

# نقش تعدیل کننده منبع کنترل در اثربخشی درمان های شناختی- رفتاری و تنش زدایی بر اختلال اضطراب تعمیم یافته

هیوا کریمی<sup>۱</sup>، دکتر فاتح رحمانی<sup>۲</sup>

۱. کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه کردستان، سنندج، ایران. (نویسنده مسئول: kaziva.kaziva@yahoo.com)

۲. استادیار گروه روان شناسی، دانشگاه کردستان، سنندج، ایران.

مجله پیشرفت های نوین در علوم رفتاری، دوره اول، شماره چهارم، بهمن ماه ۱۳۹۵، صفحات ۲۲-۱۱

## چکیده

منبع کنترل از متغیرهای شناخته شده شخصیت است که به داوری درباره علیت یا تجسم علیت رویدادها اشاره دارد و در نظر گرفتن آن برای پیش آگهی درمانی مهم است. هدف پژوهش حاضر بررسی ارتباط منبع کنترل با میزان پاسخدهی به درمان های شناختی - رفتاری و تنش زدایی در بیماران دارای اختلال اضطراب تعمیم یافته بود. به این منظور نمونه ۳۰ نفری از بیماران دارای اختلال اضطراب تعمیم یافته، با استفاده از مصاحبه بالینی براساس DSM-5، انتخاب و بطور تصادفی در دو گروه گمارده شدند. یک گروه به مدت سه ماه (۱۲ جلسه)، تحت رواندرامانگری شناختی - رفتاری و گروه دیگر به مدت دو ماه (۸ جلسه) تحت درمانگری تنش زدایی (رلاکسیشن) قرار گرفتند. جایگاه منبع کنترل بیماران از طریق مقیاس منبع کنترل راتر و شدت نشانه های اضطراب آنها از طریق آزمون اضطراب بک قبل و بعد از درمانگری ارزیابی شدند و نتایج پیش آزمون و پس آزمون آزمودنی ها با استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس مقایسه شد. نتایج پژوهش نمایانگر کاهش بیشتر شدت اضطراب در بیماران دارای منبع کنترل درونی، در هر دو گروه بود. نتایج با توجه به متغیر منبع کنترل و نوع درمان به کار گرفته شده تفسیر شد.

**واژه های کلیدی:** اختلال اضطراب تعمیم یافته، تنش زدایی، درمانگری شناختی- رفتاری، منبع کنترل

مجله پیشرفت های نوین در علوم رفتاری، دوره اول، شماره چهارم، بهمن ماه ۱۳۹۵

## مقدمه

اختلال اضطراب تعمیم یافته اختلالی شایع و ناتوان کننده است که با نگرانی گسترده، مفرط و مهارناپذیر متمایز می شود. شیوع دوازده ماهه این اختلال در میان بزرگسالان ۰.۴٪ تا ۳.۶٪ است و شیوع طول عمر آن ۹٪ است. از آنجا که اختلال اضطراب تعمیم یافته یکی از دشوارترین اختلال ها برای ارزیابی، تشخیص و درمان است، بررسی متغیرهای درگیر در فرآیند شناسایی و درمان آن ممکن است منجر به پیشرفت در زمینه نتایج درمانی این اختلال شود. با توجه به دو وجه شناخته شده اختلال اضطراب تعمیم یافته، تحریفهای شناختی و پریشانی جسمانی، بیشتر شیوه های درمانی شناختی- رفتاری و تنش زدایی در مورد آن به کار گرفته می شوند. اگرچه، در طول سال های اخیر پژوهش های فراوانی به بررسی مقایسه ای اثربخشی درمان های مربوط به اضطراب تعمیم یافته پرداخته اند (مانند: چارمنس و دیگران<sup>۱</sup>، ۲۰۰۶؛ کراسک و دیگران<sup>۲</sup>، ۲۰۰۹)، اما فراتر از بررسی اثربخشی این رویکردهای درمانی، یکی از مباحث اصلی در مورد اثربخشی درمانهای روانشناختی بنا به گفته گوردون پاول<sup>۳</sup>، این است که کدام درمان، برای چه کسانی و تحت چه شرایطی، اثربخش است (پاول، ۱۹۶۷؛ نقل از نورکراس و وامپولد<sup>۴</sup>، ۲۰۱۱). چندین دهه از این گفته پاول می گذرد و در این مدت، هنوز پیشرفت کمی در این مبحث، در مورد اختلال اضطراب تعمیم یافته، صورت گرفته است. در نظر گرفتن تفاوت های شخصیتی و شرایط متفاوت بیماران، مستلزم ایجاد حوزه ای جدید در پژوهش های اختلال اضطراب تعمیم یافته است؛ حوزه ای که فراتر از بررسی اثربخشی افتراقی درمانها، به بررسی پاسخدهی افتراقی بیماران به درمانهای مختلف پردازد. در حقیقت، در چند سال اخیر برخی پژوهش ها از روشهای مقایسه ای گامی فراتر نهاده اند و به بررسی متغیرهای پیش بین موفقیت درمانها پرداخته اند (مانند: نیومن، کریتس، گیوننس و اریکسون<sup>۵</sup>، ۲۰۰۶)، اما داده های کمی در مورد نقش تعدیل کننده متغیرهای مربوط به بیماران در دست است (نیومن و فیشر<sup>۶</sup>، ۲۰۱۲). بررسی وضع فردی و به خصوص ویژگیهای شخصیتی بیماران در ارزیابی، تشخیص و درمان اختلال های روانشناختی، ضرورتی اجتناب ناپذیر است (دادستان و منصور، ۱۳۸۴) و ویژگیهای شخصیتی به عنوان یکی از عوامل اصلی ایجاد کننده تفاوت های فردی، می تواند در انتخاب درست و اجرای موفق طرحهای درمانی مورد نظر قرار گیرد. زینبارگ، الیسک و آدلر<sup>۷</sup> (۲۰۰۸) در بیان اهمیت این ویژگیها اثر تعیین کننده آنها را در تعیین دامنه درمانی شبیه اثر ژن ها در تعیین دامنه واکنش ها در فنوتیپ فرد می دانند. تعیین ویژگیهای شخصیتی بیماران می تواند در انتخاب راهبردها و اهداف درمانی کمک کننده باشد. افزون بر آن می توان از این طریق شواهد غیرمستقیمی در مورد مکانیسم های عمل رهیافت های مختلف درمانی به دست آورد. منبع کنترل به باورهای شخصی در مورد رویدادهای زندگی اشاره دارد؛ از آن نظر که که این رویدادها حاصل تلاش و مهار شخصی یا تبیین های

<sup>1</sup> -Schuurmans et al

<sup>2</sup> -Cracke et al

<sup>3</sup> -Paul, G

<sup>4</sup> -Norcross and Wampold

<sup>5</sup> -Newman, Crits, Gibbons and Erikson

<sup>6</sup> -Newman and Fisher

<sup>7</sup> -Zinbarg, Uliaszek & Adler

خارج از اختیار، مانند سرنوشت و شانس است (راتر<sup>۱</sup>، ۱۹۵۴). منبع کنترل به عنوان انتظار تعمیم یافته ای تعریف می شود که با الگوی درونی یا بیرونی ادراک شده است، و نمایانگر درجه باوری است که فرد رویدادها را وابسته به رفتار یا ویژگیهای نسبتاً پایدار خود می داند. گاهی فرد تقویت را به عنوان پیامد برخی از اعمال خود ادراک می کند، اما آنها را کاملاً تابع اعمال خود نمی داند. چنین مواردی بطور مشخص، حاصل شانس، اقبال، بخت، کنترل دیگران قدرتمند - یا با توجه به پیچیدگی زیاد نیروهایی که فرد را احاطه کرده اند- غیر قابل پیش بینی تلقی می شوند. زمانی که رویدادها به این صورت تفسیر شوند، آن را باور به کنترل بیرونی می نامیم. فردی که رویدادها را هماهنگ با رفتار یا ویژگیهای نسبتاً پایدار خود ادراک می کند، دارای باوری است که "مهاردرونی" نامیده می شود (راتر، ۱۹۶۶). افراد دارای مهار بیرونی به دلیل پیچیدگیهای محیط پیرامون، رویدادها را غیرقابل پیش بینی می دانند (میلت<sup>۲</sup>، ۲۰۰۵). با ارزیابی کنترل بیرونی و درونی می توان تفاوت های افراد را نیز در باورهای تعمیم یافته پیرامون آنها مشخص ساخت. برای مثال، افراد دارای منبع کنترل درونی دارای پیچیدگی شناختی بیشتری هستند. پیچیدگی شناختی از متغیرهای پردازش خبر است که با پیش بینی چگونگی تبدیل خبرهای رفتاری خاص، یاری گر قضاوت های اجتماعی یا بالینی و درعین حال، نمایانگر تعدادی از ساخت های شناختی / اجتماعی موجود در نظام باورهای فرد است (جین و سین<sup>۳</sup>، ۲۰۰۸). ارتباط میان منبع کنترل و اختلال های روانی در چندین پژوهش نمایان شده است. در این پژوهش ها منبع کنترل به عنوان یکی از ساختارها و نظام های شخصیتی مرتبط با واکنش افراد به تنش و اضطراب، و به عنوان یکی از ساختارها و نظام های شخصیتی بررسی شده که با واکنش افراد به تنش و اضطراب مرتبط است (پتری و روترام<sup>۴</sup>، ۱۹۸۲؛ دلونگیس، فولکمن و لازاروس<sup>۵</sup>، ۱۹۸۸؛ ویسمن و کان<sup>۶</sup>، ۱۹۹۳؛ لو<sup>۷</sup>، ۲۰۰۲؛ ملون، پاپانیکولا و پرودرومیوس<sup>۸</sup>، ۲۰۰۹؛ ۲۰۰۹؛ باقریان، احمدزاده و باغبانیان، ۲۰۰۹). مطالعه بشارت، عبدالمنافی، فراهانی و خدایی (۱۳۹۰)، در مورد نقش تعدیل کننده منبع کنترل در ارتباط میان خشم و افسردگی در بیماران دارای اختلال افسردگی مهاده، نشان دهنده همراهی افزایش منبع کنترل درونی با کاهش خشم و افسردگی بودند. مطالعه پهلویان، محجوب و ضرابیان (۱۳۷۸)، نشان داد که میان گرایش به منبع کنترل درونی و میزان افسردگی دانشجویان همبستگی معنی دار منفی وجود دارد. پژوهش داگ<sup>۹</sup> (۱۹۹۹) در مورد ارتباط منبع کنترل و آسیب شناسی روانی نشان داد که افراد دارای منبع کنترل بیرونی در تلاش برای رسیدن به نوعی کنترل بر رویدادهای زندگی به رفتارهای مرضی و باورهای معیوب متوسل می شوند. در نتیجه میان منبع کنترل بیرونی و آسیب روانی ارتباط مستقیمی وجود دارد. ویسواناتان<sup>۱۰</sup> (۱۹۹۶)، در مطالعه ای دیگر، به همبستگی مثبت میان منبع کنترل بیرونی و اضطراب

<sup>1</sup> -Rotter

<sup>2</sup> -Millet

<sup>3</sup> -Jain and Singh

<sup>4</sup> -Petrie and Rotheram

<sup>5</sup> -DeLongis, Folkman and Lazarus

<sup>6</sup> -Whisman and Kwon

<sup>7</sup> -Lo

<sup>8</sup> -Mellon, Papanikolaou and Prodromitis

<sup>9</sup> -Dag

<sup>10</sup> -Viswanathan

مرگ دست یافت. پیشتر نیز در پژوهش بود و پو<sup>۱</sup> (۱۹۹۵)، تحت عنوان بررسی ارتباط منبع کنترل، وزوز گوش و آشفستگی هیجانی بیماران، ارتباط مستقیم و مثبت منبع کنترل بیرونی با افسردگی و اضطراب بیماران نشان داده شد. اگرچه بیشتر نتایج پژوهش‌ها در خصوص ارتباط میان منبع کنترل و اختلال‌های روانی، به سود فرضیه ارتباط منبع کنترل بیرونی با اختلال‌های روانی است اما، نتایج تعدادی دیگر از پژوهش‌ها حاکی از این است که ارتباط روشنی میان جایگاه منبع کنترل و ابتلاء به اختلال‌های روانی وجود ندارد و افراد دارای هر دو جایگاه درونی و بیرونی در معرض اختلال‌های روانی هستند (تونی و آن<sup>۲</sup>، ۱۹۹۸؛ هالپرت و هیل<sup>۳</sup>، ۲۰۱۱). بررسی پژوهش‌های انجام شده در خصوص تاثیر جایگاه منبع کنترل در ابتلاء به اضطراب تعمیم یافته نشان میدهد که از روی جایگاه منبع کنترل نمی‌توان حضور یا شدت اضطراب تعمیم یافته را پیش‌بینی کرد. در صورتی که در بعضی اختلال‌ها مانند افسردگی مهاد وضعیت بدین‌گونه نیست و جایگاه کنترل بیرونی با حضور و شدت افسردگی در ارتباط است (ویلکینسون و چامو<sup>۴</sup>، ۱۹۹۲؛ کندی، لینچ و سواب<sup>۵</sup>، ۱۹۹۸). بنابراین، بر خلاف انتظار، افراد دارای منبع کنترل بیرونی بیشتر در معرض ابتلاء به اختلال اضطراب تعمیم یافته نیستند. از دیدگاه نظریه پردازان شناختی، آنچه تعیین کننده ابتلاء به این اختلال می‌شود مواجهه افراد با تعدادی از رویدادهای منفی غیرقابل پیش‌بینی در زندگی است (هازلت<sup>۶</sup>، ۲۰۰۸)، و این می‌تواند در زندگی هر فردی (چه دارای منبع کنترل درونی یا بیرونی باشد)، روی دهد. تنش‌زدایی با مهار مستقیم تنش یا اضطراب در بدن بیماران در ارتباط است و منبع کنترل، متغیری است که با پردازش شناختی پیوند نزدیکی دارد. متغیرهای شناختی، نقشی اساسی در تحول و تداوم اختلال اضطراب تعمیم یافته دارند (دابی و لادوسر<sup>۷</sup>، ۲۰۰۸). از سوی سوی دیگر درمان شناختی- رفتاری با بازسازی و اصلاح شناخت بیماران مربوط است. بنابراین می‌توان منبع کنترل را به عنوان یک متغیر شناختی (و شخصیتی) با اختلال اضطراب تعمیم یافته، درمان شناختی - رفتاری، و تنش‌زدایی در ارتباط گذاشت. پژوهش حاضر به دنبال دو هدف کلی است. نخست، بررسی جایگاه منبع کنترل در اختلال اضطراب تعمیم یافته. دوم، میزان تاثیر این متغیر در پاسخدهی به هر کدام از شیوه‌های درمان‌گری شناختی- رفتاری و تنش‌زدایی.

## روش

پژوهش حاضر با روش نیمه تجربی و در قالب دو گروه با پیش‌آزمون و پس‌آزمون انجام شد. از بین مراجعان به مراکز مشاوره و مطب دو نفر از روانپزشکان شهر میوان در بهار سال ۱۳۹۲، ۳۰ بیمار اضطرابی دارای نشانه‌های اضطراب تعمیم یافته انتخاب شدند و سپس شدت اضطراب و وضعیت منبع کنترل آنها ارزیابی شد. ۱۵ نفر از بیماران به طور تصادفی در گروه پژوهشی تحت درمان شناختی - رفتاری و ۱۵ نفر دیگر به منظور مقایسه نتایج پژوهش، در گروه دیگر تحت درمان تنش-

<sup>1</sup> -Budd and Pough

<sup>2</sup> -Tonny and Ann

<sup>3</sup> -Halpert and Hill

<sup>4</sup> -Wilkinson and Chamove

<sup>5</sup> -Kenned, Lynch and Schwab

<sup>6</sup> -Hazlett

<sup>7</sup> -Duppy and Ladouceur

زدایی قرار گرفتند. پس از دوره درمانی مجدداً شدت اضطراب و منبع کنترل بیماران مورد ارزیابی قرار گرفت. به دلیل عدم دسترسی به مجموعه بیماران مبتلا به اختلال اضطراب تعمیم یافته، در این پژوهش از نمونه بیماران دردسترس استفاده شد. ملاک‌های ورود شامل: سن بین ۱۸ تا ۴۵ سال، حداقل تحصیلات سوم راهنمائی و تشخیص بالینی اختلال اضطراب تعمیم یافته بر اساس DSM-5 بود. ملاک‌های خروج شامل: اعتیاد به مواد، وجود بیماریهای جسمانی ایجادکننده نشانه‌های اضطراب و وجود اختلالهای شخصیت بود. ابتدا منبع کنترل بیماران با استفاده از مقیاس منبع کنترل راتر، و سپس میزان اضطراب بیماران با استفاده از آزمون اضطراب بک، ارزیابی شد. گام بعدی ارایه درمان بود. ۱۲ جلسه درمان شناختی- رفتاری برای گروه پژوهشی بر اساس ساختار جلسات مربوط به آن و ۸ جلسه تنش‌زدایی کاربردی برای گروه گواه انجام شد. پس از اتمام مداخلات، دوباره مقیاس منبع کنترل راتر و آزمون اضطراب بک برای تمام بیماران اجرا و نمرات آنها با نمرات قبلی آنها در این دو آزمون مقایسه شد.

### ۱. مقیاس منبع کنترل راتر

مقیاس منبع کنترل راتر (راتر، ۱۹۶۶) ادراک فرد از منبع کنترل رفتار و پیامدهای حوادث زندگی شخصی را می‌سنجد. این مقیاس شامل ۲۹ جفت گویه است. نمره‌گذاری به این صورت است که اگر آزمودنی به جمله‌ای که منبع کنترل را می‌سنجد پاسخ دهد، نمره صفر یا یک می‌گیرد (شش جفت از گویه‌ها خنثی هستند). در این آزمون دامنه کمترین نمره تا بیشترین نمره ممکن صفر تا ۲۳ است. هر چه نمره فرد در این آزمون بیشتر باشد کانون مهار بیرونی‌تر است. ضریب اعتبار اولیه آن با استفاده از روش دونیمه-سازي برابر با ۰/۶۵، به روش کودر ریچاردسون ۰/۷۳ و با روش بازآزمایی با فاصله زمانی یک ماه برابر ۰/۷۲ است (فدایی، عاشوری، هوشیاری و ایزانلو، ۱۳۹۰). این آزمون در ایران چندین بار اعتباریابی شده است. برای نمونه حسن شاهی (۱۳۷۸) در تحقیق خود پایایی مقیاس منبع کنترل را به روش آلفای کرونباخ ۰/۷۸ به دست آورده است (شعبانی بهار، یلفانی و قارلقی، ۱۳۸۹). در نمونه ۳۰ نفری پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ، ۰/۷۶ محاسبه شد که نشانه همسانی درونی خوب این مقیاس است.

### ۲. آزمون اضطراب بک

آزمون اضطراب توسط بک در سال ۱۹۸۸ ساخته شده است. این آزمون شامل ۲۱ نشانه از اضطراب است. آزمودنی می‌بایست به این آیتم‌ها به صورت «هرگز»، «خفیف»، «متوسط» و «شدید» پاسخ دهد که این گزینه‌ها به ترتیب ۰، ۱، ۲ و ۳ نمره‌گذاری می‌شوند. در این آزمون نمره صفر تا ۲۳ نشانه اضطراب خفیف، نمره ۲۴ تا ۲۸ نشانه اضطراب متوسط، نمره بالاتر از ۲۹ نشانه اضطراب مرضی است. ضریب آلفای کرونباخ این آزمون ۰/۹۲ گزارش شده است. نتایج حاصل از محاسبه همبستگی میان نمرات حاصل از این آزمون با ارزیابی متخصص بالینی پیرامون میزان اضطراب افراد در جمعیت مضطرب، نشان می‌دهد که آزمون مورد نظر دارای روایی مناسبی است ( $r=0.72, p<.001$ ). محاسبه همبستگی میان طبقه‌ای بین نمرات آزمون و بازآزمون در جمعیت مضطرب ایرانی نشان می‌دهد که این آزمون دارای ضریب پایایی ۰/۸۳ است. (کاوایانی و موسوی، ۱۳۸۷). در پژوهش حاضر آلفای کرونباخ برای این آزمون ۰/۸۰ محاسبه شد که نشان دهنده ثبات درونی بالایی برای آن است. روشهای مداخله‌ای که در این

پژوهش مورد استفاده قرار گرفت شامل درمانگری شناختی - رفتاری آیرون بک و تنش زدایی اُست<sup>۱</sup> بود که اولی بر اساس کتاب راهنمای آن که توسط کلارک و بک<sup>۲</sup> (۲۰۱۰) تنظیم شده است، و دومی براساس ساختار جلسات مربوط به آن که توسط اُست (۱۹۸۷) تنظیم شده است، انجام گرفتند.

#### یافته ها

مقایسه نتایج پیش آزمون و پس آزمون آزمودنی ها با استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس انجام شد. در جدول شماره ۱، نمره- های پیش آزمون گروه های آزمایشی همسان گشته اند. باتوجه به این جدول، میانگین نمره های پس آزمون آزمودنی های دارای منبع کنترل درونی در گروه شناختی - رفتاری در مقایسه با گروه تنش زدایی، کمتر است. به منظور بررسی معناداری این تفاوت از آزمون تحلیل کوواریانس دوراهه<sup>۳</sup>، استفاده شد که نتایج آن در جدول شماره ۲ مندرج می باشد.

جدول ۱: میانگین نمرات پس آزمون دو گروه تحت درمان شناختی- رفتاری و تنش زدایی به تفکیک منبع کنترل

گروه	منبع کنترل	میانگین	واریانس خطا	حد پایین	حد بالا
شناختی- رفتاری	درونی	۱۲/۰۶	۱/۲۳	۹/۴۸	۱۴/۶۴
	بیرونی	۱۸/۵۴	۱/۱۴	۱۶/۱۵	۲۰/۹۳
گواه	درونی	۱۹/۸۴	۰/۹۸	۲۱/۸۹	۱۷/۷۹
	بیرونی	۲۲/۴۴	۱/۹۴	۱۸/۳۹	۲۶/۴۸

همان طور که در جدول ۲ دیده می شود، هنگامی که منبع کنترل در تعامل با شیوه های درمانی قرار می گیرد، در نمره کسب شده در پس آزمون تفاوت معناداری (در سطح معناداری  $p < 0/01$ ) ایجاد می کند. بنابراین، منبع کنترل بیرونی متغیر تعیین کننده برتری اثربخشی CBT بر بیماران دارای اختلال اضطراب تعمیم یافته در مقایسه با آموزش تنش زدایی است که برای گروه گواه انجام شد.

جدول ۲: تحلیل کوواریانس پیش آزمون و پس آزمون دو گروه تحت درمان شناختی- رفتاری و تنش زدایی

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزاد میانگین مجذورات	F	معناداری	مجذورات
پیش آزمون	۲۸۹/۴۷	۱	۸۳/۴۷	۰/۰۰۰	۰/۷۸۴
گروهها	۲۵/۵۹	۱	۷/۶۷	۰/۰۱۱	۰/۲۵
خطا	۷۹/۷۶	۲۳	۳/۴۷		

<sup>۱</sup> -Ost

<sup>۲</sup> -Clark and Beck

<sup>۳</sup> -two way ANCOVA

یافته های مندرج در جدول شماره ۳، نتایج اضطراب پس آزمون بیماران را به تفکیک منبع کنترل آنها نشان می دهد.

جدول ۳: شاخصهای توصیفی نمره های پس آزمون و پیش آزمون نشانه های اضطراب بیماران

و نتایج تحلیل کوواریانس درمان شناختی - رفتاری به تفکیک منبع کنترل

متغیر	منبع کنترل								
	Partial Eta Squared	Sig	F	بیرونی			درونی		
				N	SD	M	N	SD	M
پس آزمون	۰/۲۴	۰/۰۱۲	۷/۴	۱۰	۷/۶	۲۲/۸	۱۶	۵/۵	۱۴/۳۷
پیش آزمون	۰/۰۸	۰/۱۶۱	۲/۰۸	۱۰	۷/۹	۳۷/۲	۱۶	۶/۷	۳۳

با توجه به جدول ۳، مقایسه نتایج مربوط به شدت اضطراب در پس آزمون دو گروه بیانگر این است که نمرات اضطراب افراد دارای منبع کنترل درونی، کاهش معناداری را نسبت به نمرات اضطراب افراد دارای منبع کنترل بیرونی نشان می دهد. مطابق نتایج جدول ۳، تفاوت افراد دارای منبع کنترل متفاوت (درونی و بیرونی) از لحاظ شدت اضطراب معنادار است ( $F=7/4, sig=0/012$ ). می توان این نکته را از بخش توصیفی جدول ۳ نیز دریافت که مبین تفاوت میانگین پس آزمون بیماران دارای منبع کنترل درونی در مقابل بیماران دارای منبع کنترل بیرونی است ( $14/37$  در مقابل  $22/8$ ). بنابراین، می توان نتیجه گرفت که کاهش شدت اضطراب بیماران دارای اضطراب تعمیم یافته که دارای منبع کنترل درونی هستند، در مقایسه با بیماران دارای منبع کنترل بیرونی بیشتر و مجذور اتا برابر  $0/24$  بوده است. یعنی  $24\%$  واریانس تبیین شده شدت اضطراب، ناشی از جایگاه منبع کنترل بیماران است. اما مطابق نتایج این جدول، هر چند اضطراب پیش آزمون بیماران دارای منبع کنترل درونی کمتر از بیماران دارای منبع کنترل بیرونی است ( $33$  در برابر  $37/2$ )، اما این تفاوت معنادار نیست ( $F=2/08, sig=0/161$ ).

#### بحث

منبع کنترل از متغیرهای شخصیتی است که به واسطه تجسم علیت یا داوری درباره رویدادهای زندگی، و به تبع آن، تاثیر بر شیوه واکنش به رویدادها در بیماران دارای اهمیت است (راتر، ۱۹۶۶). پژوهش حاضر به بررسی نقش تعدیل کننده منبع کنترل در اثربخشی درمان های شناختی- رفتاری و تنش زدایی بر اختلال اضطراب تعمیم یافته پرداخت. پیش از پرداختن به نتایج، توجه به بیمارانی ضروری است که درمان را پایان ادامه ندادند (۴ بیمار از ۳۰ نفر). اگرچه چنین وضعیتی در پژوهش هایی این چنین، رایج است، اما به دلیل پائین بودن تعداد آزمودنیها، احتمالاً اعتبار نتایج تحقیق حاضر را کاهش می دهد. همچنانکه ذکر شد نتایج نشان می دهند که منبع کنترل درونی، متغیر تعیین کننده برتری اثربخشی درمانگری شناختی - رفتاری در مقایسه با تنش زدایی است. همچنین طبق نتایج، شدت اضطراب بیماران دارای منبع کنترل درونی در گروه شناختی - رفتاری کاهش بیشتری نسبت به گروه تنش زدایی نشان داد. به علاوه، میان شدت اضطراب پیش آزمون و منبع کنترل ارتباطی یافت نشد. نخستین نکته ای که نیازمند بررسی است ارتباط میان شدت اضطراب و منبع کنترل بیماران است. به عبارت دیگر، آیا شدت اضطراب تابعی از منبع کنترل بیماران است یا بالعکس؟ طبق نتایج، تفاوت شدت اضطراب افراد دارای منبع کنترل بیرونی با افراد دارای منبع کنترل درونی معنادار نیست. این

یافته در کنار دیگر یافته این پژوهش مبنی بر پاسخ درمانی بهتر افراد دارای منبع کنترل درونی به درمان شناختی - رفتاری، نشان دهنده اهمیت منبع کنترل درونی در اثربخشی بیشتر درمان شناختی - رفتاری است (در مقایسه با تنش زدایی). نتیجه عملی این یافته می تواند این باشد که برای افراد مضطرب دارای منبع کنترل بیرونی، درمان شناختی- رفتاری درمان انتخابی مناسبی نیست. بنابراین، از معنادار نبودن ارتباط شدت اضطراب و منبع کنترل می توان به این نتیجه رسید که منبع کنترل بیرونی الزاماً به اضطراب منتهی نمی شود. به عبارت دیگر، میان جایگاه منبع کنترل و شدت اضطراب رابطه علی وجود ندارد و می توان از منبع کنترل به عنوان متغیری برای پیش بینی درمان سود برد. این نکته با نتایج پژوهش تونی و آن (۱۹۹۸) هماهنگ است که افراد دارای منبع کنترل درونی و بیرونی می توانند در معرض اضطراب قرار گیرند. همچنین با یافته فون<sup>۱</sup> (۲۰۱۱) مبنی بر نقش پیش بینی کننده منبع کنترل درونی در نتایج درمان های روانشناختی، همسو است. می توان کاهش بیشتر شدت اضطراب را در بیمارانی که جایگاه مهار آنها درونی بود از دو زاویه بررسی کرد. نخست، منبع کنترل درونی به عنوان یک ویژگی شناختی و شخصیتی، که با ویژگی های دیگری همچون خودکارآمدی و افزایش توان یادگیری همراه است (سورینو و دیگران<sup>۲</sup>، ۲۰۱۱)، و حضور آنها زمینه را برای افزایش اثربخشی هر مداخله درمانی فراهم می کند. دوم، در درمانگری شناختی - رفتاری مستقیماً شناختها و افکار بیماران مورد بررسی قرار می گیرد و در نتیجه، با توجه وضعیت شناختی متمایز افراد دارای منبع کنترل درونی، اثربخشی آن بر این بیماران افزایش می یابد. پاسخ درمانی بهتر بیماران دارای منبع کنترل درونی در مقایسه با افراد دارای منبع کنترل بیرونی، در گروه شناختی - رفتاری می تواند از عوامل متعددی متأثر شده باشد. برای مثال، فعالیت بیمار، پذیرش ماهیت خود-درمانی این شیوه درمانگری، سهولت بیشتر پذیرش ساخت یافتگی جلسات و فرایند درمان. این نکته به معنای درمان پذیری بیشتر افراد دارای منبع کنترل درونی است. از سوی دیگر، افراد دارای منبع کنترل بیرونی اغلب نقش یا ارزش کمی برای هرگونه تلاش در جهت بهبود شرایط خود قائلند (فارس<sup>۳</sup>، ۱۹۷۶). شاید بتوان تغییرات در منبع کنترلی بیرونی را از زاویه شرایط درمان و ماهیت مداخلات درمانی مورد استفاده تبیین کرد. به این صورت که در طول درمان شناختی- رفتاری، افکار و باورهای نارساکنش بیماران به طور مرتب شناسایی، ارزیابی و اصلاح می شوند. از سوی دیگر مقیاس منبع کنترلاتر، که در این پژوهش برای سنجش منبع کنترل به کار گرفته شد، در اکثر ماده ها شامل افکار و باورهای نارساکنشی است که این ماده ها به عنوان منبع کنترل بیرونی نمره گذاری می شوند. بنابراین، بیماری که طبق مقیاس منبع کنترل راتر دارای منبع کنترل درونی باشد، بدین معناست که احتمالاً دارای افکار و باورهای نارساکنش کمتری است و در نتیجه اثربخشی درمان شناختی - رفتاری بر روی اختلال او بیشتر است. بنابراین، اگر این موارد صحیح باشد می توان نتیجه گرفت که علت کاهش اضطراب بیشتر بیماران دارای جایگاه منبع کنترلدرونی در این پژوهش به هماهنگی بیشتر موضع مبتنی بر مهار درونی از سوی درمانگر با واقعیت روانشناختی بیمار مربوط باشد. خلاصه یافته های پیشین در این زمینه به این صورت است که درمانگری شناختی - رفتاری بر بازسازی افکار و ادراک بیماران از وقایع پیرامونی متمرکز است. حتی در مواردی همچون اختلال استرس پس ضربه که شرایط پیرامونی عامل به وجود آورنده بیماری است، درمانگر شناختی - رفتاری به منظور اکتساب مجدد کنترل بیماران بر واکنش هایشان در صدد بازسازی شناختهای آنان است. بنابراین درمانگری شناختی - رفتاری در نفس خود دارای جهت گیری کنترل درونی است (APA، ۲۰۰۹). یافته اخیر با نتایج پژوهش حاضر مبنی بر اثربخشی بیشتر درمان شناختی - رفتاری در بیماران دارای منبع کنترل بیرونی همسو است.

<sup>۱</sup> -Foon

<sup>۲</sup> -Severino

<sup>۳</sup> -Phares



اگرچه توان منبع کنترل در پیش‌بینی بهبود بیماران با درمانگری شناختی- رفتاری و تنش‌زدایی، مورد توجه این پژوهش است اما مساله مهم دیگر تعامل روش‌های درمانگری با منبع کنترل است. شاید بتوان از این طریق، براساس ویژگی شخصیتی بیماران درمانگری انتخابی را برای آنها مشخص کرد. طبق نتایج، منبع کنترل درونی هنگامی که با درمانگری شناختی- رفتاری در تعامل قرار می‌گیرد در نتایج درمان موثر می‌افتد. به عبارتی، منبع کنترل بیرونی عامل تعیین‌کننده برتری اثربخشی درمان شناختی - رفتاری نسبت به تنش‌زدایی است. کاربرد بالینی مهم این پژوهش را می‌توان در این نکته خلاصه کرد که منبع کنترلیبیماران بر برتری نتایج درمان شناختی - رفتاری در درمان اختلال اضطراب تعمیم‌یافته، در مقایسه با تنش‌زدایی، موثر است. این یافته را می‌توان در طرح‌ریزی درمان و پیش‌بینی موفقیت آن مورد استفاده قرار داد. منبع کنترل درونی می‌تواند راهنمای بالین گر در انتخاب درمانگری شناختی - رفتاری باشد چرا که شانس موفقیت این رویکرد در درمان افراد دارای اضطراب تعمیم‌یافته که جایگاه مهار درونی دارند، نسبت به تنش‌زدایی بیشتر است. محدودیت مهم این پژوهش، محدودیت انتخاب تصادفی آزمودنی‌ها بود. خصیصه مهم پژوهش‌های تجربی برای تعمیم پذیری قابل اطمینان نتایج پژوهش انتخاب تصادفی آزمودنی‌ها است. اما، در این پژوهش نمونه‌گیری از نوع نمونه‌گیری دردسترس بود و آزمودنی‌ها به صورت داوطلبانه انتخاب شدند. اگرچه، این نکته از لحاظ اخلاق پژوهشی یک نقطه قوت است، اما شرط آزمایشی تحقیق را برآورده نمی‌سازد.

#### منابع

- بشارت، محمد علی؛ عبدالمنافی، عاطفه؛ فراهانی، حجت‌الله؛ و خدایی، محمد رضا (۱۳۹۰). نقش تعدیل کننده منبع کنترل در رابطه بین خشم و افسردگی در بیماران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی. مجله‌ی روانشناسی معاصر. ۶(۲)، ۱۵-۲۵.
- حیدری پهلویان، احمد؛ محجوب، حسین؛ و ضرابیان، محمد کاظم (۱۳۷۸). رابطه منبع کنترل درونی - بیرونی با افسردگی و عملکرد تحصیلی دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی همدان. مجله اندیشه و رفتار. ۴(۴)، ۲۳-۳۱.
- شعبانی بهار، غلامرضا؛ یلفانی، علی؛ و قارلقی، سجاد. (۱۳۸۹). تعیین ارتباط بین منبع کنترل و سلامت عمومی دانشجویان ورزشکار و غیرورزشکار دانشگاه تهران. نشریه مدیریت ورزشی. ۷(۷)، ۴۳-۵۹.
- فدایی، زهرا؛ عاشوری، احمد؛ هوشیاری، زهرا؛ و ایزانلو، بلال. (۱۳۹۰). تحلیل‌مسیرمنبع کنترل، نشانگان افسردگی و پیشرفت تحصیلی بر افکار خودکشی: نقش تعدیل‌کنندگی جنس. مجله‌ی اصول بهداشت روانی. ۱۳(۲)، ۱۴۸-۱۵۹.
- American psychiatric association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed). Washington, DC: American psychiatric publishing.
- American psychological association. APA concise dictionary of psychology. Washington, DC: American psychiatric publishing; 2009.
- Bagherian R, Ahmadzadeh G, Baghbanian A. Relationship between dimensions of locus of control and mental health in Iranian university students. Iran J Psychiatry Behav Sci. 2009; 3: 33-37.

- Besharat M, Abdolmanafi A, Farahani H, Khodaei M. The moderating role of locus of control on the relationship between anger and depression in patient with major depressive disorder. 2011; 6(2): 15-25. [Persian]
- Budd R, Pugh R. The relationship between locus of control, tinnitus severity, and emotional distress in a group of tinnitus sufferers. 1995; 39(8): 1015-8.
- Clark D, Beck A. *Cognitive therapy of anxiety disorders*. New York: Guilford press; 2010.
- Cognitive-Behavioral Therapy and Sertraline versus a Waitlist Control Group for Anxiety Disorders in Older Adults. *Am J Intellect Dev Disabil*; 14: 255-263.
- Craske M, Rauch S, Ursano R, Prenoveau J, Pine D, Zinbarg R. What is an anxiety disorder? *J Depress Anxiety*. 2009; 26: 1066-1085.
- Dadsetan P, Mansour M. *Clinical psychology*. Tehran: Besat publication; 1384. [Persian]
- Dag I. The relationships among paranormal beliefs\ locus of control and psychopathology in a Turkish college sample. *Pers Individ Dif*. 1999; 26: 723-737.
- DeLongis A, Folkman S, Lazarus R. The impact of daily stress on health and mood: psychological and social resources as mediators. *J Pers Soc Psychol*. 1988; 54: 486-495.
- Duppy J, Ladouceur R. Cognitive processes of generalized anxiety disorder in comorbid generalized anxiety disorder and major depressive disorder. *J anxiety disord*. 2008; 22: 505-514.
- Fadaei Z, Ashouri A, Hooshyari Z, Ezanloo B. Path analysis of locus of control, symptoms of depression and suicidal ideation on academic achievement: The role of gender as moderator. *Journal of Fundamentals of Mental Health*. 2011; 13(2): 148-59. [Persian]
- Foon E. Locus of control as predictor of outcome of psychotherapy. *Br J Med Psychol*. 2011; 60(2): 99-107.
- Halpert R, Hill R. *28 measures of locus of control*. Beach haven: Will to power press; 2011.
- Hazlett H. *Psychological approaches to generalized anxiety disorder; A clinicians guide to assessment and treatment*. Toronto: Springer
- Heidari Pahlavian A, Mahjob H, Zarrabian M. The Relationship Between Internal and External Locus of Control, Depression and Educational Performance Among Hamedan Medical School Students. *IJPCP*. 1999; 4(4): 23-32
- Jain S, Singh A. Locus of control in relation to cognitive complexity. *Indian App psychol*. 2008; 34: 107-113.
- Kaviani H, Mousavi A. Psychometric properties of the Persian version of beck anxiety inventory. *The University Medical J*. 2008; 66(2): 136-140. [Persian]
- Kennedy B, Lynch G, Schwab J. Assessment of locus of control in patients with anxiety and depressive disorders. *clin psychol*. 1998; 54: 509-515.
- Lo R. A longitudinal study of perceived level of stress, coping and self-esteem on undergraduate nursing students: an Australian case study. *J Adv Nurs*. 2002; 39: 119-126.
- Mellon R, Papanikolau V, Prodromitis G. Locus of control and psychopathology in relation to levels of trauma and loss: Self-reports of Peloponnesian wildfire survivors. *J Trauma Stress*. 2009; 22: 189-196.
- Millet P. Locus of control and its relation to working life: Studies from the fields of vocational rehabilitation and small firms in Sweden [dissertation]. [Sweden]: lulea university; 2005. 115p.
- Newman M, Fisher A. Mediated moderation in combined cognitive behavioral therapy versus component treatments for generalized anxiety disorder. *J Consult Clin Psychol*. 2013; 81(3): 405-414.
- Newman P, Crits M, Gibbons C, Erikson T. Therapeutic factors in treating anxiety disorders. *Clin Psychol*. 2006; 62(6): 649-59.

- Norcross J, Wampold B. What works for whom: Tailoring psychotherapy to the person. *Clin Psychol*. 2011; 67: 127-132.
- Ost L. Applied relaxation: Description of a coping technique and review of controlled studies. *J Behav Res*. 1987; 25: 397-409.
- Petrie K, Rotheram M. Insulators against stress: self-esteem And assertiveness. *Psychol Rep*. 1982; 50: 963-966.
- Phares E. *Locus of Control in Personality*. Momstown: General Learning Press; (1976).
- Prentice-Hall; 1966.
- press; 2008.
- Rotter J. Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement, *Psychological Monographs*. New York:
- Rotter J. *Social learning and clinical psychology*. New York: Prentice-Hall; 1954.
- Rotter, J. B. (1966). Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement, *Psychological Monographs* n. 80
- Schuurmans J, Comijs H, Emmelkamp P, Gundy C, Weijnen I, Hout M, Dyck R. (2006). A Randomized, Controlled Trial of the Effectiveness of
- Severino S, Aiello F, Cascio M, Ficarra L, Messina R. Distance education: the role of self-efficacy and locus of control in lifelong learning. *J Soc Behav Sci*. 2011; 28: 705 – 717.
- Stein D. (2004). *Clinical manual of anxiety disorders*. Washington, DC: American psychiatric publishing.
- Tony M, Ann B. *Introductory psychology*. London: Macmillan press; 1998.
- Viswanathan R. Death anxiety, locus of control, and purpose in life of physicians. Their relationship to patient death notification. *Int J Psychosom*. 1996; 37: 339-345.
- Whisman M, Kwon P. Life stress and dysphoria: the role of self-esteem and hopelessness. *J Pers Soc Psychol*. 1993; 65: 1054-1060.
- Wilkinson E, Chamove A. Anxiety and desire for control. *NZ J Psychol*. 1992; 21: 71-73.
- Zinbarg R, Uliaszek A, Adler J. The role of personality in psychotherapy for anxiety and depression. *J Pers Disord*. 2008; 76: 67-94.

## Moderating role of locus of control on the effectiveness of Cognitive – Behavior Therapy and Relaxation for generalized anxiety disorder

### Abstract

Locus of control is one of the known personality' variables, refers to judgment of causality or causations embodied of events, necessary for the prognosis of psychotherapies. This study aimed at investigating the relationship between locus of control and therapeutic effects of cognitive-behavior therapy and relaxation, in patients with Generalized Anxiety Disorder (GAD). For this purpose, a sample of 30 patients with GAD was selected, using clinical interview based on DSM-IV-TR, then assigned to two groups. One group was treated using 12 sessions of Cognitive Behavior Therapy and the other by 8 sessions of Relaxation Training. Patients evaluated by Rotter Locus of Control Scale and Beck Anxiety Inventory before and after the therapies. Pre and post tests were analyzed and compared using ANCOVA. Results, showed a significant reduction in anxiety symptoms in patients with internal locus of control for both groups. Results interpreted according to the locus of control variable and the type of treatment.

Key words: cognitive – behavioral therapy, GAD, Locus of control, Relaxation