

The Effect of Metacognitive Therapy and Cognitive Behavioral Therapy on Depression and Generalized Anxiety in Individuals with the Cognitive-Attentional Syndrome (CAS)

1. Hamidreza Ansari Sadrabadi¹: PhD Student, Department of Psychology, Bo.C., Islamic Azad University, Borujerd, Iran

2. Mohsen Razani^{2*}: Assistant Professor, Department of Psychology, Bo.C., Islamic Azad University, Borujerd, Iran.

3. Hassan Piriaie³: Assistant Professor, Department of Mathematics, Bo.C., Islamic Azad University, Borujerd, Iran

4. Sara Saedi⁴: Assistant Professor, Department of Psychology, Bo.C., Islamic Azad University, Borujerd, Iran

*Corresponding Author's Email Address: m.razani@iau.ac.ir



Received: 17 March 2025

Revised: 13 July 2025

Accepted: 22 July 2025

Published: 10 August 2025



Copyright: © 2025 by the authors.

Published under the terms and conditions of Creative Commons

Attribution-NonCommercial 4.0

International (CC BY-NC 4.0) License.

Abstract:

Objective: The present study investigated the effect of metacognitive therapy (MCT) and cognitive behavioral therapy (CBT) on depression and generalized anxiety in individuals diagnosed with the Cognitive-Attentional Syndrome (CAS) in Tehran during 2023–2024.

Methods and Materials: This research employed an experimental design using a pretest–posttest structure with a control group. The statistical population consisted of all individuals who visited counseling centers affiliated with the Art and Cultural Organization of Tehran Municipality and were screened with a diagnosis of CAS symptoms. Participants were selected using a random sampling method. A total of 45 individuals were chosen from the target population. Most participants were women. Initially, all three groups completed questionnaires on depression and generalized anxiety during the pretest phase. Following the completion of the pretest, two experimental groups underwent eight training sessions—one group received metacognitive therapy and the other received cognitive behavioral therapy. The control group did not receive any training. These interventions were specifically administered to individuals with CAS who were experiencing depressive and generalized anxiety symptoms. At the end of the intervention period, the effectiveness and impact of each treatment method were assessed via analysis of variance method.

Findings: Statistical analysis of the data showed that both therapeutic approaches had a significant effect on reducing depression and generalized anxiety. However, the hypothesis that metacognitive therapy would be superior to cognitive behavioral therapy was not supported.

Conclusion: The findings suggest that both therapeutic approaches can play a significant role in designing treatment programs in counseling and mental health centers, enhancing the quality of therapeutic services, and increasing the effectiveness of short-term treatment protocols.

Keywords: Metacognitive therapy; cognitive behavioral therapy; depression; generalized anxiety; cognitive-attentional syndrome.

How to Cite: Ansari Sadrabadi, H., Razani, M., Piriaie, H., & Saedi, S. (2025). The Effect of Metacognitive Therapy and Cognitive Behavioral Therapy on Depression and Generalized Anxiety in Individuals with the Cognitive-Attentional Syndrome (CAS). *Quarterly of Experimental and Cognitive Psychology*, 2(3), 1-17.

تأثیر فراشناخت درمانی و رفتار درمانی شناختی بر افسردگی و اضطراب فراگیر مبتلایان به سندرم شناختی-توجهی (CAS)

۱. حمیدرضا انصاری صدراآبادی^{id}: دانشجوی دکتری، گروه روانشناسی، واحد بروجرد، دانشگاه آزاد اسلامی، بروجرد، ایران

۲. محسن رازانی^{id}: استادیار، گروه روانشناسی، واحد بروجرد، دانشگاه آزاد اسلامی، بروجرد، ایران. (نویسنده مسئول)

۳. حسن پیریایی^{id}: استادیار، گروه ریاضی، واحد بروجرد، دانشگاه آزاد اسلامی، بروجرد، ایران

۴. سارا ساعدی^{id}: استادیار، گروه روانشناسی، واحد بروجرد، دانشگاه آزاد اسلامی، بروجرد، ایران

*پست الکترونیک نویسنده مسئول: m.razani@iau.ac.ir

چکیده

هدف: مطالعه حاضر با بررسی تأثیر فراشناخت درمانی و رفتار درمانی شناختی بر افسردگی و اضطراب فراگیر در مبتلایان به سندرم شناختی-توجهی (CAS) در شهر تهران در سال ۱۴۰۲-۱۴۰۳ صورت گرفته است.

مواد و روش: روش این پژوهش آزمایشی با طرح پیش آزمون-پس آزمون و با گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل کلیه ی افرادی بود که به مراکز مشاوره سازمان فرهنگ هنری شهرداری مراجعه و با تشخیص نشانگان شناختی-توجهی غربال شده اند. روش نمونه گیری در این پژوهش به شیوه تصادفی بوده است. از جامعه موردنظر به تعداد ۴۵ نفر انتخاب شدند. بیشتر آزمودنی‌ها را زن‌ها تشکیل داده بودند. در ابتدا در هر سه گروه پرسشنامه افسردگی و اضطراب فراگیر اجرا شد. پس از تکمیل پرسشنامه‌ها در مرحله پیش آزمون دو گروه تحت ۸ جلسه ی آموزشی فراشناخت درمانی و رفتار درمانی شناختی قرار گرفتند. و به گروه آخر یا گروه کنترل آموزشی داده نشد. این جلسات آموزشی برای افرادی بود که سندرم شناختی-توجهی در زمینه‌ای اختلال افسردگی، اضطراب فراگیر را تجربه کرده بودند و درانتها هر شیوه و میزان تأثیرگذاری آن‌ها به روش تحلیل واریانس بر آزمودنی‌ها مورد ارزیابی قرار گرفت.

یافته‌ها: نتایج تحلیل داده‌های آماری نشان داد که هر دو روش تأثیر معناداری بر کاهش افسردگی و کاهش اضطراب فراگیر داشتند، و فرضیه مبتنی بر برتری فراشناخت درمانی نسبت به رفتار درمانی شناختی تأیید نشد.

نتیجه‌گیری: یافته‌های این پژوهش نشان می‌دهد که هر دو رویکرد درمانی می‌توانند در طراحی برنامه‌های درمانی در مراکز مشاوره و سلامت روان، بهبود کیفیت خدمات درمانی و افزایش تأثیر پروتکل درمانی کوتاه مدت نقش مهمی ایفا کند.

کلیدواژگان: فراشناخت درمانی؛ رفتار درمانی شناختی؛ افسردگی؛ اضطراب فراگیر؛ سندرم شناختی-توجهی.

نحوه استناددهی: انصاری صدراآبادی، حمیدرضا، رازانی، محسن، پیریایی، حسن، و ساعدی، سارا. (۱۴۰۴). تأثیر فراشناخت درمانی و رفتار درمانی شناختی بر افسردگی و اضطراب فراگیر مبتلایان به سندرم شناختی-توجهی (CAS). فصلنامه روانشناسی تجربی و شناختی، ۲(۳)، ۱۷-۱.



تاریخ دریافت: ۲۷ اسفند ۱۴۰۳

تاریخ بازنگری: ۲۲ تیر ۱۴۰۴

تاریخ پذیرش: ۳۱ تیر ۱۴۰۴

تاریخ انتشار: ۱۹ مرداد ۱۴۰۴



مجاز و حق نشر: © ۱۴۰۴ تمامی حقوق انتشار این مقاله متعلق به نویسنده است. انتشار این مقاله به صورت دسترسی آزاد مطابق با گواهی (CC BY-NC 4.0) صورت گرفته است.

Extended Abstract

Introduction

Cognitive-Attentional Syndrome (CAS), characterized by patterns of worry, rumination, self-focused attention, and maladaptive coping strategies, has emerged as a transdiagnostic process implicated in various psychological disorders, particularly generalized anxiety disorder (GAD) and depression (Fergus et al., 2012; Wells, 2025). CAS contributes to the persistence of emotional distress by fostering negative thinking styles and maintaining threat-based processing, making it a central target for psychotherapeutic interventions (Capobianco & Nordahl, 2021; Wells et al., 2022). Two leading treatment modalities that aim to alleviate CAS-related symptoms are Metacognitive Therapy (MCT) and Cognitive Behavioral Therapy (CBT).

MCT, developed by Adrian Wells, focuses on altering metacognitive beliefs and disengaging from the repetitive thinking patterns that underpin CAS. Unlike CBT, which challenges the content of dysfunctional thoughts, MCT targets the process of thinking itself—specifically the individual's beliefs about thinking (Seow et al., 2025; Wells, 2025). It aims to enhance flexible attentional control and diminish reliance on worry and rumination as coping mechanisms (Jelinek et al., 2017; Shahidi et al., 2023). Prior studies have supported the effectiveness of MCT across a range of disorders, including major depressive disorder (MDD) and GAD, with some evidence suggesting that it may outperform CBT in certain contexts (Rahimi & Asghari, 2024; Wells et al., 2023).

CBT, on the other hand, has been established as one of the most empirically supported interventions for depression and anxiety. It works through structured protocols that focus on cognitive restructuring, behavioral experiments, and skills training to modify maladaptive beliefs and behaviors (Cojocaru et al., 2024; Stefan et al., 2019). Despite its effectiveness, CBT's primary focus on thought content may not address deeper-level processing styles inherent in CAS,

which has led some researchers to explore MCT as a complementary or superior alternative in treating such conditions (Lackner & Fresco, 2016; Marino et al., 2016).

Given the increasing prevalence of anxiety and depressive disorders, especially in urban clinical populations, identifying the comparative effectiveness of CBT and MCT on CAS-related symptoms has become an important avenue for research and clinical practice. Studies have shown that both methods can significantly reduce distress symptoms, yet direct comparisons remain scarce and sometimes yield inconsistent findings (Babakhanzadeh et al., 2019; Nam et al., 2016). Therefore, the present study aimed to evaluate and compare the effectiveness of MCT and CBT on depression and generalized anxiety symptoms in individuals diagnosed with CAS.

Methods and Materials

The study employed a quasi-experimental design with pretest-posttest and a control group. Participants (N = 45), aged between 18 and 55, were randomly selected from those visiting counseling centers affiliated with the Tehran Municipality's Cultural and Artistic Organization and diagnosed with CAS based on screening tools and clinical interviews. Participants were randomly assigned to one of three groups: MCT (n=15), CBT (n=15), and a control group (n=15). Inclusion criteria included a diagnosis of CAS, presence of depressive and generalized anxiety symptoms, and a minimum education level of middle school. Exclusion criteria were ongoing pharmacological treatment and absence from more than two intervention sessions.

Interventions included eight weekly two-hour sessions of MCT and CBT, conducted by trained therapists. The MCT sessions followed Wells's protocol and focused on modifying metacognitive beliefs, attention training, and reducing rumination and worry. CBT sessions included elements such as cognitive restructuring, identifying cognitive distortions, relaxation techniques, and problem-solving skills.

Outcome measures included the Beck Depression Inventory-II (BDI-II), the Generalized Anxiety Disorder

Scale (GAD-7), and the Cognitive-Attentional Syndrome Questionnaire. Assessments were conducted at three points: pre-intervention, post-intervention, and a three-month follow-up. Data were analyzed using mixed-model repeated-measures ANOVA, Bonferroni post hoc tests, and assumptions were tested for normality and sphericity.

Findings

Descriptive statistics indicated that both MCT and CBT groups showed substantial reductions in depression and generalized anxiety scores from pretest to posttest and maintained these gains at follow-up, while the control group exhibited no significant changes across any time point. For depression, mean BDI-II scores in the MCT group decreased from 31.13 (SD=7.22) at pretest to 15.27 (SD=2.87) at posttest and further to 11.73 (SD=3.47) at follow-up. Similarly, in the CBT group, scores decreased from 34.67 (SD=6.29) to 10.33 (SD=2.58), and then to 9.07 (SD=2.63). In contrast, the control group's depression scores remained statistically unchanged across the three phases.

For generalized anxiety, GAD-7 scores in the MCT group dropped from 15.4 (SD=1.4) at pretest to 3.73 (SD=1.44) at posttest and stabilized at 3.47 (SD=1.41) at follow-up. The CBT group saw similar reductions from 16.0 (SD=0.93) to 4.8 (SD=2.14) and then to 4.07 (SD=1.91). No significant changes were observed in the control group.

Repeated-measures ANOVA revealed significant main effects of time, group, and time-by-group interaction for both depression ($F(1.062, 44.589)=116.99, p<0.001$) and anxiety ($F(1.126, 47.19)=93.51, p<0.001$), with large effect sizes (partial eta squared > 0.70). Bonferroni post hoc tests indicated significant differences between pretest and posttest, as well as pretest and follow-up scores within the intervention groups. However, the difference between MCT and CBT was not statistically significant at any time point.

Discussion and Conclusion

The findings from this study demonstrate that both Metacognitive Therapy and Cognitive Behavioral Therapy are highly effective in reducing symptoms of depression and generalized anxiety in individuals with Cognitive-

Attentional Syndrome. Importantly, the observed therapeutic gains were not only immediate but also maintained over a three-month follow-up period, highlighting the durability of both interventions. However, the absence of significant differences in outcomes between MCT and CBT challenges the assumption that MCT may be superior, at least within the parameters of this study.

The comparable effectiveness of MCT and CBT can be understood in light of their overlapping therapeutic mechanisms. While MCT emphasizes disengagement from maladaptive thinking styles and targeting metacognitive beliefs, CBT focuses on cognitive restructuring and behavioral change. Both approaches, though theoretically distinct, may influence overlapping cognitive and emotional systems that contribute to symptom relief. This convergence is consistent with previous findings showing both therapies to be effective across diverse clinical populations.

The maintenance of treatment gains during follow-up suggests that both methods facilitate meaningful and sustainable changes in the cognitive-affective processes underlying CAS. These findings align with prior research showing long-term benefits of MCT in cardiac patients (Wells et al., 2023), and CBT's broad efficacy in adolescent and adult populations (Orri et al., 2024). Furthermore, the stability of gains suggests that the therapeutic skills learned—such as attention training in MCT or behavioral activation in CBT—may generalize beyond the treatment setting and continue to support self-regulation.

Although the initial hypothesis proposed that MCT might outperform CBT, especially in targeting CAS-specific mechanisms such as rumination and worry, the current data do not support this assertion. This could be due to several factors, including the structured and protocol-driven implementation of both treatments, the clinical profile of participants, or limitations in sensitivity of outcome measures to detect nuanced differences. Nevertheless, the results underscore the importance of tailoring interventions to individual needs and preferences rather than assuming superiority of one approach over another.

In practical terms, the findings affirm the value of both MCT and CBT in mental health service delivery, particularly in urban outpatient settings. Therapists may confidently utilize either approach for clients presenting with CAS-related symptoms, depression, or generalized anxiety. Moreover, the study highlights the potential for integrating elements of both treatments to capitalize on their complementary strengths—targeting both content and process of cognition.

In conclusion, this study contributes to the growing body of evidence supporting the use of both Metacognitive Therapy and Cognitive Behavioral Therapy in treating emotional disorders associated with CAS. While no significant differences were found between the two in terms of efficacy, both demonstrated substantial and lasting improvements in symptomatology. Future research with larger, more diverse samples and longer follow-up periods is warranted to further explore differential effects and optimize personalized treatment planning.

مقدمه

فراشناختی از جمله کنترل توجه، آگاهی فراشناختی و تنظیم پردازش معطوف

می‌سازد (Davoodi et al., 2023; Rahimi & Asghari, 2024).

در مقابل، رفتاردرمانی شناختی (CBT) با سابقه‌ای طولانی‌تر، یکی از شناخته‌شده‌ترین و کاربردی‌ترین درمان‌های روان‌شناختی برای اختلالات خلقی و اضطرابی محسوب می‌شود. این درمان با هدف تغییر محتوای افکار غیرمنطقی، باورهای ناکارآمد و طرحواره‌های منفی عمل می‌کند و به مدد تمرین‌های رفتاری و بازسازی شناختی، علائم روان‌شناختی را کاهش می‌دهد (Orri et al., 2024; Stefan et al., 2019).

شواهد نشان می‌دهد که هر دو درمان در کاهش نشانه‌های افسردگی و اضطراب نقش موثری دارند. به‌طور خاص، متاآنالیزها نشان داده‌اند که CBT در درمان اختلال اضطراب فراگیر (GAD) و اختلال افسردگی اساسی (MDD) اثربخشی معناداری دارد (Cojocaru et al., 2024; Shabannezhad, 2024). با این حال، رویکرد MCT با کاهش نشخوار ذهنی و باورهای غیرسازگار فراشناختی می‌تواند منجر به بهبودی پایدارتر و سریع‌تر شود (Jelinek et al., 2017; Seow et al., 2025).

یکی از مفاهیم کلیدی در فهم اثربخشی MCT، نقش باورهای فراشناختی در تنظیم تجربه‌های هیجانی منفی است. این باورها در ایجاد چرخه معیوب بین افکار تهدیدزا و پاسخ‌های هیجانی سهم بسزایی دارند. به‌عنوان نمونه، افرادی که معتقدند کنترل افکار منفی ممکن نیست، بیش‌تر در معرض تجربه‌ی اضطراب و افسردگی قرار دارند (Kashani Vahid et al., 2024; Lackner & Fresco, 2016). در همین راستا، پژوهش‌های متعددی اثربخشی MCT را در کاهش علائم روان‌شناختی در گروه‌های مختلفی از جمله مبتلایان به افسردگی، اضطراب اجتماعی، PTSD و دیابت نوع ۲ تأیید کرده‌اند (Babakhanzadeh et al., 2019; Zolrahim et al., 2024).

اختلالات روانی نظیر افسردگی و اضطراب فراگیر از جمله مهم‌ترین مشکلات سلامت روان در سطح جهانی محسوب می‌شوند و شیوع فزاینده آن‌ها، ضرورت پژوهش در مورد درمان‌های نوین و اثربخش را دوچندان کرده است. پژوهشگران تأکید دارند که افسردگی و اضطراب نه تنها بر عملکرد فردی و اجتماعی مبتلایان تأثیر منفی می‌گذارند، بلکه به طور مستقیم با کاهش کیفیت زندگی و کارآمدی شناختی نیز در ارتباطاند (Liang et al., 2016; Mahati et al., 2016). یکی از سازوکارهای بنیادی در تداوم این اختلالات، "سندرم شناختی-توجهی" یا Cognitive Attentional Syndrome (CAS) است؛ سبکی از پردازش اطلاعات که با نشخوار فکری، نگرانی افراطی، توجه متمرکز بر تهدید و راهبردهای مقابله‌ای ناکارآمد شناخته می‌شود (Fergus et al., 2012; Wells, 2025).

براساس الگوی فراشناختی، باورهای فراشناختی منفی و مثبت درباره افکار، نقش اصلی در فعال‌سازی CAS ایفا می‌کنند. نشخوار فکری و نگرانی به‌عنوان اجزای مرکزی این سندرم، تمایل فرد به درگیری طولانی‌مدت با افکار منفی را افزایش داده و مانع از بازگشت به پردازش سازگار می‌شود (Capobianco & Nordahl, 2021; Wells et al., 2022). در چنین بافتی، فراشناخت درمانی (MCT) که تمرکز خود را بر تغییر رابطه فرد با افکار و باورهایش قرار می‌دهد، به‌عنوان یک درمان نوظهور و مبتنی بر شواهد معرفی شده است (Shahidi et al., 2023; Wells et al., 2023).

فراشناخت درمانی بر مبنای مدل اجرایی خودتنظیمی (S-REF) توسط ولز و متیوز توسعه یافته و بر این فرض استوار است که اختلالات روان‌شناختی ناشی از فعال‌سازی الگوهای خاصی از کنترل شناختی هستند که توسط باورهای فراشناختی هدایت می‌شوند (Wells, 2025). این درمان برخلاف رویکردهای سنتی، تمرکز اصلی خود را به جای محتوای افکار، بر فرآیندهای

در مقابل، CBT نیز در زمینه‌هایی نظیر بازسازی شناختی، اصلاح سبک‌های اسنادی، و آموزش مهارت‌های مقابله‌ای ساخت‌یافته، توانسته است به‌صورت گسترده به کاهش اضطراب و بهبود خلق در بیماران کمک کند (Marino et al., 2016; Nam et al., 2016). با این حال، برخی مطالعات اخیر حاکی از آن است که CBT ممکن است در کاهش باورهای زیربنایی مرتبط با نشخوار فکری اثربخشی محدودی داشته باشد، حال آنکه MCT به‌صورت مستقیم به این باورها حمله می‌کند (Pérez-Piñar et al., 2017; Shahidi et al., 2023).

افزون بر این، شواهدی وجود دارد که نشان می‌دهد فراشناخت درمانی در مداخلات کوتاه‌مدت نیز اثربخشی بالایی دارد. پژوهش‌های اخیر نشان داده‌اند که اجرای نسخه‌های خودیاری خانگی MCT در بیماران قلبی منجر به بهبود معنادار افسردگی و اضطراب شده است (Wells et al., 2023). این موضوع نشان می‌دهد که کارآمدی درمان حتی در چارچوب‌های ساده‌شده نیز پابرجاست و می‌تواند گزینه‌ای مناسب در تنظیم پروتکل‌های درمانی روان‌درمانی در مراکز مشاوره باشد.

با توجه به اهمیت سندرم شناختی-توجهی به‌عنوان سازوکار فراگیر در اختلالات هیجانی، مطالعه حاضر درصدد است تا با مقایسه اثربخشی دو رویکرد درمانی MCT و CBT در کاهش افسردگی و اضطراب فراگیر در افراد مبتلا به CAS، شکاف پژوهشی موجود را پر کرده و به‌صورت تجربی بررسی کند که آیا فراشناخت درمانی نسبت به رفتاردرمانی شناختی در این زمینه برتری دارد یا خیر. هرچند پیشینه پژوهشی حاکی از اثربخشی هر دو درمان است، اما مقایسه مستقیم آن‌ها در زمینه CAS کمتر مورد توجه قرار گرفته است.

بر این اساس، هدف پژوهش حاضر آزمون این فرضیه است که مداخله مبتنی بر فراشناخت درمانی به‌صورت معناداری اثربخش‌تر از رفتاردرمانی

شناختی در کاهش افسردگی و اضطراب فراگیر در مبتلایان به سندرم شناختی-توجهی عمل می‌کند.

روش‌شناسی پژوهش

پژوهش حاضر آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون همراه با گروه کنترل بود. در ابتدا در هر سه گروه پرسشنامه نشانگان شناختی-توجهی، پرسشنامه افسردگی بک و اضطراب فراگیر اشیپتزر اجرا شد. سپس دو گروه در فراشناخت درمانی و همچنین رفتاردرمانی شناختی طی ۸ جلسه ۲ ساعته تحت آموزش قرار گرفتند و گروه کنترل، هیچ گونه آموزش یا درمانی را دریافت نکردند. در انتها نیز در هر سه گروه پس از آزمون‌ها اجرا شد و داده‌های پژوهش با استفاده از روش تحلیل وریانس با اندازه‌گیری مکرر در طرح مختلط مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. پس از سه ماه مجدداً آزمودنی‌ها مورد ارزیابی قرار گرفتند.

جامعه آماری این پژوهش حاضر شامل کلیه ی افرادی است که در سال ۱۴۰۲-۱۴۰۳ با تشخیص سندرم شناختی-توجهی و دارای سابقه و نشانه‌های افسردگی و اضطراب فراگیر در شهر تهران غربال شده و در این پژوهش به شیوه تصادفی شرکت کرده‌اند، بدین صورت که با فراخوان در مراکز درمانی و مراکز مشاوره وابسته به سازمان فرهنگی هنری شهرداری تهران، از جامعه موردنظر به تعداد ۴۵ نفر انتخاب و بصورت داوطلبانه در طرح درمانی شرکت کردند. و این تعداد ۴۵ نفر، بصورت تصادفی در سه گروه فراشناخت درمانی، رفتاردرمانی شناختی و گروه کنترل جایگزین شدند. این افراد در سابق افسردگی و اضطراب فراگیر را تجربه و حداقل یکبار به متخصص مراجعه کرده بودند. ملاک ورود، مصاحبه تشخیصی و روانشناختی و اجرای پرسشنامه‌های سندرم شناختی-توجهی و افسردگی بک و اضطراب فراگیر اشیپتزر و محدوده سنی ۱۸ تا ۵۵ سال و دارا بودن حداقل تحصیلات راهنمایی

بود. ملاک خروج مصرف درمان‌های دارویی و غیبت بیش از دوجلسه در طرح درمان.

پرسشنامه اضطراب فراگیر/اشپیتز: پرسشنامه اضطراب تعمیم یافته اشپیتز که در سال ۲۰۰۶ در هفت مقیاس ساخته شده است. این مقیاس دارای ۷ سوال است که ۳ مقیاس مربوط به سه مولفه، نگرانی بیش از حد، کنترل ناپذیری نگرانی، و نشانه‌های بدنی را می‌سنجد. آزمودنی با انتخاب یکی از گزینه‌های اصلا، چندین روز، بیش از نیمی از روزها، و تقریبا هر روز، به سؤالات پاسخ می‌دهد و گزینه‌ها به ترتیب با نمرات ۱، ۲، ۳ و ۴ نمره گذاری می‌شوند، و نمره کل اضطراب همه گیر از هفت گویه در دامنه‌ای از ۰ تا ۲۱ می‌باشد. به منظور بررسی همسانی درونی مقیاس کوتاه اختلال اضطراب فراگیر، ضرایب آلفای کرونباخ داده‌های تحقیق محاسبه شد. ضریب آلفای به دست آمده برای نمونه پژوهش برابر ۰/۸۹ بوده است (اشپیتز و همکاران، ۲۰۰۶). در ایران، رحیمی نژاد و همکاران (۱۳۹۶) ضریب پایایی کل پرسشنامه را ۰/۸۷ و ضرایب پایایی خرده مقیاس‌ها را بین ۰/۸۰ و ۰/۸۵ گزارش کرده اند. روایی سازه این ابزار نیز با استفاده از تحلیل عاملی تاییده شده و همبستگی مثبت معناداری با مقیاس اضطراب بک نشان داده است.

پرسشنامه افسردگی بک: این پرسشنامه شامل ۲۱ گویه است که علائم افسردگی را در سه بعد شناختی، عاطفی و جسمانی اندازه گیری می‌کند. این ماده‌ها در زمینه‌هایی چون غمگینی، بدبینی، احساس ناتوانی و شکست، احساس گناه، آشفتگی خواب، از دست دادن اشتها، از خود بی‌زاری و ... هستند. حداقل نمره در این آزمون صفر و حداکثر آن ۶۳ است. با جمع کردن نمرات فرد در هر یک از ماده‌ها، نمره فرد به‌طور مستقیم به دست می‌آید. نمره‌های زیر را می‌توان برای تعیین سطح کلی افسردگی استفاده کرد: ۰ تا ۱۳: هیچ یا کمترین افسردگی، ۱۴ تا ۱۹: افسردگی خفیف، ۲۰ تا ۲۸: افسردگی

متوسط، ۲۹ تا ۶۳: افسردگی شدید (بک و همکاران، ۱۹۹۶). ضریب پایایی در پژوهش بک و همکاران (۱۹۹۶) برابر ۰/۹۲ بدست آمده است. در پژوهش کوهنجان و همکاران (۱۳۹۰)، ضریب پایایی کل پرسشنامه ۰/۹۱ و ضرایب پایایی خرده مقیاس‌ها بین ۰/۸۴ تا ۰/۸۸ گزارش شده است. روایی سازه پرسشنامه از طریق تحلیل عاملی و همبستگی آن با سایر ابزارهای افسردگی تاییده شده است.

مقیاس نشانگان شناختی-توجهی: این مقیاس شامل ۱۶ ماده‌ای است که به منظور ارزیابی نشانگان شناختی مانند نشخوار ذهنی، نپرانی و تمرکز بر خود ارزیابی را می‌کند. سه خرده مقیاس اصلی آن شامل نشخوار فکری و نگرانی و توجه به خود می‌باشد. نمرات کلی مقیاس سندرم شناختی - توجهی از مجموع تمام ۱۶ ماده با یکدیگر بدست می‌آید. به نحوی که کمترین نمره صفر و بیشترین ۱۲۸ خواهد بود. در پژوهش ولز (۲۰۰۰) ضریب الفای کرونباخ ۰/۹۱ گزارش شده است. صالحی فرد و همکاران (۱۳۹۲) در ایران ضریب پایایی کل مقیاس را ۰/۸۸ و ضرایب خرده مقیاس‌ها را بین ۰/۸۲ تا ۰/۸۷ گزارش کردند. روایی سازه مقیاس از طریق تحلیل عاملی اکتشافی و تاییدی، تایید شده است.

شرح مختصر جلسات فراشناخت درمانی (فیشر و ولز، ۲۰۱۵)

جلسه اول هدف: برقراری رابطه درمانی/ محتوا: آشنا نمودن افراد باموضوع پژوهش، اجرای پیش آزمون تدوین فرمول بندی موردی، معرفی مدل و نمادسازی، شناسایی و نام گذاری دوره‌های سازگاری و مدیریت استرس (کاهش افسردگی و اضطراب فراگیر) و آشنایی کامل با انواع افسردگی و اضطراب

جلسه دوم هدف: آشنایی اعضا با دانش فراشناختی، راهبردهای فراشناختی/ محتوا: معرفی و معنای انواع خاص افکار و باورهای مرتبط با کنترل شناختی و توجه به فراشناخت آشکار و فراشناخت پنهان /

اضطراب فراگیر، برنامه ریزی جلسه‌های تقویتی برای آن / تکالیف: انجام برنامه جلسه‌های تقویتی

شرح مختصر جلسات رفتار درمانی شناختی (لیهی و همکاران، ۲۰۱۱)

جلسه اول هدف: برقراری ارتباط درمانی و ایجاد اعتماد، آشنا نمودن افراد با موضوع پژوهش، اجرای پیش آزمون / محتوا: معارفه و آشنایی، بیان اهداف پژوهشی و چگونگی روند پژوهش، تعداد جلسات و قوانین و مقررات گروه آموزشی، اجرای پیش آزمون و تنظیم اهداف درمان و بررسی عوامل اضطرابی / تکالیف: مشخص کردن اهداف خود از شرکت در طرح پژوهشی توسط درمان جویان

جلسه دوم هدف: خودآگاهی / محتوا: بررسی تکالیف جلسه قبل و بحث درباره اهداف درمان جویان از شرکت در طرح پژوهشی، تقویت اعضای در زمینه خودآگاهی و شناخت خصوصیات، نیازها، خواسته‌ها، اهداف، ارزش‌ها و هویت خود و جمع‌آوری اطلاعات بیشتر درباره مشکلات / تکالیف: شناسایی و یادداشت ویژگی‌های مثبت و منفی، نیازها، خواسته‌ها و ارزش‌ها جلسه سوم هدف: شناسایی سطوح شناخت و تغییر تحریف‌های شناختی / محتوا: بررسی تکالیف جلسه قبل و بحث درباره مشکلات درمان جویان در مسیر خودآگاهی و بررسی نیازها و خواسته‌ها، آشنایی اعضا با رابطه بین فکر، احساس و رفتار و آشنایی با افکار خود آیند، تحریفات شناختی و به چالش کشیدن تحریف‌های شناختی و ارزیابی پیشرفت درمان و خلاصه سازی / تکالیف: یادداشت روزانه رویدادها، افکار و احساسات متعاقب آن‌ها و شناسایی تحریف‌های شناختی

جلسه چهارم هدف: آشنایی با مفهوم اسناد و عوامل نگهدارنده و تداوم بخش و تهدیدات ادراک شده / محتوا: بررسی تکالیف جلسه قبل و بحث درباره تحریف‌های شناختی شناسایی شده و تأثیر آن‌ها در افکار، احساسات و رفتار درمان جویان، آشنایی با مفهوم اسناد و بررسی علل سوءبرداشت

تکالیف: ارزیابی‌های از مفهوم وقایع روانی خاص (مانند افکار)، احساسات فراشناختی و قضاوت در مورد آنها

جلسه سوم هدف: به چالش کشیدن راهبردها / محتوا: شناسایی و ارزیابی مجدد و نگرانی‌های خود افراطی، فاجعه انگاری وقایع / تکالیف: تمرین فن آموزش توجه و کنترل ارادی خودآگاه

جلسه چهارم هدف: شناسایی و مهار افکار مزاحم / محتوا: بررسی افکار مزاحم و حالات بدنی و اطلاعات شناختی و تصمیم‌گیری مرتبط با فعالیت‌های روزمره و پردازش اطلاعات / تکالیف: تمرین فن آموزش توجه و کنترل ارادی خودآگاه

جلسه پنجم هدف: مهار نشخوارهای فکری / محتوا: واریسی کاربرد گسترده و پایدار منابع پردازشی، ادامه چالش با باورهای مثبت درباره نشخوار فکری، بررسی سطح فعالیت‌های خود پردازشی و ارائه توصیه‌هایی برای بهبود آن / تکالیف: تغییر الویت‌های پردازش و اصلاح باورها و تغییر ماهیت تهدید جلسه ششم هدف: تغییر باورهای منفی و پردازش هیجانی / محتوا: بررسی و چالش باورهای منفی درباره ناتوانی و افسردگی / اضطراب، تغییر باورهای منفی حذف اطلاعات ناهمگون با پردازش هیجانی / تکالیف: بدست آوردن اطلاعات هماهنگ با خلق

جلسه هفتم هدف: ایجاد طرحی جهت مقابله و جلوگیری از عود مجدد / محتوا: کار بر روی تدوین برنامه‌های برای عود مجدد به خصوص روی تجارب مجدد و تمرکز روی جوانب منفی حوادث ناگوار از شاخص‌های مهم خودتنظیمی / تکالیف: استفاده از پاسخ‌های مقابله‌ای مفید، استفاده از دانش سودمند و مفید در موقعیت‌های که موجب ناهمخوانی شناختی می‌شود

جلسه هشتم هدف: تکامل راهبردهای مقابله‌ای و اجرای پس آزمون / محتوا: کار بر روی باورهای فراشناختی باقیمانده، پیش بینی برانگیزاننده‌های آتی و بحث درباره نحوه استفاده از برنامه‌های جدید برای کاهش افسردگی و

ها و آموزش شیوه تغییر اسنادها/ تکالیف: شناسایی اسنادها در مورد وقایع تلخ زندگی و سعی در تغییر اسنادهای نادرست

جلسه پنجم هدف: آشنایی با مهارت حل مسئله / محتوا: بررسی تکالیف جلسه قبل، بحث در مورد تأثیر تغییر اسنادها در احساسات، افکار و رفتار درمان جویان، آموزش مهارت حل مسئله شامل تعریف مشکل، ارائه راه حل های جایگزین، ارزیابی راه حل ها، انتخاب و اجرای راه حل انتخابی و ارزیابی راه حل انتخابی اجرا شده / تکالیف: بررسی یکی از مشکلاتی که درمان جو با آن مواجه است و اجرای مهارت حل مسئله در مورد آن

جلسه ششم آشنایی با مهارت های مقابله و فنون آرامش / محتوا: بررسی تکالیف جلسه قبل و بحث در مورد تأثیر به کارگیری مهارت های مقابله و فنون آرامش عضلانی و روانی / تکالیف: تمرین مهارت های مقابله ای و فنون آرامش در طول هفته و بررسی پیامدهای آن

جلسه هفتم هدف: یادگیری رفتارها و مهارت های جدید و جلوگیری از برگشت نشانه ها / محتوا: بررسی تکالیف جلسه قبل و بحث در مورد تأثیر به کارگیری موقعیت های اجتماعی، آشنایی درمان جویان با رفتار جرات مندانه و انجام فعالیت های عملی و ایفای نقش در جهت آموزش این مهارت و جلوگیری از برگشت نشانه ها / تکالیف: تمرین پاسخ های منطقی و طرحی برای تغییر

جلسه هشتم هدف: بررسی تغییرات سازنده و تثبیت و تحکیم آن ها، جمع بندی و اجرای پس آزمون / محتوا: بررسی تکالیف جلسه قبل و بحث درباره افکار خود آیند و شیوه کنترل هیجان های منفی در درمان جویان، بررسی تغییرات سازنده ای که در طول جلسات درمانی اتفاق افتاده است، برجسته سازی موفقیت های درمان جویان، بحث در مورد چگونگی تثبیت تغییرات

ایجاد شده، دریافت بازخورد از درمان جویان، اجرای پس آزمون و اتمام جلسات درمان.

روند اجرا از سال ۱۴۰۲ تا ۱۴۰۳ حدوداً طی ۹ ماه صورت گرفت. با اطلاع رسانی و فراخوان از سوی مراکز وابسته به سازمان فرهنگی هنری شهرداری تهران مبنی بر اجرای جلسات آموزشی و درمانی افسردگی و اضطراب انجام شد. و پس از ثبت اطلاعات اولیه از کلیه شرکت کنندگان دعوت بعمل آمد تا در یک جلسه توجیهی از نحوی انجام کار و کسب اطلاعات اولیه شرکت کنند. پس از ارزیابی، سنجش و تکمیل پرسشنامه های سندرم شناختی- توجیهی، تعداد ۴۵ نفر بصورت تصادفی در سه گروه انتخاب شده و لزوماً در هر سه گروه پیش آزمون بواسطه تکمیل پرسشنامه افسردگی، اضطراب فراگیر اجرا شد. سپس آموزش ها برای یک گروه با فراشناخت درمانی و گروه دوم رفتاردرمانی شناختی طی ۸ جلسه ۲ ساعته و به مدت ۱ جلسه در هفته انجام شد و گروه کنترل، هیچ گونه آموزش یا درمانی را دریافت نکردند. در انتها نیز در هر سه گروه پس آزمون ها اجرا شد و داده های پژوهش با استفاده از نرم افزار ۲۶-SPSS و روش تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر طرح های مختلط مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. پس از سه ماه پس آزمون به منظور پیگیری مجدداً اجرا شد.

یافته ها

در ابتدا میانگین، انحراف معیار، کجی و کشیدگی متغیرهای افسردگی، اضطراب فراگیر در گروه آزمایشی اول (فراشناخت درمانی)، گروه آزمایشی دوم (رفتاردرمانی شناختی) و گروه کنترل در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری، محاسبه و نتایج در جداول زیر ارائه شده است.

جدول ۱. میانگین و انحراف معیار متغیر افسردگی در گروه فراشناخت درمانی، رفتاردرمانی شناختی و گروه کنترل

افسردگی	پیش آزمون			پس آزمون			پیگیری		
	میانگین	انحراف معیار	کجی	کشیدگی	میانگین	انحراف معیار	کجی	کشیدگی	میانگین
فراشناخت درمانی	۳۱/۱۳	۷/۲۲	-۰/۷۱۴	۰/۵۳۱	۱۵/۲۷	۲/۸۷	۰/۲۸۸	۰/۰۸۱	۱۱/۷۳
رفتاردرمانی شناختی	۳۴/۶۷	۶/۲۹	-۰/۷۴۷	-۰/۵۶	۱۰/۳۳	۲/۵۸	۰/۲۵۳	-۰/۰۸۱	۹/۰۷
کنترل	۴۱/۶۷	۷/۶۳	۰/۰۰۵	-۰/۷۱۴	۴۳/۶	۸/۳۶	۰/۰۵۱	-۰/۹۴۲	۴۳/۶

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار متغیر اضطراب فراگیر در گروه فراشناخت درمانی، رفتاردرمانی شناختی و گروه کنترل

اضطراب	پیش آزمون			پس آزمون			پیگیری		
	میانگین	انحراف معیار	کجی	کشیدگی	میانگین	انحراف معیار	کجی	کشیدگی	میانگین
فراشناخت درمانی	۱۵/۴	۱/۴	۰/۴۱۴	۰/۱	۳/۷۳	۱/۴۴	۰/۱۲۵	۰/۳۶۲	۳/۴۷
رفتاردرمانی شناختی	۱۶	۰/۹۳	۰/۶۲۳	-۰/۱۷۹	۴/۸	۲/۱۴	۱/۰۵۱	۱/۳۱	۴/۰۷
کنترل	۱۷/۰۷	۷/۷۸	۰/۷۸۸	۰/۵۲۶	۱۷/۰۶	۷/۷۷	۱/۷۸۸	۱/۵۲۶	۱۷/۰۶

منظور بررسی تفاوت معنی دار بین میانگین‌های نمرات افسردگی و اضطراب فراگیر در گروه فراشناخت درمانی، گروه رفتاردرمانی شناختی و گروه کنترل در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری، از روش تحلیل واریانس مختلط (یک عامل درون آزمودنی‌ها و یک عامل بین آزمودنی‌ها) استفاده شد. ابتدا مفروضه کرویت با آزمون کرویت موچلی برای عامل درون گروهی بررسی شد. فرض صفر در این آزمون بیانگر برابری ماتریس کوواریانس متغیر وابسته (در سطوح مختلف متغیر عامل) با مضربی از «ماتریس یک» است. آماره کرویت موچلی در متغیر افسردگی (۱۱۶/۰)، اضطراب فراگیر (۲۲۴/۰) - آماره مجانبی خی دو در متغیر افسردگی (۸۸/۲۸)، اضطراب فراگیر (۶۱/۴۲) - گرین هاوس گیسر در متغیر افسردگی (۵۳۱/۰)، اضطراب فراگیر (۵۶۳/۰) است.

نتایج بالا نشان می‌دهد که مفروضه کرویت در متغیر افسردگی و اضطراب فراگیر برقرار نیست ($Sig < 0/05$). بنابراین باید از اصلاح درجه آزادی (شاخص اپسیلون گرین هاوس گیسر) استفاده نمود و نتایج تحلیل واریانس

با توجه به نتایج جدول ۱ و ۲ در دو گروه فراشناخت درمانی و رفتاردرمانی شناختی، نسبت به گروه کنترل، متغیرهای افسردگی و اضطراب فراگیر در مرحله پس آزمون نسبت به مرحله پیش آزمون تغییر معناداری داشته است. برای بررسی نرمال بودن متغیرهای وابسته افسردگی و اضطراب فراگیر، از آزمون شاپیرو-ویلک استفاده شد که نتایج آن بدین صورت بود که در آماره Z در گروه پیش آزمون افسردگی و اضطراب فراگیر به ترتیب (۹۳۵/۰-۹۸۸/۰)، در گروه پس آزمون افسردگی و اضطراب فراگیر به ترتیب (۹۷۲/۰-۹۸۲/۰) در گروه پیگیری، افسردگی و اضطراب فراگیر به ترتیب (۹۷۱/۰-۹۸۱/۰)، آماره Z آزمون شاپیرو-ویلک مربوط به نرمال بودن متغیرهای وابسته در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری نشان می‌دهد که توزیع نمره‌ها با توزیع طبیعی این ابعاد تفاوتی ندارد ($P > 0/05$). به منظور بررسی یکسانی واریانس‌ها، از آزمون لوین استفاده شد که یافته‌ها بدین صورت است. واریانس‌های خطا برای تمام متغیرهای وابسته یکسان است ($P > 0/05$). به

مختلط را با توجه به عدم برقراری مفروضه کرویت محاسبه نمود. مقدار معناداری کوچکتر از حداقل احتمال خطای نوع اول (۰.۰۵) شده است. در نتیجه همه آماره‌های آزمون شامل «اثر پیلای در متغیر افسردگی ۸۱/ و اندازه اثر ۸۰۵/ در متغیر اضطراب فراگیر ۹۶/ و اندازه اثر ۹۶۲/»، «لاندای ویلک در متغیر افسردگی ۱۹/ و اندازه اثر ۸۰۵/ در متغیر اضطراب فراگیر ۹۶/ و اندازه اثر ۹۶۲/»، و «اثر هوتلینگ در متغیر افسردگی ۴/۱۳ و اندازه اثر ۸۰۵/ در متغیر اضطراب فراگیر ۰/۴ و اندازه اثر ۹۶۲/»، و «بزرگترین ریشه روی در متغیر افسردگی ۴/۱۳ و اندازه اثر ۸۰۵/ در متغیر اضطراب فراگیر ۲۵/۳۳ و اندازه اثر ۹۶۲/»، نیز رای به رد فرض صفر می‌دهند. در ستون آخر جدول نیز اندازه

اثر این روش‌ها براساس «مربع اتای جزئی» یکسان بدست آمده است. برای ارزیابی نرمال بودن توزیع نمرات متغیر افسردگی و متغیر اضطراب فراگیر کجی و کشیدگی محاسبه شد. طبق نظر وست و همکاران (۱۹۹۵) از آنجا که مقادیر کجی و کشیدگی در بازده مجاز بین (۲- و ۲+) بودند برای نمونه در گروه فراشناخت درمانی، کجی افسردگی در مرحله پیش آزمون برابر است با ۰/۷۱۴- و کشیدگی برابر است با ۰/۵۳۱ بدست آمد که حاکی از تقارن نسبی و کشیدگی مناسب توزیع داده‌ها است. بنابراین فرض نرمال بودن توزیع داده‌ها برقرار است و استفاده از آزمون‌های پارامتریک بلامانع است.

جدول ۳. خلاصه نتایج تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر مختلط با عوامل درون گروهی و بین گروهی در متغیر افسردگی

عوامل	منبع تغییرات	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	F	معناداری	اندازه اثر
عامل درون	مراحل زمان	۱۹۳/۵۵۷۰	۰۶۲/۱	۸۰۱/۵۲۴۶	۹۹/۱۱۶	۰/۰۰۰۱	۷۳۶/۰
گروهی	تعامل مراحل * گروه	۵۴۱/۳۹۱۵	۱۲۳/۲	۱۰۷/۱۸۴۴	۱۲۱/۴۱	۰/۰۰۰۱	۶۶۲/۰
	خطا	۶/۱۹۹۹	۵۸۹/۴۴	۸۴۵/۴۴	-	-	-
عامل بین	گروه	۳۰۴/۱۷۶۹۱	۲	۶۵۲/۸۸۴۵	۶۹/۱۳۴	۰/۰۰۰۱	۸۶۵/۰
گروهی	خطا	۱۳۳/۲۷۵۸	۴۲	۶۷/۶۵	-	-	-

جدول ۴. خلاصه نتایج تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر مختلط با عوامل درون گروهی و بین گروهی در متغیر اضطراب فراگیر

عوامل	منابع تغییر	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	F	معناداری	اندازه اثر
عامل درون گروهی	مراحل زمان	۵۰۴/۱۸۲۲	۱۲۶/۱	۷۹۲/۱۶۱۸	۵۱/۹۳۵	۰/۰۰۰۱	۹۵۷/۰
	تعامل مراحل * گروه	۳۴/۹۱۲	۲۵/۲	۱۸/۴۰۵	۱۶/۲۳۴	۰/۰۰۰۱	۹۱۸/۰
	خطا	۸۲/۸۱	۴۷/۱۹	۷۳/۱	-	-	-
عامل بین گروهی	گروه	۵۷/۲۷۲۵	۲	۷۹/۱۲۶۳	۸۸/۱۹	۰/۰۰۰۱	۴۸۶/۰
	خطا	۵۸/۲۶۷۰	۴۲	۵۸۵/۶۳	-	-	-

بر اساس نتایج جداول ۳ و ۴، آزمون تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر مختلط نشان داد که در متغیر افسردگی اثر اصلی زمان (۷۳۶/ $\eta^2 = ۰.۰۰۱$ ، $p < ۰.۰۰۱$) و تعامل زمان و گروه (۶۶۲/ $\eta^2 = ۰.۰۰۱$ ، $p < ۰.۰۰۱$)، همگی معنادار هستند. به طور مشابه در متغیر اضطراب فراگیر نیز اثر اصلی زمان (۹۵۷/ $\eta^2 = ۰.۰۰۱$ ، $p < ۰.۰۰۱$)، اثر اصلی گروه (۸۶۵/ $\eta^2 = ۰.۰۰۱$ ، $p < ۰.۰۰۱$)، و تعامل زمان و گروه (۹۱۸/ $\eta^2 = ۰.۰۰۱$ ، $p < ۰.۰۰۱$)، همگی معنادار هستند. به طور مشابه در متغیر اضطراب فراگیر نیز اثر اصلی زمان (۹۵۷/ $\eta^2 = ۰.۰۰۱$ ، $p < ۰.۰۰۱$)، اثر اصلی گروه (۸۶۵/ $\eta^2 = ۰.۰۰۱$ ، $p < ۰.۰۰۱$)، و تعامل زمان و گروه (۹۱۸/ $\eta^2 = ۰.۰۰۱$ ، $p < ۰.۰۰۱$)، همگی معنادار هستند.

در حالی که در گروه کنترل تغییر معناداری مشاهده نشده است. برای پیگیری معناداری تعامل زمان و گروه، آزمون تعقیبی بونفرونی انجام شد (مقایسه‌های چندگانه زوجی) و نتایج آن به منظور بررسی تفاوت بین میانگین‌های مراحل محاسبه شد. نتایج در جدول ۵ و ۶ به شرح ذیل می‌باشد.

$p < .001$ ، $F(2) = 19.88$ ، و تعامل زمان و گروه $\eta^2 = .918$ ، $p < .001$. همچنین گزارش شد. $F(2/25) = 234.16$ ، معنادار گزارش شده اند که بیانگر میزان بالای تاثیر مداخله می‌باشد. این نتایج حاکی از آن است که مداخله درمانی مورد نظر توانسته است به طور معناداری میزان افسردگی و اضطراب فراگیر را در گروه آزمایش کاهش دهد.

جدول ۵. خلاصه نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی (مقایسه‌های چندگانه) در متغیر افسردگی

مراحل/گروه ها	تفاوت میانگین ها	خطای معیار	Sig
مراحل	پیش آزمون- پس آزمون	۷۶٪/۱۲	۰/۰۰
	پیش آزمون- پیگیری	۳۶٪/۱۴	۰/۰۰
	پس آزمون- پیگیری	۶٪/۱	۰/۰۰
گروه ها	فراشناخت - رفتاردرمانی شناختی	۳۶/۱	۱
	فراشناخت - کنترل	۲۳٪/۵۸*	۰/۰۰
	رفتاردرمانی شناختی - کنترل	۲۴٪/۹۳*	۰/۰۰

جدول ۶. خلاصه نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی (مقایسه‌های چندگانه) در متغیر اضطراب فراگیر

مراحل/گروه ها	تفاوت میانگین ها	خطای معیار	Sig
مراحل	پیش آزمون- پس آزمون	۶۲٪/۷	۰/۰۰
	پیش آزمون- پیگیری	۹۶٪/۷	۰/۰۰
	پس آزمون- پیگیری	۳۳٪/۰	۰/۰۰
گروه ها	فراشناخت - رفتاردرمانی شناختی	۷۶/۰-	۱
	فراشناخت - کنترل	۵۳٪/۹-	۰/۰۰
	رفتاردرمانی شناختی - کنترل	۷۸٪/۸-	۰/۰۰

بر اساس نتایج ارائه شده در جداول ۵ و ۶، آزمون تعقیبی بونفرونی در گروه‌های درمانی، کاهش معنادار نمرات افسردگی و اضطراب فراگیر در مراحل مختلف (پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری) به تفکیک گروه‌ها بررسی شد. نتایج نشان داد: که در گروه‌های درمانی (فراشناخت درمانی و رفتار درمانی شناختی)، بین مراحل پیش آزمون و پس آزمون و پیگیری، تفاوت معنادار وجود داشته است ($p < .001$)، به طور مشخص، نمرات افسردگی و اضطراب فراگیر پس از مداخله درمانی کاهش معناداری یافته و این کاهش تا

مرحله پیگیری نیز حفظ شد. عدم مشاهده تفاوت معنادار بین پس آزمون و پیگیری ($p > .05$)، حاکی از ثبات و پایداری اثر درمانی در طول زمان بود. از سوی دیگر در گروه کنترل، در هیچ یک از مقایسه‌های مراحل زمانی (پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری) تفاوت معناداری مشاهده نشد ($p > .05$) که بیانگر عدم تغییر طبیعی علائم در غیاب مداخله درمانی است. و نمی‌توان به عوامل بیرونی نسبت داد، بلکه به مداخله‌های انجام شده مربوط می‌شود. این نتایج تاکید می‌کند که مداخلات درمانی اجرا شده نه تنها در کاهش اولیه

علائم افسردگی و اضطراب فراگیر موثر بوده اند، بلکه این تغییرات مثبت در دوره پیگیری نیز تداوم داشته است.

بحث و نتیجه گیری

یافته های پژوهش حاضر نشان داد که هر دو رویکرد درمانی فراشناخت درمانی (MCT) و رفتاردرمانی شناختی (CBT) به طور معناداری موجب کاهش علائم افسردگی و اضطراب فراگیر در مبتلایان به سندرم شناختی-توجهی (CAS) شدند. نتایج تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر در قالب مدل مختلط نشان داد که در هر دو متغیر افسردگی و اضطراب، اثرات اصلی زمان، گروه و تعامل زمان و گروه معنادار بوده است. این یافته نشان می دهد که مداخلات درمانی اجرا شده نه تنها در زمان مداخله بلکه در پیگیری سه ماهه نیز تأثیر پایداری بر کاهش نشانه های روان شناختی داشته اند.

به رغم فرض اولیه پژوهش مبنی بر اثربخشی بیشتر درمان فراشناختی در مقایسه با رفتاردرمانی شناختی، نتایج نشان داد که تفاوت معناداری از نظر میزان اثربخشی بین دو رویکرد درمانی وجود نداشت. این یافته با برخی مطالعات پیشین هم راستا است. به عنوان نمونه، پژوهش (Babakhanzadeh et al., 2019) نیز نشان داد که درمان فراشناختی با تمرکز بر عملکردهای بیرونی مغز و اصلاح باورهای فراشناختی، در کاهش نشانگان شناختی-توجهی اثربخش است، اما نسبت به سایر درمان ها برتری قطعی ندارد. به طور مشابه، در مطالعه (Shahidi et al., 2023)، اثربخشی درمان فراشناختی در افزایش تاب آوری روان شناختی و تحمل فشار روانی در بیماران پسوریازیس تأیید شد، اما تفاوت بارزی با CBT مشاهده نگردید.

در تبیین این نتایج، باید به ویژگی های مشترک هر دو رویکرد درمانی توجه کرد. CBT از طریق بازسازی شناختی، آموزش مهارت های مقابله ای، تغییر طرحواره های منفی و اصلاح اسنادهای نادرست، به کاهش نشانه های افسردگی و اضطراب کمک می کند (Marino et al., 2016; Stefan et

al., 2019). از سوی دیگر، فراشناخت درمانی از طریق کاهش باورهای فراشناختی منفی و ارتقاء آگاهی شناختی و کنترل توجه، تأثیر مشابهی در کاهش نشخوار ذهنی و نگرانی افراطی دارد (Capobianco & Nordahl, 2021; Wells et al., 2022).

یکی از یافته های قابل تأمل در پژوهش حاضر، پایداری اثر درمانی هر دو رویکرد در مرحله پیگیری بود. این یافته را می توان با مطالعه (Wells et al., 2023) هم راستا دانست که در آن اثربخشی درمان فراشناختی خانگی برای بیماران قلبی در کاهش اضطراب و افسردگی حتی در بلندمدت نیز حفظ شده بود. همچنین، در مطالعه (Davoodi et al., 2023)، آموزش مهارت های فراشناختی باعث بهبود شاخص های زیستی و روان شناختی در بیماران عروقی شد، که این یافته بیانگر اثر پایدار فراشناخت درمانی است.

افزون بر آن، پژوهش (Rahimi & Asghari, 2024) نیز نشان داد که درمان فراشناختی و درمان مبتنی بر شفقت، هر دو در کاهش سرکوب هیجانی و افزایش خودآشنایی در نوجوانان افسرده مؤثر هستند. این شباهت در کارآمدی روش های درمانی مختلف، نشان دهنده آن است که تغییر در سبک پردازش شناختی و هیجانی افراد می تواند از مسیرهای مختلفی به کاهش علائم روان شناختی منجر شود. بنابراین، هر دو رویکرد درمانی در سطح شناختی و فراشناختی تغییراتی بنیادی در فرآیندهای آسیب شناسی ایجاد می کنند.

مطالعه حاضر همچنین با یافته های (Seow et al., 2025) هم راستا است، که در آن نشان داده شد سوگیری های فراشناختی در افسردگی و اضطراب نه تنها در سطح ادراک بلکه در حافظه نیز گسترده اند و با اصلاح آن ها، می توان عملکرد شناختی و عاطفی را بهبود بخشید. از همین رو، فراشناخت درمانی می تواند سازوکارهای پنهان تر و عمیق تری را در درمان نشانه های آسیب شناسی هدف قرار دهد. با این حال، همان طور که پژوهش (Cojocar

et al., 2024) نیز نشان داد، CBT با اتکا بر رویکرد ساختارمند و مبتنی بر شواهد، در درمان هم‌زمان افسردگی و اضطراب کارآمد است.

مطالعه (Jelinek et al., 2017) نیز بر این نکته تأکید داشت که هر دو نوع مداخله (شناختی و فراشناختی) از طریق کاهش نشخوار ذهنی و تغییر سبک پردازش اطلاعات، می‌توانند به بهبود علائم افسردگی منجر شوند. همچنین، (Orri et al., 2024) در پژوهشی درباره نوجوانان نشان داد که CBT به‌طور معناداری موجب بهبود اضطراب و افسردگی در کودکان و نوجوانان می‌شود و اجرای آن در ساختارهای درمانی مدارس نیز ممکن و مؤثر است.

در تبیین عدم تفاوت معنادار بین دو روش، باید به نقش عوامل زمینه‌ای مانند سبک دلبستگی، تاب‌آوری روان‌شناختی و شرایط اجتماعی نیز اشاره کرد. به‌عنوان نمونه، (Nam et al., 2016) نشان داد که عملکرد خانوادگی و تاب‌آوری، نقش میانجی در تجربه افسردگی در میان پناهندگان دارد. به‌عبارت دیگر، کارآمدی یک درمان روان‌شناختی، به عوامل بیرونی و روان‌اجتماعی نیز وابسته است که ممکن است در پژوهش حاضر کنترل نشده باشند.

همچنین، یافته‌های پژوهش حاضر با نتایج (Khosh Lahje Sedek, 2011) هم‌خوان است، که در آن تمرکز بر سندرم شناختی-توجهی و به چالش کشیدن باورهای فراشناختی، منجر به کاهش افسردگی و اضطراب شد. این یافته تأییدی است بر نظریه (Wells, 2025) که سندرم شناختی-توجهی را فرآیندی فراتشخیصی می‌داند که در بسیاری از اختلالات روانی نقش دارد. در مجموع، می‌توان چنین نتیجه گرفت که هر دو رویکرد درمانی دارای مبانی نظری معتبر، ابزارهای مداخله‌ای مؤثر و پشتوانه تجربی قابل قبول هستند. این هم‌پوشانی در اثربخشی نشان می‌دهد که رویکرد انتخابی در درمان باید

بیش‌تر بر اساس ترجیحات بیمار، نوع اختلال و شرایط درمانگر تعیین شود تا اولویت مطلق میان دو مدل درمانی.

از مهم‌ترین محدودیت‌های این پژوهش، استفاده از ابزارهای خودگزارشی برای سنجش افسردگی و اضطراب بود. در این روش‌ها احتمال سوگیری پاسخ‌دهی، عدم دقت، یا تمایل به پاسخ‌های اجتماعی‌پسند وجود دارد. همچنین، دامنه نمونه‌گیری به شهر تهران و مراکز مشاوره وابسته به شهرداری محدود بوده است که امکان تعمیم نتایج به سایر مناطق یا اقشار را محدود می‌سازد. افزون بر آن، سهم نابرابر جنسیت (اکثراً زنان) در گروه نمونه نیز تعادل ترکیب جمعیت شناختی را بر هم زده و بر تحلیل کلی‌نگر نتایج تأثیرگذار است. از دیگر محدودیت‌ها می‌توان به نبود گروه سوم مداخله ترکیبی یا روش مقایسه‌ای دیگر و عدم بررسی عوامل روان‌اجتماعی تأثیرگذار اشاره کرد.

پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آینده، علاوه بر افزایش حجم نمونه و تعادل در جنسیت، از روش‌های چندمنظوره ارزیابی (مانند مصاحبه بالینی، ارزیابی‌های فیزیولوژیک، یا سنجش عملکرد اجرایی) استفاده شود تا دقت سنجش بالا رود. همچنین، ترکیب فراشناخت درمانی با سایر رویکردهای جدید مانند درمان مبتنی بر شفقت یا پذیرش و تعهد می‌تواند مسیرهای نوینی برای پژوهش فراهم سازد. استفاده از پیگیری‌های طولانی‌مدت‌تر و بررسی ثبات درمانی در فواصل زمانی شش‌ماهه تا یک‌ساله نیز پیشنهاد می‌شود. در نهایت، مطالعه تأثیر مداخلات در گروه‌های خاص مانند نوجوانان، سالمندان، یا افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن نیز می‌تواند به بسط کاربردهای درمانی بینجامد.

در حوزه عمل، می‌توان از هر دو رویکرد MCT و CBT به‌عنوان مداخلات ساختارمند، کوتاه‌مدت و قابل اجرا در مراکز مشاوره عمومی بهره گرفت. درمانگران می‌توانند با توجه به ویژگی‌های مراجع، ترجیحات او و شرایط

- Babakhanzadeh, S., Ehteshamzadeh, P., Iftikhar, Z., Bakhtiarpour, S., & Alipour, Z. (2019). The effect of metacognitive therapy with a review of the brain's extrinsic functions on cognitive-attentional syndrome and sense of self-coherence in patients with the disease. *Culture and Psychotherapy Counseling*, 10(38), 195-220. <https://doi.org/10.22054/qccpc.2019.40298.2080>
- Capobianco, L., & Nordahl, H. (2021). A Brief History of Metacognitive Therapy: From Cognitive Science to Clinical Practice. *Cognitive and Behavioral Practice*, 30(1). <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2021.11.002>
- Cojocaru, C. M., Popa, C. O., Schenk, A., Suciu, B. A., & Szasz, S. (2024). Cognitive-behavioral therapy and acceptance and commitment therapy for anxiety and depression in patients with fibromyalgia: a systematic review and meta-analysis. *Med Pharm Rep*, 97(1), 26-34. <https://doi.org/10.15386/mpr-2661>
- Davoodi, M., Malihi Alzakerini, S., Nikpajouh, A., & Sabet, M. (2023). Comparing the Effectiveness of Metacognitive Skills Training with Executive Function Skills Training on Biological Markers in Patients with Coronary Artery Disease. *Journal of Assessment and Research in Applied Counseling (JARAC)*, 5(5), 45-52. <https://doi.org/10.61838/kman.jarac.5.5.6>
- Fergus, T. A., Bardeen, J. R., & Orcutt, H. K. (2012). Attentional control moderates the relationship between activation of the cognitive attentional syndrome and symptoms of psychopathology. *Personality and individual differences*, 53(3), 213-217. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2012.03.017>
- Jelinek, L., Van Quaquebeke, N., & Moritz, S. (2017). Cognitive and Metacognitive Mechanisms of Change in Metacognitive Training for Depression. *Scientific reports*, 7(1). <https://doi.org/10.1038/s41598-017-03626-8>
- Kashani Vahid, S., Mohammadi Aria, A., & Abolmaali Alhosseini, K. (2024). Structural Relationship of Metacognitive Beliefs, Stress, Attachment Styles with Anorexia Nervosa Mediated by Self-Image. *Applied Family Therapy Journal (AFTJ)*, 5(3), 66-75. <https://doi.org/10.61838/kman.aftj.5.3.7>
- Khosh Lahje Sedek, A. (2011). The effectiveness of metacognitive therapy focusing on attentional cognitive syndrome and challenging metacognitive beliefs can reduce symptoms of depression and anxiety. *Health Psychology Quarterly*, 8, 21-42. https://hpj.journals.pnu.ac.ir/article_3703.html
- Lackner, R. J., & Fresco, D. M. (2016). Interaction effect of brooding rumination and interoceptive awareness on depression and anxiety symptoms. *Behaviour Research and Therapy*, 85, 43-52. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2016.08.007>
- Liang, L., Zhou, D., Yuan, C., Shao, A., & Bian, Y. (2016). Gender differences in the relationship between internet addiction and depression: A cross-lagged study in Chinese adolescents. *Computers in human Behavior*, 63, 463-470. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2016.04.043>
- Mahati, K., Bhagya, V., Christofer, T., Sneha, A., & Shankaranarayana Rao, B. S. (2016). Enriched environment ameliorates depression-induced cognitive deficits and restores abnormal hippocampal synaptic plasticity. *Neurobiology of learning and memory*, 134, 379-391. <https://doi.org/10.1016/j.nlm.2016.08.017>
- Marino, C., Vieno, A., Moss, A. C., Caselli, G., Nikčević, A. V., & Spada, M. M. (2016). Personality, motives and metacognitions as predictors of problematic Facebook use in

درمانی، یکی از این دو روش را انتخاب کنند یا در برخی موارد از تلفیق این دو بهره ببرند. همچنین، آموزش عناصر کلیدی فراشناختی در سطح پیشگیری، مانند آموزش کنترل توجه، تنظیم نگرانی، و کاهش نشخوار فکری در مدارس و محیط‌های شغلی می‌تواند از بروز و تشدید اختلالات افسردگی و اضطرابی پیشگیری کند. ایجاد نسخه‌های خانگی و قابل‌دسترس از درمان‌ها نیز می‌تواند موجب گسترش عدالت درمانی و کاهش بار اختلالات روانی شود.

تعارض منافع

در انجام مطالعه حاضر، هیچ‌گونه تضاد منافی وجود ندارد.

حمایت مالی

این پژوهش حامی مالی نداشته است.

موازین اخلاقی

در انجام این پژوهش تمامی موازین و اصول اخلاقی رعایت گردیده است.

همچنین کد اخلاق به شماره ۱۴۰۲.۰۰۶ IR.IAU.B.REC در دانشگاه آزاد اسلامی-واحد بروجرد به ثبت رسیده است.

مشارکت نویسندگان

در نگارش این مقاله تمامی نویسندگان نقش یکسانی ایفا کردند.

تشکر و قدردانی

از تمامی کسانی که در طی مراحل این پژوهش یاری رساندند تشکر و قدردانی می‌گردد.

References

- university students. *Personality and individual differences*, 101, 70-77. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2016.05.053>
- Nam, B., Kim, J. Y., DeVlyder, J. E., & Song, A. (2016). Family functioning, resilience, and depression among North Korean refugees. *Psychiatry research*, 245, 451-457. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.08.063>
- Orri, S., Gudmundur, S., & Eric, A. S. (2024). Cognitive Behavioral Therapy for Anxiety and Depression in Children and Adolescents. *Review article*, 47(2), 311-323. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2024.02.002>
- Pérez-Piñar, M., Ayerbe, L., González, E., Mathur, R., Foguet-Boreu, Q., & Ayis, S. (2017). Anxiety disorders and risk of stroke: A systematic review and meta-analysis. *European Psychiatry*, 41, 102-108. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2016.11.004>
- Rahimi, F., & Asghari, A. (2024). Comparing the Effectiveness of Metacognitive Therapy and Compassion-Based Therapy on Emotional Suppression and Self-Disclosure in Adolescents with Depression. *Journal of Modern Psychological Researches*, 18(72), 135-143. https://psychologyj.tabrizu.ac.ir/article_17344.html
- Seow, T. X., Fleming, S. J., & Hauser, T. U. (2025). Metacognitive Biases in Anxiety-Depression and Compulsivity Extend Across Perception and Memory. *PLOS Ment Health*, 2(3), e0000259. <https://doi.org/10.1371/journal.pmen.0000259>
- Shabannezhad, A. (2024). Comparison of Cognitive Behavioral Therapy and Mindfulness on Anxiety, and Positive and Negative Affect in Female Students. *Journal of Adolescent and Youth Psychological Studies (JAYPS)*, 5(1), 133-141. <https://doi.org/10.61838/kman.jayps.5.1.16>
- Shahidi, S., Hasanzadeh, R., & Mirzaian, B. (2023). The effectiveness of metacognitive therapy on psychological toughness and distress tolerance in female patients with psoriasis. *Journal of Applied Family Therapy*, 3(5), 374-388. <https://doi.org/10.22034/aftj.2022.331799.1422>
- Stefan, S., Cristea, I. A., Szentagotai Tatar, A., & David, D. (2019). Cognitive-behavioral therapy (CBT) for generalized anxiety disorder: Contrasting various CBT approaches in a randomized clinical trial. *Journal of Clinical Psychology*, 75(7), 1188-1202. <https://doi.org/10.1002/jclp.22779>
- Wells, A. (2025). *Metacognitive therapy for anxiety and depression*. Arjmand. <https://drmmohammadkhani.com/>
- Wells, A., Reeves, D., Heal, C., Fisher, P., Doherty, P., Davies, L., & et al. (2022). Metacognitive therapy self-help for anxiety-depression: Single-blind randomized feasibility trial in cardiovascular disease. *Health Psychology*, 41(5), 366. <https://doi.org/10.1037/hea0001168>
- Wells, A., Reeves, D., Heal, C., Fisher, P., Doherty, P., Davies, L., Heagerty, A., & Capobianco, L. (2023). Metacognitive therapy home-based self-help for anxiety and depression in cardiovascular disease patients in the UK: A single-blind randomised controlled trial. *PLOS Medicine*, 20(1), e1004161. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1004161>
- Zolrahim, R., Nasiri Souma, A., Ali Asgari, R., & Asghari Varghan, Z. (2024). Investigating the Impact of Cognitive Behavioral Therapy on Depression and Anxiety in Patients with Type 2 Diabetes. <https://civilica.com/doc/2162236/>