

فصلنامه پژوهش‌های نوین روانشناختی
سال پانزدهم شماره ۵۹ پاییز ۱۳۹۹

اثربخشی درمان فراشناختی (MCT) بر کاهش نگرانی و فرانگرانی افراد دارای نشانه‌های اختلال اضطراب فراگیر (GAD)

مجید محمود علیلو^۱ و آرزو لشکری^{۲*}

^۱ - استاد گروه روان‌شناسی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران

^۲ - دانشجوی دکتری روان‌شناسی بالینی، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۸/۰۷/۰۷

تاریخ وصول: ۱۳۹۸/۰۵/۰۲

چکیده

این پژوهش با هدف تعیین اثربخشی درمان فراشناختی در کاهش نگرانی، فرانگرانی افراد دارای نشانه‌های اختلال اضطراب فراگیر صورت گرفت. دو شرکت‌کننده بر اساس مصاحبه تشخیصی انتخاب و پس از احراز شرایط پژوهش وارد طرح درمان شدند. این پژوهش در قالب طرح تجربی تک آزمودنی با استفاده از خط پایه چندگانه پلکانی به مرحله اجرا گذاشته شد. درمان فراشناختی به مدت هشت جلسه با پیگیری یک ماهه به کار گرفته شد. پرسشنامه نگرانی ایالت پنسیلوانیا و فرانگرانی ولز برای جمع‌آوری داده‌ها استفاده شد. تحلیل داده‌ها نشان داد که فراشناخت درمانی تأثیر قابل توجهی در کاهش نگرانی و فرانگرانی افراد دارای نشانه‌های اختلال اضطراب فراگیر دارد و تأثیر این روش درمانی به‌طور نسبی در طول زمان تداوم داشت. درمان فراشناختی به‌جای تمرکز بر شناخت، بر کنترل فرآیندهای حاکم بر آن توجه می‌کند و می‌تواند در درمان افراد دارای نشانه‌های اختلال اضطراب فراگیر مؤثر باشد.

واژه‌های کلیدی: درمان فراشناختی، نگرانی، فرانگرانی

مقدمه

پنجمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-5)^۱ اختلال اضطراب فراگیر را نگرانی و اضطراب مفرط و کنترل ناپذیر، همراه با سه علائم از احساس دلواپسی، زود خسته شدن، دشواری در تمرکز، تحریک‌پذیری، تنش عضلانی، اختلال خواب تعریف می‌کند (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳). اختلال اضطراب فراگیر اختلالی شایع می‌باشد که شیوع یک ساله آن ۳/۱ (کسلر، چو، دملرو والترز^۲، ۲۰۰۵) و شیوع طول عمر آن ۵/۷ درصد در ایالات متحده آمریکا (کسلر و همکاران، ۲۰۰۵) و ۲/۸ درصد در اروپا تخمین زده شده است (آلونسو^۳ و همکاران، ۲۰۰۴، به نقل از الوارز^۴ و همکاران، ۲۰۱۲). در مطالعات همه‌گیرشناسی در ایران نیز این اختلال جزو شایع‌ترین اختلالات به شمار می‌آید (امیدی، طباطبایی، سازور و عکاشه، ۱۳۸۲؛ محمدی و همکاران، ۱۳۸۳). همچنین مطالعه نیلسون، سینستورم، استلینگ، وارن و اینگمر^۵ (۲۰۱۹) نیز در پژوهش خود مطرح کردند که با گذشت زمان شیوع اختلال اضطراب فراگیر بر اساس تعریف DSM-5 تغییری نمی‌کند.

بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر معمولاً مصرف‌کنندگان مکرر خدمات بهداشت و درمان می‌باشند. پژوهش‌ها نشان می‌دهند افراد دارای اختلال اضطراب فراگیر در مقایسه با سایر افراد بدون این اختلال به علت مشکلات هیجانی و فیزیکی، کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی^۶ کمتری در زمینه‌های سلامت عمومی، سلامت فیزیکی، درد بدنی، سرزندگی، سلامت روانی دارند (هافمن، دوکس و ویتچن^۷، ۲۰۰۸). از طرفی بیماران مبتلا به این اختلال در محیط‌های مراقبت اولیه، به طور کامل تشخیص داده نمی‌شوند و مطالعات گزارش می‌کنند که تنها ۲۰ تا ۳۰ درصد از افراد دارای این اختلال به طور کامل درمان می‌شوند (رویگی^۸ و همکاران، ۲۰۱۲).

نرخ شیوع موارد زیر آستانه‌ای اختلال اضطراب فراگیر بیش از دو برابر نرخ شیوع بر اساس ضوابط تشخیصی است. اختلال اضطراب فراگیر زیر آستانه‌ای در محیط‌های مراقبت اولیه نسبت به جمعیت عادی شایع است. همچنین، نرخ شیوع موارد زیر آستانه‌ای این اختلال نیز در زنان بیش از مردان است. اختلال اضطراب فراگیر زیر آستانه‌ای، عامل خطری برای ابتلا به اختلال اضطراب فراگیر می‌باشد و نیز خطر ابتلا به سایر اختلالات اضطرابی، خلقی و سوءمصرف مواد را افزایش می‌دهد. موارد زیر آستانه‌ای اضطراب فراگیر نرخ همبودی بالایی با سایر اختلالات دارد و این مورد باعث می‌شود که موارد زیر آستانه‌ای این اختلال اغلب تشخیص داده نشود. همچنین پژوهش‌ها نشان می‌دهد که موارد آستانه‌ای و زیر آستانه‌ای این اختلال سطوح یکسانی از تخریب در عملکرد و پریشانی را شامل می‌شود که به طور معنی‌داری بالاتر از افراد غیر مضطرب می‌باشد (هالر، کرامر، لوچ، گاس و دابس^۹، ۲۰۱۴). پژوهش اخیری بوسمن^{۱۰} و همکاران (۲۰۱۹) نیز نشان داد که اختلالات اضطرابی زیر آستانه‌ای از جمله اختلال اضطراب فراگیر شیوع سه برابری بالاتری نسبت به اختلالات اضطرابی کاملاً تشخیص دریافت کرده، دارند. همچنین برخلاف سایر اختلالات اضطرابی مثل اختلال فوبی اجتماعی (هیمبرگ و بکر^{۱۱}، ۲۰۰۲) که پیشرفت‌های بسیاری در شناخت آن‌ها صورت گرفته است، اختلال اضطراب فراگیر مقاوم

¹ Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th)

² Kessler, Chiu, Demler & Walters

³ Alonso

⁴ Alvarez

⁵ Nilsson, Sigström, Östling, Waern, & Skoog

⁶ Health-related quality of life (HRQL)

⁷ Dukes, Hoffman & Wittchen

⁸ Revicki

⁹ Haller, Cramer, Louche, Gas & Dobos

¹⁰ Bosman

¹¹ Heimberg & Becker

به درمان شمرده می‌شود (بورکویک و راسیو^۱، ۲۰۰۱). در پژوهش اوست و بریتوادز^۲ (۲۰۰۰) که درمان شناختی- رفتاری را با تن آرامی کاربردی مقایسه می‌کردند، فقط ۴۴ درصد بیماران در مرحله پیگیری به بهبودی کامل با استفاده از درمان شناختی- رفتاری رسیدند. اگرچه درمان شناختی رفتاری در اختلال اضطراب فراگیر اثربخش است اما نرخ بهبودی فقط ۵۰ درصد گزارش شده است (هنرهن، فیلد، جونز و دوی^۳، ۲۰۱۳).

رویکرد فراشناخت، رویکرد جدیدی است که توسط ولز و متیوز مطرح شد (ولز، ۲۰۰۰). درمان فراشناختی مداخله ای فراتشخیصی است که هدفش اصلاح بدتنظیمی های شناختی و هیجانی اختلالات روانی است و فراشناخت را برای فهم بهتر عملکرد شناخت مهم تلقی می کند (ولز، ۲۰۰۹؛ مک اوی^۴، ۲۰۱۹). ولز برای تبیین آسیب شناسی اختلالات روانی اصطلاح "سندرم شناختی- توجهی"^۵ را به کار می برد. سندرم شناختی- توجهی با توجه افراطی به خود (برای مثال تفکر منفی تکراری مثل نگرانی)، فعال شدن باورهای مرتبط با خود و ارزیابی های مرتبط با خود (مثل من ضعیفم) و سوگیری توجه (پایش تهدید) همراه است. بر اساس مدل فراشناختی این سندرم توسط باورهای فراشناختی کنترل می‌شود. در درمان فراشناختی نیز درمان بر تغییر سندرم شناختی- توجهی، تغییر باورهای فراشناختی و ایجاد شیوه‌های جایگزین تجربه کردن و مقابله با رویدادهای درونی متمرکز است. درمان فراشناختی با استفاده از ذهن آگاهی گسلیده و سایر تکنیک‌ها بر حذف سندرم شناختی- توجهی و باورهای فراشناختی نادرست تأکید می‌کند (ولز، ۲۰۰۹).

پژوهش‌هایی درمان فراشناختی را در اختلال اضطراب فراگیر آزموده‌اند. در پژوهش ولز (۲۰۰۶)، ولز و همکاران (۲۰۱۰)، درمان فراشناختی موجب کاهش سطوح اضطراب، اضطراب صفت و افسردگی بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر شد. وندرهیدن^۶ ملچویر و استیگر^۷ (۲۰۱۳) نیز اثربخشی درمان فراشناختی گروهی را در بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر تأیید کرده‌اند. بنابراین با توجه به ملاحظات فوق، هدف پژوهش حاضر، تعیین اثربخشی درمان فراشناختی بر کاهش نگرانی و فرانگرانی افراد دارای نشانه‌های اختلال اضطراب فراگیر بود.

روش پژوهش

این پژوهش در چارچوب طرح تجربی تک موردی با استفاده از طرح خط پایه چندگانه پلکانی اجرا شد. در این پژوهش دو بیمار دارای نشانه‌های اختلال اضطراب فراگیر مشارکت داشتند. دو شرکت‌کننده بر اساس ملاک‌های ورود و خروج و احراز شرایط پژوهش وارد طرح درمان شدند. نمونه‌گیری بر اساس روش مبتنی بر هدف و نمونه در دسترس صورت گرفت. یکی از شرایط ملاک‌های ورود کسب نمره بالاتر از ده در پرسشنامه GAD-7^۷ بود. پس از بررسی نمره فرد در پرسشنامه GAD-7، مصاحبه تشخیصی صورت گرفت. سپس با رعایت شرایط ورود و خروج دو شرکت‌کننده وارد طرح درمان شدند. نمرات هر دو شرکت‌کننده در پرسشنامه GAD-7 برابر با ۱۲ بود. روند درمان طبق اصول طرح‌های تجربی تک آزمودنی اجرا شد؛ بدین‌صورت که ابتدا شرکت‌کننده اول وارد طرح درمان شد و سپس در جلسه دوم مراجع اول، شرکت‌کننده دوم وارد طرح درمان شد. آزمودنی‌ها به مدت ۸ جلسه بر مبنای

¹ Borkovec & Ruscio

² Ost & Breitholtz

³ Hanrahan, Field, Jones, & Davey

⁴ McEvoy

⁵ Cognitive attentional Syndrome

⁶ Van-der Hieden, Melchior & Sttiger

⁷ Generalized Anxiety Disorder-7

راهنمای عملی درمان فراشناختی اضطراب و افسردگی ولز (۲۰۰۹) تحت درمان قرار گرفتند و کلیه پرسشنامه‌ها در مراحل خط پایه پر شد. پیش از آغاز درمان به ترتیب ۳ و ۲ خط پایه گرفته شد و پس از آغاز درمان در جلسات دوم، چهارم، ششم و هشتم، پرسشنامه‌ها دوباره اجرا شدند. همچنین به منظور بررسی ثبات درمان، شرکت‌کنندگان، ۱ ماه بعد مجدداً مورد ارزیابی قرار گرفتند. برای بررسی الگوهای تغییرات از پرسشنامه‌های نگرانی پنسیلوانیا، فرانگرانی ولز استفاده گردید.

مقیاس کوتاه اختلال اضطراب فراگیر (GAD-7): این ابزار توسط اسپیتز، کرونگ، ویلیامز و لو^۱ (۲۰۰۶) ساخته شده است که سازندگان آن این ابزار را دارای ویژگی‌های روانسنجی مناسب از جمله آلفای کرونباخ مناسب (۰/۹۲) و روایی ملاک، سازه مناسب گزارش کرده‌اند. این ابزار دارای هفت سؤال اصلی و یک سؤال اضافی است که وجود اختلال اضطراب فراگیر و نیز میزان تداخل اختلال در کارکرد فرد را می‌سنجد. سؤالات به صورت لیکرتی از ۰ تا ۳ نمره‌گذاری می‌شوند. نمرات به دست آمده در هر یک از هفت سؤال اصلی با یکدیگر جمع شده تا نمره کل اضطراب برای مقیاس به دست آید که دارای گستره‌ای بین ۰ تا ۲۱ می‌باشد. پژوهش نائینان، شعبری، شریفی و هادیان (۱۳۹۰) نشان می‌دهد که این مقیاس از اعتبار و روایی و ضریب آلفای کرونباخ مناسبی برخوردار است.

پرسشنامه نگرانی ایالت پنسیلوانیا (PSWQ): این پرسشنامه توسط مایر، میلر، متزگر^۲ و بورکوویک (۱۹۹۰) طراحی شده است. این پرسشنامه ۱۶ گویه دارد که برای ارزیابی خصیصه نگرانی و به دست آوردن ویژگی‌های افراطی، فراگیر و کنترل ناپذیر نگرانی آسیب شناختی تدوین شده است که روی طیف لیکرتی پنج‌درجه‌ای از یک (به هیچ وجه) تا پنج (بسیار زیاد) پاسخ داده می‌شود. دهشیری، گلزاری، برجلی و سهرابی (۱۳۸۸) ضریب آلفای کرونباخ و ضریب بازآزمایی پرسشنامه را به ترتیب ۰/۸۸ و ۰/۷۹ گزارش کرده‌اند. همچنین همبستگی نمرات این پرسشنامه با نمرات اضطراب صفت اشیپلبرگر و نمرات افسردگی به ترتیب برابر با ۰/۶۸ و ۰/۴۳ ($P < 0/01$) بوده است.

پرسشنامه فرانگرانی: پرسشنامه فرانگرانی ابزاری است که توسط ولز (۲۰۰۵) برای ارزیابی جنبه خطر فرانگرانی و فراوانی و میزان باور به فرانگرانی طراحی شده است. این پرسشنامه به منظور ارزیابی مدل فراشناختی اختلال اضطراب فراگیر DSM-IV^۴ ساخته شده است. پرسشنامه فرانگرانی شامل هفت ماده است که به خطرات نگرانی مربوط می‌شوند. ضریب آلفای کرونباخ مقیاس فراوانی فرانگرانی ۰/۸۸ و مقیاس باور به فرانگرانی ۰/۹۵ به دست آمده است. پرسشنامه فرانگرانی رابطه معنی‌داری با سایر مقیاس‌های فراشناختی دارد. پرسشنامه فرانگرانی به ویژه همبستگی مثبت قوی‌تری با باورهای منفی درباره نگرانی که توسط پرسشنامه فراشناختی‌ها اندازه‌گیری می‌شوند، دارد. از لحاظ روایی سازه پرسشنامه فرانگرانی می‌تواند بیماران سرپایی دارای ملاک‌های اختلال اضطراب فراگیر DSM-IV را از افراد دچار اضطراب جسمانی یا بدون اضطراب متمایز سازد (ولز، ۲۰۰۵).

برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از تحلیل نمودار ترسیمی استفاده شد و بر اساس روند نیمرخ، اثرات متغیر مستقل بر متغیرهای وابسته بررسی گردید. همچنین برای تحلیل نتایج، فرمول درصد بهبودی و اندازه اثر به کار رفت. فرمول درصد بهبودی یکی از روش‌های سنجش میزان پیشرفت شرکت‌کنندگان در کاهش مشکلات مورد نظر است. برای اندازه اثر مقیاس d کوهن که مبتنی بر میانگین و انحراف استاندارد است، استفاده شد. مطالعات مختلف برای تفسیر این شاخص، مقدار ۰/۴۱ را به عنوان حداقل میزان اندازه اثر، ۱/۱۵

¹ Spitz, Kroenke, Williams & Lowe

² Pennsylvania questionnaire

³ Meyer, Miller, Metzger

⁴ Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th)

به عنوان اندازه اثر متوسط و ۲/۷۰ را به عنوان اندازه اثر بزرگ پیشنهاد کرده اند (فرگوسن، ۲۰۰۹). یکی دیگر از مزیت های اندازه اثر این است که می تواند به وسیله میانگین افزایش صدک تفسیر شود.

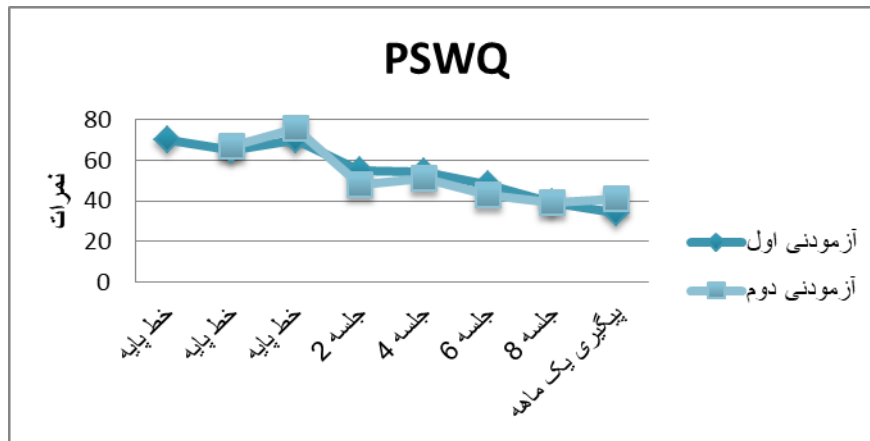
یافته ها

جدول ۱ نمرات، درصد بهبودی و اندازه اثر دو شرکت کننده را در مرحله خط پایه، مرحله درمان و همچنین در پیگیری یک ماهه نشان می دهد.

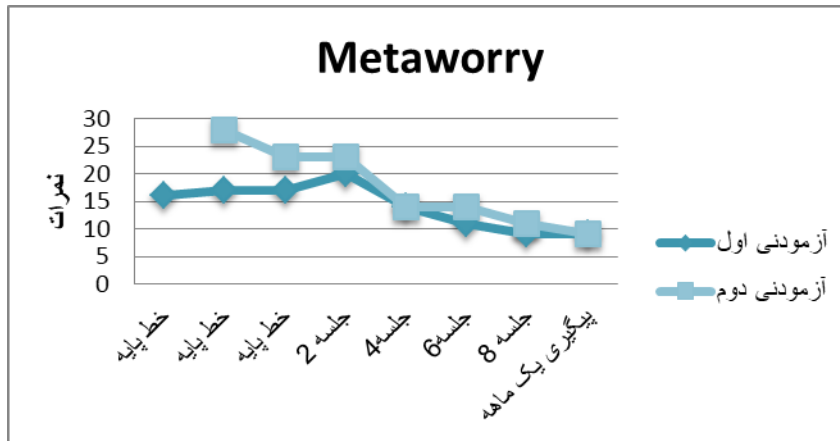
جدول (۱) نمرات، درصد بهبودی و اندازه اثر شرکت کنندگان در متغیرهای نگرانی و فرانگرانی

فرانگرانی		نگرانی		متغیرها
شرکت کننده دوم	شرکت کننده اول	شرکت کننده دوم	شرکت کننده اول	شرکت کننده
۲۵/۵	۱۶/۶۶	۷۱/۵	۶۸/۳۳	میانگین خط پایه
۲۳	۲۰	۴۸	۵۵	جلسه دوم
۱۴	۱۴	۵۱	۵۴	جلسه چهارم
۱۴	۱۱	۴۳	۴۸	جلسه ششم
۱۱	۹	۳۹	۳۹	جلسه هشتم (پایان درمان)
۹	۹	%۴۱	۳۴	پیگیری یک ماهه
%۵۲	%۴۷	%۴۸	%۴۴	درصد بهبودی درمان
%۶۰	%۴۷	%۴۶	%۵۱	درصد بهبودی پیگیری
%۵۳/۵		%۴۸/۵		درصد بهبودی کلی
۲/۲۵	-۰/۹۲	۳/۰۱	۳/۳۲	اندازه اثر

نمرات حاصل از اجرای پرسشنامه نگرانی نشان می‌دهد که شرکت‌کنندگان در مجموع به درصد بهبودی ۴۸/۵ درصد پس از پیگیری یک‌ماهه رسیده‌اند. نمرات شرکت‌کننده اول از ۶۸/۳۳، شرکت‌کننده دوم از ۷۱/۵ به ۳۹ در پایان درمان رسیده است. به نظر می‌رسد که درمان فراشناختی برای شرکت‌کننده اول اثربخش‌تر بوده، چراکه درصد بهبودی در دوره پیگیری نیز افزایش داشته است. اندازه‌های اثر به ترتیب برای شرکت‌کننده اول و دوم برابر با ۳/۳۲ و ۳/۰۱ است؛ با توجه به اینکه بزرگ‌تر از مقدار ۲/۷۰ می‌باشد، اندازه اثر بزرگ تلقی می‌شود. همچنین درمان فراشناختی منجر به کاهش نمرات شرکت‌کنندگان در مقیاس فرانگرانی شد. نمرات شرکت‌کننده اول از ۱۶/۶۶ در مرحله خط پایه به ۹ در پایان درمان و نیز در مرحله پیگیری رسید. شرکت‌کننده دوم نیز از ۲۵/۵ به ۱۱ در جلسه آخر و ۹ در مرحله پیگیری رسید. درصد بهبودی برای شرکت‌کننده اول برابر با ۴۷٪ و برای شرکت‌کننده دوم ۵۲٪ بود. به نظر می‌رسد که درمان فراشناختی در شرکت‌کننده دوم اثربخش‌تر بوده است، چراکه میزان درصد بهبودی در مرحله پیگیری افزایش داشته و به ۶۰٪ رسیده است. نمودار ۱ و ۲ نیز روند تغییر نمرات دو شرکت‌کننده را در نگرانی و فرانگرانی نشان می‌دهد.



نمودار (۱) روند تغییر نمرات شرکت‌کنندگان در مقیاس نگرانی



نمودار (۲) روند تغییر نمرات شرکت‌کنندگان در مقیاس فرانگرانی

بحث و نتیجه گیری

هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی درمان فراشناختی در کاهش نگرانی و فرانگرانی افراد دارای نشانه‌های اختلال اضطراب فراگیر بود. در این راستا، نتایج نشان داد که درمان فراشناختی ولز در کاهش نگرانی مؤثر است. به‌طور کلی این یافته‌ها با پژوهش‌های انتظاری و مجتبابی (۱۳۹۲)، شفیع‌ی سنگ آتش، رفیعی‌نیا و نجفی (۱۳۹۱)، حسینی غفاری و همکاران (۱۳۹۲)، ولز و همکاران (۲۰۱۰)، ولز و کینگ (۲۰۰۶)، وندرهیدن و همکاران (۲۰۱۰، ۲۰۱۳)، سوچیتا^۱ (۲۰۱۷)، هاست^۲ و همکاران (۲۰۱۹)، همسو است. توضیح اینکه نمرات هر دو شرکت‌کننده قبل از درمان بالا بود و نشان می‌داد که مراجعان نگرانی را در سطح بالایی تجربه می‌کردند، اما سیر نزولی علائم در نمودارها با شروع درمان و پس از آن نشان‌دهنده کاهش شدت علائم بود. این میزان بهبودی تقریباً نزدیک به میزان بهبودی است که در پژوهش وندرهیدن و همکاران (۲۰۱۳) که اثربخشی درمان MCT را بر افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر می‌سنجیدند بود (۵۵٪). همچنین این میزان درصد بهبودی بالاتر از درصد بهبودی (۴۴٪) است که در درمان مواجهه با نگرانی در افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر در پژوهش شاهمرادی و همکاران (۲۰۱۳) به دست آمد.

در تبیین این یافته می‌توان عنوان نمود که اختلال هیجانی در نتیجه درگیر شدن فرد با فرآیندهای فراشناختی است که موجب ایجاد سبک تفکر خاص و استفاده اط شیوه‌های ناکارآمد برای مقابله سبک تفکر و نیز اضطراب حاصل از آن است. یکی از راهبردهای مورد استفاده افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر استفاده از نگرانی است یعنی تلاش برای پیش‌بینی کردن چیزهایی است که ممکن است در آینده رخ دهد. نگرانی باعث متمرکز شدن توجه فرد به اطلاعات منفی می‌شود. برای مثال هرچند نگرانی بر خطر احتمالی در آینده متمرکز است، اما رابطه اندکی با احتمال واقعی رویدادهای خطرناک دارد. نگرانی می‌تواند توجه را از پردازش تصاویر مزاحم منحرف ساخته و در نتیجه پردازش هیجانی را بازداری کند. درمان فراشناختی با مجهز کردن افراد به تکنیک‌های جدید منجر به شکل‌گیری الگوی جدیدی از پاسخ‌دهی به افکار منفی می‌شود. یکی از این تکنیک‌ها استفاده از به تعویق انداختن نگرانی است که موجب کاهش فرایند نگرانی می‌شود. همچنین درمان فراشناختی با آموزش مهارت‌هایی همچون ذهن آگاهی به بیمار موجب پاسخ‌دهی به رخدادهای درونی به شیوه‌ای انعطاف‌پذیر و غیرمتمرکز^۳ می‌شود. فرد از طریق ذهن آگاهی یاد می‌گیرد که بافاصله گرفتن از افکار و تجربه کردن آن‌ها به شیوه گسلیده می‌تواند پاسخ جدیدی به برانگیزاننده‌های نگرانی دهد و در حقیقت درگیر فرایند نگرانی نشود. در این رویکرد از ذهن آگاهی به عنوان وسیله‌ای برای متوقف کردن پردازش مداوم به‌صورت نگرانی و نیز جهت افزایش کنترل توجه استفاده می‌شود. سایر تکنیک‌های درمان فراشناختی از جمله چالش با باورهای فراشناختی نیز موجب کاهش سندرم شناختی - توجهی شده و در نتیجه منجر به کاهش نگرانی می‌شوند.

یکی دیگر از یافته‌های پژوهش، نشانگر اثربخشی درمان فراشناختی در فرانگرانی آزمودنی‌ها بود. فرایند نگرانی در اختلال اضطراب فراگیر نوعی سازوکار مقابله‌ای در نظر گرفته می‌شود. ولی خود همین فرایند می‌تواند کانون نگرانی شود (ولز، ۱۹۹۵؛ به نقل از ولز، ۲۰۰۹). این نوع نگرانی درباره نگرانی (فرانگرانی) مفهوم کلیدی رویکرد فراشناختی به درمان محسوب می‌شود. به عبارت دیگر وجه تمایزی که درمان فراشناختی نسبت به سایر درمان‌ها دارد استفاده از فراشناخت به جای تمرکز بر شناخت است. به عبارت دیگر هنگامی که باروهای فراشناختی منفی فعال می‌شوند فرد نگرانی خود را ارزیابی می‌کند و درگیر فرانگرانی می‌شود. فرانگرانی نیز باعث رفتارهای ناکارآمدی همچون اطمینان جویی، اجتناب کردن و یا راهبردهای کنترل فکر مخربی همچون سرکوب می‌شود. این

¹ Sojta

² Haseth

³ decentered

راهبردها نیز به خودی خود موجب تداوم ارزیابی‌ها و باورهای منفی درباره نگرانی می‌شوند. چراکه با سپردن کنترل به دست عوامل خارجی، فرایند خودگردانی را مختل می‌کنند. درمان فراشناختی با متوقف کردن راهبردهای همچون سرکوب کردن فکر با استفاده از تکنیک های ذهن آگاهی و متوقف کردن سایر پاسخ‌های رفتاری از جمله اطمینان جویی موجب ایجاد کنترل فراشناختی بر افکار و در نتیجه موجب کاهش فرانگرانی فرد می‌شود. ذهن آگاهی موجب افزایش توجه انعطاف پذیر و آگاهانه بر روی فرایندهای شناختی می‌شود و همین امر فرد را از فرانگرانی و ارزیابی منفی نگرانی باز میدارد. از سویی درمان فراشناختی از همان ابتدای درمان شروع به چالش با باورهای فراشناختی که موجب تداوم نگرانی نوع ۲ می‌شود می‌کند (ولز، ۲۰۰۹).

استفاده از ابزارهای خود گزارشی مربوط به درمان، محدودیتی برای تفسیر نمرات درمان در این پژوهش محسوب می‌شود. همچنین با توجه به اینکه پیگیری درمان در دوره زمانی کوتاهی صورت گرفت، بنابراین نبود اطلاعاتی در مورد تداوم روند بهبودی آزمودنی‌ها از جمله محدودیت‌های دیگر این پژوهش محسوب می‌شود. پیشنهاد می‌شود که امکان پیگیری نتایج درمان در دوره زمانی بلندتری صورت گیرد، در این صورت می‌توان با قطعیت بیشتر از کارایی این نوع درمان سخن گفت.

منابع

امیدی، عبدالله؛ طباطبائی، اعظم؛ سازور، سیدعلی؛ و عکاشه، گودرز. (۱۳۸۲). همه گیرشناسی اختلالات روانی در مناطق شهری شهرستان نظنز اصفهان. **فصلنامه اندیشه و رفتار**، ۸(۴)، ۲۳-۳۹.

انتظاری، سمیه؛ و مجتبیایی، مینا. (۱۳۹۲). اثربخشی درمان فراشناختی در کاهش اضطراب و اثر آن بر نگرانی و کیفیت زندگی افراد دارای اختلال اضطراب فراگیر. **پژوهش های روانشناختی**، ۱۶(۲)، ۷۶-۹۱.

حسینی غفاری، فاطمه؛ محمدخانی، پروانه؛ پورشهباز، عباس؛ و دولتشاهی، بهروز. (۱۳۹۲). اثربخشی درمان فراشناختی گروهی در باورهای فراشناختی و حوزه های نگرانی در بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر. **مجله روان شناسی بالینی**، ۵(۱)، ۱۱-۲۰.

دهشیری، غلامرضا؛ گلزاری، محمود؛ برجعلی، احمد و سهراپی، فرامرز. (۱۳۸۸). خصوصیات روانسنجی نسخه فارسی پرسشنامه نگرانی ایالت پنسیلوانیا در دانشجویان. **مجله روان شناسی بالینی**، ۱(۴۹)، ۶۷-۷۵.

شفیعی سنگ آتش، سمیه؛ رفیعی نیا، پروین؛ و نجفی، محمود. (۱۳۹۱). اثربخشی درمان فراشناختی بر اضطراب و مولفه های فراشناختی مبتلایان به اختلال اضطراب فراگیر. **مجله روانشناسی بالینی**، ۴(۴)، ۱۹-۳۰.

محمدی، محمدرضا؛ رهگذر، مهدی؛ باقری، عباس؛ مسگریور، بیتا؛ ملکی، براتعلی؛ حسینی، حسن؛ صفری، زهره؛ و مومنی، فرزاد. (۱۳۸۳). همه گیر شناسی اختلالات روانپزشکی در استان گلستان (۱۳۸۰). **مجله دانشگاه علوم پزشکی گرگان**، ۶(۱۳)، ۶۷-۷۷.

نائینیان، محمدرضا؛ شعیری، محمدرضا؛ شریفی، معصومه؛ و هادیان، مهری. (۱۳۹۰). بررسی پایایی و اعتبار مقیاس کوتاه اختلال اضطراب فراگیر (GAD-7). **دوفصلنامه دانشگاه شاهد**، ۳(۴)، ۴۱-۵۰.

Alvarez, E., Carresco, J. L., Olivares, J. M., Ilopea-gomez, V., Vilardaga, I., & Perez, M. (2012). brodening of generalized anxiety disorders definition does not affect the response to psychiatric care: finding from the observational ADAn study. *Clinical Practice & Epidemilogical in mental health*, 8, 158-168.

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: 5th edition*. Washington D. C: Americam Association Press.

- Borkovec, T. D., & Ruscio, A. M. (2001). Psychotaerapy for generalized anxiety disorder. *Journal of clinical psychiatry*, 62, 37-42.
- Bosman, R. C., ten Have, M., de Graaf, R., Muntingh, A. D., van Balkom, A. J., & Batelaan, N. M. (2019). Prevalence and course of subthreshold anxiety disorder in the general population: A three-year follow-up study. *Journal of affective disorders*, 247, 105-113.
- Fergouson, C. J. (2009). An Effect Size Primer: A Guide for Clinicians and Researchers. *Professional Psychology: Research and Practice*, 40(5), 532-538.
- Haller, H., Cramer, H., Lauche, R., Gass, F., & Dobos, G. J. (2014). The prevalence and burden of subthreshold generalized anxiety disorder: a systematic review. *BMC psychiatry*, 14, 128.
- Hanrahan, F., Field, A. P., Jones, F. W., & Davey, G. C. (2013). A meta-analysis of cognitive therapy for worry in generalized anxiety disorder. *Clinical psychology review*, 33(1), 120-132.
- Haseth, S., Solem, S., Baardsen, G. S., Bjørnstad, E., Grøtø, T., & Fisher, P. (2019). Group Metacognitive Therapy for Generalized Anxiety Disorder: A Pilot Feasibility Trial. *Frontiers in psychology*, 10, 290.
- Heimberg, r. g., & Becker, R. E. (2002). *cognitive behavioral group therapy for social phbia: Basic mechanism and clinical strategies*. New- york: Guilford press.
- Hofman, D. L., Dukes, E., & Wittchen. (2008). Human and economic burden of generalized anxiety disorder. *Depression and anxiety*, 25, 72-90.
- Kessler , R. C., Chiu, W. T., Demler, O., & Walters, E. E. (2005). prevalence, severity, and comorbidity of 12-moth DSM-IV disorders in a National Comorbidity survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62, 617-27.
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., jin, R., Merikangas, K. R., & Walters, E. E. (2005). lifetime prevalence and age-onset distributions of DSM-IV dosorders in National Comorbidity Surney Replication. *Archieve of psychiatry*, 62, 59.-602.
- McEvoy, P. M. (2019). Metacognitive Therapy for Anxiety Disorders: a Review of Recent Advances and Future Research Directions. *Current psychiatry reports*, 21(5), 29.
- Meyer, T. J., Miller, M. L., Metzger, R. L., & Borkovec, T. D. (1990). Development and validation of penn state worry questionnaire. *Behavior Research and Therapy*, 28, 487-495.
- Nilsson, J., Sigström, R., Östling, S., Waern, M., & Skoog, I. (2019). Changes in the expression of worries, anxiety, and generalized anxiety disorder with increasing age: A population study of 70 to 85-year-olds. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 34(2), 249-257.
- Ost, L. G., & Breitholtz, E. (2000). Applies relaxation vs. cognitive therapy in the treatment of generalized anxiety disorder. *Behavioral research and therapy*, 38(8), 777-90.
- Revicki, D. A., Travers, K., Wyrwich, K. W., svedsater, H., Locklear, J., Mattera, M. S., . . . Montgomery, S. (2012). Humanistic and economic burden of generalized abxiety disorder in North America and Europe. *Journal of affevtive disorder*, 140, 103-112.
- Shahmoradi, G., Dadashi, M., Eskandari, Z., Iravani, M., Salimi, S., & Jannesari, H. (2013). The effectiveness of worry exposure in treating generalized anxiety disorder. *Management Science Letters*, 3, 1659–1664.
- Sojta, K. (2017). Meta-Cognition and Generalized Anxiety Disorder - A case study. *Polish Psychiatric ASSOC*, 1, 23-32.

- Spitzer, R. L., Kroneke, K., Williams, J. B., & Low, B. (2006). A brief measure of assessing generalized anxiety disorder: The GAD-7. *Archives of Internal Medicins*, 166.
- van der Hieden, C., Melchior, K., & de stiger, E. (2013). The Effectiveness of Group Metacognitive Therapy. *Journal of contemporary psychotherapy*, 43, 151-157.
- van der Hieden, C., Melchiork, mURIS, p., Bouwneester, S., Bos, A. E., & van der Molen, H. T. (2010). A hierarchical model for the relationships between general and specific vulnerability factors and symptom levels of generalized anxiety disorder. *journal of Anxiety disorder*, 24, 284-289.
- wells, A. (2000). *Emotional Disorders and Metacognition: Innovative Cognitive Therapy*. New Jersey: Wilry.
- Wells, A. (2005 a). The metacognitive model of GAD: Assessment of meta-worry and relationship with DSM-IV generalized anxiety disorder. *Cognitive Therapy and Research*, 29, 107-121.
- Wells, A. (2006). The metacognitive model of worry and generalized anxiety disorder. In G. Davey, & A. Wells, *Woory and its psychological disorder. theory, assessment and treatment* (pp. 179-200). West Sussex: Guilford.
- wells, A. (2009). *Metacognitive tharapy for anxiety and depression*. New york: Guilford press.
- wells, A., & King, P. (2006). Metacognitive therapy for generalized anxiety disorder: An open trial. *Journal of behaviour therapy*, 37, 206-212.
- wells, A., Welford, M., King, J., Papagergiou, C., Wisley, J., & Mendal, E. (2010). A pilot randomized trial of metacognitive therapy vs applied relaxation in the treatment of adults with generalized anxiety disorder. *Behavioral research and therapy*, 48, 429-434.

Effectiveness of Metacognitive Therapy (MCT) in the Reduction of Worry and Metaworry of Individuals with Symptoms of Generalized Anxiety Disorder (GAD)

Mahmoud Alilou, M¹, Lashkari, A^{2*}

¹PhD, Professor, Department of Educational Sciences, University of Tabriz

^{2*}Ph.D student, Clinical psychology, Shahid beheshti university, Tehran, Iran

E-mail: Arezoo.lashkary@gmail.com (Corresponding author)

Abstract

The aim of this study was to investigate the effectiveness of metacognitive therapy in the reduction of worry and metaworry of individuals with symptoms of Generalized Anxiety Disorder. Two participants were selected by diagnostic interview and underwent the treatment subsequent obtaining treatment requirement. Multiple baseline single subject design was used as the method of the study. Metacognitive therapy was carried out for 8 sessions, with one month follow up. For gathering data Pennsylvania State Worry Questionnaire and Wells metaworry questionnaire were used. Data analysis depict that Metacognitive therapy had considerable impact on decreasing of worry and metaworry of participants. The results continued during the follow up period. Result of this research showed that meta-cognitive therapy that focuses on controlling of cognitive process instead of cognitive content of cognitive processes can be effective in treatment of people with symptoms of generalized anxiety disorder.

Key words: Metacognitive therapy; Worry; Metaworry