

## کارآمدی درمان شناختی رفتاری براساس مدل داگاس در کاهش شدت نگرانی، اجتناب شناختی و اجتناب تجربه‌ای مبتلایان به اختلال اضطراب فراگیر

نگین منتزع<sup>۱\*</sup>، عباس بخشی پور رودسری<sup>۲</sup>، تورج هاشمی نصرت آباد<sup>۳</sup>، حسن حمیدپور<sup>۳</sup>، آیدا عبدالله زاده جدی<sup>۴</sup>

<sup>۱</sup> دانشجوی کارشناس ارشد خانواده درمانی دانشگاه شهید بهشتی، پژوهشکده خانواده Montazeh@gmail.com

<sup>۲</sup> عضو هیئت علمی گروه روانشناسی بالینی، دانشگاه تبریز

<sup>۳</sup> دکترای روانشناسی بالینی

<sup>۴</sup> دانشجوی دکتری روانشناسی عمومی، دانشگاه تبریز

### چکیده

اختلال اضطراب فراگیر اختلال مزمنی است که افت عملکرد شدیدی را در پی دارد و در اغلب موارد به خسارات جبران ناپذیری منجر می‌شود. علی‌رغم شیوع بالای این اختلال و خسارات فراوان ناشی از آن، کمتر به مولفه‌های زیربنایی آسیب‌شناسی و درمان‌های اختصاصی آن پرداخته شده است. هدف پژوهش حاضر بررسی کارآیی درمان شناختی-رفتاری مبتنی بر مدل شناختی ارائه شده از سوی داگاس، در کاهش شدت نگرانی، اجتناب شناختی و اجتناب تجربه‌ای مبتلایان به اختلال اضطراب فراگیر بود. در یک بررسی از نوع مطالعات شبه آزمایشی تک موردی، فرآیند درمان طی ۱۲ جلسه بر روی سه آزمودنی (زن) اجرا شد. آزمودنی‌ها پرسشنامه‌ی نگرانی پن، اجتناب شناختی و نیز اجتناب تجربه‌ای را تکمیل نمودند (مرحله A)، سپس مراحل مداخله (مرحله B) اجرا شد. دو پرسشنامه‌ی اول حین مداخله، در جلسات ۴ و ۸ درمان نیز اجرا شدند، در نهایت یک ماه پس از درمان هر سه مقیاس، به منظور پیگیری توسط آزمودنی‌ها تکمیل شد. نمرات آزمودنی‌ها پس از درمان در مقیاس سنجش نگرانی پن، اجتناب شناختی و اجتناب تجربه‌ای، تغییرات قابل توجهی مشاهده شد. همچنین اجرای پرسشنامه‌ها، پس از یک ماه نشان داد که تغییرات درمانی پایدار بوده‌اند. روش درمانی مبتنی بر مدل عدم تحمل بالاتکلیفی داگاس در کاهش شدت اجتناب شناختی و اجتناب از تجارب درونی مبتلایان به اختلال اضطراب فراگیر مؤثر بود و همچنین شدت اختلال اضطراب فراگیر نیز در نتیجه این درمان کاهش یافت. تأثیرات درمانی در دوره پیگیری نیز تداوم یافتند.

کلید واژه‌ها: اضطراب؛ اجتناب شناختی؛ اجتناب تجربه‌ای

### مقدمه

اختلال اضطراب فراگیر، اختلال رایج و ناتوان‌کننده‌ای است که به دلیل شیوع آن در میان همه سنین، با عنوان بیماری قرن شناخته شده است (توینگ، ۲۰۰۰). در چهارمین نسخه راهنمای تشخیصی آماری اختلالات روانی (DSM-IV) (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۱۹۹۴)، این اختلال یکی از اختلالات اضطرابی شمرده شده است که برای تشخیص آن حداقل شش ماه لازم است. نگرانی غیرقابل کنترل، برجسته‌ترین ویژگی آن است که مسائل مختلف روزمره را دربرمی‌گیرد و در تمام اوقات روز تجربه می‌شود (سادوک، سادوک و کاپلان، ۲۰۰۳).

با وجود اینکه این اختلال، برای نخستین بار در DSM-III مطرح شده است (داگاس و کورنر، ۲۰۰۵)، پدیده‌ی جدیدی محسوب نمی‌شود و بحث پیرامون آن، در نوشته‌های اولیه فروید (۱۹۶۶، ۱۹۲۰)، نیز تحت عنوان "سندرم اضطراب فراگیر" به چشم می‌خورد؛ با این وجود، تا چند دهه‌ی اخیر در مقایسه با دیگر اختلالات اضطرابی، کمتر به آن پرداخته شده بود (داگاس و رویچاود، ۲۰۰۷)، به همین دلیل درمان‌های اختصاصی برای آن بسیار محدود بودند (کلارک و فربورن، ۱۳۸۶). نهایتاً، در سال‌های اخیر با توجه به مختل کردن شدید زندگی بیمار و نرخ بالای شیوع آن، مورد مطالعه قرار گرفت تا رویکردهایی هرچه مؤثرتر و مقرون به صرفه‌تر برای درمان آن به وجود آیند.

یکی از مولفه‌های زیربنایی که اخیراً در اغلب مدل‌های تبیینی جدید مطرح شد، ماهیت اجتنابی این اختلالات، می‌باشد. در این میان، ماهیت اجتنابی GAD، نیز طی پژوهش‌های متعدد (بورکوویک، ۱۹۹۰؛ داگاس و همکاران، ۱۹۹۸؛ روئمر و همکاران، ۲۰۰۵)، مورد تأکید قرار گرفت و رویکردهای نظری نوینی، بر مبنای آن، شکل گرفتند. یکی از نخستین تبیین‌های ارائه شده پیرامون ماهیت اجتنابی GAD و نشانه‌های اصلی آن یعنی نگرانی، تبیین نظری ارائه شده از سوی توماس برکوویک (۱۹۹۵؛ ۱۹۹۸)، بود که در قالب مفهوم "اجتناب شناختی"، مطرح و مورد بررسی قرار گرفت. به دنبال رشد مدل اجتنابی نگرانی (AMW)، تعدادی مدل‌های جایگزین GAD، در تلاش برای گسترش دادن دامنه‌ی فرمول بندی‌های اولیه ایجاد شدند. یکی از چنین مدل‌هایی، که تأکید بر ماهیت اجتنابی را در سبب‌شناسی GAD برجسته ساخت، مدل عدم تحمل باتکلیفی (IUM) ارائه شده از سوی داگاس (۱۹۹۸) می‌باشد که در پژوهش حاضر، به طور عمده، درمان مبتنی بر آن مورد بررسی قرار گرفت.

در مدل نظری ارائه شده چهار ویژگی اصلی برای مبتلایان به GAD ترسیم شده است که علاوه بر اجتناب شناختی، سه مؤلفه دیگر یعنی عدم تحمل باتکلیفی، باورهای مثبت نسبت به نگرانی و جهت گیری منفی به مشکل نیز در تبیین این اختلال، مؤثر شناخته شده‌اند که به فراخور پژوهش حاضر، بر مولفه‌ی اجتناب شناختی، تأکید و کارایی این درمان بر کاهش آن، مورد بررسی قرار گرفت.

داگاس با ارائه‌ی تکنیک‌های درمانی جدیدی مبتنی بر مواجهه عملی با موقعیت‌های باتکلیفانه، انواع راهبردهایی از قبیل رویارویی تجسمی با نگرانی‌های مربوط به مشکلات فرضی، و در نهایت بهبود جهت‌گیری به مشکل از طریق کمک به فرد برای اتخاذ رویکردی فعالانه در مواجهه با مشکلات به جای اجتناب از آنها، به تفاوت‌های عمده‌ای در شیوه‌های درمانی منجر می‌شود.

بر اساس پژوهش‌های متعدد (داگاس، ۲۰۰۳؛ داگاس و همکاران، ۲۰۰۷)، کارایی تکنیک‌های درمانی ارائه شده از سوی داگاس (۱۹۹۸) مورد تأیید قرار گرفت؛ پژوهش حاضر در نظر داشت، کارایی این روش درمانی را در کاهش درگیری فرد با اجتناب‌های شناختی، مورد بررسی قرار دهد.

همچنین در پژوهش حاضر تأثیر درمان بر مولفه‌ای تحت عنوان "اجتناب تجربه‌ای" (Experiential Avoidance) نیز مورد توجه قرار گرفت. اجتناب تجربه‌ای، به معنای گرایش افراد به اجتناب از تجارب درونی خاص (مثل هیجانات، افکار، خاطرات و تصاویر ذهنی) و تلاش برای تغییر دادن و یا گریز از آنها به هر نحو ممکن، یکی از انواع اجتناب، محسوب می‌شود و فرایندی است که اخیراً در رویکردهای موج سوم درمان، مورد توجه قرار گرفته است (هایز و همکاران، ۱۹۹۶).

## روش

### شرکت کنندگان و طرح پژوهش

این پژوهش با بهره‌گیری از طرح آزمایشی تک موردی انجام شد (هایز، ۱۹۹۰) که فرد شرکت کننده در آزمایش هم نقش آزمودنی آزمایشی و هم نقش آزمودنی کنترل یا گواه را ایفا می‌کند و تغییرات حاصل در متغیر وابسته بر اثر متغیر مستقل، در رابطه با یک فرد آزمودنی سنجش می‌شود نه در رابطه با افراد دیگر (سیف، ۱۳۷۵).

جامعه آماری پژوهش حاضر را کلیه‌ی افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر در شهر تبریز که از لحاظ سنی در محدوده بین ۱۸ تا ۵۰ سال بوده و در نیمه دوم سال ۸۸ به مراکز درمانی مراجعه نمودند، تشکیل می‌دادند.

با بهره‌گیری از روش نمونه‌گیری در دسترس، از بین این افراد، سه نفر که طبق معیارهای تشخیصی DSM-IV-TR توسط روانشناس یا روانپزشک، به عنوان تشخیص اولیه و بدون اختلال همایند محور دو تشخیص اختلال اضطراب فراگیر را دریافت کردند، انتخاب شدند و درمان به صورت انفرادی بر روی آنها اعمال شد.

آزمودنی‌ها، بر اساس ملاک‌های زیر و احراز شرایط پژوهش وارد طرح درمان شدند:

۱. حداقل تحصیلات سطح دیپلم. ۲. عدم سابقه‌ی سوء مصرف دارو. ۳. عدم سابقه‌ی مربوط به اقدام به خودکشی. ۴. در صورت مصرف دارو، ثابت نگه داشتن نوع و میزان دوز مصرفی حدود ۴ تا ۱۲ هفته قبل از آغاز درمان و در طول درمان. ۵. امضای رضایت نامه‌ی کتبی برای شرکت در پژوهش توسط بیمار. ۶. عدم سابقه‌ی دریافت درمان‌های روانشناختی دیگر. ۷. عدم وجود ملاک‌های کامل اختلال شخصیت یا سابقه‌ی ابتلا به اختلال اسکیزوفرنیا، اختلال دوقطبی و یا هر اختلال روانی ناشی از اختلالات ارگانیک.

جدول ۱ ویژگی‌های جمعیت شناختی آزمودنی‌ها

آزمودنی	سن	تحصیلات	تاهل
الف	۲۶	کارشناس شیمی	متاهل
ب	۲۴	کارشناس ارشد حقوق	مجرد
ج	۲۸	دکتری زیست‌شناسی	مجرد

## ابزار

پرسشنامه اجتناب شناختی (Cognitive Avoidance Questionnaire)(CAQ): شامل ۲۵ آیتم که در مقیاس لیکرت برای اندازه‌گیری میزان گرایش به استفاده از راهبردهایی مثل جایگزینی فکر، سرکوبی فکر و توجه برگردانی و... توسط گسلاین (۲۰۰۲) طراحی شده و سکستون، داگاس و هدایتی (۲۰۰۴؛ نقل از داگاس و کورنر، ۲۰۰۵) آن را به زبان انگلیسی ترجمه کرده‌اند.

نتایج پژوهش سکستون و داگاس (۲۰۰۴؛ نقل از داگاس و کورنر، ۲۰۰۵) نشان داده است که این پرسشنامه ثبات درونی بالایی دارد (آلفای کرونباخ برابر ۰/۹۵) و پایایی بازآزمایی آن در طی شش هفته ۰/۸۵ گزارش شده و در ایران نیز نتایج بررسی‌های انجام شده توسط حمیدپور (تحت چاپ) نیز نشان داد که این مقیاس همسانی درونی خوبی دارد (ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۶) و اعتبار بازآزمایی آن نیز طی دو ماه ۰/۸۰ گزارش شده است.

پرسشنامه‌ی پذیرش و عمل (Acceptance & Action Questionnaire)(AAQ): ابزار خودگزارشی ۹ آیتمی که توسط هایز و همکاران (۲۰۰۴) طراحی شده و اجتناب از تجارب درونی ناخواسته را مورد ارزیابی قرار می‌دهد. از همسانی درونی (۰/۷۰)، و نیز اعتبار همزمان، همگرا و افتراقی مطلوبی برخوردار است (هایز و دیگران، ۲۰۰۴). پاسخ‌ها در طیفی از ۱ (هرگز درست نیست) تا ۷ (همیشه درست است) قرار دارد. در پژوهش موسوی و منتزع (در حال انجام)، آلفای کرونباخ این ابزار ۰/۸۰ گزارش شده است.

پرسشنامه سنجش میزان نگرانی ایالتی پن (Penn State Worry Questionnaire)(PSWQ): پرسشنامه‌ای ۱۶ آیتمی است و در مقیاس لیکرت "از ۰-۱۰ هرگز تا ۵ بشیار شدید" نمره گذاری می‌شود و میزان درگیری فرد با نگرانی افراطی را می‌سنجد. مه‌یر و همکارانش (۱۹۹۰) آلفای کرونباخ آن را برابر با ۰/۷۶ گزارش کرده‌اند. پایایی آزمون پس از آزمون در طی یک دوره یک ماهه ۰/۷۴ تا ۰/۹۳ برای این ابزار گزارش شده است. ایران نیز بر اساس پژوهش شیرین زاده دستگیری (۱۳۸۵) اعتبار آزمون به روش همسانی درونی ضریب آلفا کرونباخ، برابر با ۰/۸۶ و به روش بازآزمایی با چهار هفته فاصله ۰/۷۷ گزارش شده است.

## شیوه اجرا

شناخت درمانی داگاس در شش بخش کلی، طبقه بندی و ارائه شده است (داگاس و کورنر، ۲۰۰۵). بخش اول درمان، دربرگیرنده‌ی آموزش روانی و آموزش آگاهی از نگرانی بود. بخش دوم شامل شناسایی بلاتکلیفی و مواجهه‌ی رفتاری با آن و بخش سوم به ارزشیابی مجدد فواید نگرانی، اختصاص یافت. در بخش چهارم درمان، به آموزش حل مسئله تأکید شده، بخش پنجم شامل مواجهه‌ی تجسمی با بلاتکلیفی و قسمت ششم و نهایه‌ی درمان نیز به جلوگیری از عود اختصاص یافت.

این شش بخش اصلی، در قالب ۱۲ جلسه درمانی ۵۰ الی ۶۰ دقیقه‌ای و به صورت هفتگی اجرا شد و پیش از اجرای درمان آزمودنی‌ها مقیاس‌های (PSWQ)، پرسشنامه (CAQ) و پرسشنامه (AAQ) را تکمیل نمودند. دو پرسشنامه‌ی اول در طول درمان در جلسات چهارم و هشتم نیز اجرا شدند و در نهایت تمام این پرسشنامه‌ها در جلسه آخر درمان (دوازدهم)، و یک ماه پس از پایان درمان (پیگیری)، توسط مراجعان تکمیل شد.

برای بررسی اثربخشی مداخلات، از روش‌های تحلیل نموداری طرح‌های A-B در مراحل مختلف طرح استفاده شد و برای کنترل متغیرهای مداخله‌گر و ناخواسته، آزمودنی‌ها به صورت پله‌ای وارد درمان شدند. همچنین، برای بررسی معناداری بالینی تغییرات، از فرمول درصد بهبودی بلانچارد و اسکوارز (۱۹۹۸) استفاده شد.

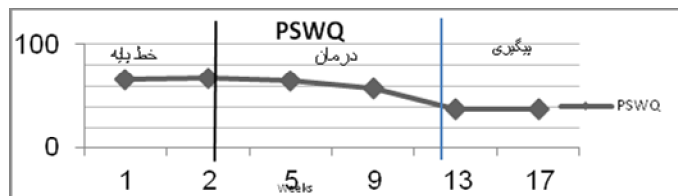
$$\text{درصد بهبودی} = \frac{A0 - A1}{A0}$$

A0 مشکل آماجی در جلسه اول (شدت اختلال اضطراب فراگیر، اجتنای شناختی، اجتناب تجربه‌ای).

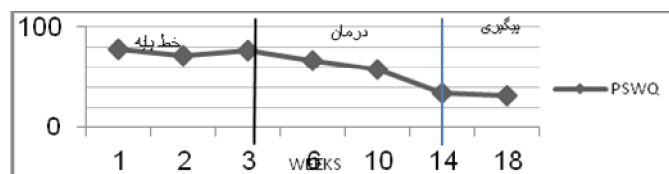
A1 مشکل آماجی در جلسه آخر (شدت اختلال اضطراب فراگیر، اجتنای شناختی، اجتناب تجربه‌ای).

### نتایج

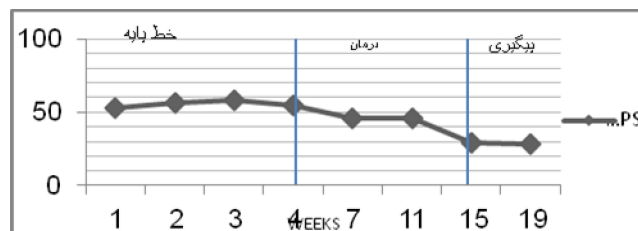
یافته‌های ارائه شده در نمودارهای زیر حاکی از این است که در پرسشنامه‌ی PSWQ، نمره‌ی آزمودنی اول از ۱۴/۳۳، آزمودنی دوم از ۱۴/۴۱ و آزمودنی سوم از ۱۲/۹۸ در قبل از آغاز درمان، به ترتیب به ۶/۰۸، ۴/۱۸ و ۷/۱۸ در پایان درمان کاهش یافت. بدین ترتیب می‌توان گفت که شدت اختلال با توجه به کاهش شدت سیمایه‌ی اصلی آن، در اثر درمان، کاهش یافته است.



شکل ۱. نمرات آزمودنی اول در مقیاس PSWQ در مراحل خط پایه، درمان، پیگیری



شکل ۲. نمرات آزمودنی اول در مقیاس PSWQ در مراحل خط پایه، درمان، پیگیری

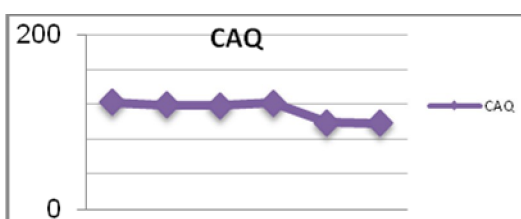


شکل ۳. نمرات آزمودنی سوم در مقیاس PSWQ در مراحل خط پایه، درمان، پیگیری

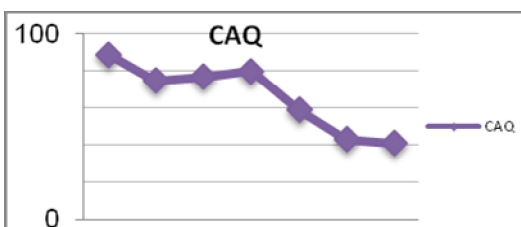
به این ترتیب که در جلسه‌ی آخر و دوره‌ی پیگیری، ۵۷/۵۷ درصد و ۴۴/۱۷ درصد بهبودی برای آزمودنی اول، ۷۰/۹۹ درصد و ۷۲/۰۳ درصد بهبودی در مورد آزمودنی دوم و ۴۴/۶۸ درصد و ۵۱/۲۳ درصد بهبودی برای آزمودنی سوم مشاهده شد.

در پرسشنامه‌ی اجتناب شناختی نیز در مرحله‌ی قبل از مداخله نمره‌ی آزمودنی اول ۱۱۹، آزمودنی دوم ۷۷، و آزمودنی سوم ۹۲ بود که در مرحله‌ی پس از مداخله به ترتیب به ۴۳، ۹۹، و ۶۴ کاهش پیدا کرد (به ترتیب آزمودنی اول ۲۰٪ درصد و در دوره پیگیری ۱۸/۶۴٪ بهبودی، آزمودنی دوم ۴۴/۱۵ درصد بهبودی در جلسه آخر و ۴۶/۷۵٪ بهبودی در دوره پیگیری و آزمودنی سوم ۳۰/۴۳٪ بهبودی و در دوره پیگیری ۴۱/۳۰٪ بهبودی). نمرات هر سه بیمار در مقیاس AAQ، نیز کاهش قابل توجهی نشان داد. به عبارت دیگر درمان شناختی - رفتاری به کاهش اجتناب تجربه‌ای در مبتلایان به GAD منجر شد.

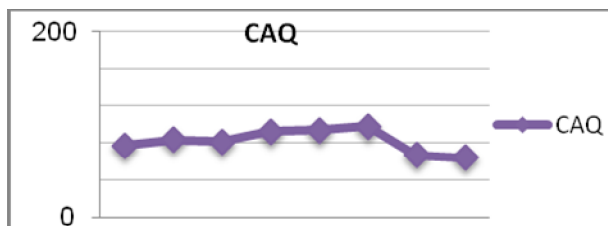
در این مقیاس درصد بهبودی برای بیمار اول ۳۴/۸۸٪ در پایان درمان و ۳۰/۲۳٪ در دوره پیگیری، بیمار دوم ۵۰/۰۵٪ بهبودی در پایان درمان و ۶۱٪ بهبودی در دوره پیگیری و برای بیمار سوم نیز در پایان درمان و دوره پیگیری به ترتیب ۲۲/۵۰٪ و ۲۷/۵۰٪ بهبودی گزارش شد.



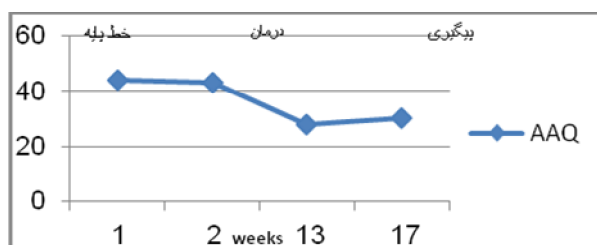
شکل ۴. نمرات آزمودنی اول در مقیاس اجتناب شناختی



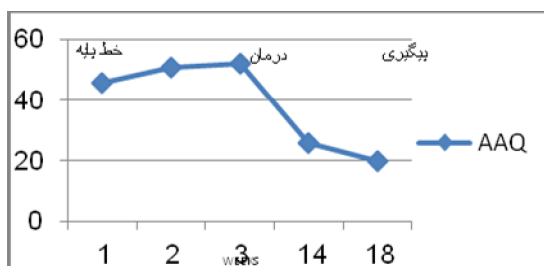
شکل ۵. نمرات آزمودنی دوم در مقیاس اجتناب شناختی



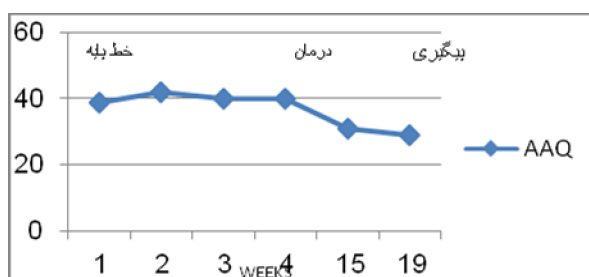
شکل ۶. نمرات آزمودنی سوم در مقیاس اجتناب شناختی



شکل ۷. نمرات آزمودنی اول در مقیاس AAQ در خط پایه، پس از درمان و پیگیری



شکل ۸. نمرات آزمودنی ۲ در مقیاس AAQ در خط پایه، پس از درمان و پیگیری



شکل ۹. نمرات آزمودنی ۳ در مقیاس AAQ در خط پایه، پس از درمان و پیگیری

### بحث

نتایج پژوهش نشان داد که درمان شناختی-رفتاری مبتنی بر مدل شناختی ارائه شده از سوی داگاس (۱۹۹۸)، در کاهش شدت نگرانی مبتلایان به اختلال اضطراب فراگیر، مؤثر است. همچنین براساس یافته‌های به دست آمده، اجتناب شناختی و اجتنابی تجربه‌ای مبتلایان به GAD نیز پس از درمان، کاهش قابل ملاحظه‌ای نشان می‌دهد.

نمرات آزمودنی در مقیاس PSWQ، کاهش داشت. با توجه به این نکته که نگرانی اصلی‌ترین ویژگی GAD می‌باشد، کاهش شدت نگرانی را به طور کلی می‌توان شاخصی از کاهش شدت اختلال به شمار آورد بر همین اساس، این یافته حاکی از این است که تکنیک‌های درمانی ارائه شده، در کاهش شدت GAD، مؤثر و کارآمد بوده‌اند. کاهش نمرات آزمودنی‌ها در مقیاس CAQ از خط پایه تا جلسه دوازدهم نیز گویای تأثیرات درمانی در کاهش اجتناب شناختی مبتلایان به GAD می‌باشد.

داگاس مطرح می‌کند که همبندی با سایر اختلالات، کارایی درمان را کاهش می‌دهد، بنابراین درمورد بیمارانی که GAD در آنها همبند با افسردگی است، پیشنهاد می‌کند با راهکارهایی همچون به حداقل رساندن مولفه‌های افسرده‌ساز در سناریوی طراحی شده برای مواجهه، میزان تأثیر همبندی در نتیجه‌ی درمان، کاهش داده شود (داگاس و رویچاود، ۲۰۰۷).

کاهش نمرات هر سه آزمودنی در مقیاس AAQ، نیز نشانگر تأثیرات مداخلات درمانی در کاهش اجتناب تجربه‌ای، پس از درمان می‌باشد. با در نظر گرفتن اینکه اجتناب شناختی به نوعی ذیل مفهوم اجتناب تجربه‌ای قرار می‌گیرد، این نکته مطرح می‌شود که درمان

شناختی-رفتاری مبتنی بر مدل عدم تحمل بلا تکلیفی، موازی با کاهش درگیری فرد با اجتناب‌های شناختی، به کاهش اجتناب تجربه‌ای نیز منجر می‌شود.

با توجه به اینکه رویکردهای درمانگری جدید که مفهوم "اجتناب تجربه‌ای" را به طور ویژه مورد توجه قرار داده‌اند، عمدتاً در قالب روان‌درمانی‌های "مبتنی بر پذیرش"، به منظور کاهش این انعطاف ناپذیری روان‌شناختی، بر افزایش "پذیرش" تجارب درونی تأکید می‌کنند، پیشنهاد می‌شود اثربخشی تکنیک‌های ارائه شده از سوی داگاس در مقایسه با تکنیک‌های درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و پذیرش، که به جای پرداختن به محتوای شناخت‌ها، به فرآیندهای حاکم بر آنها، تمرکز می‌کنند، مورد بررسی قرار گیرد.

خودگزارشی بودن متغیرهای مورد بررسی، یکی از محدودیت‌های این پژوهش می‌باشد که پیشنهاد می‌شود در بررسی‌های آینده مورد توجه قرار گیرد.

### منابع

کلارک، م، دیوید و فربورن، جی، کریستوفر. (۱۹۹۷). *درمان‌های شناختی-رفتاری*. ترجمه حسین کاویانی. (۱۳۸۶). تهران: نشر مهر کاویان.

حمیدپور، حسن. صاحبی، علی. طباطبایی، محمود. (۱۳۸۲). مقایسه کارایی و اثربخشی شناخت درمانی بک با شناخت درمانی تیزدل در درمان افسرده خوبی. خلاصه مجموعه مقالات اولین همایش بین‌المللی روانشناسی بالینی ایران.

Barlow, D. H., Rapee, R. M., & Brown, T. A. (1992). Behavioral treatment of generalized anxiety disorder. *Behavior Therapy*, 23, 551-570.

Dugas, M. J. & Koerner, N. (2005). Cognitive-Behavioral Treatment for Generalized Anxiety Disorder: Current Status and Future Directions. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 19, 61-81.

Dugas, M. I., Ladouceur, R., Lger, E., Ereeston, M., Langlois, F., Provencher, M. D., et al. (2003). Group cognitive-behavioral therapy For generalized anxiety disorder: Treatment outcome and long-term follow-up. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 821-825.

Dugas, M. J. & Robichaud, M. (2007). *Cognitive-Behavior Treatment for Generalized Anxiety Disorder: From Science to Practice*. New York: Taylor & Francis Group.

Hayes, S. C., Wilson, K. G., Gifford, E. V., Follette, V. M., & Stroahl, K. D. (1996). Emotional avoidance and behavior disorders: a functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 1152-1168.

Himberg, R.G., Turk, L. C., & Menin, S. D. (2004). *Generalized Anxiety Disorder*. Newyork: Gilford Press.

Roemer, L., Salters, K., Raffa, D. S. & Orsillo, M. S. (2005). Fear And Avoidance Of Internal Experiences in GAD: Preliminary Test of a Conceptual Model. *Cognitive Therapy and Research*, 29, 71-88.