

Effectiveness of meta-cognitive therapy on cognitive attentional syndrome and cognitive emotion regulation strategies of patients suffering from Generalized Anxiety Disorder (GAD)

Salmani B. *MSc*[✉], Hasani J. *PhD*¹, Karami GR. *M.D*², Mohammad Khani S. *PhD*¹

[✉]Department of Clinical Psychology, Psychology & Educational Sciences Faculty, Kharazmi University, Tehran, Iran

¹ Department of Clinical Psychology, Psychology & Educational Sciences Faculty, Kharazmi University, Tehran, Iran

² Department of Psychology, Behavioral Sciences Research Center, Baqiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Submitted: 2013.1.19 Accepted: 2013.8.6

Abstract

Introduction: This study aims to examine effectiveness of Meta-cognitive therapy on Cognitive Attentional Syndrome (CAS) & Cognitive Emotion Regulation strategies of patients suffering from Generalized Anxiety Disorder (GAD).

Method: 8 patients (5 Females) from the clients of psychiatric clinic of Baqiyatallah hospital, were selected through available sampling, matched together and then divided into 4 groups (Meta-cognitive therapy, Meta-cognitive therapy combined with medications, medications & Control). Patients receiving Meta-cognitive therapy and residual ones were examined respectively 5 & 3 times by Cognitive Attentional Syndrome Scale (CAS-1) and the short form of Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (CERQ). To analyze the data, indexes of process changes, slope and interpretation of ups & downs in charts were employed.

Result: After treatment, scores of patients who received Meta-cognitive therapy showed decrease in CAS & maladaptive Cognitive Emotion Regulation strategies (Self-blaming, Rumination, Catastrophizing); additionally, in some adaptive Cognitive Emotion Regulation strategies (Positive refocusing, Refocusing on planning, Positive Reappraisal) an increase was observed.

Conclusion: Meta-cognitive therapy via targeting directly mechanisms of pathological worry, can be appropriate choice for treatment of Generalized Anxiety Disorder.

Keywords: Meta-cognitive Therapy, Cognitive Attentional Syndrome, Cognitive Emotion Regulation strategies, Generalized Anxiety Disorder

اثربخشی درمان فراشناختی در سندرم شناختی / توجّهی (CAS) و راهبردهای نظم‌جویی شناختی هیجان (CER) بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر (GAD)

بهزاد سلمانی[✉]، جعفر حسنی^۱، غلامرضا کرمی^۲، شهرام محمدخانی^۱

[✉] گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران.

^۱ گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران.

^۲ گروه روان‌شناسی، مرکز تحقیقات علوم رفتاری، دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله اعظم (عج)، تهران، ایران.

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۲/۵/۱۵

تاریخ دریافت: ۱۳۹۱/۱۰/۳۰

چکیده

مقدمه: هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان فراشناختی بر سندرم شناختی / توجّهی و راهبردهای نظم‌جویی شناختی هیجان، در بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر بود.

روش: هشت نفر از بیمارانی که به درمانگاه روان‌پزشکی بیمارستان بقیه‌الله "عج" مراجعه کردند، به صورت نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شده و پس از هم‌تاسازی، در چهار گروه (درمان فراشناختی، درمان فراشناختی ترکیب با دارو، درمان دارویی و بدون درمان) قرار گرفتند. بیماران دریافت‌کننده درمان فراشناختی و بقیه بیماران به ترتیب ۵ و ۳ بار به‌وسیله‌ی مقیاس سندرم شناختی توجّهی (CAS-1) و فرم کوتاه پرسشنامه‌ی راهبردهای نظم‌جویی شناختی هیجان (CERQ) ارزیابی شدند. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از شاخص‌های تغییرات روند، شیب و تفسیر فراز و فرود نمودارها استفاده شد.

یافته‌ها: پس از درمان، نمرات بیماران دریافت‌کننده‌ی درمان فراشناختی در سندرم شناختی / توجّهی و راهبردهای ناسازگارانه نظم‌جویی شناختی هیجان (ملامت خویش، نشخوارفکری، فاجعه‌سازی) کاهش و در برخی از راهبردهای سازگارانه (تمرکز مجدد مثبت، تمرکز بر برنامه‌ریزی، ارزیابی مجدد مثبت) افزایش پیدا کرده بود.

نتیجه‌گیری: درمان فراشناختی با به‌طور مستقیم هدف قرار دادن مکانیسم‌های زیربنایی نگرانی آسیب‌شناختی، می‌تواند گزینه‌ی بسیار مناسبی برای درمان اختلال اضطراب فراگیر باشد.

کلیدواژه‌ها: درمان فراشناختی، سندرم شناختی / توجّهی، راهبردهای نظم‌جویی شناختی هیجان، اختلال اضطراب فراگیر

مقدمه

اختلال اضطراب فراگیر شایع‌ترین اختلال اضطرابی است [۱، ۲]. خصوصیت اصلی این اختلال، نگرانی مفرط و دائمی است [۳]. بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر با گذشت زمان به این نتیجه می‌رسند که نگرانی‌های آن‌ها غیرقابل کنترل بوده و همین امر منجر به پریشانی ذهنی آن‌ها می‌شود. هم‌چنین، این بیماران تنیدگی عضلانی، تحریک‌پذیری، دشواری در خواب و بی‌قراری را تجربه می‌کنند و درگیر نشانه‌های پرکاری دستگاه عصبی خودمختار شامل کوتاه شدن تنفس، تعریق مفرط، تپش قلب و علائم گوارشی ناگوار می‌شوند [۴].

اختلال اضطراب فراگیر با ناتوایی شدید در انجام فعالیت‌های روزانه و وظایف شغلی و همچنین ناتوانی گسترده در عملکرد جسمی همراه است [۵]. از یک سو، با توجه به ارتباط بین نگرانی مفرط و عوامل زیربنایی آن با برخی از ابعاد شخصیت [۶] و هم‌چنین تاثیر اختلال اضطراب فراگیر (GAD) بر کارکردهای اجرایی مثل توجه [۷]، و از سوی دیگر، با نظر به اینکه همبودی اختلال اضطراب فراگیر با اختلالات دیگر، برای مثال افسردگی، اختلالات اضطرابی و بیماری‌های جسمانی [۸، ۹] به میزان نگران‌کننده‌ای بالا بوده و منجر به تقویت پیامدهای زیان‌بار اختلالات همبود با خود می‌شود، بنابراین درمان موفقیت‌آمیز این اختلال در کاهش هزینه‌های پرداختی این بیماران موثر است و می‌تواند وخامت اختلالات همبود را کاهش دهد.

به رغم شیوع بالای اختلال اضطراب فراگیر و ناراحتی مرتبط با آن، این اختلال نسبت به اختلالات اضطرابی دیگر ابهام‌آمیزتر باقی مانده و در نتیجه درمان آن نیز دشوار است [۸]. ماهیت ظاهراً پیچیده اختلال اضطراب فراگیر، مفهوم‌سازی و هم‌چنین درمان آن را مشکل می‌سازد. زمانی که اختلال اضطراب فراگیر با اختلالات دیگر مقایسه می‌شود، شاهد آن هستیم که پژوهش‌های بسیار کم‌تری مکانیسم‌های آسیب‌شناختی روانی درگیر در این اختلال را مورد آزمایش قرار داده‌اند. از طرفی دیگر، پژوهش‌ها نشان می‌دهد درمان‌های مرسوم برای این اختلال، تاکنون نتوانسته‌اند آنچنان که شایسته است این مکانیسم‌های زیربنایی را مورد توجه قرار دهند و بتوانند به عنوان درمانی اثربخش در مورد این اختلال شناخته شوند. برای مثال پژوهش‌های آرتنر [۱۰] و اوست و بریتوتنر [۱۱] نشان می‌دهد درمان شناختی و آرام‌سازی کاربردی (Applied Relaxation)، که طبق پیشینه‌ی پژوهشی تا آن زمان اثربخش‌ترین درمان‌ها برای اختلال اضطراب فراگیر بوده‌اند، نرخ بهبودی بالایی به دست نیاورده و در پیش‌گیری از عود چندان موفق عمل نکرده‌اند. مطالعه‌ی فیشر [۱۲] نیز تقریباً این نتایج را تایید می‌کند. برخی از پژوهش‌ها نیز به این نتیجه رسیدند که به منظور تقویت اثربخشی و کارایی، از عناصر هر دو درمان کمک گرفته و بدین ترتیب تعدادی از فنون و راهبردهای درمانی مورد استفاده در درمان‌های شناختی و آرام‌سازی کاربردی را با یکدیگر ترکیب کرده، با این روند

توانسته‌اند به نرخ بهبودی بیش‌تری دست پیدا کنند، اما بهبودی معنادار بالینی هم‌چنان دور از دسترس بوده است [۱۳، ۱۴]. در مقابل، کوبین، اویمت، سیلرز و دوزویس [۱۵] به این نتیجه رسیدند که درمان شناختی رفتاری منجر به بهبودی معنادار بالینی و اندازه‌های اثر بزرگ می‌شود اما ۵۰ درصد از بیمارانی که درمان را تا پایان ادامه می‌دهند، پس از جلسات درمان، تجربه برگشت علائم را دارند [۱۶].

از نظر ولنز [۱۷] و ولنز و کینگ [۱۳]، درمانی که برای این اختلال در نظر گرفته می‌شود باید از یک طرف مکانیسم‌های زیربنایی نگرانی آسیب‌شناختی را هدف قرار دهد و از طرف دیگر دارای مدل نظری اختصاصی برای اختلال اضطراب فراگیر باشد. درمانی که توسط ولنز [۱۷]، برای این اختلال در نظر گرفته شده است، سندرم شناختی/توجهی (Cognitive Attentional Syndrome) را به عنوان مکانیسم زیر بنایی نگرانی افراطی در نظر می‌گیرد و دارای مدل اختصاصی برای اختلال اضطراب فراگیر می‌باشد. سندرم شناختی/توجهی در اختلال اضطراب فراگیر به صورت نگرانی بیش از اندازه، توجه متمرکز بر محرک‌های مرتبط با تهدید، سرکوب فکر و راهبردهای نظم‌جویی هیجان‌نا سازگارانه نمایان می‌شود. این سندرم توسط باورهای فراشناختی کنترل می‌شود. تاکنون پژوهش‌های زیادی بر نقش باورهای فراشناختی در ایجاد آسیب‌شناسی روان‌شناختی تاکید کرده‌اند (برای مثال [۱۸]).

پژوهش‌های متعددی [۱۳، ۱۴، ۱۶، ۱۹، ۲۴] بر نقش نگرانی و نگرانی درباره‌ی نگرانی، یعنی فرانگرانی (Meta-Worry)، در شکل‌گیری و تداوم اختلال اضطراب فراگیر تاکید کرده‌اند. طبق شواهد پژوهشی [۲۵] محتوا و ماهیت نگرانی در اختلال اضطراب فراگیر، به نگرانی در افراد معمولی بسیار شبیه است، با این وجود، از دیدگاه بنیان‌گذار درمان فراشناختی (Meta-cognitive Therapy)، نگرانی در اختلال اضطراب فراگیر از یک نظر با نگرانی‌های عادی تفاوت عمده‌ای دارد. در واقع نگرانی در اختلال اضطراب فراگیر با افکار و باورهای منفی بیش‌تر درباره‌ی نگرانی همراه است [۲۶، ۲۷]. این باورها، که به عنوان باورهای فراشناختی منفی در نظر گرفته می‌شوند، پردازش اطلاعات را در بیمار به دست گرفته و تعیین می‌کنند که فرد به چه محرک‌هایی در محیط توجه کرده و آن‌ها را چگونه ارزیابی کند. از آنجایی که این باورها به همراه باورهای فراشناختی مثبت، که بر لزوم درگیری و استفاده از نگرانی تاکید دارند، سوگیرانه بوده و واقع‌بینانه به نظر نمی‌رسند، بنابراین بیمار را به منظور کاهش هیجان‌های منفی به سمت استفاده از راهبردهای خود نظم‌بخشی ناسازگارانه سوق می‌دهند و در درازمدت منجر به تداوم اختلال و تقویت ارزیابی منفی بیمار از فرایند نگرانی می‌شود. این دور باطل، که سندرم شناختی/توجهی، بخش زیادی از آن را تشکیل

توجهی در بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر بپردازند.

روش

جامعه‌ی آماری پژوهش را تمامی بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر (GAD) تشکیل می‌دهند که در فاصله‌ی زمانی سه ماهه (۱۵ شهریور تا ۱۵ آذر ۱۳۹۱) به درمان‌گاه بیمارستان بقیه‌الله اعظم (عج) مراجعه کردند. از بین این بیماران، تعداد ۸ نفر (زن=۵) از آن‌ها که در دامنه‌ی سنی ۲۸ تا ۳۳ سال قرار داشتند ($M=۳۰/۶۲$, $SD=۱/۶۸$)، به صورت نمونه‌گیری دردسترس انتخاب شدند. تشخیص اختلال اضطراب فراگیر بر مبنای نظر روان‌پزشک و تایید آن به‌وسیله‌ی مصاحبه‌ی تشخیصی ساختاریافته بر اساس DSM-IV-TR انجام شد. پژوهش حاضر از نوع مطالعات شبه آزمایشی به روش تک آزمودنی (Single Subject) می‌باشد که به هدف ارزیابی تاثیر درمان فراشناختی بر سندرم شناختی/توجهی و راهبردهای نظم‌جویی شناختی هیجان بیماران مبتلا به بیماران انجام شده است.

مقیاس سندرم شناختی/توجهی (CAS-۱): مقیاس سندرم شناختی/توجهی (CAS)، مقیاسی ۱۶ ماده‌ای است که به منظور ارزیابی فعال‌شدن سندرم شناختی/توجهی (CAS) ایجاد شده است [۱۸]، دو سوال اول آن به ترتیب میزان فراوانی نگرانی بیمار و توجه وی را بر موارد تهدید کننده می‌سنجد. شش ماده‌ی بعدی با فراوانی راهبردهای که افراد برای مقابله با احساسات و افکار منفی به کار می‌برند، ارتباط دارد. پاسخ به این ۸ ماده بر اساس مقیاس ۸ درجه‌ای لیکرتی از ۰ تا ۸ صورت می‌گیرد. هشت ماده‌ی بعدی میزان اعتقاد فرد به هر یک از باورهای فراشناختی درباره سندرم شناختی/توجهی (CAS) را بر اساس مقیاس ۰ تا ۱۰۰ درجه‌بندی می‌کند. نمرات کلی مقیاس سندرم شناختی/توجهی (CAS-۱) از مجموع تمام ۱۶ ماده به دست می‌آید. در حال حاضر، داده‌های محدودی برای حمایت از خصوصیات روان‌سنجی این مقیاس وجود دارد. با این وجود، این مقیاس تنها ابزار شناخته شده‌ای است تاکنون به منظور ارزیابی همزمان تمامی مولفه‌های سندرم شناختی/توجهی (CAS) ساخته شده است و به همین دلیل در پژوهش حاضر از آن استفاده شده است. کسب نمرات بالاتر در این مقیاس نشانه‌ی فعال‌سازی بیش‌تر سندرم شناختی/توجهی (CAS) می‌باشد.

فرم کوتاه پرسشنامه‌ی نظم‌جویی شناختی هیجان (CERQ): نسخه‌ی اصلی این پرسشنامه توسط گارنفسکی و همکاران [۳۰] به دو زبان هلندی و انگلیسی تهیه شده است. این نسخه، شامل ۹ خرده مقیاس، معرف ۹ راهبرد نظم‌جویی شناختی هیجان می‌باشد که به دو دسته‌ی سازگاران شامل تمرکز مجدد مثبت، ارزیابی مجدد مثبت، تمرکز بر برنامه‌ریزی، پذیرش، دیدگاه‌گیری و ناسازگاران شامل ملامت خویش، فاجعه‌سازی، نشخوارفکری، ملامت دیگران تقسیم می‌شوند. که هر یک چهار ماده از این پرسشنامه را به خود اختصاص می‌دهند. حسنی [۲۸،

می‌دهد، آن قدر تکرار می‌شود که کارکردهای مهم بیمار را مختل کرده و زندگی را برای وی مشکل می‌سازد [۱۳، ۱۴، ۲۴، ۲۶، ۲۷].

همان‌طور که اشاره شد بیماران مبتلا اختلال اضطراب فراگیر برای اجتناب از هیجان‌های منفی، از راهبردهای مقابله‌ای ناسازگارانه استفاده می‌کنند [۹]. در واقع، طبق مدل نظری ولز [۱۷] برای فهم و مفهوم‌سازی دقیق این اختلال بایستی سندرم شناختی/توجهی و راهبردهای مقابله‌ای در کنار یکدیگر مورد بررسی قرار گیرند. با توجه به ارتباط راهبردهای مقابله‌ای با راهبردهای نظم‌جویی هیجان (Emotion Regulation)، می‌توان تصور کرد این بیماران از راهبردهای نامناسبی برای نظم‌جویی هیجان نیز بهره ببرند. نظم‌جویی هیجان در بردارنده‌ی طیف وسیعی از پاسخ‌های شناختی، رفتاری، فیزیولوژیک و هیجانی می‌باشد و استفاده موثر از آن با بهداشت روانی، بهزیستی روان‌شناختی، سلامت جسمانی و روابط بین‌فردی سالم رابطه دارد [۲۸، ۲۹]. یکی از روش‌های نظم‌جویی هیجان، استفاده از راهبردهای شناختی برای این کار است. گارنفسکی و همکاران [۳۰] نه راهبرد سازگاران و ناسازگاران برای نظم‌جویی شناختی هیجان توصیه می‌کنند. پژوهش‌ها نشان می‌دهد بیماران مبتلا به اختلالات اضطرابی به طور کلی، و بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر به‌طور خاص، بیش‌تر از راهبردهای ناسازگارانه مثل ملامت خویش، فاجعه‌سازی و نشخوار فکری استفاده می‌کنند تا از راهبردهای سازگاران مثل تمرکز مجدد مثبت، ارزیابی مجدد مثبت [۳۱، ۳۶].

با توجه به اینکه درمان فراشناختی روی میزان درگیر شدن در نگرانی، پایش تهدید (Threat Monitoring) و رفتارهای مقابله‌ای ناسازگاران، یعنی مولفه‌های تشکیل‌دهنده‌ی سندرم شناختی/توجهی و به دنبال آن بر راهبردهای نظم‌جویی شناختی هیجان تاثیر می‌گذارد، منطقی است که فرض کرد با اجرای این درمان روی بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر، علاوه بر کاهش فعالیت این سندرم، بتوان استفاده از راهبردهای سازگاران و ناسازگاران را در این بیماران معکوس کرد. درمان فراشناختی برای نخستین بار در مورد اختلال اضطراب فراگیر مطرح شده و توانسته است در پژوهش‌های گوناگون [۱۳، ۱۴، ۱۶] اثربخشی خود را با توجه به نرخ بهبودی و پیشرفت در درمان نشان دهد. این درمان شامل فنون و راهبردهایی است که به جای هدف قرار دادن محتوای شناخت‌های بیماران، فرایند و چگونگی تفکر بیمار را به چالش کشیده و نحوه‌ی پاسخ‌دهی وی را به فرایندهای شناختی مانند نگرانی تغییر می‌دهد. از یک سو، تعداد جلسات اندک، که منجر به کارایی بالاتر درمان می‌شود و از سوی دیگر محدودیت پیشینه پژوهشی در مورد تاثیر اجرای این درمان روی راهبردهای مقابله‌ای ناسازگاران و سندرم شناختی/توجهی، پژوهشگران را بر آن داشت تا به ارزیابی تاثیر اجرای این درمان بر راهبردهای نظم‌جویی شناختی هیجان و سندرم شناختی/

گزینه‌ی مناسبی به منظور مقایسه با درمان فراشناختی در نظر گرفته شده است. سپس بیمارانی که درمان فراشناختی دریافت می‌کردند، به روش پلکانی در مراحل درمان قرار گرفتند، درمان فراشناختی به وسیله‌ی روان‌شناس بالینی (بر طبق پروتکل درمان ویز، [۲۷]؛ خلاصه شده در جدول ۱) و درمان دارویی توسط روان‌پزشک انجام شد. لازم به ذکر است که این پروتکل شامل ۱۰ جلسه درمانی می‌باشد، اما در این پژوهش بسته به میزان فعالیت و انگیزه، بیماران توانستند بین ۷ تا ۹ جلسه این روند را پشت سر بگذارند. تمامی بیمارانی که درمان فراشناختی را دریافت می‌کردند ۵ دفعه و بیماران دو گروه درمان دارویی و بدون درمان هر کدام سه دفعه، به وسیله‌ی CAS-۱ و CERQ ارزیابی شدند. با توجه به طرح تک آزمودنی پژوهش حاضر، برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از شاخص‌های تغییرات روند و شیب برای هر بیمار استفاده شد و روند تغییرات شدت سندرم شناختی توجهی و راهبردهای نظم‌جویی شناختی هیجان (سازگاران و ناسازگاران) در طی جلسات بر روی نمودارها به طور جداگانه نشان داده شد.

[۳۷] نسخه فارسی و کوتاه‌تر این پرسشنامه را در ۱۸ سوال تنظیم کرد. در CERQ، هر یک از خرده مقیاس‌ها شامل دو ماده هستند که بر اساس مقیاس درجه‌بندی لیکرت از ۱ (هرگز) تا ۵ (همیشه) نمره‌گذاری می‌شوند. نمره‌ی کل هر یک از خرده مقیاس‌ها از طریق جمع کردن نمره‌ی ماده‌ها به دست می‌آید. پژوهش‌ها [۳۶] نشان می‌دهند ماده‌های CERQ همسانی درونی (دامنه‌ی آلفای کرونباخ ۰/۷۶ تا ۰/۹۶ بود) خوبی داشته و ضرایب همبستگی بازآزمایی ۰/۵۱ تا ۰/۷۷ بیان‌گر اعتبار مقیاس بود. هم‌چنین، الگوی ضرایب همبستگی بین خرده مقیاس‌های این پرسشنامه و پرسشنامه‌ی افسردگی بک (BDI-II [۳۸]) بیان‌گر روایی ملاکی همزمان مناسب CERQ می‌باشد. ابتدا ۸ نفر از بیمارانی که به لحاظ سن و تحصیلات با یکدیگر هم‌تاسازی شده بودند، انتخاب شده و به صورت تصادفی به چهار گروه دریافت‌کننده‌ی درمان فراشناختی، درمان دارویی، درمان فراشناختی به همراه درمان دارویی (درمان ترکیبی) و بدون درمان (لیست انتظار) تقسیم شدند. درمان دارویی به دلیل اثر بخشی بالایی که بر این اختلال دارد انتخاب شده و به عنوان

جدول ۱. خلاصه محتوای جلسات درمان فراشناختی برای اختلال اضطراب فراگیر

جلسه	محتوای جلسه
اول	تدوین فرمول‌بندی موردی، معرفی مدل و آماده‌سازی، اجرای آزمایش فرونشانی فکر، چالش با باورهای مربوط به کنترل‌ناپذیری، تمرین ذهن‌آگاهی گسلیده، معرفی تکنیک به تأخیر انداختن نگرانی، تکلیف خانگی: تمرین ذهن‌آگاهی گسلیده و به تأخیر انداختن نگرانی
دوم	مرور تکلیف خانگی، ادامه آماده‌سازی، اجرای تکنیک اسناد مجدد کلامی و رفتاری در مورد باورهای کنترل‌ناپذیری، تکلیف خانگی: ادامه به تأخیر انداختن 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 تأخیر انداختن 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 جلسه‌ی درمان، تکلیف خانگی: آزمایش‌های رفتاری برای چالش با باورهای مربوط به خطر
ششم	مرور تکلیف خانگی، ادامه چالش با باورهای مربوط به خطر، تأکید بر معکوس کردن هرگونه راهبردهای غیرانطباقی باقی مانده، 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 راهبرد عدم تناسب در جلسه‌ی درمان، تکلیف خانگی: آزمایش‌های رفتاری (مانند آزمایش افزایش و کاهش سطح نگرانی)
نهم	مرور تکلیف خانگی، کار بر روی معکوس کردن علایم باقی مانده، اجرای راهبرد عدم تناسب در جلسه‌ی درمان، ادامه چالش با باورهای مثبت، شروع کار بر روی برنامه‌ی جدید، تکلیف خانگی: درخواست از بیمار برای نوشتن برگه‌ی خلاصه‌ی درمان
دهم	مرور تکلیف خانگی، کار بر روی برنامه‌ی درمان (پیشگیری از عود)، تقویت برنامه‌های جایگزین و توضیح روش آن با مثال، برنامه‌ریزی برای جلسات تقویتی، شروع کار بر روی برنامه‌ی جدید، تکلیف خانگی: مشخص کردن کاربردهای مداوم درمان

جدول ۲. خصوصیات جمعیت‌شناختی بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر

بیمار	گروه	سن	جنسیت	تحصیلات	مدت ابتلا	وضعیت تاهل	اختلال همبود
اول	درمان فراشناختی	۲۹	مرد	کارشناسی	۲/۵ سال	مجرد	ندارد
دوم	درمان فراشناختی	۳۱	زن	فوق‌دیپلم	۱/۵ سال	متاهل	MDD
سوم	درمان فراشناختی به همراه درمان دارویی	۳۲	زن	دیپلم	۳ سال	متاهل	MDD
چهارم	درمان فراشناختی به همراه درمان دارویی	۳۰	مرد	کارشناسی‌ارشد	۹ ماه	مجرد	ندارد
پنجم	درمان دارویی	۳۰	زن	کارشناسی	۳ سال	مجرد	MDD
ششم	درمان دارویی	۳۲	زن	کارشناسی	۱۰ ماه	متاهل	MDD
هفتم	کنترل	۲۸	مرد	کارشناسی	۷ ماه	مجرد	ندارد
هشتم	کنترل	۳۳	زن	دیپلم	۲ سال	مجرد	ندارد

* MDD = اختلال افسردگی اساسی

جدول ۳. شدت نمرات بیماران در مقیاس سندرم شناختی توجهی در طول درمان

بیمار	اول (MCT)	دوم (MCT)	اول (MCT+Drug)	دوم (MCT+Drug)	اول (Drug)	دوم (Drug)	اول (NG)	دوم (NG)
خط پایه (پیش از درمان)	۳۱	۳۲	۳۳	۲۹	۳۳	۳۰	۳۲	۲۸
دوم	۲۵	۳۰	۲۶	۲۲	---	---	---	---
چهارم	۲۰	۲۲	۲۱	۱۶	۲۸	۲۴	۳۱	۲۹
ششم	۱۳	۱۱	۲۸	۹	---	---	---	---
پس از درمان	۵	۴	۱۰	۳	۲۷	۲۵	۳۰	۳۱

* درمان فراشناختی = MCT؛ درمان دارویی = Drug؛ بدون درمان (لیست انتظار) = NG

یافته‌ها

پایان درمان حفظ کنند. لازم به ذکر است که چهار بیمار دیگر، کاهش چندانی را در شدت سندرم شناختی/توجهی تجربه نکرده‌اند. نمودار ۱ روند کاهش نمرات چهار بیمار اول را در سندرم شناختی/توجهی به طور دقیق‌تر نشان می‌دهد.

نمودار ۱ شامل سیر تغییر نمرات بیماران دو گروه درمان فراشناختی و درمان ترکیبی در سندرم شناختی/توجهی می‌باشد. افزایش نمره بیمار اول درمان ترکیبی در اینجا بهتر دیده می‌شود. نتایج این نمودار نیز بیان‌گر آن است که بیمارانی که تجربه درمان فراشناختی را داشتند، در پایان درمان شاهد کاهش چشمگیری در شدت سندرم شناختی/توجهی بودند. هم‌چنین، به منظور مقایسه نمرات بیماران هر چهار گروه، از نمرات آن‌ها در سندرم شناختی/توجهی میانگین گرفته شد که نتایج آن را در نمودار ۲ مشاهده می‌کنید. نمودار ۲ نیز تایید کننده این مطلب است که بیماران دو گروه که درمان فراشناختی دریافت کرده‌اند به مراتب نسبت به دو گروه دیگر، نمرات کم‌تری در سندرم شناختی/توجهی گرفته‌اند. در واقع، میانگین نمرات بیماران گروه کنترل و درمان دارویی، پس از ۳ ماه تغییر چندانی نکرده است. علاوه بر بازبینی دیداری نمودارها، اثربخشی و اندازه‌ی ضریب تاثیر، بیانگر کاهش معنادار و قابل توجه سندرم شناختی/توجهی بیماران دو گروه درمان

جدول ۲ خصوصیات جمعیت‌شناختی بیماران را نشان می‌دهد. همان‌طور که در این جدول دیده می‌شود، بین ویژگی‌های جمعیت‌شناختی بیماران تفاوت فاحشی دیده نمی‌شود.

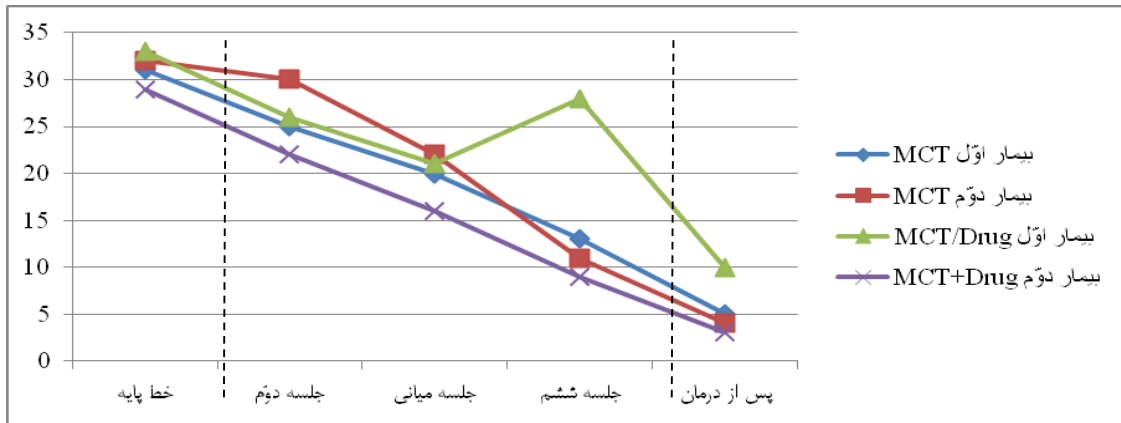
جدول ۳، تغییرات شدت نمرات چهار بیماری که درمان فراشناختی را دریافت کرده‌اند، در مقیاس سندرم شناختی توجهی طی جلسات درمان نشان می‌دهد و این نمرات را با نمرات بیماران گروه درمان دارویی مقایسه می‌کند.

همان‌طور که در جدول ۳ مشاهده می‌شود، نمره بیماران در خط پایه تفاوت چندانی با هم ندارد که این امر، راه را برای انجام مقایسه بین گروه‌ها هموار می‌کند. کاهش نمرات در سندرم شناختی/توجهی برای بیمارانی که درمان فراشناختی (با یا بدون دارو) دریافت کرده‌اند، به مراتب بیش‌تر از بیماران دو گروه دیگر بوده است. هم‌چنین، بیمار دوم و اول (درمان ترکیبی) توانسته‌اند از این نظر بیش‌ترین کاهش نمرات را تجربه کنند. به علاوه، با نگاهی دقیق‌تر به جدول ۳ مشاهده می‌شود که بیمار اول درمان ترکیبی، در جلسه ششم، افزایش نمرات در سندرم شناختی/توجهی را نشان می‌دهد. در ضمن، هر چهار بیماری که درمان فراشناختی را دریافت کرده‌اند توانسته‌اند روند کاهش نمرات را تا

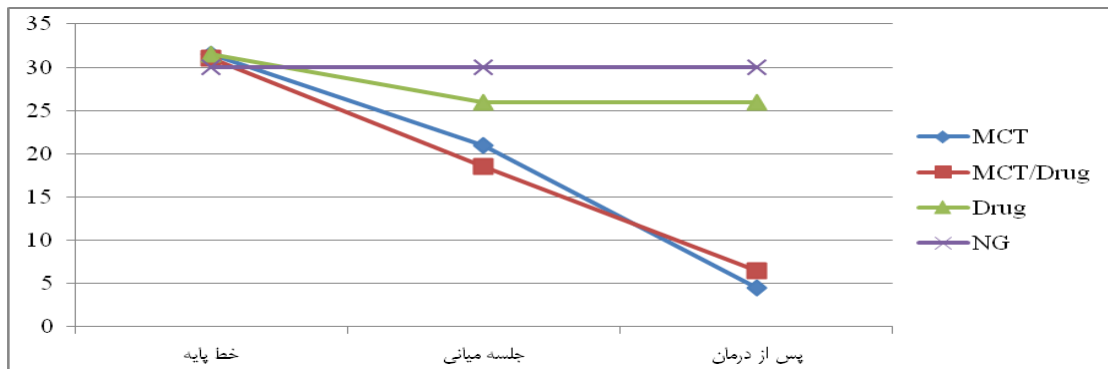
میزان استفاده هر گروه را از این راهبردها به طور میانگین نشان می‌دهد.

همان‌طور که در نمودار ۳ مشاهده می‌شود بیماران در خط پایه پایه تقریباً به یک اندازه از راهبردهای ناسازگارانه برای نظم‌جویی شناختی هیجان استفاده می‌کنند. با آغاز درمان، نمرات بیمارانی که درمان فراشناختی را دریافت می‌کنند به تدریج کاهش پیدا کرده اما این امر در مورد بیماران دو گروه دیگر صادق نیست. در مقابل، همان‌گونه که در نمودار ۴ نشان داده شده است، این نتایج در مورد راهبردهای سازگارانه تقریباً بالعکس می‌باشد. پیش از درمان، تقریباً هر چهار گروه در بهره بردن از راهبردهای سازگارانه در حد نسبتاً ضعیفی بودند، اما پس از پایان درمان نمرات بیماران دریافت‌کننده درمان فراشناختی به مراتب بیش‌تر از بیماران دیگر می‌باشد.

فراشناختی و ترکیبی بود. این امر در جدول ۴ بازتاب یافته است. داده‌های جدول ۴ نیز نشان می‌دهد که کاهش نمرات سندرم شناختی/توجهی در هر چهار بیماری که درمان فراشناختی را دریافت کرده‌اند قابل ملاحظه بوده است. همچنین، میزان اثر بخشی درمان فراشناختی بر سندرم شناختی/توجهی در تمامی بیماران بالا می‌باشد. در واقع درصد کاهش نمرات بیان‌گر اثربخشی درمان فراشناختی بر سندرم شناختی/توجهی می‌باشد. این اثر در مورد بیمار اول درمان فراشناختی و بیمار دوم درمان ترکیبی بیش‌تر به چشم می‌خورد. به منظور بررسی نمرات بیماران در راهبردهای نظم‌جویی شناختی هیجان، طبق دیدگاه گارنفسکی، بان و کرایج [۳۵] آن‌ها را به دو گروه سازگارانه (شامل تمرکز مجدد مثبت، ارزیابی مجدد مثبت، پذیرش، دیدگاه‌گیری و تمرکز بر برنامه‌ریزی) و ناسازگارانه (نشخوارفکری، فاجعه‌سازی، ملامت خویش و ملامت دیگران) تقسیم شد. نمودارهای ۳ و ۴،



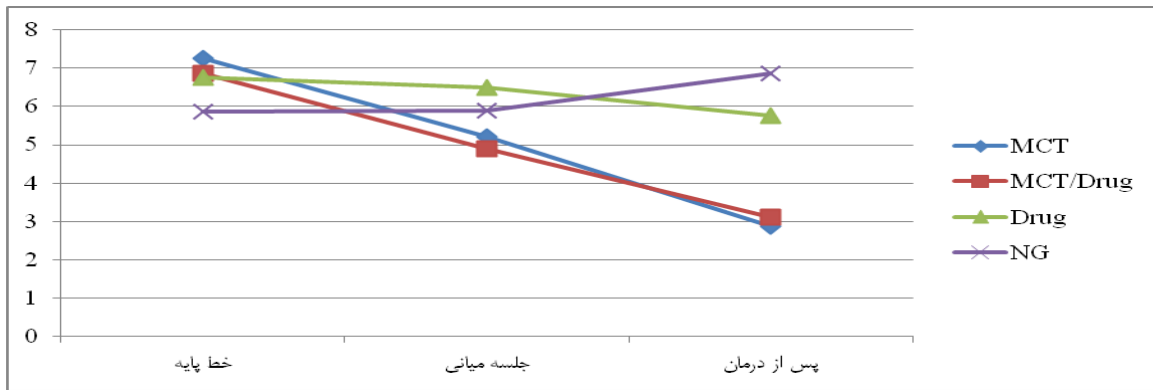
نمودار ۱. سیر تغییر نمرات بیماران دو گروه درمان فراشناختی و درمان ترکیبی در سندرم شناختی/توجهی



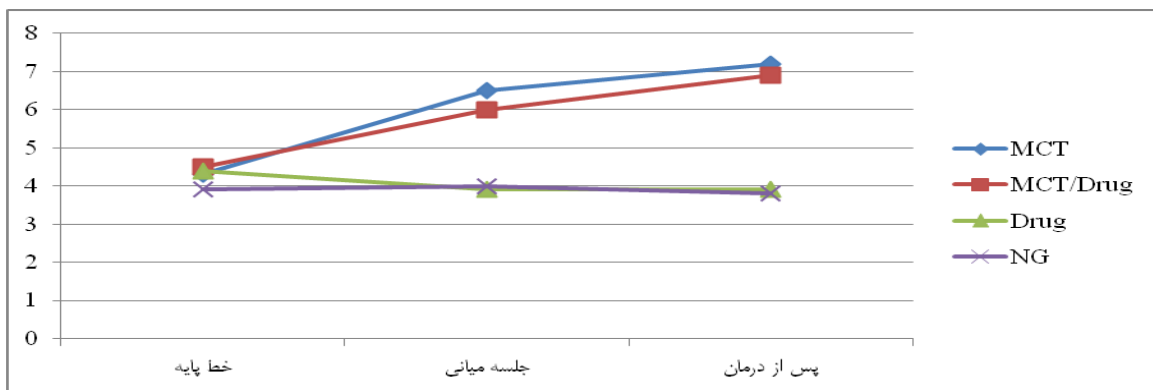
نمودار ۲. سیر تغییر میانگین نمرات بیماران چهار گروه در سندرم شناختی/توجهی طی مراحل خط پایه، جلسه میانی و پس از درمان

جدول ۴. شاخص تغییرات روند، شیب و میزان تغییرپذیری نمرات بیماران در سندرم شناختی/توجهی

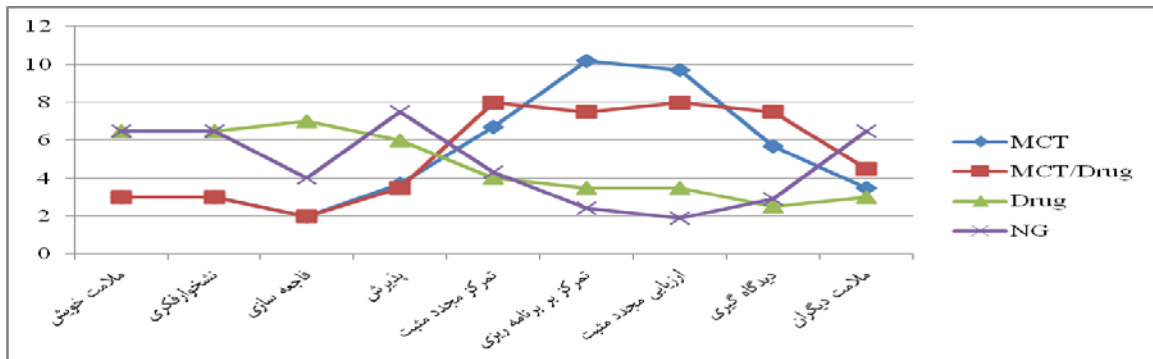
بیمار	خط پایه	میانگین مداخله	انحراف استاندارد	درصد بهبودی پس از درمان	درصد کاهش نمرات (MPR)
۱ (MCT)	۳۱	۱۹/۳۳	۴/۹۲	۰/۸۳	۰/۳۷
۲ (MCT)	۳۲	۲۱	۷/۷۸	۰/۸۷	۰/۳۴
۱ (MCT/Drug)	۳۳	۲۵	۲/۹۴	۰/۶۹	۰/۲۴
۲ (MCT/Drug)	۲۹	۱۵/۶۶	۵/۳۱	۰/۸۹	۰/۴۶



نمودار ۳. میانگین استفاده تک‌تک گروه‌ها از راهبردهای ناسازگارانه نظم‌جویی شناختی هیجان طی مراحل خط پایه، جلسه میانی و پس از درمان



نمودار ۴. میانگین استفاده تک‌تک گروه‌ها از راهبردهای سازگارانه نظم‌جویی شناختی هیجان طی مراحل خط پایه، جلسه میانی و پس از درمان



نمودار ۵. میانگین استفاده چهار گروه از تک‌تک راهبردهای نظم‌جویی شناختی هیجان در مرحله‌ی پس از درمان فراشناختی

مشخص می‌شود که بیماران دو گروه دریافت‌کننده درمان فراشناختی در راهبرد سازگارانه پذیرش نیز، نمره پایین‌تری نسبت به سایر گروه‌ها کسب کردند. این در حالی است که در مورد راهبرد ناسازگارانه ملامت دیگران، بین هر چهار گروه تفاوت چندانی دیده نمی‌شود.

بحث

هدف از پژوهش حاضر، ارزیابی میزان اثربخشی درمان فراشناختی بر بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر با توجّه به تاثیر آن بر سندرم شناختی/ توجّهی و راهبردهای نظم‌جویی شناختی هیجان بود. در کل نتایج این پژوهش بیان گر آن بود که درمان فراشناختی می‌تواند میزان استفاده بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر را از سندرم/ شناختی توجّهی و راهبردهای ناسازگارانه نظم‌جویی

علاوه بر نتایج گزارش شده، پژوهشگران مطالعه‌ی حاضر علاقمند بودند تا بررسی کنند که پس از پایان درمان هر یک از گروه‌ها در استفاده از تک‌تک راهبردهای نظم‌جویی شناختی هیجان چه تفاوتی با یکدیگر دارند. برای نیل به این هدف، نمودار ۵، میزان استفاده گروه‌ها را از تک‌تک راهبردهای نظم‌جویی شناختی هیجان خلاصه می‌کند.

با توجّه به نمودار ۵ می‌توان بیان کرد که پس از درمان، بیماران دو گروه درمان فراشناختی و درمان ترکیبی نسبت به دو گروه درمان دارویی و کنترل در بیش‌تر راهبردهای سازگارانه نظم‌جویی شناختی هیجان، نمرات به مراتب بالاتری کسب کرده‌اند. در مقابل به لحاظ بهره گرفتن از راهبردهای ناسازگارانه، بیماران دو گروه درمان دارویی و کنترل در مقایسه با دو گروه دیگر نمرات بیش‌تری را به دست آوردند. با نگاهی دقیق‌تر به نمودار ۵

مزاحم نگریسته می‌شوند [۳۹]. به همین دلیل است که طبق نظریه اجتناب شناختی [۴۳، ۴۴]، بیماران مبتلا به این اختلال ترجیح می‌دهند با درگیر شدن در فرایند نگرانی افراطی، از تجربه‌ی هیجان‌های منفی اجتناب کنند. همچنین، یافته‌های این پژوهش نشان می‌دهد که بیماران دریافت‌کننده‌ی درمان فراشناختی توانستند طی درمان میزان استفاده خود را از راهبردهای ناسازگارانه نظم‌جویی شناختی هیجان به طور چشمگیری کاهش دهند. بیش‌ترین کاهش در راهبردهای فاجعه‌سازی، نشخوارفکری و ملامت خویش دیده می‌شود که رابطه‌ی آن‌ها با آسیب‌پذیری نسبت به اضطراب مشخص شده بود [۳۱، ۳۵]. این درحالی است که بیماران گروه درمان دارویی چنین کاهش را نشان ندادند و نمرات بیماران گروه کنترل در راهبردهای ناسازگارانه نظم‌جویی شناختی هیجان با گذشت زمان افزایش یافت. همان‌طور که ذکر شد در نظریه بدتنظیمی هیجان، بر ترس از هیجان‌ها (که به مفهوم باورهای فراشناختی منفی شباهت بسیار دارد) در بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر تاکید می‌شود. بنابراین طبیعی است بیماران پس از تجربه‌ی درمانی که این باورها (سندرم شناختی توّجّهی را کنترل می‌کنند) را مستقیماً به چالش می‌کشد، رویدادهای درونی مثل هیجان‌های اضطراب‌زا را به صورت منفی و خطرناک ارزیابی نکرده و بالطبع برای اجتناب از آن درگیر نگرانی افراطی نمی‌شوند. درضمن، بایستی بیان شود که افزایش نمرات بیماران گروه کنترل را می‌توان به این دلیل دانست که با توّجّه به ماهیت مزمن اختلال اضطراب فراگیر، طی گذشت زمان شدّت اختلال افزایش یافته و نمرات بیماران در راهبردها ناسازگارانه بالا می‌رود. در مقابل پس از درمان، میزان استفاده بیماران دو گروه درمان فراشناختی و درمان ترکیبی از راهبردهای سازگارانه افزایش یافته بود.

سرانجام، پژوهش حاضر نشان داد که پس از درمان میزان استفاده بیماران دو گروه درمان فراشناختی و درمان دارویی در راهبرد سازگارانه پذیرش کاهش می‌یابد. این یافته با طبقه‌بندی گارنسفسکی و همکاران [۳۰] تناقض دارد. در حقیقت، می‌توان بیان کرد که منظور از پذیرش در اینجا، فرایندی منفعلانه است که با سبک انطباق منفی مرتبط با مشکلات سلامتی در ارتباط است [۴۵]. بنابراین با توّجّه به آسفتگی و درماندگی که این بیماران احساس می‌کنند [۸]، طبیعی است که پیش از درمان بیش‌تر درگیر این راهبرد شوند و پس از رهایی از نشانه‌های اختلال، از روش‌های سازگارانه‌تری برای نظم‌جویی هیجان‌های‌شان بهره ببرند.

نتیجه‌گیری

با قرار دادن یافته‌های پژوهش حاضر در کنار یکدیگر می‌توان بیان کرد که درمان نوظهور فراشناختی توانسته است علاوه بر متوقف کردن چرخه‌ی سندرم شناختی/ توّجّهی، میزان استفاده بیماران از راهبردهای نظم‌جویی شناختی هیجان را معکوس کند.

شناختی هیجان به میزان چشمگیری کاهش دهد. یافته‌ی اوّل این پژوهش نشان داد که بیماران دریافت‌کننده‌ی درمان فراشناختی در مقیاس سندرم شناختی/ توّجّهی نمرات به مراتب کم‌تری نسبت به دو گروه درمان دارویی و بدون کنترل می‌گیرند. این نتیجه تا حدود زیادی پیش‌بینی می‌شد زیرا براساس درمان فراشناختی در تک‌تک جلسات، بر معکوس کردن چرخه‌ی سندرم شناختی/ توّجّهی تاکید می‌شود. بیش‌تر فونونی که در این درمان مورد استفاده قرار گرفته‌اند (به عنوان مثال ذهن‌آگاهی گسلیده، به تاخیر انداختن نگرانی، از دست دادن کنترل، خنثی کردن راهبردهای مقابله‌ای)، مولفه‌های تشکیل‌دهنده سندرم شناختی/ توّجّهی را هدف قرار می‌دهند [۱۷، ۲۶]. این یافته با گفته‌ی وِلز [۲۶] مبنی بر اینکه مولفه‌های این سندرم، فرد را درگیر تجربه‌ی هیجانی طولانی مدّت کرده و از این طریق منجر به افزایش اضطراب و تداوم اختلال می‌گردد، هماهنگ می‌باشد. همان‌طور که ملاحظه شد نمرات بیمار اوّل درمان ترکیبی طی جلسه ششم در سندرم شناختی/ توّجّهی افزایش می‌یابد. لازم است توضیح داده شود که این بیمار، چند روز پس از جلسه پنجم، پدر خود را از دست داده و زمانی که جلسه‌ی ششم را با دو هفته تاخیر آغاز کرد، درگیر نشخوارفکری درباره این مطلب شده بود که چرا این اتفاق بایستی برای او رخ دهد و نگران بود که مبادا اتفاق مشابهی برای فرد دیگری از بستگان رخ دهد. بنابراین نمره او در سندرم شناختی/ توّجّهی افزایش یافت. با ادامه درمان، این بیمار به همراه بقیه‌ی بیماران دریافت‌کننده‌ی درمان فراشناختی روند کاهش نمرات در سندرم شناختی/ توّجّهی را دنبال می‌کند. در ضمن، همان‌گونه انتظار می‌رفت از آنجایی که بیماران دو گروه درمان دارویی و کنترل هیچ گونه آموزشی درباره شناسایی سندرم شناختی/ توّجّهی و راه‌های معکوس کردن آن ندیده بودند، بنابراین نمرات آن‌ها پس از درمان همچنان بالا ماند. این نکته بیان‌گر آن است که با دریافت دارو و بدون آموزش تخصصی درباره پیامدهای سندرم شناختی/ توّجّهی نمی‌توان آن را کنترل کرد. با توّجّه درصد بهبودی بالا و درصد کاهش نمرات، اثربخشی درمان فراشناختی بر سندرم شناختی/ توّجّهی نمرات دوباره تایید شد.

تمامی بیماران شرکت‌کننده در این پژوهش در مرحله خط پایه، به لحاظ میزان بهره‌گیری از راهبردهای نظم‌جویی شناختی هیجان در سطح مشابه و ضعیفی قرار داشتند. این نکته با یافته‌ی برآمده از پیشینه‌ی پژوهش (برای مثال [۸، ۳۱، ۳۲، ۳۹، ۴۱]) که نشان دادند بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر در نظم‌جویی هیجان‌های خود مشکل دارند، هماهنگ است. طبق نظریه بدتنظیمی هیجان [۴۲]، افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر به طور هیجانی، افراد حساسی هستند که هیجان‌ها را با شدّت بالا تجربه می‌کنند و سریعاً دستخوش پیامدهای نامطلوب آن می‌گردند. در واقع در این بیماران به جای اینکه هیجان‌ها، منبع اطلاعاتی برای هدایت رفتار باشند، بیش‌تر ناخوشایند و

بیماران بیش‌تر و در محیط‌های بالینی متنوع‌تر انجام دهند. محدودیت آخر به این حقیقت برمی‌گردد که هیچ پژوهش به تنهایی نمی‌تواند تمامی عوامل تأثیر گذار بر متغیر(ها) وابسته را کنترل کند. پژوهش حاضر نیز از این قاعده مستثنی نیست. از آنجایی که ویژگی‌های شخصیتی می‌تواند در روند تأثیر هر نوع مداخله بر بیماران واسطه‌گری کنند (برای مثال [۶])، توصیه می‌شود پژوهشگران بعدی به نقش این عوامل نیز توجّه داشته باشند.

تشکر و قدردانی: بدین وسیله از تمامی مسئولان بیمارستان بقیه‌الله اعظم (عج)، به خصوص مسئولین بخش اعصاب و روان که تمهیدات لازم را برای انجام پژوهش حاضر فراهم نمودند، تشکر و قدردانی می‌کنیم.

منابع

- Ehsan manesh M. Epidemiology of mental disorders in Iran. . Iran J Psychiatr Clin Psychol. 2001; 4(6):54-69. [Persian]
- Hamidpour H, Dolatshahi B, Pourshahbaz A. The efficacy of schema therapy in treating women's Generalized Anxiety Disorder. Iran J Psychiatr Clin Psychol. 2011; 16(4):420-31. [Persian]
- Mohammadi MR, Malekafzali H, Noorbala AA, Bagheri Yazdi A, Rahgozar M, Mesgar B, et al. Epidemiology psychiatric disorders in Lorestan Province. J Yafteh. 2003; 5(4):3-13. [Persian]
- Davey GCL, Wells A. Worry & its psychological disorders: Theory, Assessment & treatment. London: Wiley; 2006.
- Rygh JL, Sanderson WC. Treating generalized anxiety disorder: Evidences based strategies, tools, and techniques. New York: Guilford Press; 2004.
- Shahgholian M, Azadfallah P, Fathi-Ashtiani A. Comparison of meta-cognition and cognitive failures by personality dimensions. J Behav Sci. 2012; 6(2):125-31. [Persian]
- Molaei M, Moradi A. R., Gharaei B. Executive function and neuropsychological evidence among OCD & GAD. J Behav Sci. 2006; 2(1):131-41. [Persian]
- Mennin DS, Heimberg RG, Turk CL, Fresco DM. Preliminary evidence for an emotion dysregulation model of generalized anxiety disorder. Behav Res Ther. 2005; 43:1281-310.
- Montgomery, SA. Handbook of generalized anxiety disorder. London: Spinger Healthcare; 2010.
- Arntz, A. Cognitive therapy versus applied relaxation as treatment of generalized anxiety disorder. Behav Res Ther. 2003; 41(6):633-46.
- Ost LG, E. B. Applied relaxation vs. cognitive therapy in the treatment of generalized anxiety disorder. Behav Res Ther. 2000; 38(8):777-90.
- Fisher PL. The efficacy of psychological treatments for generalised anxiety disorder? In: Davey GCL, Wells A. Worry and its psychological disorders: Theory, assessment and treatment. UK, London: Wiley; 2006.
- Wells A, King P. Metacognitive therapy for generalized anxiety disorder: An open trial. J Behav Ther Exp Psychiatr. 2006; 37(3):206-12.
- Wells A, Welford M, King P, Papageorgiou C, Wisley J, Mendel E. A pilot randomized trial of metacognitive therapy vs applied relaxation in the treatment of adults with generalized anxiety disorder. Behav Res Ther. 2010; 48(5):429-34.
- Covin R, Ouimet AJ, Seeds M, Dozois DJA. A meta-analysis of CBT for pathological worry among clients with GAD. J Anxiety Disord. 2008; 22(1):108-16.
- Van der Heiden C, Muris P, Van der Molen HT. Randomized controlled trial on the effectiveness of metacognitive therapy and intolerance-of-uncertainty therapy for generalized anxiety disorder. Behav Res Ther. 2012; 50(2):100-09.
- Wells A. Cognitive therapy of anxiety disorders: A practice manual and conceptual guide. UK: Wiley; 1997.
- Fergus TA, Bardeen JR, Orcutt HK. Attentional control moderates the relationship between activation of the cognitive attentional syndrome and symptoms of psychopathology. Pers Individ Diff. 2012; 53(3):213-17.
- Barahmand U. Meta-cognitive profiles in anxiety disorders. Psychiatr Res. 2009; 169(3):240-43.
- Behar E, DiMarco ID, Hekler EB, Mohlman J, Staples AM. Current theoretical models of generalized anxiety disorder Conceptual review and treatment implications. J Anxiety Disord 2009; 23(8):1011-23.
- Ellis DM, Hudson JL. The Metacognitive Model of Generalized Anxiety Disorder in Children and Adolescents. Clin Child Fam Psychol Rev. 2010; 13(2):151-63.
- Olatunji BO, Wolitzky-Taylor KB, Sawchuk CN, Ciesielski BG. Worry and the anxiety disorders: A meta-analytic synthesis of specificity to GAD. Appl Prev Psychol. 2010; 14(1-4): 1-24.

23. Prados, LM. Do beliefs about the utility of worry facilitate worry? *J Anxiety Disord.* 2011; 25(2): 217-23.
24. Wells A. Cognition About Cognition: Metacognitive Therapy and Change in Generalized Anxiety Disorder and Social Phobia. *Cogn Behav Pract.* 2007; 14(1):18-25.
25. Ruscio AM, Borkovec TD. Experience and appraisal of worry among high worriers with and without generalized anxiety disorder. *Behav Res Ther.* 2004; 42(12):1469-82.
26. Wells, A. Metacognitive therapy for anxiety and depression. New York: Guilford Press; 2009.
27. Wells A, Carter K. Further tests of a cognitive model of generalized anxiety disorder: metacognitions and worry in GAD, panic disorder, social phobia, depression and non-patients. *Behav Ther.* 2001; 32(1):85-102.
28. Hasani J, The reability and validity of the short form of the cognitive emotion regulation questionnaire. *Iran J Clin Psychol.* 2010; 2(3):73-83. [Persian]
29. Thompson RA. The development of emotion regulation: Biological and behavioral considerations. *Monogr Soc Res Child Dev.* 1994; 59(2):25-52.
30. Garnefski N, Kraaij V, Spinhoven P. Negative life events, cognitive emotion regulation and emotional problems. *Pers Individ Dif.* 2001; 30:1311-27.
31. Legerstee SA, Garnefski N, Verhulst FC, Utens EM. Cognitive coping in anxiety-disordered adolescents. *J Adolesc.* 2011; 34(2):319-26.
32. Zlomke KR, Hahn KS. Cognitive emotion regulation strategies: Gender differences and associations to worry. *Pers Individ Diff.* 2010; 48(4):408-13.
33. Amone-P'Olak K, Garnefski N, Kraaij V. Adolescents caught between fires: Cognitive emotion regulation in response to war experiences in Northern Uganda. *J Adolesc.* 2007; 30(4):655-69.
34. Garnefski N, Kraaij V. Relationships between cognitive emotion regulation strategies and depressive symptoms: A comparative study of five specific samples. *Pers Individ Diff.* 2006; 40(8):1659-69.
35. Garnefski N, Baan N, Kraaij V. Psychological distress and cognitive emotion regulation strategies among farmers who fell victim to the foot-and-mouth crisis. *Pers Individ Diff.* 2005; 38(6):1317-27.
36. Garnefski N, van den Kommer T, Kraaij V, Teerds J, Legerstee J, Onstein E. The Relationship between cognitive emotion regulation strategies and emotional problems: Comparison between a clinical and a non-clinical sample. *Eur J Pers.* 2002; 16(5):403-20.
37. Hasani J, The psychometric properties of cognitive emotion regulation questionnaire: CERQ. *iran J Clin Psychol.* 2010; 2(7):73-83. [Persian]
38. Beck AT, Steer RA, Brown GK. B. Manual for the Beck Depression Inventory-II. San Antonio: Psychological Corporation; 1996.
39. Roemer L, Lee JK, Salters-Pedneault K, Erisman SM, Orsillo SM, Mennin DS. Mindfulness and Emotion Regulation Difficulties in Generalized Anxiety Disorder: Preliminary evidence for independent and overlapping contributions. *Behav Ther.* 2009; 40(2):142-54.
40. Decker ML, Turk CL, Hess B, Murray CE. Emotion regulation among individuals classified with and without generalized anxiety disorder. *J Anxiety Disord.* 2008; 22(3):485-94.
41. Turk CL, Heimberg RG, Luterek JA, Mennin DS, Fresco DM. Emotion dysregulation in generalized anxiety disorder: A comparison with social anxiety disorder. *Cogn Ther Res.* 2005; 29(1):89-106.
42. Gross JJ, John OP. Revealing Feelings: Facets of Emotional Expressivity in Self-Reports, Peer Ratings and Behavior. *J Pers Soc Psychol.* 1997; 72(2):435-48.
43. Borkovec TD, Inz J. The nature of worry in generalized anxiety disorder: A predominance of thought activity. *Behav Res Ther.* 1990; 28(2):153-58.
44. Borkovec TD, Newman MG, Pincus AL, Lytle R. A component analysis of cognitive behavior therapy for generalized anxiety disorder and the role of interpersonal problems. *J Consult Clin Psychol.* 2002; 70(2): 288-98.
45. Wilson GT. Acceptance and change in the treatment of eating disorders and obesity. *Behav Ther.* 1996; 27(3):417-39.
46. Abolghasemi A, Ali-Zade H, Kazemi M, Narimani M. The effect of meta-cognitive and drug therapies on meta-cognitive beliefs of patients with OCD. *Iran J Beh Sci.* 2011; 4(4):305-12. [Persian]
47. Ghahvehchi-Hosseini F, Fathi-Ashtiani A, Azadfallah P. Meta-cognitive therapy versus cognitive therapy in reducing meta-worry in students with anxiety disorder. *Iran J Behav Sci.* 2013; 7(1):19-26. [Persian]