



## The effect of medication and combined medication and acceptance and commitment therapy on anxiety, worry, experiential avoidance and psychological hardiness in women with generalized anxiety disorder

Mahvash Akbari, M.A

Department of Psychology, Najafabad Branch, Islamic Azad University, Najafabad, Iran

Akram Dehghani, Ph.D

Department of Psychology, Najafabad Branch, Islamic Azad University, Najafabad, Iran

### Abstract

The aim of this study was to compare the effect of medication and combined medication and ACT on anxiety, worry, experiential avoidance and psychological hardiness of women with GAD. This was a quasi-experimental study with pre-test and post-test design with experimental and control groups. The present study population consisted of all women with GAD in Fereydunshahr city in the summer of 2017. Thirty women were purposefully selected as a sample and randomly assigned to three equal groups (10 people in each group). Medication was prescribed for all affected women, for at least a five-week period, and in combined intervention group, 8 one-hour sessions of ACT was performed individually. The Spielberger State-Trait Anxiety Inventory (Spielberger et al., 1983), Penn State Worry Questionnaire (Meyer et al., 1990), Multidimensional Experiential Avoidance Questionnaire (Gámez et al., 2011) and Psychological Hardiness Questionnaire (Kobasa et al., 1982) were administered before and after treatment. Covariance analysis was used for data analysis. The results showed that both medication and combined interventions in the experimental groups decreased the mean scores of anxiety, worry, and experiential avoidance, and increased the mean scores of psychological hardiness. Also, there was a significant difference between the experimental and control groups in the variables of experiential avoidance and psychological hardiness ( $P < 0.05$ ), and combined medication and ACT were more effective in these variables. According to the findings of this study, combined medication and ACT are more effective than medication in reducing GAD-related symptoms and features in women.

**Keywords:** Combined Intervention, Medication, Acceptance and Commitment Therapy, Generalized Anxiety Disorder, Women.

## اثربخشی دارودرمانی و ترکیب دارودرمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اضطراب، نگرانی، اجتناب تجربه‌ای و سرسختی روان‌شناختی زنان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر

مهوش اکبری

کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی، واحد نجف آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف آباد، ایران

اکرم دهقانی\*

استادیار، گروه روان‌شناسی بالینی، واحد نجف آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف آباد، ایران

### چکیده

این پژوهش با هدف مقایسه اثربخشی دارودرمانی و ترکیب دارودرمانی و درمان ACT بر اضطراب، نگرانی، اجتناب تجربه‌ای و سرسختی روان‌شناختی زنان مبتلا به GAD انجام شد. این پژوهش نیمه تجربی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه‌های آزمایش و کنترل بود. جامعه پژوهش را کلیه زنان مبتلا به GAD شهرستان فریدون شهر در تابستان ۱۳۹۶ تشکیل می‌دادند که از میان زنان مراجعه کننده به بیمارستان حضرت رسول اکرم (ص) این شهرستان، با نظر روانپزشک بخش و روانشناس بالینی تشخیص GAD گرفته بودند، تعداد ۳۰ نفر با روش نمونه‌گیری هدفمند به‌عنوان نمونه انتخاب و با روش تصادفی در سه گروه مساوی (هر گروه ۱۰ نفر) جایگزین شدند. درمان دارویی برای هر دو گروه مداخله در یک دوره‌ی حداقل ۸ هفته‌ای بود و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برای یک گروه (ترکیبی) در ۸ جلسه یک ساعته به‌صورت فردی صورت گرفت. پیش و پس از درمان، پرسش‌نامه اضطراب اشپیل برگر (Spielberger et al., 1983)، پرسش‌نامه نگرانی پنسیلوانیا (Meyer et al., 1990)، پرسش‌نامه اجتناب تجربی چندبعدی (Gámez et al., 2011) و پرسش‌نامه سرسختی روان‌شناختی (Kobasa et al., 1982) تکمیل شد. داده‌ها با استفاده از تحلیل کوواریانس و نرم افزار SPSS-25 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. نتایج نشان داد که درمان دارویی و درمان ترکیبی در گروه‌های آزمایشی باعث کاهش نمرات نگرانی، اضطراب، اجتناب تجربه‌ای و افزایش نمرات سخت روی روانی شده است. همچنین، در متغیرهای اجتناب تجربه‌ای و سخت‌رویی روانی بین گروه‌های آزمایشی و کنترل تفاوت معنی‌داری وجود داشت ( $P < 0.05$ ) و ترکیب دارودرمانی و درمان ACT اثربخشی بیشتری در این متغیرها داشت. با توجه به نتایج پژوهش حاضر، ترکیب دارودرمانی و درمان ACT اثربخشی بیشتری نسبت به دارودرمانی در کاهش علائم و ویژگی‌های مرتبط با GAD در زنان دارد.

**واژه‌های کلیدی:** مداخله‌ی ترکیبی، دارو درمانی، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، اختلال اضطراب فراگیر، زنان

## مقدمه

بر هیجانات آشفته خود استفاده کرده و احساس کنترل بیشتری می‌کند (Rashtbari et al., 2019). اجتناب تجربه‌ای نیز یکی از متغیرهایی است که با طیف وسیعی از علائم روانپزشکی مرتبط بوده و در دوره‌های اضطراب و ترس بروز می‌نماید (Fernández-Rodríguez, Paz-Caballero, González- (Fernández & Pérez-Álvarez, 2018). اجتناب تجربه‌ای با عدم تمایل به در تماس ماندن با تجربیات پریشانی داخلی همراه است که برای کنترل یا جلوگیری از ناراحتی در تجربیات درونی تلاش می‌شود و این تلاش‌ها می‌تواند پریشانی و محدود کردن رفتار را تشدید کند (Hayes- Skelton, & Eustis, 2020). اجتناب هسته‌ی اصلی GAD است و بیشتر از آن که یک اختلال هیجانی باشد، می‌تواند در سبب‌شناسی اختلالات هیجانی دخیل باشد (Rashtbari et al., 2019). در واقع اجتناب تجربه‌ای به‌عنوان عامل زمینه‌ساز برای اختلالات هیجانی از جمله افسردگی و اضطراب شناخته شده است و افرادی که نمره‌ی هیجانی بالاتری می‌گیرند، افسردگی و اضطراب بیشتری تجربه می‌کنند (Buhk, Schadeegg, Dixon & Tull, 2020). البته تا زمانی که فرایند اجتناب از تجربه‌های درونی ناخواسته به یک الگوی انعطاف ناپذیر تبدیل نشده است، می‌توان گفت مشکل ساز نیست (Hayes- Skelton, & Eustis, 2020)، اما از آن جا که این فرایند از طریق تقویت منفی به‌طور کوتاه مدت ناراحتی و درد را تسکین می‌دهد، در بلند مدت می‌تواند منجر به حفظ و تداوم رفتار و هیجان منفی شود (Buhk et al., 2020).

از طرفی انسان عصر حاضر با وجود زندگی چالش برانگیز و پیچیده‌ی امروزی در جریان سازگاری با محیط اجتماعی و شغلی خود ناچار است محدودیت‌ها و فشارهایی را متحمل شود. لذا در این جرگه افرادی می‌توانند درجه‌ی بالایی از تنیدگی را بدون بیماری تجربه کنند که دارای ویژگی‌های شخصیتی از جمله سرسختی روانشناختی و تاب‌آوری بالا باشند (Kobasa, 1979; Linn 2017; Mlinac & Schwabenbauer, 2018). سرسختی یک سبک کلی از عملکرد را توصیف می‌کند که با حس قوی از تعهد (توانایی دیدن جهان به صورت جالب و پر معنی)، کنترل (این عقیده که توانایی خود شخص وقایع را متأثر می‌شود) و چالش یا

اختلال اضطراب فراگیر (Generalized Anxiety Disorder) یکی از شایع‌ترین اختلالات روانی است. هر ساله حداکثر ۲۰ درصد بزرگسالان تحت تأثیر اختلالات اضطرابی قرار دارند (Munir, Gondal, & Takov, 2019). GAD باعث ایجاد ترس، نگرانی و احساس مداوم غرق شدن می‌شود که در اکثر موارد این اختلال با نگرانی مداوم، بیش از حد و غیرواقعی در مورد کارهای روزمره مشخص می‌شود. این نگرانی می‌تواند چندوجهی مانند امور مالی، خانواده، سلامتی و یا آینده باشد، و غالباً با بسیاری از علائم روانی و جسمی غیر اختصاصی همراه است که نگرانی بیش از حد ویژگی اصلی GAD می‌باشد (Goodwin, Yiend, & Hirsch, 2017). در جامعه‌ی ایرانی شیوع ۱۲ ماهه اختلالات اضطرابی ۱۵/۶ درصد (شیوع در مردان ۱۲ درصد و در زنان ۱۹/۴ درصد) بوده و سه اختلال اضطراب شایع به‌ترتیب GAD (۵/۲ درصد)، اختلال وسواسی- جبری (۵/۱ درصد) و هراس اجتماعی (۳/۳ درصد) می‌باشد. جنسیت زن، وضعیت اجتماعی- اقتصادی متوسط یا پایین، بیکاری و سکونت شهری از جمله عوامل مهم تاثیرگذار بر این اختلالات است (Hajebi, Motevalian, Rahimi-Movaghar, Sharifi, Amin-Esmaili & et al, 2018). نگرانی به‌عنوان ویژگی تعیین‌کننده GAD شناخته شده است که در طی یک دهه گذشته مورد توجه پژوهش‌های قابل توجهی قرار گرفته است. در نتیجه، تعدادی از نظریه‌ها تدوین شده است که نقش نگرانی را در GAD تشریح کرده‌اند و عواملی را که ممکن است در سبب‌شناسی و حفظ این نگرانی‌های مشکل‌ساز دخیل باشد، مشخص کرده‌اند (Goodwin et al., 2017; Rashtbari, Yousefi & Saed, 2019). نگرانی با تجربیات مکرر افکار در مورد حوادث بالقوه منفی مشخص می‌شود که این نگرانی اغلب باعث ناتوانی شدید در افراد مبتلا به GAD می‌شود. علاوه بر نگرانی بیش از حد و غیرقابل کنترل، تشخیص GAD، نیاز به تأیید حداقل سه علامت همراه دیگر (به‌عنوان مثال، مشکلات تمرکز داشتن، مشکلات خواب، خستگی) دارد (Erickson, Newman, & Tingey, 2020). تصور می‌شود افراد مبتلا به GAD از نگرانی به‌عنوان مکانیسم مقابله‌ای یا راهی برای تسلط

اثربخشی این درمان را در گروه‌های مختلفی از افراد عادی و بالینی در اختلالات مختلفی از جمله، اضطراب و اختلال وسواس فکری-عملی (Bluett et al., 2014)، اجتناب تجربی (Almeida Sampaio et al., 2020)، اجتناب تجربی (Experiential Avoidance) (Fayazbakhsh & Mansouri, 2019; Pourfarahani, Ahmad Barabadi & Heydarnia, 2018)، سخت‌رویی (Hardiness)، تعلل‌ورزی (Procrastination) و تحمل ناکامی (Frustration Tolerance) (Johari Fard & Moradkhani, 2018) انجام شده است. همچنین، مداخلات بسیاری نقش انواع دارودرمانی را در اختلالات اضطرابی (به ویژه GAD) نشان داده‌اند (Jakubovski, Johnson, Nasir, Müller-Vahl & Bloch, 2019; Tomasi, Lisoway, Zai, Harripaul, Müller & et al, 2019). از سوی دیگر برخی مطالعات به طراحی الگوهای درمانی ترکیبی دارو درمانی با مداخله‌های روانشناختی پرداخته‌اند (Mirghiasi et al., 2019; Chen, Huang, Hsu, Ouyang & Lin, 2019; Abedi, Kiani, Faramarzi, Shoushtari & Golshani Monnazah, 2012). اما تاکنون اثربخشی ACT در کنار درمان دارویی بر روی GAD مورد بررسی قرار نگرفته است. بنابراین این پژوهش با هدف مقایسه اثربخشی دارودرمانی (داروهای SSIRs) و ترکیب دارودرمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اضطراب، نگرانی، اجتناب تجربه‌ای و سرسختی روان‌شناختی زنان مبتلا به GAD طراحی و انجام شد. بر این اساس، فرضیه‌های پژوهش عبارت‌اند از:

۱. آیا بین اثربخشی دارودرمانی و ترکیب دارودرمانی و ACT بر اضطراب زنان مبتلا به GAD در دو گروه آزمایشی و کنترل تفاوت وجود دارد؟
۲. آیا بین اثربخشی دارودرمانی و ترکیب دارودرمانی و ACT بر نگرانی زنان مبتلا به GAD در دو گروه آزمایشی و کنترل تفاوت وجود دارد؟
۳. آیا بین اثربخشی دارودرمانی و ترکیب دارودرمانی و ACT بر اجتناب تجربه‌ای زنان مبتلا به GAD در دو گروه آزمایشی و کنترل تفاوت وجود دارد؟
۴. آیا بین اثربخشی دارودرمانی و ترکیب دارودرمانی و ACT بر سرسختی روان‌شناختی زنان مبتلا به GAD در دو

مبارزه طلبی (دیدن تجارب جدید به عنوان فرصت‌های جدید برای رشد شخصی) مشخص شده است (Kobasa, 1979; Maddi, 2013). افراد سخت‌رو، زندگی را هدفمند و فرصتی برای رشد و توانمندی می‌دانند. مطالعات اخیر نشان داده است که افرادی که سخت‌رویی بالایی دارند بهتر می‌توانند سطوح تنش‌ها و فشارهای زندگی را تحمل کنند (Leslie & Hutchinson, 2018; Mlinac & Schwabenbauer, 2018; Senneseth, Hauken, Matthiesen, Gjestad, & Laberg, 2017) و به‌طورکلی سخت‌رویی با انواع اختلالات اضطرابی رابطه منفی دارد (Hashemi, Darvizeh & Yazdi, 2019; Kowalski, & Schermer, 2019).

امروزه استرس و اضطراب‌ها بیشتر از هر زمان دیگر سلامت روان انسان‌ها را به مخاطره انداخته‌اند، به‌گونه‌ای که پژوهش‌های متعددی همواره در پی کشف رویکردهای درمانی بوده‌اند که در شرایط آسیب‌زا به کمک انسان بیایند، یکی از این رویکردها درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (Acceptance and Commitment Therapy) می‌باشد (Coto-Lesmes, Fernández-Rodríguez, & González-Fernández, 2020; Bluett, Homan, Morrison, Levin, & Twohig, 2014). بررسی‌های اخیر نشان می‌دهد که این شیوه‌ی درمانی برای درمان اختلالات هیجانی (از جمله اضطراب و افسردگی) موثر می‌باشد (Mirghiasi, Namdari, Samandari & Mortazi, 2019; Kelson, Rollin, Ridout, & Campbell, 2019; Coto-Lesmes et al., 2020). ACT یک مدل درمانی جدید است که بخشی از آنچه امروزه موج سوم درمان شناختی نامیده می‌شود، به حساب می‌آید (Coto-Lesmes et al., 2020). مداخله درمانی ACT برای GAD، یک رفتار درمانی مبتنی بر پذیرش است که بر کاهش عملکرد نظارتی رفتار اضطراب و شناخت‌های مربوطه متمرکز است و تمرکز جدی در تغییر رفتار دارد که با ارزش‌های افراد سازگار باشد. بنابراین، این روش درمانی دو هدف اصلی دارد: الف) آموزش پذیرش افکار و احساسات مشکل‌ساز که نمی‌تواند و شاید نیازی به کنترل نداشته باشد، و ب) تعهد و اقدام در جهت یک زندگی به‌دلیل ارزش‌های انتخاب شده (Hasheminasab, Kheiroddin, Aliloo & Fakhari, 2015). تا کنون پژوهش‌های متعددی

گروه آزمایشی و کنترل تفاوت وجود دارد؟

گردند. همچنین شرکت کنندگان هر زمان که مایل باشد حق خروج از پژوهش را داشتند.

## روش

روش پژوهش، جامعه آماری و نمونه: روش این پژوهش، نیمه تجربی از نوع پیش‌آزمون، پس‌آزمون با گروه کنترل می‌باشد. جامعه آماری را کلیه زنان مبتلا به GAD شهرستان فریدون‌شهر در تابستان ۱۳۹۶ تشکیل می‌دادند که از میان زنان مراجعه کننده به بیمارستان حضرت رسول اکرم (ص) این شهرستان با نظر روانپزشک بخش و روانشناس بالینی تشخیص GAD گرفته بودند، به صورت هدفمند تعداد ۳۰ نفر به عنوان نمونه انتخاب شدند. سپس این زنان به روش تصادفی ساده در سه گروه ۱۰ نفری، دارو درمانی، درمان ترکیبی و کنترل قرار گرفتند. معیارهای ورود به پژوهش عبارت بودند از: تشخیص GAD توجه به نظر روانپزشک و روانشناس بالینی، تمایل به شرکت در مطالعه، عدم مصرف سایر داروهای روانپزشکی (به جز داروهای SSIRs)، محدوده سنی ۲۵-۴۰ سال سن؛ دارا بودن تحصیلات دیپلم به بالا؛ دریافت نکردن همزمان سایر مداخلات روانشناختی. همچنین هر یک از آزمودنی‌ها در صورت شرکت نکردن در حداقل یکی از جلسات درمانی روانشناختی و قطع برنامه دارویی، و یا نداشتن هر یک از معیارهای فوق از مطالعه خارج و کنار گذاشته می‌شدند. به منظور رعایت اصول اخلاقی، شیوه و اصول مرتبط با مداخلات برای زنان مبتلا به GAD شرح داده شد. این ملاحظات اخلاقی عبارت بودند از: اخذ رضایت نامه آگاهانه، اطلاع رسانی به شرکت کنندگان در رابطه با معرفی کامل مجری طرح، هدف و روش اجرا پژوهش، نحوه انتخاب نمونه، فواید و مضرات انجام پژوهش مذکور، شیوه مداخلات و تاریخ انجام آن، محرمانه بودن اطلاعات مربوط به مراجع، اعم از اطلاعات شخصی و آنچه مربوط به مشکلات روانشناختی یا روش درمانی مذکور می‌شود. اجازه انتشار نتایج کلی و گروهی تحقیق به صورت مقاله، گزارش، در اختیار داشتن آدرس و شماره تماس مداخله‌گر بدین منظور که در صورتی مشکلی یا سوالی در رابطه با شرکت در پژوهش مذکور پیش آمد با مداخله‌گر در میان گذاشته یا از آخرین اطلاعات در خصوص مشکلات آن‌ها و یا روش درمانی خود در حین مطالعه مطلع

## ابزار سنجش

پرسش‌نامه اضطراب اشپیل برگر (Spielberger State-Trait Anxiety Inventory): این پرسش‌نامه صفت و حالت‌های اضطرابی را ارزیابی می‌کند و در محیط‌های بالینی برای تشخیص اضطراب مورد استفاده قرار می‌گیرد (Spielberger, Gorsuch, Lushene, Vagg & Jacobs, 1983). این پرسش‌نامه حاوی ۴۰ سوال است که برای هر کدام از اضطراب‌های حالت و صفت ۲۰ سوال داده شده است و به روش چهار گزینه‌ای لیکرت ۱ (به هیچ وجه) تا ۴ (تقریباً همیشه) نمره‌گذاری می‌شود. هر فرد می‌تواند در این دو نوع اضطراب (حالت و صفت) نمراتی بین ۲۰ تا ۸۰ را کسب نماید. همسانی درونی پرسشنامه نسبتاً بالا و بین ۰/۸۶ تا ۰/۹۵؛ و پایایی بازآزمایی آن در یک دوره دو ماهه ۰/۶۵ تا ۰/۷۵ گزارش شده است (Spielberger et al., 1983). در ایران مهرام (Mehram, 1993) در مطالعه‌ای ضریب پایایی مقیاس‌های اضطراب حالت، اضطراب صفت و کل را به ترتیب ۰/۹۱، ۰/۹ و ۰/۹۴ به دست آورد. برای مطالعه اعتبار از شیوه ملاکی همزمان استفاده شده است که بر اساس این مطالعه در هر دو مقیاس اضطراب صفت و حالت بین آزمودنی‌های گروه هنجار و ملاک تفاوت معناداری گزارش دادند. در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس و اضطراب حالت و صفت به ترتیب ۰/۸۹، ۰/۸۷ و ۰/۹ به دست آمد. دو نمونه از سوالات این مقیاس عبارتند از: احساس عصبانیت و بی‌قراری می‌کنم؛ افکار پریشانی دارم.

پرسش‌نامه نگرانی پنسیلوانیا (Penn State Worry Questionnaire): این پرسش‌نامه توسط مایر، میلر، متزگر و بورکوک (Meyer, Miller, Metzger & Borkovec, 1990) طراحی شده است و ۱۶ سؤال دارد که شدت نگرانی و کنترل‌ناپذیری آن را در یک مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت، از ۱ (اصلاً) تا ۵ (خیلی زیاد) می‌سنجد. ثبات درونی این پرسشنامه بالا گزارش شده است (آلفای ۰/۸۶ تا ۰/۹۵)، و پایایی آزمون-بازآزمون آن به فاصله چهار هفته بین ۰/۷۴

افکار و احساسات منفی تلاش زیادی انجام می‌دهم. پرسش‌نامه سرسختی روانشناختی (Psychological Hardiness questionnaire): این پرسش‌نامه ۲۰ سؤالی توسط کوباسا، مدی و کاهن (Kobasa, Maddi & Kahn, 1982) طراحی شده است که دارای سه زیرمقیاس تعهد، کنترل و چالش می‌باشد. سؤالات ۱ تا ۹ زیرمقیاس تعهد، ۱۰ تا ۱۶ کنترل و ۱۷ تا ۲۰ چالش را می‌سنجند که به روش چهارگزینه‌ای لیکرت ۰ (اغلب اوقات) تا ۳ (هرگز) نمره‌گذاری می‌شود. پایایی این پرسش‌نامه را کوباسا و همکاران (Kobasa et al., 1982)، به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۱ و اسماعیل‌خانی، احدی، مظاهری، مهربانی‌زاده هنرمند و عسگری (Ismail Khani, Ahmadi, Mazaheri, 2009) به روش بازآزمایی برای آزمودنی‌های مؤنث ۰/۸۵ و برای آزمودنی‌های مذکر ۰/۸۴ گزارش کرده‌اند. در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ برای کل پرسش‌نامه ۰/۸۸ به دست آمد. دو نمونه از سؤالات این مقیاس عبارتند از: احساس می‌کنم که مشکلات من در زندگی بیشتر از دیگران است؛ زندگی برای دیگران بسیار آسان تر از من است.

#### روش اجرا و تحلیل داده‌ها

پس از هماهنگی‌های لازم با مسئولین ذریعہ بیمارستان رسول اکرم (ص) فریدون شهر، شرکت کنندگان داوطلب به حضور در پژوهش ضمن رعایت ملاک‌های ورود و خروج با اخذ رضایت آگاهانه به‌طور تصادفی در دو گروه قرار گرفتند و بعد از توجیه شرکت‌کنندگان و سنجش اولیه با ابزارهای پژوهش، درمان دارویی در هشت جلسه با استفاده از داروهای ضد اضطراب سیتالوپرام و سرتالین (از گروه SSIRs) برای هر دو گروه و جلسات ACT (برای یک گروه مداخله ترکیبی) در دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون اجرا شد. دوره ACT مشتمل بر ۸ جلسه‌ی درمانی (هر جلسه ۶۰ دقیقه) بود. محتوای جلسه‌ها بر مبنای پروتکل ACT، و بر پایه کتاب ایزدی و عبادی (Izadi & Abedi, 2014) طراحی شده است. ترتیب مراحل درمان روانشناختی به‌طور خلاصه در جدول ۱ ارائه گردیده است. داده‌ها با استفاده از روش‌های آمار توصیفی

تا ۰/۹۳ بود (Meyer et al., 1990). حمیدپور، دولتشاهی، پورشهباز و دادخواه (Hamidpour, Dolatshai, Pour, shahbaz & Dadkhah, 2011) ثبات درونی این پرسش‌نامه را با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۸۲ گزارش دادند و پایایی آزمون - بازآزمون آن به فاصله یک ماه بسیار خوب بود (۰/۷۲ تا ۰/۹). در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ برای پرسش‌نامه ۰/۸۵ به دست آمد. دو نمونه از سؤالات این مقیاس عبارتند از: رها کردن افکار نگران‌کننده برایم آسان است؛ در تمام زندگی‌ام شخص نگرانی بوده‌ام.

#### پرسش‌نامه اجتناب تجربی چند بعدی (Multidimensional Experiential Avoidance Questionnaire)

این پرسش‌نامه توسط گامز، چمیلسکی، کوتو، رگترو و واتسون (Gómez, Chmielewski, Kotov, Ruggero & Watson, 2011) برای سنجش اجتناب از احساس‌ها، افکار، خاطرات و تجربه‌های خصوصی ناخوشایند تدوین شد و دارای ۶۲ گویه در یک مقیاس لیکرتی پنج درجه‌ای است. این پرسش‌نامه شش خرده مقیاس اجتناب رفتاری، بیزاری پریشانی، اهمال‌کاری، سرکوبی افکار، انکار و درگیری فکر و رفتار دارد. ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹ و پایایی بازآزمایی دو هفته‌ای، ۰/۸۶ گزارش شده است (Gómez et al., 2011). برای محاسبه روایی محتوایی و پیش‌بین، از همبستگی این ابزار با ویرایش دوم پرسشنامه پذیرش و عمل (Acceptance and Action Questionnaire-II) و پرسش‌نامه اجتناب شناختی (Cognitive Avoidance Questionnaire) استفاده شده و ترتیب ضریب همبستگی ۰/۷۸ و ۰/۷۸ گزارش شده است (Gómez et al., 2011). مرادی، برقی ایرانی، بگیان کوله‌مرز، کریمی نژاد و ضابط (Moradi, Barghi Irani, Bagiyan Koulemarz, Kariminejad & Zabet, 2018) روایی سازه این پرسش‌نامه را طریق تحلیل عاملی تأییدی تأیید کردند و پایایی آن را از طریق آلفای کرونباخ برای زیرمقیاس‌ها بین ۰/۷۹ تا ۰/۸۹ گزارش کردند. در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ برای کل پرسش‌نامه ۰/۸ به دست آمد. دو نمونه از سؤالات این مقیاس عبارتند از: از انجام فعالیت‌هایی که احتمال آسیب بسیار کمی در آن وجود دارد اجتناب می‌کنم؛ برای اجتناب از

و آزمون تحلیل کوواریانس، و با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۲۳ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

جدول ۱. خلاصه برنامه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد.

جلسه	محتوا
اول	آشنایی با درمانگر و سایر بیماران، مرور درمان و اهداف آن، ایجاد درماندگی خلاق، تکلیف برای جلسه آتی، پر کردن پرسشنامه پیش آزمون.
دوم	شناسایی درمان پذیرش و تعهد، اهداف و محورهای درمان، اطلاعاتی در مورد اختلال اضطراب فراگیر، تکلیف خانگی
سوم	ایجاد ناامیدی خلاقانه، ارزیابی تمایل برای تغییر، جمع‌بندی، تکلیف خانگی
چهارم	بررسی جلسه گذشته، تشخیص راهبردهای ناکارآمد، مفهوم پذیرش، جمع‌بندی، تکلیف خانگی
پنجم	بررسی جلسه گذشته، تکلیف و تعهد رفتاری، کاربرد تکنیک گسلش شناختی، تکلیف خانگی
ششم	تضعیف وابستگی به خود مفهومی، ایجاد آگاهی از خود نظاره‌گر، تمایز بین خود مفهومی و خود نظاره‌گر، تکلیف خانگی
هفتم	بررسی جلسات گذشته، شناسایی ارزش‌ها، تصریح و تمرکز بر آن‌ها، موانع درونی و بیرونی، جمع‌بندی جلسه
هشتم	بررسی جلسات گذشته، درک ماهیت تمایل و تعهد، مفهوم عود و آمادگی مقابله با آن، اجرای پس‌آزمون

#### یافته‌ها

گروه کنترل ۶ نفر خانه‌دار و ۴ نفر شاغل بیرون خانه بودند. اطلاعات آمار توصیفی (شاخص‌های میانگین و انحراف معیار) شرکت‌کننده‌ها در گروه‌های دارو درمانی، درمان ترکیبی و کنترل برای متغیرهای اضطراب، نگرانی، اجتناب تجربه‌ای و سرسختی روان‌شناختی در پس‌آزمون در جدول ۲ آورده شده است. همچنین، نتایج آزمون برابری واریانس‌ها در دو گروه و همچنین آزمون نرمال بودن کلموگروف-اسمیرنوف در مورد نمره‌های آزمودنی‌های گروه‌های دارو درمانی، درمان ترکیبی و کنترل نشان می‌دهد که توزیع‌های نمره‌های آزمودنی‌ها در هر گروه برای هر چهار متغیر وابسته دارای توزیع نرمال بوده و برابری واریانس‌ها در هر گروه نیز برقرار است.

تعداد ۳۰ زن مبتلا به GAD با دامنه‌ی سنی ۲۵ تا ۴۰ سال در سه گروه ۱۰ نفری (دارو درمانی، درمان ترکیبی و کنترل) در این پژوهش شرکت کردند. اطلاعات توصیفی مربوط به سن، میانگین و انحراف معیار گروه‌های دارودرمانی، درمان ترکیبی و کنترل به ترتیب ۳۱/۴ و ۵/۹۱، ۳۳/۵ و ۵/۱۲، ۳۴/۳ و ۵/۸۱ بود. برای وضعیت تحصیلی، در گروه دارو درمانی ۹ نفر دارای مدرک دیپلم و ۱ نفر کارشناسی؛ در گروه درمان ترکیبی ۸ نفر دیپلم و ۲ نفر کارشناسی؛ و در گروه کنترل ۷ نفر دیپلم و ۳ نفر کارشناسی بودند. همچنین برای وضعیت شغلی، در گروه دارو درمانی ۷ نفر خانه‌دار و ۳ نفر شاغل بیرون خانه؛ در گروه درمان ترکیبی ۸ نفر خانه‌دار و ۲ نفر شاغل بیرون خانه و در

جدول ۲. آمار توصیفی متغیرهای اضطراب، نگرانی، اجتناب تجربه‌ای و سرسختی روان‌شناختی

P-value	P-value	پس آزمون		تعداد	گروه‌ها	متغیرها
		انحراف معیار	میانگین			
۰/۸۲۵		۵/۹۴	۸۳/۷	۱۰	دارودرمانی	اضطراب
۰/۵۴۲	۰/۱۹۷	۶/۲	۸۶/۳	۱۰	درمان ترکیبی	

۰/۴۷۱	۴/۶۲	۱۰۵/۷	۱۰	کنترل	
۰/۷۳۴	۲/۳۶	۲۶/۴	۱۰	دارودرمانی	
۰/۶۶۳	۰/۳۴۷	۲/۷۵	۱۰	درمان ترکیبی	نگرانی
۰/۸۷۵	۲/۶۶	۴۴/۷۹	۱۰	کنترل	
۰/۴۷۸	۱۵/۳۳	۱۵۵	۱۰	دارودرمانی	اجتناب
۰/۹۲	۰/۶۳۹	۷/۰۱	۱۰	درمان ترکیبی	تجربی
۰/۱۰۶	۱۲/۴۹	۱۷۲/۸	۱۰	کنترل	
۰/۸۶۳	۳/۴۳	۴۴/۵	۱۰	دارودرمانی	سرسختی
۰/۹۳۲	۰/۱۰۷	۲/۰۱	۱۰	درمان ترکیبی	روانشناختی
۰/۲۰۷	۲/۳۳	۳۲/۹	۱۰	کنترل	

برای مقایسه اثربخشی دارودرمانی و ترکیب دارودرمانی و ACT بر روی اضطراب، نگرانی، اجتناب تجربه‌ای و سرسختی روان‌شناختی در زنان مبتلا به GAD از تحلیل کواریانس استفاده شد. قبل از انجام تحلیل پیش‌فرض‌های برابری واریانس‌ها و همگنی شیب‌های خط رگرسیونی بررسی و رد نشد. جدول ۳ خلاصه‌ای از نتایج کواریانس تک متغیره را نشان می‌دهد.

جدول ۳. تایح تحلیل کواریانس تک متغیره مربوط به مقایسه اثربخشی دارودرمانی و درمان ترکیبی بر متغیرهای مورد پژوهش

متغیرها	منابع تغییر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آماره F	P-value	توان آماري	مجذور اتا
اضطراب	پیش‌آزمون	۷۶۴/۹	۱	۷۶۴/۹	۲۰۱۷/۵۹	۰/۰۰۱	۱	۰/۸۹
	گروه‌ها	۲۷۸۵/۱۸	۲	۱۳۹۲/۵۹	۳۹۶/۱۵	۰/۰۰۱	۱	۰/۹۶
نگرانی	پیش‌آزمون	۱۱۱/۲۲	۱	۱۱۱/۲۲	۴۰/۵۱	۰/۰۰۱	۱	۰/۶
	گروه‌ها	۲۵۶۲/۰۴	۲	۱۲۸۲/۰۲	۴۶۶/۹۷	۰/۰۰۱	۱	۰/۹۷
اجتناب	پیش‌آزمون	۳۳۵۷/۱۳	۱	۳۳۵۷/۱۳	۱۴۳/۸	۰/۰۰۱	۱	۰/۸۴
	گروه‌ها	۳۳۵۲/۱۴	۲	۱۶۷۶/۰۷	۷۱/۷۹	۰/۰۰۱	۱	۰/۸۴
سرسختی	پیش‌آزمون	۹۱/۴۹	۱	۹۱/۴۹	۲۳/۷۱	۰/۰۰۱	۰/۹۹	۰/۴۷
	گروه‌ها	۱۰۱۵/۲۲	۲	۵۰۷/۶۱	۱۳۱/۵۸	۰/۰۰۱	۱	۰/۹۱

با توجه به نتایج جدول ۳، در متغیرهای اضطراب، نگرانی، اجتناب تجربی و سرسختی روانشناختی بین گروه‌های مداخله‌ای و کنترل تفاوت معنی‌داری وجود دارد ( $p < ۰/۰۵$ )، و نتایج پس‌آزمون در متغیرهای اضطراب ( $p < ۰/۰۰۱$ )،  $F = ۳۹۶/۱۵$ ، نگرانی ( $F = ۴۶۶/۹۷$ )، اجتناب تجربی ( $F = ۷۱/۷۹$ ) و سرسختی روانشناختی ( $p < ۰/۰۰۱$ )، با توجه به نوع گروه معنی‌دار بوده است. به این ترتیب که گروه‌های مداخله از گروه کنترل کاهش بیشتری داشتند. میزان تأثیر مداخله‌ها (دارودرمانی، ترکیب دارودرمانی و ACT) برای متغیرهای اضطراب، نگرانی، اجتناب تجربی و سرسختی روانشناختی به ترتیب ۰/۹۶، ۰/۹۷، ۰/۸۴ و ۰/۹۱ بوده است، بدین معنا که این مداخلات بر کاهش اضطراب، نگرانی، اجتناب تجربی، و افزایش سرسختی روانشناختی زنان مبتلا به GAD موثر بوده است. برای نشان دادن اینکه کدام

مداخله بر اضطراب، نگرانی، اجتناب تجربی و سرسختی زوجی گروه‌ها در متغیرهای وابسته استفاده شد که نتایج مرتبط روانشناختی اثربخش‌تر است از آزمون بونفرونی جهت مقایسه با در جدول ۴ ارائه شده است.

جدول ۴. نتایج آزمون بونفرونی جهت مقایسه زوجی گروه‌ها در متغیرهای وابسته

متغیر وابسته	مقایسه گروه‌ها	تفاوت میانگین‌ها	خطای انحراف استاندارد	P-value
اضطراب	دارودرمانی	درمان ترکیبی	۰/۸۷	۰/۸۹
	کنترل	کنترل	۰/۸۵	۰/۰۰۱
نگرانی	دارودرمانی	درمان ترکیبی	۰/۸۴	۰/۰۰۱
	کنترل	کنترل	۰/۷۵	۰/۹۹
اجتناب تجربی	دارودرمانی	درمان ترکیبی	۰/۷۸	۰/۰۰۱
	کنترل	کنترل	۰/۷۴	۰/۰۰۱
سرسختی روانشناختی	دارودرمانی	درمان ترکیبی	۲/۱۶	۰/۰۰۹
	کنترل	کنترل	۲/۱۶	۰/۰۰۱
اضطراب	دارودرمانی	درمان ترکیبی	۲۵/۱۶	۰/۰۰۱
	کنترل	کنترل	۲۵/۱۶	۰/۰۰۱
سرسختی روانشناختی	دارودرمانی	درمان ترکیبی	۰/۸۸	۰/۰۲
	کنترل	کنترل	۰/۸۹	۰/۰۰۱
اضطراب	دارودرمانی	درمان ترکیبی	۱۳/۴۴	۰/۰۰۱
	کنترل	کنترل	۰/۸۷	۰/۰۰۱

با توجه به اطلاعات مندرج در جدول ۴، ملاحظه می‌گردد که هر دو مداخله‌ی دارودرمانی و ترکیب دارودرمانی و ACT بر اضطراب زنان مبتلا به GAD موثر بوده است و تفاوت معنی‌داری بین گروه‌های مداخله و کنترل وجود دارد ( $p < 0/001$ )، اما تفاوت معنی‌داری در اثربخشی دو مداخله‌ی دارودرمانی و ترکیب دارودرمانی و ACT یافت نشد ( $p = 0/89$ )، بنابراین فرضیه اول مبنی بر "آیا بین اثربخشی دارودرمانی و ترکیب دارودرمانی و ACT بر اضطراب زنان مبتلا به GAD در دو گروه آزمایشی و کنترل تفاوت وجود دارد؟" تأیید شد. همچنین، هر دو مداخله‌ی دارودرمانی و ترکیب دارودرمانی و ACT بر نگرانی زنان مبتلا به GAD موثر بوده است و تفاوت معنی‌داری بین گروه‌های مداخله و کنترل وجود دارد ( $p < 0/001$ )، اما تفاوت معنی‌داری در اثربخشی دارودرمانی و ترکیب دارودرمانی و ACT وجود نداشت ( $p = 0/99$ )، بنابراین فرضیه دوم مبنی بر "آیا بین اثربخشی دارودرمانی و ترکیب دارودرمانی و ACT بر نگرانی زنان مبتلا به GAD در دو گروه آزمایشی و کنترل تفاوت وجود دارد؟" تأیید نشد. در متغیر سرسختی روانشناختی نیز هر دو مداخله‌ی دارودرمانی و ترکیب دارودرمانی و ACT در زنان مبتلا به GAD موثر بودند و تفاوت معنی‌داری بین گروه‌های مداخله

دو گروه آزمایشی و کنترل تفاوت وجود دارد؟" تأیید شد. همچنین با توجه به نتایج این جدول در متغیر اجتناب تجربی هر دو مداخله‌ی دارودرمانی و ترکیب دارودرمانی و ACT در زنان مبتلا به GAD موثر بودند و تفاوت معنی‌داری بین گروه‌های مداخله و کنترل وجود دارد ( $p < 0/001$ )، اما تفاوت معنی‌داری در اثربخشی دو مداخله‌ی دارودرمانی و ترکیب دارودرمانی و ACT یافت نشد ( $p = 0/89$ )، بنابراین فرضیه اول مبنی بر "آیا بین اثربخشی دارودرمانی و ترکیب دارودرمانی و ACT بر اضطراب زنان مبتلا به GAD در دو گروه آزمایشی و کنترل تفاوت وجود دارد؟" تأیید شد. همچنین، هر دو مداخله‌ی دارودرمانی و ترکیب دارودرمانی و ACT بر نگرانی زنان مبتلا به GAD موثر بوده است و تفاوت معنی‌داری بین گروه‌های مداخله و کنترل وجود دارد ( $p < 0/001$ )، اما تفاوت معنی‌داری در اثربخشی دارودرمانی و ترکیب دارودرمانی و ACT وجود نداشت ( $p = 0/99$ )، بنابراین فرضیه دوم مبنی بر "آیا بین اثربخشی دارودرمانی و ترکیب دارودرمانی و ACT بر نگرانی زنان مبتلا به GAD در



را برای درمان افسردگی اساسی مورد بررسی قرار داده بودند، نتایج نشان داد که دارو درمانی و درمان ترکیبی مؤثرتر از ACT (به تنهایی) هستند، اما ترکیب (ACT و دارو درمانی) بیشترین تاثیر درمانی را در درمان بزرگسالان مبتلا به اختلال افسردگی اساسی داشت که همسو با نتایج مطالعه حاضر می‌باشد.

نگرانی دائمی بیماران مبتلا به GAD در مورد غلبه بر اضطراب‌های خود، زندگی را برای آن‌ها سخت و طاقت فرسا کرده و مجبور به اجتناب از موقعیت‌های نگران‌کننده می‌کند (Erickson et al., 2020). الگوهای سخت و انعطاف‌پذیر اجتناب از تجربه در همه اختلالات اضطرابی رایج بوده، و اضطراب، مشکلات ترس را بیشتر می‌کند و فرد را به سوی درمان سوق می‌دهد (Hayes-Skelton & Eustis, 2020). در مطالعه‌ای که فیاض‌بخش و منصور (Fayazbakhsh & Mansouri, 2019) تأثیر مداخله ACT بر روی عدم تحمل ابهام، نگرانی، اجتناب تجربی و علائم GAD در افراد مبتلا به دیابت نوع II مورد بررسی قرار داده بودند، نتایج نشان داد که تفاوت معنی‌داری بین گروه آزمایش و کنترل در متغیرهای مورد مطالعه وجود داشت و مداخله ACT باعث عدم تحمل ابهام، نگرانی، اجتناب تجربی و علائم GAD در بیماران شده بود. مداخله ACT یک نوع رفتار درمانی منحصر به فرد است که هدفش بررسی مشکلات انسان در مورد اضطراب و ترس به روش توجه آگاهانه و مشفقانه و در عین حال ترغیب افراد به دنبال کردن چیزی است که در زندگی خود آن را واقعاً همه می‌داند (Izadi & Abedi, 2014). در مدل مبتنی بر پذیرش، تجربه‌های درونی، اجتناب تجربی و محدودیت رفتاری نقش مهمی در ایجاد و تداوم GAD بازی می‌کنند. تجارب داخلی مانند افکار، احساسات و احساسات فیزیولوژیکی توسط حوادث منفی خارجی برانگیخته می‌شوند و به واکنش‌های منفی تبدیل می‌شوند. در نتیجه، افراد درگیر تلاش برای جلوگیری از تجربیات بد داخلی با نگرانی می‌شوند و تعامل افراد را در فعالیت‌های ارزشمند محدود می‌کند (Newman, Shin & LaFreniere, 2017). با به کار بستن این رویکرد بر GAD، درمانجو یاد می‌گیرد که تفکرات، نگرانی‌ها و دیگر احساسات خود را بپذیرد و در نهایت، تضعیف اجتناب از تجربه و تلاش‌های کنترل مدار هدف اولیه‌ی این درمان است.

و کنترل وجود داشت ( $p < 0.001$ ). همچنین نتایج مقایسه‌های زوجی بین مداخله‌ی دارودرمانی و ترکیب دارودرمانی و ACT بر سرسختی روانشناختی تفاوت معنی‌داری نشان داد ( $p < 0.02$ ) و مداخله‌ی ترکیب دارودرمانی و ACT اثربخشی بیشتری نسبت به دارو درمانی داشته و باعث افزایش بیشتر نمرات سرسختی روانشناختی زنان مبتلا به GAD شده است، بنابراین فرضیه چهارم مبنی بر "آیا بین اثربخشی دارودرمانی و ترکیب دارودرمانی و ACT بر سرسختی روانشناختی زنان مبتلا به GAD در دو گروه آزمایشی و کنترل تفاوت وجود دارد؟" تأیید نشد.

### بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر، بررسی اثربخشی مداخلات دارودرمانی و ترکیب دارودرمانی و ACT بر اضطراب، نگرانی، اجتناب تجربه‌ای و سرسختی روانشناختی زنان مبتلا به GAD بود. یافته‌ها نشان‌گر این بود که هر دو مداخله‌ی دارودرمانی و ترکیب دارودرمانی و ACT بر اضطراب، نگرانی، اجتناب تجربی و سرسختی روانشناختی زنان مبتلا به GAD موثر بوده است و تفاوت معنی‌داری بین گروه‌های مداخله و کنترل وجود داشت. همچنین، در اثربخشی دو مداخله‌ی دارودرمانی و ترکیب دارودرمانی و ACT بر متغیرهای اضطراب و نگرانی تفاوت معنی‌داری یافت نشد، اما برای متغیرهای اجتناب تجربی و سرسختی روانشناختی تفاوت معنی‌داری یافتیم و ترکیب دارودرمانی و ACT اثربخشی بیشتری نسبت به درمان دارویی برای کاهش اجتناب تجربی و افزایش سرسختی روانشناختی زنان مبتلا به GAD داشت.

اگرچه در مرور ادبیات پژوهشی، مطالعه‌ی مشابهی در ارتباط با اختلالات اضطرابی مشاهده نمی‌شود، این نتایج با یافته‌های پژوهش‌های دیگر در اثربخشی مداخلات دارویی و ACT بر روی علائم و نشانه‌ها اختلالات هیجانی (افسردگی و اضطراب) همسو می‌باشد (de Almeida Sampaio et al., 2020; Pourfarahani et al., 2018; Jakubovski et al., 2019; Chen et al., 2019; Tomasi et al., 2019). همچنین، در مطالعه‌ی ای که میرغیائی و همکاران (Mirghiasi et al., 2019) به مقایسه اثربخشی ACT، دارو درمانی و ترکیب این دو روش

بر روی GAD بیشتر از اثرات پلاسبو، مداخلات خودیاری و مداخلات روانشناختی (از جمله روان‌درمانی مبتنی بر ذهن- آگاهی، CBT فردی) گزارش داده‌اند (Chen et al., 2019). اما اکثر مداخلات ترکیبی (دارویی و روانشناختی) اثربخشی بیشتری را نسبت به درمان دارویی به تنهایی گزارش داده‌اند (Mayo-Wilson, Dias, Mavranzeouli, Kew, Clark & et al., 2014) که همسو با نتایج پژوهش حاضر می‌باشد. به‌عنوان مثال، در مطالعه‌ای که داداشی، ممتازی، یوسفی اصل، اصغر نژاد فرید، غرابی (Dadashi, Momtazi, Yousefi Asl, et al., 2016) به مقایسه‌ی اثربخشی درمان ترکیبی دارو درمانی و درمان فراشناختی و درمان دارویی بر علائم افسردگی و کنترل فکر در مبتلایان به اختلال استرس پس‌آسیبی پرداخته بودند، نتایج نشان داد که هر دو روش (ترکیب دارودرمانی با درمان فراشناختی و دارودرمانی) در درمان فشار روانی پس‌آسیبی مؤثر بوده و این اثربخشی در مورد روش اول (ترکیب دارودرمانی با درمان فراشناختی) بیشتر بوده است. در تبیین این یافته‌ها می‌توان این‌گونه بیان کرد که احتمالاً درمان‌های مختلف دارویی و روانشناختی در ریشه‌های GAD (از جمله نگرانی و اضطراب) اثرات مشابهی را دارند، اما وقتی با هم به کار برده می‌شوند، می‌توانند تأثیرات درمانی این شیوه‌ی مداخله بر نشانه‌ها و سایر مشکلات اختلال (از جمله اجتناب تجربی و سرسختی روانشناختی) اثربخشی بیشتری داشته باشد. این یافته همچنین می‌تواند این نگرش را به درمان‌گران (روانپزشکان و روانشناسان بالینی) بدهد که از اتخاذ روش‌های تک رویکردی در درمان اختلالات و تأکید بر آن پرهیز کنند تا بتوان به نتایج درمانی بهتری دست یافت.

از محدودیت‌های پژوهش می‌توان به نیمه‌تجربی بودن پژوهش (یعنی گروه‌ها به‌صورت هدفمند انتخاب شدند، اما تک تک افراد به‌صورت تصادفی انتخاب شدند)، حجم نمونه پایین (به این علت که فریدونشهر فقط دارای یک بیمارستان بود و تعداد زنان مراجعه‌کننده برای دریافت دارو درمانی کم

پس از اینکه درمان‌جو دست از اجتناب و تقلا و کشمکش برمی‌دارد، افکار خود را فرا می‌گیرد، دیگر تحت تأثیر افکار و احساسات منفی خود نخواهد بود (Coto-Lesmes et al., 2020; Izadi & Abedi, 2014).

همچنین، جوهری فرد و مرداخانی (Johari Fard & Moradkhani, 2018) در مطالعه‌ی خود نشان دادند که مداخله ACT باعث افزایش سرسختی روانشناختی و کاهش تعلل‌ورزی و تحمل ناکامی در دانشجویان شده بود که همسو با نتایج مطالعه‌ی حاضر می‌باشد. سخت‌روی روانی به‌عنوان یک منبع مقاومت درونی تأثیر منفی استرس را کاهش می‌دهد و از بروز اختلال‌های بدنی و روانی پیشگیری می‌کند و باعث می‌شود رویدادها مثبت و قابل کنترل و ارزیابی شوند. این ارزیابی سبب خواهد شد که فرد در مقابله با مشکلات دچار عدم تمرکز و آشفتگی نگردیده و استراتژی‌های مؤثر و مناسب‌تری در مواجهه با مشکلات به‌کار گیرد و آن را به تجربه‌ای مثبت تبدیل کند (Linn, 2017; Kowalski & Schermer, 2019). مداخله ACT که بر پذیرش تجربی و حرکت در مسیر ارزش‌ها استوار است و تمرکز آن روی گشودگی تجربی و ارزش‌ها و پرورش دادن ظرفیت انسانی بر روی زندگی هدفمند و معنا دار است. ACT بافتاری فراهم کرد تا درمان‌جویان درد و رنج را به عنوان پدیده‌های طبیعی زندگی خود تجربه کنند و آنچه‌ان که کوباسا (Kobasa, 1979) مطرح می‌کند از رنج‌ها، نگرانی‌ها، استرس‌ها و اضطراب‌ها در جهت رشد و انعطاف‌پذیری استفاده کند.

در ارتباط با اثربخشی بیشتر مداخلات ترکیبی (دارویی و ACT) بر روی متغیرهای اجتناب تجربی و سرسختی روانشناختی، می‌توان بیان کرد با وجود اینکه در برخی از مطالعات اثربخشی دارو درمانی (از جمله داروهای مهارکننده بازجذب نوراپینفرین و دوپامین<sup>۱</sup>-NDRI، نورآدرنژیک و اختصاصی سروتونرژیک<sup>۲</sup>-NASSA، مهارکننده‌های انتخابی بازجذب سروتونین<sup>۳</sup>-SSRIs، مهارکننده انتخابی بازجذب سروتونین و نوراپینفرین<sup>۴</sup>-SNRIs، بنزودیازپین‌ها<sup>۵</sup>-BZDs)

<sup>3</sup>. Selective serotonin reuptake inhibitors

<sup>4</sup>. Serotonin-norepinephrine reuptake inhibitors

<sup>5</sup>. Benzodiazepines

<sup>1</sup>. Norepinephrine-dopamine reuptake inhibitors

<sup>2</sup>. Noradrenergic and specific serotonergic antidepressants

- Commitment Therapy in group format for anxiety and depression. A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 263, 107-120.
- Dadashi, M., Momtazi, S., Yousefi Asl, V., Asghar Nejad Farid, A., & Gharraee, B. (2016). The Effectiveness of Combination of Pharmacotherapy with Metacognitive Therapy Versus Pharmacotherapy in Symptoms of Depression and Thought Control in Patient With Posttraumatic Stress Disorder. *Achievements of Clinical Psychology*, 2(1), 35-50 [Persian].
- De Almeida Sampaio, T. P., Jorge, R. C., Martins, D. S., Gandarela, L. M., Hayes-Skelton, S., Bernik, M. A., & Lotufo-Neto, F. (2020). Efficacy of an acceptance-based group behavioral therapy for generalized anxiety disorder. *Depression and Anxiety*. <https://doi.org/10.1002/da.23021>
- Erickson, T. M., Newman, M. G., & Tingey, J. L. (2020). *Worry and rumination*. In J. S. Abramowitz & S. M. Blakey (Eds.), *Clinical handbook of fear and anxiety: Maintenance processes and treatment mechanisms* (p. 133–151). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/0000150-008>
- Fayazbakhsh, E., & Mansouri, A. (2019). Effectiveness of acceptance and commitment therapy on intolerance of uncertainty, experiential avoidance, and symptoms of generalized anxiety disorder in individuals with Type II diabetes. *International Archives of Health Sciences*, 6(1), 30-35.
- Fernández-Rodríguez, C., Paz-Caballero, D., González-Fernández, S., & Pérez-Álvarez, M. (2018). Activation vs. Experiential Avoidance as a Transdiagnostic Condition of Emotional Distress: An Empirical Study. *Frontiers in psychology*, 9, 1618.
- Gámez, W., Chmielewski, M., Kotov, R., Ruggero, C., & Watson, D. (2011). Development of a measure of experiential avoidance: The Multidimensional Experiential Avoidance Questionnaire. *Psychological assessment*, 23(3), 692–713.
- Goodwin, H., Yiend, J., & Hirsch, C. R. (2017). Generalized Anxiety Disorder, worry and attention to threat: A systematic review. *Clinical Psychology Review*, 54, 107-122.
- بود)، عدم کنترل متغیرهای وضعیت خانواده و مسائل اقتصادی به دلیل عدم دسترسی به تعداد نمونه بیشتر، و همچنین فقدان زمان کافی برای پیگیری بیشتر در مرحله پس‌آزمون اشاره کرد. بنابراین پیشنهاد می‌گردد که پژوهش‌گران و درمان‌گران علاقمند در این زمینه با تعداد نمونه بالاتر به بررسی این شیوه‌های درمانی در سایر اختلالات اضطرابی بپردازند تا به نتایج مطلوب‌تر و جامع‌تر از کارایی این رویکرد درمانی برسند.
- ### سپاسگزاری
- بدین وسیله نویسندگان بر خود لازم می‌دانند مراتب تشکر صمیمانه خود را از جناب آقای دکتر محمود میرزایی روانپزشک بیمارستان حضرت رسول اکرم (ص) فریدون‌شهر و زنان شرکت‌کننده در برنامه‌های درمانی که امکان انجام این پژوهش را فراهم ساختند، اعلام نمایند.
- ### منابع
- Abedi, A., Kiani, M., Faramarzi, S., Shoushtari, M., & Golshani Monnazah, F. (2012). A Meta-Analysis Comparing the Effectiveness of Psychological Intervention and Drug Therapy on Obsessive-Compulsive Disorder Symptoms. *Clinical Psychology Studies*, 2(7), 59-83 [Persian].
- Bluett, E. J., Homan, K. J., Morrison, K. L., Levin, M. E., & Twohig, M. P. (2014). Acceptance and commitment therapy for anxiety and OCD spectrum disorders: An empirical review. *Journal of anxiety disorders*, 28(6), 612-624.
- Buhk, A. H., Schadegg, M. J., Dixon, L. J., & Tull, M. T. (2020). Investigating the role of negative and positive emotional avoidance in the relation between generalized anxiety disorder and depression symptom severity. *Journal of Contextual Behavioral Science*. 16(1), 103-108
- Chen, T. R., Huang, H. C., Hsu, J. H., Ouyang, W. C., & Lin, K. C. (2019). Pharmacological and psychological interventions for generalized anxiety disorder in adults: A network meta-analysis. *Journal of psychiatric research*, 118, 73-83.
- Coto-Lesmes, R., Fernández-Rodríguez, C., & González-Fernández, S. (2020). Acceptance and

- research, 21(1), e12530.
- Kobasa, S. C. (1979). Stressful life events, personality, and health: an inquiry into hardiness. *Journal of personality and social psychology*, 37(1), 1-11.
- Kobasa, S. C., Maddi, S. R., & Kahn, S. (1982). Hardiness and health: a prospective study. *Journal of personality and social psychology*, 42(1), 168-177.
- Kowalski, C. M., & Schermer, J. A. (2019). Hardiness, perseverative cognition, anxiety, and health-related outcomes: A case for and against psychological hardiness. *Psychological reports*, 122(6), 2096-2118.
- Leslie, C., & Hutchinson, A. D. (2018). Emotional distress when studying sensitive topics in psychology, and its relationship with hardiness and mental health. *Higher Education Research & Development*, 37(3), 549-564.
- Linn, M. (2017). A study on the relationship between Hardiness and Psychological Stress Responses. *Yadanabon University Research Journal*, 8(1), 1-7.
- Maddi, S. (2013). Hardiness Assessment and Training. In *Hardiness* (pp. 29-41). Springer, Dordrecht.
- Mayo-Wilson, E., Dias, S., Mavranouzouli, I., Kew, K., Clark, D. M., Ades, A. E., & Pilling, S. (2014). Psychological and pharmacological interventions for social anxiety disorder in adults: a systematic review and network meta-analysis. *The Lancet Psychiatry*, 1(5), 368-376.
- Mehram, B. (1993). *Manuals of Spielberg State-Trait Anxiety Inventory*. Faculty of Educational Sciences and Psychology, Ferdowsi University of Mashhad [Persian].
- Meyer, T. J., Miller, M. L., Metzger, R. L., & Borkovec, T. D. (1990). Development and validation of the penn state worry questionnaire. *Behaviour research and therapy*, 28(6), 487-495.
- Mirghiasi, A., Namdari, K., Samandari, S., & Mortazi, N. (2019). Comparing the Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT), Drug Therapy, and the Combination of These Two Methods in the Treatment of Major Depression. *International Journal of Applied Behavioral Sciences*, 6(1), 13-20.
- Hajebi, A., Motevalian, S. A., Rahimi-Movaghar, A., Sharifi, V., Amin-Esmaeili, M., Radgoodarzi, R., & Hefazi, M. (2018). Major anxiety disorders in Iran: prevalence, sociodemographic correlates and service utilization. *BMC psychiatry*, 18(1), 261.
- Hamidpour, H., Dolatshai, B., Pour shahbaz, A., & Dadkhah, A. (2011). The Efficacy of Schema Therapy in Treating Women's Generalized Anxiety Disorder. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*, 16(4), 420-431 [Persian].
- Hashemi, M., Darvizeh, Z., & Yazdi, S. (2019). Comparison of Psychological Hardiness and Cognitive Emotion Regulation in Students with Social Anxiety Disorder and Normal students. *Journal of Psychological Studies*, 15(1), 41-56 [Persian].
- Hasheminasab, M., Kheiroddin, J. B., Aliloo, M. M., & Fakhari, A. (2015). Acceptance and commitment therapy (ACT) for generalized anxiety disorder. *Iranian journal of public health*, 44(5), 718.
- Hayes-Skelton, S. A., & Eustis, E. H. (2020). *Experiential avoidance*. In J. S. Abramowitz & S. M. Blakey (Eds.), *Clinical handbook of fear and anxiety: Maintenance processes and treatment mechanisms* (p. 115-131). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/0000150-007>
- Izadi, R., & Abedi, M. R. (2014). *Acceptance & Commitment Therapy*. Tehran: Jungle [Persian].
- Jakubovski, E., Johnson, J. A., Nasir, M., Müller-Vahl, K., & Bloch, M. H. (2019). Systematic review and meta-analysis: Dose-response curve of SSRIs and SNRIs in anxiety disorders. *Depression and anxiety*, 36(3), 198-212.
- Johari Fard, R. J., & Moradkhani, F. (2018). Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Hardiness, Procrastination, and Frustration Tolerance in Students of Islamic Azad University, Ahvaz Branch, Iran. *International Journal of Body, Mind and Culture*, 5(4), 221-228.
- Kelson, J., Rollin, A., Ridout, B., & Campbell, A. (2019). Internet-delivered acceptance and commitment therapy for anxiety treatment: systematic review. *Journal of medical Internet*

- worry and generalized anxiety disorder. *Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry*, 6(4), 37-54 [Persian].
- Ismail Khani, F., Ahmadi, H., Mazaheri, M. M., Mehrabizadeh Honarmand, M., Asgari, P. (2009). An Investigating the simple and multiple relationships between emotional intelligence, self-efficacy and psychological hardiness with conflict management style in students. *New Findings in Psychology*, 4(11), 107-123 [Persian].
- Senneseth, M., Hauken, M. A., Matthiesen, S. B., Gjestad, R., & Laberg, J. C. (2017). Facing Spousal Cancer During Child-Rearing Years: Do Social Support and Hardiness Moderate the Impact of Psychological Distress on Quality of Life? *Cancer nursing*, 40(3), E24-E34.
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., Lushene, R. (1983). *Manual for the State-Trait Anxiety (STAI Form Y)*. Consulting Psychologists Press, Palo Alto CA
- Tomasi, J., Lisoway, A. J., Zai, C. C., Harripaul, R., Müller, D. J., Zai, G. C., ... & Tiwari, A. K. (2019). Towards precision medicine in generalized anxiety disorder: review of genetics and pharmaco (epi) genetics. *Journal of Psychiatric Research*. 119(1), 33-47.
- Mlinac, M. E., & Schwabenbauer, A. (2018). Psychological resilience. In *Resilience in Aging* (pp. 81-104). Springer, Cham.
- Moradi, A., Barghi Irani, Z., Bagiyani Koulemarz, M., Kariminejad, K., & Zabet, M. (2018). Factor Determination and Psychometric Features of the Multidimensional Experiential Avoidance Questionnaire (MEAQ). *Social Cognition*, 6(2), 57-82 [Persian].
- Munir, S., Gondal, A. Z., & Takov, V. (2019). Generalized Anxiety Disorder (GAD). In *StatPearls [Internet]*. StatPearls Publishing.
- Newman, M. G., Shin, K. E., & LaFreniere, L. S. (2017). Mechanisms and Treatment of Generalized Anxiety Disorder. In D. McKay, J. S. Abramowitz, & E. A. Storch (Eds.), *Treatments for psychological problems and syndromes* (pp. 100–114).
- Pourfarahani, M., Ahmad Barabadi, H., & Heydarnia, A. (2018). The Effectiveness of Acceptance and Commitment Group Therapy on Avoiding Experiences & Physiological Signs in Social anxiety Disorder of orphaned adolescent girls. *Journal of Analytical-Cognitive Psychology*, 9(35), 61-72 [Persian].
- Rashtbari, A., Yousefi, F., & Saed, O. (2019). A minireview on the contrast avoidance model of