

## بررسی اثربخشی درمانهای رفتاری- شناختی، شناختی، دارویی و تلفیقی و کاهش علائم اضطراب صفت و حالت

جواد خلعتبری<sup>۱</sup>

### چکیده

این پژوهش با اهداف بررسی اثربخشی درمانهای رفتاری- شناختی، شناختی، دارویی و تلفیقی بر کاهش علائم اضطراب صفت و حالت به مرحله اجرا در آمده است. به منظور دستیابی به هدف پژوهش، از بین مراجعان به مطب روانپزشک و مرکز مشاوره الزهرا که در مجموع ۳۰۰ نفر را تشکیل می‌داده‌اند، ۵۰ نفر که دارای نمرات بالای ۱۱۰ در آزمون اضطراب صفت و حالت اشمیل برگر بودند به عنوان گروه نمونه تحقیق انتخاب شدند. سپس این ۵۰ نفر در پنج گروه درمانی رفتاری- شناختی، شناختی، دارویی و تلفیقی و گروه کنترل جایگزین شدند. بر این اساس متغیر مستقل در پژوهش حاضر روشهای درمانی و متغیر وابسته علائم اضطراب صفت و حالت بوده‌اند. متغیر مستقل که شامل روشهای درمانی بوده طی ۱۷ جلسه درمانی بر روی گروههای درمانی به اجرا در آمده است. فنون و روشهای مورد استفاده در گروههای درمانی- به ترتیب برای درمان رفتاری- شناختی، شامل ارائه اطلاعات در رابطه با اضطراب یا تأکید بر الگوی رفتاری- شناختی حالات اضطرابی، آموزش آرام سازی کاربردی، شناسایی و اصلاح نگرشهای منفی و نامناسب، برای درمان شناختی؛ تعیین انواع خطاهای شناختی و افکار غیر منطقی و تأثیر آن در موقعیتهای مختلف، جایگزین کردن افکار منطقی و ارائه بازخورد به این افکار، برای درمان دارویی، استفاده از بنزودیازپین ها، باسپیرون و باربیتوراتها و برای درمان تلفیقی، ترکیبی از دارو درمانی و فنون شناختی- رفتاری مورد استفاده قرار گرفته است. گروه کنترل طی ۱۷ جلسه هیچگونه مداخله‌ای را دریافت ننمودند. اجرای پس آزمون بر روی گروههای آزمایشی و کنترل، در یک زمان، یعنی یک هفته بعد از اتمام مداخله‌های درمانی انجام شده است. نتایج حاصله با استفاده از تحلیل واریانس یگراه و آزمون تعقیبی توکی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفته است. شواهد حاصل نشان داد که بین اثربخشی روشهای درمانی بر اضطراب صفت تفاوت معنی‌داری ( $F_{4,45} = 122/1, p < 0.01$ ) وجود دارد. آزمون تعقیبی توکی نشان داد که بین درمان رفتاری- شناختی و شناختی ( $p \leq 0.05$ )، بین درمان شناختی و دارویی ( $p \leq 0.05$ )، بین درمان شناختی و تلفیقی ( $p \leq 0.05$ ) و بین درمان شناختی و گروه کنترل ( $p \leq 0.05$ )، همچنین بین درمان رفتاری- شناختی و دارویی ( $p \leq 0.05$ )، بین رفتاری- شناختی و کنترل ( $p \leq 0.05$ ) و همچنین بین درمان دارویی و گروه کنترل ( $p \leq 0.05$ ) و بین درمان تلفیقی و کنترل ( $p \leq 0.05$ ) تفاوت معنی‌داری براساس نمرات افتراقی پیش آزمون و پس آزمون وجود دارد. در موارد رفتاری به شناختی و تلفیقی و دارویی و تلفیقی تفاوت معنی‌دار ( $P > 0.05$ ) به دست نیامد. نتایج تحلیلی آنرا نشان داد که بین گروههای درمانی در اثر بخشی بر روی کاهش علائم اضطراب حالت ( $F_{4,45} = 143/76, p < 0.01$ ) تفاوت معناداری وجود دارد. آزمون تعقیبی توکی نشان داد که بین گروههای درمان شناختی و رفتاری- شناختی ( $P \leq 0.05$ )، شناختی و دارویی ( $P \leq 0.05$ )، شناختی و تلفیقی ( $P \leq 0.05$ )، شناختی و کنترل ( $p \leq 0.05$ ) و همچنین درمان رفتاری- شناختی و تلفیقی ( $p \leq 0.05$ )، رفتاری- شناختی و کنترل ( $p \leq 0.05$ )، دارویی و تلفیقی ( $P \leq 0.05$ )، دارویی و کنترل ( $p \leq 0.05$ ) و تلفیقی و کنترل ( $p \leq 0.05$ ) تفاوت معنی‌داری اثر بخشی بر روی کاهش علائم اضطراب حالت وجود دارد. اما بین درمان رفتاری- شناختی و دارویی در این مورد تفاوت معناداری ( $P > 0.05$ ) به دست نیامد. در مجموع به اضطراب صفت به ترتیب اثربخشتترین روشهای درمانی عبارت بودند از رفتاری- شناختی، تلفیقی، دارویی و شناختی و در اضطراب حالت به ترتیب درمانهای تلفیقی، رفتاری- شناختی، دارویی و شناختی قرار داشتند.

## مقدمه

انسان از دیرباز تلاش کرده است با کلمات و واژه‌های مختلف تمنیات، حالات، احساسات، هیجان‌ات و غلیانهای درونی خویش را ابراز دارد. به همین منظور در هنگام کشمکش درونی از اصطلاحاتی چون دلهره، دلشوره و نگرانی استفاده کرده است که در زبان کنونی روانشناسی، *اضطراب*<sup>۱</sup> نامیده می‌شود. اضطراب حالت هیجانی نامطلوبی است که معمولاً با احساس دردناک و طولانی بیم و نگرانی همراه می‌باشد.

وقتی که پیچیدگی‌ها و فشارهای زندگی را در نظر می‌گیریم، دچار حیرت می‌شویم. حیرت از اینکه انسان عصر حاضر، تا چه اندازه وظایف خود را به نحو احسن انجام می‌دهد. خود را با تغییرات محیط سازگار می‌کند و از پس دشوارترین برخوردها با سایرین برمی‌آید و میان آرزوها، امیال و انتظارات خود از یک طرف و خواسته‌ها و فشارهای بیرونی از طرف دیگر، مصالحه ایجاد می‌کند. ناامیدی‌ها، ناکامی‌ها و انتقادهای بی‌آنکه آسیب بادوامی بر جای بگذارند، جذب می‌شوند.

انسان فعلی مجبور است تن به تصمیم‌گیری‌هایی بدهد که گاه در حکم مرگ و زندگی هستند. از آن مشکل‌تر، انسان زمانه ما باید شرایط به راستی خطرناک را از شرایط به ظاهر خطرناک تمیز دهد. باید میان تهدید واقعی و غیرواقعی تفاوت قایل گردد. اگر انسان نتواند با این کارآیی تحسین برانگیز، تفاوتها و اهمیت‌ها را مشخص کند، زندگی آشفته‌ای پیدا می‌کند و روزگارش در بحران سپری می‌شود. از آن گذشته، اگر نتواند با قوه تصور بالای خود برخورد منطقی داشته باشد، در حالتی از برزخ اسیر می‌شود و نمی‌تواند میان حقیقت و تصاویر و معانی شخصی ناشی از آن تفاوت قایل شود (بک، ۱۹۸۸).

<sup>۱</sup> Anxiety

<sup>۲</sup> Aron Beck

اضطراب که نوعی احساس ترس و ناراحتی بی دلیل است، نشانه بسیاری از اختلالات روانشناختی محسوب می‌شود که اغلب بوسیله رفتارهای دفاعی مانند فرار از یک موقعیت ناخوشایند یا انجام یک عمل طبق نظم و آیین معین کاهش می‌یابد (آزاد، ۱۳۷۴).

اضطراب خواه به تنهایی به صورت علامتی بارز و خواه همراه سایر اختلالات، حالتی است که هسته مرکزی بسیاری از بیماریهای روانی است. وقتی اضطراب ظاهر می‌شود، مفهوم آن، این است که در درون شخص چیزی تعادل روانی را در هم می‌ریزد. (کاپلان و سادوک<sup>۱</sup>، ۱۳۷۱)

اضطراب هیجان ناخوشایندی است که با اصطلاحاتی نظیر نگرانی، دلشوره، وحشت و ترس بیان می‌شود و با درجات مختلفی بروز می‌کند. مهمترین عاملی که براساس نظریه تحلیل روانی علت تمام بیماریهای روانی، محسوب می‌شود، اضطراب است. مفهوم اضطراب در مکتب تحلیل روانی نقش برجسته‌ای دارد. فروید اضطراب را « درد روانی<sup>۲</sup> » نامیده است. یعنی به همان صورت که اگر بدن دچار زخم، التهاب و بیماری گردد اولین نشانه آن به صورت تب ظاهر می‌شود، بنابراین، اگر فرد از نظر روانی دچار مسئله و مشکل شود اولین نشانه آن به صورت اضطراب جلوه گر می‌شود. فروید معتقد است، اضطراب بهایی است که بشر کنونی برای تمدن می‌پردازد (آزاد، ۱۳۷۴).

اضطراب را در واقع همه انسانها تجربه می‌کنند. مضطرب بودن تا اندازه‌ای به عنوان بخشی از یک پاسخ مقابله‌ای طبیعی به مسایل روزمره زندگی در نظر گرفته می‌شود. با این حال، زمانی که اضطراب شدید و یا نامتناسب با

<sup>1</sup> Kaplan and sadok

<sup>2</sup> Psychic pain

موقعیت باشد بعنوان یک اختلال یا مشکل بالینی در نظر گرفته می‌شود ( بلک برن<sup>۱</sup> و دیوید سون<sup>۲</sup>، ۱۹۹۰).

اضطراب حالت هیجانی نامطلوبی است که معمولاً با احساس دردناک و طولانی بیم و نگرانی همراه می‌باشد، سطح معینی از اضطراب نه فقط برای رویارویی با خطر، برنامه ریزی کردن، مطالعه کردن، هوشیار بودن در هنگام امتحان، احتیاط در هنگام رانندگی و... ضروری است، بلکه چنانچه ترس و اضطراب به صورت محدود باقی بماند می‌تواند بسیار مفید و حتی لذت بخش هم باشد، با این حال، در ورای این سطح معین، اضطراب نقش انطباقی خود را از دست می‌دهد و به صورت عامل و مسئول تخریب موقعیت‌ها یا ایجاد حرکات و رفتارهای غیر انطباقی در می‌آید و همراه با رنجی می‌گردد که به زحمت می‌توان آن را تحمل کرد ( بیابانگرد، ۱۳۷۸)

اضطراب صفت<sup>۳</sup> یک ویژگی شخصیتی است که فراوانی و شدت واکنش هیجانی شخص را نسبت به فشار منعکس می‌کند و در بین مردم از این نظر تفاوت آشکاری وجود دارد. اضطراب صفت، در واقع خصیصه شخص است نه ویژگی موقعیتی که با آن روبروست.

اضطراب حالت<sup>۴</sup> یک واکنش هیجانی است که از موقعیتی به موقعیت دیگر تفاوت می‌کند (شریفی ۱۳۷۶ ص ۳۷۶) در واقع قرار گرفتن در معرض فشار روانی ممکن است واکنشهای قابل مشاهده‌ای را موجب شود که به آن اضطراب حالت می‌گوییم. این وضعیت یک حالت هیجانی نامطبوعی است که با نگرانی، تنش و تشویش همراه است. هنگامی که مضطرب می‌شوید، نظام عصبی خود مختار شما فعال می‌شود، ضربان قلبتان بالا می‌رود، ضربان نبض افزایش می‌یابد، کف

<sup>1</sup> Blackburn

<sup>2</sup> Davidson

<sup>3</sup> Trait anxiety

<sup>4</sup> State anxiety

دستها عرق می‌کند، مقدار اضطرابی که شخص تجربه می‌کند، به لحاظی، با شدت محرک ایجاد کننده فشار - آنگونه که شخص آن را درک می‌کند - بستگی دارد. شدت فشار به ارزشیابی فرد از موقعیت بستگی دارد (اشپیل برگر<sup>۱</sup>، ۱۹۷۲).

### پیشینه تحقیق

هرسن<sup>۲</sup> و بارلو<sup>۳</sup> (۱۹۷۶) در پژوهشی نقش آرام سازی نشانه‌ای را در کاهش اضطراب مورد بررسی قرار دادند. نتایج نشان می‌دهد که این تکنیک در کاهش اضطراب، ترس از مار و اضطراب صحبت کردن در جمع مؤثر بوده است. در این پژوهش آرام سازی نشانه‌ای بطور موفقیت آمیز در درمان حملات صرعی بکار برده شد. نتایج نشان می‌دهد که تعداد حملات و اضطراب ناشی از آن کاهش قابل ملاحظه‌ای داشته است. اثرات درمانی قابل انتساب به دارو درمانی تنها نبوده است. این نتایج درمانی سه ماه بعد از پایان درمان حفظ شده بود و تعداد تماس با درمانگر بسیار ناچیز بود.

هاتچینگز<sup>۴</sup>، دنی<sup>۵</sup>، باسگال<sup>۶</sup> و هاوستون<sup>۷</sup> (۱۹۸۰) در پژوهشی ۶۳ آزمودنی مبتلا به اختلال اضطراب تعمیم یافته را به منظور درمان با روش آموزش کنترل اضطراب در گروه‌های مختلف قرار دادند. یک گروه آموزش کنترل اضطراب، گروه دیگر آرام سازی تنها، گروه سوم دارونما و گروه چهارم در شرایط کنترل شده غیر درمانی قرار گرفتند بعد از شش هفته درمان، آموزش کنترل اضطراب منجر به کاهش حالات و خصوصیات اضطرابی شده که توسط خود آزمودنیها گزارش می‌شد و همچنین شناختهای ناسازگارانه در جریان یک فشار روانی آزمایش نیز کاهش یافته بود. در چندین اندازه‌گیری مشخص شد که آزمودنیهایی

<sup>1</sup> Spielberger

<sup>2</sup> Herson

<sup>3</sup> Barlou

<sup>4</sup> Hutchings

<sup>5</sup> Denney

<sup>6</sup> Basgall

<sup>7</sup> Houston

که آموزش کنترل اضطراب را دریافت کرده بودند با آزمودنیهای گروه کنترل، گروه دارونما و گروه آرام سازی صرف متفاوت بودند.

ریم<sup>۱</sup>، مارک<sup>۲</sup>، یوکسل و اشتون (۱۹۸۲) در تحقیقی ۱۲ بیماری را که از اضطراب تعمیم یافته مزمن و نیز حملات هراس شکایت داشتند بطور تصادفی در سه گروه قرار دادند. به جزء گروه کنترل، دو گروه درمانی آموزش کنترل اضطراب طولانی مدت را همراه با خودببینی مثبت و منفی بیشتر از شش هفته دریافت کردند. بیماران در هر دو وضعیت درمانی بهبود یافتند و مخصوصاً در دوره پیگیری تمایل به خود آموزهای مثبت بیشتر از خود آموزهای منفی بود، اما مشخص نشد که این افزایش خود آموزی مربوط به گذشت زمان است یا فرایند درمان عامل آن می باشد. بطور کلی اکثریت بیماران بهبود نسبتاً کمی را نشان دادند.

در پژوهش جانون<sup>۳</sup>، اپنهايمر<sup>۴</sup> و گلدر<sup>۵</sup> (۱۹۸۲) ۲۷ بیمار مبتلا به اختلال اضطراب تعمیم یافته را که تنها تفاوت آنها از نظر طول مدتی بود که در فهرست انتظار برای درمان قرار می گرفتند، بطور تصادفی به سه گروه تقسیم کردند. در پایان درمان کاهش نسبتاً مهمی در سطوح اضطراب مشاهده شد و این بهبودی در طول دوره پیگیری نیز ادامه داشت. مقایسه بین آموزش کنترل اضطراب و وضعیت غیر درمانی نشان داد که تغییراتی که در طول درمان بوجود آمده، اساساً ناشی از تأثیر درمان بوده است تا عوامل دیگر مانند خودنظارتی. با این حال، نتایج قابل بحث می باشد.

<sup>1</sup> Ramm

<sup>2</sup> Mark

<sup>3</sup> Janoun

<sup>4</sup> Opponheimer

<sup>5</sup> Gelder

در پژوهش دیگری لارس - گوران اوست<sup>۱</sup> (۱۹۸۸) اثر بخشی یک تکنیک مقابله‌ای (آموزش کنترل اضطراب) و یک شیوه رفتاری سنتی (آرام سازی پیشرونده، PR) را درمان اختلال هراس مورد بررسی قرار دادند. نتایج نشان می‌دهند که دو شیوه درمانی بهبود قابل ملاحظه‌ای را بوجود آورده‌اند و این بهبود باقی مانده و در دوره بیشتر شده است. مقایسه‌های بین گروهی ۶ تا ۱۱ ماه بعد از درمان نشان می‌دهند که کاربرد آموزش کنترل اضطراب بهتر از آرام سازی عضلانی پیشرونده بوده است. نسبت بهبود بالینی بیماران برای (PR) ۲۸٪ و ۷۵٪ برای درمان (AM) بوده است. و این بهبود در دوره پیگیری ۲۵٪ در مقابل ۱۰۰٪ بوده پیگیری است. بنابر این (AMT) در درمان بیماران مبتلا به اختلال هراس مؤثر بوده است.

مطالعات زیادی بر این مفهوم سازی شناخت - واسطه‌ای از اضطراب تأکید می‌کنند. برای مثال خودگویی<sup>۲</sup>، بطور معنی داری باعث تحریک هیجانی و خلقی می‌شود (سوین و جانسون<sup>۳</sup>، ۱۹۷۳، ریم و لیتواک<sup>۴</sup>، ۱۹۶۹، اسکاکتر<sup>۵</sup>، ۱۹۶۶، ولتن<sup>۶</sup>، ۱۹۶۸).

افرادی که بیش از حد بر پذیرش شخصی - اجتماعی<sup>۷</sup> تأکید داشته و معتقدند طرد شدن<sup>۸</sup> برای آنها فاجعه است، وقتی موقعیت‌های اجتماعی را طرد کننده تصور کنند، مستعد تجربه کردن اضطراب خواهند بود (گلد فرید<sup>۹</sup>، سابوسینسکی<sup>۱۰</sup>، ۱۹۷۵).

<sup>۱</sup> Lars- goran ost

2. Self-verbalization

3. Sevin and janson

4. Rimm and litvak

5. Schacter

6. Velten

7. Personal- social acceptance

8. Rejection

9. Goldfried

10. Sabociniki

نگرانی<sup>۱</sup> (دل مشغولی<sup>۲</sup> و خود ارزشیابی) به طور معنی داری عملکرد کسانی که اضطراب امتحان در آنها بالاست بدتر می‌کند (دیفن باخر<sup>۳</sup>، ۱۹۸۰). اگر ما علاقمند به غلبه بر اختلال اضطرابی باشیم، نیاز است که از هر زاویه و دیدگاه مثبتی که در دسترس ما است، به آن نزدیک شویم. بنابراین، بر سه حیطه اصلی که همه آنها باید در درمان عنوان شود، می‌پردازیم (توماس ا. ریچاردز<sup>۴</sup>، ۲۰۰۱).

اخیرا در پنج مطالعه کنترل شده، تأثیر ترکیبهای مختلفی از روشهای رفتاری و شناختی، مورد بررسی قرار گرفته است. بارلو و همکاران (۱۹۸۴) به این نتیجه رسیده‌اند که بیماران اختلال هراسی و اضطراب تعمیم یافته‌ای که تحت درمان شناختی همراه با آرامش و پس‌خواند الکترومیوگرافیک قرار گرفته بودند، در مقایسه با بیمارانی که نام آنها در فهرست انتظار بود، بهبودی بیشتری - در حد معینی - از خود نشان دادند. باتلر و همکاران (۱۹۸۷) دریافتند که بیماران مبتلا به اضطراب تعمیم یافته‌ای که آموزش کنترل اضطراب داده شده بودند (رویارویی بعلاوه آموزش بازسازی شناختی، توجه برگردانی و آرامش) در مقایسه با افراد گروه کنترل که نام آنها در فهرست انتظار بوده بهبودی بیشتری - در حد معنی دار - پیدا کردند و این بهبودی را تا شش ماه پیگیری، حفظ کردند. دورهام و توروی (۱۹۸۷) به این نتیجه رسیدند که رفتار درمانی و درمان رفتاری - شناختی هر دو در کاهش اضطراب تأثیر دارند: اما شناخت درمانی در حدی نزدیک به حد معنی دار (حاشیه‌ای) مؤثرتر است.

در مطالعه دیگری، وادل<sup>۵</sup> و دیگران (۱۹۸۴) سه بیمار مبتلا به اختلال پانیک را با روش ترکیبی فوق درمان کردند. درمان باعث بهبودی در شدت و مدت

1. Worry

2. Self-preoccupation

3. Diffenbacher

4 Thomas A. Richards

5 Waddle



حملات پانیک شد. بعضی از مؤلفین (مثل هیبرت<sup>۱</sup>، ۱۹۸۴؛ کیر<sup>۲</sup> و دیگران، ۱۹۷۳؛ لوم<sup>۳</sup>، ۱۹۸۱) بین حملات پانیک و هیپر و انتیلاسیون نوعی ارتباط علی کشف کردند. بدنبال این کشف بود که کلارک و دیگران (۱۹۸۵) برنامه‌ای را برای آموزش بیماران پانیک جهت کنترل تنفس طرح ریزی کردند (نقل از مارشال و سگال، ۱۹۸۸).

هالون (۱۹۸۰) گزارش کرد که درمان شناختی در درمان بیماران مبتلا به اضطراب تعمیم یافته با حملات پانیک موفقیت آمیز بوده است. اوایل و دیگران (۱۹۸۴)، نیز به این نتیجه رسیدند که درمان شناختی در سه بیمار مبتلا به اختلال پانیک مؤثر بوده است. کلارک (۱۹۸۶) نیز شش بیمار مضطرب غیر فوبی را با این روش درمان کرد. در این مطالعه همه بیماران بعد از ۸ جلسه درمان بهبودی قابل ملاحظه‌ای را نشان دادند (نقل از کلارک و بک، ۱۹۸۸).

بارلو و دیگران (۱۹۸۴)، در تحقیق خود به این نتیجه دست یافتند که درمان شناختی همراه با آرام سازی و بیوفیدبک باعث بهبودی اختلال پانیک و اضطراب تعمیم یافته می‌شود. کلارک و دیگران (۱۹۸۵)، اثر بخشی کنترل تنفس را در درمان بیماران پانیک مورد پژوهش قرار دادند؛ در پایان دو هفته کاهش مشخصی در فراوانی حملات ظاهر شد. چنین نتایجی را تحقیق سالکوسکیس و دیگران (۱۹۸۶) نیز تأیید کرد. مطالعات دیگری نیز در مورد اثر بخشی درمانهای رفتاری - شناختی در درمان سایر اختلالات اضطرابی انجام شده است (کلارک و بک، ۱۹۸۸).

مایکلسون، مارچيون و گرین والد (۱۹۸۸) درمان شناختی را بصورت گروهی برای درمان اختلال پانیک مورد پژوهش قرار دادند. این تحقیق اثر بخشی شناخت درمانی با مواجهه تدریجی را در درمان اختلال پانیک آشکار

<sup>1</sup> Hibbert

<sup>2</sup> Keer

<sup>3</sup> Lum

ساخت. بطور کلی مایلیکسون و مارچيون تركيب شناخت درمانی؛ مواجهه تدریجی را بهترین روش درمانی برای اختلال پانیک می‌دانند. وودوارد و جونز<sup>۱</sup> (۱۹۸۰)، طی مطالعه‌ای حساسیت‌زدایی منظم، بازسازی شناختی و ترکیب این دو را با یکدیگر و با گروه کنترل مقایسه کردند. در پایان مشخص شد که حساسیت‌زدایی منظم و درمان ترکیبی برتر هستند (بلک برن و دیویدسون، ۱۹۹۱).

دورهام و توروی<sup>۲</sup> (۱۹۸۷)، در درمان ۴۱ بیمار سرپایی که مبتلا به اضطراب تعمیم یافته، بودند، اثر بخشی شناخت درمانی و رفتار درمانی را مورد مقایسه قرار دادند. در این تحقیق، بیماران بطور تصادفی به گروههای رفتار درمانی و یا شناخت درمانی اختصاص یافتند و هر یک از بیماران حداکثر ۱۶ جلسه درمان دریافت کردند. در این روش شناخت درمانی مبتنی بر نظریه‌های بک و امری (۱۹۸۵) بود و رفتار درمانی شامل روشهایی مثل آرام سازی، پرت کردن حواس<sup>۳</sup>، مواجهه تدریجی و استفاده از عبارات مثبت و روشهای مناسب حل مسئله بود، ولی در این روش کوششی برای اصلاح تفکر بعمل نمی‌آمد. در پایان درمان ۶۰-۵۰ درصد موارد در هر گروه بهبودی کامل یا نسبی نشان دادند. در پیگیری شش ماهه نیز مشخص شد که بیماران درمان شده با شناخت درمانی نه فقط این نتایج را حفظ کرده بودند، بلکه اثرات درمانی از آنچه که بود فراتر نیز رفته بود، در حالیکه در گروه رفتار درمانی چنین وضعیتی مشاهده نگردید.

اوست (۱۹۸۸) می‌گوید وقتی که آموزش آرام‌سازی به عنوان یک روش مقابله فعال آموخته می‌شود باعث افزایش توانایی آزمودنیها در اداره و کنترل اضطراب می‌شود. همچنین به آنها اجازه می‌دهد که چرخه بالارونده پانیک، را قطع نمایند.

<sup>۱</sup> Woodward and jones

<sup>۲</sup> Durham and turvey

<sup>۳</sup> Distraction

مایکلسون و همکارانش (۱۹۸۸)، کاهش قابل توجهی را در فراوانی و شدت حملات پانیک بیماران اختلال پانیک از طریق درمان ترکیبی با PDMR و تنفس دیافراگمی مشاهده کردند. در حالیکه ۹۶٪ آزمودنیها، حملات خود بخودی پانیک را قبل از درمان گزارش کردند، ولی بعد از درمان تنها ۲۵٪ آزمودنیها این حالت را گزارش کردند. مطالعات اوست (۱۹۸۷) و مایکلسون و دیگران (۱۹۸۸)، سودمندی مهارتهای آرام سازی و باز آموزی تنفسی را به عنوان روشهای مؤثر درمانی در اختلال پانیک نشان دادند.

بطور کلی بیوفیدبک و آرام سازی (تکنیک مراقبه)، رایجترین تکنیک‌های معطوف به کاهش علایم بدنی هستند. گرچه برخی مطالعات ضعف آموزش بیوفیدبک را را نشان می‌دهند (مثلاً کانتر و دیگران، ۱۹۷۵)، ولی راسکین<sup>۱</sup> و دیگران (۱۹۸۵)، تکنیک آرام سازی تنها راه درمان در درمان اضطراب تعمیم یافته ناکافی می‌دانند (نقل از زین برگ و دیگران، ۱۹۹۲).

بارلو و دیگران (۱۹۸۴)، اثر بخشی مجموعه ای از روشهای شناختی و آرام سازی را روی بیماران GAD در مقایسه با گروه لیست انتظار (WL) مورد پژوهش قرار داده‌اند. نتیجه تحقیق بارلو و همکارانش نه فقط برتری این مجموعه درمانی را در اندازه‌های بالینی نشان داد، بلکه در مقیاسهای سایکو فیزیولوژی نیز این برتری مشاهده شد. بعد از شش ماه نیز مشخص شد که گروه درمانی علاوه بر حفظ نتایج قبلی و بهبودی بیشتری دست یافته است. این یافته‌ها نشان می‌دهند که این بیماران در طی درمان، مهارتهایی را یاد می‌گیرند و بعد از درمان نیز آنها را به کار می‌گیرند.

درمان رفتاری - شناختی بیماران اضطرابی می‌تواند به شکل گروهی نیز عرضه شود. کار کردن در گروه روشی لذتبخش و سوای روش انفرادی است که

بررسی اثر بخشی درمانهای رفتاری-شناختی، شناختی، دارویی و .....  
شکل مؤثر در مداخله درمانی و استفاده درست از زمان می‌باشد (پاول و آنریت،  
۱۹۸۷).

در وهله نخست ثابت شد که بنزودیازپین‌ها بتنهایی نمی‌توانند به عنوان راه  
حلی دراز مدّت در قلمرو درمان اضطراب در نظر گرفته شوند چرا که به هنگام  
قطع دارو، اضطراب بیماران با شدت بیشتری عود می‌کند.

در وهله دوّم باید گفت که گرچه مصرف کوتاه مدّت و محدود بنزودیازپین به  
ایجاد خستگی و اعتیاد منجر نمی‌شود با این حال، مصرف آن به مقدار زیاد و به  
مدت طولانی، نه تنها وابستگی جسمانی را به وجود می‌آورد بلکه دارای پیامدهای  
دیگری مانند خواب آلودگی، فقدان هماهنگی، ضایعاتی در حافظه، افسردگی و  
رفتارهای پرخاشگرانه نیز هست (اپتر<sup>۱</sup>، ۱۹۹۳؛ لادر، ۱۹۹۲؛ استرنج<sup>۲</sup>، ۱۹۹۲).

در وهله سوم، محققان توانستند بر اساس پاره‌ای از پژوهشهای حیوانی نشان  
دهند که استفاده طولانی از بنزودیازپین‌ها می‌تواند توانایی مقابله با تنیدگی را از  
بین ببرد و با گذشت زمان، وابستگی بیشتری نسبت به دارو ایجاد کند (روی  
بایرن<sup>۳</sup> و وینگرسن<sup>۴</sup>، ۱۹۹۲).

مطالعات پیگیری شده اندکی در مورد بررسی درمان طولانی مدت، با مواد ضد  
اضطراب وجود دارد. این مطالعات در کل نشان دادند که مواد ضد اضطراب در  
کنترل سریع GAD نسبتاً مثرتر ثمر هستند (شویزر<sup>۵</sup> و ریکلز<sup>۶</sup>)، به هر صورت،  
میزان عود بیماری مخصوصاً در درمان با بنزودیازپین‌ها بالاست و غالباً به ۵۰٪  
می‌رسد (براون<sup>۷</sup> و دیگران، ۱۹۹۴).

<sup>1</sup> Apter, J.T.

<sup>2</sup> Strenge, P.J

<sup>3</sup> Roy-byne, P.P.

<sup>4</sup> Wingerson

<sup>5</sup> Schwizer

<sup>6</sup> Rickels

<sup>7</sup> Brown

علاوه بر این، اثر بخشی ضعیف درمان با بنزدویازپین شامل خطر بالقوه وابستگی زیاد به آن داروها و در نتیجه افزایش مجدد اضطراب بعلت قطع دارو درمانی می‌باشد (ریکلز و همکاران، ۱۹۸۶). بنابراین، جای تعجب ندارد که تقاضا جهت انتخاب درمان دو شقی نه تنها توسط خود بیماران ابراز می‌گردد، بلکه همچنین توسط رسانه‌های گروهی<sup>۱</sup> و متخصصین همه گیر شناسی<sup>۲</sup> که بر تجویز فزاینده مواد ضد اضطراب و داروهای خواب آور برای بیماران که از اضطراب زیاد رنج می‌برند، اصرار می‌ورزند، نیز مطرح می‌گردد (مقاله بهداشت روانی، ۲۰۰۲).

درمان دارویی باید برای بیماران که اضطراب منجر به صدمه شدید به عملکرد روزانه‌شان می‌شود، مدنظر قرار بگیرد. نتایج مطالعات، در طی مدت بهینه دارودرمانی، درمان سودمندی را برای بیماران مبتلا به GAD نشان نداده است. در حالیکه ۲۵٪ بیماران یک ماه بعد از قطع دارو و ۶۰٪ تا ۸۰٪ پس از یک سال دوباره بیماری‌شان عود کرد، ولی بیمارانی که حداقل ۶ماه تحت درمان بودند کمتر از آنهاییکه برای مدت کوتاهتری درمان شدند، بیماریشان عود کرد (میشل اف. گلیاتو، ۲۰۰۰). پاروکستین (پاکسیل) یک داروی باز دارنده با جذب سروتونین انتخابی (SSRI) برای درمان اختلال اضطراب تعمیم یافته می‌باشد، پاکسیل اولین SSRI و دومین داروی مؤثر بر GAD است که اثراش تأیید شده است (الیزابت مشکاتی<sup>۳</sup>، ۲۰۰۱).

درمان همچنین ناتوانی حاصل از GAD را در کار، مسایل اجتماعی و زندگی خانوادگی کاهش می‌دهد. هدف درمان باید حداقل ۷۰٪ بهبودی در علایم باشد، هر چند که این مقدار در تمامی بیماران ممکن نیست (شیهان، ۲۰۰۱). مطالعه لیندزی<sup>۴</sup>

<sup>1</sup> Media

<sup>2</sup> Epidemiologists

<sup>3</sup> Elizabet Mechcatie

<sup>4</sup> Lindsay

گامسو<sup>۱</sup>، مک کوکین<sup>۲</sup> و هود<sup>۳</sup> از این نظر جالب است که شامل یک گروه از این نظر جالب است که شامل یک گروه از بیمارانی است که با دارو (لورازپام) درمان شده‌اند. شواهد زیادی وجود دارد مبنی بر اینکه مصرف بنزدویازپین‌ها به خاطر ایجاد وابستگی و عادت مطلوب نیستند. بنابراین تعیین کارآمدی نسبی درمانهای روان شناختی و دارو درمانی در درمان اختلالات اضطرابی حائز اهمیت است این مطالعه شامل چهار بیمار بود که مدت حداقل یکسال به اضطراب مزمن مبتلا بودند و به طور تصادفی به چهار گروه تقسیم شدند: درمان رفتاری-شناختی و آرام سازی، آموزش کنترل اضطراب، بنزدویازپین و گروه لیست انتظار غیر درمانی.

لیندزی (۱۹۸۷)، در مطالعه‌ای ۴۰ بیمار مبتلا به اضطراب مزمن را بطور تصادفی به چهار گروه زیر اختصاص داد: ۱- درمان رفتاری-شناختی و آرام سازی ۲- آموزش کنترل اضطراب ۳- بنزدویازپین‌ها ۴- لیست انتظار. در هر یک از دو گروه اول، هشت جلسه درمان یک ساعته دریافت داشتند. در پایان، تحلیل کوواریانس بین سه روش درمانی تفاوت معنی‌داری را نشان نداد، به استثنای اینکه گروه رفتاری-شناختی و بنزدویازپین در پرسشنامه سلامت عمومی<sup>۴</sup> گلدبرگ برتر از گروه آموزش کنترل اضطراب بودند. آزمون t تغییر معنی‌داری را در هفت متغیر وابسته برای گروه رفتاری-شناختی نشان داد، در حالیکه در گروه بنزدویازپینی، دو تغییر و در گروه آموزش کنترل اضطراب، در شش متغیر، تغییر معنی‌داری مشخص گردید. بهبودی گروه آموزش کنترل اضطراب بعد از جلسه هفتم به حداکثر خود رسید ولی گروه رفتاری-شناختی بهبودی مداومی را نشان داد.

<sup>1</sup> Gamus

<sup>2</sup> Mclaughlin

<sup>3</sup> Hood

<sup>4</sup> General health questionait

کلک و دیگران (۱۹۸۵)، گروهی از بیماران اگرافوبیایی را با ایمی‌پرامین درمان کردند و به آنها گفتند که تا زمانیکه سطح دارو در خود نشان به سطح درمان نرسد، از روبرو شدن با موقعیتهای ترس‌آور اجتناب کنند. در حالیکه دو گروه دیگر مواجهه جدی در واقعیت را همراه با ایمی‌پرامین و پلاسبو دریافت می‌داشتند. در پایان درمان به روش دارویی (ایمی‌پرامین) همراه با مواجهه (رویاریوی) مؤثرترین روش بود. و روش دارویی به تنهایی کمترین تأثیر داشت (نقل از مایکلسون و مارچيون، ۱۹۹۱).

کلاسکو و دیگران (۱۹۹۰)، نتایج تحقیقی را گزارش کرده‌اند که اثر بخشی درمان کنترل حملات پانیک (PCT)، شامل بازسازی شناختی، باز آموزی تنفس، آرام سازی، رویاریوی با نشانه‌های بدنی) را با آلپرازولام، پلاسبو و لیست انتظار مورد مقایسه قرار دادند. در پایان ۸۷٪ بیماران PCT از حملات پانیک رهایی یافتند، در حالیکه این میزان برای گروه آلپرازولام ۵۰٪؛ پلاسبو ۳۶٪ و WL ۳۳٪ بود. کلارک و دیگران نیز اثر بخشی درمان شناختی، ایمی‌پرامین، AR و WL را در مورد ۶۴ بیمار مبتلا به اختلال پانیک مورد پژوهش قرار دادند، در این پژوهش سه روش درمان شناختی، ایمی‌پرامین و AR مؤثر تر از WLC بود، بهر حال درمان شناختی از ایمی‌پرامین AR در چند زمینه خودش را مؤثرتر نشان داد (نقل از واین برگ و دیگران، ۱۹۹۲).

بعضی از مطالعات موردی منتشر شده توسط وادل و همکاران (۱۹۸۴) نشان می‌دهد که اصلاح مؤلفه‌های شناختی در اضطراب تعمیم یافته مفید می‌باشد. این مطالعات نشان می‌دهند که کاربرد روشهای مختلف آموزش شناختی در درمان این اختلال مؤثر بوده است، اما درمان ترکیبی (شناختی و آموزش کنترل اضطراب) نتایج بهتری داشته است.

وودوارد<sup>۱</sup> و جونز<sup>۲</sup> (۱۹۸۰) شناخت درمانی، حساسیت‌زدایی منظم و ترکیب این دو درمان و گروه کنترل غیر درمانی را با همدیگر مقایسه کرده‌اند. نتایج نشان می‌دهند که درمان ترکیبی نسبت به عدم درمان و هر درمان به تنهایی در کاهش اضطراب تعمیم یافته موفقیت بیشتری داشته است. حساسیت‌زدایی تدریجی و درمان ترکیبی نسبت به آموزشهای شناختی در کاهش اضطراب روزانه بیماران موفق‌تر بودند.

تحقیق مشابهی توسط بارلو<sup>۳</sup> و همکاران (۱۹۸۴) انجام شده است. شیوه‌های درمانی بیوفیدبک، آموزش کنترل اضطراب و آموزشهای شناختی در مورد این بیماران بکار گرفته شد. گروه کنترل که در لیست انتظار قرار داشتند و یک گروه نیز درمان شناختی و بیوفیدبک و آموزش کنترل اضطراب را به صورت ترکیبی دریافت کردند. نتایج نشان می‌دهند که درمان ترکیبی نسبت به سایر درمانها برتری داشته است، و این برتری و اولویت به متغیرهای متعددی بستگی دارد. بهبود درمانی تا سه ماه بعد از پایان درمان نیز حفظ شده بود. لیندزی، گامسو، مکولین و همکاران (۱۹۸۷) پژوهشی به منظور بررسی تأثیر نسبی درمان رفتاری- شناختی اضطراب انجام دادند. یک گروه آموزش کنترل اضطراب و گروه دیگر درمان بوسیله بنزدویازپین‌ها را دریافت کردند و گروه دیگر آزمودنیهای بهنجار بودند که به عنوان گروه کنترل در لیست انتظار قرار گرفتند. سریعترین و بیشترین میزان بهبود اضطراب در گروهی بود که دارو مصرف می‌کردند. با این حال، این نتایج با پیشرفت درمان کاهش پیدا می‌کرد و در پایان به حداقل رسید. گروهی که درمان روانشناختی دریافت کرده بودند با پیشرفت درمان بهبودی آنها بیشتر می‌شد و تغییرات پایدار و مهم در گروهی مشاهده شد که درمان رفتاری- شناختی دریافت کرده بودند. با این وجود، تفاوتی بین دو گروهی که درمان

<sup>1</sup> Woodward

<sup>2</sup> Jones

<sup>3</sup> Barlow



روان‌شناختی دریافت نمودند، وجود نداشت. به دلیل فقدان بهبود دائمی و پایدار بیشتر از نیمی از کسانی که دارو می‌خورند مجدداً به دنبال درمان رفته و منتظر ارزیابی پیگیری نشدند. بلاورز<sup>۱</sup>، کوپ<sup>۲</sup> و متیوس<sup>۳</sup> (۱۹۸۷) در پژوهشی ۶۶ مراجع مبتلا به اختلال اضطراب تعمیم یافته را بطور تصادفی در شرایط لیست انتظار، مشاوره غیر مستقیم یا ترکیب آموزش کنترل اضطراب و شناخت درمانی کوتاه مدت قرار دادند. در ارزیابی‌های پس از درمان مشخص شد که آموزش کنترل اضطراب تأثیر مهمی بر روی آزمودنیها نداشته است، اما در ارزیابی پس از درمان و پیگیری ۶ ماه بعد از آن تفاوت نسبتاً کمی بین گروه آموزش کنترل اضطراب، گروه کنترل و مشاوره وجود داشت. این تفاوتها احتمالاً بر حسب خصوصیات آموزش کنترل اضطراب یا درمان شناختی قابل توجیه می‌باشد. برتری درمان شناختی بر درمان آموزش کنترل اضطراب قابل بحث می‌باشد، اما این برتری نسبت به سایر شرایط درمانی که تصور می‌شود مؤلفه‌های دیگری در درمان دخیل هستند، مشخص نیست. در پژوهش دیگری بلاورز (۱۹۹۰) ۳۰ بیمار مبتلا به اختلال اضطراب تعمیم یافته را بطور تصادفی در سه گروه قرار داد و درمانهای زیر در مورد آنها اجرا شد: یک گروه درمان شناختی و دارویی، گروه دوم درمان آموزش کنترل اضطراب و دارویی و گروه سوم فقط دارو درمانی دریافت نمودند. علایم افسردگی، اضطراب و متغیرهای شناختی وابسته در جلسه اول، ششم و دوازدهم مورد ارزیابی قرار گرفتند. تمام گروهها در جریان مطالعه بهبود نشان دادند. گروههایی که دارو درمانی را همراه با آموزش کنترل اضطراب و درمان شناختی دریافت کرده بودند علایم افسردگی، اضطراب و شناختهای منفی نسبتاً کمتری را نسبت به گروه دارو درمانی نشان دادند. تعدادی از آزمودنیهای گروه دارو درمانی و شناخت درمانی افسردگی خود را کمتر گزارش

<sup>1</sup> Blowers

<sup>2</sup> Cobb

<sup>3</sup> Mathews

کرده بودند. با این حال، توصیه می‌شود به منظور ایجاد تغییرات درمانی در بیماران افسرده و مضطرب عوامل تسهیل کننده عمده از نظر شناختی و رفتار مد نظر قرار بگیرند.

یافته‌های کرکلند و هولند ورث<sup>۱</sup> (۱۹۷۹) و براچ<sup>۲</sup> (۱۹۸۱) شواهدی را از رابطه بالقوه بین راهبردهای امتحان دهی و عملکرد تحصیلی نشان می‌دهد. در هر مطالعه، دانش آزمودنیها از اثر بخشی راهبردهای امتحان دهی با استفاده از شاخص متفاوتی ارزیابی شد و در هر دو مورد دانش با دستیابی به نمرات بالاتر رابطه مثبت داشت. دیفن باخر (۱۹۸۸) گزارش می‌دهد که یافته پایداری از رابطه منفی بین نمرات آزمودنی در ماده‌های نگرانی سیاهه نگرانی، هیجان پذیری و عملکرد در آزمونهای تحصیلی وجود دارد، در مقابل، گلاسی و همکاران دریافتند که:

الف) هیچ گونه همبستگی بین تعداد خودگوییهای مثبت یا منفی برای آزمودنیهای دارای اضطراب امتحان بالا یا پایین و عملکرد آنها وجود ندارد.  
ب) تمرکز افکار منفی آزمودنیهای مضطرب بالا بیشتر بر جنبه‌های افکار منفی تجربه امتحان دهی متمرکز است تا افکار خود تخریبی یا نگرانی در مورد ارزیابی دیگران.

مایکنام (۱۹۸۶) در مطالعه‌ای کارایی نسبی یک روش درمان گروهی اصلاح شناختی<sup>۲</sup> ( $n=8$ ) را از طریق مقایسه آن با یک گروه حساسیت زدایی ( $n=8$ ) و یک گروه کنترل ( $n=8$ ) را مورد بررسی قرار داد. گروه اصلاح شناختی مشتمل بر یک روش بینش محوری، که برای آگاه ساختن آزمودنیهای دارای اضطراب امتحان از افکار اضطراب ایشان طراحی شده بود، و یک روش دیگر حساسیت زدایی بود که در آن:

<sup>1</sup> Handoweth

<sup>2</sup> Bruch

<sup>3</sup> Cognitive modification

الف) تصویر سازی مقابله‌ای برای چگونگی مواجه شدن با اضطراب.  
 ب) روش خود آموزش دهی برای توجه کردن به تکلیف (ونه فکر کردن به خود)  
 مورد استفاده قرار گرفت. نتایج نشان داد که روش شناختی اثر بخش‌ترین روش در کاهش اضطراب امتحان است.

زاتس و چاسین (۱۹۸۵) در مطالعه خودشناختی‌های کودکان دارای اضطراب امتحان پایین، متوسط و بالا را در شرایط امتحان واقعی مورد بررسی قرار دادند. کودکان دارای اضطراب بالا شناختی‌های بازدارنده تکلیف و خود ارزیابی‌های مثبت کمتری را گزارش دادند. کودکان دارای اضطراب امتحان بالا همچنین افکار مرتبط با تکلیف و خودگویی‌های مقابله‌ای نسبتاً بالایی را نشان دادند. در این مطالعه نقش محیط کلاس در رابطه با اضطراب امتحان - عملکرد نیز بررسی شد. عملکرد کودکان دارای اضطراب امتحان بالا در مقایسه با همسالانشان فقط در کلاس‌هایی پایین بود که از نظر تهدید ارزیابی بالا بود. علاوه بر این، رابطه معناداری بین شناختها و عملکرد ریاضی فقط در کلاس‌های تهدید بالا به دست آمد و این رابطه وقتی که اثرات توانایی ریاضی از طریق آماری کنترل شد، باقی ماند

ساراسون و مندler (۱۹۵۳) کارکرد دانش آموزان راتحت شرایط اضطراب‌زا بررسی کردند. شرایط اضطراب‌زا حاصل دستورالعمل‌هاش شخصی و محیط عاطفی بود. مثلاً به دانش آموزان گفته می‌شد وقت خیلی کم است، عجله کنید و از این قبیل، یا مراقبین مرتب بالای سر دانش آموزان حاضر می‌شدند و صحبت از مشکل بودن امتحان می‌کردند، آنها به این نتیجه رسیدند که دستورالعمل‌های فوق در کارکرد آزمودنی‌های کم اضطراب اثر مثبت و در کارکرد آزمودنی‌های دارای اضطراب بالا، اثر زیان بخشی داشته است.

تحقیق توسط گیج و برلاینر<sup>۱</sup> (۱۹۸۳) در زمینه ارتباط اضطراب با متغیرهای توانایی ذهنی کلی، پیشرفت تحصیلی، عزت نفس و نگرش مطلوب نسبت به مدرسه انجام گرفته است. این تحقیق بر روی ۶۳۴ نفر از دانش آموزان کلاس سوم اجرا شده است. نتایج نشان داد که اضطراب با توانایی ذهنی کلی ( $r = 0/26 =$   $r^2$ )، پیشرفت تحصیلی ( $r = 0/25 = r^2$ )، عزت نفس ( $r = 0/38 = r^2$ ) و نگرش مطلوب نسبت به مدرسه ( $r = 0/15 = r^2$ ) همبستگی منفی داشت (خوی نژاد و همکاران؛ ۱۳۷۴).

دی مان<sup>۲</sup> و همکاران (۱۹۹۱) تحقیق در مورد رابطه بین اضطراب امتحان و متغیرهای اضطراب، حالت، عزت نفس، منبع کنترل، توانایی ذهنی و جنسیت انجام داد که در آن ۱۰۳ دانشجوی دوره لیسانس شرکت داشتند نتایج تحقیق نشان داد افرادی که موقعیتها را تهدید آمیز ارزیابی می‌کردند، افرادی که احساس بی‌کفایتی می‌نمودند و از عزت نفس پایین برخوردار بودند و کسانی که درباره کنترل شخص‌شان شکست داشتند به طور عمومی از اضطراب امتحان رنج می‌بردند.

### فرضیه‌های پژوهش

- ۱- اثربخشی درمان رفتاری - شناختی، دارویی، شناختی و تلفیقی ( دارویی، رفتاری- شناختی ) بر اضطراب حالت متفاوت است.
- ۲- میزان اضطراب صفت افرادی که با استفاده از روش تلفیقی درمان شده‌اند کمتر از کسانی است که با روش شناختی درمان شده‌اند.
- ۳- میزان اضطراب حالت افرادی که با استفاده از روش تلفیقی درمان شده‌اند کمتر از کسانی است که با روش شناختی درمان شده‌اند.
- ۴- میزان اضطراب صفت افرادی که با استفاده از روش رفتاری - شناختی درمان شده‌اند کمتر از کسانی است که با روش شناختی درمان شده‌اند.

<sup>1</sup> Gage and Berliner

<sup>2</sup> Deman

### فصلنامه پژوهش‌های تربیتی

- ۵- میزان اضطراب حالت افرادی که با استفاده از روش رفتاری - شناختی درمان شده‌اند کمتر از کسانی است که با روش شناختی درمان شده‌اند.
- ۶- میزان اضطراب صفت افرادی که با روش دارویی درمان شده‌اند کمتر از کسانی است که با روش رفتاری- شناختی درمان شده‌اند.
- ۷- میزان اضطراب حالت افرادی که با روش رفتاری- شناختی درمان شده‌اند کمتر از کسانی است که با روش دارویی درمان شده‌اند.
- ۸- میزان اضطراب صفت افرادی که با روش تلفیقی درمان شده‌اند کمتر از کسانی است که با روش دارویی درمان شده‌اند.
- ۹- میزان اضطراب صفت افرادی که با روش تلفیقی درمان شده‌اند کمتر از کسانی است که با روش رفتاری- شناختی درمان شده‌اند.
- ۱۰- میزان اضطراب حالت افرادی که با روش تلفیقی درمان شده‌اند کمتر از کسانی است که با روش رفتاری- شناختی درمان شده‌اند.
- ۱۱- میزان اضطراب حالت افرادی که با روش تلفیقی درمان شده‌اند کمتر از کسانی است که با روش دارویی درمان شده‌اند.
- ۱۲- میزان اضطراب حالت افرادی که با روش شناختی درمان شده‌اند کمتر از کسانی است که با روش دارویی درمان شده‌اند.
- ۱۳- میزان اضطراب صفت افرادی که با روش دارویی درمان شده‌اند کمتر از کسانی است که با روش شناختی درمان شده‌اند.

### جامعه پژوهش

با توجه به مقتضیات موضوع پژوهش که عامل بسیار مهمی در تعریف و تعیین حدود جامعه پژوهشی است (سرای، ۱۳۷۲) و با در نظر گرفتن تعریف کلی جامعه پژوهشی، یعنی همه اعضای واقعی یا فرضی که علاقمند هستیم یافته‌های پژوهشی را به آنها تعمیم دهیم (دلاور، ۱۳۷۴)، جامعه مورد نظر در این پژوهش،

بطور فرضی، کلیه افرادی است که در دوره سنی ۱۵ تا ۳۵ سالگی قرار داشته و به زبان فارسی تسلط دارند.

جامعه پژوهشی حاضر شامل مراجعین مذکر و مؤنث اعم از متأهل و مجرد مراجعه کننده به مطب روانپزشکی و مراکز مشاوره و روان درمانی الزهرا در شهر تهران می باشد.

### نمونه و روش نمونه گیری :

در پژوهش حاضر، در ابتدا از روش نمونه گیری در دسترس (ایستا) استفاده شد و نمونه‌ای به حجم ۳۰۰ نفر انتخاب و مورد آزمون قرار گرفتند و سپس از بین ۶۷ نفر افرادی که میزان اضطراب صفت، اضطراب حالت و اضطراب کلی آنها بالا بودند نمونه‌ای به حجم ۵۰ نفر از افرادی که نمره بالای ۵۵ در اضطراب صفت یا اضطراب حالت و یا نمره‌ای بالاتر از ۱۱۰ در اضطراب کلی دریافت نموده‌اند، بصورت تصادفی انتخاب و بطور تصادفی در ۵ گروه (۴ گروه آزمایشی و یک گروه کنترل) جایگزین شدند.

« نمره اضطراب صفت و حالت ۵۵ و اضطراب کلی ۱۱۰ در نظر گرفته شد تا عامل رگرسیون کنترل می شود ».

### ابزار جمع آوری داده‌ها: (پرسشنامه اضطراب صفت و حالت)

سازنده این آزمون، اشپیل برگر است که نخستین فرم آزمون صفت-حالت اضطراب را در سال ۱۹۷۰ ارائه داد، فرم تجدید نظر شده آن در سال ۱۹۸۳ معرفی گردید.

آزمون اضطراب اشپیل برگر مشتمل بر ۴۰ سؤال است که ۲۰ سؤال آن حالت اضطراب یا اضطراب موقعیتی و ۲۰ سؤال دوم، صفت اضطراب یا اضطراب خصیصه‌ای را مورد سنجش قرار می دهد.

اعتبار ونرم و روایی آزمون فوق در ایران از سوی پناهی، شهری (۱۳۷۲) به راهنمایی دکتر هومن ( و مهرام (۱۳۷۳) به راهنمایی دکتر دلاور) تعیین شده است.

### یافته های پژوهش :

جدول ۱: خلاصه نتایج تحلیل واریانس نمرات افتراقی پیش آزمون پس آزمون گروه اضطراب صفت.

منابع تغییرات	SS	dF	MS	F	sig
بین گروهها	۶۳۶۷/۸	۴	۱۵۹/۹۵		
درون گروهها	۵۸۶/۷	۴۵	۱۳/۰۴	۱۲۲/۱	۰/۰۰۰
کل	۶۹۵۴/۵	۴۹			

با توجه به  $F$  محاسبه شده،  $F = ۱۲۲/۱$  و در مقایسه آن با  $F$  بدست آمده از جدول در سطح  $0.01 = \frac{\alpha}{2}$  و با درجات آزادی (۴ و ۴۵) یعنی  $F = ۴/۲۶$  بزرگتر است بیان می‌کنیم که حداقل بین میانگین‌های دو گروه تفاوت معنی‌داری وجود دارد و برای تعیین تفاوت بین گروهها با توجه به حجم نمونه مساوی گروهها از آزمون تعقیبی توکی استفاده می‌کنیم.

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی  
رتال جامع علوم انسانی

آزمون گروه اضطراب صفت بر حسب میانگین تفاوتها

گروهها	شناختی	رفتاری- شناختی	دارویی	تلفیقی	کنترل
شناختی		۱۷/۲*	۱۰/۸*	۱۴/۵*	۱۳/۵*
رفتاری شناختی			۶/۴*	۲/۷	۳۰/۷*
دارویی				۲/۷	۲۴/۳*
تلفیقی					۲۸/۰۰*
کنترل					

مقایسه جفت میانگین‌ها با آزمون توکی نشان می‌دهد که به استثنای روشهای تلفیقی و رفتاری - شناختی (۲/۷) و روشهای دارویی و تلفیقی (۳/۷) بین میانگین روشهای درمانی شناختی و رفتاری-شناختی (۱۷/۲)، شناختی و دارویی (۱۰/۸)، شناختی و تلفیقی (۱۴/۵)، شناختی و کنترل (۱۳/۵)، رفتاری-شناختی و دارویی (۶/۴)، رفتاری-شناختی و کنترل (۳۰/۷)، دارویی و کنترل (۲۴/۳) و تلفیقی و کنترل (۲۸) تفاوت معنی داری وجود دارد. به این ترتیب می‌توان نتیجه گرفت که کلیه روشهای درمانی در کاهش اضطراب صفت موثر بوده‌اند و همچنین اثربخشی روشهای تلفیقی و رفتاری شناختی یکسان و نیز روشهای دارویی و تلفیقی هم در یک سطح بوده است و نهایتاً اینکه اثربخش‌ترین روش درمانی بترتیب: رفتاری- شناختی، تلفیقی، دارویی و شناختی بوده است.

به منظور آزمون فرضیه آزمون فرض اینکه درمان شناختی، دارویی رفتاری- شناختی و تلفیقی ( رفتاری-شناختی و دارویی ) بر اضطراب حالت متفاوت است. تجزیه و تحلیل واریانس یکطرفه به منظور مقایسه نمرات افتراقی ( $\bar{D}$ ) پیش آزمون و پس از آزمون پنج گروه ( چهار گروه درمانی و یک گروه کنترل) در پرسشنامه SIAT انجام شد. (جدول ۱-۴)



جدول ۳: خلاصه نتایج تحلیل واریانس نمرات افتراقی پیش آزمون و پس آزمون گروه اضطراب حالت

Sig	F	MS	dF	SS	منابع تغییرات
		۱۵۴۱/۰۲	۴	۶۱۶۴/۰۸	بین گروهها
۰/۰۰۰	۱۴۳/۷۶	۱۰/۷۲	۴۵	۴۸۲/۴	درون گروهها
			۴۹	۶۶۴۶/۴۸	کل

با توجه به  $F$  محاسبه شده،  $F = ۱۴۳/۷۶$  و در مقایسه آن با  $F$  بدست آمده از جدول در سطح  $\alpha = 0.01 = \frac{\alpha}{2}$  و با درجات آزادی (۴ و ۴۵) یعنی  $F = ۴/۲۶$  بزرگتر است عنوان می‌کنیم که حداقل بین میانگین‌های دو گروه تفاوت معنی داری وجود دارد

جدول ۴: خلاصه نتایج مقایسه میانگین‌های نمرات افتراقی پیش آزمون - پس آزمون گروه اضطراب حالت بر حسب میانگین تفاوتها

گروهها	شناختی	رفتاری- شناختی	دارویی	تلفیقی	کنترل
شناختی		۱۲/۲*	۱۰/۹*	۱۷*	۱۴*
رفتاری- شناختی			۱/۳	۴/۸*	۲۶/۲*
دارویی				۶/۱*	۲۴/۹*
تلفیقی					۳۱*
کنترل					

مقایسه جفت میانگین‌ها با آزمون توکی نشان می‌دهد که به استثنای روشهای درمانی رفتاری - شناختی و دارویی (۱/۳)، بین میانگین روشهای درمانی رفتاری - شناختی و شناختی (۱۲/۲)، شناختی و دارویی (۱۰/۹)، شناختی و تلفیقی (۱۷)، شناختی و کنترل (۱۴)، رفتاری - شناختی و تلفیقی (۴/۸)، رفتاری - شناختی و کنترل (۲۶/۲)، دارویی و تلفیقی (۶/۱) و تلفیقی و کنترل (۳۱) تفاوت معنی‌داری وجود دارد. به این ترتیب می‌توان نتیجه گرفت که کلیه روشهای درمان در کاهش اضطراب حالت مؤثر بوده‌اند و همچنین اثربخشی درمان دارویی و

تلفیقی، رفتاری-شناختی، دارویی و شناختی بوده است. برای تعیین تفاوت بین گروه‌ها با توجه به حجم نمونه مساوی در گروه‌ها از آزمون تعقیبی توکی استفاده می‌کنیم.

## بحث و نتیجه گیری

الف) بحث و نتیجه گیری در مورد اثر بخشی روشهای درمان دارویی، تلفیقی، رفتاری-شناختی و شناختی در کاهش اضطراب صفت

نتایج تحلیل واریانس یکطرفه نمرات افتراقی پنج گروه شرکت کننده در پژوهش نشان داد که بین اثر بخشی درمانهای مورد استفاده در کاهش اضطراب صفت تفاوت وجود دارد. (مطابق جدول ۱۰-۴) در مجموع اضطراب صفت شکلی از اضطراب وسیع و همه جانبه‌ای است که معمولاً احساس خطر آشکار در آن وجود ندارد. (هاوتون و همکاران ۱۹۹۰) در اینگونه افراد معمولاً اضطراب و تشویش غیر منطقی و افراطی در مورد دو یا چند موقعیت زندگی مشاهده می‌شود. براساس شواهد موجود این اضطراب فراگیر و پایا دست کم باید بیش از یک ماه به طول انجامد. در حوضه نظریه پردازیهای روانشناختی نظیر (بک ۱۹۸۵) اختلال اضطراب صفت نشأت گرفته از افزایش تهدید در زندگی و موقعیت زندگی شخصی، افزایش تقاضایی از فرد که یک تهدید را با ارزش تلقی می‌کند و حوادث فشار زایی که اعتماد به نفس فرد را تحلیل می‌برند، می‌باشد. در مجموع افراد مبتلا به این نوع اضطراب آمیزه‌ای از علائم جسمانی و روانی را تجربه می‌کنند. (ام فام ۲۰۰۰ به نقل از ابوالقاسمی ۱۳۸۲).

محققان گوناگونی از جمله بورکوک و فاوولز (۱۹۷۳) استینمارک و بورکوک (۱۹۷۴) شومیکروتاتسو (۱۹۷۵) هرسن و بارلو (۱۹۷۶) هاتجینگر و همکاران (۱۹۸۰) رین و همکاران (۱۹۸۲) بنت و میلارد (۱۹۸۵) بوتلر و همکاران

(۱۹۸۷) لارس گوران اوست (۱۹۸۸) بورکوک و وانیز (۱۹۹۰) بلنکار و همکاران (۱۹۹۱) توماس و ریچاردز (۲۰۰۱) و محققان زیاد دیگری روش‌های مختلف درمانی را در مورد کاهش اضطراب صفت و یا علائم اضطراب تعمیم یافته مورد بررسی قرار دادند. این دست تحقیقات گسترده بر مبنای این تفکر بنیادی قرار داشته است که علائم اضطراب صفت را می‌توان تحت کنترل در آورد. برای نمونه بلنکار و همکاران (۱۹۹۱) با استفاده از آموزش کنترل اضطراب و تمرینات منظم آرامیدگی عضلانی پیشرونده در منزل نشان دادند که می‌توان بسیاری از علائم جسمانی این نوع اضطراب را تحت کنترل در آورد.

همچنین توماس و ریچاردز (۲۰۰۱) با مروری بر تحقیقات انجام گرفته نشان دادند که درمان رفتاری - شناختی به نحو مؤثری بر اضطراب صفت تعمیم یافته مؤثر واقع می‌شوند به گونه‌ای که این محققان مدعی شدند که علائم این نوع اضطراب کاملاً درمان پذیر است و چنانچه فرد به مدت ۴ یا ۵ ماه بانگیزه کافی برای بهبود تلاش و کوشش کند به نحو چشمگیری می‌توان بر علائم این اضطراب غلبه نمود. در واقع درمان‌های شناختی- رفتاری و شناختی با استفاده از شیوه‌های کوناگون مانند آموزش کنترل اضطراب، آموزش آرامیدگی عضلانی، کنترل افکار و تفکرات منفی، تشخیص افکار خودکار مخرب و جایگزین نمودن افکار منطقی‌تر و ... سعی در خنثی سازی عوامل راه انداز و تداوم بخش اضطراب را دارند. منطق استفاده از درمان‌های شناختی و شناختی- رفتاری نیز در همین تفکرات نهفته است. برای مثال افرادی که بیش از حد بر پذیرش اجتماعی شخصی تاکید دارند و بر این باورند که طرد شدن فاجعه‌ای بزرگ می‌باشد، زمانی که با موقعیتهای طرد کننده اجتماعی مواجه می‌شوند، بسادگی اضطراب پایدار و گسترده‌ای را تجربه می‌کنند. چنانچه همین افراد از طریق تکنیک‌هایی نظیر خودگویی مثبت، آموزش ببینند به شکل معنی‌داری از تحریک هیجانی و خلقی آنها کاسته می‌شود. این روند در چرخه تقویت کننده‌ای باعث می‌گردد تا کار آمدی

آنها در کنترل علائم اضطراب صفت و یا دیگر اشکال اضطراب تعمیم یافته افزایش یابد (بک ۱۹۷۶، گلدفرد و سابوسینسکی ۱۹۷۵، دیفن باخر ۱۹۸۰، هالروید ۱۹۷۶، توماس و ریچاردز ۲۰۰۱) این گونه مبانی شناختی در ترکیبی موفق با روشهای رفتاری نشأت گرفته از شرطی سازی کلاسیک و کنشگر بر کار آمدی روشهای درمان شناختی- رفتاری افزوده است. در روشهای رفتاری- شناختی روشهای تمرین کنترل خود در کنار راهنمایی درمانگر باعث کشف این موضوع در مراجع می شود که چگونه افکار خود وی باعث بروز و حفظ مشکل اضطرابی اش شده است. بسیاری از محققان از جمله لهرر و وول فالک (۱۹۹۳) و لیندزی و همکاران (۱۹۸۷) معتقدند که افراد مبتلا به اضطراب صفت و اضطراب تعمیم یافته هرگز نیاموخته اند که چگونه اضطراب خود را در موقعیتهای تنش زا رها کنند. این ناتوانی نیاز به آموزش مهارتهای جدید را به مراجعان الزامی می سازد. در واقع مراجعان مبتلا به اضطراب صفت باید فرا بگیرند تا با استفاده از مهارتهایی از قبیل خودگویی مثبت، تقویت خود، آرامیدگی و ... اضطراب خود را تحت مدیریت و کنترل شخصی درآورند تفاوت نمرات پیش آزمون و پس آزمون افراد شرکت کننده در این پژوهش (جدول ۱۱-۴ تا ۱۸-۴) نیز همسو با نظرات محققان و اندیشمندان فوق الذکر می باشد. به این مفهوم که روشهای شناختی و شناختی- رفتاری با توانمندسازی مراجعان مبتلا به اضطراب صفت اساساً توانسته اند بخشی از علائم اضطراب آنها را کاهش دهند. در کنار شواهد ذکر شده به این حقیقت آشکار نیز باید اشاره کرد که اضطراب صفت تا اندازه زیادی هم متأثر از عناصر زیستی و جسمی است (کامر ۱۹۹۵، لادر ۱۹۹۲؛ نویز و همکاران ۱۹۸۴؛ ۱۹۹۰؛ ابتر ۱۹۹۳؛ استرنج ۱۹۹۲؛ روی بایرن و وینگرسن ۱۹۹۱؛ لادر ۱۹۹۴، براون و همکاران ۱۹۹۴؛ میشل اف و گلیاتو ۲۰۰۰؛ کریستوفرگان ۲۰۰۰؛ شیهان ۲۰۰۰؛ مشکاتی ۲۰۰۱، گورمن ۲۰۰۰). چنانچه محققان فوق الذکر نشان دادند مجموعه داروهای بنز دیازپین و باربیتوراتها داروهای مؤثری هستند که برای

درمان اضطراب تجویز می‌شوند. اثر بخشی داروهای یاد شده خود گویای وجود عوامل زیستی- جسمی درگیر در اضطراب صفت و تعمیم یافته می‌باشد. جالب توجه اینکه از بدو تجویز داروهای بنزودیازپین محققان پی بردند که این داروها نه تنها اضطراب را در حیوان و انسان کاهش می‌دهند (ریلکز ۱۹۷۸) بلکه به افزایش درمانگریهای روانی نیز منجر می‌شوند (نویز و همکاران ۱۹۸۶).

این دست شواهد نیز خود گویای آن است که باید در برخورد با اضطراب صفت تعمیم یافته به ابعاد جسمی و روانی توأمآ توجه شود تا نتایج بهتری به بار آید. البته لازم به ذکر است که درمانهای دارویی غیر از باربیتوراتها و بنزودیازپین ها برای کنترل و مهار اضطراب نیز وجود دارد. از این دسته داروها می‌توان به باسپیرون و آزپیرون‌ها و نیز داروهای ضد افسردگی سه حلقه ای اشاره نمود (اندروز ۱۹۹۰، اسرمین سون، کالکس و فرگیوز ۱۹۹۳) معمولاً در دارو درمانی روش مورد استفاده آن است که در صورت ضرورت چنانچه بیمار دچار اضطراب شدید شود نوعی از بنزودیازپین‌ها که دارای اثر سریع باشد برای وی تجویز می‌شود و یا روش دیگر این است که این داروها برای دوره محدودی بصورت مستمر تجویز می‌شوند و ضمن آن روشهای درمانی روانی یا اجتماعی همراه می‌گردد. از اولین دست تحقیقات مربوط به مقایسه اثر بخشی درمانهای روان شناختی توسط اولسن و همکاران ۱۹۷۵ صورت گرفته است. این تحقیق نشان داده بود که روش رفتار درمانی چندان برتری نسبت به درمانهای روان پویایی در کاهش اضطراب تعمیم یافته نداشته است (به نقل از ساراسون ۱۹۹۳) این تحقیق به طرز جالب توجهی نشان داده که کسب بینش نسبت به مشکلات خود، رابطه درمانگر و درمانجو، فرصت برای ابراز هیجانات، احساس اطمینان نسبت به درمانگر و رشد اعتماد از مهم‌ترین فاکتورهای روانی درگیر در بهبود علائم اضطراب می‌باشد. البته تحقیقات اسمیت و گلاس و میلر (۱۹۸۰) لندن و داوز (۱۹۸۲) نشان داده که مجموع روان درمانیها مؤثر هستند اما کارایی

دروسی اثر بخشی درمانهای رفتاری-شناختی، شناختی، دارویی و ..... .

رویکردهای درمانی گوناگون در کاهش علائم اضطراب چندان تفاوتی باهم ندارند. در کنار تحقیقات مربوط به اثر بخشی روشهای درمانی روانی در کاهش علائم اضطراب تحقیقاتی نیز در مورد اثر بخشی روشهای درمان دارویی با سایر روشهای درمانی انجام شده است. این دست تحقیقات البته در شرایط کنونی بسیار کمیاب هستند. برای مثال بررسی‌های مقایسه‌ای درمانهای روانشناختی و دارو شناختی از بیماران اسکیزوفرن که توسط می و همکاران (۱۹۸۱) انجام شده است نشان می‌دهد که رویکرد درمان دارویی به تنهایی و روان درمانی بعلاوه دارو درمانی بهترین درمان را برای متوسط بیماران اسکیزوفرنی بستری در بیمارستان دارد. البته ماهیت مشکل که باید مورد درمان قرار گیرد (اسکیزوفرنی، افسردگی، اضطراب و غیره) در مقایسه اثر بخشی درمانها به باور کسانی همانند ساراسون و ساراسون (۱۹۹۳) حائز اهمیت فراوان است. برای مثال روشهای درمانی روان شناختی صرف برای بیماران روانپزش چندان نتایج امید بخشی را به بار نمی‌آورد با مروری که بر تحقیقات صورت گرفته، بر روی اثر بخشی مقایسه‌ای درمانهای دارویی، تلفیقی، رفتاری- شناختی و شناختی انجام پذیرفت مشخص گردید که تحقیقات زیادی بطور مستقل با چنین هدف صورت نگرفته است، لذا این تحقیق که به منظور پر کردن خلاء موجود در این زمینه انجام پذیرفته است نشان داد که روش رفتاری- شناختی و درمان تلفیقی بیش از دو روش دیگر در کاهش اضطراب صفت مؤثر است و در نهایت روش درمان دارویی و شناختی جایگزین می‌شوند. البته چهار روش فوق نسبت به گروه کنترل کاهش معنادارتری را در کاهش علائم اضطراب صفت نمایان کرده‌اند. یافته‌های این تحقیق بطور نسبی با یافته‌های تحقیقات محققانی چون بورکوک و فاوولز ۱۹۷۳؛ استین مارک و بورکوک ۱۹۷۲؛ بورکوک و وانیز ۱۹۹۰، بلنکار و همکاران ۱۹۹۷، میشل اف و گلیاتو ۲۰۰۰، کریستوفر گان ۲۰۰۰ و شیهان ۲۰۰۰ و مشکاتی ۲۰۰۱ همسویی نسبی نشان می‌دهد. دلیل تفوق درمان رفتاری- شناختی نسبت به

دیگر روشها احتمالاً در تأثیر این روش بر اصلاح رفتارها و شناخت‌های مراجعان بوده است. در عین حال اثر بخشی درمان تلفیقی پس از درمان رفتاری- شناختی نشان داده که ایده دخالت عناصر زیستی- روانی بطور همزمان در اضطراب صفت ایده قابل دفاعی می‌باشد.

ترتیب تفوق روش‌های درمانی به دلیل عدم دسترسی به تحقیقات مشابه در شرایط کنونی چندان مشخص نیست. ممکن است در آینده مشخص گردد که درمان‌های تلفیقی و یا نوع دیگر درمانها نسبت به درمان‌های شناختی رفتاری در کاهش اضطراب صفت مؤثرتر هستند. علیرغم این نتیجه گیری معقول‌تر آن خواهد بود که بگوییم برای کنترل علائم اضطراب صفت براساس شدت و مدت دوام علائم احیاناً بر درمان‌های دارویی و رفتاری- شناختی، بصورت توأماً تکیه نمود.

ب) بحث و نتیجه گیری در مورد اثر بخشی روش‌های درمان دارویی، تلفیقی، رفتاری- شناختی و شناختی در کاهش اضطراب حالت.

در جداول ۱۸-۴ تا ۲۵-۴ نتایج بررسی اثر بخشی و مقایسه روش‌های درمانی مورد استفاده در پژوهش ارائه گردید. براساس تعاریف ارائه شده اضطراب حالت یک حالت هیجانی زودگذر است که از نظر شدت و نوسان متفاوت است. این نوع اضطراب اغلب از طریق احساس تنش یا بیم و فعالیت افزایش یافته سیستم عصبی خود مختار توصیف می‌گردد. به باور ایندلر و کوکوس (۲۰۰۱) این نوع اضطراب معمولاً در اثر ابهام، اختلال در حالت روزانه، ارزشیابی اجتماعی و پیش بینی خطر جسمانی بروز می‌کند. علائم اضطراب حالت براساس ادبیات کنونی اشتراکات زیادی با حالت‌های ربعی و اضطراب موقعیتی (نظیر اضطراب امتحان) دارد بدین معنی که اغلب علائم در برگیرند این نوع اضطراب وابسته به شرایط خاص و در دوره‌های زمانی معین به وقوع می‌پیوندد. این علائم تا اندازه‌ای برخلاف اضطراب صفت می‌باشد که حالتی خصیصه گونه در فرد به

بررسی اثر بخشی درمان‌های (فشاری-شناختی، شناختی، دارویی و .....)

خود می‌گیرد. در برخورد با اضطراب و شناختی از طرف صاحب نظران ارائه شده است برای نمونه دیدگاه شناختی رفتاری بر این باور است که علائم اضطراب حالت شبیه حملات رعبی نتایج تعامل پیچیده فرایندهای جسمانی و شناختی می‌داند. لذا طرفداران این رویکرد در درمان حالات این نوع اضطراب که یک عامل واسطه میان فرایندهای جسمانی و شناختی تلقی می‌شود. از طریق هدف قرار دادن مستقیم اضطراب دنبال می‌کنند. مجموعه روشهای مطرح در این رویکرد مواجهه با حرکت‌های درونی نظیر دریافتهای جسمانی و نشانه‌های مرضی و روشهای شناختی نظیر تفسیر مجدد نشانه‌های اضطرابی و کسب راهبردهای مهار اضطراب و نشانه‌های جسمانی آن دنبال می‌کنند. در واقع در این روشها کوشش می‌شود تا از طریق پذیرش، مشاهده و توصیف افکار احساسات و واکنشهای جسمانی، آزاد گذاشتن بروز این پدیده‌ها بدون کوشش در حذف احساسات نامطبوع احتمالی یا اضطراب و در نهایت کوشش در برابر موقعیتها غیر قابل تحمل حداقل به مدت ۱۰ ثانیه توانایی بیمار را در کنترل اضطراب حالت افزایش دهند.

از طرفی دیگر، درمانهای متعدد زیستی توسط کلاین و همکاران (۱۹۶۲) جهت کنترل علائم حملات رعبی و نشانه‌های اضطراب حالت دنبال شده است. اولین کوششها بر روی داروهای ضد افسردگی بوده که تا اندازه‌ای نیز موفقیت آمیز بوده است. براساس این رویکرد حملات رعبی در اثر پایین بودن آستانهٔ برانگیزانندهٔ هشدار در حد مرضی بروز می‌کند. این افزایش آستانه به باور محققانی چون کلاین و همکاران (۱۹۶۲) به بالا بردن آستانهٔ برانگیختگی تا سطح به هنجار وارد عمل می‌شود. تحقیقات کلرمن و همکاران ۱۹۹۱؛ و ریکلز و همکاران ۱۹۹۳؛ این ادعا و یافته‌های مطرح در فوق را مورد حمایت قرار می‌دهد. البته در مواردی چون لاریا و همکاران (۱۹۸۹) مورد تأیید قرار گرفته است که داروهای ضد افسردگی یا آلپرازولام به تنهایی ممکن است به درمان علائم اختلال



رعبی همراه با وسعت هراسی که تا اندازه‌ای دارای نشانه شبیه به اضطراب حالت می‌باشد ممکن است مؤثر نباشد.

این نکته را باید افزود که برخی از اشکال اضطراب حالت شبیه اضطراب امتحان بیش از دیگر اشکال اضطراب حالت مورد بررسی و پژوهش قرار گرفته است برای مثال هالریود ۱۹۷۶؛ مایکنیام ۱۹۸۶؛ دیفن باخر ۱۹۸۸؛ اسپانر ۱۹۸۰، از زمره محققانی هستند که رابطه اضطراب امتحان را با متغیرهای اقتصادی و اجتماعی و فردی متعدد مورد بررسی قرار داده و برخی نیز اثر بخشی روشهای متعدد نظری شناخت درمانی، حساسیت زدایی منظم و ترکیبی شناخت درمانی و حساسیت زدایی را بر کاهش علائم اضطراب امتحان مورد بررسی دقیق قرار دادند. نتایج اغلب این تحقیقات نشان داده است که شناخت درمانی در کاهش اضطراب در موقعیت امتحان فرض و افزایش نمرات درس از دیگر روشهای درمانی و گروه کنترل اثر بخش‌تر است. این دست تحقیقات مورد اشاره بطور جدی بیانگر آن است که مؤلفه‌های شناختی از قبیل: افکار بیش بها داده شده، افکار تعمیم یافته افراطی و شناختهای منفی نسبت به خود و دنیای اطراف از مؤلفه‌های بسیار مهم درگیر در علائم اضطراب حالت می‌باشد. آلن، الیاس و زلاتو (۱۹۹۰) با انجام تحقیق فرا تحلیل بر روی ۴۹ مطالعه صورت گرفته ر روی روشهای درمان رفتاری اضطراب امتحان به این نتیجه دست یافتند که روشهای درمانی روانی چندان برتری نسبت به روشهای دارویی در کاهش علائم این نوع اضطراب حالت ندارد. تریون (۱۹۹۰) ۱۹ مطالعه را که در آنها از حساسیت زدایی منظم و یا غرقه سازی برای درمان اضطراب امتحان استفاده شده بود را مورد فرا تحلیل قرار داد و به این نتیجه دست یافت که روشهای درمان فوق الذکر نسبت به گروه کنترل بطور معنی‌داری قادر است علائم اضطراب حالت (امتحان) را کاهش دهد. البته در این مطالعه ذکر شده که حساسیت زدایی منظم و غرقه سازی به پیشرفت تحصیلی افراد نیز کمک نموده. وین (۱۹۸۰) معتقد است که مؤلفه نگرانی مهمترین

ویژگی اضطراب حالت نظیر اضطراب امتحان است و لذا وی توصیه نمود که بازسازی شناختی با تأثیر بر مؤلفه نگرانی کاهش چشمگیری در علائم اضطراب حالت ایجاد می‌کند. در واقع با بازسازی شناختی فرد فرا می‌گیرد تا ارزشیابی واقع بینانه‌تری نسبت به خود، دنیای اطراف و دیگران پیدا کند. این مجموعه شواهد تحقیقی ارائه شده خبر از آن می‌دهد که علائم اضطراب حالتی در افراد را می‌توان با شیوه‌های درمانی شناختی، رفتاری شناختی، دارویی و احیاناً تلفیقی به نحو اثر بخشی کاهش داد.

اما متأسفانه با تلاشهای مکرری که صورت گرفت تحقیق مستقلی که در آن روشهای درمان شناختی، شناختی رفتاری، دارویی و تلفیقی بطور همزمان از لحاظ، اثر بخشی مورد مقایسه قرار گرفته باشند در دسترس قرار نگرفت. براساس شواهد تحقیقی نظیر تریون ۱۹۹۰؛ وین ۱۹۸۰؛ وودوارد و جوتر ۱۹۹۰؛ داسک و همکاران ۱۹۸۵ به نظر می‌رسد که تلفیق روشهای درمان رفتاری شناختی با دارویی بتواند علائم اضطراب حالت را کاهش دهد. شواهد حاصل از تحلیل داده‌ها در این پژوهش ترتیب اثر بخشی درمانهای مؤثر را به صورت؛ تلفیقی، رفتاری شناختی، دارویی و شناختی به دست داده است. در این بخش از نتیجه گیری می‌توان گفت که یافته‌های پژوهش همسو با نظر محققانی چون تریون ۱۹۹۰، اسمیت و نای ۱۹۸۳ می‌باشد. که معتقدند که مؤلفه‌های روانی فیزیولوژیکی بطور توأم در کاهش علائم اضطراب حالتی نظیر اضطراب امتحان دخالت دارند برتری روش تلفیقی نسبت به روشهای منفرد رفتاری-شناختی و دارویی و کنترل خود گویای این حقیقت است که با احتمال بیشتری مؤلفه‌های روانی (شناختی-هیجانی و عاطفی) همراه با مؤلفه‌های فیزیولوژیکی (سطح برانگیختگی، نوع علائم برانگیختگی و شدت علائم همراه با تغییرات نور و شیمیایی در سیستم عصبی) در راه اندازی علائم اضطراب حالت دخالت دارند. به همین دلیل با هدف قرار دادن همزمان این مؤلفه‌های روانی و فیزیولوژیکی احتمال اثر

بخشی درمان افزایش یافته و بالاترین ترتیب روش تلفیقی نسبت به دیگر روش‌ها برتری نشان داده است. شواهد تحقیقی به دست آمده از گروه‌های منفرد دارویی، رفتاری شناختی و شناختی که منجر به تفاوت در نمرات پیش آزمون- پس آزمون شرکت کنندگان در پژوهش شده خود تا اندازه‌ای نتیجه گیری فوق را مبنی بر درگیر بودن مؤلفه‌های روانی و فیزیولوژیکی در اضطراب حالت به طور همزمان مورد تأیید قرار می‌دهد. در واقع مجدداً می‌توان این نتیجه گیری را مطرح کرد که هر یک از روش‌های غیر تلفیقی مورد استفاده در این پژوهش نیز تا اندازه‌ای در علائم اضطراب حالت در بعد مخصوص به خود مؤثر بوده اند (به این معنی که داروها بعد فیزیولوژیکی، درمان شناختی بعد شناختی، و درمان رفتاری - شناختی بعد رفتاری و روانی را مورد هدف قرار داده‌اند)، بنابراین در نهایت باید نتیجه گرفت که درمان‌های مؤثر بر اضطراب حالتی افراد باید به طور همزمان بعد روانی - فیزیولوژیکی را مورد هدف قرار دهند.

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی  
پرتال جامع علوم انسانی

## کتابنامه

- ۱- شریفی، حسن پاشا، (۱۳۷۶). نظریه و کاربرد آزمونهای هوش و شخصیت. انتشارات سخن.
- ۲- گیج، برلایندر، (۱۳۷۴). روان شناسی تربیتی. ترجمه مسعود رضوی و همکاران. انتشارات آستان قدس رضوی.
- 1- Apter, J. T. (1993). Frontiers in biological psychiatry: New drug development. **New Jersey Medical**, 90(2).
- 2- 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.
- 3-BarLow, D.H. Hayes. s.c. and Nelson. R.O. (1987) **the scientist practitioner**. pergamon. Oxford.
- 4- Barlow, D. H., Durand, V. M. (1995). **Abnormal psychology**. . New York: An integrative approach. Brooks/Cole publishing company.
- 5- Beck, A.T.(1976)**Cognitive therapy and the emotional disorders** . New York: International Universities Press.
- 6- Black burn, I.M (1986). the cognitive revolution: an on going evolution. **Behavioral Psychotherapy**, 11: 277-1.
- 7- Borkoves , TD., Inz , J (1990). The natu- Butler, G. (1987). Cognitive conceptualization in general anxiety, paper presented at symposium, cognitive therapy with adult psychological disorder: Aclirical update , university of oxford, re of worry in generalized auxitey disorder: A predominance of thought activity . **Journal of Behavior, Research and Therapy**. Vol.28, No.2, PP.153-158.
- 8- Brown men of anxiety disorders. In A. Tasman. **Review of Psychiatry** (vol. 11). Washington DC: American Psychiatric Press.
- 9- Bruch, M. A. (1981) Relationship of test-taking strateg, to test anxiety and performance. **Cognitive therapy and Research**. Vol.15, 71-56.
- 10- Butler, G. (1987). **Cognitive conceptualization in general anxiety**. paper presented at symposium, cognitive therapy with adult psychological disorder: Aclirical update , university of oxford.
- 11- Butler, G., Fennel, M., Robson, P. Gelder, M. (1991). A comparison of behavior therapy and cognitive behavior therapy in the treatment of generalizada anxiety disorder. **J. Cons. Clin. Psychol**. 59(1).
- 12- Clark, D.M (1986) A cognitive approach to panic. **Behavior Research and therapy**. 21.461-70.

- 13- Deffenbacher J.L (1988) worry, emotional of Education. **Psychology**. vol. 70, 278-254.
- Diamond, D. (1987). Psychotherapeutic approaches to the treatment of panic attacks, hypochondriasis and agoraphobia. **British Journal of Medical Psychology**. 60.
- 14- Ellis, A. (1989). **Rational Emotive Therapy**. In R. J. Corsini (Ed.), current psychotherapies. Itasca, IL: Peacock.
- 15- Grinker, R. R. And Spiegel, J.P. (1945). Men under stress. Philadelphia: Blakiston. (1935). Obsessive-compulsive states in childhood. Arch. Dis. Child., 10. - Holland, W., J.6.6 Lazeski, R.C. Kirkland, Jones, G.; van Norman, L. (1989) An analysis of the nature and effect, of test anxiety. **Cognitive therapy and Research**. Vol. 3, 165-180.
- 16- Hollon, S.D.(1994) Cognitive and cognitive – behavior therapies. In A.E. Bergin and S.L. Garfiel (Eds) **Hand book of psychotherapy and behavior change**. New York . Wiley.14.
- Hibbert, G. (1987) Identical components of anxiety: their origin and content. **British Journal of psychiatry** 147: 678-27.
- 17- Hutchings, D.F., Denney, D.R., Basgall, J., Houston, B.K. (1980). Anxiety management and applied relaxation in reducing general anxiety. **Behavior-Research – Therapy**, Vol.18, No.3, PP.181-190.
- 18- Jannoun, L., Oppenheimer, C., Gelder, M.(1982), A Self- help treatment program for anxiety state patients. **Journal of Behavior Therapy**, Vol.13, No.1, PP.103-111. - Kendall, P.C. and Hollon, S.D. (1981). **Assessment Strategies For cognitive – Behavioural Intervention**. London : Academic Press.
- 19- Lader(1994); Andrews (1990); Swinson, Cox and Fergus (1993). "General Anxiety Disorder" - Lars –Goran – ost, (1988). Applied relaxation VS progressive relaxation in the treatment of panic disorder. **Behavior Research and therapy** VOL.26, No.1, PP.13-22.
- 20- Lindsay, W. R. and al. (1989). A controlled trial of treatments for generalized anxiety. **Brit. J. Clin. Psychol.**, 26(1).
- 21- Mahoney, M.T. (1975) cognition and behavior Modification Cambridge: MA: Ballinger. - Noyes R, Woodman C, Garvey MJ, Cook BL, Suelzer M, Clancy J, et al. Generalized anxiety disorder vs. panic disorder. Distinguishing characteristics and pattern of comorbidity. **J New Ment Dis** 1992; 180:369-79.
- 22- Marks, H.M. and Lader, M.(1973) Anxiety states (anxiety neurosis): A review, **Journal of Nervous and mental Disease** 156:3-13.
- 23- Ramm, E. and al (1981). Anxiety management training for anxiety states: positive compared with negative self-statements. **Brit. J. Psychiat.**, 140.

- 24- Ramm, E., Marks , IM., Yukesl, S., and stern , RS. (1982) .Anxiety management training for anxiety state: Positive compared with negative self statement. **Brithish Journal of psychiatry**, Vol.140, No.4,PP.367-373.
- 25- Raskin, D.C. and al. (1982). Painc and generalized anxiety disorders: Developmental antecedents and precipitants. **Arch. Gen. Psychiat.** 39.
- 26- Rickels, K. (1978). Use of antianxiety agents in anxious outpatients. **Psychoph-armacology**, 58(1).
- 27- Rimm, D. C, Litvak, S. B. (1969). Self verbalization and emotional arousal. **J. Abnorm. Psychol.** 74(2).
- 28- Salkovskis, P.M and westbrook, D. (1989) Behavior therapy and obsessional ruminations. Can failure be turned into success? **Behavior Research and therapy**, 27, 179-6.
- 29- Schweizer E. **Generalized anxiety disorder** . Longitudinal course and phamacologic treatment **Psychiatr Clin North Am** 1995;18:843-57.
- 30- Schweizer E, Rickels K. Startegies for treatment of generalized anxiety in the primary care setting. **J Clin Psychiatry**. 1997;58(supple3): 27-33.
- 31- Suinn, R. & Richardson, F. (1971). **Anxiety management training. A nonspecific behavior therapy program for anxiety control.** *Behav. Ther.*, 2.
- 32-Thomas. A.(1996). **Religion and the dcline of magic.** New york: charles scribner sons.
- 33- Waddell, M. T., Barlow, D.H., and obrian , G. T. (1984). A preliminary in vestigation 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.3-3-402.
- 34- Woodward ,R; Jhone ,R.B(1990) cognitive restructuring treatment. **Journal of Behavior research and therapy.** vol38. 401-409.
- 35- Zatz , S; chassin.L (1985) cognition of test. an **children journal of counseling and clinical psychology.** vol. 38. 529-534.
- 36- Zatz, S; chassin. L (1985) cognitions of test-anxiety children under naturalistic test-taking condition. **Journal under naturalistic and clinical psychology.** vol 53. 393-401.