

## اثربخشی گروه درمانی وجودی بر حساسیت اضطرابی و بهزیستی روان شناختی زنان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر

بهزاد تقی پور<sup>\*</sup>  
رقیه برزگران<sup>\*\*</sup>

### چکیده

هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی گروه درمانی وجودی بر حساسیت اضطرابی و بهزیستی روان شناختی زنان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر بود. جامعه آماری شامل کلیه بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر که به کلینیک روان شناسی در شهرستان اردبیل مراجعه کرده بودند، که از جامعه مذکور ۳۰ نفر با استفاده از روش نمونه گیری در دسترس به عنوان نمونه انتخاب شدند و به روش تصادفی در دو گروه برابر آزمایش و گواه قرار گرفتند. روش پژوهش از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون-پس آزمون با گروه کنترل بود. پرسشنامه بهزیستی روان شناختی ریف (۱۹۹۵) و حساسیت اضطرابی تیلور و کاکس (۱۹۹۸) به عنوان ابزار ارزشیابی در پیش آزمون، پس آزمون مورد استفاده قرار گرفت. گروه آزمایشی طی ۸ هفته تحت درمان وجودی قرار گرفت، و در این مدت در گروه کنترل هیچ گونه مداخله درمانی انجام نگرفت. داده‌ها با استفاده از روش‌های آماری توصیفی و آزمون تحلیل کوواریانس تک متغیری مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. نتایج تحقیق نشان داد که نمرات پس آزمون حساسیت اضطرابی و بهزیستی روان شناختی گروه مداخله و کنترل تفاوت معنی داری دارد. بدین ترتیب بر اساس یافته‌های این پژوهش می‌توان بیان کرد که شیوه گروه درمانی وجودی موجب کاهش علائم حساسیت اضطرابی و افزایش بهزیستی روان شناختی در زنان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر می‌شود.

کلید واژگان: درمان وجودی، بهزیستی روان شناختی، حساسیت اضطرابی، اختلال اضطراب فراگیر

\* دانشجوی دکتری تخصصی گروه روان شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان شناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران. (نویسنده مسئول، ایمیل: behzad.taaghipuor1386@gmail.com)

\*\* دانشجوی کارشناسی ارشد گروه روان شناسی، واحد اردبیل، دانشگاه آزاد اسلامی، اردبیل، ایران. (ایمیل: r.barzegaran.95@gmail.com)

## مقدمه

اضطراب شامل احساس عدم اطمینان، درماندگی و برانگیختگی است و معمولاً به عنوان احساس پراکنده و مبهم و نامطبوع ترس و تشویش تعریف می‌شود (مولر-پینزler، گازولا و کیسرز، سومر، جانسون، فراسل و کراج<sup>۱</sup>، ۲۰۱۵). که اغلب بر کنش‌های عاطفی فرد اثر می‌گذارد (هیگامک‌میلان، فرانسیس، ریس و کورپیتا<sup>۲</sup>، ۲۰۱۶). اختلال اضطراب فراگیر<sup>۳</sup> یکی از رایج‌ترین اختلال‌های روانی در طبقه‌بندی اختلال‌های اضطرابی می‌باشد (سومرس، گلدنر، واریچ و هیس<sup>۴</sup>، ۲۰۰۶)، و سالانه زندگی میلیون‌ها نفر از مردم دنیا را تحت تاثیر قرار می‌دهد (بارلو<sup>۵</sup>، ۲۰۰۲). نشانه بارز این اختلال نگرانی<sup>۶</sup> مستمر و پایدار و غیر قابل کنترل بوده و اضطراب ناشی از آن معطوف به کلیه حوادث زندگی است. این اختلال به عنوان یک عامل خطر در ابتلا به بیماری‌های طبی و سبب‌شناسی اختلال‌های روانپزشکی شناخته می‌شود (دورهام<sup>۷</sup>، ۲۰۰۷). طبق ویراست پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی، اختلال اضطراب فراگیر نگرانی شدید درباره چندین رویداد یا فعالیت در اکثر روزها است و در ضمن، حداقل شش ماه دوام دارد. کنترل نگرانی در این اختلال مشکل است و علائم جسمی نظیر تنش عضلانی<sup>۸</sup>، تحریک‌پذیری<sup>۹</sup>، اشکال در خواب و بی‌قراری<sup>۱۰</sup> را دارا است پژوهش‌های متعددی اختلال اضطراب فراگیر را به عنوان شایع‌ترین اختلال اضطرابی مطرح کرده‌اند، به طوری که شیوع سالانه این اختلال در ایالات متحده آمریکا در جمعیت بزرگسالان ۲/۹ درصد و میزان شیوع این اختلال در سایر کشورها مابین ۰/۴ درصد و ۳/۶ درصد اشاره شده است. زنان نیز دو برابر مردان به این اختلال دچار می‌شوند (انجمن روانپزشکی آمریکا<sup>۱۱</sup>، ۲۰۱۳).

یکی از عوامل مهم توجه‌کننده اختلال اضطراب فراگیر مولفه حساسیت اضطرابی<sup>۱۲</sup> می‌باشد. حساسیت اضطرابی اشاره به ترس از محرک‌های مرتبط با اضطراب دارد و دربرگیرنده افکاری درباره مضر بودن این محرک‌هاست (تیلور<sup>۱۳</sup>، ۱۹۹۹). تفاوت در حساسیت اضطرابی ناشی از تنوع در تجارب فردی بیماران است که منجر به یادگیری باورهای درباره نتایج ناگوار علائم گوناگون، از قبیل شنیدن اظهار ترس افراد دیگر، دریافت اطلاعات غلط در مورد مضر بودن احساسات خاص، تجربه بیماری شدید در دوران کودکی و غیره می‌باشد (اسجر و استین<sup>۱۴</sup>، ۲۰۰۳). حساسیت اضطرابی با تمرکز بر نشانه‌های بدنی، تفسیر معنادار این نشانه‌ها و تحریک خاطره‌ها درباره مضرات آن، تفسیر لحظه به لحظه نشانه‌ها را تحت تاثیر قرار می‌دهد. سبک‌های شناختی و میزان حساسیت اضطرابی آنان باعث تجربه مجدد اضطراب بعد از

۱. Muller-Pinzler, Gazzola, Keysers, Sommer, Jansen, Frassle & Krach

۲. Higa-Mc Millan, Francis, Rith & Chorpita

۳. generalized anxiety disorder

۴. Somers, Goldner, Waraich & Hus

۵. Barlow

۶. Worry

۷. Durham

۸. Muscle tension

۹. Irritability

۱۰. Restless

۱۱. American Psychiatric Association

۱۲. anxiety sensitivity

۱۳. Taylor

۱۴. Scher & Stein

رویدادهای استرس‌زا می‌شود (ریسکند، بلک و شار<sup>۱</sup>، ۲۰۱۰). بر خلاف تصور رایج که حاکی از متوسط بودن سطح آسیب اختلال اضطراب فراگیر است، این اختلال باعث نقص در عملکردهای روانی-اجتماعی شده و به ندرت بدون مداخله درمانی بهبود یافته و ماندگاری بالاتری نسبت به دیگر اختلال‌های اضطرابی دارد. از این رو رویکردهای درمانی مختلفی در زمینه درمان اختلال اضطراب فراگیر به کار برده شده‌اند و همواره با چالش‌های زیادی مواجه بوده‌اند (منین، همبرگ، فرسکو و ریتز<sup>۲</sup>، ۲۰۰۸). برخی از مطالعات حساسیت‌اضطرابی را به عنوان یک متغیر هدف در مداخلات درمانی مورد بررسی قرار داده‌اند. به طوری که مداخلات کوتاه مدت روان‌شناختی نشان‌دهنده، کاهش قابل توجهی در نمرات ترس از علائم فیزیکی و ترس از واکنش‌های اضطرابی می‌باشد (اسجمیدت، کنوج، میت‌جل، رینولدز، مک پرسون، زولنسکی و لیجز<sup>۳</sup>، ۲۰۱۰). سبک‌های تفسیری افراد دارای حساسیت اضطرابی انعطاف‌ناپذیر است، و مداخلات درمانی نمرات حساسیت‌اضطرابی افراد را کاهش می‌دهد (استینمن و تاجمن<sup>۴</sup>، ۲۰۱۰). به طوری که این تغییر در افراد مبتلا به اختلال هراس مورد بررسی قرار گرفت و نتایج تحقیق بهبودی اختلال هراس را بعد از کاهش در نمرات حساسیت‌اضطرابی نشان داد (اسجمیدت و اجستون<sup>۵</sup>، ۲۰۰۷).

از دیگر متغیرهای مرتبط با اضطراب سازه‌ی بهزیستی روان‌شناختی<sup>۶</sup> است. در سال‌های اخیر رویکرد آسیب‌شناختی در حوزه‌ی سلامت انسان مورد انتقاد قرار گرفته و به جای تعریف سلامتی به عنوان نبود بیماری، از سازه جدیدی به نام بهزیستی روان‌شناختی صحبت شده است (ریف و سینگر<sup>۷</sup>، ۲۰۰۴). بهزیستی روان‌شناختی شامل معیارهای بهداشت روانی مثبت است. که به حفظ سطح بهزیستی و کارکرد مثبت شخص کمک می‌کند (مک‌ری و لیمونی<sup>۸</sup>، ۲۰۱۷). بهزیستی روان‌شناختی به عنوان یک تجربه شناختی به شرایطی اطلاق می‌شود که فرد وضعیت موجود خود را با وضعیت آرمانی مقایسه کرده و به ادراک مثبت در مورد خود دست یابد (زیمرمن، بارل، جوردن<sup>۹</sup>، ۲۰۱۸). بهزیستی روان‌شناختی به عنوان رشد یافتگی استعدادهای هر فرد تعریف شده و دارای مولفه‌های زندگی هدفمند<sup>۱۰</sup>، رابطه مثبت با دیگران<sup>۱۱</sup>، رشد شخصی<sup>۱۲</sup>، خودمختاری<sup>۱۳</sup> و تسلط بر محیط<sup>۱۴</sup> می‌باشد (وازکز، هرواس، راهونا و گومز<sup>۱۵</sup>، ۲۰۰۹). افکار، احساس، نگرش‌ها و هیجانات بر بهزیستی روان‌شناختی افراد تاثیر گذار است. هر انسانی دارای برخی انحرافات شناختی است که رفتار و هیجانات و حتی فیزیولوژی فرد را تحت تاثیر قرار می‌دهد (ولز<sup>۱۶</sup>،

۱. Riskind, Black & Shaha

۲. Mennin, Heimberg, Fresco & Ritter

۳. Schmidt, Keough, Mitchell, Reynolds, Macpherson, Zvolensky & Lejuez

۴. Steinman & Teachman

۵. Schmidt & Eggleston

۶. psychological well-being

۷. Ryff & Singer

۸. Macri, Limoni

۹. Zimmermann, Burrell, Jordan

۱۰. Purposeful life

۱۱. Positive relation with others

۱۲. Personal growth

۱۳. Autonomy

۱۴. Dominate on environment

۱۵. Vazquez, Hervas, Rahona & Gomez

۱۶. Wells

۲۰۰۷). و باعث ایجاد انواع اختلال‌های روانی و کاهش بهزیستی روانی می‌شود (مک لین و وودی<sup>۱</sup>، ۲۰۰۱). افراد با احساس بهزیستی بالا به طور وسیعی هیجانات مثبت را تجربه می‌کنند، در مقابل افرادی که دارای بهزیستی روانی پایینی هستند، حوادث زندگی را نامطلوب ارزیابی کرده و بیشتر هیجانات منفی نظیر اضطراب، افسردگی و خشم را تجربه می‌کنند. از این رو یکی از ضروری‌ترین مولفه‌ها برای کیفیت زندگی بهتر، احساس بهزیستی روانی درونی می‌باشد، که در آن هر شخصی زندگی خود را دوست دارد (دینر، اوشی و لوکاس<sup>۲</sup>، ۲۰۰۳). به طوری که نتایج تحقیق آرندل، هسینگ و فی<sup>۳</sup> (۱۹۹۹) و روینی، اوتولینی، رافانلی، توسانی، ریف و فاوه<sup>۴</sup> (۲۰۰۳) نشان داد که بهزیستی روان شناختی پیش‌بینی کننده سلامت روان افراد می‌باشد. از این منظر داشتن ویژگی‌های از قبیل بهزیستی روانی، عزت نفس و احساس کارآمدی بالا باعث ارتقای سلامت روانی است و وظیفه درمانگر مطالعه این ویژگی‌ها و کمک به ارتقای آنها می‌باشد (رایان و دسی<sup>۵</sup>، ۲۰۰۱).

از آنجایی که بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر حساسیت اضطرابی بالا و بهزیستی روان شناختی پایینی دارند که خود موجب تشدید علائم و کاهش کیفیت زندگی این بیماران می‌شود از این رو رویکرد درمانی که بتواند حساسیت اضطرابی را کاهش و بهزیستی روان شناختی را ارتقا دهد می‌تواند یک راه کار موثر در جهت کاستن از مشکلات روان شناختی این بیماران باشد یکی از رویکردهای موثر در زمینه ارتقای بهداشت روانی و بارور ساختن زندگی بیماران مبتلا به اختلالات روان پزشکی گروه درمانی وجودی<sup>۶</sup> است. درمان وجودی رویکردی فلسفی درباره مردم و بودنشان داشته و بر موضوعات مهم زندگی می‌پردازد این شیوه از درمان بر خصلت اجتماعی وجود انسان تاکید می‌کند و هستی با دیگران را به شیوهی مستقیم تر جزء بنیادی و پیش‌تاز وجود قلمداد می‌کند. درمان وجودی یکی از شیوه‌های مداخله می‌باشد که در تحقیقات متعدد اثربخشی آن در کاهش بسیاری از مشکلات روان شناختی، ارتقای کیفیت زندگی و بهداشت روان نشان داده شده است این نوع از درمان ساختار مطلوبی را در باره ماهیت وجودی انسان، تنهایی<sup>۷</sup>، انزوا<sup>۸</sup>، اضطراب و ناامیدی<sup>۹</sup> را مطرح می‌کند و به جای سلب اختیار فرد بر رابطه بیمار و درمانگر، مواجهه صادقانه، و تغییر به عنوان یک عمل شجاعانه از طرف بیمار تاکید دارد (اونسن، اهو، کنت، لیندفورس، سارین، تولمنن و همکاران<sup>۱۰</sup>، ۲۰۱۵) درمان وجودی در روان‌شناسی به عنوان وضعیتی مشابه برای تمام انسانها بدون توجه کردن به فرهنگ، مذهب، قومیت و نژاد به مسائل عمیق مانند تنهایی، بی‌معنایی<sup>۱۱</sup>، مرگ<sup>۱۲</sup> و آزادی<sup>۱۳</sup> می‌پردازد (اودو، ملین یانسون و دنیلسون<sup>۱۴</sup>، ۲۰۱۱). امتیاز درمان وجودی

۱. Mclean & Woody

۲. Diener, Oishi & Lucas

۳. Arrindell, Heesink & Fei

۴. Roini, Ottolini, Raffanelli, Tossani, Ryff & Fave

۵. Ryan & Deci

۶. group existence therapy

۷. Alone

۸. Isolation

۹. Frustration

۱۰. Oensun, Ahola, Knekt, Lindfors, Saarinen, Tolmunen & et al

۱۱. Meaningless

۱۲. Death

۱۳. Freedom

۱۴. Udo, Melin-Johansson & Danielson

نسبت به سایر رویکردهای درمانی، تمرکز این رویکرد بر انتخاب‌ها و مسیرهای موجود به سمت رشد شخصی می‌باشد و تاکید بر مسئولیت‌های شخصی، ارتقای آگاهی نسبت به موقعیت‌های کنونی و احساس تعهد نسبت به تصمیم‌گیری و عمل می‌باشد. درمان وجودی به دنبال این است که به بیماران کمک کند، اگر چه نمی‌تواند برخی از رویدادهای ناخوشایند و رنج‌آور را در زندگی تغییر دهند، اما می‌تواند تحلیل و تفکر و برداشت خود نسبت به این حوادث را تغییر دهند (کوری<sup>۱</sup>، ۲۰۰۵، ترجمه‌ی سیدمحمدی، ۱۳۸۷). نتایج تحقیق خدادادی‌سنگده، اعتمادی و علوی (۱۳۹۳)، اثر بخشی درمان وجودی را در بهبود سلامت روان گروه هدف نشان دادند. همچنین کجباف، قاسمی نژاد و احمدی (۱۳۹۴) اثر بخشی گروه‌درمانی وجودی بر تقلیل افسردگی و اضطراب گروه هدف نشان دادند. در تحقیقات کلفتاس و پسارا<sup>۲</sup> (۲۰۱۲)، داماسیو، دملو و داسیلوا<sup>۳</sup> (۲۰۱۳) نیز ارتباط گروه‌درمانی وجودی بر تقلیل حساسیت‌اضطرابی تأیید شده است.

بنابراین با توجه به این حقیقت که بیماران مبتلا به اختلال اضطرابی دارای حساسیت‌اضطرابی بالایی بوده و از بهزیستی روان‌شناختی پایینی برخوردار هستند، که خود منجر به تقلیل سلامت عمومی این بیماران می‌شود، از این رو هدف پژوهش حاضر پاسخ‌گویی به این سوال اساسی است که آیا درمان وجودی می‌تواند منجر به کاهش حساسیت‌اضطرابی و ارتقای بهزیستی روان‌شناختی این بیماران گردد.

### روش

طرح پژوهش، جامعه آماری و روش نمونه‌گیری: طرح پژوهش حاضر به لحاظ روش از نوع نیمه آزمایشی و با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل، و به لحاظ هدف کاربردی است. جامعه پژوهش شامل تمامی بیماران زن مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر بود که به مراکز روان‌شناسی شهر اردبیل در تابستان سال ۱۳۹۶ مراجعه کرده بودند. در روش نیمه آزمایشی حداقل هر کدام از گروه‌های مداخله و کنترل می‌تواند ۱۵ نفر در نظر گرفته شود (دلاور، ۱۳۹۱). به این جهت از بین جامعه فوق تعداد ۳۰ نفر به شیوه در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه تعداد ۱۵ نفر در گروه آزمایشی و تعداد ۱۵ نفر در گروه کنترل جایگزین شدند. ملاک‌های ورود شامل حداقل داشتن مدرک تحصیلی دیپلم، شاغل نبودن، رضایتمندی برای شرکت در جلسات گروهی و طرح درمان بود. همچنین ملاک‌های خروج عبارت بودند از غیبت بیش از دو جلسه در گروه آزمایش، عدم مشارکت و همکاری در گروه و وجود مشکلات رفتاری و اخلاقی در طول جلسات.

### روش اجرا

بعد از انتخاب بیماران ابتدا پرسشنامه‌های بهزیستی روان‌شناختی و حساسیت‌اضطرابی را برای به دست آوردن نمره‌های پیش‌آزمون قبل از اجرای جلسه‌های گروه‌درمانی وجودی، بر روی شرکت‌کنندگان گروه آزمایش و کنترل به اجرا در آمد. سپس جلسات گروه‌درمانی وجودی بر اساس یک طرح از پیش تعیین شده به مدت هشت جلسه بر روی شرکت‌کنندگان گروه آزمایش اجرا گردید، این در حالی بود

۱. cory

۲. Kleftras & Psarra.

۳. Demasio, Demelo & Desilva.

که شرکت کنندگان گروه کنترل هیچ مداخله‌ای را دریافت نکردند. پس از اتمام جلسات درمان، شرکت کنندگان هر دو گروه برای به دست آوردن نمره‌های پس آزمون توسط پرسشنامه‌های مذکور، مجدداً مورد ارزیابی قرار گرفتند. در خصوص پروتکل استفاده شده قابل ذکر است، یکی از مهمترین تاکیدیهای درمان وجودی، منحصر به فرد بودن هر مراجع، درمانگر و هر ارتباط درمانی است. از این رو، درمانگران وجودی تمایلی به نظم در آوردن رویکرد خود و تدوین مجموعه‌ای از اصول عملی نشان نمی‌دهند. این محدودیت در واقع نقطه قوت این رویکرد نیز می‌باشد. این درمان به عنوان یک چشم انداز ناهمگن، چند وجهی و نسبتاً مفهومی، مجموعه‌ای از تکنیک‌های درمانی را به درمانگران پیشنهاد نمی‌کند، بلکه مجموعه‌ای از عقاید، امکانات و انتقادات را فراهم می‌کند، که می‌تواند در قالب گسترده‌ای از روش‌های درمانی قرار داده شود (لباو، ۲۰۰۸). در این پژوهش بیماران بر اساس پروتکل درمانی محقق ساخته بر اساس نظریه‌ی درمان وجودی مدل می<sup>۲</sup> (۱۹۷۷) مورد مداخله قرار گرفتند خلاصه‌ای از جلسات درمانی گروهی بر اساس این پروتکل درمانی در جدول ۱ ارائه گردیده است.

### جدول ۱. خلاصه جلسات گروه درمانی وجودی

جلسه اول	در این جلسه گروه باهم آشنا شدند، هدف از این جلسه آشنایی با قوانین و دلایل تشکیل گروه بود. در پایان جلسه به عنوان تکلیف جلسه اول از اعضا خواسته شد تا خصوصیات و صفات مربوط به خود را مشخص کنند.
جلسه دوم	به چالش کشاندن پاسخ به سوال من چه کسی هستم؟ پرداخته شد و سپس مفهوم خود آگاهی مورد بحث قرار گرفت. اعضا نظرهای خود را بیان و از دیدگاه وجودی خود آگاهی بررسی شد. و در انتهای جلسه تکلیفی متناسب با بحث به اعضا ارائه شد.
جلسه سوم	مرور و بررسی تکالیف جلسه قبل، اجرای فن خط عمر توسط اعضا و گفتگو درباره آن، بررسی تفکر و نگرش اعضا نسبت به مرگ و نیستی، به چالش کشاندن نگرش اعضا توسط درمانگر، جمع بندی و ارائه تکلیف. از اعضا خواسته شد برای جلسه آینده از دید پدیدار شناختی خود، توصیفی از ویژگی‌های مرگ را بیان کنند
جلسه چهارم	مرور تکالیف جلسه قبل، بررسی تجارب اعضا درباره‌ی فقدان و سوگ و ارائه‌ی بازخورد، مواجهه تجسمی اعضا با مرگ، تشریح نقش مرگ در زندگی توسط درمانگر و مشارکت اعضا، خلاصه و جمع بندی جلسه، از اعضا خواسته شد تا اعلامیه‌ی فوتی را از مرگ خود یا مرگ هر کسی که نسبت به آن دل‌بستگی شدید دارند برای جلسه‌ی آینده طراحی کنند.
جلسه پنجم	مرور تکالیف جلسه قبل، پرداختن به مفاهیم آزادی، حق انتخاب و وجود محدودیت‌ها، بررسی تجارب اعضا در مورد موقعیت‌های چالش برانگیز آزادی در انتخاب، توصیف ارتباط بین آزادی و مسئولیت توسط درمانگر و دادن تکلیف مرتبط با جلسه.
جلسه ششم	بررسی تکالیف داده شده، بررسی پاسخ اعضا به سوال‌های آیا زندگی دارای هدف و معنا است؟ و آیا تنهایی رنج آور است؟ و به چالش کشاندن آنها، تشریح مفهوم تنهایی طبق دیدگاه وجودی توسط درمانگر، جمع بندی و ارائه‌ی تکلیف به اعضا.
جلسه هفتم و هشتم	مرور تکالیف ارائه شده، بررسی پاسخ اعضا به سوال‌های آیا زندگی دارای هدف و معنا است؟ و من برای چه زندگی می‌کنم؟ بحث درباره آنها و ارائه بازخورد، پرداختن به تجارب اعضا درباره احساس پوچی و بیهودگی، جمع بندی مباحث جلسه.
جلسه نهم	گروه در مورد عواملی که می‌تواند بر افکار و احساسات فرد تاثیر داشته باشد، به گفتگو نشستند. از تکنیک تجسم سازی ذهنی استفاده شد، به این صورت که از اعضا گروه خواسته شد تا یکی از موقعیت‌های که در آن موفق یا شکست خورده بودند را تجسم کرده، و به این سوال پاسخ دهند که در این حالت چه کسی را مسئول می‌دانند؟ چه احساسی نسبت به آن دارند؟ و از اینکه مسئولیت رفتارهای خود را می‌پذیرند چه احساسی دارند؟
جلسه دهم	تشریح مباحث مطرح شده در جلسات گذشته توسط اعضا، تبیین ارتباط و پیوند بین مفاهیم خود آگاهی، تنهایی، آزادی و مسئولیت، مرگ و معنایی توسط رهبر و اعضا، اشاره به فرایند گروه از آغاز تا پایان.

۱. Lebow

۲. May

### ابزار سنجش

**الف) پرسشنامه‌ی حساسیت اضطرابی:** پرسشنامه حاضر، یک پرسشنامه‌ی خود گزارش دهی است که توسط تیلور و کاکس در سال ۱۹۹۸ ساخته شده است (کاکس، بورگر، تیلور، فینتس و رووس<sup>۱</sup>، ۱۹۹۹). این پرسشنامه دارای ۱۶ آیتم به صورت مقیاس پنج درجه‌ای لیکرت (خیلی کم = ۰ تا خیلی زیاد = ۴) است. درجه‌ی تجربه‌ی ترس از نشانه‌های اضطرابی با نمرات بالاتر مشخص می‌شود. دامن‌ی نمرات بین ۰ تا ۶۴ است (فلوید، گارفیلد و لاسوتا<sup>۲</sup>، ۲۰۰۵). بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی این مقیاس، ثبات درونی آن را بین ۰/۸۰ تا ۰/۹۰ نشان داده است. پایایی باز آزمایی بعد از ۲ هفته نیز برابر ۰/۷۵ و به مدت سه سال برابر ۰/۷۱ بوده است که نشان می‌دهد. حساسیت اضطرابی یک سازه‌ی شخصیتی پایدار است (ریس، پترسون، گورسکی و مک نالی<sup>۳</sup>، ۱۹۸۶). در ایران مرادی، میرجعفری و گودرزی (۱۳۸۶) روایی و پایایی این پرسشنامه را با استفاده از روش همسانی درونی بین ۰/۸۲ تا ۰/۹۳ و باز آزمایی بین ۰/۹۲ تا ۰/۹۶ گزارش کرده‌اند. به ترتیب مطالعه در زمینه پایایی و روایی این آزمون پایایی مقیاس مذکور در پژوهش مشهدی، قاسم پور، ایل بیگی و حسن زاده (۱۳۹۲) با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۷ گزارش شده است. در این پژوهش پایایی مقیاس با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۸۱ به دست آمد.

**ب) پرسشنامه‌ی بهزیستی روان‌شناختی:** پرسشنامه حاضر، پرسشنامه‌ی خود گزارش دهی است که توسط ریف در سال ۱۹۹۵ برای ارزیابی شش جنبه بهزیستی روان‌شناختی ساخته شده است (ریف، ۱۹۹۵). این پرسشنامه در سال ۱۳۸۷ توسط بیانی، کوچکی و بیانی ترجمه و هنجاریابی شده است. در این پرسشنامه پاسخ به هر سوال بر روی یک طیف ۶ درجه‌ای (از کاملاً مخالف تا کاملاً موافق) مشخص می‌شود. ضریب پایایی این پرسشنامه به روش باز آزمایی برای کل مقیاس ۰/۸۲ و برای مولفه‌های آن بین ۰/۷۰ تا ۰/۷۸ گزارش شده است (ریف و سینگر، ۲۰۰۶). شیخ الاسلامی، قمری، مرادی و محمدی (۱۳۹۴). ضریب پایایی این پرسشنامه به روش آلفای کرونباخ را ۰/۷۲ گزارش کردند. در این پژوهش پایایی مقیاس مذکور با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۷۹ به دست آمد.

### یافته‌ها

#### جدول ۲. آماره‌های توصیفی حساسیت اضطرابی در پیش‌آزمون و پس‌آزمون

گروه	مقیاس	پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
		میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
آزمایش	ترس از نگرانی	۲۳/۳۳	۲/۸۹	۱۹/۹۳	۳/۰۱
	ترس از نداشتن کنترل شناختی	۱۱/۳۳	۱/۳۳	۸/۷۳	۲/۵۴
	ترس از مشاهده شدن اضطراب	۱۲/۱۳	۱/۸۹	۱۰/۲۰	۲/۱۷
	حساسیت اضطرابی کل	۴۶/۸۰	۳/۵۳	۳۸/۸۶	۴/۴۶
کنترل	ترس از نگرانی	۲۲/۷۳	۳/۳۰	۲۳/۳۹	۳/۰۳
	ترس از نداشتن کنترل شناختی	۱۱/۵۳	۱/۷۶	۱۲/۳۷	۱/۵۳
	ترس از مشاهده شدن اضطراب	۱۲/۱۲	۱/۹۲	۱۳/۰۲	۱/۷۴
	حساسیت اضطرابی کل	۴۶/۲۸	۴/۵۴	۴۸/۷۸	۴/۶۲

۱. Cox, Borger, Taylor, Fuentes & Ross

۲. Floyd, M, Garfield & Lasota

۳. Reiss, Peterson, Gursky & McNally



نتایج جدول نشان می‌دهد که میانگین ترس از نگرانی، ترس از نداشتن کنترل شناختی، ترس از مشاهده شدن اضطراب و حساسیت اضطرابی کل در پیش‌آزمون گروه آزمایش به ترتیب ۲۳/۳۳، ۱۱/۳۳، ۱۲/۱۳، ۴۶/۸ و در پس‌آزمون ۱۹/۹۳، ۸/۷۳، ۱۰/۲، ۳۸/۸۶ می‌باشد، همچنین میانگین ترس از نگرانی، ترس از نداشتن کنترل شناختی، ترس از مشاهده شدن اضطراب و حساسیت اضطرابی کل در پیش‌آزمون گروه کنترل به ترتیب ۱۲/۷۳، ۱۱/۵۳، ۱۲/۱۲، ۴۶/۲۸ و در پس‌آزمون ۲۳/۳۹، ۱۲/۳۷، ۱۳/۰۲، ۴۸/۷۸ می‌باشد که نشان‌دهنده اثربخشی معنادار درمان وجودی در میانگین نمرات پس‌آزمون گروه آزمایش می‌باشد. این در حالی است که تفاوت چندانی بین میانگین پیش‌آزمون و پس‌آزمون گروه کنترل مشاهده نمی‌شود.

**جدول ۳. آماره های توصیفی بهزیستی روان‌شناختی در پیش‌آزمون و پس‌آزمون**

گروه	مقیاس	پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
		میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
آزمایش	تسلط بر محیط	۸/۲۶	۲/۱۲	۱۱/۱۳	۱/۸۴
	پذیرش خود	۷/۵۳	۱/۹۵	۱۰/۶۶	۲/۱۹
	ارتباط مثبت با دیگران	۸/۶۰	۱/۹۵	۱۱/۴۶	۲/۰۹
	هدف مندی در زندگی	۷/۰۶	۱/۳۹	۹/۶۰	۲/۳۳
	رشد شخصی	۶/۸۰	۲/۰۴	۹/۶۶	۲/۲۶
	استقلال	۷/۲۱	۲/۰۴	۹/۴۶	۱/۸۶
	بهزیستی روان‌شناختی کل	۴۵/۴۶	۶/۶۵	۶۲/۰۱	۶/۹۶
	تسلط بر محیط	۷/۷۳	۲/۹۶	۸/۶۰	۲/۹۲
	پذیرش خود	۸/۱۳	۲/۳۸	۸/۸۶	۲/۲۴
	ارتباط مثبت با دیگران	۷/۸۳	۲/۱۵	۸/۲۰	۲/۰۴
کنترل	هدف مندی در زندگی	۷/۹۲	۲/۱۵	۷/۲۸	۱/۹۸
	رشد شخصی	۷/۶۶	۲/۲۶	۶/۴۶	۲/۰۳
	استقلال	۷/۰۶	۱/۵۳	۷/۷۳	۱/۴۸
	بهزیستی روان‌شناختی کل	۴۶/۳۳	۷/۸۳	۴۷/۱۳	۷/۵۰

نتایج جدول نشان می‌دهد که میانگین تسلط بر محیط، پذیرش خود، ارتباط مثبت با دیگران، هدف مندی در زندگی، رشد شخصی، استقلال و بهزیستی روان‌شناختی کل به ترتیب در پیش‌آزمون گروه آزمایش ۸/۲۶، ۷/۵۳، ۸/۶، ۷/۰۶، ۶/۸، ۷/۲۱، ۴۵/۵۶ و در پس‌آزمون ۱۲/۱۳، ۱۰/۶۶، ۱۱/۴۶، ۹/۶، ۹/۶۶، ۹/۴۶، ۶۲/۰۱ می‌باشد. همچنین میانگین تسلط بر محیط، پذیرش خود، ارتباط مثبت با دیگران، هدف مندی در زندگی، رشد شخصی، استقلال و بهزیستی روان‌شناختی کل در پیش‌آزمون گروه کنترل به ترتیب ۷/۷۳، ۷/۸۳، ۸/۱۳، ۷/۹۲، ۷/۶۶، ۷/۰۶، ۴۶/۳۳ و در پس‌آزمون ۸/۶، ۸/۸۶، ۸/۲، ۷/۲۸، ۶/۴۶، ۷/۷۳، ۴۷/۱۳ می‌باشد. این در حالی است که تفاوت چندانی بین میانگین پیش‌آزمون و پس‌آزمون گروه کنترل مشاهده نمی‌شود.



در این پژوهش برای تحلیل استنباطی نتایج از تحلیل کوواریانس تک متغیری استفاده شد. از این رو ابتدا پیش فرض‌های تحلیل کوواریانس (نرمال بودن توزیع نمرات، همگنی واریانس در گروه‌ها و همگنی شیب رگرسیون) مورد بررسی قرار گرفت. از آزمون کولموگراف-اسمیرنف برای بررسی نرمال بودن توزیع نمرات پیش آزمون و پس آزمون، استفاده شد، که نتایج نشان داد تفاوت معناداری بین توزیع نمرات پیش آزمون و پس آزمون با توزیع نرمال وجود ندارد. از این رو فرض نرمال بودن توزیع نمرات تایید شد. علاوه بر این برای بررسی همسانی واریانس‌ها از آزمون لوین استفاده شد که با توجه به معنادار نبودن نتایج، یکسانی واریانس نمرات گروه‌های آزمایش و کنترل تایید شد. همچنین از سطح معناداری تعامل گروه و پیش آزمون‌ها برای بررسی همگنی شیب رگرسیون، استفاده شد که با توجه به نتایج به دست آمده مفروضه‌های همگنی شیب رگرسیون رد نشد. با تایید مفروضه‌های فوق، امکان تحلیل کوواریانس فراهم گردید، جداول چهار و پنج نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیری را نشان می‌دهد

فرضیه اول: گروه‌درمانی وجودی بر ارتقای بهزیستی روان‌شناختی زنان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر تأثیر دارد.

#### جدول ۴. تجزیه و تحلیل کواریانس چندمتغیره برای مقایسه میانگین نمره‌های بهزیستی روان‌شناختی

منبع تغییرات	متغیر وابسته	مجموع مجذورات	درجه‌ی آزادی	میانگین مجذورات	F	sig	اندازه‌ی اثر
	تسلط بر محیط	۱۹/۳۸	۱	۱۹/۳۸	۱۲/۰۹	۰/۰۰۰۱	۰/۳۹
	پذیرش خود	۲۵/۰۸	۱	۲۵/۰۸	۱۴/۰۲۵	۰/۰۰۰۱	۰/۴۲
	ارتباط مثبت با دیگران	۵۱/۹۰	۱	۵۱/۹۰	۱۹/۳۸	۰/۰۰۰۱	۰/۵۱
عضویت گروهی	هدفمندی در زندگی	۲۰/۲۶	۱	۲۰/۲۶	۱۵/۲۹	۰/۰۰۰۱	۰/۴۵
	رشد شخصی	۱۸/۰۱	۱	۱۸/۰۱	۹/۶۴	۰/۰۰۰۱	۰/۳۴
	استقلال	۳۶/۲۹	۱	۳۶/۲۹	۲۶/۵۱	۰/۰۰۰۱	۰/۵۸

همان‌طور که ملاحظه می‌شود، با توجه به نتایج جدول تسلط بر محیط ( $F=12/09, p>0/01$ )، پذیرش خود ( $F=14/02, P>0/01$ )، ارتباط مثبت با دیگران ( $F=19/38, P>0/01$ )، هدفمندی در زندگی ( $P>0/01$ )، رشد شخصی ( $F=9/64, P>0/01$ )، استقلال ( $F=26/51, P>0/01$ ) تفاوت بین گروه‌های آزمایش و کنترل در سطح آلفای ۰/۰۱ معنادار است؛ بنابراین فرضیه‌ی پژوهش مبنی بر اثربخشی گروه‌درمانی وجودی بر ارتقای بهزیستی روان‌شناختی زنان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر مورد تایید است.

فرضیه دوم: گروه‌درمانی وجودی بر کاهش حساسیت اضطرابی زنان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر تأثیر دارد.

**جدول ۵. تجزیه و تحلیل کواریانس چندمتغیره برای مقایسه میانگین نمره‌های حساسیت اضطرابی**

منبع تغییرات	متغیر وابسته	مجموع مجزورات	درجه‌ی آزادی	میانگین مجزورات	F	sig	اندازه‌ی اثر
عضویت گروهی	ترس از نگرانی‌های بدنی	۱۰۲/۶۵	۱	۱۰۲/۶۵	۶۶/۴۵	۰/۰۰۰۱	۰/۷۹
	ترس از نداشتن کنترل شناختی	۸۷/۴۱	۱	۸۷/۴۱	۴۳/۹۱	۰/۰۰۰۱	۰/۶۹
	ترس از مشاهده شدن اضطراب	۶۱/۱۷	۱	۶۱/۱۷	۴۷/۸۰	۰/۰۰۰۱	۰/۷۲

همان‌طور که ملاحظه می‌شود، با توجه به نتایج جدول ترس از نگرانی‌های بدنی ( $F=66/45, P>0/01$ )، ترس از نداشتن کنترل شناختی ( $F=43/91, P>0/01$ )، ترس از مشاهده شدن اضطراب ( $P>0/01$ )، تفاوت بین گروه‌های آزمایش و کنترل در سطح آلفای ۰/۰۱ معنادار است؛ بنابراین فرضیه‌ی پژوهش مبنی بر اثربخشی گروه‌درمانی وجودی بر کاهش حساسیت اضطرابی زنان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر مورد تایید است.

**بحث و نتیجه‌گیری**

هدف از پژوهش حاضر بررسی اثربخشی گروه‌درمانی وجودی بر حساسیت اضطرابی و بهزیستی روان‌شناختی زنان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر بود. با توجه به نتایج جدول ۵ مشخص شد که در خرده مقیاس‌های حساسیت اضطرابی تفاوت معنی‌داری بین گروه‌های مداخله و کنترل وجود داشته است، که این امر بیانگر تأثیر درمان وجودی بر این خرده مقیاس‌ها می‌باشد. تفاوت معنی‌دار در خرده مقیاس‌های حساسیت اضطرابی دو گروه به این معنی است که میزان حساسیت اضطرابی دو گروه باهم متفاوت بوده و این مساله نشان از این امر دارد که درمان وجودی منجر به این اختلاف شده است. این نتایج همسو با نتایج تحقیقات خدادادی سنگده و همکاران (۱۳۹۳) و کجباف و همکاران (۱۳۹۴) می‌باشد. حساسیت اضطرابی به عنوان یک متغیر ویژه در اختلال اضطراب فراگیر شناخته می‌شود (کناپ، بلومنتال، میشل، بادور و فلدنر، ۲۰۱۵)، حساسیت اضطرابی در موقعیت‌های توأم با استرس و همچنین در پاسخ به فرایند درمان دچار تغییر می‌شود، به طوری که در رویدادهای پر تنش حساسیت اضطرابی از شدت بیشتری برخوردار می‌شود و سطح آن بالا می‌رود و در مداخلات درمانی کاهش می‌یابد (برن استین و زولنسکی، ۲۰۰۷). در فرایند مداخله درمان وجودی فرد به این آگاهی دست پیدا می‌کند که هر چند نمی‌تواند شرایط واقعی و سخت زندگی را تغییر دهد، اما می‌تواند روش‌های مقابله با آن را تغییر داده و از نگرانی و دلشوره گسترش یافته که از مولفه‌های فقدان سلامت روانی است، به سمت شکوفایی و تعالی فردیت خویشتن، از طریق معنا دادن به چگونگی خویشتن، حرکت کند. در سراسر فرایند درمان به شناخت و بررسی نگرانی‌ها و دیدگاه منفی آنها به زندگی و تغییر این دیدگاه پرداخته شد، از آنجا که این شیوه به افراد گروه که دچار ناکارآمدی در روابط فردی و اجتماعی هستند، کمک می‌کند تا از طریق تلاش برای ایجاد آفرینندگی،

۱. Knapp, Blumenthal, Mischel, Badour & Feldner

۲. Bernstein & Zolensky

تغیر نگرش و جهان بینی و خلق ارزش های تازه، ارزش های فعلی خود را تغییر داده و ارزش های متناسب با موقعیت خود را ایجاد کنند. از این رو اصلی ترین ویژگی درمان وجودی، تاکید بر رابطه درمانی و نقش آن در ایجاد تغییر در مراجع است (اودو و همکاران، ۲۰۱۱). در توجیه این یافته ها می توان گفت که داشتن معنا در زندگی می تواند به عنوان یک ضربه گیر در مقابل دگرگونی های زندگی از جمله حساسیت اضطرابی باشد. به طوری که داشتن معنا این تفکر را در ذهن بیمار ایجاد می کند که نگرانی های خود را به عنوان یک رویداد معمول زندگی بپذیرد و با تغییر نگاه و نگرش خود و معنا دادن جدید به دگرگونی ها، سازگاری شناختی بهینه را در مقابل نگرانی هایش داشته باشد.

همچنین نتایج پژوهش طبق جدول ۴ نشان داد که درمان وجودی باعث افزایش بهزیستی روان شناختی شده است. این نتایج همسو با نتایج کلفتراس و پاسارا (۲۰۱۲)، و داماسیو، دملو و داسیلوا (۲۰۱۳) می باشد. درمان وجودی با تاکید بر مولفه های مثبت زندگی باعث هدفمندی در زندگی بیماران می شود. در واقع درمان وجودی به افراد این اجازه را می دهد که آرزوهایشان را دوباره بررسی و با ارزش های دیگران در گروه مقایسه کنند. بیمار در گروه با آگاهی یافتن از اینکه او تنها کسی نیست که به این مشکل دچار است، عزت نفس پیدا کرده و با تشخیص توانمندی هایش مبنی بر این مورد که به حال دیگران سودمند است، احساس توانمندی می کند (کوری، ۲۰۰۵، ترجمه ی سید محمدی، ۱۳۸۷). افزایش بهزیستی روانی، انسان ها را به سمت موقعیت های بیشتر در زندگی، ارتباط اجتماعی سالم تر و در نهایت سلامت روانی و جسمی بیشتر رهنمون می سازد، همان طور که گفته شد گروه درمانی وجودی سعی در افزایش توجه به جنبه های مثبت و پذیرفتن جنبه های منفی زندگی دارد و شیوه کنار آمدن با دشواری های ناگوار و چگونگی برخورد با آن هاست که تعیین کننده بهزیستی روانی فرد است و به این شیوه افراد می توانند به مدیریت محیط پیرامون خود، کنترل بر مجموعه پیچیده ی از فعالیت های بیرونی و استفاده کارساز و کارآمد از فرصت های به وجود آمده، دست یابند (ریف و سینگر، ۲۰۰۴). در توجیه این یافته ها می توان گفت که درمان وجودی بهزیستی روان شناختی بیماران را نسبت به چیزهایی که به زندگی اکنون و آینده آنها معنی می دهد افزایش داده، تا هنگام رویارویی با شرایط و بیماری های مزمن توانایی سازگاری و حل آنها را داشته باشند، میان داشتن معنا در زندگی (که محصول گروه درمانی وجودی می باشد) و ارتقای بهزیستی روان شناختی رابطه مثبت و معنی داری وجود دارد، یعنی داشتن معنی در زندگی می تواند نقش بارزی در ارتقای بهزیستی روان شناختی در بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر داشته باشد. در مجموع می توان چنین نتیجه گیری کرد که، درمان وجودی در تقلیل حساسیت اضطرابی و ارتقای بهزیستی روان شناختی زنان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر موثر است. بنابراین بجاست که به منظور ارتقای بهزیستی روان شناختی و کاهش حساسیت اضطرابی بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر، از مداخلات گروه درمانی وجودی در خدمات درمانی و بهداشتی استفاده بهینه گردد.

## منابع

- بیانی، علی‌اصغر، کوچکی، عاشورمحمد، بیانی، علی. (۱۳۸۷). روایی و پایایی مقیاس بهزیستی روان‌شناختی ریف. مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران، ۱۴(۲)، ۱۵۱-۱۴۶.
- خدادادی‌سنگده، جواد، اعتمادی، احمد و علوی کاموسی، عزالدین. (۱۳۹۳). اثربخشی گروه درمانی وجودی بر بهبود سلامت روان دانشجویان. مجله پژوهش‌های علوم شناختی و رفتاری، ۴(۲): ۱۳۰-۱۱۹.
- دلاور، علی. (۱۳۹۱). احتمالات و آمار کاربردی در روانشناسی و علوم تربیتی. تهران انتشارات رشد.
- شیخ‌الاسلامی، علی، قمری کیوی، حسین، مرادی، مسعود و محمدی، یسرا. (۱۳۹۴). اثربخشی گشتالت درمانی بر بهزیستی روان‌شناختی و کیفیت زندگی مادران دارای کودک کم‌توان ذهنی. پژوهش‌های مشاوره، ۱۴(۵۳): ۱۱۱-۱۳۰.
- کجیاف، محمدباقر، قاسمیان‌نژاد، علی نقی و احمدی، سیدحبيب الله. (۱۳۹۴). تاثیر گروه‌درمانی معنوی وجودی بر میزان افسردگی، اضطراب و باور به ادامه حیات پس از مرگ با تکیه بر گزارش‌های افراد تجربه‌کننده مرگ در دانشجویان. فصلنامه دانش و پژوهش در روانشناسی کاربردی، ۱۶(۴): ۴-۱۳.
- کوری، جرالد. (۲۰۰۵). نظریه و کاربرست مشاوره و روان‌درمانی. ترجمه‌ی یحیی سیدمحمدی. (۱۳۸۷). تهران: ارسباران.
- مرادی‌منش، فردین، میرجعفری، سیداحمد، گودرزی، محمدعلی و نورالله، محمدعلی. (۱۳۸۶). بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی شاخص تجدید نظر شده حساسیت اضطرابی. مجله روانشناسی، ۱۱(۴): ۴۲۶-۴۴۶.
- مشهدی، علی، قاسم‌پور، عبدالله، اکبری، ابراهیم و ایل‌بیگی، رضا. (۱۳۹۲). نقش حساسیت اضطرابی و تنظیم هیجانی در پیش‌بینی اضطراب اجتماعی دانشجویان. فصلنامه دانش و پژوهش در روانشناسی کاربردی، ۱۴(۲): ۸۹-۹۹.
- American psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM\_V). Fifth Edition. Arlington, VA, American Psychiatric Association, 1(2): 189-235.
- Arrindell, A.W., Heesink, G., & Fei, J. (1999). The satisfaction with life scale (SWLS): Appraisal with 1700 healthy young adults in the ether lands. *Personality and individuals Differences*. 26: 815-826.
- Barlow, D.H. (2002). *The nature and treatment of anxiety and panic* (2<sup>nd</sup> ed). New York: Guilford press.
- Bernstein, A., & Zolensky, M.J. (2007). Anxiety sensitivity: Selective review of promising research and future directions. *Expert Review of Aerotherapeutics*. 7: 97-101.
- Cox, B.J., Borger, S.C., Taylor, S., Fuentes, K., Ross, L.M. (1999). Anxiety sensitivity and the five factor model of personality. *Behavior Research and Therapy*. 37(7): 633-641.
- Damasio, B.F., DeMelo, R.L.P., & DaSilva, J.P. (2013). Meaning in life, Psychological well-Being and Quality of life in Teachers. *Paideia*. 23(54): 73-82.
- Diener, E., Oishi, S., & Lucas, R.E. (2003). Personality, Culture and subjective Well-being: Emotional and cognitive evaluations of life. *Annual Review of Psychology*. 54: 403-425.
- Durham, R.C. (2007). Treatment of Generalized Anxiety Disorder, *PSY*, 6(5) 183-87.
- Floyd, M., Garfield, A., & Lasota, M.T. (2005). Anxiety Sensitivity and Worry. *Journal of Person-*

- ality and Individual Differences. 38: 1223-1229.
- Higa-Mcmillan, C.K., Francis, S.E., Rith-Najarian, L., Chorpita, B.F. (2016). Evidence base update: 50 years of research on treatment for child and adolescent anxiety. *Journal of clinical child and Adolescent Psychology*. 45(2): 91-113.
  - Kircanski, K., Motazavi, A., Castriotta, N., Baker, A., Mystkowski, J., Yi, R., & Craske, M.G. (2012). Challenges to the traditional exposure paradigm: variability in exposure therapy for contamination fears. *Journal of behavior The Exp Psychiatry*. 43: 745-51.
  - Kleftras, G., & Psarra, E. (2012). Meaning in life, Psychological well-Being and Depressive. *Symptomatology: A Comparative Study*. *Psychology*. 4: 337-345.
  - Knapp, A., Blumenthal, H., Mischel, E., Badour, C., & Feldner, E. (2015). Anxiety sensitivity and its Factors in Relation to Generalized Anxiety Disorder among Adolescents. *Journal OF Abnormal Child Psychology*. 2(7): 1-12.
  - Lebow, J. L. (2008). *Twenty-first century psychotherapies :contemporary ,approaches to theory and practice*. Johan & sons.
  - Macri, E. & Limoni, C. (2017). Artistic activities and psychological well-being perceived by patients with spinal cord injury. *The Arts in Psychotherapy*. 54: 1-6.
  - May, R. (1977). *The meaning of anxiety* (Rev. Ed). New York: Norton.
  - Mclean, P.D., & Woody, S.R. (2001). *Anxiety disorders in adults: An evidence-based approach to psychological treatment*, (Istead). Oxford: Oxford University press.
  - Mennin, D.S., Heimberg, R.G., Fresco, D.M., & Ritter, M.R. (2008). Is generalized anxiety disorder an anxiety or mood disorder? Considering multiple factors as we ponder the fate of GAD. *Depress Anxiety*. 25(4): 289-99.
  - Muller-Pinzler, L., Gazzola, V., Keyser, C., Sommer, J., Jansen, A., Frassle, S., Krach, S. (2015). Neural path way of embarrassment and their modulation by social anxiety. *Neuroimage*. 119(1): 252-261.
  - Oensun, M., Ahola, P., Knekt, P., Lindfors, O., Saarinen, P., Tolmunen, T., & et al. (2015). Base-line symptom severity predicts serotonin transporter change during Psychotherapy in patients with major depression. *Psychiatry Clinical Neuroscience*. 3: 111-116.
  - Reiss, S., Peterson, R.A., Gursky, D.M., & McNally, R.J. (1986). Anxiety sensitivity, anxiety frequency and the prediction of fearfulness. *Behavior Research and Therapy*. 4(3): 241-248.
  - Riskind, J.H., Black, D., & Shahar, G. (2010). Cognitive vulnerability to anxiety in the stress generation process: Interaction between the Looming cognitive style and Anxiety sensitivity. *Journal of Anxiety Disorder*. 24(1): 124-8.
  - Roini, C., Ottolini, F., Raffanelli, C., Tossani, E., Ryff, C.D & Fave, A.G. (2003). The Relationship of psychological well-being distress and personality. *Psychotherapy Psychosomatic*. 72: 268-375.
  - Ryan, R.M., & Deci, E.L. (2001). To be happy or to be self-fulfilled: A review of research on hedonic and eudemonic well-being. In S. Fisk (Ed), *Annual Review of psychology*. 52: 141-166.
  - Ryff, C.D. (1995). Psychological Well-being in adult life. *Current Direction in Psychological Science*. 4(4): 99-104.
  - Ryff, C.D., & Singer, B.H. (2004). Positive Health: connecting well-being with biology. *Philosophical transaction of the royal society of London*. 359(1449): 1383-1394.
  - Ryff, C.D., & Singer, B.H. (2006). Best News Yet on the Six-factor Model of Well-being. *Social Science Research*. 35(4): 1103-1119.
  - Scher, C.D., & Stein, M.B. (2003). Developmental antecedents of anxiety sensitivity. *Journal of Anxiety Disorder*. 17: 253-69.
  - Schmidt, N.B., & Eggleston, A.M., (2007). Wool away-Bickel K, Fitzpatrick KK, Vasey MW, Richey JA. Anxiety sensitivity amelioration training (ASAT): A longitudinal primary preven-

- tion program targeting cognitive vulnerability. *Journal of Anxiety Disorder*. 21: 302-19.
- Schmidt, N.B., Keough, M.E., Mitchell, M.A., Reynolds, E.K., Macpherson, L., Zvolensky, M.J., & Lejuez, C.W. (2010). Anxiety sensitivity: Prospective prediction of anxiety among early adolescents. *Journal of Anxiety Disorders*. 24: 503-508.
  - Steinman, S.h.A., & Teachman, B.A., (2010). Modifying interpretations among individuals high in anxiety sensitivity. *Journal of Anxiety Disorder*. 24: 71-8.
  - Somers, J.M., Goldner, E.M., Waraich, P., & Hus, L. (2006). Prevalence and incidence studies of anxiety disorders: a systematic review of the literature. *Canada Journal of Psychiatry*. 51: 100-13.
  - Taylor, S. (1999). *Anxiety sensitivity: Theory, research and treatment of the fear of anxiety*. Lawrence Erlbaum Associates: Mahwah, New Jersey.
  - Udo, C., Melin-Johansson, C.H., & Danielson, E. (2011). Existential issues Among Health Care Staff in Surgical cancer care Discussions in supervision sessions. *European Journal of oncology nursing*. 15: 447-453.
  - Vazquez, C., Hervas, G., Rahona, J., & Gomez, D. (2009). Psychological well-being and health. Contributions of positive psychology. *An Clinical Health Psychology*. 5: 15-27.
  - Wells, A. (2007). (Eds.), *Worry and its Psychological disorder*. New York: Willey, 356-77.
  - Zimmermann, F.F., Burrell, B., Jordan, J. (2018). The acceptability and potential benefits of mindfulness based interventions in improving psychological well-being for adults with advanced cancer: A systematic review. *Complement therapy clinical practice*, 30: 68-78.



**The Effectiveness of Group Existence Therapy  
on Anxiety Sensitivity and Psychological Well-Being  
in Women with Generalized Anxiety Disorder**

B. Taghipour \*  
R. Barzegaran\*\*

**Abstract**

The purpose of this study was to examine the effectiveness of group existence therapy on psychological well-being and anxiety sensitivity in women with generalized anxiety disorder. This semi-experimental study was conducted using pre-test and post-test with control group from all generalized anxiety disorder patients visited in Ardabil psychological clinic. 30 patients were selected through the convenience sampling method and randomly allocated into two equal experimental and control groups. Participants were selected via structured clinical interview based on disorders axis I. Experimental group was exposed to 8 weeks of existence therapy, while control group received none. GAD Anxiety Inventory, Ryff Psychological Well-being Questionnaire (1995) and Taylor & Cox Anxiety Sensitivity Questionnaire (1998) were used in pre-test, post-test and follow up as the study instrument. Data were analyzed by descriptive indices and analysis of covariance. The results showed that there were significant differences in anxiety sensitivity and psychological well-being scores in experimental group and the control group. Thus, based on the findings of this study it could be said that the method of existential group psychotherapy decreased anxiety sensitivity and increased psychological well-being in women with generalized anxiety disorder.

**Keywords:** existence therapy, psychological well-being, anxiety sensitivity, generalized anxiety disorder

\* Ph.d candidate in Psychology, Faculty of Education and psychology, University of Mohaghegh Ardabil, Ardabil, Iran. (Corresponding author, email: behzad.taaghipuor1386@gmail.com)

\*\* M. A. student in Clinical Psychology, Department of Education and Psychology, Ardabil Branch, Islamic Azad University, Ardabil, Iran. (email: r.barzegaran.95@gmail.com)