

The efficacy of metacognitive therapy on metacognitive beliefs, metaworry and the signs and symptoms of patients with generalized anxiety disorder

Salmani B^{1*}, Hasani J¹, Mohammad-Khani Sh¹, Karami GhR²

1- Department of Clinical Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Kharazmi University, Tehran, I. R, Iran.

2- Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Baghiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, I. R, Iran.

Received July 13, 2013; Accepted May 4, 2014

Abstract:

Background: The aim of this study was to evaluate the effect of metacognitive therapy (MCT) on metacognitive beliefs, metaworry, and the signs and symptoms of patients with generalized anxiety disorder (GAD).

Materials and Methods: In this study, all patients with GAD referred to the psychiatric clinic of Baghiyatallah hospital (during 2012-2013) were selected and assigned into the four (MCT, combined treatment, pharmacotherapy and control) groups. Patients under MCT and other patients were evaluated 6 and 4 times, respectively by metacognitive (MCQ-30) and metaworry questionnaires (MWQ), Beck anxiety inventory (BAI), Beck depression inventory (BDI-II) and Hamilton anxiety rating scale (HARS). Data were analyzed using the indices for trend changes, slope, Cohen rate of variability, interpretation of the changes of variables in the graphs; the recovery percent and effect size were used to determine the clinical significance.

Results: MCT and combined treatment (in post-treatment and follow-up phases) significantly decreased the metacognitive beliefs and metaworry in the patients received MCT and also could help to control the patients' anxiety and depressive signs and symptoms. Moreover, pharmacotherapy had only effect on the control of anxiety and depressive signs and symptoms in post-treatment, but after the termination of pharmacotherapy, the patients to some degrees experienced a recurrence of the signs and symptoms.

Conclusion: MCT (with or without pharmacotherapy) shows high efficacy during less than half of the sessions of constitutive therapies (e.g. cognitive/behavioral therapy) in terms of controlling the underlying mechanisms of pathological anxiety.

Keywords: Metacognitive therapy, Metacognitive beliefs, Metaworry, Generalized anxiety disorder, Single subject

* **Corresponding Author.**

Email: b.salmani1365@yahoo.com

Tel: 0098 31 556 83234

Fax: 0098 31 556 83234

Conflict of Interests: No

Fez, Journal of Kashan University of Medical Sciences December, 2014; Vol. 18, No 5, Pages 428-439

Please cite this article as: Salmani B, Hasani J, Mohammad-Khani Sh, Karami GhR. The efficacy of metacognitive therapy on metacognitive beliefs, metaworry and the signs and symptoms of patients with generalized anxiety disorder. *Fez* 2014; 18(5): 428-39.

ارزیابی اثربخشی درمان فراشناختی در باورهای فراشناختی، فرانگرانی، و علایم و نشانه‌های بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر (GAD)

بهزاد سلمانی^{۱*}، جعفر حسینی^۲، شهرام محمدخانی^۲، غلامرضا کرمی^۳

خلاصه:

سابقه و هدف: هدف از پژوهش حاضر، ارزیابی اثربخشی درمان فراشناختی در باورهای فراشناختی، فرانگرانی، علایم و نشانه‌های بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر (GAD) بود.

مواد و روش‌ها: کلیه بیماران مبتلا به GAD مراجعه‌کننده به درمان‌گاه روان‌پزشکی بیمارستان بقیه‌الله در فاصله‌ی زمانی ۱۵ شهریور تا ۱۵ آذر ۱۳۹۱ انتخاب شده و در چهار گروه (درمان فراشناختی؛ درمان فراشناختی ترکیب با دارو؛ درمان دارویی و گروه کنترل) قرار گرفتند. بیماران دریافت‌کننده درمان فراشناختی و بقیه بیماران به ترتیب ۶ و ۴ بار توسط پرسش‌نامه‌های فراشناخت‌ها (MCQ-30)، فرانگرانی (MWQ)، اضطراب بک (BAI)، افسردگی بک (BDI-II) و مقیاس درجه‌بندی اضطراب همیلتون (HARS) ارزیابی شدند. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از شاخص‌های تغییرات روند، شیب، میزان تغییرپذیری کوهن و تفسیر فراز و فرود متغیرها در نمودارها و برای تعیین معنی‌داری بالینی از درصد بهبودی و اندازه اثر استفاده شد.

نتایج: درمان‌های فراشناختی و ترکیبی توانستند طی مراحل پس از درمان و پیگیری (۴۵ روزه) اعتقاد بیماران به باورهای فراشناختی و فرانگرانی را به‌طور معنی‌داری کاهش داده و علایم و نشانه‌های اضطرابی و افسردگی آن‌ها را به خوبی کنترل کنند. درمان دارویی تنها در کنترل علایم و نشانه‌های اضطرابی و افسردگی و آن هم در مرحله‌ی پس از درمان موفق بود، ولی پس از قطع دارو بیماران اندکی دچار عود علایم و نشانه‌های شدند. گروه کنترل نیز در هیچ‌یک از متغیرها موفقیت چندانی نداشت.

نتیجه‌گیری: درمان فراشناختی (با یا بدون دارو) توانست در مدت زمان کم‌تر از نیمی از جلسات درمان‌های مرسوم مثل شناختی/ رفتاری اثربخشی بالایی برحسب کنترل مکانیسم‌های زیربنایی اضطراب آسیب‌شناختی داشته باشد.

واژگان کلیدی: درمان فراشناختی، باورهای فراشناختی، فرانگرانی، اختلال اضطراب فراگیر، تک‌آزمودنی

دو ماه‌نامه علمی - پژوهشی فیض، دوره هجدهم، شماره ۵، آذر و دی ۱۳۹۳، صفحات ۴۳۹-۴۲۸

مقدمه

آسیب در کارکردهای اجتماعی با طول مدت اختلال رابطه مثبت دارد، ولی برخی مطالعات بیان‌گر آن است که صرف‌نظر از طول دوره اختلال، آسیب‌هایی که بیماران متحمل می‌شوند، سنگین است [۳]. 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 اختلال‌های شایع روانی می‌باشد [۴]. همچنین، نتایج برخی از مطالعات همه‌گیرشناختی در ایران نیز حاکی از آن است که GAD شایع‌ترین اختلال اضطرابی در کشور است [۵]. هم‌بودی این اختلال با اختلال‌های دیگر از جمله افسردگی می‌تواند ضمن افزایش شدت آسیب‌های وارده به بیمار، احتمال خودکشی را در افراد مبتلا به این اختلال به میزان نگران‌کننده برساند. در واقع، مبتلا بودن به این اختلال، به‌تنهایی یک عامل مخاطره‌آمیز برای خودکشی است [۲]. هم‌چنین، بدون هیچ‌گونه درمان، پیش‌آگهی GAD ضعیف بوده و نیاز به درمان اثربخش در مورد آن احساس می‌شود. با آگاهی از اینکه GAD یکی از پیش‌بین‌کننده‌های قدرتمند اختلال ثانویه پس از آن مثل افسردگی اساسی است و در ضمن می‌تواند پیش‌آگهی شرایط پزشکی مزمن را وخیم‌تر کند، این نیاز پررنگ‌تر نیز می‌شود. تا کنون در میان روان‌درمانی‌های مختلف، درمان‌های شناختی رفتاری

اختلال اضطراب فراگیر (GAD) شایع‌ترین اختلال اضطرابی بوده و فرآیندهای محوری آن معرف جنبه‌های اصیل درگیر در همه اختلال‌های اضطرابی است [۱]. این اختلال، با نگرانی مفرط و غیر قابل کنترل همراه با برخی از علایم اضطراب و سایر هیجان‌های منفی دیگر مشخص می‌شود. در واقع، اختلال اضطراب فراگیر، اختلال بلندمدت و مزمنی است که با آسیب‌های کارکردی در کار و کیفیت زندگی (سلامت عمومی، سلامت روانی، کارکرد اجتماعی، و درد جسمانی) مرتبط است [۲].

^۱ دانشجوی دکتری روانشناسی سلامت، گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه خوارزمی

^۲ دانشیار، گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه خوارزمی

^۳ استادیار، گروه روان‌پزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی بقیه‌الله (عج)

* نشانی نویسنده مسئول:

تهران، دانشگاه خوارزمی، گروه روان‌شناسی بالینی

تلفن: ۰۳۱۵۵۶۸۳۲۳۴ | دورنویس: ۰۳۱۵۵۶۸۳۲۳۴

پست الکترونیک: b.salmani1365@yahoo.com

تاریخ دریافت: ۹۳/۴/۲۲ | تاریخ پذیرش نهایی: ۹۳/۲/۱۴

(CBT) و آرام‌سازی کاربردی بیش‌ترین اثربخشی را بر حسب درمان علائم و نشانه‌های این بیماری داشته‌اند، اما نرخ بهبودی گزارش شده، براساس نمرات افراد در اضطراب صفت، در مطالعه Arntz [۶] برای درمان شناختی (CT) نویدبخش نبوده و Ost و Breitholtz [۷] نرخ بهبودی حتی پایین‌تری را برای درمان شناختی و آرام‌سازی کاربردی گزارش کرده‌اند. برخی مطالعات دیگر نیز تا حدود زیادی این نتایج را تایید می‌کند [۸]. تلاش‌های اخیر برای بهبود نتایج درمانی در مورد این اختلال از تکنیک پذیرش [۹] و مداخلات مبتنی بر مدل‌های اختصاصی نگرانی آسیب‌شناختی [۱۰] استفاده کرده‌اند. در مطالعات دیگری پژوهش‌گران با ترکیب مولفه‌هایی از درمان شناختی و آرام‌سازی کاربردی، نرخ بهبود بالاتری را به‌دست آورده‌اند، اما هم‌چنان بهبودی اساسی که بتواند به لحاظ بالینی معنی‌دار باشد، دست نیافتنی بوده است [۱۲، ۱۱]. بیان شده است که درمان شناختی رفتاری منجر به بهبودی اساسی، معنی‌دار بالینی و اندازه‌های اثر بزرگ در بیماران می‌شود [۱۳]، اما فقط حدود ۵۰ درصد از افرادی که این درمان‌ها را تا پایان دنبال می‌کنند، این پیشرفت و بهبودی را پس از درمان حفظ می‌کنند [۱۴]. از سوی دیگر Wells [۱۵]، به‌عنوان نقدی بر درمان‌های شناختی، تاکید می‌کند طرح‌واره‌ها، که موضوع اصلی درمان‌های شناختی هستند، ممکن است محتوای منفی افکار را توصیف کنند، اما وقوع و حضور نگرانی در GAD را توضیح نمی‌دهند. برخی از مطالعات [۱۶، ۱۴، ۱۲] دلیل اثربخشی محدود درمان‌های به‌کار گرفته شده در مورد این اختلال را نپرداختن آن‌ها به مکانیسم‌های زیربنایی نگرانی آسیب‌شناختی و نداشتن مدل نظری اختصاصی برای GAD می‌دانند. مدل فراشناختی اختلال اضطراب فراگیر [۱۷، ۱۶]، نگرانی را مولفه اصلی سندرم شناختی/توجهی (Cognitive Attentional Syndrome؛ CAS) در نظر می‌گیرد که تصور می‌شود در تمام انواع آسیب‌شناسی روانی دخیل است. شواهد پژوهشی نشان می‌دهد که محتوا و ماهیت نگرانی در GAD خیلی شبیه نگرانی عادی است [۱۸]. با این حال، نگرانی در GAD با افکار و باورهای منفی بیش‌تری درباره نگرانی همراه بوده و این نوع نگرانی، که نگران نوع ۲ یا فرانگرانی (Meta-worry) نامیده می‌شود، از نظر این مدل فراشناختی، مکانیسم زیربنایی نگرانی آسیب‌شناختی بوده و بر روی رفتار، هیجان و راه‌بردهای کنترل فکر تاثیر می‌گذارد و از این طریق باعث شکل‌گیری اختلال و تداوم آن می‌شود. هم‌چنین، علاوه بر فرانگرانی، باورهای فراشناختی (Metacognitive Beliefs) مثبت و منفی نیز به‌عنوان یکی دیگر از مکانیسم‌های زیربنایی دخیل در ایجاد و تداوم این اختلال و نگرانی آسیب‌شناختی مطرح

هستند. باورهای فراشناختی مثبت با مزایای نگرانی، نشخوار فکری، سوگیری در توجه (پایش تهدید؛ Threat Monitoring) مرتبط بوده، اما در مقابل باورهای فراشناختی منفی، به کنترل ناپذیری، اهمیت و معنی رخداد‌های شناختی درونی مثل افکار و باورهای معمولی مربوط می‌شوند. در تایید این مطالب، پژوهش‌گران اظهار می‌کنند که نگرانی می‌بایست از فراشناخت‌هایی که منجر سبک‌های خاص تفکر می‌شود، ناشی شده باشد تا بتواند GAD را شکل دهند [۱۹، ۱۸، ۱۵]. Wells [۱۷، ۱۶] بیان می‌کند که فرانگرانی و باورهای فراشناختی نقش مرکزی را در ایجاد و تداوم اختلال اضطراب فراگیر ایفا می‌کنند. در همین راستا، Wells [۲۰] بین دو نوع نگرانی تمایز قایل می‌شود که نوع اول شامل نگرانی‌های عمومی درباره‌ی رویدادهای خارجی و نگرانی‌های اجتماعی و سلامت جسمانی است. این نوع نگرانی در پاسخ به یک فکر مزاحم، فعال می‌شود و بیماران و افراد بهنجار آن را به‌عنوان یک راهبرد مقابله‌ای سودمند می‌دانند. نگرانی نوع دو، یا فرانگرانی، از نظر مدل فراشناختی، در گذار به اختلال اضطراب فراگیر اهمیت بیش‌تری داشته و شامل باورهای منفی در مورد کنترل‌ناپذیری نگرانی و پیامدهای آسیب‌زا و خطرناک آن و باورهای مبنی بر فواید درگیر شدن در فرآیند نگرانی به‌عنوان راهبرد مقابله‌ای است. طبق دیدگاه فراشناخت، فرانگرانی منجر به رفتارهای اجتنابی (اجتناب از موقعیت‌ها، اطمینان خواهی، منحرف کردن حواس) و تلاش برای کنترل افکار برانگیزاننده‌ی نگرانی می‌شود و شکست در این فرآیند باورهای فرد را مبنی بر کنترل ناپذیری نگرانی تقویت می‌کند. طبق این مدل، نگرانی نوع یک بلافاصله منجر به افزایش اضطراب و تنش می‌شود و نگرانی نوع دو نیز به‌دلیل اینکه از یک‌سو به بیمار احساس نداشتن کنترل را روی افکار و احساسات القا می‌کند و از سوی دیگر فرد را در دنیایی رها می‌کند که همیشه احتمال رخداد پیامدهای خطرناکی را برای خودش تصور می‌کند، اضطراب و هیجان‌های منفی دیگر را تشدید می‌کند. در همین زمینه، نتایج پژوهش Ruscio و Borkovec [۱۸] نشان می‌دهد که باورهای فراشناختی منفی درباره‌ی نگرانی، خاص بیماران مبتلا به GAD است. نتایج این پژوهش نشان داد بیماران مبتلا به این بیماری نسبت به گروه بدون تشخیص GAD، که از نظر میزان شدت نگرانی با گروه آزمایشی قابل مقایسه بودند، پس از نگرانی، برانگیختگی مفراطی بیش‌تری را تجربه می‌کنند. به‌علاوه، بیماران مبتلا در مقایسه با شرکت‌کنندگان بدون تشخیص GAD، نگرانی را خطرناک‌تر، مضرت‌تر و غیر قابل کنترل‌تر ارزیابی می‌کردند. هم‌چنین، نتایج پژوهش Ruscio [۲۱] نیز نشان می‌دهد افراد مبتلا به GAD نگرانی‌های خود را غیر قابل کنترل‌تر از

به اختلال اضطراب فراگیر (GAD) مراجعه‌کننده به درمانگاه روان‌پزشکی بیمارستان بقیه‌الله تشکیل می‌دهند که در فاصله‌ی زمانی سه ماهه (۱۵ شهریور تا ۱۵ آذر ۱۳۹۱) به این درمانگاه مراجعه کردند. درمان‌گران از بین این بیماران، افرادی را که دارای ملاک‌های ورود به طرح بودند و به لحاظ سن و تحصیلات با یکدیگر همگن بودند به روش نمونه‌گیری در دسترس‌گزینش کرده و به‌طور تصادفی در چهار گروه (درمان فراشناختی، درمان فراشناختی به همراه درمان دارویی [درمان ترکیبی]، درمان دارویی و بدون درمان) قرار دادند. ملاک‌های ورود شامل این موارد می‌شد: ۱- سطح تحصیلات آن‌ها دست کم دیپلم باشد؛ ۲- به هیچ‌یک از اختلال‌های 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؛ و ۵- رضایت بیماران از فرآیند درمان، دست کم به‌طور شفاهی، گرفته شود. نمونه حاضر در دامنه‌ی سنی ۲۸ تا ۳۲ سال ($SD=1/68$)، $M=30/62$ قرار دارد. پژوهش حاضر از نوع مطالعات مشاهده‌ای می‌باشد که با هدف ارزیابی اثربخشی درمان فراشناختی روی فرانگرانی، باورهای فراشناختی و علایم بیماران مبتلا به GAD انجام شده است.

ابزارهای پژوهش

پرسش‌نامه‌ی فراشناخت‌ها (MCQ-30): نسخه‌ی اصلی این ابزار دارای ۶۰ سوال بوده و به‌منظور سنجش چند عنصر فراشناختی خصیصه‌ای که برخی از آن‌ها نقش محوری در اختلال‌های روان‌شناختی دارند، طراحی شده است [۲۷]. پرسش‌نامه‌ی فراشناخت‌ها فرم کوتاه‌تر پرسش‌نامه‌ی مذکور بوده و تحلیل عاملی تاییدی نشان می‌دهد که ساختار عاملی فرم ۶۰ سوالی را حفظ کرده است. ضریب آلفای کرونباخ خرده مقیاس‌های آن از ۰/۷۲ تا ۰/۹۳ گسترده است. همبستگی مثبت بین خرده مقیاس‌های این پرسش‌نامه و مقیاس‌های مرتبط از لحاظ نظری، مبین روایی سازه و ساختار عاملی مورد تایید آن است [۲۸]. هم‌چنین، این پرسش‌نامه به درمان فراشناختی پاسخ‌گو و حساس است [۲۹]. این پرسش‌نامه در پژوهش حاضر دارای هم‌سانی درونی مناسب (آلفای کرونباخ=۰/۶۵) می‌باشد.

پرسش‌نامه‌ی فرانگرانی (MWQ): Wells [۳۰] پس از جداسازی ماده‌های مربوط به فرانگرانی در پرسش‌نامه‌ی افکار اضطرابی (AnTI) [۱۹] آن‌ها را در پرسش‌نامه‌ی مستقلی تحت عنوان پرسش‌نامه‌ی فرانگرانی گردآوری کرد. هدف از ایجاد این

دیگران ارزیابی می‌کنند. به علاوه، Davis و Valentin [۲۲] نیز نشان دادند که بیمار مبتلا به بیماری مذکور، سطوح بالاتری از فرانگرانی را در مقایسه با شرکت‌کنندگان غیر مضطرب و مضطرب بدون نگرانی گزارش می‌کردند. در پژوهش‌هایی که به تازگی در ایران صورت گرفته‌اند، ساعد و همکاران [۲۳] به این نتیجه رسیدند که باورهای فراشناختی و به‌خصوص فرانگرانی، رابطه‌ی مثبت معنی‌داری با نشانه‌های اضطراب و افسردگی در دانشجویان دارد. در این بین، باورهای مربوط به کنترل‌ناپذیری و خطر توانستند بهترین پیش‌بینی‌کننده‌های اضطراب و افسردگی باشند. هم‌چنین، برهمند [۲۴] پی برد که بیماران مبتلا به GAD باورهای منفی بیش‌تری در مورد کنترل‌ناپذیری و خطر نگرانی نسبت به بیماران مبتلا به افسردگی دارند؛ در حالی‌که این تفاوت بین بیماران مبتلا به GAD و وسواس فکری / اجباری (OCD) به‌دست نیامد. زاهدی، محمدخانی و جدیدی [۲۵] نیز در تایید این یافته بیان کردند که باورهای فراشناختی می‌تواند هیجان‌های منفی در نمونه‌ی دانشجویی پیش‌بینی کند. با توجه به نقش باورهای فراشناختی و فرانگرانی در ایجاد اختلال‌های هیجانی و همین‌طور نقش این دو عامل در شکل‌گیری و تداوم اختلال مزمنی مثل اختلال اضطراب فراگیر، منطقی است تا فرض شود که با هدف قرار دادن این دو عامل بتوان تا حدود زیادی از ایجاد یا تداوم و هم‌چنین عود اختلال جلوگیری کرد. از سوی دیگر، با در نظر گرفتن کوتاه‌مدت شدن بسیاری از رویکردهای درمانی جدید، درمان انتخابی برای GAD نیز درمانی خواهد بود که بتواند بیش‌ترین اثربخشی را در کم‌ترین زمان ممکن داشته باشد [۲۶، ۱۴]. درمان فراشناختی از جمله درمان‌هایی است که اثربخشی آن برای GAD در چند پژوهش [۱۴، ۱۱، ۱۲] به اثبات رسیده است. از آنجایی که، این درمان مکانیسم‌های زیربنایی ایجاد و تداوم اختلال اضطراب فراگیر را هدف قرار می‌دهد و اجرای آن نسبت به درمان‌های دیگر مثل شناختی رفتاری (CBT)، زمان کم‌تری صرف می‌کند، بنابراین منطقی است تا فرض کنیم بتواند اثربخشی بیش‌تری نسبت به درمان‌های قبلی داشته باشد. با توجه به این موارد هدف از انجام این پژوهش در وهله‌ی اول ارزیابی تأثیر اجرای درمان فراشناختی روی مکانیسم‌های زیربنایی (باورهای فراشناختی، فرانگرانی) GAD است و در وهله‌ی دوم مقصد دارد تا اثربخشی این نوع درمان را در برطرف کردن علایم و نشانه‌های اختلال اضطراب فراگیر ارزیابی کند.

مواد و روش‌ها

جامعه‌ی آماری پژوهش حاضر را کلیه‌ی بیماران مبتلا

دهنده شدت بالای آن نشانه در بیمار می‌باشد. مقیاس اضطراب همیلتون طیف وسیعی از نشانه‌ها را در بر می‌گیرد که معمولاً به- عنوان نشانه‌های یک حالت اضطرابی تشخیص داده می‌شوند. نمره پاسخ‌دهنده در این مقیاس، دست‌کم ۴ و حداکثر ۵۶ می‌باشد. هم- بستگی این پرسش‌نامه با BDI-II، $r=0/6$ ؛ با SCL-90، $r=0/73$ و با ارزیابی بالینی، $r=0/77$ به‌دست آمده است. پایایی این آزمون طبق روش آزمون/ آزمون مجدد توسط پژوهش‌های داخلی [۳۵]، $r=0/81$ گزارش شده است. در این پژوهش، آلفای کرونباخ $0/66$ محاسبه شد.

پس از قرار گرفتن بیماران در گروه‌های چهارگانه، درمان فراشناختی به‌وسیله‌ی متخصص روان‌شناسی بالینی و درمان دارویی توسط روان‌پزشک برای آن‌ها در نظر گرفته شد. درمان دارویی به دلیل اثر بخشی بالا در مورد این اختلال، به‌عنوان گزینه‌ی مناسبی جهت مقایسه با درمان فراشناختی شناخته شد. بیمار اول و دوم گروه درمان ترکیبی به‌ترتیب روزانه ۵ و ۱۰ میلی‌گرم بوسپیرون و بیماران گروه درمان دارویی هر کدام روزانه ۱۰ میلی‌گرم بوسپیرون دریافت کردند. هر چهار بیمار علاوه بر بوسپیرون، روزانه از ۴۰ میلی‌گرم سیتالوپرام نیز استفاده می‌کردند. همچنین، متخصص روان‌شناسی بالینی برای اجرای درمان فراشناختی از پروتکل درمان فراشناختی برای اختلال اضطراب فراگیر [خلاصه شده در جدول شماره ۱] استفاده نمود. سپس، بیمارانی که درمان فراشناختی را دریافت می‌کردند، به‌صورت پلکانی وارد طرح پژوهش شدند. لازم به ذکر است که نویسنده مسئول در مراحل مختلف ارزیابی، به ارزیابی درمان‌جویان پرداخته و هیچ‌گونه دخالتی در درمان آن‌ها نداشت. برای کنترل بیش‌تر روی عوامل تاثیرگذار بر متغیرهای پژوهش، تمامی بیماران هر دو هفته یک‌بار از نظر رویدادهای تاثیرگذار بر میزان اضطراب به‌وسیله‌ی تماس تلفنی ارزیابی می‌شدند. در کل بیمارانی که درمان فراشناختی را دریافت می‌کردند، ۶ بار (پیش از درمان، جلسات ۲، ۴، ۶، پس از درمان و پیگیری ۴۵ روزه) و بیماران دو گروه درمان دارویی و گروه کنترل ۴ بار (پیش از درمان، جلسه‌ی ۴، پس از درمان و پیگیری) به‌وسیله‌ی ابزارهای پژوهش مورد ارزیابی قرار گرفتند. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از شاخص‌های تغییرات روند، شیب و میزان تغییرپذیری کوهن استفاده گردید و روند تغییرات شدت در متغیرهای باورهای فراشناختی، فرانگرانی، علایم و نشانه‌های GAD و علایم افسردگی طی جلسات بر روی نمودارها به‌طور جداگانه نشان داده شد. به‌علاوه، از درصد بهبودی و اندازه اثر نیز برای سنجش معنی‌داری بالینی استفاده گردید.

پرسش‌نامه از یک‌سو ارزیابی مستقل فرانگرانی و از سوی دیگر بررسی میزان فراوانی فرانگرانی می‌باشد. این پرسش‌نامه شامل ۷ ماده است که به خطرات نگرانی مربوط می‌شوند. ضریب آلفای کرونباخ مقیاس فراوانی فرانگرانی $0/88$ و مقیاس باور به فرانگرانی $0/95$ به‌دست آمده است. از لحاظ روایی سازه، پرسش‌نامه‌ی MWQ می‌تواند بیماران سرپایی دارای GAD را از افراد دچار اضطراب جسمانی یا بدون اضطراب متمایز سازد [۳۰]. آلفای کرونباخ این پرسش‌نامه در پژوهش حاضر $0/71$ به‌دست آمد.

مقیاس اضطراب بک (BAI): مقیاسی ۲۱ بخشی است که به‌منظور اندازه‌گیری شدت علایم بی‌قراری و اضطراب در افراد تهیه شده است. در مجموع، نمره آزمودنی‌ها بین صفر تا ۶۳ متغیر می‌باشد. این مقیاس، می‌تواند گروه‌های تشخیصی مبتلا به اختلال- های اضطرابی را از گروه‌های غیر مضطرب تفکیک کند. به‌علاوه، مقیاس اضطراب بک همبستگی متوسطی با مقیاس درجه‌بندی اضطراب همیلتون (HARS) دارد [۳۱]. این مقیاس، توسط کاویانی و موسوی [۳۲] در ایران هنجاریابی شده است. آزمون مورد نظر دارای روایی ($r=0/72$ ؛ $P<=0/001$)، پایایی ($r=0/83$ ، $P<0/001$) و ثبات درونی (آلفای کرونباخ $=0/92$) در پژوهش حاضر ($=0/79$) مناسب است.

نسخه‌ی دوم مقیاس افسردگی بک (BDI-II): نسخه‌ی دوم پرسش‌نامه‌ی افسردگی بک، شکل بازنگری شده نسخه‌ی اول آن است که جهت سنجش شدت علایم افسردگی تدوین شده است. این پرسش‌نامه همانند نسخه‌ی اول آن از ۲۱ ماده تشکیل شده است که آزمودنی برای هر یک از ماده‌ها، یکی از چهار گزینه‌ای که بیان‌گر شدت علایم افسردگی است را بر می‌گزیند. هر ماده نمره‌ای بین صفر تا سه می‌گیرد. ثبات درونی این ابزار $0/73$ تا $0/92$ با میانگین $0/86$ و ضریب آلفای کرونباخ برای گروه‌های بیمار ($0/86$) و غیر بیمار ($0/81$) گزارش شده است [۳۳]. مشخصات روان‌سنجی این پرسش‌نامه روی نمونه ۹۴ نفری در ایران بدین شرح بود: ضریب آلفای کرونباخ، $0/91$ ؛ ضریب همبستگی میان دو نیمه، $0/89$ ؛ و ضریب باز آزمایی به فاصله‌ی یک هفته، $0/94$ [۳۴].

مقیاس درجه‌بندی اضطراب همیلتون (HARS): این مقیاس شامل ۱۴ ماده بوده که هر مورد در ارتباط با نشانه‌های خاص اضطراب می‌باشد. در این آزمون که توسط درمان‌گر نمره‌گذاری می‌شود، هر ماده بر اساس مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرتی از صفر تا ۴ نمره می‌گیرد. صفر نشان‌دهنده عدم وجود و ۴ نشان-

نتایج

شماره ۳ و ۴ ارائه شده است. همان‌طور که در جدول شماره ۳ مشاهده می‌شود و با در نظر داشتن درصد بهبودی در مراحل پس از درمان و پیگیری ۴۵ روزه، بیماران مبتلا به GAD در هر دو گروه درمان فراشناختی و درمان ترکیبی توانسته‌اند میزان بهبودی متوسطی را تجربه کنند.

در جدول شماره ۲ ویژگی‌های جمعیت‌شناختی بیماران گزارش شده است. داده‌های این جدول حاکی از آن است که بین ویژگی‌هایی جمعیت‌شناختی بیماران تفاوت فاحشی وجود ندارد. نمرات بیماران دریافت‌کننده‌ی درمان فراشناختی (با یا بدون دارو) در متغیرهای باورهای فراشناختی و فرانگرانی به ترتیب در جداول

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

جلسه	محتوای جلسه
اول	تدوین فرمول‌بندی موردی، معرفی مدل و آماده‌سازی، اجرای آزمایش فرونشانی فکر، چالش با باورهای مربوط به کنترل‌ناپذیری، تمرین ذهن‌آگاهی گسلیده، معرفی تکنیک به تأخیر انداختن نگرانی، تکلیف خانگی: تمرین ذهن‌آگاهی گسلیده و به تأخیر انداختن نگرانی
دوم	مرور تکلیف خانگی، ادامه آماده‌سازی، اجرای تکنیک اسناد مجدد کلامی و رفتاری در مورد باورهای کنترل‌ناپذیری، تکلیف خانگی: ادامه به تأخیر انداختن نگرانی و آشنایی با آزمایش از دست دادن کنترل
سوم	مرور تکلیف خانگی، ادامه چالش با باورهای کنترل‌ناپذیری 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 وارونه‌سازی رفتارهای اجتناب از نگرانی و آزمایش از دست دادن کنترل
چهارم	مرور تکلیف خانگی، ادامه چالش با باورهای مربوط به کنترل‌ناپذیری 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 جلسه‌ی درمان، تکلیف خانگی: آزمایش‌های رفتاری برای چالش با باورهای مربوط به خطر
ششم	مرور تکلیف خانگی، ادامه چالش با باورهای مربوط به خطر، تأکید بر معکوس کردن هرگونه راه‌بردهای غیرانطباقی باقی مانده، تکلیف خانگی: آزمایش‌های 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 راه-بردهای عدم تناسب و سایر آزمایش‌های رفتاری برای چالش با باورهای مثبت درباره نگرانی
هشتم	مرور تکلیف خانگی، ادامه چالش با باورهای مثبت، اجرای راه‌برد عدم تناسب در جلسه‌ی درمان، تکلیف خانگی: آزمایش‌های رفتاری (مانند آزمایش افزایش و کاهش سطح نگرانی)
نهم	مرور تکلیف خانگی، کار بر روی معکوس کردن علائم باقی مانده، اجرای راه‌برد عدم تناسب در جلسه‌ی درمان، ادامه چالش با باورهای مثبت، شروع کار بر روی برنامه‌ی جدید، تکلیف خانگی: درخواست از بیمار برای نوشتن برگه‌ی خلاصه‌ی درمان
دهم	مرور تکلیف خانگی، کار بر روی برنامه‌ی درمان (پیشگیری از عود)، تقویت برنامه‌های جایگزین و توضیح روش آن با مثال، برنامه‌ریزی برای جلسات تقویتی، شروع کار بر روی برنامه‌ی جدید، تکلیف خانگی: مشخص کردن کاربردهای مداوم درمان

جدول شماره ۲- خصوصیات جمعیت‌شناختی بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر (GAD)

گروه	اختلال همبود	وضعیت تاهل	مدت ابتلا	تحصیلات	جنسیت	سن	خصوصیت بیمار
درمان فراشناختی	ندارد	مجرد	۲/۵ سال	کارشناسی	مرد	۲۹	اول
درمان فراشناختی	MDD	متاهل	۱/۵ سال	فوق‌دیپلم	زن	۳۱	دوم
درمان فراشناختی به همراه درمان دارویی	MDD	متاهل	۳ سال	دیپلم	زن	۳۲	سوم
درمان فراشناختی به همراه درمان دارویی	ندارد	مجرد	۹ ماه	کارشناسی‌ارشد	مرد	۳۰	چهارم
درمان دارویی	MDD	مجرد	۳ سال	کارشناسی	زن	۳۰	پنجم
درمان دارویی	MDD	متاهل	۱۰ ماه	کارشناسی	زن	۳۲	ششم
کنترل	ندارد	مجرد	۷ ماه	کارشناسی	مرد	۲۸	هفتم
کنترل	ندارد	مجرد	۲ سال	دیپلم	زن	۳۳	هشتم

* MDD = اختلال افسردگی اساسی

جدول شماره ۳- شاخص‌های تغییرات روند، شیب، میزان تغییرپذیری و اندازه اثر نمرات بیماران در باورهای فراشناختی (MCQ-30)

شاخص بیمار	خط پایه	میانگین مداخله	انحراف استاندارد	درصد بهبودی (پس از درمان)	درصد بهبودی (پیگیری ۴۵ روزه)	درصد کاهش نمرات (MPR)	تغییرپذیری کوهن	اندازه اثر
MCT ۱	۶۴	۶۲	۱/۷۴	۲۹	۳۴	۳	۱/۴۱	۰/۵۸
MCT ۲	۷۲	۶۹	۲/۱۲	۳۴	۳۰	۴	۱/۸۱	۰/۶۷
MCT/Drug ۳	۷۰	۵۶	۳/۲۵	۳۸	۳۱	۲۰	۵/۸۲	۰/۹۴
MCT/Drug ۴	۷۴	۵۹	۱/۹۱	۴۳	۳۶	۲۰	۹/۸۲	۰/۹۸

جدول شماره ۴- شاخص‌های تغییرات روند، شیب، میزان تغییرپذیری و اندازه اثر نمرات بیماران در فرانگرانی (MWQ)

شاخص بیمار	خط پایه	میانگین مداخله	انحراف استاندارد	درصد بهبودی (پس از درمان)	درصد بهبودی (پیگیری ۴۵ روزه)	درصد کاهش نمرات (MPR)	تغییرپذیری کوهن	اندازه اثر
MCT ۱	۲۰	۱۵	۱/۲۴	۶۰	۵۰	۲۵	۴/۴۴	۰/۹۱
MCT ۲	۲۴	۱۳	۱/۴۴	۷۰	۷۰	۴۵	۸/۸۷	۰/۹۷
MCT/Drug ۳	۲۲	۱۲	۲/۰۳	۶۸	۶۸	۴۵	۶/۲۵	۰/۹۵
MCT/Drug ۴	۲۰	۱۵	۱/۶۵	۶۵	۶۵	۲۵	۳/۶۶	۰/۸۸

باورهای فراشناختی را کاهش داده و در مرحله‌ی پیگیری شاهد افزایش نمرات خود نیز هستند. اطلاعات نمودار شماره ۲ نشان می‌دهد شدت فرانگرانی در بیمارانی که درمان فراشناختی دریافت کرده‌اند، در مراحل پس از درمان و پیگیری به مراتب کم‌تر از دو گروه دیگر و نزدیک به صفر (یکی از اهداف اصلی درمان) است. میانگین نمرات گروه درمان دارویی نسبت به گروه کنترل در طول درمان و پس از آن همواره پایین‌تر بوده اما در مرحله‌ی پیگیری هر دو گروه تقریباً به یک میزان شاهد افزایش نمرات هستند. جداول ۵ و ۶ نیز به ترتیب شامل نمرات بیماران دریافت‌کننده‌ی درمان فراشناختی (با یا بدون دارو درمانی) در متغیرهای علایم (BAI) و نشانه‌های اضطرابی (HARS) می‌باشد. به دلیل نرخ همبودی بالا بین اختلال اضطراب فراگیر و افسردگی اساسی، مقیاس افسردگی بک (BDI-II) نیز در اختیار این بیماران قرار داده شد که نتایج آن در جدول ۷ نشان داده شده است. داده‌های جدول شماره ۵ حاکی از آن است که هر دو گروه بیمارانی که درمان فراشناختی (با یا بدون دارو) را دریافت کرده بودند، در مراحل پس از درمان و پیگیری ۴۵ روزه، کاهش چشم‌گیری در علایم اضطرابی خود داشتند. بیش‌ترین میزان درصد کاهش نمرات MPR مربوط به بیماران گروه درمان دارویی می‌باشد. میزان بالای اندازه اثر در مورد تمامی بیماران دریافت‌کننده‌ی درمان فراشناختی (با یا بدون دارو) حاکی از آن است که این درمان تاثیر بسیاری بر علایم اضطرابی می‌گذارد. همانند جدول شماره ۵، داده‌های ارائه شده در جدول شماره ۶ نیز بیان‌گر آن است که بیماران هر دو گروه دریافت‌کننده‌ی درمان فراشناختی، در هر دو مرحله‌ی پس از درمان و پیگیری کاهش قابل ملاحظه‌ای در نمرات مربوط به

با توجه به درصد کاهش نمرات (MPR)، می‌توان اظهار کرد که شیب کاهش نمرات بیماران درمان فراشناختی در مقایسه با بیماران دریافت‌کننده‌ی درمان ترکیبی به مراتب کم‌تر است. اندازه اثر کسب شده برای بیماران گروه درمان ترکیبی به مراتب بالاتر از گروه درمان فراشناختی است. با این وجود، گروه درمان فراشناختی نیز توانسته است میزان اثربخشی نسبی خود را نشان دهد. طبق اطلاعات جدول شماره ۴، بیماران دارای تجربه درمان فراشناختی (با یا بدون دارو) توانسته‌اند در متغیر فرانگرانی، که طبق مدل فراشناختی GAD [۱۷،۱۶] عامل اصلی در ایجاد آسیب‌شناسی می‌باشد، شاهد کاهش شدید نمرات در هر دو مرحله‌ی پس از درمان و پیگیری باشند. البته با توجه به اندازه اثر، این دست‌آورد در مورد بیمار دوم درمان فراشناختی و بیمار اول درمان ترکیبی بیش‌تر نمود داشت. در واقع، میزان اندازه اثر برای متغیر فرانگرانی بسیار بالا بوده و بنابراین درمان فراشناختی (با یا بدون دارو) به خوبی توانسته است بر مکانیسم‌های زیربنایی اضطراب طبق مدل Wells [۱۷،۱۶] تاثیر بگذارد. هم‌چنین، برای مقایسه بهتر گروه‌های چهارگانه در متغیرهای باورهای فراشناختی و فرانگرانی از نمودار استفاده شد. نمودارهای ۱ و ۲ به ترتیب شامل میانگین نمرات چهار گروه در باورهای فراشناختی و فرانگرانی طی مراحل درمان و پیگیری است. همان‌طور که در نمودار شماره ۱ مشخص شده است، دو گروهی که درمان فراشناختی دریافت کرده بودند توانستند هم در مراحل مختلف درمان و هم در پیگیری ۴۵ روزه باورهای فراشناختی خود را به میزان بیش‌تری کاهش دهند. این دست‌آورد در هر دو مرحله‌ی پس از درمان و پیگیری دیده می‌شود، اما دو گروه درمان دارویی و کنترل نتوانسته‌اند میزان

توانست علائم مربوط به افسردگی را در بیماران مبتلا به GAD کاهش دهد. همچنین، با در نظر داشتن درصد کاهش نمرات PMR می‌توان پی‌برد که بیماران گروه درمان ترکیبی بیش‌ترین میزان کاهش را داشته‌اند. اندازه اثر کسب شده نیز بیان‌گر میزان اثربخشی نسبتاً بالای درمان فراشناختی (با یا بدون دارو) در علائم افسردگی در بیماران مبتلا به GAD است. به علاوه، نمودارهای ۳ تا ۵ سیر علائم و نشانه‌های اضطرابی و افسردگی را در بیماران مبتلا به GAD طی مراحل پس از درمان و پیگیری ۴۵ روزه در هر چهار گروه نشان می‌دهند.

نشانه‌های اضطرابی داشتند. همچنین، داده‌های این جدول حاکی از آن است که ۴۵ روز پس از پایان درمان، میزان اثربخشی درمان فراشناختی روی نشانه‌های اضطرابی بیش‌تر از مرحله‌ی پس از درمان بود. با توجه به درصد کاهش نمرات MPR می‌توان بیان کرد که بیش‌ترین میزان شیب کاهش نمرات، مربوط به بیمار اول درمان ترکیبی است. نتایج به‌دست آمده بر حسب اندازه اثر نیز نشان می‌دهد که درمان فراشناختی (با یا بدون دارو) میزان اثر بخشی بسیار بالایی در نشانه‌های اضطرابی داشته است. همان‌طور که در جدول شماره ۷ نشان داده شده است، درمان فراشناختی

جدول شماره ۵- شاخص‌های تغییرات روند، شیب، میزان تغییرپذیری و اندازه اثر نمرات بیماران در علائم اضطراب (BAI)

شاخص بیمار	خط پایه	میانگین مداخله	انحراف استاندارد	درصد بهبودی (پس از درمان)	درصد بهبودی (پیگیری ۴۵ روزه)	درصد کاهش نمرات (MPR)	تغییرپذیری کوهن	اندازه اثر
MCT ۱	۳۳	۱۷	۲/۵۶	۸۱	۷۵	۴۸	۸/۲۳	۰/۹۷
MCT ۲	۴۰	۱۹	۳/۰۹	۷۷	۸۲	۵۲	۹/۱۴	۰/۹۸
MCT/Drug ۳	۳۴	۲۵	۳/۸۵	۷۹	۸۵	۲۶	۳/۲۰	۰/۸۵
MCT/Drug ۴	۳۵	۲۳	۲/۴۴	۸۸	۸۵	۳۴	۶/۴۳	۰/۹۵

جدول شماره ۶- شاخص‌های تغییرات روند، شیب، میزان تغییرپذیری و اندازه اثر نمرات بیماران در نشانه‌های اضطراب (HARS)

شاخص بیمار	خط پایه	میانگین مداخله	انحراف استاندارد	درصد بهبودی (پس از درمان)	درصد بهبودی (پیگیری ۴۵ روزه)	درصد کاهش نمرات (MPR)	تغییرپذیری کوهن	اندازه اثر
MCT ۱	۳۷	۲۶	۱/۶۷	۸۳	۸۶	۲۹	۷/۹۹	۰/۹۷
MCT ۲	۳۶	۲۲	۲/۱۹	۷۵	۷۷	۳۸	۸/۲۲	۰/۹۷
MCT/Drug ۳	۳۸	۲۰	۳/۵۶	۷۸	۸۱	۴۷	۶/۸۸	۰/۹۶
MCT/Drug ۴	۳۴	۲۱	۱/۹۱	۷۶	۷۹	۳۸	۸/۵۲	۰/۹۷

جدول شماره ۷- شاخص‌های تغییرات روند، شیب، میزان تغییرپذیری و اندازه اثر نمرات بیماران در افسردگی (BDI-II)

شاخص بیمار	خط پایه	میانگین مداخله	انحراف استاندارد	درصد بهبودی (پس از درمان)	درصد بهبودی (پیگیری ۴۵ روزه)	درصد کاهش نمرات (MPR)	تغییرپذیری کوهن	اندازه اثر
MCT ۱	۲۲	۱۸	۲/۶۱	۶۳	۶۸	۱۸	۲/۰۳	۰/۷۱
MCT ۲	۱۷	۱۳	۳/۱۱	۵۸	۶۴	۲۳	۱/۷۳	۰/۶۵
MCT/Drug ۳	۲۰	۱۱	۴/۸۲	۷۰	۵۰	۴۵	۲/۵۹	۰/۷۹
MCT/Drug ۴	۲۶	۱۳	۲/۴۳	۷۶	۷۶	۵۰	۷/۰۰	۰/۹۶

اندک و ولی برای گروه درمان دارویی بیش‌تر بود. نمودار شماره ۴ نشان می‌دهد که تا مرحله‌ی پس از درمان به‌جز بیماران گروه کنترل، بقیه بیماران توانستند در طول برنامه‌ی درمانی، شاهد کاهش چشم‌گیری در نمرات خود در نشانه‌های اضطرابی باشند. در مرحله‌ی پیگیری، تمامی بیماران دریافت‌کننده‌ی درمان فراشناختی هم‌چنان به روند رو به رشد خود ادامه می‌دهند. بیماران گروه درمان دارویی در مرحله‌ی پیگیری شاهد افزایش جزئی در نمرات خود بودند و بیماران گروه کنترل در مراحل پس از درمان و

داده‌های نمودار شماره ۳ حاکی از آن است که تمامی بیمارانی که درمان دارویی یا فراشناختی دریافت کرده‌اند توانسته‌اند پس از پایان دوره درمان بر اضطراب خود غلبه کرده و کاهش قابل ملاحظه‌ای در علائم اضطرابی تجربه کنند. این نکته در مورد بیماران گروه کنترل صدق نمی‌کرد و نمرات آن‌ها از آغاز پژوهش تا پایان آن تنها اندکی کاهش یافته است. در مرحله‌ی پیگیری، شدت اضطراب بیماران تمام گروه‌های درمانی افزایش یافت که این افزایش برای دو گروه دریافت‌کننده‌ی درمان فراشناختی بسیار

پیگیری بدون هیچ‌گونه درمانی نتوانستند در این زمینه پیشرفت چندانی داشته باشند. در نهایت، همان‌گونه که در نمودار شماره ۵ نشان داده شده است، طی مرحله‌ی پس از درمان بیماران دریافت‌کننده‌ی درمان فراشناختی توانسته‌اند در مقایسه با بیماران دو گروه درمان دارویی و کنترل به پیشرفت به‌مراتب بیشتری در علائم افسردگی دست پیدا کنند. میانگین نمرات بیماران گروه درمان ترکیبی به‌دلیل افزایش نمره بیمار اول این گروه در جلسه‌ی میانی بسیار بالاتر از بقیه گروه‌ها بود. هم‌چنین، بیماران گروه درمان دارویی توانسته‌اند تا پایان درمان تقریباً هم‌پای بیماران درمان فراشناختی حرکت کنند. پس از ۴۵ روز، بیماران دو گروه دریافت‌کننده‌ی درمان فراشناختی به عکس بقیه‌ی گروه‌ها، توانستند علائم افسردگی خود را کنترل کنند.

بحث

هدف از این پژوهش ارزیابی تاثیر درمان فراشناختی بر باورهای فراشناختی، فرانگرانی، علائم و نشانه‌های بیماران مبتلا به GAD بود. با نگاه دقیق‌تر در می‌یابیم که طبق یافته‌ی اول، درمان فراشناختی توانست طی ۷ تا ۹ جلسه میزان اعتقاد بیماران را به باورهای فراشناختی به‌میزان چشمگیری کاهش دهد. این در حالی است که بیماران دو گروه درمان دارویی و کنترل طبعاً نمی‌توانند بدون هیچ‌گونه آموزشی در این زمینه، کاهش چندانی را شاهد باشند. این یافته با پژوهش‌های Wells و همکاران [۱۱] و Van der Heiden و همکاران [۱۴] که نشان دادند درمان فراشناختی می‌تواند میزان اعتقاد بیماران را به باورهای فراشناختی کاهش دهد، هم‌خوان است. در همین راستا، پژوهش‌های همبستگی نشان می‌دهد باورهای فراشناختی با اضطراب صفت [۳۷،۳۶]، آمادگی برای اضطراب آسیب‌زا [۳۸] و اختلال اضطراب فراگیر [۲۲] رابطه دارد. نشان داده شده است که تفاوت در فراشناخت‌ها و نه نگرانی، می‌تواند گروه مبتلا به GAD را از گروه بدون اختلال متمایز کند [۱۸]. در رویکرد درمانی فراشناخت طی تک‌تک جلسات بر نقش فراشناخت‌ها در شکل‌گیری آسیب‌شناسی روانی تاکید می‌گردد. در مورد اختلال اضطراب فراگیر این مدل بیان می‌کند که پس از نگرانی اولیه، باورهای فراشناختی مثبت فعال شده که خود منجر به راه‌اندازی سندروم شناختی/توجهی می‌شود [۳۹،۲]. پیامدهای درگیر شدن افراطی در این سندروم می‌تواند تبیین‌کننده‌ی بسیاری از علائم و نشانه‌های GAD از قبیل نگرانی مفرط، سوگیری توجهی، و اطمینان‌خواهی‌های افراطی باشد. پس از اینکه بیمار به دام این سندروم افتاد احساس می‌کند نمی‌تواند فرآیندهای ذهنی خود را کنترل کرده و بدین وسیله، باورهای فراشناختی منفی شکل

می‌گیرند. از نظر Wells [۲] پس از شکل‌گیری باورهای فراشناختی منفی است که می‌توان صحبت از ایجاد و تداوم اختلال کرد. در واقع، این درمان به جای چالش بر زحمت با محتوای نگرانی بر چالش با فراشناخت‌هایی که مسئول کنترل فرآیندهای شناختی هستند، تاکید کرده و از یک‌سو می‌تواند در مدت زمان کوتاه‌تری به اهداف درمانی دست پیدا کند و از سوی دیگر منجر به اصلاح محتوای شناخت‌ها می‌شود [۱۲]. یافته‌ی دوم این پژوهش نشان داد که درمان فراشناختی بر خلاف درمان دارویی می‌تواند باعث کاهش معنی‌دار فرانگرانی در بیماران شود. این یافته با نتایج پژوهش‌های Wells و King [۱۲]، Wells و همکاران [۱۱] و Van der Heiden و همکاران [۱۴] در یک راستاست. در اهمیت فرانگرانی در اختلال اضطراب فراگیر لازم است گفته شود پژوهش‌ها نشان می‌دهند فرانگرانی با نگرانی صفت [۴۰]، توصیف نگرانی به‌عنوان مشکل [۳۶]، اضطراب صفت و استفاده پیش‌تر از راه‌برد سرکوب فکر [۴۱] رابطه مثبت معنی‌دار دارد. طبق مدل فراشناختی، فرانگرانی به دو دلیل مشکل‌زا است: اولاً، زمانی-که بیمار نگرانی را خطرناک ارزیابی می‌کند، با انجام رفتارهایی مثل اطمینان‌خواهی باعث تداوم نگرانی می‌شود؛ زیرا با تکیه کردن بر اطلاعات بیرونی، فرصت کشف اینکه نگرانی خطرناک نیست را از دست می‌دهند و نمی‌توانند راه‌بردهای مقابله‌ای سازگارانه را بیاموزند. ثانیاً، راه‌بردهای کنترل فکری مثل سرکوب فکر منجر به فراوانی بیشتر افکار مزاحم شده و باور مبنی بر غیرقابل کنترل بودن نگرانی را تقویت می‌کند. بالطبع، درمانی که حدود دو سوم از زمان جلسات خود را صرف چالش با فرانگرانی می‌کند، می‌تواند علت نزدیک اختلال اضطراب فراگیر را کنترل کرده و نیروی آن را کاهش دهد. البته نمرات بیماران درمان دارویی نیز در مرحله‌ی پس از درمان کاهش یافته بود که می‌تواند بازتاب کاهش علائم و نشانه‌های اضطرابی آن‌ها باشد، زیرا دارو می‌تواند علائم و نشانه‌های این اختلال را به خوبی کنترل کند [۴۳،۴۲] و پس از کاهش علائم و نشانه‌ها، بیماران دیگر نگرانی چندانی تجربه نمی‌کنند که بخواهند ارزیابی منفی از آن داشته باشند. افزایش نمرات آن‌ها در مرحله‌ی پیگیری نیز تایید‌کننده‌ی این فرض است. سرانجام با توجه به نمرات بیماران در مقیاس‌های اضطراب بک (BAI) و اضطراب همیلتون (HARS) می‌توان اظهار کرد که بیماران دریافت‌کننده‌ی درمان فراشناختی طی مراحل پس از درمان و پیگیری ۴۵ روزه توانستند از شر علائم و نشانه‌های اضطرابی خود به میزان قابل ملاحظه‌ای خلاص شوند. این در حالی بود که گروه درمان دارویی در مرحله‌ی پیگیری و گروه کنترل در هیچ‌یک از مراحل به این دست‌آورد دست نیافتند. در

سراسم آوری که برای بیماران مبتلا به آن به همراه دارد، مورد توجه سازمان بهداشت جهانی (WHO) می‌باشد [۴۸]. هزینه‌های که این بیماران طی دوره‌ی طولانی اختلال‌شان می‌پردازند چنان سنگین است که طبق برخی از برآوردها هزینه‌های دارویی آن‌ها تنها ۵ درصد از کل هزینه‌ها را تشکیل می‌دهد [۳]. به‌علاوه، پژوهش‌های داخلی نیز بر مشکلات گوناگون این اختلال صحه گذاشته‌اند [۵]. با توجه به تمامی این موارد نیاز به درمانی که بتواند در زمانی کوتاه اثرات درمانی بلند مدتی داشته باشد، به‌شدت احساس می‌شود. به‌نظر می‌رسد نتایج پژوهش حاضر نشان داد که رویکرد درمانی ابداعی Wells [۱۷،۱۶] می‌تواند به‌طور شایسته به این انتظارات پاسخ دهد. با توجه به فرآیند مدار بودن این نوع درمان [۲] و چالش نکردن با محتوای شناخت‌ها، گزینه‌ی مناسبی برای کنترل اضطراب در جمعیت ایرانی به‌نظر می‌رسد. ضمن استفاده از یافته‌های این پژوهش لازم است تا چند محدودیت را در ذهن داشت. نخستین محدودیت پژوهش حاضر به تعداد کم نمونه اشاره دارد. به‌دلیل تفاوت‌های فردی بسیاری که میان بیماران روان-پزشکی به چشم می‌خورد توصیه می‌شود تا پژوهش‌های آینده فرضیات این چنینی را در بافت‌های گسترده‌تر آزمون کنند. هم-چنین، با در نظر گرفتن تاثیر عوامل شخصیتی و هوش در ایجاد و تداوم اختلال‌های گوناگون، پیشنهاد می‌شود تا این عوامل در مطالعات آتی کنترل شوند. به‌علاوه، همان‌طور که قبلاً گفته شد بیمار اول گروه درمان ترکیبی در جلسات میانی پدر خود را از دست داد و درمانگران ناچار شدند دو جلسات بعدی را با تاخیر شروع کرده و بیش‌تر بر افسردگی و واکنش‌های سوگ وی تمرکز کنند؛ به‌همین دلیل در این جلسات از پروتکل درمان فراشناختی برای افسردگی [۲] نیز استفاده شد. از آنجایی‌که هدف این پژوهش ارزیابی تاثیر درمان فراشناختی بر GAD بود، این امر می‌تواند به اعتبار داده‌های به‌دست آمده طی جلسات میانی خدشه وارد کند، اما به یافته‌های پس از درمان و پیگیری ۴۵ روزه آسیبی نمی‌زند. در نهایت، پیشنهاد می‌شود با توجه به مزمن بودن GAD، دوره‌های پیگیری در پژوهش‌های بعدی طولانی‌تر در نظر گرفته شود.

تشکر و قدردانی

بدین‌وسیله از تمامی مسئولان بیمارستان بقیه‌الله اعظم (عج) تهران، به‌خصوص مسئولین بخش اعصاب و روان که تمهیدات لازم برای انجام پژوهش حاضر را فراهم نمودند، سپاس‌گذاری و قدردانی می‌کنیم.

مورد بیماران دریافت‌کننده‌ی درمان فراشناختی این یافته با نتایج برخی از پژوهش‌ها [۱۴،۱۲،۱۱] هماهنگ است. در حقیقت، رویکرد درمانی فراشناخت توانست با هدف قرار دادن عوامل زیربنایی اضطراب مرضی، علائم و نشانه‌ها که در واقع خروجی این عوامل هستند را به حد طبیعی برساند. هم‌چنین، نتایج پژوهش حاضر بیان‌گر آن است که درمان دارویی نیز می‌تواند در حد قابل قبولی علائم و نشانه‌های اضطرابی را بهبود بخشد. این یافته با طیف گسترده‌ای از نتایج پژوهش‌ها مبنی بر اثربخشی مناسب دارو درمانی برای GAD هم‌خوان است [۴۵-۴۳]. داروهایی که این بیماران دریافت کردند (سیتالوپرام و بوسپیرون) جز بازدارنده‌های جذب مجدد سروتونین (SSRIs) بوده و با افزایش دوره ماندگاری سروتونین در فضای سیناپسی، اثرات ضد اضطرابی و ضد افسردگی خود را بروز می‌دهند [۴۶]. با این وجود، یافته‌های برخی از پژوهش‌ها [۴۷] نشان می‌دهد که درمان دارویی بیماران مبتلا به GAD بایستی دست‌کم به‌مدت ۶ ماه ادامه یابد تا منجر به عود نگردد. این گفته تبیین‌کننده‌ی افزایش اندک نمرات بیماران درمان دارویی طی مرحله‌ی پیگیری است. هم‌چنین، با توجه به نمرات بیماران در مقیاس افسردگی بک (BDI-II) لازم است اشاره شود که میانگین نمرات گروه درمان فراشناختی و گروه درمان دارویی تا مرحله‌ی پس از درمان به‌طور منظمی کاهش یافته است، اما پس از پایان درمان، گروه درمان فراشناختی بر خلاف گروه درمان دارویی به این روند ادامه داده است. به‌علاوه، بیمار اول گروه درمان ترکیبی در جلسات میانی پدر خود را از دست داد که این امر منجر به افزایش چشم‌گیر نمرات وی در مقیاس افسردگی بک (BDI-II) گردید، اما وی به‌همراه بیمار دوم این گروه توانست پس از پایان درمان و طی مرحله‌ی پیگیری بر افسردگی خود غلبه کند. گروه کنترل نیز در کل طی مراحل درمان و پیگیری شاهد تغییر اندکی در علائم و نشانه‌های اضطرابی و افسردگی خود بوده است.

نتیجه‌گیری

به‌طور خلاصه نتایج این پژوهش نشان داد که درمان فراشناختی می‌تواند در مدت زمان کوتاه‌تری نسبت به رویکردهای کوتاه‌مدت دیگر (مثل درمان شناختی رفتاری) به اثرات درمانی بلند مدت بر حسب درگیر شدن در مکانیسم‌های زیربنایی اضطراب آسیب‌شناختی و کاهش علائم و نشانه‌های اختلال اضطراب فراگیر دست پیدا کند. این درمان در پاسخ به ناتوانی درمان‌های دیگر برای بهبود و پیش‌گیری از عود اختلال‌های هیجانی به‌خصوص اختلال اضطراب فراگیر به‌وجود آمد. این بیماری به‌دلیل هزینه‌های

References:

- [1] Barlow DM. Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic. 2nd ed. New York: Guilford Press; 2002.
- [2] Wells A. Metacognitive therapy for anxiety and depression. New York: Guilford Press; 2009.
- [3] Montgomery SA. Handbook of generalized anxiety disorder. London: Spinger Healthcare; 2010.
- [4] Lieb R, Becker E, Altamura C. The epidemiology of generalized anxiety disorder in Europe. *Eur Neuropsychopharmacol* 2005; 15(4): 445-52.
- [5] Hamidpour H, Dolatshahi B, Pour shahbaz A. The efficacy of schema therapy in treating women's Generalized Anxiety Disorder. *Iran J Psychiatry Clin Psychol* 2011; 16(4): 420-31. [in Persian]
- [6] Arntz A. Cognitive therapy versus applied relaxation as treatment of generalized anxiety disorder. *Behav Res Ther* 2003; 41(6): 633-46.
- [7] Ost LG, Breitholtz E. Applied relaxation vs. cognitive therapy in the treatment of generalized anxiety disorder. *Behav Res Ther* 2000; 38(8): 777-90.
- [8] Davey GCL, Wells A. Worry & its psychological disorders: Theory, Assessment & treatment. London: Wiley; 2006.
- [9] Roemer L, Orsillo SM. An open trial of an acceptance-based behavior therapy for generalized anxiety disorder. *Behav Ther* 2007; 38(1): 72-85.
- [10] Ladouceur R, Gosselin P, Dugas MJ. Experimental manipulation of intolerance of uncertainty: A study of a theoretical model of worry. *Behav Res Ther* 2000; 38(9): 933-41.
- [11] Wells A, Welford M, King P, Papageorgiou C, Wisley J, Mendel E. A pilot randomized trial of metacognitive therapy vs applied relaxation in the treatment of adults with generalized anxiety disorder. *Behav Res Ther* 2010; 48(5): 429-34.
- [12] Wells A, King P. Metacognitive therapy for generalized anxiety disorder: An open trial. *J Behav Ther Exp Psychiatry* 2006; 37(3): 206-12.
- [13] Covin R, Ouimet AJ, Seeds PM, Dozois DJ. A meta-analysis of CBT for pathological worry among clients with GAD. *J Anxiety Disord* 2008; 22(1): 108-16.
- [14] Van der Heiden C, Muris P, Van der Molen HT. Randomized controlled trial on the effectiveness of metacognitive therapy and intolerance-of-uncertainty therapy for generalized anxiety disorder. *Behav Res Ther* 2012; 50(2): 100-9.
- [15] Wells A. Cognition About Cognition: Metacognitive Therapy and Change in Generalized Anxiety Disorder and Social Phobia. *Cogn Behav Pract* 2007; 14: 18-25.
- [16] Wells A. Meta-cognition and worry: A cognitive model of generalized anxiety disorder. *Behav Cogn Psychother* 1995; 23: 301-20.
- [17] Wells A. Cognitive therapy of anxiety disorders: A practice manual and conceptual guide. UK: Wiley; 1997.
- [18] Ruscio AM, Borkovec TD. Experience and appraisal of worry among high worriers with and without generalized anxiety disorder. *Behav Res Ther* 2004; 42(12): 1469-82.
- [19] Wells A, Carter K. Further Tests of a Cognitive Model of Generalized Anxiety Disorder: Metacognitions and Worry in GAD, Panic Disorder, Social Phobia, Depression and Non-patients. *Behav Ther* 2001; 32: 85-102.
- [20] Wells A. A multidimensional measure of worry: Development and preliminary validation of the Anxious Thoughts Inventory. *Anxiety Stress Coping* 1994; 6: 289-99.
- [21] Ruscio AM. Delimiting the boundaries of Generalized Anxiety Disorder: Differentiating high worriers with and without GAD. *J Anxiety Disord* 2002; 16(4): 377-400.
- [22] Davis RN, Valentiner DP. Does meta-cognitive theory enhance our understanding of pathological worry and anxiety? *Pers Individ Dif* 2000; 29: 513-26.
- [23] Saed O, Purehsan S, Akbari S. Correlation among meta-cognitive beliefs and anxiety-depression symptoms. *Proced Soc Behav Sci* 2010; 5: 1685-9.
- [24] Barahmand U. Meta-cognitive profiles in anxiety disorders. *Psychiatry Res* 2009; 169(3): 240-3.
- [25] ZahediTajrishi K, Mohammadkhani S, Jadidi F. Metacognitive beliefs and negative emotions. *Proced Soc Behav Sci* 2011; 30: 530-3. [in Persian]
- [26] Ballenger JC, Davidson JR, Lecrubier Y, Nutt DJ, Borkovec TD, Rickels K, et al. Consensus statement on generalized anxiety disorder from the International Consensus Group on Depression and Anxiety. *J Clin Psychiatry* 2001; 62 Suppl 11: 53-8.
- [27] Wells A, Cartwright-Hatton S. A short form of the Metacognitions Questionnaire: Properties of the MCQ 30. *Behav Res Ther* 2004; 42(4): 385-96.
- [28] Spadaa MM, Mohiyeddinia C, Wells A. Measuring metacognitions associated with emotional distress: Factor structure and predictive validity of the metacognitions questionnaire 30. *Pers Individ Dif* 2008; 45(3): 238-42.
- [29] Wells A, Welford M, Fraser J, King P, Mendel E, Wisley J, et al. Chronic PTSD treated with metacognitive therapy: An open trial. *Cogn Behav Pract* 2008; 1(15): 85-92.
- [30] Wells A. The Metacognitive model of GAD: Assessment of meta-worry and relationship with DSM-IV generalized anxiety disorder. *Cogn Ther Res* 2005; 29(1): 107-21.
- [31] Beck AT, Epstein N, Brown G, Steer RA. An inventory for measuring clinical anxiety:

- Psychometric properties. *J Consult Clin Psychol* 1988; 56(6): 893-7.
- [32] Kaviani H, Mousavi AS. Psychometric properties of the Persian version of Beck Anxiety Inventory (BAI) in age & sexuality classes of Iranian population. *Tehran Univ Med Sci* 2008; 66(2): 126-40. [in Persian]
- [33] Beck AT, Steer RA, Garbin MG. Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clin Psychol Rew* 1988; 8(1): 77-100.
- [34] Fata L, Birashk B, Atef-Vahid MK, Dabson KS. Meaning assignment structures, schema, emotional states and cognitive processing of emotional information: comparing two conceptual frameworks. *Iran J Psychiat Clin Psychol (Andisheh Va Raftar)* 2005; 11(3): 312-26. [in Persian]
- [35] Abolghasemi A, Narimani M. Psychological Tests. Adabil: Bagh-e- Rezvan; 2005. [in Persian]
- [36] Cartwright-Hatton S, Wells A. Beliefs about worry and intrusions: The Meta-Cognitions Questionnaire and its correlates. *J Anxiety Disord* 1997; 11(3): 279-96.
- [37] Wells A, Papageorgiou C. Relationships between worry, obsessive-compulsive symptoms, and meta-cognitive beliefs. *Behav Res Ther* 1998; 36(9): 899-913.
- [38] Bouman TK, Meijer KJ. A preliminary study of worry and metacognitions in hypochondriasis. *Clin Psychol Psychother* 1999; 6: 96-102.
- [39] Wells A. Emotional disorders and metacognition: Innovative cognitive therapy. UK: Wiley; 2000.
- [40] Nuevo R, Montorio I, Borkovec TD. A test of the role of metaworry in the prediction of worry severity in an elderly sample. *J Behav Ther Exp Psychiatry* 2004; 35(3): 209-18.
- [41] Purdon C. Thought suppression and psychopathology. *Behav Res Ther* 1999; 37(11): 1029-1054.
- [42] Rickels K, Zaninelli R, McCafferty JP, Bellew KM, Iyengar M, Sheehan D. Paroxetine treatment of generalized anxiety disorder: A Double-blind, placebo-controlled study. *Am J Psychiatry* 2003; 160(4): 749-56.
- [43] Rahmani F, Salehi M, Rezaei F. Treating Generalized Anxiety Disorder using pharmacological & psychodynamic approach of therapy. *J Iran Psychologist* 2009; 5(20): 277-87. [in Persian]
- [44] Rynn MA, Siqueland L, Rickels K. Placebo-controlled trial of sertraline in the treatment of children with generalized anxiety disorder. *Am J Psychiatry* 2001; 158(12): 2000-14.
- [45] Davidson JR, Bose A, Korotzer A, Zheng H. Escitalopram in treatment of generalized anxiety disorder: Double-blind, placebo controlled, flexible-dose study. *Depress Anxiety* 2004; 19(4): 234-40.
- [46] Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan and Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. New York: Lippincott Williams & Wilkins; 2007.
- [47] Allgulander C, Florea I, Huusom AK. Prevention of relapse in generalized anxiety disorder by escitalopram treatment. *Int J Neuropsychopharmacol* 2006; 9(5): 495-505.
- [48] Alirezaie Motlagh M, Asadi Z. Effective of Cognitive Behavioral Therapy in reduction anxiety of adolescent girls with generalized anxiety disorder. *Res in Excep Child* 2009; 9(1): 25-34. [in Persian]