پژوهش در حیطه کودکان استثنایی/ سال نهم، شماره ۱، ۱۳۸۸ / ۳۴-۲۵
Research on Exceptional Children, 2009, Vol. 9, No. 1,25-34

تأثیر رفتار درمانی شناختی در کاهش اضطراب دختران نوجوان با اختلال اضطراب فراگیر

مرجان علیرضایی مطلق*[1]، زینب اسدی[2]

تاریخ دریافت: ۸۷/۲/۳۰ تجدید نظر: ۸۷/۵/۲۹ پذیرش نهایی: ۸۷/۶/۱

چکیده

هدف: این پژوهش به منظور بررسی اثر درمان‌شناختی – رفتاری در کاهش اضطراب دختران نوجوان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر انجام شده است. **روش**: آزمودنیهای پژوهش ۶۲ دختر۱۷-۱۵ سالهٔ مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر بودند که از طریق پرسشنامهٔ نگرانی پن استیت و مصاحبه تشخیصی به وسیله روان‌پزشک انتخاب و به‌طور تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه جای داده شدند. برای بررسی اثر درمان شناختی – رفتاری در کاهش اضطراب قبل و بعد از درمان شناختی – رفتاری از آزمون اضطراب کتل استفاده شد. داده‌های گردآوری‌شده با بهره گیری از آزمون آماری t و آمار توصیفی تحلیل شد. **یافته‌ها:** یافته‌های این پژوهش نشان داد که بین میانگین نمرات اضطراب آزمودنیها در گروه آزمایش و گواه قبل از درمان شناختی – رفتاری هیچ تفاوت معناداری وجود ندارد. در حالی‌که بعد از درمان شناختی – رفتاری نمرات اضطراب آزمودنیهای گروه آزمایش کمتر از گروه گواه بود. همچنین، بین میانگین نمرات اضطراب آزمودنیها در گروه آزمایشی در تست اضطراب کتل قبل و بعد از درمان شناختی – رفتاری تفاوت معناداری مشاهده شد. **نتیجه‌گیری**: درمان شناختی – رفتاری سبب کاهش اضطراب در دختران نوجوان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر می‌شود.

کلید واژه‌ها : اختلال اضطراب فراگیر، رفتار درمانی شناختی، نوجوانی، دختران

مقدمه

اختلالات اضطرابی شایع‌ترین اختلالات روان‌پزشکی در میان کودکان و نوجوانان هستند (کوستلو و همکاران ۱۹۹۶، اِسو،کانردت و پیترمن ۲۰۰۰، ورهولتسون و همکاران ۱۹۹۷) که با نواقص اجرایی[1] ارتباط دارند (کنی نوو همکاران ۲۰۰۴؛مک‌گِی، استنتون ۱۹۹۰،ورهولتس و همکاران ۱۹۹۷) و تا بزرگسالی باقی می‌ماند (فردیناندو، ورهولتس ۱۹۹۵، فردیناندو، ویزنیت ۱۹۹۵ پن، و همکاران ۱۹۹۸).

اختلال اضطراب فراگیر[2] یکی از مهم‌ترین مسائل مورد توجه سازمانهای بهداشت جهانی است. تعداد زیادی از پژوهشها در سراسر دنیا نشان داده‌اندکه اختلال اضطراب فراگیر در مقایسه با اختلال افسردگی ماژور، صدمات حرفه‌ای، فیزیکی و اجتماعی اساسی را در برمی‌گیرد(بلنگر و همکاران ۱۹۹۴،۲۰۰۱ APA[3]، کرمر و همکاران ۲۰۰۵، هونت و همکاران ۲۰۰۴، کسلر و همکاران ۲۰۰۵، سندرسون و آندروز ۲۰۰۲، ویتچین و همکاران ۲۰۰۰؛ سازمان بهداشت جهانی ۱۹۹۳ [4]).

از مشخصه‌های اصلی اختلال اضطراب فراگیر،

*۱- نویسنده رابط: کارشناس ارشد روان‌شناسی عمومی، تهران، راه آهن، سرپل جوادیه، جنب آموزش و پرورش منطقه ۱۶، ۵۵۶۴۵۱۹۷-۰۲۱
(Email: Marjan_Alirezai@yahoo.com)
۲- کارشناس ارشد مشاوره و راهنمایی،

[Downloaded from mail.joec.ir on 2026-10-19]
[DOR: 20.1001.1.16826612.1388.9.1.3.7]

حضور مداوم اضطراب و عصبانیت و نگرانی کنترل ناپذیر است و در طول مدت ۶ ماه، اکثر روزها، این حالت دیده می‌شود. علائم GAD عبارت‌اند از: بی‌قراری، پرخاشگری، انقباض عضلانی، خستگی و آشفتگیهای خواب و اشکال در تمرکز (APA۱۹۹۴؛ کستلر و همکاران ۲۰۰۵).

درمان دارویی مهم‌ترین درمان اختلال اضطراب فراگیر است. معمولاً برخی از ضدافسردگیها یا داروهایی مانند آنتی هیستامین‌ها[5] که تأثیرات جانبی مناسبی در کاهش اضطراب دارند، برای آرام‌بخشی بیمار استفاده می‌شوند(نوبل ۲۰۰۱).بنزودیازپینها[6] طبقه متداولی از داروهای ضداضطرابی هستند که با احتیاط به‌کار برده می‌شوند؛ زیرا مشکلاتی را در قضاوت فرد به‌وجود می آورند و باعث اعتیاد می شوند. به‌طور کلی برای اختلال اضطراب فراگیر سه نوع درمان مورد توجه است: الف – درمان دارویی؛ ب- تمرینات آرامش‌بخش[7] برای ماهیچه‌های اصلی بدن؛ ج-درمان شناختی رفتاری-[8] (مور و جفرسون ۲۰۰۴).

درمان شناختی – رفتاری تلاش هدفمند برای حفظ آثار تعدیل رفتار و تلفیق فعالیتهای شناختی جهت ایجاد تغییرات درمانی است (کندال ۱۹۹۳). در این رویکرد درمانی بر نقش شناخت در بروز تغییرات رفتاری و عاطفی تاکید می‌شود (بک و راسک ۱۹۷۹).درمان شناختی و رفتاری نوعی شیوه درمانی سازمان‌یافته کوتاه‌مدت و معطوف به مشکل است که هدف آن تعدیل شناختهای نادرست و غیرمنطقی است (داش و هرت۱۹۸۹).

پژوهشهای دورهم(۲۰۰۲)، چامبلس و گیلیس (۱۹۹۳)، بوتلر و همکاران (۱۹۹۱) پاورو همکاران (۱۹۹۰) لیندرزی و همکاران (۱۹۸۷) در درمان بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر نشان داد که درمانهای شناختی- رفتاری مؤثرتر و کارآمدتر از درمانهای دارویی هستند. این پژوهشگران به این نتیجه رسیدند که درمانهای شناختی- رفتاری برای درمان اختلال اضطراب فراگیر، تأثیر مطلوبی روی کاهش اضطراب و افکار نگران‌کننده می‌گذارد و آثار سودمند آن پس از یک دوره پیگیری ۶-۱۲ ماهه ادامه می‌یابد.

بورکووک و همکاران(۱۹۹۳) طی تحقیقی نشان دادند که شیوهٔ درمان شناختی – رفتاری همراه با آرمیدگی در مقایسه با درمان دارویی، اثر بهتری در کاهش اضطراب بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر دارد. در مجموع، به نظر می‌رسد که داروهای ضد اضطراب تا زمانی که مصرف دارو قطع نشده باشد، اختلال اضطراب فراگیر را به‌طور موقت تسکین می‌دهند، در حالی‌که شیوه های شناختی – رفتاری بهبود بادوام‌تری را ایجاد می‌کنند.

در پژوهشی که ابوالقاسمی(۱۳۸۲) انجام داده است، تأثیر جداگانه دارو درمانی، درمان شناختی – رفتاری و دارونما و درمانهای تلفیقی بر روی گروهی از بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر مورد بررسی قرار گرفته است. نتایج پژوهش نشان داد که درمان دارویی اثر سریعی در کاهش اضطراب دارد. درمانهای تلفیقی و دارونما نیز اثر مشابهی با درمان دارویی داشته‌اند. در حالی‌که در پژوهش‌های پیگیری، درمان شناختی – رفتاری مؤثرتر از دارودرمانی آثار این روش باثبات‌تر و پایدارتر از سایر درمانهاست. همچنین نتایج تحقیق مهر یار (۱۳۷۸) در درمان اختلال اضطراب فراگیر نشان داد که گروه درمانی شناختی- رفتاری نه تنها سطح اضطراب را کاهش می‌دهد، بلکه سبب کاهش افکار و نگرشهای ناسالم و بهبود روابط بین فردی می‌شود، در حالی‌که درمان با دارو فقط در کاهش سطح اضطراب مؤثر واقع شده است.

هدف از این پژوهش بررسی و مطالعهٔ اثر درمان شناختی رفتاری در کاهش اضطراب دختران نوجوان با اختلال اضطراب فراگیر است.

روش

در پژوهش حاضر روش مطالعه طرح تجربی حقیقی، با استفاده از آزمون مقدماتی و نهایی با گروه شاهد و گزینش تصادفی است.

[Downloaded from mail.joec.ir on 2026-10-19]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1388.9.1.3.7]

مصاحبه تشخیصی

نمونه مورد مطالعهٔ دختران نوجوان (۱۷-۱۵)سالهٔ مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر است که از سوی روان‌پزشک مرکز مشاوره رشد و با مصاحبه دقیق تشخیصی مطابق معیار هایDSM شناسایی شدند.

ابزارها:

پرسشنامه نگرانی پن استیت [۹]

پرسشنامه نگرانی پن استیت (PSWQ) نوعی ابزار خودسنجی برای تشخیص صفت نگرانی و شامل ۱۶ ماده است. این ماده‌ها برای دستیابی به ابعاد عمومیت، شدت و کنترل ناپذیری نگرانی مرضی طراحی شده‌اند. هر ماده روی یک مقیاس ۵ گزینه‌ای (۱= به هیچ وجه در مورد من صادق نیست تا۵= بسیار زیاد در مورد من صادق است)رتبه‌بندی می‌شود. PSWQ ویژگیهای روان سنجی بسیار مطلوبی دارد. سازگاری درونی ضریب آلفا برای این ابزار ۰/۹۴ گزارش شده و از نظر روایی نیز این ابزار به خوبی می‌تواند بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر را از بیماران افسرده جدا کند. افزون بر این، روایی سازه‌ای این ابزار در بررسیهای تحلیل عاملی به تأیید رسیده است(زینبارگ و بارلو۱۹۹۶؛فرسکو، هیم برگ و مین و تورک ۲۰۰۲).

پرسشنامه اضطراب کتل [۱۰]

در این پژوهش از آزمون اضطراب آرنولدبی کتل برای جمع آوری اطلاعات اضطراب در مرحله پیش و پس آزمون در هر دو گروه آزمایش و گواه استفاده شد.این آزمون براساس پژوهشهای گسترده‌ای فراهم شده و مؤثرترین ابزاری است که به‌صورت پرسشنامه کوتاهی در چهل ماده فراهم آمده است.پرسشنامه می‌تواند مکمل تشخیص بالینی باشد. این مقیاس را می‌توان برای زن و مرد بعد از ۱۴ سالگی در اکثر فرهنگها به‌کار برد. مواد مقیاس اضطراب، اندازه‌گیری را در سطح پنج عامل شخصیت فراهم کرده است. عوامل مذکور از همبستگیها و عامل کردن ۱۶ عامل شخصیت به شکل یک عامل، مرتبه دوم اضطراب ساخته شده است.پنج عامل مقیاس عبارت‌اند از: گرایش به گنهکاری، تنیدگی،فقدان هوشیاری به خود، ضعف من،گرایش به پارانویایی.همچنین مواد مقیاس به گونه‌ای طراحی شده‌اند که تمایز بین اضطراب پنهان و آشکار را ممکن می‌سازند. سازگاری درونی، ضریب آلفا برای این ابزار عبارت‌اند از: اضطراب آشکار ۰/۹۵، اضطراب پنهان ۰/۸۸ و اضطراب عمومی ۰/۸۳ و از نظر روایی، این ابزار به‌خوبی می‌تواند اضطراب عمومی را از اضطراب آشکار و پنهان مجزا سازد.

درمان شناختی – رفتاری

این روش درمانی به بیمار کمک می‌کند تا افکار منفی خود را شناسایی کند و آنها را مورد بررسی قرار دهد. این مهارت هسته اصلی CBT است. رویکرد شناختی – رفتاری عمدتاً براساس خودیاری استوار است و هدف درمانگر کمک به بیمار است تا بتواند مهارتهای لازم را نه تنها برای حل مسائل جاری، بلکه مسائل مشابه در آینده رشد دهد(هاوتون، ترجمه قاسم‌زاده ۱۳۸۰).

به‌طور کلی در پژوهش حاضر درمان شناختی – رفتاری شامل آموزش آرامش عضلانی وفنون توجه برگردانی (تمرکز بر یک شی، تمرکز بر خاطرات و خیال‌پردازیهای خوشایند، آگاهی حسی به محیط اطراف، انجام تمرینهای ذهنی و فعالیتهای جالب) جزء روشهای خود کنترلی بودند. همچنین شناسایی افکار منفی و آشنایی با پیامدهای رفتاری آن و رسیدن به این اعتقاد که این باورها تغییرپذیرند و روش‌های جرأت ورزی و ابراز وجود جزء روشهای حل مسئله شناختی و بازساخت‌دهی شناختی بودند .

درمان شناختی – رفتاری مطابق با الگوی فوق پس از ۲ ماه آموزش،۱۰جلسه که دو هفته اول، جلسات هفته‌ای دو روز و هفته‌های سوم تا هشتم، جلسات هفته‌ای یک روز به مدت ۱/۵ ساعت،با اهدافی مشخص بـرای گروه آزمایش به‌کـار بسته شد (مایکل،

[Downloaded from mail.joec.ir on 2026-10-19]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1388.9.1.3.7]

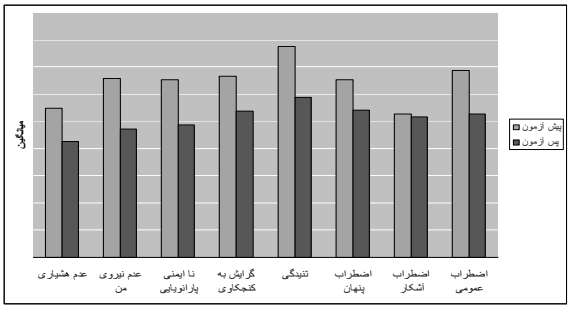
ترجمه صاحبی ۱۳۸۲).

در پژوهش حاضر، پس از تشخیص اختلال، اضطراب فراگیر،۳۱ نوجوان مبتلا به GAD در جایگاه گروه گواه و ۳۱ نوجوان مبتلا به GAD در جایگاه گروه آزمایش، پرسشنامه اضطراب کتل را پر کردند. سپس درمان شناختی – رفتاری روی گروه آزمایش انجام شد پس از پایان درمان،مجدداً پرسشنامه اضطراب کتل به هر دو گروه از آزمودنیها عرضه شد.

یافته‌ها

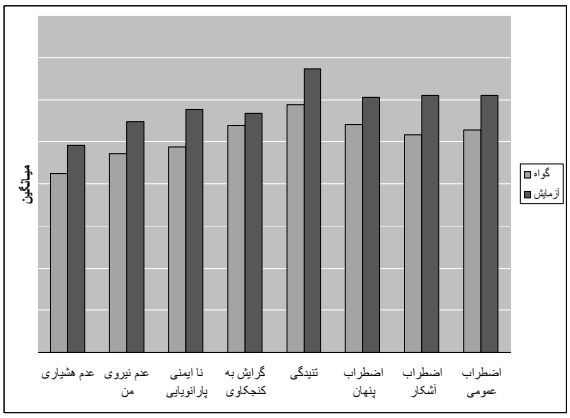
همه پرسشنامه‌های تکمیل‌شده از هردو مرحله قبل و بعد از درمان شناختی – رفتاری در هر دو گروه آزمایش و گواه نمره‌گذاری و پس از محاسبه میانگین نمرات برای مقایسه میانگینهای دو گروه آزمایش و گواه و مقایسه میانگینهای قبل و بعد از درمان شناختی – رفتاری گروه آزمایش از آزمون t مستقل استفاده شد . ابتدا نتایج در دو نمودار ارائه شده است.

در نمودار ۱، توزیع فراوانی از میانگینهای نمرات پنج مقیاس اضطراب کتل و اضطراب عمومی و اضطراب آشکار و پنهان نوجوانان گروه آزمایش قبل و بعد از درمان شناختی- رفتاری نشان داده شده است. همان‌طورکه نمودار نشان می‌دهد میانگین همهٔ مقیاسهای فوق قبل از درمان شناختی – رفتاری، بالاتر از میانگین آنها بعد از درمان شناختی – رفتاری است.



نمودار ۱- توزیع فراوانی از میانگینهای خرده مقیاس اضطراب کتل پیش و پس از درمان شناختی رفتاری گروه آزمایش

در نمودار ۲، توزیع فراوانی از میانگینهای نمرات پنج مقیاس اضطراب کتل و اضطراب عمومی و اضطراب آشکار و پنهان نوجوانان گروه آزمایش و گواه بعد از درمان شناختی– رفتاری آمده است. همان‌طورکه نمودار نشان می‌دهد، میانگین تمام مقیاس ها برای نوجوانان گروه آزمایش بعد از درمان شناختی – رفتاری کمتر از میانگین نمرات مقیاسها برای نوجوانان گروه گواه است؛ بنابراین درمان شناختی – رفتاری می‌تواند علاوه بر عامل اضطراب مقیاسهای تنیدگی،گرایش به گنهکاری، ناایمنی پارانویایی، عدم نیروی من و عدم هوشیاری به خود را کاهش دهد که این امر می‌تواند نتیجهٔ تغییر در ساختارهای شناختی و تجربه کردن رفتارهای جدید باشد.



نمودار ۲. توزیع فراوانی از میانگینهای خرده مقیاس اضطراب کتل گروه ازمایش و گواه

نتایج حاصل از جدول ۱ بیان کنندهٔ آن است که هیچ تفاوت معناداری بین میانگین نمرات اضطراب عمومی کتل قبل از درمان شناختی – رفتاری در گروه آزمایش با گروه گواه مشاهده نشده است. از آنجا که t مشاهده شده (t=۰/۰۷۶) در سطح p>۰/۰۵ از t بحرانی کوچک‌تر است، بنابر این آزمودنیها در هر دو گروه آزمایش و گواه اضطراب یکسانی را قبل از درمان شناختی – رفتاری تجربه می‌کردند.

[Downloaded from mail.joec.ir on 2026-10-19]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1388.9.1.3.7]

جدول۱- نتایج آزمونt برای مقایسه میانگی های نمرات اضطراب عمومی کتل قبل از درمان شناختی – رفتاری گروههای آزمایشی و گواه

آماره ها / مرحله	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد	درجه آزادی	نسبت t	سطح معناداری
گروه آزمایش	۳۱	۶۱/۰۳	۲/۷۷	۶۰	۰/۰۷۶	۰/۰۵
گروه گواه	۳۱	۶۰/۹۶	۴/۳۳			

نتایج حاصل از جدول ۲ بیان کنندهٔ آن است که تفاوت بین میانگین نمرات اضطراب عمومی کتل بعد از درمان شناختی – رفتاری در گروه آزمایش در مقایسه با گروه گواه ازنظر آماری معنادار است. همچنین t مشاهده شده(t=۸/۰۷) درسطح ۰/۰۵ >p از t بحرانی بزرگ‌تر؛ بنابراین اضطراب نوجوانان گروه آزمایش، بعد از درمان شناختی – رفتاری به‌طور معناداری کاهش یافته است؛ لذا درمان شناختی – رفتاری در کاهش اضطراب نوجوانان گروه آزمایش مؤثر بوده است.

جدول ۲- نتایج آزمونt برای مقایسه میانگینهای نمرات اضطراب عمومی کتل بعد از درمان شناختی – رفتاری گروههای آزمایشی و گواه

آماره ها / مرحله	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد	درجه آزادی	نسبت t	سطح‌معناداری
گروه آزمایش	۳۱	۵۲/۷۷	۴/۷۲	۶۰	۸/۰۷	۰/۰۵
گروه گواه	۳۱	۶۱/۷۷	۴/۰۲			

ارقام مندرج در جدول۳، بیان کنندهٔ این واقعیت است که تفاوت بین میانگینهای نمرات اضطراب عمومی کتل قبل و بعد از درمان شناختی – رفتاری در گروه آزمایش از نظر آماری، معنادار است. از آنجا که t مشاهده شده (t=۸/۴۰) در سطح۰/۰۵>p از t بحرانی بزرگ‌تر؛ بنابراین اضطراب نوجوانان گروه آزمایش بعد از درمان شناختی- رفتاری به‌طور معناداری کمتر شده است.

جدول۳- نتایج آزمونt برای مقایسه میانگینهای نمرات، اضطراب عمومی کتل قبل و بعد از درمان شناختی – رفتاری گروه آزمایش

آماره ها / مرحله	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد	درجه آزادی	نسبت t	سطح معناداری
قبل از CBT	۳۱	۶۱/۰۳	۲/۷۷	۶۰	۸/۴۰	۰/۰۵
بعد از CBT	۳۱	۵۲/۷۷	۴/۷۲			

بنابر این درمان شناختی – رفتاری می‌تواند در کاهش اضطراب نوجوانان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر مؤثر باشد.

بحث و نتیجه‌گیری

همان‌طورکه اشاره شد هدف اصلی این پژوهش، مطالعهٔ درمان شناختی – رفتاری در کاهش اضطراب دختران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر بود. در این باب دو گره آزمایش و گواه مورد مطالعه قرار گرفتند. با استفاده از پرسشنامه اضطراب کتل قبل و بعد از درمان شناختی – رفتاری میزان اضطراب اندازه‌گیری شد. نتایج پژوهش نشان داد که درمان شناختی – رفتاری سبب کاهش اضطراب دختران گروه آزمایش می‌شود. همچنین، پژوهشهای پیگیری پس از سه ماه

[Downloaded from mail.joec.ir on 2026-10-19]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1388.9.1.3.7]

نشان داد که دختران گروه آزمایش در مقایسه با گروه گواه، اضطراب کمتری را تجربه می‌کردند.

این یافته‌ها هم‌جهت با نتایج پژوهش لگیر و همکاران (۲۰۰۳) است. این پژوهشگران اثر درمان‌شناختی– رفتاری را در کاهش اضطراب نوجوانان ۱۴-۱۸ سالهٔ مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر مطالعه کردند. نتایج تحقیق نشان داد که درمان شناختی – رفتاری به‌طور مؤثر و بادوامی باعث کاهش اضطراب و کنترل افکار نگران‌کننده می‌شود و جلسات پیگیری ۱۲-۶ ماهه حکایت از کاهش چشمگیر اضطراب می‌دهد .

بیدرمن(۱۹۹۰) در پژوهشی نشان داد که درمان اضطراب در نوجوانان باید چندجانبه باشد. روان‌درمانی و مداخلات روانی- اجتماعی به تنهایی و یا همراه با دارو درمانی مفید هستند. در همین راستا (بوگلس و سی کلند ۲۰۰۶) همپوشی بین اضطراب والدین و کودکان و نوجوانان در یک خانواده را ۸۰ درصد اعلام کردند. این پژوهشگران طی تحقیقی نشان دادند که درمان شناختی – رفتاری به تنهایی می‌تواند اضطراب والدین و نوجوانان در یک خانواده را کاهش دهد. جلسات درمانی به گونه‌ای برنامه‌ریزی شده بود که کل خانواده با یکدیگر ارتباط داشتند. مبارزه با افکار منفی و استفاده از پاداش به منظور کنترل اضطراب کودکان و نوجوانان مهم‌ترین و موفق ترین اهداف درمان شناختی – رفتاری بودند.

تحقیقات فراوانی در زمینه اضطراب دانش آموزان دختر و پسر در ایران انجام شده است؛ برای مثال، باقری (۱۳۷۳) در پژوهشی اضطراب ۲۰۵ دانش آموز ۱۴- ۱۷ ساله را با استفاده از مقیاس اضطراب کتل اندازه‌گیری کرد. نتایج پژوهش نشان داد که میانگین اضطراب عمومی دانش آموزان دختر، بیشتر از پسران دانش آموز و میانگین اضطراب آشکار دختران از پسران کمتر است. همچنین، بنی زاده (۱۳۷۵) در پژوهشی نشان داد که اضطراب دختران سال آخر دبیرستان بیشتر از پسران است.

پژوهش حاضر با پژوهش بهروزی (۱۳۷۹) و امامقلی‌وند (۱۳۷۹) که اثر بخشی درمان شناختی – رفتاری را در کاهش اضطراب دختران دانش آموز بررسی کردند، همسو است. همچنین نورزنده جانی (۱۳۷۳) در پژوهشی درمان شناختی – رفتاری را در مقایسه با دارو درمانی در مبتلایان به اختلال اضطراب فراگیر مطالعه کرد. نتایج پژوهش نشان داد که درمان شناختی – رفتاری می‌تواند به‌طور چشمگیری اضطراب را کاهش دهد.

بهرامی و رضوان (۱۳۸۶) در پژوهشی رابطه بین افکار اضطرابی (اضطراب جسمانی – اجتماعی و فرانگرانی) با باورهای فرا شناختی (کنترل ناپذیری، مثبت بودن نگرانی و پرهیز از نگرانی) را در دانش آموزان دبیرستانی مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر مطالعه کردند. یافته‌ها نشان دادند که افکار اضطراب جسمانی و اضطراب اجتماعی دختران و پسران با باورهای فراشناختی کنترل ناپذیر بودن نگرانی رابطه دارد؛ یعنی هر چه فرد، بیشتر نگرانی را کنترل‌ناپذیر بداند بیشتر دچار اضطراب اجتماعی و اضطراب جسمانی می‌شود. همچنین، در دختران و پسران بین افکار اضطرابی فرانگرانی و باور فراشناختی کنترل ناپذیر بودن نگرانی رابطه وجود داشت؛ یعنی افراد هرچه بیشتر نگرانی را کنترل‌ناپذیز بدانند، بیشتر در مورد نگرانی خود نگران می‌شوند و دربارهٔ پسران و دختران بین باور فراشناختی پرهیز از نگرانی با فرانگرانی رابطه وجود داشت؛ یعنی هر چه بیشتر بر این باور باشند که نگرانی خطر ناک است و باید از آن پرهیز کنند، بیشتر دچار نگرانی می شوند.

با توجه به پژوهشهای فراوان پیشین و تحقیق حاضر به این نتیجه می‌رسیم که، درمان شناختی – رفتاری، تأثیر مهمی بر کاهش اضطراب دارد. از آنجا که نوجوانان ۱۷-۱۵ساله ی اکثراً نگران عملکرد تحصیلی و کنکور هستند، اضطراب بیشتری را تجربه می‌کنند و این اضطراب تأثیرات ناخوشایندی بر سلامت جسمی و روحی و پیشرفت تحصیلی آنها دارد؛

[Downloaded from mail.joec.ir on 2026-10-19]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1388.9.1.3.7]

بنابراین پیشنهاد شود که مشاوران مدارس، فنون شناختی – رفتاری را آموزش ببینند و به‌صورت گروهی در کنترل اضطراب دانش‌آموزان به‌کار گیرند. یکی از محدودیتهای پژوهش حاضر، تحقیق روی دختران و افت آزمودنی بود.

یادداشتها

1) functional deficiency
2) generalized anxiety disorder
3) American Psychiatric Association
4) world Health Organization
5) antihistamines
6) benzodiazepines
7) relaxation
8) cognitive Behavioral Therapy
9) Peen state worry questionnaire
10) Cattle anxiety questioners

منابع

ابوالقاسمی، شهنام(۱۳۸۲) *مقایسه چهار روش رفتاری – شناختی، دارویی – تلفیقی و دارونما در درمان اضطراب تعمیم یافته، رساله دکتری دانشگاه آزاد تهران* واحد علوم تحقیقات .

امامقلی وند،فاطمه(۱۳۷۹). *مقایسه روش های رفتاری – شناختی و حساسیت زدایی منظم در کاهش اضطراب امتحان و اضطراب حالت دانش آموزان سال سوم منطقه ۱۵ تهران. پایان نامه کارشناسی ارشد* ، مرکز آموزش عالی فرهنگیان.

باقری، عباسعلی (۱۳۷۳). *مقایسه میزان افسردگی و اضطراب دو گروه از دانش آموزان دختر و پسر شهرستان علی آباد کتول . رساله کارشناسی ارشد دانشگاه تربیت معلم تهران* ،دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی.

بهرامی، فاطمه؛ رضوان، شیوا (۱۳۸۶). "رابطه افکار اضطرابی با باورهای فراشناختی در دانش آموزان دبیرستانی مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر". *مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران*. پاییز ۸۶، شماره ۳.

بهروزی، فاطمه (۱۳۷۹) *تأثیر روش درمانی مثبت اندیشی گروهی بر کاهش اضطراب دختران مقطع متوسطه منطقه ۶ تهران*. پایان نامه کارشناسی ارشد، مرکز آموزش عالی فرهنگیان.

مایکل، فری (۱۳۸۲) *شناخت درمانی گروهی* ترجمهٔ صاحبی، حمیدپور، اندوز مشهد: انتشارات جهاد دانشگاهی.

مهریار، هوشنگ (۱۳۷۹) . *مقایسه اثر بخشی گروه درمانی شناختی – رفتاری و دارو درمانی در درمان اختلال اضطراب فراگیر*. رساله کارشناسی ارشد. دانشگاه علوم پزشکی ایران انستیتو روانپزشکی

نبی زاده، ناهید (۱۳۷۵) . *بررسی مقایسه‌ای اضطراب بین پسران و دختران سال چهارم دوره دبیرستان منطقه ۹ آموزش و پرورش تهران در سال تحصیلی ۱۳۷۴-۷۵. رساله دکتری پزشکی*، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات درمانی ایران.

نورزنده جانی، حسن (۱۳۷۳) . *مقایسه کار آیی آموزش کنترل اضطراب با دارو درمانی و ترکیب آنها در درمان مبتلایان به اختلال اضطراب منتشر. رساله کارشناسی ارشد*. دانشگاه علوم پزشکی ایران ،انستیتو روانپزشکی.

هاوتون، کیت (۱۳۸۰). *رفتار درمانی شناختی*،ج۲. ترجمه حبیب اله قاسم زاده. تهران: انتشارات ارجمند.

American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Fourth edition (DSM-IV). Washington Dc: American Psychiatric Association.

Ballenger, JE.,Davidson ,JRT.,Lecrubier, Y.,Nutt, DJ., Borkovec, TD. , Rickels, K. (2001). Consensus statement on generalized anxiety disorder from the international consensus group on depression and anxiety. *Journal of Clinical Psychiatry*, 62 ,53-58.

Beck,A.T., Rusk, A-j. (1979).Cognitive Therapy for Depression. *New York*: Guilford press.

[Downloaded from mail.joec.ir on 2026-10-19]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1388.9.1.3.7]

Biederman, J. (1990). *The diagnosis and treatment of adolescent anxiety disorder. Journal of clinical Psychology,* 51, 20-26.

Borkovec, T. D. ,Mathews, A. M., Chambers, A., Ebrahimi, S., Lytle, R., & Nelson, R .(1993). *The effects of* relaxation training with cognitive or non-directive therapy and the role of relaxation induced anxiety in *the treatment of generalized anxiety, Journal of Consulting and Clinical Psychology*,55,883-8.

Bogels, S.M; siqueland, L. (2006). *Familiy cognitive behavior therapy for children and adolescents wZith clinical anxiety disorders. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 45 (2), 134-141.

Butler, G; Fennel, M; Robson, P; Gelder, M. (1991). Comparison of behavior therapy in the treatment of generalized anxiety disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology.* 59, 167-173.

Canion, G., Shrout, P.E., Rubio- Stipec, H. R., Bravo, M., Ramirez, R.(2004).The DSM-IV rates of child and adolescent disorders in Puerto Rico.Prevalence,correlates,service use, and the effects of impairment. *Archives of General Psychiatry*, 61, 85-93.

Chambless, L; Gillis, M. (1993). Cognitive therapy of anxiety disorder. Journal of Consulting and Clinical psychology. 61, 611-619.

Costello,E.J., Angold, A., Burns, B. J., Stangl, D. K., Tweed, D. L., Erkanli, A. (1996). The Great smoky mountains study of youth. Goals, design, methods, and the prevalence of DSM-III-R disorders. *Archives of General Psychiatry*, 53, 1129-1136.

Cramer, V., Torgersen, S., KringLen, E. (2005).Quality of life and anxiety disorders: a population study. *Journal of Nervous and Mental Disease* 193,196-202.

Durham, C. (2002*).* Treatment of generalized anxiety disorder. *Journal of Health line,* 95,176-81.

Dush, D. M; Hirt, M.L. (1989). Self- statement modification in the treatment of child behavior disorders. *Psychological Bulletin*, 106, 97-106.

Essau, C., Conradt,J., & Peterman . (2000). Frequency, comorbidity, and psychosocial impairment of anxiety disorders in German adolescents. *Journal of Anxiety Disorders*, 14,263-279.

Ferdinand, R. F., & Verhulst, F. C. (1995).Psychopathology from adolescence in to young adulthood: an 8-year follow-up study. *American Journal of Psychiatry*, 152, 1586-1594.

Ferdinand, R.F., Wiznitzer, M.(1995).Continuity and change of self-reported problem behaviors from adolescence in to young adulthood. *Journal*

[Downloaded from mail.joec.ir on 2026-10-19]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1388.9.1.3.7]

of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 34,680-690.

Fresco, D.M., Heimberg, R.G., Mennin, D.S., &Turk, C.L.(2002).Confirmatory factor analysis of the Penn state worry Questionnaire.*Behaviour Research and Therapy*,40,313-323.

Hunt, C.,Stade, T.,Andrews, G.(2004).Generalized anxiety disorder and major depressive disorder co morbidity in the national survey of mental health and well-being. *Depression and Anxiety,* 20, 23-310.

Kendall, P.C. (1993).Cognitive behavioral therapies with youth*; Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 235-47

Kessler, RC., Greenberg, PE., Mickelson, KD., Meneades, LM., Wang, PS,(2001).The effects of chronic medical conditions on work loss and work cutback. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 43,218-25.

Kessler, RC.,Berglund, P.,Demlero, R.,Merikangas, KR., Walters, EE.(2005).Lifetime prevalence and age of onset distributions of DSM-IV disorders in the national co morbidity survey replication. *Archives of General Psychiatry*, 62,593-602.

Leger, E; Ladouceur, R; Dugas, M.J; and Freeston, M.H. (2003). Cognitive- behavior treatment of generalized anxiety disorder among adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43 (3), 327-330.

Lindsay, W. R; Gamsu, C.V; Mclauglin, E; Hood, E. M; Espie, A.C. (1987*).* A controlled trail of treatment for generalized anxiety disorder. *British journal of Clinical Psychology*. 29, 3-15.

McGee,R., & Stanto,W.(1990).Parent reports of disability among 13-year olds with DS-III disorder. *Journal of Child Psychology & Psychiatry,* 31,793-801.

Moore, DP., Jefferson, JW.(2004) *Handbook of Medical Psychiatry*.2 nd ed; 174-175.

Noble j (2001).*Textbook Of Primary Care Medicine*.3rded; 416.

Pine,D.S.,Cohen,P., Gurley,D., Brook,J.S.,& Ma,Y. (1998). The risk for early- adulthood anxiety and depressive disorders in adolescents whit anxiety and depressive disorders. *Archives of General Psychiatry*, 55, 56-64.

Power, K. G., Simpson, R.J., Swanson, V., & Wallace, L.A.(1990).A controlled comparison of cognitive-behavior therapy,Benzdiazepam and placebo alone and in combination for the treatment of generalized anxiety disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 4,267-292.

Sanderson, K. andrews, g, (2002) prevalence and severity of mental health- related disability and relationship to diagnosis. Psychiatric services, 53(1), 80-86.

Verhulst, F. C., Vander Ende,j., Ferdinand, R,F.,& Kasius, M.C.(1997).The prevalence of DSM-III-R diagnoses in a national sample of Dutch

[Downloaded from mail.joec.ir on 2026-10-19]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1388.9.1.3.7]

adolescents. *Archives of General Psychiatry*, 54, 329- 336.

World Health Organization. (1993) The ICD-10 classification of mental and behavioral/disorders-diagnostic criteria for research.Geneva: *World Health Organization.*

Wttchen, Hu., Carter, Rm., Pfister, H., Montgomery, SA., Kessler, Rc. (2000*). Disabilities and quality of life in pure and comorbid generalized anxiety disorder and major depression in a national survey.* International Clinical Psychopharmacology, 15, 319- 28.

Zinbarg, R.E., Barlow, D, H.(1996).*Structure of anxiety disorders: A hierarchical model*. Journal of Abnormal psychology, 100; 407-412.

[Downloaded from mail.joec.ir on 2026-10-19]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1388.9.1.3.7]

Keywords: ***generalized anxiety disorder, cognitive-behavioral disorder, adolescent***

The study of Cognitive-Behavioral Therapy (CBT) in decreasing adolescent anxiety in Generalized Anxiety Disorders (GAD)

Marjan AliRezai motlaq
Zeynab Asadi

Abstract

Objective: The aim of this project was to assess the effect of cognitive-behavioral therapy in decreasing adolescent anxiety.

Method: The subjects of the study comprised 62, girls (15-17ages) whit GAD that were selected by diagnostic interview and Penn state worry questionnaire and randomly divided into case and control groups. In order to assess the effect of CBT on decreasing anxiety was used the Cattle anxiety Questioners before and after CBT.Data analyzed by descriptive statistics and t-test

Results: the analyses of data showed that there were not significant differences between the scores of case and control groups before CBT. But after CBT was a significant difference between the scores of case and control groups in the Cattle anxiety Questioners. Also, there was a significant difference between the scores of case group in Cattle anxiety Questioners before and after CBT.

Conclusion: The result showed that anxiety in adolescent with generalized anxiety disorder was decreased with cognitive-behavioral therapy.

[Downloaded from mail.joec.ir on 2026-10-19]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1388.9.1.3.7]

[Downloaded from mail.joec.ir on 2026-10-19]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1388.9.1.3.7]