

درمان اختلال اضطراب تعمیم یافته با استفاده از روی آوردهای

درمانگری دارویی و روان‌پویشی

Treating Generalized Anxiety Disorder Using Pharmacological and Psychodynamic Approaches of Therapy

Fateh Rahmani, PhD

University of Kurdistan

Mehdi Salehi

University of Kurdistan

مهدي صالحی

مری دانشگاه کردستان

دکتر فاتح رحمانی

استادیار دانشگاه کردستان

Farzeen Rezae, M. D

Kurdistan University of Medical Science

دکتر فرزین رضاعی

استادیار دانشگاه علوم پزشکی کردستان

Abstract

A sample of 36 patients with Generalized Anxiety Disorder (GAD) was selected through clinical inter views based on DSM-IV-TR (2000). The half of patients received psychodynamic therapy and the other half received pharmacotherapy for three months. The presence and severity of their anxiety symptoms were assessed using DSM-IV-TR and the MMPI-II (Butcher and Williams, 2000) before and after the therapies. The results indicated no difference in reduction of anxiety symptoms presence between the two groups after the treatments. However, the severity of anxiety was lower in the psychodynamic therapy group. The results interpreted based on the oedipal conflicts in psychodynamic theory.

Key words: psychoanalytic psychotherapy, generalized anxiety, psychodynamic, pharmacotherapy .

چکیده

یک نمونه ۳۶ نفری از بیماران مبتلا به اختلال اضطراب تعمیم یافته، با استفاده از مصاحبه بالینی براساس DSM-IV-TR (۲۰۰۰)، انتخاب شدند. نیمی از آزمودنیها تحت روان‌درمانگری روان‌پویشی و نیم دیگر، به عنوان گروه مقایسه، به مدت سه ماه تحت دارودرمانگری قرار گرفتند. حضور و شدت نشانه‌های اضطراب آنها از طریق فهرست نشانه‌های اختلال اضطراب تعمیم یافته در DSM-IV-TR (۲۰۰۰) و ماده‌های سنجش اضطراب پرسشنامه MMPI-II (باچر و ویلیامز، ۲۰۰۰) قبل و بعد از درمانگری ارزیابی شدند. نتایج پژوهش بیانگر کاهش مشابه حضور نشانه‌های اضطراب در دو گروه بودند. اما شدت اضطراب، در گروه روان-درمانگری روان‌پویشی کاهش بیشتری را نشان داد. نتایج براساس تعارضهای ادیپی در نظریه روان‌پویشی تفسیر شد.

واژه‌های کلیدی: روان‌درمانگری روان‌پویشی، اضطراب تعمیم یافته، روان‌پویشی، دارودرمانگری.

Contact information : farahmani@yahoo.com

received : 28 Aug 2008

دریافت : ۸۷/۶/۶

accepted : 21 June 2009

پذیرش : ۸۸/۳/۳۱

مقدمه

فروید نشانه‌های اضطرابی را به طور مکرر مورد توجه قرار داد (۱۸۹۴، ۱۸۹۵، ۱۹۱۷، ۱۹۲۳، ۱۹۲۶، ۱۹۳۳). وی روان‌آزردگی اضطراب را با نشانه‌هایی از جمله برانگیختگی عمومی، انتظارات اضطراب‌آمیز، حمله‌های ناگهانی اضطراب، مشکلات خواب، سرگیجه و اختلال در فعالیتهای گوارشی توصیف کرد (فروید، ۱۸۹۵). این علائم کم و بیش با نشانه‌های اضطراب تعمیم‌یافته در چهارمین طبقه‌بندی اختلالهای روانی انجمن روان‌پزشکی آمریکا (DSM-IV-TR^۱، ۲۰۰۰) مطابقت دارند. برای فروید اضطراب، بیش از هر چیز بیانگر یک واکنش اجتنابی نسبت به محرکها، به‌ویژه محرکهای درونی بود.

فروید (۱۹۱۸) بر این باور بود که در فراسوی هر روان‌آزردگی، به طور کلی، یک هیستری اضطرابی کودکی وجود دارد. وی در ۱۹۲۳، تجربه اضطراب را به من^۲، به ویژه به تعارضهای آن و به فرامن^۳ (ترس از اختگی، وجدان و مرگ) نسبت داد. دو نوع واکنش به موقعیت خطر وجود دارد: واکنش عاطفی به شکل بروز اضطراب و واکنش حمایتی به شکل سایر نشانه‌های مرضی. به نظر می‌رسد، پیوند نزدیکی بین اضطراب و روان‌آزردگی وجود دارد زیرا من در مقابل خطر کشاننده‌ای^۴، مانند خطری واقعی و بیرونی، با یاری واکنش اضطرابی از خود دفاع می‌کند (فروید، ۱۹۲۶، ۱۹۳۳). به این شکل، برای مهار فرایندهای غریزی بُن^۵ و یاری گرفتن از اصل لذت برای مهار آن، تنها شیوه دفاعی من، ظاهر ساختن چنین علامتی است (فروید، ۱۹۲۶). در نهایت، فروید (۱۹۲۶، ۱۹۳۳) اساس اضطراب را در تعارضهای ناهشیار و عوامل پیش‌ادیپی^۶ و ادیپی^۷ جستجو کرد.

در روان‌آزردگی اضطراب، یک تنش درونی به صورت اضطرابی شناور یا آمادگی برای اضطراب نمایان می‌شود (فنیکل، ۱۹۴۵). از دیدگاه فروید (۱۹۲۶) اساساً دو شکل اضطراب قابل مشاهده است. یکی، اضطراب به عنوان علامت خطر و دیگری، بازسازی خودکار و غیرارادی

اختلالهای اضطرابی شایع‌ترین اختلال روانی در جمعیت عمومی هستند (سادوک و سادوک، ۲۰۰۵). اختلال اضطراب تعمیم‌یافته^۱ اختلالی شایع و ناتوان‌کننده است که با نگرانی گسترده، مفراط و مهارناپذیر متمایز می‌شود (APA، ۲۰۰۰)، میزان شیوع این اختلال را در جمعیت کلی حدود ۱۰ درصد (دورهام، ۲۰۰۴) و میانگین تداوم آن را در حدود ۲۰ سال (فیشر، ۲۰۰۷؛ فیشر و دورهام، ۲۰۰۴)، تخمین زده‌اند.

اضطراب تعمیم‌یافته، به‌رغم شیوع و مشکلات حاصل از آن، به‌ویژه در روابط بیمار و سلامت عمومی وی، غالباً ناشناخته مانده و به‌دشواری قابل درمان است. همچنین، در مقایسه با سایر اختلالهای اضطرابی، پژوهشهای اندکی در مورد مکانیزمهای آسیب‌شناختی روانی آن انجام شده‌اند (مینن، هیلمبرگ، ترک و فرسکو، ۲۰۰۵؛ فیشر، ۲۰۰۷).

در مورد تبیین علت‌شناختی اختلالهای اضطرابی، کوششهای زیادی به‌عمل آمده‌اند که از آن میان می‌توان به تبیینهای روان‌پویشی^۳ (فروید ۱۹۲۶؛ فنیکل، ۱۹۴۵)، رفتاری‌نگر^۴ (ولپ، ۱۹۵۸؛ ادوناهاو و کراسنر، ۱۹۹۵)، شناختی (بک، ۱۹۷۶؛ بک و امری، ۱۹۸۵) و زیست‌شناختی (نومستر، بون و چارنی، ۲۰۰۵) اشاره کرد. هر یک از این روی آوردها، روشهای درمانگری خاصی را نیز به همراه دارند. به این ترتیب، رایج‌ترین شیوه‌های درمانگری این اختلالها، دارودرمانگری، درمانگری شناختی - رفتاری^۵ و شیوه‌های مبتنی بر روی آوردهای روان‌پویشی^۶ هستند (سادوک و سادوک، ۲۰۰۵).

یافته‌های فرویدی بر دو مبنای کلی استوارند. نخست، استنباط و نتیجه‌گیری از مشاهده‌های بالینی اعم از مشاهده مستقیم (نشانه‌های مرضی، خواب‌بیده‌ها^۷) و مشاهده پیامدهای مداخله‌های روان‌تحلیلی^۸؛ به ویژه تداعی آزاد و تفسیر؛ و دوم، مشاهده آثار درمانی^۹ و تغییرات ناشی از به‌کارگیری تفسیر و ایجاد بینش^{۱۰} در بیماران.

1. generalized anxiety disorder (GAD)
2. American Psychological Association
3. psychodynamic
4. behaviorist
5. cognitive behavioral therapy
6. psychodynamic approaches

7. dreams
8. psychoanalytic interventions
9. therapeutic effects
10. insight
11. Diagnostic and Statistical Manual of mental Disorders-IV-Text Revised

12. ego
13. superego
14. drive
15. id
16. preoedipal
17. oedipal

نظریه پردازان روان‌پویشی، دانش خود را از طریق تک بررسی‌های بالینی و تفسیرهای روان‌پویشی افزایش داده‌اند (فنیکل، ۱۹۴۵؛ گرینسون، ۱۹۷۴). نتایج بررسی‌های فراتحلیلی پژوهشها در مورد روان‌درمانگری روان‌پویشی، متفاوت‌اند. از دید برخی از مؤلفان، این روش کمتر از سایر روشها مؤثر است و برخی دیگر، آن را با سایر روشها قابل مقایسه می‌دانند (سامرز، ۲۰۰۸؛ آرچر، فوربس، متکالف و وینتر، ۲۰۰۰). از سوی دیگر، نقش وضعیت هیجانی افراد مبتلا به اختلال اضطراب تعمیم یافته در پژوهشهای متعدد شناخته شده است. پژوهشهای منین، هالوی، فرسکو، مور و هیمبرگ (۲۰۰۷) و مک‌لافلین، منین و فراچ (۲۰۰۷) مبین نارسایی نظم‌جویی هیجانی^۳، به ویژه اداره سازش‌نیافته هیجانها^۴ در این بیماران هستند. پژوهشهای رکتور، زاگون-شیمیزو و لیمن (۲۰۰۷) نقش حساسیت به اضطراب و نشانه‌های اضطرابی را در بیماران مبتلا به اختلالهای اضطرابی نشان داده‌اند؛ بدون اینکه به محرکهای اضطراب‌انگیز درونی توجه کنند.

مدلهای کنونی اضطراب تعمیم‌یافته، جایگاهی برای کنشهای نگرانی^۵ به‌عنوان راهبردهای اجتنابی ارائه می‌دهند (پرایس و مهلمن، ۲۰۰۷). همچنین، شواهد موجود به وضوح بیانگر نقش علت‌شناختی^۶ رویدادهای ضربه‌آمیز زندگی و تنیدگیها هستند (سادوک و سادوک، ۲۰۰۵).

روان‌درمانگریهای روان‌پویشی کوتاه مدت، از نیمه دوم قرن گذشته، برای ارائه خدمات مؤثر و مقرون به‌صرفه به بیماران فراهم شده‌اند. ویژگیهای مشترک این روشها، افزایش فعالیت درمانگر، استفاده از کانون درمانی^۷، محدودیت زمانی و معیارهای گزینشی خاص آنهاست. پژوهشهای مبتنی بر تک بررسی‌های روان‌درمانگری کوتاه‌مدت بیانگر مفیدبودن این فنون و پایدارماندن نتایج آنها با گذشت زمان هستند (عباس، ۲۰۰۲).

تقابل بین دنبال کردن نظریه و گوش فرادادن به بیمار، در سراسر تاریخچه روان‌تحلیل‌گری منبع اختلاف نظر بوده است (سامرز، ۲۰۰۸). به نظر می‌رسد، شیوه‌های

موقعیت ضربه‌آمیز. در مورد نخست، من به ایجاد اضطراب برای فعال‌سازی عملیات دفاعی علیه برانگیختگیهای بُن‌می‌پردازد و در مورد دیگر، من و دفاعهای زیر سلطه اضطراب قرار می‌گیرند و حس وحشت‌زدگی و استیصال از پیامدهای آن است. اما برای فنیکل (۱۹۴۵)، اضطراب اساساً ترس از تجربه یک موقعیت ضربه‌آمیز است.

از نظر آنا فروید (۱۹۷۷) تمام فعالیتهای دفاع بهنجار یا مرضی به وسیله اضطراب به حرکت در می‌آیند، در حالی که، برنر (۱۹۷۳) بر بی‌لذتی متمرکز می‌شود. از دیدگاه این مؤلف، بی‌لذتی مقدم بر اضطراب است و به صورت دو احساس متفاوت بروز می‌کند: اضطراب و عاطفه افسرده‌وار^۱. از دیدگاه نوی (۱۹۸۲)، اضطراب و افسردگی به خودی خود مرضی‌اند و نمی‌توانند هیچ شکل بهنجاری داشته باشند. این مسئله، با مشاهده‌های بالینی مبنی بر جایگاه اضطراب به عنوان علامت هشیاری نسبت به تعارض یا اجتناب از دفاعهای تحول‌نیافته‌تر و همچنین نقش یاری‌کننده تجربه آن در تعمیق و رشدیافتگی هیجانی (اشتاین، ۱۹۹۹)، ناسازگار است.

بررسی پژوهشهای انجام شده در زمینه دیدگاه روان‌پویشی نشان می‌دهد که با وجود اینکه اشکال مختلف روان‌درمانگری روان‌پویشی اعتبار علمی و جایگاه خود را در بین معتبرترین مراکز علمی دنیا حفظ کرده‌اند (سادوک و سادوک، ۲۰۰۵)، پژوهشهای اندکی مستقیماً با روی آورد سنتی روان‌پویشی مرتبط‌اند (برای مثال: اِرل و گلبِگ، ۲۰۰۳؛ کالیگور، همیلتون، اشنایدر، دُنوان، لوبر و روس، ۲۰۰۳؛ لِفرت، ۲۰۰۳). بیشتر پژوهشهای مرتبط با روی آورد روان‌پویشی به‌صورت تک‌بررسیها^۲ و کارهای بالینی هستند که به بیان کیفی میزان تأثیر روشهای موجود پرداخته‌اند (از جمله، کوئن، ۲۰۰۳؛ لاترمن، ۲۰۰۳؛ آلموند، ۲۰۰۳؛ ویلسون، ۲۰۰۳) اما بیان آماری نتایج این روشها به‌ندرت مشاهده می‌شود. شاید یک دلیل نادر بودن این نوع پژوهشها، طولانی‌بودن و پیچیدگی مفرط آنهاست (دادستان، ۱۳۸۰، ویس و لانگ، ۲۰۰۰).

1. depressive affect
2. case studies
3. emotional dysregulation

4. maladaptive management of emotions
5. worry
6. etiological

7. therapeutic focus

شهر سنندج در پاییز سال ۱۳۸۵، ۲۸ بیمار اضطرابی دارای نشانه‌های اضطراب تعمیم یافته انتخاب شدند و سپس، حضور و شدت اضطراب آنها ارزیابی شد. بیماران به‌طور تصادفی در گروه‌های روان‌درمانگری روان‌پوشی و دارودرمانگری قرار داده شدند و پس از دوره درمانی، مجدداً مورد ارزیابی قرار گرفتند.

به خاطر عدم دسترسی به مجموعه بیماران مبتلا به اختلال اضطراب تعمیم یافته، جهت گزینش آزمودنی‌های پژوهشی، از گروه بیماران در دسترس استفاده شد و با توجه به فراوانی بیشتر بیماران زن و شیوع تقریباً دو برابر اختلال اضطراب تعمیم یافته در زنها (مریکانگاس، ۲۰۰۵)، بیشتر مراجعان پژوهش (۱۷ نفر) را زنها تشکیل دادند. شرایط پذیرش بیماران در این پژوهش: سن بین ۱۸ تا ۴۵ سال، حداقل تحصیلات دیپلم، تشخیص بالینی اختلال اضطراب تعمیم یافته براساس DSM-IV-TR (۲۰۰۰) و مطابق آن، نمره بالاتر از ۶ در مقیاس ۱۳ گزینه‌ای اضطراب تعمیم یافته بود (جدول ۱). شرایط مستثنای آزمودنی‌ها نیز، فقدان سابقه بیماری‌های جسمانی ایجادکننده نشانه‌های اضطراب، سوء مصرف مواد مخدر و نشانه‌های روان-گسستگی در تاریخچه بیمار بود.

آزمودنی‌های پژوهش با استفاده از مصاحبه بالینی براساس DSM-IV-TR (۲۰۰۰) انتخاب شدند. برای کمی کردن تشخیص اختلال اضطراب تعمیم یافته از فهرست نشانه‌های اضطراب تعمیم یافته در DSM-IV-TR (۲۰۰۰) استفاده شد و مقیاس محتوایی اضطراب در آزمون MMPI-II (باچر و ویلیامز، ۲۰۰۰) برای ارزیابی شدت اضطراب آنها، به کار رفت. فهرست نشانه‌های مرضی اختلال اضطراب تعمیم یافته، براساس چهارمین طبقه‌بندی اختلال‌های روانی انجمن روان‌پزشکی آمریکا تدوین شده و در بردارنده ۱۳ نشانه اضطرابی است که بیمار به صورت بلی و خیر به آنها پاسخ می‌دهد. به این ترتیب، حداکثر نمره این فهرست، ۱۳ و حداقل نمره آن صفر خواهد بود.

MMPI-II (باچر و ویلیامز، ۲۰۰۰) یک آزمون تجربی است که به‌دور از دیدگاه‌های نظری به ارزیابی وضعیت بالینی و نشانه‌های مرضی آزمودنی‌ها به‌شیوه‌ای معتبر و قابل اعتماد می‌پردازد. به گونه‌ای که در پیش‌بینی بهبود و

کوتاه مدت روان‌درمانگری تحلیلی، به جای دنبال کردن مشاهده‌های بالینی و سخنان بیمار، همراه با به‌کارگیری فنون بنیادی روان‌تحلیل‌گری، به تمرکز بر نشانه‌های مرضی می‌پردازند (گرن، ۲۰۰۱؛ سیف‌نئوس، ۱۹۸۷). پژوهش‌های انجام شده بیانگر اثربخشی این شیوه‌ها در درمان اختلال‌های شخصیت، افسردگی و اختلال وحشت-زدگی هستند (عباس، ۲۰۰۲).

مهمترین تفاوت بین شیوه‌های روان‌درمانگری تحلیلی، میزان تمرکز آنها بر گستره مسائل ناهشیار است (سامرز، ۲۰۰۸؛ آلد و هایمن، ۱۹۹۱). آنچه در پژوهش حاضر مورد توجه است بررسی اثر قرار دادن تعارض‌های ادیپی، به عنوان عوامل اضطراب‌انگیز ناهشیار، در کانون روان-درمانگری تحلیلی کوتاه‌مدت، بر بهبود نشانه‌های اضطراب تعمیم یافته و مقایسه آن با دارودرمانگری به عنوان شیوه‌ای مؤثر برای مهار اضطراب است. به این صورت، نقش فرضی تعارض‌های ادیپی (فروید، ۱۹۲۵) در اختلال اضطراب تعمیم یافته، به گونه‌ای غیرمستقیم، مورد توجه قرار می‌گیرد. علاوه بر این، کفایت شیوه‌های نوین درمانگری روان-پوشی در مقایسه با شیوه مؤثر دارودرمانگری با قابلیت تبیینی قویتری بررسی می‌شود.

بنابراین، ممکن است با جابجایی تمرکز روان‌درمانگری روان‌پوشی کوتاه مدت از نشانه‌های مرضی به تعارض‌های ناهشیار، به‌ویژه تعارض‌های ادیپی، بتوان به گونه‌ای نظام‌دارتر به بررسی بالینی موضوع‌های موردنظر پرداخت. به این صورت، و با تمرکز بر اختلال اضطراب تعمیم یافته به‌عنوان موضوع مطالعه، پرسش زیر مورد توجه قرار گرفت:

در صورت تمرکز روان‌درمانگری روان‌پوشی کوتاه مدت بر تعارض‌های ادیپی، اثربخشی درمانی آن بر اختلال اضطراب تعمیم یافته، در مقایسه با دارودرمانگری، چگونه است؟

روش

پژوهش حاضر با روش شبه تجربی و در قالب دو گروه مقایسه با پیش‌آزمون و پس‌آزمون انجام شد. از بین مراجعان به مراکز مشاوره و مطب سه نفر از روان‌پزشکان

گرفته است، اما در مورد مقیاسهای محتوایی این آزمون، پژوهشی یافت نشد.

نیمی از بیماران تنها با شیوه روان‌درمانگری روان-پویشی و نیمی دیگر، به‌عنوان گروه مقایسه، فقط با دارو-درمانگری تحت درمان قرار گرفتند. به‌نظر می‌رسد تنها راه مقایسه دقیق شیوه‌های مداخله، درمانگری غیرترکیبی^۴ است. با توجه به اینکه حداقل زمان لازم برای ظهور آثار درمانی دارودرمانگری اختلال اضطراب‌تعمیم‌یافته حدود یک ماه (سادوک و سادوک، ۲۰۰۵) و متوسط زمان لازم برای روان‌درمانگری روان‌پویشی نیز ۱۵ جلسه است، میانگین مدت زمان صرف شده برای مداخله‌های درمانی دو گروه حدود ۱۰۰ روز (سه ماه) در نظر گرفته شدند. جلسه‌های روان‌درمانگری به‌صورت هفتگی برگزار شد و مراجعان روان‌پزشکی نیز هر دو هفته یک‌بار، جهت ارزیابی بالینی و تجویز دارو، مراجعه می‌کردند.

روان‌درمانگری روان‌پویشی: می‌توان گفت سه رکن اساسی فن روان‌تحلیل‌گری عبارت است از تحلیل انتقال، تداعی آزاد و تفسیر (فنیکل، ۱۹۴۵؛ گرینسون، ۱۹۷۴؛ فردریکسون، ۱۹۹۹). اما، سه رکن درمانی مورد استفاده در این پژوهش، تحلیل فراتتقالی^۵، واری روان‌پویشی^۶ و تفسیر بود (آرلو، ۲۰۰۲؛ دوانلو، ۱۹۹۵، ۲۰۰۵). همچنین، مواد ناهشیار مورد توجه در این مداخله‌ها، عمدتاً، تعارضهای ادیبی بودند. روش کار واری روان‌پویشی برای دستیابی به شواهد و نشانه‌های تعارضهای ادیبی از خلال نشانه‌های مرضی بر بیان غیرکلامی و گزارشهای بیمار مبتنی بود. آنچه لازم است جستجو شود، نشانه‌های حضور احساسهایی است که به نوعی با تعارضهای یاد شده پیوند دارند. هدف مداخله‌ها نیز بررسی تجربه هیجانی واکنشهای عاطفی بیمار به موضوعهای ادیبی است. ظهور تعارضهای ادیبی در چهارچوب تجربه هیجانی، محور مداخله‌های روان-پویشی است؛ تجربه‌ای که موجب تسهیل پذیرش تفسیرهای بعدی درمانگر از شرایط روان‌پویشی بیمار خواهد شد (گرینسون، ۱۹۷۴).

دارودرمانگری: درمانگری دارویی، توسط متخصصان

پیامد درمانی نیز قابل استفاده است (مک‌کری، بایلی و کینگ، ۲۰۰۵؛ گراهام، ۲۰۰۵).

جدول ۱
ویژگیهای جمعیت‌شناختی آزمودنیها

| متغیر | روان‌درمانگری (n = ۱۳) | دارودرمانگری (n = ۱۵) |
|--------------------|---------------------------|--------------------------|
| جنس | | |
| مرد | ۳۸/۵ | ۴۰ |
| زن | ۶۱/۵ | ۶۰ |
| سن | | |
| ۱۸-۳۰ سال | ۵۳/۸ | ۴۶/۷ |
| ۳۰-۴۵ سال | ۴۶/۲ | ۵۳/۳ |
| سطح تحصیلات | | |
| دیپلم | ۴۶/۲ | ۵۳/۳ |
| فوق دیپلم | ۳۰/۸ | ۳۳/۳ |
| لیسانس | ۲۳ | ۱۳/۳ |

توجه: مقادیر به درصد ارائه شده‌اند.

مقیاسهای محتوایی^۱ MMPI-II از گزینه‌هایی تشکیل شده که از زاویه مفهومی و آماری با قلمروهای محتوایی مورد اشاره آنها ارتباط دارند. تفسیر مقیاسها براساس این فرض است که آزمودنیها خواهان بیان خود از طریق آزمون هستند. به‌همین شکل، پاسخهای آزمودنیها به ماده‌های مقیاس محتوایی را می‌توان به‌عنوان منبع مستقیم اطلاعات در مورد افکار و احساسهای آزمودنی تلقی کرد. مقیاس محتوایی اضطراب MMPI-II برای ارزیابی نشانه‌های اضطراب طرح‌ریزی شده و دارای ضرایب همسانی^۲ درونی بین ۰/۷۷ تا ۰/۹۱ (بن‌پورات، هاستلتر، باچر و گراهام، ۱۹۸۹) و روایی^۳ بین ۰/۸۲ تا ۰/۹۰ است (باچر، دالستروم، گراهام، تلگن و کمر، ۱۹۸۹؛ باچر و ویلیامز، ۲۰۰۰).

اگرچه در ایران آزمون MMPI-II به‌عنوان موضوع پژوهش (مرئی، ۱۳۷۸؛ رقیبی، ۱۳۶۰) و ابزار پژوهش (تعلیمی، ۱۳۸۶؛ توکلی، ۱۳۷۷) مورد استفاده مکرر قرار

اعصاب و روان صورت گرفت و بیماران تحت نظر آنها به مصرف داروهای ضد اضطراب پرداختند. هیچ داروی خاصی برای مطالعه اثربخشی درمانی مورد مطالعه قرار نگرفت و انتخاب دارو به عهده روان پزشک گذاشته شد. بیماران، همگی سرپایی بودند و هیچکدام در بخشهای روان پزشکی بیمارستانها بستری نشدند.

مقایسه نتایج پیش آزمون و پس آزمون آزمودنیها در فهرست نشانه های اضطراب تعمیم یافته و نتایج آزمون MMPI-II با استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس^۱ انجام شد.

یافته ها

وضعیت گروهها در متغیرهای مورد بررسی (حضور نشانه های اختلال اضطراب تعمیم یافته و شدت آنها)، مشخصه های آمار توصیفی، و همچنین، مقایسه تأثیر دو شیوه درمانگری در کاهش نشانه های اضطراب تعمیم یافته و شدت اضطراب، براساس آزمون تحلیل کوواریانس در جدول ۲ ارائه شده است.

مقایسه نتایج مربوط به شدت نشانه های اضطرابی در پس آزمون دو گروه، بیانگر این است که گروه روان-

جدول ۲.

مشخصه های توصیفی نمره های پیش آزمون و پس آزمون (به تفکیک گروه) و خلاصه نتایج تحلیل کوواریانس تأثیر روشهای درمانگری بر مقیاسهای اضطرابی

| متغیر | روان درمانگری | | | | دارودرمانگری | | | | F | η ^۲ |
|----------------------|---------------|------|----------|------|--------------|------|----------|--------|-------|----------------|
| | پیش آزمون | | پس آزمون | | پیش آزمون | | پس آزمون | | | |
| | SD | M | SD | M | SD | M | SD | M | | |
| نشانه های اضطراب | ۱/۵۶ | ۳/۰۸ | ۲/۴ | ۳/۵۳ | ۱/۹۳ | ۴/۲ | ۲/۸۸ | ۱/۱۷* | ۰/۰۴۵ | |
| اثر پیش آزمون | | | | | | | | ۰/۸۷۷ | ۰/۰۳۵ | |
| شدت نشانه های اضطراب | ۱۷/۲۳ | ۲/۷۱ | ۶/۳۳ | ۳/۳۷ | ۱۵/۳۳ | ۳/۳۴ | ۳/۲۲ | ۵/۴۶** | ۰/۱۸۵ | |
| اثر پیش آزمون | | | | | | | | ۰/۳۲۸ | ۰/۰۱۳ | |

*P < ۰/۰۵. **P < ۰/۰۱.

بحث

نتایج حاصل را می توان از زاویه حضور نشانه های اختلال اضطراب تعمیم یافته (فهرست نشانه های اضطراب تعمیم یافته براساس DSM-IV-TR) و شدت آنها (مقیاس

درمانگری روان پویشی، کاهش معناداری را نسبت به گروه مقایسه نشان می دهد.

مطابق نتایج جدول ۲، تفاوت گروههای مقایسه (روان درمانگری روان پویشی و دارودرمانگری) از لحاظ نشانه های اضطرابی معنادار نیست (F=۱/۱۷۴، P=۰/۲۹). می توان این نکته را از بخش توصیفی جدول ۲ نیز دریافت. اما تفاوت پس آزمون دو گروه در شدت نشانه های اضطراب معنادار است (F=۵/۴۶، P=۰/۰۲۸). نگاهی به جدول ۲ نیز مبین تفاوت میانگین پس آزمون دو گروه در این مقیاس است (۶/۳۳ در مقابل ۹/۷). بنابراین، می توان نتیجه گرفت که تأثیر شیوه درمانگری روان پویشی در مقایسه با شیوه دیگر، بر کاهش شدت اضطراب بیشتر و مجذور اتا برابر با ۰/۱۸۵ بوده است. یعنی ۱۸/۵ درصد واریانس تبیین شده شدت اضطراب دو گروه در پس-آزمون، ناشی از روان درمانگری روان پویشی است. نکته مهم دیگر، معناداری اثر پیش آزمون بر پس آزمون است. مطابق یافته ها، برای نشانه های اضطراب، پیش آزمون تنها قادر به تبیین ۳/۵ درصد پس آزمون و برای شدت نشانه های اضطراب، این میزان ۱/۳ درصد و از لحاظ آماری غیرمعنادار بود.

محتوایی اضطراب (MMPI-II) مورد بررسی قرار دارد. یافته ها در مورد حضور نشانه های اختلال اضطراب تعمیم یافته، مبین این است که تأثیر روان درمانگری روان پویشی به تنهایی، در سطح دارودرمانگری است. اما،

کرد (مسترز، بوریش، هولن و ریم، ۱۹۸۷). از دیدگاه روان‌پویشی مواد اضطراب‌انگیز، اگر در ظاهر حضور داشته باشند - آنچنانکه در مورد هراسها چنین است - تنها بیانگر رمزی مواد اضطراب‌انگیز ناهشیارند (فروید، ۱۹۲۶). اما، باید توجه داشت که در مواردی مانند اضطراب‌تعمیم‌یافته که مواد اضطراب‌انگیز بسیار گسترده و اجتناب‌ناپذیرند، درمانگر چیز زیادی برای مواجهه ندارد؛ مگر اینکه صرفاً به روشهای ایجاد آرامش مانند تنش‌زدایی^۱ بپردازد، بر افکار اضطراب‌انگیز غیرواقعی متمرکز شود یا مانند روان‌تحلیل‌گران به پیوندهای رمزی توجه کند.

نکته مهم دیگر، کانون تمرکز جلسه‌های روان‌درمانگری روان‌پویشی است. زیرا نه تنها می‌توان در مورد شیوه درمانگری با کفایت، بلکه در مورد علت‌شناسی اختلال اضطراب‌تعمیم‌یافته نیز سخن گفت. نتایج، بیانگر تأثیر مطلوب روان‌درمانگری روان‌پویشی در مقایسه با دارودرمانگری است. اما، به دور از هر گونه نتیجه‌گیری در مورد زیربنای ناهشیار اختلال اضطراب‌تعمیم‌یافته، اعتبار روشهای اکتشاف ناهشیار یا مطابقت مشاهده‌های بالینی با وقایع روان‌شناختی، می‌توان نتایج تحقیق را از دو زاویه تفسیر کرد: دیدگاه مبتنی بر روان‌تحلیل‌گری و دیدگاه مخالف آن. تقابل این دو موضع‌گیری، امکان نتیجه‌گیری مناسب‌تری را فراهم می‌سازد.

از دیدگاه روان‌پویشی، این نتایج به‌واسطه مواجهه بیمار با مواد ناهشیار و تعارضهای اضطراب‌انگیز به‌دست آمده‌اند؛ چنین مواجهه و/یا تجربه‌ای موجب سازمان‌دهی مجدد «من» بیمار و رهاکردن دفاعهای بیماری‌زا می‌شود (گرینسون، ۱۹۷۴). به‌طور خلاصه، موضوع بینش بیمار عامل اضطراب‌زا محسوب می‌شود. اما از دیدگاهی متفاوت، شاید بتوان گفت درمان لزوماً تبیین‌کننده علت‌شناسی نیست و سخن گفتن از علت‌شناسی تنها با مطالعات (شبه) تجربی ایجادکننده‌های نشانه‌های اختلال، امری در عین حال، ناممکن و غیراخلاقی است. بنابراین، رابطه درمانگری و آسیب‌شناسی می‌تواند پیچیده‌تر باشد. درمان ممکن است فقط بر علت‌شناسی اثر کند بدون آنکه نوعی بازسازی صورت گرفته باشد. همچنین، ممکن است عوامل

در مورد شدت نشانه‌های اضطرابی، تأثیر آن بیش از دارو-درمانگری بوده است.

اولین نکته برای بررسی نتایج، این است که تمامی آزمودنیها درمان را تا پایان ادامه ندادند. این مطلب برای گروه روان‌درمانگری بیش از گروه دیگر بود. این مشاهده که مشابه گزارش دکر، کولن، ون، شوورس، پین، هندریکسن و دیگران (۲۰۰۸) است احتمالاً، از اعتبار نتایج می‌کاهد. برای بررسی این مسئله، سعی شد براساس آزمونهای مورد استفاده، بیماران ادامه‌دهنده و رهاکننده درمان، متمایز شوند. اما چنین تمایزی در هیچ‌یک از فراوانی آزمودنیها باشد. اما احتمالهای دیگری را نیز می‌توان مورد توجه قرار داد. برای مثال، با توجه به اینکه احتمالاً افراد اضطرابی گروه نامسجمی را تشکیل می‌دهند (سادوک و سادوک، ۲۰۰۵)، ممکن است ایجاد تمایز براساس نشانه‌های مرضی امکان‌پذیر نباشد. از سوی دیگر، تعاملهای ویژگیهای روان‌شناختی بیمار و درمانگر، شرایط زندگی بیمار، یا موقعیت درمانی هر یک می‌تواند بر چنین نتایجی مؤثر باشند.

کاهش شدت اضطراب در گروه تحت روان‌درمانگری را می‌توان از دو زاویه بررسی کرد. نخست، مشاهده‌های بالینی مبین آن هستند که پذیرش بیماران از روان‌درمانگری بدون مصرف دارو بیشتر از دارودرمانگری است. این نکته با آنچه دکر و دیگران (۲۰۰۸) در مورد جامعه هلند ارائه داده‌اند همسو است و با آنچه ویسنیوسکی، فاوا، تریودی، تاس، واردن، نیدره و دیگران (۲۰۰۷) در مورد جامعه آمریکا ارائه داده‌اند متفاوت است. دوم، روان-درمانگری روان‌پویشی مستقیماً و به گونه‌ای معنادارتر به واقعیت‌های درونی بیماران می‌پردازد.

موضع مبتنی بر کاهش اضطراب در اثر مواجهه و تجربه مواد اضطراب‌انگیز، مورد توافق بسیاری از روشهای روان‌درمانگری است. اما در اینکه چه چیزی عامل برانگیزاننده اضطراب است، اتفاق نظر وجود ندارد. برای مثال، برای رفتاری‌نگرها، باید مواد اضطراب‌انگیز را در موقعیتهای بیرونی و تجربه‌های عینی و اخیر بیمار جستجو

شفابخش یا واسطه‌های نامشخص دیگری با کاردرمانی مرتبط شوند بدون آنکه علت‌شناسی اختلال شناخته شده باشد.

از زاویه‌ای دیگر، شاید آنچه موجب درمان می‌شود نه درستی یافته‌های بالینی و بینش به مواد ناهشیار بلکه تجربه‌های هیجانی خاص این نوع جلسه‌ها است. اما، آنچه تحت عنوان تجربه هیجانی اصلاح‌کننده توسط الکساندر و فرنچ (۱۹۴۶) مطرح شد توسط روان‌درمانگران روان‌پوشی چندان مورد استقبال قرار نگرفت (نایت، ۲۰۰۵). اگرچه دستیابی به بینش، بدون ابعاد هیجانی آن ارزش درمانی چندان ندارد (گرینسون، ۱۹۷۴)، بازگشت نشانه‌های مرضی، هنگامی که تمامی عوامل ناهشیار بیماری‌زا آشکار نشده‌اند (فروید، ۱۹۳۷) بیانگر پیچیدگی بیشتر مبنای ناهشیار نشانه‌های مرضی چنین تبیینی است.

در نهایت، وجود پیوند بین مشاهده‌های بالینی و عوامل بیماری‌زا را نیز نمی‌توان نادیده گرفت. درمانگری روان‌پوشی بیش از آنکه به موقعیت کنونی و افکار بیمار پردازد بر کشاننده‌های سرکوب شده، تعارضهای ادیپی ناشناخته و مقاومت‌های بیمار متمرکز می‌شود.

آنچه با اطمینان می‌توان ادعا کرد این است که تعارضهای ادیپی چه به عنوان واقعیتی روان‌شناختی (فروید، ۱۹۲۳)، یا بخشی از پدیده‌های روان‌شناختی پیچیده‌تر (کهوت، ۱۹۸۴) یا حتی یک نتیجه‌گیری غیراصیل از یافته‌های بالینی همراه‌کننده، پیوند نزدیکی با مشاهده‌های بالینی و روان‌شناختی بیماران اضطرابی دارند. پس، نمی‌توان مدعی نقش علی انحصاری بینش شد؛ چون درمان مبین علیت نیست. اما می‌توان گفت این عوامل، بخشی از بیماری هستند و با جستجو و تحلیل آنها بیماری دگرگون می‌شود.

آخرین نکته این است که توصیف «تعمیم‌یافته» برای این اختلال، یک عنوان نامناسب است. زیرا نه حضور تعمیم مشخص است، نه مبنای آن و نه فرایند یا مکانیزم آن. اگر جستجوی عنوانی را که بار علت‌شناختی داشته باشد در حد دانش کنونی روان‌شناسی ندانیم، حداقل

می‌توان گفت عنوانی مانند «عمومی^۱»، «فراگیر» یا «مهاده^۲» مناسب‌تر از تعمیم‌یافته است.

محدودیت مهم این پژوهش، فقدان گروه گواه و عدم استفاده از دارونما بود. محدودیت دیگر، مربوط به پیامدهای بعدی مداخله‌های درمانی و چگونگی تداوم وضعیت روانی آزمودنیها پس از دوره‌های درمانگری است.

اگرچه حضور گروه گواه و استفاده از دارونما به‌طور قابل ملاحظه‌ای بر اعتبار نتایج می‌افزاید. اما، بدون درمان نگاه‌داشتن گروهی از بیماران یا به‌کارگیری درمانهای کاذب، اخلاقی به‌نظر نمی‌رسد. بنابراین، نمی‌توان آنها را به‌عنوان پیشنهاد برای پژوهشهای آینده در نظر گرفت. از سوی دیگر، دنبال کردن آثار درمانی و وضعیت روانی بیماران، تا حداقل دو سال پس از درمان، بر اعتبار نتایج می‌افزاید. بنابراین، پیشنهاد می‌شود در پژوهشهای مشابه، این نکته مورد توجه قرار گیرد.

منابع

- تعلیمی، آ.** (۱۳۸۶). بررسی نیمرخ روانی بیماران مراجعه‌کننده به بیمارستان بوعلی با سن ۵۰-۱۸ سال از اول شهریور ۸۵ تا پایان خرداد ۸۶ بر اساس فرم کوتاه آزمون MMPI. پایان‌نامه دکترای حرفه‌ای، دانشکده پزشکی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران.
- توکلی، ا. ح.** (۱۳۷۷). بررسی شیوع انواع ویژگیهای شخصیتی در دانش‌آموزان دبیرستانهای کهریزک و باقرآباد براساس آزمون MMPI و عوامل مؤثر بر آن. پایان‌نامه دکترای حرفه‌ای، دانشگاه علوم پزشکی تهران، دانشکده پزشکی.
- دادستان، پ.** (۱۳۸۰). روان‌شناسی مرضی تحولی (جلد اول). تهران: انتشارات سمت.
- رقیبی، م.** (۱۳۶۰). تحقیق د باره کاربرد آزمون شخصیتی چند جنبه‌ای مینه‌سوتا "MMPI" در شناخت خصوصیات شخصیتی افراد عادی غیربیمار. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه شیراز.
- مرئی، س. م.** (۱۳۷۸). بررسی همبستگی بین آزمون بک و مقیاس کلی و خرده مقیاسهای افسردگی MMPI-II. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران.
- Abbass, A. (2002). Intensive short-term dynamic psy-

- Butcher, J. N., Dahlstrom, W. G., Graham, J. R., Tellegen, A., & Kaemmer, B. (1989).** *Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2 (MMPI-II): Manual for administration and scoring.* Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Butcher, J. N., & Williams, C. L. (2000).** *Essentials of MMPI-II and MMPI-A interpretation.* (2nd ed.) Minneapolis, University of Minnesota Press.
- Caligor, E., Hamilton, M., Schneider, H., Donovan, J., Luber, B., & Roose, S. (2003).** Converted patients and clinic patients as control cases: A comparison with implications for psychoanalytic training. *Journal of the American psychoanalytic Association, 51 (1),* 201-220.
- Coen, S. J. (2003).** The thrall of negative and how to analyze it. *Journal of the American Psychoanalytic Association, 51 (2),* 465-489.
- Coren, A. (2001).** *Short-term psychotherapy : A psychodynamic approach.* Malaysia; Palgrave.
- Davanloo, H. (1995).** *Unlocking the unconscious.* Chichester : John Wiley & Sons.
- Davanloo, H. (2005).** *Intensive short-term dynamic psychotherapy.* In Sadock, B. J. & Sadock, V. A. (Ed.). Kaplan & Sadock's comprehensive textbook of psychiatry. New York : Williams & Wilkins.
- Dekker, J. J. M., Koelen, J. A., Van, H. L., Schouwers, R. A., Peen, J., Hendriksen, M., Kool, S., Van Aalst, G., & De Jonghe, F. (2008).** Speed of action: The relative efficacy of short psychodynamic supportive psychotherapy and pharmacotherapy in the first 8 weeks of a treatment algorithm for depression. *Journal of Affective Disorders, 109 (2),* 183-188.
- Durham, R. C. (2004).** Treatment of generalized anxiety disorder. *Psychiatry, 3 (4),* 30-34.
- chotherapy in a private psychiatric office: Clinical and cost effectiveness. *American Journal of Psychotherapy, 56,* 225-232.
- Alexander, F., & French, T. M. (1946).** *Psychoanalytic therapy: Principles and application.* New York: Ronald Press.
- Almond, R. (2003).** The holding function of theory. *Journal of the American psychoanalytic Association, 51 (1),* 131-153.
- American Psychiatric Association (2000).** *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders- Text Revision (4th ed.).* Washington, DC: APA.
- Archer, R., Forbes, Y., Metcalfe, C., & Winter D. (2000).** An investigation of the effectiveness of a voluntary sector psychodynamic counselling service. *British Journal of Medical Psychology, 73 (3),* 401-412.
- Arlow, J. (2002).** Transference as Resistance. *Journal of the American Psychoanalytic Association, 50 (4),* 1139-1150.
- Auld, F., & Hyman, M. (1991).** *Resolution of inner conflict: An introduction to psychoanalytic therapy.* Washington DC, APA.
- Beck, A. T. (1976).** *Cognitive therapy and the emotional disorders.* New York: International Universities Press.
- Beck, A.T., & Emery, G. (1985).** *Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective.* New York: Basic Books.
- Ben-Porath, Y. S., Hostetler, K., Butcher, J. N., & Graham, J. R. (1989).** New subscales for the MMPI-II social introversion (SI) scale. *Psychological Assessment, 1,* 18-22.
- Brenner, C. (1973).** On the nature and development of affects: A unified theory. *Psychoanalytic Quarterly, 43,* 532-556.

- Press.
- Freud, S. (1937).** *Analysis terminable and interminable* (standard edition). London: Hogarth Press.
- Graham, J. R. (2005).** *MMPI-II: Assessing personality and psychopathology*. USA: Oxford University Press.
- Greenson, R. R. (1974).** *The technique and practice of psychoanalysis* (vol. 1). New York: International University press.
- Knight, Z. G. (2005).** The use of the "corrective emotional experience" and the search for the "bad object" in psychotherapy. *American Journal of Psychotherapy*, 59 (1), 30-42.
- Kohut, H. (1984).** *How does analysis cure?* Chicago : University of Chicago Press.
- Leffert, M. (2003).** Analysis and psychotherapy by telephone: Twenty years of clinical experience. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 51 (1), 101-130.
- Lotterman, A. C. (2003).** Guilt about being born and debt about concerning the gift of life. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 51 (2), 547-578.
- Masters, J. C., Burish, T. G., Hollon, S. D., & Rimm, D. C. (1987).** *Behavior therapy: Techniques and empirical findings*. USA, Harcourt.
- McCray, J. A., Bailly, M. D., & King, A. R. (2005).** The external validity of MMPI-II research conducted using college samples disproportionately represented by psychology majors. *Personality and Individual Differences*, 38, 1097-1105.
- McLaughlin, K. A., Mennin, D. S., & Farach, F. J. (2007).** The contributory role of worry in emotion generation and dysregulation in generalized anxiety disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 45, 1735-1752.
- Erle, J. B., & Golberg, D. A. (2003).** The course of 253 analyses from selection to outcome. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 51 (1), 257-293.
- Fenichel, O. (1945).** *The psychoanalytic theory of neurosis*. New York : W. W. Norton & Company Inc.
- Fisher, P. L. (2007).** Psychopathology of generalized anxiety disorder. *Psychiatry*, 6 (5), 171-175.
- Fisher, P. L., & Durham, R. C. (2004).** Psychopathology of generalized anxiety disorder. *Psychiatry*, 3 (4), 26-30.
- Frederickson, J. (1999).** *Psychodynamic psychotherapy: Learning to listen from different perspectives*. The USA: Brunner/Mazel.
- Freud, A. (1977).** *The principal task of child analysis* (standard edition). International university Press.
- Freud, S. (1894).** *How anxiety originates* (standard edition). London: Hogarth Press.
- Freud, S. (1895).** *On the grounds for detaching a particular syndrome from neurasthenia under the description "anxiety neurosis"* (standard edition). London: Hogarth Press.
- Freud, S. (1917).** *General theory of the neuroses* (standard edition). London: Hogarth Press.
- Freud, S. (1918).** *From the history of an infantile neurosis* (standard edition). London: Hogarth Press.
- Freud, S. (1923).** *The ego and the id* (standard edition). London: Hogarth Press.
- Freud, S. (1925).** *An autobiographical study* (standard edition). London: Hogarth Press.
- Freud, S. (1926).** *Inhibitions, symptoms and anxiety* (standard edition). London: Hogarth Press.
- Freud, S. (1933).** *New introductory lectures on psychoanalysis* (standard edition). London: Hogarth

- disorders: Disorder-specific sensitivities and depression comorbidity. *Behaviour Research and Therapy*, 45 (8), 1967-1975.
- Sadock, B., & Sadock, V. (2005).** *Kaplan & Sadock's comprehensive textbook of psychiatry*. New York: Williams & Wilkins.
- Sifneos, P. E. (1987).** Short-term dynamic psychotherapy: Evaluation and technique (2nd ed). New York: Plenum Press.
- Stein, R. (1999).** *Psychoanalytic theories of affect*. London: Karnac Books.
- Summers, F. (2008).** Theoretical insularity and the crisis of psychoanalysis. *Psychoanalytic Psychology*, 25 (3), 413-424.
- Weis, H., & Lang, H. (2000).** Object relations and intersubjectivity in depression. *American Journal of Psychotherapy*, 54 (3), 317-328.
- Wilson, M. (2003).** The analyst's desire and the problem of narcissistic resistances. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 51 (1), 71-99.
- Wisniewski, S. R., Fava, M., Trivedi, M. H., Thase, M. E., Warden, D., Niederehe, G., Friedman, E. S., Biggs, M. M., Sackeim, H. A., Shores-Wilson, K., McGrath, P. J., Lavori, P. W., Miyahar, A. S., & Rush, A. J., (2007).** Acceptability of second step treatment of depressed outpatients: A STARD report. *American Journal of Psychiatry*, 164 (5), 753-760.
- Wolpe J. (1958).** *Psychotherapy by reciprocal inhibition*. Stanford, CA: Stanford University Press.
- Mennin, D. S., Heimberg, R. G., Turk, C. L., & Fresco, D. M. (2005).** Preliminary evidence for an emotion dysregulation model of generalized anxiety disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 43, 1281-1310.
- Mennin, D. S., Holaway, R. M., Fresco, D. M., Moore, M. T., & Heimberg, R. G. (2007).** Delineating components of emotion and its dysregulation in anxiety and mood psychopathology. *Behavior Therapy*, 38 (3), 284-302.
- Merikangas, K. R. (2005).** Anxiety disorders: Epidemiology. In Sadock, B. J. & Sadock, V. A. (ed.). *Kaplan & Sadock's comprehensive textbook of psychiatry*. New York : Williams & Wilkins.
- Neumeister, A., Bonne, O., & Charney, D. S. (2005).** Anxiety disorders: Neurochemical aspects. In Sadock, B. J. & Sadock, V. A. (ed.). *Kaplan & Sadock's comprehensive textbook of psychiatry* (vol 1). New York: Williams & Wilkins.
- Noy, P. (1982).** A revision of the psychoanalytic theory of the primary process. *Annual of Psychoanalysis*, 50, 155-178.
- O'Donahue W., & Krasner L. (1995).** *Theories of behavior therapy exploring behavior change*. Washington DC: APA.
- Price, R. B., & Mohlman, J. (2007).** Inhibitory control and symptom severity in late life generalized anxiety disorder. *Behaviour Research and Therapy* (in press).
- Rector, N. A., Szacun-Shimizu, K., & Leybman, M. (2007).** Anxiety sensitivity within the anxiety