

مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری و درمان ذهن آگاهی بر کنترل هیجانی و اجتناب رفتاری ناشی از صدا بیزاری در دانشجویان مبتلا به صدا بیزاری

Comparison of the efficacy of cognitive behavioral therapy and mindfulness-based caused by stress reduction therapy on emotional control, behavioral avoidance misophonia in Students.

ارسلان خانمحمدی اطاق سرا^۱، * آرزو احمدی^۲

Abstract

Misophonia is a disorder in which individuals experience negative emotions such as anger, disgust, and anxiety in response to certain sounds such as mouth and nasal sounds, as well as some repetitive sounds. This disorder is highly prevalent and creates many problems for patients. This study was conducted to determine the difference in the efficacy of two treatment methods, including short-term cognitive behavioral group therapy and mindfulness-based stress reduction therapy on emotional control and behavioral avoidance in students with misophonia. This research was a semi-experimental study with a pre-test post-test design with random assignment of the three groups. Statistical population consisted of Ayatollah Amoli University's 2021 students and 48 participants were selected by cluster sampling and randomly assigned to the G-CBT (16 participants), G-MBSR (16 participants), and control (16 participants) groups. First, the students were asked to respond to the online self-report questionnaires of Misophonia Questionnaire by Wu et al (2014). Among them, individuals who met the criteria also answered the self-report questionnaires of Roger and Najarian's (1989) emotional control and Acceptance and Action Bond and et al (2007). The results showed that both treatment methods significantly increased emotional control and decreased behavioral avoidance and emotions caused by misophonia in the post-test stage, and in comparison between two treatment groups, short-term cognitive behavioral group therapy had a

چکیده

میسوفونیا اختلالی است که در آن افراد احساسات منفی مانند عصبانیت، انزجار و اضطراب را نسبت به برخی صداها مانند صداهای دهان و بینی و همچنین برخی صداهای تکراری نشان می دهند. این اختلال شیوع بالایی دارد و مشکلات زیادی را برای بیماران ایجاد می کند. این مطالعه با هدف تعیین تفاوت اثربخشی دو روش درمانی شامل درمان گروهی کوتاه مدت شناختی رفتاری و درمان ذهن آگاهی مبتنی بر کاهش استرس بر کنترل هیجانی و اجتناب رفتاری در دانشجویان مبتلا به میسوفونیا انجام شد. این پژوهش از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون پس آزمون با تخصیص تصادفی سه گروهی بود. جامعه آماری شامل دانشجویان ورودی ۱۴۰۰ آیت الله آملی بودند و ۴۸ شرکت کننده با استفاده از نمونه گیری خوشه ای انتخاب شدند و به طور تصادفی در گروه های G-CBT (۱۶ نفر) و G-MBSR (۱۶ نفر) و گواه (۱۶ نفر) قرار گرفتند. ابتدا از دانشجویان خواسته شد به پرسشنامه های خودگزارشی آنلاین صدا بیزاری وو و همکاران (۲۰۱۴) پاسخ دهند، از میان آنها افراد واجد شرایط پرسشنامه های کنترل هیجانی راجر و نجاریان (۱۹۸۹) و پذیرش و عمل باند و همکاران (۲۰۰۷) را نیز پاسخ دادند. نتایج نشان داد که هر دو روش درمانی به طور معناداری موجب افزایش کنترل هیجانی و کاهش اجتناب رفتاری و هیجانات ناشی از صدا بیزاری در مرحله ی پس آزمون شدند و در مقایسه بین دو گروه درمانی، درمان

۱. نویسنده مسئول: استادیار، گروه روان شناسی، واحد آیت الله آملی، دانشگاه آزاد اسلامی، آمل، ایران.

۲. دانشجوی دکترای روان شناسی سلامت، گروه پزشکی، واحد گرگان، دانشگاه آزاد اسلامی، گرگان، ایران.

significantly higher efficacy in reducing behavioral avoidance and emotions caused by misophonia, but both treatments had similar efficacy in emotional control. According to the findings, both treatments can be used to reduce and control misophonia symptoms in students.

Key words: Misophonia , Behavioral avoidance, Emotional control, Mindfulness therapy based on stress reduction, Short-term cognitive behavioral group therapy.

Keywords: psychometric properties, Internet Addiction Questionnaire, Basic psychological needs, Validity, students

گروهی کوتاه مدت شناختی رفتاری نسبت به درمان ذهن آگاهی مبتنی بر کاهش استرس در متغیرهای اجتناب رفتاری و هیجان‌های ناشی از صدا بی‌زاری با اختلاف معنی‌داری اثر بخشی بالاتر داشت ولی در کنترل هیجانی اثر بخشی مشابه داشتند. طبق یافته‌های می‌توان از هر دو درمان برای کاهش و کنترل علائم صدا بی‌زاری در دانشجویان استفاده کرد.

واژه‌های کلیدی: صدابیزاری، اجتناب رفتاری، کنترل هیجانی، درمان ذهن آگاهی مبتنی بر کاهش استرس، درمان گروهی کوتاه مدت شناختی رفتاری .

مقدمه

صدابیزاری اختلالی است که در آن بیماران هنگام مواجهه با صداهای خاص مانند صداهای مرتبط با غذا خوردن یا تنفس از عصبانیت یا انزجار رنج می‌برند که باعث اجتناب از موقعیت‌های مرتبط با نشانه و در نتیجه ، اختلال عملکردی قابل توجهی می‌شود (بیگر، ولینک، ونلون^۱ و همکاران، ۲۰۲۲). کلمه میسوفونیا^۲ از واژه‌های یونانی «miso» به معنی نفرت و «phonia» به معنای صدا گرفته شده است که تقریباً به معنای نفرت از صدا است (کارالیس ، کارتر، کیپلان^۳ و همکاران، ۲۰۲۲). صدابیزاری می‌تواند به صورت مجزا یا همراه با سایر اختلالات روانپزشکی مانند اختلالات اضطرابی ، وسواس فکری عملی ، اختلال نقص توجه و بیش‌فعالی و اختلالات خلقی رخ دهد (ژو، وو و استورچ^۴، ۲۰۱۷). صدابیزاری باید از اختلالات صوتی مرتبط مانند وزوز گوش^۵ (درک صدا در غیاب محرک صوتی)، هیپراکوزیس^۶ (افزایش حساسیت به صداها) و صدا هراسی^۷ (ترس از یک صدای خاص) افتراق داده شود (آریال و پرابهو^۸، ۲۰۲۲).

رایج‌ترین واکنش مبتلایان به صدا های آزارنده، خشم شدید می‌باشد، علاوه بر آن مبتلایان احساس اضطراب، ناامیدی، انزجار، و فکر صدمه زدن به دیگران را نیز تجربه می‌کنند. افراد مبتلا به صدا بی‌زاری ، اغلب محرک‌ها را آنقدر شدید تجربه می‌کنند که موجب از دست رفتن کنترل در آنها می‌شود (یکتا طلب، محمدی و زرشناس، ۲۰۲۲). برخی از بیماران ممکن است خشم را تا حد پرخاشگری کلامی یا فیزیکی نسبت به اشیاء یا شرکای اجتماعی خود (شروود، والنیک و دنیس^۹، ۲۰۱۳) و گاهی پاسخ‌های پاراسمپاتیک مانند افزایش ضربان قلب، تعریق و تنش عضلانی را نیز تجربه می‌کنند (بروت ، ادلشتاین، عرفانیان^{۱۰} و همکاران، ۲۰۱۸). فرد مبتلا معمولاً با زبان بدن به منبع صدا واکنش نشان می‌دهد (به عنوان مثال، خیره شدن اختطاری یا پاسخ کلامی) و این امر باعث می‌شود به طور کلی، افرادی که مستقیماً با فرد مبتلا در تماس هستند، تمایل دارند از ایجاد صداهای تحریک‌کننده در حین غذا خوردن اجتناب کنند (روشنی و مهربابی زاده، ۲۰۲۰). همچنین صدابیزاری به دلیل تأثیراتش بر روابط بین فردی می‌تواند یک بیماری ناتوان‌کننده همراه با رنج و کاهش کیفیت زندگی باشد . بیماران مبتلا به صدابیزاری انزوای اجتماعی، تعارضات خانوادگی، از دست دادن کار و جدایی یا طلاق را گزارش کرده

¹ Jager, Vulink, van Loon

² misophonia

³ Karalis, Carter, Coplan

⁴ Zhou, Wu, & Storch

⁵ Tinnitus

⁶ hyperacusis

⁷ phonophobia

⁸ Aryal, & Prabhu

⁹ Schröder, Vulink, & Denys

¹⁰ Brout, Edelstein, Erfanian

اند. فقدان حمایت اجتماعی از طرف خانواده و شرکای عشقی و دوستان نیز مورد توجه است و می تواند انزوای اجتماعی را بیشتر تشدید کند (دوزیر، لویز و پیرسون^۱، ۲۰۱۷، ییگر، دکونینگ، بوست و همکاران^۲، ۲۰۲۰).

رفتارهای ناسازگارانه و اجتنابی در عملکرد کاری یا تحصیلی و روابط بین فردی اختلال ایجاد می کند. شدت پاسخ‌های میسوفونیک بسته به منبع ساطع کننده متفاوت است و زمانی که صدا توسط اعضای خانواده یا آشنایان تولید می‌شود، شدیدتر می‌شود (فررتورس و گیمنز لورت^۳، ۲۰۲۲). اگرچه هنوز تشخیص این اختلال در دستورالعمل‌های تشخیصی اختلالات روانی وجود ندارد، اما در سال ۲۰۲۲ یک تعریف مشترک بین محققان به دست آمده است مبنی بر اینکه، صدابیزاری به عنوان پدیده‌ای از حساسیت صوتی انتخابی به الگوهای خاص صداها (به ویژه صداهاى خوردن و تنفس توسط انسان‌های دیگر) توصیف می‌شود که با یک واکنش شدید احساسی و فیزیولوژیکی تنفرآمیز به آن محرک‌ها همراه است (سويدو، باگولی، دنیس^۴ و همکاران، ۲۰۲۲).

یکی از پیش زمینه‌های نظری علائم میسوفونیا را می توان در مفهوم جفت شدن و تثبیت متعاقب محرک های شرطی به یک محرک احساسی بد و هیجان همراه به عنوان یک پاسخ شرطی توضیح داد. (ییگر و همکاران، ۲۰۲۰). بنابراین، می توان گفت که پس از یادگیری محرک‌های معمولی از طریق سیستم آینه‌ای، محرک‌های غیرمعمول از طریق تداعی یادگیری ها به محرکی برای صدابیزاری تبدیل می‌شوند. این تئوری با این مشاهدات که مجموعه اصوات محرک برای مبتلایان به این اختلال در طول زمان گسترش می‌یابد، مطابقت دارد (ویز، ووچیک و استورچ^۵، ۲۰۲۱). به طور کلی، شروع صدابیزاری از یک رویداد محرک اولیه ظاهر می‌شود که احساسات ناخوشایندی مانند انزجار را در فرد ایجاد می کند. شروع این اختلال ممکن است با خاطرات ناخوشایند دوران کودکی از صداهاى منتشر شده توسط اعضای خانواده (مثلاً هنگام غذا خوردن) همراه باشد. به عنوان مثال، اگر کودکی از صداهاى غذا خوردن پدرش اذیت شود، اما اجازه خروج از میز را نداشته باشد و مجبور باشد به این صداها گوش دهد، ممکن است احساس انزجار کند و از اینکه کنترل خود را از دست بدهد می ترسد. در غذای بعدی این کودک دوباره بر روی صداهاى غذا خوردن پدر تمرکز می کند و احساسات آخرین وعده غذایی به ذهنش خطور می کند. بتدریج محرک به طور مستحکم و مکرر افکار یا احساسات نفرت انگیز را برمی انگیزد. پس از این شرطی سازی کلاسیک، اصول شرطی سازی عامل باعث حفظ و تشدید علائم می شود. درواقع، کودک با ترس عدم توانایی مهار این واکنش هیجانی شدید، از موقعیت هایی مانند غذا خوردن با افراد خانواده و سایرین دوری می کند و همچنین رویدادهای مهم اجتماعی را از دست می دهد (راوو عرفانیان^۶، ۲۰۱۸، ییگر و همکاران، ۲۰۲۲).

شیوع میسوفونیا به طور متوسط ۲۰ درصد در بین دانشجویان برآورد شده است (ژو و همکاران، ۲۰۲۱، ویتوراتو، اگلیک، هایس^۷ و همکاران، ۲۰۲۱، یکتا طلب و همکاران، ۲۰۲۲) که این نرخ در مطالعه ای ۴۹٫۱ درصد در بین دانشجویان پزشکی انگلیس گزارش شده است (نیلور، سایمون، اسکات^۸ و همکاران، ۲۰۲۱) که عدد قابل ملاحظه ای می باشد. با این حال، صدا بیزاری هنوز در DSM معرفی نشده است که عمدتاً به دلیل محدودیت های موجود در مطالعات می باشد که بیشتر آنها از سال ۲۰۱۳ منتشر شده اند (قربانی، عاشوری، قرائی^۹ و همکاران، ۲۰۲۲).

هیچ گزینه درمانی دارویی شناخته شده ای وجود ندارد که مختص صدابیزاری باشد، تلاش های کنونی برای درمان بیماری های همراه است. بنابراین اغلب شامل داروهای ضد افسردگی و ضد اضطراب می شود. علاوه بر درمان‌های دارویی، روش‌های غیردارویی برای مدیریت صدابیزاری شناخته شده است که می توان به درمان شناختی رفتاری، مواجهه و پیشگیری از پاسخ، ذهن آگاهی، رفتار درمانی دیالکتیکی و مواجهه درمانی با تکنیک های آرام سازی و ... اشاره کرد که از

¹ Dozier, Lopez, & Pearson

² Jager, de Koning, Bost

³ Ferrer-Torres, & Giménez-Llort

⁴ Swedo, Baguley, Denys

⁵ Wiese, Wojcik, & Storch

⁶ Rouw, & Erfanian

⁷ Vitoratou, Ugluk-Marucha, Hayes

⁸ Naylor, Caimino, Scutt

⁹ Ghorbani, Ashouri, Gharraee

میان مطالعات انجام شده، ثابت شده است که درمان شناختی رفتاری یک روش مفید در مدیریت علائم میسوفونیک است (کارالیس و همکاران، ۲۰۲۲ و یلماز و هوکا اوغلو^۱، ۲۰۲۱، لوین، دیکینسون، کوردریک^۲، ۲۰۲۱).

شواهد اولیه حاکی از آن است که کمبودهای تنظیم و کنترل هیجان رابطه بین صفت و ویژگی شخصیتی روان رنجور خویی، عاطفه منفی و میسوفونیا را واسطه‌گری می‌کند (کاسیلو رابینز، آنند، مک ماهون^۳ و همکاران، ۲۰۲۰). این یافته‌ها نشان می‌دهد که یک رابطه متقابل بین تمایل به تجربه مکرر احساسات و هیجانات شدید و کمبود در کنترل و تنظیم هیجان ممکن است خطر ایجاد و حفظ اختلال میسوفونیا را در افراد ایجاد کند. (بیگر و همکاران، ۲۰۲۰). بر اساس یافته‌های علمی، کنترل هیجانی بر ابتلاء افراد به اختلال صدابیزیاری تأثیرگذار است. توانایی و مهارت افراد مبتلا به صدابیزیاری در کنترل هیجانی برای سازش آنها با تجربیات فشارزای زندگی روزمره، مهم و ضروری است که این خود به عنوان تلاش این گروه از افراد برای مهار، افزایش تجربه و ابراز هیجانات و عواطف در نظر گرفته می‌شود (جاستریبوف و جاستریبوف^۴، ۲۰۲۳).

کنترل هیجانی یا تنظیم هیجانی به این موضوع می‌پردازد که چگونه می‌توانیم واکنش‌های هیجانی و عاطفی خود را مدیریت و کنترل کنیم. یادگیری واکنش هیجانی و عاطفی مناسب و کارآمد به موقعیت‌های مختلف به افراد مبتلا به میسوفونیا این امکان را می‌دهد که زمان مناسب برای به تأخیر انداختن زمان واکنش خود را داشته باشند و با توجه به آن موقعیت، بهترین واکنش را به درستی ارائه دهند (سویدو و همکاران، ۲۰۲۲). هر زمان که فردی مبتلا به میسوفونیا وارد موقعیت جدیدی می‌شود، ممکن است مغز او به طور خودکار و ناخودآگاه برای محرک‌ها در حالت آماده‌باش قرار گیرد. در این صورت، با یا بدون تحریک، فرد مبتلا به اختلال میسوفونیا ممکن است در تنظیم و کنترل ماهرانه احساسات، برانگیختگی فیزیولوژیکی، افکار و اعمال مشکل داشته باشد (دوزیر و همکاران، ۲۰۱۷). مشکلات تنظیم و کنترل هیجان و عواطف ممکن است با نحوه واکنش فرد به عوامل و مولفه‌های محرک مرتبط باشد، نه اینکه چقدر در معرض چنین محرک‌هایی قرار می‌گیرند. (گوتا، رابینز، ترومبل^۵ و همکاران، ۲۰۲۲).

پس از تنظیم و کنترل هیجانی و عاطفی و بهبودی پس از تحریک، استفاده از سیستم‌های شناختی برای افراد مبتلا به اختلال میسوفونیا آسان‌تر خواهد بود. در این زمان است که شناسایی و تغییر هر نوع تفکر مشکل‌آفرینی که از راه‌اندازی به وجود آمده است، آسان‌تر است. باید بررسی شود که آیا افراد مبتلا به میسوفونیا وقتی تحریک می‌شوند، تفسیری داشتند، فرضیاتی داشتند یا در مورد خود، دیگران یا آینده‌شان نتیجه‌گیری کردند؟، اگر چنین است، شواهد واقعی پیرامون این شیوه‌های تفکر را در نظر بگیرند، و به دنبال راهی انعطاف‌پذیر و حساس به زمینه برای درک آنچه اتفاق افتاده است باشند. با تفکر در مورد مسئله و برنامه و یافتن راه حل، می‌توانند بهترین واکنش را در تحریک بعدی از خود نشان دهند. این یک فرآیند مداوم است که با گذشت زمان می‌تواند به افراد مبتلا به میسوفونیا مهارت بیشتری در زمینه کنترل و تنظیم هیجانی ارائه دهد. (نیچیو، سیمپیویچ، گالا^۶ و همکاران، ۲۰۲۲).

رفتارهای اجتنابی ناشی از صدا بیزیاری به عنوان یک استراتژی و راهبرد تنظیم هیجانی و عامل مهم در ایجاد و حفظ اختلالات و مشکلات مربوط به اختلال صدابیزیاری بسیار مورد توجه محققان قرار گرفته است. این رفتارهای اجتنابی ممکن است یک سبک پاسخ آموخته‌شده باشد. در واقع، با افزایش خطر علائم فیزیکی شدیدتر و پریشانی روانی بیشتر در زمینه اختلال صدابیزیاری مرتبط است. همچنین رفتارهای اجتنابی با آستانه درد و تحمل پایین‌تر و بهبودی کندتر و دیرتر از اختلالات و مشکلات روانشناختی حاد همراه است (آریال و پارابهو، ۲۰۲۳).

با وجود اینکه اولین گزارش صدا بیزیاری در مطالعات تقریباً مربوط به دو دهه پیش می‌باشد، هیچ درمان خط مقدم واحدی برای صدا بیزیاری تا به امروز وجود ندارد. اما بر اساس بر اساس مطالعه ای سیستماتیک بیان شده است که درمان

¹ Yilmaz, & Hocaoglu

² Lewin, Dickinson, Kudryk

³ Cassiello-Robbins, Anand, McMahon

⁴ Jastreboff, & Jastreboff

⁵ Guetta, Cassiello-Robbins, Trumbull

⁶ Neacsiu, Szymkiewicz, Galla

های شناختی رفتاری در خط مقدم درمان اختلال میسوفونیا قرار دارند(متسون ، دسوزا، ووچیک^۱ و همکاران،۲۰۲۳). رویکردهای موج سوم نیز علاوه بر درمان های شناختی و رفتاری می توانند بسیار موثر باشند اما نیاز به مطالعه بیشتر و قابل توجهی دارند (زاروتی ، تاتهیل و فیشر^۲، ۲۰۲۱). خلاصه ای از روش های درمانی غیر دارویی که تا کنون انجام شده است را می توانید در جدول زیر مشاهده کنید .

جدول ۱- خلاصه ای از روش های درمان غیر دارویی استفاده شده در کنترل صدا بیزاری (خانمحمدی اطاقسرا و احمدی ۱۴۰۲،)

نویسنده و سال اجرا	تعداد جلسات و روش درمان	نتایج
برنشتاین و همکاران، ۲۰۱۳	۶ جلسه درمان شناختی رفتاری (CBT)	بیمار علائم خفیفی را پس از درمان نیز نشان داد اما اختلال در عملکرد او از بین رفته و در طی ۴ ماه پیگیری ماندگار بود.
اشنایدر و آرک، ۲۰۱۷	۱۰ جلسه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT)	در پرسشنامه A-MISO-S تغییر از ۱۴- تا ۷ (در طول ۶ ماه ماندگار بود)
کامودی و دل کونته، ۲۰۱۷	رفتار درمانی دیالکتیکی روزانه به مدت ۷ هفته و بستری کوتاه مدت (DBT)	در پرسشنامه A-MISO-S از ۲۲- به ۱۰ بعد از ۷ هفته
مولر و همکاران، ۲۰۱۸	۱ سال ، هفته ای یک بار مراجعه و بعد از آن به مدت ۲ سال مراجعه در زمان عود (CBT ERP+)	پریشانی روانی و فیزیولوژیکی در هنگام مواجهه با محرک کم شده است.
سینگر، ۲۰۱۸	درمان سیستماتیک، ۱۲ جلسه ای درمان شناختی رفتاری (CBT)	در پایان درمان، بهبود قابل توجهی در تمام معیارهای متغیر وابسته همراه بود.
لوین و همکاران، ۲۰۲۰	۱۰ جلسه پروتکل یکپارچه درمان اختلالات هیجانی در کودکان و نوجوانان (CBT)	بهبود خفیف در همه ی حوزه ها
جاگر و همکاران، ۲۰۲۰	۷ جلسه گروه درمانی شناختی رفتاری هفتگی، ۱،۵ ساعت روان درمانی و ۱،۵ ساعت آموزش روانی حرکتی (CBT+PMT)	در پرسشنامه A-MISO-S کاهش ۹،۷ و در پرسشنامه CGI-I کاهش ۳۶ درصدی
روشنی و همکاران، ۲۰۲۱	۸ جلسه هفتگی درمان شناختی رفتاری (CBT)	کاهش خود گزارش شده در همه موارد
دوور و مک گوایر، ۲۰۲۱	۲۳ جلسه شناختی رفتاری مبتنی بر خانواده و مواجهه (CBT)	در پرسشنامه A-MISO-S از ۱۰- به ۳
دوزیر، ۲۰۱۵	به طور متوسط ۷ تا ۲۳ جلسه (RTC)	کاهش معنا دار علائم (در طول ۱۰ ماه ماندگار بود)
دوزیر، ۲۰۲۱	۳ جلسه توضیحات اولیه و ۱۰ جلسه راهنمایی و پشتیبانی آرامسازی و شرطی سازی متقابل (RCT)	خود گزارشی کاهش علائم در طول ۱۳ هفته

¹ Mattson, D'Souza, Wojcik

² Zarotti, Tuthill, & Fisher

خود گزارشی افزایش تحمل برای صداهای محرک	۱۲ جلسه درمان شناختی رفتاری همراه با مواجهه در ۶ هفته (EXP+CBT)	راباسکو و مک کی، ۲۰۲۱
۲۰ درصد کاهش	۴-۱ جلسه درمان با حساسیت‌زدایی توسط حرکت چشم و پردازش مجدد (EMDR)	جاگر و همکاران، ۲۰۲۱
بهبود ۶۴ درصدی افراد مبتلا به انزجار	۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای درمان گروهی شناختی رفتاری (G_CBT)	جاگر و همکاران، ۲۰۲۱
در پرسشنامه A-MISO-S از ۱۷- به ۱۰	۱۵ هفته درمان شناختی رفتاری آنلاین (OCBT)	زاروتی و همکاران، ۲۰۲۲
تغییرات در میسوفونیا از نظر بالینی در ۵۳ درصد از اعضای OG-MACT و ۶۹ درصد از اعضای OG-CBT معنی دار بود.	مقایسه دو درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد آنلاین و گروهی و درمان شناختی رفتاری آنلاین و گروهی	قربانی و همکاران، ۲۰۲۲

بنابراین با توجه به آنچه تا کنون توضیح داده شد، اثرات منفی صدا بی‌زاری بر روابط اجتماعی و بین فردی و همچنین اثر بخشی مثبت روش شناختی و رفتاری بر روی یک مورد بالینی و اثر بخشی مثبت ذهن آگاهی مبتنی بر استرس، در کنترل اضطراب و افسردگی و همپوشانی بالای صدا بی‌زاری با افسردگی و اضطراب بالا و کمبود مطالعات انجام شده در این زمینه در ایران، در این پژوهش قصد مقایسه دو روش درمانی بر گروهی از دانشجویان مبتلا به صدا بی‌زاری را داریم. در واقع پژوهش حاضر در پی پاسخگویی به این پرسش است که آیا بین اثربخشی درمان گروهی کوتاه‌مدت شناختی رفتاری و ذهن آگاهی مبتنی بر کاهش استرس بر اجتناب رفتاری و کنترل هیجانی و هیجان‌ناشی از صدا بی‌زاری در دانشجویان مبتلا به اختلال صدابی‌زاری تفاوت معناداری وجود دارد؟

روش

روش پژوهش حاضر از نظر هدف کاربردی و از نظر جمع‌آوری داده‌ها نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل می‌باشد. جامعه آماری شامل کلیه دانشجویان دانشگاه آزاد واحد آیت الله آملی در سال تحصیلی ۱۴۰۰-۱۴۰۱ می‌باشد که ابتدا به صورت خوشه‌ای تعداد ۷ کلاس انتخاب شده و لینک پرسشنامه آنلاین میسوفونیا در اختیار آنها قرار گرفت. از مجموع ۲۳۱ نفر شرکت‌کننده ی اولیه که به پرسشنامه پاسخ دادند، نمره ی کلی ۵۷ نفر ۷ به بالا بود که پس از مصاحبه و با توجه به ملاک ورود و خروج در نهایت ۴۸ نفر انتخاب شدند که به صورت تصادفی در دو گروه آزمایشی (گروه درمان گروهی کوتاه‌مدت شناختی رفتاری و درمان مبتنی بر ذهن آگاهی) و یک گروه کنترل جای دهی شدند. معیارهای ورود به مطالعه، دانشجوی بودن، رضایت آگاهانه برای شرکت در ۸ جلسه درمانی در زمان مشخص و امتیاز بالاتر از ۷ در پرسشنامه صدابی‌زاری بود. افراد مبتلا به افکار شدید خودکشی، اختلال روان پریشی، اختلال دوقطبی، مصرف مواد (براساس مصاحبه بالینی ساختاریافته)، و بیماری‌های جسمی و ارگانیک مغزی شدید بر اساس گزارش بیمار از مطالعه حذف شدند. همچنین غیبت بیش از ۲ جلسه نیز از ملاک‌های خروج در نظر گرفته شد. آزمودنی‌ها قبل و بعد از اتمام مداخلات با ابزار پرسشنامه ی صدا بی‌زاری، پرسشنامه ی کنترل هیجانی و پرسشنامه ی پذیرش و عمل مورد ارزیابی قرار گرفتند.

پرسشنامه ی صدا بی‌زاری (MQ) توسط وو، لوین، مورفی^۲ و همکاران (۲۰۱۴) طراحی شد و در ایران توسط مهرابی‌زاده و روشنی (۱۳۹۸) به فارسی ترجمه شده و در جامعه دانشجویان ایرانی هنجاریابی شده است. پرسشنامه ۱۷ گویه‌ای صدا بی‌زاری، شامل خرده مقیاس‌های علائم صدا بی‌زاری و خرده مقیاس‌های هیجان‌ناشی از صدا بی‌زاری می‌باشد که از ۰-۴ نمره گذاری می‌شوند. نمره کل پرسشنامه به مجموع بخش‌ها اشاره دارد و دامنه آن بین ۰-۶۸ است. وو و همکاران

¹ misophonia questionnaire

² Wu, Lewin, Murphy

برای تعیین شدت کلی علائم صدابیزاری از یک سوال کلی استفاده می‌کنند که از مقیاس وسواس فکری اقتباس شده است و میزان شدت کلی علائم صدابیزاری را در مقیاس ۱ (حداقل حساسیت) تا ۱۵ (بسیار شدید) ارزیابی می‌کند. نمره ۷ یا بالاتر بیانگر علائم بالینی قابل توجه است. وو و همکاران (۲۰۱۴) پایایی این پرسشنامه را برای مقیاس علائم صدابیزاری ۰,۸۶، و برای خرده مقیاس هیجانات و رفتارهای ناشی از صدابیزاری ۰,۸۶ و برای کل مقیاس ۰,۸۹ گزارش کردند. همچنین در پژوهش زو، وو و استورچ (به نقل از مهرابی زاده و روشنی، ۲۰۱۷) نیز پایایی این ابزار را برای خرده مقیاس علائم ۰,۸۸ و برای خرده مقیاس هیجانات و رفتارها ۰,۸۹ و برای کل مقیاس ۰,۹ به گزارش کردند. علاوه بر پایایی، روایی این مقیاس نیز به چند روش تأیید شد. ضرایب آلفای کرونباخ در پژوهش حاضر نیز برای خرده مقیاس علائم صدابیزاری ۰,۷۷ و برای خرده مقیاس هیجانات و رفتارهای ناشی از صدابیزاری ۰,۸۹ و کل مقیاس ۰,۹ می باشد.

پرسشنامه ی کنترل هیجانی (ECQ)^۱ توسط راجر و نشور (۱۹۸۷) تهیه و تنظیم شد و راجر و نجاریان^۲ (۱۹۸۹) آن را مورد بررسی مجدد قرار داده و تجدیدنظر آن را انجام دادند. این پرسشنامه دارای ۵۶ گویه است که شامل چهار مولفه؛ بازداری هیجانی، کنترل پرخاشگری، مرور ذهنی و کنترل خوش‌خیم است. نمره‌گذاری این پرسشنامه نیز به این صورت است که به پاسخ درست نمره ۱ و پاسخ غلط نمره صفر تعلق می‌گیرد و همچنین سوالات شماره ۱، ۲، ۳، ۴، ۵، ۷، ۱۰، ۱۲، ۱۳، ۱۴، ۱۵، ۱۶، ۱۹، ۲۱، ۲۴، ۲۵، ۲۶، ۲۷، ۲۹، ۳۰، ۳۱، ۴۰، ۴۲، ۴۳، ۴۵، ۴۷، ۴۹، ۵۳، ۵۴ و ۵۶ به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شود. نمره یک فرد در هر زیرمقیاس از صفر تا ۱۴ و در کل مقیاس از صفر تا ۵۶ متغیر است. در این پرسشنامه کسب نمرات بیشتر توسط شرکت‌کنندگان نشان‌دهنده کنترل هیجانی بیشتر است.

رفیعی نیا (به نقل از حسنی و شاه‌قلیان، ۲۰۱۴) ضریب آلفای کرونباخ را برای کل مقیاس ۰,۶۸ و برای زیرمقیاس‌های یاد شده به ترتیب ۰,۷، ۰,۷۶، ۰,۷۷ و ۰,۵۸ گزارش کرد. روایی درونی در این پژوهش برای کل مقیاس و زیرمقیاس‌ها به ترتیب ۰,۶۲، ۰,۶۷، ۰,۷۰، ۰,۷۴ و ۰,۵۵ به دست آمد.

در مطالعه حاضر برای سنجش رفتارهای اجتنابی نیز از نسخه دوم پرسشنامه پذیرش و عمل (AAQ-2)^۳ که توسط باند هایس، بایر^۴ و همکاران (۲۰۱۱) تدوین شده و پایایی آن ۰,۸۴ گزارش شده است. نسخه دوم پرسشنامه پذیرش و عمل دارای ۱۰ سوال است که، همسو با نظریه زیربنایی اش، برای سنجش انعطاف‌پذیری روانشناختی، به ویژه در ارتباط با اجتناب تجربه‌ای و تمایل به درگیری در عمل با وجود افکار و احساس‌های ناخواسته تدوین شده و براساس میزان توافق در یک مقیاس لیکرت ۷ درجه‌ای از ۱ برای "هرگز درست نیست" تا ۷ برای "همیشه درست است" نمره‌گذاری می‌شوند. دامنه نمرات این پرسشنامه از ۱۰ تا ۷۰ است و نمرات بالاتر در این مقیاس نشان‌دهنده انعطاف‌پذیری روانشناختی پایین‌تر و اجتناب تجربه‌ای بالاتر است. این پرسشنامه توسط عباسی، فتی، مولودی و همکاران (۱۳۹۱) در ایران ترجمه و هنجاریابی شده است. در پژوهش شمالی، پورجانب، بهجت و همکاران آلفای کرونباخ آن ۰,۸۱ به دست آمد. در پژوهش حاضر نیز آلفای کرونباخ ۰,۸۷ محاسبه شده است.

در مرحله ی اجرا، گروه‌های آزمایش در جلسات گروه درمانی شرکت داده شدند. گروه درمان شناختی رفتاری در جلسات گروهی ۹۰ دقیقه‌ای به صورت یک جلسه در هفته و طی ۷ جلسه متوالی و ۱ جلسه ارزیابی بعد از ۳ هفته شرکت کردند (بر اساس الگوی بیگر و همکاران، ۲۰۲۲). که در جدول ۲ جلسات درمانی را مشاهده می‌کنید:

جدول ۲. جلسات مداخله گروهی کوتاه‌مدت شناختی رفتاری

^۱ Emotional Control Questionnaire

^۲ Roger & Najarian

^۳ Acceptance and Action Questionnaire – version 2

^۴ Bond, Hayes, Baer

<p>معرفی اعضا و یخ شکنی های اولیه</p> <p>توضیح در مورد صدا بیزاری و روش شناختی رفتاری، برنامه ریزی برای درمان، تعیین هدف، به اشتراک گذاری اولین تجربه از شروع صدا بیزاری (بیماران اولین خاطره میسوفونیا خود را با صدای بلند توضیح می دهند). توضیح تمرین های توجه به صداها و تهیه مود برد (تابلوهای خلقی)</p> <p>تکالیف: به اشتراک گذاری مطالب آموزشی و تمرینی با خانواده/دوستان</p>	<p>جلسه اول (توجه)</p>
<p>توضیح در مورد کاهش استرس، تنفس، تکمیل مدل های میسوفونیا (بیماران مدل صدا بیزاری خود را به اشتراک می گذارند، صداها را آزارنده، تصاویر، ...)</p> <p>تکالیف: تهیه تابلوهای خلقی (هم برای صدای آزارنده و هم تداعی های مثبت)</p> <p>کاهش استرس (بیماران یک برنامه خودکنترلی برای کاهش استرس ایجاد می کنند)</p> <p>تمرین توجه (فایل صوتی صداها مختلف)</p>	<p>جلسه دوم (استرس)</p>
<p>توضیح در مورد ادراک از صداها، بیماران تابلوهای خلقی خود را ارائه می دهند)</p> <p>دستکاری محرک (آزمون صدا و شروع به تغییر صدای محرک به کمک صدای دیجیتال)</p> <p>تمرینات آرامش کاربردی (انقباض و انبساط عضلات بدن)</p> <p>تکالیف: دستکاری محرک آزارنده (بیماران با محرک های خود موسیقی متن تولید می کنند)</p> <p>فهرست صداها مشابه (بیماران برای محرک هایشان صداها مشابه را جستجو می کنند)</p> <p>تمرینات آرامش کاربردی و توجه</p>	<p>جلسه سوم (ادراک)</p>
<p>توضیح در مورد شرطی سازی کلاسیک، تغییر محرک شرطی (بیماران موسیقی متن خود را ارائه می کنند)</p> <p>توجه برگردانی به کمک عاطفه مثبت (تضعیف طوفان فکری)</p> <p>تمرینات تنفسی</p> <p>تکالیف: توجه برگردانی به کمک عاطفه مثبت (بیماران یک تمرین ویدئویی می سازند)</p> <p>تمرینات آرامش کاربردی و توجه</p>	<p>جلسه چهارم (شرطی سازی)</p>
<p>توضیح در مورد میسوکنزیا و سایر محرک ها، تکمیل توجه برگردانی به کمک عاطفه مثبت (بیماران ویدئوهای خود را ارائه می کنند)، تحلیل عملکردی هنجارهای غذا خوردن</p> <p>تمرین توجه همراه با محرک، تمرین برای کاهش استانداردهای بالا</p> <p>تکالیف: تکمیل توجه برگردانی با عاطفه مثبت (بیماران ویدئوهای خود را گسترش می دهند)</p> <p>آزمایش رفتاری برای هنجارهای غذا خوردن، تمرینات آرامش کاربردی همراه با محرک</p>	<p>جلسه پنجم (هنجارها)</p>
<p>توجه برگردانی به کمک عاطفه مثبت (بیماران ویدئوهای تکمیل شده خود را ارائه می کنند)، تمرین توجه، همراه با خانواده و دوستان که محرک آزارنده را تولید می کنند</p> <p>تکالیف: برنامه تمرین با خانواده/دوستان، فهرست رفتارهای میسوفونیک، تمرین روزانه آرامش کاربردی و توجه</p>	<p>جلسه ششم (زندگی واقعی)</p>
<p>توضیح در مورد پیشگیری از عود، تمرین نظارت بر خود، تنظیم هدف</p> <p>تکالیف: تمرینات تمرکز و تمدد اعصاب کاربردی در فضای عمومی</p>	<p>جلسه هفتم (پیشگیری از عود)</p>
<p>تمرین نظارت بر خود، ارزیابی اهداف، هدف گذاری برای آینده</p>	<p>جلسه هشتم</p>

گروه درمان ذهن آگاهی نیز ۸ جلسه ۹۰ دقیقه ای ذهن آگاهی مبتنی بر کاهش استرس به صورت یک جلسه در هفته و طی ۸ هفته متوالی دریافت کردند (بر اساس الگوی درمان ذهن آگاهی مبتنی بر کاهش استرس کاباتزین، ۲۰۰۳). که در جدول ۳ جلسات درمانی به اختصار بیان شده اند. گروه کنترل هیچ درمانی دریافت نکرد.

جدول ۳. جلسات مداخله گروهی ذهن آگاهی مبتنی بر کاهش استرس

جلسه اول (معرفی و آشنایی و تبیین مفهوم هدایت خودکار)	معرفی برنامه و شرح مختصری از صدابیزاری، آشنایی اعضای گروه با یکدیگر و مشاور، تعیین اهداف و قوانین گروه، آشنایی با مفاهیم آموزشی کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی و لزوم آموزش ذهن آگاهی، توضیح پیرامون هدایت خودکار و مراقبه خوردن کشمش و سپس به مدت ۳۰ دقیقه مراقبه واریسی بدن و تنفس آگاهانه، تکلیف دهی (تمرینات رسمی و غیر رسمی).
جلسه دوم (رویارویی با موانع)	در ابتدا شرکت کنندگان تشویق به انجام مدیتیشن اسکن بدن می شوند و پس از آن در مورد این تجربه و تجربه انجام تکلیف خانگی شان بحث می کنند. بعد از آن در مورد موانع انجام تمرین (مثل بی قراری و پرسه زدن ذهن) و راه حل های برنامه ذهن آگاهی برای این مسئله (غیر قضاوتی بودن و رها کردن افکار مزاحم) بحث می شود. سپس در مورد تفاوت بین افکار و احساسات بحث می شود، با این مضمون که رویدادها به طور مستقیم حالت هیجانی خاصی در ما ایجاد نمی کنند، این افکار و ادراک ما در مورد آن رویداد است که هیجانات مان را ایجاد می کند. پس از آن، از شرکت کنندگان خواسته می شود افکار و احساس خود را درباره صدا بیزاری بگویند. برای هفته آینده نیز این تکالیف داده می شود: انجام مدیتیشن نشسته و اسکن بدن و ذهن آگاهی یک فعالیت روزمره جدید.
جلسه سوم (آگاهی از تنفس یا تنفس آگاهانه)	بعد از بحث در مورد تکالیف خانگی با تمرین دیدن و شنیدن آغاز می شود. در این تمرین از شرکت کنندگان خواسته می شود به نحوی غیر قضاوتی و به مدت ۲ دقیقه نگاه کنند و گوش دهند. این تمرین با مدیتیشن نشسته و نفس کشیدن همراه با توجه به حواس بدنی دنبال می شود. تمرین سه دقیقه ای فضای تنفسی شامل ۳ مرحله: توجه به تمرین در لحظه انجام، توجه به تنفس و توجه به بدن انجام می شود. تکالیف منزل عبارت اند از: مدیتیشن نشسته، اسکن بدن یا یک حرکت بدنی ذهن آگاه، تمرین ۳ دقیقه ای فضای تنفسی، ذهن آگاهی یک فعالیت روزمره جدید و ذهن آگاهی یک رویداد ناخوشایند (صدای محرک میسوفونیا).
جلسه چهارم (ماندن در زمان حال)	بعد از بحث در مورد تکالیف خانگی تمرین توجه به تنفس، صداها، بدن و افکار آغاز می شود. در ادامه در مورد پاسخهای استرس و واکنش یک فرد به موقعیت های دشوار مخصوصا در هنگام مواجهه با صدای آزارنده و نگرشها و رفتارهای جایگزین بحث و در انتهای جلسه، قدم زدن ذهن آگاه تمرین می شود. تکالیف منزل عبارتند از: مدیتیشن نشسته، اسکن بدن یا یکی از حرکات بدنی ذهن آگاه و تمرین فضای تنفسی ۳ دقیقه ای در یک رویداد ناخوشایند (صدای محرک میسوفونیا).
جلسه پنجم (پذیرش افکار و احساسات)	در ابتدای جلسه پنجم، مفهوم پذیرش تبیین می شود و سپس از شرکت کنندگان خواسته می شود مدیتیشن نشسته را انجام دهند (همراه با آگاهی و حضور ذهن از تنفس، صداها، افکار و احساسات). تکالیف جلسات بعد عبارتند از: مدیتیشن نشسته، فضای تنفسی سه دقیقه ای در یک رویداد ناخوشایند (صدای محرک میسوفونیا) و ذهن آگاهی یک فعالیت جدید روزمره.
جلسه ششم (افکار حقایق نیستند)	با تمرین فضای تنفسی سه دقیقه ای آغاز می شود. تکالیف خانگی در گروههای دوتایی بحث می شوند. بعد تمرینی با این مضمون ارائه می شود که: محتوای افکار، اکثراً واقعی نیستند (خلق، فکر، دیدگاههایی جداگانه). استفاده از شعر و استعاره و ارتباط آن با کیفیت ذهن آگاهی. پس از آن چهار تمرین مدیتیشن به مدت ۱ ساعت، به افراد گروه ارائه شد. تکالیف جلسه بعد عبارتند از: انتخاب ترکیبی از مدیتیشنها که ترجیح شخصی باشد. به

علاوه انجام فضای تنفسی سه دقیقه ای در یک رویداد ناخوشایند(صدای محرک میسوفونیا) و ذهن آگاهی یک فعالیت جدید روزمره.

جلسه هفتم
(چطور می توانم به بهترین شکل از خودم مراقبت کنم؟)
با مدیتیشن چهاربعدی (مراقبه نشسته همراه با توجه به تنفس، صداهاى بدن و افکار) و آگاهی نسبت به هرآنچه در لحظه به هشیاری وارد می شود، آغاز می گردد. مضمون این جلسه این است: بهترین راه مراقبت از خودم چیست؟ در ادامه تمرینی ارائه می شود که در آن شرکت کنندگان مشخص می کنند کدامیک از رویدادهای زندگیشان خوشایند و کدامیک ناخوشایند است (تجربه آگاهی و پذیرش بدون قضاوت و غیرانتخابی). پس از آن فضای تنفسی سه دقیقه ای انجام می شود. تمرین خانگی عبارت اند از: انجام ترکیبی از مدیتیشن که برای فرد مرجح است، انجام تمرین فضای تمرین تنفسی سه دقیقه ای در یک رویداد ناخوشایند(صدای محرک میسوفونیا)، ذهن آگاهی یک فعالیت روزمره جدید.

جلسه هشتم
(پذیرش و تغییر)
مضمون این جلسه این است: استفاده از آنچه تاکنون یاد گرفته اید. این جلسه با مدیتیشن اسکن بدن آغاز می شود. پس از آن تمرین فضای تنفسی ۳ دقیقه ای انجام می شود. سپس در مورد روش های کنار آمدن با موانع انجام مدیتیشن بحث می شود. پس از آن در مورد کل جلسه سؤال هایی مطرح شد از این قبیل که آیا شرکت کنندگان به انتظارات خود دست یافته اند؟ آیا احساس می کنند شخصیتشان رشد کرده؟ آیا احساس می کنند مهارت های مقابله شان در مورد صدای آزارنده افزایش یافته و آیا دوست دارند تمرین های مدیتیشن شان را ادامه دهند.

تحلیل داده ها به کمک نسخه ۲۷ م از نرم افزار SPSS و توسط آزمون تحلیل کوواریانس و آزمون تعقیبی بنفرونی انجام شده است.

یافته ها

جدول ۴، یافته های توصیفی متغیر مورد پژوهش را نشان می دهد.

جدول ۴. مولفه های توصیفی متغیر در گروه های پژوهشی به تفکیک مراحل پیش آزمون و پس آزمون

انحراف معیار	میانگین	متغیرها	گروه ها	
۱,۵۲	۴۴,۸۸	هیجانان ناشی از صدا بیزاری	پیش آزمون	درمان
۱,۴۸	۲۰,۱۳	کنترل هیجانی		گروهی کوتاه
۲,۲۴	۳۰,۸۸	اجتناب رفتاری		مدت شناختی
۱/۱۹	۳۱/۵۶	هیجانان ناشی از صدا بیزاری	پس آزمون	رفتاری
۰,۵۸	۲۷,۸۸	کنترل هیجانی		
۰,۹۱	۴۴,۵۶	اجتناب رفتاری		
۱,۳۲	۴۵,۸۱	هیجانان ناشی از صدا بیزاری	پیش آزمون	درمان
۱,۱۷۲	۲۱,۸۸	کنترل هیجانی		گروهی ذهن
۱,۶۱	۳۲,۵	اجتناب رفتاری		آگاهی مبتنی بر
۰,۷۳	۳۷	هیجانان ناشی از صدا بیزاری	پس آزمون	کاهش استرس
۰,۶۵	۲۶,۹۴	کنترل هیجانی		
۱,۰۴	۳۸,۲۵	اجتناب رفتاری		
۰,۶۳	۴۲	هیجانان ناشی از صدا بیزاری	پیش آزمون	کنترل
۰,۹۶	۱۸,۶۹	کنترل هیجانی		
۱,۳۰	۳۳,۴۴	اجتناب رفتاری		
۰,۷۸	۴۳,۴۴	هیجانان ناشی از صدا بیزاری	پس آزمون	
۱,۱۵	۲۰	کنترل هیجانی		
۱,۱۹	۳۳,۶۹	اجتناب رفتاری		

برای بررسی مقایسه اثر بخشی دو روش درمانی از تحلیل کوواریانس چند متغیره استفاده شد. ابتدا پیش فرض های این آزمون بررسی شدند. مفروضه ی نرمال بودن تو سطر آزمون شاپیرو ویلک بررسی شد و در همه ی متغیرها $p > 0.05$ و نرمالیته برقرار بود. همسانی ماتریس کوواریانس نیز با آزمون ام باکس بررسی شد و برقرار بود ($f(12,9813)=1.73$) و $p=0.056$. به منظور ارزیابی مفروضه یکسانی واریانس های خطا از آزمون لوین استفاده شد که در هر سه متغیر سطح معناداری بالای ۵ صدم بوده و حاکی از برقراری این مفروضه می باشد. نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری (مانکووا) روی نمره های پس آزمون هیجانناش از صدا بیزاری، کنترل هیجانی، اجتناب رفتاری در گروههای آزمایشی (۱ و ۲) نشان می دهد با کنترل پیش آزمون سطوح معنی داری همه ی آزمونها، بین آزمودنی های گروههای آزمایشی و گواه حداقل از لحاظ یکی از متغیرهای وابسته تفاوت معناداری وجود دارد ($F=13,06$) و میزان ضریب اتا ۰,۴۹ بدست آمد بدین معنا که ۰,۴۹ از تغییرات ایجاد شده در ترکیب متغیرهای وابسته ناشی از مداخلات صورت گرفته بوده است. برای پی بردن به این نکته که از لحاظ کدام متغیر بین دو گروه تفاوت معنی داری وجود دارد، تحلیل کوواریانس در متن مانکوا انجام گرفت.

جدول ۵. خلاصه ی نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیری بر نمره های پس آزمون متغیرهای وابسته

متغیرها	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی داری	اندازه اثر
هیجانناش از صدا بیزاری	۱۲۳۹,۱۱	۲	۶۱۹,۵۶	۵۴,۵۶	<۰,۰۰۱	۰,۷۲۲
کنترل هیجانی	۲۲۲,۶۸۶	۲	۱۱۱,۳۴	۱۶,۴۶	<۰,۰۰۱	۰,۴۴
اجتناب رفتاری	۱۰۷۶,۸۵۴	۲	۵۳۸,۴۳	۶۹,۸۸	<۰,۰۰۱	۰,۷۷

یافته های جدول شماره ی ۲ مشخص می کند که بین همه متغیرها تفاوت معناداری وجود دارد. ملاحظه می شود که در پس آزمون متغیر هیجانناش از صدا بیزاری ($p < 0,001$, $F=54,56$, $MS=619,56$)، کنترل هیجانی ($p < 0,001$, $F=16,46$, $MS=111,34$)، اجتناب رفتاری ($p < 0,001$, $F=69,88$, $MS=538,43$) تفاوت بین میانگین ها معنادار است. از اندازه ی اثر نیز می توان نتیجه گرفت که ۰,۷۲ واریانس هیجانناش از صدا بیزاری، ۰,۴۴ واریانس کنترل هیجانی و ۰,۷۷ واریانس اجتناب رفتاری ناشی از روش های مداخله ای می باشد. برای بررسی تفاوت میانگین دو روش درمانی از آزمون تعقیبی بنفرونی استفاده شده است.

جدول ۶. نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی برای مقایسه میانگینهای متغیرهای وابسته در گروههای آزمایشی و گواه در مرحله ی پس آزمون

متغیر	I گروه	J گروه	میانگین تفاضل	خطای استاندارد	معناداری
هیجانناش از صدا بیزاری	درمان شناختی رفتاری گروهی	کنترل	-۱۳,۷۹	۱,۳۲	<۰,۰۰۱
کنترل هیجانی	درمان ذهن آگاهی گروهی	کنترل	-۹,۲۳	۱,۴۸	<۰,۰۰۱

درمان	درمان	۴,۵۶۵-	۱,۲۵	۰,۰۰۲	شناختی	ذهن آگاهی	رفتاری گروهی	رفتاری گروهی
درمان	درمان	۴,۰۲	۱,۱۵	۰,۰۰۳	شناختی	ذهن آگاهی	کنترل	کنترل
کنترل	کنترل	۵,۸۴	۱,۰۲	<۰,۰۰۱	شناختی	رفتاری گروهی	کنترل	هیجانی
درمان	درمان	۱,۸۳	۰,۹۶۵	۰,۱۹۶	شناختی	رفتاری گروهی	ذهن آگاهی	رفتاری گروهی
درمان	درمان	۱۲,۳۵۳	۱,۰۹	<۰,۰۰۱	شناختی	رفتاری گروهی	کنترل	کنترل
اجتناب	اجتناب	۵,۶۳	۱,۲۲	<۰,۰۰۱	شناختی	رفتاری گروهی	کنترل	رفتاری
درمان	درمان	۷,۰۹	۱,۰۳	<۰,۰۰۱	شناختی	رفتاری گروهی	ذهن آگاهی	رفتاری گروهی

مقایسه ی آزمون بنفرونی نشان داد که در هیجان‌ناشی از صدا بی‌زاری ، میانگین درمان شناختی رفتاری گروهی به طور معنی داری کمتر از میانگین گروه درمان ذهن آگاهی گروهی و گروه گواه است. که نشان دهنده ی اثر بخشی بیشتر این درمان در این متغیر می باشد. در کنترل هیجانی ، تفاوت معنی داری میان میانگین درمان شناختی رفتاری گروهی و درمان ذهن آگاهی گروهی وجود ندارد که نشان دهنده ی اثر بخشی یکسان دو روش درمان در این متغیر می باشد. در متغیر اجتناب رفتاری ، میانگین درمان شناختی رفتاری گروهی به طور معنی داری بیشتر از میانگین گروه درمان ذهن آگاهی گروهی و گروه گواه است. که نشان دهنده ی اثر بخشی بیشتر این درمان در این متغیر می باشد.

بحث و نتیجه گیری

هدف از انجام پژوهش حاضر تعیین تفاوت اثربخشی درمان شناختی رفتاری گروهی و درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر هیجان‌ناشی از صدا بی‌زاری ، اجتناب رفتاری و کنترل هیجانی در دانشجویان مبتلا به صدا بی‌زاری می باشد. نتایج به دست آمده نشان داد که درمان شناختی رفتاری به طور معناداری موجب افزایش کنترل هیجانی و کاهش اجتناب رفتاری و هیجان‌ناشی از صدا بی‌زاری در مرحله ی پس آزمون شد که این یافته ها با نتایج لوپن و همکاران (۲۰۲۰)، ییگر و همکاران (۲۰۲۰)، روشنی و مهرابی زاده (۲۰۲۱) و دوور و مک گوایر (۲۰۲۱) و راباسکو و مک کی (۲۰۲۱) و ییگر و همکاران (۲۰۲۱) و زاروتی و همکاران (۲۰۲۲) هم راستا بوده است. در مورد روش درمانی ذهن آگاهی مبتنی بر کاهش استرس نیز نتایج به همین گونه بود و در همه ی متغیر ها شاهد اختلاف معنی داری در گروه کنترل و درمان بودیم. از آنجایی که تا کنون این روش درمانی به طور خاص بر روی صدا بی‌زاری انجام نشده بود می توان آن را هم راستا با یافته های درمان های موج سوم بر روی اختلال صدا بی‌زاری مانند کامودی و دلکونته (۲۰۱۷)، اشنايدر و آرک (۲۰۱۷) ، ییگر و همکاران (۲۰۲۱) و قربانی و همکاران (۲۰۲۲) دانست. همچنین در مورد مقایسه دو اثر درمانی نیز این نتیجه حاصل

شد که در اجتناب رفتاری و هیجان‌ناشی از صدا بی‌زاری، روش شناختی رفتاری به طور معنی داری اثر بخشی بالاتری نسبت به روش ذهن آگاهی مبتنی بر کاهش استرس دارد ولی در کنترل هیجانی اختلاف معنی داری ندارند.

در تبیین یافته‌ها به نظر می‌رسد مطالعه رویکردهای درمانی هر دو گروه می‌تواند کمک کننده باشد. گروه درمانی ذهن آگاهی مبتنی بر کاهش استرس، برای افزایش اثر درمانی، از تکنیک‌های ذهن آگاهانه برای کاهش اضطراب استفاده می‌کند. بیماران مبتلا به میسوفونیا اضطراب بیشتری را نسبت به افراد عادی تجربه می‌کنند (ژو و همکاران، ۲۰۱۷). شنایدر و آرچ از تکنیک‌هایی برای افزایش تحمل اضطراب بیمار استفاده کردند و بیان کردند که تحمل پریشانی بیمار پس از درمان افزایش یافته است. از سوی دیگر، گروه درمانی CBT از تکنیک‌های بازسازی شناختی و آموزش مهارت‌های رفتاری مانند حل مسئله، آموزش رفتار قاطعانه و پیشگیری از مواجهه و پاسخ استفاده می‌کند (بیگر و همکاران، ۲۰۲۲).

در حالی که درمان شناختی رفتاری بر محتوا، فراوانی و اعتبار شناخت‌ها و احساسات ناسازگار متمرکز است، ذهن آگاهی به درمان‌های «موج سوم» اخیراً توسعه یافته تعلق دارد که عمدتاً بر زمینه و عملکرد رویدادهای روانشناختی مشکل ساز مانند پردازش خود ارجاعی منفی (به عنوان مثال، نشخوار فکری، نگرانی) تمرکز می‌کنند (اسویر، نیسن، فارور و همکاران، ۲۰۲۲). این تکنیک‌ها جنبه‌های مختلف علائم میسوفونیا را هدف قرار می‌دهند. با توجه به جنبه‌های مختلف درمان، تمرکز هر دو درمان بر شناخت‌ها و رفتارهای اجتنابی و کنترل هیجان است. هر دوی آنها نقش شناخت را در بروز مشکل می‌پذیرند، اما میزان تأکید هر روش بر ایفای نقش در تحلیل نظری متفاوت است. در واقع هدف اصلی درمان شناختی رفتاری سنتی تغییر محتوای افکار به تفاسیر واقعی‌تر است، در حالی که ذهن آگاهی بر تغییر نحوه ارتباط افراد با افکار خود تمرکز می‌کند (متسون و همکاران، ۲۰۲۳).

رویکردهای موج سوم نیز علاوه بر درمان‌های شناختی و رفتاری می‌توانند بسیار موثر باشند اما نیاز به مطالعه بیشتر و قابل توجهی دارند. از این جهت پیشنهاد می‌شود در مطالعات آتی درمان‌های موج سوم در مطالعات تصادفی بیشتری مورد استفاده قرار بگیرند. همین‌طور از محدودیت‌های مطالعه حاضر می‌توان به نبود پیشینه‌ی قوی، فقدان کارآزمایی‌های مقایسه‌ای و همچنین کمبود معیارهای معتبر روانسنجی برای تشخیص و اندازه‌گیری شدت اختلال اشاره کرد که می‌تواند موضوع مطالعات گسترده‌ی بعدی باشد. در واقع استفاده از مجموعه رو به رشدی از معیارهای معتبر روانسنجی صدابیزاری در ارزیابی اثربخشی درمان ضروری است.

و در آخر درست است که مطالعات در مورد مداخلات اثر بخش برای درمان صدابیزاری در مراحل اولیه است، اما همین امر فرصتی را برای استفاده از روش‌های علمی قوی برای تکیه بر تحقیقات پایه‌ای که تا به امروز برای توسعه درمان‌های مؤثر ارائه شده است، مهیا می‌کند.

منابع فارسی

خان محمدی اطاقسرا، ارسلان و احمدی، آرزو (۱۴۰۲)، «مروری بر درمان‌های غیردارویی موثر در کنترل اختلال صدا بی‌زاری»، هفتمین کنفرانس بین‌المللی علوم تربیتی، روانشناسی، مشاوره، آموزش و پژوهش، تهران، ایران.

مهرابی زاده هنرمند، مهناز، و روشنی، خدیجه. (۱۳۹۸). بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی پرسشنامه صدا بی‌زاری. علوم اعصاب شفای خاتم، ۷(۲)، ۱۳-۲۲.

References

- Aryal, S., & Prabhu, P. (2022). Misophonia: Prevalence, impact and co-morbidity among Mysore University students in India-A survey. *Neuroscience Research Notes*, 5(4), 161-161.
- Bond, F. W., Hayes, S. C., Baer, R. A., Carpenter, K. M., Guenole, N., Orcutt, H. K., ... & Zettle, R. D. (2011). Preliminary psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire-II: A revised measure of psychological inflexibility and experiential avoidance. *Behavior therapy*, 42(4), 676-688.

- Brout, J. J., Edelstein, M., Erfanian, M., Mannino, M., Miller, L. J., Rouw, R., & Rosenthal, M. Z. (2018). Investigating misophonia: A review of the empirical literature, clinical implications, and a research agenda. *Frontiers in Neuroscience*, 36.
- Cassiello-Robbins, C., Anand, D., McMahon, K., Guetta, R., Trumbull, J., Kelley, L., & Rosenthal, M. Z. (2020). The mediating role of emotion regulation within the relationship between neuroticism and misophonia: A preliminary investigation. *Frontiers in psychiatry*, 11, 847.
- Dover, N., & McGuire, J. F. (2021). Family-based cognitive behavioral therapy for youth with Misophonia: a case report. *Cognitive and behavioral practice*.
- Dozier, T. H., Lopez, M., & Pearson, C. (2017). Proposed diagnostic criteria for misophonia: A multisensory conditioned aversive reflex disorder. *Frontiers in psychology*, 8, 1975.
- Ferrer-Torres, A., & Giménez-Llort, L. (2022). Misophonia: A Systematic Review of Current and Future Trends in This Emerging Clinical Field. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(11), 6790.
- Ghorbani, S., Ashouri, A., Gharraee, B., & Farahani, H. (2022). Effectiveness of Online Group-mindfulness and Acceptance-based Therapy and Cognitive-behavioral Therapy on Misophonia. *Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences*, (In Press).
- Guetta, R. E., Cassiello-Robbins, C., Trumbull, J., Anand, D., & Rosenthal, M. Z. (2022). Examining emotional functioning in misophonia: The role of affective instability and difficulties with emotion regulation. *PLoS One*, 17(2), e0263230.
- Hasani, J., & Shahqolian. (2014). Emotional expressiveness, emotional control and ambivalence in emotional expression in runaway and normal girls. *Counseling and Psychotherapy Culture*, 5(17), 117-134.(persian)
- Jager, I., de Koning, P., Bost, T., Denys, D., & Vulink, N. (2020). Misophonia: Phenomenology, comorbidity and demographics in a large sample. *PloS one*, 15(4), e0231390.
- Jager, I., Vulink, N., van Loon, A., van der Pol, M., Schröder, A., Slaghekke, S., & Denys, D. (2022). Synopsis and qualitative evaluation of a treatment protocol to guide systemic group-cognitive behavioral therapy for misophonia. *Frontiers in Psychiatry*, 1381.
- Jastreboff, P. J., & Jastreboff, M. M. (2023). The neurophysiological approach to misophonia: Theory and treatment. *Frontiers in Neuroscience*, 17, 895574.
- Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-based interventions in context: past, present, and future.
- Kamody, R. C., & Del Conte, G. S. (2017). Using dialectical behavior therapy to treat misophonia in adolescence. *The primary care companion for CNS disorders*, 19(5), 26256.
- Karalis, P., Carter, C., Coplan, B., & Olabisi, J. (2022). Treatment challenges for Misophonia with comorbid mood and anxiety disorders, a case report. *Psychiatry Research Case Reports*, 1(1), 100012.
- Lewin, A. B., Dickinson, S., Kudryk, K., Karlovich, A. R., Harmon, S. L., Phillips, D. A., ... & Ehrenreich-May, J. (2021). Transdiagnostic cognitive behavioral therapy for misophonia in youth: Methods for a clinical trial and four pilot cases. *Journal of affective disorders*, 291, 400-408.
- Naylor, J., Caimino, C., Scutt, P., Hoare, D. J., & Baguley, D. M. (2021). The prevalence and severity of misophonia in a UK undergraduate medical student population and validation of the Amsterdam misophonia scale. *Psychiatric Quarterly*, 92(2), 609-619.
- Neacsiu, A. D., Szymkiewicz, V., Galla, J. T., Li, B., Kulkarni, Y., & Spector, C. W. (2022). The neurobiology of misophonia and implications for novel, neuroscience-driven interventions. *Frontiers in Neuroscience*, 16, 893903.
- Mattson, S. A., D'Souza, J., Wojcik, K. D., Guzick, A. G., Goodman, W. K., & Storch, E. A. (2023). A systematic review of treatments for misophonia. *Personalized Medicine in Psychiatry*, 39, 100104.
- Mehrabizadeh Honarmand, M., & Roushani, K. (2019). Investigation of psychometric properties of Misophonia Questionnaire. *The Neuroscience Journal of Shefaye Khatam*, 7(2), 13-22.
- Rabasco, A., & McKay, D. (2021). Exposure Therapy for Misophonia: Concepts and Procedures. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 35(3).
- Roger, D., Najarian, B.(1989). The construction and validation of a new scale for measuring emotion control. *Personality Differences*, 10 (8) : 845 – 853.
- Roushani, K., & Honarmand, M. M. (2021). The effectiveness of cognitive-behavioral therapy on anger in female students with misophonia: a single-case study. *Iranian Journal of medical sciences*, 46(1), 61.
- Rouw, R., & Erfanian, M. (2018). A large-scale study of misophonia. *Journal of clinical psychology*, 74(3), 453-479.
- Schröder, A., Vulink, N., & Denys, D. (2013). Misophonia: diagnostic criteria for a new psychiatric disorder. *PloS one*, 8(1), e54706.

- Shomaliahmadabadi, M., poorjanebollahi, M., Behjat, A., & barkhordari, A. (2021). The role of experience avoidance and orientations to seeking professional help in predicting covid-19 anxiety. *Journal of Excellence in counseling and psychotherapy*, 9(36), 67-78.
- Schneider, R. L., & Arch, J. J. (2017). Case study: a novel application of mindfulness-and acceptance-based components to treat misophonia. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 6(2), 221-225.
- Sverre, K. T., Nissen, E. R., Farver-Vestergaard, I., Johannesen, M., & Zachariae, R. (2022). Comparing the efficacy of mindfulness-based therapy and cognitive-behavioral therapy for depression in head-to-head randomized controlled trials: A systematic review and meta-analysis of equivalence. *Clinical Psychology Review*, 102234.
- Swedo, S. E., Baguley, D. M., Denys, D., Dixon, L. J., Erfanian, M., Fioretti, A., ... & Raver, S. M. (2022). Consensus definition of misophonia: a Delphi study. *Frontiers in Neuroscience*, 16, 841816.
- Vitoratou, S., Ugluk-Marucha, N., Hayes, C., Erfanian, M., Pearson, O., & Gregory, J. (2021). Item response theory investigation of misophonia auditory triggers. *Audiology Research*, 11(4), 567-581.
- Wiese, A. D., Wojcik, K. D., & Storch, E. A. (2021). Assessment and intervention for individuals with misophonia. *Journal of Health Service Psychology*, 47, 51-60.
- Wu, M. S., Lewin, A. B., Murphy, T. K., & Storch, E. A. (2014). Misophonia: incidence, phenomenology, and clinical correlates in an undergraduate student sample. *Journal of clinical psychology*, 70(10), 994-1007.
- Yektatalab, S., Mohammadi, A., & Zarshenas, L. (2022). The Prevalence of Misophonia and Its Relationship with Obsessive-compulsive Disorder, Anxiety, and Depression in Undergraduate Students of Shiraz University of Medical Sciences: A Cross-Sectional Study. *International Journal of Community Based Nursing & Midwifery*, 10(4), 259-268.
- Yilmaz, Y., & Hocaoglu, C. (2021). Mizofoni: Bir Gözden Geçirme. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 13(2), 383-393.
- Zarotti, N., Tuthill, A., & Fisher, P. (2022). Online emotion regulation for an adolescent with misophonia: A case study. *Journal of Cognitive Psychotherapy*. <https://doi.org/10.1891/JCP-2021-0015>.
- Zhou, X., Wu, M. S., & Storch, E. A. (2017). Misophonia symptoms among Chinese university students: Incidence, associated impairment, and clinical correlates. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 14, 7-12.