

اثربخشی درمان شناختی- رفتاری بر عدم تحمل بلا تکلیفی و حساسیت اضطرابی افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر

منصور علی مهدی^۱، پروین احتشام زاده^۲، فرح نادری^۳، زهرا افتخار صعادی^۴
و رضا پاشا^۵

دریافت مقاله March 14, 2016
پذیرش مقاله Feb 29, 2016

اختلال اضطراب فراگیر، یکی از اختلالات اضطرابی در دوره ی کودکی و نوجوانی است و مشکلات زیادی در حوزه ی سلامت به همراه داشته است. هدف پژوهش حاضر، تعیین اثربخشی درمان شناختی- رفتاری بر عدم تحمل بلا تکلیفی و حساسیت اضطرابی بود. بدین منظور، طی یک پژوهش نیمه آزمایشی با پیش آزمون - پس آزمون و گروه کنترل از بین دبیرستانهای شهرستان رباط کریم، ۳۰ دانش آموز با تشخیص اختلال اضطراب فراگیر انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۵ دانش آموز) و کنترل (۱۵ دانش آموز) کاربندی شدند. گروه آزمایش در ۹ جلسه تحت مداخلات شناختی- رفتاری قرار گرفتند و گروه کنترل هیچ مداخله ای دریافت نکرد. گروهها قبل و بعد از درمان از نظر اضطراب فراگیر، حساسیت اضطرابی و عدم تحمل بلا تکلیفی مورد ارزیابی قرار گرفتند. نتایج تحلیل کوواریانس نشان داد که مداخلات شناختی- رفتاری بطور معناداری در کاهش علائم اختلال اضطراب فراگیر، حساسیت اضطرابی و عدم تحمل بلا تکلیفی موثر است و به نظر می رسد که درمان شناختی- رفتاری با کاهش سطح عدم تحمل بلا تکلیفی و حساسیت اضطرابی در اختلال اضطراب فراگیر روش مناسبی در درمان اختلال اضطراب فراگیر محسوب می شود.

واژه های کلیدی: درمان شناختی- رفتاری، اضطراب فراگیر، عدم تحمل بلا تکلیفی، حساسیت اضطرابی

مقدمه

اختلال اضطراب فراگیر، یکی از اختلالات اضطرابی مزمن و مخرب محسوب می شود که با بیشتر اختلالات روانی در ارتباط است (گرانث، هاسین، استینسون، ۲۰۰۵). این اختلال یکی از اختلالهای

۱. دپارتمان روان شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات خوزستان، اهواز، ایران

۲. دپارتمان روان شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز، اهواز، ایران (نویسنده ی مسول) p_ehtesham85@yahoo.com

۳. دپارتمان روان شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم و تحقیقات خوزستان، اهواز، ایران

۴. دپارتمان روان شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز، اهواز، ایران

۵. دپارتمان روان شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز، اهواز، ایران

شایع دوره ی کودکی و نوجوانی بوده و به دلیل همراه شدن با تغییرات سنی دوره ی نوجوانی، تنش هایی را ایجاد می کند (راشل، ۲۰۱۱). علایم اصلی اختلال اضطراب فراگیر، شامل: نگرانی افراطی و بیش از حد در اکثر روزها حداقل به مدت ۶ ماه، اختلال در عملکرد اجتماعی و شغلی، ناتوانی در کنترل نگرانی و فزونی شدت و مدت نگرانی از رویدادهای توأم با تهدید است (کاوین، آمیت و سدس، ۲۰۰۸). نگرانی، یکی از مولفه های شناختی تمایز دهنده ی علایم زیستی اضطراب به شمار می آید که این مولفه از طریق راهبرد اجتناب در کاهش نگرانی موقتی و در نهایت حفظ اضطراب، نقش مهمی ایفا می کند (اندرو، هابز، براکویس، بسدو و همکاران، ۲۰۱۰).

در میان مولفه های شناختی اضطراب فراگیر، عدم تحمل بلا تکلیفی^۱ سهم قابل توجهی در تجربه ی میزان نگرانی در این اختلال و سایر اختلالات اضطرابی از جمله اختلال وسواس فکری عملی (بولن و راجیتیس، ۲۰۰۹، عقیلی، حسن زاده و قاسمیان، ۲۰۱۳) و اختلالات خلقی (باهر و داگاس، ۲۰۰۶؛ داگاس، ۲۰۰۱) داشته است. عدم تحمل بلا تکلیفی (IU) سازه ای شناختی است که ناتوانی افراد در تحمل موقعیت های مبهم و ناشناخته را بیان می کند (فریستون و همکاران، ۱۹۹۴). عدم تمایل فرد به تحمل وقوع احتمالی رویدادهای منفی در آینده را می توان عدم تحمل بلا تکلیفی (IU) در نظر گرفت (هولاوای، هیمبرگ و کولیس، ۲۰۰۶). داگاس، باهر و لاداسر (۲۰۰۴)، عدم تحمل بلا تکلیفی را سوگیری شناختی ناشی از ادراک، تفسیرها و عکس العملهای های فرد در موقعیت بی ثبات، در سطوح شناختی، هیجانی و رفتاری تعریف کرده اند. در اختلال اضطراب فراگیر، ممکن است نگرانی به همراه عدم تحمل بلا تکلیفی در پیشگیری از وقوع اتفاقات با پیامدهای منفی، نقش محافظتی ایفا کنند (داگاس و همکاران، ۲۰۰۴). برخی از بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر گزارش می کنند که تحمل مشکل با نتایج منفی را به نااطمینانی ترجیح می دهند. به طور کلی مشاهدات بالینی نشان می دهد که عدم تحمل بلا تکلیفی نقش اساسی در افزایش نگرانی و اختلال اضطراب فراگیر دارد (هیمبرگ، ترک و منین، ۲۰۰۴). دجانگ، بک و راید (۲۰۰۹) در یافته های خود نشان دادند افرادی که عدم تحمل بلا تکلیفی بالاتری دارند، از نگرانی و نشخوار فکری بیشتری برخوردارند؛ به عبارتی دیگر، عدم تحمل بلا تکلیفی، نگرانی و نشخوار فکری از یک رابطه علی است. در کنار عدم تحمل بلا تکلیفی سازه شناختی حساسیت اضطرابی^۲ نیز به عنوان یک فاکتور زمینه ساز برای شروع اختلالات

اضطرابی خصوصا اختلال حمله ی وحشتزدگی در نظر گرفته شده است اما، مطالعات نشان می دهد که این سازه با چندین اختلال اضطرابی دیگر در ارتباط است (وایانا و رابین، ۲۰۰۸). سازه ی حساسیت اضطرابی به ترس از اضطراب و علائم مرتبط با اضطراب اشاره دارد و از این باور شکل می گیرد که این علائم به پیامدهای بالقوه آسیب زای جسمانی، روانشناختی و اجتماعی منتهی خواهد شد (دیکن، آبراموویتز، ودزو تولین، ۲۰۰۳). برخی پژوهشها به نقش حساسیت اضطرابی در تجربه ی اضطراب شدید و اختلالات اضطرابی از جمله اختلال اضطراب فراگیر، توجه ویژه ای مبذول داشته اند (اسچمیت و همکاران، ۲۰۱۰، اولاتونجی و همکاران، ۲۰۰۹). کاناپ و همکاران (۲۰۱۵) دریافتند که بین حساسیت اضطرابی با نگرانی و تجربه ی علائم اضطراب فراگیر، رابطه ی معنی داری وجود دارد. در این راستا نتایج برخی از پژوهش ها نشان می دهد که حساسیت اضطرابی در موقعیتهای توأم با استرس و همچنین در پاسخ به فرایند درمان دچار تغییر می شود (برنستین و زاوالنسکی، ۲۰۰۷) به طوری که در رویدادهای پر تنش، حساسیت اضطرابی از شدت بیشتری برخوردار می شود و سطح آن بالا می رود ولی در مداخلات درمانی کاهش می یابد (مارشال و میلر، ۲۰۱۰).

امروزه، شیوه های بسیاری در درمان اختلال اضطراب فراگیر مطرح شده است که در این میان، درمان شناختی- رفتاری به عنوان یکی از درمانهای تثبیت شده، همچنان جزو درمانهای خط اول محسوب می شود و نتایج مثبتی به همراه داشته است (آمیر، برنز و بامیا، ۲۰۰۹؛ کوین، آمید، سد و دازیوس، ۲۰۰۸؛ کندال، هادسون، گاج، اسکوردرو همکاران، ۲۰۰۸). در این راستا، نتایج پژوهش فراتحلیل کوین و همکاران (۲۰۰۸) به منظور بررسی اثربخشی درمانهای شناختی- رفتاری بر نگرانی افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر، حاکی از آن بود که درمان شناختی- رفتاری از اثربخشی قابل ملاحظه ای در کاهش میزان نگرانی و درنهایت درمان اختلال اضطراب فراگیر برخوردار بوده است. علاوه بر نتایج برخی یافته های پژوهشی که بر اثربخشی درمان شناختی- رفتاری بر علائم اختلال اضطراب فراگیر اشاره داشته است، برخی یافته ها نیز نشان از وجود مشکلات قابل توجهی در فرایند ارزیابی و درمان به همراه دارد به طوری که نتایج برخی پژوهشها نشان می دهد که تنها ۵۰ درصد افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر نتایج مثبتی را از درمان کسب می کنند (رابچاد، ۲۰۱۳). در چند دهه ی اخیر مداخلات محدودی با تمرکز بر مولفه های شناختی اضطراب فراگیر از جمله عدم تحمل بلا تکلیفی توانسته است تا حدودی درمان اضطراب فراگیر را به همراه داشته باشد (رابچاد، ۲۰۱۳)؛ به طور مثال، نتایج پژوهش کاسلین، لادوسر، مورین، داگاس و همکاران (۲۰۰۶) با هدف درمان عدم تحمل بلا تکلیفی در افراد مبتلا به اضطراب فراگیر تحت درمان دارویی همزمان، نشان داد که تمرکز بر مولفه ی عدم تحمل

بلا تکلیفی می تواند در کاهش مصرف و قطع مصرف بنزودیازپین ها در طول مدت یکسال موثر واقع شود. اگرچه نتایج پژوهشهای متعددی به نقش حساسیت اضطرابی و عدم تحمل بلا تکلیفی در اختلالات اضطرابی به ویژه اختلال اضطراب فراگیر اشاره داشته اند و نتایج برخی مداخلات شناختی- رفتاری با هدف کاهش سطح حساسیت اضطرابی در برخی طبقات اختلالات اضطرابی از جمله اختلال حمله ی وحشتزدگی (بارلو و همکاران، ۱۹۸۹، اسچمیت و همکاران، ۲۰۰۰) نتایج مثبت و قابل توجهی را به همراه داشته است. با توجه به آنچه گفته شد، هدف پژوهش حاضر، تعیین اثربخشی درمان شناختی- رفتاری بر عدم تحمل بلا تکلیفی و حساسیت اضطرابی بود.

روش

پژوهش حاضر از نوع نیمه آزمایشی با پیش آزمون - پس آزمون و گروه کنترل بود. جامعه ی آماری این پژوهش شامل دانش آموزان دختر مقطع متوسطه ی دبیرستان های شهرستان رباط کریم استان تهران بود که از این جامعه، ۴۸۷ نفر از نظر اختلال اضطراب فراگیر مورد ارزیابی قرار گرفتند و ۴۶ دانش آموز که بالاترین نمره را کسب کرده بودند، انتخاب شدند و ۳۰ نفر از آنها بعد از مصاحبه بالینی غربالگری و به شرط پذیرش شرکت در پژوهش، به طور تصادفی به دو گروه آزمایش و کنترل تقسیم شدند. سپس گروه آزمایش بطور گروهی در ۹ جلسه (هر هفته یک جلسه و به مدت ۹۰ دقیقه) تحت مداخلات شناختی - رفتاری قرار گرفتند. آزمودنی ها قبل و بعد از مداخلات با مقیاس کوتاه اضطراب فراگیر^۱، مقیاس عدم تحمل بلا تکلیفی^۲ و شاخص حساسیت اضطرابی^۳ مورد ارزیابی قرار گرفتند.

پرسشنامه ی اضطراب فراگیر (GAD-7)، به منظور سنجش اختلال اضطراب فراگیر توسط اسپیتزر و همکاران (۲۰۰۶) ساخته شده است. آزمودنی با انتخاب یکی از گزینه های هیچ وقت، چند روز، بیش از نیمی از روزها، و تقریباً هر روز، به سوالات پاسخ می دهد. بالاترین نمره ی این مقیاس ۲۱ است. اعتبار همگرای پرسشنامه ی اضطراب فراگیر کوتاه با پرسشنامه ی اضطراب صفت و حالت اسپیلگر برای اضطراب حالت ۰/۷۱ و برای اضطراب صفت برابر ۰/۵۲ است. نتایج آلفای کرونباخ برای نیمه اول و نیمه دوم به ترتیب ۰/۸۲ و ۰/۷۴ و برای همبستگی دو نیمه برابر با ۰/۷۶ بوده است که

نتایج نشان می دهد این ازمون از اعتبار قابل قبولی برخوردار است و قادر است افراد مبتلا به اضطراب فراگیر را از افراد عادی تفکیک کند (نایبان، شعیری، شریفی و هادیان، ۲۰۱۱).

مقیاس عدم تحمل بلا تکلیفی (IUS)، توسط فریستن و همکاران (۱۹۹۴) برای سنجش میزان تحمل افراد در برابر موقعیت های نامطمین و حاکی از بلا تکلیفی، طراحی شده است. این مقیاس از ۲۷ آیتم تشکیل شده است که آزمودنی ها بر اساس یک مقیاس ۵ درجه ای به سوال ها پاسخ می دهند. بوهر و داگاس (۲۰۰۲) ضریب آلفای کرونباخ به دست آمده را برای این مقیاس ۰/۹۴ و ضریب پایایی باز آزمایی آن را در فاصله ی ۵ هفته ای، ۰/۷۸ گزارش کرده اند.

پرسشنامه ی حساسیت اضطرابی (ASI)، یک پرسشنامه ی خود گزارش دهی است که دارای ۱۶ آیتم به صورت مقیاس پنج درجه ای لیکرت (خیلی کم = ۰ تا خیلی زیاد = ۴) است. درجه ی تجربه ی ترس از نشانه های اضطرابی با نمرات بالاتر مشخص می شود. دامنه ی نمرات بین ۰ تا ۶۴ است (فلوید و همکاران، ۲۰۰۵). بررسی ویژگی های روان سنجی این مقیاس، ثبات درونی آن را بین ۰/۸۰ تا ۰/۹۰ نشان داده است. پایایی باز آزمایی بعد از ۲ هفته نیز برابر ۰/۷۵ و به مدت سه سال برابر ۰/۷۱ بوده است که نشان می دهد ASI یک سازه ی شخصیتی پایدار است (ریس و همکاران، ۱۹۸۶).

شیوه ی اجرا

برای اجرای پژوهش، در ابتدا هدف، مدت زمان جلسات، محل اجرای پژوهش (مرکز مشاوره ی اداره ی آموزش و پرورش) و رعایت اصول رازداری به دانش آموزان و اولیای آنها اعلام شد و پس از اخذ رضایت کتبی، گروه آزمایش با استفاده از پکیج درمانی داگاس و رابچاد (۲۰۰۷) و هاوتون و کلارک (۱۹۸۹) مورد مداخله قرار گرفتند (جدول، ۱).

برای تحلیل داده ها از روش تحلیل کواریانس استفاده شد. داده ها با هجدهمین ویرایش نرم افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

جدول ۱. عناوین و اهداف مداخلات شناختی - رفتاری

جلسه ی اول: آشنایی و ایجاد ارتباط، بیان انتظارات در فرآیند درمان، تاکید بر محرمانه ماندن جلسات و افزایش آگاهی در خصوص علائم اختلال اضطراب فراگیر GAD
جلسه ی دوم: آرایه ی منطقی درمان و آموزش اصول درمان شناختی - رفتاری بر اساس مدل تحلیل کارکردی ABC
جلسه ی سوم: آگاهی افزایی درباره ی نگرانی های مربوط به رویدادهای حال و آینده و آموزش راهبردهای حل مساله
جلسه ی چهارم: بررسی تکلیف جلسه ی قبل، آموزش راهبرد حل مساله و شناسایی موقیتهای مبهم و توام با بلا تکلیفی و

ارایه ی تکلیف خانگی

جلسه ی پنجم: معرفی تحریفهای شناختی و فرض های ناکارآمد و استفاده از تکنیک پیکان رو به پایین
 جلسه ی ششم: شناسایی باورهای مثبت و منفی درباره ی نگرانی و به چالش کشیدن باورها بر اساس تکنیک " وکیل مدافع"

جلسه ی هفتم: آموزش روش آمیdgگی عضلانی همراه با تصویر سازی ذهنی
 جلسه ی هشتم: آموزش روش حل مساله به منظور کاهش بلا تکلیفی در موقعیتهای همراه با استرس
 جلسه ی نهم: آگاهی افزایی از اجتناب شناختی با بهره گیری از تکنیک خرس سفید با هدف افزایش آگاهی از مقطعی بودن اجتناب در کاهش نگرانی

یافته ها

در جدول ۲، مولفه های توصیفی گروه ها به تفکیک پیش آزمون و پس آزمون ارایه شده است:

جدول ۲. مولفه های توصیفی نمرات در گروه های آزمایش و کنترل

گروه	متغیرها	پس آزمون		پیش آزمون	
		sd	M	sd	M
آزمایش	اضطراب فراگیر	۲/۰۲	۱۷/۳۵	۳/۰۱	۱۴/۲۳
	عدم تحمل بلا تکلیفی	۱۴/۱۷	۹۷/۲۹	۲۸/۹۹	۷۱/۵۸
	حساسیت اضطرابی	۱۶/۶۳	۵۷/۸۲	۲۲/۱۹	۴۱/۱۱
	ترس از نگرانی های بدنی	۵/۳۴	۲۱/۱۱	۴/۴۰	۹/۲۳
	ترس از عدم کنترل شناختی	۲/۵۰	۱۱/۰۱	۲/۱۰	۴/۲۳
	ترس از مشاهده شدن توسط دیگران	۳/۲۳	۹/۷۶	۳/۲۳	۹/۷۶
کنترل	اضطراب فراگیر	۲/۳۴	۱۸/۱۵	۱/۵۶	۱۷/۴۶
	عدم تحمل بلا تکلیفی	۱۷/۸۵	۸۸/۲۳	۲۲/۱۶	۴۸/۰۷
	حساسیت اضطرابی	۲۵/۴۸	۵۸/۹۲	۲۵/۱۵	۵۹/۰۱
	ترس از نگرانی های بدنی	۵/۲۴	۱۵/۲۳	۶/۷۹	۱۱/۷۶
	ترس از عدم کنترل شناختی	۳/۰۱	۸/۰۳	۴/۷۸	۷/۷۶
	ترس از مشاهده شدن توسط دیگران	۲/۷۴	۱۰/۷۶	۲/۷۴	۱۰/۷۶

همانطور که در جدول ۲ مشاهده می شود، نتایج بدست آمده نشان می دهد که گروه آزمایش در مرحله پس آزمون در مقایسه با پیش آزمون تغییر داشته است. به منظور بررسی تفاوت مشاهده شده در خصوص اثربخشی درمان شناختی- رفتاری بر میزان علایم اضطراب فراگیر، حساسیت اضطرابی و عدم

تحمل بلاتکلیفی پس از بررسی و تایید مفروضه ی یکسانی واریانس ها از طریق آزمون لوین در متغیر اضطراب فراگیر ($F=0/52, p=0/65$)، عدم تحمل بلاتکلیفی ($F=0/22, p=0/65$) و حساسیت اضطرابی ($F=1/67, p=0/19$)، از روش تحلیل کوواریانس بهره گرفته شد.

جدول ۳. خلاصه ی تحلیل کوواریانس نمرات اضطراب فراگیر، عدم تحمل بلاتکلیفی و

حساسیت اضطرابی

eta	Sig	F	MS	df	SS		
0/137	0/04	4/273	23/812	1	23/812	پیش آزمون	اضطراب فراگیر
0/268	0/004	9/893	55/136	1	55/136	گروه	
			5/573	27	150/478	خطا	
0/265	0/004	9/717	5120/282	1	5120/282	پیش آزمون	عدم تحمل بلاتکلیفی
0/163	0/03	5/263	2772/967	1	2772/967	گروه	
			526/917	27	14226/759	خطا	
0/698	0/001	62/490	10806/577	1	10806/577	پیش آزمون	حساسیت اضطرابی
0/309	0/02	12/083	2089/602	1	2089/602	گروه	
			172/933	27	4669/187	خطا	

همانگونه که در جدول ۳ مشاهده می شود، تحلیل کوواریانس پس آزمون نمرات اضطراب فراگیر پس از تعدیل پیش آزمون نشان می دهد که با حذف اثر نمره های پیش آزمون، اثر مداخله بر نمره ی پس آزمون معنادار است. با توجه به نتایج ($F=9/893, df=1/27, p<0/004$) و در نظر گرفتن مجذور اتا، می توان گفت ۱۳ درصد این تغییرات ناشی از مداخلات شناختی- رفتاری است.

بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر، با هدف تعیین میزان اثربخشی درمان شناختی- رفتاری بر حساسیت اضطرابی و عدم تحمل بلاتکلیفی در دانش آموزان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر انجام گرفت. در فرض اول پژوهش به بررسی اثربخشی درمان شناختی- رفتاری بر علایم اختلال اضطراب فراگیر پرداخته شد که نتایج نشان داد مداخلات شناختی- رفتاری بر علایم اختلال اضطراب فراگیر و کاهش آن موثر است. این یافته با نتایج پژوهش کوین و همکاران (۲۰۰۸)، کندال و همکاران (۲۰۰۸)، دورهم (۲۰۰۲)، کراسک و بارلو (۱۹۹۰)، بوتلر و همکاران (۱۹۹۱) همسو است. نتایج برخی از پژوهشهای انجام گرفته نشانگر این مساله است که از میان مداخلات زیستی و روانشناختی، درمان شناختی رفتاری جزو درمانهای تایید

شده و انتخابی برای اختلال اضطراب فراگیر محسوب می شود (حمید پور، ۲۰۰۹؛ دورهم، ۲۰۰۲). نتایج پژوهش فراتحلیل کوین و همکاران (۲۰۰۸) به منظور بررسی اثربخشی درمانهای شناختی- رفتاری بر نگرانی افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر حاکی از آن بود که درمان شناختی- رفتاری از اثربخشی قابل ملاحظه ای در کاهش میزان نگرانی و در نهایت درمان اختلال اضطراب فراگیر برخوردار بوده است. درمانهای شناختی- رفتاری با تاثیرگذاری بر نگرانی و نگرشهای ناکارآمد بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر نقش مهمی را در درمان ایفا می کنند. نتایج پژوهش مطلق و اسدی (۲۰۰۹) با هدف بررسی اثر بخشی درمان شناختی- رفتاری در کاهش اضطراب دختران نوجوان با اختلال اضطراب فراگیر نشان داد که درمان شناختی- رفتاری سبب کاهش علایم اختلال اضطراب فراگیر می شود. با توجه به نتایج پژوهش های انجام گرفته و همسو بودن نتایج پژوهش حاضر با برخی یافته ها می توان به اثر بخشی درمان شناختی- رفتاری در کاهش علایم اختلال اضطراب فراگیر اشاره نمود. نتایج بررسی فرضیه ی دوم پژوهش حاکی از آن بود که درمان شناختی- رفتاری بر عدم تحمل بلا تکلیفی دانش آموزان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر موثر است که نتایج پژوهش حاضر با نتایج برخی یافته ها مثل رابچاد و همکاران (۲۰۱۳) و کاسلین و همکاران (۲۰۰۶) همسو بود.

در میان مولفه های شناختی اضطراب فراگیر، عدم تحمل بلا تکلیفی سهم قابل توجهی در تجربه ی میزان نگرانی در این اختلال و سایر اختلالات اضطرابی از جمله اختلال وسواس فکری عملی (بولن و راجیتیس، ۲۰۰۹؛ عقیلی، حسن زاده و قاسمیان، ۲۰۱۳) و اختلالات خلقی (باهر، ۲۰۰۶؛ داگاس، ۲۰۰۱) داشته است. برخی از بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر گزارش می کنند که تحمل مشکل با نتایج منفی را به نااطمینانی ترجیح می دهند. به طور کلی مشاهدات بالینی نشان می دهد که عدم تحمل بلا تکلیفی نقش اساسی در افزایش نگرانی و اختلال اضطراب فراگیر دارد (همبرگ، ترک و منین، ۲۰۰۴). نتایج پژوهش کاسلین و همکاران (۲۰۰۶) با هدف درمان عدم تحمل بلا تکلیفی در افراد مبتلا به اضطراب فراگیر تحت درمان دارویی همزمان نشان داد که تمرکز بر مولفه ی عدم تحمل بلا تکلیفی نه تنها می تواند در کاهش علایم اضطراب فراگیر موثر واقع شود بلکه می تواند در کاهش مصرف و قطع مصرف بنزودیازپین ها در طول مدت یکسال موثر واقع شود. عدم تمایل فرد به تحمل وقوع احتمالی رویدادهای منفی در آینده را می توان عدم تحمل بلا تکلیفی (IU) در نظر گرفت (هولاوای، همبرگ و کولیس، ۲۰۰۶).

افرادی که از عدم تحمل بلا تکلیفی بالایی برخوردارند، براین باورند که فاقد مهارتهای حل مساله ی موثر در موقعیتهای مبهم هستند؛ در نتیجه رویدادهای آینده را منفی و با تهدید بیشتری تفسیر می کنند

و این فرایند از طریق تشدید میزان نگرانی، اضطراب بیشتری را برای این افراد به همراه دارد. دجانگ و همکاران (۲۰۰۹) در یافته های خود نشان دادند افرادی که از عدم تحمل بلا تکلیفی بالاتری برخوردارند، از نگرانی و نشخوار فکری بیشتری برخوردارند؛ به عبارتی دیگر، عدم تحمل بلا تکلیفی، نگرانی و نشخوار فکری از یک رابطه علی برخوردارند. همانطور که کریمر و همکاران (۱۹۹۷) بیان کردند سطح عدم تحمل بلا تکلیفی می تواند قابل تغییر باشد و اجرای مداخله ی درمانی این پژوهش در نهایت توانست تغییر در عدم تحمل بلا تکلیفی دانش آموزان مضطرب ایجاد نماید. آنها توانستند در زمان وجود علایم مبهم و اضطراب برانگیز، از تکنیکهای آرامش بخش و در نظر گرفتن احتمالات مثبت استفاده نمایند. مطالعات درمانی اخیر و بهره گیری از پروتکل های درمانی متمرکز بر عدم تحمل بلا تکلیفی با هدف افزایش سطح تحمل بلا تکلیفی و کاهش نگرانی نقش مهمی در درمان اختلال اضطراب فراگیر به همراه داشته است (داگاس و لادوسر، ۲۰۰۰).

در این راستا در پروتکل درمانی پژوهش حاضر در کنار سایر تکنیکهای رایج در درمان شناختی- رفتاری به طور مثال روش آرمیدگی عضلانی با هدف کاهش نشانه های جسمی اضطراب (بارلو و همکاران، ۱۹۹۲)، از پروتکل های درمان عدم تحمل بلا تکلیفی (داگاس و رابچاد، ۲۰۰۷) از جمله آگاهی افزایی درباره ی نگرانی های مربوط به رویدادهای حال و آینده، آموزش راهبرد حل مساله و شناسایی موقعیتهای مبهم و توام با بلا تکلیفی، آگاهی افزایی از اجتناب شناختی با بهره گیری از تکنیک "خرس سفید" نیز بهره گرفته شد که در نهایت نتایج پژوهش حاضر همسو با نتایج کرامر و همکاران (۱۹۹۷) به اثربخشی درمان شناختی- رفتاری در کاهش سطح عدم تحمل بلا تکلیفی و در نهایت کاهش سطح اضطراب فراگیر اشاره داشت. همچنین بررسی فرضیه ی سوم پژوهش نشان داد که درمان شناختی- رفتاری در کاهش حساسیت اضطرابی افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر موثر است به طوری که نمرات پس آزمون حساسیت اضطرابی دانش آموزان تحت درمان، به طور معنی داری کاهش یافته بود. نتایج پژوهش حاضر با برخی یافته ها از جمله بارلو و همکاران (۱۹۸۹)، اسپچیت و همکاران، (۲۰۰۰) همسو بود. حساسیت اضطرابی در بیشتر پژوهشهای انجام گرفته به عنوان متغیری ویژه در تجربه ی اضطراب شدید و اختلالات اضطرابی از جمله اختلال اضطراب فراگیر مورد توجه ویژه ای قرار گرفته است (اسپچیت و همکاران، ۲۰۱۰؛ اولاتونجی و همکاران، ۲۰۰۹). کاناپ و همکاران (۲۰۱۵) در پژوهش خود با هدف بررسی نقش حساسیت اضطرابی در اضطراب فراگیر نوجوانان دریافتند که بین حساسیت اضطرابی با نگرانی و تجربه ی علایم اضطراب فراگیر، رابطه ی

معنی داری وجود دارد به طوری که نوجوانان با حساسیت اضطرابی بالا از میزان نگرانی بیشتر و علایم اضطرابی فراگیر شدیدتری برخوردار بودند.

برنستین و زاوالنسکی (۲۰۰۷) معتقدند که حساسیت اضطرابی در موقعیتهای توأم با استرس و همچنین در پاسخ به فرایند درمان، دچار تغییر می شود به طوری که در رویدادهای پر تنش حساسیت اضطرابی از شدت بیشتری برخوردار می شود و سطح آن بالا می رود و در مداخلات درمانی کاهش می یابد (مارشال و میلر، ۲۰۱۰). رودریگوز و همکاران (۲۰۰۴) نشان دادند که مولفه ی عدم کنترل شناختی به شکل قابل توجهی با اختلال اضطراب فراگیر در ارتباط است که با نگرانی، افکار خودکار و فاجعه سازی که افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر در طی تنش ناشی از اضطراب تجربه می کنند، قابل توجه است.

Reference

- Amir, N.B.C., Burns, M., & Bomyea, J. (2009). Attention modification program in individuals with generalized anxiety disorder. *Journal Abnormal Psychology*, 118(1), 28-33.
- Andrews, G., Hobbs, M., Borkovec, T., Beesdo, K., Craske, M., Heimberg, M., & Rapee, M. (2010). Generalized Worry Disorder: A Review Of DSM-IV Generalized Anxiety Disorder And options For DSM-V. *Depression And Anxiety*, 2(21), 1-14
- Agheli, f., Hasanzadeh, R., & Ghasemian, D. (2013). Compare of intolerance of uncertainty among obsessive-compulsive disorder, generalized anxiety disorder and healthy subjects, *Journal of Novel Applied Sciences*, 2(2), 896-899. (Persian (
- Alirezai, M., & Asadi, Z. (2009). Effectiveness cognitive behavior therapy on radius anxiety in adolescent general anxiety disorder. *Research on Exceptional Children*, 9(1), 25-34, (Persian(
- Barlow, D. H., Craske, M. G., Cerney, J., & Klosko, J. (1989). Behavioral treatment of panic disorder. *Journal Behavior Therapy*, 20, 261-282.
- Bernstein, A., & Zolensky, M. J. (2007). Anxiety sensitivity: Selective review of promising research and future directions. *Expert Review of Aerotherapeutics*, 7, 97-101 .
- Barlow, D. H., Rapee, R. M., & Brown, T. A. (1992). Behavioral treatment of generalized anxiety disorder. *Journal Behavior Therapy*, 23, 551-570.
- Boelen, P. A., & Reijntjes, A. (2009). Intolerance of uncertainty and social anxiety. *Journal of Anxiety Disorders*, 23, 130-135.
- Buhr, K., & Dugas, M. J. (2006). Investigating the construct validity of intolerance of uncertainty and its unique relationship with worry. *Journal of Anxiety Disorders*, 20, 222-236.
- Buhr, K., & Dugas, M. J. (2002). The Intolerance of Uncertainty Scale: Psychometric properties of the English version. *Behaviour Research and Therapy*, 40, 931-945.
- Craske, M. G., & Barlow, T. H. (1990). *The rapist's guide for the mastery of your anxiety and panic*. Albany, Gay winds Publications.
- Covin, R., Ouimet, A. J., Seeds, P. M., & Dozois, D. J. A. (2008). A meta- analysis of CBT for pathological worry among clients with GAD. *Journal of Anxiety Disorders*, 22(1), 108-116.
- Durham, C. (2002). Treatment of generalized anxiety disorder. *Journal of Health line*, 95, 176-181.
- Dugas, M. J., & Ladouceur, R. (2000). Treatment of GAD: targeting intolerance of uncertainty in two types of worry. *Journal Behavior Modification*, 24, 635-657.
- Dugas, M. J., & Robichaud, M. (2007). *Cognitive-behavioral treatment for generalized anxiety disorder: from science to practice*. New York: Routledge

- Dugas, M. J., Buhr, K., & Ladouceur, R. (2004). The role of intolerance of uncertainty in the etiology and maintenance of generalized anxiety disorder. In: R. G. Heimberg, C. L. Turk, & D. S. Mennin (Eds.), *Generalized anxiety disorder: advances in research and practice* (pp. 143–163). New York: Guilford Press.
- Dugas, M. J., Gagnon, F., Ladouceur, R. & Freeston, M. H. (1998). Generalized anxiety disorder: A preliminary test of a conceptual model. *Journal Behavior Research and Therapy*, 36(2), 215-226 .
- Deacon, B. J., Abramowitz, J. S., Woods, C. M., & Tolin, D. F. (2003). The Anxiety Sensitivity Index—Revised: Psychometric properties and factor structure in two nonclinical samples. *Journal Behaviour Research and Therapy*, 41, 1427–1449.
- De Jong-Meyer, R., Beck, B., & Riede, K. (2009). Relationships between rumination, worry, intolerance of uncertainty and metacognitive beliefs. *Journal Personality and Individual Differences*, 46, 547–551.
- Ebrahimi-kheirabadi, A., Hasani, J., & Moradi, A. (2015). Effectiveness of cognitive-behavioral therapy in attentional bias components of patients with generalized anxiety disorder: A single subject study. *Journal of Behavioral Sciences*. 9(2), 121-128.[Persian]
- Freeston, M. H., Rheume, J., Letarte, H., Dugas, M. J., & Ladouceur, R. (1994). Why do people worry? *Personality and Individual Differences*, 17, 791–802.
- Floyd, M., Garfield, A., & LaSota, M. T.(2005). Anxiety sensitivity and worry. *Journal Personality and Individual Differences*, 38, 1223–1229.
- Gosselin, P., Ladouceur, R., Morin, C. M., Dugas, M. J., & Baillargeon, L. (2006). Benzodiazepine discontinuation among adults with GAD: a randomized trial of cognitive- behavioral therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74, 908–919.
- Grant, B. F., Hasin, D. S., Stinson, F. S., & et al.(2005). Prevalence, correlates, comorbidity, and comparative disability of DSM-IV generalized anxiety disorder in the USA: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Journal of Psychology*, 35, 1747–1759.
- Hamidpour, H.(2009). Comparison Efficacy cognitive therapy with schema therapy in treatment of women suffering generalized anxiety disorder[Dissertation]. Tehran: University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences. [Persian]
- Heimberg, R. G., Turk, C. L., & Mennin, D. S. (2004). *Generalized Anxiety Disorder. Advances in research and practice*. New York: Guilford Press, A Division of Guilford Publications, Inc.
- Holaway, R. M., Heimberg, R. G., & Coles, M. E. (2006). A comparison of intolerance of uncertainty in analogue obsessive compulsive disorder and generalized anxiety disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 20, 158–174.
- Kendall, P. C., Hudson, J. L., Gosch, E., Flannery-Schroeder, E., & Suveg, C. (2008). Cognitive-behavioral therapy for anxiety disordered youth: A randomized clinical trial evaluating child and family modalities. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76, 282-297 .
- Kramer, H. C., Kazdin, A. E., Offord, D. R., Kessler, R. C., Jensen, P. S., & Kupfer, D. J.(1997). Coming to terms with the terms of risk. *Archive of general psychiatry*,54,337-343
- Knapp, A., Blumenthal, H., Mischel, E., Badour, C., & Feldner, E.(2015).Anxiety Sensitivity and Its Factors in Relation to Generalized Anxiety Disorder among Adolescents. *Journal of Abnormal Child Psychology*,2(7),1-12.
- Lumpkin, P. W., Silverman, W. K., Weems, C. F., Markham, M. R., & Kurtines, W. M. (2002). Treating a heterogeneous set of anxiety disorders in youths with group cognitive behavioral therapy: A partially nonconcurrent multiple-baseline evaluation. *Journal Behavior Therapy*, 33, 163-177.
- Marshall, G. N., Miles, J. N. V., & Stewart, S. H. (2010). Anxiety sensitivity and PTSD symptom severity are reciprocally-related: Evidence from a longitudinal study of physical trauma survivors. *Journal of Abnormal Psychology*, 119, 143–150 .
- Norton, P. J., Sexton, K. A., Walker, J. R., & Norton, G.R. (2005). Hierarchical model of vulnerabilities for anxiety: Replication and extension with clinical sample. *Cognitive Behaviour Therapy*, 34(1), 50-63 .

- Naeinian, M., Shaeiri, M., Sharif, M., & Hadian, M.(2011). To Study Reliability and Validity for A Brief Measure for Assessing Generalized Anxiety Disorder (GAD-7). *Journal clinical psychology & personality pap*, 2 (4), 41-50.[Persian]
- Olatunji, B. O., Wolitzky-Taylor, K., Elwood, L., Connolly, K., Gonzales, B., & Armstrong, T. (2009). Anxiety sensitivity and health anxiety in a nonclinical sample: Specificity and prospective relations with clinical stress. *Journal Cognitive Therapy and Research*, 33, 416–424.
- Olatunji, B. O., Sawchuk, C. N., Arrindell, W., & Lohr, J. M. (2005). Disgust sensitivity as a mediator of the sex difference in contamination fears. *Personality and Individual Differences*, 38, 713–722.
- Reiss, S., & McNally, R. J. (1985). Expectancy model of fear. In S. Reiss & R. R. Bootzin (Eds.), *Theoretical Issues in Behavior Therapy*. San Diego: Academic Press.107-121
- Robichaud, M.(2013).Cognitive Behavior Therapy Targeting Intolerance of Uncertainty: Application to a Clinical Case of Generalized Anxiety Disorder. *Journal Cognitive and Behavioral Practice*, 20, 251-263.
- Rodriguez, B. F., Bruce, S. E., Pagano, M. E., Spencer, M. A., & Keller, M. B.(2004). Factor structure and stability of the Anxiety Sensitivity Index in a longitudinal study of anxiety disorder patients. *Behaviour Research and Therapy*, 42, 79–91.
- Reuschel, L.(2011). Generalized Anxiety Disorder IN Children And Adolescents: Implications For Research And Practice. *Clinical Competency Project Approved*, 42-56
- Schmidt, N. B., Keough, M. E., Mitchell, M. A., Reynolds, E. K., MacPherson, L., Zvolensky, M. J., & Lejuez, C. W. (2010). Anxiety sensitivity: Prospective prediction of anxiety among early adolescents. *Journal of Anxiety Disorders*, 24, 503–508 .
- Schmidt, N. B., & Woolaway-Bickel, K. (2000). The effects of treatment compliance on outcome in cognitive-behavioral therapy for panic disorder: Quality versus quantity. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 13–18 .
- Viana, A. G., & Rabian, B. (2008). Perceived attachment: Relations to anxiety sensitivity, worry, and GAD symptoms. *Behaviour Research and Therapy*, 46, 737– 747.
- Zinbarg, R. E., Barlow, D. H., & Brown, T. A. (1997). Hierarchical structure and general factor saturation of the Anxiety Sensitivity Index: Evidence and implications. *Journal Psychological Assessment*,9,277–284.

Journal of
Thought & Behavior in Clinical Psychology
Vol. 9 (No. 38), pp. 77-86, 2016

The effectiveness of cognitive-behavioral therapy on intolerance of uncertainty and anxiety sensitivity in patients with generalized anxiety disorder

Ali Mahdi, Mansoor

Islamic Azad University, Science and Research unit of Khuzestan, Ahvaz, Iran
Ehteshamzadeh, Parvin

Islamic Azad University, Ahvaz Branch, Ahvaz, Iran

Naderi, Farah

Islamic Azad University, Science and Research unit of Khuzestan, Ahvaz, Iran
Eftekhar Sady, Zahra

Islamic Azad University, Ahvaz Branch, Ahvaz, Iran

Pasha, Reza

Islamic Azad University, Ahvaz Branch, Ahvaz, Iran

Received: March 14, 2016

Accepted: Feb 29, 2016

Generalized anxiety disorder, is one of the destructive chronic anxiety disorders and is common in childhood and adolescence and has generated many problems in the field of health. The aim of this study is to determine the effectiveness of cognitive-behavioral therapy on intolerance of uncertainty and anxiety sensitivity. Therefore, in a quasi-experimental research with pretest, posttest, and control group, 30 students diagnosed with generalized anxiety disorder were selected from Robat Karim city's high schools and randomly assigned to experimental (n=15) and control (n=15) groups. The experimental group received 9 sessions of group cognitive-behavioral therapy and the control group received no intervention. Subjects in both groups were evaluated for generalized anxiety, anxiety sensitivity and intolerance of uncertainty before and after the intervention. The results of analysis of covariance showed that cognitive-behavioral interventions have significantly reduced the symptoms of generalized anxiety disorder, anxiety sensitivity and intolerance of uncertainty. It seems that cognitive-behavioral therapy, through decreasing the level of intolerance of uncertainty and anxiety sensitivity, is an appropriate method in treatment of generalized anxiety.

Keywords: cognitive-behavioral therapy, general anxiety, intolerance of uncertainty, anxiety sensitivity

Electronic mail may be sent to: p_ehtesham85@yahoo.com