

مقایسه‌ی اثربخشی مداخله‌های فراشناختی و شناختی- رفتاری بر کاهش علائم اختلال اضطراب فراگیر و باورهای فراشناختی

فریبا منظمی تبار^۱، دکتر رضا باقریان سرارودی^۲، دکتر محسن احمدی طهور سلطانی^۳، مهدی ربیعی^۴

مقاله پژوهشی

چکیده

مقدمه: اگر چه به نظر می‌رسد سیستم پردازش فراشناختی نقش قابل توجهی در شکل‌گیری اختلال اضطراب فراگیر دارد، اما مطالعات چندانی در مورد اثربخشی مداخله‌ی فراشناختی در کاهش علائم این اختلال انجام نگرفته است. هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی مداخلات فراشناختی و شناختی- رفتاری در کاهش علائم اختلال اضطراب (General anxiety disorder یا GAD) و باورهای فراشناختی بود.

روش‌ها: در یک کارآزمایی بالینی در سال ۱۳۹۰، ۴۵ نفر از بیماران مبتلا به GAD از بین مراجعه‌کنندگان به مراکز و کلینیک‌های روان‌پزشکی و روان‌شناسی شهرستان همدان انتخاب شدند و به صورت تصادفی در دو گروه مداخله‌ای شناختی- رفتاری و فراشناختی و یک گروه شاهد تقسیم شدند. داده‌ها در مرحله‌ی قبل و بعد از مداخله از طریق مقیاس اختلال اضطراب فراگیر و پرسشنامه‌ی باورهای فراشناختی (Metacognitive questionnaire) جمع‌آوری شد. تحلیل داده‌ها با استفاده از روش آماری Multivariate ANOVA و به کمک نرم‌افزار SPSS نسخه‌ی ۱۶ صورت گرفت.

یافته‌ها: بین نمرات سه گروه در مرحله‌ی پس از آزمون تفاوت معنی‌داری وجود داشت ($P < 0/01$). نتایج آزمون تعقیبی LSD حاکی از آن بود که میانگین نمرات گروه درمان فراشناختی در مورد علائم GAD و باورهای فراشناختی از دو گروه دیگر و میانگین نمره‌ی گروه شناختی- رفتاری نیز از گروه شاهد به طور معنی‌داری پایین‌تر بود ($P < 0/05$).

نتیجه‌گیری: مداخله‌ی فراشناختی و شناختی- رفتاری هر دو در کاهش علائم GAD و باورهای فراشناختی مؤثر هستند. با این وجود به نظر می‌رسد مداخله‌ی فراشناختی در کاهش علائم GAD مؤثرتر از روش شناختی- رفتاری است.

واژگان کلیدی: مداخله‌ی فراشناختی، مداخله‌ی شناختی- رفتاری، اختلال اضطراب فراگیر، باورهای فراشناختی

ارجاع: منظمی تبار فریبا، باقریان سرارودی رضا، احمدی طهور سلطانی محسن، ربیعی مهدی. مقایسه‌ی اثربخشی مداخله‌های فراشناختی و

شناختی- رفتاری بر کاهش علائم اختلال اضطراب فراگیر و باورهای فراشناختی. مجله دانشکده پزشکی اصفهان ۱۳۹۲؛ ۳۱ (۲۳۳): ۴۷۵-۴۸۵

مقدمه

اختلال اضطراب فراگیر (General anxiety disorder یا GAD) از انواع گوناگون اختلالات اضطرابی است

که به صورت اضطراب افراطی و نگرانی ذهنی غیر قابل کنترل تعریف می‌شود. در این اختلال فرد دست کم سه علامت بدنی (تعریق، تپش قلب، احساس

۱- مربی، گروه روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد همدان، همدان، ایران

۲- دانشیار، گروه روان‌پزشکی، دانشکده‌ی پزشکی و مرکز تحقیقات علوم رفتاری، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

۳- استادیار، گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکده‌ی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی بقیه‌الله اعظم (عج)، تهران، ایران

۴- دانشجوی دکتری و عضو هیأت علمی، گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکده‌ی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی بقیه‌الله اعظم (عج)، تهران، ایران

Email: bagherian@med.mui.ac.ir

نویسنده‌ی مسؤول: دکتر رضا باقریان سرارودی

ایجاد می‌کند. بنابراین روش درمانی جدیدی لازم است که تفکر را کنترل کند و وضعیت ذهن را تغییر دهد و این اساس نظریه‌ی فراشناختی است.

فراشناخت به دانش مرتبط با تفکر و شناخت و عواملی که بر افکار اثر می‌گذارد، اشاره دارد. دیدگاه نظری و درمانی فراشناخت بر باورها و تفکرات منفی به عنوان نتیجه‌ی کنترل فراشناختی شناخت تأکید می‌کند و بیان می‌کند که چگونه فراشناخت در تداوم و تغییر شناخت مؤثر است. درمان فراشناختی سطوحی از مداخله را عرضه می‌کند که بر چالش محتوای تفکر و باورهای منفی که در درمان‌های سنتی شناختی بر آن تمرکز دارد، تأکید نمی‌ورزد (۹) و سعی می‌کند فراشناخت‌هایی را که به شیوه‌ی ناسازگارانه سبب افزایش تفکرات منفی تکرارشونده و یا باورهای منفی عمومی می‌شوند، تغییر دهد (۱۰). هدف اصلی درمان فراشناختی شامل توانا کردن بیماران به گونه‌ای است که با افکار خود به شکلی متفاوت ارتباط برقرار کنند و کنترل و آگاهی فراشناختی قابل انعطافی را گسترش دهند و از انجام پردازش به صورت نگرانی و نشخوار فکری و بازنگری تهدید، جلوگیری نمایند. رویکرد فراشناختی، راهبردهایی را به بیمار می‌دهد تا خودش را از مکانیزم‌هایی که موجب قفل شدن در پردازش به صورت نگرانی، نظارت بر تهدید و خودکنترلی ناسازگارانه می‌شود، رها کند و با آموزش پردازش انعطاف‌پذیر هیجانی طرح و برنامه‌ای را در آینده برای راهنمایی تفکر و رفتار در مواجهه با تهدید و آسیب‌پذیری کند (۱۱).

روش درمانی فراشناختی (MCT) یا (Metacognitive therapy) با روش درمان شناختی- رفتاری (Cognitive-behavioral therapy)

گرفتگی گلو، انتظار رخ دادن حادثه‌ای قریب الوقوع ناخوشایند و... را به مدت ۶ ماه نشان می‌دهد (۱). تحقیقات نشان داده‌اند که این اختلال در دهه‌ی دوم زندگی و اغلب به تدریج شروع می‌شود و سال‌ها تداوم می‌یابد. شیوع این اختلال بین ۳ تا ۶ درصد ذکر شده است (۲). GAD یک اختلال به نسبت شایع است (۳-۴). به طور معمول این اختلال به دوره‌ای درازمدت از ناتوانی می‌انجامد (۵) و مبتلایان به این اختلال از آسیب‌های چشمگیری در کارهای روزانه، روابط اجتماعی و شغلی رنج می‌برند (۶-۷). GAD با سایر اختلالات اضطرابی، افسردگی و وابستگی به الکل و گستره‌ای از اختلالات شخصیت همراه است. از این رو این اختلال در سال‌های اخیر، به عنوان یک اختلالی با اهمیت در زمینه‌ی بهداشت همگانی در نظر گرفته شده است (۱).

توجه به مؤلفه‌های شناختی در بروز GAD باعث شده است که پژوهشگران با استفاده از مدل‌های شناختی و رفتاری پیشین، چندین روش درمانی شناختی- رفتاری را برای GAD ابداع نمایند. آموزش کنترل اضطراب Butler و همکاران، درمان گروهی شناختی- رفتاری Himburg و درمان ترکیبی مواجهه‌ی گروهی و بازسازی شناختی گروهی Matik و Piters از جمله‌ی این روش‌های درمانی هستند. اما مطالعات کنترل‌شده نشان می‌دهند که هر یک از این روش‌ها اثر ویژه‌ای بر GAD دارند و فقط تا حدی در درمان این اختلال مؤثر هستند (۸).

از طرف دیگر به نظر می‌رسد که GAD ناشی از سیستم پردازش فراشناختی معیوب و تفکرات منفی تکرارشونده است که یک سیکل معیوب از افکار و باورهای فراشناختی منفی تکرارشونده را در فرد

از آن جا که یافتن شیوه‌های درمان کوتاه مدت کارا و مؤثر از جمله ضرورت‌های پژوهش می‌باشد و شیوه‌های درمانی مبتنی بر مدل CBT و فراشناخت نیز از دسته‌ی درمان‌های کوتاه مدت به شمار می‌آیند، انجام پژوهشی برای بررسی مقایسه‌ی کارایی و اثربخشی این شیوه‌های درمانی، دارای اهمیت است.

در پژوهش حاضر تأثیر یک مدل درمانی جدید تحت عنوان مداخله‌ی فراشناختی (Met cognitive intervention) با درمان CBT برای حل مشکلات و علائم افراد مبتلا به GAD، مقایسه شد.

روش‌ها

پژوهش حاضر یک کارآزمای بالینی با گروه شاهد بود. جامعه‌ی آماری شامل کلیه‌ی بیماران سرپایی مبتلا به GAD مراجعه‌کننده به مراکز و کلینیک‌های روان‌شناختی و مشاوره‌ی شهرستان همدان در سال ۱۳۹۰ بودند. در ابتدا ۴۵ نفر از بیماران که طبق تشخیص روان‌پزشک یا روان‌شناس بالینی در محور I تشخیص GAD گرفته بودند، از میان جامعه و با روش نمونه‌گیری تصادفی ساده انتخاب شدند. برای حصول اطمینان از تشخیص، یک مصاحبه‌ی تشخیصی توسط محقق و بر مبنای معیارهای Diagnostic and statistical manual (DSM-IV-TR) (of mental disorders, fourth edition, text revision) با همه‌ی بیماران با تشخیص GAD، انجام شد.

معیارهای ورود به مطالعه شامل: تشخیص اصلی GAD در محور I، عدم ابتلای بیماران به هیچ یک از اختلالات شخصیت، اختلالات دو قطبی، افسردگی اساسی، عدم ابتلا یا ابتلای هم‌زمان به سایر اختلالات اضطراب محور I و رگه‌های روان‌پریشی، تحصیلات

یا CBT) متفاوت است، زیرا به جای چالش با افکار و باورهای فرد در مورد آسیب و یا مواجهه‌های مکرر و طولانی مدت با خاطرات مربوط به تروما، با افکار به طریقی که مانع ایجاد مقاومت و یا تحلیل ادراکی پیچیده شود و بتواند راهبردهای تفکر ناسازگار در مورد نگرانی و همچنین نظارت غیر قابل انعطاف بر تهدید را از بین ببرد، ارتباط برقرار می‌کند. نظریه‌های شناختی در مورد آن چه که باعث به وجود آمدن الگوهای غیر مفید تفکر می‌شوند توضیحات مختصری ارائه کرده‌اند. بسیار ساده‌انگارانه است که ما این الگوهای تفکر را به وجود باورهای بنیادی درباره‌ی خود و جهان (مانند من آسیب‌پذیرم یا من یک شکست خورده‌ام) نسبت دهیم. این باورها باعث به وجود آمدن الگوهای فکر مختل می‌شوند که به طور عمده منفی، تکرارشونده و فزاینده هستند و به دامنه‌ی وسیعی از پاسخ‌ها منتهی می‌شوند. به علاوه این باورها همیشه منجر به فشارها و هیجان طولانی مدت نمی‌گردند. وجود باورهای منفی به طور مشخص نمی‌توانند درباره‌ی الگوی تفکر و پاسخ‌های متعاقب آن توضیحی ارائه دهند. پس همان طور که گفته شد آن چه که در این جا مورد تأکید است به حساب آوردن عواملی است که تفکر را کنترل می‌کنند و وضعیت ذهن را تغییر می‌دهند. این نکته مهم‌ترین نقطه‌ی تمایز درمان فراشناخت با مدل‌هایی نظیر طرح‌واره است (۱۲).

تحقیقات مختلف نشان داده‌اند که برای GAD هر دو رویکرد CBT و درمان فراشناختی مؤثر می‌باشد (۹-۱۰)، ولی هنوز مطالعات مقایسه‌ای انجام نشده است تا مشخص شود که کدام رویکرد درمانی اثربخش‌تر می‌باشد و چه مؤلفه‌های از این دو رویکرد اثربخشی بیشتری دارد.

گزارش شد (۱۵). همچنین در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس ۰/۷۳ به دست آمد.

پس از نمونه‌گیری، در یک جلسه تمامی بیماران به صورت گروهی پرسشنامه‌های پیش‌آزمون را پاسخ دادند. پس از توزیع پرسشنامه‌ها توضیحات کوتاهی در مورد نحوه تکمیل پرسشنامه‌ها داده شد تا دقت اجرا بالا رود. سپس بیماران به صورت تصادفی در دو گروه ۱۵ نفری درمان فراشناختی و درمان CBT و نیز یک گروه ۱۵ نفری به عنوان گروه شاهد تقسیم شدند. مداخله‌ی فراشناختی Wells طی ۹ جلسه‌ی گروهی ۱/۵ ساعته به مدت ۲ ماه برای گروه اول و درمان CBT نیز طی ۸ جلسه‌ی ۱/۵ ساعته گروهی به مدت دو ماه برای گروه دوم اجرا شد. پس از اتمام جلسات از بیماران سه گروه تقاضا شد، در جلسه‌ی حضور یابند و به صورت گروهی پس‌آزمون را تکمیل کنند. پس از جمع‌آوری اطلاعات، داده‌ها به کمک نرم‌افزار SPSS نسخه‌ی ۱۶ (version 16, SPSS Inc., Chicago, IL) و با آزمون Multivariate ANOVA مورد تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها

پس از شروع جلسات، ۲ نفر از گروه CBT از شرکت در باقی جلسات انصراف دادند و با ریزش ۱ نفر در گروه فراشناختی، در مجموع ۴۱ آزمودنی در پس‌آزمون مورد ارزیابی قرار گرفتند.

در جدول ۱ ویژگی‌های جمعیت‌شناختی اعضای گروه‌های مورد بررسی در پژوهش حاضر به تفکیک ارائه شده است.

در جدول ۲ شاخص‌های توصیفی علایم GAD

حداقل سیکل و عدم ابتلا به سایر اختلال‌های ارگانیک بود. مصرف دارو یا هر مداخله‌ی دیگر در حین جلسات درمانی معیار خروج بیماران از مطالعه بود.

میزان و شدت اضطراب موجود طی دو هفته‌ی گذشته توسط مقیاس اختلال اضطراب فراگیر (۱۳) اندازه‌گیری شد. این مقیاس به صورت مداد-کاغذی می‌باشد و ۷ آیتم آن از صفر تا ۳ (صفر: اصلاً، ۱: چند روز، ۲: بیش از نیمی از روزها و ۳: تقریباً هر روز) نمره‌دهی می‌شود. پایایی این آزمون به روش آلفای کرونباخ ۰/۹۲ گزارش شده است (۱۳). نقطه‌ی برش این آزمون ۱۰ ($Cut\ of\ point \geq 10$)، حساسیت آن ۰/۸۹ و ویژگی آن ۰/۸۲ گزارش شده است. در پژوهش حاضر نیز ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس ۰/۷۹ به دست آمد.

فرم کوتاه پرسشنامه‌ی فراشناخت (MCQ) به منظور سنجش باورهای فراشناختی ساخته شده است. این پرسشنامه ۳۰ آیتم دارد و هر آزمودنی به آیتم‌ها به صورت چهار گزینه‌ای (از موافق نیستم تا خیلی موافقم) پاسخ می‌دهد. این پرسشنامه پنج مؤلفه‌ی اعتماد شناختی (Cognitive confidence)، باورهای مثبت در مورد نگرانی (Positive worry beliefs)، خودآگاهی شناختی، باورهایی منفی در مورد کنترل ناپذیری افکار و خطر (Negative beliefs about thought uncontrollability and danger) و باورهایی در مورد نیاز به کنترل افکار را می‌سنجد. ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه و مؤلفه‌های آن در دامنه‌ای از ۰/۷۲ تا ۰/۹۳ و ضریب پایایی بازآزمایی آن (به فاصله‌ی یک ماه) ۰/۷۳ گزارش شده است (۱۴). در ایران در پژوهش ابوالقاسمی و همکاران ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه ۰/۸۱

میانگین گروه‌های آزمایشی در پس آزمون نسبت به گروه شاهد کاهش داشته است.

همان طور که در جدول ۴ قابل مشاهده می‌باشد نتایج آزمون Multivariate ANOVA نشان می‌دهد که بین سه گروه حداقل در یکی از متغیرهای وابسته تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($P < 0/001$). نتایج تحلیل Multivariate ANOVA برای مقایسه‌ی گروه‌ها از لحاظ تک تک متغیرهای وابسته در جدول ۵ ارائه شده است.

به تفکیک گروه‌ها و مراحل آن نشان داده شده است. از آن جا که کسب نمره‌ی بیشتر نشان از شدت علایم GAD دارد، ملاحظه می‌گردد که میانگین گروه‌های آزمایشی در پس آزمون نسبت به گروه شاهد کاهش داشته است.

شاخص‌های توصیفی متغیر فراشناخت به تفکیک گروه‌ها و مراحل در جدول ۳ مشاهده می‌شود. از آن جا که کسب نمره‌ی بیشتر نشان از شدت باورهای فراشناختی منفی دارد، ملاحظه می‌گردد

جدول ۱. ویژگی‌های جمعیت‌شناختی شرکت‌کنندگان در پژوهش

| گروه | تعداد | سن (سال) | | جنسیت | | تحصیلات | |
|---------------|-------|----------|--------------|-------|----|---------|------------|
| | | میانگین | انحراف معیار | مرد | زن | لیسانس | فوق لیسانس |
| شاهد | ۱۵ | ۲۰/۴ | ۲/۹ | ۷ | ۸ | ۷ | ۱ |
| شناختی-رفتاری | ۱۲ | ۱۹/۵ | ۴/۱ | ۵ | ۷ | ۵ | ۲ |
| فراشناختی | ۱۴ | ۲۲/۷ | ۴/۲ | ۸ | ۶ | ۶ | ۲ |

جدول ۲. میانگین، انحراف معیار، حداقل و حداکثر نمرات کل علایم GAD (General anxiety disorder) به تفکیک مراحل و گروه‌ها

| گروه | مراحل | میانگین | انحراف معیار | کمینه | بیشینه |
|---------------|-----------|---------|--------------|-------|--------|
| شناختی-رفتاری | پیش آزمون | ۷۴/۱۶ | ۱۷/۸۲ | ۴۹ | ۱۰۰ |
| | پس آزمون | ۵۶/۷۵ | ۲۲/۱۰ | ۱۰ | ۹۰ |
| فراشناختی | پیش آزمون | ۹۰/۰۷ | ۱۷/۶۰ | ۴۴ | ۹۳ |
| | پس آزمون | ۲۱/۳۵ | ۲۲/۲۰ | ۱۲ | ۹۰ |
| شاهد | پیش آزمون | ۷۸/۳۳ | ۱۴/۴۷ | ۵۴ | ۱۰۰ |
| | پس آزمون | ۷۶/۹۳ | ۱۳/۴۰ | ۵۴ | ۹۸ |

جدول ۳. میانگین، انحراف معیار، حداقل و حداکثر نمره‌ی کلی پرسشنامه‌ی فراشناخت به تفکیک مراحل و گروه‌ها

| گروه | مراحل | میانگین | انحراف معیار | کمینه | بیشینه |
|---------------|-----------|---------|--------------|-------|--------|
| شناختی-رفتاری | پیش آزمون | ۷۴/۱۶ | ۱۲/۸۲ | ۵۵ | ۹۹ |
| | پس آزمون | ۶۶/۷۵ | ۱۵/۱۰ | ۳۳ | ۸۱ |
| فراشناختی | پیش آزمون | ۷۹/۰۷ | ۲۰/۶۰ | ۳۹ | ۱۰۰ |
| | پس آزمون | ۲۸/۳۵ | ۱۲/۲۰ | ۱۲ | ۵۰ |
| شاهد | پیش آزمون | ۶۲/۳۳ | ۱۹/۴۷ | ۳۳ | ۸۹ |
| | پس آزمون | ۶۱/۹۳ | ۱۶/۶۸ | ۳۵ | ۸۹ |

جدول ۴. مقایسه‌ی متغیرهای وابسته در بین سه گروه

| متغیرها | Wilks' Lambda | مقدار F | اندازه‌ی اثر P | توان آماری |
|-------------------------------------|---------------|---------|----------------|------------|
| نمره‌ی کلی اضطراب فراگیر و فراشناخت | ۰/۱۵ | ۱۸/۸ | ۰/۶۱ | ۰/۹۹ |

جدول ۵. تحلیل واریانس چند متغیره برای تحلیل تک تک متغیرهای وابسته در بین گروه‌های مورد بررسی

| متغیرها | گروه‌ها | شناختی- رفتاری (۱۲ نفر) | | فراشناختی (۱۴ نفر) | | شاهد (۱۵ نفر) | مقدار F | Eta | Effect size | P |
|-----------|---------|-------------------------|--------------|--------------------|--------------|---------------|---------|------|-------------|---------|
| | | میانگین | | میانگین | | | | | | |
| | | انحراف معیار | انحراف معیار | انحراف معیار | انحراف معیار | | | | | |
| علایم GAD | ۵۶/۷۵ | ۲۲/۱۰ | ۲۱/۳۵ | ۲۸/۲۷ | ۷۶/۹۳ | ۱۳/۴۱ | ۴۴/۲۰ | ۰/۹۹ | ۰/۶۹ | < ۰/۰۰۱ |
| | ۶۶/۸۳ | ۱۵/۴۷ | ۲۸/۴۰ | ۱۲/۵۴ | ۶۱/۹۳ | ۶/۷۰ | ۲۷/۳۹ | ۰/۹۹ | ۰/۵۸ | ۰/۰۱۰ |

جدول ۶. مقایسه‌ی زوجی گروه‌ها از لحاظ نمرات متغیرهای وابسته توسط آزمون LSD

| P | اختلاف میانگین‌ها | گروه (J) | گروه (I) | نوع اختلال اضطراب فراگیر |
|---------|-------------------|----------|----------|--------------------------|
| < ۰/۰۰۱ | ۳۵/۱۷ | MCT | CBT | اختلال اضطراب فراگیر |
| ۰/۰۰۲ | -۲۰/۱۸ | گواه | CBT | |
| < ۰/۰۰۱ | -۵۵/۳۶ | گواه | MCT | |
| < ۰/۰۰۱ | -۳۸/۴۰ | MCT | CBT | نمره‌ی فراشناخت |
| ۰/۳۶۰ | ۴/۹۰ | گواه | CBT | |
| < ۰/۰۰۱ | -۳۳/۵۰ | گواه | MCT | |

نتایج در سطح ۰/۰۱ معنی‌دار می‌باشد.

CBT: درمان شناختی- رفتاری (Cognitive- behavioral therapy) MCT: درمان فراشناختی (Metacognitive therapy)

از گروه مداخله‌ی CBT بود. همچنین نمرات گروه درمانی CBT در علایم GAD در پس آزمون به طور معنی‌داری پایین‌تر از گروه شاهد است ($P = ۰/۰۰۲$). علاوه بر این، نتایج مقایسه‌ی زوجی نشان می‌دهد که نمرات فراشناخت گروه درمان فراشناختی از نمرات گروه CBT و گروه شاهد در پس آزمون پایین‌تر است ($P < ۰/۰۰۱$)، ولی بین نمرات فراشناخت گروه CBT و شاهد تفاوت معنی‌داری وجود ندارد ($P > ۰/۰۵$).

بحث

هدف پژوهش حاضر مقایسه‌ی کارایی درمان‌های

همان‌طور که در جدول ۵ دیده می‌شود بین میانگین سه گروه در متغیرهای وابسته تفاوت معنی‌داری وجود دارد. ۶۹ درصد از واریانس مربوط به علایم GAD و ۵۸ درصد از نمره‌ی فراشناخت ناشی از تفاوت بین گروه یا عضویت ۲ گروهی می‌باشد.

همان‌طور که در جدول ۶ نشان داده شده است نتایج مقایسه‌ی زوجی نشان می‌دهد که بین درمان CBT و درمان فراشناختی از لحاظ تأثیرگذاری بر نمره‌ی علایم GAD تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($P < ۰/۰۰۱$)، به عبارتی میانگین نمرات گروه درمان فراشناختی در پس آزمون به طور معنی‌داری پایین‌تر

می‌کند که بر چالش محتوای تفکر و باورهای منفی که در درمان‌های سنتی شناختی بر آن‌ها تکیه می‌شود، تأکید می‌ورزد (۹) و سعی دارد فراشناخت‌هایی را که به شیوه‌ی ناسازگارانه تفکرات منفی تکرارشونده را زیاد می‌کنند و یا باعث افزایش باورهای منفی عمومی می‌شوند، تغییر دهد (۱۰). هدف اصلی درمان فراشناختی شامل توانا کردن بیماران به گونه‌ای است که با افکار خود به شکلی متفاوت ارتباط برقرار کنند و کنترل و آگاهی فراشناختی قابل انعطافی را گسترش دهند و از انجام پردازش به صورت نگرانی و نشخوار فکری و بازنگری تهدید، جلوگیری نمایند. به عبارتی دیگر، رویکرد فراشناختی، راهبردهایی را به بیمار می‌دهد تا خود را از مکانیزم‌هایی که موجب قفل شدن در پردازش به صورت نگرانی، نظارت بر تهدید و خودکنترلی ناسازگارانه می‌شود، رها کند و با آموزش پردازش انعطاف‌پذیر هیجانی، طرح و برنامه‌ای را در آینده برای راهنمایی تفکر و رفتار در مواجهه با تهدید و آسیب‌پذیری کند (۱۱).

از دیگر نتایج پژوهش حاضر کاهش نمرات علائم GAD در گروه CBT نسبت به گروه شاهد بود. این نتایج در راستای نتایج سایر پژوهش‌ها می‌باشد (۲۲-۱۸). نظر به این که GAD اختلالی است که از تعامل مؤلفه‌های فیزیولوژیکی، شناختی و رفتاری به وجود می‌آید درمان جامع CBT می‌تواند اثربخشی بالایی در مورد آن داشته باشد. در مورد دلایل اثربخشی CBT در کاهش اضطراب و نگرانی افراد مبتلا به GAD می‌توان به مؤلفه‌های این درمان اشاره کرد. تکنیک‌هایی که مؤلفه‌ی فیزیولوژی اضطراب را هدف قرار می‌دهند شامل آموزش دیافراگمی یا عمیق، آموزش آرمیدگی پیش‌رونده و آموزش

فراشناختی و CBT در کاهش علائم اختلال اضطراب فراگیر و مؤلفه‌های مرتبط با آن یعنی باورهای فراشناختی در افراد مبتلا به GAD بود. نتایج پژوهش نشان داد که درمان فراشناختی باعث کاهش علائم GAD در پس‌آزمون شد. این نتایج در راستای نتایج سایر پژوهش‌ها بود (۱۷-۱۶). در تبیین این نتیجه می‌توان گفت مداخله‌ی فراشناختی علاوه بر محتوای افکار، به فرایند پردازش اطلاعات (مثل عدم انعطاف‌پذیری در پردازش اطلاعات)، چگونگی دریافت اطلاعات از بیرون (مثل هوشیاری بیش از اندازه به توجه دیگران نسبت به خود) و چگونگی برون‌داد اطلاعات (مثل رفتارهای ایمنی) توجه فزاینده دارد. با توجه به شیوع به نسبت بالای GAD و ایجاد وابستگی در درمان‌های دارویی برای افراد مبتلا به این اختلال، لزوم انجام درمان‌های روان‌شناختی جدید برای اثربخشی بر روی این اختلال مشخص می‌باشد. درمان فراشناختی بر مبنای مدل فراشناختی Wells از شیوه‌های نوین درمان‌های غیر دارویی است که جهت تبدیل و برطرف کردن خلأهای نظریه‌ی شناختی شکل گرفته است و به بیان واضح‌تر باورها و طرح‌واره‌هایی که Beck و Elise در نظریه‌ی شناختی بر آن‌ها تأکید کرده‌اند، می‌توانند عامل‌های فراشناختی باشند که توجه به شیوه‌ی ارزیابی و پاسخ‌های مقابله‌ای را شکل می‌دهند و خود باعث افزایش باورهای منفی عمومی می‌گردند. این رویکرد بالینی موجب تعمیق درمان می‌شود و به متخصصان بالینی کمک می‌کند تا به بیماران خود آموزش دهند که بتوانند فراشناخت‌های ناسازگار را که باعث افزایش این باورها می‌شود، تغییر دهند (۹). درمان فراشناختی سطوحی از مداخله را عرضه

ذهنی و تمرین مقابله، تغییر رفتار سبک زندگی و شناسایی رفتارهای نادیده گرفته شده. این تکنیک‌ها رفتارهای ایمنی و اجتناب فعال را از طریق مواجهه و تکالیف بازداری پاسخ، را به تدریج حذف می‌کنند.

از دیگر یافته‌های پژوهش حاضر این بود که بین اثربخشی درمان‌های فراشناختی و CBT در کاهش علائم GAD تفاوت معنی داری وجود داشت. نتایج آزمون تعقیبی LSD حاکی از اثربخش بودن درمان فراشناختی نسبت به CBT بود. این نتایج هم‌سو با نتایج دیگر پژوهش‌ها است که به بررسی اثربخشی درمان فراشناختی بر سایر اختلالات رفتاری پرداخته‌اند (۲۶-۲۴). در تبیین این نتیجه می‌توان گفت بر خلاف CBT که شامل چالش با افکار و باورها در مورد آسیب و یا مواجهه‌های مکرر و طولانی مدت با خاطرات مربوط به تروما می‌باشد، درمان فراشناختی شامل ارتباط با افکار به طریقی است که مانع ایجاد مقاومت و سبب تحلیل ادراکی پیچیده می‌شود تا بتواند راهبردهای تفکر ناسازگار در مورد نگرانی و همچنین نظارت غیر قابل انعطاف بر تهدید را از بین ببرد.

نظریه‌های شناختی در مورد آن چه که باعث به وجود آمدن الگوهای غیر مفید تفکر می‌شوند، توضیحات مختصری ارائه کرده‌اند. بسیار ساده‌انگارانه است که ما این الگوهای تفکر را به وجود باورهای بنیادی درباره‌ی خود و جهان نسبت دهیم (همانند من آسیب‌پذیرم، من یک شکست خورده‌ام). این باورها باعث به وجود آمدن الگوهای فکر مختل می‌شوند که به طور عمده منفی، تکرار شونده و فزاینده هستند و به دامنه‌ی وسیعی از پاسخ‌ها منتهی می‌شوند. در ضمن این باورها همیشه منجر به فشارهای هیجان

آرمیدگی ذهنی است. این تکنیک‌ها مؤلفه‌ی جسمانی و فیزیولوژی اضطراب را مورد هدف قرار می‌دهند. مراجعان با آموزش این تکنیک‌ها یاد می‌گیرند که در برابر نشانه‌ها و راه‌اندازی اضطراب به طور مناسب مقابله کنند، به طوری که سطح پایه‌ی تنش جسمانی را کاهش دهند. این راهبردها را می‌توان مهارت‌های تنظیم هیجانات اساسی دانست که به طور معمول بیماران مبتلا به GAD فاقد آن هستند. تمرین آرمیدگی مستلزم آن است که فرد توجه خود را بر زمان حال و این جا و اکنون متمرکز کند و به همین دلیل برای افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر مناسب است، چرا که ماهیت نگرانی معطوف به آینده است (۲۳). تکنیک‌های شناختی به مراجعان یاد می‌دهد که افکار اضطرابی خود را شناسایی کنند و آن‌ها را به طور عینی مورد آزمون قرار دهند. درمانگر سعی می‌کند که بیمار را با اطلاعات جدیدی روبرو کند که پیش از این آن‌ها را نادیده گرفته است. این تکنیک‌ها به مراجعان کمک می‌کند که تفسیرها و برداشت‌های نادرست خود از رویدادهای محیطی را تعدیل و تصحیح کنند و دیدگاه‌های جدیدی را ایجاد کنند. مراجعان یاد می‌گیرند که پیچیدگی و ابهام ویژگی اکثر موقعیت‌های زندگی است و بنابراین یاد می‌گیرند که این ابهام و عدم قطعیت را تحمل کنند و از لحاظ شناختی انعطاف‌پذیری بیشتری داشته باشند. در نهایت مراجعان این دیدگاه شناختی جدید را به عنوان پاسخ مقابله‌ای متفاوتی در برابر رویدادهای اضطراب‌زا به کار می‌برند (۲۳). تکنیک‌هایی که مؤلفه‌ی رفتاری اضطراب را هدف قرار می‌دهند عبارتند از شناسایی رفتارهای ایمنی نگرانی، شناسایی و حذف رفتارهای اجتنابی فعال و منفعل، مواجهه‌ی

فراشناختی در درمان علائم GAD و باورهای فراشناختی بیماران مبتلا به این اختلال مؤثر است همچنین این درمان از CBT نیز که موجب بهبود علائم این بیماری در مقایسه با گروه شاهد می‌شود اثربخش‌تر می‌باشد. بنابراین پیشنهاد می‌شود پژوهشگران در آینده کارایی این روش درمانی را در درمان سایر اختلالات اضطرابی نیز مورد بررسی قرار دهند. به علاوه با توجه به این نتایج به درمانگران پیشنهاد می‌شود این رویکرد درمانی را نسبت به سایر رویکردها در درمان اختلال GAD در اولویت قرار دهند.

تشریح و قدردانی

این مطالعه نتیجه‌ی اجرای یک طرح پژوهشی است که با حمایت مالی معاونت پژوهشی دانشگاه آزاد اسلامی واحد همدان انجام شد. محققان بدین وسیله مراتب تشکر خود را از معاونت پژوهشی دانشگاه آزاد اسلامی همدان که حمایت مالی لازم جهت انجام این تحقیق را فراهم آورد، همچنین از همکاران روان‌شناس و روان‌پزشک محترم شاغل در درمانگاه بیمارستان اعصاب و روان فرشچیان همدان که همکاری لازم جهت معرفی بیماران را فراهم آوردند، اعلام می‌کنند.

طولانی مدت نمی‌گردند. وجود باورهای منفی به طور مشخص نمی‌تواند درباره‌ی الگوی تفکر و پاسخ‌های متعاقب آن توضیحی ارائه دهند. بنابراین همان طور که گفته شد آن چه که در این جا مورد تأکید است به حساب آوردن عواملی است که تفکر را کنترل می‌کنند و وضعیت ذهن را تغییر می‌دهند. این نکته مهم‌ترین نقطه‌ی تمایز درمان فراشناختی با مدل‌هایی نظیر طرح‌واره درمانی است (۱۲).

از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر نداشتن دوره‌ی پیگیری جهت بررسی اثربخشی مداخلات درمانی در درازمدت بود. کم بودن حجم و محدود بودن نمونه به افراد داوطلب و همچنین عدم تفکیک جنسیتی شرکت‌کنندگان در پژوهش تعمیم این نتایج به جوامع دیگر را مشکل می‌سازد

بنابراین در تعمیم این نتایج به جوامع دیگر باید احتیاط کرد و نتایج را بر اساس این محدودیت‌ها تفسیر نمود. پیشنهاد می‌شود پژوهشگران بعدی این موارد را در نظر بگیرند و از درمان فراشناختی جهت کاهش نگرانی که علاوه بر GAD جزء جدایی‌ناپذیر سایر اختلالات روانی مانند افسردگی و اضطراب است نیز استفاده کنند.

نتیجه‌گیری

با در نظر گرفتن نتایج می‌توان گفت درمان

References

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-IV TM. 4th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 1994.
2. Sadoc B, Sadoc V. The behavioral science psychiatry summary. Trans. Poorafkari N. Tehran, Iran: Shahrab Publication; 2007.
3. Furmark T. Social phobia: overview of community surveys. Acta Psychiatr Scand 2002; 105(2): 84-93.
4. Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Merikangas KR, Walters EE. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. Arch Gen Psychiatry 2005; 62(6): 593-602.

5. Bruce SE, Yonkers KA, Otto MW, Eisen JL, Weisberg RB, Pagano M, et al. Influence of psychiatric comorbidity on recovery and recurrence in generalized anxiety disorder, social phobia, and panic disorder: a 12-year prospective study. *Am J Psychiatry* 2005; 162(6): 1179-87.
6. Wittchen HU, Fuetsch M, Sonntag H, Muller N, Liebowitz M. Disability and quality of life in pure and comorbid social phobia. Findings from a controlled study. *Eur Psychiatry* 2000; 15(1): 46-58.
7. Reich J, Hofmann SG. State personality disorder in social phobia. *Ann Clin Psychiatry* 2004; 16(3): 139-44.
8. Clark DM, Fribon CJ. Knowledge and applied method of cognitive-behavioral therapy. Trans. Kavyani H. 1st ed. Tehran, Iran: Fars Publication; 2001.
9. Wells A. *Metacognitive Therapy for Anxiety and Depression*. New York, NY: Guilford Press; 2008.
10. Wells A. *Emotional Disorders and Metacognition: Innovative Cognitive Therapy*. New Jersey, NJ: Wiley; 2000.
11. Wells A, Sembi S. *Metacognitive therapy for PTSD: A core treatment manual*. *Cognitive and Behavioral Practice* 2004; 11(4): 365-77.
12. Well A. Emotional disorder and metacognition. Trans. Bahrami F, Rezvan Sh. Isfahan, Iran: Mani Publication; 2000.
13. Spitzer RL, Kroenke K, Williams JB, Lowe B. A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. *Arch Intern Med* 2006; 166(10): 1092-7.
14. Wells A, Cartwright-Hatton S. A short form of the metacognitions questionnaire: properties of the MCQ-30. *Behav Res Ther* 2004; 42(4): 385-96.
15. Abolghasemi A, Ahmadi M, Kiamarsi A. The Relationship of Metacognition and Perfectionism with Psychological Consequences in the Addicts. *J Res Behav Sci* 2007; 5(2): 73-9. [In Persian].
16. Fisher PL, Wells A. Metacognitive therapy for obsessive-compulsive disorder: a case series. *J Behav Ther Exp Psychiatry* 2008; 39(2): 117-32.
17. Rees CS, van Koesveld KE. An open trial of group metacognitive therapy for obsessive-compulsive disorder. *J Behav Ther Exp Psychiatry* 2008; 39(4): 451-8.
18. Borkovec TD, Newman MG, Pincus AL, Lytle R. A component analysis of cognitive-behavioral therapy for generalized anxiety disorder and the role of interpersonal problems. *J Consult Clin Psychol* 2002; 70(2): 288-98.
19. Dugas MJ, Robichaud M. *Cognitive-Behavioral Treatment for Generalized Anxiety Disorder: From Science to Practice*. London, UK: Routledge; 2007.
20. Ost LG, Breitholtz E. Applied relaxation vs. cognitive therapy in the treatment of generalized anxiety disorder. *Behav Res Ther* 2000; 38(8): 777-90.
21. Masia WC, Reigada LC, Fisher PH, Saborsky AL, Benkov KJ. CBT for anxiety and associated somatic complaints in pediatric medical settings: an open pilot study. *J Clin Psychol Med Settings* 2009; 16(2): 169-77.
22. Haby MM, Donnelly M, Corry J, Vos T. Cognitive behavioural therapy for depression, panic disorder and generalized anxiety disorder: a meta-regression of factors that may predict outcome. *Aust N Z J Psychiatry* 2006; 40(1): 9-19.
23. Dehshiri G. The Effectiveness of Cognitive-Behavior Therapy on Anxiety and Worry of People with Generalized Anxiety Disorder. *Journal of Clinical Psychology* 2012; 4(2): 19-28. [In Persian].
24. Rabiei M. Efficacy of metacognitive therapy on BDD patient's symptoms [MSc Thesis]. School of Psychology and Educational Sciences, University of Isfahan; 2009. p. 2-4. [In Persian].
25. Andouz Z. Efficacy and Effectiveness of Wells' Metacognitive Model in Treating a Case of Obsessive-compulsive Disorder. *Iran J Psychiatry Clin Psychol* 2006; 12(1): 59-66. [In Persian].
26. Ahmadi Tahoor M, Rabiei M, Kameli P, Bahrami F, Safaei Rad I. The effect of metacognitive therapy on symptoms related to metacognitive beliefs in patients with body dysmorphic disorder. *J Fundam Ment Health* 2011; 13(3): 270-7. [In Persian].

Comparison of Metacognitive (MCT) and Cognitive-Behavioral (CBT) Interventions on Reducing the General Anxiety Symptoms and Metacognitive Beliefs of Patient with This Disorder

Fariba Monnazami¹, Reza Bagherian-Sararuodi PhD², Mohsen Ahmadi Tahour Soltani PhD³, Mehdi Rabiei⁴

Original Article

Abstract

Background: Although it seem that metacognitive processing system have a remarkable impact on general anxiety disorder (GAD), but studies about the effectiveness of metacognitive interventions in reducing the GAD symptoms are not frequent. The purpose of this study was comparing the effectiveness of metacognitive (MCT) and cognitive-behavioral therapy (CBT) on reducing GAD symptoms and metacognitive beliefs.

Methods: In this clinical trial study, 45 patients with GAD who met the diagnostic criteria by psychiatrist or psychologist, were selected randomly from the patients referred to psychiatric and psychological clinics and centers of Hamadan City, Iran, in 2012. They were randomly assigned into three groups of cognitive-behavioral intervention, metacognitive intervention and control. Data were gathered before and after the interventions via general anxiety disorder scale (GADS) and metacognitive beliefs questionnaire (MCQ). Data analysis was done using Multivariate ANOVA and LSD post hoc statistical tests.

Findings: There was a significant difference between three group scores at post-test ($P < 0.01$). The mean scores of metacognitive therapy group in GAD symptoms and metacognitive beliefs were lower than other two groups and as well as cognitive-behavioral group rather than control group.

Conclusion: The metacognitive and cognitive-behavioral interventions are effective in reducing GAD symptoms and metacognitive beliefs but first one is more effective.

Keywords: Metacognitive intervention, Cognitive-behavioral intervention, General anxiety disorder (GAD), Metacognitive beliefs

Citation: Monnazami F, Bagherian-Sararuodi R, Ahmadi Tahour Soltani M, Rabiei M. **Comparison of Metacognitive (MCT) and Cognitive-Behavioral (CBT) Interventions on Reducing the General Anxiety Symptoms and Metacognitive Beliefs of Patient with This Disorder.** J Isfahan Med Sch 2013; 31(233): 475-85

1- Instructor, Department of Psychology, Islamic Azad University, Hamadan Branch, Hamadan, Iran

2- Associate Professor, Department of Psychiatry, School of Medicine AND Behavioral Sciences Research Center, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

3- Assistant Professor, Department of Clinical Psychology, School of Medicine, Baqiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran

4- PhD Student And Faculty Member, Department of Clinical Psychology, School of Medicine, Baqiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Corresponding Author: Reza Bagherian-Sararuodi PhD, Email: bagherian@med.mui.ac.ir