

اثربخشی درمان فراشناختی بر کاهش نشانه‌های فرانگرانی و آمیختگی فکر در مبتلایان به اختلال اضطراب فراگیر مراجعه کننده به یک بیمارستان نظامی

شهرام مامی^۱، میثم شریفی^۲، آزاده مهدوی^۳

۱- گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد ایلام، ۲- گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد ایلام، کارشناس ارشد مرکز مشاوره بیمارستان ۵۲۰ کرمانشاه و دانشجوی دکتری تخصصی روانشناسی عمومی، ۳- گروه روانشناسی بالینی، دانشکده علوم انسانی، واحد کرمانشاه، دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرمانشاه

اطلاعات مقاله	چکیده
<p>نوع مقاله مقاله پژوهشی</p>	<p>مقدمه: اختلال اضطراب فراگیر به صورت اضطراب افراطی و نگرانی ذهنی غیرقابل کنترل تعریف می شود. این اختلال ممکن است عواملی فراتر، از جمله فرانگرانی و آمیختگی فکر را نیز شامل گردد.</p> <p>روش کار: پژوهش حاضر یک مطالعه کارآزمایی بالینی از نوع شبه آزمایشی بود و در آن از طرح پیش آزمون- پس آزمون با گروه کنترل استفاده شده است. جامعه آماری شامل کلیه مراجعین با تشخیص اختلال اضطراب فراگیر مراجعه کننده به یکی از بیمارستان‌های نظامی بود که از بین آنان، ۲۴ نفر با استفاده از روش نمونه گیری تصادفی، انتخاب شدند. ابزار مورد استفاده در این پژوهش پرسشنامه فرانگرانی (MWQ)، پرسشنامه آمیختگی فکر (TFI) و پروتکل درمان فراشناختی (MCT) بود و داده ها با استفاده از روش آماری تحلیل کوواریانس چند متغیری مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.</p> <p>یافته ها: نتایج نشان دادند که فراشناخت درمانی در کاهش فرانگرانی و آمیختگی فکر مبتلایان به اختلال اضطراب فراگیر تأثیر دارد. بر مبنای تحلیل نتایج، میزان ۰/۵۴۶ از واریانس کاهش فرانگرانی و همچنین میزان ۰/۳۶۲ از واریانس کاهش آمیختگی فکر در پس آزمون توسط فراشناخت درمانی تبیین شده است و اثر معنادار عامل بین آزمودنی های گروه آزمایش تأیید می شود.</p> <p>نتیجه گیری: تکنیک های فراشناختی، موجب کاهش افکار منفی خودکار نگرش های ناکارآمد گردیده که زمینه ی کاهش فرانگرانی را فراهم می کند. همچنین درمان فراشناختی موجب اصلاح سوگیری های شناختی شده و منجر به کاهش آمیختگی فکر می گردد. لذا مهم ترین اشاره ی پژوهش در مبتلایان به اختلال اضطراب فراگیر این است که درمانگران باید سعی کنند این روش درمانی را به عنوان یک درمان روانشناختی در این حوزه مورد توجه بیشتر قرار دهند.</p>
<p>تاریخچه مقاله تاریخ ارسال: ۹۴/۳/۱۸ پذیرش نهایی: ۹۴/۱۲/۱</p>	
<p>کلید واژگان: اختلالات اضطرابی، شناخت درمانی، نگرانی، فکر.</p>	
<p>نویسنده مسئول: Shahram.mami@yahoo.com</p>	

مقدمه

اختلال اضطراب فراگیر^۱ از انواع گوناگون اختلالات اضطرابی است که به صورت اضطراب افراطی و نگرانی ذهنی غیرقابل کنترل تعریف می شود (۱). این اختلال با آسیب معنادار در عملکرد روانی- اجتماعی مرتبط می باشد (۲) و به ندرت به خودی خود بهبود یافته (۳) و بیشتر از دیگر اختلال های اضطرابی، به صورت مزمن باقی می ماند (۴). تحقیقات نشان داده اند که اختلال در دهه دوم زندگی و معمولاً به تدریج شروع می شود و در حدود ۳ تا ۶ درصد شیوع دارد (۵). با توجه به انجام پژوهش در جمعیت نظامی و بررسی های انجام شده شیوع در طول سال و در طول عمر این اختلال در بین نیروهای مسلح کانادا به ترتیب ۱،۸ درصد و ۴،۴ درصد، و در بین نظامیان استرالیایی شیوع سالیانه آن ۱،۱ درصد می باشد (۶). در بین نظامیان ایرانی اطلاعاتی در دست نیست. یکی از عواملی که در خصوص این افراد می تواند مطرح شود مسئله فرانگرانی^۲ است؛ یعنی نگرانی در خصوص نگرانی. در واقع این نوع نگرانی، نه فقط به

عنوان یک علامت ناشی از اضطراب بلکه به عنوان یک سبک انگیزی و فعال برای ارزیابی و مقابله ترس، اهمیت ویژه ای دارد (۷). فرانگرانی باعث افزایش اضطراب و نشانه های هیجانی متضاد می شود (۸). یکی دیگر از متغیرها، مفهوم آمیختگی فکر است که در الگوهای فراشناختی مطرح شده است. باورهای فراشناختی درباره ی افکار یا احساسات مزاحم، برای توصیف تحریف های شناختی، باورهای مربوط به آمیختگی فکر نامگذاری شده اند (۷). در این پدیده باورهای فراشناختی، مرز میان فکر و رویدادها و فکر و عمل را از میان می برند (۷). افکار مزاحم، تفکراتی ناخواسته، ناخوشایند و غیر قابل کنترل هستند (۹). در الگوی فراشناختی سه حیطه باور مرتبط با آمیختگی فکر توصیف شده است. این حیطه ها عبارتند از: ۱- آمیختگی فکر- رویداد (TEF^۳) ۲- آمیختگی

۱- Social phobia

۲- Meta worry

۳- Thought event fusion

ذهن متخصصان حوزه بهداشت روانی را به خود مشغول نموده است. به گونه ای که تاکنون با درمانهای طبی و روانشناختی بیشماری در جهت بهبود مبتلایان به اضطراب کوشیده اند. لیکن با توجه به شرایط خاصی که پیش روی اضطراب و افراد مضطرب می باشد و ماهیت متغیر اضطراب که در شرایط، زمان، مکان و بسترهای گوناگون خود را به نحای مختلفی نشان می دهد نیاز به فاصله گرفتن از درمان های کلاسیک و گرایش به درمان های جدیدتر که دارای شواهد تجربی و علمی مناسبی در زمینه درمان اختلال اضطراب می باشند، توسط متخصصین احساس شد. بنابراین با در نظر گرفتن این مطالب و با توجه به شرایط خاص این بیماری (شیوع بالا و تداخل در عملکرد)، نیاز به پژوهش در زمینه مداخلات بالینی این اختلال در ایران و به خصوص در زمینه فرهنگی، محیطی و شغلی تحقیق پیش رو، و ماهیت تغییر پذیر اضطراب به صورتی که در زمینه ها، شرایط و مکانهای گوناگون تغییر شکل می یابد، نیاز به فرارفتن از روش های درمانی کلاسیک و لزوم پژوهش در این زمینه، بر آن شدیم تا با تکیه بر یک فرضیه آزمایشی بالینی و با استفاده از روشی که کمتر مورد توجه بوده و در جهت درمان اضطراب، با توجه به پیشینه پژوهشی شناخته شده در داخل و خارج از کشور، در موقعیت مناسبی قرار دارد، به پژوهش در این زمینه بپردازیم؛ با توجه به مباحث مطرح شده و مطالعات انجام گرفته، در پژوهش پیش رو، اثر بخشی درمان فرارشناختی در کاهش آمیختگی فکر و فرآیندهای مبتلایان به اختلال اضطراب فراگیر بررسی شد.

روش کار

پژوهش حاضر یک مطالعه کارآزمایی بالینی^{۱۳} از نوع شبه آزمایشی^{۱۴} است که در آن از طرح پیش آزمون - پس آزمون^{۱۵} با گروه کنترل استفاده شده است. جامعه آماری شامل کلیه مراجعین با تشخیص اختلال اضطراب فراگیر مراجعه کننده به یکی از بیمارستان های نظامی می باشد. از بین جامعه آماری، ۲۴ نفر با استفاده از روش نمونه گیری تصادفی ساده، در دو گروه آزمایشی و کنترل انتخاب شدند. به منظور اجرای پژوهش از بین مبتلایان به اختلال اضطراب فراگیر مراجعه کننده، افرادی انتخاب شدند که ملاک های ورود به پژوهش را دارا بودند.

۱-۴ Thought action fusion

۱-۵ Thought object fusion

۱-۶ Meta cognitive therapy

۱-۷ Applied relaxation

۱-۸ Wells & King

۱-۹ Clinically significant change

۱-۱۰ Simons, Schneider & Herpertz-Dahlmann

۱-۱۱ Sembi

۱-۱۲ Papageorgiou

۱-۱۳ clinical trial

۱-۱۴ quasi-experimental

۱-۱۵ Pretest-posttest

فکر-کنش (TAF^۲) ۳- آمیختگی فکر- شیء (TOF^۵) (۱۰). این الگوها بر باورهایی در مورد اهمیت، معنی و قدرت افکار و باورهایی در مورد نیاز به کنترل افکار و انجام آیین مندی ها تأکید می کند (۱۱). با این که پژوهش ها نشان داده اند که رویکردهای درمانی مختلفی می توانند در درمان اختلال اضطراب فراگیر مؤثر واقع شوند، اما بحث پشتوانه تجربی داشتن، انواعی از روان درمانی ها در درمان اختلال اضطراب فراگیر، همواره با چالش هایی مواجه بوده است (۷). از جمله درمان هایی که در روان شناسی مطرح شده است درمان فرارشناختی^۶ است. توجه به مؤلفه های شناختی در بروز اختلال اضطراب فراگیر باعث شده که پژوهشگران با استفاده از مدل های شناختی و رفتاری پیشین، چندین روش درمانی شناختی- رفتاری را برای اختلال اضطراب فراگیر ابداع نمایند (۱۲). لذا روش درمانی جدیدی لازم است که تفکر را کنترل کند و وضعیت ذهن را تغییر دهد که این اساس نظریه فرارشناختی است. دیدگاه نظری و درمانی فرارشناخت بر باورها و تفکرات منفی به عنوان نتیجه کنترل فرارشناختی شناخت تأکید می کند و بیان می کند که چگونه فرارشناخت در تداوم و تغییر شناخت مؤثر است. درمان فرارشناختی سطوحی از مداخله را عرضه می کند که بر چالش محتوای تفکر و باورهای منفی که در درمان های سنتی شناختی بر آن تمرکز دارد؛ تأکید نمی ورزد (۱۳) و سعی می کند فرارشناخت هایی را که به شیوه ناسازگارانه تفکرات منفی تکرار شونده را زیاد می کنند و یا باعث افزایش باورهای منفی عمومی می شوند، تغییر دهد (۷).

از جمله پژوهش هایی که این رویکرد درمانی را بر درمان اختلال اضطراب فراگیر بررسی کرده، یک کارآزمایی تصادفی است، که در آن درمان فرارشناختی با آمیختگی کاربردی^۷ در بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر مقایسه شده است. نتایج نشان داد که درمان فرارشناختی در ایجاد بهبودی در اضطراب، نگرانی و باورهای فرارشناختی منفی، به آمیختگی کاربردی برتری داشت (۱۴). ولز و کینگ^۸ (۲۰۰۶) در یک کارآزمایی باز، بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر را، درمان کردند. استفاده از ملاک تغییر بالینی معنادار^۹ در مورد اضطراب صفت نشان داد که ۸۷ درصد بیماران پس از درمان بهبود یافته بودند و همه ی بیماران معیار بهبودی بالینی معنادار را برآورده می کردند (۱۵). سیومنز، اشنایدر و هرپرتر-دالمن^{۱۰} (۲۰۰۶) اثر درمان فرارشناختی بر اختلال وسواسی- اجباری را مورد بررسی قرار دادند. داده ها نشان دادند که این درمان می تواند جایگزین سودمندی برای رویارویی و جلوگیری از پاسخ باشد (۱۶). ولز و سمبی^{۱۱} (۲۰۰۴) شش بیمار متوالی مبتلا به اختلال استرس پس از آسیب را با استفاده از طرح A-B همراه با پی گیری،^۳ و ۶ ماه پس از درمان بررسی کردند. در همه ی موارد، درمان با کاهش عمده ی علائم استرس آسیب زاد، اضطراب و افسردگی همراه بود (۱۷). پاپاگورجیو^{۱۲} و ولز اثرات آموزش توجه را در سه بیمار مبتلا به خود بیمار انگاری مورد بررسی قرار دادند. همه ی بیماران در نتیجه ی درمان، کاهش عمده ای در فراوانی نگرانی مرتبط با سلامت، باورهای مربوط به بیماری و تمرکز بر بدن نشان دادند (۱۸). همواره درمان اضطراب

این حیطة ها عبارتند از: آمیختگی فکر-رویداد (TEF)، آمیختگی فکر-عمل (TAF) و آمیختگی فکر-شیء (TOF) (۱۰). ضریب آلفای کرانباخ این مقیاس ۰/۸۹ بدست آمد (۹). در نمونه ایرانی هنجار شده ی این آزمون تحلیل پایایی همسانی درونی، ضریب آلفا را برای عامل کلی ۰/۸۷ و برای عامل اول، دوم و سوم و دو نیمه سازی به ترتیب ۰/۷۷، ۰/۸۲، ۰/۸۰ و ۰/۷۳ نشان داده است (۱۱).

پروتکل درمان فراشناختی^{۱۸} (MCT): ترتیب مراحل درمان فراشناختی اختلال اضطراب فراگیر به طور خلاصه به این شرح است: ۱- فرمول بندی موردی بیمار ۲- آشناسازی بیمار با درمان ۳- معرفی طرح فراشناختی به بیمار ۴- چالش با باورهای فراشناختی منفی در ارتباط با کنترل ناپذیری نگرانی ۵- چالش با باورهای فراشناختی منفی در ارتباط با خطرناک بودن نگرانی ۶- چالش با باورهای فراشناختی مثبت در ارتباط با نگرانی ۷- تقویت برنامه های به جای فرایند نگرانی و ۸- پیشگیری از عود (۱۰). این پروتکل از کتاب "راهنمای عملی درمان فراشناختی اضطراب و افسردگی" نوشته ولز^{۱۹} و با ترجمه شهرام محمدخانی اقتباس شده و تغییراتی در آن به عمل نیامده است.

یافته ها

بیشترین میزان سن مشارکت کنندگان ۵۱ سال و کمترین میزان سن ۲۱ سال است. میانگین سنی گروه آزمایش (۳۴/۵۸ سال)، گروه گواه (۳۴/۷۵ سال) و کل مشارکت کنندگان (۳۴/۶۷) می باشد. سطح تحصیلات در گروه آزمایش شامل ۷ نفر دیپلم، ۳ نفر کارشناسی، ۲ نفر کارشناسی ارشد و گروه گواه نیز شامل ۸ نفر دیپلم، ۳ نفر کارشناسی، ۱ نفر کارشناسی ارشد می باشد. وضعیت تأهل در گروه آزمایش شامل ۶ نفر مجرد، ۶ نفر متأهل، و گروه گواه نیز شامل ۴ نفر مجرد، ۸ نفر متأهل می باشد.

فرانگرانی در پیش آزمون و پس آزمون: با توجه به اطلاعات جدول ۱ میانگین فرانگرانی گروه آزمایش در پیش آزمون ۲۰/۳۳ و در پس آزمون ۱۷/۹۲ بوده که حاکی از کاهش ۲/۴۱ نمره ی فرانگرانی آزمودنی های گروه آزمایش است.

میانگین فرانگرانی گروه گواه در پیش آزمون ۲۲/۷۵ و در پس آزمون ۲۳/۰۰ می باشد که نشان می دهد میزان فرانگرانی در این گروه ۰/۲۵ افزایش داشته است.

بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر با هدف تعیین میزان اثربخشی فراشناخت درمانی در کاهش آمیختگی فکر و فرانگرانی های مبتلایان به اختلال اضطراب

ملاک های ورود عبارت بودند از: تشخیص اختلال اضطراب فراگیر، عدم ابتلا به هیچ یک از اختلالات شخصیت، اختلالات خلقی، عدم ابتلای همزمان به سایر اختلالات اضطرابی، روان پریشی و سوء مصرف مواد، عدم دریافت هیچ گونه درمان دارویی و مداخلات روانشناختی (حداقل ۶ ماه قبل از شروع پژوهش و در حین انجام پژوهش)، تحصیلات حداقل دیپلم و قرار داشتن در دامنه سنی ۱۸ تا ۵۵ سال.

پس از انتخاب بیماران واجد شرایط، به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند و بعد از برگزاری جلسه توجیهی از آنها پیش آزمون به عمل آمد، سپس برای هر یک از افراد گروه آزمایشی ۱۰ جلسه فراشناخت درمانی به صورت انفرادی انجام شد. در این مرحله گروه کنترل هیچ گونه مداخله ای دریافت نمی کرد. سپس از هر دو گروه آزمایش و کنترل پس آزمون گرفته شد.

به طور کلی روند اجرای پژوهش حدود ۳ ماه به طول انجامید، که شامل مرحله اول: بیماریابی و اجرای پیش آزمون، مرحله دوم: فرایند درمان و مرحله سوم: اجرای پس آزمون بود.

در این پژوهش با توجه به فرض های تحقیق اطلاعات جمع آوری شده به کمک روش های آماری در دو بخش توصیفی و استنباطی مورد تحلیل قرار گرفتند.

در بخش آمار توصیفی به شاخصهای فراوانی، درصد فراوانی، میانگین و انحراف معیار پرداخته شده است و در بخش استنباطی فرضیه ها به کمک روش تحلیل کواریانس چند متغیری (MANCOVA) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفته اند.

همچنین برای تجزیه و تحلیل داده ها، از نرم افزار آماری SPSS نسخه ۱۹ استفاده شده است. در این پژوهش برای جمع آوری داده ها از ابزارهای ذیل استفاده شد:

پرسشنامه فرانگرانی^{۱۶} (MWQ): پرسشنامه فرانگرانی ابزاری است که برای ارزیابی جنبه ی خطر فرانگرانی و فراوانی و میزان باور به فرانگرانی طراحی شده است. پرسشنامه فرانگرانی شامل هفت ماده است که به خطرات نگرانی مربوط می شود. ضریب آلفای کرانباخ مقیاس فراوانی فرانگرانی ۰/۸۸ و مقیاس باور به فرانگرانی ۰/۹۵ بدست آمده است (۱۹).

ضریب همسانی درونی این مقیاس در مطالعه حمیدپور و همکاران (۱۳۸۹) ۰/۷۸، گزارش شده است (۲۰). همچنین در مطالعه سلمانی و همکاران (۱۳۹۳) آلفای کرونباخ این پرسش نامه ۰/۷۱، بدست آمده است (۲۱).

پرسشنامه آمیختگی فکر^{۱۷} (TFI): این پرسشنامه توسط ولز، جی ویلیامز و کارترایت-هاتون، برای ارزیابی باورهای افراد درباره افکار در حیطة های آمیختگی تهیه شده است. سه حیطة ی محتوایی آمیختگی فکر، از طریق یک ابزار ۱۴ ماده ای که شامل یک مقیاس واحد است، ارزیابی می شود.

جدول ۱: شاخص های توصیفی میزان فرانگرانی گروه نمونه در پیش آزمون و پس آزمون

شاخصهای آماری فرانگرانی		فراوانی	میانگین	انحراف استاندارد	کجی	کشیدگی	کمترین نمره	بیشترین نمره
گروه آزمایش	پیش آزمون	۱۲	۲۰/۳۳	۴/۰۵	-۰/۱۹	-۰/۳۷	۱۳/۰۰	۲۷/۰۰
	پس آزمون	۱۲	۱۷/۹۲	۳/۵۵	-۰/۴۹	-۰/۴۹	۱۱/۰۰	۲۳/۰۰
گروه کنترل	پیش آزمون	۱۲	۲۲/۷۵	۳/۳۹	-۰/۳۵	-۰/۶۷	۱۷/۰۰	۲۸/۰۰
	پس آزمون	۱۲	۲۳/۰۰	۲/۵۲	-۰/۶۵	-۰/۴۰	۱۸/۰۰	۲۶/۰۰

با توجه به اطلاعات جدول ۲ میانگین آمیختگی فکر گروه آزمایش در پیش آزمون ۵۵۸/۹۷ و در پس آزمون (۵۰۱/۴۲) بوده که حاکی از کاهش ۵۷/۵۵ نمره ی آمیختگی فکر مشارکت کنندگان گروه آزمایش است. میانگین آمیختگی فکر مشارکت کنندگان گروه کنترل در پیش آزمون ۶۲۰/۸۳ و در پس آزمون ۶۱۴/۱۷ می باشد که نشان می دهد میزان آمیختگی فکر در این گروه ۶/۶۶ کاهش داشته است.

جدول ۲: شاخص های توصیفی میزان آمیختگی فکر گروه نمونه در پیش آزمون و پس آزمون

شاخصهای آماری آمیختگی فکر		فراوانی	میانگین	انحراف استاندارد	کجی	کشیدگی	کمترین نمره	بیشترین نمره
گروه آزمایش	پیش آزمون	۱۲	۵۵۸/۹۷	۲۲۳/۲۸	-۰/۴۲	-۱/۲۳	۱۶۰/۰۰	۸۳۰/۰۰
	پس آزمون	۱۲	۵۰۱/۴۲	۱۹۴/۹۶	-۰/۱۸	-۱/۱۸	۱۷۰/۰۰	۷۶۸/۰۰
گروه کنترل	پیش آزمون	۱۲	۶۲۰/۸۳	۱۳۲/۴۹	۰/۳۸	-۰/۹۴	۱۸۰/۰۰	۸۵۰/۰۰
	پس آزمون	۱۲	۶۱۴/۱۷	۱۳۸/۰۹	۰/۴۲	-۰/۷۶	۱۹۰/۰۰	۸۶۰/۰۰

یافته های مربوط به تحلیل کوواریانس چند متغیری برای بررسی اثر عمل آزمایشی (فراشناخت درمانی) بر متغیرهای وابسته (فرانگرانی و آمیختگی فکر) در جدول ۳ گزارش شده است. در این جدول ارزش های اثر پیلایی (محافظه کارترین) و ویلکس لامبدا (رایج ترین) ارائه شده است. باتوجه به معنادار بودن اثرهای پیلایی و ویلکس لامبدا ($P < 0.001$) تأثیر معنادار فراشناخت درمانی تأیید شده است.

جدول ۳: نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیری

گروه (متغیر مستقل)	اثر	ارزش	F	df مفروض	df خطا	P	توان آزمون
فراشناخت درمانی	پیلایی	۰/۸۷۸	۱۸/۷۳۶	۵/۰۰	۱۳/۰۰۰	۰/۰۰۱	۰/۸۷۸
	ویلکس لامبدا	۰/۱۲۲	۱۸/۷۳۶	۵/۰۰	۱۳/۰۰۰	۰/۰۰۱	۰/۸۷۸

بر مبنای نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیری ارائه شده در جدول ۴ اثر معنادار عامل بین آزمودنی های گروه آزمایش تأیید می شود ($F(1, 17) = 24.40, P < 0.001, \eta^2 = 0.586$)، اندازه اثر). نمرات میانگین تعدیل شده فرانگرانی در پس آزمون نشان می دهد گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل، دارای فرانگرانی کمتری بودند. میزان 0.586 از واریانس کاهش فرانگرانی در پس آزمون توسط فراشناخت درمانی تبیین شده است.

جدول ۴: نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیری تأثیر فراشناخت درمانی بر کاهش علائم فرانگرانی

منبع اثر	SS	df	MS	F	P	توان آزمون
گروه (متغیر مستقل)	۶۲/۱۹۶	۱	۶۲/۱۹۶	۲۴/۴۰	۰/۰۰۱	۰/۵۴۶
خطا	۵۱/۸۱۹	۱۷	۳/۰۴۸			

بر مبنای نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیری ارائه شده در جدول ۵ اثر معنادار عامل بین مشارکت کنندگان گروه آزمایش تأیید می شود ($F(1, 17) = 9/635, P < 0/01, > 0/362$ = اندازه اثر). نمرات میانگین تعدیل شده آمیختگی فکر در پس آزمون نشان می دهد گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل، دارای آمیختگی فکر کمتری بودند. میزان $0/362$ از واریانس کاهش آمیختگی فکر در پس آزمون توسط فراشناخت درمانی تبیین شده است.

جدول ۵: نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیری تأثیر فرا شناخت درمانی بر کاهش علائم آمیختگی فکر

منبع اثر	SS	df	MS	F	P	توان آزمون
گروه (متغیر مستقل)	۱۲۹۶۴/۶۸۷	۱	۱۲۹۶۴/۶۸۷	۹/۶۳۵	۰/۰۰۶	۰/۳۶۲
خطا	۲۲۸۷۵/۱۲۶	۱۷	۱۳۴۵/۵۹۶			

بحث و نتیجه گیری:

فراگیر صورت گرفت. اولین یافته ی پژوهش حاکی از تأثیر مثبت فراشناخت درمانی بر کاهش فرانگرانی در مبتلایان به اختلال اضطراب فراگیر بود. از جمله ی پژوهش ها در این حوزه می توان به مطالعه ی قهوه چی الحسینی، فتحی آشتیانی و آزاد فلاح (۲۳) اشاره نمود، که به مقایسه ی اثربخشی درمانگری فراشناختی با شناخت درمانگری در کاهش فرانگرانی دانشجویان مبتلا به اضطراب امتحان پرداختند. نتایج حاکی از اثربخشی بیشتر درمانگری فراشناختی نسبت به درمانگری شناختی در کاهش فرانگرانی دانشجویان مبتلا به اضطراب امتحان بود؛ به علاوه هر دو گروه فراشناختی و شناختی نسبت به گروه کنترل کاهش بیشتری در فرانگرانی نشان دادند. هم چنین این یافته با پژوهش های کیم و همکاران (۲۴)، خضری مقدم، قربانی، بهرامی احسان و رستمی (۲۵)، کویانی، حاتمی و جواهری (۲۶) همسویی دارد. به نظر می رسد این روش درمانی به این بیماران کمک می کند که با احساسات اضطراب و نگرانی های خویش کنار بیایند و کیفیت زندگی بالاتری را نیز تجربه نموده و به واسطه تکنیک های فراشناختی، زنجیره های منفی و تسلسل وار افکار موجب کاهش افکار منفی اتوماتیک و نگرش های ناکارآمد در این افراد گردیده که زمینه ی کاهش فرانگرانی را فراهم می کند. آگاهی از افکار و تصورات منفی و نسبتاً غیرقابل کنترل که ماهیت فرانگرانی را تشکیل می دهند در کاهش این مؤلفه مؤثر واقع شده است.

دومین یافته پژوهش نشان داد فراشناخت درمانی بر کاهش آمیختگی فکر مبتلایان به اختلال اضطراب فراگیر تأثیر دارد. این یافته با نتایج

مطالعات بساک نژاد، حاتمی سربرزه و زرگر (۹)، فامیل شریفیان، خلیلی، حسن زاده پشنگ، کمر زرین و تقی زاده (۲۷) همخوانی دارد. نحوه تفسیر افکار مزاحم عامل مهمی در تعیین شدت ناراحتی و اضطراب ناشی از پیامد این افکار دارد به طوری که تفسیر افکار مزاحم می تواند متأثر از سوگیری های شناختی باشد. برای مثال، افرادی که دارای تکانه تمایل به آسیب رسانی به دیگران هستند، اگر این فکر مزاحم را از نظر اخلاقی معادل انجام دادن آن کار بدانند، این سوگیری شناختی به سوء تعبیر فاجعه آمیزی از تکانه های مزاحم تبدیل می شود و این تکانه ها را بدین گونه تفسیر می کند که می خواهد واقعاً به دیگران آسیب برساند. بنابراین سوء تعبیر افکار مزاحم منجر به مجموعه ای از علائم همچون اضطراب بالا و احساس گناه می شود (۹). فراشناخت درمانی موجب اصلاح سوگیری های شناختی گردیده و فرد را در نحوه تأثیر افکار مزاحم و احساس های اضطراب و نگرانی ناشی از آن آگاه می کند و منجر به کاهش آمیختگی فکر بیمار می گردد. فنون فراشناخت درمانی با تأکید بر توجه به لحظه ی حال و شیوه ی غیر قضاوتی و متمرکز بر هدف مرزهای بین فکر و احساس و فکر و رویداد و عمل را مشخص کرده و مانع از آمیختگی آنها می شوند.

در سال های اخیر روش های غیر دارویی، توجه بیماران از جمله مبتلایان به اختلال اضطراب فراگیر را به خود جلب نموده است که در این پژوهش در قالب فراشناخت درمانی مورد بررسی قرار گرفت و براساس نتایج حاصله تأثیر بسزائی بر کاهش فرانگرانی و آمیختگی فکر مبتلایان به اختلال اضطراب فراگیر داشت. لذا فراشناخت درمانی می تواند به عنوان یک روش درمانی مورد استفاده قرار گیرد.

برای شرکت در این مرحله و وجود متغیرهای مخدوش کننده، وجود عوامل استرس زای ثانویه، ناهمگنی گروه و تفاوت های بیولوژیک افراد که ممکن است به صورت تصادفی در یک گروه تجمع بیشتری داشته باشند.

تشکر و قدردانی

در پایان بر خود لازم می دانیم از تمام کسانی که در این مطالعه شرکت نموده اند و ما را در این مهم همراهی کرده اند کمال تشکر و قدردانی را داشته باشیم.

مهم ترین اشاره ضمنی پژوهش درباره مبتلایان به اختلال اضطراب فراگیر این است که متغیرهای فرآنگرانی و آمیختگی فکر به میزان قابل توجهی، از عوامل شناختی تأثیر می پذیرد. متولیان درمانی در این حوزه باید سعی کنند فراشناخت درمانی را به عنوان یک درمان در کنار دیگر درمان ها، از جمله درمان های دارویی، در درمان اختلال اضطراب فراگیر مورد توجه بیشتر قرار دهند. هر پژوهش با توجه به شرایط و موقعیتی که در آن اجرا شده، دارای محدودیت هایی می باشد. این مطالعه نیز، با محدودیت هایی مواجه بود، از جمله عدم دوره پیگیری به علت ناتوانی برخی از مشارکت کنندگان

References:

- 1 American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association, 1994, p. 970.
- 2 Wittchen HU, Zhao S, Kessler RC, Eaton WW. DSM-III—R generalized anxiety disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*; *Archives of General Psychiatry*. 1994;51:355-64.
- 3 Yonkers KA, Warshaw MG, Massion AO, Keller MB. Phenomenology and course of generalised anxiety disorder. *The British Journal of Psychiatry*. 1996;168(3).
- 4 Woodman CL, Noyes Jr R, Black DW, Schlosser S, Yagla SJ. A 5-year follow-up study of generalized anxiety disorder and panic disorder. *The Journal of nervous and mental disease*. 1999;187(1).
- 5 Sadoc B, Sadoc V. the behavioral science psychiatry summary. Translated by Poorafkari N. Tehran: Shahrab Press, 2007. [Persian].
- 6 Erickson J, Kinley D. J, Afifi T.O, Zamorski M.A, Pietrzak R.H, Stein M.B. Epidemiology of generalized anxiety disorder in Canadian military personnel. *Journal of Military, Veteran and Family Health*. 2015; 1 (1).
- 7 Wells, A. Emotional disorders and metacognition: Innovative Cognitive Therapy. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd; 2000.
- 8 Nigar G, Khawaja JM, Strodl E. Intolerance of uncertainty and meta-worry: Relative importance in discriminating GAD. *Queensland University of Technology*; 2011.
- 9 Basknejad S, Hatami Sarbarzeh M, Zargar Y. Effectiveness of cognitive-behavioral group therapy on thought-action fusion, suppression of thoughts and feelings of guilt among students. *Journal of behavioral sciences* 201;3 1) 7).
- 10 Wells, A. Meta cognitive therapy for anxiety and depression. New York: The Guilford Press; 2009.
- 11 Amiri Pichakalei A, Poorsharifi H, Ghasempoor A. The relationship between thought fusion and thought control strategies with obsessive compulsive symptoms in nonclinical population. *Medical journal of Uromia* 2012; 4) 23). [Persian].
- 12 Roemer L, Orsillo SM, Salters-Pedneault K. Efficacy of an acceptance-based behavior therapy for generalized anxiety disorder: evaluation in a randomized controlled trial. *Journal of consulting and clinical psychology*. 2008 Dec; 76 (6).
- 13 Clark D, Fribon C. Knowledge and applied method of cognitive-behavioral therapy. First Ed translated by Kavyani H. Tehran: Fars Press, 2001. [Persian].
- 14 Wells A, Welford M, Fraser J, King P, Mendel E, Wisely J., et al. Chronic PTSD treated with metacognitive therapy: An Open trial *Cognitive and Behavioral Practice* 2008;15(1).
- 15 Wells A., & King P., Metacognitive therapy for generalized anxiety disorder: An open trial. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 2006;1)37).
- 16 Simons M., Schneider S., & Herpertz-Dahlmann B., Metacognitive therapy versus exposure and response prevention for pediatric obsessive-compulsive disorder. *psychotherapy and psychosomatics*, 2006;71)5).
- 17 Wells A., & Sembi S., Metacognitive therapy for PTSD: a Preliminary investigation of a new brief treatment. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 2004;35(1).
- 18 Papageorgiou C., & Well A., effects of attention in hypochondriasis: an experimental case series. *Psychological medicine*, 28;1998(1).
- 19 Wells A. The metacognitive model of GAD: Assessment of metaworry and relationship with DSM-IV generalized anxiety disorder; 2005.
- 20 Hamidpour H, Dolatshahi B, Purshahnaz A, Dadkhah a. The effectiveness of cognitive therapy in the treatment of women patients with generalized anxiety disorder. *Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*; 16 ;2010 (4). [Persian].
- 21 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. *Feyz, Journal of Kashan University of Medical Sciences*, 2014; 5) 18). [Persian].
- 22 Khoramdel K, Rabiee M, Molavi H, Tareneshatdoost H. Psychometric characteristics of thought fusion inventory in college students. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology* 1) 16 ;2008). [Persian].
- 23 Ghahvehchi Alhosseini F, Fathi-Ashtiani A. Meta-cognitive therapy versus cognitive therapy in reducing meta-worry in students with test anxiety. *Journal of Behavioral Sciences* 1) 7 ;2013). [Persian].
- 24 Kim YW, Lee S-H, Choi TK, Suh SY, Kim B, Kim CM, Cho SJ, Kim MJ, Yook K, Ryu M, Song SK, Yook K-M. Effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy as an adjuvant to pharmacotherapy in patients with panic disorder or Generalized Anxiety Disorder. *Depression and Anxiety*: 2001)26;9).
- 25 Khezri Moghadam N, Ghorbani N, Bahrami Ehsan H, Rostami R. The Effectiveness of group therapy on reducing psychological symptoms in people with multiple sclerosis. *Journal of Clinical Psychology* 1) 4 ;2012). [Persian].
- 26 Kaviani H, Hatami N, Javaheri F. The impact of Mindfulness-based Cognitive Therapy (MBCT) on mental health and quality of life in a sub-clinically depressed population. *Archives of Psychiatry and Psychotherapy* 2012; 1(1). [Persian].
- 27 Familsharifian Y, Khalili M, Hasanzadeh Pashang S, Kamarzarin H, Taghizadeh MA. The effectiveness of cognitive behavioural group therapy on mental health of patients with multiple sclerosis with early onset. *Medical Journal of Uromia*; 2013; 24 (9). [Persian].

The effectiveness of meta-cognitive therapy on reducing metaworry symptoms and thought fusion in people with generalized anxiety disorder referred to a Military Hospital

Mami SH*(phd), Sharifi M (msc), Mahdavi A (msc)

Abstrac

Introduction: Generalized anxiety disorder is of various types anxiety disorders, that are defined excessive anxiety and worry mental uncontrollable.

Methods: This study is a clinical trial of quasi-experimental research which pretest-posttest control group design was used. The study population included all patients with a diagnosis of generalized anxiety disorder referring to is the one of the military hospitals, among them, 24 people using the random sampling method were selected. The instruments used in this study were the Meta-worry Questionnaire (MWQ), Thought Fusion Inventory (TFI) and meta-cognitiveTherapy package and data were analyzed withunivariate analysis of covariance (ANCOVA).

Results: The findings suggest that meta-cognitive therapy is effective for metaworry and thought fusion in patients with generalized anxiety disorder. Based on the analysis results, the 546/0 of variance Reduction meta-worry and also 362/0 of variance Reduction thought fusion In the post-test Explained by meta-cognitive therapy And significant effect of the experimental group is confirmed.

Conclusion: Cognitive techniques reduce automatic negative thoughts and dysfunctional attitudes that provide reducing metaworry. Meta-cognitive therapy also improves cognitive biases that may lead to a reduction in the thought fusion. The implicit reference of this study is that health authorities should try to consider this therapy as a therapy in this area.

Keywords: anxiety disorders, cognitive therapy, worry, thought.

*Corresponding Author: Department of Psychology, Islamic Azad University, Ilam branch. Email: Shahram.mami@yahoo.com