

فصلنامه پژوهش‌های نوین روانشناختی

سال یازدهم شماره ۴۱ بهار ۱۳۹۵

مقایسه اثر بخشی فراشناخت درمانی و تن‌آرامی کاربردی بر علایم زنان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر

ام‌البنین صادق‌پور^۱

چکیده

پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثر بخشی فراشناخت درمانی و تن‌آرامی کاربردی بر علایم زنان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر انجام شد. این پژوهش از نوع پژوهش‌های نیمه‌تجربی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون دو گروهی بود. از بین زنان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره و کلینیک‌های روانپزشکی شهر تبریز ۴۰ نفر به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و به‌صورت جایگزینی تصادفی در دو گروه فراشناخت درمانی (۲۰ نفر) و تن‌آرامی (۲۰ نفر) قرار گرفتند. پس از اجرای پیش‌آزمون که با استفاده از پرسشنامه نگرانی پنیسلوانیا و آزمون اضطراب بک به‌عمل آمد، گروه فراشناخت درمانی و تن‌آرامی به‌ترتیب تحت درمان هفتگی فراشناخت درمانی و تن‌آرامی به‌مدت ۱۲ جلسه یک‌ساعته قرار گرفتند. یافته‌های حاصل از تحلیل کواریانس نشان داد که درمان فراشناختی در کاهش علایم اضطراب و نگرانی نسبت به تن‌آرامی برتری دارد.

واژگان کلیدی: فراشناخت درمانی؛ تن‌آرامی؛ اختلال اضطراب فراگیر

۱- دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، دانشگاه پیام نور بین‌المللی عسلویه

مقدمه

اختلال اضطراب فراگیر^۱، اختلالی اضطرابی است که به صورت نگرانی مزمن، فراگیر و غیرقابل کنترل توصیف شده است (انجمن روانپزشکی آمریکا^۲، ۲۰۰۰) بر خلاف تصور رایج که حاکی از متوسط بودن سطح آسیب در عملکرد این اختلال است، اختلال اضطراب فراگیر با آسیب معنی‌دار در عملکرد روانی-اجتماعی مرتبط می‌باشد (ویتچن، ژائو، کسلر و ایتون^۳، ۱۹۹۴) و به‌ندرت به‌خودی‌خود بهبود یافته (یونکر، ورشو، ماسیون و کلر^۴، ۱۹۹۶) و بیشتر از دیگر اختلالات اضطرابی، به‌صورت مزمن باقی می‌ماند (ویتچن و هویر^۵، ۲۰۰۱). اگر چه اختلال اضطراب فراگیر یک اختلال شایع در حوزه روان‌شناسی بالینی می‌باشد اما در مقایسه با اختلال‌های اضطرابی دیگر مانند حملات وحشت‌زدگی^۶ و هراس اجتماعی^۷ دانش نظری اندکی درباره آن وجود دارد و درباره علت‌شناسی آن نیز تاکنون مدل قطعی آشکار نشده است (لایب، بکر و آلتامورا^۸، ۲۰۰۵). این اختلال می‌تواند تأثیرات سوئی بر کارکرد فرد و خانواده داشته باشد، به‌عنوان مثال سناراتنه، فن آمرینگن، مانچینی و پترسون^۹ (۲۰۱۰) در پژوهش خود نشان دادند که اضطراب نه تنها بر روی خود فرد، که بر اعضای خانواده نیز هزینه‌هایی را تحمیل می‌کند. این تأثیر شامل حیطه‌هایی مثل تأثیر منفی بر سلامت جسمانی، سلامت روان‌شناختی و کارکرد خانواده بود. در پژوهشی دیگر، ویسمن^{۱۰} (۱۹۹۹)، نشان داد زنانی که مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر بودند، نسبت به زنان سالم، آشفتگی زناشویی بیشتری را گزارش کردند. پژوهش‌ها از مؤثر بودن برخی از روش‌های درمانی در درمان اختلال اضطراب فراگیر حکایت دارند. به‌عنوان مثال درمان رفتاری-شناختی و تن‌آرامی کاربردی در درمان این اختلال مؤثر بوده‌اند (فیشر، ۲۰۰۶). از بین تمامی تکنیک‌های کاهش اضطراب، تن‌آرامی کاربردی بیشترین حمایت‌های تجربی را برای درمان اضطراب فراگیر به‌دست آورده است (دوگاس،

1- general anxiety disorder
3- Wittchen, Zhao, Kessler & Eaton
5- Wittchen and Hoyer
7- social phobia
9- Senaratne, Van Ameringen, Mancini & Patterson

2- American psychiatry association
4- Yonkers, Warshaw, Massion & Keller
6- panic attack
8- Leib, Becker & Altamora
10- Whisman

بریلون، ساوارد، تارکوت، گودت، لادوسر^۱ و همکاران، ۲۰۱۰). در حقیقت تن آرامی کاربردی به عنوان یکی از محدود درمان های اضطراب فراگیر شناخته می شود که دارای حمایت تجربی است (چامبلز و اولندیک^۲، ۲۰۰۱). تن آرامی یکی از مهم ترین تکنیک های درمانی برای اختلالات اضطرابی است (کونارد و روث^۳، ۲۰۰۷) که تحول آن به کارهای جاکوبسن بر می گردد، که برای اولین بار "تن آرامی عضلانی پیشرونده"^۴ را - بر پایه این نظریه که آرامش عضلانی ممکن است به آرامش ذهنی منجر شود - معرفی کرد (همان). هویر، بیسودو، گلوستر، رانج، هافلر و بکر^۵ (۲۰۰۹) در پژوهش خود که به مقایسه تن آرامی کاربردی با مواجهه سازی با نگرانی^۶ پرداختند، نشان دادند که میزان بهبودی بیماران ۴۸ درصد در درمان مواجهه و ۵۶ درصد در تن آرامی کاربردی می باشد. در یک مقایسه تصادفی رفتاردرمانی شناختی و تن آرامی، میزان بهبودی پس از درمان ۳۵٪ در رفتاردرمانی شناختی و ۴۴٪ در تن آرامی گزارش شده است (آرنتز^۷، ۲۰۰۳). با این وجود سطح بهبودی در مطالعات مختلف مربوط به این دو درمان، هیچ گونه برتری نسبت به هم نداشته اند (فیشر، ۲۰۰۶). برخی از پژوهش ها نتوانستند برتری این تکنیک را بر دیگر روش های درمانی اختلال اضطراب فراگیر نشان دهند و در مواردی نیز میزان بهبودی در این روش ها چندان مطلوب نبوده است (آرنتز، ۲۰۰۳) و حتی برخی تحقیقات نشان داده اند که تأثیر تن آرامی حتی بیشتر از "پلاسیبوی روان شناختی"^۸ نیست (گریست و همکاران، ۲۰۰۲؛ پارک و همکاران، ۲۰۰۱).

تلاش های اخیر برای بهبود نتایج درمان از تکنیک های پذیرش^۹ (رومر و ارسیلو^{۱۰}، ۲۰۰۷)، مدل های مبتنی بر نگرانی آسیب شناختی^{۱۱} و نیز ترکیب تکنیک های شناخت درمانی با تن آرامی کاربردی استفاده کرده اند، هر چند این روش ها میزان بهبودی را افزایش می دهند اما هنوز هم مشکل اساسی در میزان بهبودی پابرجا می ماند (ولز و

1- Dugas, Brillon, Savard, Turcotte, Gaudet & Ladouceur
3- Conard & Roth
5- Hoyer, Beesdo., Gloster, Runge, Hofler & Becker
7- Arntz
9- acceptance
11- pathological worry

2- Chambless, Ollendick
4- progressive muscle relaxation
6- worry exposure
8- psychological placebo
10- Roemer & Orsillo

همکاران، ۲۰۱۰).

ولز معتقد است اختلال‌های اضطرابی از جمله اختلال اضطراب فراگیر فقط تا حدودی به درمان رفتاری- شناختی پاسخ می‌دهد (ولز و کینگ، ۲۰۰۶). در مقایسه پژوهش ولز و کینگ (۲۰۰۶) نشان داد که فراشناخت درمانی^۱ منجر به کاهش اساسی در همه ابعاد نگرانی (اجتماعی، سلامتی و فرانگرانی) می‌شود. همچنین این درمان بهبودی ۸۷ درصدی را پس از درمان و ۷۵ درصدی را پس از ۱۲ ماه نشان می‌دهد.

مدل فراشناختی اختلال اضطراب فراگیر توسط ولز تحول یافته است. طبق این مدل نگرانی غیرقابل کنترل و تعمیم‌یافته به‌عنوان ویژگی اصلی این اختلال است. در این مدل باورها، ارزیابی‌ها و راهبردهای کنترلی، عوامل اصلی در تحول، حفظ و پایداری این اختلال هستند. این مدل با تأکید بر نقش فراشناخت، نسبت به نقش باورهای ناسازگار در جهان به‌عنوان یک محل خطرناک، از دیگر مدل‌های شناختی اضطراب فراگیر متمایز می‌گردد. بنابراین، نگرانی در اختلال اضطراب فراگیر نه تنها یک پیامد نشانه شناختی اضطراب، بلکه یک سبک فعال و برانگیزاننده ارزیابی و مقابله با تهدیدات است که از باورهای شخصی منشأ می‌گیرد. افراد دارای این اختلال، نگرانی را به‌منظور مقابله با خطرات و تهدیدهای مورد انتظار به‌کار می‌برند (ولز، ۲۰۰۰). مدل فراشناختی ولز (۱۹۹۵-۱۹۹۷؛ به نقل از ولز، ۲۰۰۰) بیان می‌کند که افراد دارای اختلال اضطراب فراگیر مانند اغلب مردم عقاید مثبتی نسبت به نگران شدن (به‌عنوان وسیله‌ای مؤثر در ارتباط با تهدید) دارند. با این حال نگرانی به‌عنوان یک وسیله مقابله‌ای تغییرناپذیر مورد استفاده قرار می‌گیرد و این مسأله منجر به این مشکل می‌شود که عقاید منفی نسبت به کنترل‌ناپذیری و خطرزا بودن نگرانی، به‌ساز و کارهای غیرسودمند می‌انجامد. در این مدل دو زیرمجموعه گسترده از نگرانی متمایز شده‌اند که نگرانی نوع ۱ و نگرانی نوع ۲ نامیده شده‌اند. نگرانی نوع ۱ به نگرانی درباره رویدادهای بیرونی و نشانه‌های جسمانی اطلاق می‌شود و می‌تواند از نگرانی نوع ۲ متمایز شود که در ارتباط با برآوردهای منفی از نگرانی

1- metacognitive therapy

است. ضرورتاً نگرانی نوع ۲ نگرانی درباره نگرانی (فرانگرانی) است.

در مدل ولز، نگران شدن به عنوان یک وسیله مقابله با تهدید مورد استفاده قرار می‌گیرد، همچنین در طول ایجاد اختلال اضطراب منتشر برآوردهای منفی نگرانی و عقاید منفی مرتبط با نگرانی رشد پیدا می‌کنند. دو حوزه مهم مربوط به عقاید و برآورد منفی عبارتند از: ۱- کنترل ناپذیری نگرانی و ۲- خطرزا بودن پیامدهای آن برای عملکرد جسمی، روان‌شناختی و اجتماعی. وقتی فراشناخت‌های منفی از این نوع رشد می‌کنند، فرد مقدار زیادی پریشانی و نگرانی را تجربه می‌کند. وجود همزمان عقاید مثبت و منفی (به عنوان یک ساز و کار دفاعی و مقابله‌ای علیه رویدادها) درباره نگرانی منجر به تردیدی غیرسودمند و تلاش برای اجتناب یا پرداختن به نگرانی، و استفاده از تنظیم ذهنی غیرسودمند مانند اطمینان‌جویی^۱ و سرکوب فکر می‌شود. وقتی چنین ساز و کارهایی موفقیت‌آمیز باشند، شخص را از کشف این که نگرانی منجر به فاجعه نمی‌شود، جلوگیری می‌کنند. برای مثال تلاش در سرکوبی افکار که نگرانی را بر می‌انگیزد، می‌تواند نتیجه معکوس داده و مشغولیت با این افکار را افزایش دهند. ساز و کارهایی مانند اطمینان‌جویی به شخص اجازه نمی‌دهند تا به طور واضح کشف کند که نگرانی می‌تواند توسط خود فرد کنترل شود (ولز، ۲۰۰۰). از این مدل استنباط می‌شود که درمان موفق اختلال اضطراب فراگیر باید روی تغییر چندین عامل فراشناختی تمرکز کند: ایجاد راهکار کنترل کردن افکار منفی، عقاید غلط درباره کنترل ناپذیری نگرانی، عقاید منفی درباره خطرزا بودن نگرانی و عقاید مثبتی که از اطمینان زیاد بر نگرانی به عنوان یک ساز و کار مقابله‌ای حمایت می‌کند. آنچه در درمان فراشناختی مورد تأکید قرار می‌گیرد عواملی است که تفکر را کنترل می‌کند و وضعیت ذهن را تغییر می‌دهد نه چالش با افکار و خطاهای شناختی یا مواجه طولانی مدت و مکرر با باورها در مورد تروما یا نشانه‌های بدن (ولز، ۲۰۰۱). علاوه بر تحقیقاتی که ولز و همکاران در این زمینه انجام داده‌اند (برای مرور مراجعه شود به ولز و همکاران، ۲۰۱۰)؛ برخی از پژوهشگران دیگر نیز اثربخشی این درمان را بر روی اضطراب مورد بررسی قرار داده‌اند برای مثال هایدن، موریس و مولن (۲۰۱۲)

1- reassurance seeking

در کارآزمای کنترل‌شده تصادفی که انجام دادند به این نتیجه رسیدند که فراشناخت درمانی اثربخشی بالایی در درمان اختلال اضطراب فراگیر دارد (ضریب تأثیر ۰/۹۴ تا ۲/۳۹). همچنین در پژوهشی که شفیع‌ی سنگ‌آتش، رفیعی‌نیا و نجفی (۱۳۹۱) انجام دادند نتایج نشان داد میانگین اضطراب، فرانگرانی و مؤلفه‌های باورهای فراشناختی در گروه آزمایش، پس از مداخله درمانی فراشناختی در مقایسه با گروه گواه به‌طور معناداری کاهش پیدا کرده است.

به‌طور خلاصه پژوهش حاضر خواهد کوشید تا دو نوع متفاوت از درمان‌های اضطرابی را که از دو منبع متفاوت سرچشمه گرفته‌اند (تن آرامی کاربردی از رویکرد رفتاردرمانی و فراشناخت درمانی از دیدگاه شناختی) با یکدیگر مقایسه کند. بر طبق دانش ما، در خصوص فراشناخت درمانی بر روی افراد مبتلا به اضطراب فراگیر تحقیقات معدودی در ایران صورت گرفته است و هیچ پژوهشی این درمان را با تن آرامی کاربردی مقایسه نکرده است. علت انتخاب این دو درمان این بوده که فراشناخت درمانی به عنوان یک درمان جدید که نیازمند پژوهش‌های بالینی است تا اثربخشی اش مشخص شود با درمانی مقایسه شده که از مدت‌ها قبل دارای حمایت‌های تجربی و پژوهشی است (چامبلز و اولندیک، ۲۰۰۱).

روش‌شناسی

طرح پژوهش حاضر از نوع نیمه‌آزمایشی دوگروهی با پیش و پس‌آزمون بود که آزمودنی‌ها با نمونه‌گیری غیرتصادفی هدفمند و جایگزینی تصادفی در دو گروه انجام گرفته بود. جامعه آماری پژوهش حاضر عبارت بود از زنان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر مراجعه کننده به مراکز مشاوره و کلینیک‌های روانپزشکی شهر تبریز (مراکز علامه امینی، هلال احمر و نیز بزرگمهر) در سال ۱۳۹۳ که از بین این مراجعان ۴۰ زن به‌صورت نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند و سپس به‌صورت جایگزینی تصادفی در دو گروه (هرگروه ۲۰ نفر) تحت درمان فراشناخت درمانی و تن آرامی کاربردی قرار گرفتند. تعداد نمونه بر اساس پژوهش‌های قبلی و نیز حداقل مقدار مورد نیاز برای روش آماری مورد استفاده انتخاب شدند.

ملاک‌های ورود شرکت‌کنندگان به مطالعه عبارت بود از: سن، حداقل ۱۸ سال و حداکثر ۵۰ سال، تشخیص اختلال اضطراب فراگیر بر اساس مصاحبه بالینی ساختاریافته بر اساس DSM-VI-TR و تأیید تشخیص بر اساس نظر روانپزشک یا روانشناس بالینی، داشتن حداقل مدرک سیکل، توانایی خواندن و نوشتن و صحبت کردن روان. ملاک‌های حذفی هم شامل سایر اختلالات محور یک، ابتلا به اختلال همزمان دیگر، استفاده از هر نوع داروی روان‌پزشکی و روان‌گردان در سه ماه قبل از اولین جلسه درمان و استفاده از هر نوع خدمات روان‌شناختی برای هر اختلال روانی محور ۱ و ۲ بود.

روش اجرا

بعد از گرفتن مشخصات اولیه از بیماران به‌منظور تشخیص این اختلال و رد اختلال‌هایی که شامل ملاک‌های حذفی پژوهش بودند، آزمودنی‌ها در هر دو گروه وارد طرح درمان شدند و در مرحله پیش‌آزمون (قبل از درمان) ابزارهای پژوهش حاضر بر روی مراجعان اجرا شد. سپس درمان به مدت ۱۲ جلسه هفتگی برای گروه تن‌آرامی کاربردی و ۱۲ جلسه هفتگی برای گروه فراشناخت درمانی ادامه یافت. بلافاصله پس از اتمام هر دو درمان پرسشنامه‌ها دو باره تکمیل شدند. جهت رعایت ملاحظات اخلاقی همه مشارکت‌کنندگان فرم رضایت‌نامه آگاهانه را تکمیل نمودند. درمان توسط دو نفر روانشناس بالینی که دارای کارشناسی ارشد در این زمینه بوده و نیز کارگاه‌های مربوطه را گذرانده بودند، اجرا گردید.

فرایند درمان تن‌آرامی کاربردی: تن‌آرامی کاربردی شامل ۱۲ جلسه هفتگی است که هر جلسه ۱ ساعت به طول می‌انجامد. درمان به‌صورت توضیحات زیر اجرا شد (دوگاس و همکاران، ۲۰۱۰):

۱- **جلسه اول: آشنایی با تن‌آرامی و آموزش آگاهی از تنش:** در طول اولین جلسه درمانی به مراجعان درباره اهداف درمان، آموزش داده می‌شود. همچنین مراجعان یاد می‌گیرند که چگونه به‌کارگیری تن‌آرامی باعث کاهش تنش، اضطراب و نگرانی می‌شود.

و در نهایت به مراجعین آموزش داده می‌شود که سطوح تنش عضلانی خود را در طول فعالیت‌های روزمره نظارت کنند.

۲- **جلسات ۲ تا ۵: آموزش رهایی از تنش:** مراجعان یاد می‌گیرند تا گروهی از ماهیچه‌های خود را به‌طور متناوب تنیده و آرام کنند، تا به آرامش کامل برسند (از ۱۶ ماهیچه به ۴ ماهیچه).

۳- **جلسات ۶ تا ۷: تن‌آرامی با یادآوری:** زمانی تن‌آرامی با ۴ گروه ماهیچه به‌خوبی آموخته شد، مراجعان یاد می‌گیرند تا ماهیچه‌های خود بدون مرحله اجرای تنیدگی، آرام کنند.

۴- **جلسه ۸: تن‌آرامی با شمارش:** هنگامی که مراجعان توانستند تن‌آرامی را با یادآوری به‌طور کامل انجام دهند، درمانگر به آرامی شروع به شمردن از ۱ تا ۱۰ می‌کند. و از مراجعان می‌خواهد که با هر شمارش بدن خود را آرام کنند و این آرامش را رفته رفته عمیق‌تر نمایند. هنگامی که مراجعان توانستند شمارش را به‌نحو احسن با مرحله یادآوری ترکیب نمایند، به آنها آموزش داده می‌شود که تن‌آرامی خود را فقط با شمارش انجام دهند.

۵- **جلسه ۹ تا ۱۱: تن‌آرامی شرطی شده:** در این مرحله به مراجعان آموزش داده می‌شود که از تن‌آرامی در موقعیت‌های روزمره استفاده کنند. این مسأله به مراجعان اجازه می‌دهد تا در موقعیت‌های تنش‌زای زندگی به آرامش برسند (مثلاً با شمارش).

۶- **جلسه ۱۲:** جلسه آخر به جلوگیری از عود اختصاص خواهد یافت. مراجعان تشویق می‌شوند تا به‌طور منظم موفقیت‌های خود را ارزیابی کنند و حتی زمانی که به مشکل برخوردند به فعالیت درمانی خود ادامه دهند.

فرایند فرآیند درمانی: این روش درمانی در ۱۲ جلسه و هر جلسه به مدت ۴۵ دقیقه برگزار می‌شود (ولز و کینگ، ۲۰۰۵):

جلسه اول: جلسه اول شامل برقراری رابطه حسنه، ارائه اهداف درمانی، انجام پیش‌آزمون (اجرای آزمون‌ها)، توضیح راجع به مشکل، علل و پیامدهای آن به بیمار می‌باشد.

جلسه دوم: فراخواندن فراشناخت‌ها: در این مرحله دو طبقه کلی نگرانی نوع ۲ و باورهای منفی مطرح هستند: ۱- باورهایی درباره کنترل ناپذیری و از دست دادن کنترل نگرانی ۲- باورها و برآورده‌های مربوط به خطرات نگرانی.

جلسه سوم: ایجاد یک فرمول‌بندی فردی: وقتی که فراشناخت‌ها و رفتارهای کلیدی برانگیخته شدند، درمانگر باید به ایجاد یک فرمول‌بندی فردی (بر پایه مدل ولز)، اقدام کند.

جلسه چهارم: جامعه‌پذیری^۱: جامعه‌پذیری شامل آموزش به بیمار در مورد مدل فراشناختی و فراهم کردن یک چهارچوب ذهنی از درک اهداف تعدیل شناختی - رفتاری می‌شود. در این جلسه هدف ایجاد این درک است که جنبه اصلی مشکل بیمار، نگرانی درباره نگران بودن است.

جلسه پنجم: به چالش کشیدن باورهای مربوط به غیرقابل کنترل بودن نگرانی.

جلسه ششم: مرور تکالیف خانگی، ادامه چالش با باور کنترل ناپذیری (ارائه شواهد مخالف)، اجرای آزمایش از دست دادن کنترل در جلسه درمان، بررسی و متوقف کردن کنترل غیرانطباقی و رفتارهای اجتنابی.

جلسه هفتم: تغییر باورهای مربوط به خطر^۲: باورهای مربوط به خطرهای نگران شدن باید در این مرحله تغییر یابند مانند اعتقاد به این که نگرانی می‌تواند موجب آسیب‌های روانی یا جسمانی شود.

جلسه هشتم: مرور تکالیف خانگی، ادامه چالش با باور مربوط به خطر، تأکید بر معکوس کردن هرگونه راهبردهای غیرانطباقی باقیمانده.

جلسه نهم: تغییر باورهای مثبت: در این مرحله باید باورهای مربوط به این که نگرانی منجر به کارایی بهتر و مقابله با تهدید می‌شود، تغییر یابند.

جلسه ده: مرور تکالیف خانگی، ادامه چالش با باورهای مثبت، اجرای راهبرد عدم مطابقت در جلسه درمان.

جلسه یازده: مرور تکالیف خانگی، کار بر روی معکوس کردن علایم باقی‌مانده،

1- socialization

2- danger- related beliefs

اجرای راهبرد عدم تناسب در جلسه درمان، ادامه چالش با باورهای مثبت، شروع کار بر روی برنامه جدید.

جلسه دوازدهم: تغییر راهبرد (ایجاد یک طرح جدید) و جلوگیری از عود: در تغییر راهبرد، درمانگر و بیمار باید راهبردهای دیگری را برای فکر کردن در مورد تهدید ایجاد کنند. جلوگیری از عود شامل ایجاد یک خلاصه‌ای از ماهیت اختلال اضطراب فراگیر برای درک بیمار و توصیف ساز و کارهای مؤثر در ارتباط با نگرانی است.

برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از آزمون تحلیل کوواریانس (ANCOVA) استفاده شد. داده‌ها به وسیله نرم افزار آماری SPSS-20 تحلیل شدند.

ابزارهای اندازه‌گیری

پرسشنامه نگرانی ایالت پنسیلوانیا (PSWQ)^۱: این ابزار یک پرسشنامه خودسنجی ۱۶ ماده‌ای است که توسط مایر^۲، میلر^۳، متزگر^۴ و بورکوک در سال ۱۹۹۰ تدوین شده و نگرانی شدید، مفرط و غیرقابل کنترل را در زمان‌ها و موقعیت‌های مختلف بالینی غیربالینی مورد سنجش قرار می‌دهد و به‌عنوان ابزاری برای غربالگری اختلال اضطراب فراگیر نیز مورد استفاده قرار گرفته است (داوی و ولز^۵، ۲۰۰۶). شیوه نمره‌گذاری آن لیکرت ۵ درجه‌ای است که از اصلاً درست نیست (نمره ۱) تا کاملاً درست است (نمره ۵) را شامل می‌شود و دامنه نمرات کل آن از ۱۶ تا ۸۰ متغیر است که نمره بیشتر نشانگر اضطراب بالاتر می‌باشد. مطالعات مختلف ویژگی‌های روانسنجی این پرسشنامه را مورد بررسی قرار داده‌اند که حاکی از اعتبار و روایی مطلوب آن می‌باشد (دهشیری، گلزاری، برجعلی و سهرابی، ۱۳۸۸). آلفای کرونباخ این آزمون در بین بیماران مبتلا به اضطراب فراگیر ۰/۸۶ گزارش شده است (براون، آنتونی و بارلو، ۱۹۹۲؛ به نقل از دهشیری و همکاران، ۱۳۸۸). همچنین ضرایب همسانی درونی پرسشنامه در بین گروه‌های عادی و دانشجویی بین ۰/۹۰ تا ۰/۹۱ می‌باشد (دهشیری و همکاران، ۱۳۸۸). این پرسشنامه در

1- Pennsylvania State Worry Questionnaire

3- Miller

5- Davey & Wells

2- Meyer

4- Metzger

ایران توسط دهشیری و همکاران (۱۳۸۸)، هنجاریابی شده و نتایج زیر به دست آمد: ضریب آلفای کرونباخ: ۰/۸۸؛ ضریب باز آزمایی: ۰/۷۹.

مصاحبه بالینی ساختاریافته برای اختلال‌های محور ۱ در DSM-IV (SCID-I):^۱
مصاحبه بالینی ساختاریافته برای اختلال‌های محور یک، مصاحبه‌ای انعطاف‌پذیر است که توسط فرست، اسپیتزر و گیبون^۲ (۱۹۹۷، به نقل از بختیاری، ۱۳۷۹) برای تشخیص‌های DSM-IV تدوین شده است.

پرسشنامه اضطراب بک^۳ (BAI): این پرسشنامه توسط بک، اپستن^۴، براون و ستیر در سال ۱۹۸۸ تدوین شده و شامل ۲۱ ماده بوده و هر ماده نمره‌ای بین ۰ تا ۳ می‌گیرد. دامنه نمرات بین ۰ تا ۶۳ می‌باشد، که نمره بالا نشان‌دهنده اضطراب بیشتر است. هر عبارت بازتاب یکی از علائم اضطراب است که معمولاً افرادی که از نظر بالینی مضطرب هستند یا کسانی که در وضعیت اضطراب انگیز قرار می‌گیرند، بعضی از این علائم را تجربه می‌کنند. بک و همکاران، (۱۹۸۸) همسانی درونی این پرسشنامه ۰/۹۰ و ضریب پایایی باز آزمایی (به فاصله یک هفته) ۰/۷۵ گزارش کرده‌اند. کاپیانی و موسوی (۱۳۸۷) ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه ۰/۹۲ و ضریب پایایی به روش بازآزمایی: ۰/۸۳ به دست آورده‌اند.

یافته‌ها

شرکت‌کنندگان در این پژوهش ۲۲ تا ۳۵ سال داشتند. همه شرکت‌کننده‌ها تحصیلات دیپلم و دانشگاهی داشتند. طول بیماری آنها از ۲ تا ۶ سال بود. آماره‌های توصیفی نمرات آزمون اضطراب بک و پرسشنامه نگرانی پنسیلوانیا در مراحل پیش و پس‌آزمون در جدول (۱) نشان داده شده است.

1- structured clinical interview for DSM disorders
3- Beck Anxiety Inventory

2- First, Spitzer & Gibbon
4- Epstein, & Brown & Steer

جدول (۱) میانگین و انحراف استاندارد آزمودنی‌ها در متغیرهای پژوهش

گروه‌ها	آزمون	آزمون اضطراب بک پرسشنامه نگرانی پنسیلوانیا	
		M	(S.D)
فراشناخت درمانی	پیش‌آزمون	۳۴/۸۰	(۸/۱۱)
	پس‌آزمون	۱۹/۹۵	(۶/۰۴)
تن آرامی	پیش‌آزمون	۳۳/۷۰	(۷/۳۲)
	پس‌آزمون	۲۴/۸۰	(۷/۰۰)

برای تجزیه و تحلیل فرضیه‌های پژوهش از آزمون تحلیل کواریانس (ANCOVA) استفاده شد (جداول ۳ و ۵). قبل از انجام تحلیل کواریانس، ابتدا مفروضه نرمال بودن، همگنی شیب رگرسیون و یکسانی واریانس خطا (آزمون لون) برای متغیر اضطراب و نگرانی به صورت جداگانه مورد بررسی قرار گرفت (جداول ۲ و ۴).

جدول (۲) پیش فرض‌های تحلیل کواریانس اثر بخشی تن‌آرامی و فراشناخت درمانی بر اضطراب

گروه	مرحله	آماره	همگنی شیب رگرسیون برابری خطای واریانس	
			F	معناداری
فراشناخت درمانی	پیش‌آزمون	۰/۱۵	۰/۰۶	
	پس‌آزمون	۰/۱۲	۰/۲۰	
تن‌آرامی	پیش‌آزمون	۰/۱۲	۰/۲۰	۰/۷۷
	پس‌آزمون	۰/۱۴	۰/۲۰	

همان‌طور که در جدول (۲) مشاهده می‌شود فرض نرمال بودن داده‌ها بر اساس آزمون کولموگروف - اسمیرنف مورد تأیید می‌باشد. بین شیب‌های رگرسیون دو گروه (ضرایب بتا) تفاوت معنادار وجود ندارد ($p=0/30$; $F=1/09$)، بنابراین می‌توان گفت پیش فرض همگنی شیب رگرسیون رعایت شده است. به عبارتی بین متغیر همپراش (پیش‌آزمون) و متغیر مستقل تعامل وجود ندارد. F محاسبه شده برای آزمون لون نیز برابر با ۱/۱۵ است که در سطح $P>0/01$ معنادار نیست که نشانگر همگنی واریانس گروه‌ها است.

جدول (۳) نتایج تحلیل کواریانس اثربخشی تن آرامی و فراشناخت درمانی بر اضطراب

متغیر	منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	مجذورات اتا
اضطراب پیش‌آزمون		۹۸۰/۳۷	۱	۹۸۰/۳۷	۵۵/۹۹	۰/۰۰۱	۰/۶۰
گروه		۳۰۸/۹۳	۱	۳۰۸/۹۳	۱۷/۶۴	۰/۰۰۱	۰/۳۲

بر اساس اطلاعات جدول (۳)، با حذف اثرات پیش‌آزمون اضطراب ($F=۵۵/۹۹$)، بین دو گروه مورد مطالعه در پس‌آزمون تفاوت معناداری ($F=۱۷/۶۴$)، وجود دارد که مجذورات اتا نشان می‌دهد که ۳۲ درصد تغییرات نمره پس‌آزمون، به دلیل عضویت گروهی است، یعنی بین گروه‌ها تفاوت معنادار وجود دارد. با توجه به جدول (۱) مشخص است که گروه فراشناخت درمانی اثربخشی بیشتری داشته است.

جدول (۴) پیش‌فرض‌های تحلیل کواریانس اثربخشی تن آرامی و فراشناخت بر نگرانی

گروه	مرحله	نرمال بودن (کولموگروف-اسمیرنوف)		همگنی شیب رگرسیون		برابری خطای واریانس (آزمون لون)	
		آماره	معناداری	F	معناداری	F	معناداری
فراشناخت	پیش‌آزمون	۰/۱۲	۰/۲۰				
درمانی	پس‌آزمون	۰/۱۷	۰/۰۹	۰/۸۸	۰/۳۵	۱/۹۱	۰/۱۷
تن آرامی	پیش‌آزمون	۰/۱۱	۰/۲۰				
پس‌آزمون	پس‌آزمون	۰/۱۵	۰/۲۰				

مطابق با جدول (۴)، فرض نرمال بودن داده‌ها مورد تأیید می‌باشد، پیش فرض همگنی شیب رگرسیون رعایت شده است ($F=۰/۸۸$ ؛ $p=۰/۳۵$) و بین واریانس گروه‌ها نیز همگنی وجود دارد ($F=۰/۱۷$ ؛ $p=۱/۹۱$).

جدول (۵) نتایج تحلیل کواریانس اثربخشی تن آرامی و فراشناخت درمانی بر نگرانی

متغیر	منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	مجذورات اتا
نگرانی پیش‌آزمون		۵۶۱/۱۷	۱	۵۶۱/۱۷	۳۸/۸۴	۰/۰۰۱	۰/۵۱
گروه		۴۴۹/۵۳	۱	۴۴۹/۵۳	۳۱/۱۱	۰/۰۰۱	۰/۴۵

همان‌گونه که در جدول (۳) آورده شده است با حذف اثرات پیش‌آزمون نگرانی (۳) $F=38/84$ ، $p<0/001$ ، بین دو گروه مورد مطالعه در پس‌آزمون تفاوت معناداری (۱) $F=31/11$ ، $p<0/001$ وجود دارد که مجذور اتا نشان می‌دهد که ۴۵ درصد تغییرات نمره پس‌آزمون، به دلیل عضویت گروهی است، یعنی بین گروه‌ها تفاوت معنادار وجود دارد. با توجه به جدول (۱) مشخص است که گروه فراشناخت درمانی اثربخشی بیشتری داشته است.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف مطالعه حاضر مقایسه اثربخشی دو درمان تن‌آرامی کاربردی و فراشناخت درمانی بر علائم زنان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر بود. نتایج نشان داد که هر دو درمان، میزانی از کارآیی را در زمینه اثربخشی بر علائم اختلال اضطراب فراگیر از جمله نگرانی نشان دادند، اما مقایسه دو شیوه درمانی نشان داد که میزان بهبودی در بیماران گروه فراشناخت درمانی بیشتر از بیماران گروه تن‌آرامی کاربردی بود. این یافته همسو با نتایج پژوهش ولز و همکاران (۲۰۱۰) است که در پژوهش خود نشان داده بودند فراشناخت درمانی در درمان علائم اضطراب بر تن‌آرامی برتری دارد و این برتری در ۶ ماه پیگیری و نیز ۱۲ ماه پیگیری ادامه داشت. همچنین یافته‌های پژوهش حاضر با نتایج پژوهش‌های بهادری و همکاران (۱۳۹۰)، ولز و کینگ (۲۰۰۶) و روس و فن کوزرلد (۲۰۰۸) که به ترتیب اثربخشی فراشناخت درمانی را بر علائم اختلال هراس اجتماعی، اختلال اضطراب فراگیر و اختلال وسواسی- اجباری به‌عنوان اختلال‌های اضطرابی نشان داده‌اند، همخوانی دارد و نتیجه یافته‌های فیشر و ولز (۲۰۰۸) مبنی بر کارآیی الگوی فراشناختی در درمان اختلالات هیجانی را تأیید می‌کند.

ولز (۲۰۰۹) معتقد است این شیوه درمانی از طریق رفع نگرانی و نشخوار فکری و ایجاد شیوه فراشناختی انعطاف‌پذیر، مسیر پردازش طبیعی را که در اکثر اختلالات روانی مخدوش شده است، هموار می‌سازد.

به نظر می‌رسد از دیگر دلایل در تبیین اثربخشی الگوی فراشناختی این باشد که در این رویکرد به جای این که درمان شامل چالش با افکار مزاحم و باورهای ناکارآمد باشد، شامل ارتباط با افکار به طریقی است که مانع ایجاد مقاومت و یا تحلیل ادراکی پیچیده شود و بتواند راهبردهای تفکر ناسازگار در مورد نگرانی و همچنین نظارت غیرقابل انعطاف بر تهدید را از بین ببرد. آنچه مهم‌تر است اینکه وجود باورهای منفی به طور مشخص نمی‌توانند درباره الگوی تفکر و پاسخ‌های متعاقب آن توضیحی ارائه دهند. آنچه در اینجا مورد نیاز است به حساب آوردن عواملی است که تفکر را کنترل می‌کند وضعیت ذهن را تغییر می‌دهد که مهم‌ترین وجه تمایز درمان فراشناختی با مدل طرحواره است (ولز، ۲۰۰۰).

با توجه به اینکه درمان فراشناختی با افکار و باورها و آگاهی از افکار سروکار دارد، با تسهیل تغییر افکار باعث می‌شود که افراد نیاز به کنترل افکار را احساس نمی‌کنند و به تدریج این نیاز کاهش می‌یابد. پژوهش‌ها نشان داده است که کنترل فکر به ندرت می‌تواند تلاش مؤثری برای قطع پردازش نگرانی باشد، زیرا فکر نکردن درباره موضوعات نگران‌کننده و سرکوب کردن فکر موجب افزایش فکر نگران‌کننده می‌شود. آگاهی بیماران از ناکارآمدی استفاده از چنین راهبردهایی برای کنترل افکار و آموزش شیوه‌های مقابله‌ای جایگزین در بهبود این باور مؤثر است (ولز و همکاران، ۲۰۱۰). به طور کلی می‌توان گفت درمان فراشناختی از این رو مؤثر می‌افتد که موجب آگاهی بیماران از فرآیند سیستم پردازش فراشناختی‌شان می‌شود و در واقع کمک می‌کند به شیوه پردازش فراشناختی بیندیشند.

برحسب یافته‌های پژوهش حاضر و نیز پژوهش‌های قبلی، تن آرامی اگر چه درمانی اثربخش برای اختلال اضطراب فراگیر می‌باشد اما احتمالاً به دلیل این که بعد شناختی اضطراب یعنی نگرانی را کنترل نمی‌کند و تنها با بعد جسمی اضطراب سر و کار دارد کمتر از درمان فراشناختی مؤثر واقع می‌شود.

تلویحات بالینی: نتایج این تحقیق می‌تواند دست درمانگران حوزه فراشناخت را بازتر بگذارد و نیز راهنمایی برای دیگر درمانگران باشد که در انتخاب نوع درمان از کدام یک از این دو رویکرد استفاده نمایند.

همانند دیگر پژوهش‌ها، این پژوهش هم با محدودیت‌هایی مواجه بود که از آن جمله می‌توان به عدم مقایسه بین زن و مرد، نداشتن مرحله پیگیری، در نظر نگرفتن مولفه‌های اضطراب فراگیر به‌عنوان متغیرهای جداگانه و عدم انتخاب نمونه تصادفی اشاره کرد که پیشنهاد می‌شود در تحقیقات بعدی به این موارد توجه صورت پذیرد.

تقدیر و تشکر: از همه بیمارانی که در این پژوهش شرکت نمودند و قدمی هرچند کوچک در اعتلای علمی کشور برداشتند سپاسگزاری می‌شود.

تاریخ دریافت نسخه اولیه مقاله: ۱۳۹۳/۰۵/۱۰

تاریخ دریافت نسخه نهایی مقاله: ۱۳۹۳/۱۰/۲۲

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۴/۰۱/۲۷

منابع

- انجمن روان پزشکی امریکا (۲۰۰۰). ویراست چهارم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی، تجدیدنظر شده (DSM-IV-TR)، ترجمه محمدرضا نیکخو و هامایاک آوادیسیناس (۱۳۸۶)، تهران: انتشارات سخن.
- بختیاری، مریم (۱۳۷۹). بررسی اختلال‌های روانی در مبتلایان به اختلال بدشکلی بدن، پایان‌نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، انستیتو روان پزشکی تهران.
- بهادری، محمدحسین؛ جهانخس، مرضیه؛ جمشیدی، آذر و کریم عسکری (۱۳۹۰). اثربخشی درمان فراشناختی بر علایم اضطراب در بیماران مبتلا به اختلال هراس اجتماعی، دانش و پژوهش در روانشناسی کاربردی، ۱۲ (۴): ۱۹-۱۲.
- دهشیری، غلامرضا؛ گلزاری، محمود؛ برجلی، احمد و فرامرز سهرابی (۱۳۸۸). خصوصیات روانسنجی پرسشنامه نگرانی ایالت پنسیلوانیا، مجله روان‌شناسی بالینی، ۴: ۶۷-۷۵.
- شفیعی سنگ‌آتش، سمیه؛ رفیعی‌نیا، پروین و محمود نجفی (۱۳۹۱). اثربخشی درمان فراشناختی بر اضطراب و مؤلفه‌های فراشناختی مبتلایان به اختلال اضطراب فراگیر، مجله روان‌شناسی بالینی، ۴ (۴): ۱۹-۳۲.
- کاویانی، حسین و اشرف‌سادات موسوی (۱۳۸۷). ویژگی‌های روان‌سنجی پرسشنامه اضطراب بک در طبقات سنی و جنسی جمعیت ایران، مجله دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، ۶۶: ۱۴۰-۱۳۶.
- Arntz, A. (2003). Cognitive therapy versus applied relaxation as a treatment of generalized anxiety disorder, *Behaviour Research and Therapy*, 41, 633-646.
- Chambless, D.L., & Ollendick, T.H. (2001). Empirically supported psychological interventions: Controversies and evidence, *Annual Review of Psychology*, 52, 685-716.
- Conrad, A., & Roth, W.T. (2007). Muscle relaxation therapy for anxiety disorders: It works but how? *Journal of Anxiety Disorders*, 21, 243-264.
- Davey, C.L., Wells, A. (2006). *Worry and Its Psychological Disorders Theory, Assessment and Treatment*, London: Wiley.

- Dugas, M.J., Brillon, P., Savard, P., Turcotte, J., Gaudet, A., Ladouceur, R., Leblanc, R., & Gervais, N.J. (2010). A Randomized Clinical Trial of Cognitive-Behavioral Therapy and Applied Relaxation for Adults With Generalized Anxiety Disorder.
- Fisher, P.L. (2006). The efficacy of psychological treatments for generalised anxiety disorder, In G.C.L. Davey, & A. Wells (Eds.), *Worry and its psychological disorders: Theory, assessment and treatment*, pp 359-377, Chichester, UK: Wiley.
- Greist, J.H., Marks, I.M., Baer, L., Kobak, K.A., Wenzel, K.W., Hirsch, M.J., et al. (2002). Behavior therapy for obsessive-compulsive disorder guided by a computer or by a clinician compared with relaxation as a control, *Journal of Clinical Psychiatry*, 63(2): 138-145.
- Heiden CV, Muris P, Molen V. Randomized controlled trial on the effectiveness of metacognitive therapy and intolerance-ofuncertainty therapy for generalized anxiety disorder, *Journal of Behavior Research and Therapy*, 2012; 50: 100-109.
- Hoyer, H., Beesdo, K., Gloster, A.T., Runge, J., Hofler, M., & Becker, E.S. (2009). Worry Exposure versus Applied Relaxation in the Treatment of Generalized Anxiety Disorder, *Psychotherapy and Psychosomatics*, 78:106-115.
- Leib, R., Beckever, E., & Altamora, C. (2005). *The epidemiology of generalized anxiety disorder in Europe*.
- Park, J.M., Mataix-Cols, D., Marks, I.M., Ngamthipwatthana, T., Marks, M., Araya, R., et al. (2001). Two-year followup after a randomised controlled trial of self- and clinician-accompanied exposure for phobia/panic disorders, *British Journal of Psychiatry*, 178, 543-548.
- Roemer, L., & Orsillo, S. M. (2007). An open trial of an acceptance-based behavior therapy for generalized anxiety disorder, *Behavior Therapy*, 38, 72-85.
- Ross, K.E., & Van Koesreld, L. (2008). An open trail of group meta-cognitive therapy for Obsessive- Compulsive disorder, *Journal of Behavior Therapy and Experimental psychiatry*, 39, 451-458.
- Senaratne, R., Van Ameringen, M, Mancini, C & Patterson, B. (2010). The burden of anxiety disorders on the family, *Journal of nervous and mental disease*; 198(12): 876-880.

-
- Wells, A. (2000). Emotional disorder and meta-cognition: Innovative cognitive therapy, 1th ed. chic Hester: Wiley.
- Wells, A. (2009). Meta-cognitive therapy for anxiety and depression, 1thed., The guild ford press London.
- Wells, A., & King, P. (2006). Metacognitive therapy for generalized anxiety disorder, *Journal of Behavior therapy and Experimental Psychiatry*, 37: 206–212.
- Wells, A. (2001). Emotional disorder and metacognition: innovative cognitive therapy, UK: Wiley publication. *Behavior Therapy*, 41: 46–58.
- 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, *Behavior Research and therapy*, 48: 429–434.
- Whisman, M.A. (1999). Marital dissatisfaction and psychiatric disorders: Results from the national comorbidity survey, *Journal of Abnormal Psychology*, 108; 701-706.
- Wittchen, H.U. and Hoyer, J. (2001). Generalized anxiety disorder: nature and course, *Journal of Clinical Psychiatry*, 62(Suppl11), 15–19.
- Wittchen, H.U., Zhao, S., Kessler, R.C., & Eaton, W.W. (1994). DSM-III-R generalized anxiety disorder in the National Comorbidity Survey, *Archives of General Psychiatry*, 51, 355–364.
- Yonkers, K.A., Warshaw, M.G., Massion, A.O., & Keller, M.B. (1996). Phenomenology and course of generalized anxiety disorder, *British Journal of Psychiatry*, 168; 308–313.