

اثربخشی درمان فراشناختی گروهی بر باورهای فراشناختی، نگرانی و حوزه‌های نگرانی در بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر

تاریخ دریافت: ۹۱/۴/۱۹

تاریخ پذیرش: ۹۱/۱۱/۲۵

فاطمه حسینی غفاری*، پروانه محمدخانی**، عباس پورشه‌باز***، بهروز دولتشاهی****

چکیده

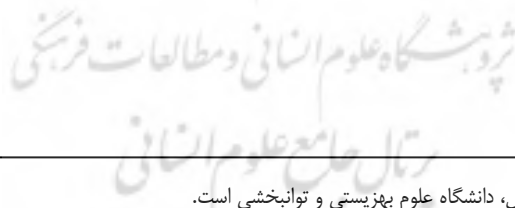
مقدمه: هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان فراشناختی گروهی بر باورهای فراشناختی، نگرانی و حوزه‌های نگرانی در بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر بود.

روش: جامعه آماری پژوهش شامل کلیه بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر مراجعه کننده به کلینیک‌های دانشگاه تهران بود. تعدادی از بیماران مذکور به شیوه در دسترس انتخاب شدند. سپس با استفاده از پرسشنامه‌های فراشناخت، نگرانی ایالت پنسیلوانیا، و پرسشنامه حوزه‌های نگرانی و مصاحبه ساختار یافته بالینی برای اختلالات روانی توسط روان‌پزشک، ۳۰ آزمودنی انتخاب شدند و در نهایت به صورت تصادفی در دو گروه (۱۵ نفر گروه آزمایش و ۱۵ نفر گروه کنترل) جایگزین شدند. از ۱۵ نفر آزمودنی گروه آزمایش، ۱۲ نفر درمان را تکمیل کردند. درمان فراشناختی گروهی در ۱۰ جلسه ۱۲۰ دقیقه‌ای طی ۲/۵ ماه در گروه آزمایش انجام گرفت. تمام آزمودنی‌ها قبل و بعد از درمان و در دوره پیگیری سه ماهه پرسشنامه‌های پژوهش را تکمیل کردند.

یافته‌ها: نتایج حاصل از آزمون تحلیل کوواریانس نشان داد که درمان فراشناختی گروهی اثر معنی‌داری بر کاهش باورهای فراشناختی منفی دارد. همچنین نتایج آزمون تحلیل کوواریانس نشان داد که درمان فراشناختی گروهی به طور معنی‌داری باعث کاهش نگرانی و حوزه‌های نگرانی شده است. نتایج ذکر شده در مرحله پیگیری حفظ شدند.

نتیجه‌گیری: درمان فراشناختی گروهی بر کاهش میزان باورهای منفی فراشناختی و نگرانی بیماران تأثیر گذار است.

واژه‌های کلیدی: درمان فراشناختی گروهی، باورهای فراشناختی، اضطراب فراگیر، نگرانی، حوزه‌های نگرانی



f.h.ghafari@gmail.com

parmohamir@uswr.ac.ir

apourshahbaz@yahoo.com

dolatshahee@yahoo.com

این مقاله برگرفته از بخشی از رساله دکتری مؤلف اول، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی است.

* دانشجوی دکتری روان‌شناسی بالینی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران

** نویسنده مسئول: استاد، گروه روان‌شناسی بالینی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران

*** دانشیار، گروه روان‌شناسی بالینی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران

**** دانشیار، گروه روان‌شناسی بالینی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران

مقدمه

بیشترین میزان بهبودی را نشان دادند. علیرغم اینکه، مدل شناختی رفتاری درک خوبی از تأثیر شناخت بر اختلالات روان‌شناختی فراهم آورده است، ولی درمان فراشناختی تبیین متفاوتی از ماهیت و علل آن ارائه می‌کند [۱۲]. درمان فراشناختی^۷ برخلاف درمان شناختی- رفتاری به جای تکیه بر محتوای افکار، به فرآیند پردازش اطلاعات می‌پردازد و معتقد است که توجه سوگیری شده و پردازش‌های معیوب شناختی و فراشناختی همراه با باورهای فراشناختی، علت ابتلا به اضطراب و نگرانی است. بر اساس نظریه فراشناختی ماهیت بسیاری از رفتارهای مقابله‌ای در اختلال اضطراب فراگیر، فراشناختی است [۱۳، ۱۴، ۱۵]. نگرانی، به عنوان مهمترین خصیصه نشانگان شناختی- توجهی^۸ در این اختلال شناخته می‌شود. به عقیده ولز [۱۶] در اختلال اضطراب فراگیر میان باورهای فراشناختی مثبت^۹ و نگرانی رابطه وجود دارد. به عبارت دیگر، باورهای فراشناختی مثبت در انتخاب و حفظ نگرانی به عنوان یک سبک مقابله (راهبرد انتخاب) عمل می‌کنند. از سویی، مشکلاتی که با ویژگی نگرانی در این اختلال همراه است، می‌تواند ناشی از پیامدهای باورهای فراشناختی منفی^{۱۰} درباره پردازش نگرانی نیز باشد. به عبارتی، همزیستی باورهای مثبت و منفی در رابطه با نگرانی به نوسان در جهت اجتناب و یا درگیری در فرآیند نگرانی منجر می‌شود و در نهایت به استفاده از راهبردهای غیرسودمند تنظیم روانی همچون اطمینان جویی و سرکوبی می‌انجامد. این راهبردها مانع از این می‌شود که فرد دریابد که نگرانی به فاجعه نمی‌انجامد [۱۶، ۱۸]. بر اساس مدل فراشناختی، درمان موفق اختلال اضطراب فراگیر بایستی بر تعدیل چندین عامل فراشناختی تمرکز داشته باشد. این عوامل عبارتند از باورهای نادرست در مورد کنترل ناپذیری نگرانی، باورهای منفی در مورد پیامدهای آسیب‌زای نگرانی و باورهای مثبت در مورد سودمندی نگرانی به عنوان سبک مقابله‌ای [۱۶]. شماری از بررسی‌ها [۱۵، ۱۷، ۱۸] بر نقش باورهای فراشناختی منفی درباره نگرانی (کنترل ناپذیری و خطرناک بودن نگرانی) به عنوان عامل اصلی در حفظ

اختلال اضطراب فراگیر^۱ (GAD)، یکی از شایع‌ترین اختلالات اضطرابی است که همبودی بالایی با سایر اختلال‌های اضطرابی و افسردگی دارد [۱]. وجه مشخصه این اختلال، نگرانی افراطی^۲ و غیر قابل کنترل همراه با برخی علائم اضطرابی است. برای انطباق با ملاک‌های اختلال اضطراب فراگیر، فرد باید حداقل در دو حیطه محتوایی مختلف مانند موضوع‌های سلامتی، اجتماعی، خانوادگی یا اقتصادی، نگرانی شدیدی را تجربه کند [۲]. میزان شیوع اضطراب فراگیر به دلیل روش‌های مختلف پژوهشی و تغییرات معنادار در ملاک‌های تشخیصی در طی گذر زمان دارای تنوع گوناگونی بوده است. میزان شیوع یک سال اضطراب فراگیر در دامنه ۱/۴ درصد تا ۵/۱ درصد، و شیوع مادام‌العمر اضطراب فراگیر در دامنه‌ای از ۴ درصد تا ۷ درصد گزارش شده است [۳، ۴]. پیچیدگی‌های بالقوه توأم با این اختلال گویای آن است که اختلال اضطراب فراگیر مشکلات و نقص‌های جدی در کارکرد زندگی مبتلایان به همراه دارد [۳، ۵]. بدون مداخله جدی و کارآمد جهت درمان این اختلال، پیش‌آگهی این بیماری چندان مطلوب به نظر نمی‌رسد. در نتیجه، اختلال اضطراب فراگیر معمولاً مزمن و بدون بهبودی خود به خودی در نظر گرفته می‌شود. بنابراین هنگامی که مزمن بودن و هزینه‌های شخصی را همراه با شیوع نسبتاً بالا [۶، ۷] در نظر بگیریم، اهمیت دستیابی به روش‌های درمانی مؤثر و مقرون به صرفه برای این اختلال مشخص می‌شود. اثربخشی درمان‌های دارویی و رفتار درمانی شناختی به عنوان درمان‌های استاندارد در اختلال اضطراب فراگیر به اثبات رسیده است [۸]. اما نتایج نشان می‌دهد که میزان پاسخدهی در مطالعات مختلف ناهمگون است [۹، ۱۰] فیشر^۳ و دورهام^۴ [۱۱] میزان بهبودی بیماران اضطراب فراگیر را بر اساس نمرات اضطراب آنها در حدود ۴۰ درصد گزارش دادند. در این میان، درمان‌های آرامش‌آموزی کاربردی^۵ (AR) و درمان شناختی رفتاری^۶ (CBT) فردی،

- 1- Generalized Anxiety Disorder
- 2- Excessive worry
- 3- Fisher
- 4- Durham
- 5- Applied Relaxation
- 6- Cognitive Behavior Therapy

- 7- Metacognitive Therapy
- 8- Cognitive-attentional syndrome
- 9- Positive metacognition
- 10- Negative metacognition

مراکز مشاوره دانشگاه تهران در فاصله آذر تا اسفند ماه ۱۳۹۰ بود. تعداد نمونه مورد نظر، با توجه به احتمال افت آزمودنی، در حدود ۳۰ آزمودنی (۱۵ نفر گروه آزمایش، ۱۵ نفر گروه کنترل) توسط روان‌پزشک و با شیوه نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. ملاک‌های ورود پژوهش عبارت بود از: دارا بودن ملاک‌های تشخیصی اختلال اضطراب فراگیر به تشخیص روان‌پزشک بر پایه مصاحبه بالینی ساختار یافته برای اختلال‌های محور I در DSM-IV-TR (SCID-I/CV) [۲۸]، دریافت نکردن درمان‌های روان‌شناختی دیگر، دامنه سنی ۱۸ تا ۵۰ سال و دارا بودن دست کم تحصیلات دوره متوسطه. ملاک‌های خروج پژوهش نیز عبارت بود از: نشانه‌های روان‌پریشی، سوء مصرف مواد، دارا بودن ملاک‌های کامل اختلال شخصیت به تشخیص روان‌پزشک بر پایه مصاحبه بالینی ساختار یافته برای اختلال‌های محور II در DSM-IV-TR (SCID-II) [۲۹]، داشتن بیماری جسمانی ناتوان‌کننده به صورتی که شرکت در گروه را با مشکل مواجه کند، و غیبت بیش از دو جلسه از جلسات گروه درمانی بود.

ابزار:

۱- نسخه بالینی مصاحبه بالینی ساختار یافته برای اختلال‌های محور یک^۵ در DSM-IV (SCID-I/CV): یک ابزار معیار شده برای ارزیابی اختلال‌های اصلی روان‌پزشکی بر پایه تعریف‌ها و معیارهای DSM-IV [۲]، که برای اهداف بالینی و پژوهشی تنظیم شده است. اعتبار و پایایی این ابزار در پژوهش‌های گوناگون قابل قبول گزارش شده است [۳۰]. برای مثال در پایایی تشخیصی بین ارزیاب‌ها کاپای بالای ۰/۷ گزارش شد [۳۱]. شریفی و همکاران [۳۲] اعتبار و پایایی این پرسشنامه را خوب گزارش کردند. در بررسی بختیاری [۳۳] اعتبار این ابزار به وسیله متخصصان و استادان روان‌شناسی بالینی تأیید و پایایی بازآزمایی با فاصله یک هفته ۰/۹۵ گزارش شد.

نگرانی تأکید می‌کنند [۱۷]. درمان فراشناختی به نحو مناسبی می‌تواند به شکل گروهی اجرا شود و به چندین دلیل می‌تواند نسبت به درمان فردی ترجیح داده شود. اول اینکه، درمان گروهی، نیاز به فهرست انتظار طولانی را کاهش می‌دهد و درمانگر می‌تواند از زمانش استفاده بهتری کند. هایمل^۱، ون اتن^۲ و فیشر [۱۹] برآورد کردند که گروه درمانی شناختی- رفتاری بالغ بر ۷۵ درصد صرفه جویی در زمان برای هر مراجع فراهم می‌کند که به لحاظ هزینه نیز قابل توجه است. دوم اینکه، محیط گروهی منافع دیگری مثل تجربه یکسان بودن، الگوگیری از همسالان و حمایت همسالان را برای بیماران ایجاد می‌کند [۲۰]. این محیط درمانی می‌تواند راهی مؤثر برای نرمال نمودن تجارب بیماران فراهم کند. در زمینه اثربخشی گروه درمانی فراشناختی، تاکنون تحقیقی برای بیماران اضطراب فراگیر انجام نشده است. اعتباریابی مدل فراشناختی به صورت فردی [۱۸، ۲۱، ۲۳، ۲۴] و گروهی [۲۵] در مطالعات متعددی به اثبات رسیده است. اما پژوهش‌هایی که به منظور اثربخشی درمانی برخاسته از این مدل انجام شده، بسیار محدود است. لذا به نظر می‌رسد که پژوهش حاضر در راستای ضرورت جستجوی درمان‌های اثربخش با پشتوانه علمی، رهگشا باشد. نهایتاً شیوع بالای اختلالات اضطرابی در جمعیت ایرانی [۲۶] ضرورت پرداختن به درمان‌های اثربخش در این زمینه را در میان بیماران ایرانی آشکار می‌کند. با توجه به فواید درمان‌های گروهی و کوتاه مدت از جمله با صرفه‌تر بودن و پوشش جمعیتی بیشتر [۲۷]، پژوهش حاضر به دنبال بررسی میزان اثربخشی درمان فراشناختی گروهی بر باورهای فراشناختی، نگرانی و حوزه‌های نگرانی بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر است.

روش

طرح پژوهش: پژوهش حاضر از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل است که در آن از دو گروه آزمایش و کنترل استفاده شده است.

آزمودنی‌ها: جامعه آماری مورد بررسی در این پژوهش کلیه بیماران مبتلا به اضطراب فراگیر مراجعه‌کننده به

3- Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders (SCID-ICV)

4- Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR, axis II Disorders (SCID-II)

5- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th ed.)

1- Himle

2- Van Etten

با هدف اندازه‌گیری کاهش شدت نگرانی مورد استفاده قرار می‌گیرد.

۴- پرسشنامه حوزه‌های نگرانی^۶ (WDQ): این پرسشنامه توسط تالیس^۷، آیزنک^۸ و ماتیوس [۳۷] برای سنجش حوزه‌های نگرانی ساخته شد. این پرسشنامه ۲۵ سؤال دارد و به سنجش نگرانی‌های افراد در پنج حوزه می‌پردازد. ۱- روابط، ۲- عدم اعتماد به نفس، ۳- بی‌هدفی آینده، ۴- شغل و ۵- مالی. مک‌کارتی^۹ و همکاران [۳۸] نیز در پژوهش خود به این نتیجه رسیده است که این پرسشنامه همسانی درونی خوبی دارد و همه مقیاس‌ها نیز در طیف ۰/۷۲ تا ۰/۸۸ بوده است. این ابزار با هدف سنجش عملکرد در بیماران در نظر گرفته شده است.

روند اجرای پژوهش: قبل از شروع جلسات، آزمودنی‌ها برای شرکت در جلسات گروهی به مصاحبه‌ای دعوت شدند. تمامی آزمودنی‌ها برگه رضایت‌نامه پژوهش را که در آن امکان انصراف از پژوهش و استفاده از درمان‌های دیگر در صورت ضرورت و در هر زمان از پژوهش وجود داشت، تکمیل نمودند. ابزارهای پژوهش توسط هر دو گروه درمان فراشناختی گروهی و کنترل تکمیل شدند: سپس، درمان فراشناختی گروهی برای آزمودنی‌های گروه آزمایش انجام شد، در حالی که افراد گروه کنترل هیچ مداخله درمانی دریافت نکردند. این درمان به صورت گروهی با تعداد ۱۵ آزمودنی و یکبار در هفته به مدت دو ساعت و در قالب ۱۰ جلسه انجام شد. سه آزمودنی به علت غیبت بیش از دو جلسه از ارزیابی نهایی کنار گذاشته شدند. درمان فراشناختی گروهی توسط مؤلف اول انجام شد. راهنمای درمانی پژوهش حاضر، بر مبنای کتاب راهنمای گام به گام این درمان (راهنمای عملی درمان فراشناختی برای اختلال اضطراب فراگیر) اجرا گردید [۱۵]. برخی از تکنیک‌های برنامه بر اساس ساختار گروهی انطباق داده شد. در پایان مداخله هر دو گروه طی دو مرحله پس‌آزمون و پیگیری سه ماهه مورد ارزیابی مجدد قرار گرفتند. به دلیل ملاحظات اخلاقی، در پایان پژوهش، افراد گروه کنترل تحت درمان فراشناختی گروهی قرار گرفتند. خلاصه‌ای از

۲- پرسشنامه باورهای فراشناختی^۱ (MCQ-30): پرسشنامه باورهای فراشناختی به منظور آزمون نظریه فراشناختی اختلالات روانی، بویژه نقش فرضی باورهای فراشناختی در آسیب‌شناسی اختلالات هیجانی طراحی شده است. این پرسشنامه دارای ۳۰ عبارت است که فرد میزان موافقت خود را بر روی یک مقیاس از ۱ تا ۴ درجه‌بندی می‌کند [۳۴]. این پرسشنامه ۵ خرده‌مقیاس دارد که از طریق تحلیل عاملی به دست آمده است و دارای همسانی درونی قابل قبولی است. این خرده‌مقیاس‌ها عبارتند از: ۱) باورهای مثبت درباره نگرانی^۲، ۲) باورهای منفی درباره کنترل ناپذیری و خطر^۳، ۳) باورهای منفی درباره لزوم کنترل افکار^۴، ۴) باورهای مثبت درباره خودآگاهی شناختی و ۵) باورهای منفی درباره اطمینان شناختی. در زمینه روایی این پرسشنامه دامنه ضریب آلفای کرونباخ برای خرده‌مقیاس‌ها را ۰/۷۲ تا ۰/۹۳ و پایایی آن به روش بازآزمایی برای نمره کل پس از دوره ۲۲ تا ۱۱۸ روزه ۰/۷۵، و برای خرده‌مقیاس‌ها ۰/۵۹ تا ۰/۸۷ گزارش کرده‌اند [۲۷]. شیرین زاده دستگیری ضریب همسانی درونی آن را به کمک ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۹۱، برای خرده‌مقیاس‌های آن در دامنه ۰/۷۱ تا ۰/۸۷ و پایایی بازآزمایی این آزمون را در فاصله چهار هفته برای کل مقیاس ۰/۷۳ و برای خرده‌مقیاس‌های آن در دامنه ۰/۵۹ تا ۰/۸۳ گزارش کرد [۳۵].

۳- پرسشنامه نگرانی ایالت پنسیلوانیا^۵ (PSWQ): پرسشنامه نگرانی ایالت پنسیلوانیا دارای ۱۶ گویه پنج‌گزینه‌ای (اصلاً صدق نمی‌کند تا کاملاً صدق می‌کند) است، که برای ارزیابی گرایش افراد به نگرانی عادی و افراطی ساخته شده است. دامنه نمره‌ها در این مقیاس از ۱۶ تا ۶۴ است و نمره بیشتر با تجربه نگرانی بیشتر همراه می‌باشد [۳۵]. شیرین زاده دستگیری [۳۶] همسانی درونی آن با استفاده از روش ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۶ و به روش بازآزمایی با چهار هفته فاصله ۰/۷۷ گزارش نمود. این ابزار

6- Worry Domains Questionnaire

7- Tallis

8- Eysenck

9- McCarthy

1- Metacognition questionnaire

2- Positive Metacognition

3- Negative Metacognition about danger

4- Negative metacognition about uncontrollability

5- Penn-State Worry Questionnaire

نگرانی. ب- تکالیف خانگی. جلسه ششم: الف- مرور تکلیف خانگی جلسه قبل و ادامه چالش با باور مربوط به خطر، ب- تأکید بر معکوس کردن هر گونه راهبردهای غیرمنطقی باقی مانده. ج- تکالیف خانگی. جلسه هفتم: الف- مرور تکلیف خانگی جلسه قبل و شروع چالش با باورهای مثبت فراشناختی. ب- تکالیف خانگی. جلسه هشتم: الف- مرور تکلیف خانگی جلسه قبل، ب- اجرای راهبرد عدم مطابقت در جلسه درمان. ج- ادامه چالش با باورهای مثبت فراشناختی. د- ارائه تکالیف خانگی. جلسه نهم: الف- مرور تکلیف خانگی جلسه قبل و کار بر روی معکوس کردن علائم باقی مانده. ب- ادامه چالش با باورهای مثبت. ج- ارائه تکالیف خانگی. جلسه دهم: الف- مرور تکلیف خانگی جلسه قبل و کار بر روی برنامه جلوگیری از عود، ب- تقویت برنامه جایگزین. ج- مرور جلسه و تمرینات جلسه قبل و تکالیف خانگی.

یافته‌ها

داده‌های جمعیت شناختی مربوط به گروه‌های آزمایش و کنترل شامل تعداد آزمودنی‌ها، وضعیت تأهل، وضعیت تحصیلی و مدت ابتلا در جدول ۱ ارائه شده است.

دستورالعمل اجرایی جلسات فراشناخت درمانی گروهی اضطراب فراگیر عبارتند از: جلسه اول: الف- فرمول بندی کلی مراجع، ب- معرفی مدل و آماده سازی آزمودنی‌ها، ج- اجرای آزمایش فرونشانی فکر به صورت نقش بازی کردن، د- شروع چالش با باورهای کنترل ناپذیری، ه- تمرین ذهن آگاهی گسلیده، و- معرفی به تعویق انداختن نگرانی. جلسه دوم: الف- مرور تکلیف خانگی جلسه قبل و ادامه آماده سازی و اسناد کلامی و رفتاری کنترل ناپذیری. ب- به تعویق انداختن نگرانی به شکل آزمایشی برای اصلاح عقاید غیر قابل کنترل بودن نگرانی. ج- تکالیف خانگی. جلسه سوم: الف- مرور تکلیف خانگی جلسه قبل و ادامه چالش با باور کنترل ناپذیری (ارائه شواهد مخالف)، ب- اجرای آزمایش از دست دادن کنترل، ج- بررسی و متوقف کردن کنترل غیرانطباقی و رفتارهای اجتنابی. د- تکالیف خانگی. جلسه چهارم: الف- مرور تکلیف خانگی جلسه قبل و ادامه چالش با باور کنترل ناپذیری، ب- شروع چالش با باورهای مربوط به خطر، ج- تلاش برای از دست دادن کنترل یا صدمه زدن به خود از طریق آزمایش نگرانی. د- تکالیف خانگی. جلسه پنجم: الف- مرور تکلیف خانگی جلسه قبل و ادامه چالش با باور مربوط به خطرناک بودن

جدول ۱) ویژگی‌های جمعیت شناسی گروه‌های آزمایش و کنترل

منبع تغییر گروه	سطوح	فراوانی	درصد
گروه	آزمایش	۱۲	۴۴/۴
	کنترل	۱۵	۵۵/۵
وضعیت تأهل	متاهل	۳	۱۱/۱
	مجرد	۲۴	۸۸/۸
وضعیت تحصیلی	کارشناسی	۲۰	۷۴/۱
	کارشناسی ارشد	۷	۲۵/۹
مدت ابتلا	کمتر از ۵ سال	۱۹	۷۰/۳۷
	بیشتر از ۵ سال	۸	۲۹/۶۲

بود. تمامی آزمودنی‌ها تحصیلات دانشگاهی داشتند. استفاده از آزمون t مستقل نشان داد که میان دو گروه پیش از شروع درمان در متغیرهای مورد ارزیابی تفاوت معنی‌داری وجود نداشت. میانگین و انحراف استاندارد گروه‌های مداخله را در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری در جدول ۲ ارائه شده است. مقایسه گروه‌های مورد مطالعه با توجه به

تعداد افراد مجرد (و متأهل) در گروه درمان فراشناختی گروهی و کنترل به ترتیب ۱۱(۱) و ۱۳ (۲) نفر بود. میانگین سنی کل در گروه درمان فراشناختی گروهی و کنترل به ترتیب ۲۳/۷۳، ۲۳/۶۶ و ۲۳/۸۰ بود. طول مدت ابتلا به اختلال اضطراب فراگیر برای گروه درمان فراشناختی گروهی و کنترل به ترتیب ۵/۸۶ و ۵/۰ سال

(Statistic)، لون ($p > 0.05$) و همگنی رگرسیون ($p > 0.05$)، نشان داد که پیش فرض‌های مربوط به نرمال بودن و همسانی واریانس‌ها برقرار است و شرایط لازم برای استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس در مرحله پس آزمون وجود دارد. نمرات پیش آزمون به عنوان متغیر همگام برای کنترل تأثیر درمانی آنها در بدو ورود به مداخله به کار رفت. نتیجه آزمون لون نشان داد که واریانس متغیرهای مورد نظر در گروه‌های مختلف تفاوت معناداری با یکدیگر ندارند.

جدول ۲ نشان می‌دهد که نمرات میانگین پس آزمون گروه آزمایش از نمرات میانگین گروه کنترل در باورهای فراشناختی، نگرانی و حوزه‌های نگرانی کاهش داشته است، اما در گروه کنترل نمرات پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری تفاوت چندانی با هم ندارند. برای بررسی تفاوت بین دو گروه در متغیرهای باورهای فراشناختی، نگرانی و حوزه‌های نگرانی از آزمون تحلیل کوواریانس استفاده و پیش فرض‌های آن بررسی شد. نتایج آزمون‌های کولموگراف-اسمیرنف^۱ ($p > 0.05$)، 0.1 ، all

جدول ۲) میانگین و انحراف استاندارد نمرات در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری دو گروه

انحراف معیار	میانگین	مرحله	گروه	
۶/۴	۷۵/۳۳	پیش آزمون	آزمایش	باورهای فراشناختی
۵/۵	۵۹/۵۰	پس آزمون		
۶/۶	۵۸/۰۰	پیگیری		
۷/۸	۷۵/۳۳	پیش آزمون	کنترل	
۷/۲	۷۴/۴۰	پس آزمون		
۷/۰	۷۴/۵۳	پیگیری		
۴/۶۹	۶۵/۰۰	پیش آزمون	آزمایش	نگرانی
۲/۵۱	۴۷/۸۳	پس آزمون		
۶/۴۴	۴۶/۹	پیگیری		
۳/۸۹	۶۵/۰۰	پیش آزمون	کنترل	
۴/۰۸	۶۵/۴	پس آزمون		
۳/۶۸	۶۶/۲	پیگیری		
۶/۷۸	۶۸/۲۰	پیش آزمون	آزمایش	حوزه های نگرانی
۷/۰۳	۵۲/۰	پس آزمون		
۷/۴۱	۵۱/۵	پیگیری		
۴/۴۶	۶۴/۷۳	پیش آزمون	کنترل	
۴/۵۴	۶۴/۷	پس آزمون		
۳/۹۹	۶۵/۰	پیگیری		

در مرحله پیش آزمون ۶۵، در مرحله پس آزمون ۶۵/۴ و در مرحله پیگیری ۶۶/۲ است. یافته‌های آزمون تحلیل کوواریانس مربوط به متغیرهای پژوهش در پایان درمان - که به عنوان کوواریانس در نظر گرفته شدند - در جدول ۳ آمده است. نتایج تحلیل کوواریانس اثربخشی درمانی گروه درمان فراشناختی گروهی را نشان می‌دهد. بر اساس نتایج حاصل از تحلیل کوواریانس، درمان فراشناختی گروهی بر باورهای فراشناختی ($F(1, 27) = 40.6, p < 0.001$)،

همان گونه که جدول نشان می‌دهد میانگین باورهای فراشناختی در گروه آزمایش در مرحله پیش آزمون ۷۵/۳۳، در مرحله پس آزمون ۵۹/۵۰، و در مرحله پیگیری ۵۸ است. میانگین این متغیر برای گروه کنترل در مرحله پیش آزمون ۷۵/۳۳، در مرحله پس آزمون ۷۴/۴۰، و در مرحله پیگیری ۷۴/۵۳ است. میانگین نگرانی در گروه آزمایش در مرحله پیش آزمون ۶۵، در مرحله پس آزمون ۴۷/۸۳، و در مرحله پیگیری ۴۶/۹ است. میانگین این متغیر برای گروه کنترل

آزمون اثر معنی داری دارد.

نگرانی ($F(1,27) = 34/4, p < 0/001$) و نیز حوزه‌های

نگرانی ($F(1,27) = 16/92, p < 0/001$) در مرحله پس

جدول ۳) نتایج تحلیل کواریانس برای مقایسه تأثیر درمان فراشناختی گروهی در مرحله پس آزمون

شاخص متغیر	منبع تغییرات	درجه آزادی	ضریب F	معناداری	میزان تأثیر	توان آماری
باور فراشناختی	پیش آزمون	۱	۲۳/۴	۰/۰۰۱	۰/۴۶	۱
	مقایسه دو گروه	۱	۴۰/۶	۰/۰۰۱	۰/۶۸	۱
نگرانی	پیش آزمون	۱	۹/۰۸	۰/۰۰۵	۰/۲۹	۰/۹
	مقایسه دو گروه	۱	۳۴/۴	۰/۰۰۱	۰/۵۸	۱
حوزه های نگرانی	پیش آزمون	۱	۲۱/۵۹	۰/۰۰۱	۰/۶۸	۱
	مقایسه دو گروه	۱	۱۶/۹۲	۰/۰۰۱	۰/۵۹	۱

جدول ۴، خلاصه نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌های تکراری را در مورد تأثیر درمان فراشناختی گروهی بر سنج‌های پژوهش در مرحله پیگیری نشان می‌دهد. به دلیل معنادار شدن آزمون کرویت ماچلی ($P=0/001$) و بنابراین، کروی نبودن ماتریس واریانس-کواریانس متغیر وابسته، از درجات آزادی آزمون گرین هاوس-گایسر استفاده شده است. طبق جدول ۴، نتیجه آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌های تکراری نشان می‌دهد که بین میانگین نمره باورهای فراشناختی، نگرانی و حوزه‌های

نگرانی قبل و بعد از مداخله اختلاف معنی داری وجود دارد ($P=0/001$). همچنین نتیجه آزمون آماری نشان می‌دهد که تعامل عضویت گروهی و باورهای فراشناختی، نگرانی و حوزه‌های نگرانی در سه نوبت اندازه‌گیری معنی دار است ($P=0/001$). به عبارتی، میزان کاهش باورهای فراشناختی، شدت نگرانی و حوزه‌های نگرانی در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل معنی دار بوده و درمان فراشناختی گروهی توانسته است مؤثر واقع شود.

جدول ۴) نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌های تکراری برای مقایسه تأثیر درمان فراشناختی گروهی در مرحله پیگیری

شاخص متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	P	میزان تأثیر
باور فراشناختی	اثر مرحله	۴۹۳/۳	۱	۴۹۳/۳	۲۴/۹	۰/۰۰۱	۰/۶۰
	اثر گروه	۱۹۸۴/۴	۱	۱۹۸۴/۴	۱۴/۵	۰/۰۱	۰/۲۶
	تعامل مرحله و گروه	۱۳۵۲/۳	۱	۱۰۱۸/۴	۳۰/۳	۰/۰۰۱	۰/۵۲
نگرانی	اثر مرحله	۷۲۶/۲	۱	۳۶۳/۱	۳۳/۱۷	۰/۰۰۱	۰/۵۷
	اثر گروه	۱۱۴۶/۷	۱	۱۱۴۶/۷	۱۴/۲۱	۰/۰۰۱	۰/۳۶
	تعامل مرحله و گروه	۶۸۵/۱	۱	۳۴۲/۵	۳۱/۲	۰/۰۰۱	۰/۵۵
حوزه های نگرانی	اثر مرحله	۱۶۹۱/۹	۱	۸۴۵/۹	۱۴/۷	۰/۰۰۱	۰/۴۲
	اثر گروه	۳۷۷۲/۰	۱	۳۷۷۲/۰	۲۸/۹	۰/۰۰۱	۰/۵۳
	تعامل مرحله و گروه	۲۰۵۸/۴	۱	۱۰۲۹/۲	۱۳/۷	۰/۰۰۱	۰/۵۲

میزان باورهای فراشناختی منفی موفق بوده است. یافته پژوهش حاضر همسو با مطالعات پیشین [۱۵، ۱۸، ۳۵، ۳۹، ۴۰، ۴۱] مویید این است که باور فراشناختی منفی درباره کنترل ناپذیری و خطر هسته اصلی شکل گیری نگرانی

بحث هدف اصلی پژوهش بررسی اثربخشی درمان فراشناختی گروهی بر باورهای فراشناختی، نگرانی، و حوزه‌های نگرانی بود. نتایج نشان داد که درمان فراشناختی گروهی در کاهش

گروهی (کاهش باورهای فراشناختی منفی و نگرانی) تداوم یافت که می‌تواند به دلیل قرار گرفتن برنامه پیشگیری از عود (دو جلسه انتهایی درمان)، تثبیت و تقویت برنامه‌های فراشناختی جایگزین در درمان فراشناختی باشد که پس از تغییر موفقیت آمیز باورهای منفی در مورد خطر اجرا می‌شود تا این برنامه جایگزین، به غلط به عنوان منبعی برای اجتناب مبدل نشود [۱۵]. این پژوهش مطالعه مقدماتی بود که در نتیجه، نتایج آن نیز محدودیت‌های متعددی دارد. نمونه پژوهش زنان مبتلا به اضطراب فراگیر و از قشر دانشگاهی بودند که از این جهت جمعیت خاصی بودند که می‌تواند تعمیم پذیری نتایج را به سایر جمعیت‌ها محدود کند. همچنین، مدت پیگیری آزمودنی‌ها در این پژوهش سه ماه بود که می‌تواند محدودیتی برای یافته‌های پژوهش به ویژه اثرات بلند مدت درمان به همراه داشته باشد. بر همین اساس، پیشنهاد می‌شود که در مطالعات آتی جمعیت مورد پژوهش مردان مبتلا به اضطراب فراگیر را نیز در برگیرد. بر اساس نظر ولز [۱۵] اثرات درمانی شیوه فراشناخت در مورد طیف وسیعی از اختلالات (۲۱، ۲۲، ۲۳) مشاهده شده است، اندازه‌ی اثر به دست آمده بسیار بزرگ هستند و نتایج حاصل شده در طول ۱۲-۶ ماه پس از درمان همچنان پایدار می‌مانند. بر همین اساس پیشنهاد می‌شود که مطالعات پیگیری در دوره‌های طولانی‌تری حداقل یک سال دنبال شود، زیرا برای بررسی دقیق‌تر این موضوع، پژوهش‌های پیگیری و طولانی مدت ضروری به نظر می‌رسد.

منابع

- 1- Barlow DH. Anxiety and Its Disorders: The Nature and Treatment of Anxiety and Panic, 2th ed. New York: Guilford Press; 2002. p. 65-75.
- 2- American Psychiatric Association Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th ed. Text Revision (DSM-IV-TR) Washington DC: American Psychiatric Press; 2000.
- 3- Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Walters EE. Lifetime prevalence and age-of onset distributions of DSM-IV disorders in the national comorbidity survey replication. *Arch of Gen Psychiat*. 2005; (62): 593-602.
- 4- Maier W, Gaensicke M, Freyberger HJ, Linz M, Heun R, Lecrubier Y. Generalized anxiety disorder (ICD-10) in primary care from a cross-cultural perspective: a valid diagnostic entity?. *Acta Psychiatrica*. 2000; (101): 29-36.

شدید و غیرقابل کنترل است و با آسیب شناسی اختلال‌های اضطرابی و بویژه اختلال اضطراب فراگیر ارتباط دارند و از اهمیت ویژه‌ای برخوردار هستند. کارترایت-هاتن^۱ و ولز [۴۰] نیز در بررسی خود نشان دادند که باورهای منفی در مورد کنترل ناپذیری و خطر، بیشترین هم بستگی را در میان طیف وسیعی از شاخص‌های آسیب پذیری نشان دادند. بر اساس نظریه ولز [۷، ۱۴، ۱۵] باورهای فراشناختی و الگوهای تفکر در درمان مورد هدف قرار می‌گیرند، زیرا باورهای فراشناختی منفی بر شیوه پاسخدهی فرد به افکار، باورها، علائم و هیجان‌های منفی تأثیر می‌گذارند. در نتیجه درمان فراشناختی گروهی با تأکید بر به چالش کشیدن باورهای فراشناختی منفی کنترل ناپذیری و خطر و کاهش فرآیندهای شناختی غیر سودمند و تسهیل سبک‌های فراشناختی پردازش توانسته است بر باورهای فراشناختی آزمودنی‌ها تأثیر گذارد. یافته دیگر پژوهش نشان داد که درمان فراشناختی توانست کاهش قابل توجهی در شدت نگرانی ایجاد کند. یافته‌های پژوهش حاضر همسو با دیگر پژوهش‌ها (۲۱، ۴۲، ۴۳) حاکی از آن است که درمان گروهی فراشناختی با تمرکز خاص بر باورهای فراشناختی مثبت و منفی توانسته است بر مؤلفه‌های سندرم شناختی-توجهی (CAS) بویژه نگرانی بیماران اثر گذارد. افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر از نگرانی به عنوان وسیله‌ای برای پیش بینی مسائل آتی و تولید روش‌های مقابله‌ای استفاده می‌کنند که معمولاً نتیجه عکس می‌دهد زیرا اثرات آنها با خودتنظیمی مؤثر تداخل نموده و سیستم شناختی فرد را بر منابع تهدید درونی و بیرونی ادراک شده متمرکز می‌سازد و باورها و ارزیابی منفی آنها را تقویت می‌کند [۲۲]. همچنین یافته‌های پژوهش، همسو با دیگر پژوهش‌ها (۴۴، ۴۵) نشان داد که آزمودنی‌ها پیش از درمان، نگرانی‌هایی در حوزه‌های متفاوت داشتند که در انتهای درمان، در مقایسه با گروه کنترل به کاهش معناداری در حوزه‌های مختلف نگرانی شد. به بیان دیگر می‌توان گفت که درمان فراشناختی گروهی با تغییر وضعیت روان‌شناختی، استفاده مداوم از نگرانی به عنوان راهبرد مقابله‌ای را کاهش داده است [۱۲، ۲۱]. نتایج پیگیری سه ماهه نیز نشان داد که نتایج مثبت درمان فراشناختی

1- Cartwright-Hatton

- 19- Himle JA, Van-Etten M, Fischer DJ. Group cognitive behavioural therapy for obsessive-compulsive disorder: a review. *Bri Treat & Cris Intervent.* 2003; (3): 217-229.
- 20- Yalom ID, Leszcz M. *The theory and practice of group psychotherapy* (5th ed.). New York: Basic Books; 2005. p. 315-322.
- 21- 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 *Behaviour Research and Therapy.* 2010; (48): 429-434.
- 22- Wells A, Welford M, Fraser J, King P, Mendel E, Wisely J, Knight A, Rees D. Chronic PTSD Treated with Metacognitive Therapy: An Open Trial. *Cog and Beh Pract.* 2008; (15): 85-92.
- 23- Wells A, Sembi S. Metacognitive Therapy for PTSD: A preliminary investigation of a new brief treatment. *J of Beh Ther & Experi Psychiat.* 2004; (35): 307-318.
- 24- Wells A, Fisher P, Myers S, Wheatley J, Patel T, Brewin CR. Metacognitive Therapy in Recurrent and Persistent Depression: A Multiple-Baseline Study of a New Treatment. *Cog Ther & Res.* 2009; (33): 291-300.
- 25- Rees CS, Van-Koesveld KE. An open trial of group meta-cognitive therapy for obsessive-compulsive disorder. *J of behav Ther & Experi Psychiat.* 2008; (39): 451-458.
- 26- Nourbala AA Bagheri A yasemi M. the epidemiology of psychiatric disorders in iran. 2000; 4: 12-223. [Persian].
- 27- Kazdin AE. Mechanism of change in psychotherapy: Advances breakthroughs & cutting-edge research (do not yet exist) In R R Bootzin & P E McKnight (Eds) *Strengthening research methodology* Washington DC: Ameri Psychol Asso. 2006: 77-101.
- 28- First MB, Spitzer RL, Gibbon M, Williams JBW. *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders (SCID-I) Clinician Version* Washington DC: American Psychiatric Association; 1997.
- 29- First MB, Gibbon M, Spitzer RL, Williams JBW, Benjamin L. *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Disorders (SCID-II)* Washington DC: American Psychiatric Association; 1997.
- 30- Groth-Marnat G. *Handbook of Psychological Assessment* (4th ed). New Jersey: John Wiley & Son; 2003.
- 31- Zanarini MC, Skodol AE, Bender D, Dolan R, Sanislow C, Schaefer E, Morey LC, Grilo CM, Shea MT, McGlashan TH, Gunderson JG. The collaborative longitudinal personality disorders study: Reliability of axis I and II diagnoses. *J Personal Dis.* 2000; 14(4): 291-299.
- 32- Sharifi V, Assadi S M, Mohammadi MR, Amini H, Kaviani H, Semnani Y, Shabani A, Roy-Byrne PP, Wagner A. Primary care perspectives on generalized anxiety disorder. *J Clin Psychiatry.* 2004; 65(13): 20-29.
- 6- Kessler R, Walters E, Wittchen HU. *Epidemiology In: Heimberg R, Turk C, Mennin D. Generalized Anxiety Disorder: Advances in Research and practice.* New York: Guilford Press; 2004. p. 29-50.
- 7- Ballenger JC, Davidson JRT, Lecrubie Y, Nutt D J, Borkovec TD, Rickels K, Stein DJ, Wittchen H-U. Consensus statement on generalized anxiety disorder from the International Consensus Group on Depression and Anxiety. *J of clin Psychiat.* 2001; 62: 53-58.
- 8- Anderson IM, Palm ME. Pharmacological treatments for worry. Focus on generalized anxiety disorder. In: Davey G C L, Wells A. *Worry and its psychological disorder: theory, assessment and treatment.* West Sussex, England: John Wiley & sons; 2006. p. 75-83.
- 9- Borkovec TD, Ruscio AM. Psychotherapy for generalized anxiety disorder. *J of Clin Psychiat.* 2006; 62 (11): 37-42.
- 10- Fisher PL. The efficacy of psychological treatments for generalized anxiety disorder. In: Davey GCL, Wells A. *Worry and its psychological disorders: theory guide.* Chichester: John Wiley & Sons Ltd; 2006. p. 163-177.
- 11- Fisher PL, Durham RC. Recovery rates in generalized anxiety disorder following psychological therapy: An analysis of clinically significant change in the STAI-T across outcome studies since 1990. *Psycholo Med.* 1999; (29): 1425-1434.
- 12- Wells A. Cognition about cognition: Metacognitive therapy and change in generalized anxiety disorder and social phobia. *Cog & Beh Pract.* 2007; 14(1): 18-25.
- 13- Wells A. Meta-cognition and worry: A cognitive model of generalized anxiety disorder *Behavioral and Cognitive Psychotherapy.* 1995; 23(3): 301-320.
- 14- Wells A, Matthews G. Modelling cognition in emotional disorder: The S-REF model. *Beh Res & The.* 1996; (34): 881-888.
- 15- Wells A. *Metacognitive Therapy for Anxiety and Depression* New York: Guilford; 2009. p. 115-126.
- 16- Wells A. Metacognitive Therapy: Cognition applied to regulating cognition. *Beh & Cog Psychothe.* 2008; (36): 651-658.
- 17- Wells A. The Metacognitive Model of Worry and Generalized Anxiety Disorder In: GCL Davey & A Wells (Eds) *Worry and Psychological Disorders: Assessment and Treatment* Chichester UK: Wiley; 2006. p. 78-90.
- 18- Wells A, King P. Metacognitive Therapy for Generalized Anxiety Disorder: An open trial. *J of Beh The & Experi Psychiat.* 2006; (37): 206-212.

of specificity to GAD. *Appl & Prevent Psychol*; 2011; article in press.

45- Chelminski I, Zimmerman M. Pathological worry in depressed and anxious patients. *Anx Dis*. 2003; (12): 533-546.

Shahrivar Z, Davari-Ashtiani R, Hakim-Shoostari M, Seddigh A, Jalali M. Reliability and feasibility of the Persian translation of the structured clinical interview for DSM-IV (SCID). *Adv in Cog Sci*. 2004; (6): 10-22. [Persian].

33- Bakhtiari M. Mental disorders in patients with body dysmorphic disorder [Ph.D. Dissertation]. Tehran, Iran: Tehran Psychiatric Institute; 2000. [Persian].

34- Wells A, Cartwright-Hatton SA. short form of the Metacognitions Questionnaire: Properties of the MCQ-30. *Behav Res & Ther*. 2004; (42): 385-396.

35- Meyer TJ, Miller ML, Metzger RL, Borkovec TD. Development and validation of the Pennsylvania across anxiety disorders. *Behav Res & Ther*. 1990; 28(6): 487-495.

36- Shirinzadeh-Dastgiri S, Gudarzi MA, Ghanizadeh A, Naghavi SMR. Comparison of metacognitive and responsibility beliefs in patients with obsessive-compulsive disorder generalized anxiety disorder and normal individuals. *J Psychiat & Clin Psychol*. 2008; (14): 46-55. [Persian].

37- Tallis F, Eysenck MW, Mathews A. A questionnaire for the measurement of non pathological worry. *Pers & Individ Diff*. 1992; (13): 161-168.

38- McCarthy-Larzelere M, Diefenbach GJ, Williamson DA, Netemeyer RG, Bentz BG, Manguno-Mire GM. Psychometric properties and factor structure of the Worry Domains Questionnaire Assessment. 2001; 8(2): 177-191.

39- Saed O, Purehsan S, Akbari S. Correlation among meta-cognitive beliefs and anxiety-depression symptoms. *Procedia Soc & Behav Sci*. 2010; (5): 1685-1689.

40- Cartwright-Hatton S, Mather A, Illingworth V, Brocki J, Harrington R, Wells A. Development and preliminary validation of the Meta-Cognitions Questionnaire. Adolescent Version. *Anx Dis*. 2004; (18): 411-422.

41- Wells A. The Metacognitive Model of GAD: Assessment of meta-worry and relationship with DSM-IV Generalized Anxiety Disorder. *Cog Ther & Res*. 2005; (29): 107-121.

42- Van der Heiden C, Muris P T, Van der Molen H. Randomized controlled trial on the effectiveness of metacognitive therapy and intolerance-of-uncertainty therapy for generalized anxiety disorder. *Behav Rese & ther*. 2012; 50(2): 100-119.

43- Wells A, Carter KEP. Maladaptive Thought Control Strategies in Generalized Anxiety Disorder, Major Depressive Disorder, and Non patient Groups and Relationships with Trait Anxiety. *Int J of Cog Ther*. 2009; (2): 224-234.

44- Bunmi O, Olatunja Kate B, Wolitzky-Taylorb Craig N, Sawchukc Bethany G, Ciesielski. Worry and the anxiety disorders: A meta-analytic synthesis