

## اثربخشی درمان فراشناختی گروهی بر کاهش افکار اضطرابی و بهبود راهبردهای کنترل تفکر در بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر

دکتر فاطمه حسینی غفاری<sup>۱</sup>، دکتر پروانه محمدخانی<sup>۲</sup>، عباس پورشهباز<sup>۳</sup>، بهروز دولتشاهی<sup>۴</sup>، فرزانه محمدی<sup>۵</sup>

۱. دانش آموخته دکترای روانشناسی بالینی، گروه روانشناسی بالینی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، اوین، کودکیار، تهران، ایران.  
۲. استاد گروه روانشناسی بالینی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی اوین، کودکیار، تهران، ایران.  
۳. استاد گروه روانشناسی بالینی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی اوین، کودکیار، تهران، ایران.  
۴. استادیار گروه روانشناسی بالینی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی اوین، کودکیار، تهران، ایران.  
۵. دانشجوی دکتری تخصصی روانشناسی بالینی، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، اوین، کودکیار، تهران، ایران.  
■ نویسنده مسئول مکاتبات: پروانه محمدخانی mohammadkhani@uswr.ac.irp

### چکیده

**زمینه و هدف:** اختلال اضطراب فراگیر<sup>۱</sup> GAD به صورت اضطراب افراطی و نگرانی ذهنی غیرقابل کنترل تعریف می‌شود. پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان فراشناختی گروهی در کاهش افکار اضطرابی و بهبود راهبردهای کنترل تفکر در بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر انجام شد.

**مواد و روش‌ها:** پژوهش حاضر یک کارآزمایی بالینی تصادفی است که به صورت طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون - پیگیری سه ماهه با گروه کنترل انجام شد. جامعه آماری پژوهش شامل مراجعہ کنندگان به کلینیک‌های دانشگاه تهران بود. جامعه آماری پژوهش شامل افرادی بودند که در فاصله آبان تا اسفند ماه ۱۳۹۰ به مراکز مشاوره دانشگاه تهران (مرکز ۱۶ آذر، مرکز فاطمیه و مرکز شهید چمران) مراجعه کردند و با استفاده از مصاحبه ساختار یافته بالینی برای اختلالات روانی در (SCID-I) توسط روانپزشک تشخیص اختلال اضطراب فراگیر را دریافت نمودند. حجم نمونه پژوهش حاضر ۱۵ نفر در هر گروه و در کل ۳۰ نفر تعیین شد. نمونه‌گیری به شیوه در دسترس از جامعه آماری انتخاب شدند. آزمودنی‌ها پرسشنامه‌های فراشناخت (MCQ-30)، پرسشنامه کنترل فکر (TCQ)، و پرسشنامه افکار اضطرابی (ANTI) را قبل از اجرای درمان تکمیل کردند. در نهایت آزمودنی‌ها به صورت تصادفی در دو گروه (۱۵ نفر گروه آزمایش و ۱۵ نفر گروه کنترل) قرار گرفتند. از ۱۵ نفر آزمودنی گروه آزمایش، ۱۲ نفر درمان را تکمیل کردند و ۳ آزمودنی به دلیل غیبت بیش از دو جلسه از پژوهش کنار گذاشته شدند. ۱۰ جلسه ۱۲۰ دقیقه‌ای درمان فراشناختی گروهی در طی ۲/۵ ماه و به صورت گروه‌های هفت و هشت نفری برای گروه آزمایش انجام گرفت. مجدداً تمام آزمودنی‌ها بعد از درمان و در دوره پیگیری سه ماهه پرسش‌نامه‌های پژوهش را تکمیل کردند. اعضای گروه کنترل هیچگونه مداخله‌ای را در حین پژوهش دریافت نکردند. **یافته‌ها:** نتایج حاصل از آزمون تحلیل کواریانس نشان داد که درمان فراشناختی گروهی اثر معنی‌داری بر کاهش باورهای فراشناختی مثبت و منفی دارد (all p<0/01). همچنین نتایج آزمون تحلیل کواریانس نشان داد که درمان فراشناختی گروهی به طور معنی‌داری باعث کاهش افکار اضطرابی و بهبود راهبردهای کنترل فکر شده است (p<0/01). نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری نیز نشان داد که به جز باورهای فراشناختی مثبت و ارزیابی مجدد در تمامی متغیرها نتایج معنی‌دار تا مرحله پیگیری تداوم یافته است.

**نتیجه‌گیری:** نتایج نشان می‌دهد که درمان فراشناختی گروهی بر کاهش افکار اضطرابی بیماران و بهبود راهبردهای تفکر موثر است.

**کلید واژه‌ها:** درمان فراشناختی گروهی، باورهای فراشناختی، اضطراب فراگیر، راهبردهای کنترل فکر، افکار اضطرابی.

## مقدمه

درمانهای آرامش‌آموزی کاربردی و شناختی رفتاری فردی از گوناگونی زیادی برخوردار است (Fisher, 2006). علی‌رغم اینکه، درمان‌های دارویی نیز می‌تواند در کاهش نشانه‌های اضطراب سودمند باشد، اما بر نگرانی که مشخصه اصلی این بیماری است، اثر قابل توجهی ندارد (Anderson and Palm, 2006).

تلاش‌های اخیر جهت بهبود نتایج درمانی، عناصر درمان‌های مختلف را با هم ترکیب کرده تا میزان کارایی آنها را افزایش دهد (Borkovec, et al., 2002, Durham, et al., 2004). تلاش‌های دیگری نیز در جهت به کارگیری تکنیک‌های پذیرش (Roemer and Orsillo, 2007) و مداخلات مربوط به الگوهای مبتنی بر نگرانی انجام شده است (Ladouceur, et al., 2000, Wells, 2009). به نظر می‌رسد که پیشرفت در زمینه درمان این اختلال، بایستی بر پایه مکانیزم‌ها و عوامل زیربنایی نگرانی مرضی که خصیصه شناختی اصلی اختلال اضطراب فراگیر محسوب می‌شود، قرار گیرد (Borkovec and Ruscio, 2001). از این رو، مدل فراشناختی ولز به دلیل مفهوم‌سازی بحث‌انگیز و برخوردار از دستورالعمل دقیق درمانی مورد توجه قرار گرفته است (Wells and Davies, 1994, Wells, 2009, Wells and King, 2006). مدل فراشناختی (Wells, 1997) بیان می‌کند که بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر، همانند بسیاری از افراد در مورد نگرانی‌های خود باورهای مثبتی دارند که از آن به عنوان یک ابزار سودمند در جهت مقابله با تهدید یاد می‌کنند (Wells, 2007). در این اختلال، فرایند نگرانی نوعی سازگار مقابله‌ای در نظر گرفته می‌شود، ولی خود همین فرایند نیز می‌تواند کانون نگرانی شود. این مساله زمانی مشکل‌ساز می‌شود که باورهای منفی در خصوص کنترل‌ناپذیری و پیامدهای مخاطره‌آمیز نگرانی گسترش می‌یابد که به راهبردهای کنترل ناکارآمد منجر می‌شود. اختلال اضطراب فراگیر، هنگامی بوجود می‌آید که باورهای منفی در مورد نگرانی فرد فعال می‌شود. دو نوع باور منفی مهم هستند. باورهای منفی در مورد کنترل‌ناپذیری نگرانی<sup>۴</sup> و باورهای منفی درباره پیامدهای مخاطره‌آمیز نگرانی<sup>۵</sup>

اختلال اضطراب فراگیر<sup>۱</sup> GAD به صورت اضطراب افراطی و نگرانی ذهنی غیر قابل کنترل تعریف می‌شود که در آن فرد دست کم سه علامت بدنی را به مدت دست کم شش ماه نشان دهد (Association, 2000). شیوع نسبتاً بالای اختلال اضطراب فراگیر (Maier, et al., 2000) و سیر مزمن و پیشرونده این اختلال (Ballenger, et al., 2001) همبودی بالای این اختلال با سایر اختلالات روانپزشکی، بویژه اختلالات اضطرابی از جمله اضطراب اجتماعی، فوبی و اختلال افسردگی عمده (Brown, et al., 2001)، گویای آن است که اختلال اضطراب فراگیر مشکلات و نقص‌های جدی در کارکرد و کیفیت زندگی مبتلایان به همراه دارد. اخیراً پژوهش‌های متعددی نشان می‌دهد که اختلال اضطراب فراگیر به علت نگرانی بسیار زیاد در خصوص تصمیم‌گیری نادرست، بر توانایی حل مساله و عدم اطمینان به نفس بیماران اثر می‌گذارد (Lieb, et al., 2005, Wittchen, et al., 2002). عدم تحمل در ابهام این افراد (Dugas, et al., 2003) و درگیری در یک سبک تکراری حل مساله (Wetherell, et al., 2003) موجب آشفتگی در تصمیم‌گیری و اضطراب عمومی این بیماران می‌شود. در نتیجه، می‌توان اظهار کرد که اختلال اضطراب فراگیر یکی از مشکلات جدی در سلامت روان است که ضرورت پرداختن در حوزه بالینی و درمان را دو چندان می‌کند. رفتاردرمانی شناختی و درمان‌های دارویی به عنوان درمان‌های استاندارد در اختلال اضطراب فراگیر ارائه شده است (Anderson and Palm, 2006, Borkovec and Ruscio, 2001, Fisher, 2006)؛ اما نتایج بیانگر این مساله است که میزان پاسخدهی این درمان‌ها در مطالعات مختلف ناهمگون است (Anderson and Palm, 2006, Durham and Allan, 1993, Borkovec and Ruscio, 2001, Fisher, 2006) میزان بهبودی بیماران اختلال اضطراب فراگیر را بر اساس نمرات اضطراب آنها در حدود ۴۰ درصد گزارش دادند. در این میان، درمان‌های آرامش‌آموزی کاربردی<sup>۲</sup> AR و درمان شناختی رفتاری فردی<sup>۳</sup> CBT، بیشترین میزان بهبودی را نشان دادند. از سویی، نتایج

4. Negative metacognition about uncontrollability

5. Negative metacognition about Danger

1. General Anxiety Disorder

2. Applied Relaxation

3. Cognitive Behavior Therapy

مشاوره دانشگاه تهران در فاصله آذر تا اسفند ماه ۱۳۹۰ بود. تعداد نمونه مورد نظر در حدود ۳۰ آزمودنی (۱۵ نفر گروه آزمایش، ۱۵ نفر گروه کنترل) با توجه به احتمال افت آزمودنی، توسط روانپزشک و با شیوه نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. ملاک‌های ورود پژوهش عبارت بودند از: دارا بودن ملاک‌های تشخیصی اختلال اضطراب فراگیر به تشخیص روانپزشک بر پایه مصاحبه بالینی ساختاریافته برای اختلال‌های محور I<sup>۳</sup> در (First، Gibbon، Spitzer، Williams، ۱۹۹۷)، دریافت نکردن درمان‌های روانشناختی دیگر، دامنه سنی ۱۸-۵۰ سال و دارا بودن دست کم تحصیلات دوره متوسطه. ملاک‌های خروج پژوهش نیز شامل وجود نشانه‌های روانپریشی، سوء مصرف مواد و غیبت بیش از دو جلسه از جلسات گروه درمانی بودند.

محتوی جلسات درمان فراشناختی گروهی عبارت بود از: جلسه اول- تدوین فرمول‌بندی موردی، معرفی مدل و آماده‌سازی، اجرای آزمایش فرونشانی فکر، شروع چالش با باورهای کنترل‌ناپذیری، تمرین ذهن آگاهی گسلیده و معرفی به تعویق انداختن نگرانی. جلسه دوم- مرور تکلیف خانگی، ادامه آماده‌سازی و اسناد کلامی و رفتاری کنترل‌ناپذیری. جلسه سوم- مرور تکلیف خانگی، ادامه چالش با باور کنترل‌ناپذیری (ارائه شواهد مخالف)، اجرای آزمایش از دست دادن کنترل، بررسی و متوقف کردن کنترل غیرانطباقی و رفتارهای اجتنابی. جلسه چهارم- مرور تکلیف خانگی، ادامه چالش با باور کنترل‌ناپذیری، شروع چالش با باورهای مربوط به خطر، تلاش برای از دست دادن کنترل یا صدمه زدن به خود از طریق آزمایش نگرانی. جلسه پنجم- مرور تکلیف خانگی، ادامه چالش با باور مربوط به خطرناک بودن نگرانی. جلسه ششم- مرور تکلیف خانگی، ادامه چالش با باور مربوط به خطر، تاکید بر معکوس کردن هرگونه راهبردهای غیرمنطقی باقی مانده. جلسه هفتم- مرور تکلیف خانگی، شروع چالش با باورهای مثبت. جلسه هشتم- مرور تکلیف خانگی، اجرای راهبرد عدم مطابقت در جلسه درمان. جلسه نهم- مرور تکلیف خانگی، کار بر روی معکوس کردن علائم باقی مانده. ادامه چالش با باورهای مثبت. جلسه دهم- مرور تکلیف خانگی، کار بر روی برنامه جلوگیری از عود، تقویت برنامه جایگزین.

ابزارهای پژوهش شامل چهار پرسشنامه بودند. ۱- نسخه بالینی مصاحبه بالینی ساختار یافته برای تشخیص اختلالات محور یک بر اساس (DSM-IV (SCID-I/CV): یک ابزار معیار

(Wells, 2009، Wells and King, 2006). باورهای منفی درباره پیامدهای نگرانی، شامل باورهایی هستند مبنی بر اینکه نگرانی می‌تواند به پیامدهای ناگوار جسمی (مانند حمله قلبی)، روانشناختی (مانند فروپاشی روانی) یا اجتماعی (مانند طرد شدن از سوی دیگران) منجر شود. زمانی که فراشناخت‌های منفی از این نوع ایجاد می‌شوند، فرد نگرانی و استرس زیادی را تجربه می‌کند. همزیستی باورهای مثبت و منفی در رابطه با نگرانی به نوسان در جهت اجتناب و یا درگیری در فرایند نگرانی منجر می‌شود و در نهایت به استفاده از راهبردهای غیرسودمند تنظیم روانی چون اطمینان جویی<sup>۱</sup> و سرکوبی<sup>۲</sup> می‌انجامد. این راهبردها مانع از این می‌شود که فرد دریابد که نگرانی به فاجعه نمی‌انجامد. در نهایت، از این راهبردها سودمند واقع نمی‌شوند و باورهای منفی مربوط به کنترل‌ناپذیری را تقویت می‌کنند (Wells, 2007، Wells and King, 2006).

به کارگیری درمان فراشناخت به شکل گروهی از چندین جهت مورد توجه است. اول اینکه، درمان گروهی، نیاز برای لیست انتظار طولانی را کاهش می‌دهد و درمانگر می‌تواند از زمانش استفاده بهتری کند (Himle et al., 2003). دوم اینکه، محیط گروهی منافع دیگری را برای بیماران مثل تجربه یکسان بودن، الگوگیری از همسالان و حمایت همسالان ایجاد می‌کند (Yalom and Leszcz, 2005). اعتباریابی مدل فراشناختی در تعدادی از مطالعات به صورت فردی (van der Heiden, 2010، Wells and King, 2006، Wells, et al., 2012، et al.) یا گروهی (Rees and van Koesveld, 2008) به اثبات رسیده است، اما پژوهش‌هایی که به منظور اثربخشی درمانی برخاسته از این مدل انجام شده، همچنان اندک است. در نهایت، با توجه به فواید درمان گروهی و کوتاه‌مدت از جمله باصرفه‌تر بودن و پوشش جمعیتی بیشتر (Kazdin, 2006)، این پژوهش به دنبال پاسخگویی به این سوال است که میزان اثربخشی درمان فراشناختی گروهی برای زنان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر در کاهش افکار اضطرابی و بهبود راهبردهای تفکر چقدر است؟

## مواد و روش‌ها

این پژوهش از نوع نیمه تجربی با طرح پیش آزمون، پس آزمون با پیگیری سه ماه است که در آن از دو گروه آزمایش و کنترل استفاده شده است. جامعه آماری مورد بررسی در این پژوهش کلیه بیماران مبتلا به اضطراب فراگیر مراجعه کننده به مراکز

1. Reassurance

2. Suppress

3. Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR, axis I disorders

نگرانی(فرانگرانی)می سنجد. این پرسشنامه را ۲۰ نفر از روانشناسان بالینی و روانپزشکان مورد بررسی قرارداد و روایی محتوایی آنرا تأیید نمودند. همسانی درونی آن با اجرا بر روی ۶۰ دانش آموز به روش آلفای کرونباخ محاسبه شد که میزان آن برای اضطراب اجتماعی ۰/۶۷، اضطراب جسمانی ۰/۶۷ و اضطراب فرانگرانی ۰/۶۸ به دست آمد (Bahrami and Rezvan, 2007).

۴- پرسشنامه کنترل فکر (TCQ): این پرسشنامه در جهت سنجش راهبردهای کنترل فکر و رابطه آن با آسیب پذیری هیجانی ساخته شده و از پنج خرده مقیاس توجه برگردانی، کنترل اجتماعی، نگرانی، تنبیه و ارزیابی مجدد تشکیل شده است. این پرسشنامه از روایی و پایایی خوبی برخوردار است (Goodarzi and Esmaili, 2006). (Wells and Davies, 1994) با بررسی ۱۰۰ نفر، ضریب آلفای کرونباخ کل و خرده مقیاسها به ترتیب بالا را ۰/۸۱، ۰/۷۹، ۰/۷۰، ۰/۷۰، ۰/۷۰، ۰/۷۶، ۰/۷۰ گزارش کردند.

روند اجرای پژوهش: قبل از شروع جلسات، آزمودنی‌ها به منظور آمادگی برای شرکت در پژوهش به جلسه توجیهی دعوت شدند. تمامی آزمودنی‌ها برگه رضایت‌نامه پژوهش را تکمیل نمودند که در آن امکان انصراف از پژوهش و استفاده از درمان‌های دیگر در صورت ضرورت در هر زمان وجود داشت. ابزارهای پژوهش توسط تمامی شرکت کنندگان تکمیل شد و بوسیله دستیار پژوهشگر انجام شد. در نهایت، شرکت کنندگان به صورت گمارش تصادفی به دو گروه فراشناخت درمانی گروهی و گروه کنترل تقسیم شدند. در خصوص حجم گروه، به دلیل افزایش بهروری اعضا از جلسات درمان گروهی، آزمودنی‌های گروه آزمایش به دو گروه هفت و هشت نفری تقسیم شدند تا بدین وسیله فرصتی مناسبی را برای تعامل با دیگران و حداقل زمان را برای فعالیت‌های گروه فراهم شود. این جلسات به صورت هفتگی و هر جلسه به مدت ۱۲۰ دقیقه برگزار شد. جلسات درمانی گروهی در مرکز مشاوره دانشگاه تهران واقع در خوابگاه چمران و توسط پژوهشگر اول انجام گرفت. سه شرکت کننده گروه آزمایش به علت غیبت بیش از دو جلسه از ارزیابی نهایی کنار گذاشته شدند. افراد گروه کنترل نیز هیچگونه مداخله درمانی را تا زمان مرحله پیگیری دریافت نکردند. راهنمای درمانی پژوهش حاضر، بر مبنای کتاب راهنمای گام به گام این درمان (راهنمای عملی درمان فراشناختی برای اختلال اضطراب فراگیر اثر ولز) اجرا گردید (Wells, 2009) در پایان مداخله هر دو گروه طی دو مرحله پس از آزمون و پیگیری سه ماهه مورد ارزیابی مجدد قرار

شده برای ارزیابی اختلال‌های اصلی روانپزشکی بر پایه تعریفها و معیارهای DSM-IV است (Association, 2000) که برای اهداف بالینی و پژوهشی تنظیم شده است. اعتبار و پایایی این ابزار در پژوهش‌های گوناگون قابل قبول گزارش شده است (Groth-Marnat, 2003). برای مثال در پایایی تشخیصی بین ارزیاب‌ها کاپای بالای ۰/۷ گزارش شد (Zanarini, et al., 2000). اعتبار و پایایی این پرسشنامه را خوب گزارش کردند. در بررسی (Bakhtiari, 2000) اعتبار این ابزار به وسیله متخصصان و استادان روانشناسی بالینی تأیید و پایایی بازآزمایی با فاصله یک هفته ۰/۹۵ گزارش شد.

۲- پرسشنامه فراشناخت واره‌ها (MCQ-30): پرسشنامه باورهای فراشناختی (Wells and Cartwright-Hatton, 2004) به منظور آزمون نظریه فراشناختی اختلالات روانی، بویژه نقش فرضی باورهای فراشناختی در آسیب شناسی اختلالات هیجانی طراحی شده است. این پرسشنامه دارای ۳۰ عبارت است که فرد میزان موافقت خود را بر روی یک مقیاس از ۱ تا ۴ درجه بندی می‌کند. این پرسشنامه ۵ خرده مقیاس دارد که از طریق تحلیل عاملی بدست آمده‌اند و دارای همسانی درونی قابل قبولی است. این خرده مقیاس‌ها عبارتند از: ۱) باورهای مثبت درباره نگرانی، ۲) باورهای منفی درباره کنترل ناپذیری و خطر، ۳) باورهای منفی درباره لزوم کنترل افکار، ۴) باورهای مثبت درباره خودآگاهی شناختی و ۵) باورهای منفی درباره اطمینان شناختی. در زمینه روایی این پرسشنامه دامنه ضریب آلفای کرونباخ برای خرده مقیاسها را ۰/۷۲ تا ۰/۹۳ و پایایی آن به روش بازآزمایی برای نمره کل پس از دوره ۲۲ تا ۱۱۸ روزه ۰/۷۵ گزارش و برای خرده مقیاسها ۰/۵۹ تا ۰/۸۷ گزارش کرده‌اند (Wells and Cartwright-Hatton, 2004). (Shirinzadeh, 2011) همسانی درونی آنرا به کمک ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۹۱، برای خرده مقیاسهای آن در دامنه ۰/۷۱ تا ۰/۸۷ و پایایی بازآزمایی این آزمون را در فاصله چهار هفته برای کل مقیاس ۰/۷۳ و برای خرده مقیاسهای آن در دامنه ۰/۵۹ تا ۰/۸۳ گزارش کرد. همچنین همبستگی کل مقیاس با مقیاس اضطراب خصلتی ۰/۴۳ و همبستگی خرده مقیاسها در دامنه ۰/۲۸ تا ۰/۶۸ گزارش نمود. همبستگی خرده مقیاسهای آن با کل آزمون در دامنه ۰/۵۸ تا ۰/۸۷ و همبستگی آنها با یکدیگر بین ۰/۲۶ تا ۰/۶۲ بود.

۳- پرسشنامه افکار اضطرابی (ANTI): این مقیاس توسط (Wells and Davies, 1994) ساخته شده و افکار اضطرابی را در سه مقیاس (اضطراب) اجتماعی، اضطراب جسمانی و اضطراب

گرفتند. تجزیه و تحلیل داده‌ها با کمک SPSS-16 انجام شد. در ابتدا، برای تعیین برابری گروه‌ها از نظر متغیرهای وابسته در پیش از درمان آزمون آماری t مستقل انجام شد تا تعیین شود که تخصیص تصادفی توانسته برابری گروه‌ها را ایجاد کند یا خیر. با توجه به برقرار شدن پیش فرض‌های توزیع نرمال و همگونی واریانس‌ها، برای مقایسه میانگین گروه‌ها در پایان درمان، آزمون تحلیل کوواریانس و تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر به کار رفت. به دلیل ملاحظات اخلاقی، در پایان پژوهش، افراد گروه کنترل تحت درمان فراشناختی گروهی قرار گرفتند.

## یافته‌ها

میانگین سنی تمامی شرکت کنندگان، درمان فراشناختی گروهی و کنترل به ترتیب به ترتیب (۲۳/۷۳(۱/۵۴)، ۲۳/۶۶(۱/۷۸) و ۲۳/۸۰(۱/۱۴) بود. طول مدت ابتلا به اختلال اضطراب فراگیر برای گروه درمان فراشناختی گروهی (۰/۴۸) ۸۶ / ۵ و برای گروه کنترل (۰/۳۹) ۵/۰ سال بود. تعداد افراد مجرد (و متاهل) در گروه درمان فراشناختی گروهی و کنترل به ترتیب ۱۱(۱) و ۱۳ (۲) نفر بود. تمامی آزمودنی‌ها تحصیلات دانشگاهی داشتند. کاربرد آزمون تی مستقل نشان داد که میان دو گروه پیش از شروع درمان در متغیرهای سن و طول مدت ابتلا تفاوت معنی‌داری وجود نداشت ( $t > 60/0$  all  $p > 05/0$ ). همچنین با توجه به شباهت فراوانی‌ها میان دو گروه از نظر تحصیلات و وضعیت تاهل تفاوتی معنی‌دار وجود نداشت. میانگین و انحراف استاندارد گروه‌های مداخله را در مراحل پیش آزمون، پس

آزمون و پیگیری در جدول ۱ ارائه شده است. بر اساس نتایج آزمون‌های کولموگراف-اسمیرنف<sup>۱</sup> (05/0,  $p > 1/0$  all Statistic  $>$ ) لوین ((05/0all  $p >$ ) و همگنی رگرسیون ( $p > 0.5$  all)، مبنی بر برقراری پیش فرض‌های مربوط به نرمال بودن و همسانی واریانس‌ها، شرایط لازم برای استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس در مرحله پس آزمون وجود داشت. نمرات پیش آزمون به عنوان متغیر همگام برای کنترل تاثیر درمانی آنها در بدو ورود به مداخله به کار رفت. جدول ۲ تفاوت نمرات دو گروه را در پس آزمون و با استفاده از روش تحلیل کواریانس نشان می‌دهد. همانگونه که مشاهده می‌کنید نتایج تحلیل کواریانس اثربخشی درمانی گروه فراشناخت را نشان می‌دهد ( $F > 2.18$ , all  $p > 0.5$ ).

جدول ۳ خلاصه نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌های تکراری را در مورد روند تاثیر درمان فراشناختی گروهی در متغیرهای مورد بررسی نشان می‌دهد. به دلیل معنادار شدن آزمون کرویت<sup>۲</sup> ماچلی<sup>۳</sup> ( $p = 01/0$ )، و بنابراین، کروی نبودن ماتریس واریانس - کواریانس متغیر وابسته، از درجات آزادی آزمون گرین هاوس - گایسر<sup>۴</sup> استفاده شده است. نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌های تکراری نشان می‌دهد که در مرحله پیگیری به جز باورهای فراشناختی مثبت و ارزیابی مجدد تمامی متغیرها توانسته‌اند تا مرحله پیگیری نتایج خود را حفظ کنند (all  $F > 0.50$ , all  $p \leq 0.001$ ).

## بحث

جدول ۱- میانگین و انحراف استاندارد نمرات در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری دو گروه

متغیر		پیش آزمون		پس آزمون		پیگیری	
		کنترل	فراشناخت	کنترل	فراشناخت	کنترل	فراشناخت
باور فراشناختی	میانگین	۷۳/۲۰	۵۹/۵۰	۷۴/۴۰	۵۸/۰۰	۷۴/۵۳	۵۸/۰۰
	انحراف معیار	۷/۸	۵/۵	۷/۲	۶/۶	۷/۰	۶/۶
کنترل فکر	میانگین	۶۶/۱۳	۵۲/۸۳	۶۵/۴۶	۵۲/۸۳	۶۵/۳۳	۵۲/۸۳
	انحراف معیار	۷/۲۲	۶/۹۹	۷/۸۷	۶/۹۹	۸/۲۰	۶/۹۹
افکار اضطرابی	میانگین	۶۴/۷۳	۴۶/۵۰	۶۷/۲۶	۴۵/۵۰	۶۷/۴۰	۴۵/۵۰
	انحراف معیار	۵/۵۴	۶/۶۶	۵/۶۶	۶/۲۰	۵/۸۱	۶/۲۰

1. Kolmogrov-Smirnov

2. Sphericity

3. Mauchly

4. Greenhouse-Geisser

جدول ۲- نتایج تحلیل کواریانس در مورد تاثیر درمان فراشناختی گروهی در مرحله پس آزمون

شاخص متغیر	منبع تغییرات	درجه آزادی	ضریب F	معنی داری	میزان تاثیر	توان آماری	
باورهای فراشناختی	مثبت	۱	۸/۴	۰/۰۰۱	۰/۷۷	۱	
		۱	۱۶/۳۴	۰/۰۰۱	۰/۴۰	۰/۹	
	منفی	۱	۲/۱۸	۰/۰۱	۰/۸۴	۰/۹	
		۱	۱۹/۱۳	۰/۰۰۱	۰/۴۴	۰/۹	
راهبردهای کنترل فکر	توجه برگردانی	۱	۲۹/۴۱	۰/۰۰۱	۰/۵۵	۱	
		۱	۱۷/۷۲	۰/۰۰۱	۰/۴۲	۱	
	خودتنبیهی	۱	۴۷/۶۲	۰/۰۰۱	۰/۹۰	۱	
		۱	۲۰/۰۶	۰/۰۰۱	۰/۴۵	۱	
	ارزیابی مجدد	۱	۴۳	۰/۰۰۱	۰/۹	۱	
		۱	۰/۱۵	۰/۷	۰/۶۰۰	۱	
	نگرانی	۱	۳۹/۸۴	۰/۰۰۱	۰/۷۸	۱	
		۱	۳۶/۵۱	۰/۰۰۱	۰/۶۰	۱	
	کنترل اجتماعی	۱	۱۵/۵۸	۰/۰۰۱	۰/۸۶	۱	
		۱	۲۸/۲۷	۰/۰۰۱	۰/۵۴	۱	
	افکار اضطرابی	فرانگرانی	۱	۵/۸۹	۰/۰۰۱	۰/۱۹	۱
			۱	۱۵/۸۰	۰/۰۰۱	۰/۶۶	۱
اضطراب اجتماعی		۱	۱۷/۸۳	۰/۰۰۱	۰/۵۶	۱	
		۱	۱۹/۳۲	۰/۰۰۱	۰/۵۱	۱	
اضطراب سلامتی		۱	۱۴/۴۰	۰/۰۰۱	۰/۶۵	۱	
		۱	۱۰/۱۲	۰/۰۰۱	۰/۶۰	۱	

جدول ۳- نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌های تکراری برای تاثیر درمان فراشناختی گروهی در مرحله پیگیری

شاخص متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	f	p	میزان تاثیر
باور فراشناختی	مثبت	۱۰۶/۰۲	۱	۵۷/۰۹	۲۳/۹۶	۰/۰۰۱	۰/۴۹
		۸۴/۹۶	۱	۸۴/۹۶	۱/۳	۰/۲	۰/۰۵
		۵۸/۳۱	۱	۳۱/۰۴	۱۳/۱۷	۰/۰۰۱	۰/۳۴
	منفی	۲۲۶/۶	۱	۱۷۴/۷	۲۷/۷۴	۰/۰۰۱	۰/۵۲
		۱۸۳/۳۳	۱	۱۸۳/۳۳	۱۰/۳۴	۰/۰۰۴	۰/۲۹
		۱۵۲/۹	۱	۷۶/۴	۱۸/۷۲	۰/۰۰۱	۰/۴۲
راهبردهای کنترل فکر	توجه برگردانی	۵/۰۳	۱	۴/۷۱	۳/۸۴	۰/۰۵۸	۰/۱۳
		۱۹/۵۵	۱	۱۹/۵۵	۳/۰۱	۰/۰۱	۰/۱۰
	خودتنبیهی	۱۳/۱۷	۱	۱۲/۳۵	۱۰/۰۶	۰/۰۰۳	۰/۲۸
		۹/۳۵	۱	۸/۲۴	۷/۸۲	۰/۰۰۷	۰/۲۳
	ارزیابی مجدد	۱۲/۴۴	۱	۱۲/۴۴	۱/۴۹	۰/۰۲	۰/۱۴
		۸/۵۲	۱	۷/۵۰	۷/۱۲	۰/۰۱	۰/۲۲
	نگرانی	۰/۱۴	۱	۰/۱۴	۰/۵۶	۰/۴	۰/۰۲
		۰/۱۳	۱	۰/۱۳	۰/۰۰۸	۰/۹	۰/۰۰
		۰/۵۲	۱	۰/۵۴	۲/۰۷	۰/۱۶	۰/۰۷
		۱۷/۱	۱	۱۵/۱۷	۳۶/۴۱	۰/۰۰۱	۰/۵۹
		۷۳/۶	۱	۷۳/۶	۲۶/۲۹	۰/۰۰۱	۰/۵۱
		۱۱/۱	۱	۱۹/۱۷	۳۶/۴۱	۰/۰۰۱	۰/۵۹

ادامه جدول ۳

میزان تاثیر	p	f	میانگین مجذورات	درجه آزادی	مجموع مجذورات	منبع تغییرات	شاخص متغیر	
۰/۱۹	۰/۰۱	۶/۰۶	۱۱/۶۶	۱	۱۲/۷۴	اثر مرحله	کنترل اجتماعی	راهبردهای کنترل فکر
۰/۲۸	۰/۰۱	۲/۸۱	۸۶/۸۰	۱	۸۶/۸۰	اثر گروه		
۰/۲۹	۰/۰۰۳	۱۰/۴۷	۲۰/۱۷	۱	۲۲/۰۲	تعامل مرحله و گروه		
۰/۶۹	۰/۰۰۱	۲۱/۶	۳۵۱/۹	۱	۳۸۰/۷	اثر مرحله	فرانگرانی	افکار اضطرابی
۰/۴۴	۰/۰۰۱	۱۳/۹	۵۹۵/۲	۱	۵۹۵/۲	اثر گروه		
۰/۴۳	۰/۰۰۱	۱۳/۵۹	۱۲۲/۴	۱	۱۳۲/۴	تعامل مرحله و گروه	اضطراب اجتماعی	
۰/۲۰	۰/۰۵	۰/۵۰۲	۱۴۲/۵۸	۱	۲۲۱/۷۴	اثر مرحله		
۰/۳۸	۰/۰۰۱	۲۶/۳	۸۲۶/۳	۱	۸۲۶/۳	اثر گروه		
۰/۵۰	۰/۰۰۱	۹/۸۴	۱۸۹/۰۹	۱	۲۰۸/۷	تعامل مرحله و گروه	اضطراب سلامتی	
۰/۴۳	۰/۰۰۱	۳۶/۸۹	۳۶/۶۴	۱	۴۲/۹۴	اثر مرحله		
۰/۲۵	۰/۰۰۷	۸/۷۱	۲۸۳/۷	۱	۲۸۳/۷	اثر گروه	اضطراب سلامتی	
۰/۵۹	۰/۰۰۱	۴/۶۳	۹۳/۹۷	۱	۱۱۰/۱	تعامل مرحله و گروه		

اصلی شکل گیری نگرانی شدید و غیرقابل کنترل است. با توجه به اینکه باورهای منفی در مورد نگرانی محور اصلی مفهوم سازی موردی و درمان را تشکیل می‌دهد، کاهش باورهای فراشناختی منفی مورد انتظار است. یافته‌های مطالعات پیشین (Wells et al., 2010) همسو با مطالعه حاضر موید این است که باورهای مذکور (باور فراشناختی منفی در باره کنترل ناپذیری و خطر) با آسیب شناسی اختلال‌های اضطرابی و علی‌الخصوص اختلال اضطراب فراگیر ارتباط دارند.

یافته دیگر پژوهش نشان داد درمان فراشناختی گروهی به کاهش معنی‌دار نمرات در مقیاس‌های نگرانی و تنبیه منجر شده است. به عبارتی می‌توان گفت گروه درمانی فراشناختی در بیماران موجب شده است تا راهبردهای کنترل فکر آزمودنی‌ها به حالت کارآمدتری درآید. یافته‌های پژوهش حاضر هم راستا با دیگر پژوهش‌ها (Wells and Carter, 1999; Wells and Carter, 2009) نشان داد که آزمودنی‌ها در پیش آزمون، برای کنترل افکار خود به میزان زیادی از راهبرد نگرانی و تنبیه استفاده می‌کنند. همچنین، در میزان استفاده از راهبرد ارزیابی مجدد تغییر زیادی حاصل نشده است که با توجه به فرایند درمان فراشناختی قابل انتظار است و بر اساس نظر ولز این راهبردها نقش کمتری در تداوم اختلال اضطراب فراگیر بازی می‌کنند (Wells, et al., 2009). این امر می‌تواند معنی‌دار نشدن تغییر این متغیر را تبیین نماید. در خصوص متغیر افکار اضطرابی (اضطراب جسمانی، اضطراب اجتماعی و فرانگرانی)، نتایج نشانگر کاهش میزان نمرات در پس آزمون و پیگیری است که نشان‌دهنده تاثیر مداخله بر افکار اضطرابی بیماران است.

این پژوهش با هدف بررسی اثربخشی درمان فراشناختی گروهی بر کاهش میزان افکار اضطرابی و بهبود راهبردهای تفکر انجام گرفت. نتایج پژوهش نشان داد که درمان فراشناختی گروهی توانسته است کاهش معنی‌داری در میزان افکار اضطرابی ایجاد کند و راهبردهای کنترل تفکر را بهبود ببخشد و این نتایج تا سه ماه پس از درمان تداوم داشت.

یافته‌های پژوهش حاضر همسو با دیگر پژوهش‌ها (Wells et al., 2006; Wells and King, 2007; Wells, 2010) نشان داد که درمان فراشناختی توانسته است باعث کاهش باورهای مثبت در مورد نگرانی در بیماران مبتلا به اضطراب فراگیر شود. کاهش باورهای فراشناختی مثبت در مورد نگرانی را می‌توان بر اساس نظریه ولز (Wells, 2009) اینگونه تبیین کرد که در بیماران اضطرابی باورهای مثبت در انتخاب و حفظ نگرانی به عنوان یک سبک مقابله (راهبرد انتخاب) عمل می‌کنند، درحالی‌که در افراد غیر اضطرابی باورهای مثبت لزوماً منجر به حفظ نگرانی جهت حل مساله نخواهد شد. در نتیجه، در درمان اضطراب فراگیر، چالش با باورهای مثبت در مورد نگرانی، موجب ترغیب راهبردهای مقابله‌ای به غیر از نگرانی می‌شود. در نتیجه، انتظار می‌رود که چنین کاهش‌ی اتفاق افتاد. همچنین، چالش با باورهای مثبت در مورد نگرانی به عنوان یکی از مولفه‌های اصلی در پروتکل درمانی اختلال اضطراب فراگیر مورد توجه قرار می‌گیرد و به عنوان یکی از آماج‌های درمانی در نظر گرفته می‌شود. کاهش باورهای فراشناختی منفی بر اساس مدل فراشناختی اضطراب فراگیر (Wells, 2009) اینگونه تبیین می‌شود که فعالسازی نوع دوم نگرانی، و به طور ویژه باورهای منفی در مورد نگرانی، هسته

با توجه به این مساله، درمان فراشناختی که به طور ویژه بر تعدیل فراشناخت‌ها تاکید می‌کند می‌تواند علاوه بر تاثیر بر فرآینگری، به کاهش قابل توجه در تمامی ابعاد نگرانی (اجتماعی و سلامتی) منجر شود.

به کارگیری درمان فراشناختی به صورت گروهی از مزایای این پژوهش محسوب می‌شود که به لحاظ هزینه و زمان لازم برای مراجعین از اثربخشی مناسبی برخوردار بود. اما این مطالعه از محدودیت‌هایی برخوردار بود. نمونه پژوهش زنان مبتلا به اضطراب فراگیر و دانشگاهی بودند که از این جهت جمعیت خاصی بودند که می‌تواند تعمیم‌پذیری نتایج را به سایر جمعیت‌ها محدود کند. افزون بر این، تعداد کم حجم نمونه پژوهش نیز امکان تحلیل‌های درون آزمودنی پیشرفته را محدود کرد. نبود دستورالعمل گروهی درمان فراشناختی نیز از جمله محدودیت‌های این پژوهش به حساب می‌آید که در نتیجه آن دستورالعمل فردی درمان فراشناختی اختلال اضطراب فراگیر در شکل گروهی به کار گرفته شد. بر همین اساس، پیشنهاد می‌شود که شکل گروهی درمان فراشناختی در مورد سایر اختلالات اضطرابی نیز به کار گرفته شود. با توجه به اینکه جمعیت مورد پژوهش زنان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر بود و در نتیجه تعمیم‌پذیری محدود نتایج این جمعیت خاص، پیشنهاد می‌شود تا در مطالعات آتی مردان مبتلا به اضطراب فراگیر نیز مورد بررسی قرار گیرند. همچنین، بهتر است در مطالعات آتی از نمونه‌های بزرگتری استفاده شود تا شرایط انجام آزمون‌های آماری پیچیده تر فراهم گردد. با توجه به اینکه دستورالعمل درمانی ولز به صورت فردی منتشر شده است، پیشنهاد می‌شود که برای مدل گروهی فراشناختی دستورالعمل گروهی تدوین گردد.

### تشکر و قدردانی

بدین وسیله از اساتید راهنما و مشاور محترم و مراکز مشاوره دانشگاه تهران به جهت همکاری در جهت اجرای این پژوهش قدردانی می‌شود.

(Wells and Carter, 1999) نیز در مطالعه خود کاهش معنی‌داری را در نمرات افکار اضطرابی، پس از مداخله فراشناختی اعلام کردند. همچنین، (Wells and King, 2006) نیز نشان دادند که در نتیجه درمان فراشناختی فردی کاهش معناداری در نمرات نگرانی اجتماعی، سلامتی و فرآینگری بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر روی داده است. نتایج بررسی آنها نشان داد که درمان فراشناختی فردی موجب بهبودی در میزان نگرانی، اضطراب و افسردگی در بیماران مبتلا به اضطراب فراگیر شد و این نتایج تا یک سال تداوم داشت. نتایج مطالعات (Wells and Carter, 1999) نیز نشان داد که عامل فرآینگری (ارزیابی منفی از نگرانی) به طور موثرتری نگرانی آسیب شناختی را پیش بینی می‌کند و نیز بیماران مبتلا به اختلال اضطراب منتشر را از بیماران مبتلا به هراس اجتماعی، اختلال وحشتزدگی و افراد بهنجار متمایز می‌سازد. بر اساس نظر ولز (Wells, 2009) بین فرآینگری و باور فراشناختی غیرقابل کنترل بودن نگرانی رابطه وجود دارد، یعنی هر چه افراد بیشتر نگرانی را غیر قابل کنترل بدانند، بیشتر در مورد نگرانی خود نگران می‌شوند. چنین وضعیتی نشانگر تاثیر باورهای فراشناختی منفی در ایجاد نگرانی نوع دوم و پیش بینی کننده نگرانی و اضطراب است. در نتیجه به نظر می‌آید که فرآینگری‌ها به نحوی با فعال سازی باورهای منفی فراشناختی در ارتباط هستند. چالش با باورهای فراشناختی منفی می‌تواند در کاهش فرآینگری موثر واقع شود. از سویی در این پژوهش میزان نمرات اضطراب اجتماعی و سلامتی (نگرانی نوع یک) آزمودنی‌ها نیز به طور معنی‌داری کاهش یافتند. این مساله از این جهت قابل توجه است که درمان فراشناختی لزوماً به محتوی نگرانی‌ها نمی‌پردازد. (Wells and Carter, 1999) نشان دادند که افراد مبتلا به اختلال اضطراب منتشر در مقایسه با افراد بهنجار و افراد مبتلا به هراس اجتماعی در عامل نگرانی سلامتی به گونه‌ای معنادار نمره‌های بالاتری کسب کردند. افزون بر این، افراد مبتلا به اختلال اضطراب منتشر در مقایسه با افراد بهنجار و افراد مبتلا به اختلال وحشتزدگی در عامل نگرانی اجتماعی به گونه‌ای معنی‌دار نمره‌هایی بالاتر را بدست آوردند.

### REFERENCES

- Association AP (2000) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-IV- 3rd edition. American Psychiatric Publishing, Inc.
- Bahrami F and Rezvan S (2007)[Relationship between anxious thoughts and metacognitive beliefs in high school students with generalized anxiety disorder]. Iranian Journal of psychiatry and clinical psychology.

- 13 (3)249-255. (Persian)
- Bakhtiari M (2000). [Mental Disorders In Patients With Body Dysmorphic Disorder] (Dissertation). Tehran: Tehran Psychiatric Institute. (Persian)
- Ballenger J C, Davidson J R, Lecrubier Y, et al(2001)Consensus statement on generalized anxiety disorder from the International Consensus Group on Depression and Anxiety. *The Journal of clinical psychiatry*. 62 (Suppl 11) 53-8.
- Borkovec T D and Ruscio A M (2001) Psychotherapy for generalized anxiety disorder. *The Journal of clinical psychiatry*. 62 (Suppl 11 )37-42; discussion 43-5.
- Borkovec T D, Newman M G, Pincus A L and Lytle R (2002)A Component analysis of cognitive-behavioral therapy for generalized anxiety disorder and the role of interpersonal problems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 70 (2)288-98.
- Brown T A, Campbell L A, Lehman C L, Grisham J R and Mancill R B (2001)Current and lifetime comorbidity of the DSM-IV anxiety and mood disorders in a large clinical sample. *Journal of Abnormal Psychology*. 110 (4)585-99.
- Dugas M J, Ladouceur R, Leger E, et al (2003) Group cognitive-behavioral therapy for generalized anxiety disorder: treatment outcome and long-term follow-up. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 71 (4)821-5.
- Durham R C and Allan T (1993)Psychological treatment of generalised anxiety disorder. A review of the clinical significance of results in outcome studies since 1980. *The British Journal of Psychiatry*. 163 (1)19-26.
- Durham R C, Fisher P L, Dow M G T, et al (2004) Cognitive behaviour therapy for good and poor prognosis generalized anxiety disorder: a clinical effectiveness study. *Clinical Psychology & Psychotherapy*. 11 (3)145-157.
- First MB Spitzer RL Gibbon M Williams JBW. (1997). *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders (SCID-I), Clinician Version*. Washington,DC: American Psychiatric Association.
- Goodarzi M A and Esmaili Torkanbori Y (2006)[The relation between intrusive thoughts control strategies and severity of obsessive-compulsive symptoms]. *Hakim*. 8 (4)44-5. (Persian)
- Groth-Marnat G (2003)*Handbook of Psychological Assessment*. 4th ed. edition. Hoboken, N. J. ; [Great Britain], John Wiley & Sons.
- Himle J A, Van Etten M and Fischer D J (2003)Group cognitive behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder: A review. *Brief Treatment and Crisis Intervention*. 3 (2)217.
- Ladouceur R, Dugas M J, Freeston M H et al (2000) Efficacy of a cognitive-behavioral treatment for generalized anxiety disorder: evaluation in a controlled clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 68 (6)957-64.
- Lieb R, Becker E and Altamura C (2005)The Epidemiology of generalized anxiety disorder in Europe. *European Neuropsychopharmacology : The Journal of the European College of Neuropsychopharmacology*. 15 (4)445-52.
- Maier W, Gansicke M, Freyberger H J et al (2000) Generalized anxiety disorder (ICD-10)in primary care from a cross-cultural perspective: a valid diagnostic entity? *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 101 (1)29-36.
- Rees C S and van Koesveld K E (2008)An open trial of group metacognitive therapy for obsessive-compulsive disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*. 39 (4)451-8.
- Roemer L and Orsillo S M (2007)An open trial of an acceptance-based behavior therapy for generalized anxiety disorder. *Behavior therapy*. 38 (1)72-85.
- Sharifi V, Asaadi S, Mohammadi Met al (2004)[Reliability and feasibility of the Persian Translation of the Structured Clinical Interview for DSM-IV (SCID)]. *Advances in Cognitive Science*. 6 10-22. (Persian)
- Shirinzadeh S (2011). [The comparison of metacognitive belief and responsibility in OCD, GAD and non-clinical samples] (Dissertation). Shiraz: Shiraz University. (Persian)

- van der Heiden C, Muris P and 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)100-9.
- Wells A (1997) *Cognitive Therapy of Anxiety Disorders* Edition. Chichester, UK, J. Wiley & sons.
- Wells A (2007) Cognition about Cognition: Metacognitive therapy and change in generalized anxiety disorder and social phobia. *Cognitive and Behavioral Practice*. 14 (1)18-25.
- Wells A (2009) *Metacognitive Therapy for Anxiety and Depression*. edition. New York ; London, Guilford.
- Wells A and Davies M I (1994) The Thought Control Questionnaire: a measure of individual differences in the control of unwanted thoughts. *Behaviour Research and Therapy*. 32 (8)871-8.
- Wells A and Carter K (1999) Preliminary tests of a cognitive model of generalized anxiety disorder. *Behaviour Research and Therapy*. 37 (6)585-94.
- Wells A and Cartwright-Hatton S (2004) A Short form of the metacognitions questionnaire: properties of the MCQ-30. *Behaviour Research and Therapy*. 42 (4)385-96.
- Wells A and King P (2006) Metacognitive therapy for generalized anxiety disorder: an open trial. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*. 37 (3)206-12.
- Wells A and Carter K E (2009) Maladaptive thought control strategies in generalized anxiety disorder, major depressive disorder, and nonpatient groups and relationships with trait anxiety. *International Journal of Cognitive Therapy*. 2 (3)224-234.
- Wells A, Fisher P, Myers S et al (2009) Metacognitive therapy in recurrent and persistent depression: A multiple-baseline study of a new treatment. *Cognitive Therapy and Research*. 33 (3)291-300.
- Wells A, Welford M, King P, et al (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 (5)429-34.
- Wetherell J L, Gatz M and Craske M G (2003) Treatment of generalized anxiety disorder in older adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 71 (1)31-40.
- Yalom I D and Leszcz M (2005) *The Theory and Practice of Group Psychotherapy*. 5th ed. / Irvin D. Yalom with Molyn Leszcz. edition. New York, BasicBooks ; [Oxford : Oxford Publicity Partnership [distributor].
- Zanarini M C, Skodol A E, Bender D et al (2000) The Collaborative longitudinal personality disorders study: reliability of axis I and II diagnoses. *Journal of personality disorders*. 14 (4)291-9.

# The effectiveness of Group Metacognitive Therapy on anxiety thought and improvement thought control strategy in patients with generalized anxiety disorder

Ghaffari F. H<sup>1</sup>, Mohammadkhani P<sup>2</sup>, Pourshahbaz A<sup>3</sup>,  
Dolatshahi B<sup>4</sup>, Mohammadi F<sup>5</sup>

- 
1. Alumnus PhD in Clinical Psychology, Clinical Psychology Department, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences. Tehran, Iran.
  2. Professor of psychology, University of social welfare and rehabilitation Sciences, Tehran, Iran.
  3. Professor of Clinical Psychology, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences Avenue. Tehran, Iran.
  4. Assistant professor of Clinical Psychology, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences. Tehran, Iran.
  5. PhD Candidate in Clinical Psychology, the Student Research Committee. Faculty of Medicine, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

■ Corresponding author: Mohammadkhani, E-mail:p.mohammadkhani@uswr.ac.ir

## Abstract

---

**Background and aim:** Generalized anxiety disorder (or GAD) is defined as an excessive, exaggerated anxiety and uncontrollable worry.

The purpose of this study was to investigate the effectiveness of group metacognitive therapy (G-MCT) on Anxiety thought and improvement of thought control strategy in individuals with generalized anxiety disorder (GAD).

**Materials and method:** The study population consisted of all outpatients with GAD presenting to clinics in Tehran counselling center. A number of the patients conveniently were selected. Then using of Metacognition Questionnaire (MCQ-30), Thought Control Questionnaire (TCQ) and anxiety thought inventory (ANTI) and the Structured Clinical Interview for DSM-IV Disorders (SCID-I), 30 females were selected and randomly were assigned in two groups (15 in experimental group and 15 in control group). From 15 patients of experimental group, 12 patients completed the treatment. Group metacognitive therapy was administered to the experimental group in ten, 120 minutes sessions during 2.5 months period. All subjects completed questionnaires before and after intervention and in follow-up period after 3 month.

**Finding:** The results of ANCOVA test showed that Group metacognitive therapy have significant effect on negative metacognitive beliefs. The results of ANCOVA test also showed that Group metacognitive therapy significantly have decreased anxiety thought, and improved thought control strategy. These results remained in 3 months follow-up period.

**Conclusion:** Group metacognitive therapy has some more benefits on metacognition beliefs and anxiety thought, and improved thought control strategy.

**Key Words:** Group Metacognitive Therapy, metacognitive beliefs, Generalized Anxiety Disorder, Thought control, Anxiety thought.