

Clinical Evaluation of Rational Behavioral Emotional Therapy (REBT), Medication and Placebo on Reducing Psychological Distress

Shahram Vaziri ¹ | Keynoush Kashef Keyvan ²

Research Paper

Received:
13 February 2022
Accepted:
28 February 2022
P.P: 187-203

ISSN: 2588-5162
E-ISSN: 2645-517x



Abstract

Introduction: The family as the first social unit, has different tasks and functions related to the health of individuals and the main place to learn values, norms and the formation of interpersonal actions and interactions, in which logical and irrational beliefs are the most important factors of flexibility and Vulnerability in the family. The aim of this study was to reduce the psychological distress of the family with the aim of clinical evaluation of emotional behavioral rational therapy (REBT), medication and placebo.

Research Method: This research was applied and quasi-experimental (pre-test-post-test with control group). The present study population was families with a diagnosis of anxiety disorder referred to Loghman Hospital in Tehran. After selecting the subjects according to the entry and exit criteria, 40 people were randomly assigned to four groups (medication, emotional rational behavior therapy, placebo, control group) equally (10 people in each group). To conduct this study, a pretest-posttest experimental design was performed using the Stress Anxiety Depression Scale (DASS) and after 3 months, a follow-up test was performed.

Results: Data were analyzed using repeated measures analysis of variance (at a significance level of 0.05) and using SPSS software version 26. The results showed that emotional rational behavioral therapy intervention was significant. It was effective in reducing patients' anxiety.

Conclusion: Emotional rational behavior therapy helps families to recognize their irrational beliefs more widely and reduces anxiety (self-blame) and hostility (blaming others and the world) to reduce psychological problems and increase family health.

Keywords: Behavioral Emotional Rational Therapy (REBT), Psychological Distress..

DOR: 20.1001.1.25885162.1401.13.49.9.3

1. Corresponding Author: Assistant Professor, Department of Psychology, Faculty of Psychology and Social Sciences of Roudhen Branch, Islamic Azad University, Roudhen, Iran Kati.kashef@gmail.com
2. PhD Candidate, Department of Clinical Psychology, Faculty of Psychology and Social Science, Islamic Azad University of Rouden, Roudhen. Iran

بررسی بالینی درمان عقلانی هیجانی رفتاری (REBT)، دارودرمانی ویلاسیبو بر کاهش پریشانی روان‌شناختی

شهرام وزیری^۱ | کینوش کاشف کیوان^۲

چکیده

مقدمه: خانواده به‌عنوان نخستین واحد اجتماعی، وظایف و کارکردهای متفاوتی در ارتباط با سلامت افراد بر عهده دارد و مکان اصلی یادگیری ارزش‌ها، هنجارها و شکل‌گیری کنش و تعاملات بین فردی است که در این میان باورهای منطقی و غیرمنطقی از مهم‌ترین عوامل انعطاف‌پذیری و آسیب‌پذیری در خانواده می‌داند. پژوهش حاضر با هدف بررسی بالینی درمان عقلانی هیجانی رفتاری (REBT)، دارودرمانی ویلاسیبو بر کاهش پریشانی روان‌شناختی خانواده صورت گرفت.

روش پژوهش: این پژوهش کاربردی و از نوع نیمه‌آزمایشی (به‌صورت پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل) بود. جامعه پژوهش حاضر خانواده‌هایی با تشخیص اختلال اضطراب مراجعه‌کننده به بیمارستان لقمان شهر تهران بود. پس از انتخاب آزمودنی‌ها با رعایت ملاک‌های ورود و خروج، ۴۰ نفر انتخاب‌شده، به‌طور تصادفی در چهار گروه (دارودرمانی، رفتاردرمانی عقلانی هیجانی، پلاسیبو، گروه کنترل) به‌طور مساوی (هر گروه ۱۰ نفر) کاربندی شدند. برای اجرای این پژوهش، طرح آزمایشی پیش‌آزمون-پس‌آزمون با استفاده از مقیاس افسردگی اضطراب استرس (DASS) اجرا شد و و پس از ۳ ماه نیز آزمون پیگیری به‌عمل آمد.

یافته‌ها: داده‌ها با استفاده از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر (در سطح معناداری ۰/۰۵) و با بهره‌گیری از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۶ تحلیل شدند. نتایج نشان داد مداخله رفتاردرمانی عقلانی هیجانی به‌طور معناداری در کاهش اضطراب بیماران مؤثر واقع شد.

نتیجه‌گیری: رفتاردرمانی عقلانی هیجانی با کمک به خانواده‌ها در جهت بازشناسی وسیع‌تر باورهای غیرمنطقی خود و کاستن از اضطراب (سرزنش خود) و خصومت (سرزنش کردن دیگران و جهان) باعث کاهش مشکلات روان‌شناختی و افزایش سلامت خانواده می‌شود.

کلیدواژه‌ها: درمان عقلانی هیجانی رفتاری (REBT)؛ پریشانی روان‌شناختی.

مقاله پژوهشی

تاریخ دریافت:

۱۴۰۰/۱۱/۲۴

تاریخ پذیرش:

۱۴۰۰/۱۲/۰۹

صص: ۲۰۳-۱۸۷

شاپا چاپی: ۵۱۶۲-۲۵۸۸
الکترونیکی: ۵۱۷-۲۶۴۵

DOR: 20.1001.1.25885162.1401.13.49.9.3

۱. نویسنده مسئول: استادیار گروه روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی و علوم اجتماعی واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی،

Kati.kashef@gmail.com

تهران، ایران

۲. دانشجوی دکتری روان‌شناسی بالینی، دانشکده روان‌شناسی و علوم اجتماعی، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران،

ایران

مقدمه و بیان مسئله

اضطراب معمول‌ترین پاسخ به محرک تنش‌زا است. منظور از اضطراب، هیجانی است ناخوشایند که همه ما درجاتی از آن را در حالت‌هایی همچون تنش، نگرانی، دلشوره تجربه کرده‌ایم. فریود از نخستین کسانی بود که بین اضطراب عینی و اضطراب روان‌رنجور تمایز قائل شد، اضطراب مرضی طیف گسترده اختلال‌های اضطرابی را که از اختلال‌های شناختی و بدنی تا ترس‌های غیرموجه و وحشت‌زدگی‌ها گسترده‌اند، به‌وجود می‌آورد (جاسمین و کامر، ۲۰۱۷). انجمن روان‌پزشکی آمریکا (۲۰۱۳) اختلالات اضطرابی را با مشخصه‌هایی چون ترس و اضطراب تعریف می‌کند. ترس به‌صورت یک پاسخ هیجانی نسبت به تهدید واقعی یا ادراک‌شده و اضطراب نیز با پیش‌بینی وقوع تهدیدی در آینده. طبق آمار انجمن روان‌پزشکی آمریکا (۲۰۱۳) اختلال اضطراب فراگیر ۰/۹ درصد در نوجوانان و ۲/۹ درصد در میان بزرگ‌سالان شیوع دارد به‌طوری‌که زنان دو برابر مردان احتمال دارد که به این اختلال مبتلا شوند. به‌طور کلی درمان اختلالات اضطرابی شامل دو شاخه‌ی تقریباً متفاوت تحت‌عنوان درمان‌های دارویی و درمان‌های روان‌شناختی است. یکی از درمان‌های روان‌شناختی، رفتار درمانی عقلانی هیجانی آلبرت الیس می‌باشد؛ در این روش، فرض اساسی این است که نحوه تفسیر افراد از رویدادها و موقعیت‌های زندگی در بروز مشکلات روانی آن‌ها نقش اساسی ایفا می‌کند. در این رویکرد اعتقاد بر این است که شناخت، هیجان و رفتار، به‌شکل معناداری با هم در تعامل هستند و بر یکدیگر تأثیر می‌گذارند (الیس، ۳، ۲۰۱۵). نتایج پژوهش‌های زیادی نظیر؛ کیف، روس، بوترفیلد و پاریس؛ (۲۰۱۵) حاکی از اثربخشی رفتار درمانی عقلانی هیجانی در کاهش اختلالات مختلف است. تحقیقات متعددی به اثربخشی رفتار درمانی عقلانی هیجانی بر بسیاری از اختلالات هیجانی تاکید دارند. برای مثال در زمینه اثربخشی رفتار درمانی عقلانی هیجانی بر افسردگی، تحقیق تورنر و بارکر^۵ (۲۰۱۳) و تورنر، اسلاتر و باکر^۶ (۲۰۱۴) در زمینه باورهای ناکارآمد و رفتار درمانی عقلانی هیجانی پرداختند.

1. Jasmine, E., & Kumar, G. V
2. American Psychiatric Association
3. Ellis
4. Ciff, Rus, Butterfield, & Parris
5. Turner, & Barker
6. Turner, Slater, & Barker

بررسی های اولتین، هیلاند، والرینز و دیوید^۱ (۲۰۱۷) نشان داد رفتار درمانی عقلانی هیجانی در کاهش علائم افسردگی و اضطرابی دانشجویان نقش معناداری دارد. همچنین تحقیق ایفیدی، اوگو و آلاده^۲ (۲۰۱۷) نشان داد که به کارگیری رفتار درمانی عقلانی هیجانی در کاهش اضطراب امتحان دانش آموزان نقش معنی دار و به سزایی دارد.

رفتار درمانی عقلانی هیجانی سعی می کند تا افکار و باورهای غیرمنطقی مراجع اصلاح شود (بوشمن، هورن، بلانکنشپ، گارسیا و بوهان^۳، ۲۰۱۸). در این روش افکار غیرمنطقی مراجع را قویاً به قسمت آگاهی او می آورد و او را متوجه آن‌ها می نماید، به مراجع نشان می دهد که چگونه این افکار غیرمنطقی باعث ناراحتی عاطفی او شده است، روشن می نماید که غیرمنطقی بودن جملات درونی دقیقاً در چه مواردی است و به او می آموزد که چگونه مجدداً فکر کند و این جملات غیرمنطقی را دوباره سازی کند و آن‌ها را به صورت افکار منطقی درآورد (بالکیس و دورو، ۲۰۱۸).

دارو درمانی نیز به صورت یک روش مکمل برای اختلالات اضطرابی استفاده می شود. برای نمونه درمان های دارویی مانند بنزودیازپین ها، بوسپرون، و ضدافسردگی ها مانند ونلافاکسین و پاروکستین برای اختلال اضطراب فراگیر استفاده می شود بنزودیازپین ها دارای خواص اضطراب زدا (ضد اضطراب)، تسکینی، ضد تشنج، فراموشی زا و تنش زدا هستند. این داروها بعد از تولید و معرفی، بیشترین میزان مصرف را در طبقه داروهای درمان روانی به خود اختصاص دادند به طوری که اصطلاح اضطراب زدا مترادف بنزودیازپین شد. دیازپام (والیوم) و کلردیازپوکساید (لیبریوم) بنزودیازپین های قدیمی هستند و بقیه ی آن‌ها که عموماً کاربرد زیادی دارند عبارتند از آلپرازولام (زاناکس)، کلونازپام (کلونوپین)، لورازپام (آتیون) و تریازولام (هالسیون) و چند نمونه ی دیگر (بندلو، زوهار، هالاندر، کاسپر و مولر^۴، ۲۰۰۸).

همچنین از طرفی دیگر، پلاسبو در لغت به معنی: «من خوب خواهم شد» و در اصلاح پزشکی به روشی از درمان گفته می شود که در آن بیمار تحت درمان واقعی قرار نمی گیرد. اثر درمانی که از

1. Oltean, Hyland, Vallières, & David
2. Eifediyi, Ojugo, & Aluede
3. Buschmann, Horn, Blankenship, Garcia, & Bohan
4. Bandelow, Zohar, Hollander, Kasper, & Möller
5. Placebo

به کار بستن چنین روش‌هایی حاصل می‌شود را نیز اثر پلاسیبو^۱ می‌نامند. رایج‌ترین روش‌ها برای ایجاد اثر پلاسیبو استفاده از دارونما است. به نظر می‌رسد که با ایجاد حالت پلاسیبو، مغز فرد به حالت خاصی وارد می‌شود که تأثیر قابل توجهی بر کل بدن، و حتی بر خود مغز دارد. این وضعیت ذهنی می‌تواند یک‌سری تغییرات روانی و جسمانی را به وجود آورد که بسیاری از علائم بیماری را از میان برده، و حتی آن را به‌طور کامل درمان نماید (لیندمایر، اوکانر و دیشمن ۲۰۱۵، ۲). اثر پلاسیبو یا دارونما را نه یک دارو و روش درمانی بلکه یک فرآیند می‌دانند. این فرآیند با اعتماد بیمار به پزشکش آغاز می‌شود و سپس تمام گستره‌ی کارکردی سیستم ایمنی و ترمیمی‌اش را در بر می‌گیرد. نتیجه‌بخش بودن این فرآیند حاصل یک اثر جادویی در قرص نیست، بلکه به این دلیل است که بدن انسان بهترین درمان‌گر خودش است و اینکه موفق‌ترین تجویزها را خود بدن برای خود می‌کند. با توجه به شیوع زیاد و پایدار اختلال‌های اضطرابی در عصر کرونا و ارتباط آن‌ها با روابط بین فردی در خانواده، پیشگیری مؤثر و به‌هنگام و برنامه‌های مداخله‌ای برای این گروه از بیماران اهمیت زیادی دارد. جهت کاهش استرس و آسیب ناشی از اختلال‌های اضطرابی هم راهبردهای پیشگیرانه و هم راهبردهای درمانی لازم هستند. اما تاکنون بیشتر سرمایه‌گذاری‌ها در بخش درمان صورت گرفته است. از آنجایی که افراد نسبتاً زیادی دچار اختلال‌های اضطرابی هستند، درمان‌های بالینی قادر نیستند همه آن‌ها را تحت پوشش قرار دهند، بنابراین برنامه‌ریزان باید سرمایه‌گذاری بیشتری در بخش پیشگیری انجام دهند. برنامه‌های درمانی زیادی برای بهبود اختلال‌های اضطرابی وجود دارد که همه آن‌ها اساسی شناختی- رفتاری دارند

با توجه به موارد ذکرشده تحقیق حاضر به دنبال پاسخ‌گویی به این سؤال است که آیا رفتار درمانی عقلانی هیجانی، دارودرمانی و پلاسیبو بر سلامت خانواده و کاهش اضطراب تأثیر دارد؟

روش پژوهش

پژوهش حاضر از لحاظ هدف، کاربردی و از لحاظ روش، نیمه‌آزمایشی همراه با پیش‌آزمون- پس‌آزمون و گروه کنترل است. جامعه پژوهش حاضر خانواده‌هایی با تشخیص

1. Placebo Effect
2. Lindheimer, O'Connor, & Dishman

اختلال اضطراب مراجعه کننده به بیمارستان لقمان شهر تهران بود که دارای پرونده فعال در سال ۹۹-۱۳۹۸ بودند. نمونه این پژوهش به روش نمونه گیری مبتنی بر هدف و به شیوه نمونه گیری در دسترس بود. با توجه به طرح پژوهش حاضر براساس نرم افزار G Power 3.1.9.2 حداقل حجم نمونه برای ۴ گروه با شرایط مندرج در جدول شماره یک، ۳۶ نفر محاسبه و با در نظر گرفتن احتمال ریزش آزمودنی‌ها، تعداد ۴۰ نفر به عنوان تعداد نمونه در نظر گرفته شد. پس از انتخاب آزمودنی‌ها با رعایت ملاک‌های ورود و خروج، ۴۰ نفر انتخاب شده، به طور تصادفی در چهار گروه (دارودرمانی، رفتاردرمانی عقلانی هیجانی، پلاسیبو، گروه کنترل) به طور مساوی (هر گروه ۱۰ نفر) کاربندی شدند. گروه آزمایش طی سه ماه (هر هفته یک جلسه دو ساعته) و به صورت گروهی با روش رفتاردرمانی عقلانی هیجانی مورد روان‌درمانی قرار گرفتند. ملاک‌های ورود به پژوهش عبارت بود از: دارا بودن ملاک‌های تشخیص DSM-5 برای اختلال اضطرابی به تشخیص روان‌پزشک، عدم دریافت درمان‌های روان‌شناختی قبل از ورود به پژوهش، داشتن حداقل سن ۱۸ سال و حداکثر ۵۰ سال، دارا بودن حداقل سطح تحصیلات دیپلم، موافقت بیمار برای شرکت در پژوهش و امضای رضایت‌نامه کتبی. نمونه این پژوهش به روش نمونه گیری مبتنی بر هدف و به شیوه نمونه گیری در دسترس بود.

ابزار پژوهش

مقیاس اضطراب^۱ (DASS): مقیاس افسردگی اضطراب استرس (DASS؛ لایباند و لایباند، ۱۹۹۵) یک آزمون ۲۱ سؤالی است که علائم افسردگی، اضطراب و استرس را در مقیاس چهار درجه‌ای از نمره ۰ تا ۳ می‌سنجد. این آزمون از سه زیرمقیاس افسردگی، اضطراب و استرس تشکیل شده است. نمره فرد در هر مقیاس برحسب هفت گویه مختص آن مقیاس سنجیده می‌شود. این مقیاس یکی از ابزارهای معتبر برای سنجش نشانه‌های عواطف منفی محسوب می‌شود و پایایی^۲ و روایی^۳ آن در پژوهش‌های متعدد تأیید شده است (آنتونی، بیلینگ، کاکس، انس و سوینسون^۴، ۱۹۹۵). بشارت (۲۰۰۵) ضرایب آلفای کرونباخ مقیاس افسردگی اضطراب استرس را در مورد

1. Depression Anxiety Stress Scale (DASS)

2. reliability

3. validity

4. Antony, Bieling, Cox, Enns, & Swinson

نمره نمونه‌هایی از جمعیت عمومی ($n = 278$) برای افسردگی، $0/87$ برای اضطراب، $0/89$ برای استرس و $0/91$ برای کل مقیاس گزارش کرده است. این ضرایب در خصوص نمره نمونه‌های بالینی ($n = 194$) برای افسردگی، $0/89$ برای اضطراب، $0/87$ برای استرس و $0/93$ برای کل مقیاس گزارش شده است. این ضرایب، هم‌سانی درونی مقیاس افسردگی اضطراب استرس را در حد خوب تأیید می‌کنند. روایی هم‌زمان، همگرا و تشخیصی (افتراقی)^۱ مقیاس افسردگی اضطراب استرس از طریق اجرای هم‌زمان مقیاس افسردگی بک^۲ (BDI؛ بک، راش، شاو و امری^۳، 1979)، مقیاس اضطراب بک^۴ (BAI؛ بک و اپستین^۵، 1993)، فهرست عواطف مثبت و منفی^۶ (PANAS؛ واتسون، کلارک و تلگن^۷، 1988) و مقیاس سلامت روانی^۸ در مورد آزمودنی‌ها و مقایسه نمره‌های دو گروه جمعیت عمومی و بالینی محاسبه شد و مورد تأیید قرار گرفت (بشارت، 2005). نتایج ضرایب همبستگی پیرسون نشان داد که بین نمره آزمودنی‌ها در مقیاس‌های افسردگی، اضطراب و استرس با نمره‌های افسردگی بک، اضطراب بک، عواطف منفی و درماندگی روان‌شناختی همبستگی مثبت معنادار از $0/44$ تا $0/61$ ($p < 0/001$) و با عواطف مثبت و بهزیستی روان‌شناختی همبستگی منفی معنادار از $0/41$ تا $0/58$ ($p < 0/001$) وجود دارد. این نتایج روایی هم‌زمان، همگرا و تشخیصی مقیاس افسردگی اضطراب استرس را تأیید می‌کنند.

پروتکل درمانی:

پروتکل رفتاردرمانی عقلانی هیجانی براساس راهنمای گام‌به‌گام رفتاردرمانی عقلانی هیجانی، نوشته ویندی درایدن (2011) تنظیم شده است.

جدول ۱. سرفصل اهداف درج‌شده در مداخله آموزشی الیس

جلسه	هدف
اول	ایجاد ارتباط و جلب اعتماد، درک کلی از منطق رویکرد الیس
دوم	معرفی مفاهیم اصلی رویکرد الیس و ارائه‌ی الگوی ABCD

1. discriminant
2. Beck Depression Inventory
3. Beck, Rush, Shaw & Emery
4. Beck Anxiety Scale
5. Epstein,
6. Positive and Negative Affect Schedule
7. Watson, Clarke & Tellegen
8. Mental Health Inventory

جلسه	هدف
سوم	ایجاد آگاهی نسبت به چگونگی شکل‌گیری اضطراب
چهارم	شناخت خطاهای منطقی و باورهای غلط
پنجم	آموزش چگونگی شناخت و کنترل افکار ناامیدکننده، بدبینی آور، ناکارآمد و اضطراب‌آور
ششم	تغییر و حذف باورهای غلط و جایگزینی باورها و شناخت درست با توجه به الگوی ABCD
هفتم	تشخیص هیجان‌های ناخوشایند و تغییر آن‌ها
هشتم	کار روی رفتارهای ناکارآمد به منظور تغییر آن‌ها با توجه به الگوی ABCD
نهم	آموزش روش حل مسئله
دهم	ارائه برنامه‌هایی به منظور ماندگاری دست‌آوردها

شیوه اجرا:

در این پژوهش با مراجعه به به بیمارستان لقمان در شهر تهران خانواده‌هایی که دارای پرونده فعال در ماه‌های فصل تابستان ۱۳۹۷ بودند در یک بازه زمانی ۳ ماهه از بین کسانی که واجد شرایط تعریف شده در اهداف تحقیق و مایل به شرکت در مطالعه بودند، انتخاب شدند. به شکل تصادفی در ۳ گروه آزمایش و گروه گواه قرار گرفتند. هر گروه شامل ۱۰ نفر جای داده شدند. قبل از ورود به پژوهش با رضایت آگاهانه و کسب رضایت از آزمودنی‌ها، درمورد محرمانه ماندن پاسخ‌ها شرح داده شد سپس برنامه مداخله تنظیم شد. و در ۱۰ جلسه ۵۰ دقیقه‌ای به شرح جدول (۱) صورت گرفت:

یافته‌ها

جدول شماره ۲ شاخص‌های توصیفی مربوط به عوامل جمعیت شناختی نمونه تحت مطالعه شامل جنسیت، تحصیلات و سن را نشان می‌دهد.

جدول ۲. جدول شاخص‌های توصیفی مربوط به عوامل جمعیت‌شناختی نمونه تحت مطالعه

متغیر	سطوح	گروه‌ها		
		REBT	دارودرمانی	دارونما
جنسیت*	مرد	۵	۸	۶
	زن	۵	۲	۴
	کل	۱۰	۱۰	۱۰
تحصیلات**	دیپلم	۴	۳	۳
	فوق‌دیپلم	۱	۱	۱
	لیسانس	۳	۴	۴
	فوق‌لیسانس	۱	۲	۱
	دکتری	۱	۰	۱
	کل	۱۰	۱۰	۱۰

متغیر	گروه‌ها	حداقل	حداکثر	میانگین	انحراف معیار
سن***	REBT	۱۹	۴۸	۳۲/۹۰	۱۰/۰۶
	دارودرمانی	۱۹	۴۳	۳۱/۵۰	۸/۳۰
	دارونما	۱۹	۴۹	۳۴/۷۰	۱۰/۶۴
	کنترل	۱۸	۴۹	۳۳/۱۰	۱۱/۱۲

$$F = ۰/۱۶۹, P = ۰/۹۱۷ ** \quad \chi^2 = ۳/۰۶۷, P = ۰/۹۹۵, ** \quad \chi^2 = ۳/۵۸۱, P = ۰/۳۱ *$$

آزمون کای اسکوئر جهت بررسی همگنی گروه‌ها از نظر متغیرهای جنسیت و سطح تحصیلات انجام شد و به دلیل بزرگتر بودن سطوح معناداری آزمون‌ها از ۰/۰۵ می‌توان نتیجه گرفت که تفاوت معناداری بین فراوانی طبقات مختلف متغیرهای جنسیت و سطح تحصیلات وجود نداشت و گروه‌های درمانی و گواه از نظر این متغیرها همگن بودند. جهت بررسی همگنی گروه‌ها از نظر متغیر سن آزمون تحلیل واریانس یک راه انجام شد. نتیجه حاکی از آن بود که به دلیل بزرگتر بودن سطوح معناداری آزمون‌ها از ۰/۰۵، بین گروه‌ها از نظر سن تفاوت معناداری وجود نداشت و بنابراین گروه‌های درمانی و گواه از نظر متغیر سن همگن بودند.

جدول ۳. شاخص‌های توصیفی مربوط به نمرات اضطراب بیماران در پیش‌آزمون و پس‌آزمون

شرایط	REBT		دارودرمانی		دارونما		کنترل
	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	
پیش‌آزمون	۶/۱۰	۲۸/۴۰	۵/۵۸	۲۶/۲۰	۵/۴۵	۲۶/۰۰	۶/۶۷
پس‌آزمون	۲/۶۷	۱۱/۴۰	۲/۳۹	۱۸/۴۰	۴/۹۷	۲۸/۴۰	۶/۱۰
پیگیری	۱/۶۹	۸/۸۰	۱/۶۹	۲۱/۸۰	۴/۹۴	۲۹/۲۰	۵/۰۱

براساس اطلاعات این جدول، نمرات تمامی خرده‌مقیاس‌های گروه‌های REBT و دارودرمانی در پس‌آزمون کاهش یافته است. این موضوع می‌تواند نشان از تأثیر مداخلات درمانی بر کاهش پریشانی، افسردگی و اضطراب بیماران باشد که معناداری آن در قسمت آزمون فرضیات بررسی شده است.

جدول ۴. نتایج آزمون‌های اثرات بین آزمودنی‌ها

متغیرهای وابسته (نمرات پس‌آزمون)	مجموع مجذورات	درجه آزادی	مجذور میانگین	F	سطح معناداری	مجذور اتای تفکیکی
اضطراب	۰/۰۴۷	۱	۰/۰۴۷	۴۲/۹۵۱	۰/۰۰۱	۰/۷۹۶

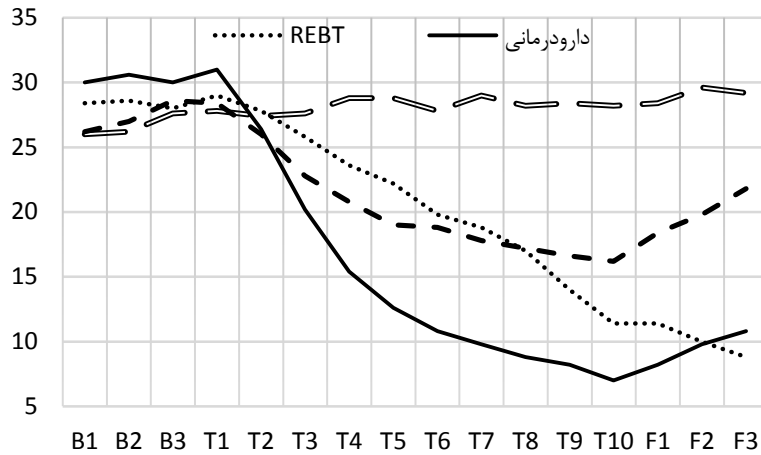
جدول شماره ۴ نتایج آزمون‌های F جهت بررسی اثرات نتایج این جدول نشان می‌دهد که گروه‌های REBT، دارودرمانی، دارونما و کنترل در ارتباط با تمامی متغیرهای وابسته به دلیل کوچک‌تر بودن سطوح معناداری آن‌ها از ۰/۰۵ (درمورد متغیر اضطراب به دلیل تخطی از مفروضه ی یکسانی واریانس‌ها سطح آلفای ۰/۰۱ ملاک ارزیابی قرار می‌گیرد)، با یکدیگر تفاوت آماری معنادار داشته‌اند. به بیان دقیق‌تر میان چهار گروه REBT، دارودرمانی، دارونما و کنترل از نظر متغیر پریشانی ($F=76/182, p=0/001, \eta^2=0/874$)، افسردگی ($F=70/481, p=0/001$)، و اضطراب ($F=42/951, p=0/001, \eta^2=0/796$) با مهار اثر میانگین‌های پیش‌آزمون، تفاوت معنادار وجود داشت. همچنین از طریق ضرایب مجذور اتای تفکیکی می‌توان نتیجه گرفت که تأثیر این تفاوت بزرگ بوده است (کوهن، ۱۹۸۸). به بیان دقیق‌تر، گروه‌ها (متغیر مستقل) ۸۷/۴ درصد در تبیین پراکندگی مشاهده شده در متغیر پریشانی، ۸۶/۵ درصد در تبیین

پراکندگی مشاهده شده در نمرات افسردگی و ۷۹/۶ درصد در تبیین پراکندگی مشاهده شده در متغیر اضطراب نقش داشته است.

جدول ۵. مقایسه میانگین‌های اضطراب گروه‌های REBT، دارودرمانی، دارونما و کنترل در سه مرحله خط پایه، ۱۰ جلسه درمان و سه مرحله پیگیری

گروه‌ها				اضطراب
کنترل	دارونما	دارودرمانی	REBT	شرایط
۲۶/۰۰	۲۶/۲۰	۳۰/۰۰	۲۸/۴۰	خط پایه اول
۲۶/۲۰	۲۷/۰۰	۳۰/۶۰	۲۸/۶۰	خط پایه دوم
۲۷/۶۰	۲۸/۶۰	۳۰/۰۰	۲۸/۰۰	خط پایه سوم
۲۷/۸۰	۲۸/۴۰	۳۱/۰۰	۲۹/۰۰	جلسه اول درمان
۲۷/۴۰	۲۶/۰۰	۲۶/۴۰	۲۷/۸۰	جلسه دوم درمان
۲۷/۶۰	۲۲/۸۰	۲۰/۲۰	۲۵/۸۰	جلسه سوم درمان
۲۸/۸۰	۲۰/۸۰	۱۵/۴۰	۲۳/۶۰	جلسه چهارم درمان
۲۸/۸۰	۱۹/۰۰	۱۲/۶۰	۲۲/۲۰	جلسه پنجم درمان
۲۷/۸۰	۱۸/۸۰	۱۰/۸۰	۱۹/۸۰	جلسه ششم درمان
۲۹/۰۰	۱۷/۸۰	۹/۸۰	۱۸/۸۰	جلسه هفتم درمان
۲۸/۲۰	۱۷/۲۰	۸/۸۰	۱۷/۰۰	جلسه هشتم درمان
۲۸/۴۰	۱۶/۶۰	۸/۲۰	۱۴/۰۰	جلسه نهم درمان
۲۸/۲۰	۱۶/۲۰	۷/۰۰	۱۱/۴۰	جلسه دهم درمان
۲۸/۴۰	۱۸/۴۰	۸/۲۰	۱۱/۴۰	پیگیری اول
۲۹/۶۰	۱۹/۸۰	۹/۸۰	۱۰/۰۰	پیگیری دوم
۲۹/۲۰	۲۱/۸۰	۱۰/۸۰	۸/۸۰	پیگیری سوم

همچنین نمودار شماره ۱ روند تغییر میانگین‌های اضطراب گروه‌های REBT، دارودرمانی، دارونما و کنترل را در سه مرحله خط پایه، ۱۰ جلسه درمان و سه مرحله پیگیری به صورت دیداری نمایش می‌دهد.



نمودار ۱. روند تغییر میانگین‌های اضطراب گروه‌های REBT، دارودرمانی، دارونما و کنترل در سه مرحله خط پایه (B)، ۱۰ جلسه درمان (T) و سه مرحله پیگیری (F)

جدول ۶. نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای مقایسه پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در گروه آزمایش و گواه

متغیر	نوع اثر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	مقدار P	مجذورات اتا
اضطراب	زمان	۱۴۱۹۶/۲۸۹	۲	۷۰۹۸/۱۴۴	۵۴/۴۴۰	<۰/۰۰۱	۰/۶۶۰
	زمان*گروه	۱۲۴۰۶/۸۲۲	۲	۶۲۰۳/۴۱۱	۴۷/۵۷۸	<۰/۰۰۱	۰/۶۳۰
	خطا	۷۳۰۱/۵۵۶	۵۶	۱۳۰/۳۸۵			
	گروه	۲۳۴۹۰/۱۷۸	۱	۲۳۴۹۰/۱۷۸	۱۱۰/۱۶۳	<۰/۰۰۱	۰/۷۹۷
	خطا	۵۹۷۰/۴۴۴	۲۸	۲۱۳/۲۳۰			

همان‌طور که در جدول ۶ نشان داده شده است، نتایج نشان داد که اثر گروه معنادار بود و درمان REBT در گروه آزمایش تأثیر گذار بود ($P < 0/001$). همچنین اثر زمان یا مرحله‌های سه‌گانه پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری و اثر متقابل زمان*گروه نیز معنادار بود ($P < 0/001$).

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج نشان داد مداخلات دارودرمانی و REBT هر دو به‌طور معناداری در کاهش اضطراب افراد خانواده مؤثر واقع شدند. در مقایسه میان اثربخشی درمان‌ها، دارودرمانی مؤثرتر از REBT بود، نتایج یافته‌های پژوهش با یافته‌های اولتین و همکاران (۲۰۱۷)، (شاهنده و صفرزاده، ۲۰۱۰)، (الابی و لامی، ۲۰۱۵) و ایفیدی، اوگو و آلاده^۱ (۲۰۱۷) هم‌سو است. تحقیقات نشان می‌دهد که رفتاردرمانی عقلانی هیجانی بر کاهش اضطراب در افراد مؤثر است (شاهنده و صفرزاده، ۲۰۱۰). شاید بتوان این مطلب را به‌این‌صورت عنوان کرد که مردان و زنان، چه در خانواده‌ی مبدأ خویش و چه در خانواده‌ای که از طریق ازدواج شکل گرفته است، تجربه‌ی متفاوتی از زندگی خانوادگی دارند. آن‌ها معمولاً با انتظارات، باورها، ارزش‌ها، نگرش‌ها، اهداف، و فرصت‌های متفاوتی بزرگ می‌شوند. طرز فکر آن‌ها درباره‌ی انتظاری که از آنان در زندگی زناشویی، و بعدها، پدر و مادر شدن، می‌رود با یکدیگر فرق می‌کند، و تعجیبی ندارد که تجارب متفاوتی نیز خواهند داشت. (گلدنبرگ و گلدنبرگ، ترجمه حسین‌شاهی برواتی و همکاران، ۱۳۹۵). بنابراین خانواده چیزی بیش از مجموعه افرادی است که در یک فضای مادی و روانی خاص به‌سر می‌برند. خانواده یک نظام اجتماعی و طبیعی است که ویژگی‌های خاص خود را دارد. این نظام اجتماعی مجموعه‌ای از قواعد و اصول را ابداع و برای اعضای خود نقش‌های متنوعی تعیین می‌کند. علاوه بر این، خانواده از یک ساخت نظام‌دار قدرت برخوردار است. صورت‌های پیچیده‌ای از پیام‌رسانی‌های آشکار و نهان را به‌وجود می‌آورد، و روش‌های مذاکره و مسئله‌گشایی مفصلی در اختیار دارد که به آن اجازه می‌دهد تا تکالیف مختلفی را با موفقیت به انجام برساند. رابطه‌ی اعضای این خرده‌فرهنگ رابطه‌ای عمیق و چندلایه‌ای است که عمدتاً براساس تاریخچه مشترک، اوراق‌ها و فرض‌های مشترک و درونی شده راجع به جهان، و اهداف مشترک بنا نهاده شده است (گلدنبرگ و گلدنبرگ، ترجمه حسین‌شاهی برواتی و همکاران، ۱۳۹۵). در این راستا رفتاردرمانی عقلانی هیجانی به مراجعان کمک می‌کند تا افکار خود را تصحیح نموده، باعث خوش‌بینی و مثبت‌اندیشی آنان می‌شود. این مثبت‌اندیشی می‌تواند باعث تغییر دیدگاه فرد نسبت به خود و

1. Eifediyi, Ojugo, & Aluede

دیگران شده، اعتماد به نفس ایشان را افزایش می‌دهد. اضطراب، سلامت روانی مراجعان را تهدید می‌کند و بر کارآمدی، شکوفایی استعداد و سلامت روانی آنان تأثیر می‌گذارد و به‌عنوان یکی از پدیده‌های فراگیر و مشکل‌ساز در بین مراجعان، می‌تواند در روابط بین فردی آنان اثر منفی بگذارد (الابی و لامی، ۲۰۱۵).

دارودرمانی نیز به‌صورت یک روش مکمل برای اختلالات هیجانی استفاده می‌شود. برای نمونه درمان‌های دارویی مانند بنزودیازپین‌ها، بوسپیرون، و ضدافسردگی‌ها مانند ونلافاکسین و پاروکستین برای اختلال اضطراب فراگیر استفاده می‌شود بنزودیازپین‌ها دارای خواص اضطراب‌زدا (ضد اضطراب)، تسکینی، ضد تشنج، فراموشی‌زا و تنش‌زدا هستند. این داروها بعد از تولید و معرفی، بیشترین میزان مصرف را در طبقه داروهای درمان روانی به خود اختصاص دادند به‌طوری‌که اصطلاح اضطراب‌زدا مترادف بنزودیازپین شد. ديازپام (والیوم) و کلردیازپوکساید (لیبریوم) بنزودیازپین‌های قدیمی هستند و بقیه‌ی آن‌ها که عموماً کاربرد زیادی دارند عبارتند از آلپرازولام (زاناکس)، کلونازپام (کلونوپین)، لورازپام (آتیون) و تریازولام (هالسیون) و چند نمونه‌ی دیگر (بندلو، زوهار، هالاندر، کاسپر و مولر، ۲۰۰۸).

اگر چه، دارودرمانی از درمان‌های تثبیت‌شده در درمان مشکلات هیجانی هستند، اما نتایج درمان، به عوامل جنبی دیگری نیز وابسته است. در یک مطالعه فراتحلیل مبنی بر مقایسه درمان شناختی-رفتاری با درمان‌های دیگر، نتایج نشان داد، مزیت دارودرمانی به هزینه کمتر و سرعت پاسخ به درمان و اثربخشی سریع‌تر آن روی علائم جسمانی و خلقی می‌باشد. اما درمان شناختی-رفتاری، تأثیرات عمیقی بر ساختار شناخت و نظام پردازش شناختی و هیجانی عمیق بیمار از خود باقی می‌گذارد (دازا، ۲۰۰۲).

همچنین با توجه به اینکه امروزه رویکردهای گوناگونی برای درمان و مهار مشکلات افراد به‌وجود آمده است در خصوص اثربخشی آموزش رفتار درمانی عقلانی هیجانی بر کاهش مشکلات روان‌شناختی آن‌ها می‌توان گفت که گذر از مراحل مختلف تکامل با استرس و اضطراب توأم است و افراد همواره در حال کشمکش با استرس‌های طبیعی و غیرطبیعی است و همواره برای برقراری تعادل تلاش می‌کند. در صورتی که افراد در این راه به بن‌بست برسند، امکان بروز

نشانه‌های مرضی وجود دارد (نورتون، ۲۰۰۷). در این رویکرد بر فرایندهای فکری مرتبط با رفتار و احساس که با مشکلات روانی و هیجانی ارتباط دارند تأکید می‌شود. افراد در گروه برای تغییر افکار خود در مورد تجارب فردی و تغییر رفتار تشویق می‌شوند و این مسئله، احساس فرد را نسبت به خودش تغییر می‌دهد. در رفتار درمانی عقلانی هیجانی به لزوم جایگزینی باورهای غیرمنطقی با باورهای منطقی در فرد تأکید شده و با ارائه راهکارهایی در مراحل درمان، به فرد کمک می‌شود تا الگوهای فکری ناکارآمد را که به احساس بی‌کفایتی در فرد منجر می‌گردد، تشخیص داده و آن را با الگوهای فکری منطقی و کارآمد جایگزین سازد. خانواده‌ها تحت این آموزش گروهی، با جایگزینی باورهای منطقی و کارآمد به جای باورهای غیرمنطقی و ناکارآمد و در نتیجه تغییر هیجانات منفی به هیجانات مثبت، افزایش شادکامی را تجربه می‌نمایند.

در تبیین نتایج فوق می‌توان گفت که افراد به دلیل برداشت‌های غیرمنطقی از خود که منجر به احساس بی‌ارزشی می‌شود، دست به انتخاب اهداف غیرمنطقی و نامعقول می‌زنند و در نتیجه با دست نیافتن به اهداف خود احساس ناکارآمدی می‌کنند. در رفتار درمانی عقلانی هیجانی به وجود باورهای غیرمنطقی در فرد اذعان شده و به لزوم جایگزینی باورهای منطقی به جای باورهای غیرمنطقی در فرد تأکید می‌شود (درایدن، ۲۰۱۱). همچنین نحوه تفکر و تفسیر افراد از رویدادها و موقعیت‌های زندگی در بروز مشکلات روانی آن‌ها نقش اساسی داشته و تفکرات غیرمنطقی مسبب بروز آشفتگی‌های هیجانی از جمله استرس و افسردگی می‌شوند. ساوا و همکاران (۲۰۰۹) بیان می‌کنند که مزیت درمان عقلانی، عاطفی و رفتاری و درمان‌شناختی نسبت به درمان دارویی برای افراد جامعه هزینه‌های کمتری دارد و تفکرات و احساس‌های مثبت‌تری را در مراجعان ایجاد می‌کنند. در این رابطه می‌توان استنباط نمود که در کشور ایران با توجه به اینکه قشر عمده مردم را جوانان تشکیل می‌دهند و ممکن است در زمان‌های مختلف با بحران‌های اجتماعی، خانوادگی و اقتصادی روبه‌رو شوند. بنابراین استفاده از این نوع درمان‌های روان‌شناختی کم‌هزینه که توسط مراکز مشاوره ارائه می‌شود می‌تواند روحیه مثبت و سالم را به افراد جامعه برگرداند تا به‌عنوان یک فرد سازنده در قسمت‌های مختلف جامعه انجام وظیفه کنند. براساس یافته‌های پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های آینده آزمودنی‌های خود را براساس سطح مشکلات روانی آنان غربال کنند.

پژوهش‌های آینده همچنین، می‌توانند تعداد جلسات درمان گروهی را براساس میزان پیشرفت آزمودنی‌ها تعیین نمایند. به‌طوری‌که، آزمودنی‌هایی که بیشتر پیشرفت می‌کنند زودتر از جلسات درمانی خارج شوند و درمان‌گر بر روی آزمودنی‌هایی متمرکز شود که پیشرفت کندتری دارند. پیشنهاد می‌شود اثربخشی رفتاردرمانی عقلانی هیجانی در کاهش اضطراب و پیشرفت درمان مراجعان با مشکلات هیجانی در طبقات اجتماعی اقتصادی پایین، متوسط و بالا با هم مقایسه شود.

فهرست منابع

- Alabi, Yahaya Lasiele; Lami, Mustapha Mulikat.(2015). Efficacy of Client-Centred and Rational-Emotive Behaviour Therapies in Reducing Bullying Behaviour among in-School Adolescents in Ilorin, Nigeria . **International Journal of Instruction January 2015** • Vol.8, No.1 e-ISSN: 1308-1470 • www.e-iji.net p-ISSN: 1694-609X
- American Psychiatric Association .Diagnostic and statistical manual of mental disorders.5th edition.Wshington D.C: Author ;2013
- Antony, M. M., Bieling, P. J., Cox, B. J., Enns, M. W., & Swinson, R. P. (1998). Psychometric properties of the 42-item and 21-item versions of the Depression Anxiety Stress Scales in clinical groups and a community sample. *Psychological assessment*, 10(2), 176.
- Balkis, M., & Duru, E. (2018). The Protective Role of Rational Beliefs on the Relationship Between Irrational Beliefs, Emotional States of Stress, Depression and Anxiety. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 1-17.
- Bandelow, B., Zohar, J., Hollander, E., Kasper, S., & Möller, H. J. (2008). WFSBP Task Force on Treatment Guidelines for Anxiety, Obsessive-Compulsive and Post-Traumatic Stress Disorders. World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) guidelines for the pharmacological treatment of anxiety, obsessive-compulsive and post-traumatic stress disorders—first revision. *World J Biol Psychiatry*, 9(4),
- Bandelow, B., Zohar, J., Hollander, E., Kasper, S., & Möller, H. J. (2008). WFSBP Task Force on Treatment Guidelines for Anxiety, Obsessive-Compulsive and Post-Traumatic Stress Disorders. World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) guidelines for the pharmacological treatment of anxiety, obsessive-compulsive and post-traumatic stress disorders—first revision. *World J Biol Psychiatry*, 9(4), 248-312.
- Bayat Z. (2013). Improvement with Placebo?! Book of the Mouth about Science & Technology; 6(72): 64-68. (Persian).
- Beck, A.T.(2008). The evolution of the cognitive model of depression and its neurobiological correlates. *American Journal of Psychiatry* 165, 969–977.
- Besharat MA (2005). [Psychometric properties of Depression Anxiety Stress Scale (DASS-21) in clinical and general population]. Research Report. University of Tehran. (Persian).
- Besharat, M. A. (2005). Investigation of the psychometrics features of depression, anxiety, stress scale (DASS-21) in clinical sample and general population. Research Report. University of Tehran. (Persian).
- Buschmann, T., Horn, R. A., Blankenship, V. R., Garcia, Y. E., & Bohan, K. B. (2018). The Relationship Between Automatic Thoughts and Irrational Beliefs Predicting Anxiety and Depression. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 36(2), 137-162.
- Ciff, S., Rus, A. V., Butterfield, M. E., & Parris, S. R. (2015). Effects of Rational-Emotive Behavior Therapy on Romanian Foster Parents' Psychological Functioning and their Perceived Parenting. *Revista de Cercetare si Interventie Sociala*, 50.
- Daza, P., Novy, D. M., Stanley, M. A., & Averill, P. (2002). The Depression Anxiety Stress Scale-21: Spanish translation and validation with a Hispanic sample. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 24, 195–205.
- Dryden, W. (2007). Resilience and rationality. *J. Ration. Emot. Cogn. Behav. Ther.* 25, 213–226.
- Effati Dariani, Fatemeh (2014). The effect of lavender cream with or without foot wash on sleep quality and anxiety in pregnant women: a randomized controlled clinical trial,

- Master Thesis, School of Nursing and Midwifery, Tabriz University of Medical Sciences. (Persian).
- Ellis, D. J., & Rovira, M. (2015). Rational Emotive Behavioural Therapy: The Evolution of a Revolution: Interview With Dr. Debbie Joffe Ellis, Work Partner and Wife of Dr. Albert Ellis, the Creator of REBT. *Europe's journal of psychology*, 11(1), 7.
- Goldenberg, Irene and Goldenberg, Herbert. (2016). Family therapy, translated by Hamid Reza Hossein Shahi Barvati and Siamak Naqshbandi and Elham Arjmand. Tehran: Ravan Publications. (Persian).
- Huang CL, Wang YM, Li XW, Ren LL, Zhao JP, Hu Y, et al. Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. *Lancet*. 2020;395(10223):497-506.
- Jasmine, E., & Kumar, G. V. (2017). Relationship between irrational beliefs and depression in late adolescence. *Artha-Journal of Social Sciences*, 9(1).
- Lindheimer, J. B., O'Connor, P. J., & Dishman, R. K. (2015). Quantifying the placebo effect in psychological outcomes of exercise training: a meta-analysis of randomized trials. *Sports Medicine*, 45(5), 693-711.
- Lovibond, P. F., & Lovibond, S. H. (1995). The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour research and therapy*, 33(3), 335-343.
- Norton, P. J. (2007). Depression Anxiety and Stress Scales (DASS-21): psychometric analysis across four racial groups. *Anxiety, Stress & Coping*, 20, 253-265.
- Oltean, H. R., Hyland, P., Vallières, F., & David, D. O. (2017). An empirical assessment of REBT models of psychopathology and psychological health in the prediction of anxiety and depression symptoms. *Behavioural and cognitive psychotherapy*, 45(6), 600-615.
- Sava, F. A., Yates, B. T., Lupu, V., Szentagotai, A., & David, D. (2009). Cost-effectiveness and cost-utility of cognitive therapy, rational emotive behavioral therapy, and fluoxetine (prozac) in treating depression: A randomized clinical trial. *Journal of Clinical Psychology*, 65(1), 36-52.
- Shahandeh, Maryam and Safarzadeh, Sahar (2010). Evaluation of the effectiveness of rational-emotional therapy on reducing anxiety. *Journal of Isfahan Medical School*. 28 (108), 310-315. (Persian).
- Turner, M. J., and Barker, J. B. (2013). Examining the efficacy of Rational Emotive Behavior Therapy (REBT) on irrational beliefs and anxiety in elite youth cricketers. *J. Appl. Sport Psychol*. 25, 131-147.
- Turner, M. J., and Barker, J. B. (2014). Using Rational Emotive Behavior Therapy with Athletes. *Sport Psychol*. 28, 75-90.

