

کاربرد درمان فراشناختی برای زنان دارای اختلال همبود اضطراب فراگیر و افسردگیسیمین قبادزاده^{۱*}، سپیده معماریان^۱، مرضیه مسعودی^۱، شهرام محمدخانی^۲^۱ دانشجوی دکتری روانشناسی سلامت، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران^۲ گروه روان‌شناسی بالینی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران**چکیده**

اضطراب و افسردگی دوطبقه از اختلال‌های شایع و همبود هستند. هنگامی که اختلالات باهم رخ می‌دهند، انتخاب درمانی مؤثر حائز اهمیت است. هدف از پژوهش حاضر، بررسی تاثیر درمان فراشناختی بر همبودی اختلال اضطراب فراگیر و افسردگی بود. از بین کلیه‌ی زنان داوطلب متأهل مبتلابه اختلال GAD شهر اهواز، ۳۰ نفر از زنان مبتلا به اضطراب و افسردگی همبود به شیوه نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) گمارده شدند و به پرسشنامه اضطراب بک و افسردگی بک در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری پاسخ دادند. نتایج نشان داد که درمان فراشناختی در کاهش نشانه‌های اضطراب و افسردگی مؤثر است. این نتایج برای متخصصان بالینی دست‌اندرکار تلویحات کاربردی دارد.

کلیدواژه‌ها: درمان فراشناختی؛ اضطراب فراگیر؛ همبودی؛ افسردگی**مقدمه**

اختلال اضطراب فراگیر^۱، شایع‌ترین اختلال اضطرابی است. این اختلال بر اساس پنجمین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی^۲ به‌عنوان اضطراب مفرط و نگرانی درباره چندین اتفاق یا فعالیت برای بیشتر اوقات روز، در حداقل یک دوره زمانی ۶ ماهه تعریف شده است. این نگرانی به سختی کنترل می‌شود و با علائم جسمانی مانند تنش عضلانی، تحریک‌پذیری، دشواری در خواب و بی‌قراری همراه است. شیوع اختلال اضطراب فراگیر برای یک سال، ۳ تا ۸ درصد، نسبت زنان به مردان ۲ به ۱ بوده و شیوع طول عمر آن نزدیک به ۵ درصد است. در بین بیماران اضطرابی، حدود ۲۵ درصد دارای اختلال اضطراب فراگیر هستند (سادوک و سادوک، ۲۰۱۵). عدم درمان مناسب افراد مبتلا به این اختلال، هزینه‌های زیادی بر سیستم بهداشتی و مراقبتی جامعه وارد می‌کند. احتمالاً ۵۰ تا ۹۰ درصد این بیماران، یک اختلال روانی دیگر دارند. درصد بالایی از آن‌ها احتمالاً به اختلال افسردگی اساسی^۳ مبتلا می‌شوند (سادوک و سادوک، ۲۰۱۵).

اختلال افسردگی اساسی، اختلالی خلقی با یک یا چند دوره افسردگی اساسی، بدون سابقه دوره مانی یا هیپومانیا است که حداقل باید دو هفته طول بکشد (انجمن روان‌پزشکی آمریکا^۴، ۲۰۱۳). اختلال افسردگی اساسی بالاترین شیوع (تقریباً ۱۷ درصد) را در بین اختلال‌های روان‌پزشکی دارد و شیوع طول عمر این اختلال ۵ تا ۱۷ درصد است. مطالعات زیادی همبودی بسیار بالای اختلالات خلقی و اضطرابی را نشان داده‌اند. یکی از فراوان‌ترین این اختلالات، اختلال اضطراب فراگیر است. اختلالات اضطرابی همبود، باعث وخیم‌تر شدن پیش‌آگهی اختلالات خلقی شده و ریسک خودکشی را افزایش می‌بخشد (سادوک و سادوک، ۲۰۱۴). هنگامی که طبقات مختلف اختلالات در چنین میزان بالایی با هم رخ می‌دهند، انتخاب یک رویکرد درمانی مناسب می‌تواند چالش‌برانگیز باشد. تا این اواخر رویکردهای مبتنی بر شواهد برای تشخیص‌های چندگانه، درمانگران را ملزم می‌کرد تا اهداف درمانی را اولویت‌بندی کنند و هر بار به یک مشکل بپردازند. تحولات اخیر در زمینه طرح‌های واحد و درمان‌های یکپارچه‌نگر پیشنهاد می‌کنند که رویکرد بین تشخیصی ممکن است اثربخش‌تر از درمان اختلالات به شیوه زنجیره‌وار باشد (جانسون^۵ و هوفارت^۶، ۲۰۱۶). در سال‌های اخیر الگوهای جدیدی مانند رویکرد فراشناختی شکل گرفته و تحول بزرگی در روش‌های درمانی این اختلال ایجاد کرده است (قبادزاده، داودی و فخری، ۱۳۹۲).

* پست الکترونیک نویسنده مسئول: Raha_gh72@yahoo.com

- 1.GAD
- 2.DSM-5
- 3.MDD
- 4.American Psychological Association
- 5.Johnson
- 6.Hoffart

فراشناخت یک مفهوم چندوجهی می‌باشد 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. اضطراب و افسردگی در دیدگاه فراشناخت تنها یک پیامد بیمارگونه نیست، بلکه یک شیوه برانگیخته شده فعال ارزیابی مقابله با تهدیدی است که توسط باورهای فرد ایجاد شده است. بر اساس مدل فراشناختی، افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر، معمولاً از نگرانی به‌عنوان وسیله‌ای برای پیش‌بینی مسایل آتی و تولید روش‌های مقابله‌ای، استفاده می‌کنند. درمان موفق این اختلال باید بر تعدیل چندین عامل فراشناختی، شامل باورهای نادرست در مورد کنترل‌ناپذیری نگرانی، باورهای منفی در مورد پیامدهای آسیب‌زای نگرانی و باورهای مثبت در مورد سودمندی نگرانی به‌عنوان سبک مقابله‌ای تمرکز داشته باشد (ولز، ۲۰۰۹، ترجمه محمدخانی، ۱۳۹۲).

ویژگی‌های اصلی مدل فراشناختی در افسردگی نیز شامل باورهای فراشناختی مثبت درباره لزوم نشخوار فکری به‌عنوان روشی برای غلبه یافتن بر احساس افسردگی و یافتن پاسخ‌هایی به مسایل، باورهای فراشناختی منفی درباره کنترل‌ناپذیری نشخوار فکری، آسیب‌پذیری روان‌شناختی خود و خطر تجربه‌های افسرده‌ساز، کاهش خودآگاهی و نشخوار فکری و سندرم شناختی-توجهی هستند. درمان فراشناختی موفق در افسردگی بر حذف نشخوار فکری و تغییر باورهای فراشناختی مثبت و منفی تمرکز دارد. تاکنون برخی مطالعات درباره اثربخشی درمان فراشناختی انجام شده است. نتایج پژوهش‌ها حاکی از اثربخشی درمان فراشناخت بر علائم افسردگی (هیگن و همکاران، ۲۰۱۷؛ ولز و همکاران، ۲۰۱۲) و علائم اضطرابی (هیگن و همکاران، ۲۰۱۷؛ جانسون و هوفارت، ۲۰۱۶) بوده است. اما بر اساس اطلاعات در دسترس تاکنون پژوهشی به اثربخشی اختلال اضطراب فراگیر با همبودی اختلال افسردگی اساسی پرداخته نشده است. در پژوهش حاضر به دنبال پاسخگویی به این سوال بودیم که آیا درمان فراشناختی بر همبودی اختلال اضطراب فراگیر و افسردگی موثر می‌باشد؟

روش

شرکت‌کنندگان

جامعه آماری مورد بررسی در این پژوهش، شامل کلیه‌ی زنان داوطلب متاهل مبتلا به اختلال GAD شهر اهواز بودند که به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. به این صورت که طی فراخوانی که در مراکز درمانی توزیع شد، از زنان دچار اضطراب دعوت به عمل آمد که در دوره‌ی درمانی رایگان اضطراب شرکت نمایند. از ۱۲۸ نفر افراد داوطلبی که تماس گرفتند، مصاحبه‌ی بالینی ساختار یافته (SCID-I/CV) به عمل آمد. در نهایت از بین آن‌ها ۶۸ نفر واجد ملاک‌های کلی ورود به پژوهش بودند. از بین آن‌ها ۳۰ نفر به صورت تصادفی انتخاب و با گمارش تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل تقسیم شدند.

ملاک‌های ورود شرکت‌کنندگان به پژوهش عبارت بودند از: تایید وجود ملاک‌های GAD و افسردگی بر اساس SCID-I/CV، کسب نمره‌ی ۱۶ به بالا (اضطراب متوسط) در آزمون اضطراب بک و هم‌چنین کسب نمره‌ی ۲۰ به بالا (افسردگی متوسط) در آزمون افسردگی بک، قرار گرفتن در محدوده‌ی سنی ۲۰ تا ۴۵ سال، متاهل بودن، داشتن حداقل مدرک تحصیلی دیپلم و موافقت با شرکت در جلسات درمان. ملاک‌های خروج نیز عبارت بودند از: داشتن علائم سایکوز، سوء مصرف مواد، دریافت درمان‌های روان‌شناختی یا دارویی (دست کم از ۶ ماه قبل از ورود به پژوهش)، بیماری جسمی و یا شرایط طبی یا فیزیکی زیر بنای اضطراب و افسردگی، غیبت بیش از سه جلسه از جلسات گروه درمانی. بدین ترتیب ۲ نفر از گروه آزمایشی و ۱ نفر نیز از گروه کنترل حذف شدند.

بنابراین، تجزیه و تحلیل داده‌های پژوهش بر روی نمونه‌ای متشکل از ۲۷ نفر انجام شد. تمامی شرکت‌کنندگان برگه‌ی رضایت‌نامه‌ی پژوهش را تکمیل نمودند. شیوه‌ی اجرای پژوهش به این صورت بود که ابتدا شرکت‌کنندگان به صورت گروهی پرسشنامه‌ی اضطراب و افسردگی بک را تکمیل کردند. سپس درمان فراشناختی به صورت گروهی برای شرکت‌کنندگان گروه آزمایش انجام شد، در حالی که افراد گروه کنترل هیچ مداخله‌ی درمانی دریافت نکردند. جلسات گروه درمانی به صورت هفتگی و در قالب ۱۰ جلسه دو ساعته در محل یکی از مراکز روانشناختی اجرا شد. در پایان مداخله هر دو گروه طی دو مرحله پس‌آزمون و پی‌گیری (سه ماه) مورد ارزیابی مجدد توسط اجرای آزمون و مصاحبه‌ی بالینی ساختار یافته، قرار گرفتند. در پایان پژوهش، به دلیل ملاحظات اخلاقی، افراد گروه کنترل به مدت سه جلسه تحت آموزش فراشناختی گروهی قرار گرفتند. پژوهش حاضر از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون و یک گروه آزمایش و یک گروه کنترل، می‌باشد.

ابزار

نسخه بالینی مصاحبه‌ی ساختار یافته برای اختلال‌های محور یک در DSM-IV: ابزاری معیار شده جهت تشخیص‌گذاری اختلال‌های اصلی روان‌پزشکی بر اساس معیارهای DSM-IV است (فرست و همکاران، ۱۹۹۷) که برای اهداف بالینی و پژوهشی تنظیم شده است.

پرسشنامه‌ی اضطراب بک: این پرسشنامه دارای ۲۱ ماده است که علایم شایع اضطراب را در یک طیف ۴ بخشی از صفر تا سه اندازه‌گیری می‌کند. نمره‌ی کل این پرسشنامه در دامنه‌ای بین ۰ تا ۶۳ قرار می‌گیرد. در این پژوهش ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۵ به دست آمد.

پرسشنامه افسردگی بک: این پرسشنامه دارای ۲۱ ماده است که علایم جسمانی، رفتاری و شناختی افسردگی را اندازه‌گیری می‌کند. هر ماده دارای ۴ گزینه است که بر مبنای صفر تا سه نمره‌گذاری می‌شود. بنابراین نمره‌ی کل این پرسشنامه در دامنه‌ای بین ۰ تا ۶۳ قرار می‌گیرد که درجات مختلفی از افسردگی را از خفیف تا شدید تعیین می‌کند. در این پژوهش ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۶ به دست آمد.

شیوه‌ی اجرا

جلسات مداخله شامل این وارد می‌شد: جلسه اول: معارفه، آشنایی با قوانین گروه، مقدمه‌ای بر اختلال اضطراب فراگیر و افسردگی، معرفی مدل درمان فراشناختی GAD و آرایه‌ی منطق درمان، تکلیف خانگی (شناسایی و نام‌گذاری برهه‌های اضطراب و نشخوار فکری). جلسه دوم: مرور تکلیف خانگی و واری‌های نگرانی و نشخوار فکری و تطبیق آن‌ها با فرمول‌بندی موردی، اجرای آزمایش سرکوب فکر، تمرین ذهن‌آگاهی گسلیده، معرفی به تعویق انداختن نگرانی و نشخوار فکری به عنوان آزمایشی برای تغییر باور کنترل‌ناپذیری، شروع چالش با باور مربوط به کنترل‌ناپذیری، تکلیف خانگی (تمرین ذهن‌آگاهی گسلیده و به تعویق انداختن).

جلسه سوم: مرور تکلیف خانگی، چالش با باور کنترل‌ناپذیری (شواهد مخالف)، اجرای آزمایش از دست دادن کنترل، بررسی و متوقف کردن کنترل غیر انطباقی و رفتارهای اجتنابی، تکلیف خانگی (تمرین ذهن‌آگاهی گسلیده و به تعویق انداختن نگرانی، وارونه‌سازی رفتارهای اجتناب از نگرانی و آزمایش از دست دادن کنترل). جلسه چهارم: مرور تکلیف خانگی، ادامه‌ی چالش با باور کنترل‌ناپذیری، شروع چالش با باور مربوط به خطر، تلاش برای از دست دادن کنترل یا صدمه زدن به خود از طریق آزمایش نگرانی، تکلیف خانگی (القای نگرانی برای آزمون خطرات احتمالی). جلسه پنجم: مرور تکلیف خانگی، ادامه‌ی چالش با باور مربوط به خطر (بررسی شواهد)، اجرای آزمایش چالش با باور مربوط به خطر (فاجعه‌سازی و آزمون خطرات احتمالی)، تکلیف خانگی (آزمایش‌های رفتاری برای چالش با باور مربوط به خطر).

جلسه ششم: مرور تکلیف خانگی به ویژه باور مربوط به خطرناک بودن نگرانی و راهبردهای ناسازگارانه‌ی باقی‌مانده، ادامه‌ی 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 هفتم: مرور تکلیف خانگی به ویژه باور مربوط به خطر، شروع چالش با باورهای مثبت، در صورت رسیدن باورهای منفی به صفر، تکلیف خانگی (اجرای راهبرد عدم مطابقت و سایر آزمایش‌های رفتاری برای چالش با باورهای مثبت). جلسه هشتم: مرور تکلیف خانگی و باورهای مثبت، ادامه‌ی چالش با باورهای مثبت، اجرای راهبرد عدم مطابقت در جلسه‌ی درمان، تکلیف خانگی (آزمایش‌های رفتاری برای چالش با باورهای مثبت).

جلسه نهم: مرور تکلیف خانگی، بررسی مقابله‌ی غیرانطباقی و رفتارهای اجتنابی باقی‌مانده، کار بر روی معکوس کردن علایم باقی‌مانده، اجرای راهبرد عدم مطابقت در جلسه‌ی درمان، ادامه‌ی چالش با باورهای مثبت، شروع کار بر روی برنامه‌ی جدید، تکلیف خانگی (درخواست از بیمار برای نوشتن برگه‌ی خلاصه‌ی درمان). جلسه دهم: مرور تکلیف خانگی، کار بر روی طرح کلی درمان (جلوگیری از عود)، تقویت برنامه‌ی جایگزین و توضیح روشن آن با ذکر مثال، تدوین برنامه‌ی جدید، تکلیف خانگی (شناسایی کاربرد مداوم درمان). پس از اجرای مداخله، نتایج به دست آمده مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

نتایج

میانگین سن آزمودنی‌های گروه آزمایش ۳۱/۳۸ با انحراف استاندارد ۶/۶۳ و میانگین سن آزمودنی‌های گروه گواه ۲۸/۵۷ با انحراف استاندارد ۴/۸۱ بود. ۱۱٪ شرکت‌کنندگان دارای مدرک تحصیلی دیپلم، ۲۲٪ کارشناسی و ۶۷٪ کارشناسی ارشد بودند.

کاربرد درمان فراشناختی برای زنان دارای اختلال همبود اضطراب فراگیر و افسردگی

جدول ۱
میانگین و انحراف استاندارد نمرات در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پی گیری

متغیر	گروه	مرحله	میانگین	انحراف استاندارد
اضطراب	آزمایش	پیش آزمون	۳۳/۷۷	۷/۲۷
		پس آزمون	۹/۶۲	۶/۸۲
		پی گیری	۱۱/۹۲	۹/۸۰
افسردگی	کنترل	پیش آزمون	۳۳/۲۹	۷/۳۵
		پس آزمون	۳۲/۹۳	۷/۵۶
		پی گیری	۳۳/۴۳	۲۹/۷
افسردگی	آزمایش	پیش آزمون	۳۲/۴۶	۶/۳۵
		پس آزمون	۲۷/۳۱	۶/۱۲
		پی گیری	۲۶/۳۱	۶/۳۸
افسردگی	کنترل	پیش آزمون	۳۰/۳۶	۶/۱۷
		پس آزمون	۳۰/۲۱	۵/۸۲
		پی گیری	۳۰/۲۹	۶/۲۴

قبل از استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس پیش فرض‌های آن بررسی شد. در بررسی همگنی رگرسیون اثر پیلای (Pillai's Trace) $F = ۱/۵۸$ ، $sig = ۰/۱۸$ و لامبدای ویلکز (Wilks' Lambda) $F = ۰/۶۱۳$ ، $F = ۱/۶۶$ ، $sig = ۰/۱۶$ بدست آمد. نتایج آزمون لون (Leven) برای متغیر اضطراب $F = ۵/۱$ و سطح معناداری برابر $۰/۳۳$ و برای متغیر افسردگی $F = ۲/۱۳$ و سطح معناداری برابر $۰/۱۶$ بود. بنابراین شرایط لازم برای استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس وجود داشت. نمرات پیش آزمون به عنوان متغیر همگام برای کنترل تاثیر درمانی آن‌ها در بدو ورود به مداخله به کار رفت.

جدول ۲
نتایج تحلیل کوواریانس برای مقایسه‌ی اثر درمان فراشناختی گروهی در مرحله‌ی پس آزمون

متغیروابسه	پس آزمون		پیگیری	
	F	سطح معناداری	ضرایب	F
اضطراب	۱۱۱/۶۱	۰/۰۰۱	۰/۸۴	۵۷/۶۷
افسردگی	۸۷/۱۲	۰/۰۰۱	۰/۷۸	۷۵/۱

بحث

هدف این مطالعه بررسی اثربخشی درمان فراشناختی مبتنی بر مدل فراشناخت و لز بر اختلال اضطراب فراگیر همبود با افسردگی بود. نتایج نشان داد درمان فراشناختی به طور موثری می‌تواند منجر به کاهش میزان اضطراب و افسردگی در افراد مبتلا به GAD با همبودی افسردگی شده و این تأثیرات در طول زمان تداوم داشته باشند. یافته‌های این پژوهش هماهنگ با مدل نظری فراشناخت و لز است. همچنین نتایج این مطالعه با نتایج بسیاری از مطالعات پیشین، هماهنگ است. به عنوان مثال مک ایوی و همکاران (۲۰۱۵) و ون درهیدن و همکاران (۲۰۱۲) در تحقیق خود نشان دادند که درمان فراشناختی بر اختلال اضطراب فراگیر اثربخش بوده است. همچنین هیگن و همکاران (۲۰۱۷) و ولز و همکاران (۲۰۱۲) اثربخشی درمان فراشناختی را بر اختلال افسردگی اساسی مورد آزمون قرار داده و نتایج حاکی از اثربخشی این مداخله داشت. جانسون و هوفارت (۲۰۱۶) نیز در بررسی خود اثربخشی درمان فراشناختی را بر اختلالات اضطرابی پیچیده و همایند نشان دادند. بنابراین به طور کلی مطالعات نشان می‌دهد MCT نتایج امیدوارکننده‌ای برای اختلال اضطراب فراگیر، اختلال افسردگی اساسی و اختلالات اضطرابی پیچیده و همایند داشته است.

درمان فراشناختی بر اساس مدل فراتشخیصی S-REF بنا شده است (ولز و متیوس، ۱۹۹۶). طبق این نظریه، اختلالات روانشناختی با فعال‌سازی استراتژی‌های خودتنظیمی‌ای مرتبط هستند که سندرم شناختی توجهی (CAS) نامیده می‌شود. CAS شامل تفکر بسط داده شده به شکل نگرانی و نشخوار فکری، نظارت تهدید و رفتارهای مقابله‌ای غیر موثر می‌باشد و با فراشناخت‌های مثبت و منفی تداوم می‌یابد (ولز، ۲۰۰۹، ترجمه محمدخانی، ۱۳۹۲). لازم به ذکر است که MCT صرفاً یک درمان برای به دست آوردن کنترل بهتر نیست، بلکه این مدل بر اهمیت استفاده از تجارب درمانی تأکید می‌کند تا باور در مورد غیر قابل کنترل بودن و خطرناک بودن نگرانی و نشخوار فکری را به چالش بکشد.

MCT با فکر کردن افراطی مقابله می‌کند و پیشنهاد می‌کند درمان باید بر کاهش وابستگی به نگرانی و تفکر تکراری و عدم پاسخدهی به افکار منفی تمرکز کند. این اصل، در تضاد با راهبردهای مراقبه یا ریلکسیشن است که با تغییر در توجه و تمرینات تنفس به افکار واکنش نشان می‌دهند و همچنین در تضاد با CBT است که بر مواجهه با نگرانی یا چالش کردن با طرحواره‌های مربوط به عدم قطعیت، تمرکز دارد. در واقع MCT به طور مستقیم استراتژی‌های تنظیم هیجان را در سطح پردازش به شکل نگرانی و نشخوار تغییر می‌دهد (جانسون و هوفارت، ۲۰۱۶).

نگرانی خصیصه شناختی اصلی اختلال اضطراب فراگیر محسوب می‌شود. فرایند نگرانی نوعی ساز و کار مقابله‌ای در نظر گرفته می‌شود، ولی خود همین فرایند می‌تواند کانون نگرانی شود. این نوع نگرانی درباره نگرانی، مفهوم کلیدی رویکرد فراشناختی به درمان اختلال اضطراب فراگیر محسوب می‌شود. رویکرد فراشناختی بر جنبه‌های مختلف فرانگرانی که در اختلال اضطراب فراگیر نقش عمده در تداوم و تشدید علائم اختلال دارند، تأکید کرده و محور اصلی درمان را حول آن قرار می‌دهد (ولز، ۲۰۰۹، ترجمه محمدخانی، ۱۳۹۲).

همچنین رویکرد فراشناختی هسته اصلی CAS را در افسردگی، نشخوارهای فکری دانسته و توضیح می‌دهد که نشخوار فکری به هدف یافتن چرایی علائم و بیماری و حوادث گذشته اتفاق می‌افتد. در طول فرایند نشخوار فکری، هیجان‌های منفی شدت یافته و باور فراشناختی منفی (کنترلی بر خود ندارم، من بی‌فایده هستم) را فعال می‌سازند که باعث تداوم چرخه نشخوار فکری و در نهایت اجتناب-های رفتاری می‌شوند. بنابراین این رویکرد در درمان اختلال اضطراب فراگیر به فرانگرانی و در افسردگی به باورهای فراشناختی درباره نشخوارهای فکری می‌پردازد. مزیت این رویکرد در درمان اختلال‌های همبود امکان استفاده همزمان از تکنیکها در جهت کاهش فراشناخت‌های مثبت و منفی اختلال‌های مختلف می‌باشد (ولز، ۲۰۰۹، ترجمه محمدخانی، ۱۳۹۲).

در درمان اختلال اضطراب فراگیر و افسردگی، باورهای منفی که شامل کنترل‌ناپذیری و خطرناک بودن نگرانی و نشخوار فکری و دیگر علائم افسردگی می‌باشند، از لحاظ آسیب‌شناسی اهمیت بیشتری دارند. علاوه بر این، این رویکرد، باقی‌ماندن باورهای مثبت را در انتهای درمان، زنگ خطری برای عود و برگشت علائم پس از بهبودی می‌داند. بنابراین راهکارهایی نیز برای حذف این نوع باورها ارائه می‌دهد. مهم‌ترین راهبردهایی که در این رویکرد برای تغییر باورهای فراشناختی (منفی و مثبت) به کار می‌روند، چالش با باورهای فراشناختی از طریق اسناد مجدد کلامی متمرکز بر فراشناخت و انجام آزمایش‌های رفتاری متعدد توسط بیمار هم در جلسه درمان و هم به عنوان تکلیف خانگی می‌باشد.

در راهبرد چالش با باور فراشناختی به جای پرداختن به محتوای فکر و نگرانی و جمع‌آوری شواهد له و علیه آن‌ها، آن‌گونه که در درمان سنتی شناختی مرسوم است، در این رویکرد، از این تکنیک‌ها، برای تغییر باورهای فراشناختی مثبت و منفی به کار می‌روند. این روش با بررسی مواقعی که بیمار به دلایل مختلف قادر به کنترل نگرانی و نشخوار فکری بوده است، شروع به تضعیف باور کنترل‌ناپذیری می‌کند. در راستای این تکنیک با انجام تکنیک‌های به تعویق انداختن نگرانی و نشخوار فکری و ذهن‌آگاهی گسلیده و از دست دادن کنترل، شرایطی فراهم می‌آید تا بیمار عملاً باور کنترل‌ناپذیری را به مرحله آزمایش قرار دهد. با انجام و تکرار این تکنیک‌ها در جلسات متوالی به صورت تکلیف خانگی و ادامه بحث و چالش به تضعیف بیشتر این باور می‌پردازد.

پس از آن که باورهای مربوط به کنترل‌ناپذیری به طور موثر به چالش کشیده شد، باورهای مربوط به خطر در کانون توجه قرار می‌گیرند. در این مرحله با استفاده از اسناد مجدد کلامی مبنی بر فراشناخت مانند: تشدید ناهماهنگی و بررسی شواهد موافق و مخالف، شروع به تضعیف این باورها می‌کند. با این روش، ناهماهنگی بین باورهای کلی فرد درباره خود و باورهای فراشناختی‌اش فعال شده و بیمار متوجه ناهماهنگی باورهایش در مورد اهمیت افراطی افکارش می‌شود. همزمان، با انجام آزمایش‌های رفتاری مثل آزمایش دیوانه شدن، تعدیل نگرانی و نشخوار فکری، آسیب زدن به بدن با نگرانی و نشخوار فکری و تحقیق در مورد افرادی که نگرانی و افکار تکراری مفرط دارند و بررسی میزان سلامتی و مشکلات احتمالی جسمی آن‌ها، باعث ایجاد تغییرات کامل و پایدار در باورهای فراشناختی بیمار در فرایند درمان می‌شود. هم‌زمان با تکرار آن‌ها اشتباهات احتمالی بیمار توسط درمانگر اصلاح و تعدیل می‌شود. بنابراین چالش با این باورها در درمان فراشناختی به کاهش علائم اضطراب و افسردگی می‌انجامد.

پس از آن که باورهای منفی درباره کنترل ناپذیری و خطر به طور موثر به چالش کشیده شدند، باورهای مثبت در کانون توجه درمان قرار می‌گیرند. با تغییر باورهای مثبت (مفید بودن نگرانی و نشخوار فکری در جهت پیش‌بینی و کنترل امور و یافتن چرایی علایم و بیماری خود) به بیمار کمک می‌شود تا راه‌های جایگزین پاسخ به افکار و رخدادها را تجربه کرده و عادت دیرینه پاسخ‌دهی بیمار از طریق فعالیت مفهومی گسترده به شکل نگرانی و نشخوار، شکسته شود. بنظر می‌رسد احتمالاً ذهن‌آگاهی گسلیده یکی از نقاط قوت این رویکرد باشد. به این معنا که استفاده از این تکنیک در هر دو اختلال سبب کاهش فرانگرانی و نشخوار فکری - که خصیصه‌های اصلی این دو اختلال محسوب می‌شوند - شود. بنابراین احتمالاً بتوان از این تکنیک بعنوان نقطه عطف درمان نام برد.

بنظر می‌رسد تا کنون پژوهش‌هایی که به بررسی اثربخشی درمانها بر اختلالات همبود پرداخته باشد بسیار اندک باشند. بنابراین پیشنهاد می‌شود با استفاده از مدل‌های نظری یکپارچه‌نگر به بررسی و مقایسه اثربخشی این مداخلات بر اختلالات همبود پرداخته شود چراکه در دنیای واقعی اختلالات به صورت خالص کمتر اتفاق افتاده و همبودی آنها امری شایع می‌باشد. همچنین پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی شاخص‌های فیزیولوژیکی مانند سطح کورتیزول و سیستم ایمنی نیز مورد ارزیابی قرار گیرند. مهمترین محدودیت این پژوهش، نمونه در دسترس و دوره پی‌گیری کوتاه مدت بود. بنابراین پیشنهاد می‌شود پژوهشی با انتخاب نمونه تصادفی و همچنین با دوره پی‌گیری طولانی‌تر انجام شود.

منابع

- سادوک، بنجامین و سادوک، ویرجینا (۲۰۱۵). *خلاصه‌ی روان‌پزشکی، علوم رفتاری، روان‌پزشکی بالینی*. جلد اول. ترجمه‌ی فرزین رضاعی (۱۳۹۵). تهران: ارجمند.
- قبادزاده، سیمین؛ داودی، ایران و فخری، محمدکاظم (۱۳۹۲). اثربخشی درمان فراشناختی گروهی بر اضطراب و آمیختگی فکر زنان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر. *مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران*، ۲۴ (۱۲۲)، ۳۳۳-۳۳۸.
- ولز، آدریان (۲۰۰۹). *راهنمای عملی درمان فراشناختی اضطراب و افسردگی*. ترجمه شهرام محمدخانی (۱۳۹۲). تهران: انتشارات ورای دانش.
- American Psychological Association. (2013). *Anxiety disorders: the role of psychotherapy in effective treatment*. Retrieved from. <http://www.apa.org/helpcenter/anxiety-treatment.aspx>.
- First, M. B., Spitzer, R. L., Gibbon, M., & Williams, J.B.W. (1997). *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders (SCID-I)*, Clinician Version Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Hegen, R., Hjemdal, O., Solem, S., Kennair, L. E. O., Nordahl, H. M., Fisher, P., & Wells, A. (2017). Metacognitive Therapy for Depression in Adults: A Waiting List Randomized Controlled Trial with Six Months Follow-UP. *Frontiers in Psychology*, 8 (31).
- Johnson, S. U., & Hoffart, A. (2016). Metacognitive Therapy for Comorbid Anxiety Disorders: A Case Study. *Frontiers in Psychology*, 7 (1515).
- McEvoy, P. M., Erceg-Hurn, D. M., Anderson, R. A., Campbell, B. N. C., Nathan, P. R. (2015) Mechanisms of change during group metacognitive therapy for repetitive negative thinking in primary and non-primary generalized anxiety disorder. *Journal of Anxiety Disorder*, 35, 19-26.
- Van der Heiden, C., Muris, P., & van der Molen, H. T. (2012). Ransomized controlled trial on the effectiveness of metacognitive therapy and intolerance of uncertainty therapy for generalized anxiety disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 50, 100-109.
- Wells, A., Fisher, P., Myers, S., Wheatley, J., Patel, T., & Brewin, C. R. (2012). Metacognitive therapy in treatment-resistant depression: A platform trail. *Behavior Research and Therapy*, 50, 367-373.