

اثربخشی درمان فراشناختی بر تاب‌آوری افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر\*

عاطفه عباسی<sup>۱</sup>، اصغر آقایی جوشاگانی<sup>۲</sup>، حسین ابراهیمی مقدم<sup>۳</sup>

**Effectiveness of metacognitive therapy on resiliency in the people with generalized anxiety**

Atefeh Abbasi<sup>1</sup>, Asghar Aghaei Joshaghani<sup>2</sup>, Hosein Ebrahimi Moghadam<sup>3</sup>

**چکیده**

**زمینه:** بروز اختلال اضطراب فراگیر، فرآیندهای روانشناختی، شناختی، ارتباطی و اجتماعی افراد را با آسیب جدی مواجه ساخته و تاب‌آوری آنها را کاهش می‌دهد. اما آیا درمان فراشناختی به بهبود تاب‌آوری افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر کمک می‌کند. **هدف:** بر این اساس پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان فراشناختی بر تاب‌آوری افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر انجام گرفت. **روش:** روش پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه گواه و دوره پیگیری دو ماهه بود. جامعه آماری پژوهش، شامل تمام افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی مراجعه کننده به مراکز مشاوره شهر تهران در سال ۱۳۹۶ بود. در این پژوهش از روش نمونه‌گیری غیراحتمالی هدفمند و گمارش تصادفی استفاده شد. پس از انتخاب حجم نمونه و گمارش آنها در گروه‌های آزمایش و گواه، گروه آزمایش مداخله فراشناخت‌درمانی (ولز، ۲۰۰۹) را در ۱۰ جلسه طی سه ماه به صورت هفته‌ای یک جلسه ۹۰ دقیقه‌ای دریافت نمود. پرسشنامه‌های مورد استفاده در این پژوهش شامل پرسشنامه اختلال اضطراب فراگیر (اسپیترز و همکاران، ۲۰۰۶) و تاب‌آوری (کانر و دوپسون، ۲۰۰۴) بود. داده‌های حاصل از پژوهش به شیوه تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر تجزیه و تحلیل شد. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد که درمان فراشناختی بر تاب‌آوری بیماران افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر مؤثر بوده است ( $P < 0/001$ ). علاوه بر این نتایج نشان داد که این درمان توانسته تأثیر خود را در زمان نیز به شکل معناداری حفظ نماید ( $P < 0/001$ ). میزان تأثیر آماری درمان فراشناختی بر تاب‌آوری بیماران افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر ۵۸ درصد بود. **نتیجه‌گیری:** بر اساس یافته‌های پژوهش حاضر می‌توان چنین نتیجه گرفت که درمان فراشناختی با بهره‌گیری از فنونی همچون به تعویق انداختن نگرانی، چالش با باورهای مربوط به خطر، متوقف کردن مهار رفتارهای اجتنابی، دارای کارایی بالینی مناسبی در جهت بهبود تاب‌آوری بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر به شمار می‌رود.

**واژه کلیدیها:** درمان فراشناختی، تاب‌آوری، اضطراب فراگیر

**Background:** The incidence of generalized anxiety disorder severely damages individuals' psychological, cognitive, communication and social processes and reduces their resiliency. But does meta-cognitive therapy help improve resiliency in people with generalized anxiety disorder? **Aims:** Therefore the present study was conducted aiming to investigate the effectiveness of metacognitive therapy on resiliency in the people with generalized anxiety. **Method:** The research method was quasi-experimental with pretest, posttest, control group and two-month follow-up period. The statistical population of the study included all the people with social anxiety referring to consultation centers in the city of Tehran in 2017. Non-probable purposive sampling method and random replacement were used in the present study. After selecting the sample size and replacing them into experimental and control groups, the experimental group received 10 ninety-minute sessions of therapy interventions during three months once a week. The applied questionnaires in the study included generalized anxiety questionnaire (Spitzer, et al, 2006), resiliency (coner, 2004). The data from the study were analyzed through repeated measurement ANOVA. **Results:** The results of data analysis showed that metacognitive therapy has been effective on resiliency in the patients suffering from generalized anxiety disorder ( $P < 0/001$ ). Moreover the results showed that this therapy could significantly maintain its effect in time ( $P < 0/001$ ). The degree of statistical effect of metacognitive therapy on resiliency in the people with generalized anxiety was 58%. **Conclusion:** Based on the findings of the present study, it can be concluded that metacognitive therapy utilizes techniques such as postponing worry, challenging beliefs about risk, stopping avoidance behaviors, and has appropriate clinical efficacy to improve the resiliency of patients with generalized anxiety disorder. **Key words:** Metacognitive therapy, resiliency, Generalized anxiety

Corresponding Author: aghaeipsy@gmail.com

\* این مقاله برگرفته از پایان‌نامه دکتری نویسنده اول است.

<sup>۱</sup> دانشجوی دکتری روانشناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران

<sup>۱</sup> Ph D student of General Psychology, Islamic Azad University, Isfahan (Khorasgan) Branch, Isfahan, Iran

<sup>۲</sup> استاد، گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران (نویسنده مسئول)

<sup>۲</sup> Professor, Department of Psychology, Islamic Azad University, Isfahan (Khorasgan) Branch, Isfahan, Iran (Corresponding Author)

<sup>۳</sup> دانشیار، گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد رودهن، رودهن، ایران

<sup>۳</sup> Associate Professor, Department of Psychology, Islamic Azad University, Roodehen Branch, Roodehen, Iran

پذیرش نهایی: ۹۸/۰۵/۲۳

دریافت: ۹۸/۰۲/۲۵

## مقدمه

فراگیر مبتلا می‌شود، میزان نگرانی وی به شدت افزایش یافته (محمودعلیلو و همکاران، ۱۳۹۰) و این فرآیند بهزیستی روانی وی را کاهش می‌دهد. مؤلفه‌های روانشناختی مختلفی هستند که برخورداری از آنها می‌تواند از فرد در برابر آسیب‌های روانشناختی، هیجانی، عاطفی و اجتماعی محافظت نماید. مؤلفه‌هایی که می‌توان با بکارگیری روش‌های درمانی و آموزشی مناسب، سعی در بهبود آنان جهت برخورداری فرد از قدرت مقابله‌ای بهینه، داشت. یکی از مؤلفه‌های روانشناختی مهم که قدرت مقابله‌ای فرد در مواجهه با چالش‌های پیش‌رو را بهبود می‌بخشد، تاب‌آوری است (لوا، تیلور و دی فولکو، ۲۰۱۸؛ اوشیو، تاکا، هیرانو و سعید، ۲۰۱۸).

تاب‌آوری حفظ شایستگی و صلاحیت در شرایط تهدیدآمیز و تنیدگی‌زا و برگشت به حالت اولیه پس از تجربه ضایعه‌ای روانی و برخورداری از رشد مناسب به رغم وجود و وضعیت پرخطر، تعریف شده است. میزان تاب‌آوری فرد از طریق تعامل با مشکلات و خطرات و عوامل محافظت‌کننده فردی تعیین می‌گردد (مالدینگ، پیترز، رابرتز، انونارد و اسپارکمن، ۲۰۱۲؛ دوستی، پورمحمدرضای تجربی و غباری‌بناب، ۱۳۹۳). شمار زیادی از پژوهش‌ها حاکی از آنند که تاب‌آوری نقش میانجی بسیار مهمی در بروز اغلب اختلالات روانی داشته و عامل مهمی در تعدادی از گروه‌های در معرض خطر به حساب می‌آید (مایلنت، تی دی و میهن، ۲۰۰۲؛ قلی‌پور، مرعشی، مهربانی‌زاده هنرمند و ارشدی، ۱۳۹۵). تاب‌آوری از عواملی است که افراد را در برابر اختلالات آسیب‌شناختی و دشواری‌های زندگی در امان نگاه داشته و به فرد در برخورد و سازگاری با موقعیت‌های دشوار و تنیدگی‌زای زندگی کمک می‌کند (دیتر، لوکاس، شمیک و هلیول، ۲۰۰۹).

تاکنون روش‌های درمانی مختلفی بر مؤلفه‌های روانشناختی افراد مبتلا به اضطراب فراگیر صورت پذیرفته است. یکی از این روش‌ها فراشناخت درمانی است. در سال‌های اخیر فراشناخت به عنوان پایه و اساس بسیاری از اختلال‌های روانشناختی مورد بررسی قرار گرفته و کارایی آن در درمان آسیب‌های مختلف روانی به خصوص در افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر نشان داده شده است (شفیعی شنگ آتش، رفیعی‌نیا و نجفی، ۱۳۹۱؛ اصلی‌آزاد، فرامرزی، عارفی، فرهادی و فکار، ۱۳۹۳؛ عاشوری، ۱۳۹۴؛

اضطراب<sup>۱</sup> به منزله بخشی از زندگی هر انسان، در همه افراد به حدی اعتدال‌آمیز وجود دارد و این حد، به عنوان پاسخی سازش‌یافته تلقی می‌شود، اما تا جایی که به اضطراب مرضی تبدیل نشود. اختلال اضطراب فراگیر<sup>۲</sup> یکی از شایع‌ترین اختلالات روان‌پزشکی است (لیب، بکر و آلتامارا، ۲۰۰۵؛ امیر، تابواس و مونتر، ۲۰۱۹) که در پنجمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی، با اضطراب و نگرانی<sup>۳</sup> شدید در مورد چندین رویداد با فعالیت که در اکثر روزها و حداقل ۶ ماه دوام داشته، مهار آن مشکل بوده و با علائم جسمانی نظیر تنیدگی عضلانی، تحریک‌پذیری، اشکال در خواب و بی‌قراری همراه است، تعریف می‌شود (بشارت، حافظی، رنجبر شیرازی و رنجبری، ۱۳۹۷؛ هیز - شلتون، رومر و اورسیلو، ۲۰۱۳).

میزان شیوع یک ساله آن ۳/۱ و شیوع طول عمر ۴ تا ۷ درصد تخمین زده شده است. حدود ۱۲ درصد از بیماران که به کلینیک‌های روان‌پزشکی مراجعه می‌کنند، و تقریباً ۲۵ درصد افراد مراجعه‌کننده به کلینیک‌های اختلالات اضطرابی مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر هستند (کسلر، کلر و ویتچن، ۲۰۰۱؛ چانگ و همکاران، ۲۰۱۹). اختلال اضطراب فراگیر باعث اختلال عملکرد شدیدی می‌شود و بدین درمان احتمال بهبودی ضعیفی دارد (داهلین و همکاران، ۲۰۱۶). اکثر پژوهش‌های همه‌گیرشناسی در ایران اختلال اضطراب فراگیر را به عنوان شایع‌ترین اختلال اضطرابی مطرح کرده‌اند (حسینی غفاری، محمدخانی، پورشهباز و دولتشاهی، ۱۳۹۲) و در برخی پژوهش‌های دیگر این اختلال نه تنها شایع‌ترین اختلال اضطرابی، بلکه در بین سایر اختلال‌های روانشناختی، این اختلال به عنوان یکی از مهم‌ترین اختلال‌های ناتوان‌کننده برای بزرگسالان مطرح شده است (کایچپرس و همکاران، ۲۰۱۴؛ لئونارد و آبرامویچ، ۲۰۱۹).

بروز اختلال اضطراب فراگیر آسیب‌های روانشناختی دیگری را نیز در فرد به وجود می‌آورد که می‌تواند فرآیند شناختی، فراشناختی، ارتباطی و اجتماعی فرد را تحت تأثیر قرار دهد (دهشیری، ۱۳۹۱؛ محمودعلیلو، بخشی‌پور و دوسری، منصوری، فرنام و فخاری، ۱۳۹۰). از طرفی باید اشاره کرد که وقتی فرد به اضطراب

3. worry

1. Anxiety

2. Generalized Anxiety Disorder

اضطراب فراگیر بود. جامعه آماری پژوهش، شامل تمام افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر مراجعه کننده به مراکز مشاوره شهر تهران در سال ۱۳۹۶ بود. در این پژوهش از روش نمونه گیری غیر تصادفی داوطلبانه و هدفمند استفاده شد. دلیل استفاده از روش نمونه گیری داوطلبانه، عدم دستیابی به جامعه آماری و در نظر گرفتن عدم تمایل بعضی از افراد جامعه آماری جهت شرکت در پژوهش است. بر این اساس، ابتدا به مراکز مشاوره و خدمات روانشناختی شهر تهران مراجعه شد و لیست افرادی که با علائم اضطراب فراگیر به این مراکز مراجعه کرده بودند، اخذ گردید. در گام اول تعداد ۷۹ نفر از ۱۷ مرکز مشاوره معرفی گردید. سپس با ارائه پرسشنامه اختلال اضطراب فراگیر، تعداد ۶۲ نفر از این افراد تشخیص اختلال اضطراب فراگیر را دریافت نمودند. در گام بعد از بین این افراد تعداد ۳۰ نفر با انتخاب تصادفی به عنوان حجم نمونه انتخاب و با گمارش تصادفی در گروه-های آزمایش و گواه گمارده شدند (۱۵ نفر در گروه آزمایش و ۱۵ نفر در گروه گواه). سپس گروه آزمایش مداخلات مربوط به درمان فراسناختی را دریافت نمودند، این در حالی بود که افراد حاضر در گروه گواه در طول انجام فرآیند پژوهش از دریافت این مداخلات بی بهره بودند. ملاک های ورود به پژوهش شامل داشتن اختلال اضطراب فراگیر، رضایت جهت شرکت در پژوهش و نداشتن بیماری جسمی حاد و مزمن (با توجه به پرونده سلامت و مشاوره ای آنها) بود. همچنین ملاک های خروج از پژوهش نیز شامل داشتن بیش از دو جلسه غیبت، عدم همکاری و انجام ندادن تکالیف مشخص شده در جلسات آموزشی و عدم تمایل به ادامه حضور در فرآیند انجام پژوهش بود. جهت رعایت اخلاق در پژوهش رضایت افراد برای شرکت در برنامه مداخله کسب و از کلیه مراحل مداخله آگاه شدند. همچنین به افراد گروه گواه اطمینان داده شد که آنان نیز پس از اتمام فرآیند پژوهشی این مداخلات را دریافت خواهند نمود. همچنین به هر دو گروه اطمینان داده شد که اطلاعات آنها محرمانه باقی می ماند و نیازی به درج نام نیست. در نهایت، بر روی گروه آزمایش مداخلات درمان فراسناختی انجام شد.

ذوالفقاری و ارشادی منش، ۱۳۹۶؛ اصلی آزاد، ۱۳۹۸؛ هیدن، روزن، دکر، دامسترا و دین، ۲۰۱۶؛ هجمدال و همکاران، ۲۰۱۶؛ اسبجورن، نورمان، مانکبو، کریستنسن و رین هولدت - دان، ۲۰۱۸؛ کاپایانوسو، ریوس، موریسون و ولز، ۲۰۱۸).

رویکرد فراسناختی بر این باور است که افراد به این دلیل در دام ناراحتی هیجانی گرفتار می شوند که فراسناخت های آنها به الگوی خاصی از پاسخ دهی به تجربه های درونی منجر می شوند که موجب تداوم هیجان منفی و تقویت باور های منفی می شود. این الگو نشانگان شناختی توجهی خوانده می شود که شامل نگرانی، نشخوار فکری، توجه تثبیت شده و راهبردهای خودتنظیمی و یا رفتارهای مقابله ای ناسازگارانه می شود (ولز، ۲۰۰۹). درمان فراسناختی برخلاف درمان شناختی - رفتاری به جای تکیه بر محتوای افکار، به فرآیند پردازش اطلاعات می پردازد و معتقد است که توجه سوگیری شده و پردازش های معیوب شناختی و فراسناختی همراه با باورهای فراسناختی، علت ابتلا به اضطراب و نگرانی است. بر اساس نظریه فراسناختی ماهیت بسیاری از رفتارهای مقابله ای در اختلال اضطراب فراگیر، روانشناختی است (حسینی غفاری و همکاران، ۱۳۹۲). بر اساس مدل فراسناختی، درمان موفق اختلال اضطراب فراگیر بایستی بر تعدیل چندین عامل فراسناختی تمرکز داشته باشد. این عوامل عبارتند از باورهای نادرست در مورد مهارت پذیرایی نگرانی، باورهای منفی در مورد پیامدهای آسیب زای نگرانی و باورهای مثبت در مورد سودمندی نگرانی به عنوان سبک مقابله ای (هانسمیر، اکسندر، ریف و گلوبیوسکی، ۲۰۱۶).

حال با عطف به پیشینه پژوهشی، مشاهده گردیده که در جامعه های آماری گوناگون، درمان فراسناختی بر مؤلفه های مختلف روانشناختی تأثیر معنادار داشته است، اما نکته حائز اهمیت این است که هیچ پژوهشی جهت بررسی اثر درمان فراسناختی بر تاب آوری افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر صورت نگرفته است. بر این اساس، مسأله اصلی پژوهش کنونی اینگونه مطرح می گردد که آیا درمان فراسناختی بر تاب آوری افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر تأثیر دارد؟

## روش

روش پژوهش حاضر از نوع نیمه آزمایشی پیش آزمون - پس آزمون با گروه گواه و دوره پیگیری دو ماهه بود. متغیرهای مستقل درمان فراسناختی و متغیر وابسته تاب آوری افراد مبتلا به اختلال

## ابزار

پرسشنامه اختلال اضطراب فراگیر<sup>۱</sup>: پرسشنامه اختلال اضطراب فراگیر توسط اسپیتزر، کرونک، ویلامز و لاو (۲۰۰۶) تهیه شده و دارای ۷ سؤال است. طیف پاسخگویی به صورت لیکرت و گزینه‌ها به صورت هیچ وقت، چندروز، بیش از نیمی از روزها و تقریباً هر روز از ۰ تا ۳ نمره گذاری می‌شوند. گستره نمره مقیاس از ۰ تا ۲۱ می‌باشد. کسب نمره بالاتر ۱۱ نشانگر وجود اختلال اضطراب فراگیر در فرد است. اسپیتزر و همکاران (۲۰۰۶) با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ و ضریب بازآزمایی مقیاس را به ترتیب ۰/۹۲ و ۰/۸۳ گزارش کردند. درستی همگرایی پرسشنامه با پرسشنامه‌های اضطراب بک، چک لیست نشانه‌های روانی ۹۰ سؤالی، پرسشنامه زمینه‌یابی سلامت مورد بررسی قرار گرفته است. ضریب همبستگی نمره مقیاس اضطراب فراگیر با پرسشنامه‌های اضطراب بک ۰/۷۲، چک لیست نشانه‌های روانی ۹۰ سؤالی ۰/۷۴ و پرسشنامه زمینه‌یابی سلامت و ابعاد آن بین ۰/۳۰ تا ۰/۷۵ برای بعد عملکرد جسمی تا ۰/۷۵ برای بعد سلامت روانی بدست آمده است. در پژوهشی بر روی دانشجویان ایرانی و نمونه بالینی نتایج تحلیل عاملی اکتشافی حاکی از وجود یک عامل با درصد تبیین ۵۳ درصد بود. ضریب همبستگی مقیاس کوتاه اختلال اضطراب فراگیر با پرسشنامه اضطراب حالت - صفت اسپیلبرگر ۰/۷۱ (برای حالت) و ۰/۵۲ (برای صفت) و با خرده مقیاس اضطراب ۱۲ ماده‌ای از چک لیست نشانه‌های بالینی ۰/۶۳ بدست آمده است. ضریب همبستگی مقیاس کوتاه اختلال اضطراب فراگیر و بعد سلامت روانی پرسشنامه زمینه‌یابی سلامت عمومی ۰/۲۸- بدست آمد (نائینیان، شعیری، شریفی‌نیا و هادیان، ۱۳۹۰).

مقیاس تاب‌آوری<sup>۲</sup>: مقیاس تاب‌آوری توسط کانر و دیویسون در سال ۲۰۰۳ جهت سنجش میزان تاب‌آوری افراد طراحی شد. این مقیاس دارای ۲۵ گویه می‌باشد که آزمودنی‌ها پاسخ دخوا خود را بر روی یک مقیاس ۴ درجه ای لیکرت از کاملاً نادرست (صفر) تا همیشه درست (۴) مشخص می‌کردند. امتیاز کل در این آزمون از ۰ تا ۱۰۰ است، در این مقیاس نمرات بالاتر نشان دهنده تاب‌آوری بیشتر در شخص می‌باشد. کانر و دیویسون (۲۰۰۳) ثبات درونی مقیاس تاب‌آوری را با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۸۹ و قابلیت اعتماد بازآزمایی آن را ۰/۸۷ گزارش نمودند. محمدی (۱۳۸۴)،

قابلیت اعتماد مقیاس کانر و دیویسون را با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۸۹ محاسبه و همچنین درستی آزمایی و قابلیت اعتماد آن را نیز مناسب گزارش کردند. همچنین قابلیت اعتماد این پرسشنامه در پژوهش حاضر نیز با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۹۰ محاسبه گردید. روند اجرای پژوهش: پس از اخذ مجوزهای لازم و انجام فرآیند نمونه‌گیری (مطابق با آنچه ذکر گردید)، افراد انتخاب شده (۳۰ نفر مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر) به شیوه تصادفی در گروه‌های آزمایش و گواه گمارده شدند (۱۵ نفر در گروه آزمایش و ۱۵ نفر در گروه گواه). گروه آزمایش مداخلات درمانی مربوط به درمان فراشناختی (ولز، ۲۰۰۹) را در طی سه ماه به صورت هفته‌ای یک جلسه ۹۰ دقیقه‌ای دریافت نمودند. این در حالی است که افراد حاضر در گروه گواه هیچ‌گونه مداخله‌ای را در طول پژوهش دریافت نکردند. بسته فراشناخت درمانی (ولز، ۲۰۰۹) برای افراد دارای اضطراب تهیه شده است. این مداخله ۱۰ جلسه‌ای با بهره‌گیری از فزونی همچون همچون به تعویق انداختن نگرانی، چالش با باورهای مربوط به خطر، متوقف کردن مهار رفتارهای اجتنابی، تلاش دارد تا باورهای بیماران مبتلا به اضطراب را تغییر دهد.

خلاصه جلسات فراشناخت درمانی (با اقتباس از ولز، ۲۰۰۹) جلسه اول) معارفه مفهومی از این اختلال، القای سبک فراشناختی، آماده‌سازی گروه برای شروع درمان، اجرای آزمایش فرونشانی با فکر.

جلسه دوم) تدوین فرمول‌بندی موردی، معرفی مدل و آماده‌سازی، اجرای آزمایش فرونشانی با فکر، شروع چالش با باور مربوط به مهارناپذیری، تمرین ذهن آگاهی گسلیده، معرفی به تعویق انداختن نگرانی، تکلیف خانگی، تمرین ذهن آگاهی گسلیده و به تعویق انداختن نگرانی.

جلسه سوم) مرور تکلیف خانگی، ادامه آماده‌سازی در صورت نیاز، اسناد مجدد کلامی و رفتاری - مهارناپذیری، تکلیف خانگی، ادامه به تعویق انداختن نگرانی و معرفی آزمایش از دست دادن مهار. جلسه چهارم) مرور تکلیف خانگی، ادامه چالش با باور مهارناپذیری (ارائه شواهد مختلف)، اجرای آزمایش از دست دادن مهار در جلسه درمان، بررسی و متوقف کردن مهار غیرانطباقی و رفتارهای اجتنابی، تکلیف خانگی، ادامه به تعویق انداختن نگرانی

2. Resilience Scale

1. General Anxiety Disorder Questionnaire

جلسه دهم) 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.

در این پژوهش برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از دو سطح آمار توصیفی و استنباطی استفاده شد. در سطح آمار توصیفی از میانگین و انحراف استاندارد و در سطح آمار استنباطی از آزمون کلموگروف - اسمیرنوف جهت بررسی نرمال بودن توزیع متغیرها، آزمون لوین برای بررسی برابری واریانس‌ها استفاده شد. در نهایت جهت بررسی اثربخشی درمان فراشناختی بر تاب‌آوری افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده گردید. نتایج آماری با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS-23 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

### یافته‌ها

یافته‌های حاصل از داده‌های جمعیت شناختی بیانگر آن بود که بیشتر افراد شرکت‌کننده در پژوهش زن بودند (۶۷ درصد). همچنین افراد شرکت‌کننده در پژوهش دارای دامنه سنی ۳۲ تا ۴۹ سال بودند که در این بین میانگین و انحراف معیار سن آن‌ها  $36/42 \pm 5/11$  سال بود. همچنین بیشترین فراوانی مربوط به سطح تحصیلات این افراد مربوط به لیسانس (۳۲٪) بود. حال ابتدا به بررسی یافته‌های توصیفی پژوهشی پرداخته می‌شود.

و وارونه‌سازی رفتارهای اجتناب از نگرانی، آزمایش از دست دادن مهار.

جلسه پنجم) مرور تکلیف خانگی، ادامه چالش با باور مهارناپذیری در صورت نیاز، شروع چالش با باورهای مربوط به خطر، تلاش برای ازدست دادن مهار یا صدمه زدن به خود از طریق آزمایش نگرانی، ادامه چالش با باورمربوط به خطر، تکلیف خانگی: آزمایش‌های رفتاری برای چالش با باور مربوط به خطر.

جلسه ششم و هفتم) مرور تکلیف خانگی، ادامه چالش با باور مربوط به خطر، تأکید بر معکوس کردن هرگونه راهبردهای غیرانطباقی باقیمانده تکلیف خانگی، آزمایش‌های غیرانطباقی باقیمانده، شروع چالش با باورهای مثبت، در صورت رسیدن باورهای منفی به صفر، تکلیف خانگی: آزمایش‌های رفتاری برای چالش با باور مربوط به خطر و اجرای راهبرد عدم تناسب و سایر آزمایش‌های رفتاری برای چالش با باورهای مثبت.

جلسه هشتم) 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 نهم) 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.

جدول ۱. نتایج آمار توصیفی در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

مؤلفه‌ها	گروه‌ها	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
تاب‌آوری	گروه آزمایش	۳۷/۶۶	۶/۷۵	۵۰/۳۳	۶/۰۶	۵۲/۶۰
	گروه گواه	۴۳/۸۶	۵/۵۵	۴۲/۰۶	۵/۷۲	۴۱/۲۰

واریانس‌ها رعایت شده است ( $p > 0/05$ ). از طرفی نتایج آزمون t نشان داد که تفاوت نمره‌های پیش‌آزمون گروه‌های آزمایش و گروه گواه در متغیر وابسته (تاب‌آوری) معنادار نبوده است ( $p > 0/05$ ). همچنین نتایج آزمون موخلی بیانگر آن بود که پیش‌فرض کرویت داده‌ها در متغیر تاب‌آوری رعایت شده است ( $p > 0/05$ ).

قبل از ارائه نتایج تحلیل آزمون واریانس با اندازه‌گیری مکرر، پیش‌فرض‌های آزمون‌های پارامتریک مورد سنجش قرار گرفت. بر همین اساس نتایج آزمون شاپیرو و ویلک بیانگر آن بود که پیش‌فرض نرمال بودن توزیع نمونه‌ای داده‌ها در متغیر تاب‌آوری در گروه‌های آزمایش و گواه در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری برقرار است ( $p > 0/05$ ,  $f = 0/45$ ;  $p > 0/05$ ,  $f = 0/69$ ). همچنین پیش‌فرض همگنی واریانس نیز توسط آزمون لوین مورد سنجش قرار گرفت که نتایج آن معنادار نبود که این یافته می‌داد پیش‌فرض همگنی

جدول ۲. تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر جهت بررسی تأثیرات درون و بین گروهی برای مؤلفه تاب آوری

توان آزمون	اندازه اثر	p مقدار	f مقدار	میانگین مجذورات	درجه آزادی	مجموع مجذورات	مراحل
۱	۰/۴۲	۰/۰۰۰۱	۱۹/۹۸	۳۳۸/۱۴	۲	۶۷۶/۲۹	مراحل
۰/۷۳	۰/۲۱	۰/۰۱	۷/۵۱	۴۵۳/۳۷	۱	۴۵۳/۳۷	گروه بندی
۱	۰/۵۸	۰/۰۰۰۱	۳۹/۰۷	۶۶۱/۰۸	۲	۱۳۲۲/۱۵	تعامل مراحل و گروه بندی
				۱۶/۹۲	۵۶	۹۴۷/۵۵	خطا

گردد. همچنین این پژوهشگران به تأثیر فراشناخت درمانی بر اختلال اضطراب اجتماعی فراگیر اذعان نموده‌اند. از طرفی عاشوری (۱۳۹۴) در پژوهش خود اشاره کرده که فراشناخت درمانی می‌تواند در بهبود بر نشانه‌های بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر کاربرد بالینی داشته باشد.

در تبیین اثربخشی درمان فراشناختی بر تاب آوری افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر باید گفت فراشناخت دارای راهبردهایی است که افراد از آنها برای تنظیم و مهار فرآیندهای تفکر استفاده می‌کنند. چنان‌که فراشناخت‌های غلط همچون باورهای منفی نسبت به مهارنا پذیری علائم اختلال‌های روانشناختی همچون اختلال اضطراب فراگیر، بیشترین همبستگی را با مجموعه‌ای از مقیاس‌های مرتبط با آسیب‌پذیری داشته (هجمدال و همکاران، ۲۰۱۶) و سبب می‌شود که فرد علائم بالینی بیشتری را در اختلال درک و گزارش نماید. بر این اساس آموزش راهبردهایی نظیر نظارت و سازماندهی در قالب جلسات فراشناخت سبب می‌شود تا این افکار دچار چالش گردد. همچنین باید اشاره کرد که فراشناخت‌های ناکارآمد برای فرد باورهای نارضایتی را ایجاد می‌کند (کاپایانسو و همکاران، ۲۰۱۸). در باورهای نارضایتی افراد برای جلوگیری از فاجعه افکار خود را سرکوب کرده و یا تلاش می‌کنند به شیوه دیگری فکر کنند. واضح است که اینگونه افکار خطرناک بوده و سبب دامن زدن به علائم بالینی بیماری و تشدید علائم بالینی می‌گردد (اسبجورن و همکاران، ۲۰۱۸). بر این اساس درمان فراشناخت با اصلاح فرآیند فراشناخت‌های ناکارآمد روند سرکوب افکار را مهار کرده و بجای آن فراشناخت‌های سازگارانه همچون باورهای مثبت و خودآگاهی شناختی را جایگزین نموده و سبب بهبود تاب آوری افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر می‌گردد.

علاوه بر این باید اشاره کرد که مطابق با یافته هجمدال و همکاران (۲۰۱۷) که نشان از تأثیر درمان فراشناختی بر مؤلفه‌های روانشناختی افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر داشت، درمان

نتایج جدول تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر در جدول ۲ نشان می‌دهد که میانگین نمرات تاب آوری فارغ از تأثیر گروه بندی در طی مراحل پس آزمون و پیگیری دچار تغییر معنادار شده که این تغییر با مقایسه با پیش آزمون یک تفاوت معنادار به شمار می‌رود. از طرفی نتایج سطر دوم جدول فوق بیانگر آن است که متغیر گروه بندی (درمان فراشناختی) فارغ از مراحل (پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری) بر تاب آوری افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر دارای تأثیری معنادار بوده است. بدین معنا که اثر درمان ذهن آگاهی در مقایسه با گروه گواه تأثیر معنادار بوده است. در نهایت اما سطر مربوط به تعامل مراحل و گروه بندی حاکی از آن است که درمان فراشناختی با تعامل مراحل نیز تأثیر معناداری بر مراحل آزمون (پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری) مؤلفه تاب آوری افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر داشته است. همچنین نتایج نشان داد که ۵۸ درصد از تغییرات متغیر وابسته (تاب آوری افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر) توسط تعامل متغیر مراحل و گروه بندی تبیین می‌شود.

### بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان فراشناختی بر تاب آوری افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر انجام گرفت. نتایج حاصل از تحلیل داده‌ها نشان داد که درمان فراشناختی بر تاب آوری بیماران افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر مؤثر بوده است. علاوه بر این نتایج نشان داد که این درمان توانسته تأثیر خود را در زمان نیز به شکل معناداری حفظ نماید.

یافته پژوهش حاضر با یافته شفیع شنگ آتش و همکاران (۱۳۹۱)؛ اصلی آزاد و همکاران (۱۳۹۳)؛ عاشوری (۱۳۹۴)؛ هیدن و همکاران (۲۰۱۶)؛ هجمدال و همکاران (۲۰۱۶)؛ اسبجورن و همکاران (۲۰۱۸)؛ کاپایانسو و همکاران (۲۰۱۸) همسو است. چنانکه هجمدال و همکاران (۲۰۱۶) در پژوهشی نشان داد که فراشناخت درمانی می‌تواند منجر به کاهش اضطراب و افسردگی

فزون کنشی و افزایش توجه کودک مبتلا به فزون کنشی و اختلال نار سایی توجه. فصلنامه تازه‌های علوم شناختی، ۱۶ (۱)، ۵۷-۴۸.

بشارت، محمدعلی؛ حافظی، الهه؛ رنجبر شیرازی، فرزانه و رنجبری، توحید (۱۳۹۷). مقایسه ناگویی هیجانی و مکانیسم‌های دفاعی در بیماران مبتلا به افسردگی اساسی، اضطراب فراگیر، و سواس فکری - عملی و جمعیت عمومی، فصلنامه علمی پژوهشی علوم روانشناختی، ۱۷ (۶۶)، ۱۷۶-۱۹۹.

حسینی غفاری، فاطمه؛ محمدخانی، پروانه؛ پور شهباز، عباس و دولت‌شاهی، بهروز (۱۳۹۲). اثربخشی درمان فراشناختی گروهی بر باورهای فراشناختی، نگرانی و حوزه‌های نگرانی در بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر، مجله روانشناسی بالینی، ۵ (۱)، ۲۱-۱۰. دهشیری، غلامرضا (۱۳۹۱). اثربخشی درمان شناختی - رفتاری بر اضطراب و نگرانی افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر، روانشناسی بالینی، ۲۴ (۲)، ۲۸-۱۹.

دوستی، مرضیه؛ پورمحمدرضای تجربی، معصومه و غباری بناب، باقر (۱۳۹۳). اثربخشی آموزش تاب‌آوری بر بهزیستی روانشناختی دختران خیابانی دارای اختلال‌های برونی‌سازی شده، روانشناسی تحولی، ۱۱ (۴۱)، ۵۴-۴۳.

ذوالفقاری، حسین و ارشادی‌منش، سودابه (۱۳۹۶). اثربخشی آموزش راهبردهای فراشناختی (SQP4R) در دانش فراشناختی دانشجویان، فصلنامه علمی پژوهشی علوم روانشناختی، ۱۶ (۶۳)، ۳۸۶-۴۰۱.

سلمانی، بهزاد؛ حسینی، جعفر؛ محمدخانی، شهرام و کرمی، غلامرضا (۱۳۹۳). ارزیابی اثربخشی درمان فراشناختی در باورهای فراشناختی، و علائم و نشانه‌های بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر (GAD)، دوماهنامه علمی پژوهشی فیض، ۱۸ (۵)، ۳۹-۴۲۸.

شفیعی سنگ آتش، سمیه؛ رفیعی‌نیا، پروین و نجفی، محمود (۱۳۹۱). اثربخشی درمان فراشناختی بر اضطراب و مؤلفه‌های فراشناختی مبتلایان به اختلال اضطراب فراگیر، مجله روانشناسی بالینی، ۴ (۴)، ۳۱-۱۹.

عاشوری، جمال (۱۳۹۴). تاثیر فراشناخت درمانی گروهی بر کاهش علائم اضطراب فراگیر و افزایش کیفیت زندگی پرستاران، نسیم تندرستی، ۴ (۲)، ۲۴-۱۸.

قلی‌پور، زهرا؛ مرعشی، سیدعلی؛ مهرابی‌زاده هنرمند، مهناز و ارشدی، نسرين (۱۳۹۵). تاب‌آوری به عنوان میانجی رابطه پنج عامل بزرگ شخصیت و شادکامی، روانشناسی تربیتی، ۱۲ (۳۹)، ۱۵۵-۱۳۵.

فراشناختی با آموزش راهکار جابه‌جایی کانون توجه از محرک آزارنده و اضطراب‌آور به سایر محرک‌های خنثی و بکارگیری راهکار به تعویق انداختن نگرانی به طور موقت، باعث می‌شود تا فرد بتواند در این فرآیند قدرت مقابله‌ای خود را افزایش داده و تاب‌آوری بیشتری را در مواجهه با اضطراب ناشی از این اختلال باز یابد.

پژوهش حاضر، مانند هر پژوهش دیگر با محدودیت‌هایی نظیر محدود بودن نتایج پژوهش به گروه و منطقه جغرافیایی خاص (بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر شهر تهران)، عدم همکاری بعضی از مراکز مشاوره، عدم تمایل بعضی از افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر جهت شرکت در پژوهش، عدم استفاده از روش‌های نمونه‌گیری تصادفی، عدم بهره‌گیری از ابزارهای پژوهشی دیگر به جز پرسشنامه و تعداد کم نمونه پژوهش مواجه بود. بنابراین پیشنهاد می‌شود که نظیر این پژوهش در جامعه آماری دیگر، سایر مناطق جغرافیایی، بهره‌گیری از روش‌های نمونه‌گیری تصادفی و با حجم نمونه بیشتر انجام گردد تا سبب افزایش تعمیم یافته‌ها شود. با توجه به یافته‌های حاصل از پژوهش حاضر توصیه می‌گردد بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر، در مراکز درمانی و مشاوره از درمان فراشناختی برخوردار گردند تا بدین طریق میزان تاب‌آوری آنها افزایش یابد.

با توجه به نتایج حاصل از پژوهش حاضر که بر تأثیر معنادار درمان فراشناختی بر تاب‌آوری افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر دلالت داشت، می‌توان نتیجه‌گیری کرد که به منظور بهبود تاب‌آوری افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر می‌توان از درمان فراشناختی بهره‌مند گردید.

## منابع

اصلی آزاد، مسلم (۱۳۹۸). تعیین اعتبار محتوایی بسته آموزش ذهن‌آگاهی نوجوان محور و مقایسه اثربخشی آن با فراشناخت درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر علائم و سواس، خلاقیت هیجانی، تنظیم شناختی هیجان، تحمل ابهام و آمیختگی فکر و عمل دانش‌آموزان دارای اختلال و سواس فکری - عملی شهر اصفهان. رساله دوره دکترای تخصصی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اصفهان (خوراسگان).

اصلی آزاد، مسلم؛ فرامرزی، سالار؛ عارفی، مژگان؛ فرهادی، طاهره و فکار، عاطفه (۱۳۹۳). اثر آموزش دانش فراشناختی بر کاهش

- Esbjorn, B.H., Normann, N., Munkebo, B., Christiansen, B.M., Reinholdt-Dunne, M.L. (2018). The efficacy of group metacognitive therapy for children (MCT-c) with generalized anxiety disorder: An open trial, *Journal of Anxiety Disorders*, 53, 16-21.
- Hansmeier, J., Exner, C., Rief, W., Glombiewski, J.A. (2016). A test of the metacognitive model of obsessive-compulsive disorder. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 10, 42-48.
- Hayes-Skelton, S.A., Roemer, L., Orsillo, S.M. (2013). A randomized clinical trial comparing an acceptance-based behavior therapy to applied relaxation for generalized anxiety disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 81 (5), 761-773.
- Heiden, C.V.D., Rossen, K.V., Dekker, A., Damstra, M., Deen, M. (2016). Metacognitive therapy for obsessive-compulsive disorder: A pilot study, *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 9 (1), 24-29.
- Hjemdal, O., Hagen, R., Solem, S., Nordahl, H., Kennair, L.E.O., Ryum, T., Nordahl, H.M., Wells, A. (2016). Metacognitive Therapy in Major Depression: An Open Trial of Comorbid Cases, *Cognitive and Behavioral Practice*, 24(3), 312-318.
- Kessler, R.C., Keller, M.B., Wittchen, H.U. (2001). The Epidemiology of Generalized Anxiety Disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 24 (1), 19-39.
- Leonard, K., Abramovitch, A. (2019). Cognitive functions in young adults with generalized anxiety disorder. *European Psychiatry*, 56, 1-7.
- Lieb, R., Becker, E., Altamura, C. (2005). The epidemiology of generalized anxiety disorder in Europe. *European Neuropsychopharmacology*, 15 (4), 445-452.
- Lou, Y., Taylor, E.P., Di Folco, S. (2018). Resilience and resilience factors in children in residential care: A systematic review. *Children and Youth Services Review*, 89, 83-92.
- Maulding, W., Peters, G.B., Roberts, J., Leonard, E., Sparkman, L. (2012). *Emotional intelligence resilience in children and adolescents: Processes, mechanisms and interventions*. Cambridge: Cambridge University Press, 354-386.
- Mylant, M., Tde, B., Cuaves, E., Meehan, M. (2002). Adolescent children of alcoholics: Vulnerable or resilience? *Journal of American Psychiatry*, 8 (2), 57-64.
- Oshio, A., Taku, K., Hirano, M., Saeed, G. (2018). Resilience and Big Five personality traits: A meta-analysis. *Personality and Individual Differences*, 127, 54-60.
- Spitzer, R.L., Kroenke, K., Williams, J. B., Löwe, B. (2006). A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. *Archives of internal medicine*, 166 (10), 1092-1097.
- Wells, A. (2009). *Metacognitive therapy for anxiety and depression*. New York: The Guilford Press.
- محمدی، مسعود (۱۳۸۴). بررسی عوامل مؤثر بر تاب آوری در افراد در معرض خطر سوء مصرف مواد. پایان نامه دکتری، چاپ نشده، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران.
- محمودعلیلو، مجید؛ بخشی پور رود سری، عباس؛ منصور، احمد؛ فرنام، علیرضا و فخاری، علی (۱۳۹۰). مقایسه نگرانی، وسواس فکری و نشخوار فکری در افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر، اختلال وسواس - اجبار، اختلال افسردگی عمده و افراد بهنجار، مطالعات روانشناختی، ۷ (۴)، ۷۴-۵۵.
- نائینیان، محمدرضا؛ شعیری، محمدرضا؛ شریفی نیا، معصومه و هادیان، مهروی (۱۳۹۰). بررسی پایایی و اعتبار مقیاس کوتاه اختلال اضطراب فراگیر (GAD-7). *روانشناسی بالینی و شخصیت*، ۳ (۴)، ۴۱-۵۰.
- Amir, N., Taboas, W., Montero, M. (2019). Feasibility and dissemination of a computerized home-based treatment for Generalized Anxiety Disorder: A randomized clinical trial. *Behavior Research and Therapy*, 120, 103-109.
- Capobianco, L., Reeves, D., Morrison, A.P., Wells, A. (2018). Group Metacognitive Therapy vs. Mindfulness Meditation Therapy in a Transdiagnostic Patient Sample: A Randomised Feasibility Trial. *Psychiatry Research*, 259, 554-561.
- Chang, S., Abidin, E., Shafie, S., Sambasivam, R., Vaingankar, J.A., Ma, S., Chong, S.A., Subramaniam, M. (2019). Prevalence and correlates of generalized anxiety disorder in Singapore: Results from the second Singapore Mental Health Study. *Journal of Anxiety Disorders*, 66, 102-108.
- Conner, K.M., Davidson, J.R.T. (2003). Development of a new resilience scale: The conner -Davidson Resilience scale (CD- RISC). *Depression & Anxiety*, 18 (2), 36-82
- Cuijpers, P., Sijbrandij, M., Koole, S., Huibers, M., Berking, M., Andersson, G. (2014). Psychological treatment of generalized anxiety disorder: a meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 34(2), 130-140.
- Dahlin, M., Ryberg, M., Vernmark, K., Annas, N., Carlbring, P., Andersson, G. (2016). Internet-delivered acceptance-based behavior therapy for generalized anxiety disorder: A pilot study. *Internet Interventions*, 6, 16-21.
- Diener, E., Lucas, R., Schimmack, U., & Helliwell, J. (2009) *Well-being for Public Policy*. New York: Oxford University Press.