

اثربخشی درمان فراشناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر راهبردهای منفی تنظیم هیجان و پردازش هیجانی افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر

نسترن مهاجری اول^۱، محمد نریمانی^{۲*}، گودرز صادقی^۲، نادر حاجلو^۲

۱. دکتری روانشناسی، گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران.
۲. استاد گروه روانشناسی، گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران.

چکیده

زمینه پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان فراشناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر راهبردهای منفی تنظیم هیجان و پردازش هیجانی افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر انجام گرفته است.

روش کار این پژوهش، نیمه‌آزمایشی است و در این طرح پژوهشی ۳۰ نفر دارای اختلال اضطراب فراگیر در دو گروه آزمایش و گروه کنترل با روش نمونه‌گیری هدفمند، از مراجعه‌کنندگان به کلینیک ندای آرامش روان شهر تهران انتخاب شدند. همه آزمودنی‌ها قبل و بعد از درمان، با پرسشنامه‌های نظم‌جویی شناختی هیجان (گارفنسکی، ۲۰۰۱) و پردازش هیجانی (باکر، ۲۰۰۷) ارزیابی شدند. آزمودنی‌های گروه آزمایش، ۸ جلسه درمان فراشناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی دریافت کردند. پس از اتمام درمان، از همه آزمودنی‌ها پس‌آزمون گرفته شد و داده‌ها با استفاده از آزمون کوواریانس چندمتغیره، تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها نتایج نشان داد که بین دو گروه آزمایش و کنترل در بهبود راهبردهای منفی تنظیم هیجان و پردازش هیجانی، تفاوت معناداری وجود دارد ($P \leq 0.005$).

نتیجه‌گیری می‌توان نتیجه گرفت که درمان فراشناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی، در کاهش راهبردهای منفی تنظیم هیجان و پردازش هیجانی افراد دچار اختلال اضطراب فراگیر، مؤثر است.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۷/۰۸/۰۱
تاریخ پذیرش: ۱۳۹۷/۱۰/۲۵

کلیدواژه‌ها:

ذهن‌آگاهی، درمان فراشناختی، تنظیم هیجان، پردازش هیجانی، اضطراب فراگیر.

۱. مقدمه

به تدریج شروع می‌شود و سال‌ها تداوم می‌یابد و حدود ۳ تا ۶ درصد شیوع دارد (۲ و ۳). اختلال اضطراب فراگیر، در بین اختلالات روانی، اختلالی شایع است (۴ و ۵). معمولاً این اختلال، به دوره‌ای درازمدت از ناتوانی می‌انجامد (۶) و مبتلایان به این اختلال، از آسیب‌های چشمگیری در کارهای روزانه، روابط اجتماعی و شغلی رنج می‌برند (۷ و ۸). اختلال اضطراب فراگیر، با سایر اختلالات اضطرابی، افسردگی و وابستگی به الکل و گستره‌ای از اختلالات شخصیت، همراه است. از این رو این اختلال، در سال‌های اخیر، به عنوان اختلالی دارای اهمیت در

اختلال اضطراب فراگیر، از انواع گوناگون اختلالات اضطرابی است که به صورت اضطراب افراطی و نگرانی ذهنی غیرقابل کنترل تعریف می‌شود که در آن، فرد دست کم سه علامت بدنی (تعریق، تپش قلب، احساس گرفتگی گلو، انتظار رخ دادن حادثه‌ای قریب‌الوقوع ناخوشایند و ...) را به مدت شش ماه نشان می‌دهد (۱). در مورد سن بروز و میزان شیوع این اختلال، تحقیقات نشان دادند که اختلال در دهه دوم زندگی و معمولاً

* نویسنده مسئول: محمد نریمانی

نشانی: گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران

دورنگار:

تلفن: ۰۹۰۱۵۱۸۸۷۱۰

رایانه: narimani@uma.ac.ir

شناسه ORCID: 0000-0001-7533-2323

شناسه ORCID نویسنده اول: 0000-0002-8644-896X

مجله علمی - پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی سبزوار، دوره ۲۷، شماره ۳، مرداد و شهریور ۱۳۹۹، ص ۴۵۱-۴۴۱

آدرس سایت: <http://jsums.medsab.ac.ir> رایانامه: journal@medsab.ac.ir

شاپای چاپی: ۱۶۰۶-۷۴۸۷

زمینه بهداشت همگانی در نظر گرفته شده است (۹۱). از طرف دیگر به نظر می‌رسد که اختلال اضطراب فراگیر، ناشی از سیستم پردازش فراشناختی معیوب و تفکرات منفی تکرارشونده این افراد باشد که سیکلی معیوب از افکار و باورهای فراشناختی منفی تکرارشونده را در فرد ایجاد می‌کند (۱۰). بنابراین روش درمانی جدیدی لازم است که تفکر را کنترل کند و وضعیت ذهن را تغییر دهد که این اساس نظریه فراشناختی است.

فراشناخت، به دانش درباره تفکر و شناخت و عواملی که بر افکار تأثیر می‌گذارد اشاره دارد. دیدگاه نظری و درمانی فراشناخت، بر باورها و تفکرات منفی، به عنوان نتیجه کنترل فراشناختی شناخت تأکید می‌کند و بیان می‌کند که چگونه فراشناخت، در تداوم و تغییر شناخت مؤثر است. درمان فراشناختی، سطوحی از مداخله را عرضه می‌کند که بر معضل محتوای تفکر و باورهای منفی تأکید نمی‌ورزد که درمان‌های سنتی شناختی بر آن تمرکز دارد (۱۱) و سعی می‌کند فراشناخت‌هایی که به شیوه ناسازگارانه، تفکرات منفی تکرارشونده را زیاد می‌کنند یا باعث افزایش باورهای منفی عمومی می‌شوند را تغییر دهد (۱۲). هدف اصلی درمان فراشناختی، توانا کردن بیماران به گونه‌ای است که با افکارشان به گونه‌ای متفاوت ارتباط برقرار کنند و کنترل و آگاهی فراشناختی قابل انعطافی را گسترش دهند و از انجام پردازش به صورت نگرانی و نشخوار فکری و بازنگری تهدید، جلوگیری کنند. یا به عبارتی، رویکرد فراشناختی، راهبردهایی را به بیمار می‌دهد تا خودش را از مکانیزم‌هایی که موجب قفل شدن در پردازش به صورت نگرانی، نظارت بر تهدید و خودکنترلی ناسازگارانه می‌شود، رها کند و با آموزش پردازش انعطاف‌پذیر هیجانی، طرح و برنامه‌ای را در آینده برای راهنمایی تفکر و رفتار در مواجهه با تهدید و آسیب‌پذیری کند (۱۳). درمان فراشناختی، مبتنی بر ذهن‌آگاهی علاوه بر تأکید بر تکنیک‌های بالا، شامل حالتی است که در آن، با وجود آگاهی عینی از افکار و وقایع درونی، هیچ‌گونه پاسخ‌دهی تلاش‌گرانه شناختی مثل ارزیابی تأییدی، تحلیل مفهومی، تلاش برای کنترل یا سرکوب و رفتاری صورت نمی‌گیرد (۱۴).

بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر برای اجتناب از هیجانات منفی، از راهبردهای مقابله‌ای ناسازگارانه استفاده می‌کنند و طبق مدل درمان فراشناختی برای فهم و مفهوم‌سازی دقیق این اختلال باید سندروم شناختی- توجهی و راهبردهای مقابله‌ای در کنار یکدیگر بررسی شوند. با توجه به ارتباط راهبردهای مقابله‌ای با راهبردهای نظم‌جویی هیجان می‌توان

تصور کرد که این بیماران، از راهبردهای نامناسبی برای نظم‌جویی هیجان بهره می‌برند (۱۴). راهبردهای نظم‌جویی شناختی هیجان می‌تواند به عنوان راهبردهای هشیارانه ذهنی توصیف شود که افراد برای مقابله با شرایط و اطلاعات برانگیزاننده هیجانی استفاده می‌کنند (۱۵). معمولاً واکنش افراد مضطرب، به صورت خودسرزنی، نشخوارگری، فاجعه‌سازی و ملامت دیگران است که با مشکلات هیجانی بیشتر مرتبط است (۱۶). یافته‌های اخیر نشان دادند که راهبردهای منفی تنظیم هیجان مانند سرزنی کردن خود، نشخوارگری و فاجعه‌سازی، رابطه مثبت با شاخص‌هایی از مشکلات هیجانی دارد (۱۷). در مقابل، راهبردهای مثبت تنظیم هیجان؛ شامل پذیرش، تمرکز مثبت و تمرکز روی برنامه برای بهزیستی و عملکرد موفقیت‌آمیز و ایجاد رفتار سازگار به دنبال حوادث مخرب زندگی مهم هستند. افراد دچار اختلال افسردگی و اضطراب فراگیر، از راهبردهای منفی تنظیم هیجان استفاده می‌کنند (۱۸).

از دیگر سو، در افراد دارای اضطراب فراگیر، هیجانات مخدوش، علاوه بر ایجاد سوگیری توجه، موجب نقص در پردازش هیجانی می‌شود (۹). در همه نظریه‌های شناختی، اعتقاد بر این است که سوگیری در فرایند پردازش اطلاعات، نقشی مهم در ایجاد و تداوم اختلالات هیجانی دارد (۱۹). افراد آسیب‌پذیر در برابر اختلال‌های روانی، اطلاعات مرتبط با اختلال خود را انتخاب، آن را در ذهن ذخیره و آن اطلاعات را بیشتر یادآوری می‌کنند. این سوگیری می‌تواند با افزایش حالت خلقی منفی به سوگیری بیشتری نسبت به اطلاعات عاطفی، منجر شود. مثلاً افراد مضطرب، بیشتر حوادث تهدیدکننده را به خاطر می‌سپارند و این یادآوری، باعث ادامه اضطراب و شدت آن می‌شود. از سویی، افراد افسرده، اطلاعات منفی را به خاطر می‌آورند و یادآوری این گونه اطلاعات، تداوم و شدت افسردگی را باعث می‌شود (۲۰ و ۲۱). آلیس و آشبروک معتقد هستند که اضطراب و افسردگی، به عنوان شیوه‌ای انعطاف‌ناپذیر از سیستم پردازش اطلاعات است؛ زیرا به شیوه‌ای نسبتاً کلیشه‌ای، حق تقدم را به برخی پردازش‌ها می‌دهد و از برخی پردازش‌های دیگر، جلوگیری می‌کند (۲۲). با توجه به اینکه درمان فراشناختی، بر رفتارهای مقابله‌ای ناسازگارانه و پردازش‌های معیوب، تأثیرگذار است؛ منطقی است که فرض کرد با اجرای این درمان بر روی بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر، بر کاهش علایم اختلال، مؤثر باشد (۱۱، ۱۲).

در درمان فراشناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی فرد باید بیاموزد که به جای نشانگان توجهی- شناختی، از ذهن‌آگاهی انحصالی استفاده کند و در واقع هیچ‌گونه فعالیت تلاش‌گرانه برای

ذهن آگاهی قرار گرفتند، در نهایت پس از درمان، از هر دو گروه، پس آزمون گرفته شد و نتایج توسط نرم افزار spss تحلیل شد. در این پژوهش، پس از فرمول بندی مشکل و شناسایی مراجع با مدل و شناسایی باورهای فراشناختی مثبت و منفی طی ۸ جلسه (هر هفته یک جلسه)، طبق مدل درمان فراشناختی مبتنی بر ذهن آگاهی از تکنیک های آموزش توجه و ذهن آگاهی انحصالی و تکنیک تداعی آزاد برای درمان استفاده شد.

گارفنسکی و همکاران، پرسشنامه نظم جویی شناختی هیجان را به منظور ارزیابی نحوه تفکر افراد بعد از تجربه رویدادهای استرس زای زندگی، ابداع کردند. این پرسشنامه ۳۶ عبارت دارد و مقیاس پاسخگویی لیکرتی در دامنه ای از ۱ (هرگز تا ۵ (همیشه) دارد. این پرسشنامه دارای ۹ خرده مقیاس مقصر دانستن خود، مقصر دانستن دیگران، تمرکز بر تفکر، مصیبت بار تلقی کردن (راهبردهای منفی تنظیم هیجان) و پذیرش، توجه مجدد به برنامه ریزی، توجه مثبت مجدد، بازاریابی مثبت، کنار آمدن با دیدگاه (راهبردهای مثبت تنظیم هیجان) است (۱۵). گارفنسکی و همکاران، پایایی آزمون را با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ به ترتیب برابر با ۰/۸۷، ۰/۹۳ به دست آوردند. اعتبار و پایایی این مقیاس در نمونه ایرانی را یوسفی (۲۰۰۷) از طریق همبستگی نمره کل با نمرات خرده مقیاس های آزمون بررسی کرد که دامنه ای از ۰/۴۰ تا ۰/۶۸ با میانگین ۰/۵۶ را در برمی گرفت که همگی آنها معنادار بودند. پایایی پرسشنامه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس های شناختی، ۰/۸۲ گزارش شده است.

پرسشنامه پردازش هیجانی باکر، ساخته باکر و همکاران (۲۰۰۷) یک مقیاس خودگزارشی ۳۸ آیتمی است که برای اندازه گیری سبک های پردازش هیجانی استفاده می شود. هر ماده بر اساس مقیاس لیکرت پنج درجه ای (کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم) درجه بندی می شود. این مقیاس دارای ۸ خرده مقیاس (مزاحمت، سرکوبی، فقدان هم سوئی، عدم کنترل، تجزیه، اجتناب، ناموزونی و برونی سازی شده) می باشد. خرده مقیاس سرکوبی، تجزیه، اجتناب و عدم کنترل مرتبط با دشواری در کنترل و بیان هیجانات، خرده مقیاس برونی سازی، ناموزونی و تجزیه مرتبط با دشواری در تشخیص و تجربه کردن هیجانات و خرده مقیاس مزاحمت با پردازش ناکافی هیجانات، مرتبط است. ضرایب آلفای کرونباخ و باز آزمایی این مقیاس به ترتیب ۰/۹۲، ۰/۷۹ گزارش شده است. همچنین در پژوهش لطفی و همکاران (۱۳۹۲) ضرایب آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس ها ۰/۸۵ و برای دشواری در تجربه و تشخیص هیجانات، دشواری در بیان

کنترل و سرکوبی، از خود نشان ندهد (۱۴). درمان فراشناختی با در نظر گرفتن نوع نگرانی و مورد هدف قرار دادن آن، منجر به تأثیر درمانی بزرگ تر و پایداری نسبت به سایر درمان ها می شود (۲۳). درمان فراشناختی، بر خلاف درمان شناختی- رفتاری، به جای تکیه بر محتوای افکار، به فرایند پردازش اطلاعات می پردازد و معتقد است که توجه سوگیری شده و پردازش های معیوب شناختی و فراشناختی همراه با باورهای فراشناختی، علت ابتلای فرد به اضطراب فراگیر است. بر اساس نظریه فراشناختی، ماهیت بسیاری از رفتارهای مقابله ای در اختلال اضطراب فراگیر، فراشناختی است (۲۴)؛ در نتیجه، درمان موفق این اختلال باید بر تعدیل چندین عامل فراشناختی، تمرکز داشته باشد. این عوامل عبارتند از: باورهای نادرست در مورد کنترل ناپذیری نگرانی، باورهای منفی در مورد پیامدهای آسیب زای نگرانی و باورهای مثبت در مورد سودمندی نگرانی به عنوان سبک مقابله ای (۲۵) که این عوامل به طور مستقیم با راهبردهای منفی تنظیم هیجان و پردازش هیجانی افراد دچار اختلال اضطراب فراگیر در ارتباط است و هدف این پژوهش نیز بررسی اثربخشی درمان فراشناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر راهبردهای منفی تنظیم هیجان و پردازش هیجانی افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر می باشد.

۲. مواد و روش

این پژوهش، یک پژوهش نیمه آزمایشی از نوع پیش آزمون- پس آزمون می باشد. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر در شهر تهران بود که از این جامعه، ۳۰ نفر به روش نمونه گیری هدفمند (در دو گروه آزمایش و کنترل) که به کلینیک ندای آرامش شهر تهران در سال ۹۷ مراجعه کرده بودند، انتخاب شدند. ملاک های ورود افراد نمونه شامل: ابتلا به اختلال اضطراب فراگیر مطابق با DSM5، قرار نگرفتن تحت هیچ گونه روان درمانی طی سه ماه گذشته، مبتلا نبودن به سایر اختلالات روان پزشکی، نداشتن سومصرف مواد و دارو، سن (۱۸ تا ۵۰ سال)، داشتن سطح تحصیلات حداقل دیپلم و ملاک های خروج افراد نمونه؛ شامل: برآورده نشدن ملاک های تشخیصی DSM5 برای اختلال اضطراب فراگیر، ابتلا یا داشتن سابقه صرع، عقب ماندگی ذهنی، مصرف داروهای ضد اضطراب در طول پژوهش بود و همه افراد مورد پژوهش با استفاده از پرسشنامه نظم جویی شناختی هیجان^۱ (۱۵)، پرسشنامه پردازش هیجانی باکر را ارزیابی کردند، سپس مراجعین تحت درمان فراشناختی مبتنی بر

جلسه هفتم: صحبت در مورد محتوای جلسه قبل، مرور تکالیف جلسه قبل، آموزش تکنیک ببر و تمرین آن در جلسه، آموزش تکنیک تصویرسازی ابرها و تمرین آن در جلسه، تأکید بر انجام تکالیف و دریافت بازخورد از مراجع.

جلسه هشتم: صحبت در مورد محتوای جلسات قبل، مرور تکالیف ارائه شده در طول درمان و تمرین آن‌ها و تأکید بر تداوم انجام تکالیف و صحبت در مورد وضعیت فعلی مراجع و میزان بهبود او با انجام پس‌آزمون.

اجرا: در ابتدا از همه آزمودنی‌ها پیش‌آزمون گرفته شد و پس از اجرای پس‌آزمون در هر دو گروه آزمایش و کنترل، گروه آزمایش تحت درمان فراشناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی قرار گرفتند و پس از درمان از هر دو گروه، پس‌آزمون گرفته شد. گروه کنترل به منظور رعایت ملاحظات اخلاقی، پس از اتمام پژوهش تحت درمان قرار گرفتند. در این پژوهش، از تحلیل کواریانس چندمتغیره برای تحلیل داده‌ها استفاده گردید و داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار spss تحلیل شدند.

۳. یافته‌های پژوهش

شرکت‌کنندگان این پژوهش ۳۰ فرد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر بودند. پیش از تحلیل داده‌ها به روش تحلیل کواریانس چندمتغیره، پیش‌فرض‌های تحلیل کواریانس چندمتغیره ارزیابی شد. نتایج آزمون کولموگروف-اسمیرنوف برای هیچ‌یک از متغیرها معنادار نبود که این یافته حاکی از آن است که فرض نرمال بودن برقرار است. همچنین نتایج آزمون M باکس و آزمون لوین معنادار نبودند که این یافته‌ها به ترتیب حاکی از آن است که فرض برابری ماتریس‌های کواریانس و فرض برابری واریانس‌ها برقرار است.

و توصیف هیجان‌ات و پردازش ناکافی هیجان‌ات به ترتیب ۰/۸۲/۰ و ۰/۷۵ و ۰/۷۲ محاسبه شده است.

درمان فراشناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی: این درمان را آدریان ولز در سال ۲۰۰۶ ارائه کردند که طی هشت جلسه هفتگی یک ساعته اجرا شد که از تکنیک‌هایی مثل آموزش توجه، ذهن‌آگاهی انفصالی و تکنیک تداعی آزاد استفاده شد.

جلسه اول: آشنایی، صحبت در مورد تعداد جلسات، طول دوره و مدت زمان جلسه و بیان خلاصه‌ای از هدف و روش درمان و انجام پیش‌آزمون.

جلسه دوم: صحبت در مورد محتوای جلسه قبل، آشنا کردن مراجع با الگوی درمان فراشناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی، آشنا کردن مراجع با تکنیک آموزش توجه در سه مرحله و تمرین آن در جلسه، در نهایت دریافت بازخورد از مراجع.

جلسه سوم: صحبت در مورد محتوای جلسه قبل، مرور تکالیف جلسه قبل، آموزش تکنیک ذهن‌آگاهی انفصالی و آزمایش ضدمنع بازداری و تمرین آن در جلسه، تأکید بر انجام تکالیف و دریافت بازخورد از مراجع.

جلسه چهارم: صحبت در مورد محتوای جلسه قبل، مرور تکالیف جلسه قبل، آموزش تکنیک تداعی آزاد و تمرین آن در جلسه، تأکید بر انجام تکالیف و دریافت بازخورد از مراجع.

جلسه پنجم: صحبت در مورد محتوای جلسه قبل، مرور تکالیف جلسه قبل، آموزش تکنیک کودک متمرکز و تمرین آن در جلسه، آموزش تکنیک ذهن سرگردان و تمرین آن در جلسه، تأکید بر انجام تکالیف و دریافت بازخورد از مراجع.

جلسه ششم: صحبت در مورد محتوای جلسه قبل، مرور تکالیف جلسه قبل، آموزش تکنیک تمثیل ایستگاه قطار و تمرین آن در جلسه، آموزش تکنیک حلقه کلامی و تمرین آن در جلسه، تأکید بر انجام تکالیف و دریافت بازخورد از مراجع.

جدول ۱. میانگین و انحراف استاندارد پیش‌آزمون و پس‌آزمون گروه‌های آزمایش و کنترل

گروه‌ها	تعداد	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		راهبردهای منفی تنظیم هیجان		پردازش هیجانی	
		SD	M	SD	M	SD	M	SD	M
اضطراب‌فراگیر	۱۵	۷/۸۷	۹۳/۶۲	۷/۵۳	۷۳/۵۴	۱۴/۴۷	۱۱۲/۲۶	۹۳/۲۳	۱۲/۳۲
کنترل	۱۵	۸/۵۷	۹۱/۹۸	۸/۴۹	۸۹/۶۴	۱۵/۹۴	۱۱۶/۳۱	۱۱۵/۸۴	۱۵/۸۱

هیجانی ($93/23 \pm 12/32$) گروه دچار اختلال اضطراب فراگیر از میانگین راهبردهای منفی تنظیم هیجان ($89/64 \pm 8/49$) و پردازش هیجانی ($115/84 \pm 15/81$) گروه کنترل کمتر می‌باشد.

در جدول ۱ شاخص آماری میانگین و انحراف استاندارد راهبردهای منفی تنظیم هیجان و پردازش هیجانی در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون گروه آزمایش و کنترل ارائه شده است. طبق یافته‌های جدول ۱، در مرحله پس‌آزمون میانگین راهبردهای منفی تنظیم هیجان ($73/54 \pm 7/53$) و پردازش

جدول ۲. نتایج آزمون باکس و لوین جهت بررسی پیش فرض همگنی کوواریانس

P	F	df2	df1	BOX
۰/۱۳۴	۱/۶۴	۵۲۷۱/۹۴۰	۲۰	۲۸/۷۰۱
P	F	dfخطا	df	Leven
۰/۰۶۴	۳/۲۴	۲۸	۱	راهبردهای منفی تنظیم هیجان
۰/۱۷۱	۴/۰۲	۲۸	۱	پردازش هیجانی

آزمون، معنادار نشده است ($P=۰/۰۵$). در نتیجه مفروضه برابری واریانس خطای نمره‌های وابسته برقرار می‌باشد. استفاده از تحلیل کوواریانس، بلامانع است.

از آزمون باکس و لوین به منظور بررسی فرض همسانی واریانس خطای نمره‌های وابسته استفاده شد. نتایج حاصل از آزمون باکس و لوین در جدول ۲ ارائه شده است. همان‌طور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود نسبت F مشاهده شده در هر دو

جدول ۳. آزمون چند متغیری برای راهبردهای منفی تنظیم هیجان و پردازش هیجانی

متغیر مستقل	آزمون‌ها	مقدار	F	Sig	مجذور اتا (PES)
اثر پیلایی	۰/۷۲۱	۴/۷۰۴	۰/۰۰۰۵	۰/۴۰۲	
روش درمانی	۰/۶۷۸	۶/۳۱۴	۰/۰۰۰۵	۰/۵۴۳	
اثر هاتلینگ	۱/۲۳۴	۶/۹۷۸	۰/۰۰۰۵	۰/۶۰۴	
بزرگترین ریشه روی	۱/۳۲۰	۲۲/۳۱	۰/۰۰۰۵	۰/۸۸۹	

معناداری دارند ($P \leq ۰/۰۰۰۵$). بنابراین برای پاسخ به اینکه آیا فراشناخت مبتنی بر ذهن آگاهی بر راهبردهای منفی تنظیم هیجان و پردازش هیجانی افراد دچار اختلال اضطراب فراگیر، مؤثر است از آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیری با کنترل اثر پیش‌آزمون استفاده شد که نتایج آن در جدول ۴ آمده است.

در جدول ۳ نتایج آزمون چندمتغیری برای بررسی تأثیر متغیر مستقل بر وابسته ارائه شده است. طبق یافته‌های جدول ۲، نتایج هر چهار آزمون نشان داد که متغیر مستقل بر متغیر وابسته، مؤثر بوده است. به عبارت دیگر، نتایج، حاکی از آن است که بین گروه آزمایش و کنترل، حداقل در یکی از متغیرهای راهبردهای منفی تنظیم هیجان و پردازش هیجانی، تفاوت

جدول ۴. نتایج تفکیکی تحلیل کوواریانس چند متغیری گروه‌های فراشناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و کنترل

متغیر وابسته	منبع اثر	مجموع مجدورات	df	میانگین مجدورات	آماره F	P	مجذور اتا
راهبردهای منفی	پیش‌آزمون	۲۵۲/۵۲۰	۱	۲۵۲/۵۲۰	۳۰/۲۰۲	۰/۰۰۰۵	۰/۳۴۲
تنظیم هیجان	گروه	۸۹۴/۳۱۰	۱	۸۹۴/۳۱۰	۱۰۲/۲۶۳	۰/۰۰۰۵	۰/۸۲۴
واریانس خطا	واریانس خطا	۱۹۵/۳۶۰	۲۶	۷/۳۱۲			
واریانس کل	واریانس کل	۷۲۰/۷۲۴	۲۹				
پردازش هیجانی	پیش‌آزمون	۳۸۴/۳۰۱	۱	۳۸۴/۳۰۱	۳۱/۸۰۳	۰/۰۰۰۵	۰/۳۷۱
گروه	گروه	۱۱۰۹/۶۱۲	۱	۱۱۰۹/۶۱۲	۱۲۱/۲۶۱	۰/۰۰۰۵	۰/۹۳۱
واریانس خطا	واریانس خطا	۳۰۲/۶۳۴	۲۶	۱۲/۳۲۴			
واریانس کل	واریانس کل	۶۴۲/۲۵۱	۲۹				

روش درمانی باعث کاهش معنادار راهبردهای منفی تنظیم هیجان ($F=۱۰۲/۲۶۳$ و $P \leq ۰/۰۰۰۵$) و کاهش معنادار پردازش هیجانی ($F=۱۲۱/۲۶۱$ و $P \leq ۰/۰۰۰۵$) بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر شده است.

۴. بحث و نتیجه‌گیری

هدف از انجام این پژوهش، بررسی اثربخشی درمان فراشناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر راهبردهای منفی تنظیم هیجان و پردازش

طبق جدول ۴، فراشناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، تأثیر معناداری بر نمرات پس‌آزمون داشته است که با در نظر گرفتن مجذور اتا می‌توان گفت ۸۲/۴ درصد تغییرات راهبردهای منفی تنظیم هیجان و ۹۳/۱ درصد تغییرات در پردازش هیجانی ناشی از فراشناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی است. بنابراین در پاسخ به سؤال پژوهشی مبنی بر تأثیر فراشناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در کاهش راهبردهای منفی تنظیم هیجان و پردازش هیجانی افراد، دچار اختلال اضطراب فراگیر می‌توان گفت که این

فراشناختی در مورد اختلالات اضطرابی اثربخش است، هماهنگ می‌باشد (۳۶-۳۷).

درگیری با باورهای فراشناختی، بیش از پیش باعث می‌گردد که فرد باور کند افکارش را تحت کنترل دارد و نشخوار فکری و نگرانی، بهبود یافته است و اضطراب و اجتنابش را کاهش دهد و عملکرد بهتری داشته باشد. همچنین با شروع اجرای تکنیک‌ها، تجربیات مثبت فرد، افزایش می‌یابد و فرد، انگیزه بیشتری در استفاده از تکنیک‌ها پیدا می‌کند و می‌تواند چرخه ناسالم باورهای فراشناختی، نشخوار فکری، اضطراب و رفتارهای اجتنابی که در موقعیت‌های مختلف تجربه می‌کند را بشکند (۳۸).

به طور کلی، رویکرد فراشناختی، مبتنی بر ذهن‌آگاهی، مشکل اصلی اختلال اضطراب فراگیر را انعطاف‌ناپذیری در انتخاب و اجرای طیف وسیعی از راهبردها برای مقابله با افکار و هیجانات مزاحم می‌داند. بنابراین با آزادسازی ظرفیت بیمار برای استفاده از راه‌های جایگزین در پاسخ به رخداد‌های درونی و شکستن عادت سابق پاسخ‌دهی به کاهش اضطراب کمک می‌کند. بهبود باورهای فراشناختی به بیماران کمک کرد رابطه جدیدی با افکار خود شکل دهند و آن‌ها را قادر کرد تا فراشناخت‌هایی را که شیوه ناسازگارانه تفکرات منفی تکرار شونده را فزونی می‌بخشند، تعدیل کنند. در ضمن، آموزش روش‌های استاندارد می‌مانند ذهن‌آگاهی گسلیده به بیماران می‌آموزد که در آینده، با به‌کارگیری این روش‌ها از اضطراب و راهبردهای منفی تنظیم هیجان جلوگیری کنند.

در مجموع می‌توان گفت که درمان DCS، درمان مناسبی برای بهبود علائم اختلال اضطراب فراگیر است و می‌توان از آن به عنوان شیوه مداخله مؤثر در کلینیک‌ها و بیمارستان‌های روانپزشکی برای بهبود راهبردهای منفی تنظیم هیجان و پردازش هیجانی افراد مبتلا به اضطراب فراگیر استفاده کرد. پیشنهاد می‌شود درمان فراشناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی در مورد سایر اختلالات اضطرابی نیز برای کاهش راهبردهای منفی تنظیم هیجان و بهبود پردازش هیجانی در کلینیک‌ها و مراکز درمانی به کار برده شود. همچنین در این پژوهش تلاش شد تا با انتصاب تصادفی نمونه‌های مورد آزمایش به گروه‌های آزمایش و کنترل، متغیرهای مزاحم و سوگیری‌های احتمالی، کم شود اما مهم‌ترین محدودیت این پژوهش، استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند است. همچنین محدود شدن نمونه‌ها به مراجعه‌کنندگان به کلینیک ندای آرامش روان، از دیگر محدودیت‌های این پژوهش است؛ لذا پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی از روش نمونه‌گیری تصادفی استفاده شود. همچنین با توجه به معنی‌دار شدن نتایج پژوهش، بهتر است در پژوهش‌های بعدی از پیگیری نتایج در فواصل زمانی مختلف استفاده شود تا میزان اثرگذاری نتایج در بلندمدت به صورت دقیق

هیجانی افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر بود. تا کنون تحقیقات اندکی در مورد اثربخشی درمان فراشناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی انجام شده است.

نتایج این پژوهش نشان داد که فراشناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی در کاهش راهبردهای منفی تنظیم هیجان اضطراب فراگیر، مؤثر است و با یافته‌های پژوهش نورتون و همکاران، عسکری مبارک، جانک و همکاران، فیشر و ولز و خرمدل و همکاران (۲۶-۳۰) همسو بود. مبتلایان به اختلال اضطراب فراگیر، تمایل دارند بیشتر از راهکارهای مقابله‌ای و نظم‌بخشی هیجانی ناکارآمد مانند نگرانی برای کاهش یا اجتناب از عواطف منفی و پیامدهای منفی ناشی از آن استفاده کنند. به عبارت دیگر، راهبردهای ناکارآمد نظم‌بخشی هیجان، منجر به افزایش عواطف منفی می‌شود (۳۱). در بحث اثربخشی فراشناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی در بهبود اضطراب، جانک و همکاران نشان دادند که باور افراد از کنترل‌ناپذیری اضطراب با شدت پاتولوژیک، همبستگی مثبت دارد. فیشر و ولز نشان دادند که افراد مضطرب، کنترل نگرانی‌های خود را دشوار گزارش می‌کردند و انواع باورهای منفی را در مورد نگرانی‌های خود گزارش کردند. خرمدل و همکاران نشان دادند که درمان فراشناختی ولز بر بیماران مبتلا به اضطراب در مقایسه با گروه کنترل، کاهش معناداری در اضطراب داشت. در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت که هدف اصلی فراشناخت درمانی این است که افراد با مشارکت فعال در درمان، مشکل را به گونه‌ای دیگر ببینند؛ یعنی خود را از مشکل جدا بدانند و با فاصله گرفتن از افکار به ویژه افکار منفی، بهتر بتوانند افکار و اندیشه‌های خود را ارزیابی کنند. این امر با کمک آموزش فنونی مثل آموزش توجه و ذهن‌آگاهی انفصالی و تکنیک تداعی آزاد، شناسایی افکار و احساسات منفی، بازگویی احساسات و هیجانات، قضاوت مثبت، بررسی راه‌های رسیدن به هدف و مقابله با معضلات، خلق راهکار برای مقابله با موقعیت‌های چالش‌انگیز و مدیریت رفتار انجام می‌شود.

همچنین، نتایج پژوهش حاضر نشان داد که درمان فراشناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی، در پردازش هیجانی اختلال اضطراب فراگیر، مؤثر است. این نتایج در راستای نتایج سایر پژوهش‌ها می‌باشد (۳۲-۳۴). در تبیین این نتیجه می‌توان گفت مداخله فراشناختی علاوه بر محتوای افکار، به فرایند پردازش اطلاعات مثل انعطاف‌ناپذیری در پردازش اطلاعات، توجه فزاینده دارد. آنچه 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 فراشناخت با مدل‌هایی نظیر طرح‌واره درمانی است (۳۵). این پژوهش با مطالعاتی که نشان داده‌اند درمان

بررسی شود.

تشکر و قدردانی

این مقاله، برگرفته از رساله دکتری رشته روانشناسی نویسنده اول

با شماره ۲۳۳۱ و داری کد اخلاق IR.ARUMS.REC.1397.093 از دانشگاه علوم پزشکی اردبیل می‌باشد. شناسه کارآزمایی بالینی پژوهش ۳۴۳۵۱ است. در پایان، نویسندگان، مراتب سپاس و قدردانی خود را نسبت به آزمونی‌هایی که در این پژوهش شرکت کردند، ابراز می‌دارد.

References

- [1]. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association. 2013; pp: 9-945.
- [2]. Sadoc B, Sadoc V. the behavioral science psychiatry summarv. Translated by Poorafkari N. Tehran: Shahrab Press. 2007; pp: 5-201
- [3]. Teesson M, Slade T. DSM-IV and DSM-5 social anxiety disorder in the Australian Community. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry. 2015; 49(3): 227-235.
- [4]. Furmark T. Social phobia: Overview of community surveys. Acta Psychiatrica Scandinavica, 2002; 105: 84-93.
- [5]. Kessler RC, Berglund P, Demler O. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the national comorbidity survey replication. Archives of General Psychiatry; 2005; 62: 593-602.
- [6]. Bruce SE, Yonkers KA, Otto MW, Eisen JL, Weisberg RB, Pagano M, Shea MT, & Keller MB. Influence of psychiatric comorbidity on recovery and recurrence in generalized anxiety disorder, social phobia, and panic disorder: A 12-year prospective study. American Journal of Psychiatry. 2005; 162: 79-87.
- [7]. Wittchen HU, Fuetsch M, Sonntag H, Müller N, & Liebowitz M. Disability and quality of life in pure and comorbid social phobia: Findings from a controlled study. European Psychiatry. 2000; 15: 46-58.
- [8]. Reich J, Hofmann SG. State personality disorder in social phobia, Annals of Clinical Psychiatry. 2004; 16: 139-144.
- [9]. Bandelow B, Boerner R, Kasper S, Linden M, Wittchen H-U, Moller H-J. The diagnosis and treatment of generalized anxiety disorder. Deutsches Arzteblatt International. 2013; 110(17): 300-1.
- [10]. Hamidpour H, Dolatshai B, Pour Shahbaz A, Dadkhah A. The efficacy of schema therapy in treating women's generalized anxiety disorder. Journal of Psychiatry & Clinical Psychology. 2011; 16(4): 420-31. (Persian).
- [11]. Wells A. Metacognitive therapy for anxiety and depression. New York: the Guilford Press. 2009; pp:11-542.
- [12]. Wells A. Emotional disorder and metacognition: Innovative cognitive therapy. Chic Hester: Wiley. 2000; pp: 2-17
- [13]. Wells A, Sembi S. Metacognitive therapy for PTSD: A core treatment manual. Cognitive and Behavioral Practice. 2004; 11(7): 365-377.
- [14]. Wells A. Detached mindfulness in cognitive therapy: A metacognitive analysis and ten techniques. Journal of Rational-Emotive & Cognitive Behavior Therapy. 2005; 23(4): 55-337.
- [15]. Garnefski N, Kraaij V, Spinhoven P. Negative life events, cognitive emotion regulation and emotional problems. Personality and Individual Differences. 2001; 30, 1311-1327.
- [16]. Jermann F, Van der Linden M, d'Acremont M, Zermatten A. Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (CERO): confirmatory factor analyses and psychometric properties of the French translation. European Journal of Psychological Assessment, 2006; 22, 126-131.
- [17]. Garnefski N, Kraaij V. Relationships between cognitive emotion regulation strategies and depressive symptoms: a comparative study of five specific samples. Personality and Individual Differences. 2006; 40, 1659-1669.
- [18]. Wang Y, Yi J, He J, Chen G, Li L, Yang Y, Zhu X. Cognitive emotion regulation strategies as predictors of depressive symptoms in women newly diagnosed with breast cancer. Psycho-Oncol. 2014; 23(1), 93-99.
- [19]. Clark DM, Mc Manus F. Information processing in social phobia. Biological Psychiatry. 2002; 51, 92-100.
- [20]. Braddellev A. Working memory, the psychology of learning and motivation, In G.H. Bower (EDs). 1995; pp: 13-231.
- [21]. Capron DW, Kotov R, Schmidt NB. A cross-cultural replication of an interactive model of anxiety sensitivity relevant to suicide. Psychiatry Research. 2013; 205(1): 74-8.
- [22]. 22- Constans JL. Worry propensity and the perception of risk. Behavior Research and Therapy. 2001; 39(6), 721-729.
- [23]. Hirsch CR, Hirsch A, Mathews A, Lequertier B, Perman G, Hayes S. Characteristics of worry in Generalized Anxiety Disorder. Journal Behavior Therapy & Experimental Psychology. 2013; 44(4), 388-395.
- [24]. Wells A. Meta-cognition and worry: A cognitive model of generalized anxiety disorder. 1995; 23: 301-20.
- [25]. Wells A. Metacognitive therapy: Cognitive applied to regulation cognition. Behavior Psychotherapy. 2008; 36(6), 651-658.
- [26]. Norton AR, Abbott MJ, Norberg MM, Hunt CA. Systematic review of mindfulness and acceptance-based treatments for social anxiety disorder. Journal of Clinical Psychology. 2015; 71(4): 283-301.
- [27]. Askari Mobarak K. The effect of Meta-Cognitive therapy on anxiety symptoms of social phobia disorder patients. Knowledge & Research in Applied Psychology. 2012; 12(4,46): 12-19. (Persian).
- [28]. Janeck AS, Calamari JE, Riemann BC, Heffelfinger SK. Too much thinking? Metacognitive differences in obsessive compulsive disorder. Journal of Anxiety Disorder. 2003; 17(2): 95-181.
- [29]. Fisher PL, Wells A. Metacognitive therapy for obsessive compulsive disorder: Acase series. Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry. 2008; 39(2): 32-117.
- [30]. 30- Khorramdel K, Neshatdoost HT, Molavi H, Amiri SH, Bahrami F. The effect of metacognitive therapy of wells in patient with anxiety. Journal of Fundamental Health. 2010; 12(1): 9-400.
- [31]. Mennin DS, Turk CL, Heimberg RG, Carmin C. Focusing on the regulation of emotion: a new direction for conceptualizing generalized anxiety disorder. In: M. A. Reinecke and D. A. Clark (Eds.), Cognitive therapy over the lifespan: evidence and practice. New York: Cambridge University Press. 2004; pp: 60-89.
- [32]. Sattary-Najaf-Abady R, Heidary H. The effectiveness of Meta-cognitive treatment on test anxiety in student. Journal of Behavior Science. 2015; 9(1): 27-32. (Persian).
- [33]. Wells A, Fisher PL. Metacognitive therapy for obsessive compulsive disorder: A case series. Journal of Behavior Therapy and Experiment Psychiatry. 2008; 43: 117-32.
- [34]. Ross KE, Van K. An open trail of group metacognitive therapy for obsessive-compulsive disorder. Journal of Behavior Therapy and Experiment Psychiatry. 2008; 39: 451-8.
- [35]. Wells A. Emotional disorder and metacognition. Translate by Bahrami F and Rezvan Shyva. Isfahan: Mani Press. 2000; pp: 5-157.
- [36]. Abolghasemi A, Alizade H, Kazemi M, Narimani M. The effect of meta-cognitive and drug therapies on meta-

- cognitive beliefs of patients with OCD. Iran Journal of Behavior Science. 2011; 4(4): 12-305.
- [37]. Ghahvehchi-Hosseini F, Fathi-Ashtiani A, Azadfallah P. Meta-cognitive therapy versus cognitive therapy in reducing meta-worry in students with anxiety disorder. Iran Journal of Behavior Science. 2013; 7(1):19-26.
- [38]. Wells A. Metacognitive therapy for anxiety and depression. Translated by Akbari M, Mohammadi A, Hamidpoor H, Andooz Z. Tehran: Arjmand publications. 2012; pp: 25-315. (Persian).

The Effectiveness of Metacognitive Therapy Based on Mindfulness on negative Emotion Regulation Strategies and Emotional Processing in People with General Anxiety Disorder

Mohajeri-Aval Nastaran¹, Narimani Mohammad^{2*}, Sadeghi Goodarz², Hajloo Nader²

1. PhD in Psychology, Department of Psychology, Faculty of Education and Psychology, Mohaghegh Ardabili University, Ardabil, Iran.
2. Professor of Psychology, Department of Psychology, Faculty of Education and Psychology, Mohaghegh Ardabili University, Ardabil, Iran.

Abstract

Background: The main aim of the present study was investigating the effect of metacognitive therapy based on mindfulness on negative emotion regulation strategies and emotional processing in people with general anxiety disorder.

Materials & Methods: This was a semi-experimental research and in this research project, 30 person with general anxiety disorder were selected from Tehran Nedaye Aramesh Ravan clinic's clients using purposeful sampling. All subjects, in two experimental and control groups, were evaluated before and after treatment by Cognitive Emotion Regulation Questionnaire and Emotional Processing Scale. Subjects in experimental group received 8 session of metacognitive therapy based on mindfulness. After completion of treatment, all subjects were retested. Data were analyzed using Analysis of Covariance (MANCOVA).

Results: The results showed that there is a significant difference between experimental and control group in improving the negative emotion regulation strategies and emotional processing ($P \leq 0/0005$).

Conclusion: The results of this study showed that metacognitive therapy based on mindfulness can decrease negative emotion regulation strategies and emotional processing in people with general anxiety disorder.

Received: 2018/10/23

Accepted: 2019/01/15

Keywords: Mindfulness, Meta-Cognitive Therapy, Emotional Regulation, Emotional Processing, General anxiety disorder.