

Effectiveness of Dugas' Cognitive Therapy on Intolerance of Uncertainty, Cognitive Avoidance and Positive Beliefs about Worry in Generalized Anxiety Disorder

Seyed Mohammad Davud Hosseini¹, Shole Amiri*², Kourosh Namdari³, Hossein Molavi⁴

1. Phd Student, Faculty of Education and Psychology, University of Isfahan, Isfahan, Iran
2. Professor, Faculty of Education and Psychology, University of Isfahan, Isfahan, Iran
3. Assistant Professor, Faculty of Education and Psychology, University of Isfahan, Isfahan, Iran
4. Full Professor, Faculty of Education and Psychology, University of Isfahan, Isfahan, Iran

Received: 2019/03/10

Accepted: 2019/06/10

Abstract

Introduction: Objectives Worry is a fundamental cognitive component of Generalized Anxiety Disorder (GAD). GAD is a chronic disorder. However, few studies have been conducted on the etiologic variables of this disorder. The present study sought to investigate the effectiveness of Dugas' cognitive therapy on Intolerance of uncertainty, cognitive avoidance, and positive beliefs about worry.

Materials and Methods: This study was a semi-experimental study with control group. The statistical population included all people with GAD referred to Isfahan counseling centers. The statistical sample of the study was 30 people who were selected by convenient sampling and were randomly assigned to the experimental group (15) and the control group (15). Diagnosis of GAD was performed based on a structured clinical interview with DSM-5 (SCID-5-CV) and clinical diagnosis. For measuring pre-test, post-test and follow-up, the questionnaire of intolerance of uncertainty, cognitive avoidance questionnaire, and why-worry questionnaire were used. The intervention was completed in the form of 12 sessions of 90 minutes. To analyze the data, repeated variance analysis (mixed) was used.

Results: The results showed that Dugas' cognitive therapy significantly reduced the mean scores of GAD symptoms in the experimental group compared to the control group.

Conclusion: The findings of this research indicate that Dugas' cognitive therapy has had a positive effect on the intolerance of uncertainty, cognitive avoidance and positive beliefs about worry and reduced symptoms ($P < 0/05$). This treatment can be one of the effective ways to reduce the symptoms of GAD along with other drug interventions.

***Corresponding Author:** Shole Amiri
Address: Professor, Faculty of Education and Psychology, University of Isfahan, Isfahan, Iran
Tel: +983137932567
E-mail: S.amiri@edu.ui.ac.ir

Keywords: Dugas' Cognitive Therapy, Intolerance of uncertainty, Cognitive Avoidance, Positive beliefs about worry, GAD

How to cite this article: Hosseini S.M.D., Amiri S., Namdari K., Molavi H. Effectiveness of Dugas' Cognitive Therapy on Intolerance of Uncertainty, Cognitive Avoidance and Positive Beliefs about Worry in Generalized Anxiety Disorder, Journal of Sabzevar University of Medical Sciences, 2021; 28(4):700-712.

Introduction

Anxiety disorders are the major mental disorders of the present age; and are associated with dysfunction and poor quality of life. According to the Fifth Edition of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Generalized Anxiety Disorder is a type of excessive and uncontrollable worry about a range of issues that most days and at least occurs for six months. At present, GAD theorizing seeks to identify the causal and maintenance factors of this disorder. Medication and psychotherapy are common treatment strategies for this disorder, but a range of studies have shown that these treatments are ineffective. In other words, 30 to 60% of patients do not recover from these treatments.

Many cognitive models and approaches have been designed to understand and improve this disorder. Fisher meta-analysis, showed that cognitive therapy has the necessary effectiveness. In the most optimistic case, only 50% of GAD patients experience significant clinical improvement in cognitive therapy. Among GAD cognitive models, the Dougas cognitive model focuses on the causes of GAD formation. Quantitative research has been done to study the effectiveness of this model or the effect of the variables that cause disorders, and most researchers focus on the factors that maintain and perpetuate the disorders. This model emphasizes the importance of four factors in GAD pathology: intolerance of uncertainty, positive beliefs about worry, cognitive avoidance, and negative orientation toward the problem. Intolerance of uncertainty stems from a negative belief in ambiguity. Ambiguous situations involve the person with endless questions (what if?). These questions usually go unanswered. Because a person with GAD cannot tolerate uncertainty and, on the other hand, believes in anxiety and its positive consequences, he or she becomes anxious. This worry, along with the feeling of anxiety, leads to cognitive avoidance. Cognitive avoidance, on the other hand, causes the individual to view the problem as a catastrophe and to underestimate their ability to cope with the problem. Therefore, the problem is considered a threat and the person in the face of the problem quickly becomes frustrated and stops trying. These feelings exacerbate anxiety and the person inevitably

uses cognitive avoidances such as thought replacement and thought suppression. By cognitive avoidance one seeks to avoid cognitive arousal and experience threatening images. On the other hand, a negative orientation towards the problem turns the problem into a catastrophe. This process intensifies anxiety and launches cognitive avoidance strategies. Many findings indicate the major role of intolerance of uncertainty, cognitive avoidance and positive beliefs about worry in the formation and persistence of GAD. Dougas believes that by targeting the causative agents of GAD, the physical and psychological symptoms of GAD can be reduced and thus the quality of life can be significantly increased. The present study aims to evaluate the effectiveness of Dougas cognitive therapy on improving GAD among people with GAD.

Methodology

The present study was performed by quasi-experimental method (pre-test, post-test and follow-up) with the control group. The Ethics Committee of the University of Isfahan dedicated the ethical code (IR.UI.REC.1396.030) to this article. The experimental group received cognitive therapy based on the Dougas model and the control group did not receive any intervention. The statistical population of the present study was all people with generalized anxiety disorder who referred to counseling centers in Isfahan from May to September 2017. From this number, 30 people who volunteered to receive medical services were selected and then randomly assigned to two experimental groups (15 people) and control group (15 people). Subjects were selected by convenience sampling method and voluntary random sampling. Definitive diagnosis of generalized anxiety disorder in these individuals was made through structured clinical interviews for generalized anxiety disorder on the DSM-5 (SCID-5-CV) and clinical psychology diagnosis. Subjects entered the treatment process after fulfilling the treatment conditions and meeting the entry and exit criteria. Inclusion criteria included: 1- Clients should not have taken anti-anxiety and anti-depressant drugs four months before entering treatment, 2- Has not received any psychological treatment before, 3- Level of

minimum cycle education and exclusion criteria included the following: 1- Biological conditions And physical affect in the disorder, 2- Existence of severe personality disorder, 3- Substance abuse, 4- Symptoms of psychosis. Both groups were given the Intolerance of Uncertainty Scale, the Cognitive Avoidance Questionnaire and the Why Worry Questionnaire before the application of the independent variable (Dougas Model Therapeutic) was given. Then, the experimental group underwent twelve sessions of cognitive therapy based on the Dougas model. Meetings were held for 90 minutes, once a week. At the end of the treatment sessions, both groups were re-evaluated in two stages: post-test and follow-up (one month after the end of treatment).

Given that the present study is a quasi-experimental study and has one intergroup factor (experimental and control groups) and several intragroup factors (cognitive avoidance, intolerance of uncertainty and positive beliefs about worry) and because the individuals in each group in the variables dependencies are measured in three stages, so the present design is a dual multivariate design. Analysis of variance with repeated measures of two factors with one intragroup variable (three pre-test, post-test and follow-up measurements) and one intergroup variable (Dougas cognitive therapy group and control group) were used to evaluate the results.

Table 1. Mean and standard deviation of three measurements of variables in the experimental and control groups

variable	group	pre-test		Post-test		Followup	
		mean	SD	mean	SD	mean	SD
Cognitive avoidance	experiment	111.73	5.44	77.4	6.8	58.4	3.99
	control	118.87	3.18	120.53	2.47	122.87	1.76
Intolerance of indecision	experiment	125.33	6.37	96.33	3.74	62.4	3.96
	control	127	9	131.20	3.7	133.73	1.62
Positive belief in worry	experiment	99.73	3.3	77.6	5.93	62.4	3.96
	control	98.33	6.17	104.53	6.67	117	5.18

Before using the repeated measures analysis of variance test, the Smirnov Kolmogoroff test was performed to test the hypothesis of normality ($p > 0.05$). Also, the results of Mauchly's test in the findings indicate the acceptance of this spherical hypothesis for the variable of positive belief in anxiety ($P = 0.75$) and the rejection of this hypothesis for the variables of cognitive avoidance and intolerance of uncertainty ($P = 0.006$ and $P = 0.001$). Therefore, the GreenHouse-Geisser conservative test is used to interpret the results of these two

Result

The mean age of patients in the experimental group was 35.4, the standard deviation was 4.74, the mean age of patients in the control group was 35.8, and the standard deviation was 4.96. In terms of gender, 16 participants were male (53.33%) and 14 were female (46.66%). In terms of education, there are 2 undergraduates (6.66%), 3 diplomas (10%), 8 postgraduates (26.66%), 13 undergraduates (43.33%) and 4 postgraduates (13.33%). In terms of marital status, 11 were single (36.66%) and 19 were married (63.33%). Considering the assumptions of normal and uniform distribution of variances, the parametric independent samples t-test was used to compare the mean scores of the groups in the variables of gender, age, education, marital status and employment. Sig = 0.52, $df = 28$, $t = 0.71$), age (sig = 0.84, $df = 28$, $t = 0.59$), education (sig = 0.62, $df = 28$, $t = 0.64$). There is no difference between marital status (sig = 0.06, $df = 28$, $t = 1.49$) and employment (sig = 0.35, $df = 28$, $t = 0.52$).

Mean and standard deviation of cognitive avoidance variables, intolerance of uncertainty and positive beliefs about anxiety) in the two groups in the stages of pre-test, post-test and follow-up can be seen in Table 1.

variables. Table 2 reports the results of repeated measures analysis of variance within the group to examine the variables of positive loads to anxiety, intolerance of failure and cognitive avoidance in three stages of pre-test, post-test and follow-up.

According to Table 2, the effect of measurement time on the scores of the variables of positive loads is worrying ($F = 46.92$, $P < 0.001$, $\eta^2 = 0.62$), uncertainty intolerance ($F = 249.18$, $P < 0.001$, $\eta^2 = 0.89$), and cognitive avoidance ($F = 288.48$, $P < 0.001$, $\eta^2 = 0.91$) are

significant. Also, the effect of interaction between time and group in all three variables of positive loads to worry ($F = 362.00$, $P < 0.001$, $P = 0.62$), intolerance of uncertainty ($F = 381.44$,

$P < 0.001$, $Eta = 0.93$), and cognitive avoidance ($F = 37.761$, $P < 0.001$, $Eta = 0.93$) are significant.

Table 2. Results of repeated intra-group measurement analysis in the studied variables

scale	Source of effect	SS	df	MS	F	P	Eta
Positive belief in worry	stage	1524.46	1.59	778.20	46.92	0.001	0.62
	Stage*group	11760.55	1.59	6003.48	362.00	0.001	0.62
	error	909.64	54.85	16.58			
Intolerance of indecision	stage	11898.60	1.32	8988.93	249.18	0.001	0.89
	Stage*group	18213.85	1.32	13759.79	381.44	0.001	0.93
	error	1336.97	37.06	36.07			
Cognitive avoidance	stage	12086.66	1.52	7931.96	288.48	0.001	0.91
	Stage*group	15575.55	1.52	10221.57	371.46	0.001	0.93
	error	1173.11	42.66	27.49			

Table 3. Results of repeated intergroup measurement analysis in the studied variables

scale	Source of effect	SS	df	MS	F	P	Eta
Positive belief in worry	Stage	16053.37	1	782880.3	14716.23	0.001	0.99
	error	1489.55	28	53.198			
Intolerance of indecision	Stage	29088.04	1	29088.04	804.31	0.001	0.96
	error	1012.62	28	36.16			
	Stage	29557.34	1	29557.34	2153.97	0.001	0.98
	error	384.22	28	13.72			

Table 3 shows the intergroup results of the repeated measures test for the studied variables. As can be seen here, the effect of the group on the scores of the variables of positive loads is worrying ($F = 14716.23$, $P < 0.001$, $Eta = 0.99$), intolerance of uncertainty ($F = 80.31$, $P < 0.001$, $Eta = 0.96$) and cognitive avoidance ($F = 2153/97$, $P < 0.001$, $Eta = 0.98$) are significant. Considering the significance of the interactive effect between the intragroup factor of measurement time and the intergroup factor, so the simple intergroup effect with respect to the intragroup factor levels using pairwise comparisons (difference of means I-J) with Scheffe post hoc test showed that at the level ($P < 0.05$), the mean of experimental and control groups for the variables of positive beliefs about anxiety (IJ-26.71 and sig = 0.001), intolerance of uncertainty (IJ-35.95 and sig = 0.001) and Cognitive avoidance (IJ = 36.24 and sig = 0.001) was significant.

Discussion

The present study was conducted to evaluate the effectiveness of Douglas cognitive therapy with the group on improving GAD. The results of the present study showed that cognitive therapy of Douglas has a significant effect on improving disseminated anxiety disorder and improving the underlying factors of this disorder and is consistent with research.

People with GAD experience ambiguous and confusing situations, which in turn lead to unpleasant stressful and anxious experiences. Feelings of uncertainty and unhappiness are unbearable for people with GAD and can lead to chronic anxiety. Worry lead to scenarios about the possible consequences of the situation. In other words, they are preparing for the worst case scenario. In fact, they try to avoid surprises [14]. On the other hand, some sufferers believe that such situations can be avoided by thinking of the worst-case scenario. Thinking that is a kind of magical and immature thinking related to the period of cognitive pre-operation. The fact is that the power of realism is thus lost and performance

is greatly diminished due to great concern. Such positive beliefs about anxiety lead to increased anxiety and reinforced pattern and entanglement of worrying beliefs. Thus, situational anxiety is on the way to becoming a GAD. In Dugas cognitive therapy, instead of addressing the GAD preservatives, the underlying factors in the formation of anxiety are addressed. Therefore, by increasing one's cognitive, behavioral and emotional ability to tolerate ambiguity as part of everyday life and also by challenging positive beliefs about worry and showing the ineffectiveness of these beliefs and scenarios, one can approach the problem and seek to solve the problem. On the other hand, by targeting the problem of cognitive avoidance, the person, instead of turning away from the problem and clearing the face of the problem, engages in reality testing. Following this fact-finding, one realizes that most of the physical and emotional problems one encounters in dealing with life's challenges are related to one's own mental imagery rather than to the insolubility of problems.

On the other hand, increasing physical and emotional experience leads to effective processing of emotional cues. Accumulation and extinction are achieved through exposure to the full range of fear symptoms, the corresponding response, and the symbolic meaning implicit in fear. Therefore, worry can be considered as an ineffective cognitive effort to solve the problem. Therefore, the perceived threat is eliminated; at the same time, it avoids disgusting emotional and physical experiences that are naturally experienced during the process of dealing with fear. In this way, the experience of worry is negatively reinforced. Therefore, by reducing the rate of cognitive avoidance, the test reality in the person increases and as a result, the level of morbid anxiety in the person decreases.

Conclusions

The overall results of this study support the value and effectiveness of Dugas cognitive therapy in improving GAD in patients. Emphasis on the predisposing and shaping factors of GAD can enable the individual to deal with his / her cognitive limitations instead of temporarily relieving the symptoms of the disease and temporarily taking the symptoms of the predisposing factors to eliminate these cognitive deficits and prevent them from continuing the dysfunctional cycle of anxiety and becoming more complex. Focusing on the underlying factors of the disorder in other disorders can also help significantly in improving the disorder and preventing its recurrence. Of course, there is a need to emphasize transformational factors much more in dealing with the underlying factors. In this way, the treatment can be made more efficient by making the treatment process more appropriate and specific to each client and his life history, because the client feels more acceptance and compatibility with the treatment process with himself and his needs.

Acknowledgment

With appreciation and thanks to all the psychological treatment and counseling centers of Isfahan city that had sincere cooperation in the process of selecting the sample group and supported this research. This article is the result of a doctoral dissertation in general psychology at the University of Isfahan.

Conflict Of Interest: The authors declare that there are no conflict of interest regarding the publication of this manuscript.

اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر مدل داگاس بر بهبود تحمل نکردن بلا تکلیفی، اجتناب شناختی و باورهای مثبت در مورد نگرانی در بیماران مبتلا به اختلال اضطراب منتشر

سید محمد داوود حسینی^۱، شعله امیری^{۲*}، کوروش نامداری^۳، حسین مولوی^۲

۱. دانشجوی دکتری، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران
 ۲. استاد، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران
 ۳. استادیار، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۸/۶/۳۱

تاریخ دریافت: ۱۳۹۷/۶/۲۰

چکیده

زمینه و هدف: نگرانی یک مؤلفه بنیادین شناختی اختلال اضطراب منتشر (GAD) است. GAD اختلالی مزمن است اما مطالعات اندکی در خصوص متغیرهای سبب شناختی این اختلال صورت گرفته است. پژوهش حاضر، در پی بررسی اثربخشی درمان شناختی داگاس بر تحمل نکردن بلا تکلیفی، اجتناب شناختی و باورهای مثبت در مورد نگرانی در GAD بود.

مواد و روش‌ها: پژوهش حاضر، مطالعه نیمه‌آزمایشی همراه با گروه کنترل است. جامعه آماری شامل کلیه افراد مبتلا به GAD مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره شهر اصفهان بودند. نمونه آماری پژوهش ۳۰ نفر بودند که به صورت نمونه‌گیری در دسترس و داوطلبانه انتخاب و به صورت تصادفی در گروه آزمایش (۱۵ نفر) و گروه کنترل (۱۵ نفر) قرار گرفتند. تأیید تشخیص GAD براساس مصاحبه بالینی ساختاریافته DSM-5 (SCID-5-CV) و تشخیص بالینی انجام شد. برای سنجش در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری از مقیاس نداشتن تحمل بلا تکلیفی، پرسش‌نامه اجتناب شناختی و پرسش‌نامه چرا نگرانی استفاده شد. مداخله در قالب ۱۲ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای انجام شد. به منظور تحلیل داده‌ها از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر (مختلط) استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که درمان شناختی داگاس باعث کاهش معنادار نمرات میانگین علائم GAD گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل شد.

نتیجه‌گیری: یافته‌های پژوهش نشان می‌دهند که شناخت‌درمانی داگاس بر تحمل نکردن بلا تکلیفی، اجتناب شناختی و باورهای مثبت در مورد نگرانی، تأثیر مثبتی داشته و موجب کاهش علائم شده است ($P < 0/05$). این درمان می‌تواند یکی از گزینه‌های مؤثر در کاهش علائم GAD در کنار سایر مداخلات دارویی باشد.

* نویسنده مسئول: شعله

امیری

نشانی: اصفهان، میدان آزادی، دانشگاه اصفهان، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، روبه‌روی ساختمان مرکزی، کدپستی: ۸۱۷۴۶۷۳۴۴۱

تلفن: ۰۳۱۳۷۹۳۲۵۶۷

رایانامه:

S.amiri@edu.ui.ac.ir

شناسه ORCID: 0000-

0002-9906-5802

شناسه ORCID نویسنده اول:

0000-0002-6535-6484

کلیدواژه‌ها:

درمان شناختی داگاس، تحمل نکردن بلا تکلیفی، اجتناب شناختی، باور مثبت به نگرانی، GAD

مقدمه

اختلالات اضطرابی، عمده‌ترین اختلالات روانی عصر حاضر محسوب می‌شوند [۱، ۲] و با اختلال در عملکرد و کیفیت پایین زندگی همراه هستند [۳]. براساس پنجمین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder)، اختلال اضطراب منتشر (Generalized Anxiety Disorder) به نوعی نگرانی مفرط و غیرقابل کنترل در مورد گستره‌ای از مسائل است که در بیشتر روزها و حداقل به مدت شش ماه رخ می‌دهد [۴]. در حال حاضر نظریه‌پردازی در مورد GAD به دنبال شناسایی عوامل علی و نگهدارنده این اختلال است [۵، ۶، ۷]. دارودرمانی و روان‌درمانی از راهبردهای درمانی رایج این اختلال محسوب می‌شوند اما گستره‌ای از پژوهش‌ها نشان می‌دهند که این درمان‌ها کارآمدی

اختلالات اضطرابی، عمده‌ترین اختلالات روانی عصر حاضر محسوب می‌شوند [۱، ۲] و با اختلال در عملکرد و کیفیت پایین زندگی همراه هستند [۳]. براساس پنجمین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder)، اختلال اضطراب منتشر

Copyright © 2021 Sabzevar University of Medical Sciences. This work is licensed under a Creative Commons Attribution- Non Commercial 4.0 International license (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>). Non-commercial uses of the work are permitted, provided the original work is properly cited.

Published by Sabzevar University of Medical Sciences.

مجله علمی - پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی سبزوار، دوره ۲۸، شماره ۵، آذر و دی ۱۴۰۰، ص ۷۱۲-۷۰۰

آدرس سایت: <http://jsums.medsab.ac.ir> رایانامه: journal@medsab.ac.ir

شاپای چاپی: ۱۶۰۶-۷۴۸۷

بررسی کند.

۲. مواد و روش‌ها

مطالعه حاضر به روش نیمه‌آزمایشی (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) همراه با گروه کنترل انجام شد. کمیته اخلاق دانشگاه اصفهان، کد اخلاقی (IR.UI.REC.1396.030) را به این مقاله اختصاص دادند. گروه آزمایش دریافت‌کننده درمان شناختی مبتنی بر مدل داگاس بود و گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد. جامعه آماری پژوهش حاضر، کلیه افراد مبتلا به اختلال اضطراب منتشر مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره شهر اصفهان از اردیبهشت‌ماه تا مهرماه سال ۱۳۹۶ بودند. از این تعداد ۳۰ نفر از افرادی که داوطلب دریافت خدمات درمانی بودند، انتخاب و پس از آن به‌صورت تصادفی به دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و گروه کنترل (۱۵ نفر) گمارش شدند. افراد با شیوه نمونه‌گیری در دسترس و داوطلبانه با گمارش تصادفی انتخاب شدند. تشخیص قطعی اختلال اضطراب فراگیر در این افراد از طریق مصاحبه بالینی ساختاریافته برای اختلال اضطراب منتشر در DSM-5 (SCID-5-CV) و تشخیص روان‌شناسی بالینی انجام شد. آزمودنی‌ها پس از احراز شرایط درمان و برآورده کردن ملاک‌های ورود و خروج، وارد فرایند درمان شدند. ملاک‌های ورود شامل: ۱- مراجعان نباید چهارماه قبل ورود به درمان، داروهای ضداضطراب و ضدافسردگی مصرف کرده باشند. ۲- قبلاً هیچ‌گونه درمان روان‌شناختی دریافت نکرده باشد. ۳- سطح تحصیلات حداقل سیکل باشد. ملاک‌های خروج شامل موارد زیر بود: ۱- شرایط زیستی و جسمانی تأثیرگذار در اختلال ۲- وجود اختلال شخصیت شدید ۳- سوءمصرف مواد ۴- نشانه‌های روان‌پریشی. به هر دو گروه، پیش از اعمال متغیر مستقل (درمان شناختی مبتنی بر مدل داگاس) پرسش‌نامه‌های مقیاس تحمل نکردن (Intolerance of Uncertainty Scale) [۱۹]، پرسش‌نامه اجتناب شناختی (Cognitive Avoidance Questionnaire) [۲۰] و پرسش‌نامه چرا نگرانی (Why Worry Questionnaire) [۲۱] داده شد. سپس، گروه آزمایش دوازده جلسه تحت درمان شناختی مبتنی بر مدل داگاس قرار گرفت. جلسات به مدت ۹۰ دقیقه و به‌صورت یک جلسه در هفته تشکیل شد. پس از پایان جلسات درمانی، هر دو گروه طی دو مرحله پس‌آزمون و پیگیری (یک ماه پس از اتمام درمان) ارزیابی مجدد شدند. محتوای دوازده جلسه درمان شناختی مبتنی بر مدل داگاس [۱۶]، به اختصار به شرح زیر است:

جلسات اول و دوم: خوش‌آمدگویی و آشنایی اعضای گروه با

پایینی دارند [۸]. به عبارت دیگر ۳۰ تا ۶۰ درصد بیماران از این درمان‌ها بهبود نمی‌یابند [۹،۱۰].

مدل‌ها و رویکردهای شناختی زیادی برای درک و بهبود این اختلال طراحی شده‌اند [۱۱،۱۲،۱۳]. فراتحلیل Fisher [۱۴] که یازده پژوهش در حوزه شناختی را مورد بررسی قرار داده، نشان داد که درمان شناختی، کارآمدی لازم را دارا می‌باشد. در خوش‌بینانه‌ترین حالت، تنها ۵۰ درصد از بیماران GAD بهبود بالینی چشمگیری را در درمان شناختی تجربه می‌کنند [۱۵]. از بین مدل‌های شناختی GAD، مدل شناختی داگاس بر علل شکل‌گیری GAD تمرکز کرده‌است [۱۶]. پژوهش‌های کمی برای مطالعه اثربخشی این مدل یا مطالعه تأثیر متغیرهای سبب‌ساز اختلالات انجام شده‌اند و بیشتر پژوهشگران بر عوامل نگهدارنده و تداوم‌بخش اختلالات تمرکز می‌کنند [۱۵]. این مدل بر اهمیت چهار عامل در آسیب‌شناسی GAD تأکید دارد: تحمل نکردن بلا تکلیفی، باورهای مثبت در مورد نگرانی، اجتناب شناختی و جهت‌گیری منفی نسبت به مشکل. تحمل نکردن بلا تکلیفی ناشی از باور منفی درباره ابهام است. موقعیت‌های مبهم، فرد را درگیر سؤالات بی‌پایان (چه می‌شود اگر؟) می‌کند. این سؤالات معمولاً بدون جواب می‌مانند؛ زیرا فرد مبتلا به GAD نمی‌تواند بلا تکلیفی را تحمل کند و از طرفی، به نگرانی و پیامدهای مثبت آن باور دارد، دچار نگرانی می‌شود. این نگرانی همراه با احساس اضطراب منجر به اجتناب شناختی می‌شود. از سوی دیگر، اجتناب شناختی باعث می‌شود فرد مشکل را فاجعه تلقی و توانایی‌های خود برای مقابله با مشکل را ناکافی بداند؛ از این رو مشکل، تهدید تلقی می‌شود و فرد در برخورد با مشکل سریعاً ناامید و دست از تلاش برمی‌دارد [۱۷]. این احساسات، نگرانی را تشدید و فرد ناگزیر از اجتناب‌های شناختی مانند جایگزینی افکار و سرکوبی فکر (thought suppression) استفاده می‌کند. با اجتناب شناختی فرد به دنبال اجتناب از برانگیختگی شناختی و تجربه تصاویر تهدیدآمیز است. از سوی دیگر، جهت‌گیری منفی به مشکل، مشکل را به فاجعه تبدیل می‌کند. این روند، نگرانی و اضطراب را تشدید می‌کند و راهبردهای اجتناب شناختی را راه‌اندازی می‌کند [۱۸]. یافته‌های بسیاری حاکی از نقش عمده تحمل نکردن بلا تکلیفی، اجتناب شناختی و باورهای مثبت نسبت به نگرانی در شکل‌گیری و تداوم GAD هستند [۱۵، ۱۶، ۱۹]. داگاس معتقد است که با هدف قرار دادن عوامل سبب‌ساز GAD می‌توان علائم جسمانی و روان‌شناختی GAD را کاهش داد و بدین‌سان کیفیت زندگی را به‌طور معناداری افزایش داد [۱۸]. پژوهش حاضر بر آن است تا اثربخشی درمان شناختی داگاس را بر بهبود GAD در بین افراد دارای GAD

درباره مشکلات فرضی آینده، نشان دادن ناکارایی روش حل مسئله برای مقابله با نگرانی درباره مشکلات فرضی آینده، مواجهه با این نوع نگرانی از طریق تصویرسازی و مواجهه ذهنی، جایگزینی بهترین سناریوی ممکن برای پیامدهای احتمالی هر یک از شرایط مبهم و غیرقطعی، اجرای پس‌آزمون.

برای گردآوری داده‌ها از ابزارهای زیر استفاده شد: مصاحبه بالینی ساختاریافته برای اختلال اضطراب منتشر در DSM5 (SCID-5-CV)، پرسش‌نامه مقیاس تحمل نکردن بلاتکلیفی، پرسش‌نامه اجتناب شناختی و پرسش‌نامه چرا نگرانی. ۱- مصاحبه بالینی ساختاریافته برای اضطراب منتشر در 5-

DSM (Structured Clinical Interview for DSM-5): در این پژوهش از نسخه جدید Michael, First, Janet, Williams, Rhonda & karg استفاده شده است [۱۹]. مایکل و همکاران، پایایی SCID را از طریق بازآزمایی مجدد روی گروهی، توسط هفت مصاحبه‌گر را بررسی کردند و ضریب کاپای قابل قبول ۰/۷ را گزارش کردند [۲۰]. Dowza & Dobson [۲۱] ضریب توافق کامل بین دو ارزیاب را گزارش دادند. به‌طور کلی مطالعات مختلف حاکی از اعتبار و روایی، مطلوب مصاحبه بالینی ساختاریافته است؛ شریفی، اسعدی، محمدی، امینی، کویانی، سمنانی و همکاران در مطالعه‌ای به بررسی مشخصات هنجاری این ابزار در جمعیت ایرانی پرداختند. در مطالعه مذکور ضریب پایایی بازآزمایی به فاصله سه روز تا یک هفته برای اختلالات مختلف از ۰/۷۴ تا ۰/۹۸ گزارش شد و مشخص شد از ضریب حساسیت (۵۴ درصد تا ۸۶ درصد) و ضریب اختصاصی (۶۳ درصد تا ۹۶ درصد) رضایت‌بخشی برخوردار است [۲۰].

۲- مقیاس تحمل نکردن بلاتکلیفی: این مقیاس توسط Freeston, Rheume, Letarte, Dugas, & Ladoucer در سال ۱۹۹۴ برای سنجش میزان تحمل افراد در برابر موقعیت‌های مبهم طراحی شده است [۲۲]. این مقیاس ۲۷ آیتم دارد و برای سنجش باورهای منفی در مورد بلاتکلیفی طراحی شده است. آیتم‌ها بر روی یک مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای نمره‌گذاری می‌شوند. بعضی از آیتم‌های مقیاس تحمل نکردن بلاتکلیفی عبارتند از: غیرعادلانه است که هیچ چیز در زندگی، قطعی و مشخص نیست. این مقیاس برای پیش‌بینی سطوح نگرانی و شناسایی افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر، همواره عملکرد بهتری نسبت به سایر مقیاس‌های اضطرابی، از قبیل کمال‌گرایی و نیاز به کنترل داشته است [۲۳]. مزیت‌های مهم و اصلی مقیاس تحمل نکردن بلاتکلیفی، دارا بودن میزان بالای حساسیت و اختصاصی بودن نسبت به شدت نگرانی مفراط و اختلال اضطراب فراگیر می‌باشد [۲۰]. Buhr & Dugas ضریب آلفای کرونباخ به‌دست‌آمده برای این مقیاس را ۰/۹۴ و

یکدیگر، ایجاد انگیزه برای درمان، مروری بر ساختار جلسات و قوانین و مقررات مربوط به گروه درمانی، اصول اولیه مداخله‌های شناختی- رفتاری برای GAD و ساختار کلی مدل درمانی، آموزش در مورد ماهیت نگرانی و انواع آن (نگرانی درباره مشکل فعلی و نگرانی درباره مشکلات فرضی آینده) و نحوه پایش آن و اجرای پیش‌آزمون (شایان ذکر است که در تمام جلسات از تکالیف خانگی مرتبط با موضوع جلسات استفاده شد و در جلسه متعاقب، تکالیف بررسی شدند).

جلسات سوم و چهارم: بررسی تأثیر تحمل نکردن بلاتکلیفی در تداوم نگرانی، بررسی تأثیر اجتناب شناختی از موقعیت‌های مبهم، مواجهه تدریجی با اجتناب‌های شناختی از طریق تصویرسازی ذهنی، بررسی و شناسایی نگرانی‌های فردی، آموزش تکنیک‌های آگاهی‌افزایی به نگرانی، آموزش استفاده از تکنیک حل مسئله برای مشکلات جاری.

جلسات پنجم و ششم: درک بهتر ارتباط بین تحمل نکردن بلاتکلیفی و نگرانی (چالش با مشکلات و حل مسئله براساس تکالیف خانگی)، تشخیص موقعیت‌های مبهم و بلاتکلیف دخیل در نگرانی، تشخیص علائم بروز بلاتکلیفی، جستجو و تجربه موقعیت‌های مبهم و بلاتکلیف، به‌کارگیری روش گفتگوی سقراطی به‌منظور: ۱- دستیابی به اطمینان کامل امکان‌پذیر نیست و ۲- بین تحمل نکردن بلاتکلیفی و نگرانی، رابطه قوی وجود دارد.

جلسات هفتم و هشتم: شناسایی و ارزیابی مجدد باورهای مثبت درباره مفید بودن نگرانی استفاده از گفتگوی سقراطی و آزمایش‌های رفتاری برای ارزیابی مجدد باورها، تجربه‌گرایی مشارکتی با بیماران برای نشان دادن پیامدهای ناخوشایند و مشکل‌زای مربوط به باورهای بیمار درباره مفید بودن نگرانی.

جلسات نهم و دهم: به‌کارگیری فرایند حل مسئله برای مقابله با نگرانی درباره مشکلات جاری (مبتنی بر تکلیف خانگی آموزش نحوه به‌کارگیری حل مسئله و راه‌حلیابی برای مشکل به‌جای نگرانی درباره آن، بررسی نقش بدبینی به‌تولنایی‌ها در تهدیدزا تلقی کردن مشکلات توسط بیماران GAD، بررسی پیامدهای بدبینی به توانایی و تهدیدزا دیدن مشکلات: پیامدهای شناختی (مانند نگرانی درباره مشکل)، رفتاری (اجتناب، اهمال‌کاری، حل مسئله تکانشی) و هیجانی (ناآرامی، اضطراب، تحرک‌پذیری و افسردگی) و در ادامه آموزش شناسایی سریع مشکلات و در نظر تغییر تلقی از «مشکل به‌عنوان تهدید» به «مشکل به‌عنوان فرصت».

جلسات یازدهم و دوازدهم: یادگیری نحوه مقابله با نگرانی

SPSS تجزیه و تحلیل شد. از سویی، برای تحلیل داده‌ها از روش‌های آماری توصیفی و آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر (مختلط) استفاده شد.

۳. یافته‌ها

میانگین سن مبتلایان در گروه آزمایش ۳۵/۴ و انحراف استاندارد ۴/۷۴، و میانگین سن مبتلایان در گروه کنترل ۳۵/۸ و انحراف معیار ۴/۹۶ بود. از لحاظ جنسیت ۱۶ نفر از شرکت‌کنندگان مذکر (۵۳/۳۳ درصد) و ۱۴ نفر مؤنث (۴۶/۶۶ درصد) بودند. از نظر تحصیلات ۲ نفر زیردیپلم (۶/۶۶ درصد)، ۳ نفر دیپلمه (۱۰ درصد)، ۸ نفر فوق دیپلم (۲۶/۶۶ درصد)، ۱۳ نفر لیسانس (۴۳/۳۳ درصد) و ۴ نفر فوق لیسانس (۱۳/۳۳ درصد) بودند. از نظر وضعیت تأهل، ۱۱ نفر مجرد (۳۶/۶۶ درصد) و ۱۹ نفر متأهل (۶۳/۳۳ درصد) بودند. با توجه به برقراری مفروضات توزیع نرمال و یکسانی واریانس‌ها برای مقایسه میانگین نمرات گروه‌ها در متغیرهای جنسیت، سن، تحصیلات، وضعیت تأهل و اشتغال از آزمون پارامتریک independent samples t-test استفاده شد که نتایج به‌دست‌آمده نشان داد که بین گروه‌ها در متغیرهای جنسیت ($t=0/59, df=28, sig=0/84$)، سن ($t=0/71, df=28, sig=0/52$)، تحصیلات ($t=0/64, df=28, sig=0/62$)، وضعیت تأهل ($t=0/52, df=28, sig=0/35$) تفاوت وجود ندارد.

با توجه به اینکه مطالعه حاضر از نوع نیمه‌آزمایشی می‌باشد و دارای یک عامل بین‌گروهی (گروه‌های آزمایش و کنترل) و چند عامل درون‌گروهی (اجتناب شناختی، تحمل نکردن بلا تکلیفی و باورهای مثبت به نگرانی) است و چون افراد موجود در هر یک از گروه‌ها در متغیرهای وابسته در سه مرحله سنجیده شده‌اند؛ از این رو طرح حاضر از نوع طرح چندمتغیره دوگانه است. برای بررسی نتایج از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر دو عاملی با یک متغیر درون‌گروهی (سه بار اندازه‌گیری پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) و یک متغیر بین‌گروهی (گروه درمان شناختی داگس و گروه کنترل) استفاده شد. میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای اجتناب‌شناختی، تحمل نکردن بلا تکلیفی و باورهای مثبت به نگرانی در دو گروه در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در جدول ۱ قابل مشاهده است.

ضریب پایایی بازآزمون آن را در فاصله ۵ هفته‌ای، ۰/۷۴ گزارش کرده‌اند [۲۴]. در پژوهش حمیدپور، اکبری و اندوز ضریب آلفای کرونباخ برابر ۰/۸۸ و پایایی بازآزمایی برابر ۰/۷۶ به‌دست آمد [۲۵].

۳- پرسش‌نامه اجتناب شناختی: این پرسش‌نامه را Sekston & Dugas [۲۶] برای سنجش اجتناب شناختی تهیه کردند. این پرسش‌نامه در قالب ۲۵ آیتم، ۵ راهبرد اجتناب شناختی را می‌سنجد که عبارتند از: (۱) واپس‌زنی افکار نگران‌کننده (۲) جانشینی افکار مثبت به‌جای افکار نگران‌کننده (۳) استفاده از توجه برگردانی برای قطع روند نگرانی (۴) اجتناب از موقعیت‌ها و فعالیت‌های فعال‌ساز افکار نگران‌کننده (۵) تغییر تصویر ذهنی به افکار کلامی. آیتم‌ها در یک مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای نمره‌گذاری می‌شوند. پژوهش حمیدپور و همکاران [۲۵] نشان داد که این پرسش‌نامه ثبات درونی بالایی دارد (ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۵) و پایایی بازآزمایی این مقیاس را طی ۶ هفته ۰/۸۵ گزارش کرده‌اند. مزیت اصلی این پرسش‌نامه این است که طیف وسیعی از راهبردهای اجتناب شناختی را پوشش می‌دهد [۲۳]. همچنین پرسش‌نامه اجتناب شناختی در مقایسه با مقیاس‌های نگرانی، سرکوبی افکار و سبک مقابله‌ای، از اعتبار همگرا و واگرایی بهتری برخوردار است [۲۶].

۴- پرسش‌نامه چرا نگرانی: این مقیاس را Holowka, Dugas, Francis & Laugesen [۲۷] برای سنجش باورهای مثبت افراد مبتلا به GAD درباره کارکردهای نگرانی طراحی کرده‌اند. این مقیاس ۲۵ آیتم دارد و این آیتم‌ها روی یک مقیاس لیکرتی ۵ درجه‌ای نمره‌گذاری می‌شوند. این مقیاس دارای پنج خرده‌مقیاس است که ابعاد مختلفی از باورهای مثبت در مورد نگرانی را منعکس می‌کنند. این خرده‌مقیاس‌ها عبارتند از: (۱) نگرانی به حل مشکل کمک می‌کند (۲) نگرانی باعث افزایش انگیزه می‌شود (۳) نگرانی باعث جلوگیری از هیجانات منفی ناشی از وقایع ناگوار می‌شود و (۵) نگرانی صفت شخصیتی مثبتی است. پژوهشگران نشان داده‌اند که این مقیاس، همسانی درونی بالایی داراست (ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۳) و پایایی بازآزمایی این پرسش‌نامه در شش هفته، ۰/۷۹ گزارش شد [۲۵]. علاوه بر این، نتایج پژوهش‌ها نشان می‌دهند که این پرسش‌نامه اعتبار همگرا و واگرایی خوبی با سایر مقیاس‌های باور مثبت و منفی در مورد نگرانی دارد [۲۷]. در مرحله بعد، داده‌های به‌دست‌آمده از این پرسش‌نامه با نرم‌افزار

جدول ۱. میانگین و انحراف استاندارد سه بار اندازه‌گیری متغیرها در گروه آزمایش و کنترل

مقیاس	منبع اثر	SS	df	MS	F	P	Eta
باور مثبت نسبت به نگرانی	مرحله	۱۶۰۵۳.۳۷	۱	۷۸۲۸۸۰.۴۰	۱۴۷۱۶.۲۳	۰.۰۰۱	۰.۹۹
	خطا	۱۴۸۹.۵۵	۲۸	۵۳.۱۹۸			
تحمل نکردن بلا تکلیفی	مرحله	۲۹۰۸۸.۰۴	۱	۲۹۰۸۸.۰۴	۸۰۴.۳۱	۰.۰۰۱	۰.۹۶
	خطا	۱۰۱۲.۶۲	۲۸	۳۶.۱۶			
اجتناب شناختی	مرحله	۲۹۵۵۷.۳۴	۱	۲۹۵۵۷.۳۴	۲۱۵۳.۹۷	۰.۰۰۱	۰.۹۸
	خطا	۳۸۴.۲۲	۲۸	۱۳.۷۲			

قبل از استفاده از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر، آزمون کولموگراف اسمیرنوف برای بررسی مفروضه نرمال بودن انجام گرفت که نتایج آزمون حاکی از نرمال بودن توزیع نمرات تحمل نکردن بلا تکلیفی، اجتناب شناختی و باور مثبت در مورد نگرانی در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری است ($P > 0/05$). هم‌چنین نتایج آزمون Mauchly's test در یافته‌ها حاکی از پذیرش این فرض کرویت برای متغیر باور مثبت به نگرانی

قبل از استفاده از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر، آزمون کولموگراف اسمیرنوف برای بررسی مفروضه نرمال بودن انجام گرفت که نتایج آزمون حاکی از نرمال بودن توزیع نمرات تحمل نکردن بلا تکلیفی، اجتناب شناختی و باور مثبت در مورد نگرانی در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری است ($P > 0/05$). هم‌چنین نتایج آزمون Mauchly's test در یافته‌ها حاکی از پذیرش این فرض کرویت برای متغیر باور مثبت به نگرانی

در جدول ۲ نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر درون‌گروهی برای بررسی متغیرهای باروهای مثبت به نگرانی، تحمل نکردن ناکامی و اجتناب شناختی در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری گزارش شده است

جدول ۲. نتایج تحلیل اندازه‌گیری مکرر درون‌گروهی در متغیرهای مورد بررسی

متغیر	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
اجتناب	آزمایش	۱۱۷.۷۳	۵.۴۴	۷۷.۴	۶.۸	۵۸.۴	۳.۹۹
	کنترل	۱۱۸.۸۷	۳.۱۸	۱۲۰.۵۳	۲.۴۷	۱۲۲.۸۷	۱.۷۶
تحمل نکردن ناکامی	آزمایش	۱۲۵.۳۳	۶.۳۷	۹۶.۳۳	۳.۷۴	۶۲.۴	۳.۹۶
	کنترل	۱۲۷	۹	۱۳۱.۲۰	۳.۷	۱۳۳.۷۳	۱.۶۲
باور مثبت به نگرانی	آزمایش	۹۹.۷۳	۳.۳	۷۷.۶	۵.۹۳	۶۲.۴	۳.۹۶
	کنترل	۹۸.۳۳	۶.۱۷	۱۰۴.۵۳	۶.۶۷	۱۱۷	۵.۱۸

بر اساس جدول ۲، تأثیر زمان اندازه‌گیری بر نمرات متغیرهای باروهای مثبت به نگرانی ($F=46/92, P<0/001, \eta^2=0/62$)، تحمل نکردن تفکیکی (اتا)، تحمل نکردن بلا تکلیفی ($F=249/18, P<0/001, \eta^2=0/89$)، اجتناب شناختی (اتا)، اجتناب شناختی ($F=288/48, P<0/001, \eta^2=0/91$)، مجذور تفکیکی (اتا) می‌باشد. بنابراین می‌توان بیان کرد که صرف‌نظر از گروه (آزمایش یا کنترل) بین میانگین نمرات متغیرهای درون‌گروهی در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری وجود دارد. هم‌چنین تأثیر تعامل بین

زمان و گروه نیز در هر سه متغیر باروهای مثبت به نگرانی ($F=362/00, P<0/001, \eta^2=0/62$)، مجذور تفکیکی (اتا)، تحمل نکردن بلا تکلیفی ($F=381/44, P<0/001, \eta^2=0/93$)، مجذور تفکیکی (اتا) و اجتناب شناختی ($F=371/76, P<0/001, \eta^2=0/93$)، مجذور تفکیکی (اتا) معنی‌دار می‌باشد؛ از این رو می‌توان بیان کرد که تفاوت میانگین نمرات تحمل نکردن بلا تکلیفی، اجتناب شناختی و باورهای مثبت به نگرانی در زمان‌های مختلف با توجه به سطوح متغیر گروه متفاوت است.

جدول ۳. نتایج تحلیل اندازه‌گیری مکرر بین گروهی در متغیرهای مورد بررسی

مقیاس	منبع اثر	SS	df	MS	F	P	Eta
باور مثبت نسبت به نگرانی	مرحله	۱۵۲۴.۴۶	۱.۵۹	۷۷۸.۲۰	۴۶.۹۲	۰.۰۰۱	۰.۶۲
	مرحله*گروه	۱۱۷۶۰.۵۵	۱.۵۹	۶۰۰۳.۴۸	۳۶۲.۰۰	۰.۰۰۱	۰.۶۲
	خطا	۹۰۹۶۴	۵۴.۸۵	۱۶.۵۸			
عدم تحمل بلاتکلیفی	مرحله	۱۱۸۹۸.۶۰	۱.۳۲	۸۹۸۸.۹۳	۲۴۹.۱۸	۰.۰۰۱	۰.۸۹
	مرحله*گروه	۱۸۲۱۳.۸۵	۱.۳۲	۱۳۷۵۹.۷۹	۳۸۱.۴۴	۰.۰۰۱	۰.۹۳
	خطا	۱۳۳۶.۹۷	۳۷.۰۶	۳۶.۰۷			
اجتناب شناختی	مرحله	۱۲۰۸۶.۶۶	۱.۵۲	۷۹۳۱.۹۶	۲۸۸.۴۸	۰.۰۰۱	۰.۹۱
	مرحله*گروه	۱۵۵۷۵.۵۵	۱.۵۲	۱۰۲۲۱.۵۷	۳۷۱.۷۶	۰.۰۰۱	۰.۹۳
	خطا	۱۱۷۳.۱۱	۴۲.۶۶	۲۷.۴۹			

بلاتکلیفی و سردرگمی می‌کنند که به‌نوبه خود باعث تجربه استرس‌زا و اضطرابی ناخوشایند می‌گردد. احساس بلاتکلیفی و ناخوشایندی مربوط برای افراد مبتلا به GAD غیرقابل تحمل و در نتیجه منجر به شکل‌گیری نگرانی مزمن می‌گردد. نگرانی باعث می‌شود که سناریوهایی در مورد نتایج احتمالی موقعیت متصور شوند. سناریوهایی که بسیار تلخ و ناگوار هستند. به عبارتی، خود را آماده بدترین سناریوی ممکن می‌کنند. در واقع تلاش می‌کنند تا از غافلگیر شدن اجتناب کنند [۱۴]. از سوی دیگر، برخی از مبتلایان بر این باورند که با فکر کردن به بدترین سناریوی ممکن از رخ دادن این گونه موقعیت‌ها می‌توان اجتناب کرد. تفکری که نوعی تفکر جادویی و نابالغ مربوط به دوران پیش‌عملیاتی شناختی می‌باشد [۱۶]. واقعیت آن است که بدین‌سان قدرت واقعیت‌سنجی از دست رفته و به دلیل نگرانی زیاد عملکرد نیز بسیار افت پیدا می‌کند. این قبیل باورهای مثبت در مورد نگرانی منجر به شدت یافتن نگرانی و تقویت شدن الگو و درهم‌تنیدگی باورهای نگرانی‌زا می‌گردد [۱۸]. بدین‌سان نگرانی موقعیتی در مسیر تبدیل شدن به GAD قرار می‌گیرد. در درمان شناختی داگاس، به‌جای پرداختن به عوامل نگهدارنده GAD، عوامل زمینه‌ساز بنیادی در شکل‌گیری نگرانی مورد آماج درمان قرار می‌گیرد. لذا با افزایش توان شناختی، رفتاری و هیجانی فرد برای تحمل ابهام به‌عنوان بخشی از واقعیت روزمره زندگی و نیز با معضلات با باورهای مثبت در مورد نگرانی و نشان دادن ناکارایی این باورها و سناریوها فرد می‌تواند به مشکل نزدیک و در پی حل مسئله برآید [۱۱]. از سوی دیگر، با آماج قرار دادن مشکل اجتناب شناختی، فرد به‌جای روگردانی از مشکل و پاک کردن صورت مسئله، دست به واقعیت‌آزمایی می‌زند. در پی این واقعیت‌آزمایی، فرد درمی‌یابد که بیشتر مشکلات بدنی و هیجانی که در برخورد با معضلات زندگی پیدا می‌کند مربوط به تصویرسازی‌های ذهنی خودش است تا برگرفته از غیرقابل حل بودن مشکلات [۱۷].

جدول ۳ نتایج بین‌گروهی آزمون اندازه‌گیری مکرر را برای متغیرهای مورد بررسی نشان می‌دهد. همان‌گونه که در اینجا مشاهده می‌شود تأثیر گروه نیز بر نمرات متغیرهای باورهای مثبت به نگرانی ($F=14716/23$, $P<0/001$, $F=0/99$ =مجذور تفکیکی اتا)، تحمل نکردن بلاتکلیفی ($F=804/31$, $P<0/001$, $F=0/96$ =مجذور تفکیکی اتا) و اجتناب شناختی ($F=2153/97$, $P<0/001$, $F=0/98$ =مجذور تفکیکی اتا) معنی‌دار می‌باشد. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که صرف‌نظر از زمان اندازه‌گیری بین میانگین نمرات متغیرهای باورهای مثبت به نگرانی، تحمل نکردن بلاتکلیفی و اجتناب شناختی در گروه‌های درمان شناختی داگاس و گروه کنترل تفاوت معناداری وجود دارد. با توجه به معناداری تأثیر تعاملی بین عامل درون‌گروهی زمان اندازه‌گیری و عامل بین‌گروهی، لذا تأثیر ساده بین گروهی با توجه به سطوح عامل درون‌گروهی با استفاده از مقایسه‌های زوجی (تفاوت میانگین‌ها-I/J) با آزمون تعقیبی شفه نشان داد که در سطح ($p<0/05$)، میانگین گروه‌های آزمایش و کنترل به ترتیب برای متغیرهای باورهای مثبت به نگرانی ($I-J=-26/71$ و $sig=0/001$)، تحمل نکردن بلاتکلیفی ($I-J=-35/95$ و $sig=0/001$) و اجتناب شناختی ($I-J=-36/24$ و $sig=0/001$) معنادار بود.

۴. بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر، به‌منظور بررسی اثربخشی درمان شناختی داگاس با گروه بر بهبود GAD انجام شد. نتایج به‌دست‌آمده از پژوهش حاضر نشان داد که درمان شناختی داگاس بر بهبود اختلال اضطراب منتشر و بهبود عوامل زمینه‌ساز این اختلال تأثیر معناداری دارد و با پژوهش‌هایی هم‌سو است [۵، ۱۱، ۱۴، ۱۶، ۱۷ و ۱۸].

افراد مبتلا به GAD، موقعیت‌های مبهم و نامعین احساس

خودش را بدهد تا با برطرف ساختن این نواقص شناختی از ادامه چرخه ناکارآمد نگرانی و پیچیده‌تر شدن آنها جلوگیری کند. تمرکز بر عوامل زمینه‌ساز اختلالات در سایر اختلالات نیز می‌تواند کمک شایان توجهی به بهبود اختلال و جلوگیری از عود مجدد آنها داشته باشد. البته نیاز است که در برخورد به عوامل زمینه‌ساز خیلی بیشتر بر عوامل تحولی تأکید کرد. بدین‌سان می‌توان با متناسب و اختصاصی‌تر کردن فرایند درمان بر هر مراجع و تاریخچه زندگی‌اش، درمان را کارآمدتر کرد؛ زیرا مراجع پذیرش و هم‌خوانی بیشتری با فرایند درمان با خودش و نیازهایش حس می‌کند.

تشکر و قدردانی

از تمام مراکز درمان روان‌شناختی و مشاوره شهرستان اصفهان که در فرایند انتخاب نمونه‌های پژوهش همکاری کردند، قدردانی می‌گردد. این مقاله حاصل بخشی از پایان‌نامه دکتری روان‌شناسی عمومی دانشگاه اصفهان است.

References

- [1]. Perez-Pinar M, Ayerbe L, Gonzalez E, Mathur R, Foguet-Boreu Q, Ayis S. Anxiety disorders and risk of stroke: A systematic review and meta-analysis. *European Psychiatry J*. 2017; 41: 102-108.
- [2]. Kelly K, Mezuk B. Predictors of remission from generalized anxiety disorder and major depressive disorder. *J Affective Disorders*. 2017; 208: 467-474.
- [3]. Sadock B J, Sadock V A, Ruiz P. *Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences, Clinical Psychiatry*. Oxford: Oxford University Press. (۱۱th ed); 2014.
- [4]. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Washington DC: American Psychiatric Association. (5th ed); 2016.
- [5]. Hearn C S, Donovan CL, Spence SH, March S. A worrying trend in social anxiety: to what degree are worry and its cognitive factors associated with youth social anxiety disorder? *J Affective Disorder*. 2017; 208: 33-40.
- [6]. Skodzik T, Leopold A, Ehling T. Effects of a training in mental imagery on worry: A proof of principal study. *J Anxiety Disorders*. 2016; 45: 24-33.
- [7]. Hearn C S, Donovan CL, Spence SH, March S, Holmes M. What's the worry with social anxiety? Comparing cognitive processes in children with generalized anxiety disorder and social anxiety disorder. *Child Psychiatry and Human Development*. 2016; 5:5-12.
- [8]. Lader M. *Generalized anxiety disorder*. Encyclopedia Psychopharmacology. Berlin, Heidelberg: Springer. 2015.
- [9]. Hoge E A, Bui E, Marques L, Metcalf C A, Morris L K, Robinaugh D J, et al. Randomized Controlled Trial of Mindfulness Meditation for Generalized Anxiety Disorder: Effects on Anxiety and Stress Reactivity. *J Clinical Psychiatry*. 2013; 74(8): 786-792.
- [10]. Richards D, Richardson T, Timulak L, McElvaney J. The efficacy of internet-delivered treatment for generalized anxiety disorder: A systematic review and meta-analysis. *J Internet Interventions*. 2015; 2: 272-282.
- [11]. Sharafati H, Taheri E, Asmaimajd S, Amiri M. The efficacy of cognitive therapy based on Dugas' model on intolerance of uncertainty, cognitive avoidance and positive believes about worry in patients suffering from Generalized Anxiety Disorder. *J Clinical psychology*. 2017; 9(2): 15-27. [Persian]

از سوی دیگر، افزایش تجربه بدنی و هیجانی، منجر به پردازش مؤثر نشانه‌های هیجانی می‌شود. خوگیری و خاموشی از طریق مواجهه با طیف کامل نشانه‌های ترس، پاسخ مربوطه و نیز معنای نمادین مستتر در ترس حاصل می‌شوند. بنابراین، نگرانی می‌تواند نوعی تلاش شناختی غیرمؤثر برای حل مسئله تلقی شود؛ از این رو تهدید ادراک‌شده حذف و به‌طور هم‌زمان از تجربه‌های هیجانی و بدنی منجرکننده که به‌طور طبیعی در خلال فرایند مواجهه با ترس تجربه می‌شوند نیز جلوگیری می‌شود. بدین‌سان، تجربه نگرانی به‌طور منفی تقویت می‌شود [۱۴]؛ از این رو با کاهش دادن میزان اجتناب شناختی، واقعیت‌آزمایی در فرد بیشتر می‌شود و در نتیجه میزان نگرانی بیمارگون در فرد کاهش می‌یابد.

در مجموع، نتایج کلی این پژوهش از ارزش‌مندی و اثربخشی درمان شناختی داگاس بر بهبود GAD در مبتلایان حمایت می‌کند. تأکید بر عوامل زمینه‌ساز و شکل‌دهنده GAD می‌تواند به‌جای رفع موقتی علائم بیماری و گرفتن موقت نشانه‌های حاصل از عوامل زمینه‌ساز به فرد توان برخورد با محدودیت‌های شناختی

- [12]. Borza, L. Cognitive-behavioral therapy for generalized anxiety. *Dialogues Clinical Neuroscience*. 2017; 19(2), 203-208.
- [13]. Gentes E L, Rusico A M. Perceptions of functioning in worry and generalized anxiety disorder. *J Cognitive Therapy and Research*. 2014; 38(5): 518-529.
- [14]. Bhat N. A, Hassan R, Shafiq M, & Sheikh S. Sociodemographic factors: A major predictor of anxiety and depression among pregnant women. *Delhi Psychiatry Journal*. 2015; 1, 86-94.
- [15]. Llera S J, Newman MG. Rethinking the role of worry in generalized anxiety disorder: Evidence supporting a model of emotional contrast avoidance. *J Behavior Therapy*. 2014; 45(3): 283-229.
- [16]. Dugas M. J, Brillon P, Savard P, Turcotte J, Gaudet A, Ladouceur R, Leblanc R, Gervais N. J. A randomized clinical trial of cognitive-behavioral therapy and applied relaxation for adults with generalized anxiety disorder. *Behavior Therapy*. 2011; 41(1), 46-58.
- [17]. Bruce S. E, Yonkers K. A, Otto M. W, Eisen J. L, Weisberg R. B, Pagano M, Shea M. T, Keller M. B. Influence of psychiatric comorbidity on recovery and recurrence in generalized anxiety disorder, social phobia, and panic disorder: a 12-year prospective study. *American Journal of Psychiatry*. 2011; 162, 11-79.
- [18]. Dugas M J, Freeston M H, Ladouceur R. Intolerance of uncertainty and problem orientation in worry. *J Cognitive Therapy Research*. 2010; 21: 593-606.
- [19]. Michael B, First M D, Janet B W, Williams D, Rhonda S, Robert L, et al. *Structured Clinical Interview for DSM-5: Disorders – Clinician Version (SCID-5-CV)*. Arlington: American Psychiatric Association. 2016.
- [20]. Khaleghi M, Mohammad Khani Sh, Hassani J. The effectiveness of Emotive Schema therapy on decrease of worry, signs and symptoms of anxiety among patints with GAD: case study. *Journal of Clinical Psychology*. 2016; 8(2), 43-55. [Persian].
- [21]. Bomyeaa J, Ramsawhb H, Ballc T. M, Taylora C. T, Paulusad M. P, Langae A. J, Stein M. B. Intolerance of uncertainty as a mediator of reductions in worry in a cognitive behavioral treatment program for generalized anxiety disorder. *Journal of Anxiety Disorders*. 2011; 33, 90-94.
- [22]. Aviram A, Westra H. A, Constantino M. J, & Antony M. M. Responsive management of early resistance in cognitive-behavioral therapy for generalized anxiety disorder. *Journal of*

- Consulting and Clinical Psychology. 2016; 84(9), 783-794.
- [23].Ghamkhar Z, Bakhtiari M, Tahmasebian K, Torabi Mazrae Maleki N, Amrollahi Nia M. The Effectiveness of cognitive-behavioral group therapy on increase of perceived anxiety control among 11-13 years old girls with GAD. Journal of psychological Studies. 201۵; 11(1), 29-50. [Persian].
- [24].Buhr K, Dugas MJ. Investigating the construct validity of intolerance of uncertainty and its unique relationship with worry. J Anxiety Disorder. 2006; (20): 222-236.
- [25].Hamidpour H, Akbari M, Andooz Z, The psychometric properties of the scale of intolerance Negative orientation to the problem, (WWQ-II) Why worry questionnaire-2, (IUS) dilemmas. (PSWQ) AND Penn State Worry Questionnaire (CAQ) Inventory cognitive avoidance. 2009. [Persian].
- [26].Sekston KA, Dugas MJ. An investigation of the factors leading to cognitive avoidance in worry. Poster presented at the Annual Convention of the Association for Advancement of Behavior Therapy, New Orleans. 2004.
- [27].Holowka DW, Dugas MJ, Francis K, Laugesen N. Measuring beliefs about worry: A psychometric evaluation of the worry-II Questionnaire. Poster presented at the annual convention of the Association for Advancement of Behavior Therapy, New Orleans.2000.