

مقایسه کارآیی آموزش کنترل اضطراب^(۱)، دارو درمانی و ترکیب این دو روش

در درمان مبتلایان به اختلال اضطراب منتشر^(۲).

حسن توزنده جانی^۳، دکتر ابراهیم عبدالهیان^۴*

چکیده:

این پژوهش بر مبنای نظریه‌های رفتاری و زیست شیمیایی درمان اختلال‌های روانی و به منظور بررسی کارآمدی نسبی رفتاردرمانی، دارو درمانی و ترکیب آنها در درمان اختلال اضطراب منتشر، اجرا شده است. فرضیه‌های پژوهشی آن بود که آموزش کنترل اضطراب در مقایسه با عدم درمان منجر به کاهش سطح افسردگی و اضطراب بیماران مبتلا به اختلال اضطراب منتشر می‌شود، دارو درمانی در مقایسه با عدم درمان منجر به کاهش سطح افسردگی و اضطراب می‌شود و ترکیب این دو روش در مقایسه با هر یک از روشها به تنهایی کاهش بیشتری در سطح افسردگی و اضطراب بیماران ایجاد می‌کند. آزمودنیها را بیست بیمار زن و مرد، ۱۸ تا ۴۰ ساله مبتلا به اختلال اضطراب منتشر از مراجعین به مطبهای خصوصی، درمانگاهها و بیمارستانهای شهر مشهد انتخاب و بطور تصادفی در چهار گروه یاد شده گمارده شدند: گروه اول درمان آموزش کنترل اضطراب، گروه دوم دارو درمانی، گروه سوم ترکیب این دو روش و گروه چهارم دارونما^(۳) را دریافت می‌کردند.

نتایج نشانگر آن بود که آموزش کنترل اضطراب و دارو درمانی در کاهش سطح اضطراب بیماران مؤثر بوده و از شدت آن کاسته‌اند، اما هیچ یک از این دو روش در کاهش سطح افسردگی آنها مؤثر واقع نشده‌اند. درمان ترکیبی نسبت به هر یک از روشهای درمانی به تنهایی در کاهش سطح اضطراب موفق‌تر بوده، اما در کاهش سطح افسردگی تأثیری نداشته است. همچنین سه روش فوق در افزایش سطح سازگاری اجتماعی بیماران موفق بوده‌اند، ولی تفاوتی با هم نداشته‌اند. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که این دو روش اثر تجمعی دارند.

کلید واژه: اضطراب منتشر، آموزش کنترل اضطراب، درمان اضطراب

1- anxiety management training

2-general anxiety

* کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد نیشابور.

** - روانپزشک، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی مشهد.

3-placebo

مطالعات مربوط به این اختلال بطور کلی در سه زمینه رفتار درمانی، دارودرمانی و ترکیب این دو روش انجام شده است. پوپین^(۷) (۱۹۸۸) آموزش کنترل اضطراب را یک جزء اصلی درمان رفتاری اختلالهای اضطرابی معرفی می‌کند. پژوهش شویوت^(۸) (۱۹۷۷) بیانگر مؤثر بودن این تکنیک در کاهش اضطراب ذهنی و تغییر نگرشهای بیماران بوده است. پژوهشهای بوتلر^(۹)، کولینگتون^(۱۰)، هیبرت^(۱۱)، کلیمز^(۱۲) و گلدنر^(۱۳) (۱۹۸۷) نیز نتایج پژوهشهای قبلی را تایید کرده است.

در زمینه دارو درمانی اختلالهای اضطرابی نیز پژوهشهای بسیار زیادی انجام شده است. پژوهشهای آنیت^(۱۴) و تورپین^(۱۵) (۱۹۸۸)، بایدرمن^(۱۶) (۱۹۹۰) و کاکرا^(۱۷)، گروسبرگ^(۱۸) و پیک^(۱۹) (۱۹۹۱) بیانگر مؤثر بودن داروهای بنزودیازپین در درمان اضطراب منتشر بوده است. اما عوارض جانبی داروها از یک سو و موقتی بودن نتایج آنها از سوی دیگر سبب شده است که در سالهای اخیر پژوهشهای بسیار زیادی در زمینه ترکیب دارودرمانی و شیوه‌های مختلف رفتاردرمانی صورت گیرد. راپی^(۲۰) (۱۹۹۰) معتقد است که درمانهای ترکیبی غالباً نتایج موفقیت‌آمیزی به دنبال داشته‌اند. پژوهشهای فرلینگ^(۲۱)، شمبرگ^(۲۲)، دایویسن^(۲۳) و راجمن^(۲۴)

اختلال اضطراب منتشر غالباً اضطراب وسیع و همه جانبه‌ای، بدون احساس خطر آشکار می‌باشد. بر اساس DSM-III-R^(۱)، اضطراب منتشر اختلالی مزمن (طولانی تر از شش ماه) و مشخص با اضطراب تشویش غیر معقول یا مفرط در مورد دو یا چند موقعیت زندگی است. بک^(۲) (۱۹۸۵) این اختلال را ناشی از عوامل روانشناختی آشکار ساز از جمله افزایش تهدید در زندگی موقعیت زندگی شخصی و رویدادهای استرس زایی که اعتماد به نفس^(۳)، فرد را تحلیل می‌برند می‌داند. این اختلال مزمن است و ممکن است در تمام طول عمر دوام داشته باشد، اما بندرت در پی یک دوره افسردگی اساسی بروز می‌کند. مطالعات متعدد حکایت از وجود اختلال اضطراب منتشر در ۲ تا ۵ درصد جمعیت عمومی دارد و ۲۵ درصد این بیماران بعدها دچار حملات هراس^(۴) می‌شوند. بعضی از مطالعات حاکی است که اختلال اضطراب منتشر این قدر شایع نیست و کسانی که این تشخیص در مورد آنها مطرح می‌شود بیشتر به سایر انواع اضطراب مبتلا هستند.

از جمله پدیده‌های بالینی جنبی در این اختلال، می‌توان به پردازش اطلاعات اشاره نمود. پژوهش بروین^(۵) (۱۹۸۸) نشان می‌دهد که حالت افسردگی و اضطراب با توجه متمرکز بر خود نسبتاً بالایی همراه می‌باشد. مطالعات ماتوس^(۶) (۱۹۹۰) نشان دهنده سوگیری توجه برای پردازش انتخابی اطلاعات مربوط به تهدید در اضطراب منتشر است. پدیده بالینی دیگر ترکیب این اختلال با افسردگی ثانوی بر آن است. این طبقه بندی تشخیصی برای مشخص نمودن بیماران که دوره افسردگی یا اضطراب دارند ولی یکی از این دو مجموعه علائم شدیدتر است بکار برده نمی‌شود، اما در مواردی که علائم اضطراب و افسردگی به صورت خفیف یا متوسط وجود داشته باشند این طبقه بندی تشخیصی بکار می‌رود.

1-Diagnostic And Statistical Manual Of Mental Disorders (3rd ed.) Revised

2-Beck	3-self - esteem
4-panic attack	5-Brewin
6-Mathews	7-Poppen
8-Shubot	9-Butler
10-Cullington	11-Hibbert
12-Clims	13-Gelder
14-Onytt	15-Turpin
16-Biederman	17-Kakra
18-Grossbery	19-Peek
20-Rapee	21-Freeling
22-Shemberg	23-Davison
24-Rachman	

(۱۹۸۸) در زمینه مقایسه درمانهای شناختی رفتاری با شیوه‌های رفتاری بیانگر برتری درمانهای شناختی رفتاری بود.

پژوهش نشان دهنده برتری حساسیت‌زدایی در درمان اضطراب منتشر می‌باشد. پژوهشهای لیندزی^(۱)، گامسو^(۲)، مکلوگلین^(۳) و همکاران (۱۹۸۰ و ۱۹۸۷)، بلاورز^(۴)، کوب^(۵) و ماتیوس^(۶) (۱۹۸۷)، و بسیاری از پژوهشهای دیگر که در زمینه ترکیب دارودرمانی و آموزش کنترل اضطراب صورت گرفته است بیانگر موفقیت بیشتر درمان ترکیبی نسبت به هر یک از درمانها به تنهایی بوده است.

با توجه به پژوهشهای واکر^(۷) (۱۹۷۵) کاهش اضطراب منتشر مستلزم از هم گسیختن زنجیره پس‌خوراندی^(۸) است که سبب افزایش اضطراب می‌گردد. با توجه به یافته‌های پژوهشی و نظریه فوق، پژوهش حاضر به بررسی فرضیه‌های زیر می‌پردازد:

فرضیه اول: آموزش کنترل اضطراب در مقایسه با عدم درمان منجر به کاهش سطح افسردگی و اضطراب در بیماران مبتلا به اختلال اضطراب منتشر می‌شود.

فرضیه دوم: دارودرمانی در مقایسه با عدم درمان منجر به کاهش سطح افسردگی و اضطراب بیماران مبتلا به اختلال اضطراب منتشر^(۹) می‌شود.

فرضیه سوم: ترکیب این دو روش در مقایسه با هر یک به تنهایی کاهش بیشتری در سطح اضطراب و افسردگی ایجاد می‌کند.

فرضیه چهارم: آموزش کنترل اضطراب در مقایسه با دارودرمانی کاهش بیشتری در سطح اضطراب و افسردگی ایجاد می‌کند.

فرضیه پنجم: درمان ترکیبی در مقایسه با هر یک از درمانها به تنهایی به بهبود بیشتر سازگاری اجتماعی منجر می‌شود.

روش:

این پژوهش از نوع تجربی است و پژوهشگر در نظر دارد با اجرای دو روش رفتاردرمانی و دارودرمانی به تنهایی و ترکیب آنها و مقایسه این روشها با دارونما بر روی گروهی از بیماران مبتلا به اختلال اضطراب منتشر، نتایج درمانی آنها را مورد بررسی و سنجش قرار دهد. متغیر مستقل در این پژوهش روشهای درمانی، و متغیر وابسته کاهش سطح اضطراب و افسردگی و همچنین بالا رفتن سطح سازگاری اجتماعی بیماران بوده است.

در روش آموزش کنترل اضطراب بیمار در معرض محرکهای اضطراب برانگیز قرار داده شد، و در همان حال با استفاده از آرام‌سازی عضلانی سعی شد تنش و اضطراب وی کنترل گردد. در این روش برخلاف حساسیت‌زدایی منظم بیمار برای مدت طولانی در معرض محرکهای نسبتاً شدید ایجادکننده اضطراب قرار می‌گرفت.

آزمودنیها:

نمونه پژوهش عبارت از ۲۰ بیمار مبتلا به اختلال اضطراب منتشر بود که از هر دو جنس و در فاصله سنی ۱۸ تا ۴۰ سال قرار داشتند. مدت ابتلاء آنها به این بیماری در حدود ۷ تا ۲۴ ماه و تحصیلات آنها حداقل پنجم ابتدایی بود. سعی شد گروهها از نظر سن، جنس، تحصیلات و مدت ابتلاء به بیماری یاد شده تا حد ممکن همسان و همگن باشند. آزمودنیها از مراجعین به چند مطب روانپزشکی، کلینیک مشاوره و روانشناسی و کلینیک ویژه انتخاب و سپس بطور تصادفی به چهار گروه تقسیم شده‌اند.

- | | |
|----------------------|------------|
| 1-Lindsay | 2-Gamsu |
| 3-Maclavghlin | 4-Blowers |
| 5-Cobb | 6-Mathews |
| 7-Walker | 8-feedback |
| 9-anxiety depression | |

شیوه اجرا:

تکمیل می‌گردید.

به دنبال مصاحبه تشخیصی، هر آزمودنی مورد پیش‌آزمون قرار می‌گرفت. سپس هر گروه بطور جداگانه و هر فرد بصورت انفرادی در معرض متغییر مستقل قرار می‌گرفت. برای گروه رفتار درمانی (آموزش کنترل اضطراب) و درمان ترکیبی در هفته دو جلسه تشکیل می‌شد، اما برای گروه دارودرمانی و دارونما هفته‌ای یک جلسه برگزار می‌گردید. بطور متوسط بین ۱۲ تا ۱۵ جلسه درمانی برای هر بیمار برگزار می‌شد در پایان دوره درمان، دوباره آزمودنیها مورد آزمون قرار گرفتند. دو مقیاس برای سنجش اضطراب بیمار بکار برده شد (مقیاس خودسنجی اضطراب زونگ و پرسشنامه اضطراب آشکار تایلور) که یکی شدت و دیگری وجود علائم اضطرابی را نشان می‌داد. یک مقیاس توسط درمانگر و دیگری توسط بیمار

دو مقیاس نیز برای ارزیابی شدت و وجود علائم افسردگی بکار برده شد (پرسشنامه افسردگی بک و مقیاس درجه‌بندی افسردگی هامیلتون) که یکی توسط بیمار تکمیل می‌شد. سازگاری اجتماعی بیماران روی یک مقیاس پنج قسمتی درجه بندی شد. این مقیاس جداگانه توسط بیمار و درمانگر تکمیل می‌شد. در پایان نتایج، مورد تحلیل واریانس یک عاملی قرار گرفت.

نتایج:

در این پژوهش سه شاخص برای بهبودی در نظر گرفته شده بود: کاهش سطح اضطراب، کاهش سطح افسردگی و بالا رفتن سطح سازگاری اجتماعی. در مرحله اول خصوصیات دموگرافیک و نمرات پیش‌آزمون در

جدول ۱- مشخصات فردی آزمودنی‌ها

مدت ابتلاء بر بیماری (به ماه)	تحصیلات		سن		تعداد	خصوصیات فردی گروهها
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار		
۵/۹۴	۱۵/۴	۳/۶۵	۹/۶	۶/۷۴	۵	رفتار درمانی
۵/۸۱	۱۳/۴	۴/۰۶	۹	۱/۱۵	۵	دارو درمانی
۳/۹۸	۱۲/۶	۳/۳۹	۱۰	۶/۴۳	۵	درمان ترکیبی
۵/۴۹	۱۵/۸	۴/۲۸	۸/۴	۷/۶۸	۵	دارونما
۱۱/۱۴	۱۴/۳	۷/۸۴	۹/۲۵	۲۷/۸۳	۲۰	کل

جدول ۲- خلاصه نتایج تحلیل واریانس سن، تحصیلات و مدت ابتلاء گروهها.

F			میانگین مجذورات			درجه آزادی			مجموع مجذورات			منبع تغییرات
مدت	تحصیلات	سن	مدت	تحصیلات	سن	مدت	تحصیلات	سن	مدت	تحصیلات	سن	
ابتلاء			ابتلاء			ابتلاء			ابتلاء			بین گروهی
۰/۴	۰/۱۶	۰/۰۸	۱۱/۹۳	۲/۴۵	۳/۹۹	۳	۳	۳	۳۵/۸	۷/۳۵	۱۱/۹۷	درون گروهی
۲۸/۷۸	۱۴/۹	۴۹/۱۹	۱۶	۱۶	۱۶	۴۶۰/۴	۲۳۸/۴	۷۸۷/۱۲				مجموع
۴۹۶/۲	۲۴۵/۷۵	۷۹۹/۰۹										

$$F(۱، ۳ و ۱۶) = ۵/۲۹$$

$$F(۵، ۳ و ۱۶) = ۳/۲۴$$

مقیاسهای مختلف مورد تحلیل و اریانس قرار گرفت از آزمون معنی داری توکی برای مقایسه میانگینهای گروهها تا عدم تفاوت معنی دار گروهها مورد ارزیابی قرار گیرد. استفاده شد. میانگین و انحراف معیار خصوصیات سپس نمرات پس آزمون مورد ارزیابی قرار گرفت و دموگرافیک آزمودنیها در جدول ۱ آمده است.

جدول ۳ - میانگین و انحراف معیار نمره‌های گروهها در پیش آزمون و پس آزمون

پرسشنامه	پرسشنامه	پرسشنامه		پرسشنامه		پرسشنامه		پرسشنامه		پرسشنامه		گروهها	
		افسردگی	بک	مقیاس درجه بندی	افسردگی	مقیاس خودسنجی	اضطراب	اضطراب	مقیاس سازگاری	اجتماعی براساس	ارزیابی بیمار		
\bar{X}	۲۰/۲	۱۱	۲۹/۸	۱۵/۸	۶۱/۸	۲۷/۸	۲۲/۲	۲۷/۲	۲۰/۶	۱۲/۲	۲۵/۸	۱۵/۶	رفتار درمانی
S	۲/۲۹	۳/۸۷	۷/۲۶	۵/۵۴	۵/۷۶	۴/۸۲	۳/۵۶	۳/۵۶	۳/۳۹	۳/۹۸	۴/۴۴	۵/۵۵	
\bar{X}	۲۱	۱۱/۲	۳۲/۶	۱۷/۶	۶۴	۳۱/۲	۴۴	۳۷/۲	۲۰/۶	۱۰	۲۲/۸	۱۰	دارودرمانی
S	۲/۹۲	۳/۷۸	۴/۳۹	۴/۵۶	۴/۳۰	۳/۸۵	۳/۵۴	۳/۲۷	۵/۷۷	۴/۶۴	۳/۲۷	۴/۱۲	
\bar{X}	۲۱	۱۱/۶	۳۰	۱۳/۶	۶۲/۸	۳۳/۲	۳۰/۶	۲۱/۶	۱۹/۸	۱۰/۶	۲۲/۶	۱۰/۶	درمان ترکیبی
S	۴/۰۶	۴/۲۸	۸/۳۴	۷/۴۷	۳/۴۵	۵/۰۷	۳/۹۱	۲/۲۸	۴/۳۲	۲/۷	۵/۳۷	۵/۴۱	
\bar{X}	۲۰/۶	۱۷/۴	۲۶/۴	۲۲/۲	۶۴/۸	۵۹/۸	۴۳	۲۹/۲	۲۱/۴	۱۸/۶	۲۸	۲۳/۶	دارونما
S	۵/۱۸	۲/۳۶	۶/۰۶	۵/۶۸	۴/۴۹	۳/۵۶	۵/۰۷	۲/۷۸	۵/۱۳	۲/۸	۶/۲۲	۴/۳۴	
\bar{X}	۲۰/۷	۱۲/۵۸	۲۹/۷	۱۷/۳	۶۲/۳۵	۳۸/۰۵	۴۲/۲۵	۲۸/۸	۲۰/۶	۱۲/۹	۲۴/۸	۱۴/۹۵	کل
S	۴/۰۳	۲/۴۵	۶/۵۳	۶/۳۲	۲/۳۵	۱۳/۷	۳/۱۲	۷/۰۶	۳/۷۸	۵/۱۹	۴/۶۶	۷/۱۷	

مقایسه گروهها بوسیله تحلیل واریانس یک عاملی تفاوت معنی دار میان گروهها در متغیرهای فوق نشان نداد. می شود، نتایج فوق تفاوت معنی داری میانگین و انحراف معیار نمره‌های پیش آزمون و پس آزمون در جدول ۳ آمده است. خلاصه نتایج تحلیل واریانس نمرات پیش آزمون مقیاسهای مورد نظر در این تفاوت معنی دار گروهها می باشد.

جدول ۴ - خلاصه نتایج تحلیل واریانس نمره‌های پیش آزمون پرسشنامه افسردگی بک

F	میانگین مجذورات	درجه آزادی	مجموع مجذورات	منبع تغییرات
۰/۰۴	۰/۷۳	۳	۲/۲	بین گروهی
	۱۹/۱۳	۱۶	۳۰۶	درون گروهی
			۳۰۸/۲	مجموع

$$F_{ب(۰/۰۱,۳,۱۶)}=۵/۲۹$$

$$F_{ب(۰/۰۵,۳,۱۶)}=۳/۲۴$$

تحلیل واریانس یک عاملی، پرسشنامه افسردگی بک نشان نداد این تحلیل در تفاوت معنی داری در نمره‌های پیش‌آزمون پس‌آزمون نیز معنی دار نبوده است.

جدول ۵ - خلاصه نتایج تحلیل واریانس مقیاس خودسنجی اضطراب زونگ در پیش‌آزمون

F	میانگین مجذورات	درجه آزادی	مجموع مجذورات	منبع تغییرات
۰/۴۳	۸/۷۲	۳	۲۶/۱۵	بین گروهی
	۲۰/۴	۱۶	۳۲۶/۴	درون گروهی
			۳۵۲/۵۵	مجموع

$$F_{ب(۰/۰۱,۳,۱۶)}=۵/۲۹$$

$$F_{ب(۰/۰۵,۳,۱۶)}=۳/۲۴$$

تحلیل واریانس یک عاملی نمره‌های پیش‌آزمون واریانس یک عاملی نمره‌های پس‌آزمون مقیاس خودسنجی اضطراب زونگ نیز تفاوت معنی دار این ابزار پژوهش در پس‌آزمون در سطح ۰/۰۱ معنی دار بین گروهها نشان نداد، اما نتایج تحلیل بوده است (جدول ۶).

جدول ۶ - خلاصه نتایج تحلیل واریانس نمره‌ها و مقیاس خودسنجی اضطراب زونگ در پس‌آزمون

F	میانگین مجذورات	درجه آزادی	مجموع مجذورات	منبع تغییرات
۵۶/۳۶	۱۰۷۶/۴۵	۳	۳۲۲۹/۳۵	بین گروهی
	۱۹/۱	۱۶	۳۰۵/۶	درون گروهی
			۳۵۳۴/۹۵	مجموع

نتایج تحلیل واریانس نمره‌های پیش‌آزمون مقیاس درجه‌بندی افسردگی هامیلتون نیز تفاوت معنی دار بین گروهها نشان نداد. در پس‌آزمون نیز نتایج این تحلیل معنی دار نبوده است ($F = ۰/۷۲$ در پیش‌آزمون، در برابر $۳/۱۵$ $F = ۰/۰۹$ در پس‌آزمون). در برابر $F = ۴/۴۳$ در پس‌آزمون).

خلاصه نتایج و تحلیل واریانس نمره‌های پرسشنامه اضطراب آشکار تایلور در پیش‌آزمون نیز معنی دار نبوده است، اما در پس‌آزمون نتایج تحلیل واریانس مربوطه نیز در سطح ۰/۰۱ خطا معنی دار نشان داده شده است ($F = ۰/۷۵$ در پیش‌آزمون، در برابر $F = ۲۲/۲۸$ در پس‌آزمون).

نتایج حاصل از تحلیل واریانس نمره‌های مقیاس همانطور که نتایج جدول ۵ نشان می‌دهد، روشهای درمانی در کاهش سطح افسردگی مؤثر نبوده‌اند، اما همگی

در کاهش سطح اضطراب موفق بوده‌اند. البته دو روش دارودرمانی و رفتاردرمانی نتایج یکسانی داشته‌اند ولی درمان ترکیبی نسبت به هر یک از دو روش به تنهایی کاهش بیشتری در سطح اضطراب بیماران در پی داشته است.

در مورد سازگاری اجتماعی (باتوجه به نتایج جدول ۵) سه روش درمانی نسبت به دارونما نتایج بهتری به دنبال داشته‌اند، اما درمان ترکیبی نسبت به هر یک از روشهای درمانی موفقیت بیشتری در بالا بردن سطح سازگاری اجتماعی بیماران نداشته است.

بحث در نتایج:

همانطور که گفته شد از بین رویکردهای درمانی مختلف دو رویکرد (زیست شیمیایی و رفتار درمانی) جدا از هم به عنوان رویکردهای درمانی موفق در این زمینه بیشترین علاقه پژوهشی را برانگیخته‌اند. هرچند این دو رویکرد تا حدودی متفاوت بنظر می‌رسند، اما این فرض را در ذهن برمی‌انگیزند که احتمالاً "دستکاری رفتار اکتسابی بیمار همراه با تغییرات زیست شیمیایی زیر ساخت این رفتار، به پیامدهای مثبت تر از هر یک به تنهایی بیانجامد. از آنجائیکه بیشتر پژوهشهای انجام شده در این زمینه در مورد مقایسه روشهای روانشناختی بوده است، این پژوهش به منظور محک زدن این فرض طراحی شد.

عدم تأثیر روشهای درمانی فوق در کاهش سطح افسردگی هماهنگ با مطالعاتی است که نشان می‌دهد علت عدم تأثیر این روشها به خاطر این است که افسردگی این بیماران بمنزله موردی است ثانوی بر اضطراب آنها و روشهای فوق بیشتر متمرکز بر کاهش سطح اضطراب هستند (مثلاً جانسون^(۱)، اپنهايمر^(۲)، گلدن^(۳)، ۱۹۸۲؛ هاتچینگز^(۴)، بادنی^(۵)، باسکال^(۶)، هوستون^(۷)، ۱۹۸۰؛ بیندرمن^(۸)، سوکپ^(۹)، کابی^(۱۰)، ۱۹۹۱). این پرسشنامه‌ها به ویژه برای سنجش شدت و وجود افسردگی در بیماران افسرده ساخته شده است و بیمارانی که مبتلا به سایر

اختلالها هستند کمتر علايم بارز افسردگی را دارند، از این رو دامنه نمره‌ها محدود شده و همین مسئله احتمالاً روی نتایج آماری اثر گذاشته است از طرفی مقیاس درجه‌بندی افسردگی هامیلتون توسط درمانگر نمره گذاری می‌شود. بنابراین، این احتمال وجود دارد که نتایج آن تا حدودی تحت تأثیر گرایشهای ذهنی و سوگیری درمانگر باشد.

اعتقاد بر این است که با قطع مصرف داروها، اختلال بهبود یافته مجدداً باز می‌گردد (گروچ^(۱۱)، رابسون^(۱۲)، هالستروم^(۱۳)، ۱۹۸۸؛ آنیت و تورپی^(۱۴)، ۱۹۸۸؛ لیدز^(۱۵) و مورتون^(۱۶)، ۱۹۹۱). مشکل عود مجدد این سؤال را پیش می‌آورد که آیا بهتر نیست برای کاهش افسردگی این بیماران شناخت درمانی را جانشین دارودرمانی کنیم؟ این سؤالی است که مطالعات آینده باید به آن پاسخ دهند. افزایش طول مدت رفتار درمانی و تداوم جلسات پیگیری، راه پیگیری از عود مجدد این بیماری است.

نتایج حاصل از پرسشنامه‌های سنجش اضطراب نشان می‌دهند که روشهای فوق در کاهش سطح اضطراب مؤثر بوده‌اند، اما درمان ترکیبی موفقیت بیشتری در این زمینه داشته است. این نتیجه هماهنگ با مطالعات تورپی و اولسون^(۱۷) (۱۹۹۰) بلاورز و ماتیسوس (۱۹۸۷) باورز^(۱۸) (۱۹۹۰)، بارلو^(۱۹) و همکاران (۱۹۸۴)، دورهام^(۲۰) و توروی^(۲۱) (۱۹۸۷) است. شاید کارآمدی بیشتر درمان ترکیبی را بتوان ناشی از اثرات تسهیل کننده داروها در

- | | |
|--------------|---------------|
| 1-Johnson | 2-Oppenhaimer |
| 3-Gelder | 4-Hutchings |
| 5-Badnney | 6-Basgall |
| 7-Howston | 8-Bindeman |
| 9-Soukop | 10-Kaye |
| 11-Grouch | 12-Rabson |
| 13-Hallstrom | 14-Thorpe |
| 15-Leds | 16-Morton |
| 17-Olson | 18-Bowers |
| 19-Barlow | 20-Durham |
| 21-Turvey | |

کاهش علایم جسمی اضطراب دانست که زمینه لازم برای کاربرد موثر آموزش کنترل اضطراب را فراهم نموده است. همچنین آموزش کنترل اضطراب با دادن یک تکلیف فعال به بیمار باعث کاهش حالت انفعالی و افزایش احساس مسئولیت برای کنترل کردن اختلال می‌شود. بنابراین طول مدت و مقدار مصرف دارو را کاهش می‌دهد.

نتایج جدول ۵ نشان می‌دهد که روشهای درمانی فوق در بالا بردن سطح سازگاری اجتماعی موفق بوده‌اند اما افزودن دارو درمانی به آموزش کنترل اضطراب چیزی به کارآیی آن نمی‌افزاید. در واقع درمان ترکیبی نسبت به هر یک از درمانها به تنهایی موفقیت بیشتری نداشته است. شاید اصولاً "مقیاس درجه‌بندی، حساسیت لازم را نسبت به نتایج درمان نداشته باشد. همچنین باید به این نکته توجه داشت که افزایش سازگاری اجتماعی، فرایندی است دراز مدت که با توجه به محدود بودن مدت این پژوهش، ناچیز بودن تفاوت تأثیر روشهای فوق در این متغیر وابسته نامحتمل نیست. در بعضی مطالعات (مثلاً) مارکس^(۱) و همکاران ۱۹۸۰؛ بورکوک^(۲) و هنینگز^(۳) (۱۹۷۸) نیز تأثیر درمان ترکیبی در سازگاری اجتماعی بیماران در دراز مدت و در مطالعات پیگیری آشکار شده است. بطور کلی اصلاح روابط اجتماعی بیمار تنها در صورتی میسر خواهد شد که افسردگی و اضطراب بیماران مورد ملاحظه درمانی قرار گرفته باشند.

در یک جمع‌بندی کلی می‌توان گفت که رفتار درمانی (آموزش کنترل اضطراب) بطور کلی روی علایم ذهنی اضطراب و کاهش آن در موقعیتهایی که از تکنیک‌های مواجهه و آرام سازی استفاده شده، مؤثر واقع شده است. این تأثیر با توجه به زمان محدود درمان و نیز آموزشهای لازم در مورد بکارگیری مهارتهای اکتسابی در سایر موقعیتهای واقعی زندگی تا حدودی به سایر رفتارها

تعمیم یافته است. از سوی دیگر دارو درمانی (بنزودیازپین‌ها) روی علایم جسمی و خلق بیماران اثر گذاشته و از شدت اضطراب کاسته است. بنابراین استنتاج منطقی گویای نوعی تأثیر تجمعی این دو روش درمانی است مطابق سایر پژوهشها تورپی و اولسون (۱۹۹۰)، در بسیاری از موارد این دو درمان لازم و ملزوم یکدیگرند.

بنابراین بنظر می‌رسد درمان کارا برای بیماران مبتلا به اختلال اضطراب منتشر ترکیبی از دو روش رفتاری و دستکاری شناختی این بیماران باشد و چنانچه در کنار درمانهای رفتاری و شناختی دارو درمانی نیز بکار گرفته شود نتایج مطلوب‌تری بدنبال خواهد داشت. بطور کلی در دسترس نبودن ابزار معتبر و پایا که در جامعه ما هنجاریابی شده باشد، تأثیر پیش آزمون روی نمره‌های پس آزمون، انتخاب آزمودنیها از بین افراد با سواد به دلیل لزوم استفاده از وسائل نوشتاری در این پژوهش، کمی تعداد نمونه، عدم وجود اطلاعات پیگیری در مورد دستاوردهای درمانی بدلیل محدودیت زمانی و شروع درمانهای جدید برای بعضی از بیماران، نداشتن ارزیاب مستقل در تمام مراحل درمان، عدم برگزاری جلسات یکسان برای دو گروه دارو درمانی و دارونما به دلیل مشکلات اجرایی، یکسان نبودن سطح تحصیلات آزمودنیها، فقدان داده‌های خط پایه و ارزیابی حین درمان به دلیل مشکلات فرهنگی و اجتماعی و نیز اشکال در عینی کردن خود نظارگیها، عدم تفکیک زن و مرد در گروههای درمانی از جمله محدودیتهای عمده پژوهش بودند. امید می‌رود که در پژوهشهای بعد نقاط ضعف این پژوهش مرتفع گردیده و نتایج بهتر با پایایی بهتر بدست آید.

1-Marcks

2-Borkovec

3-Hennings

- حسینی، سید ابوالقاسم (۱۳۴۶). بررسی مقدماتی اصول روانشناسی اسلامی. مشهد: انتشارات دانشگاه فردوسی.
- Barlow, D. H. et al. (1984). Panic and generalized Anxiety disorder nature & treatment. *Journal of Behavior Therapy*, 15, 431-449.
- Beck, A. T., & Emery, G. (1985). *Anxiety disorder and phobias: A cognitive perspective*, New York: Basic Books.
- Biederman, J. (1990). The Diagnosis and treatment of adolescent anxiety disorder. *Journal Of Clinical Psychiatry*, Vol. 51, 20-26.
- Bindermann, S. Soukop, M., & Kaye, S. B. (1991). Randomized controlled study of relaxation training. *Behavior Research and Therapy*. Vol. 27, 170-174.
- Blanchard, B., Mecoy, C. & Wittrock, A. (1988). Three studies on the relaxation of process to come in the treatment of essential hypertension with relaxation and thermal biofeedback. *Behavior Research and Therapy*, Vol. 26, 53-66.
- Blowers, C., Cobb, J., & Mathews, A. (1987). Generalized anxiety: A controlled treatment study. *Behavior & Research Therapy*, Vol. 25, 493-502.
- Borkovec, T. D. & Hennings, L. (1978). The role of psychological attention focusing in the relaxation treatment of sleep disturbance, general tension, and specific stress reaction. *Behavior Research and Therapy*, Vol. 16, 7-19.
- Bowers, W. (1990). Treatment of depressed patients. Cognitive therapy plus medication, relaxation plus medication, and medication alone. *British Journal Of Psychiatry*, Vol. 156, 738-744.
- Brewin, C. R. (1990). *Cognitive foundations of clinical psychology*. Lawrence Erlbaum Publishers.
- Burish, G., Snyder, L., & Jenkins, A. (1991). Preparing patients for cancer chemotherapy: Effect of coping preparation and relaxation interventions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Vol. 59, 518-525.
- Butler, G., Cullington, A., Hibbert, G., Keimes, I., & Gelder, M. (1987). Anxiety management for persistent genaralized anxiety. *British Journal Of Psychiatry*, Vol. 151, 535-542.
- Crouch, G., Robson; M., & Hallstrom, C. (1988). Benzodiazepine dependent patients and thier psychological treatment. *British Journal of Psychiatry*, Vol. 12, 503-510.
- Durham, R. C., & Turvey, A. A. (1987). Cognitive therapy vs behavior therapy in the treatment

- of chronic general anxiety. *Behavior Research and Therapy*, Vol. 25, 229-234.
- Freeling, D. et al. (1979). Case histories and shorter communications, systematic desensitization, relaxation training and suggestion in the treatment of test anxiety. *Behavior Research and Therapy*, Vol. 14, 309-311.
- Genest, M., Bowen, R. C., Dudley, J. & Keegan, D. (1990). Assessment of strategies for coping with anxiety: preliminary investigation. *Journal of Anxiety Disorders*, Vol. 4, 1-14.
- Hutchings, D. F., Denney, D. R., Basgall, J., & Houston, B. K. (1980). Anxiety management and applied relaxation in reducing general anxiety. *Behavior Research and Therapy*, Vol. 18, 181-190.
- Johnson, L., Oppenheimer, C. & Gelder, M. (1982). A Selfhelp treatment program for anxiety state patients. *Journal of Behavior Therapy*, Vol. 13, 103-111.
- Kakra, B. , Grossberg, G., & Peek, B. (1991). Insomnia in the elderly. *Journal of Behavior Therapy*, Vol. 43, 477-483.
- Lindsay, S., Gamsu, C., Maclaughlin, E, et al. (1987). A controlled trail of treatment for generalized anxiety. *British Journal of Clinical Psychology*, 26, 3-15.
- Mathaws, A. (1990). Why worry? The cognitive function of anxiety. *Behavior Research and Therapy*, Vol. 6, 455-468.
- Marks, I. M., Lellion, P., Basogla, M., Noshirvani, H. et al (1988). Clomipramine, self-exposure and therapist-aided exposure for obsessive compulsive rituals. *British Journal of Psychiatry*, Vol. 152, 522-534.
- Onytt, S., & Turpin, G. (1988). Benzodiazepine withdrawal in primary care: A comparison of behavioral group training and individual sessions. *Behavior Psychotherapy*, Vol. 16, 297-312.
- Poppen, R. (1988). *Behavioral relaxation training and assessment*. New York: Pergamon Press Inc.
- Rick, E., & Ingram, E. (1990). Attentional nonspecificity in depressive and generalized anxiety affective state. *Cognitive Therapy and Research*. Vol. 14, 25-32.
- Schubot, E. D. (1977). Case histories and shorter communications. The contribution of relaxation to symbolic modeling in the modification of anxiety and fear. *Behavior Research and Therapy*, Vol. 15, 113-117.
- Taylor, D. (1988). Buspirone, a new approach to the treatment of anxiety, *British Journal of Psychiatry*, Vol. 2, 244-252.

Thorpe, L., & Olson, L. (1989). Psychological assessment. *Journal of Counseling and Clinical Psychology*, Vol. 1, 238-241.

Walker, C. E., Hedberg A., Clement, P. W. & Wright, L. (1981). *Clinical procedures for behavior therapy*. New Jersey: Prentice-Hall, Inc.

کودکان را تنبیه نکنید،

امادر تنبیه مناسب کودکان،

حتماً علت تنبیه را

به کودک

توضیح دهید.