

اثر بخشی درمان شناختی مبتنی بر مدل داگاس بر عدم تحمل بلا تکلیفی، اجتناب شناختی و باورهای مثبت نگرانی در بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر

تاریخ دریافت: ۹۵/۰۶/۳۱

تاریخ پذیرش: ۹۵/۰۹/۰۳

حسین شرافتی*، الهام طاهری**، سیروان اسمائی مجد***، مهدی امیری****

چکیده

مقدمه: اختلال اضطراب فراگیر (GAD)، در دهه گذشته، با پیشرفت و گسترش نظریه های مختلف درباره "نگرانی"، به عنوان یک مؤلفه شناختی بنیادین در این اختلال، بیش از پیش مورد توجه قرار گرفته است. اختلال اضطراب فراگیر، به عنوان یک اختلال مزمن، اغلب چندین سال قبل از افسردگی بروز می کند. اما مطالعات اندکی در خصوص سبب شناسی و مداخلات درمانی این اختلال صورت گرفته است. هدف پژوهش حاضر، بررسی اثر بخشی درمان شناختی مبتنی بر مدل داگاس بر عدم تحمل بلا تکلیفی، اجتناب شناختی و باورهای مثبت نگرانی در بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر بود.

روش: در این پژوهش از طرح تک آزمودنی از نوع خط پایه چندگانه استفاده گردید. نمونه این پژوهش، پنج نفر بیمار مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر بود که ملاک های ورود و خروج را دارا بودند. نمونه گیری پژوهش به صورت در دسترس انتخاب شد. تأیید تشخیص اختلال اضطراب فراگیر بر اساس مصاحبه بالینی ساختار یافته (SCID-I) و تشخیص روانشناس بالینی انجام شد. برای سنجش و ارزیابی قبل و بعد از مداخله شناختی مبتنی بر مدل داگاس از مقیاس عدم تحمل بلا تکلیفی (IUS)، پرسشنامه نگرانی ایالت پنسیلوانیا (PSWQ)، پرسشنامه اجتناب شناختی (CAQ)، پرسشنامه چرا نگرانی (WWQ-II) استفاده شد. به منظور تجزیه و تحلیل داده ها از درصد بهبودی و اندازه اثر استفاده شد.

یافته ها: نتایج حاصل از تجزیه و تحلیل داده ها نشان داد که اندازه اثر محاسبه شده در مقیاس عدم تحمل بلا تکلیفی ۰/۷۲، اجتناب شناختی ۰/۷۹ و باورهای مثبت در مورد نگرانی ۰/۶۶ بود.

نتیجه گیری: از یافته های پژوهش نتیجه گیری می شود که شناخت درمانی به شیوه داگاس توانسته بر روی عدم تحمل بلا تکلیفی، باورهای مثبت در مورد نگرانی و اجتناب شناختی اثر مثبتی داشته باشد و باعث کاهش علائم شده است. همچنین این درمان می تواند یکی از گزینه های مؤثر در کاهش علائم اختلال اضطراب فراگیر (GAD) در کنار سایر مداخلات دارویی باشد.

واژه های کلیدی: درمان شناختی داگاس، اختلال اضطراب فراگیر، عدم تحمل بلا تکلیفی، اجتناب شناختی، باورهای مثبت در مورد نگرانی.

Sherafati.psy@gmail.com

Elhamtaheri85@gmail.com

sirwanasmaee@gmail.com

amirime@mums.ac.ir

* نویسنده مسئول: کارشناس ارشد روانشناسی بالینی دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات تهران (خراسان)

رضوی، نیشابور، ایران

** دکتری روانشناسی

*** استادیار، گروه روانشناسی دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران

**** استادیار، گروه روان پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران

مقدمه

آماري اختلال‌های روانی^۱ شناخته شد، بسیاری از مدل‌ها و رویکردهای شناختی برای درک و بهبود نگرانی افراطی طراحی شده است. هریک از این مدل‌ها تلاش می‌کنند تا جنبه‌های مهمی از باورها، نگرش‌ها، و الگوهای تفکر مرتبط با نگرانی آسیب شناختی در این اختلال را دنبال کنند. اما در تأکید بر عناصر شناختی مختلف نگرانی در اختلال اضطراب فراگیر متفاوت هستند (۹).

اگر چه نتایج پژوهش‌های فرا تحلیلی (۱۰) و جمع‌بندی فیشر^{۱۱} (۱۱) از یازده پژوهش در حوزه شناختی- رفتاری نشان داد که رفتار درمانی شناختی نشان داده است که در درمان GAD از کارایی لازم برخوردار است، در مطالعات پیگیری، تنها ۵۰ درصد از بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر به بهبودی معنادار بالینی دست یافتند (۱۲). اگرچه درمان‌های شناختی رفتاری جزو درمان‌هایی است که به لحاظ تجربی در درمان اختلال اضطراب فراگیر مورد تأیید قرار گرفته‌اند. اما در خوشبینانه‌ترین حالت تنها ۵۰ درصد از بیماران بهبود بالینی چشمگیری را تجربه می‌کنند (۱).

درمان‌های شناختی رفتاری که به طور اختصاصی برای اختلال اضطراب فراگیر طراحی شده‌اند، به نظر می‌رسد که کارآمدتر از درمان‌های شناختی رفتاری کلاسیک باشند. مروری بر نظریه‌ها و یافته‌های اواخر دهه ۱۹۸۰ نشان می‌دهد که درمان‌های شناختی- رفتاری کلاسیک بیشتر بر محتوای نگرانی‌ها و تغییر آنها تأکید دارند و فرآیند شکل‌گیری نگرانی آسیب‌زا و تداوم آن را تبیین نمی‌کنند (۱۳). از بین مدل‌هایی که اخیراً در حوزه شناختی رفتاری برای GAD مطرح شده است، مدل شناختی داگاس^{۱۱} به تمرکز بر علل شکل‌گیری و فرآیند تداوم نگرانی پرداخته‌اند (۱۴).

اختلال اضطراب فراگیر (GAD)^۱، در دهه گذشته، با پیشرفت و گسترش نظریه‌های مختلف درباره "نگرانی"، به عنوان یک مؤلفه شناختی بنیادین در این اختلال، بیش از پیش مورد توجه قرار گرفته است (۱). اختلال اضطراب فراگیر، به عنوان یک اختلال مزمن، اغلب چندین سال قبل از افسردگی بروز می‌کند (۱). نگرانی بیش از حد یک علامت شایع در اختلالات اضطرابی است و ویژگی اصلی اختلال اضطراب فراگیر است (۲) میزان شیوع یک ساله این اختلال در جمعیت نوجوانان و بزرگسالان ایالت متحده به ترتیب ۹٪ و ۲/۹ درصد و در میان جمعیت سایر کشورها در دامنه‌ای از ۳/۹ تا ۴٪ درصد است (۳). پژوهش‌های سازمان بهداشت جهانی^۲ نیز نشان داده‌اند که ۸ درصد از کسانی که خواهان درمان در محیط‌های مراقبت اولیه هستند، دارای ملاک تشخیصی GAD هستند (۴). این اختلال از نظر شیوع پس از افسردگی در رتبه دوم قرار دارد (۵). درصد بالایی از بیماران مبتلا به این اختلال به اشتباه تشخیص دیگری دریافت می‌کنند، به همین دلیل در مقایسه با سایر اختلال‌های اضطرابی، کمتر مورد مطالعه قرار گرفته است (۶). دلیل آن این است که بیماران دچار این اختلال فقط نشانه‌های اختلال اضطراب فراگیر را نشان نمی‌دهند، بلکه میزان همبودی^۳ با سایر اختلال‌ها بسیار بالاست، از این رو با تشخیص‌های دیگر تحت درمان قرار می‌گیرند (۷). همچنین تغییرات پیاپی در مفهوم سازی^۴ و پایایی پایین بین ارزیابان^۵، موجب سردرگمی پژوهشگران علاقه‌مند به این حیطه شده است (۶). کیفیت معماگونه اختلال اضطراب فراگیر، با الگوی بالینی فراگیر بیمناکی اضطراب برانگیز^۶ و بیش برانگیختگی^۷، فقط موجب به تعویق افتادن طراحی و بکارگیری رویکردهای درمانی سیستماتیک شده است (۸) به همین دلیل طراحی درمان‌هایی که به کاهش علائم و نشانه‌های کلی بیماری و افزایش کیفیت زندگی^۸ منجر شود، به یکی از دغدغه‌های پژوهشگران و درمانگران تبدیل شده است (۹).

از منظر تشخیصی و درمان نیز اختلال اضطراب فراگیر (GAD) یکی از چالش برانگیزترین اختلال‌های اضطرابی محسوب می‌شود (۹). از زمانی که اختلال اضطراب فراگیر به عنوان اختلالی مستقل در سومین راهنمای تشخیصی و

- 1- Generalized Anxiety Disorder
- 2- World Health Organization
- 3- comorbidity
- 4- conceptualization
- 5- interrator reliability
- 6- anxious apprehension
- 7- hyperarousal
- 8- quality of life
- 9- Diagnostic and Statistical Manual of mental disorder -3th edition
- 10- Fishter
- 11- Dugas

شناخت درمانی داگاس یکی از مدل های درمانی اخیر است که به مفهوم پردازی سبب شناسی اختلال پرداخته است (۱۴). مدل شناختی داگاس بر اهمیت چهار عامل در تمایز افراد دچار اختلال اضطراب فراگیر و افراد عادی تأکید دارد: عدم تحمل بلاتکلیفی^۱، باورهای مثبت در مورد نگرانی^۲، اجتناب شناختی^۳ و جهت گیری منفی نسبت به مشکل^۴. تمرکز این درمان بر ناتوانی در تحمل بلاتکلیفی در ایجاد علائم و نشانه های اختلال اضطراب فراگیر است (۱۵). در این دیدگاه عدم تحمل بلاتکلیفی ناشی از باور منفی درباره ابهام محسوب می شود (۱۴). موقعیت های اضطراب برانگیز یا مبهم باعث می شوند فرد درگیر سوالات بی پایان (چه می شود اگر؟^۵) می شود. این سوالات معمولاً بدون جواب می مانند. به دلیل اینکه فرد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر نمی تواند بلاتکلیفی را تحمل کند و از طرف دیگر، به نگرانی و پیامدهای مثبت آن باور دارد، دچار نگرانی می شود (۱۵). این نگرانی همراه با احساس اضطراب منجر به جهت گیری منفی نسبت به مشکل و اجتناب های شناختی می گردد. از طرف دیگر جهت گیری منفی نسبت به مشکل موجب می شود، فرد مشکل را به فاجعه^۶ تبدیل کند. به توانایی های خود نیز برای حل مشکل اعتقاد نداشته باشد. مشکل را به صورت یک خطر یا تهدید بالقوه تلقی کند. هنگام مواجهه با مشکل سریعاً ناامید شود و در مورد پیامدهای تلاش برای حل مسأله کاملاً ناامید باشد (۱۵). این احساس ها موجب تشدید نگرانی و اضطراب می شوند، اجتناب شناختی به استفاده از راهبردهای شناختی مانند جایگزینی افکار، توجه برگردانی و فرونشانی فکر اطلاق می شود که اجتناب از برانگیختگی شناختی و تصاویر تهدیدآمیز همراه با نگرانی را تسهیل می کند (۱۴). داگاس و همکاران اظهار کردند که عدم تحمل بلاتکلیفی می تواند پیش زمینه جهت گیری منفی نسبت به مشکل و اجتناب شناختی باشد. در این دیدگاه، افراد با عدم تحمل بلاتکلیفی بالا مستعد شکل گیری نگرانی و گرفتار شدن در سوالات بی پایان و بدون جواب می شوند. مطالعات متعددی نشان داده اند که سازه های عدم تحمل بلاتکلیفی، اجتناب شناختی و باورهای مثبت نگرانی نقش عمده ای در اختلال اضطراب فراگیر دارد (۱۶، ۱۷). از آنجایی که اجتناب شناختی باعث تقویت و تثبیت عدم تحمل

بلاتکلیفی شده و به واسطه آن باعث تداوم و تشدید علائم اضطرابی می شود، انجام مداخلاتی که بر عدم تحمل بلاتکلیفی و اجتنابی شناختی مؤثر باشد می تواند منجر به کاهش علائم جسمانی و روانی اختلال اضطراب فراگیر شود. اختلال اضطراب فراگیر میزان همبودی بالایی با سایر اختلالات روانی نشان می دهد و با علائم جسمی آزار دهنده همراه است که منجر به مراجعات متعدد به متخصصین غیر از متخصصان بهداشت روان می شود (۱۵). داگاس (۱۵) معتقد است که با هدف قرار دادن زیربنا و سبب شناسی اختلال اضطراب فراگیر می توان به کاهش علائم جسمی و متعاقب آن کاهش مراجعات بیماران به متخصصین جهت درمان این علائم خوش بین بود و از این طریق کیفیت زندگی این بیماران نیز به طور معنی داری افزایش می یابد. به همین دلیل این پژوهش در جهت پاسخگویی به این سوال اساسی که آیا درمان شناختی مبتنی بر مدل داگاس بر عدم تحمل بلاتکلیفی، اجتناب شناختی و باورهای مثبت نگرانی در بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر مؤثر است؟

روش

طرح پژوهش: در این پژوهش از طرح تجربی تک آزمودنی^۷ از نوع خط پایه چندگانه استفاده شد. کزدین^۸ (۱۸) بر این باور است که بررسی موردی، نقش محوری در مطالعات بالینی ایفا کرده است. بررسی موردی یا تحلیل موقعیت را مبنای تحقیق علمی می داند. این نوع پژوهش به ویژه در روانشناسی بالینی و رشد اهمیت و نقش خود را آشکار نموده است (۱۸). در اینگونه طرح ها بر تغییرات رفتاری افراد محدودی توجه می شود. طرح های تک آزمودنی از مطالعات موردی متفاوتند زیرا در اینگونه طرح ها شرایط آزمایشی به دقت کنترل می شود و متغیر مستقل نیز به طور منظم در مورد آزمودنی اعمال می گردد. نتیجه

- 1- intolerance of uncertainty
- 2- positive beliefs about worry
- 3- cognitive avoidance
- 4- negative problem orientation
- 5- what if
- 6- catastrophizing
- 7- single subject
- 8- Kazdin

های خلقی، اختلال جسمانی شکل، اختلال های مصرف مواد، اختلال های خوردن، اختلال سازگاری و اختلال روانپزشکی می باشد (۵). ضریب پایایی آن با توجه به گروه تشخیصی خاص بین ۰/۱ تا ۰/۷ گزارش شده است. در ایران نیز شریفی و همکاران توافق تشخیصی برای اکثر تشخیص‌ها را بالاتر از ۰/۶ گزارش کردند. همچنین توافق تشخیصی در برای کل تشخیص های فعلی ۰/۵۲ و برای کل تشخیص های طول عمر ۰/۵۵ بود (۲۶).

۲- مقیاس عدم تحمل بلاتکلیفی (IUS)^۸: این مقیاس توسط فریستون^۹ و همکاران در سال ۱۹۹۴ (۲۷) برای سنجش میزان تحمل افراد در برابر موقعیت های مبهم طراحی شده است. این مقیاس ۲۷ آیتم برای سنجش باورهای منفی درباره بلاتکلیفی (بلاتکلیفی پدیده ناخوشایندی است، تأثیر منفی بر زندگی افراد می گذارد و همچنین باعث ناتوانی در انجام فعالیت ها می شود) دارد (۵). آیتم ها بر روی مقیاس لیکرت ۵ درجه ای نمره گذاری می شوند. بعضی از آیتم های مقیاس عدم تحمل بلاتکلیفی عبارتند از: (غیر عادلانه است که هیچ چیز در زندگی، قطعی و مشخص نیست) و (به محض این می خواهم دست به کار شوم، بلاتکلیفی مرا ناتوان می کند) (۵). مقیاس عدم تحمل بلاتکلیفی برای پیش بینی سطوح نگرانی و شناسایی افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر، همواره عملکرد بهتری نسبت به سایر مقیاس های اضطرابی، از قبیل کمال گرایی و نیاز به کنترل داشته است (۵). مقیاس عدم تحمل بلا تکلیفی به تغییرات حساس است (۴۲). بنابراین مزیت اصلی مقیاس عدم تحمل بلاتکلیفی، دارا بودن میزان بالای حساسیت و اختصاصی بودن نسبت به شدت نگرانی مفرط و اختلال اضطراب فراگیر می باشد (۵). مقیاس عدم تحمل بلاتکلیفی، مقیاس

اینکه طرح‌های تجربی تک آزمودنی نسبت به مطالعات موردی از نظر کنترل شرایط نا خواسته مناسب‌ترند (۱۹). از بین طرح‌های تجربی تک آزمودنی در پژوهش حاضر از طرح خط پایه چند گانه استفاده شد (۲۰). طبق نظر کزدین این پژوهش جزو مطالعات مقایسه پژوهی^۱، فرآیند پژوهی^۲ و نتیجه پژوهی است (۲۱).

آزمودنی ها: جامعه آماری پژوهش شامل کلیه بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر مراجعه کننده به کلینیک های روانشناسی شهر مشهد در سال ۹۴ بود. پنج نفر از افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر بر اساس مصاحبه بالینی ساختاریافته برای محور یک (SCID-I) و تشخیص متخصص روان شناس بالینی انتخاب شدند. در این پژوهش از روش نمونه‌گیری در دسترس استفاده شد (۲۲). آزمودنی‌ها پس از احراز شرایط درمان و برآورده کردن ملاک های ورود و خروج وارد فرآیند درمان شدند. ملاک های ورود شامل: ۱- مراجعان نیاستی چهارماه قبل ورود به درمان، داروهای ضد اضطراب و ضد افسردگی مصرف کرده باشند. ۲- قبلاً هیچ گونه درمان روان شناختی دریافت نکرده باشد ۳- سطح تحصیلات حداقل سیکل و ملاک های خروج شامل موارد زیر بود: ۱- شرایط زیستی و جسمانی تأثیرگذار در اختلال ۲- وجود اختلال شخصیت شدید ۳- سوء مصرف مواد ۴- نشانه های روان پریشی. برای رد ابتلا به اختلال های شخصیت از پرسشنامه بالینی چند محوری میلون (MCMI) استفاده شد (۲۳، ۲۴). کسانی که در آزمون میلون نمرهٔ نرخ پایه بالاتر از ۸۴ داشتند از پژوهش کنار گذاشته شدند. لازم به ذکر است که قبل از ارائه درمان از تمامی بیماران رضایت کتبی جهت شرکت در فرآیند درمان اخذ شد.

ابزار

۱- مصاحبهٔ بالینی ساختاریافته برای تشخیص اختلالات محور یک^۳ (SCID-I): این مصاحبه ابزاری است جهت تشخیص گذاری بر اساس معیارهای DSM-IV-TR که اطلاعات تشخیصی را به شیوه ای جامع جمع آوری و ارزیابی می کند. این مصاحبه توسط فرست^۴، اسپیتزر^۵، گیبون^۶ و ویلیامز^۷ (۲۰۱۰) تهیه شده است (۲۵). مصاحبه تشخیصی ساختاریافته برای اختلال های محور یک، شامل بخش هایی برای سنجش اختلال های اضطرابی، اختلال

1- comparative study

2- process study

3- Structured Clinical Interview for DSM- IV axis I Disorders

4- First

5- Spitzer

6- Gibbon

7- Williams

8- Intolerance of Uncertainty Scale

9- Freeston

داده اند که این مقیاس همسانی درونی بالایی برخوردار است (ضریب آلفای کرونباخ $0/93$) و پایایی بازآزمایی این پرسشنامه در شش هفته، $0/79$ گزارش شد (۲۹). 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 دارند (۳۱). نسخه دوم پرسشنامه چرا نگرانی، تنها پرسشنامه‌ای است که بطور کامل به سنجش باورهای مثبت در مورد سودمندی نگرانی می‌پردازند (۵).

۵- پرسشنامه نگرانی ایالت پنسیلوانیا (PSWQ): پرسشنامه نگرانی ایالت پنسلوانیا دارای ۱۶ آیتم برای ارزیابی نگرانی مفرط و غیر قابل کنترل تشکیل شده است (۳۲). آیتم‌ها در یک مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت، از ۱ (اصلاً صدق نمی‌کند) تا ۵ (خیلی زیاد صدق است) نمره گذاری شده است و دارای پرسش‌هایی مانند "همیشه نگرانم، موقعیت‌های زیادی مرا نگران می‌کند" است. پرسشنامه نگرانی ایالت پنسلوانیا یک معیار طلایی در سنجش نگرانی است (۵). یکی از مزایای پرسشنامه نگرانی ایالت پنسلوانیا این است که سنجشی سریع، معتبر و پایا از تمایل افراد برای اشتغال به نگرانی مفرط و غیر قابل کنترل ارائه می‌دهد (۳۲). مزیت دوم پرسشنامه نگرانی ایالت پنسلوانیا این است که داده‌های هنجاری زیادی برای این مقیاس موجود است که باعث تفسیر ساده‌تر و معنادارتر نتایج می‌شوند (۵). دامنه نمرات در این مقیاس از ۱۶ تا ۸۰ است و نمره بیشتر نشانه تجربه نگرانی بیشتر است (۳۲). در ایران نیز شیرین زاده دستگیری (۳۳) پایایی آزمون را به روش همسانی درونی $0/86$ و به روش بازآزمایی با چهار هفته فاصله $0/74$ تا $0/93$ گزارش نمود که نشان می‌دهد پاسخ‌های در طول زمان پایدار می‌مانند ($n=250$) (۵). همچنین این پرسشنامه اعتبار همگرا و واگرایی بالایی دارد که نسبت به سایر مقیاس‌های اضطرابی و افسردگی، از همبستگی بالایی برخوردار است (۳۲).

خوبی برای اجرای هفتگی است، زیرا کاهش در نمرات این مقیاس، می‌تواند پیشرفت خوب درمان را نشان دهد (۵). بوهر^۱ و داگاس (۲۸) ضریب آلفای کرونباخ به دست آمده برای این مقیاس را $0/94$ و ضریب پایایی بازآزمون آن را در فاصله ۵ هفته‌ای، $0/74$ گزارش کرده‌اند. در پژوهش حمیدپور، اندوز و اکبری (۲۹) ضریب آلفای کرونباخ برابر $0/88$ و پایایی بازآزمایی برابر $0/76$ به دست آمد.

۳- پرسشنامه اجتناب شناختی (CAQ): این پرسشنامه توسط سکستون^۳ و داگاس (۳۰) برای سنجش اجتناب شناختی تهیه شده است. این پرسشنامه در قالب ۲۵ آیتم، پنج راهبرد اجتناب شناختی را می‌سنجد که عبارتند از: ۱) واپس زنی افکار نگران‌کننده، ۲) جانشینی افکار مثبت به جای افکار نگران‌کننده، ۳) استفاده از توجه برگردانی برای قطع روند نگرانی، ۴) اجتناب از موقعیت‌ها و فعالیت‌های فعال ساز افکار نگران‌کننده و ۵) تغییر تصویر ذهنی به افکار کلامی. آیتم‌ها در یک مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای نمره گذاری می‌شوند. پژوهش حمیدپور و اکبری (۲۹) نشان داد که این پرسشنامه ثبات درونی بالایی دارد (ضریب آلفای کرونباخ $0/95$) و پایایی بازآزمایی این مقیاس را در طی ۶ هفته $0/85$ گزارش کرده‌اند. مزیت اصلی پرسشنامه اجتناب شناختی این است که طیف وسیعی از راهبردهای اجتناب شناختی را پوشش می‌دهد (۵). همچنین پرسشنامه اجتناب شناختی در مقایسه با مقیاس‌های نگرانی، سرکوبی افکار و سبک مقابله‌ای، از اعتبار همگرا و واگرا بهتری برخوردار است (۳۰).

۴- پرسشنامه چرا نگرانی (WWQ): این مقیاس توسط هولوکا^۵ و همکاران (۳۱) برای سنجش باورهای مثبت افراد مبتلا به GAD درباره کارکردهای نگرانی طراحی شده است. این مقیاس ۲۵ آیتم دارد و این آیتم‌ها بر روی یک مقیاس لیکرتی ۵ درجه‌ای نمره گذاری می‌شوند. این مقیاس دارای پنج خرده مقیاس است که ابعاد مختلفی از باورهای مثبت در مورد نگرانی را منعکس می‌کند. این خرده مقیاس‌ها عبارتند از: ۱) نگرانی به حل مشکل کمک می‌کند (۲) نگرانی باعث افزایش انگیزه می‌شود (۳) نگرانی باعث جلوگیری از وقایع ناگوار می‌شود (۴) نگرانی باعث جلوگیری از هیجانات منفی ناشی از وقایع ناگوار می‌شود (۵) نگرانی صفت شخصیتی مثبتی است. پژوهشگران نشان

- 1- Buhr
- 2- Cognitive Avoidance Questionnaire
- 3- Sekston
- 4- Why Worry Questionnaire -II(WWQ-II)
- 5- Holowka
- 6- Penn State Worry Questionnaire(PSWQ)

و نگرانی، تشخیص موقعیت‌های غیرقابل اجتناب دخیل در بلاتکلیفی، تشخیص علائم بروز بلاتکلیفی و جستجو و تجربه کردن موقعیت‌های بلاتکلیفی برانگیز. در این جلسات در قالب گفتگوهای سقراطی به بیمار نشان داده شد که دستیابی به اطمینان کامل امکان‌پذیر نیست و اینکه بین عدم تحمل بلاتکلیفی و نگرانی رابطه‌ای قوی وجود دارد.

جلسات هفتم و هشتم: هدف اصلی این مرحله کمک به بیمار برای شناسایی و ارزیابی مجدد باورهای مثبت درباره مفید بودن نگرانی بود. در طی این مرحله درمانگر ابتدا به کمک بیمار این باورها را شناسایی می‌کرد و سپس از طریق گفتگوی سقراطی^۲ و آزمایش‌های رفتاری به بیمار کمک کرد که باورهایش را مجدداً ارزیابی کند. در این مرحله با استفاده از تجربه‌گرایی مشارکتی به بیمار نشان دادیم که باورهای بیمار درباره مفید بودن نگرانی پیامدهای جالبی برایشان ندارد.

جلسات نهم و دهم: در این مرحله، برای مقابله با نگرانی درباره مشکلات فعلی، فرآیند حل مسئله به کار گرفته شد. به بیمار آموزش داده می‌شد هنگام مواجهه با مشکل به جای نگرانی درباره مشکل، از طریق فرآیند حل مسئله، راه‌حلی برای آن پیدا کند. بنابراین، بعد از اصلاح باورهای مثبت درباره مفید بودن نگرانی، گام بعدی آموزش مهارت حل مسئله برای مقابله با نگرانی درباره مشکلات اخیر بود. در این جلسه به بیماران آموزش داده شد که افراد GAD مشکل را تهدیدزا تلقی می‌کنند و به توانایی خود برای حل مسئله بدبین هستند و به آن اعتماد ندارند. چنین تفکری باعث پیامدهای شناختی (مانند نگرانی درباره مشکل)، رفتاری (اجتناب، اهمال کاری، حل مسئله تکانشی) و هیجانی (ناآرامی، اضطراب، تحریک‌پذیری و افسردگی) می‌شود. بنابراین به بیمار یاد داده شد که خیلی سریع مشکلات را شناسایی کند و به جای تلقی کردن آن به عنوان یک تهدید آن را به عنوان یک فرصت بشناسد.

روند اجرای پژوهش: برای اجرای شناخت درمانی مدل داگاس، پس از اینکه تعداد ۵ نفر انتخاب شدند، روند درمان طبق اصول طرح‌های تجربی تک‌آزمودنی بدین صورت انجام شد: مراجعان در خط پایه، مقیاس عدم تحمل بلاتکلیفی (IUS)، پرسشنامه اجتناب شناختی (CAQ) و پرسشنامه چرا نگرانی (WWQ)^۱ جهت سنجش باورهای مثبت درباره نگرانی، پرسشنامه نگرانی ایالت پنسلوانیا (PSWQ) در دو نوبت به فاصله زمانی یک هفته تکمیل کردند. سپس بیماران در جلسات دوم، چهارم، ششم، هشتم و دهم پرسشنامه‌های فوق را تکمیل نمودند. و در نهایت در جلسه دوازدهم دوباره تمامی پرسشنامه‌ها مجدداً توسط بیماران تکمیل شدند. در زیر خلاصه جلسات آمده است: در این پژوهش چارچوب جلسات درمانی شناخت درمانی داگاس طبق روش زیر اجرا شد:

جلسات اول و دوم: در مدل شناختی داگاس نیز همانند سایر مدل‌های شناختی-رفتاری، بخشی از جلسات درمانی اولیه به آشناسازی بیمار با اصول اولیه درمان اختصاص داده شد. درمانگر در طول این مرحله اطلاعاتی درباره ساختار جلسات، اصول اولیه مداخله‌های شناختی رفتاری برای GAD و ساختار کلی مدل درمانی در اختیار بیمار قرار میداد. بعلاوه، اطلاعات دیگری مانند ماهیت نگرانی و تقسیم بندی آن (نگرانی درباره مشکل فعلی و نگرانی درباره مشکلات فرضی آینده) و نحوه پایش نگرانی‌ها به بیمار آموزش داده شد.

جلسه سوم و چهارم: این مرحله مهم‌ترین مرحله درمان بود. در این مرحله درمانگر سعی داشت که بیمار به تأثیر عدم تحمل ابهام در تداوم نگرانی پی ببرد و متوجه شود که منبع اصلی نگرانی افراطی، عدم تحمل ابهام و اجتناب مداوم از موقعیت‌های مبهم و بلاتکلیفی است و به تدریج با این شرایط مواجه شود. همچنین در این مرحله به بررسی و شناسایی نوع نگرانی‌های بیمار پرداخته شد. همچنین تکنیک آگاهی‌آموزی از نگرانی به بیمار آموزش داده شد. در این مرحله بیماران یاد گرفتند که برای مشکلات جاری از تکنیک حل مسئله و برای مشکلات فرضی از رویارویی یا تصویرسازی تجسمی استفاده کنند.

جلسات پنجم و ششم: هدف این جلسات عبارت بود از: کمک به بیمار برای درک رابطه بین عدم تحمل بلاتکلیفی

1- Why Worry Questionnaire
2- Socratic dialogue

درصد بهبودی یکی از روش‌های سنجش میزان پیشرفت مراجعان در کاهش مشکلات آماجی است. این فرمول را اولین بار بلانچارد و اسکوارز (۳۴) به کار بردند. در فرمول درصد بهبودی، نمره فرد در پیش آزمون را از نمره فرد در پس آزمون کم می‌کنیم و حاصل آن را بر نمره پیش آزمون تقسیم می‌نماییم. اگر درصد بهبودی دست کم ۵۰ باشد می‌توان نتایج را از نظر بالینی معنی‌دار قلمداد کرد (۳۴).

یافته‌ها

در جدول ۱ به ویژگی‌های جمعیت‌شناسی مراجعان اشاره شده است.

جدول ۱) ویژگی‌های جمعیت‌شناسی مراجعان

گروه	سن	جنسیت	سطح تحصیلات	مدت ابتلا به بیماری	وضعیت تأهل	اختلال همبود
مراجع ۱	۴۳	مرد	لیسانس	۳	متاهل	افسرده خوبی
مراجع ۲	۳۷	مرد	فوق دیپلم	۷	متاهل	هراس اجتماعی
مراجع ۳	۴۰	زن	فوق لیسانس	۵	متاهل	خود بیمار انگاری
مراجع ۴	۳۵	زن	لیسانس	۶	متاهل	وسواس فکری - اجباری
مراجع ۵	۲۸	زن	فوق دیپلم	۴	متاهل	اضطراب اجتماعی

داگاس بر روی آنها اجرا شد. سپس در طی جلسات دوم، چهارم، ششم، هشتم، دهم و دوازدهم مراجعین مجدداً به تکمیل مقیاس‌های مورد ارزیابی پرداختند. میانگین درصد بهبودی بیماران در جدول ۲ نمایش داده شده است.

جلسات یازده و دوازدهم: در این مرحله، هدف آموزش به بیمار بود تا یاد بگیرد چگونه با نوع دیگری از نگرانی یعنی نگرانی درباره مشکلات فرضی آینده مقابله کند. طبق این مدل، فرآیند حل مسأله برای مقابله با نگرانی درباره مشکلات فرضی آینده کارساز نیست. در این مرحله از طریق رویارویی تجسمی با این نوع نگرانی مواجه می‌شد. بیمار در طی این مرحله می‌بایست بهترین سناریوی ممکن را برای پیامدهای احتمالی هر یک از شرایط مبهم و غیر قطعی بسازد (۹، ۱۴). در پژوهش حاضر برای تحلیل نتایج از دو روش اندازه اثر (۱۸) و فرمول درصد بهبودی (۳۴) استفاده شد. اندازه اثر یک شاخص ساده برای اندازه‌گیری تفاوت بین دو گروه در یک مقیاس مشترک است (۱۸). فرمول

به منظور گردآوری داده‌ها، تمام شرکت‌کنندگان در جلسه خط پایه پرسشنامه‌های نگرانی پنسیلوانیا، عدم تحمل بالاتکلیفی، اجتناب شناختی و باورهای مثبت در مورد نگرانی را تکمیل کردند. سپس ۱۲ جلسه درمان شناختی

جدول ۲) میانگین درصد بهبودی بیماران در مقیاس‌های مورد ارزیابی

مقیاس	مراجع اول	مراجع دوم	مراجع سوم	مراجع چهارم	مراجع پنجم
عدم تحمل بالاتکلیفی	۵۵	۶۴	۳۴	۳۲	۶۴
اجتناب شناختی	۵۲	۵۰	۴۸	۴۹	۵۷
نگرانی پنسیلوانیا	۵۲	۳۸	۵۱	۶۵	۶۱
چرا نگرانی	۵۲	۳۶	۵۴	۴۸	۴۱

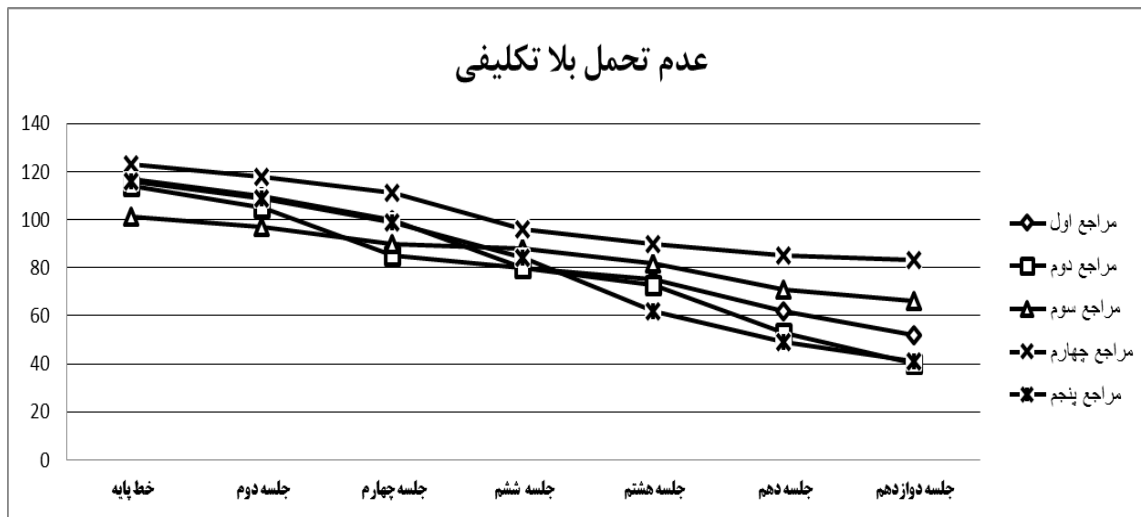
جدول ۳) اندازه اثر نمرات بیماران در مقیاس‌های ارزیابی

مقیاس	اندازه اثر پس از مداخله
عدم تحمل بالاتکلیفی	d
اجتناب شناختی	۰/۷۲
نگرانی پنسیلوانیا	۰/۷۹
چرا نگرانی	۰/۶۲
	۰/۶۶

همچنین برای بررسی میزان اثربخشی درمان شناختی داگاس در مورد هر آزمودنی از فرمول اندازه اثر استفاده شده است که نتایج آن در جدول شماره ۳ ارائه شده است.

مشاهد شده برای پرسشنامه نگرانی پنیسلوانیا ۰/۶۲ و برای پرسشنامه چرا نگرانی ۰/۶۶ بوده است. که نشان دهنده اثربخشی بالای درمان در پس آزمون می باشد.

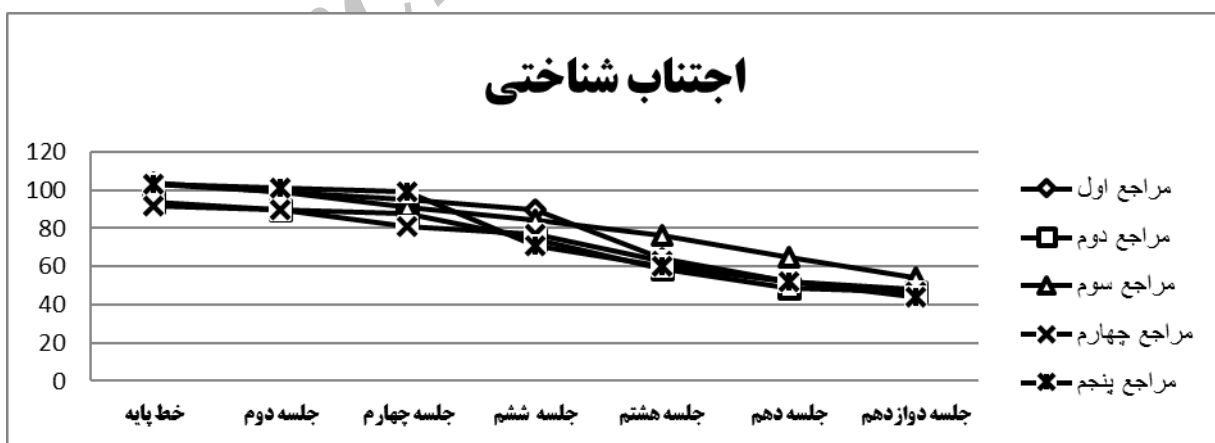
همانطور که در جدول شماره ۳ آمده اندازه اثر مشاهده شده برای مقیاس عدم تحمل بلا تکلیفی ۰/۷۲، اندازه اثر مشاهده شده برای مقیاس اجتناب شناختی ۰/۷۹، میانگین اندازه اثر



نمودار (۱) روند درصد بهبودی بیماران در پرسشنامه عدم تحمل بلا تکلیفی

های توصیفی و روند تغییرات نمرات شاخص عدم تحمل بلا تکلیفی بیماران استفاده شده است. نمرات شاخص مذکور برای تمامی بیماران تحت درمان در ابتدای معالجه نسبت به دامنه تغییرات مد نظر متغیر فوق (۲۷ تا ۱۳۵) بالا بوده؛ در حالی که در انتهای دوره درمان نمرات جلسه دوازدهم برای تمامی بیماران کاهش یافته و درصد بهبود بیماران در شاخص مذکور به ترتیب ۱۲۵٪، ۱۸۵٪، ۵۳٪، ۴۸٪ و ۱۸۳٪ بوده است.

روند درصد بهبودی در نمرات مقیاس عدم تحمل بلا تکلیفی در نمودار ۱ ارائه شده است. نمرات بیمار اول در پرسشنامه عدم تحمل بلا تکلیفی ۱۱۷ بوده است و در جلسه آخر به ۵۲ کاهش یافته است و به ۵۱ درصد بهبودی دست یافته و این بدین معناست که میزان تحمل این بیمار افزایش یافته است و این روند کاهش نمره پرسشنامه فوق در بیماران دوم تا پنجم هم مشاهده می شود. با عنایت به مطالعه موردی در این تحقیق برای ارزیابی فرضیه اول تحقیق فقط از یافته



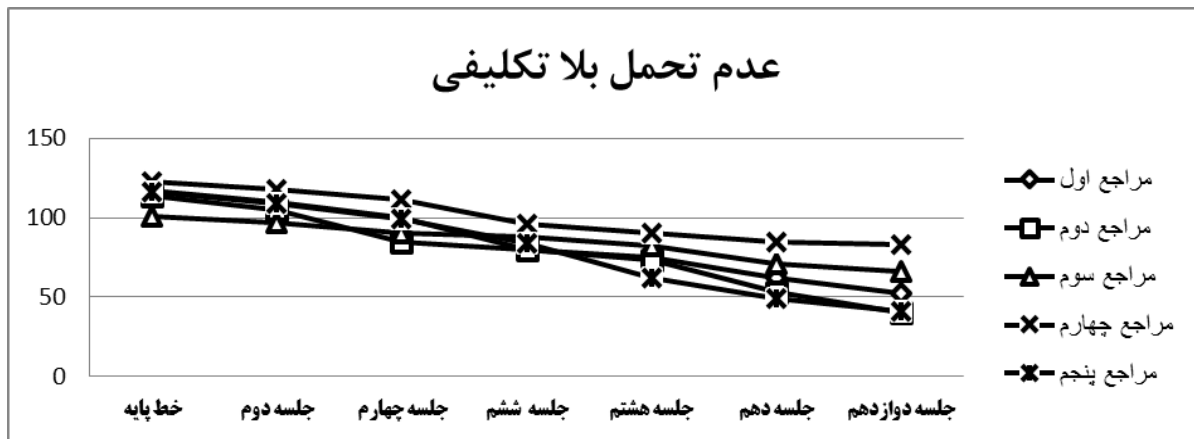
نمودار (۲) روند درصد بهبودی بیماران در نمرات پرسشنامه اجتناب شناختی

پایه نمرات بالایی در مقیاس اجتناب شناختی داشتند که در جلسات بعدی که بیماران با این مقیاس مورد ارزیابی قرار

نمودار ۲ نمرات پرسشنامه اجتناب شناختی نشان می دهد که نمره اجتناب شناختی برای تمامی بیماران در مرحله خط

نمرات شاخص مذکور در بیماران نشان داد که درمان شناختی داگاس بر اجتناب شناختی بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر مؤثر بود.

گرفتند نمرات نسبت به جلسات قبل آن کاهش یافت، نمرات مقیاس در مرحله پس آزمون و در انتهای دور درمان کمتر از ۶۰ می باشد که این موضوع تحقیق با عنایت به کاهش



نمودار ۳) روند درصد بهبودی بیماران در نمرات پرسشنامه چرا نگرانی

اختلال اضطراب فراگیر چهار مشخصه اصلی دارد: عدم تحمل بلا تکلیفی، باورهای مثبت در مورد نگرانی و اجتناب شناختی و جهت گیری منفی نسبت به مشکل (۱۴). با نگاهی به یافته ها می توان دریافت که مدل درمان شناختی داگاس توانسته طی ۱۲ جلسه درمان میزان علائم، نشانه ها و هم چنین نگرانی بیماران را به طور معناداری کاهش دهد. در این پژوهش اثر بخشی سه مشخصه اول بر مبتلایان اختلال اضطراب فراگیر بررسی شد.

عدم تحمل بلا تکلیفی مشخصه بنیادین مدل فوق می باشد که به یک ویژگی سرشتی ناشی از یک سری باورهای منفی در مورد بلا تکلیفی و معانی ضمنی آن اشاره دارد (۱۴). همانطور که نتایج نشان داد، شناخت درمانی موجب کاهش معنی دار نمرات بیماران در مقیاس عدم تحمل بلا تکلیفی شده است. یکی از دلایل این کاهش نمرات را می توان اینطور ذکر کرد که شناخت درمانی داگاس بطور اختصاصی به مؤلفه عدم تحمل بلا تکلیفی می پردازد و فنون مختلفی را برای کاهش آن ارائه داده است (۱۴). لذا اگر بپذیریم که عدم تحمل ابهام از طریق سازو کارهای مختلفی مانند ایجاد مشکل در پردازش اطلاعات، ایجاد مشکل در فرآیند تصمیم گیری و ایجاد اعتقاد کمتر به تصمیم گیری ها منجر به نگرانی و GAD می شود (۱۴)، پس بر اساس نتایج مشاهده می کنیم که از طریق کاهش عدم تحمل بلا تکلیفی میزان نگرانی در بیماران GAD کاهش یافته است.

در نمودار ۳ روند درصد بهبودی در نمرات نسخه دوم پرسشنامه چرا نگرانی (WW-II) که برای سنجش باورهای مثبت در مورد کارکرد نگرانی طراحی شده است، ارائه شده است. درمانگر برای شناسایی باورهای مثبت مراجع درباره نگرانی، در ابتدا باورهای رایج بیماران درباره مفید بودن نگرانی را ارائه کرد، اگرچه بیماران از لحاظ عقلی باور داشتند نگرانی هایشان هیچ سودی ندارند، ولی با این وجود آن ها را انجام میدادند. لذا نمرات بیماران در پرسشنامه چرا نگرانی در خط پایه بین ۹۵ تا ۱۰۶ بوده است و در جلسات بعدی که بیماران با این مقیاس مورد ارزیابی قرار گرفتند. نمرات نسبت به جلسات قبل آن کاهش یافت، نمرات مقیاس در مرحله پس آزمون و در انتهای دور درمان کمتر از ۵۰ می باشد. این روند کاهش نمره پرسشنامه فوق در بیماران اول تا پنجم مشاهده می شود، که این موضوع تحقیق با عنایت به کاهش نمرات شاخص مذکور در بیماران نشان داد که درمان شناختی داگاس بر باورهای مثبت در مورد نگرانی بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر مؤثر بود.

بحث

هدف اصلی پژوهش حاضر بررسی اثر بخشی درمان شناختی مبتنی بر مدل داگاس بر عدم تحمل بلا تکلیفی، اجتناب شناختی و باورهای مثبت در مورد نگرانی در بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر بود. مدل شناختی داگاس در مورد

پژوهش‌ها (۱۷) نشان داده‌اند که این مقیاس شامل پنج نوع باور درمورد نگرانی است. این باورها شامل موارد زیر هستند:

- ۱- نگرانی کمک می‌کند تا راه حلی برای مشکل پیدا کنم.
- ۲- نگرانی باعث افزایش انگیزه می‌شود. ۳- پیشاپیش نگران بودن می‌تواند احتمال وقوع حوادث منفی را کاهش دهد. ۴- نگران بودن به خودی خود می‌تواند مانع وقوع رویدادهای ناگوار شود. ۵- نگرانی یک صفت شخصیتی مثبت است. با توجه به اینکه باورهای مثبت در مورد نگرانی در افراد GAD به صورت یک خصیصه شخصیتی در می‌آید و بیمار یاد می‌گیرد نگران نبودن به معنای بی‌مسئولیت بودن است، بنابراین به محض اینکه احساس کند که نگرانی وی در مورد مسائل مختلف کاهش یافته است دچار اضطراب و تحریک پذیری می‌شود و این به نوبه خود موجب افزایش تنش عضلانی و علائم جسمی در وی و متعاقب آن مراجعه به متخصصین دیگر جهت درمان علائم جسمی می‌شود (۱۷). درمانگر با به چالش کشیدن این باورها و نشان دادن شواهد مخالف می‌تواند بیمار را ترغیب به آزمایش راه‌های جدید و متعاقب آن موجب کاهش علائم جسمی در بیمار شود. یافته‌های این پژوهش با یافته‌های دیگر محققان مانند لاداسر و همکاران (۳۶) و داگاس و همکاران (۳۷) همخوان و هماهنگ است. نتایج این پژوهش نشان داد که بیماران در تمامی خرده‌مقیاس‌ها بهبودی نشان دادند و در شاخص نگرانی به حل مشکل کمک می‌کند بیشترین و بالاترین درصد بهبود را داشتند، لذا در نمونه مورد مطالعه درمان شناختی مدل داگاس بر باورهای مثبت درمورد نگرانی بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر مؤثر بود.

همچنین نتایج نشان داد شناخت درمانی داگاس موجب کاهش معنا داری در نمرات پرسشنامه اجتناب شناختی شده است. با توجه به اینکه اجتناب شناختی بخشی از مؤلفه‌های ارائه شده توسط این مدل در درمان GAD است (۱۴)، می‌توان انتظار داشت که این درمان میزان اجتناب شناختی بیماران را کاهش دهد. زمانی که افراد نگران می‌شوند، این نگرانی را در غیاب تصاویر ذهنی مشخص تجربه می‌کنند. بعلاوه، به نظر می‌رسد نگرانی در افراد مبتلا به GAD در برگیرنده تصاویر ذهنی اندکی است. همچنین با توجه به اینکه از دیدگاه شناختی، ماهیت کلامی-زبانی GAD

همانطور که عنوان شد پژوهش‌های انجام گرفته در ارتباط با پردازش اطلاعات حاصل از محیط نقش عدم تحمل ابهام در شکل‌گیری GAD را پررنگ می‌دانند (۲۷). با توجه به گرایش اغراق‌آمیز افراد مبتلا به GAD به انجام تفسیرهای تهدیدآمیز از اطلاعات مبهم، می‌توان گفت زمانی که این افراد با موقعیتی مواجه می‌شوند که چند نتیجه احتمالی دارد بدترین حالت را مدنظر قرار می‌دهند (۲۷). عدم تحمل بلاتکلیفی قدرت بیشترین تبیین سوگیری‌های تفسیری در افراد مبتلا به GAD را داراست، بنابراین دستکاری و کار بر روی این مؤلفه در شناخت درمانی داگاس موجب کاهش قابل ملاحظه نمرات بیماران در مقیاس عدم تحمل بلاتکلیفی شده است.

لذا با توجه به نتایج بدست آمده از پژوهش حاضر عدم تحمل بلاتکلیفی بوسیله شناخت درمانی داگاس کاهش چشمگیری داشت که این نتیجه در اثر مداخلاتی نظیر افزایش تحمل بلاتکلیفی بوسیله (۱) اطمینان یافتن از این که مراجع به نقش بنیادین عدم تحمل بلاتکلیفی در بروز و تداوم نگرانی افراطی و اضطراب آگاه است و (۲) تشویق مراجع برای شناسایی موقعیت‌های مبهم و بلاتکلیف در زندگی روزمره و مواجهه تدریجی با آن‌ها (۱۴). همچنین نتایج تحقیقات رابی چاود (۹)، داگاس و رابی چاود (۱۴) و داگاس، مارچاند و لاداسر (۱۶) نشان می‌دهند که درمان شناختی داگاس به طور اختصاصی منجر به کاهش عدم تحمل بلاتکلیفی در بیماران GAD شده است. نتایج پژوهش حاضر همسو با نتایج تحقیقات ذکر شده است.

همچنین نتایج پژوهش نشان داد شناخت درمانی داگاس موجب کاهش نمرات پرسشنامه باورهای مثبت در مورد نگرانی شد. می‌توان گفت بدلیل اینکه مؤلفه باورهای مثبت در مورد نگرانی یکی از مؤلفه‌های اختصاصی ارائه شده توسط شناخت درمانی داگاس است (۱۴)، پس منطقی است که این درمان بتواند نمرات بیماران در پرسشنامه باورهای مثبت در مورد نگرانی را کاهش دهد. نتایج پژوهشی نشان می‌دهند که درمانی که باورهای مثبت در مورد نگرانی را آماج خود قرار دهد نه تنها موجب کاهش این باورها می‌شود، بلکه موجب کاهش نشانه‌های GAD نیز می‌شود (۳۵). بعلاوه، به هر میزانی که کاهش در باورهای مثبت رخ دهد، به همان اندازه نشانه‌های GAD نیز بهبود می‌یابد.

های اندک در پژوهش که تعمیم نتایج به گروه بزرگتر را دچار مشکل می سازد. عدم پیگیری دراز مدت بیماران جهت پایش بهبودی پس از درمان. پیشنهاد می شود که پژوهشگران با رفع این محدودیت ها بتوانند ایرادات پژوهش های موجود را مرتفع سازند.

منابع

- 1- Leahy RL, Holland SJ, McGinn LK. Treatment Plans and Interventions for Depression and Anxiety Disorders, 2e. Guilford Press. 2012 .
- 2- Eaglesona CI, Hayesb SR , Mathews AD , Permand GM , Hirscha CR . The power of positive thinking: Pathological worry is reduced by thought replacement in Generalized Anxiety Disorder. Behav Res Ther. 2016; (78): 13-18.
- 3- American Psychiatry Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM -5). American Psychiatric Pub. 2013.
- 4- Milord B, Busch F, Leon AC, Shapiro T, Anderson A, Roiphe J, et al. open trial of psychodynamic psychotherapy for panic disorder: A pilot study. American J Psychiatry. 2000; 157(11): 1878-80.
- 5- Akbari M. Effectiveness of Dugas Cognitive Therapy versus Metacognitive therapy in treatment of women suffering from Generalized anxiety disorders. (M A. Dissertation). Tehran Psychiatric Institute. 2009. [Persian].
- 6- Portman ME. Generalized Anxiety Disorder across life span. Springer Science& Business Media, LLC. 2009.
- 7- Lieb R, Becker E, Altamura C. The epidemiology of generalized anxiety disorder in Europe. Eur Neuropsychopharmacol. 2006; 15(4): 445-52
- 8- Barlow , DH. Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic (2nd ed). New York: Guilford Press. 2002.
- 9- Robichaud M. Generalized Anxiety Disorder: Targeting Intolerance of Uncertainty. In: Simos G, Hofman SG, editor. CBT for Anxiety Disorders: A Practitioner Book. Chichester: Wiley. 2013; 57-85.
- 10- Gould, R. A., Safran, S. A., Washington, D. D., & Otto, M.W. (2004). A meta-analytic review of cognitive behavioral treatments. In. R. G. Heimberg., C. L. Turk, & Q. D. S. Mennin (Eds.), Generalized anxiety disorder (pp. 248-64). New York: Guilford.
- 11- Fisher, P. (2007). The efficacy of psychological treatment for generalized anxiety disorder. In. G. C. L. Davey A. Wells. (Eds.), Worry and its psychological disorder (356-77). New York: Wiley.
- 12- Borkovec TD, Newman MG, Castonguay LG. Cognitive-behavioral therapy for generalized anxiety disorder with integrations from interpersonal and experiential therapies. Focus. 2004.

دارای ویژگی تقویت منفی است، زیرا به اجتناب از تصاویر ذهنی تهدیدآمیز می انجامد (۳۹) یکی از فنون مورد استفاده برای کاهش اجتناب شناختی در بیماران GAD، تصویرسازی در مورد پیامدهای ترسناک است که در صورت اجرای موفقیت آمیز این تکنیک، اجتناب شناختی بیماران کاهش خواهد یافت (۱۷). تکنیک مواجهه تجسمی یکی تکنیک هایی است که در این پژوهش جهت مقابله با نگرانی های مرتبط با موقعیت های فرضی آموزش داده شد، در این روش بیماران با نگرانی فرضی مرتبط با آینده و اجتناب شناختی مواجه شدند. هدف اصلی در این مرحله آگاهی مراجع از ناکارآمد بودن اجتناب شناختی بوده است. نتایج پژوهش ها نشان می دهند که تلاش برای سرکوبی افکار، به ویژه افکار مزاحم، نه تنها کارساز نیست، بلکه فراوانی افکار مزاحم را نیز افزایش می دهد (۱۴). بدلیل اینکه نگرانی مانع فعال سازی کامل شبکه تصویرسازی ذهنی در فرد می شود، بیمار در دسترسی به ساختار ترس ذخیره شده در حافظه اش دچار مشکل جدی می شود. اگر ساختار ترس بطور مناسبی در دسترس قرار نگیرد، تعدیل آن از طریق وارد کردن اطلاعات جدید مشکل خواهد شد. نتیجه نهایی فقدان پردازش هیجانی ترس این خواهد بود که نگرانی در مورد احتمال وقوع پیامدهای تهدید آمیز تداوم می یابد. به همین دلیل مواجهه با اجتناب شناختی می تواند تأثیر مثبتی در کاهش اجتناب شناختی و کاهش علائم اضطراب داشته باشد (۱۶). یافته های این پژوهش با نتایج پژوهش های خارجی نظیر پژوهش داگاس و همکاران (۱۴)، بورکووک و هیو (۴۰)، داگاس، لاداسر و همکاران (۱۶، ۳۵، ۴۱، ۴۲) و ایگلسون و همکاران (۴۳) همخوان است. همچنین نتایج پژوهش حاضر با نتایج پژوهش داخلی نظیر پژوهش اکبری (۵)، حمید پور (۲۱)، حمید پور و همکاران (۴۴)، صفوی شاملو و همکاران (۴۵)، موسوی و گلزاری (۴۶) و محمود علیلو و همکاران (۴۷) همخوان است.

از نتایج به دست آمده در پژوهش حاضر و با توجه به اثربخشی به دست آمده می توان نتیجه گیری کرد که این رویکرد می تواند در کنار سایر رویکردهای درمانی مانند دارو درمانی و درمان های روان شناختی، گره از کار بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر بگشاید. از محدودیت های این پژوهش می توان به موارد زیر اشاره کرد: استفاده از آزمودنی

- 28- Buhr K, Dugas MJ. Investigating the construct validity of intolerance of uncertainty and its unique relationship with worry. *J Anxiety Disord.* 2006; (20): 222–36.
- 29- Hamidpour H, Akbari M, Andooz Z. The psychometric properties of the scale of intolerance Negative orientation to the problem, (WWQ-II) why worry questionnaire - 2, (IUS) dilemmas. (PSWQ) and Penn State Worry Questionnaire (CAQ) Inventory cognitive avoidance. 2009. [Persian].
- 30- Sexton KA, Dugas MJ. An investigation of the factors leading to cognitive avoidance in worry. Poster presented at the Annual Convention of the Association for Advancement of Behavior Therapy, New Orleans. 2004.
- 31- Holowka DW, Dugas MJ, Francis K, Laugesen N. Measuring beliefs about worry: A psychometric evaluation of the Why Worry-II Questionnaire. InPoster presented at the annual convention of the Association for Advancement of Behavior Therapy, New Orleans. 2000.
- 32- Miller ML, Metzger RL, Borkovec TD. Development and validation of the Pennsylvania State Worry Questionnaire. *J Behav Res Ther.* 1990; 28: 487-95.
- 33- shirinzadeh dastgiri S. The comparison of meta cognitive and responsibility beliefs between patients with obsessive compulsive disorder and generalized anxiety disorder and normal population. *Iranian J Psychiatry and Clin Psychol.* 2008; 14(1): 46-55. [Persian].
- 34- Lambert MJ, Ogles BM. Using clinical significance in psychotherapy outcome research: The need for a common procedure and validity data. *Psychother Res.* 2009; 19(4-5): 493-501
- 35- Boswell JF, Thompson-Hollands J, Farchione TJ, Barlow DH. Intolerance of uncertainty: A common factor in the treatment of emotional disorders. *J clin psychol.* 2013; 69(6): 630-45.
- 36- Ladouceur R, Dugas MJ, Freeston MH, Léger E, Gagnon F, Thibodeau N. Efficacy of a cognitive-behavioral treatment for generalized anxiety disorder: Evaluation in a controlled clinical trial. *J Consult Clin Psychol.* 2000; 68: 957–64.
- 37- Dugas MJ, Francis K, Bouchard S. Cognitive behavioural therapy and applied relaxation for generalized anxiety disorder: a time series analysis of change in worry and somatic anxiety. *Cogn behav ther.* 2009; 38(1): 29-41
- 38- Robichaud M, Dugas MJ, Conway M. Gender differences in worry and associated cognitive-behavioral variables. *J Anxiety Disord.* 2009; (17): 501–16.
- 39- Borkovec TD, Alcaine OM, Behar E. Avoidance theory of worry in generalized anxiety disorder. In R.G. Heimberg, C.L. Turk, & D.S. Mennin (Eds.), *Generalized anxiety disorder: Advances in research and practice*. New York: Guilford Press. 2004; 3–28
- 13- Wells A, King P, Metacognitive therapy for generalized anxiety disorder: An open trial. *J Behav Ther Exp psychiatry.* 2006; (37): 206–12.
- 14- Dugas MJ, Robichaud M. *Cognitive behavioral treatment for generalized anxiety disorder: from science to practice.* Routledge: Taylor & Francis. 2007.
- 15- Behar E, DiMarco ID, Hekler EB, Mohlman J, Staples AM. Current theoretical models of generalized anxiety disorder (GAD): conceptual review and treatment implications. *J Anxiety Disord.* 2009; 23(8): 1011-23.
- 16- Dugas MJ, Marchand A, Ladouceur R. Further validation of a cognitive-behavioral model of generalized anxiety disorder: Diagnostic and symptom specificity. *J Anxiety Disord.* 2007; 19: 329–43.
- 17- Dugas MJ, Freeston MH, Ladouceur R. Intolerance of uncertainty and problem orientation in worry. *Cogn Ther Res.* 2010; (21): 593–606.
- 18- Kazdin AE. *Research desing in clinical psychology*, Boston: Allay and Bacon. 1992.
- 19- Heimah, G. V. *Research method in psychology(2ed)* Boston: Houghton miffin company. 1998.
- 20- Sarmad Z, Bazergan A, Hejazi E. *Research methodology in behavioral sciences: Agah publication.* 2011. [Persian].
- 21- Hamidpour H, Dolatshai B, Pour shahbaz A, Dadkhah A. the efficacy of schema therapy in treating women's Generalized Anxiety Disorder. *Iranian J Psychiatry Clin Psychol.* 2011; 169(4): 420- 31. [Persian].
- 22- Gall M, Borg W, Gall B, Quantitative and qualitative research methods in psychology Educational Sciences, Tehran: Samt publication. 2004. [Persian].
- 23- Milon TQ, Grossman SD, Person logy: A theory based on evolutionary concepts. In. M. F. Lenzenweger Q.J.F. Clarkin (Eds), *Major theories of personality disorder: New York: Guilford.* 2005; 332-90
- 24- Hunt C, Issakidis C, Andrews G. DSM-IV generalized anxiety disorder in the Australian National Survey of mental health and well-being. *Psychol Med.* 2002; 32: 649–59.
- 25- First M, Spitzer R, Gibbon M, Williams JB. *User's guide for the Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders: SCID- clinician version.* Washington DC, American Psychiatric Association. 1996: 41-7.
- 26- Sharifi V, Asadi SM, Mohamadi MR, Amini H, Kaviani H, Semnani Y and et al. validity of the Persian version of the Structured Clinical Interview for DSM_IV(SCID – 1). *J Payesh.* 2008; 7(1): 49-57 [Persian].
- 27- Freeston MH, Rhéaume J, Letarte H, Dugas MJ, Ladouceur R. Why do people worry? *Personal Individ Differ.* 1994; (17): 791–802.

- 40- Borkovec TD, Hu S. The effect of worry on cardiovascular response to phobic imagery. *Behav Res Ther.* 1990; (28): 69–73.
- 41- Dugas MJ, Ladouceur R, Léger E, Freeston MH, Langlois F, Provencher MD, et al. Group cognitive-behavioral therapy for generalized anxiety disorder: Treatment outcome and long term follow-up. *J Consult Clin Psychol.* 2003; 71: 821–25.
- 42- Dugas MJ, Gangnon F, Ladouceur R, Freeston MH. Generalized anxiety disorder: a preliminary test of a conceptual model. *Behav res ther.* 1998; (36): 215-26.
- 43- Eagleson C, Hayes S, Mathews A, Perman G, Hirsch CR. The power of positive thinking: Pathological worry is reduced by thought replacement in Generalized Anxiety Disorder. *Behav res ther.* 2016; 78: 13-8.
- 44- Hamidpour .Dolatshai .Pour shahbaz, Dadkhah. The Efficacy of Schema erapy in Treating Women's Generalized nxiety Disorder. 2011. [Persian].
- 45- Safavi shamloo M, Aghamohamadian shaerbafe HR, Ghanbari hashem abadi BA, Haghigat manesh E. Comparison of metacognitive therapy efficacy with cognitive therapy in generalized anxiety disorder. *J Rostamineh.* 2012; 4(3): 39-53. [Persian].
- 46- Mousavi R, Golzari , The effectiveness of cognitive behavioral therapy Dougas IU way Generalized Anxiety Disorder; (M A. Dissertation).Alameh Tabatabaee university. 2014. [Persian].
- 47- Mahmood aliloo M, SHahjoe T, Hashemi Z, Comparison of intolerance of uncertainty, Ajtnabshnakhty, negative problem orientation and Positive beliefs about worry among patients with anxiety disorder Pervasive and ordinary people , *J Psychol, University of Tabriz.* 2009; (50): 20.

Archive

Effectiveness of Cognitive Therapy Based on Dougas Model on Intolerance of Uncertainty, Cognitive Avoidance and Positive Beliefs about worry in Generalized Anxiety Disorder

Sherafati, H *, Taheri, E., Asmaee-Majd, S., Amiri, M.

Abstract

Introduction: Generalized anxiety disorder (GAD) is taken into consideration more than ever in the past decade, by progress and development of many theories about "worry" as fundamental cognitive component in this disorder. Generalized anxiety disorder, as a chronic disorder, mostly occurs several years before depression. However, few studies have been conducted on the etiology and treatment of this disorder. This study aimed to investigate cognitive therapy model based on Dougas on intolerance of uncertainty, cognitive avoidance and positive beliefs about worry in patients with generalized anxiety disorder.

Method: In this study, single case experimental design with multiple baselines was used. The sample group included five patients with generalized anxiety disorder who were having inclusion and exclusion criteria. Sampling was conducted based on voluntary and convenience method. Diagnosis of Generalized Anxiety Disorder was done according to the Structured Clinical Interview (SCID-I) and clinical psychologist. Intolerance of uncertainty scale (IUS), Penn State Worry Questionnaire (PSWQ), Cognitive Avoidance Questionnaire (CAQ) and Why Worry Questionnaire (WWQ-II) were used as measures in the pre and post intervention. Effect size and cure rate were used to analyze data.

Results: The results showed that effect size in intolerance of uncertainty was 0.72, cognitive avoidance was 0.79 and a positive belief about worry was 0.66.

Conclusion: Results of this study indicates that cognitive therapy model based on Dougas has positive effect on intolerance of uncertainty, cognitive avoidance and positive beliefs about worry and lead to reduce them. Also this treatment besides of pharmacotherapy could be used as one of effective options in reducing GAD symptoms.

Keywords: Cognitive Therapy Model based on Dougas, Generalized Anxiety Disorder, Intolerance of Uncertainty, Cognitive Avoidance, Positive Beliefs About Worry.

*Correspondence E-mail:
Sherafati.psy@gmail.com