



بررسی اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه بارلو بر حساسیت اضطرابی و تنظیم هیجان در افراد مبتلا به اختلال پانیک

بی بی مریم هاشمی^۱، حسین مهدیان^۲

۱- دانشجوی دکتری تخصصی مشاوره، گروه مشاوره، واحد بجنورد، دانشگاه آزاد اسلامی، بجنورد، ایران (نویسنده مسئول)

۲- استادیار گروه روانشناسی، واحد بجنورد، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد بجنورد، ایران

چکیده

یکی از عناصر مهم برای هر فرد، سلامت عمومی اوست. لذا هدف این پژوهش تعیین میزان اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه بر کاهش حساسیت اضطرابی و بازداری هیجان و افزایش ارزیابی مجددشناختی در افراد مبتلا به اختلال پانیک بود. مطالعه حاضر، پژوهشی نیمه تجربی با گروه مداخله و کنترل می باشد. جامعه آماری پژوهش کلیه افراد مبتلا به اختلال پانیک در شهر مشهد مقدس بود، که به شیوه هدفمند، در هر گروه تعداد ۹ بیمار انتخاب شدند. ابزار اندازه گیری شامل پرسشنامه حساسیت اضطرابی فلویید و همکاران (۲۰۰۵) و تنظیم هیجان گراس و جان (۲۰۰۳) بود. گروه مداخله طی ۱۲ جلسه ۹۰ دقیقه ای تحت درمان فراتشخیصی یکپارچه قرار گرفتند، در حالی که در این مدت گروه کنترل هیچ مداخله ای را دریافت نکردند. و پس از اتمام درمان پس آزمون و پیگیری به عمل آمد. نتایج تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر نشان داد که درمان فراتشخیصی یکپارچه بر کاهش حساسیت اضطرابی و بازداری هیجان و افزایش ارزیابی مجددشناختی تاثیر معنادار دارد ($P < 0.05$). درمان فراتشخیصی یکپارچه بر کاهش حساسیت اضطرابی، بازداری هیجان و افزایش ارزیابی مجددشناختی افراد مبتلا به اختلال پانیک موثر است. پیشنهاد می شود با به کارگیری این متغیرها از سوی مراکز درمانی، سایر ارگانها و سازمان های مرتبط بتوان در راستای بهبود وضعیت سلامت روان افراد مبتلا به اختلالات اضطرابی خصوصا اختلال پانیک گامی مؤثر برداشت.

واژه های کلیدی: درمان فراتشخیصی یکپارچه، حساسیت اضطرابی، تنظیم هیجان، اختلال پانیک



مقدمه

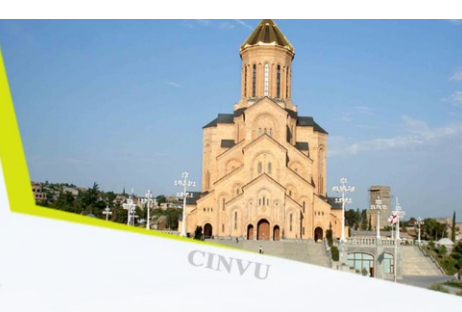
اختلال پانیک یکی از انواع اختلال های اضطرابی بوده که دارای نشانه های هیجانی، جسمانی و شناختی زیاد و شامل دوره ای از ترس و ناراحتی شدید است (Na et al., 2021) که دارای علائمی مانند تپش یا افزایش ضربان قلب، احساس سرگیجه و خستگی، ترس از مردن و دیوانه شدن یا از دست دادن تسلط بر خود و تغییر ناگهانی خود می باشد (Birstein and Gusky, 2020). میزان شیوع اختلال پانیک ۱/۵ تا ۵ درصد بوده و کیفیت زندگی مبتلایان به آن به شدت کاهش می یابد (Efron and Wootton, 2021). عامل آسیب پذیری مهمی که در سال های اخیر توجه ی پژوهشی فراوانی را در ارتباط با اضطراب و اختلال های مرتبط با آن به خود جلب کرده، حساسیت اضطرابی است (Behenck et al., 2021). مک نالی (۲۰۰۲) حساسیت اضطرابی را به عنوان ترس از احساس های مرتبط با اضطراب تعریف می کند که از باور به اینکه این احساسات، تهدید اجتماعی، جسمانی یا روان شناختی برای فرد دارد، ناشی می شود (McNally, 2002). پژوهش ها حاکی از آن است که حساسیت اضطرابی عامل خطری برای رشد اختلالات اضطرابی و به خصوص اختلال پانیک است. برخلاف باور اولیه ی برخورداران از مطالعات طولی که این سازه ی شناختی را فقط در آسیب پذیری اختلال پانیک دخیل می دانست، مطالعات همبستگی نشان می دهد که این عامل با سایر اختلالات اضطرابی نیز رابطه دارد (Zahler et al., 2020). به عنوان مثال، (Behenck et al., 2021) نشان دادند که نمرات شاخص حساسیت اضطرابی با همه اختلالات اضطرابی و هراس خاص، رابطه دارد.

حساسیت اضطرابی، به عنوان مفهوم کلی، خود شامل سه عامل مرتبه ی پایینی ترس از احساسات بدنی (نگرانی های جسمانی)، ترس از نشانه های قابل مشاهده ی عمومی (نگرانی های اجتماعی) و ترس از عدم کنترل شناخته می شود (Angehrnet al., 2020). نگرانی های جسمانی با اختلال پانیک و نگرانی های اجتماعی با ارزیابی های منفی دیگران و تشخیص فوبی اجتماعی مرتبط است (Raines et al., 2020). برخی محققان اعتقاد بر این دارند که در نهایت آنچه باعث می شود حساسیت اضطرابی به سمت آسیب شناسی روانی اضطراب سوق پیدا کند، تا حدودی بستگی به این دارد که افراد چگونه نشانه های فیزیکی، شناختی و رفتاری اضطرابشان را نظارت و مدیریت کنند (Paulus et al., 2020). به عبارتی دیگر، زمانی که افراد بتوانند شناخت ها و حالت های عاطفی منفی را تحمل کنند (بدون نیاز به تغییر یا اجتناب از آنها)، وجود حساسیت اضطرابی بالا به تنهایی نمی تواند چندان مشکل آفرین باشد (Asnaani et al., 2020). همچنین تا جایی که افراد با حساسیت اضطرابی بالا، حالات و افکار نگران کننده و آزارنده ی خود را به صورت هیجانی بپذیرند، به احتمال زیاد در ممانعت از افزایش تجارب اضطرابی خود توانا خواهند بود (Neighbors et al., 2020). به طور خاص، برخی متغیرها مانند تنظیم هیجان، افراد آسیب پذیر از لحاظ هیجانی را قادر می سازد تا به واسطه ی توجه به موقعیت اضطراب آور به جای رفتاری به شدت اضطراب آمیز، ادراکی عینی تر از سطوح تهدید شخصی به دست آورند (Hatamian, 2020). حساسیت اضطرابی بالا با حداقل وضوح هیجانی می تواند فرد را به سمت اختلالات اضطرابی سوق دهد. طرفداران این مدل به پژوهش هایی استناد می کنند که نشان می دهد زمانی که افراد تلاش می کنند نشانه های آشکار حالات هیجانی و درونی منفی خود را بازدارند یا پنهان کنند به صورت کاملاً متناقض افزایش جهشی در هیجان های که تلاش می کنند از آن اجتناب کنند، دیده می شود (Ni et al., 2020). به علاوه، براساس مدل یکپارچه،

اختلالات هیجانی مثل اختلالات اضطرابی با نقص و دشواری های خاص در تنظیم هیجان، مثل اجتناب هیجانی مشخص می شوند (Ni et al., 2020). برای مثال، تجربه ی حمله وحشت زدگی با کاهش وضوح هیجانی مرتبط است و افراد مبتلا به اختلال وحشت زدگی گزارش کرده اند که نام گذاری هیجانانشان برایشان دشوار است (Zellner, 2020). بنابراین، افراد مبتلا به اختلال وحشت زدگی مشکلاتی در تنظیم هیجان از قبیل کاهش وضوح هیجانی، عدم پذیرش هیجانان و اجتناب تجربه ای دارند که با ترس و حساسیت نسبت به علائم بدنی مرتبط بوده و به حملات وحشت زدگی منتهی می شود (Zellner, 2020). براین اساس، نتایج پژوهش ها نشان دادند که راهبردهای تنظیم هیجانی می تواند (ترس از ترس) را کاهش دهد و منجر به کاهش علائم اختلال وحشت زدگی شوند (Cisler et al., 2012). همچنین افراد مبتلا به اختلال وحشت زدگی سطوح بالاتری از الکسی تایمیا یا ناتوانی در درک و ابراز هیجان را در مقایسه با گروه کنترل تجربه کنند (Totzeck et al., 2020).

خط اول درمان اختلال وحشت زدگی، دارو درمانی و درمان شناختی - رفتاری است. راهنمای انجمن روان پزشکی آمریکا درباره ی اختلال وحشت زدگی بیان کرده است که با وجود اثربخشی درمان های خط اول، ۲۰ تا ۳۰ درصد از بیماران درمان نمی شوند و یا بیماری شان عود می کند (Totzeck et al., 2020). یکی از درمان های موثر روان شناختی که توانسته است روی طیف وسیعی از اختلالات هیجانی اثربخش باشد، درمان فراتشخیصی یکپارچه نگر (Barlow et al., 2010) است که جدیدترین نسخه آن در سال ۲۰۱۷ ارائه شده است (Barlow et al., 2017). درمان فراتشخیصی یکپارچه باتوجه به محدودیت درمان های شناختی- رفتاری اختصاصی موجود و برای افراد مبتلا به اختلال های هیجانی، به ویژه اختلال های خلقی و اضطرابی طراحی شده است و در آن از اصول و پروتکل های درمانی یکسانی برای انواع ایمن اختلال ها استفاده می شود. درمان مذکور، یک درمان شناختی - رفتاری فراتشخیصی متمرکز بر هیجان است؛ در این درمان با تاکید بر هیجان ها و ماهیت انطباقی و کارکردی هیجان ها، سعی در شناسایی و اصلاح کوشش های غیرانطباقی برای تنظیم تجارب هیجانی (Barlow et al., 2017) می شود. درمان فراتشخیصی یکپارچه، شامل پنج بخش درمانی اصلی است که عبارتند از: ۱) آگاهی هیجانی مبتنی بر حال، ۲) انعطاف پذیری شناختی، ۳) اجتناب هیجانی و رفتارهای برخاسته از هیجان، ۴) آگاهی از احساس های بدنی و تحمل آنها و ۵) مواجهه هیجانی درون زاد (ذهنی) و مبتنی بر موقعیت (Barlow et al., 2017).

اثربخشی این درمان در اختلالات متفاوتی بررسی شده است. به عنوان مثال، (Anniko et al., 2011) نیز، درمان فراتشخیصی هیجان مدار را با هدف نشانه گیری راهبردهای هیجانی ناسازگارانه برای درمان بیماری های مرتبط با استرس مورد بررسی قرار دادند و بهبودی قابل توجهی در علائم اضطراب و افسردگی با پروتکل یکپارچه درمان فراتشخیصی به دست آوردند. همچنین، ادبیات پژوهش نشان می دهد این درمان برای اختلالات اضطرابی، تنظیم هیجان و اختلال استرس پس از سانحه موثر عمل کرده است (García-Escalera et al., 2020; Rodriguez-Moreno et al., 2020; O'donnell et al., 2021). به طور کلی نقص و آشفتگی در تنظیم شناختی هیجان در قالب رویکرد ابعادی، عاملی مشترک و فراتشخیصی است که به مشکلات و پیامدهای آسیب شناختی زیادی منجر می شود. با توجه به شیوع زیاد مشکلات مرتبط با تنظیم هیجان در نمونه های بالینی و غیربالینی و اهمیت تنظیم هیجان در زندگی روزمره، ضرورت به



کارگیری درمان موثر و کم خطر برای بهبود فرایندهای افراد ضروری به نظر می رسد. بنا براین باتوجه به این حقیقت که بیماران مبتلا به اختلال پانیک در معرض افزایش حساسیت اضطرابی و نقص در تنظیم هیجان قرار دارند که خود موجب کاهش سلامت عمومی و روانی این بیماران می شود و با در نظر گرفتن این مورد که در ایران تحقیقی در مورد اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه بر متغیرهای مربوطه در بیماران مبتلا به اختلال پانیک صورت نگرفته است، بر همین اساس هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه بر حساسیت اضطرابی و نقص در تنظیم هیجان افراد مبتلا به اختلال پانیک بود.

فرضیه این پژوهش (درمان فراتشخیصی یکپارچه بر حساسیت اضطرابی و نقص در تنظیم هیجان افراد مبتلا به اختلال پانیک موثر است) می باشد.

روش

روش پژوهش حاضر از نوع نیمه تجربی با طرح پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری با گروه کنترل در انتظاردرمان بود. جامعه آماری این پژوهش را کلیه افراد مبتلا به اختلال پانیک که به مرکز مشاوره مهرگان در سال ۱۳۹۹ مراجعه کرده بودند را تشکیل دادند. به منظور انتخاب نمونه پژوهشی مطالعه، از بین ۲۵ فردی که به کلینیک مراجعه کرده بودند براساس فرمول کوکران تعداد ۲۱ نفر از آنها تخمین زده شد که تنها تعداد ۱۸ نفر از آنها موافق شرکت در مطالعه بودند. با تشخیص اختلال پانیک براساس مصاحبه بالینی ساختاریافته توسط روانپزشک و روانشناس بالینی از طریق نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند، سپس به صورت تصادفی در دو گروه ۹ نفری (۱ گروه آزمایش و یک گروه کنترل در انتظار درمان) قرار گرفتند.

گروه اول تحت درمان فراتشخیصی یکپارچه بارلو و گروه دوم، گروه کنترل (در انتظاردرمان) بودند. ملاک های ورود در پژوهش شامل: (۱) رضایت از شرکت در پژوهش، (۲) داشتن سن بین ۱۸ تا ۴۰ سال، (۳) تحصیلات حداقل دیپلم، (۴) عدم مصرف دارو مرتبط با اختلال به طور همزمان بود. ملاک خروج نیز شامل عدم شرکت حداکثر در ۲ جلسه بود. برای ملاحظات اخلاقی نیز از افراد رضایت نامه ای در روند اجرای پژوهش کسب شد و به آنها اطمینان داده شد که کلیه اطلاعات محرمانه و در هر مرحله از پژوهش می توانند در صورت تمایل از پژوهش خارج شوند.

گروه کنترل در لیست انتظار قرار گرفتند تا در پایان جمع آوری داده ها تحت درمان های مذکور قرار بگیرند. جمع آوری داده ها در سه مرحله قبل از مداخله، پس از مداخله و پیگیری پس از سه ماه انجام گردید. تحلیل داده ها با استفاده از نرم افزار spss نسخه ۲۲ و آزمون آماری تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر انجام گردید. همچنین افراد از لحاظ جمعیت شناختی از طریق شاخص های آمار توصیفی (فراوانی، درصد، میانگین و انحراف معیار) تجزیه و تحلیل شدند.

ابزار

پرسشنامه حساسیت اضطرابی: یک پرسشنامه ی خودگزارش دهی است که دارای ۱۶ آیتم به صورت مقیاس پنج درجه اس لیکرت (خیلی کم=۰ تا خیلی زیاد=۴) است. درجه ی تجربه ترس از نشانه های اضطرابی با نمرات بالاتر مشخص می شود. دامنه ی نمرات بین ۰ تا ۶۴ است (Floyd et al., 2005). بررسی ویژگی های روان سنجی این مقیاس، ثبات درونی آن را بین ۰/۸۰ تا ۰/۹۰ نشان داده است. پایایی بازآزمایی بعد از دو هفته نیز برابر ۰/۷۵ و به مدت سه سال برابر

۰/۷۱ بوده است که نشان می دهد. حساسیت اضطرابی یک سازه شخصیتی پایدار است (Reiss et al., 1986). پایایی مقیاس مذکور در پژوهش مشهدی، قاسم پور، ایل بیگی و حسن زاده (۱۳۹۲) با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۷ گزارش شده است. در این پژوهش همسانی درونی مقیاس به شیوه آلفای کرونباخ ۰/۸۴ به دست آمد. مقیاس تنظیم هیجانی: این مقیاس توسط گراس و جان (۲۰۰۳) تهیه و از ۱۰ گویه تشکیل شده است. مقیاس دارای دو خرده مقیاس ارزیابی مجدد (۶ گویه) و فرونشانی (۴ گویه) است. پاسخ ها براساس مقیاس لیکرت هفت درجه ای و از کاملاً مخالف (۱) تا کاملاً موافق (۷) می باشد. ضریب آلفای کرونباخ برای ارزیابی مجدد ۰/۷۹ و برای فرونشانی ۰/۷۳ و اعتبار بازآزمایی بعد از ۳ ماه برای کل مقیاس ۰/۶۹ گزارش شده است. ضریب همسانی درونی این مقیاس در کارمندان ایالتی و دانشجویان کاتولیک دانشگاه میلان برای ارزیابی مجدد در دامنه ای از ۰/۴۸ تا ۰/۶۸ و برای فرونشانی ۰/۴۲ تا ۰/۶۳ به دست آمده است. ضرایب همبستگی ارزیابی مجدد با مقیاس عواطف مثبت (۰/۱۵-) و عواطف منفی (۰/۰۴) گزارش شده است. در ایران نیز در مطالعه مشهدی و همکاران (۱۳۹۱)، اعتبار مقیاس براساس روش همسانی درونی با دامنه آلفای کرونباخ ۰/۶۰ تا ۰/۸۱ بوده و روایی آن نیز از طریق تحلیل مولفه اصلی با استفاده از چرخش واریماکس و روای ملاکی، مطلوب گزارش شده است.

مداخله

در این پژوهش از درمان یکپارچه فراتشخیصی (Barlow, 2017) طراحی شده است، استفاده شد. برنامه درمانی شامل ۱۲ جلسه مداخله بود که طی جلسات ۴۵ دقیقه ای و در طی ۱۲ هفته متوالی به شیوه گروهی در مرکز مشاوره مهرگان مشهد اجرا گردید. جلسات گروهی به صورت هفته ای یک جلسه که چهارچوب جلسات به شرح زیر است.

جدول ۱: پروتکل یکپارچه درمان فراتشخیصی اختلال های هیجانی (Barlow, 2017)

جلسه	درمان
اول	افزایش انگیزه مصاحبه انگیزشی برای ایجاد انگیزه مشارکت و درگیری بیماران در جریان درمان، ارائه منطقی درمانی و تعیین اهداف درمانی
دوم	ارائه آموزش روانی؛ بازشناسی هیجان ها و ردیابی تجارب هیجانی و آموزش مدل سه مولفه ی تجارب هیجانی و مدل ABC
سوم و چهارم	آموزش آگاهی هیجانی؛ یادگیری مشاهده تجارب هیجانی (هیجان ها و واکنش به هیجان ها) به ویژه با استفاده از تکنیک های ذهن آگاهی
پنجم	ارزیابی مجدد شناختی؛ ایجاد آگاهی از ارتباط متقابل بین افکار و هیجان ها، شناسایی ارزیابی های ناسازگارانه خودکار و دام های شایع تفکر، ارزیابی مجدد شناختی و افزایش انعطاف پذیری در تفکر
ششم	شناسایی الگوهای اجتناب از هیجان؛ آشنایی با راهبردهای مختلف اجتناب از هیجان و تاثیر آن در تجارب هیجانی و آگاهی یافتن از اثرات متناقض اجتناب از هیجان

هفتم	بررسی رفتارهای ناشی از هیجان EDBS؛ شناسایی رفتارهای ناشی از هیجان و درک تاثیر آنها روی تجارب هیجانی، شناسایی EDBS ناسازگارانه و ایجاد گرایش های عمل جایگزین از طریق مواجه شدن با رفتارها
هشتم	آگاهی و عقل احساس های جسمانی؛ افزایش آگاهی از نقش های جسمانی در تجارب هیجانی، انجام تمرین های مواجهه با رویارویی احشایی به منظور آگاهی از احساس های جسمانی و افزایش تحمل این علائم
نهم تا یازدهم	رویارویی احشایی و رویارویی با هیجان مبتنی بر موقعیت؛ آگاهی یافتن از منطق رویارویی هیجانی، آموزش نحوه تهیه سلسله مراتب ترس و اجتناب، طراحی تمرین های مواجهه هیجانی به صورت تجسمی و عینی و ممانعت از اجتناب
دوازدهم	مرور کلی مفاهیم درمان و بحث در مورد پیشرفت های درمانی بیمار، پیشگیری از عود

یافته ها

پژوهش حاضر بر روی ۱۸ نفر افراد مبتلا به اختلال پانیک در دو گروه درمان فراتشخیصی یکپارچه بارلو (n=9) و کنترل (n=9) انجام گردید. در گروه درمان فراتشخیصی یکپارچه ۶۲/۵٪ از لحاظ تحصیلات دیپلم، ۲۵٪ لیسانس، و ۱۲/۵٪ فوق لیسانس و در گروه کنترل ۷۵٪ دیپلم، ۱۲/۵٪ لیسانس، و ۱۲/۵٪ فوق لیسانس بودند. میانگین سنی گروه درمان فراتشخیصی یکپارچه بارلو (۶±۲۷) و در گروه کنترل (۵/۶±۲۵/۹) بود.

همان طور که در جدول (۲) مشاهده می شود، در متغیر حساسیت اضطرابی و بازداری هیجان، میانگین نمره های پس آزمون و پیگیری بعد از ۱ ماه گروه آزمایش کمتر از میانگین نمره های پیش آزمون آن است. اما در گروه کنترل، میانگین نمره های پس آزمون و پیگیری بعد از ۱ ماه بیشتر از پیش آزمون است یا تغییری نکرده است. و همچنین در متغیر ارزیابی مجدد شناختی، میانگین نمره های پس آزمون و پیگیری نسبت به پیش آزمون افزایش پیدا کرده است اما دوره پیگیری نسبت به پس آزمون تغییر معناداری نکرده است. برای بررسی اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه بر حساسیت اضطرابی، بازداری هیجان و ارزیابی مجدد شناختی از تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر استفاده شد. نتایج حاصل از آزمون لوین جهت سنجش تساوی واریانس گروه ها در متغیر حساسیت اضطرابی، بازداری هیجان و ارزیابی مجدد شناختی بیشتر از ۰/۰۵ بوده، بنابراین می توان گفت با اطمینان ۰/۹۵ امکان قضاوت وجود دارد که گروه های آزمایش و کنترل از جهت پراکنندگی نمرات حساسیت اضطرابی، بازداری هیجان و ارزیابی مجدد شناختی در پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری یکسان هستند. همچنین آماره F مرتبط با آزمون های کرویت موخلی و M باکس متغیر حساسیت اضطرابی، بازداری هیجان و ارزیابی مجدد شناختی به ترتیب برای سنجش کروی شکل بودن ماتریس واریانس بیشتر و کمتر از سطح آلفای ۰/۰۵ به دست آمد. بنابراین، تمام پیش فرض های بیان شده برای انجام تحلیل آماری اندازه گیری مکرر برقرار بودند.

جدول ۲: شاخص های توصیفی مربوط به حساسیت اضطرابی و تنظیم هیجان

متغیر	گروه کنترل میانگین (انحراف معیار)	گروه درمان فراتشخیصی یکپارچه میانگین (انحراف معیار)
-------	---	---

**8TH International conference ON
PSYCHOLOGY
OF EDUCATION SCIENCES AND
LIFESTYLE**

Tbilisi - Georgia

September 2021



CINUV

پیش آزمون	پس آزمون	پیگیری	پیش آزمون	پس آزمون	پیگیری	
۹۳/۳۲	۹۳/۲۳	۹۳/۸۷	۹۴/۱۴	۷۰/۵۴	۶۳/۴۴	بازداری هیجان
(۸/۹۸)	(۸/۶۵)	(۸/۶۴)	(۹/۶۲)	(۱۰/۰۲)	(۱۱/۱۱)	
۲۹/۱۵	۲۸/۲۸	۲۶/۸۶	۲۹/۱۱	۳۶/۴۳	۳۷/۴	ارزیابی مجددشناختی
(۱۶/۵۲)	(۱۶/۲۱)	(۱۵/۳۱)	(۱۶/۵۱)	(۱۷/۲۵)	(۱۷/۳۲)	
۱۳/۳۹	۱۳/۴۵	۱۳/۴۷	۱۲/۹۸	۱۰/۴۵	۹/۹۸	حساسیت اضطرابی
(۴/۱۳)	(۴/۱۵)	(۴/۱۵)	(۴/۰۱)	(۳/۵۰)	(۳/۳۱)	

نتایج جدول (۳) حاکی از آن است که F متغیرهای بازداری هیجان، ارزیابی مجددشناختی و حساسیت اضطرابی در گروه آزمایش معنادار است ($P < 0/05$) و این امر حاکی از تاثیر مثبت درمان فراتشخیصی یکپارچه بر ارزیابی مجدد شناختی، بازداری هیجان و حساسیت اضطرابی در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری است.

جدول ۳: نتایج آزمون‌های اثر درون گروهی (اندازه گیری مکرر)

متغیر	نوع سوم مجدورات	درجه آزادی	F	P
بازداری هیجان	۳۲۰/۷۸	۱	۳/۴۲	۰/۰۰۲
ارزیابی مجددشناختی	۴۹۰/۴۸	۱	۴/۳۴	۰/۰۰۱
حساسیت اضطرابی	۴۲۵/۴۷	۱	۵/۲۱	۰/۰۰۱

جدول آزمون تعقیبی توکی (جدول ۴)، به مقایسه مولفه ها در سه مرحله پژوهش در درمان فراتشخیصی یکپارچه می پردازد. نتایج نشان می دهد بر بازداری هیجان و حساسیت اضطرابی نمره پس آزمون نسبت به پیش آزمون کاهش معناداری داشته اند ($P < 0.05$). در مولفه ارزیابی مجددشناختی پیگیری نسبت به پیش آزمون افزایش معناداری داشته ($P < 0.05$) ولی در مولفه ارزیابی مجدد شناختی پیگیری نسبت به پس آزمون افزایش معناداری نداشته است ($P > 0.05$).

جدول ۴: آزمون تعقیبی توکی، مقایسه بازداری هیجان، حساسیت اضطرابی و ارزیابی مجددشناختی در سه مرحله پژوهش در درمان فراتشخیصی یکپارچه

متغیر وابسته	مرحله	تفاوت میانگین ها	خطای استاندارد	سطح معناداری
بازداری هیجان	پیش آزمون-پس آزمون	۲۳/۶	۴/۵	۰/۰۰۱
	پیش آزمون-پیگیری	۳۰/۷	۵/۵	۰/۰۰۲
	پس آزمون-پیگیری	۷/۱	۶/۳	۰/۰۰۱
حساسیت اضطرابی	پیش آزمون-پس آزمون	۲/۵۳	۱/۲	۰/۰۰۱
	پیش آزمون-پیگیری	۳	۱/۲۹	۰/۰۰۲
	پس آزمون-پیگیری	۰/۴۷	۰/۹۷	۰/۰۰۱
	پیش آزمون-پس آزمون	۷/۳۲	۲/۳	۰/۰۰۲



۰/۰۰۱	۳/۲	۸/۲۹	پیش آزمون-پیگیری	ارزیابی مجدد شناختی
۰/۰۷	۰/۴	۰/۹۷	پس آزمون-پیگیری	

بحث و نتیجه گیری

هدف از پژوهش حاضر تعیین اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه بر کاهش بازداری هیجان، حساسیت اضطرابی و افزایش ارزیابی مجدد شناختی در افراد مبتلا به اختلال پانیک مشهود بود. یافته های پژوهش در این افراد نشان داد که درمان فراتشخیصی می تواند بر کاهش بازداری هیجان، حساسیت اضطرابی و همچنین افزایش ارزیابی مجدد شناختی در افراد شرکت کننده در مطالعه حاضر موثر باشد. نتایج مطالعه حاضر با پژوهش (Anniko et al., 2011)، (García-Rodriguez-Moreno, S., et al., 2020)، (Escalera, J et al., 2020)، (O'donnell, M.L., et al., 2021)، (Rodriguez-Moreno, S., et al., 2020) همسو می باشد.

یکی از درمان هایی که در سال های اخیر در میان تحولات جدید در حوزه درمان های شناختی رفتاری در مقابل درمان های اختصاصی برای اختلال های هیجانی تدوین شده، درمان شناختی رفتاری فراتشخیصی با رویکرد یکپارچه است که توسط بارلو مطرح گردیده است. رویکرد فراتشخیصی مولفه های زیربنایی آسیب روانی را مورد هدف قرار می دهد و می تواند برای اختلال ها و مشکلاتی که زیربنای یکسان و مشابهی دارند کاربرد داشته باشد. این درمان که برای افراد مبتلا به اختلال های هیجانی خصوصا افراد مبتلا به اختلال های اضطرابی و خلقی طراحی شده، یک درمان شناختی رفتاری یکپارچه است که به منظور هدف قرار دادن ویژگی های مرکزی اختلال های اضطرابی و خلقی می تواند گزینه ای مقتصدانه و شاید قدرتمند در مقایسه با پروتکل های درمانی موجود کنونی برای تشخیص های بالینی خاص باشد.

در تبیین این یافته می توان گفت که یکی از بخش های مهم درمان فراتشخیصی، درک ماهیت انطباقی هیجان ها و افزایش آگاهی هیجانی با استفاده از تکنیک های ذهن آگاهی است. در جلسات درمانی به مراجعان آموخته شد که چگونه با هیجانان ناخوشایند خود مواجه شوند و به شیوه سازگارانه تری به هیجان های خود پاسخ دهند و اینکه چگونه عواطف منفی را تحمل کنند و با آنها کنار بیایند و از سوی دیگر، درمان فراتشخیصی یکپارچه، تاکید عمده ای بر تجربه پاسخ های هیجانی دارد؛ زیرا تلاش برای سرکوب هیجانی، موجب افزایش و تداوم احساساتی می شود که فرد می خواهد بکاهد. این درمان به این منجر می شود تا بیماران فهم بهتری از تعامل افکار، احساس ها و رفتارها در ایجاد تجربه های هیجانی درونی داشته باشند. بیماران یاد می گیرند تا فهم بهتری از تجربه های هیجانی خود (شامل برانگیزاننده و پیامدهای رفتاری) کسب کنند؛ با ارزیابی های شناختی منفی احساس ها و هیجان های جسمی چالش، و رفتارهای ناشی از هیجان را شناسایی و اصلاح کنند؛ آگاهی و تحمل احساس های جسمی در طی مواجهه درون زاد را کسب کنند و در بافت های موقعیتی و درون زاد با تجربخ های هیجانی خود مواجه شوند. همه این مهارت ها، با اصلاح عادات تنظیم هیجانی، به کاهش شدت دشواری در تنظیم هیجانی و برگرداندن هیجان ها به سطح کارکردی منجر می شود (علوی و همکاران، ۱۳۹۹).

براساس یافته های این پژوهش می توان نتیجه گرفت که درمان فراتشخیصی یکپارچه باعث کاهش حساسیت اضطرابی شد. در تبیین این یافته می توان گفت که همان طور که گفته شد حساسیت اضطرابی ترس از احساس های مرتبط با

اضطراب می باشد که از باور به اینکه این احساسات، تهدید اجتماعی، جسمانی یا روان شناختی برای فرد دارد، ناشی می شود و از آن جایی که یکی از تکنیک های موجود در درمان فراتشخیص، ارزیابی مجدد شناختی است که از طریق آن فرد از تاثیر ارتباط متقابل بین افکار و هیجان ها آگاه می شود و ارزیابی های ناسازگارانه اتوماتیک شناسایی می شوند و بنابراین، منطقی به نظر می رسد که باعث کاهش حساسیت به اضطراب شود. از طرفی با توجه به منطبق پدید آبی این روش درمانی، بهبودی و تغییرات معنادار بالینی در این متغیر می تواند به واسطه آماج قرار گرفتن عوامل مشترکی همچون تنظیم هیجانی، عاطفه مثبت و منفی در مدول های پروتکل روی آنها تاکید می شود و همچنین این پروتکل بر ماهیت سازگارانه و کارکردی هیجان ها تاکید دارد و بدنبال شناسایی و تصحیح تلاش های ناسازگارانه برای تنظیم تجارب هیجانی در نتیجه تسهیل پردازش مناسب و خاموش کردن پاسخ های مفرط هیجانی به نشانه های درونی و بیرونی است (García- Escalera, J, et al.2020).

این تحقیق با محدودیت هایی همراه بود؛ عواملی مانند استفاده از مراجعین مراجعه کننده به مراکز مشاوره شهر مشهد، که تعمیم پذیری نتایج را محدود می کند، نبود یک برنامه درمانی دیگر جهت مقایسه بین انواع درمان، از جمله محدودیت های این تحقیق می باشد. از محدودیت های دیگر این پژوهش استفاده از پرسشنامه های خود گزارش دهی برای ارزیابی متغیرها بوده است که ممکن است سوگیری در پاسخ دادن به سوالات پرسشنامه را به همراه داشته باشد که در تحقیقات بعدی برای رفع این محدودیت بهتر است در کنار پرسشنامه ها از مصاحبه نیز استفاده شود. پیشنهاد می شود تا در پژوهش های آتی پژوهشگران به منظور بررسی دقیق تر اثربخشی این رویکرد درمانی به مقایسه بین این درمان با رویکردهای درمانی دیگر از جمله دارو درمانی، درمانی شناختی رفتاری و... بپردازند.

منابع

مشهدی، علی؛ قاسم پور، عبد...؛ اکبری، ابراهیم؛ ایل بیگی، رضا (۱۳۹۲). نقش حساسیت اضطرابی و تنظیم هیجانی در پیش بینی اضطراب اجتماعی دانشجویان. فصلنامه دانش و پژوهش در روانشناسی کاربردی، ۸۹-۹۹، ۱۴(۲).

علوی، سیده معصومه؛ رفیعی نیا، پروین؛ مکوند حسینی، شاهرخ؛ صباحی، پرویز (۱۳۹۹). اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه بر علائم اختلال اضطراب اجتماعی و دشواری در تنظیم هیجان: مطالعه تک آزمودنی. مطالعات روانشناختی، ۱۶(۲)، ۲۴-۷.

Angehrn, A., Krakauer, R. L., & Carleton, R. N. (2020). The impact of intolerance of uncertainty and anxiety sensitivity on mental health among public safety personnel: When the uncertain is unavoidable. *Cognitive Therapy and Research*, 44(5), 919-930.

Anniko, M., & Bodland Fielding, L. (2011). Stressing emotions: A single subject design study testing an emotion-focused transdiagnostic treatment for stress-related ill health.

Asnaani, A., Tyler, J., McCann, J., Brown, L., & Zang, Y. (2020). Anxiety sensitivity and emotion regulation as mechanisms of successful CBT outcome for anxiety-related disorders in a naturalistic treatment setting. *Journal of affective disorders*, 267, 86-95.

Barlow, D. H., Ellard, K. K. & Fairholme, C. P. (2010). Unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: Workbook. Oxford University Press

Barlow, D.H., Farchione, T. J., Bullis, J. R., Gallagher, M.W., Murray-Latin, H., Sauer-Zavala, S. and et al. (2017b). The Unified Protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders



compared with diagnosis-specific protocols for anxiety disorders: A randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry*, 74(9):875-84

Barlow, D. H., Farchione, T. J., Sauer-Zavala, S., Latin, H. M., Ellard, K. K., Bullis, J. R., & Cassiello-Robbins, C. (2017a). Unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: Therapist guide. Oxford University Press.

Behenck, A. D. S., Wesner, A. C., Guimaraes, L. S. P., Manfro, G. G., Dreher, C. B., & Heldt, E. (2021). Anxiety Sensitivity and panic disorder: evaluation of the impact of cognitive-behavioral group therapy. *Issues in Mental Health Nursing*, 42(2), 112-118.

Birstein, E., & Gusky, J. (2020). Treatment of panic disorder by trigeminal nerve manipulation: A case series. *Journal of Bodywork and Movement Therapies*, 24(3), 161-164.

Cisler, J. M., & Olatunji, B. O. (2012). Emotion regulation and anxiety disorders. *Current Psychiatry Reports*, 14(3), 182-187

Efron, G., & Wootton, B. M. (2021). Remote cognitive behavioral therapy for panic disorder: A meta-analysis. *Journal of Anxiety Disorders*, 79, 102385.

Floyd, M., Garfield, A., & Lasota, M. T. (2005). Anxiety sensitivity and worry. *Journal Personality and Individual Differences*, 38, 1223-1229.

García-Escalera, J., Valiente, R. M., Sandín, B., Ehrenreich-May, J., Prieto, A., & Chorot, P. (2020). The unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders in adolescents (UP-A) adapted as a school-based anxiety and depression prevention program: An initial cluster randomized wait-list-controlled trial. *Behavior therapy*, 51(3), 461-473.

Hatamian, P., Babaei, A., & Rasoolzadeh Tabatabaei, S. K. (2020). Effectiveness of Meta-cognitive Based-training on Emotion Regulation and Anxiety Sensitivity in Elderly with History of Cardiovascular Disease Living in Elderly Care Homes in Tehran City. *Journal of Health and Care*, 21(4), 319-329.

Na, K. S., Cho, S. E., & Cho, S. J. (2021). Machine learning-based discrimination of panic disorder from other anxiety disorders. *Journal of Affective Disorders*, 278, 1-4.

Ni, X., Zhou, H., & Chen, W. (2020). Addition of an Emotionally Stable Node in the SOSa-SPSa Model for Group Emotional Contagion of Panic in Public Health Emergency: Implications for Epidemic Emergency Responses. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(14), 5044.

O'donnell, M. L., Lau, W., Chisholm, K., Agathos, J., Little, J., Terhaag, S., ... & Gallagher, M. W. (2021). A pilot study of the efficacy of the unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders in treating posttraumatic psychopathology: a randomized controlled trial. *Journal of Traumatic Stress*, 34(3), 563-574.

Paulus, D. J., Gallagher, M. W., Neighbors, C., & Zvolensky, M. J. (2020). Computer-delivered personalized feedback intervention for hazardous drinkers with elevated anxiety sensitivity: Study protocol for a randomized controlled trial. *Journal of health psychology*, 1359105320909858.

Raines, A. M., Allan, N. P., McGrew, S. J., Gooch, C. V., Wyatt, M., Franklin, C. L., & Schmidt, N. B. (2020). A computerized anxiety sensitivity intervention for opioid use disorders: A pilot investigation among veterans. *Addictive behaviors*, 104, 106285.

Reiss, S., Peterson, R. A., Gursky, D. M., & McNally, R.J. (1986). Anxiety sensitivity, anxiety frequency and the prediction of fearfulness. *Behavior Research and Therapy*, 4(3), 241-248.

Rodriguez-Moreno, S., Farchione, T. J., Roca, P., Marin, C., Guillén, A. I., & Panadero, S. (2020). Initial effectiveness evaluation of the unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders for homeless women. *Behavior Modification*, 0145445520982562.

Totzeck, C., Teismann, T., Hofmann, S. G., von Brachel, R., Zhang, X. C., Wannemüller, A., ... & Margraf, J. (2020). Affective Styles in Panic Disorder and Specific Phobia: Changes Through Cognitive Behavior Therapy and Prediction of Remission. *Behavior therapy*, 51(3), 375-385.



Zellner, M. (2020). Foundations of addiction: dysregulated SEEKING and PANIC processes. In *Building Bridges* (pp. 23-38). Routledge.

Zahler, L., Sommer, K., Reinecke, A., Wilhelm, F. H., Margraf, J., & Woud, M. L. (2020). Cognitive vulnerability in the context of panic: Assessment of panic-related associations and interpretations in individuals with varying levels of anxiety sensitivity. *Cognitive Therapy and Research*, 44(4), 858-873.