

مقایسه اثربخشی درمان فراشناختی و درمان شناختی تحلیلی بر کاهش اضطراب بیماران مبتلا  
به سندروم روده تحریک پذیر (IBS)  
Comparison of the effectiveness of metacognitive and analytical cognitive therapy on  
reducing anxiety in patients with irritable bowel syndrome (IBS)

**Zahra Masoodian**

Ph.D Student, Department of Psychology, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran.

**Mohammad Kazem Atef Vahid\***

Associate Professor, Department of Clinical Psychology and Health Psychology, School of Behavioral Sciences and Mental Health-Tehran Institute of Psychiatry, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran. [kazemv@yahoo.com](mailto:kazemv@yahoo.com)

**Saied Malihz alzakerini**

Assistant Professor, Department of Psychology, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran.

**Adis Kraskian Mujemrari**

Assistant Professor, Department of Psychology, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran.

**Alireza Delavari**

Professor, GI cancer Research center, Digestive Diseases Research Institute, Tehran University Of Medical Sciences Tehran, Iran.

**زهرا مسعودیان**

دانشجوی دکتری، گروه روانشناسی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران  
محمد کاظم عاطف وحید (نویسنده مسئول)

دانشیار، گروه روانشناسی بالینی و روانشناسی سلامت، دانشکده علوم رفتاری و سلامت روان -انستیتو روانپزشکی تهران، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران.

**سعید ملیحی الذاکرینی**

استادیار، گروه روان شناسی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران.

**آدیس کراسکیان موجمناری**

استادیار، گروه روانشناسی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران.

**علی رضا دلاوری**

استاد، مرکز تحقیقات سرطان‌های گوارش و کبد، پژوهشکده بیماری‌های گوارش و کبد، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.

**Abstract**

The aim of this study was to compare the effectiveness of metacognitive therapy and cognitive-analytical therapy in reducing anxiety in patients with irritable bowel syndrome (IBS). This research was a semi-experimental type of research with a pre-test, post-test, and 1-month follow-up period with a control group. The statistical population included all patients with irritable bowel syndrome who were referred to Shariati Hospital in the period of 2020-2021. The statistical sample included 45 of these patients who were selected purposefully. Then, 15 people were randomly assigned to each of the experimental and control groups. The first group received 8 sessions of metacognitive therapy and the second group received 16 sessions of analytical cognitive therapy each once a week, and the control group was placed on the waiting list. The data were collected using the anxiety, stress, and depression scale of Leviband et al. (1995) (DASS-21). The research data was analyzed by mixed variance analysis (with repeated measurements). The results showed that in the post-test, there is a significant difference in anxiety between the two interventions of metacognitive therapy and cognitive-analytical therapy ( $p < 0.05$ ); On the other hand, a statistically significant difference was reported between metacognitive therapy and cognitive-analytical therapy with the control group ( $P < 0.05$ ). In other words, both methods have an effect on reducing anxiety and these two interventions have a significant difference in terms of effectiveness on this variable in patients with irritable bowel syndrome; These results were also seen in the follow-up of both interventions ( $p < 0.05$ ). It is concluded that both metacognitive therapy and analytical cognitive therapy were able to reduce anxiety, But cognitive analytical therapy was more effective in reducing anxiety; Therefore, this treatment can be used in the treatment of patients with irritable bowel syndrome.

**Keywords:** Anxiety, cognitive-analytic therapy, metacognitive therapy, irritable bowel syndrome, IBS.

**چکیده**

هدف این پژوهش مقایسه اثربخشی درمان فراشناختی و درمان شناختی-تحلیلی - تحلیلی بر کاهش اضطراب بر روی بیماران مبتلا به سندروم روده تحریک‌پذیر (IBS) بود. این پژوهش از نوع پژوهش‌های نیمه آزمایشی طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون با گروه کنترل و دوره پیگیری ۱ ماهه بود. جامعه آماری شامل کلیه بیماران مبتلا به سندروم روده تحریک‌پذیر مراجعه‌کننده به بیمارستان شریعتی در بازه زمانی ۱۴۰۰-۱۳۹۹ بود. نمونه آماری شامل ۴۵ نفر از این بیماران بود که به صورت هدفمند انتخاب شدند. سپس به هر یک از گروه‌های آزمایشی و گواه ۱۵ نفر به طور تصادفی اختصاص داده شد. گروه اول ۸ جلسه درمان فراشناختی و گروه دوم ۱۶ جلسه درمان شناختی تحلیلی هر کدام هر کدام هفته‌ای یکبار دریافت کردند و گروه گواه در فهرست انتظار قرار گرفت. داده‌ها با استفاده از مقیاس اضطراب، استرس و افسردگی لوی بند و همکاران (۱۹۹۵) (DASS-21) جمع‌آوری شد. داده‌های پژوهش، به روش تحلیل واریانس آمیخته (با اندازه‌گیری مکرر) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. نتایج نشان داد در پس‌آزمون در اضطراب بین دو مداخله درمان فراشناختی و درمان شناختی-تحلیلی تفاوت معناداری وجود دارد ( $p < 0.05$ )؛ از سوی دیگر بین درمان فراشناختی و درمان شناختی-تحلیلی با گروه کنترل تفاوت معنادار آماری گزارش شد ( $P < 0.05$ ). به عبارتی هر دو روش بر کاهش اضطراب اثر داشته‌اند و این دو مداخله تفاوت معناداری از نظر اثربخشی بر این متغیر در بیماران مبتلا به سندروم روده تحریک‌پذیر مؤثر است؛ این نتایج در پیگیری هر دو مداخله نیز دیده شد ( $p < 0.05$ ). نتیجه‌گیری می‌شود هر دو درمان فراشناختی و درمان شناختی تحلیلی توانستند اضطراب را کاهش دهند؛ اما درمان شناختی تحلیلی در کاهش اضطراب مؤثرتر عمل کرد؛ از این رو این درمان می‌تواند در درمان بیماران مبتلا به سندروم روده تحریک‌پذیر به کار گرفته شود.

**واژه‌های کلیدی:** اضطراب، درمان شناختی-تحلیلی، درمان فراشناختی، سندروم روده تحریک‌پذیر.

سندروم روده تحریک‌پذیر (IBS)<sup>۱</sup> شایع‌ترین، ناتوان‌کننده‌ترین، پرهزینه‌ترین اختلال در گروه اختلال کارکرد گوارشی است (اوکا<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۲۰). دردها و ناراحتی مزمن شکمی، اسهال، یبوست و نفخ در غیاب ناپهنجاری ساختاری در دستگاه گوارش، کیفیت زندگی مبتلایان را به شدت تحت تأثیر قرار می‌دهد (بلک<sup>۳</sup> و همکاران، ۲۰۲۰). ۴۰ میلیون نفر از جمعیت ایالات متحده آمریکا به آن مبتلا هستند (کاملری<sup>۴</sup>، ۲۰۲۱). شیوع این اختلال در ایران از ۳/۵ تا ۵/۸٪ گزارش شده است (ابراهیمی و همکاران، ۱۳۹۰). این بیماری اغلب در افراد کمتر از ۴۵ سال بروز می‌کند (فایربراس<sup>۵</sup> و همکاران، ۲۰۲۰). سندروم روده تحریک‌پذیر علائم سایر بیماری‌های گوارشی را تقلید می‌کند و علائم آن ماهیت نامشخصی دارد (اگوآلرآ<sup>۶</sup> و همکاران، ۲۰۲۲). به دلیل وجود نشانه‌های این اختلال مانند دردهای مزمن شکمی، اسهال، یبوست و نفخ؛ غیبت از کار و کاهش کیفیت روابط اجتماعی از عوارض مهم آن به شمار می‌آیند (هو<sup>۷</sup> و همکاران، ۲۰۲۲). سندروم روده تحریک‌پذیر به عواملی چون سن، جنس، نوع علائم بارز، شدت و مدت علائم بارز و عوامل روانی اجتماعی بستگی دارد (ویر<sup>۸</sup>، ۲۰۲۲). این اختلال در زنان، سه برابر مردان شیوع دارد (کیم و کیم<sup>۹</sup>، ۲۰۱۸). برخی مطالعات بر نقش عوامل روان‌شناختی در سندروم روده تحریک‌پذیر تأکید دارند. به موازات وجود عوامل تشدیدکننده روان‌شناختی مانند اضطراب و افسردگی و تنش‌های ناشی از تحریکات عصبی، علائم سندروم روده تحریک‌پذیر شدت می‌یابد (میدنفجورد<sup>۱۰</sup> و همکاران، ۲۰۲۱)؛ بنابراین به نظر می‌رسد آشفتگی‌های روانی ممکن است در شروع یا تشدید علائم گوارشی در مبتلایان به سندروم روده تحریک‌پذیر نقش مهمی داشته باشند (کولوشکی<sup>۱۱</sup> و همکاران، ۲۰۲۱). در این بیماران به‌طور معناداری جسمانی سازی (ایتو و موتو<sup>۱۲</sup>، ۲۰۲۰)، اضطراب (سیمپسون<sup>۱۳</sup> و همکاران، ۲۰۲۰)، افسردگی (آکاما<sup>۱۴</sup> و همکاران، ۲۰۱۸) و اختلال کارکرد اجتماعی نسبت به افراد سالم (داس<sup>۱۵</sup> و همکاران، ۲۰۲۰) بیشتر است.

نقش اضطراب در آسیب‌زایی علائم سندروم روده تحریک‌پذیر آشکار است (ایاجبوتس<sup>۱۶</sup> و همکاران، ۲۰۲۱). از یک‌سو ارتباط بالینی بین علائم اضطراب و شدت علائم سندروم روده تحریک‌پذیر گزارش شده است و از سوی دیگر اثر درمانی داروهای مؤثر بر اضطراب و افسردگی در کاهش علائم بیماری را ناشی از تأثیر اضطراب و افسردگی در شدت بخشیدن علائم سندروم روده تحریک‌پذیر می‌دانند (لین<sup>۱۷</sup> و همکاران، ۲۰۲۱). وجود علائم اضطراب باعث کاهش کیفیت زندگی و ایجاد هزینه درمان می‌شود (زانگ<sup>۱۸</sup> و همکاران، ۲۰۲۱). اضطراب باعث افزایش حساسیت و ادراک بیماران نسبت به علائم جسمانی سندروم روده تحریک‌پذیر و مراجعه‌ی بیشتر جهت مشاوره پزشکی و معاینات بالینی می‌گردد (شفیک<sup>۱۹</sup> و همکاران، ۲۰۲۱)؛ بنابراین علاوه بر اینکه اضطراب می‌تواند از جمله عوامل سبب‌شناختی در اختلال سندروم روده تحریک‌پذیر به شمار آید، وجود اضطراب باعث بالا رفتن ادراک بیمار از علائم بیماری شده و رنج بیشتری را متوجه بیمار می‌کند (باراندوزی<sup>۲۰</sup> و همکاران، ۲۰۲۲).

1- Irritable bowel syndrome

2 - Oka

3 - Black

4 - Camilleri

5 - Fairbrass

6 - Aguilera-Lizarraga

7 - Hu

8 - Weber

9 - Kim, Kim

10 - Midenfjord

11 - Koloski

12 - Ito, Muto

13 - Simpson

14 - Akama

15 - Das

16 - Eijsbouts

17 - Lin

18 - Zhang

19 - Shafique

20 - Barandouzi

روش‌های درمانی مختلفی برای این بیماری مطرح شده است که از میان آنها درمان فراشناختی از جمله درمان‌های مطرحی است که می‌تواند در بهبود علائم جسمی و روانی بیماران مبتلابه سندروم روده تحریک‌پذیر مؤثر باشد (زمردی و رسول‌زاده طباطبایی، ۱۳۹۲). فراشناخت به دانش درباره‌ی تفکر و شناخت و عواملی که بر افکار اثر می‌گذارد اشاره دارد (مک اووی<sup>۱</sup>، ۲۰۱۹). دیدگاه نظری و درمانی فراشناخت بر باورها و تفکرات منفی به‌عنوان نتیجه کنترل فراشناختی شناخت تأکید می‌کند و بیان می‌کند که چگونه فراشناخت در تداوم و تغییر شناخت مؤثر است (تروشلاند<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۲۰). درمان فراشناختی سطوحی از مداخله را عرضه می‌کند که بر چالش محتوای تفکر و باورهای منفی که در درمان‌های سنتی شناختی بر آن تمرکز دارد؛ تأکید نمی‌کند (میلچپور<sup>۳</sup> و همکاران، ۲۰۱۹). این درمان سعی می‌کند فراشناخت‌هایی را که به شیوه ناسازگارانه‌ی تفکرات منفی تکرار شونده را زیاد می‌کنند و یا باعث افزایش باورهای منفی عمومی می‌شوند را تغییر دهد (بروون<sup>۴</sup> و همکاران، ۲۰۲۲). هدف اصلی درمان فراشناختی شامل توانمند کردن بیماران به‌گونه‌ای است که با افکارشان به‌نحوی متفاوت ارتباط برقرار کنند و کنترل و آگاهی فراشناختی قابل‌انعطافی را گسترش دهند و از انجام پردازش به‌صورت نگرانی و اضطراب جلوگیری نمایند؛ یا به‌عبارت‌دیگر، رویکرد فراشناختی، راهبردهایی را به بیمار می‌دهد تا سلف را از مکانیسم‌هایی که به‌صورت نگرانی بروز می‌نمایند؛ رها کند و با آموزش پردازش انعطاف‌پذیر هیجانی طرح و برنامه‌ای را در آینده برای راهنمایی تفکر و رفتار در مواجهه با تهدید و آسیب‌پذیری کند (رابرتسون و استودی<sup>۵</sup>، ۲۰۲۰). هدف درمان فراشناختی، تشویق بیماران به تجربه کردن هیجان‌ها با سعه‌صدر، در همان لحظه و بدون واکنش‌پذیری شدید رفتاری است (باکنر<sup>۶</sup> و همکاران، ۲۰۲۰). پژوهش‌های انجام‌شده نیز تأثیر مثبت درمان فراشناختی را بر کنترل اضطراب تأیید کرده‌اند؛ از جمله این پژوهش‌ها می‌توان به پژوهش سیولا<sup>۷</sup> و همکاران (۲۰۲۱) اشاره کرد که در پژوهشی با عنوان تأثیر درمان فراشناخت بر اضطراب بیماران مبتلابه سندرم تحریک‌پذیر روده نشان دادند که درمان ذهن آگاهی بر کاهش اضطراب در این بیماران مؤثر بوده است. همچنین ناوارت<sup>۸</sup> و همکاران (۲۰۲۱) در پژوهشی با عنوان ارتباط فراشناخت با کیفیت زندگی، اضطراب و استرس در بیماران مبتلابه سندرم روده تحریک‌پذیر نشان دادند که افزایش ذهن آگاهی موجب کاهش اضطراب و استرس و افزایش کیفیت زندگی در این بیماران می‌شود. با توجه به نتایج پژوهش‌های گذشته که همگی مؤثر بودن این روش را بر کنترل اضطراب بیماران مبتلا به سندرم تحریک‌پذیر روده تأیید کرده‌اند؛ اما هیچ پژوهشی به‌صورت مقایسه‌ای به این مداخله در کنار مداخله‌ی روانشناختی دیگر که در ادامه به آن پرداخته می‌شود یافت نشد.

درمان شناختی تحلیلی یکی دیگر از درمان‌هایی است که می‌تواند بر کاهش اضطراب بیماران مبتلا به اختلال سندرم روده تحریک‌پذیر مؤثر باشد. این درمان یکی از روش‌های درمانی روان‌شناختی است. در این روش ایده‌های روانشناسی تحلیلی با اصول شناخت درمانی ترکیب شده و تبدیل به یک روش مؤثر می‌شوند. این راهبرد درمانی به تغییر الگوهای ناسازگارانه رفتار و آموزش راهبردهای مؤثر جایگزین برای مقابله با شرایط می‌پردازد و به درک و فهم الگوهای ارتباطی شکل‌گرفته در دوران کودکی و ارتباط بین این الگوها، دریافت اجتماعی و تأثیر آن بر فرد توجه می‌کند (رایل و کر<sup>۹</sup>، ۲۰۲۰). این درمان، سبک‌های دلبستگی اولیه (هالم<sup>۱۰</sup> و همکاران، ۲۰۲۱) و نقش‌های متقابل و الگوهای ارتباطی بیمار (کاروسو<sup>۱۱</sup> و همکاران، ۲۰۱۳) را مورد تحلیل دقیق قرار می‌دهد. از نظر رایل (۱۹۹۷) اطلاعات ابتدایی ما در مورد جهان اجتماعی از الگوهای درونی شده ما با دیگران ناشی می‌شود که افراد بر اساس این الگوها نقش‌هایی را برای خود، نقش‌هایی را برای دیگران و یا الگوهایی را برای روابطش با دیگران در نظر می‌گیرند. این نقش‌ها در سه سطح تعریف شده‌اند؛ سطح اول نقش‌های متقابل ناسازگار به این معنا که افراد در موقعیت‌های اجتماعی الگوهای محدود و ناکارآمدی برای برنامه‌ریزی و اجرا دارند. سطح دوم تعویض یا انتقال بین نقش‌های دوطرفه و اجرای مناسب آن‌ها است. سطح سوم مربوط به ظرفیت ما برای خوداندیشی و خودکنترلی هوشیار است. این ظرفیت‌ها به ما اجازه می‌دهد تا به‌طور منطقی در موقعیت‌های ناآشنا عمل کنیم و راه‌حل‌های ممکن را موردبررسی قرار

1 - McEvoy

2 - Thorslund

3 - Melchior

4 - Brown

5 - Robertson, Strodl

6 - Buckner

7 - Cebolla

8 - Navarrete

9 - Ryle, Kerr

10 - Hallam

11 - Caruso

مقایسه اثربخشی درمان فراشناختی و درمان شناختی تحلیلی بر کاهش اضطراب بیماران مبتلا به سندروم روده تحریک پذیر (IBS)  
 Comparison of the effectiveness of metacognitive and analytical cognitive therapy on reducing anxiety in patients ...

دهیم (مارتین<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۲۱). مطالعات نشان داده‌اند درمان شناختی تحلیلی به‌طور بارزی موجب کاهش علائم و بهبود سلامت روان در اختلالات اضطرابی، افسردگی، خود آسیب زنی و شخصیت مرزی و گسیختگی شخصیت (کلت<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۱۳)، بیماری‌های خلقی، روان‌تنی و اعتیاد می‌شود (کر<sup>۳</sup>، ۱۹۹۹). انگیزه بیماران در رویکرد درمانی شناختی تحلیلی به دلیل نداشتن سختی سایر درمان‌ها، به‌کارگیری توانمندی‌های بیمار در روند درمان، مشارکت کامل بیمار در بالا بردن آگاهی به منشأ مشکلات کنونی افزایش می‌یابد (مک کورمیک<sup>۴</sup>، ۲۰۱۲).

از آنجا که بیماران مبتلا به سندروم روده تحریک پذیر به علت بیماری مزمن دچار نشخوار فکری در راستای حل مشکل خود و انتخاب راه‌حل سازگارانه می‌شوند، اضطراب در آنها مشهود است (ناوارت و همکاران، ۲۰۲۱). دو درمان فراشناختی و درمان شناختی تحلیلی می‌توانند با کار بر روی نشخوار فکری و پایش تهدید فرد علائم روانشناختی را در بیمار کاهش دهند (مارتین و همکاران، ۲۰۲۱)؛ تفاوتی که این دو درمان با یکدیگر دارند این است که درمان فراشناختی با کار بر روی باورهای فراشناختی نسبت به درمان شناختی در لایه‌های عمیق‌تری از روان مداخله می‌کند (سیبولا و همکاران، ۲۰۲۱)؛ اما درمان شناختی تحلیلی از ابعاد نظریه‌های شناختی و تحلیلی توانان بهره می‌گیرد و به جای پرداختن به اختلال و مشکل خاص، به این می‌پردازد که ما به عنوان انسان چگونه عمل می‌کنیم (رایل و همکاران، ۲۰۲۰)؛ با توجه به اثربخشی هر کدام از درمان‌ها به‌طور جداگانه بر کاهش اضطراب؛ هدف از پژوهش حاضر مقایسه درمان فراشناختی و درمان شناختی تحلیلی بر کاهش اضطراب در بیماران مبتلا به سندروم روده تحریک‌پذیر است.

## روش

روش پژوهش حاضر نیمه آزمایشی، با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و گروه کنترل با دوره پیگیری ۱ ماهه بود. جامعه آماری دربرگیرنده تمامی بیماران مبتلا به سندروم روده تحریک‌پذیر مراجعه‌کننده به درمانگاه گوارش بیمارستان شریعتی در سال ۱۴۰۰ بود؛ که از بین آن‌ها ۴۵ بیمار به‌صورت روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و به‌صورت تصادفی در یکی از گروه‌های مداخله یا آزمایش جایگزین شدند (۱۵ نفر گروه آزمایش درمان فراشناختی، ۱۵ نفر گروه درمان شناختی تحلیلی و ۱۵ نفر گروه گواه). معیارهای ورود به پژوهش شامل تشخیص قطعی سندروم روده تحریک‌پذیر بر اساس معیارهای ROME IV که شامل معیارهای تشخیصی درد مکرر شکم به‌طور متوسط حداقل ۱ روز در هفته در ۳ ماه گذشته، همراه با دو یا چند مورد از معیارهای مربوط به اجابت مزاج، تغییر در دفعات مدفوع و تغییر شکل ظاهر مدفوع و با تشخیص پزشک فوق تخصص گوارش؛ رضایت آگاهانه جهت شرکت در پژوهش، سن ۲۰ تا ۵۵ سال و حداقل تحصیلات دیپلم بود؛ و معیارهای خروج غیبت بیش از دو جلسه، عدم همکاری در طول جلسات درمانی، شروع به مصرف داروهای روانگردان، شرکت همزمان در سایر برنامه‌های درمانی روان‌شناختی و دریافت مشاوره فردی و عدم شرکت منظم در جلسات درمانی (حداکثر دو جلسه غیبت) بود. ملاحظات اخلاقی پژوهش نیز این بود که به‌تمامی افراد شرکت‌کننده اطمینان داده شد که تنها اطلاعات گروهی گزارش خواهد شد. به‌منظور انجام پژوهش یک جلسه توجیهی برگزار شد و فرم رضایت‌نامه و مقیاس حاوی اطلاعات دموگرافیک بین شرکت‌کنندگان توزیع شد. باهدف حفظ حریم خصوصی شرکت‌کنندگان، برای هر شرکت‌کننده یک کد اختصاص داده شد. پس از انتخاب و گمارش شرکت‌کننده‌ها و قبل از اجرای جلسات درمان شرکت‌کننده‌ها هر دو گروه از طریق مقیاس پریشانی روانشناختی ۲۱-DASS مورد ارزیابی قرار گرفتند. سپس گروه آزمایش اول تحت درمان فراشناختی ۸ جلسه‌ای و بر اساس جلسات ۴۵ دقیقه‌ای هفته‌ای یک‌بار و گروه آزمایش دوم تحت درمان شناختی تحلیلی ۱۶ جلسه‌ای ۴۵ دقیقه‌ای هفته‌ای یک‌بار توسط روانشناس بالینی قرار گرفتند. گروه گواه مداخله‌ای دریافت نکردند. پس از پایان جلسات درمان شرکت‌کننده‌های هر دو گروه مجدداً با ابزار پژوهش مورد ارزیابی قرار گرفتند و بعد از گذشت یک ماه نیز پیگیری صورت گرفت. داده‌های حاصل از پژوهش با استفاده از SPSS ویراست ۲۶ و روش آماری تحلیل واریانس آمیخته (با اندازه‌گیری مکرر) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

1 - Martin  
 2 - Kellett  
 3 - Kerr  
 4 - McCormick

## ابزار سنجش

**مقیاس استرس، اضطراب و افسردگی (DASS-21):** فرم کوتاه مقیاس DASS دارای ۲۱ عبارت است که بر اساس مقیاس لیکرت است. این مقیاس در سال ۱۹۹۵ توسط لوی بند و لوی بند<sup>۱</sup> و همکاران معرفی شده است که دارای سه خرده مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس است که هر مقیاس شامل ۷ سؤال است که بر اساس طیف لیکرت نمره‌گذاری می‌شود (کرافرد و هنری<sup>۲</sup>، ۲۰۰۳). آلفای کرونباخ برای کل مقیاس، ۰/۹۳ گزارش شده است (کرافرد و همکاران، ۲۰۰۳). لوی بند و همکاران (۱۹۹۵) آلفای کرونباخ را برای خرده مقیاس افسردگی، ۰/۸۱، اضطراب ۰/۷۳ و برای استرس برابر ۰/۸۱ گزارش کرده‌اند. جووانوویچ و همکاران (۲۰۱۴) آلفای کرونباخ را برای آزمون DASS-21 در خرده مقیاس‌های افسردگی، اضطراب و استرس و نمره‌ی کل را به ترتیب ۰/۷۹، ۰/۷۰، ۰/۷۶، ۰/۸۹ و گزارش کرد و همبستگی بین خرده مقیاس‌ها برای آزمون DASS-42 بین ۰/۷۵ تا ۰/۸۱ و در آزمون DASS-21 بین ۰/۶۱ تا ۰/۶۷ گزارش کرد. در ایران نیز صاحبی و همکاران (۲۰۰۱) روی یک نمونه‌ی ۴۰۰ نفری از جمعیت عمومی شهر مشهد، میزان آلفای کرونباخ این آزمون را برای افسردگی ۰/۷۷، اضطراب ۰/۶۶ و استرس ۰/۷۶ گزارش کرده‌اند. همچنین ضریب همبستگی مقیاس افسردگی بک، مقیاس استرس درک شده و مقیاس اضطراب زونک (۱۹۹۴) با خرده مقیاس‌های این مقیاس به ترتیب برای افسردگی ۰/۶۶، استرس ۰/۴۴ و اضطراب ۰/۶۷ گزارش شده است (محمدی و همکاران، ۱۳۹۶). در این پژوهش نیز پایایی به روش آلفای کرونباخ برای مقیاس پریشانی روان‌شناختی در زیر مقیاس اضطراب که مورد استفاده در پژوهش حاضر بود ۰/۸۹ گزارش شد.

**پروتکل درمان گروهی فراشناختی:** مداخلات درمان گروهی فراشناختی برگرفته از درمان فراشناختی ولز (۲۰۰۴) به نقل از محمدی و همکاران (۱۳۸۹) است.

## جدول ۱. مداخلات درمان گروهی فراشناختی به تفکیک جلسات

جلسه	محتوای جلسات
اول	معارفه، ارزیابی علائم و معرفی اختلالات روان‌تنی، مشخص کردن نیاز و ضرورت درمان در موقع لازم برای بیماران (چه زمانی درمان ضرورت می‌یابد؟)
دوم	ارائه منطق درمان فراشناختی برای اختلالات روان‌تنی، سبب‌شناسی اختلال روان‌تنی، بررسی درمان‌های مختلف برای اختلال روان‌تنی، ارائه توضیحاتی در مورد درمان فراشناختی برای اختلالات روان‌تنی
سوم	ارزیابی و شناسایی باورهای مثبت و منفی فراشناختی در بیماران و تحلیل مزایا و معایب این باورها
چهارم	شناسایی راهبردهای کنترل فراشناختی بیماران، تحلیل مزایا و معایب راهبردهای کنترل فراشناختی مورد استفاده، جایگزین کردن راهبردهای کنترل فراشناختی سودمندتر
پنجم	کاربرد فن فاصله گرفتن در برخورد با راهبردها و افکار ناکارآمد فراشناختی (بیماران یاد بگیرند که با افکار خود همچون ابری در ذهن خود برخورد کنند چنانچه نیاز به پردازش نداشته باشد)
ششم	آشنا کردن بیماران با راهبردهای مقابله‌ای ناکارآمد، تحلیل سود و زیان نشخوارهای فکری مراجع، تحلیل فرایند سرکوب افکار به‌عنوان یک فرایند ناکارآمد و آشناسازی با پیامدهای درگیری با علائم
هفتم	آشناسازی بیماران با سندرم توجهی - شناختی در تداوم اختلال‌های روانی، ارائه منطق فنون آموزش توجه و آموزش این فن به بیماران
هشتم	آموزش فن متمرکز کردن توجه بر موقعیت به‌عنوان یک راهبرد فراشناختی کارآمد و آماده کردن اعضا برای اختتامیه، شناسایی موانع موجود در به‌کارگیری روش‌ها، علت‌یابی و رفع آن و درنهایت نتیجه‌گیری

**پروتکل درمان شناختی - تحلیلی:** مداخلات درمان شناختی - تحلیلی برگرفته از پروتکل درمانی CAT ارائه شده توسط ریلی و همکاران (۲۰۱۰) به نقل از عینی و همکاران (۱۳۹۶) است.

1 - Depression Anxiety and Stress Scale 21

2 - Lovibond, Lovibond

3 - Crawford, Henry

مقایسه اثربخشی درمان فراشناختی و درمان شناختی تحلیلی بر کاهش اضطراب بیماران مبتلا به سندروم روده تحریک پذیر (IBS)  
Comparison of the effectiveness of metacognitive and analytical cognitive therapy on reducing anxiety in patients ...

### جدول ۲. محتوای جلسات درمان شناختی - تحلیلی به تفکیک جلسات

جلسه	محتوای درمان
اول	سنجش آغازین، بازنگری فرمول‌بندی، تدوین فهرست مشکلات آماجی بیمار و ترغیب وی به کسب بینش و آگاهی نسبت به منبع اصلی مشکلات با همکاری متقابل بین درمانگر و بیمار
دوم	بازنگری فرمول‌بندی بر اساس جمع‌آوری سابقه شخصی، تدوین تاریخچه فردی و تاریخچه بیماری
سوم	بازنگری فرمول‌بندی بر اساس چگونگی بروز و پیدایش مشکلات و نشانه‌های بیماری
چهارم	بازنگری فرمول‌بندی بر اساس افکار ناکارآمد، نظام‌های باورها و رفتارهای بیمار با تمرکز بر انگاره‌های مزاحم و سواسی و شناسایی تله یا چرخه تکراری رفتار و درنهایت نوشتن نامه فرمول‌بندی بازنگری شده به بیمار
پنجم	تعیین اهداف درمانی و تدوین فرمول‌بندی نهایی بر اساس فرمول‌بندی‌های اولیه مربوط به مشکلات، علائم و نشانگان بالینی
ششم	بازشناسی رخدادهای آشکار ساز مشکلات، نقاط قوت و توانمندی‌های بیمار، شناسایی روند آسیب‌شناسی و درنهایت ارائه فرمول‌بندی ترسیمی یا هندسی
هفتم	بازشناسی مشکلات و اشتغالات ذهنی و تدوین فهرستی جهت شناخت رویه‌ها و افکار ناکارآمد با همکاری بیمار و بازبینی در پیامد و شدت نشانه‌های بیماری
هشتم	بازشناسی و چالش با الگوهای قدیمی اکتسابی و تأثیرگذار در زندگی از طریق روابط بین فردی و آموزش فنون بازبینی رویه‌های ناکارآمد و اصلاح این روابط، نشانه‌ها و روش زندگی
نهم	بازشناسی در رویه ارزیابی علائم و نشانه‌ها و اصلاح بازبینی‌های انجام‌گرفته توسط بیمار
دهم	تجدیدنظر رویه‌ای بر اساس شناخت تأثیر هیجان و رفتارهای بیمار بر علائم و نشخوارهای ذهنی و آگاهی از نحوه استمرار طرح‌واره‌های قدیمی مرتبط با وسواس نظیر کنترل و احساس گناه
یازدهم	تجدیدنظر رویه‌ای بر اساس شناسایی و ترسیم نمودار رویه‌ای در مورد ارزش‌گذاری اجتناب‌های بیمار و ارزیابی افکار خود آیند منفی
دوازدهم	تجدیدنظر رویه‌ای بر اساس اصلاح روند ارزشیابی فعلی درمان‌جو، بینش نسبت به مسائل و چگونگی تأیید و تثبیت نقش‌های واقع‌گرایانه
سیزدهم	تجدیدنظر رویه‌ای بر اساس اصلاح نقش‌های بین فردی و حمایت‌های اجتماعی
چهاردهم	تجدیدنظر رویه‌ای بر اساس کمک به بیمار در دستیابی به منبع طرح‌واره‌های واقع‌بینانه و دستیابی به تله و موانع رشد درون فردی و بین فردی
پانزدهم	تجدیدنظر رویه‌ای بر اساس بینش افزایشی و آگاه‌سازی بیمار از مسیر تکاملی مشکلاتش در جهت کاهش اشتغالات ذهنی، مدیریت زندگی و تعریف مجدد از زندگی
شانزدهم	نوشتن نامه‌های خداحافظی و اختتام درمان توسط درمانگر و بیمار به هم و نیز خلاصه‌سازی روند درمان بر اساس آنچه کسب‌شده و هر آنچه هنوز نیازمند تغییر است.

### یافته‌ها

میانگین و انحراف معیار سن گزارش‌شده برای نمونه پژوهش حاضر به تفکیک گروه‌ها؛ برای گروه درمان فراشناختی  $33/7 \pm 2/51$ ؛ در درمان شناختی - تحلیلی  $34/3 \pm 2/81$  و در گروه گواه  $34/9 \pm 3/32$  گزارش شد. حداقل سن شرکت‌کنندگان در این پژوهش ۲۳ و حداکثر سن ۵۵ گزارش شد. همچنین با توجه به سطح معناداری بزرگ‌تر از  $0/05$ ؛ تفاوت معناداری بین سه گروه از یکدیگر وجود نداشت و سه گروه از نظر سن همگن بودند. نتیجه یافته‌های توصیفی پژوهش به تفکیک سه مرحله پژوهش در سه گروه در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول ۳. میانگین و انحراف استاندارد نمرات پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری اضطراب در گروه‌های آزمایش و گواه

متغیر وابسته	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری	
		میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
اضطراب	درمان فراشناختی	۱۱/۳	۰/۸۴۱	۵/۴۰	۲/۱۳	۵/۱۷	۲/۰۸
	درمان شناختی-تحلیلی	۱۱/۱	۰/۸۱۱	۷/۸۰	۰/۶۷۱	۷/۱۷	۲/۱۰
	گواه	۱۱/۲	۰/۸۸۲	۱۱/۱	۱/۵۷	۱۱/۱	۱/۶۳

چنانکه در جدول (۳) مشاهده می‌شود، میانگین نمرات پیش‌آزمون اضطراب در دو گروه آزمایش (درمان فراشناختی و درمان شناختی-تحلیلی) و گواه تقریباً باهم برابر بوده اما در پس‌آزمون میانگین نمرات اضطراب گروه آزمایش (درمان فراشناختی و درمان شناختی-تحلیلی) به مراتب کوچک‌تر از میانگین نمرات گروه گواه بوده و همچنین به تناسب مقادیر پیگیری در دو گروه آزمایش و گواه نیز قابل مشاهده است.

به منظور بررسی نرمال بودن متغیرهای موجود در این پژوهش برای به‌کارگیری آزمون مناسب از آزمون شاپیرو ویلک استفاده شد که نتایج در قبل از مداخله در درمان فراشناختی ۰/۸۴۸، درمان شناختی-تحلیلی ۰/۸۸۸ و در گروه گواه ۰/۹۷۹ ( $p > 0.05$ ) بدست آمد. این نتایج بلافاصله بعد از مداخله در گروه درمان فراشناختی ۰/۹۰۹، در گروه درمان شناختی-تحلیلی ۰/۹۹۹، در گروه گواه ۰/۸۳۹ ( $p > 0.05$ ) گزارش شد. همچنین نتایج این آزمون در یک ماه پس از مداخله در گروه درمان فراشناختی ۰/۹۶۴، گروه درمان شناختی-تحلیلی ۰/۴۷۰ و در گروه گواه نیز ۰/۷۰۹ ( $p > 0.05$ ) گزارش شد. جهت بررسی تقارن مرکب ماتریس کوواریانس برای گروه فراشناختی از آزمون باکس استفاده شد ( $F=10.7$ ، آماره ام‌باکس،  $F=1/58$ ،  $P > 0.05$ ) که سطح معنی‌داری میزان  $F$  به دست آمده بیشتر از ۰/۰۵ گزارش شد. این نتیجه بدان معنی است که فرض همگنی ماتریس کوواریانس مورد تأیید قرار می‌گیرد. کرویت ماچلی ( $F=0.701$ ، آماره ماچلی،  $F=1/43$  = توزیع خی دو،  $P > 0.05$ ) که با توجه به نتایج به دست آمده از آزمون همگنی واریانس (کرویت ماچلی) مقادیر معنی‌دار نیست، بنابراین همگنی واریانس‌ها در سه نوبت مطالعه تأیید می‌گردد؛ همچنین همگنی واریانس گروه‌ها برای سه مرحله اندازه‌گیری به ترتیب برای پیش‌آزمون ( $F=1/44$ ،  $P > 0.05$ )، پس‌آزمون ( $F=0.220$ ،  $P > 0.05$ ) و پیگیری ( $F=1/57$ ،  $P > 0.05$ ) گزارش شد که نشان‌دهنده تأیید همگنی واریانس‌ها در این سه مرحله اندازه‌گیری است. از طرفی این نتایج برای گروه شناختی-تحلیلی برای بررسی تقارن مرکب ماتریس کوواریانس ( $F=11.2$ ، آماره ام‌باکس،  $F=1/66$ ،  $P > 0.05$ ) که سطح معنی‌داری میزان  $F$  به دست آمده بیشتر از ۰/۰۵ گزارش شد. این نتیجه بدان معنی است که فرض همگنی ماتریس کوواریانس مورد تأیید قرار می‌گیرد. کرویت ماچلی ( $F=0.734$ ، آماره ماچلی،  $F=2/43$  = توزیع خی دو،  $P > 0.05$ ) که نشان می‌دهد که مفروضه کرویت برقرار است و با توجه به نتایج به دست آمده از آزمون همگنی واریانس (کرویت ماچلی) مقادیر معنی‌دار نیست، بنابراین همگنی واریانس‌ها در سه نوبت مطالعه تأیید می‌گردد؛ همچنین همگنی واریانس گروه‌ها برای سه مرحله اندازه‌گیری به ترتیب برای پیش‌آزمون ( $F=0.749$ ،  $P > 0.05$ )، پس‌آزمون ( $F=1/75$ ،  $P > 0.05$ ) و پیگیری ( $F=2/1$ ،  $P > 0.05$ ) گزارش شد که نشان‌دهنده تأیید همگنی واریانس‌ها در این سه مرحله اندازه‌گیری است.

مقایسه اثربخشی درمان فراشناختی و درمان شناختی تحلیلی بر کاهش اضطراب بیماران مبتلا به سندروم روده تحریک پذیر (IBS)  
Comparison of the effectiveness of metacognitive and analytical cognitive therapy on reducing anxiety in patients ...

جدول ۴. خلاصه نتایج تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر با مراحل، گروه‌بندی و تعامل متقابل

متغیر	منابع تغییر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	اندازه اثر	P	توان آزمون
	بین آزمودنی‌ها	۱۳۳/۲	۱	۱۳۳/۲	۴۰/۴**	۰/۵۹۱	۰/۰۰۱	۱
	R سطرها: (درمان فراشناختی و کنترل) S/R (خطا ۱)	۹۲/۳	۲۸	۳/۲۹	-	-	-	-
درمان فراشناختی	درون آزمودنی‌ها	۶۳/۰۳	۱	۶۳/۰۳	۳۹/۲**	۰/۵۸۴	۰/۰۰۱	۱
	C (ستون‌ها: پیش‌آزمون - پس‌آزمون - پیگیری) C*R (کنش متقابل سطر و ستون) C*S/R (خطا ۲)	۵۷/۰۳	۱	۵۷/۰۳	۳۵/۵**	۰/۵۵۹	۰/۰۰۱	۱
	بین آزمودنی‌ها	۳۳۴/۴	۱	۳۳۴/۴	۱۰/۳**	۰/۷۹۰	۰/۰۰۱	۱
	R سطرها: (درمان شناختی تحلیلی و گواه) S/R (خطا ۱)	۸۸/۸	۲۸	۳/۱۷	-	-	-	-
درمان شناختی - تحلیلی	درون آزمودنی‌ها	۱۴۵/۷	۱	۱۴۵/۷	۹/۰۸**	۰/۷۶۴	۰/۰۰۱	۱
	C (ستون‌ها: پیش‌آزمون - پس‌آزمون - پیگیری) C*R (کنش متقابل سطر و ستون) C*S/R (خطا ۲)	۱۳۶/۵	۱	۱۳۶/۵	۸/۰۹**	۰/۷۵۲	۰/۰۰۱	۱
	بین آزمودنی‌ها	۴۵/۵۱۱	۱	۴۵/۵۱۱	۲/۱۵۴**	۰/۴۳۰	۰/۰۰۱	۰/۹۹۳
	R سطرها: (درمان فراشناختی و درمان شناختی تحلیلی) S/R (خطا ۱)	۶۰/۲۳۹	۲۸	۲/۱۵۱	-	-	-	-
اضطراب	درون آزمودنی‌ها	۳۸۵/۰۶۷	۱	۳۸۵/۰۶۷	۱/۹۷۷**	۰/۸۶۵	۰/۰۰۱	۱
	C (ستون‌ها: پیش‌آزمون - پس‌آزمون - پیگیری) C*R (کنش متقابل سطر و ستون) C*S/R (خطا ۲)	۱۷/۰۶۷	۱	۱۷/۰۶۷	۷/۹۳۲**	۰/۲۲۱	۰/۰۰۱	۰/۷۷۶
	بین آزمودنی‌ها	۶۰/۲۴۲	۲۸	۲/۱۵۱	-	-	-	-

نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد مقدار F محاسبه‌شده در گروه درمان فراشناختی برای اثر مراحل (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) در سطح ۰/۰۱ معنی‌دار است ( $F=۳۵/۵۴۹$ ,  $P < ۰/۰۱$ ,  $Eta^2 = ۰/۵۵۹$ ). همچنین مقدار F محاسبه‌شده در گروه درمان شناختی تحلیلی برای اثر مراحل (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) در سطح ۰/۰۱ معنی‌دار است ( $F=۸۵/۰۹۴$ ,  $P < ۰/۰۱$ ,  $Eta^2 = ۰/۷۵۲$ ). در نتیجه براساس نتایج به دست آمده ملاحظه شد که تفاوت معناداری بین میانگین نمرات پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری نمرات اضطراب بین گروه‌های مداخله و کنترل وجود دارد. علاوه بر این نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد در کنش متقابل اضطراب ( $F=۷/۹۳۲$ ,  $P < ۰/۰۱$ ,  $Eta^2 = ۰/۲۲۱$ )، بین دو درمان تفاوت معنی‌داری وجود دارد. نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی به منظور بررسی تفاوت بین میانگین‌ها در مراحل درمانی محاسبه شد که نتایج آن به قرار زیر است:

جدول ۵. آزمون یونفرونی برای مقایسه سه گروه در متغیر اضطراب

مراحل پژوهش	متغیر	گروه	گروه	تفاوت میانگین	سطح معناداری
پس‌آزمون	اضطراب	درمان فراشناختی	درمان شناختی-تحلیلی	* ۲/۴۰-	۱
		درمان فراشناختی	گواه	* ۵/۷۳-	۰/۰۰۱
		درمان شناختی-تحلیلی	گواه	* ۳/۳۳-	۰/۰۰۱
پیگیری	اضطراب	درمان فراشناختی	درمان شناختی-تحلیلی	* ۲-	۱
		درمان فراشناختی	گواه	* ۵/۹۳-	۰/۰۰۱
		درمان شناختی-تحلیلی	گواه	* ۳/۹۳	۰/۰۰۱

با توجه به نتایج آزمون یونفرونی در جدول ۵ در پس‌آزمون در اضطراب بین دو مداخله درمان فراشناختی و درمان شناختی-تحلیلی تفاوت معناداری وجود دارد ( $P < 0/05$ )؛ از سوی دیگر بین درمان فراشناختی و درمان شناختی-تحلیلی با گروه کنترل تفاوت معنادار آماری گزارش شد ( $P < 0/05$ ). به عبارتی هر دو روش بر کاهش اضطراب اثر داشته‌اند و این دو مداخله تفاوت معناداری از نظر اثربخشی بر این متغیر در بیماران مبتلابه سندروم روده تحریک‌پذیر مؤثر است؛ این نتایج در پیگیری هر دو مداخله نیز دیده می‌شود.

### بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر باهدف مقایسه اثربخشی درمان فراشناختی و درمان شناختی-تحلیلی بر کاهش اضطراب بر روی بیماران مبتلا به سندروم روده تحریک‌پذیر (IBS) انجام شد. نتیجه حاصل از پژوهش حاضر نشان داد درمان فراشناختی و درمان شناختی-تحلیلی بر کاهش اضطراب مؤثر است، بین اثربخشی این دو مداخله در این متغیر تفاوت معناداری به نفع درمان شناختی-تحلیلی دیده شد. در ارتباط با همسویی پژوهش حاضر در تأثیر درمان فراشناختی بر کاهش اضطراب می‌توان گفت نتیجه حاصل با نتایج پژوهشگرانی چون زمردی و همکاران (۱۳۹۲)، محمودی و همکاران (۱۳۸۹)، سیبولا و همکاران (۲۰۲۱) و ناوارت و همکاران (۲۰۲۱) همسو است. در تبیین یافته حاضر می‌توان گفت: اضطراب تجربه‌های هیجانی نامطلوبی هستند که نشانه‌ای از وجود انواع تهدید یا فقدان است. وقتی افراد با تغییر الگوی توجه و تفکر به آنها پاسخ می‌دهند، پایدار و مسئله‌ساز می‌شوند. باین‌حال اکثر افراد قادر به این مسئله نیستند که توجهشان بر خود و تفکر و احساسشان قفل شده است و این فرایند، احساس‌ها و باورهای منفی را درباره خود افزایش داده و تداوم می‌بخشد (ناوارت و همکاران، ۲۰۲۱). بنابراین می‌توان گفت که در درمان فراشناختی با استفاده از فن‌های ذهن آگاهی انفصالی، به تعویق انداختن نگرانی و به‌ویژه فن موقعیتی توجه که برای مقابله با تهدیدهای بیرونی در افراد بیمار، به کار می‌رود و میزان برانگیختگی را افزایش می‌دهد، ممکن است در کاهش اضطراب مؤثر باشد (سیبولا و همکاران، ۲۰۲۱). یکی دیگر از تبیین‌های احتمالی برای کاهش اضطراب و نگرانی بیماران با استفاده از تحلیل سود-زیان صورت می‌گیرد. به‌طوریکه درمانگر تلاش کرد تا بیمار متوجه شود که نگرانی و اندیشناکی نتیجه کمی دارد و در گرفتار کردن او، صرفاً در تکرار جنبه‌های منفی رویداد آسیب‌زا یا فکر درباره تهدیدهای آینده، نقش دارد (زمردی و همکاران، ۱۳۹۲). درمانگر با این هدف و به‌منظور تضعیف باورهای مثبت درباره نیاز به درگیری در این الگوهای تفکر پایدار، مراجع را به سمت تحلیل سود و زیان نگرانی و اندیشناکی پیش می‌برد. هدف تضعیف سودها و برجسته کردن زیان‌ها برای تسهیل استفاده از تعویق نگرانی و اندیشناکی است. طبق این دیدگاه افکار مزاحم به شیوه گسلیده و بدون اینکه مورد تحلیل یا تفسیر یا کنترل قرار بگیرند در نظر گرفته می‌شوند. زمانی که بیمار مفهوم ذهن آگاهی گسلیده را متوجه شد و در جلسه درمان تمرین انجام شد. درمانگر راهبرد به تعویق انداختن نگرانی و اندیشناکی را معرفی می‌کند.

نتیجه حاصل از آزمون پژوهش حاضر نشان داد که درمان شناختی-تحلیلی بر کاهش اضطراب بیماران مبتلا به سندروم روده تحریک‌پذیر مؤثر است. نتیجه حاصل با نتایج پژوهشگرانی چون مارتین و همکاران (۲۰۲۱)، جهانگیر و همکاران (۲۰۲۱) و رایل و همکاران (۲۰۲۰) همسو است. در تبیین یافته حاضر می‌توان گفت: این رویکرد درمانی با گذر از مقاومت بیمار از طریق ایجاد زنجیره متوالی فرآیندهای ذهنی سبب نزدیک شدن بیمار به هسته زنجیره وار مشکلات خود می‌شود و هرآنچه در بیمار نیاز به تغییر داشته باشد، در رویکرد درمانی برای تعدیل فراخوانده می‌شود (جهانگیر و همکاران، ۲۰۲۱). در این پژوهش درمانگر با ارائه آگاهی در زمینه خطاهای

مقایسه اثربخشی درمان فراشناختی و درمان شناختی تحلیلی بر کاهش اضطراب بیماران مبتلا به سندروم روده تحریک پذیر (IBS)  
Comparison of the effectiveness of metacognitive and analytical cognitive therapy on reducing anxiety in patients ...

شناختی و ماهیت علائم، مراجع را مجاب به تغییر و دستیابی به روش‌های سازنده‌تر و هدایت افکارش نمود؛ به گونه‌ای که ابتدا راه‌های این تغییر نگرش را در طی جلسات درمان به مراجعان ارائه نمود و آن‌ها نیز آموختند تا به جای اجتناب شناختی و رفتاری از تجارب حسی، فکری و هیجانی، بتوانند آن‌ها را به عنوان بخشی از پیامدهای بیماری خود بپذیرند و سعی در اصلاح رفتاری و هیجانات خود داشته باشند. نتیجه حاصل از پژوهش حاضر نشان داد که اثربخشی درمان شناختی تحلیلی بر کاهش اضطراب بیماران مبتلا به سندروم روده تحریک پذیر بیشتر از اثربخشی درمان فراشناختی است. در ارتباط با همسویی پژوهش حاضر هرچند پژوهش کنترل‌شده‌ای که در آن دو درمان فراشناختی و درمان شناختی- تحلیلی در کاهش اضطراب در بیماران مقایسه شده باشد، انجام نشده است؛ اما می‌توان گفت: هر چند درمان فراشناختی با کار بر روی باورهای فراشناختی نسبت به درمان شناختی در لایه‌های عمیق‌تری از روان مداخله می‌کند (سیبولا و همکاران، ۲۰۲۱)؛ اما درمان شناختی تحلیلی از ابعاد نظریه‌های شناختی و تحلیلی توأمان بهره می‌گیرد و به جای پرداختن به اختلال و مشکل خاص، به این می‌پردازد که ما به عنوان انسان چگونه عمل می‌کنیم (رایل و همکاران، ۲۰۲۰). در درمان شناختی تحلیلی از مدل توالی رویه‌ای روابط ابژه و مدل حالت‌های چندگانه خود استفاده می‌شود که سبب افزایش بینش فرد نسبت به معانی در سطح ناهوشیار می‌گردد؛ با گذر از مقاومت فرد از طریق ترسیم زنجیره متوالی فرآیند ذهنی، سبب نزدیک شدن بیمار به هسته مشکلات خود می‌شود. همچنین می‌توان گفت در درمان شناختی- تحلیلی درمانگر در بخش شناختی به مراجع برای بالا بردن ظرفیت تفکر انتزاعی به منظور مشاهده فرضیات، احساسات و رفتارها کمک و در بخش تحلیلی برای شناخت فاکتورهای ناهوشیار و کشف عوامل موثر بر شناخت و فهم ارتباط بین درمانگر و مراجع تلاش می‌نماید.

به‌طور کلی نتایج حاکی از اثربخشی درمان فراشناختی و درمان شناختی تحلیلی بر کاهش اضطراب بود. به‌عبارت‌دیگر این دو شیوه درمانی به‌طور معناداری باعث کاهش اضطراب در بیماران مبتلا به سندروم روده تحریک پذیر شد. از سوی دیگر نتایج نشان داد که درمان شناختی تحلیلی نسبت به درمان فراشناختی در کاهش اضطراب موثرتر بود؛ ب نتیجه‌گیری می‌شود این روش درمانی به‌عنوان یک روش درمانی کارآمد، کاربردی و مؤثر قابلیت استفاده و کاربرد در مراکز و کلینیک‌های درمانی را در جهت بهبود علائم اضطراب در بیماران و سلامت آن‌ها را دارد. در نتیجه مشاوران و درمانگران می‌توانند از روش درمانی شناختی تحلیلی برای کاهش اضطراب استفاده کنند. از محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به روش نمونه‌گیری هدفمند و حجم پایین نمونه اشاره کرد. پیشنهاد می‌گردد در پژوهش‌های آتی از نمونه‌گیری تصادفی و حجم بیشتر برای نمونه‌گیری استفاده شود. با توجه به نتایج پژوهش حاضر مبنی بر اثربخشی درمان فراشناختی و شناختی- تحلیلی بر کاهش اضطراب، پیشنهاد می‌شود.

## منابع

- ابراهیمی دریانی، ن؛ شیرزاد، س؛ طاهر، م. (۱۳۹۰). سندرم روده تحریک‌پذیر: مروری بر تشخیص و درمان. *مجله علمی سامان پزشکی جمهوری اسلامی ایران*. ۴۹-۶۸. <https://www.sid.ir/fa/journal/ViewPaper.aspx?id=134677>
- زمردی، س؛ رسول‌زاده طباطبایی، س.ک. (۱۳۹۲). مقایسه اثربخشی درمان شناختی- رفتاری و درمانگری مبتنی بر ذهن آگاهی بر بهبود کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سندرم تحریک‌پذیر. *مطالعات روانشناسی بالینی*، ۴(۱۳)، ۶۸-۸۸. [https://jcps.atu.ac.ir/article\\_544.html](https://jcps.atu.ac.ir/article_544.html)
- عینی، س؛ نریمانی، م؛ عطا دخت، ا؛ بشیر پور، س؛ صادقی، م. (۱۳۹۶). اثربخشی درمان شناختی- تحلیلی بر قدرت ایگو و روابط موضوعی افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی. *مجله پزشکی ارومیه*، ۲۹(۱)، ۱-۱۱. <https://umj.umsu.ac.ir/article-1-4286-fa.pdf>
- محمدی، ج؛ غضنفری، ف؛ میردریگوند، ف.ا. (۱۳۹۶). اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر اضطراب و افسردگی بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر. *سلامت جامعه*، ۱۱(۳)، ۱۱-۱۹. <https://www.sid.ir/fa/journal/ViewPaper.aspx?id=355583>
- محمودی، م؛ گودرزی، م.ع؛ تقوی، سید م.ر؛ رحیمی، ج. (۱۳۸۹). بررسی اثربخشی درمان کوتاه‌مدت متمرکز بر فراشناخت بر علائم اختلال هراس اجتماعی، بررسی تک آزمودنی. *مجله‌ی اصول بهداشت روانی*، ۱۲(۳)، ۶۳-۴۱. [https://jfmh.mums.ac.ir/article\\_1045](https://jfmh.mums.ac.ir/article_1045)
- Aguilera-Lizarraga, J., Hussein, H., & Boeckxstaens, G. E. (2022). Immune activation in irritable bowel syndrome: what is the evidence?. *Nature Reviews Immunology*, 1-13. <https://doi.org/10.1038/s41577-022-00700-9>
- Akama, F., Mikami, K., Watanabe, N., Kimoto, K., Yamamoto, K., & Matsumoto, H. (2018). Efficacy of mirtazapine on irritable bowel syndrome with anxiety and depression: a case study. *Journal of Nippon Medical School*, 85(6), 330-333. [https://doi.org/10.1272/jnms.JNMS.2018\\_85-53](https://doi.org/10.1272/jnms.JNMS.2018_85-53)
- Barandouzi, Z. A., Lee, J., del Carmen Rosas, M., Chen, J., Henderson, W. A., Starkweather, A. R., & Cong, X. S. (2022). Associations of neurotransmitters and the gut microbiome with emotional distress in mixed type of irritable bowel syndrome. *Scientific Reports*, 12(1), 1-11. <https://doi.org/10.1038/s41598-022-05756-0>

- Black, C. J., & Ford, A. C. (2020). Global burden of irritable bowel syndrome: trends, predictions and risk factors. *Nature reviews Gastroenterology & hepatology*, 17(8), 473-486. <https://www.nature.com/articles/s41575-020-0286-8>
- Brown, R. L., Wood, A., Carter, J. D., & Kannis-Dymand, L. (2022). The metacognitive model of post-traumatic stress disorder and metacognitive therapy for post-traumatic stress disorder: A systematic review. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 29(1), 131-146. <https://doi.org/10.1002/cpp.2633>
- Camilleri, M. (2021). Diagnosis and treatment of irritable bowel syndrome: a review. *Jama*, 325(9), 865-877. [doi:10.1001/jama.2020.22532](https://doi.org/10.1001/jama.2020.22532).
- Caruso, R., Biancosino, B., Borghi, C., Marmai, L., Kerr, I. B., & Grassi, L. (2013). Working with the 'difficult' patient: The use of a contextual cognitive-analytic therapy based training in improving team function in a routine psychiatry service setting. *Community mental health journal*, 49(6), 722-727. <https://doi.org/10.1007/s10597-012-9579-x>
- Cebolla, A., Navarrete, J., González-Moret, R., Cortés, X., Soria, J. M., Baños, R. M., & Lisón, J. F. (2021). Effectiveness of a Blended Internet-Based Mindfulness Intervention in Inflammatory Bowel Disease Patients: a Mixed-Methods Non-randomized Controlled Trial. *Mindfulness*, 12(11), 2767-2780. <https://doi.org/10.1007/s12671-021-01741-2>
- Corbridge, Claire & Brummer, Laura & Coid, Philippa. (2017). Cognitive Analytic Therapy: Distinctive Features. 10.4324/9781315617244.
- Crawford, J. R., & Henry, J. D. (2003). The Depression Anxiety Stress Scales (DASS): Normative data and latent structure in a large non-clinical sample. *British journal of clinical psychology*, 42(2), 111-131. <https://doi.org/10.1348/014466503321903544>
- Das, A., Salam, M. A., Algin, S., Mullick, M. S., Ghosh, C. K., & Ali, M. Z. (2022). Irritable Bowel Syndrome is Comorbid with Psychiatric Disorders and is Associated with Psychosocial Stressors. *KYAMC Journal*, 12(4), 200-204. [doi: 10.1556/650.2018.31247](https://doi.org/10.1556/650.2018.31247).
- Eijsbouts, C., Zheng, T., Kennedy, N. A., Bonfiglio, F., Anderson, C. A., Moutsianas, L., ... & Parkes, M. (2021). Genome-wide analysis of 53,400 people with irritable bowel syndrome highlights shared genetic pathways with mood and anxiety disorders. *Nature genetics*, 53(11), 1543-1552. <https://doi.org/10.1038/s41588-021-00950-8>
- Fairbrass, K. M., Costantino, S. J., Gracie, D. J., & Ford, A. C. (2020). Prevalence of irritable bowel syndrome-type symptoms in patients with inflammatory bowel disease in remission: a systematic review and meta-analysis. *The lancet Gastroenterology & hepatology*, 5(12), 1053-1062. [https://doi.org/10.1016/S2468-1253\(20\)30300-9](https://doi.org/10.1016/S2468-1253(20)30300-9)
- Hallam, C., Simmonds-Buckley, M., Kellett, S., Greenhill, B., & Jones, A. (2021). The acceptability, effectiveness, and durability of cognitive analytic therapy: Systematic review and meta-analysis. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 94, 8-35. <https://doi.org/10.1111/papt.12286>
- Hu, P., Sun, K., Li, H., Qi, X., Gong, J., Zhang, Y., ... & Chen, J. D. (2022). Transcutaneous Electrical Acustimulation Improved the Quality of Life in Patients With Diarrhea-Irritable Bowel Syndrome. *Neuromodulation: Technology at the Neural Interface*. <https://doi.org/10.1016/j.neurom.2021.10.009>
- Ito, M., & Muto, T. (2020). Effectiveness of acceptance and commitment therapy for irritable bowel syndrome non-patients: A pilot randomized waiting list controlled trial. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 15, 85-91. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2019.11.009>
- Kellett, S., Bennett, D., Ryle, T., & Thake, A. (2013). Cognitive analytic therapy for borderline personality disorder: Therapist competence and therapeutic effectiveness in routine practice. *Clinical psychology & psychotherapy*, 20(3), 216-225. <https://doi.org/10.1002/cpp.796>
- Kerr, I. B. (1999). Cognitive-analytic therapy for borderline personality disorder in the context of a community mental health team: Individual and organizational psychodynamic implications. *British Journal of Psychotherapy*, 15(4), 425-438. <https://doi.org/10.1111/j.1752-0118.1999.tb00473.x>
- Kim, Y. S., & Kim, N. (2018). Sex-gender differences in irritable bowel syndrome. *Journal of neurogastroenterology and motility*, 24(4), 544. [doi: 10.5056/jnm18082](https://doi.org/10.5056/jnm18082)
- Koloski, N. A., Jones, M., Walker, M. M., Keely, S., Holtmann, G., & Talley, N. J. (2021). Sleep disturbances in the irritable bowel syndrome and functional dyspepsia are independent of psychological distress: a population-based study of 1322 Australians. *Alimentary pharmacology & therapeutics*, 54(5), 627-636. <https://doi.org/10.1111/apt.16500>
- Lin, H., Guo, Q., Wen, Z., Tan, S., Chen, J., Lin, L., ... & Chen, Y. (2021). The multiple effects of fecal microbiota transplantation on diarrhea-predominant irritable bowel syndrome (IBS-D) patients with anxiety and depression behaviors. *Microbial cell factories*, 20(1), 1-12. <https://doi.org/10.1186/s12934-021-01720-1>
- Lovibond, P. F., & Lovibond, S. H. (1995). The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour research and therapy*, 33(3), 335-343. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(94\)00075-U](https://doi.org/10.1016/0005-7967(94)00075-U)
- Martin, E., Byrne, G., Connon, G., & Power, L. (2021). An exploration of group cognitive analytic therapy for anxiety and depression. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 94, 79-95. <https://doi.org/10.1111/papt.12299>
- McCormick, E. W. (2012). *Change for the better: Self-help through practical psychotherapy*. Sage. <https://books.google.com/books?hl=en&lr=&id=bsIBBYP2s8EC&oi>
- McEvoy, P. M. (2019). Metacognitive therapy for anxiety disorders: a review of recent advances and future research directions. *Current psychiatry reports*, 21(5), 1-9. <https://doi.org/10.1007/s11920-019-1014-3>

- Melchior, K., Franken, I., Deen, M., & van der Heiden, C. (2019). Metacognitive therapy versus exposure and response prevention for obsessive-compulsive disorder: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, 20(1), 1-11. <https://doi.org/10.1186/s13063-019-3381-9>
- Midenfjord, I., Borg, A., Törnblom, H., & Simrén, M. (2021). Cumulative effect of psychological alterations on gastrointestinal symptom severity in irritable bowel syndrome. *Official journal of the American College of Gastroenterology | ACG*, 116(4), 769-779. doi: 10.14309/ajg.0000000000001038
- Navarrete, J., González-Moret, R., Cortés, X., Lisón, J. F., Soria, J. M., Baños, R. M., & Cebolla, A. (2021). Dispositional mindfulness and inflammatory bowel disease: Mindful awareness mediates the relation between severity and quality of life, stress, and fatigue. *Mindfulness*, 12(6), 1524-1533. <https://doi.org/10.1007/s12671-021-01620-w>
- Oka, P., Parr, H., Barberio, B., Black, C. J., Savarino, E. V., & Ford, A. C. (2020). Global prevalence of irritable bowel syndrome according to Rome III or IV criteria: a systematic review and meta-analysis. *The lancet Gastroenterology & hepatology*, 5(10), 908-917. [https://doi.org/10.1016/S2468-1253\(20\)30217-X](https://doi.org/10.1016/S2468-1253(20)30217-X)
- Robertson, S., & Strodl, E. (2020). Metacognitive therapy for binge eating disorder: A case series study. *Clinical Psychologist*, 24(2), 143-154. <https://doi.org/10.1111/cp.12213>
- Ryle, A., & Kerr, I. B. (2020). *Introducing cognitive analytic therapy: principles and practice of a relational approach to mental health*. John Wiley & Sons. <https://books.google.com/books?hl=en&lr=&id=ioXUDwAAQBAJ&oi>
- Shafique, S., Faraz, N., Wasti, H., & Surti, A. (2021). Irritable bowel syndrome among medical students and its association with anxiety. *The Professional Medical Journal*, 28(11), 1561-1565. <https://doi.org/10.29309/TPMJ/2021.28.11.6326>
- Simpson, C. A., Mu, A., Haslam, N., Schwartz, O. S., & Simmons, J. G. (2020). Feeling down? A systematic review of the gut microbiota in anxiety/depression and irritable bowel syndrome. *Journal of affective disorders*, 266, 429-446. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.01.124>
- Thorslund, J., McEvoy, P. M., & Anderson, R. A. (2020). Group metacognitive therapy for adolescents with anxiety and depressive disorders: A pilot study. *Journal of Clinical Psychology*, 76(4), 625-645. <https://doi.org/10.1002/jclp.22914>
- Weber, H. C. (2022). Irritable bowel syndrome and diet. *Current Opinion in Endocrinology & Diabetes and Obesity*, 29(2), 200-206. <https://doi.org/10.1097/MED.0000000000000720>
- Zhang, Y., Bi, Y. X., Chen, J., Li, S., Wu, X. X., Zhang, L., ... & Ding, S. Z. (2021). Association of Peroxiredoxin 1 and brain-derived neurotrophic factor serum levels with depression and anxiety symptoms in patients with irritable bowel syndrome. *General Hospital Psychiatry*, 68, 59-64. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2020.11.010>