

اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر اضطراب و نگرانی افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر

تاریخ دریافت: ۹۰/۹/۹

تاریخ پذیرش: ۹۱/۱/۲۲

غلامرضا دهشیری*

چکیده

مقدمه: پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر اضطراب و نگرانی افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر انجام شد.

روش: با استفاده از طرح آزمایشی پیش‌آزمون، پس‌آزمون با گروه کنترل همراه با پیگیری، ۱۸ دانشجوی مراجعه کننده به مراکز مشاوره دانشگاه‌های شهر تهران که طبق ملاک‌های راهنمای تشخیصی آماری نسخه چهارم مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر بودند به طور تصادفی انتخاب شدند و در دو گروه آزمایش و کنترل جایگزین شدند. آزمودنی‌های دو گروه به پرسشنامه نگرانی ایالت پنسیلوانیا و مقیاس اضطراب صفت پاسخ دادند. آزمودنی‌های گروه آزمایش به مدت ۱۶ جلسه تحت درمان فردی قرار گرفتند. در پایان درمان و همچنین یک ماه بعد از درمان آزمودنی‌های دو گروه مجدداً به پرسشنامه نگرانی و اضطراب صفت پاسخ دادند.

یافته‌ها: نتایج پژوهش نشان داد که درمان شناختی رفتاری به طور معنی‌داری موجب کاهش نگرانی و اضطراب صفت آزمودنی‌های مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر در مرحله پس‌آزمون و پیگیری شده است.

نتیجه‌گیری: نتایج پژوهش نشان می‌دهد که درمان شناختی رفتاری در کاهش علائم اختلال اضطراب فراگیر مؤثر است.

واژه‌های کلیدی: درمان شناختی رفتاری، اضطراب فراگیر، نگرانی

مقدمه

شامل دو طبقه کلی است: درمان‌های دارویی و درمان‌های روان‌شناختی. اشکال مختلفی از درمان‌های روان‌شناختی برای اختلال اضطراب فراگیر وجود دارد که می‌توان به درمان‌های شناختی، رفتاری، شناختی- رفتاری، فراشناختی، روان‌پویشی و پسخوراند زیستی اشاره کرد [۷]. رایج‌ترین درمان اختلال اضطراب فراگیر درمان شناختی- رفتاری است و بیشترین مطالعات انجام شده در زمینه درمان اختلال اضطراب فراگیر درمان شناختی- رفتاری است [۸]. درمان شناختی رفتاری تلفیقی از رویکردهای شناختی و رفتاری است. در این نوع درمان به بیمار کمک می‌شود تا الگوهای تفکر تحریف شده و رفتارهای ناکارآمد خود را تشخیص دهد. برای اینکه بتواند این افکار تحریف شده و ناکارآمد خود را تغییر دهد از بحث‌های منظم و تکالیف رفتاری دقیقاً سازمان یافته‌ای استفاده می‌شود [۹]. از نظر بسیاری از متخصصان، این نوع درمان هنوز در خط اول درمان‌های روان‌شناختی اختلال اضطراب فراگیر قرار دارد [۱۰]. درمان‌های اختلال اضطراب فراگیر نوین، راهبردهای شناخت درمانی همراه با ادراک نادرست از تهدید را بخوبی با مواجهه ذهنی در پاسخ به نشانه‌های درونی و بیرونی اضطراب با هدف مرور ذهنی پاسخ‌های مقابله‌ای ترکیب کرده است. این قبیل برنامه‌های درمان شناختی- رفتاری در پژوهش‌های روان‌درمانی زیادی مورد ارزیابی قرار گرفته است. اگرچه در بین اختلالات اضطرابی درمان اختلال اضطراب فراگیر مشکل به نظر می‌رسد، با این وجود درمان شناختی- رفتاری پیوسته بر تغییرات درمانی معنی‌دار در طول زمان تأکید داشته است [۲]. شکل‌های مختلفی از درمان شناختی- رفتاری برای کاهش نشانه‌های اختلال اضطراب فراگیر وجود دارد. به طور اختصاصی درمان شناختی- رفتاری روی کاهش نشانه‌های شناختی، جسمانی و رفتاری اختلال اضطراب فراگیر از طریق کاربرد تکنیک‌های خاص متمرکز است. این تکنیک‌ها شامل آرام سازی، حساسیت زدایی منظم، آرام سازی فعال، بازسازی شناختی، کنترل محرک، جلوگیری از پاسخ، حل مسأله، فهرست بندی فعالیت‌های خوشایند و آموزش مهارت‌های بین فردی است [۷]. تحقیقات انجام شده نشان داده‌اند که فقط ۵۰ درصد از بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر با روش درمان شناختی- رفتاری بهبود یافته‌اند [۸]. از

در بین دوازده اختلال اضطرابی فهرست شده در ویرایش تجدید نظر شده چهارم کتابچه راهنمای تشخیصی آماری اختلالات روانی^۱ اختلال اضطراب فراگیر^۲ از جمله شایع‌ترین اختلالات است [۱]. اختلال اضطراب فراگیر پیک اختلال اضطراب مزمن است که با نگرانی مفرط و غیر قابل کنترل مشخص می‌شود و همراه با نشانه‌های جسمانی است. بر خلاف سایر اختلالات اضطرابی، اختلال اضطراب فراگیر شامل نگرانی مبهم در غیاب اشیاء، محرک‌ها یا موقعیت‌های خاص است [۲]. ویژگی‌های اصلی برای تشخیص اختلال اضطراب فراگیر عبارتند از ۱- نگرانی^۳ و اضطراب بیش از حد در اکثر روزها حداقل به مدت ۶ ماه ۲- اختلال در عملکرد اجتماعی و شغلی ۳- دشواری در کنترل نگرانی ۴- فراوانی، شدت و مدت نگرانی فراتر از احتمال وقایع تهدیدزا است [۳]. از آنجایی که نگرانی بیمارگون ویژگی اصلی اختلال اضطراب فراگیر است، راجرز^۴ و همکاران [۴] پیشنهاد می‌کنند که شناسایی درمان‌هایی که به طور معنی‌داری موجب کاهش نگرانی می‌شوند از لحاظ بالینی مهم و با ارزش است. از دیدگاه شناختی رفتاری اضطراب فراگیر از تحریف‌های شناختی ناشی می‌شود. افراد مبتلا از مشکلات جزئی در زندگی روزمره به راحتی ناراحت می‌شوند. اگر مشکلی در زندگی روزمره آنها رخ دهد آن را بزرگ می‌کنند و درباره پیامد آن بیش از حد نگران می‌شوند. توجه آنها از خود مشکل به نگرانی‌های خودشان جابجا می‌شود، در نتیجه نگرانی آنها دو چندان می‌شود. وقتی اضطراب به هر دلیلی آغاز می‌شود از کنترل خارج شده و نگرانی روی هم انباشته می‌شود. آنچه بسیار زیانبار است، عدم اطمینان فرد به توانایی خودش در کنترل کردن احساسات واکنش‌های اضطرابی و عدم اطمینان به توانایی اداره کردن تکالیف زندگی به نحو شایسته است [۵]. از بین تمام اختلالات اضطرابی اختلال اضطراب فراگیر، اختلالی است که از اثربخشی درمانی کمتری برخوردار است [۶]. درمان اختلال اضطراب فراگیر

1- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: Text revision

2- Generalized Anxiety Disorder

3- worry

4- Rogers

طرف دیگر، اختلال اضطراب فراگیر یک اختلال مقاوم نسبت به درمان است [۱۱]. پژوهش حاضر به دنبال بررسی اثربخشی درمان شناختی- رفتاری بر اضطراب و نگرانی افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر است.

روش

طرح پژوهش: در این مطالعه از طرح پژوهشی شبه آزمایشی استفاده شد. طرح آزمایشی پژوهش حاضر طرح پیش آزمون پس آزمون- پیگیری با گروه گواه و شامل مراحل اجرایی زیر بود: ۱- جایگزین کردن تصادفی آزمودنیها ۲- اجرای پیش آزمون و جمع آوری دادهها ۳- اجرای متغیر مستقل روی گروههای آزمایشی ۴- اجرای پس آزمون و جمع آوری دادهها ۵- اجرای آزمون پیگیری و جمع آوری دادهها (با فاصله زمانی یک ماه).

آزمودنیها: جامعه پژوهش حاضر شامل کلیه دانشجویان دانشگاههای دولتی شهر تهران بود که مطابق با ملاکهای ویرایش چهارم کتابچه راهنمای تشخیصی آماری اختلالات روانی [۱] مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر بودند و برای درمان به یکی از مراکز مشاوره دانشگاههای دولتی شهر تهران مراجعه کرده بودند. معیارهای ورود آزمودنیها به پژوهش عبارت بود از: تشخیص اصلی اختلال آنها بر اساس ملاکهای ویرایش چهارم کتابچه راهنمای تشخیصی آماری اختلالات روانی، اختلال اضطراب فراگیر باشد و این اختلال بدون همبودی با سایر اختلالات محور اول باشد، عدم وجود اختلال ارگانیک، ذهنی یا اختلال روان پریشی، نداشتن سوء مصرف مواد و اینکه تاکنون هیچ درمانی اعم از روان شناختی و دارو درمانی دریافت نکرده باشند. از بین جامعه فوق ۲۰ نفر با استفاده از روش نمونه گیری تصادفی ساده انتخاب شدند و به طور تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل جایگزین شدند. که از این بین آنها ۱۰ نفر دختر و ۱۰ نفر پسر بودند. دامنه سنی آزمودنیها بین ۱۸ تا ۲۹ سال با میانگین ۲۷/۷۸ و انحراف استاندارد ۲/۶۰ بود.

ابزار:

۱- پرسشنامه نگرانی ایالت پنسیلوانیا: پرسشنامه نگرانی ایالت پنسیلوانیا [۱۲] یک پرسشنامه خودگزارشی دهی ۱۶ سؤالی است که نگرانی شدید، مفرط و غیر قابل کنترل را

اندازه می گیرد. این پرسشنامه به عنوان ابزاری برای غربالگری اختلال اضطراب فراگیر به کار می رود. مقیاس پاسخگویی به سؤالات لیکرت ۵ درجه ای است، به هر سؤال نمره ۱ تا ۵ تعلق می گیرد و دامنه نمرات کل پرسشنامه بین ۱۶ تا ۸۰ است. ضرایب همسانی درونی پرسشنامه در بین گروههای بالینی و عادی بالا بوده و بین ۰/۸۸ تا ۰/۹۵ گزارش شده است [۱۳، ۱۴]. همچنین ضرایب پایایی بازآزمایی آن بین ۰/۷۴ تا ۰/۹۲ گزارش شده است [۱۲، ۱۵، ۱۶]. ضرایب آلفای کرونباخ و بازآزمایی این پرسشنامه در بین دانشجویان ایرانی به ترتیب ۰/۸۷ و ۰/۷۹ گزارش شده است. همچنین همبستگی معنی دار نمرات آن با نمرات اضطراب صفت و افسردگی بیانگر روایی همگرایی آن بوده است [۱۷].

۲- پرسشنامه اضطراب صفت- حالت: پرسشنامه اضطراب صفت- حالت [۱۸] یک مقیاس خودگزارشی دهی ۲۰ سؤالی است که اضطراب صفت و حالت را به طور جداگانه اندازه گیری می کند. مقیاس صفت تمایل به مضطرب بودن را اندازه می گیرد. خصوصیات روان سنجی مقیاس صفت در حد مناسبی گزارش شده است. ضرایب همسانی درونی آن در بین جمعیت های مختلف بین ۰/۸۶ تا ۰/۹۵ و ضریب پایایی بازآزمایی آن بین ۰/۷۰ تا ۰/۷۷ گزارش شده است. همچنین روایی واگرا و همگرایی آن تأیید شده است [۱۸].

مهرام [۱۹] ضریب همسانی درونی مقیاس صفت را ۰/۹۰ گزارش کرده همچنین روایی ملاکی مقیاس صفت نیز از طریق مقایسه نمرات افراد عادی و افراد مبتلا به اضطراب تأیید شده است.

۳- مصاحبه بالینی ساختار یافته برای DSM-IV (SCID): مصاحبه بالینی ساختار یافته برای DSM-IV یک مصاحبه برای ارزیابی انواع مختلف اختلالات محور اول و دوم ویرایش چهارم کتابچه راهنمای تشخیصی آماری اختلالات روانی است. این مصاحبه برای اولین بار در دهه ۹۰ برای تشخیص بر اساس DSM-III-R طراحی شد و نسخه فعلی آن بر اساس DSM-IV به روز شده است که شامل دو نسخه برای محور اول و دوم است. SCID-I هفت گروه تشخیصی اختلالات محور اول شامل

2- State-Trait Anxiety Inventory
3- Structured Clinical Interview for DSM-IV

1- Penn State Worry Questionnaire

گرفتند. پروتکل درمان شناختی رفتاری، پروتکل پیشنهادی هازلت-استیونز^۱ [۲] بود. محتوای جلسات درمانی به شرح ذیل بود: جلسه اول) آموزش روانی- جلسه دوم) ادامه و مرور آموزش روانی، منطق و دلیل تنفس عمیق، روش‌های تنفس عمیق، روش‌های درمان شناختی اولیه، منطق و دلیل درمان شناختی، شناسایی افکار اضطراب‌زا. جلسه سوم) منطق و دلیل آموزش آرمیدگی پیشرونده، اجرای آرمیدگی پیشرونده. جلسه چهارم) تکنیک‌های شناختی برای به چالش کشیدن افکار اضطراب‌زا، ایجاد تفسیرها یا پیش‌بینی‌های جایگزین، بررسی شواهد و احتمالات، هراس زدایی. جلسه پنجم) شناسایی رفتارهای نگران‌کننده، شناسایی رفتارهای اجتنابی منفعل، آموزش آرمیدگی ذهنی. جلسه ششم) شناسایی و بررسی باورهای اصلی، آموزش آرمیدگی پیشرونده. جلسه هفتم) ادامه شناسایی و بررسی باورهای اصلی، مواجهه ذهنی و تمرین مقابله‌ای. جلسه هشتم) ادامه شناسایی و بررسی باورهای اصلی، شناسایی و بررسی باورهای نگران‌کننده فراشناختی، ادامه مواجهه ذهنی و تمرین مقابله‌ای. جلسه نهم) ادامه شناسایی و بررسی باورهای اصلی، ادامه شناسایی و بررسی باورهای نگران‌کننده فراشناختی، ایجاد دیدگاه‌های جدید، تمرین آرمیدگی پیشرونده. جلسه دهم) ادامه شناسایی و بررسی باورهای اصلی، ادامه شناسایی و بررسی باورهای نگران‌کننده فراشناختی، تغییر رفتاری در سبک زندگی، شناسایی فعالیت‌های مورد غفلت واقع شده. جلسه یازدهم) ادامه شناسایی و بررسی باورهای اصلی، ادامه شناسایی و بررسی باورهای نگران‌کننده فراشناختی، آموزش آرمیدگی پیشرونده، مواجهه ذهنی. جلسه دوازدهم) ادامه شناسایی و بررسی باورهای اصلی، ادامه شناسایی و بررسی باورهای نگران‌کننده فراشناختی، آموزش آرمیدگی پیشرونده، مواجهه ذهنی بعدی. جلسه سیزدهم) ادامه شناسایی و بررسی باورهای اصلی، ادامه شناسایی و بررسی باورهای نگران‌کننده فراشناختی، روش‌های آرمیدگی کاربردی. جلسه چهاردهم) ادامه مؤلفه‌های درمان قبلی در صورت نیاز، معرفی و آشنایی با برنامه پیشگیری از عود، مرور پیشرفت مراجع، مرور آموزش‌های روانی. جلسه پانزدهم) ادامه مؤلفه‌های درمان قبلی در صورت نیاز، طراحی برنامه

اختلالات خلقی، روان‌پزشکی، وابستگی به مواد، اضطراب، خوردن و سازگاری را مورد ارزیابی قرار می‌دهد. بررسی ویژگی‌های این ابزار حاکی از آن است که پایایی و اعتبار آن در حد مناسبی است و بین ۰/۸۱ تا ۰/۸۴ گزارش شده است [۹]. در ایران شریفی و همکاران [۲۰] پایایی و قابلیت اجرای آن را برای جمعیت ایرانی بررسی کرده‌اند. یافته‌ها نشان داد که توافق تشخیصی برای اکثر تشخیص‌ها متوسط تا خوب بوده (ضریب کاپای بالاتر از ۰/۶۰) همچنین اکثر مصاحبه‌کنندگان قابلیت اجرای نسخه فارسی این ابزار را خوب ارزیابی کرده‌اند.

روند اجرای پژوهش: ابتدا از بین مراکز مشاوره دانشگاه‌های دولتی شهر تهران به طور تصادفی مراکز مشاوره دانشگاه‌های علامه طباطبایی، و صنعتی امیر کبیر انتخاب شدند. سپس در بین مراجعانی که به این مراکز مشاوره مراجعه کرده بودند پرسشنامه نگرانی پنسیلوانیا به عنوان ابزار غربالگری اختلال اضطراب فراگیر اجرا شد و آزمودنی‌هایی که دارای نمره بالاتر از ۴۵ بودند انتخاب شدند و با استفاده از مصاحبه بالینی ساختار یافته برای DSM-IV (SCID) مورد ارزیابی و مصاحبه تشخیصی قرار گرفتند. از بین آزمودنی‌هایی که تشخیص اختلال اضطراب فراگیر دریافت کرده بودند و ملاک‌های لازم برای ورود به پژوهش را داشتند، به طور تصادفی ۲۰ نفر انتخاب شدند و سپس به طور تصادفی در دو گروه ۱۰ نفری آزمایشی درمان شناختی رفتاری، و گروه کنترل (گروه در لیست انتظار) جایگزین شدند. بعد از انتخاب گروه‌های نهایی پژوهش، از آزمودنی‌های دو گروه خواسته شد که در یک جلسه توجیهی شرکت کنند. در این جلسه با تشریح اهداف پژوهش سعی شد که انگیزه و موافقت لازم مراجعان برای شرکت در پژوهش جلب شود. فرم موافقت برای همکاری در پژوهش توسط مراجعان تکمیل شد و پژوهشگر به مراجعان این اطمینان را داد که کلیه مطالب ارائه شده در جلسات درمانی و نتایج پرسشنامه‌ها محرمانه خواهد بود. در این جلسه مراجعان دو گروه پرسشنامه‌های نگرانی پنسیلوانیا و اضطراب صفت اشیپیلبرگر را به عنوان پیش‌آزمون تکمیل کردند. آزمودنی‌های گروه آزمایش در ۱۶ جلسه درمان هفتگی ۵۰ دقیقه‌ای بصورت انفرادی شرکت کردند و آزمودنی‌های گروه کنترل در لیست انتظار قرار

1- Hazlett-Stevens

یافته‌ها

به منظور بررسی اثربخشی درمان از آزمون تجزیه و تحلیل واریانس مختلط دو راهه استفاده شد (عامل بین گروهی گروه آزمایشی با دو سطح درمان شناختی رفتاری و گواه و عامل درون گروهی زمان اندازه‌گیری با سه سطح پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری). نتایج آزمون موجلی برای بررسی مفروضه کرویت نشان داد که مفروضه کرویت رعایت شده است ($P > 0.05$). همچنین نتایج آزمون لون برای یکسانی واریانس سطوح عامل درون گروهی بین دو گروه بیانگر رعایت مفروضه یکسانی واریانس‌ها بود ($P > 0.05$). نتایج آزمون تجزیه و تحلیل واریانس مختلط دو راهه در جدول ۱ ارائه شده است.

پیشگیری از عود، جلسه شانزدهم) ادامه مؤلفه‌های درمان قبلی در صورت نیاز، اتمام برنامه پیشگیری از عود. لازم به ذکر است که ۲ نفر از آزمودنیهای گروه آزمایش (درمان شناختی رفتاری) بعد از ۴ تا ۷ جلسه درمانی، از شرکت در جلسات درمانی خودداری کردند و به این ترتیب حجم گروه آزمایش پژوهش به ۸ نفر کاهش پیدا کرد. آزمودنیهای دو گروه بعد از اتمام ۱۶ جلسه درمانی مجدداً پرسشنامه‌های نگرانی ایالت پنسیلوانیا و اضطراب صفت اشیپیلبرگر را به عنوان پس آزمون تکمیل کردند. همچنین پیگیری بعد از یک ماه انجام شد.

جدول ۱) نتایج آزمون تجزیه و تحلیل واریانس مختلط برای بررسی تأثیر زمان و گروه بر نمرات اضطراب صفت

منبع		SS	df	MS	F	P	η^2
درون گروهی	زمان	۷۳۱/۵۲	۲	۳۶۵/۷۶	۷۲/۳۳	۰/۰۰۱	۰/۸۲
	زمان*گروه	۵۵۷/۵۹	۲	۲۷۸/۷۹	۵۵/۱۳	۰/۰۰۱	۰/۷۷
	خطا	۱۶۱/۸۲	۳۲	۵/۰۶	-	-	-
بین گروهی	گروه	۹۴۴/۵۴	۱	۹۴۴/۵۴	۱۹/۲۸	۰/۰۰۱	۰/۵۵
	خطا	۷۸۳/۸۳	۱۶	۴۸/۹۹	-	-	-

می‌شود تأثیر گروه نیز بر نمرات اضطراب صفت معنی‌دار است [$\eta^2 = 0.55, P < 0.001, F(1, 16) = 19.28$]. می‌توان نتیجه گرفت که صرف نظر از زمان اندازه‌گیری بین میانگین نمرات اضطراب صفت گروه‌های آزمایشی تفاوت معنی‌داری وجود دارد. از آنجایی که اثر تعامل بین عامل درون گروهی زمان اندازه‌گیری و عامل بین گروهی معنی‌دار بود اثر ساده بین گروهی با توجه به سطوح عامل درون گروهی با استفاده از تصحیح بن فرنی مورد بررسی قرار گرفت که در جدول ۲ ارائه شده است.

چنانچه از جدول مشاهده می‌شود تأثیر زمان اندازه‌گیری بر نمرات اضطراب صفت معنی‌دار می‌باشد [$\eta^2 = 0.82, P < 0.001, F(2, 32) = 72.33$]. می‌توان بیان کرد که صرف نظر از گروه آزمایشی بین میانگین نمرات اضطراب صفت در پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری تفاوت معنی‌داری وجود دارد. همچنین اثر تعامل بین زمان و گروه نیز معنی‌دار می‌باشد. [$\eta^2 = 0.77, P < 0.001, F(2, 32) = 32.2$]. می‌توان بیان کرد که تفاوت میانگین نمرات اضطراب صفت در زمان‌های مختلف با توجه به سطوح متغیر گروه متفاوت است. همان طور که از جدول مشاهده

جدول ۲) نتایج آزمون بن فرنی برای مقایسه میانگین اضطراب صفت گروه‌ها در هر یک از مراحل اندازه‌گیری

معنی‌داری	گواه		شناختی رفتاری		زمان
	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	
۰/۸۳	۵/۵۷	۵۴/۱۰	۴/۸۱	۵۴/۶۳	پیش آزمون
۰/۰۰۱	۴/۰۵	۵۳/۸۰	۳/۲۴	۳۹/۲۵	پس آزمون
۰/۰۰۱	۴/۷۷	۵۲/۱۰	۳/۳۶	۴۰/۸۸	پیگیری

گروه گواه است ($P < 0/001$). نتایج آزمون تجزیه و تحلیل واریانس مختلط دو راهه برای بررسی اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر کاهش نگرانی آزمودنیها در جدول ۳ ارائه شده است. نتایج آزمون موچلی برای بررسی مفروضه کرویت (یکسانی واریانس تفاوت جفتی بین سطوح عامل درون گروهی) نشان داد که مفروضه کرویت رعایت شده است ($P > 0/05$). همچنین نتایج آزمون لون برای یکسانی واریانس سطوح عامل درون گروهی بین دو گروه بیانگر رعایت مفروضه یکسانی واریانسها بود ($P > 0/05$).

چنانچه از جدول مشاهده می‌شود در مرحله پیش آزمون تفاوت معنی‌داری بین میانگین نمرات اضطراب صفت گروه‌های آزمایشی وجود ندارد. اما در مرحله پس آزمون میانگین نمرات گروه شناختی رفتاری به طور معنی‌داری کمتر از گروه گواه است ($P < 0/001$). بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که درمان شناختی رفتاری به طور معنی‌داری در کاهش میانگین نمرات اضطراب صفت در مرحله پس آزمون مؤثر بوده است. همان طور که از جدول مشاهده می‌شود در مرحله پیگیری نیز میانگین نمرات اضطراب صفت گروه شناختی رفتاری به طور معنی‌داری کمتر از

جدول ۳) نتایج آزمون تجزیه و تحلیل واریانس مختلط برای بررسی تأثیر زمان و گروه بر نمرات نگرانی

η^2	P	F	MS	df	SS	منبع	
۰/۷۶	۰/۰۰۱	۵۰/۷۶	۷۷۱/۳۶	۲	۱۵۴۲/۷۲	زمان	درون گروهی
۰/۷۰	۰/۰۰۱	۳۷/۸۵	۵۷۵/۱۷	۲	۱۱۵۰/۳۵	زمان*گروه	
-	-	-	۱۵/۲۰	۳۲	۴۸۶/۲۸	خطا	
۰/۶۵	۰/۰۰۱	۲۹/۵۶	۲۷۲۹/۷۱	۱	۲۷۲۹/۷۱	گروه	بین گروهی
-	-	-	۹۲/۳۴	۱۶	۱۴۷۷/۴۹	خطا	

است. همان طور که از جدول مشاهده می‌شود تأثیر گروه نیز بر نمرات نگرانی معنی‌دار است [$\eta^2 = 0/65$ ، $P < 0/001$]. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که صرف نظر از زمان اندازه‌گیری بین میانگین نمرات نگرانی گروه‌های آزمایشی تفاوت معنی‌داری وجود دارد. از آنجایی که اثر تعامل بین عامل درون گروهی زمان اندازه‌گیری و عامل بین گروهی گروه معنی‌دار بود اثر ساده بین گروهی با توجه به سطوح عامل درون گروهی با استفاده از تصحیح بن فرنی در جدول ۴ ارائه شده است.

چنانچه از جدول مشاهده می‌شود تأثیر زمان اندازه‌گیری بر نمرات نگرانی معنی‌دار می‌باشد [$\eta^2 = 0/76$ ، $P < 0/001$]. بنابراین می‌توان بیان کرد که صرف نظر از گروه آزمایشی بین میانگین نمرات نگرانی در پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری تفاوت معنی‌داری وجود دارد. همچنین اثر تعامل بین زمان و گروه نیز معنی‌دار می‌باشد. [$\eta^2 = 0/70$ ، $P < 0/001$]. بنابراین می‌توان بیان کرد که تفاوت میانگین نمرات نگرانی در زمان‌های مختلف با توجه به سطوح متغیر گروه متفاوت

جدول ۴) نتایج آزمون بن فرنی برای مقایسه میانگین نگرانی گروه‌ها در هر یک از مراحل اندازه‌گیری

معنی‌داری	گواه		شناختی رفتاری		زمان
	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	
۰/۷۶	۷/۷۹	۶۴/۳۰	۸/۱۸	۶۳/۱۳	پیش آزمون
۰/۰۰۱	۶/۴۷	۶۲/۶۰	۲	۴۱/۵۰	پس آزمون
۰/۰۰۱	۷/۲۸	۶۲/۹۰	۳/۱۰	۴۲/۲۵	پیگیری

نمرات گروه شناختی رفتاری به طور معنی‌داری کمتر از گروه گواه است ($P < 0/001$). بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که درمان شناختی رفتاری به طور معنی‌داری در کاهش

چنانچه از جدول مشاهده می‌شود در مرحله پیش آزمون تفاوت معنی‌داری بین میانگین نمرات نگرانی گروه‌های آزمایشی وجود ندارد. اما در مرحله پس آزمون میانگین

مسائل بیماران مطرح می‌شود. نظر به اینکه اضطراب فراگیر اختلالی است که از تعامل مؤلفه‌های فیزیولوژی، شناختی و رفتاری به وجود می‌آید درمان جامع شناختی رفتاری می‌تواند اثربخشی بالایی در مورد آن داشته باشد. در مورد دلایل اثربخشی درمان شناختی رفتاری در کاهش اضطراب و نگرانی افراد مبتلا به اضطراب فراگیر می‌توان به مؤلفه‌های این درمان اشاره کرد. تکنیک‌های که مؤلفه فیزیولوژی اضطراب را هدف قرار می‌دهند شامل آموزش تنفس دیافراگمی یا عمیق، آموزش آرمیدگی پیش رونده و آموزش آرمیدگی ذهنی است. این تکنیک‌ها مؤلفه جسمانی و فیزیولوژی اضطراب را مورد هدف قرار می‌دهند. مراجعان با آموزش این تکنیک‌ها یاد می‌گیرند که در برابر نشانه‌ها و راه اندازهای اضطراب به طور مناسب مقابله کنند، به طوری که سطح پایه تنش جسمانی را کاهش دهند. این راهبردها را می‌توان مهارت‌های تنظیم هیجانات اساسی دانست که معمولاً بیماران مبتلا به اضطراب فراگیر فاقد آن هستند. تمرین آرمیدگی مستلزم آن است که فرد توجه خود را بر زمان حال و اینجا و اکنون متمرکز کند و به همین دلیل برای افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر مناسب است، چرا که ماهیت نگرانی معطوف به آینده است [۲]. تکنیک‌های شناختی به مراجعان یاد می‌دهد که افکار اضطرابی خود را شناسایی کنند و آنها را به طور عینی مورد آزمون قرار دهند. درمانگر سعی می‌کند که بیمار را با اطلاعات جدیدی روبرو کند، که قبلاً آنها را نادیده گرفته است. این تکنیک‌ها به مراجعان کمک می‌کند که تفسیرها و برداشت‌های نادرست خود از رویدادهای محیطی را تعدیل و تصحیح کنند و دیدگاه‌های جدیدی را ایجاد کنند. مراجعان یاد می‌گیرند که پیچیدگی و ابهام ویژگی اکثر موقعیت‌های زندگی است، و بنابراین یاد می‌گیرند که این ابهام و عدم قطعیت را تحمل کنند و از لحاظ شناختی انعطاف پذیری بیشتری داشته باشند. در نهایت مراجعان این دیدگاه‌های شناختی جدید را به عنوان پاسخ مقابله‌ای متفاوتی در برابر رویدادهای اضطراب‌زا بکار می‌برند [۲]. تکنیک‌های که مؤلفه رفتاری اضطراب را هدف قرار می‌دهند عبارتند از شناسایی رفتارهای ایمنی نگرانی، شناسایی و حذف رفتارهای اجتنابی فعال و منفعل، مواجهه ذهنی و تمرین مقابله، تغییر رفتار سبک زندگی و شناسایی

میانگین نمرات نگرانی در مرحله پس آزمون مؤثر بوده است. همان طور که از جدول مشاهده می‌شود در مرحله پیگیری نیز میانگین نمرات نگرانی گروه شناختی رفتاری به طور معنی‌داری کمتر از گروه گواه است ($P < 0.01$).

بحث

هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان شناختی رفتاری در کاهش سطح اضطراب و نگرانی افراد مبتلا به اضطراب فراگیر بود. نتایج پژوهش نشان داد که درمان شناختی رفتاری به طور معنی‌داری باعث کاهش اضطراب و نگرانی افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر در پس آزمون و پیگیری می‌شود. این یافته پژوهش با یافته‌های پژوهش‌های انجام شده [۴، ۲۱، ۲۲، ۲۳، ۲۴، ۲۵] همسو می‌باشد. این محققان در پژوهش‌های خود به این نتیجه رسیدند که درمان شناختی رفتاری موجب کاهش معنی‌داری نشانه‌های اضطراب و نگرانی افراد مبتلا به اضطراب فراگیر می‌شود. پژوهش‌های اخیر [۲۶، ۲۷، ۲۸، ۲۹] حاکی از آن هستند که درمان شناختی رفتاری درمانی مؤثر برای اختلال اضطراب فراگیر است. ارزیابی نتایج درمان شناختی- رفتاری اضطراب بر پایه پروتکل‌هایی است که به ویژه جهت بررسی اختلال‌های انفرادی به کار می‌رفته است. درمان شناختی رفتاری بر این فرض قرار دارد که افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر الگوهای ناسازگارانه درک و پاسخدهی به محیط را یاد گرفته‌اند و همچنین فاقد راهبردهای مقابله‌ای مؤثر هستند. از این دیدگاه، فرد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر بخاطر اینکه بجای رفتار سازنده، مستعد درک تهدید، پاسخ اجتنابی و ناتوانی است، از نگرانی و اضطراب مفرط رنج می‌برد. بعد از سال‌ها شناسایی تهدیدهای بالقوه و پاسخدهی به صورت اضطراب، نگرانی و اجتناب، این مراجعان الگوهای پاسخدهی خودکار و مداوم را پیدا می‌کنند. افکار، احساسات و رفتارهای اضطرابی مداوم و تکرار شونده هستند، بنابراین در نهایت این زنجیره کاملاً خارج از آگاهی قرار می‌گیرد. با توجه به این که اصلی‌ترین ملاک اختلال اضطراب فراگیر عامل نگرانی می‌باشد لذا با استفاده از درمان شناختی و رفتاری و محتوای شناختی جلسات درمانی و تغییر ادراکی بیماران سبک پردازش آنها تغییر می‌کند و در نتیجه با روش‌های تحلیل منطقی راهبردهای جدیدی برای حل

- 5- Halgin PR, Whitbourne SK. *Abnormal Psychology: clinical perspectives on psychological disorders* (4th). McGraw-Hill College; 2003.
- 6- Brown TA, Barlow DH, Liebowitz MR. The empirical basis of generalized anxiety disorder. *Am J Psychiatry*. 1994; (151): 1272-1280.
- 7- Rygh JL, Sanderson WC. *Treating generalized anxiety disorder: Evidenced-based strategies, tools, and techniques*. New York: Guilford Press; 2004.
- 8- Borkovec TD, Newman MG, Castonguay LG. Cognitive-behavioral therapy for generalized anxiety disorder with integrations from interpersonal and experiential therapies. *CNS Spectr*. 2003; (8): 382-389.
- 9- Sadock BJ, Sadock VA. (Eds.) *Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry* (9th Ed.). New York: Williams & Wilkins; 2003.
- 10- Erickson TM, Newman MG. Cognitive behavioral psychotherapy for generalized anxiety disorder: A primer. *Expert Rev Neurother*. 2005; 5(2): 247-257.
- 11- Portman M. *Generalized Anxiety Disorder across the Lifespan: An Integrative Approach*. New York: Springer; 2008.
- 12- Meyer TJ, Miller ML, Metzger RL, Borkovec TD. Development and validation of the Penn State Worry Questionnaire. *Behav Res and Ther*. 1990; (28): 487-495.
- 13- Borkovec TD. The nature, functions, and origins of worry. In G. Davey & F. Tallis (Eds.), *Worry: Perspectives on theory, assessment, and treatment* (pp. 5-34). New York: Wiley; 1994.
- 14- Brown TA, Antony MM, Barlow DH. Psychometric properties of the Penn State Worry Questionnaire in a clinical anxiety disorders sample. *Behav Res and Ther*. 1992; (30): 33-37.
- 15- Molina S, Borkovec TD. The Penn State Worry Questionnaire: Psychometric properties and associated characteristics. In G.C. L. Davey, & F. Tallis (Eds.), *Perspectives on theory, assessment, and treatment*. New York: Wiley; 1994.
- 16- Stöber J. Reliability and validity of two widely-used worry questionnaires: Selfreport and self-peer convergence. *Personal and Individ Differ*. 1998; (24): 887-890.
- 17- Dehshiri G, Golzari M, Borjali A, Sohrabi F. Psychometrics Particularity of Farsi Version of Pennsylvania State Worry Questionnaire for College Students. *J Clin Psychol*. 2009; 1 (4): 67-75. [Persian].
- 18- Spielberger CD, Gorsuch RL, Lushene. Vagg PR, & Jacobs G A. *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. PaloAlto, CA: Consulting Psychologists Press; 1983.
- 19- Mahram B. *Standardization of Spielberger State-Trait Anxiety Inventory in Mashhad*. [M. A. Dissertation]. Tehran: Alame Tabatabae University; 1994. [Persian].

رفتارهای نادیده گرفته شده. این تکنیک‌ها رفتارهای ایمنی نگرانی و اجتناب فعال و منفعل را از طریق مواجهه و تکالیف بازداری پاسخ، را به تدریج حذف می‌کنند. به طور کلی نتایج پژوهش حاضر نشان داد که درمان شناختی رفتاری در کاهش نشانه‌های اختلال اضطراب فراگیر مؤثر است اما باید توجه داشت که پژوهش حاضر درمان شناختی رفتاری را در مورد اختلال اضطراب فراگیر بدون همبودی با سایر اختلالات مورد بررسی قرار داد، بنابراین تعمیم نتایج آن به بیماران اضطراب فراگیر که اختلال آنها همانند با اختلال دیگر است باید با احتیاط صورت گیرد. همچنین جامعه پژوهش حاضر دانشجویان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر بودند و از آنجایی که در تحقیقات مشخص شده است که سن بیماران یکی از عواملی است که اثربخشی درمان‌ها را تحت تأثیر قرار می‌دهد، بنابراین پیشنهاد می‌شود اثربخشی این درمان در سایر گروه‌های سنی مخصوصاً کودکان، نوجوانان و افراد سالمند مورد بررسی قرار گیرد. در پژوهش حاضر به دلیل محدودیت زمانی مرحله پیگیری یک ماه پس از درمان انجام شد که فاصله نسبتاً کمی برای بررسی اثرات بلند مدت درمان‌های صورت گرفته است. بنابراین انجام پژوهش‌های که اثرات بلند مدت درمان شناختی رفتاری را مورد توجه قرار می‌دهند ضروری است. با توجه به اینکه در زمینه درمان اختلال اضطراب فراگیر درمان‌های روان‌شناختی دیگری مثل درمان روان‌پویایی حمایتی بیانی، درمان تنظیم هیجانات، درمان فراشناخت، ارائه شده است، پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی اثربخشی و مقایسه این درمان‌ها در مورد اختلال اضطراب فراگیر مورد بررسی قرار بگیرد.

منابع

- 1- American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: Text revision* (4th ed. rev). Washington, D.C; 2000.
- 2- Hazlett-Stevens H. *Psychological approaches to generalized anxiety disorder: A clinician's guide to assessment and treatment*. New York, NY: Springer; 2008.
- 3- Schulz J, Gotto JG, Rapaport MH. The diagnosis and treatment of generalized anxiety disorder. *Prim Psychiatry*. 2005; 12(11): 58-67.
- 4- Roger C, Allison JO, Pamela MS, David JA. A meta-analysis of CBT for pathological worry among clients with GAD. *J Anxiety Disord*. 2008; (22): 108-116.

- 20- Sharifi V, Asadi SM, Mohammadi MR, Amini H, Kaviyani H, Semnani U, Shabani A, Shahrivar Z, Davari R, Hakim Shoshtari M, Sedigh A, Jalali Rodsari M. Reliability and capability of the Persian version of the Structured Clinical interview for DSM-IV. *Adv in Cogn Sci*. 2005; 6(1,2): 10-22. [Persian].
- 21- Gould RA, Otto MW, Pollack MH, Yap L. Cognitive behavioral and pharmacological treatment of generalized anxiety disorder: A preliminary meta-analysis. *Behav Ther*. 1997; (28): 285-305.
- 22- Borkovec TD, Ruscio AM. Psychotherapy for generalized anxiety disorder. *J Clin Psychiatry*. 2001; (62): 37-42.
- 23- Dugas MJ, Robichaud M. Cognitive-behavioral treatment for generalized anxiety disorder: From science to practice. New York: Routledge; 2007.
- 24- Gould RA, Safren SA, Washington DO, Otto MW. A meta-analytic review of cognitive-behavioral treatments. In: R.G. Heimberg, C. A. Turk, & D. S. Mennin (Eds.), *Generalized Anxiety Disorder: advances in research and practice*. New York: Guilford Press; 2004.
- 25- Leichsenring F, Salzer S, Jaeger U, Ka"chele H, Kreische R, Leweke F, Ru"ger U, Winkelbach C, Leibing E. Short-Term Psychodynamic Psychotherapy and Cognitive-Behavioral Therapy in Generalized Anxiety Disorder: A Randomized, Controlled Trial. *J of Lifelong Learning in Psychiatry*. 2010; 8(1): 66-74.
- 26- Ladouceur R, Dugas M, Freestone MH, Leger E, Gagnon F, Thibodeau N. Efficacy of cognitive behavioral treatment for generalized anxiety disorder: Evaluation in a controlled clinical trial. *J Consult and Clin Psycholo*. 2007; 68(6): 975-964.
- 27- Linden M, Zabraegel D, Baer T. Efficacy of cognitive behavior therapy in generalized anxiety disorder. *psychother and Psychosom*. 2005; (74): 36-42.
- 28- Warner CM, Reigada LC, Fisher PH, Saborsky AL, Benkov KJ. CBT for anxiety and associated somatic complaints in pediatric medical settings: An open pilot study. *J Clin Psychol in Med Settings*. 2009; (16): 169-177.
- 29- Haby MM, Donnelly M, Corry J, Vos T. Cognitive behavioural therapy for depression, panic disorder and generalized anxiety disorder: A meta-regression of factors that may predict outcome. *Aust and N.Z J Psychiatry*. 2006; (40): 9-19.



پروہشگاہ علوم انسانی و مطالعات فرہنگی
پرتال جامع علوم انسانی