

The Effectiveness of Teaching Metacognitive Strategies on the Emotional Processing in Patients with Generalized Anxiety Disorder

Zare H¹, *Javandel Someesaraee R², Zare S³

Author Address

1. Professor, Department of Psychology, Payame Noor University, Tehran, Iran;

2. Ph.D. Student of Psychology, Payame Noor University, Tehran, Iran;

3. Instructor, Department of Psychology, Payame Noor University, Tehran, Iran.

*Corresponding Author Email: Razieh.javandel@gmail.com

Received: 7 November 2019; Accepted: 20 May 2020

Abstract

Background & Objectives: Generalized anxiety disorder is a type of anxiety disorder characterized by severe anxiety about the usual events of daily life. Excessive anxiety and worry for six months in this disorder can be triggered by various events or activities, such as a job or academic performance. The severity, duration, or frequency of anxiety and worry are disproportionate to the actual probability or impact of the expected event. One of the new approaches that researchers are proposing to prevent and treat vulnerabilities and the development of symptoms of this anxiety disorder is using metacognitive strategies. This approach teaches individuals to break free from the mechanisms that cause them to be stuck in processing by worrying, monitoring threats, and inconsistent self-control and teaches them flexible emotional processing. Since the results of conventional therapies are insufficient to treat people with social anxiety disorder, the present study aimed to determine the effectiveness of metacognitive strategies on the emotional processing of patients with generalized anxiety disorder.

Methods: This research is a quasi-experimental study with a pretest-posttest design and a control group. The statistical population consisted of all patients with a generalized anxiety disorder referred to counseling and psychotherapy centers in Rasht City, Iran, between the winter of 2017 and the spring of 2018. Their generalized anxiety disorder was confirmed by counseling and psychologists according to the criteria of the *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-Fifth Edition* (DSM-5). Thirty of them were randomly selected and assigned to the training and control groups (15 people in each group). In both groups, the Emotional Processing Scale-Revised (Baker et al., 2010) was administered in the pretest and posttest. The experimental group, which included patients with generalized anxiety disorder, underwent metacognitive strategies in ten 90-minute sessions according to the Wells model. The control group did not receive any training at this stage. The collected data were analyzed by descriptive statistics (frequency, frequency percentage, mean and standard deviation) and inferential statistics (multivariate analysis of covariance, MANCOVA) at a significance level of 0.05 in SPSS version 24.

Results: After controlling the pretest scores, significant differences were found between the experimental group and the control group regarding emotional repression ($p < 0.001$), poor emotional experience ($p = 0.007$), unprocessed emotions ($p = 0.025$), and emotional avoidance ($p = 0.007$) in the posttest. These findings showed the effect of teaching metacognitive strategies on reducing these variables. However, no significant difference was observed between the study groups in the posttest regarding the unregulated emotion variable ($p = 0.344$). Also, the effect sizes of emotional repression, poor emotional experience, unprocessed emotions, and emotional avoidance were 0.49, 0.27, 0.20, and 0.27, respectively.

Conclusion: According to the obtained results, teaching metacognitive strategies can help improve emotional processing in patients with generalized anxiety disorder. Also, these strategies can be used to design and develop psychological-based interventions to reduce pervasive anxiety and ultimately improve disease outcomes.

Keywords: Teaching metacognitive strategies, Emotional processing, Generalized anxiety disorder.

اثربخشی آموزش راهبردهای فراشناختی بر پردازش هیجانی بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر

حسین زارع^۱، *راضیه جواندل صومعه‌سرای^۲، سمیه زارع^۳

نویسندگان

۱. استاد گروه روان‌شناسی دانشگاه پیام‌نور، تهران، ایران.
 ۲. دانشجوی دکتری روان‌شناسی بالینی دانشگاه پیام‌نور، تهران، ایران.
 ۳. مربی گروه روان‌شناسی دانشگاه پیام‌نور، تهران، ایران.
 *رایانامه نویسنده مسئول: Razieh.javandel@gmail.com

تاریخ دریافت: ۱۶ آبان ۱۳۹۸؛ تاریخ پذیرش: ۳۱ اردیبهشت ۱۳۹۹

چکیده

زمینه و هدف: اختلال اضطراب فراگیر، یکی از انواع اختلالات اضطرابی است که با نگرانی شدید فرد مبتلا در خصوص رویدادهای معمول زندگی روزمره، مشخص می‌شود. هدف پژوهش حاضر، تعیین اثربخشی روش آموزش راهبردهای فراشناختی بر پردازش هیجانی بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر بود.

روش بررسی: روش این پژوهش، نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعه آماری پژوهش را همه بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره و خدمات روان‌درمانی شهر رشت تشکیل دادند که در فاصله زمانی زمستان ۱۳۹۵ تا بهار ۱۳۹۷ توسط متخصصان مشاوره و روان‌شناسی، اختلال اضطراب فراگیر آن‌ها با توجه به معیارهای پنجمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی به تأیید رسید. از بین آن‌ها تعداد سی نفر به صورت در دسترس انتخاب شدند و به‌طور تصادفی در گروه آموزشی و گروه گواه (پانزده نفر در هر گروه) قرار گرفتند. در هر دو گروه در پیش‌آزمون و پس‌آزمون، مقیاس تجدیدنظرشده پردازش هیجانی (باکر و همکاران، ۲۰۱۰) اجرا شد. گروه آزمایش، آموزش راهبردهای فراشناختی را در ده جلسه نود دقیقه‌ای دریافت کرد؛ اما برای گروه گواه هیچ آموزشی ارائه نشد. داده‌ها با استفاده از تحلیل کواریانس چندمتغیری (مانکوا) با در نظر گرفتن سطح معناداری ۰/۰۵ از طریق نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۴ تحلیل شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که با کنترل اثر نمرات پیش‌آزمون، بین میانگین متغیرهای سرکوبی هیجانی ($p < ۰/۰۰۱$)، فقر تجربه هیجانی ($p = ۰/۰۰۷$)، هیجان‌ناز غیرپردازش شده ($p = ۰/۰۲۵$) و اجتناب هیجانی ($p = ۰/۰۰۷$) در پس‌آزمون بین گروه آزمایش و گروه گواه تفاوت معناداری وجود داشت. همچنین اندازه اثرهای سرکوبی هیجانی ۰/۴۹، فقر تجربه هیجانی ۰/۲۷، هیجان‌ناز غیرپردازش شده ۰/۲۰ و اجتناب هیجانی ۰/۲۷ محاسبه شد.

نتیجه‌گیری: باتوجه به یافته‌های پژوهش نتیجه‌گیری می‌شود، آموزش راهبردهای فراشناختی می‌تواند برای بهبود پردازش هیجانی در بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر مفید واقع شود. همچنین از آموزش راهبردهای فراشناختی می‌توان در راستای طراحی و توسعه مداخلات مبتنی بر شیوه‌های روان‌شناختی به‌منظور کاهش اضطراب فراگیر و در نهایت بهبود برآیندهای بیماری استفاده کرد.

کلیدواژه‌ها: آموزش راهبردهای فراشناختی، پردازش هیجانی، اختلال اضطراب فراگیر.

اختلال اضطراب فراگیر^۱، اضطراب و نگرانی بیش از حد است که بیشتر روزها حداقل به مدت شش ماه، درباره چند واقعه یا فعالیت مانند عملکرد شغلی یا تحصیلی وجود دارد. شدت، مدت یا فراوانی اضطراب و نگرانی، با احتمال واقعی یا تأثیر رویداد مورد انتظار، بی تناسب است و فرد کنترل کردن این نگرانی و اجازه ندادن به افکار نگران کننده را که در توجه به تکالیف در دست انجام اختلال ایجاد نکند، دشوار می داند (۱). این اختلال با بیماری های روانی و پزشکی چون اختلالات ترس، افسردگی اساسی (۲) و بیماری های دستگاه گوارش و تنفسی همبندی دارد (۳). میزان شیوع دوازده ماهه اختلال اضطراب فراگیر در کل جمعیت ایالات متحده، ۰/۹ درصد در نوجوانان و ۲/۹ درصد در بزرگسالان است. شیوع دوازده ماهه برای این اختلال در کشورهای دیگر ۰/۴ تا ۳/۶ درصد است. خطر مرضی در طول عمر، ۹/۰ درصد است. زنان دوبرابر بیشتر از مردان احتمال دارد به این اختلال دچار شوند. شیوع این تشخیص در میان سالی به اوج می رسد و در سال های آخر عمر کاهش می یابد (۱). با وجود شیوع زیاد اختلال اضطراب فراگیر و ناراحتی های مرتبط با آن، این اختلال در مقایسه با اختلالات اضطرابی دیگر، ابهام آمیزتر باقی مانده است و در نتیجه درمان آن نیز دشوار است (۴).

افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر در مقایسه با افراد عادی در تجربه هیجان بیشتر دچار مشکل می شوند و هیجان ها در افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر به راحتی و با سرعت اتفاق می افتد (۴). از دیگر سو، هیجانات مخدوش علاوه بر ایجاد سوگیری توجه، موجب نقص در پردازش هیجانی^۲ نیز می شود (۵). براساس نتایج تحقیقات، افرادی که هنگام پردازش هیجانی سبک های ناکارآمدی را برمیگزینند، در برابر مشکلات هیجانی آسیب پذیرتر هستند (۸-۶)؛ بنابراین یکی از متغیرهایی که می تواند در افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر با نقص مواجه باشد، پردازش هیجانی است. پردازش هیجانی فرایندی است که به وسیله آن آشفتگی عاطفی جذب می شود و به اندازه ای کاهش می یابد که تجارب و رفتارهای دیگر بدون آشفتگی می تواند صورت گیرد (۹). راجمن و هاجسون معتقدند اضطراب بیمارگونه، اغلب پردازش هیجانی ناقص را به دنبال دارد (۱۰). نتایج برخی پژوهش ها حاکی از این است که افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر از سبک های پردازش هیجانی ناکارآمد استفاده می کنند (۵).

براساس مطالعات، درمان های مرسوم برای اختلال اضطراب فراگیر، تاکنون نتوانسته اند مکانیزم های زیربنایی این اختلال را مدنظر قرار دهند و بتوانند به عنوان درمانی اثربخش برای این اختلال شناخته شوند (۱۱). فرایند نگرانی و دشواری در کنترل افکار، از راهبردها و پایه های دانش فراشناختی افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر سرچشمه می گیرد. این بیماران اغلب درباره باورهای فراشناختی خود بیش محدودی دارند (۱۲). همچنین بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر، به طور دائم تمرکز خود را از دست می دهند؛ به نحوی که

نمی توانند به فعالیت های جدید توجه مناسب نشان دهند (۱۳). از سوی دیگر یافته ها مشخص کرد، کنترل شناختی توانایی پیش بینی اختلال اضطراب را در بیماران دارد (۱۴).

از رویکردهای جدید که پژوهشگران درخصوص پیشگیری و درمان آسیب پذیری و پیشرفت علائم اختلال اضطراب فراگیر پیشنهاد می کنند، راهبردهای فراشناختی^۳ است. این رویکرد، راهبردهایی را به افراد آموزش می دهد تا خود را از مکانیزم هایی که موجب قفل شدن در پردازش به صورت نگرانی، نظارت بر تهدید و خودکنترلی ناسازگارانه می شود، رها کنند؛ همچنین با آموزش پردازش انعطاف پذیر هیجانی، طرح و برنامه ای را در آینده برای راهنمایی تفکر و رفتار در مواجهه با تهدید و آسیب پی ریزی کنند (۱۵). فلاول معتقد است، فراشناخت دانش یا فرایندی شناختی است که در ارزیابی، بازبینی یا کنترل شناخت، مشارکت دارد (۱۶). براساس نظریه فراشناختی، عقاید مختل شده درباره شناخت ها که فراشناخت ها را به وجود می آورد، در ایجاد و تداوم اختلال های روان شناختی نقش محوری دارد (۱۷). نتایج پژوهش زاهدی تجربی و همکاران نشان داد، باورهای فراشناختی با هیجانات رابطه معنادار دارد (۱۸). فیشر و همکاران در پژوهشی با بررسی اثربخشی درمان فراشناختی عنوان کردند، درمان فراشناختی برای کاهش آشفتگی هیجانی بیماران اضطرابی، افسرده و دارای نشانگان تروما مؤثر است (۱۹). مک نیکول و همکاران با بررسی درمان فراشناختی بر آشفتگی هیجانی نوجوانان مبتلا به سرطان دریافتند که درمان فراشناختی، آشفتگی هیجانی بیماران را کاهش می دهد (۲۰). شهیدی و منشی در پژوهش خود مشخص کردند، آموزش فراشناختی تأثیر معناداری بر بهبود تنظیم هیجانی و هیجان تحصیلی دارد (۲۱). مطالعه سلمانی و همکاران نشان داد، درمان فراشناختی در بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر، راهبردهای ناسازگارانه نظم جویی شناختی هیجان را کم می کند و برخی از راهبردهای سازگارانه را افزایش می دهد (۱۱).

با توجه به مطالعات موجود، به نظر می رسد که پژوهش های محدودی در رابطه با اثربخشی راهبردهای فراشناختی بر پردازش هیجانی در مبتلایان به اختلال اضطراب اجتماعی صورت گرفته است؛ همچنین نتایج درمان های مرسوم در درمان افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی کافی نیست؛ ضمن اینکه تاکنون مطالعه ای با عنوان پژوهش حاضر در شهر رشت انجام نشده است؛ بنابراین پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی آموزش راهبردهای فراشناختی بر پردازش هیجانی بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر صورت گرفت.

۲ روش بررسی

روش این پژوهش از نوع نیمه آزمایشی به صورت دوگروهی، با طرح پیش آزمون و پس آزمون با گروه گواه بود. جامعه آماری پژوهش را همه بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر مراجعه کننده به مراکز مشاوره و خدمات روان درمانی شهر رشت تشکیل دادند که در فاصله زمانی

۱. Generalized Anxiety Disorder

۲. Emotional processing

۳. Metacognitive strategies

به این مطالعه عبارت بود از: نداشتن سابقه بیماری روانی به جز اختلال اضطراب فراگیر؛ نداشتن سابقه بیماری جسمانی مؤثر بر حالات خلقی؛ نبود همبودی اختلال اضطراب فراگیر با سایر اختلالات؛ تجربه نکردن تنش‌هایی مانند طلاق و فوت بستگان در یک ماه اخیر؛ تمایل و رضایت از شرکت در طرح. ملاک‌های خروج آزمودنی‌ها شامل بیماری، انتقال محل سکونت و نداشتن تمایل به همکاری بود. برای رعایت ملاحظات اخلاقی پژوهش، به تمامی شرکت‌کننده‌ها گفته شد که شرکت در این پژوهش اختیاری است و رضایت آنان جلب شد؛ همچنین به آن‌ها این اطمینان داده شد که اطلاعات جمع‌آوری شده محرمانه خواهد بود.

زمستان ۱۳۹۵ تا بهار ۱۳۹۷ توسط متخصصان مشاوره و روان‌شناسی، اختلال اضطراب فراگیر آن‌ها باتوجه به معیارهای پنجمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-5) (۱) به تأیید رسید. باتوجه به رعایت افت آزمودنی، تعداد چهل نفر به‌عنوان نمونه آماری در نظر گرفته شدند که انتخاب آن‌ها به‌صورت دردسترس بود. سپس به‌طور تصادفی در گروه آزمایش و گروه گواه (بیست نفر در هر گروه) قرار گرفتند. گروه آزمایش به‌مدت ده جلسه دوساعته آموزش راهبردهای فراشناختی را دریافت کرد؛ ولی برای گروه گواه آموزشی ارائه نشد. سرانجام پس از انصراف چند بیمار از ادامه جلسات آموزشی، تعداد گروه آزمایش به پانزده نفر و گروه گواه نیز به‌صورت تصادفی به پانزده نفر کاهش یافت. ملاک‌های ورود بیماران

جدول ۱. مراحل و خلاصه جلسات درمان مبتنی بر آموزش راهبردهای فراشناختی

جلسه	محتوا
اول	معارفه و آشنایی با یکدیگر، آشناکردن اعضا با ماهیت بیماری‌شان و نقش عوامل فراشناختی در کاهش بروز و تشدید علائم اضطراب، معرفی کلی آموزش راهبردهای فراشناختی، تعیین اهداف و انتظارات بیمار
دوم	مرور تکلیف خانگی، ادامه آماده‌سازی، اجرای تکنیک اسناد مجدد کلامی و رفتاری درباره باورهای کنترل‌ناپذیری؛ تکلیف خانگی: ادامه به تأخیرانداختن نگرانی و آشنایی با آزمایش از دست دادن کنترل
سوم	مرور تکلیف خانگی، ادامه چالش با باورهای کنترل‌ناپذیری با ارائه شواهد مخالف، اجرای آزمایش از دست دادن کنترل در جلسه، بررسی و متوقف کردن کنترل غیرانطباقی و رفتارهای اجتنابی؛ تکلیف خانگی: ادامه به تأخیرانداختن نگرانی و وارونه‌سازی رفتارهای اجتناب از نگرانی و آزمایش از دست دادن کنترل
چهارم	مرور تکلیف خانگی، ادامه چالش با باورهای مربوط به کنترل‌ناپذیری در صورت لزوم، چالش با باورهای مربوط به خطر، تلاش برای از دست دادن کنترل و صدمه زدن به خود از طریق آزمایش نگرانی؛ تکلیف خانگی: القای نگرانی برای آزمودن خطرات
پنجم	مرور تکلیف خانگی، ادامه چالش با باورهای مربوط به خطرناک بودن نگرانی، اجرای آزمایش چالش با باورهای مربوط به خطر در جلسه درمان؛ تکلیف خانگی: آزمایش‌های رفتاری برای چالش مربوط به خطر
ششم	مرور تکلیف خانگی، ادامه چالش با باورهای مربوط به خطر، تأکید بر معکوس کردن هرگونه راهبردهای غیرانطباقی باقی‌مانده؛ تکلیف خانگی: آزمایش‌های رفتاری برای چالش با باورهای مربوط به خطر
هفتم	مرور تکلیف خانگی، چالش با باورهای مثبت درباره نگرانی در صورت رسیدن میزان اعتقاد بیمار به باورهای منفی به صفر؛ تکلیف خانگی: اجرای راهبردهای عدم تناسب و سایر آزمایش‌های رفتاری برای چالش با باورهای مثبت درباره نگرانی
هشتم	مرور تکلیف خانگی، ادامه چالش با باورهای مثبت، اجرای راهبردهای عدم تناسب در جلسه درمان؛ تکلیف خانگی: آزمایش‌های رفتاری (مانند آزمایش افزایش و کاهش سطح نگرانی)
نهم	مرور تکلیف خانگی، کار روی معکوس کردن علائم باقی‌مانده، اجرای راهبردهای عدم تناسب در جلسه درمان، ادامه چالش با باورهای مثبت، شروع کار روی برنامه جدید؛ تکلیف خانگی: درخواست از بیمار برای نوشتن برگه خلاصه درمان
دهم	مرور تکلیف خانگی، کار روی برنامه درمان (پیشگیری از عود)، تقویت برنامه‌های جایگزین و توضیح روش آن با مثال، برنامه‌ریزی برای جلسات تقویتی، شروع کار روی برنامه جدید؛ تکلیف خانگی: مشخص کردن کاربردهای مداوم درمان

غیرپردازش شده و اجتناب هیجانی را می‌سنجد. سؤالات ۱ تا ۵ مربوط به سرکوبی هیجانی، سؤالات ۶ تا ۱۰ مربوط به هیجان‌ات تنظیم‌نشده، سؤالات ۱۱ تا ۱۵ مربوط به فقر تجربه هیجانی، سؤالات ۱۶ تا ۲۰ مربوط به هیجان‌ات غیرپردازش شده و سؤالات ۲۱ تا ۲۵ مربوط به اجتناب هیجانی است. مقیاس پردازش هیجانی به‌صورت مقیاس لیکرت پنج‌درجه‌ای (از کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم) پاسخ داده می‌شود (۶). باکر و همکاران ضریب همسانی درونی مقیاس را از طریق آلفای کرونباخ برای هریک از خرده‌مقیاس‌های سرکوبی هیجانی، هیجان‌ات تنظیم‌نشده، فقر تجربه هیجانی، هیجان‌ات غیرپردازش شده، اجتناب هیجانی و کل مقیاس به ترتیب ۰/۸۴، ۰/۷۶، ۰/۸۲، ۰/۸۵،

برای جمع‌آوری داده‌ها از ابزارهای زیر استفاده شد.
 - پرسش‌نامه مشخصات فردی: این پرسش‌نامه شامل اطلاعات جمعیت‌شناختی سن، جنس، وضعیت تأهل و میزان تحصیلات بود.
 - نسخه تجدیدنظرشده مقیاس پردازش هیجانی^۲: نسخه تجدیدنظرشده مقیاس پردازش هیجانی توسط باکر و همکاران در سال ۲۰۱۰ برای اندازه‌گیری سبک‌های پردازش هیجانی تدوین شد (۶). نسخه تجدیدنظرشده این مقیاس، برگرفته از مقیاس پردازش هیجانی (۹)، شامل ساختاری پنج‌عاملی با ۲۵ ماده است که برای اندازه‌گیری سبک‌های پردازش هیجانی استفاده می‌شود؛ همچنین پنج مؤلفه سرکوبی هیجانی، هیجان‌ات تنظیم‌نشده، فقر تجربه هیجانی، هیجان‌ات

2. Emotional Processing Scale-Revised

1. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-Fifth Edition

۰/۷۴ و ۰/۹۲ گزارش کردند (۶). در ایران براساس پژوهش بهرامی، ویژگی‌های روان‌سنجی در نسخه تجدیدنظرشده به‌خصوص درباره تشخیص تفاوت بین گروه‌ها امیدوارکننده بود؛ چنان‌که ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس ۰/۹۲ و ضریب پایایی بازآزمایی ۰/۷۹ به‌دست آمد (۲۲).

درمان مبتنی بر آموزش راهبردهای فراشناختی برای مبتلایان به اختلال اضطراب فراگیر: الگوی فراشناختی استفاده‌شده در این روش براساس الگوگیری کلی از مدل ولز بود (به نقل از ۱۱). باتوجه به شرایط و ماهیت اختلال اضطراب فراگیر، تغییراتی در این برنامه درمانی داده شد و شیوه‌ها و روش‌های آموزشی و همچنین برنامه‌ریزی فعالیت‌ها در آن ادغام شد. باتوجه به الگوی ولز در آموزش راهبردهای فراشناختی، جلسات آموزشی ده جلسه به‌صورت یک‌بار در هفته و هر جلسه به‌مدت دو ساعت بود. خلاصه آموزش‌هایی که در ده جلسه

۳ یافته‌ها

در این مطالعه میانگین و انحراف معیار سنی آزمودنی‌ها در گروه آموزش راهبردهای فراشناختی و گروه گواه، به‌ترتیب $33/40 \pm 8/58$ سال و $35/67 \pm 6/25$ سال به‌دست آمد. پنج نفر از آزمودنی‌های گروه آموزش راهبردهای فراشناختی و هفت نفر از آزمودنی‌های گروه گواه، مرد بودند؛ همچنین ده نفر از آزمودنی‌های گروه آموزش راهبردهای فراشناختی و هشت نفر از آزمودنی‌های گروه گواه، زن بودند.

جدول ۲. توزیع آزمودنی‌ها براساس ویژگی‌های جمعیت‌شناختی به‌تفکیک دو گروه

متغیر	وضعیت	گروه آزمایش		گروه گواه	
		تعداد	درصد	تعداد	درصد
تأهل	مجرد	۵	۳۳/۳	۲	۱۳/۳
	متأهل	۹	۶۰	۱۲	۸۰
	مطلقه	-	-	۱	۶/۷
سن	همسر فوت‌شده	۱	۶/۷	-	-
	۲۰ تا ۳۰ سال	۸	۵۳/۳	۸	۲۰
سن	۳۱ تا ۴۰ سال	۵	۳۳/۳	۳	۵۳/۳
	۴۱ تا ۵۰ سال	۲	۱۳/۳	۴	۲۶/۷

به‌منظور تحلیل داده‌ها، آزمون تحلیل کوواریانس به‌کار رفت. قبل از انجام این آزمون، به‌منظور رعایت فرض‌های آن از آزمون‌های شاپیرو-ویلک، لون و همگنی شیب خط رگرسیون استفاده شد. فرض صفر در مرحله پس‌آزمون برای هر دو گروه آزمایش و گواه رد نشد. به‌عبارتی توزیع داده‌ها نرمال بود (برای گروه آزمایش $p=0/210$ ، برای گروه گواه

جدول ۳. مشخصات توصیفی زیرمقیاس‌های متغیر پردازش هیجانی در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون به‌همراه نتایج آزمون تحلیل کوواریانس

زیرمقیاس‌ها	گروه‌ها	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		نتایج آزمون	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	مقدار F	مقدار p
سرکوبی هیجانی	آزمایش	۱۷/۴۰	۳/۴۶	۱۰/۹۳	۴/۶۴	۲۲/۷۲	<0/001
	گواه	۱۸/۳۳	۳/۷۳	۱۷/۴۷	۲/۱۳		
هیجانان تنظیم‌نشده	آزمایش	۱۶/۶۷	۳/۴۹	۱۳/۳۳	۵/۰۵	۰/۹۳	۰/۳۴۴
	گواه	۱۶/۵۳	۴/۲۱	۱۵/۳۳	۴/۴۳		
فقر تجربه هیجانی	آزمایش	۱۶/۶۰	۴/۴۴	۱۲/۴۰	۴/۹۹	۸/۷۱	۰/۰۰۷
	گواه	۱۶/۶۰	۳/۹۴	۱۶/۰۰	۲/۵۱		
هیجانان غیرپردازش‌شده	آزمایش	۱۸/۰۰	۳/۹۵	۱۱/۸۰	۶/۰۱	۵/۷۹	۰/۰۲۵
	گواه	۱۵/۲۰	۵/۲۷	۱۶/۲۰	۴/۰۲		
اجتناب هیجانی	آزمایش	۱۷/۶۰	۲/۶۹	۱۲/۴۰	۴/۹۲	۸/۸۸	۰/۰۰۷
	گواه	۱۸/۳۳	۳/۹۴	۱۷/۴۷	۳/۸۱		

به‌منظور بررسی معناداری کاهش میانگین نمره زیرمقیاس‌های متغیر پردازش هیجانی در مرحله پس‌آزمون، از تحلیل کوواریانس استفاده شد که نتایج مربوط در جدول ۳ آمده است؛ همان‌طورکه ملاحظه می‌شود، با کنترل اثر نمرات پیش‌آزمون، بین میانگین سرکوبی هیجانی

($p < 0.001$)، فقر تجربه هیجانی ($p = 0.007$)، هیجان‌ها غیرپردازش شده ($p = 0.025$) و اجتناب هیجانی ($p = 0.007$) در پس‌آزمون بین گروه آزمایش و گروه گواه تفاوت معناداری وجود داشت. این نتیجه نشان‌دهنده تأثیر آموزش راهبردهای فراشناختی بر کاهش متغیرهای مذکور بود؛ اما در متغیر هیجان‌ها تنظیم‌نشده، در پس‌آزمون بین گروه آزمایش و گروه گواه تفاوت معناداری مشاهده نشد ($p = 0.344$). اندازه اثرهای سرکوبی هیجانی ۰/۴۹، فقر تجربه هیجانی ۰/۲۷، هیجان‌ها غیرپردازش شده ۰/۲۰ و اجتناب هیجانی ۰/۲۷ محاسبه شد.

۴ بحث

هدف پژوهش حاضر، بررسی اثربخشی آموزش راهبردهای فراشناختی بر پردازش هیجانی بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر بود. نتایج نشان داد، آموزش راهبردهای فراشناختی باعث کاهش سرکوبی هیجانی، فقر تجربه هیجانی، هیجان‌ها غیرپردازش شده و اجتناب هیجانی در پس‌آزمون گروه آزمایش می‌شود. این یافته با نتایج مطالعات سلمانی و همکاران (۱۱)، فیشر و همکاران (۱۹)، مک‌نیکول و همکاران (۲۰) و شهیدی و منشی (۲۱) همسوست.

در تبیین این یافته می‌توان گفت، از آنجاکه هیجان‌ها سیستم‌های پیچیده‌ای هستند که ارگانیزم را برای پاسخ‌دهی به محرک‌ها و چالش‌های محیطی آماده می‌سازند و تا اندازه‌ای حالت‌های عاطفی ذهن هستند، به‌طور کلی توانش‌های هیجانی در تشخیص پاسخ‌های هیجانی مناسب برای مواجهه با رویدادهای روزمره، گسترش دامنه بینش و ایجاد نگرش مثبت درباره وقایع و هیجان‌ها، نقش مؤثری دارند. اگرچه ماهیت آشفتگی هیجانی در اختلالات مختلف به‌صورت متفاوتی بروز می‌کند، اغلب اشکال آسیب‌شناسی روانی، منعکس‌کننده اختلال در برخی از حوزه‌ها همانند پردازش هیجانی و پاسخ‌دهی هیجانی است (۲۳). افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر در مقایسه با افراد عادی در تجربه هیجان بیشتر دچار مشکل می‌شوند و هیجان‌ها در افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر به‌راحتی و با سرعت اتفاق می‌افتد (۴). مطالعات نشان می‌دهد، در این اختلال کنترل نگرانی مشکل است و علائم جسمی نظیر تنش عضلانی، تحریک‌پذیری، اشکال در خواب و بی‌قراری با آن همراه است. جذب و کاهش هیجان‌ها منفی در افراد با اختلال اضطراب فراگیر مخدوش است؛ به‌عبارتی افراد دارای اضطراب محیط را تهدیدکننده و چالش‌انگیز ارزیابی می‌کنند و توانایی جذب و کاهش هیجان‌ها در آنان نقصان می‌یابد. علاوه بر اینکه افراد مبتلا به اختلال اضطراب در پردازش هیجانی خود نواقصی دارند، در ابرازگری و کنترل هیجانی نیز دچار بدکارکردی هستند و این بدکارکردی ناشی از تلاش ناموفق آن‌ها برای انطباق با محیط است (۵). فرایند نگرانی و دشواری در کنترل افکار، از راهبردها و پایه‌های دانش فراشناختی افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر سرچشمه می‌گیرد. این بیماران اغلب درباره باورهای فراشناختی خود بینش محدودی دارند (۱۲). نقص در فرایندهای فراشناخت با پردازش هیجانی ناقص، ناسازگاری این افراد را فزونی می‌بخشد. فیشر و همکاران در بررسی خود نشان دادند که راهبردهای فراشناختی، آشفتگی هیجانی را کم می‌کند (۱۹، ۲۴). درمانگری مبتنی بر آموزش

راهبردهای فراشناختی، راهبردهایی را به افراد می‌دهد تا خود را از مکانیزم‌هایی که موجب قفل شدن در پردازش به‌صورت نگرانی، نظارت بر تهدید و خودکنترلی ناسازگارانه می‌شود، رها سازند؛ همچنین با آموزش پردازش انعطاف‌پذیر هیجانی طرح و برنامه‌ای را در آینده برای راهنمایی تفکر و رفتار در مواجهه با تهدید و آسیب‌پذیری کنند (۱۵). راهبردهای فراشناختی در پردازش هیجانی و در نهایت روی مهارت‌های عاطفی افراد مؤثر است. این راهبردها با افزایش آگاهی درباره احساسات و هیجان‌ها عاملی برای سازگاری افراد مبتلا به اضطراب فراگیر می‌شود. این سازگاری نیز به‌نوبه خود می‌تواند سبب بهبود عملکرد فرد شود. راهبردهای فراشناختی به افراد مضطرب کمک می‌کند تا از خود فاصله بگیرند، به هیجان‌ها خویش توجه کنند و با آگاهی از آن‌ها به تأثیرشان بر رفتار و افکار خود نائل آیند و پردازش هیجانی در سطح مطلوب را تجربه کنند (۶). بنابر آنچه گفته شد و با توجه به نقش عوامل هیجانی در اختلال اضطراب فراگیر، لزوم به‌کارگیری روش‌های مؤثر فراشناختی در کاهش نشانه‌های بیماری درخور توجه است؛ البته این روش‌ها به‌همراه درمان‌های دارویی می‌تواند به بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر کمک کند تا به‌عنوان یکی از شیوه‌های غیرتهاجمی و اثربخش بر مبنای مکانیزم‌های خودتنظیمی استفاده شود (۵).

این پژوهش با محدودیت‌هایی روبه‌رو بود؛ اگرچه در پژوهش‌های نیمه‌آزمایشی استفاده شد، استفاده از پرسش‌نامه، می‌تواند نتایج را با محدودیت مواجه کند؛ در ضمن نبود دوره پیگیری و کنترل نکردن متغیرهایی همچون وضعیت اقتصادی و اجتماعی و نوع شغل به‌دلیل لزوم استفاده از نمونه‌گیری دردسترس، تعمیم‌پذیری نتایج را محدود کرد؛ از این‌رو پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی دوره‌های پیگیری شش ماه و یک سال گنجانده شود و پایداری نتایج به‌دست‌آمده در طی زمان بررسی گردد. همچنین پیشنهاد می‌شود، در پژوهش‌های آتی روش نمونه‌گیری تصادفی به‌کار رود تا تعمیم نتایج با اطمینان بیشتری صورت گیرد.

۵ نتیجه‌گیری

باتوجه به نتایج پژوهش نتیجه گرفته می‌شود که آموزش راهبردهای فراشناختی می‌تواند برای بهبود پردازش هیجانی در بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر مفید واقع شود. همچنین از آموزش راهبردهای فراشناختی می‌توان در راستای طراحی و توسعه مداخلات مبتنی بر شیوه‌های روان‌شناختی، به‌منظور کاهش اضطراب فراگیر و در نهایت بهبود برآیندهای بیماری استفاده کرد.

۶ تشکر و قدردانی

از مسئولان مراکز مشاوره و خدمات روان‌درمانی شهر رشت و تمامی بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر مراجعه‌کننده به مراکز مذکور که در اجرای این پژوهش همکاری صمیمانه‌ای داشتند، قدردانی می‌شود.

۷ بیانیه‌ها

تأییدیه اخلاقی و رضایت‌نامه از شرکت‌کنندگان: برای رعایت

ملاحظات اخلاقی در این پژوهش، به تمامی شرکت‌کننده‌ها گفته شد که شرکت در این پژوهش اختیاری است و رضایت آنان جلب شد؛ همچنین به آن‌ها این اطمینان داده شد که اطلاعات جمع‌آوری‌شده محرمانه خواهد بود. رضایت برای انتشار: این امر غیر قابل اجرا است.

تضاد منافع: این مقاله برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد دانشگاه پیام‌نور واحد تهران جنوب در رشته روان‌شناسی بالینی نویسنده دوم است که با کد اخلاق به شماره IR.PNU.REC.1396.7 انجام شد. نویسندگان اعلام می‌کنند هیچ‌گونه تضاد منافی ندارند.

References

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5. 5th ed. Washington, D.C.: American Psychiatric Association; 2013.
2. Wittchen H-U, Jacobi F. Size and burden of mental disorders in Europe--a critical review and appraisal of 27 studies. *Eur Neuropsychopharmacol*. 2005;15(4):357-76. doi: [10.1016/j.euroneuro.2005.04.012](https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2005.04.012)
3. Wittchen H-U, Kessler RC, Beesdo K, Krause P, Höfler M, Hoyer J. Generalized anxiety and depression in primary care: prevalence, recognition, and management. *J Clin Psychiatry*. 2002;63 Suppl 8:24-34.
4. Mennin DS, Heimberg RG, Turk CL, Fresco DM. Preliminary evidence for an emotion dysregulation model of generalized anxiety disorder. *Behav Res Ther*. 2005;43(10):1281-310. doi: [10.1016/j.brat.2004.08.008](https://doi.org/10.1016/j.brat.2004.08.008)
5. Mehrnejad A, Farahbijari A, Norouzi Nargesi M. Comparison of attention bias and emotional processing styles in female students with generalized anxiety disorder, with body dysmorphic disorder and inpatient. *Clinical Psychology Studies*. 2016;6(24):99-114. [Persian] doi: [10.22054/jcps.2016.6516](https://doi.org/10.22054/jcps.2016.6516)
6. Baker R, Thomas S, Thomas PW, Gower P, Santonastaso M, Whittlesea A. The Emotional Processing Scale: scale refinement and abridgement (EPS-25). *J Psychosom Res*. 2010;68(1):83-8. doi: [10.1016/j.jpsychores.2009.07.007](https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2009.07.007)
7. Raparia E, Coplan JD, Abdallah CG, Hof PR, Mao X, Mathew SJ, et al. Impact of childhood emotional abuse on neocortical neurometabolites and complex emotional processing in patients with generalized anxiety disorder. *J Affect Disord*. 2016;190:414-23. doi: [10.1016/j.jad.2015.09.019](https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.09.019)
8. Yu G-M, Li B. How subjective well-being affects emotional processing: The role of event-related potentials. *Social Behavior and Personality*. 2012;40(8):1285. doi: [10.2224/sbp.2012.40.8.1285](https://doi.org/10.2224/sbp.2012.40.8.1285)
9. Baker R, Thomas S, Thomas PW, Owens M. Development of an emotional processing scale. *J Psychosom Res*. 2007;62(2):167-78. doi: [10.1016/j.jpsychores.2006.09.005](https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2006.09.005)
10. Rachman S, Hodgson RJ. Obsessions and compulsions. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall; 1980.
11. Salmani B, Hasani J, Karami GR, Mohammad Khani S. Effectiveness of meta-cognitive therapy on cognitive attentional syndrome and cognitive emotion regulation strategies of patients suffering from Generalized Anxiety Disorder (GAD). *International Journal of Behavioral Sciences*. 2013;7(3):245-54. [Persian] http://www.behavsci.ir/article_67836_c5a4ed94e0196c1debc113caa7defbf8.pdf
12. Wells A. Cognition about cognition: Metacognitive therapy and change in generalized anxiety disorder and social phobia. *Cognitive and Behavioral Practice*. 2007;14(1):18-25. doi: [10.1016/j.cbpra.2006.01.005](https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2006.01.005)
13. Fresco DM, Mennin DS, Heimberg RG, Ritter M. Emotion regulation therapy for generalized anxiety disorder. *Cogn Behav Pract*. 2013;20(3):282-300. doi: [10.1016/j.cbpra.2013.02.001](https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2013.02.001)
14. Hallion LS, Tolin DF, Diefenbach GJ. Enhanced cognitive control over task-irrelevant emotional distractors in generalized anxiety disorder versus obsessive-compulsive disorder. *J Anxiety Disord*. 2019;64:71-8. doi: [10.1016/j.janxdis.2019.02.004](https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2019.02.004)
15. Wells A, Sembi S. Metacognitive therapy for PTSD: A core treatment manual. *Cognitive and Behavioral Practice*. 2004;11(4):365-77. doi: [10.1016/S1077-7229\(04\)80053-1](https://doi.org/10.1016/S1077-7229(04)80053-1)
16. Flavell JH. Metacognition and cognitive monitoring: A new area of cognitive-developmental inquiry. *American Psychologist*. 1979;34(10):906-11. doi: [10.1037/0003-066X.34.10.906](https://doi.org/10.1037/0003-066X.34.10.906)
17. Wells A, Cartwright-Hatton S. A Short Form of the Metacognitions Questionnaire: properties of the MCQ-30. *Behav Res Ther*. 2004;42(4):385-96. doi: [10.1016/s0005-7967\(03\)00147-5](https://doi.org/10.1016/s0005-7967(03)00147-5)
18. Zahedi Tajrishi Z, Mohammadkhani S, Jadidi F. Metacognitive beliefs and negative emotions. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*. 2011;30:530-3. doi: [10.1016/j.sbspro.2011.10.103](https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2011.10.103)
19. Fisher PL, McNicol K, Young B, Smith E, Salmon P. Alleviating emotional distress in adolescent and young adult cancer survivors: an open trial of metacognitive therapy. *J Adolesc Young Adult Oncol*. 2015;4(2):64-9. doi: [10.1089/jayao.2014.0046](https://doi.org/10.1089/jayao.2014.0046)
20. McNicol K, Salmon P, Young B, Fisher P. Alleviating emotional distress in a young adult survivor of adolescent cancer: a case study illustrating a new application of metacognitive therapy. *Clinical Case Studies*. 2013;12(1):22-38. doi: [10.1177/1534650112461298](https://doi.org/10.1177/1534650112461298)
21. Shahidi L, Manshaee GR. The effectiveness of meta-cognitive training on emotional regulation and academic emotion in mathematics among second-grade high school students. *Advances in Cognitive Science*. 2015;17(3):30-7. [Persian] <http://icssjournal.ir/article-1-382-en.pdf>
22. Bahrami F. Afzayesh maharat-haye atefi danesh amoozan az tarigh amoozesh pardazesh hayajani [Increase students' emotional skills through training emotional processing]. In: 3rd Iran Neuropsychology Symposium [Internet]. Karaj, Iran: Kharazmi University; 2007. [Persian] <https://www.sid.ir/Fa/Seminar/ViewPaper.aspx?ID=15758>
23. Kring AM, Bachorowski J-A. Emotions and Psychopathology. *Cognition and Emotion*. 1999;13(5):575-99. doi: [10.1080/026999399379195](https://doi.org/10.1080/026999399379195)
24. Fisher P. Metacognitive therapy for emotional distress in physical illness. In: The 3rd International Conference of Metacognitive Therapy [Internet]. Milan, Italy: MCT Institute; 2016. https://mct-institute.co.uk/wp-content/uploads/2018/11/MCT-Conference-Abstract-Booklet-2016_FINAL_0.pdf