



Comparison of the Effectiveness of Paradox Therapy and Metacognitive Therapy on Psychological Helplessness and Emotion Regulation in Patients with Multiple Sclerosis

Zahra Bahadori¹, Saied Malihialzackerini^{2*}, Sheida Sodagar³, Mojtaba Ansari Shahidi⁴,

Alireza Shokrgozar⁵

1. Department of Health and Clinical Psychology, Ka.C., Islamic Azad University, Karaj, Iran.

2. Department of Health and Clinical Psychology, Ka.C., Islamic Azad University, Karaj, Iran.

3. Department of Health and Clinical Psychology, Ka.C., Islamic Azad University, Karaj, Iran.

4. Department of Health Psychology, Na.C., Islamic Azad University, Najafabad, Iran.

5. Department of Health and Clinical Psychology, Ka.C., Islamic Azad University, Karaj, Iran.

Corresponding author: Saied Malihialzackerini, Department of Health and Clinical Psychology, Ka.C., Islamic Azad University, Karaj, Iran

Email: saied.malihi@kiaiu.ac.ir

Received: 2026/02/17

Accepted: 2026/04/7

Abstract

Introduction: Multiple sclerosis is a chronic neurological disease that, in addition to physical complications, is associated with increased psychological helplessness and difficulties in emotion regulation. These psychological challenges can undermine patients' psychological adjustment and reduce their quality of life. Therefore, identifying and comparing effective psychotherapeutic interventions to alleviate these outcomes is of particular importance.

Methods: This study employed a quasi-experimental design with pretest, posttest, and three-month follow-up, including a control group. The statistical population consisted of all patients with multiple sclerosis who referred to the outpatient clinic of Naft Hospital in Tehran between December 2024 and March 2025. A total of 45 patients were selected using purposive sampling and randomly assigned to two experimental groups (paradox therapy and metacognitive therapy) and one control group. Research instruments included the Psychological Helplessness Questionnaire (Quinless & Nelson, 1988) and the Emotion Regulation Questionnaire (Gross & John, 2003). Paradoxical therapy (PTC) based on the Basharat protocol (2017) in 7 sessions of 60 minutes and Metacognitive Therapy for Depression (D-MCT) (Malihi al-Zakerini, 2024) were implemented in 8 sessions of 60 minutes. Data were analyzed using repeated measures analysis of variance (ANOVA) in SPSS-24 software.

Results: The findings indicated that paradox therapy had a significant effect on reducing psychological helplessness in patients with multiple sclerosis ($p < 0.01$), with a significantly greater reduction observed compared to the metacognitive therapy group. In contrast, metacognitive therapy led to a significant improvement in emotion regulation, with significantly higher increases in emotion regulation scores compared to the paradox therapy group ($p < 0.01$).

Conclusion: Based on the findings, paradox therapy appears to be more effective in reducing psychological helplessness, whereas metacognitive therapy is more effective in improving emotion regulation in patients with multiple sclerosis. Accordingly, selecting and applying these interventions in line with patients' psychological needs may play an important role in enhancing their mental health.

Keywords: Paradox Therapy; Metacognitive Therapy; Psychological Helplessness; Emotion Regulation; Multiple Sclerosis.

How to cite this article: Zahra Bahadori, Saied Malihialzackerini, Sheida Sodagar, Mojtaba Ansari Shahidi, Alireza Shokrgozar, Comparison of the Effectiveness of Paradox Therapy and Metacognitive Therapy on Psychological Helplessness and Emotion Regulation in Patients with Multiple Sclerosis, Iranian Journal of Nursing Research (IJNR).2026. P:1-12 (in Persian).

Published by Iranian Nursing Association.

This is an open access article under the CC BY license (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).





مقایسه اثربخشی پارادوکس درمانی و درمان فراشناختی بر درماندگی روان شناختی و تنظیم هیجان در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس

زهرا بهادری^۱، سعید ملیحی الذاکرینی^{۲*}، شیدا سوداگر^۳، مجتبی انصاری شهیدی^۴، علیرضا شکرگزار^۵

۱. گروه روانشناسی سلامت و بالینی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران.

۲. گروه روانشناسی سلامت و بالینی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران.

۳. گروه روانشناسی سلامت و بالینی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران.

۴. گروه روانشناسی سلامت، واحد نجف‌آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف‌آباد، ایران.

۵. گروه روانشناسی سلامت و بالینی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران.

نویسنده مسئول: سعید ملیحی الذاکرینی، گروه روانشناسی سلامت و بالینی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران
ایمیل: saied.malihi@kiauo.ac.ir

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۵/۱/۱۸

تاریخ دریافت: ۱۴۰۴/۱۱/۲۸

چکیده

مقدمه: مولتیپل اسکلروزیس یک بیماری مزمن عصبی است که علاوه بر پیامدهای جسمانی، با افزایش درماندگی روان شناختی و اختلال در تنظیم هیجان همراه است. این مشکلات می‌توانند سازگاری روان شناختی بیماران را تضعیف کرده و کیفیت زندگی آنان را کاهش دهند. از این رو، شناسایی و مقایسه مداخلات روان درمانی مؤثر در کاهش این پیامدها اهمیت ویژه‌ای دارد.

روش کار: این پژوهش با روش نیمه تجربی و با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری سه‌ماهه همراه با گروه کنترل انجام شد. جامعه آماری شامل کلیه بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس مراجعه‌کننده به درمانگاه بیمارستان نفت شهر تهران در سال ۱۴۰۳ بود. تعداد ۴۵ بیمار به روش هدفمند انتخاب و به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (پارادوکس درمانی و درمان فراشناختی) و یک گروه کنترل گمارده شدند. ابزارهای پژوهش شامل پرسشنامه درماندگی روان شناختی (کوبینلس و نیلسون، ۱۹۸۸) و تنظیم هیجان (گراس و جان، ۲۰۰۳) بود. مداخله پارادوکس درمانی بر اساس پروتکل بشارت (۱۳۹۶) در ۷ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای و درمان مبتنی بر آموزش مهارت‌های فراشناختی ویژه افسردگی (ملیحی الذاکرینی، ۱۴۰۳) در ۸ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای اجرا شد. داده‌ها با استفاده از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر در نرم‌افزار SPSS-24 تحلیل شدند.

یافته‌ها: نتایج نشان داد پارادوکس درمانی تأثیر معناداری بر کاهش درماندگی روان شناختی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس داشته است ($P < 0/01$) و میزان کاهش درماندگی در این گروه به‌طور معناداری بیش از گروه درمان فراشناختی بود. در مقابل، درمان فراشناختی موجب بهبود معنادار تنظیم هیجان شد و افزایش نمرات تنظیم هیجان در این گروه به‌طور معناداری بیشتر از گروه پارادوکس درمانی مشاهده گردید ($P < 0/01$).

نتیجه‌گیری: بر اساس یافته‌ها، پارادوکس درمانی در کاهش درماندگی روان شناختی و درمان فراشناختی در بهبود تنظیم هیجان بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس اثربخش‌تر است. بنابراین، انتخاب و به‌کارگیری این مداخلات متناسب با نیازهای روان شناختی بیماران می‌تواند نقش مهمی در ارتقای سلامت روان آنان ایفا کند.

کلیدواژه‌ها: پارادوکس درمانی، درمان فراشناختی، درماندگی روان شناختی، تنظیم هیجان، مولتیپل اسکلروزیس.

مقدمه

مولتیپل اسکلروزیس^۱ یک بیماری مزمن و پیشرونده سیستم عصبی مرکزی است که با تخریب میلین و اختلال عملکرد عصبی مشخص می‌شود. این بیماری علاوه بر پیامدهای جسمانی مانند ضعف عضلانی، گرفتگی و اسپاسم، اختلال بینایی، مشکلات تعادلی، اختلال گفتار و لرزش اندام‌ها، تأثیرات روان‌شناختی و هیجانی قابل توجهی نیز دارد (۱). سیر بالینی ام‌اس متنوع بوده و می‌تواند از یک سیر کاملاً خوش‌خیم تا سیر پیشرونده و ناتوان‌کننده متغیر باشد. مطالعات اپیدمیولوژیک نشان می‌دهند که شیوع مولتیپل اسکلروزیس در زنان به‌طور قابل توجهی بالاتر از مردان است و نسبت زن به مرد در بسیاری از کشورها حدود ۲ تا ۳ به ۱ گزارش شده است. در ایران تخمین زده می‌شود که حداقل چهل هزار نفر به بیماری مبتلا باشند. این بیماری در زنان شایع‌تر از مردان است و حداکثر شیوع سنی آن بین ۲۰ تا ۴۰ سالگی است (۲). بیماران مبتلا به ام‌اس اغلب در سنین مولد زندگی هستند و مواجهه با محدودیت‌های جسمانی و وابستگی به دیگران، فشار روانی و اجتماعی مضاعفی بر آن‌ها وارد می‌کند (۳). علاوه بر این، سیر ناپایدار بیماری، عدم پیش‌بینی عودها و عدم اطمینان در مورد پیامدهای آن، بیماران را در معرض استرس مزمن و کاهش کیفیت زندگی قرار می‌دهد (۴). این محدودیت‌ها و فشارهای مستمر می‌توانند توانایی بیماران را در سازگاری با تغییرات زندگی و مدیریت بیماری کاهش دهند.

یکی از پیامدهای روان‌شناختی کلیدی در بیماران ام‌اس، درماندگی روان‌شناختی است. درماندگی روان‌شناختی^۲ نتیجه تجربه مکرر شرایط غیرقابل کنترل و احساس ناتوانی در مدیریت پیامدهای بیماری است. این تجربه باعث تشدید هیجانات منفی، کاهش انگیزه، افزایش اضطراب و افسردگی و اختلال در عملکردهای شناختی می‌شود (۵، ۶). درماندگی روان‌شناختی همچنین با رفتارهای ناسازگارانه سلامت مانند کاهش فعالیت بدنی، رژیم غذایی نامناسب، مصرف افراطی دارو و فعالیت محدود اجتماعی مرتبط است، که همگی می‌توانند به کاهش کیفیت زندگی و توانایی مقابله با بیماری منجر شوند (۷). پژوهش‌ها نشان می‌دهند که درماندگی روان‌شناختی می‌تواند چرخه‌ای از ناکارآمدی و اضطراب ایجاد کرده و باعث بروز مشکلات شناختی و

زهرای بهادری و همکاران

هیجانی عمیق‌تر در بیماران شود (۸، ۹). به همین دلیل، کاهش درماندگی روان‌شناختی یکی از اهداف حیاتی در مداخلات روان‌شناختی بیماران ام‌اس به شمار می‌آید. تنظیم هیجان^۳ متغیر مهم دیگر در این بیماران است و به توانایی شناسایی، ارزیابی و مدیریت هیجانات برای پاسخ مناسب به موقعیت‌های استرس‌زا و آسیب‌زا اشاره دارد (۱۰). بیماران ام‌اس در تنظیم هیجان مشکلات قابل توجهی دارند و اغلب از راهبردهای اجتنابی یا سرکوب هیجانی استفاده می‌کنند، که این امر خود باعث افزایش درماندگی روان‌شناختی و کاهش سازگاری با بیماری می‌شود (۱۱). ضعف در تنظیم هیجان کیفیت زندگی، توانایی مقابله با استرس و عملکرد شناختی بیماران را تحت تأثیر قرار می‌دهد و ممکن است زمینه‌ساز اختلالات روانی-اجتماعی طولانی‌مدت شود (۱۳). مطالعات نشان داده‌اند که اختلال در شناسایی و بیان هیجانات در بیش از ۶۰ درصد بیماران مبتلا به ام‌اس مشاهده می‌شود و این امر نیاز به مداخلات روان‌شناختی هدفمند را دوجندان می‌کند (۱۴).

در زمینه مداخلات روان‌شناختی، دو رویکرد نوین و مؤثر برای کاهش درماندگی روان‌شناختی و بهبود تنظیم هیجان مطرح شده‌اند؛ پارادوکس درمانی^۴ و درمان فراشناختی^۵. پارادوکس درمانی با استفاده از تکنیک‌های مواجهه و تمرین‌های زمان‌بندی‌شده مبتنی بر نشانه‌های بیماری، الگوهای اجتنابی و باورهای ناکارآمد بیماران را اصلاح می‌کند و باعث کاهش سریع و مؤثر درماندگی روان‌شناختی می‌شود (۱۵، ۱۶). این روش در اختلالات مختلف مانند اضطراب، اختلال بدشکلی بدنی و وسواس فکری-عملی نیز اثربخشی نشان داده است (۱۷، ۱۸). در مقابل، درمان فراشناختی با تمرکز بر نحوه پردازش افکار و واکنش به هیجانات، بیماران را قادر می‌سازد تا به جای تغییر محتوای افکار، بر نحوه واکنش خود به افکار و هیجانات تمرکز کنند. این رویکرد باعث بهبود مهارت‌های مقابله‌ای، انعطاف شناختی و کاهش چرخه‌های نگرانی و اضطراب می‌شود و توانایی بیماران را در مدیریت هیجانات و رفتارهای اجتنابی افزایش می‌دهد (۱۹، ۲۰).

با وجود اثربخشی هر دو روش، تحقیقات مقایسه‌ای محدود هستند و هنوز مشخص نیست کدام رویکرد برای کاهش درماندگی روان‌شناختی و بهبود تنظیم هیجان در بیماران

3- Emotion regulation

4- Paradox therapy of behavior (PTC)

5- Depression – metacognitive training (D-MCT)

1- Multiple sclerosis (MS)

2- Psychological helplessness

مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس مؤثرتر است. مقایسه این دو رویکرد می‌تواند شواهد علمی مهمی برای طراحی مداخلات بالینی کوتاه‌مدت، مؤثر و هدفمند فراهم کند و مهارت‌های مقابله‌ای، سلامت روان و کیفیت زندگی بیماران را ارتقا دهد. این ضرورت به ویژه برای بیماران زن که در معرض پیامدهای روانی-اجتماعی شدیدتر ناشی از ام‌اس هستند اهمیت دارد (۲۱). از این رو، مقایسه اثربخشی پارادوکس درمانی و درمان فراشناختی بر درماندگی روان‌شناختی و تنظیم هیجان می‌تواند شواهد علمی مهمی برای طراحی مداخلات بالینی مؤثر و ارتقای کیفیت زندگی و سلامت روان این بیماران فراهم کند.

روش کار

روش پژوهش حاضر از نوع نیمه‌تجربی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری سه‌ماهه همراه با گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل بیماران زن مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس مراجعه‌کننده به درمانگاه بیمارستان نفت تهران در سال ۱۴۰۳ بود که تشخیص بیماری توسط پزشک متخصص تأیید شده بود. از میان حدود ۲۰۰ بیمار واجد شرایط، ۴۵ نفر به روش هدفمند انتخاب و به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (پارادوکس درمانی و درمان فراشناختی) و یک گروه کنترل گمارده شدند؛ حجم نمونه هر گروه با فرمول کوهن (۲۲) با حجم اثر ۰/۵، توان آزمون ۰/۸ و سطح معنی‌داری ۰/۰۵، ۱۵ نفر برآورد شد. ملاک‌های ورود شامل تشخیص بیماری، زن بودن، محدوده سنی ۲۴ تا ۴۵ سال، سواد کافی و عدم ابتلا به بیماری جسمی یا اختلال روان‌پزشکی بود و ملاک‌های خروج شامل بستری شدن، عدم انجام تکالیف، انصراف یا غیبت بیش از دو جلسه تعیین شد. مداخلات شامل ۷ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای پارادوکس درمانی بر اساس پروتکل بشارت (۱۳۹۶) و ۸ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای درمان مبتنی بر مهارت‌های فراشناختی (D-MCT) بر اساس ملیحی‌الذاکرینی (۱۴۰۳) بود. داده‌ها با تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر در نرم‌افزار SPSS-24 تحلیل شدند. کداخلاق پژوهش حاضر IR.IAU.k.REC.1403.151 می‌باشد و تمام مراحل با اخذ رضایت آگاهانه و هماهنگی مدیران درمانگاه اجرا گردید.

ابزارهای مورد استفاده در این پژوهش به شرح زیر است:

پرسشنامه درماندگی روان‌شناختی^۶: پرسشنامه درماندگی آموخته شده توسط کوپینلس و نیلسون (۱۹۸۸) بر اساس نظریه سلیگمن و تیزدیل (۱۹۷۱) با هدف سنجش میزان درماندگی آموخته‌شده ایجاد گردید. این مقیاس شامل ۲۷ گویه است. شرکت‌کنندگان میزان توافق خود با هر گزاره را بر اساس طیف ۵ درجه‌ای (از ۱ تا ۵) مشخص می‌کنند. حداقل نمره در این پرسشنامه ۲۷ و حداکثر آن ۱۳۵ است؛ به گونه‌ای که نمره بالاتر نشان‌دهنده درماندگی آموخته‌شده بیشتر است. در پژوهش‌های اولیه سلیگمن و تیزدیل (۱۹۷۱)، این مقیاس دارای پایایی مناسبی بود و ضریب آلفای کرونباخ آن در نمونه‌ای ۲۴۱ نفری از افراد سالم برابر با ۰/۸۵ گزارش شد. روایی صوری و محتوایی این پرسشنامه در پژوهش تمدنی و همکاران (۱۳۹۸) مورد تأیید قرار گرفت و روایی خارجی آن از طریق همبستگی با ابزارهای مرتبط نیز تأیید شد. پایایی پرسشنامه در پژوهش حاضر با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۵ محاسبه گردید.

پرسشنامه تنظیم هیجان^۷: پرسشنامه تنظیم هیجان توسط گراس و جان (۲۰۰۳) با هدف سنجش دو مؤلفه ارزیابی مجدد شناختی و سرکوب بیانی ساخته شد. این پرسشنامه شامل ۱۰ گویه است و نمره‌گذاری آن بر اساس طیف لیکرت هفت درجه‌ای از ۱ (کاملاً مخالفم) تا ۷ (کاملاً موافقم) انجام می‌شود. ارزیابی مجدد شناختی که شامل شش گویه و سرکوب بیانی که شامل چهار گویه می‌باشد و یک نمره کل نیز برای کل پرسشنامه محاسبه می‌شود. حداقل و حداکثر نمره کل پرسشنامه به ترتیب ۱۰ و ۷۰، حداقل و حداکثر نمره مؤلفه ارزیابی مجدد شناختی ۶ و ۴۲ و مؤلفه سرکوب بیانی ۴ و ۲۸ است؛ کسب نمره بالاتر بیانگر توانمندی بیشتر در تنظیم هیجانات فرد است (گراس و جان، ۲۰۰۳). پایایی این پرسشنامه از طریق ضریب آلفای کرونباخ برای مؤلفه ارزیابی مجدد شناختی ۰/۷۹ و برای مؤلفه سرکوب ۰/۷۳ و پایایی بازآزمایی آن بعد از سه ماه برای کل مقیاس ۰/۶۹ گزارش شده است. در پژوهش‌های ایرانی، قاسم‌پور، ایل‌بیگی و حسن‌زاده (۱۳۹۱) پایایی نمره کل را بین ۰/۶۰ تا ۰/۸۱ گزارش کردند و در مطالعه قلندرزاده و پورنقاش تهرانی (۱۳۹۹)، آلفای کرونباخ برای خرده‌مقیاس‌های سرکوب هیجان و ارزیابی مجدد شناختی

6- Psychological helplessness questionnaire

7- Questionnaire of emotion regulation

زهرای بهادری و همکاران

اما در عمل و اقدامات درمانی به فنون رفتاری وفادار است (بشارت، ۱۳۹۶). نتایج درمان به روش پارادوکسی اثربخشی سریع و قاطع این روش را تأیید کرده است. پروتکل درمانی با هدف کاهش درماندگی روانشناختی و بهبود تنظیم هیجان در بیماران مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس در ۷ جلسه ۶۰ دقیقه ای طراحی شده است. شرح جلسات در جدول ۱ بیان شده است.

به ترتیب ۰/۷۵ و ۰/۸۰ و برای کل پرسشنامه ۰/۸۱ به دست آمد. روایی پرسشنامه نیز از طریق همبستگی مؤلفه‌ها با مقیاس‌های مرتبط و تحلیل مؤلفه اصلی تأیید شده است (بالزوریتی، جان و گراس، ۲۰۱۰؛ قاسم‌پور و همکاران، ۱۳۹۱). در پژوهش حاضر، همسانی درونی براساس آلفای کرونباخ ۰/۸۳ محاسبه شد.

پارادوکس درمانی: به عنوان رویکردی جدید و جامع، ریشه در نظریه‌های روانپیشی، روانکاوی و سیستمی دارد،

جدول ۱: جلسات پارادوکس درمانی (PTC)

مرحله اجتماعی مصاحبه: شامل خوشامد گویی، نکاتی که معمولاً ضمن معرفی گفته می‌شوند مثل سن، تحصیلات، وضعیت تاهل، مدت ازدواج، تعداد فرزندان، وضعیت اشتغال.	مرحله مشکل مصاحبه: علت مراجعه و شرح جزئیات مشکل (مشکلات) و/یا اختلال (اختلال‌ها) توسط مراجع/بیمار و همراهان احتمالی؛ شرح برنامه درمان توسط درمانگر و تعیین هدف‌های درمان؛ تجویز تکالیف متناسب برای اجرا توسط مراجع/بیمار در فاصله بین جلسات (به طور معمول و به عنوان یک تکلیف حداقلی "برنامه زمانی پارادوکسی").	تحلیل رفتاری: شرح کامل نحوه اجرای تکالیف تجویز شده در جلسه قبل؛ مشکلات و محدودیت‌های احتمالی اجرای تکالیف برای مراجع/بیمار؛ پیامدهای انجام تکالیف از نقطه نظر مراجع/بیمار و همراهان احتمالی؛ برآورد میزان درصد تغییرات احتمالی درمانی توسط مراجع/بیمار؛ لزوم احتمالی تداوم تکالیف قبلی به تنهایی (برای مثال، ادامه انجام تکالیف با دوز/تعداد کمتر - مطابق اصل روند کاهشی تکالیف تجویز شده) یا همراه با تکالیف جدید (برای مثال، تجویز برنامه زمانی پارادوکسی در زمینه سایر نشانه‌ها).	تحلیل رفتاری: شرح کامل نحوه اجرای تکالیف تجویز شده در جلسه قبل؛ پیامدهای انجام تکالیف از نقطه نظر مراجع/بیمار و همراهان احتمالی؛ برآورد میزان درصد تغییرات احتمالی درمانی توسط مراجع/بیمار؛ لزوم احتمالی تداوم تکالیف قبلی (برای مثال، ادامه انجام تکالیف با دوز/تعداد کمتر - مطابق اصل روند کاهشی تکالیف تجویز شده)؛ تجویز تکنیک مکمل اول در صورت نیاز (مطابق اصل کاهش اضطراب، مراجع/بیمار موظف می‌شود که برای کاهش نشانه‌ها از سطح فعلی تلاشی نکند).	تحلیل رفتاری: شرح کامل نحوه اجرای تکالیف تجویز شده در جلسه قبل؛ پیامدهای انجام تکالیف از نقطه نظر مراجع/بیمار و همراهان احتمالی؛ برآورد میزان درصد تغییرات احتمالی درمانی توسط مراجع/بیمار؛ لزوم احتمالی تداوم تکالیف قبلی (برای مثال، ادامه انجام تکالیف با دوز/تعداد کمتر - مطابق اصل روند کاهشی تکالیف تجویز شده)؛ تجویز تکنیک مکمل دوم در صورت نیاز (مطابق اصل کاهش اضطراب، از مراجع/بیمار خواسته می‌شود که نشانه‌ها را در سطح فعلی حفظ کند).	تحلیل رفتاری: شرح کامل نحوه اجرای تکالیف تجویز شده در جلسه قبل؛ پیامدهای انجام تکالیف از نقطه نظر مراجع/بیمار و همراهان احتمالی؛ برآورد میزان درصد تغییرات احتمالی درمانی توسط مراجع/بیمار؛ اعلام پایان دوره درمان در صورت تحقق هدف‌های درمان یا ادامه جلسات تا تحقق کامل هدف‌های درمان در صورت نیاز.
					پیگیری

بصیرت دادن صورت می‌گیرد و در قسمت راهبردها اصلاح صورت می‌گیرد. براساس این مدل درمانی پروتکل درمانی که با متغیرهای پژوهش بیشتر همخوانی داشته است با عنوان آموزش فراشناختی برای افسردگی با هدف کاهش درماندگی روانشناختی و بهبود تنظیم هیجان در بیماران مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس در ۸ جلسه ۶۰ دقیقه ای مورد استفاده قرار گرفت. شرح جلسات در جدول ۲ بیان شده است.

درمان فراشناختی: مدل درمان فراشناختی آلمانی، کانادایی و ایرانی (موریتز و وودوارد، ۲۰۱۷، جلینگ و همکاران، ۲۰۱۶؛ ملیحی الذاکرینی، ۱۴۰۳) بر اصل نظارت و عیب‌یابی در دو حیطه دانش و راهبردهای فراشناختی با پنج کارکرد استدلال، حافظه، عزت نفس و شخصیت، اسنادها یا علت‌یابی، قضاوت و درک همدلانه استوار است. در این مدل روی کارکردهای اصلی در قسمت دانش عیب‌یابی، آگاهی دادن و

جدول ۲: محتوای جلسات فراشناخت درمانی (D-MCT)

جلسه	موضوع	محتوای درمان
جلسه اول	پالایش ذهنی و تعمیم بیش از حد	برقراری رابطه درمانی، آشنایی و توضیح کلی از رویکرد درمانی، بستن قرارداد درمانی، آشنایی با پالایش ذهنی (مشخص کردن نکات منفی)، تعمیم بیش از حد (استفاده از کلمه همه و هیچ) و تغییر دیدگاه و اصلاح ارزیابی شناختی
جلسه دوم	حافظه و تمرکز، خطای حافظه	مفهوم سازی بر اساس مدل فراشناختی، بررسی حافظه و تمرکز، تمرین تکنیک آموزش توجه، ارائه تکلیف خانگی و بحث در خصوص اهمیت آن در فرایند درمانی
جلسه سوم	استبداد/عبارت "باید" بی ارزش نمایاندن نکات مثبت، تفکر سیاه و سفید	بررسی تکلیف خانگی، معرفی تکنیک استبداد/عبارت "باید" تجزیه و تحلیل سود و زیان معیارهای سختگیرانه، بی ارزش نمایاندن نکات مثبت (انتظار بازخورد منفی، رد بازخورد مثبت)، تفکر سیاه و سفید و یافتن یک تعادل صحیح، ارائه تکلیف خانگی
جلسه چهارم	عزت نفس، کمالگرایی	بررسی تکالیف خانگی اعضا، شناسایی ارزش ها (رفتارهای قابل مشاهده، حالت های غیر قابل مشاهده)، استراتژی برای زندگی کردن با ارزش (شناسایی نقاط مثبت)، تمرین تکنیک افزایش عزت نفس و ارائه تکلیف خانگی
جلسه پنجم	بزرگ نمایی و کوچک نمایی، سبک اسناد	بازبینی تکالیف خانگی، بزرگ نمایی و کوچک نمایی، سبک اسناد (برای رویداد منفی و رویداد مثبت)، ارائه تکلیف خانگی
جلسه ششم	نشخوار کردن افسرده وار و سرکوب افکار	بازبینی تکالیف خانگی، بحث در خصوص اهمیت نشخوار فکری در تداوم اختلال و به تعویق انداختن نشخوار ذهنی و تمرین آن، تمرین تکنیک جستجو آرامش و انجام تمرین تنفس، تمرین های آرام سازی،...، کناره گیری و استفاده از راهبردهای برای شکستن کناره گیری و نشخوار فکری و ارائه تکلیف خانگی
جلسه هفتم	نتیجه گیری عجولانه، ذهن خوانی و پیش گویی (درک همدلانه)	ارائه خلاصه ای از جلسات، نتیجه گیری عجولانه، ذهن خوانی، پیش گویی و فاجعه آمیز کردن، بررسی نتایج احتمالی و تمرین ارزیابی مجدد احتمالات
جلسه هشتم	درک احساسات، استدلال هیجان و درک نشانه غیر کلامی	درک احساسات، استدلال هیجان، درک نشانه غیر کلامی، بررسی هیجانات و تمرین شناسایی آن و ارائه تکلیف خانگی، انجام برنامه پیشگیری از عود (شناسایی عواملی که موجب عود خواهد شد و راه های مقابله با آن)

یافته ها

گروه ها از نظر سن وجود ندارد ($P=0/156$) که حاکی از همگنی گروه ها از این نظر است و متغیر سن تأثیری بر تحلیل های بعدی نخواهد داشت.

بر اساس جدول ۳ توزیع سنی شرکت کنندگان پژوهش در سه گروه پارادوکس درمانی، درمان فراشناختی و گروه کنترل بررسی شد. آزمون کای دو نشان داد که تفاوت معناداری بین

جدول ۳: فراوانی واحدهای مورد پژوهش بر حسب سن به تفکیک سه گروه

سن	گروه			سطح معنی داری
	آزمایش پارادوکس درمانی	آزمایش فراشناختی	گواه	
۲۰ تا ۳۰ سال	۵ (۳۳/۳)	۳ (۲۰)	۵ (۳۳/۳)	۰/۱۵۶
۳۱ تا ۴۰ سال	۶ (۴۰)	۵ (۳۳/۳)	۶ (۴۰)	
۴۱ تا ۴۵ سال	۴ (۲۶/۷)	۷ (۴۶/۷)	۴ (۲۶/۷)	
جمع کل	۱۵ (۱۰۰)	۱۵ (۱۰۰)	۱۵ (۱۰۰)	

دانشگاهی بودند و تفاوت معناداری بین گروه ها وجود نداشت ($\chi^2(2)=2.89, p=0.654$). میانگین و انحراف معیار درماندگی روان شناختی و تنظیم هیجان در گروه های آزمایش و گواه در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری در جدول ۴ ارائه شده است.

تحلیل ویژگی های جمعیت شناختی شرکت کنندگان در سه گروه پژوهش (پارادوکس درمانی، فراشناختی و کنترل) نشان داد که از نظر وضعیت تأهل، اکثر شرکت کنندگان در هر سه گروه متأهل بودند و تفاوت معناداری بین گروه ها مشاهده نشد ($\chi^2(2)=2.59, p=0.548$). همچنین، از نظر سطح تحصیلات، تقریباً همه افراد دارای تحصیلات

زهرا بهادری و همکاران

جدول ۴: میانگین و انحراف معیار متغیرهای درماندگی روانشناختی و تنظیم هیجان

متغیر	گروه	پیش آزمون	پس آزمون	پیگیری
درماندگی روانشناختی	آزمایش پارادوکس درمانی	۹۰/۴ ± ۱۴/۹	۲۸/۵ ± ۲/۵	۳۰/۲ ± ۳/۵
	آزمایش فراشناختی	۹۵/۵ ± ۱۵/۶	۳۰/۸ ± ۳/۹	۳۱/۶ ± ۳/۷
	گواه	۹۲/۴ ± ۱۶/۳	۹۰/۶ ± ۱۴/۹	۹۱/۵ ± ۴/۵
تنظیم هیجان	آزمایش پارادوکس درمانی	۱۹/۸ ± ۲/۴	۳۰/۶ ± ۳/۳	۲۹/۵ ± ۳/۰
	آزمایش فراشناختی	۱۷/۴ ± ۱/۴	۳۱/۵ ± ۴/۳	۳۰/۹ ± ۲/۵
	گواه	۲۰/۲ ± ۲/۵	۱۹/۵ ± ۱/۷	۲۱/۶ ± ۲/۴

برای آزمون فرضیه پژوهش از تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر استفاده شد. در ادامه پیش فرض های تحلیل بیان می شود. آزمون شاپیرو-ویلک برای درماندگی روان شناختی و تنظیم هیجان در هر سه گروه و در هر سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری در سطح ۰/۰۵ غیرمعنادار است. این موضوع بیانگر توزیع نرمال داده های مربوط به درماندگی روان شناختی و تنظیم هیجان در سه گروه و سه مرحله است. نتیجه آزمون لون نشان داد که تفاوت واریانس خطای درماندگی روان شناختی و تنظیم هیجان در گروه های آزمایش و کنترل و در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری در سطح ۰/۰۵ غیرمعنادار است. این یافته نشان می دهد که مفروضه همگنی واریانس ها در بین داده های مربوط درماندگی روان شناختی و تنظیم هیجان برقرار است. استقلال متغیر وابسته در مرحله پیش آزمون از عضویت گروهی، دیگر مفروضه اساسی روش آماری طرح تحلیل واریانس بود که در این بخش مورد بررسی قرار گرفت.

به منظور ارزیابی این مفروضه، درماندگی روان شناختی و تنظیم هیجان در مرحله پیش آزمون در گروه های آزمایش و کنترل با استفاده از روش تحلیل واریانس چند متغیری مورد مقایسه قرار گرفت. نتایج نشان داد ارزش F برای درماندگی روان شناختی ($F=1/45, P>0/05$) و برای تنظیم هیجان ($F=1/23, P>0/05$) در سطح ۰/۰۵ معنادار نیست. بر این اساس چنین نتیجه گیری شد که بین نمرات پیش آزمون در گروه های آزمایش و کنترل به لحاظ درماندگی روان شناختی و تنظیم هیجان تفاوت معناداری وجود ندارد و بنابراین مفروضه استقلال متغیر پیش آزمون از عضویت گروهی برای داده های درماندگی روان شناختی و تنظیم هیجان برقرار بود. شرط کرویت با برابری ماتریس واریانس خطا با استفاده از تست موخلی نشان داد که ارزش مجذور کای مربوط به درماندگی روان شناختی و تنظیم هیجان در سطح ۰/۰۵ غیر معنادار است. این یافته بیانگر آن است که مفروضه کرویت برای هر دو متغیر برقرار است.

جدول ۵: نتایج تحلیل واریانس آمیخته با اندازه گیری مکرر در تبیین اثر متغیرهای مستقل بر متغیرهای درماندگی روان شناختی و تنظیم هیجان

متغیر	اثر	مجموع مجذورات	df	مجموع مجذورات خطا	F	سطح معنی داری	اندازه اثر	توان آزمون
درماندگی روان شناختی	زمان	۵۶۲/۳۶	۲	۲۸۱/۱۸	۸/۳	۰/۰۰۱	۰/۳۴	۰/۶۳
	عضویت گروهی	۱۲۱۴/۳۸	۱	۶۰۷/۱۹	۲۲/۴۱	۰/۰۰۱	۰/۵۱	۱
	تعامل زمان و گروه	۳۹۱/۲	۲	۱۹۵/۶	۴۵/۳۶	۰/۰۰۱	۰/۶۲	۱
	خطای درون آزمودنی	۴۸۸/۶۶	۵۳	۹/۲۲				
تنظیم هیجان	زمان	۳۹۱/۲	۲	۱۹۵/۶	۸/۴۱	۰/۰۰۱	۰/۲۴	۰/۴۶
	عضویت گروهی	۹۸۵/۴۲	۱	۹۸۵/۴۲	۲۲/۳۵	۰/۰۰۱	۰/۴۵	۱
	تعامل زمان و گروه	۶۹۱/۲	۲	۳۴۵/۶	۴۲/۳۲	۰/۰۰۱	۰/۶۱	۱
	خطای درون آزمودنی	۱۶۸	۵۳	۷/۳۱				

جدول ۵ نشان می دهد که تحلیل واریانس آمیخته با اندازه گیری مکرر اثر معناداری برای متغیرهای زمان، عضویت گروهی و تعامل بین زمان و گروه بر درماندگی

روان شناختی دارد. به طور مشخص، اثر زمان بر درماندگی روان شناختی معنادار بود ($F=3/8, P<0/001$). همچنین، عضویت گروهی اثر قوی و معناداری بر این متغیر داشت

معنادار بود ($F=23/42, P<0/001$) که حاکی از تأثیر مداخلات روان‌شناختی بر بهبود تنظیم هیجان در طول زمان می‌باشد. برای بررسی تفاوت‌های بین گروه‌های پژوهش در متغیرهای درماندگی روان‌شناختی و تنظیم هیجان، از آزمون بونفرونی استفاده شد.

($F=41/22, P<0/001$) و تعامل زمان و گروه نیز معنادار بود ($F=36/45, P<0/001$) که نشان‌دهنده تفاوت اثر مداخلات پارادوکس درمانی و درمان فراشناختی در طول زمان بر درماندگی روان‌شناختی است. نتایج تحلیل واریانس برای متغیر تنظیم هیجان نیز مشابه بود. اثر زمان معنادار بود ($F=41/8, P<0/001$)، عضویت گروهی اثر قابل توجهی داشت ($F=35/22, P<0/001$) و تعامل زمان و گروه نیز

جدول ۶: نتایج آزمون بونفرونی در خصوص تفاوت بین گروه‌ها

متغیر	گروه ۱	گروه ۲	اختلاف میانگین	خطای استاندارد	سطح معنی داری
درماندگی روان‌شناختی	پارادوکس درمانی	فراشناختی	-۲/۳	۰/۸	۰/۰۲
	پارادوکس درمانی	کنترل	-۶۲/۱	۱۰/۹۰	۰/۰۰۱
	فراشناختی	کنترل	-۵۹/۸	۱۰/۹	۰/۰۰۱
	فراشناختی	پارادوکس درمانی	۲/۳	۰/۸	۰/۰۲
تنظیم هیجان	پارادوکس درمانی	فراشناختی	-۰/۹	۲/۹	۰/۰۰۱
	پارادوکس درمانی	کنترل	۱۱/۱۰	۰/۹	۰/۰۰۱
	فراشناختی	کنترل	۱۲/۰	۰/۵۰	۰/۰۰۱
	فراشناختی	پارادوکس درمانی	۰/۹	۲/۹	۰/۰۰۱

میانگین = $-۰/۹$ ، خطای استاندارد = $۹/۲$ ، $(p=0/001)$. بنابراین، نتایج نشان می‌دهد که هر دو مداخله روان‌شناختی، پارادوکس درمانی و درمان فراشناختی، در کاهش درماندگی روان‌شناختی و ارتقای توانایی تنظیم هیجان مؤثر بوده‌اند، با این تفاوت که پارادوکس درمانی اثر قوی‌تری در کاهش درماندگی روان‌شناختی و درمان فراشناختی اثر قوی‌تری در بهبود تنظیم هیجان داشته است.

بحث

هدف از این پژوهش مقایسه اثربخشی پارادوکس درمانی و درمان فراشناختی بر درماندگی روان‌شناختی و تنظیم در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکیزوفرنی بود. نتایج نشان داد که بین گروه پارادوکس درمانی و گروه فراشناختی در کاهش درماندگی روان‌شناختی تفاوت معناداری وجود دارد؛ به‌طوری که کاهش درماندگی در گروه پارادوکس درمانی به‌طور معناداری بیشتر از گروه فراشناختی بود. اگرچه پژوهشی که مستقیماً این دو درمان را از نظر تأثیر بر درماندگی روان‌شناختی در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکیزوفرنی مقایسه کرده باشد، یافت نشد، اما یافته‌های حاضر با مطالعات قبلی مانند ده آگین و همکاران (۲۳)، بشارت (۲۴)، بشارت و نقی‌پور (۲۵)، لی و همکاران (۲۶)، برنستین و همکاران (۲۷)، فنگ و همکاران (۲۸) و گرینبرگ و همکاران (۲۹) همسو و

نتایج جدول ۶ نشان داد که برای بررسی تفاوت بین گروه‌های پژوهش در متغیرهای درماندگی روان‌شناختی و تنظیم هیجان، از آزمون بونفرونی استفاده شد. نتایج نشان داد که در متغیر درماندگی روان‌شناختی، گروه پارادوکس درمانی به‌طور معناداری درماندگی کمتری نسبت به گروه کنترل داشت (اختلاف میانگین = $-۲/۳$ ، خطای استاندارد = $۹/۰$ ، $p=0/001$)، همچنین، گروه درمان فراشناختی نسبت به گروه کنترل کاهش معناداری در درماندگی روان‌شناختی نشان داد (اختلاف میانگین = $-۸/۵۹$ ، خطای استاندارد = $۸/۰$ ، $p=0/001$)، مقایسه بین دو گروه آزمایشی نیز نشان داد که گروه پارادوکس درمانی کاهش بیشتری در درماندگی روان‌شناختی نسبت به گروه درمان فراشناختی تجربه کرده است (اختلاف میانگین = $-۶۲/۱$ ، خطای استاندارد = $۹۰/۰$ ، $p=0/001$). در متغیر تنظیم هیجان، گروه پارادوکس درمانی به‌طور معناداری تنظیم هیجان بالاتری نسبت به گروه کنترل داشت (اختلاف میانگین = $-۱۲/۰$ ، خطای استاندارد = $۹/۲$ ، $p=0/001$)، همچنین، گروه درمان فراشناختی نسبت به گروه کنترل افزایش معناداری در تنظیم هیجان نشان داد (اختلاف میانگین = $-۱۰/۱۱$ ، خطای استاندارد = $۹/۰$ ، $p=0/001$)، مقایسه بین دو گروه آزمایشی نشان داد که گروه درمان فراشناختی در بهبود تنظیم هیجان نسبت به گروه پارادوکس درمانی اثر قوی‌تری داشته است (اختلاف

است: اصلاح فرایندهای فراشناختی و بازسازی مستقیم «من»، که باعث ایجاد تغییرات پایدار در سطح شناختی، هیجانی و شخصیتی بیماران می‌شود. این امر توضیح می‌دهد که چرا کاهش درماندگی در این گروه نسبت به درمان فراشناختی معنادارتر و شدیدتر است.

همچنین در تبیین دیگر می‌توان بیان داشت که این تفاوت‌ها ممکن است ناشی از ماهیت پارادوکس درمانی باشد که با رویکرد غیرمستقیم و پذیرشی، مقاومت بیماران را کاهش داده و پذیرش هیجانات منفی را تسهیل می‌کند. اثربخشی بیشتر این روش درمانی می‌تواند به ماهیت منحصر به فرد پارادوکس درمانی بازگردد که با تأکید بر پذیرش و مواجهه غیرمستقیم با افکار و احساسات ناخوشایند، مقاومت روانی افراد را کاهش داده و موجب کاهش بار هیجانی می‌شود. در روش برنامه زمانی پارادوکسی، به فرد کمک می‌شود تا مشکلات خود را شناسایی کرده، آن‌ها را به چالش بکشد و در نهایت، از طریق تقویت «من» و تغییر معنای نشانه‌ها، بهبودی را تجربه کند. این رویکرد درمانی از طریق فرایندی عمل می‌کند که در آن، افراد پس از مواجهه مکرر و کنترل شده با محرک‌های اضطراب‌زا، به تدریج واکنش‌های فیزیولوژیکی شدید کمتری نسبت به آن‌ها نشان می‌دهند (۲۴). برنامه زمانی پارادوکسی به افراد کمک می‌کند تا به تدریج درک کنند که محرک‌ها، افکار و احساساتی که موجب اجبار در آن‌ها می‌شوند، در واقع قابل تحمل‌تر از آنچه تصور می‌کردند هستند و به مرور زمان، شدت واکنش‌های آن‌ها نسبت به این محرک‌ها کاهش می‌یابد. این فرایند به آن‌ها می‌آموزد که می‌توانند بدون توسل به رفتارهای اجتنابی، با این محرک‌ها مواجه شوند. علاوه بر این، در درمان برنامه زمانی پارادوکسی، بیمار با هدف کاهش مکانیسم‌های دفاعی و تقویت «من» مورد حمایت قرار می‌گیرد. در این روش، از تکنیک دستوری‌سازی و نشانه‌های بیماری (پارادوکس) استفاده می‌شود؛ به این صورت که بیمار به طور برنامه‌ریزی شده و در زمان‌های از پیش تعیین شده، نشانه‌های خود را به صورت مصنوعی بازسازی و تجربه می‌کند. این مدل درمانی بر کاهش اضطراب متمرکز است، به این معنا که زمانی که ارتباط بین نشانه‌ها و اضطراب قطع شود، «من» فرد قدرت بیشتری پیدا می‌کند و از این طریق، مشکلات روان‌شناختی مانند اضطراب، افسردگی و استرس به طور قابل توجهی کاهش می‌یابد (۲۴).

سازگار است.

این یافته را می‌توان با بررسی تفاوت‌های بنیادین و مکانیسم‌های عملکردی دو روش درمانی تبیین کرد. درمان فراشناختی عمدتاً بر اصلاح فرایندهای فراشناختی ناکارآمد متمرکز است. در این رویکرد، بیماران می‌آموزند افکار و نگرانی‌های مزمن خود را به صورت مشاهده‌گرانه شناسایی کنند، چرخه‌های نشخوار ذهنی و نگرانی مفرط را متوقف سازند و توجه خود را به فعالیت‌های سازگارانه معطوف کنند. این فرایند منجر به کاهش تدریجی درماندگی روان‌شناختی می‌شود و توانایی فرد را در مدیریت اضطراب و هیجانات منفی افزایش می‌دهد. در مقابل، پارادوکس درمانی علاوه بر اصلاح فرایندهای شناختی، با ایجاد موقعیت‌های متناقض و دعوت به پذیرش، مقاومت فرد در برابر تغییر را کاهش می‌دهد و به شکل مستقیم ساختار شخصیتی «من» را تقویت و بازسازی می‌کند. این بازسازی شامل چند سطح است:

۱. تقویت توانمندی‌های فردی: بیماران به توانایی‌های بالقوه خود پی می‌برند و یاد می‌گیرند از آن‌ها برای کنترل هیجانات و مدیریت شرایط استفاده کنند.
۲. قطع ارتباط نشانه‌ها با اضطراب: از طریق تکنیک‌های پارادوکسی، رابطه‌ی بین نشانه‌های بیماری و اضطراب کاهش می‌یابد و بیماران می‌توانند تجربه نشانه‌ها را بدون برانگیختن واکنش شدید هیجانی مدیریت کنند.
۳. تغییر معنای نشانه‌ها: بیماران یاد می‌گیرند نشانه‌های منفی یا تهدیدآمیز را به شکلی متفاوت تفسیر کنند که کمتر موجب درماندگی شود.
۴. تقویت «من» و استحکام شخصیت: تمرکز بر بازسازی «من» باعث می‌شود بیمار احساس کنترل و خودکارآمدی بیشتری پیدا کند، و توانایی مقابله با مشکلات روان‌شناختی و هیجانی افزایش یابد.

بنابراین، کاهش درماندگی روان‌شناختی در گروه پارادوکس درمانی هم سریع‌تر و هم عمیق‌تر رخ می‌دهد، زیرا این روش هم فرایندهای شناختی و هیجانی فرد را اصلاح می‌کند و هم ساختار شخصیتی و ظرفیت مقابله‌ای او را تقویت می‌نماید. در حالی که درمان فراشناختی بیشتر بر کنترل افکار و کاهش نشخوار ذهنی متمرکز است، اما تغییرات مستقیم و ملموس در ساختار «من» ایجاد نمی‌کند. به‌طور خلاصه، اثربخشی بیشتر پارادوکسیکال بر کاهش درماندگی روان‌شناختی ناشی از ترکیب دو مکانیسم مکمل

نتایج نشان داد که بین گروه پارادوکس درمانی و گروه فراشناختی در افزایش تنظیم هیجان تفاوت معناداری وجود دارد؛ اما درمان فراشناختی به دلیل تمرکز مستقیم بر سازوکارهای فراشناختی زیربنایی و اصلاح شیوه رابطه فرد با افکار و هیجانات، اثربخشی بیشتری نسبت به پارادوکس درمانی بر تنظیم هیجان نشان داده است. این یافته به طور تلویحی با پژوهش‌های فیشر و ولز (۳۰)، کسلی و همکاران (۳۱) و ولز و کینگ (۳۲) همخوانی دارد، که نشان داده‌اند تمرین و اصلاح فرآیندهای فراشناختی می‌تواند توانایی افراد در مدیریت و تنظیم هیجانات منفی را بهبود بخشد و اثرات پایدار بر سلامت روانی ایجاد کند. در تبیین این یافته می‌توان به این موضوع اشاره کرد که اختلال در تنظیم هیجان یکی از پیامدهای شایع و ناتوان‌کننده در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس است که معمولاً نه صرفاً ناشی از شدت علائم جسمانی، بلکه حاصل نحوه پردازش ذهنی و فراشناختی تجربه بیماری می‌باشد. نوسانات غیرقابل پیش‌بینی علائم، خستگی مزمن و نگرانی درباره آینده، موجب فعال شدن الگوهای ناسازگار پردازش هیجانی مانند نشخوار فکری، استدلال هیجانی و سرکوب افکار می‌شود که در نهایت به بی‌ثباتی هیجانی، تشدید هیجانات منفی و کاهش توان تنظیم هیجان می‌انجامد. پروتکل D-MCT با تمرکز بر اصلاح فرآیندهای فراشناختی حاکم بر تجربه هیجانی، به جای تغییر مستقیم محتوای هیجان‌ها، رابطه فرد با هیجانات و افکار هیجانی را بازسازی می‌کند و از این مسیر، تنظیم هیجان را در بیماران مبتلا به ام. اس بهبود می‌بخشد.

همچنین در جلسات ابتدایی پروتکل (پالایش ذهنی، تعمیم بیش از حد، تفکر سیاه‌وسفید)، بیماران می‌آموزند که چگونه ذهن آن‌ها به صورت انتخابی بر هیجانات منفی مرتبط با بیماری تمرکز کرده و تجربه هیجانی را به صورت مطلق و غیرقابل کنترل تعبیر می‌کند. این پالایش منفی موجب تشدید پاسخ‌های هیجانی و ناتوانی در تنظیم آن‌ها می‌شود. D-MCT با افزایش آگاهی فراشناختی نسبت به این الگوها، به بیماران کمک می‌کند هیجانات منفی را به عنوان رویدادهای ذهنی گذرا و نه نشانه‌های تهدید دائمی یا ناتوانی تلقی کنند. در نتیجه، شدت و تداوم واکنش‌های هیجانی کاهش یافته و تنظیم هیجان بهبود می‌یابد.

همچنین نشخوار فکری هیجانی و تلاش برای سرکوب

افکار ناخواسته از راهبردهای رایج اما ناکارآمد تنظیم هیجان در بیماران ام. اس است. این راهبردها به جای کاهش هیجان، موجب افزایش حساسیت هیجانی و نوسان هیجانات می‌شوند. در جلسات مرتبط با نشخوار فکری افسرده‌وار و سرکوب افکار، پروتکل D-MCT باورهای فراشناختی مرتبط با کنترل هیجان («باید احساساتم را کنترل کنم»، «اگر به این احساس توجه کنم بدتر می‌شود») را شناسایی و تعدیل می‌کند. آموزش تعویق نشخوار، تغییر جهت توجه و تمرین‌های آرام‌سازی، موجب کاهش درگیری ذهنی با هیجان‌ها و افزایش تحمل هیجانی می‌شود.

همچنین در بیماران مبتلا به ام. اس، هیجانات منفی شدید اغلب به عنوان شواهدی از واقعیت تعبیر می‌شوند (مثلاً «چون احساس درماندگی می‌کنم، پس واقعاً ناتوانم»). این استدلال هیجانی نقش کلیدی در بی‌ثباتی هیجانی و تشدید واکنش‌ها دارد. جلسات مربوط به استدلال هیجانی، درک احساسات و نشانه‌های غیرکلامی، به بیماران کمک می‌کند تا میان تجربه هیجان و تفسیر واقعیت تمایز قائل شوند. این تمایز، یکی از مؤلفه‌های مرکزی تنظیم هیجان است و موجب افزایش پاسخ‌های هیجانی انعطاف‌پذیرتر می‌شود. همچنین پروتکل D-MCT با آموزش توجه و تمرین‌های مرتبط با تمرکز و آرام‌سازی، به بیماران کمک می‌کند توانایی هدایت توجه خود را در مواجهه با محرک‌های هیجانی افزایش دهند. این مهارت باعث می‌شود فرد به جای واکنش‌های هیجانی فوری، بتواند پاسخ‌های تنظیم‌شده‌تری را انتخاب کند. در بیماران ام. اس، که اغلب با خستگی شناختی و هیجانی مواجه‌اند، این افزایش کنترل توجه نقش مهمی در کاهش نوسان هیجانی و افزایش ثبات هیجانی ایفا می‌کند.

همچنین جلسه پایانی با تمرکز بر شناسایی موقعیت‌های برانگیزاننده هیجانی، باورهای فراشناختی فعال‌کننده و راهبردهای مقابله‌ای مؤثر، به بیماران کمک می‌کند تنظیم هیجان را در شرایط واقعی زندگی حفظ کنند. این بخش از پروتکل تضمین می‌کند که مهارت‌های تنظیم هیجان در مواجهه با عودهای بیماری یا فشارهای روانی آینده پایدار باقی بمانند.

نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی پارادوکس درمانی و درمان فراشناختی بر درماندگی روان‌شناختی و تنظیم هیجان

پیگیری کوتاه‌مدت و عدم کنترل کامل متغیرهای میانجی مانند حمایت اجتماعی و تاب‌آوری و متغیرهای تعدیل‌گر مانند شدت علائم بیماری یا سطح تحصیلات اشاره کرد. بنابراین، انجام مطالعات طولانی‌تر با پیگیری چندمرحله‌ای، نمونه‌های بزرگ‌تر و بررسی جامع این متغیرها می‌تواند قابلیت تعمیم یافته‌ها را افزایش دهد و نتایج پایدارتری ارائه کند.

ملاحظات اخلاقی

این مقاله برگرفته از رساله‌ی دکتری در گروه روانشناسی بالینی و سلامت دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج است. کد اخلاق پژوهش حاضر IR.IAU.k.REC.1403.151 در وبگاه ملی اخلاق در پژوهش‌های زیست پزشکی موجود است.

سپاسگزاری

بدین وسیله از حمایت‌های معنوی تمامی مدیران و اعضای درمانگاه بیمارستان نفت که صمیمانه ما را در انجام این پژوهش یاری نمودند، تشکر و قدردانی می‌گردد.

References

1. Sabatino Jr JJ, Cree BA, Hauser SL. New Horizons for Multiple Sclerosis Therapy: J Neurol Sci. ۲۰۲۵;۴۵۰:۱۰۱-۱۰۹.
2. Deminov R. Clinical manifestations of multiple sclerosis. Neurol Rev. ۲۰۱۳;۲۵:۱۱۵-۱۲۲.
3. Wang LY, Wang WF, Hui SY, Yang L, Liu YX, Li HJ. Emerging epidemiological trends of multiple sclerosis among adults aged 20-54 years, 1990-2021, with projections to 2035: a systematic analysis for the global burden of disease study 2021. Mult Scler Relat Disord. ۲۰۲۵;۶۵:۱۰۳-۱۱۰.
4. Aloni R, Shahar G, Ben-Ari A, Margalit D, Achiron A. Negative and positive personification of multiple sclerosis: Role in psychological adaptation. Int J MS Care. ۲۰۲۳;۲۵:۸۰-۹۰.
5. Hing H, Yisong L. Psychological helplessness in chronic neurological disorders. J Clin Psychol Med Settings. ۲۰۱۸;۲۵:۲۵-۳۵.
6. Meek C, Das Nair R, Evangelou N, Middleton R, Tuite-Dalton K, Moghaddam N. Psychological flexibility, distress, and quality of life in secondary progressive multiple sclerosis: A cross-sectional study. Multiple Sclerosis and Related Disorders. 2022 Nov 1;67:104154.

بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس بود. یافته‌ها نشان داد که کاهش درماندگی روان‌شناختی در گروه پارادوکس درمانی به‌طور معناداری بیشتر از گروه فراشناختی بود. این اثر به دلیل ترکیب دو مکانیسم مکمل در پارادوکس درمانی قابل توضیح است؛ اصلاح فرآیندهای شناختی و هیجانی و بازسازی مستقیم «من» و ساختار شخصیتی، که موجب تقویت توانمندی‌های فردی، کاهش ارتباط نشانه‌های بیماری با اضطراب و تغییر معنای نشانه‌ها می‌شود. در حالی که درمان فراشناختی عمدتاً بر اصلاح فرآیندهای فراشناختی و کاهش نشخوار ذهنی متمرکز است و تغییرات مستقیم در ساختار «من» ایجاد نمی‌کند، با این حال توانست تنظیم هیجان بیماران را بهبود بخشد و در این متغیر اثربخشی بیشتری نسبت به پارادوکس درمانی نشان دهد. با توجه به این یافته‌ها، پیشنهاد می‌شود مداخلات پارادوکس درمانی برای کاهش سریع‌تر و عمیق‌تر درماندگی روان‌شناختی و درمان فراشناختی برای بهبود توانایی تنظیم هیجان در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس به‌عنوان روش‌های درمانی مکمل و هدفمند مورد استفاده قرار گیرند. از محدودیت‌های پژوهش می‌توان به نمونه‌گیری محدود،

7. Vukusic S, Carra-Dalliere C, Ciron J, Maillart E, Michel L, Leray E, Guennoc AM, Bourre B, Laplaud D, Androdias G, Bensa C. Pregnancy and multiple sclerosis: 2022 recommendations from the French multiple sclerosis society. Multiple Sclerosis Journal. 2023; 29(1):11-36.
8. Sparaco M, Miele G, Lavorgna L, Abbadessa G, Bonavita S. Association between relapses, stress, and depression in people with multiple sclerosis during the COVID-19 pandemic. Neurological Sciences. 2022;43(5):2935-42.
9. Novak T, Liu-Ari K. Cycles of anxiety and dysfunction in chronic illness. J Health Psychol. ۲۰۲۳;۲۸: ۴۵-۵۵.
10. Gross JJ, John OP. Emotion regulation in chronic illness. Psychol Bull. ۲۰۰۳;۱۲۹:۳۵۶-۳۸۷.
11. Tront E. Avoidance strategies in MS: emotional consequences. J Psychosom Res. ۲۰۲۳;۱۵۸:۱۰۰-۱۰۷.
12. Prakash RS, Schirda B, Valentine TR, Crotty M, Nicholas JA. Emotion dysregulation in multiple sclerosis: Impact on symptoms of depression and anxiety. Multiple sclerosis and related disorders. 2019; 1;36:101399.
13. Philips N, Sioen I, Michels N, Sleddens E, De

- Henauw S. The influence of parenting style on health related behavior of children: findings from the ChiBS study. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*. 2014; 23:11(1):95.
14. Merabet L. Emotional recognition impairments in multiple sclerosis. *Mult Scler*. ۲۰۲۲;۲۸:۱۴۵-۱۵۴.
15. Besharat MA. Paradoxical therapy in psychological interventions. *Iran J Psychol*. ۱۳۹۷;۲:۱-۱۵.
16. Besharat MA. Application of paradoxical techniques in behavioral therapy. *Clin Psychol Stud*. ۱۳۹۶;۱۱:۲۵-۴۰.
17. Dehaqin V, Besharat MA, Lavasani MG, Naghsh Z. Adolescent and Youth Psychological Studies. *J Behav Ther Exp Psychiatry*. ۲۰۲۳;۸۵:۱۰۲-۱۱۰.
18. Besharat MA, Naqipour S. Use of paradoxical therapy in OCD. *Int J Psychol Clin*. ۲۰۱۹;۱۹:۱۱۵-۱۲۵.
19. Moritz S, Woodward TS. Metacognitive therapy in emotional regulation. *Behav Res Ther*. ۲۰۱۷;۹۹:۱-۱۰.
20. Mazancieux A, Souchay C, Casez O, Moulin CJ. Metacognition and self-awareness in multiple sclerosis. *Cortex*. 2019; 111:238-55.
21. Coll-Martinez C, Salavedra-Pont J, Buxó M, Quintana E, Quiroga-Varela A, Robles-Cedeño R, Puig M, Álvarez-Bravo G, Ramió-Torrentà L, Gich J. Differences in metacognition between multiple sclerosis phenotypes: cognitive impairment and fatigue are key factors. *Frontiers in psychology*. 2023; 14:1163112.
22. Dobson R, Guiononi C. Gender differences in psychosocial impact of MS. *Mult Scler Relat Disord*. ۲۰۱۹;۳۶:۱۰۲-۱۱۰.
23. Cohen PA. An Updated and Expanded Meta-Analysis of Multisection Student Rating Validity Studies. 1986.
24. Dehaqin V, Besharat MA, Lavasani MG, Naghsh Z. Adolescent and Youth Psychological Studies. Besharat MA. Paradoxical therapy in psychological interventions. *Iran J Psychol*. ۱۳۹۶-۱۳۹۹;۲:۱-۱۵.
25. Besharat MA, Naqipour S. Use of paradoxical therapy in OCD. *Int J Psychol Clin*. ۲۰۱۹;۱۹:۱۱۵-۱۲۵.
26. Lee JA, Choi M, Lee SA, Jiang N. Effective behavioral intervention strategies using mobile health applications for chronic disease management: a systematic review. *BMC medical informatics and decision making*. 2018; 20: 18(1).
27. Brenstino M. Multimodal therapy for MS patients. *Mult Scler Relat Disord*. ۲۰۲۱;۵۵:۱۰۵-۱۱۵.
28. Feng L. Therapeutic approaches for psychological helplessness. *J Health Psychol*. ۲۰۲۰;۲۵:۷۵-۸۵.
29. Greenberg D. Comparative effectiveness of psychotherapies in chronic neurological disorders. *Cogn Behav Ther*. ۲۰۱۹;۴۸:۱۰۰-۱۱۰.
30. Fisher P, Wells A. Metacognitive therapy and emotion regulation. *Clin Psychol Rev*. ۲۰۲۱;۸۳:۱۰۱۹-۱۰۳۲.
31. Kisely S. Metacognitive processes in clinical populations. *J Affect Disord*. ۲۰۱۶;۱۹۲:۲۳-۳۵.
32. Wells A, King P. Metacognitive therapy in emotional disorders. *Behav Res Ther*. ۲۰۰۶;۴۴:۱۲۱۱-۱۲۲۲.