

## Effectiveness of cognitive-behavioral therapy in attentional bias components of patients with generalized anxiety disorder: A single subject study

Ebrahimi-kheirabadi A. *MSc*<sup>1</sup>, Hasani J. *PhD*<sup>✉</sup>, Moradi A. *PhD*<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Department of Clinical Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Kharazmi University, Tehran, Iran

<sup>✉</sup> Department of Clinical Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Kharazmi University, Tehran, Iran

Received: 2014.6.9

Accepted: 2015.4.14

### Abstract

**Introduction:** Attentional bias components are important factors in the etiology and maintenance of Generalized Anxiety Disorder (GAD). The purpose of this study was to examine the effectiveness of cognitive-behavior therapy in attentional bias components of patients with generalized anxiety disorder

**Method:** This research was administrated in a single subject experimental design framework using multiple baselines. According to the tendency of the participants, structured diagnostic interview and inclusion criteria, 2 GAD patients were selected randomly. Participants received cognitive behavioral therapy according to the Dugas's model for GAD in twelve sessions. Patients receiving cognitive-behavior therapy were examined by the dot probe task. To analyze the data, indexes of process changes, slope and interpretation of ups & downs in charts were employed.

**Results:** Cognitive-behavior therapy dramatically reduced delayed disengagement from threat in subjects. This means the scores during the intervention sessions were significantly reduced compared with baseline scores. The visual inspection of charts and size effects indicated significant decreases in delayed disengagement from threat in participants. No effectiveness of cognitive - behavioral therapy was seen in the facilitated attention to threat.

**Conclusion:** Findings generally showed that cognitive-behavior therapy via directly and indirectly targeting the mechanisms of attentional bias components can be considered as an appreciate choice for the treatment of generalized anxiety disorder. These findings have constructive clinical implications in the treatment of anxiety disorder, particularly about GAD.

**Keywords:** Attentional Biases Components, Cognitive-Behavior Therapy, Generalized Anxiety Disorder

## اثربخشی درمان شناختی-رفتاری در مؤلفه‌های سوگیری توجه در اختلال اضطراب فراگیر: مطالعه تک آزمودنی

احمد ابراهیمی خیرآبادی<sup>۱</sup>، جعفر حسینی<sup>۲</sup>، علیرضا مرادی<sup>۱</sup>

<sup>۱</sup>گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران  
<sup>۲</sup>گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۴/۱/۲۵

تاریخ دریافت: ۱۳۹۳/۳/۱۹

### چکیده

**مقدمه:** مؤلفه‌های سوگیری توجه از علل نگه‌دارنده و تداوم‌بخش اختلال اضطراب فراگیر محسوب می‌شود. هدف این مطالعه تعیین اثربخشی درمان شناختی رفتاری در مؤلفه‌های سوگیری توجه در اختلال اضطراب فراگیر بود.

**روش:** پژوهش در چارچوب طرح‌های تجربی تک آزمودنی با استفاده از خط پایه چندگانه اجرا شد. بر اساس تمایل به شرکت در مطالعه، مصاحبه تشخیصی ساختاریافته و ملاک‌های ورود، از میان بیماران مبتلابه اختلال اضطراب فراگیر دو نفر به صورت تصادفی انتخاب شدند. هر دو آزمودنی به صورت انفرادی در خلال ۱۲ جلسه تحت درمان مدل دوگاس برای اختلال اضطراب فراگیر، قرار گرفتند. بیماران دریافت‌کننده درمان شناختی رفتاری ۶ بار به وسیله آزمایش دات پروب ارزیابی شدند. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از شاخص‌های تغییرات روند، شیب و تفسیر فراز و فرود نمودارها استفاده شد.

**یافته‌ها:** درمان شناختی رفتاری موجب کاهش قابل‌ملاحظه نمرات ناتوانی در رهایی توجه به تهدید در مقایسه با قبل از درمان شد. بازبینی دیداری نمودارهای اثربخشی و اندازه تأثیر نیز بیانگر کاهش معنادار و قابل‌توجه ناتوانی در رهایی توجه بود. اثربخشی درمان شناختی رفتاری در متغیر توجه تسهیل شده به تهدید مشاهده نشد.

**نتیجه‌گیری:** یافته‌ها به‌طور کلی نشان می‌دهند که درمان شناختی رفتاری به شکل مستقیم و غیرمستقیم از طریق هدف قرار دادن مؤلفه‌های سوگیری توجه می‌تواند درمان مناسبی برای اختلال اضطراب فراگیر باشد. این یافته‌ها تلویحات کاربردی بالینی مناسبی برای اختلال‌های اضطرابی، مخصوصاً GAD دارند.

**کلیدواژه‌ها:** مؤلفه‌های سوگیری توجه، درمان شناختی رفتاری، اختلال اضطراب فراگیر

## مقدمه

اختلال اضطراب فراگیر (GAD: Generalized Anxiety Disorder) یکی از اختلال‌های شایع روان‌شناختی است [۱]. طبق ویرایش چهارم راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی [۲]، تقریباً ۱۲ درصد از بیمارانی که به کلینیک‌های روان‌پزشکی مراجعه می‌کنند، دچار GAD هستند. GAD از نظر شیوع پس از افسردگی در رده دوم قرار دارد. گزارش‌های سازمان بهداشت جهانی نیز نشان می‌دهد که ۸ درصد از افراد مراجعه کننده به درمان در محیط‌های مراقبت‌های اولیه، ملاک‌های GAD را برآورد می‌کنند [۱]. اختلال اضطراب فراگیر با نگرانی مفرط و غیرقابل کنترل مشخص می‌شود و شامل نشانه‌های جسمانی، نگرانی مبهم در غیاب اشیاء، محرک‌ها یا موقعیت‌های خاص است [۳]. ویژگی‌های اصلی برای تشخیص اختلال اضطراب فراگیر عبارت‌اند از (۱) نگرانی مفرط و اضطراب بیش از حد در اکثر روزها حداقل به مدت ۶ ماه؛ (۲) اختلال در عملکرد اجتماعی و شغلی؛ (۳) دشواری در کنترل نگرانی و (۴) فراتر بودن فراوانی، شدت و مدت نگرانی از احتمال وقایع تهدیدآمیز [۴].

شواهد پژوهشی بیانگر این است که از بین درمان‌های زیستی و روان‌شناختی، رفتاردرمانی شناختی جزو درمان‌های تثبیت‌شده برای GAD است و درمان انتخابی برای این اختلال محسوب می‌شود [۱]. در این راستا، فراتر تحلیل اثربخشی درمان شناختی رفتاری برای GAD اندازه اثر بالایی (۰/۷۱ تا ۰/۹۰) را گزارش نموده‌اند [۵]. به اعتقاد اکثر متخصصان، این درمان هنوز در خط اول درمان‌های روان‌شناختی اختلال اضطراب فراگیر قرار دارد [۶].

در یک نگاه کلی می‌توان گفت که در مقایسه با سایر اختلال‌های اضطرابی، GAD کمتر مورد مطالعه قرار گرفته است [۶]. در مجموع، یافته‌های پژوهشی نشان می‌دهند که سطوح بالای اضطراب در اختلال‌ها اضطرابی بزرگسالان با سوگیری توجه به سمت اطلاعات تهدیدکننده یا منفی همراه است [۷]. بر طبق مدل‌های شناختی، سوگیری‌های پردازش اطلاعات علت نگه‌دارنده و تشدیدکننده نشانه‌های اضطراب هستند، چون افراد مضطرب در توجه به نشانه‌های ایمن یا فراهم آوردن اطلاعات درباره تفسیرهای واقع‌نگرتر و منطقی از موقعیت شکست می‌خورند [۸]. یکی از فرایندهای مشترک در اختلال‌های محور یک و مورد تأکید دیدگاه پردازش اطلاعات، سازه توجه هست [۹]. در رفتاردرمانی شناختی، شناسایی عملکرد توجه مراجعان با مشکلات اضطرابی مهم است و استفاده از این اطلاعات در فرمول‌بندی مراجع و طرح‌ریزی درمان واجد ارزش‌های بنیادین می‌باشد. به عنوان مثال، اگر مولفه‌های درگیری و عدم درگیری توجه در فرایند درمان به صورت نامتناسب به‌کاربرده شود، می‌تواند مخل فرایند درمان باشد [۸]. ثانیاً، اطلاعاتی در مورد موقعیت‌هایی که در محیط واقعی این محرک‌ها افکار اضطراب‌آمیز را فرامی‌خواند، برای درمانگر فراهم می‌آورد. ثالثاً، بعد از شناسایی موقعیت‌هایی که نشانه‌های اضطراب را

فرامی‌خواند و تفکرات مرتبط با آن شناسایی می‌شود، مداخلات متناسب آن موقعیت و به شیوه سازنده‌تر برای مشکل مراجع کشف می‌شود.

افزون بر موارد فوق، سوگیری توجه برای اطلاعات منفی ممکن است همچنین به‌عنوان مانعی برای اصلاح خطاهای تفکر مرتبط با تهدید، نقش داشته باشد [۱۰]. توجه یک سازه واحد نیست [۱۰] بلکه توجه را می‌توان به سه مؤلفه و مرحله مجزا از لحاظ مفهومی و عملیاتی تقسیم‌بندی کرد [۱۱]: (۱) جهت‌گیری اولیه توجه به سمت محرک یا توجه تسهیل شده به تهدید؛ (۲) ناتوانی در رهایی توجه از محرک و [۳] اجتناب توجه از محرک. در پژوهش حاضر دو مؤلفه اول مورد تأکید بوده است. ناتوانی در رهایی توجه به میزان زمانی که محرک تهدیدآمیز، توجه را درگیر می‌کند، اشاره دارد و حاکی از ناتوانی فرد در تغییر توجه از محرک تهدیدآمیز به سمت سایر محرک‌ها است، درحالی‌که توجه تسهیل شده به تهدید به میزان سرعت یا سهولتی که توجه به محرک تهدیدآمیز یا هیجانی معطوف می‌شود (جهت‌گیری توجه) اشاره دارد [۱۱]. پیشنهاد می‌شود برای سنجش این مؤلفه‌ها از آزمون دات پروب استفاده شود. دات پروب ابتدا به‌وسیله پوزنر، اسنایدر و دیویدسون ایجاد شد و به‌وسیله مک‌لئود، متیوز و تاتا در پژوهش‌های آسیب‌شناختی مورد استفاده قرار گرفت [۱۱]. در آزمون دات پروب، به آزمودنی‌ها یک جفت محرک در دو قسمت متفاوت از صفحه نمایش برای دوره زمانی کوتاه ارائه می‌شود. یکی از محرک‌ها تهدیدکننده و دیگر محرک خنثی هست. بعد از این که محرک محو شد، یک نقطه در مکان محرک تهدیدکننده یا خنثی ارائه می‌شود. پاسخ دادن سریع به نقطه‌هایی که بعد از محرک هیجانی ارائه شده است نشان دهنده اختصاص توجه سریع به محرک هیجانی است و این اثر به‌عنوان توجه تسهیل شده به تهدید تفسیر می‌شود، درحالی‌که میزان زمان واکنشی که بعد از محرک خنثی ارائه شود به‌عنوان اثر ناتوانی در رهایی توجهی مورد تفسیر قرار می‌گیرد [۱۲]. بعضی از پژوهش‌ها، سوگیری‌های توجه مرتبط با تهدید را بازتاب مشکل ناتوانی در رهایی توجه از فرایند توجه فرض می‌کنند و این فرایند را به‌جای فرایند درگیری توجه به محرک تهدیدکننده که در افراد مضطرب با مشکل روبه‌رو است، فرض می‌کنند [۱۱]. ناتوانی در رهایی توجه از اطلاعات مرتبط با تهدید یا خنثی عمدتاً در اضطراب صفت توسط مطالعات نشان داده شده است [۱۳]. در این زمینه، نتایج پژوهش‌ها نشان می‌دهند که افراد مضطرب، مشکل بیش‌تری در کنترل توجه، خصوصاً در مؤلفه ناتوانی در رهایی توجه از نشانه‌های تهدید دارند [۱۱]. علاوه بر این، در افراد مبتلا به GAD نیز شواهدی از ناتوانی در رهایی توجه از اطلاعات مرتبط با تهدید وجود دارد [۱۴]. اعتقاد بر این است که بازداری پردازش یا عدم رهایی از اطلاعات مرتبط با تهدید منجر به طولانی شدن دوره‌های نگرانی می‌شود که در طولانی مدت احتمالاً نگرانی را به عنوان هسته مشکل روان‌شناختی تشدید می‌کند و باعث تشدید فرآینگرانی به عنوان هسته مشکل GAD می‌شود

مطالعه کنار گذاشته می‌شد.

**آزمودنی اول:** بیمار خانمی ۲۸ ساله، متأهل، دارای یک فرزند است. به گفته بیمار از هر زمان که به خاطر دارد در مورد مسائل جزئی نگرانی دارد و این نگرانی‌ها را به شکل زنجیره‌وار در نظر می‌گرفته که به هم مربوط می‌شود. در مورد شغل و استقلال مالی، درباره خانواده و در مورد تحصیلاتش و پیدا کردن شغل می‌توان جستجو کرد. در محور ۱ بیمار تشخیص اختلال اضطراب فراگیر را دریافت کرد و در محور ۴ مشکلات با مادر را می‌توان ذکر کرد.

**آزمودنی دوم:** بیمار خانمی ۲۵ ساله مجرد است که سه سال پیش توسط سازمان بهزیستی به این مرکز مراجعه نموده است. بیمار نگرانی و اضطرابش را از حوزه‌های مختلف مطرح می‌کرد و در بسیاری از این حوزه‌ها زمان شروع این نگرانی‌ها را دقیقاً نمی‌دانست اما با افزایش سن بیمار و به دلیل افزایش مسئولیت‌ها این نگرانی‌ها بیشتر شده است. در محور ۱ بیمار تشخیص اختلال اضطراب فراگیر را مطرح کرد، در محورهای دیگر مشکل قابل تشخیصی مشاهده نشد.

ابزار مورد استفاده در این پژوهش آزمون دات‌پروب بود:

**آزمایه دات‌پروب:** آزمایه دات‌پروب به‌عنوان ابزار سنجش و تعدیل سوگیری توجه به کار می‌رود. محرک‌ها، تصاویر چهره هستند که ابراز هیجانی خنثی و تهدیدکننده را نشان می‌دهند. استفاده از تصاویر چهره به این دلیل است که تصاویر چهره نسبت به لغات محرک اختصاصی‌تر است و اطلاعات بالقوه بیشتری در خصوص معنا و مفهوم موقعیت منتقل می‌کند [۱۵]. در سنجش سوگیری توجه، کوشش‌های آزمایه به این ترتیب اجرا می‌شود که نقطه تثبیت (+) به مدت ۵۰۰ هزارم ثانیه در مرکز صفحه مانیتور ارائه می‌شود. پس از آن یک جفت تصویر چهره (که یکی از نظر هیجانی خنثی و دیگری منفی است) برای ۵۰۰ هزارم ثانیه سمت چپ و راست نقطه تثبیت می‌آید. بلافاصله پس از ارائه تصویر، نشانگر با احتمال ۵۰٪ پشت یکی از تصاویر می‌نشیند. از آزمودنی خواسته می‌شود که با حداکثر سرعت و دقت بسته به جایگاه نشانگر، کلید چپ یا راست موس را فشار دهد. نشانگر تا پاسخ‌دهی آزمودنی، در صفحه باقی می‌ماند. کوشش بعدی بلافاصله پس از پاسخ‌دهی شروع می‌شود.

پس از مراجعه بیماران به مرکز و احراز شرایط ورود به پژوهش توسط متخصص مرکز و شرایطی که توسط مصاحبه بالینی مشخص شد، رضایت کتبی شرکت در پژوهش اخذ می‌شد. سپس آزمودنی‌ها آزمون دات‌پروب را تکمیل نمودند و در جلسه بعد وارد طرح مداخله درمانی شدند. دو آزمونی طی ۱۲ جلسه تحت درمان شناختی رفتاری قرار گرفتند. در هر جلسه به‌عنوان تمریناتی به‌عنوان تکلیف خانگی تعیین می‌شد. هر دو آزمودنی به‌صورت انفرادی تحت درمان قرار گرفتند. خلاصه محتوای جلسات درمان شناختی رفتاری در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱. ساختار جلسات درمان شناختی رفتاری برگرفته از داگاس و رابی چاوود [۱۶]

در طرف مقابل برخی از مولفان، این اختلال را با سوگیری توجه سریع با اطلاعات تهدیدآمیز مرتبط دانسته‌اند و اعتقاد دارند که سوگیری توجه در افراد با اضطراب بالینی بیشتر به جهت‌گیری به محرک‌های تهدیدکننده در سطح پیش‌آگاهی (نیمه‌هشیاری) تا سطح درگیری هشیارانه مربوط می‌شود [۱۴]. در گستره فعلی، وجود سوگیری‌های شناختی برای اطلاعات منفی به‌خوبی اثبات شده است و مرحله بعدی در پژوهش‌ها مشخص نمودن این نکته است که آیا این سوگیری‌ها در طی درمان از بین می‌روند؟ اگرچه سوگیری توجه به نظر می‌رسد با نگرانی ارتباط دارد، با این وجود مؤلفه‌ها یا مراحل اختصاصی توجه در ارتباط با نگرانی مشخص نشده است. علاوه بر این، می‌توان گفت که نتایج پژوهش‌ها در زمینه سوگیری‌های پردازش اطلاعات می‌تواند در زمینه طراحی مداخلات روان‌درمانی مورد بهره‌برداری قرار گیرد. در سال‌های اخیر از راهبردهایی مانند آموزش تعدیل سوگیری توجه، آموزش توجه برگردانی از محرک تهدیدکننده در جهت کاهش اضطراب سود جسته‌اند [۱۰]. باید توجه داشت که این راهبردهای آموزش توجه ممکن است برای افراد مضطربی که از توجه به نشانه‌های تهدید اجتناب دارند، کمتر مفید باشد [۱۴]. در مجموع، نتایج مطالعات در این زمینه متعارض است و نشان دهنده اهمیت مطالعات آینده در بررسی و ارزیابی نقش توجه در درمان است. از سوی دیگر، با توجه به این که درمان شناختی رفتاری در خط اول درمان اختلال اضطراب فراگیر هست، بررسی مؤلفه‌های توجه به‌عنوان عوامل نگه‌دارنده و تداوم‌بخش آن در بافت درمان ضرورت مضاعف دارد. بر همین اساس، پژوهش با هدف بررسی این سؤال آغاز شد که اثربخشی درمان شناختی رفتاری در مؤلفه‌های سوگیری توجه بیماران مبتلابه اختلال اضطراب فراگیر چگونه است؟

## روش

این پژوهش در چارچوب طرح‌های تجربی تک آزمودنی با استفاده از خطوط پایه چندگانه پلکانی انجام شد. درمان شناختی رفتاری به‌عنوان متغیر مستقل و مؤلفه‌های توجه تسهیل شده به تهدید و ناتوانی در رهایی توجه به‌عنوان متغیرهای وابسته در نظر گرفته شد. برای انتخاب نمونه از روش نمونه‌گیری در دسترس استفاده شد.

بر اساس تمایل به شرکت در پژوهش و مصاحبه تشخیصی ساختاریافته، از بین بیماران مراجعه‌کننده به مرکز مشاوره امید مشهد، دو نفر که ملاک‌های مورد نظر را دارا بودند، انتخاب شدند. در انتخاب آزمودنی‌ها علاوه بر تشخیص روان‌شناس بالینی مجرب از مصاحبه تشخیصی ساختاریافته نیز استفاده شد و در صورت همخوانی این دو تشخیص آزمودنی برای مطالعه انتخاب شد، در غیر این صورت از

جلسات	محتوای جلسات
اول و دوم	برقراری رابطه درمانی، آموزش اصول و قواعد شناختی رفتاری به بیماران، آموزش مدل ABC، آموزش GAD به عنوان یک اختلال پیوستاری.
سوم و چهارم	هدف این جلسه که بیمار پی ببرد با این که نگرانی‌ها مختلف و پایان ناپذیرند، اما در دودسته کلی نگرانی درباره مشکلات فعلی و نگرانی درباره موقعیت‌های خیالی آینده قرار می‌گیرند. بیماران مبتلابه GAD یاد می‌گیرند برای نگرانی‌های فعلی از روش حل مسئله و برای نگرانی‌های آینده از تصویرسازی تجسمی استفاده می‌کنند.
پنجم و ششم	کمک به بیمار برای درک رابطه بین عدم تحمل بلاتکلیفی و نگرانی افراطی؛ تشخیص موقعیت‌های غیرقابل اجتناب دخیل در بلاتکلیفی؛ تشخیص علائم بروز عدم بلاتکلیفی؛ جستجو و تجربه کردن موقعیت‌های بلاتکلیف برانگیز.
هفتم و هشتم	بازسازی شناختی. هدف این است با روش سقراطی و تجربه‌گرایی مشارکتی، بیماران در باورهای مثبت خود درباره مفید بودن نگرانی تجدیدنظر کنند. تکنیک وکیل مدافع و در نظر گرفتن زندگی بدون نگرانی.
نهم و دهم	بهبود جهت‌گیری نسبت به مشکل و سپس آموزش فرایند مسئله‌گشایی. پرداختن به آمایه‌های شناختی منفی بیمار مبتلابه GAD نسبت به مشکل و چگونگی حل مسائل و مشکلات زندگی روزمره.
یازدهم و دوازدهم	در این جلسات به اجتناب شناختی به عنوان یکی از مهم‌ترین عوامل تداوم‌بخش GAD پرداخته می‌شود. با استفاده از آزمایش خرس سفید، بیماران پی می‌برند که اجتناب از نگرانی‌ها یا مشکلات ممکن است در نگاه اول به‌عنوان راه‌حل مفید تلقی شود، اما پیامدهای درازمدت ناخوشایندی در بردارد.

بر اساس داده‌های جدول ۲ به نظر می‌رسد که در متغیر ناتوانی در رهایی توجه کاهش معناداری در خلال درمان و پیگیری اتفاق افتاده است. برای بررسی این کاهش در جدول ۳ نمرات خط پایه و پیگیری هر یک از بیماران، میانگین و انحراف استاندارد نمرات آن‌ها را در طی مداخله و همچنین شاخص‌های درصد بهبودی، درصد کاهش نمرات، اندازه و شاخص کوهن بیماران در ناتوانی در رهایی توجه برای مرحله مداخله و پیگیری نشان داده شده است. داده‌های جدول ۳ نشان می‌دهد که هر دو آزمودنی در متغیر ناتوانی در رهایی توجهی میزان بهبودی نزدیک به متوسط و کاهش نمرات قابل ملاحظه‌ای داشته‌اند. میزان درصد بهبودی آزمودنی دوم اندک کمی بیشتر بود که در مرحله پیگیری نیز این حفظ شد، اما آزمودنی شماره ۱ در مرحله پیگیری با افت میزان درصد بهبودی همراه بود. در نمودار ۱ این تغییرات مشاهده می‌شود.

برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از بازبینی دیداری نمودارها (فراز و فرود متغیر وابسته)، شاخص‌های درصد بهبودی، درصد کاهش نمرات، تغییرپذیری و اندازه اثر بر اساس فرمول‌های زیر استفاده شد:

$$MPI = [(Baseline\ Mean - Treatment\ Phase\ Mean) / Treatment\ phase\ Mean] \times 100$$

$$MPR = [(Baseline\ Mean - Treatment\ Phase\ Mean) / Baseline\ Mean] \times 100$$

$$Cohen's\ d = M^1 - M^2 / \sigma\ pooled$$

$$Where\ \sigma\ pooled = \sqrt{[(\sigma^1)^2 + (\sigma^2)^2] / 2}$$

در این فرمول‌ها MPI درصد بهبودی، MPR درصد کاهش نمرات و Cohen's d میزان تغییرپذیری را نشان می‌دهد. این شاخص‌ها به ترتیب بیانگر تغییرات روند، شیب، و میزان تغییرپذیری را نشان هستند.

## یافته‌ها

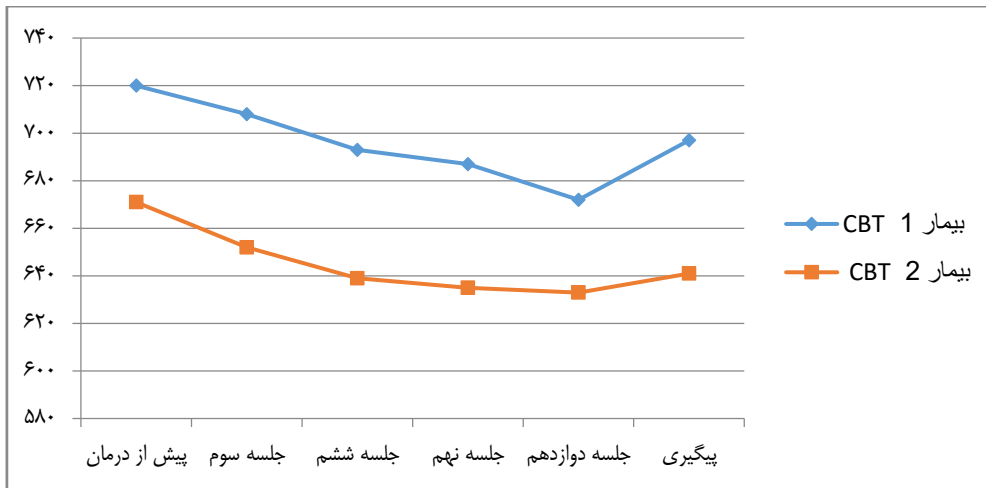
در جدول ۲ نمرات ناتوانی در رهایی توجه آزمودنی‌ها در خط پایه، جلسات مداخله و پیگیری نشان داده شده است.

جدول ۲. نمرات ناتوانی در رهایی توجه آزمودنی‌ها در خط پایه، جلسات مداخله و پیگیری

جلسات	پیش از درمان	جلسه سوم	جلسه ششم	جلسه نهم	جلسه دوازدهم	پیگیری
آزمودنی اول	۷۲۰	۷۰۸	۶۹۳	۶۸۷	۶۷۲	۶۹۷
آزمودنی دوم	۶۷۱	۶۵۲	۶۳۹	۶۳۵	۶۳۳	۶۴۱

جدول ۳. نمرات خط پایه، پیگیری، میانگین و انحراف استاندارد، شاخص‌های درصد بهبودی، درصد کاهش نمرات، اندازه و شاخص کوهن بیماران در ناتوانی در رهایی توجه برای مرحله مداخله و پیگیری

آزمودنی	خط پایه	میانگین مداخله	انحراف استاندارد	خط پایه		پیگیری	
				درصد کاهش نمرات	درصد بهبودی	درصد کاهش نمرات	درصد بهبودی
۱	۷۲۰	۶۹۰	۳/۲۲	۴۳/۴۷	۴۱/۶۷	۰/۹۸	۱۲/۵۸
۲	۶۷۱	۶۳۹/۷۵	۱/۸۶	۴۸/۸۴	۴۶/۵۷	۰/۹۹	۲۰/۹۲



نمودار ۱. نمودار تغییر متغیر ناتوانی در رهایی توجه تحت تاثیر درمان شناختی رفتاری

جدول ۴. نمرات توجه تسهیل شده به تهدید آزمودنی‌ها در خط پایه، جلسات مداخله و پیگیری

جلسات	پیش از درمان	جلسه سوم	جلسه ششم	جلسه نهم	جلسه دوازدهم	پیگیری
آزمودنی اول	۶۸۰	۶۸۸	۶۹۷	۷۰۱	۷۱۳	۷۰۵
آزمودنی دوم	۶۲۵	۶۳۵	۶۴۳	۶۴۶	۶۳۶	۶۳۹

شاخص‌های درصد بهبودی، درصد کاهش نمرات، اندازه و شاخص کوهن بیماران در ناتوانی در رهایی توجه برای مرحله مداخله و پیگیری نشان داده شده است.

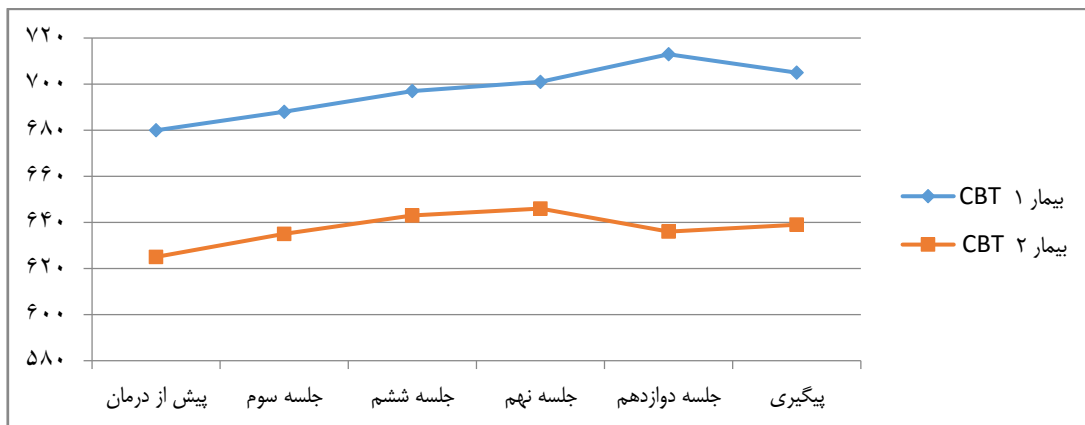
بر اساس شاخص‌های درصد بهبودی و درصد کاهش نمرات جدول ۵ می‌توان گفت که درمان شناختی رفتاری تاثیر معناداری در متغیر توجه تسهیل شده به تهدید بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر نداشته است. این نکته در نمودار ۲ نشان داده شده است.

همانطور که در نمودار دیداری ۱ مشهود است هر دو آزمودنی بر اثر درمان شناختی رفتاری در نمرات متغیر ناتوانی در رهایی توجه کاهش محسوس داشته‌اند. در جدول ۴ نمرات توجه تسهیل شده به تهدید آزمودنی‌ها در خط پایه، جلسات مداخله و پیگیری نشان داده شده است.

در جدول ۵ روند تاثیر درمان شناختی رفتاری در متغیر توجه تسهیل شده به تهدید در قالب نمرات خط پایه و پیگیری هر یک از بیماران، میانگین و انحراف استاندارد نمرات آنها را در طی مداخله و همچنین

جدول ۵. نمرات خط پایه، پیگیری، میانگین و انحراف استاندارد، شاخص‌های درصد بهبودی، درصد کاهش نمرات، اندازه و شاخص کوهن بیماران در توجه تسهیل شده به تهدید برای مرحله مداخله و پیگیری

آزمودنی	خط پایه	خط مداخله	خط پایه		پیگیری		انحراف استاندارد	درصد بهبودی	درصد کاهش نمرات	اندازه اثر	شاخص کوهن
			درصد	انحراف	درصد	انحراف					
۱	۶۸۰	۶۹۹/۷۵	۲۹/۰۴	۲/۲۹	۷۰۵	۱۱/۱۷	۰/۴۱	۲۹/۰۴	۰/۹۸	۰/۹۹	۱۴/۱۴
۲	۶۲۵	۶۴۰	۲۳/۴۳	۱/۱۵	۶۳۹	۱۲/۹۱	۲۴/۰۰	۲۳/۴۳	۰/۹۸	۰/۹۸	۹۹/۱۲



نمودار ۲. نمودار تغییر متغیر توجه تسهیل شده به تهدید تحت تاثیر درمان شناختی رفتاری

همانطور که بازبینی دیداری نمدار ۲ نشان می‌دهد درمان شناختی رفتاری نتوانسته است متغیر توجه تسهیل شده به تهدید بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر را کاهش دهد.

## بحث

هدف مطالعه حاضر بررسی اثربخشی درمان شناختی رفتاری در مؤلفه‌های سوگیری توجه بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر بود. نتایج نشان داد که درمان شناختی رفتاری منجر به کاهش ناتوانی در رهایی توجه بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر می‌شود ولی در توجه تسهیل شده به تهدید تاثیر نداشت. این تاثیر را می‌توان در بافت دیدگاه‌های نظری کنترل توجه آیزنک و کنترل توجه دراک، مورد بررسی قرار داد. بر اساس این دیدگاه‌ها، اضطراب فرایند کنترل توجه نزولی را تضعیف می‌کند به همین خاطر آثار آن در ناتوانی رهایی توجه از نگرانی مشاهده می‌شود [۱۷]. در نظریه کنترل توجه، اضطراب و نگرانی موجب کاهش توانایی کنترل توجه و عملکرد شناختی می‌شود، اگرچه این مسئله توسط تلاش (کم تا زیاد) قابل جبران است. در این راستا، یافته‌های تجربی [۱۷] نشان می‌دهند که در مقایسه با فرایند تفکر، نگرانی (به‌خصوص نگرانی آسیب‌زا)، توانایی اجرایی کنترل توجه را تضعیف می‌کند. علاوه بر این، شواهد نشان داده‌اند که افراد مضطرب، مشکل بیشتری در کنترل توجه، مخصوصاً در مؤلفه ناتوانی در رهایی توجه از نشانه‌های تهدید نشان می‌دهند [۱۸]. بنابراین، اثربخشی درمان شناختی رفتاری در ناتوانی در رهایی توجه بیماران مبتلا به اختلال اضطراب قابل پیش‌بینی است.

از منظر مکانیسم‌های اثربخشی روان‌درمانی می‌توان گفت که درمان شناختی رفتاری دربرگیرنده تکنیک‌های متنوع با هدف حذف و به چالش طلبیدن سوء تفسیرهای مبتنی بر تهدید است. به عبارت دیگر، تکنیک‌هایی مانند غرقه‌سازی، مواجهه تدریجی، حساسیت‌زدایی و مدیریت اضطراب می‌تواند اثر درمانی مثبت در سوگیری توجه بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری/ عملی، فوبی خاص و اختلال اضطراب فراگیر داشته باشد [۱۹]. در این زمینه، بروین (۱۹۹۶) بیان می‌کند که با تاکید بر فرایند توجه، تفکرات خودکار منفی و فرضیه‌های ناسازگارانه بیماران استخراج می‌گردد و آزمایش‌های منطقی و رفتاری طراحی و قواعد جدید ایجاد می‌شود. در فرایند درمان به مراجع کمک می‌شود بین موقعیت‌ها و محرک‌ها تمیز بگذارد؛ الگوهای توجه سازگارانه را به کار برد؛ در محتوای دانش کلامی در دسترس (تفسیرهای منفی) تغییراتی ایجاد کند؛ موقعیت‌های تهدیدآمیز قبلی را دوباره در حافظه به‌عنوان غیرتهدیدآمیز طبقه‌بندی کند و فعال‌سازی سوگیری توجه بیمار کاهش یابد. از طرف دیگر، چالش با محتوای تحریف شناختی می‌تواند منجر به کاهش در حالت اضطرابی و تغییر مثبت در حالت عاطفی محرک شود. همچنان که بار عاطفی محرک تغییر می‌کند، سوگیری‌های توجه و اجتناب از محرک مرتبط با تهدید کاهش می‌یابد. در نتیجه، نشانه‌ها در محیط به‌عنوان منفی یا اضطراب

برانگیز درک نمی‌شود. بنابراین، منابع توجه سازگارانه احتمالاً به سایر نشانه‌های محیط اختصاص می‌یابد. در مجموع، با عنایت به یافته‌های پژوهش حاضر و دیدگاه بک و کلارک (۱۹۹۷) می‌توان اذعان داشت که هدف اصلی درمان اختلال‌های اضطرابی باید غیرفعال‌سازی حالت تهدید آغازین و تقویت پردازش سازنده و منظم باشد [۸].

در تبیین عدم اثربخشی درمان شناختی رفتاری در مؤلفه توجه تسهیل شده بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر، می‌توان به یافته‌هایی اشاره نمود که نشان می‌دهند سوگیری توجه در افراد دارای اضطراب بالینی بیشتر به جهت‌گیری به محرک‌های تهدید کننده در سطح پیش‌آگاهی (نیمه‌هشیاری) تا سطح درگیری هشیارانه مرتبط است. هرچند بیشتر این کارها در نمونه‌های غیر بالینی انجام شده است اما از جنبه نظری می‌توان به آزمایش‌هایی که چرخه عصبی احتمالی در اضطراب را بررسی کرده‌اند، اشاره کرد. مولفه‌های این مدار عصبی (به‌طور ویژه آمیگدال) احتمالاً به‌طور مستقیم با پاسخ‌های اضطرابی ارتباط دارد. مدار عصبی که می‌توان جزء مکانیسم‌های میانجی در سیستم توجه در نظر گرفت. این جهت‌گیری توجه به سمت محرک‌های تهدیدآمیز زیستی قبل از معنی دادن به محرک یا حتی ارزیابی ماهیت واقعی محرک در شناسایی و ارزیابی آن صورت می‌گیرد [۱۱]. برای بررسی‌های بیشتر این مدار عصبی می‌توان به کارهای عصب‌شناختی لدوکس (۱۹۹۶) مراجعه کرد که یک قسمت از الگوی شناختی/ انگیزشی ماگ و بدلی بر این اساس تدوین شده است. همچنین این مؤلفه توجه را می‌توان تحت الگوی ویلیامز، واتز، مک‌لئود و متیوس بررسی کرد که بیان می‌کنند سوگیری توجه در سطح نیمه‌هشیار اتفاق می‌افتد [۱۹]. از دیدگاه اثربخشی درمان شناختی رفتاری، مک نالی (۱۹۹۵) اعتقاد دارد که یکی از دلایلی عدم تأثیر درمان‌های کلامی در اختلال‌های اضطرابی این است که سوگیری توجه در مراحل آغازین یا همان توجه تسهیل شده به تهدید از پردازش اطلاعات اتفاق می‌افتد و به دلیل تأکید درمان‌های شناختی و رفتاری بر هشیاری و آگاهی، این درمان در مکانیسم‌های غیرارادی و احتمالاً ناآگاهانه تأثیرگذار نیست. آنچه در درمان‌های شناختی رفتاری مهم است مواجه به‌عنوان بخش ضروری از درمان است و از افراد انتظار می‌رود در طول مواجه به‌طور کامل فعال باشند و از این طریق توجه به سمت محرک‌های مرتبط با تهدید اتفاق می‌افتد [۸]. از لحاظ تجربی، این یافته‌ها به‌وسیله شواهدی که حواس‌پرتی به‌عنوان مکانیسمی که می‌تواند در فرایند یادگیری خاموشی تداخل ایجاد کند، مطرح می‌شود و یکی از دلایل عدم موفقیت بعضی از مراجعان در درمان شناختی رفتاری هست. با این وجود، تفسیر برخی از این یافته‌ها مشکل است. برای مثال، واضح نیست که کاهش در سوگیری توجه توسط خوگیری یا از بین رفتن نشانه‌ها ایجاد می‌شود یا کاهش اضطراب بعد از آموزش تن آرامی رخ می‌دهد و آیا اثرات درمانی مثبت از سوگیری توجه به‌عنوان کاهش یا حذف کامل سوگیری توجه اتفاق می‌افتد؟ هیچ مطالعه‌ای کارایی مواجه

اطلاعات را می‌توان به عنوان محدودیت‌های پژوهش حاضر در نظر گرفت. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های بعدی از اثربخشی رویکردهای درمانی دیگر یا تکنیک‌های مختلف درمانی با یکدیگر برای بررسی مؤلفه‌های سوگیری توجه استفاده شود.

**تشکر و قدردانی:** بدین‌وسیله از همکاری صمیمانه‌ی مسئول و کارکنان محترم مرکز مشاوره امید که در اجرا و مراحل انجام این پژوهش امکانات لازم را در اختیار پژوهشگران قرار دادند، تشکر و قدردانی می‌شود.

## منابع

1. Hamidpour H. Comparison Efficacy cognitive therapy with schema therapy in treatment of women suffering generalized anxiety disorder[Dissertation]. Tehran: University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences; 2009. [Persian]
2. Association AP. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: Text revision (4th ed. rev). Washington, D.C; 2000.
3. Schulz J, Gotto JG, Rapaport MH. The diagnosis and treatment of generalized anxiety disorder. *Prim Psychiatr.* 2005;12:58-67.
4. Covin R, Ouimet AJ, Seeds PM, DJ. D. A meta-analysis of CBT for pathological worry among clients with GAD. *J Anxiety Disord.* 2008;22(1):108-16.
5. Amir N BC, Burns M., Bomyea J. Attention modification program in individuals with generalized anxiety disorder. *Abnorm Psychol.* 2009;118(1):28-33.
6. Erickson TM, Newman MG. Cognitive behavioral psychotherapy for generalized anxiety disorder. A primer *Expert Rev Neurother.* 2005;5(2):247-57.
7. Mogg K, Bradley BP. cognitive motivational analysis of anxiety. *Behav Res Ther.* 1998;36(9):809-48.
8. Mobini S, Grant A. Clinical implications of attentional bias in anxiety disorders: An integrative literature review. *Psychother.* 2007;44(4):450-62.
9. Harvey A, Watkins ER, Mansell W, Shafran R. Cognitive behavioural processes across psychological disorder: a transdiagnostic approach to research and treatment. USA: Oxford University Press; 2004.
10. Mogg k, Bradley BP. Attentional bias in generalized anxiety disorder versus depressive disorder. *Cogn Ther Res.* 2005;29(1):29-45.

درمانی در مقایسه با شناخت درمانی بر سوگیری‌های توجه در اختلال‌های اضطرابی را مورد تایید قرار نداده است [۸].

## نتیجه‌گیری

در کل، با مرور یافته‌های پژوهش می‌توان گفت که درمان شناختی رفتاری در تعدیل برخی از سوگیری‌های زنجیره پردازش اطلاعات نظیر مؤلفه ناتوانی رهایی توجهی از تهدید بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر مؤثر است. حجم نمونه کم، عدم مقایسه با سایر روش‌های درمانی و عدم بررسی سایر مؤلفه‌های زنجیره پردازش

11. Ouimet AJ, Gawronski B, Dozois DJ. Cognitive vulnerability to anxiety: A review and an integrative model. *Clin Psychol Rev.* 2009;29(6):459-70.
12. Koster EH, Crombez G, Verschuere B, De Houwer J. Selective attention to threat in the dot probe paradigm: differentiating vigilance and difficulty to disengage. *Behav Res Ther.* 2004;42(10):1183-92.
13. Salemink E vdHM, Kindt M. Selective attention and threat: quick orienting versus slow disengagement and two versions of the dot probe task. *Behav Res Ther.* 2007;45(3):607-15.
14. Verkuil B BJ, Putman P, Thayer JF. Interacting effects of worry and anxiety on attentional disengagement from threat. *Behav Res Ther.* 2009;47(2):146-52.
15. Shafei H. Making Software dot-probe task, the modified image to measure of attentional bias. 2nd International Congress on Child & Adolescent Psychiatry Tehran; 2003. [Persian]
16. Dugas MJ, Robichaud M. Cognitive-behavioral treatment for generalized anxiety disorder: from science to practice. New York: Routledge; 2007.
17. Hirsch CR, Mathews A. A cognitive model of pathological worry. *Behav Res Ther.* 2012;50(10):636-46.
18. Derryberry D, Reed MA. Anxiety Related Attentional Biases and Their Regulation by Attentional Control. *J Abnorm Psychol.* 2002;111(2):225-36.
19. Mathews A, Mogg K, Kentish J, Eysenck M. effect of psychological treatment of cognitive bias in generalized anxiety disorder. *Behav Res Ther.* 1995;33(3):293-303.