

اثربخشی فراشناخت‌درمانی بر اضطراب و بهزیستی روان‌شناختی بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر

تاریخ دریافت: ۹۷/۱۲/۱۵ - تاریخ پذیرش: ۹۹/۰۶/۱۷

چکیده

مقدمه: اختلال اضطراب فراگیر زندگی فردی، اجتماعی و شغلی بیماران را با آسیب مواجه می‌سازد. بر این اساس پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی فراشناخت‌درمانی بر اضطراب و بهزیستی روان‌شناختی بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر انجام گرفت.

روش کار: روش پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه و دوره پیگیری دوماهه بود. جامعه آماری پژوهش، شامل تمام افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی مراجعه کننده به مراکز مشاوره شهر تهران در سال ۱۳۹۶ بود. در این پژوهش از روش نمونه‌گیری غیراحتمالی هدفمند و گمارش تصادفی استفاده شد. پس از انتخاب حجم نمونه و گمارش آنها در گروه‌های آزمایش و گواه، گروه آزمایش مداخلات درمانی را طی سه ماه به صورت هفته‌ای یک جلسه ۹۰ دقیقه‌ای دریافت نمودند. پرسشنامه‌های مورد استفاده در این پژوهش شامل پرسشنامه اختلال اضطراب فراگیر (اسپیتر و همکاران، ۲۰۰۶)، پرسشنامه اضطراب (بک، اپستین، براون و استیر، ۱۹۸۸)، پرسشنامه بهزیستی روان‌شناختی (ریف، ۱۹۸۰) بود. داده‌های حاصل از پژوهش به شیوه تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر تجزیه و تحلیل شد.

نتایج: نتایج حاصل از تحلیل داده‌ها نشان داد که فراشناخت‌درمانی بر اضطراب و بهزیستی روان‌شناختی بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر موثر بوده است ($p < 0/001$). بدین صورت که این درمان توانسته منجر به کاهش اضطراب و بهبود بهزیستی روان‌شناختی بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر شود. **نتیجه‌گیری:** مطابق با یافته‌های پژوهش حاضر می‌توان نتیجه گرفت که فراشناخت‌درمانی روشی کارآمد در جهت کاهش اضطراب و بهبود بهزیستی روان‌شناختی بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر به شمار می‌رود و می‌توان از این درمان برای بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر بهره برد.

کلمات کلیدی: فراشناخت‌درمانی، اضطراب، بهزیستی روان‌شناختی، اضطراب فراگیر

عاطفه عباسی^۱

اصغر آقایی جشقانی^{۲*}

حسین ابراهیمی مقدم^۳

^۱ دانشجوی دکتری روان‌شناسی عمومی، دانشگاه آزاد

اسلامی، واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران.

^۲ استاد گروه روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد

اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران

^۳ دانشیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد

رودهن، ایران.

Email: aghaei.psy@gmail.com

مقدمه

اضطراب^۱ به منزله بخشی از زندگی هر انسان، در همه افراد به حدی اعتدال‌آمیز وجود دارد و این حد، به عنوان پاسخی سازش یافته تلقی می‌شود، اما تا جایی که به اضطراب مرضی تبدیل نشود. اختلال اضطراب فراگیر^۲ یکی از شایع‌ترین اختلالات روان‌پزشکی است (لیب، بکر و آلتامارا^۳؛ ۲۰۰۵؛ امیر، تابواس و مونتررو^۴؛ ۲۰۱۹) که در پنجمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی^۵ با اضطراب و نگرانی شدید در مورد چندین رویداد با فعالیت که در اکثر روزها و حداقل ۶ ماه دوام داشته، کنترل آن مشکل بوده و با علائم جسمانی نظیر تنش عضلانی، تحریک‌پذیری، اشکال در خواب و بی‌قراری همراه است، تعریف می‌شود (بشارت، حافظی، رنجبر شیرازی و رنجبری، ۱۳۹۷؛ هیز- شلتون، رومر و اورسیلو^۶؛ ۲۰۱۳).

میزان شیوع یک ساله آن ۳/۱ و شیوع طول عمر ۴ تا ۷ درصد تخمین زده شده است. حدود ۱۲ درصد از بیمارانی که به کلینیک‌های روان‌پزشکی مراجعه می‌کنند، و تقریباً ۲۵ درصد افراد مراجعه کننده به کلینیک‌های اختلالات اضطرابی مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر هستند (کسلر، کلر و ویتچن^۷؛ ۲۰۰۱؛ وو^۸ و همکاران، ۲۰۱۹). اختلال اضطراب فراگیر باعث اختلال عملکرد شدیدی می‌شود و بدین درمان احتمال بهبودی ضعیفی دارد (داهلین^۹ و همکاران، ۲۰۱۶). اکثر پژوهش‌های همه‌گیرشناسی در ایران اختلال اضطراب فراگیر را به عنوان شایع‌ترین اختلال اضطرابی مطرح کرده‌اند (حسینی غفاری، محمدخانی، پورشهباز و دولت‌شاهی، ۱۳۹۲) و در برخی پژوهش‌های دیگر این اختلال نه تنها شایع‌ترین اختلال

اضطرابی، بلکه در بین سایر اختلال‌های روان‌شناختی، این اختلال به عنوان یکی از مهم‌ترین اختلال‌های ناتوان کننده برای بزرگسالان مطرح شده است (کایچپرس^{۱۰} و همکاران، ۲۰۱۴؛ لئونارد و آبراموویتچ^{۱۱}؛ ۲۰۱۹).

بروز اختلال اضطراب فراگیر آسیب‌های روان‌شناختی دیگری را نیز در فرد به وجود می‌آورد که می‌تواند فرایند شناختی، فراشناختی، ارتباطی و اجتماعی فرد را تحت تاثیر قرار دهد (دهشیری، ۱۳۹۱؛ منصور، بخشی پوررودسری، محمودعلیلو، فرنام و فخاری، ۱۳۹۰). از طرفی باید اشاره کرد که وقتی فرد به اضطراب فراگیر مبتلا می‌شود، میزان نگرانی وی به شدت افزایش یافته (منصوری، بخشی پوررودسری، محمودعلیلو، فرنام و فخاری، ۱۳۹۰) و این فرایند بهزیستی روان‌شناختی وی را کاهش می‌دهد (چانگ^{۱۲} و همکاران، ۲۰۱۹). بهزیستی روان‌شناختی به کیفیت تجربه شده زندگی اشاره می‌کند و منعکس کننده عملکرد و تجربه روان‌شناختی مطلوب است. معنی لغوی بهزیستی یک حالت رضایت از شاد بودن، سلامتی و موفقیت است که به تجربه و عملکرد روان‌شناختی مطلوب اشاره می‌کند. بهزیستی توانایی شرکت فعالانه در کار و تفریح، خلق روابط معنی‌دار با دیگران، گسترش حس خودمختاری و داشتن هدف در زندگی و تجربه کردن هیجانات مثبت است (سیریگاتی، پنزو، گینتی، کاسل و استفانیل^{۱۳}؛ ۲۰۱۶). بهزیستی شامل ابعادی مانند پذیرش خود، روابط مثبت با دیگران، استقلال، تسلط بر محیط، هدفمندی در زندگی و رشد شخصی می‌شود (چو، مارتین، مارگرت، مک دونالد و پون^{۱۴}؛ ۲۰۱۱). در نهایت ریف و کلینجر^{۱۵} (۲۰۰۸) معتقدند که بهزیستی صحیح شامل هیجانات مثبت، ویژگی‌های شخصیتی بالغ مانند خود رهبری، مشارکت کردن، خودشکوفایی، رضایت از زندگی و نیروهای شخصیتی مانند

1. Anxiety
Generalized Anxiety Disorder
3. Lieb, Becker, Altamura
4. Amir, Taboas, Montero
Diagnostic and Statistical Manual of Mental
disorder-Fifth Edition
worry
7. Hayes-Skelton, Roemer, Orsillo
8. Kessler, Keller, Wittchen
9. Wu
10. Dahlin

¹ . Cuijpers, Sijbrandij, Koole, Huibers, Berking

¹ . Leonard, Abramovitch ² ⁶

¹ . Chang ³

¹ . Sirigatti, Penzo, Giannetti, Casale, Stefanile

¹ . Cho, Martin, Margrett, MacDonald and Poon

¹ . Cloninger ⁶

ابتلا به اضطراب و نگرانی است. بر اساس نظریه فراشناختی ماهیت بسیاری از رفتارهای مقابله‌ای در اختلال اضطراب فراگیر، روان‌شناختی است (حسینی غفاری و همکاران، ۱۳۹۲). بر اساس مدل فراشناختی، درمان موفق اختلال اضطراب فراگیر بایستی بر تعدیل چندین عامل فراشناختی تمرکز داشته باشد. این عوامل عبارتند از باورهای نادرست در مورد کنترل‌ناپذیری نگرانی، باورهای منفی در مورد پیامدهای آسیب‌زای نگرانی و باورهای مثبت در مورد سودمندی نگرانی به عنوان سبک مقابله‌ای (هانسمیر، اکسندر، ریف و گلوبیوسکی، ۲۰۱۶).

در باب ضرورت انجام پژوهش حاضر باید اشاره کرد که اختلال اضطراب فراگیر باعث ایجاد اختلال در فرایند زندگی شخصی، اجتماعی، ارتباطی و شغلی می‌شود (لیا، تیان، لیا، نیگاتا و وانگ، ۲۰۱۹). اختلال در عملکرد اجتماعی و شغلی نیز به مرور عزت‌نفس و خودکارآمدی بیماران را کاهش می‌دهد. همچنین باید اشاره کرد که عدم درمان اختلال اضطراب فراگیر می‌تواند منجر به بروز آسیب‌های بیشتر در دیگر حوزه‌ها و همچنین پدیدآیی دیگر آسیب‌های روان‌شناختی و هیجانی در نزد این افراد گردد. بر این اساس بکارگیری روش‌های درمانی کارآمی‌تواند به عنوان راهگشایی در جهت بهبود مولفه‌های روان‌شناختی این بیماران به شمار رود. حال با توجه به آسیب‌های روان‌شناختی و هیجانی در افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر همچون ضعف وجود اضطراب و ضعف در بهزیستی روان‌شناختی و اهمیت بهره‌گیری از روش‌های درمانی و مداخله‌ای مناسب، و از سوی دیگر تأیید کارآیی فراشناخت درمانی در بهبود مولفه‌های روان‌شناختی جامعه‌های آماری مختلف و سرانجام عدم انجام پژوهشی در راستای بررسی اثربخشی فراشناخت درمانی بر اضطراب و بهزیستی روان‌شناختی بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر، مساله اصلی پژوهش حاضر بررسی این نکته است که آیا فراشناخت درمانی بر اضطراب و بهزیستی روان‌شناختی بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر تاثیر دارد؟

امید، دلسوزی و شجاعت می‌شود. هم‌چنین به خودآگاهی به عنوان کلید بهزیستی صحیح اشاره شده است، مبتنی بر این حقیقت که ویژگی‌های بهزیستی اگر درونی نشوند، خود به خود تجربه نشوند و افراد از خود و اعمال شان آگاه نباشند، تقلیل می‌یابند.

تاکنون روش‌های درمانی مختلفی بر مولفه‌های روان‌شناختی افراد مبتلا به اضطراب فراگیر صورت پذیرفته است. یکی از این روش‌ها فراشناخت درمانی است. در سال‌های اخیر فراشناخت به عنوان پایه و اساس بسیاری از اختلال‌های روان‌شناختی مورد بررسی قرار گرفته و کارایی آن در درمان آسیب‌های مختلف روانی به خصوص در افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر نشان داده شده است (شفیعی شنگ آتش، رفیعی‌نیا و نجفی، ۱۳۹۱؛ اصلی آزاد، فرامرزی، عارفی، فرهادی و فکار، ۱۳۹۳؛ عاشوری، ۱۳۹۴؛ سوری، آزادمد، زاهدی و عاشوری، ۱۳۹۴؛ ذوالفقاری و ارشادی‌منش، ۱۳۹۶؛ اصلی آزاد، ۱۳۹۸؛ هیدن، روزن، دکر، دامسترا و دین، ۲۰۱۶؛ هجمدال و همکاران، ۲۰۱۶؛ اسبجورن، نورمان، مانکیو، کریستسن و رین‌هولدت-دان، ۲۰۱۸؛ کاپایانوسو، ریوس، موریسون و ولز، ۲۰۱۸).

رویکرد فراشناختی بر این باور است که افراد به این دلیل در دام ناراحتی هیجانی گرفتار می‌شوند که فراشناخت‌های آنها به الگوی خاصی از پاسخدهی به تجربه‌های درونی منجر می‌شوند که موجب تداوم هیجان منفی و تقویت باورهای منفی می‌شود. این الگو نشانگان شناختی توجهی خواننده می‌شود که شامل نگرانی، نشخوار فکری، توجه تثبیت شده و راهبردهای خودتنظیمی و یا رفتارهای مقابله‌ای ناسازگارانه می‌شود (ولز، ۲۰۰۹). درمان فراشناختی برخلاف درمان شناختی-رفتاری به جای تکیه بر محتوای افکار، به فرآیند پردازش اطلاعات می‌پردازد و معتقد است که توجه سوگیری شده و پردازش‌های معیوب شناختی و فراشناختی همراه با باورهای فراشناختی، علت

1. Heiden, Rossen, Dekker, Damstra, Deen

2. Hjemdal

3. Esbjorn, Normann, Munkebo, Christiansen, Reinholdt-Dunne

4. Capobianco, Reeves, Morrison, Wells

5. Hansmeier, Exner, Rief, Glombiewski

6. Liu, Tian, Liu, Nigatu, Wang

روش کار

روش پژوهش حاضر از نوع نیمه آزمایشی پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه کنترل و دوره پیگیری دو ماهه بود. متغیر مستقل فراشناخت‌درمانی و متغیرهای وابسته اضطراب و بهزیستی روان‌شناختی افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر بود. جامعه آماری پژوهش، شامل تمام افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی مراجعه کننده به مراکز مشاوره شهر تهران در سال ۱۳۹۶ بود. در این پژوهش از روش نمونه‌گیری غیرتصادفی داوطلبانه و هدفمند استفاده شد. دلیل استفاده از روش نمونه‌گیری داوطلبانه، عدم دستیابی به جامعه آماری و در نظر گرفتن عدم تمایل بعضی از افراد جامعه آماری جهت شرکت در پژوهش است. بر این اساس، ابتدا به مراکز مشاوره و خدمات روان‌شناختی شهر تهران مراجعه شد و لیست افرادی که با علائم اضطراب فراگیر به این مراکز مراجعه کرده بودند، اخذ گردید. در گام اول تعداد ۷۹ نفر از ۱۷ مرکز مشاوره معرفی گردید. سپس با ارائه پرسشنامه اضطراب اضطراب فراگیر، تعداد ۶۲ نفر از این افراد تشخیص اختلال اضطراب فراگیر را دریافت نمودند. در گام بعد از بین این افراد تعداد ۳۰ نفر با انتخاب تصادفی به عنوان حجم نمونه انتخاب و با گمارش تصادفی در گروه‌های آزمایش و گواه گمارده شدند (۱۵ نفر در گروه آزمایش و ۱۵ نفر در گروه گواه). سپس گروه آزمایش مداخلات مربوط به فراشناخت‌درمانی را دریافت نمودند، این در حالی بود که افراد حاضر در گروه گواه در طول انجام فرایند پژوهش از دریافت این مداخلات بی‌بهره بوده و به روند طبیعی درمان خود ادامه می‌دادند. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل داشتن اختلال اضطراب فراگیر، رضایت جهت شرکت در پژوهش و نداشتن بیماری جسمی حاد و مزمن (با توجه به پرونده سلامت و مشاوره‌ای آنها) بود. همچنین ملاک‌های خروج از پژوهش نیز شامل داشتن بیش از دو جلسه غیبت، عدم همکاری و انجام ندادن تکالیف مشخص شده در جلسات آموزشی و عدم تمایل به ادامه حضور در فرایند انجام پژوهش بود. جهت رعایت اخلاق در پژوهش رضایت افراد برای شرکت در برنامه مداخله

کسب و از کلیه مراحل مداخله آگاه شدند. همچنین به افراد گروه گواه اطمینان داده شد که آنان نیز پس از اتمام فرایند پژوهشی این مداخلات را دریافت خواهند نمود. همچنین به هر دو گروه اطمینان داده شد که اطلاعات آنها محرمانه باقی می‌ماند و نیازی به درج نام نیست. ابزارهای زیر در این پژوهش مورد استفاده قرار گرفته است:

پرسشنامه اختلال اضطراب فراگیر^۱؛ پرسشنامه اختلال اضطراب فراگیر توسط اسپیتزر، کرونگ، ویلامز و لاو^۲ (۲۰۰۶) تهیه شده و دارای ۷ سؤال است. طیف پاسخگویی به صورت لیکرت و گزینه‌ها به صورت هیچ وقت، چندروز، بیش از نیمی از روزها و تقریباً هر روز از ۰ تا ۳ نمره گذاری می‌شوند. گستره نمره مقیاس از ۰ تا ۲۱ می‌باشد. کسب نمره بالاتر ۱۱ نشانگر وجود اختلال اضطراب فراگیر در فرد است. اسپیتزر و همکاران (۲۰۰۶) با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ و ضریب بازآزمایی مقیاس را به ترتیب ۰/۹۲ و ۰/۸۳ گزارش کردند. درستی همگرایی پرسشنامه با پرسشنامه‌های اضطراب بک، چک لیست نشانه‌های روانی ۹۰ سوالی، پرسشنامه زمینه‌یابی سلامت مورد بررسی قرار گرفته است. ضریب همبستگی نمره مقیاس اضطراب فراگیر با پرسشنامه‌های اضطراب بک ۰/۷۲، چک لیست نشانه‌های روانی ۹۰ سوالی ۰/۷۴ و پرسشنامه زمینه‌یابی سلامت و ابعاد آن بین ۰/۳۰ برای بعد عملکرد جسمی تا ۰/۷۵ برای بعد سلامت روانی بدست آمده است. در پژوهشی بر روی دانشجویان ایرانی و نمونه بالینی نتایج تحلیل عاملی اکتشافی حاکی از وجود یک عامل با درصد تبیین ۵۳ درصد بود. ضریب همبستگی مقیاس کوتاه اختلال اضطراب فراگیر با پرسشنامه اضطراب حالت- صفت اسپیلبرگر ۰/۷۱ (برای حالت) و ۰/۵۲ (برای صفت) و با خرده مقیاس اضطراب ۱۲ ماده‌ای از چک لیست نشانه‌های بالینی ۰/۶۳ بدست آمده است. ضریب همبستگی مقیاس کوتاه اختلال اضطراب فراگیر و بعد سلامت روانی پرسشنامه زمینه‌یابی سلامت عمومی ۰/۲۸- بدست آمد (نائینان، شعیری، شریفی‌نیا و هادیان، ۱۳۹۰).

1. General Anxiety Disorder Questionnaire

2. Spitzer, Kroenke, Williams & Löwe

(سوالات ۱/۵/۱۰/۱۵/۲۴/۳۲/۳۴/۳۹/۴۷)، استقلال (سوالات ۱/۴۴/۴۰/۳۵/۲۵/۱۹/۱۶/۱۱/۶)، تسلط بر محیط (سوالات ۱/۵۳/۴۹/۳۶/۲۹/۲۰/۱۷/۱۲/۷/۲)، هدفمندی در زندگی (سوالات ۱/۴۶/۴۲/۳۸/۳۳/۳۰/۲۷/۲۲/۱۳/۸)، رشد شخصی (سوالات ۱/۵۴/۵۰/۴۵/۴۱/۳۷/۳۴/۲۶/۲۱/۱۸/۳). هر یک از سوالات آن از یک طیف ۶ درجه‌ای (کاملاً مخالفم ۱، تاحدی مخالفم، مخالفم، موافقم، تاحدی موافقم و کاملاً موافقم ۶) تشکیل شده است. در این پرسشنامه سوالات ۱/۵۴/۴۹/۴۶/۴۴/۴۳/۴۱/۴۰/۳۹/۳۲/۳۱/۳۰/۲۷/۲۶/۲۵/۲۴/۲۲/۲۰/۱۸/۱۶/۱۴/۱۳/۱۲/۱۰/۸/۷/۳ به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. دامنه نمرات پرسشنامه بین ۵۴ تا ۳۲۴ است. نمره بالاتر بیانگر بهزیستی روان‌شناختی بهتر است. نتایج همبستگی پرسشنامه ۵۴ سؤالی ریف با مقیاس رضایت از زندگی، پرسشنامه شادکامی آکسفورد و پرسشنامه عزت نفس روزنبرگ، حاکی از قابل قبول بودن روایی سازه این پرسشنامه در جمعیت ایرانی است (بیانی و همکاران، ۱۳۸۷). میکائیلی منبع (۱۳۸۹) ضریب پایایی این پرسشنامه را با استفاده از روش آلفای کرونباخ برابر با ۰/۹۰ و قابل قبول گزارش کرده است. بیانی و همکاران (۱۳۸۷) هم ضریب پایایی این پرسشنامه را با استفاده از روش بازآزمایی و آلفای کرونباخ به ترتیب ۰/۸۲ و ۰/۸۹ برآورد کردند. دایرندانک^۵ (۲۰۰۵) نسخه‌ای از پرسشنامه بهزیستی روان‌شناختی ۵۴ سؤالی ریف را در پژوهش خود استفاده نمود، آلفای کرونباخ خرده‌مقیاس‌های آن را در دامنه ۰/۷۹ تا ۰/۸۵ گزارش نموده است و روایی محتوایی وسازه‌ای آزمون فوق را نیز مورد تایید قرار داد. در این پژوهش پایایی پرسشنامه حاضر با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۸ به دست آمد.

روش کار

پس از اخذ مجوزهای لازم و انجام فرایند نمونه‌گیری (مطابق با آنچه ذکر گردید)، افراد انتخاب شده (۳۰ نفر مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر) به شیوه تصادفی در گروه‌های آزمایش

پرسشنامه اضطراب^۱ پرسشنامه اضطراب توسط بک، اپستین، براون و استیر^۲ (۱۹۸۸) تدوین شده و نشانه‌های اضطرابی را می‌سنجد. مقیاس پرسشنامه اضطراب بک یک پرسشنامه خودسنجی ۲۱ سؤالی است که با هدف اندازه‌گیری شدت اضطراب طراحی شده است. این آزمون شدت اضطراب را در یک هفته اخیر و در دامنه‌ای از «اصلاً» تا «شدید» مورد ارزیابی قرار می‌دهد. نمره هر سوال بین صفر تا ۳ بوده و دامنه نمرات بین صفر تا ۶۳ می‌باشد. نمره بالا نشان دهنده اضطراب بیشتر است. بک و همکاران (۱۹۸۸) همسانی درونی مقیاس را برابر با ۰/۹۲ و پایایی بازآزمایی یک هفته‌ای آن را ۰/۷۵ و همبستگی ماده‌های آن را از ۰/۳۰ تا ۰/۷۶ گزارش کرده‌اند. صفوی (۲۰۰۳)؛ به نقل از شفیع سنگ‌آتش و همکاران، (۱۳۹۱) ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه را ۰/۹۲ و ضریب پایایی به روش بازآزمایی را ۰/۸۳ به دست آورده‌اند. مطالعات انجام شده نشان می‌دهد که این پرسشنامه از اعتبار و روایی بالایی برخوردار است. ضریب همسانی درونی آن ۰/۹۲ و اعتبار آن با روش بازآزمایی به فاصله‌ی یک هفته ۰/۷۵ و همبستگی ماده‌های آن ۰/۳۰ تا ۰/۷۶ متغیر است. پنج نوع روایی محتوا، همزمان، سازه، تشخیصی و عاملی برای این آزمون سنجیده شده است که نشان دهنده کارایی بالای این ابزار در اندازه‌گیری شدت اضطراب می‌باشد (نیکخواه، ۱۳۹۳). پایایی این پرسشنامه در پژوهش حاضر با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۱ به دست آمد.

پرسشنامه بهزیستی روان‌شناختی^۳ پرسشنامه بهزیستی روان‌شناختی با ۵۴ پرسش و ۶ خرده‌مقیاس در سال ۱۹۸۰ توسط ریف در دانشگاه ویسکانسین تنظیم شد و در بررسی‌های بعدی فرم کوتاه‌تر ۱۸ سؤالی نیز پیشنهاد گردید (بیانی، محمدکوچکی و بیانی، ۱۳۸۷). در پژوهش حاضر نسخه ۵۴ سؤالی آن با ۶ خرده‌مقیاس به کار برده شد. خرده‌مقیاس‌های این آزمون عبارتند از: پذیرش خود (سوالات ۴/۴۸/۴۳/۳۱/۲۸/۲۳/۱۴/۹/۴)، روابط مثبت با دیگران

1. Anxiety Questionnaire

2. Beck, Epstein, Brown, Steer

3. Psychological Well-being Questionnaire

4. Ryff

5. Dierendonck

جلسه ششم و هفتم) مرور تکلیف خانگی، ادامه چالش با باور مربوط به خطر، تاکید بر معکوس کردن هرگونه راهبردهای غیرانطباقی باقیمانده تکلیف خانگی، آزمایش‌های غیرانطباقی باقیمانده، شروع چالش با باورهای مثبت، در صورت رسیدن باورهای منفی به صفر، تکلیف خانگی: آزمایش‌های رفتاری برای چالش با باور مربوط به خطر و اجرای راهبرد عدم تناسب و سایر آزمایش‌های رفتاری برای چالش با باورهای مثبت.

جلسه هشتم) مرور تکلیف خانگی، ادامه چالش با باورهای مثبت، اجرای راهبرد عدم مطابقت در جلسه درمان، تکلیف خانگی: آزمایش‌های رفتاری (مثل آزمایش افزایش و کاهش سطح نگرانی).

جلسه نهم) مرور تکلیف خانگی، کار روی معکوس کردن علائم باقیمانده، اجرای راهبرد عدم تناسب در جلسه درمان. ادامه چالش با باورهای مثبت، تکلیف خانگی: درخواست از بیمار برای نوشتن برگه خلاصه درمان.

جلسه دهم) مرور تکلیف خانگی، کار بر روی برنامه درمان (جلوگیری از عود)، تقویت برنامه جایگزین و توضیح روشن آن با مثال، برنامه‌ریزی جلسات تقویتی، تکلیف خانگی: مشخص کردن کاربردهای مداوم درمان.

در این پژوهش برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از دو سطح آمار توصیفی و استنباطی استفاده شد. در سطح آمار توصیفی از میانگین و انحراف استاندارد و در سطح آمار استنباطی از آزمون کلموگروف-اسمیرنوف جهت بررسی نرمال بودن توزیع متغیرها، آزمون لوین برای بررسی برابری واریانس‌ها استفاده شد. در نهایت جهت بررسی اثربخشی فراشناخت‌درمانی بر اضطراب و بهزیستی روان‌شناختی بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده گردید. نتایج آماری با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۲۳ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

نتایج

یافته‌های حاصل از داده‌های جمعیت شناختی بیانگر آن بود که بیشتر افراد شرکت‌کننده در پژوهش زن بودند (۶۷ درصد). همچنین افراد شرکت‌کننده در پژوهش دارای دامنه سنی ۳۲ تا

و گواه گمارده شدند (۱۵ نفر در گروه آزمایش و ۱۵ نفر در گروه گواه). گروه آزمایش مداخلات درمانی مربوط به فراشناخت‌درمانی (ولز، ۲۰۰۹) را در طی سه ماه به صورت هفته‌ای یک جلسه ۹۰ دقیقه‌ای دریافت نمودند. این در حالی است که افراد حاضر در گروه گواه مداخله حاضر را در طول پژوهش دریافت نکرده و در انتظار دریافت این مداخله بود.

خلاصه جلسات فراشناخت‌درمانی (با اقتباس از ولز، ۲۰۰۹)

جلسه اول) معارفه مفهومی از این اختلال، القای سبک فراشناختی، آماده‌سازی گروه برای شروع درمان، اجرای آزمایش فرونشانی با فکر.

جلسه دوم) تدوین فرمول بندی موردی، معرفی مدل و آماده‌سازی، اجرای آزمایش فرونشانی با فکر، شروع چالش با باور مربوط به کنترل‌ناپذیری، تمرین ذهن آگاهی گسلیده، معرفی به تعویق انداختن نگرانی، تکلیف خانگی، تمرین ذهن آگاهی گسلیده و به تعویق انداختن نگرانی.

جلسه سوم) مرور تکلیف خانگی، ادامه آماده‌سازی در صورت نیاز، اسناد مجدد کلامی و رفتاری - کنترل‌ناپذیری، تکلیف خانگی، ادامه به تعویق انداختن نگرانی و معرفی آزمایش از دست دادن کنترل.

جلسه چهارم) مرور تکلیف خانگی، ادامه چالش با باور کنترل‌ناپذیری (ارائه شواهد مختلف)، اجرای آزمایش از دست دادن کنترل در جلسه درمان، بررسی و متوقف کردن کنترل غیرانطباقی و رفتارهای اجتنابی، تکلیف خانگی، ادامه به تعویق انداختن نگرانی و وارونه‌سازی رفتارهای اجتناب از نگرانی، آزمایش از دست دادن کنترل.

جلسه پنجم) مرور تکلیف خانگی، ادامه چالش با باور کنترل‌ناپذیری در صورت نیاز، شروع چالش با باورهای مربوط به خطر، تلاش برای ازدست دادن کنترل یا صدمه زدن به خود از طریق آزمایش نگرانی، ادامه چالش با باور مربوط به خطر، تکلیف خانگی: آزمایش‌های رفتاری برای چالش با باور مربوط به خطر.

۴۹ سال بودند که در این بین میانگین و انحراف معیار سن آن‌ها $5/11 \pm 36/42$ سال بود. هم‌چنین بیشترین فراوانی مربوط به سطح تحصیلات این افراد مربوط به لیسانس (۳۲٪) بود. حال ابتدا به بررسی یافته‌های توصیفی پژوهشی پرداخته می‌شود.

جدول ۱ - نتایج آمار توصیفی در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

مولفه‌ها		گروه‌ها		پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری	
				انحراف	میانگین	انحراف	میانگین	انحراف	میانگین
				معیار		معیار		معیار	
اضطراب	گروه آزمایش	۵۳/۵۳	۶/۹۲	۴۴/۲۰	۵/۴۹	۴۰/۵۳	۵/۶۳		
	گروه گواه	۵۳/۲۶	۶/۷۱	۵۲/۸۰	۶/۶۳	۵۲/۰۶	۷/۹۸		
بهزیستی روان‌شناختی	گروه آزمایش	۴۱/۹۳	۵/۴۴	۳۲/۹۳	۵/۳۶	۳۰/۴۶	۴/۶۱		
	گروه گواه	۴۱/۲۶	۴/۷۰	۴۱/۸۰	۴/۸۹	۳۹/۴۰	۴/۶۷		

مورد سنجش قرار گرفت که نتایج آن معنادار نبود که این یافته نشان می‌داد پیش‌فرض همگنی واریانس‌ها رعایت شده است ($p > 0/05$). از طرفی نتایج آزمون t نشان داد که تفاوت نمره-های پیش‌آزمون گروه‌های آزمایش و گروه گواه در متغیرهای وابسته (اضطراب و بهزیستی روان‌شناختی) معنادار نبوده است ($p > 0/05$). همچنین نتایج آزمون موچلی بیانگر آن بود که پیش‌فرض کرویت داده‌ها در متغیرهای اضطراب و بهزیستی روان‌شناختی رعایت شده است ($p > 0/05$).

قبل از ارائه نتایج تحلیل آزمون واریانس با اندازه‌گیری مکرر، پیش‌فرض‌های آزمون‌های پارامتریک مورد سنجش قرار گرفت. بر همین اساس نتایج آزمون شاپیرو ویلک بیانگر آن بود که پیش‌فرض نرمال بودن توزیع نمونه‌ای داده‌ها در متغیرهای اضطراب و بهزیستی روان‌شناختی در گروه‌های آزمایش و گواه در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری برقرار است ($p > 0/05$, $f = 0/49$, $p > 0/05$, $f = 0/58$; $f = 0/29$, $p > 0/05$). همچنین پیش‌فرض همگنی واریانس نیز توسط آزمون لوین

جدول ۲- تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر جهت بررسی تأثیرات درون و بین گروهی برای مولفه‌های اضطراب و بهزیستی روان‌شناختی

توان آزمون	اندازه اثر	p	مقدار f	میانگین مجذورات	درجه آزادی	مجموع مجذورات	مراحل	اضطراب
۱	۰/۵۹	۰/۰۰۰۱	۴۰/۲۵	۲۰۷/۷۴	۲	۴۱۵/۴۹	مراحل	
۱	۰/۸۴	۰/۰۰۰۱	۱۹۲/۵۲	۲۲۲۰/۱۰	۱	۲۲۲۰/۱۰	گروه‌بندی	
۱	۰/۷۵	۰/۰۰۰۱	۸۷/۲۲	۴۵۰/۱۰	۲	۹۰۰/۲۰	تعامل مراحل و گروه‌بندی	
				۵/۱۶	۵۶	۲۸۸/۹۸	خطا	
۱	۰/۷۳	۰/۰۰۰۱	۷۸/۱۱	۱۲۴۳/۸۱	۲	۲۴۸۷/۶۲	مراحل	بهزیستی
۱	۰/۵۴	۰/۰۰۰۱	۳۲/۶۸	۴۴۹۴/۴۰	۱	۴۴۹۴/۴۰	گروه‌بندی	روان‌شناختی
۱	۰/۷۱	۰/۰۰۰۱	۷۱/۱۶	۱۱۳۳/۰۳	۲	۲۲۶۶/۰۶	تعامل مراحل و گروه‌بندی	
				۱۵/۹۲	۵۶	۸۹۱/۶۴	خطا	

روان‌شناختی) در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با یکدیگر تفاوت معنی‌داری دارند. جهت بررسی تفاوت درمان فراشناختی با گروه گواه در متغیر پژوهش در جدول ۳ نتایج مقایسه میانگین گروه آزمایش و گواه در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری گزارش شده است.

همانگونه که نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد که میزان F اثر تعامل مراحل و گروه برای متغیر اضطراب (۸۷/۲۲) و برای بهزیستی روان‌شناختی (۷۱/۱۶) است که در سطح $0/001$ معنی‌دار است. این یافته نشان می‌دهد که گروه‌های آزمایش و گواه از لحاظ متغیرهای پژوهش (اضطراب و بهزیستی

جدول ۳- نتایج مقایسه میانگین گروه آزمایش و گواه در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در متغیرهای پژوهش

مؤلفه	مرحله	مقدار t	درجه آزادی	تفاوت میانگین‌ها	خطای استاندارد برآورد	سطح معناداری
اضطراب	پیش‌آزمون	-۱/۲۹	۲۸	-۱/۴۶	۱/۱۲	۰/۲۰
	پس‌آزمون	-۱۳/۵۰	۲۸	-۱۱/۶۶	۰/۸۶	۰/۰۰۰۱
	پیگیری	-۱۷/۶۴	۲۸	-۱۶/۶۶	۰/۹۴	۰/۰۰۰۱
بهزیستی	پیش‌آزمون	۰/۳۶	۲۸	۰/۸۶	۲/۳۹	۰/۷۲
روان‌شناختی	پس‌آزمون	۵/۷۸	۲۸	۱۶/۴۰	۲/۸۳	۰/۰۰۰۱
	پیگیری	۸/۴۶	۲۸	۲۵/۱۳	۲/۹۷	۰/۰۰۰۱

همانگونه نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد، در متغیرهای اضطراب و بهزیستی روان‌شناختی تفاوت میانگین گروه آزمایش با گروه گواه در مرحله پیش‌آزمون (۰/۲۰ و ۰/۷۲) معنی‌دار نیست و در نتیجه بین دو گروه آزمایش و گواه در این مرحله تفاوت معنی‌داری وجود ندارد. اما تفاوت میانگین گروه آزمایش و گروه گواه در مرحله پس‌آزمون (۰/۰۰۰۱ و ۰/۰۰۰۱) و پیگیری (۰/۰۰۰۱ و ۰/۰۰۰۱) در متغیرهای اضطراب و بهزیستی روان‌شناختی معنی‌دار می‌باشد. در نتیجه میانگین گروه آزمایش در این دو مرحله به صورت معنی‌داری متفاوت از میانگین گروه گواه می‌باشد. این بدان معناست که فراشناخت‌درمانی توانسته منجر به کاهش اضطراب و بهبود بهزیستی روان‌شناختی بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر در مراحل پس‌آزمون و پیگیری گردد.

بحث

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی فراشناخت‌درمانی بر اضطراب و بهزیستی روان‌شناختی بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر انجام گرفت. نتایج حاصل از تجزیه و تحلیل داده‌ها نشان داد که فراشناخت‌درمانی بر اضطراب و بهزیستی روان‌شناختی بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر تأثیر معناداری داشته است. علاوه بر این نتایج نشان داد که این درمان توانسته تأثیر خود را در زمان نیز به شکل معناداری حفظ نماید. در حوزه تأثیر فراشناخت‌درمانی بر اضطراب افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر، نتایج پژوهش حاضر با یافته‌های شفیع شنگ آتش و همکاران (۱۳۹۱)؛ سوری و همکاران (۱۳۹۴) و هیدن و همکاران (۲۰۱۶) همسو بود. چنانکه این پژوهشگران

نشان داده‌اند که فراشناخت‌درمانی می‌تواند منجر به کاهش مؤلفه‌های روان‌شناختی آسیب‌زای افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر شود. در تبیین اثربخشی درمان فراشناختی بر کاهش اضطراب افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر باید گفت فراشناخت دارای راهبردهایی است که افراد از آنها برای تنظیم و مهار فرایندهای تفکر استفاده می‌کنند. چنانکه فراشناخت‌های غلط همچون باورهای منفی نسبت به مهارناپذیری علائم اختلال‌های روان‌شناختی همچون اختلال اضطراب فراگیر، بیشترین همبستگی را با مجموعه‌ای از مقیاس‌های مرتبط با آسیب‌پذیری داشته (هجمدال و همکاران، ۲۰۱۶) و سبب می‌شود که فرد علائم بالینی بیشتری را در اختلال درک و گزارش نماید. بر این اساس آموزش راهبردهایی نظیر نظارت و سازماندهی در قالب جلسات فراشناخت سبب می‌شود تا این افکار دچار چالش گردد. همچنین باید اشاره کرد که فراشناخت‌های ناکارآمد برای فرد باورهای نارضایتی را ایجاد می‌کند (کاپایانسو و همکاران، ۲۰۱۸). در باورهای نارضایتی افراد برای جلوگیری از فاجعه افکار خود را سرکوب کرده و یا تلاش می‌کنند به شیوه دیگری فکر کنند. واضح است که اینگونه افکار خطرناک بوده و سبب دامن زدن به علائم بالینی بیماری و تشدید علائم بالینی می‌گردد (اسبجورن و همکاران، ۲۰۱۸). بر این اساس درمان فراشناخت با اصلاح فرایند فراشناخت‌های ناکارآمد روند سرکوب افکار را مهار کرده و بجای آن فراشناخت‌های سازگارانه همچون باورهای مثبت و خودآگاهی شناختی را جایگزین نموده و سبب کاهش اضطراب تاب‌آوری افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر می‌گردد.

این پیوستار نیز می‌تواند منجر به بهبود سلامت روان و بهزیستی روان‌شناختی افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر گردد. پژوهش حاضر، مانند هر پژوهش دیگر با محدودیت‌هایی نظیر محدود بودن نتایج پژوهش به گروه و منطقه جغرافیایی خاص (بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر شهر تهران)، عدم بهره‌گیری از ابزارهای پژوهشی دیگر به جز پرسشنامه و عدم بهره‌گیری از روش نمونه‌گیری تصادفی مواجه بود. بنابراین پیشنهاد می‌شود که نظیر این پژوهش در جامعه آماری دیگر، سایر مناطق جغرافیایی، با حجم نمونه بیشتر و با روش نمونه‌گیری تصادفی انجام گردد تا سبب افزایش تعمیم یافته‌ها شود. با توجه به یافته‌های حاصل از پژوهش حاضر توصیه می‌گردد بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر، در مراکز درمانی و مشاوره از فرآیندهای درمانی برخوردار گردند تا بدین طریق میزان اضطراب آنها کاهش و بهزیستی روان‌شناختی آنها افزایش یابد.

نتیجه‌گیری

با توجه به نتایج حاصل از پژوهش حاضر که بر تاثیر معنادار فرآیندهای درمانی بر اضطراب و بهزیستی روان‌شناختی بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر دلالت داشت، می‌توان نتیجه‌گیری کرد که به منظور کاهش اضطراب و بهبود بهزیستی روان‌شناختی بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر می‌توان از فرآیندهای درمانی بهره‌مند گردید.

تقدیر و تشکر

این مقاله بر گرفته از رساله دکترای تخصصی به شماره ۲۳۸۲۰۷۰۵۹۵۱۰۴۰ بود. بدین وسیله از تمام افراد شرکت کننده در پژوهش و مسئولین مراکز مشاوره، تشکر و قدردانی می‌گردد.

یافته دوم پژوهش بیانگر آن بود که فرآیندهای درمانی بر بهبود بهزیستی روان‌شناختی بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر موثر است. این یافته با نتایج پژوهش هجمدال و همکاران (۲۰۱۶) و اسبجورن و همکاران (۲۰۱۸) همسو است. چنانکه هجمدال و همکاران (۲۰۱۶) در پژوهشی نشان دادند که فرآیندهای درمانی می‌تواند منجر به کاهش اضطراب و افسردگی گردد. همچنین عاشوری (۱۳۹۴) نشان داده است فرآیندهای درمانی می‌تواند در بهبود بر نشانه‌های بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر کاربرد بالینی داشته باشد. در تبیین یافته حاضر می‌توان گفت که به نظر می‌رسد که فرآیندهای درمانی به بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر کمک می‌کند که با احساسات اضطراب، فرایندهای هیجانی و نگرانی‌های خویش کنار بیایند و به واسطه تکنیک‌های فرآیندهای زنجیره‌های منفی و تسلسل‌وار افکار موجب کاهش افکار و هیجانات منفی اتوماتیک در این افراد شده که زمینه را برای پردازش بهتر فرایندهای هیجانی و روان‌شناختی فراهم می‌کند. علاوه بر این درمان فرآیندهای بر باورها، تفکرات و هیجانات منفی به عنوان نتیجه کنترل فرآیندهای شناختی و هیجان تأکید می‌کند و بیان می‌دارد که چگونه باورهای فرآیندهای در تداوم و تغییر شناختی و هیجان موثر است. مداخله فرآیندهای سطوحی از مداخله را عرضه می‌کند که چالش با محتوای تفکر، باورها و هیجانات منفی را که در مداخله‌های سنتی شناختی بر آن تأکید می‌شود، تأکید نمی‌کند، بلکه سعی می‌کند که فرآیندهای را که به شیوه ناسازگارانه تفکرات و هیجانات منفی تکرار شونده را زیاد می‌کند و یا باعث افزایش باورهای منفی عمومی می‌شوند، را تغییر دهد. تغییر در سطوح تفکر و هیجان، نیز می‌تواند منجر به تغییر در فرایندهای شناختی، فرآیندهای هیجانی گردد. نتیجه

References

1. Asliazad M, Faramarzi S, Arefi M, Farhadi T, Fakar A. (2013). The effect of metacognitive knowledge training on reducing hyperactivity and increasing attention of primary school children with hyperactivity and attention deficit disorder. *New Quarterly Journal of Cognitive Sciences*, 16(1), 57-48.
2. Maalazad, M. (2018). Determining the content validity of the adolescent-oriented mindfulness training package and comparing its effectiveness with metacognitive therapy and treatment based on acceptance and commitment on the symptoms of obsession, emotional creativity, cognitive regulation of emotion, tolerance of ambiguity and fusion of thought and action of students with obsessive-compulsive disorder in Isfahan city. Dissertation for specialized doctorate course, Islamic Azad University, Isfahan Branch (Khorasgan).
3. Basharat, M.A.; Hafizi, A; Ranjbar Shirazi, F. and Ranjbari, T. (2017). Comparison of emotional dyslexia and defense mechanisms in patients with major depression, generalized anxiety disorder, obsessive-compulsive disorder and the general population, *Scientific Research Quarterly of Psychological Sciences*, 17(66): 176-199.
4. Bayani A., Mohammad Kochki A., Bayani A. (1387). Validity and reliability of RIF psychological well-being scale, *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*, 14 (2): 151-146.
5. Hosseini Ghafari F, Mohammadkhani P, Poursahbaz A, Dolatshahi B. (2012). The effectiveness of group metacognitive therapy on metacognitive beliefs, worry and areas of worry in patients with generalized anxiety disorder, *Journal of Clinical Psychology*, 5th year, No. 1 (Paeiyi 17), 10-21.
6. Dashiri G. (2011). The effectiveness of cognitive-behavioral therapy on anxiety and worry in people with generalized anxiety disorder, *Clinical Psychology*, 4 (2): 19-28.
7. Zulfiquari, H. and Ershadimanesh, S. (2016). Effectiveness of teaching metacognitive strategies (SQP4R) in students' metacognitive knowledge, *Scientific Research Quarterly of Psychological Sciences*, 16(63): 386-401.
8. Suri, A., Azadmard, Sh., Zahedi, A., Ashuri, J. (2014). The effect of metacognitive therapy and spiritual intelligence component training on students' generalized anxiety disorder. *Health Education and Health Promotion*, 3(4): 359-349.
9. Shafiei Sengataash S, Rafeinia P, Najafi M. (2011). The effectiveness of metacognitive therapy on anxiety and metacognitive components of patients with generalized anxiety disorder, *Journal of Clinical Psychology*, 4 (4): 19-31.
10. Ashuri c. (2014). Comparing the effectiveness of metacognitive therapy and schema therapy on reducing anxiety and depression symptoms of nursing and midwifery students, *Journal of Arak University of Medical Sciences*, 18 (2): 50-61.
11. Mansoori A, Bakshi Pourrodsari A, Mahmoud Alilou M, Farnam A, Fakhari A. (1390). Comparison of worry, obsession and rumination in people with generalized anxiety disorder, obsessive-compulsive disorder, major depressive disorder and normal people, *Psychological Studies*, 7 (4): 74-55.
12. Mikaili Mani, F. (2010). Investigating the psychological well-being of undergraduate students of Urmia University, *Efoq Danesh Magazine*, 16(4): 65-72.
13. Nainian, M.; Shairi, M.; Sharifinia, M. and Hadian, M. (1390). Checking the reliability and validity of the short scale of generalized anxiety disorder (GAD-7). *Clinical Psychology and Personality*, 3(4), 41-50.
14. Nikkhah M. (2013). The effectiveness of acceptance and commitment therapy on anxiety and mental health of students with exam anxiety, master's thesis, Islamic Azad University, Isfahan branch (Khorasgan).
15. Amir, N., Taboas, W., Montero, M.(2019). Feasibility and dissemination of a computerized home-based treatment for Generalized Anxiety Disorder: A randomized clinical trial. *Behaviour Research and Therapy*, 120, 103-109.
16. Beck AT, Epstein N, Brown G, Steer RA.(1988). An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *J Consulting Clin Psychol*, 56: 893-897.
17. Capobianco, L., Reeves, D., Morrison, A.P., Wells, A. (2018). Group Metacognitive Therapy vs. Mindfulness Meditation Therapy in a Transdiagnostic Patient Sample: A Randomised Feasibility Trial. *Psychiatry Research*, 259, 554-561.
18. Chang, S., Abdin, E., Shafie, S., Sambasivam, R., Vaingankar, J.A., Ma, S., Chong, S.A., Subramaniam, M.(2019). Prevalence and correlates of generalized anxiety disorder in Singapore: Results from the second Singapore Mental Health Study. *Journal of Anxiety Disorders*, 66, 102-108.
19. Cho, J., Martin, P., Margrett, J., MacDonald, M. and Poon, L.W. (2011). The Relationship between Physical Health and Psychological Well-Being among Oldest-Old Adults, *Journal of Aging Research*, 2011, Article ID 605041, 8pages.
20. Cuijpers, P., Sijbrandij, M., Koole, S., Huibers, M., Berking, M., Andersson, G., 2014. Psychological treatment of generalized anxiety disorder: a meta-analysis. *Clin. Psychol. Rev.* 34, 130–140.

21. Dahlin M, Ryberg M, Vernmark K, Annas N, Carlbring P, Andersson G. (2016). Internet-delivered acceptance-based behavior therapy for generalized anxiety disorder: A pilot study. *Internet Interventions*, 16-21.
22. Esbjorn BF, Normann N, Christiansen BM, Reinholdt-Dunne ML. (2018). The efficacy of group metacognitive therapy for children (MCT-c) with generalized anxiety disorder: An open trial. *Journal of Anxiety Disorders*, 53:16-21.
23. Hansmeier, J., Exner, C., Rief, W., Glombiewski, J.A. (2016). A test of the metacognitive model of obsessive-compulsive disorder. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 10, 42-48.
24. Hayes-Skelton, S.A., Roemer, L., Orsillo, S.M., 2013. A randomized clinical trial comparing an acceptance-based behavior therapy to applied relaxation for generalized anxiety disorder. *J. Consult. Clin. Psychol.* 81, 761-773.
25. Heiden CVD, Rossen KV, Dekker A, Damstra M, Deen M. (2016). Metacognitive therapy for obsessive-compulsive disorder: A pilot study, *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, Volume 9, 24-29.
26. Hjemdal O, Hagen R, Solem S, Nordahl H, Kennair LEO, Ryum T, Nordahl HM, Wells A. (2016). Metacognitive Therapy in Major Depression: An Open Trial of Comorbid Cases, *Cognitive and Behavioral Practice*, In Press, Corrected Proof — Note to users.
27. Kessler RC, Keller MB, Wittchen HU. The Epidemiology of Generalized Anxiety Disorder. *Psychiatr Clin North Am.* 2001; 24: 19-39.
28. Leonard, K., Abramovitch, A.(2019). Cognitive functions in young adults with generalized anxiety disorder. *European Psychiatry*, 56, 1-7.
29. Lieb R, Becker E, Altamura C. The epidemiology of generalized anxiety disorder in Europe. *Eur Neuropsychopharmacol.* 2005; 15: 445-452.
30. Liu, H., Tian, Y., Liu, Y., Nigatu, Y.T., Wang, J.(2019). Relationship between major depressive disorder, generalized anxiety disorder and coronary artery disease in the US general population. *Journal of Psychosomatic Research*, 119, 8-13.
31. Ryff, C.D., Singer, B.H. (2008). know they self and become what you are :A Eudemonic Approach to Psychological well-being. *Journal of Happiness Studies*, 9, 13-39.
32. Sirigatti, S., Penzo, I., Giannetti, E., Casale, S., Stefanile, C.(2016). Relationships between humorism profiles and psychological well-being. *Personality and Individual Differences*, 90, 219-224.
33. Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J. B., & Löwe, B. (2006). A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. *Archives of internal medicine*, 166 (10), 1092-1097.
34. Wells A. (2009). *Metacognitive therapy for anxiety and depression*. New York: The Guilford Press.
35. Wu, M., Mennin, D.S., Ly, M., Karim, H.T., Banihashemi, L., Tudorascu, D.L., Aizenstein, H.J., Andreescu, C.(2019). When worry may be good for you: Worry severity and limbic-prefrontal functional connectivity in late-life generalized anxiety disorder. *Journal of Affective Disorders*, 257, 650-657.

Original Article

Effectiveness of metacognition therapy on the anxiety and psychological wellbeing of the patients with generalized anxiety

Received:06/03/2019 –Accept: 07/09/2020

Atefe Abbasi¹

Asghar Aghaei Jeshvaghani^{2*}

Hosein Ebrahimi moghasam³

¹ phd student of psychology, Islamic Azad University, Isfahan (Khorasgan) Branch, Isfahan, Iran.

² Professor, Department of Psychology, Islamic Azad University, Isfahan (Khorasgan) Branch, Isfahan, Iran

³ Associate Professor of Psychology, Islamic Azad University, Roodehen Branch, Iran.

Email: aghaei.psy@gmail.com

Introduction: generalized anxiety affects patients' personal, social and occupational life anxiety. according to this the present study was to investigate the effectiveness metacognition therapy on the anxiety and psychological wellbeing of the patients with generalized anxiety.

Materials and Methods: The research method was quasi-experimental with pretest-posttest, control group design and two-month follow-up period. The statistical population of the current study was all the patients with social anxiety referring to consultation centers in the city of Tehran in 2017. Non-probable available and random replacement were used in the present study. After selecting the sample size and replacing them in the experimental and control groups, the experimental group received ninety-minute teaching interventions during three months once a week. The applied questionnaires in the current study included generalized anxiety disorder (Spitner, et.al, 2006), anxiety questionnaire (Beck, Epstein, Brown and Steer, 1988), psychological wellbeing questionnaire (Ryff, 1980). The data from the study were analyzed through repeated measurement ANOVA.

Results: The results of data analysis showed that metacognition therapy have been effective on the anxiety and psychological wellbeing of the patients with generalized anxiety ($P < 0.001$). This treatment has been shown to reduce anxiety and improve the psychological well-being of patients with generalized anxiety disorder.

Conclusion: According to the findings of this study, it can be concluded that metacognitive therapy is an effective way to reduce anxiety and improve the psychological well-being of patients with generalized anxiety disorder and can be used for patients with generalized anxiety disorder.

Keywords: metacognition therapy, anxiety, psychological wellbeing, generalized anxiety

Acknowledgement: There is no conflict of interest.