

مقایسه تأثیر درمان آدلری و درمان شناختی-رفتاری بر علائم بالینی اختلال اضطراب فراگیر

حسن ملانوروزی^۱، علی عیسی‌زادگان^{۲*}، اسماعیل سلیمانی^۳

۱. دانشجوی دکتری روانشناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه ارومیه، ارومیه، ایران.
۲. دانشیار گروه روانشناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه ارومیه، ارومیه، ایران.
۳. استادیار گروه روانشناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه ارومیه، ارومیه، ایران.

چکیده

تاریخ دریافت: ۱۳۹۶/۰۱/۲۸
تاریخ پذیرش: ۱۳۹۶/۰۲/۱۹

زمینه و هدف: میزان اضطراب در جامعه ایران بین ۷ تا ۱۵ درصد گزارش شده است. درحالی‌که این میزان در دانشجویان بین ۱۲ تا ۲۰ درصد است. هدف از انجام پژوهش حاضر، مقایسه تأثیر درمان آدلری و درمان شناختی-رفتاری بر کاهش شدت علائم در دانشجویان مبتلا به اضطراب منتشر بود.

مواد و روش: این تحقیق به روش نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون همراه با پی‌گیری انجام شد. از بین دانشجویان مراجعه‌کننده به مرکز مشاوره دانشگاه‌های نیشابور ۴۵ نفر که ملاک‌های اضطراب منتشر را داشتند، در سال ۱۳۹۵ به شیوه روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و به شیوه تصادفی در سه گروه آدلری، شناختی رفتاری و گروه شاهد قرار گرفتند (۱۵ نفر در گروه). برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسش‌نامه اضطراب حال/صفت اسپیل برگر استفاده شد و سپس با استفاده از نرم‌افزار SPSS آزمون تحلیل واریانس مختلط، تحلیل کوواریانس دو راهه و تحلیل کوواریانس یک‌راهه تجزیه و تحلیل شد.

یافته‌ها: تفاوت معناداری بین دو گروه آزمایشی آدلری و شناختی رفتاری در زمینه تأثیر بر کاهش شدت علائم در دانشجویان مبتلا به اضطراب منتشر که این دو درمان را تجربه کرده بودند، وجود نداشت ($p > 0/05$). از طرف دیگر، مداخله آدلری تأثیر معناداری را بر کاهش شدت علائم دانشجویان مبتلا به اضطراب منتشر نشان داد ($p < 0/05$) اما این نتیجه برای درمان شناختی رفتاری به دست نیامد ($p > 0/05$).

نتیجه‌گیری: می‌توان گفت که درمان آدلری در کاهش شدت علائم دانشجویان مبتلا به اضطراب منتشر نسبت به رویکرد شناختی رفتاری اثربخشی بهتری دارد و ثبات و پایداری درمان آدلری بیشتر است.

کلیدواژه‌ها:

اضطراب منتشر، درمان آدلری، شناختی رفتاری

مقدمه

است. درحالی‌که این میزان در دانشجویان بین ۱۲ تا ۲۰ درصد است. این آمار نشان‌دهنده اهمیت پرداختن به درمان اضطراب در دانشجویان است [۲]. اختلال اضطراب منتشر از جمله اختلالات اضطرابی است که به شدت کیفیت زندگی مرتبط با سلامت دانشجویان را تحت تأثیر قرار می‌دهد. این اختلال با نگرانی‌های شدید و توأم با ابهام، غیرقابل کنترل و

نگرانی بیش از حد، علامتی شایع در اختلالات اضطرابی و ویژگی اصلی اختلال اضطراب منتشر (GAD^۱) است [۱]. میزان اضطراب در جامعه ایران بین ۷ تا ۱۵ درصد گزارش شده

1. Generalized Anxiety Disorder

* نویسنده مسئول: علی عیسی‌زادگان
نشانی: ارومیه، کیلومتر ۱۱ نازلو، پردیس دانشگاه ارومیه

تلفن: ۰۹۱۴۴۴۱۶۶۴۱
دورنگار:
رایانه: ali_issazadeg@yahoo.com
شناسه ORCID: 0000-0002-6973-1499
شناسه ORCID نویسنده اول: 0000-0002-6480-3713

«دستاوردهای درمانی» بیشتری را به همراه دارد به ترتیب (۴۲ درصد در برابر ۵ درصد) و پژوهش‌های دیگر مانند دورهام [۱۲] هم از لحاظ آماری، نتایج مشابهی برای درمان شناختی رفتاری و رفتار درمانی در اختلال اضطراب فراگیر یافتند (۵۸ درصد در برابر ۳۸ درصد) لاداسر و همکاران [۱۳] دریافتند ۷۷ درصد از بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر که تحت درمان شناختی رفتاری طراحی شده توسط آن‌ها قرار گرفته بودند، پس از اتمام درمان ملاک‌های تشخیصی اختلال اضطراب فراگیر را نداشتند. دهشیری [۱۴] ضمن پژوهشی گزارش دادند که درمان شناختی رفتاری به طور معناداری موجب کاهش نگرانی و اضطراب صفت دانشجویان شده است. اگرچه درمان شناختی رفتاری جزء درمان‌هایی است که به لحاظ تجربی در درمان اختلال اضطراب فراگیر تأیید شده است، اما به طور خوش بینانه تنها ۵۰ درصد از مراجعان درمان شده در دوره پیگیری به لحاظ بالینی تغییر چشمگیری نشان داده‌اند [۱۵، ۱۶] و دورهام [۱۲] در فراتحلیلی از شش پژوهش درمان شناختی رفتاری میزان بهبودی به دست آمده را تنها ۴۰ درصد گزارش کردند. این داده‌ها نشان می‌دهند که برونداد درمان‌های رایج اضطراب فراگیر، نیازمند تنوع قابل ملاحظه‌ای هستند. از طرفی، امروزه علاقه فزاینده‌ای به تأکید بر مشترکات و همگرایی موضوعات در میان رویکردهای درمانی، به وجود آمده است [۱۷]. چنانچه دینکمری و اسپری [۱۸] اشاره کردند علاقه رو به رشدی درباره تأکید بر مشترکات و موضوعات همگرا در میان سیستم‌های روان درمانی، به وجود آمده است و یکپارچگی روان درمانی تمرکز رایج در میان اکثر نظریه‌های روان درمانی، محققان و درمانگران شده است. آلن برگر [۱۹] پیشنهاد می‌کند که مفاهیم و روش‌های اکثر سیستم‌های روان درمانی مانند درمان‌های شناختی به طور چشمگیری با روان درمانی آدلری همپوشی دارند. از دیدگاه آدلر، زمانی که احساسات حقارت چیره می‌شوند، اضطراب به وجود می‌آید. به نظر وی، اضطراب برای ایجاد خلأ بین فرد و وظایف زندگی او هنگامی که فرد در معرض خطر شکست قرار دارد و برای حفظ عزت نفس، مورد استفاده قرار می‌گیرد [۲۰]. از این رو، افراد مبتلا به مشکلات روان رنجوری از جمله، اختلال اضطراب منتشر، جنبه‌هایی از واقعیت را برای حفظ کارآمدی و عزت نفس، تحریف یا انکار می‌کنند [۲۱]. هدف درمان آدلری این است که به افراد کمک کند تا با اصلاح اهداف اشتباه و منطبق غلط به دیدگاهی عینی از واقعیت دست یابد [۲۲]. به عبارتی، درمانگر آدلری تلاش می‌کند با افزایش آگاهی مراجع در مورد علل فکر کردن و

فراگیر با نشانه‌های شناختی و جسمانی نظیر تمرکز ضعیف و تنش عضلانی مشخص است که در اکثر روزها در ضمن حداقل شش ماه دوام دارد [۳]. ویچمن [۴] اظهار می‌دارد که ۲۸ درصد افرادی که فقط مبتلا به اضطراب منتشر هستند و ۵۱ درصد بیمارانی که از اضطراب منتشر همراه با اختلال دیگری رنج می‌برند، شدت علائم شان تا حدی است که به ایجاد اختلال جدی در روند فعالیت‌های زندگی شان می‌انجامد. کیفیت معما گونه اختلال اضطراب فراگیر، با الگوی بالینی فراگیر، بیمانکی اضطراب برانگیز^۱ و بیش برانگیختگی^۲، فقط موجب به تعویق افتادن طراحی و به کارگیری رویکردهای درمانی سیستماتیک شده است [۵]. به همین دلیل طراحی درمان‌هایی که به کاهش علائم و نشانه‌های کلی بیماری و افزایش کیفیت زندگی^۳ منجر شود، به یکی از دغدغه‌های پژوهشگران و درمانگران تبدیل شده است [۶]. طی سال‌های اخیر، درمان‌های مؤثر گوناگونی برای اختلال‌های هیجانی، به ویژه اضطراب معرفی شده است. شناسایی اضطراب و مؤلفه‌های شناختی، رفتاری و هیجانی آن، بخش عمده‌ای از ظرفیت‌های حوزه سلامت روانی را در دنیا به خود اختصاص داده است. حجم عظیمی از پژوهش‌های آسیب‌شناسی روانی در طی دهه‌های گذشته به این پدیده چندوجهی اختصاص داده شده و به این ترتیب چندین مدل برای تبیین اضطراب و درمان آن پیشنهاد شده است [۷]. از میان درمان‌های گوناگون پیشنهادی برای اختلال اضطراب منتشر، درمان‌های شناختی رفتاری به عنوان رایج‌ترین درمان، شناخته شده‌اند [۸]. درمان شناختی رفتاری بر نوعی رفتار درمانی مبتنی است که در بطن موقعیت‌های روان درمانی سنتی به وجود آمده و نشان دهنده علاقه فزاینده درمانگران به اصلاح شناخت به عنوان عامل مؤثر بر هیجان‌ها و رفتارهاست. هدف این شیوه درمانی اصلاح عقاید غیرمنطقی، باورهای ناکارآمد، تفسیرهای غلط و خطاهای شناختی، احساس کنترل بر زندگی، تسهیل خودگویی‌های سازنده و تقویت مهارت‌های مقابله‌ای است [۹]. انگاره اصلی در مدل‌های شناختی اختلال‌های هیجانی، این انگاره است که آنچه مسئول ایجاد هیجان‌های منفی از قبیل اضطراب، خشم یا غمگینی است، خود رویدادها نیستند بلکه انتظار و تفسیر افراد از آن رویدادهاست [۱۰]. اکثر پژوهش‌ها حاکی از اثربخشی درمان شناختی رفتاری است. برای مثال باتلر و همکاران [۱۱] دریافتند که ۶ ماه پس از اتمام دوره درمان، درمان شناختی رفتاری نسبت به رفتار درمانی،

1. anxious apprehension
2. hyperarousal
3. life satisfaction

۱۳۹۵ دانشگاه‌های نیشابور بودند، که از بین مراجعه‌کنندگان به مرکز مشاوره دانشگاه انتخاب شدند. حجم نمونه ۴۵ نفر بود که از بین مراجعه‌کنندگان به مرکز مشاوره دانشگاه به شیوه نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و سپس به روش تصادفی در سه گروه ۱۵ نفری گروه آدلری، گروه شناختی رفتاری و گروه کنترل قرار گرفتند. ملاک‌های ورود: ۱. گرفتن نمره حداقل ۴۵ در پرسشنامه حالت نگرانی پن؛ ۲. داشتن ملاک‌های اختلال اضطراب منتشر و ملاک‌های خروج به پژوهش عبارت بودند از: عدم دریافت هرگونه درمان روان‌شناختی در یک سال اخیر. ۲. رد کردن شرایط زیستی و جسمانی تأثیرگذار در اختلال (مثلاً تیروئید و سایر). ۳. مصرف نکردن داروهای روان‌گردان سه ماه پیش از آغاز درمان. به منظور جمع‌آوری اطلاعات، در این پژوهش آزمودنی‌ها در یک کاربندی با ۳ گروه قرار گرفتند. گروه نخست، گروه درمان آدلری، گروه دوم، گروه درمان شناختی رفتاری و گروه سوم، گروه کنترل بود. نخست طی جلسه‌ای با هر سه گروه ملاقاتی انجام شد و هر سه گروه نخست پرسشنامه اضطراب حالت-صفت اشپیل برگر به‌عنوان پیش‌آزمون را تکمیل کردند و سپس گروه‌های آزمایش به مدت ۱۰ جلسه هفتگی (هر جلسه ۹۰ دقیقه) تحت درمان قرار گرفتند. گروه کنترل نیز در این مدت هیچ‌گونه درمان دارویی یا روان‌شناختی دریافت نکردند. در پایان درمان نیز، اعضای دو گروه آزمایش و گروه کنترل مجدداً پرسشنامه اضطراب حالت-صفت اشپیل برگر را به‌عنوان پس‌آزمون تکمیل کردند. سپس به‌منظور پی‌گیری بعد از سه ماه مجدداً تمام اعضای گروه‌های درمان آدلری و شناختی رفتاری و گروه کنترل پرسشنامه اضطراب حالت صفت را تکمیل کردند. به‌منظور رعایت مسائل اخلاقی بعد از تمام پژوهش به گروه گواه نیز جلسات درمانی پیشنهاد شد.

ابزارها

۱. پرسشنامه اضطراب حالت-صفت اشپیل برگر (STAI)^۱: سیاهه حالت-صفت اشپیل برگر فرم Y [۲۶] بر اساس تمایز نظری بین حالت و صفت اضطراب تدوین شده است. STAI دارای ۲۰ آیتم برای ارزیابی احساس شخص در حال حاضر (حالت اضطراب) و ۲۰ آیتم برای ارزیابی این نکته است که شخص به‌طور کلی چه احساسی دارد (صفت اضطراب). اعتبار بازآزمایی برای مقیاس صفت اضطراب ۷۳ درصد تا ۸۶ درصد است. مقیاس حالت اضطراب که فرض

رفتار کردن به گونه‌ای خاص، سبک زندگی مراجع را به خوبی روشن سازد و بدین شیوه باورهای اساسی مراجع و تأثیر آن‌ها بر سبک زندگی‌اش را به چالش بکشد [۱۷]. بستر، سانستی گارد و روبرتسون [۲۳] در بررسی اثر سه وظیفه آدلری بر زندگی مراجعان مضطرب دریافتند که استفاده از تشویق و دلگرمی، تأکید بر نقاط قوت و احساس اجتماعی و همچنین کار باعث می‌شود منابع مقابله‌ای مراجعان گسترش پیدا کند و خودمراقبتی و رضایت‌مندی کلی آن‌ها افزایش یابد. مک کارتن و تورتوریس [۲۴] درمان آدلری را روشی برای گسترش منابع مقابله محافظتی برای مراجعان مضطرب مورد بررسی قرار دادند. آن‌ها دریافتند که مشاوره آدلری به طور صریح و آشکار به مراجع کمک می‌کند منابع مقابله حفاظتی از قبیل اعتمادبه‌نفس، خودکنترلی، خودپذیرشی و دیگر پذیرشی به دست آورند. یافته‌های پژوهش‌های داخلی در حوزه مداخله آدلری برای جمعیت‌های ناهمسان مراجعان در همه سنین و زمینه‌های گوناگون، سودمندی و اثربخشی این رویکرد را نشان می‌دهد. به‌طوری‌که هاشمی، عزیزاده، پزشکی و سهیلی [۲۵] در پژوهش خود نشان داد که روان‌درمانی آدلری در کاهش مشکلات کارکردی کودکان بیش‌فعال مؤثر بوده است. به‌طور کلی و با توجه به بررسی‌های صورت گرفته در کشور ما پژوهشی مبنی بر اثربخشی درمان آدلری بر GAD صورت نگرفته بود. از این رو نمی‌توان نتایج حاصل بیماران خارجی را به بیماران داخل کشورمان تعمیم داد. بنابراین، با توجه به اینکه درمان شناختی رفتاری تنها از طریق مداخله‌های کلامی و رفتاری به دنبال بهبودی هستند اما در مقابل درمانگران آدلری علاوه بر توجه به تغییر فرایندهای شناختی اساسی بر انطباق و ارتباط علائم با شیوه زندگی مراجع نیز تأکید می‌کنند. از این رو، اهمیت انجام پژوهشی در این زمینه محسوس بود. به عبارتی، با وجود آنکه اثربخشی درمان‌ها می‌تواند ناشی از یکپارچگی مفاهیم و فنون کلیدی آن رویکردها باشند، بررسی تفاوت‌های موجود بین دو رویکرد می‌تواند جایگاه تأثیرات درمانی آن‌ها را در درمان مراجعان اضطرابی روشن‌تر سازد. بنابراین پژوهش حاضر درصد پاسخ‌گویی به این سؤال بود که آیا بین تأثیر درمان آدلری و شناختی رفتاری بر کاهش شدت علائم بالینی اختلال اضطراب منتشر تفاوتی وجود دارد.

مواد و روش‌ها

این تحقیق به لحاظ هدف، کاربردی و به لحاظ روش، نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و پی‌گیری با گروه کنترل بود. جامعه آماری مطالعه شامل تمامی دانشجویان سال

1. State_ Trait Anxiety Inventory

درصد است که نشان می‌دهد پاسخ‌ها در طول زمان ثابت باقی می‌ماند. همچنین این پرسشنامه شواهدی از اعتبار همگرا و واگرا را نشان می‌دهد به طوری که با دیگر ابزارهای نگرانی همبستگی بالاتری نسبت به ابزارهای اضطراب و افسردگی دارد. [۲۸] در ایران نیز مطالعه‌ای روی ۴۲۴ دانشجوی ویژگی‌های روان‌سنجی این پرسشنامه بررسی شد و نتایج نشان داد که پایایی نسخه فارسی PSWQ با استفاده از روش‌های همسانی درونی و آزمون-بازآزمون با فاصله ۱ ماهه قابل توجه بود. همچنین در این مطالعه همبستگی معناداری از نمرات پرسشنامه با نمرات پرسشنامه اضطراب صفت و افسردگی اعتبار مطلوبی را برای این پرسشنامه نشان داد [۲۹].

شیوه درمان: محتوای جلسات درمانی آدلری بر اساس کتاب ارزیابی و درمان سبک زندگی به شیوه آدلری [۳۲] در جدول شماره ۱ و محتوای جلسات درمانی شناختی رفتاری بر اساس کتاب نگرانی و اضطراب [۳۳] در جدول ۲ ذکر شده است.

شده است غالباً ناستوار است، اعتبار باز آزمایی کمی در حدود ۰/۵۴ درصد تا ۰/۱۶ درصد دارد. مهرا [۲۷] بر اساس روش الفای کرونباخ و با مطالعه ۶۰۰ آزمودنی بهنجار، اعتبار ۰/۹۱ را برای مقیاس حالت اضطراب و اعتبار ۰/۹۰ را برای صفت اضطراب به دست آورد. همچنین او برای مطالعه‌ی روایی از شیوه ملاکی هم‌زمان استفاده کرد و روایی ابزار تأیید شد.

۲. پرسشنامه حالت نگرانی پن (PSWQ): این پرسشنامه دارای ۱۶ گویه است که برای ارزیابی تمایل به پرداختن به نگرانی افراطی و غیرقابل کنترل کاربرد دارد. پاسخ به سؤالات پرسشنامه در لیکرت ۵ درجه‌ای است، به هر سؤال ۱ (اصلاً صادق نیست) تا ۵ (بسیار صادق است) تعلق می‌گیرد. پرسشنامه حالت نگرانی پن دارای همسانی درونی بالا (الفای کرونباخ ۸۶ درصد تا ۹۵ درصد) است که نشان می‌دهد گویه‌ها به شیوه‌های همسان پاسخ داده می‌شوند. همچنین این پرسشنامه دارای پایایی آزمون-بازآزمون ۹۳ درصد تا $r = ۷۴$

جدول ۱. برنامه درمانی به شیوه آدلری برای بیماران GAD

جلسه	محتوی درمان
اول	برقراری رابطه توأم با همکاری و مشارکت و اجرای پیش‌آزمون
دوم	بیان قوانین و مقررات گروه، تبیین درمان ادلری و تشریح منطق درمان
سوم	سنجش سبک زندگی، درک مجموعه و جو خانواده و بررسی خاطرات قدیمی
چهارم	برملا کردن باورها، اهداف و رفتارهایی سبک زندگی مراجع
پنجم	ترغیب دید عمیق و همه جانبه، بررسی منطق شخصی، ارزیابی تکالیف زندگی
ششم	استفاده از تکنیک‌های مواجهه، قاب‌گیری مجدد، خلق معنا و درک
هفتم	تغییر اهداف نادرست، تمرین تکنیک‌های متناقض
هشتم	بازجهت دهی با استفاده از تکنیک‌های دلگرم کننده و منطقی بودن
نهم	بازآموزی از طریق طوری عمل کن انگار که، مچ خود را گرفتن و ...
دهم	مرور کارهای انجام شده و اجرای پس‌آزمون

جدول ۲. برنامه درمانی به شیوه شناختی رفتاری برای بیماران GAD

جلسه	محتوی درمان
اول	برقراری رابطه و اجرای پیش‌آزمون
دوم	توضیح الگوی درمان شناختی رفتاری و منطق درمان
سوم	آموزش شناسایی افکار شناختی، کار با افکار خودآیند، پر کردن برگه یادداشت افکار ناسالم
چهارم	بررسی تحریف‌های شناختی ارائه برگه کشف نیمرخ اضطرابی
پنجم	دسته‌بندی باورهای ناکارآمد، به چالش کشیدن باورهای ناکارآمد از طریق گفتگوی سقراطی
ششم	آموزش تن آرامی و جرئت آموزی، ارائه برگه‌های سود و زیان
هفتم	شناسایی نوع نگرانی‌ها، ترسیم و تشریح مدل نگرانی
هشتم	اصلاح خطاهای شناختی، جایگزینی افکار اضطرابی با تفکر بهنجار
نهم	استفاده از تفسیرهای جایگزین، تمرین رویکرد عادی‌سازی
دهم	مرور کارهای انجام شده و اجرای پس‌آزمون

یافته‌ها

در ویژگی‌های جمعیت شناختی، از نظر جنسیت (۶۷ درصد) آزمودنی‌ها را زن‌ها و (۳۳ درصد) آزمودنی‌ها را مردان تشکیل دادند که محدوده سنی آن‌ها بین ۱۸ تا ۴۰ سالگی بود. به طوری که ۶۳ درصد در گروه سنی ۱۸ تا ۲۵ سال، ۲۷ درصد در گروه سنی ۲۵ تا ۳۰ سال، ۷ درصد در گروه سنی ۳۰ تا ۳۵ سال و ۳ درصد در گروه سنی ۳۵ تا ۴۰ سال در این پژوهش شرکت داشتند. در جدول ۳ میانگین و انحراف معیار نمرات اضطراب حالت - صفت آزمودنی‌های سه گروه را در سه مرحله نشان می‌دهد.

برای بررسی معناداری تفاوت میانگین‌های سه گروه، از آزمون تحلیل واریانس مختلط استفاده شد. پیش‌فرض‌های مربوط به آزمون تحلیل واریانس مختلط توزیع داده‌ها در هر دو متغیر اضطراب حالت در پیش‌آزمون ($Z=0/09, p>0/05$)، پس‌آزمون ($Z=0/1, p>0/05$) و پیگیری ($p>0/05$)، $Z=0/09$ و اضطراب صفت در پیش‌آزمون ($p>0/05$)، $Z=0/14$ ، پس‌آزمون ($Z=0/13, p>0/05$) و پیگیری ($Z=0/08, p>0/05$) رعایت شده است. همچنین همگنی واریانس‌ها با استفاده از آزمون لوین بررسی و مشخص شد این پیش‌فرض نیز برای اضطراب حالت در پیش‌آزمون ($p>0/05$)،

پس‌آزمون ($F=0/166, p>0/05$)، پس‌آزمون ($F=0/23, p>0/05$) و پیگیری ($F=0/95, p>0/05$) و اضطراب صفت در پیش‌آزمون ($F=1/34, p>0/05$) و پس‌آزمون ($F=0/74, p>0/05$)، پیگیری ($F=1/27, p>0/05$) رعایت شده است.

نتیجه اجرای آزمون تحلیل واریانس برای علائم اضطرابی در جدول ۴ ارائه شده است. در این بخش زمان و عامل به‌عنوان متغیرهای اصلی اول و تعامل زمان و گروه به‌عنوان متغیر اصلی دوم و تعامل زمان*عامل*گروه به‌عنوان متغیر اصلی سوم تجزیه و تحلیل شدند. نتایج حاصل از اجرای تحلیل برای مؤلفه زمان نشان دهنده معنادار بودن F به دست آمده در سطح $0/05$ است ($F=3/48, p<0/05, \eta^2=0/21$) اما این میزان برای مؤلفه عامل معنادار نشده است ($\eta^2=0/21$)، $F=3/48, p<0/05$. همچنین با وارد کردن تعامل زمان و گروه به تحلیل مشخص شد که در این بخش نیز اثربخشی مداخلات انجام شده بر گروه‌های آزمایش معنادار نشده‌اند ($F=1/08, p>0/05, \eta^2=0/07$). از سوی دیگر با وارد کردن تعامل زمان*عامل*گروه به تحلیل نتایج نشان داد که این تعامل در سطح $0/05$ معنادار شده است ($\eta^2=0/25$)، $F=4/54, p<0/05$

جدول ۳. میانگین و انحراف استاندارد نمرات پیش/پس و پیگیری متغیرهای پژوهش به تفکیک گروه و زمان ($p<0/05$)

متغیر	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری	
	M	SD	M	SD	M	SD
آدلری	۵۵/۶۰	۷/۳	۴۵/۲۰	۷/۳۴	۴۸/۲۰	۹/۰۶
اضطراب حالت	۵۴/۷	۵/۲۲	۵۱/۷	۶/۳۶	۵۱/۵	۷/۸۷
کنترل	۵۰/۳۰	۹/۷۷	۵۵/۲۰	۷/۳۳	۵۲/۵۰	۷/۳۳
آدلری	۵۵/۱۰	۷/۴۶	۴۶/۲۰	۷/۶۵	۴۷/۹۰	۸/۸۶
اضطراب صفت	۵۵/۷۰	۵/۳۷	۵۲/۳۰	۷/۰۲	۵۰/۷۰	۵/۵۷
کنترل	۵۴/۲۰	۹/۵۴	۵۴/۶۰	۱۰/۱۸	۵۱/۰	۹/۴۱

جدول ۴. نتایج تحلیل واریانس مختلط برای شدت علائم اضطراب ($p<0/05$)

منبع	Wilks' Lambda	F	df	Sign	Eta
زمان	۰/۷۸	۳/۴۸	۲	۰/۰۴	۰/۲۱
زمان*گروه	۰/۸۸	۰/۸۱	۴	۰/۵۱	۰/۰۵
عامل	۰/۹۹	۰/۰۳	۱	۰/۸۴	۰/۰۰۱
عامل*گروه	۰/۹۲	۱/۰۸	۲	۰/۳۵	۰/۰۷
زمان*عامل*گروه	۰/۵۴	۴/۵۴	۴	۰/۰۰۳	۰/۲۵

جدول ۵. نتایج اثر درون آزمودنی برای شدت علائم اضطراب ($p < 0.05$)

منبع	مجموع مجذورات	df	مجذور میانگین	F	sign	η^2
زمان	۱۸۳/۶۱	۱/۸	۱۰۱/۷۹	۳/۶	۰/۰۳	۰/۱۱
زمان*گروه	۹۶/۸۵	۳/۶	۲۶/۸۴	۰/۹۵	۰/۴۴	۰/۰۶
عامل	۰/۳۵۶	۱	۰/۳۵۶	۰/۰۳	۰/۸۴	۰/۰۰۱
عامل*گروه	۲۰/۳۱	۲	۱۰/۱۵	۱/۰۸	۰/۳۵	۰/۰۷

جدول ۶. نتایج آزمون تعقیبی توکی برای مقایسه میزان اثربخشی مداخلات بر شدت علائم اضطراب ($p > 0.05$)

منبع پراش	تفاوت میانگین‌ها	معناداری
کنترل * شناختی رفتاری	۰/۲	۰/۹۹
کنترل * آدلری	۳/۲۶	۰/۴۴
آدلری * شناختی رفتاری	۳/۰۶	۰/۴۸

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از انجام پژوهش حاضر، مقایسه تأثیر درمان آدلری و درمان شناختی-رفتاری بر کاهش شدت علائم در دانشجویان مبتلا به اضطراب منتشر بود. نتایج حاصل از پژوهش نشان داد که تفاوت معناداری بین دو گروه آزمایشی آدلری و شناختی رفتاری در زمینه تأثیر بر کاهش شدت علائم در افراد مبتلا به اضطراب فراگیر که این دو درمان را تجربه کرده بودند، وجود ندارد. هر چند که اثربخشی درمان آدلری بیشتر بود، اما به لحاظ آماری تفاوتی با گروه شناختی رفتاری مشاهده نشد. اگر چه بررسی دیگری که میزان اثربخشی این دو درمان را مورد مقایسه قرار داده باشند یافت نشد، اما نتایج به دست آمده از پژوهش حاضر در مورد اثربخشی کم درمان شناختی رفتاری با تعدادی از مطالعات که میزان اثربخشی پایین این درمان را در اختلال اضطراب منتشر نشان می‌دهد (بین ۳۰ تا ۵۰ درصد) همخوانی دارد. دوره‌ام [۱۲] در یک آنالیز مجدد داده‌ها که از ۶ پژوهش درمان شناختی رفتاری برای اختلال اضطراب منتشر به دست آمده بود، میزان بهبودی ۴۰ درصد را گزارش کردند. همچنین نتایج به دست آمده از بررسی آرنتنز [۳۴] که تأثیر شناخت درمانی را بر اضطراب منتشر بررسی کرد، نشان می‌دهد میزان بهبودی ناشی از این درمان در اختلال اضطراب منتشر تنها ۳۵ درصد است. ولز [۱۵] و چامبلز [۱۶] نیز در پژوهش‌های خود نتایج مشابهی را مطرح ساختند. در ایران نیز صفوی شاملو و همکاران [۳۵] همخوان با نتایج پژوهش حاضر، عدم اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر اختلال اضطراب منتشر را گزارش کردند. در تبیین نتیجه به دست آمده می‌توان مطرح کرد که با توجه به اینکه درمان شناختی رفتاری تنها از طریق مداخله‌های کلامی و رفتاری به دنبال

جدول ۵ نشان دهنده آثار درون/ برون آزمودنی برای متغیر شدت علائم اضطراب است. با توجه به این جدول مشاهده می‌شود که اثر درون آزمودنی برای مؤلفه زمان در سطح ۰/۰۵ معنادار شده است ($F=۳/۶$ ، $p < 0.05$ ، $\eta^2=0.11$). همچنین اثر درون آزمودنی برای تعامل زمان*گروه بررسی شد که نتایج نشان داد این اثر معنادار نشده است ($F=۰/۰۶$ ، $p > 0.05$). همچنین مشخص شد که اثر درون آزمودنی برای مؤلفه عامل در سطح ۰/۰۵ معنادار نشده است ($F=۰/۹۵$ ، $p > 0.05$). همچنین اثر درون آزمودنی برای تعامل عامل*گروه بررسی شد که نتایج نشان داد این اثر نیز معنادار نشده است ($F=۰/۳۵۶$ ، $p > 0.05$ ، $\eta^2=0.001$). همچنین اثر درون آزمودنی برای تعامل عامل*گروه بررسی شد که نتایج نشان داد این اثر نیز معنادار نشده است ($F=۰/۳۵۶$ ، $p > 0.05$ ، $\eta^2=0.001$). نتایج به دست آمده از جدول‌های ۴ و ۵ بیانگر این هستند که برای متغیر شدت علائم اضطراب میانگین نمرات در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری به صورت معناداری با هم متفاوت هستند اما در بعد گروهی تفاوت چشمگیری مشاهده نمی‌شود. برای مقایسه نتایج به دست آمده در دوره‌های مختلف اجرای آزمون روی اعضای گروه‌های آزمایش از آزمون‌های تعقیبی استفاده شد. با توجه به اینکه معتبرترین آزمون تعقیبی برای این تحلیل، آزمون توکی HSD است، نتایج مربوط به این آزمون در جدول ۶ ارائه شده است.

نتایج بررسی‌ها نشان می‌دهد که تفاوت بین پیش‌آزمون با میانگین نتایج اجرای آزمون در پس‌آزمون و پیگیری معنادار نشده است ($p > 0.05$). این به معنای تأیید نشدن فرضیه پژوهشگر مبنی بر تفاوت معنادار اثربخشی درمان آدلری و درمان شناختی رفتاری بر بهبود علائم بالینی اضطراب فراگیر در اعضای گروه‌های آزمایش در مقایسه با گروه کنترل است.

رویکرد را نشان می‌دهد [۲۸]. در تبیین یافته حاضر می‌توان گفت که افراد مبتلا به اختلال اضطراب منتشر، جنبه‌هایی از واقعیت را برای حفظ کارآمدی و عزت‌نفس، از طریق اجتناب از ارزیابی‌های آشکار کننده، تحریف یا انکار می‌کنند [۲۱]. هدف درمان آدلری این است که به افراد کمک کند تا با اصلاح اهداف اشتباه و منطق غلط به دیدگاهی عینی از واقعیت دست یابند [۲۴]. بنابراین، مداخله آدلری تأکید دارد، درمانگران بایستی مراجع را با منطق خصوصی که برگرفته از سبک زندگی نامناسبی است، آشنا کنند و سپس به مراجع کمک شود با آگاهی نسبت به الگوهای خودویرانگر بتواند آن‌ها را تغییر دهد تا از طریق تفسیرها و بازجهت دهی‌های درمانگر به مراجع کمک شود تا چشم دیگرش را باز کند و او اجازه یابد مسائل را به گونه‌ای متفاوت‌تر، واضح‌تر و امیدوارانه‌تر نگاه کند. با توجه به اینکه نتیجه حاصل از پژوهش نیز نشان می‌دهد، عناصر فرایند درمان آدلری توانسته‌اند شدت علائم را در دانشجویان مبتلا به اضطراب منتشر کاهش دهند. از این‌رو با توجه به گستردگی تأثیرات منفی اضطراب بر زندگی دانشجویان استفاده از رویکرد آدلری در ارتباط با درمان دانشجویان مضطرب پیشنهاد می‌شود. از جمله محدودیت‌های پژوهش می‌توان به محدود بودن پژوهش به جامعه دانشجویی اشاره کرد. بنابراین پیشنهاد می‌شود در مطالعات بعدی با استفاده از گروه‌های سنی مختلف پژوهش‌هایی انجام شود.

تشکر و قدردانی

بدین‌وسیله از مراکز مشاوره دانشگاه‌های نیشابور، به‌ویژه دانشگاه آزاد اسلامی واحد نیشابور تشکر و قدردانی می‌کنیم.

References

- [1]. Eaglesona CI, Hayesb SR, Mathews AD, Permand GM, Hirscha CR. The power of positive thinking: Pathological worry is reduced by thought replacement in Generalized Anxiety Disorder. *Behav Res Ther.* 2016; (78): 13-18.
- [2]. Vahidi-Motlagh L, Kajbaf MB, Salehzadeh M. The effectiveness of cognitive-behavioral and religious cognitive therapy on anxiety in students. *J BehavSci* 2011; 5(3): 195-210. [in Persian].
- [3]. Rahimian-Boogar, I. The Predictive Role of Happiness, Optimism and Demographical Status in Engagement in Health-related. *Behaviors. Knowledge& Health.* 2014; 8(1):17-23.
- [4]. Witchmen H-U, Zhao S, Kessler RC et al RC, Fisher PL, Dow MGT, Sharp D, Power KG, Swan JS. Cognitive behavior therapy for good prognosis and poor prognosis generalized anxiety disorder, A clinical effectiveness study. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 1999; (11):145-157.
- [5]. Barlow, DH. *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic* (2nd ed). New York: Guilford Press. 2002.
- [6]. Robichaud M. Generalized Anxiety Disorder: Targeting Intolerance of Uncertainty. In: Simos G, Hofman SG, editor. *CBT for Anxiety Disorders: A Practitioner Book*. Chichester: Wiley. 2013; 57-85.
- [7]. Dugas M, Robichaud M. Cognitive-behavioral treatment for generalized anxiety disorder: from science to practice. Akbarv, M. Tehran. Emissions Arjmand; 2007.[in Persian].
- [8]. Wells A. *Cognitive therapy of anxiety disorders: A practice manual and conceptual guide*. Chichester, UK: Wiley; 1997: 80-95.
- [9]. Gould RA, Otto MW, Pollack MH, Yap L. Cognitive behavioral and pharmacological treatment of generalized anxiety disorder: A preliminary meta-analysis. *BehavTher.* 1997; (28): 285-305.
- [10]. Hawton K, Salkovskis K, Clark K. *Cognitive-behavioral treatment for psychiatric problems: Translated by: Farmand.A; Arjmand.2015.*
- [11]. Butler G, Fennel M, Robson D, Gelder M. Comparison of behavior therapy and cognitive behavior therapy in the treatment of generalized anxiety disorder. *Journal of Consulting and clinical Psychology*, 1991; 59(1): 167-75.
- [12]. Durham RC, Allan T. Psychological treatment of generalized anxiety disorder: A review of the clinical significance of results in outcome studies since 1980. *British Journal of Psychiatry*, 1993; (163): 19-26.
- [13]. Ladouceur R, Dugas M, Freestone MH, Leger E, Gagnon F, Thibodeau N. Efficacy of cognitive behavioral treatment for generalized anxiety disorder: Evaluation in

- a controlled clinical trial. *J Consult and ClinPsycholo.* 2007; 68(6): 975-964.
- [14]. Dehshiri GH. Effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy on Anxiety and Worry in generalized anxiety disorder. *Journal of Clinical Psychology.* 2011; 14(2): 19-27. [in Persian].
- [15]. Wells A. *Cognitive therapy of anxiety disorders: A practice manual and conceptual guide.* Chichester, UK: Wiley; 1997: 80-95.
- [16]. Chambless DL, Gllis MM. Cognitive therapy of anxiety disorder. *Journal of counseling and clinical psychology,* 1993; 66-248.
- [17]. Watts, R.E (Ed.) *Adlerian, Cognitive, and constructive therapies: An integrative dialogue.* New York: Springer.2003a.
- [18]. Dinkmeyer D, Jr, Sperry L. *Counseling and psychotherapy: An integrated, Individual Psychology approach* (3rd ed.). Upper Saddle River, NJ: Merrill/Prentice Hall; 2000.
- [19]. Ellenberger, H. *The discovery of the unconscious: The history and evolution of dynamic psychiatry.* New York: Basic Books.1970.
- [20]. Oberst U.E, Stewart A.E. *Adlerian Psychotherapy: An advanced approach to individual psychology* New York: Brunner/Routledge; 2011.
- [21]. Mosak, H.H. *Adlerian psychotherapy.* In R.J. Corsini & D. Wedding (Eds.), *Current psychotherapies.* (6th ed., pp. 54-98). Itasca, IL: F. E. Peacock; 2000.
- [22]. Mosak H.H, Maniaci M. POberst. Ursula. Corsini, R.I. & D. Wedding (Eds), *Adlerian Psychotherapy And Current Psychotherapise.* Belmont, CA: Brook/Cole; 2008.
- [23]. Bitter J.R, Sonstegard M.A, Robertson P.E. *Universal tasks and the meaning of life: Applications to daily Living and professional practice.* In *Adlerian Society of the United Kingdom and the Institute for Individual Psychology(ED). Adlerian Yearbook 2002* (87-104) London:Author.
- [24]. McCarthy C.J, Tortorice M.K. *Adlerian counseling as a way to develop coping preventive resources.* *Journal of Individual Psychology.* 2005; 61(4): 299-313.
- [25]. Hashemi Sh, Alizadeh M.H, Pezeshk Sh, Soheili F. The effectiveness of adlerian parent training on executive functions in children with attention deficit/hyperactivity disorder. *Advances in Cognitive Scieince.* 2017; 18(4):88-99 [in Persian]
- [26]. Speilberger CD, Gorsuch R.L, Lushene R. *Manual for the state-trait anxiety inventory.* Palo Alto, CA: Consulting Psychology Press. 1983
- [27]. Mahram B, *Standardization of Speilberger anxiety test in Mashhad.* Tehran: Allameh Tabatabayi University. Dissertation. 1997. [in Persian]
- [28]. Molina S, Borkovec TD. *The Penn State Worry Questionnaire: Psychometric properties and associated characteristics.* In Davey GCL, Tallis F, editor. *Worrying: Perspectives on theory, assessment, and treatment.* Oxford: John Wiley & Sons. 1994; 265-8
- [29]. Kamali S, Gharraee B, Birashk B. *The role of emotional schema in prediction of pathological Worry in Iranian Students.* *Procedia Soc Behav Sci.* 2013; 84(0): 994-98. [in Persian]
- [30]. Diener ED. *Subjective well-being: The science of happiness and a proposal for a national index.* *American Psychologist.* 2000; 55, 34-43.
- [31]. Bavani A, Ashor M, Godarzi H. *Validity and reliability of the Satisfaction with Life Scale.* *J Dev Psychol.* 2005.
- [32]. Daniel G, Eckstein; Roy M Kern. *Psychological fingerprints; lifestyle assessments and interventions.* Dubuque, Iowa: Kendall/Hunt, 2000.
- [33]. Clark D, Beck A. *The anxiety & worry;* Translated by: Rezaei F. The Arjmand Press; 2013.
- [34]. Arntz A. *Cognitive therapy versus applied relaxation as treatment of generalized anxiety disorder,* *Behaviour Research and Therapy,* 2003; (41): 633- 646.
- [35]. Safavi-shamloo M, Aghamohamadian-Shaerbafe, HRGhanbari-HashemAbadi, BA, HaghighatManesh, E. *Comparison of metacognitive therapy efficacy with cognitive behavior therapy in generalized anxiety disorder.* *Journal of Zabol University Medical Sciences* 2014; 5(4):43-54. [in Persian].
- [36]. Brown TA, Barlow DH, Liebowitz MR. *The empirical basis of generalized anxiety disorder.* *Am J Psychiatry.* 1994; (151): 1272-1280.
- [37]. Piero A, Fassina S, Massola T, Lanteri A, Daga GA, Fassino S. *A 12-month comparison of brief psychodynamic psychotherapy and pharmacotherapy treatment in subjects with generalised anxiety disorders in a community setting.* 2007; 22(8):530-9.
- [38]. Ebrahimi P, SanaeiZaker B, Nazari A.M. *Effectiveness of training relationship enhancement program on increasing intimacy in dual-career couples.* *Scientific Journal of Kurdistan University of Medical Sciences.* 2011; 16 (4):37-43. [in Persian].

The Comparison of Adlerian Treatment and Cognitive-Behavioral Therapy (CBT) on Reducing Symptoms in Students Suffering from Generalized Anxiety Disorder (GAD)

Hasan Mollanorouzi¹, Ali Issazadeghan^{2*}, Esmail Soleimani³

1. Ph.D. Student of Psychology, University of Urmia, Urmia, Iran
2. Associate Professor, Department of Psychology, University of Urmia, Urmia, Iran
3. Assistant Professor, Department of Psychology, University of Urmia, Urmia, Iran

Abstract

Background and Purpose The rate of anxiety in Iranian society is reported to be between 7% to 15%, while this rate among the university students is between 12% to 20%. The purpose of the present study is to compare the Adlerian Treatment and Cognitive-Behavioral Therapy (CBT) on reducing symptoms in students suffering from generalized anxiety disorder (GAD)

Materials & Methods The current research was conducted using a semi-experimental pre-test and post-test design with follow-up process. Among the students who referred to the counseling centers of the Universities in Neyshabour, based on the generalized anxiety criteria, 45 subjects have been chosen randomly (in 1395) and assigned to three Adlerian, Cognitive-Behavioral, and control groups (15 subjects in each group). The data were collected through State-Trait Anxiety Inventory (STAI) and then were analyzed using software SPSS mixed Variance Analysis, two-way Analysis of Covariance (ANCOVA), and one-way Analysis of Covariance. Based on the generalized anxiety criteria, 45 subjects have been chosen randomly (in 1395) and assigned to three Adlerian, Cognitive-Behavioral, and control groups (15 subjects in each group).

Findings There was no significant difference demonstrated between Adlerian and Cognitive-Behavioral groups in terms of reducing the severity of symptoms in students with generalized anxiety that experienced these two treatments ($P>0.05$). There was no significant difference observed with cognitive behavioral group statistically. On the other hand, the Adlerian intervention had a significant effect on reducing the severity of symptoms in students suffering from generalized anxiety ($P<0.05$), whereas no significant results were achieved through Cognitive-Behavioral Therapy ($P>0.05$).

Conclusion According to the results, it can be argued that Adlerian treatment is more effective than Cognitive-Behavioral approach in reducing the severity of symptoms in students with general anxiety; the Adlerian treatment was indicated to be more stable.

Received: 2017/04/17

Accepted: 2018/03/10

Keywords: Adlerian treatment, cognitive-behavioral therapy, generalized anxiety