

کارایی درمان تلفیقی مبتنی بر پذیرش و تعهد با مواجهه در درمان زنان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر

دکتر مجید محمودعلیلو^۱، دکتر تورج هاشمی نصرت آباد^۱، دکتر فائزه سهرابی^{۲*}

۱- استاد، گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران. ۲- دکتری روانشناسی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران.

چکیده

زمینه و هدف: اختلال اضطراب فراگیر به عنوان یکی از اختلالات اضطرابی مزمن شیوع بالایی در جمعیت عمومی و بالینی دارد. این مطالعه به منظور ارزیابی کارایی درمان تلفیقی مبتنی بر پذیرش و تعهد در درمان زنان مبتلا به اضطراب فراگیر انجام شد.

روش بررسی: این مطالعه از نوع مداخله‌ای با خط پایه چندگانه همزمان و به شیوه تک آزمودنی بود. چهار زن مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر با روش نمونه‌گیری هدفمند از طریق مصاحبه تشخیصی و بالینی ساختاریافته براساس معیارهای راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی DSM-V از میان مراجعین به مرکز مشاوره دانشگاه تبریز و مرکز خدمات روانپزشکی شهر مهاباد انتخاب شدند. بیماران پس از احراز شرایط درمان وارد فرایند درمان شدند. کارایی پروتکل درمانی طی ۳ مرحله (خط پایه، درمان ۱۲ جلسه‌ای و پیگیری ۶ هفته‌ای) با استفاده از پرسشنامه اختلال اضطراب فراگیر (GAD-7)، پرسشنامه نگرانی ایالت پن (PSWQ) و مقیاس کلی شدت و آسیب اضطراب (OASIS) مورد بررسی قرار گرفت. داده‌ها به روش ترسیم دیداری، شاخص تغییر پایا (RCI) و فرمول درصد بهبودی تحلیل شدند.

یافته‌ها: اثر درمان تلفیقی مبتنی بر پذیرش و تعهد همراه با فنون رویارویی بر کاهش علائم اختلال اضطراب فراگیر، نگرانی، شدت اضطراب و آسیب عملکرد در بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر از نظر آماری و بالینی معنی‌دار بود ($P < 0/05$).

نتیجه‌گیری: درمان تلفیقی مبتنی بر پذیرش و تعهد و فنون رویارویی برای درمان اختلال اضطراب فراگیر زنان مناسب است.

کلیدواژه‌ها: اختلال اضطراب فراگیر، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، رویارویی

* نویسنده مسؤول: دکتر فائزه سهرابی، پست الکترونیکی sohrabi_faeze@yahoo.com

نشانی: تبریز، دانشگاه تبریز، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، گروه روانشناسی، تلفن ۰۴۱-۳۳۴۱۱۳۳-۳۳۳۵۶۰۰۹، نامبر ۳۳۳۵۶۰۰۹

وصول مقاله: ۱۳۹۵/۱۱/۲۰، اصلاح نهایی: ۱۳۹۶/۶/۴، پذیرش مقاله: ۱۳۹۶/۶/۴

مقدمه

بسیاری از مبتلایان به اختلال اضطراب فراگیر (GAD) (Generalized Anxiety Disorder)، مطابق با ملاک‌های تشخیصی DSM-V (Diagnostic and Statistical Manual- V) از احساس اضطراب و نگرانی شدید مادام‌العمر شکایت دارند. به طوری که به شکل قابل ملاحظه‌ای مانع کارکرد اجتماعی روانی فرد می‌گردد. افراد مبتلا اغلب درباره مسایل عادی و جزئی زندگی روزمره (مثلاً سلامتی اعضای خانواده یا دیر رسیدن به قرار ملاقات) نگران هستند. این نگرانی‌ها از موضوعی به موضوع دیگر تغییر نموده؛ بارزتر و در دوساز بوده و دوام بیشتری دارند و اغلب بدون هیچ عامل مشخصی به وجود می‌آیند. شیوع این اختلال در جمعیت عمومی سالانه ۳/۶-۴/۰ درصد و در زنان دو برابر مردان است (۱). یک چهارم از کسانی که به دلیل مشکلات روانشناختی به پزشکان عمومی مراجعه می‌کنند؛ دچار اختلال اضطراب فراگیر هستند. ابتلا

به این اختلال به عنوان یک عامل خطر در سبب‌شناسی گسترده‌ای از اختلالات روانپزشکی به‌ویژه افسردگی و سوء مصرف الکل مورد توجه قرار گرفته است و تشخیص و درمان به موقع آن اهمیت دارد (۲). به‌عنوان اولویت اول برای درمان اختلال اضطراب فراگیر، درمان شناختی رفتاری را می‌توان در نظر گرفت. مدل شناختی در درمان اختلال اضطراب فراگیر از کارایی لازم برخوردار بوده و در پیگیری ۵۰ درصد بهبودی مشاهده شده است (۳). این یافته بسیاری از صاحب‌نظران حوزه درمان شناختی رفتاری را وادار به گمانه‌زنی و طراحی پژوهش کرد. به طوری که با پیدایش نظریه‌های پست مدرن مفروضاتی عملگرایانه تر به‌میدان آمدند. در حالی که مهارت‌های مقابله سنتی در جهت کنترل افکار ناسازگار یا بی‌نظمی‌های فیزیولوژیک هدف‌گذاری شده‌اند؛ رویکردهای جدیدتر که مبتنی بر پذیرش یا تمایل به تجربه هستند؛ بیشتر مورد قبول است (۴). این مدل درمانی ریشه در سنت علم تجربی پایه دارد و نوعی رفتار

درمانی با ایجاد واکنش انعطاف‌پذیری و یادگیری جدید بهنگام رویارویی با محرک‌های اضطراب آور می‌شود؛ مطالعات نشان داده آموزش‌پذیرش در کنار فنون درمان شناختی رفتاری به‌ویژه رویارویی پریشانی و اضطراب را به میزان بیشتری پایین آورده و نیز تحمل افراد برای علایم اضطرابی را افزایش می‌دهد. در همین راستا از جمله فنون مداخله‌ای سنت درمان شناختی رفتاری که در کاهش علایم اختلال اضطراب فراگیر موثر است؛ رویارویی (مواجهه) با نگرانی است. در این مدل، مواجهه مکرر و کنترل شده با نتایج فاجعه‌بار افکار و تصورات هر حوزه نگرانی، موجب خوگیری با اضطراب آن حوزه از نگرانی می‌شود (۱۲). در همین راستا نتایج مطالعه Hoyer و همکاران که در آن درمان مواجهه با نگرانی بدون مداخلات دیگر CBT در یک مطالعه کنترل شده تصادفی با ۷۳ بیمار اختلال اضطراب فراگیر ارزیابی شده بود؛ نشان داد نشانه‌های اضطراب، افسردگی، نگرانی زیاد، ارزیابی‌های فراشناختی منفی از نگرانی و سرکوب فکر کاهش قابل ملاحظه‌ای یافته‌اند (۱۳). با توجه به این که اکثر پژوهش‌ها به‌طور مستقل به بررسی اثر دو روش ACT و رویارویی بر روی اختلالات اضطرابی پرداخته‌اند و نتایج رضایت‌بخشی را گزارش نموده‌اند و نیز به دلیل کارایی درمانی مناسب این دو روش در درمان اختلالات روانشناختی به ویژه اختلال اضطراب فراگیر، این مطالعه به منظور ارزیابی کارایی درمان تلفیقی مبتنی بر پذیرش و تعهد در درمان زنان مبتلا به اضطراب فراگیر انجام شد.

روش بررسی

این مطالعه از نوع مداخله‌ای با خط پایه چندگانه همزمان و به‌شبهه تک‌آزمودنی است. چهار زن مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر با روش نمونه‌گیری هدفمند از طریق مصاحبه تشخیصی و بالینی ساختاریافته براساس معیارهای راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی DSM-V از میان مراجعین به مرکز مشاوره دانشگاه تبریز و مرکز خدمات روانپزشکی شهر مهاباد طی سال‌های ۹۴-۱۳۹۳ انتخاب شدند. مطالعه مورد تایید کمیته اخلاق (TBZMED.REC.1394.408) دانشگاه تبریز قرار گرفت.

معیارهای ورود به مطالعه شامل تشخیص اصلی اختلال اضطراب فراگیر در محور I، داشتن سواد خواندن و نوشتن و محدوده سنی ۶۱-۱۸ سال بود. معیارهای عدم ورود به مطالعه شامل داشتن تشخیص بالینی همایند با اختلال اضطراب فراگیر، ابتلای همزمان به سایر اختلالات اضطرابی و یا اختلالات ارگانیک (بر اساس پرونده موجود)، مصرف داروی روانپزشکی به‌طور همزمان و داشتن سابقه بستری در بیمارستان، دریافت درمان روانشناختی، شرکت همزمان در جلسات مشاوره و روان‌درمانی دیگر، بستری شدن، دریافت دارو درمانی حین شرکت در جلسات مشاوره و داشتن سه جلسه غیبت متوالی بود.

درمانی مبتنی بر توجه آگاهی است و در آن از استعاره، جملات متناقض‌نما و مهارت‌های توجه آگاهی و طیف وسیعی از تمرین‌های تجربه‌گرایانه و مداخلات رفتاری هدایت شده توسط ارزش‌ها به کار برده می‌شود. روان‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) (Acceptance and Commitment Therapy) یک شیوه‌نویس درمانی است که مبتنی بر تجربه است. به‌طوری که راهبردهای مبتنی بر آگاهی و پذیرش را همراه با راهبردهای تعهد و تغییر رفتار به منظور افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی به کار می‌گیرد (۵).

هدف اصلی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، ایجاد انعطاف‌پذیری روان‌شناختی از طریق برطرف نمودن موانع بروز انعطاف‌پذیری است. این موانع عبارت از غلبه گذشته یا آینده مفهوم‌سازی شده، در هم آمیختگی (امتزاج) شناختی (Cognitive fusion)، فقدان وضوح ارزش‌های فردی، انفعال و مقاومت اجتنابی، اجتناب تجربه‌ای (Experiential Avoidance) و وابستگی به خویشتن مفهوم‌سازی شده است (۶). در این مسیر از شش فرایند محوری پذیرش، تماس داشتن با لحظه حال، جداسازی شناختی، نگرش به خود در قالبی بافتاری، وضوح ارزش‌های فردی و تعهد به عمل کمک گرفته می‌شود که شش بعد اصلی درمان را نیز تشکیل می‌دهند (۷). در این راستا به بیمار آموزش داده می‌شود که تلاش برای اجتناب یا کنترل تجارب ذهنی آزاردهنده‌اش بی‌تاثیر است و یا اثر معکوس دارد و موجب تشدید آنها می‌شود و باید سعی نماید آنها را به‌طور کامل بپذیرد. سپس تلاش می‌شود فرد به حالات روانی، جسمانی، افکار، احساسات و رفتار خود در لحظه حال آگاهی یابد و تمرکز مفرط بر خودتجسمی داستان زندگی‌اش را کاهش دهد و همزمان بتواند خود را از تجارب ذهنی‌اش (جداسازی شناخت) جدا سازد و قادر باشد به شکل مستقل از آنها عمل کند. در گام بعدی در شناساندن ارزش‌های شخصی و تبدیل آنها به اهداف رفتاری به فرد کمک می‌شود و در نهایت برای انجام عمل متعهدانه و معطوف به اهداف و ارزش‌های مشخص شده به همراه پذیرش تجارب ذهنی به فرد انگیزه داده می‌شود (۸).

پژوهش‌های بسیاری در خصوص استفاده از درمان ACT بر روی اختلالات روانشناختی به ویژه اختلالات اضطرابی انجام شده که اغلب آنها به اثربخشی بالای این مدل درمانی اذعان نموده‌اند (۹). روش درمانی ACT در بهبود عملکردهای جسمانی و اجتماعی و همچنین کاهش پریشانی و علایم اضطرابی موثر است و بالاترین اثرات درمانی ACT بر روی اختلالات هیجانی و درد مزمن بوده است (۱۰). تلفیق محتوی درمانی که در برگرفته‌های روش‌های CBT سنتی نیز باشد؛ در درمان بیماران مبتلا به اختلالات اضطرابی موثرتر است و این مساله در پیچ‌های روبه پیشرفت روش‌های درمانی باز می‌کند (۱۱). با وجود این که ACT رویکرد جایگزین قوی است که باعث افزایش مقبولیت و مشارکت در تغییرات رفتاری و مواجهه

از شرکت کنندگان در مطالعه رضایت‌نامه کتبی آگاهانه شرکت در مطالعه اخذ شد. آزمودنی‌ها به‌طور همزمان به مرحله خط پایه وارد شدند و بعد از اتمام سه جلسه خط پایه و انجام سنجش‌ها وارد مرحله درمان ۱۲ جلسه‌ای (جلسه یک ساعت) شدند (جدول یک). بیماران در جلسات مشخص شده با استفاده از پرسشنامه‌ها و مقیاس‌های روانشناختی مربوطه ارزیابی و سپس در سه نوبت طی شش هفته پیگیری شدند.

جدول ۱: شرح جلسات برگزار شده

جلسات	شرح
هفته اول	مرور و بررسی تاریخچه مشکل مراجع و ارزیابی آن؛ مطرح کردن اهداف درمان و امکان‌پذیر بودن تغییر؛ توضیح فلسفه مداخله براساس رویکرد مواجهه با نگرانی و آموزش تجسم؛ قرارداد مشاوره‌ای شامل حضور به موقع و انجام تکالیف
هفته دوم	بررسی تعامل افکار و احساسات و عمل؛ ایجاد ناامیدی از روش‌های قبلی فرد؛ آموزش بوابه بودن هر عملی برای اجتناب یا کنترل تجارب ذهنی ناخواسته؛ رساندن مراجع به ناامیدی خلاق؛ شفاف‌سازی ارزش‌های مراجع
هفته سوم	تمرینات مربوط به شفاف‌سازی ارزش‌ها، تشخیص راهبردهای ناکارآمد کنترل‌گری و سعی در پذیرش رویدادهای دردناک به‌جای کشمکش با آنها؛ تاکید بر شناسایی و مواجهه با نگرانی‌ها و آگاهی از پیامدهای اجتناب از رویارویی با وقایع دردناک
هفته چهارم	ادامه تمرینات رویارویی و مواجهه تجسمی؛ ادامه شفاف‌سازی ارزش‌ها، آموزش پذیرش، تغییر مفاهیم زبان با استفاده از تمثیل
هفته پنجم	تمرینات رویارویی با نگرانی‌ها همراه با بحث پیرامون آنها؛ آگاهی از احساسات ذهنی و بدنی و تمرکز بر فعالیت‌ها (نظیر پیاده‌روی) و هیجانات؛ بحث درباره موانع و تمرین کاروش امکان‌پذیری فعالیت‌های مرتبط با ارزش و پردازش بدون قضاوت؛ تمرینات مربوط به رضایت و ناراضی‌تبی از رنج‌های زندگی
هفته ششم	ارایه مقدمه‌ای برای تنظیم اهداف مؤثر مرتبط با ارزش‌ها، توجه به افکار و احساسات بدون جسییدن به محتوی آن، دادن تکلیف و دریافت بازخورد؛ ادامه تمرینات رویارویی با احساسات مرتبط با نگرانی‌ها و بحث پیرامون آنها
هفته هفتم	ادامه تنظیم اهداف مؤثر مرتبط با ارزش‌ها؛ بیان تفاوت ارزش‌ها، اهداف و نیازها
هفته هشتم	تمرینات رویارویی
هفته نهم	بحث پیرامون مراحل فعالیت و چرخه فعالیت و دادن تمرینات تمرکزی
هفته دهم	ادامه بحث پیرامون رضایت از داشتن رنج؛ تمرینات مواجهه در حین راه رفتن
هفته یازدهم	تمرینات شفاف‌سازی ارزش‌ها و تاکید بر توانمندسازی مراجع
هفته دوازدهم	ایجاد انگیزه یعنی فعالیت معطوف به همراه پذیرش تجارب ذهنی
پرسشنامه ویژگی‌های جمعیت‌شناختی شامل جنسیت، سن، میزان تحصیلات، وضعیت تأهل، وضعیت شغلی و مدت بیماری برای افراد تکمیل شد. پرسشنامه اختلال اضطراب فراگیر (GAD-7) (Generalized Anxiety Disorder Scale) (۱۴)، پرسشنامه نگرانی ایالت پن (Penn State Worry Questionnaire: PSWQ) (۱۵) و مقیاس کلی شدت و آسیب اضطراب (OASIS) (The Overall Anxiety Severity and Impairment Scale) (۱۷ و ۱۶) برای افراد تکمیل شد.	

مقیاس GAD-7 میزان و شدت علائم اختلال اضطراب فراگیر طی دو هفته گذشته را اندازه‌گیری می‌کند. این مقیاس به‌صورت ممداد-کاغذی است و ۷ آیتم آن به‌صورت ۱-۴ (=اصلا=۱، چندروز=۲، بیش از نصف روزها=۳ و تقریباً هر روز=۴) نمره گذاری می‌شود. پایایی این آزمون به روش آلفای کرونباخ ۰/۹۲ گزارش شده است (۱۴). نقطه برش (cut of point)، حساسیت و ویژگی این آزمون به ترتیب شامل ≤ 10 ، ۰/۸۹ و ۰/۸۲ تعیین شده است (۱۴ و ۱۸). در مطالعه نائینان و همکاران اعتبار فرم کوتاه ۰/۸۷ و پایایی آن در نمونه ایرانی ۰/۷۶ تعیین شد (۱۸).

پرسشنامه نگرانی ایالت پن (PSWQ) ۱۶ گویه‌ای است و برای ارزیابی خصیصه نگرانی و به‌دست آوردن ویژگی‌های افراطی، فراگیر و کنترل‌ناپذیر نگرانی آسیب‌شناختی تدوین شده است و روی طیف لیکرت پنج درجه‌ای از یک (به هیچ‌وجه) تا پنج (بسیار زیاد) پاسخ داده می‌شود. آلفای کرونباخ و پایایی بازآزمایی ۲-۱۰ هفته‌ای به ترتیب ۰/۹۳-۰/۸۶ و ۰/۹۳-۰/۷۴ گزارش شده است (۱۵). این پرسشنامه در ایران توسط دهشیری و همکاران (۱۹) هنجاریابی شده و ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۸ و ضریب بازآزمایی آن ۰/۷۹ برآورد شده است. پایایی بازآزمایی این پرسشنامه در جمعیت غیربالینی در حد ۰/۸۷ تعیین شده است (۱۹).

مقیاس کلی خودسنجی شدت و آسیب اضطراب (OASIS) توسط Norman و همکاران به منظور سنجش شدت بالینی اضطراب در حوزه‌های مختلف مثل آسیب در کارکرد، ارزیابی روند افزایش و کاهش شدت هر گونه اختلال اضطرابی و طراحی یک ابزار مختصر و سریع به منظور غربال در موقعیت‌های بالینی ارایه شده است. این مقیاس یک سنجه ۵ ماده‌ای است که فراوانی و شدت نشانه‌های اضطراب، اجتناب رفتاری و آسیب کارکردی مربوط به اضطراب را ارزیابی می‌کند (۱۶). این ابزار به‌طور بالقوه می‌تواند همزمان در سنجش شدت و آسیب مربوط به اختلالات اضطرابی مختلف کاربرد داشته باشد. در یک مطالعه ویژگی‌های روان‌سنجی این مقیاس از جمله اعتبار همگرا با ابزارهای اختصاصی اختلالات اضطرابی را در حد عالی و پایایی بازآزمایی یک گزارش کرده و بین پنج ماده مقیاس یک ماهه قوی حدود ۰/۸۲ را نشان داده است. درجه همسانی درونی بالای ۰/۸۱ همچنین نمره برش این ابزار، ۸ گزارش شده است (۱۶). پایایی این مقیاس در پژوهش بخشی پور و همکاران پس از ترجمه فارسی و برگردان معکوس، به روش بازآزمایی با فاصله یک هفته ضریب پایایی ۰/۷۹ به دست آمد (۱۷).

روان‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد یکی از روش‌های رفتاردرمانی موج سوم با شش فرایند محوری است که منجر به انعطاف‌پذیری روانشناختی می‌شود. این شش فرایند شامل پذیرش، جداسازی شناختی، خود به عنوان زمینه، آگاهی از زمان حال،

با توجه به مقادیر شاخص تغییر پایا و درصد بهبودی در مقیاس PSWQ و OASIS به دنبال مداخله، روند کاهشی در میزان نگرانی و اضطراب بیمار دیده شد و با توجه به این که مقادیر شاخص تغییر پایا از ۱/۹۶ بیشتر و درصد بهبودی نیز بالاتر از ۵۰ درصد بود؛ می‌توان نتیجه گرفت که کاهش در نمرات از لحاظ بالینی و آماری معنی‌دار است. به طوری که میزان شاخص تغییر پایا برای مقیاس‌های PSWQ و OASIS در مرحله پس از مداخله به ترتیب ۳/۳۳- و ۲/۶۲- بود ($P < 0/05$) و درصد بهبودی علائم نیز به ترتیب ۵۵ درصد و ۷۲ درصد تعیین شد. سنجش‌های انجام شده در مراحل پیگیری نیز نشان‌دهنده حفظ تغییرات درمانی در سطح مطلوب بود. به طوری که مقادیر شاخص تغییر پایا و درصد بهبودی محاسبه شده برای مقیاس PSWQ به ترتیب ۶/۲۷- و ۵۴ درصد و برای مقیاس OASIS به ترتیب ۴/۵۹- و ۶۶ درصد تعیین شد.

بیمار دوم: مقادیر شاخص تغییر پایا در نمرات پرسشنامه GAD7 از مرحله خط پایه به درمان و پیگیری به ترتیب ۶/۸۳- و ۱۰/۱۱- تعیین شد. نمرات درصد بهبودی در مرحله پس از درمان و پیگیری در پرسشنامه GAD7 به ترتیب ۶۹ درصد و ۵۶ درصد به دست آمد. نتایج براساس مقادیر شاخص تغییر پایا و درصد بهبودی نشان داده که در مقیاس GAD7 نمرات بیمار به لحاظ آماری و بالینی کاهش معنی‌داری یافته است ($P < 0/05$). مقادیر شاخص تغییر پایا از ۱/۹۶ بیشتر و درصد بهبودی نیز بالاتر از ۵۰ درصد بود.

مقادیر شاخص تغییر پایا و درصد بهبودی در مقیاس‌های PSWQ و OASIS نیز کاهش معنی‌داری را چه به لحاظ آماری و چه بالینی در میزان نگرانی و اضطراب بیمار نشان داد. به طوری که میزان شاخص تغییر پایا برای مقیاس‌های PSWQ و OASIS در مرحله پس از مداخله به ترتیب ۳/۷۶- و ۲/۴۹- تعیین شد ($P < 0/05$) و درصد بهبودی علائم نیز به ترتیب ۶۲ درصد و ۷۰ درصد بود. سنجش‌های انجام شده در مراحل پیگیری نیز نشان‌دهنده حفظ تغییرات درمانی در سطح مطلوب بود. به طوری که مقادیر شاخص تغییر پایا و درصد بهبودی محاسبه شده برای مقیاس PSWQ به ترتیب ۶/۶۳- و ۶۰ درصد و برای مقیاس OASIS ۴/۵۹- و ۷۰ درصد تعیین شد.

بیمار سوم: مطابق با نمرات GAD7 روند کاهشی مشاهده شد. مقدار شاخص تغییر پایا به دست آمده از مرحله خط پایه به مراحل پس از درمان این بیمار به ترتیب ۴/۶۴ و ۱/۷۱- به دست آمد. همچنین شاخص‌های تغییر پایای به دست آمده این دو مقیاس در نوبت سوم پیگیری نسبت به مرحله خط پایه این بیمار (جدول ۳) و بالا بودن مقدار آنها از نمره Z یعنی ۱/۹۶ و معنی‌داری آنها ($P < 0/05$) حاکی از معنی‌دار بودن تغییر و بهبود علائم اضطرابی در هر دو مرحله و حساسیت اضطرابی کل در مرحله پیگیری است. همچنین با کاهش نمرات این بیمار تا حد نقاط برش پرسشنامه‌ها و درصد بهبودی ارایه شده در جدول ۳ نشانگر اثر معنی‌دار این

روشن‌سازی ارزش‌ها و تعهد به عمل است (۷). همچنین روش‌های رویارویی نیز مدلی درمانی مبتنی بر مواجهه و رویارویی است که نگرانی را در اختلال اضطراب فراگیر مورد هدف قرار می‌دهد. در این مدل از طریق آموزش تجسم، مواجهه مکرر و کنترل شده با نتایج فاجعه بار افکار و تصورات هر حوزه نگرانی، موجب خوگیری با اضطراب آن حوزه از نگرانی می‌شود (۱۲). تلفیق این دو مدل درمانی در قالب ۱۲ جلسه مداخله در جدول یک آمده است.

از روش تحلیل نتایج ترسیم دیداری (Visual Inspection) استفاده شد. تغییر نمرات بیماران در علائم اصلی اختلال اضطراب فراگیر طی مراحل خط پایه، درمان و پیگیری توسط الگوهای ترسیم دیداری تغییر در سطح (Level)، شیب (Slope) و پایداری (Stability) ارزیابی شد. سطح معنی‌داری کمتر از ۰/۰۵ در نظر گرفته شد. برای سنجش معنی‌داری بالینی و محاسبه تغییر آماری علاوه بر محاسبه درصد بهبودی از روش سنجش شاخص تغییر پایا (Reliable Change Index: RCI) استفاده شد. برای محاسبه شاخص تغییر پایا نمره پس از درمان یا پیگیری از نمره پیش از درمان تفریق و حاصل آن بر خطای استاندارد تفاوت‌ها تقسیم گردید. اگر نتیجه حاصله بزرگ‌تر از سطح معنی‌داری نمره Z یعنی ۱/۹۶ ($P < 0/05$) بود؛ با ۹۵ درصد اطمینان تغییر یا بهبودی به دست آمده به اثر مداخله نسبت داده شد. همچنین بر طبق فرمول درصد بهبودی، ۵۰ درصد کاهش در علائم به‌عنوان موفقیت در درمان، نمرات بین ۲۵ تا ۴۹ درصد به عنوان بهبودی اندک و کاهش نمرات علائم تا حد زیر ۲۵ درصد به عنوان شکست درمانی تلقی شد (۱۷).

یافته‌ها

ویژگی‌های جمعیت‌شناختی آزمودنی‌ها در جدول ۲ و نتایج مقیاس‌های GAD-7، PSWQ و OASIS در جدول ۳ آمده است.

بیمار اول: نمرات بیمار در مقیاس GAD7 در غیاب مداخلات درمانی در مرحله خط پایه حالت پایداری داشت و تغییر معنی‌داری در این مرحله دیده نشد. با تغییر مرحله از پایه به مداخله با نهفتگی یک جلسه‌ای و پس از انجام اقدامات درمانی و تغییر آگاهی شناختی و هیجانی بیمار در روند درمان، کاهش پیوسته‌ای تا سنجش سوم در جلسه آخر درمان مشاهده شد. در مرحله پیگیری تغییرات معنی‌داری به نسبت نمرات در مرحله آخر درمان دیده نشد؛ ولی سطح نمرات کمی بالاتر از سطح مداخله بود. مقادیر شاخص پایای به دست آمده از مقایسه خط پایه و مرحله پس از درمان و نیز آخرین سنجش در مرحله پیگیری نشان‌دهنده معنی‌دار بودن تغییرات ($P < 0/05$) و بهبودی علائم اختلال اضطراب فراگیر ناشی از مداخله درمانی بود. شاخص تغییر پایا ۷/۱۰- به دست آمد که از میزان ۱/۹۶ بیشتر است. این معنی‌داری از نظر بالینی نیز معنی‌دار بود. به طوری که میزان درصد بهبودی در مرحله پس از درمان (۶۸ درصد) و همچنین در سنجش پیگیری (۵۰ درصد) مناسب و مطلوب بود.

جدول ۲: ویژگی‌های جمعیت‌شناختی آزمودنی‌ها

بیمار اول	بیمار دوم	بیمار سوم	بیمار چهارم
زن	زن	زن	زن
مجرد	متاهل	مجرد	مجرد
۲۵	۲۸	۲۲	۳۱
کاردانی	دانشجوی لیسانس	دانشجوی لیسانس	دانشجوی فوق لیسانس
منشی	-	-	ویزیتور
۱۲	۱۸	۱۰	۳۶
مدت بیماری (ماه)			

جدول ۳: درصد بهبودی و شاخص تغییر پایای بیماران در مقیاس‌های OASIS و PSWQ و GAD-7

مراحل مداخله	مقیاس GAD-7			مقیاس PSWQ			مقیاس OASIS			
	بیمار ۱	بیمار ۲	بیمار ۳	بیمار ۴	بیمار ۳	بیمار ۲	بیمار ۱	بیمار ۳	بیمار ۲	بیمار ۱
خط پایه ۱	۲۲	۲۲	۲۳	۱۳	۷۴	۷۵	۶۵	۱۷	۱۷	۱۶
خط پایه ۲	۱۹	۲۲	۲۱	۱۳	۷۳	۷۴	۶۶	۱۷	۱۷	۱۶
خط پایه ۳	۱۹	۲۳	۲۲	۱۳	۷۴	۷۴	۶۶	۱۸	۱۷	۱۶
میانگین خط پایه	۲۰	۲۲	۲۲	۱۳	۷۳/۶۶	۷۴/۳۳	۶۵/۶۶	۱۷/۳۳	۱۷/۳۳	۱۶/۳۳
جلسه ۱	۱۷	۲۰	۲۱	۱۱	۷۲	۷۲	۶۵	۱۷	۱۶	۱۵
جلسه ۶	۱۱	۱۴	۱۲	۹	۴۹	۴۷	۴۵	۱۰	۱۱	۱۱
جلسه ۱۲	۹	۱۰	۹	۸	۳۳	۲۸	۳۱	۵	۵	۶
میانگین مرحله درمان	۱۲/۳۳	۱۴/۶۶	۱۴	۹/۳۳	۴۹	۴۶	۴۸	۱۰/۶۶	۱۰/۶۶	۱۰/۳۳
* شاخص تغییر پایا	-۲/۹۰	-۲/۹۰	-۳/۰۳	-۱/۳۹	-۳/۳۳	-۳/۷۶	-۳/۱۲	-۲/۶۲	-۲/۶۲	-۲/۳۶
درصد بهبودی	۵۹	۵۴	۶۰	۳۸	۵۵	۶۲	۵۷	۷۲	۷۰	۶۲
درصد بهبودی کلی	-	۵۲/۷	-	-	-	۵۶/۷	-	-	۶۴/۲	-
پیگیری ۱	۱۱	۱۱	۱۱	۸	۳۳	۲۹	۲۸	۳۱	۵	۶
پیگیری ۲	۹	۱۲	۱۱	۹	۳۴	۳۱	۲۹	۳۲	۶	۷
پیگیری ۳	۱۰	۱۲	۱۰	۸	۳۴	۲۹	۳۰	۳۰	۵	۷
میانگین پیگیری	۱۰	۱۱/۶۶	۱۰/۶۶	۸/۳۳	۳۳/۶۶	۲۹/۶۶	۳۱	۲۹/۶۶	۵/۳۳	۶/۶۶
* شاخص تغییر پایا	-۳/۷۸	-۴/۰۴	-۴/۲۹	-۱/۷۶	-۶/۲۷	-۶/۶۳	-۵/۶۴	-۵/۱۵	-۴/۵۹	-۳/۱۰
درصد بهبودی	۵۴	۴۵	۵۶	۳۸	۵۴	۶۰	۵۴	۶۶	۷۰	۵۶
درصد بهبودی کلی	-	۴۸/۲	-	-	-	۵۵/۵	-	-	۶۱/۲	-

* علامت منفی نشانگر تغییر کاهشی نمرات است.

مداخله از نظر بالینی بود.

نتایج مرتبط با نمرات بیمار در مقیاس‌های OASIS و PSWQ در جدول ۳ نیز نشان می‌دهد کاهش معنی‌داری هم از نظر بالینی و هم آماری در علائم رخ داده است. به طوری که میزان شاخص تغییر پایا در مرحله پس از درمان نسبت به خط پایه به ترتیب ۳/۱۲- و ۲/۳۶- و درصد بهبودی نیز به ترتیب ۵۷ درصد و ۶۲ درصد بود که نشان‌دهنده معنی‌داری آماری و بالینی تغییرات در میزان نگرانی و علائم اضطرابی به واسطه درمان است. مقادیر شاخص تغییر پایا و درصد بهبودی در مرحله پیگیری به نسبت خط پایه در مقیاس PSWQ به ترتیب ۵/۶۴- و ۵۴ درصد و در مقیاس OASIS به ترتیب ۳/۸۰- و ۵۶ درصد بود.

نتایج مرتبط با نمرات بیمار در مقیاس‌های OASIS و PSWQ در جدول ۳ نیز نشان می‌دهد کاهش معنی‌داری هم از نظر بالینی و هم آماری در علائم رخ داده است. به طوری که میزان شاخص تغییر پایا در مرحله پس از درمان نسبت به خط پایه به ترتیب ۳/۱۲- و ۲/۳۶- و درصد بهبودی نیز به ترتیب ۵۷ درصد و ۶۲ درصد بود که نشان‌دهنده معنی‌داری آماری و بالینی تغییرات در میزان نگرانی و علائم اضطرابی به واسطه درمان است. مقادیر شاخص تغییر پایا و درصد بهبودی در مرحله پیگیری به نسبت خط پایه در مقیاس PSWQ به ترتیب ۵/۶۴- و ۵۴ درصد و در مقیاس OASIS به ترتیب ۳/۸۰- و ۵۶ درصد بود.

بحث

بیمار چهارم: با توجه به روند تغییر نمرات بیمار چهارم GAD می‌توان چنین برداشت نمود که این بیمار از نظر آماری و بالینی کاهش معنی‌داری را در جلسه آخر درمان نسبت به مرحله خط پایه ($P < 0.05$) با مقادیر شاخص تغییر پایای و درصد بهبودی پرسشنامه GAD7 به ترتیب با مقادیر ۴/۰۹- و ۴۷ درصد کسب کرده است. در نوبت سوم پیگیری در مقایسه با مرحله خط پایه نیز مقادیر

میانگین پیگیری ۱۲ جلسه‌ای تلفیقی ACT و رویارویی را در چهار زن مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر نشان داد. کاهش‌ها در علائم اختلال اضطراب فراگیر و همچنین میزان نگرانی، شدت و آسیب در عملکرد بیماران مبتلا به این اختلال مطلوب بود و این اثر درمانی در دوره پیگیری ۶ هفته‌ای نیز تا حد

برای ارزیابی اثربخشی درمان‌های روانشناختی شش متغیر اندازه تغییر، کلیت تغییر، عمومیت تغییر، میزان پذیرش، ایمنی و ثبات دستاوردهای درمانی را یادآوری کرده‌اند. اندازه تغییر، میزان کاهش در علایمی است که آماج اصلی درمان به‌شمار می‌روند. در این مطالعه میزان بالای علایم اختلال اضطراب فراگیر همچون نگرانی، افسردگی، اضطراب و اجتناب شناختی که در خط پایه گزارش شده بود؛ در پایان درمان کاهش قابل ملاحظه‌ای یافت. کلیت تغییر، درصد میزان تغییر مثبت، میزان درصد عدم تغییر، میزان درصد تغییر منفی و میزان درصد بدتر شدن است. آزمودنی‌های مطالعه ما در همه موارد نگرانی، افسردگی، اضطراب و اجتناب شناختی تغییر مثبت داشتند. عمومیت تغییر، میزان رخ دادن تغییر طی درمان در علایم مختلف یا موقعیت‌های شغلی و میان‌فردی روبرو شدن آزمودنی است. نمره همه آزمودنی‌های مطالعه حاضر حاکی از کاهش چشمگیر در میزان ناراحتی‌ها بود. میزان پذیرش، میزان به پایان رساندن فرایند درمان است. در مطالعه ما هیچ آزمودنی طی درمان افت نداشت و به‌طور کامل روند درمان را به اتمام رساندند. همچنین در هیچ فردی عوارض ناخوشایندی دیده نشد. نتایج پیگیری یک ماهه پس از درمان نشان داد که همه آزمودنی‌ها نتایج مثبت درمانی را حفظ نموده‌اند.

به‌طور کلی اثربخشی این روش درمانی براساس ملاک‌های Ingram و همکاران (۲۶) در سطح نسبتاً مطلوبی است؛ ولی قدرت تعمیم‌دهی این نتایج با توجه به تک موردی بودن طرح پژوهش پایین‌تر از طرح‌های آزمایشی با حجم نمونه بالا است و کسب روایی بیرونی نیازمند بررسی‌های دقیق‌تر است. از محدودیت‌های این مطالعه می‌توان به حجم کم نمونه و تک‌جنسیتی بودن اشاره نمود که موجب کاهش تعمیم‌پذیری یافته‌ها می‌گردد. پیشنهاد می‌گردد در مطالعات آتی از مقیاس‌ها و پرسشنامه‌های دیگری غیر از ابزارهای استفاده شده در این مطالعه بهره گرفته شود. تحقیقات در زمینه اثربخشی درمان ACT هنوز در ابتدای راه بوده و بایستی مطالعات بیشتری در زمینه مکانیسم عمل آن صورت پذیرد.

نتیجه‌گیری

نتایج این مطالعه نشان داد که درمان تلفیقی مبتنی بر پذیرش و تعهد همراه با فنون رویارویی منجر به کاهش معنی‌داری در علایم اختلال اضطراب فراگیر و سایر شاخص‌های اضطرابی در زنان مبتلا می‌شود.

تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل پایان‌نامه (شماره ۲۳۳۰۶۹۲) خانم فائزه سهرابی برای اخذ درجه دکتری تخصصی در رشته روانشناسی از دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه تبریز بود. بدین‌وسیله از شرکت‌کنندگان در مطالعه صمیمانه سپاسگزاری می‌گردد.

زیادی حفظ شد. این نتایج با یافته‌های تحقیقات پیشین در زمینه ACT و مواجهه‌درمانی در حوزه اختلالات اضطرابی به شکل جداگانه و تلفیقی همخوان است (۲۳-۲۰)؛ هرچند پژوهش‌هایی که به بررسی اثر مداخله تلفیقی بپردازند؛ اندک هستند (۱۱). همسو با یافته‌های مطالعه حاضر، مطالعات Hayes و همکاران (۷)، Rector (۲۰)، Clarke و همکاران (۲۱)، Juarascio و همکاران (۲۲) و Bluett و همکاران (۲۳) به اثربخشی بالای درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در حوزه‌های مختلف اختلالات روانشناختی و رفتاری اذعان نموده‌اند. در مطالعه مروری Hann و McCracken (۱۰) با بررسی ۱۰۳۴ مقاله پژوهشی در ۱۵ حوزه آسیب مشخص شد که درمان ACT از کارایی بالایی برخوردار بود و موجب کاهش به‌سزای مشکلات روانشناختی، پریشانی و اضطراب و بهبود عملکردهای اجتماعی افراد شده بود. در همین راستا نتایج مطالعه مقدماتی Wetherell و همکاران (۲۴) بر روی افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر نشان داد که درمان ACT یک مداخله موثر بر روی افراد مسن مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر است. علایم اضطراب و افسردگی تمام آزمودنی‌های تحت درمان ۱۲ جلسه، به‌شکل موثری کاهش یافت؛ اما به‌طور کلی اثر درمانی این روش در بزرگسالان جوان بسیار بیشتر از افراد مسن‌تر است و این مساله شاید به این دلیل باشد که میزان سازگاری با عناصر درمان در افراد جوان‌تر بیشتر است. همچنین در پژوهشی دیگر Landy و همکاران (۲۵) گزارش کردند که به لحاظ تجربی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد از اثربخشی بالایی بر روی اختلالات اضطرابی برخوردار است و یک درمان جایگزین مناسب برای انواع مختلط اختلالات اضطرابی و به‌ویژه در اختلال اضطراب فراگیر در مقایسه با درمان شناختی رفتاری است. به نظر می‌رسد فرایند فرضی تعدیل جداسازی شناختی در میان هر دو روش درمانی ACT و CBT یکسان باشد. با این حال بسیاری از متغیرها نظیر عوامل اجتماعی فرهنگی، دموگرافیکی، ویژگی‌های شخصیتی، میزان کنترل ادراک شده و نوع اختلال اضطرابی می‌تواند در ارجحیت CBT یا ACT برای یک بیمار اضطرابی اثرگذار باشد. در همین راستا مطالعات نشان داده‌اند زمانی که اختلال بیمار اختلال اضطراب فراگیر باشد و یا اختلال همایند در تشخیص بالینی اختلال اضطرابی (به‌ویژه افسردگی) وجود داشته باشد؛ درمان ACT بر CBT اولویت دارد (۲۵). در مطالعه Meuret و همکاران اثربخشی بالاتر درمان تلفیقی ACT و رویارویی در افراد مبتلا به حمله هراس در مقایسه با درمان ACT و یا رویارویی به تنهایی گزارش شده است (۱۱). با توجه به کارایی بالای روش درمان تلفیقی ACT و رویارویی بر اختلال اضطرابی فراگیر به عنوان اختلال اضطراب «پایه»، می‌تواند تویحاتی کاربردی برای درمان سایر اختلالات اضطرابی نیز داشته باشد. Ingram و همکاران (۲۶)

References

- American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-V). Fifth Edition. Arlington, VA, American Psychiatric Association, 2013; pp: 189-235. <http://dx.doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596.x00preface>
- Durham RC. Treatment of generalized anxiety disorder. *Psychiatry*. 2007; 6(5): 183-87. doi: doi.org/10.1016/j.mppsy.2007.03.003
- Fisher P. The efficacy of psychological treatment for generalized anxiety disorder. In: GCL Davey A. Wells. (Eds.). *Worry and its psychological disorder*. New York: Wiley. 2007; pp: 356-77. doi: 10.1002/9780470713143.ch20
- Vowles KE, Thompson M. Acceptance and commitment therapy for chronic pain. In: Mc Cracken, L. M., (ed). *Mindfulness and acceptance in behavioral medicine: Current theory and practice*. 2nd ed. Oakland: New Harbinger Press. 2011; pp: 31-60.
- Levin M, Hayes SC. Is acceptance and commitment therapy superior to established treatment comparisons? *Psychother Psychosom*. 2009; 78(6): 380. doi: 10.1159/000235979
- Clarke S, Kingston J, James K, Bolderston H, Remington B. Acceptance and commitment therapy group for treatment-resistant participants: A randomized controlled trial. *J Contextual Behav Sci*. 2014; 3: 179-88. doi: doi.org/10.1016/j.jcbs.2014.04.005
- Hayes SC, Luoma JB, Bond FW, Masuda A, Lillis J. Acceptance and commitment therapy: model, processes and outcomes. *Behav Res Ther*. 2006 Jan; 44(1): 1-25. doi: 10.1016/j.brat.2005.06.006
- Pourfaraj Omran, M. The effectiveness of acceptance and commitment group therapy in social phobia of students. *Knowledge and Health*. 2011; 6(2): 1-5. doi.org/10.1234/knh.v6i2.100
- Szkodny LE, Newman MG, Goldfried MR. Clinical experiences in conducting empirically supported treatments for generalized anxiety disorder. *Behav Ther*. 2014 Jan; 45(1): 7-20. doi: 10.1016/j.beth.2013.09.009
- Hann KEJ, McCracken LM. A systematic review of randomized controlled trials of acceptance and commitment therapy for adults with chronic pain: Outcome domains, design quality, and efficacy. *J Contextual Behav Sci*. 2014; 3: 217-27. doi: doi.org/10.1016/j.jcbs.2014.10.001
- Meuret AE, Twohig MO, Rosenfield D, Hayes SC, Craske MG. Brief acceptance and commitment therapy and exposure for panic disorder: A pilot study. *Cognitive and Behavior Practice*. 2012; 19(4): 606-18. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.cbpra.2012.05.004>
- Andrews G, Creamer M, Crino R, Hunt C, Lampe L, Page A. *The treatment of anxiety disorder, clinician guides and patient manuals*. Cambridge University Press. 2003; p: 402.
- Hoyer J, Beesdo K, Gloster AT, Runge J, Höfler M, Becker ES. Worry exposure versus applied relaxation in the treatment of generalized anxiety disorder. *Psychother Psychosom*. 2009; 78(2): 106-15. doi: 10.1159/000201936
- Spitzer RL, Kroenke K, Williams JB, Löwe B. A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. *Arch Intern Med*. 2006 May; 166(10): 1092-7. doi: 10.1001/archinte.166.10.1092
- Stöber J. Reliability and validity of two widely-used worry questionnaires: self-report and self-peer convergence. *Personal Individ Differ*. 1998; 24(6): 887-90. doi: doi.org/10.1016/S0191-8869(97)00232-8
- Norman SB, Cissell SH, Means-Christensen AJ, Stein MB. Development and validation of an overall anxiety severity and impairment scale (OASIS). *Depress Anxiety*. 2006; 23(4): 245-9. doi: 10.1002/da.20182
- Bakhshipour Roodsari A, Mahmood Aliloo M, Farnam A, Abdi A. Efficacy evaluation of unified trans diagnostic treatment in symptoms reduction of patients with generalized anxiety disorder and a comorbid emotional disorder. *Journal of Psychology*. 2014; 8(32): 41-74.
- Naeinian M, Shaeiri M, Sharif M, Hadian M. To study reliability and validity for a brief measure for assessing generalized anxiety disorder (GAD-7). *Journal of Clinical Psychology and Personality (CPAP)*. 2011; 2(4): 41-50.
- Dehshiri GHR, Golzari M, Borjali A, Sohrabi F. [Psychometrics particularity of Farsi version of Pennsylvania state worry questionnaire for college students]. *Journal of Clinical Psychology*. 2010; 1(4): 67-75. [Article in Persian]
- Rector NA. Acceptance and commitment therapy: empirical considerations. *Behav Ther*. 2013 Jun; 44(2): 213-17. doi: 10.1016/j.beth.2010.07.007
- Clarke S, Kingston J, Holloway R, Wilson KG, Bolderston H, Remington B. Acceptance and commitment therapy for a heterogeneous group of treatment-resistant clients: a treatment development study. *Cogn Behav Pract*. 2012; 19(4): 560-72. doi: doi.org/10.1016/j.cbpra.2012.03.001
- Juarascio A, Shawa J, Forman EM, Timko CA, Herbert JD, Butryn ML, Lowe M. Acceptance and commitment therapy for eating disorders: clinical applications of a group treatment. *J Contextual Behav Sci*. 2013; 2(3-4): 85-94. doi: doi.org/10.1016/j.jcbs.2013.08.001
- Bluett EJ, Homan KJ, Morrison KL, Levin ME, Twohig MP. Acceptance and commitment therapy for anxiety and OCD spectrum disorders: an empirical review. *J Anxiety Disord*. 2014 Aug; 28(6): 612-24. doi: 10.1016/j.janxdis.2014.06.008
- Wetherell JL, Afari N, Ayers CR, Stoddard JA, Ruberg J, Sorrell JT, et al. Acceptance and commitment therapy for generalized anxiety disorder in older adults: a preliminary report. *Behav Ther*. 2011 Mar; 42(1): 127-34. doi: 10.1016/j.beth.2010.07.002
- Landy LN, Schneider RL, Arch JJ. Acceptance and commitment therapy for the treatment of anxiety disorders: a concise review. *Current Opinion in Psychology*. 2015; 2: 70-74. doi: doi.org/10.1016/j.copsy.2014.11.004
- Ingram RE, Hayes A, Scott W. Empirically supported treatments: A critical analysis. In Snyder CR, Ingram RE (Eds.). *Handbook of psychological change: Psychotherapy processes and practices for the 21st century*. New York: Wiley. 2000; pp: 40-60.

Original Article

Efficacy of combined treatment based on acceptance and commitment in treatment of women with generalized anxiety disorder

Majid Mahmoud Alilou (Ph.D)¹, Touraj Hashemi Nosratabad (Ph.D)¹, Faeze Sohrabi (Ph.D)^{*2}

¹Professor, Department of Psychology, School of Psychology and Educational Sciences, University of Tabriz, Tabriz, Iran. ²Psychologist, Department of Psychology, School of Psychology and Educational Sciences, University of Tabriz, Tabriz, Iran.

Abstract

Background and Objective: General anxiety disorder is one of the chronic disorders in the general population and population with clinical symptoms. This study was conducted to evaluate the efficacy of combined treatment based on acceptance and commitment in the treatment of women with generalized anxiety.

Methods: This multi-faceted, single-subject interventional study was performed on four women with generalized anxiety disorder whom were referred to psychiatric center in Iran. The subjects were selected through targeted clinical sampling by structured diagnostic and clinical interviews based on DSM-V mental disorder diagnostic and diagnostic guidelines. The efficacy of the treatment protocol in three stages (baseline, 12 sessions and 6 week follow up) was assessed using the GAD-7 questionnaire, the Penn State worry questionnaire (PSWQ), and the general scale of anxiety severity and pain (OASIS).

Results: Reduction of symptoms of general anxiety disorder, anxiety, anxiety and performance impairment in patients with generalized anxiety disorder were significant ($P < 0.05$).

Conclusion: Combination therapy based on admission and commitment and coping techniques is effective in the treatment of generalized anxiety disorder in women.

Keywords: Generalized Anxiety Disorder, Acceptance and Commitment-Based Treatment, Confrontation

* Corresponding Author: Sohrabi F (Ph.D), E-mail: sohrabi_faeze@yahoo.com

Received 8 Feb 2017

Revised 26 Aug 2017

Accepted 26 Aug 2017