



مقایسه اثربخشی دارو درمانی (پاروکستین)، درمان شناختی- رفتاری واحد پردازه‌ای و ترکیب آنها بر تحمل آشفتگی، تحمل ابهام و فرانگرانی در دانشجویان دختر مبتلا به اضطراب فراگیر

مهديه كاوئي^۱، حسن توزنده جاني^{۲*}، محبوبه طاهر^۱

۱- گروه روانشناسی، دانشکده علوم انسانی، واحد شاهرود، دانشگاه آزاد اسلامی، شاهرود، ایران

۲- گروه روانشناسی، دانشکده علوم انسانی، واحد نیشابور، دانشگاه آزاد اسلامی، نیشابور، ایران

چکیده

مقدمه

در دو دهه گذشته علاقه به درک ماهیت اضطراب فراگیر و گسترش روش‌های مؤثر بر آن در بین روان‌شناسان فزونی یافته است. هدف این پژوهش مقایسه اثربخشی دارو درمانی، درمان شناختی- رفتاری واحدپردازه‌ای و ترکیب آنها بر تحمل آشفتگی، تحمل ابهام و فرانگرانی در دانشجویان دختر مبتلا به اضطراب فراگیر بود.

مواد و روش‌ها

این پژوهش از نوع پژوهش‌های نیمه تجربی (طرح پیش آزمون، پس آزمون، آزمون پیگیری با گروه کنترل) بود. از بین دانشجویان دختر دانشگاه آزاد اسلامی شهر مشهد، ۶۰ نفر به صورت نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و به صورت تصادفی در سه گروه آزمایش (دارو درمانی، درمان واحدپردازه‌ای و درمان ترکیبی) و یک گروه کنترل جایگزین گردیدند. شرکت‌کنندگان با کمک پرسشنامه اضطراب فراگیر اسپیتزر و همکاران (۲۰۰۶)، افکار اضطرابی ولز (۲۰۰۵)، مقیاس تحمل آشفتگی سیمونز و گاهر (۲۰۰۵) و مقیاس تحمل ابهام مک دونالد (۱۹۷۰) مورد پیش آزمون قرار گرفتند. در پایان دوره درمان و سه ماه بعد از آن، شرکت‌کنندگان مورد پس آزمون و آزمون پیگیری قرار گرفتند. داده‌ها بر اساس آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر تجزیه و تحلیل شد.

یافته‌ها

نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر نشان داد که هر سه رویکرد درمانی در مقایسه با گروه کنترل بر کاهش تحمل آشفتگی، تحمل ابهام و فرانگرانی اثربخش بوده‌اند (مجذور اتا ۰/۳۷، ۰/۲۲ و ۰/۴۵)، اما درمان ترکیبی بر دو رویکرد درمانی دیگر به تنهایی برتری معناداری داشته است ($p < ۰/۰۵$).

نتیجه‌گیری

با توجه به زیربنای زیستی و روان شناختی اختلال اضطراب فراگیر، به نظر می‌رسد که ترکیب درمان‌های روانشناختی و دارودرمانی در بهبود حالات اضطرابی رویکردی موثرتر باشد.

کلیدواژه‌ها

اضطراب فراگیر، تحمل آشفتگی، تحمل ابهام، فرانگرانی، درمان واحدپردازه‌ای، دارو درمانی، درمان تلفیقی

مقاله پژوهشی اصیل

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۰۳/۲۶

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۰۶/۱۷

*نویسنده مسئول: دکتر حسن

توزنده جانی، دانشیار دانشکده علوم

انسانی، واحد نیشابور، دانشگاه آزاد

اسلامی، نیشابور، ایران

تلفن:

پست الکترونیک:

H.toozandehjani@ymail.com



مقدمه

اغلب افراد در طول زندگی خود، در دوره‌های کوتاهی، اضطراب فراگیر^۱ را تجربه می‌کنند. همه ما برخی اوقات، در موقعیت‌های استرس‌زای زندگی مضطرب می‌شویم. اضطراب فراگیر، شکل اغراق‌آمیز این‌گونه ترس‌ها است و افرادی که در موقعیت‌های استرس‌زا، ترس شدید و ناتوان‌کننده‌ای از رخداد‌های نگران‌کننده قریب‌الوقوع دارند، به اختلال اضطراب فراگیر مبتلا هستند (۱). مطالعات مربوط به شیوع اضطراب فراگیر نشان داده‌اند که در حدود ۵ تا ۱۰ درصد نوجوانان و جوانان با یکی از معیارهای تشخیصی اختلال‌های اضطرابی مواجه هستند که تا اندازه‌ای روند زندگی عادی و عملکرد روزانه آنها را مختل می‌نماید (۲). اختلال اضطراب فراگیر، اوج اختلال اضطراب مزمن است که با نگرانی مفرط و غیرقابل کنترل مشخص می‌شود (۳). از ویژگی‌های اصلی اختلال اضطراب فراگیر حضور مداوم اضطراب، عصبانیت و نگرانی کنترل‌ناپذیر است که در طول ۶ ماه و در اکثر روزها در فرد مشاهده می‌شود. اختلال اضطراب فراگیر با نشانه‌هایی مانند بی‌قراری، پرخاشگری، انقباض عضلانی، خستگی و آشفتگی‌های خواب و اشکال در تمرکز، نگرانی مبهم در غیاب اشیاء، محرک‌ها یا موقعیت‌های خاص، تنش حرکتی، بیش‌انگیزشی خود مختار، احساس وحشت و دلشوره، و نگرانی و گوش به زنگی بیش از حد است که در صورت تداوم اختلال، پیامدهای منفی شناختی و رفتاری بسیاری به دنبال دارد. اشخاص دچار اختلال اضطراب فراگیر به طور مداوم و معمولاً در باره چیزهای کم اهمیت نگرانند (۴).

الگوهای شناختی اختلال اضطراب فراگیر حاکی از وجود نقایص و نارسایی‌هایی در تجزیه و تحلیل اطلاعات و تحریف‌هایی در فرآیندهای شناختی پردازش اطلاعات آنها است. رویکرد شناختی - رفتاری، اضطراب فراگیر را حاصل تعبیرهای نادرست اولیه می‌داند (۵). "سومین الگوی شناختی پیشنهادی سالکویس کیس^۲ و همکاران (۲۰۰۹) متمرکز بر شناسایی و اصلاح ارزیابی‌های منفی افکار مداخله‌گر، اصلاح نگرش‌های مربوط به احساس مسؤولیت، جلوگیری از خنثی‌سازی ناشی از

ارزیابی متأثر از احساس مسؤولیت و افزایش مواجهه و کاهش رفتارهای اجتنابی می‌باشد. در آخرین صورت‌بندی شناختی برای این اختلال فرض بر این است که فرآیندهای شناختی آسیب‌زای ارزیابی شامل ادراک خطر و ارزیابی مسؤولیت شخصی منجر به رفتارهای اضطرابی خنثی‌کننده به دنبال وقوع افکار خواهد شد" (۶).

بررسی ادبیات پژوهش نشان می‌دهد که از جمله متغیرهایی که با اختلال اضطراب فراگیر مرتبط است، فرانگرانی^۳، تحمل آشفتگی^۴ و تحمل ابهام^۵ است. متاسفانه، مزمن بودن ماهیت بیماری، نداشتن پیش‌آگهی مناسب و درمان قطعی و درگیر ساختن فرد در سنین نوجوانی و جوانی باعث ایجاد مشکلات روانی متعددی در این افراد می‌گردد که در این میان ناتوانی در کنترل آشفتگی، ابهام، فرانگرانی، افسردگی و استرس شیوع بالایی دارند. با در نظر گرفتن نتایج تحقیقات، اثرگذاری این عوامل بر شیوع و تسریع اضطراب فراگیر، بررسی و به اثبات رسیده است. اختلال اضطراب فراگیر اغلب از کودکی آغاز می‌شود و نشانه‌های اولیه آن در کودکی و نوجوانی بروز پیدا می‌کند. در صورت درمان نشدن، گذشت زمان موجب بدتر شدن روند بیماری شده و در درازمدت اثرات منفی فراوانی بر عملکرد شناختی و رفتاری بر جا می‌گذارد. اضطراب فراگیر می‌تواند به کاهش عزت نفس منجر شود و همچنین، نگرانی شدید افراد از ارزیابی منفی دیگران باعث می‌شود که افراد از حضور در موقعیت‌هایی که قرار است دیده شوند و یا قضاوت شوند، اجتناب کنند (۷). بنابراین، انجام تحقیقاتی در زمینه پیشگیری و درمان نشانه‌های اضطرابی در بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر ضروری به نظر می‌رسد.

اضطراب فراگیر می‌تواند موجب افزایش شدید فرانگرانی شود و میزان تحمل آشفتگی، تحمل ابهام، تحمل ناپذیری بالاتکلیفی، خلق و خو، کنترل عاطفی و کیفیت روابط بین فردی این افراد را تحت تاثیر قرار دهد. علاوه بر ارتباط اضطراب فراگیر با متغیرهای فوق، آشفتگی ناشی از بالاتکلیفی نیز به صورت معناداری با برانگیزشی اضطرابی و افسردگی همراه با فقدان

³. metaworry

⁴. distress tolerance

⁵. ambiguity tolerance

¹. general anxiety

². Salkovskis



تمایل دارند و از لحاظ شناختی پیچیدگی کمتری را از خود نشان می‌دهند. این افراد تحت چنین شرایطی بیشتر به جستجوی اطلاعات حمایتی (تاییدی) گرایش دارند تا اطلاعات عینی و نشانه‌های فرانگرانی را گزارش دهند. اشخاصی که نمی‌توانند ابهام را تحمل نمایند، زمانی که با مشکلی مواجه شوند بسرعت به سوی بسته‌های ادراکی و مفهومی حرکت می‌نمایند (۱۱).

روگبیرو^۱ و همکاران معتقدند که نگرانی مبتلایان به فرانگرانی حوزه وسیعی از موضوعات مختلف را در بر می‌گیرد و سبک تفکر چنین افرادی با نگرانی مفرط و کنترل ناپذیر مشخص می‌شود (۱۲). نگرانی این افراد آسیبی شناختی است. ولز و متیوس^۲ (۱۳) بین دو نگرانی سازگارانه و ناسازگارانه تمایز قابل شدند و بر این باورند که نوع سازگارانه آن در راستای حل مسایل است (که رفتار متمرکز بر مسأله را در پی دارد) اما نوع ناسازگارانه آن دامنه تکرار شونده‌ای از نتایج منفی را به دنبال دارد و فرد به راه حل‌های مقابله‌ای تا زمان رسیدن به هدف‌های درونی ادامه می‌دهد. فرانگرانی منجر به تشدید علایم اضطرابی در افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر می‌شود. فرانگرانی از دیدگاه ولز، مزاحم، اما قابل کنترل بوده و شامل فاجعه‌سازی است که کنترل ذهنی آن دشوار است. فرایند فرانگرانی نوعی ساز و کار دفاعی و مقابله‌ای در نظر گرفته می‌شود، ولی خود همین فرایند می‌تواند کانون نگرانی شود. افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر اغلب بیان می‌کنند که در بیشتر مواقع زندگی‌شان نگران بوده‌اند (۱۴). وی در مطالعه‌ای چنین نتیجه گرفت که در میان اختلالات اضطرابی، اختلال اضطراب فراگیر بیشترین تاثیر را از فرانگرانی می‌پذیرد. از اینرو، پرداختن به درمان اختلال اضطراب فراگیر از ضرورت‌های این پژوهش بوده است.

در دو دهه گذشته، علاقه به درک ماهیت اضطراب فراگیر و گسترش روش‌های مؤثر بر آن در بین روان‌شناسان فزونی یافته و به منظور کاهش و از بین بردن اضطراب روش‌ها و فنون متعددی مورد استفاده قرار گرفته است (۱۵). چورپیتا^۳

لذت، همبستگی دارد. تحمل آشفتگی به عنوان ناتوانی در احاطه کامل بر تجربه هیجان آزارنده و ناراحت کننده در نظر گرفته شده است. این متغیر چگونگی پاسخدهی افراد به عاطفه منفی گفته می‌شود (۸). آشفتگی ممکن است ماحصل فرایندهای فیزیکی و شناختی باشد، لیکن بازنمایی آن به صورت حالت هیجانی است که در اغلب موارد با تمایل به انجام عمل در جهت رهایی از آن تجربه هیجانی مشخص می‌گردد. تحمل آشفتگی نقش مهمی در عملکردهای شناختی و رفتاری بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر دارد (۹). افراد دارای تحمل آشفتگی یا پریشانی پایین، اولاً هیجان را غیر قابل تحمل می‌دانند و نمی‌توانند به آشفتگی و پریشانی‌شان رسیدگی نمایند، ثانیاً این افراد وجود هیجان را نمی‌پذیرند و از وجود آن احساس شرم و آشفتگی می‌کنند، زیرا که توانایی‌های مقابله‌ای خود با هیجانات را دست کم می‌گیرند. سومین مشخصه عمده تنظیم هیجانی افراد با تحمل آشفتگی پایین، تلاش فراوان این افراد برای جلوگیری از هیجان‌های منفی و تسکین فوری این هیجان‌های تجربه شده می‌باشد. این افراد قادر به تسکین این هیجان‌ها نیستند، تمام توجه‌شان معطوف به این هیجان‌های آشفتنه کننده می‌گردد و عملکردشان به طور قابل ملاحظه‌ای کاهش می‌یابد (۱۰).

متغیر دیگری که در اختلال اضطراب فراگیر دارای اهمیت می‌باشد تحمل ابهام است. تحمل ابهام متغیر شخصیتی است و میزانی است که فرد می‌تواند با موقعیتی که پایان آن نامشخص است، مقابله‌ای موفقیت آمیز داشته باشد. افراد دارای اضطراب فراگیر که تحمل ابهام کمتری دارند، معمولاً استرس بیشتری را تجربه می‌کنند و در تکالیف مبهم شکست می‌خورند. به طور کلی، عدم تحمل ابهام، نقش مهمی در نگرانی و اضطراب فراگیر دارد. علاوه بر این، عدم تحمل ابهام، در موقعیت‌های نامطمئن، منجر به ناتوانی در انجام کار می‌شود. افراد دارای اضطراب فراگیر تحمل ابهام پایین محرک‌ها و موقعیت‌های مبهم مثل محرک‌های جدید یا پیچیده را تهدید کننده می‌بینند. پژوهش‌ها نشان داده‌اند هنگامی که ارزیابی ذهنی مشکلات با تکلیف جزئی همراه است، افراد دارای اضطراب فراگیر و تحمل ابهام پایین به کاربرد قوانین ثابت به شیوه سیاه و سفید بیشتر

¹. Ruggiero

². Wells & Matthews

³. Chorpita



(۱۶) الگوی بر اساس درمان شناختی- رفتاری ارائه نموده است که در کاهش اضطراب افراد مورد تایید بسیاری از پژوهش‌های تجربی قرار گرفته است. درمان شناختی رفتاری واحد پردازش‌های تلفیقی از رویکردهای شناختی و رفتاری است که به بیمار کمک می‌کند تا الگوهای تفکر تحریف شده و رفتارهای ناکارآمد خود را تشخیص دهد. این رویکرد را ایسن و سیلورمن^۱ (۱۷) برای کودکان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر گسترش دادند. این الگو برای کودکان مبتلا به اختلالات اضطرابی به کار برده شده است و پیگیری‌ها حاکی از اثربخشی این رویکرد برای نوجوانان و جوانان بوده است (۱۸). برنامه درمان شناختی- رفتاری واحد پردازش‌های شامل فنون درمانی خود پایشی، آموزش مهارت‌های اجتماعی، بازسازی شناختی، پاداش، راهبردهای تقویت کننده، حفظ و تقویت نقاط قوت، پیشگیری و توجه به زمان است. این درمان شامل ۱۳ تکنیک درمانی (پردازنده‌ای)، خودپایشی، آموزش روان، مواجهه، آموزش مهارت‌های اجتماعی، بازسازی شناختی، پاداش، استراتژی‌های تقویت کننده، حفظ و تقویت نقاط قوت، پیشگیری و توجه به زمان است که استفاده از این تکنیک‌ها به نیاز فرد، مشکل مراجعه کننده و وضعیت خانوادگی آنها بستگی دارد (۱۹). پژوهش‌ها نشان‌دهنده تاثیرگذاری این روش درمانی در کاهش نشانه‌های اضطراب فراگیر می‌باشد (۲۰). شیران خراسانی طی تحقیقی اثربخشی درمان شناختی- رفتاری واحد پردازش‌های و مهارت‌های مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی را بر تحمل ناپذیری بلاتکلیفی، نشانگان اضطراب فراگیر و باورهای انگیزشی دانش‌آموزان مبتلا به اضطراب امتحان گزارش کرد (۲۱). همچنین، رضانی در پژوهش خود اثربخش درمان شناختی- رفتاری واحد پردازش‌های را بر نشانگان اضطراب فراگیر و تحمل ناپذیری بلاتکلیفی در دانشجویان دختر مشغول به تحصیل در دانشگاه آزاد اسلامی واحد مشهد گزارش نمود (۲۲).

علاوه بر درمان شناختی- رفتاری واحد پردازش‌های، درمان‌های دیگری از جمله دارو درمانی بر نشانه‌های اضطرابی در اختلال اضطراب فراگیر اثربخشی معناداری دارند. این داروها شامل بازدارنده‌های مونوآمین اکسیداز، بازدارنده‌های انتخابی جذب

مجدد سروتونین، بنزو دیازپین‌ها، ضد افسردگی‌ها و مسدود کننده‌های بتا می‌باشد (۲۳). پاروکستین (یک عدد در روز) و دیگر بازدارنده‌های انتخابی جذب مجدد سروتونین به‌عنوان یکی از داروهای موثر برای درمان دامنه گسترده‌ای از اختلالات اضطرابی همانند اختلال اضطراب فراگیر و اختلال وحشتزدگی تأیید شده‌اند (۲۴). همچنین، دنیس و بن پورات^۲ (۲۵) طی پژوهشی اثربخشی درمان شناختی رفتاری واحد پردازش‌های را در مقایسه با دارودرمانی بر تحمل ناپذیری بلاتکلیفی و سازگاری تحصیلی دانش‌آموزان مبتلا به بیش فعالی همراه با نقص توجه گزارش نمودند. ایرونز و لاد^۳ (۱۹) طی تحقیقی اثربخشی تلفیق درمان واحد پردازش‌های و درمان دیالکتیکی را بر تحمل ناپذیری بلاتکلیفی و نشانگان اضطراب فراگیر دانشجویان مبتلا به اضطراب امتحان گزارش کردند. از آنجا که بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر در معرض خطر عدم ایجاد مهارت‌های اجتماعی و شناختی - اجتماعی مورد نیاز جهت ایجاد تجارب مثبت در طول زندگی می‌باشند، توجه به درمان‌های مختلف در درمان اختلال اضطراب فراگیر ضروری به نظر می‌رسد (۲۳).

در رویکرد ترکیبی، اثرات روان‌درمانی توسط داروها تقویت می‌شود. رویکرد ترکیبی که در آن هر دو نوع درمان تلفیق می‌شوند، اثرات هم افزایی دارد. به‌طوری که سبب افزایش قابلیت بیمار برای برقراری ارتباط و شرکت در فرایند روان‌درمانی می‌شود و نیز موجب تخفیف ناراحتی روانی در زمانی است که علائم و نشانه‌های اختلال شدید بوده و سریع‌تر از حالتی است که روان‌درمانی به تنهایی صورت می‌گیرد. از سوی دیگر، کاهش علائم اضطراب به کمک دارو، سبب تقویت ارتباط کلامی و انگیزه بیمار برای مشارکت در درمان می‌شود. همه درمان‌ها اساس شناختی دارند و به کمک داروهای کاهنده اضطراب درک شناختی را تسهیل می‌کنند و سبب بهبود توجه، تمرکز، حافظه و یادگیری می‌شوند (۱۹). با توجه به این که دو رویکرد درمانی که بیشترین تأثیر را بر درمان اختلالات اضطرابی دارند، درمان‌های شناختی- رفتاری و دارودرمانی می‌باشند، سؤالی که مطرح می‌شود این است که آیا درمان شناختی- رفتاری واحد پردازش‌های و درمان دارویی و همچنین

². Denise & Ben-Porath

³. Irons C & Lad

¹. Eisen & Silverman



ترکیب این دو بر مؤلفه‌های اضطراب فراگیر (فرانگرانی، تحمل آشفتگی و تحمل ابهام) دانشجویان دختر اثربخشی معناداری دارند.

مواد و روش‌ها

این پژوهش از نوع پژوهش‌های نیمه تجربی (طرح پیش آزمون، پس آزمون و آزمون پیگیری با گروه کنترل) بود. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه دانشجویان دختر مشغول به تحصیل در دانشگاه آزاد اسلامی شهر مشهد بود که در فاصله زمانی اردیبهشت ماه لغایت دی ماه ۹۷-۱۳۹۶ جهت دریافت خدمات روانشناسی به کلینیک دانشگاه مراجعه نمودند. نمونه آماری این پژوهش شامل ۶۰ نفر از این دانشجویان بود. دانشجویان داوطلب ابتدا بوسیله آزمون اضطراب فراگیر مورد سنجش قرار گرفتند. آزمودنی‌هایی که نمره آنها در این پرسشنامه بالاتر از ۱۴ بود توسط روانشناس بالینی و جهت تایید تشخیص اضطراب فراگیر مورد مصاحبه بالینی مبتنی بر DSM قرار گرفتند. آزمودنی‌ها به صورت نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند و به صورت کاملاً تصادفی در سه گروه آزمایش (هر گروه ۱۵ نفر) و یک گروه کنترل (۱۵ نفر) جایگزین گردیدند. ملاک‌های ورود شامل: بالا بودن نمره پرسشنامه اضطراب فراگیر از نمره برش سطح خفیف (بالاتر از ۱۴)، تمایل به شرکت در پژوهش، عدم ابتلا به اختلالات روان شناختی دیگر، دامنه سنی بین ۱۸ تا ۲۴ سال و عدم ابتلا به بیماری‌های جسمانی بود. ملاک‌های خروج عبارت بود از داشتن هر یک از اختلال‌های بالینی، افسردگی اساسی و سوء مصرف مواد، تحت درمان روانشناختی یا دارویی همزمان با پژوهش، داشتن بیماری جسمانی ناتوان کننده به صورتی که شرکت در گروه را با مشکل مواجه کند و غیبت بیشتر از دو جلسه در جلسات درمان. قبل از شروع مطالعه، هدف از انجام مطالعه، اطمینان از محرمانه بودن و رعایت اصل آزادی به اطلاع آزمودنی‌ها رسید. بنابراین، رضایت آگاهانه، اختیاری بودن شرکت در پژوهش، حق خروج از مطالعه، بدون ضرر بودن مداخله، پاسخ به سوالات و ارائه نتایج در صورت تمایل از جمله معیارهای اخلاقی پژوهش بود. همچنین، بعد از پایان دوره پژوهش، آموزش مهارت‌های مبتنی بر رویکرد واحد پردازهای بر

پایه ده جلسه آموزش در گروه کنترل، و از طریق تکالیف هفتگی و تمرینات منظم اجرا شد. روش اجرای تحقیق: پس از هماهنگی‌های لازم با مسئولان دانشگاه و کسب مجوزهای لازم، ابتدا از بین دانشجویان دختر مراجعه کننده به دفتر مشاوره و روانشناسی دانشگاه آزاد اسلامی که دارای اضطراب فراگیر بودند و ملاک‌های ورود را داشتند، نمونه‌ای به حجم ۶۸ نفر به صورت نمونه‌گیری هدفمند (نمره بالاتر از ۱۴ در پرسشنامه اضطراب فراگیر) انتخاب شدند، و در سه گروه آزمایش (هر گروه ۱۵ نفر) و یک گروه کنترل (۱۵ نفر) جایگزین گردیدند و سپس مورد پیش آزمون قرار گرفتند. لازم به ذکر است که ۸ آزمودنی اضافی (هر گروه ۲ نفر) برای جبران افت آزمودنی‌ها در طی پژوهش انتخاب شدند. قبل از شروع درمان، درمان‌های دارویی احتمالی قطع گردید. سپس، گروه آزمایش ۱، درمان واحد پردازهای را طی ۱۰ جلسه یک و نیم تا دو ساعته دریافت کرد، گروه آزمایش ۲، دارو درمانی (یک عدد پاروکستین در هر شب) را طی دو ماه و نیم دریافت کرد و گروه آزمایش ۳ درمان ترکیبی (درمان واحد پردازهای و دارو درمانی به صورت همزمان) را دریافت نمود. در پایان دوره درمان، ۲ نفر از گروه دارو درمانی، ۲ نفر از گروه کنترل و ۱ نفر از گروه درمان واحد پردازهای و همچنین درمان ترکیبی به دلیل مشکلات انصراف دادند که در تحلیل داده‌ها آزمودنی‌های جایگزین مورد استفاده قرار گرفتند. و پس از اتمام دوره درمان، با فاصله زمانی یک هفته، در پس آزمون پرسشنامه‌های مورد نظر برای هر چهار گروه مجدداً اجرا شد. همچنین، سه ماه پس از پایان دوره درمان آزمودنی‌ها تحت آزمون پیگیری قرار گرفتند. به منظور رعایت اصول اخلاقی در امر آموزش در پایان کار به گروه کنترل نیز آموزش مهارت‌های شناختی- رفتاری واحد پردازهای ارائه شد.

خلاصه جلسات درمان شناختی- رفتاری واحد پردازهای (الگوی چورپیتا، ۲۰۰۴):

جلسه اول: خوش‌آمد گویی، معرفی و آشنایی اعضا با یکدیگر، ایجاد ارتباط، توضیح اهداف و مقررات گروه از جمله عدم غیبت، حضور بموقع و انجام تکالیف، بیان اصل رازداری و احترام متقابل، تمرین دماسنج ترس با آزمودنی‌ها، ساختن نردبان



جلسه و ارائه توضیحات در باره تغییراتی در ارتباطات خانوادگی، تمرین مهارت‌ها با دانشجو، جمع بندی و پایان مفرح. جلسه دهم: مرور جلسه قبل، بررسی روند پیشرفت درمان، بررسی دوباره وضعیت اولیه و بررسی مهارت‌های یاد گرفته شده، بررسی فواید مهارت‌های یاد گرفته شده، حضور دوستان و خانواده در جلسه، توضیح در مورد نقش مهم دانشجو و خانواده در پیشرفت درمان، توضیح در مورد مفاهیم لغزش‌ها و انحراف‌ها و بازگشت و عود بیماری، تاکید مجدد بر ادامه تمرین ها در منزل، تاکید بر اجرای لیست پاداش‌ها، اعلام ختم جلسات درمان و تذکر این نکته که در صورت تمایل امکان ملاقات مجدد وجود خواهد داشت.

تذکر: درمان واحد پردازش‌ای به صورت گروهی اجرا گردید. ابتدا الگویی عملی از مشکل مراجع و عوامل موثر تعدیل کننده درونی و بیرونی ارائه شد و سپس برای تشخیص مشکل اساسی مراجع به طور منظم به این عوامل رجوع گردید. و با فردی سازی مداخله‌ها با مشکل فرد هماهنگ شد. از اینرو، برای فردی سازی هر چه بیشتر، ابتدا سعی شد تا گروه نمونه تا حد ممکن همگن شود. همچنین، در طی جلسات درمانی برای بعضی از اعضا جلسات انفرادی برگزار گردید.

درمان دارویی: هر کدام از شرکت کنندگان گروه دارو درمانی، روزانه یک عدد داروی پاروکستین دریافت کرده و مصرف می‌کردند. طبق نظر روانپزشک برای جلوگیری از عوارض جانبی دارو، سه تا چهار روز اولین هفته‌ی دریافت دارو، شبی نصف یک عدد پاروکستین مصرف کردند. همچنین، در کل دوره درمانی، شماره تماسی در اختیار شرکت کنندگان قرار داده شده بود که در صورت بروز عوارض جانبی احتمالی، در تماس باشند و اطلاع بدهند. بجز خواب آلودگی در شب‌های اول مصرف دارو، هیچ عارضه خاصی گزارش نشد.

درمان ترکیبی شناختی- رفتاری واحد پردازش‌ای همراه با دارو درمانی: در درمان ترکیبی، درمان شناختی- رفتاری واحد پردازش‌ای (با توجه به دستورالعملی که در بالا ذکر شد)، به طور همزمان با درمان دارویی (مصرف روزانه یک عدد پاروکستین) انجام گرفت.

ترس دسته جمعی، جمع بندی و پایان مفرح. جلسه دوم: مرور جلسه قبل، آموزش درباره ماهیت اضطراب، آماده سازی اعضا برای تمرینات مواجهه، آموزش در باره اجزای سه گانه اضطراب (احساسات فیزیولوژیکی، شناختی و رفتاری)، برگه احساس‌ها، تشویق اعضا به صحبت درباره اضطراب و پیامدهای احتمالی، توضیح اهمیت تمرین مواجهه، جمع بندی ارائه تمرین منزل و پایان مفرح.

جلسه سوم (ملاقات با خانواده): ملاقات با سایر اعضای خانواده و اطمینان خاطر دادن و ایجاد دلگرمی، ارائه توضیحاتی در باره نقش فعال و تمرینش دوستان و والدین، توضیح درباره ماهیت و طبیعت اضطراب، ارائه جزوه اصول موفقیت و جزوه در مورد اضطراب، جمع بندی و ختم جلسه.

جلسه چهارم: مرور جلسه قبل، ارائه توضیحاتی در مورد مرحله جدید (مواجهه)، انتخاب موارد آسان از نردبان ترس و تمرین مواجهه، استراحت و تمرین دوباره مواجهه، جمع بندی و بازخورد در مورد رفتارها و احساس‌ها، ارائه تمرین منزل و پایان مفرح (در پایان جلسه موضوعات بررسی و خلاصه گردید).

جلسه پنجم تا هفتم: مرور جلسه قبل، انتخاب موارد بالاتر از نردبان ترس، مواجهه و تمرین، جمع بندی و بازخورد در مورد رفتارها و احساس‌ها، ارائه تمرین منزل و پایان مفرح (در پایان جلسه موضوعات بررسی و خلاصه گردید).

جلسه هشتم: مرور جلسه قبل، توضیح نحوه تاثیر افکار بر احساس، آموزش درمورد شناسایی فکر از احساس، آموزش تکنیک اصلاح افکار منفی، تمرین، آموزش بازسازی شناختی و توضیح افکار فاجعه‌آمیز، پیدا کردن موارد افکار فاجعه‌آمیز با پرسشگری سقراطی، ثبت افکار فاجعه‌آمیز ارائه تمرین منزل، جمع بندی و پایان مفرح (در پایان جلسه موضوعات بررسی و خلاصه گردید).

جلسه نهم (کار با اعضای خانواده): توضیح در مورد مهارت تقویت افتراقی، اثر پاداش‌ها، خاموشی سازی، انفجار خاموشی، بی‌توجهی فعال و عوامل مهم آن، تمرین مهارت‌ها، توضیح در مورد ایجاد یک برنامه پاداش و تقویت کننده‌ها، تهیه فهرست پاداش‌ها، تهیه جدول تقویت کننده‌ها، تهیه فهرست رفتارهای مطلوب، تمرین تکنیک پاداش‌ها، حضور یافتن دانشجو در



ابزارهای پژوهش:

پرسشنامه اضطراب فراگیر (GAD-7): این پرسشنامه هفت سؤالی برای سنجش اختلال اضطراب فراگیر توسط اسپیتزر^۱ و همکاران (۲۰۰۶) ساخته شده است. نمره گذاری آزمون بر اساس مقیاس لیکرت چهار گزینه‌ای هیچ وقت=۰، چند روز=۱، بیش از نیمی از روزها=۲ و تقریباً هر روز=۳ می‌باشد. 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 می‌سنجد. سؤال ۸ به عنوان سؤال ضمیمه به این نکته می‌پردازد 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. ضرایب پایایی این مقیاس بین ۰/۷۴ تا ۰/۸۸ متغیر بوده است (۲۶). آلفای کرونباخ در مطالعات مختلف در دامنه ۰/۸۴ تا ۰/۹۲ قرار داشته است (۲۶). آلفای کرونباخ در مطالعه حاضر ۰/۸۶ بدست آمد. پرسشنامه افکار اضطرابی ولز: این مقیاس که توسط ولز ارایه شده یک ابزار اندازه‌گیری ۲۲ گویه‌ای است (که در فرهنگ ایرانی این مقیاس ۲۱ گویه دارد) که ۷ گویه آن فرانگرانی، ۸ گویه اضطراب اجتماعی و ۶ گویه اضطراب سلامت را می‌سنجد. در هر خرده آزمون بر اساس مقیاس لیکرت (چهار درجه‌ای) فرانگرانی، اضطراب اجتماعی و اضطراب سلامتی درجه‌بندی شده است (۲۷). طاهری فر، فتی و غرابی این مقیاس را در ایران اعتباریابی کردند و میزان همسانی درونی فرانگرانی، اضطراب اجتماعی و اضطراب سلامتی را به ترتیب ۰/۸۱، ۰/۸۵ و ۰/۷۴ گزارش کردند (۲۸). همچنین، اعتبار مقیاس افکار اضطرابی ولز به روش آزمون- باز آزمون ۰/۹۲ و به روش دو نیمه‌سازی ۰/۸۹ به دست آوردند (۲۹). مقیاس تحمل آشفتگی: این مقیاس خودسنجی توسط سیمونز

و گاهر^۲ (۳۰) ساخته شد و دارای ۱۵ سؤال و ۴ خرده مقیاس تحمل، جذب، ارزیابی و تنظیم می‌باشد که روی یک مقیاس پنج درجه‌ای کاملاً موافق، اندکی موافق، به یک اندازه موافق و مخالف، اندکی مخالف و کاملاً مخالف نمره گذاری می‌شوند. ضرایب آلفا برای این خرده مقیاس‌ها به ترتیب ۰/۷۲، ۰/۸۲، ۰/۷۸ و ۰/۷۰ و برای کل مقیاس ۰/۸۲ به دست آمده است (۳۰). علوی نیز همسانی درونی بالایی را برای کل مقیاس (۰/۷۱) و اعتبار متوسطی (۰/۵۴، ۰/۴۲، ۰/۵۶ و ۰/۵۸) را برای خرده مقیاس‌ها نشان داد (۳۱). عزیزی آلفای کرونباخ این مقیاس را ۰/۶۷ و ضریب اعتبار بازآزمایی برای کل مقیاس را ۰/۸۱ و برای خرده مقیاس‌ها به ترتیب، ۰/۷۱، ۰/۶۹، ۰/۷۷ و ۰/۷۳ گزارش نموده است (۳۲).

پرسشنامه تحمل ابهام مک دونالد: "مک دونالد^۳ برای تعیین عقاید و نگرش‌های شخصی یک فرد به موقعیت‌های مبهم، آزمون تحمل ابهام ۲۰ ماده‌ای را ساخت. این آزمون بر اساس پاسخ‌های درست و غلط نمره گذاری می‌شود. دامنه نمرات بین ۰ تا ۲۰ می‌باشد. اگر آزمودنی به سوالات ۴، ۵، ۱۲، ۱۷، ۱۹ پاسخ صحیح و به ۱۵ سؤال دیگر پاسخ غلط دهد بیشترین نمره را بدست می‌آورد. در این مقیاس، نمرات بالاتر نشان دهنده تحمل ابهام بالاتر است. مک دونالد پایایی این آزمون را از طریق آلفای کرونباخ ۰/۸۶ و از طریق بازآزمایی ۰/۶۳ بدست آورد" (۳۳). همچنین، ضریب همبستگی آزمون مک دونالد با آزمون مک لین ۰/۵۶ است (۳۴). خواجه رشیدان روایی ۰/۸۵ را برای آن گزارش داد (۳۵).

برای تجزیه و تحلیل داده‌ها، علاوه بر شاخص‌های آمار توصیفی، از شاخص‌های آمار استنباطی مانند آزمون آماری تحلیل واریانس چند عاملی با اندازه‌گیری‌های مکرر استفاده گردید و به دنبال آن با کمک آزمون‌های تعقیبی، اثربخشی معناداری رویکردها با یکدیگر مقایسه شد. تحلیل‌ها با کمک نرم افزار SPSS نسخه ۲۲ انجام شد.

². Simons & Gaher

³. McDonald

¹. Spitzer



یافته‌ها

جدول ۱- میانگین و انحراف معیار پیش آزمون، پس آزمون و آزمون پیگیری متغیر تحمل آشفتگی، تحمل ابهام و فرانگرانی

متغیر	گروه	پیش آزمون		پس آزمون		آزمون پیگیری	
		SD	M	SD	M	SD	M
تحمل پریشانی	کنترل	۱۱/۳۳	۲/۱۲	۱۱/۰۶	۱/۹۸	۱۱/۰۶	۱/۸۳
	آزمایش ۱	۱۰/۴۶	۲/۳۵	۱۲/۲۰	۲/۰۴	۱۲/۱۳	۲/۱۳
	آزمایش ۲	۱۰/۶۶	۲/۱۲	۱۱/۶۶	۲/۱۲	۱۲/۷۳	۲/۰۸
	آزمایش ۳	۱۰/۹۳	۲/۴۳	۱۳/۲۰	۱/۷۸	۱۴/۱۳	۱/۳۵
تحمل ابهام	کنترل	۱۵/۱۳	۲/۶۱	۱۵/۳۳	۱/۹۱	۱۵	۲/۱۳
	آزمایش ۱	۱۵/۳۳	۲/۶۰	۱۸/۶۶	۱/۱۷	۱۸/۲۶	۱/۳۸
	آزمایش ۲	۱۵/۴	۳/۰۶	۱۸/۹۳	۱/۳۸	۱۸/۶۶	۱/۵۴
	آزمایش ۳	۱۵/۸۰	۳/۰۵	۱۹/۵۳	۰/۷۴	۱۹/۴۶	۰/۹۱۵
فرانگرانی	کنترل	۱۳/۳۳	۲/۴۳	۱۲/۹۳	۲/۲۱	۱۲/۸۰	۲/۱۷
	آزمایش ۱	۱۳/۹۳	۲/۶۵	۱۰/۹۳	۲/۶۰	۱۰/۸۰	۲/۴۸
	آزمایش ۲	۱۳/۱۳	۲/۴۱	۹	۲/۷۲	۹/۴۶	۲/۱۳
	آزمایش ۳	۱۳/۷۳	۲/۴۳	۹/۴	۲/۰۹	۸/۳۳	۲/۵۵

جدول ۲- خلاصه نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر برای اثربخشی درمان‌ها در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و آزمون پیگیری بر متغیرهای فرانگرانی، تحمل آشفتگی و تحمل ابهام در گروه‌های آزمایش و گروه کنترل

مقیاس	منبع اثر	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	معناداری	مجزور اتا
فرانگرانی	مرحله	۳۱۸/۷۴	۲	۱۵۹/۳۷	۱۳۱/۸۰۸	۰/۰۰۱	۰/۷۰۲
	مرحله*گروه	۱۰۷/۱۶	۶	۱۷/۸۶	۱۴/۷۷	۰/۰۰۱	۰/۴۴۲
	خطا	۱۳۵/۴۲	۱۱۲	۱/۲۰۹			
	گروه	۱۹۸/۵۵	۳	۶۶/۱۸	۴/۶۸۱	۰/۰۰۵	۰/۲۰۰
تحمل ابهام	خطا	۷۹۱/۷۷	۵۶	۱۴/۱۳			
	مرحله	۱۴۴/۵۷	۲	۷۲/۲۸	۵۲/۱۵	۰/۰۰۱	۰/۴۸۲
	مرحله*گروه	۱۲/۸۴	۶	۲/۱۴	۱/۵۴۴	۰/۱۷۰	۰/۰۷۶
	خطا	۱۵۵/۲۴	۱۱۲	۱/۳۸۶			
تحمل آشفتگی	گروه	۵۱/۰۲۲	۳	۱۷/۰۰۷	۱/۲۲۶	۰/۳۰۹	۰/۰۶۲
	خطا	۷۷۶/۶۲	۵۶	۸۶/۸۲۸			
	مرحله	۱۷۱۶/۷۰	۲	۸۵۸/۳۵	۱۴۸/۹۹	۰/۰۰۱	۰/۷۲۷
	مرحله*گروه	۶۳۸/۷۲	۶	۱۰۶/۴۵	۱۸/۴۷	۰/۰۰۱	۰/۴۹۷
تحمل آشفتگی	خطا	۶۴۵/۲۴	۱۱۲	۵/۷۶۱			
	گروه	۲۴۲۷/۹۲	۳	۸۰۹/۳۰	۹/۳۲۱	۰/۰۰۱	۰/۳۳۳
	خطا	۴۸۶۲/۳۵	۵۶	۸۶/۸۲			

آزمایش و گروه کنترل تفاوت معناداری وجود دارد. همچنین، معنادار بودن تعامل میان مراحل با گروه آزمایشی در متغیرهای مذکور حاکی از آن است که در مراحل پس آزمون و پیگیری،

با توجه به معنادار بودن اثر مرحله، نتایج حاکی از آن است که بین میانگین نمرات پیش آزمون، پس آزمون و آزمون پیگیری متغیرهای فرانگرانی، تحمل آشفتگی و تحمل ابهام در گروه‌های



میانگین گروه‌های آزمایش به طور معناداری متفاوت از گروه کنترل می‌باشد. بر اساس ضرایب اتا مشخص می‌شود که درمان ترکیبی در شاخص‌های مورد نظر موثرتر بوده است.

جدول ۳- نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی برای مقایسه میانگین نمرات فرآینگرانی، تحمل ابهام و تحمل آشفتگی در گروه‌ها

متغیر	گروه (I)	گروه (J)	میانگین اختلاف ها	انحراف معیار	سطح معناداری
فرآینگرانی	کنترل	درمان واحد پردازش ای	۰/۶۶۷	۰/۷۹۳	$P > ۰/۰۵$
		دارو درمانی	۲/۲۰۰	۰/۷۹۳	$P > ۰/۰۵$
		درمان ترکیبی	۲/۵۳۳	۰/۷۹۳	$P > ۰/۰۵$
تحمل ابهام	کنترل	درمان واحد پردازش ای	-۰/۸۸۹	۰/۷۸۵	$P > ۰/۰۵$
		دارو درمانی	-۱/۰۲۲	۰/۷۸۵	$P > ۰/۰۵$
		درمان ترکیبی	-۰/۴۶۷	۰/۷۸۵	$P > ۰/۰۵$
تحمل آشفتگی	کنترل	درمان واحد پردازش ای	-۷/۷۱۱	۱/۹۶۴	$P < ۰/۰۵$
		دارو درمانی	-۷/۷۵۵	۱/۹۶۴	$P < ۰/۰۵$
		درمان ترکیبی	-۹/۴۸۸	۱/۹۶۴	$P < ۰/۰۵$

نتایج نشان می‌دهد که هر سه نوع درمان (در مقایسه با گروه کنترل) بر بهبود وضعیت آزمودنی‌ها موثر بوده‌اند؛ اما سطح معناداری مربوط به گروه در متغیر فرآینگرانی کمتر از ۰/۰۵ می‌باشد. به عبارت دیگر، تاثیر درمان ترکیبی در مقایسه با دارو درمانی و درمان شناختی- رفتاری واحد پردازش ای بر فرآینگرانی متفاوت بوده است. تاثیر این سه درمان بر تحمل ابهام و تحمل آشفتگی اختلاف معناداری ندارد، اما میزان فرآینگرانی در مرحله پس آزمون و آزمون پیگیری در گروه درمان ترکیبی به مراتب پایین‌تر از گروه درمان شناختی - رفتاری واحد پردازش ای بود. بنابراین، اثربخشی درمان ترکیبی در متغیرهای فوق متفاوت بوده است.

بحث

یافته‌ها نشان دادند که هر سه شیوه درمان در کاهش معنادار نشانه‌های اضطراب فراگیر (تحمل آشفتگی، تحمل ابهام و فرآینگرانی) در پس آزمون و آزمون پیگیری موثر بوده‌اند. اما در مقایسه درمان‌ها با یکدیگر در ارزیابی پس از درمان و دوره پیگیری، به خصوص دوره پیگیری، درمان ترکیبی برتری معناداری به لحاظ آماری نسبت به درمان شناختی- رفتاری واحد پردازش ای و دارو درمانی در کاهش شدت علائم اضطرابی داشته است.

این یافته‌ها با نتایج پژوهش‌های مشابه دیگر (۷، ۹، ۱۰، ۱۲، ۱۴) هماهنگ و همسو است. اگر چه این سه رویکرد درمانی تا اندازه‌ای متفاوت به نظر می‌رسند، اما این فرض را در ذهن بر می‌انگیزند که دستکاری رفتار اکتسابی درمانجو همراه با اصلاح تحریفات و تغییرات فرایندهای شناختی و تغییرات زیست شیمیایی زیرساخت این رفتار در مقایسه با بکارگیری هر یک از روش‌ها به تنهایی احتمالاً به پیامدهای مثبت‌تری می‌انجامد (۳۶). بر اساس الگوی مینه کا و زینبارگ^۱ (۳۷)، عوامل ژنتیک و سرشتی، سابقه شرطی شدن، تاریخچه یادگیری اجتماعی- فرهنگی، تجربه شرطی شدن‌های آسیب‌زای مستقیم و جانمایی، ادراک کنترل ناپذیری، پیش بینی ناپذیری رویدادهای استرس‌زا و ویژگی‌های محرک شرطی افراد را به عنوان عوامل آسیب پذیری در بروز نشانه‌های اضطرابی (تحمل آشفتگی، تحمل ابهام و فرآینگرانی) موثر می‌دانند. رویکرد یادگیری معاصر عواملی را که پس از شرطی شدن اتفاق می‌افتد بر کیفیت و شدت بروز اضطراب شرطی شده موثر می‌دانند. از آن جا که در درمان ترکیبی هر دو بعد جسمانی و روانشناختی درمانجو در نظر گرفته می‌شود و در واقع، ترکیب داروهای ضد افسردگی (پاروکستین) و درمان شناختی- رفتاری

1- Mineka S & Zinbarg



مزایایی نسبت به هر یک از آنها به تنهایی برای درمان نشانه‌های اضطراب فراگیر (تحمل آشفتگی، تحمل ابهام و فرانگرانی) دارد بنابراین، اثربخشی معنادارتر درمان ترکیبی در متغیر فرانگرانی که مبنای اصلی اضطراب است، به طور منطقی قابل تبیین می‌باشد. در واقع، درمان ترکیبی با وارونه‌سازی و اصلاح فرایندهای شناختی و هیجانی نادرست درمانجو، تغییر خاطرات آسیب‌زا و اطلاعات ناراحت کننده، تغییر همزمان احساسات، افکار و هیجان‌ها (۲۵)، قطع چرخه تجارب منفی درونی، تمرکز بر شناخت‌های افراد، پیشگیری از خلق منفی و تمرکز بر اصلاح الگوهای تفکر منفی از یک سو و بکارگیری پاروکستین برای افزایش سطح سروتونین و در نتیجه افزایش انگیزه و سطح خلقی مراجعان از سوی دیگر، باعث کاهش نشانه‌های اضطراب فراگیر (تحمل آشفتگی، تحمل ابهام و فرانگرانی) در درمانجویان شده است (۳۸).

با توجه به این که در این پژوهش تاثیر پاروکستین بر کاهش بهبود خلق اضطرابی درمانجویان دارای نشانه‌های اضطراب فراگیر به اثبات رسید و برتری درمان ترکیبی مورد تایید قرار گرفت، شاید بتوان گفت که پاروکستین اثر اختصاصی ضد اضطرابی ندارد، بلکه عمدتاً از طریق کاهش تظاهرات بالینی جنبی اختلال اضطراب فراگیر در کاهش نشانه‌ها موثر واقع شده است. به عبارت دیگر، پاروکستین زمینه لازم برای اثربخشی سایر شیوه‌های درمان را مهیا می‌سازد و در درازمدت موجب بهبود علایم اضطرابی درمانجویان نمی‌شود (۱۹). از این رو، می‌توان نتیجه گرفت که این پژوهش احتمالاً به دلیل دوره کوتاه مدت درمان با پاروکستین نتوانسته است اثربخشی آن را بخوبی ارزیابی نماید. از سوی دیگر، اثرات پاروکستین تنها تا زمانی که مصرف آن ادامه داشته باشد پایدار باقی می‌ماند اما اثرات درمان‌های روانشناختی بسیار پایدارتر از دارودرمانی به تنهایی می‌باشد. برطبق اکثر مطالعاتی که تا به حال انجام شده است، داروهای سروتونرژیک دارای اثرات ضد افسردگی هستند. درمان شناختی- رفتاری واحد پردازش‌ای نیز نشانه‌های اضطرابی را بهبود می‌بخشد و بنابراین ترکیب دارو درمانی و درمان شناختی- رفتاری واحد پردازش‌ای برتری بیشتری نسبت به هر یک از درمان‌ها به تنهایی دارد (۱۹).

به طور کلی، اکثر مطالعات بیانگر این هستند که هم پاروکستین و هم درمان شناختی- رفتاری واحد پردازش‌ای بیشتر بر روی نشانه‌های جسمانی اضطراب مؤثرند. این احتمال وجود دارد که افکار اضطراب‌زا، باقی مانده و جنبه‌های شناختی و سبک اسنادی حداقل تا اندازه‌ای عامل بروز مجدد افکار اضطراب‌زا در درمانجویانی باشد که با روش‌های دارویی درمان شده‌اند. بروز مجدد نشانه‌های اضطرابی به هنگام قطع دارو احتمالاً بر اثر عوامل دیگری مانند عوامل فیزیولوژیکی و اسنادهای شناختی است. بنابراین، روش‌های شناختی- رفتاری برای بررسی و تغییر باورها، نگرش‌های ناسالم و سبک اسنادی ضروری می‌باشد و کاستی‌های روش درمان با پاروکستین به تنهایی را جبران و مرتفع می‌سازد (۳۹). از سوی دیگر، می‌توان نتیجه گرفت که این پژوهش احتمالاً به دلیل دوره کوتاه مدت درمان دارویی و درمان واحد پردازش‌ای نتوانسته است اثربخشی واقعی آنها را به خوبی بررسی کند. همچنین، اثرات دارودرمانی تنها به هنگام مصرف دارو ادامه می‌یابد، اما اثرات درمان‌های روانشناختی بسیار پایدارتر از دارو درمانی به تنهایی می‌باشد و نیازمند توجه به ابعاد متفاوت روان شناختی، رفتاری و عاطفی درمانجویان می‌باشد. از این رو، ترکیب دو درمان فوق می‌تواند نتایج بهتری بدنبال داشته باشد (۱۹). این احتمال وجود دارد که به دلیل دوره زمانی کوتاه این تحقیق، بسیاری از فنون و مهارت‌های درمان شناختی- رفتاری واحد پردازش‌ای مورد توجه و استفاده قرار نگرفته باشد. از سوی دیگر، اثرگذاری سریع داروی پاروکستین بر نشانه‌های اضطرابی درمانجویان باعث شده است که اثربخشی این دو درمان تفاوتی باهم نداشته باشد. از این رو، عدم برتری این دو درمان نسبت به یکدیگر قابل توجیه می‌باشد (۲۵).

نتیجه‌گیری

به طور کلی، از دستاوردهای نظری این پژوهش این است که می‌تواند نتایج پژوهش‌های پیشین را تایید نماید. در سطح عملی، یافته‌های پژوهش فعلی می‌تواند برای تدوین برنامه‌های درمانی مورد استفاده قرار گیرد. افزون بر اثربخشی درمان‌های روانشناختی و دارویی، درمان‌های روانشناختی عوارض جانبی کمتری نسبت به دارو درمانی دارد. سادگی، کم هزینه بودن و



کنترل روان درمانی با اثر دارونما استفاده شود، طرح‌هایی با عدم آگاهی دو جانبه کامل بکار رود، از ارزیاب‌های مستقل استفاده شود، برنامه‌های آموزش مقابله با استرس و کسب مهارت‌های موثر ارتباطی به این افراد ارائه شود و کتابچه مهارت‌های درمانی رویکرد واحد پردازش و مقابله با اضطراب و استرس برای این افراد تدوین گردد.

تشکر و قدردانی

پژوهش حاضر مستخرج از رساله دکتری نویسنده اول در رشته روانشناسی و مصوب کمیته اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی شاهرود با کد IR.IAU.NYSHABUR.REC.1399.005 است. از مدیر مرکز روانشناسی آفرینش شهر نیشابور و تمامی شرکت کنندگانی که صمیمانه محققین را یاری نمودند تشکر و قدردانی می‌شود.

تعارض منافع

موردی توسط نویسندگان گزارش نشده است.

کوتاه مدت بودن آن، مزیت دیگری است برای تسهیل فرآیند درمان و ایجاد امکان پیشرفت درمانی که هم برای درمانگر و هم برای مراجع اهمیت والایی دارد. از سوی دیگر، ترکیب درمان‌های روانشناختی و دارو درمانی، نسبت به هریک از درمان‌ها به تنهایی در کاهش نشانه‌های بالینی اضطراب فراگیر اثربخشی بیشتری دارد. در پایان لازم به ذکر است که، عدم امکان انتخاب تصادفی آزمودنی‌ها، عدم کنترل سایر عوامل اثرگذار بر اختلال اضطراب فراگیر، محدودیت‌های زمانی اجرای فنون و بکارگیری آموزش‌ها، نداشتن ارزیاب مستقل و عدم آگاهی دو جانبه پژوهشگر از جمله محدودیت‌های این پژوهش بوده است بنابراین، پیشنهاد می‌شود برای واضح‌تر شدن اثرات درمانی رویکردهای فوق در مطالعات گسترده‌تری با حجم نمونه بیشتر به بررسی و مقایسه این درمان‌ها با رویکردهای رایج درمانی پرداخته شود، دوره برگزاری آموزش‌ها و تکنیک‌های آموزشی طولانی‌تر شود، تعامل و ترکیب آموزش‌های فوق در سایر اختلال‌های اضطرابی مورد بررسی قرار گیرد، در گروه

References

1. Sadok BC, Sadok WA, & Ruiz P. Psychiatric Abstract: Behavioral Sciences / Clinical Psychiatry. Translated by: Farzin Rezaei, 2, Arjmand Publications, Tehran. (2016).
2. Blood, GW, Blood, IM. Long-term consequences of childhood bullying in adults who stutter: Social Anxiety, Fear of Negative Evaluation, Self-esteem, and Satisfaction with Life. J Fluency Disorder (2016); 72-84.
3. Dimaggio G, Shahrar G. Behavioral activation as a common mechanism of change across different orientations and disorders. American psychological association (2017); 54(3): 221-224.
4. Kaplan H. Sadock B. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Translated by Y. Seyyed Mohammadi. First Edition (2015); Tehran: Arjmand. (2013). [Persian]
5. Ha Kim E, Crouch T. Adaptation of behavioral activation in the treatment of chronic pain. American Psychological Association (2017); 54(3): 237-244.
6. Letzring TD, Rone CC, Colman DE. Implications of fear of negative evaluation, state anxiety, and implied level of target-dominance on perceptions of personality traits. J Soc Psychol (2016); 581-593.
7. Van Kessel K, Moss-Morris R, Willoughby EA. randomized controlled trial of cognitive behavior therapy for multiple sclerosis fatigue. Psychosom Med; (2011). 70 (2): 205-13.
8. Mitten F, Dash SR, Scarlet ALS, Davey GCL. Investigating the effect of uncertainty on catastrophic worry and med. Journal of Behavior Research and Therapy (2012); 50(11): 690- 698.
9. Simons JS, Gaher RM. The distress tolerance scale: Development & validation of a self-report measure. Motivation & emotion (2005); 20(9): 83- 102.



10. Razurel C, Kaiser B, Antonietti JP, Epiney M & Sellenet C. (2017). Relationship between perceived perinatal stress and depressive symptoms, anxiety, and parental self-efficacy in primiparous mothers and the role of social support .*Women Health* 154-172.
11. Holaway RM, Heimberg RG, Coles ME. A comparison of intolerance of uncertainty in analogue obsessive-compulsive disorder and generalized anxiety disorder. *Journal of Anxiety Disorders* (2007); 20: 158–174.
12. Ruggiero GM, Stapinski L, Caselli G, Fiore F, Gallucci M, Sassaroli S, Rapee RM. Beliefs over control and meta-worry interact with the effect of intolerance of uncertainty on worry. *Personality and Individual Differences* (2012). Vol 53, Issue 3, August: 224-230.
13. Wells A, Matthews G. *Attention and emotion, a clinical perspective*. Hove: Erlbum. 1994.
14. Wells A. Cognition about cognition: metacognition therapy and change in generalized anxiety disorder and social phobia. *Cognitive and Behavioral Practice* (2007); 14 (1): 18-25.
15. Spielberger CD, Anton WD, Bedell J. Test anxiety interventions for children and adolescents: A systematic review of treatment studies from 2000-2010. *Psychology in the Schools* (2015); 50: 57-71.
16. Chorpita B, Taylor A, Francis S, Moffitt C, Austin A. Efficacy of modular cognitive Behavior therapy for childhood anxiety disorders. *Behavior therapy* (2004); 35: 263-287.
17. Eisen AR, Silverman WK. Prescriptive treatment for generalized anxiety disorder in children. *Behavior therapy* (2012); 29: 105-121.
18. Song MF, Zhang YH. Modified suanzaorentang had the treatment effect for generalized anxiety disorder for the first 4 weeks of paroxetine medication: A pragmatic randomized controlled study. *Evid based complement alternate med* (2017); 8391637.
19. Irons C, Lad S. Using compassion focused therapy work with shame and self-criticism in complex trauma. *Australian Clinical Psychobiologist* (2017); 3: 47-54.
20. Chorpita BF, Daleiden EL, & Weisz JR. Identifying and selecting the common elements of evidence based interventions: A distillation and matching model. *Mental Health Services Research* (2005); 7(1), 5-20.
21. Shiran Khorasani Z. Comparing the effectiveness of modular cognitive-behavioral therapy and quality of life skills in intolerance of uncertainty, generalized anxiety symptoms and motivational beliefs of students with test anxiety. PhD Thesis in Psychology, Khorasan Razavi Science and Research Branch, Islamic Azad University, Neyshabur Branch. (2019). [Persian]
22. Ramezani M. The effectiveness of modular cognitive-behavioral therapy in generalized anxiety symptoms and intolerance of uncertainty in female students of Mashhad Islamic Azad University. Master's Thesis in Clinical Psychology, Islamic Azad University, Neyshabur Branch (2018). [Persian]
23. Song MF, Zhang YH. Modified suanzaorentang had the treatment effect for generalized anxiety disorder for the first 4 weeks of paroxetine medication: A pragmatic randomized controlled study. *Evid Based Complement Alternate Med*. 8391637. (2017).
24. Susan HS, Ronald MR. *Behavior Research and Therapy The etiology of social anxiety disorder. An evidence-based model*. (2016); 1100-1109.
25. Denise D, Ben-Porath P. Dialectical behavior therapy applied to parent skills training: adjunctive treatment for parents with difficulties in affect regulation. *Cogn & Behav Pract*. (2013); 17(4): 458–46.



26. Abbasi M, Bagian Koleh Marz MJ, Qasemi Jovineh R, Dargahi Sh. Comparing hypochondriasis, social anxiety and cognitive avoidance in mothers of students with and without specific learning difficulties. *Exceptional Education* (2015); 15(6): 6-14. Serial number 134. [Persian]
27. Spada MM, Wells A. Metacognitions, emotion and alcohol use. *Clinical Psychology and Psychotherapy* 2005; 12: 150-155.
28. Taherifar Z, Fati L, Gharaei B. A model of predicting social phobia in university students based on cognitive-behavioral components. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology* (2010); 16(1): 34-45. [Persian]
29. Wells A, & Carter K. Further Tests of a Cognitive Model of Generalized Anxiety Disorder: Metacognitions and Worry in GAD, Panic Disorder, Social Phobia, Depression and Non-patients. *Behav Ther* (2001); 32: 85-102.
30. Simons JS, Gaher RM. The distress tolerance scale: Development & validation of a self-report measure. *Motivation & emotion* (2005); 20(9): 83-102.
31. Alavi Kh, Modarres Gharavi M, Amin Yazdi A, Salehi Fadardi J. The effectiveness of dialectical behavioral group therapy in depression symptoms among students. *Journal of Principles of Mental Health*. (2011). [Persian]
32. Azizi M. Comparing the effectiveness of acceptance and commitment group therapy and interpersonal group therapy in improving the symptoms of mental health, resilience and pain in people with chronic headaches. Master's thesis in Clinical Psychology, Ferdowsi University of Mashhad. (2014). [Persian]
33. Gholami F, Ranjbar MJ, Karimian Pour Gh, Dolati H. The effectiveness of emotion regulation group training in adolescent adjustment. National Conference on Psychology of Educational and Social Sciences, Mazandaran, Scientific-Research Institute of Kume Elm Avaran Danesh. (2015). [Persian]
34. Lee Hee RL, Tirch D, Poltiano LA. Emotion regulation techniques in psychotherapy. Translated by A. R. Mansouri Rad (2013). Tehran: Arjmand. (2011).
35. Khaje Rashidan F. Investigating the level of observance of social norms by high school female students in Semnan Province. *Social Sciences Research Journal* (2008). 2(1). [Persian]
36. 48. Ha Kim E, Crouch T. Adaptation of behavioral activation in the treatment of chronic pain. *American Psychological Association* (2017); 54,(3): 237-244.
37. Ekers D, Webster L, Straten AV, Cuijpers P, Richards D, Gilbody S. Behavioural activation for depression; An update of meta-analysis of effectiveness and sub group analysis. *Plose One* (2014); 237-244.
38. Mineka S, Zinbarg RA. Contemporary learning theory perspective on the etiology of anxiety disorders: It's not what you thought it was. *American Psychologist* (2006). 61: 10-26.
39. Susan HS, Ronald MR. Behavior Research and Therapy :The etiology of social anxiety disorder. An evidence – based model, 1100-1109. (2016).
40. Dalaham L. The compersion effect of beahaioral actination group therapy and sedative drougs on depression and anxiety for breast cancer woman. *Journal Anxiety Disorder* (2012); (11): 279, 315.



Comparing the effectiveness of pharmacotherapy (paroxetine), modular cognitive- behavioral therapy and their combination in distress tolerance, ambiguity tolerance and meta-worry in female university students with generalized anxiety disorder

Mahdiye Kaveyi¹, Hasan Toozandehjani^{2*}, Mahboobe Taher¹

1- Department of Psychology, Faculty of Humanities, Shahrood Branch, Islamic Azad University, Shahrood, Iran.

2- Department of Psychology, Faculty of Humanities, Neyshabur Branch, Islamic Azad University, Neyshabur, Iran.

Original Article

Received: 15 Jun 2020

Accepted: 7 Sep 2020

***Corresponding Author:**

Hasan Toozandehjani,
Department of Psychology,
Faculty of Humanities,
Neyshabur Branch, Islamic
Azad University, Neyshabur,
Iran

TEL:

Email:

H.toozandehjani@ymail.com

A B S T R A C T

Introduction

In the last two decades, the interest in understanding the nature of generalized anxiety disorder (GAD) and the development of effective treatment methods for GAD has increased among psychologists. This study aimed to compare the effectiveness of pharmacotherapy, modular cognitive-behavioral therapy and their combination in distress tolerance, ambiguity tolerance and meta-worry in female students with generalized anxiety.

Materials and Methods

This study was a semi-experimental research with a pretest-posttest and follow-up control group design. The selection of 60 students among the female students of the Islamic Azad University of Mashhad was done by purposive sampling and were randomly assigned into three experimental groups (pharmacotherapy, modular therapy and combination therapy) and a control group. The participants were pretested using Generalized Anxiety Disorder Questionnaire (GAD-7; Spitzer et al., 2006) Wells ,Anxious Thoughts Inventory (2005), Simmons and Gahr turbulence tolerance scale (2005) and McDonald Ambiguity Tolerance Scale (1970). At the end of the treatment and three months after it, participants underwent post-test and follow-up test. The data in this article was analysed with repeated measures analysis of variance (ANOVA).

Results

The results of the repeated measures ANOVA showed that all three treatment approaches were effective in reducing turbulence tolerance, ambiguity tolerance and meta-worry compared to the control group (Eta-squared 0.37, 0.22, 0.45, respectively), but combination therapy had a significant advantage over the other two therapeutic approaches alone ($p < 0.05$).

Conclusion

Based on the biological and psychological underpinnings of generalized anxiety disorder, it seems that the combination of psychological therapies and pharmacotherapy is a more effective approach in improving anxiety conditions.

Keywords

Generalized Anxiety, Distress Tolerance, Ambiguity Tolerance, Meta-Worry, Modular Therapy, Pharmacotherapy, Combination Therapy

► **Please cite this article as:** Kaveyi M, Toozandehjani H, Taher M. Comparing the effectiveness of pharmacotherapy (paroxetine), modular cognitive- behavioral therapy and their combination in distress tolerance, ambiguity tolerance and meta-worry in female university students with generalized anxiety disorder. J Neyshabur Univ Med Sci 2021;9(2):41-54.