



دانشگاه علامه طباطبائی

دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی

رساله دکتری تخصصی (Ph.D)

رشته روان شناسی

بررسی و مقایسه اثربخشی درمان روان پویشی فشرده کوتاه مدت و درمان شناختی رفتاری بر اختلال اضطراب فراگیر

استاد راهنما: دکتر محمود گلزاری

اساتید مشاور: دکتر احمد برجعلی، دکتر فرامر ز سهرابی

اساتید داور: دکتر حسین اسکندری، دکتر محمد کاظم عاطف وحید

دانشجو: غلامرضا دهشیری

شهریور ماه ۸۹

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

## تقدیر و تشکر

خدای را سپاس که فرصتی دیگر نصیب شد تا در مقطعی بالاتر در محضر اساتید گرانقدر کسب فیض نمایم و تحصیلاتم را به پایان برسانم. به همین دلیل وظیفه خود دانسته تا از تمامی عزیزانی که به نوعی در اجرای این پژوهش بنده را همراهی نمودند، تشکر و قدردانی نمایم.

- جناب آقای دکتر گلزاری، استاد محترم راهنما، که صادقانه و بدون محدودیت در صرف وقت گرانیاه خود، با راهنمایی های عالمانه خود سهم بزرگی در به ثمر نشاندن این پژوهش ایفا نمودند.

- جناب آقای دکتر برجعلی و سهرابی، استاتید محترم مشاور، که با اظهار محبت و صرف وقت زیاد اینجانب را در ارائه نظرات ارزنده در زمینه پژوهش یاری نمودند.

- جناب آقای دکتر اسکندری و عاطف وحید، اساتید محترم داور، که با ارائه نقطه نظرات حکیمانه و مشخص نمودن ایرادات، موجبات پربار شدن این پژوهش را فراهم آوردند. سلامتی و ماندگاری این عزیزان را از بارگاه ایزد منان خواهانم.

## چکیده:

پژوهش حاضر با هدف بررسی و مقایسه اثربخشی درمان روان‌پویشی فشرده کوتاه مدت و درمان شناختی رفتاری بر اختلال اضطراب فراگیر انجام شد. با استفاده از طرح آزمایشی پیش‌آزمون، پس‌آزمون با گروه کنترل همراه با پیگیری، ۲۵ دانشجوی مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره دانشگاه‌های شهر تهران که طبق ملاک‌های DSM-IV-TR مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر بودند بطور تصادفی انتخاب شدند و در سه گروه روان‌پویشی، شناختی رفتاری و کنترل جایگزین شدند. آزمودنی‌های سه گروه به پرسشنامه نگرانی دانشگاه پنسیلوانیا و مقیاس اضطراب صفت پاسخ دادند. آزمودنی‌های گروه روان‌پویشی و شناختی رفتاری به مدت ۱۶ جلسه تحت درمان قرار گرفتند. در پایان درمان و همچنین یک ماه بعد از درمان آزمودنی‌های سه گروه مجدداً به پرسشنامه نگرانی و اضطراب صفت پاسخ دادند. از آزمون تجزیه و تحلیل واریانس آمیخته و تصحیح بن‌فرنی برای تحلیل داده‌های پژوهش استفاده شد. نتایج پژوهش نشان داد که درمان روان‌پویشی و درمان شناختی رفتاری بطور معنی‌داری موجب کاهش نگرانی و اضطراب صفت آزمودنی‌های مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر می‌شود و تفاوت معنی‌داری بین اثربخشی دو نوع درمان وجود ندارد.

**واژه‌های کلیدی:** اضطراب فراگیر، نگرانی، روان‌پویشی، شناختی رفتاری

## فهرست مطالب

صفحه	عنوان
۱	فصل اول: کلیات پژوهش
۲	مقدمه
۵	بیان مسئله
۸	اهمیت و ضرورت پژوهش
۸	اهداف پژوهش
۹	فرضیه های پژوهش
۹	تعاریف مفاهیم
۱۱	فصل دوم: پیشینه نظری و عملی پژوهش
۱۲	اضطراب
۱۳	مولفه های اضطراب
۱۴	اضطراب حالت در برابر اضطراب صفت
۱۵	نظریات موجود در زمینه اضطراب
۱۵	نظریه عصب- زیست شناختی
۱۶	نظریه روان پویایی
۲۰	نظریه رفتاری
۲۱	نظریات شناختی
۲۲	نظریه پردازش هیجانی
۲۴	نظریه شبکه معنایی هیجان ها
۲۵	نظریه پردازش طرحواره ای
۲۶	مدل اضطراب بک
۲۸	مروری کوتاه بر طبقه بندی اختلالات اضطرابی
۳۰	اختلال اضطراب فراگیر
۳۱	تاریخچه طبقه تشخیصی
۳۲	اضطراب فراگیر در DSM-IV
۳۳	ویژگی های تشخیصی اختلال اضطراب فراگیر در DSM-IV-TR
۳۴	ویژگی های تشخیصی اختلال اضطراب فراگیر بر اساس ICD-10

۳۵	اختلاف در معیارهای تشخیصی اختلال اضطراب فراگیر
۳۶	تشخیص افتراقی اختلال اضطراب فراگیر
۳۸	همه‌گیرشناسی اختلال اضطراب فراگیر
۳۸	شیوع اختلال اضطراب فراگیر در جمعیت عمومی
۳۹	شیوع اختلال اضطراب فراگیر در جامعه بالینی
۴۰	سن شروع و فرایند بیماری
۴۱	سن و تفاوت‌های جنسیتی
۴۲	هم‌ابتلائی اختلال اضطراب فراگیر
۴۳	هزینه‌های اختلال اضطراب فراگیر
۴۵	سبب‌شناسی اختلال اضطراب فراگیر
۴۵	نقش وراثت
۴۵	نقش محیط
۴۶	عوامل خطرزا
۴۷	عوامل روانشناختی
۴۸	نگرانی و ویژگی‌های آن
۵۱	موضوع نگرانی
۵۲	پیامدهای نگرانی
۵۳	زندگی در آینده
۵۴	نظریات روانشناختی در مورد اختلال اضطراب فراگیر
۵۴	نظریه هیجان بارلو
۵۵	نظریه اجتناب شناختی نگرانی
۵۷	مدل بر مبنای پذیرش
۵۸	مدل ریسکیند از آسیب‌پذیری بافنده
۶۰	نقش بی‌تابی نسبت به عدم قطعیت
۶۲	مدل فراشناختی
۶۳	درمان‌های اختلال اضطراب فراگیر
۶۳	درمان‌های دارویی
۶۳	درمان‌های روانشناختی
۶۳	درمان شناختی رفتاری

۶۷	درمان روان‌پویشی حمایتی بیانی
۶۸	درمان تنظیم هیانات
۷۰	درمان فراشناختی
۷۱	روان‌درمانی یکپارچه
۷۳	درمان روان‌پویشی کوتاه مدت
۷۸	تاریخچه روان‌درمانی پویشی کوتاه مدت
۸۳	روان‌درمانی پویشی فشرده کوتاه مدت
۸۴	معیار انتخاب بیماران
۸۸	آنچه که ممکن است در طول درمان رخ دهد
۸۹	روش‌ها و تکنیک‌های خاص
۱۰۳	پیشینه پژوهش
۱۰۳	تحقیقات انجام شده در مورد درمان روان‌پویشی کوتاه مدت
۱۰۶	تحقیقات انجام شده در زمینه درمان شناختی رفتاری
۱۱۸	تحقیقات انجام شده در داخل کشور
۱۲۲	<b>فصل سوم: روش پژوهش</b>
۱۲۳	روش پژوهش
۱۲۳	جامعه آماری
۱۲۴	نمونه پژوهش
۱۲۴	ابزارهای پژوهش
۱۲۴	پرسشنامه اضطراب صفت - حالت
۱۲۴	پرسشنامه نگرانی دانشگاه پنسیلوانیا
۱۲۹	مصاحبه بالینی ساختاریافته برای DSM-IV
۱۲۹	فرایند اجرای پژوهش
۱۳۵	روش تجزیه و تحلیل آماری داده‌های پژوهش
۱۳۶	<b>فصل چهارم: یافته‌های پژوهش</b>
۱۴۶	<b>فصل پنجم: بحث و نتیجه‌گیری</b>
۱۴۷	بحث و نتیجه‌گیری
۱۵۵	محدودیت‌های پژوهش
۱۵۵	پیشنهاد‌های پژوهش

۱۵۶	----- منابع
۱۶۸	----- ضمائم
۱۶۹	----- فرایند درمان روان‌پویشی فشرده کوتاه مدت
۱۷۳	----- فرایند درمان شناختی رفتاری
۱۸۳	----- فرم ثبت اضطراب روزانه
۱۸۴	----- فرم ردیابی فکر
۱۸۵	----- مقیاس اضطراب صفت
۱۸۶	----- پرسشنامه نگرانی دانشگاه پنسیلوانیا



صفحه	جداول و نمودار
۳۷	جدول ۱-۲ تشخیص افتراقی GAD از سایر اختلالات اضطرابی-----
۱۲۶	جدول ۳-۱ شاخص‌های برازندگی مدل تک‌عاملی و دو عاملی PSWQ-----
۱۲۷	جدول ۲-۳ بارهای عاملی سوالات در مدل دو عاملی PSWQ-----
۱۲۷	جدول ۳-۳ ضرایب همسانی درونی و بازآزمایی PSWQ به تفکیک جنسیت-----
۱۲۸	جدول ۴-۳ ضرایب همبستگی بین نمرات PSWQ با سایر ابزارهای اندازه‌گیری-----
۱۳۷	جدول ۱-۴ فراوانی و درصد فراوانی جنسیت آزمودنی‌ها-----
۱۳۷	جدول ۲-۴ میانگین و انحراف استاندارد سن آزمودنی‌ها-----
۱۳۸	جدول ۳-۴ میانگین و انحراف استاندارد نمرات اضطراب صفت در گروه‌های آزمایشی---
۱۳۹	جدول ۴-۴ میانگین و انحراف استاندارد نمرات نگرانی در گروه‌های آزمایشی-----
	جدول ۵-۴ نتایج آزمون تجزیه و تحلیل واریانس آمیخته برای بررسی تاثیر زمان
۱۴۰	و گروه بر نمرات اضطراب صفت-----
	جدول ۶-۴ نتایج آزمون بن‌فرنی برای مقایسه میانگین اضطراب صفت گروه‌ها
۱۴۱	در هریک از مراحل اندازه‌گیری-----
	نمودار ۴-۱ مقایسه میانگین نمرات اضطراب صفت گروه‌های آزمایشی در سه مرحله
۱۴۲	اندازه‌گیری-----
	جدول ۷-۴ نتایج آزمون تجزیه و تحلیل واریانس آمیخته برای بررسی تاثیر زمان
۱۴۳	و گروه بر نمرات نگرانی-----
	جدول ۸-۴ نتایج آزمون بن‌فرنی برای مقایسه میانگین نگرانی گروه‌ها در هریک
۱۴۴	از مراحل اندازه‌گیری-----
۱۴۵	نمودار ۴-۲ مقایسه میانگین نمرات نگرانی گروه‌های آزمایشی در سه مرحله اندازه‌گیری

فصل اول

کلیات پژوهش

## مقدمه:

ما در عصر اضطراب زندگی می‌کنیم. با توجه به شرایط اقتصادی ناپایدار، جنگ، تهدیدهای تروریستی و بیماری‌های جدید مرگ‌آور به نظر می‌رسد که امنیت ما کم شده است. در حقیقت اینطور به نظر می‌رسد که اضطراب بارزترین واکنش و عکس‌العمل در عصر جدید است. سطح اضطراب در گروه‌های که در ۵۰ سال اخیر متولد شده‌اند افزایش یافته است (تونگ<sup>۱</sup>، ۲۰۰۰). اختلالات اضطرابی عمده‌ترین بیماری معاصر نامیده می‌شوند (دوزویس و دابسون<sup>۲</sup>، ۲۰۰۵). میزان شیوع آن بالا است اما کمتر از ۳۰ درصد بیماران بدنبال درمان می‌روند (پولک و کاو<sup>۳</sup>، ۲۰۰۴).

اختلالات اضطرابی با اختلال در عملکرد، کیفیت زندگی پایین و افزایش هزینه‌های بهداشت و سلامتی همراه است و تقریباً توسط ۲۰ درصد از افراد جامعه تجربه می‌شود (کسلر<sup>۴</sup> و همکاران، ۱۹۹۴).

در میان دوازده اختلال اضطرابی فهرست شده در ویرایش تجدیدنظر شده چهارم کتابچه راهنمای تشخیصی آماری اختلالات روانی<sup>۵</sup> DSM-IV-TR (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۰۰) اختلال اضطراب فراگیر<sup>۶</sup> از جمله شایعترین اختلالات است. اختلال اضطراب فراگیر یک اختلال اضطراب مزمن است که با نگرانی مفرط و غیر قابل کنترل مشخص می‌شود و همراه با نشانه‌های جسمانی است. بر خلاف سایر اختلالات اضطرابی، اختلال اضطراب فراگیر شامل اضطراب و نگرانی مبهم در غیاب اشیاء، محرکها یا موقعیت‌های خاص است (هازلت-استیونز<sup>۷</sup>، ۲۰۰۸).

اختلال اضطراب فراگیر در بین اختلالات اضطرابی منحصر به فرد است از آن جهت که یک طبقه تشخیصی نسبتاً جدید است (داگز و رایبچاد<sup>۸</sup>، ۲۰۰۷). اختلال اضطراب فراگیر برای اولین بار به عنوان یک طبقه تشخیصی در ویرایش سوم راهنمای تشخیصی آماری اختلالات روانی DSM-III (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۱۹۸۰) ارائه شد. اما تعریف روشن‌تر آن به عنوان یک اختلال با بازنگری‌های چشمگیر در ملاک‌های تشخیصی آن در DSM-III-R (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۱۹۸۷) ارائه شد. در DSM-IV (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۱۹۹۴) تجدید نظر اندکی در ملاک‌های تشخیصی آن صورت گرفت و در نهایت بدون هیچ بازنگری در DSM-IV-TR (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۰۰) به عنوان یک طبقه تشخیصی کاملاً روشن ارائه شد.

- 
- 1- Twenge
  - 2- Dozois & Dobson
  - 3- Pollock & Kuo
  - 4- Kessler
  - 5- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: Text revision
  - 6- Generalized Anxiety Disorder
  - 7- Hazlett-Stevens
  - 8- Dugas & Robichaud

ویژگی‌های اصلی برای تشخیص اختلال اضطراب فراگیر عبارتند از ۱- نگرانی<sup>۱</sup> و اضطراب بیش از حد در اکثر روزها حداقل به مدت ۶ ماه ۲- اختلال در عملکرد اجتماعی و شغلی<sup>۳</sup> - دشواری در کنترل نگرانی<sup>۴</sup> - فراوانی، شدت و مدت نگرانی فراتر از احتمال وقایع تهدیدزا است (شولز، گاتو و راپاپورت<sup>۲</sup>، ۲۰۰۵).

میزان شیوع یک ماهه اختلال اضطراب فراگیر ۲/۸ درصد و شیوع ۱ ساله آن ۳/۶ درصد (هانت، اساکیدیز و اندروز<sup>۳</sup>، ۲۰۰۲) و شیوع سراسر عمر آن ۵/۷ درصد (کسلر و همکاران، ۲۰۰۵) گزارش شده است. احتمال ابتلای زنان به اختلال اضطراب فراگیر دو برابر مردان است. اختلال اضطراب فراگیر در هر سنی می‌تواند رخ دهد اما میانگین سن شروع آن ۲۱ سالگی تخمین زده شده است (یانکر<sup>۴</sup> و همکاران، ۱۹۹۶). سیر اختلال اضطراب فراگیر معمولاً مزمن است و باعث مشکلات طولانی مدت می‌گردد. میانگین طول دوره آن ۶ سال است اما عموماً سیر آن مزمن است (هاگ<sup>۵</sup> و همکاران، ۲۰۰۴).

افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر، بیشتر اوقات با اضطراب غیر قابل کنترل دست به گریبان هستند. تلاش‌های آنها برای کنترل کردن نگرانی‌شان معمولاً بی‌نتیجه است و به نشانه‌های متعدد جسمانی و روانی مبتلا هستند که در عملکرد اجتماعی، شغلی و کلی آنها در زندگی اختلال ایجاد می‌کند. نگرانی افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر می‌تواند سالها ادامه یابد. در واقع، این افراد اغلب می‌گویند هیچ زمانی در زندگی‌شان بدون احساس اضطراب و ناآرامی نبوده‌اند (هالجین و ویتبورن<sup>۶</sup>، ۲۰۰۳).

تشخیص اختلال اضطراب فراگیر عمدتاً مبتنی بر نگرانی مفرط و بیش از حد است. اگرچه نشانه‌های شناختی و جسمانی دیگری مثل تنش عضلانی و ضعف تمرکز نیز برای تشخیص لازم است اما مولفه اساسی نگرانی بیمارگون در حیطه‌های مختلف زندگی (مثل کار، سلامتی و روابط) است (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۰۰). در حالیکه هر فردی تا اندازه‌ای نگرانی دارد، نگرانی بیمارگون از نگرانی بهنجار زمانی متمایز می‌شود که مزمن، بیش از حد، غیر قابل کنترل باشد و لذت و خوشی را از زندگی فرد از بین ببرد (برکویک، رای و استوبر<sup>۷</sup>، ۱۹۹۸).

نگرانی، فرایند شناختی که افراد وقایع و نتایج تهدیدزا را پیش‌بینی می‌کنند، تبدیل به راهبردی برای کشف کردن و مقابله با تهدیدهای قریب‌الوقوع می‌شود. در نتیجه این افراد در یک حالت پایدار گوش به زنگی زندگی می‌کنند. از آنجایی که تهدیدهای پیش‌بینی شده بطور طبیعی خیلی نامحتمل هستند،

- 
- 1- Worry
  - 2- Schulz, Gatto & Rapaport
  - 3- Hunt & Issakidis & Andrews
  - 4- Yonkers
  - 5- Hoge
  - 6- Halgin & Whitbourne
  - 7- Borkovec & Ray & Stöber

توانایی فطری انسان برای برنامه ریزی از قبل از طریق فکر کردن درباره آینده بجای اینکه موجب رفتار سازنده حل مساله شود باعث ایجاد اضطراب و تنش می شود (هازلت-استیونز، ۲۰۰۸).

آسیب های چشمگیری در حوزه کارکردهای اجتماعی و نقش های متعدد زندگی بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر وجود دارد (هاگ و همکاران، ۲۰۰۴). این اختلال در فعالیتهای زندگی و نقش های کارکردی مشکل ایجاد می کند (کسلر و همکاران، ۲۰۰۱). علاوه بر این کاهش چشمگیر در کیفیت زندگی نیز وجود دارد (تارک<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۰۰).

استین و همبرگ<sup>۲</sup> (۲۰۰۴) گزارش کردند که اختلال اضطراب فراگیر با کاهش احتمال رضایت از زندگی خانوادگی و فقدان حس بهزیستی کلی همراه است. در عملکرد شغلی و اجتماعی نسبت به مسئولیت های خانه و خانواده آسیب های بیشتری ایجاد می شود. بطور کلی، رضایت از کیفیت زندگی در ۹ حیطة مختلف همراه با کاهش بود که عبارت بودند از: عزت نفس، ارزش ها و هدفها، درآمد، کار، بازی، یادگیری، خلاقیت، دوستان و خویشاوندان.

از دیدگاه شناختی رفتاری اضطراب فراگیر از تحریف های شناختی ناشی می شود. افراد مبتلا از مشکلات جزئی در زندگی روزمره به راحتی ناراحت می شوند. اگر مشکلی در زندگی روزمره آنها رخ دهد آن را بزرگ می کنند و درباره پیامد آن بیش از حد نگران می شوند. توجه آنها از خود مشکل به نگرانی های خودشان جابجا می شود، در نتیجه نگرانی آنها دو چندان می شود. وقتی اضطراب به هر دلیلی آغاز می شود از کنترل خارج شده و نگرانی روی هم انباشته می شود. آنچه بسیار زیانبار است، عدم اطمینان فرد به توانایی خودش در کنترل کردن احساسات و واکنش های اضطرابی و عدم اطمینان به توانایی اداره کردن تکالیف زندگی به نحو شایسته است (هالجین و ویتبورن، ۲۰۰۳).

علاقه طولانی مدتی در زمینه تبیین و درمان اضطراب از دیدگاه روان پویشی وجود دارد. بسیاری از مولفان از دیدگاه روان پویشی همانند فروید، سالیوان، کلاین، کوهات نظریاتی را در زمینه سبب شناسی و درمان اضطراب ارائه کرده اند (زیرب<sup>۳</sup>، ۱۹۹۰). مطالعات جدید در حوزه روان پویشی بیانگر ارتباط عامل های بین فردی با اختلال اضطراب فراگیر است (بروکویک و همکاران، ۱۹۸۳). لیچتس تین و کاسیدی<sup>۴</sup> (۱۹۹۱) در مطالعه ای گزارش کردند که در افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر سبک دلبستگی ناایمن بطور معنی داری بیشتر است. همچنین این افراد میزان درآمیختگی بیش از حد با والدین، نقش معکوس (قبول مسئولیت های والدین به عنوان کودک) و خشم و احساسات متغیر نسبت به

---

1- Turk  
2- Stein & Heimberg  
3- Zerbe  
4- Lichtenstein & Cassidy

مراقب اولیه را گزارش کردند. همچنین برکویک (۱۹۹۴) گزارش کرد که در بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر فراوانی حوادث آسیب‌زای گذشته بطور معنی‌داری بیشتر از افراد فاقد ملاک‌های تشخیصی اختلال اضطراب فراگیر است.

تحقیقات دیگر (مولینا<sup>۱</sup> و همکاران، ۱۹۹۲) نشان داد که حوادث آسیب‌زای افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر بیشتر به وقایع هیجانی مرتبط است که شامل خانواده، دوستان و یا آزار فیزیکی یا جنسی است.

بطور کلی در دیدگاه روان‌پویشی فرض می‌شود که مجموعه‌ای از تجارب آسیب‌زا منجر به آرزوها، تمایلات، انتظارات و باورهای درباره خود و دیگران می‌شود. این آرزوها و تمایلات نوعاً شامل بدست آوردن صمیمیت، امنیت، ثبات و محافظت از دیگران است که به ترس از اینکه دیگران طردکننده و سوء استفاده‌گر هستند منجر می‌شود. ترس‌هایی که به این تمایلات و باورها مربوط است به قدری قوی و مشکل‌زا هستند که شخص مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر ترجیح می‌دهد درباره تمایلات، احساسات و یا وقایع گذشته فکر نکند. در اصطلاح روان‌پویشی مکانیسم‌هایی دفاعی که فعال هستند منجر به این می‌شوند که بیمار مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر به عنوان روشی برای اجتناب از فکر کردن درباره تمایلات، و مسائل هیجانی مهمتر و اساسی‌تر، نگرانی زیادی نسبت به وقایع حاضر در زندگی‌اش داشته باشد (کرایتز کریستوف<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۰۴).

### بیان مساله

از بین تمام اختلالات اضطرابی اختلال اضطراب فراگیر، اختلالی است که از اثربخشی درمانی کمتری برخوردار است (براون، بارلو و لیوویتز، ۱۹۹۴). درمان اختلال اضطراب فراگیر شامل دو طبقه کلی است: درمان‌های دارویی و درمان‌های روانشناختی. اشکال مختلفی از درمان‌های روانشناختی برای اختلال اضطراب فراگیر وجود دارد شامل: درمان‌های شناختی، رفتاری، شناختی-رفتاری، فراشناختی، روان‌پویشی و پسخوراند زیستی (رای و ساندرسون<sup>۳</sup>، ۲۰۰۴). رایج‌ترین درمان اختلال اضطراب فراگیر درمان شناختی-رفتاری است و بیشترین مطالعات انجام شده در زمینه درمان اختلال اضطراب فراگیر درمان شناختی-رفتاری است (بروکویک و همکاران، ۲۰۰۳). از نظر بسیاری از متخصصان این نوع درمان هنوز در خط اول درمان‌های روانشناختی اختلال اضطراب فراگیر قرار دارد (اریکسون و نیومن<sup>۴</sup>، ۲۰۰۵).

- 
- 1- Molina
  - 2- Crits-Christoph
  - 3- Rygh & Sanderson
  - 4- Erickson & Newman

درمان‌های اختلال اضطراب فراگیر نوین، راهبردهای شناخت درمانی همراه با ادراک نادرست از تهدید را بخوبی با مواجهه ذهنی در پاسخ به نشانه‌های درونی و بیرونی اضطراب با هدف مرور ذهنی پاسخ‌های مقابله‌ای ترکیب کرده است. این قبیل برنامه‌های درمان شناختی- رفتاری در پژوهش‌های روان‌درمانی زیادی مورد ارزیابی قرار گرفته است. اگرچه در بین اختلالات اضطرابی درمان اختلال اضطراب فراگیر مشکل به نظر می‌رسد، با این وجود درمان شناختی- رفتاری پیوسته بر تغییرات درمانی معنی‌دار در طول زمان تاکید داشته است (هازلت-استیونز، ۲۰۰۷).

شکل‌های مختلفی از درمان شناختی- رفتاری برای کاهش نشانه‌های اختلال اضطراب فراگیر وجود دارد. بطور اختصاصی درمان شناختی- رفتاری بر روی کاهش نشانه‌های شناختی، جسمانی و رفتاری اختلال اضطراب فراگیر از طریق کاربرد تکنیک‌های خاص متمرکز است. این تکنیک‌ها شامل آرام‌سازی، حساسیت‌زدایی منظم، آرام‌سازی فعال، بازسازی شناختی، کنترل محرک، جلوگیری از پاسخ، حل مساله، فهرست‌بندی فعالیت‌های خوشایند و آموزش مهارت‌های بین فردی است (رای و ساندرسون، ۲۰۰۴).

تحقیقات انجام شده نشان داده‌اند که فقط ۵۰ درصد از بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر با روش درمان شناختی- رفتاری بهبود یافته‌اند (بروکویک و همکاران، ۲۰۰۳). از طرف دیگر، اختلال اضطراب فراگیر یک اختلال مقاوم نسبت به درمان است (پورتمن، ۲۰۰۸).

از درمان‌های دیگر در زمینه اختلال اضطراب فراگیر درمان‌های روان‌پوشی هستند. این درمان‌ها عمدتاً مبتنی بر نظریات روان‌کاوی در مورد ماهیت و علل اضطراب هستند و اساس آنها نیز افشا و هشیاری به خاطرات و عواطف دردناکی است که موجب اضطراب می‌گردند. در سالهای اخیر بر درمان‌های روان‌پوشی متمرکزتر و کوتاه‌تر تاکید شده است. با تکامل تفکر روان‌پوشی و تعدیل‌های صورت گرفته در تکنیک‌های آن این درمان‌ها می‌توانند پتانسیل بالایی برای بهبود اختلال اضطراب فراگیر داشته باشند. درمان‌های روان‌پوشی کوتاه مدت از اصول نظریه و درمان روان‌پوشی استفاده می‌کنند. این درمان‌ها علاوه بر ایجاد بینش، یک تجربه هیجانی اصلاح‌کننده را نیز فراهم می‌کنند که در آن آسیب‌های قدیمی و فعلی و سایر احساسات و خاطرات سرکوب شده، دوباره بخاطر آورده شده و حل و فصل می‌گردند (مسر و وارن<sup>۱</sup>، ۲۰۰۱). درمان روان‌پوشی حمایتی-بیانی<sup>۲</sup> (کرایتز کریستوف و همکاران، ۱۹۹۶؛ کرایتز کریستوف و همکاران، ۲۰۰۴) یک درمان روان‌پوشی موثر کوتاه‌مدت، متمرکز و با جهت‌گیری بین شخصی برای اختلال اضطراب فراگیر است. تحقیقات انجام شده (کرایتز کریستوف و همکاران، ۱۹۹۶؛

---

1- Messer & Warren

2- Supportive-expressive psychodynamic therapy

کرایتز کریستوف و همکاران، ۲۰۰۵) بیانگر اثربخشی معنی‌دار این درمان بر بهبود نشانه‌های اختلال اضطراب فراگیر است.

از دیگر درمان‌های روان‌پویشی، درمان روان‌پویشی فشرده و کوتاه مدت<sup>۱</sup> است. درمان روان‌پویشی فشرده و کوتاه مدت روشی است که در دامان تفکر روان‌پویشی متولد شده و از این رو در ضمن اینکه اصول اولیه و اساسی درمانگری پویشی در خصوص آن مصداق دارد تفاوت‌های بارزی با الگوهای متداول روان‌پویشی دارد. این روش درمان توسط یک دانشمند ایرانی، حبیب دوانلو، طراحی شده است که در آن روش بلند مدت، سازمان نیافته و نامشخص تحلیل روانی به یک روش کوتاه‌مدت، اثربخش، سازمان‌یافته و روشن تبدیل شده است. این روش در حل سازمان‌بندی پیچیده و آسیب‌زای ناهشیار در بیماران مقاوم که از آشفتگی‌های روانی رنج می‌برند بسیار توانا است (دوانلو، ۲۰۰۱).

به عقیده دوانلو (۱۹۹۵) این روش بسیار موثر است و قادر به رفع ساختار نورتیک مرکزی مقاوم‌ترین اختلالات روانی طولانی است.

بررسی پژوهش‌های انجام شده نشان می‌دهد با وجود اینکه اثر بخشی درمان روان‌پویشی فشرده کوتاه مدت در مورد اختلالات اضطرابی فوبی و هراس مورد بررسی قرار گرفته است (دوانلو، ۲۰۰۱) اما تاکنون پژوهشی در زمینه اثربخشی این درمان بر اختلال اضطراب فراگیر انجام نشده است.

با وجود گذشت بیش از ۴۰ سال از پیدایش و توسعه روان‌درمانی پویشی کوتاه‌مدت و انتشار مطالعات گوناگون پیرامون اثربخشی بر روی اختلالات متنوع، هنوز سهم این مطالعات در تعیین و اثربخشی این شیوه در اختلالات شایع روانی از قبیل اضطراب فراگیر ناچیز می‌باشد.

از آنجایی که نگرانی بیمارگون ویژگی اصلی اختلال اضطراب فراگیر است، راجرز<sup>۲</sup> و همکاران (۲۰۰۸) پیشنهاد می‌کنند که شناسایی درمان‌هایی که بطور معنی‌داری موجب کاهش نگرانی می‌شوند از لحاظ بالینی مهم و باارزش است. بنابراین پژوهش حاضر بدنبال بررسی و مقایسه اثربخشی درمان روان‌پویشی فشرده کوتاه مدت و درمان شناختی-رفتاری در کاهش اضطراب و نگرانی افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر است. به عبارتی پژوهش حاضر بدنبال پاسخگویی به این سوالات است که: آیا درمان روان‌پویشی کوتاه‌مدت فشرده و درمان شناختی رفتاری بر کاهش اضطراب و نگرانی افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر موثر است؟ و آیا تفاوتی بین اثربخشی درمان روان‌پویشی کوتاه‌مدت و درمان شناختی-رفتاری در کاهش اضطراب و نگرانی افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر وجود دارد؟

---

1- Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy  
2- Rogers



## اهمیت و ضرورت پژوهش:

در ادبیات علمی روانشناسی بالینی و روانپزشکی توجه روزافزونی به اختلالات اضطرابی شده است (نورتون<sup>۱</sup> و همکاران، ۱۹۹۵). اما همانطور که داگاس (۲۰۰۰) بیان می‌کند تعداد نسبتاً کمی از این مطالعات در مورد اختلال اضطراب فراگیر بوده است. بر خلاف اختلال هراس (مکنالی<sup>۲</sup>، ۱۹۹۴) فوبی اجتماعی (هیمبرگ و بکر، ۲۰۰۲) اختلال وسواس-اجباری (سینسون<sup>۳</sup> و همکاران، ۱۹۹۸) که در آنها پیشرفت‌های واضحی صورت گرفته، اختلال اضطراب فراگیر هنوز یک اختلال کمتر مطالعه شده (داگاس، ۲۰۰۰) درست فهمیده نشده (پرسونز و همکاران، ۲۰۰۱) و مقاوم به درمان (بروکویک و راسیو، ۲۰۰۱) است.

اختلال اضطراب فراگیر از شایعترین اختلال‌های روانی یافت شده در جمعیت عمومی می‌باشد، و تحقیقات انجام شده بیانگر این است که افراد مبتلا به این اختلال دچار آسیب‌های و مشکلات چشمگیری در حوزه کارکردهای خانوادگی، اجتماعی و شغلی می‌شوند، علاوه بر این کاهش معنی‌داری در میزان کیفیت زندگی، رضایت از زندگی خانوادگی و حس بهزیستی کلی بیماران مبتلا مشاهده می‌شود.

با توجه به اینکه اختلال اضطراب فراگیر جزء اختلالات نسبتاً جدید است و هنوز نسبت به سایر اختلالات اضطرابی کمتر مورد مطالعه و بررسی قرار گرفته است و از طرف دیگر شیوع بالایی دارد و پیامدهای نامطلوبی متعددی در زندگی افراد مبتلا دارد، انجام مطالعاتی در زمینه ماهیت و درمان این اختلال هم از جنبه نظری و هم از جنبه کارکردی ضروری و مهم به نظر می‌رسد. انجام پژوهش حاضر و پژوهش‌های مشابه می‌تواند راهگشای پاره‌ای از ابهامات و پیچیده‌گی‌های مربوط به اختلال اضطراب فراگیر به عنوان یکی از شایعترین، ناتوان‌کننده‌ترین و مبهم‌ترین اختلالات اضطرابی باشد.

## اهداف پژوهش:

تعیین اثربخشی درمان روان‌پویشی فشرده کوتاه‌مدت بر کاهش اضطراب افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر

تعیین اثربخشی درمان روان‌پویشی فشرده کوتاه‌مدت بر کاهش نگرانی افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر

تعیین اثربخشی درمان شناختی-رفتاری بر کاهش اضطراب افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر

---

1- Norton  
2- McNally  
3- Swinson

تعیین اثربخشی درمان شناختی-رفتاری بر کاهش نگرانی افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر  
مقایسه اثربخشی درمان روان‌پوشی فشرده کوتاه‌مدت و درمان شناختی-رفتاری بر کاهش اضطراب  
افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر  
مقایسه اثربخشی درمان روان‌پوشی فشرده کوتاه‌مدت و درمان شناختی-رفتاری بر کاهش نگرانی افراد  
مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر

### **فرضیات پژوهش:**

درمان روان‌پوشی فشرده کوتاه مدت در کاهش اضطراب افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر موثر است.

درمان شناختی-رفتاری در کاهش اضطراب افراد مبتلا به اضطراب فراگیر موثر است.  
بین اثربخشی درمان روان‌پوشی فشرده کوتاه مدت و درمان شناختی-رفتاری در کاهش اضطراب افراد  
مبتلا به اضطراب فراگیر تفاوت وجود دارد.

درمان روان‌پوشی فشرده کوتاه مدت در کاهش نگرانی افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر موثر است.  
درمان شناختی-رفتاری در کاهش نگرانی افراد مبتلا به اضطراب فراگیر موثر است.  
بین اثربخشی درمان روان‌پوشی فشرده کوتاه مدت و درمان شناختی-رفتاری در کاهش نگرانی افراد  
مبتلا به اضطراب فراگیر تفاوت وجود دارد.

### **متغیرهای پژوهش:**

متغیر مستقل:

روان‌درمانی با دو سطح روان‌پوشی فشرده کوتاه مدت و درمان شناختی رفتاری  
متغیر وابسته:

اضطراب و نگرانی

**تعاریف مفاهیم:**

**اضطراب فراگیر:**

اضطراب و نگرانی شدید در مورد چندین رویداد یا فعالیت که در اکثر روزها در خلال حداقل ۶ ماه  
پایدار مانده باشد، کنترل نگرانی سخت است و علائم جسمانی مانند تنش عضلانی، تحریک‌پذیری،  
اشکال در خواب و بی‌قراری توأمان وجود دارد (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۰۰).

در پژوهش حاضر منظور از اضطراب فراگیر نمره‌ای است که فرد در مقیاس صفت پرسشنامه اضطراب  
صفت حالت (اشپیلبرگر و همکاران، ۱۹۸۳) کسب می‌کند.

## نگرانی:

نگرانی زنجیره‌ای از افکار و تصورات با بار عاطفی منفی و نسبتاً غیر قابل کنترلی است که بصورت تلاش و درگیری در حل مساله ذهنی موضوعی که نتیجه آن مبهم است، اما شامل یک یا چند نتیجه منفی است خود را نشان می‌دهد، در نتیجه نگرانی با فرایندهای ترس ارتباط نزدیکی دارد (بروکویک و همکاران، ۱۹۸۳).

حالتی دلواپسانه از آینده و وقایع منفی که یک فعالیت فکری کلامی منفی و شدید را به راه می‌اندازد (داوی و ولز، ۲۰۰۶).

منظور از نگرانی در پژوهش حاضر نمره‌ای است که فرد در پرسشنامه نگرانی دانشگاه پنسیلوانیا (مایر و همکاران، ۱۹۹۰) کسب می‌کند.

### روان‌درمانی پویایی فشرده کوتاه مدت

روشی است که در دامان روان‌پویایی سنتی متولد شده است و ضمن اینکه به مبادی روان‌پویایی سنتی پایبند است تفاوت بارزی با آن دارد. به بیان دیگر این روش در درمان مشکلات روانشناختی نه تنها بر تداعی آزاد، مقاومت، تخلیه هیجانان، انتقال و تعبیر و تفسیر تعارضات ناهشیار تاکید دارد، بلکه به رفتارها، تفکرات، هیجانان و تعارضاتی که افراد در شرایط کنونی در روابط بین فردی خود دارند تاکید می‌ورزد (روزنهان و سلیگمن، ۱۹۹۵).

در پژوهش حاضر منظور از روان‌پویایی فشرده کوتاه مدت فنون‌ها و تکنیک‌های است که مبتنی بر روش دوانلو در ۱۶ جلسه ارائه شده است.

### درمان شناختی رفتاری

تلفیقی از رویکردهای شناختی و رفتاری است. در این نوع درمان به بیمار کمک می‌شود تا الگوهای تفکر تحریف شده و رفتارهای ناکارآمد خود را تشخیص دهد. برای اینکه بتواند این افکار تحریف شده و ناکارآمد خود را تغییر دهد از بحث‌های منظم و تکالیف رفتاری دقیقاً سازمان‌یافته‌ای استفاده می‌شود (سادوک و سادوک، ۲۰۰۳).

در پژوهش حاضر منظور از درمان شناختی رفتاری فنون‌ها و تکنیک‌های است که در ۱۶ جلسه ارائه می‌شود و توسط هازلت-استیونز ارائه شده است.

## فصل دوم

مبانی نظری و پیشینه پژوهش