

تأثیر درمان شناختی- رفتاری گروهی بر اضطراب و نگرش های ناکارآمد بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر

رضا جوهری فرد^د
محمد علی کوردزی^{د*}
امین ضمیری^{د***}

چکیده

در این پژوهش، اثر درمان شناختی- رفتاری گروهی بر کاهش میزان اضطراب بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر و همچنین تأثیر این شیوه درمانی بر نگرش های ناکارآمد، به عنوان یک متغیر مداخله ای در بروز اختلال های روان شناختی بررسی شد. نمونه شامل ۲۰ نفر بیمار زن بودند که به شیوه نمونه گیری در دسترس انتخاب و پس از انجام مصاحبه بالینی بر اساس ملاک های DSM-IV-TR، تشخیص اختلال اضطراب فراگیر گرفته بودند. شرکت کنندگان ابتدا مقیاس نگرش های ناکارآمد و سپس پرسشنامه اضطراب بک را تکمیل نمودند و در گروه درمان و گواه قرار گرفتند. مداخله شناختی- رفتاری در ۱۲ جلسه ی ۲ ساعته اجرا شد. گروه گواه در حین انجام مداخله درمانی، در لیست انتظار قرار داشت. مرحله میان آزمون در پایان جلسه ششم و مرحله پس آزمون در پایان جلسه دوازدهم از هر دو گروه به عمل آمد. داده های به دست آمده از این پژوهش از طریق روش آماری تحلیل واریانس مختلط تحلیل شد. نتایج نشان داد که عامل نگرش های ناکارآمد و اضطراب به طور معناداری در گروه درمان کاهش یافت. این نتایج حاکی از اثر بخشی درمان شناختی- رفتاری گروهی بر کاهش اضطراب و نگرش های ناکارآمد بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر است ($P < 0/001$).

کلید واژگان: اختلال اضطراب فراگیر، درمان شناختی- رفتاری گروهی، نگرش های ناکارآمد، اضطراب.

* عضو هیات علمی دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز

** عضو هیات علمی دانشگاه شیراز

*** دانشجوی کارشناسی ارشد روان شناسی بالینی

مقدمه

گرچه مداخلات روان شناختی بسیاری برای درمان اختلال‌های اضطرابی وجود دارد، اما، بیش از چند دهه پژوهش‌های تجربی، درمان شناختی- رفتاری را به عنوان درمان انتخابی معرفی کرده است (ترنر و هرسن^{۱۲}، ۱۹۹۷؛ وارنر، ریگادا، فیشر، سابوراسکای و بنکو^{۱۳}، ۲۰۰۹). برخی مطالعات همچون لیندن و همکاران (۲۰۰۵) سودمندی درمان شناختی- رفتاری را برای اختلال اضطراب فراگیر نشان داده‌اند. از سوی دیگر مطالعات نشان داده‌اند که درمان شناختی- رفتاری چه به صورت فردی و چه به صورت گروهی، موثر است (برای مثال نگاه کنید به کراسک و بارلو^{۱۴}، ۱۹۹۰). با در نظر گرفتن مزیت‌های درمان‌های گروهی، همچون صرفه جویی در زمان و هزینه و همچنین تاثیر عوامل شفابخش^{۱۵} گروهی (دایز^{۱۶}، ۱۹۹۲؛ کنرلی، ۱۹۹۵)، نسبت به درمان‌های انفرادی، ضرورت اجرای گروهی این شیوه درمانی احساس می‌گردد. از سوی دیگر بسیاری از مطالعات، عامل "نگرش‌های ناکارآمد" را به عنوان عامل زمینه ساز و متغیری میانجی گر در اختلالات مختلف، همچون افسردگی (بارنت و گوت لیب^{۱۷}، ۱۹۸۸؛ لام^{۱۸}، ۱۹۹۸) و اضطراب نشان داده‌اند (ویچ و همکاران، ۲۰۰۳). چانگ و دی زورویلا (۱۹۹۶) اشاره می‌کنند که ارتباط بین افکار ناکارآمد و اختلال‌های گوناگون روان شناختی، همچون اضطراب، توسط مطالعات تجربی گوناگون

اضطراب، پاسخی ضروری به تنیدگی^۱ است و فرد را به هنگام مواجهه با خطر، برای کنش و واکنش آماده می‌سازد. در بسیاری از مواقع، چنین پاسخی منطقی و حتی حیاتی است. اما، حالت نابهنجار آن می‌تواند بر گستره وسیعی از عملکردهای آدمی، اثر بگذارد (کنرلی^۲، ۱۹۹۵). اضطراب فرآیندی از خرده نظام‌های متعامل، شامل خرده نظام شناختی، جسمانی، عاطفی و رفتاری است (بورکوک و کوستلو^۳، ۱۹۹۳؛ بورکوک و نیومن^۴، ۱۹۹۹) و تغییرات در یک خرده نظام، منجر به تغییر در خرده نظام‌های دیگر می‌شود. یکی از گونه‌های اضطراب، اختلال اضطراب فراگیر^۵ (GAD) است (APA، ۲۰۰۰)، که به یک شکل نسبتا خالص، نشان دهنده فرآیندهای شناختی پایه ای است، که فرد را برای حالت‌های اضطرابی آسیب پذیر می‌کند، از جمله این فرآیندهای شناختی می‌توان به نگرش‌های ناکارآمد (DA^۶)؛ (چانگ و دی زولا^۷، ۱۹۹۶؛ ویچ، چارچیل و لويس^۸، ۲۰۰۳)، سبک‌های ویژه پردازش و اشتغال فکری منتسب به خود (ولز و متیوز^۹، ۱۹۹۴)، اشاره کرد. به این ترتیب، مداخله شناختی- رفتاری، با تغییر معنادار بالینی در خرده نظام شناختی، منجر به تغییر سایر خرده نظام‌های اختلال اضطراب فراگیر می‌شود (لادوسر، داگاس، فریستون، لگر، گاکنون و تیودنو^{۱۱}، ۲۰۰۷).

12 Turner & Hersen

13 Warner, Reigada, Fisher, Saborsky & Benkov

14 Craske & Barlow

15 Therapeutic factors

16 Dies

17 Barnett & Gotlib

18 Lam

1 Stress

2 Kennerley

3 Borkovec & Costello

4 Newman

5 Generalized Anxiety Disorder

6 American Psychiatry Association

7 Dysfunctional Attitudes

8 Chang & D'zurilla

9 Weich, Churchill, & Lewis

10 Wells & Matthews

11 Ladouceur, Dugas, Freestone, Leger, Gagnon, Thibodeau

نگرش‌های ناکارآمد بیماران نشان می‌دهد. ماهیت ظاهرا پیچیده اختلال اضطراب فراگیر، مفهوم سازی و همچنین درمان آن را مشکل ساخته است. پیش از آن که این اختلال به روشنی تعریف شود، بررسی‌های باریوس و شیکه تومی^۸ (۱۹۷۹) و راجمن و ویلسون^۹ (۱۹۸۰) با شناسایی این مسئله، این برداشت کلی را ارائه دادند که تنها حدود یک سوم بیماران از درمان‌های موجود بهره می‌بردند و شواهد کافی برای بررسی چگونگی درمان وجود نداشت. پژوهش‌های اولیه با به کارگیری ساده گرایانه درمان‌های شناختی، نتایج اندک و ناقصی را نشان داد (برای مثال، رم، مارکس، یاکسل و اشترن^{۱۰}، ۱۹۸۱؛ وود وارد^{۱۱} و جنز، ۱۹۸۰). مطالعه باتلر^{۱۲} و همکاران (۱۹۸۷)، نشان داد که با استفاده از یک درمان ترکیبی چند مولفه‌های شناختی-رفتاری همچون روش‌های شناختی فردی و گروهی به همراه فنون آرام سازی و افزایش اعتماد به نفس، پیشرفت‌های درمانی مهم، پایدار و تکرار پذیر را به وجود می‌آورد.

ارزیابی نتایج درمان شناختی-رفتاری اضطراب بر پایه طرح درمانی‌هایی^{۱۳} است که به ویژه جهت بررسی اختلال‌های انفرادی به کار می‌رفته، و تاکنون پژوهش‌های اندکی موجود است که این شیوهی درمانی را در زمینه‌های بالینی مانند درمان شناختی-رفتاری گروهی برای گروه‌های اضطرابی مطالعه کرده باشد (اریکسون^{۱۴}، ۲۰۰۳).

پژوهش‌های اخیر، همچون فیتنس و ویک^{۱۵} (۲۰۰۵) پیشنهاد می‌کند که درمان شناختی-رفتاری

حمایت شده است (مالوف، اسکات و مک کلند^۱، ۱۹۹۲؛ موران، کازینف، رز^۲ و موران، ۱۹۸۹؛ موران و موتا^۳، ۱۹۹۳؛ ناتینگهام^۴، ۱۹۹۲؛ ورتایم و پولاکیس^۵، ۱۹۹۲؛ اسمیت و آلرد^۶، ۱۹۸۹؛ به نقل از چانگ و دی زولا، ۱۹۹۶). برخی پژوهش‌ها، عامل نگرش‌های ناکارآمد را به عنوان شاخص آسیب پذیری خانواده مطرح نموده است (جوهری فرد و تقوی، ۱۳۸۵).

در همین راستا، این پژوهش، علاوه بر بررسی اثر درمان شناختی-رفتاری گروهی بر میزان اضطراب و افسردگی بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر، تاثیر این شیوه درمانی را بر عامل نگرش‌های ناکارآمد، به عنوان یک متغیر مداخله گر، مطالعه نمود. پیش از این، مطالعات گوناگون تاثیر این درمان شناختی-رفتاری را بر کاهش عامل نگرش‌های ناکارآمد نشان داده اند. سگال، گمار و ویلامز^۷ (۲۰۰۵)، در پژوهشی برای نشان دادن تاثیر درمان شناختی-رفتاری در کاهش عامل نگرش‌های ناکارآمد و همچنین کاهش خطر عود حالات خلق منفی، این شیوهی درمانی را با دارو درمانی مقایسه نمودند. ۲۵ بیمار از گروه شناختی-رفتاری و ۲۹ بیمار از گروه دارو درمانی، پس از دریافت دوره درمانی خود، پرسشنامه خود سنجی نگرش‌های ناکارآمد را تکمیل نمودند. سپس هر دو گروه در معرض فرآیند القای خلق منفی قرار گرفتند. نتایج تفاوت معناداری را در افزایش عامل نگرش‌های ناکارآمد بیماران گروه دارو درمانی نشان داد. این پژوهش تاثیر دراز مدت درمان شناختی-رفتاری را در کاهش

8 Barrios & Shige Tomi

9 Rachman & Wilson

10 Ramm, Marks, Yuksel, & Stern

11 Wood Ward

12 Butler

13 Protocols

14 Erickson

15 Fitness & Week

1 Malouff, Schatte & Mc Clelland

2 Muran, Kassinove & Ross

3 Motta

4 Nottingham

5 Wartime & Poulakis

6 Smith & Allard

7 Segal, Gemar & Williams

باتلر و بووث^۵ (۱۹۹۱)، نشان دادند که درمان شناختی - رفتاری (CBT) برای بیماران اختلال اضطراب فراگیر، نسبت به رفتار درمانی موثرتر است. درمان گران شرکت کننده در این مطالعه، کار آزموده بوده و برای هر دو روش آموزش دیده بودند. کیفیت این درمان توسط ارزیاب‌هایی در مرکز دیگر بررسی شده و طیف وسیعی از مقیاس‌های شناختی به کار رفت، نتایج نشان داد که ۴۲ درصد از بیمارانی که CBT دریافت کرده بودند، با «ملاک بهبودی» تطابق داشتند و این رقم در بیماران گروه رفتاری درمانی ۵ درصد بود. در این پژوهش، شناخت درمانی مبتنی بر فرض‌ها و باورها و فن چالش کردن بود.

لیندن^۶ و همکاران (۲۰۰۵) نشان دادند، درمان شناختی - رفتاری روشی موثر برای درمان اختلال اضطراب فراگیر است. آن‌ها این شیوه را در ۲۵ جلسه درمانی در مقایسه با گروه گواه اجرا کردند. هابی، دونلی و جاستین^۷ (۲۰۰۶) نیز، در فراتحلیلی از روش‌های درمان شناختی - رفتاری برای درمان اختلال اضطراب فراگیر، موثر بودن این روش را با اندازه اثر ۰/۶۸ در ۳۳ مطالعه نشان دادند.

فرضیه‌های پژوهش

- ۱) درمان شناختی - رفتاری گروهی بر نگرش‌های نا کارآمد بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر در مقایسه با گروه گواه موثر است.
- ۲) درمان شناختی - رفتاری گروهی بر اضطراب بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر در مقایسه با گروه گواه موثر است.

(CBT^۱) درمانی موثر برای اختلال اضطراب فراگیر است. در یک تلاش بالینی کنترل شده برای ارزیابی درمان CBT، ۷۲ بیمار سرپایی که ملاک‌های اختلال اضطراب فراگیر را به طور کامل دارا بودند مورد مطالعه قرار گرفتند. از این گروه ۳۶ بیمار به طور تصادفی در ۲۵ جلسه CBT (که آن را CBT_A نامیدند) و ۳۶ نفر دیگر در گروه گواه قرار گرفتند. بیماران گروه گواه پس از مقایسه با CBT_A، از طریق CBT (که آن را CBT-B نامیدند) درمان شدند، که نه فقط به عنوان یک گروه گواه موازی برای مقایسه باشند، بلکه بین درمان CBT_A و BCBT-هم مقایسه صورت گیرد. درمان از طریق یک دستور العمل صورت می‌گرفت. کاهش در مقیاس درجه بندی اضطراب هامیلتون^۲ عبارت بود از، ۶/۴ درصد در گروه گواه، ۳۵/۴ درصد در گروه CBT-A و ۴۷/۳ درصد در گروه CBT-B بود. همه این تفاوت‌ها، بین گروه درمان و گواه از نظر آماری معناداری بالایی دارد. بهبود بالینی پس از یک دوره ۸ ماهه پیگیری همچنان باقی بود.

بورکوک و کاستلو^۳ (۱۹۹۳) نیز در پژوهشی به مقایسه CBT با فن آرام سازی بر درمان اختلال اضطراب فراگیر پرداختند. نتایج نشان دهنده ۵۷/۹ درصد بهبودی در بیماران دریافت کننده CBT به مقایسه با ۳۷/۵ درصد بیماران دریافت کننده آرام سازی بود.

دورهام^۴ (۱۹۹۵) در مقایسه CBT با روان درمانی تحلیلی، نشان داد که پس از یک سال پی گیری، پیشرفت به دست آمده از کار برد روش‌های شناختی ۷۲ درصد درمان یافتگان، در مقایسه با ۳۱ درصد گروه مقابل، بود.

5 Butler & Booth

6 Linden

7 Haby, Donnelly & Justine

1 Cognitive-Behavior Therapy

2 Hamilton

3 Borkovec & Costello

4 Durham

روش تحقیق

است:

جامعه آماری این پژوهش عبارت بود از بیماران زنی که پیش از اجرای پژوهش به یکی از واحدهای مشاوره کمیته امداد شهرستان اصفهان مراجعه نموده و توسط روان شناس بالینی این واحد و براساس ملاک‌های (APA, 2000) DSM-IV-TR تشخیص اولیه اختلال اضطراب فراگیر را دریافت نمودند. گروه‌های مورد مطالعه به روش نمونه‌گیری در دسترس از این جامعه آماری گزینش

آسیب پذیری، نیاز به تایید شدن، موفقیت-کمال گرایی، نیاز به خشنود کردن دیگران و نیاز به تاثیر بر دیگران. مطالعه ای در ایران، سودمندی این مقیاس را در سنجش نگرش‌های ناکارآمد در بیماران مبتلا به وسواس فکری - عملی، نشان داده است (رضایی، ۱۳۸۲). پایایی درونی این آزمون بر روی یک نمونه ۲۰۲۲ نفری از بیماران سرپایی در مرکز شناخت

جدول ۱. ویژگی‌های جمعیت شناختی شرکت کنندگان

گروه‌ها	میانگین سنی	انحراف معیار	تحصیلات
درمان (N=10)	۱۹/۱	۱/۲۸	دیپلم
گواه (N=10)	۱۹/۳	۱/۹۴	دیپلم

و پس از هم‌تاسازی، در یکی از گروه‌های پژوهش قرار گرفتند. این گروه‌ها عبارت بودند از گروه درمان (n=10) و گروه گواه (n=10). سن همه آزمودنی‌ها بین ۱۷ تا ۲۲ سال و تحصیلات همه آن‌ها دیپلم بود (جدول ۱).

ابزارهای پژوهش

۱- مقیاس نگرش‌های ناکارآمد (DAS)

فری (۱۳۸۲) کاربرد مقیاس نگرش‌های ناکارآمد را جهت اندازه‌گیری شناخت واژه‌ها توصیه می‌کند. مقیاس نگرش‌های ناکارآمد دارای ۴۰ ماده می‌باشد که برای شناسایی نگرش‌ها و اعتقاداتی که فرد را مستعد افسردگی می‌سازد طراحی شده است. این پرسشنامه بر مبنای نظریه شناختی بک برای افسردگی ساخته شده است (اولیور، بوم گارت، ۱۹۸۵؛ به نقل از صبوری، مهریار و قریب، ۱۳۷۷). این پرسشنامه دارای ۵ خرده مقیاس می‌باشد که شامل موارد زیر

درمانی دانشگاه پنسیلوانیا (از ۱۹۷۹ تا ۱۹۸۹)، ۰/۹ و پایایی آن در فاصله ۶ هفته ارزیابی ۰/۷۳ برآورد گردیده است (اولیور و بوم گارت، ۱۹۸۵؛ به نقل از صبوری، مهریار و قریب، ۱۳۷۷). رضایی (۱۳۸۲) همسانی درونی این پرسشنامه را در ایران، در کل آزمودنی‌های مورد بررسی ۰/۸۲ و بر اساس روش تنصیف، مقدار پایایی آن را ۰/۶۹ گزارش نموده است. برای به دست آوردن روایی این آزمون، از همبستگی آن با پرسشنامه پادوآ (گودرزی، ۱۳۸۰) استفاده شد، که ارتباط معناداری را نشان داد (رضایی، ۱۳۸۲). نمره گذاری این آزمون که به صورت مقیاس لیکرت است، از ۱ تا ۷ بوده و در دامنه‌ای بین ۰ تا ۲۸۰ قرار دارد (بک و همکاران، ۱۹۹۱).

۲- پرسشنامه اضطراب بک (BAI)

این پرسشنامه شامل ۲۱ سوال است و همه گزینه‌ها چهار پاسخ دارند (۰ تا ۳) که حاکی از افزایش شدت

همچنین، پس از پایان جلسه دوازدهم، هر دو پرسشنامه بیشتر بر جنبه‌های فیزیولوژیک اضطراب تاکید دارد. سه ماده آن مربوط به خلق مضطرب، سه ماده دیگر مربوط به هراس‌های خاص، سایر سوالات آن نشانه‌های اتوماتیک بیش فعالی و تنش حرکتی اضطراب‌رانی (کاوایی و همکاران، ۱۳۸۰). بک و کلارک^۱ (۱۹۸۸) همسانی درونی این مقیاس را ۰/۹۳ و پایایی بازآزمایی آن را ۰/۷۵ گزارش کردند. پایایی این آزمون در پژوهشی در ایران، با روش آلفای کرونباخ (n=۳۴) برابر با ۰/۷۸ گزارش شده است (کاظمی، ۱۳۸۲). همچنین در بررسی روایی این آزمون با استفاده از روش تجربی روایی افتراقی بین دو گروه اضطرابی و بهنجار، T در سطح کمتر ۰/۰۰۱ معادل ۱۲/۳ گزارش شده است (کاظمی، ۱۳۸۲).

روش پژوهش

پس از جایگزین شدن شرکت کنندگان در گروه‌های درمانی و گواه به ترتیب: مقیاس نگرش‌های ناکارآمد و سپس پرسشنامه اضطراب بک، به طور جداگانه به آنها ارائه شده تا آن را تکمیل نمایند. افراد گروه گواه در فاصله زمانی اجرای دوره درمان، در لیست انتظار قرار داشتند. جهت ارزیابی پیشرفت درمان و آگاهی از چگونگی تاثیر درمان شناختی- رفتاری بر نظام باورها و سیستم شناختی و به ویژه تغییر نگرش‌های ناکارآمد بیمار، مرحله میان آزمون اضافه شد (نگاه کنید به فری، ۱۳۸۲). به این ترتیب، پس از جلسه ششم، هر دو پرسشنامه به ترتیب و به طور جداگانه به آنها ارائه شده تا آن را تکمیل نمایند. این مرحله به طور جداگانه برای گروه گواه نیز انجام شد.

ساختار و محتوای درمان

این برنامه درمانی در ۱۲ جلسه ۲ ساعته برگزار شد (فری، ۱۳۸۲؛ لادوسر و همکاران، ۲۰۰۷) که برنامه‌ی هر جلسه عبارت بود از:

مرور و بررسی تکالیف خانگی جلسات قبلی؛ درس اول؛ تمرین؛ درس دوم؛ تمرین؛ تکلیف خانگی برای هفته بعد.

محتوای جلسات درمانی عبارت بود از:

- جلسه‌ی اول: ارائه این مطلب به شرکت کنندگان، که فرآیندهای فیزیولوژیکی، شناختی و رفتاری با یکدیگر تعامل دارند و هیجان‌ها، دارای مؤلفه‌های شناختی، فیزیولوژیکی و رفتاری هستند.

- جلسه‌ی دوم: ارائه این مطلب برای شرکت کنندگان که تمام یا اغلب واکنش‌های هیجانی دارای مؤلفه‌های شناختی هستند. همچنین درباره منابع نگرانی و اضطراب نیز، مطالبی بیان شد (لادوسر و همکاران، ۲۰۰۷).

- جلسه‌ی سوم: آموزش فن آرام سازی و موسیقی (R&M؛ فرید، ۱۹۹۰؛ جوهری فرد و گودرزی، ۱۳۸۳؛ جوهری فرد، ۱۳۸۵؛ ۱۳۸۶).

در این روش، اجرای فن آرام سازی با کمک تم‌های موسیقایی آرام ساز انجام می‌شود (جوهری فرد، ۱۳۸۸).

- جلسه‌ی چهارم: شرکت کنندگان با کمک درمانگر، باورهای مرتبط بانگرانی (مانند "نگرانی‌های من درباره آینده مفید است، زیرا ممکن است اتفاق

- ناگواری بیفتند." را بررسی کنند (لادوسر و همکاران، ۲۰۰۷).
- جلسه پنجم: آموزش فن پیکان عمودی رو به پایین^۱ برای شناسایی طرحواره‌ها و باورهای مرکزی^۲.
 - جلسه ششم: تهیه فهرست اصلی باورهای مرکزی.
 - جلسه هفتم: آزمون باورهای بیماران با تحلیل عینی (قضاوت و داوری).
 - جلسه هشتم: استفاده از روش‌های مختلف تحلیل شناختی، و تشویق بیماران به ارزیابی مجدد باورها، تا سودمندی این باورها مشخص گردد. برای مثال، بیمار سودمندی نگرانی را در سبک زندگی خود ارزیابی کند (لادوسر و همکاران، ۲۰۰۷؛ هی‌یم برگ، ۲۰۰۲).
 - جلسه نهم: ایجاد مخالف ورز: مخالف
- ورز، باوری است که، در مقابل باور دیگر استدلال می‌نماید و شامل فعالیت‌هایی همچون تفکر یا یک رفتار در جهتی مخالف باور پیشین است. به‌طور کلی، ویژگی‌های مخالف ورزها باید:
- به‌طور مستقیم با باور پیشین متضاد باشند،
 - بیان قابل قبولی از واقعیت باشند،
 - از آن مراجع باشند نه درمانگر،
 - اختصاصی و کوتاه باشند،
 - با قاطعیت و تاکید یا شدت هیجانی بیان شوند (فری، ۱۳۸۲).
 - جلسه دهم: تغییر ادراکی (فری، ۱۳۸۲)،
 - بازداری ارادی کر تکس^۳ (مک مولین، ۱۹۹۹) و رویارویی شناختی^۴ (لادوسر و همکاران، ۲۰۰۷).
 - جلسه یازدهم و دوازدهم: در نهایت آموزش فنون نگهدارنده رفتاری مانند استفاده از انواع تقویت‌ها (جوهری فرد، ۱۳۸۴).

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار دو گروه پژوهش (درمان و گواه) در سه مرحله آزمون

گروه		پیش آزمون	میان آزمون	پس آزمون	DAS	DAS	BAI	BAI
		پیش آزمون	میان آزمون	پس آزمون	پس آزمون	میان آزمون	پس آزمون	میان آزمون
درمان (N=۱۰)	میانگین	۱۵۳	۱۶۰/۷	۱۲۸/۷	۱۹	۱۰/۴	۶/۴	
	انحراف معیار	۱۸/۶۳	۱۵/۶۸	۱۴/۵۳	۷/۲۱	۸/۰۴	۷/۵۱	
گواه (N=۱۰)	میانگین	۱۴۷/۱	۱۴۵	۱۴۱/۹	۲۴/۱	۲۴/۳	۲۲	
	انحراف معیار	۲۸/۰۶	۱۸/۸۳	۱۷/۲۲	۱۲/۷۶	۱۱/۶	۱۰/۳	

۱- Vertical Arrow (V.A.): این فن شیوه ای است برای تحلیل شناخت واره های سطحی، به منظور رسیدن به باورهای مرکزی و اصلی.

۲. باورهای مرکزی یا طرحواره ها، هسته اصلی نظام شناختی فرد را می سازند و منجر به افکار خودآیند گوناگون اما مرتبط با موضوع باور مرکزی می گردند. برای مثال، در یک فرد اضطرابی ممکن است باور مرکزی "صحرای محشر" وجود داشته باشد، که موجب می گردد تا فرد همه اتفاقات را فاجعه آمیز تعبیر نماید.

۳- فن بازداری ارادی کر تکس: مبنای این فن، باور مخالف ورزی است که عبارت است از جایگزینی باورهای منطقی با باورهای غیرمنطقی، که دقیقاً مخالف ورز آنها قرار می گیرند. به طور روشن تر می توان گفت که در این فن، افکار و باورهای منفی براساس شدت ناراحتی خود مجسم می شوند، و سپس، با استفاده از فن توقف فکر، متوقف می شوند، در این هنگام، مخالف ورز آن باور منفی جایگزین می شود. این نظریه شبیه به مفهوم بازداری متقابل است، که به وسیله ی جوزف ولپه در بافتار شرطی زدایی اضطراب های روان رنجور ناشی از شرطی شدن کلاسیک، ترویج یافت.

۴- رویارویی شناختی: در این فن، از مراجعان خواسته می شود، در موقعیت اضطراب زا، تصورات مزاحم خود را به ذهن آورده، اما از بروز پاسخ های نهفته خود، جلوگیری نمایند.

۱- Vertical Arrow (V.A.): این فن شیوه ای است برای تحلیل شناخت واره های سطحی، به منظور رسیدن به باورهای مرکزی و اصلی.

۲. باورهای مرکزی یا طرحواره ها، هسته اصلی نظام شناختی فرد را می سازند و منجر به افکار خودآیند گوناگون اما مرتبط با موضوع باور مرکزی می گردند. برای مثال، در یک فرد اضطرابی ممکن است باور مرکزی "صحرای محشر" وجود داشته باشد، که موجب می گردد تا فرد همه اتفاقات را فاجعه آمیز تعبیر نماید.

جدول ۳. آزمون تحلیل واریانس مختلط برای عامل نگرش های ناکارآمد

منبع	میانگین مجزورات	درجه آزادی	F	سطح معناداری (P)
نگرش های ناکارآمد	۱۷۸۲/۰۱۷	۲	۵/۷۵۶	۰/۰۰۷
نگرش های ناکارآمد* گروه	۱۰۸۱/۶۱۷	۲	۳/۴۹۳	۰/۰۴۱
خطا	۳۰۹/۶۱۳	۳۶		
گروه	۱۲۰/۴۱۷	۱	۰/۲۴۰	۰/۶۳۰
خطا	۵۰۲/۷۱۳	۱۸		

جدول ۴. آزمون زوج های همتا شده برای مقایسه آزمون DAS در سه مرحله اجرا در گروه های دو گانه پژوهش

زوج های همتا شده در آزمون DAS	گروه	تفاوت میانگین ها	درجه آزادی	t	سطح معناداری (P)
پیش آزمون- میان آزمون	درمان	-۷/۵	۹	-۰/۹۶۳	۰/۳۶۱
	گواه	۲/۶	۹	۰/۳۸۱	۰/۷۱۲
پیش آزمون- پس آزمون	درمان	۲۴/۵	۹	۳/۵۵۸	۰/۰۰۶
	گواه	۵/۷	۹	۰/۵۰۱	۰/۶۲۸
میان آزمون- پس آزمون	درمان	۳۲	۹	۷/۱	۰/۰۰۱
	گواه	۳/۱	۹	۰/۳۸۱	۰/۷۱۲

یافته های پژوهش

جدول ۲ میانگین و انحراف معیار دو گروه درمان و گواه را در سه مرحله پیش آزمون، میان آزمون و پس آزمون برای مقیاس نگرش های ناکارآمد و پرسشنامه اضطراب بک نشان می دهد.

برای بررسی فرضیه اول پژوهش مبنی بر وجود تفاوت بین گروه های دو گانه پژوهش، در مورد کاهش نگرش های ناکارآمد، از آزمون تحلیل واریانس با سنجش مکرر مختلط^۱ (آزمون تحلیل واریانس مختلط) با طرح ۲×۳ استفاده شد. در این تحلیل، دو گروه شرکت کننده در پژوهش (گروه

از یافته های جدول ۴ چنین استنباط می شود که

کاهش عامل نگرش های ناکارآمد معنادار می باشد، همچنین اثر تعاملی نگرش های ناکارآمد × گروه نیز معنادار است. به این معنا که بین گروه های درمان و گواه تفاوت معناداری وجود دارد.

1 Mixed Repeated Measures

جدول ۵. آزمون تحلیل واریانس مختلط برای عامل اضطراب در دو گروه آزمودنی

منبع	میانگین مجذورات	درجه آزادی	F	سطح معناداری
اضطراب	۲۷۱/۹۵۰	۱	۱۴/۷۶۴	۰/۰۰۱
اضطراب*گروه	۱۵۸/۸۱۷	۱	۸/۶۲۲	۰/۰۰۱
خطا	۱۸/۴۲۰	۱۸	-	-
گروه	۱۹۹۵/۲۶۷	۱	۷/۹۲۷	۰/۰۱۱
خطا	۲۵۱/۷۰۴	۱۸	-	-

جدول ۶. آزمون زوج‌های همتا شده برای مقایسه آزمون BAI در سه مرحله اجراء در گروه‌های دو گانه پژوهش

زوج‌های همتا شده در آزمون BAI	گروه	تفاوت میانگین‌ها	درجه آزادی	t	سطح معناداری
بیش آزمون- میان آزمون	درمان	۸/۶	۹	۴/۵۵۸	۰/۰۰۱
	گواه	-۰/۲	۹	-۰/۰۹۶	۰/۹۲۵
پیش آزمون- پس آزمون	درمان	۱۲/۶	۹	۷/۳۲۴	۰/۰۰۱
	گواه	۲/۱	۹	۱/۰۶۷	۰/۳۱۴
میان آزمون- پس آزمون	درمان	۴	۹	۲/۶۷	۰/۰۲۶
	گواه	۲/۳	۹	۱/۰۰۴	۰/۳۴۲

هیچ کدام از مراحل مشاهده نمی‌شود. این یافته نشان می‌دهد که، روش درمانی از جلسات ششم به بعد موثر واقع شده است. به عبارت دیگر، نگرش‌های ناکارآمد اعضاء گروه از جلسه‌ی ششم به بعد کاهش می‌یابد.

برای بررسی فرضیه‌ی دوم مبنی بر وجود تفاوت بین دو گروه پژوهش در زمینه‌ی کاهش اضطراب، همانند فرضیه‌ی اول از آزمون تحلیل واریانس با سنجش مکرر مختلط (آزمون تحلیل واریانس مختلط) با طرح ۲×۳

برای بررسی این که کدام مراحل اجرا در این آزمون با یکدیگر تفاوت معناداری دارند، از آزمون زوج‌های همتا شده، استفاده شد. نتایج این تحلیل در جدول ۴ آمده است. همان گونه که از جدول فوق مشاهده می‌گردد، در گروه درمان، بین پیش آزمون - میان آزمون تفاوت معناداری وجود ندارد، اما این تفاوت بین پیش آزمون - پس آزمون و میان آزمون - پس آزمون، به شکل معناداری وجود دارد. در گروه گواه، این معناداری بین

بوده و این کاهش اضطراب از جلسات نخست درمان خود را نشان داد.

یافته‌های به دست آمده از این پژوهش از چند نظر قابل توجه می‌باشد:

نخست آن که، همان طور که پیش تر نیز بیان شد، عامل نگرش‌های ناکارآمد می‌تواند علتی برای هم آیندی مرضی اختلال اضطراب فراگیر با افسردگی باشد (رویتر و همکاران، ۱۹۹۱). این عامل خود را در قالب سبک‌های ویژه پردازش (ولز و متیوز، ۱۹۹۴) و راهبردهای حل مسئله منفی (رابیچود، ۲۰۰۵) در این اختلال نشان می‌دهد. کاهش معنادار این عامل در این پژوهش را می‌توان در محتوای شناختی جلسات درمان بررسی کرد. برای مثال، آن گاه که بر روی ارزیابی باورها (جلسه هفتم) و تغییر ادراکی بیماران (جلسه دهم) کار می‌شود، به دنبال تغییر سبک پردازش آن‌ها هستیم و با آموزش روش‌های تحلیل منطقی (جلسه هشتم)، راهبردهای جدیدی را برای حل مسائل بیماران مطرح ساخته ایم.

یافته دیگر این که، کاهش معنادار اضطراب بیماران را در این پژوهش، نمی‌توان حاصل یک مولفه خاص دانست، زیرا این امر به دلیل بافت به هم پیوسته و چند مولفه ای این برنامه درمانی، میسر نیست. اما بی شک با نگاهی به پژوهش‌های پیشین (مانند بورکوک و کاستلو، ۱۹۹۳؛ باتلر و همکاران، ۱۹۸۷)، می‌توان به نقش مولفه‌های مختلف، از جمله فن آرام سازی (و در این پژوهش فن آرام سازی و موسیقی؛ فرید، ۱۹۹۰) در کاهش اضطراب

استفاده شده است. در این تحلیل، اضطراب به عنوان عامل درون آزمودنی و گروه (آزمایش و گواه) به عنوان عامل بین آزمودنی مورد بررسی قرار گرفت (جدول ۵)

همان گونه که از جدول ۵ بر می‌آید، عامل اضطراب کاهش معناداری یافته، همچنین اثر تعاملی اضطراب در گروه نیز معنادار می‌باشد. به این معنا که بین گروه درمان و گواه تفاوت معناداری وجود دارد. برای بررسی این که کدام مراحل اجرا در این آزمون با یکدیگر تفاوت معناداری دارند، از آزمون زوج‌های هم‌تا شده، استفاده شد. نتایج این تحلیل در جدول ۶ آمده است.

چنان که از جدول فوق مشاهده می‌شود، در گروه درمان، بین پیش آزمون - میان آزمون، پیش آزمون - پس آزمون و میان آزمون - پس آزمون، تفاوت معناداری وجود دارد. اما، در گروه گواه، این معناداری بین هیچ کدام از مراحل مشاهده نمی‌شود. به عبارت دیگر، اضطراب بیماران از جلسات نخست درمان کاهش را نشان می‌دهند.

بحث و نتیجه گیری

این پژوهش با هدف بررسی اثر درمان شناختی- رفتاری گروهی در بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر انجام شد. نتایج به دست آمده از این پژوهش نشان داد، درمان شناختی- رفتاری گروهی بر عامل نگرش‌های ناکارآمد در گروه آزمایش (درمان) در مقایسه با گروه گواه موثر بود و این اثر بخشی از جلسات ششم به بعد خود را نشان می‌دهد. همچنین، این درمان بر اضطراب بیماران در گروه درمان نسبت به گروه گواه نیز موثر

بیماران پی برد. اما یک یافته و پیام مهم این پژوهش در مقایسه با پژوهش‌های پیشین این است که، به دلیل ماهیت چند مولفه ایی اضطراب (شامل مولفه‌های شناختی، جسمانی، عاطفی و رفتاری؛ بورکوک و کاستلو، ۱۹۹۳؛ بورکوک و نیومن، ۱۹۹۹)، ارائه یک تبیین چند مولفه ایی از پدیده اضطراب در جلسه درمان (چنان که در جلسه اول این برنامه درمانی آمده است) و سپس اجرای یک شیوه درمانی چند مولفه ایی (چنان که در این پژوهش شامل شیوه‌های رفتاری، شناختی، گروهی و موسیقی درمانی بود)، در کاهش اضطراب بیماران موثر خواهد بود.

از نکات قابل توجه در این پژوهش، نقش عامل نگرانی در اختلال اضطراب فراگیر است. همان طور که پیش تر بیان شد، اصلی ترین ملاک اختلال اضطراب فراگیر عامل نگرانی می‌باشد (برای مثال داگاس و لادوسر، ۱۹۹۸)، این پژوهش با ترکیب شیوه درمان شناختی- رفتاری نگرانی (لادوسر و همکاران، ۲۰۰۷) با برنامه شناخت درمانی گروهی (فری، ۱۳۸۲) و فن آرام سازی و موسیقی (فرید، ۱۹۹۰) در جلسات مختلف (به ویژه جلسه اول، دوم، هفتم و دهم) و کاهش معنادار اضطراب بیماران اختلال اضطراب فراگیر، به طور ضمنی نشان می‌دهد که باعث کاهش عامل نگرانی در بیماران اختلال اضطراب فراگیر می‌گردد.

به طور کلی نتایج این پژوهش نشان داد، اگر در طراحی یک برنامه درمانی به پژوهش‌های بنیادین، عوامل میانجی گر روان شناختی و روان درمانی‌های ترکیبی توجه بیشتری شود، موفقیت درمان نیز بیشتر خواهد بود.

منابع

- جوهری فرد، رضا و گودرزی، محمد علی (۱۳۸۳). بررسی اثر تکنیک آرام سازی و موسیقی بر کاهش اضطراب، مجموعه مقالات برگزیده سومین همایش ملی علوم انسانی و هنر، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اراک.
- جوهری فرد، رضا (۱۳۸۴). بررسی اثر درمان شناختی- رفتاری گروهی در بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر، پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشکده علوم تربیتی و روان شناسی، دانشگاه شیراز.
- جوهری فرد، رضا و تقوی، محمد رضا (۱۳۸۵). نگرش‌های ناکارآمد: شاخصی برای آسیب پذیری خانواده، دومین کنگره سراسری آسیب شناسی خانواده در ایران، تهران: دانشگاه شهید بهشتی.
- جوهری فرد، رضا (۱۳۸۵). بررسی اثرات فن آرام سازی و موسیقی (R&M) بر کاهش اضطراب بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر، اولین کنگره هنر درمانی ایران؛ دانشگاه شهید بهشتی.
- جوهری فرد، رضا (۱۳۸۶). مبانی موسیقی درمانی بالینی، فصلنامه تازه‌های روان درمانی، سال دوازدهم، شماره ۴۵ و ۴۶.
- جوهری فرد، رضا (۱۳۸۸). تم درمانی: جستاری در روش شناسی و روانشناسی موسیقی درمانی و تم درمانی، تهران، انتشارات آسیم.

- جوهری فرد، رضا (زیر چاپ). فنون روان درمانی، تهران: انتشارات قطره.
- رضایی، پریش (۱۳۸۲). بررسی احساس مسئولیت، کنترل افکار و عقاید ناکارآمد در بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری - عملی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد ارسنجان، پایان نامه کارشناسی ارشد.
- صبوری، شهناز؛ مهریار، امیر هوشنگ و قریب، عباس (۱۳۷۷). مقایسه اثر بخشی تکنیک های شناختی - رفتاری، کلومی پر امین و ترکیب آن ها در بهبودی مبتلایان به اختلال وسواس فکری - عملی، فصلنامه اندیشه و رفتار، (۱) ۴.
- فری، مایکل (۱۹۹۹). شناخت درمانی گروهی، ترجمه علی صاحبی؛ حسن حمیدپور و زهرا اندرز (۱۳۸۲)، مشهد: انتشارات جهاد دانشگاهی.
- کاظمی، حمید (۱۳۸۲). مقایسه تحریف های شناختی در بیماران مضطرب و افسرده، دانشگاه شیراز: پایان نامه کارشناسی ارشد.
- کاویانی، حسین؛ موسوی، اشرف السادات و محیط، احمد (۱۳۸۰). مصاحبه و آزمون های روانی، تهران: انتشارات سنا.
- گودرزی، محمد علی (۱۳۸۰). بررسی پایایی و روایی مقیاس وسواس فکری - عملی پادوآ، گزارش نهایی طرح پژوهشی مصوب دانشگاه شیراز.
- گودرزی، محمد علی (۱۳۸۱). بررسی روایی و پایایی مقیاس نومییدی در گروهی از دانشجویان دانشگاه شیراز، مجله علوم اجتماعی و انسانی دانشگاه شیراز، دوره هجدهم، شماره دوم (پیاپی، ۳۶)، ۳۹-۲۶.
- American Psychiatry Association. (1994). *Diagnosis and Statistical Manual of Mental Disorders*, (4th ed), Washington, DC: Author.
- American Psychiatry Association. (2000). *Diagnosis and Statistical Manual of Mental Disorders*, (4th ed., text rev.), Washington, DC: Author.
- Barnett, P.A. & Gotlib, I.H. (1988). Psychosocial functioning and depression: distinguishing among antecedents, concomitants and consequences. *Psychological Bulletin*, 104: 97-126.
- Barrios, B.A., & Shigetomi, C.C. (1979). Coping-skills training for the management of anxiety: A critical review. *Behavior Therapy*, 10, 491-522.
- Beck, T., Brown, G. Stree, A.R., & Weissman, N.A. (1991). Factor analysis of the dysfunctional attitude scale in a clinical population. *Psychological Assessment*, 3, 478-483.
- Beck, A.T., & Clark, D.A. (1988). Anxiety and depression: An information processing perspective. *Anxiety Research*, 1, 23-36.
- Borkovec, T. D., & Costello, E. (1993). Efficacy of applied relaxation in depression and cognitive-behavioral therapy in treatment of generalized anxiety disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 611-619.
- Borkovec, T.D., & Newman, M.G. (1999). Worry and generalized anxiety disorder. *Comprehensive Clinical Psychology*, Vol. 4, Adults: clinical formulation and treatment, Oxford, Elsevier Science, pp. 439-459.
- Butler, G., & Booth, R. (1991). Treatment of worry in generalized anxiety disorder: Chronic anxiety and generalized anxiety disorder. New York: Guilford press, p: 187-209.
- Butler, G., Gullington., A., Hibbert, G., klimes, I., & Gelder, M. (1987). Anxiety management for persistent generalized anxiety. *British Journal of Psychiatry*, 151, 535-42.

- Chang, E.C., & D'zurilla, T.J. (1996). Irrational beliefs as prediction of anxiety and depression in collage population. *Personality and Individual Differences*, 20(2), 212-219.
- Craske, M.G., & Barlow, T.H. (1990). *The rapist's guide for the mastery of your anxiety and panic*, Albany, Gay winds Publications.
- Dies, R.R. (1992). The future of group therapy. *Psychotherapy*, 29, 58-64.
- Fitness, O., & Week, W. (2005). Anxiety disorder: cognitive behavior therapy is at least as good as antidepressant drugs, Atlanta, 12: 108.
- Durham, R.C. (1995). Cognitive therapy, analytic psychotherapy and anxiety management training for generalized anxiety disorder: relative efficacy at one year. Paper presented at the world conference of behavioral and cognitive therapy Copenhagen.
- Erickson, D.H. (2003). Group cognitive behavior therapy for heterogeneous anxiety disorders. *Cognitive Behavior Therapy*, 32(4): 179-186.
- Fitness, O., & Week, W. (2005). Anxiety disorder: cognitive behavior therapy is at least as good as antidepressant drugs, Atlanta, 12: 108.
- Fried, R. (1990). Integrating Music in breathing training and relaxation: II Application. *Bio feedback & Self regulation*, 15(2):171-177.
- Haby, M.M., Donnelly, M.C., & Justine, V. T. (2006). Cognitive behavioral therapy for depression, panic disorder and generalized anxiety disorder: a meta regression of factors that may predict outcome, *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 40 (1), 9-19.
- Heimberg, R.G. (2002). Cognitive – behavioral therapy for social anxiety disorder: Current status and future directions. *Society of Biological Psychiatry*, 1:101- 108.
- Kennerley, H. (1995). *Managing anxiety: A training manual*. (2nd. Ed.), Oxford Medical Publications.
- Ladouceur, R., Dugas, M., Freestone, M.H., Leger, E., Gagnon, F., & Thibodeau, N. (2007). Efficacy of cognitive behavioral treatment for generalized anxiety disorder: Evaluation in a controlled clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(6): 975-964.
- Lam, A. (1998). *A cognitive theory of depression, the management of depression*. Oxford: Blackwell, p: 94-124.
- Linden, M., Zabraegel, D., & Baer, T. (2005). Efficacy of cognitive behavior therapy in generalized anxiety disorder. *Psychotherapy Psychosomatic*, 74, 36-42.
- McMullin, R.E. (1999). *The new handbook of cognitive therapy techniques*, New York: Norton and Company
- Rachman, S., & Wilson, T. (1980). *The effects of psychological therapies*. Oxford and New York.
- Ramm, E., Marks, I.M., Yuksel, S., & Stern, R.S. (1981). Anxiety management training for anxiety states: positive compared with negative self-statements. *British Journal of Psychiatry*, 140, 367-73.
- Retire, S.R., Otto, M.W., Pollack, M.M., & Rosenbaum, J.F. (1991). Major depression in panic disorder patients with comorbid social phobia. *Journal of Affective disorders*, 22(3): 171-7.
- Robichaud, M., & Dugas, M.J. (2005). Negative problem orientation (part II): Construct validity and specificity to worry. *Behavior Research and Therapy*, 43(3): 403
- Segal, I.V., Gemar, M., & Williams, S. (2005). Differential cognitive response to a mood challenge following successful cognitive therapy or pharmacotherapy to unpopular depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 108(1).
- Turner, S.M., & Hersen, M. (1997). *Adult Psychotherapy and Diagnosis*. (3rd end). New York: John Wiley & Sons.
- Warner, C.M., Reigada, L.C., Fisher, P.H., Saborsky, A.L., & Benkov, K.J. (2009). CBT for

- Anxiety and Associated Somatic Complain in Pediatric Medical Settings: An Open Study. Journal of Clinical Psychology in Medical Setting, 16, 2.
- Weich, S., Churchill, R., & Lewis, G. (2003). Dysfunctional attitudes and the common mental disorders in primary care. Journal of Affective Disorders, 75(3): 269-278
- Wells, A., & Mthhews, G. (1994). Attention and emotion: A clinical perspective. Erlbaum, Hove, U.K.
- Woodward, R., & Jones, R.B. (1980). Cognitive restructuring treatment: A controlled trial with anxious patients. Behavior Research and Therapy, 18, 401-7.

تاریخ وصول: ۸۸/۲/۲۱

تاریخ پذیرش: ۸۸/۷/۲۸

Archive of SID