

اثربخشی درمان فراشناختی بر اضطراب و مؤلفه‌های فراشناختی مبتلایان به اختلال اضطراب فراگیر

تاریخ دریافت: ۹۰/۱۲/۹

تاریخ پذیرش: ۹۱/۶/۲۱

سمیه شفیعی‌سنگ‌آتش*، پروین رفیعی‌نیا**، محمود نجفی***

چکیده

مقدمه: مدل فراشناختی در اختلال اضطراب فراگیر، با فرآیند شناختی مرتبط با نگرانی آسیب‌شناختی خصوصاً نقش باورهای مثبت و منفی درباره‌ی نگرانی مطرح شد. هدف از پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان فراشناختی بر اضطراب و مؤلفه‌های فراشناختی مبتلایان به اختلال اضطراب فراگیر بود.

روش: این مطالعه شبه آزمایشی با استفاده از طرح پیش آزمون و پس آزمون با گروه گواه انجام شد. از میان همه بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر که به کلینیک روان‌شناسی در شهرستان مشهد مراجعه کرده بودند، ۲۰ نفر با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و به طور تصادفی در دو گروه برابر آزمایش و گواه قرار گرفتند. شرکت کنندگان با استفاده از مصاحبه ساختار یافته بالینی و بر اساس اختلال‌های محور یک انتخاب شدند. گروه آزمایش طی ۹ هفته تحت درمان فراشناختی ولز قرار گرفتند و در این مدت بر گروه گواه هیچ گونه مداخله درمانی انجام نگرفت. پرسشنامه اضطراب بک، پرسشنامه فراشناخت و نیز پرسشنامه فرانگرانی به عنوان ابزار ارزشیابی در پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری مورد استفاده قرار گرفت. داده‌ها با استفاده از روش‌های آمار توصیفی و آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیری مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: نتایج این پژوهش نشان داد که میانگین اضطراب، فرانگرانی و مؤلفه‌های باورهای فراشناختی در گروه آزمایش، پس از مداخله درمانی فراشناختی در مقایسه با گروه گواه به طور معناداری کاهش پیدا کرده است.

نتیجه‌گیری: یافته‌های این پژوهش با نتایج سایر پژوهش‌ها در این حیطه همخوانی داشته و نشان دهنده اثربخش بودن درمان فراشناختی بر اضطراب و مؤلفه‌های فراشناختی مبتلایان اختلال اضطراب فراگیر بود.

واژه‌های کلیدی: اختلال اضطراب فراگیر، درمان فراشناختی، اضطراب، باورهای فراشناختی، فرانگرانی

somaye.shafie@yahoo.com

* کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی دانشگاه سمنان، سمنان، ایران

parvin_rafienia@yahoo.com

** نویسنده مسئول: استادیار، گروه روان‌شناسی بالینی دانشگاه سمنان، سمنان، ایران

najafy2001ir@yahoo.com

*** استادیار، گروه روان‌شناسی بالینی دانشگاه سمنان، سمنان، ایران

مقدمه

بیشتر یک اختلال ثانویه برای اختلالاتی مثل اختلال افسردگی اساسی [۹] و یا آنرا حالت بدتری از شرایط روانی مزمن می‌دانند عنوان می‌شود [۱۰]. گرچه اکثر پژوهش‌های همه‌گیرشناسی در ایران نشان داده‌اند که اختلال اضطراب فراگیر شایع‌ترین اختلال اضطرابی محسوب می‌شود، اما تحلیل محتوای مقاله‌های چاپ شده و خلاصه مقاله‌های کنگره‌ها در ایران، حاکی از آن است که مداخلات درمانی اندکی برای این اختلال صورت گرفته است [۷]، به طوری که پژوهش‌ها در این زمینه در میان دیگر اختلالات اضطرابی، تقریباً آخرین رتبه را به خود اختصاص داده است [۱۱]. گرچه نتایج فراتحلیل میت^۴ [۱۲] و جمع‌بندی فیشر^۵ [۱۳] از یازده پژوهش در حوزه شناختی رفتاری نشان داد که رفتاردرمانی شناختی را می‌توان به عنوان درمان انتخابی اختلال اضطراب فراگیر در نظر گرفت؛ اما در مطالعات پیگیری به طور خوش‌بینانه تنها ۵۰ درصد از بیماران مبتلا به این اختلال به بهبود بالینی معناداری دست یافته‌اند [۱۴]. در مدل شناختی اضطراب و افسردگی باورهای مربوط به خود مورد توجه قرار گرفته و درمان بر اصلاح و تغییر این افکار و باورهای اضطراب‌انگیز و افسرده‌زا متمرکزند با این حال بسیاری از باورها و دانش‌های مرتبط به خود وجود دارند که در مدل‌های شناختی مورد توجه قرار نگرفته‌اند [۱۵]. این باورها تأثیری آشکار بر ارزیابی‌های شناختی و رشد اختلال روان‌شناختی دارند [۱۶]. به طور خلاصه، پژوهش‌ها نتایج درمانی ناامیدکننده را به دلیل فقدان مدل خاصی برای این اختلال می‌دانند که بتواند غیر قابل کنترل بودن اضطراب و نگرانی را مدنظر قرار دهند، و در انتها می‌توان چنین ادعا نمود که روند رو به رشد در ابداع مداخله‌های جدید این است که مدل درمانی بر مبنای سازوکاری بنا شود که از پردازش هیجان‌های طبیعی جلوگیری به عمل می‌آورند [۱۷]. یکی از متغیرهایی که در شکل‌گیری و تداوم اختلال اضطراب فراگیر نقش دارد فراشناخت است. فراشناخت در افراد مبتلا به اختلالات اضطرابی آسیب جدی می‌بیند. مدل کنش اجرایی خودتنظیمی^۶ چارچوبی شناختی برای فهم

اضطراب به منزله بخشی از زندگی هر انسان، در همه افراد به حدی اعتدال آمیز وجود دارد و این حد، به عنوان پاسخی سازش یافته تلقی می‌شود، اما تا جایی که به اضطراب مرضی تبدیل نشود. اختلال اضطراب فراگیر^۱ یکی از شایع‌ترین اختلالات روان‌پزشکی است [۱]، که در چهارمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی^۲، با اضطراب و نگرانی^۳ شدید در مورد چندین رویداد یا فعالیت که در اکثر روزها و حداقل ۶ ماه دوام داشته، کنترل آن مشکل بوده و با علائم جسمانی نظیر تنش عضلانی، تحریک‌پذیری، اشکال در خواب و بی‌قراری همراه است، تعریف می‌شود. میزان شیوع یک ساله آن ۳/۱ و شیوع طول عمر ۴ تا ۷ درصد تخمین زده شده است [۲]. حدود ۱۲ درصد از بیمارانی که به کلینیک‌های روان‌پزشکی مراجعه می‌کنند، و تقریباً ۲۵ درصد افراد مراجعه‌کننده به کلینیک‌های اختلالات اضطرابی مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر هستند [۳]. اختلال اضطراب فراگیر باعث اختلال عملکرد شدیدی می‌شود و بدون درمان احتمال بهبودی ضعیفی دارد [۴]. اکثر پژوهش‌های همه‌گیرشناسی در ایران اختلال اضطراب فراگیر را به عنوان شایع‌ترین اختلال اضطرابی مطرح کرده‌اند [۵] و در برخی پژوهش‌های دیگر این اختلال نه تنها شایع‌ترین اختلال اضطرابی، بلکه در بین سایر اختلالات نیز شایع‌ترین بوده است [۶]. با توجه به سیر مزمن، شیوع بالا و همراهی اختلال اضطراب فراگیر با سایر اختلال‌های روان‌شناختی، این اختلال به عنوان یکی از مهم‌ترین اختلال‌های ناتوان‌کننده برای بزرگسالان مطرح شده است [۷]. برخی از پژوهشگران با اطلاق این اختلال به "اختلال اضطرابی پایه" عنوان کردند که درک بهتر عوامل دخیل در سبب‌شناسی این اختلال دانش ما درباره منشأ دیگر اختلالات اضطرابی و یا شاید اختلالات افسردگی یک قطبی را افزایش می‌دهد [۸]. با توجه به آنچه گفته شد نیاز بالایی به وجود درمان‌های مؤثر احساس می‌شود و این نیاز بیشتر توسط پژوهشگرانی که اختلال اضطراب فراگیر را

4- Mitte
5- Fisher
6- self-regulatory Executive function model (S-REF)

1- generalized anxiety disorder
2- Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorder-Text Revised
3- worry

مربوط به نتایج این درمان می‌توان به تعداد محدود پژوهش‌های انجام شده و تعداد نسبتاً محدود ارزشیابی‌های تصادفی و مطالعات گروهی اندک اشاره کرد [۲۸، ۲۹]. نوپا بودن این مدل درمانی، ناکافی بودن مطالعات انجام شده را توجیه می‌کند، اما مطالعات متعددی در دست اجرا است و با توجه به اینکه داده‌هایی که از درمان فراشناختی حمایت می‌کنند نسبت به داده‌هایی که از مدل نظری فراشناختی حمایت می‌کنند کمتر هستند [۲۹]: در پژوهش حاضر سعی شده تا کارآمدی درمان فراشناختی اختلال اضطراب فراگیر، در قالب یک طرح شبه آزمایشی مورد آزمون قرار گیرد. بدیهی است یافته‌های به دست آمده از چنین مطالعاتی می‌تواند در دو حیطه پیشگیری و درمان، راهبردهای نوینی را در اختیار پژوهشگران، روان‌شناسان بالینی و دیگر علاقه‌مندان به این حوزه قرار دهد. لذا پژوهش حاضر به بررسی اثربخشی درمان فراشناختی، بر اضطراب و مؤلفه‌های فراشناختی مبتلایان به اختلال اضطراب فراگیر پرداخته است.

روش

طرح پژوهش: طرح این پژوهش نیمه آزمایشی و از نوع پیش آزمون- پس آزمون با گروه گواه می‌باشد. **آزمودنی‌ها:** روش نمونه‌گیری این پژوهش از نوع در دسترس بود. ۲۰ نفر از افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر که در تابستان ۱۳۹۰ به کلینیک‌های روان‌شناسی شهر مشهد مراجعه کرده بودند انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه قرار گرفتند. ملاک‌های ورود بیماران به پژوهش عبارت بودند از: داشتن ملاک‌های تشخیصی اختلال اضطراب فراگیر (به تشخیص روان‌شناس بالینی و بر اساس نتایج مصاحبه بالینی ساختار یافته)، عدم دریافت هیچ گونه درمان (حداقل یک ماه قبل از انجام پژوهش)، داشتن حداقل ۲۰ و حداکثر ۴۵ سال و دارا بودن تحصیلات حداقل سوم راهنمایی و حداکثر لیسانس.

ابزار:

۱- مصاحبه بالینی ساختار یافته^۳: مصاحبه بالینی ساختار یافته (SCID) [فرست^۴، اسپیتزر^۵، گیبسون^۱ و ویلیامز^۲،

چگونگی سطوح و مؤلفه‌های چندگانه تعامل شناخت و رفتار در پایداری اختلالات اضطرابی فراهم کرده است [۱۸]. فراشناخت یک مفهوم چندوجهی است و به دانش یا باورهای مربوط به فکر کردن و راهبردهایی که افراد از آنها برای تنظیم و کنترل فرایندهای تفکر استفاده می‌کنند اشاره دارد [۱۹]. به طور کلی، این مفهوم در برگیرنده دانش، فرآیندها و راهبردهایی است که شناخت را ارزیابی، بر آن نظارت و یا آن را کنترل می‌کند [۲۰]. کارترایت-هاتن و ولز^۱ [۲۱] در پژوهشی نشان دادند که فراشناخت‌های غلط، بویژه باورهای منفی به کنترل ناپذیری و خطر، بیشترین همبستگی را با مجموعه‌ای از مقیاس‌های مرتبط با آسیب پذیری دارند. این مدل درگیری باورهای فراشناختی را در آسیب پذیری روانی و تداوم آن مورد پیش بینی قرار می‌دهد. [۲۱، ۲۲]. در سال‌های اخیر فراشناخت به عنوان پایه و اساس بسیاری از اختلال‌های روان‌شناختی مورد بررسی قرار گرفته است [۱۷، ۲۰، ۲۳]. رویکرد فراشناختی بر این باور است که افراد به این دلیل در دام ناراحتی هیجانی گرفتار می‌شوند که فراشناخت‌های آنها به الگوی خاصی از پاسخدهی به تجربه‌های درونی منجر می‌شوند که موجب تداوم هیجان منفی و تقویت باورهای منفی می‌شود. این الگو نشانگان شناختی توجهی خوانده می‌شود که شامل نگرانی، نشخوار فکری، توجه تثبیت شده و راهبردهای خودتنظیمی و یا رفتارهای مقابله‌ای ناسازگارانه می‌شود [۲۰، ۲۴]. مطالعات زیادی آثار درمان فراشناختی را مورد بررسی قرار داده‌اند. برای مثال می‌توان مطالعاتی را نام برد که از روش فراشناختی برای درمان افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر سود جسته‌اند [۲۵، ۲۶، ۲۷]. این مطالعات از روش‌هایی از قبیل طرح‌های تک موردی^۲ استفاده نموده‌اند. نتیجه کلی که می‌توان از این مطالعات استنباط کرد، این است که به نظر می‌رسد درمان فراشناختی رویکرد درمانی اثربخشی است [۲۸]. اثرات درمانی درمورد طیف وسیعی از اختلال‌ها مشاهده شده است. اندازه‌های اثر به دست آمده بسیار بزرگ هستند و نتایج حاصل شده در طول ۶ تا ۱۲ ماه پس از درمان همچنان پایدار مانده‌اند [۲۸]. از محدودیت‌های داده‌های

3- Structured Clinical Interview for DSM-IV disorders (SCID)

4- First

5- Spitzer

1- Cartwright-Hatton & Wells

2- Single case design

کرونباخ برای همسانی درونی خرده مقیاس‌های این پرسشنامه بین ۰/۷۲ تا ۰/۹۳ بود. اعتبار بازآزمایی برای فاصله زمانی ۲۲ تا ۱۱۸ روز برای کل پرسشنامه ۰/۷۵، برای خرده مقیاس باورهای مثبت ۰/۷۹، کنترل ناپذیری/خطر ۰/۵۹، اطمینان شناختی ۰/۶۹، لزوم کنترل افکار ۰/۷۴ و برای خودآگاهی شناختی ۰/۸۷ گزارش شده است [۳۵]. در ایران شیرین‌زاده دستگیری [۳۶]، ضریب همسانی درونی آن را به کمک ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۹۱ و برای خرده مقیاس‌های آن در دامنه ۰/۷۱ تا ۰/۸۷ و اعتبار بازآزمایی این آزمون را در فاصله چهار هفته برای کل مقیاس ۰/۷۳ و برای خرده مقیاس‌های آن در دامنه ۰/۵۹ تا ۰/۸۳ گزارش کرد. همبستگی خرده مقیاس‌های آن با کل آزمون در دامنه ۰/۵۸ تا ۰/۸۷ و همبستگی آنها با یکدیگر بین ۰/۶۲ تا ۰/۲۶ بود.

۳- پرسشنامه‌ی اضطراب بک^۷: پرسشنامه اضطراب بک، پرسشنامه‌ای خودگزارشی است که شدت اضطراب را با مقیاسی ۲۱ ماده‌ای اندازه‌گیری می‌کند. در این پرسشنامه آزمودنی در هر ماده یکی از چهار گزینه‌ای را که نشان دهنده شدت اضطراب اوست انتخاب می‌کند. چهار گزینه هر سؤال در یک طیف چهاربخشی از صفر تا سه نمره‌گذاری شده است. هر یک از ماده‌های آزمون یکی از علائم شایع اضطراب (ذهنی، بدنی و هراس) را توصیف می‌کند. بنابراین نمره کل این پرسشنامه در دامنه‌ای بین ۰ تا ۶۳ قرار می‌گیرد. این پرسشنامه طوری تدوین یافته که علائم افسردگی را شامل نشود. بک و همکاران [۳۷] همسانی درونی این مقیاس را برابر با ۰/۹۲ و اعتبار بازآزمایی یک هفته‌ای آن را ۰/۷۵ و برای ماده‌های آن از ۰/۳۰ تا ۰/۷۶ گزارش کرده‌اند. صلواتی [۳۸]، روایی محتوایی همزمان تشخیصی و عملی را برای هر مقیاس بررسی کرده و کارایی بالای این ابزار را در اندازه‌گیری شدت اضطراب مورد تأیید قرار داده است. ضریب اعتبار این پرسشنامه در ایران با روش بازآزمایی و به فاصله‌ی دو هفته ۰/۸۰ گزارش شده است [۳۹].

۱۹۹۷؛ به نقل از [۳۰]، ابزاری به منظور تشخیص گذاری بر اساس معیارهای چهارمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی است. این ابزار دو نسخه اصلی دارد: (۱) فرم SCID-I که به ارزیابی اختلال‌های اصلی روان‌پزشکی می‌پردازد. این فرم توسط شریفی و همکاران [۳۰] ترجمه و انطباق داده شده است. (۲) فرم SCID-II نیز به ارزیابی اختلال شخصیت می‌پردازد. بختیاری [۳۱] این فرم را ترجمه و انطباق داده است [۳۲]. روایی و پایایی این ابزار در پژوهش‌های مختلف قابل قبول گزارش شده است [۳۳]. برای مثال، زانارینی^۳ و همکاران در بررسی پایایی تشخیصی بین ارزیاب‌ها^۴ برای اکثر تشخیص‌ها کاپای^۵ بیشتر از ۰/۷ گزارش کردند [۳۴]. در مطالعه بختیاری، متخصصان و استادان روان‌شناسی بالینی روایی این ابزار را تأیید کرده‌اند [۳۱]. پایایی بازآزمایی با فاصله یک هفته ۰/۹۵ بود. در پژوهش حاضر از نسخه‌ی SCID-I که به ارزیابی اختلال‌های اصلی روان‌پزشکی (محور یک در DSM-IV) می‌پردازد، استفاده شد.

۲- پرسشنامه فراشناخت^۶: این ابزار به منظور سنجش چند عنصر فراشناختی خصیصه‌ای (صفتی)، که برخی از آنها نقش محوری در مدل فراشناختی اختلال روان‌شناختی دارند، طراحی شده است. پرسشنامه فراشناختی یک مقیاس ۳۰ سؤالی خود گزارشی است که حیطه‌های فراشناختی زیر را در پنج مقیاس جداگانه اندازه‌گیری می‌کند: (۱) باورهای مثبت درباره نگرانی؛ مانند "نگرانی به من کمک می‌کند تا با مسائل مقابله کنم"، (۲) باورهای منفی درباره نگرانی که با کنترل ناپذیری و خطر مرتبط هستند؛ برای مثال، "وقتی نگرانی‌ام شروع می‌شود، نمی‌توانم جلوی آن را بگیرم"، (۳) اطمینان شناختی ضعیف؛ برای مثال، "حافظه ضعیفی دارم" (۴) لزوم کنترل افکار؛ برای مثال، "ناتوانی در کنترل افکارم نشانه‌ی ضعف من است"، (۵) خودآگاهی شناختی؛ برای مثال، "به نحوه کارکرد ذهنم توجه زیادی دارم" [۲۰]. سؤالات بر روی یک مقیاس لیکرتی از موافق نیستم = ۱ تا کاملاً موافقم = ۴ تنظیم گردیده‌اند. ضرایب آلفای

- 1- Gibbon
- 2- Williams
- 3- Zanarini, M.
- 4- inter-rater diagnostic reliability
- 5- Kappa
- 6- Metacognition questionnaire (MCQ-30)

7- Beck Anxiety Inventory (BAI)

۴- پرسشنامه فرانگرانی^۱: پرسشنامه فرانگرانی ابزاری است که برای ارزیابی جنبه خطر فرا نگرانی و فراوانی و میزان باور به فرانگرانی طراحی شده است [۴۰]. این پرسشنامه به منظور ارزیابی مدل فراشناختی اختلال اضطراب فراگیر ساخته شده است. پرسشنامه فرانگرانی شامل هفت ماده است که به خطرات نگرانی مربوط می‌شوند. ضریب آلفای کرونباخ مقیاس فراوانی فرانگرانی ۰/۸۸ و مقیاس باور به فرانگرانی ۰/۹۵ به دست آمده است. پرسشنامه فرانگرانی رابطه معناداری با سایر مقیاس‌های فراشناختی دارد. این پرسشنامه بویژه همبستگی مثبت قوی‌تری با باورهای منفی درباره نگرانی دارد تا باورهای مثبت درباره نگرانی که توسط پرسشنامه فراشناخت‌ها اندازه‌گیری می‌شوند. از لحاظ روایی سازه، پرسشنامه فرانگرانی می‌تواند بیماران سرپایی دارای ملاک‌های اختلال اضطراب فراگیر را از افراد دچار اضطراب جسمانی یا بدون اضطراب، متمایز کند [۲۹].

روند اجرای پژوهش: این پژوهش بر روی افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر صورت گرفت، به این صورت که ابتدا ۲۰ نفر از افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر که به دو کلینیک مشاوره شهر مشهد مراجعه کرده بودند انتخاب و سپس به طور تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه تقسیم شدند. شرکت کنندگان پیش از گزینش نهایی توسط روان‌شناس بالینی و بر اساس مصاحبه ساختار یافته مورد مصاحبه تشخیصی قرار گرفتند تا از دارا بودن ملاک‌های مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر اطمینان حاصل شود. پس از انتخاب شرکت کنندگان جهت رعایت ملاحظات اخلاقی به شرکت کنندگان پژوهش، اطلاعات مختصری در مورد زمینه موضوع پژوهش و هدف انجام پژوهش ارائه شد، به آنها اطمینان داده شد که نتایج پژوهش به صورت نتیجه‌گیری کلی و نه فردی منتشر خواهد شد و همچنین آنها اختیار کامل دارند در پژوهش شرکت نکنند و یا هر مرحله که بخواهند از ادامه پژوهش انصراف دهند و کسب رضایت کتبی شرکت کنندگان انجام شد. فرم اولیه پرسشنامه‌ها توسط هر دو گروه تکمیل شد و سپس برای گروه آزمایش، درمان فراشناختی به مدت ۱۲ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای با فاصله ۶ روزه، اجرا شد و ترتیبی داده شد که در طول دوره اجرای متغیر مستقل به گروه آزمایش، بر گروه

گواه هیچ درمانی صورت نگیرد. پس از پایان جلسات درمان، پس از آزمون بلافاصله و پیگیری به فاصله ۲ ماه، بعد از پایان مداخله با اجرای مجدد پرسشنامه‌های اضطراب بک، فراشناخت و فرانگرانی انجام گرفت. خلاصه محتوای جلسات درمانی به شرح ذیل بود: جلسه اول) معارفه و مفهوم سازی اختلال، القای سبک فراشناختی. جلسه دوم) آماده سازی گروه برای شروع درمان، اجرای آزمایش فرونشانی با فکر. جلسه سوم) تدوین فرمول‌بندی موردی، معرفی مدل و آماده سازی، اجرای آزمایش فرونشانی با فکر، شروع چالش با باور مربوط به کنترل ناپذیری، تمرین ذهن آگاهی گسلیده^۲، معرفی به تعویق انداختن نگرانی، تکلیف خانگی: تمرین ذهن آگاهی گسلیده و به تعویق انداختن نگرانی. جلسه چهارم) مرور تکلیف خانگی، ادامه آماده سازی در صورت نیاز، اسناد مجدد کلامی و رفتاری- کنترل ناپذیری، تکلیف خانگی: ادامه به تعویق انداختن نگرانی و معرفی آزمایش از دست دادن کنترل. جلسه پنجم) مرور تکلیف خانگی، ادامه چالش با باور کنترل ناپذیری (ارائه شواهد مختلف)، اجرای آزمایش از دست دادن کنترل در جلسه‌ی درمان، بررسی و متوقف کردن کنترل غیرانطباقی و رفتارهای اجتنابی، تکلیف خانگی: ادامه به تعویق انداختن نگرانی و وارونه سازی رفتارهای اجتناب از نگرانی، آزمایش از دست دادن کنترل. جلسه ششم) مرور تکلیف خانگی، ادامه چالش با باور کنترل ناپذیری در صورت نیاز، شروع چالش با باورهای مربوط به خطر، تلاش برای از دست دادن کنترل یا صدمه زدن به خود از طریق آزمایش نگرانی، تکلیف خانگی: القای نگرانی برای آزمودن خطرات. جلسه هفتم) مرور تکلیف خانگی، ادامه چالش با باور مربوط به خطرناک بودن نگرانی، اجرای آزمایش چالش با باور مربوط به خطر، تکلیف خانگی: آزمایش‌های رفتاری برای چالش با باور مربوط به خطر. جلسه هشتم) مرور تکلیف خانگی، ادامه چالش با باور مربوط به خطر، تأکید بر معکوس کردن هر گونه راهبردهای غیرانطباقی باقیمانده، تکلیف خانگی: آزمایش‌های رفتاری برای چالش با باور مربوط به خطر. جلسه نهم) مرور تکلیف خانگی، شروع چالش با باورهای مثبت، در صورت رسیدن باورهای منفی به صفر، تکلیف

2- detached mindfulness

1- Metaworry Questionnaire (MWQ)

یافته‌ها

در این پژوهش از آمار استنباطی شامل آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیری برای مقایسه میانگین‌های گروه‌های مختلف استفاده شد. ۲۰ بیمار مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر در این مطالعه شرکت کردند که به طور مساوی ($n=10$) در دو گروه آزمایشی درمان فراشناختی و گروه گواه قرار گرفتند. ۷ نفر از گروه نمونه را مردان (۳۵ درصد) و ۱۳ نفر را زنان (۶۵ درصد) تشکیل می‌دهند. جدول ۱ شاخص‌های توصیفی نمرات گروه‌های آزمودنی را در متغیرهای اضطراب، فرانگرانی و مؤلفه‌های فراشناختی نشان می‌دهد.

خانگی: اجرای راهبرد عدم تناسب و سایر آزمایش‌های رفتاری برای چالش با باورهای مثبت. جلسه دهم) مرور تکلیف خانگی، ادامه چالش با باورهای مثبت، اجرای راهبرد عدم مطابقت در جلسه درمان، تکلیف خانگی: آزمایش‌های رفتاری (مثل آزمایش افزایش و کاهش سطح نگرانی). جلسه یازدهم) مرور تکلیف خانگی، کار روی معکوس کردن علائم باقیمانده، اجرای راهبرد عدم تناسب در جلسه درمان، ادامه چالش با باورهای مثبت، تکلیف خانگی: درخواست از بیمار برای نوشتن برگه خلاصه درمان. جلسه دوازدهم) مرور تکلیف خانگی، کار بر روی برنامه درمان (جلوگیری از عود)، تقویت برنامه جایگزین و توضیح روشن آن با مثال، برنامه‌ریزی جلسات تقویتی، تکلیف خانگی: مشخص کردن کاربردهای مداوم درمان.

جدول ۱) شاخص‌های توصیفی متغیرهای اضطراب، فرانگرانی و مؤلفه‌های فراشناختی

متغیرها	گروه	پیش آزمون		پس آزمون		پیگیری
		میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	
اضطراب بک	آزمایش	۳۵/۸	۳/۴۲	۲۶	۲	۱/۸۵
	گواه	۳۳/۳	۳/۰۹	۳۰/۶	۲/۵۹	۲/۶
فرانگرانی	آزمایش	۱۶/۱	۰/۷۳	۲۲/۸	۱/۶۱	۱/۲۲
	گواه	۲۳/۷	۰/۹۴	۲۳	۱/۰۵	۱/۲۶
باورهای مثبت درباره نگرانی	آزمایش	۱۶/۵	۱/۷۱	۱۴/۲	۱/۹۳	۲/۱۸
	گواه	۱۴/۸	۲/۴۴	۱۵/۳	۲/۲۱	۲/۲۵
کنترل ناپذیری و خطر	آزمایش	۱۶/۸	۲/۶۱	۱۶/۶	۱/۷۷	۰/۸۴
	گواه	۱۶	۲/۲۱	۱۴/۴	۱/۸۳	۱/۱۵
اطمینان شناختی	آزمایش	۱۴/۹	۲/۶۴	۱۶	۲/۱۶	۱/۴۲
	گواه	۱۵/۵	۲/۴۱	۱۳/۵	۲/۰۱	۱/۵۷
نیاز به کنترل افکار	آزمایش	۱۶/۶	۲/۰۱	۱۵/۳	۲/۲۶	۱/۵۲
	گواه	۱۵	۲/۱۶	۱۷/۱	۱/۹۱	۱/۱۹
خودآگاهی شناختی	آزمایش	۱۵/۵	۲/۳۲	۱۶/۳	۱/۸۲	۱/۸۱
	گواه	۱۵/۵	۱/۸۴	۱۸	۱/۶۳	۱/۶۳

متغیرهای وابسته در بین گروه‌های مختلف برابر بود. چنانچه مشاهده می‌شود بین میانگین‌های گروه‌های آزمایشی و گواه در پرسشنامه اضطراب بک هم در پس آزمون و هم در پیگیری تفاوت معناداری وجود داشته است ($F=39/17, p<0/01$)، ($F=41/45, p<0/01$).

نتایج تحلیل کوواریانس برای متغیر اضطراب در پس آزمون و پیگیری در جداول ۲ و ۳ و برای متغیر فرانگرانی در جداول ۴ و ۵ ارائه گردیده است. برای بررسی پیش فرض تحلیل کوواریانس از آزمون ام. باکس استفاده شد. آماره ام. باکس برابر با $13/14$ و مقدار آماره F این آزمون برابر با $0/6$ بود. سطح معناداری نیز برابر $0/87$ و بزرگ‌تر از $0/05$ می‌باشد بنابراین ماتریس‌های کوواریانس مشاهده شده

جدول ۲) تحلیل کوواریانس برای مقایسه اضطراب در پس آزمون

شاخص	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	مجذور اتا
منبع تغییرات						
پیش آزمون	۳۶/۱۱	۱	۳۶/۱۱	۱۰/۱۸	۰/۰۰۵	۰/۳۷
گروه	۱۳۸/۹۴	۱	۱۳۸/۹۴	۳۹/۱۷	۰/۰۰۱	۰/۶۹

جدول ۳) تحلیل کوواریانس برای مقایسه اضطراب در پیگیری

شاخص	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	مجذور اتا
منبع تغییرات						
پیش آزمون	۱۳/۵۱	۱	۱۳/۵۱	۲/۹۳	۰/۱	-
گروه	۱۹۰/۹۱	۱	۱۹۰/۹۱	۴۱/۴۵	۰/۰۰۰۱	۰/۷

جدول ۴) تحلیل کوواریانس برای مقایسه فرانگرانی در پس آزمون

شاخص	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	مجذور اتا
منبع تغییرات						
پیش آزمون	۱/۳۵	۱	۱/۳۵	۰/۷۱	۰/۴	۰/۰۴
گروه	۱/۰۹	۱	۱/۰۹	۰/۵۷	۰/۴۵	۰/۰۳

جدول ۵ نتایج تحلیل کوواریانس برای مقایسه نگرانی دو گروه در مرحله پیگیری را نشان می‌دهد.

نتایج تحلیل کوواریانس برای مقایسه فرانگرانی در پس آزمون بین گروه‌های آزمودنی تفاوت معناداری نشان نداد.

جدول ۵) تحلیل کوواریانس برای مقایسه فرانگرانی در پیگیری

شاخص	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	مجذور اتا
منبع تغییرات						
پیش آزمون	۱/۶۲	۱	۱/۶۲	۱/۰۴	۰/۳۲	۰/۰۵
گروه	۹/۶۹	۱	۹/۶۹	۶/۲۵	۰/۰۲	۰/۲۶

جدول ۶) تحلیل کوواریانس چند متغیری برای مقایسه باورهای فراشناختی در پس آزمون

شاخص	متغیر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	مجذور اتا
پیش آزمون	باورهای مثبت درباره نگرانی	۳/۰۸	۱	۳/۰۸	۰/۸	۰/۳۸	-
	کنترل ناپذیری و خطر	۱/۷۳	۱	۱/۷۳	۰/۴۶	۰/۵	-
	اطمینان شناختی	۱۲/۳۸	۱	۱۲/۳۸	۴/۱۴	۰/۰۶	-
	نیاز به کنترل افکار	۳/۹۷	۱	۳/۹۷	۱/۳۲	۰/۲۷	-
	خودآگاهی شناختی	۴/۹۲	۱	۴/۹۲	۱/۷۷	۰/۲	-
گروه	باورهای مثبت درباره نگرانی	۱۵/۱۵	۱	۱۵/۱۵	۳/۹۴	۰/۰۶	-
	کنترل ناپذیری و خطر	۲۵/۷۷	۱	۲۵/۷۷	۶/۸۵	۰/۰۲	۰/۳۴
	اطمینان شناختی	۳۷/۳۵	۱	۳۷/۳۵	۹/۱۴	۰/۰۱	۰/۴۱
	نیاز به کنترل افکار	۱۷/۶۲	۱	۱۷/۶۲	۵/۸۸	۰/۰۳	۰/۳۱
	خودآگاهی شناختی	۹/۲۱	۱	۹/۲۱	۳/۳۱	۰/۰۹	-

مقایسه میانگین گروه‌های پژوهش در فرآینگری در مرحله پیگیری حاکی از کاهش معنادار نمرات گروه آزمایش نسبت به گروه گواه بود ($F=6/25, p<0/05$). جدول ۶ نتایج مربوط به تحلیل کوواریانس چندمتغیری برای مقایسه باورهای فراشناختی دو گروه در مرحله در پس آزمون را نشان می‌دهد. نتیجه آزمون لامبدای ویلکز حاکی از این است که در پس آزمون بین گروه‌های پژوهش دست کم در یکی از مؤلفه‌ها تفاوت معنادار وجود دارد ($p<0/01$).

تفاوت بین میانگین نمرات در مؤلفه‌های کنترل ناپذیری و خطر ($F=6/85, p<0/05$)، اطمینان شناختی ($F=9/14, p<0/01$)، و نیاز به کنترل افکار ($F=5/88, p<0/05$) در پرسشنامه باورهای فراشناختی در بین گروه‌های آزمودنی در پس آزمون نیز معنادار بود. تفاوت میانگین نمرات در بین گروه‌های پژوهش در مؤلفه‌های باورهای مثبت درباره نگرانی و خودآگاهی شناختی در پس آزمون معنادار به دست نیامد.

جدول ۷) تحلیل کوواریانس چندمتغیری برای مقایسه باورهای فراشناختی در مرحله پیگیری

شاخص منبع تغییرات	متغیر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	مجذورات
پیش آزمون	باورهای مثبت درباره نگرانی	۰/۴۷	۱	۰/۴۷	۰/۰۸	۰/۷۷	-
	کنترل ناپذیری و خطر	۱/۰۸	۱	۱/۰۸	۰/۹	۰/۳۵	-
	اطمینان شناختی	۰/۲۳	۱	۰/۲۳	۰/۰۷	۰/۷۸	-
	نیاز به کنترل افکار	۱/۵۴	۱	۱/۵۴	۱/۰۲	۰/۳۳	-
	خودآگاهی شناختی	۲/۰۵	۱	۲/۰۵	۰/۶۱	۰/۴۴	-
گروه	باورهای مثبت درباره نگرانی	۸۶/۰۲	۱	۸۶/۰۲	۱۴/۸۳	۰/۰۰۲	۰/۵۳
	کنترل ناپذیری و خطر	۱۱/۹۷	۱	۱۱/۹۷	۹/۹۷	۰/۰۰۸	۰/۴۳
	اطمینان شناختی	۳۲/۶۹	۱	۳۲/۶۹	۱۰/۶۳	۰/۰۰۶	۰/۴۵
	نیاز به کنترل افکار	۲۹/۱۴	۱	۲۹/۱۴	۱۹/۲۷	۰/۰۰۱	۰/۵۹
	خودآگاهی شناختی	۳۴/۰۷	۱	۳۴/۰۷	۱۰/۱۷	۰/۰۰۷	۰/۴۳

نتیجه آزمون لامبدای ویلکز در آزمون پیگیری نیز نشان می‌دهد که ترکیب خطی متغیرهای پژوهش بین گروه‌های آزمودنی معنادار بود ($F=5/42, p<0/05$). در آزمون پیگیری تفاوت بین میانگین نمرات در مؤلفه‌های باورهای مثبت درباره نگرانی ($F=14/83, p<0/01$)، کنترل ناپذیری و خطر ($F=9/97, p<0/01$)، اطمینان شناختی ($F=10/63, p<0/01$)، نیاز به کنترل افکار ($F=19/27, p<0/01$)، و خودآگاهی شناختی ($F=10/17, p<0/01$) معنادار به دست آمد.

ب‌حسب پژوهش حاضر اثربخشی درمان فراشناختی بر اضطراب، فرآینگری و باورهای فراشناختی در بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر مورد بررسی قرار گرفت. نتایج نشان داد که درمان فراشناختی چه در مرحله پس آزمون و چه در مرحله پیگیری باعث کاهش اضطراب در بیماران مبتلا به اختلال

اضطراب فراگیر شده است. این یافته با نتایج تحقیقات قبلی مبنی بر اثربخشی درمان فراشناختی در کاهش علائم اختلال اضطراب فراگیر همسو و همخوان است [۲۵، ۲۶، ۲۷، ۴۱، ۴۲، ۴۳، ۴۴]. درمان فراشناختی با روش‌های مختلفی در طول جلسات، تفکر مبتنی بر نگرانی را بهبود می‌بخشد و چرخه معیوب اضطراب را در هم می‌شکند و از آنجا که نتایج درمان در پیگیری نیز پایدار بود می‌توان احتمال داد که بهبود باورهای فراشناختی به بیماران کمک کرده است رابطه جدیدی با افکار خود شکل دهند و آنها را قادر نموده تا فراشناخت‌هایی را که شیوه ناسازگارانه تفکرات منفی تکرار شونده را فزونی می‌بخشند تعدیل نمایند. ضمن اینکه در طول جلسات به بیماران روش‌هایی آموزش داده شد که در آینده و در صورت لزوم با به کارگیری این روش‌ها با نگرانی‌ها مقابله کنند و این دلیل دیگری بر پایداری نتیجه درمانی بعد از پیگیری است [۲۷]. نتایج مربوط به تفاوت میانگین باورهای مثبت درباره

و خطر می‌پردازد و فرد در عمل کنترل نگرانی را به دست می‌گیرد. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که سه بعد از فراشناخت با بدکارکردی روان‌شناختی مرتبط می‌باشد. این سه بعد شامل باورهای منفی درباره‌ی نگرانی معطوف به کنترل ناپذیری و خطر، باورهای مرتبط به نیاز به کنترل اطمینان‌شناختی است [۴۸]. درمان فراشناختی با بهره‌گیری از راهکارهای متفاوت به بهبود این باورها می‌انجامد. با توجه به اینکه درمان فراشناختی با افکار باورها و آگاهی از افکار سروکار دارد، با تسهیل تغییر افکار باعث می‌شود که افراد نیاز به کنترل افکار را احساس نمی‌کنند و به تدریج این نیاز کاهش می‌یابد. پژوهش‌ها نشان داده است که کنترل فکر به ندرت می‌تواند تلاش مؤثری برای قطع پردازش نگرانی باشد، زیرا فکر نکردن درباره موضوعات نگران‌کننده و سرکوب کردن فکر موجب افزایش فکر نگران‌کننده می‌شود. آگاهی بیماران از ناکارآمدی استفاده از چنین راهبردهایی برای کنترل افکار و آموزش شیوه‌های مقابله‌ای جایگزین در بهبود این باور مؤثر است [۲۵]. نتایج این پژوهش بیان می‌کند که روش درمانی فراشناختی در کاهش نشانه‌های اضطراب مبتلایان به اختلال اضطراب فراگیر و همچنین بهبود باورهای فراشناختی و فرانگرانی آنها اثربخش بوده است. این پژوهش شیوه درمانی جدیدی را برای اختلال اضطراب فراگیر که هنوز یکی از چالش‌انگیزترین مباحث در زمینه‌ی علت‌شناسی و درمان است ارائه می‌کند. درمان فراشناختی ولز با تکیه بر باورهای فراشناختی ناکارآمد به عنوان عامل زمینه‌ساز آسیب‌رسان، به ارائه مدل نظری و عملی برای اختلالات متعددی پرداخته است [۲۵]. به طور خلاصه، بر پایه یافته‌های این پژوهش و به لحاظ کاربرد بالینی می‌توان به بیماران آموزش داد تا باورهای فراشناختی خود را تغییر داده و در نتیجه از ابتلا به اختلال اضطراب فراگیر پیشگیری کنند. شیوه‌های درمانی باید در راستای تغییر ارزیابی‌ها و باورهای منفی بیماران در زمینه‌ی نگرانی و فراهم ساختن راهبردهای جانشین برای مقابله با تهدید باشد. بنابراین بیش از هر چیز باید ارزیابی‌ها و باورهای منفی در زمینه‌ی غیرقابل کنترل بودن نگرانی اصلاح شود. باید فرانگرانی و افکار منفی در زمینه‌ی خطرناک بودن نگرانی، مرکز اهداف اصلاحی قرار گیرند. وقتی این باورها

نگرانی در دو گروه نشان داد که درمان فراشناختی در مرحله پس‌آزمون معنادار نبود اما در مرحله پیگیری، باعث کاهش باورهای مثبت درباره نگرانی شده است. بررسی‌ها نشان داده‌اند که باورهای مثبت و منفی، ارتباط مثبتی با استعداد فرد در برابر نگرانی آسیب‌شناختی دارند [۲۲]. باورهای مثبت درباره نگرانی مشخصه‌ی همهی اختلالات اضطرابی است، اما افرادی که علائم اختلال اضطراب فراگیر دارند بیش از آزمودنی‌های غیرمضطرب درباره دلایل مثبت نگران شدن، نمرات بالایی به دست آورده‌اند [۴۵]. مشکل اصلی اختلال اضطراب فراگیر وجود باورهای مثبت نیست بلکه مشکل اینجاست که بیماران از انعطاف‌پذیری در انتخاب و اجرای طیف وسیعی از راهبردها برای مقابله با افکار و هیجانات مزاحم برخوردار نیستند و به عبارت بهتر، باورهای مثبت در اضطراب فراگیر سبک پردازش در واکنش به افکار و هیجان‌های منفی را تحت کنترل خود در می‌آورند. همین، عامل آسیب‌پذیری بر شروع چرخه‌ی معیوب نگرانی است. درمانگر فراشناختی در جلسات درمان با آزادسازی ظرفیت بیمار برای استفاده از راه‌های جایگزین در پاسخ به رخداد‌های درونی و افزایش انگیزه بیمار برای شکستن عادت سابق پاسخ‌دهی از طریق نگرانی، به کاهش باورهای فراشناختی مثبت کمک می‌کند [۴۱]. در اختلالات هیجانی بویژه اختلال اضطراب فراگیر، نگرانی به عنوان ابزار غیر قابل انعطاف مقابله، به کار گرفته می‌شود و این زمانی مشکل‌ساز می‌شود که عقاید منفی درباره غیر قابل کنترل بودن و خطر نگران بودن گسترش می‌یابد و منجر به راهبردهای کنترل غیر مفید می‌شود. پژوهش‌های متعدد حاکی از این است که نگرانی درباره کنترل ناپذیری و خطر، مشخصه اختلال اضطراب فراگیر است [۴۶]. فرض اولیه عنوان می‌کند، هر چه فرد بیشتر نگرانی را غیر قابل کنترل بداند، بیشتر دچار اضطراب جسمانی و اجتماعی می‌شود [۴۷]. از یافته‌های این پژوهش می‌توان دریافت که درمان نوین فراشناختی با توجه به آسان نمودن تغییر باورها و تفکرات، جلوگیری از درگیری فرد با محتوای تفکر یکی از درمان‌های مؤثر در بیماری‌های روان‌شناختی همچون اضطراب و افسردگی و استرس می‌باشد. درمانگر فراشناختی از طریق روش‌های هدایتی جایگزین به شکستن باور مربوط به کنترل ناپذیری

- community samples. *J Clin Psychiatry*. 2002; 63: 4-10.
- 3- Kessler RC, Keller MB, Wittchen HU. The Epidemiology of Generalized Anxiety Disorder. *Psychiatr Clin North Am*. 2001; 24: 19-39.
- 4- Yonkers KA, Warshaw MG, Massion AO, Keller MB. Phenomenology and course of generalized anxiety disorder. *Br J Psychiatry*. 1996; 168: 308-313.
- 5- Hamidpour H, Doulatshahi B, Pourshahbaz A, Dadkhah A. Schema therapy efficacy in treating women with generalized anxiety disorder. *Iranian J Psychiatry Clin Psychol*. 2010; 4(16): 420-431. [Persian].
- 6- Omid A, Tabatabaie A, Sazvar SA, Goudarzi A. Epidemiology of mental disorders in urban areas in the city of Natanz. *Iranian J Psychiatry Clin Psychol*. 2004; 8(4): 32-39. [Persian].
- 7- Borkovec TD. Applied relaxation and cognitive therapy for pathological worry and generalized anxiety disorder. In: Davey GCL, & Wells A, editors. *worry and its psychological disorders: Theory, assessment and treatment*. Chichester: Wiley; 2006. p. 273-287.
- 8- Roemer L, Orsillo SM, Barlow DH. Generalized anxiety disorder. In: Barlow DH, editor. *Anxiety and its disorders*, 2nd ed. New York: Guilford Press; 2002. p. 477-515.
- 9- Kessler RC. Evidence that generalized anxiety disorder is an independent disorder. In: Nutt D, Rickels K, & Stein DJ, editors. *Generalized anxiety disorder: Symptomatology, pathogenesis and management*. London, United Kingdom: Martin Dunitz Publishers; 2002. p. 3-10.
- 10- Ballenger JC, Davidson JR, Lecrubier Y, Nutt DJ, Borkovec TD, Rickels K, et al. Consensus statement on generalized anxiety disorder from the international consensus group on depression and anxiety. *J Clin Psychiatry*. 2001; 62: 53-58.
- 11- Boschen MJ. Publication Trends in Individual Anxiety Disorders: 1980-2015. *J Anxiety Disord*. 2008; 22: 570-575.
- 12- Mitte K. Meta-analysis of cognitive-behavioral treatments for generalized anxiety disorder: a comparison with pharmacotherapy. *Psychological Bull*. 2005; 131: 785-795.
- 13- Fisher P. The efficacy of psychological treatment for generalized anxiety disorder. In: GCL Davey A; 2007.
- 14- Arntz A. Cognitive therapy versus applied relaxation as treatment of generalized anxiety disorder. *Behav Res Ther*. 2003; 41: 633-646.
- 15- Beck AT. *Cognitive therapy of the emotional disorders*. New York: International Universities Press; 1976.
- 16- Clark DA, Purdon CL. Meta-cognition and obsessions. *Clin Psychol Psychotherapy*. 1999; 6(1): 102-110.

و ارزیابی‌های فراشناختی به طور مؤثری بهبود یافت، سپس درمانگر باید به فرمول‌بندی و چالش با باورهای مثبت درباره نگرانی بپردازد. به طور کلی، چون افکار اضطرابی رابطه معنی‌داری با باورهای فراشناختی دارند بهتر است درمانگران در هنگام درمان، افزون بر اصلاح باورهای غیرمنطقی بیماران، بر چالش با باورهای فراشناختی منفی و مثبت آنها درباره نگرانی نیز تمرکز نمایند. اگر باورهای فراشناختی به طور مؤثر به چالش کشیده شوند، شاید بتوانند در کاهش نگرانی و در نتیجه بهبود اضطراب مؤثر باشند و از عود بیماری بکاهند و بالاخره باید راهبردهای جانشینی برای ارزیابی با تهدید معرفی شوند. این شیوه درمانی می‌تواند به عنوان یکی از درمان‌های خط اول برای اختلال اضطراب فراگیر و درمان پیشنهادی برای دیگر اختلالات بالینی مطرح شود که می‌توان از آن نه تنها برای حل مشکلات بالینی بلکه برای بهبود بهزیستی کلی و کیفیت زندگی این بیماران سود جست و در جهت تأمین بهداشت روانی افراد از آن بهره برد. با این وجود، این درمان هنوز نیاز به آزمون دارد، چرا که پژوهش‌ها حکایت از ناکارایی مدل درمانی ارائه شده بر خلاف مدل نظری در درمان روان‌پریشی دارند [۴۹]. به طور کلی درمان فراشناختی یکی از درمان‌های نو و پیشگام بر اختلال اضطراب فراگیر است که سعی در تفسیر، توجیه و حل مشکلات آسیب‌شناختی هیجانی دارد. این درمان با تکیه بر ابعاد فراشناختی، مدعی گامی نو به سوی درمان اختلالات اضطرابی است. از محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به روش نمونه‌گیری در دسترس و داوطلبانه اشاره کرد. لذا تعمیم نتایج به سایر جامعه‌ها باید با احتیاط بیشتری صورت گیرد. پیشنهاد می‌گردد اثربخشی درمان فراشناختی در سایر بیماری‌ها نیز مورد بررسی قرار گیرد و نیز مطالعات آینده حجم نمونه بزرگتری را انتخاب نمایند.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله از تمامی افرادی که در این پژوهش شرکت داشتند، تشکر و قدردانی به عمل می‌آید.

منابع

- 1- Lieb R, Becker E, Altamura C. The epidemiology of generalized anxiety disorder in Europe. *Eur Neuropsychopharmacol*. 2005; 15: 445-452.
- 2- Kessler RC, Wittchen HU. Patterns and correlates of generalized anxiety disorder in

- cognitions worry, perfectionism and disorder types. *J Clin Psychol*. 2009; 1: 47-55. [Persian].
- 33- Groth-Marnat G. Handbook of psychology assessment. Hoboken, New Jersey: John Wiley and Sons; 2009.
- 34- Zanarini MC, Skodol AE, Bender D, Donald R, Sanislow C, Schaefer E, et al. The collaborative longitudinal personality disorders study: Reliability of axis I and II diagnoses. *J Personality Disord*. 2000; 14(4): 297-299.
- 35- Wells A, Cartwright-Hatton S. A short form of the Metacognitions Questionnaire: Properties of the MCQ 30. *J Behav Res Therapy*. 2004; 42: 385-396.
- 36- Shrinzade Dastgiri, S. Comparison metacognitive beliefs and responsibility in patients with OCD and GAD and normal people. [M. A. Dissertation]. Shiraz: Shiraz university; 2007. [Persian].
- 37- Beck AT, Epstein N, Brown G, steer RA. An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *J Consulting Clin Psychol*. 1998; 56: 893-897.
- 38- Salavati M. Consideration outlook of responsibility in patients with OCD. [M. A. Dissertation]. Tehran: Tehran Psychiatric Institute; 2003. [Persian].
- 39- Gharaee B. Consideration some of cognition models in patients with anxiety and depression. [M. A. Dissertation]. Tehran: Tehran Psychiatric Institute; 1994. p. 165-167. [Persian].
- 40- Wells A. The meta cognitive model of GAD: assessment of meta-worry and relationship with DSM-IV generalized anxiety disorder. *J Cogn Ther Res*. 2005; 29: 107-121.
- 41- Wells A. Cognition about cognition: meta cognitive therapy and change in generalized anxiety disorder and social phobia. *J Cogn Behav Pract*. 2007; 14: 18-25.
- 42- Fisher PL, Wells A. Metacognitive therapy for obsessive-compulsive disorder: A case series. *J Behav Ther Exp Psychiatry*. 2008; 39(2): 117-132.
- 43- Wells A, King P. Meta- cognitive therapy for generalized anxiety disorder: An open trial. *Behav Ther Exp Psychiatry*. 2005; 37(3): 206-221.
- 44- Pakpour F. Comparison the effectiveness of metacognitive therapy and cognitive-behavioral therapy in treatment of students with GAD. [M. A. Dissertation]. Ardebil: Mohaghegh Ardebili university; 2007. [Persian].
- 45- Borkovec TD, Costello E. Efficacy of applied relaxation and cognitive behavioral therapy in the treatment of generalized anxiety disorder. *J Consulting Clin Psychol*. 1993; 61: 611-619.
- 46- Barahmand U. Meta-cognitive profiles in anxiety disorders. *J Psychiatry Res*. 2009; 169: 240-243.
- 47- Bahrami F, Rezvan Sh. The relation of anxiety thoughts with metacognitive beliefs in students with
- 17- Wells A. Meta-cognition and worry: A cognitive model of generalized anxiety disorder. *Behav Cogn Psychotherapy*. 1995; 23: 301-320.
- 18- Wells A, Mathews G. Modeling cognition in emotional disorder: the S-REF model. *Behav Res Ther*. 1996; 34: 881-888.
- 19- Flavell JH. Metacognition and cognitive monitoring: A new area of cognitive-developmental inquiry. *Am Psychol*. 1979; 34(10): 906-911.
- 20- Wells A. Emotional disorders and metacognition: Innovative cognitive therapy. Chichester, UK: Wiley; 2000.
- 21- Cartwright-Hatton S, Wells A. Beliefs about worry and intrusions: the meta-cognitions questionnaire and its correlates. *J Anxiety Disord*. 1997; 11: 279-296.
- 22- Wells A, Papageorgiou C. Relationships between worry, obsessive-compulsive symptoms and meta-cognitive beliefs. *Behav Res Ther*. 1998; 36: 899-913.
- 23- Wells A, Matthews G. Attention and emotion: A clinical perspective. Hove, UK: Erlbaum; 1994.
- 24- Wells A. Metacognitive therapy for anxiety and depression. New York: The Guilford Press; 2009.
- 25- Wells A, Welford M, King P, Papageorgiou C, Wisely J, Mendel E. A pilot randomized trial of metacognitive therapy vs applied relaxation in the treatment of adults with generalized anxiety disorder. *J Behav Res Therapy*. 2010; 48: 429-434.
- 26- Heiden CV, Muris P, Molen V. Randomized controlled trial on the effectiveness of metacognitive therapy and intolerance-of-uncertainty therapy for generalized anxiety disorder. *J Behav Res Therapy*. 2012; 50: 100-109.
- 27- Wells A, King P. Meta cognitive therapy for generalized anxiety disorder: An open trial. *J Behav Therapy Exp Psychiatry*. 2006; 37: 206-212.
- 28- Hashemi Z, Mahmood Alilou M, Hashemi Nosrat Abadi T. Efficacy of metacognitive treatment in major depression: case study. *J Clin Psychol*. 2010; 7(3): 85-97. [Persian].
- 29- Wells A. Metacognitive therapy for anxiety and depression practical guide. Translator: Mohamadkhani Sh. Tehran: vara danesh. 2010. [Persian].
- 30- Sharifi V, Asaadi SM, Mohamadi MR, Amini H, Kavyani H, Semnani Y, Shaabani A, Shahrivar Z, Davari Ashtiani R, Hakim Shoshtari M, Sedigh A, Jalali Roudsari M. Reliability and functionality of the Persian version of the Structured Clinical Interview for Diognostic (SCID) DSM-IV. *New J Cognitive Science*. 2005; 6(1-2): 8-22. [Persian].
- 31- Bakhtiari M. Consideration mental disorders in patients with body dysmorphic disorder. [M. A. Dissertation]. Tehran: Tehran Psychiatric Institute; 2001. [Persian].
- 32- Kabirnezhad S, Mahmood Alilou M, Hashemi Nosrat Abadi T. Predicting changes of emotional processing indicators based on dysfunctional

GAD. *Psychiatric Clin psychol J Iran*. 2008; 3(13): 249-255. [Persian].

48- Spada M, Nikcevic A, Moneta GB, Wells A. Meta cognition, perceived stress, and negative emotion. *J Personality Individual Differences*. 2008; 44: 1172-1181.

49- Varese F, Bentall RP. The metacognitive beliefs account of hallucinatory experiences: A literature review and meta-analysis. *Clin Psychol Rev*. 2011; 31: 850-864.

Archive of SID