

دانش و پژوهش در روان‌شناسی
دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان (اصفهان)
شماره نوزدهم و بیستم - بهار و تابستان ۱۳۸۳
صص ۲۰ - ۱

مقایسه اثربخشی چهار روش رفتاری - شناختی، دارویی، تلفیقی و دارونما در درمان اختلال اضطراب تعمیم‌یافته*

حسن احدی^۱ - علی دلاور^۲

حسین آزاد^۳ - شهنام ابوالقاسمی^۴

چکیده

به منظور مقایسه اثربخشی چهار روش رفتاری - شناختی، دارویی، تلفیقی (رفتاری - شناختی + دارویی) و دارونما در درمان اختلال اضطراب تعمیم‌یافته، ۴۰ بیمار مبتلا به این اختلال به صورت غربالگری از میان مراجعه‌کنندگان به مراکز درمانی و مشاوره انتخاب و به صورت تصادفی در چهار گروه درمانی ۱۰ نفری قرار گرفتند.

تعداد جلسات درمانی برای گروه رفتاری - شناختی و تلفیقی ۱۲ تا ۱۵ جلسه یکساعته و هفته‌ای دو جلسه، برای گروه دارویی و دارونما توضیح

*- این مقاله برگرفته از رساله دکتری روان‌شناسی واحد علوم و تحقیقات تهران می‌باشد، تهران، پاییز ۱۳۸۲.

۱- استاد دانشگاه علامه طباطبایی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی

۲- استاد دانشگاه علامه طباطبایی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی

۳- استاد روان‌شناسی دانشگاه علامه طباطبایی

۴- استادیار دانشگاه آزاد اسلامی واحد تنکابن

داده شد که باید دو ماه هیچ دارویی غیر از داروی تجویز شده مصرف نکند و هر دو هفته یک بار مراجعه نمایند و طول هر جلسه آنها ۲۰ الی ۳۰ دقیقه بود. با توجه به متون پژوهشی مربوط به اختلال اضطراب تعمیم‌یافته که نشان‌دهنده اثربخش‌تر بودن روشهای درمانی تلفیقی نسبت به روشهای انفرادی می‌باشد، فرضیه‌هایی در همین راستا تدوین گردید. نتایج تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از تحلیل واریانس یکطرفه نشان داد که در سطح ۰/۰۵ مقدار F در بین میانگین چهار گروه معنادار بوده و چهار روش با یکدیگر در کاهش اضطراب تفاوت معنادار داشتند، اما اثربخشی بیشتر روش تلفیقی در مقایسه با سه روش دیگر (رفتاری - شناختی، دارویی، دارونما) تأیید نگردید. در نتیجه هر دو فرضیه رد شد. اما مشخص شد که در کاهش اضطراب، روش تلفیقی و رفتاری - شناختی به یک میزان، روش تلفیقی بیشتر از روش دارویی و دارونما و روش دارویی بیشتر از دارونما اثربخش بوده‌اند. کلید واژه‌ها: درمان رفتاری - شناختی، درمان دارویی، درمان تلفیقی (رفتاری - شناختی + دارویی)، دارونما، اختلال اضطراب تعمیم‌یافته.

مقدمه

اهمیت اضطراب در زندگی عصر حاضر را نویسندگانی چون کاموس^۱ (۱۹۷۴) که دوران ما را «قرن ترس» نامیده است و آدن^۲ (۱۹۴۷)، در شعر خود تحت عنوان «عصر اضطراب» به خوبی مطرح کرده‌اند. اضطراب مفهوم جدیدی نیست، حتی در آثار مصر باستان نیز از آن سخن رفته است. نویسندگان قرون وسطی وجود اضطراب را در همه جا یکی از شرایط اصولی و اولیه زندگی انسان تلقی می‌کردند. رولو می^۳ (۱۹۵۰) وجود مضمون اضطراب در ادبیات، موسیقی، هنر، مذهب و فلسفه را در کتاب «معمای اضطراب» مطرح کرده است. روانپزشکان و روان‌شناسان نیز مفهوم اضطراب را به عنوان نشانه‌ای از ناراحتی‌های عصبی معرفی کرده‌اند (نقل از بک، ۱۹۷۶).

اضطراب هیجان ناخوشایندی است که با اصطلاحاتی نظیر نگرانی، دلشوره، وحشت و ترس بیان می‌شود و با درجات مختلفی بروز می‌کند، بنابراین اضطراب که نوعی احساس ترس و ناراحتی بی دلیل است، نشانه بسیاری از اختلالات روان‌شناختی

محسوب می‌شود که اغلب با رفتارهای دفاعی مانند فرار از یک موقعیت ناخوشایند یا انجام یک عمل طبق نظم و آیین معین کاهش می‌یابد (آزاد، ۱۳۷۴).

لانگ (۱۹۶۸) معتقد است که اضطراب یک سازه فرضی است و ترکیبی از تظاهرات جسمی و روانی را به دنبال دارد که قابل انتساب به خطرات واقعی نیستند و به صورت دوره‌ای یا مستمر بروز می‌کنند. در این میان اختلال اضطراب تعمیم‌یافته^۱ اختلالی پیچیده و ناتوان‌کننده است که از دیرباز مورد توجه قرار گرفته است، این اختلال در زمره اختلالات اضطرابی قرار دارد (نقل از ساراسون و ساراسون، ۱۳۷۳).

اختلال اضطراب تعمیم‌یافته غالباً اضطراب وسیع و همه‌جانبه‌ای بدون احساس خطر آشکار است که گاهی اوقات تحت عنوان اضطراب موج آزاد^۲ نامیده می‌شود (هاوتون، سالکوسکیس، کیرک و کلارک، ۱۹۹۰، ۱۳۸۰).

بر اساس چهارمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی، انجمن روانپزشکی آمریکا^۳ (۱۹۹۴)، اختلال اضطراب تعمیم‌یافته، اختلال مزمن (طولانی‌تر از شش ماه) و مشخص با اضطراب و تشویش غیرمعقول یا مفرط در مورد دو یا چند موقعیت زندگی است. بیماران مبتلا به اختلال اضطراب تعمیم‌یافته به نظر می‌رسد که در مورد هر چیز دچار اضطراب بیمارگونه هستند. خصوصیت اصلی این اختلال، اضطراب فراگیر و مداومی است که حداقل به مدت یک ماه به طول می‌انجامد، هر چند که گاهی سالها دوام پیدا می‌کند. این بیماران اغلب به شدت و به طور دائم دچار اضطراب هستند و اضطراب آنها از حد واکنش به فشارهای روانی روزمره فراتر رفته و در کارآیی عادی آنها اختلال ایجاد می‌نماید. این بیماران اغلب افسردگی خفیفی نیز دارند و به درجات مختلف در عملکرد شغلی و اجتماعی ناتوانی نشان می‌دهند (کاپلان و سادوک، ۱۹۸۸، ۱۳۶۸). هر چند ممکن است این اختلال از اواسط تا اواخر دهه سوم عمر شروع شود، اما به طور کلی شروع اولیه آن از اوایل نوجوانی به بعد به صورت تدریجی می‌باشد. مطالعات متعدد وجود اختلال اضطراب تعمیم‌یافته در ۲ تا ۵ درصد کل جمعیت را نشان می‌دهد. شیوع این اختلال در طول زندگی بین ۱/۴ تا ۶/۶ درصد می‌باشد که بیشتر از شیوع دیگر اختلالات اضطرابی است (گلیاتو، ۲۰۰۰).

1- Generalized Anxiety

2- Free-floating anxiety

3- Diagnosis and Statistical Manual of mental Disorders (DSM-IV)

در میان اختلالات اضطرابی، اختلال اضطراب تعمیم‌یافته در سالهای اخیر توجه فزاینده‌ای را به خود معطوف داشته است. از آنجا که اختلال اضطراب تعمیم‌یافته، اختلالی مقاوم به درمان محسوب می‌شود، تنها در دهه‌های اخیر است که اقدامات نسبتاً مؤثری برای مقابله با آن معرفی شده است (ساراسون و ساراسون،^۱ ترجمه نجاریان و همکاران، ۱۳۷۶).

برای کنترل علائم اختلال اضطرابی توجه به درمان آنها نیز ضروری است. به‌طور کلی براساس مطالعات صورت گرفته روشهای رفتاری - شناختی، داروهای ضد اضطراب و ضد افسردگی‌های سروتونرژیک مؤثرترین راههای درمانی بوده‌اند (کاپلان و سادوک، ۱۹۸۸، ۱۳۶۸).

گفته می‌شود اختلال اضطراب تعمیم‌یافته در ارتباط با افکار و شناختها (بک، امری^۲ و گرین برگ،^۳ ۱۹۸۵) و احساسات بدنی (کلارک و همکاران ۱۹۹۷) بروز می‌کنند. بنابراین تا جایی که افکار ناسازگار در ایجاد این حالتها نقش دارند درمان شناختی بک یک روش منطقی است و تا میزانی که فعالیت شدید فیزیولوژیک دخیل است، تکنیک‌های آرام‌سازی، کاربرد دارند (بورکوک و اینز، ۱۹۹۰) و برای همین درمان چند جنبه‌ای توصیه می‌شود (دورهام و توری، ۱۹۸۷).

استفاده از بنزودیازپین‌ها، وقفه‌دهنده‌های بتا و داروهای ضد افسردگی سه حلقه‌ای^۴ متداولترین داروهایی هستند که به‌عنوان شقی در برابر درمان رفتاری - شناختی کاربرد دارند. گرچه استفاده کوتاه مدت از بنزودیازپین‌ها ممکن است در درمان نسبی بحران هیجانی حاد سودمند باشد؛ اما به نظر می‌رسد که در درمان پایدارتر، چندان ارزشی نداشته باشد (هاوتون، سالکوسکیس، کیرک و کلارک، ۱۹۹۰).

روشهای درمانی رفتاری - شناختی در درمان حالت‌های اضطرابی در تعدادی از مطالعات تک‌موردی به‌کار گرفته شده‌اند (هولون و نجاویتز، ۱۹۸۸؛ وادل، بارلو و همکاران، ۱۹۸۴؛ کلارک و همکاران، ۱۹۹۷؛ بک، ۱۹۸۵).

در درمان اختلال اضطراب تعمیم‌یافته از روشهای تلفیقی نیز استفاده می‌گردد.

1- Sarason and Sarason
4- Tricyclic antidepressants

2- Emery

3- Greenberg

داروها و رفتاردرمانی به طور سنتی در درمان اضطراب تعمیم یافته مورد استفاده قرار می گیرد. هر چند برخی از طرفداران رفتاردرمانی مصرانه معتقدند که داروها درمان این اختلال را مختل می سازد، ولی اکثر شواهد موجود حاکی است که این دو روش درمانی تقویت کننده هم هستند. تحقیقات متعدد نشان دهنده تأثیر درمانهای ترکیبی است. ترکیب درمانهای آموزش کنترل اضطراب با بازسازیهای شناختی و یا بازخورد زیستی موفقیت زیادی داشته است. همچنین ترکیب درمانهای دارویی با رفتاردرمانی در پژوهش های مختلف به اثبات رسیده است.

پژوهش فریلینگ و همکاران (۱۹۷۹) در مورد ۵۷ آزمودنی مبتلا به اختلال اضطراب تعمیم یافته نشان داده است که درمان رفتاری - شناختی در مقایسه با درمان رفتاری برتری دارد.

پژوهش لیندزی، گامسو، مکولین و همکاران (۱۹۸۷) به منظور بررسی تأثیر نسبی درمان آموزش کنترل اضطراب در مقایسه با دارودرمانی (بنزودیازپین) و گروه گواه نشان داده است که سریعترین و بیشترین میزان بهبود اضطراب در گروهی بود که دارو مصرف می کردند، با این حال این نتایج با پیشرفت درمان کاهش پیدا می کرد و در پایان درمان به حداقل رسید.

در پژوهش دیگری بلاورز، کوب و متیوز (۱۹۸۷)، ۳۰ بیمار مبتلا به اختلال اضطراب تعمیم یافته را به طور تصادفی در معرض سه روش درمانی؛ شناختی و دارویی، آموزش کنترل اضطراب و دارویی و دارودرمانی صرف قرار دادند. تمام گروهها در جریان درمان بهبود نشان دادند. ولی گروههایی که به صورت تلفیقی درمان شدند، علائم افسردگی، اضطراب و شناختهای منفی نسبتاً کمتری را نسبت به گروه دارودرمانی نشان دادند.

یافته های پژوهش های انجام شده در درمان اختلالات اضطرابی نشان می دهد که روش درمان دارویی تأثیر سریع در کاهش میزان اضطراب و علائم وابسته دارد، ولی از سوی دیگر روشهای درمان رفتاری، شناختی، رفتاری - شناختی و روشهای غیر دارویی دیگر در درازمدت تأثیر درمانی بیشتری در درمان اختلالات اضطرابی دارد. با رشد رویکرد شناختی و تلفیق این روش با روشهای رفتاری و دارویی، تأثیر درمانی روشهای تلفیقی نسبت به روشهای درمانی انفرادی در پژوهش های مختلف (همچون پژوهش های لیندزی، گامسو، بلاورز و دیگران) تأیید گردیده است.

با توجه به اهمیت مسأله اضطراب و شیوع بالای آن، می‌توان اهداف پژوهش حاضر را به‌طور اختصاصی، به‌صورت زیر ذکر کرد:

- مقایسه و تعیین اثربخشی روشهای درمان رفتاری - شناختی، دارویی، تلفیقی و دارونما در درمان اختلال اضطراب تعمیم‌یافته طی دوره درمان.

- مقایسه و تعیین اثربخشی روشهای درمان رفتاری - شناختی، دارویی، تلفیقی و دارونما در درمان اختلال اضطراب تعمیم‌یافته پس از پایان درمان یعنی ارزیابی پیگیری.

با توجه به زمینه‌های نظری و پژوهشی اختلالات اضطرابی و پاسخگویی به سؤالات پژوهشی و نیز لزوم واریسی پژوهشهای انجام شده در کشورهای دیگر و کشور ما، پژوهش حاضر به آزمون فرضیه‌های زیر می‌پردازد:

۱- روش درمان تلفیقی (رفتاری - شناختی + دارویی) بیشتر از روشهای رفتاری - شناختی، دارویی و دارونما به‌صورت جداگانه در پایان دوره درمان موجب کاهش میزان اضطراب بیماران مبتلا به اختلال اضطراب تعمیم‌یافته می‌گردد.

۲- روش درمان تلفیقی (رفتاری - شناختی + دارویی) بیشتر از روشهای رفتاری - شناختی، دارویی و دارونما به‌صورت جداگانه در ارزیابی پیگیری موجب کاهش میزان اضطراب بیماران مبتلا به اختلال اضطراب تعمیم‌یافته می‌گردد.

روش

جامعه آماری پژوهش حاضر مراجعین مؤنث و مذکر اعم از متأهل و مجرد به چند مطب روانپزشکی شهرستانهای تنکابن و چالوس، مرکز مشاوره و روان‌درمانی دانشگاه آزاد اسلامی واحد تنکابن، مرکز مشاوره بنیاد شهید شهرستانهای چالوس و نوشهر می‌باشد. نمونه این پژوهش شامل ۴۰ بیمار مبتلا به اختلال اضطراب تعمیم‌یافته بوده که از افراد در دسترس و مراجعه‌کننده به‌صورت غربالگری انتخاب و به شیوه تصادفی در چهارگروه درمانی ۱۰ نفری گنجانده شدند. آزمودنیها از هر دو جنس و مجرد و متأهل بوده و در فاصله سنی ۱۹ تا ۴۰ سال قرار داشتند. حداقل تحصیلات آزمودنیها سوم راهنمایی و حداکثر لیسانس بوده و به دلیل نیاز به پاسخگویی به پرسشنامه‌ها و انجام تکالیف خانگی، افرادی که کمتر از این مقدار سواد داشتند، از نمونه حذف شدند. جدول توصیفی زیر وضعیت جمعیت شناختی آزمودنیها را در چهارگروه درمانی نشان می‌دهد.

جدول ۱- میانگین و انحراف معیار خصوصیات جمعیت شناختی آزمودنیها

| خصوصیات جمعیت شناختی گروههای درمانی | تعداد | مذکر مؤنث | میانگین | انحراف میانگین و انحراف معیار سن | میانگین و انحراف معیار تحصیلات (به سال) | مدت ابتلا (به ماه) | میانگین و انحراف معیار |
|--|-------|-----------|---------|----------------------------------|---|--------------------|------------------------|
| رفتاری - شناختی | ۱۰ | ۲ | ۸ | ۲۱/۵ | ۲/۰۶ | ۱۲/۳ | ۱/۳۳ ۱۴/۳ ۱/۵ |
| دارویی | ۱۰ | ۳ | ۷ | ۳۲/۲ | ۷/۱۱ | ۱۰/۴ | ۱/۵ ۲۰/۹ ۱/۴ |
| تلفیقی (رفتاری - شناختی + دارویی) | ۱۰ | ۲ | ۸ | ۳۱/۵ | ۹/۲ | ۱۱/۲ | ۳/۶ ۱۹/۳ ۲/۷۵ |
| دارونما | ۱۰ | ۴ | ۶ | ۲۵/۷ | ۷/۸۱ | ۱۲/۳ | ۰/۴۸ ۱۵ ۲/۸۶ |
| کل | ۴۰ | ۱۱ | ۲۹ | ۲۷/۷۲ | ۸/۱۳ | ۱۱/۵۵ | ۲/۱۵ ۱۷/۳۷ ۳/۹۸ |

مطابق جدول ۱ به علت گمارش تصادفی آزمودنیها در چهار گروه درمانی، اختلاف مشاهده شده در هر یک از خصوصیات جمعیت شناختی ناشی از شانس (تصادف) بوده و نیازی به همتا کردن آزمودنیها در رابطه با خصوصیات جمعیت شناختی نیست. طرح این پژوهش از نوع نیمه آزمایشی براساس اندازه گیری مکرر بوده و سعی دارد تأثیر جداگانه و تلفیقی چهار عامل رفتاری - شناختی، دارویی، تلفیق آنها و دارونما را به صورت تجربی مورد بررسی قرار دهد. متغیر مستقل شامل چهار روش درمان و متغیر وابسته، میزان اضطراب بیماران بود. ابزار پژوهش: روش گردآوری اطلاعات به صورت بالینی یعنی استفاده از مصاحبه نیمه سازمان یافته و ۲ پرسشنامه است. دو پرسشنامه شامل مقیاس خودسنجی اضطراب^۱ و بلیام زونگ^۲ و پرسشنامه اضطراب آشکار تایلور برای ارزیابی اضطراب می باشد. بنابراین برای هر آزمودنی در هر بار اندازه گیری جمعاً ۲ نمره به دست آمد یا به عبارتی ۲ نمره در پیش آزمون، ۲ نمره در پس آزمون و ۲ نمره در آزمون پیگیری. برای تجزیه و تحلیل داده ها از شکل ساده شده تجزیه و تحلیل واریانس لیندکوئیست^۳ (براساس اندازه گیری مکرر) استفاده شده که ابتدا میانگین نمرات

1- Self-Assessment Anxiety Scale (S.A.S)

2- William W.K.Zung

3- Lindquist

اختلافی (D_1) پیش‌آزمون و پس‌آزمون چهار گروه درمانی در متغیر وابسته اضطراب از طریق تجزیه و تحلیل واریانس یکطرفه بررسی شد که در صورت معنادار شدن نسبت F ، از آزمون تعقیبی توکی برای مشخص شدن تفاوت جفت میانگین‌های گروه‌های درمانی استفاده گردید. به همین ترتیب قسمت دوم تجزیه و تحلیل واریانس یکطرفه مربوط به مقایسه میانگین‌های نمرات اختلافی (D_2) پس‌آزمون و آزمون پیگیری چهار گروه درمانی در متغیر وابسته بوده که باز هم در صورت معنادار شدن نسبت F ، از آزمون توکی برای مقایسه جفت میانگین استفاده گردید.

تعداد جلسات درمانی برای گروه رفتاری - شناختی و تلفیقی به استثنای جلسات مصاحبه اولیه و پیش‌آزمون، پس‌آزمون و آزمون پیگیری ۱۲ تا ۱۵ جلسه یک‌ساعته و هفته‌ای دو جلسه بود و علاوه بر جلسات درمانی تمرینات خانگی نیز به بیماران داده می‌شد. دستورات درمانی جلسه‌های آموزش کنترل اضطراب بر روی نوار، برگه یا دفترچه ضبط و نوشته می‌شد و در اختیار آنها قرار می‌گرفت. به گروه دارویی و دارونما توضیح داده شد که باید مدت دو ماه هیچ دارویی بجز دارویی که پزشک تجویز می‌کند مصرف نکنند و هر دو هفته یک بار به دیدن روان‌شناس آمده و ضمن تحویل خودسنجی‌ها، توضیحات بیشتری درباره بیماری خود بدهند. داروهای تجویز شده برای گروه دارونما، کپسول‌های پر شده از شکر و برای گروه دارویی و تلفیقی از دسته بنزودیازپین‌ها یعنی کلردیازپوکساید و در موارد شدید اضطراب، دیازپام نیز بود. طول هر جلسه برای دو گروه دارویی و دارونما ۲۰ الی ۳۰ دقیقه بود. شیوه اجرای درمان، انفرادی و بیماران گروه تلفیقی و رفتاری - شناختی مجموعه‌ای از تکنیک‌های رفتاری - شناختی زیر را دریافت می‌کردند:

- ۱- ارائه اطلاعات در رابطه با اضطراب با تأکید بر الگوی رفتاری - شناختی حالات اضطرابی
- ۲- آموزش آرام‌سازی کاربردی
- ۳- شناسایی و اصلاح افکار و نگرش‌های منفی و نامناسب به کمک بحث و گفت‌وگو درباره تجربه هیجانی اخیر، مشخص کردن افکار و فرضیه‌های نامناسب در آن موقعیت و اصلاح افکار و فرضیه‌های نامناسب از طریق چالش کلامی با افکار خودآیند
- ۴- ادامه تکلیف خانگی در فاصله بین جلسات

نتایج

به منظور پاسخگویی به سؤالات و آزمون فرضیه‌های دوگانه، ابتدا میانگین نمرات، انحراف معیار و همچنین میانگین نمرات اختلافی پیش‌آزمون و پس‌آزمون (D_1)، پس‌آزمون و آزمون پیگیری (D_2) در هر بار اندازه‌گیری در هر یک از پرسشنامه‌های دوگانه در جدول ۲ آمده است.

جدول ۲- میانگین، انحراف معیار و اختلاف نمرات چهار گروه درمانی در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و آزمون پیگیری

| پرسشنامه خودسنجی اضطراب زونگ | | پرسشنامه اضطراب آشکار تایلور | | | پرسشنامه‌ها | | گروهها | | | |
|------------------------------|---------|------------------------------|----------------|-----------------|-------------|--------|--------|------|---------------|-----------------------|
| Pre-T* | Post-T* | F-up* | D_1 (Pr-po)* | D_2 (Post-F)* | Pre-T | Post-T | | F-up | D_1 (Pr-po) | D_2 (Post-F) |
| ۲۳/۸ | ۲۳/۱ | ۲۳/۸ | ۱۲/۷ | ۹/۴ | ۲۳/۲ | ۲۴/۷ | ۱۷/۳ | ۸/۵ | ۷/۴ | درمان رفتاری - شناختی |
| ۳/۳ | ۵/۷ | ۳/۳ | ۳/۳ | ۳/۳ | ۵/۵ | ۵/۱۴ | ۴/۸ | | | |
| ۳۷/۵ | ۴۳/۱ | ۳۷/۵ | ۷/۲ | ۵/۵ | ۳۵ | ۲۸/۷ | ۳۲/۲ | ۶/۳ | ۵/۵ | درمان دارویی |
| ۷/۶ | ۶/۳ | ۷/۶ | | | ۳/۴ | ۴/۶ | ۴/۹ | | | |
| ۲۸/۴ | ۳۷/۶ | ۲۸/۴ | ۱۴/۳ | ۹/۲ | ۳۸/۶ | ۲۸/۹ | ۲۰/۸ | ۱۰ | ۸/۱ | درمان تلفیقی |
| ۴/۸ | ۴/۴ | ۴/۸ | | | ۵/۱ | ۵/۴ | ۴/۶ | | | |
| ۴۶/۱ | ۴۷/۲ | ۴۶/۱ | ۰/۲ | ۱/۱ | ۳۳/۶ | ۳۴ | ۳۳/۱ | -۰/۴ | ۰/۹ | دارونما |
| ۶/۵ | ۷/۱ | ۶/۵ | | | ۵ | ۵ | ۴ | | | |
| ۳۳/۹۵ | ۴۰/۲۵ | ۳۳/۹۵ | ۸/۶ | ۶/۳ | ۳۴/۷ | ۲۹ | ۲۳/۶ | ۶/۱ | ۵/۵ | کل |
| ۱۰/۷ | ۷/۹ | ۱۰/۷ | | | ۵/۲ | ۵/۹ | ۷/۴ | | | |

pre-Test پیش‌آزمون
 post-Test پس‌آزمون
 D_1 نمره اختلافی پیش‌آزمون و پس‌آزمون
 D_2 نمره اختلافی پس‌آزمون و آزمون پیگیری
 Follow-up آزمون پیگیری

آزمون فرضیه اول: بخش اول (نتایج بررسی پرسشنامه اضطراب زونگ)

برای آزمون فرضیه اول مبنی بر اینکه «روش درمان تلفیقی (رفتاری - شناختی + دارویی) بیشتر از روشهای رفتاری - شناختی، دارویی و دارونما به صورت جداگانه در پایان دوره درمان موجب کاهش میزان اضطراب بیماران مبتلا به اختلال اضطراب تعمیم یافته می‌گردد»، خلاصه نتایج تحلیل واریانس یکطرفه و آزمون توکی بر روی میانگین نمرات اختلافی پیش آزمون و پس آزمون (D_1) در پرسشنامه اضطراب زونگ در جدولهای ۳ و ۴ آمده است.

جدول ۳- خلاصه نتایج تحلیل واریانس نمرات اختلافی پیش آزمون و پس آزمون پرسشنامه اضطراب زونگ در چهار گروه درمانی پس از پایان درمان دو ماهه

| منبع تغییرات | مجموع مجزورات | درجه آزادی | میانگین مجزورات | فراوانی | سطح معناداری |
|--------------|---------------|------------|-----------------|---------|--------------|
| بین گروهها | ۱۲۱۸/۲ | ۳ | ۴۰۶/۰۶۷ | ۳۰/۲۴۱ | ۰/۰۵ |
| درون گروهها | ۴۳۸/۴ | ۳۶ | ۱۳/۴۲۸ | | |
| کل | ۱۷۰۱/۶ | ۳۹ | | | |

$$F_{0/05}(3 \text{ و } 36) = 2/86$$

به علت معنادار شدن نسبت F محاسبه شده، برای مشخص شدن تفاوت بین جفت میانگین‌ها از آزمون تعقیبی توکی استفاده گردید (جدول شماره ۴).

جدول ۴- مقایسه جفت میانگین‌های نمرات اختلافی پیش آزمون و پس آزمون پرسشنامه اضطراب زونگ در چهار گروه درمانی با استفاده از آزمون توکی

| گروهها | رفتاری - شناخت | دارویی | تلفیقی | دارونما |
|----------------------------------|----------------|---------------|----------------|---------------|
| رفتاری - شناختی ($D_1 = 12/7$) | $(D_1 = 12/7)$ | $(D_1 = 7/2)$ | $(D_1 = 14/3)$ | $(D_1 = 0/2)$ |
| دارویی | $(D_1 = 7/2)$ | $5/5^*$ | $1/6$ | $12/5^*$ |
| تلفیقی | $(D_1 = 14/3)$ | | $7/1^*$ | 7^* |
| دارونما | $(D_1 = 0/2)$ | | | $14/1^*$ |

* نشان‌دهنده تفاوت معنادار بین جفت میانگین‌ها در سطح ۰/۰۵ می‌باشد.

نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد که بین روشهای درمانی چهارگانه در کاهش اضطراب بیماران مبتلا به اختلال اضطراب تعمیم‌یافته طی دوره درمان در پرسشنامه اضطراب زونگ تفاوت معنادار وجود دارد. نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد که به استثنای روشهای درمان تلفیقی و رفتاری - شناختی که تفاوتی با هم ندارند، بقیه روشها در کاهش اضطراب مربوط به پرسشنامه زونگ با یکدیگر اختلاف داشته، ولی اثربخشی بیشتر روش تلفیقی نسبت به سه روش دیگر تأیید نشد.

بخش دوم فرضیه اول (نتایج بررسی پرسشنامه اضطراب آشکار تایلور) برای آزمون بخش دوم فرضیه اول که مربوط به نتایج پرسشنامه اضطراب آشکار تایلور در دوره درمان می‌باشد، خلاصه نتایج تحلیل واریانس یکطرفه و آزمون توکی بر روی میانگین نمرات اختلافی پیش آزمون و پس آزمون (D1) در پرسشنامه اضطراب آشکار تایلور در جدولهای ۵ و ۶ آمده است.

جدول ۵. خلاصه نتایج تحلیل واریانس نمرات اختلافی پیش آزمون و پس آزمون پرسشنامه اضطراب آشکار تایلور در چهار گروه درمانی پس از پایان درمان دو ماهه

| منبع تغییرات | مجموع مجذورات | درجه آزادی | میانگین مجذورات | فراوانی | سطح معناداری |
|--------------|---------------|------------|-----------------|---------|--------------|
| بین گروهها | ۶۳۲/۶ | ۳ | ۲۱۰/۸۶۷ | ۲۳/۳۵۸ | ۰/۰۵ |
| درون گروهها | ۳۲۵ | ۳۶ | ۹/۰۲۸ | | |
| کل | ۹۵۷/۶ | ۳۹ | | | |

$$F_{0/05} (3 \text{ و } 36) = 2/86$$

به علت معنادار شدن نسبت F محاسبه شده، برای مشخص شدن تفاوت بین جفت میانگین‌ها از آزمون تعقیبی توکی استفاده گردید (جدول شماره ۶).

جدول ۶- مقایسه جفت میانگین‌های نمرات اختلافی پیش‌آزمون و پس‌آزمون پرسشنامه اضطراب آشکار تایلور در چهار گروه درمانی با استفاده از آزمون توکی

| گروهها | رفتاری - شناختی | دارویی | تلفیقی | دارونما |
|-------------------------------------|-------------------|-------------------|------------------|--------------------|
| | $\bar{D}_1 = 8/5$ | $\bar{D}_1 = 6/3$ | $\bar{D}_1 = 10$ | $\bar{D}_1 = -0/4$ |
| رفتاری - شناختی ($\bar{D} = 8/5$) | | ۲/۲ | ۱/۵ | ۸/۹* |
| دارویی ($\bar{D}_1 = 6/3$) | | | ۳/۷* | ۶/۷* |
| تلفیقی ($\bar{D}_1 = 10$) | | | | ۱۰/۴* |
| دارونما ($\bar{D}_1 = -0/4$) | | | | |

* نشان‌دهنده تفاوت معنادار جفت میانگین‌ها در سطح ۰/۰۵ می‌باشد.

نتایج جدول ۵ نشان می‌دهد که بین روشهای درمانی چهارگانه در کاهش اضطراب بیماران مبتلا به اختلال اضطراب تعمیم‌یافته طی دوره درمان مربوط به پرسشنامه اضطراب آشکار تایلور تفاوت معنادار وجود دارد. نتایج جدول ۶ نشان می‌دهد که به استثنای روشهای رفتاری - شناختی و دارویی، رفتاری - شناختی و تلفیقی که تفاوتی با یکدیگر ندارند، بقیه روشها در کاهش اضطراب مربوط به پرسشنامه تایلور با هم اختلاف دارند، اما اثربخشی بیشتر روش تلفیقی نسبت به سه روش دیگر تأیید نشد.

آزمون فرضیه دوم: بخش اول (نتایج بررسی پرسشنامه اضطراب زونگ)

برای آزمون فرضیه دوم مبنی بر اینکه «روش درمان تلفیقی (رفتاری - شناختی + دارویی) بیشتر از روشهای رفتاری - شناختی، دارویی و دارونما به صورت جداگانه در ارزیابی پیگیری موجب کاهش میزان اضطراب بیماران مبتلا به اختلال اضطراب تعمیم‌یافته می‌گردد»، خلاصه نتایج تحلیل واریانس یکطرفه و آزمون توکی بر روی میانگین نمرات اختلافی پس‌آزمون و آزمون پیگیری (\bar{D}_2) در پرسشنامه اضطراب زونگ در جدولهای ۷ و ۸ آمده است.

جدول ۷- خلاصه نتایج تحلیل واریانس نمره‌های اختلافی پس‌آزمون و آزمون پیگیری
پرسشنامه اضطراب زونگ در چهار گروه درمانی در ارزیابی پیگیری

| منبع تغییرات | مجموع مجذورات | درجه آزادی | میانگین مجذورات | فراوانی | سطح معناداری |
|--------------|---------------|------------|-----------------|---------|--------------|
| بین گروهها | ۴۵۷ | ۳ | ۱۵۲/۳۳۳ | ۳۶/۷۰۷ | ۰/۰۵ |
| درون گروهها | ۱۴۹/۴ | ۳۶ | ۴/۱۵ | | |
| کل | ۶۰۶/۴ | ۳۹ | | | |

$$F_{0/05} = 2/86 \text{ (} 3 \text{ و } 36 \text{)}$$

به علت معنادار شدن نسبت F محاسبه شده، برای مشخص شدن تفاوت بین جفت میانگین‌ها از آزمون تعقیبی توکی استفاده گردید (جدول شماره ۸).

جدول ۸- مقایسه جفت میانگین‌های نمرات اختلافی پس‌آزمون و آزمون پیگیری پرسشنامه اضطراب زونگ در چهار گروه درمانی با استفاده از آزمون توکی

| گروهها | رفتاری - شناختی | دارویی | تلفیقی | دارونما |
|-----------------|-----------------|---------------|---------------|---------------|
| | $(D_1 = 9/4)$ | $(D_1 = 5/5)$ | $(D_1 = 9/2)$ | $(D_1 = 1/1)$ |
| رفتاری - شناختی | $(D = 9/4)$ | $3/9^*$ | $0/2$ | $8/3^*$ |
| دارویی | $(D_1 = 5/5)$ | | $3/7^*$ | $4/4^*$ |
| تلفیقی | $(D_1 = 9/2)$ | | | $8/1^*$ |
| دارونما | $(D_1 = 1/1)$ | | | |

* نشان‌دهنده تفاوت معنادار بین جفت میانگین‌ها در سطح ۰/۰۵ می‌باشد.

نتایج جدول ۷ نشان می‌دهد که بین روشهای درمانی چهارگانه در کاهش اضطراب بیماران مبتلا به اختلال اضطراب تعمیم‌یافته در ارزیابی پیگیری مربوط به پرسشنامه اضطراب زونگ تفاوت معنادار وجود دارد. همچنین نتایج جدول ۸ نشان می‌دهد که به استثنای روشهای تلفیقی و رفتاری - شناختی که تفاوتی با هم ندارند، بقیه روشها در کاهش اضطراب مربوط به پرسشنامه زونگ با یکدیگر اختلاف داشته، ولی اثربخشی بیشتر روش تلفیقی نسبت به سه روش دیگر تأیید نشد.

نتیجه‌گیری بخش اول فرضیه‌ها

به‌منظور روشن شدن ثبات تأثیر درمانی و روشهای چهارگانه در دوره بعد از درمان، مقایسه‌ای بین میانگین‌های نمرات اختلافی در ارزیابی پایان درمان و پیگیری پرسشنامه اضطراب زونگ به صورت زیر ارائه می‌گردد:

ارزیابی پایان درمان (میانگین نمرات اختلافی پس‌آزمون و آزمون پیگیری)

ارزیابی پایان درمان (میانگین نمرات اختلافی پیش‌آزمون و پس‌آزمون)

رفتاری - شناختی بعد از دوره درمان ($\bar{D}_2 = 9/4$)

رفتاری - شناختی دوره درمان ($\bar{D}_1 = 12/7$)

دارویی بعد از دوره درمان ($\bar{D}_2 = 5/5$)

دارویی دوره درمان ($\bar{D}_1 = 7/2$)

تلفیقی بعد از دوره درمان ($\bar{D}_2 = 9/2$)

تلفیقی دوره درمان ($\bar{D}_1 = 14/3$)

دارونمای بعد از دوره درمان ($\bar{D}_2 = 1/1$)

دارونمای دوره درمان ($\bar{D}_1 = 0/2$)

این نتایج نشان می‌دهد که با اینکه از تأثیر درمانی روشهای سه‌گانه رفتاری - شناختی، دارویی و تلفیقی در دوره بعد از درمان کاسته شده است، ولی همچنان باعث کاهش اضطراب بیماران مبتلا به اضطراب تعمیم‌یافته گردیده‌اند، اما تأثیر درمانی دارونما برخلاف سه روش دیگر در دوره بعد از درمان، افزایش یافته است. لازم به ذکر است که تأثیر درمانی روشهای رفتاری - شناختی و دارویی در دوره بعد از درمان پایدارتر از روش تلفیقی بوده است.

برای آزمون بخش دوم فرضیه دوم که مربوط به نتایج پرسشنامه اضطراب آشکار تایلور در ارزیابی پیگیری می‌باشد، خلاصه نتایج تحلیل واریانس یکطرفه و آزمون توکی بر روی میانگین نمرات اختلافی پس‌آزمون و آزمون پیگیری (\bar{D}_2) در پرسشنامه اضطراب آشکار تایلور در جدولهای ۹ و ۱۰ آمده است.

جدول ۹- خلاصه نتایج تحلیل واریانس نمرات اختلافی پس آزمون و آزمون پیگیری
پرسشنامه اضطراب آشکار تایلور در چهار گروه درمانی در ارزیابی پیگیری

| منبع تغییرات | مجموع مجذورات | درجه آزادی | میانگین مجذورات | فراوانی | سطح معناداری |
|--------------|---------------|------------|-----------------|---------|--------------|
| بین گروهها | ۳۱۵/۲۷۵ | ۳ | ۱۰۵/۰۹۲ | ۳۲/۹۸۴ | ۰/۰۵ |
| درون گروهها | ۱۱۴/۷ | ۳۶ | ۳/۱۸۶ | | |
| کل | ۴۲۹/۹۷۵ | ۳۹ | | | |

$$F_{0/05} = 2/86 \text{ (} 3 \text{ و } 36 \text{)}$$

به علت معنادار شدن نسبت F محاسبه شده، برای مشخص شدن تفاوت بین جفت میانگین‌ها از آزمون تعقیبی توکی استفاده گردید (جدول شماره ۱۰).

جدول ۱۰- مقایسه جفت میانگین‌های نمرات اختلافی پس آزمون و آزمون پیگیری پرسشنامه اضطراب آشکار تایلور در چهار گروه درمانی با استفاده از آزمون توکی

| گروهها | رفتاری - شناختی | دارویی | تلفیقی | دارونما |
|-----------------|-----------------|---------------|---------------|---------------|
| | $(D_1 = 7/4)$ | $(D_1 = 5/5)$ | $(D_1 = 8/1)$ | $(D_1 = 0/9)$ |
| رفتاری - شناختی | $(D = 7/4)$ | $1/9^*$ | $0/7$ | $6/5^*$ |
| دارویی | $(D_1 = 5/5)$ | | $2/6^*$ | $4/6^*$ |
| تلفیقی | $(D_1 = 8/1)$ | | | $7/2^*$ |
| دارونما | $(D_1 = 0/9)$ | | | |

* نشان‌دهنده تفاوت معنادار بین جفت میانگین‌ها در سطح ۰/۰۵ می‌باشد.

نتایج جدول ۹ نشان می‌دهد که بین روشهای درمانی در کاهش اضطراب بیماران مبتلا به اختلال اضطراب تعمیم‌یافته در ارزیابی پیگیری در پرسشنامه اضطراب آشکار تایلور تفاوت معنادار وجود دارد. همچنین نتایج جدول ۱۰ نشان می‌دهد که به استثنای روشهای رفتاری - شناختی و دارویی، رفتاری - شناختی و تلفیقی که اختلافی با هم ندارند، بقیه روشها در کاهش اضطراب مربوط به پرسشنامه تایلور با هم اختلاف دارند، اما اثربخشی روش تلفیقی نسبت به سه روش دیگر تأیید نشد.

نتیجه‌گیری بخش دوم فرضیه‌ها

برای روشن شدن ثبات تأثیر درمانی روشهای درمانی چهارگانه در دوره بعد از درمان، مقایسه‌ای بین میانگین‌های نمرات اختلافی در ارزیابی پایان درمان و پیگیری مربوط به پرسشنامه اضطراب آشکار تایلور به صورت زیر ارائه می‌گردد:

ارزیابی پایان درمان (میانگین نمرات اختلافی) پیش‌آزمون و پس‌آزمون
پس‌آزمون و آزمون پیگیری (میانگین نمرات اختلافی)

| | |
|--|---|
| رفتاری - شناختی دوره درمان ($D_1 = 8/5$) | رفتاری - شناختی بعد از دوره درمان ($D_2 = 7/4$) |
| دارویی دوره درمان ($D_1 = 6/3$) | دارویی بعد از دوره درمان ($D_2 = 5/5$) |
| تلفیقی دوره درمان ($D_1 = 10$) | تلفیقی بعد از دوره درمان ($D_2 = 8/1$) |
| دارونمای دوره درمان ($D_1 = 0/4$) | دارونمای بعد از دوره درمان ($D_2 = 0/9$) |

این نتایج نشان می‌دهد که با اینکه از تأثیر درمانی سه روش رفتاری - شناختی، دارویی، تلفیقی در ارزیابی پیگیری کاسته شده است، اما همچنان باعث کاهش اضطراب بیماران گردیده‌اند و در این میان تأثیر درمانی روشهای رفتاری - شناختی و دارویی پایدارتر از روش تلفیقی بوده است. تنها مورد استثنایی، افزایش تأثیر درمانی دارونما بعد از دوره درمان بوده است.

بحث در یافته‌ها

در پی بررسی فرضیه‌های دوگانه، می‌توان نتایج پژوهش‌های حاضر را به صورت زیر خلاصه نمود.

- ۱- با توجه به نتایج جدولهای ۳ و ۵ که نشان‌دهنده معنادار شدن نسبت فراوانی ($F_{0/05} = 23/358$ و $F_{0/05} = 30/241$) بود، فرضیه اول مبنی بر اثربخشی بیشتر روش تلفیقی نسبت به سه روش دیگر طی دوره درمان تأیید نشد.
- ۲- با توجه به نتایج جدولهای ۷ و ۹ که نشان‌دهنده معنادار شدن نسبت فراوانی ($F_{0/05} = 32/984$ و $F_{0/05} = 36/707$) بود، فرضیه دوم مبنی بر اثربخشی بیشتر روش تلفیقی نسبت به سه روش دیگر در ارزیابی پیگیری تأیید نشد.

۳- روشهای چهارگانه رفتاری - شناختی، دارویی، تلفیقی و دارونما چه در دوره درمان و چه در دوره بعد از درمان باعث کاهش اضطراب بیماران مبتلا به اختلال اضطراب تعمیم یافته گردیده است.

۴- در تمامی بررسیها مشخص شد که روش رفتاری - شناختی به اندازه روش تلفیقی در کاهش اضطراب بیماران مؤثر بود، (نتایج جدولهای ۴، ۶، ۸ و ۱۰) و این یافته‌ها در راستای یافته‌های پژوهشهای گذشته (مطالعه بارلو و همکاران، ۱۹۸۴) بوده و این یافته خوبی برای کاربرد روش رفتاری - شناختی به جای روش تلفیقی می‌باشد.

۵- روش درمان تلفیقی بیشتر از روشهای دارویی و دارونما باعث کاهش اضطراب بیماران مبتلا به اختلال اضطراب تعمیم یافته گردیده (نتایج جدولهای ۴، ۶، ۸ و ۱۰) و این بخش در راستای پژوهش‌های گذشته (مطالعه وادل و همکاران، ۱۹۸۴؛ بارلو و دیگران، ۱۹۸۴؛ هالون و نجاوتز، ۱۹۸۸) می‌باشد.

۶- روش درمان دارویی طی دوره درمان مؤثرتر از دارونما بوده (نتایج جدولهای ۴ و ۶) و این یافته در راستای پژوهش‌های گذشته (مطالعه لیندزی، گامسو، مک‌کولین و هود، ۱۹۸۷؛ دورهام و همکاران، ۱۹۹۴) می‌باشد؛ البته اندک اثر جزئی دارونما احتمالاً ناشی از تأثیر پیش‌آزمون، مراجعه مکرر بیمار و تأثیر القایی می‌باشد.

۷- برخلاف یافته‌های مربوط به مطالعه لیندزی، گامسو، مک‌کولین و هود، ۱۹۸۷؛ عباسی، ۱۳۷۵؛ بخشانی، ۱۳۷۶؛ مبنی بر اثربخشی بیشتر دارو در طول درمان نسبت به روشهای غیردارویی، در پژوهش حاضر مشخص شد که طی دوره درمان نیز روشهای غیردارویی مؤثرتر بوده‌اند (نتایج جدولهای ۴ و ۶).

۸- هر چند از تأثیر درمانی روشهای رفتاری - شناختی، دارویی و تلفیقی طی دوره بعد از درمان (ارزیابی پیگیری) کاسته شده است، ولی به حدی نبوده که بتوان اثربخشی این روشها را در کاهش اضطراب نادیده گرفت، البته باید گفت که افت اثر روش تلفیقی بیشتر از دو روش رفتاری - شناختی و دارویی بوده است (نتیجه گیری از بخش اول فرضیه‌ها). این روشها توانسته‌اند با ایجاد توانایی در بیمار برای کنترل علائم جسمی و روانی اضطراب، کنترل و دفع افکار منفی خودآیند و مهار رفتارهای پرخاشگرانه به علت رشد خودکنترلی، میزان اضطراب را در بیماران کاهش داده است.

۹- روش رفتاری - شناختی چه طی دوره درمان و چه در دوره بعد از درمان در کاهش شدت علائم اضطرابی (نتایج پرسشنامه زونگ) بهتر از روش دارویی عمل می‌کند ولی

هر دو این روشها یعنی رفتاری - شناختی و دارویی هم در دوره درمان و هم بعد از درمان در از بین بردن علائم اضطراب (نتایج پرسشنامه تایلور) دارای اثربخشی یکسانی بوده‌اند (نتایج جدولهای ۶ و ۱۰).

۱۰- تأثیر دارو نسبت به دارونما در کاهش اضطراب نشان می‌دهد که داروهای دسته بنزودیازپین نسبت به مواد غیردارویی و خنثی بر دستگاه عصبی و انتقال‌دهنده‌های شیمیایی تأثیر واقعی داشته، ولی دارونماها بجز تأثیر القایی اندک در کاهش اضطراب (به‌خاطر نوع رنگ، قرص یا کپسول بودن و بزرگی و کوچکی)، نتوانستند تأثیر درمانی مناسب طی دوره درمان و بعد از درمان داشته باشند (نتایج جدولهای ۴، ۶، ۸ و ۱۰).

۱۱- تنها تأثیر درمانی استثنایی مشاهده شده مربوط به افزایش اثربخشی دارونما در دوره بعد از درمان بود که البته چشمگیر نیست (نتیجه‌گیری از بخشهای اول و دوم فرضیه‌ها).

پیشنهادها و محدودیتها

در پایان پیشنهاد می‌گردد که به علت وجود محدودیتهایی همچون حجم کوچک نمونه، دامنه سنی محدود، عدم نمونه‌گیری تصادفی و نبودن گروه گواه سعی گردد در پژوهش‌های آتی این محدودیتها مورد توجه قرار گرفته تا یافته‌های پژوهش حاضر با صحت و سقم بیشتری در اختیار پژوهشگران و درمانگران قرار گیرد.

منابع

- آزاد، حسین. (۱۳۷۴)، آسیب‌شناسی روانی ۱ و ۲، تهران، مؤسسه انتشارات بعثت.
- بک، آرون تی. شناخت درمانی و مشکلات روانی، ترجمه مهدی قراچه‌داغی، (۱۳۶۹)، چاپ اول، تهران، نشر ویس.
- دلاور، علی. (۱۳۸۰)، مبانی نظری و عملی پژوهش در علوم انسانی و اجتماعی، چاپ اول، ویرایش جدید، تهران، انتشارات رشد.
- رخشانی، نورمحمد. (۱۳۷۲)، بررسی اثربخشی رفتاری - شناختی در درمان حالات اضطرابی، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، انستیتوی روانپزشکی، تهران.
- سازاسون، ایروین جی؛ باربارا آر سازاسون. روان‌شناسی مرضی (جلد اول و دوم)، ترجمه بهمن نجاریان و همکاران، (۱۳۷۳)، تهران، انتشارات رشد.

ساعتچی، محمود. (۱۳۷۴)، مشاوره و روان‌درمانی (نظریه‌ها و راهبردها)، تهران، انتشارات نشر ویرایش.

کاپلان، هارولد؛ بنیامین سادوک. (۱۹۸۸)، خلاصه روانپزشکی، ترجمه نصرت‌الله پورافکاری، (۱۳۶۸)، تبریز، انتشارات ذوقی.

هاوتون، کرک؛ سالکووس کیس، کلارک. (۱۹۹۰)، رفتاردرمانی شناختی (راهنمای کاربردی در درمان اختلالهای روانی)، ترجمه دکتر حبیب‌الله قاسم‌زاده، (۱۳۸۰)، تهران، انتشارات ارجمند.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, (1994), *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 4th eds. Washington, D.C. American Psychiatric Association.

BARLOW, D.H., COHEN, A.S., WADDELL, M.T., VERMILYEA, B.B., KLOSKO, J.S., BLANSHARD, E.B., AND DINARDO, P.A. (1984), *Panic and generalized anxiety disorder. nature and treatment*. Journal of Behavior Therapy, Vol. 15, PP. 431-449.

BECK, A.T. (1976), *Cognitive therapy and the emotional disorders*, New York: International Universities Press.

BECK, A.T., EMERY, G. (1985), *Anxiety disorder and phobias: A cognitive perspective*, New York, Basic Books.

BLOWERS, C. COBB, J. MATHEWS, A. (1987). *Generalized anxiety: A controlled treatment study*. Behav, Res, Ther Vol. 25, No 6, PP. 493-502.

BORKOVEC, FOWLES, et al, (1976), *Case History and shorter communication effects of metronome-conditioned relaxation, metronome-induced, relaxation, and progressive muscle relaxation on insomnia*. Behavior-Research and Therapy, Vol 14, PP 165-166.

BORKOVEC, T.D., INZ, J. (1990), *The nature of worry in generalized anxiety disorder: A predominance of thought activity*. Journal of behavior, Research and Therapy. Vol 28. No 2, PP. 153-158.

CLARK D.M, PHIL D, WELLS A. (1997), *Cognitive therapy for anxiety disorders*, In: Diskstein LJ, Riba MB, Oldhan JM, eds. Cognitive therapy. Washington, D.C. American Psychiatric Press, Inc.

DURHAM, R.C., & TURVEY, A.A (1987). *Cognitive therapy VS Behavior therapy in the treatment of chronic general anxiety*. Behavior Research Therapy, Vol. 25, PP 229-234.

- DURHAN RC, MURPHY T, ALLAN T, RICHARD K, TRELIVING LR, FENTON GW, *Cognitive therapy, analytic psychotherapy and anxiety management training for generalised anxiety disorder*. Br J Psychiatry (1994), 165: 312-23.
- FREELING, D. AND et al. (1979), *Case Histories and shorter communications, systematic desensitization, relaxation training and suggestion in the treatment of test anxiety*. Behavior, Research and Therapy, Vol. 14, PP. 309-311.
- GLIATTO, MICHAEL F. (2000), "*Generalized Anxiety Disorder*". American Family Physician.
- HAWTON, K., SALLKOVSKIS, P.M., KIRK, J., AND CLARK, D.M. (1990). *Cognitive behavior therapy for psychiatric Problems, (A-Practical guide)*, New York, oxford university press.
- HOLLON, S.D., & NAJAVITS, L. (1988), *Review of empirical studies of cognitive therapy*. In A.J. Frances & R.E. Hales (Eds), American Psychiatric Press Review of Psychiatry (Vol. 7, PP 643-666). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- LINDSAY, WR. GAMSU, CV, MCIAUGHLIN, E., & et al. (1987). *A controlled trial of treatment for generalized anxiety*. BR-J-Clin-Psychology, Vol, 29, No 1, PP. 3-150.
- TAYLOR, DP. (1988). *Bupirone, a new approach to the treatment of anxiety*, British Journal of Psychiatry, Vol 2, No 9, PP 244-252.
- WADDELL, M.T. BARLOW, D.H., AND OBRIAN, G.T. (1984). *A Preliminary investigation of cognitive and relaxation treatment of generalized anxiety and panic disorder: effect on intense anxiety VS background anxiety*, Behavior Research and therapy, Vol 22, PP. 3-93-402.

وصول: ۸۳/۲/۲۲

پذیرش: ۸۳/۴/۲۳