

فصلنامه پژوهش‌های نوین روانشناختی

سال چهاردهم شماره ۵۵ پاییز ۱۳۹۸

مقایسه اثربخشی درمان‌شناختی و فراشناختی در کاهش نگرانی و افزایش خود کارآمدی در معلمان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر

زهره هاشمی*^۱، احمد اسمعیلی^۲، علی افشاری^۳

۱- استادیار گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه مراغه، مراغه، ایران

۲- استادیار روانشناسی، گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه مراغه، مراغه، ایران

۳- استادیار روانشناسی، گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه مراغه، مراغه، ایران

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۷/۱۲/۱۵

تاریخ وصول: ۱۳۹۷/۰۶/۱۷

چکیده

هدف این پژوهش مقایسه اثربخشی فرا شناخت درمانی با درمان‌شناختی در کاهش نگرانی و افزایش خود کارآمدی معلمان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر بود. این پژوهش از نوع مطالعه تک آزمودنی و نمونه‌گیری داوطلبانه بود. برای این کار ۶ معلم شهر تبریز با تشخیص اختلال اضطراب فراگیر، بر اساس شدت اختلال (خفیف‌تر یا شدید) هم‌تا شده به‌صورت تصادفی در دو گروه جای گرفتند. شرکت‌کنندگان در پژوهش به‌صورت غیرتصادفی (نمونه‌گیری هدفمند) از هلال‌احمر تبریز انتخاب شدند. مصاحبه ساختاریافته بر اساس ویرایش چهارم راهنمای آماری تشخیص اختلالات روانی و پرسشنامه نگرانی پنسیلوانیا و خودکارآمدی معلمان استفاده شد. درمان فردی فراشناخت در ۱۲ جلسه هفتگی و درمان شناختی ۱۲ جلسه اجرا شد. پرسشنامه‌ها در خط پایه، انتهای درمان و پیگیری یک ماهه تکمیل شدند. برای تحلیل داده‌ها از شاخص درصد بهبودی استفاده شد. یافته‌ها نشان‌دهنده اثربخشی هر دو درمان در شرکت‌کننده‌ها، با دامنه درصدهای بهبودی متفاوت در هر فرد بود. میانگین درصدهای بهبودی شرکت‌کننده‌ها برای هر دو درمان برای خود کارآمدی تفاوت معناداری نداشت. اما فراشناخت‌درمانی در کاهش نگرانی بیشتر اثربخش بود. درصد بهبودی همه شرکت‌کننده‌ها در دوره پیگیری ادامه یافت.

واژگان کلیدی: اختلال اضطراب فراگیر؛ فرا شناخت درمانی؛ شناخت درمانی

مقدمه

اختلال اضطراب فراگیر (GAD)^۱ یکی از شایع‌ترین اختلال‌های روانشناختی است که با نگرانی افراطی و غیر قابل کنترل مشخص می‌شود و هم‌بودی بالایی با سایر اختلالات اضطرابی و افسردگی دارد (بارلو^۲، ۲۰۰۲). تقریباً ۲۵ درصد افراد مراجعه‌کننده به کلینیک‌های اختلالات اضطرابی و حدود ۱۲ درصد از بیماران که به کلینیک‌های روانپزشکی مراجعه می‌کنند، مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر هستند (کسلر و والترز و ویچن^۳، ۲۰۰۴). بنابراین با توجه به سیر مزمن، شیوع بالا و هم‌بودی اضطراب فراگیر با سایر اختلال‌های روانشناختی، این اختلال به‌عنوان یکی از مهم‌ترین اختلال‌های ناتوان‌کننده برای بزرگسالان مطرح شده است (بورکووک^۴، ۲۰۰۶) و پرداختن به روش‌های درمانی موثر و اقتصادی‌تر برای این اختلال سودمند و ضروری است (استوری، زاگر و کراسک^۵، ۲۰۰۴). با وجود رشد مداخلات موثر رفتار درمانی شناختی و با دانش روزافزون روانشناسان در مورد ماهیت اضطراب فراگیر در طی ۲۵ سال گذشته، هنوز درمان اضطراب فراگیر نسبت به سایر اختلالات اضطرابی از موفقیت کمتری برخوردار است (بورکووک، الکاینو بهار^۶، ۲۰۰۴). مطالعات نشان می‌دهد درمان موفق اضطراب فراگیر دشوار است (دیویدسون^۷، ۲۰۰۴). در پژوهشی با ۵ سال پیگیری، فقط ۱۸ درصد بیماران مبتلا به اضطراب فراگیر به ملاک بهبودی کامل در علائم‌شان رسیدند (وودمن، نویز، بلک، اسکولسر و یاگالا^۸، ۱۹۹۹؛ به نقل از دیویدسون، ۲۰۰۴). با وجود این‌که مدل‌های شناختی و شناختی- رفتاری در تبیین و درمان اضطراب فراگیر نسبت به سایر مدل‌ها کارآمدتر به نظر می‌رسند (دیویدسون، ۲۰۰۴؛ گولد، سفران، واشنگتن و اتو^۹، ۲۰۰۴؛ فیشر^{۱۰}، ۲۰۰۷؛ بارلو و هافمن^{۱۱}، ۱۹۹۷؛ بورکووک،

1- Generalized Anxiety Disorder

2- Barlow

3- Kessler, Walters & Wittchen

4- Borkovec

5- Story, Zuker & Craske

6- Alcaine, Behar

7- Davidson

8- Woodman, Noyes, Black, Schlosser & Yagla

9- Gould, Safren, Washington, & Otto

10- Fisher

11- Hofmann

نیومن، پینکاس و لایتل^۱، ۲۰۰۲) ولی در مجموع این روش‌ها نیز پیامدهای درمانی بالایی نداشته‌اند و در مطالعات پیگیری تنها ۵۰ درصد بیماران موفق شدند که عملکرد بالایی به دست آورند (فیشر و دورهام^۲، ۱۹۹۹؛ به نقل از ولز^۳، ۲۰۰۰؛ بورکووک و نیومن، ۱۹۹۸؛ نیومن، ۲۰۰۰؛ بورکووک و نیومن، ۲۰۰۲؛ میت^۴، ۲۰۰۵؛ فیشر، ۲۰۰۷). معلمان و کسانی که درباره رفتار آن‌ها مطالعه می‌کنند همگی معتقدند که تدریس شغل بسیار تنش‌زایی است و معلمان از مشکلات سلامت روان بیشتری نسبت به شاغلان مشاغل دیگر رنج می‌برند. معلمان نسبت به بسیاری از گروه‌های شغلی دیگر به تنش مرتبط با کار، پریشانی روانی و فرسودگی شغلی بیشتر آسیب‌پذیر هستند (ون دروگنبرگ، اسپروت^۵، ۲۰۱۵). اسپوستا معتقد است که ایجاد یک انگیزه قوی در دانش‌آموزان تنها از طریق دانش تخصصی معلم نشأت نمی‌گیرد، بلکه به‌طور عمده ویژگی‌های شخصیتی، دیدگاه‌ها، نگرش‌ها، رفتار و عمل وی در آن دخالت دارد، و مجموع این ویژگی‌ها فضای کلامی را آرام و مشارکت‌پذیر نموده و ارتباط غیررسمی میان معلم و شاگرد را شکل می‌دهد (همرانوا^۶، ۲۰۱۵).

نگرانی^۷ بیمار گون ویژگی اصلی اختلال اضطراب فراگیر است و به‌عنوان پدیده‌ای تلقی می‌شود که کنترل آن دشوار است ولی به این معنی نیست که غیرقابل کنترل است. نگرانی فرآیند مفهومی‌کننده‌ای است که مشتمل بر تعمق درباره رویدادهای نسبتاً جدید پیش رو و شیوه‌های مقابله با آنها می‌باشد، زنجیره‌ای از افکار فاجعه‌آمیز، تعمیم یافته، افراطی و غیرقابل کنترل است که عمدتاً کلامی بوده و برای جلوگیری از تصویرسازی ذهنی اتفاقات ناگوار آینده بکار گرفته می‌شود و می‌تواند به‌عنوان یک راهبرد مقابله‌ای شخصی عمل کند (بورکووک، ۱۹۹۴). در طی نگرانی افراد، وقایع و نتایج تهدیدزا را پیش‌بینی می‌کنند و این پیش‌بینی‌ها به‌تدریج تبدیل به راهبردی برای کشف و مقابله با تهدیدهای قریب وقوع می‌شوند. در نتیجه این افراد در یک حالت پایدار گوش‌بزدلی زندگی می‌کنند. از آنجایی

1- Newman, Pincus & Lytle

2- Durham

3- Wells

4- Mitte

5- Van Droogenbroeck & Spruty

6- Hamraneva'

7- worry

که تهدیدهای پیش‌بینی شده به‌طور طبیعی خیلی نا محتمل هستند، توانایی فطری انسان برای برنامه‌ریزی، از طریق فکر کردن درباره آینده، به جای این که موجب رفتار سازنده حل مساله شود منجر به ایجاد تنش و اضطراب می‌شود. نگرانی به آسانی با بازخوردهای بیرونی و درونی قابل اصلاح می‌باشد. ماهیت راهبردی و هوشیارانه نگرانی بیانگر آن است که نگرانی قابل کنترل است حتی اگر از این کنترل آگاهی کمی داشته باشیم یا اصلاً ناآگاه باشیم. یکی از اهداف فرا شناخت درمانی کاهش دادن و یا متوقف کردن نگرانی هنگام بروز افکار مزاحم است (ولز، ۲۰۰۹). از آنجایی که نگرانی بیمارگون ویژگی اصلی اختلال اضطراب فراگیر است. راجرز و آلپسون، پاملا و دیوید^۱ (۲۰۰۸)، پیشنهاد می‌کنند که شناسایی درمان‌هایی که به‌طور معنی‌داری موجب کاهش نگرانی می‌شوند از لحاظ بالینی مهم و با ارزش است. همچنین مروری بر ادبیات پژوهش موید آن است که نگرانی به‌عنوان جزء شناختی اضطراب، محور مرکزی چندین اختلال اضطرابی است و این مساله اهمیت آن را از نظر بالینی نشان می‌دهد.

همچنین یکی از عوامل مختلفی که بر سلامت روانی افراد تأثیر می‌گذارد خودکار آمدی است. خودکار آمدی به افراد کمک می‌کند تا با شرایط تنش‌زا و اضطراب‌زا کنار بیایند و آسیب روانی کمتری را تجربه نمایند. باورهای خودکار آمدی بسیاری از کارکردهای شخصی را تحت تأثیر قرار می‌دهد. افرادی که دارای سطح خودکار آمدی بالاتری هستند، امکانات شغلی گسترده‌ای را مورد توجه قرار می‌دهند و موفقیت شغلی بیشتری دارند، اهداف شخصی عالی‌تری برای خود انتخاب می‌نمایند و از سلامت روان برخوردار هستند. احساس خودکار آمدی بالا، سلامت روان و توانایی انجام کارها را افزایش داده و افراد را در برابر استرس‌های شغلی مقاوم‌تر می‌نمایند (میرسامی، ابراهیمی، ۲۰۰۷)، بندورا معتقد است که خودکارآمدی در وهله اول یک باور است و سپس عمل، بنابراین برای تقویت آن باید در وهله اول نگرش مفید و موثری را در فرد نسبت به خود پدید آورد. سپس باید به او یاد داد که بتواند راه حل موفقیت را شناسایی کند، راجع به موقعیت‌ها، ادراک، تفسیر و ارزیابی درستی داشته و از خلقی مثبت برای رویارویی با چالش‌ها برخوردار باشد (اورناتسکی و

1- Roger, Allison, Pamela & David

همکاران (۲۰۰۶). احساس کارآمدی بالا، سلامت شخصی، توانایی انجام تکالیف و کارها را به طرق متعدد افزایش می‌دهد (اسکوبار و فرایر، اسپینوزا، پاجارس، گیرون و از کوئز^۱، ۲۰۰۲).

به نظر بندورا ناکارآمدی ادراک شده نقش محوری در افسردگی، اضطراب، فشار روانی و نیز دیگر حالت‌های عاطفی بازی می‌کند (بندورا، ۱۹۹۰). معلمانی که سطح بالایی از خودکارآمدی را دارا هستند گرایش به انجام برنامه‌ریزی سازمانی دارند و تمایل بیشتری به استفاده از روش‌های جدید در ارضای نیازهای یادگیری دانش‌آموزان دارند. بیشتر مطالعات نشان می‌دهد که خودکارآمدی بر فرایند تصمیم‌گیری معلمان، انگیزش عملی، یادگیری و پیشرفت علمی آنها موثر است (کاراییکی و کروماز، ۲۰۱۵).

رایج‌ترین درمان اختلال اضطراب فراگیر درمان شناختی- رفتاری است و بیشترین مطالعات انجام شده در زمینه درمان اختلال اضطراب فراگیر در درمان شناختی- رفتاری صورت گرفته است. در این نوع درمان به بیمار کمک میشود تا الگوهای تفکر تحریف شده و رفتارهای ناکارآمد خود را تشخیص دهد. برای اینکه بتواند این افکار تحریف شده و ناکارآمد خود را تغییر دهد از بحث‌های منظم و تکالیف رفتاری سازمان‌یافته‌ای استفاده میشود. نتایج تحلیل میت (۲۰۰۵) به‌منظور بررسی درمان‌های با حمایت تجربی برای اضطراب فراگیر نیز نشان داد که رفتاردرمانی شناختی از بین سایر مداخلات درمانی اثربخش‌تر و کارآمدتر، ولی تفاوت معنی‌داری با درمان‌های دارویی از جمله درمان با بنزودیازپین‌ها و SSRI ها نداشتند و ترکیب دارودرمانی با رفتار درمانی شناختی از تک روش‌ها به تنهایی مؤثرتر بود ولی علی‌رغم این اثربندی، تنها ۵۸ درصد از بیماران به ملاک بهبودی نسبی در علایم شان رسیدند و همچنین در مطالعات پیگیری میزان اثربخشی به طور چشمگیری کاهش پیدا کرد. نتایج پژوهش نیومن، کاستونجای^۲، بورکووک و مولنار^۳ (۲۰۰۴) نیز نشان داد که تنها ۴۲ درصد از بیماران مبتلا به اضطراب فراگیر که رفتار درمانی شناختی دریافت کرده بودند به پیامدهای درمانی خوبی دست یافتند.

1- Escobar, Freire, Espinosa, Pajares, Giron & Vazquez

2- Castonguay

3- Molnar

ولز در مدل فرا شناختی خود برای اضطراب فراگیر کوشیده است به تبیین شباهت‌ها و تفاوت‌های موجود بین نگرانی افراد مبتلا به اضطراب فراگیر (نگرانی پاتولوژیک) و نگرانی بهنجار بپردازد و بر نقش محوری عوامل فراشناختی در شکل‌گیری و پایداری نگرانی پاتولوژیک تأکید می‌کند. بنابراین در این مدل درمانی عوامل زیربنایی که موجب تداوم نگرانی می‌شوند، مورد آماج درمان قرار می‌گیرند. بر اساس مدل فراشناختی اختلال‌های روانشناختی، نگرانی مؤلفه اصلی سندرم شناختی- توجهی است که سهم عمده‌ای در آسیب- شناسی همه اختلال‌ها دارد. اختلال اضطراب فراگیر نمونه واضحی از سندرم شناختی- توجهی است. کاربرد فرا شناخت درمانی در درمان اختلال اضطراب فراگیر فرصتی فراهم می‌کند که به چگونگی مفهوم‌بندی و درمان پدیده غیرقابل کنترل نگرانی در طیف وسیعی از اختلال‌ها پی برد.

در پژوهشی داگاس و همکاران^۱ (۲۰۰۳) دستورالعمل درمان خود را به صورت گروه درمانی در سه مرحله بر روی ۵۲ نفر از بیماران مبتلا به اضطراب فراگیر بکار بردند. در پایان درمان دو گروه آزمایشی (۲۵ نفر) و گروه کنترل (۲۷ نفر) از نظر شدت کلی اضطراب فراگیر، نگرانی، علایم جسمی، اضطراب و افسردگی، تفاوت معنی‌داری با هم داشتند. در مرحله دوم ۲۷ نفر گروه کنترل نیز وارد طرح درمان شدند. پس از پایان درمان ۶۰ درصد از بیماران ملاک‌های تشخیصی اضطراب فراگیر را نداشتند. در مرحله سوم که شامل پیگیری ۶ ماهه، یک‌ساله و دوساله بود، به ترتیب ۸۸ درصد، ۸۳ درصد و ۹۵ درصد از مراجعان ملاک‌های تشخیص اضطراب فراگیر را دریافت نکردند. بررسی تغییرات بالینی نیز نشان داد که ۶۵ درصد از بیماران بعد از درمان و ۷۲ درصد بعد از پیگیری دو ساله کارکرد اجتماعی، شغلی و خانوادگی خوبی داشتند.

گوزلین^۲ و همکاران (۲۰۰۷) در پژوهشی به مقایسه شناخت درمانی با بنزودیازپین‌ها در درمان اضطراب فراگیر پرداختند. ۶۱ نفر از افرادی که تشخیص اولیه و اصلی آنها اضطراب فراگیر بود، برای این پژوهش انتخاب شدند و به دو گروه تقسیم شدند؛ ۳۱ نفر علاوه بر

1- Dugas et al

2- Gosselin

دریافت دارو (بنزودیازپین‌ها)، شناخت درمانی نیز بر روی آنها اجرا شد، ۳۰ نفر دیگر فقط دارو دریافت می‌کردند. در پایان درمان، ۷۴ درصد افرادی که شناخت درمانی را همراه با دارودرمانی را دریافت کرده بودند، بهبود یافتند، در حالی که این میزان برای گروه دیگر، ۳۷ درصد بود.

درباره پیشینه پژوهشی درمان فرا شناختی برای اضطراب فراگیر با توجه به جدید بودن این مدل درمانی، پژوهش‌های تجربی اندکی صورت گرفته است. ولز و کینگ^۱ (۲۰۰۶) در پژوهشی به بررسی اثربخشی درمان فرا شناختی در درمان اضطراب فراگیر پرداختند. ۱۰ نفر از افرادی که تشخیص اصلی آنها اضطراب فراگیر بود، برای این پژوهش انتخاب شدند. بیماران پس از پایان درمان کاهش معنی‌داری در اضطراب، نگرانی پاتولوژیک، تنش عضلانی و افسردگی پیدا کردند. ۸۷/۵ درصد از این بیماران بعد از پایان درمان و ۷۵ درصد بعد از پیگیری یک ساله، تشخیص اضطراب فراگیر را دریافت نکردند. ولز و همکاران (۲۰۰۸) در پژوهشی دیگر به مقایسه اثربخشی درمان فرا شناختی با آرام سازی کاربردی برای درمان اضطراب فراگیر پرداختند. ۲۰ نفر از افرادی که تشخیص اولیه آنها اضطراب فراگیر بوده است، برای این منظور انتخاب شدند. آزمودنی‌ها در دو گروه درمان فراشناختی (۱۰ نفر) و گروه آرام سازی کاربردی (۱۰ نفر) در سه مرحله بعد از درمان، پیگیری ۶ ماهه و یک ساله مورد ارزیابی قرار گرفتند. نتایج پژوهش نشان داد که بیمارانی که تحت درمان فرا شناختی قرار گرفته بودند بعد از پایان درمان ۸۰ درصد و در طی دوره پیگیری ۶ ماهه و یک ساله به ترتیب ۸۰ و ۷۰ درصد، تشخیص اضطراب فراگیر را دریافت نکردند در حالی که افراد گروه آرام سازی کاربردی در این سه مرحله به ترتیب ۳۴، ۴۴ و ۴۰ درصد به ملاک‌های بهبودی دست یافتند. علاوه بر هزینه‌های مستقیمی (استفاده از خدمات تخصصی و غیرتخصصی) که اضطراب فراگیر بر سیستم بهداشتی و مراقبتی جامعه تحمیل می‌کند، هزینه‌های غیر مستقیمی (افت عملکرد) نیز دارد که در مقایسه با سایر اختلال‌ها بیشترین میزان را به خود اختصاص می‌دهد. نتایج برخی از پژوهش‌ها نشان می‌دهد که افراد مبتلا به GAD، آمار بیکاری بالا، درآمد سالانه پایین، نرخ بالای طلاق و کیفیت زندگی پایینی دارند

1- King

(کسلر، کلر^۱ و ویتچن، ۲۰۰۱). با توجه به شیوع اختلال اضطراب فراگیر، فقر جدی پژوهش و اینکه معلمان نسبت به بسیاری از گروه‌های شغلی دیگر به تنش مرتبط با کار، پریشانی روانی و فرسودگی شغلی بیشتر آسیب پذیر هستند و با توجه به این که هر دو این مدل‌ها مدل مدعی هستند و در چندین پژوهش تجربی و کنترل شده، اثربخشی بالایی را برای مدل درمانی خود گزارش کرده‌اند، مساله اصلی پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی شناخت درمانی با درمان فرا شناختی در کاهش نگرانی و افزایش خودکارآمدی معلمان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر است.

روش

فرضیه‌های این پژوهش در چارچوب طرح تجربی تک‌موردی^۲ با استفاده از طرح خطوط پایه چندگانه پلکانی، مورد بررسی قرار گرفت. بیماران پس از ارجاع از طرف روانشناس بالینی به درمان گر و احراز شرایط پژوهش، انتخاب شدند و آزمودنی‌ها، پرسشنامه‌ها را تکمیل نمودند. مراجع اول با تکمیل پرسشنامه وارد طرح درمان شد، در جلسه دوم درمان مراجع اول، مراجع دوم وارد طرح درمان شد و در جلسه سوم مراجع اول و جلسه دوم مراجع اول، مراجع سوم وارد طرح درمان شد. برای تحلیل داده‌های از درصد بهبودی و اندازه اثر استفاده شد. شرکت کنندگان در پژوهش به صورت غیرتصادفی (نمونه‌گیری هدفمند) از کلینیک استاد شهرداری تبریز انتخاب شدند.

نمره پیش‌آزمون/نمره پیش‌آزمون - نمره پس‌آزمون = درصد بهبودی

انحراف معیار قبل درمان/میانگین قبل درمان - میانگین پس از درمان = اندازه اثر

کوهن نقاط برش زیر را برای اندازه اثر پیشنهاد کرده است:

-اندازه اثر بالاتر از ۲۰/۰ ضعیف

-بالاتر از ۵۰/۰ متوسط

1- Keller
2- experimental single case design

-بالاتر از ۸۰/۰ قوی

لازم به ذکر است که تقسیم‌بندی کوهن به اندازه اثر درمان کنترل شده مربوط است. معلمان مبتلا به GAD در شهر تبریز جامعه کلی را تشکیل می‌دهد. جمعیت مورد نظر را مراجعه‌کنندگان به کلینیک استاد شهریار با تشخیص GAD را تشکیل خواهند داد. گروه نمونه نیز، تعدادی معلمان مبتلا به GAD است که بر اساس ملاک‌های زیر و احراز شرایط پژوهش وارد طرح درمان می‌شوند.

الف) ملاک‌های ورود بیماران به پژوهش عبارتند از:

- دارا بودن ملاک‌های تشخیصی DSM-IV-TR برای GAD به تشخیص روانشناس بالینی یا روانپزشک
- عدم دریافت درمان‌های روانشناختی قبل از ورود به پژوهش
- در صورت مصرف دارو، امکان ثابت نگاهداشتن نوع و میزان داروی مصرفی طی مدت پژوهش

- داشتن حداقل ۱۸ سال و حداکثر ۵۰ سال،

- دارا بودن حداقل سطح تحصیلات دیپلم،

- موافقت بیمار برای شرکت در پژوهش و امضای رضایت‌نامه کتبی.

ب) ملاک‌های خروج نمونه از پژوهش عبارتند از:

داشتن اختلال سایکوتیک و سوء مصرف مواد،

دارا بودن ملاک‌های کامل اختلال شخصیت در محور II.

وجود مخاطراتی برای بیمار مثل داشتن افکار جدی در مورد خودکشی که امکان عدم دریافت دارو و ثابت نگاهداشتن آن را ناممکن می‌سازد.

افراد مبتلا به GAD در شهر تبریز، جامعه کلی را تشکیل می‌دهد: نمونه این پژوهش به روش نمونه‌گیری مبتنی بر هدف و بر اساس نمونه در دسترس انتخاب می‌شود. روانشناس

براساس ملاک‌های ذکر شده، بیماران واجد شرایط را به درمان گر ارجاع داده و درمان گر بعد از کسب رضایت بیمار و امضای رضایت نامه کتبی، ۶ معلم مبتلا به GAD را انتخاب کرده و با روش پله‌ای وارد درمان می‌کند. مراجع اول، در جلسه اول با تکمیل PSWQ و TSOES-LF وارد طرح درمان می‌شود. در جلسه دوم درمان مراجع اول، مراجع دوم وارد طرح درمان می‌شود. در جلسه سوم مراجع اول و جلسه دوم مراجع دوم، مراجع سوم وارد طرح درمان می‌شود. شناخت درمانی و درمان فراشناختی در ۱۲ جلسه، به صورت انفرادی بر روی آزمودنی‌ها اجرا می‌شود. آزمودنی‌ها در جلسات اول، سوم، ششم، نهم و دوازدهم PSWQ و TSOES-LF و در پایان درمان نیز آزمون‌های مرحله خط پایه را تکمیل می‌کنند. علاوه بر این در جلسه آخر مراجعان به روانشناس بالینی و روانپزشک ارجاع داده می‌شوند تا طبق SCID ارزیابی شوند.

وسایل اندازه‌گیری متغیرهای مورد نظر (با اشاره به پایایی و اعتبار آنها)

مصاحبه بالینی ساختاریافته برای تشخیص اختلالات محور I (SCID-I): مصاحبه بالینی ساختار یافته برای اختلالات محور I، مصاحبه‌ای انعطاف‌پذیر است که توسط فرست^۱، اسپیتزر^۲، گیبون^۳ و ویلیامز^۴ (۱۹۹۶؛ به نقل از سگال^۵، ۱۹۹۷) تهیه شد و تران^۶ و اسمیت^۷ (۲۰۰۴) ضریب کاپای ۶۰ درصد را به‌عنوان ضریب پایایی بین ارزیاب‌ها برای SCID گزارش کرده‌اند. شریفی و همکاران (۱۳۸۴) این مصاحبه را پس از ترجمه به زبان فارسی، بر روی نمونه ۲۹۹ نفری اجرا کردند. توافق تشخیصی برای اکثر تشخیص‌های خاص و کلی، متوسط یا خوب بود (کاپای بالاتر از ۶۰ درصد). توافق کلی (کاپای کل تشخیص‌های فعلی ۵۲ درصد و برای کل تشخیص‌های طول عمر ۵۵ درصد) به دست آمده نیز خوب بود.

پرسشنامه نگرانی ایالت پن (PSWQ): پرسشنامه نگرانی ایالت پن یک مقیاس ۱۶ گویه‌ای

1- First
2- Spitzer
3- Gibbon
4- Williams
5- Segal
6- Tran
7- Smith

است که توسط میر و همکاران (۱۹۹۰) برای سنجش شدت نگرانی و کنترل ناپذیری، طراحی و تدوین شد. نمره‌گذاری در یک مقیاس پنج درجه‌ای بر اساس لیکرت صورت گرفت. این پرسشنامه ثبات درونی بالایی دارد (ضریب آلفای کرونباخ (۰/۸۶ تا ۰/۹۶) و پایایی بازآزمایی این مقیاس را در طی ۴ هفته (۰/۷۴ تا ۰/۹۳) گزارش شده است (مولینا^۱ و بورکووک، ۱۹۹۴). در ایران نتایج شیرین‌زاده (۱۳۸۵) نشان داد که این مقیاس همسانی درونی خوبی دارد (ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۶) و پایایی بازآزمایی آن نیز به فاصله یک ماه خوب است (۰/۷۷ تا ۰/۹۰). پژوهش بخشی‌پور (۱۳۸۳) نیز نشان داد که این مقیاس همسانی درونی بسیار خوبی دارد (ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۴) و پایایی بازآزمایی آن را نیز در طی ۲ ماه (۰/۹۰) گزارش کرده است.

خودکارآمدی معلم (TSOES-LF): تشانن-موران و وولفولک هوی^۲ (۱۹۹۸) در پژوهش خود به بررسی مشخصات روان‌سنجی این پرسشنامه پرداختند. این پرسشنامه ۲۴ سوال دارد و در یک مقیاس پنج درجه‌ای بر اساس لیکرت نمره‌گذاری می‌شود. آنها پایایی این پرسشنامه را از طریق محاسبه ضریب آلفای کرونباخ محاسبه کردند. آنها برای مولفه درگیر کردن ۰/۸۷، راهبردهای آموزشی ۰/۹۱، و مدیریت ۰/۹۰ و برای کل مقیاس ۰/۹۴ برآورد نمودند. همچنین روایی سازه‌ای که در تحلیل آنها انجام شد، وجود این سه مولفه در پرسشنامه را مورد تأیید قرار دادند.

ساختار درمان فرا شناختی

معمولاً درمان از طریق اجرای یک سری مراحل فرمول‌بندی می‌شود. تعداد جلسات لازم برای هر مرحله به دو عامل بیمار و درمان‌گر بستگی دارد. عوامل مربوط به بیمار شامل سطح بینش، انگیزه و همکاری بیمار برای انجام تکالیف است. عوامل مرتبط به درمان‌گر نیز شامل سطح مهارت و تجربه اجرای فرا شناخت درمانی است. مراحل درمان به شرح زیر است:

فرمول‌بندی موردی بیمار (در ابتدا درمان‌گر توضیحات مختصر درباره مدل ارائه می‌دهد و از تکنیک‌های سوال‌های شرطی، برجسته کردن نا همخوانی، پرسشگری درباره اثربخشی

1- Molina

2- Tschannen-Morao, Wodfolk & Hoy

رفتار و آزمایش سرکوبی افکار استفاده می‌کند).

در مرحله بعد به بررسی باورهای مربوط به کنترل‌ناپذیری برای تضعیف باورهای مربوط به کنترل‌ناپذیری نگرانی پرداخته می‌شود. بحث تعدیل کردن نگرانی برای بیمار شواهدی فراهم می‌کند که نگرانی قابل کنترل است و می‌تواند به راحتی با فرآیندهای دیگر جایگزین شود.

در مرحله بعد با استفاده از توجه آگاهی انفصالی و به تعویق انداختن نگرانی تلاش می‌کند بیمار را متوجه کند که مشکل اصلی او باورهایش درباره نگرانی و راهبردهای دردرس ساز برای کنترل افکار است. توجه آگاهی انفصالی ابزار مفیدی برای جدا کردن افکار مزاحم از فرآیند کنترل است که به دنبال آن می‌آید و موجب انعطاف‌پذیری فرا شناختی می‌شود. به علاوه می‌توان از توجه آگاهی انفصالی به‌عنوان بخشی از آزمایش رفتاری برای بررسی باورهای فرا شناختی منفی درباره کنترل‌ناپذیری نگرانی استفاده کرد.

بعد از آزمایش توجه آگاهی انفصالی، هدف بعدی به تعویق انداختن چرخه نگرانی است که به‌طور طبیعی و خودکار به دنبال افکار برانگیزنده می‌آیند. به تعویق انداختن نگرانی هم باعث افزایش اثربخشی توجه آگاهی انفصالی می‌شود و هم ابزار مناسبی برای به چالش کشیدن باور کنترل‌ناپذیری نگرانی می‌باشد.

در گام بعدی درمان‌گر به چالش با باورهای کنترل‌ناپذیری نگرانی از طریق روش‌های کلامی، آزمایش از دست دادن کنترل می‌پردازد.

چالش با باورهای فرا شناختی مربوط به خطر از طریق برجسته کردن ناهمخوانی، بررسی شواهد، بررسی شواهد مخالف و آزمایش رفتاری صورت می‌گیرد. به چالش کشیدن باورهای فراشناخت مثبت از طریق اسناد مجدد کلامی و راهبرد ناهماهنگی نگرانی صورت می‌گیرد. برنامه‌های پردازشی جدید و پیشگیری از عود هم در مراحل پایانی درمان انجام می‌گیرد (ولز ۲۰۰۹، ترجمه اکبری، محمدی و اندوز، ۱۳۹۱).

در گروه درمان فرا شناختی جلسات درمان بعد از اجرای پیش‌آزمون به منزله اندازه‌گیری اثرات مداخله به‌صورت اجمالی به شرح زیر بود:

جدول (۱) خلاصه تکنیک‌های درمان فراشناختی

تکنیک‌ها
فرمول‌بندی، معرفی مدل، شناسایی آشناسازی با درمان سوال‌های شرطی، برجسته کردن ناهمخوانی‌ها پرسشگری درباره اثربخشی رفتار، آزمایش سرکوبی فکر بررسی باورهای مربوط به کنترل‌ناپذیری توجه آگاهی انفصالی و به تعویق انداختن نگرانی، آزمایش به تعویق انداختن نگرانی چالش با باورهای فرا شناختی مربوط به خطر نوشتن طرح‌های جدید پیشگیری از عود

درمان شناختی رفتاری: این روش به بیمار کمک می‌کند تا افکار منفی خود را شناسایی کند و آنها را مورد بررسی قرار دهد. رویکرد شناختی رفتاری عمدتاً براساس خودیاری استوار است و هدف درمان‌گر کمک به بیمار است تا بتواند مهارت‌های لازم را نه تنها برای حل مسایل جاری بلکه مسایل مشابه در آینده رشد دهد (هاوتون، ترچکه قاسم‌زاده ۱۳۸۰). در پژوهش حاضر درمان شناختی رفتاری شامل آموزش آرامش عضلانی و فتون توجه برگردانی (تمرکز بر یک شی، تمرکز بر خاطرات و خیال‌پردازی‌های خوشایند، آگاهی حسی به محیط اطراف، انجام تمرین‌های ذهنی و فعالیت‌های جالب) جزء روش‌های حل مساله شناختی و بازسازی شناختی بودند.

در این گروه، جلسات درمان بعد از اجرای پیش‌آزمون به منزله اندازه‌گیری اثرات مداخله به صورت اجمالی به شرح زیر اجرا شد:

جدول (۲) خلاصه تکنیک‌های درمان شناختی

تکنیک‌ها
آموزش آرمیدگی تکنیک توجه برگردانی، زمان نگرانی بازسازی شناختی مواجهه‌سازی تجربه‌های رفتاری و بازسازی شناختی بازسازی شناختی حل مساله تکلیف خانگی مرور و تمرین تکنیک‌های مورد نیاز

یافته‌ها

تحلیل داده‌ها با استفاده از فرمول درصد بهبودی و اندازه اثر صورت گرفت. بر اساس فرمول درصد بهبودی، ۵۰ درصد تغییر یا بیشتر در بررسی‌های موردی، معنادار است. همچنین زمانی که نمره فرد پس از مداخله کمتر از نقطه برش باشد، این میزان تغییر به لحاظ بالینی معنادار در نظر گرفته می‌شود. همچنین برای بررسی معناداری بالینی از فرمول RCI به شرح زیر استفاده شد.

$$RCI = \text{خطای استاندارد تفاوت/نمره پیش‌آزمون} - \text{نمره پس‌آزمون}$$

نمونه مورد پژوهش شامل ۶ معلم بود که در بازه سنی ۳۰ تا ۴۰ سال قرار داشتند. جداول ۳ و ۲ نمرات خرده‌مقیاس‌ها و نمره کل پرسشنامه‌ها در مراحل مختلف درمان را نشان می‌دهد.

جدول (۳) نمرات آزمودنی‌ها در پرسشنامه نگرانی

آزمودنی	مرحله	نمرات	درصد بهبود پایان درمان	درصد بهبود پیگیری
آزمودنی اول mct	خط پایه	۵۹	۶۶ درصد	۵۷ درصد
	پس‌آزمون	۲۰		
	پیگیری	۲۵		
آزمودنی دوم mct	خط پایه	۶۱	۵۹ درصد	۴۲ درصد
	پس‌آزمون	۲۵		
	پیگیری	۳۵		
آزمودنی سوم mct	خط پایه	۷۰	۵۴ درصد	۴۱ درصد
	پس‌آزمون	۳۲		
	پیگیری	۳۰		
آزمودنی اول ct	خط پایه	۶۵	۵۳ درصد	۴۶ درصد
	پس‌آزمون	۳۰		
	پیگیری	۳۵		
آزمودنی دوم ct	خط پایه	۶۰	۵۰ درصد	۵۰ درصد
	پس‌آزمون	۳۰		
	پیگیری	۳۰		
آزمودنی سوم ct	خط پایه	۶۰	۵۰ درصد	۴۶ درصد
	پس‌آزمون	۳۰		
	پیگیری	۳۲		

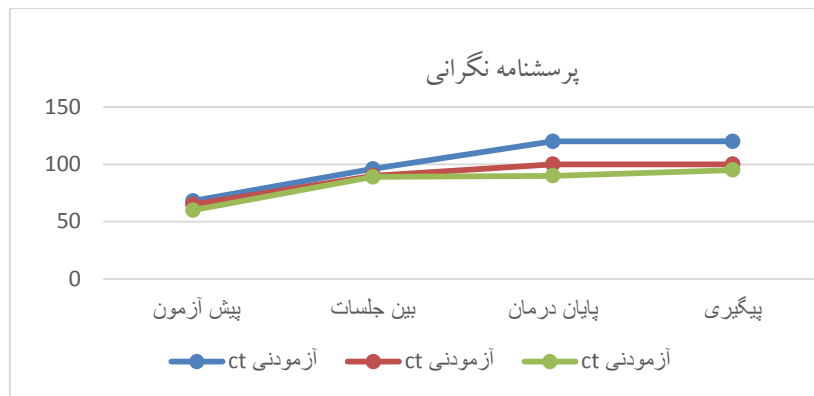
نمرات و درصد بهبودی آزمودنی‌ها در دو گروه درمان فرا شناختی و درمان شناختی در جدول (۳) مشاهده می‌شود. میانگین درصد بهبودی در گروه فراشناختی در مولفه نگرانی ۶۰ درصد و در گروه شناختی ۵۰ درصد بود. همانطور که مشاهده می‌شود تأثیر درمان فراشناختی در کاهش نگرانی بیشتر از گروه شناختی بوده است.

برای آن که شاخص تغییر پایا از نظر آماری معنی‌دار باشد بایستی نتیجه آن مساوی یا بیشتر از ۱/۹۶ باشد. با توجه به نمرات آزمودنی‌ها شاخص تغییر پایا برای گروه MCT برابر ۱۱/۵ و برای گروه CT برابر ۱۰/۲ بود که نشان می‌دهد هر دو درمان بر متغیر نگرانی بیماران تأثیر داشته است. اندازه اثر در گروه درمان فراشناختی ۶۵ درصد و در گروه درمان شناختی ۵۵ درصد بود که بر اساس تقسیم‌بندی کوهن اندازه اثر قابل قبولی است.

جدول (۴) نمرات آزمودنی‌ها در پرسشنامه خودکار آمدی

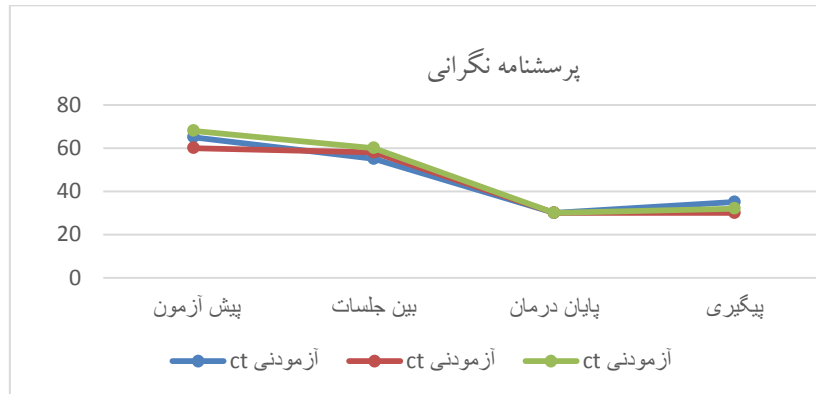
آزمودنی	مرحله	نمرات	درصد بهبود پایان درمان	درصد بهبود پیگیری
آزمودنی اول MCT	خط پایه	۴۰	۶۳ درصد	۷۲ درصد
	پس آزمون	۷۵		
	پیگیری	۷۰		
آزمودنی دوم MCT	خط پایه	۶۰	۶۶ درصد	۶۶ درصد
	پس آزمون	۱۰۰		
	پیگیری	۱۰۰		
آزمودنی سوم MCT	خط پایه	۷۵	۶۰ درصد	۶۰ درصد
	پس آزمون	۱۲۰		
	پیگیری	۱۲۰		
آزمودنی اول CT	خط پایه	۶۸	۷۶ درصد	۷۶ درصد
	پس آزمون	۱۲۰		
	پیگیری	۱۲۰		
آزمودنی دوم CT	خط پایه	۶۵	۴۲ درصد	۵۳ درصد
	پس آزمون	۱۰۰		
	پیگیری	۱۰۰		
آزمودنی سوم CT	خط پایه	۶۰	۵۰ درصد	۵۸ درصد
	پس آزمون	۹۰		
	پیگیری	۹۵		

نمرات و درصد بهبودی آزمودنی‌ها در دو گروه درمان فراشناختی و درمان شناختی در جدول (۴) مشاهده می‌شود. میانگین درصد بهبودی در گروه فراشناختی در مؤلفه خودکارآمدی ۶۳ درصد و در گروه شناختی ۶۰ درصد بود. همانطور که مشاهده می‌شود تأثیر درمان فراشناختی و شناختی در افزایش خودکارآمدی تقریباً یکسان است. شاخص تغییر پایا در متغیر خودکارآمدی در گروه فراشناختی برابر ۳/۹ و در گروه CT برابر ۴/۹ بود که نشان می‌دهد هر دو درمان در این متغیر هم اثربخش بوده است. اندازه اثر در گروه درمان فراشناختی ۷۲ درصد و در گروه درمان شناختی ۶۹ درصد بود که بر اساس تقسیم‌بندی کوهن اندازه اثر قابل قبولی است.



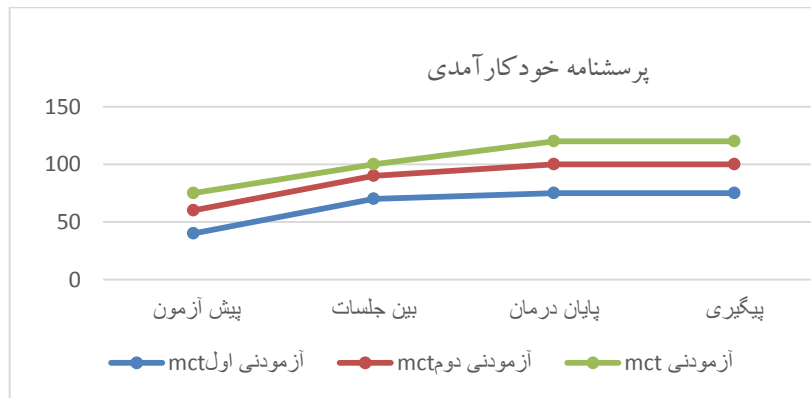
نمودار (۱) نمرات پرسشنامه نگرانی در آزمودنی‌ها در گروه فراشناخت درمانی

نمودار (۱) نمرات پرسشنامه نگرانی را در آزمودنی‌ها در گروه فرا شناخت درمانی نشان می‌دهد، همانطور که دیده می‌شود فرا شناخت درمانی موجب کاهش نمرات هر سه آزمودنی در متغیر نگرانی شده است.



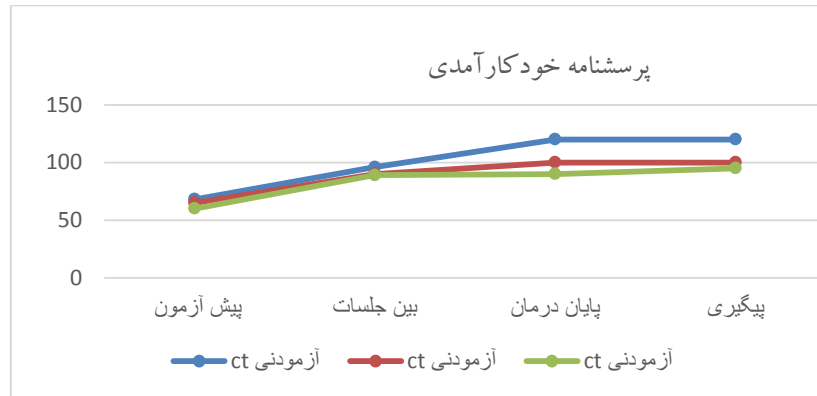
نمودار (۲) نمرات پرسشنامه نگرانی در آزمودنی‌ها در گروه شناخت درمانی

نمودار (۲) نمرات پرسشنامه نگرانی را در آزمودنی‌ها در گروه شناخت درمانی نشان می‌دهد، همان‌طور که دیده می‌شود شناخت درمانی موجب کاهش نمرات هر سه آزمودنی در متغیر نگرانی شده است.



نمودار (۳) نمرات پرسشنامه خودکارآمدی در آزمودنی‌ها در گروه فرا شناخت درمانی

نمودار (۳) نمرات پرسشنامه خودکارآمدی معلم را در آزمودنی‌ها در گروه فرا شناخت درمانی نشان می‌دهد، همان‌طور که دیده می‌شود فراشناخت درمانی موجب افزایش نمرات هر سه آزمودنی در متغیر خودکارآمدی شده است.



نمودار (۴) نمرات پرسشنامه خودکارآمدی در آزمودنی‌ها در گروه شناخت‌درمانی

نمودار (۴) نمرات پرسشنامه خودکارآمدی معلم را در آزمودنی‌ها در گروه شناخت‌درمانی نشان می‌دهد، همانطور که دیده می‌شود فراشناخت درمانی موجب افزایش نمرات هر سه آزمودنی در متغیر خودکارآمدی شده است

نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی درمان‌های فراشناختی و شناختی در کاهش علائم اختلال اضطراب فراگیر در معلمان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر بود. نتایج پژوهش نشان داد که هر دو درمان فراشناختی و شناختی باعث کاهش نگرانی و افزایش خودکارآمدی معلمان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر در پس‌آزمون می‌شود. این نتایج در راستای نتایج سایر پژوهش‌ها می‌باشد (ولز و فیشر، ۲۰۰۸؛ جورجیس، ۲۰۱۲؛ نورمن و همکاران، ۲۰۱۴؛ ولز، ۲۰۱۱). نظر به اینکه اضطراب فراگیر اختلالی است که از تعامل مؤلفه‌های فیزیولوژیکی، شناختی و رفتاری به‌وجود می‌آید می‌توان نتیجه‌گیری کرد هم درمان جامع‌شناختی رفتاری و هم فرا شناختی می‌تواند اثربخشی بالایی در مورد مولفه‌هایی مانند خودکارآمدی و نگرانی داشته باشد. در روان‌شناسی، خودکارآمدی به باورهای افراد در مورد توانایی و قابلیت‌های فردی‌شان در مواجهه با موقعیت‌های چالشی و تنش‌زا گفته می‌شود

که نقش مهمی در زندگی فردی، اجتماعی و عملکرد شغلی آنان دارد. این باورها و در اصطلاح عامیانه باور به اینکه «من می‌توانم» تعبیر می‌شود.

تکنیک‌های شناختی به مراجعان یاد می‌دهد که افکار اضطرابی خود را شناسایی کنند و آنها را به طور عینی مورد آزمون قرار دهند. درمان‌گر سعی می‌کند که بیمار را با اطلاعات جدیدی روبرو کند که قبلاً آنها را نادیده گرفته است. این تکنیک‌ها به مراجعان کمک می‌کند که تفسیرها و برداشت‌های نادرست خود از رویدادهای محیطی را تعدیل و تصحیح کنند و دیدگاه‌های جدیدی را ایجاد کنند. مراجعان یاد می‌گیرند که پیچیدگی و ابهام ویژگی اکثر موقعیت‌های زندگی است، و بنابراین یاد می‌گیرند که این ابهام و عدم قطعیت را تحمل کنند و از لحاظ شناختی انعطاف‌پذیری بیشتری داشته باشند. در نهایت مراجعان این دیدگاه شناختی جدید را به‌عنوان پاسخ مقابله‌ای متفاوتی در برابر رویدادهای اضطراب‌زا به کار می‌برند (هازل و استوس، ۲۰۰۸؛ به نقل از دهشیری، ۲۰۱۲). درمان فراشناختی هم بر مبنای مدل فرا شناختی ولز از شیوه‌های نوین درمان‌های غیردارویی است که جهت تبدیل و برطرف کردن خلاءهای نظریه شناختی شکل گرفته است و به بیان واضح‌تر، باورها و طرحواره‌هایی که ایس و بک در نظریه شناختی بر آنها تأکید کرده‌اند، می‌توانند عامل‌های فراشناختی باشند که توجه به شیوه ارزیابی و پاسخ‌های مقابله‌ای را شکل داده و خود باعث افزایش باورهای منفی عمومی گردند. این رویکرد بالینی موجب تعمیق درمان شده و به متخصصان بالینی کمک می‌کند تا به بیمارانشان آموزش دهند که بتوانند فرا شناخت‌های ناسازگار را که باعث افزایش این باورها می‌شود، تغییر دهند (ولز، ۲۰۰۹). درمان فراشناختی سطوح از مداخله را عرضه می‌کند که بر چالش محتوای تفکر و باورهای منفی که در درمان‌های سنتی شناختی بر آن تأکید می‌شود تأکید نمی‌ورزد (ولز، ۲۰۰۰) و سعی می‌کند فرا شناخت‌های را که به شیوه ناسازگار نه تفکرات منفی تکرار شونده را زیاد می‌کنند و یا باعث افزایش باورهای منفی عمومی می‌شوند، تغییر دهد (ولز، ۲۰۰۰). هدف اصلی درمان فراشناختی شامل توانا کردن بیماران به گونه‌ای است که با افکارشان به گونه‌ای متفاوت ارتباط برقرار کنند و کنترل و آگاهی فراشناختی قابل انعطاف را گسترش دهند و از انجام پردازش به‌صورت نگرانی و نشخوار فکری و بازنگری تهدید، جلوگیری نمایند. یا به عبارتی

دیگر، رویکرد فراشناختی، راهبردهایی را به بیمار می‌دهد تا خودش را از مکانیزم‌هایی که موجب قفل شدن در پردازش به‌صورت نگرانی، نظارت بر تهدید و خودکنترلی ناسازگار نه می‌شود، رها کند و با آموزش پردازش انعطاف‌پذیر هیجانی طرح و برنامه‌ای را در آینده برای راهنمایی تفکر و رفتار در مواجهه با تهدید و آسیب‌پذیری کند (ولز و سمبی، ۲۰۰۴).

همچنین نتایج پژوهش حاکی از اثر بخش‌تر بودن درمان فرا شناختی نسبت به درمان شناختی در کاهش نگرانی بود، این نتایج همسو با نتایج دیگر پژوهش‌هاست که به بررسی اثربخشی درمان فراشناختی در سایر اختلالات رفتاری پرداخته‌اند (اندوز، ۱۳۸۵ و احمدی و همکاران، ۲۰۱۱). در تبیین این نتیجه می‌توان گفت برخلاف درمان شناختی-رفتاری که شامل چالش با افکار و باورها در مورد آسیب و یا مواجهه‌های مکرر و طولانی مدت با خاطرات مربوط به تروما می‌باشد، درمان فرا شناختی شامل ارتباط با افکار به طریقی است که مانع ایجاد مقاومت و یا تحلیل ادراکی پیچیده شود و بتواند راهبردهای تفکر ناسازگار در مورد نگرانی و هم‌چنان نظارت غیرقابل انعطاف بر تهدید را از بین ببرد. یکی از عواملی را که در درمان‌های شناختی-رفتاری کلاسیک به آن پرداخته نشده است پرداختن به مهم‌ترین مولفه متمایزکننده GAD از سایر اختلالات اضطرابی یعنی نگرانی پاتولوژیک (نگرانی افراطی و غیرقابل کنترل) است (بورکووک و همکاران^۱، ۲۰۰۴؛ ولز و کینگ، ۲۰۰۶؛ داگاس و رابی‌چاوود^۲، ۲۰۰۷؛ دوزوآ و همکاران، ۲۰۰۸). از اوایل دهه ۱۹۹۰ به‌دنبال این که رسماً نگرانی پاتولوژیک به‌عنوان ویژگی اصلی این اختلال وارد سیستم طبقه‌بندی روانپزشکی گردید، نگاه مطالعات و نظریه‌پردازها به سمت بررسی نگرانی و ارتباط این پدیده با GAD، معطوف شد (دوزوآ و همکاران، ۲۰۰۸).

نظریه‌های شناختی در مورد آنچه که باعث به‌وجود آمدن الگوهای غیرمفید تفکر می‌شوند توضیحات مختصری ارائه کرده‌اند. بسیار ساده انگارانه است که ما این الگوهای تفکر را به وجود باورهای بنیادی درباره خود و جهان نسبت دهیم (همانند من آسیب‌پذیرم، من یک شکست خورده‌ام). این باورها باعث به‌وجود آمدن الگوهای فکر مختل می‌شوند

1- Borkovec et al
2- Robichaud

که عمدتاً منفی، تکرار شونده و فزاینده هستند و به دامنه وسیع از پاسخ‌ها منتهی می‌شوند در ضمن این باورها همیشه منجر به فشارهای هیجانی طولانی مدت نمی‌گردند. وجود باورهای منفی مشخصاً نمی‌تواند درباره الگوی تفکر و پاسخ‌های متعاقب آن توضیحی ارائه دهند. پس همانطور که گفته شد آنچه که در این جا مورد تأکید است به حساب آوردن عواملی است که تفکر را کنترل می‌کنند و وضعیت ذهن را تغییر می‌دهند و این نکته مهم‌ترین نقطه تمایز درمان فرا شناخت با مدل هوایی نظیر طرحواره درمانی است. در تبیین این نتیجه می‌توان گفت مداخله فرا شناخت علاوه بر محتوای افکار به فرآیند پردازش اطلاعات (مثل عدم انعطاف‌پذیری در پردازش اطلاعات)، چگونگی دریافت اطلاعات از بیرون و چگونگی برون داد اطلاعات توجه فزاینده دارد، کاربرد فرا شناخت درمانی در درمان اختلال اضطراب فراگیر فرصتی فراهم می‌کند که به چگونگی مفهوم‌بندی و درمان پدیده غیرقابل کنترل نگرانی در طیف وسیعی از اختلال‌ها پی برد. البته منطقی است که بپذیریم در ایجاد نگرانی افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر، عوامل خاص یا منحصر به فردی وجود دارد که با نگرانی افراد سالم متفاوت است. نتایج پژوهش‌ها نشان می‌دهند که محتوا و ماهیت نگرانی افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر خیلی شبیه به نگرانی افراد سالم است.

با این وجود مدل فرا شناخت معتقد است نگرانی در افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر با نگرانی افراد سالم تفاوت معنی‌داری دارد. نگرانی در اختلال اضطراب فراگیر مربوط به افکار و باورهای منفی‌تری درباره نگرانی است که به‌طور ویژه از طریق تکنیک‌های توجه آگاهی انحصالی و به تعویق انداختن نگرانی و چالش با باورهای کنترل‌ناپذیری نگرانی در درمان فرا شناختی به آن پرداخته می‌شود در صورتی که از عوامل مهمی که در دستورالعمل‌های درمان‌های شناختی- رفتاری کلاسیک گنجانده نشده است، پرداختن به مهم‌ترین مولفه متمایزکننده GAD از سایر اختلالات اضطرابی یعنی نگرانی پاتولوژیک (نگرانی افراطی و غیرقابل کنترل) می‌تواند دلیل اثربخش‌تر بودن درمان فراشناختی در نگرانی باشد (بورکووک و همکاران، ۲۰۰۴؛ ولز و کینگ، ۲۰۰۶؛ داگاس و رابی‌چاوود، ۲۰۰۷؛ دوزوآ و همکاران، ۲۰۰۸).

به‌عنوان نتیجه‌گیری می‌توان گفت هر دو درمان موجب کاهش نگرانی و افزایش خودکارآمدی معلمان شد. گرچه هر دو درمان در کاهش علائم اختلال اضطراب فراگیر معلمان به عنوان درمانی موثر می‌تواند استفاده شود اما درمان فراشناختی در مقایسه با درمان شناختی می‌تواند در مؤلفه نگرانی اثربخش‌تر باشد.

از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر دوره پیگیری کوتاه مدت و محدود بودن نمونه به افراد داوطلب می‌باشد، بنابراین در تعمیم این نتایج باید به جوامع دیگر احتیاط کرد. پیشنهاد می‌شود با توجه به اثربخشی و موفقیت این پژوهش، درمان‌ها در مراکز مشاوره به عنوان یک رویکرد درمانی مورد استفاده قرار گیرد. همچنین برگزاری کلاس‌ها کارگاه‌های آموزشی درمان مبتنی بر فرا شناخت در دانشگاه‌ها به‌منظور آشنایی بیشتر دانشجویان رشته مشاوره و روانشناسی با این رویکرد و نیز کارگاه‌های ویژه مشاوران روانشناسان به‌منظور پرورش درمانگران رویکرد فراشناختی پیشنهاد می‌شود. همچنین پیشنهاد می‌شود پژوهشگران در آینده کارایی این روش درمانی را در درمان سایر اختلالات اضطرابی نیز مورد بررسی قرار دهند، از طرفی با توجه به این نتایج به درمانگران پیشنهاد می‌شود این رویکرد درمانی را نسبت به سایر رویکردهای موجود در درمان اختلال GAD معلمان با توجه نقش مهمی که در ارتباط با دانش‌آموزان دارند در اولویت قرار دهند.

منابع

- اندوز، زهرا (۱۳۸۵). کارآیی و اثربخشی الگوی فرا شناختی ولز در درمان یک مورد وسواسی- جبری. مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران. ۱۲(۱): ۵۹-۶۶
- احمدی طهور، محسن؛ ربیعی، مهدی؛ کریمی، لطفاله؛ شموسی، نعمت‌اله (۱۳۹۸). اثربخشی مداخله فرا شناختی در بهبود علائم اختلال بد شکلی بدن (مطالعه موردی). مجله دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی سبزوار. ۱۸(۱): ۲۶-۳۲.
- Bandura A. (1990). Perceived self -efficacy in the exercise of control over AIDS infection. *Evaluation Plan*, 13(1): 9-17. DOI: 10.1016/0149-m7189(90)90004 – g 7.
- Barlow, D. (2002). *Anxiety and its disorders: the nature and treatment of anxiety and panic (2nd Ed.)*. New York: Guilford Press.
- Borkovec, T.D., Newman, M.G. (1998). Worry and generalized anxiety disorder. In A. S. Bellack & M. Hersen (Series Eds.) & P. Salkovskis (Vol. Ed.), *Comprehensive clinical psychology: Vol. 6. Adults: Clinical formulation and treatment* (pp. 439-459). London: Oxford University press
- Borkovec, T.D., Newman, M.G., Pincus, A.L., 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, 288-298.
- Borkovec, T.D., Alcaine, O.M., Behar, E. (2004). Avoidance theory of worry and generalized anxiety disorder. In: R. G. Heimberg, C. L. Turk, & D. S. Mennin (Eds.), *Generalized anxiety disorder: advances in research and practice*. New York: Guilford Press. 77-108.
- Borkovec, T. (2006). Applied relaxation and cognitive therapy for pathological worry and generalized anxiety disorder. In G. C. L. Davey & A. Wells (Eds), *Worry and Its Psychological Disorders: Theory, Assessment and Treatment*. Chichester: Wiley. 273-287.
- Davidson, J.R. (2004). Use of benzodiazepines in social anxiety disorder, GAD, and posttraumatic stress disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 65, 29-33.
- Dozois, D.J.A., Covin, R., Ouimet, A.J., Pamela, M., Seeds, D. (2008). A meta-analysis of CBT for pathological worry among clients with GAD. *Journal of Anxiety Disorders*, 22(1): 108-116.

-
- Dugas, M. J., Laducer, R., Leger, E., Freeston, M. H., Langlois, F., Provencher, M.D., 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(1): 821–825.
- Dugas, M.J., Robichaud, M. (2007). Cognitive-behavioral treatment for generalized anxiety disorder: From science to practice. New York: Rutledge
- Dehshiri, Gh. (2012). The effectiveness of cognitive behavioral therapy on anxiety and worry of individual with general anxiety disorder. *Journal of Clinical Psychology*. 4 (2): 19-27.
- Escobar, L, Freire, JM, Espinosa, R, Pajares, M, Giron, JA, Vazquez, JM (2002). Determination of insulin, leptin and neuropeptide y by radioimmunoanalysis in patients with morbid obesity and anorexia nervosa after therapeutic intervention]. *Medicine science*. 21(1):3 11-26.
- Eng, W., Heimberg, R.G. (2006). Interpersonal correlates of generalized anxiety disorder: Self versus other perception. *Anxiety Disorders*, 20(1):380–387.
- First, M.B., Spitzer, R.L., Gibbon, M., & Williams, J.B.W. (1996). Structural clinical interview for DSM-IV-TR axis I disorder, clinical version, patient edition. (SCID-CV). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Fisher, P. (2007). The efficacy of psychological treatment for generalized anxiety disorder. In Davey, G, C. L., and Wells, A. (Eds). Worry and its psychological disorder. New York: Wiley.359-377.
- Georghiades, P (2012). From the general to the situated: three decades of metacognition. *International Journal of science education*. 26(3): 365-383.
- Gosselin, P., Laducer, R., Charles, M., Morin, A., Dugas, M. J., Baillargeon, L. (2006). Benzodiazepine Discontinuation among Adults with GAD: A Randomized Trial of Cognitive–Behavioral Therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(1): 908–919.
- Hamranová, A. (2015). Content analysis of Selected Slovak Educational Journals Focusing on the Issue of Teacher's Mental Health. *Social Behavior Science*. 174(1):253-8 42.
- Karabiyik, B., & Korumaz, M. (2014). Relationship between teacher's self - efficacy perceptions and job satisfaction level. *Social Behavior Science*. 11(3):826 - 30.

-
- Kessler, C., Keller, B., Wittchen, H. U. (2001). The epidemiology of generalized anxiety disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 24(1):19-39.
- Kessler, R., Walters, E. Wittchen, H. U. (2004). Epidemiology. In R. Heimberg, C. Turk & D. Mennin (Eds), *Generalized anxiety disorder: Advances in research and practice*. New York: Guilford Press.29-50.
- Masi, G., Mucci, M., Flavilla, L., Romano, R. Poli, M. (1999). Symptomatology and comorbidity of Generalized anxiety disorder in children and adolescents. *Comprehensive Psychiatry*, 40(3) 210-215.
- Meyer, T. J., Miller, M. L., Metzger, R. L., Borkovec, T. D. (1990). Development and validation of the Penn State Worry Questionnaire. *Behaviour Research and Therapy*, 28(1): 487-495.
- Mitte, K. (2005). Meta-analysis of cognitive- behavioral treatments for generalized anxiety disorder: A comparison with pharmacotherapy. *Psychological Bulletin*, 131(1): 785-795.
- Molina, S., Borkovec, TD. (1994). The Penn State Worry Questionnaire: psychometric properties and associated characteristics. In: G. C. L. Davey & F. Tallis (Eds.), *Worrying: perspectives on theory, assessment, and treatment* Chichester: Wiley. 265-283.
- Mirsamii, M, Ebrahimighavam, S. (2007). The relationship between self-efficacy, social support and test anxiety and mental health of male and female students of Allameh Tabatabai University. *Psychology Education*. 7(2):56 -73. 4.
- Newman, M. G. (2000). Recommendations for a cost offset model of psychotherapy allocation using generalized anxiety disorder as an example. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(2): 549-555.
- Normann, N., Arnold, A., Morina, N. (2014), the efficacy of metacognitive therapy for anxiety and depression: a meta-analytic review. *Depression and anxiety*. 31(5): 402-411.
- Roger, C., Allison, JO. Pamela, MS., David, JA. (2008). A meta-analysis of CBT for pathological worry among clients with GAD, *Journal of Anxiety Disorder*. (22): 108-116.
- Riskind, T. H. (2004). Cognitive theory and research on Generalized anxiety disorder. In. R. L. Leahy (Eds). *Contemporary Cognitive theory*. New York: Guilford Press.62-85.

-
- Sima, V., Gavan, E, Asadzadeh, S. (2014). the relationship between self-efficacy and student perceptions, quarterly exceptional persons, 14(1): 23-39.
- Story, J., Zuker, B. G., & Craske, M. (2000). Secondary prevention of anxiety disorder. In D. J. A. Dozois & K. S. Dobsen (Eds). The prevention of anxiety and depression Washington, *American Psychiatric Press*.131-160.
- Sharifi V. Asadi M. Mohamadi M. (2004). Reliability of SCID. *Journal of cognitive sciences*, 8(1): 10-22.
- Shirinzadeh, S, Ghodarzi, M., Ghanizadeh, A., & Taghavi, M. (2008). Comparison of metacognitive beliefs and responsiveness in obsessive compulsive patients. *Journal of psychiatry and clinical psychology*. Iran. 14(1), 46-55.
- 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: Wiley. 269-290.
- Tschannen-Moran, M., Woolfolk Hoy, A., & Hoy, WK. (1998). Teacher efficacy: Its meaning and measure. *Review of educational research*, 68(2): 202-248.
- Van Droogenbroeck, F., Spruyt, B. (2015). Do teachers have worse mental health? Review of the existing comparative research and results from the Belgian Health Interview Survey. *Teaching Education*. 51(1):88- 100.
- Wells, A. (2000). Emotional disorders and metacognition: Innovative cognitive therapy. Chi Chester: Wiley.
- Wells, A. (2004). A cognitive model of GAD: metacognitions and pathological worry. In: R. G. Homberg, C. L. Turk, & D. S. Mennin (Eds.), *generalized anxiety disorder: advances in research and practice* (pp. 164–186). New York: Guilford Press.
- Wells, A., King, K. (2006). Metacognitive therapy for generalized anxiety disorder: An open trial. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 37(1): 206– 212.
- Wells, A. (2008). *Metacognitive therapy: A practical guide*. New York: Guilford Press.
- Wells, A., Welford, M., King, P., Wisely, J. & Mendel, E. (2008). A randomized trial of metacognitive therapy versus applied relaxation in the

treatment of generalized anxiety disorder. *Journal of Behavior Therapy*, 2008; 43(1): 117-32.

Wells, A., Semi, S. (2004). Metacognitive therapy for PTSD: A core treatment manual. *Cognitive and Behavioral Practice*. 11(7), 365-377.

Wells, A., Fisher, PL. (2008). Metacognitive therapy for obsessive compulsive disorder: A case series. *Journal of Behavior Therapy*, 43(1), 117-32.

Wells, A. (2011). *Metacognitive therapy for anxiety and depression*. New York: Guilford press./