

اثربخشی آموزش مدیریت استرس به شیوه شناختی رفتاری بر کاهش اضطراب معتادان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر

زهرا لک^۱، آمنه معاضدیان^۲، سید علی حسینی المدنی^۳، معصومه صداقت^۴، سمیرا عامری^۵
تاریخ دریافت: ۱۳۹۰/۰۸/۰۳ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۱/۰۸/۱۴

چکیده

هدف: این پژوهش با هدف بررسی اثربخشی مدیریت استرس به شیوه شناختی-رفتاری گروهی بر کاهش اضطراب معتادان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر انجام شده است. **روش:** پژوهش حاضر از تحقیقات نیمه تجربی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون با گروه گواه است. با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس، ۲۴ نفر معتاد که نمره بالایی در پرسشنامه اضطراب فراگیر و پرسشنامه اضطراب، افسردگی و استرس کسب کرده بودند و مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر تشخیص داده شده بودند انتخاب شدند. نمونه‌های پژوهش پس از همگن شدن به صورت تصادفی به دو گروه آزمایش و گروه تقسیم شدند. گروه آزمایش، تحت آموزش مدیریت استرس به شیوه شناختی-رفتاری طی ۱۰ جلسه قرار گرفتند و گروه گواه تحت هیچ برنامه آموزشی قرار نگرفت. **یافته‌ها:** نتایج به دست آمده از تحلیل کواریانس حاکی از اثربخشی آموزش مدیریت استرس به شیوه شناختی-رفتاری در کاهش اضطراب و اضطراب فراگیر گروه آزمایش در مقایسه با گروه گواه می‌باشد. **نتیجه‌گیری:** با توجه به نتایج فوق که نشان‌دهنده اثربخشی درمان مدیریت استرس به شیوه شناختی-رفتاری بر اضطراب و اضطراب فراگیر است، می‌توان از این شیوه درمانی به عنوان یک درمان اثربخش بر کاهش اضطراب و اضطراب فراگیر معتادین استفاده نمود.

کلیدواژه‌ها: مدیریت استرس، شناختی-رفتاری، اضطراب، اضطراب فراگیر، معتادان

۱. نویسنده مسئول: دانشجوی دکتری روانشناسی عمومی دانشگاه محقق اردبیلی. پست الکترونیک: nazanineZahra@gmail.com

۲. دانشجوی دکتری روانشناسی تربیتی دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن

۳. دکترای روان‌شناسی عمومی دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات تهران

۴. کارشناسی ارشد روانشناسی شخصیت دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم تحقیقات

۵. دانشجوی کارشناسی ارشد آمار دانشگاه علامه طباطبایی

مقدمه

اعتیاد به مواد مخدر و اخیراً اعتیاد به مواد محرک و مواد صنعتی که تغییر دهنده خلق و خو و رفتار می باشد یکی از بارزترین آسیب های روانی-اجتماعی است که به راحتی می تواند بنیان زندگی فردی، خانوادگی، اجتماعی و فرهنگی یک جامعه را از بین برده و پویایی و فعالیت انسان ها و نیروی کار و انگیزه ها و علایق افراد را به مخاطره اندازد و امکانات مادی و معنوی افراد و جوامع را صرف ارائه خدمات به این افراد و بازپروری آنها کند. همچنین به طور غیر مستقیم باعث از دست دادن نیروی انسانی آن جامعه نیز می شود. سوء مصرف مواد و وابستگی و اعتیاد به آن اختلالی پیچیده است که با علل و آثار زیستی، روانی، اجتماعی و معنوی همراه است (حسینی المدنی، ۱۳۹۱). بسیاری از تحقیقات نشان داده اند که اختلال سوء مصرف مواد دارای پیش آگهی نامطلوبی است و هزینه های درمانی هنگفتی را به خانواده ها و جامعه چه به صورت مستقیم و چه به صورت غیر مستقیم تحمیل می کند. حداقل نیمی از افراد درمان شده تا شش ماه بعد از درمان دوباره به این بیماری مبتلا می شوند و این میزان برای یک سال پس از درمان ۷۵ درصد است (وزیریان و مستشاری، ۲۰۰۳؛ به نقل از حسینی المدنی، احدی، کریمی، بهرامی و معاضدیان، ۱۳۹۱). با توجه به هزینه ها و آسیب های فردی اجتماعی و اقتصادی سوء مصرف مواد، لازم است از درمان های مقرون به صرفه تر و پیشگیری استفاده شود. مهم ترین مداخلات جهت اختلالات سوء مصرف مواد، مداخلات دارویی، روان شناختی و اجتماعی است (مک کی^۱، ۲۰۰۷). با توجه به این تحقیقات، مدیریت استرس با رویکرد شناختی-رفتاری می تواند به عنوان یک درمان روان شناختی مقرون به صرفه مدنظر قرار گیرد. اختلال اضطراب فراگیر، اختلال اضطراب پایه نیز نامیده می شود، به معنای دیگر اختلال اضطراب فراگیر جزئی از دیگر اختلالات اضطرابی تعریف می شود و علیرغم اهمیت این اختلال، به تازگی شاهد آن هستیم که ارزیابی درمان های روان شناختی مؤثر برای این اختلال آغاز شده است و تنها در چند سال اخیر شواهدی بدست آمده است که ما می توانیم این مشکل را با موفقیت درمان کنیم. توجه به این که اختلال اضطراب فراگیر

یک اختلال مزمن است، لذا می‌توان گفت این موضوع پیشرفت مهمی در علم روانشناسی و روانپزشکی محسوب می‌شود (بروان، آلیری و بارلو^۱، ۲۰۰۱).

از مشخصه‌های اصلی اختلال اضطراب فراگیر حضور مداوم اضطراب، عصبانیت و نگرانی کنترل‌ناپذیر است که در طول ۶ ماه، اکثر روزها، این حالت در فرد مشاهده می‌شود. علائم اختلال اضطراب فراگیر عبارتند از بی‌قراری، پرخاشگری، انقباض عضلانی، خستگی و آشفتگی‌های خواب و اشکال در تمرکز (کسلر^۲ و همکاران، ۲۰۰۵). شیوع اختلال اضطراب فراگیر در طیف سه تا هشت درصد است و نسبت مرد به زن در این اختلال دو به یک است (کاپلان و سادوک، ۲۰۰۳؛ ترجمه رفیعی و رضاعی، ۱۳۸۲). بیماران مبتلا به اختلال اضطراب و اضطراب فراگیر ناهنجاری‌های شناختی دارند که باعث از بین رفتن توانایی آنها برای ارتباط مؤثر با نشانه‌های همراه با اختلال اضطراب فراگیر و دیگر جنبه‌های محیط می‌شود. به عنوان مثال در این بیماران، نگرانی مانع پردازش طبیعی اطلاعات در زمان به کارگیری توجه، حافظه یا مهارت‌های حل مسئله می‌شود. در نتیجه بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر احتمال بیشتری دارد تا به طور ناصحیحی محرک‌های بیرونی را به صورت خطر یا تهدید آمیز تفسیر کنند. روان‌درمانی برای کمک به بیماران برای رشد دادن راهبردهای رفتاری و شناختی ایجاد شده است تا به طور مؤثری نشانه‌های جسمی و شناختی بازدارنده عملکرد بهنجار را کنترل کنند. بنابراین، می‌تواند به عنوان یکی از بهترین روش‌ها برای درمان اضطراب و اضطراب فراگیر به کار رود (گرمن^۳، ۲۰۰۳).

اختلال اضطراب فراگیر با مسائل ثانوی همراه است. باتلر و همکاران (۱۹۸۷)؛ به نقل از کلارک، فریورن و کریستوفر^۴، ۱۳۸۰) دریافتند که بیمارانی که بر طبق معیارهای DSM-III-R اضطراب و اضطراب فراگیر داشتند، از نظر اجتماعی مضطرب، مأیوس و افسرده بودند و اعتماد به نفس نداشتند. افراد مبتلا به اضطراب و اضطراب فراگیر ممکن است مشکلات وابسته دیگر نیز داشته باشند که هر کدام از این مشکلات، ممکن است بر انگیزنده یک

1. Brown, O'Leary & Barlow
3. German

2. Kessler
4. Clark, Christopher & Fairburn

چرخه نگرانی را بوده و احتمال دارد که تمامی این فرایندها باعث شود که بیمار احساس آسیب پذیری و گیجی کند (کلارک، فریورن و کریستوفر، ۱۳۸۰).

اختلال اضطراب فراگیر یکی از مهم ترین مسائل مورد توجه سازمان های بهداشت جهانی است. تعداد زیادی از پژوهش ها در سراسر دنیا نشان داده اند که اختلال اضطراب و اضطراب فراگیر در مقایسه با اختلال افسردگی اساسی، صدمات حرفه ای، فیزیکی و اجتماعی اساسی تر را در بر می گیرد (بلنگر^۱ و همکاران، ۲۰۰۱). ملاک های تشخیصی اضطراب فراگیر وابسته به وجود دو نشانه اصلی است: ۱- نگرانی (اشتغال با افکار منفی که در آینده اتفاق می افتد) ۲- برانگیختگی فیزیولوژیکی (تنش ماهیچه، اشفتگی خواب). علاوه بر نگرانی مفرط، گسترده و غیر قابل کنترل، افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر نشانه های روان شناختی و جسمی دیگر اضطراب را نیز تجربه می کنند به طوری که اضطراب فراگیر اغلب با اختلالات اضطرابی دیگر همراه می شود. از جمله نشانه های روان شناختی که افراد مبتلا تجربه می کنند تحریک پذیری، تمرکز پایین، حساسیت بالا به صدا و اشفتگی های خواب است. نشانه های جسمی اضطراب فراگیر می تواند در اشکال مختلف مانند سیستم خود مختار بیش فعال ظاهر شود که منجر به خشکی دهان، عرق کردن، تپش قلب، تکرر ادرار و ناراحتی های معده می شود. همچنین افزایش تنش ماهیچه همراه همیشگی اضطراب دائم است و ممکن است به صورت بی قراری، ناتوانی در استراحت، سردرد و دردهای مزمن در شانه ها و پشت تجربه شود (گلدر^۲ و همکاران، ۲۰۰۶). امروزه دو گروه درمان برای اختلال اضطراب فراگیر وجود دارد. اولین گروه روان درمانی ها مانند تمرینات آرام سازی^۳، درمان شناختی و درمان شناختی-رفتاری هستند و دومین گروه درمان های دارویی مانند بنزودیازپین ها^۴، بوسپیرون^۵، و ضد افسردگی ها مانند ونلافاکسین^۶ و پاروکستین^۷ است (گرمن، ۲۰۰۳). درمان های روان شناختی اولیه تظاهرات جسمی اضطراب را هدف قرار می دهند، مثل افزایش تنش فیزیکی از طریق تکنیک های آرام سازی (بارلو، راپه^۸، براون، ۱۹۹۲). بروکووک^۹ و ویزمن^{۱۰} (۱۹۹۶) اشاره

1. Ballenger
5. Buspirone
9. Brokovec

2. Grlder
6. Venlafaxine
10. Whisman

3. Relaxation
7. Paroxetine

4. Benzodiazpines
8. Rapee

می‌کنند که درمان شناختی رفتاری نتایج معنادار بالینی و آماری بدست می‌دهد که ۶ تا ۱۲ ماه پایدار می‌ماند. بنابراین، استفاده از آرام‌سازی به همراه درمان شناختی-رفتاری اغلب نیاز به دارو را کاهش می‌دهد و فایده بیشتری در مقایسه با روان‌درمانی‌ها دارد. برخی مطالعات همچون لیندن^۱ و همکاران (۲۰۰۵) سودمندی درمان شناختی-رفتاری را برای اختلال اضطراب و اضطراب فراگیر نشان داده‌اند. از سوی دیگر، مطالعات نشان داده است که درمان شناختی-رفتاری چه به صورت فردی و چه به صورت گروهی مؤثر است (کراسک^۲ و بارلو، ۱۹۹۰). پژوهش‌های دورهم^۳ (۲۰۰۲)، بوتلر^۴ و همکاران (۱۹۹۱)، پاور^۵ و همکاران (۱۹۹۰) لیندرزی^۶ و همکاران (۱۹۸۷) در درمان بیماران مبتلا به اختلال اضطراب و اضطراب فراگیر نشان داد که درمان‌های شناختی-رفتاری مؤثرتر و کارآمدتر از درمان‌های دارویی هستند. این پژوهشگران به این نتیجه رسیدند که درمان‌های شناختی-رفتاری برای درمان اختلال اضطراب و اضطراب فراگیر، تأثیر مطلوبی روی کاهش اضطراب و افکار نگران‌کننده می‌گذارد و آثار سودمند آن پس از یک دوره پیگیری ۱۲-۶ ماهه ادامه می‌یابد (مطلق و اسدی، ۱۳۸۸). همچنین جوهری فرد، گودرزی و ضمیری (۱۳۸۸) به بررسی تاثیر درمان شناختی-رفتاری گروهی بر اضطراب و نگرش‌های ناکارآمد بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر پرداختند. نتایج مطالعه آن‌ها حاکی از اثر بخشی درمان شناختی-رفتاری گروهی بر کاهش اضطراب و نگرش‌های ناکارآمد بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر بود. در پژوهش دیگری مطلق و اسدی (۱۳۸۷) به بررسی تأثیر رفتار درمانی-شناختی در کاهش اضطراب دختران نوجوان با اختلال اضطراب فراگیر پرداختند. نتیجه پژوهش آن‌ها نشان داد که درمان شناختی-رفتاری سبب کاهش اضطراب در دختران نوجوان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر می‌شود. به طور کلی درمان رفتاری-شناختی به صورت فردی یا گروهی در درمان اضطراب و اضطراب فراگیر مؤثر است چرا که هدف این روش تغییر الگوهای فکری و واکنش‌های فیزیکی فرد در موقعیت‌های اضطراب‌زا است. زلوتنیک^۷ (۲۰۰۱) در پژوهشی به این نتیجه دست یافت

که مدیریت شناختی-رفتاری استرس باعث مهارت‌های مقابله‌ای سازگارانه‌تر می‌شود. در پژوهشی که توسط احمد خانی‌ها و همکاران (۱۳۸۵) انجام شد، نتایج نشان داد که تأثیر درمان شناختی-رفتاری در کاهش مواد تا ماه‌ها پس از پایان درمان ادامه می‌یابد. برخی پژوهش‌ها نشان داده‌اند که آموزش مدیریت استرس به شیوه شناختی-رفتاری در کاهش میزان برگشت و عود معتادین موثر است (سوزان، ۲۰۰۸؛ مومنی، ۱۳۸۸). نتایج تحقیق عاشوری (۱۳۸۷) نیز نشان داد که درمان شناختی-رفتاری در بهبود سبک‌های مقابله‌ای و پیشگیری از بازگشت افراد سوءمصرف‌کننده مؤثر است. با وجود این که تحقیقات زیادی نشان داده‌اند که مدیریت استرس به شیوه شناختی رفتاری در پیشگیری از عود، بهبود سبک‌های مقابله‌ای و کاهش مصرف مواد مؤثر است، اما به نظر می‌رسد که هیچ تحقیقی به بررسی تأثیر مدیریت استرس به شیوه شناختی رفتاری در کاهش اضطراب فراگیر معتادین نپرداخته است. بنابراین، هدف از پژوهش حاضر بررسی اثربخشی آموزش مدیریت استرس به شیوه شناختی-رفتاری بر کاهش اضطراب معتادان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر بود.

روش

جامعه، نمونه، و روش نمونه‌گیری

جامعه مورد مطالعه کلیه معتادین زن ۲۵-۳۵ سال مراجعه‌کننده به مراکز درمانی خودمعرف شهر تهران است که حداقل یک بار اقدام به ترک اعتیاد کرده‌اند و مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر می‌باشند. از این بین ۲۴ نفر با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. کلیه افراد دو پرسشنامه DASS-21 و GAD-7 را تکمیل نمودند و پس از بررسی‌های آماری، افرادی که شدت اضطراب آنها بالاتر بود انتخاب شده و به هر کدام از افراد عدد ۱-۲۴ را داده و به صورت تصادفی در گروه آزمایش و گواه جایگزین شدند. هر دو گروه یک بار قبل و یک بار بعد از انجام برنامه درمانی، پرسشنامه‌های مذکور را تکمیل کردند. به منظور انجام پژوهش، آزمودنی‌های گروه آزمایش، برنامه آموزشی مدیریت استرس به شیوه شناختی رفتاری را طی مدت ۱۰ جلسه ۲ ساعته و به صورت

هفتگی تجربه کردند. در این مدت گروه گواه هیچ گونه آموزشی دریافت نکرد و در انتظار به سر می برد. در جلسات ابتدایی با منابع استرس زا، پاسخ به استرس، پیامدهای استرس و آرام سازی، تصویر سازی و ایفای نقش آشنا شدند. جلسات بعدی مبتنی بر درمان های شناختی-رفتاری بود و برای این منظور اعضای گروه با ارتباط بین فکر، احساس و رفتار، نحوه شناسایی افکار و خودگویی های تحریف شده، بازسازی افکار و جایگزینی افکار منطقی تر آشنا شدند. پس از پایان جلسات، گروه گواه و آزمایش مجددا مورد ارزیابی قرار گرفتند.

ابزار

۱- پرسشنامه اضطراب، افسردگی و استرس: این پرسشنامه فرم کوتاه شده پرسشنامه ۴۲ سوالی است و از ۲۱ عبارت مرتبط با عواطف منفی تشکیل شده است. مطالعات زیادی جهت سنجش ویژگی های روانشناختی این پرسشنامه انجام شده است. در پژوهش براون و همکاران که بر روی نمونه بالینی ۴۳۷ نفری انجام شده است اعتبار سه زیرمقیاس افسردگی، اضطراب و استرس به ترتیب ۰/۷۱، ۰/۷۹ و ۰/۸۲ گزارش شده است. پژوهش لوی باند و لوی باند (۱۹۹۵)؛ به نقل از اصغری مقدم، فواد، دیباج نیا و زنگنه، (۱۳۸۶) بر روی یک نمونه بزرگ غیر بالینی (۲۹۱۴ نفر) اجرا شد، و نشان داد که ضرایب همسانی درونی که با استفاده از آلفای کرونباخ محاسبه شده برای هر سه مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس به ترتیب ۰/۹۱، ۰/۸۴ و ۰/۹۰ است. براون و همکاران (۱۹۹۷)؛ به نقل از اصغری مقدم و همکاران، (۱۳۸۶) ضرایب بازآزمایی سه زیرمقیاس این پرسشنامه را که با فاصله زمانی دو هفته در نمونه ای مرکب از ۲۰ بیمار بین ۰/۸۱-۰/۷۱ ذکر کرده اند. در ضمن همبستگی های معنادار بین مقیاس کلی افسردگی و اضطراب این پرسشنامه با مقیاس های افسردگی بک و پرسشنامه اضطراب گزارش شده است. این پرسشنامه قادر به تفکیک افسردگی از اضطراب است و به دلیل عدم وجود آیتم های سوماتیک در ارزیابی افسردگی از بیش برآوردی افسردگی در بیماران مختلف جلوگیری می کند. نمره گذاری سوالات به صورت لیکرتی از ۳ تا ۰ می باشد که نمرات بالاتر نشان دهنده وجود مشکلات بیشتر است (اصغری مقدم و همکاران، ۱۳۸۶).

۲- پرسشنامه اضطراب فراگیر: پرسشنامه GAD-7 پرسشنامه هفت سؤالی است که به طور اختصاصی برای سنجش اختلال اضطراب فراگیر توسط اسپیتزر و همکاران (۲۰۰۶) ساخته شده است. برای نمره دهی این آزمون از مقیاس های درجه بندی شده با چهار گزینه شامل هیچ وقت، چند روز، بیش از نیمی از روزها و تقریباً هر روز که به ترتیب نمره (۰، ۱، ۲، ۳) را دریافت می دارند، استفاده شده است. در این پرسشنامه یک سؤال به عنوان سؤال ۸ و ضمیمه ارائه شده است، که به این نکته می پردازد که هر یک از مشکلات مطرح شده تا چه اندازه در انجام کارها، امور مرتبط با خانه و یا ارتباط با دیگران مشکل ایجاد کرده است. برای نمره دهی به پرسش کلی هم از مقیاس های درجه بندی شده با چهار گزینه، به هیچ وجه، تاحدی، تاحد زیادی، و فوق العاده خیلی زیاد استفاده شده است. هر کدام از هفت سؤال اصلی مقیاس GAD-7 به بررسی وضعیت روانی و مشکلات آزمودنی در دو هفته گذشته در موارد زیر می پردازد: سؤال اول: میزان اضطراب و عصبیت؛ سؤال دوم: میزان عدم کنترل و نگرانی؛ سؤال سوم: مدت نگرانی؛ سؤال چهارم: مدت عدم حفظ آرامش آزمودنی؛ سؤال پنجم: مدت بی قراری آزمودنی؛ سؤال ششم: مدت زمانی که آزمودنی به سرعت عصبی و بد خلق شده است؛ و سؤال هفتم: مدتی که آزمودنی از رخ دادن یک اتفاق ناگوار ترس داشته است را می سنجد (شریفی، ۱۳۸۷). روایی همگرا مقیاس کوتاه اختلال اضطراب فراگیر با پرسشنامه اضطراب حالت - صفت اسپیلبرگر برای اضطراب حالت برابر ۰/۷۱ و برای اضطراب صفت برابر ۰/۵۲ و با زیرمقیاس ۱۲ ماده ای از چک لیست نشانه های بالینی (SCL-90-R) برابر ۰/۶۳ به دست آمده است (نائینیان، شعیری، شریفی و هادیان، ۱۳۹۰). نتایج آزمون GAD-7 از طریق آلفای کرونباخ برای نیمه اول و برای نیمه دوم به ترتیب ۰/۸۲ و ۰/۷۴ و برای همبستگی بین دو نیمه برابر با ۰/۷۷ بوده است. همچنین ضریب اسپیرمن-براون و گاتمن با مقیاس GAD-7 به ترتیب ۰/۸۷ و ۰/۸۷ و اعتبار دو نیمه سازی در جمعیت دانشجویی از طریق بازآزمایی پس از دو هفته ۰/۶۰ بوده است. اعتبار سازه مقیاس GAD-7 بر اساس تحلیل عاملی انجام شده، هم چنین تحلیل عاملی این مقیاس بیانگر اشباع آن از یک عامل می باشد (نائینیان و همکاران، ۱۳۹۰).

روند اجرا

به منظور انجام پژوهش، آزمودنی‌های گروه آزمایش، ۱۰ جلسه درمان به شیوه شناختی- رفتاری را به صورت جلسات یک‌بار در هفته دریافت کردند. در این مدت گروه گواه در انتظار به سر بردند. روش مدیریت استرس به شیوه شناختی- رفتاری در سال ۱۹۸۰ توسط گروه درمانگرهای رفتاری دانشگاه میامی برای کمک به بیماران مبتلا به ایدز جهت مقابله با مسائل این بیماری مزمن به وجود آمد (کارلسون، ۲۰۰۶). برنامه مدیریت استرس به شیوه شناختی- رفتاری انواع گوناگون آرمیدگی (برشتاین و برکووک، ۱۹۷۳)، تصویرسازی و دیگر تکنیک‌های کاهش اضطراب را با رویکردهای شناختی- رفتاری معمول، مانند بازسازی شناختی (بک واری، ۱۹۷۹)، آموزش مقابله مؤثر (فولکمن و دیگران، ۱۹۹۱)، آموزش ابرازگری و مدیریت خشم (ایرونسون و دیگران، ۱۹۸۹) ترکیب کرده است (آنتونی، ایرونسون و اشنایدرمن، ۱۳۸۸).

یافته‌ها

جدول ۱ آماره‌های توصیفی متغیرهای مورد مطالعه را به تفکیک گروه ارائه کرده است.

جدول ۱: آماره‌های توصیفی متغیرهای مورد مطالعه به تفکیک گروه

متغیرها	مرحله	میانگین گروه گواه	انحراف استاندارد	میانگین گروه آزمایش	انحراف استاندارد
اضطراب	پیش آزمون	۱۷/۳۳	۱/۶۷	۱۷/۳۳	۱/۸۳
	پس آزمون	۱۷/۵۰	۱/۳۸	۱/۶۷	۰/۸۹
نمره کلی اضطراب	پیش آزمون	۵۰/۵۸	۵/۳۳	۵۱/۷۵	۱/۹۶
	پس آزمون	۵۲/۰۸	۲/۷۵	۵/۲۵	۱/۴۸
اضطراب فراگیر	پیش آزمون	۱۹/۷۵	۱/۷۶	۱۹/۷۵	۱/۷۱
	پس آزمون	۲۰/۴۲	۰/۷۹	۲/۹۲	۱/۹۷

برای بررسی اثربخشی مداخله درمانی از تحلیل کواریانس به شرح زیر استفاده شد.

جدول ۲: نتایج تحلیل کواریانس تأثیر عضویت گروهی بر بهبود اضطراب

متغیرها	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آماره F	معناداری	مجذوراتا
اضطراب	۱	۱۵۰۴/۱۷	۱۱/۲۵	۰/۰۰۱	۰/۹۸
نمره کلی اضطراب	۱	۱۲۸۵۳/۸۴	۲۵/۲۱	۰/۰۰۱	۰/۹۹
اضطراب فراگیر	۱	۱۸۳۷/۵۰	۷/۸۹	۰/۰۰۱	۰/۹۷

همانگونه که در جدول فوق مشاهده می‌شود مداخله درمانی توانسته است در کاهش اضطراب، نمره کلی اضطراب و اضطراب فراگیر موثر باشد. با توجه به آماره‌های توصیفی می‌توان گفت: آموزش مدیریت استرس به شیوه شناختی-رفتاری در بهبود اضطراب فراگیر معنادارین اثربخش بوده است.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر به منظور بررسی اثر درمان شناختی-رفتاری بر اضطراب معنادارین مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر انجام شد. برای درمان اختلال اضطراب فراگیر دو تکنیک اولیه به کار گرفته شد: آرام‌سازی یا بیوفیدبک برای کاهش تنش فیزیولوژیکی و برانگیختگی و درمان-شناختی برای کاهش افکار نگران‌کننده همراه با اضطراب فراگیر (بک، ۱۹۷۶؛ به نقل از هوپرت^۱ و ساندرسون، ۲۰۰۹). اغلب پروتکل‌های درمان شناختی-رفتاری که برای درمان اضطراب فراگیر به کار گرفته شده است این دو راهبرد را با هم تلفیق کرده است. در بررسی‌های اولیه کارآمدی درمان شناختی-رفتاری و راهبردهای مربوط با آن بیشترین حمایت را در کاهش نگرانی و اضطراب این گروه از بیماران دریافت داشته‌اند. به طوری که بورکویک و روسیو (۲۰۰۱؛ به نقل از هوپرت و ساندرسون، ۲۰۰۹) در فراتحلیلی که در مورد درمان‌های به کار گرفته شده برای اضطراب فراگیر انجام دادند به این نتیجه رسیدند که درمان شناختی-رفتاری برای درمان اضطراب فراگیر مؤثرترین درمان در جهت درمان نشانه‌های اضطراب است و ترکیب درمان شناختی و رفتاری مؤثرتر از به کارگیری هر کدام از درمان‌ها به تنهایی می‌باشد.

نتایج بدست آمده در پژوهش حاضر نشان داد که مدیریت استرس به شیوه شناختی- رفتاری سبب کاهش اضطراب و اضطراب فراگیر در معتادین مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر می‌شود. نتایج پژوهش حاضر با نتایج دورهام و همکاران (۲۰۰۳) همسو است. دورهام و همکاران (۲۰۰۳) در پژوهش خود نشان دادند که درمان شناختی- رفتاری اثرات دراز مدت بر اختلال اضطراب فراگیر دارد. همچنین مطالعه لادوسر^۱ و همکاران (۲۰۰۰) نشان داد که درمان شناختی- رفتاری منجر به تغییرات آماری و بالینی معنادار و باعث کاهش یافتن اضطراب افراد مبتلا می‌شود. همچنین نتایج مطالعه آن‌ها نشان داد که ۷۷ درصد از شرکت کنندگان در پیگیری ملاک‌های تشخیصی اختلال اضطراب فراگیر را نداشتند. همچنین پژوهش حاضر با نتایج فراتحلیل کوین^۲ و همکاران (۲۰۰۸) در مورد اثر درمان شناختی- رفتاری بر نگرانی مرضی بیماران مبتلا به اختلال اضطراب و اضطراب فراگیر همسو است. آن‌ها دریافتند که درمان شناختی- رفتاری می‌تواند درمان کاملاً مؤثری برای کاهش نگرانی مرضی این بیماران باشد. همچنین نتایج بدست آمده با نتایج فراتحلیل میت^۳ (۲۰۰۵) همسو است. میت (۲۰۰۵) در مطالعه خود بیان می‌کند که درمان شناختی- رفتاری درمان مؤثر اختلال اضطراب فراگیر است که باعث کاهش نشانه‌های اصلی اضطراب می‌شود و در نتیجه باعث ارتقاء کیفیت زندگی این افراد می‌شود. بورکوویک و روسیو^۴ (۲۰۰۱) در بررسی ۱۳ مداخله بالینی کنترل شده برای روان‌درمانی اختلال اضطراب فراگیر اشاره می‌کنند که درمان شناختی- رفتاری در مقایسه با دیگر موقعیت‌های قابل مقایسه، با کمترین میزان ریزش و بیشترین اندازه اثر درون‌گروهی و بین‌گروهی همراه است. آن‌ها بیان می‌کنند که یافته‌های درمانی که در نتیجه درمان شناختی- رفتاری بدست می‌آید به صورت پایدار باقی می‌ماند، اما زمان میانگین پیگیری‌ها تنها ۹ ماه بوده است. مشخصه اصلی اختلال اضطراب فراگیر نگرانی و ترسی است که بیش از حد مورد انتظار است. نگرانی‌ها اغلب گسترده است، به صورتی که مسائل زندگی روزانه را در بر می‌گیرد و مرکز نگرانی در طی زمان تغییر می‌کند. برای فرد مضطرب کنترل اضطراب مشکل است و این موضوع می‌تواند به کاهش عملکرد اجتماعی و شغلی

1. Ladouceur

2. Covin

3. Mitt

4. Borkovec & Ruxcio

منجر شود (بیتران^۱ و همکاران، ۲۰۰۹). عملکرد اجتماعی و شغلی بخش مهمی از فعالیت‌های جمعیت معتادین به شمار می‌رود؛ همچنین این قشر از جامعه در مقابل فشارهای زندگی دچار آسیب پذیری خاصی هستند. اضطراب ناشی از زندگی معتادین و اثراتی که روی سلامت روانی معتادین می‌گذارد در سال‌های اخیر آشکارا توجه پژوهشگران را به خود جلب کرده است. اختلال اضطراب فراگیر اختلالی است که معمولاً در دوران کودکی شروع می‌شود و در نوجوانی و بزرگسالی به سطوح بالینی می‌رسد (راپه^۲، ۲۰۰۱) در نتیجه اثر مثبت درمان شناختی-رفتاری بواسطه سن مبتلایان به اختلال اضطراب فراگیر میانجیگری می‌شود به صورتی که بیماران جوان‌تر به طور مطلوب‌تری به درمان شناختی-رفتاری در مقایسه با بیماران مسن‌تر پاسخ می‌دهند (کوین و همکاران، ۲۰۰۸) این موضوع نقطه قوتی است که می‌توان از آن برای یاری به این قشر معتادین جامعه استفاده کرد. استفاده از نمونه گیری در دسترس و عدم تمایل و همکاری معتادان در تکمیل پرسشنامه‌ها و حضور در جلسات درمان از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر بود. همچنین اجرای مطالعه روی نمونه زنان، امکان تعمیم یافته‌ها را به نمونه مردان معتاد محدود می‌کند. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی اثربخشی آموزش مدیریت استرس بر سایر اختلالات اضطرابی که همبودی بالایی با اعتیاد دارند نیز بررسی شود. همچنین آموزش مدیریت استرس در مقایسه با سایر درمان‌های رایج و همچنین درمان‌های ترکیبی روی بیماران معتاد که مبتلا به اختلالات اضطرابی نیز هستند اجرا شود.

منابع

- آنتونی، مایکل؛ ایرونسون، گیل؛ اشنایدرمن، نیل. (۱۳۸۸). راهنمای عملی مدیریت استرس به شیوه شناختی- رفتاری، ترجمه جواد آل محمد، سولماز جوکار و حمیدظاهر نشاطدوست، اصفهان: انتشارات جهاد دانشگاهی واحد اصفهان.
- احمدخانی‌ها، حمیدرضا؛ قرائی‌پور، منوچهر و پناغی، لیلیا (۱۳۸۵). اثربخشی مدیریت وابستگی و درمان شناختی- رفتاری در وابستگی به مواد افیونی. مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران. ۱۲(۱)، ۳-۸.
- جوهری فرد، رضا؛ گودرزی، محمد علی؛ ضمیری، امین (۱۳۸۸). تأثیر درمان شناختی- رفتاری گروهی بر اضطراب و نگرش‌های ناکارآمد بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر. یافته‌های نو در روانشناسی، ۲(۶)، ۹۴-۸۱.

حسینی المندنی، سید علی (۱۳۹۱). تاب آوری، سبک‌های هویتی، و صفات شخصیتی در افراد معتاد (مصرف کنندگان مواد محرک، مصرف کنندگان مواد افیونی، افراد بهبودیافته) و افراد غیر معتاد. رساله دکتری روانشناسی. چاپ نشده، دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات تهران.

حسینی المندنی، سید علی؛ احدی، حسن؛ کریمی، یوسف؛ بهرامی، هادی و معاضدیان، آمنه (۱۳۹۱). مقایسه تاب آوری، سبک‌های هویتی، معنویت، و حمایت اجتماعی ادراک شده در افراد معتاد، غیر معتاد، و بهبود یافته. مجله اعتیاد پژوهی، ۲۱، ۶۸-۵۱.

کاپلان، هارولد؛ سادوک، نیامین (۱۳۸۲). خلاصه روانپزشکی بالینی. (جلد اول، دوم و سوم) ترجمه حسن رفیعی و فرزین رضاعی (۲۰۰۳). تهران: انتشارات ارجمند.

اصغری مقدم، محمدعلی؛ ساعد، فواد؛ دیاج نیا، پروین و زنگنه، جعفر (۱۳۸۷). بررسی اعتبار و پایایی مقیاس‌های افسردگی، اضطراب و استرس DASS-21 در جمعیت غیر بالینی. مجله دانشور. ۳۱، ۳۳-۳۸.

شریفی، معصومه (۱۳۸۷). بررسی روایی و اعتبار مقیاس هفت سؤالی اضطراب فراگیر (GAD-7)، پایان‌نامه کارشناسی بالینی، دانشگاه شاهد.

عاشوری، احمد (۱۳۸۷). بررسی اثربخشی درمان گروهی شناختی-رفتاری بر بهبود مهارت‌ها، سلامت روانی و پیشگیری از عود در افراد وابسته به مواد افیونی. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی. چاپ نشده، دانشگاه شیراز.

علیرضایی مطلق، مرجان و اسدی، زینب (۱۳۸۸). تأثیر رفتار درمانی شناختی در کاهش اضطراب دختران نوجوان با اختلال اضطراب فراگیر. پژوهش در حیطه کودکان استثنایی، ۱۸، ۲۵-۳۴.

کلارک، ام دیوید؛ فربورن، ج کریستوفر (۱۹۹۷). دانش و روشهای کاربردی رفتاردرمانی شناختی. ترجمه حسین کاویانی (۱۳۸۰)، تهران: انتشارات فارس

مؤمنی، فرشته (۱۳۸۸). اثربخشی درمان شناختی-رفتاری گروهی بر کاهش میزان اشتیاق و بهبود کیفیت زندگی معتادان به مواد افیونی تحت درمان نگهدارنده با متادون. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی. چاپ نشده، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.

نائینیان، محمدرضا؛ شعیری، محمدرضا؛ شریفی، معصومه و هادیان، مه‌ری (۱۳۹۰). بررسی پایایی و اعتبار مقیاس کوتاه اختلال اضطراب فراگیر. روانشناسی بالینی و شخصیت، ۲ (۴)، ۴۱-۵۰.

Barlow, D. H., Rapee, R. M., Brown, T. A. (1992). Behavioral treatment of generalized anxiety disorder. *Behavior Therapy*, 23, 551-570.

Ballenger, J. E., Davidson, J. R. T., Lecrubier, Y., Nutt, D. J., Borkovec, T. D., Rickels, K. (2001). Consensus statement on generalized anxiety disorder from the international consensus group on depression and anxiety. *Journal of Clinical Psychiatry*, 62, 53-58.

- Bitran, S., Barlow, D. H. & Spiegel, D. A. (2009). *Generalized anxiety disorder*. In *New Oxford Textbook of Psychiatry* (eds M. G. Gelder, M. G. Andreasen, J. J. Lopez-Ibor & J. R. Geddes), pp. 729–739. New York: Oxford University Press.
- Borkovec, T. D. & Ruscio, A. M. (2001). Psychotherapy for generalized anxiety disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 62(11), 37–42.
- Borkovoc, T., Whimsn, M. (1996). *Psychological treatment for GAD*. In: mavissakalian, M., Prien, R.F., eds. Long term treatment for anxiety disorders. Washington DC, American Psychiatry Press.
- Brown, T. A., O'leary, T. A., Barlow, D.H. (2001). *Generalized anxiety disorder*. Clinical Handbook of psychological disorder. Third Edition. A step by step treatment manual. Guilford pub.
- Butler, G., Fennel, M., Robson, P; Gelder, M. (1991). Comparison of behavior therapy in the treatment of generalized anxiety disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 167-173.
- Covin, R., Ouimet, A. J. Seeds, P. M., Dozois, D. J. A. (2008). A meta- analysis of CBT for pathological worry among clients with GAD. *Journal of Anxiety Disorders*, 22(1), 108-116.
- Craske, M. G., & Barlow, T. H. (1990). *The rapist's guide for the mastery of your anxiety and panic*. Albany, Gay winds Publications.
- Durham, C. (2002). Treatment of generalized anxiety disorder. *Journal of Health line*, 95, 176-181.
- Durham, R. C., Chambers, J. A., Macdoland, R. R., Power, K. G., Major, K. (2003). Does Cognitive- behavioral therapy influence the long-term outcome of generalized anxiety disorders? An 8-14 year follow-up of two clinical trials. *Psychological Medicine*, 33, 499-509.
- Gelder, M., Harrison, P. & Cowen, P. (2006) *Shorter Oxford Textbook of Psychiatry*. London: Oxford University Press.
- Gorman, J. M. (2003). Treating Generalized anxiety disorder. *Clinical psychiatry*, 64, 24-29.
- Huppert, D. J. Sanderson, W. C. (2009). *Psychotherapy for generalized anxiety disorder*: In Stein, D. Hollar, E. Rothbaum, B. O. Editor. Text book of anxiety disorders. American psychiatric publishing, Inc.
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, R., Merikangas, K. R., Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age of onset distributions of DSM-IV disorders in the national co morbidity survey replication. *Archives of General Psychiatry*, 62, 593-602.
- Ladouceur, R. Dugas, M. J. Freeston, M. H., Leger, E., Gagnon, F., Thibodeau, N. (2000). Efficacy of a cognitive-behavioral treatment for Generalized Anxiety Disorder Evaluation in controlled clinical trial. *Journal of consulting and clinical psychology*, 68(6), 957-964.
- Linden, M., Zabraegel, D., & Baer, T. (2005). Efficacy of cognitive behavior therapy in generalized anxiety disorder. *Psychotherapy Psychosomatic*, 74, 36-42.
- Lindsay, W. R., Gamsu, C. V., Mclaughlin, E., Hood, E. M., Espie, A. C. (1987). A controlled trail of treatment for generalized anxiety disorder. *British journal of Clinical Psychology*, 29, 3-15.

- McKay, J. R. (2007). Lessons learned from psychotherapy research. *Alcoholism: Clinical & Experimental Research*, 3, 83, 48-54.
- Mitte, K. (2005). Meta-analysis of cognitive- behavioral treatments for Generalized Anxiety Disorder: A comparison with pharmacotherapy. *Psychological Bulletin*, 131(5), 785-795.
- Power, K. G., Simpson, R. J., Swanson, V., & Wallace, L. A. (1990). A controlled comparison of cognitive-behavior therapy, Benzodiazepam and placebo alone and in combination for the treatment of generalized anxiety disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 4, 267-292.
- Rapee, R. M. (2001). *Generalised Anxiety Disorder*. In M. W. Vasey & M. R. Dadds (Eds.), New York: Oxford University Press.
- Spitzer, R.L. Kroenke, k. Williams, J. B. W. We, B. (2006). *A brief measure for assessing generalized anxiety disorder*, Arch Intern Med, Vol 166.
- Susan, R. (2008). Comorbidity of substance dependence and depression: Role of life stress and self-efficacy in sustaining abstinence. *Psychology of Addiction Behaviours*, 22(1), 47-57.
- Zlotnick, R. (2001). Twelve Steps to serenity: the stress management aspect of Alcoholics Anonymous. Unpublished Dissertation of PhD, Temple University.