه‌توزانه و سلطه‌گری باعث می‌شود افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر نتوانند از درمان نتیجه مورد نظر را به دست بیاورند. هم‌چنین باید گفت که افسرده‌خویی اختلال هم‌ایند، در بیمار اول بوده است. وجود این اختلال هم‌زمان با اختلال اضطراب فراگیر را هم شاید یکی از دلایل دیگر برای بهبودی کمتر در این بیمار مطرح کرد. در این رابطه Barlow و Hofmann (۳۳) نشان داده است که افسردگی قبل از درمان می‌تواند اثر نامطلوبی بر نتایج درمان بر جای بگذارد.

بیمار چهارم علاوه بر این متغیر، در اکثر هدف‌های درمانی بیشترین میزان بهبودی را نشان داده و در یک جمع‌بندی می‌توان گفت که این بیمار بیشترین سود و بهبودی را داشته است. در تبیین این مورد باید گفت که انتظار مثبت و واقع بینانه از درمان یکی از تأثیرگذارترین عوامل در نتایج روان‌درمانی‌ها می‌باشد. همان‌طوری که Prochaska و Norcross (۳۴) از بررسی ۱۵۰ مطالعه نتیجه گرفتند که هر چه انتظار بیمار از نتایج درمان بیشتر باشد، درمان بیشتر و بهتر نتیجه خواهد داد.

علاوه بر این، بیمار چهارم در انجام تکالیف خانگی نهایت همکاری را با درمان‌گر نشان دادند به طوری که حتی در دوره پیگیری به توصیه‌های درمان‌گر به‌طور کامل عمل نمود. این امر هم شاید یکی دیگر از دلایل بهبودی این بیمار باشد. به طوری که Hamidpour و همکاران (۲۳) نشان داده‌اند که همکاری نکردن در انجام تکالیف خانگی منجر به نتیجه نگرفتن مبتلایان به اختلال اضطراب فراگیر، از نتایج روان‌درمانی می‌گردد.

بیماران گروه زوج درمانی رفتاری یکپارچه‌نگر توانستند در اکثر هدف‌های درمانی (به غیر از متغیر اضطراب) دستاوردهای درمانی خود را در مطالعات پی‌گیری حفظ کنند. نتایج سه ماه دوره پیگیری در رفتاردرمان مبتنی بر پذیرش در اکثر هدف‌های درمانی اثرات یا دستاوردهای درمان نه تنها حفظ شده‌اند، بلکه حتی بعضاً در مقایسه با نتایج جلسه آخر درمان پیشرفت نیز داشته‌اند.

۵- میزان پذیرش (افراد تا چه اندازه در فرایند درمان مشارکت داشته و آن را به پایان رسانده‌اند؟)

زوج‌های شرکت‌کننده در هر دو گروه درمانی، به دلیل داشتن تحصیلات دانشگاهی، داشتن ذهنیت روان‌شناختی، عدم تمایل به مصرف داروهای روان‌پزشکی تا آخرین جلسه با انگیزه خوب حضور داشتند و هیچ‌یک از درمان‌ها افت آزمودنی نداشت.

۶- ایمنی (آیا در اثر درمان، سلامت روانی و جسمانی بیماران کاهش یافته است؟)

برای سنجش این متغیر، ابزاری عینی و استاندارد استفاده نشده است.

این پژوهش ممکن است با برخی از محدودیت‌ها مواجه باشد. برای مثال برخی از درمانگران اظهار کرده‌اند که انتظارات بیماران در نتیجه درمان تأثیر می‌گذارد، اما در این پژوهش انتظارات بیماران به صورت آشکار از طریق ابزار مورد سنجش قرار نگرفته بود، که پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی از مقیاس‌های مربوط به انتظارات مراجعین از درمان استفاده شود. در 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) کارایی هر دو درمان بر مشکلات زوج‌های آشفته فاقد اختلال روان‌شناختی استفاده شود.

تشکر و قدردانی

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

اضطرابی و نگرانی، به بهبود روابط زوج‌ها کمک نماید، احتمالاً به آن‌ها کمک می‌کند تا مشاهده‌گر واکنش‌های رابطه‌ای منفی باشند و بنابراین از الگوی اجتناب و رفتارهای متعارض خلاص شوند. چنانچه قبلاً نیز اشاره شد، اعتقاد بر این است که رفتاردرمانی مبتنی بر پذیرش درمان اجتناب تجربی است (۳۸) و این درمان از این طریق نه تنها به بیماران اضطرابی کمک می‌کند، بلکه بر مشکلات زناشویی نیز تأثیر گذار است.

یافته جالب توجه در این مورد کاهش ۱۴ درصد بهبودی بیمار دوم در مرحله پی‌گیری نسبت به مرحله پس از درمان می‌باشد. در تبیین کاهش این بهبودی به عامل استرس‌زای محیطی (خبر بیماری پدر مراجع) می‌توان اشاره کرد.

بر اساس یافته‌های این پژوهش، می‌توان چنین بیان کرد: می‌شود ادبیات پژوهشی در مورد رابطه بین اختلال اضطراب فراگیر و مشکلات زناشویی (۳۹) را پذیرفت، به طوری که بهبودی نسبی علایم اضطراب و نگرانی در بیماران گروه زوج‌درمانی رفتاری یکپارچه‌نگر و کاهش نسبی آشفتگی‌های زناشویی در بیماران رفتاردرمانی مبتنی بر پذیرش در این پژوهش هم، تأیید و تأکیدی بر این رابطه می‌باشد، اما با استناد بر همین یافته‌ها، هم چنین می‌توان استدلال کرد که رابطه بین اختلال اضطراب فراگیر و مشکلات زناشویی نمی‌تواند، یک ارتباط خطی باشد، چرا که در صورت رابطه علی انتظار می‌رفت که با کنترل علایم اختلال اضطراب فراگیر، آشفتگی‌های زناشویی در حد معنی‌داری بالینی کاهش می‌یافت و یا برعکس با کنترل آشفتگی‌های زناشویی، علایم اختلال اضطراب فراگیر، به حد بهبودی بالینی و تشخیصی می‌رسید، اما در این مطالعه اثری از این یافته‌ها دیده نشد.

۲- کلیت تغییر (چند درصد از افراد تغییر کرده‌اند و چند درصد تغییر نکرده‌اند؟)

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که همه بیماران بهبود نسبی نشان دادند.

۳- عمومیت تغییر (در سایر حوزه‌های زندگی چقدر تغییر رخ داده است؟)

ابزار خاصی برای سنجش این مورد در این پژوهش استفاده نشد.

۴- ثبات (دستاوردهای درمان چقدر دوام داشته‌اند؟)

تشکر می‌کنیم، و نیز از بیمارانی که قدمی هر چند کوچک در راه پیش‌برد علم مشاوره و روان‌درمانی برداشتند، نهایت

قدردانی را داریم.

References

1. Association AP. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV-TR. Houston: American Psychiatric Publication; 2000.
2. Wittchen HU, Zhao S, Kessler RC, Eaton WW. DSM-III—R generalized anxiety disorder in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry* 1994;51(5):355-64
3. Yonkers KA, Warshaw MG, Massion AO, Keller MB. Phenomenology and course of generalised anxiety disorder. *Br J Psychiatry*. 1996;168(3):308-13.
4. Woodman CL, Noyes Jr R, Black DW, Schlosser S, Yagla SJ. A 5-year follow-up study of generalized anxiety disorder and panic disorder. *The Journal of nervous and mental disease* 1999;187(1):3-9.
5. Roemer L, Orsillo SM, Salters-Pedneault K. Efficacy of an acceptance-based behavior therapy for generalized anxiety disorder: Evaluation in a randomized controlled trial. *J Consult Clin Psychol* 2008 Dec;76(6):1083-9.
6. Mennin DS, Heimberg RG, Fresco DM, Ritter MR. Is generalized anxiety disorder an anxiety or mood disorder? Considering multiple factors as we ponder the fate of GAD. *Depress Anxiety* 2008;25(4):289-99.
7. Safran JD. Towards a refinement of cognitive therapy in light of interpersonal theory: I. Theory. *Clinical Psychology Review* 1990;10(1):87-105.
8. Crits-Christoph P. Psychodynamic-Interpersonal Treatment of Generalized Anxiety Disorder. *Clinical Psychology: Science and Practice* 2002;9(1):81-4.
9. Borkovec TD, Newman MG, Pincus AL, Lytle R. A component analysis of cognitive-behavioral therapy for generalized anxiety disorder and the role of interpersonal problems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2002;70(2):288-98.
10. Zaider TI, Heimberg RG, Iida M. Anxiety disorders and intimate relationships: A study of daily processes in couples. *Journal of Abnormal Psychology* 2010;119(1):163-73.
11. Roemer L, Orsillo SM. An acceptance- based behavioral therapy for generalized anxiety disorder. In: Roemer L, Orsillo SM, editors. *Acceptance and Mindfulness-Based Approaches to Anxiety: Conceptualization and Treatment*. USA: Springer Science & Business Media, LLC; 2005.
12. Hayes-Skelton SA, Orsillo SM, Roemer L. An Acceptance-Based Behavioral Therapy for Individuals With Generalized Anxiety Disorder. *Cognitive and Behavioral Practice* 2013; 20(3) : 264-81.
13. Jacobson NS, Christensen A. *Integrative couples therapy: Promoting acceptance and change*. New York: Norton; 1998.
14. Meyer TJ, Miller ML, Metzger RL, Borkovec TD. Development and validation of the Penn State worry questionnaire. *Behaviour Research and Therapy*. 1990;28(6):487-95.
15. Davey G, Wells A. *Worry and its psychological disorders: Theory, assessment and treatment*. New York: Wiley; 2006.
16. Dehshiri GR, Golzari M, Borjali A, Sohrabi F. Psychometrics Particularity of Farsi Version of Pennsylvania State Worry Questionnaire for College Students 2009;1(4):67-75. [In persian].
17. Sanayee B, Alagheband S, Human A. Measures of family and marriage. Tehran: Besat; 2001 [In persian].
18. Hassan SM, Noori A, Molavi H. Relationship between locus of control and marital adjusment in secondary school teachers in shiraz. *psychological research* 2004;7(1-2):14-26. [In persian].
19. Kajbaf M, Moghaddas M, Aghaei A. The Effectiveness of Neuro-Linguistic Programming on Marital Adjustment. *Knowledge & Research in Applied Psychology*. 2012;12(46):30-9. [In Persian].
20. Fisher WW, Kelley ME, Lomas JE. Visual aids and structured criteria for improving visual inspection and interpretation of single-case designs. *Journal of Applied Behavior Analysis* 2003;36(3):387-406.
21. Kazdin AE. The meanings and measurement of clinical significance. *Journal of consulting and clinical psychology* 1999;67:285-99.
22. Jacobson NS, Truax P. Clinical significance: A statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of consulting and clinical psychology* 1991;59(1):521-38.

23. Hamidpour H. The importance of methodology in studies of cognitive - behavioral. *Baztabe Danesh*. 2000;3:49-56 [In Persian].
24. Ingram RE, Hayes A, Scott W. Empirically supported treatments: A critical analysis. In: Snyder CR, Ingram RE, editors. *Handbook of psychological change*. New York: Wiley; 2000: 40-60.
25. Christensen A, Atkins DC, Berns S, Wheeler J, Baucom DH, Simpson LE. Traditional versus integrative behavioral couple therapy for significantly and chronically distressed married couples. *Journal of consulting and clinical psychology* 2004;72(2):176-91.
26. Goldfarb MR, Trudel G, Boyer R, Preville M. Marital relationship and psychological distress: Its correlates and treatments. *Sexual and relationship therapy* 2007;22(1):109-26.
27. Whisman MA, Sheldon C, Goering P. Psychiatric disorders and dissatisfaction with social relationships: Does type of relationship matter? *Journal of Abnormal Psychology*. 2000;109(4):803-8.
28. McLeod JD. Anxiety disorders and marital quality. *Journal of Abnormal Psychology* 1994;103(4): 767-76.
29. Roemer L, Orsillo SM. An Open Trial of an Acceptance-Based Behavior Therapy for Generalized Anxiety Disorder. *Behavior therapy* 2007;38(1):72-85.
30. Roemer L, Lee JK, Salters-Pedneault K, Erisman SM, Orsillo SM, Mennin DS. Mindfulness and emotion regulation difficulties in generalized anxiety disorder: Preliminary evidence for independent and overlapping contributions. *Behavior Therapy*. 2009;40(2):142-54.
31. Eifert GH, Forsyth JP, Arch J, Espejo E, Keller M, Langer D. Acceptance and commitment therapy for anxiety disorders: Three case studies exemplifying a unified treatment protocol. *Cognitive and Behavioral Practice*. 2009;16(4):368-85.
32. Codd RT, Twohig MP, Crosby JM, Enno A. Treatment of Three Anxiety Disorder Cases With Acceptance and Commitment Therapy in a Private Practice. *Journal of Cognitive Psychotherapy* 2011;25(3):203-17.
33. Barlow D, Hofmann S. Efficacy and dissemination of psychological treatments. In: Clark D, Fairburn CC, editors. *Science and practice of cognitive behaviour therapy*. Oxford: Oxford Press; 1997: 95-117.
34. Prochaska J, Norcross J. *Systems of psychotherapy: A transtheoretical analysis*. Belmont: Cengage Learning; 2013.
35. Jacobson NS, Christensen A, Prince SE, Cordova J, Eldridge K. Integrative behavioral couple therapy: An acceptance-based, promising new treatment for couple discord. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2000;68(2): 351-355.
36. Peterson BD, Eifert GH, Feingold T, Davidson S. Using Acceptance and Commitment Therapy to treat distressed couples: a case study with two couples. *Cognitive and Behavioral Practice*. 2009;16(4):430-42.
37. Honarparvaran N, Tabrizy M, Navabinejad S, Shafiabady A, Moradi M. The Efficacy of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) Training with Regard to Reducing Sexual Dissatisfaction among Couples. *European Journal of Social Sciences* 2010;15(1):166-72.
38. Hayes SC, Wilson KG, Gifford EV, Follette VM, Strosahl K. Experiential avoidance and behavioral disorders: a functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of consulting and Clinical Psychology* 1996;64(6):1152-68.
39. Whisman MA, Uebelacker LA, Weinstock LM. Psychopathology and marital satisfaction: the importance of evaluating both partners. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2004;72(5):830-8.

The study of the efficacy of acceptance based behavior therapy and integrative behavioral couple therapy on women with distressed couples and general anxiety disorder

Gholamreza Rajabi¹, Mehdi Imani², Reza Khojaste Mehr³, Mansour Beyrami⁴, kiumars Beshlideh⁵

Original Article

Abstract

Aim and Background: The aim of present study the study of the efficacy of Acceptance Based Behavior Therapy and Integrative Behavioral Couple Therapy on women with distressed couples and General Anxiety Disorder.

Methods and Materials: Six women with Generalized Anxiety Disorder and their spouses were selected using purposeful sampling. Non-congruent multiple baseline experimental single case study was used as the method of the present study. The efficacy of Acceptance Based Behavior Therapy and Integrative Behavioral Couple Therapy Protocol was carried out in three phase of intervention (Baseline, 16 session treatment and 3 month follow-up) by using the Pennsylvania State Worry Questionnaire (PSWQ) and Dyadic Adjustment Scale (DAS) evaluated. Data analyzed with visuals inspection, improvement percentage and reliable change index (RCI) strategies.

Findings: Results showed that Acceptance Based Behavior Therapy and Integrative Behavioral Couple Therapy have positive efficient on treatment's target. Acceptance Based Behavior Therapy efficacy also showed more than Integrative Behavioral Couple Therapy in the Worry variable. Integrative Behavioral Couple Therapy efficacy also showed more than Acceptance Based Behavior Therapy in the Dyadic Adjustment Scale.

Conclusion: Theoretical explanation of findings for effectiveness of therapy, suggest that Acceptance Based Behavior Therapy was efficient in Magnitude, Universally and stability of changes, but in Acceptability both of therapies were similar.

Keywords: Generalized Anxiety Disorder. Distressed Couples, Acceptance Based Behavior Therapy, Integrative Behavioral Couple Therapy

Citation: Rajabi Gh, Imani M, Khojaste Mehr R, Beyrami M, kiumars B. **The study of the efficacy of acceptance based behavior therapy and integrative behavioral couple therapy on women with distressed couples and general anxiety disorder.** J Res Behave Sci 2014; 11(6): 600-619

Received: 25.06.2012

Accepted: 25.08.2012

- 1- Associate Professor, Department of Counseling, University of Shahid Chamran, Ahvaz, Iran
- 2- PhD Student, Counseling, University of Shahid Chamran, Ahvaz, Iran (Corresponding Author) Email: mimani@shirazu.ac.ir
- 3- Associate Professor, Department of Psychology, University of Shahid Chamran, Ahvaz, Iran
- 4- Associate Professor, Department of Psychology, University of Tabriz, Tabriz, Iran
- 5- Associate Professor, Department of Psychology, University of Shahid Chamran, Ahvaz, Iran