

اثربخشی درمان فراشناختی بر فراهیجانان منفی و حساسیت اضطرابی دانشجویان دارای

علائم پانیک

رقیه ذوالرحیم^۱، معصومه اسدی^۲، ستاره درویشی^۳، منا شیرزاد^۴، لیلا شمشاد خیابانی^۵، سپیده عبدالهی ناجی^۶

۱. دکترای تخصصی روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، اهر، ایران. (نویسنده مسئول)

۲. دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی، اهر، ایران.

۳. دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی، اهر، ایران.

۴. دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی، اهر، ایران.

۵. دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی، اهر، ایران.

۶. دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی، اهر، ایران.

فصلنامه راهبردهای نو در روان‌شناسی و علوم تربیتی، دوره هشتم، شماره سی، تابستان ۱۴۰۵، صفحات ۱۴۲-۱۳۷

چکیده

یکی از اختلالات روانی نسبتاً شایع در عصر حاضر، اختلال پانیک است و بررسی ارتباط میان متغیرهای دخیل در این اختلال می‌تواند در جهت تشخیص، تبیین نشانه‌ها، تشخیص افتراقی و برنامه‌ریزی طرح درمان برای افراد دارای اختلال پانیک مفید واقع شود. لذا پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان فراشناختی (MCT) بر فراهیجانان منفی و حساسیت اضطرابی در دانشجویان دارای علائم پانیک انجام شد. طرح تحقیق پژوهش حاضر شبه آزمایشی با پیش‌آزمون، پس‌آزمون، ارزیابی یک ماه بعد و از نوع مطالعه تک آزمودنی به‌صورت خط پایه چندگانه بود. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه دختران دانشجو دارای علائم پانیک در سال ۱۴۰۳ بود. حجم نمونه برای این پژوهش ۳ نفر در نظر گرفته شد و روش نمونه به شیوه هدفمند و در دسترس بود. ابزارهای گردآوری داده‌های پژوهش شامل مصاحبه تشخیصی ساختاریافته برای اختلال‌های (DSM5 SCID-5-CV)، پرسشنامه فراهیجانان میتمانسگروبر و همکاران (۲۰۰۹)، پرسشنامه وحشت‌زدگی و هراس آلبنی بارلو و زینبارگ (APPQ) پرسشنامه استاندارد حساسیت اضطرابی (ASI) بود. به‌منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها روش‌های نمودار، اندازه اثر و سنجش خطوط پایه بالینی به‌کاربرده شد. نتایج نشان داد درمان MCT موجب کاهش حساسیت اضطرابی و فراهیجانان منفی در علائم پانیک می‌شود. در یک نتیجه‌گیری کلی می‌توان گفت درمان MCT بر فراهیجانان منفی و حساسیت اضطرابی افراد دارای علائم پانیک اثربخش است.

واژگان کلیدی: درمان فراشناختی (MCT)، فراهیجانان منفی، حساسیت اضطرابی، اختلال پانیک

مقدمه

اختلال پانیک^۱ از شایع‌ترین انواع اختلالات اضطرابی در جمعیت عمومی بوده (بارلو^۲ ۲۰۱۲؛ اسواجیک^۳ و همکاران، ۲۰۱۷) و در بین اختلالات اضطرابی اکثریت تعداد مراجعان پزشکی را دارد و با هزینه‌های قابل توجهی برای سلامت روان همراه است (کانپکا و همکاران، ۲۰۰۹). اختلال پانیک نشانگر ترسی شدید از وقوع حملات غیرمنتظره و غیرقابل کنترل اضطراب است که در عرض چند دقیقه به اوج خود می‌رسد (کانگ^۴ و همکاران، ۲۰۱۵). این اختلال اختلالی منحصربه‌فرد در میان اختلالات اضطرابی است که علائم و نشانه‌های آن در مرحله شروع دارای علائم فیزیکی است (مورت^۵ و همکاران، ۲۰۱۷). یکی از خصوصیات بارز این اختلال تکرر حملات پانیک غیرمنتظره و بدون دلیل بوده و معمولاً بدون محرک خاصی رخ می‌دهد (کانت و همکاران، ۲۰۱۵). حملات پانیک ماهیت گسسته دارند و در فاصله بین حملات امکان دارد فرد به نگرانی و اضطراب دچار شود که ممکن است دوباره حمله پانیک را تجربه کند (کراسک و همکاران، ۲۰۱۰). حمله پانیک اکثر مواقع پس از شروع، در عرض ده دقیقه به سرعت تشدید می‌شود. علائم فیزیکی و جسمی رایج این اختلال عبارت است از تپش قلب، تنگی نفس، احساس خفگی، درد و ناراحتی در قفسه سینه، تهوع، درد شکمی، سرگیجه، غش، پارسازی، بی‌حسی و گزگز (کاکوویچ و همکاران، ۲۰۲۲). فرد به هنگام وقوع و در حین حمله پانیک معمولاً تلاش می‌کند در هرجایی که هست، آنجا را ترک کند تا از کسی کمک بگیرد. حمله عموماً از چند دقیقه تا ۳۰ دقیقه و به ندرت بیش از یک ساعت به طول می‌انجامد و سپس به‌طور اتوماتیک کاهش می‌یابد تا حدی که ناپدید شوند. در طول حمله، چهار یا بیشتر از علائم پانیک رخ می‌دهد و اغلب چندین بار در طول روز یا به ندرت چند بار در سال اتفاق می‌افتد. احتمال دارد شخص در دوره حمله پانیک احساس نماید در حال از دست دادن کنترل خودش است یا در حال دیوانه شدن و مرگ است و یا به حمله قلبی دچار شده است. این اختلال دارای علائم روانی نیز می‌باشد که عمده‌ترین آن‌ها عبارت است از ترس بسیار زیاد و احساس قریب‌الوقوع بودن مرگ و نیستی. این احساس مرگ و ترس به حدی زیاد است که فرد میل به خودکشی پیدا می‌کند تا دیگر آن حس قریب‌الوقوع مرگ و ترس را تجربه نکند. فرد اغلب مواقع نمی‌تواند علت ترس خود را بیان کند. ممکن است دچار سردرگمی شده و اختلال در تمرکز داشته باشد. اگر در حین وقوع حمله فرد بیمار معاینه شود، نشخوار ذهنی، اشکال در صحبت کردن (مثل مُنَم کردن) و مختل شدن حافظه دیده می‌شود. افراد مبتلا به این اختلال، حساسیت شدیدی نسبت به وقایع و رویدادهای غیرقابل پیش‌بینی دارند (هیدپوسچاردت^۶ و همکاران، ۲۰۱۸). علائم اختلال پانیک تقریباً یکی از سه سیستم بدنی یا جسمی از جمله سیستم عصبی خودمختار (تپش قلب، عرق کردن) سیستم تنفسی (تنگی نفس، تنگی قفسه سینه) و سیستم شناختی (شخصی‌سازی، ترس از دست دادن کنترل، ترس از مرگ) را شامل می‌شود. (خالسا^۷ و همکاران، ۲۰۱۶). این اختلال یکی از شایع‌ترین اختلالات بوده و معمولاً در اواخر نوجوانی یا اوایل بزرگسالی و با یک فشار روانی اجتماعی به‌خصوص در افراد مبتلا به افسردگی اساسی، اختلال دوقطبی، اختلال خفیف مصرف الکل و سایر اختلالات اضطرابی مخصوصاً آگورافوبیا آغاز می‌شود و به میزان زیادی با بیماری‌های طبی عمومی از جمله آریتمی قلبی، پرکاری

^۱- Panic disorder

^۲- Barlo

^۳- Osvajik

^۴- Kong

^۵- Meuret

^۶- Hald-Poschard

^۷- Khalsa

تیروئید و سندروم روده تحریک‌پذیر همبودی دارد (حاتمی، احمدیان و هاشمی، ۱۳۹۲). تقریباً ۲ الی ۵ درصد مردم از اختلال پانیک رنج می‌برند و شیوع آن رو به افزایش است (اسواجیکو^۱ و همکاران، ۲۰۱۷).

به نظر می‌رسد ازجمله متغیرهایی که می‌تواند در وقوع اختلال پانیک مؤثر باشد فراهیجانات منفی فرد است. فراهیجان‌ها به‌عنوان واکنش‌های هیجانی افراد نسبت به هیجانات خودشان توصیف می‌شود (هارادوالا^۲، ۲۰۱۶)؛ و به مفهوم ساماندهی افکار و احساسات مربوط به هیجان‌ها بوده و به‌منظور توصیف تجربه هیجانی و برانگیختگی فرد نسبت به هیجان‌ها به کار می‌رود (سیوچی، بارونچی و توسیلی^۳، ۲۰۱۵). همچنین فراهیجان برای توصیف هیجان‌های فرد توسط خود او و برانگیختگی وی در مقابل آن به کار گرفته می‌شود. این سازه هیجان‌هایی را شامل می‌شود که در پاسخ به هیجان‌های دیگر اتفاق می‌افتد؛ همانند احساس شرم/تحقیر درباره خشم یا احساس خشم درباره اضطراب یا اضطراب افسردگی درباره خشم خود. فراهیجان فرای فراشناخت بوده و ممکن است چرخه معیوبی شکل دهد و تأثیراتی در هیجان انعکاس نماید. فراهیجانات منفی با عملکرد شناختی ضعیفی همراه بوده و نیز موردپذیرش نبودن را انعکاس می‌دهد (توکلی؛ خادمی؛ شاکر دولق، ۱۴۰۱) فراهیجان‌های منفی احتمالاً به‌منظور کوشش به جهت "خلاص شدن" از شر آن‌هایی که به‌طور ناخودآگاه مورد تأیید نیستند، به نفع مقابله سرکوب‌گرانه باشند. سرکوب، و به‌طورکلی اجتناب هیجانی، سرآغاز نگرش‌ها و رفتارهای ناکارآمد است. فراهیجان‌های منفی در مورد هیجان‌های منفی موجب ایجاد شرایط خود تداوم بخشی و فلج‌کننده گردند. به‌عنوان مثال به "ترس از ترس" یا "حساسیت اضطراب" فکر کنید، که به‌احتمال زیاد دلیل ایجاد و حفظ اضطراب، به‌ویژه اختلال پانیک است.

یکی دیگر از عوامل روانی که به نظر می‌رسد موجب افزایش حمله پانیک می‌گردد حساسیت اضطرابی است. به نظر می‌رسد حساسیت اضطرابی یک متغیر زمینه‌ساز است که به‌طور اختصاصی در افراد مبتلا به اختلال پانیک بیشتر است و عامل خطری برای رشد اختلالات اضطرابی و به‌ویژه اختلال پانیک است. حساسیت اضطرابی در رده عوامل و تمایلات شناختی (مک نالی^۴، ۲۰۰۲) به‌عنوان تمایلی به ترس از احساسات مرتبط با اضطراب، به‌عنوان یک عامل خطر شناخته‌شده برای ایجاد اختلال‌های اضطرابی تلقی می‌شود. این حساسیت می‌تواند منجر به ترس از احساسات بدنی شود (کریس و همکاران، ۲۰۲۰). حساسیت اضطرابی میل انسان به پاسخ به اضطراب و تجربه آن بر اساس ترسی است که آن را احساس می‌کند. افراد دارای حساسیت اضطرابی بالا از هیجانات و تجربه اضطراب تعبیر نادرستی دارند و از عواقب تجربه اضطراب نیز نگرانی دارند و بر این عقیده هستند که اضطراب و تجربه آن برایشان خطرناک است (رایت^۵ و همکاران، ۲۰۱۶). مک‌نالی حساسیت اضطرابی را ترس از احساس‌های مرتبط با اضطراب تعریف می‌نماید که ناشی از این باور است که این احساسات موجب تهدید اجتماعی جسمانی یا روان‌شناختی برای شخص می‌شود. حساسیت اضطرابی به‌عنوان مفهوم کلی خود شامل سه عامل مرتبه پایینی ترس از احساسات نگرانی‌های جسمانی، ترس از علائم قابل‌مشاهده عمومی اجتماعی و ترس از عدم کنترل شناخته می‌شود. نگرانی‌های جسمانی با اختلال پانیک و نگرانی‌های اجتماعی با ارزیابی‌های منفی دیگران و تشخیص فوبی اجتماعی مرتبط است.

با توجه به افزایش شیوع اختلال پانیک و گسترش آن و آسیب‌های سلامت جسمی و روانی ناشی از آن درمان این اختلال نیز به گستردگی موردتوجه قرارگرفته است. دو گروه اصلی درمان این اختلال (دارودرمانی - درمان‌های روان‌شناختی) دارای نتایج

¹ - Sawchuk

² Haradhvala

³ Ciucci, Baroncelli & Toselli

⁴ - McNally

⁵ - Write

کوتاه مدت قابل ملاحظه ای هستند اما در تداوم بهبودی حاصل از درمان، در طولانی مدت با هم متفاوت هستند (تاش^۱، ۲۰۰۸). پژوهش ها حاکی از آن است که نتایج درمان رفتاری - شناختی کوتاه مدت، در بازه زمان طولانی بعد از درمان ادامه می یابد ولی پس از قطع دارودرمانی علایم و حملات پانیک عموماً برمی گردند. اثربخشی درمان های شناختی برای اکثر اختلال های اضطرابی به اثبات رسیده است (اتوو^۲، ۲۰۰۴). انواع درمان های روان شناختی برای مقابله مؤثر با این اختلال و نیز برای کنار آمدن با مشکلات ناشی از دارودرمانی پیشنهاد می شود اما آنچه باید مورد توجه قرار گیرد تفاوت این مداخلات از نظر سهولت اجرا و تداوم نتایج درمان است. درمان آرامش عضلانی یا تن آرامی نقش مهمی در درمان های جدید اختلال های اضطرابی بازی می کند. کانراد^۳ و روث در پژوهشی اثربخشی درمان تن آرامی بر اختلال های اضطرابی (اضطراب فراگیر و پانیک) را نشان دادند (کانراد^۳، ۲۰۰۶) درمان شناختی - رفتاری یکی از درمان های ابتدایی برای اختلال هراس است. در مطالعه ای توسط سالکوسکیس اثربخشی درمان رفتاری - شناختی بر اختلال هراس مورد بررسی قرار گرفت. نتایج این مطالعه نشان داد این درمان به میزان زیادی مؤثر است و میزان عود حملات بعد از اجرای این شیوه درمانی ناچیز است (سالکوسکیس^۴، ۲۰۰۷). در زمینه روش های درمانی جدیدتر روان شناختی، درمان فراشناختی نخستین بار توسط آدرین ولز معرفی شد. اصطلاح فراشناخت به فرایندهای شناختی اطلاق می گردد که در کنترل جنبه های مختلف شناخت نقش دارند (ولز^۵، ۲۰۰۴). طبق مطالعات گوناگون چنین برآورد می شود که درمان های روان شناختی اثرات درمانی طولانی مدتی نسبت به دارودرمانی صرف بر بیماران مبتلا به پانیک دارند، اما باید به صورتی کارآمدتر، کوتاه تر و در دسترس تر بودن این درمان های روان شناختی نیز توجه گردد. درمان فراشناختی به جهت اعتلای درمان های شناختی ابداع گردید. ولز و کینگ، راس و کوئسولد همچنین ولز و سمبی به ترتیب اثربخشی درمان فراشناختی را بر اختلال اضطراب فراگیر، اختلال وسواسی - اجباری و اختلال استرس پس از سانحه به اثبات رسانده اند (ولز، ۲۰۰۸)؛ اما مطالعه مستقیمی در زمینه اثربخشی درمان فراشناختی بر اختلال پانیک مشاهده نشده است، ولی به این دلیل که اختلال پانیک از انواع اختلال های اضطرابی بوده و این درمان نیز مکانیسم های زیربنایی تولید باورهای ناکارآمد را مورد توجه قرار می دهد که تا حدود زیادی حداقل در اختلال های اضطرابی نیز شبیه به هم هستند به مطالعات در زمینه اثربخشی این شیوه اشاره می شود. اثربخشی درمان فراشناختی بر اختلال های روانی به گستردگی مورد تأیید قرار گرفته است. پژوهش ها نشان می دهند اختلال های اضطرابی از جمله اختلال اضطراب فراگیر نسبت به درمان شناختی - رفتاری پاسخ دهنده هستند اما ولز به عنوان مبدع اصلی درمان های فراشناختی معتقد است اختلال های اضطرابی از جمله اختلال اضطراب فراگیر فقط تا حدودی به درمان رفتاری - شناختی^۶ پاسخ می دهد (ولز، ۲۰۰۸). آنچه در درمان فراشناختی مورد تأکید قرار می گیرد عواملی است که تفکر را کنترل می کند و وضعیت ذهن را تغییر می دهد نه چالش با افکار و خطاهای شناختی یا مواجهه طولانی مدت و مکرر با باورها در مورد تروما یا نشانه های بدنی. باورهای پانیک نظیر فاجعه هیجانی، فاجعه بدنی، اضطراب انتظار و نارضایتی از خود باورهایی هستند که موجب افزایش احتمال واکنش های فاجعه آمیز نسبت به احساسات برانگیختگی بدنی معمول می گردند. نظریه های شناختی در مورد آنچه باعث به وجود آمدن الگوهای غیر مفید تفکری می شوند (ابعاد فراشناختی تفکر) توضیحات مختصری ارائه می دهد.

¹ - Tasch

² - Otto

³ - Canrad

⁴ - Salkovskis

⁵ - Wells

⁶ - cognitive Behavioral Therapy CBT

علی‌رغم شیوع گسترده اختلال پانیک به‌صورت خالص یا به‌صورت همبود با سایر اختلالات روانی و تأثیر منفی که افکار ناکارآمد مبتلایان بر تداوم و شدت حملات پانیک می‌تواند داشته باشد تاکنون پژوهشی در زمینه اثربخشی درمان‌های روان‌شناختی ازجمله درمان فراشناختی بر افراد مبتلا به پانیک صورت نگرفته است؛ بنابراین در این راستا و با توجه به مطالب و تحقیقات بسیار نادر در این زمینه تحقیق حاضر به دنبال آن است که اثربخشی درمان فراشناختی^۱ MCT بر فراهیجانات منفی و حساسیت اضطرابی دانشجویان دارای علائم پانیک را بررسی کند، به عبارتی سؤال اصلی تحقیق این است که آیا درمان MCT بر فراهیجانات منفی و حساسیت اضطرابی دانشجویان دارای علائم پانیک تأثیر دارد؟

روش پژوهش

مطالعه‌ی حاضر نوعی پژوهش شبه آزمایشی با پیش‌آزمون، پس‌آزمون، ارزیابی یک ماه بعد است که در قالب طرح مطالعات تک‌موردی^۲ (SSD) انجام گرفته است. در طرح‌های تک آزمودنی گروه کنترل وجود ندارد و آزمودنی‌ها با پاسخ‌های خود قبل از اجرای متغیر مستقل و نسبت به خط پایه مقایسه می‌شوند. (مورگان و مورگان، ۲۰۰۸). در این نوع آزمایش که به آن آزمایش سری‌های زمانی نیز گفته می‌شود، یک روش مداخله روی یک فرد اعمال می‌شود تا اثربخشی آن مشخص گردد. این طرح می‌تواند روی یک یا چند نفر انجام شود، اما تغییرات هر فرد به‌صورت جداگانه بررسی می‌شود. عنوان «تک‌موردی» به روش جمع‌آوری داده‌ها اشاره دارد، که در آن هر فرد در دو مرحله‌ی خط پایه و مداخله به‌طور جداگانه مورد ارزیابی قرار می‌گیرد (سالوم^۳، ۲۰۱۶). در ابتدا، بدون اعمال مداخله، اندازه‌گیری‌های مربوط به خط پایه ثبت شده و تا زمانی که این اندازه‌ها به ثبات برسند ادامه می‌یابد. پس از تثبیت داده‌های خط پایه، اولین مداخله‌ی آزمایشی ارائه شده و به‌صورت جداگانه برای هر شرکت‌کننده اجرا می‌شود. نتایج هر شرکت‌کننده به‌عنوان مبنایی برای ارزیابی اثربخشی مداخله مورد استفاده قرار می‌گیرد. به‌منظور سنجش میزان پایداری اثر مداخله بر فراهیجانات منفی و حساسیت اضطرابی، یک ماه پس از آخرین مداخله، علائم مجدداً ارزیابی شده و نتایج با داده‌های مرحله‌ی خط پایه و مداخله مقایسه گردید. جامعه‌ی آماری این پژوهش شامل ۳ نفر از دانشجویان ساکن خوابگاه خواهران شهید بهشتی دانشگاه آزاد اسلامی واحد ارومیه بود. نمونه‌گیری به شیوه هدفمند و در دسترس انتخاب شدند بدین ترتیب که ابتدا در خوابگاه فراخوان انجام گرفت و از دانشجویان مراجعه‌کننده به دفتر مشاوره خوابگاه مصاحبه بالینی انجام گرفت. از میان دانشجویانی که تشخیص اولیه علائم پانیک را گرفتند ۳ نفر انتخاب شده و با توضیح و تشریح هدف و فرایند پژوهش و کسب رضایتشان ابتدا پرسشنامه‌های مذکور اجرا سپس مداخلات درمانی در سه‌ماهه‌ی بهار ۱۴۰۴ در دفتر مشاوره خوابگاه انجام گرفت و آزمودنی‌ها به‌صورت جداگانه تحت تأثیر متغیر مستقل مورد آزمایش قرار گرفتند. به‌منظور جمع‌آوری داده‌ها در این پژوهش، از پرسشنامه‌های استاندارد مرتبط استفاده و اطلاعات از طریق شیوه خودگزارش‌دهی گردآوری شد. در این تحقیق، واحد تحلیل فرد و سطح تحلیل خرد در نظر گرفته شده است. به‌این‌ترتیب، نمونه آماری به سؤالات پرسشنامه‌های استاندارد مرتبط با متغیرهای موضوع پاسخ می‌دهد و داده‌ها جمع‌آوری شدند.

مصاحبه بالینی

مصاحبه تشخیصی ساختاریافته برای اختلال‌های (SCID-5-CV) DSM5: این مصاحبه را فرست ویلیامز کرگ و اسپیتزر (۲۰۱۴) تهیه کرده‌اند. شانکمن و دیگران در پژوهش خود در سال ۲۰۱۷ روایی و اعتبار این مصاحبه را مناسب ارزیابی نمودند.

^۱- Meta cognitive Therapy

^۲- single subject design

^۳- Salloum

در مطالعه ایشان اعتبار بازآزمایی ۰/۹۰ و آلفای کرونباخ آن ۰/۸۰ بود صداقت زاده، ایمانی و شکری (۱۳۹۷). در پژوهش حاضر این مصاحبه به منظور تشخیص دقیق اختلال پانیک و تشخیص همبودی با سایر اختلالات و به جهت بررسی ملاک‌های ورود و خروج نمونه صورت گرفت.

پرسشنامه وحشت‌زدگی و هراس آلبانی بارلو و زینبارگ (APPQ): پرسشنامه وحشت‌زدگی و هراس دارای ۲۷ سؤال بوده که توسط آلبانی بارلو و زینبارگ در سال ۱۹۹۶ طراحی و ساخته شده است و هدف از این پرسشنامه سنجش وحشت‌زدگی و هراس در ابعاد مختلف می‌باشد که دارای ۳ مقیاس (مقیاس هراس اجتماعی، مقیاس ترس از مکان‌های شلوغ و ترس درونی) است. در این آزمون یک نمره در خرده مقیاس **ترس از مکان‌های شلوغ** به دست می‌آید که در دامنه ۰ تا ۷۲ قرار دارد و نمره دیگری در خرده مقیاس **ترس درونی** از همین پرسشنامه به دست می‌آید که در دامنه ۰ تا ۶۴ قرار دارد و همچنین در خرده مقیاس **هراس اجتماعی** دامنه نمره به دست آمده بین ۰ تا ۸۰ است. روایی محتوایی این خرده مقیاس‌ها توسط سه روان‌شناس بالینی و با استفاده از مقیاس پنج نقطه‌ای برآورد شد و برای هر سه خرده مقیاس مناسب بود (بخشی‌پور، ۱۳۸۳). ضرایب پایایی از طریق آزمون-آزمون مجدد برای خرده مقیاس‌های ترس از مکان‌های شلوغ، ترس درونی، مقیاس هراس اجتماعی به ترتیب عبارت‌اند از ۰/۸۰، ۰/۸۲ و ۰/۷۹. (بخشی‌پور، ۱۳۸۳)

پرسشنامه فراهیجانات مثبت و منفی میتمانسگروبر و همکاران (۲۰۰۹): این پرسشنامه توسط میتمانسگروبر و همکاران (۲۰۰۹) تدوین شده است. دارای ۲۸ گویه است که آزمودنی در یک مقیاس لیکرت شش‌درجه‌ای بدان پاسخ می‌دهد. این پژوهشگران مقیاس را شامل شش مؤلفه خشم، شرم، کنترل خشونت و فرونشانی (فراهیجان‌های منفی) و شفقت و ترحم و علاقه (فراهیجان‌های مثبت) گزارش نمودند. رضایی و همکاران (۱۳۹۳) ضریب آلفای کرونباخ را در ایران آن را ۰/۷۸ گزارش نمودند و نتایج تحلیل عاملی ۲ بعد اصلی فراهیجان‌های مثبت و فراهیجان‌های منفی را تأیید نمود. این محققان روایی همزمان آن را با پرسشنامه هوش عاطفی بررسی نمودند و به‌ویژه همبستگی فراهیجان‌های مثبت با مؤلفه‌های هوش عاطفی همبستگی مطلوبی گزارش نمودند. میتمانسگروبر و همکاران (۲۰۰۹) روایی سازه ابزار را با روش تحلیل عاملی تأیید و پایایی آن را با روش آلفای کرونباخ ۰/۹۱ گزارش کردند و رضایی و همکاران (۱۳۹۳) روایی ابزار را با روش تحلیل عاملی تأیید و پایایی را با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۷ گزارش کردند.

پرسشنامه استاندارد حساسیت اضطرابی (ASI): این پرسشنامه توسط فلوید، گارفیلد و مارکز (۲۰۰۵) تدوین گردیده است. دارای ۱۶ گویه است که آزمودنی در یک مقیاس لیکرت پنج‌درجه‌ای بدان پاسخ می‌دهند که یک خیلی کم و پنج خیلی زیاد سه مقیاس ترس از نگرانی‌های بدنی، ترس از نداشتن کنترل شناختی و ترس از مشاهده شدن اضطراب توسط دیگران و به‌طور کلی حساسیت اضطرابی را می‌سنجد در پژوهش مشهدی، قاسم‌پور، اکبری، ایل بیگی و حسن زاده در سال ۱۳۹۲ روایی پرسشنامه سنجیده شده و ضریب آلفای کرونباخ برای این پرسشنامه ۸۷/۰ به دست آمده است. اعتبار بازآزمایی این پرسشنامه در نمونه ایرانی ۹۵ و ضریب همبستگی حاصل از روایی آن ۵۶/۰ است. حد پایین نمرات ۱۶ و حد بالای نمرات ۸۰ است. پس از اجرای پرسشنامه نمرات جمع شده و نمره بین ۱۶ تا ۲۶ نشان‌دهنده میزان پایین حساسیت اضطرابی، نمره بین ۲۶ تا ۳۳ نشان‌دهنده میزان متوسط حساسیت اضطرابی و نمره بالاتر از ۳۳ نشان‌دهنده حساسیت اضطرابی در حد بالا است.

روش اجرای پژوهش

روش نمونه‌گیری در پژوهش حاضر به شیوه هدفمند و انتخاب نمونه از طریق فراخوان در خوابگاه دانشجویی خواهران شهید بهشتی دانشگاه آزاد اسلامی واحد ارومیه بود. بعد از فراخوان از مراجعه‌کنندگان به دفتر مشاوره خوابگاه ابتدا مصاحبه بالینی انجام گرفت. پس از دریافت تشخیص علائم اختلال پانیک ۳ نفر از دانشجویان انتخاب و بعد از توضیح و تشریح هدف پژوهش و فرایند اجرای آن و نتیجه مورد انتظار پس از درمان، با کسب رضایت از ایشان و تعهد بر پایداری تا آخر درمان، پرسشنامه‌های وحشت‌زدگی و هراس آلبانی بارلو و زینبارگ، فراهیجانات مثبت و منفی میتمانسگروبر و همکاران و پرسشنامه حساسیت اضطرابی فلویید و همکاران به‌عنوان پیش‌آزمون اجرا شد. این پرسشنامه‌ها از نوع خودگزارش‌دهی است. سپس مداخله درمانی MCT با استفاده از پروتکل درمان MCT ولز ۸ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای و هر هفته ۱ جلسه بر روی بیماران انجام گرفت. پس از اتمام مداخله درمانی، با استفاده از پرسشنامه‌های فوق‌الذکر پس‌آزمون اجرا گردیده و پیگیری آن بعد از یک ماه انجام گرفت.

جلسه اول: فراخوانی فراشناخت‌ها، نیمرخ سازی فراشناختی و آشناسازی^۱ (توضیح منطقی درمان برای مراجع): در جلسه نخست درمان، ابتدا به فراخوانی و نیمرخ سازی فراشناخت‌ها پرداخته می‌شود تا مراجع با این مفاهیم آشنا شود. هدف این جلسه شناسایی جریان‌های پردازشی مشکل‌آفرین و فراشناخت‌هایی است که تحت شرایط استرس فعال می‌شوند. برای این منظور، با استفاده از سؤالات مخصوص برگرفته از کتاب راهنمای ولز (۲۰۰۰)، وضعیت‌های اضطراب اخیر بیمار یا رفتارهای مشاهده‌شده در یک آزمون ارزیابی رفتاری بررسی می‌شوند. همچنین تکنیک تحلیل مزایا و معایب مؤلفه‌های فراشناختی به کار گرفته می‌شود تا جنبه‌های مهم فراشناختی فرد شناسایی شوند. درنهایت، منطقی درمان برای مراجع توضیح داده می‌شود تا درک روشنی از اهداف و مراحل درمان به دست آید.

جلسه دوم: استفاده از تکنیک ذهن‌آگاهی گسلیده^۲: در جلسه دوم درمان، از تکنیک "ذهن‌آگاهی گسلیده" استفاده می‌شود. در ابتدا، درمانگر با ارائه یک مثال توضیح می‌دهد که درگیر شدن با نگرانی و نشخوار فکری، بیمار را به تمرکز بر جنبه‌های منفی و انتظارات ناخوشایند سوق می‌دهد. به‌منظور درک بهتر، به بیمار گفته می‌شود چشمانش را ببندد و حیوانی خیالی را تصور کند: یک خرگوش با رنگ گورخر، شاخ‌های گوزن، که در حال جست‌وخیز است. او باید به مدت ۳۰ ثانیه به این حیوان فکر کند. سپس از او خواسته می‌شود تلاش کند تا به مدت ۳۰ ثانیه اصلاً به آن حیوان فکر نکند و هر بار که تصویر آن حیوان به ذهنش آمد، انگشت خود را بلند کند. در پایان تمرین، بیماران معمولاً گزارش می‌دهند که نمی‌توانستند این فکر را کاملاً کنار بگذارند. درمانگر این نکته را توضیح می‌دهد که تلاش برای کنترل نگرانی‌ها می‌تواند نتیجه‌ی معکوس داشته باشد و منجر به مرور مداوم این افکار شود. سپس تکنیک "ذهن‌آگاهی گسلیده" به بیمار آموزش داده می‌شود، که بر اساس مقاله ولز (۲۰۰۵) طراحی شده است. هدف این تکنیک شامل افزایش نظارت فراشناختی، کاهش توجه متمرکز بر خود، و افزایش انعطاف‌پذیری در کنترل پاسخ‌های بیمار است. در این فرآیند، بیمار بدون تلاش برای تفسیر، تغییر، یا کنترل افکار، تنها جریان فکری خود را مشاهده می‌کند. به‌عنوان تمرین خانگی، از بیمار خواسته می‌شود که هر زمان افکار نگران‌کننده به ذهنش هجوم آورد، از این تکنیک استفاده کند.

جلسه سوم: آموزش تکنیک به تعویق انداختن^۳: برای تقویت توانایی بیمار در مدیریت افکار نگران‌کننده، از تکنیک "به تعویق انداختن" استفاده می‌شود. در این روش، بیمار یاد می‌گیرد که هنگام مواجهه با فکر نگران‌کننده به آن توجه نکند و زمان مشخصی

^۱- socialization

^۲- detached mindfulness

^۳- postponement

در آینده را برای پرداختن به آن تعیین کند. به عنوان مثال، می تواند بگوید: «الان به این موضوع فکر نمی کنم و ساعت ۹ شب به طور کامل درباره آن فکر خواهم کرد». پس از اجرای این تکنیک، بیمار فوراً از تکنیک "ذهن آگاهی گسلیده" استفاده می کند. ترکیب این دو تکنیک به بیمار احساس کنترل بیشتری می دهد و او را برای پذیرش تکنیک های آینده آماده می سازد. این رویکرد هدفمند موجب تقویت نظارت فراشناختی و انعطاف پذیری روانی می شود.

جلسه چهارم: بازبینی پیشرفت مراجع: در این جلسه، مهارت های کسب شده توسط مراجع مورد ارزیابی قرار می گیرد تا پیشرفت ها مشخص شوند. همچنین، مشکلات موجود شناسایی و تحلیل می شوند. در ادامه، تکنیک های پیشین مرور می شوند تا بیمار بتواند به صورت مؤثرتر از آن ها استفاده کند و آمادگی بیشتری برای مراحل بعدی درمان کسب کند. این فرآیند به تثبیت یادگیری و تقویت توانایی های بیمار کمک می کند.

جلسه پنجم: باز متمرکزسازی توجه موقعیتی (SAR¹): این راهبرد برای کاهش تمرکز غیر انطباقی به خود طراحی شده و به تسریع پردازش اطلاعاتی که باورهای فرد را ابطال می کند، کمک می کند. ولز و پاپاجورجیو (۲۰۰۲) اثربخشی این تکنیک را در درمان بیماران مبتلا به هراس اجتماعی تأیید کرده اند. در هراس اجتماعی، افراد هنگام مواجهه با موقعیت های اجتماعی اضطراب آور، تمایل دارند خود را از دید یک مشاهده گر بیرونی تصور کنند و نسبت به برداشت های دیگران از خود احساس ضعف و تزلزل داشته باشند. این پردازش متمرکز بر خود موجب اختلال در پردازش اطلاعات بیرونی می شود، به طوری که بازخوردهای مثبت از دیگران را نادیده گرفته و واکنش های دیگران را به طور منفی ارزیابی می کنند. هدف این تکنیک انتقال توجه فرد از تمرکز بر خود به جنبه هایی از موقعیت است که بازخورد مثبت یا خنثی ارائه می دهند. برای دستیابی به این توانایی، در جلسات درمانی، تمرین هایی طراحی می شود که به بیمار امکان انتقال خودآگاهانه توجه از یک موضوع به موضوع دیگر را می دهند. یکی از تمرین ها این است که درمانگر از بیمار می خواهد نگاه خود را روی علامتی روی دیوار متمرکز کند، درحالی که درمانگر کمی عقب تر قرار می گیرد تا تمرکز بیمار مختل نشود. این تمرین به بیمار کمک می کند توانایی خود را در کنترل و هدایت توجه بهبود بخشد و در موقعیت های واقعی اضطراب آور به طور مؤثرتری عمل کند. درمانگر می گوید: از شما تقاضا دارم نگاهتان را بر علامتی که روی دیوار قرار دارد متمرکزسازید. در این حالت من کمی عقب تر از شما قرار می گیرم تا در تمرکز شما اختلالی به وجود نیاید. در این تمرین، از شما می خواهم در تمام مدت چشمان خود را باز نگه دارید. ابتدا تمرکز خود را روی صداهای مختلف درون اتاق و سپس صداهای خارج از اتاق معطوف کنید. سپس، طبق آموزش ارائه شده، باید به سرعت توجه خود را از یک صدا به صدای دیگر انتقال دهید. در ابتدا، روی صدای درمانگر تمرکز کنید و فقط به آن توجه داشته باشید، درحالی که سایر صداها را نادیده می گیرید (مکث). سپس، توجه خود را به صدای ضربه ای که درمانگر روی میز ایجاد می کند معطوف کنید (مکث). در صورتی که حواس شما به صدای دیگری پرت شد، مجدداً تمرکز خود را بر صدای ضربه بازگردانید و دیگر صداها را بی اهمیت تلقی کنید (مکث). در مرحله بعد، توجه خود را به صدای ساعت اتاق منتقل کنید. این صدا باید اولویت اصلی شما باشد و تمامی تلاش خود را برای نگهداشتن تمرکز بر آن به کارگیرید. در صورت پرت شدن حواس، مجدداً بر این صدا تمرکز کنید و تلاش کنید به طور کامل توجه خود را بر آن معطوف نگه دارید (مکث). این الگو برای سه صدای دیگر نزدیک به شما و سپس سه صدای دورتر تکرار می شود تا مهارت تمرکز و انتقال توجه تقویت شود. در انتهای این تمرین، از بیمار خواسته می شود توجه خود را به سرعت بین صداهای مختلف که توسط درمانگر نام برده می شوند، منتقل کند. این مرحله نهایی به تقویت توانایی بیمار در انتقال

¹ - situational attentional refocused

سریع و مؤثر توجه کمک می‌کند. به‌عنوان تکلیف خانگی، از بیمار خواسته می‌شود که این تکنیک را هر روز چند بار اجرا کند تا مهارت‌های تمرکز و هدایت توجه به‌طور مستمر بهبود یابند. این تمرین روزانه موجب تثبیت و تقویت اثرات درمانی جلسات می‌شود.

جلسه ششم: اصلاح فرا باورهای منفی به کمک تکنیک پرسش و پاسخ با خود: برای چالش با باورهای مثبت و منفی مرتبط با نگرانی، از تکنیک تحلیل مزایا و معایب استفاده می‌شود. در ابتدا، باورهای مثبت موردبررسی قرار می‌گیرند که معمولاً شامل این تصور هستند که نگرانی می‌تواند به موفقیت بیشتر کمک کند یا از بروز اشتباهات جلوگیری کند. درمانگر به‌صورت کلامی به بی‌اساس بودن این باورها اشاره می‌کند و از بیمار می‌خواهد تا به‌صورت رفتاری این موضوع را بررسی کند. بیمار با استفاده از تکنیک‌های قبلی تمرین می‌کند تا از درگیر شدن با نگرانی‌ها اجتناب کند. هدف این است که بیمار شخصاً تأثیر کاهش یا افزایش نگرانی بر سطح مقابله خود را تجربه کند. سپس، با استناد به فرا باورهای به‌دست‌آمده از نیمرخ سازی فراشناختی فرد، از بیمار خواسته می‌شود که با استفاده از تکنیک پرسش و پاسخ، باورهای خود را بررسی کند. در این روش، بیمار باید نقش‌های مثبت و منفی را بازی کند و به‌این‌ترتیب به تأیید یا رد باورهای خود پردازد. این فرآیند به بیمار کمک می‌کند تا به‌صورت عمیق‌تر با باورهای خود مواجه شود و درنهایت اثرات آن‌ها را به‌طور آگاهانه بازبینی و تحلیل کند. در این بخش از درمان، بیمار نقش مثبت و منفی را به‌طور متناوب بازی می‌کند تا به چالش با باورهای مرتبط با نگرانی‌هایش پردازد. در نقش مثبت، وظیفه بیمار این است که فقط سؤال‌هایی درباره دلیل ظهور فکر نگران‌کننده مطرح کند. سپس، در نقش منفی، بیمار تنها مجاز به ارائه پاسخ به آن سؤالات است. این فرآیند پرسش و پاسخ ادامه می‌یابد تا یکی از طرفین به نتیجه‌ای منطقی و قابل‌قبول دست یابد. یکی از نکات مهمی که باید به بیمار یادآوری شود این است که در هر نقش به قوانین مربوط به آن پایبند باشد؛ یعنی در نقش مثبت تنها سؤال بپرسد و در نقش منفی فقط پاسخ دهد. برای افزایش مهارت در این زمینه، ابتدا چند مورد نمونه برای تمرین انتخاب می‌شود و این روش به‌طور عملیاتی اجرا می‌شود. این فرآیند به بیمار کمک می‌کند تا به‌صورت فعال با باورهای خود مواجه شده و توانایی تحلیل آن‌ها را توسعه دهد. اجرای دقیق و منظم این تمرین برای دستیابی به نتایج مؤثر ضروری است.

جلسه هفتم: خودگویی کلامی^۱ مثبت: پس از کسب مهارت کافی در تکنیک پرسش و پاسخ، بیمار وارد مرحله‌ای می‌شود که در آن باید در نقش مثبت با خود گفتگو کند. زمانی که در نقش منفی دیگر قادر به پاسخ دادن به سؤالات نقش مثبت نیست و تسلیم می‌شود، بیمار در نقش مثبت باید تلاش کند تا احتمالات مثبت‌تری را شناسایی کند و جایگزین احتمالات منفی نماید. برای انجام این کار، ابتدا باید همه احتمالات ممکن را بر روی کاغذ ثبت کند و سپس بهترین و کمترین نگرانی‌آفرین را انتخاب کند. در پایان به بیمار یادآوری می‌شود که هدف اصلی این تکنیک استفاده از آن در لحظات واقعی، مثل موقعیت‌های اجتماعی اضطراب‌آور، است. بیمار باید بتواند به‌محض ورود فکر نگران‌کننده، از این تکنیک استفاده کرده و افکار مثبت را جایگزین افکار منفی کند. این فرآیند به بیمار کمک می‌کند که مهارت عملی و ذهنی خود را برای مواجهه با شرایط واقعی بهبود بخشد و آرامش بیشتری پیدا کند.

جلسه هشتم: پایش پیشرفت و بهبودی و جلوگیری از عود: در این جلسه، پیشرفت بیمار در استفاده از تکنیک‌ها و تغییر باورهای فراشناختی مشکل‌ساز به‌دقت موردبررسی قرار می‌گیرد. موانع و مشکلات موجود شناسایی شده و تلاش می‌شود تا این چالش‌ها رفع شوند. علاوه بر این، خلاصه‌ای جامع از تمامی اقدامات انجام‌شده طی جلسات درمان ارائه می‌شود. این خلاصه شامل

^۱ - self-speech

نمونه‌ای از ضابطه‌بندی فردی، مرور فراپاورهای منفی کلیدی، داده‌هایی که به ابطال باورهای غیرانطباقی منجر شده‌اند، و بررسی نقش راهبردهای ناکارآمد در حفظ اختلال است. همچنین تکنیک‌ها و مراحل درمانی پیشین بازبینی می‌شوند تا نقش آن‌ها در کمک به بیمار برای رفع اختلال مورد تأکید قرار گیرد. در پایان، به بیمار توصیه می‌شود که در موقعیت‌های واقعی اجتماعی از تکنیک‌های مطرح شده استفاده کند. بیمار تشویق می‌شود که با بهره‌گیری از این مهارت‌ها به عنوان "روانشناس خویش" عمل کرده و به طور مستقل در مدیریت افکار و رفتارهای خود نقش داشته باشد. این گام نهایی می‌تواند به تقویت اعتمادبه‌نفس و ارتقای توانایی مقابله‌ای بیمار منجر شود.

در این پژوهش، داده‌ها به صورت جداگانه و تک‌موردی مورد تحلیل قرار گرفتند. برای هر آزمودنی، داده‌های خام مربوط به سه مرحله، شامل خط پایه، مداخله و پیگیری، به شکل نمودار ترسیم شد. موفقیت یا شکست طرح، از طریق نمودارها قابل مشاهده بوده و تأثیر مداخله به وضوح قابل استدلال است. این نوع تحلیل، دیداری و نموداری است و در بسیاری از مطالعات تک‌موردی به کار رفته و از قدرت آزمون نسبتاً بالایی برخوردار است. علاوه بر تحلیل نموداری، از اندازه اثر برای بررسی معناداری بالینی تغییرات استفاده شده است. فرمول اندازه اثر در این پژوهش به صورت زیر محاسبه شده است:

انحراف استاندارد / نمره پس‌آزمون - نمره پیش‌آزمون = فرمول اندازه اثر
همچنین، برای ارزیابی بهبود بالینی و تعیین میزان پیشرفت در اهداف درمانی از فرمول درصد بهبودی استفاده گردید. این روش برای نخستین بار توسط بلانچارد و اسکوارز^۱ در سال ۱۹۸۸ معرفی شده و در مطالعات تجربی تک‌موردی مورد استفاده قرار گرفته است (بون و بونستیل^۲، ۲۰۰۱).

$100 \times (\text{نمره پس‌آزمون} - \text{نمره پیش‌آزمون}) = \text{فرمول درصد بهبودی}$

یافته‌ها

همان‌گونه که در فصل سوم پژوهش حاضر بیان شد روش مورد مطالعه SSD (مطالعه تک‌موردی) بوده است. در این روش گروه کنترل وجود ندارد و آزمودنی‌ها با پاسخ‌های خود قبل از اجرای متغیر مستقل و نسبت به خط پایه مقایسه می‌شوند. (مورگان و مورگان، ۲۰۰۸). در این نوع آزمایش یک روش مداخله روی یک فرد اعمال می‌شود تا اثربخشی آن مشخص گردد. تغییرات هر فرد به صورت جداگانه بررسی می‌شود. در ابتدا، بدون اعمال مداخله، اندازه‌گیری‌های مربوط به خط پایه ثبت شده و تا زمانی که این اندازه‌ها به ثبات برسند ادامه می‌یابد. پس از تثبیت داده‌های خط پایه، اولین مداخله‌ای آزمایشی ارائه شده و به صورت جداگانه برای هر شرکت‌کننده اجرا می‌شود. نتایج هر شرکت‌کننده به عنوان مبنایی برای ارزیابی اثربخشی مداخله مورد استفاده قرار می‌گیرد. به منظور سنجش میزان پایداری اثر مداخله بر فراهیجانات منفی و حساسیت اضطرابی، یک ماه پس از آخرین مداخله، علائم مجدداً ارزیابی شده و نتایج با داده‌های مرحله‌ی خط پایه و مداخله مقایسه گردید.

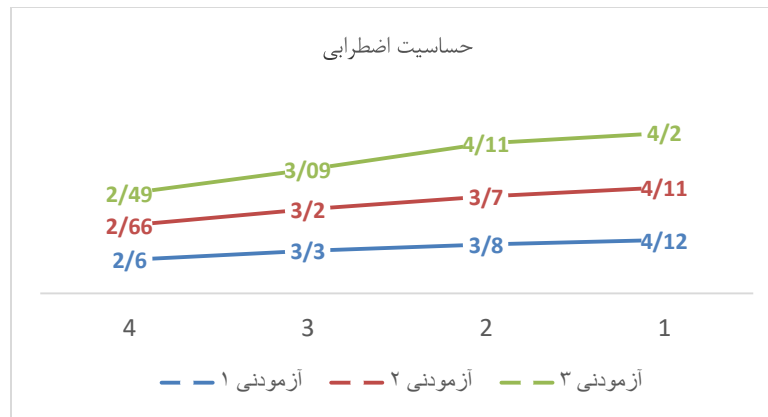
فراهیجانات منفی

نتایج حاصل از تکمیل پرسشنامه فراهیجانات در چهار مرحله به تفصیل مورد بررسی قرار گرفتند. همان‌طور که قبلاً گفته شد ابتدا مصاحبه بالینی از هر ۳ آزمودنی انجام گرفته سپس با اجرای پرسشنامه مذکور خط پایه تعیین و مداخله انجام گرفت. در حین مداخله هم دو بار پرسشنامه برای هر ۳ آزمودنی اجرا شد. پس از اتمام مداخله و یک ماه پس از آن به منظور پیگیری اثر درمان یک‌بار دیگر پرسشنامه بر روی هر ۳ آزمودنی اجرا شد. مطابق با نمرات پرسشنامه‌ها در سیر زمانی خط پایه و در طول جلسات

^۱- Blanchard and Squares

^۲- Boonen and Boonsteel

فصلنامه راهبردهای نو در روان‌شناسی و علوم تربیتی، دوره هشتم، شماره سه، تابستان ۱۴۰۵



نمودار (۲): نمودار مربوط به حساسیت اضطرابی آزمودنی‌ها

جدول (۲) و نمودار (۲) خطی فوق نشان می‌دهد هر سه آزمودنی اثربخشی درمان را در میزان کاهش حساسیت اضطرابی خود از خط پایه تا جلسه هشتم را تجربه کرده‌اند (به‌طور میانگین ۳۰/۸۲ درصد کاهش). این نتایج نشان‌دهنده تأثیر مثبت فراشناخت درمانی بر کاهش حساسیت اضطرابی در دانشجویان دارای علائم پانیک می‌باشد؛ بنابراین فرضیه اول پژوهش مبنی بر اثربخشی درمان MCT بر حساسیت اضطرابی دانشجویان دارای علائم پانیک تأیید می‌گردد.

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج تحقیق نشان داد هر سه آزمودنی سیر کاهشی در نمرات و علائم فراهیجانات منفی داشته‌اند. میانگین درصد بهبودی ۱۸/۲۰٪ بوده است. بدین ترتیب فرضیه اول تأیید می‌شود، یعنی درمان MCT بر فراهیجانات منفی دانشجویان دارای علائم پانیک مؤثر است. یافته‌های پژوهش با نتایج تحقیقات اقدمی باهر، خادمی، شاکردولق (۱۴۰۲)، ولز و فیشر (۲۰۲۵)، نورمن و همکاران (۲۰۲۴)، اکانو و همکاران (۲۰۲۴)، همسو می‌باشد. در تبیین این فرضیه می‌توان گفت درمان MCT (با تمرکز بر تغییر فراشناخت‌ها، باورها و فرآیندهای شناختی درباره تفکر)، با کاهش فراهیجانات منفی (مانند اضطراب، نگرانی، نشخوار فکری) در افراد با علائم پانیک مؤثر است. در حقیقت MCT با شکستن چرخه فراشناختی تداوم‌بخش پانیک (توجه افراطی به تهدید + نشخوار فکری + رفتارهای ایمنی‌بخش) و جایگزینی آن با راهبردهای انعطاف‌پذیر تنظیم شناخت، فراهیجانات منفی را در دانشجویان هدف قرار می‌دهد. این رویکرد، نه تنها علائم حاد پانیک را کاهش می‌دهد، بلکه با تغییر رابطه فرد با افکارش، از عود مجدد جلوگیری می‌کند. همچنین. این یافته‌ها با تبیین نظری مدل سندرم شناختی-توجهی (CAS) ولز (۲۰۰۰) همسو است که اختلال پانیک را حاصل چرخه‌های خودتداوم‌بخش ناشی از باورهای فراشناختی ناسازگار می‌داند. بر اساس این مدل، دانشجویان مبتلا به علائم پانیک، باورهای درباره «غیرقابل کنترل بودن هیجانات» (مثلاً «اضطراب من پایان‌ناپذیر است») یا «خطرناک بودن علائم جسمانی» (مثلاً «تپش قلبم نشانه سخته است») توسعه می‌دهند. این باورها منجر به فراهیجانات منفی (هیجانات ثانویه مانند ترس از ترس یا شرم از اضطراب) و رفتارهای اجتنابی می‌شود که به نوبه خود توجه فرد را به تهدیدهای درونی متمرکز ساخته و چرخه پانیک را تشدید می‌کند MCT. با هدف قرار دادن مستقیم این مکانیسم‌های فراشناختی از طریق تکنیک‌هایی چون ذهن‌آگاهی گسلیده و بازآموزی توجه (ATT)، رابطه فرد با افکار و هیجانات را اصلاح می‌کند. به‌ویژه، کاهش فراهیجانات منفی

¹ - Wells, Fisher

² - Normann & et al

³ - Okano & et al

در این مطالعه را می‌توان به توانایی MCT در تضعیف باورهای فراشناختی درباره «ضرورت کنترل هیجانات» و جایگزینی الگوهای توجه سازگارتر نسبت داد. این تغییرات نه تنها هیجانات ثانویه را کاهش می‌دهد، بلکه با شکستن چرخه توجه متمرکز بر تهدید، بهبود پایدار در علائم پانیک را نیز تسهیل می‌کند. یافته‌های حاضر از برتری MCT نسبت به مداخلات صرفاً شناختی (مثل CBT سنتی) در اختلالات اضطرابی حمایت می‌کند، چرا که MCT علت ریشه‌ای تداوم پانیک - یعنی فرآیندهای فراشناختی - را مورد هدف قرار می‌دهد.

همچنین نتایج تحقیق نشان داد هر سه آزمودنی سیر کاهشی در نمرات و علائم حساسیت اضطرابی داشته‌اند. میانگین درصد بهبودی ۳۰/۸۲٪ بوده است. بدین ترتیب فرضیه دوم تأیید می‌شود، یعنی درمان MCT بر حساسیت اضطرابی دانشجویان دارای علائم پانیک مؤثر است. یافته‌های پژوهش با نتایج تحقیقات حسینی و نوروزی (۱۴۰۳)، مفسری، اسدنبی، عربی دیوارعظمی، رحیمی و شاهینی (۱۴۰۳)، اکانو و همکاران^۱ (۲۰۲۴)، هی^۲، یانگ^۳، لوو^۴، ونگ^۵، لی^۶ (۲۰۲۴)، کاپوبیانکو و همکاران^۷ (۲۰۲۳)، پرنّا^۸ و همکاران (۲۰۱۲)، همسو می‌باشد. در تبیین این فرضیه می‌توان گفت با توجه به اینکه حساسیت اضطرابی باور فرد درباره‌ی خطرناک بودن علائم جسمانی/هیجانی اضطراب (مثل تپش قلب یا سرگیجه) است. در اختلال پانیک، این باور به‌عنوان یک فراشناخت ناسازگار عمل می‌کند و MCT با هدف قرار دادن مکانیسم‌های فراشناختی، آن را اصلاح می‌کند؛ بنابراین می‌توان عنوان کرد درمان MCT با هدف قرار دادن سه حلقه‌ی معیوب در حساسیت اضطرابی (تفسیر فاجعه‌آمیز علائم جسمانی و توجه متمرکز بر تهدید و نشخوار فکری و جایگزینی آن‌ها با راهبردهای فراشناختی انعطاف‌پذیر (توجه باز، پذیرش بدون قضاوت، اصلاح باورهای فراشناختی) حساسیت اضطرابی را کاهش می‌دهد. همچنین این یافته با هسته نظری مدل سندرم شناختی-توجهی (CAS) ولز (۲۰۰۹) همخوانی دارد که حساسیت اضطرابی را پیامد مستقیم باورهای فراشناختی ناسازگار درباره معنای فاجعه‌بار علائم جسمانی اضطراب می‌داند. بر پایه این مدل، دانشجویان دارای علائم پانیک، باورهایی همچون "تپش قلب نشانه سکنه قریب‌الوقوع است" یا "سرگیجه منجر به از دست دادن کنترل می‌شود" را پرورش می‌دهند که حساسیت اضطرابی را به‌مثابه یک «آماده‌باش دائمی» برای شناسایی تهدیدهای جسمانی تقویت می‌کند. MCT با هدف قرار دادن این باورهای فراشناختی از طریق دو مکانیسم کلیدی عمل می‌کند: نخست، تکنیک‌هایی مانند ذهن‌آگاهی گسلیده به افراد می‌آموزد تا علائم جسمانی را بدون قضاوت یا تفسیر فاجعه‌ساز مشاهده کنند و بدین ترتیب، چرخه «توجه انتخابی به بدن ← تفسیر فاجعه‌آمیز ← تشدید اضطراب» را می‌شکند. دوم، بازآموزی توجه (ATT) با کاهش تمرکز افراطی بر سیگنال‌های درونی (مانند ضربان قلب)، تحمل‌ناپذیری ابهام جسمانی را کاهش داده و باورهای نادرست درباره «خطرناک بودن» احساسات بدنی را تضعیف می‌کند. این تغییرات فراشناختی نه تنها حساسیت اضطرابی را به‌عنوان عامل پیش‌بینی کننده حملات پانیک کاهش می‌دهد، بلکه بهبود پایدار در اجتناب موقعیتی را نیز تسهیل می‌کند. اثربخشی مشاهده‌شده MCT در این مطالعه، از برتری آن نسبت به مداخلات شناختی مرسوم (CBT) حکایت

¹- Okano & et al

² - He

³ - Yang

⁴ -Luo

⁵ -Wang

⁶ -Li

⁷ - Capobianco & et al

⁸ - Perna

دارد، چرا که MCT مستقیماً به اصلاح فرآیندهای توجهی و باورهای مولد حساسیت اضطرابی و نه صرفاً چالش با محتوای افکار منفی می‌پردازد.

منابع

- احمدی، عزت‌اله. (۱۳۹۷). پیش‌بینی هراس اجتماعی از طریق باورهای فراشناخت و ویژگی‌های شخصیتی. مجله دانشگاه علوم پزشکی قم. ۱۲ (۱۰)، ۴۶-۵۴.
- جعفری، اصغر؛ پویامنش، جعفر؛ قربانیان، ناصرکبیری، مهسا. (۱۳۹۲). اثربخشی طرحواره درمانی در تعدیل طرحواره‌های ناسازگار اولیه و کاهش حساسیت اضطرابی در دانشجویان. فصلنامه آموزش و ارزشیابی، ۶ (۲۴)، ۷۹-۹۱.
- اسقوات، تیلور؛ جانگ، کاکس؛ وات و فلدوروف و بورگر. (۲۰۰۱). مدل علی روابط میان تاریخچه یادگیری، حساسیت اضطرابی و حمله‌های وحشت‌زدگی. مجله درمان و تحقیقات رفتاری، ۱۰-۱.
- اسدنیان، سعید. (۱۴۰۰). روابط ساختاری ابعاد سرشت با اختلال وسواسی اجباری، اختلال پانیک و اختلال اضطراب فراگیر: با واسطه‌گری حساسیت اضطرابی و حساسیت انزجاری در دانشجویان دانشگاه ارومیه. پایان‌نامه دکتری روانشناسی. دانشگاه تبریز.
- اسدنیان، سعید؛ محمودعلیلو، مجید؛ بیرامی، منصور؛ بخشی‌پور، عباس. (۱۴۰۲). نقش واسطه‌ای حساسیت انزجاری در رابطه بین ابعاد سرشت در اختلال پانیک. فصلنامه روانشناسی کاربردی، ۱۷، ۱۲۱-۱۴۲.
- اشکرز، ناهید. (۱۴۰۱). بررسی تغییرات نشانگرهای زیستی زنان مبتلا به اختلال پانیک در پاسخ به سه شیوه تمرینی. پایان‌نامه دکتری، دانشگاه محقق اردبیلی.
- انجمن روان پزشکی آمریکا (۲۰۱۳). راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی (ویراست پنجم): ترجمه فرزین رضاعی و دیگران.
- آریان‌فر، مریم. (۱۳۹۹). مقایسه دورنگرایی و برون‌گرایی، حساسیت اضطرابی و رویدادهای تروماتیک در افراد مبتلا به اختلال پانیک و عادی. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روانشناسی. دانشگاه آزاد اسلامی واحد اردبیل.
- بابایی، کیمیا. (۱۴۰۱). بررسی نقش تعدیل‌گری تحمل‌پریشانی در رابطه بین نگرانی‌های فیزیکی و حساسیت اضطرابی با علائم پانیک در دانشجویان دختر دانشگاه آزاد اسلامی واحد ایلام. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد ارومیه.
- بارلو، دیوید اچ و، دیورند، وی مارک (۱۹۴۲) آسیب‌شناسی روانی ترجمه مهرداد فیروزبخت. تهران: انتشارات رسا
- بشارت، محمد علی بهرامی، زاده حمید فنی لادن و حسن آبادی، حمیدرضا (۱۳۹۴) رابطه روان سازه های ناسازگار اولیه با همبودی اضطراب و افسردگی نقش واسطه‌ای باورهای فراشناختی و حساسیت اضطرابی، مجله دست آوردهای روانشناسی بالینی دانشگاه شهید چمران اهواز.
- بهزاد تقی پور سجاد بشرپور محمد نریمانی (۱۳۹۹) اثربخشی گشتالت درمانی گروهی بر حساسیت اضطرابی و نشخوارفکری زنان مبتلا به اختلال پانیک، پژوهش های نوین روان‌شناختی، ۱۵ (۵۹)، ۱-۱۰.
- پرزینتیز، شیا؛ رافا، زنده؛ دیک، رامسا و همکاران. (۲۰۰۹). حساسیت اضطرابی به‌عنوان پیش‌بینی‌کننده دوره‌های بالینی اختلال وحشت‌زدگی: مطالعه پیگیری یکساله. مجله اضطراب و افسردگی، ۱۵-۲۵.
- پورحسن، مریم. (۱۳۹۵). ارتباط اضطراب جدایی، رفتارهای ایمنی و سبک‌های دلبستگی با کیفیت خواب و فعالیت فیزیکی زنان دارای نشانه‌های اختلال پانیک. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روانشناسی. دانشگاه محقق اردبیلی.
- تقی‌پور، بهزاد؛ بشرپور، سجاد؛ اسمعیلی منیژه. (۱۴۰۰). اثربخشی آموزش تنظیم هیجان بر پردازش هیجان و علائم پانیک در زنان مبتلا به اختلال پانیک. نشریه روانشناسی بالینی، ۳ (۵)، ۷۹-۸۷.
- تقی‌پور، بهزاد؛ بشرپور، سجاد؛ حاجیلو، نادر؛ نریمانی، محمد. (۱۴۰۰). اثربخشی آموزش تنظیم هیجان بر حساسیت اضطرابی و نگرانی زنان مبتلا به اختلال پانیک. نشریه مطالعات روان‌شناختی، ۱۷، ۱۴۵-۱۶۰.
- توکلی، مهین؛ خادمی، علی؛ فرشباغ، مانی؛ صفت، فرناز و شاکردولق، علی (۱۴۰۱). مدل‌سازی معادلات ساختاری سازمان‌یافتگی شخصیت و روابط موضوعی با سوگیری تفسیری با میانجیگری فراهیجانات و حساسیت پردازش حسی در دانشجویان افسرده. مجله مطالعات ناتوانی، ۱۲، ۱۵۷.
- حاتمی، محمد؛ احمدیان، علیرضا و هاشمی، هادی. (۱۳۹۲). اختلال حمله وحشت زدگی (پانیک) تهران: انتشارات آثار معاصر.
- حسینی، ز.؛ نوروزی (۱۴۰۳). مقایسه اثربخشی درمان فراشناختی و CBT بر علائم پانیک و تنظیم هیجان در دانشجویان. کنفرانس ملی روانشناسی سلامت، دانشگاه تهران.
- خادمی، علی؛ سیف، علی‌اکبر. (۱۳۹۰). بررسی تأثیر آموزش مؤلفه‌های فراشناختی در کاهش رفتارهای ضداجتماعی جوانان. نشریه تحقیقات علوم رفتاری. ۹، ۳.
- دستنامه روانپزشکی بالینی کاپلان سادوک. ترجمه جعفری و تقی‌زاده. تهران: انتشارات ابن سینا.
- رامش، سمیه؛ بشارت، محمدعلی؛ سلطان‌زاده، حمید؛ رستمی، رضا؛ واشقانی، فراهانی، علی؛ فراهانی، حجت‌اله (۱۴۰۱). پیش‌بینی سنکوپ وازوواگال براساس متغیرهای توجه درون‌پرداز و حساسیت اضطرابی. مجله دانشگاه علوم پزشکی قم، ۱۶ (۲)، ۱۷۸-۱۸۹.

- فولادی، اصغر؛ خادمی، علی؛ شاکر دولق، علی (۱۴۰۲). مقایسه اثربخشی فراشناخت درمانی و درمان مبتنی بر شفقت بر میزان علائم سایبر کندریا در پرستاران روانشناسی سلامت، ۱۲(۴۶)، ۷-۲۲.
- کریمی، ف؛ احمدی، س. (۱۴۰۱). رابطه فراشناخت‌ها و حساسیت اضطرابی با علائم پانیک در دانشجویان: نقش میانجی فراهیجانات. فصلنامه مطالعات روان‌شناختی، ۱۲(۴)، ۸۹-۱۰۴.
- کیس، لارینا؛ روث لدلی، دبور. (۱۴۰۳). فشرده درمانهای کارآمد در اختلالات اضطرابی. ترجمه یوسف گرجی و فریبا حسینی. تهران: انتشارات ارجمند. (۲۰۱۶).
- لیهی رابرت (۲۰۰۱). مقاومت در شناخت درمانی ترجمه حسن حمیدپور زهر اندوز و حسن زیرک: تهران: انتشارات ارجمند.
- محمودعلیلو، مجید؛ لشکری، آرزو (۱۳۹۹). اثربخشی درمان فراشناختی بر کاهش نگرانی و فراترگرانی افراد دارای نشانه‌های اختلال اضطراب فراگیر. پژوهش‌های نوین روان‌شناختی، ۱۵(۵۹)، ۱-۱۰.
- محمدی، سید یونس؛ مالمیر، طیب؛ گلزاری، میترا (۱۳۹۵). بررسی اثر نوروفیدبک بر میزان اضطراب و جرئت‌ورزی در افراد مبتلا به اختلال وحشت زدگی. فصلنامه علمی پژوهشی عصب روانشناسی، ۲(۵)، ۱-۱۰.
- محمود علیلو، م و لشکری آ. (۱۳۹۹). اثربخشی درمان فراشناختی بر کاهش نگرانی و فراترگرانی افراد دارای نشانه‌های اختلال اضطراب فراگیر. فصلنامه پژوهشهای نوین روان‌شناختی، ۱۵(۵۹)، ۱۹۷۰-۱۸۷.
- ولز، آدریان (۱۴۰۱). راهنمای عملی درمان فراشناختی اضطراب و افسردگی. ترجمه شهرام محمدخانی. انتشارات ابن سینا: تهران.
- ولز و فیشری. (۱۳۸۹). فراشناخت درمانی. خادمی و بیرامی. تهران: علم. تاریخ انتشار به زبان اصلی (۱۹۶۸).
- Arfaie, A., Shafiee-Kandjani, A. R., Arfaie, A., Safikhlanlou, S., Dadashzadeh, H., & Tarvirdizade, K. (2018). Personality Traits in Patients with Panic Disorder According to the Presence of Agoraphobia. *Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences*, 12(4).
- Ashwin, C., Holas, P., Broadhurst, S., Kokoszka, A., Georgiou, G. A., & Fox, E. (2012). Enhanced anger superiority effect in generalized anxiety disorder and panic disorder. *Journal of anxiety disorders*, 26(2), 329-336.
- Asselmann, E., Wittchen, H. U., Lieb, R., & Beesdo-Baum, K. (2016). Risk factors for fearful spells, panic attacks and panic disorder in a community cohort of adolescents and young adults. *Journal of affective disorders*. 193, 305-308.
- Bailen, N. H., Wu, H., Thompson, R. J. (2019). Meta-emotions in daily life: Associations with emotional awareness and depression. *Emotion*, 19(5), 776-787. <https://doi.org/10.1037/emo0000488>
- Ball, T. M., Sullivan, S., Flagan, T., Hitchcock, C. A., Simmons, A., Paulus, M. P., & Stein, M. B. (2012). Selective effects of social anxiety, anxiety sensitivity, and negative affectivity on the neural bases of emotional face processing. *Neuroimage*, 59(2), 1879-1887.
- Ciucci, E., Baroncelli, A., & Toselli, M. (2015). Meta-emotion philosophy in early childhood teachers: Psychometric properties of the crèche educator emotional styles questionnaire. *Early Childhood Research Quarterly*, 33(4), 1-11.
- Eisenberg, N. (1996). Metaemotion and socialization of emotion in the family— A topic whose time has come: Comment on Gottman et al. (1996). *Journal of Family Psychology*, 10(3), 269-276. doi:10.1037/08933200.10.3.269
- *Emotion*, 11(5), 1255-1261. doi:10.1037/a0025616
- Fisher, P. L., & McNicol, K. (2021). The role of anxiety sensitivity in metacognitive therapy for panic symptoms in college students. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 49(5), 555-570.
- Fisher, P. L., & Wells, A. (2022). Metacognitive therapy for panic disorder in young adults: A dismantling study. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 50(4), 432-446.
- Gottman, J. M., Katz, L. F., & Hooven, C. (2013). *Meta-emotion: How families communicate emotionally*. New jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Haradvala, N. (2016). *Meta-Emotions in Daily Life: Associations with Emotional Awareness and Depression*. A thesis of Master of Art. Washington University. <https://magiran.CO2m/R440031>
- Heidenreich, T. et al. (2023). Anxiety Sensitivity and Metacognitions in Panic: A Cross-Cultural Study. *Behaviour Research and Therapy*
- Hjemdal, O., et al. (2020). How metacognitive therapy enhances emotional regulation in panic disorder: A qualitative exploration. *Frontiers in Psychology*, 11, 578.
- Koopman, E. M. E. (2015). Why do we read sad books? Eudaimonic motives and meta-emotions. *Poetics*, 52, 18-31.
- Koven, N. S. (2011). Specificity of metaemotion effects on moral decisionmaking.
- Kwon, S., & Lee, J. (2024). The impact of brief metacognitive therapy on emotional regulation and panic symptoms in university students. *Anxiety, Stress, & Coping*, 37(2), 189-205.

- latunji, B. O., et al. (2021). "Anxiety Sensitivity and Panic: Reciprocal Relationships and Targets for Intervention". *Annual Review of Clinical Psychology*.
- Linnea, c. Esbens, S. Glenn, H. (2024). Targeting Beliefs about Emotions via Meta-Emotions Therapy for Adolescents with Anxiety: A Case Series Study. In *Journal of (CO2)ntemporary Psychotherapy*.
- Miceli, M., & Castelfranchi, C. (2019). Meta-emotions and the (CO2)mplexity of human emotional experience. *New Ideas in Psychology*. 55, 42-49.
- Mitmansgruber, H., Beck, T., Höfer, S., & Schüßler, G. (2009). When you don't like what you feel: Experiential avoidance, mindfulness and meta-emotion in emotion regulation. *Personality and Individual Differences*, 46(4), 448-453.
- Nordahl, H. M., et al. (2021).Metacognitive therapy for university students with panic disorder: A randomized controlled trial.*Journal of Anxiety Disorders*, 81, 102418.
- Normann, N. et al(2024). Negative Meta-Emotions as Mediators Between Metacognitive Beliefs and Panic Severity. *Cognitive Therapy and Research*, Vol. 48(2), 189-201
- Okano, K. et al. (2024). Metacognitive Therapy for Panic in Young Adults: A Meta-Analysis. *Clinical Psychology Review*
- Pauketat, J. V. T., Mackie, D. M., & Tausch, N. (2019). Group-based meta emotion and emotion responses to intergroup threat. *British Journal of Socia; Psychology*, 59(2), 494-521.
- Strodl, E. Sorensen, P. (2023). The Role of Meta-(CO2)gnitive Beliefs versus Meta-Emotions Beliefs in Disordered Eating. *Australian Psychologist*. <https://doi.org/10.1080/00050067>
- Taghipour, B. Basharpour, S. Hajiloo, N. Narmini, M. The effectiveness of Emotion Regulation on Anxiety Sensitivity & Worry of women with Panic Disorder. *Psychology Studies*. 2021. 1. 17. 145-160
- van der Heiden, C., et al. (2020).The efficacy of brief metacognitive therapy for panic disorder in a student sample.*Cognitive Therapy and Research*, 44(6), 1102–1113.
- Wells, A., & Reeves, D. (2024). *The Efficacy of Metacognitive Therapy for Emotional Dysregulation in Anxiety Disorders: A Systematic Review*. *Journal of Anxiety Disorders*, 93, 102775.
- Wells, A., Fisher, P. (2023). Efficacy of Metacognitive Therapy on Anxiety Sensitivity and Negative Meta-Emotions in University Students with Panic Symptoms: A Randomized Controlled Trial. *Journal of Anxiety Disorders*. DOI: [10.1016/j.janxdis.2023.102354](https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2023.102354)