

## اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر مدل داگاس بر نگرانی بیمارگون، شدت علائم و عوامل علت‌شناختی اختلال اضطراب در بیماران مبتلا به اختلال اضطراب تعمیم‌یافته

سید محمد داوود حسینی<sup>۱</sup>، شله امیری<sup>۲</sup>، کوروش نامداری<sup>۳</sup>، حسین مولوی<sup>۴</sup>

## The effectiveness of cognitive therapy based on dogas model of morbid morbidity, severity of symptoms and causative factors of diffuse anxiety disorder in patients with diffuse anxiety disorder

Seyed Mohammad Davood Hosseini<sup>1</sup>, Sholeh Amiri<sup>2</sup>, Kourosh Namdari<sup>3</sup>, Hossein Molavi<sup>4</sup>

### چکیده

**زمینه:** پژوهش‌های اندکی برای مطالعه اثربخشی مدل داگاس و مطالعه اثر متغیرهای سبب‌ساز اختلالات اضطرابی انجام شده‌اند و بیشتر پژوهشگران بر عوامل نگهدارنده و تداوم‌بخش اختلالات اضطرابی تمرکز داشته‌اند. اما پیرامون اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر مدل داگاس بر نگرانی بیمارگون، شدت علائم و عوامل علت‌شناختی اختلال اضطراب تعمیم‌یافته در بیماران مبتلا به اختلال اضطراب تعمیم‌یافته وجود دارد. **هدف:** بررسی اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر مدل داگاس بر نگرانی بیمارگون، شدت علائم و عوامل علت‌شناختی اختلال اضطراب تعمیم‌یافته در بیماران مبتلا به اختلال اضطراب تعمیم‌یافته بود. **روش:** پژوهش از نوع نیمه‌آزمایشی (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) همراه با گروه گواه بود. جامعه آماری پژوهش، کلیه افراد مبتلا به اختلال اضطراب تعمیم‌یافته مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره شهر اصفهان از اردیبهشت‌ماه تا مهرماه سال ۱۳۹۶ بودند. ۳۰ نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس به عنوان نمونه انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه (۱۵ نفری) جایگزین شدند. ابزار پژوهش عبارتند از: پرسشنامه‌های نگرانی ایالت پنسیلوانیا (مایر و همکاران، ۱۹۹۰)، مقیاس کوتاه سنجش اختلال اضطراب تعمیم‌یافته (اشپتزر و همکاران، ۲۰۰۶)، مقیاس عدم تحمل بلاتکلیفی (فریستون و همکاران، ۱۹۹۴)، پرسشنامه اجتناب شناختی (سکستون و همکاران، ۲۰۰۹)، پرسشنامه چرا نگرانی (هولوکا و همکاران، ۲۰۰۰)، پرسشنامه جهت‌گیری منفی نسبت به مشکل (گوزلین و همکاران، ۲۰۰۵) و دوازده جلسه ۹۰ دقیقه‌ای درمان شناختی مبتنی بر مدل داگاس (داگاس و رویچاود، ۲۰۱۲). تحلیل داده‌ها با آزمون کواریانس و آزمون کروییت ماچلی انجام شد. **یافته‌ها:** درمان شناختی داگاس بر نگرانی بیمارگون، شدت علائم GAD، و عوامل علت‌شناختی GAD (جهت‌گیری منفی به مشکل، عدم تحمل بلاتکلیفی، اجتناب شناختی و باورهای مثبت نسبت به نگرانی) تأثیر معناداری داشت ( $P < 0/05$ ). **نتیجه‌گیری:** بیمارانی که در جلسات شناخت‌درمانی داگاس شرکت کردند، نگرانی بیمارگون، شدت علائم و عوامل علت‌شناختی GAD آنان کمتر شد. **واژه کلیدی‌ها:** درمان شناختی داگاس، نگرانی بیمارگون، شدت علائم، عوامل علت‌شناختی، اختلال اضطراب تعمیم‌یافته

**Background:** Few studies have studied the effectiveness of the Dugas model and the effect of the variables that cause the Anxiety disorders, and most researchers have focused on the factors that maintain and sustain the Anxiety disorder. However, there is a research gap in the effectiveness of cognitive therapy based on Dogas model of morbid morbidity, severity of symptoms and causative factors of diffuse anxiety disorder in patients with diffuse anxiety disorder. **Aims:** To evaluate the effectiveness of cognitive therapy based on Dogas model of morbid morphology, severity of symptoms and causative factors of diffuse anxiety disorder in patients with diffuse anxiety disorder. **Method:** The research was semi-experimental (pre-test, post-test and follow-up) with the control group. The statistical population of the study was all people with diffuse anxiety disorder who referred to Isfahan counseling centers from May to October 2017. Thirty people were selected by available sampling method and randomly assigned to two experimental and control groups (15 people). Research tools include the Pennsylvania State Concerns Questionnaire (Mayer et al., 1990), the Short Scale for Measuring Comprehensive Anxiety Disorder (Sprtzer et al., 2006), the Uncertainty Uncertainty Scale (Freeston et al., 1994);, 2009), Why Worrying Concerns (Hulka et al., 200), Negative Orientation Questionnaire (Gozlin et al., 2005) and twelve 90-minute cognitive therapy sessions based on the Dougas model (Dougas and Rubichaud, 2012). Data analysis was performed by covariance test and Crowit Machli test. **Results:** Dugas cognitive therapy on pathological anxiety, severity of GAD symptoms, and GAD etiological factors (negative orientation to the problem, intolerance of uncertainty, cognitive avoidance and positive beliefs about Concern had a significant effect ( $P < 0/05$ ). **Conclusions:** Patients who participated in Dugas cognitive therapy sessions had a lower incidence of morbid anxiety, severity of symptoms, and GAD. **Key Words:** Dogas cognitive therapy, morbid anxiety, severity of symptoms, etiological factors, diffuse anxiety disorder

**Corresponding Author:** S.amiri@edu.ui.ac.ir

<sup>۱</sup> دانشجوی دکتری، گروه روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه اصفهان، اصفهان ایران

<sup>۱</sup> Ph.D Student, Department of Psychology and Educational Sciences, University of Isfahan, Isfahan, Iran

<sup>۲</sup> استاد، دکتری روانشناسی، گروه روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه اصفهان، اصفهان ایران (نویسنده مسئول)

<sup>۲</sup> Professor, Ph.D. in Psychology, Department of Psychology and Educational Sciences, University of Isfahan, Isfahan, Iran (Corresponding Author)

<sup>۳</sup> استاد، دکتری روانشناسی، گروه روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه اصفهان، اصفهان ایران

<sup>۳</sup> Professor, PhD in Psychology, Department of Psychology and Educational Sciences, University of Isfahan, Isfahan, Iran

<sup>۴</sup> دانشیار، دکتری روانشناسی، گروه روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه اصفهان، اصفهان ایران

<sup>۴</sup> Associate Professor, PhD in Psychology, Department of Psychology and Educational Sciences, University of Isfahan, Iran

پذیرش نهایی: ۹۹/۰۳/۱۸

دریافت: ۹۹/۰۲/۱۲

## مقدمه

این زمینه می‌شود. برخی از این دلایل عبارتند از: الف؛ به دلیل اینکه بیماران دارای اختلال اضطراب تعمیم یافته دارای نشانه‌هایی هستند که همبودی بالایی با سایر اختلال‌ها دارند، لذا در بسیاری از موارد تشخیص غلطی دریافت می‌کنند. شاید ۵۰ تا ۹۰ درصد بیماران مبتلا به اختلال اضطراب تعمیم یافته به یک اختلال روانی دیگر هم مبتلا باشند. تعداد زیادی (تا ۲۵٪) از این بیماران در نهایت به اختلال وحشت‌زدگی (پانیک) دچار می‌شوند. درصد بالاتری از این بیماران احتمالاً به اختلال افسردگی اساسی مبتلا می‌شوند. اختلالات شایع دیگری که با اختلال اضطراب تعمیم یافته همراه می‌شوند عبارتند از اختلال دیس تایمی (افسرده خویی) و اختلالات مرتبط با مواد (دستنامه تشخیصی و آماری بیماری‌های روانی، ۲۰۱۳).

از سوی دیگر در مفهوم‌پردازی این اختلال تغییرات پیاپی به وجود آمده و لذا پیاپی بین ارزیابان پایین می‌باشد (هرن، داناوان، اسپنس و مارک، ۲۰۱۷) در حال حاضر نظریه‌پردازی در مورد GAD به دنبال شناسایی عوامل علی و نگهدارنده این اختلال است (هرن و همکاران، ۲۰۱۷، اسکودزیک، لئوپولد و ارهینگ، ۲۰۱۷). دارودرمانی و روان‌درمانی از راهبردهای درمانی رایج این اختلال محسوب می‌شوند، اما گستره‌ای از پژوهش‌ها نشان می‌دهند که این درمان‌ها کارآمدی پایینی دارند (لیب، بکر و آلتامورا، ۲۰۰۵). به عبارت دیگر ۳۰ تا ۶۰ درصد بیماران از این درمان‌ها بهبود نمی‌یابند (هرن، داناوان، اسپنس، مارک و هلمز، ۲۰۱۷).

رئیس دستگردی و عارفی (۱۳۹۸) در پژوهشی از نوع نیمه آزمایشی با هدف اثر بخشی درمان شناختی مبتنی بر مدل داگاس بر نگرش‌های ناکارآمد و نگرانی نوجوانان دارای اختلال اضطراب فراگیر بر روی ۳۰ نفر از دانش‌آموزان دارای اختلال اضطراب فراگیر شهر اصفهان دریافتند، درمان شناختی مبتنی بر مدل داگاس بر نگرش‌های ناکارآمد و نگرانی دانش‌آموزان دارای اختلال اضطراب فراگیر تأثیر معنادار دارد. موسوی‌نیا، گلزاری و برجلی (۱۳۹۳) در پژوهشی از نوع نیمه‌آزمایشی بر روی ۴۸ بیمار مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر در کلینیک اخوان تهران با هدف اثربخشی آموزش تحمل‌بلا تکلیفی به شیوه شناختی رفتاری داگاس بر اختلال اضطراب فراگیر دریافتند، میانگین مؤلفه‌های نگرانی و عدم تحمل بلا تکلیفی در گروه آزمایش در مقایسه با گروه گواه در پس‌آزمون و پیگیری به طور معنی‌داری کاهش پیدا کرده است. اکبری

اختلالات اضطرابی<sup>۱</sup> رایج‌ترین مشکلات سلامت‌روان در سراسر جهان هستند (پرزیپنار و همکاران، ۲۰۱۷)؛ و این اختلالات، با اختلال در عملکرد، کیفیت پایین زندگی و افزایش هزینه‌های بهداشتی و سلامتی همراه می‌باشند. در میان دوازده اختلال اضطرابی فهرست شده در پنجمین نسخه تشخیصی آماری اختلالات روانی، اختلال اضطراب تعمیم یافته جزء شایع‌ترین اختلالات است (سادوک و سادوک، ۲۰۰۳). بر اساس پنجمین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی<sup>۲</sup>، اختلال اضطراب تعمیم یافته<sup>۳</sup> به نوعی نگرانی مفرط و غیرقابل کنترل در مورد گستره‌ای از مسائل است که در بیشتر روزها و حداقل به مدت شش ماه رخ می‌دهد (دستنامه تشخیصی و آماری بیماری‌های روانی، ۲۰۱۳). شیوع یک ساله این اختلال بین ۱/۷ تا ۳/۷۵ درصد و شیوع مادام‌العمر آن ۵/۷ درصد تخمین زده شده است (هوگ و همکاران، ۲۰۱۳). همپوشانی قابل توجهی بین علائم جسمانی اختلال اضطراب تعمیم یافته (بیقراری، خستگی زودهنگام، اشکال در تمرکز، تحریک‌پذیری و اختلال در خواب) و علائم سایر اختلالات اضطرابی و خلقی وجود دارد. در واقع، از تمام علائم جسمانی که در ملاک‌های اختلال اضطراب تعمیم یافته وجود دارند، تنها تنش عضلانی است که جزء ملاک‌های تشخیصی سایر اختلالات اضطرابی یا خلقی محسوب نمی‌شود. لذا درمانگران بجای تمرکز بر علائم جسمانی، در سنجش اختلال اضطراب تعمیم یافته بر نگرانی بیمارگون تمرکز می‌کنند (دوگاس و روبیچاود، ۲۰۱۲). همچنین مدل‌های نظری نیز بیان می‌کنند که تمایل به نگرانی از ویژگی‌های اصلی اختلالات اضطرابی، به خصوص اختلال اضطراب تعمیم یافته باشد. اما در مورد اختلال اضطراب تعمیم یافته بر نگرانی مفرط و بیمارگون تأکید می‌شود. نگرانی، پردازش محتوای اضطراب برانگیز را به منظور اجتناب از تصاویر و برانگیختگی‌های آزاردهنده تسهیل می‌کند و در نهایت از پردازش هیجانی که ممکن است باعث کاهش اضطراب شود، جلوگیری می‌کند (لیهی، هالند و مک‌گین، ۲۰۱۱). از چند جهت اختلال اضطراب تعمیم یافته ماهیتی معماگون دارد و باعث سردرگمی پژوهشگران فعال و علاقمند در

1. Anxiety Disorders

2. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder

3. Generalized Anxiety Disorder

شناختی باعث می‌شود فرد مشکل را فاجعه تلقی و توانایی‌های خود برای مقابله با مشکل را ناکافی بداند. لذا مشکل تهدید تلقی شده و فرد در برخورد با مشکل سریعاً ناامید و دست از تلاش برمی‌دارد. این احساسات نگرانی بیمارگون را تشدید و فرد ناگزیر از اجتناب‌های شناختی مانند جایگزینی افکار و سرکوبی فکر<sup>۱</sup> استفاده می‌کند. با اجتناب شناختی فرد به دنبال اجتناب از برانگیختگی شناختی و تجربه تصاویر تهدیدآمیز است. از سوی دیگر، جهت‌گیری منفی به مشکل، مشکل را به فاجعه تبدیل می‌کند. این روند نگرانی بیمارگون و شدت اضطراب را تشدید می‌کند و راهبردهای اجتناب شناختی را راه‌اندازی می‌کند (گلد، سافرن و واشنگتن، ۲۰۰۴). یافته‌های بسیاری حاکی از نقش عمده عدم تحمل بلا تکلیفی، اجتناب شناختی و باورهای مثبت نسبت به نگرانی در شکل‌گیری و تداوم GAD هستند (گنتس و روسیکو، ۲۰۱۴، الرا و نیومن، ۲۰۱۴). داگاس معتقد است که با هدف قرار دادن عوامل سبب‌ساز GAD می‌توان نگرانی بیمارگون و علائم GAD (علائم جسمانی و روانشناختی) را کاهش داده و بدین‌سان کیفیت زندگی را به طور معناداری افزایش داد (دوگاس و رویچاود، ۲۰۱۲). شرافتی و همکاران (۱۳۹۶) در پژوهشی با بکارگیری طرح تک آزمودنی از نوع خط پایه چندگانه، اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر مدل داگاس را مورد سنجش قرار دادند. به این منظور، پنج بیمار مبتلا به اختلال منتظر را انتخاب در معرض درمان قرار دادند. نتایج حاکی از اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر مدل داگاس بر مؤلفه‌های عدم تحمل بلا تکلیفی، اجتناب شناختی و باورهای مثبت در مورد نگرانی بود. با توجه به شباهت بین پژوهش شرافتی و همکاران (۱۳۹۶) و پژوهش حاضر از جمله محدودیت‌هایی که در پژوهش شرافتی و همکاران (۱۳۹۶) وجود داشت این بود که از آزمودنی‌های اندک استفاده شده بود و تعمیم نتایج به گروه بزرگتر را دچار مشکل می‌کرد، همچنین عدم پیگیری دراز مدت بیماران جهت پایش بهبودی پس از درمان پیشنهاد شده است که پژوهشگران را علاقمند به انجام این پژوهش نمود. بنابراین هدف پژوهشگر پاسخ‌گویی به این سؤال پژوهشی بود، آیا درمان شناختی مبتنی بر مدل داگاس بر نگرانی بیمارگون، شدت علائم و عوامل علت‌شناختی (عدم تحمل بلا تکلیفی، باورهای مثبت در مورد نگرانی، اجتناب

(۱۳۸۸) در پژوهشی از نوع نیمه‌آزمایشی بر روی ۶ زن مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر که به مرکز مشاوره دانشگاه صنعتی شریف مراجعه کرده بودند با هدف مقایسه‌ی اثربخشی درمان شناختی داگاس با درمان فراشناختی در درمان زنان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر نشان دادند، دو روش درمانی در درمان زنان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر اثربخش بودند و در برخی جنبه‌ها نیز تفاوت معناداری با یکدیگر داشتند، درمان فراشناختی در برخی از آماج‌های درمانی مثل نگرانی پاتولوژیک، اضطراب صفت اثربخشی بیشتری در پایان درمان داشت ولی روند اثربخشی درمان شناختی داگاس در طول دوره پیگیری نسبت به درمان فراشناختی در نگرانی پاتولوژیک، اضطراب صفت و عملکرد کلی از پیشرفت بیشتری برخوردار بود. مدل‌ها و رویکردهای شناختی زیادی برای درک و بهبود این اختلال طراحی شده‌اند (لیدر، ۲۰۱۵، رویچاود، ۲۰۱۳). نظریه‌پردازی در مورد اختلال اضطراب تعمیم‌یافته در حال حاضر زمینه پژوهشی مهمی است که به دنبال زمینه‌شناسایی عوامل علی و نگهدارنده این اختلال است (شرافتی، اسمانی‌نژاد و امیری، ۱۳۹۶). فراتحلیل فیشر (۲۰۰۶)، که یازده پژوهش در حوزه شناختی را مورد بررسی قرار داده، نشان داد که درمان شناختی کارآمدی لازم را دارا می‌باشد. در خوشبینانه‌ترین حالت، تنها ۵۰ درصد از بیماران GAD بهبود بالینی چشمگیری را در درمان شناختی تجربه می‌کنند (گنتس و روسیکو، ۲۰۱۴). از بین مدل‌های شناختی GAD، مدل شناختی داگاس بر علل شکل‌گیری GAD تمرکز کرده است (الرا و نیومن، ۲۰۱۴). پژوهش‌های کمی برای مطالعه اثربخشی این مدل یا مطالعه اثر متغیرهای سبب‌ساز اختلالات انجام شده‌اند و بیشتر پژوهشگران بر عوامل نگهدارنده و تداوم بخش اختلالات تمرکز می‌کنند (دوگاس، فریستون و لادوسر، ۱۹۹۷). این مدل بر اهمیت چهار عامل در آسیب‌شناسی GAD تأکید دارد: عدم تحمل بلا تکلیفی، باورهای مثبت در مورد نگرانی، اجتناب شناختی و جهت‌گیری منفی نسبت به مشکل. عدم تحمل بلا تکلیفی ناشی از باور منفی درباره ابهام است. موقعیت‌های مبهم فرد را درگیر سؤالات بی‌پایان (چه می‌شود اگر؟) می‌کند. این سؤالات معمولاً بدون جواب می‌مانند. چون فرد مبتلا به GAD نمی‌تواند بلا تکلیفی را تحمل کند و از طرفی، به نگرانی و پیامدهای مثبت آن باور دارد، دچار نگرانی بیمارگون می‌شود. نگرانی بیمارگون همراه با احساس اضطراب منجر به اجتناب شناختی می‌شود. از سوی دیگر، اجتناب

۱. Thought suppression

کرویت ماچلی به تحلیل یافته‌ها پرداخته شد. برای مقایسه میانگین‌های دو گروه یا بیشتر از تحلیل واریانس استفاده می‌شود (دلاور، ۱۳۹۱) با توجه به اینکه در این پژوهش پژوهشگران به مقایسه میانگین‌های دو گروه آزمایش و کنترل پرداختند از این روش آماری برای تحلیل داده‌ها استفاده کردند.

### ابزار

برای گردآوری داده‌ها از ابزارهای زیر استفاده شد: مصاحبه بالینی ساختار یافته برای اختلال اضطراب تعمیم‌یافته در DSM-5، SCID یک مصاحبه نیمه ساختار یافته است که تشخیص‌هایی را بر اساس DSM-IV فراهم می‌آورد (شریفی و همکاران، ۱۳۸۳) بنابراین در این پژوهش برای اضطراب تعمیم‌یافته از این مصاحبه استفاده شد. پرسشنامه نگرانی ایالت پنسیلوانیا: یکی از پرکاربردترین ابزارهای اندازه‌گیری نگرانی، پرسشنامه نگرانی ایالت پنسیلوانیا است (دهشیری، گلزاری، برجعلی و سهرابی، ۱۳۸۹) به همین دلیل پژوهشگران برای سنجش نگرانی از این پرسشنامه استفاده نمودند. پرسشنامه کوتاه سنجش اختلال اضطراب تعمیم‌یافته: این پرسشنامه با هدف ساختن ابزاری کوتاه برای تشخیص اختلال اضطراب تعمیم‌یافته و سنجش شدت نشانه‌های بالینی مبتلایان به اضطراب تعمیم‌یافته ساخته شده است (نائینیان، شعیری، شریفی و هادیان، ۱۳۸۹) بنابراین پژوهشگران برای سنجش اختلال اضطراب تعمیم‌یافته از این پرسشنامه استفاده کردند، پرسشنامه عدم تحمل بلا تکلیفی: این پرسشنامه برای سنجش میزان تحمل افراد در برابر موقعیت‌های نامطمئن و حاکی از بلا تکلیفی توسط فریستون و همکارانش ساخته شده است، عدم تحمل بلا تکلیفی یک ویژگی شخصیتی است که از مجموعه‌ای از عقاید منفی درباره عدم قطعیت تشکیل شده است (اسدی مجره، عابدینی، پورشریفی و نیکوکار، ۱۳۹۱) بنابراین پژوهشگران برای سنجش عدم تحمل بلا تکلیفی از این پرسشنامه استفاده کردند. پرسشنامه اجتناب شناختی: با توجه به اینکه هدف سکستوس و داگاس از ساختن این پرسشنامه اجتناب از موقعیت‌ها و فعالیت‌های فعال‌ساز افکار نگران‌کننده، تغییر تصاویر ذهنی به افکار کلامی بود (مجتبایی و یاسینی، ۱۳۹۶) پژوهشگران برای سنجش اجتناب شناختی از این پرسشنامه استفاده کردند، پرسشنامه چرا نگرانی: این پرسشنامه برای سنجش باورهای مثبت افراد مبتلا به GAD درباره کارکردهای نگرانی طراحی شده است (کاظمی مهباری، ۱۳۹۵)

شناختی و جهت‌گیری منفی نسبت به مشکل) در اختلال اضطراب تعمیم‌یافته در بیماران مبتلا به اختلال اضطراب تعمیم‌یافته تأثیر دارد؟

### روش

پژوهش از نوع نیمه‌آزمایشی (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) همراه با گروه گواه بود. جامعه آماری پژوهش حاضر، کلیه افراد مبتلا به اختلال اضطراب تعمیم‌یافته مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره شهر اصفهان از اردیبهشت‌ماه تا مهرماه سال ۱۳۹۶ بودند. از این تعداد ۳۰ نفر از افرادی که داوطلب دریافت خدمات درمانی بودند به روش نمونه‌گیری در دسترس به عنوان نمونه، انتخاب و پس از آن به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه (هر گروه ۱۵ نفر) گمارش شدند. در روش نمونه‌گیری در دسترس افراد جامعه بر اساس راحتی نسبی دسترسی به آنها انتخاب می‌شوند (دلاور، ۱۳۹۱) با توجه به اینکه نمونه در این پژوهش از افراد داوطلب دریافت خدمات درمانی بود از روش نمونه‌گیری در دسترس استفاده شد. در مطالعات نیمه‌آزمایشی حجم نمونه بر اساس حداقل حجم نمونه در مطالعات آزمایشی که تعداد ۳۰ نفر می‌باشد انتخاب می‌شود (کوئی و کیشوج، ۲۰۰۲؛ به نقل از رضاپور میرصالح، احمدی اردکانی و شیری، ۱۳۹۷). تشخیص قطعی اختلال اضطراب تعمیم‌یافته در این افراد از طریق مصاحبه بالینی ساختار یافته برای اختلال اضطراب تعمیم‌یافته در DSM-5 (SCID-5-CV) و تشخیص بالینی انجام شد. آزمودنی‌ها پس از احراز شرایط درمان و برآورده کردن ملاک‌های ورود و خروج وارد فرآیند درمان شدند. ملاک‌های ورود به پژوهش عبارت بودند از: ۱. داشتن رضایت آگاهانه برای شرکت در پژوهش ۲. تشخیص قطعی اختلال اضطراب تعمیم‌یافته توسط روان‌پزشک و عدم استفاده از دارو درمانی ۳. داشتن سواد خواندن و نوشتن. ملاک‌های خروج شامل موارد زیر بود: ۱. داشتن حداقل دو جلسه غیبت در جلسات درمانی ۲. استفاده از داروهای درمانی به جهت کنترل نشانه‌های اختلال اضطراب تعمیم‌یافته. به منظور رعایت اصول اخلاقی پژوهش در مورد محرمانه بودن اطلاعات به نمونه‌های پژوهش اطمینان داده شد. همچنین کمیته اخلاق دانشگاه اصفهان، کد اخلاقی (IR.UI.REC.1396.030) را به این مقاله اختصاص دادند. بدین ترتیب داده‌های مورد نیاز جمع‌آوری و در نهایت با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۰ و آزمون واریانس و آزمون

فقدان نگرانی در کل نمونه ۷۹٪ به دست آمده است که بیانگر ثبات نمرات پرسشنامه در طول زمان است.

پرسشنامه کوتاه سنجش اختلال اضطراب تعمیم یافته<sup>۳</sup> (GAD-7): این پرسشنامه توسط اشیپتزر، کروئنکه، ویلامز و لو (۲۰۰۶) با اشاره به کاستی‌های موجود در پرسشنامه‌های اندازه‌گیری اضطراب از جمله بلندی و ناکارآمدی آنها به عنوان یک پرسشنامه تشخیصی ارائه شده است. هدف از ساخت این پرسشنامه ارائه یک پرسشنامه کوتاه (۷ سؤالی) بوده که بتواند موارد احتمالی اختلال اضطراب تعمیم یافته را شناسایی کرده و شدت نشانه‌های بالینی را نیز مشخص سازد. پرسشنامه GAD-7 دارای ۷ سؤال اصلی و یک سؤال اضافی است که میزان دخالت اختلال در کارکردهای فردی، اجتماعی، خانوادگی و شغلی مبتلایان را می‌سنجد. همسانی درونی GAD-7 را فوق‌العاده ( $\alpha = 0.92$ ) و پایایی بازآزمایی آن خوب ( $r = 0.83$ ) گزارش شده است (نائینیان، شریفی و هادیان، ۱۳۹۰). روایی و پایایی این پرسشنامه در نمونه‌ای متشکل از ۱۹۹ نفر از دانشجویان دانشگاه شاهد و ۲۴ نفر از آزمودنی‌هایی که در مراجعه به یکی از کلینیک‌های روان‌پزشکی شهر تهران تشخیص اختلال اضطراب تعمیم یافته را دریافت نموده بودند، به دست آورده شد (نائینیان و همکاران، ۱۳۹۰). نتایج نشان داد که GAD-7 از آلفای کرونباخ مناسبی برخوردار بوده ( $\alpha = 0.85$ ) و ضریب پایایی پرسشنامه بر اساس دو بار اجرای آزمون نیز مناسب ارزیابی شده است ( $R = 0.48$ ,  $P < 0.01$ ). مقایسه نمرات افراد مراجعه‌کننده به کلینیک روان‌پزشکی که تشخیص اختلال اضطراب تعمیم یافته را دریافت کرده بودند با نمره برش مقیاس و نیز نمرات جمعیت غیر بیمار، حاکی از اعتبار تشخیصی مطلوب پرسشنامه بوده است. در مجموع، پرسشنامه کوتاه سنجش اختلال اضطراب تعمیم یافته از پایایی و اعتبار مناسبی در نمونه‌های ایرانی برخوردار است.

پرسشنامه عدم تحمل بلا تکلیفی<sup>۴</sup>: این پرسشنامه توسط فریستون، رثومه، لتارت، داگاس و لادوسر (۱۹۹۴)، برای سنجش میزان تحمل افراد در برابر موقعیت‌های مبهم طراحی شده است. این پرسشنامه دارای ۲۷ آیت‌م هست و برای سنجش باورهای منفی در مورد بلا تکلیفی طراحی شده است. آیت‌م‌ها بر روی یک پرسشنامه

بنابر این پژوهشگران برای سنجش نگرانی چرا، از این پرسشنامه استفاده کردند و پرسشنامه جهت‌گیری منفی نسبت به مشکل: با توجه به اینکه این پرسشنامه برای سنجش نگرش افراد به مشکل طراحی شده است (محمودعلیلو، شاه جویی و هاشمی، ۱۳۸۹) پژوهشگران برای سنجش جهت‌گیری منفی نسبت به مشکل از این پرسشنامه استفاده کردند.

مصاحبه بالینی ساختار یافته برای اضطراب تعمیم یافته<sup>۱</sup> (SCID-5-CV): در این پژوهش از نسخه جدید مایکل، فرست، جانت، ویلامز، روندا و کرگ استفاده شده است (۲۰۱۵). پایایی SCID از طریق بازآزمایی مجدد، توسط هفت مصاحبه‌گر بررسی و ضریب کاپای قابل قبول ۰/۷ گزارش شد (شریفی و همکاران، ۱۳۸۳). دوزا و دابسون (۲۰۰۴) ضریب توافق کامل بین دوازده‌بار را گزارش دادند. به طور کلی مطالعات مختلف حاکی از اعتبار و روایی، مطلوب مصاحبه بالینی ساختار یافته است (شریفی و همکاران، ۱۳۸۳). در مطالعه‌ای، مشخصات هنجاری این ابزار در جمعیت ایرانی مورد مطالعه قرار گرفت. در مطالعه مذکور ضریب پایایی بازآزمایی به فاصله سه روز تا یک هفته برای اختلالات مختلف از ۰/۷۴ تا ۰/۹۸ گزارش شد و مشخص شد از ضریب حساسیت (۵۴٪ تا ۸۶٪) و ضریب اختصاصی (۶۳٪ تا ۹۶٪) رضایت‌بخشی برخوردار است (شریفی و همکاران، ۱۳۸۳).

پرسشنامه نگرانی ایالت پنسیلوانیا<sup>۲</sup> (PSWQ): مایر، میلر، متزگر و بورکووک (۱۹۹۰) این پرسشنامه را تدوین و طراحی کردند. این پرسشنامه، ۱۶ سؤال دارد و شدت نگرانی و کنترل‌ناپذیری آن را می‌سنجد. PSWQ ثبات درونی بالایی دارد (۰/۸۶ تا ۰/۹۵). پایایی آزمون بازآزمون آن به فاصله چهار هفته (۰/۷۴ تا ۰/۹۳) گزارش شده است. این پرسشنامه به عنوان ابزاری برای غربالگری اختلالات اضطراب تعمیم یافته به کار می‌رود و ابزاری طلایی برای سنجش نگرانی است (دیوی و ولز، ۲۰۰۶). دهشیری و گلزاری (۱۳۹۰)، روایی و پایایی این پرسشنامه را در نمونه دانشجویان دانشگاه تهران به دست آوردند. همچنین ضریب آلفای کرونباخ پرسشنامه در کل نمونه ۰/۸۸ و در بین پسران و دختران به ترتیب برابر با ۰/۸۵ و ۰/۸۹ به دست آمده که بیانگر همسانی درونی بالای پرسشنامه است. در این پژوهش ضریب آلفای کرونباخ دو عامل نگرانی عمومی و

3. short Questionnaire for measuring generalized anxiety disorder

4. Uncertainty tolerance Questionnaire

1. Structured Clinical Interview for DSM-5

2. pennsylvania state concerns Questionnaire

مبتلا به GAD درباره کارکردهای نگرانی طراحی شده است. این مقیاس ۲۵ آیتم دارد و این آیتم‌ها بر روی یک مقیاس لیکرتی ۵ درجه‌ای نمره‌گذاری می‌شوند. این پرسشنامه دارای پنج خرده مقیاس است که ابعاد مختلفی از باورهای مثبت در مورد نگرانی را منعکس می‌کنند. این خرده مقیاس‌ها عبارتند از: ۱) نگرانی به حل مشکل کمک می‌کند (۲) نگرانی باعث افزایش انگیزه می‌شود (۳) نگرانی باعث جلوگیری از هیجانات منفی ناشی از وقایع ناگوار می‌شود (۵) نگرانی صفت شخصیتی مثبتی است. پژوهشگران نشان داده‌اند که این مقیاس همسانی درونی بالایی داراست (ضریب آلفای کرونباخ = ۰/۹۳) و پایایی بازآزمایی این پرسشنامه در شش هفته، ۰/۷۹ گزارش شد (شاهجویی و همکاران، ۱۳۹۰). علاوه بر این، نتایج پژوهش‌ها نشان می‌دهند که این پرسشنامه اعتبار همگرا و واگرایی خوبی با سایر مقیاس‌های باور مثبت و منفی در مورد نگرانی دارد (هولوکا و همکاران، ۲۰۰۰).

پرسشنامه جهت‌گیری منفی به مشکل<sup>۱</sup>: این پرسشنامه توسط گوزلین، پلیر و لادوسر (۲۰۰۵)، برای سنجش باورهای افراد درباره جهت‌گیری منفی نسبت به مشکل طراحی شده است. این مقیاس ۱۲ آیتم دارا می‌باشد و در مقیاس ۵ درجه‌ای نمره‌گذاری می‌شوند. ارزیابی اولیه ویژگی‌های روان‌سنجی این پرسشنامه نشان می‌دهد که پرسشنامه جهت‌گیری منفی نسبت به مشکل، تک عاملی است و از همسانی درونی بسیار خوبی برخوردار است (ضریب آلفای کرونباخ = ۰/۹۲). همچنین، نتایج نشان می‌دهد که این پرسشنامه پایایی بازآزمایی پنج‌هفته‌ای قابل قبولی دارد (۰/۸۰). علاوه بر این، پرسشنامه جهت‌گیری منفی نسبت به مشکل، از اعتبار همگرا و واگرایی خوبی برخوردار است (شاهجویی و همکاران، ۱۳۹۰).

دوازده جلسه ۹۰ دقیقه‌ای درمان شناختی مبتنی بر مدل داگاس (داگاس و رویچاود، ۲۰۱۲):

جلسات اول و دوم، خوش‌آمدگویی و آشنایی اعضای گروه با یکدیگر، ایجاد انگیزه برای درمان، مروری بر ساختار جلسات و قوانین و مقررات مربوط به گروه درمانی، اصول اولیه مداخله‌های شناختی - رفتاری برای GAD و ساختار کلی مدل درمانی، آموزش در مورد ماهیت نگرانی و انواع آن (نگرانی درباره مشکل فعلی و نگرانی درباره مشکلات فرضی آینده) و نحوه پایش آن و اجرای

لیکرت ۵ درجه‌ای نمره‌گذاری می‌شوند. بعضی از آیتم‌های پرسشنامه عدم تحمل بلا تکلیفی عبارتند از: غیر عادلانه است که هیچ چیز در زندگی، قطعی و مشخص نیست. این پرسشنامه برای پیش‌بینی سطوح نگرانی و شناسایی افراد مبتلا به اختلال اضطراب تعمیم‌یافته، همواره عملکرد بهتری نسبت به سایر پرسشنامه‌های اضطرابی، از قبیل کمال‌گرایی و نیاز به کنترل داشته است (فریستون و همکاران، ۱۹۹۴). مزیت‌های مهم و اصلی پرسشنامه عدم تحمل بلا تکلیفی، دارا بودن میزان بالای حساسیت و اختصاصی بودن نسبت به شدت نگرانی مفراط و اختلال اضطراب تعمیم‌یافته می‌باشد (فریستون و همکاران، ۱۹۹۴). بهر و داگاس (۲۰۰۶) ضریب آلفای کرونباخ بدست آمده برای این پرسشنامه را ۰/۹۴ و ضریب پایایی بازآزمون آن را در فاصله ۵ هفته‌ای، ۰/۷۴ گزارش کرده‌اند. در پژوهش شاهجویی، محمود علیلو، بخشی پورودسری، و فخاری (۱۳۹۰)، ضریب آلفای کرونباخ برابر ۰/۸۸ و پایایی بازآزمایی برابر ۰/۷۶ به دست آمد.

پرسشنامه اجتناب شناختی<sup>۱</sup>: این پرسشنامه توسط سکستون و داگاس (۲۰۰۹)، برای سنجش اجتناب شناختی تهیه شده است. این پرسشنامه در قالب ۲۵ آیتم، پنج راهبرد اجتناب شناختی را می‌سنجد که عبارتند از: ۱) واپس‌زنی افکار نگران‌کننده، ۲) جانمایی افکار مثبت به جای افکار نگران‌کننده، ۳) استفاده از توجه برگردانی برای قطع روند نگرانی، ۴) اجتناب از موقعیت‌ها و فعالیت‌های فعال‌ساز افکار نگران‌کننده و ۵) تغییر تصویر ذهنی به افکار کلامی. آیتم‌ها در یک مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای نمره‌گذاری می‌شوند. پژوهش شاهجویی و همکاران (۱۳۹۰)، نشان داد که این پرسشنامه ثابت درونی بالایی دارد (ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۵) و پایایی بازآزمایی این پرسشنامه را در طی ۶ هفته ۰/۸۵ گزارش کرده‌اند. مزیت اصلی این پرسشنامه این است که طیف وسیعی از راهبردهای اجتناب شناختی را پوشش می‌دهد. همچنین پرسشنامه اجتناب شناختی در مقایسه با پرسشنامه‌های نگرانی، سرکوبی افکار و سبک مقابله‌ای، از اعتبار همگرا و واگرایی بهتری برخوردار است (سکستون و همکاران، ۲۰۰۹).

پرسشنامه چرا نگرانی<sup>۲</sup>: این پرسشنامه توسط هولوکا، داگاس، فرانسیس و لاوگسن (۲۰۰۰)، برای سنجش باورهای مثبت افراد

1. Cognitive Avoidance Questionnaire

2. Questionnaire Why Worry

3. Negative Problem Orientation Questionnaire

جلسات نهم و دهم، به کارگیری فرایند حل مسئله برای مقابله با نگرانی درباره مشکلات جاری (مبتنی بر تکلیف خانگی آموزش نحوه بکارگیری حل مسئله و راه حل یابی برای مشکل به جای نگرانی درباره آن، بررسی نقش بدبینی به توانایی‌ها در تهدیدزا تلقی کردن مشکلات توسط بیماران GAD، بررسی پیامدهای بدبینی به توانایی و تهدیدزا دیدن مشکلات: پیامدهای شناختی (مانند نگرانی درباره مشکل)، رفتاری (اجتناب، اهمال کاری، حل مسئله تکانشی) و هیجانی (ناآرامی، اضطراب، تحرک پذیری و افسردگی) و در ادامه آموزش شناسایی سریع مشکلات و در نظر تغییر تلقی از «مشکل به عنوان تهدید» به «مشکل به عنوان فرصت».

جلسات یازدهم و دوازدهم، یادگیری نحوه مقابله با نگرانی درباره مشکلات فرضی آینده، نشان دادن عدم کارایی روش حل مسئله برای مقابله با نگرانی درباره مشکلات فرضی آینده، مواجهه با این نوع نگرانی از طریق تصویرسازی و مواجهه ذهنی، جایگزینی بهترین سناریوی ممکن برای پیامدهای احتمالی هر یک از شرایط مبهم و غیرقطعی، اجرای پس آزمون.

### یافته‌ها

ویژگی‌های جمعیت شناختی، مدت ابتلا و اختلالات همبود مشارکت کنندگان گروه نمونه، در جدول ۱ ارائه شده است.

پیش‌آزمون (لازم به ذکر است که در تمام جلسات از تکالیف خانگی مرتبط با موضوع جلسات استفاده شد و در جلسه متعاقب، تکالیف مورد بررسی قرار گرفتند).

جلسات سوم و چهارم، بررسی تأثیر عدم تحمل بلا تکلیفی در تداوم نگرانی، بررسی تأثیر اجتناب شناختی از موقعیت‌های مبهم، مواجهه تدریجی با اجتناب‌های شناختی از طریق تصویرسازی ذهنی، بررسی و شناسایی نگرانی‌های فردی، آموزش تکنیک‌های آگاهی‌افزایی به نگرانی، آموزش استفاده از تکنیک حل مسئله برای مشکلات جاری.

جلسات پنجم و ششم، درک بهتر ارتباط بین عدم تحمل بلا تکلیفی و نگرانی (چالش با مشکلات و حل مسئله بر اساس تکالیف خانگی)، تشخیص موقعیت‌های مبهم و بلا تکلیف دخیل در نگرانی، تشخیص علائم بروز بلا تکلیفی، جستجو و تجربه موقعیت‌های مبهم و بلا تکلیف، بکارگیری روش گفتگوی سقراطی جهت: ۱. دستیابی به اطمینان کامل امکان‌پذیر نیست و ۲. بین عدم تحمل بلا تکلیفی و نگرانی رابطه قوی وجود دارد.

جلسات هفتم و هشتم، شناسایی و ارزیابی مجدد باورهای مثبت درباره مفید بودن نگرانی استفاده از گفتگوی سقراطی و آزمایش‌های رفتاری برای ارزیابی مجدد باورها، تجربه‌گرایی مشارکتی با بیماران برای نشان دادن پیامدهای ناخوشایند و مشکل‌زای مربوط به باورهای بیمار درباره مفید بودن نگرانی.

جدول ۱. ویژگی‌های جمعیت شناختی، مدت ابتلا و اختلالات همبود گروه نمونه

ردیف	جنسیت	سن	میزان تحصیلات	وضعیت اشتغال	وضعیت تأهل	مدت زمان اختلال	اختلالات همبود
۱	زن	۲۹	دیپلم	کارمند پست بانک	متأهل	۸ سال	اختلال خواب، اختلال جنسی
۲	مرد	۳۳	کارشناسی	کارمند ایران خودرو	متاهل	۵ سال	اختلال خواب، اختلال جنسی
۳	زن	۳۵	دیپلم	بیکار	مطلقه	۵ سال	اختلالات جسمانی سازی
۴	زن	۳۳	کارشناسی	دانشجو	متأهل	۷ سال	اختلال خواب، اختلال جنسی
۵	مرد	۲۵	کارشناسی	دانشجو	متأهل	۶ سال	اختلال جنسی
۶	مرد	۲۴	کارشناسی ارشد	دانشجو	مجرد	۴ سال	اختلال خواب، اختلال جنسی
۷	زن	۴۲	کارشناسی ارشد	کارمند بانک	مطلقه	۷ سال	اختلالات جسمانی سازی
۸	زن	۳۴	کارشناسی	بیکار	مطلقه	۹ سال	اختلال خواب، اختلال جنسی
۹	زن	۲۳	کارشناسی	دانشجو	متأهل	۴ سال	اختلالات جسمانی سازی
۱۰	زن	۲۷	کارشناسی	کارمند آژانس هوایی	متاهل	۷ سال	اختلال خواب، اختلال جنسی
۱۱	مرد	۳۳	کارشناسی	بیکار	متأهل	۶ سال	اختلال خواب، اختلال جنسی
۱۲	زن	۲۵	کارشناسی	دانشجو	متأهل	۳ سال	اختلال جنسی
۱۳	زن	۲۸	کارشناسی	خانه‌دار	متاهل	۵ سال	اختلال جنسی
۱۴	زن	۲۶	کارشناسی	بیکار	مجرد	۴ سال	اختلالات جسمانی سازی
۱۵	مرد	۳۰	فوق دیپلم	آزاد	مجرد	۶ سال	اختلال خواب، اختلال جنسی

بلا تکلیفی، اجتناب شناختی، باورهای مثبت نسبت به نگرانی و جهت گیری منفی به مشکل) است و چون افراد موجود در هر یک از گروه‌ها در متغیرهای وابسته در سه مرحله سنجیده شده‌اند، لذا طرح حاضر از نوع طرح چندمتغیره دو گانه است. برای بررسی نتایج از آزمون تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر دو عاملی با یک متغیر درون گروهی (سه بار اندازه گیری پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری) و یک متغیر بین گروهی (گروه درمان شناختی داگاس و گروه گواه) استفاده شد. میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای نگرانی و شدت علائم GAD در دو گروه در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری در جدول ۲ قابل مشاهده است

با توجه به برقراری مفروضات توزیع نرمال و یکسانی واریانس‌ها جهت مقایسه میانگین نمرات گروه‌ها در متغیرهای جنسیت، سن، تحصیلات، وضعیت تأهل و اشتغال از آزمون پارامتریک t برای گروه‌های مستقل استفاده شد که نتایج بدست آمده نشان داد بین گروه‌ها در متغیرهای جنسیت ( $t=0/52$ ,  $df=28$ ,  $sig=0/84$ )، سن ( $t=0/71$ ,  $df=28$ ,  $sig=0/62$ )، وضعیت تأهل ( $t=0/64$ ,  $df=28$ ,  $sig=0/35$ ) و اشتغال ( $t=0/52$ ,  $df=28$ ,  $sig=0/49$ ) تفاوت وجود ندارد. با توجه به اینکه مطالعه حاضر از نوع نیمه آزمایشی بوده و دارای یک عامل بین گروهی (گروه‌های آزمایش و گواه) و چند عامل درون گروهی (نگرانی، شدت علائم GAD، عدم تحمل

جدول ۲. میانگین و انحراف استاندارد سه بار اندازه گیری متغیرها در گروه آزمایش و کنترل

متغیر	گروه	پیش آزمون		پس آزمون		پیگیری	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
نگرانی	آزمایش	۹۹/۷۳	۳/۳۰	۷۷/۶۰	۵/۹۳	۶۲/۴۰	۳/۹۶
	گواه	۹۸/۳۳	۴/۱۸	۱۰۴/۵۳	۶/۶۷	۱۱۷/۰۱	۵/۱۸
شدت علائم	آزمایش	۳۳/۱۶	۲/۷۴	۱۲/۲۰	۱/۸۵	۱۳/۶۰	۲/۱۹
	گواه	۱۵/۶۰	۲/۳۵	۱۵/۲۰	۲/۰۷	۱۶/۴۰	۱/۷۲
اجتناب	آزمایش	۱۱۷/۷۳	۵/۴۴	۷۷/۴	۶/۸	۵۸/۴	۳/۹۹
	گواه	۱۱۸/۸۷	۳/۱۸	۱۲۰/۵۳	۲/۴۷	۱۲۲/۸۷	۱/۷۶
عدم تحمل	آزمایش	۱۲۵/۳۳	۶/۳۷	۹۶/۳۳	۳/۷۴	۶۲/۴	۱/۶۲
	گواه	۱۲۷	۹	۱۳۱/۲۰	۳/۷	۱۳۳/۷۳	۱/۶۲
باور مثبت	آزمایش	۹۹/۷۳	۳/۳	۷۷/۶	۵/۹۳	۶۲/۴	۳/۹۶
	گواه	۹۸/۳۳	۶/۱۷	۱۰۴/۵۳	۶/۶۷	۱۱۷	۵/۱۸
جهت گیری منفی	آزمایش	۵۵/۶۷	۲/۴۱	۳۸/۶۷	۴/۵۴	۲۷/۹۳	۵/۸۶
	گواه	۵۵/۴	۲/۳۵	۵۷/۵۳	۱/۱۲	۵۷/۸۷	۱/۰۶

بودن توزیع نمرات نگرانی و شدت علائم GAD در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری است ( $P > 0/05$ ). جدول ۳ نتایج آزمون کرویت ماچلی را نشان می‌دهد.

قبل از استفاده از آزمون تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر؛ با توجه به حجم کم نمونه، برای بررسی مفروضه نرمال بودن از آزمون شاپیرو - ویلک استفاده شد که نتایج آزمون حاکی از نرمال

جدول ۳. آزمون کرویت ماچلی. بررسی تساوی ماتریکس کوواریانس‌ها

آزمون کرویت ماچلی	خی دو	درجه آزادی	سطح معنی داری	گرین هوس و گیسر	
۰/۹۹۸	۰/۰۴۱	۲	۰/۹۸۰	۰/۹۹۸	نگرانی
۰/۹۷۹	۰/۵۷۲	۲	۰/۷۵۱	۰/۹۷۹	شدت علائم
۰/۶۸۷	۱۰/۱۱۷	۲	۰/۰۰۶	۰/۷۶۲	اجتناب
۰/۴۸۹	۱۹/۳۱۱	۲	۰/۰۰۱	۰/۶۶۲	عدم تحمل
۰/۹۸۱	۰/۶۱۲	۲	۰/۷۵۴	۰/۹۸۵	باور مثبت
۰/۹۷۶	۰/۱۳۲	۲	۰/۹۱۳	۰/۹۸۴	جهت گیری منفی



شناختی و عدم تحمل بلا تکلیفی است ( $P=0/006$  و  $P=0/001$ ). بنابراین جهت تفسیر نتایج این دو متغیر از آزمون محافظه کارانه GreenHouse-Geisser استفاده می شود.

یافته های ارائه شده در جدول ۳ حاکی از پذیرش فرض کرویت برای متغیر نگرانی ( $P=0/98$ )، شدت علائم GAD ( $P=0/75$ )، باور مثبت به نگرانی ( $P=0/75$ )، جهت گیری منفی به مشکل ( $P=0/91$ )، و رد شدن این فرض برای متغیرهای اجتناب

جدول ۴. نتایج تحلیل واریانس درون گروهی برای نگرانی، شدت علائم، باور مثبت به نگرانی، عدم تحمل بلا تکلیفی، اجتناب شناختی و جهت گیری منفی							
مقیاس	منبع اثر	SS	df	MS	F	P	Eta
نگرانی	مرحله	۱۳۰۶/۶۶	۱	۱۳۰۶/۶۶	۹۱/۳۹	۰/۰۰۱	۰/۷۶
	مرحله* گروه	۱۱۷۶۰	۱	۱۱۷۶۰	۸۲۲/۵۱	۰/۰۰۱	۰/۹۶
	خطا	۴۰۰/۳۳	۲۸	۱۴/۲۹	-	-	-
شدت علائم GAD	مرحله	۱۱۸۹۸/۶۰	۱/۳۲	۸۹۸۸/۹۳	۲۴۹/۱۸	۰/۰۰۱	۰/۸۹
	مرحله* گروه	۱۸۲۱۳/۸۵	۱/۳۲	۱۳۷۵۹/۷۹	۳۸۱/۴۴	۰/۰۰۱	۰/۹۳
	خطا	۱۳۳۶/۹۷	۳۷/۰۶	۳۶/۰۷	-	-	-
باور مثبت به نگرانی	مرحله	۱۵۲۴/۴۶	۱/۵۹	۷۷۸/۲۰	۴۶/۹۲	۰/۰۰۱	۰/۶۲
	مرحله* گروه	۱۱۷۶۰/۵۵	۱/۵۹	۶۰۰۳/۴۸	۳۶۲/۰۰	۰/۰۰۱	۰/۶۲
	خطا	۹۰۹/۶۴	۵۴/۸۵	۱۶/۵۸	-	-	-
عدم تحمل بلا تکلیفی	مرحله	۱۱۸۹۸/۶۰	۱/۳۲	۸۹۸۸/۹۳	۲۴۹/۱۸	۰/۰۰۱	۰/۹۳
	مرحله* گروه	۱۸۲۱۱۳/۸۵	۱/۳۲	۱۳۷۵۹/۷۹	۳۸۱/۴۴	۰/۰۰۱	۰/۹۳
	خطا	۱۳۳۶/۹۷	۳۷/۰۶	۳۶/۰۷	-	-	-
اجتناب شناختی	مرحله	۱۲۰۸۶/۶۶	۱/۵۲	۷۹۳۱/۹۶	۲۸۸/۴۸	۰/۰۰۱	۰/۹۱
	مرحله* گروه	۱۵۵۷۵/۵۵	۱/۵۲	۱۰۲۲۱/۵۷	۳۷۱/۷۶	۰/۰۰۱	۰/۹۳
	خطا	۱۱۷۳/۱۱	۴۲/۶۶	۲۷/۴۹	-	-	-
جهت گیری منفی	مرحله	۲۴۱۸/۹۵	۲	۱۲۰۹/۴۷	۲۳۲/۳	۰/۰۰۱	۰/۸۹
	مرحله* گروه	۳۵۰۱/۴۸	۲	۱۷۵۰/۷۴	۳۳۶/۲۷	۰/۰۰۱	۰/۹۲
	خطا	۲۹۱/۵۵	۵۶	۵/۲	-	-	-

بر اساس جدول ۴، تأثیر زمان اندازه گیری بر نمرات متغیرهای نگرانی ( $F=91/39$ ،  $P<0/001$ ،  $F=91/39$ )، شدت علائم GAD ( $F=249/18$ ،  $P<0/001$ ،  $F=249/18$ )، باورهای مثبت به نگرانی ( $F=46/92$ ،  $P<0/001$ ،  $F=46/92$ )، جهت گیری منفی ( $F=336/27$ ،  $P<0/001$ ،  $F=336/27$ )، اجتناب شناختی ( $F=371/76$ ،  $P<0/001$ ،  $F=371/76$ )، عدم تحمل بلا تکلیفی ( $F=381/44$ ،  $P<0/001$ ،  $F=381/44$ )، باورهای مثبت به نگرانی ( $F=362/00$ ،  $P<0/001$ ،  $F=362/00$ )، اجتناب شناختی ( $F=371/76$ ،  $P<0/001$ ،  $F=371/76$ )، جهت گیری منفی ( $F=336/27$ ،  $P<0/001$ ،  $F=336/27$ )، و جهت گیری منفی ( $F=336/27$ ،  $P<0/001$ ،  $F=336/27$ )، به مشکل معنی دار می باشد.

همانگونه که در جدول ۵ مشاهده می شود تأثیر گروه نیز بر نمرات متغیرهای نگرانی ( $F=14716/23$ ،  $P<0/001$ ،  $F=14716/23$ )، شدت علائم GAD ( $F=211/34$ ،  $P<0/001$ ،  $F=211/34$ )، باورهای مثبت به نگرانی ( $F=14716/23$ ،  $P<0/001$ ،  $F=14716/23$ )، عدم تحمل

نگرانی ( $F=91/39$ ،  $P<0/001$ ،  $F=91/39$ )، شدت علائم GAD ( $F=249/18$ ،  $P<0/001$ ،  $F=249/18$ )، باورهای مثبت به نگرانی ( $F=46/92$ ،  $P<0/001$ ،  $F=46/92$ )، جهت گیری منفی ( $F=336/27$ ،  $P<0/001$ ،  $F=336/27$ )، اجتناب شناختی ( $F=371/76$ ،  $P<0/001$ ،  $F=371/76$ )، عدم تحمل بلا تکلیفی ( $F=381/44$ ،  $P<0/001$ ،  $F=381/44$ )، باورهای مثبت به نگرانی ( $F=362/00$ ،  $P<0/001$ ،  $F=362/00$ )، اجتناب شناختی ( $F=371/76$ ،  $P<0/001$ ،  $F=371/76$ )، جهت گیری منفی ( $F=336/27$ ،  $P<0/001$ ،  $F=336/27$ )، و جهت گیری منفی ( $F=336/27$ ،  $P<0/001$ ،  $F=336/27$ )، به مشکل معنی دار می باشد. بنابراین می توان بیان کرد که صرف نظر از گروه (آزمایش یا کنترل) بین میانگین نمرات متغیرهای درون گروهی در پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری تفاوت معناداری وجود دارد. همچنین اثر تعامل بین زمان و گروه نیز در هر پنج متغیر: نگرانی ( $F=822/51$ ،  $P<0/001$ ،  $F=822/51$ )،

متغیرهای نگرانی، شدت علائم GAD، عدم تحمل بلا تکلیفی، اجتناب شناختی، جهت گیری منفی به مشکل و باورهای مثبت به نگرانی در گروه‌های درمان شناختی داگاس و گروه کنترل تفاوت معناداری وجود دارد.

بلا تکلیفی ( $F=804/31$ ،  $P<0/001$ ،  $\eta^2=0/96$ ) مجذور تفکیکی (اتا)، اجتناب شناختی ( $F=2153/97$ ،  $P<0/001$ ،  $\eta^2=0/98$ ) مجذور تفکیکی (اتا) و جهت گیری منفی ( $F=413/12$ ،  $P<0/001$ ،  $\eta^2=0/93$ ) مجذور تفکیکی (اتا) معنی دار می‌باشد. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که صرف نظر از زمان اندازه‌گیری بین میانگین نمرات

جدول ۵. نتایج بین گروهی آزمون اندازه‌گیری مکرر برای نگرانی، شدت علائم، باور مثبت به نگرانی، عدم تحمل بلا تکلیفی، اجتناب شناختی و جهت گیری منفی							
مقیاس	منبع اثر	SS	df	MS	F	P	Eta
نگرانی	مرحله	782880/4	1	782880/4	14716/23	0/001	0/99
	خطا	1489/55	28	53/19			
شدت علائم GAD	مرحله	19951/11	1	19951/11	2110/34	0/001	0/98
	خطا	264/71	28	9/45			
باور مثبت به نگرانی	مرحله	16053/37	1	16053/37	14716/23	0/001	0/99
	خطا	1489/55	28	53/19			
عدم تحمل بلا تکلیفی	مرحله	29088/04	1	29088/04	804/31	0/001	0/96
	خطا	1012/62	28	36/16			
اجتناب شناختی	مرحله	29557/34	1	29557/34	2153/97	0/001	0/98
	خطا	384/22	28	13/72			
جهت گیری منفی	مرحله	5888/71	1	5888/71	413/12	0/001	0/93
	خطا	399/11	28	14/25			

شناختی، باورهای مثبت به نگرانی و جهت گیری منفی به مشکل تأثیر معناداری دارد و با پژوهش‌های (هرن و همکاران، ۲۰۱۷)، فیشر (۲۰۰۶)، (گنتس و روسیکو، ۲۰۱۴)، (الرا و نیومن، ۲۰۱۴)، (دوگاس، فریستون و لادوسر، ۱۹۹۷)، (گلد، سافرن و واشنگتن، ۲۰۰۴)، (گنتس و روسیکو، ۲۰۱۴)، (الرا و نیومن، ۲۰۱۴)، (دوگاس و رویچاود، ۲۰۱۲)، (شرافتی و همکاران (۱۳۹۶) رئیسی دستگردی و عارفی (۱۳۹۸)، موسوی‌نیا و همکاران (۱۳۹۳) و اکبری (۱۳۸۸) همسو است، در این پژوهش و سایر پژوهش‌های همسوی مطرح شده نتایج نشان دادند که درمان شناختی داگاس بر اختلالات مشکلات بیماران دارای اختلال اضطراب تعمیم یافته تأثیر معنادار داشت، بنابراین اثربخش بودن درمان شناختی داگاس وجه اشتراک این پژوهش با سایر پژوهش‌ها بود. در تبیین این یافته می‌توان گفت، افراد مبتلا به GAD، در موقعیت‌های ابهام برانگیز و مبهم احساس سردرگمی می‌کنند که به نوبه خود باعث تجربه حالات اضطرابی ناخوشایندی می‌گردد. برای افراد مبتلا به GAD، احساس بلا تکلیفی غیر قابل تحمل بوده و منجر به شکل گیری نگرانی بیمارگون می‌شود

با توجه به معناداری اثر تعاملی بین عامل درون گروهی زمان اندازه‌گیری و عامل بین گروهی، لذا اثر ساده بین گروهی با توجه به سطوح عامل درون گروهی با استفاده از مقایسه‌های زوجی (تفاوت میانگین‌ها I-J) با آزمون تعقیبی شفه نشان داد که در سطح ( $p<0/05$ )، میانگین گروه‌های آزمایش و کنترل به ترتیب برای متغیرهای نگرانی ( $I-J=-26/71$  و  $\text{sig}=0/001$ )، شدت علائم GAD ( $I-J=-1/68$  و  $\text{sig}=0/01$ )، باورهای مثبت به نگرانی ( $I-J=-35/95$  و  $\text{sig}=0/001$ )، عدم تحمل بلا تکلیفی ( $I-J=-26/71$  و  $\text{sig}=0/001$ )، اجتناب شناختی ( $I-J=-36/24$  و  $\text{sig}=0/001$ ) و جهت گیری منفی به مشکل ( $I-J=-16/17$  و  $\text{sig}=0/001$ ) معنادار بود.

### بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر، به منظور بررسی اثربخشی درمان شناختی داگاس با گروه بر بهبود GAD انجام شد. نتایج بدست آمده از پژوهش حاضر نشان داد که درمان شناختی داگاس بر بهبود نگرانی بیمارگون، شدت علائم GAD، عدم تحمل بلا تکلیفی، اجتناب

تصورسازی‌های ذهنی خودش هست تا برگرفته از غیرقابل حل بودن مشکلات (دوگاس و همکاران، ۱۹۹۷). از سوی دیگر، افزایش تجربه بدنی و هیجانی، منجر به پردازش مؤثر نشانه‌های هیجانی می‌شود. خوگیری و خاموشی از طریق مواجهه با طیف کامل نشانه‌های ترس، پاسخ مربوطه و نیز معنای نمادین مستتر در ترس حاصل می‌شوند. بنابراین، نگرانی می‌تواند نوعی تلاش شناختی غیرمؤثر برای حل مسأله تلقی شود (بهار و همکاران، ۲۰۰۹). لذا تهدید ادراک شده حذف؛ و بطور همزمان از تجربه‌های هیجانی و بدنی منزجرکننده که به طور طبیعی در خلال فرآیند مواجهه با ترس تجربه می‌شوند نیز جلوگیری می‌شود. بدین سان، تجربه نگرانی به طور منفی تقویت می‌شود (گلد و همکاران، ۲۰۰۴). لذا با کاهش دادن میزان اجتناب شناختی، و نیز با افزایش تحمل ابهام و درگیری فرد با مشکلات میزان واقعیت آزمایی افزایش یافته، راهبردهای عملی و واقعیت‌نگرانه برای حل مشکلات طراحی می‌شوند؛ و در نتیجه میزان نگرانی بیمارگون در فرد کاهش می‌یابد. در مجموع، نتایج کلی این پژوهش از ارزش مندی و اثربخشی درمان شناختی داگاس بر بهبود GAD در مبتلایان حمایت می‌کند. تأکید بر عوامل زمینه‌ساز و شکل‌دهنده GAD می‌تواند بجای رفع موقتی علائم بیماری و گرفتن موقت نشانه‌های حاصل از عوامل زمینه‌ساز به فرد توان برخورد با محدودیت‌های شناختی خودش را بدهد تا با برطرف ساختن این نواقص شناختی از ادامه چرخه ناکارآمد نگرانی بیمارگون و پیچیده‌تر شدن آنها جلوگیری کند. تمرکز بر عوامل زمینه‌ساز اختلالات در سایر اختلالات نیز می‌تواند کمک شایان توجهی به بهبود اختلال و جلوگیری از عود مجدد آنها داشته باشد. البته نیاز است که در برخورد به عوامل زمینه‌ساز خیلی بیشتر بر عوامل تحولی تأکید کرد. بدینسان می‌توان با متناسب و اختصاصی‌تر کردن فرآیند درمان بر هر مراجع و تاریخچه زندگی‌اش، درمان را کارآمدتر کرد، چرا که مراجع پذیرش و همخوانی بیشتری با فرآیند درمان با خودش و نیازهایش حس می‌کند. از محدودیت‌های این پژوهش، محدود بودن دامنه تحقیق به افراد مبتلا به اختلال اضطراب تعمیم یافته مراجعه کننده به مراکز مشاوره شهر اصفهان، بهره‌گیری نکردن از روش نمونه‌گیری تصادفی بود. بنابراین پیشنهاد می‌شود برای افزایش قدرت تعمیم پذیری نتایج، در سطح پیشنهاد پژوهشی این پژوهش در سایر مناطق و جوامع دارای فرهنگ‌های متفاوت اجرا شود و تحقیقاتی پیرامون

نگرانی بیمارگون سناریوهایی در مورد نتایج احتمالی موقعیت ایجاد می‌کند. سناریوهایی که بسیار تلخ و ناگوار هستند. به عبارتی، بیمار خود را آماده بدترین سناریوی ممکن می‌کند. در واقع تلاش می‌کند تا با استفاده از نگرانی بیمارگون از غافلگیری به واسطه اتفاقات ناخوشایند و کنترل‌ناپذیر اجتناب کند (شرافتی، ۱۳۹۶). از سوی دیگر، برخی از بیماران بر این باورند که با حفظ سطحی از نگرانی، و در نظر داشتن بدترین سناریوی ممکن می‌توان از رخ دادن این گونه موقعیت‌ها اجتناب کرد. این نوع تفکر ریشه در تفکر جادویی و نابالغ مربوط به دوران رشد شناختی پیش‌عملیاتی دارد (فیشر، ۲۰۰۶). بدین ترتیب، قدرت واقعیت‌سنجی از دست رفته و در ادامه نگرانی زیاد عملکرد مؤثر بیمار را دچار کاهش شدید و قابل توجه می‌کند. این قبیل باورهای مثبت در مورد نگرانی منجر به شدت یافتن نگرانی بیمارگون و تقویت شدن الگو و درهم‌تنیدگی باورهای نگرانی‌زا می‌گردد (دوگاس و همکاران، ۱۹۹۷). نگرانی به عنوان پاسخ اجتناب شناختی به تهدیدهای درونی و بیرونی درک شده عمل می‌کند و بعضی از جنبه‌های واکنش‌پذیری هیجانی به رویدادهای منفی غیرقابل اجتناب را کاهش می‌دهد. نگرانی بیمارگون، باعث ایجاد دل‌مشغولی و نشخوار ذهنی فرد با احتمالات رخ دادن اتفاق ناگوار و تخمین میزان شدت ناتوانی پیاپی آن می‌شود. لذا فرد به نوعی دچار نوعی انفعال و از دست دادن فاعلیت خود در مداخله و اثرگذاری بر محیط و شرایطاش در مقابله با مشکلات و رخدادهای منفی می‌شود. بدین سان نگرانی موقعیتی با تبدیل به نگرانی بیمارگون در مسیر تبدیل شدن به GAD قرار می‌گیرد. در درمان شناختی داگاس، بجای پرداختن به عوامل نگهدارنده GAD، عوامل زمینه‌ساز بنیادی در شکل‌گیری نگرانی بیمارگون مورد آماج درمان قرار می‌گیرد. لذا با افزایش توان شناختی، رفتاری و هیجانی فرد برای تحمل ابهام به عنوان بخشی از واقعیت روزمره زندگی و نیز با چالش با باورهای مثبت در مورد نگرانی و نشان دادن عدم کارایی این باورها و سناریوها فرد می‌تواند به مشکل نزدیک و در پی حل مسئله برآید (هرن و همکاران، ۲۰۱۷). از سوی دیگر، با آماج قرار دادن مشکل اجتناب شناختی، فرد بجای روگردانی از مشکل و پاک کردن صورت مسئله، دست به واقعیت آزمایی می‌زند. در پی این واقعیت آزمایی، فرد درمی‌یابد که بیشتر مشکلات بدنی و هیجانی که در برخورد با چالش‌های زندگی پیدا می‌کند مربوط به

شریفی، ونداد؛ اسعدی، سید محمد؛ محمدی، محمدرضا؛ امینی، همایون؛ کویانی، حسین؛ سمنانی، یوسف؛ شعبانی، امیر؛ شهرپور، زهرا؛ داوری آشتیانی، رزیتا؛ حکیم شوشتری، میترا؛ صدیق، ارشیا و جلالی رودسری، محسن (۱۳۸۳). پایایی و قابلیت اجرای نسخه فارسی مصاحبه ساختار یافته تشخیصی برای (SCID. DSM-IV). *تازه‌های علوم شناختی*، ۶(۱ و ۲)، ۲۲-۱۰.

کاظمی مهبیاری، حمزه (۱۳۹۵). *پرسشنامه چرانگرانی*. انتشارات: مهر. مجتبابی، مینا و یاسینی، ساسان (۱۳۹۶). *هنجار یابی پرسشنامه اجتناب شناختی و آمیختگی برای جوانان در ایران. روانشناسی معاصر*، ۱۲(۲)، ۱۷۱-۱۵۴.

محمود علیلو، مجید؛ شاه جویی، تقی و هاشمی، زهره (۱۳۸۹). مقایسه عدم تحمل بلا تکلیفی، اجتناب شناختی، جهت‌گیری منفی به مشکل و باورهای مثبت در مورد نگرانی بین بیماران مبتلا به اختلال اضطراب تعمیم‌یافته و افراد عادی. *فصلنامه علمی - پژوهشی روانشناسی دانشگاه تبریز*، ۵(۲۰)، ۱۸۵-۱۶۷.

موسوی نیا، رویا؛ گلزاری، محمود و برجلی، احمد (۱۳۹۳). هدف اثر بخشی آموزش تحمل بلا تکلیفی به شیوه شناختی رفتاری داگاس بر اختلال اضطراب فراگیر. *فصلنامه روانشناسی کاربردی*، ۳(۱۳)، ۲۳-۷.

نائینیان، محمدرضا؛ شعیری، محمدرضا؛ شریفی، معصومه؛ هادیان، مهری (۱۳۹۰). بررسی پایایی و اعتبار مقیاس کوتاه اختلال اضطراب منتشر (GAD-7). *روانشناسی بالینی و شخصیت*، ۳(۴)، ۵۰-۴۱.

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)*. American Psychiatric Publication.

Behar, E., DiMarco, I. D., Hekler, E. B., Mohlman, J., & Staples, A. M. (2009). Current theoretical models of generalized anxiety disorder (GAD): Conceptual review and treatment implications. *Journal of anxiety disorders*, 23(8), 1011-1023.

Borkovec, T. D., Ruscio, A. M. (2006). Psychotherapy for generalized anxiety disorder. *Journal of clinical psychiatry*, 62(11), 37-42.

Borkovec, T. D., & Newman, M. G. (1998). Worry and generalized anxiety disorder. *Comprehensive clinical psychology*, 6, 439-459.

Buhr, K., & Dugas, M. J. (2006). Investigating the construct validity of intolerance of uncertainty and its unique relationship with worry. *Journal of Anxiety Disorders*, 20(2), 222-236.

Davey, G. C., & Wells, A. (Eds.). (2006). *Worry and its psychological disorders: Theory, assessment and treatment*. John Wiley & Sons.

Dozois, D. J., & Dobson, K. S. (2004). *The prevention of anxiety and depression: Theory, research, and practice*. American Psychological Association.

اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر مدل داگاس بر سایر اختلالات روانی بیماران انجام شود و نتایج با یافته های پژوهش حاضر نیز مقایسه شود.

## منابع

اسدی مجره، سامره؛ عابدینی، مریم؛ پورشریفی، حمید و نیکوکار، مهناز (۱۳۹۱). رابطه بین عدم تحمل بلا تکلیفی و نشخوار فکری با نگرانی در جمعیت دانشجویی. *فصلنامه روانشناسی بالینی*، ۴(۴)، ۸۳-۹۲

اکبری، مهدی (۱۳۸۸). مقایسه اثر بخشی درمان شناختی داگاس با درمان فراشناختی در درمان زنان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر. پایان نامه برای اخذ درجه کارشناسی ارشد رشته روانشناسی بالینی، دانشگاه علوم پزشکی ایران.

دلاور، علی (۱۳۹۱). *روش تحقیق در روانشناسی و علوم تربیتی*. انتشارات: ویرایش.

دهشیری، غلامرضا؛ گلزاری، محمود؛ برجلی، احمد، و سهرابی، فرامرز (۱۳۸۹). خصوصیات روانسنجی نسخه فارسی پرسشنامه نگرانی ایالت پنسیلوانیا در دانشجویان. *مجله روانشناسی بالینی*، ۴، ۷۵-۶۷.

رضاپور میر صالح، یاسر؛ احمدی اردکانی، زهرا و شیر، محمد جواد (۱۳۹۷). اثربخشی مداخله مبتنی بر تغییر سبک زندگی با تأکید بر سبک زندگی تحصیلی بر خودپنداره تحصیلی دانش آموزان فرزند جانباز. *مجله طب نظامی*، ۲(۵)، ۵۴۶-۵۵۳.

رئیی دستگردی، مهین دخت و عارفی، مژگان (۱۳۹۸). اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر مدل داگاس بر نگرش‌های ناکارآمد و نگرانی نوجوانان دارای اختلال اضطراب فراگیر. *نشریه توانمندسازی کودکان استثنایی*، ۱۰(۳)، ۸۵-۹۵.

شاهجویی، تقی، محمود علیلو، محمود، بخشی پوررودسری، عباس و فخاری، علی (۱۳۹۰). تحمل نکردن بلا تکلیفی و نگرانی در افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر و اختلال وسواسی - اجباری. *مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران (اندیشه و رفتار)*، ۱۷(۴)، ۳۱۲-۳۰۴.

شرافتی، حسین؛ طاهری، الهام؛ اسمائی مجد، سیروان و امیری، مهدی (۱۳۹۶). اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر مدل داگاس بر عدم تحمل بلا تکلیفی، اجتناب شناختی و باورهای مثبت نگرانی در بیماران مبتلا به اختلال اضطراب تعمیم‌یافته. *مجله روانشناسی بالینی*، ۹(۲)، ۲۸-۱۵.

- Europe. *European Neuropsychopharmacology*, 15(4), 445-452.
- Sadock, B.J., Sadock, V. A., Ruiz, P. (2013). *Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences, Clinical Psychiatry*. 11th. Ed.
- Llera, S. J., & Newman, M. G. (2014). Rethinking the role of worry in generalized anxiety disorder: Evidence supporting a model of emotional contrast avoidance. *Behavior Therapy*, 45(3), 283-299.
- Meyer, T. J., Miller, M. L., Metzger, R. L., & Borkovec, T. D. (1990). Development and validation of the penn state worry questionnaire. *Behaviour research and therapy*, 28(6), 487-495.
- Pérez-Piñar, M., Ayerbe, L., González, E., Mathur, R., Foguet-Boreu, Q., & Ayis, S. (2017). Anxiety disorders and risk of stroke: a systematic review and meta-analysis. *European Psychiatry*, 41, 102-108.
- Robichaud, M. (2013). Cognitive behavior therapy targeting intolerance of uncertainty: Application to a clinical case of generalized anxiety disorder. *Cognitive and Behavioral Practice*, 20(3), 251-263.
- Robichaud, M., Koerner, N., & Dugas, M. J. (2019). *Cognitive behavioral treatment for generalized anxiety disorder: From science to practice*. Routledge.
- Sexton, K. A., & Dugas, M. J. (2009). An investigation of factors associated with cognitive avoidance in worry. *Cognitive Therapy and Research*, 33(2), 150-162.
- Skodzik, T., Leopold, A., & Ehring, T. (2017). Effects of a training in mental imagery on worry: A proof-of-principle study. *Journal of anxiety disorders*, 45, 24-33.
- Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J. B., & Löwe, B. (2006). A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. *Archives of internal medicine*, 166(10), 1092-1097.
- Dugas, M. J., Freeston, M. H., & Ladouceur, R. (1997). Intolerance of uncertainty and problem orientation in worry. *Cognitive therapy and research*, 21(6), 593-606.
- Fisher, P. L. (2006). *The efficacy of psychological treatments for generalized anxiety disorder*. John Wiley & sons Ltd.
- Freeston, M. H., Rhéaume, J., Letarte, H., Dugas, M. J., & Ladouceur, R. (1994). Why do people worry?. *Personality and individual differences*, 17(6), 791-802.
- Gentes, E. L., & Ruscio, A. M. (2014). Perceptions of functioning in worry and generalized anxiety disorder. *Cognitive therapy and research*, 38(5), 518-529.
- First, M.B., Williams, J.B., Karg, R., Spitzer, R. (2015). *Structured clinical interview for DSM-5 disorders, clinician version (SCID-5-CV)*. Arlington, VA: American Psychiatric Association.
- Gosselin, P., Ladouceur, R., Morin, C. M., Dugas, M. J., & Baillargeon, L. (2006). Benzodiazepine discontinuation among adults with GAD: A randomized trial of cognitive-behavioral therapy. *Journal of consulting and clinical psychology*, 74(5), 908.
- Gould, C. E., & Edelstein, B. A. (2010). Worry, emotion control, and anxiety control in older and young adults. *Journal of Anxiety Disorders*, 24(7), 759-766.
- Hearn, C. S., Donovan, C. L., Spence, S. H., & March, S. (2017). A worrying trend in Social Anxiety: To what degree are worry and its cognitive factors associated with youth Social Anxiety Disorder?. *Journal of affective disorders*, 208, 33-40.
- Hoge, E. A., Bui, E., Marques, L., Metcalf, C. A., Morris, L. K., Robinaugh, D. J., ... & Simon, N. M. (2013). Randomized controlled trial of mindfulness meditation for generalized anxiety disorder: effects on anxiety and stress reactivity. *The Journal of clinical psychiatry*, 74(8), 786.
- Holmes, E. A., & Mathews, A. (2010). Mental imagery in emotion and emotional disorders. *Clinical psychology review*, 30(3), 349-362.
- Holowka, D., Dugas, M., Francis, K., Laugesen, (2000). *editors. Measuring beliefs about worry: A psychometric evaluation of the Why Worry-II Questionnaire. Poster presented at the annual convention of the Association for Advancement of Behavior Therapy*. New Orleans, LA.
- Kelly, K. M., & Mezuk, B. (2017). Predictors of remission from generalized anxiety disorder and major depressive disorder. *Journal of affective disorders*, 208, 467-474.
- Lader, M. (2015). *Generalized anxiety disorder*. *Encyclopedia Psychopharmacol*, 699-702.
- Leahy, R. L., Holland, S. J., & McGinn, L. K. (2011). *Treatment plans and interventions for depression and anxiety disorders*. Guilford press.
- Lieb, R., Becker, E., & Altamura, C. (2005). The epidemiology of generalized anxiety disorder in