

مقایسه اثربخشی رواندرمانی مبتنی بر فراتشخیص و شفقت به خود بر حساسیت اضطرابی در بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر

فائزه بحری^۱، حسینعلی قنادزادگان^{۱*}، محمد کاظم فخری^۱

(۱) گروه روانشناسی، واحد ساری، دانشگاه آزاد اسلامی، ساری، ایران

*نویسنده مسئول: ghanad.hamid@iausari.ac.ir

تاریخ پذیرش مقاله ۱۴۰۴/۰۵/۰۱

تاریخ دریافت مقاله ۱۴۰۴/۰۲/۰۸

چکیده

اختلال اضطراب فراگیر یکی از انواع اختلالات اضطرابی است که ویژگی اصلی آن نگرانی و اضطراب شدید (پیش بینی بیمناکانه) درباره تعدادی از حوادث یا رویدادها است، لذا هدف پژوهش حاضر، مقایسه اثربخشی رواندرمانی مبتنی بر فراتشخیص و شفقت به خود بر حساسیت اضطرابی در بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر بود. روش پژوهشی نیمه تجربی و در قالب یک طرح پیش آزمون-پس آزمون شامل دو گروه مداخله و یک گروه کنترل انجام شد. جامعه مورد نظر در این پژوهش کلیه بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر بودند که به مراکز مشاوره شهر مشهد در سال ۱۴۰۲ مراجعه کرده که از این جامعه تعداد ۴۵ بیمار به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند که به سه گروه ۱۵ نفره تقسیم گردید و به صورت تصادفی به دو گروه مداخله و یک گروه کنترل جایگزین شدند که در طول مداخله گروه‌ها به ۱۳ نفر تقلیل یافت. برای جمع آوری داده‌ها از مقیاس حساسیت اضطرابی ریس و همکاران (۱۹۸۶) استفاده شد و جلسات درمان مبتنی بر فراتشخیص برنامه‌ی درمانی بارلو و همکاران (۲۰۰۸) طی ۱۰ جلسه و جلسات درمان مبتنی بر شفقت به خود گیلبرت (۲۰۲۰) طی ۱۲ جلسه برای گروه‌های مداخله اجرا شد. و برای گروه کنترل هیچ مداخله‌ای انجام نشد. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از آزمون تحلیل کوواریانس و با نرم افزار SPSS-25 استفاده شد. نتایج نشان داد، در حساسیت اضطرابی و هیچ کدام از ابعاد آن (نگرانی‌های جسمی، نگرانی‌های روان شناختی و نگرانی‌های اجتماعی) بین دو گروه رواندرمانی یکپارچه مبتنی بر فراتشخیصی و گروه رواندرمانی مبتنی بر شفقت در مرحله پس آزمون تفاوت معنی‌داری وجود نداشت و هر دو درمان منجر به بهبود حساسیت اضطرابی شدند ($p < 0/05$). با توجه به ماهیت روان‌درمانی یکپارچه مبتنی بر فراتشخیص و روان‌درمانی مبتنی بر شفقت به خود، این دو روش درمانی بر ابعاد حساسیت اضطرابی (نگرانی‌های جسمی، نگرانی‌های روان شناختی و نگرانی‌های اجتماعی) پیشنهاد می‌گردد.

کلید واژگان: شفقت به خود، حساسیت اضطرابی، اختلال اضطراب فراگیر

کابلو و همکاران^۱، ۲۰۱۸). طبق آمار سازمان بهداشت جهانی از هر چهار نفر یک نفر در طول زندگی خود دچار یک اختلال روان‌پزشکی می‌شود و تقریباً ۶۰۰ میلیون نفر در سراسر جهان در نتیجه این پیامد ناتوان می‌شوند (کیم،

مقدمه

اختلال‌های روانی به صورت گسترده در سراسر جهان وجود دارند که می‌تواند متنوع باشد و نقش فرایندهای در بروز انواع مشکلات برای فرد و جامعه دارد (کامنوو،

فرد با جهان را شکل می‌دهد (فوردد و گراس^{۱۲}، ۲۰۱۹). باورپذیری افکار و احساسات اضطرابی زمانی اتفاق می‌افتد که افراد به‌جای این‌که افکار خود را به‌عنوان حالت‌های درونی گذرا ببینند، تحت تأثیر معنای ظاهری افکار خود قرار می‌گیرند (فرگوس^{۱۳}، ۲۰۱۵). دپلانکی^{۱۴} و همکاران (۲۰۲۳) در پژوهش خود به این نتیجه دست یافتند که باورهای افراد در مورد احساسات آن‌ها، منجر به استفاده از راهبردهای خاصی می‌شود که پیامدهای مهمی برای سلامت روانی افراد دارد.

افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر در باورپذیری افکار و احساسات اضطرابی رنج می‌برند، زیرا صرفاً بر روی محتوای فکر خود تمرکز می‌کنند و نمی‌توانند رویدادهای شناختی را از دیدگاهی متفاوت مورد بررسی قرار دهند. بنابراین، تلاشی بی‌ثمر برای کنترل تفکر و واکاوی بیش‌ازحد موقعیت‌ها دارند (گیلنדרز و همکاران^{۱۵}، ۲۰۱۴) و منجر به مشکلاتی مانند نشخوار فکری در آن‌ها شود (فیشر^{۱۶}، ۲۰۲۱)، هم‌چنین، هایز^{۱۷} و همکاران (۲۰۱۱) نشان دادند افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر در باورپذیری افکار و احساسات اضطرابی دچار بدتنظیمی شناختی بوده و دچار مشکل هستند. آندربرگ و همکاران^{۱۸} (۲۰۲۴) نیز نشان دادند باورپذیری اضطراب مشکلات متعددی در بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر به وجود می‌آورد.

سازه‌ای روان‌شناختی که به نظر می‌رسد در تشدید اختلال اضطرابی نقش داشته باشد، حساسیت اضطرابی^{۱۹} است. حساسیت اضطرابی متغیری شناختی است که به تفاوت‌های فردی وابسته است (آفاجانی، احمدی، فلاحی، ۱۴۰۰)، این سازه به‌عنوان هراس داشتن از اضطراب تعریف شده است (حاتمی نژاد، میردریکوند، سپهوندی، ۱۴۰۲) و به نشان دهنده گرایش فرد به فاجعه‌سازی درباره

پارکر و همکاران^۱، ۲۰۲۰). یکی از این اختلال‌ها که غالباً به‌خوبی تشخیص داده نمی‌شود و درمان آن آسان نیست، اختلال اضطراب فراگیر می‌باشد (پروسکرنینا، لیوکوویچ و همکاران^۲، ۲۰۲۳). اختلال اضطراب فراگیر به‌عنوان شایع‌ترین اختلال روانی شناخته شده است که مهم‌ترین معیار تشخیص آن در ویراست پنجم راهنمای تشخیصی و آماری انواع اختلالات روانی^۳، شامل وجود اضطراب و نگرانی مفرط (انتظار توأم با تشویش) درباره تعدادی از رویدادها یا فعالیت‌هایی مانند عملکرد شغلی و تحصیلی در اکثر روزهای هفته به مدت حداقل ۶ ماه است که فرد نمی‌تواند آن را کنترل نماید (استین، سارن^۴، ۲۰۱۵).

شیوع این اختلال در یک دوره یک‌ساله تقریباً ۳ درصد در بزرگسالان می‌باشد (پرتی و همکاران^۵، ۲۰۲۱). هم‌چنین، مؤسسه سنجش و ارزیابی سلامت^۶، در سال ۲۰۲۲ مجموعه‌ای از داده ارائه کرده است که بیشترین سهم اختلال اضطراب فراگیر مربوط به کشور ایران بوده است (کارلابورد^۷، ۲۰۲۲). افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر دارای مشکلات فراوانی هستند که بر فعالیت‌های روزمره زندگی آن‌ها تأثیر می‌گذارد (کراسکه و همکاران^۸، ۲۰۱۷) و نگرانی مزمن و غیراختصاصی در آن‌ها مشاهده می‌شود (دمارتینی و همکاران^۹، ۲۰۱۹). یکی از مشکلات اصلی افراد دارای اختلال اضطراب فراگیر، باورپذیری افکار و احساسات اضطرابی^{۱۰} در نظر گرفته می‌شود که در ایجاد احساس خطر و تداوم اضطراب و تعیین رفتار آن‌ها نقش دارد زیرا اگر تبدیل به باور اساسی شود، تنها از طریق تغییرات مهم شناختی قابل تغییر می‌باشد (قدرتی ترابی و همکاران^{۱۱}، ۲۰۲۳) و این باورپذیری نحوه تعامل

12 Ford, Gross
13 Fergus
14 Deplancke et al
15 Gillanders et al
16 Fisher
17 Hayes et al
18 Anderberg et al
19 Anxiety sensitivity

1 Kim, Parker et al
2 Proskurnina, Liaukovich et al
3 Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
4 Stein, Sareen
5 Preti et al
6 Global burden of disease
7 Collaborators
8 Craske et al
9 DeMartini et al
10 Believability of anxious feelings and thoughts
11 Ghodrati Torbati et al

اضطراب فراگیر مؤثرتر بوده است. در درمان فراتشخیص برای افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر، عواملی که تفکر را کنترل می‌کند مورد تأکید قرار می‌گیرد نه چالش و یا مواجهه طولانی مدت و مکرر با باورها (باروا و همکاران^۸، ۲۰۲۰). در درمان فراتشخیص برای اختلال اضطراب فراگیر، باورهای فراتشخیص تأثیر محوری بر شیوه پاسخ‌گویی به افکار، باورها، علائم و هیجانات منفی دارند (فایجا و همکاران^۹، ۲۰۲۳). در این درمان بر حذف نگرانی، رها کردن راهبردهای تهدیدپایی و کمک به افراد برای تجربه افکار مزاحم بدون اجتناب کردن از آن‌ها تأکید می‌شود (کالسن و همکاران^{۱۰}، ۲۰۱۹). در طی ۳۸ سال گذشته، درمان فراتشخیص در طیف وسیعی از اختلالات روانی ارزیابی شده است و با اثرات مثبتی همراه بوده است (قادری و همکاران، ۱۴۰۰).

یکی دیگر از این رویکردها که در سال‌های اخیر مورد توجه درمانگران قرار گرفته است، رویکرد درمان متمرکز بر شفقت^{۱۱} است. شفقت خود بر اساس تعریف نف^{۱۲} (۲۰۱۷) این متغیر از سه مولفه تشکیل شده است: مهربانی با خود در مقابل قضاوت در مورد خود، حس مشترک انسان در مقابل انزوا و هشیاری در مقابل فزون همانندسازی (ریبل و همکاران^{۱۳}، ۲۰۲۵). ترکیب این سه مولفه مرتبط با یکدیگر، مشخصه فردی است که بر خود شفقت دارد. مهربانی با خود، توجه به درک خود به جای قضاوت یا انتقاد از کاستی‌ها و بی‌کفایتی‌های خود است (کوتری و همکاران^{۱۴}، ۲۰۱۹). کسانی که نمره بالایی در شفقت خود کسب می‌کنند نمره کمتری در نوروگرایی و افسردگی می‌گیرند و نمره بالاتری در رضایت، سلامت ذهنی و سازگاری حاصل می‌کنند (اسپیکتور و همکاران^{۱۵}، ۲۰۲۴). شفقت به خود، علاوه بر آن که فرد را در مقابل حالت‌های روانی منفی محافظت می‌کند، در تقویت حالت

احساسات مرتبط با اضطراب است (لیبیوت، ترن و ویوجانویک^۱، ۲۰۲۰). متخصصان سلامت روان اختلال‌های هیجانی، عاطفی و شناختی را زمینه‌سازهای اختلال اضطراب فراگیر پیشنهاد کردند (بسون و فورگت^۲، ۲۰۱۶).

هم‌چنین، حساسیت اضطرابی به‌عنوان یک نیروی بالقوه روان‌شناختی که می‌تواند آمادگی اضطراب در حد شدید را پیش‌بینی نماید در برخی پژوهش‌ها مطرح شده است (پاولوس و همکاران^۳، ۲۰۲۱). پژوهشگران ارتباط میان حساسیت اضطرابی و رفتارهای مبتلایان به اختلال اضطراب فراگیر را تأیید کرده‌اند (آذرمهر، احمدی، ۱۳۹۸).

از میان مدل‌هایی که برای درمان بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر، درمان‌های موج سوم پیشنهاد شده‌اند که بیشترین سهم در پژوهش و ابداع روش درمان را به خود اختصاص داده‌اند (اکبری، چنیفروشان، عبدیان، ۱۳۹۲). هانس و هایلر^۴ (۲۰۱۳) نیز معتقدند درمان‌های موج سوم به‌عنوان استاندارد طلایی درمان اختلال‌های اضطرابی در نظر گرفته شده و به صورت گسترده برای درمان اختلال‌های اضطرابی به کار می‌رود. توجه به مؤلفه‌های شناختی در بروز اختلال اضطراب فراگیر باعث شده است که پژوهش‌گران با استفاده از مدل‌های شناختی و رفتاری پیشین، چندین روش درمانی را برای این اختلال ابداع کنند.

روان‌درمانی مبتنی بر فراتشخیص^۵ یکی از درمان‌های اثربخش در درمان اختلال اضطراب فراگیر است که نسبت به دیگر رویکردهای درمانی برای درمان اختلال اضطراب فراگیر مؤثرتر می‌باشد (راوات و همکاران^۶، ۲۰۲۳). نورمن^۷ و همکارش (۲۰۱۸) دریافتند که درمان فراتشخیص از دیگر رویکردهای درمانی در درمان اختلال

8 Barua et al
9 Faija et al
10 Callesen et al
11 Compassion Focused Therapy (CFT)
12 Neff
13 Riebel et al
14 Kotera et al
15 Spector et al

1 Lebeaut, Tran, Vujanovic
2 Besson, Forget
3 Paulus et al
4 Hans, Hiller
5 Metacognitive therapy
6 Rawat et al
7 Normann

بالایی از پریشانی و مشکلات می باشد، انجام پژوهش هایی در این حوزه دارای اهمیت است (وویسمن وکلاروس^۸، ۲۰۲۳). لذا هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی رواندرمانی مبتنی بر فراتشخیص و شفقت به خود بر حساسیت اضطرابی در بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر بود.

روش شناسی

روش پژوهشی نیمه تجربی و در قالب یک طرح پیش آزمون - پس آزمون شامل دو گروه مداخله و یک گروه کنترل بود. جامعه مورد نظر در این پژوهش کلیه بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر مراجعه کننده به مراکز مشاوره شهر مشهد در سال ۱۴۰۲ بودند، نمونه مورد نظر شامل ۴۵ بیمار از گروه جامعه بودند که به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب و به سه گروه ۱۵ نفره تقسیم شدند و به صورت تصادفی به دو گروه مداخله و یک گروه کنترل تقسیم شدند که در طول مداخله گروه رواندرمانی یکپارچه مبتنی بر فراتشخیص و رواندرمانی مبتنی بر شفقت به خود به ۱۳ نفر تقلیل یافت و با توجه به نوع پاسخ در پرسشنامه های گروه کنترل نیز ۲ نفر در گروه کنترل نیز خارج شدند هر سه گروه به ۱۳ نفر رسیدند. برای جمع آوری داده ها از مقیاس حساسیت اضطرابی ریس و همکاران (۱۹۸۶) طی دو مرحله تحقیق شامل پیش آزمون و پس آزمون استفاده شد. به شرکت کنندگان گروه مداخله، درمان مبتنی بر فراتشخیص و درمان بر شفقت به خود به صورت گروهی (در قالب آموزش و مهارت) ارائه شد. اما هیچ آموزشی به گروه کنترل ارائه نشد. معیارهای ورود به مطالعه شامل (۱) دامنه ی سنی بین ۱۸ تا ۵۰ سال؛ (۲) داشتن تحصیلات حداقل سیکل برای انجام تکالیف خانه؛ (۳) تشخیص اختلال اضطراب فراگیر طبق نظر روانپزشک و (۴) عدم دریافت همزمان درمان روانشناختی برای درمان اختلال اضطرابی بودند و معیارهای خروج از مطالعه (۱) مصرف

هیجانی مثبت نیز نقش دارد (برگ و همکاران^۱، ۲۰۲۴). به عنوان مثال شفقت به خود با احساساتی چون پیوند اجتماعی و رضایت از زندگی و سازگاری مرتبط است (سپنی و همکاران^۲، ۲۰۲۴).

همچنین شفقت به خود به ارضای نیازهای اساسی، استقلال عمل و نیاز به برقراری ارتباط که بر اساس نظریه دسی و وریان^۳ (۲۰۰۸)، برای بهزیستی انسان ضروری اند، کمک می کند. شواهد پژوهشی نشان می دهد که افرادی با شفقت با خود رفتار می کنند از ویژگی هایی برخوردارند که در جنبش روانشناسی مثبت به عنوان توانمندی های روانشناختی مطرح است مثل شادکامی، خوش بینی، کنجکاوی و کنکاش، عواطف مثبت و نوآوری (ژاکه و همکاران^۴، ۲۰۲۴).

با توجه به این که افراد دارای اختلال اضطراب فراگیر، استرس طولانی مدتی را تحمل می کنند که بر عملکرد شبکه مغز آن ها تأثیر منفی می گذارد و باعث می شود که عملکرد ضعیف تری نسبت به سایر افراد داشته باشند (دیرنفورث و همکاران^۵، ۲۰۱۰) و اگر افراد به مهارت کنترل و تصحیح باورپذیری افکار و احساسات اضطرابی خود دست یابند کمتر در حلقه های اجتناب تجربی گرفتار شده و این امر می تواند نقش مهمی در سبب شناسی و جلوگیری از تداوم اختلالات اضطرابی داشته باشد (لوچیانو و همکاران^۶، ۲۰۱۲). هم چنین، به دلیل همبودی بالای اختلالات اضطرابی با خود و دیگر اختلالات روانی، روند درمان پیچیده تر است و یافتن درمان مؤثر نه تنها به بهبودی شخصی بیماران روان پزشکی سرپایی کمک می کند، بلکه می تواند موجب کاهش هزینه های مالی و روانی تحمیل شده به اعضای خانواده و جامعه نیز شود (تیبو^۷، ۲۰۱۷)؛ بنابراین، با توجه به این که اختلال اضطراب فراگیر یک اختلال روان پزشکی رایج با سطوح

- 1 Berg et al
- 2 Cepni et al
- 3 Deci, Ryan
- 4 Jacquet et al
- 5 Dyrenforth et al
- 6 Luciano et al
- 7 Thibaut

و سومصرف مواد؛ (۲) سابقه اختلال شخصیت؛ (۳) غیبت در فرآیند مداخله به مدت دو جلسه متوالی و سه جلسه نامنظم و (۴) ناکامل پاسخ دادن به پرسشنامه‌ها بود.

پرسشنامه پژوهش عبارت بود از مقیاس حساسیت اضطرابی ریس^۱ و همکاران (۱۹۸۶): شاخص حساسیت اضطرابی یک پرسش‌نامه خودگزارش‌دهی است که به وسیله ریس و همکاران ساخته شد و دارای ۱۶ گویه است. نمره‌گذاری بر اساس مقیاس پنج‌درجه‌ای لیکرت (خیلی کم=۰ تا خیلی زیاد=۴) است و دامنه نمرات از صفر تا ۶۴ می‌باشد. هر گویه این عقیده را منعکس می‌کند که احساسات اضطرابی به صورت ناخوشایند تجربه می‌شوند و توان منتهی شدن به پیامد آسیب‌زا را دارند. درجه تجربه ترس از نشانه‌های اضطرابی با نمرات بالاتر مشخص می‌شود. این شاخص دارای سه عامل ترس از نگرانی‌های بدنی (۸ گویه)، ترس از نداشتن کنترل شناختی (۴ گویه) و ترس از مشاهده شدن اضطراب از سوی دیگران (۴ گویه) است. پژوهش ریس و همکاران (۱۹۸۶)، بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی این شاخص، ثبات درونی (آلفای کرونباخ) در دامنه ۰/۸۰ تا ۰/۹۰ را به دست آورد. اعتبار بازمایی این مقیاس توسط قاسمی (۱۴۰۰) انجام شد و بعد از دو هفته ۰/۷۵ و به مدت سه سال ۰/۸۱ گزارش شده و نشان‌گر این است که حساسیت اضطرابی یک سازه شخصیتی نسبت پایدار است. در پژوهش حاضر پایایی پرسش‌نامه به روش آلفای کرونباخ ۰/۷۹ به دست آمد.

پروتکل روان‌درمانی یکپارچه مبتنی بر فراتشخیص:

با استفاده از برنامه‌ی درمانی بارلو و همکاران طی ۱۰ جلسه ۶۰ تا ۹۰ دقیقه‌ای (بصورت دو جلسه در هفته) در قالب جلسات گروهی برگزار شد. خلاصه محتوای جلسات مداخله در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱. خلاصه جلسات درمان فراتشخیصی یکپارچه

جلسه	شرح جلسه
جلسه اول	افزایش انگیزه؛ مصاحبه انگیزشی برای مشارکت و درگیری بیماران در طول درمان، ارائه منطق درمان و تعیین اهداف درمان.
جلسه دوم	ارائه آموزش روانی؛ بازشناسی هیجانها و ردیابی تجارب هیجانی و آموزش مدل سه مولفه ای تجارب هیجان و مدل ARC
جلسه سوم	آموزش آگاهی هیجانی؛ یادگیری مشاهده تجارب هیجانی (هیجانها و واکنش به هیجانها) خصوصاً با استفاده از تکنیک های ذهن آگاهی.
جلسه چهارم	ارزیابی و ارزیابی مجدد شناختی؛ ایجاد آگاهی از تاثیر و ارتباط متقابل بین افکار و هیجان ها، شناسایی ارزیابی های ناسازگارانه اتوماتیک و دامهای شایع تفکر و ارزیابی مجدد شناختی و افزایش انعطاف پذیری در تفکر.
جلسه پنجم	شناسایی الگوهای اجتناب از هیجان؛ آشنایی با راهبردهای مختلف اجتناب از هیجان و تأثیر آن بر تجارب هیجانی و آگاهی یافتن از اثرات متناقض اجتناب از هیجان.
جلسه ششم	بررسی رفتارهای ناشی از هیجان EDBS؛ آشنایی و شناسایی رفتارهای ناشی از هیجان و درک تأثیر آنها روی تجارب هیجانی، شناسایی EDBS ناسازگارانه و ایجاد گرایشهای عمل جایگزین بواسطه رویاروی شدن با رفتارها.
جلسه هفتم	آگاهی و تحمل احساسهای جسمانی؛ افزایش آگاهی از نقش احساسهای جسمانی در تجارب هیجانی، انجام تمرین های مواجهه با رویارویی احساسی به منظور آگاهی از احساسهای جسمانی و افزایش تحمل این علائم.
جلسه هشتم و نهم	رویارویی احساسی و رویارویی با هیجان مبتنی بر موقعیت؛ آگاهی یافتن از منطق رویارویی های هیجانی، آموزش نحوه تهیه سلسله مراتب ترس و اجتناب و طراحی تمرینهای مواجهه هیجانی مکرر و اثربخش به صورت تجسمی و عینی و ممانعت از اجتناب.
جلسه دهم	پیشگیری از عود؛ مرور کلی مفاهیم درمان و بحث در مورد بهبودی و پیشرفت های درمانی

جلسه در هفته) در قالب جلسات گروهی برگزار شد. خلاصه محتوای جلسات مداخله در جدول شماره ۲ ارائه شده است.

پروتکل روان درمانی مبتنی بر شفقت به خود: در این پژوهش آموزش مبتنی بر شفقت به خود براساس بسته درمانی شفقت به خود گیلبرت انجام شد (۲۰۲۰) این آموزش در ۱۲ جلسه ۶۰ تا ۹۰ دقیقه ای (بصورت دو

جدول ۲. خلاصه جلسات درمان مبتنی بر شفقت

جلسه	عنوان	محتوای جلسات
اول	آشنایی با اهداف گروه	معارفه و آشنایی گروه با یکدیگر و با درمانگر، بیان هدف تشکیل گروه و اهمیت مسأله، تعریف نقش عوامل روانشناختی مثبت در بیماری و علائم روانشناختی افراد، معرفی درمان مبتنی بر شفقت درمانی، تعیین رئوس و ساختار کلی جلسات، آشنایی با شفقت و شفقت به خود
دوم	آموزش کیفیت زندگی و شادکامی	بررسی نقش کیفیت زندگی در بهزیستی ذهنی، شادکامی و سلامت روان، تعریف امیدواری بر اساس مدل درمان مبتنی بر شفقت درمانی، ارائه تکنیکها و راههای موفقیت در دستیابی به امیدواری و شادکامی (کمک به بهبود کاهش نشخوار فکری افراد از طریق عمل کردن بر طبق استانداردهایی که افراد در حوزه های ارزشمند زندگیشان در نظر گرفته اند و از این طریق، افزایش رضایت خاطر را به دست می آورند، دریافت بازخورد.
سوم	آموزش نقش اهداف و ارزشها	مرور جلسه ی قبل، آشنایی با نقش اهداف، ارزشها و زندگی معنوی در رضایت از حوزه های مهم زندگی، مشخص کردن فلسفه ی زندگی، اجرای تمرین هدف یابی و آشنایی با اصول شفقت درمانی، اجرای مدل شناسایی حوزه هایی که باعث نگرانی هستند و برنامه ی فعالیتهای روزمره جهت تولید ارزشها در پهنه ی زندگی، دریافت بازخورد
چهارم	تغییر نگرش	مرور جلسه ی قبل، استفاده از گام تغییر نگرش برای بهبود رضایت در حیطه هایی که رضایت در آنها کافی نیست، آموزش تغییر نگرش بر پایه ی اصول شناخت درمانی، آموزش تکنیک تفکر در رفتار، آموزش تکنیک آشنایی با رفتارهای پر خطر، دریافت بازخورد
پنجم	تغییر اهداف	مرور جلسه ی قبل، آموزش استفاده از راهبرد تغییر اهداف و معیارها با استفاده از تکنیک کسب بینش و هوشیاری، آموزش تغییر اولویت ها و زمینه های مهم با استفاده از کسب بینش، دریافت بازخورد
ششم	آموزش خود شفقت ورزی	مرور جلسه قبل، آموزش اصول مهم شفقت شامل اصل سبک زندگی، اصل جستجوی آرامش یا آدم غمخوار، اصل مردم آمیزی یا غرق شدن در رابطه و ... دریافت بازخورد
هفتم	آموزش خوش بینی	مرور جلسه قبل، آموزش اصول مهم خوشبینی، اصل صمیمیت با دوستان، اصل خلوت گزینی، اصل تنفس آرام بخش و احساس راحتی و چشم پوشی کردن و بخشش یا اصل کنار گذاردن و به تعویق انداختن، پذیرفتن یا فراموش کردن.

هشتم	آموزش همدلی	مرور جلسه قبل، آموزش نوشتن نامه مبتنی بر شفقت آموزش تکنیک‌های مبتنی بر همدلی و ایجاد رابطه همدلانه موثر دریافت بازخورد
نهم	آموزش کاهش ترس	مرور جلسه قبل و شروع به کارگیری تکنیک‌های کاهش ترس و مواجهه با ترس‌های روانشناختی مبهم، ارائه راهکارهای آرامش‌سازی تنفسی و کسب حمایت اجتماعی موثر... و ارائه بازخوردهای لازم
دهم	آموزش مراقبه	مرور جلسه قبل و آموزش مراقبه ی شمارش تنفس، آموزش ابرازگری خود و مواجهه با نیازهای درونی خود و خود ترحمی و ایجاد بخشش به خود و ارائه بازخورد
یازدهم	آموزش خود القایی مثبت	مرور جلسه قبل، ارائه ی راهکارهای افزایش کیفیت زندگی، آموزش خودزاد همراه با تصویرسازی مبتنی بر شفقت درمانی و خودالقایی مثبت، اجرای پاسخ‌های مقابله ای مؤثر برای بیماری و ارائه بازخورد
دوازدهم	خلاصه و مرور	مرور و خاتمه ی تکنیک‌های درمانی مبتنی بر شفقت درمانی و ارائه ی خلاصه ای از راهبردها و تکنیک‌های تأثیرگذار

یافته ها

ویژگی‌های جمعیت شناختی مربوط به شرکت‌کنندگان شامل سن، جنس به تفکیک گروه‌های سه گانه روان‌درمانی فراتشخیصی یکپارچه (گروه مداخله ۱) و روان‌درمانی مبتنی بر شفقت به خود (گروه مداخله ۲) و گروه کنترل گزارش شد.

برای تجزیه و تحلیل داده ها از آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیره با نرم افزار SPSS-25 استفاده شد.

جدول ۳. ویژگی‌های جمعیت شناختی مربوط به شرکت‌کنندگان

گروه	سن	جنس	
		زن	مرد
روان‌درمانی فراتشخیصی یکپارچه	۳۳/۷۶ ± ۳/۸۷	۹ (۶۹/۲۳)	۴ (۳۰/۷۷)
روان‌درمانی مبتنی بر شفقت به خود	۳۳/۷۶ ± ۳/۸۷	۹ (۶۹/۲۳)	۴ (۳۰/۷۷)
گروه کنترل	۳۳/۷۶ ± ۳/۸۷	۸ (۶۱/۵۳)	۵ (۳۸/۴۷)

بررسی شد. میزان آماره‌ی به‌دست‌آمده از مقایسه سن دو گروه آزمایش و لیست انتظار برابر با ۰/۲۱۷ بود که این میزان به لحاظ آماری معنی‌دار نمی‌باشد (Sig= ۰/۸۳۰). بنابراین، دو گروه مورد مطالعه از نظر سن هم‌تا بودند. توزیع جنسیت نیز نشان داد، در هر سه گروه زنان بیشتر از مردان در پژوهش حضور داشتند.

همان‌طور که جدول ۳ نشان می‌دهد، میانگین و انحراف معیار سن شرکت‌کنندگان در روان‌درمانی فراتشخیصی یکپارچه به ترتیب ۳۳/۷۶ و ۳/۸۷، روان‌درمانی مبتنی بر شفقت به خود به ترتیب ۳۵ و ۴/۰۲ برای گروه کنترل به ترتیب ۳۳/۹۲ و ۴/۷۸ بود. در ادامه جهت بررسی هم‌تایی سن در دو گروه مورد مطالعه، آماره‌ی تی تست مستقل

جدول ۴. شاخص‌های توصیفی ابعاد حساسیت اضطرابی

گروه	روان‌درمانی یکپارچه		درمان شفقت به خود		گروه کنترل	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
نگرانی‌های جسمی	۲۲/۶۱	۶/۸۱	۲۲/۴۶	۶/۷۷	۲۲/۰۷	۵/۲۰
نگرانی‌های روان‌شناختی	۱۴/۴۶	۳/۸۴	۱۳/۶۱	۲/۳۹	۲۰/۸۴	۵/۵۶
نگرانی‌های اجتماعی	۱۲/۷۶	۲/۱۶	۱۱/۹۲	۱/۷۰	۱۲/۶۹	۲/۶۸
پیش‌آزمون	۷/۶۱	۲/۰۶	۷/۳۰	۱/۹۷	۱۱/۵۳	۳/۱۷
پس‌آزمون	۱۱/۵۳	۳/۲۲	۱۱/۴۶	۳/۱۲	۱۱/۸۰	۲/۴۷
پس‌آزمون	۸/۱۵	۱/۶۷	۷/۵۳	۱/۴۵	۱۰/۹۲	۲/۴۶

حساسیت اضطرابی ابعاد

اضطرابی بیماران از آزمون لوین جهت بررسی مفروضه یکسانی واریانس خطا استفاده شد.

برای بررسی اثربخشی روان‌درمانی یکپارچه مبتنی بر فراتشخیصی با روان‌درمانی مبتنی بر شفقت بر حساسیت

جدول ۵. نتایج آزمون لوین جهت بررسی مفروضه یکسانی واریانس خطا برای متغیر حساسیت اضطرابی

متغیر	F	df 1	df 2	p
اعتماد به خاموش‌سازی افکار و هیجانات	۳/۴۰	۱	۲۴	۰/۰۸
اعتماد به تفسیر هیجانهای خود به‌عنوان نشانه	۰/۲۸۲	۱	۲۴	۰/۶۰
اعتماد به تنظیم اهداف	۱/۱۰	۱	۲۴	۰/۳۰

($F_{1/15}$)=). به عبارت دیگر، برقراری مفروضه همگنی ماتریس واریانس- کوواریانس برای متغیر حساسیت اضطرابی تأیید گردید. بدین ترتیب در ادامه برای آزمون فرضیه از آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیره استفاده شد که نتایج آن در جدول شماره ۶ ارائه شده است.

نتایج جدول شماره ۵ نشان می‌دهد، مفروضه یکسانی واریانس خطا مربوط به مؤلفه‌های حساسیت اضطرابی مورد تأیید است ($P > ۰/۰۵$). همچنین بررسی مفروضه همگنی ماتریس واریانس- کوواریانس نشان داد که مقدار آزمون ام باکس ($۸/۰۵$) معنی دار نیست ($P = ۰/۳۲$).

جدول ۶. نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره

منبع واریانس	آزمون	ارزش	F	درجه آزادی	درجه آزادی خطا	سطح معنی‌داری	اندازه اثر
گروه	اثر پیلایی	۰/۰۱۶	۰/۱۰	۳	۱۹	۰/۹۵	۰/۰۱
	لامبدای ویلکز	۰/۹۸	۰/۱۰	۳	۱۹	۰/۹۵	۰/۰۱
	اثر هوتلینگ	۰/۰۱۶	۰/۱۰	۳	۱۹	۰/۹۵	۰/۰۱
	بزرگترین ریشه‌روی	۰/۰۱۶	۰/۱۰	۳	۱۹	۰/۹۵	۰/۰۱

ندارد. آزمون اثرات بین گروهی در مانکوا انجام شد که نتایج آن در جدول شماره ۷ قابل مشاهده است.

نتایج جدول شماره ۶ نشان می‌دهد در هیچ کدام از ابعاد حساسیت اضطرابی بین دو گروه روان‌درمانی یکپارچه مبتنی بر فراتشخیصی و گروه روان‌درمانی مبتنی بر شفقت در مرحله پس آزمون تفاوت معنی‌داری وجود

جدول ۷. خلاصه نتایج آزمون چندمتغیری مربوط به حساسیت اضطرابی

متغیر وابسته	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی‌داری (P)	اندازه اثر
نگرانی‌های جسمی	۹۷/۲	۱	۹۷/۲	۲۵/۰	۶۲/۰	۰/۱/۰
نگرانی‌های روان شناختی	۰۰۳/۰	۱	۰۰۳/۰	۰۰۱/۰	۹۸/۰	۰۰۱/۰
نگرانی‌های اجتماعی	۱/۰	۱	۰۱/۰	۰۰۷/۰	۹۳/۰	۰۰۱/۰

بحث و نتیجه گیری

هدف پژوهش حاضر مقایسه اثر بخشی روان‌درمانی مبتنی بر فراتشخیصی با روان‌درمانی مبتنی بر شفقت بر حساسیت اضطرابی بود، یافته‌های پژوهش نشان داد که تفاوت معناداری بین اثربخشی روان‌درمانی یکپارچه مبتنی

نتایج جدول شماره ۷ نشان می‌دهد در هیچ کدام از سه بعد حساسیت اضطرابی بین دو گروه آزمایش و کنترل در مرحله پس آزمون تفاوت معنی‌داری وجود ندارد.

بر فراتشخیصی و روان‌درمانی مبتنی بر شفقت در کاهش حساسیت اضطرابی در بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر وجود ندارد، ولی در مقایسه با گروه کنترل یافته‌ها بیانگر اثر بخشی این دو رویکرد بر حساسیت اضطرابی بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر می‌باشد.

تاکنون پژوهش مبنی بر مقایسه اثر بخشی این دو رویکرد انجام نشده است. با این حال این یافته از طریق عوامل مشترکی درمانی که در این دو رویکرد وجود دارد قابل تبیین است. حساسیت اضطرابی به ترس از حس‌های مرتبط با اضطراب اشاره دارد که ناشی از باورهایی است که این حس‌ها پیامدهای مضر فیزیکی، اجتماعی یا روانی دارند. حساسیت اضطرابی بالا موجب تشدید نگرانی، پریشانی هیجانی و رفتارهای اجتنابی می‌شود و به این ترتیب هدف اصلی، درمان اضطراب فراگیر است (فیشر، ۲۰۲۱). هم روان‌درمانی مبتنی بر فراتشخیصی و هم روان‌درمانی مبتنی بر شفقت، حساسیت اضطرابی را با تغییر تفسیرهای شناختی ناسازگار و تقویت تنظیم هیجانی از طریق مکانیسم‌های شناختی و تنظیم گری هیجانی مورد هدف قرار می‌دهند (نورمن و همکارش، ۲۰۱۸؛ باروا و همکاران، ۲۰۲۰؛ فایجا و همکاران، ۲۰۲۳؛ کالسن و همکاران، ۲۰۱۹؛ قادری و همکاران، ۱۴۰۰).

در روان‌درمانی مبتنی بر شفقت به خود، خودانتقادی و شرم را که به حساسیت اضطرابی مرتبط هستند، کاهش می‌دهد. پذیرش حس‌های بدنی را تشویق می‌کند و توجه را از تفسیرهای مبتنی بر ترس به شفقت و کنجکاو خود تغییر می‌دهد (ریبل و همکاران، ۲۰۲۵؛ سشنز و همکاران، ۲۰۲۵). تمرین احساسات مثبت را درگیر می‌کند و تاب‌آوری در برابر حساسیت اضطرابی را ترویج می‌کند. هر دو درمان ارتباط بین حس‌های اضطرابی و تفسیرهای فاجعه‌آمیز را ضعیف می‌کنند و حساسیت اضطرابی را کاهش می‌دهند (ریبل و همکاران، ۲۰۲۵؛ کوتری و همکاران، ۲۰۱۹؛ سوی و همکاران، ۲۰۲۴؛ اسپیکتور و همکاران، ۲۰۲۴). روان‌درمانی یکپارچه مبتنی بر

فراتشخیصی از مواجهه با درک درونی استفاده می‌کند و به بیماران کمک می‌کند تا بدون اجتناب، حس‌های مرتبط با اضطراب را مواجهه و دوباره تفسیر کنند (برگ و همکاران، ۲۰۲۴ و سپنی و همکاران، ۲۰۲۴). روان‌درمانی مبتنی بر شفقت به خود، تحمل پریشانی را با تقویت شفقت به خود افزایش می‌دهد و تأثیر احساسی حس‌های اضطرابی را کاهش می‌دهد (برگ و همکاران، ۲۰۲۴) و هر دو رویکرد اجتناب تجربی را کاهش می‌دهند که عاملی کلیدی در حفظ حساسیت اضطرابی است.

هم درمان‌های فراتشخیصی و هم روان‌درمانی مبتنی بر خودشفقتی بر توسعه راهبردهای سازگارانه تنظیم هیجانی تأکید دارند (اسپیکتور و همکاران، ۲۰۲۴).

تکنیک‌هایی مانند ذهن‌آگاهی، پذیرش و بازسازی شناختی به افراد کمک می‌کنند تا هیجان‌ات ناراحت‌کننده را به‌طور مؤثری مدیریت کنند. تحریف‌های شناختی از طریق مداخلاتی که تفکر متعادل و خوداندیشی را ترویج می‌دهند، هدف قرار می‌گیرند. در روان‌درمانی مبتنی بر خودشفقتی به افراد کمک می‌کند تا قضاوت‌های منفی درباره خود را با مهربانی بازسازی کنند، که این امر منجر به کاهش خودانتقادی و افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی می‌شود. ذهن‌آگاهی در هر دو رویکرد نقش مهمی ایفا می‌کند، زیرا آگاهی از لحظه حال را افزایش داده و از اجتناب تجربی می‌کاهد. خودشفقتی که یکی از عناصر اساسی روان‌درمانی مبتنی بر خودشفقتی است، در درمان فراتشخیصی نیز ارزشمند محسوب می‌شود، زیرا مهربانی با خود را در مواجهه با دشواری‌ها تشویق می‌کند (راوات و همکاران، ۲۰۲۳).

محدودیت زمانی، پیگیری تداوم زمانی و انتقال بلندمدت مهارت‌ها بر بهبود عملکرد از محدودیت‌های این پژوهش هستند. علاوه بر این، یافته‌های پژوهش به آن دسته از افرادی قابل تعمیم است که درصد درمان برمی‌آیند، در نهایت، این که گروه نمونه تنها از بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر مراجعه کننده به مراکز مشاوره شهر مشهد تشکیل شده بودند، بنابراین، یافته‌های

هیجان در نوجوانان پسر. مجله دانشگاه علوم پزشکی سبزوار. دوره ۲۸، شماره ۴، ۴۷۷-۴۸۸.
آذر مهر، رابعه.، احمدی، عزت الله احمدی. (۱۳۹۸).
نقش حساسیت اضطرابی و کنترل توجه در پیش بینی
گرایش به اعتیاد در جوانان. روانشناسی سلامت. دوره ۲،
شماره ۲، ۴۵-۵۰

حاتمی نژاد، محمد، میردربیکوند، فضل اله،
سپهوندی، محمدعلی. (۱۴۰۲). روابط ساختاری
حساسیت اضطرابی و حس انسجام با آمادگی به مصرف
مواد مخدر در دانشجویان: نقش واسطه‌ای دشواری در
تنظیم هیجان. اعتیادپژوهی. دوره ۱۷، شماره ۷۰، ۱۷۴-
۱۴۹

قاسمی، زهرا. (۱۴۰۰). سبک زندگی خانواده‌ها و
رابطه آن با میزان درگیری با ویروس کرونا. مطالعات
اجتماعی ایران. دوره ۱۳، شماره ۳، ۷۵-۵۱
منظمی تبار، فریبا، باقریان سرارودی، رضا، احمدی
طهور سلطانی، محسن، ربیعی، مهدی. (۱۳۹۲). مقایسه‌ی
اثربخشی مداخله‌های فراشناختی و شناختی- رفتاری بر
کاهش علایم اختلال اضطراب فراگیر و باورهای
فراشناختی. مجله دانشکده پزشکی اصفهان. دوره ۳۱،
شماره ۲۳۳، ۴۷۵-۴۸۵

Anderberg, J. L., Baker, L. D., Kalantar, E. A., & Berghoff, C. R. (2024). Cognitive fusion accounts for the relation of anxiety sensitivity cognitive concerns and rumination. *Current Psychology*, 43(5), 4475-4481. <https://doi.org/10.1007/s12144-023-04674-2>

Bailey, G., Halamová, J., & Vráblová, V. (2024). Acoustic analysis of clients' expression of self-compassion, self-criticism, and self-protection within emotion focused therapy video sessions. *Frontiers in Psychology*, 15, 1363988. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2024.1363988>

Barua, N., Singh, S., Agarwal, V., Arya, A., & Barua, N. (2020). Executive functions, metacognitive beliefs, and thought control strategies in adolescents with obsessive compulsive disorder. *International Journal of Research and Analytical Reviews*, 7(1), 672-680.

این پژوهش تنها به افرادی که به مراکز مشاوره مراجعه می‌کنند و درصدد درمان هستند قابل تعمیم است.

به منظور بررسی دقیق‌تر اثر بخشی این رویکرد پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آینده از طرح‌هایی با کنترل و جایگزینی تصادفی استفاده شود و زیرگروه‌های متفاوت مد نظر قرار گیرد. اثربخشی این رویکرد با رویکردهای دیگر مقایسه شود. دوره طولانی‌تر پیگیری در نظر گرفته شود، اثر بخشی این رویکرد در بیماری‌های مختلف نیز مطالعه گردد.

ملاحظات اخلاقی: پژوهش حاضر برگرفته از پایان نامه دکتری تخصصی رشته روانشناسی نویسنده اول است و در شورای تخصصی پژوهش با کد اخلاق IR.IAU.SARI.REC.1401.245 از دانشگاه آزاد اسلامی واحد ساری به تأیید رسیده است. پژوهشگران این مطالعه بر خود لازم می‌دانند، از کلیه شرکت‌کنندگان که در این پژوهش ما را یاری دادند و امکان انجام مطالعه را فراهم کردند، تشکر کنند.

تضاد منافع: در این پژوهش هیچگونه تعارض منافی در آن وجود ندارد و سهم نویسندگان به ترتیب اسامی آنها در مقاله ذکر شده است.

تشکر و قدردانی: از تمامی کسانی که ما را در اجرای این پژوهش یاری دادند، تشکر و قدردانی می‌شود.

منابع

اکبری، مهدی،، چینی‌فروشان، مسعود،، عابدیان، احمد. (۱۳۹۲). درمان شناختی- رفتاری برای اختلال اضطراب فراگیر: از علم تا عمل. تهران: ارجمند.
آقاجانی، سیف اله، احمدی، شیرین،، فلاحی، وحید.
(۱۴۰۰). مدل‌یابی علی‌گرایش به اعتیاد براساس حساسیت اضطرابی با میانجیگری دشواری در تنظیم

- Fajja, C. L., Reeves, D., Heal, C., Capobianco, L., Anderson, R., & Wells, A. (2019). Measuring the cognitive attentional syndrome in cardiac patients with anxiety and depression symptoms: Psychometric properties of the CAS-1R. *Frontiers in Psychology*, 10, 2109. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.02109>
- Fergus, T. A. (2015). I really believe I suffer from a health problem: Examining an association between cognitive fusion and healthy anxiety. *Journal of Clinical Psychology*, 71(9), 920–934. <https://doi.org/10.1002/jclp.22194>
- Fisher, P. L. (2021). Metacognitive therapy. In A. Wenzel (Ed.), *Handbook of cognitive behavioral therapy: Overview and approaches* (pp. 617–636). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/0000218-021>
- Ford, B. Q., & Gross, J. J. (2019). Why beliefs about emotion matter: An emotion-regulation perspective. *Current Directions in Psychological Science*, 28(1), 74–81. <https://doi.org/10.1177/0963721418806614>
- Ghodrati Torbati, A., Shirinzadeh Feizabadi, A., Askari, M. R., Zandi, A., & Sarmadi, M. (2023). Thought believability and anxious feelings about COVID-19: A case-control study in northeastern Iran. *Medical Journal of the Islamic Republic of Iran*, 37, 93. <https://doi.org/10.47176/mjiri.37.93>
- Ghaderi, F., Akrami, N., Namdari, K., & Abedi, A. (2022). Comparing the effects of integrated cognitive-behavioral therapy and transdiagnostic treatment on symptoms of patients with generalized anxiety disorder comorbid with depression. *IJPCP*, 27(4), 440–457. <http://ijpcp.iuims.ac.ir/article-1-3224-fa.html>
- Gillanders, D. T., Bolderston, H., Bond, F. W., Dempster, M., Flaxman, P. E., Campbell, L., Kerr, S., Tansey, L., Noel, P., Ferenbach, C., Masley, S., Roach, L., Lloyd, J., May, L., Clarke, S., & Remington, B. (2014). The development and initial validation of the cognitive fusion questionnaire. *Behaviour Therapy*, 45(1), 83–101. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2013.09.001>
- Global Burden of Disease Collaborators. (2022). Global, regional, and national burden of 12 mental disorders in 204 countries and territories, 1990–2019: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *The Lancet Psychiatry*, 9(2), 137–150.
- Berg, S. J., Zaso, M. J., Biehler, K. M., & Read, J. P. (2024). Self-compassion and self-forgiveness in alcohol risk, treatment and recovery: A systematic review. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 31(3), e2987. <https://doi.org/10.1002/cpp.2987>
- Besson, M., & Forget, B. (2016). Cognitive dysfunction, affective states, and vulnerability to nicotine addiction: a multifactorial perspective. *Frontiers in Psychiatry*, 7, 160. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.00160>
- Callesen, P., Capobianco, L., Heal, C., Juul, C., Find Nielsen, S., & Wells, A. (2019). A preliminary evaluation of transdiagnostic group metacognitive therapy in a mixed psychological disorder sample. *Frontiers in Psychology*, 10, 1341. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.01341>
- Cepni, A. B., Ma, H. Y., Irshad, A. M., Yoe, G. K., & Johnston, C. A. (2024). Addressing shame through self compassion. *American Journal of Lifestyle Medicine*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1177/15598276241292993>
- Craske, M. G., Stein, M. B., Eley, T. C., Milad, M. R., Holmes, A., Rapee, R. M., et al. (2017). Correction: Anxiety disorders. *Nature Reviews Disease Primers*, 3(1), 17–29. <https://doi.org/10.1038/nrdp.2017.24>
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2008). Self-determination theory: A macrotheory of human motivation, development, and health. *Canadian Psychology/Psychologie canadienne*, 49(3), 182–185. <https://doi.org/10.1037/a0012801>
- DeMartini, J., Patel, G., & Fancher, T. L. (2019). Generalized anxiety disorder. *Annals of Internal Medicine*, 170(7), ITC9–ITC64. <https://doi.org/10.7326/AITC201904020>
- Deplancke, C., Somerville, M. P., Harrison, A., & Vuillier, L. (2023). It's all about beliefs: Believing emotions are uncontrollable is linked to symptoms of anxiety and depression through cognitive reappraisal and expressive suppression. *Current Psychology*, 42(25), 22004–22012. <https://doi.org/10.1007/s12144-022-03252-2>
- Dyrenforth, P. S., Kashy, D. A., Donnellan, M. B., & Lucas, R. E. (2010). Predicting relationship and life satisfaction from personality in nationally representative samples from three countries: The relative importance of actor, partner, and similarity effects. *Journal of Personality and Social Psychology*, 99(4), 690–702. <https://doi.org/10.1037/a0020385>

severity, and alcohol use motives among firefighters: The role of anxiety sensitivity. *Addictive Behaviors*, 106, 106353. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2020.106353>

Liu, L., Wu, J., Geng, H., Liu, C., Luo, Y., Luo, J., & Qin, S. (2022). Long-term stress and trait anxiety affect brain network balance in dynamic cognitive computations. *Cerebral Cortex*, 32(14), 2957-2971. <https://doi.org/10.1093/cercor/bhab393>

Luciano, C., Valdivia-Salas, S., & Ruiz, F. J. (2012). The self as the context for rule-governed behavior. In *The self and perspective taking: Research and applications* (pp. 143-160).

Neff, K. D., Whittaker, T. A., & Karl, A. (2017). Examining the factor structure of the self-compassion scale in four distinct populations: Is the use of a total scale score justified? *Journal of Personality Assessment*, 99(6), 596-607. <https://doi.org/10.1080/00223891.2016.1269334>

Normann, N., & Morina, N. (2018). The efficacy of metacognitive therapy: A systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Psychology*, 9, 2211. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.02211>

Paulus, D. J., Capron, D. W., & Zvolensky, M. J. (2021). Understanding hazardous drinking and suicidal ideation and suicide risk among college students: anxiety sensitivity as an explanatory factor. *Cognitive Behaviour Therapy*, 50(5), 378-394. <https://doi.org/10.1080/16506073.2020.1840622>

Preti, A., Demontis, R., Cossu, G., Kalcev, G., Cabras, F., Moro, M. F., Romano, F., Balestrieri, M., Caraci, F., Dell'Osso, L., Di Sciascio, G., Drago, F., Hardoy, M. C., Ron

[https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(21\)00395-3](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(21)00395-3)

Hans, E., & Hiller, W. (2013). A meta-analysis of nonrandomized effectiveness studies on outpatient cognitive behavioral therapy for adult anxiety disorders. *Clinical Psychology Review*, 33(8), 954-964. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2013.07.003>

Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2011). *Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change* (pp. 71-119). Guilford Press.

Jacquet, L., Paucsik, M., Guy, J. B., Eve, K., Ben-Taarit, I., & Lantheaume, S. (2024). Self-compassion and psychological well-being of radiographers at work. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 19(1), 2287621. <https://doi.org/10.1080/17482631.2023.2287621>

Kamenov, K., Cabello, M., Ballert, C.S., Cieza, A., Chatterji, S., Rojas, D. et al. (2018). What makes the difference in people's lives when they have a mental disorder? *International Journal of Public Health*, 63(1), 57-67. <https://doi.org/10.5167/uzh-233430>

Kim, J.J., Parker, S.L., Doty, J.R., Cunningham, R., Gilbert, P., Kirby, J.N. (2020). Neurophysiological and behavioural markers of compassion. *Scientific Reports*, 10(1), 6789. <https://doi.org/10.1038/s41598-020-63846-3>

Kotera, Y., Beaumont, J., Edwards, A. M., Cotterill, M., Kirkman, A., Tofani, A. C., ... Arimitsu, K. (2024). A narrative review of compassion focused therapy on positive mental health outcomes. *Behavioral Sciences (Basel)*, 14(8), 643. <https://doi.org/10.3390/bs14080643>

Lebeaut, A., Tran, J. K., & Vujanovic, A. A. (2020). Posttraumatic stress, alcohol use



Comparison of the effectiveness of psychotherapy based on metadiagnosis and self-compassion on anxiety sensitivity in patients with generalized anxiety disorder

Faezeh Bahri¹, Hossein Ali Ghanadzadegan¹, Mohammad Kazem Fakhri¹

1) Department of Psychology, Sar.C., Islamic Azad University, Sari, Iran

Abstract

Generalized anxiety disorder is a type of anxiety disorder whose main characteristic is intense worry and anxiety (fearful anticipation) about a number of incidents or events. Therefore, the aim of the present study was to compare the effectiveness of psychotherapy based on meta diagnosis and self-compassion on anxiety sensitivity in patients with generalized anxiety disorder. The research method was semi-experimental and was conducted in the form of a pre-test-post-test design including two intervention groups and a control group. The target population in this study was all patients with generalized anxiety disorder who referred to counseling centers in Mashhad in 2023. From this population, 45 patients were selected using a convenience sampling method, who were divided into three groups of 15 people and were randomly assigned to two intervention groups and a control group, which was reduced to 13 people during the intervention. The Anxiety Sensitivity Scale of Reese et al. (1986) was used to collect data, and the meta diagnostic therapy sessions of the Barlow et al. (2008) treatment program were implemented for 10 sessions and the Gilbert self-compassion therapy sessions (2020) were implemented for 12 sessions for the intervention groups. And no intervention was performed for the control group. The analysis of covariance test was used to analyze the data with SPSS-25 software. The results showed that there was no significant difference in anxiety sensitivity and any of its dimensions (physical worries, psychological worries, and social worries) between the two integrated psychotherapy groups based on meta-diagnosis and the compassion-based psychotherapy group in the post-test phase, and both treatments led to an improvement in anxiety sensitivity ($p < 0.05$). Given the nature of integrative psychotherapy based on meta-diagnosis and psychotherapy based on self-compassion, these two treatments methods are recommended for the dimensions of anxiety sensitivity (physical concerns, psychological concerns, and social concerns).

Keywords: self-compassion, anxiety sensitivity, generalized anxiety disorder