

کارایی درمان فراشناختی بر کاهش علائم و شدت اضطراب صفت در افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر^۱

سیده آیدا موسوی مقدم^۲، منصور بیرامی^۳، عباس بخشی پور رودسری^۴، حسن حمیدپور^۵

تاریخ پذیرش: ۹۶/۰۴/۱۱

تاریخ وصول: ۹۵/۱۱/۱۶

چکیده

هدف پژوهش حاضر بررسی کارایی درمان فراشناختی بر علائم آسیب‌شناختی و شدت اضطراب مبتلایان به اختلال اضطراب فراگیر بود. در این مطالعه از طرح تجربی تک موردی از نوع خط پایه چندگانه استفاده شد. سه زن و دو مرد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر از طریق مصاحبه تشخیصی و مصاحبه بالینی ساختاریافته براساس راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی DSM-IV برای محور یک به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند و پس از احراز شرایط لازم در این پژوهش شرکت کردند. درمان فراشناختی به مدت ۸ تا ۱۲ جلسه هفتگی به کار گرفته شد و مرحله پیگیری نیز طی ۶ و ۱۲ ماه پس از پایان درمان دنبال شد. پرسشنامه اختلال اضطراب فراگیر (GADQ-IV)، پرسشنامه اضطراب بک (BAI) و پرسشنامه اضطراب صفت به عنوان ابزار ارزشیابی در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری به کار گرفته شدند. به منظور تحلیل داده‌ها، از روش فرمول درصد بهبودی و شاخص تغییر پایا (RCI) استفاده شد. نتایج نشان داد که اثر درمان فراشناختی بر آماج‌های درمان (علائم اختلال اضطراب فراگیر و شدت اضطراب) در مبتلایان به اختلال اضطراب فراگیر معنادار است و درمان فراشناختی در کاهش علائم اختلال اضطراب فراگیر از کارایی لازم برخوردار است.

واژگان کلیدی: درمان فراشناختی؛ اختلال اضطراب فراگیر؛ اضطراب صفت؛ اضطراب

۱. این مقاله مستخرج از پایان‌نامه کارشناسی ارشد نویسنده مسئول است.

۲. کارشناس ارشد روانشناس بالینی دانشگاه تبریز (نویسنده مسئول) Musavyayda@yahoo.com

۳. استاد گروه روانشناسی دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تبریز dr.bayrami@yahoo.com

۴. استاد گروه روانشناسی دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تبریز

abbas_bakhshipour@yahoo.com

۵. دکترای روانشناسی بالینی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی hassan.hamidpour91@gmail.com

مقدمه

اضطراب و نگرانی از ویژگی‌های معمول همه اختلالات روانپزشکی و هیجانی محسوب می‌شود (فیشر و دورهام^۱، ۲۰۰۴) و اختلالات اضطرابی، شایع‌ترین اختلالات روانی در جمعیت عمومی هستند (سادوک و سادوک^۲، ۲۰۰۵). در این میان، اختلال اضطراب فراگیر^۳ یکی از شایع‌ترین و فرایندهای اساسی آن، فرایندهای اصلی دخیل در همه اختلالات اضطرابی است (بارلو^۴، ۲۰۰۲).

اختلال اضطراب فراگیر اختلالی ناتوان‌کننده است که مشخصه اصلی آن، نگرانی مزمن، فراگیر و کنترل‌ناپذیر است (اندربوز^۵ و دیگران، ۲۰۱۰). GAD اختلال پیچیده‌ای است که میزان شیوع آن در طول عمر حدود ۵/۷ درصد (کسلر^۶ و دیگران، ۲۰۰۵) برآورد شده است. از آنجایی که تاکنون به رقم دقیقی در مورد میزان کلی شیوع آن در ایران اشاره نشده است، در این مورد تنها می‌توان به اطلاعات برخی مطالعات از جمله پژوهش انجام شده براساس نمونه‌ای از شهرستان ارسنجان، با رقم ۲/۷۶ درصد (۳/۱۹ در زنان و ۲/۴۲ در مردان) (حسن شاهی و همکاران، ۱۳۸۲)، نطنز اصفهان با رقم ۵/۴ (۸/۳ در زنان و ۲/۵ در مردان) (امیدی و همکاران، ۱۳۸۲)، استان کرمان، با رقم ۲/۲۵ (۰/۹۳ در مردان، ۳/۵۸ در زنان) (محمدی و همکاران، ۱۳۸۴) و بررسی مربوط به شیوع GAD در نمونه‌ای از استان هرمزگان، با میزان ۳/۸۸ (۵/۴۹ زن و ۲/۲۳ مرد) (محمدی و همکاران، ۱۳۸۰) اشاره کرد. میزان بالای شیوع، ماهیت مزمن، ارتباط آن با کیفیت پایین زندگی (برلند^۷ و همکاران، ۲۰۰۰، نقل از بریرا و نورتن^۸، ۲۰۰۹) و آسیب معنی‌داری که این اختلال در عملکرد خانوادگی، شغلی و میان فردی (هنینگ^۹ و همکاران، ۲۰۰۷، نقل از بریرا و نورتن، ۲۰۰۹) ایجاد می‌کند، از جمله عواملی هستند که از ضرورت بررسی درمان‌های موثر در حوزه این اختلال حکایت دارند.

1. Fisher & Durham
2. Sadock & Sadock
3. generalized anxiety disorder (GAD)
4. Barlow
5. Andrews
6. Kessler
7. Bourland
8. Barrera & Norton
9. Henning

به طور کلی درمان GAD در دو طبقه اصلی دارویی و روان‌شناختی قرار می‌گیرد. از یک سو عوارض جانبی ناخوشایند داروها محدودیت‌هایی را در کاربرد آنها ایجاد می‌کند (ریگ و سندرسن^۱، ۲۰۰۴) و از سوی دیگر، موثرترین نوع روان‌درمانی یعنی درمان شناختی رفتاری، در مورد درصد زیادی (تقریباً ۳۰٪ تا ۴۰٪) از افراد مبتلا به GAD اثربخش نبوده است (نیومن^۲ و همکاران، ۲۰۰۸). به عبارت دیگر، علیرغم شواهدی که تا حدی از کارایی این نوع درمان حمایت می‌کنند، همچنان جای پیشرفت بیشتری در درمان‌های غیردارویی این اختلال وجود دارد (کویچرز^۳ و دیگران، ۲۰۱۴؛ هنراهان^۴ و دیگران، ۲۰۱۳).

در راستای این هدف، ولز^۵ با تاکید بر نقش محوری عوامل فراشناختی در شکل‌گیری و تداوم اختلال اضطراب فراگیر، این ایده را مطرح ساخت که پایه‌ریزی کردن درمان بر مبنای مدلی از مکانیسم‌ها و عوامل زیربنایی نگرانی پاتولوژیک، صفت بارز این اختلال، پیشرفت‌های درمانی قابل توجهی را به دنبال خواهد داشت.

بر طبق مدل فراشناختی^۶، مبتلایان به اختلال اضطراب فراگیر دو نوع نگرانی را تجربه می‌کنند. نخست در مواجهه با یک موقعیت برانگیزاننده اضطراب، باورهای مثبت این افراد درباره نگرانی فعال می‌شود و از نگرانی به عنوان نوعی راهبرد مقابله‌ای در پاسخ به افکار مزاحم منفی استفاده می‌کنند. این نوع نگرانی که در مورد رویدادهای بیرونی، نگرانی‌های اجتماعی و سلامت جسمی است، نگرانی نوع ۱ نامیده شده است. با این حال، این اختلال هنگامی به وجود می‌آید که باورهای منفی در مورد نگرانی فعال می‌شوند. با فعال شدن این باورها، فرد به ارزیابی منفی نگرانی خود می‌پردازد، یعنی دچار نگرانی در مورد نگرانی نوع ۱ شده و ترس از غیرقابل کنترل بودن و خطرناک بودن نگرانی را تجربه می‌کند. فرایند نگرانی در مورد نگرانی (فرانگرانی^۷) که موجب افزایش احساس اضطراب و ناتوانی در مقابله می‌شود نگرانی نوع ۲ نام گرفته است. بر مبنای مدل فراشناختی، باورهای منفی در مورد نگرانی و نگرانی نوع ۲ است که افراد مبتلا به GAD را از نگران‌های غیربالینی متمایز

-
1. Rygh & Sanderson
 2. Newman
 3. Cuijpers
 4. Hanrahan
 5. Wells
 6. Metacognitive Model (MCM)
 7. metaworry

می‌سازد. نگرانی نوع ۲ با بسیاری از راهبردهای مقابله‌ای غیر موثر مرتبط است. استفاده از این راهبردها، تجربه رویدادهایی که ممکن است شواهدی بر علیه باور به خطرناک و غیر قابل کنترل بودن نگرانی فراهم آورند را غیر ممکن می‌سازد (ولز، ۱۹۹۵، الف، ۱۹۹۹، ب، ۲۰۰۵).

مطالعات متعدد انجام شده بر روی نمونه‌های بیمار و غیر بیمار، از نظریه و مدل زیربنایی درمان فراشناختی حمایت می‌کنند (ولز، ۲۰۰۹ نقل از درگاهیان و همکاران، ۱۳۹۰). تاکنون پژوهش‌هایی نیز در مورد ارزیابی اثربخشی درمان فراشناختی در اختلال اضطراب فراگیر صورت گرفته (ولز و کینگ^۱، ۲۰۰۶؛ ولز و دیگران، ۲۰۱۰؛ ون در هیدن^۲ و دیگران، ۲۰۱۲) که میزان بهبودی گزارش شده در این بررسی‌ها (۷۰-۸۰٪) و تداوم آن در پیگیری یک ساله، به وضوح امکان بهبود کارایی در درمان GAD را نشان می‌دهد و درمان فراشناختی را درمان اثربخشی برای این اختلال معرفی می‌کند. نتایج مطالعات انجام شده در ایران نیز که اغلب اثر این روش درمانی را بر نگرانی و مولفه‌های فراشناختی مورد ارزیابی قرار داده‌اند، بیانگر مناسب بودن این نوع مداخله برای GAD هستند (شفیعی و همکاران، ۱۳۹۱؛ حسینی و همکاران، ۱۳۹۳؛ سلمانی و همکاران، ۱۳۹۳). اما از آنجایی که تایید کارایی یک شیوه درمانی مستلزم انجام مطالعات متعدد توسط پژوهشگران مستقل است، انجام مطالعات بیشتر در مورد این مدل درمانی که تحت عنوان بدعت در درمان‌های شناختی از آن یاد می‌شود، ضروری به نظر می‌رسد. لذا در راستای افزودن بر یافته‌های پژوهشی این حوزه، در مطالعه پیش رو شدت اضطراب صفت که طبق پژوهش‌های صورت گرفته ارتباط نزدیکی با GAD دارد (رپی^۳، ۱۹۹۱؛ آیزنک^۴، ۱۹۹۲)، مورد بررسی قرار گرفت. همچنین، در راستای تایید یافته‌های پیشین، به ارزیابی کاهش علائم در افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر (با کاربرد مقیاس متفاوت) پرداخته شد و نتایج در دوره پیگیری طولانی‌تری (شش (همه آزمودنی‌ها) و دوازده ماه (سه آزمودنی) پس از اتمام مداخله) نسبت به مطالعات مشابه داخلی گزارش شد. گفتنی است که تاکنون در بررسی‌های مربوط به کارایی و اثربخشی مداخله فراشناختی در ایران، اضطراب صفت به عنوان آماج درمان در نمونه‌ای متشکل از مردان و زنان مبتلا به

1. King
2. Van der Heiden
3. Rapee
4. Eysenck

اختلال اضطراب فراگیر مورد بررسی قرار نگرفته یا نتایجی در این زمینه منتشر نشده است. با توجه به این امر و نظر به اینکه می‌توان پژوهش‌های انجام شده در ایران در خصوص کاربردپذیری درمان فراشناختی در کاهش علائم این اختلال را همچنان محدود دانست، در پژوهش حاضر به بررسی این فرضیه‌ها پرداخته شد: ۱. درمان فراشناختی در کاهش علائم مبتلایان به GAD موثر است، ۲. درمان فراشناختی در کاهش شدت اضطراب صفت در مبتلایان به GAD موثر است.

روش پژوهش

پژوهش حاضر در چارچوب یک مطالعه تجربی تک موردی از نوع خطوط پایه چندگانه انجام شد. در طرح‌های تجربی تک موردی که از طرح‌های پرکاربرد در روانشناسی بالینی به شمار می‌روند (کزدین^۱، ۱۹۹۲)، شرایط آزمایشی به دقت کنترل شده و متغیر مستقل به طور منظم در مورد آزمودنی اعمال می‌شود. لذا طرح‌های آزمایشی تک موردی نسبت به بررسی‌های موردی از نظر کنترل شرایط ناخواسته مناسب‌ترند (هایمن^۲، ۱۹۹۸). در این پژوهش، درمان فراشناختی متغیر مستقل و تغییرات درمانی حاصل از کاربرد این روش درمانی در مقیاس‌های شدت علائم و اضطراب به عنوان متغیر وابسته بودند. جامعه آماری پژوهش شامل افراد مبتلا به GAD در شهر تبریز بود. جمعیت مورد نظر، کلیه افراد مراجعه‌کننده به کلینیک مشاوره دانشگاه تبریز و گروه نمونه از افرادی تشکیل می‌شدند که ملاک‌های لازم برای ورود به روند مداخله را دارا بودند. جهت نمونه‌گیری از جامعه آماری پژوهش، ۵ نفر از مراجعین این مرکز که از سوی روانپزشک بر مبنای مصاحبه بالینی ساختاریافته برای تشخیص اختلال‌های محور I (SCID) مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر تشخیص داده شدند، با روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و پس از احراز ملاک‌های مطالعه و در صورت موافقت وارد فرایند درمان شدند. پیش از اعلام رضایت، درمانگر مراجعان را در جریان پژوهش قرار داده و فرم رضایت آگاهانه را با اختیار کامل امضا کردند. از آنجاییکه در اکثر بررسی‌های انجام شده در این حوزه زنان به عنوان نمونه مورد مطالعه قرار گرفته‌اند، در این پژوهش علاوه بر زنان مردان مبتلا به GAD نیز به عنوان نمونه انتخاب شدند. ملاک‌های ورود شامل ابتلا به اختلال اضطراب فراگیر به عنوان تشخیص اصلی،

1. Kazdin
2. Heiman

داشتن تحصیلات حداقل سیکل، سن ۱۸ تا ۶۰ سال، نداشتن سابقه دریافت درمان روانشناختی، مصرف همزمان داروی روانپزشکی و ملاک‌های خروج عبارت بودند از تشخیص اختلال روانی شدید همانند در محور I و II براساس مصاحبه تشخیصی بر مبنای DSM-IV-TR و سابقه سوء مصرف مواد.

مطابق با اصول طرح‌های تک موردی با خط پایه چندگانه، آزمودنی‌ها طبق ترتیب زمانی مشخصی وارد فرایند درمان شدند. توضیح اینکه، در دومین جلسه درمان آزمودنی الف، آزمودنی ب وارد طرح درمان شد. در سومین جلسه آزمودنی الف آزمودنی ج وارد درمان شد و به همین ترتیب سایر آزمودنی‌ها با فاصله یک هفته وارد طرح درمان شدند. برنامه درمان فراشناختی طی ۸ تا ۱۲ جلسه هفتگی انجام شد و پیگیری به مدت شش ماه (کلیه آزمودنی‌ها) و یک سال (آزمودنی ب، ج و ه) صورت گرفت. تعداد جلسات درمانی موثر در مطالعات این حوزه، در طیفی بین ۴ تا ۱۲ جلسه عنوان شده که در صورت بهبودی قابل توجه علائم، با توافق درمانگر و درمانجو می‌توان در هر یک از این جلسات به درمان پایان داد (ولز و کینگ، ۲۰۰۶). آزمودنی‌ها در خط پایه (پیش آزمون)، بعد از آخرین جلسه درمان (پس آزمون) و شش ماه پس از پایان درمان (پیگیری) با استفاده از مقیاس‌های مربوط به علائم اضطرابی، شدت GAD و شدت اضطراب صفت مورد ارزیابی قرار گرفتند. علاوه بر این، جهت سنجش روند تغییرات علائم اضطراب، آزمودنی‌ها مقیاس مربوطه را در جلسات سوم، ششم، نهم و دوازدهم نیز تکمیل کردند.

روش درمان: خلاصه برنامه درمان فراشناختی شامل این موارد بود: جلسه اول) فرمول‌بندی مورد، معرفی مدل و آماده‌سازی، اجرای آزمایش فرونشانی فکر، شروع چالش با باور مربوط به کنترل‌ناپذیری، تمرین ذهن‌آگاهی گسلیده و معرفی به تعویق انداختن نگرانی. تکلیف خانگی: تمرین ذهن‌آگاهی گسلیده و به تعویق انداختن نگرانی. جلسه دوم) ادامه چالش با باور کنترل‌ناپذیری - اسناد مجدد کلامی و رفتاری. تکلیف خانگی: ادامه به تعویق انداختن نگرانی و معرفی آزمایش از دست دادن کنترل. جلسه سوم) ادامه چالش با باور کنترل‌ناپذیری (ارائه شواهد مخالف)، اجرای آزمایش از دست دادن کنترل در جلسه درمان، بررسی و متوقف کردن کنترل غیرانطباقی و رفتارهای اجتنابی. تکلیف خانگی: ادامه به تعویق انداختن نگرانی، وارونه‌سازی رفتارهای اجتناب از نگرانی، آزمایش از دست دادن کنترل. جلسه چهارم) شروع چالش با باورهای مربوط به خطر، تلاش برای از دست دادن

کنترل یا صدمه زدن به خود با استفاده از آزمایش نگرانی. تکلیف خانگی: القای نگرانی برای آزمودن خطرات. جلسه پنجم) ادامه چالش با باور مربوط به خطرناک بودن نگرانی. اجرای آزمایش چالش با باور مربوط به خطر در جلسه درمان. تکلیف خانگی: آزمایش‌های رفتاری برای چالش با باور مربوط به خطر. جلسه ششم) ادامه چالش با باور مربوط به خطر، تاکید بر معکوس کردن هرگونه راهبردهای غیرانطباقی باقی مانده. تکلیف خانگی: آزمایش‌های رفتاری برای چالش با باور مربوط به خطر. جلسه هفتم) شروع چالش با باورهای مثبت. تکلیف خانگی: اجرای راهبرد عدم تناسب و سایر آزمایش‌های رفتاری برای چالش با باورهای مثبت. جلسه هشتم) ادامه چالش با باورهای مثبت. اجرای راهبرد عدم مطابقت در جلسه درمان. تکلیف خانگی: آزمایش‌های رفتاری (مانند آزمایش افزایش و کاهش سطح نگرانی). جلسه نهم) کار بر روی معکوس کردن علائم باقی مانده. اجرای راهبرد عدم تناسب در جلسه درمان. ادامه چالش با باورهای مثبت. شروع کار بر روی برنامه جدید. تکلیف خانگی: درخواست از بیمار برای نوشتن برگه خلاصه درمان. جلسه دهم) کار بر روی برنامه درمان (جلوگیری از عود)، تقویت برنامه جایگزین و توضیح روشن آن با ذکر مثال. برنامه‌ریزی جلسات تقویتی، شروع کار بر روی برنامه جدید. تکلیف خانگی: مشخص کردن کاربردهای مداوم درمان (ولز، ۲۰۰۹).

ابزارهای پژوهش

مصاحبه بالینی ساختاریافته برای اختلال‌های محور یک در DSM-IV^۱
(SCID): این مصاحبه ابزاری انعطاف‌پذیر است که توسط فرست، اسپیتزر، گیون و ویلیامز^۲ تدوین شده است (سگال^۳، ۱۹۹۷). ضریب کاپای ۶۰ درصد به عنوان ضریب پایایی بین ارزیاب‌ها برای این مصاحبه محاسبه شده است (تران و هاگا^۴، نقل از تران و اسمیت^۵، ۲۰۰۴). شریفی، اسعدی، محمدی، امینی، کاویانی و همکاران (۱۳۸۳)، با اجرای مصاحبه مذکور بر ۲۹۹ نفر آزمودنی ۱۸ تا ۶۵ ساله، توافق تشخیصی برای اکثر تشخیص‌های خاص و کلی نسخه فارسی آن را متوسط یا خوب (کاپای بالاتر از ۶۰ درصد) گزارش کرده‌اند. توافق کلی نیز در حد مطلوبی (کاپای کل تشخیص‌های فعلی، ۰/۵۲ و برای کل تشخیص‌های

1. Structured Clinical Interview for DSM-IV
2. First, Spitzer, Gibbon & Williams
3. Segal
4. Tran & Hagg
5. Smith

طول عمر، ۵۵/۰) به دست آمده است. به طور کلی، نتایج بررسی آنها نشان می‌دهد که پایایی و قابلیت اجرای نسخه فارسی SCID در حد مطلوبی است.

نسخه چهارم پرسشنامه اختلال اضطراب فراگیر^۱ (GAD-Q-IV): سیزده گویه این پرسشنامه، علائم اختلال اضطراب فراگیر را بر مبنای DSM-IV مورد ارزیابی قرار می‌دهند. سوالات این ابزار تشخیصی، وجود نگرانی شدید و غیر قابل کنترل، نگرانی در مورد مسائل جزئی، تجربه نگرانی در اغلب روزها در طی مدت کمتر از ۶ ماه، برخی موضوعات نگران کننده و تایید ویژگی‌های مرتبط با اختلال اضطراب فراگیر را می‌سنجد. دو سوال انتهایی پرسشنامه نیز به ترتیب، میزان تخریب عملکرد و میزان آشفتگی ناشی از علائم مذکور را در مقیاس‌های ۹ درجه‌ای لیکرت بررسی می‌کند. نقطه برش این مقیاس به عنوان یک ابزار تشخیصی، ۵/۷ است و اعتبار و پایایی آن در حد مطلوبی گزارش شده است (نیومن و همکاران، ۲۰۰۲).

پرسشنامه اضطراب صفت-حالت^۲ (STAI-T): این پرسشنامه شامل دو مقیاس اضطراب صفت و اضطراب حالت است که در پژوهش حاضر بخش اضطراب صفت آن مورد استفاده قرار گرفت. این مقیاس دارای ۲۰ گویه است و دامنه نمرات آن بین ۲۰ تا ۴۰ قرار دارد. سوال‌ها در مقیاس ۴ درجه‌ای لیکرت از تقریباً هرگز تا تقریباً همیشه نمره‌گذاری می‌شوند. اعتبار بازآزمایی مقیاس اضطراب صفت بین ۰/۷۳ تا ۰/۸۶ و ضریب آلفا در گروه‌های مختلف ۰/۹۰ گزارش شده است (اشپیلبرگر^۳، ۱۹۸۳). در ایران، پناهی شهری (۱۳۷۲) ضریب آلفای کرونباخ پرسشنامه را بین ۰/۸۷ تا ۰/۹۱ و پایایی آن را به روش بازآزمایی ۰/۶۷ برآورد کرده‌اند.

پرسشنامه اضطراب بک^۴ (BAI): این ابزار خود گزارشی شامل ۲۱ گویه است و علائم جسمی و شناختی را در طی یک هفته گذشته ارزیابی می‌کند. آزمودنی‌ها شدت فعلی علائم اضطراب خود را در یک مقیاس لیکرت چهار درجه‌ای گزارش می‌کنند. گزینه‌های هر سوال از صفر تا سه نمره‌گذاری می‌شود. در مجموع، نمره کل پرسشنامه در دامنه صفر تا ۶۳ قرار

-
1. Generalized Anxiety Disorders Questionnaire-IV
 2. State-Trait Anxiety Inventory (STAI)
 3. Spielberger
 4. Beck Anxiety Inventory (BAI)

می‌گیرد. بک و همکاران (نقل از بیرامی و همکاران، ۱۳۹۴) ضریب همسانی درونی پرسشنامه را با استفاده از آلفای کرونباخ، ۰/۹۲ و اعتبار بازآزمایی آن را ۰/۷۵ گزارش کرده‌اند. روایی همزمان و افتراقی این ابزار نیز در حد مطلوبی برآورد شده است. کاویانی و موسوی (۱۳۸۷) پرسشنامه اضطراب بک را در ایران هنجاریابی کرده‌اند. نتایج بررسی این پژوهشگران حاکی از روایی (۰/۷۲، $t = 0$ ، $p < 0/001$)، پایایی (۰/۸۳، $t = 0$ ، $p < 0/001$) و ثبات درونی (۰/۹۲) مناسب این مقیاس است.

یافته های پژوهش

در پژوهش حاضر برای تجزیه و تحلیل نتایج علاوه بر تحلیل نموداری، از شاخص درصد بهبودی ($\Delta A\%$) و شاخص تغییر پایا^۱ (RCI) استفاده شده است. شاخص درصد بهبودی به منظور تعیین معناداری بالینی تغییرات مورد استفاده قرار گرفته است. بهبودی آزمودنی‌ها در صورتی به لحاظ بالینی معنادار تلقی می‌شود که در مرحله پس آزمون نمره فرد پایین‌تر از نقاط برش مقیاس‌های اندازه‌گیری قرار گیرد. A0: مشکل آماجی در جلسه اول، A1: مشکل آماجی در جلسه آخر ($\Delta A\% = (A0 - A1) / A0$). بر مبنای این فرمول، ۵۰ درصد کاهش در علائم به عنوان موفقیت در درمان، نمرات بین ۲۵ تا ۴۹ درصد به عنوان بهبودی اندک و کاهش نمرات تا ۲۵ درصد به عنوان شکست درمانی تلقی می‌شود (حمیدپور، ۱۳۸۷). شاخص تغییر پایا نیز با تفریق نمره پس آزمون از نمره پیش آزمون و تقسیم عدد حاصل بر خطای استاندارد تفاوت‌ها محاسبه می‌شود. چنانچه نتیجه به دست آمده از ۱/۹۶ بیشتر باشد، با ۹۵ درصد اطمینان می‌توان تغییر حاصل را ناشی از تاثیر مداخله درمانی صورت گرفته دانست.

داده‌های توصیفی (میانگین و انحراف استاندارد) پنج شرکت‌کننده در مقیاس‌های اندازه‌گیری پژوهش در جدول ۱ نشان داده شده است. بر اساس داده‌های به دست آمده، در شدت علائم اختلال اضطراب فراگیر بین مراحل خط پایه، پس آزمون و پیگیری کاهش قابل توجهی مشاهده می‌شود. در مرحله پیگیری، نمرات اکثر شرکت‌کنندگان ثابت مانده، برخی کاهش یافته و در مواردی نیز گرایش به افزایش داشته‌اند.

جدول ۱. میانگین و انحراف استاندارد نمرات در مراحل پیش از درمان، پس از درمان و پیگیری

| مقیاس | پیش از درمان | | پس از درمان | | پیگیری ۶ ماهه | |
|---------|--------------|-------|-------------|------|---------------|------|
| | SD | M | SD | M | SD | M |
| GADQ-IV | ۰/۳۳ | ۱۰/۵۴ | ۰/۶۲ | ۳/۲۲ | ۰/۳۷ | ۴/۴۵ |
| BAI | ۹/۹۹ | ۳۵/۲۵ | ۴/۲۸ | ۱۱/۴ | ۲/۹۶ | ۱۷/۶ |
| STAI-T | ۶ | ۵۴/۱۵ | ۶/۹۸ | ۴۰/۴ | ۴/۶۵ | ۳۸/۲ |

همان‌طور که در جدول ۲ گزارش شده است، بین ویژگی‌های جمعیت‌شناختی آزمودنی‌های پژوهش تفاوت قابل توجهی وجود ندارد. نمره‌های به دست آمده در مقیاس GADQ-IV (جدول ۲) نشان می‌دهد که همه آزمودنی‌ها در خط پایه واجد ملاک‌های اصلی اختلال اضطراب فراگیر بوده‌اند. همان‌گونه که داده‌های ارائه شده در جدول ۲ نشان می‌دهند، نمره همه آزمودنی‌ها پس از درمان پایین‌تر از نقطه برش این پرسشنامه (۵/۷) قرار دارد. علاوه بر این، با توجه به نتایج به دست آمده از فرمول در صد بهبودی، مقادیر بهبودی همه آزمودنی‌ها، پس از درمان و در مراحل پیگیری از نظر بالینی معنی‌دار است.

همچنین مقادیر شاخص تغییر پایا مربوط به نمرات آزمودنی‌ها در این پرسشنامه (به ترتیب $RCI1 = -6/77$ ، $RCI2 = -5/6$ ، $RCI3 = -5/46$ ، $RCI4 = -5/56$ و $RCI5 = -5/95$) بالاتر از ۱/۹۶ بوده و بیانگر آن است که با ۹۵ درصد اطمینان می‌توان بهبودی علائم اختلال اضطراب فراگیر در آزمودنی‌ها را حاصل مداخله فراشناختی دانست. در مرحله پیگیری ۶ ماهه نیز مقادیر شاخص تغییر پایا برای پنج آزمودنی پژوهش به ترتیب $-5/24$ ، $-4/8$ ، $-4/66$ ، $-4/96$ و $-4/75$ و در پیگیری ۱۲ ماهه برای آزمودنی‌های ب، ج و ه، $-5/34$ ، -4 و $-5/15$ به دست آمده که همگی در سطح $P < 0/05$ بهبودی معنی‌دار در علائم اختلال اضطراب فراگیر به شمار می‌روند. اگرچه همان‌طور که در جدول ۲ نشان داده شده، در این مرحله نمره همه آزمودنی‌ها در پرسشنامه GADQ-IV نسبت به مرحله پس از درمان تا حدی افزایش داشته، شاخص‌های تغییر پایا بیانگر آن است که بهبودی پس از درمان، در هر دو مرحله پیگیری حفظ شده و تغییر مشاهده شده به واسطه مداخله درمانی به دست آمده است.

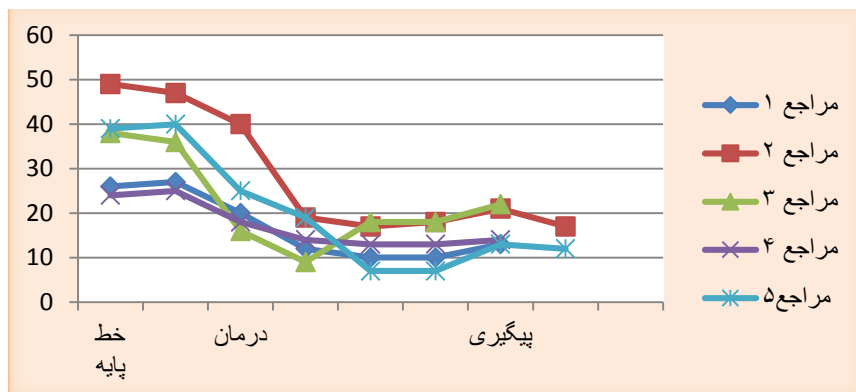
جدول ۲. ویژگی‌های جمعیت شناختی مراجعان

| آزمودنی‌ها | سن | جنس | میزان تحصیلات | وضعیت تاهل | مدت ابتلا به بیماری | اقدامات درمانی پیشین | اختلال همبود |
|------------|----|------|---------------|------------|---------------------|----------------------|-----------------------|
| الف | ۲۲ | مونث | لیسانس | متاهل | ۹ | نداشته | هراس اختصاصی |
| ب | ۲۳ | مونث | لیسانس | مجرد | ۶ | نداشته | افسرده‌خوبی |
| ج | ۲۷ | مونث | لیسانس | متاهل | ۳ | دارودرمانی | اختلال اضطراب اجتماعی |
| د | ۲۳ | مذکر | لیسانس | مجرد | ۲ | نداشته | افسرده‌خوبی |
| ه | ۲۸ | مذکر | فوق لیسانس | مجرد | ۸ | دارودرمانی | اختلال وحشت‌زدگی |

در جدول ۳ نمرات اضطراب آزمودنی‌ها در مراحل خط پایه، درمان و پیگیری ارائه شده است. همچنین روند تغییر نمرات را می‌توان در نمودار ۱ مشاهده کرد. همان‌طور که در نمودار ملاحظه می‌شود، علائم اضطراب آزمودنی‌ها در مرحله خط پایه بدون نوسان یا با نوسان اندک بوده و به طور کلی نمرات پیش از شروع مداخله تغییر قابل توجهی نداشته و تقریباً باثبات بوده‌اند. با شروع جلسات درمان، روند تغییر در سطح اضطراب آغاز شده و با شیبی ملایم یا تند کاهش نمرات ادامه یافته است. در مرحله پیگیری، نمرات آزمودنی‌ها اندکی افزایش نشان می‌دهد. درصد بهبودی بر مبنای نمرات به دست آمده از این پرسشنامه (جدول ۳) نشان‌دهنده آن است که بیماران پس از درمان بهبودی معناداری در علائم اضطرابی نشان داده‌اند. نتایج مربوط به درصد بهبودی در مراحل پیگیری نیز با وجود کاهش همچنان معنادار و بیانگر پایداری بهبودی حاصل از مداخله است. شاخص تغییر پایا مربوط به علائم اضطراب آزمودنی‌ها نیز برای بیمار اول تا پنجم پس از درمان ۲/۹۷-، ۵/۵۴-، ۵/۰۵-، ۲/۵۸- و ۷/۴۶-، در مرحله پیگیری ۶ ماهه به ترتیب ۲/۲۵-، ۵-، ۳/۴۲-، ۱/۹۰- و ۶/۰۹- و در پیگیری ۱۲ ماهه برای آزمودنی ب، ج و د، ۵/۳۶-، ۲/۷۱- و ۵/۸۷- به دست آمد. لذا این شاخص که برای هر پنج شرکت‌کننده بیشتر از نمره Z معادل ۱/۹۶ محاسبه شد حاکی از معناداری آماری نتایج درمانی است.

جدول ۳. مقایسه نمرات مراجعان در BAI

| مراحل درمان | بیمار اول | بیمار دوم | بیمار سوم | بیمار چهارم | بیمار پنجم |
|-----------------|-----------|-----------|-----------|-------------|------------|
| میانگین خط پایه | ۲۶/۵ | ۴۸/۷ | ۳۷ | ۲۴/۳۳ | ۳۹/۷ |
| جلسه آخر درمان | ۱۰ | ۱۸ | ۹ | ۱۳ | ۷ |
| میزان بهبودی | ۰/۶۲ | ۰/۶۳ | ۰/۷۶ | ۰/۴۷ | ۰/۸۲ |
| بهبودی کلی | ۰/۶۶ | | | | |
| پیگیری ۶ ماهه | ۱۳ | ۲۱ | ۱۶ | ۱۴ | ۱۳ |
| میزان بهبودی | ۰/۵۰ | ۰/۵۷ | ۰/۵۳ | ۰/۴۲ | ۰/۶۶ |
| بهبودی کلی | ۰/۵۴ | | | | |
| پیگیری ۱۲ ماهه | ۱۷ | ۲۲ | ۱۴ | | |
| میزان بهبودی | ۰/۶۱ | ۰/۴۱ | ۰/۶۴ | | |
| بهبودی کلی | ۰/۵۵ | | | | |



نمودار ۱. روند درصد بهبودی در نمرات پرسشنامه اضطراب بک (BAI) بیماران

معناداری تغییرات نمرات آزمودنی‌ها در مقیاس اضطراب صفت اشپیلبرگر در مراحل پس آزمون و پیگیری بر مبنای شاخص درصد بهبودی محاسبه و در جدول ۴ ارائه شده است. همان گونه که در جدول مشاهده می‌شود، نمرات اضطراب صفت تمامی آزمودنی‌ها پس از درمان در مقایسه با خط پایه کاهش داشته‌اند. براساس شاخص درصد بهبودی کاهش اضطراب صفت آزمودنی‌های دوم، سوم و پنجم به لحاظ بالینی معنادار تلقی می‌شود اما در خصوص دو آزمودنی دیگر اگرچه نتایج به دست آمده حاکی از آن است که شدت اضطراب صفت آنها کاهش یافته، اما تغییر ایجاد شده بر مبنای شاخص مذکور، معنی‌دار محسوب نمی‌شود. همچنین در مرحله پیگیری، نتیجه مرحله پس آزمون در خصوص آزمودنی دوم حفظ شده، در مورد آزمودنی پنجم سطح اضطراب صفت در مقایسه با مرحله قبل اندکی افزایش داشته، اما نمرات آزمودنی‌های اول، سوم و چهارم در مقایسه با پس آزمون کاهش یافته است. یافته‌های شاخص درصد بهبودی به دست آمده در این مرحله (جدول ۳)، به استثنای آزمودنی الف، در مورد سایر آزمودنی‌ها بیانگر تاثیر معنادار مداخله فراشناختی از نظر بالینی است. در مرحله دوم پیگیری (۱۲ ماهه)، نتایج نشان می‌دهد که درصد بهبودی آزمودنی‌ها همچنان در سطح بهبودی معنادار قرار دارد.

اما به منظور بررسی دقیق‌تر وضعیت بهبودی بیماران، شاخص تغییر پایای نمرات آنها در مقیاس اضطراب صفت اشپیلبرگر نیز مورد محاسبه قرار گرفت که مقادیر این شاخص در پایان درمان به ترتیب ۲/۹۹-، ۳/۱۷-، ۳/۸۲-، ۳/۱۶- و ۳/۹۹-، در پیگیری ۶ ماهه، ۳/۷۴-، ۳/۱۷-، ۴/۵۷-، ۳/۹۱-، ۳/۴۹- و در پیگیری ۱۲ ماهه (آزمودنی‌های ب، ج و ه) ۲/۶۷-، ۳/۵۷- و ۳/۲۴- به دست آمده است. بالاتر بودن این مقادیر از ارزش نمره Z (۱/۹۶) در هر سه مرحله نشانگر آن است که نتایج به دست آمده به واسطه تاثیر مداخله درمانی ایجاد شده نه خطای اندازه‌گیری. لازم به ذکر است که حصول اطمینان در خصوص تغییر پایا در مقیاس اضطراب صفت، مستلزم تفاوت هشت نقطه‌ای در نمرات این ابزار در پایان درمان و مرحله پیگیری است (فیشور و دورهام، ۱۹۹۹). همان‌طور که نتایج شاخص تغییر پایا نشان می‌دهد، از میان مراحل پس آزمون و پیگیری، به استثنای نمره یک آزمودنی در مرحله پس آزمون، نمرات کلیه آزمودنی‌ها پایین‌تر از نقطه برش ۴۸ به دست آمده است. بنابراین، بر مبنای روش‌شناسی جاکوبسن و ترواکس^۱ (۱۹۹۱) می‌توان این گونه استدلال کرد که همه

به طور کلی نتایج پژوهش نشان می‌دهد که به دنبال یک دوره درمان فراشناختی نمرات مربوط به علائم اختلال اضطراب فراگیر و همچنین اضطراب صفت آزمودنی‌ها طی جلسات درمان کاهش نشان داده و این کاهش در مرحله پیگیری نیز حفظ شده است. مقادیر شاخص‌های تغییر پایا و درصد بهبودی به دست آمده موید کارایی درمان فراشناختی در درمان اختلال اضطراب فراگیر است.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی کارایی درمان فراشناختی در درمان افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر انجام شد. یافته‌های حاصل بیانگر آن است که این نوع مداخله در کاهش آماج‌های اصلی درمان (علائم اختلال، اضطراب جسمانی و اضطراب صفت) موثر بوده است. اگرچه، بسته به نوع ابزاری که به عنوان ملاک ارزیابی مورد استفاده قرار گرفته، شاهد تفاوت‌هایی در وضعیت بهبودی آزمودنی‌ها هستیم. نتایج پژوهش نشان می‌دهد که در پایان مداخله، کاهش سطح اضطراب صفت بر مبنای شاخص تغییر پایا در همه آزمودنی‌ها به لحاظ آماری معنادار است. با این حال، در مورد آزمودنی الف با توجه به آنکه نمره اضطراب صفت در پایان جلسات درمانی همچنان بالاتر از نقطه برش STAI-T، ۴۷ (فیشر و دورهام، ۱۹۹۹) قرار دارد، می‌توان گفت که در شدت اضطراب صفت بهبودی نسبی به دست آمده است. اگرچه، با تقویت روند کاهش نمرات در مرحله پیگیری، این مراجع نیز در سطح کاملاً بهبود یافته قرار می‌گیرد. به طور کلی، با در نظر داشتن این امر که در مقایسه با تغییرات ایجاد شده در علائم GAD و سطح برانگیختگی، گوش به زنگی و تنش حرکتی آزمودنی‌ها، در شدت اضطراب صفت بهبودی کلی کمتری به دست آمده، تفاوت مشاهده شده را می‌توان تا حدی متأثر از سطح پایین‌تر ویژگی^۱ (اختصاصی بودن) این ابزار در مقایسه با دو پرسشنامه دیگر دانست. این مقیاس به عنوان ابزار سنجش آسیب‌پذیری کلی نسبت به اضطراب، خلق پایین و عزت نفس پایین کاربرد گسترده‌ای دارد. در واقع، اضطراب صفت ممکن است به سایر تاثیرات خلق و استرس حساس باشد که شاخص‌های اضطراب فراگیر به شمار نمی‌روند (بیلینگ، آنتونی، و سویسنس^۲، ۱۹۹۸، نقل از ولز، ۲۰۱۰). یافته‌های این مطالعه هم‌سو با نتایج پژوهش ولز و کینگ (۲۰۰۶) است که در یک مطالعه آزمایشی، ده بیمار مبتلا به GAD را

1. specificity
2. Bieling, Antony & Swinson

با استفاده از رویکرد فراشناختی تحت درمان قرار دادند و با کاربرد ملاک تغییر بالینی معنادار در مورد اضطراب صفت، نشان دادند که همه بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر معیار بهبودی بالینی معنادار را برآورده کردند. در دیگر پژوهش، ولز، ولفرد^۱، کینگ و همکاران (۲۰۱۰)، درمان فراشناختی و آرمیدگی کاربردی را در درمان اختلال اضطراب فراگیر مورد مقایسه قرار دادند. ۲۰ بیمار مبتلا به GAD قبل و بعد از درمان و در پیگیری شش و دوازده ماهه، مورد ارزیابی قرار گرفتند. میزان بهبودی پس از درمان، براساس ارزیابی‌های نگرانی و اضطراب صفت، در مورد MCT، ۸۰٪ و در مورد AR، ۱۰٪ گزارش شد و این نتایج در پیگیری حفظ شده بودند. در یک بررسی انجام شده در ایران (صفوی و همکاران، ۱۳۹۲) نیز کاهش معنی‌داری در نمرات اضطراب صفت زنان مبتلا به GAD پس از مداخله فراشناختی گزارش شده است.

به طور کلی بر مبنای نتایج پژوهش، در پایان درمان، علائم GAD در آزمودنی‌ها ۶۹ درصد بهبودی کلی نشان داده که این میزان در هر دو مرحله پیگیری به رغم اندکی کاهش (به ترتیب، ۵۸ و ۵۷ درصد) همچنان معنادار است. در حوزه تظاهرات جسمانی تر اضطراب نیز آزمودنی‌ها به ۶۶ درصد بهبودی کلی رسیدند که در پیگیری ۶ ماهه، این میزان به ۵۴ درصد رسیده و اثرات درمانی مشاهده شده از نظر بالینی و آماری معنادار تلقی می‌شود. یافته‌های حاصل از پیگیری ۱۲ ماهه نیز بیانگر پایداری این نتایج است. همچنین در پایان درمان، ۲۶ درصد و در پیگیری‌ها به ترتیب ۲۸ و ۲۱ درصد از شدت اضطراب صفت آزمودنی‌ها کاسته شده است. نتایج به دست آمده نشان می‌دهد که تغییر فرآینگ‌رانی و باورهای فراشناختی ناکارآمد آزمودنی‌ها، به بهبودی معنادار در آماج‌های درمان و تداوم آن منجر شده است. به ویژه گزارش آزمودنی‌ها از کاهش سطح نگرانی و شدت آن در مقیاس خودسنجی مربوط به علائم اختلال نکته قابل توجهی است چراکه در هیچ مرحله‌ای از مداخله، نگرانی به عنوان آماج هدف درمان قرار نگرفت و بهبودی ایجاد شده در این متغیر را می‌توان نتیجه غیر مستقیم تغییر مولفه‌های فراشناختی و تمرینات ذهن آگاهی دانست. در پژوهش حاضر، با استفاده از بررسی روند کاهش شدت علائم اضطرابی، ارتباط تغییر سطح اضطراب آزمودنی‌ها و مراحل درمان فراشناختی اختلال اضطراب فراگیر نیز مورد ارزیابی قرار گرفت. از جمله تغییرات مشاهده شده در این روند که در هر پنج آزمودنی

مشهود بود، کاهش قابل توجه اضطراب آنها طی سه جلسه ابتدایی درمان است. چنین تغییری را می‌توان تا حدی نتیجه افزایش فراآگاهی توأم با تعویق پردازش مفهومی و جدا کردن خود از رخداد‌های شناختی دانست که به واسطه تمرینات ذهن آگاهی گسلیده و به تعویق انداختن نگرانی به عنوان مولفه‌های مطرح در این جلسات ایجاد شده‌اند. اما اگرچه این راهبردها به عنوان ابزارهای سودمندی جهت تسهیل تغییر فراشناختی و انتقال از سطح شناختی به سطح فراشناختی کاربرد دارند، تنها عوامل تعیین‌کننده موفقیت درمان محسوب نمی‌شوند. بنابراین تاثیر چالش با باور مربوط به کنترل‌ناپذیری نگرانی به عنوان مولفه دیگری که در این بخش از فرایند درمان مورد استفاده قرار گرفته را نباید از نظر دور داشت خصوصاً اینکه کسب مهارت ذهن آگاهی گسلیده نه تنها با هدف انعطاف‌پذیری فراشناختی بیشتر، بلکه خود به عنوان بخشی از آزمایش رفتاری جهت آزمودن باورهای فراشناختی منفی بیماران در مورد کنترل‌ناپذیری نگرانی مورد استفاده قرار گرفته و بررسی و اصلاح باورهای فراشناختی درباره نگرانی از اهداف اصلی درمان فراشناختی به شمار می‌رود. به طور کلی می‌توان گفت الگوی تغییر مشاهده شده به نوعی بیانگر اهمیت محتوای این جلسات درمانی به عنوان یکی از موثرترین بخش‌های مداخله فراشناختی در کاهش اضطراب آزمودنی‌های پژوهش است.

تغییر شیب دیگری که در نمودار کاملاً آشکار است، مربوط به کاهش قابل توجه اضطراب آزمودنی ب طی جلسات سوم تا ششم درمان است. مولفه اصلی مورد تاکید در این جلسات، تضعیف و تغییر باورهای فراشناختی مربوط به خطر با استفاده از راهبردهای کلامی و آزمایش‌های رفتاری بود. این نوع باورهای منفی در مورد خطر نگرانی که فعال شدن آنها به ارزیابی منفی نگرانی (یعنی نگرانی نوع ۲) و متعاقب آن افزایش اضطراب و احساس ناتوانی در مقابله منجر می‌شود، از حوزه‌های اصلی اثرگذار بر شدت و تداوم اضطراب این مراجع به شمار می‌رفت که تغییر باورهای مذکور طی جلسات سوم تا ششم درمان، به کاهش قابل ملاحظه‌ای در علائم اضطرابی وی منجر شده است.

یافته‌های مطالعه حاضر هم‌سو با دیگر بررسی‌ها (ولز و کینگ، ۲۰۰۶؛ ولز و دیگران، ۲۰۱۰؛ ون‌در‌هیدن و دیگران، ۲۰۱۲، مک ایوی و دیگران، ۲۰۱۵) نشان داد که درمان فراشناختی توانسته به کاهش شدت اختلال و سطح اضطراب در بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر منجر شود. در مطالعه ولز و کینگ (۲۰۰۶)، طی ۳ تا ۱۲ جلسه درمان فراشناختی، میزان بهبودی ارزیابی شده بر اساس پرسشنامه اضطراب بک، پس از درمان و در

پیگیری‌های ۶ و ۱۲ ماهه، قابل ملاحظه و به لحاظ آماری معنادار به دست آمد. ون دیر هیدن و همکاران (۲۰۰۸) نیز اثربخشی درمان فراشناختی، درمان مبتنی بر عدم تحمل بلا تکلیفی^۱ (IUM) و گروه کنترل (بیماران در لیست انتظار) را در درمان افراد مبتلا به GAD مورد مقایسه قرار دادند. نتایج نشان داد که درمان فراشناختی نسبت به شرایط کنترل، به بهبودی معنی‌دار در نگرانی و اضطراب بیماران منجر می‌شود. در ایران نیز نتایج پژوهش‌های پیشین هم‌راستا با این مطالعه موید کارایی و اثربخشی درمان فراشناختی در اختلال اضطراب فراگیر است؛ از جمله، پژوهش حسینی و همکاران (۱۳۹۳) که نشان داد در نتیجه درمان فراشناختی فردی، کاهش معنی‌داری در شدت علائم GAD ایجاد شده است.

نکته حائز اهمیت دیگر آن که آزمودنی‌های پژوهش بازخورد مثبتی در مورد محتوای جلسات درمان داشتند. اگرچه در این خصوص نقش احتمالی سوگیری مقبولیت اجتماعی را نباید نادیده گرفت، اما از آنجا که همه آزمودنی‌های پژوهش روند درمان خود را تا پایان ادامه دادند این امر را می‌توان نشان‌دهنده قابلیت پذیرش بالای پروتکل درمان فراشناختی در مورد آزمودنی‌های مطالعه حاضر دانست. همچنین پیگیری بلندمدت (۶ و ۱۲ ماهه) این پژوهش امکان آن را فراهم آورده که با قاطعیت بیشتری از ثبات نتایج مداخله فراشناختی سخن بگوییم. یافته‌ها در مرحله پیگیری حاکی از آن است که کاهش معنی‌دار شدت اضطراب، علائم GAD و اضطراب صفت همه آزمودنی‌ها با نوسانات کاهشی یا افزایشی در این مرحله نیز تداوم داشته است. از جمله دلایل این امر، دانش و راهبردهای کسب شده طی جلسات مداخله و تغییر پایدار ایجاد شده در متغیرهای فراشناختی است که بر مبنای مدل فراشناختی اختلال، زمینه‌ساز آسیب‌پذیری مداوم محسوب می‌شوند.

با این وجود، در تفسیر نتایج به دست آمده می‌بایست محدودیت‌های این پژوهش را نیز در نظر داشت. اگرچه مطالعات تک‌آزمودنی به دلیل مشاهده کیفی، نتایج عمیق‌تری به دست می‌دهند و یافته‌های واقعی حاصل از چنین پژوهش‌هایی در سایه آزمون‌های آماری محو نمی‌شوند (بارلو و هرسن^۲، ۱۹۷۹)، اما به دلیل تعداد محدود نمونه، این نوع پژوهش از اعتبار بیرونی اندکی برخوردار است و می‌بایست در تفسیر داده‌ها احتیاط کرد. همچنین، نبود گروه کنترل بدون درمان به این معنی است که نوسان و تغییر خود به خودی در علائم را

-
1. Intolerance of Uncertainty Model (IUM)
 2. Hersen

نمی‌توان نامحتمل دانست. لذا جهت رفع چنین محدودیت‌هایی پیشنهاد می‌شود که اثربخشی درمان فراشناختی در قالب طرح‌های دقیق آزمایشی و با حجم نمونه بزرگ‌تر مورد ارزیابی قرار گیرد. از آنجایی که در پژوهش حاضر درمانگر و ارزیاب یک نفر بوده، این امر ممکن است تأثیرات منفی داشته و در نتایج سوگیری‌هایی پدید آمده باشد. نکته دیگر آنکه، تکیه صرف بر ابزارهای خودگزارشی در مورد ارزیابی نتایج درمان، محدودیتی برای تفسیر تأثیرات درمان محسوب می‌شود.

منابع:

- امیدی، عبا...؛ طباطبایی، اعظم؛ سازور، سید علی؛ عکاشه، گودرز. (۱۳۸۲). همه‌گیرشناسی اختلال‌های روانی در مناطق شهری در شهرستان نطنز اصفهان. *مجله اندیشه و رفتار*، سال هشتم، شماره ۴، بهار ۱۳۸۲.
- بیرامی، منصور. نعمتی سوگلی تپه، فاطمه. رزمی، شهریار. (۱۳۹۴). اثربخشی آموزش مدیریت خشم و آرمیدگی بر کاهش نشانه‌های اضطراب، افسردگی و خشم در بیماران قلبی، پس از جراحی بای‌پس. *مطالعات روان‌شناسی بالینی* ۷۶-۶۲، ۱(۱)
- پناهی شهری، محمود. (۱۳۷۲). بررسی مقدماتی روایی، اعتبار و نرم‌یابی سیاهه حالت - صفت اضطراب (STAI-Y)، پایان‌نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه تربیت مدرس.
- سلمانی، بهزاد؛ حسنی، جعفر؛ محمدخانی، شهرام؛ کرمی، غلامرضا. (۱۳۹۳). ارزیابی اثربخشی درمان فراشناختی در باورهای فراشناختی، فرانگرانی، و علائم و نشانه‌های بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر. *دو ماهنامه علمی-پژوهشی فیض*، دوره هجدهم، شماره ۵، آذر و دی ۱۳۹۳، صفحات ۴۲۸-۴۳۹.
- شفیعی سنگ‌آتش، سمیه؛ رفیعی‌نیا، پروین؛ نجفی، محمود. (۱۳۹۱). اثربخشی درمان فراشناختی بر اضطراب و مولفه‌های فراشناختی مبتلایان به اختلال اضطراب فراگیر. *مجله روانشناسی بالینی*، سال چهارم، شماره ۴ (پیاپی ۱۶)، زمستان ۱۳۹۱.
- شریفی، ونداد؛ اسعدی، سید محمد؛ محمدی، محمدرضا؛ امینی، همایون؛ کاویانی، حسین؛ سمنانی، یوسف؛ شعبانی، امیر؛ شهریور، زهرا؛ داوری آشتیانی، رزیتا؛ حکیم شوشتری، میترا (۱۳۸۳). پایایی و قابلیت اجرای نسخه فارسی مصاحبه ساختار یافته تشخیصی بر ای (SCID) DSM-IV. *فصلنامه تازه‌های علوم شناختی*، ۶. ۱۰-۲۲.

- حسینی، سید مرتضی؛ فتحی آشتیانی، علی؛ ربیعی، مهدی؛ نوحی، سیما؛ فجرک، هنگامه، (۱۳۹۳). اثربخشی درمانگری فراشناختی در کاهش علائم و نشانه‌های افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر. *مجله علوم رفتاری*. دوره ۸، شماره ۳، صفحه ۲۳۹-۲۴۶.
- حسن شاهی، محمد مهدی؛ گودرزی، محمد علی؛ میرجعفری، سید احمد؛ فرنام، رابرت. (۱۳۸۲). بررسی شیوع اختلالات روان پزشکی در شهرستان ارسنجان. *فصلنامه اصول بهداشت روانی*، سال ششم، پاییز و زمستان ۱۳۸، شماره نوزدهم و بیستم، صفحه ۸۳-۶۷.
- حمیدپور، حسن. (۱۳۸۷). اهمیت روش‌شناسی در پژوهش‌های رفتاری-شناختی. بازتاب دانش، *نشریه ای درباره‌ی شناخت، مغز و رفتار*. دوره سوم، شماره ۱۰، زمستان ۱۳۸۷.
- درگاهیان، ریحانه؛ محمدخانی، شهرام؛ حسنی، جعفر و شمس، جمال. (۱۳۹۰). اثربخشی درمان فراشناختی بر بهبود باورهای فراشناختی، نشخوار فکری و علایم افسردگی: مطالعه تک آزمودنی، *مطالعات روان‌شناسی بالینی*، ۱(۳)، ۸۱-۱۰۴.
- صفوی شاملو، ملیحه؛ آقامحمدیان شهرباف، حمیدرضا؛ قنبری هاشم‌آبادی، بهرام‌علی؛ حقیقت‌منش، الهه. (۱۳۹۲). مقایسه میزان کارایی درمان فراشناختی و درمان شناختی رفتاری در اختلال اضطراب منتشر. *فصلنامه دانشگاه علوم پزشکی زابل*. شماره ۴۲.
- عبدی، رضا؛ بخشی‌پور، عباس؛ محمود علیلو، مجید؛ فرنام، علیرضا. (۱۳۹۲). ارزیابی کارایی درمان فرا تشخیصی یکپارچه در کاهش شدت نشانه‌های زنان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر. *مجله تحقیقات علوم رفتاری*، دوره ۱۱، شماره ۵، صص ۲۴۵-۲۵۱.
- کاویانی، ح. و موسوی، الف. (۱۳۸۷). «ویژگی‌های روان‌سنجی پرسش‌نامه اضطراب بک در طبقات سنی و جنسی جمعیت ایرانی». *مجله دانشکده پزشکی*، ۶۶، ۱۳۶-۱۴۰.
- محمدی، محمدرضا؛ باقری یزدی، سید عباس؛ رهگذر، مهدی؛ مسگرپور، بیتا؛ حسینی‌فخر، غلامرضا؛ برجسته، حشمت ا...؛ زامیاد، عباس؛ پرنده افشار، حمید. (۱۳۸۴). همه گیرشناسی اختلالات روانپزشکی در استان کرمان. *مجله دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان*، جلد ۴، شماره ۳، تابستان ۱۳۸۴، ۱۳۶-۱۴۵.
- محمدی، محمدرضا؛ رهگذر، باقری، مهدی؛ یزدی، سیدعباس؛ مسگرپور، بیتا؛ زندی، آرمان؛ وثوق، فرحناز. (۱۳۸۰). همه گیری شناسی اختلالات روانپزشکی در استان

هرمزگان. مجله پزشکی هرمزگان، سال هفتم، شماره چهارم، زمستان ۸۲، صفحات ۱۸۷ تا ۱۹۶.

ولز، آدریان. (۲۰۰۹). راهنمای عملی درمان فراشناختی اضطراب و افسردگی. ترجمه شهرام محمدخانی. تهران. انتشارات وراى دانش.

- Andrews, G., Hobbs, M. J., Borkovec, T. D., Beesdo, K., Craske, M. G., Heimberg, R. G., et al. (2010). Generalized worry disorder: a review of DSM-IV generalized anxiety disorder and options for DSM-V. *Depression and Anxiety*, 27, 134e147.
- Barlow, D. H. (2002). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic* (2nd ed.). New York: Guilford Press.
- Barlow, D. H., & Hersen, M. (1979). *Single case experimental designs strategies for studying behavior change*. New York: Pergamon Press.
- Barrera TL, Norton PJ. (2009). Quality of life impairment in generalized anxiety disorder, social phobia, and panic disorder. *Journal of Anxiety Disorders*. 23:1086–1090.
- Beck AT, Epstein N, Brown G, Steer RA. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *J Consult Clin Psychol*. 56(6): 893-7.
- Cuijpers, P., Sijbrandij, M., Koole, S., Huibers, M., Berking, M., & Andersson, G. (2014). Psychological treatment of generalized anxiety disorder: a meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 34, 130e140.
- Eysenck MW. (1992). *Anxiety: The cognitive perspective*. Hove, UK: Lawrence Erlbaum Associates.
- Fisher, P. L., & Durham, R. C. (1999). Recovery states in generalized anxiety disorder following psychological therapy: An analysis of clinically significant change in the STAI-T across outcome studies since 1990. *Psychological Medicine*, 29, 1425–1434.
- Fisher, P. L., Durham, R. C. (2004). Psychopathology of generalized anxiety disorder. *The Medicine Publishing Company L td*.
- Jacobson, N. S., & Truax, P. (1991). Clinical significance: A statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of consulting and clinical psychology*. 59(1): 12-19.
- Hanrahan, F., Field, A. P., Jones, F. W., & Davey, G. C. L. (2013). A meta-analysis of cognitive therapy for worry in generalized anxiety disorder. *Clinical Psychology Review*, 33, 120e132.
- Heiman, G. V. (1998). *Research methods in psychology* (2nd ed.). Boston: Houghton Mifflin Company.
- Kazdin, A. E. (1992). *Research design in clinical Psychology*. Boston: Alay and Bacon.
- Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Merikangas KR, Walters EE. (2005). 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.

- Kazdin, A. E. (1992). *Research design in clinical Psychology*. Boston: Allyn and Bacon.
- McEvoy, P. M., Erceg-Hurn, D. M., Anderson, R. A., Campbell, B. N. C., Swan, A., Saulsman, L. M., Nathan, P. R. (2015). Group metacognitive therapy for repetitive negative thinking in primary and non-primary generalized anxiety disorder: An effectiveness trial. *Journal of Affective Disorders*, Volume 175, 124 – 132.
- Newman, M. G., Castonguay, L. G., Nordberg, S. S. Borkovec, T. D., & Fisher, A. J. (2008). An open trial of integrative therapy for generalized anxiety disorder. *Psychotherapy*, 45, 135–147.
- Newman, MG., Zuellig, AR., Kachin, KE., Constantino, MJ., Przeworski, A., Erickson, T., et al. (2002). Preliminary reliability and validity of the GAD-Q-IV: A revised self-report diagnostic measure of generalized anxiety disorder. *Behavior Therapy*. 33(2): 215-33.
- Rygh, J. L. & Sanderson, W. C. (2004). *Treating generalized anxiety disorder: evidence-based strategies, tools, and techniques*. New York: Guilford.
- Rapee RM. (1991). Generalized anxiety disorder: A review of clinical features and theoretical concepts. *Clin Psychol Rev*. 11: 419–440.
- Sadock, B., & Sadock, V. (2005). *Kaplan & Sadock's comprehensive textbook of psychiatry*. New York: Williams & Wilkins.
- Segal, D. L. (1997). Structured interviewing and DSM classification. In. S. M. Turner, Q. M. Hersen (Eds.), *Adult psychopathology and diagnosis* (pp. 24-57). New York: Wiley.
- Spielberger, C. D. (1983). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory (Form Y)*. Palo Alto, CA: Mind Garden.
- Tran, G. Q., & Smith, G.P. (2004). Behavioral assessment in the measurement of treatment outcome. In S. N. Haynes, and E. M. Heiby (Eds.). *Comprehensive handbook of psychological assessment*. New York: John Wiley (p.p. 269-290).
- Van der Heiden, C., Muris, P., & van der Molen, H. T. (2012). Randomized controlled trial on the effectiveness of metacognitive therapy and intolerance-of-uncertainty therapy for generalized anxiety disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 50(2), 100–109.
- Wells, A. (1995). Meta-cognition and worry: a cognitive model of generalized anxiety disorder. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 23, 301–320.
- Wells, A. (1999a). A Cognitive Model of Generalized Anxiety Disorder. *Behavior Modification*, 23, 526-555.
- Wells, A. (1999b). A Metacognitive Model and Therapy for Generalized Anxiety Disorder. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 6, 86-95.
- Wells, A. (2005). 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., Welford, M., King, P., Papageorgiou, C., Wisely, J., Mendel, E. (2010). A pilot randomized trial of metacognitive therapy vs applied



- relaxation in the treatment of adults with generalized anxiety disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 48, 429–434.
- Wells, A., & King, P. (2006). Metacognitive therapy for generalized anxiety disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 37, 206–212.
- Wells, A. (2009). *Metacognitive Therapy for Anxiety and Depression*. New York: Guilford Press.