

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^۲، محمد کاظم فخری^۳

چکیده

زمینه و هدف: اختلال اضطراب فراگیر یکی از انواع اختلالات اضطرابی است که ویژگی اصلی آن نگرانی و اضطراب شدید (پیش‌بینی 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.

مواد و روش‌ها: روش پژوهشی نیمه تجربی و در قالب یک طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون شامل دو گروه مداخله و یک گروه کنترل انجام شد. جامعه مورد نظر در این پژوهش کلیه بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره شهر مشهد در سال ۱۴۰۲ بودند که از این جامعه تعداد ۴۵ بیمار به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به سه گروه ۱۵ نفره تقسیم 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 جمع‌آوری داده‌ها از مقیاس حساسیت اضطرابی ریس و همکاران (۱۹۸۶) استفاده شد و جلسات درمان مبتنی بر فراتشخیص طی ۱۰ جلسه و جلسات درمان مبتنی بر شفقت به خود 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: نتایج نشان داد، در حساسیت اضطرابی و هیچ کدام از ابعاد حساسیت اضطرابی (نگرانی‌های جسمی، نگرانی‌های روان‌شناختی و نگرانی‌های اجتماعی) بین دو گروه روان‌درمانی یکپارچه مبتنی بر فراتشخیصی و گروه روان‌درمانی مبتنی بر شفقت در مرحله پس‌آزمون تفاوت معنی‌داری وجود ندارد و هر دو درمان منجر به بهبود حساسیت اضطرابی شده بودند ($p < 0/05$).

نتیجه‌گیری: 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 روان‌شناختی و نگرانی‌های اجتماعی) پیشنهاد می‌گردد.

کلمات کلیدی: فراتشخیص، شفقت به خود، حساسیت اضطرابی، اختلال اضطراب فراگیر

۱ دانشجوی دکتری تخصصی روانشناسی واحد ساری، دانشگاه آزاد اسلامی، ساری، ایران

۲ نویسنده مسئول: استادیار گروه روانشناسی واحد ساری، دانشگاه آزاد اسلامی، ساری، ایران

۳ استادیار گروه روانشناسی واحد ساری، دانشگاه آزاد اسلامی، ساری، ایران

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 Ghanadzadegan², Mohammad Kazem Fakhri³

Abstract

Background and Objective: Generalized anxiety disorder is a type of anxiety disorder whose main feature is severe 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 metadiagnosis and self-compassion on anxiety sensitivity in patients with generalized anxiety disorder.

Materials and Methods: 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 referred to counseling centers in Mashhad in 1402. From this population, 45 patients were selected using a convenience sampling method and divided into three groups of 15 people and randomly assigned to two intervention groups and a control group, which was reduced to 13 people during the intervention. The Anxiety Sensitivity Scale (Reis et al., 1986) was used to collect data, and 10 sessions of metadiagnostic therapy and 12 sessions of self-compassion therapy were performed for the intervention groups. No intervention was performed for the control group. The analysis of covariance test was used to analyze the data using SPSS-25 software.

Results: The results showed that there was no significant difference in anxiety sensitivity and any of the dimensions of anxiety sensitivity (physical worries, psychological worries, and social worries) between the two integrated psychotherapy groups based on metadiagnostics and the compassion-based psychotherapy group at the post-test stage, and both treatments led to an improvement in anxiety sensitivity ($p < 0.05$).

Conclusion: Given the nature of integrative psychotherapy based on metadiagnosis and psychotherapy based on self-compassion, these two treatment methods are recommended for the dimensions of anxiety sensitivity (physical concerns, psychological concerns, and social concerns).

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

1 PhD student in Psychology, Sari Branch, Islamic Azad University, Sari, Iran

2 (Corresponding author): Assistant Professor, Department of Psychology, Sari Branch, Islamic Azad University, Sari, Iran
Email: ghanad.hamid@yahoo.com; phon number: 09113541450

3 Assistant Professor, Department of Psychology, Sari Branch, Islamic Azad University, Sari, Iran

مقدمه :

اختلال‌های روانی به‌صورت گسترده در سراسر جهان وجود دارند که می‌تواند متنوع باشد و نقش فزاینده‌ای در بروز انواع مشکلات برای فرد و جامعه دارد (۱). 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 (۲). یکی از این اختلال‌ها که غالباً به‌خوبی تشخیص داده نمی‌شود و درمان آن آسان نیست، اختلال اضطراب فراگیر^۱ می‌باشد (۳). 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^۲، 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 (۴). شیوع این اختلال در یک دوره یک‌ساله تقریباً ۳ درصد در بزرگسالان می‌باشد (۵). همچنین، مؤسسه سنجش و ارزیابی سلامت^۳، در سال ۲۰۲۲ مجموعه‌ای از داده ارائه کرده است که بیشترین سهم اختلال اضطراب فراگیر مربوط به کشور ایران بوده است (۶).

افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر دارای مشکلات فراوانی هستند که بر فعالیت‌های روزمره زندگی آن‌ها تأثیر می‌گذارد (۷) و نگرانی مزمن و غیراختصاصی در آن‌ها مشاهده می‌شود (۸). یکی از مشکلات اصلی افراد دارای اختلال اضطراب فراگیر، باورپذیری افکار و احساسات اضطرابی^۴ 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 (۹) و این باورپذیری نحوه تعامل فرد با جهان را شکل می‌دهد (۱۰). باورپذیری افکار و احساسات اضطرابی زمانی اتفاق می‌افتد که افراد به‌جای این که افکار خود را به‌عنوان حالت‌های درونی گذرا ببینند، تحت تأثیر معنای ظاهری افکار خود قرار می‌گیرند (۱۱). دیپلانکی^۵ و همکاران (۱۲) 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 (۱۳) و منجر به مشکلاتی مانند نشخوار فکری در آن‌ها شود (۱۴). همچنین، هایز^۶ و همکاران (۱۵) نشان دادند افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر در باورپذیری افکار و احساسات اضطرابی دچار بدتنظیمی شناختی بوده و دچار مشکل هستند. اندربرگ^۷ و همکاران (۱۶) 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^۸ است. حساسیت اضطرابی متغیری شناختی است که به تفاوت‌های فردی وابسته است (۱۷)، این سازه به عنوان هراس داشتن از اضطراب تعریف شده است (۱۸) و به نشان دهنده گرایش فرد به فاجعه‌سازی درباره احساسات مرتبط با اضطراب است (۱۹). متخصصان سلامت روان اختلال‌های هیجانی، عاطفی و شناختی را زمینه‌سازهای اختلال اضطراب فراگیر پیشنهاد کردند (۲۰). همچنین، حساسیت اضطرابی به‌عنوان یک نیروی بالقوه روان‌شناختی که می‌تواند آمادگی اضطراب در حد شدید را پیش‌بینی نماید در برخی پژوهش‌ها مطرح شده است (۲۱). پژوهشگران ارتباط میان حساسیت اضطرابی و رفتارهای مبتلایان به اختلال اضطراب فراگیر را تأیید کرده‌اند (۲۲). از میان مدل‌هایی که برای درمان بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر آن پیشنهاد شده‌اند، درمان‌های موج سوم بیشترین سهم در پژوهش و ابداع روش درمان را به خود اختصاص داده‌اند (۲۳). هانس و هایلر^۹ (۲۴) نیز معتقدند درمان‌های موج سوم به عنوان 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.

فراشناخت درمانی^{۱۰}، یکی از درمان‌های اثربخش در درمان اختلال اضطراب فراگیر است که نسبت به دیگر رویکردهای درمانی برای درمان اختلال اضطراب فراگیر مؤثرتر می‌باشد (۲۶). نورمن^{۱۱} و همکارش (۲۷) دریافتند که درمان فراشناختی از دیگر رویکردهای درمانی در درمان اختلال اضطراب فراگیر مؤثرتر بوده است. در درمان فراشناختی برای افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر، عواملی که تفکر را کنترل می‌کند مورد تأکید قرار می‌گیرد نه چالش و یا مواجهه طولانی‌مدت و مکرر با باورها (۲۸). در درمان فراشناختی برای اختلال اضطراب فراگیر، باورهای فراشناختی تأثیر محوری بر شیوه پاسخ‌گویی به افکار، باورها، علائم و هیجانات منفی دارند (۲۹). در این درمان بر حذف نگرانی، رها کردن راهبردهای تهدیدپایی و کمک به افراد برای تجربه افکار مزاحم بدون اجتناب

1 Generalized anxiety disorder

2 Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)

3 Global burden of disease

4 Believability of anxious feelings and thoughts

5 Deplancke

6 Hayes

7 Anderberg

8 Anxiety sensitivity

9 Hans, Hiller

10 Metacognitive therapy

11 Normann

کردن از آن‌ها تأکید می‌شود (۳۰). در طی ۳۸ سال گذشته، درمان فراشناختی در طیف وسیعی از اختلالات روانی ارزیابی شده است و با اثرات مثبتی همراه بوده است (۳۱).

یکی دیگر از این رویکردها که در سال‌های اخیر مورد توجه درمانگران قرار گرفته است، رویکرد درمان متمرکز بر شفقت^۱ است. شفقت خود بر اساس تعریف نف^۲ (۳۲) 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 (۳۳). 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 (۳۴). اعتراف به این که همه انسان‌ها دارای نقص هستند، اشتباه میکنند و درگیر رفتارهای ناسالم می‌شوند، مشخصه مشترک انسانی است (۳۵). به هشیاری در مقابل همانندسازی فزاینده منجر به یک آگاهی متعادل و روشن از تجارب زمان حال می‌شود و باعث می‌شود جنبه‌های دردناک نادیده گرفته نشود و در عین حال نیز مکرراً ذهن را اشغال نکند (۳۶). افراد در حین تجربه رنج و مقابله با چالش‌های زندگی ممکن است به جای آن که با هشیاری به تماشای خود بنشینند و از چشم انداز بالاتری به تجربه خویش بنگرد که سبب واقع بینی و جامع بینی آنها شود، خود را به طور ناهشیار مورد ارزیابی منفی قرار دهند (۳۷). کسانی که نمره بالایی در شفقت خود کسب می‌کنند نمره کمتری در نوروزگرایی و افسردگی می‌گیرند و نمره بالاتری در رضایت، سلامت ذهنی و سازگاری حاصل می‌کنند (۳۸). شفقت به خود، علاوه بر آن که فرد را در مقابل حالت‌های روانی منفی محافظت می‌کند، در تقویت حالت هیجانی مثبت نیز نقش دارد (۳۹). به عنوان مثال شفقت به خود با احساساتی چون پیوند اجتماعی و رضایت از زندگی و سازگاری مرتبط است (۴۰). همچنین شفقت به خود به ارضای نیازهای اساسی، استقلال عمل و نیاز به برقراری ارتباط که بر اساس نظریه **دسی و ریان^۳**، برای بهزیستی انسان ضروریاند، کمک می‌کند (۴۱). شواهد پژوهشی نشان می‌دهد که افرادی با شفقت با خود رفتار میکنند از ویژگی‌هایی برخوردارند که در جنبش روانشناسی مثبت به عنوان توانمندی‌های روان‌شناختی مطرح است مثل شادکامی، خوش‌بینی، کنجکاوی و کنکاش، عواطف مثبت و نوآوری (۴۲). نتایج پژوهش **دیرن فورث، کاشی، دونالن و الکاس^۴** (۴۳). نیز نشان داده که قضاوت کردن خود، احساس انزوا و نشخوار ذهنی در بیماران مبتلا به اختلال اضطرابی موثر است. با توجه به این که افراد دارای اختلال اضطراب فراگیر، استرس طولانی مدتی را تحمل می‌کنند که بر عملکرد شبکه مغز آن‌ها تأثیر منفی می‌گذارد و باعث می‌شود که عملکرد ضعیف‌تری نسبت به سایر افراد داشته باشند (۴۴) و اگر افراد به مهارت کنترل و تصحیح باورپذیری افکار و احساسات اضطرابی خود دست یابند کمتر در حلقه‌های اجتناب تجربی گرفتار شده و این امر می‌تواند نقش مهمی در سبب‌شناسی و جلوگیری از تداوم اختلالات اضطرابی داشته باشد (۴۵). همچنین، به دلیل همبودی بالای اختلالات اضطرابی با خود و دیگر اختلالات روانی، روند درمان پیچیده‌تر است و یافتن درمان مؤثر نه تنها به بهبودی شخصی بیماران روان‌پزشکی سرپایی کمک می‌کند، بلکه می‌تواند موجب کاهش هزینه‌های مالی و روانی تحمیل شده به اعضای خانواده و جامعه نیز شود (۴۶)؛ بنابراین، با توجه به این که اختلال اضطراب فراگیر یک اختلال روان‌پزشکی رایج با سطوح بالایی از پریشانی و مشکلات می‌باشد، انجام پژوهش‌هایی در این حوزه دارای اهمیت است (۴۷). 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.

مواد و روش :

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 پرسشنامه‌های گروه کنترل نیز ۲ نفر در گروه کنترل نیز خارج شدند هر سه گروه به ۱۳ نفر رسیدند. برای جمع آوری داده‌ها از مقیاس حساسیت اضطرابی ریس و همکاران (۱۹۸۶) طی دو مرحله تحقیق شامل پیش آزمون و پس آزمون کامل 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 عبارت بودند از: دامنه ی سنی بین ۱۸ تا ۵۰ سال، داشتن تحصیلات حداقل سیکل برای انجام تکالیف خانه، تشخیص اختلال اضطراب فراگیر طبق نظر روانپزشک و عدم دریافت همزمان درمان روان‌شناختی برای درمان اختلال اضطرابی معیارهای خروج از مطالعه عبارت بودند از: مصرف و سوءمصرف مواد، سابقه اختلال شخصیت، غیبت در فرآیند مداخله به مدت دو جلسه متوالی و سه جلسه نامنظم و ناکامل پاسخ دادن به پرسشنامه‌ها.

¹ Compassion Focused Therapy (CFT)

² Neff

³ Deci, Ryan

⁴ Dyrenforth, Kashy, Donnellan, Lucas

پرسشنامه پژوهش عبارت بود از؛ **مقیاس حساسیت اضطرابی ریس و همکاران (۱۹۸۶)**: شاخص حساسیت اضطرابی یک پرسش نامه خودگزارش دهی است که به وسیله ریس^۱ و همکاران ساخته شد و دارای ۱۶ گویه است. نمره گذاری بر اساس مقیاس پنج درجه ای لیکرت (خیلی کم=۰ تا خیلی زیاد=۴) است و دامنه نمرات از صفر تا ۶۴ می باشد. هر گویه این عقیده را منعکس می کند که احساسات اضطرابی به صورت ناخوشایند تجربه می شوند و توان منتهی شدن به پیامد آسیب را دارند. درجه تجربه ترس از نشانه های اضطرابی با نمرات بالاتر مشخص می شود. این شاخص دارای سه عامل ترس از نگرانی های 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 ویژگی های روان سنجی این شاخص، ثبات درونی (آلفای کرونباخ) در دامنه ۰/۸۰ تا ۰/۹۰ را نشان می دهد (۴۸). اعتبار بازآزمایی این مقیاس توسط قاسمی (۵۰) انجام شد و بعد از دو هفته ۰/۷۵ و به مدت سه سال ۰/۸۱ گزارش شده و نشان گر این است که حساسیت اضطرابی یک سازه شخصیتی نسبت پایدار است. در پژوهش حاضر پایایی پرسش نامه به روش آلفای کرونباخ ۰/۷۹ به دست آمد.

پروتکل روان درمانی یکپارچه مبتنی بر فراتشخیص: با استفاده از برنامه ی درمانی بارلو و همکاران (۲۳) طی ۱۰ جلسه ۶۰ تا ۹۰ دقیقه ای (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 احشایی به منظور آگاهی از احساسهای جسمانی و افزایش تحمل این علایم.
جلسه هشتم و نهم	رویارویی احشایی 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 ازاجتناب.
جلسه دهم	پیشگیری از عود؛ مرور کلی مفاهیم درمان و بحث در مورد بهبودی و پیشرفتهای درمانی

پروتکل روان درمانی مبتنی بر شفقت به خود: در این پژوهش آموزش مبتنی بر شفقت به خود براساس بسته درمانی شفقت به خود گیلبرت^۲ انجام شد (۳۷) این آموزش در ۱۲ جلسه ۶۰ تا ۹۰ دقیقه ای (بصورت دو جلسه در هفته) در قالب جلسات گروهی برگزار شد. خلاصه محتوای جلسات مداخله در جدول شماره ۲ ارائه شده است.

جدول ۲. خلاصه جلسات درمان مبتنی بر شفقت

شرح محتوای 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 روان شناختی 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 ی 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.

¹ Reiss

² Gilbert

سوم	آموزش نقش اهداف و ارزش‌ها	مرور جلسه ی قبل، آشنایی با نقش اهداف، ارزش‌ها و زندگی معنوی در رضایت از حوزه‌های 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 زمینه‌های 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 آرامش سازی 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 مواجه 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 موثر 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

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

یافته‌ها :

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.

جدول ۳. ویژگی‌های جمعیت شناختی مربوط به شرکت‌کنندگان

گروه	سن	جنس	
		زن	مرد
روان‌درمانی فراتشخیصی یکپارچه	$33/76 \pm 3/87$	۹ (۶۹/۲۳)	۴ (۳۰/۷۷)
روان‌درمانی مبتنی بر شفقت به خود	$33/76 \pm 3/87$	۹ (۶۹/۲۳)	۴ (۳۰/۷۷)
گروه کنترل	$33/76 \pm 3/87$	۸ (۶۱/۵۳)	۵ (۳۸/۴۷)

همان‌طور که جدول ۳ نشان می‌دهد، میانگین و انحراف معیار سن شرکت‌کنندگان در روان‌درمانی فراتشخیصی یکپارچه به ترتیب $33/76$ و $3/87$ ، روان‌درمانی مبتنی بر شفقت به خود به ترتیب 35 و $4/02$ برای گروه کنترل به ترتیب $33/92$ و $4/78$ بود. در ادامه جهت بررسی همتایی سن در دو گروه مورد مطالعه، آماره‌ی تی تست مستقل بررسی شد. میزان آماره‌ی به‌دست‌آمده از مقایسه سن دو گروه آزمایش و لیست انتظار برابر با $0/217$ بود که این میزان به لحاظ آماری معنی‌دار نمی‌باشد ($Sig = 0/830$). 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.

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
پیش‌آزمون	۱۴/۴۶	۳/۸۴	۱۳/۶۱	۲/۳۹	۲۰/۸۴	۵/۵۶
پس‌آزمون	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						

شماره ثبت شده در وزارت بهداشت

۲/۴۷	۱۱/۸۰	۳/۱۲	۱۱/۴۶	۳/۲۲	۱۱/۵۳	پیش‌آزمون	نگرانی‌های
۲/۴۶	۱۰/۹۲	۱/۴۵	۷/۵۳	۱/۶۷	۸/۱۵	پس‌آزمون	اجتماعی

برای بررسی اثربخشی روان‌درمانی یکپارچه مبتنی بر فراتشخیصی با روان‌درمانی مبتنی بر شفقت بر حساسیت اضطرابی بیماران از آزمون لوین جهت بررسی مفروضه یکسانی واریانس خطا استفاده شد.

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

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 ($P = ۰/۳۲$, $F(۱/۱۵) =$). 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.

جدول ۶. نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره

منبع واریانس	آزمون	ارزش	F	درجه آزادی	درجه آزادی خطا	سطح معنی داری	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 ریشه روی	۰/۰۱۶	۰/۱۰	۳	۱۹	۰/۹۵	۰/۰۱

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 پس‌آزمون تفاوت معنی‌داری وجود ندارد. آزمون اثرات بین گروهی در متن مانکوا انجام شد که نتایج آن در جدول شماره ۷ قابل مشاهده است.

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	۲/۹۷	۱	۲/۹۷	۰/۲۵	۰/۶۲	۰/۰۱
گروه	۰/۰۰۳	۱	۰/۰۰۳	۰/۰۰۱	۰/۹۸	۰/۰۰۱
نگرانی‌های روان شناختی	۰/۰۰۳	۱	۰/۰۰۳	۰/۰۰۱	۰/۹۸	۰/۰۰۱
نگرانی‌های اجتماعی	۰/۱	۱	۰/۰۱	۰/۰۰۷	۰/۹۳	۰/۰۰۰۱

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

بحث و نتیجه گیری :

هدف پژوهش حاضر مقایسه اثر بخشی روان‌درمانی مبتنی بر فراتشخیصی با روان‌درمانی مبتنی بر شفقت بر حساسیت اضطرابی بود، یافته های ما نشان داد که تفاوت معناداری بین اثر بخشی روان‌درمانی یکپارچه مبتنی 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 یافته ها 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 جود 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 (۱۴). هم روان‌درمانی یکپارچه 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 تنظیم‌گری هیجانی مورد هدف قرار می‌دهند (۲۷-۳۰).

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 کنجکاوی خود تغییر می‌دهد (۳۲). 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 (۳۳، ۳۴).

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 (۲۷). روان‌درمانی مبتنی بر شفقت به خود، تحمل‌پریشانی را با تقویت شفقت به خود افزایش می‌دهد و تأثیر احساسی حس‌های اضطرابی را کاهش می‌دهد (۳۶) 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 (۳۷، ۳۷۶). 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 (۲۶).

محدودیت‌های پژوهش: 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 مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره شهر مشهد تشکیل شده بودند، بنابراین، یافته‌های این پژوهش تنها به افرادی که به مراکز مشاوره مراجعه می‌کنند و درصد درمان هستند قابل تعمیم است.

کاربرد پژوهش: 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.

Reference

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

- [2] Kim JJ, Parker SL, Doty JR, Cunnington R, Gilbert P, Kirby JN. Neurophysiological and behavioural markers of compassion. *Sci Rep*. 2020 Apr 22;10(1):6789. doi: [10.1038/s41598-020-63846-3](https://doi.org/10.1038/s41598-020-63846-3). PMID: 32322008; PMCID: PMC7176659.
- [3] Proskurnina EV, Liaukovich KM, Bychkovskaya LS, Mikheev IV, Alshanskaia EI, Proskurnin MA, Martynova OV, Portnova GV. Salivary Antioxidant Capacity and Magnesium in Generalized Anxiety Disorder. *Metabolites*. 2023 Jan 2;13(1):73. doi: [10.3390/metabo13010073](https://doi.org/10.3390/metabo13010073). PMID: 36676998; PMCID: PMC9862115.
- [4] Stein MB, Sareen J. CLINICAL PRACTICE. Generalized Anxiety Disorder. *N Engl J Med*. 2015 Nov 19;373(21):2059-68. doi: [10.1056/NEJMcpl502514](https://doi.org/10.1056/NEJMcpl502514). PMID: 26580998.
- [5] Preti A, Demontis R, Cossu G, Kalcev G, Cabras F, Moro MF, Romano F, Balestrieri M, Caraci F, Dell'Osso L, Di Sciascio G, Drago F, Hardoy MC, Roncone R, Faravelli C, Gonzalez CIA, Angermayer M, Carta MG. The lifetime prevalence and impact of generalized anxiety disorders in an epidemiologic Italian National Survey carried out by clinicians by means of semi-structured interviews. *BMC Psychiatry*. 2021 Jan 20;21(1):48. doi: [10.1186/s12888-021-03042-3](https://doi.org/10.1186/s12888-021-03042-3). PMID: 33472585; PMCID: PMC7816458.
- [6] Collaborators GMD. 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* 2022; 9(2): 137-50. DOI: [10.1016/S2215-0366\(21\)00395-3](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(21)00395-3)
- [7] Craske MG, Stein MB, Eley TC, Milad MR, Holmes A, Rapee RM, et al. Correction: anxiety disorders. *Nature Reviews: Disease Primers*. 2017; 3(1): 17-29. <https://doi.org/10.1038/nrdp.2017.24>
- [8] DeMartini J, Patel G, Fancher TL. Generalized Anxiety Disorder. *Ann Intern Med*. 2019 Apr 2;170(7): ITC9-ITC64. doi: [10.7326/AITC201904020](https://doi.org/10.7326/AITC201904020). PMID: 30934083.
- [9] Ghodrati Torbati A, Shirinzadeh Feizabadi A, Askari MR, Zandi A, Sarmadi M. Thought Believability and Anxious Feelings about COVID-19: A Case-Control Study in Northeastern Iran. *Med J Islam Repub Iran*. 2023 Aug 29;37:93. doi: [10.47176/mjiri.37.93](https://doi.org/10.47176/mjiri.37.93). PMID: 38021393; PMCID: PMC10657258.
- [10] Ford BQ, Gross JJ. Why beliefs about emotion matter: An emotion-regulation perspective. *Current Directions in Psychological Science*. 2019; 28(1): 74-81. <https://doi.org/10.1177/09637214188066>
- [11] Fergus TA. I Really Believe I Suffer From a Health Problem: Examining an Association Between Cognitive Fusion and Healthy Anxiety. *J Clin Psychol*. 2015 Sep;71(9):920-34. doi: [10.1002/jclp.22194](https://doi.org/10.1002/jclp.22194). Epub 2015 May 20. PMID: 25994488.
- [12] Deplancke C, Somerville MP, Harrison A, Vuillier L. 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*. 2023; 42(25): 22004-12. DOI: [10.1007/s12144-022-03252-2](https://doi.org/10.1007/s12144-022-03252-2)
- [13] Gillanders DT, Bolderston H, Bond FW, Dempster M, Flaxman PE, Campbell L, Kerr S, Tansey L, Noel P, Ferenbach C, Masley S, Roach L, Lloyd J, May L, Clarke S, Remington B. The development and initial validation of the cognitive fusion questionnaire. *Behav Ther*. 2014 Jan;45(1):83-101. doi: [10.1016/j.beth.2013.09.001](https://doi.org/10.1016/j.beth.2013.09.001). Epub 2013 Sep 18. PMID: 24411117.
- [14] Fisher PL. Metacognitive therapy 2021. In A. Wenzel (Ed.), *Handbook of cognitive behavioral therapy: Overview and approaches* (pp. 617-36). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/0000218-021>
- [15] Hayes SC, Strosahl KD, Wilson KG. Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change. Guilford Press 2011: 71-119.
- [16] Anderberg JL, Baker LD, Kalantar EA, Berghoff CR. Cognitive fusion accounts for the relation of anxiety sensitivity cognitive concerns and rumination. *Current Psychology*. 2024; 43(5): 4475-81. <https://doi.org/10.1007/s12144-023-04674-2>
- [17] Aghjani S, Ahmadi S, Fallahi V. Causal Modeling of Tendency to Addiction Based on Anxiety Sensitivity Mediated by Mediation Difficult in Emotion Regulation in Male Adolescents. *Journal of Sabzevar University of Medical Sciences*. 2021; 28(4): 477-88. https://jsums.medsab.ac.ir/article_1435.html?lang=en
- [18] Hatami Nejad M, Mirderikvand F, Sepahvandi M. Structural Relationships of Anxiety Sensitivity and Sense of Coherence with Readiness to Use Substances in College Students: The Mediating Role of Difficulty in Emotion Regulation. *Etiadpajohi*. 2024; 17(70): 149-74. URL: <http://etiadpajohi.ir/article-1-3013-en.html>
- [19] Lebeaut A, Tran JK, Vujanovic AA. Posttraumatic stress, alcohol use severity, and alcohol use motives among firefighters: The role of anxiety sensitivity. *Addict Behav* 2020; 106: 106353. doi: [10.1016/j.addbeh.2020.106353](https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2020.106353). Epub 2020 Feb 12. PMID: 32087474.
- [20] Besson M, Forget B. Cognitive dysfunction, affective states, and vulnerability to nicotine addiction: a multifactorial perspective. *Front Psychiatry* 2016 21(7): 179425. doi: [10.3389/fpsyg.2016.00160](https://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.00160). PMID: 27708591; PMCID: PMC5030478.
- [21] Paulus DJ, Capron DW, Zvolensky MJ. Understanding hazardous drinking and suicidal ideation and suicide risk among college students: anxiety sensitivity as an explanatory factor. *Cogn Behav Ther* 2021; 50(5): 378-94. doi: [10.1080/16506073.2020.1840622](https://doi.org/10.1080/16506073.2020.1840622). Epub 2020 Nov 18. PMID: 33206003.
- [22] Azarmehr R, Ahmadi E. The role of anxiety sensitivity and attentional control in predicting the tendency toward addiction in youth. *Iranian Journal of Health Psychology* 2019; 2(2): 45-50. <https://doi.org/10.30473/ijohp.2020.47685.1054>
- [23] Akbari M, Chiniforoshan M, Abedian A. Cognitive Behavioral Treatment for Generalized Anxiety Disorder from science to practice. *Tehran, Arjmand*. 2013; 99-101.
- [24] Hans E, Hiller W. A meta-analysis of nonrandomized effectiveness studies on outpatient cognitive behavioral therapy for adult anxiety disorders. *Clin Psychol Rev*. 2013 Dec;33(8):954-64. doi: [10.1016/j.cpr.2013.07.003](https://doi.org/10.1016/j.cpr.2013.07.003). Epub 2013 Jul 20. PMID: 23988455.
- [25] Monnazami F, Bagherian Sararuodi R, Ahmadi Tahour Soltani M, Rabiei M. Comparison of Metacognitive (MCT) and Cognitive-Behavioral (CBT) Interventions on Reducing the General Anxiety Symptoms and Metacognitive Beliefs of Patient with This Disorder. *JIMS* 2013; 31(233): 475-85. https://jims.mui.ac.ir/article_14053.html?lang=en
- [26] Rawat A, Sangroula N, Khan A, Faisal S, Chand A, Yousaf RA, Muhammad N, Yousaf H. Comparison of Metacognitive Therapy Versus Cognitive Behavioral Therapy for Generalized Anxiety Disorder: A Meta-Analysis of Randomized Control Trials. *Cureus*. 2023 May 20;15(5):e39252. doi: [10.7759/cureus.39252](https://doi.org/10.7759/cureus.39252). PMID: 37342751; PMCID: PMC10277900.
- [27] Normann N, Morina N. The Efficacy of Metacognitive Therapy: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Front Psychol*. 2018 Nov 14;9:2211. doi: [10.3389/fpsyg.2018.02211](https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.02211). PMID: 30487770; PMCID: PMC6246690.
- [28] Barua N, Singh S, Agarwal V, Arya A, Barua N. Executive functions, metacognitive beliefs, and thought control strategies in adolescents with obsessive compulsive disorder. *IJRAR* 2020; 7(1): 672-80.
- [29] Faija CL, Reeves D, Heal C, Capobianco L, Anderson R, Wells A. Measuring the Cognitive Attentional Syndrome in Cardiac Patients With Anxiety and Depression Symptoms: Psychometric Properties of the CAS-1R. *Front Psychol*. 2019 Sep 18;10:2109. doi: [10.3389/fpsyg.2019.02109](https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.02109). PMID: 31620051; PMCID: PMC6760032.
- [30] Callesen P, Capobianco L, Heal C, Juul C, Find Nielsen S, Wells A. A Preliminary Evaluation of Transdiagnostic Group Metacognitive

- Therapy in a Mixed Psychological Disorder Sample. *Front Psychol.* 2019 Jun 20;10:1341. doi: 10.3389/fpsyg.2019.01341. PMID: 31281277; PMCID: PMC6595247.
- [31] Ghaderi F, Akrami N, Namdari K, Abedi A. Comparing the Effects of Integrated Cognitive-Behavioral Therapy and Transdiagnostic Treatment on Symptoms of Patients with Generalized Anxiety Disorder Comorbid with Depression. *IJPCP* 2022; 27 (4) :440-457. URL: <http://ijpcp.iuums.ac.ir/article-1-3224-fa.html>
 - [32] Neff KD, Whittaker TA, Karl A. Examining the Factor Structure of the Self-Compassion Scale in Four Distinct Populations: Is the Use of a Total Scale Score Justified? *J Pers Assess.* 2017 Nov-Dec;99(6):596-607. doi: 10.1080/00223891.2016.1269334. Epub 2017 Jan 31. PMID: 28140679.
 - [33] Riebel M, Bureau R, Rohmer O, Clément C, Weiner L. Self-compassion as an antidote to self-stigma and shame in autistic adults. *Autism.* 2025 Feb 17:13623613251316965. doi: 10.1177/13623613251316965. Epub ahead of print. PMID: 39959965.
 - [34] Kotera Y, Beaumont J, Edwards AM, Cotterill M, Kirkman A, Tofani AC, McPhilbin M, Takhi S, Barnes K, Todowede O, Ingall BR, Asano K, Arimitsu K. A Narrative Review of Compassion Focused Therapy on Positive Mental Health Outcomes. *Behav Sci (Basel).* 2024 Jul 25;14(8):643. doi: 10.3390/bs14080643. PMID: 39199039; PMCID: PMC11351419.
 - [35] Sessions L, Robertson N, Jones C, Welham A. Self-Compassion in Qualified and Student Social Workers: A Systematic Literature Review and Meta-Analysis. *J Evid Based Soc Work* (2019). 2025 Jan-Feb;22(1):76-103. doi: 10.1080/26408066.2024.2439267. Epub 2024 Dec 18. PMID: 39696732.
 - [36] Swee MB, Corman AG, Margolis JM, Dick AM. Compassion-Focused Therapy for the Treatment of ICD-11-Defined Complex Posttraumatic Stress Disorder. *Am J Psychother.* 2024 Sep 1;77(3):135-140. doi: 10.1176/appi.psychotherapy.20230019. Epub 2024 Apr 29. PMID: 38680060.
 - [37] Bailey G, Halamová J, Vráblová V. Acoustic analysis of clients' expression of self-compassion, self-criticism, and self-protection within emotion focused therapy video sessions. *Front Psychol.* 2024 Apr 23;15:1363988. doi: 10.3389/fpsyg.2024.1363988. PMID: 38716282; PMCID: PMC11074451.
 - [38] Spector A, Melville M, Craig C, Henderson C, Hiskey S, Knapp M, Kusel Y, Oliver K, Robinson L, Royan L, Stott J, Williams L, Evans R. Being kind to ourselves: group compassion-focused therapy (CFT) versus treatment as usual (TAU) to improve depression and anxiety in dementia - a protocol for a mixed-methods feasibility randomised controlled trial within the NHS. *BMJ Open.* 2024 Dec 3;14(12):e093249. doi: 10.1136/bmjopen-2024-093249. PMID: 39627126; PMCID: PMC11628998.
 - [39] Berg SJ, Zaso MJ, Biehler KM, Read JP. Self-Compassion and Self-Forgiveness in Alcohol Risk, Treatment and Recovery: A Systematic Review. *Clin Psychol Psychother.* 2024 May-Jun;31(3):e2987. doi: 10.1002/cpp.2987. PMID: 38769941; PMCID: PMC11360266.
 - [40] Cepni AB, Ma HY, Irshad AM, Yoe GK, Johnston CA. Addressing Shame Through Self Compassion. *Am J Lifestyle Med.* 2024 Oct 23:15598276241292993. doi: 10.1177/15598276241292993. Epub ahead of print. PMID: 39540177; PMCID: PMC11556665.
 - [41] Deci EL., Ryan RM. Self-determination theory: A macrotheory of human motivation, development, and health. *Canadian Psychology/Psychologie canadienne.* 2008; 49(3): 182 –185. <https://doi.org/10.1037/a0012801>
 - [42] Jacquet L, Paucsik M, Guy JB, Eve K, Ben-Taarit I, Lantheaume S. Self-compassion and psychological well-being of radiographers at work. *Int J Qual Stud Health Well-being.* 2024 Dec;19(1):2287621. doi: 10.1080/17482631.2023.2287621. Epub 2023 Dec 6. PMID: 38055785; PMCID: PMC11737828.
 - [43] Dyrenforth PS., Kashy DA., Donnellan MB., Lucas RE. 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.* 2010; 99(4): 690–702. <https://doi.org/10.1037/a0020385>
 - [44] Liu L, Wu J, Geng H, Liu C, Luo Y, Luo J, Qin S. Long-Term Stress and Trait Anxiety Affect Brain Network Balance in Dynamic Cognitive Computations. *Cereb Cortex.* 2022 Jul 12;32(14):2957-2971. doi: 10.1093/cercor/bhab393. PMID: 34875030.
 - [45] Luciano C, Valdivia-Salas S, Ruiz FJ. The self as the context for rule-governed behavior. The self and perspective taking: Research and Applications 2012: 143-60.
 - [46] Thibaut F. Anxiety disorders: a review of current literature. *Dialogues Clin Neurosci.* 2017 Jun;19(2):87-88. doi: 10.31887/DCNS.2017.19.2/fthibaut. PMID: 28867933; PMCID: PMC5573565.
 - [47] Whisman MA, Collazos T. A longitudinal investigation of marital dissolution, marital quality, and generalized anxiety disorder in a national probability sample. *J Anxiety Disord.* 2023 May;96:102713. doi: 10.1016/j.janxdis.2023.102713. Epub 2023 Apr 7. PMID: 37075491.
 - [48] Reiss S, Peterson RA, Gursky DM, McNally RJ. Anxiety sensitivity, anxiety frequency and the prediction of fearfulness. *Behav Res Ther.* 1986;24(1):1-8. doi: 10.1016/0005-7967(86)90143-9. PMID: 3947307.
 - [49] Ghasemi Z. Families' Lifestyles and Their Relationship to the Extent of Corona Infection. *J Iran Soci Study* 2021; 15(3): 51-75. [Farsi]