



Comparison of the effect of existential therapy and acceptance and commitment therapy on death anxiety, peak experiences and mental health of patients with charcot marie tooth

Seyed Asghar Faghani Tolon¹, Morteza Gholestanipour², Seyedeh Zahra Sadati³

1. Ph.D Candidate in Counseling, Tonekabon Branch, Islamic Azad University, Tonekabon, Iran. E-mail: faghani59@gmail.com

2. Assistant Professor, Department of Psychology, Izeh Branch, Islamic Azad University, Izeh, Iran. E-mail: golestanipour110@gmail.com

3. Assistant Professor, Department of Psychology and Educational Sciences, QaemShahr Branch, Islamic Azad University, QaemShahr, Iran. E-mail: sadati.zahra@yahoo.com

ARTICLE INFO

Article type:

Research Article

Article history:

Received 05 February 2023

Received in revised form 27 February 2023

Accepted 09 April 2023

Published Online 23 July 2023

Keywords:

existentialism therapy, Acceptance and Commitment Therapy, death anxiety, peak experiences, Charcot Marie Tooth

ABSTRACT

Background: Charcot Marie Tooth (CMT) is a genetic disease in which peripheral nerves are damaged, also known as hereditary sensory and motor neuropathy. Despite the impact of this disease on all aspects of the sufferers' lives, few studies have investigated the effectiveness of psychological treatments on death anxiety, peak experiences, and mental health of Charcot MarieTooth patients.

Aims: The present study was conducted with the aim of comparing the effect of existential therapy and therapy based on acceptance and commitment on death anxiety, peak experiences and mental health of patients with Charcot-Marie-Tooth disease.

Method: The design of the current research was a quasi-experiment with a pre-test-post-test design with a control group. The statistical population of this research included all patients with Charcot-Marie-Tooth disease in Tehran in 2019 and the purposeful sampling method was available. After obtaining the necessary permits and coordinating with the patients with Charcot-Marie-Tooth who met the necessary entry criteria to participate in the present study, 30 people were randomly assigned to the experimental groups (15 people in each group) and 15 people to the control group. In order to collect data, Templer's Death Anxiety Scale (1970), Wilson and Monta's Peak Experience Questionnaire (2015) and Keyes' Mental Health Questionnaire (2002) were used. For data analysis, multivariate covariance analysis was used to compare groups in research variables. SPSS22 software was also used to analyze the data.

Results: The findings of the present study showed that both existential therapy approaches and acceptance and commitment-based therapy have a significant effect on death anxiety, peak experiences, and mental health of Charcot-Marie-Toth patients ($P < 0.05$).

Conclusion: According to the obtained results, it can be concluded that existential therapy and therapy based on acceptance and commitment can be used by doctors, psychiatrists and other mental health professionals in order to moderate death anxiety, strengthen peak experiences and mental health of patients with Charcot-Marie-Tooth.

Citation: Faghani Tolon, S.A., Gholestanipour, M., & Sadati, S.Z. (2023). Comparison of the effect of existential therapy and acceptance and commitment therapy on death anxiety, peak experiences and mental health of patients with charcot marie tooth. *Journal of Psychological Science*, 22(125), 1001-1015. [10.52547/JPS.22.125.1001](https://doi.org/10.52547/JPS.22.125.1001)

Journal of Psychological Science, Vol. 22, No. 125, 2023

© The Author(s). DOI: [10.52547/JPS.22.125.1001](https://doi.org/10.52547/JPS.22.125.1001)



✉ **Corresponding Author:** Morteza Gholestanipour, Assistant Professor, Department of Psychology, Izeh Branch, Islamic Azad University, Izeh, Iran.

E-mail: golestanipour110@gmail.com, Tel: (+98) 9163149407

Extended Abstract

Introduction

Charcot-Marie-Tooth disease (CMT) is an inherited disorder that causes nerve damage. This type of damage occurs mainly in the arms and legs (peripheral nerves). Charcot-Marie-Tooth is also known as hereditary sensory and motor neuropathy. This disease eventually leads to weakening and atrophy of muscles. Patients with this type of disease may experience loss of sensation and muscle contractions and find it difficult to walk. Foot deformities, including hammer toes and excessive arching of the foot, are also common in patients with this disease. The symptoms of the disease usually appear in the foot and below the wrist, but despite this, the symptoms of the disease can eventually affect the hands and arms as well. Symptoms of Charcot-Marie-Tooth disease usually appear in adolescence or early adulthood, however, it may also appear in middle age. The prevalence of this disease is 1 in every 2500 people (Farzi et al., 2016).

Among the issues that are seen in people with this disease and lead to high stress in them, is death anxiety. Death anxiety involves anticipation of one's own death and fear of the dying process of significant others (Pyszczynski et al., 2016, 2004). This disorder cannot be easily explained and is a complex concept that includes the fear of death of oneself and others. In fact, despite the fact that death is a biological and certain fact for everyone and is a natural event that can be understood, the feelings about the death of a person are related to the loss of loved ones and are rooted in human and social emotions, and hence thinking about death. For some people it is scary and they often prefer not to think about it (Gailliot et al., 2006).

Another experience reported by patients is peak experiences. The peak experience is the great intensification of any experience in which the human being is lost or exalted. This means intense concentration, attention to other than oneself, intense emotional experience, and becoming unaware of oneself (Weems et al., 2016). In other words, peak experience is a fleeting moment of self-realization. These moments cannot be guaranteed or even looked

for. However, humans can create conditions that increase the likelihood of peak experiences or, conversely, mistakenly create conditions that decrease the likelihood of peak experiences. In the beginning, Abraham Maslow believed that peak experiences were for self-actualizing people, but later he stated that most people, or almost all people, have had peak experiences or ecstatic states. Over time, peak experiences may occur less frequently and with less intensity, but in practice they give way to something no less valuable, which is an abundance of life with insight and deep experience. Maslow calls this relatively stable phenomenon the experience of a high plateau (Heidari et al., 2014).

Also, due to the lack of a bright future, worries about job status, marriage and family formation, and environmental tensions and psychological pressures, patients seem to face a decrease in their mental health more than other people in the society and are at an increasing risk due to their high vulnerability. There are problems such as depression, anxiety, suicide, delinquency, and substance abuse (Chaudhury et al., 2016).

Because patients suffering from Charcot-Marie-Tooth are prone to existential anxieties such as death anxiety, anxiety of emptiness and meaninglessness of life, anxiety of loneliness in their lives due to the presence of numerous physical and psychological threats, which may lead their lives to despair and lack of meaning, and bring a feeling of loneliness, so attention to existential issues and existential concerns can affect the quality of life and mental health of these patients.

According to what has been said and bearing in mind that so far very little research has been done on the mental health aspects of Charcot-Marie-Tooth patients, the present study aims to answer the question of which of the existential and based treatments is acceptance and commitment more effective in reducing death anxiety, enhancing peak experiences, and improving the mental health of patients with Charcot-Marie-Tooth?

Method

The research design of the current study was quasi-experimental with a pre-test-post-test design with a control group. The statistical population of this study

included all patients with Charcot-Marie-Tooth in Tehran in 2020 who had the necessary conditions to participate in the study. In order to select the sample, a targeted sampling method of the available type with random replacement was used (among those whose score in the variables of death anxiety, peak experiences and mental health was one standard deviation lower than the average). The research entry criteria include diagnosis of Charcot-Marie-Tooth disease by a specialist doctor, age range from 20 to 70 years, length of treatment for at least 3 years, reading and writing literacy, not having a specific or underlying disease such as diabetes and hypertension (with the diagnosis of a specialist doctor), regular attendance In therapy sessions and exit criteria

included absence of more than two sessions and coexistence of psychiatric illness. In order to collect data, Templer's Death Anxiety Scale (1970), Wilson and Monta's Peak Experience Questionnaire (2015) and Keyes' Mental Health Questionnaire (2002) were used.

Results

The average age of all participants in the present study was 56.5 years and the standard deviation was 5.5. In terms of education, 45% of the participants had a diploma, 50% had a bachelor's degree, and 5% had a bachelor's degree.

Table 1. Multivariate covariance analysis to investigate the effect of existential therapy and therapy based on commitment and acceptance on research variables

Amount	F	DF	Freedom df	sig
Pillai's effect	0.534	10	9	0.003
Wilks Lambda	0.11	10	9	0.003
Hotelling's effect	8.001	10	9	0.003
Roy's Largest Root	8.001	10	9	0.003

Table 2. Summary of the results of covariance analysis of post-test scores in test and control groups with pre-test scores

Variable	source	ss	df	ms	f	sig	Eta
Death anxiety×existentialis treatment	pre	608.2	1	608.2	184.1	0291.0	062.0
	group	844.0	1	844.0	383.0	044.0	021.0
	error	671.39	18	204.2	-	-	-
Death anxiety× Acceptance and Commitment therapy	pre	855.2	1	855.2	948.0	0343.0	050.0
	group	258.16	1	258.16	398.5	032.0	231.0
	error	213.54	18	012.3	-	-	-
peak experiences× existentialis treatment	pre	052.16	1	052.16	142.2	0161.0	106.0
	group	786.6	1	786.6	253.1	0080	065.0
	error	877.134	18	620.7	-	-	-
peak experiences× Acceptance and Commitment therapy	pre	128.0	1	128.0	017.0	0098.0	001.0
	group	703.0	1	703.0	092.0	049.0	005.0
	error	163.137	18	620.7	-	-	-
Mental health× existentialis treatment	pre	668.13	1	668.13	931.3	0063.0	179.0
	group	910.14	1	910.14	288.4	053.0	192.0
	error	588.62	18	477.3	-	-	-
Mental health× Acceptance and Commitment therapy	pre	175.35	1	175.35	899.4	040.0	214.0
	group	004.43	1	004.43	989.5	025.0	250.0
	error	244.129	18	180.7	-	-	-

The above tables show the significance of the multivariate covariance analysis test, the result is obtained that there must be a significant difference in at least one of the variables between the two test and control groups due to the effect of treatment, therefore, multivariate covariance analysis was done to check this significance. Tables 3-5 show the results of repeated measurement analysis of variance in death

anxiety, peak experiences and mental health in existential therapy and acceptance and commitment-based therapy in the pre-test and post-test. Based on the results of these tables, there is a significant difference between these components in the pre-test and post-test regardless of the group factor ($P < 0.05$). Also, the trend of the change in the scores of death anxiety variables, peak experiences and mental health

from the pre-test and The post-test (interaction of stage and group) in the two groups of existential therapy and therapy based on commitment and acceptance had a significant difference ($P < 0.05$, according to the significance of the interaction effect, to examine the simple effect of stage (regardless of the between-group factor) and the three-time comparison of the variables was done, the results of the above tables showed that there is a significant difference between the scores of the variables in the pre-test and post-test according to the group factor ($P < 0.05$).

Conclusion

The aim of the present study was to compare the effect of existential therapy and acceptance and commitment-based therapy on death anxiety, peak experiences and mental health in patients with Charcot Marie Tooth. The results of this study are in line with the results of Salarifar et al. (2022), and Bai et al. (2020). In relation to the effectiveness of teaching existential therapy approach and therapy based on acceptance and commitment on death anxiety, peak experiences and mental health of Charcot-Marie Toth patients, it can be explained that in existential therapy, by familiarizing clients with their goals and meanings in life and decision-making Sincere changes begin. In this type of treatment, the patients are helped to free themselves from the shackles and go on the path of perfection. To do this, they must face themselves and what they are running from. It means facing anxiety and, ultimately, being finite.

We often deny our deepest capacities to control anxiety. It is true that the choice of internal capacities is mixed with risk, but the richness and joy of life is that people face the possibility of loss, tragedy and death. The fundamental principle of existence is that we are not victims of circumstances, because to a large extent the same person We are what we have decided to be. In this treatment, by encouraging the patients to think about life, to recognize the options ahead and to choose among them. When they recognize that they have given up on action and behaved passively, they can live more consciously, and this will reduce their anxiety.

Also, regarding acceptance and commitment based therapy, it can be explained that the goal of ACT is to create a rich and meaningful life while the person accepts the inevitable suffering in it. ACT is an interesting acronym because this therapy is about taking effective action guided by our deepest values while we are fully prepared and committed. It is only through conscious action that we can create a meaningful life.

Despite providing useful results, the current study has limitations that should be carefully considered. One of these limitations was the non-random selection of the sample group from the community at the initial stage of the research, which may introduce some individual differences into the study. This limitation was due to the nature of experimental studies and the need for informed consent to participate in the research. The difficulty of obtaining permission from affiliated organizations and difficult access to participants (patients with Charcot-Marie-Tooth) and cross-sectional nature were other limitations of the present study. According to the mentioned limitations, it is suggested to carry out longitudinal studies to investigate the long-term effect of this program and to continue the findings of this research. In addition, it is suggested to investigate the effectiveness of ACT therapy and existential therapy on other psychological dimensions of patients with Charcot Marie Tooth. Finally, according to the findings of the current research on the effectiveness of existential therapies and ACT, it is suggested that since the mental health of Charcot-Marie-Tooth patients is greatly influenced by the people around them and the family, existential approaches and ACT in the form of family therapy and group therapy Also, their implementation and effectiveness should be compared with individual treatments.

Ethical Considerations

Compliance with ethical guidelines: The present article is taken from the doctoral dissertation in the counseling field of Islamic Azad University, Tunkabon branch. The participants participated in the research knowingly and voluntarily, and the principle of confidentiality was observed in the research. All the study matters were carried out under the supervision of the ethics committee of the Islamic Azad University of Tonkabon branch with the code of ethics IR.IAU.TON.REC.1401.037.

Funding: This study was conducted as a PhD thesis with no financial support.

Authors' contribution: The first author is the main researcher, the second author is the supervisor and the responsible author, and the third author is the consultant professor of the present study.

Conflict of interest: the authors declare no conflict of interest for this study.

Acknowledgments: The authors hereby express their gratitude to all the participants and all the people who cooperated in this research.



مقایسه تأثیر درمان وجودی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اضطراب مرگ، تجربه‌های اوج و سلامت روان بیماران مبتلا به شارکوت ماری توٹ

سید اصغر فغانی تولون^۱، مرتضی گلستانی پور^۲، سیده زهرا ساداتی^۳

۱. دانشجوی دکتری مشاوره، واحد تنکابن، دانشگاه آزاد اسلامی، تنکابن، ایران.

۲. استادیار، گروه روانشناسی، واحد ایذه، دانشگاه آزاد اسلامی، ایذه، ایران.

۳. استادیار، گروه روانشناسی و علوم تربیتی، واحد قائم شهر، دانشگاه آزاد اسلامی، قائم شهر، ایران.

چکیده

مشخصات مقاله

نوع مقاله:

پژوهشی

تاریخچه مقاله:

دریافت: ۱۴۰۱/۱۱/۱۶

بازنگری: ۱۴۰۱/۱۲/۰۸

پذیرش: ۱۴۰۲/۰۱/۲۰

انتشار برخط: ۱۴۰۲/۰۵/۰۱

کلیدواژه‌ها:

درمان وجودی،

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد،

اضطراب مرگ،

تجربه‌های اوج،

شارکوت ماری توٹ

زمینه: شارکوت ماری توٹ (CMT) نوعی بیماری ژنتیکی است که در آن اعصاب محیطی آسیب دیده و همچنین به عنوان نوروپاتی وراثتی حسی و حرکتی نیز شناخته می‌شود. با وجود تأثیر این بیماری بر تمام ابعاد زندگی مبتلایان، پژوهش‌های اندکی به بررسی اثربخشی درمان‌های روانشناختی بر اضطراب مرگ، تجربه‌های اوج و سلامت روان بیماران مبتلا به شارکوت ماری توٹ پرداخته‌اند.

هدف: پژوهش حاضر با هدف مقایسه تأثیر درمان وجودی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اضطراب مرگ، تجربه‌های اوج و سلامت روان بیماران مبتلا به بیماری شارکوت ماری توٹ انجام شد.

روش: طرح پژوهش حاضر، شبه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعه آماری این پژوهش شامل تمامی بیماران مبتلا به بیماری شارکوت ماری توٹ شهر تهران در سال ۱۳۹۹ و روش نمونه‌گیری هدفمند از نوع در دسترس بود. پس از اخذ مجوزهای لازم و هماهنگی با بیماران مبتلا به شارکوت ماری توٹ که معیارهای ورودی لازم برای حضور در مطالعه حاضر را داشتند، ۳۰ نفر در گروه‌های آزمایش (هر گروه ۱۵ نفر) و ۱۵ نفر در گروه گواه به صورت تصادفی جایدهی شدند. به منظور جمع‌آوری داده‌ها از مقیاس اضطراب مرگ تمپلر (۱۹۷۰)، پرسشنامه تجربه اوج ویلسون و مونت (۲۰۱۵) و پرسشنامه سلامت روان کیز (۲۰۰۲) استفاده شد. برای تحلیل داده‌ها نیز از تحلیل واریانس چندمتغیری متغیره برای مقایسه گروه‌ها در متغیرهای پژوهش استفاده شد. همچنین به منظور تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار SPSS²² استفاده شد.

یافته‌ها: یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد هر دو رویکرد درمان وجودی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اضطراب مرگ، تجربه‌های اوج و سلامت روان بیماران شارکوت ماری توٹ تأثیر معنادار دارند ($P < ۰/۰۵$).

نتیجه‌گیری: با توجه به نتایج به‌دست‌آمده می‌توان نتیجه گرفت درمان وجودی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌تواند جهت تعدیل اضطراب مرگ، تقویت تجربه‌های اوج و سلامت روان بیماران مبتلا به شارکوت ماری توٹ مورد استفاده پزشکان، روان‌پزشکان و سایر حرفه‌های بهداشت روان قرار گیرد.

استناد: فغانی تولون، سید اصغر؛ گلستانی پور، مرتضی؛ و ساداتی، سیده زهرا (۱۴۰۲). مقایسه تأثیر درمان وجودی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اضطراب مرگ، تجربه‌های اوج و سلامت روان بیماران مبتلا به شارکوت ماری توٹ. مجله علوم روانشناختی، دوره ۲۲، شماره ۱۲۵، ۱۰۱۱-۱۰۱۵.

مجله علوم روانشناختی، دوره ۲۲، شماره ۱۲۴، ۱۴۰۲. DOI: [10.52547/JPS.22.125.1001](https://doi.org/10.52547/JPS.22.125.1001)



مقدمه

بیماری شارکوت ماری توث (CMT)^۱ نوعی از اختلال وراثتی است که منجر به آسیب عصبی می‌شود. این نوع آسیب، عمدتاً در بازوها و پاها (اعصاب محیطی) بروز پیدا می‌کند. شارکوت ماری توث همچنین به عنوان، نوروپاتی وراثتی حسی و حرکتی نیز شناخته می‌شود. این بیماری در نهایت به ضعیف شدن و تحلیل رفتن عضلات منجر می‌شود. مبتلایان به این نوع بیماری ممکن است از دست دادن حس و انقباض‌های عضلانی را تجربه کرده و راه رفتن برایشان دشوار شود. بد شکلی‌های پا از جمله چکشی شدن انگشتان و افزایش بیش از حد قوس پا نیز در مبتلایان به این بیماری شایع است. علائم بیماری معمولاً در پا و قسمت پایین‌تر از میچ آن بروز می‌یابند، اما با وجود این، علائم بیماری می‌تواند در نهایت دست‌ها و بازوها را نیز تحت تأثیر قرار دهند. نشانگان بیماری شارکوت ماری توث معمولاً در نوجوانی یا اوایل بزرگسالی پدیدار می‌شوند، اما با این حال، ممکن است در دوره میانسالی نیز بروز یابد. شیوع این بیماری، ۱ در هر ۲۵۰۰ نفر است (فرضی و همکاران، ۱۳۹۵).

از جمله مسائلی که در افراد درگیر با این بیماری دیده می‌شود و منجر به استرس بالا در آن‌ها می‌شود، اضطراب مرگ است. اضطراب مرگ شامل پیش‌بینی مرگ خود و ترس از فرآیند مرگ در مورد افراد مهم زندگی است (پیزینسکی، گرینبرگ، سالمون، آرنلد و شیمل، ۲۰۰۴). این اختلال به سادگی قابل توضیح نبوده و مفهومی پیچیده شامل ترس از مرگ خود و دیگران است. در واقع با وجود آن که مرگ یک واقعیت بیولوژیکی و قطعی برای همگان بوده و رخدادی طبیعی قابل درک است، احساسات در مورد مرگ فرد به از دست دادن عزیزان مربوط بوده و ریشه در عواطف انسانی و اجتماعی دارد و از این رو تفکر در مورد مرگ برای برخی افراد ترسناک بوده و اغلب ترجیح می‌دهند در مورد آن فکر نکنند (گیلیوت، اشمایکل و باومایستر، ۲۰۰۶).

یکی دیگر از تجربه‌های گزارش شده توسط بیماران، تجربه‌های اوج است. تجربه اوج، تشدید عظیم هر تجربه‌ای است که در آن، خود انسان گم شده یا تعالی پیدا کند. این به معنای تمرکز شدید، توجه به غیر از خود، تجربه احساسی شدید و از خود بی‌خبر شدن است (ویمز، راسل، نیل، برمن و

اسکات، ۲۰۱۵). به بیانی دیگر، تجربه اوج، لحظات گذرای خودشکوفایی است. نه می‌توان وقوع این لحظات را تضمین کرد و نه حتی می‌توان به جستجوی آن‌ها پرداخت. با این همه، انسان می‌تواند شرایطی ایجاد کند که احتمال تجربه‌های اوج بیشتر شود یا برعکس، از روی خطا شرایطی ایجاد کند که احتمال تجربه‌های اوج کمتر شود. در آغاز، آبراهام مزلو معتقد بود تجارب اوج مربوط به افراد خودشکوا است، اما بعدها اظهار داشت، اغلب افراد یا تقریباً همه افراد، تجربیات اوج یا حالت‌های وجدآور داشته‌اند. با گذشت زمان، تجربه‌های اوج ممکن است به مقدار کمتر و با شدت کمتری روی دهند، اما در عمل جای خود را به چیزی می‌دهند که ارزش آن کمتر نیست و آن نوعی فیضان زندگی همراه با بصیرت و تجربه عمیق است. مزلو این پدیده نسبتاً پایدار را تجربه فلات بلند می‌نامد (حیدری، روحانی رصاف و کاردوست فینی، ۱۳۹۳).

همچنین بیماران به علت عدم برخورداری از آینده‌ای روشن، نگرانی از وضعیت شغلی، ازدواج و تشکیل خانواده و تنش‌ها و فشارهای روانی محیط، به نظر می‌رسد بیش از سایر افراد جامعه با کاهش سلامت روانی خود مواجه باشند و به علت آسیب‌پذیری بالا در معرض خطر روزافزون مشکلاتی، همچون افسردگی، اضطراب، خودکشی، بزهکاری و سوء مصرف مواد قرار دارند (چودری، باخلا و ساینی، ۲۰۱۶).

یکی از رویکردهای درمانی مؤثر در مورد بیماران، درمان وجودی^۲ است. در درمان وجودی، آگاهی از مرگ برای کشف معنا و هدف زندگی کاملاً ضروری است. در کل، درمان وجودی موقعیتی برای رویارویی وجودی بیماران است. و در این نوع درمان، به بیماران کمک می‌شود تا به سطحی عمیق‌تر از آگاهی نسبت به ساختار وجودی خود برسند و به بیمار در مواجهه با واقعیت‌های زندگی از جمله اضطراب مرگ کمک شده و او تشویق می‌شود از حالت انفعال خارج شود و آزادی خود را بپذیرد و نوع نگرش خود نسبت به مسائل را انتخاب کند (بای، لئو، ژانگ، وو و چی، ۲۰۲۰). این رویکرد به جای تأکید بر بهبود بیماری، یا به کارگیری مطلق تکنیک‌های حل مسئله برای تکلیف دشوار زندگی اصیل، بر درک آزادی، مسئولیت و ابراز صادقانه خویش تمرکز دارد. این رویکرد گروهی، رویکرد پویایی است که بر چهار نگرانی اساسی؛ یعنی مرگ، آزادی،

1. Charcot Marie Tooth

2. existentialism therapy

اضطراب مرگ، تقویت تجارب اوج و بهبود سلامت روان بیماران مبتلا به شارکوت ماری توت، اثربخشی بیشتری دارند؟

روش

الف) طرح پژوهش و شرکت کنندگان: طرح پژوهشی مطالعه حاضر، شبه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعه آماری این پژوهش شامل تمامی بیماران مبتلا به شارکوت ماری توت شهر تهران در سال ۱۳۹۹ بود که شرایط لازم برای شرکت در پژوهش را داشتند. جهت انتخاب نمونه از روش نمونه‌گیری هدفمند از نوع در دسترس با جایگزینی تصادفی (از بین کسانی که نمره آن‌ها در پرسشنامه‌های اضطراب مرگ، تجربه‌های اوج و سلامت روان، یک انحراف معیار پایین‌تر از میانگین بود) استفاده شد. ملاک‌های ورودی پژوهش شامل تشخیص بیماری شارکوت ماری توت توسط پزشک متخصص، دامنه سنی ۲۰ تا ۷۰ سال، طول درمان حداقل ۳ سال، سواد خواندن و نوشتن، نداشتن بیماری خاص یا زمینه‌ای مانند دیابت و فشارخون (با تشخیص پزشک متخصص)، حضور منظم در جلسات درمانی و ملاک‌های خروج نیز شامل غیبت بیش از دو جلسه و همبودی بیماری روان‌پزشکی بود.

ب) ابزار

پرسشنامه اضطراب مرگ: مقیاس اضطراب مرگ تمپلر که در سال ۱۹۷۰ ساخته شد، ابزاری برای اندازه‌گیری اضطراب مربوط به مرگ بوده که بیشترین کاربرد را در نوع خود دارد. این مقیاس، پرسشنامه‌ای خود ا اجرایی متشکل از پانزده سؤال بلی - خیر است. این پرسشنامه توسط رجبی و بحرانی (۱۳۸۰) به فارسی برگردانده شده است. دامنه نمره‌های این مقیاس از صفر تا پانزده است و نمره زیاد (نمره بالاتر از متوسط "نمره ۸") معرف درجه بالایی از اضطراب مرگ است. بررسی‌های به عمل آمده در مورد روایی و پایایی مقیاس اضطراب مرگ نشان می‌دهد که این مقیاس از اعتبار قابل قبولی برخوردار است. پایایی این پرسشنامه در پژوهش قاسم‌پور، سوره و سیدتازه کند (۱۳۹۱) با استفاده از آزمون آلفای کرونباخ ۰/۶۵ به دست آمد.

تنهایی و بی‌معنایی که در وجود انسان ریشه دارند، تأکید دارد (کجیاف، قاسمیان‌نژاد جهرمی و احمدی‌فروشانی، ۱۳۹۶).

یکی دیگر از درمان‌های غیردارویی مؤثر بر بیماران، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد^۱ است که مطالعات مختلف اثربخشی آن را بر سورتار در میان بیماران مزمن نشان داده‌اند (اوست، ۲۰۱۴؛ هیز و همکاران، ۲۰۱۳). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، یک شیوه درمانی مربوط به موج سوم است که مهمترین هدف آن، افزایش مشارکت در فعالیت‌هایی است که معنای زندگی، اعتبار و ارزش زندگی افراد مبتلا به درد یا ناراحتی مداوم را فراهم می‌کند (سالاری‌فر، دشت‌بزرگی و جدیدی، ۱۴۰۱).

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد که برگرفته از تأثیر موج سوم رفتارگرایی است، توانسته است روش درمان سنتی CBT را به ویژه با استفاده از ذهن‌آگاهی و تأکید بر ارزش‌ها گسترش دهد (پلگر و همکاران، ۲۰۱۸). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) ریشه در یک نظریه فلسفی به نام زمینه‌گرایی عملکردی دارد و مبتنی بر یک برنامه پژوهشی در مورد زبان و شناخت است که نظریه چارچوب رابطه‌های ذهنی خوانده می‌شود. هدف این شیوه درمانی، کمک به درمانجویان برای دستیابی به یک زندگی ارزشمندتر و رضایت‌بخش‌تر از طریق افزایش انعطاف‌پذیری روانشناختی منجر می‌شود و شش فرآیند مرکزی دارد که عبارتند از: گسلش شناختی، پذیرش، ارتباط با زمان حال، خود به عنوان زمینه، ارزش‌ها و عمل متعهد (اسماعیلی، امیری، عابدی و مولوی، ۱۳۹۷).

از آنجایی که بیماران مبتلا به شارکوت ماری توت به علت وجود تهدیدهای جسمانی و روانشناختی متعدد، مستعد اضطراب‌های وجودی همچون اضطراب مرگ، اضطراب پوچی و بی‌معنایی زندگی، اضطراب تنهایی در زندگی خود می‌باشند که ممکن است زندگی آن‌ها را با ناامیدی و فقدان معنی و احساس تنهایی همراه سازد، بنابراین توجه به مسائل وجودی و نگرانی‌های وجودی می‌تواند کیفیت زندگی و سلامت روان این بیماران را تحت تأثیر قرار دهد.

با توجه به آنچه گفته شد و با در نظر داشتن این که تاکنون پژوهش‌های خیلی کمی در مورد ابعاد سلامت روان بیماران مبتلا به شارکوت ماری توت انجام شده است، مطالعه حاضر در صدد پاسخگویی به این سؤال است که کدام یک از درمان‌های وجودی و مبتنی بر پذیرش و تعهد در کاهش

1. Acceptance and Commitment Therapy

پرسشنامه سلامت روان: پرسشنامه استاندارد سلامت روانی کیز (۲۰۰۲)، از فرم بلند پیوستار سلامت روان مشتق شد و شامل ۱۴ سؤال و ۳ مؤلفه می‌باشد. است و بر اساس طیف لیکرتی شش گزینه‌ای (با سؤالاتی مانند این احساس که کار یا چیز مهمی برای عرضه کردن به جامعه دارید)، به سنجش سلامت روانی می‌پردازد. ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه در پژوهش خلیلی ورنکشی (۱۳۹۴)، به نقل از باباخانی، (۱۳۹۸). بالای ۰/۷۰ گزارش شده است. پروتکل‌های درمانی: خلاصه محتوای درمان وجودی (یالوم، ۲۰۰۲) و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ایزدی و عابدی، ۱۳۹۲) که در پژوهش حاضر به صورت گروهی انجام شده است، به تفکیک جلسات در جداول ۱ و ۲ ارائه شده است. جلسات گروهی در پروتکل‌های اجرا شده به صورت هفته‌ای یک جلسه و هر جلسه ۹۰ دقیقه به طول انجامیده است.

پرسشنامه تجربه‌های اوج: این پرسشنامه را ویلسون و مونتا (۲۰۱۶) برای اندازه‌گیری میزان تجربه اوج فراشناختی یا میزان جذب شدگی افراد حین انجام وظایف و تکالیف، تدوین کرده‌اند. پرسشنامه ۱۲ گویه دارد که دو عامل اعتقاد به توانایی ناشی از تجربه اوج و عامل اعتماد به توانایی اعتقاد به موفقیت ناشی از تجربه اوج را می‌سنجد. شیوه نمره‌گذاری این پرسشنامه به صورت مقیاس چهار درجه‌ای لیکرت از (موافق نیستم = ۱، اندکی موافقم = ۲، تقریباً موافقم = ۳ و خیلی زیاد موافقم = ۴) است. ویلسون و مونتا (۲۰۱۶) میزان آلفای کرونباخ پرسشنامه را برای دو عامل اعتقاد به توانایی ناشی از تجربه اوج و عامل اعتماد به توانایی اعتقاد به موفقیت ناشی از تجربه اوج به ترتیب ۰/۷۷ و ۰/۸۷ گزارش کردند.

جدول ۱. خلاصه جلسات پروتکل درمان وجودی

جلسه	هدف/موضوع	محتوا و فعالیت‌های جلسه
اول	معارفه و ارزیابی مقدماتی	آشنایی و ارزیابی بالینی اولیه شرکت‌کنندگان، بررسی نقطه‌نظر اعضا درباره خویش، دنیا و ارتباط با دیگران و اجرای پیش‌آزمون
دوم	آشنایی اولیه اعضا با درمان وجودی	بررسی مجدد فرضیه‌ها و باورهای اساسی فرد که منجر به هدایت اعمال و افکار می‌شود و آگاه ساختن اعضا با مفهوم آگاهی، مسئولیت‌پذیری، آزادی و کنترل درونی و بیرونی.
سوم	بررسی دفاع‌های روانی اعضا	مرور برخی از شایع‌ترین دفاع‌های روانی اعضا شامل اجباری‌گری، جابجایی مسئولیت و انداختن آن به دوش دیگران، انکار مسئولیت
چهارم	کمک به اعضا در جهت پذیرش مسئولیت	شناسایی شیوه‌های مسئولیت‌گریزی، مانند نسبت دادن تمام گرفتاری‌ها و مشکلات به دیگران.
پنجم	تسهیل حرکت اعضا به سمت اینجا و اکنون	تلاش برای پشت سر گذاشتن آنچه که در گذشته به وقوع پیوسته است.
ششم	گفتگو پیرامون محدودیت‌های مسئولیت	(۱) درک این که گاهی زندگی بی‌انصاف و ستمگر است. (۲) درک این که در نهایت از بعضی از رنج‌های زندگی و مرگ نمی‌توان گریخت. (۳) درک این که هر قدر به دیگران نزدیک شوم، باز باید با تنهایی زندگی مواجه شوم. (۴) درک این که هر چقدر هم از دیگران راهنمایی و حمایت گرفته باشم، در نهایت مسئولیت شیوه زندگی بر عهده خودم است.
هفتم	مفهوم احساس گناه و اضطراب	استفاده از موارد مطرح شده به عنوان ندایی درونی برای کمک و تحقق بخشیدن به آرزوهای فردی
هشتم	متعهد کردن اعضا	تعهد به انجام یک عمل از طریق کار روی قدرت اراده و انتخاب فرد و گفتگو پیرامون موضوع تنهایی
نهم	مفهوم معنای زندگی و ارزش‌ها	اگزستانسیال و مواجه کردن اعضا با تنهایی، مرگ و نیستی، فقدان معنا و پیامدهای بالینی آن.
دهم	مرور و جمع‌بندی جلسات	ایجاد تعهد قوی در مراجع در پایبندی به تعهدات از طریق رابطه عمیق و موفق درمانگر و اعضا بررسی محتوای جلسات قبلی، جمع‌بندی اعضا و نتیجه‌گیری درمانگر و اجرای پس‌آزمون.

جدول ۲. خلاصه جلسات پروتکل درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد

جلسه	هدف/موضوع	محتوا و فعالیت‌های جلسه
اول	معارفه و ارزیابی اولیه	معرفی، بیان انتظارات، قوانین و هنجارهای شرکت در گروه و اجرای پیش‌آزمون
دوم	برقراری ارتباط و آشنایی دیگران از طریق فرآیند ذهن	آموزش فرآیند ذهن آگاهی در جلسه و مثال روی مشکل اعضای گروه. اعضا ابتدا نظر خود را درباره این که مشکل واقعی چیست، بیان کرده و درمانگر سعی بر آن دارد اعضا را به سمت درماندگی خلاق سوق دهد و در اواخر جلسه، رهبر گروه مشکل را از دیدگاه خودش بیان می‌کند.

جلسه	هدف / موضوع	محتوا و فعالیت های جلسه
سوم	داستان های ذهنی اجرای تمرین افکار آهنگین و نام گذاری داستان ها	برای اعضا توضیح داده می شود که افکار به سراغ همه می آید، اما بها دادن زیاد و قاطی شدن با آنها آن را به مشکل روانشناسی تبدیل می کنند.
چهارم	معرفی باورهای نادرست و داستان های بی فایده	۱. معرفی باورهای نادرست در مورد بیماری ۲. آشنایی با شیوه جدا شدن از افکار و احساسات ناخوشایند (گسلش شناختی) با بیان استعاره دونات و تمرین. همچنین با تمرین داستان های بی فایده، اعضا جدا شدن خود از افکارشان را تجربه می کنند.
پنجم	آشنایی با ارزش های زندگی	آشنا کردن اعضا با نقشه زندگی
ششم	تعیین اهداف طرح عملیاتی انجام تمرین اهداف بر معنای مطرح عملیاتی و معرفی موانع درونی و بیرونی	اعضا با استفاده از تمرین تعیین اهداف پرمعنا، اهداف آبی، کوتاه مدت، میانه مدت و بلند مدت را مشخص می کنند.
هفتم	تمایل به انجام تمرینات پذیرش و انجام استعاره مهمان	در این جلسه برای اعضا روش برخورد با موانع درونی یعنی خوش آمدگویی از طریق استعاره مهمان توضیح داده می شود. از اعضا خواسته می شود استعاره مهمان را روی موانع درونی خود اجرا کنند.
هشتم	پادزهر موانع درونی / گسلش، انجام تمرین فضا سازی احساسات انجام استعاره قطار و استعاره های دیگر	در این جلسه پادزهر دیگر موانع درونی یعنی گسلش بیان خواهد شد. اعضا تمرین معناسازی احساسات را انجام خواهند داد و استعاره های مربوط به کلهش به انتخاب رهبر گروه برای آنها توضیح داده خواهد شد استعاره قطار (تلفن همراه از هیولاها و افکار بر روی برگ).
نهم	مرور و جمع بندی جلسات	بررسی محتوای جلسات قبلی، جمع بندی اعضا و نتیجه گیری درمانگر و اجرای پس آزمون.

یافته ها

میانگین سنی کل شرکت کنندگان در پژوهش حاضر، ۵۶/۵ سال و انحراف معیار ۵/۵ بود. از نظر میزان تحصیلات، ۴۵ درصد شرکت کنندگان دارای

تحصیلات دیپلم، ۵۰ درصد لیسانس و ۵ درصد بالاتر از لیسانس بودند. جدول ۳ شاخص های توصیفی متغیرهای پژوهش را به تفکیک گروه ها در پیش آزمون و پس آزمون نشان می دهد.

جدول ۳. نمرات پیش آزمون و پس آزمون متغیرهای پژوهش

متغیرها	گواه		درمان وجودی		درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	
	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
اضطراب مرگ	پیش آزمون	۱۶/۲۰	۱/۸۹	۱۱/۵۳	۷/۲۵	۱۴/۳۳
	پس آزمون	۲۴/۰۷	۱۵/۶۵	۴/۸	۲/۳۶	۴۳/۸۷
تجربه های اوج	پیش آزمون	۲۴/۶۰	۴/۳۷	۲۷/۲۷	۴/۳۹	۱۵/۳۳
	پس آزمون	۲۸/۳۳	۱۲/۱۵	۳۱/۲۰	۶/۲۱	۱۴/۴۷
سلامت روان	پیش آزمون	۱۶/۲۰	۲/۹۵	۱۵/۶۰	۲/۱۹	۱۴/۲۷
	پس آزمون	۱۴/۰۷	۳/۴۱	۲۲/۵۳	۱۲/۴۳	۱۵

همان طور که در جدول ۳ نشان داده شده است، در هر دو گروه آزمایشی، میانگین گروه ها از پیش آزمون تا پس آزمون بهبود یافته است؛ اما این بهبود در گروه گواه دیده نمی شود. به گونه ای که در گروه گواه وضعیت به طور کامل برعکس گروه آزمایش بوده است. همچنین این نکته قابل ملاحظه است که میزان تفاوت بوجود آمده در پس آزمون هر دو گروه آزمایش تا حد زیادی به یک میزان بوده است. برای بررسی همسانی واریانس سه گروه در مرحله پس آزمون، از آزمون همگنی واریانس های لوین استفاده شد. آزمون لوین محاسبه شده به لحاظ آماری معنادار نبود.

بنابر این مفروضه همگنی واریانس ها نیز تأیید شد. مفروضه مهم تحلیل کواریانس یعنی همگونی ضرایب رگرسیون از طریق بررسی اثر تعاملی متغیر مستقل و پیش آزمون هر متغیر وابسته بر پس آزمون آن انجام شد که نتایج حاکی از معنادار بودن میزان F در سطح ۰/۵ بود ($F = 1/125$) $P = 0/33 > 0/5$ ، چون سطح معنی داری بدست آمده بیشتر از ۰/۵ است. برای تعیین توزیع جامعه (نرمال بودن داده ها) از آزمون شاپیر-ویلک استفاده شده است. در آزمون انجام شده سطح معناداری $P > 0/5$ در نظر گرفته شد که نشان دهنده طبیعی بوده توزیع جامعه است. با توجه به برقراری

سطح معناداری هر متغیر بیش از ۰/۰۵ باشد به این معنی است که داده‌های آن متغیر از توزیع نرمال پیروی می‌کنند. با دقت به سطح معناداری متغیرها ملاحظه می‌شود که برای همه داده‌ها این سطح بالاتر از ۰/۰۵ بوده و در نتیجه فرض صفر درست بوده و داده‌ها نرمال هستند و می‌توانیم از آزمون‌های پارامتریک استفاده کنیم.

مفروضه‌های تحلیل کوواریانس چندمتغیری، استفاده از این آزمون مجاز است؛ بنابراین، برای آزمودن فرضیه‌های پژوهش از تحلیل کوواریانس چندمتغیری استفاده شد. میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش بررسی شده‌اند. در قسمت سطح معناداری می‌توان به نرمال بودن داده‌های هر متغیر پی برد. چنانچه

جدول ۴. تحلیل کواریانس چند متغیری جهت بررسی اثر درمان وجودی و درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر متغیرهای پژوهش

ارزش	مقدار F	درجه آزادی فرض	درجه آزادی خطا	سطح معنی داری
اثر پیلای	۰/۵۳۴	۱۰	۹	۰/۰۰۳
لامبدای ویلکز	۰/۱۱	۱۰	۹	۰/۰۰۳
اثر هتلینگ	۸/۰۰۱	۱۰	۹	۰/۰۰۳
بزرگ‌ترین ریشه روی	۸/۰۰۱	۱۰	۹	۰/۰۰۳

جدول ۵. خلاصه نتایج تحلیل کواریانس نمرات پس آزمون در گروه‌های آزمایش و گواه با نمره پیش آزمون

متغیر	منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی داری	اندازه اثر
اضطراب مرگ در درمان وجودی	پیش آزمون	۲/۶۰۸	۱	۲/۶۰۸	۱/۱۸۴	۰/۰۲۹۱	۰/۰۶۲
	گروه	۰/۸۴۴	۱	۰/۸۴۴	۰/۳۸۳	۰/۰۴۴	۰/۰۲۱
	خطا	۳۹/۶۷۱	۱۸	۲/۲۰۴	-	-	-
اضطراب مرگ در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	پیش آزمون	۲/۸۵۵	۱	۲/۸۵۵	۰/۹۴۸	۰/۰۳۴۳	۰/۰۵۰
	گروه	۱۶/۲۵۸	۱	۱۶/۲۵۸	۵/۳۹۸	۰/۰۳۲	۰/۲۳۱
	خطا	۵۴/۲۱۳	۱۸	۳/۰۱۲	-	-	-
تجربه‌های اوج در درمان وجودی	پیش آزمون	۱۶/۰۵۲	۱	۱۶/۰۵۲	۲/۱۴۲	۰/۰۱۶۱	۰/۱۰۶
	گروه	۶/۷۸۶	۱	۶/۷۸۶	۱/۲۵۳	۰۰۸۰	۰/۰۶۵
	خطا	۱۳۴/۸۷۷	۱۸	۷/۶۲۰	-	-	-
تجربه‌های اوج در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	پیش آزمون	۰/۱۲۸	۱	۰/۱۲۸	۰/۰۱۷	۰/۰۰۹۸	۰/۰۰۱
	گروه	۰/۷۰۳	۱	۰/۷۰۳	۰/۰۹۲	۰/۰۴۹	۰/۰۰۵
	خطا	۱۳۷/۱۶۳	۱۸	۷/۶۲۰	-	-	-
سلامت‌روان در درمان وجودی	پیش آزمون	۱۳/۶۶۸	۱	۱۳/۶۶۸	۳/۹۳۱	۰/۰۰۶۳	۰/۱۷۹
	گروه	۱۴/۹۱۰	۱	۱۴/۹۱۰	۴/۲۸۸	۰/۰۵۳	۰/۱۹۲
	خطا	۶۲/۵۸۸	۱۸	۳/۴۷۷	-	-	-
سلامت‌روان در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	پیش آزمون	۳۵/۱۷۵	۱	۳۵/۱۷۵	۴/۸۹۹	۰/۰۴۰	۰/۲۱۴
	گروه	۴۳/۰۰۴	۱	۴۳/۰۰۴	۵/۹۸۹	۰/۰۲۵	۰/۲۵۰
	خطا	۱۲۹/۲۴۴	۱۸	۷/۱۸۰	-	-	-

تجربه‌های اوج و سلامت‌روان در درمان وجودی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در پیش آزمون و پس آزمون را نشان می‌دهد. بر اساس نتایج این جداول، این مؤلفه‌ها در پیش آزمون، پس آزمون بدون توجه به عامل گروهی تفاوت معنی داری وجود دارد ($P < ۰/۰۵$). همچنین روند تغییر نمره متغیرهای اضطراب مرگ، تجربه‌های اوج و سلامت‌روان از پیش آزمون و

با معناداری آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیری این نتیجه حاصل می‌گردد که باید حداقل در یکی از متغیرهای میان دو گروه آزمایش و گواه در اثر درمان و تفاوت معنی دار وجود داشته باشد، لذا جهت بررسی این معناداری به تحلیل به کواریانس چند متغیری پرداخته شد. جداول ۳-۵ نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر در اضطراب مرگ،

پس آزمون (تعامل مرحله و گروه) در دو گروه درمان وجودی و درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش تفاوت معناداری داشته است ($P < 0/05$). با توجه به معناداری اثر تعاملی به بررسی اثر ساده مرحله (صرف نظر از عامل بین گروهی) و هم‌سنجی سه بار اجرا در متغیرها پرداخته شد، نتایج جداول فوق نشان داد در دو مرحله از اندازه‌گیری بین نمرات متغیرهای در پیش آزمون، پس آزمون با توجه به عامل گروهی تفاوت معنی‌دار وجود دارد ($P < 0/05$).

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از مطالعه حاضر، مقایسه تأثیر درمان وجودی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اضطراب مرگ، تجربه‌های اوج و سلامت روان در بیماران مبتلا به شاکوت ماری توث بود. نتایج این مطالعه با نتایج سالاری‌فر و همکاران (۱۴۰۱)، بای و همکاران (۲۰۲۰) همسو است. در رابطه اثربخشی آموزش رویکرد درمان وجودی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اضطراب مرگ، تجربه‌های اوج و سلامت روان بیماران شاکوت ماری توث، می‌توان این‌گونه تبیین کرد که در درمان وجودی، با آشنا کردن مراجع با اهداف و معناهایش در زندگی و تصمیم‌سازی خالصانه تغییرات شروع می‌شود. در این نوع درمان به درمانجویان کمک می‌شود خودشان را از قید و بندها برهانند و در مسیر کمال پیش بروند. آن‌ها برای انجام این کار باید با خودشان و آنچه از آن فرار می‌کنند روبه‌رو شوند. این یعنی روبه‌رو شدن با اضطراب و در نهایت، متناهی بودن. غالباً برای مهار اضطراب، عمیق‌ترین، ظرفیت‌های خود را انکار می‌کنیم. درست است که انتخاب ظرفیت‌های درونی آمیخته با خطر است ولی غنا و لذت زندگی در این است که افراد با امکان‌پذیر بودن فقدان، تراژدی و مرگ روبه‌رو شوند اصل بنیادین وجودی این است که ما قربانی شرایط نیستیم، زیرا به مقدار زیاد همان کسی هستیم که تصمیم گرفته‌ایم، باشیم. در این درمان با ترغیت درمانجویان به تفکر درباره زندگی، تشخیص دادن گزینه‌های پیش‌رو و انتخاب کردن از بین آن‌هاست. وقتی آن‌ها تشخیص دهند از عمل صرف نظر کرده و منفعل رفتار کرده‌اند، می‌توانند آگاهانه‌تر زندگی کرده و همین بار اضطراب آنان را کاهش می‌دهد.

همچنین در مورد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌توان این تبیین را داشت که هدف ACT ایجاد یک زندگی غنی و پرمعنا در حالی است که فرد رنج ناگزیر موجود در آن را می‌پذیرد. ACT (به معنی اقدام) مخفف جالبی

است چون این درمان درباره انجام اقدام مؤثری است که به‌وسیله عمیق‌ترین ارزش‌های ما هدایت می‌شود، آن هم درحالی که ما کاملاً آماده و متعهد هستیم. تنها از طریق اقدام هشیارانه است که ما می‌توانیم یک زندگی پرمعنا بسازیم. البته همین که برای ساختن چنان زندگی تلاش خود را آغاز کردیم با انواع و اقسام موانع به شکل تجربه‌های درونی ناخواسته و نامطلوب روبه‌رو خواهیم شد (افکار، تصورات، احساسات، حس‌های بدنی، تکان‌ها و خاطرات). ACT برای اداره این تجربه‌های درونی مهارت‌های مؤثر توجه آگاهی را به ما می‌آموزد، لذا با این توصیف مداخلات ACT حول و حوش دو فرآیند اصلی تمرکز دارد. با پذیرش تجربیات درونی ناخواسته که قابل کنترل نیستند و همچنین تعهد به زیستن یک زندگی ارزشمند و اقدام در جهت آن تحولات در بیماران آغاز می‌گردند. از طرف دیگر، انجام تمرینات ذهن آگاهی موجب رشد عوامل مختلف ذهن آگاهی مانند مشاهده، غیرقضاوتی بودن، غیرواکشنی بودن، و عمل توأم با هوشیاری می‌شود. رشد این عوامل خود موجب سازگاری و در نتیجه سلامت روان فرد می‌شود. در واقع وقتی ذهن آگاهی افزایش می‌یابد توانایی افراد برای عقب ایستادن و مشاهده کردن حالت‌هایی چون اضطراب افزایش می‌یابد، در نتیجه می‌توان خود را از الگوهای رفتاری خودکار رها نمود و به وسیله درک و دریافت مجدد، دیگر با حالت‌هایی مثل اضطراب و ترس کنترل نشد، بلکه از اطلاعات برآمده از این حالت‌ها استفاده کرد و با هیجانات همراه بود (شاپیرو، کارسون، استین و فریدمن، ۲۰۰۶).

جلسات آموزش رویکرد وجودی و همچنین رویکرد ACT موجب می‌شود که ذهن و ذات شرکت‌کنندگان با هم یکی شده و چون صداقت بوجود می‌آید و افراد آنچه هستند را می‌نمایانند و دلیلی برای دروغ گفتن وجود ندارد، لذا این صداقت، همخوانی و اصالت موجب بهتر شدن حال افراد شرکت‌کننده و تأمین تجربیات اوج و سلامت روان آنان می‌شود. افراد با مواجهه با خویش‌شن خویش و ذهن آگاهی و همچنین اقدام مناسب که اساس رویکرد ACT است، بهبود اضطراب و سلامت روان خود را تسهیل می‌کنند (بای و همکاران، ۲۰۲۰).

مطالعه حاضر علی‌رغم ارائه نتایج مفید دارای محدودیت‌هایی نیز بوده است که باید به دقت مورد توجه قرار گیرند. یکی از این محدودیت‌ها، عدم انتخاب تصادفی گروه نمونه از جامعه در مرحله اولیه پژوهش بود که ممکن است برخی تفاوت‌های فردی را در مطالعه وارد کند. این محدودیت به

ملاحظات اخلاقی

پیروی از اصول اخلاق پژوهش: مقاله حاضر برگرفته از رساله دکتری در رشته مشاوره دانشگاه آزاد اسلامی واحد تنکابن است. شرکت کنندگان آگاهانه و داوطلبانه در پژوهش حاضر مشارکت نموده و اصل رازداری در تمام مراحل پژوهش رعایت شد. تمام امور مطالعه تحت نظارت کمیته اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی واحد تنکابن با کد اخلاق IR.IAU.TON.REC.1401.037 انجام شده است.

حامی مالی: این پژوهش در قالب رساله دکتری و بدون حمایت مالی می‌باشد.

نقش هر یک از نویسندگان: نویسنده اول پژوهشگر اصلی، نویسنده دوم استاد راهنما و نویسنده مسئول و نویسنده سوم استاد مشاور پژوهش حاضر می‌باشند.

تضاد منافع: نویسندگان هیچ تضاد منفعی در رابطه با این پژوهش اعلام نمی‌نمایند.

تشکر و قدردانی: نویسندگان بدین وسیله از تمامی شرکت کنندگان و همه افرادی که در پژوهش حاضر همکاری داشتند، نهایت تقدیر و تشکر را دارند.

دلیل ماهیت مطالعات آزمایشی و لزوم رضایت آگاهانه برای شرکت در پژوهش به وجود آمد. دشوار بودن اخذ مجوز از سازمان‌های وابسته و دسترسی سخت به شرکت کنندگان (بیماران مبتلا به شارکوت ماری توث) و مقطعی بودن از دیگر محدودیت‌های پژوهش حاضر بود. با توجه به محدودیت‌های ذکر شده، پیشنهاد می‌شود مطالعات طولی در جهت بررسی تأثیر بلندمدت این برنامه و تداوم یافته‌های این پژوهش صورت گیرد. افزون بر این، پیشنهاد می‌شود اثربخشی درمان ACT و درمان وجودی بر سایر ابعاد روانشناختی بیماران مبتلا به شارکوت ماری توث مورد بررسی قرار گیرد. در نهایت، با توجه به یافته‌های پژوهش حاضر در مورد اثربخشی درمان‌های وجودی و ACT، پیشنهاد می‌شود از آنجایی که سلامت روان بیماران مبتلا به شارکوت ماری توث به میزان زیادی تحت تأثیر اطرافیان و خانواده می‌باشد، رویکردهای وجودی و ACT به صورت خانواده درمانی و درمان گروهی نیز اجرا و اثربخشی آن‌ها با درمان‌های فردی مقایسه شود.

References

منابع

- اسماعیلی، لیلا؛ امیری، شعله؛ عابدی، محمدرضا و مولوی، حسین. (۱۳۹۷). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با تمرکز بر شفقت، بر اضطراب اجتماعی دختران نوجوان. *مطالعات روانشناسی بالینی*، ۸ (۳۰)، ۱۱۷-۱۳۷. <https://doi.org/10.22054/jcps.2018.8605>
- ایزدی، راضیه و عابدی، محمدرضا (۱۳۹۲). *درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد*. تهران: انتشارات جنگل.
- باباخانی، وحیده (۱۳۹۸). اثربخشی آموزش مهارت‌های ذهن آگاهی بر سازگاری و سلامت روان دانش آموزان. *رویش روانشناسی*، ۸ (۵)، ۱۷۱-۱۷۸. <http://frooyesh.ir/article-1-1051-fa.html>
- حیدری، حسین؛ روحانی رصاف، جواد و کاردوست فینی، خدیجه (۱۳۹۳). جایگاه معنویت و تجارب اوج از دیدگاه آبراهام مازلو. *انسان پژوهی دینی*، ۱۱ (۳۱)، ۲۷-۵۳. http://raj.smc.ac.ir/article_8225.html
- سالاری، فری؛ مرضیه؛ دشت‌بزرگی، زهرا و جدیدی، محسن (۱۴۰۱). مقایسه اثربخشی آموزش روانشناختی ایماگو تراپی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهبود الگوهای ارتباطی زوجین متقاضی طلاق. *رویش روانشناسی*، ۱۱ (۸)، ۷۹-۹۰. <http://frooyesh.ir/article-1-3688-fa.html>
- فرضی، فرنوش؛ بی‌آزار، گلاره؛ هریالچی، کتایون؛ غضنفر تهران، سمانه؛ چائی بخش، یاسمن و نعمت‌اللهی ثانی، مونا (۱۳۹۵). *شارکوت ماری توت*. نشریه جراحی ایران، ۲۴ (۴)، ۸۱-۸۶. http://www.ijs.ir/library/upload/article/af_385638310%20Charot%20Mary-Dr.Farzi%201946.pdf
- قاسم‌پور، عبدالله؛ سوره، جمال و سیدتازه کند، میرتوحید (۱۳۹۱). پیش‌بینی اضطراب مرگ براساس راهبردهای تنظیم‌شناختی هیجان. *دانش و پژوهش در روانشناسی کاربردی*، ۱۳ (۲)، ۶۳-۷۰. https://jsr-p.isfahan.iau.ir/article_533827.html?lang=fa
- کجباف، محمدباقر؛ قاسمیان‌نژاد جهرمی، علی‌نقی و احمدی‌فروشان، سیدحسین‌اله (۱۳۹۶). تأثیر گروه‌درمانی معنوی و وجودی بر میزان افسردگی، اضطراب مرگ و باور به ادامه حیات پس از مرگ با تکیه بر گزارش‌های افراد تجربه‌کننده مرگ در دانشجویان. *دانش و پژوهش در روانشناسی کاربردی*، ۱۶ (۴)، ۱۳-۴. https://jsr-p.isfahan.iau.ir/article_533985.html?lang=en

- Babakhani, V. (2019). The effectiveness of mindfulness skills training on adjustment and mental health of students. *Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal (RRJ)*, 8(5), 171-178. <http://frooyesh.ir/article-1-1051-fa.html>
- Bai, Z., Luo, S., Zhang, L., Wu, S., & Chi, I. (2020). Acceptance and commitment therapy (ACT) to reduce depression: A systematic review and meta-analysis. *Journal of affective disorders*, 260, 728-737. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.09.040>
- Chaudhury, S., Bakhla, A. K., & Saini, R. (2016). Prevalence, impact, and management of depression and anxiety in patients with HIV: A review. *Neurobehavioral HIV Medicine*, 7(1), 15-30. <https://doi.org/10.2147/NBHIV.S68956>
- Esmaili, L., Amiri, S., Reza Abedi, M., & Molavi, H. (2018). The effect of acceptance and commitment therapy focused on self-compassion on social anxiety of adolescent girls. *Clinical Psychology Studies*, 8(30), 117-137. https://jcps.atu.ac.ir/article_8605_en.html?lang=fa
- Farzi F., Biazar G., Haryalchi K., Ghazanfar Tehran S. Chaibakhsh Y., Nematollahi Sani M (2016). Charcot Marie Tooth. *Iranian Journal of Surgery*, 24 (4), 81-86. http://www.ijs.ir/library/upload/article/af_385638310%20Charot%20Mary-Dr.Farzi%201946.pdf
- Gailliot, M. T., Schmeichel, B. J., & Baumeister, R. F. (2006). Self-regulatory processes defend against the threat of death: Effects of self-control depletion and trait self-control on thoughts and fears of dying. *Journal of personality and social psychology*, 91(1), 49. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.91.1.49>
- Ghasempour, A. Sooreh, J., Seid Tazeh Kand, M.T. (2012). Predicting Death Anxiety on The Basis of Emotion Cognitive Regulation Strategies. *Knowledge & Research in Applied Psychology*, 13(2), 63-70. https://jsr-p.isfahan.iau.ir/article_533827.html?lang=fa
- Hayes, S. C., Levin, M. E., Plumb-Villardaga, J., Villatte, J. L., & Pistorello, J. (2013). Acceptance and commitment therapy and contextual behavioral science: Examining the progress of a distinctive model of behavioral and cognitive therapy. *Behavior therapy*, 44(2), 180-198. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2009.08.002>
- Heidari, H., Rouhani Rassaf, J., & Kardoost Fini, K. (2014). The position of spirituality & peak experiences in Abraham Maslow's viewpoints.

- Religious Anthropology*, 11(31), 27-53.
http://raj.smc.ac.ir/article_8225.html
- Izadi, R & Abedi, M.R (2013). *Acceptance commitment therapy ACT*. Jungle Publications.
- Kajbaf, M. B., Ghasemiannejad Jahromi, A., & Ahmadi Forushani, S. H. (2017). The effectiveness of spiritual and existential group therapy on the rates of depression, death anxiety and afterlife belief among students: A study based on the reports of people with death experience. *Knowledge & Research in Applied Psychology*, 16(4), 4-13.
https://jsr-p.isfahan.iau.ir/article_533985.html?lang=en
- Keyes, C. L. (2002). The mental health continuum: From languishing to flourishing in life. *Journal of health and social behavior*, 207-222.
<https://doi.org/10.2307/3090197>
- Öst, L. G. (2014). The efficacy of acceptance and commitment therapy: an updated systematic review and meta-analysis. *Behaviour research and therapy*, 61, 105-121.
<https://doi.org/10.1016/j.brat.2014.07.018>
- Pleger, M., Treppner, K., Diefenbacher, A., Schade, C., Dambacher, C., & Fydrich, T. (2018). Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy compared to CBT+: Preliminary results. *The European Journal of Psychiatry*, 32(4), 166-173.
<https://doi.org/10.1016/j.ejpsy.2018.03.003>
- Pyszczynski, T., Greenberg, J., Solomon, S., Arndt, J., & Schimel, J. (2004). Why do people need self-esteem? A theoretical and empirical review. *Psychological bulletin*, 130(3), 435.
<https://doi.org/10.1037/0033-2909.130.3.435>
- Salarifar, M., Dasht Bozorgi, Z., & Jadidi, M. (2022). Comparing the Effectiveness of Imagotherapy Psychological Training and Acceptance and Commitment Therapy on Improving the Communication Patterns of Couples Seeking Divorce. *Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal (RRJ)*, 11(8), 79-90. <http://frooyesh.ir/article-1-3688-fa.html>
- Shapiro, S. L., Carlson, L. E., Astin, J. A., & Freedman, B. (2006). Mechanisms of mindfulness. *Journal of clinical psychology*, 62(3), 373-386.
<https://doi.org/10.1002/jclp.20237Y>
- Weems, C. F., Russell, J. D., Neill, E. L., Berman, S. L., & Scott, B. G. (2016). Existential anxiety among adolescents exposed to disaster: Linkages among level of exposure, PTSD, and depression symptoms. *Journal of traumatic stress*, 29(5), 466-473.
<https://doi.org/10.1002/jts.22128>
- Yalom, I. D. (2002). *The gift of therapy: An open letter to a new generation of therapists*. New York: Harper Collins.