

تأثیر درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اختلال اضطراب فراگیر: نقش مؤلفه‌های پذیرش، عمل و فراشناختی

مرجان بیات^{۱*}، آزاده رجب نژاد^۲، لیلا کریمی فرشی^۲، حسن حمیدپور^۳

^۱ کارشناسی ارشد روان‌شناسی عمومی، دانشگاه الزهراء، تهران، ایران

^۲ کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن، رودهن، ایران

^۳ دکترای روانشناسی بالینی، دانشگاه علوم بهزیستی و توان‌بخشی، تهران، ایران

چکیده

هدف پژوهش حاضر، تأثیر درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر فراشناخت مراجعان زن مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر بود. شرکت‌کنندگان تعداد ۱۴ نفر (هفت نفر گروه آزمایش و هفت نفر گروه کنترل) بودند. ابزار پژوهش شامل آزمون‌های اضطراب بک، پذیرش و عمل و فراشناخت بودند. یافته‌ها نشان دادند تغییرات نمرات اضطراب آزمودنی‌ها و انعطاف‌پذیری روانی، دو متغیر از مؤلفه‌های فراشناخت بودند. درمان حاضر، منجر به تغییر انعطاف‌پذیری روانی و مؤلفه‌های فراشناخت می‌شود.

کلیدواژه‌ها: درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد؛ مؤلفه‌های فراشناختی

مقدمه

از بین تمام اختلالات اضطرابی، اختلال اضطراب فراگیر، اختلالی است که از اثربخشی درمانی کمتری برخوردار است (اسپادا و همکاران، ۲۰۱۲). از طرف دیگر، این اختلال یک اختلال مقاوم نسبت به درمان است (زتل، ۲۰۰۳). در ارتباط با درمان اختلال اضطراب فراگیر با سه موج درمانی روبه‌رو هستیم. به دلیل شکست‌های درمانی موج اول و نادیده گرفتن پدیده‌های روانی، موج دوم رفتاردرمانی تحت عنوان دیدگاه رفتاردرمانی شناختی وارد عرصه علم شد اما عمر رفتار درمانی موج دوم نیز کوتاه بود و مفروضه‌های اصلی موج دوم نیز در تجربه‌های مختلف بالینی به بن بست‌هایی رسید و مشخص شد که چالش‌های شناختی همیشه نمی‌توانند راه حل درمان اضطراب باشند و تحقیقات انجام شده نشان داده‌اند که فقط ۷۵ درصد از بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر با روش درمان شناختی-رفتاری بهبود یافته‌اند (هازلت-استیونس، ۲۰۰۸) به این ترتیب برای حل مشکلات موج دوم، موج سوم‌ها وارد عرصه درمان شدند.

یکی از نمونه‌های اولیه موج سوم، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد است که به اختصار ACT نامیده می‌شود و در اواخر دهه ۸۰ میلادی به وسیله استیون هیز و همکاران او تدوین شد. مفهوم کارکردی اصلی این مدل "انعطاف‌پذیری روانی" است که به معنای، توانایی برای ارتباط با زمان حال می‌باشد و فرد به عنوان یک انسان هشیار و آگاه قادر به تغییر یا تداوم رفتار در خدمت اهداف ارزشمند خود می‌باشد. در واقع بر اساس این دیدگاه فرایند اصلی و بنیادین آسیب‌شناسی روانی و اختلال‌ها از جمله اختلال اضطراب فراگیر به علت انعطاف‌ناپذیری روان شناختی است. هدف درمان ACT افزایش انعطاف‌پذیری روان شناختی و رفتاری در زمینه‌هایی است که رفتار محدود شده است (ایزدی و عابدی، ۱۳۹۳). به نظر می‌رسد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، به علت پروتوکول‌های این درمان برای اختلالات اضطرابی با توجه به مدنظر قراردادن دوجنبه اساسی این اختلال یعنی "اجتناب شناختی" و "تخریب عملکرد" بیش از همه با ویژگی‌های اختلال اضطراب فراگیر هماهنگ است (پور فرج عمران، ۱۳۹۰). در سالهای اخیر کارآمدی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در درمان اختلال اضطراب فراگیر، طی پژوهش‌های متعددی مورد تایید قرار گرفته است (هیز، لوما، باند، ماسودا و ولیلیس، ۲۰۰۶). اسمن و استراسلی وام سی نیل (۲۰۰۶) نیز در بررسی تأثیر این روش در مبتلایان هراس اجتماعی با میانگین سنی ۴۲ سال نشان دادند که علائم اجتنابی و اضطرابی در گروه تحت درمان به طور معناداری کاهش یافته است.

به دلیل شباهت‌های تکنیکی مولفه‌های فراشناخت با مولفه‌های انعطاف‌پذیری روانی، این پژوهش اقدام به بررسی آنها نموده است. درمان فراشناختی از جمله درمان‌هایی است که اثربخشی آن برای اختلال اضطراب فراگیر در چند پژوهش به اثبات رسیده است (ولز و همکاران، ۲۰۱۰). فراشناخت نخستین بار توسط فلاول در سال ۱۹۷۹ به کار برده شد (ولز و پاپوجورجیا، ۱۹۹۸). فراشناخت به فرایند "تفکر درباره تفکر" و دانش در مورد اینکه چه می‌دانیم و چه نمی‌دانیم اطلاق شده است (ولز، ۲۰۰۰). نگرانی درباره نگرانی مفهوم کلیدی رویکرد فراشناختی در درمان اختلال اضطراب فراگیر محسوب می‌شود (ولز، ۲۰۰۰). بر اساس مدل فراشناختی، افراد مبتلا به اختلالات

* پست الکترونیک نویسنده مسئول: marjan.bayat@yahoo.com

اضطرابی، باورهای مثبتی درمورد نگرانی دارند و از آن به عنوان وسیله‌ای برای پیش بینی مسائل آتی و تولید روش های مقابله ایی استفاده می کنند. اسپادا و همکاران (۲۰۱۲) ابعاد فراشناختی ازجمله باورهای فراشناختی مثبت در زمینه نگرانی و اعتماد شناختی پایین را جزء علل بوجود آورنده نگرانی و اضطراب محسوب می کنند. با توجه به جدید بودن درمان مبتنی برپذیرش و تعهد، هدف پژوهش حاضر بررسی تاثیر این درمان بر اختلال اضطراب فراگیر است.

روش

شرکت کنندگان

پژوهش حاضر نیمه آزمایشی و از نوع پیش آزمون - پس آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری این پژوهش شامل زنان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر مراجعه کننده به یکی از مراکز مشاوره در تهران بود که از این بین نمونه ای به تعداد ۲۰ نفر (در فاصله سنی ۲۰ تا ۳۰ سال به دلیل همسان بودن گروه) با استفاده از روش نمونه گیری در دسترس انتخاب گردیدند. ملاک های انتخاب افراد شرکت کننده در این پژوهش عبارت بود از: ۱) دریافت تشخیص اختلال اضطراب فراگیرطبق ملاک های DSM - V که توسط مصاحبه روانپزشک انتخاب می شدند، ۲) افرادی که در آزمون BAI نمره متوسط به بالا را دریافت می کردند، ۳) حداقل سن ۲۰ سال، ۴) شرکت کنندگان در یک ماه گذشته درمان دارویی و غیر دارویی جدیدی شروع نکرده باشند. این ۲۰ نفر با استفاده از انتساب تصادفی به دو گروه ۱۰ نفره آزمایش و کنترل واگذار شدند. اما بعد از دو جلسه که از آغاز گروه گذشت، ۳ نفر از گروه آزمایش جدا شدند و گروه آزمایش کار خود را با ۷ نفر ادامه داد و در گروه کنترل نیز ۷ نفر برای اجرای پس آزمون حضور پیدا کردند

ابزار

۱) پرسشنامه اضطراب بک (BAI): یک پرسشنامه خودگزارشی است که برای اندازه گیری شدت اضطراب در نوجوانان و بزرگسالان به کار می رود، و شامل ۲۱ سوال هست و در یک مقیاس چهار درجه ای لیکرت (۰ تا ۳) نمره گذاری می شوند. اعتبار این پرسشنامه با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۹۲ و با روش باز آزمایی در فاصله یک هفته ۰/۷۵ به دست آمد. پنج نوع روایی محتوا، همزمان، سازه، تشخیصی و عاملی برای این آزمون سنجیده شده است که همگی نشان دهنده کارایی بالای این ابزار در اندازه گیری شدت اضطراب می باشد (بک و همکاران، ۱۹۸۸). کاپوانی وموسوی (۱۳۸۷) ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه را ۰/۹۲ گزارش کرده اند.

۲) پرسش نامه فراشناخت (MCQ-۳۰): یک مقیاس سی سوالی خود گزارش دهی است و پنج مقیاس جداگانه را اندازه گیری می کند. برای هر سوال دامنه پاسخ ها ازموافق نیستم تا کاملاً موافقم مشخص شده است که به ترتیب نمره یک تا چهار به آنها تعلق می گیرد. نتایج پژوهش ولز و کارترایت-هاتن (۲۰۰۴) نشان داد که این پرسشنامه ثبات درونی بالایی دارد. آنها اعتبار آن را با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۷۲ تا ۰/۹۳ وبا استفاده از روش بازآزمایی در طی ۴ ماه ۰/۸۷ گزارش کرده اند. در ایران شیرین زاده (۲۰۰۹) اعتبار آن را با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۷۱ و با استفاده از روش باز آزمایی در فاصله چهار هفته ۰/۵۹ تا ۰/۸۳ گزارش کرده اند.

۳) پرسشنامه پذیرش و عمل (AAQ-II): این پرسشنامه توسط بوند و همکاران (۲۰۰۷) به منظور ارزیابی انعطاف پذیری روانی افراد طراحی کردند و شامل ۱۰ سوال است که روش نمره گذاری آن در یک مقیاس لیکرتی پنج درجه ای (۰ تا ۴) انجام می شود. صاحبی، ملکیان (۱۳۹۳) در پژوهش خود نشان دادند که این ابزار اعتبار و روایی سازه رضای بخشی دارد. در این پژوهش که بر روی ۱۰۰ نفر انجام شده است، ضریب آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه ۰/۸۸ و ضریب همبستگی آن با استرس ۰/۷۴، با افسردگی ۰/۷۴ به دست آمده است.

شیوه اجر

در این پژوهش داده ها به این طریق گردآوری شده است که ابتدا سه پرسشنامه BAI، MCQ، AAQ-II به صورت پیش آزمون در مورد هر دو گروه اجرا شد، سپس گروه آزمایش به مدت ۱۵ هفته، هفته ای یک جلسه به مدت ۹۰ دقیقه در معرض متغیر مستقل (گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد) قرار گرفتند. مراحل اجرای درمان توسط درمانگران پس از گذراندن دوره های آموزشی و مطالعه کتابها و مقالات مرتبط جمع آوری گردید. جلسات درمانی توسط یک درمانگر و کمک درمانگر اداره می شد. در نهایت از هر دو گروه پس آزمون گرفته شد و داده های به دست آمده تجزیه و تحلیل شدند.

نتایج

تمام تحلیل‌ها با کنترل اثر پیش‌آزمون و از طریق تحلیل کواریانس تک متغیری انجام شد. نتایج تحلیل تایید کننده اولین فرضیه بود. مقدار $F=9/124$ با درجات آزادی (۱ و ۱۲) در متغیر مورد بررسی در سطح $\alpha=0/05$ معنادار بود. مقدار انا نشان داد که تاثیر گروه درمانی act در تغییر باور مثبت بیماران در ارتباط با اضطراب $43/2$ درصد است. با توجه به اینکه میانگین گروه آزمایش در مرحله پس آزمون کمتر از گروه کنترل بود؛ از این رو، فرضیه پژوهش تایید شد. نتایج تحلیل کواریانس دومین فرضیه را رد کرد مبنی بر این که درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد منجر به کاهش خود آگاهی شناختی بیماران می‌شود. مقدار $F=1/262$ با درجات آزادی (۱ و ۱۲) در متغیر مورد بررسی در سطح $\alpha=0/05$ معنادار نبود.

سومین فرضیه پژوهش تایید شد. مقدار $F=3/947$ با درجات آزادی (۱ و ۱۲) در متغیر مورد بررسی در سطح $\alpha=0/05$ معنادار بود. مقدار انا نشان می‌دهد که تاثیر گروه درمانی act بر کاهش نیاز به کنترل افکار در بیماران $24/8$ درصد است. با توجه به اینکه میانگین گروه آزمایش در مرحله پس آزمون کمتر از گروه کنترل بود، نشان می‌دهد که مداخله موثر بوده است. از سوی دیگر، نتایج تحلیل کواریانس نشان داد درمان مورد نظر مولفه‌ی کنترل‌ناپذیری و خطر را در بیماران کاهش نمی‌دهد. مقدار $F=2/715$ با درجات آزادی (۱ و ۱۲) در متغیر مورد بررسی در سطح $\alpha=0/05$ معنادار نبود. فرضیه پنجم مبنی بر این که درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد اطمینان شناختی را در بیماران کاهش می‌دهد نیز رد شد. مقدار $F=0/01$ با درجات آزادی (۱ و ۱۲) در متغیر مورد بررسی در سطح $\alpha=0/05$ معنادار نبود.

فرضیه بعدی در ارتباط با تاثیرگذاری درمان گروهی پذیرش و تعهد بر کاهش اضطراب بیماران با توجه به مقدار $F=7/694$ با درجات آزادی (۱ و ۱۲) در سطح $\alpha=0/05$ معنادار بود؛ یعنی، میانگین گروه آزمایش در مرحله پس آزمون کمتر از گروه کنترل بود. مقدار انا نشان داد که تاثیر گروه درمانی act بر کاهش اضطراب بیماران $39/1$ درصد است. فرضیه آخر نیز با توجه به مقدار $F=3/262$ با درجات آزادی (۱ و ۱۲) در انعطاف پذیری روانی بیماران در سطح $\alpha=0/05$ معنادار بود که نشان می‌دهد گروه درمانی act باعث افزایش انعطاف پذیری روانی بیماران می‌شود. مقدار انا نشان می‌دهد که تاثیر گروه درمانی act در افزایش انعطاف پذیری روانی بیماران $21/4$ درصد است.

بحث

هدف پژوهش حاضر بررسی تاثیر درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر فراشناخت مراجعان زن مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر بود. در این پژوهش، یافته‌ها نشان دهنده کاهش نمره اضطراب آزمودنی‌ها بود. این نتیجه نشانگر اثربخشی درمان گروهی ACT بر افزایش انعطاف‌پذیری روانشناختی در زنان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر و کاهش اضطراب آنها است. همچنین گروه درمانی ACT منجر به تغییر باور مثبت بیماران در رابطه با اضطرابشان گردید و همچنین توانست نیاز به کنترل افکار را در این آزمودنی‌ها کاهش دهد ولی نتوانست سایر مولفه‌های فراشناخت (خودآگاهی شناختی، اطمینان شناختی و کنترل‌ناپذیری و خطر) را در آنان کاهش دهد. نتایج پژوهش حاضر با پژوهش‌هایی که توسط ایزدی، عسگری، نیت دوست و عابدی (۲۰۱۳) و زتل و همکاران (۲۰۱۳) انجام گرفت همسو می‌باشد. زتل و همکاران (۲۰۱۳) در پژوهش خود دریافتند شرکت‌کنندگان در گروه مداخله ACT کاهش چشمگیری را در اعتقاد و باورپذیری و فراوانی افکار منفی نشان دادند. از محدودیت‌های این پژوهش فقدان زمان کافی برای پیگیری نتایج درمان، عدم بررسی گروه‌های سنی مختلف، کوچک بودن نمونه بررسی و عدم امکان بررسی مشکلات و بحران‌های زندگی این بیماران بود. پیشنهاد می‌شود پژوهش مورد نظر روی گروه‌های بزرگتر و گروه مردان مورد آزمایش مجدد قرار گیرد. همچنین بهتر است این روش باروش‌های دیگر درمانی مقایسه گردد.

منابع

- ایزدی، راضیه و عابدی، محمدرضا. (۱۳۹۳). *درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد*. تهران: نشر تماشا
- پورفرج عمران، مجید. (۱۳۹۰). اثربخشی درمان گروهی پذیرش و تعهد بر هراس اجتماعی دانشجویان *فصل نامه دانش و تندرستی*، ۶(۲)، ۵-۱.
- Hazlett-Stevens, H. (2008). Psychological approaches to generalized anxiety disorder: A clinician's guide to assessment and treatment. New York, NY:Springer.
- Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., & Masuda, A., Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: model, processes and outcomes. *Behav Res Ther* 44, 1-28.
- Wisniewski, S., Storaasli, R.D., McNeill, J.W. Preliminary investigation of the use of acceptance and commitment therapy in group treatment for social phobia. *Int J Psychother*, 6(6), 397-41.

- Spada, M. M., Caselli, G. M., anfredi, C., Rebecchi, D., Rovetto, F., Ruggiero, G. M., Nikcevic, A.V., & Sassaroli, S. (2012). Parental overprotection and metacognitions as predictors of worry and anxiety. *Behavioral cognitive psychotherapy*, 38(5), 629-637.
- Wells, A., Welford, M., King, P., Papageorgiou, C., Wisley, J., & Mendel, E. A. (2010). Pilot randomized trial of metacognitive therapy vs applied relaxation in the treatment of adults with generalized anxiety disorder. *Behav Res Ther*, 48(5), 429-34.
- Wells, A. (2000). *Emotional disorders and metacognition: Innovative cognitive therapy*. Chichester, UK: Wiley.
- Wells, A., & Cartwright-Hatton, S. A. (2004). Short form of the meta-cognitions questionnaire: properties of the MCQ-30. *Behav Res Ther*, 42(4), 385-96.
- Zettle, R. (2003). Acceptance and commitment therapy vs. Systematic desensitization in treatment of mathematics anxiety. *The psychological Record*, 53(2), 197-215.