

## Comparing the efficacy of desensitization treatments with eye movements, reprocessing therapy and meta-cognitive therapy on the self –control of patients with panic disease

Atlasi, R MSc<sup>✉</sup>, Narimani, M. PhD<sup>1</sup>, Musazadeh, T. PhD<sup>2</sup>

<sup>✉</sup> *Clinical Psychology, Islamic Azad University, Ardabil Branch, Ardabil, Iran*

<sup>1</sup> *Psychology Department, University of Mohaghegh Ardabili, Ardabil, Iran.*

<sup>2</sup> *Psychology Department, Islamic Azad University, Ardabil Branch, Ardabil, Iran*

Received: 2013.8.1

Accepted: 2014.11.16

### Abstract

**Introduction:** The aim of the present research was to compare the efficacy of desensitization with eye movements, reprocessing therapy and meta- cognitive therapy on the self- control of patients suffering from panic disease.

**Method:** This study was a quasi- experimental study with a pretest- posttest design and a control group. The sample consisted of 48 selected patients with panic disease in Tabriz city. The subjects were randomly assigned to two experimental groups and a control group. The two used techniques were desensitization with eye movements, reprocessing therapy and meta-cognitive therapy. In order to collect data the Tanji self- control Questionnaire and also the pretest- posttest were used in two stages. Data were analyzed by using the multivariate analysis of variance.

**Results:** The results showed significant differences between the therapeutic groups and the control group. The multi- comparison tests revealed that meta- cognitive therapy is more effective compared to desensitization with eye movements and reprocessing therapy in increasing the self- control of patients. Also, the efficacy of desensitization treatment with eye movements and reprocessing therapy in increasing the self- control of patients was more effective compared to the control group.

**Conclusion:** Considering the advantages of meta- cognitive therapy over desensitization with eye movements and reprocessing therapy in increasing self- control, it is recommended that therapists use this method in patients who are suffering from panic disease

**Key words:** Panic Disease, Desensitization Therapy with Eye Movement, Reprocessing Facility, Meta-Cognitive Therapy

## مقایسه اثربخشی درمان حساسیت‌زدایی با حرکات چشم و بازپردازش مجدد با درمان فراشناختی بر خودکنترلی بیماران مبتلا به حملات هراس

رقیه اطلسی<sup>✉</sup>، محمد نریمانی<sup>۱</sup>، توکل موسی زاده<sup>۲</sup>

<sup>✉</sup>گروه روانشناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه آزاد اسلامی، واجحد اردبیل، اردبیل، ایران

<sup>۱</sup>گروه روانشناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران

<sup>۲</sup>گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اردبیل، اردبیل، ایران

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۳/۸/۲۵

تاریخ دریافت: ۱۳۹۲/۲۵/۱۰

### چکیده

**مقدمه:** هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی درمان حساسیت‌زدایی با حرکات چشم و بازپردازش مجدد با درمان فراشناختی بر خودکنترلی بیماران مبتلا به حملات هراس بود.

**روش:** روش پژوهش نیمه تجربی با طرح پیش آزمون و پس آزمون با گروه کنترل بود. نمونه این تحقیق شامل ۴۸ بیمار مبتلا به حملات هراس بود که از بین بیماران مبتلا در شهر تبریز انتخاب و در دو گروه آزمایشی (حساسیت‌زدایی با حرکات چشم و بازپردازش مجدد و فراشناختی) و یک گروه کنترل به صورت تصادفی جایگزین شدند (هر گروه ۱۶ نفر). از دو روش درمانی حساسیت‌زدایی با حرکات چشم و بازپردازش مجدد و فراشناختی استفاده شد. برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه خودکنترلی تانجی در دو مرحله پیش-آزمون و پس-آزمون استفاده شد. داده‌های پژوهش با آزمون تحلیل واریانس چند متغیری تجزیه و تحلیل شدند.

**یافته‌ها:** نتایج نشان داد که بین دو گروه درمانی (حساسیت‌زدایی با حرکات چشم و بازپردازش مجدد و فراشناختی) و گروه کنترل تفاوت معناداری وجود دارد. آزمون چند مقایسه‌ای نشان داد که درمان فراشناختی در مقایسه با درمان حساسیت‌زدایی با حرکات چشم و بازپردازش مجدد در افزایش خودکنترلی مؤثرتر بود. همچنین اثربخشی درمان حساسیت‌زدایی با حرکات چشم و بازپردازش مجدد بر افزایش خودکنترلی بیماران مبتلا مؤثرتر از گروه کنترل بود.

**نتیجه‌گیری:** با توجه به اینکه اثربخشی درمان فراشناختی بیشتر از درمان حساسیت‌زدایی با حرکات چشم و بازپردازش مجدد در افزایش خودکنترلی است، پیشنهاد می‌گردد درمانگران از این شیوه در درمان بیماران مبتلا به اختلال هراس استفاده نمایند.

**کلیدواژه‌ها:** حملات هراس، درمان حساسیت‌زدایی با حرکات چشم، بازپردازش مجدد، درمان فراشناختی

## مقدمه

بیماران مبتلا به حملات هراس تا حدودی تأثیر دارند، لذا در سال‌های اخیر روش‌های غیردارویی برای بهبود و افزایش خودکنترلی بیماران مبتلا به حملات هراس بوجود آمده است که تحت عنوان درمان‌های تکمیلی شناخته می‌شوند، از جمله این درمان‌های تکمیلی می‌توان به روش حساسیت‌زدایی با حرکات چشم و بازپردازش مجدد (Desensitization with eye movement, reprocessing facility) اشاره کرد. این درمان توسط فرانسین شاپیرو معرفی شد. درمان EMDR شامل شرطی سازی تقابلی از طریق حساسیت‌زدایی و بازسازی شناختی است [۱۰]. تاکنون مطالعه مستقیمی در زمینه اثربخشی این درمان بر اختلال هراس مشاهده نشده است، اما از آنجایی که اختلال هراس از جمله اختلال‌های اضطرابی می‌باشد و این شیوه درمانی مکانیسم‌های زیر بنایی تولید باورهای ناکارآمد را تا حد زیادی مورد توجه قرار می‌دهد [۱۱]. اثربخشی درمان EMDR در درمان اختلال‌های روانی دیگر مانند اختلال استرس پس‌آسیب [۱۲، ۱۳] و اضطراب [۱۴-۱۶] به اثبات رسیده است. دومین روش درمان تکمیلی برای افزایش خودکنترلی بیماران مبتلا به اختلال هراس درمان فراشناختی است که توسط ولسر معرفی شد. فراشناخت، مفهومی چند-بعدی است و شامل باورها، فرآیندها و راهبردهایی می‌شود که نظارت و کنترل شناخت را بر عهده دارند. اغلب فعالیت‌های شناختی به عوامل فراشناختی وابسته‌اند. در حقیقت عوامل فراشناختی، فعالیت‌های شناختی را کنترل کرده و بر آن نظارت می‌کند. رویکرد فراشناختی بر این باور است که افراد به این دلیل در دام ناراحتی هیجانی گرفتار می‌شوند که فراشناخت‌های آن‌ها در برابر پاسخ‌دهی به تجربه‌های درونی، به ایگویی منجر می‌شود که موجب تداوم هیجانی قوی و تقویت باورهای منفی در این افراد می‌گردد. این ایگو سندرم شناختی - توجهی خوانده می‌شود که شامل نگرانی، نشخوار فکری، توجه تثبیت شده و راهبردهای خود تنظیمی می‌باشد [۱۷]. این تئوری گسترش و درمان بیماری‌هایی نظیر اختلال اضطراب فراگیر [۱۸، ۲۱]، هراس اجتماعی [۲۲]، وسواس فکری-عملی [۲۳، ۲۴]، PTSD [۲۵، ۲۶] و اضطراب [۲۷]، [۲۸] را تحت تأثیر قرار داده است. با توجه به اینکه بین دو روش درمانی EMDR و فراشناختی تاکنون پژوهشی انجام نگرفته است و با وجود موفقیت روش‌های EMDR و فراشناختی و کوتاه مدت بودن این روش‌های مداخله به نظر می‌رسد که این شیوه‌های درمانی جدیدتر بتوانند از بروز مشکلات روانی وخیم‌تر (مثل گذر هراسی) و در نتیجه صرف هزینه‌های اقتصادی و زمانی بیشتر جلوگیری نمایند و منجر به ایجاد روش درمانی مناسب برای اختلال هراس جهت استفاده در مراکز بالینی گردد، تا در درمان این اختلال مؤثر بوده و باعث جلوگیری از صرف هزینه‌های

اختلال هراس شامل دوره‌ای از ترس یا ناراحتی شدید است که ابتدا و انتهای مشخصی دارد. فراوانی و بروز حملات هراس از چند حمله در یک روز تا تعداد انگشت شماری حمله در یک سال متغیر می‌باشد [۱]. میزان شیوع اختلال هراس در طول عمر ۱/۵ تا ۳/۸ است. علائم عمده اختلال هراس عبارت است از: ترس مفرد و احساس قریب الوقوع بودن و مرگ و نابودی. این اختلال بر روی کارکردهای خانوادگی، شغلی و اجتماعی تأثیر می‌گذارد [۲]. باندلو، لارسون و گریسون تاریخچه‌ای تحولی بیماران وحشتزدگی و عادی را با هم مورد مقایسه قرار دادند. نتایج نشان داد که افراد با اختلالات وحشتزدگی، آسیب‌ها و ضربه‌های شدید روحی بیشتری را در دوران کودکی خود تجربه کرده بودند [۳]. در پژوهشی، کلارک و همکاران درمان شناختی - رفتاری را با دارودرمانی و تن‌آرامی در بیماران مبتلا به هراس مقایسه کردند، نتایج نشان داد که هر سه گروه فعال سازی اثربخش بودند و درمان شناختی - رفتاری مؤثرتر از دو روش دیگر بود [۴]. سانچر و همکاران در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که درمان‌های روانی بر اختلال هراس یا بدون گذرهراسی مؤثر می‌باشد، بعلاوه هرچه مدت بیماری کوتاه‌تر، میزان اثربخشی درمان‌های روانی نیز بیشتر بود [۵]. در این بیماران حملات هراس خود انگیزته بسیار رایج است و برای بسیاری از افراد، دوره‌های خاصی از زندگی شان رخ می‌دهد. با این حال، نگرانی درباره‌ی حملات بعدی موجب طولانی شدن اضطراب شده و پایش احساس‌های بدنی در موقعیت‌های برانگیزاننده در حملات بعدی را افزایش می‌دهد. بنابراین فردی که مستعد فعال سازی سبک تفکر ناسازگارانه است، بیشتر احتمال دارد که برانگیختگی اضطرابی مداوم و پایداری را تجربه کند و دچار حملات هراس مکرر شود. چنین الگویی شخص را در تجربه‌ی هیجانی طولانی مدت گیر انداخته و تعارض در خودکنترلی می‌شود که منجر به احساس درماندگی و ازدست دادن کنترل بر شناخت و هیجان می‌شود [۶]. خودکنترلی یکی از عوامل مطرح شده در نظریه‌های روانشناختی است. وجود خودکنترلی برای موفقیت در بسیاری از حوزه‌های زندگی و مقابله با رفتارهای ناسازگارانه بسیار حساس و ضروری است [۷]. موخوپادایی با بررسی درحوزه خودکنترلی نشان داد که هر چه افراد احساس کنند که بر شرایط خودکنترلی بیشتری دارند، بیشتر به جستجوی راه حل برای مشکلات و تلاش برای دستیابی به نتیجه نهایی رغبت نشان می‌دهند [۸]. لام و وانگ طی پژوهشی به این نتیجه رسیدند که هر چقدر میزان خودکنترلی بیمار با علائم بیشتر باشد، عود بیماری کاهش می‌یابد [۹]. یکی از راهکارهای مهم برای کمک به این بیماران، درمان‌های روانی اجتماعی، غیرازدرمان‌های دارویی متداول جهت کاهش این علائم و بهبود بیماران امری ضروری به نظر می‌رسد. چرا که همه‌ی ترکیبات دارویی، دارای عوارضی هستند و بیماران مبتلا به حملات هراس اغلب درمورد احساسات جسمی فوق العاده حساس هستند. همچنین درمان‌های دارویی در تمامی

قرار گرفتند. گروه دوم ۱۲ جلسه ۴۵ دقیقه‌ای تحت درمان فراشناختی قرار گرفتند. گروه سوم هیچ درمانی را دریافت نکردند. اجرای پژوهش به مدت سه ماه در مؤسسه اندیشه نو به طول انجامید که پس از آن سه گروه با استفاده از آزمون خودکنترلی تانجی مورد ارزیابی قرار گرفتند. پروتکل درمانی هر دو روش مذکور با توجه به شرایط و ماهیت و علایم حملات هراس از مطالعه کیفی (مصاحبه با بیماران) در تکنیک‌های این شیوه درمانی تغییراتی داده شده تا قابل اجرا بر روی اختلال هراس باشد. البته تغییرات مورد تایید متخصصین در این حوزه بوده است. برای جمع‌آوری داده‌ها از ابزار زیر استفاده شد:

**پرسشنامه خودکنترلی تانجی:** این پرسشنامه توسط تانجی و همکاران در سال ۲۰۰۴ تدوین شد که شامل دو خرده مقیاس ۱- خودکنترلی منع کننده یا باز دارنده ۲- خودکنترلی اولیه می‌باشد. این پرسشنامه دارای ۳۶ سوال می‌باشد. هدف آن سنجش میزان کنترل افراد بر خودشان است. طیف پاسخگویی آن از نوع لیکرت بوده است. ریدر و همکاران (۲۰۱۱) با انجام تحقیق به بررسی تفاوت‌های این دو خرده مقیاس پرداختند و همسانی درونی این پرسشنامه را با گزارش آلفای هر دو خرده مقیاس مورد بررسی قرار دادند و آلفای کرونیباخ خودکنترلی منع کننده ۰/۸۶ و آلفای کرونیباخ برای خودکنترلی اولیه ۰/۶۸ می‌باشد. همبستگی بین دو خرده مقیاس خودکنترلی نیز در پژوهش ریدر و همکاران بالا (۰/۶۸) گزارش شد.

گزارش ناشی از عود بیماری و حتی درمان نشدن آن شود. بنابراین مقایسه اثربخشی بین دو روش درمانی EMDR و فراشناختی بر خودکنترلی حملات هراس هدف اصلی مطالعه حاضر می‌باشد.

## روش

این پژوهش یک کارآزمایی بالینی از نوع پیش آزمون و پس آزمون با گروه کنترل است جامعه آماری را کلیه بیماران زن مبتلا به حملات هراس که به کلینیک‌های خصوصی و مطب‌های روانپزشکی واقع در شهر تبریز مراجعه کرده بودند تشکیل می‌داد. نمونه شامل ۴۸ نفر به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند. تشخیص بیماری براساس معیار DSM-TV و مصاحبه بالینی توسط روانپزشک و روانشناس بالینی صورت گرفت ملاک‌های ورود به مطالعه داشتن ملاک‌های تشخیصی حملات هراس بر اساس DSM-TV به مدت حداقل یک ماه، داشتن تحصیلات حداقل دیپلم، داشتن حداقل ۲۰ سال و حداکثر ۵۰ سال، موافقت بیمار برای شرکت در پژوهش و امضا رضایت‌نامه کتبی. پس از انتخاب نمونه پژوهش، این بیماران به طور تصادفی در دو گروه آزمایشی و یک گروه کنترل جایگزین شدند. آن‌گاه پرسشنامه خودکنترلی تانجی روی هر سه گروه اجرا گردید. گروه اول با درمان EMDR به مدت ۸ جلسه ۴۵ دقیقه‌ای یکباردر هفته تحت درمان

جدول ۱. ساختار جلسات درمان EMDR

جلسه	موضوعات	محتوای برنامه های آموزشی
۱	تاریخچه و طرح درمانی	گرفتن تاریخچه‌ای از مراجع، بررسی توانایی مراجع برای کنار آمدن با میزان آزرده‌گی احتمالی که ممکن است در جریان پردازش اطلاعات ناکارآمد ایجاد شود، تهیه فهرستی از بیشترین ناراحتی‌های مراجع و درجه بندی ناراحتی‌ها براساس مقیاس ذهنی اختلال و تدوین طرح درمان
۲	آماده سازی فرآیند EMDR و آثار آن، توضیح و تشریح	ایجاد یک اتحاد درمانی، توضیح انتظارات درمانی، آموختن فنون آرمیدگی
۳	ارزیابی	شناسایی هدف شامل خاطره‌ها، تصاویرها و نماد آن‌ها، پرسیدن باور مراجع از حادثه و احساس جسمی مربوط به این باور، جایگزینی یک باور مثبت به جای این باور با استفاده از مقیاس هفت درجه‌ای، تصویر حادثه و باور منفی در کنار هم و درجه بندی سطح بر آشفته‌گی مراجع روی مقیاس ده نمره‌ای تعیین میزان بر آشفته‌گی
۴	حساسیت زدایی	تمرکز روی باور منفی درمانجو به راست و چپ، حرکت دادن همزمان انگشتان درمانگر در مقابل او، درخواست از مراجع برای تعقیب حرکت انگشتان، تکرار این کار تا اینکه سطح بر آشفته‌گی مراجع به یک یا صفر کاهش پیدا کند.
۵	کارگذاری	بازسازی شناختی، قوت بخشیدن و باور مثبت مراجع جهت جایگزینی به جای باور منفی
۶	وارسی بدنی	درخواست از درمانجو جهت الحاق و نگهداری همزمان واقعه‌ی هدف و شناخت مثبت و بررسی تنش عضلانی
۷	انسداد	درخواست از مراجع برای بیان تصویر بر آشفته کننده افکار یا عواطف تجربه شده توسط مراجع در طول درمان و درخواست از درمانجو جهت یادداشت اتفاقات تجربه شده در فرآیند درمان در قالب افکار، شرایط روایاها، خاطرات و سایر مسایل در دفترچه یادداشت
۸	ارزیابی مجدد	ارزیابی هدف‌های قبلا پردازش شده

جدول ۲. ساختار جلسات درمان فراشناختی

جلسه	محتوای برنامه های آموزشی
۱	معارفه و ایجاد اتحاد درمانی، ارزیابی علایم و معرفی اختلال هراس، بررسی علل احتمالی مؤثر در سبب شناسی اختلال هراس، مشخص کردن نیاز و ضرورت به درمان درموقع لازم برای بیماران (چه زمانی درمان ضرورت مییابد).
۲	بررسی درمان های مختلف برای اختلال هراس، ارائه توضیحاتی درمورد منطق درمان فراشناختی برای اختلال هراس
۳	ارزیابی و شناسایی باورهای مثبت و منفی فراشناختی در بیماران و تحلیل مزایا و معایب این باورها
۴	ناسایی راهبرد های کنترل فراشناختی بیماران، تحلیل مزایا و معایب راهبردهای کنترل فراشناختی مورد استفاده،
۵	جایگزین کردن راهبرد های کنترل فراشناختی سودمند تر
۶	کاربرد تکنیک فاصله گرفتن از ذهن آگاهی در برخورد با راهبردها و افکارنا کارآمد فراشناختی (بیماران یاد می‌گیرند که با افکار خود همچون ابی در ذهن برخورد کنند چنانکه نیاز به پردازش نداشته باشد).
۷	آشنا کردن بیماران با دو راهبرد فکری به عنوان راهبرد های مقابله ای کارآمد، تحلیل سودزبان نگرانی و نشخوار ذهنی، تحلیل فرآیند سرکوب افکار به عنوان یک فرآیند ناکارآمد و آشنا سازی با پیامدهای درگیری با علائم،
۸	آموزش تکنیک به تعویق انداختن نگرانی.
۹	آشنا سازی بیماران با سندرم توجهی - شناختی در تداوم اختلال های روانی، ارائه منطق فنون آموزش توجه
۱۰	آموزش تکنیک آموزش توجه (ATT) به بیماران.
۱۱	آموزش تکنیک متمرکز کردن توجه بر موقعیت به عنوان یک راهبرد فراشناختی کارآمد
۱۲	آماده کردن اعضا برای اختتامیه، شناسایی موانع موجود در به کارگیری روش ها و علت یابی و رفع آن و در نهایت نتیجه گیری

جدول ۳. میانگین و انحراف معیار خودکنترلی در گروه های مورد مطالعه

گروه	زمان	میانگین	انحراف معیار
کنترل	پیش آزمون	۳۸/۹۳۳۳	۳/۷۶۹۵۵
	پس آزمون	۴۱/۴۶۶۷	۰/۶۳۹۹۴
حساسیت زدایی	پیش آزمون	۲۴/۰۰۰۰	۰/۸۴۵۱۵
	پس آزمون	۴۱/۴۰۰۰	۱/۲۹۸۳۵
فراشناخت	پیش آزمون	۲۷/۴۶۶۷	۵/۱۶۶۷۴
	پس آزمون	۴۲/۱۳۳۳	۱/۵۰۵۵۵

جدول ۴. نتایج تحلیل کواریانس مربوط به درمان EMDR بر افزایش خودکنترلی بیماران مبتلا پس از درمان

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری
مدل	۷۹۷۱۶/۱۵۰	۱	۷۹۷۱۶/۱۵۰	۱۸۷۳۵/۷۴۹	۰/۹۹۷
گروه	۸۴۳/۷۵۰	۱	۸۴۳/۷۵۰	۱۹۸/۳۰۷	۰/۷۸۰
پس آزمون-پیش آزمون	۱۴۹۰/۰۱۷	۱	۱۴۹۰/۰۱۷	۳۵۰/۲۰۰	۰/۸۶۲
گروه * پس آزمون-پیش آزمون	۸۲۸/۸۱۷	۱	۸۲۸/۸۱۷	۱۹۴/۷۹	۰/۷۷۷
خطا	۲۳۸/۲۶۷	۵۶	۴/۲۵۵		

## یافته‌ها

در این پژوهش دامنه سنی آزمودنی‌ها ۲۰-۵۰ سال با میانگین ۳۰/۰۹ سال بود. بیشترین فراوانی وضعیت تحصیلی نمونه‌ها در سطح لیسانس ۴۱/۷ درصد بود و کمترین فراوانی بالاتر از لیسانس با ۶/۳ درصد بود. براساس نتایج، ۶۲/۵ درصد نمونه‌های پژوهش مجرد و ۳۷/۵ درصد متأهل بودند. نتایج آزمون لوین درمورد پیش فرض تساوی واریانس‌ها، معنادار به دست نیامد. بنابراین با توجه به این نتیجه و مساوی بودن تعداد گروه‌های درمانی امکان استفاده از تحلیل کواریانس برای داده‌های این پژوهش فراهم گردید. شاخص‌های توصیفی شامل میانگین و انحراف استاندارد، نمره‌ی پیش آزمون و پس آزمون خودکنترلی سه گروه نشان داد که میانگین نمرات خود-کنترلی در گروه‌های آزمایشی نسبت به گروه کنترل پس از

مداخله افزایش یافته است (جدول ۳).

طبق نتایج جدول (۴) و با توجه به مقدار  $F = ۱۹۴/۷۹$  و همچنین با توجه به اینکه سطح معناداری خطای آزمون برای سطح اطمینان ۰/۹۹ کمتر از ۰/۰۱ است درمان EMDR بر افزایش خودکنترلی بیماران مبتلا به حملات هراس تاثیر دارد. به عبارتی می‌توان گفت که درمان حساسیت‌زدایی توأم با حرکات سریع چشم باعث افزایش خودکنترلی بیماران مبتلا به حملات هراس می‌شود. طبق نتایج جدول (۵) و با توجه به مقدار  $F = ۵۰/۶۷$  و همچنین اینکه سطح معناداری خطای آزمون برای سطح اطمینان ۰/۹۹ کمتر از ۰/۰۱ است، می‌توان گفت که درمان فراشناختی بر افزایش خودکنترلی بیماران مبتلا به حملات هراس تاثیر دارد. به عبارتی درمان فراشناختی باعث افزایش خودکنترلی بیماران مبتلا به حملات هراس می‌شود.

جدول ۵. نتایج تحلیل کواریانس مربوط به درمان فراشناختی بر افزایش خودکنترلی بیماران مبتلا پس از درمان

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری
مدل	۸۴۳۷۵	۱	۸۴۳۷۵	۷۷۴۴/۲۰۹	۰/۹۹۳
گروه	۴۳۷/۴	۱	۴۳۷/۴	۴۰/۱۴۶	۰/۴۱۸
پس آزمون-پیش آزمون	۱۱۰۹/۴	۱	۱۱۰۹/۴	۰/۰۰۰۱	۰/۶۴۵
گروه * پس آزمون-پیش آزمون	۵۵۲/۰۶۷	۱	۵۵۲/۰۶۷	۵۰/۶۷۰	۰/۴۷۵
خطا	۶۱۰/۱۳۳	۵۶	۱۰/۸۹۵		

p < ۰/۰۰۰۱

جدول ۶. نتایج تحلیل کواریانس مربوط به مداخلات درمانی بر افزایش خودکنترلی بیماران مبتلا پس از درمان

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری
مدل	۱۱۵۹۹۲/۹	۱	۱۱۵۹۹۲/۹	۱۵۱۳۵/۷۷۶	۰/۹۹۴
گروه	۸۹۸/۲	۲	۴۴۹/۱	۵۶/۶۰۳	۰/۵۸۳
پس آزمون-پیش آزمون	۲۹۹۲/۹	۱	۲۹۹۲/۹	۳۹۰/۵۴	۰/۸۲۳
گروه * پس آزمون-پیش آزمون	۹۳۹/۲۶۷	۲	۴۶۹/۶۳۳	۶۲/۲۸۲	۰/۵۹۳
خطا	۶۴۳/۷۳۳	۸۴	۷/۶۶۳		

جدول ۷. نتایج آزمون تعقیبی شیفته جهت تعیین اختلاف میانگین پس از درمان

گروه (i)	گروه (j)	اختلاف میانگین (i-j)	سطح معناداری
کنترل	حساسیت‌زدایی	*۵/۴۰۰۰	۰/۰۰۰۱
کنترل	درمان فراشناختی	*۷/۵۰۰۰	۰/۰۰۰۱
حساسیت‌زدایی	کنترل	*-۵/۴۰۰۰	۰/۰۰۰۱
حساسیت‌زدایی	درمان فراشناختی	*۲/۱۰۰۰	۰/۰۰۴
درمان فراشناختی	کنترل	*-۷/۵۰۰۰	۰/۰۰۰۱
درمان فراشناختی	حساسیت‌زدایی	*-۲/۱۰۰۰	۰/۰۰۴

طبق نتایج جدول ۶ با توجه به مقدار  $F = ۶۱/۲۸$  و با توجه به اینکه سطح معنی داری خطای آزمون برای سطح اطمینان ۰/۹۹ کمتر از ۰/۰۱ است، و طبق نتایج جدول ۷ با توجه به نتایج آزمون تعقیبی شیفته جهت تعیین اختلاف میانگین می‌توان به این نتیجه رسید که اختلاف بین میانگین خودکنترلی گروه کنترل با درمان EMDR و درمان فراشناختی معنی دار است و تأثیر درمان فراشناختی بر افزایش خودکنترلی بیشتر از درمان EMDR و گروه کنترل می‌باشد. اثر بخشی درمان EMDR بیشتر از گروه کنترل است.

اختلال‌های روانی دیگر مانند اختلال اضطراب فراگیر [۱۸] ، [۲۱]، اختلال اضطراب اجتماعی [۲۲]، اختلال وسواس فکری عملی [۲۳]، [۲۴]، اختلال استرس پس از آسیب [۲۵]، [۲۶]، اضطراب [۲۷]، [۲۸] گزارش کرده‌اند همسو می‌باشد. در تبیین یافته‌ها می‌توان گفت یکی از شاخصه‌های اصلی اختلال هراس آن است که تفکر دچار سوگیری شده و کنترل آن دشوار می‌شود و همین امر موجب بدتر شدن و تداوم یافتن ناراحتی هیجانی می‌شود. اکثر بیماران گزارش می‌کند که احساس عدم کنترلی بر افکار و رفتارشان دارند. کنترل فرآیندهای ذهنی و انتخاب برخی مفاهیم برای تفکر مداوم درباره‌ی آن محور اصلی ناراحتی هیجانی را تشکیل می‌دهد. و نیز تأکید دارد که درمان فراشناختی به جای نسبت دادن مشکلات هیجانی به افکار خودآیند منفی و حالت‌های درونی مشکل‌ساز، با فرآیندهای ناسازگارانه نگرانی، نشخوار فکری و سنندرم شناختی-توجهی که نوعی پردازش و مقابله راهبردی‌های مداوم است، مورد توجه قرار دهد. در این راستا مدل فراشناختی اختلال روان شناختی، نگرانی را مولفه‌های اصلی شناختی-توجهی در نظر می‌گیرد و این مبنایی برای درک نحوه‌ی مفهوم‌سازی و درمان فرآیندهای نگرانی کنترل‌ناپذیر در طیف گسترده-ای از اختلال‌ها، فراهم می‌سازد. این درمان، تفکر مفهومی در پاسخ به افکار مزاحم را کاهش یا متوقف می‌کند. هدف

یافته‌های این پژوهش نشان می‌دهد که بین سه گروه درمانی EMDR، فراشناختی و کنترل در افزایش خودکنترلی بیماران مبتلا به حملات هراس تفاوت معناداری وجود دارد. به عبارت دیگر، اثربخشی روش درمانی فراشناختی در افزایش خودکنترلی این بیماران بیشتر از درمان EMDR و گروه کنترل است. این نتایج با یافته‌های ولز، وایتو کارتر در مورد مفید بودن فنون آموزش توجه در کاهش حملات هراس [۲۹]؛ /فشاری و همکاران اثربخشی درمان رفتاری-فراشناختی بر میزان باورهای هراس بیماران زن مبتلا به اختلال هراس، همسویی دارد [۳۰]. همچنین اثر بخشی روش فراشناختی در درمان

## بحث

یافته‌های این پژوهش نشان می‌دهد که بین سه گروه درمانی EMDR، فراشناختی و کنترل در افزایش خودکنترلی بیماران مبتلا به حملات هراس تفاوت معناداری وجود دارد. به عبارت دیگر، اثربخشی روش درمانی فراشناختی در افزایش خودکنترلی این بیماران بیشتر از درمان EMDR و گروه کنترل است. این نتایج با یافته‌های ولز، وایتو کارتر در مورد مفید بودن فنون آموزش توجه در کاهش حملات هراس [۲۹]؛ /فشاری و همکاران اثربخشی درمان رفتاری-فراشناختی بر میزان باورهای هراس بیماران زن مبتلا به اختلال هراس، همسویی دارد [۳۰]. همچنین اثر بخشی روش فراشناختی در درمان

پردازش و هضم می‌کند، ادراک از خودمان تغییر می‌کند و به لحاظ شناختی قادر به تعبیر و تفسیر خود می‌شویم و تبیین‌های انطباقی‌تر برای تجارب آسیب‌زای خود پیدا می‌کنیم و در نهایت منجر به افزایش خودکنترلی در بیماران مبتلا به حملات هراس می‌گردد [۳۱].

### نتیجه‌گیری

در یک جمع‌بندی می‌توان گفت درمان فراشناختی بر نقش کارکردهای کنترل در درمان اختلال هراس تأکید می‌کند. با افزایش کنترل انعطاف‌پذیر، به شخص اجازه می‌دهد که باورهای خود را تغییر داده و موضوعات تهدیدکننده را به شیوه انطباقی‌تری پردازش کند و پردازش هیجانی را بدون فعال‌سازی کامل سندرم شناختی - توجهی تنظیم می‌کند.

مختص بودن نمونه پژوهش وعدم پیگیری از محدودیت‌های این پژوهش می‌باشد که می‌بایست در تعمیم‌پذیری نتایج احتیاط کرد. پیشنهاد می‌شود پژوهش بر روی بیماران مرد و افراد بی‌سواد انجام شود. همچنین پیگیری و بررسی پایداری درمان از پیشنهادات دیگر پژوهش می‌باشد.

**تشکر و قدردانی:** این مقاله ماحصل یک پایان‌نامه دانشجویی است که با همکاری چند مرکز مشاوره و کلینیک روانپزشکی انجام شده است. لذا از همه مسئولین این مراکز و همچنین بیماران عزیز و خانواده محترمشان در این پژوهش کمال سپاس و تشکر را داریم.

### منابع

1. American-Psychiatric-Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorder. 4<sup>th</sup> ed. Washington, DC: APA; 1994.
2. Kaplan, Sadok. Synopsis of psychiatry 10 the edition: Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry. USA: Lippincott Williams & Wilkins; 2007.
3. Bandlow S, Larson J, Grayson C. Explaining the gender difference in panic symptoms. *J Pers Psychol*. 1999;77:1061-72.
4. Clark DM, Salkovskis PM, Hackmann A, Middleton H, Anastasiades P, Gelder M. comparison of cognitive therapy, applied relaxation and imipramine in the treatment of panic disorder. *Brit J Psychiatr*. 1994;759-64.
5. Sánchez-Mea, Rosa-Alcazar AI, Fulgencio M-M, Antonia G-Ca. Corrigendum to Psychological treatment of panic disorder with or without agoraphobia: A meta-analysis. *Clin Psychol*. 2010; 30:37-50.
6. Giorgio JM, Sanfilippo J, Kleiman E, Reilly D, Bender RE, Wagner CA, et al. Relationships between rumination, worry, intolerance of uncertainty and metacognitive beliefs. *Pers Individ Diff*. 2009;46:547-51.
7. Clark R. Self-control & control therapy. <http://www2Net/self-control/summary>. 1990.

کلی درمان فراشناختی در اختلال هراس متمرکز بر فعال کردن شیوه فراشناختی و افزایش کنترل انعطاف‌پذیر بر روی توجه است به طوری که توانایی جدا کردن خود از فرآیند نگرانی فعال می‌شود [۲۹].

از طرف دیگر در پژوهش مذکور اثربخشی درمان EMDR بر افزایش خودکنترلی بیماران مبتلا به حملات هراس مؤثر بود. نتایج این پژوهش در راستای پژوهش‌هایی که اثر بخشی درمان EMDR را در سایر اختلال‌های روانی از جمله اختلال استرس پس از سانحه [۱۲، ۱۳]، اضطراب [۱۴-۱۶] به اثبات رسیده است، همسو می‌باشد. بر اساس نتایج این پژوهش به نظر می‌رسد که کارکرد قشر پیش‌پیشانی به وسیله‌ی مداخلات روانشناختی قابل تعدیل است. کارکرد سیستم ایمنی با قشر پیشانی چپ مرتبط است، بطوریکه افراد دارای فعالیت بالا در قشر پیشانی چپ، سطوح پایین‌تری از هورمون کورتیزول و سطوح بالاتری از نشانگر مثبت ایمنی دارند. با توجه به اینکه خاطرات، حوادث آسیب‌زا و اطلاعات پردازش نشده منجر به افزایش فعالیت قشر پیش‌پیشانی راست شده و کاهش خودکنترلی را به وجود می‌آورد. روش حساسیت‌زدایی با حرکات چشم و پردازش مجدد از طریق تحریک لمسی یا صوتی با حرکات دوسویه چپ و راست در چشم، با به کارانداختن و افزایش دادن فعالیت قشر پیش‌پیشانی چپ که حافظه کاری بیشتری نیز در این قشر قرار دارد، خاطرات، رویداد آسیب‌زا، تجارب هیجانی و اطلاعات پردازش نشده را همراه با افکار، احساسات و حس‌های بدنی مرتبط با آن تجربه‌راکه در شبکه حافظه مسدود شده‌اند را مورد پردازش مجدد قرار داده و به گونه‌ای مناسب

8. Mukhopadhyay A, Gohave GV. Where there is a will ,is there a way? Effects of consumer Research. 2005;3(14):779-86.
9. Lam NH, Wong G. Prod r o me. Coping strategies insight and functioning in bipolar affective disorder. *Psychiatry Med*. 1997;27:1091-100.
10. Shapiro F. Eye movement desensitization and reprocessing [EMDR]. 2 ed. New York: The Guilford press; 2003. 427 p.
11. Shapiro F, Laliotis D. EMDR and the adaptive information processing model: Integrative treatment and case conceptualization. *Clin Soc Work J*. 2010;1:10-8.
12. Wolpe J, Abrams J. Post-traumatic stress disorder overcome by eye movement desensitization: A report. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*. 1991;22.
13. Pellicer X. Eye movement desensitization treatment of a child's night mares :A case report. *J Behav Ther Exper Psychiatr*. 1993;24:73-5.
14. Marguis JN. Are port seventy-eight cases treated by EMDR. *J Behav Ther Perimental Psychiatr*. 1973.
15. Vaughan K, Armstrong MF, Gold R, O'Connor N, Jenneke W, Tarier N. Trial of eye movement desensitization compared to image habituation training and applied muscle relaxation in post-

- traumatic stress disorder. *J Behav Ther Exper Psychol.* 1994;25:283-91.
16. Arnold A. Eye-movement desensitization and reprocessing and specific state anxiety in female gymnasts. Union Institute and University, Cincinnati, Ohio. 2004:312-22.
17. Wells A. Metacognitive therapy for anxiety and depression. New York: The Guilford Press; 2009.
18. Wells A, King P. Meta-cognitive therapy for generalized anxiety disorder: An open trial. *Behav Ther Exper Psychiatr.* 2005;37(3):206-21.
19. Lob ban F, Haddock E, Kinder man P, Wells A. The role of meta - cognitive beliefs in auditory hallucinations. *Pers Indiv Diff.* 2002;32(6):1351- 63.
20. Salmani B, Hasani J, Karami G, Mohammad Khani S. Effectiveness of meta-cognitive therapy on cognitive attentional syndrome and cognitive emotion regulation strategies of patients suffering from Generalized Anxiety Disorder [GAD]. *J Behav Sci.* 2013;7(2):245 -54. .[Persian]
21. Hjemdal O, Hagen R, Nordahl H. Metacognitive therapy for generalized anxiety disorder: Nature, evidence and an individual case illustration. Norwegian University of Science and Technology. 2013:74-85.
22. Wells A, Papageorgiou C. Social phobia :Effects of external attention focus on anxiety, negative beliefs and respective taking. *Behav Res Ther.* 2000;29(6):357-70.
23. Fisher PL, Wells A. Metacognitive therapy for obsessive-compulsive disorder: A case series. *J Behav Ther Exper Psychiatr.* 2008;39(2):117-32.
24. Abolghasemi A, HassanAli-Zade M, Kazemi R, Narimani M. The effect of meta-cognitive and drug therapies on meta-cognitive beliefs of disease with obsessive-compulsive disorder. *J Behav Sci.* 2011;4(4):305-12. [Persian]
25. Holeva V, TARRIER N, Wells A. Prevalence and predictors of acute stress disorder and PTSD following road traffic accident. *Behav Ther.* 2001;32:65- 83.
26. Wells A, Sembi S. Metacognition therapy for PTSD. *J Behav Ther Exper Psychiatr.* 2004;35:307-18.
27. Ton eat to A. Meta- cognitive therapy for anxiety disorders: Buddhist psychology applied. *Cogn Behav Pract.* 2002;9(1):72-8.
28. Ghahvehchi-Hosseini F, Fathi-Ashtiani A, Azad-Fallah P. Meta-cognitive therapy versus cognitive therapy in reducing meta-worry in students with test anxiety. *J Behav Sci.* 2013;4(1):1-8. [Persian]
29. Wells A, White J, Carter K. Attention training: Effects on anxiety and beliefs in panic and social phobia. *Clin Psychol Psychother.* 1997;4:226-32.
30. Afshari M, Neshat Doost H, Bahrami F, Afshar H. Efficacy of metacognitive-behavioral therapy on panic beliefs in female panic patients. *J Arak univ Med Sci.* 2010;13(1):9-16. .[Persian]
31. panel I. A therapist's guide to EMDR, tools and techniques for success full treatment. Newyork: Norton; 2007.