

نشریه توانمندسازی کودکان استثنائی

انجمن علمی کودکان استثنائی ایران

سال دهم، شماره ۳ (۳۲)، پاییز ۱۳۹۸
صص ۹۵-۸۵

DOI: 10.22034/CECIRANJ.2020.166739.1122

اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر مدل داگاس بر نگرش‌های ناکارآمد و نگرانی دانش‌آموزان دارای اختلال اضطراب فراگیر

مهین دخت رئیسی دستگردی*
مژگان عارفی**

چکیده

هدف از پژوهش حاضر، بررسی اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر مدل داگاس بر نگرش‌های ناکارآمد و نگرانی دانش‌آموزان دارای اختلال اضطراب فراگیر بود. این مطالعه از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعه آماری این پژوهش را ۹۶ نفر از دانش‌آموزان دختر ۱۲ تا ۱۶ ساله دارای اختلال اضطراب فراگیر در شهر اصفهان در سال تحصیلی ۹۷-۱۳۹۶ تشکیل دادند. در این پژوهش تعداد ۳۰ دانش‌آموز دارای اختلال اضطراب فراگیر از بین جامعه آماری با روش نمونه‌گیری غیرتصادفی هدفمند انتخاب و به‌صورت گمارش تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه جایگزین شدند. گروه آزمایش مداخلات درمانی ۱۲ جلسه‌ای مربوط به درمان شناختی مبتنی بر مدل داگاس را در طی سه‌ماه به‌صورت هفته‌ای یک جلسه ۹۰ دقیقه‌ای دریافت نمودند. این در حالی است که گروه گواه هیچ‌گونه مداخله‌ای را در طول پژوهش دریافت نکردند. ابزارهای مورد استفاده شامل پرسشنامه‌های اختلال اضطراب فراگیر (GADQ) و نگرانی ایالت پنسیلوانیا (PSSQ) و مقیاس نگرش‌های ناکارآمد (DAS) بود. تجزیه و تحلیل توسط نرم‌افزار Spss-۲۳ با استفاده از تحلیل کوواریانس تک‌متغیره صورت گرفت. نتایج حاصل از تجزیه و تحلیل داده‌ها نشان داد که درمان شناختی مبتنی بر مدل داگاس بر نگرش‌های ناکارآمد و نگرانی دانش‌آموزان دارای اختلال اضطراب فراگیر تأثیر معنادار دارد ($p < 0.001$). براساس یافته‌های پژوهش حاضر پیشنهاد می‌شود که جهت کاهش نگرش‌های ناکارآمد و نگرانی دانش‌آموزان دارای اختلال اضطراب فراگیر از درمان شناختی مبتنی بر مدل داگاس به‌عنوان یک روش کارآمد استفاده گردد.

واژه‌های کلیدی: اختلال اضطراب فراگیر، درمان شناختی مبتنی بر مدل داگاس، نگرش‌های ناکارآمد، نگرانی

*کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، واحد اصفهان (خوراسگان)، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران

**نویسنده مسؤو: استادیار گروه روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، واحد اصفهان (خوراسگان)، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران

Email: Mozghan.arefi@yahoo.com

مقدمه

اختلال اضطراب فراگیر^۱، یکی از شایع‌ترین اختلالات روان‌پزشکی است (لیب، بکر و آتامارا، ۲۰۰۵) که باعث اختلال عملکرد شدیدی می‌شود و بدون درمان احتمال بهبودی ضعیفی دارد (داهلین و همکاران، ۲۰۱۶). این اختلال در پنجمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی^۲، با اضطراب و نگرانی^۳ شدید در مورد چندین رویداد یا فعالیت که در بیشتر روزها و حداقل شش‌ماه دوام داشته، کنترل آن مشکل بوده و با علائم جسمانی نظیر تنش عضلانی، تحریک‌پذیری، اشکال در خواب و بی‌قراری همراه است، تعریف می‌شود (هیز-شلتون، رومر و اورسیلو، ۲۰۱۳).

بیشتر پژوهش‌های همه‌گیرشناسی در ایران اختلال اضطراب فراگیر را به‌عنوان شایع‌ترین اختلال اضطرابی مطرح کرده‌اند (حسینی غفاری، محمدخانی، پورشهباز و دولتشاهی، ۱۳۹۲) و در برخی پژوهش‌های دیگر این اختلال نه تنها شایع‌ترین اختلال اضطرابی، بلکه در بین سایر اختلال‌های روان‌شناختی، به‌عنوان یکی از مهمترین اختلال‌های ناتوان‌کننده برای بزرگسالان مطرح شده است (کایچپرس و همکاران، ۲۰۱۴).

علاوه‌براین، باید اشاره کرد که فرایندهای شناختی، فراشناختی و روان‌شناختی وجود دارد که می‌تواند فرد را نسبت به اختلال اضطراب فراگیر، آسیب‌پذیرتر نماید. از فرایندهای شناختی پایه که می‌تواند فرد را در برابر حالت‌های اضطرابی آسیب‌پذیر نماید، نگرش‌های ناکارآمد^۴ است (ویچ، چارچیل و لويس، ۲۰۰۳؛ جوهری‌فرد، گودرزی و ضمیری، ۱۳۸۷). نوع نگرش افراد نسبت به خود و محیط پیرامون در ایجاد و افزایش ادراکات‌شان مؤثر است. افرادی که نگرش‌های سالم و کارآمد دارند، از تدابیر مقابله‌ای سازگارانه و موفق بهره می‌برند و دارای ارتباط بین‌فردی سالم، رضایت از زندگی و احساس آرامش هستند (مقتدر، ۱۳۹۵). افکار، تجسمات و تکانه‌های مزاحم زمانی به آشفتگی مینجامند که برای فرد مهم باشند و با افکار خودآیند منفی مرتبط شوند. یافته‌های پژوهشی نشان داده است که نگرش‌های منفی و ناکارآمد با پاره‌ای از اختلال‌های روان‌شناختی از جمله، اختلال وسواس، اختلال خودبیمارپنداری

و اختلال افسردگی نیز در ارتباط است (سالکوسکیس و همکاران، ۲۰۰۰). مدل‌های فراشناخت مطرح می‌کنند که اختلال‌های روانی مثل اختلال‌های خلقی و روان‌شناختی از طریق الگوهای پایدار تفکر غیرمنطقی مثل نگرانی یا نشخوار فکری، تهدید، اجتناب و سرکوب فکر ایجاد و حفظ می‌شود. به‌عبارتی، این نشانگان شامل الگوی تفکر پایدار و نگرانی یا نشخوار فکری، توجه متمرکز بر تهدید و رفتارهای مقابله‌ای غیرمفید و اجتناب است که نتیجه عکس می‌دهند (اسپادا، نیکسویچ، موتا و ولز، ۲۰۰۷).

همچنین باید اشاره کرد که افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر درباره حوادث آینده دیدی منفی و نگران دارند و بر این باورند که نامطمئن بودن، یک ویژگی منفی است که باید از آن دوری کرد. همچنین آن‌ها در موقعیت‌های مبهم در عملکردشان مشکل دارند (باهر و داگاس، ۲۰۰۲). الگوی تحمل‌نکردن، بالاتکلیفی در این افراد نشان می‌دهد افراد مضطرب، موقعیت‌های نامعین یا مبهم را فشارآور و آشفته‌کننده درک کرده؛ بنابراین در پاسخ به چنین موقعیت‌هایی، نگرانی مزمنی را تجربه می‌کنند. به باور این افراد، نگرانی برای مقابله کارآمد با موقعیت‌های ترس‌آور و یا جلوگیری از وقوع این حوادث به آن‌ها کمک می‌کند (شاهجویی، محمودعلیلو، بخشی‌پور رودسری و فخاری، ۱۳۹۰). نگرانی حالتی دلوپاسانه از آینده و وقایع منفی است که یک فعالیت فکری-کلامی منفی و شدید را به راه می‌اندازد. گرچه نشانه‌های شناختی و جسمانی دیگری مثل تنش عضلانی و ضعف تمرکز نیز برای تشخیص لازم است؛ اما مؤلفه اساسی، نگرانی بیمارگون در حیطه‌های مختلف زندگی (مثل کار، سلامتی و روابط) است. در حالی که هر فردی تا اندازه‌ای نگرانی دارد، نگرانی بیمارگون از نگرانی بهنجار زمانی متمایز می‌شود که مزمن، بیش‌ازحد و غیرقابل کنترل باشد و لذت و خوشی را از زندگی فرد از بین ببرد (داوی و ولز، ۲۰۰۶). مطالعات نشان داده‌اند که نگرانی با افزایش خطر بروز اختلالات روانی، اختلالات اجتماعی و شغلی، افزایش استفاده از خدمات بهداشتی و مشکلات جسمانی در جامعه همراه است (هاجک، مک دونالد و سیمونز، ۲۰۰۳).

روش‌های مختلفی برای درمان آسیب‌های روان‌شناختی

3. worry
4. inefficient attitudes

1. Generalized Anxiety Disorder
2. Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorder-Fifth Edition

مداخله‌ای و درمان مناسب و بهنگام و از سوی دیگر، با مشاهده کارآمدی شناخت‌درمانی در بهبود اختلالات روان‌شناختی جامعه‌های آماری مختلف و سرانجام نبود پژوهشی در جهت بررسی اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر مدل داگاس بر نگرش‌های ناکارآمد و نگرانی دانش‌آموزان دارای اختلال اضطراب فراگیر، مسئله اصلی پژوهش حاضر بررسی این است که آیا درمان شناختی مبتنی بر مدل داگاس بر نگرش‌های ناکارآمد و نگرانی دانش‌آموزان دارای اختلال اضطراب فراگیر تأثیر معنادار دارد؟

روش

جامعه آماری، نمونه و روش اجرای پژوهش

روش پژوهش از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه بود. متغیر مستقل درمان شناختی مبتنی بر مدل داگاس و متغیرهای وابسته نگرش‌های ناکارآمد و نگرانی دانش‌آموزان دارای اختلال اضطراب فراگیر بود. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل دانش‌آموزان دختر ۱۲ تا ۱۶ ساله دارای اختلال اضطراب فراگیر شهر اصفهان در سال تحصیلی ۹۷-۱۳۹۶ بود. در پژوهش حاضر از روش نمونه‌گیری از روش غیرتصادفی هدفمند استفاده شد. بدین صورت که ابتدا با مراجعه به آموزش و پرورش شهر اصفهان از بین ۶ ناحیه، آموزش و پرورش ناحیه ۴ اصفهان به صورت تصادفی انتخاب گردید. سپس از بین مدارس متوسطه اول ناحیه انتخابی (آموزش و پرورش ناحیه ۴)، ۱۰ آموزشگاه دوره اول متوسطه دخترانه انتخاب شد. سپس با مراجعه به مدارس انتخابی، پرسشنامه اضطراب فراگیر با حضور در کلاس، توزیع و پس از تکمیل جمع‌آوری گردید (تعداد ۱۹۴۷ پرسشنامه). در گام بعد، پرسشنامه‌های جمع‌آوری شده نمره‌گذاری گردید و تعداد ۹۶ دانش‌آموز به‌وسیله پرسشنامه اختلال اضطراب فراگیر و همچنین مصاحبه بالینی براساس پنجمین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی دارای این اختلال تشخیص داده شد. سپس از بین افرادی که نمرات بالاتر از نمره برش پرسشنامه اختلال اضطراب فراگیر

دانش‌آموزان با اختلال اضطراب فراگیر به کار گرفته شده است. به‌عنوان یکی از این درمان‌ها می‌توان به درمان شناختی مبتنی بر مدل داگاس^۱ اشاره کرد که درمانی برای افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر به‌شمار می‌رود (شرافتی، طاهری، اسمائی‌مجد و امیری، ۱۳۹۶). شناخت‌درمانی داگاس، یکی از مدل‌های درمانی اخیر می‌باشد که به مفهوم‌پردازی و سبب‌شناسی این اختلال پرداخته است (داگاس و رایبچاد، ۲۰۰۷). مدل شناختی داگاس، بر اهمیت چهار عامل در تمایز افراد دچار اختلال اضطراب فراگیر و افراد عادی تأکید دارد: تحمل‌نکردن بلا تکلیفی^۲، باورهای مثبت در مورد نگرانی^۳، اجتناب شناختی^۴ و جهت‌گیری منفی نسبت به مشکل^۵. تمرکز این درمان بر ناتوانی در تحمل بلا تکلیفی در ایجاد علائم و نشانه‌های اختلال اضطراب فراگیر است (بیهار، دیمارکو، هکلر، ماهلمان و استاپلس، ۲۰۰۹). در این رویکرد تحمل‌نکردن بلا تکلیفی ناشی از باور منفی درباره ابهام محسوب می‌شود (گامپورت، دانگ، لی و هاروی، ۲۰۱۸). علاوه‌براین، باید اشاره کرد که به‌طور کلی در درمان شناختی، تأکید زیادی بر باورهای غیرمنطقی و پردازش‌های شناختی آسیب‌زا وجود دارد (هال، کلت، بریس، باینس و اسکات، ۲۰۱۶؛ گرانو و همکاران، ۲۰۱۷).

موقعیت‌های اضطراب برانگیز یا مبهم، باعث می‌شوند فرد درگیر سؤالات بی‌پایان شود. این سؤالات معمولاً بدون جواب می‌مانند. به‌دلیل این که فرد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر نمی‌تواند بلا تکلیفی را تحمل کند و از طرف دیگر، به نگرانی و پیامدهای مثبت آن باور دارد، دچار نگرانی می‌شود (بیهار، دیمارکو، هکلر، ماهلمان و استاپلس^۶، ۲۰۰۹؛ به نقل از شرافتی، طاهری، اسمائی‌مجد و امیری، ۱۳۹۶). داگاس و همکاران، اظهار کردند که تحمل‌نکردن بلا تکلیفی می‌تواند پیش‌زمینه جهت‌گیری منفی نسبت به مشکل و اجتناب شناختی باشد. در این دیدگاه، افراد با تحمل‌نکردن بلا تکلیفی بالا مستعد شکل‌گیری نگرانی و گرفتار شدن در سؤالات بی‌پایان و بدون جواب می‌شوند (داگاس، فرستون و لاداکر، ۲۰۱۰).

حال با توجه به آسیب‌های روان‌شناختی در دانش‌آموزان دارای اختلال اضطراب فراگیر و لزوم به‌کارگیری روش‌های

5. negative orientation towards the problem
6. Behar, E., DiMarco, I. D., Hekler, E. B., Mohlman, J., & Staples, A.M.

1. dugas
2. uncertainty imbalance
3. positive beliefs about worries
4. cognitive avoidance

سؤالی، پرسشنامه زمینه‌یابی سلامت مورد بررسی قرار گرفته است. ضریب همبستگی نمره مقیاس اضطراب فراگیر با پرسشنامه‌های اضطراب بک ۰/۷۲، چک‌لیست نشانه‌های روانی ۹۰ سؤالی ۰/۷۴ و پرسشنامه زمینه‌یابی سلامت و ابعاد آن بین ۰/۳۰ برای بعد عملکرد جسمی تا ۰/۷۵ برای بعد سلامت روانی به‌دست آمده است. در پژوهشی بر روی دانشجویان ایرانی و نمونه بالینی نتایج تحلیل عاملی اکتشافی حاکی از وجود یک عامل با درصد تبیین ۵۳ درصد بود. ضریب همبستگی مقیاس کوتاه اختلال اضطراب فراگیر با پرسشنامه اضطراب حالت- صفت اسپیلبرگر ۰/۷۱ (برای حالت) و ۰/۵۲ (برای صفت) و با خرده‌مقیاس اضطراب ۱۲ ماده‌ای از چک‌لیست نشانه‌های بالینی ۰/۶۳ به‌دست آمده است. ضریب همبستگی مقیاس کوتاه اختلال اضطراب فراگیر و بعد سلامت روانی پرسشنامه زمینه‌یابی سلامت عمومی ۰/۲۸- به‌دست آمد.

پرسشنامه نگرانی ایالت پنسیلوانیا^۲ (PSSQ): این پرسشنامه توسط دیوی و ولز در سال ۲۰۰۶ تهیه شده که یک ابزار خودگزارشی دهی ۱۶ سؤالی است که نگرانی شدید، مفرط و غیرقابل کنترل را اندازه می‌گیرد. این پرسشنامه به‌عنوان ابزاری برای غربالگری اختلال اضطراب فراگیر به‌کار می‌رود. مقیاس پاسخگویی به سؤالات لیکرت پنج درجه‌ای است، به هر سؤال نمره ۱ (اصلاً صادق نیست) تا ۵ (بسیار صادق است) تعلق می‌گیرد. ۱۱ سؤال پرسشنامه به‌طور مستقیم و ۵ سؤال آن (سؤالات ۱، ۳، ۸، ۱۰ و ۱۱) به‌طور معکوس نمره‌گذاری می‌شود. دامنه نمرات کل پرسشنامه بین ۱۶ تا ۸۰ است. این پرسشنامه دارای دو زیرمقیاس نگرانی عمومی^۳ (سؤالات ۲، ۴، ۵، ۶، ۷، ۹، ۱۲، ۱۳، ۱۴، ۱۵ و ۱۶) و فقدان نگرانی^۴ (سؤالات ۱، ۳، ۸، ۱۰ و ۱۱) است. سؤالات ۱، ۳، ۸، ۱۰ و ۱۱ به‌صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. این پرسشنامه ابتدا توسط دو نفر از استادان زبان انگلیسی به‌طور مجزا به فارسی ترجمه شده و سپس نسخه فارسی پرسشنامه توسط یکی از استادان دیگر به زبان انگلیسی ترجمه گردیده است. بعد از نظرخواهی و رفع برخی از تفاوت‌های ایجاد شده در ترجمه انگلیسی به فارسی و برعکس، نسخه فارسی پرسشنامه برای اجرا تهیه گردیده است (دهشیری، گلزاری، برجلی و

نمرات بالاتر از ۱۰) به‌دست آورده بودند، تعداد ۳۰ نفر را که دارای بالاترین نمره بودند، انتخاب و با گمارش تصادفی در گروه‌های آزمایش و گواه گمارده شدند (۱۵ دانش‌آموز در گروه آزمایش و ۱۵ دانش‌آموز در گروه گواه). گروه آزمایش مداخله آموزشی درمان شناختی مبتنی بر مدل داگاس را دریافت نمودند. این در حالی بود که گروه گواه هیچ‌گونه مداخله‌ای را در طول پژوهش دریافت نکرد. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل حضور در دوره اول متوسطه (داشتن دوره سنی ۱۲ تا ۱۶ سال)، کسب نمره بالاتر از نمره برش پرسشنامه اختلال اضطراب فراگیر (نمره بالاتر از ۱۰)، داشتن تمایل به شرکت در پژوهش و نداشتن اختلال روان‌شناختی و جسمی دیگر (با توجه به خوداظهاری و همچنین پرونده تحصیلی و مشاوره‌ای دانش‌آموز) بود. همچنین ملاک‌های خروج از پژوهش نیز داشتن بیش از دو جلسه غیبت، همکاری نکردن و انجام‌ندادن تکالیف مشخص شده در کلاس، تمایل نداشتن به ادامه حضور در فرایند انجام پژوهش و بروز حادثه ناخواسته که امکان ادامه حضور فرد در جلسات درمان را مختل می‌کند، بود. جهت رعایت اخلاق در پژوهش، رضایت دانش‌آموزان برای شرکت در برنامه مداخله کسب و از کلیه مراحل مداخله آگاه شدند. همچنین به افراد گروه گواه اطمینان داده شد که آنان نیز پس از اتمام فرایند پژوهشی این مداخلات را دریافت خواهند نمود.

ابزار سنجش

پرسشنامه اختلال اضطراب فراگیر^۱ (GADQ): این مقیاس توسط اسپیتزر و همکاران (۲۰۰۶) تهیه شده و دارای ۷ سؤال است. طیف پاسخگویی به‌صورت لیکرت و گزینه‌ها به صورت هیچ‌وقت، چندروز، بیش از نیمی از روزها و تقریباً هر روز از صفر تا ۳ نمره‌گذاری می‌شوند. گستره نمره مقیاس از صفر تا ۲۱ می‌باشد. کسب نمره بالاتر ۱۱ نشانگر وجود اختلال اضطراب فراگیر در فرد است. اسپیتزر و همکاران (۲۰۰۶) با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ و ضریب بازآزمایی مقیاس را به‌ترتیب ۰/۹۲ و ۰/۸۳ گزارش کردند. اعتبار همگرایی پرسشنامه با پرسشنامه‌های اضطراب بک، چک لیست نشانه‌های روانی ۹۰

3. public concern
4. lack of concern

1. General Anxiety Disorder Questionnaire (GADQ)
2. Pennsylvania State Survey Questionnaire (PSSQ)

(۰/۹۰) بود و باثبات درونی خوب و ضریب آلفای ۰/۷۵ است. در پژوهش ابراهیمی و موسوی (۱۳۹۱)، نیز ویژگی‌های روان‌سنجی این پرسشنامه مورد بررسی و ضریب آلفای کرونباخ آن برابر ۰/۹۲ و ضریب همبستگی با فرم اصلی و روایی پیش‌بینی آن از طریق همبستگی با نمرات پرسشنامه سلامت روان در گروه بیماران و غیربیماران ۰/۵۶ به‌دست آمد. همچنین لطفی کاشانی (۱۳۸۷)، نیز روایی این پرسشنامه را مورد تأیید قرار داده‌اند. پایایی پرسشنامه حاضر در این پژوهش به‌وسیله ضریب آلفای کرونباخ برای زیرمقیاس‌های کمال‌طلبی، نیاز به تأیید، نیاز به راضی‌کردن دیگران و آسیب‌پذیری به‌ترتیب ۰/۸۸، ۰/۸۷، ۰/۸۵ و ۰/۸۵ محاسبه گردید.

پس از اخذ مجوزهای لازم و انجام فرایند نمونه‌گیری (مطابق با آنچه ذکر گردید)، دانش‌آموزان دارای اختلال اضطراب فراگیر انتخاب شده (۳۰ دانش‌آموز) به شیوه تصادفی در گروه‌های آزمایش و گواه گمارده شدند (۱۵ دانش‌آموز در گروه آزمایش و ۱۵ دانش‌آموز در گروه گواه). گروه آزمایش مداخلات ۱۲ جلسه‌ای درمانی مربوط به درمان شناختی مبتنی بر مدل داگاس را در طی سه‌ماه به‌صورت هفته‌ای یک جلسه ۹۰ دقیقه‌ای دریافت نمودند. این در حالی است که گروه گواه هیچ‌گونه مداخله‌ای را در طول پژوهش دریافت نکردند. جلسات درمانی توسط پژوهشگر اجرا گردید.

سهرابی، (۱۳۸۸). میزان روایی محتوایی این پرسشنامه مطلوب گزارش شده است. همچنین میزان پایایی آن ۰/۸۸ محاسبه گردیده است (دهشیری، گلزاری، برجلی و سهرابی، ۱۳۸۸). پایایی پرسشنامه حاضر در این پژوهش به‌وسیله ضریب آلفای کرونباخ برای زیرمقیاس‌های نگرانی عمومی ۰/۸۷ و برای فقدان نگرانی ۰/۸۴ محاسبه گردید.

مقیاس نگرش ناکارآمد^۱ (*DAS*): مقیاس نگرش ناکارآمد جهت تعیین نگرش‌ها و نگرش‌های زمینه‌ساز افسردگی است که برمبنای نظریه شناختی یک ساخته شده است. این مقیاس دارای ۴۰ سؤال و چهار زیرمقیاس: کمال‌طلبی^۲ (سوالات یک تا ۱۰)، نیاز به تأیید^۳ (سوالات ۱۱ تا ۲۰)، نیاز به راضی‌کردن دیگران^۴ (سوالات ۲۱ تا ۳۰) و آسیب‌پذیری^۵ (سوالات ۳۱ تا ۴۰) می‌باشد. طیف پاسخگویی به پرسشنامه براساس طیف لیکرت از کاملاً موافقم (نمره ۷) تا کاملاً مخالفم (نمره یک) است. کسب نمره بالاتر بیانگر وجود نگرش‌های ناکارآمد بالاتر در نزد فرد می‌باشد. براساس پژوهش‌های گوناگون، میانگین نمرات به‌دست آمده، افراد سالم بین ۱۱۹ تا ۱۲۸ گزارش شده است و نمره بالاتر نشان‌دهنده آسیب‌پذیری بیشتر است. بک، برون، استیر و ویسم^۶ (۱۹۹۱) اعتبار و پایایی آن را به وسیله نمونه‌ای شامل ۲۰۲۳ نفر از بیماران سرپایی که برای درمان شناختی مراجعه کرده بودند، برآورد نموده و ضرایب رضایت‌بخشی را نیز به‌دست آوردند. این مقیاس در مدت بیش از شش‌هفته دارای ضریب پایایی بالا

4. need to satisfy others

5. vulnerability

6. Back, C., Brown, B., Steer, S., & Weissman, A.

1. Dysfunctional Attitude Scale (DAS)

2. perfection

3. need to be confirmed

جدول ۱- خلاصه جلسات آموزشی درمان شناختی مبتنی بر مدل داگاس و رابینچاد، ۲۰۰۷؛ به نقل از شرافتی، طاهری، اسمائی‌مجد، امیری، ۱۳۹۶).

جلسه‌ها	خلاصه اقدامات انجام شده
اول و دوم	در مدل شناختی داگاس نیز همانند سایر مدل‌های شناختی- رفتاری، بخشی از جلسات درمانی اولیه به آشناسازی بیمار با اصول اولیه درمان اختصاص داده شد. درمانگر در طول این مرحله اطلاعاتی درباره ساختار جلسات، اصول اولیه مداخله‌های شناختی رفتاری برای اختلال اضطراب فراگیر و ساختار کلی مدل درمانی در اختیار بیمار قرار می‌داد. به‌علاوه، اطلاعات دیگری مانند ماهیت نگرانی و تقسیم‌بندی آن نگرانی درباره مشکل فعلی و نگرانی درباره مشکلات فرضی آینده) و نحوه پایش نگرانی‌ها به بیمار آموزش داده شد.
سوم و چهارم	این مرحله مهمترین مرحله درمان بود. در این مرحله درمانگر سعی داشت که بیمار به تأثیر تحمل‌نکردن ابهام در تداوم نگرانی پی‌ببرد و متوجه شود که منبع اصلی نگرانی افراطی، تحمل‌نکردن ابهام و اجتناب مداوم از موقعیت‌های مبهم و بلاتکلیفی است و به‌تدریج با این شرایط مواجه شود. همچنین در این مرحله به بررسی و شناسایی نوع نگرانی‌های بیمار پرداخته شد. همچنین تکنیک آگاهی‌آموزی از نگرانی به بیمار آموزش داده شد. در این مرحله بیمار یاد گرفتند که برای مشکلات جاری از تکنیک حل مسئله و برای مشکلات فرضی از رویارویی یا تصویرسازی تجسمی استفاده کنند.
پنجم و ششم	هدف این جلسات عبارت بود از: کمک به بیمار برای درک رابطه بین تحمل‌نکردن بلاتکلیفی و نگرانی، تشخیص موقعیت‌های غیرقابل اجتناب دخیل در بلاتکلیفی، تشخیص علائم بروز بلاتکلیفی و جست‌وجو و تجربه‌کردن موقعیت‌های بلاتکلیفی برانگیز. در این جلسات در قالب گفت‌وگوهای سقراطی به بیمار نشان داده شد که دستیابی به اطمینان کامل امکان‌پذیر نیست و این‌که بین تحمل‌نکردن بلاتکلیفی و نگرانی رابطه‌ای قوی وجود دارد.
هفتم و هشتم	هدف اصلی این مرحله کمک به بیمار برای شناسایی و ارزیابی مجدد باورهای مثبت درباره مفیدبودن نگرانی بود. در طی این مرحله درمانگر ابتدا به کمک بیمار این باورها را شناسایی می‌کرد و سپس از طریق گفت‌وگوی سقراطی و آزمایش‌های رفتاری به بیمار کمک کرد که باورهایش را مجدداً ارزیابی کند. در این مرحله با استفاده از تجربه‌گرایی مشارکتی به بیمار نشان داده شد که باورهای بیمار درباره مفیدبودن نگرانی پیامدهای جالبی برایشان ندارد.
نهم و دهم	در این مرحله، برای مقابله با نگرانی درباره مشکلات فعلی، فرایند حل مسئله به کار گرفته شد. به بیمار آموزش داده می‌شد هنگام مواجهه با مشکل به‌جای نگرانی درباره مشکل، از طریق فرایند حل مسئله راه‌حلی برای آن پیدا کند. بنابراین، بعد از اصلاح باورهای مثبت درباره مفیدبودن نگرانی، گام بعدی آموزش مهارت حل مسئله برای مقابله با نگرانی درباره مشکلات اخیر بود. در این جلسه به بیماران آموزش داده شد که افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر مشکل را تهدیدزا تلقی می‌کنند و به توانایی خود برای حل مسئله بدبین هستند و به آن اعتماد ندارند. چنین تفکری باعث پیامدهای شناختی (مانند نگرانی درباره مشکل) رفتاری (اجتناب، اهمال‌کاری، حل مسئله تکانشی) و هیجانی (ناآرامی، اضطراب، تحریک‌پذیری و افسردگی) می‌شود. بنابراین، به بیمار یاد داده شد که خیلی سریع مشکلات را شناسایی کند و به‌جای تلقی کردن آن به‌عنوان یک تهدید آن را به‌عنوان یک فرصت بشناسد.
یازدهم و دوازدهم	در این مرحله، هدف آموزش به بیمار بود تا یاد بگیرد چگونه با نوع دیگری از نگرانی، یعنی نگرانی درباره مشکلات فرضی آینده مقابله کند. طبق این مدل، فرآیند حل مسئله برای مقابله با نگرانی درباره مشکلات فرضی آینده کارساز نیست. در این مرحله از طریق رویارویی تجسمی با این نوع نگرانی مواجه می‌شد. بیمار در طی این مرحله می‌بایست بهترین سناریوی ممکن را برای پیامدهای احتمالی هر یک از شرایط مبهم و غیرقطعی بسازد.

آماري ۲۲-Spss مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها

یافته‌های حاصل از داده‌های دموگرافیک نشان داد که افراد نمونه پژوهش، دارای دامنه سنی ۱۲ تا ۱۶ سال بودند که در این بین دامنه سنی ۱۴ دارای بیشترین فراوانی بود (۴۷/۳ درصد). از طرفی، این

در این پژوهش برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از دو سطح آمار توصیفی و استنباطی استفاده شده است. در سطح آمار توصیفی از میانگین و انحراف استاندارد و در سطح آمار استنباطی از آزمون شاپیرو-ویلک جهت بررسی نرمال بودن توزیع متغیرها، آزمون لوین برای بررسی برابری واریانس‌ها و همچنین از تحلیل کوواریانس برای بررسی فرضیه پژوهش استفاده گردید. نتایج آماری با استفاده از نرم‌افزار

افراد دارای دامنه تحصیلات هفتم تا نهم بودند که در این بین پایه تحصیلی هشتم دارای بیشترین فراوانی بود (۴۸/۶ درصد). حال یافته‌های توصیفی پژوهش مورد بررسی قرار می‌گیرد.

جدول ۲- میانگین و انحراف استاندارد نگرش‌های ناکارآمد و نگرانی در دو گروه آزمایش و گواه در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون

نرمالیتی	پس‌آزمون		نرمالیتی	پیش‌آزمون		گروه‌ها	مؤلفه‌ها
	انحراف معیار	میانگین		P Value	انحراف معیار		
۰/۱۱	۸/۴۸	۱۰۹/۷۳	۰/۳۱	۱۴/۱۳	۱۴۵/۹۳	گروه آزمایش	نگرش‌های ناکارآمد
۰/۳۲	۱۲/۱۲	۱۴۷/۸۶	۰/۱۷	۱۱/۹۸	۱۵۵/۶۰	گروه گواه	
۰/۱۴	۶/۵۶	۳۶/۹۳	۰/۳۳	۶/۵۱	۵۸/۳۳	گروه آزمایش	نگرانی
۰/۳۷	۸	۵۵/۶۰	۰/۱۹	۶/۰۲	۵۹/۴۶	گروه گواه	

اشاره کرد که در بررسی پیش‌فرض همگنی شیب‌خط رگرسیون، نتایج نشان داد که تعامل پیش‌آزمون با متغیر گروه‌بندی در متغیرهای نگرش‌های ناکارآمد و نگرانی معنادار نبوده است. این بدان معناست که فرض همگنی شیب‌خط رگرسیون در متغیرهای نگرش‌های ناکارآمد و نگرانی برقرار بوده است. نتایج تحلیل کوواریانس تأثیر عضویت گروهی بر میزان نگرش‌های ناکارآمد و نگرانی دانش‌آموزان با اختلال اضطراب فراگیر با کنترل متغیر پیش‌آزمون در جدول ۳، آمده است.

پیش از ارائه نتایج تحلیل آزمون کوواریانس، پیش‌فرض‌های آزمون‌های پارامتریک مورد سنجش قرار گرفت. براین اساس، نتایج آزمون شاپیرو و ویلک بیانگر آن بود که پیش‌فرض نرمال بودن توزیع نمونه‌ای داده‌ها برقرار است ($p > 0/05$). همچنین پیش‌فرض همگنی واریانس نیز توسط آزمون لوین مورد سنجش قرار گرفت که نتایج آن معنادار نبود که این یافته نشان می‌داد پیش‌فرض همگنی واریانس‌ها رعایت شده است ($p > 0/05$). همچنین باید

جدول ۳- تحلیل کوواریانس تأثیر عضویت گروهی بر باورهای فراشناختی، نگرش‌های ناکارآمد و نگرانی نوجوانان دارای اختلال اضطراب فراگیر

متغیرها	شاخص‌های آماری متغیرها	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	اندازه اثر	توان آزمون
نگرش‌های ناکارآمد	پیش‌آزمون	۲۳۹/۹۵	۱	۲۳۹/۹۵	۲/۲۹	۰/۱۴	۰/۰۸	۰/۳۱
	عضویت گروهی	۸۴۷۰/۶۰	۱	۸۴۷۰/۶۰	۸۰/۸۵	۰/۰۰۰۱	۰/۷۵	۱
	خطا	۲۸۲۸/۷۱	۲۷	۱۰۴/۷۶				
نگرانی	پیش‌آزمون	۷/۷۱	۱	۷/۷۱	۰/۱۴	۰/۷۱	۰/۰۰۵	۰/۰۶
	عضویت گروهی	۲۵۶۴/۴۱	۱	۲۵۶۴/۴۱	۴۶/۳۸	۰/۰۰۰۱	۰/۶۳	۱
	خطا	۱۴۹۲/۸۲	۲۷	۵۵/۲۹				

نگرش‌های ناکارآمد و نگرانی نوجوانان دارای اختلال اضطراب فراگیر با مداخله درمان شناختی مبتنی بر مدل داگاس کاهش یافته است. مقدار تأثیر درمان شناختی مبتنی بر مدل داگاس بر میزان نگرش‌های ناکارآمد و نگرانی نوجوانان دارای اختلال اضطراب فراگیر به ترتیب ۰/۷۵ و ۰/۶۳ بوده است. این بدان معناست که به ترتیب ۷۵ و ۶۳ درصد تغییرات متغیرهای نگرش‌های ناکارآمد

با توجه به نتایج جدول ۳، آموزش متغیر مستقل (درمان شناختی مبتنی بر مدل داگاس) توانسته منجر به ایجاد تفاوت معنادار میانگین نمرات متغیرهای وابسته (نگرش‌های ناکارآمد و نگرانی نوجوانان دارای اختلال اضطراب فراگیر) در مرحله پس‌آزمون در سطح خطای ۰/۰۵ گردد. بنابراین، این نتیجه حاصل می‌شود که با کنترل متغیرهای مداخله‌گر، میانگین نمرات متغیرهای

و نگرانی نوجوانان دارای اختلال اضطراب فراگیر توسط عضویت گروهی (درمان شناختی مبتنی بر مدل داگاس) تبیین می‌شود.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر مدل داگاس بر نگرش‌های ناکارآمد و نگرانی نوجوانان دارای اختلال اضطراب فراگیر انجام گرفت. نتایج حاصل از تجزیه و تحلیل داده‌ها نشان داد که درمان شناختی مبتنی بر مدل داگاس، بر نگرش‌های ناکارآمد و نگرانی نوجوانان دارای اختلال اضطراب فراگیر تأثیر معنادار دارد ($p < 0/001$). به این صورت که این درمان توانسته منجر به کاهش نگرش‌های ناکارآمد و نگرانی نوجوانان دارای اختلال اضطراب فراگیر منجر شود.

یافته حاضر با نتایج پژوهش شرافتی، طاهری، اسمائی مجد، امیری (۱۳۹۶) همسو است. چنان‌که این پژوهشگران در پژوهشی به بررسی اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر مدل داگاس بر تحمل‌نکردن بلا تکلیفی، اجتناب شناختی و باورهای مثبت نگرانی در بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر پرداختند. نتایج نشان داد که درمان شناختی مبتنی بر مدل داگاس بر تحمل‌نکردن بلا تکلیفی، اجتناب شناختی و باورهای مثبت نگرانی در بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر تأثیر معنادار دارد. همچنین احمدوند و یوسفی (۱۳۹۶)، نشان دادند که آموزش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر تغییر سبک‌های مقابله افراد تأثیر دارد.

در تبیین یافته حاضر باید اشاره کرد که مدل شناختی داگاس، بر اهمیت چهار عامل تحمل‌نکردن بلا تکلیفی، باورهای مثبت در مورد نگرانی، اجتناب شناختی و تجربه‌ای و جهت‌گیری منفی نسبت به مشکل در تمایز افراد دچار اختلال اضطراب فراگیر و افراد عادی تأکید دارد. تمرکز درمان شناختی داگاس بر ناتوانی در تحمل بلا تکلیفی در ایجاد علائم و نشانه‌های اختلال اضطراب فراگیر است که عمدتاً باعث شکل‌گیری نگرش‌های ناکارآمد و نگرانی در افراد می‌شود (باهر و داگاس، ۲۰۰۶). بر این اساس، هنگامی که دانش‌آموزان دارای اختلال اضطراب فراگیر، با داشتن باور منفی نسبت به ابهام که حاصل از تحمل‌نکردن بلا تکلیفی است، در معرض شناخت درمانی مبتنی بر مدل داگاس قرار می‌گیرند، با استفاده از چالش با افکار غیرمنطقی و استفاده از

تکنیک‌هایی همچون بررسی فرض‌های ناکارآمد، تغییراتی را در فرایندهای شناختی خود ادراک می‌کنند که همسو با آن، نگرش‌های ناکارآمد آن‌ها نیز دچار چالش شده و از میزان آن کاسته شود. علاوه بر این، شناخت درمانی مبتنی بر مدل داگاس تلاش می‌کند با تغییر در فرایندهای شناختی از طریق تشویق مراجع برای شناسایی موقعیت‌های مبهم و بلا تکلیف در زندگی روزمره و مواجهه تدریجی با آن‌ها سعی می‌کند تا تفکرات شناختی آسیب‌زا را دچار تغییر کند. تغییر در پردازش‌های شناختی آسیب‌زا نیز باعث می‌شود تا از میزان نگرانی دانش‌آموزان کاسته شود.

در تبیینی دیگر باید بیان کرد که در درمان شناختی به دانش‌آموزان دارای اختلال اضطراب فراگیر کمک می‌شود تا الگوهای تفکر تحریف شده و شناخت‌ها و افکار ناکارآمد خود را تشخیص دهند. برای این‌که بتوانند این افکار تحریف شده و ناکارآمد خود را تغییر دهند، از بحث‌های منظم و تکالیف شناختی سازمان یافته‌ای استفاده می‌شود (گامپورت و همکاران، ۲۰۱۸). بر این اساس در درمان شناختی، درک فرد از خود، حس کفایت و مهارت‌های مسئله‌گشایی، کسب استقلال، مهارت‌های مقابله با موقعیت‌های خطر آفرین و فشار روانی و بسیاری از مهارت‌ها برای بهبود وضعیت روانی مطلوب آموزش داده می‌شود که پیامد این مهارت‌ها، بهبود سلامت روان و کاهش نگرش‌های ناکارآمد دانش‌آموزان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر می‌باشد.

در تبیینی دیگر می‌توان بیان کرد که هدف درمان شناختی اصلاح عقاید غیرمنطقی، باورهای ناکارآمد، تفسیرهای غلط و خطاهای شناختی، احساس کنترل بر زندگی، تسهیل خودگویی‌های سازنده و تقویت مهارت‌های مقابله‌ای است (گرانرو و همکاران، ۲۰۱۷). درمان شناختی بر این نکته تأکید می‌ورزد که فرایندهای تفکر هم به اندازه تأثیرات محیطی اهمیت دارند. بر این اساس، این شیوه درمانی با استفاده از بحث‌های منظم و تکالیف شناختی سازمان یافته، به دانش‌آموزان کمک می‌کند تا الگوهای تفکر تحریف شده و نگرش‌های ناکارآمد را تغییر دهد. درمان شناختی در ایجاد و افزایش توانمندی‌هایی مانند تصمیم‌گیری، ایجاد انگیزه پذیرش مسؤلیت، ارتباط مثبت با دیگران، شادکامی، ایجاد عزت‌نفس، حل مسئله، خودنظم‌دهی، خودکفایتی و سلامت روان مؤثر است (هال و همکاران، ۲۰۱۶). بر این اساس، می‌توان گفت درمان شناختی شامل کنترل و

بیرامی، م.، موحدی، ی.، و عزیزاده گورادل، ج. (۱۳۹۴). اثربخشی درمان ذهن‌آگاهی مبتنی بر شناخت در کاهش اضطراب اجتماعی و نگرش‌های ناکارآمد نوجوانان. *دوفصلنامه شناخت اجتماعی*، ۴(۱)، ۴۱-۵۲.

ابراهیمی، ا. ا.، و موسوی، س. غ. (۱۳۹۱). ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس نگرش‌های ناکارآمد در بیماران مبتلا به اختلالات خلقی. *مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی ایلام*، ۲۱(۵)، ۲۸-۲۰.

لطفی کاشانی، ف. (۱۳۸۷). تأثیر مشاوره گروهی مبتنی بر رویکرد رفتاری-شناختی در کاهش نگرش‌های ناکارآمد. *مجله اندیشه و رفتار*، ۲(۸)، ۶۷-۷۸.

جوهری فرد، ر.، گودرزی، م. ع. و ضمیری، ا. (۱۳۸۷). تأثیر درمان شناختی-رفتاری گروهی بر اضطراب و نگرش‌های ناکارآمد بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر. *یافته‌های نو در روان‌شناسی*، ۲(۶)، ۸۱-۹۴.

حسینی غفاری، ف.، محمدخانی، پ.، پورشهباز، ع.، و دولتشاهی، ب. (۱۳۹۲). اثربخشی درمان فراشناختی گروهی بر باورهای فراشناختی، نگرانی و حوزه‌های نگرانی در بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر. *مجله روان‌شناسی بالینی*، ۱(۱۵)، ۲۱-۱۰.

دهشیری، غ. ر.، گلزاری، م.، برجلی، ا.، و سهرابی، ف. (۱۳۸۸). خصوصیات روان‌سنجی نسخه فارسی پرسشنامه نگرانی ایالات پنسیلوانیا در دانشجویان. *مجله روان‌شناسی بالینی*، ۱(۴)، ۶۷-۷۵. شاهجویی، ت.، محمودعلیلو، م.، بخشی‌پور رودسری، ع.، و فخاری، ع. (۱۳۹۰). تحمل‌نکردن بلا تکلیفی و نگرانی در افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر و اختلال وسواس جبری. *مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران*، ۱۷(۴)، ۳۱۲-۳۰۴.

شرافتی، ح.، طاهری، ا.، اسمائی‌مجد، س.، و امیری، م. (۱۳۹۶). اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر مدل داگاس بر عدم بلا تکلیفی، اجتناب شناختی و باورهای مثبت نگرانی در بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر. *مجله روان‌شناسی بالینی*، ۹(۲)، ۲۹-۱۴.

مقتدر، ل. (۱۳۹۵). بررسی اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر کاهش نشخوار فکری، نگرش ناکارآمد و افکار خودآیند منفی در افراد مبتلا به اضطراب فراگیر. *مجله علوم پزشکی ارومیه*، ۲۷(۹)، ۸۳۶-۸۲۵.

References

Behar, E., DiMarco, I. D., Hekler, E. B., Mohlman, J., & Staples, A. M. (2009). Current theoretical models of generalized anxiety disorder (GAD):

نظم‌بخشی به عواطف و احساسات، کنترل فشار روانی، برقراری ارتباط مؤثر و خودکنترلی می‌شود و از طرفی ساختار ارزشی و خودکارآمدی را در برمی‌گیرد و در اثر تعامل شخص با محیط نگرانی‌های پیشین دانش‌آموزان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر را مورد چالش قرار می‌دهد.

از محدودیت‌های این پژوهش، محدودبودن دامنه تحقیق به دانش‌آموزان دختر دوره اول متوسطه دارای اختلال اضطراب فراگیر شهر اصفهان، بهره‌گیری نکردن از روش نمونه‌گیری تصادفی و برگزاردنکردن مرحله پیگیری بود. بنابراین، پیشنهاد می‌شود برای افزایش قدرت تعمیم‌پذیری نتایج، در سطح پیشنهاد پژوهشی، این پژوهش در سایر استان‌ها و مناطق و جوامع دارای فرهنگ‌های متفاوت، دیگر آسیب‌ها و بیماری‌ها (همانند اختلال افسردگی، وسواس فکری و عملی، اختلال نافرمانی مقابله‌ای و مانند این‌ها)، برگزاردن مرحله پیگیری و روش نمونه‌گیری تصادفی اجرا شود. با توجه به اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر مدل داگاس بر نگرش‌های ناکارآمد و نگرانی دانش‌آموزان دارای اختلال اضطراب فراگیر، در سطح کاربردی پیشنهاد می‌شود درمان شناختی مبتنی بر مدل داگاس طی کارگاهی تخصصی به روان‌شناسان و مشاوران آموزش و پرورش، آموزش داده شود تا آن‌ها بتوانند با به‌کارگیری این درمان برای دانش‌آموزان دارای اختلال اضطراب فراگیر، جهت کاهش نگرش‌های ناکارآمد و نگرانی این دانش‌آموزان گامی عملی بردارند.

تضاد منافع

در این پژوهش هیچ‌گونه تعارض منافی توسط نویسندگان گزارش نشده است.

تشکر و قدردانی

مقاله حاضر برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد به شماره ۲۳۸۲۰۷۰۱۹۵۲۰۳۵ است. بدین‌وسیله از تمام نوجوانان حاضر در پژوهش، خانواده‌های آنان و مسوولان مدارس که همکاری کاملی جهت اجرای پژوهش داشتند، قدردانی به‌عمل می‌آید.

منابع

احمدوند، م. ع.، و یوسفی، س. (۱۳۹۶). اثربخشی آموزش ذهن‌آگاهی بر انتخاب سبک‌های مقابله با استرس در میان دانش‌آموزان. *فصل‌نامه خانواده و پژوهش*، ۱۴(۳۶)، ۴۹-۶۶.

- Biological Psychology*. 64(1-2), 77-90.
- Hall, J., Kellett, S., Berríos, R., Bains, M. K., & Scott, S. (2016). *Efficacy of cognitive behavioral therapy for generalized anxiety disorder in older adults: systematic review, meta-analysis, and metaregression*. *American Journal of Geriatric Psychiatry*. 24(11), 1063-73.
- Hayes-Skelton, S. A., Roemer, L., & Orsillo, S. M. (2013). A randomized clinical trial comparing an acceptance-based behavior therapy to applied relaxation for generalized anxiety disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 81(3), 761-773.
- Lieb, R., Becker, E., & Altamura, C. (2005). The epidemiology of generalized anxiety disorder in Europe. *Europe Neuropsychopharmacology*. 15(4), 445-452.
- Salkovskis, P. M., Wroe, A. L., Gledhill, A., Morrison, N., Forrester, E., Richards, C., & et al. (2000). Responsibility attitudes and interpretations are characteristic of obsessive compulsive disorder. *Behavior Research Therapy*. 38(4), 347-372.
- Spada, M. M., Nikcević, A.V., Moneta, G. B., & Wells, A. (2007). Metacognition as a mediator of the relationship between emotion and smoking dependence. *Addicted Behavior*. 32(10), 2120-29.
- Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J. B., & Löwe, B. (2006). A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. *Archives of Internal Medicine*. 166(10), 1092-97.
- Weich, S., Churchill, R., & Lewis, G. (2003). Dysfunctional attitudes and the common mental disorders in primary care. *Journal of Affective Disorders*. 75(3), 269-278.
- conceptual review and treatment implications. *Journal Anxiety Disorder*. 23(8), 1011-23.
- Buhr, K., & Dugas, M. J. (2006). Investigating the construct validity of intolerance of uncertainty and its unique relationship with worry. *Journal Anxiety Disorder*. 20(2), 222-236.
- Cuijpers, P., Sijbrandij, M., Koole, S., Huibers, M., Berking, M., & Andersson, G. (2014). Psychological treatment of generalized anxiety disorder: a meta-analysis. *Clinical Psychology Review*. 34(2), 130-140.
- Dahlin, M., Ryberg, M., Vernmark, K., Annas, N., Carlbring, P., & Andersson, G. (2016). Internet-delivered acceptance-based behavior therapy for generalized anxiety disorder: A pilot study. *Internet Interventions*. 6(1), 16-21.
- Davey, C. L. G., & Wells, A. (2006). *Worry and Its Psychological Disorders Theory, Assessment and Treatment*. London: Wiley.
- Dugas, M. J., Freeston, M. H., & Ladouceur, R. (2010). Intolerance of uncertainty and problem orientation in worry. *Cognitive Therapy and Research*. 21(2), 593-606.
- Dugas, M. J., & Robichaud, M. (2007). *Cognitive behavioral treatment for generalized anxiety disorder: from science to practice*. Routledge: Taylor & Francis.
- Granero, R., Fernandez-Aranda, F., Mestre-Bach, G., Steward, T., Bano, M., & et al. (2017). *Cognitive behavioral therapy for compulsive buying behavior: Predictors of treatment outcome*. *Europe Psychiatry*. 39(11), 57-65.
- Gumport, N. B., Dong, L., Lee, J. Y., & Harvey, A. G. (2018). Patient learning of treatment contents in cognitive therapy. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*. 58, 51-59.
- Hajcak, G., McDonald, N., & Simons, R. F. (2003). Anxiety and error related brain activity.

Empowering Exceptional Children Journal

Iranian council for exceptional children

Volume 10, Issue 3(32), Fall 2019

PP 85-95

Effectiveness of Cognitive Therapy based on Douglas model on inefficient attitudes and worry in students with Generalized Anxiety Disorder

Mahin Dokht Reisi Dastgerdi¹

Mozhgan Arefi^{*2}

Abstract

The present study was conducted to determine the effectiveness of cognitive therapy according to Douglas model on inefficient attitudes and worry in the students with generalized anxiety disorder. The research method was quasi-experimental with pretest, posttest and control group design. The statistical population included 96 12-16 years old female students with generalized anxiety disorder in academic year 2017-18 in Isfahan City. 30 students with generalized anxiety disorder were selected from the statistical population using purposive non-random sampling method and were randomly placed into experiment and control groups. The experimental group received twelve ninety-minute sessions of therapy interventions received cognitive therapy based on Douglas model once a week during three months while the control group didn't receive any intervention during the study. The applied instruments included Generalized Anxiety Disorder Questionnaire (GADQ), Penn State Worry Questionnaire (PSWQ), Dysfunctional Attitudes Scale (DAS). Data analysis was done via SPSS₂₃ software through ANCOVA method. The results of data analysis showed that cognitive therapy based on Douglas model has significantly influenced inefficient attitudes and worry in the students with generalized anxiety disorder ($p < 0.001$). According to the findings of the present study, it is suggested to apply cognitive therapy based on Douglas model as an efficient method in order to decrease inefficient attitudes and worry in the students with generalized anxiety disorder.

Keywords: Generalized anxiety disorder, cognitive therapy based on Douglas model, inefficient attitudes, worry

1. M.A. of clinical Psychology, Psychology and Educational Faculty, Islamic Azad University, Isfahan (Khorasgan) Branch, Isfahan, Iran

*2. **Corresponding author:** Associate Professor of Psychology, Psychology and Educational Faculty, Islamic Azad University, Isfahan (Khorasgan) Branch, Isfahan, Iran

Received: 10 Jan 2019

Accepted: 26 Oct 2019

