

کارآیی طرح‌واره‌درمانی

در درمان زنان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر

دکتر حسن حمیدپور^۱، دکتر بهروز دولتشاهی^۲، دکتر عباس پورشه‌باز^۳، دکتر اصغر دادخواه^۴

The Efficacy of Schema Therapy in Treating Women's Generalized Anxiety Disorder

Hassan Hamidpour^{*}, Behrooz Dolatshai^a, Abbas Pour shahbaz^a, Asghar Dadkhah^b

Abstract

Objectives: The present study was carried out in order to examine the efficacy of schema therapy in the treatment of women with Generalized Anxiety disorder (GAD).

Method: Three women with Generalized Anxiety Disorder (GAD) were selected using Structured Clinical Interview for DSM-IV (SCID) based on disorders axis I. Subjects were selected using purposeful sampling, and underwent the treatment process subsequent to obtaining treatment requirements. Multiple baseline experimental single case study was used as the method of the present study. The treatment program was carried out for 20 weekly sessions, with a follow-up period of 3 months subsequent to treatment termination. Subjects completed Pennsylvania State Worry Questionnaire (PSWQ), Worry Domain Questionnaire (WDQ) and Young Schema Questionnaire (YSQ). **Results:** Results showed that schema therapy is significantly efficient on treatment's target. **Conclusion:** Schema therapy has appropriate efficacy in the treatment of women suffering from Generalized Anxiety Disorder.

Key words: schema therapy; generalized anxiety disorder; worry

[Received: 6 September 2009; Accepted: 16 February 2010]

چکیده

هدف: این پژوهش با هدف بررسی کارآیی طرح‌واره‌درمانی در درمان زنان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر انجام شد. **روش:** سه نفر از زنان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر براساس مصاحبه بالینی ساختاریافته برای اختلال‌های محور یک DSM-IV انتخاب شدند. از روش نمونه‌گیری هدفمند استفاده شد و آزمودنی‌ها پس از احراز شرایط درمان، وارد فرآیند درمان شدند. در این پژوهش از طرح تجربی تک موردی از نوع چند خط پایه استفاده شد. طرح‌واره‌درمانی به مدت ۲۰ جلسه هفتگی به کار گرفته شد و مرحله پی‌گیری نیز، سه ماه پس از پایان درمان دنبال شد. پرسش‌نامه نگرانی ایالت پنسیلوانیا (PSWQ)، پرسش‌نامه حوزه‌های نگرانی (WDQ) و پرسش‌نامه طرح‌واره یانگ (YSQ) برای مراجعان به کار گرفته شد. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد که اثر طرح‌واره‌درمانی بر آماج‌های درمان معنادار است. **نتیجه‌گیری:** طرح‌واره‌درمانی در درمان اختلال اضطراب فراگیر زنان از کارآیی لازم برخوردار است.

کلیدواژه‌ها: طرح‌واره‌درمانی؛ اختلال اضطراب فراگیر؛ نگرانی

[دریافت مقاله: ۱۳۸۸/۶/۱۵؛ پذیرش مقاله: ۱۳۸۸/۱۱/۲۷]

^۱ دکترای روانشناسی بالینی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، اوین، بلوار دانشجو، خیابان کودکیار، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، گروه روانشناسی بالینی، دورنگار: ۰۲۱-۲۲۱۸۰۰۴۵ (نویسنده مسئول) E-mail: hassan.hamidpour91@gmail.com ^۲ دکترای روانشناسی بالینی، استادیار دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی؛ ^۳ دکترای روانشناسی بالینی، استاد دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.

* Corresponding author: PhD. in Clinical Psychology, University of Science Welfare and Rehabilitation, koodakiar st. Danessjou Blvd. Evin, Tehran, Iran, I. R. Fax: +9821-22180045, ^a PhD. in Clinical Psychology, Assistant Prof. of University of Science Welfare and Rehabilitation, ^b PhD. in clinical Psychology, professor of University of Science Welfare and Rehabilitation.

افراد دچار GAD، مشکلات بین فردی بیشتری دارند. سبک دلبستگی ناایمن در افراد مبتلا به GAD، رواج زیادی دارد (کسیدی، ۱۹۹۵) و آنها از روابط زناشویی خود رضایت چندانی ندارند (ویسمن^{۲۴}، شلدون^{۲۵}، گوئرینگ^{۲۶}، ۲۰۰۰). نتایج پژوهش اینگ^{۲۷} و همبرگ^{۲۸} (۲۰۰۶)، نشان داد که افراد مبتلا به GAD مشکلات بین فردی زیادی دارند و این مشکلات به دلیل طرح‌واره‌هایی مثل سلطه‌گری، کینه‌جویی، بازداری هیجانی، کم‌رویی، تمکین افراطی، ایشارگری و دخالت‌گری است که در ذهن آنها نقش بسته است.

سفران^{۲۹} (۱۹۹۰) اعتقاد دارد که در شناخت درمانی به پدیده‌های درون‌روانی بیش از حد اهمیت داده می‌شود و فرآیندهای بین فردی آن چنان که باید و شاید مورد توجه قرار نمی‌گیرد. او بر این باور است که طرح‌واره‌های بین فردی^{۳۰} افراد مبتلا به GAD با ایجاد چرخه‌های شناختی- بین فردی^{۳۱}، مانع اثرگذاری تکنیک‌های شناختی- رفتاری کلاسیک می‌شوند. در همین رابطه کریس - کریستورف (۲۰۰۰) معتقد است که GAD را می‌توان مشکلی بین فردی و نگرانی را نوعی دفاع در مقابل اضطراب‌های بین فردی تلقی کرد. نیومن، پین کوکس و لیتل^{۳۲} (۲۰۰۴) از یافته‌های پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که افراد مبتلا به GAD که مشکلات بین فردی دارند، از شناخت درمانی، تن آرامی همراه با حساسیت‌زدایی و ترکیب این دو روش، نتیجه چندانی نمی‌گیرند و به همین دلیل توصیه می‌کنند که در درمان افراد مبتلا به GAD بایستی به مؤلفه‌های بین فردی دقت خاصی مبذول داشت. بورکووک، نیومن و کاستون‌گوی^{۳۳} (۲۰۰۴) نیز با جمع‌بندی پژوهش‌های شناختی- رفتاری در زمینه GAD به این نتیجه رسیدند که

اختلال اضطراب فراگیر^۱ (GAD) یکی از اختلال‌های شایع روانپزشکی است (ولز^۲ و کارتر^۳، ۲۰۰۶). نتایج برخی از پژوهش‌های همه‌گیرشناسی در ایران (به عنوان مثال رجوع کنید به جاویدی، ۱۳۷۲؛ کوکبه ۱۳۷۲؛ باقری یزدی و همکاران ۱۳۷۱؛ پالاهنگ و همکاران، ۱۳۷۵؛ افشاری منفرد و همکاران ۱۳۷۶؛ کاویانی و همکاران ۱۳۸۱؛ حسینی فرد و همکاران، ۱۳۸۶) نیز نشان داده‌اند که GAD شایع‌ترین اختلال اضطرابی است. طبق راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی (انجمن روانپزشکی آمریکا^۴، ۲۰۰۰)، حدود ۱۲ درصد از بیمارانی که به کلینیک‌های روان‌پزشکی مراجعه می‌کنند، دچار GAD هستند. پژوهش‌های سازمان بهداشت جهانی^۵ نیز نشان داده‌اند که هشت درصد از کسانی که خواهان درمان در محیط‌های مراقبت اولیه هستند، دارای ملاک‌های تشخیصی GAD هستند (مایر^۶ و همکاران، ۲۰۰۰). علاوه بر این، ۲۵ درصد از کسانی که به دلیل مشکلات روان‌شناختی به پزشکان عمومی مراجعه می‌کنند، دچار GAD هستند (بارت^۷، اوکس‌مان^۸ و گربر^۹، ۱۹۸۸).

در سال ۱۹۹۵، انجمن روان‌شناسی آمریکا، گروهی را مأمور کرد تا به بررسی مداخلات روان‌شناختی بپردازند که پشتوانه تجربی محکمی دارند (درابیس^{۱۰} و کریس - کریستورف^{۱۱}، ۱۹۹۸). نتایج این پژوهش‌ها نشان داد که رفتاردرمانی شناختی^{۱۲}، درمان انتخابی GAD است و پشتوانه تجربی خوبی دارد (بارلو^{۱۳} و هوفمن^{۱۴}، ۱۹۹۷).

اگرچه نتایج پژوهش‌های فرا تحلیلی (مثل گولد^{۱۵}، سفران^{۱۶}، واشنگتن^{۱۷} و اوتو^{۱۸}، ۲۰۰۴) و جمع‌بندی فیشر^{۱۹} (۲۰۰۷) از یازده پژوهش در حوزه شناختی- رفتاری نشان داد که رفتاردرمانی شناختی را می‌توان به‌عنوان درمان انتخابی GAD در نظر گرفت، موضوع به همین سادگی نیست. هرچند رفتاردرمانی شناختی نشان داده است که در درمان GAD از کارآیی لازم برخوردار است، در مطالعات پی‌گیری، تنها ۵۰ درصد از بیماران مبتلا به GAD به بهبودی معنادار بالینی دست یافتند (بورکووک^{۲۰} و نیومن^{۲۱}، ۱۹۹۸). این یافته بسیاری از صاحب‌نظران حوزه درمان شناختی- رفتاری را وادار به گمانه‌زنی و طراحی پژوهش کرد.

کسیدی^{۲۲} (۱۹۹۵) متوجه شد که بیماران مبتلا به GAD، روابط ناکارآمدتری با مراقبین اولیه خود داشته‌اند و پینکوس^{۲۳} و بورکووک (۱۹۹۴) نیز به این نتیجه رسیدند که

- 1- Generalized Anxiety Disorder
- 2- Wells
- 3- Carter
- 4- American Psychiatry Association
- 5- World Health Organization
- 6- Mair
- 7- Burt
- 8- Oxman
- 9- Gerber
- 10- Derubies
- 11- Crits-christorph
- 12- cognitive-behavior therapy
- 13- Barlow
- 14- Hofman
- 15- Gould
- 16- Safran
- 17- Washington
- 18- Otto
- 19- Fishter
- 20- Borkovec
- 21- Newman
- 22- Cassidy
- 23- Pincus
- 24- Whisman
- 25- Sheldon
- 26- Geoaring
- 27- Eng
- 28- Hemberg
- 29- Safran
- 30- interpersonal schemas
- 31- cognitive-interpersonal cycle
- 32- Lytle
- 33- Castenguay

برای افزایش کارآیی درمان‌های شناختی- رفتاری باید به مؤلفه‌های بین‌فردی و هیجانی این افراد بیشتر توجه شود. برخی از صاحب‌نظران (مثل ساندرسون^۱ و ترلز^۲، ۱۹۹۱، به نقل از بارلو، ۲۰۰۰) بر این عقیده‌اند که GAD را می‌توان به‌عنوان یک اختلال منش شناختی مزمن و مقاوم به درمان، مفهوم‌سازی کرد. شاید به همین دلیل درمان شناختی- رفتاری کلاسیک نمی‌تواند کارآیی لازم را در مرحله پی‌گیری بر جای بگذارد.

نکته دیگری که در درمان‌های شناختی- رفتاری چندان به آن اعتنا نمی‌شود، خلق و خو است. بسیاری از نظریه‌پردازان حوزه آسیب‌شناسی معتقدند که خلق و خو، نقش انکارناپذیری در شکل‌گیری و تداوم مشکلات روان‌شناختی دارد (برای اطلاعات بیشتر مراجعه کنید به هادسون^۳ و رپی^۴، ۲۰۰۴). رپی (۲۰۰۱) معتقد است که آسیب‌پذیری نسبت به اضطراب، در قالب خلق و خوی مضطرب نشان داده می‌شود و یکی از عوامل مهم در سبب شناسی GAD است. لیهی^۵ و هالند^۶ (۲۰۰۰) نیز بر این باورند که مشکلاتی از قبیل تمرکز افراطی بر احساسات منفی، مشکل در شناسایی افکار، باورهای کمال‌گرایانه درباره کاهش اضطراب، اطمینان‌طلبی، عدم انجام تمرین‌های رویارویی و توقع نتیجه‌گیری سریع از درمان، روند درمان‌های شناختی- رفتاری افراد مبتلا به GAD را با مشکل روبه‌رو می‌کند.

در مجموع، پژوهش‌ها و گمانه‌زنی‌ها حاکی از آن است که عواملی نظیر سبک دلبستگی ناایمن، روابط زناشویی ناکام‌ساز، مشکلات بین‌فردی فراوان، خلق و خوی مضطرب، روابط ناسالم با مراقبین اولیه، طرح‌واره‌های بین‌فردی، مشکلات منش شناختی، اطمینان‌طلبی، اکراه از انجام تمرین‌های رویارویی، کمال‌گرایی و مشکل در شناسایی افکار، باعث سنگ‌اندازی در روند اجرای درمان‌های شناختی- رفتاری می‌شود. از سوی دیگر طرح‌واره‌درمانی (یانگ^۷، ۱۳۸۴؛ کلسکو^۸ و ویشار^۹، ۱۳۸۶) مدعی است که برای غلبه بر چنین مشکلاتی که در درمان‌های شناختی- رفتاری راه‌حل مناسبی برای آنها وجود ندارد، طراحی و تدوین شده است. یانگ و همکارانش (۱۳۸۶) مدعی هستند که طرح‌واره‌درمانی برای GAD مناسب است و می‌تواند از پس چنین مشکلاتی برآید. این ادعا هنوز به محک تجربه گذاشته نشده است و شواهد پژوهشی نیز ندارد.

برای این که این مدعا خالی از شواهد نباشد تا تاریخ ۲۰۰۹/۱۰/۳۰ از سایت‌های EBSCO و Sciencedirect درباره موضوع پژوهش حاضر اطلاعاتی کسب گردید. افزون بر این، مجله‌های درمان و پژوهش رفتاری، اختلالات اضطرابی، رفتاردرمانی، روانشناسی بالینی و مشاوره، شناخت‌درمانی و شناخت پژوهی، روانشناسی ناهنجاری، درمان شناختی و رفتاری و رفتاردرمانی و روانپزشکی آزمایشی نیز از سال ۲۰۰۳ که کتاب طرح‌واره‌درمانی در اختیار متخصصان بالینی قرار گرفت، مورد بررسی قرار گرفتند. هم‌چنین کتاب «طرح‌واره‌های شناختی و باورهای مرکزی در مشکلات روان‌شناختی» توسط ریسو^{۱۰}، دتوئت^{۱۱}، استاین^{۱۲} و یانگ (۲۰۰۷) ویراستاری شده است، به دقت بررسی شد، زیرا در این کتاب پیشینه پژوهشی مدل طرح‌واره‌درمانی جمع‌آوری شده است. مجموعه این اقدام‌ها نشان داد که هنوز پژوهشی در باره مدل طرح‌واره‌درمانی برای GAD منتشر نشده است.

بنابراین هدف پژوهش حاضر پاسخ به این پرسش بود: آیا طرح‌واره‌درمانی در درمان زنان مبتلا به GAD از کارآیی^{۱۳} لازم برخوردار است؟

روش

در این پژوهش که با کد IRCT138806282482N1 در سایت کارآزمایی بالینی ایران ثبت شده است، از طرح تجربی تک‌موردی^{۱۴} از نوع چند خط پایه^{۱۵} استفاده شد (کزدین^{۱۶}، ۱۹۹۲). طرح‌های تجربی تک‌موردی ویژگی‌های مثبت زیادی دارند که کنترل نسبی روی شرایط درمان، سنجش مداوم و تشکیل خط پایه از آن جمله است (بارلو و هرسن^{۱۷}، ۱۹۸۴). جامعه آماری پژوهش حاضر، زنان مبتلا به GAD در شهر تهران بود. جمعیت مورد نظر را زنانی تشکیل می‌دادند که به دو کلینیک روانشناسی در شهر تهران مراجعه می‌کردند. گروه نمونه، افرادی بودند که پس از احراز شرایط، روند درمان را طی می‌کردند. تمایز بین جامعه آماری^{۱۸}، جمعیت

1- Sanderson
3- Havson
5- Leahy
7- Young
9- Wishaar
11- Du Toit
13- efficacy
15- multiple base line
17- Hersen

2- Terles
4- Rapee
6- Holland
8- Klosko
10- Riso
12- Stein
14- single case
16- Kazdin
18- universe

GAD همبودی زیادی دارد (هانت^{۲۴}، ایساکیدس^{۲۵} و اندرو^{۲۶}، ۲۰۰۲). داگاس^{۲۷}، فریستون^{۲۸}، لاداسر^{۲۹}، روآمی^{۳۰} و پروونچر^{۳۱} (۱۹۹۹) برای فائق آمدن بر این مشکل، افرادی را انتخاب کردند که تشخیص اصلی آنها GAD بود. مراجع الف علاوه بر GAD از هراس اجتماعی نیز رنج می برد. مراجع ب به افسرده خویی مبتلا بود و مراجع ج دچار خودبیمارانگاری و هراس اختصاصی بود. در پژوهش حاضر نیز از همین روش استفاده شد. پس از انتخاب نمونه واجد شرایط، طرح‌واره‌درمانی (یانگ و همکاران، ۱۳۸۶) به مدت ۲۰ جلسه (هفتگی) برای زنان مبتلا به GAD انجام گرفت. ضمناً پس از پایان درمان، مرحله پی‌گیری به مدت سه ماه صورت گرفت.

روند درمان طبق اصول طرح‌های تجربی تک‌آزمودنی بدین صورت انجام شد: مراجع اول در مرحله خط پایه، پرسش‌نامه طرح‌واره یانگ^{۳۲} (YSQ) (یانگ و همکاران، ۱۳۸۶) و پرسش‌نامه نگرانی ایالت پنسیلوانیا^{۳۳} (PSWQ) (مایر^{۳۴}، میلر^{۳۵}، متزگر^{۳۶} و بورکوک^{۳۷}، ۱۹۹۰) و پرسش‌نامه حوزه‌های نگرانی^{۳۸} (WDQ) (تالیس^{۳۹}، آیزنگک^{۴۰} و ماتیوز^{۴۱}، ۱۹۹۲) را تکمیل کرد. هفته بعد (جلسه اول درمان) مراجع به همه این پرسش‌نامه‌ها جواب داد و این آزمون به‌منظور سنجش مکرر در جلسات اول، پنجم، دهم، پانزدهم و نوزدهم نیز به مراجع داده شد. در جلسه آخر (جلسه بیستم) PSWQ، YSQ، WDQ و بار دیگر توسط مراجع تکمیل شدند. در جلسه دوم مراجع اول، مراجع دوم وارد طرح درمان شد و در

نمونه مورد نظر^۱ و نمونه^۲ از بارکر^۳، پیسترانگک^۴ و الیوت^۵ (۱۹۹۸) اقتباس شد.

در این پژوهش از روش نمونه‌گیری هدفمند^۶ استفاده شد (گال^۷، بورگک^۸ و گال، ۱۳۸۲، جلد اول ص ۳۶۵). از بین زنان مراجعه‌کننده به دو کلینیک روان‌شناسی، افراد واجد شرایط این پژوهش، انتخاب شدند. به این دلیل در پژوهش حاضر تنها زنان انتخاب شدند که پژوهش‌های همه‌گیرشناسی در ایران (باقری یزدی و همکاران ۱۳۷۱؛ کاویانی و همکاران ۱۳۸۶) و خارج از کشور (بیجل^۹، راولی^{۱۰}، ونزی‌سن^{۱۱}، ۱۹۹۸؛ بلیزر^{۱۲}، هوگز^{۱۳}، جورج^{۱۴}، اسوارتز^{۱۵} و بویر^{۱۶}، ۱۹۹۱؛ کارتر^{۱۷}، ویچن^{۱۸}، فیستر^{۱۹} و کلسر^{۲۰}، ۲۰۰۱) نشان داده‌اند که GAD در زنان شیوع بیشتری دارد. برای دستیابی به نمونه واجد شرایط، ابتدا مصاحبه بالینی ساختاریافته برای تشخیص اختلالات محور I توسط روانپزشک بر روی افراد اجرا شد. ذکر این نکته ضروری است که مراجعان نایستی چهار ماه از قبل ورود به درمان، داروهای ضد اضطراب و ضد افسردگی مصرف کرده باشند. مراجعانی که دارو مصرف می‌کردند از پژوهش کنار گذاشته شدند. برای جلوگیری از سوگیری‌های احتمالی، تشخیص به فرد دیگری غیر از پژوهشگر واگذار شد. پس از احراز تشخیص GAD، ملاک‌های زیر رعایت شدند تا نمونه واجد شرایط برای درمان برگزیده شود:

۱- قبلاً هیچ‌گونه درمان روان‌شناختی دریافت نکرده باشد،
۲- سطح تحصیلات حداقل سیکل (سوم راهنمایی) باشد و
۳- اختلال شخصیت شدید نداشته باشد.

برای این که مشخص شود افراد اختلال شخصیت شدید ندارند، پرسش‌نامه بالینی چند محوری میلون^{۲۱} (MCMI) (میلون و گروسمن^{۲۲}، ۲۰۰۵) بر روی آنها اجرا شد. منظور از اختلال شخصیت شدید طبق نظر میلون (همان‌جا)، اختلال شخصیت مرزی، اسکیزوتایپال و پارانوئید است. علاوه بر این، کسانی که در MCMI نمره نرخ پایه^{۲۳} (BR) آنها بیشتر از ۸۴ بود، از پژوهش کنار گذاشته شدند. به‌منظور رعایت مسایل اخلاقی از مراجعان رضایت کتبی گرفته شد که در قبال ارائه خدمات روان‌شناختی، نتایج پژوهش بدون ذکر نام گزارش شود. لازم به ذکر است مراجعان برای امضای این رضایت‌نامه، اختیار کامل داشتند. به همین دلیل دو نفر که حاضر به امضای این رضایت‌نامه نشدند از پژوهش کنار گذاشته شدند؛ هر چند خدمات درمانی را دریافت کردند.

1- target population	2- sample
3- Barker	4- Pistrang
5- Elliot	6- purposeful sampling
7- Gall	8- Borg
9- Bijl	10- Ravelli
11- Van ze ssen	12- Blazer
13- Hughes	14- George
15- Swartz	16- Boyer
17- Carter	18- Wittchen
19- Pfister	20- Kessler
21- Millon Clinical Multiaxial Inventory	
22- Grossma	23- Base Rate
24- Hunt	25- Issakidis
26- Andrews	27- Dugas
28- Freeston	29- Ladoucer
30- Rheaume	31- Provencher
32- Young Schema Questionnaire	
33- Penn State Worry Questionnaire	
34- Meyer	35- Miller
36- Metzger	37- Borkovec
38- Worry Domains Questionnaire	
39- Tallis	40- Eysenck
41- Mathews	

جلسه سوم مراجع اول، مراجع سوم وارد طرح درمان گردید. در پژوهش حاضر از ابزارهای زیر استفاده گردید:

مصاحبه بالینی ساختاریافته برای اختلال‌های محور ۱ یک در DSM-IV (SCID): این مصاحبه به گونه‌ای انعطاف‌پذیر انجام می‌شود و توسط فرست^۱، اسپیتزر^۲، گیون^۳ و ویلیامز^۴ (به نقل از سگال^۵، ۱۹۹۷) تهیه شده است. تران^۶ و هاگا^۷ (۲۰۰۲)، به نقل از تران و اسمیت^۸ (۲۰۰۴) ضریب پایایی ۰/۶۰ را به عنوان ضریب پایایی بین ارزیاب‌ها برای SCID گزارش کرده‌اند. شریفی، اسعدی، محمدی، امینی، کاویانی و همکاران (۱۳۸۳) پس از ترجمه این مصاحبه به زبان فارسی، آن را بر روی نمونه ۲۹۹ نفری اجرا کردند. توافق تشخیص برای اکثر تشخیص‌های خاص و کلی، متوسط یا خوب بود (پایایی بالاتر از ۰/۶۰). توافق کلی نیز خوب گزارش شد؛ کاپای مجموع برای کل تشخیص‌های فعلی ۰/۵۲ و برای کل تشخیص‌های طول عمر ۰/۵۵ به دست آمد. نتایج پژوهش آنها نشان داد که پایایی و قابلیت اجرای نسخه فارسی SCID قابل قبول است.

پرسش‌نامه نگرانی ایالت پنسیلوانیا (PSWQ): مایر، میلر، متزگر و بورکووک (۱۹۹۰) این پرسش‌نامه را طراحی کردند. این پرسش‌نامه ۱۶ سؤال دارد و شدت نگرانی و کنترل ناپذیری آن را می‌سنجد. PSWQ ثبات درونی بالایی دارد (آلفای ۰/۸۶ تا ۰/۹۵). پایایی آزمون-بازآزمون آن به فاصله چهار هفته بین ۰/۷۴ تا ۰/۹۳ گزارش شده است (مولینا و بورکووک، ۱۹۹۴). نتایج پژوهش حمیدپور و همکاران (گزارش منتشرنشده) نشان داد که PSWQ ثبات درونی خوبی دارد (آلفای ۰/۸۲) و پایایی آزمون-بازآزمون آن به فاصله یک ماه بسیار خوب است (۰/۷۲ تا ۰/۹۰).

پرسش‌نامه طرح‌واره یانگ (YSQ) (فرم کوتاه): این پرسش‌نامه ۷۵ سؤال دارد و براساس نتایج تحلیل عاملی از فرم بلند پرسش‌نامه طرح‌واره یانگ استخراج شده است. این پرسش‌نامه ۱۵ طرح‌واره ناسازگار اولیه را می‌سنجد. برای هر طرح‌واره پنج سؤال در نظر گرفته شده است. سؤال‌هایی انتخاب شده‌اند که در فرم بلند این پرسش‌نامه بیشترین بار عاملی را کسب کردند (اسمیت^۱، جوینز^{۱۱}، یانگ و تلچ^{۱۲}، ۱۹۹۵). نتایج پژوهش لکنال-چولت^{۱۳}، ماکنند^{۱۴}، کاتراکس^{۱۵}، بووارد^{۱۶} و مارتین^{۱۷} (۲۰۰۶) نشان داد که آلفای کرونباخ این پرسش‌نامه بین ۰/۶۴ تا ۰/۸۷ است. صدوقی، آگیلار-وفایی، رسول زاده طباطبایی و اصفهانیان (۱۳۸۷) در نمونه‌ای ۳۷۰ نفری از دانشجویان پسر دانشکده‌های مختلف دانشگاه‌های شهید بهشتی و شاهد تهران به بررسی ساختار عاملی این پرسش‌نامه پرداختند. نتایج پژوهش آنها نشان داد

که ۱۷ عامل در این پرسش‌نامه وجود دارد. پانزده خرده‌مقیاس این پرسش‌نامه ثبات درونی خوبی نشان دادند (۰/۶۲ تا ۰/۹۰). ثبات درونی برای این پرسش‌نامه ۰/۹۴ بود.

پرسش‌نامه حوزه‌های نگرانی (WDQ): این پرسش‌نامه توسط تالیس، آیزنگ و ماتیوز (۱۹۹۲) طراحی شده است و ۲۶ سؤال دارد. WDQ در پنج حوزه به سنجش نگرانی می‌پردازد: روابط بین فردی، عدم اعتماد به نفس، بی‌هدفی آینده، کار و شرایط مالی. تالیس، دیوی^{۱۸} و بوند^{۱۹} (۱۹۹۴) به بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی این پرسش‌نامه در چهار گروه (۴۱۹ نفر کارمند، ۲۶۱ نفر دانشجو، ۲۹ نفر مبتلا به GAD و ۲۲ نفر مبتلا به OCD) پرداختند. نتایج این پژوهش نشان داد که ضریب همبستگی کل خرده‌مقیاس‌ها ۰/۷۹ بود و هر کدام از خرده‌مقیاس‌ها با پرسش‌نامه سلامت عمومی^{۲۰} (GHQ) همبستگی معناداری داشتند. دیوی (۱۹۹۳) نیز در پژوهش خود به این نتیجه رسید که ضریب همبستگی WDQ با PSWQ بالاست (r=۰/۶۷).

این پرسش‌نامه پس از ترجمه و ترجمه معکوس در جمعیت ایرانی به کار گرفته شد. ۳۶۰ نفر از دانشجویان این پرسش‌نامه را تکمیل کردند. به مدت ۵ هفته بر روی ۱۰۰ نفر نیز دوباره این پرسش‌نامه اجرا شد. نتایج نشان داد که WDQ ثبات درونی خوبی دارد (آلفای ۰/۷۸) و پایایی آزمون-بازآزمون آن نیز در خرده‌مقیاس‌ها بین ۰/۷۰ تا ۰/۸۸ است (حمیدپور، گزارش نهایی منتشرنشده).

در پژوهش حاضر برای تحلیل نتایج از دو روش معنی‌داری بالینی (کزدین، ۱۹۹۲) و فرمول درصد بهبودی (به نقل از اوگلز^{۲۱}، لونر^{۲۲} و بونستیل^{۲۳}، ۲۰۰۱) استفاده شد. فرمول درصد بهبودی یکی از روش‌های سنجش میزان پیشرفت مراجعان در کاهش مشکلات آماجی است. این فرمول را اولین بار بلانچارد^{۲۴} و اسکوارز^{۲۵} (۱۹۸۸)، به نقل از اوگلز و همکاران (۲۰۰۱) به کار بردند. در فرمول درصد بهبودی، نمره فرد در پیش‌آزمون را از نمره فرد در پس‌آزمون کم

1- Structured Clinical Interview for DSM-IV axis I disorders

2- First

4- Gibbon

6- Segal

8- Hagg

10- Schmith

12- Telch

14- Mauchand

16- Bouvard

18- Davey

20- General Health Questionnaire

21- Ogles

23- Bonesteel

25- Schwars

3- Spitztr

5- Williams

7- Tran

9- Smith

11- Joiner

13- Lechenal-Cherallet

15- Cottraux

17- Martin

19- Bond

22- Lunner

24- Blanchard

در جلسه آخر به ۴۴ درصد بهبودی دست یافته و کاهش قابل ملاحظه‌ای در نگرانی او رخ داده است. مراجع ج نیز در جلسه آخر به ۵۳ درصد بهبودی دست پیدا کرد، اما مراجع ب در مقایسه با مراجع الف و ب به بهبودی کمتری دست یافت. نتایج PSWQ در سه ماه پی‌گیری نشان داد که مراجعان به بهبودی بیشتری دست یافتند، اما روند پیشرفت مراجع ج نسبت به دو مراجع دیگر بیشتر بود.

می‌کنیم و حاصل آن را بر نمره پیش‌آزمون تقسیم می‌نماییم. اگر درصد بهبودی دست کم ۵۰ باشد می‌توان نتایج را از نظر بالینی معنی‌دار قلمداد کرد (به نقل از همان‌جا).

یافته‌ها

در **جدول ۱** به ویژگی‌های جمعیت‌شناختی مراجعان اشاره شده است. نمرات PSWQ و YSQ نیز در **جدول ۲** ارائه شده‌اند. نمرات مراجع الف در PSWQ نشان می‌دهد که

جدول ۱- ویژگی‌های جمعیت‌شناختی مراجعان

گروه	سن	جنسیت	سطح تحصیلات	مدت ابتلا به بیماری	وضعیت تأهل	اختلال همبود
الف	۲۵	مؤنث	لیسانس	۷ سال	مجرد	هراس اجتماعی
ب	۳۴	مؤنث	سیکل	۱۷ سال	متاهل	افسرده‌خویی
ج	۳۰	مؤنث	فوق لیسانس	۵ سال	متاهل	خودبیمارانگاری و هراس اختصاصی

نمرات YSQ در **جدول ۲** نشان می‌دهد که مراجعان الف، ب و ج به ترتیب به ۷۰ درصد، ۷۶ درصد و ۷۱ درصد بهبودی دست یافتند و این روند تا سه ماه پی‌گیری نیز حالت افزایشی داشت. ذکر این نکته ضروری است که در YSQ به بررسی نمرات طرح‌واره‌ای پرداختیم که مراجعان بیشترین نمره را کسب کرده بودند. به این ترتیب مراجع الف،

جدول ۲- مقایسه نمرات مراجعان در پرسش‌نامه نگرانی ایالت پنسیلوانیا (PSWQ) و پرسش‌نامه طرح‌واره یانگ (YSQ)

مراجع	مراجع	مراجع	
الف	ب	ج	
۶۸	۷۹	۶۰	PSWQ (خط پایه)
۶۹	۷۴	۵۸	PSWQ (جلسه اول)
۶۳	۷۰	۵۰	PSWQ (جلسه پنجم)
۵۹	۶۸	۴۲	PSWQ (جلسه یازدهم)
۵۰	۵۲	۳۱	PSWQ (جلسه نوزدهم)
۳۸	۵۰	۲۸	PSWQ (جلسه بیستم)
%۴۴	%۳۶	%۵۳	درصد بهبودی
	%۴۴		درصد بهبودی کلی
۳۰	۴۹	۲۷	PSWQ (ماه اول)
۳۲	۴۰	۲۲	PSWQ (ماه دوم)
۲۸	۴۱	۳۵	PSWQ (ماه سوم)
%۵۹	%۴۸	%۷۰	درصد بهبودی
	%۵۹		درصد بهبودی کلی
۵۰	۸۵	۶۳	YSQ (خط پایه)
۵۰	۸۶	۶۳	YSQ (جلسه اول)
۱۵	۲۰	۱۸	YSQ (جلسه آخر)
%۷۰	%۷۶	%۷۱	درصد بهبودی
	%۷۲		درصد بهبودی کلی
۱۳	۱۸	۱۸	YSQ (ماه اول)
۱۰	۱۷	۱۱	YSQ (ماه دوم)
۷	۱۴	۹	YSQ (ماه سوم)
%۸۶	%۸۲	%۸۶	درصد بهبودی
	%۸۵		درصد بهبودی کلی

جدول ۳- مقایسه نمرات مراجعان در پرسش‌نامه حوزه‌های نگرانی (WDQ)

مراجع	مراجع	مراجع	
الف	ب	ج	
۶۲	۸۸	۵۹	WDQ (خط پایه)
۶۲	۸۷	۵۹	WDQ (جلسه اول)
۳۱	۴۷	۲۸	WDQ (جلسه آخر)
%۵۰	%۴۷	%۵۳	درصد بهبودی
	%۴۹		درصد بهبودی کلی
۲۸	۴۰	۲۳	WDQ (ماه اول)
۲۷	۴۲	۲۵	WDQ (ماه دوم)
۲۹	۴۱	۲۰	WDQ (ماه سوم)
%۵۳	%۵۳	%۶۷	درصد بهبودی
	%۵۸		درصد بهبودی کلی

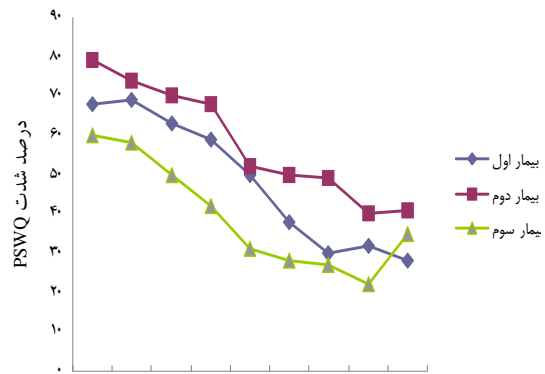
طرح‌واره گرفتار^۱، مراجع ب، طرح‌واره ایشارگری^۲ و مراجع ج، طرح‌واره آسیب‌پذیری نسبت به ضرر یا بیماری^۳ داشتند. روند نمرات PSWQ، YSQ و WDQ در جدول ۳ و شکل‌های ۱، ۲، ۳ و ۴ نشان داده شده است.

بحث

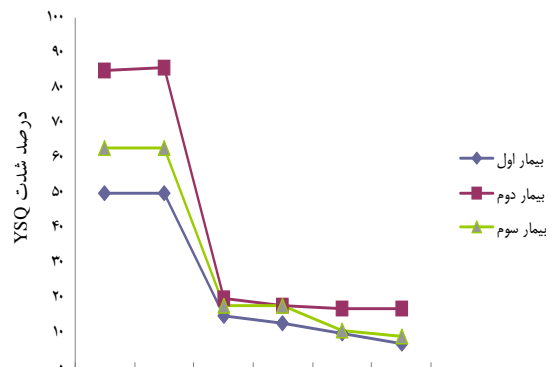
هدف اصلی پژوهش حاضر، بررسی کارآیی و اثر بخشی طرح‌واره‌درمانی در درمان زنان مبتلا به GAD بود. نگرانی، طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه و حوزه‌های نگرانی، آماج‌های اصلی درمان محسوب می‌شوند. مقایسه نمرات مراجعان در این سه آماج حاکی از این است که طرح‌واره‌درمانی در کاهش طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه موفق بوده است. هر چند طرح‌واره‌درمانی در کاهش نگرانی مرضی نیز اثر مطلوبی بر جای گذاشته است، اما تأثیر آن به اندازه کاهش طرح‌واره‌ها نبوده است.

اینگرام^۴، هیز^۵ و اسکات^۶ (۲۰۰۰) در بررسی سنجش کارآیی درمان‌های روانشناختی به شش متغیر، اشاره کرده‌اند. آنها معتقدند که نتایج پژوهش‌های مداخله‌ای را باید بر اساس این شش متغیر بررسی کرد. نتایج پژوهش حاضر نیز در پرتو این شش متغیر بررسی می‌شوند:

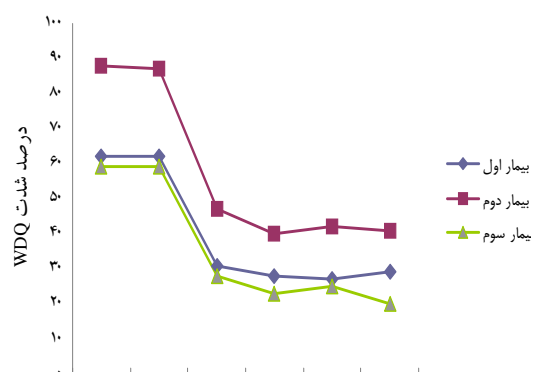
۱- اندازه تغییر^۷: نگرانی، طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه و حوزه‌های نگرانی به عنوان آماج اصلی طرح‌واره‌درمانی در نظر گرفته شدند. نتایج پژوهش حاکی از آن است که کاهش قابل توجهی در نگرانی رخ داده است، اما بهبودی مراجع ب به حد معنادار بالینی نرسیده است؛ زیرا نقطه برش PSWQ، ۴۳ است (استر تاپ^۸ و اریکسون^۹، ۲۰۰۶). این مسئله می‌تواند دلالی داشته باشد که از جمله می‌توان به نوع طرح‌واره فرد اشاره کرد. در ذهن این مراجع، طرح‌واره ایشارگری نقش بسته بود. طبق نظر بانگ و همکاران (۱۳۸۶) تغییر طرح‌واره ایشارگری، کار بسیار سخت و طاقت فرسایی است، زیرا چنین طرح‌واره‌ای بیشتر در حکم سبک مقابله‌ای است و کسانی که طرح‌واره ایشارگری دارند به احتمال قریب به یقین طرح‌واره محرومیت هیجانی نیز در ذهنشان شکل گرفته است. مشکل طرح‌واره ایشارگری این است که افراد با درپیش گرفتن



شکل ۱- روند درصد بهبودی در نمرات پرسش‌نامه نگرانی ایالت پنسیلوانیا (PSWQ) بیماران



شکل ۲- روند درصد بهبودی در نمرات پرسش‌نامه طرح‌واره بانگ (YSQ) بیماران



شکل ۳- روند درصد بهبودی در نمرات پرسش‌نامه حوزه‌های نگرانی (WDQ) بیماران

- | | |
|-------------------------------------|------------------------|
| 1- enmeshment | 2- self-sacrifice |
| 3- vulnerability to harm or illness | |
| 4- Ingram | 5- Hayes |
| 6- Scott | 7- magnitude of change |
| 8- Startup | 9- Erikson |

درصد از شدت نگرانی مراجعان کاسته است. مراجعان در پایان درمان در حوزه طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه به ۷۲ درصد بهبودی کلی رسیدند و در پایان مرحله پی‌گیری این میزان به ۸۵ درصد رسید. به عبارتی طرح‌واره‌درمانی به خوبی توانست طرح‌واره ناسازگار مراجعان را تعدیل و اصلاح کند. در حوزه‌های نگرانی نیز طرح‌واره‌درمانی توانست در پایان درمان و پایان مرحله پیگیری به ترتیب ۴۹ درصد و ۵۸ درصد نگرانی‌های مراجعان را کاهش دهد.

نگاهی اجمالی به درصدهای بهبودی کلی نشان می‌دهد که در پایان مرحله پی‌گیری، درصد بهبودی مراجعان افزایش داشته است. شاید این مسئله به دلیل ماهیت خودیاری طرح‌واره‌درمانی باشد، زیرا هدف نهایی طرح‌واره‌درمانی این است که مراجعان خود بتوانند با درپیش گرفتن سبک‌های مقابله‌ای سازگار، نیازهای هیجانی اساسی خود را ارضاء کنند (یانگ و همکاران، ۱۳۸۶).

۳- عمومیت تغییر: نتایج WDQ در جدول ۳ نشان می‌دهد که مراجع الف بیشترین حوزه نگرانی‌اش عدم اعتماد به نفس، بی‌هدفی آینده و مسایل شغلی بوده است. او در پایان درمان به ۵۰ درصد بهبودی دست یافت و از آنجایی که نقطه برش WDQ برای GAD، ۴۰ است (تالیس، دیوی و بوند، ۱۹۹۴)، می‌توان این گونه نتیجه گرفت که تأثیر درمان در کاهش نگرانی‌های شغلی این فرد از نظر بالینی معنی‌دار بوده است. جالب این که روند رو به رشد فرد در سه ماه بعد از درمان نیز ادامه داشت. مراجع ب نیز در خرده‌مقیاس‌های روابط بین فردی و عدم اعتماد به نفس، نگران بود. این نتایج با نوع طرح‌واره فرد (گرفتار) نیز هم‌خوانی دارد. اگرچه این فرد در پایان درمان ۴۷ درصد بهبودی و در مرحله پی‌گیری نیز ۵۳ درصد بهبودی داشت، میزان کاهش نگرانی او به زیر نقطه برش نرسید. هر چند روابط بین فردی و عدم اعتماد به نفس این فرد تا حدودی سر و سامان پیدا کرد، اما به بهبودی معنی‌دار بالینی دست نیافت. مراجع سوم نیز در حوزه‌های مسایل مالی، شغلی و عدم اعتماد به نفس، نگران بود. نتایج WDQ حاکی از آن است که بیمار به بهبودی معنی‌دار بالینی دست یافت و درمان توانست در سایر حوزه‌های نگرانی فرد نیز اثر خوبی بر جای بگذارد. این مراجع در پایان درمان به

رفتارهای حاصل از این طرح‌واره (نظیر حساسیت به درد و رنج دیگران، بی‌توجهی به نیازهای خود، مراقبت از دیگران، خشم فروخورده، رفتارهای پرخاشگر- منفعلانه)، از محرومیت هیجانی عمیق خود آگاهی ندارند. به همین دلیل شاید بتوان دلیل کاهش کمتر نمرات مراجع ب در آماج‌های درمانی را در مقایسه با نمرات دیگر مراجعان، نوع طرح‌واره فرد قلمداد کرد.

علاوه بر این، سیر مزمزمن GAD در مراجع ب نیز می‌تواند یکی از عوامل این نتایج قلمداد شود. دورهام^۱ (۲۰۰۶) معتقد است که سیر مزمزمن GAD می‌تواند در نتایج درمان اثر بگذارد. مراجع ب حدود ۱۷ سال به GAD مبتلا بود و فریستون^۲ و همکاران (۱۹۸۶) نیز نشان داده‌اند که بین بروز علائم GAD و اولین مراجعه به متخصصان حوزه بهداشت روانی، ۱۶ سال فاصله وجود دارد. افرادی که سال‌ها با علائم بالینی محور I دست و پنجه نرم کرده‌اند از مشکلات خود نفع زیادی می‌برند. شاید نفع ثانویه نیز یکی دیگر از دلایل چنین نمراتی باشد (فریمن^۳ و مک‌گلووسکی^۴، ۲۰۰۳). مراجع ب در پی‌گیری سه ماه پس از درمان در طرح‌واره اصلی (ایثارگری) به معناداری بالینی دست نیافت. هم‌چنین مراجع ب علاوه بر GAD از افسرده‌خویی نیز رنج می‌برد. بارلو، رپی و براون^۵ (۱۹۹۲) معتقدند که وجود افسردگی در افراد مبتلا به GAD مانع نتیجه‌گرفتن از درمان می‌شود. ممکن است یکی از دلایل عدم دستیابی مراجع به معنی‌داری بالینی وجود هم‌زمان افسرده‌خویی باشد.

مراجعان الف و ج در طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه اصلی و نگرانی به بهبودی معنادار بالینی دست یافتند. این مسئله را می‌توان به تحصیلات و انگیزش بالای این دو مراجع نسبت داد. دورهام (۲۰۰۶) نیز در جمع‌بندی پژوهش‌های شناختی- رفتاری درباره GAD به این نتیجه رسیده است که تحصیلات بالا و انگیزه کافی، برای رهایی از شر مشکلات از جمله عوامل پیش‌بینی‌کننده موفقیت درمان محسوب می‌شوند. داگاس و رابی‌چاود (۲۰۰۷) نیز انگیزه پایین را جزو عوامل تداخل‌گر و مانع‌ساز درمان‌های شناختی- رفتاری GAD ذکر کرده‌اند.

۲- کلیت تغییر: نتایج پژوهش نشان می‌دهند که مراجعان در پایان درمان، به ۴۴ درصد بهبودی کلی در شدت نگرانی دست یافته‌اند. این درصد در پایان مرحله پیگیری به ۵۹ درصد افزایش یافته است. به عبارتی طرح‌واره‌درمانی حدود ۶۰

1- Durham
3- Freeman
5- Brwon
7- generality of change

2- Freeston
4- Djalali Mckglohosky
6- universality of change

۵۳٪ بهبودی و در مرحله پی‌گیری به ۶۷٪ بهبودی دست یافته بود. ممکن است یکی از دلایل چنین نتیجه‌ای، انگیزه بالایی این مراجع باشد. هم‌چنین سطح تحصیلات را نیز نباید فراموش کرد.

۴- میزان پذیرش^۱: مشکلی که در برخی از گزارش‌های پژوهش پیش می‌آید این است که افت مراجعان را جزو نتایج درمان گزارش نمی‌کنند. طبق نظر کزدین (۱۹۹۲) افت آزمودنی‌ها را باید به عنوان یکی از متغیرهای درمان محاسبه کرد. آزمودنی‌های پژوهش حاضر تا پایان مرحله درمان، روند را ادامه دادند و شاید به همین دلیل بتوان طرح‌واره‌درمانی را جزو درمان‌هایی تلقی کرد که قابلیت پذیرش بالایی دارند. اظهار نظر یانگ (۱۳۸۴)؛ یانگ و همکاران، (۱۳۸۶) نیز حاکی از آن است که طرح‌واره‌درمانی به دلیل ویژگی انعطاف‌پذیری آن و تطابقش با طرح‌واره‌های مراجع، می‌تواند برای مراجع جذابیت داشته باشد.

۵- ایمنی^۲: نتایج PSWQ و WDQ حاکی از آن است که مراجعان توانستند از شر نگرانی مرضی‌رهایی یابند. علاوه بر این، نتایج جلسه آخر درمان و مرحله پیگیری نشان داد که تشخیص‌های همراه در مراجعان تا حدودی بهبود یافته است، اما بهتر است در پژوهش‌های آینده از ابزار استاندارد برای سنجش بهبودی اختلالات همبودی استفاده شود. طبق گزارش مراجعان، درمان موجب گرفتاری و دردسر آنها نشد، اما بهتر است برای سنجش این متغیر، ابزاری عینی و استاندارد به کار گرفته شود.

۶- ثبات^۳ دستاوردهای درمان: نتایج سه‌ماهه پی‌گیری نشان می‌دهد که مراجعان توانستند نتایج مثبت آخر جلسه درمان در آماج‌های اصلی (طرح‌واره‌ها و نگرانی) را تداوم ببخشند و حتی آن را بیشتر کنند. ممکن است یکی از دلایل چنین افزایش ماهیت خودباری درمان‌های شناختی-رفتاری باشد (سایمونز^۴ و گریفتس^۵، ۲۰۰۹)؛ زیرا هدف اصلی درمان‌های شناختی-رفتاری این است که مراجعان خودشان درمانگر مشکلاتشان شوند.

در مجموع نتایج پژوهش حاضر نشان می‌دهد که طرح‌واره‌درمانی در کاهش نگرانی مرضی و طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه از کارآیی لازم برخوردار است. با این حال، این پژوهش نیاز به تکرار دارد تا بهتر بتوان به نتایج آن اعتماد کرد.

هر چند در این پژوهش سعی شد اصول روش‌شناختی تا حد امکان درست رعایت شود، با این حال پیشنهاد می‌شود که این پژوهش در نمونه وسیع‌تر در چهارچوب طرح‌های آزمایشی و شامل مردان مبتلا به GAD انجام شود تا بهتر بتوان به نتایج آن اعتماد کرد.

[بنا به اظهار نویسنده مسئول مقاله، حمایت مالی از پژوهش و تعارض منافع وجود نداشته است.]

منابع

- افشاری منفرد، ژاله؛ باقری یزدی، سیدعباس؛ بوالهروی، جعفر (۱۳۷۶). بررسی اپیدمیولوژی اختلالات روانی در بین مراجعه‌کنندگان به درمانگاه‌های عمومی شهر سمنان. *مجله طب و تزکیه*، ۲۶، ۱۵-۱۰.
- باقری یزدی، سیدعباس؛ بوالهروی، جعفر؛ شاه‌محمدی، داوود (۱۳۷۱). بررسی اپیدمیولوژی اختلالات روانی در مناطق روستایی میبد یزد. *مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران*، سال اول، شماره ۱، ۴۲-۳۲.
- پالاهنگ، حسن؛ نصر، مهدی؛ براهنی، محمدنقی؛ شاه‌محمدی، داوود (۱۳۷۵). بررسی همه‌گیرشناسی اختلالات روانی در شهر کاشان. *مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران*، سال دوم، شماره ۴، ۲۷-۱۹.
- جاویدی، حجت‌ا... (۱۳۷۲). *بررسی اپیدمیولوژی اختلالات روانی در مناطق روستایی مرودشت (فارس)*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران.
- حسینی فرد، سید مهدی؛ بیرشک، بهروز؛ عاطف وحید، محمد کاظم (۱۳۸۴). همه‌گیرشناسی اختلال‌های روانی دانش‌آموزان دبیرستان شهر رفسنجان. *مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران*، سال یازدهم، شماره ۱، ۸۱-۷۰.
- صدوقی، زهره؛ آگیلا-وفایی، مریم؛ رسول زاده طباطبایی، کاظم؛ اصفهانیان، نامیه (۱۳۸۷). تحلیل عاملی نسخه کوتاه پرسش‌نامه طرح‌واره یانگ در نمونه غیر بالینی ایرانی. *مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران*، ۲، ۲۱۹-۲۱۴.
- شریفی، ونداد؛ اسعدی، سید محمد؛ محمدی، محمدرضا؛ امینی، همایون؛ کاویانی، حسین؛ سمنانی، یوسف؛ شعبانی، امیر؛ شهریور، زهرا؛ داوری آشتیانی، رزیتا؛ حکیم‌شوشتری، میترا (۱۳۸۳). پایایی و قابلیت اجرای نسخه فارسی مصاحبه ساختار یافته تشخیصی برای DSM-IV (SCID). *فصلنامه تازه‌های علوم شناختی*، ۶، ۲۲-۱۰.
- کاویانی، حسین؛ احمدی، ابهری؛ سید علی، دهقان محمد؛ منصورنیا، محمدعلی؛ خرم‌شاهی، مازیار؛ قدیرزاده، محمدرضا؛ دادپی، علیرضا؛ چهاردهی، امیر (۱۳۸۱). شیوع اختلال‌های اضطرابی در شهر تهران. *مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران*، سال هشتم، شماره ۳، ۱۱-۴.
- کوبه، فرخ (۱۳۷۲). *بررسی اپیدمیولوژی اختلالات روانی در مناطق روستایی آذرشهر تبریز*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران.

1- acceptability
3- stability
5- Griffiths

2- safety
4- Simmons

- (Series eds). Salkovskis (vol. ed). *Comprehensive clinical Psychology*. (vol 6). PP. 439-459. Oxford: Pergamon.
- Borkovec, T. D., Newman, M. G. Q., & Castonguay, L. G. (2004). Cognitive-behavioral therapy for generalized anxiety disorder with integrations from interpersonal and experiential therapies. *Journal of lifelong learning in psychiatry*, 2, 3, 392-401.
- Borkovec, T. D., Newman, M. G., Pincus, A. L., & Lythles, R. (2002). A component analysis of cognitive behavioral therapy for general laxed anxiety disorder and the role of interpersonal problems. *Journal of consulting and clinical psychology*, 70, 2, 288-298.
- Carter, R., Wittchen, H-U., Prister, H., & Kessler, R. (2001). One-year prevalence of sub threshold and threshold DSM-IV generalized anxiety disorder in a nationally representative sample. *Depression and Anxiety*, 13, 78-88.
- Cassidy, T. A. (1995). Attachment and generalized anxiety disorder. In D. Cichetti & QS. Toth (Eds.), *Rochester symposium on development psychopathology: Emotion, cognition, and representation* (pp. 343-390). Rochester, NY: University of Rochester Press.
- Crits-christorph. P. (2000). Psychodynamic-interpersonal treatment of generalized anxiety disorder. *Clinical psychology: Science and practice*, 9, 81-84.
- Davey. G. C. L. (1993). A Comparison of three worry questionnaires. *Behavior Research and Therapy*, 31, 51-56.
- Drubeis, R. J. Q., & Crits-Christorph, P. (1998). Empirically supported in dividual and group Psychological treatment for adult mental disorder. *Journal of consulting and clinical Psychology*, 66, 37-52.
- Dugas, M. J. Q., & Robi chaud, M. (2007). *Cognitive behavioral treatment for generalized anxiety disorder*. Rutledge: Taylor and Fransis.
- Dugas, M. J., Freeston, M. H., Ladouceur, R., Rheaume, J., Provencher, M., & Boisert, J. M. (1998). Worry themes in primary GAD, sec-ondary GAD, and other anxiety disorders. *Journal of Anxiety Disorders*, 12, 253-261.
- Durham, R. C. (2006). Prediction of treatment outcome. In G. C. L. Graham & Q. A. Wells. (Eds.), *Worry and its psychological disorders* (pp. 379-397). New York: Weily.
- گال، مردیت؛ بورگ، والتر؛ گال، بویس (۱۳۸۲). *روش‌های تحقیق کمی و کیفی در علوم تربیتی و روانشناسی* (جلد اول). ترجمه احمدرضا نصر و همکاران. تهران: انتشارات سمت و دانشگاه شهید بهشتی.
- یانگ، جفری (۱۳۸۴). *شناخت درمانی اختلالات شخصیت: رویکرد طرح‌واره محور*. ترجمه علی صاحبی و حسن حمیدپور. تهران: انتشارات آگه و ارجمند.
- یانگ، جفری؛ کلسکو، ژانت و ویشار مارجوری (۱۳۸۶). *طرح‌واره‌درمانی. راهنمای کاربردی برای متخصصان بالینی*. ترجمه حسن حمیدپور و زهرا اندوز. تهران: انتشارات ارجمند.
- American psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC: Author.
- Barker, C., Pustrabg, N. Q., & Elliot, R. (1998). *Research methods in clinical and counseling Psychology*. New York: John Wiley.
- Barlow, D. H., Rapee, R. M., & Brown, T. A. (1992). Behavioral treatment of generalized anxiety disorder. *Behavior Therapy*, 23, 551-570.
- Barlow, D. H. Q., Hersen, M. (1984). *Single case experimental designs*. Boston: Allyan and Bacon.
- Barlow, D. H. (2002). *Anxiety and its disorders* (2nd.ed). New York: Guilford.
- Barlow, D. H. F., & Hofman, S. G. (1997). Efficacy and dissemination of psychological treatments. In D.M. clart G. G. Fairburn. (Eds.), *Science and practice of cognitive behavior therapy* (pp. 95-117). Oxford: Oxford University Press.
- Barret, T., Oxman, T. E. Q., & Gerber, P. P. (1988). The prevalence of Psychiatric disorders in Primary care practice. *Archives of General Psychiatry*, 45, 1100-1106.
- Bijl, R., Ravelli, A., & Van zessen, G. (1998). Prevalence of psychiatric disorder in the general population: Results of the Netherlands Mental Health Survey and Incidence study (NEMESIS). *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 33, 587-595.
- Blazer, D., Hughes, D., George, L., Swartz, M. & Boyer, R. (1991). Generalized anxiety disorder. In L.N. Robins & D. A. Regier (Eds.), *Psychiatric disorders in America* (pp.180-203). New York: Free.
- Borkovec, T. D. Q., & Newman, M.G. (1998). Worry and generalized anxiety disorder. In A. S. Black, M. Hersen

- Eng, W. Q., & Heimberg, R. G. (2006). Interpersonal correlates of generalized anxiety disorder: Self versus other perception. *Anxiety Disorders*, 20, 380-387.
- Fisher, P. (2007). The efficacy of psychological treatment for generalized anxiety disorder. In G. C. L. Davey A. Wells. (Eds.), *Worry and its psychological disorder* (pp. 356-377). New York: Wiley.
- Freeman, A., & McGloskey, R. J. (2003). Impediments of Effective Psychotherapy. In R. L. Leahy. (Eds.), *Roadblocks in cognitive-Behavioral Therapy* (pp. 24-46). NY: Guilford.
- Freeston, M. H., Rheaume, J., Dugas, M. J., Ladoucer, R., Leger, E. Q., & Fournier, S. (1996). History of mental health consultation in obsessive-Compulsive and generalized anxiety disorder. *Poster presented at the XVII International congress of psychology*, Montreal Canada.
- Gould, R. A., Safran, S. A., Washington, D. D., & Otto, M. W. (2004). A meta-analytic review of cognitive behavioral treatments. In R. G. Heimberg., C. L. Turk, & Q. D. S. Mennin (Eds.), *Generalized anxiety disorder* (pp. 248-264). New York: Guilford.
- Hudson, J. L. Q., & Rapee, R. M. (2004). From anxious temperament to disorder. In R. G. Heimberg, C. L. Turk, Q. D. S. Menin (Eds.), *Generalized anxiety disorder* (pp. 51-74). New York: Guilford.
- Hunt, C., Issakidis, C., & Andrews, G. (2002). DSM-IV generalized anxiety disorder in the Australian National Survey of Mental Health and Well-Being. *Psychological medicine*, 32, 649-659.
- Ingram, R. E., Hayes, A. Q., & Scott, W. (2000). Empirically supported treatment: A Critical analysis. In C. R. Snyder & Q. R. E. Ingram (Eds.), *Handbook of psychological change* (pp. 40- 60). New York: Wiley.
- Kazdin, A. E. (1992). *Research design in clinical Psychology*. Boston: Allay and Bacon.
- Lachenal-cherallt, K., Maunchand, P., Couttraux, J., Bouvard, M. Q., & Martin, R. (2006). Factor analysis of the schema questionnaire-short form in a nonclinical sample. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 20, 3, 311-318.
- Leahy, R. L. Q., & Holland, S. J. (2000). *Treatment plans and interventions for depression and anxiety disorders*. New York: Guilford.
- Maier, W., Ganske, M., Freyberyer, H. T., Linz, M., Heun, R. Q., & Lecrabier, Y. (2000). Generalized anxiety disorder (ICD-10) in primary care from a cross-Cultural perspective: A Valid diagnostic entity? *Acta Psychiatrica scandinavica*, 202, 29-36.
- Meyer, T. J., Miller, M. L., Metzger, R. L. Q., & Borkovec T. D. (1990). Development and validation of penn state worry questionnaire. *Behavior Research and Therapy*, 28, 487-495.
- Millon, T. Q., & Grossman, S. D. (2005). Person logy: A theory based on evolutionary concepts. In M. F. Lenzenweger Q. J. F. Clarkin (Eds.), *Major theories of personality disorder* (pp. 332-390). New York: Guilford.
- Molina, S., & Bovovkec, T. D. (1994). The penn state worry questionnaire: Psychometric properties and associated characteristics. In G. C. L. Davey, & F. Tallis (Eds.), *Worry: perspective on theory, assessment, and treatment*, (pp. 265-283). Chichester: willey.
- Ogels, B. M., Lunnen, K. M. Q., & Bonesteel, K. (2001). Clinical significance: History, Application and current practice. *Clinical psychological Review*, 21, 3, 421- 446.
- Pincus, A. L. Q., & Borkovec, T. D. (1994). Interpersonal problems in generalized anxiety disorder: Preliminary clustering of rations interpersonal dysfunction. *Paper presented at the annual meeting of American Psychological society*, New York.
- Rapee, R. M. (2001). The development of Generalized anxiety. In W. M. Vasey Q. M. R. Dadds (Eds.), *Developmental psychopathology of anxiety* (pp. 482-503). New York: Oxford university press.
- Riso, L. P., Du toit, P. L., Stein D. J., & Young, J. E. (2007). *Cognitive schemas and core beliefs in psychological problems*. Washinton: American Psychological Association.
- Safran, T. D. (1990). Toward a refinement of cognitive therapy in light of interpersonal theory: theory (I). *Clinical psychology Review*, 10, 87-205.
- Schmidt, N. B., Joiner, T. E., Young, J. E. V., Telch, M. J. (1995). The schema questionnaire: Investigation of Psychometric Properties and the hierarchical structure of a measure of maladaptive schemas. *Cognitive Therapy and Research*, 1993, 295-321.

- Segal, D. L. (1997). Structured interviewing and DSM classification. In S. M. Turner, Q. M. Hersen (Eds.), *Adult psychopathology and diagnosis* (pp. 24-57). New York: Wiley.
- Sinmons, J. Q., & Griffiths, R. (2009). *CBT for beginners*. London: Sage.
- Startup, H. M., & Erikson, T. M. (2006). The penn state of worry Questionnaire. In G. C. L. Graham, wells. A. (Eds.), *Worry and its disorders* (pp. 101-120). N. Y: John wiely.
- Tallis, F., Eysenck, M. W., & Mathews, A. (1992). A questionnaire for the measurement of non pathological worry. *Personality and Individual Differences*, 13, 161-168.
- Tallis, F., Davey, C. L. G. Q., & Bond, A. (1994). The worry domains questionnaire. In G. C. L. Davey & UF. Tallis (Eds.), *Worry: Perspective on theory, assessment and treatment* (pp. 285-297). New York: Wiley.
- Tran, G. Q., & Smith, G. P. (2004). Behavioral assessment in the measurement of treatment outcome. In S. N. Haynes, & E. M. Heiby (Eds.), *Comprehensive handbook of psychological assessment* (pp. 269-290). New York: Wiley.
- Wells, A. Q., & Carter, K. (2006). Generalized anxiety disorder. In A. Carr, & Q. M. McNulty (Eds.), *The handbook of adult clinical psychology* (pp. 423-457). London: Rutledge.
- Whisman, M. A., Sheldon, C. T. & Georing, P. (2000). Psychiatric disorder and disaffiliation with social relationship: Dose type of relationship matter? *Journal of Abnormal psychology*, 109, 803-808.