

اثربخشی درمان رفتاری - فراشناختی بر میزان باورهای هراس بیماران زن مبتلا به اختلال هراس

معصومه افشاری^{1*}، دکتر حمید طاهر نشاط دوست²، دکتر فاطمه بهرامی³، دکتر حمید افشار⁴

- 1- کارشناس ارشد روان شناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران
- 2- استاد، دکترای تخصصی روانشناسی بالینی، گروه روان شناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران
- 3- استادیار، دکترای مشاوره، گروه مشاوره، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران
- 4- دانشیار، متخصص روان پزشکی، گروه روان پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

تاریخ دریافت 88/7/20، تاریخ پذیرش 88/10/16

چکیده

زمینه و هدف: این پژوهش با هدف بررسی اثر بخشی درمان رفتاری - فراشناختی بر میزان باورهای هراس بیماران زن مبتلا به هراس (پانیک) طراحی گردیده است.

مواد و روش ها: این پژوهش یک کارآزمایی بالینی است. نمونه شامل 24 بیمار زن با تشخیص اختلال هراس بود که از میان 76 بیمار مبتلا به هراس مراجعه کننده به مراکز روان پزشکی انتخاب و به طور تصادفی در دو گروه آزمایش و شاهد قرار داده شدند. برای جمع آوری داده‌ها از پرسش‌نامه باورهای هراس گرینبرگ استفاده شد که در پیش آزمون، پس آزمون و پی گیری توسط افراد تکمیل گردید. درمان رفتاری - فراشناختی طی هشت جلسه بر روی گروه آزمایش انجام گرفت و گروه شاهد ضمن دریافت درمان‌های متداول پزشکی جهت درمان روان شناختی در لیست انتظار قرار گرفت.

یافته‌ها: بر اساس نتایج تحلیل کواریانس، میانگین نمرات باورهای هراس در گروه آزمایش به طور معنی داری نسبت به گروه شاهد کاهش پیدا کرده است ($p < 0/05$).

نتیجه گیری: بیماران زنی که تحت درمان رفتاری - فراشناختی قرار گرفتند نمره باورهای هراس پایین تری نسبت به گروه شاهد داشتند. بنابراین، نتایج حاکی از این است که این درمان باعث کاهش باورهای هراس بیماران زن مبتلا می شود.

واژگان کلیدی: درمان رفتاری - فراشناختی، باورهای هراس، اختلال هراس (پانیک)

*نویسنده مسئول: اصفهان، دانشگاه اصفهان، دانشکده روان شناسی و علوم تربیتی، گروه روان شناسی کدپستی: 8174673441

Email: Afshari.masoume@yahoo.com

مقدمه

اختلال هراس (Panic disorder) شامل دوره‌ای از ترس یا ناراحتی شدید است که ابتدا و انتهای مشخصی دارد و طی آن حداقل 4 نشانه هیجانی، جسمانی و شناختی از علائمی مثل تپش، کوبش یا افزایش ضربان قلب، احساس سرگیجه و خستگی، ترس از مردن و دیوانه شدن یا از دست دادن تسلط بر خود و دگرسان بینی خود به طور ناگهانی ظهور می‌کند (1). میزان شیوع اختلال هراس بین 1/5 تا 5 درصد می‌باشد، زنها دو تا سه برابر بیشتر از مردها به این اختلال دچار می‌شوند (2). این اختلال به شدت سطح کیفیت زندگی افراد مبتلا را تحت الشعاع می‌دهد (3). شیوع هم‌زمان سایر اختلالات روانی و طبی در مبتلایان به هراس توجه بیشتر به درمان کارآمد این اختلال را می‌طلبد (4). دو گروه اصلی درمان این اختلال (دارودرمانی - درمان‌های روان‌شناختی) دارای نتایج کوتاه مدت قابل ملاحظه‌ای هستند اما در تداوم بهبودی حاصل از درمان، در طولانی مدت با هم متفاوت‌اند (5). مطالعات نشان داده‌اند نتایج درمان رفتاری - شناختی کوتاه مدت، برای زمان طولانی بعد از درمان ادامه می‌یابد اما بعد از قطع دارودرمانی علائم و حملات هراس معمولاً باز می‌گردند (6). اثر بخش بودن درمان‌های شناختی برای اکثر اختلال‌های اضطرابی به اثبات رسیده است (7). انواع درمان‌های روان‌شناختی برای مقابله موثر با این اختلال و نیز برای کنار آمدن با مشکلات ناشی از دارودرمانی پیشنهاد می‌شود اما آنچه باید مورد توجه قرار گیرد تفاوت این مداخلات از نظر سهولت اجرا و تداوم نتایج درمان است. درمان آرامش عضلانی یا تن آرامی نقش مهمی در درمان‌های جدید اختلال‌های اضطرابی بازی می‌کند. کانراد و روث در پژوهشی اثربخشی درمان تن آرامی بر اختلال‌های اضطرابی (اضطراب فراگیر و هراس) را نشان دادند (8). درمان شناختی - رفتاری یکی از درمان‌های ابتدایی برای اختلال هراس است. در مطالعه‌ای توسط سالکوسکیس اثربخشی درمان رفتاری - شناختی بر اختلال هراس مورد بررسی قرار گرفت. نتایج این مطالعه نشان داد این درمان به میزان زیادی موثر است و میزان عود حملات

بعد از اجرای این شیوه درمانی ناچیز است (9). در پژوهشی که توسط کلارک و همکاران انجام شد درمان شناختی - رفتاری با دارو درمانی و تن آرامی در بیماران مبتلا به هراس مقایسه شد (10). نتایج این مطالعه نشان داد همه این سه روش فعال درمانی در مقایسه با لیست شاهد اثر بخش بودند. درمان شناختی به نحو معنی‌داری اثربخش‌تر از درمان دارویی با ایمی پرامین و تن آرامی بود. بعد از یک سال پی‌گیری درمان شناختی - رفتاری 70-80 درصد، تن آرامی 35-25 درصد و درمان با ایمی پرامین 40-45 درصد اثر گذار بودند. در حوزه درمان‌های جدیدتر روان‌شناختی، درمان فراشناختی نخستین بار توسط آدرین ولز معرفی شد. اصطلاح فراشناخت به فرایندهای شناختی گفته می‌شود که در کنترل جنبه‌های مختلف شناخت نقش دارند (11). هر چند بر اساس پژوهش‌های متعدد انجام شده می‌توان این‌گونه نتیجه‌گیری کرد که درمان‌های روان‌شناختی اثرات درمانی طولانی مدت‌تری نسبت به دارو درمانی صرف بر بیماران مبتلا به هراس دارند، اما باید به گونه‌های کارآمدتر، کوتاه‌تر و در دسترس درمان‌های روان‌شناختی نیز توجه گردد. درمان فراشناختی به منظور اعتلای درمان‌های شناختی ابداع گردید (12). مطالعه مستقیمی در زمینه اثر بخشی درمان رفتاری - فراشناختی بر اختلال هراس مشاهده نشده است، اما از آنجایی که اختلال هراس از جمله اختلال‌های اضطرابی می‌باشد و این شیوه درمانی مکانیسم‌های زیربنایی تولید باورهای ناکارآمد که تا حدود زیادی لاقفل در اختلال‌های اضطرابی شبیه به هم هستند را مورد توجه قرار می‌دهد به پژوهش‌هایی که کارا بودن این شیوه درمانی را در این حوزه به اثبات می‌رساند اشاره می‌کنیم. اثربخشی درمان رفتاری - فراشناختی بر اختلال‌های روانی فراوانی تایید شده است. ولز و کینگ، راس و کوئسولد همچنین ولز و سمبی به ترتیب اثربخشی این درمان را بر اختلال اضطراب فراگیر، اختلال وسواسی - اجباری و اختلال استرس پس از سانحه به اثبات رسانده‌اند (13-15). بررسی‌ها نشان می‌دهند اختلال‌های اضطرابی از جمله اختلال اضطراب فراگیر نسبت به درمان شناختی - رفتاری پاسخ دهنده هستند اما ولز به عنوان مبدع

اصلی درمان‌های فراشناختی معتقد است اختلال‌های اضطرابی از جمله اختلال اضطراب فراگیر فقط تا حدودی به درمان رفتاری - شناختی (Cognitive Behavioral Therapy CBT) پاسخ می‌دهد (13). آنچه در درمان فراشناختی مورد تاکید قرار می‌گیرد عواملی است که تفکر را کنترل می‌کند و وضعیت ذهن را تغییر می‌دهد نه چالش با افکار و خطاهای شناختی یا مواجه طولانی مدت و مکرر با باورها در مورد تروما یا نشانه‌های بدنی. نظریه‌های شناختی در مورد آنچه که باعث به وجود آمدن الگوهای غیر مفید تفکری می‌شوند (ابعاد فراشناختی تفکر) توضیحات مختصری ارائه می‌دهد (12). علی‌رغم شیوع گسترده اختلال هراس به صورت خالص یا به صورت همزمان با سایر اختلالات روانی و تاثیر منفی که افکار ناکارآمد مبتلایان بر تداوم و شدت حملات هراس می‌تواند داشته باشد تاکنون پژوهشی در زمینه اثر بخشی درمان‌های روان شناختی از جمله درمان رفتاری - فراشناختی بر افراد مبتلا به هراس صورت نگرفته است. باورهای هراس نظیر فاجعه هیجانی، فاجعه بدنی، اضطراب انتظار و نارضایتی از خود باورهایی هستند که موجب افزایش احتمال واکنش‌های فاجعه آمیز نسبت به احساسات برانگیختگی بدنی معمول می‌گردند. با توجه به آنچه گذشت مطالعه حاضر کوشیده است اثر بخشی درمان رفتاری - فراشناختی بر باورها و افکار ناکارآمد افراد مبتلا به هراس را مورد بررسی قرار دهد.

مواد و روش‌ها

این پژوهش یک مطالعه کارآزمایی بالینی می‌باشد. جامعه پژوهش حاضر کلیه بیماران سرپایی زن مبتلا به اختلال هراس (پانیک) شهر اصفهان بودند که در زمستان 1387 و بهار 1388 به مراکز روان پزشکی این شهر مراجعه کردند. از 76 بیمار مبتلا به هراس مراجعه کننده به این مراکز درمانی 24 بیمار دارای همه شرایط ورود انتخاب و به صورت تصادفی به دو گروه آزمایش و شاهد تقسیم شدند. دو نفر از اعضای گروه آزمایش به دلیل غیبت مکرر از گروه آزمایش حذف شدند، به منظور تساوی حجم نمونه در دو گروه، به صورت تصادفی دو بیمار نیز از گروه شاهد

حذف شد. این بیماران توسط متخصص روانپزشک بر اساس ملاک‌های DSM-IV-TR تشخیص هراس داده شده بودند. در مرحله بعد اعضاء به منظور شرکت در مطالعه فرم رضایت‌نامه کتبی را تکمیل نموده و رضایت کامل خود را از حضور در مطالعه ابراز نمودند. شرایط ورود به مطالعه شامل جنسیت مؤنث، دامنه سنی 20 تا 50 سال، سطح تحصیلات سیکل به بالا و قرار داشتن تحت دارو درمانی بود. پرسش‌نامه عقاید هراس گریبنرگ در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پی‌گیری در دو گروه آزمایش و شاهد اجرا و نمره‌گذاری شد. جلسه پی‌گیری دو ماه بعد از اتمام جلسات روان درمانی انجام شد. درمان رفتاری - فراشناختی طی هشت جلسه هفتگی و به مدت دو ماه در یکی از کلاس‌های کلینیک تخصصی روان‌پزشکی بیمارستان شریعتی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی اصفهان توسط کارشناس ارشد روان‌شناسی بر روی گروه آزمایش انجام گرفت. اعضای گروه شاهد در لیست انتظار باقی ماندند تا پس از اتمام مرحله پی‌گیری از جلسات هفتگی گروه درمانی برخوردار گردند. تکنیک‌های مورد استفاده در طول جلسات درمانی شامل آموزش الگوی رفتاری - فراشناختی، تحلیل سود و زیان نگرانی و نشخوارذهنی (Rumination) در مورد علایم و احساس‌های بدنی، به تعویق انداختن نگرانی (Worry postponement)، فاصله گرفتن از ذهن آگاهی (Detached mindfulness)، شناسایی و فراخواندن راهبردهای ناکارآمد کنترل فکر، آموزش تکنیک‌های اصلاح توجه و کنار گذاشتن خود پایی در مورد علایم برانگیختگی، تجسم و تن آرامی بود. لازم به ذکر است که هر دو گروه آزمایش و شاهد تحت درمان دارویی قرار داشتند و تنها تفاوت درمانی آنها از لحاظ دریافت یا عدم دریافت درمان رفتاری - فراشناختی بود. درمان رفتاری - فراشناختی استفاده شده در این پژوهش بر اساس مدل آدرین ولز بود. پروتکل درمان فراشناختی ولز برای اختلال‌های اضطرابی نظیر اختلال اضطراب فراگیر، وسواس فکری - عملی و استرس پس از سانحه طراحی گردیده و در دسترس است (12). با توجه به شرایط و ماهیت

شد و آنها اختیار کامل دارند که در پژوهش شرکت نکنند یا در هر مرحله که بخواهند، مختارند از ادامه پژوهش انصراف دهند.

یافته‌ها

یافته‌های پژوهش نشان داد که 75 درصد از اعضای گروه نمونه بین 40-30 سال بودند. تحصیلات 65 درصد آزمودنی‌ها دیپلم و بالاتر و طول مدت ابتلا به هراس در 55 درصد آنها بین 2 تا 4 سال بود. نتایج بررسی پیش فرض‌های آماری نشان داد که هر دو پیش شرط تساوی واریانس‌ها (با استفاده از آزمون لوین) و نرمال بودن (با استفاده از آزمون شاپیرو ویلک) برقرار است ($p > 0/05$) و با توجه به این که تعداد بیماران در دو گروه 10 نفر می‌باشد، لذا استفاده از تحلیل کواریانس بلا مانع است. میانگین و انحراف معیار نمرات باورهای هراس بیماران در دو گروه آزمایش و شاهد در مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پی‌گیری بعد از مهار متغیر همگام در جدول 1 آمده است. این جدول نشان می‌دهد که بین میانگین‌های نمرات باورهای هراس مبتلایان در دو گروه آزمایش و شاهد در مرحله پس‌آزمون و پی‌گیری تفاوت وجود دارد.

جدول 1. مقایسه میانگین نمرات باورهای هراس در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پی‌گیری در دو گروه درمان رفتاری - فراشناختی و شاهد

آزمایش	شاهد	
میانگین (انحراف استاندارد)	میانگین (انحراف استاندارد)	
200(12/22)	194(10/59)	پیش‌آزمون
145(15/56)	175(9/78)	پس‌آزمون
147(13/24)	168(13/89)	پی‌گیری

نتایج تحلیل کواریانس در مورد تأثیر عضویت گروهی بر میزان باورهای ناکارآمد هراس بیماران مبتلا در مرحله پس‌آزمون و پی‌گیری در جدول 2 ملاحظه می‌گردد. این جدول نشان می‌دهد که تفاوت مشاهده شده بین میانگین‌های نمرات باورهای هراس شرکت‌کنندگان برحسب عضویت گروهی (دو گروه آزمایش و شاهد) در مرحله پس‌آزمون معنی‌دار می‌باشد ($p < 0/05$). میزان تأثیر

بیماری هراس و نتایج حاصل از مطالعه کیفی (مصاحبه با بیماران) در تکنیک‌های این شیوه درمانی تغییراتی داده شد و تلاش گردید تا محتوای پروتکل درمانی مطابق با فرهنگ جامعه ایرانی بومی سازی شود. پرسش‌نامه باورهای هراس توسط گریبیرگ در سال 1989، برای ارزیابی باورهایی که موجب افزایش احتمال واکنش‌های فاجعه‌آمیز نسبت به تجارب بدنی و هیجانی در اختلال هراس می‌شود، تهیه شده است. این پرسش‌نامه دارای 42 عبارت و 4 زیرمقیاس شامل اضطراب انتظار، فاجعه بدنی، فاجعه هیجانی و نارضایتی از خود می‌باشد. این پرسش‌نامه دارای آلفای کرونباخ 0/95 می‌باشد. هم‌چنین آلفای کرونباخ زیرمقیاس‌های این پرسش‌نامه در محدوده 0/82 تا 0/91 گزارش شده است (16). تاکنون پژوهشی در ایران به منظور تعیین ویژگی‌های روان‌سنجی پرسش‌نامه عقاید هراس صورت نگرفته است. این پرسش‌نامه توسط محقق به فارسی ترجمه شد و در مرحله بعد توسط دو نفر کارشناس مترجمی زبان انگلیسی به انگلیسی برگردانده شد. پس از تطبیق نهایی نسخه انگلیسی با فارسی، این پرسش‌نامه بر روی 50 نفر بیمار مبتلا به حملات هراس در اصفهان اجرا گردید. تحلیل آماری، پایایی ثبات درونی (آلفای کرونباخ) را 0/89 محاسبه کرد که از حد مطلوب بالاتر است. هم‌چنین آلفای کرونباخ زیرمقیاس‌های این پرسش‌نامه در محدوده 0/78 تا 0/88 گزارش شده است. به منظور رعایت ملاحظات اخلاقی پس از تصویب موضوع رساله توسط کمیته پژوهشی دانشگاه، پژوهشگر توسط مدیر گروه روان‌شناسی دانشگاه اصفهان (دکتر کریم عسگری) به دکتر حمید افشار، روان‌پزشک کلینیک تخصصی روان‌پزشکی بیمارستان شریعتی، معرفی و امکان اجرای پژوهش فراهم گردید. به شرکت‌کنندگان پژوهش توضیح داده شد که آنان در پژوهشی که قصد دارد اثر بخشی یک شیوه جدید درمان روان‌شناختی بر باورهای هراس انگیز آنان را بررسی نماید، شرکت می‌کنند. هم‌چنین به ایشان اطمینان داده شد که اطلاعات مرتبط با آنها به صورت کاملاً محرمانه باقی خواهد ماند و نتایج پژوهش به صورت آماری و نتیجه‌گیری کلی و نه فردی منتشر خواهد

این مداخله 0/63 بوده است. بنابراین مداخله درمانی رفتاری - فراشناختی در کاهش باورهایی که موجب افزایش احتمال واکنش‌های فاجعه آمیز نسبت به تجارب بدنی و هیجانی در اختلال هراس می‌شود در مرحله پس از آزمون گروه آزمایشی تأثیر داشته است. توان آماری 0/999 حاکی از دقت آماری قابل قبول است. هم‌چنین نتایج جدول 2 نشان می‌دهد که تفاوت مشاهده شده بین میانگین‌های نمرات باورهای هراس شرکت کنندگان برحسب عضویت گروهی (دو گروه آزمایش و شاهد) در مرحله پی‌گیری معنی‌دار می‌باشد ($p < 0/05$). میزان تأثیر این مداخله 0/47 بوده است. بنابراین درمان رفتاری - فراشناختی در کاهش باورهایی که موجب افزایش احتمال واکنش‌های فاجعه آمیز نسبت به تجارب بدنی و هیجانی در اختلال هراس می‌شود در مرحله پی‌گیری گروه آزمایشی تأثیر داشته است. توان آماری 0/96 حاکی از دقت آماری قابل قبول است.

جدول 2. تحلیل کواریانس تأثیر عضویت گروهی بر میزان باورهای هراس انگیز بیماران مبتلا به هراس در مرحله پس از آزمون و پیگیری

	پس از آزمون		پیگیری	
	پیش از آزمون	عضویت گروهی	پیش از آزمون	عضویت گروهی
ضریب F	1/589	30/132	2/32	15/51
معنی داری	0/22	0/000	0/14	0/001
میزان تأثیر	0/08	0/63	0/12	0/47
توان آماری	0/22	0/99	0/30	0/96

بحث

هدف اصلی این پژوهش تعیین اثربخشی درمان رفتاری - فراشناختی بر باورهای هراس بیماران سرپایی زن مبتلا به هراس شهر اصفهان بود. نتایج پژوهش حاضر نشان می‌دهد که درمان رفتاری - فراشناختی باعث کاهش باورهای هراس به عنوان عاملی که موجب افزایش احتمال واکنش فاجعه آمیز نسبت به تجارب بدنی و هیجانی می‌شود، در گروه آزمایش نسبت به گروه شاهد شده است. نتایج این پژوهش با نتایج پژوهش‌های ولز و کینگ، راس و کوسولد هم‌چنین ولز و سمبی و که به ترتیب اثر بخشی این درمان را بر اختلال اضطراب فراگیر، اختلال وسواسی - اجباری و

اختلال استرس پس از سانحه به عنوان اختلال‌های اضطرابی نشان داده‌اند، هم‌خوانی دارد (13-15). برای نمونه نتایج پژوهش ولز روی 10 بیمار مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر نشان داد وضعیت بیماران بعد از اجرای این درمان به نحو معنی‌داری بهبود یافت. میزان بهبودی بعد از اجرای این نوع درمان 87/5 درصد بود (13). در پژوهش حاضر همانند پژوهش‌های گذشته در حوزه درمان فراشناختی سعی شد از طریق شناسایی فراپاورهای مثبت و منفی فرد در مورد نظارت همیشگی و نشخوارگونه برعلایم طبیعی برانگیختگی و آموزش‌های رفتاری ارایه اسنادها و تصحیح شیوه توجهی، باورهای ناکارآمد فرد در مورد اختلال هراس کاهش یابد. ولز معتقد است این شیوه درمانی از طریق رفع نگرانی و نشخوار فکری و ایجاد شیوه فراشناختی انعطاف پذیر، مسیر پردازش طبیعی را که در اکثر اختلالات روانی مخدوش شده است هموار می‌سازد (12). تلویحات بالینی از یافته‌های پژوهش حاضر به ما نشان می‌دهد درمان رفتاری - فراشناختی با ایجاد زمینه برای قطع سبک‌های ناسازگار تفکر و رفع فراشناخت‌های مثبت بیماران در مورد توجه متمرکز روی علائم طبیعی برانگیختگی به آنها این فرصت را می‌دهد که به گونه موثر و در عین حال متفاوت از شیوه‌های شناختی صرف با باورهای ناکارآمد خود در حوزه اختلال هراس روبه رو شوند. درمان فراشناختی در عین کم هزینه و کوتاه مدت بودن، نسبت به درمان‌های که صرفاً ماهیت مواجهه‌ای دارند کمتر آزار دهنده است. تکنیک‌های این روش درمانی به جای چالش مستقیم با محتوای تفکر و باورهای منفی که در درمان‌های سنتی شناختی مورد توجه قرار می‌گیرد، بر فعال کردن شیوه‌های فراشناختی انعطاف پذیر در مورد نگرانی و رفع فراپاورهایی در مورد خطرناک بودن و غیر قابل کنترل بودن علائم و احساس‌های بدنی تأکید دارد. به نظر می‌رسد اصلاح مؤلفه‌های فراشناختی به صورت غیر مستقیم راه را برای اصلاح محتوای باورهای ناکارآمد هموار ساخته است. تبیین دیگر از یافته‌های پژوهش حاضر این است که تکنیک‌های آموزش داده شده در این شیوه درمانی موجب تعدیل سبک‌های انعطاف ناپذیر توجه (توجه

خود را از معاونت محترم پژوهشی دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی دانشگاه اصفهان و کلیه کسانی که در انجام این پژوهش نقشی داشته‌اند به خصوص بیماران محترم اعلام دارند.

منابع

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorder 4th ed. Washington, DC: APA; 1994.
2. Sadock B, Sadock AV. Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry. 9th ed. Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkins; 2003.
3. Barrera TL, Norton PJ. Quality of life impairment in generalized anxiety disorder, social phobia, and panic disorder. J Anxiety Disord 2009; 28(3): 1086-90.
4. Sharp DM, Power KG, Simpson RJ, Swanson V. Fluvaxamine, placebo and cognitive behaviour therapy used alone and in combination in the treatment of panic disorder and agoraphobia. J Anxiety Disord 1996; 10:219-42.
5. Tasch TM, Frankenestien L, Halzapfel N, Schellberg D, Lowe B, Nelles M, et al. Panic disorder in patient with chronic heart failure. J Psychosom Rese 2008; 64(3): 299-309.
6. Otto MW, Whittal ML. Cognitive behavior therapy and the longitudinal course of panic disorder. Psychiatr Clin North Am 1995; 18(4): 803-20.
7. Otto MW, Smits JA, Reese HE. Cognitive behavioral therapy for the treatment of anxiety disorder. J Clini Psychiatry 2004; 65(Suppl 5): 34-41.
8. Canrad A, Roth WT. Muscle relaxation therapy for anxiety disorder: It works but how?. J Anxiety Disord 2006; 21(3): 243-64.
9. Salkovskis PM. Cognitive behavioral treatment for panic disorder. Journal of Psychiatry 2007; 6: 193-7.
10. Clarck DM, Salkovskis PM, Hackmann A, Middleton H, Anastasiades P, Gelder M. A comparison of cognitive therapy, applied relaxation and imipramine in the treatment of panic disorder. Br J Psychiatry 1994; 164: 759-69.

متمرکز بر علائم بدنی) و اصلاح عوامل زیربنایی تولید کننده باورهای هراس می‌گردند و به این ترتیب بر میزان باورهای ناکارآمد هراس تاثیر می‌گذارند.

با وجود این که پژوهش حاضر از لحاظ به کارگیری یک شیوه درمانی روان شناختی بر روی بیماران مبتلا به هراس دارای نوآوری و ابتکار بود لکن با محدودیت‌های خاصی نیز مواجه بود که عبارتند از این که با وجود شرایط نمونه انتخابی در تعمیم نتایج به افراد خارج از محدوده جامعه پژوهش باید جانب احتیاط را رعایت نمود، عدم برخورداری گروه شاهد از جلسات مشاوره معمولی (نه فراشناختی) به منظور حذف اثر دارونمایی (Placebo effect) گروه درمانی است که به دلیل محدودیت امکانات رعایت این امر ممکن نبود، لیکن پیشنهاد می‌شود که در پژوهش‌های آتی این نکته را مورد توجه قرار دهند تا بتوان یافته‌های پژوهش را با اطمینان بیشتری به تاثیر متغیر روان درمانی (درمان فراشناختی و نه صرفاً شرکت در گروه) نسبت داد. با توجه به این که در ایران تاکنون هیچ پژوهشی در زمینه بررسی اثربخشی درمان‌های روان‌شناختی بر میزان باورها و علائم بیماران مبتلا به هراس انجام نشده است، پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آینده از سایر روش‌های روان درمانی، در بهبود علائم و باورهای هراس به صورت مقایسه‌ای استفاده گردد. در ضمن تکرار پژوهش‌هایی از این قبیل بر روی نمونه وسیع‌تر و دو جنس زن و مرد توصیه می‌گردد.

نتیجه گیری

با توجه به نتایج این پژوهش و پژوهش‌های همسو با آن و مؤلفه‌های فراشناختی بارز در بیماران مبتلا به هراس، درمان رفتاری - فراشناختی می‌تواند به عنوان شیوه روان درمانی انتخابی و مکمل درمان پزشکی، در جهت کاهش باورهای ناکارآمد این بیماران به کار گرفته شود.

تشکر و قدر دانی

این مقاله حاصل یک پایان نامه دانشجویی است. پژوهش‌گر و همکاران بر خود لازم می‌دانند مراتب قدردانی

11. Flavell JH. Metacognition and cognitive monitoring: A new area of cognitive-developmental inquiry. *Am Psychol* 1979; 34(10): 906-11
12. Wells A. Emotional disorder and metacognition: innovative cognitive therapy. UK: Wiley pulication; 2001.
13. Wells A, King P. Metacognitive therapy for generalize anxiety disorder: an open trial. *J Behav Ther Exp Psychiatry* 2006; 37(3): 206-12.
14. Rees CS, van Koesveld KE. An open trial of group metacognitive therapy for obsessive-compulsive disorder. *J Behav Ther Exp Psychiatry* 2008; 39(4): 451-8.
15. Wells A, Sembi S. Metacognitive therapy for PTSD: preliminary investigation of a new brief treatment. *J Behav Ther Exp Psychiatry* 2004; 35: 307-18.
16. Wenzel A, Sharp IR, Brown GK, Greenberg RL, Beck AT. Dysfunctional beliefs in panic disorder: The Panic Belief Inventory. *Behav Rese Ther* 2006; 44(6): 819-33.

Efficacy of metacognitive-behavioral therapy on panic beliefs in female panic patients

Afshari M^{1*}, Neshat Doost H², Bahrami F³, Afshar H⁴

1- MSc in Psychology, Department of Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, University of Isfahan, Isfahan, Iran

2- Professor, PhD in Clinical Psychology, Department of Clinical Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, University of Isfahan, Isfahan, Iran

3- Assistant Professor, PhD in Counseling, Department of counseling, Faculty of Educational Sciences and Psychology, University of Isfahan, Isfahan, Iran

4- Associate Professor, Psychiatrist, Department of Psychiatry, University of Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

Received 12 Oct, 2009 Accepted 6 Jan, 2010

Abstract

Background: This study was designed to investigate on efficacy of metacognitive-behavioral therapy (MCBT) on panic beliefs of panic female patients.

Materials and Methods: This is a clinical- trial study. The participants, who were 24 panic female patients diagnosed with panic disorder, were selected from 76 panic patients referring to psychiatric clinics. The participants were randomly assigned in to two experimental and control groups. The data were gathered using the panic belief questionnaire which was completed in pretest, posttest and follow-up stages by the participants. MCBT was conducted in 8 sessions on the experimental group while the control group, in addition to the reception of common medical treatments, was laid in waiting list for psychological therapy.

Results: According to the results of covariance analysis, the mean of panic beliefs scores obtained in the experimental group were significantly lower than those of the control group ($p < 0.05$).

Conclusion: Panic female patients who attended in MCBT acquired lower scores in panic belief than the control group. Therefore, the results demonstrate that MCBT approach causes to reduce panic beliefs in panic female patients.

Keywords: Metacognitive-behavioral therapy, panic beliefs, panic disorder(panic)

*Corresponding author;

Email: Afshari.masoume@yahoo.com

Address: Department of Psychology, Faculty of Educational science and Psychology, University of Isfahan, Iran