مقاله پژوهشی
مجله دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان
دوره ۲۳، خرداد ۱۴۰۳، ۲۶۳-۲۵۰

اثربخشی درمان فراشناختی بر باورپذیری افکار و احساسات اضطرابی در بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر: یک مطالعه نیمه‌تجربی

مبینا خلیل نژاداواتی[۱] ، قدرت‌اله عباسی[۲]، پژمان هادی‌نژاد[۳]

دریافت مقاله: ۱۴۰۲/۱۲/۱۳ ارسال مقاله به نویسنده جهت اصلاح: ۱۴۰۳/۲/۵ دریافت اصلاحیه از نویسنده: ۱۴۰۳/۳/۲۱ پذیرش مقاله: ۱۴۰۳/۳/۲۳

چکیده

زمینه و هدف: بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر دارای مشکلات روان‌شناختی می‌باشند و نیاز به مداخلات درمانی دارند. پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی درمان فراشناختی بر باورپذیری افکار و احساسات اضطرابی در بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر انجام شد.

مواد و روش‌ها: این پژوهش نیمه‌تجربی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل کلیه بیماران روان‌پزشکی سرپایی کلینیک روان‌درمانی بیمارستان زارع شهر ساری در پاییز سال ۱۴۰۲ بود که با روش نمونه‌گیری هدف‌مند، تعداد ۳۲ نفر انتخاب و به‌صورت تصادفی در دو گروه (۱۶ نفره) آزمایش و کنترل جایگزین شدند. گروه آزمایش، ۸ جلسه درمان فراشناختی دریافت نمودند و گروه گواه مداخله‌ای دریافت نکرد. جمع‌آوری داده‌ها با استفاده از مقیاس اختلال اضطراب فراگیر Spitzer و همکاران (۲۰۰۶) و پرسش‌نامه باورپذیری افکار و احساسات اضطرابی Herzberg و همکاران (۲۰۱۲) انجام شد. جهت تجزیه‌وتحلیل داده‌ها از تحلیل کوواریانس چند متغیره استفاده شد.

یافته‌ها: درمان فراشناختی بر باورپذیری افکار و احساسات اضطرابی در بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر تأثیر معنی‌دار داشت ($P<۰/۰۰۱$). میانگین نمره باورپذیری افکار و احساسات اضطرابی در گروه آزمایش در پیش‌آزمون و پس‌آزمون به ترتیب ۸۶/۴۴ و ۵۵/۹۴ بود. این اثربخشی در ابعاد باورپذیری افکار و احساسات اضطرابی نیز مشاهده شد و اندازه اثر در کل ابزار ۰/۸۶۹ به دست آمد ($P<۰/۰۰۱$).

نتیجه‌گیری: نتایج مطالعه حاضر نشان داد درمان فراشناختی بر باورپذیری افکار و احساسات اضطرابی در بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر مؤثر است. بنابراین، استفاده از این رویکرد با هدف کمک به بهبود سلامت روان این بیماران پیشنهاد می‌گردد.

واژه‌های کلیدی: اختلال اضطرابی، سلامت روان، اختلال هیجانی، پای‌بندی به دارو

ارجاع: خلیل نژاداواتی م، عباسی ق، هادی‌نژاد پ، اثربخشی درمان فراشناختی بر باورپذیری افکار و احساسات اضطرابی در بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر: یک مطالعه نیمه‌تجربی. *مجله دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان*، سال ۱۴۰۳، دوره ۲۳ شماره ۳، صفحات: ۲۶۳-۲۵۰.

۱- دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، واحد ساری، دانشگاه آزاد اسلامی، ساری، ایران
۲- (نویسنده مسئول) دانشیار، گروه روانشناسی، واحد ساری، دانشگاه آزاد اسلامی، ساری، ایران
تلفن: ۰۱۱-۳۳۰۳۲۸۹۱، پست الکترونیکی : gh_abbasi@iausari.ac.ir
۳- استادیار روانپزشکی مرکز تحقیقات روانپزشکی و علوم رفتاری، مؤسسه ترک اعتیاد، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-24]
[DOI: 10.61186/jrums.23.3.150]

مقدمه

اختلال‌های روانی به‌صورت گسترده در سراسر جهان وجود دارند که می‌تواند متنوع باشد و نقش فزاینده‌ای در بروز انواع مشکلات برای فرد و جامعه دارد (۱). طبق آمار سازمان بهداشت جهانی از هر چهار نفر یک نفر در طول زندگی خود دچار یک اختلال روان‌پزشکی می‌شود و تقریباً ۶۰۰ میلیون نفر در سراسر جهان درنتیجه این پیامد ناتوان می‌شوند (۲). یکی از این اختلال‌ها که غالباً به‌خوبی تشخیص داده نمی‌شود و درمان آن آسان نیست، اختلال اضطراب فراگیر (Generalized anxiety disorder) می‌باشد (۳). اختلال اضطراب فراگیر به‌عنوان شایع‌ترین اختلال روانی شناخته شده است که مهم‌ترین معیار تشخیص آن در DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) شامل وجود اضطراب و نگرانی مفرط (انتظار توأم با تشویش) درباره تعدادی از رویدادها یا فعالیت‌هایی مانند عملکرد شغلی و تحصیلی در اکثر روزهای هفته به مدت حداقل ۶ ماه است که فرد نمی‌تواند آن را کنترل نماید (۴). شیوع این اختلال در یک دوره یک‌ساله تقریباً ۳ درصد در بزرگسالان می‌باشد (۵). هم چنین، مؤسسه سنجش و ارزیابی سلامت (Global burden of disease) در سال ۲۰۲۲ مجموعه‌ای از داده ارائه کرده است که بیشترین سهم اختلال اضطراب فراگیر مربوط به کشور ایران بوده است (۶).

افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر دارای مشکلات فراوانی هستند که بر فعالیت‌های روزمره زندگی آن‌ها تأثیر می‌گذارد (۷) و نگرانی مزمن و غیراختصاصی در آن‌ها مشاهده می‌شود (۸). یکی از مشکلات اصلی افراد دارای اختلال اضطراب فراگیر، باورپذیری افکار و احساسات اضطرابی (Believability of anxious feelings and thoughts) در نظر گرفته می‌شود که در ایجاد احساس خطر و تداوم اضطراب و تعیین رفتار آن‌ها نقش دارد زیرا اگر تبدیل به باور اساسی شود، تنها از طریق تغییرات مهم شناختی قابل تغییر می‌باشد (۹) و این باورپذیری نحوه تعامل فرد با جهان را شکل می‌دهد (۱۰). باورپذیری افکار و احساسات اضطرابی زمانی اتفاق می‌افتد که افراد به‌جای این‌که افکار خود را به‌عنوان حالت‌های درونی گذرا ببینند، تحت تأثیر معنای ظاهری افکار خود قرار می‌گیرند (۱۱). Deplancke و همکاران در پژوهش خود به این نتیجه دست یافتند که باورهای افراد در مورد احساسات آن‌ها، منجر به استفاده از راهبردهای خاصی می‌شود که پیامدهای مهمی برای سلامت روانی افراد دارد (۱۲). افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر در باورپذیری افکار و احساسات اضطرابی رنج می‌برند، زیرا صرفاً بر روی محتوای فکر خود تمرکز می‌کنند و نمی‌توانند رویدادهای شناختی را از دیدگاهی متفاوت مورد بررسی قرار دهند. بنابراین، تلاشی بی‌ثمر برای کنترل تفکر و واکاوی بیش‌ازحد موقعیت‌ها دارند (۱۳) و منجر به مشکلاتی مانند نشخوار فکری در آن‌ها شود (۱۴)، هم‌چنین، Hayes و همکاران نشان دادند افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر در باورپذیری افکار و احساسات اضطرابی دچار بدتنظیمی شناختی بوده و دچار مشکل هستند (۱۵). Anderberg و همکاران نیز نشان دادند باورپذیری اضطراب مشکلات متعددی در بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر به وجود می‌آورد (۱۶).

فراشناخت درمانی (Metacognitive therapy) یکی از درمان‌های اثربخش در درمان اختلال اضطراب فراگیر است که نسبت به دیگر رویکردهای درمانی برای درمان اختلال اضطراب فراگیر مؤثرتر می‌باشد (۱۷). Normann و همکارش دریافتند که درمان فراشناختی از دیگر رویکردهای درمانی در درمان اختلال اضطراب فراگیر مؤثرتر بوده است (۱۸). در درمان فراشناختی برای افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر، عواملی که تفکر را کنترل می‌کند مورد تأکید قرار می‌گیرد نه چالش و یا مواجهه طولانی‌مدت و مکرر با باورها (۱۹). در درمان فراشناختی برای اختلال اضطراب فراگیر، باورهای فراشناختی تأثیر محوری بر شیوه پاسخ‌گویی به افکار، باورها، علائم و هیجانات منفی دارند. در این

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-24]
[DOI: 10.61186/jrums.23.3.150]

CCBY-NC.4.0 DEED

درمان بر حذف نگرانی، رها کردن راهبردهای تهدیدیابی و کمک به افراد بـرای تجربه افکار مزاحم بدون اجتناب کردن از آن‌ها تأکید می‌شود (۲۰). در طی ۳۸ سال گذشته، درمان فراشناختی در طیف وسیعی از اختلالات روانی ارزیابی‌شده است و با اثرات مثبتی همراه بوده است (۲۱).

با توجه به این‌که افراد دارای اختلال اضطراب فراگیر، استرس طولانی مدتی را تحمل می‌کنند که بر عملکرد شبکه مغز آن‌ها تأثیر منفی می‌گذارد و باعث می‌شود که عملکرد ضعیف‌تری نسبت به سایر افراد داشته باشند (۲۲) و اگر افراد به مهارت کنترل و تصحیح باورپذیری افکار و احساسات اضطرابی خود دست یابند کمتر در حلقه‌های اجتناب تجربی گرفتار شده و این امر می‌تواند نقش مهمی در سبب‌شناسی و جلوگیری از تداوم اختلالات اضطرابی داشته باشد (۲۳). هم‌چنین، به دلیل همبودی بالای اختلالات اضطرابی با خود و دیگر اختلالات روانی، روند درمان پیچیده‌تر است و یافتن درمان مؤثر نه تنها به بهبودی شخصی بیماران روان‌پزشکی سرپایی کمک می‌کند، بلکه می‌تواند موجب کاهش هزینه‌های مالی و روانی تحمیل شده به اعضای خانواده و جامعه نیز شود (۲۴)؛ بنابراین، با توجه به این‌که اختلال اضطراب فراگیر یک اختلال روان‌پزشکی رایج با سطوح بالایی از پریشانی و مشکلات می‌باشد، انجام پژوهش‌هایی در این حوزه دارای اهمیت است (۲۵). لذا هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی درمان فراشناختی بر باورپذیری افکار و احساسات اضطرابی در بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر بود.

مواد و روش‌ها

روش پژوهش حاضر نیمه‌تجربی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه بیماران روان‌پزشکی سرپایی مراجعه‌کننده به کلینیک روان‌درمانی بیمارستان تخصصی اعصاب و روان زارع شهر ساری در پاییز سال ۱۴۰۲ بود که دارای پرونده پزشکی در این زمینه بودند، با همکاری روان‌شناس بالینی و روان‌پزشک بیمارستان زارع انتخاب شدند. بیماران حداقل ۶ ماه تا ۲ سال سابقه بیماری داشتند، از بین آن‌ها تعداد ۳۲ نفر با روش نمونه‌گیری هدف‌مند انتخاب و به‌صورت تصادفی (با استفاده از نرم‌افزار متلب MATLAB نسخه ۲۱) در گروه آزمایش (۱۶ نفر) و کنترل (۱۶ نفر) جایگزین شدند. تعداد نمونه لازم بر اساس تعداد نمونه استفاده شده در پژوهش‌های مشابه (۱۸-۱۷) و با استفاده از نرم‌افزار G*Power (اندازه اثر ۰/۶، سطح آلفا ۰/۰۵ و توان آماری ۰/۸۵) تعیین شد.

ملاک‌های ورود به پژوهش شامل دارا بودن اختلال اضطراب فراگیر و کسب نمره بالاتر از نقطه برش (نمره ۱۰) بر اساس مقیاس اختلال اضطراب فراگیر-۷ (Generalized anxiety disorder-7) و مصاحبه بالینی اولیه (توسط روان‌شناس بالینی و روان‌پزشک بیمارستان زارع)، دارا بودن سواد خواندن و نوشتن، دارا بودن سن ۱۸ تا ۴۰ سال و هم‌چنین نیازمند به درمان دارویی بر اساس پرونده درمانی وی بود. ملاک‌های خروج شامل افراد دارای سابقه علائم روان‌پریشی و سایکوتیک به تشخیص روان‌پزشک، سابقه بستری در بیمارستان اعصاب و روان، مصرف هم‌زمان الکل و اختلال سوء مصرف مواد، اختلالات ماژور روان‌پزشکی مانند اختلال افسردگی اساسی، اختلال دوقطبی، اختلالات شناختی ماژور، بیماری جسمی قابل توجه مانند سرطان و پارکینسون بر اساس پرونده پزشکی، عدم پای‌بندی به دارو یا ترک داروهای بنزودیازپین و شرکت در سایر جلسات روان‌درمانی به‌صورت هم‌زمان بود.

در اجرای این پژوهش ملاحظات اخلاقی مانند رضایت آگاهانه و محرمانه بودن اطلاعات رعایت شده است. ضمناً این پژوهش دارای کد اخلاق به شماره IR.IAU.SARI.REC.1402.207 مصوب کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه آزاد اسلامی واحد ساری می‌باشد.

از نمونه‌ها، ویژگی‌های جمعیت شناختی مانند سن، جنسیت، وضعیت تأهل، وضعیت اشتغال، سطح تحصیلات و مدت زمان

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-24]
[DOI: 10.61186/jrums.23.3.150]

CCBY-NC.4.0 DEED

ابتلاء به اختلال اضطراب فراگیر جمع‌آوری شد و ابزار گردآوری داده‌ها به‌صورت زیر بود:

مقیاس اختلال اضطراب فراگیر-۷ (Generalised anxiety disorder assessment-7): این مقیاس توسط Spitzer و همکاران در سال ۲۰۰۶ برای تشخیص موارد اختلال اضطراب فراگیر و سنجش شدت نشانه‌های بالینی با سؤالاتی مانند (احساس ترس به دلیل این‌که ممکن است اتفاق وحشتناکی رخ دهد) طراحی شد. دارای هشت ماده است که شرکت کنندگان میزان موافقت خود را با هر ماده بر اساس یک طیف لیکرت چهار رتبه‌ای هرگز (۰)، چندین روز (۱)، بیش از نیمی از روزها (۲)، تقریباً هر روز (۳) پاسخ می‌دهند و سؤال هشت که کارکردهای فرد را می‌سنجد در محاسبه کل لحاظ نمی‌شود. دامنه نمرات از ۰ تا ۲۱ می‌باشد. کسب نمره ۰ تا ۵ نشان‌دهنده اضطراب خفیف، نمره ۶ تا ۱۰ نشان‌دهنده اضطراب متوسط، نمره ۱۱ تا ۱۵ نشان‌دهنده اضطراب نسبتاً شدید و کسب نمره ۱۶ تا ۲۱ اضطراب شدید را نشان می‌دهد. هر چه نمره کسب شده بالاتر باشد، نشان دهنده اضطراب شدیدتر می‌باشد. در نسخه اصلی این پرسش‌نامه، اعتبار همگرای این پرسش‌نامه از طریق محاسبه همبستگی آن با دو پرسش‌نامه اضطراب Beck و خرده مقیاس اضطراب سیاهه نشانه بالینی (Symptom checklist-90) به ترتیب ۰/۷۲ و ۰/۷۴ گزارش شده که وجود اعتبار همگرای مناسب مقیاس را نشان می‌دهد. هم چنین، ضریب آلفای کرونباخ در این پرسش‌نامه ۰/۹۲ به‌دست آمده است (۲۶). در ایران Naeinian و همکاران در پژوهشی ضریب آلفای کرونباخ برای این پرسش‌نامه را بالای ۰/۷ برآورد کرده‌اند و روایی محتوایی و صوری آن نیز مورد تأیید قرار گرفت (۲۷). در پژوهش حاضر، ضریب آلفای کرونباخ پرسش‌نامه ۰/۷۱ به دست آمد.

پرسش‌نامه باورپذیری افکار و احساسات اضطرابی (Believability of anxious feelings and thoughts questionnaire): این پرسش‌نامه توسط Herzberg و همکاران در سال ۲۰۱۲ به منظور سنجش آمیختگی شناختی با سؤالاتی مانند "افکار و احساسات اضطرابی من عادی و نرمال نیستند" طراحی شده و دارای ۱۶ ماده است که شرکت‌کنندگان میزان موافقت خود را با هر ماده بر اساس یک طیف لیکرت هفت رتبه‌ای کاملاً مخالفم (۱)، مخالفم (۲)، تا حدودی مخالفم (۳)، نظری ندارم (۴)، تا حدودی مخالفم (۵)، موافقم (۶)، کاملاً موافقم (۷) پاسخ می‌دهند. این مقیاس دارای سه خرده مقیاس نگرانی جسمی، تنظیم هیجان و ارزیابی منفی است. چهار ماده (ماده‌های ۱، ۲، ۳ و ۴) برای نشان دادن ارزیابی منفی از افکار و احساسات اضطرابی، هشت ماده (ماده‌های ۵، ۶، ۷، ۸، ۹، ۱۰، ۱۱ و ۱۲) نگرانی جسمانی را مورد ارزیابی قرار می‌دهند و چهار ماده (ماده‌های ۱۳، ۱۴، ۱۵ و ۱۶) تنظیم هیجان فرد را مورد ارزیابی قرار می‌دهد. جمع نمرات تمام سؤالات، نمره کل باورپذیری افکار و احساسات اضطرابی را به دست می‌دهد. هم‌چنین، جمع نمره سؤالات مختص هر سه زیر مقیاس نیز نمره آن زیر مقیاس را نشان می‌دهد. دامنه نمرات از ۱۶ تا ۱۱۲ است و کسب نمره بالا در این پرسش‌نامه نشان‌دهنده باورپذیری افکار و احساسات اضطرابی بالا می‌باشد. در نسخه اصلی این پرسش‌نامه، همسانی درونی با روش آلفای کرونباخ برای افراد سالم و افراد اضطرابی به ترتیب برابر با ۰/۹۰ و ۰/۹۱ به‌دست آمده است. به‌علاوه، این پرسش‌نامه و خرده مقیاس‌های آن یک روایی ساختاری قوی با سایر مقیاس‌های فرآیندی و پیامد در هر دو جمعیت سالم و اضطرابی نشان داد و پایایی بازآزمایی آن بعد از دوره زمانی ۱۲ هفته‌ای در افراد اضطرابی ۰/۷۷ به‌دست آمده است (۲۸). در ایران Soltani و همکاران، روایایی همگرا و واگرای این پرسش‌نامه را از طریق همبستگی مثبت آن با پرسش‌نامه آمیختگی شناختی ۰/۴۷، مقیاس اجتناب تجربی ۰/۳۹ و اضطراب در تعامل اجتماعی ۰/۲۶، هم‌چنین همبستگی منفی معنادار آن با پرسش‌نامه پذیرش و عمل اضطراب اجتماعی ۰/۴۹- گزارش کردند. ضریب آلفای کرونباخ و بازآزمایی آن بعد از دوره ۴ هفته‌ای به ترتیب ۰/۸۲ و ۸۱/ به‌دست آمد (۲۹). در پژوهش حاضر، ضریب

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-24]
[DOI: 10.61186/jrums.23.3.150]

CCBY-NC.4.0 DEED

آلفای کرونباخ برای مقیاس نگرانی جسمی، تنظیم هیجان و ارزیابی منفی به ترتیب ۰/۷۴، ۰/۵۴ و ۰/۷۲ به‌دست آمد. هم چنین، ضریب آلفای کرونباخ محاسبه شده کل پرسش‌نامه ۰/۷۱ به‌دست آمد.

در این پژوهش پس از اخذ مجوزهای مربوطه، همکاری لازم صورت گرفته و مکانی در کلینیک روان‌درمانی بیمارستان زارع ساری در اختیار محقق قرار داده شد. سپس از میان مراجعه کنندگان که شرایط شرکت در پژوهش را داشتند با جلب رضایت آگاهانه، ۳۲ بیمار به روش نمونه‌گیری هدف‌مند، بعد از مصاحبه بالینی اولیه و بر اساس ملاک ورود و خروج، جزء نمونه قرار گرفتند. قبل از مداخله از شرکت کننده‌های پژوهش، پیش‌آزمون‌های متغیرهای اضطراب فراگیر و باورپذیری افکار و احساسات اضطرابی به صورت پرسش‌نامه به عمل آمد و سپس به‌صورت تصادفی با استفاده از نرم‌افزار MATLAB در گروه آزمایش (۱۶ نفر) و کنترل (۱۶ نفر) جایگزین شدند. مداخله درمان فراشناختی در یک دوره دو ماهه، به مدت ۸ جلسه ۱۲۰ دقیقه‌ای، هفته‌ای یک‌بار در صبح‌های روز چهارشنبه بر روی گروه آزمایش انجام شد. گروه کنترل هیچ‌گونه مداخله‌ای دریافت نکردند. هم‌چنین، از طریق تماس الکترونیکی با پروفسور Wells بنیان‌گذار فراشناخت درمانی، راهنمایی‌هایی جهت انجام این پژوهش صورت گرفت و با نظارت استاد راهنما و مشاور اجرا شد.

لازم به ذکر است که برای رعایت اصول اخلاقی پژوهش، مصاحبه بالینی اولیه و اجرای پرسش‌نامه‌ها به‌صورت فردی اجراء و به افراد یادآوری شد که اطلاعات مربوط به آن‌ها در اختیار هیچ شخص دیگری قرار نخواهد گرفت. در این پژوهش ریزش نمونه‌ها وجود نداشت. محتوای جلسات درمان فراشناختی در جدول ۱ ارائه شده است (۳۰).

جدول۱- محتوای جلسات درمان فراشناختی برای افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر (۳۰)

جلسات	اهداف جلسه	محتوای جلسات
اول	طرح کلی و اهداف برنامه	اجرای پیش‌آزمون، آماده‌سازی و معرفی درمان فراشناختی، ارائه منطق درمان فراشناختی.
دوم	آشنایی با درک مدل درمان	آشنایی با سندرم شناختی-توجهی و چگونگی تأثیر آن در تداوم اختلالات روانی، پرسش‌گری درباره اثربخشی رفتارهای خودتنظیمی (مقابله‌ای)، آزمایش سرکوبی افکار.
سوم	آموزش مفاهیم مرتبط با درمان	چالش با باورهای فراشناختی منفی مربوط به کنترل‌ناپذیری نشخوارها، افکار و هیجانات منفی، آموزش تمرین ذهن‌آگاهی انفصالی، تمرین ذهن‌آگاهی انفصالی در مورد افکار خنثی.
چهارم	آموزش‌های تکنیک‌های فراشناخت مرتبط به اختلال اضطراب فراگیر	ادامه چالش با باور کنترل‌ناپذیری (بررسی شواهد مخالف)، اجرای آزمایش به تعویق‌انداختن نشخوارها، اجرای آزمایش ازدست‌دادن کنترل در جلسه درمان.
پنجم	آموزش‌های تکنیک‌های فراشناخت مرتبط به اختلال اضطراب فراگیر	چالش با باورهای فراشناختی مربوط به کنترل‌ناپذیری خطر و آسیب، آشناسازی با روش‌های کلامی و آزمایش‌های رفتاری.
ششم	آموزش‌های تکنیک‌های فراشناخت مرتبط به اختلال اضطراب فراگیر	چالش با باورهای فراشناختی مثبت، ارائه راهبرد عدم تطابق و ناهماهنگی، اجرای آزمایش تعدیل نشخوارهای فکری.
هفتم	آموزش‌های تکنیک‌های فراشناخت مرتبط به اختلال اضطراب فراگیر	ارائه برنامه پردازشی جدید شامل: شناسایی فرآیند نشخوارها-اضطراب‌ها-استرس‌ها-هیجانات و نگرانی‌ها، تأکید بر به‌کارگیری توجه آگاهی انفصالی برای افکار برانگیزاننده، اجازه دادن به هیجانات و نشخوارها برای اوج‌گرفتن و فروکش‌کردن بدون تلاش برای بررسی آن‌ها، اجرای مکرر سبک‌های جدید تفکر.
هشتم	جمع‌بندی کلی	پایش پیشرفت، ارائه خلاصه‌ای از تکنیک‌های ارائه شده در تمام جلسات درمانی، پاسخ به سؤالات و مشکلات در به‌کارگیری این تکنیک‌ها، گرفتن بازخورد از کل جلسات، اجرای پس‌آزمون.

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-24]

[DOI: 10.61186/jrums.23.3.150]

CCBY-NC.4.0 DEED

از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۷ برای تجزیه و تحلیل داده‌ها استفاده شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از آمار توصیفی (فراوانی، درصد، میانگین و انحراف استاندارد) و آمار استنباطی (تحلیل کوواریانس چند متغیره و تحلیل کوواریانس یک‌متغیره) انجام شد. در این راستا در فرآیند پژوهش از آزمون مجذور کای برای بررسی همگنی توزیع فراوانی متغیرهای دموگرافیک در دو گروه، آزمون Shapiro-Wilk جهت بررسی مفروضه نرمال بودن توزیع داده‌ها، آزمون Levene جهت بررسی مفروضه همگنی واریانس دو گروه در متغیرهای مورد مطالعه، آزمون ام باکس (Box's M) جهت ارزیابی مفروضه همگنی ماتریس کوواریانس متغیرهای وابسته در دو گروه، آزمون F و محاسبه همبستگی Pearson جهت بررسی مفروضه خطی بودن ارتباط کووریت و متغیر وابسته و همگنی شیب خط رگرسیون تحت ارزیابی اثر متقابل متغیر کووریت با گروه در قالب تحلیل کوواریانس در سطح معنی‌داری ۰/۰۵ انجام شد.

نتایج

در این پژوهش تعداد ۳۲ بیمار مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر به‌صورت در دسترس انتخاب و به‌صورت تصادفی به گروه آزمایش و کنترل (هر گروه ۱۶ نفر) تخصیص داده شدند. در جدول ۲، ویژگی‌های جمعیت شناختی نمونه‌های مورد پژوهش ارائه شده است. نتایج مطالعه نشان داد تحت آزمون مجذور کای گروه آزمایش و کنترل از نظر توزیع فراوانی جنسیت (P=۰/۷۲۳)، وضعیت تأهل (P=۰/۷۱۹)، گروه سنی (P=۰/۴۶۵)، وضعیت اشتغال (P=۰/۴۴۶)، سطح تحصیلات (P=۰/۹۱۳) و طبقه‌بندی مدت ابتلاء به بیماری (P=۰/۹۱۳) با هم اختلاف آماری معنی‌داری نداشتند.

جدول ۲- ویژگی‌های جمعیت‌شناختی بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر شهر ساری در سال ۱۴۰۲ برحسب گروهای مورد بررسی

متغیر	طبقه	گروه آزمایش تعداد (درصد)	گروه کنترل تعداد (درصد)	مقدار P
جنسیت	زن	۸ (۵۰)	۷ (۴۳/۸)	۰/۷۲۳
	مرد	۸ (۵۰)	۹ (۵۶/۳)	
وضعیت تأهل	مجرد	۶ (۳۷/۵)	۷ (۴۳/۸)	۰/۷۱۹
	متأهل	۱۰ (۶۲/۵)	۹ (۵۶/۳)	
سن (سال)	۳۰-۱۸	۵ (۳۱/۳)	۷ (۴۳/۸)	۰/۴۶۵
	۴۰-۳۱	۱۱ (۶۸/۸)	۹ (۵۶/۳)	
وضعیت اشتغال	شاغل	۱۲ (۷۵/۰)	۱۰(۶۲/۵)	۰/۴۴۶
	بیکار	۴ (۲۵/۰)	۶ (۳۷/۵)	
سطح تحصیلات	دیپلم	۵ (۳۱/۳)	۶ (۳۷/۵)	۰/۹۱۳
	فوق‌دیپلم	۶ (۳۷/۵)	۵ (۳۱/۳)	
	لیسانس و بالاتر	۵ (۳۱/۳)	۵ (۳۱/۳)	
مدت ابتلاء به بیماری	۶ تا ۱۲ ماه	۶ (۳۷/۵)	۵ (۳۱/۳)	۰/۹۱۳
	۱۳ تا ۱۸ ماه	۵ (۳۱/۳)	۶ (۳۷/۵)	
	۱۹ تا ۲۴ ماه	۵ (۳۱/۳)	۵ (۳۱/۳)	

آزمون مجذور کای، P<۰/۰۵ اختلاف معنی‌دار

در جدول ۳، شاخص‌های توصیفی میانگین و انحراف معیار نمرات مقیاس اختلال اضطراب فراگیر و نمرات پیش‌آزمون، پس‌آزمون متغیر باورپذیری افکار و احساسات اضطرابی و ابعاد آن در گروه آزمایش و کنترل گزارش شده است. همان‌گونه که در

CCBY-NC.4.0 DEED

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-24]
[DOI: 10.61186/jrums.23.3.150]

جدول مشاهده می‌شود، نمرات آزمودنی‌های گروه آزمایش در متغیر باورپذیری افکار و احساسات اضطرابی در مرحله پس‌آزمون تغییرات کاهشی داشته است.

جدول ۳- میانگین و انحراف معیار نمرات اضطراب فراگیر و باورپذیری افکار و احساسات اضطرابی و ابعاد آن در بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر شهر ساری در سال ۱۴۰۲

متغیر	زمان	گروه آزمایش (n=۱۶)		گروه کنترل (n=۱۶)	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
اضطراب فراگیر	پیش‌آزمون	۱۳/۷۵	۲/۴۱	۱۴/۰۰	۲/۱۳
ارزیابی منفی	پیش‌آزمون	۲۲/۸۸	۲/۳۶	۲۳/۰۰	۲/۹۲
	پس‌آزمون	۱۳/۶۹	۴/۲۲	۲۱/۶۱	۳/۹۱
نگرانی جسمی	پیش‌آزمون	۴۰/۴۴	۶/۳۰	۳۹/۷۵	۸/۱۱
	پس‌آزمون	۲۶/۸۸	۶/۷۷	۳۸/۹۴	۷/۵۱
تنظیم هیجان	پیش‌آزمون	۲۳/۱۳	۱/۴۵	۲۲/۱۳	۲/۲۸
	پس‌آزمون	۱۵/۳۸	۴/۰۵	۲۱/۸۸	۳/۷۷
باورپذیری افکار و احساسات اضطرابی	پیش‌آزمون	۸۶/۴۴	۷/۲۳	۸۴/۸۸	۹/۹۲
	پس‌آزمون	۵۵/۹۴	۱۱/۳۰	۸۲/۴۴	۹/۳۷

قبل از تحلیل داده‌ها، برای اطمینان از این‌که داده‌های پژوهش حاضر مفروضه‌های زیربنایی تحلیل کوواریانس چند متغیره را برآورد می‌کنند، به بررسی آن‌ها پرداخته شد. نتایج آزمون Shapiro-Wilk نشان داد که توزیع داده‌های پژوهش در بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر در سطح اطمینان ۹۵ درصد نرمال است (P>۰/۰۵). بررسی همگنی واریانس متغیر پژوهش و مؤلفه‌های آن در دو گروه، از طریق آزمون Levene انجام شد و عدم معناداری آزمون Levene برای متغیر پژوهش و مؤلفه‌های آن مشاهده شد (P>۰/۰۵). فرض همگنی شیب خطوط رگرسیون با بررسی اثر متقابل گروه با نمره پیش‌آزمون در همه متغیرها برقرار بود (P>۰/۰۵). در ارزیابی مفروضه رابطه خطی بین متغیر کووریت و متغیر وابسته، دامنه همبستگی بین متغیر کووریت و وابسته بین ۰/۴۰۰ الی ۰/۶۰۳ بود که تحت آزمون F خطی بودن این رابطه در سطح خطای ۰/۰۵ تأیید شد (P<۰/۰۵). هم‌چنین، نتایج آزمون ام باکس (Box's M)، همگن بودن ماتریس کوواریانس متغیر وابسته (Box's M=۲/۴۱۳، P=۰/۹۰۵) در تمام سطوح متغیر مستقل (گروه‌ها) در سطح ۰/۰۵ مورد تأیید قرار گرفت. لذا استفاده از تحلیل کوواریانس چند متغیره بلامانع بود.

نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیره بر روی میانگین نمره‌های پس‌آزمون متغیرهای وابسته با کنترل نمرات پیش‌آزمون‌ها در گروه‌های آزمایش و کنترل نشان داد که مقدار F محاسبه شده تحت چهار شیوه اثر پیلایی، لامبدای ویلکز، اثر هتلینگ و بزرگ‌ترین ریشه روی برای منبع اثر گروه معنی‌دار می‌باشد (F=۶۰/۹۶۳، P<۰/۰۰۱). بر این اساس می‌توان بیان داشت که دو گروه مورد مطالعه، حداقل در یکی از متغیرهای وابسته، تفاوت آماری معنی‌داری با یکدیگر دارند. هم‌چنین، در این مدل تحلیل کوواریانس چند متغیره منبع اثر پیش‌آزمون ارزیابی منفی (F=۸/۵۲۶، P<۰/۰۰۱)، منبع اثر پیش‌آزمون نگرانی جسمی (F=۲۱/۳۸۳، P<۰/۰۰۱) و منبع اثر پیش‌آزمون تنظیم هیجان (F=۱۲/۱۹۰، P<۰/۰۰۱) معنی‌دار بود. مجذور اتا نشان داد درمان

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-24]
[DOI: 10.61186/jrums.23.3.150]

CCBY-NC.4.0 DEED

فراشناختی ۸۸ درصد از تغییرات ابعاد باورپذیری افکار و احساسات اضطرابی در بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر را تبیین می‌کند (جدول ۴).

جدول٤- خلاصه نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیره بررسی اثربخشی درمان فراشناختی بر باورپذیری افکار و احساسات اضطرابی و ابعاد آن در بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر شهر ساری در سال ۱٤۰۲

منبع اثر	روش	ارزش	مقدار F	درجه آزادی	مقدار P	مجذور اتا	توان آماری
گروه	اثر پیلایی	۰/۸۸۰	۶۰/۹۶۳	(۲۵ و ۳)	<۰/۰۰۱	۰/۸۸۰	۱/۰۰
	لامبدای ویلکز	۰/۱۲۰	۶۰/۹۶۳	(۲۵ و ۳)	<۰/۰۰۱	۰/۸۸۰	۱/۰۰
	اثر هتلینگ	۷/۳۱۶	۶۰/۹۶۳	(۲۵ و ۳)	<۰/۰۰۱	۰/۸۸۰	۱/۰۰
	بزرگ‌ترین ریشه روی	۷/۳۱۶	۶۰/۹۶۳	(۲۵ و ۳)	<۰/۰۰۱	۰/۸۸۰	۱/۰۰

برای بررسی نقطه تفاوت، از تحلیل کوواریانس یک‌متغیره با کنترل پیش‌آزمون انجام شد که نتایج آن در جدول ۵ ارائه شده است. ضمن بررسی هر یک از ابعاد، ارزیابی نمره کل نیز صورت گرفت. با توجه به نتایج جدول ۵، می‌توان گفت که درمان فراشناختی بر باورپذیری افکار و احساسات اضطرابی (F=۱۹۱/۶۹۱، P<۰/۰۰۱) مؤثر بود. نتایج ضریب اثر که نسبتی از کل واریانس تبیین شده به وسیله متغیر مستقل را منعکس می‌کند، نشان داد که حدود ۸۷ درصد از تغییرات نمرات باورپذیری افکار و احساسات اضطرابی ناشی از مداخله آموزشی یعنی درمان فراشناخت بوده است. هم‌چنین، بررسی ابعاد این متغیر نشان داد که درمان فراشناختی بر ارزیابی منفی (F=۵۶/۲۶۷، P<۰/۰۰۱) با اندازه اثر ۰/۶۶۰، نگرانی جسمی (F=۸۳۶/۴۰۶، P<۰/۰۰۱) با اندازه اثر ۰/۷۴۲ و بر تنظیم هیجان (F=۷۸/۰۶۸، P<۰/۰۰۱) با اندازه اثر ۰/۷۲۹ مؤثر بود.

جدول ۵- نتایج تحلیل کوواریانس یک‌متغیره بررسی اثربخشی درمان فراشناختی بر باورپذیری افکار و احساسات اضطرابی و ابعاد آن در بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر شهر ساری در سال ۱٤۰۲

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	مقدار F	مقدار P	اندازه اثر
ارزیابی منفی	پیش‌آزمون	۲۴۶/۳۰۵	۱	۲۴۶/۳۰۵	۲۸/۴۷۱	<۰/۰۰۱	۰/۴۹۵
	گروه	۴۸۶/۷۶۸	۱	۴۸۶/۷۶۸	۵۶/۲۶۷	<۰/۰۰۱	۰/۶۶۰
	خطا	۲۵۰/۸۸۲	۲۹	۸/۶۵۱			
	کل	۱۰۰۱/۲۱۹	۳۱				
نگرانی جسمی	پیش‌آزمون	۱۰۹۱/۷۹۲	۱	۱۰۹۱/۷۹۲	۷۱/۴۸۹	<۰/۰۰۱	۰/۷۱۱
	گروه	۱۲۷۳/۷۹۳	۱	۱۲۷۳/۷۹۳	۸۳/۴۰۶	<۰/۰۰۱	۰/۷۴۲
	خطا	۴۴۲/۸۹۵	۲۹	۱۵/۲۷			
	کل	۲۶۹۸/۷۱۹	۳۱				
تنظیم هیجان	پیش‌آزمون	۲۷۸/۰۸۴	۱	۲۷۸/۰۸۴	۴۴/۴۵۳	<۰/۰۰۱	۰/۶۰۵
	گروه	۴۸۸/۳۷۲	۱	۴۸۸/۳۷۲	۷۸/۰۶۸	<۰/۰۰۱	۰/۷۲۹
	خطا	۱۸۱/۴۱۶	۲۹	۶/۲۵۶			
	کل	۷۹۷/۵۰۰	۳۱				
باورپذیری افکار و احساسات اضطرابی	پیش‌آزمون	۲۲۸۵/۰۰۸	۱	۲۲۸۵/۰۰۸	۷۰/۰۵۸	<۰/۰۰۱	۰/۷۰۷
	گروه	۶۲۴۹/۹۳۱	۱	۶۲۴۹/۹۳۱	۱۹۱/۶۲۱	<۰/۰۰۱	۰/۸۶۹
	خطا	۹۴۵/۸۶۷	۲۹	۳۲/۶۱۶			
	کل	۸۸۴۸/۸۷۵	۳۱				

CCBY-NC.4.0 DEED

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-24]
[DOI: 10.61186/jrums.23.3.150]

بحث

این مطالعه با هدف تعیین اثربخشی درمان فراشناختی بر باورپذیری افکار و احساسات اضطرابی در بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر انجام شد. یافته‌ها نشان داد که درمان فراشناختی بر باورپذیری افکار و احساسات اضطرابی و ابعاد آن در بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر مؤثر است. درمان فراشناختی منجر به کاهش باورپذیری افکار و احساسات اضطرابی در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل شده است. مطالعه اختصاصی در این زمینه یافت نشد و طبق نظر محققان پژوهش حاضر، پس از آگاهی اولیه بیماران نسبت به درمان فراشناختی، تکنیک‌هایی مانند توجه آگاهی انفصالی و آگاهی از سندرم شناختی توجهی در جلسات درمانی، تأثیر به‌سزایی در کاهش باورپذیری افکار و احساسات اضطرابی داشته است. این نتیجه با یافته Normann و همکارش (۱۸)، Philipp و همکاران (۳۱) و Capobianco و همکاران (۳۲) همسو می‌باشد. این محققان نشان دادند درمان فراشناختی یک درمان مؤثر برای طیف وسیعی از شکایات روانی است و تا به امروز قوی‌ترین شواهد برای اثربخشی بر روی اختلال اضطراب فراگیر را دارد و درمان فراشناختی در کاهش علائم اضطراب و فراشناخت‌های ناکارآمد مؤثر است و ممکن است نسبت به سایر روان‌درمانی‌ها، ازجمله مداخلات شناختی رفتاری، برتر باشد (۱۸)، هم‌چنین، Philipp و همکاران با بررسی اثربخشی درمان فراشناختی برای اختلالات روانی در بزرگ‌سالان بر روی ۲۶۰۹ بیمار نشان دادند درمان فراشناختی مؤثرترین درمان در بیماران مبتلابه اضطراب فراگیر می‌باشد (۳۱) و Capobianco و همکاران نشان دادند اگر باورپذیری افکار و احساسات اضطرابی افراد در موقعیت‌های اضطرابی از طریق درمان فراشناختی دست‌کاری و اصلاح شود در واکنش‌های ذهنی آن‌ها و نحوه مدیریت استرس تأثیر دارد (۳۲).

در تبیین اثربخشی درمان فراشناختی بر باورپذیری افکار و احساسات اضطرابی باید گفت درمان فراشناختی به بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر کمک می‌کند تا به تغییرات فراشناختی دست پیدا کنند و تشخیص دهند باورپذیری آن‌ها در مورد افکار و احساسات اضطرابی اشتباه است و منجر به طولانی شدن فرآیندهای فراشناختی مانند نگرانی و نشخوار فکری می‌شود که به نوبه خود پریشانی عاطفی را حفظ و تشدید می‌کند (۳۳). درمان فراشناختی از طریق تغییر فراشناخت بر باورپذیری افکار و احساسات اضطرابی و پاسخ به این افکار تأثیر می‌گذارد، این درمان به افراد آموزش می‌دهد درگیر استراتژی‌های تنظیم ذهنی نشوند تا از درهم‌تنیدگی شناخت های مرتبط با استرس جلوگیری کنند و به افراد آموزش می‌دهد باورهای خود را مبنی بر این‌که با مهم دانستن افکار اضطرابی می‌توانند از مشکلات یا پیامدهای منفی پیش‌گیری کنند اصلاح کنند؛ بنابراین، نتایج این مطالعه مبنی بر این‌که باورپذیری افکار و احساسات اضطرابی بر اضطراب افراد تأثیر می‌گذارد و با تغییر باورهای فراشناختی از طریق درمان فراشناختی می‌توان آن را کنترل و کاهش داد پشتیبانی می‌کند (۳۲).

درمان فراشناختی با ارزیابی سوگیری توجه که یکی از علائم بالینی مهم اختلال اضطراب فراگیر در باورپذیری افکار و احساسات اضطرابی افراد می‌باشد، کارکردهای آن مانند تشخیص و شناسایی کارآمد و دقیق نشانه‌های مرتبط با تهدید را اصلاح می‌کند و از اغراق در پردازش تهدید و اختلال عملکردی قابل توجه در فرد جلوگیری می‌کند و باعث کاهش اضطراب می‌شود (۳۴). با توجه به نتایج به‌دست آمده درمان فراشناختی بر روی نگرانی جسمانی به‌عنوان یکی از مؤلفه‌های موجود در باورپذیری افکار و احساسات اضطرابی نیز اثر می‌گذارد که با دست‌کاری باورهای فراشناختی ناکارآمد، تفکر مداوم، سوگیری‌های توجهی و راهبردهای مقابله‌ای

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-24]

[DOI: 10.61186/jrums.23.3.150]

CCBY-NC.4.0 DEED

ناکارآمد منجر به کاهش حساسیت نسبت به علائم فیزیکی شده و سطح اضطراب را در آن‌ها می‌شود (۳۵).

از دیگر مشکلات افراد دارای اختلال اضطراب فراگیر که منجر به باورپذیری افکار و احساسات اضطرابی می‌شود، تمایل ارزیابی منفی و انجام تفسیرهای تهدیدآمیز از اطلاعات مبهم می‌باشد که منجر به اقدام عجولانه در آن‌ها می‌شود (۳۶). درمان فراشناختی با ایجاد احساس امنیت در افراد از متوسل شدن آن‌ها به استراتژی‌های سفت‌وسخت و ارزیابی منفی از خود و دیگران جلوگیری می‌کنند، در واقع این درمان به افراد می‌آموزد تا از ارزیابی و انتقاد منفی که ممکن است آن‌ها را به دردسر بی‌اندازد دوری کنند و درمان فراشناختی با کاهش این میزان از ارزیابی منفی در نهایت از ناکارآمدی روانی و ایجاد یک دور باطل در فرد جلوگیری می‌کند (۳۷). به‌عبارت دیگر، فراشناخت درمانی با آموزش مهارت و اصلاح فرآیند باورپذیری فراشناخت‌های ناکارآمد در قالب جلسات سازمان‌یافته باعث می‌شود فراشناخت‌های سازگارانه هم چون باورهای مثبت و خودآگاهی شناختی جایگزین شده و سبب کاهش باورپذیری افکار و احساسات اضطرابی افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر می‌شود (۳۸)؛ بنابراین، می‌توان نتیجه گرفت که درمان فراشناختی هم‌چنان که در پژوهش حاضر مشخص شد، موجب کاهش باورپذیری افکار و احساسات اضطرابی در بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر می‌شود.

مهم‌ترین محدودیت پژوهش حاضر مربوط به روایی بیرونی آن است، چرا که این پژوهش تنها بر روی گروه خاصی از بیماران یعنی بیماران روان‌پزشکی سرپایی بیمارستان زارع شهر ساری انجام شد، لذا تعمیم نتایج آن به جوامع دیگر نیازمند پژوهش در این زمینه است. محدودیت دیگر این پژوهش مربوط به ابزار اندازه‌گیری می‌باشد، چرا که در این پژوهش از پرسش‌نامه استفاده گردید و ممکن است برخی افراد تحت تأثیر اثر مطلوبیت اجتماعی از ارائه پاسخ واقعی خودداری کرده و پاسخ غیرواقعی داده باشند، لذا پیشنهاد می‌شود در تحقیقات آینده از مصاحبه استفاده شود تا مفهوم سؤالات برای پاسخ دهندگان روشن‌تر شود و بر دقت پژوهش افزوده شود و هم‌چنین قابلیت انجام پژوهش بر روی افراد کم سواد یا بی‌سواد نیز فراهم شود.

نتیجه‌گیری

بر طبق نتایج پژوهش حاضر، درمان فراشناختی بر باورپذیری افکار و احساسات اضطرابی در بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر تأثیر دارد. بنابراین، با توجه به اهمیت و نقش عوامل فراشناختی در اختلال‌های روانی به بیمارستان‌ها و سازمان‌های بهداشتی توصیه می‌شود با تدوین برنامه‌های آموزشی برای عموم و ویژه متخصصین و تهیه بسته‌های آموزش بیمار و خانواده در جهت افزایش آگاهی و ترویج استفاده از این نوع درمان پرداخته تا کیفیت خدمات پزشکی بهبود یابد.

تشکر و قدردانی

این مقاله برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی‌ارشد می‌باشد. به این وسیله نویسندگان مقاله از کلیه بیماران شرکت‌کننده در این پژوهش کمال تشکر و قدردانی را دارند.

تعارض در منافع: این پژوهش تعارض منافع ندارد.

حامی مالی: این پژوهش هیچ‌گونه حامی مالی نداشته است.

ملاحظات اخلاقی (کد اخلاق): این پژوهش با شماره IR.IAU.SARI.REC.1402.207 در کمیته اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی واحد ساری تأیید شده است.

مشارکت نویسندگان:

- **طراحی ایده:** مبینا خلیل نژاداواتی
- **روش کار:** مبینا خلیل نژاداواتی، قدرت اله عباسی
- **جمع‌آوری داده‌ها:** مبینا خلیل نژاداواتی، قدرت اله عباسی، پژمان هادی نژاد
- **تجزیه و تحلیل داده‌ها:** قدرت اله عباسی، مبینا خلیل نژاداواتی
- **نظارت:** قدرت اله عباسی

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-24]

[DOI: 10.61186/jrums.23.3.150]

CCBY-NC.4.0 DEED

- **مدیریت پروژه:** قدرت اله عباسی
- **نگارش - پیش‌نویس اصلی:** مبینا خلیل نژاداواتی، قدرت اله عباسی، پژمان هادی نژاد
- **نگارش - بررسی و ویرایش:** مبینا خلیل نژاداواتی، قدرت اله عباسی، پژمان هادی نژاد

References

1. Kamenov K, Cabello M, Ballert CS, Cieza A, Chatterji S, Rojas D, et al. What makes the difference in people's lives when they have a mental disorder? *International Journal of Public Health* 2018; 63(1): 57-67.

2. Kim JJ, Parker SL, Doty JR, Cunnington R, Gilbert P, Kirby JN. Neurophysiological and behavioural markers of compassion. *Scientific Reports* 2020; 10(1): 6789.

3. Proskurnina EV, Liaukovich KM, Bychkovskaya LS, Mikheev IV, Alshanskaia EI, Proskurnin MA, et al. Salivary Antioxidant Capacity and Magnesium in Generalized Anxiety Disorder. *Metabolites* 2023; 13(1): 73.

4. Stein MB, Sareen J. Generalized anxiety disorder. *New England Journal of Medicine* 2015; 373(21): 2059-68.

5. Preti A, Demontis R, Cossu G, Kalcev G, Cabras F, Moro MF, et al. The lifetime prevalence and impact of generalized anxiety disorders in an epidemiologic Italian National Survey carried out by clinicians by means of semi-structured interviews. *BMC Psychiatry* 2021; 21(1): 1-8.

6. Collaborators GMD. Global, regional, and national burden of 12 mental disorders in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *The Lancet Psychiatry* 2022; 9(2): 137-50.

7. Craske MG, Stein MB, Eley TC, Milad MR, Holmes A, Rapee RM, et al. Correction: anxiety disorders. Nature Reviews: *Disease Primers* 2017; 3(1).

8. DeMartini J, Patel G, Fancher TL. Generalized anxiety disorder. *Annals of Internal Medicine* 2019; 170(7): ITC49-ITC64.

9. Torbati AG, Feizabadi AS, Askari MR, Zandi A, Sarmadi M. Thought Believability and Anxious Feelings about COVID-19: A Case-Control Study in Northeastern Iran. *MJIRI* 2023; 37(1).

10. Ford BQ, Gross JJ. Why beliefs about emotion matter: An emotion-regulation perspective. *Current Directions in Psychological Science* 2019; 28(1): 74-81.

11. Fergus TA. I really believe I suffer from a health problem: Examining an association between cognitive fusion and healthy anxiety. *Journal of Clinical Psychology* 2015; 71(9): 920-34.

12. Deplancke C, Somerville MP, Harrison A, Vuillier L. It's all about beliefs: Believing emotions are uncontrollable is linked to symptoms of anxiety and depression through

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-24]

[DOI: 10.61186/jrums.23.3.150]

CCBY-NC.4.0 DEED

cognitive reappraisal and expressive suppression. *Current Psychology* 2023; 42(25): 22004-12.

13. Gillanders DT, Bolderston H, Bond FW, Dempster M, Flaxman PE, Campbell L, et al. The development and initial validation of the cognitive fusion questionnaire. *Behavior Therapy* 2014; 45(1): 83-101.

14. Fisher PL. Metacognitive therapy 2021. In A. Wenzel (Ed.), Handbook of cognitive behavioral therapy: Overview and approaches (pp. 617-36). American Psychological Association.

15. Hayes SC, Strosahl KD, Wilson KG. Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change. *Guilford Press* 2011: 71-119.

16. Anderberg JL, Baker LD, Kalantar EA, Berghoff CR. Cognitive fusion accounts for the relation of anxiety sensitivity cognitive concerns and rumination. *Current Psychology* 2024; 43(5): 4475-81.

17. Rawat A, Sangroula N, Khan A, Faisal S, Chand A, Yousaf RA, et al. Comparison of Metacognitive Therapy Versus Cognitive Behavioral Therapy for Generalized Anxiety Disorder: A Meta-Analysis of Randomized Control Trials. *Cureus* 2023; 15(5).

18. Normann N, Morina N. The efficacy of metacognitive therapy: a systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Psychology* 2018; (9): 2211.

19. Barua N, Singh S, Agarwal V, Arya A, Barua N. Executive functions, metacognitive beliefs, and thought control strategies in adolescents with obsessive compulsive disorder. *IJRAR* 2020; 7(1): 672-80.

20. Faija CL, Reeves D, Heal C, Capobianco L, Anderson R, Wells A. Measuring the cognitive attentional syndrome in cardiac patients with anxiety and depression symptoms: Psychometric properties of the CAS-1R. *Frontiers in Psychology* 2019; (10): 2109.

21. Callesen P, Capobianco L, Heal C, Juul C, Find Nielsen S, Wells A. A preliminary evaluation of transdiagnostic group metacognitive therapy in a mixed psychological disorder sample. *Frontiers in Psychology* 2019; (10): 1341.

22. Liu L, Wu J, Geng H, Liu C, Luo Y, Luo J, et al. Long-term stress and trait anxiety affect brain network balance in dynamic cognitive computations. *Cerebral Cortex* 2022; 32(14): 2957-71.

23. Luciano C, Valdivia-Salas S, Ruiz FJ. The self as the context for rule-governed behavior. The self and perspective taking: *Research and Applications* 2012: 143-60.

24.Thibaut F. Anxiety disorders: a review of current literature. *Dialogues in Clinical Neuroscience* 2017; 19(2): 87-8.

25. Whisman MA, Collazos T. A longitudinal investigation of marital dissolution, marital quality, and generalized anxiety disorder in a national probability sample. *Journal of Anxiety Disorders* 2023; (96): 102713.

26. Spitzer RL, Kroenke K, Williams JB, Löwe B. A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-24]

[DOI: 10.61186/jrums.23.3.150]

CCBY-NC.4.0 DEED

GAD-7. *Archives of Internal Medicine* 2006; 166(10): 1092-7.

27. Naeinian MR, Shaeiri MR, Sharif M, Hadian M. To study reliability and validity for a brief measure for assessing Generalized Anxiety Disorder (GAD-7). *Clinical Psychology and Personality* 2011; 9(1): 41-50. [Farsi]

28. Herzberg KN, Sheppard SC, Forsyth JP, Credé M, Earleywine M, Eifert GH. The Believability of Anxious Feelings and Thoughts Questionnaire (BAFT): a psychometric evaluation of cognitive fusion in a nonclinical and highly anxious community sample. *Psychological Assessment* 2012; 24(4): 877.

29. Soltani SH, Bahrainian S, Farmani A. The mediating role of cognitive flexibility in the relationship between coping styles and resilience with depression. *The Researcher* 2013; 92(18): 88-96. [Farsi]

30. Wells A. Metacognitive therapy for anxiety and depression: *Guilford Press* 2011: 89-123.

31. Philipp R, Kriston L, Lanio J, Kuehne F, Haerter M, Moritz S, et al. Effectiveness of metacognitive interventions for mental disorders in adults-A systematic review and meta-analysis (METACOG). *Clinical Psychology & Psychotherapy* 2019; 26(2): 227-40.

32. Capobianco L, Morrison AP, Wells A. The effect of thought importance on stress responses: a test of the metacognitive model. *Stress* 2018; 21(2): 128-35.

33. Fisher PL, Byrne A, Fairburn L, Ullmer H, Abbey G, Salmon P. Brief metacognitive therapy for emotional distress in adult cancer survivors. *Frontiers in Psychology* 2019; (10): 162.

34. Pettit JW, Bechor M, Rey Y, Vasey MW, Abend R, Pine DS, et al. A randomized controlled trial of attention bias modification treatment in youth with treatment-resistant anxiety disorders. *JAACAP* 2020; 59(1): 157-65.

35. Blakey SM, Abramowitz JS. Psychological predictors of health anxiety in response to the Zika virus. *Journal of clinical Psychology in Medical Settings* 2017; 24(3-4): 270-8.

36. Malivoire BL, Marcos M, Pawluk EJ, Tallon K, Kusec A, Koerner N. Look before you leap: The role of negative urgency in appraisals of ambiguous and unambiguous scenarios in individuals high in generalized anxiety disorder symptoms. *Cognitive Behaviour Therapy* 2019; 48(3): 217-40.

37. Çetin B, Doğan T, Sapmaz F. Olumsuz değerlendirilme korkusu ölçeği kısa formu'nun Türkçe uyarlaması: *Geçerlik ve güvenirlik Çalışması. Eğitim ve Bilim* 2010; 35(156).

38. Esbjørn BH, Normann N, Christiansen BM, Reinholdt-Dunne ML. The efficacy of group metacognitive therapy for children (MCT-c) with generalized anxiety disorder: An open trial. *Journal of Anxiety Disorders* 2018; (53): 16-21.

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-24]

[DOI: 10.61186/jrums.23.3.150]

CCBY-NC.4.0 DEED

The Effectiveness of Metacognitive Therapy on Believability of Anxious Feelings and Thoughts in Patients with Generalized Anxiety Disorder: A Quasi-Experimental Study

Mobina Khalilnezhadevati[1], Ghodratollah Abbasi[2], Pezhman Hadinezhad[3]

Received: 03/03/24 Sent for Revision: 24/04/24 Received Revised Manuscript: 10/06/24 Accepted: 12/06/24

Background and Objectives: Patients with generalized anxiety disorder have psychological problems and require therapeutic interventions. The current study aimed to determine the effectiveness of metacognitive therapy on the the believability of anxious feelings and thoughts in patients with generalized anxiety disorder.

Materials and Methods: This study was a quasi-experimental pretest-posttest design with a control group. The statistical population included all outpatient psychiatric patients at the Zare Hospital Psychiatric Clinic in Sari in the fall 2023. Thirty-two individuals were selected using purposive sampling and randomly assigned into two experimental and control groups (16 individuals each). The experimental group received 8 sessions of metacognitive therapy, while the control group did not receive any intervention. Data collection was done using the Generalized Anxiety Disorder Scale by Spitzer et al. (2006) and the Believability of Anxious Feelings and Thoughts Questionnaire by Herzberg et al. (2012). Multivariate analysis of covariance were used for data analysis.

Results: Metacognitive therapy had a significant effect on the believability of anxious feelings and thoughts in patients with generalized anxiety disorder ($p<0.001$). The mean of believability of anxious feelings and thoughts scores in the experimental group were 86.44 and 55.94 in the pretest and posttest, respectively. This effectiveness was observed across all dimensions of believability of anxious feelings and thoughts with an effect size of 0.869 on the overall ($p<0.001$).

Conclusion: The results of this study indicate that metacognitive therapy is effective in improving the believability of anxious feelings and thoughts in patients with generalized anxiety disorder. Therefore, it is recommended this approach be used to enhance the mental health of these patients.

Keywords: Anxiety disorder, Mental health, Emotional disturbance, Medication adherence

Funding: This study did not have any funds.

Conflict of interest: None declared.

Ethical considerations: The Ethics Committee of Islamic Azad University of Sari approved the study (IR.IAU.SARI.REC.1402.207).

Authors' Contributions:

- **Conceptualization:** Mobina khalilnezhadevati
- **Methodology:** Mobina khalilnezhadevati, Ghodratollah Abbasi
- **Data collection:** Mobina khalilnezhadevati, Ghodratollah Abbasi, Pezhman Hadinezhad
- **Formal analysis:** Ghodratollah Abbasi, Mobina khalilnezhadevati
- **Supervision:** Ghodratollah Abbasi
- **Project administration:** Ghodratollah Abbasi
- **Writing - original draft:** Mobina khalilnezhadevati, Ghodratollah Abbasi, Pezhman Hadinezhad
- **Writing - review & editing:** Mobina khalilnezhadevati, Ghodratollah Abbasi, Pezhman Hadinezhad

Citation: Khalilnezhadevati M, Abbasi Gh, Hadinezhad P. The Effectiveness of Metacognitive Therapy on Believability of Anxious Feelings and Thoughts in Patients with Generalized Anxiety Disorder: A Quasi-Experimental Study. *J Rafsanjan Univ Med Sci* 2024; 23 (3): 250-63. [Farsi]

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-24]

[DOI: 10.61186/jrums.23.3.150]

1- MA Student in Clinical Psychology, Sari Branch, Islamic Azad University, Sari, Iran

2- Associate Prof., Dept. of Psychology, Sari Branch, Islamic Azad University, Sari, Iran, ORCID: 0000-0001-9359-0430 (Corresponding Author) Tel: (011) 33032891, E-mail: gh_abbasi@iausari.ac.ir

3- Assistant Prof. of Psychiatry, Psychiatry and Behavioral Sciences Research Center, Addiction Institute, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran

CCBY-NC.4.0 DEED