

چکیده

مقدمه

اختلال اضطراب منشر یکی از عمده ترین اختلالات اضطرابی است که منجر به سطح بالایی از کار افتادگی در مبتلایان می گردد. مطالعه حاضر با هدف بررسی و مقایسه کارایی دو درمان فراشناخت و شناختی رفتاری در درمان اختلال اضطراب منتشر انجام گرفت.

روش پژوهش

این بررسی مبتنی بر طرح تجربی از نوع تک موردی با خط پایه چند گانه است. با استفاده از نمونه گیری مبتنی بر هدف ۶ نفر از آزمودنی ها از میان کسانی که بر اساس مصاحبه ساختاریافته بر اساس DSM-IV-TR مبتلا به اختلال اضطراب منتشر بودند، انتخاب شدند. آزمودنی ها بطور تصادفی در دو گروه سه تایی آزمایش (درمان فراشناخت) و کنترل (درمان شناختی رفتاری) قرار گرفتند. تمامی آزمودنی ها بعد از درمان به مدت دو ماه تحت مطالعه پیگیری بودند. داده ها با استفاده از سیاهه حالت - صفت اضطراب اشپیل برگر، سیاهه افکار اضطرابی، مقیاس پیوستاری شدت نشانگان جمع آوری و با استفاده از خصیصه های آمار توصیفی (میانگین و ...) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند و در قالب نمودار نمایش داده شدند.

یافته ها

یافته ها نشان می دهد گروه دریافت کننده درمان فرا شناخت ، بر اساس سیاهه حالت - صفت اضطراب اشپیل برگر ۵۴ درصد، در سیاهه افکار اضطرابی ۵۵ درصد و بر اساس مقیاس پیوستاری شدت نشانگان ۸۹ درصد بهبودی داشته است. در

مقایسه میزان کارایی درمان

فراشناختی و درمان شناختی رفتاری در اختلال اضطراب منتشر

- ملیحه صفوی شاملو^۱
- دکتر حمید رضا آقامحمدیان شعرباف^۲
- دکتر بهرامعلی قنبری هاشم آبادی^۳
- الهه حقیقت منش^{۴*}

۱. کارشناس ارشد روانشناسی بالینی. دانشگاه

فردوسی مشهد، مشهد، ایران

۲. استاد گروه روانشناسی دانشگاه فردوسی مشهد،

مشهد، ایران

۳. استادیار گروه روانشناسی دانشگاه فردوسی مشهد،

مشهد، ایران

۴. مربی گروه روانپزشکی و اعصاب، دانشگاه علوم

پزشکی زابل، زابل، ایران

E-mail: el.haghighat@gmail.com

نتیجه گیری

هر دو درمان در کاهش علائم مؤثر بودند. درمان فراشناخت در مقایسه با درمان شناختی رفتاری، در اختلال اضطراب منتشر کارایی بیشتری دارد.

کلید واژه‌ها

درمان فراشناختی، درمان شناختی رفتاری، اختلال اضطراب منتشر

Comparison of metacognitive therapy efficacy with cognitive behavior therapy in generalized anxiety disorder

- safavi shamloo M¹
- Aghamohamadian Shaer baf HR²
- Ghanbari Hashem Abadi BA³
- Haghighat Manesh E⁴

Abstract

Introduction

Generalized Anxiety Disorder leads to high level of disability in patients. The present study Compared efficacy of metacognitive therapy with cognitive behavior therapy in treatment of generalized anxiety disorder.

Method

This research is based on Multiple-base-line experimental single case studies. Six subjects were selected by sampling based on target and divided randomly in two three-member experiment (MCT)

1. MSc in Clinical Psychology, Ferdowsi University of Mashhad; Mashhad. Iran.
2. PhD in Psychology, Faculty of education and psychology, Ferdowsi University of Mashhad, Mashhad. Iran.
3. PhD in counseling, Faculty of education and psychology, Ferdowsi University of Mashhad, Mashhad. Iran.
4. MSc in Clinical Psychology, Faculty of Medicine, Zabol University of Medical Sciences, Zabol, Iran, (Corresponding author).

E-mail: el.haghighat@gmail.com

حالی که گروه کنترل در سیاهه حالت - صفت اضطراب اشپیل برگر ۳۳ درصد و سیاهه افکار اضطرابی ۳۷ درصد و در مقیاس پیوستاری شدت نشانگان ۵۶ درصد بهبودی داشته اند.

and control (CBT) groups. Subjects were analyzed for two months. The data were collected using Trait Anxiety Inventory(STAI) and anxious touts inventory(AnTI) and subjective unit distress(SUD) ,in pre-treatment (base line), during treatment (four), post treatment (eight) and follow up (two mounts after the treatment). They were analyzed by descriptive statistics (such as mean,median,...) and demonstrated in some charts.

Result

in MCT group there were healings for STAI scale up to 54%, AnTI up to 55% and SUD up to 89%. While in control group, they were 33% for STAI , 37% for AnTI and 56% r SUD, respectively.

Conclusion

Metacognitive therapy and cognitive behavior therapy were both effective in decreasing generalized anxiety disorder symptoms. However, findings showed the superiority of metacognitive therapy over cognitive behavior therapy in treatment of generalized anxiety disorder symptoms.

Key words

Metacognitive Therapy, Cognitive Behavior Therapy, Generalized Anxiety Disorder.

شان می شود. هوان^۵ (۴) در مطالعه ای با استفاده از مقیاس انطباق اجتماعی و شخصیتی کلارک^۶ مبتلایان به اختلال اضطراب منتشر را با اختلال هراس^۷ مقایسه کرد. نتایج این تحقیق نشان داد که افراد مبتلا به اختلال اضطراب منتشر دچار از کار افتادگی بیشتری می شوند.

از میان درمان های گوناگون پیشنهادی برای اختلال اضطراب منتشر، درمان های شناختی رفتاری^۸ به عنوان رایج ترین درمان شناخته شده اند (۵). اگرچه درمان شناختی رفتاری جزو درمانهایی است که به لحاظ تجربی در درمان اختلال اضطراب منتشر تأیید شده است، به طور خوشبینانه تنها ۵۰ درصد از مراجعین درمان شده در دوره پیگیری به لحاظ بالینی تغییر چشم گیری نشان داده اند (۶-۷). دوره‌ها (۸) در یک آنالیز مجدد داده ها که از شش پژوهش درمان شناختی رفتاری در بهبودی اختلال GAD بدست آمده بود، میزان بهبودی ۴۰ درصد را گزارش کردند. همچنین آرتنز^۹ (۹) میزان بهبودی GAD را در شناخت درمانی ۳۵ درصد و در تن آرامی ۴۴/۴ درصد گزارش نمود. این داده ها نشان می دهند که برونداد درمان های رایج GAD که درمانهای شناختی رفتاری و بعضاً تن آرامی می باشند تنوع قابل ملاحظه ای دارند.

تأکید اصلی رویکردهای شناختی رفتاری در درمان اختلال اضطراب منتشر معطوف به نقش تحریفات شناختی و باورهای ناکارآمد است که در نهایت باعث می شوند فرد دنیا را به عنوان مکانی ناامن ارزیابی کند. با این وجود رویکرد فراشناخت این اختلال را در چهارچوب متفاوتی مفهوم پردازی کرده و بر نقش فرآیندهای فراشناخت در آن تأکید می کند. مکانیسم اصلی در GAD فرآیندهای فعال ارزیابی و مقابله با تهدیدهایی است که از باورهای فرد برخاسته اند. این فرآیند را نگرانی در مورد

چهارمین ویراست راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-IV-TR)^۱، اختلال اضطراب منتشر^۲ (GAD) را اضطراب و نگرانی شدید در مورد چندین رویداد یا فعالیت تعریف می کند که در اکثر روزها، در ضمن حداقل ۶ ماه دوام داشته باشد. کنترل نگرانی مشکل است و علائم جسمی نظیر تنش عضلانی، تحریک پذیری، اشکال در خواب و بی قراری با آن همراه است. اضطراب، متمرکز بر خصوصیات یک اختلال دیگر محور I نمی باشد و فقط در جریان یک اختلال خلقی یا روانی ظاهر نمی گردد. کنترل اضطراب مشکل و از نظر ذهنی ناراحتی برانگیز است و در زمینه های مهم زندگی شخص ایجاد اختلال می کند (۱). شیوع یکساله این اختلال بین ۳ تا ۸ درصد در جمعیت عمومی تخمین زده شده است. نسبت ابتلای زن به مرد تقریباً دو به یک است. اختلال اضطراب منتشر معمولاً در دهه دوم عمر ظاهر می شود؛ هرچند امکان ابتلا در هر سنی وجود دارد. همچنین میزان شیوع آن در مناطق شهری و در میان سطوح پایین اجتماعی- اقتصادی بیشتر است (۲).

باور گسترده ای وجود دارد که GAD، بر خلاف سایر اختلالات، ناکارایی یا از کار افتادگی عمده ای را به همراه ندارد. این بیماران را به سادگی تحت عنوان "نگران های خوش خیم"^۳ اشتباه می گیرند. در حالی که تحقیقات تصویر بسیار متفاوتی ارائه می دهند. ویچن^۴ (۳) اظهار می دارد که ۲۸ درصد افرادی که فقط مبتلا به GAD هستند و ۵۱٪ بیماران که از GAD همراه با اختلال دیگری رنج می بردند، شدت علائمشان تا حدی است که منجر به ایجاد اختلال جدی در روند فعالیت های زندگی

5. Hoehn-saric
6. Clarke personal and social adjustment scale
7. Panic Disorder
8. Cognitive Behavior Therapy
9. Arntz.

1. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
2. Generalized Anxiety Disorder
3. Worried well
4. Wittchen

نگرانی یا فرانگرانی^۱ می نامند. بر این اساس به نظر می رسد هر گونه پیشرفت در درمان GAD باید توسط درمان هایی فراهم شود که بر اساس یک مدل از مکانیسم ها و فاکتور های زیر بنایی آسیب شناختی "نگرانی"، که به عنوان نماد این اختلال شناخته می شود، صورت می گیرند (۱۰-۱۱).

ولز^۲ در مدل فراشناختی خود (۵-۶) تاکید می کند که افرادی با علائم GAD مانند اکثر مردم، عقاید مثبت درباره نگرانی را به عنوان ابزار مؤثری جهت مواجهه با تهدید یا خطر به کار می گیرند. نگرانی به عنوان ابزار غیر قابل انعطاف مقابله، به کار گرفته می شود و این زمانی مشکل ساز می شود که عقاید منفی درباره غیر قابل کنترل بودن و خطر نگران بودن، گسترش می یابد و منجر به استراتژی های کنترل غیر مفید می شود.

در مدل فراشناخت ولز، دو نوع وسیع و جامع نگرانی مجزا شده اند، که نگرانی نوع ۱ و نوع ۲ نام گرفته اند. نگرانی نوع ۱ به نگرانی درباره وقایع بیرونی و نشانگان فیزیکی (بدنی) اشاره دارد. در حالی که نگرانی نوع ۲ با ارزیابی منفی نگران بودن رابطه دارد. به طور اختصاصی، نگرانی نوع ۲ "نگرانی درباره نگرانی" است (۶-۱۱). در نگرانی نوع ۲، نگرانی به عنوان ابزاری جهت مقابله با تهدید بکار برده می شود و این فرآیند تا زمانی ادامه می یابد که فرد علائم درونی و بیرونی بدست آورد که نشان دهد فضا، جهت توقف نگرانی امن است. بر اساس این مدل، در طی فرآیند شکل گیری GAD، ارزیابی های منفی نگرانی و عقاید منفی تداعی شده درباره نگرانی گسترش می یابند. یعنی زمانی که فراشناخت های منفی گسترش می یابد، و سطح تنش و نگرانی های فرد نیز افزایش می یابد. حضور همزمان عقاید مثبت و منفی درباره نگران بودن، منجر به ایجاد دودلی فزاینده و غیر مفیدی در تلاش برای اجتناب از نگرانی و یا نزدیکی به آن می شود. همچنین فرد را به سوی

استفاده از استراتژی های تعدیل روانی غیر مفید، از قبیل جستجوی اطمینان مجدد و منع یا سرکوب تفکر سوق می دهد (۵-۱۰).

این قبیل استراتژی ها زمانی موفق هستند که از کشف اینکه نگران بودن منجر به فاجعه و مصیبت نمی شود جلوگیری کنند. برخی از راهکار ها درست عمل نمی کنند و باعث تقویت باور ها در تضعیف کردن کنترل می شوند. برای مثال، تلاش برای سرکوب افکاری که ماشه چکان نگرانی هستند، می توانند نتیجه معکوس بدهد و اشتغال با این افکار افزایش یابد. استراتژی هایی از قبیل جستجوی اطمینان مجدد، به فرد اجازه نمی دهد از این مساله آگاه شود که با همت و تلاش، نگرانی ها می توانند توسط خود او کنترل شوند (۶). بر این اساس، درمان موفق GAD باید مبتنی بر تعدیل چندین فاکتور فراشناختی باشد. این فاکتورها شامل استراتژی های کنترل افکار زیان آور، عقاید غلط درباره غیر قابل کنترل بودن نگرانی، عقاید منفی درباره خطر نگران بودن و عقاید مثبت، که اطمینان زیاد نسبت به نگران بودن را به عنوان یک استراتژی مقابله فراهم می کنند، است.

پژوهش حاضر به دنبال بررسی مقایسه کارایی درمان فراشناختی به عنوان یک رویکرد درمانی نوین و درمان شناختی رفتاری به عنوان رویکرد درمانی رایج در درمان اختلال اضطراب منتشر است. که اولی بر اساس مفهوم پردازش جدید رویکرد فراشناخت از این اختلال و فرآیند نگرانی در مورد نگرانی استوار است و دومی تلاش دارد با شناسایی باورهای ناکارآمد بیمار و اصلاح آنها به روند بهبودی کمک نماید. دو فرضیه را مورد بررسی قرار دهد. این مطالعه می تواند گام مهمی در مسیر معرفی درمان های نوین در حیطه روانشناسی بالینی باشد. بدیهی است یافته های بدست آمده از چنین مطالعاتی می تواند در دو حیطه پیشگیری و درمان، راهبردهای نوینی را در اختیار پژوهشگران، روانشناسان بالینی و دیگر علاقمندان به این حوزه قرار دهد.

1. Meta - Worry
2. Wells, A

گرفتند. بعد از درمان مطالعه پیگیری دو ماهه صورت گرفت. داده های به دست آمده با استفاده از خصیصه های آمار توصیفی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند و در قالب نمودار نمایش داده شدند. ویژگی های جمعیت شناختی مراجعان در جدول شماره ۱ نشان داده شده است.

در این بررسی دو فرضیه مورد بررسی قرار می گیرند. فرضیه اول اینکه درمان مبتنی بر الگوی فراشناختی در کاهش نشانگان اختلال اضطراب منتشر اثربخش است و در فرضیه دوم درمان به شیوه فراشناختی در مقایسه با درمان شناختی رفتاری در کاهش نشانگان اختلال اضطراب منتشر کارآمد تر است.

روش پژوهش

پژوهش حاضر مبتنی بر روش تجربی و از نوع طرح تک موردی با خط پایه ی چند گانه است. از میان تمام افرادی که به مرکز مشاوره دانشجویی و کلینیک روانشناسی بالینی دانشگاه فردوسی مشهد مراجعه کرده بودند، افرادی که دارای علائم اضطرابی بودند انتخاب شده و تحت مصاحبه ساختار یافته بر اساس DSM-IV-TR (SCID)^۱ و سیاهه حالت - صفت اضطراب^۲ اشپیل برگر (STAI)^۳ قرار گرفتند. از میان افرادی که مبتلا به اختلال اضطراب منتشر تشخیص داده شدند، ۶ نفر با استفاده از روش نمونه گیری مبتنی بر هدف انتخاب شدند. همچنین آزمودنی ها از لحاظ ویژگیهای سن، جنسیت، وضعیت تأهل، میزان تحصیلات و مدت زمان ابتلا به بیماری با هم جور شدند. مبتلا بودن به سایر اختلالات محور I، نداشتن سابقه دریافت مداخله های درمانی، عدم مصرف دارو، برخورداری از بینش خوب نسبت به مساله، بعنوان معیارهای انتخاب در نظر گرفته شدند. هر دو درمان توسط یک درمانگر دارای صلاحیت علمی و عملی ارائه شدند.

پس از کسب رضایت و جلب مشارکت جامعه مورد پژوهش، این شش نفر بطور تصادفی به دو گروه سه نفره آزمایش و کنترل تقسیم شدند. گروه آزمایش تحت درمان فراشناختی (MCT) و گروه کنترل تحت درمان شناختی رفتاری (CBT) قرار

1. Structured Clinical Interview for DSM_IV
2. State_Trait Anxiety Inventory(STAI)
3. Spiel Berger

جدول ۱: مشخصات جمعیت شناختی آزمودنی ها

گروه درمانی	سابقه اقدامات درمانی	مدت زمان بیماری	میزان تحصیلات	تاهل	جنسیت	سن	آزمودنی ها
MCT	نداشته	۴ سال	کارشناسی	مجرد	مؤنث	۱۸	الف ۱
MCT	نداشته	۳ سال	کارشناسی ارشد	مجرد	مؤنث	۲۲	ب ۱
MCT	نداشته	۶ سال	کارشناسی ارشد	مجرد	مؤنث	۲۴	ج ۱
CBT	نداشته	۴ سال	کارشناسی	مجرد	مؤنث	۱۸	الف ۲
CBT	دارویی	۳ سال	کارشناسی ارشد	مجرد	مؤنث	۲۳	ب ۲
CBT	رواندرمانی	۶ سال	کارشناسی ارشد	مجرد	مؤنث	۲۴	ج ۲

سیاهه حالت - صفت اضطراب^۵ اشپیل برگر

(STAI)^۶

سیاهه حالت - صفت اضطراب اشپیل برگر فرم Y (۱۶) بر اساس تمایز نظری بین حالت و صفت اضطراب تدوین شده است. STAI دارای ۲۰ آیتم برای ارزیابی احساس شخص در حال حاضر (حالت اضطراب) و ۲۰ آیتم برای ارزیابی این نکته است که شخص به طور کلی چه احساسی دارد (صفت اضطراب). اعتبار باز آزمایی^۷ برای مقیاس صفت اضطراب ۸۶ درصد تا ۷۳ درصد است. مقیاس حالت اضطراب که فرض شده است غالباً ناستوار است، اعتبار باز آزمایی کمی در حدود ۰/۵۴ تا ۰/۱۶ دارد. مطالعات روایی همزمان نشان داده اند که این مقیاس، همبستگی خوبی با دیگر ابزارهای صفت اضطراب دارند.

مهرام (۱۷) بر اساس روش آلفای کرانباخ و با مطالعه ۶۰۰ آزمودنی بهنجار، اعتبار ۰/۹۱ را برای مقیاس حالت اضطراب و اعتبار ۰/۹۰ را برای صفت اضطراب بدست آورد. همچنین او برای مطالعه روایی از شیوه ملاکی همزمان استفاده کرد و روایی ابزار مورد تأیید قرار گرفت.

سیاهه افکار اضطرابی (AnTI)

سیاهه افکار اضطرابی (۱۸) شامل سه مقیاس فرعی می باشد. این مقیاسها، میزان تمایل به نگرانی اجتماعی، نگرانی نسبت به سلامتی و فرا نگرانی را

در این پژوهش از ابزارهای ذیل جهت جمع آوری اطلاعات استفاده شد:

مصاحبه ساختاریافته بر اساس

(SCID) DSM-IV-TR

این مصاحبه ابزاری است جهت تشخیص گذاری بر اساس معیارهای DSM-IV که اطلاعات و علائم را به شیوه معین و جامع، جمع آوری و ارزیابی می کند و تشخیص گذاری بر اساس الگوریتمی استاندارد انجام می شود. این مصاحبه توسط فرست^۱، اشپیتزر^۲، گیبون^۳ و ویلیامز^۴ تهیه شده است (۱۲). ضریب پایایی آن با توجه به گروه تشخیص خاص بین ۰/۱ تا ۰/۷ گزارش شده است. در این مطالعات از مصاحبه پیوسته و یا نوار ویدئویی برای بدست آوردن پایایی استفاده شده است (۱۳). همچنین شریفی و همکارانش (۱۴) نشان دادند، توافق تشخیصی برای اکثر تشخیص های خاص و کلی، متوسط تا خوب بود (کاپای بالاتر از ۰/۶). توافق کلی (کاپای مجموع) برای کل تشخیص های فعلی ۰/۵۲ و برای کل تشخیص های طول عمر ۰/۵۵ بود. نسخه فارسی SCID، به عنوان ابزاری معتبر برای مقاصد پژوهشی و آموزشی پیشنهاد شده است (۱۵).

1. Firest, M
2. Spitzer
3. Gibbon
4. Williams

5. State_Trait Anxiety Inventory(STAI)
6. Spiel Berger
7. Test- retest reliability

اندازه گیری می کنند. مقیاس فرعی فرا نگرانی، ارزیابی های فرا شناختی و ابعاد پردازش نگرانی را می سنجند. گزینه های این سیاهه از طریق مصاحبه با بیمارانی که مبتلا به اختلال مزمن پانیک و اضطراب منتشر بودند بدست آمده است. بعضی از گزینه ها نیز بر اساس پرسشنامه افسردگی بک (۱۹) و سیاهه وسواس فکری- عملی مادزلی^۱ (۲۰) استخراج شده است. روایی محتوایی این سیاهه توسط چند تن از اساتید روانشناسی بالینی مورد تأیید قرار گرفته است.

مقیاس پیوستاری شدت نشانگان^۲ (SUD)

این مقیاس از صفر تا ده درجه بندی می شود و نوعی مقیاس خود سنجی و دیداری است که مراجع می تواند بر اساس آن میزان شدت ناراحتی خود را رتبه بندی کند. صفر به معنی این است که مشکلی ندارم و نمره ده به این معنی است که بالاترین میزان شدت نشانگان وجود دارد. اعتبار آن مورد تأیید است (۲۱).

یافته‌ها

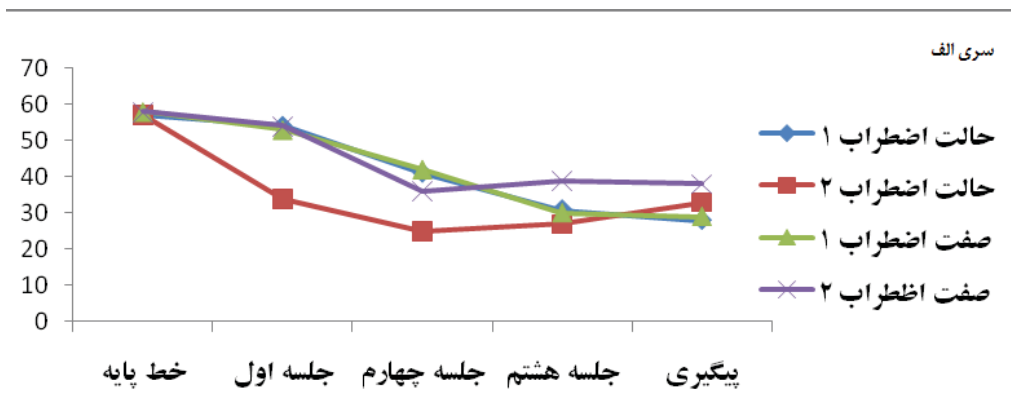
نمرات تمامی آزمودنی ها به تفکیک گروه درمانی در جدول شماره ۲ ارائه شده است

جدول ۲: نمرات آزمودنی های دو گروه درمانی در سه مقیاس STAI، AnTI و SUD

گروه درمان CBT						گروه درمان MCT						
ج ۲		ب ۲		الف ۲		ج ۱		ب ۱		الف ۱		
حالت	صفت	حالت	صفت	حالت	صفت	حالت	صفت	حالت	صفت	حالت	صفت	
۶۱	۵۲	۵۴	۶۲	۵۸	۵۷	۶۳	۶۸	۶۶	۶۶	۵۸	۵۷	۱(STAI)
۶۳	۶۸	۴۹	۳۸	۵۴	۳۴	۴۰	۴۳	۴۷	۴۳	۴۲	۴۱	۲(STAI)
۴۹	۳۷	۴۰	۳۱	۳۹	۲۷	۳۱	۳۶	۳۵	۳۱	۳۰	۳۱	۳(STAI)
۴۷	۳۳	۴۱	۳۲	۳۸	۳۳	۲۷	۳۰	۲۹	۲۸	۲۹	۲۸	۴(STAI)
%۲۳		%۳۷		%۲۴		%۴۸		%۳۴		%۴۲		درصد
%۳۰		%۳۶		%۳۸		%۵۶/۵		%۵۷		%۵۰/۵		بهبودی
%۳۴						%۵۵						بهبودی کلی
۶۳		۶۲		۵۳		۶۵		۶۱		۵۴		AnTI
۴۶		۴۱		۳۴		۵۰		۴۳		۳۲		AnTI
۳۴		۳۷		۲۷		۳۶		۲۶		۲۳		AnTI
۳۸		۴۳		۳۱		۳۳		۲۷		۲۳		AnTI
%۴۰		%۳۱		%۴۲		%۴۹		%۵۶		%۵۷		درصد
%۳۷						%۵۴						بهبودی کلی
۹		۱۰		۹		۱۰		۹		۹		SUD
۱۰		۷		۸		۷		۶		۴		SUD
۵		۴		۶		۲		۳		۲		SUD
۴		۳		۵		۳		۱		۲		SUD
%۵۵		%۷۰		%۴۴		%۷۰		%۸۹		%۷۸		درصد
%۵۶						%۶۹						بهبودی کلی

بهبودی در حالت اضطراب، ۴۲ درصد بهبودی در AnTI و ۴۴ درصد بهبودی در SUD را گزارش کرده، کاهش چشمگیری در شدت علائم GAD داشته است. در نمودار ۱ وضعیت آزمودنی های سری الف در سیاهه حالت - صفت اضطراب اشپیل برگر (STAI) با هم مقایسه شده اند.

هر دو آزمودنی الف در مرحله خط پایه، سطح بالایی از اضطراب را نشان می دادند. آزمودنی الف ۱ که تحت درمان فراشناخت قرار گرفته، با ۵۰ درصد بهبودی در صفت اضطراب، ۵۱ درصد بهبودی در حالت اضطراب و ۵۷ درصد بهبودی در AnTI و ۷۸ درصد بهبودی در SUD در مقایسه با آزمودنی الف ۲ که تحت درمان شناختی رفتاری بوده و ۳۴ درصد بهبودی در صفت اضطراب، ۴۲ درصد

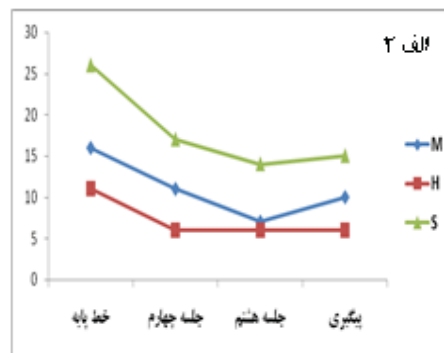
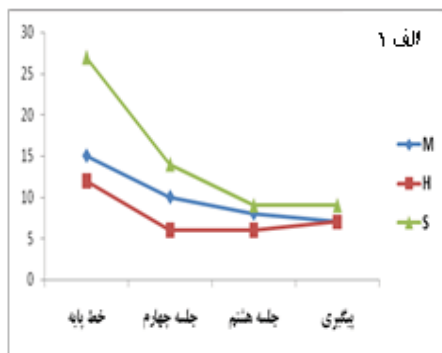


نمودار ۱- شدت نشانگان اضطرابی سری الف در سیاهه حالت - صفت اضطراب اشپیل برگر (STAI)

شده اند. آزمودنی الف ۱ بیشترین کاهش را در مقیاس S نشان می دهند که در جریان مرحله پیگیری نیز ثبات نسبی خود را حفظ کرده است. درمان MCT در دو مقیاس H و M نیز منجر به کاهش افکار اضطرابی شده است. آزمودنی الف ۱ در مرحله پیگیری افزایش افکار اضطرابی را در مقیاس H نشان می دهد. همچنین آزمودنی الف ۲ نیز که تحت درمان با CBT قرار گرفته است، کاهش افکار اضطرابی را در هر سه مقیاس نشان می دهد، به استثنای اینکه در مرحله پیگیری، افکار اضطرابی در مقیاس H مجدداً افزایش یافته اند.

همان طور که در این نمودار نیز مشاهده می شود هم حالت و هم صفت اضطراب در آزمودنی الف ۱ که تحت مداخله درمانی با MCT بوده کاهش یافته و در جریان مرحله پیگیری نیز ثبات نسبی خود را حفظ کرده است. در حالی که در مورد آزمودنی الف ۲ اگرچه صفت اضطراب کاهش یافته و ثبات نسبی خود را نیز حفظ کرده است، اما حالت اضطراب در جریان مرحله پیگیری مجدداً افزایش یافته است.

در نمودار ۲ وضعیت دو آزمودنی الف ۱ و الف ۲ در سیاهه افکار اضطرابی (AnTI) با هم مقایسه



نمودار ۲- آزمودنی های سری الف در سیاهه افکار اضطرابی (AnTI)

نمودار ۳- میزان ناراحتی سری الف در مقیاس SUD هر دو آزمودنی ب ۱ و ب ۲ نیز در مرحله خط پایه اضطراب فراوانی را تجربه می کرده اند اما آزمودنی ب ۱ با ۵۶ درصد بهبودی در صفت اضطراب، ۵۸ درصد بهبودی در حالت اضطراب و ۵۶ درصد بهبودی در AnTI و ۸۹ درصد بهبودی در SUD در مقایسه با آزمودنی ب ۲ که ۲۴ درصد

در نمودار ۳ میزان ناراحتی آزمودنی های سری الف در مقیاس SUD در مراحل درمان و پیگیری نشان داده شده است. همان طور که در این نمودار نیز مشاهده می شود، آزمودنی الف ۱ که تحت درمان با MCT قرار داشته کاهش بیشتر نشانگان را در مقایسه با آزمودنی الف ۲ که تحت درمان با CBT بوده، نشان می دهد.

با هم مقایسه شده اند. همان طور که در این نمودار نیز مشاهده می شود آزمودنی ب ۱ کاهش پایدارتری را در حالت و صفت اضطراب نشان می دهد. آزمودنی ب ۲ که تحت درمان با CBT قرار گرفته است، در صفت اضطراب نسبت به حالت آن کاهش کمتری را نشان می دهد. به علاوه آزمودنی ب ۲ در مرحله پیگیری دچار اندکی افزایش شده است.

بهبودی در صفت اضطراب، ۴۸ درصد بهبودی در حالت اضطراب و ۳۱ درصد بهبودی در AnTI و ۷۰ درصد بهبودی در SUD را گزارش کرده، کاهش چشم گیرتری در شدت علائم GAD داشته است.

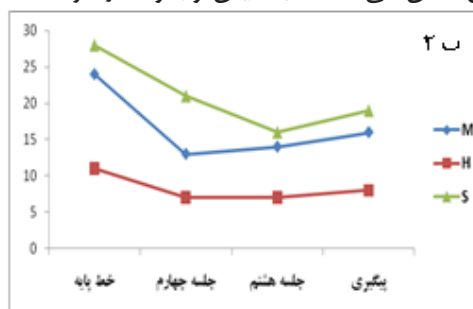
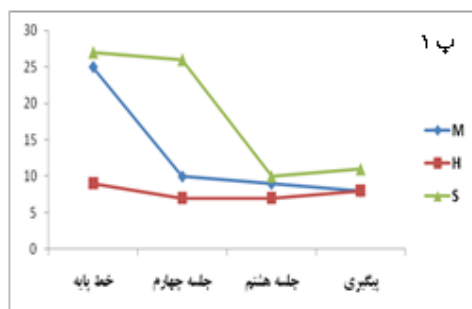
در نمودار ۴ وضعیت آزمودنی های سری ب در سیاهه حالت - صفت اضطراب اشپیل برگر (STAI)



نمودار ۴- شدت نشانگان اضطرابی سری ب در سیاهه حالت - صفت اضطراب اشپیل برگر (STAI)

پیگیری دو مقیاس H و S مقداری افزایش یافته اند. همین وضعیت در مورد آزمودنی ب ۲ نیز به چشم می خورد. در مرحله پیگیری، آزمودنی ب ۲ افزایش را در هر سه مقیاس نشان می دهد.

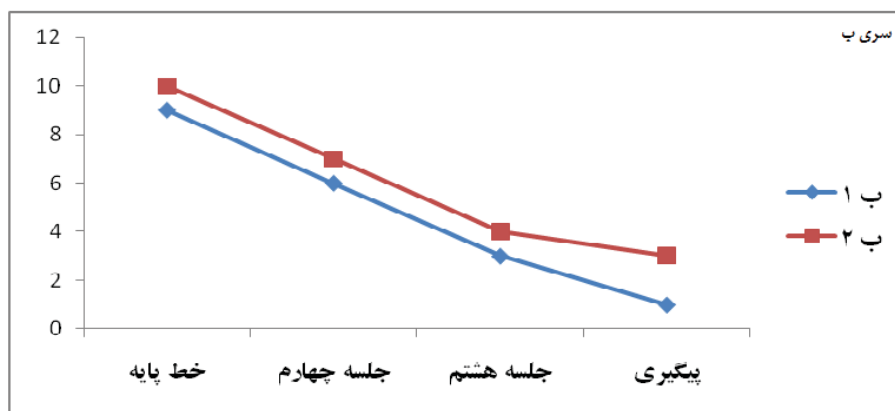
در نمودار ۵ وضعیت دو آزمودنی ب در سیاهه افکار اضطرابی (AnTI) با هم مقایسه شده است. همان طور که مشاهده می شود، آزمودنی ب ۱ کاهش چشمگیری را در فرآیند درمان در هر سه مقیاس نشان می دهد. با این وجود، در مرحله



نمودار ۵- آزمودنی های سری ب در سیاهه افکار اضطرابی (AnTI)

درمان در آزمودنی ب ۱ هم در مرحله درمان و هم پیگیری باعث شده است که وی میزان ناراحتی کمتری را تجربه کند.

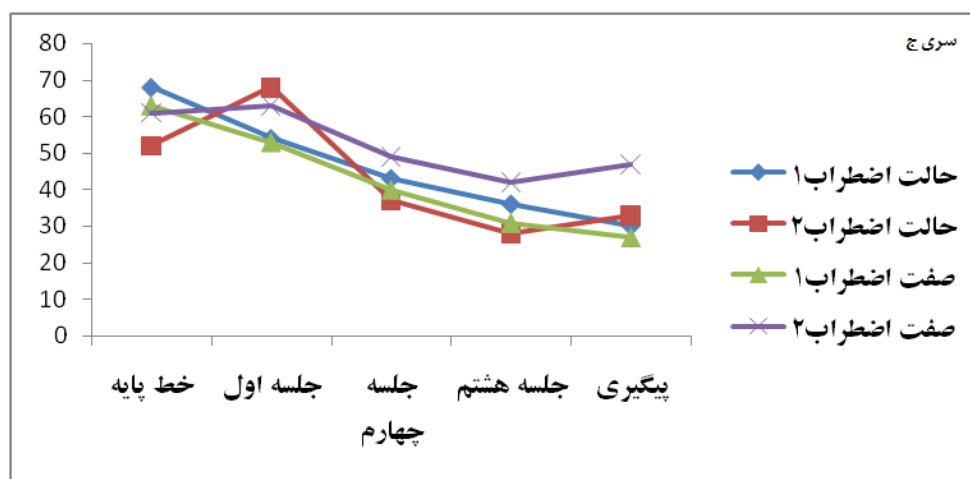
در نمودار ۶ میزان ناراحتی آزمودنی های سری ب در مقیاس SUD در مراحل درمان و پیگیری نشان داده شده است. این نمودار نشان می دهد که



نمودار ۶- میزان ناراحتی سری ب در مقیاس SUD

۵۵ درصد بهبودی در SUD را گزارش کرده کاهش چشمگیری در شدت علائم GAD داشته است. در نمودار ۷ وضعیت آزمودنی های سری ج در سیاهه حالت - صفت اضطراب اشپیل برگر (STAI) با هم مقایسه شده اند. اگر چه هر دو درمان CBT و MCT منجر به کاهش حالت و اضطراب در آزمودنی ها شده اند، اما آزمودنی ج ۱ که تحت درمان MCT قرار داشت، در مرحله پیگیری ثبات بیشتری را نشان می دهد.

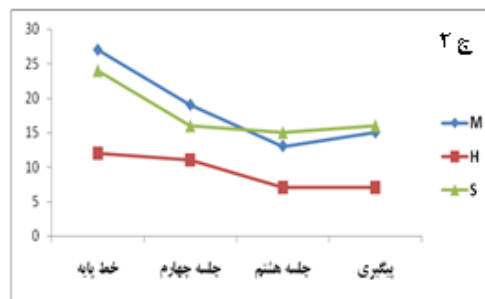
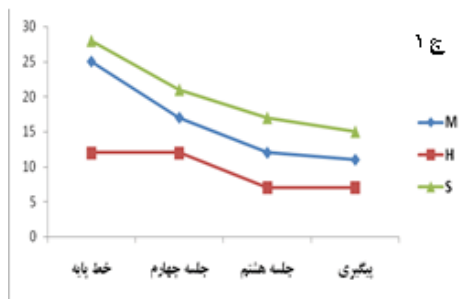
همچنین هر دو آزمودنی ج در مرحله خط پایه سطح بالایی از اضطراب را تجربه می کرده اند اما آزمودنی ج ۱ با ۵۷ درصد بهبودی در صفت اضطراب، ۵۶ درصد بهبودی در حالت اضطراب و ۴۹ درصد بهبودی در AnTI و ۷۰ درصد بهبودی در SUD در مقایسه با آزمودنی ج ۲ که ۲۳ درصد بهبودی در صفت اضطراب، ۳۷ درصد بهبودی در حالت اضطراب و ۴۰ درصد بهبودی در AnTI و



نمودار ۷- شدت نشانگان اضطرابی سری ج در سیاهه حالت - صفت اضطراب اشپیل برگر (STAI)

در نمودار ۸ وضعیت دو آزمودنی ج در سیاهه افکار اضطرابی (AnTI) با هم مقایسه شده است. همان طور که مشاهده می شود با وجود اینکه افکار اضطرابی هر دو آزمودنی در مرحله درمان کاهش یافته است، اما آزمودنی ج ۱ در مرحله پیگیری ثبات بیشتری را نشان می دهد.

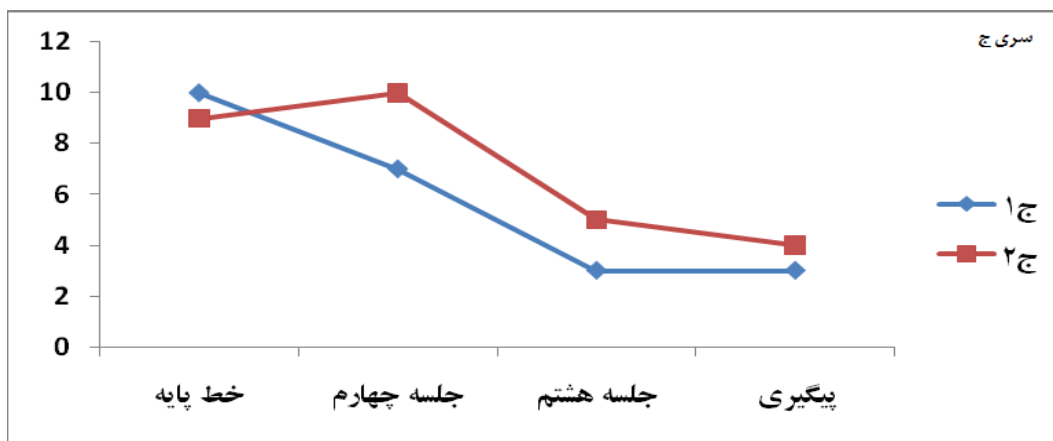
همان طور که مشاهده می شود با وجود اینکه افکار اضطرابی هر دو آزمودنی ج در سیاهه افکار اضطرابی (AnTI) با هم مقایسه شده است. همان طور که مشاهده می شود با وجود اینکه افکار اضطرابی هر دو آزمودنی در مرحله درمان کاهش یافته است، اما آزمودنی ج ۱ در مرحله پیگیری ثبات بیشتری را نشان می دهد.



نمودار ۸- آزمودنی های سری ج در سیاهه افکار اضطرابی (AnTI)

نمودار نیز نشان داده شده است، آزمودنی ج ۱ در مقایسه با ج ۲ میزان ناراحتی کمتری را در مراحل درمان و پیگیری نشان می دهد.

در نمودار ۹ میزان ناراحتی آزمودنی های سری ج در مقیاس SUD در مراحل درمان و مرحله پیگیری نشان داده شده است. همان طور که در این



نمودار ۹- میزان ناراحتی سری ج در مقیاس SUD

یافت نشد، اما نتایج به دست آمده از پژوهش حاضر در مورد اثربخشی کم درمان CBT با تعدادی از مطالعات که میزان اثر بخشی پایین این درمان را در اختلال اضطراب منتشر نشان می دهند (بین ۳۰ تا ۵۰ درصد) همخوانی دارد.

دورهام و فیشر (۷) در یک آنالیز مجدد داده ها که از ۶ پژوهش مبتنی بر درمان شناختی رفتاری برای اختلال اضطراب منتشر بدست آمده بود، میزان بهبودی ۴۰ درصد را گزارش کردند. همچنین نتایج به دست آمده از بررسی آرتنز (۹) که تاثیر شناخت درمانی را بر GAD بررسی نمود، نشان می دهد، میزان بهبودی ناشی از این درمان در اختلال اضطراب منتشر ۳۵ درصد است.

نتایج پژوهش حاضر نشان می دهد که درمان فراشناختی نه تنها در درمان اختلال اضطراب

بحث و نتیجه گیری

با توجه به نتایج بدست آمده از پژوهش حاضر فرضیه اول ما که "درمان فراشناختی در کاهش نشانگان اختلال اضطراب منتشر مؤثر می باشد"، تأیید می شود. فرضیه دوم این پژوهش، یعنی "درمان مبتنی بر الگوی فراشناختی در مقایسه با درمان شناختی رفتاری تأثیر بیشتری بر کاهش نشانگان اختلال اضطراب منتشر دارد" نیز تأیید شد. بر اساس این پژوهش، درمان MCT در مقایسه با درمان CBT در درمان GAD اثر بخش تر است. با این حال تعمیم چنین یافته ای به موقعیت های واقعی درمان که ممکن است کمتر کنترل شده باشند، باید با احتیاط صورت گیرد.

اگر چه بررسی دیگری که میزان اثربخشی این دو درمان را در اختلال اضطراب منتشر مطالعه کند

منتشر مؤثر است، بلکه در مقایسه با درمان شناختی رفتاری در درمان این اختلال دارای سطح بالاتری از اثربخشی نیز هست. شدت نشانگان اختلال اضطراب منتشر هر دو گروه آزمایش و کنترل کاهش یافته است و میزان بهبودی بدست آمده نیز این مسأله را تأیید می‌کند. همچنین مشاهده شد گروهی که درمان فراشناختی دریافت کرده است، در مقایسه با گروه درمانی شناختی رفتاری، در نشانگان اختلال اضطراب منتشر کاهش بیشتری داشته است.

به دلیل اینکه مراجعین هر دو گروه MCT و گروه CBT در طول درمان افت نداشته اند و به طور کامل روند درمان را طی کرده‌اند، مقایسه کارایی این دو شیوه درمانی در این خصوص امکان پذیر نیست.

میزان بهبودی مراجعین در جدول ۱ نشان می‌دهد که هر یک از آنها به سطحی از تغییرات دست یافته‌اند. در هیچ یک از مراجعان گروه درمانی MCT شواهدی مبنی بر گرفتاری‌های ناخوشایند مشاهده نشد، ولی در گروه CBT آزمودنی‌ها در جلسه چهارم و در جریان آموزش تن آرامی، میزان تنش و ناراحتی آزار دهنده‌ای را گزارش نمودند.

از لحاظ میزان پذیرش، همکاری آزمودنی‌ها در فرآیند درمان تا جلسه پایانی هر دو رویکرد می‌تواند به دلیل کوتاه بودن دوره درمان باشد (۲۱). شواهد به دست آمده در مرحله پیگیری از هر دو گروه نشان می‌دهد که میزان ثبات در MCT بیشتر از CBT است. در حالی که از میزان بهبودی کسب شده در درمان CBT در مرحله پیگیری کاسته شده است، در گروه MCT درصد بهبودی نه تنها حفظ، بلکه افزایش نیز یافته است.

درمان CBT مبتنی بر این فرض است که طرح‌واره‌های شناختی اطلاعات نامربوطی هستند که درمانگر می‌تواند آنها را از ذهن بیمار پاک کند و به جای آن فرضیات واقعی تری را جایگزین کند (۶). این در حالی است که مردم باورها را شکل می‌

دهند و به طور فعال بر اساس قوانین درونی خود آنها را مورد تجدید نظر قرار می‌دهند. آنچه مهم است فرمول بندی پردازش شناختی درونی و قوانین و مکانیسم‌هایی است که موجب می‌شود تا بیماران به ساخت و تعبیر باورهای ناسازگارانه پردازند. و این هدفی است که در MCT قابل دسترس است (۱۰). در این درمان بر خلاف CBT ذهن انسان به عنوان یک سیستم خود نظم جوی پویا در نظر گرفته می‌شود که برای تغییر آن به سطحی از توضیحات روانشناختی که همان سطح فراشناخت می‌باشد، نیاز است. سطح فراشناخت به ما در مفهوم سازی عواملی که مربوط به کنترل، تصحیح، ارزیابی و تنظیم افکار است کمک می‌کند (۱۱). در CBT تنها از طریق مداخله‌های کلامی و رفتاری هوشیارانه بهبود حاصل می‌شود و برای مفهوم سازی مکانیسم‌های خود تنظیمی شناختی درونی، تلاش کمی صورت می‌گیرد. CBT بر محتوی شناخت در سطوح دانش (باورها) تأکید می‌کند و به جنبه وسیع تر شناخت (مثل فراشناخت، توجه، تنظیم پردازش و جنبه‌های پویای پردازش) توجه اندکی نشان می‌دهد. بعلاوه در CBT به جای اینکه به چگونگی شکل گیری افکار منفی توجه شود، بر محتوی آنها تمرکز می‌شود و تلاش کمی برای شناخت دلایل به این شیوه فکر کردن صورت می‌گیرد (۱۰-۶). در حقیقت، MCT حلقه مفقوده نظریه و درمان شناختی می‌باشد که سبک و نحوه فکر کردن را مشخص می‌کند و تعاملات علمی دوجانبه بین عوامل چند گانه شناخت شامل باورها، فراشناخت، کنترل توجه، پردازش پیوسته و خود نظمی را بیان می‌کند.

تشکر و قدردانی

بر خود لازم می‌دانیم از کلیه پرسنل اداره مشاوره دانشگاه فردوسی مشهد که کمال همکاری را در اجرای این طرح نمودند، قدردانی نماییم.

References

1. Kaplan, B. J and Sadouk, V. A. Comprehensive Textbook of Psychiatry (2 Volume). Translated by Nosrat Allah Pour Afkari. Tehran; Shahrab press. 1381 [Persian]
2. Natt, Sallikus. Generalized anxiety disorder. Translated by Mohamad Tatari. Tehran: Forogh press. 1382 [Persian]
3. Witchmen H-U, Zhao S, Kessler RC et al RC, Fisher PL, Dow MGT, Sharp D, Power KG, Swan JS. Cognitive behaviour therapy for good prognosis and poor prognosis generalized anxiety disorder, A clinical effectiveness study. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 1999; (11):145-157.
4. R. Hoehn-Saric. Characteristics of chronic anxiety patients, D.F. Klein, J.H. Rabkin (Eds), *Anxiety: New Research and Changing Concepts*, Raven Press, New York ; 1981: 390-399.
5. Wells A. Meta-cognition and worry: A cognitivemodel of generalized anxiety disorder. *Behavioral and Cognitive Psychotherapy*, 1995; (23):301-320.
6. Wells A. *Cognitive therapy of anxiety disorders: A practice manual and conceptual guide*. Chichester, UK: Wiley; 1997: 80-95.
7. Chambless DL, Gllis MM. Cognitive therapy of anxiety disorder. *Journal of counstling and clinical psychology*, 1993; 66-248.
8. Durham RC, Allan T. Psychological treatment of generalized anxiety disorder: A review of the clinical significance of results in outcome studies since 1980. *British Journal of Psychiatry*, 1993; (163): 19-26.
9. Arntz A. Cognitive therapy versus applied relaxation as treatment of generalized anxiety disorder, *Behaviour Research and Therapy*, 2003; (41): 633-646.
10. Ellis D M , Hudson J L. The Metacognitive Model of Generalized Anxiety Disorder in Children and Adolescents. *Clinical Child and Family Psychology Review*. 2010 Jun; 13(2):151-63.
11. Wells A. *Emotional Disorders and Metacognition: Innovative Cognitive therapy*. Chichester, UK, Wiley; 2000: 177-202.
12. Segal DL. Structured interviewing and PSM classification. *Adult psychopathology and diagnosis*. New York: John Wiely and Sons Inc; 1997: 90-105.
13. First M, Spitzer R, Gibbon M, Williams JB. *User's guide for the Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders: SCID- clinician version*. Washington DC, American Psychiatric Association; 1996: 41-47.
14. Sharifi V, Asadi SM, Mohamadi MR, Amini H, Kaviani H, Semnani Y and et al. Reliability and applicability of the Persian version of the Structured Clinical Interview for DSM IV. *Journal of news cognitive sciences*. 1383: 6 (1, 2): 10-22 [Persian]
15. Sharifi V, Asadi SM, Mohamadi MR, Amini H, Kaviani H, Semnani Y and et al. validity of the Persian version of the Structured Clinical Interview for DSM IV(SCID - 1). *Journal of Payesh*. 1386: 7 (1): 49-57 [Persian]
16. Spielberger CD, Gorsuch R L, Lushene R. *Manual for the state-trait anxiety inventory*. Palo Alto, CA: Consulting Psychology Press. 1983.
17. Mahram, Behrooz, Standardization of Spielberger anxiety test in Mashhad. Tehran: Allameh Tabatabayi University. Dissertation; 1373 [Persian]
18. Wells A. Development and preliminary validation of A multidimensional measure of worry: the AnxiousThoughts Inventory. *Anxiety Stress and Co. DSM-III-R Generalized. Anxiety disorder in the National Comorbidity Survey*. *Arch Gen Psychiatry* 1994; (51): 355-64.
19. Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 1961;(4): 561-571.
20. Rachman S, hawdson R. Cognitive distortions: Thought-action fusion. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 1980; 6(2): 80-85.
21. Free M. *Cognative therapy in groups*. New York: John Wiely and Sons Inc. 1999