

اثربخشی درمان فراشناختی بر کاهش اضطراب زنان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر

مریم جواهریان^۱

چکیده

درمان فراشناختی یکی از درمان های نو و پیشگام بر اختلال اضطراب فراگیر است که سعی در تفسیر، توجیه و حل مشکلات آسیب شناختی هیجانی دارد. هدف از پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان فراشناختی بر اضطراب زنان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر است.

این مطالعه شبه آزمایشی با استفاده از طرح پیش آزمون و پس آزمون با گروه گواه انجام شد. 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 نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند و به طور تصادفی در دو گروه برابر آزمایش و گواه قرار گرفتند. شرکت کنندگان با استفاده از مصاحبه ساختاریافته بالینی و بر اساس اختلالهای محور یک انتخاب شدند. گروه آزمایش طی ۱۰ هفته تحت درمان فراشناختی ولز قرار گرفتند و در این مدت بر گروه گواه هیچ گونه مداخله درمانی انجام نگرفت. پرسشنامه اضطراب بک به عنوان ابزار ارزشیابی در پیش آزمون، پس آزمون مورد استفاده قرار گرفت. داده ها با استفاده از روشهای آمار توصیفی و آزمون تحلیل کوواریانس مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

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

یافته های این پژوهش با نتایج سایر پژوهش ها در این حیطه همخوانی داشته و نشان دهنده اثربخش بودن درمان فراشناختی بر اضطراب زنان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر بود.

واژگان کلیدی: اختلال اضطراب فراگیر، درمان فراشناختی، اضطراب.

۱- دکتری روانشناسی سلامت، دانشگاه آزاد اسلامی، باشگاه پژوهشگران جوان و نخبگان، واحد تهران مرکزی، تهران، ایران. نویسنده مسئول:

۱. مقدمه

اضطراب^۱ به منزله بخشی از زندگی هر انسان، در همه افراد به حدی اعتدال آمیز وجود دارد و این حد، به عنوان پاسخی سازش یافته تلقی می شود، اما تا جایی که به اضطراب مرضی تبدیل نشود (بارلو، ۲۰۰۹). اختلال اضطراب فراگیر^۲ از انواع گوناگون اختلالات اضطرابی است که به صورت اضطراب افراطی و نگرانی ذهنی غیر قابل کنترل تعریف می شود 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 می دهد (ولز^۳، ۲۰۰۹).

در واقع، اختلال اضطراب فراگیر، اختلال بلند مدت و مزمنی است که با آسیب های کارکردی در کار و کیفیت زندگی (سلامت عمومی، سلامت روانی، کارکرد اجتماعی، و درد جسمانی) مرتبط است (ونتگومری^۴، ۲۰۱۰). آسیب در کارکردهای اجتماعی با طول مدت اختلال رابطه مثبت دارد، ولی برخی مطالعات بیانگر آن است که صرف نظر از طول دوره اختلال، آسیب هایی که بیماران متحمل می شوند، سنگین است (ولز، ۲۰۰۹). اختلال اضطراب فراگیر باعث اختلال عملکرد شدیدی می شود و بدون درمان احتمال بهبودی ضعیفی دارد (یونکرز^۵ و همکاران، ۲۰۰۶). از نظر آماری این اختلال، نافذ بوده و با نرخ شیوع معادل ۱/۵ تا ۳ درصد و شیوع طول عمر برابر با ۴ تا ۷ درصد از اختلال های شایع روانی می باشد (لیب^۶ و همکاران، ۲۰۰۵). حدود ۱۲ درصد از بیمارانی که به کلینیک های روانپزشکی مراجعه می کنند، و تقریباً ۲۵ درصد افراد مراجعه کننده به کلینیک های اختلالات اضطرابی مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر هستند و همچنین نسبت ابتلا زن به مرد تقریباً ۲ برابر می باشد (کسلر^۷ و همکاران، ۲۰۰۱). اکثر پژوهش های همه گیرشناسی در ایران اختلال اضطراب فراگیر را به عنوان شایعترین اختلال اضطرابی مطرح کرده اند (حمیدپور و همکاران، ۱۳۸۹) و در برخی پژوهش های دیگر این اختلال نه تنها شایعترین اختلال اضطرابی، بلکه در بین سایر اختلالات نیز شایعترین بوده است (امیدی و همکاران، ۱۳۸۳). با توجه به سیر مزمن، شیوع بالا و همراهی اختلال اضطراب فراگیر با سایر اختلال های روانشناختی، این اختلال به عنوان یکی از مهمترین اختلال های ناتوان کننده برای بزرگسالان مطرح شده است (بورکوک^۸، ۲۰۰۶). درمان اختلال اضطراب فراگیر شامل دو طبقه کلی است: درمان های دارویی و درمان های روانشناختی. اشکال مختلفی از درمان های روانشناختی برای اختلال اضطراب فراگیر وجود دارد که می توان به درمان های شناختی، رفتاری، شناختی - رفتاری، فراشناختی، روان پویشی و پسخوراند زیستی اشاره کرد (ریبق^۹، ۲۰۰۴).

توجه به مؤلفه های شناختی در بروز اختلال اضطراب فراگیر باعث شده که پژوهشگران با استفاده از مدل های شناختی و رفتاری پیشین، چندین روش درمانی شناختی - رفتاری را برای اختلال اضطراب فراگیر ابداع نمایند. این روش های درمانی در برگیرنده آموزش کنترل اضطراب باتلر^{۱۰} و همکاران، درمان گروهی شناختی - رفتاری هیمبرگ^{۱۱} و درمان ترکیبی مواجهه گروهی و بازسازی شناختی، گروهی ماتیک و پیترز^{۱۲} است. اما مطالعات کنترل شده شامل مقایسه انواع

-
1. Anxiety
 2. General Anxiety Disorder
 3. Wells
 4. Montgomery
 5. Yonkers
 6. Lieb
 7. Kessler
 8. Borkovec
 9. Rygh
 10. Batler
 11. Himberg
 12. Matik & Peters

مداخله های روانشناختی که نشان می دهد که هر کدام از آنها اثر ویژه ای بر اختلال اضطراب فراگیر دارند و فقط تا حدی در درمان این اختلال مؤثرند، است (کلارک^۱، ۲۰۰۱). به عبارتی بیان شده است که درمان شناختی رفتاری منجر به بهبودی اساسی، معنی دار بالینی و اندازه های اثر بزرگ در بیماران می شود (کووین^۲، ۲۰۰۸)، اما فقط حدود ۵۰ درصد از افرادی که این درمان ها را تا پایان دنبال می کنند، این پیشرفت و بهبودی را پس از درمان حفظ می کنند (وندرهیدن^۳، ۲۰۱۲). مطالعات ولز و همکاران (۲۰۰۷)، (۲۰۰۶) و (۱۹۹۵) دلیل اثربخشی محدود درمان های به کار گرفته شده در مورد این اختلال را نپرداختن آنها به مکانیسم های زیربنایی نگرانی آسیب شناختی و نداشتن مدل نظری اختصاصی برای GAD می دانند. از طرف دیگر به نظر می رسد که اختلال اضطراب فراگیر ناشی از سیستم پردازش فراسناختی معیوب و تفکرات منفی تکرار شونده این افراد باشد که یک سیکل معیوبی از افکار و باورهای فراسناختی منفی تکرار شونده را در فرد ایجاد می کند. پس روش درمانی جدیدی لازم است که تفکر را کنترل کند و وضعیت ذهن را تغییر دهد که این اساس نظریه فراسناختی است. فراسناخت یک مفهوم چندوجهی است و به دانش یا باورهای مربوط به فکر کردن و راهبردهایی که افراد از آنها برای تنظیم و کنترل فرآیندهای تفکر استفاده می کنند اشاره دارد (فلاول^۴، ۱۹۷۹). به طور کلی، این مفهوم در برگیرنده دانش، فرآیندها و راهبردهایی است که شناخت را ارزیابی، بر آن نظارت و یا آن را کنترل می کند (وولز، ۲۰۰۰). کارترایت-هاتن^۵ و همکاران (۱۹۹۷) در پژوهشی نشان دادند که فراسناخت های غلط، بویژه باورهای منفی به کنترل ناپذیری و خطر، بیشترین همبستگی را با مجموعه ای از مقیاس های مرتبط با آسیب پذیری دارند. این مدل درگیری باورهای فراسناختی را در آسیب پذیری روانی و تداوم آن مورد پیش بینی قرار می دهد (ولز، ۱۹۹۸). در سال های اخیر فراسناخت به عنوان پایه و اساس بسیاری از اختلال های روانشناختی مورد بررسی قرار گرفته است (ولز، ۲۰۰۷). 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 باورهای 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، ۱۹۹۴).

مدل فراسناختی اختلال اضطراب فراگیر (ولز، ۱۹۹۷)، نگرانی را مؤلفه اصلی سندرم شناختی/توجهی (CAS)^۶ در نظر می گیرد که تصور می شود در تمام انواع آسیب شناسی های روانی دخیل است. شواهد پژوهشی نشان می دهد که محتوا و ماهیت نگرانی در اختلال اضطراب فراگیر خیلی شبیه نگرانی عادی است (روسکیو^۷ و همکاران، ۲۰۱۴). با این حال، نگرانی در GAD با افکار و باورهای منفی بیشتری درباره نگرانی همراه بوده و این نوع نگرانی، که نگرانی نوع ۲ یا فرانگرانی^۸ نامیده می شود، از نظر این مدل فراسناختی، مکانیسم زیربنایی نگرانی آسیب شناختی بوده و بر روی رفتار، هیجان و راهبردهای کنترل فکر تأثیر می گذارد و از این طریق باعث شکل گیری اختلال و تداوم آن می شود. همچنین، علاوه بر فرانگرانی، باورهای فراسناختی^۹ مثبت و منفی نیز به عنوان یکی دیگر از مکانیسم های زیربنایی دخیل در ایجاد و تداوم این اختلال و نگرانی آسیب شناختی مطرح هستند. باورهای فراسناختی مثبت با مزایای نگرانی، نشخوار فکری،

1. Clark
2. Covin
3. Van der Heiden
4. Flavell
5. Cartwright-Hatton
6. Syndrome Attentional Cognitive
7. Ruscio
8. worry-Meta
9. Metacognitive Beliefs

سوگیری در توجه (پایش تهدید)^۱ مرتبط بوده، اما در مقابل باورهای فراشناختی منفی، به کنترل ناپذیری، اهمیت و معنی رخدادهای شناختی درونی مثل افکار و باورهای معمولی مربوط می شوند. در تأیید این مطالب، پژوهشگران اظهار می کنند که نگرانی می بایست از فراشناخت هایی که منجر به سبک های خاص تفکر می شود، ناشی شده باشد تا بتواند اختلال اضطراب فراگیر را شکل دهند (ولز، ۲۰۰۷).

از محدودیت های داده های مربوط به نتایج این درمان می توان به تعداد محدود پژوهش های انجام شده و تعداد نسبتاً محدود ارزشیابی های تصادفی و مطالعات گروهی اندک اشاره کرد (حشمتی و همکاران ۱۹۹۰، محمدخانی ۱۹۹۰). نوپا بودن این مدل درمانی، ناکافی بودن مطالعات انجام شده را توجیه می کند، اما مطالعات متعددی در دست اجرا است و با توجه به اینکه داده هایی که از درمان فراشناختی حمایت می کنند نسبت به داده هایی که از مدل نظری فراشناختی حمایت می کنند کمتر هستند (همان منبع) و از آنجا که یافتن شیوه های درمان کوتاه مدت کارا و مؤثر از جمله ضرورت های پژوهش می باشد و شیوه های درمانی مبتنی بر فراشناخت نیز جزء درمان های کوتاه مدت به شمار می آید و با توجه به شیوع بیشتر این اختلال در زنان، انجام پژوهشی برای بررسی مقایسه کارایی و اثربخشی این شیوه ی درمانی دارای اهمیت است.

در پژوهش حاضر سعی شده تا کارآمدی درمان فراشناختی بر اختلال اضطراب فراگیر، در قالب یک طرح شبه آزمایشی مورد آزمون قرار گیرد. بدیهی است یافته های به دست آمده از چنین مطالعاتی می تواند در دو حیطه پیشگیری و درمان، راهبردهای نوینی را در اختیار پژوهشگران، روانشناسان و دیگر علاقه مندان به این حوزه قرار دهد. لذا پژوهش حاضر به بررسی اثربخشی درمان فراشناختی، بر اضطراب زنان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر پرداخته است.

۲. روش پژوهش

طرح این پژوهش نیمه آزمایشی و از نوع پیش آزمون - پس آزمون با گروه گواه می باشد. جامعه ی آماری پژوهش حاضر کلیه ی زنان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر مراجعه کننده به خانه های سلامت منطقه ۴ تهران در فاصله زمانی تیر تا شهریور ۱۳۹۳ می باشند که از این تعداد ۲۰ نفر به عنوان نمونه در دسترس انتخاب شدند. این افراد به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۰ نفر) و گواه (۱۰ نفر) قرار گرفتند. روانشناسان از بین این بیماران، افرادی را که دارای ملاک های ورود به طرح بودند و به لحاظ سن و تحصیلات با یکدیگر همگن بودند انتخاب کردند. ملاک های ورود شامل این موارد می شود:

- ۱- سطح تحصیلات آنها دست کم دیپلم باشد؛
- ۲- به هیچیک از اختلال های سایکوتیک (چه در حین درمان و چه در زمان گذشته) مبتلا نبوده باشند؛
- ۳- به سوء مصرف مواد (چه در حین درمان و چه در زمان گذشته) مبتلا نباشند؛
- ۴- بیماران در محدوده سنی ۲۰ تا ۴۰ سال قرار داشته باشند؛
- ۵- رضایت بیماران از فرآیند درمان، دست کم به طور شفاهی گرفته شود.

۱-۲- ابزار

۱- **مصاحبه بالینی ساختار یافته:** مصاحبه بالینی ساختار یافته (SCID)^۱ (شریفی و همکاران، ۱۳۸۴) ابزاری به منظور تشخیص گذاری بر اساس معیارهای چهارمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلال های روانی است. این ابزار دو نسخه اصلی دارد: ۱) فرم I-SCID که به ارزیابی اختلال های اصلی روانپزشکی می پردازد. این فرم توسط شریفی و همکاران ترجمه و انطباق داده شده است (کبیر نژاد، ۱۳۸۹). ۲) فرم II-SCID نیز به ارزیابی اختلال شخصیت می پردازد. بختیاری (۱۳۸۰) این فرم را ترجمه و انطباق داده است. روایی و پایایی این ابزار در پژوهش های مختلف قابل قبول گزارش شده است (مارنات^۲، ۲۰۰۹). برای مثال، زانارینی^۳ و همکاران در بررسی پایایی تشخیصی بین ارزیاب ها^۴ برای اکثر تشخیص ها کاپای^۵ بیشتر از ۰/۷ گزارش کردند (زانارینی^۶، ۲۰۰۰). در مطالعه بختیاری، متخصصان و استادان روانشناسی بالینی روایی این ابزار را تأیید کرده اند (بختیاری، ۲۰۰۱). پایایی بازآزمایی با فاصله یک هفته ۰/۹۵ بود. در پژوهش حاضر از نسخه ی I-SCID که به ارزیابی اختلال های اصلی روانپزشکی (محور یک در IV-DSM) می پردازد، استفاده شد.

۲- **پرسشنامه ی اضطراب بک^۷:** پرسشنامه اضطراب بک، پرسشنامه ای خودگزارشی است که شدت اضطراب را با مقیاسی ۲۱ ماده ای اندازه گیری می کند. در این پرسشنامه آزمودنی در هر ماده یکی از چهار گزینه ای را که نشان دهنده شدت اضطراب اوست انتخاب می کند. چهار گزینه هر سؤال در یک طیف چهاربخشی از صفر تا سه نمره گذاری شده است. هر یک از ماده های آزمون یکی از علائم شایع اضطراب (ذهنی، بدنی و هراس) را توصیف می کند. بنابراین نمره کل این پرسشنامه در دامنه ای بین ۰ تا ۶۳ قرار می گیرد. این پرسشنامه طوری تدوین یافته که علائم افسردگی را شامل نشود. بک و همکاران (۱۹۹۸) همسانی درونی این مقیاس را برابر با ۰/۹۲ و اعتبار بازآزمایی یک هفته ای آن را ۰/۷۵ و برای ماده های آن از ۰/۳۰ تا ۰/۷۶ گزارش کرده اند. صلواتی (۱۳۸۲)، روایی محتوایی همزمان تشخیصی و عاملی را برای هر مقیاس بررسی کرده و کارایی بالای این ابزار را در اندازه گیری شدت اضطراب مورد تأیید قرار داده است. ضریب اعتبار این پرسشنامه در ایران با روش بازآزمایی و به فاصله ی دو هفته ۰/۸۰ گزارش شده است (قرائی، ۱۳۷۳).

۳- **پروتکل درمان فراشناختی:** متخصص روانشناسی برای اجرای درمان فراشناختی از پروتکل درمان فراشناختی برای اختلال اضطراب فراگیر [خلاصه شده در جدول شماره ۱] طی ۱۰ جلسه ۱،۵ تا ۲ ساعته استفاده نمود. در رویکرد درمانی فراشناخت طی تک تک جلسات بر نقش فراشناخت ها در شکل گیری آسیب شناسی روانی تأکید می گردد. در مورد اختلال اضطراب فراگیر این مدل بیان می کند که پس از نگرانی اولیه، باورهای فراشناختی مثبت فعال شده که خود منجر به راه اندازی سندروم شناختی/توجهی می شود (کسلر^۸، ۲۰۰۲).

1. Structured Clinical Interview for Diagnostic

2. Marnat

3. Zanarini, M.

4. inter-rater diagnostic reliability

5. Kappa

6. Zanarini

7. Beck Anxiety Inventory (BAI)

8. Kessler

جدول شماره ۱- خلاصه محتوای جلسات درمان فراشناختی برای اختلال اضطراب فراگیر (GAD)

جلسه	محتوای جلسه
اول	تدوین فرمول بندی موردی، معرفی مدل و آماده سازی، اجرای آزمایش فرونشانی فکر، چالش با باورهای مربوط به کنترل ناپذیری، تمرین ذهن آگاهی گسلیده، معرفی تکنیک به تأخیر انداختن نگرانی. تکلیف خانگی: تمرین ذهن آگاهی گسلیده و به تأخیر انداختن نگرانی.
دوم	مرور تکلیف خانگی، ادامه آماده سازی، اجرای تکنیک اسناد مجدد کلامی و رفتاری در مورد باورهای کنترل ناپذیری. تکلیف خانگی: ادامه به تأخیر انداختن نگرانی و آشنایی با آزمایش از دست دادن کنترل.
سوم	مرور تکلیف خانگی، ادامه چالش با باورهای کنترل ناپذیری با ارائه شواهد مخالف، اجرای آزمایش از دست دادن کنترل در جلسه، بررسی و متوقف کردن کنترل غیرانطباقی و رفتارهای اجتنابی. تکلیف خانگی: ادامه به تأخیر انداختن نگرانی و وارونه سازی رفتارهای اجتناب از نگرانی و آزمایش از دست دادن کنترل.
چهارم	مرور تکلیف خانگی، ادامه چالش با باورهای مربوط به کنترل ناپذیری در صورت لزوم، چالش با باورهای مربوط به خطر، تلاش برای از دست دادن کنترل و صدمه زدن به خود از طریق آزمایش نگرانی. تکلیف خانگی: القای نگرانی برای آزمودن خطرات.
پنجم	مرور تکلیف خانگی، ادامه چالش با باورهای مربوط به خطرناک بودن نگرانی، اجرای آزمایش چالش با باورهای مربوط به خطر در جلسه ی درمان. تکلیف خانگی: آزمایش های رفتاری برای چالش با باورهای مربوط به خطر.
ششم	مرور تکلیف خانگی، ادامه چالش با باورهای مربوط به خطر، تأکید بر معکوس کردن هر گونه راهبردهای غیرانطباقی باقی مانده. تکلیف خانگی: آزمایش های رفتاری برای چالش با باورهای مربوط به خطر.
هفتم	مرور تکلیف خانگی، چالش با باورهای مثبت درباره نگرانی در صورت رسیدن میزان اعتقاد بیمار به باورهای منفی به صفر. تکلیف خانگی: اجرای راهبردهای عدم تناسب و سایر آزمایش های رفتاری برای چالش با باورهای مثبت درباره نگرانی.
هشتم	مرور تکلیف خانگی، ادامه چالش با باورهای مثبت، اجرای راهبرد عدم تناسب در جلسه ی درمان. تکلیف خانگی: آزمایش های رفتاری (مانند آزمایش افزایش و کاهش سطح نگرانی).
نهم	مرور تکلیف خانگی، کار بر روی معکوس کردن علایم باقی مانده، اجرای راهبرد عدم تناسب در جلسه ی درمان، ادامه چالش با باورهای مثبت، شروع کار بر روی برنامه ی جدید. تکلیف خانگی: درخواست از بیمار برای نوشتن برگه ی خلاصه ی درمان.
دهم	مرور تکلیف خانگی، کار بر روی برنامه ی درمان (پیشگیری از عود)، تقویت برنامه های جایگزین و توضیح روش آن با مثال، برنامه ریزی برای جلسات تقویتی، شروع کار بر روی برنامه ی جدید. تکلیف خانگی: مشخص کردن کاربردهای مداوم درمان.

۳. یافته ها

در این پژوهش از آمار استنباطی شامل آزمون تحلیل کوواریانس برای مقایسه میانگین های گروه ها استفاده شد و تحلیل آماری داده ها با استفاده از نرم افزار SPSS صورت گرفت. ۲۰ بیمار مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر در این مطالعه شرکت کردند که به طور مساوی ($n=10$) در دو گروه آزمایشی درمان فراشناختی و گروه گواه قرار گرفتند. با توجه به اینکه طرح آزمایشی این پژوهش پیش آزمون و پس آزمون با گروه کنترل می باشد، جهت کنترل اثر عامل پیش آزمون از روش آماری تحلیل کوواریانس استفاده گردید.

جدول ۲- میانگین و انحراف معیار میزان اضطراب در دو گروه

گروه ها	تعداد	میانگین	انحراف معیار
کنترل	۱۰	۱۶،۵۲	۲،۵۹
آزمایش	۱۰	۹،۳	۵،۴۸

توجه به جدول ۲ میانگین اضطراب گروه کنترل بیشتر از گروه آزمایش می باشد. جهت بررسی اینکه آیا این تفاوت به دست آمده معنادار است یا خیر به جدول ۳ مراجعه می کنیم.

جدول ۳- نتایج آزمون تحلیل کوواریانس جهت مقایسه نمره های اضطراب دو گروه

منابع تغییرات	مجموع مجذورها	درجه آزادی	میانگین مجذورها	مقدار 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	-	-	-

همان گونه که در جدول ۲ نشان داده شده است، مقدار F، جهت تفاوت بین گروه ها (کنترل و آزمایش) در سطح معناداری $P \leq 0.0001$ معنی دار می باشد، بدین معنا که تفاوت معنی داری (با کنترل عامل پیش آزمون) بین نمره های اضطراب گروه آزمایش و کنترل وجود دارد. پس نتیجه می گیریم روش درمانی مداخله گر (فراشناخت) باعث کاهش میزان اضطراب در گروه آزمایش شده است. شاخص دیگری که باید به آن توجه شود، اندازه اثر^۱ می باشد که در جدول با عنوان مجذور اتا مشخص شده است. مجذور اتا نشان دهنده درصدی از واریانس نمرات اضطراب می باشد که در اثر اجرای عمل آزمایشی بوجود آمده است. مقدار مجذور اتا برابر با ۰،۴۸ می باشد که اگر آنرا تبدیل به درصد کنیم ۴۸٪ می شود، بدین معنا که ۴۸٪ از تغییرات نمرات اضطراب ناشی از اجرای روش درمانی می باشد. به زبان دیگر درمان فراشناخت باعث ۴۸ درصد تغییر در نمره های اضطراب گردیده است.

۴. بحث و نتیجه گیری

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 شفیع و همکاران ۱۳۹۱، پاکبور ۱۳۸۶، هیدن^۲ ۲۰۱۲، ولز ۲۰۱۰ و ۲۰۰۷ و ۲۰۰۵، فیشر^۳ ۲۰۰۸ مبنی بر اثربخشی درمان فراشناختی در کاهش علائم اختلال اضطراب فراگیر همسو و همخوان است.

1. Effect Size
2. Heiden
3. Fisher

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 شکند. از نتایج این پژوهش 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 (ولز و همکاران، ۲۰۰۴).

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 (ولز، ۲۰۰۷). بررسی ها نشان داده اند که باورهای مثبت و منفی، ارتباط مثبتی با استعداد فرد در برابر نگرانی آسیب شناختی دارند (ولز، ۱۹۹۸). 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 نمی کنند و به تدریج این نیاز کاهش می 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 (ولز، ۲۰۰۴). آگاهی بیماران از ناکارآمدی استفاده از چنین راهبردهایی برای کنترل افکار و آموزش شیوه های مقابله ای جایگزین در بهبود این باور مؤثر است (ولز و همکاران، ۲۰۱۰). 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.

پیشنهاد می شود پژوهشگران در آینده کارایی این روش درمانی را در درمان سایر اختلالات اضطرابی نیز مورد بررسی قرار دهند، از طرفی با توجه به نتایج این تحقیق به درمانگران پیشنهاد می شود که این رویکرد درمانی را نسبت به سایر رویکردها در درمان اختلال اضطراب فراگیر در اولویت قرار دهند.

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

- امید، آ.، طباطبائی، آ. سازوار، س. گودرزی، آ. (۱۳۹۳). همه گیرشناسی بیماری های ذهنی در روستاهای اطراف شهر نطنز. مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران. ۸(۴): ۳۲-۳۹.
- بختیاری، م. (۱۳۸۰). سنجش مشکلات ذهنی در بیماران با اختلال بدشکلی بدن. پایان نامه کارشناسی ارشد. انستیتو روانپزشکی تهران. تهران.
- پاکپور، ف. (۱۳۸۶). مقایسه رویکرد شناختی رفتاری و فراشناخت بر دانش آموزان دچار اختلال اضطراب فراگیر. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه محقق اردبیلی. اردبیل.
- حمیدپور، ه.، دولت شاهی، ب.، پورشهباز، آ.، دادخواه، آ. (۱۳۸۹). تأثیر طرحواره درمانی در زنان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر. مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران. ۴(۱۶): ۴۲۰-۴۳۱.
- قرائی، ب. (۱۳۷۳). سنجش مدل های شناختی در بیماران مبتلا به اختلالات اضطرابی و افسردگی. پایان نامه کارشناسی ارشد. انستیتو روانپزشکی تهران. تهران. ص ۱۶۵-۱۶۷.
- شفیعی، س.، رفیعی نیا، پ.، نجفی، م. (۱۳۹۱). تأثیر شناخت درمانی بر اختلالات اضطرابی. مجله روانشناسی بالینی. ۴(۱۶).
- شریفی، و اسدی، س.، محمدی، م.، امینی، ه.، کاویانی، ه.، سمنانی، ی.، شعبانی، آ.، شهریور، ز.، دواری آشتیانی، ر. (۱۳۸۴). اعتبار و عملکرد نسخه فارسی مصاحبه بالینی برای تشخیص بر اساس DSM-IV. مجله تازه های علم شناختی. ۶(۱۲): ۸-۲۲.
- ولز، آ. (۱۳۸۹). راهنمای عملی درمان فراشناختی اضطراب و افسردگی. ترجمه شهرام محمدخانی. چاپ سوم. ورا دانش. تهران.
- هاشمی، ز.، علیلو، ع.، هاشمی نصرت آبادی، ت. (۱۳۸۹). تأثیر درمان فراشناختی بر افسردگی اساسی. مجله روانشناسی بالینی. ۷(۳): ۸۵-۹۷.
- Barlow, DM. 2002. Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic. 2nd edition. New York: Guilford Press.
- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4thed.). Washington, DC: American Psychiatric Association, 1994.
- Wells, A. 2009. Metacognitive therapy for anxiety and depression. New York: Guilford Press.
- Montgomery, SA. 2010. Handbook of generalized anxiety disorder. London: Springer Healthcare.
- Yonkers, KA., Warshaw, MG., Massion, AO., Keller, MB. 1996. Phenomenology and course of generalized anxiety disorder. British Journal Psychiatry. 168: 308- 313
- Lieb, R., Becker, E., Altamura, C. 2005. The epidemiology of generalized anxiety disorder in Europe. European Neuropsychology pharmacology; 15(4): 445-52.
- Kessler, RC., Keller, MB., Wittchen, HU. 2001. The Epidemiology of Generalized Anxiety Disorder. Psychiatric Clinical North American. 24: 19-39.
- Borkovec, TD. 2006. Applied relaxation and cognitive therapy for pathological worry and generalized anxiety Disorder. Wiley; 273-287.
- Rygh, JL., Sanderson, WC. 2004. Treating generalized anxiety disorder: Evidenced-based strategies, tools, and techniques. New York: Guilford Press: 153-167.
- Clark, D., Fribon, C. 2001. Knowledge and applied method of cognitive-behavioral therapy. First edition, translated by Kavyani H. Tehran: Fars Press,
- Covin, R., Ouimet, AJ., Seeds, PM., Dozois, DJ. 2008. A meta-analysis of CBT for pathological worry among clients with GAD. Journal Anxiety Disorder. 22(1): 108-16.

- **Van der Heiden, C., Muris, P., Van der Molen, HT. 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, King P. 2006.** Metacognitive therapy for generalized anxiety disorder: An open trial. *Journal Behavior Therapy Express Psychiatry*; 37(3): 206-12
- **Wells, A.,1995.** Meta-cognition and worry: A cognitive model of generalized anxiety disorder. *Behavior Cognitive Psychotherapy*; 23: 301–20.
- **Wells, A. 2007.** Cognition About Cognition: Metacognitive Therapy and Change in Generalized Anxiety Disorder and Social Phobia. *Cognitive Behavior Practice*; 14: 18-25.
- **Flavell, JH. 1979.** Metacognition and cognitive monitoring: A new area of cognitive-developmental inquiry. *American Psychology*; 34(10): 906-911.
- **Wells, A. 2000.** Emotional disorders and metacognition: Innovative cognitive therapy. Chichester, UK: Wiley.
- **Cartwright-Hatton, S., Wells, A. (1997)** Beliefs about worry and intrusions: the meta-cognitions questionnaire and its correlates. *Journal Anxiety Disorder*; 11: 279-296.
- **Wells, A., Papageorgiou, C. 1998.** Relationships between worry, obsessive-compulsive symptoms and meta-cognitive beliefs. *Behavior Research Therapy*. 36: 899-913.
- **Wells, A., Matthews, G. 1994** Attention and emotion. A clinical perspective. Hove, UK: Erlbaum.
- **Wells, A. 2009.** Metacognitive therapy for anxiety and depression. New York: The Guilford Press.
- **Wells, A. 1997.** Cognitive therapy of anxiety disorders: A practice manual and conceptual guide. UK: Wiley.
- **Ruscio, AM., Borkovec, TD. 2004.** Experience and appraisal of worry among high worriers with and without generalized anxiety disorder. *Behavior Research Therapy*; 42(12): 1469-82.
- **Groth-Marnat, G. 2009.** Handbook of psychology assessment. Hoboken, New Jersey: John Wiley and Sons.
- **Zanarini, MC., Skodol, AE., Bender, D., Donald, R., Sanislow, C., Schaefer, E, et al. 2000.** The collaborative longitudinal personality disorders study: Reliability of axis I and II diagnoses. *Journal Personality Disorder*. 14(4): 297-299.
- **Beck, AT., Epstein, N., Brown, G., steer, RA. 1998.** An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *Journal Consulting Clinical Psychology*. 56: 893-897
- **Kessler, RC., Wittchen, HU. 2002.** Patterns and correlates of generalized anxiety disorder in community samples. *Journal Clinical Psychiatry*. 63: 4- 10
- **Wells, A., Welford, M., King, P., Papageorgiou, C., Wisely, J., Mendel, E. 2010.** A pilot randomized trial of Metacognitive therapy vs applied relaxation in the treatment of adults with generalized anxiety disorder. *Journal Behavior Research Therapy*. 48: 429-434.
- **Heiden, CV., Muris, P., Molen, V. 2012.** Randomized controlled trial on the effectiveness of Metacognitive therapy and intolerance-of uncertainty therapy for generalized anxiety disorder. *Journal Behavior Research Therapy*. 50: 100-109.
- **Wells, A., King, P. Meta cognitive therapy for generalized anxiety disorder: An open trial. 2006.** *Journal Behavior*.
- **Wells, A. 2007.** Cognition about cognition: Metacognitive therapy and change in generalized anxiety disorder and social phobia. *Journal Cognitive Behavior Practice*. 14: 18-25.
- **Fisher, PL., Wells, A. 2008.** Metacognitive therapy for obsessive-compulsive disorder: A case series. *Journal Behavior Therapy Exp Psychiatry*; 39(2): 117-132.
- **Wells, A., King, P. 2005.** Meta- cognitive therapy for generalized anxiety disorder: An open trial. *Behavior therapy Express Psychiatry*; 37(3): 206-221.
- **Wells, A., Cartwright-Hatton, S. 2004.** A short form of the Metacognitions Questionnaire: Properties of the MCQ 30. *Behavior Research Therapy*; 42(4): 385–96.