

کاهش اضطراب زنان دارای اختلال اضطراب فراگیر از خلال درمان فراشناختی

مریم جواهریان^{۱*}، علی اسد بیگی^۱^۱ دانشجوی دکتری روانشناسی سلامت، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکزی، باشگاه پژوهشگران جوان ونخبگان

چکیده

درمان فراشناختی یکی از درمان‌های نو و پیشگام بر اختلال اضطراب فراگیر است که سعی در تفسیر، توجیه و حل مشکلات آسیب‌شناختی هیجانی دارد. هدف از پژوهش حاضر بررسی اثر درمان فراشناختی بر اضطراب زنان دارای اختلال اضطراب فراگیر بود. از میان همه زنان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر که به خانه های سلامت منطقه ۴ تهران مراجعه کرده بودند، ۲۰ نفر با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و به طور تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه قرار گرفتند. گروه آزمایش طی ۱۰ هفته تحت درمان فراشناختی ولز قرار گرفتند و در این مدت گروه کنترل هیچ‌گونه مداخله درمانی دریافت نکرد. پرسشنامه اضطراب بک به عنوان ابزار ارزشیابی در پیش-آزمون-پس‌آزمون مورد استفاده قرار گرفت. نتایج نشان داد که اضطراب در گروه آزمایش، پس از مداخله درمانی فراشناختی در مقایسه با گروه گواه به طور معناداری کاهش پیدا کرده است. بهبود باورهای فراشناختی به بیماران کمک می‌کند رابطه جدیدی با افکار خود شکل دهند و فراشناخت‌هایی را که شیوه ناسازگارانه تفکرات منفی تکرار شونده را فزونی می‌بخشند را تعدیل نمایند.

کلید واژه‌ها: اختلال اضطراب فراگیر؛ درمان فراشناختی؛ اضطراب

مقدمه

اضطراب به عنوان بخشی از زندگی، در همه افراد به حدی اعتدال آمیز وجود دارد و این حد، پاسخی سازش یافته تلقی می‌شود، اما تا جایی که به اضطراب مرضی تبدیل نشود (بارلو، ۲۰۰۲). اختلال اضطراب فراگیر از انواع گوناگون اختلالات اضطرابی است که به صورت اضطراب افراطی و نگرانی ذهنی غیر قابل کنترل تعریف می‌شود که در آن فرد دست کم سه علامت بدنی (تعریق، تپش قلب، احساس گرفتگی گلو، انتظار رخ دادن حادثه ای قریب الوقوع ناخوشایند و...) را به مدت شش ماه نشان می‌دهد (ولز، ۲۰۰۹). دراکثر پژوهش‌های همه گیرشناسی در ایران اختلال اضطراب فراگیر به عنوان شایعترین اختلال اضطرابی مطرح شده است (حمیدپور، ۱۳۸۹) و در برخی پژوهش‌های دیگر نه تنها شایعترین اختلال اضطرابی، بلکه شایعترین اختلال در بین سایر اختلالات نیز بوده است (امیدی، ۱۳۸۳). با توجه به سیر مزمن، شیوع بالا و همراهی اختلال اضطراب فراگیر با سایر اختلال‌های روانشناختی، این اختلال به عنوان یکی از مهمترین اختلال‌های ناتوان کننده برای بزرگسالان مطرح شده است. از این رو لازم است در مورد درمان‌های موثر در بهبود آن تحقیقات بیشتری صورت بگیرد. به طور کلی درمان اختلال اضطراب فراگیر شامل دو طبقه کلی است: درمان‌های دارویی و درمان‌های روانشناختی. اشکال مختلفی از درمان‌های روانشناختی برای اختلال اضطراب فراگیر وجود دارد که از بین آنها می‌توان به درمان‌های شناختی، رفتاری، شناختی- رفتاری، فراشناختی، روانپوشی و پس‌خوراند زیستی اشاره کرد. توجه به مولفه‌های شناختی در بروز اختلال اضطراب فراگیر باعث شده که پژوهشگران با استفاده از مدل‌های شناختی و رفتاری پیشین، چندین روش درمانی شناختی- رفتاری را برای اختلال اضطراب فراگیر ابداع نمایند. به عبارتی بیان شده است که درمان شناختی رفتاری منجر به بهبودی اساسی، معنی داری بالینی و اندازه‌های اثر بزرگ در بیماران می‌شود (کووین، ۲۰۰۸). از طرف دیگر به نظر می‌رسد که اختلال اضطراب فراگیر ناشی از سیستم پردازش فراشناختی معیوب و تفکرات منفی تکرار شونده این افراد باشد که یک سیکل معیوب از افکار و باورهای فراشناختی منفی تکرار شونده را در فرد ایجاد می‌کند. از این رو در میان روش‌های موجود روش درمانی جدیدی که تفکر را کنترل کند و وضعیت ذهن را تغییر دهد نیاز است، که این اساس نظریه فراشناختی است. بدیهی است یافته‌های به دست آمده از مطالعاتی در این زمینه می‌تواند در دو حیطه پیشگیری و درمان، راهبردهای نوینی را در اختیار پژوهشگران، روانشناسان و دیگر علاقه‌مندان به این حوزه قرار دهد.

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. به طور کلی، این مفهوم در برگرنده دانش، فرآیندها و راه‌بردهایی است که شناخت را ارزیابی، بر آن نظارت و یا آن را کنترل میکنند. کارترایت، هاتن و ولز (۱۹۹۷)، در پژوهشی نشان دادند که فراشناخت‌های غلط، بویژه باورهای منفی به کنترل ناپذیری و خطر، بیشترین همبستگی را با مجموعی از مقیاس‌های مرتبط با آسیب‌پذیری دارند. این مدل، درگیری باورهای فراشناختی را در آسیب‌پذیری روانی و تداوم آن مورد پیش بینی قرار می‌دهد. بر اساس این رویکرد، 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 توجیهی خوانده می‌شود که شامل نگرانی، نشخوار فکری، توجه تثبیت شده و راه‌بردهای خودتنظیمی و یا رفتارهای مقابله‌ای ناسازگارانه است. مدل فراشناختی اختلال اضطراب فراگیر، نگرانی را مولفه اصلی سندرم شناختی توجیهی در نظر می‌گیرد که به نظر می‌رسد در تمام انواع آسیب‌شناسی‌های روانی نقش دارد (وندرو، ۲۰۱۲).

* e-mail: maryam.javaheriyani@yahoo.com

کاهش اضطراب زنان دارای اختلال اضطراب فراگیر از خلال درمان فراشناختی

حال با توجه به اینکه یافتن شیوه‌های درمان کوتاه مدت کارا و موثر از جمله ضرورت‌های پژوهش است و شیوه‌های درمانی مبتنی بر فراشناختی نیز جزء درمان‌های کوتاه مدت به شمار می‌آید و نیز با توجه به شیوع بیشتر این اختلال در زنان، انجام پژوهشی برای بررسی مقایسه کارایی و اثربخشی این شیوه‌ی درمانی دارای اهمیت است. لذا در پژوهش حاضر سعی شد تا کارآمدی درمان فراشناختی بر اختلال اضطراب فراگیر زنان، مورد آزمون قرار گیرد.

روش

شرکت‌کنندگان

جامعه‌ی آماری پژوهش زنان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر مراجعه‌کننده به خانه‌های سلامت منطقه چهار تهران در فاصله زمانی تیر تا شهریور ۱۳۹۳ می‌باشند که از این تعداد ۲۰ نفر، به‌صورت در دسترس به‌عنوان نمونه انتخاب شده و به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۰ نفر) و کنترل (۱۰ نفر) قرار گرفتند. روانشناسان از بین این بیماران، افرادی را که دارای ملاک‌های ورود به طرح بودند و به لحاظ سن و تحصیلات با یکدیگر همگن بودند انتخاب کردند. ملاک‌های ورود شامل این موارد می‌شود: سطح تحصیلات دست‌کم دیپلم باشد؛ به هیچ‌یک از اختلال‌های سایکوتیک (چه در حین درمان و چه در زمان گذشته) مبتلا نباشند؛ به سوء‌مصرف مواد (چه در حین درمان و چه در زمان گذشته) مبتلا نباشند؛ بیماران در محدوده سنی ۲۰ تا ۴۰ سال قرار داشته باشند؛ و رضایت بیماران از فرآیند درمان، دست‌کم به‌طور شفاهی، گرفته شود. طرح این پژوهش شبه آزمایشی و از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل است.

ابزار

مصاحبه بالینی ساختاریافته (*Structured Clinical Interview for DSM Disorders*): ابزاری به‌منظور تشخیص‌گذاری بر اساس معیارهای چهارمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی است و دو نسخه اصلی دارد: فرم SCID-I که به ارزیابی اختلال‌های اصلی روان‌پزشکی می‌پردازد. این فرم توسط شریفی و همکاران ترجمه و انطباق داده شده است؛ و فرم SCID-II که به ارزیابی اختلال‌های شخصیتی می‌پردازد (مارنات، ۲۰۰۹). بختیاری این فرم را ترجمه و انطباق داده است. روایی و اعتبار این ابزار در پژوهش‌های مختلف قابل‌قبول گزارش شده است. برای مثال، زاناری و همکاران در بررسی روایی افتراقی بین ارزیابی‌ها رأی اکثر تشخیص‌ها را کاپای بیشتر از ۰/۷ گزارش کردند. در مطالعه بختیاری، متخصصان و استادان روانشناسی بالینی روایی این ابزار را تأیید کرده‌اند. اعتبار از طریق بازآزمایی با فاصله یک هفته ۰/۹۵ بوده است. در پژوهش حاضر از نسخه‌ی SCID-I استفاده شد.

پرسشنامه‌ی اضطراب بک (*Beck Anxiety Inventory*): این پرسشنامه یک ابزار ۲۱ ماده‌ای خودگزارش‌دهی است که شدت اضطراب را اندازه‌گیری می‌کند. هر یک از ماده‌های آزمون یکی از علائم شایع اضطراب (ذهنی، بدنی و هراس) را در یک طیف چهاربخشی از صفر تا سه توصیف می‌کند. نمره کل این پرسشنامه در دامنه‌ی بین ۰ تا ۶۳ قرار می‌گیرد. پرسشنامه به‌گونه‌ای تدوین‌یافته که علائم افسردگی را شامل نشود. بک و همکارانش همسانی درونی این مقیاس را برابر با ۰/۹۲ و اعتبار از طریق بازآزمایی یک‌هفته‌ای را ۰/۷۵ و برای ماده‌های آن از ۰/۳۰ تا ۰/۷۶ گزارش کرده‌اند. صلواتی، روایی محتوایی، همزمان، افتراقی و عاملی 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.

شیوه‌ی اجرا

پس از اختصاص یافتن شرکت‌کنندگان به دو گروه آزمایش و کنترل، گروه آزمایش طی ۱۰ جلسه (۱/۵-۲ ساعته) تحت نظر متخصص روانشناسی برای اجرای درمان فراشناختی قرار گرفت. برای اجرای فرآیند درمان از پروتکل درمان فراشناختی برای اختلال اضطراب فراگیر استفاده شده است. در رویکرد درمانی فراشناختی طی تک‌تک جلسات بر نقش فراشناختی‌ها در شکل‌گیری آسیب‌شناسی روانی تأکید می‌گردد. در مورد اختلال اضطراب فراگیر این مدل بیان می‌کند که پس از نگرانی اولیه، باورهای فراشناختی مثبت فعال شده که خود منجر به راه‌اندازی سندروم شناختی/توجهی می‌شود. در ابتدا و انتهای دوره‌ی درمان، از تمامی شرکت‌کنندگان خواسته شد تا به پرسشنامه‌ی اضطراب بک پاسخ دهند.

نتایج

به منظور بررسی اثربخشی درمان فراشناختی بر اضطراب زنان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر آزمون تحلیل کوواریانس برای مقایسه میانگین‌های گروه‌ها (گروه آزمایشی درمان فراشناختی و گروه گواه) استفاده شد. با توجه به جدول ۱ میانگین اضطراب گروه کنترل بیشتر از گروه آزمایش می‌باشد.

جدول ۱

میانگین و انحراف معیار میزان اضطراب در دو گروه

گروه‌ها	تعداد	میانگین	انحراف معیار
کنترل	۱۰	۱۶,۵۲	۲,۵۹
آزمایش	۱۰	۹,۳	۵,۴۸

نتایج حاصل از تحلیل کوواریانس (جدول ۲) نشان می‌دهد تفاوت بین گروه‌ها معنادار است، بدین معنا که تفاوت معناداری (با کنترل عامل پیش‌آزمون) بین نمره‌های اضطراب گروه آزمایش و کنترل وجود دارد. با توجه به مقدار حجم اثر $\eta^2 = ۰,۴۸$ (۴۸٪ از تغییرات نمرات اضطراب ناشی از اجرای روش درمانی می‌باشد).

جدول ۲

نتایج آزمون تحلیل کواریانس جهت مقایسه نمره های اضطراب دو گروه

منابع تغییرات	مجموع مجذورها	درجه آزادی	میانگین مجذورها	F	سطح معنی داری	مجذور اتا
بین گروهی	۳۲۰٫۸۹	۱	۳۲۰٫۸۹	۱۹٫۳۹	۰٫۰۰۰۱	۰٫۴۸
پیش آزمون	۶۶٫۲۹	۱	۶۶٫۲۹	۴٫۰۰۸	۰٫۰۵۸	۰٫۱۶
خطا	۳۴۷٫۳	۲۱	۱۶٫۵۴	-	-	-

بحث

در پژوهش حاضر اثربخشی درمان فراشناختی بر اضطراب زنان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر مورد بررسی قرار گرفت. نتایج نشان داد که درمان فراشناختی باعث کاهش اضطراب در زنان 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 (شفیعی، ۱۳۹۱).

درمان فراشناختی با روش های مختلفی در طول جلسات، تفکر مبتنی بر نگرانی را بهبود می بخشد و چرخه معیوب اضطراب را در هم می شکنند با توجه به نتایج پژوهش حاضر می توان احتمال داد که بهبود باورهای فراشناختی به بیماران کمک کرده است رابطه جدیدی با افکار خود شکل دهند و آنها را قادر نموده تا فراشناخت-هایی را که شیوه ناسازگارانه تفکرات منفی تکرار شونده را فزونی می بخشند تعدیل نمایند. ضمن اینکه در طول جلسات به بیماران روش هایی آموزش داده شد که در آینده و در صورت لزوم با به کارگیری این روشها با نگرانی ها مقابله کنند (پاکپور، ۱۳۸۶). باورهای مثبت در اضطراب فراگیر سبک پردازش در واکنش به افکار و هیجان های منفی را تحت کنترل خود در می آورند. همین، عامل آسیب پذیری بر شروع چرخه ی معیوب نگرانی است. درمانگر فراشناختی در جلسات درمان با آزادسازی ظرفیت بیمار برای استفاده از راه های جایگزین در پاسخ به رخدادهای درونی و افزایش انگیزه بیمار برای شکستن عادت سابق پاسخ دهی از طریق نگرانی، به کاهش باورهای فراشناختی مثبت کمک می کند. بررسی ها نشان داده اند (؟؟؟) که باورهای مثبت و منفی، ارتباط مثبتی با استعداد فرد در برابر نگرانی آسیب شناختی دارند. با توجه به اینکه درمان فراشناختی با افکار و باورها و آگاهی از افکار سروکار دارد، با تسهیل تغییر افکار باعث می شود که افراد نیاز به کنترل افکار را احساس نکنند و به تدریج این نیاز کاهش یابد. پژوهش ها نشان داده است (؟؟؟) که کنترل فکر به ندرت می تواند تلاش مؤثری برای قطع پردازش نگرانی باشد، زیرا فکر نکردن درباره موضوعات نگران کننده و سرکوب کردن فکر موجب افزایش فکر نگران کننده می شود. آگاهی بیماران از ناکارآمدی استفاده از چنین راهبردهایی برای کنترل افکار و آموزش شیوه های مقابله ای جایگزین در بهبود این باور مؤثر است. نتایج این پژوهش بیان می کند که روش درمانی فراشناختی در کاهش نشانه های اضطراب زنان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر اثربخش بوده است. این پژوهش شیوه درمانی جدیدی را برای اختلال اضطراب فراگیر که هنوز یکی از چالش انگیزترین مباحث در زمینه ی علت شناسی و درمان است ارائه می کند.

تشکر و قدردانی: بدین وسیله از تمامی افرادی که در این پژوهش شرکت داشته اند، و همچنین از پرسنل شهرداری منطقه ۴ که در به انجام رسیدن این پژوهش کمال همکاری را داشته اند، تشکر و قدردانی به عمل می آید.

منابع

- امیدی، آ.، طباطبایی، آ.، سازوار، ی.، و گودرزی، آ. (۱۳۸۳). همه گیرشناسی بیماری های روانی در شهر نطنز. *مجله روانشناسی بالینی و روانپزشکی ایران*. ۳(۸)، ۳۲-۳۹.
- پاکپور، ف. (۱۳۸۶). *اثربخشی درمان فراشناختی و رفتار درمانی شناختی رفتاری در درمان دانش آموزان دچار اختلال اضطراب فراگیر*. پایان نامه منتشر نشده کارشناسی ارشد. دانشکده روانشناسی. دانشگاه محقق اردبیلی.
- شفیعی، ی.، رفیعی، پ.، و نجفی، م. (۱۳۹۱). اثربخشی درمان شناختی بر اضطراب فراگیر و مشکلات شناختی اضطراب. *مجله روانشناسی بالینی ایران*. ۴(۱۶)، XX-XX.
- حمیدپور، ه.، دولتشاهی، ب.، پورشهباز، آ.، و دادخواه، آ. (۱۳۸۹). اثربخشی طرحواره درمانی در زنان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر. *مجله روانشناسی بالینی روانپزشکی ایران*. ۴(۱۶)، ۴۲۰-۴۳۱.

Barlow, D. M. (2002). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic*. New York: Guilford Press.

Cartwright-Hatton, S., Wells, A. (1997). Beliefs about worry and intrusions: the meta-cognitions questionnaire and its correlates. *Journal Anxiety Disorder*, 11, 279-296.

Covin, R., Ouimet, A. J., Seeds, P. M., & Dozois, D. J. (2008). A meta-analysis of CBT for pathological worry among clients with GAD. *Journal Anxiety Disorder*, 22(1), 108-116.

Groth-Marnat, G. (2009). *Handbook of psychology assessment*. Hoboken, New Jersey: John Wiley and Sons.

Van der Heiden, C., Muris, P., & Van der Molen, H. T. (2012). Randomized controlled trial on the effectiveness of metacognitive therapy and intolerance-of-uncertainty therapy for generalized anxiety disorder. *Behavior Research Therapy*, 50(2), 100-9.

Wells, A. (2009). *Metacognitive therapy for anxiety and depression*. New York: Guilford Press.

Archive of SID