



Comparison of Effectiveness of Barlow's Transdiagnostic, and Mennin and Fresco's Emotion Regulation Therapy in the Symptoms of Generalized Anxiety Disorder (case study)

Ali Sadr¹, Mohsen Doustkam², Hossein Shareh³, Mustafa Bolghan-Abadi⁴

1. PhD Student in Psychology, Department of psychology, Neyshabur Branch, Islamic Azad University, Neyshabur, Iran.

2. (Corresponding author)* Assistant Professor, Department of psychology, Neyshabur Branch, Islamic Azad University, Neyshabur, Iran.

3. Associate Professor of clinical psychology, department of Educational Sciences, Hakim Sabzevari University, Sabzevar, Iran.

4. Assistant Professor, Member of Young Researcher and Elite Club, Neyshabur Branch, Islamic Azad University, Neyshabur, Iran.

Abstract

Aim and Background: Attention of new treatments is important to reduce the problems of people with generalized anxiety disorder. Accordingly, the aim of present study was to comparison of effectiveness of barlow's transdiagnostic, and Menin and Fresco's emotion regulation therapy in the symptoms of generalized anxiety disorder.

Methods and Materials: Four patients with generalized anxiety disorder who had complete symptoms of this disorder based on multidimensional evaluation (generalized anxiety questionnaire and clinical interview) were selected by purposeful sampling. This study was a case report. The Transdiagnostic protocol and emotion regulation therapy were administered in two phases: baseline, 15 and 16 sessions, and two months follow-up. Subjects responded to general anxiety disorder questionnaire, clinical global impressions, clinical satisfaction questionnaire, and working alliance inventory. Data were analyzed using visuals inspection, effect size index and improvement percentage.

Findings: The results showed that transdiagnostic and emotion regulation therapy have positive efficient on treatment's target. However, transdiagnostic therapy was more effective in relieving symptoms of generalized anxiety than in emotion regulation therapy.

Conclusions: Transdiagnostic therapy and emotion regulation therapy are effective in reducing symptoms of generalized anxiety disorder and the effectiveness of Transdiagnostic therapy is greater than emotion regulation therapy.

Keywords: Generalized anxiety disorder, transdiagnostic therapy, emotion regulation therapy.

Citation: Sadr A, Doustkam M, Shareh H, Bolghan-Abadi M. Comparison of Effectiveness of Barlow's Transdiagnostic and Mennin and Fresco's Emotion Regulation Therapy in the Symptoms of Generalized Anxiety Disorder (case study). J Res Behav Sci 2020; 18(1): 11-25.

* Mohsen Doustkam,

Email: mohsen_doustkam@yahoo.com

مقایسه اثربخشی درمان فراتشخیصی بارلو و درمان نظم جویی هیجانی منین و فراسکو بر علائم اختلال اضطراب فراگیر (گزارش موردی)

علی صدر^۱، محسن دوستکام^۲، حسین شاره^۳، مصطفی بلقان آبادی^۴

- ۱- دانشجوی دکتری روانشناسی، گروه روانشناسی، واحد نیشابور، دانشگاه آزاد اسلامی، نیشابور، ایران.
- ۲- (نویسنده مسئول) * استادیار گروه روانشناسی، واحد نیشابور، دانشگاه آزاد اسلامی، نیشابور، ایران.
- ۳- دانشیار روانشناسی بالینی، گروه علوم تربیتی، دانشگاه حکیم سبزواری، سبزوار، ایران.
- ۴- استادیار، عضو باشگاه پژوهشگران جوان و نخبگان، واحد نیشابور، دانشگاه آزاد اسلامی، نیشابور، ایران.

چکیده

زمینه و هدف: توجه به درمان‌های نوین در جهت کاهش مشکلات افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر اهمیت فراوانی دارد. بر همین اساس هدف از پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی درمان فراتشخیصی بارلو و درمان نظم جویی هیجان منین و فراسکو بر علائم اختلال اضطراب فراگیر بود.

مواد و روش‌ها: بدین منظور چهار نفر از بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر که نشانه‌های کامل این اختلال را بر اساس ارزیابی چندبعدی (پرسشنامه اضطراب فراگیر و مصاحبه بالینی) داشتند، با روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند. این پژوهش به شیوه گزارش مورد به انجام رسید. پروتکل درمان فراتشخیصی و درمان نظم جویی هیجان در دو مرحله خط پایه، مداخله ۱۵ و ۱۶ جلسه‌ای و پیگیری دوماهه اجرا گردید و آزمودنی‌ها به پرسشنامه اختلال اضطراب فراگیر، مقیاس بهبودی کلی بالینی، مقیاس رضایتمندی مراجع و پرسشنامه اتحاد درمانی پاسخ دادند. داده‌ها به روش ترسیم دیداری، شاخص اندازه اثر و فرمول درصد بهبودی تحلیل شدند.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که هر دو درمان بر هدف‌های درمان تأثیر دارند. باین‌حال درمان فراتشخیصی کارایی بیشتری در بهبود علائم اضطراب فراگیر در مقایسه با درمان نظم جویی هیجان نشان داد.

نتیجه‌گیری: درمان فراتشخیصی و درمان نظم جویی هیجان بر کاهش علائم اختلال اضطراب فراگیر مؤثر هستند و اثربخشی درمان فراتشخیصی بیشتر از درمان نظم جویی هیجان است.

واژه‌های کلیدی: اختلال اضطراب فراگیر، درمان فراتشخیصی، درمان نظم جویی هیجان.

ارجاع: صدر علی، دوستکام محسن، شاره حسین، بلقان آبادی مصطفی. مقایسه اثربخشی درمان فراتشخیصی بارلو و درمان نظم جویی هیجانی منین و فراسکو بر علائم اختلال اضطراب فراگیر (مطالعه موردی). مجله تحقیقات علوم رفتاری ۱۳۹۹؛ ۱۸(۱): ۲۵-۱۱.

*- محسن دوستکام،

رایان‌نامه: mohsen_doustkam@yahoo.com

مقدمه

اختلال اضطراب فراگیر یک اختلال تحت بررسی به درستی شناخته نشده و مقاوم به درمان (۱) است و شامل نگرانی مبهم در غیاب اشیاء، محرک‌ها و یا موقعیت‌های خاص می‌باشد (۲). اختلال اضطراب فراگیر با شیوع مادام‌العمر بالا یعنی ۵/۷ و ۸/۵ در سرویس‌های مراقبت اولیه دیده می‌شود (۳). شیوع ۱۲ ماهه این اختلال در DSM-5 بین نوجوانان ۰/۹ درصد و در بین جمعیت عمومی آمریکا ۲/۹ درصد گزارش شده است. شیوع ۱۲ ماهه این اختلال در سایر کشورها بین ۰/۴ درصد تا ۳/۶ درصد است. زنان دو برابر مردان احتمال دارد که مبتلا به این اختلال شوند (۴). اختلال اضطراب فراگیر موجب افزایش استفاده از نظام مراقبت سلامت و نیز نقص‌های چشمگیر در عملکرد فرد می‌گردد (۵). اختلال اضطراب فراگیر با آسیب جدی نارضایتی از زندگی و بهره‌وری پایین همراه است (۶). این اختلال هزینه زیادی را بر جامعه تحمیل می‌کند و یکی از دشوارترین اختلال‌های اضطرابی برای درمان است (۷). بر این اساس، تلاش در جهت یافتن مؤلفه‌های محوری در آسیب‌شناسی روانی زیربنایی اختلال اضطراب فراگیر و درمان‌های مبتنی بر این مؤلفه‌ها که بتوانند نتایج درمانی را بهبود بخشند، از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. پژوهش‌های مربوط به اختلال‌های خلقی و اضطرابی، با استفاده از مدل‌سازی ساختاری، نشان از اهمیت فرایندهای هیجانی مشترک برای اختلال اضطراب فراگیر دارد (۸). منین و فراسکو مطرح می‌کنند که هیجان‌ها (چه به صورت مثبت و چه به صورت منفی)، یک عامل سطح بالاتر مشترک برای تمام اختلال‌های روان‌شناختی به‌ویژه اختلال‌های اضطرابی و خلقی هستند (۹).

شواهد تجربی برجسته نیز از وجود مشکلات نظم جویی هیجانی در اختلال اضطراب فراگیر حمایت کرده‌اند. برای مثال، افرادی که ملاک‌های بالینی و طبقه تشخیصی این اختلال را دارند، شدت هیجانی پررنگ‌تر، واکنش شناختی منفی‌تر، درک و مدیریت مشکل‌تر هیجان‌ها را نسبت به گروه کنترل را گزارش کردند (۱۰، ۱۱). به‌طور مشابه، نمونه‌ای از افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر، در چندین حوزه‌ی نظم جویی هیجانی، مشکلاتی را نشان دادند؛ از جمله فقدان وضوح هیجانی، عدم پذیرش هیجان، مشکل درگیری در رفتارهای معطوف به هدف در زمان درماندگی، کنترل تکانه ضعیف و فقدان دسترسی به راهبردهای نظم جویی سازگار. نکته‌ی مهم این‌که این ارتباطات

حتی درمانی که وارپانس مربوط به نگرانی و درماندگی عمومی کنترل شد، معنادار باقی ماند (۹).

به دلیل وجود مشکلات مهم در حوزه تنظیم هیجان، در سال‌های اخیر چندین درمان در حوزه نظم جویی هیجان ارائه شده‌اند که با توجه به مدل نظری خاص خود، به دنبال درمان مشکلات نظم جویی هیجانی در اختلال‌های مختلف هستند. این درمان‌ها بر پایه علوم روان‌شناختی گسترش‌یافته‌اند (۹) شامل درمان متمرکز بر هیجان (۱۲)، درمان فراتشخیصی یا پروتکل درمانی واحد (۱۳)، درمان نظم جویی هیجانی بافتاری برای افسردگی کودکان (۱۴)، درمان بین فردی و پردازش هیجانی، درمان یکپارچه نگر (۱۵) و درمان نظم جویی هیجان (۹) هستند. همچنین، آموزش نظم جویی هیجان در بیشتر درمان‌های شناختی - رفتاری معاصر موسوم به موج سوم، همچون رفتاردرمانی دیالکتیک (۱۶)، درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش (۱۷) و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی (۱۸) مؤلفه‌ای کلیدی به حساب می‌آیند.

درمان‌های فراتشخیصی با رویکرد یکپارچه نگر برای غلبه بر محدودیت‌های درمان‌های رایج موجود، ارائه شده‌اند. این درمان‌ها در مورد طیف وسیعی از اختلالات عمدتاً با ماهیت هیجانی کاربرد دارند و مؤلفه‌های زیربنایی و مشترک اختلالات را هدف قرار می‌دهند. این درمان بر پایه اصول شناختی-رفتاری بنا شده و در آن اصول و طرح درمانی یکسانی برای انواع اختلالات هیجانی مورد استفاده قرار می‌گیرد (۱۹). در رویکرد فراتشخیصی بسیاری از تکنیک‌ها با هدف بهبود فرایندهای هیجانی به کار می‌روند (۲۰). این رویکرد نقش هیجان و تنظیم هیجانی را در ایجاد و تداوم اختلال‌های هیجانی کلیدی می‌داند (۲۱). به‌طور کلی درمان یکپارچه‌ی فراتشخیصی در پاسخ به شمار روزافزون پروتکل‌های شناختی رفتاری، رویکردهای فراتشخیصی برای درمان اضطراب، بر اساس مدل‌هایی از اضطراب که بر عناصر مشترک در اختلالات اضطرابی تأکید می‌کنند، رشد یافته‌اند (۲۲). پایه‌ی این پروتکل شناختی رفتاری بوده و اصول مشترک درمان‌های روان‌شناختی تأیید شده به لحاظ تجربی را ادغام کرده و این اصول مشترک به نام بازسازی شناختی ناسازگارانه، تغییر گرایش عمل همراه با هیجان‌های ناسازگارانه، جلوگیری از اجتناب هیجانی و استفاده از شیوه‌های مواجهه‌ی هیجانی ظهور کرده است (۲۳). شواهد زیادی وجود دارد که درمان فراتشخیصی هم در شکل فردی و هم در شکل گروهی، درمان مؤثری برای انواع اختلالات اضطرابی شامل

«فعالیت تقابلی» به عنوان جایگزین تنظیم متمرکز بر پاسخ واکنشی؛ و در نهایت با افزایش اعمال رفتاری مبتنی بر ارزش‌ها، به دنبال ایجاد توازن میان نیروهای انگیزشی ایمنی و پاداش هستند («تنظیم پیش‌گستر» وابسته به تنظیم متمرکز بر پیشایند) (۹).

به‌طور خاص، ERT یک مداخله مبتنی بر مکانیسم‌های هیجانی است که در ضمن پرورش مهارت‌های تنظیم هیجانات، بر الگوهای مختل انگیزشی تمرکز دارد. کارآزمایی روان‌درمانی تصادفی کنترل‌شده، شواهد مقدماتی قابل توجهی را برای کاربرد این روش و همچنین سازوکارهای پیشنهادی اساسی برای درمان اضطراب فراگیر نشان داده است؛ در همین راستا فراسکو و همکاران در یک مطالعه مروری به این نتیجه دست یافتند که از این روش درمانی می‌توان برای اختلال اضطراب فراگیر استفاده کرد (۲۶).

با توجه به آنچه آورده شد، در پیشینه، شواهدی از اثربخشی هر دو درمان موجود می‌باشد اما کمتر بر روی مقایسه‌ی کارایی این دو درمان پژوهش صورت گرفته است. هدف از انجام این پژوهش، بررسی این سؤال است که آیا اثربخشی دو درمان متمرکز بر هیجان (درمان یکپارچه فراتشخیصی متمرکز بر هیجان بارلو و درمان اختصاصی تنظیم هیجانی منین و فراسکو برای اختلال اضطراب فراگیر) بر علائم اختلال اضطراب فراگیر متفاوت است؟

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر تک‌آزمودنی از نوع خط پایه چندگانه بود. جامعه آماری این پژوهش را تمامی بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر مراجعه‌کننده به کلینیک‌های خدمات مشاوره، روان‌شناختی و روان‌پزشکی پرمخاطب شهر نیشابور (سه مرکز) در بازه‌ی زمانی انجام پژوهش (اسفند ۱۳۹۷ تا شهریور ۱۳۹۸) تشکیل داد. از بین این افراد چهار نفر به روش نمونه‌گیری هدفمند که دارای تشخیص اختلال اضطراب فراگیر بودند و ملاک‌های ورود به پژوهش را داشتند، وارد فرایند مداخله شدند. ملاک‌های ورود به پژوهش عبارت بودند از: داشتن سن حداقل ۱۸ سال، داشتن تحصیلات حداقل دیپلم، تشخیص ابتلا به اختلال اضطراب فراگیر بر اساس ملاک‌های پنجمین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-5)، مصاحبه بالینی ساختاریافته و کسب نمره بالای ۱۰ در پرسشنامه

اختلال اضطراب فراگیر، حمله هراس و فوبی‌های خاص می‌باشد (۲۴). در همین راستا نتایج پژوهش بخشی پور رودسری و همکاران بیانگر آن بود که روش درمان فراتشخیصی یکپارچه در کاهش شدت نشانه‌های بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر دارای یک اختلال هیجانی همانند از کارایی لازم برخوردار است (۲۳).

اما مدل نارسا نظم جویی هیجان و درمان مبتنی بر آن یعنی درمان نظم جویی هیجان، مدلی است که در ابتدا برای اختلال اضطراب فراگیر ارائه شد و با هدف تکمیل مدل‌های نظری پیشین و تصحیح ضعف‌های درمانی مدل‌های نظری قبلی به وجود آمد. درواقع، مدل نارسا نظم جویی هیجان ابتدا با تأکید بر اختلال اضطراب فراگیر شکل گرفت ولی در نهایتاً در سال ۲۰۱۳ بازنگری شد و این بار با توجه به همبودی بالای اختلال اضطراب فراگیر و اختلال افسردگی (۲۵)، هردوی این اختلال‌ها را موردتوجه قرار داد. منین و فراسکو بیان نمودند که درمان نظم جویی هیجانی یک درمان یکپارچه نگر است که شامل مؤلفه‌هایی از درمان‌های زیر است (۹: ۱) درمان‌های شناختی-رفتاری (به‌طور مثال، آموزش، خودپایی، اتخاذ چشم‌انداز شناختی، حل مسئله، تمرین‌های آرمیدگی و تنفس دیافراگمی)؛ (۲) درمان‌های رفتاری پذیرش، جدلی و مبتنی بر ذهن آگاهی (به‌طور مثال، تمرین‌های ذهن آگاهی برای گسترش آگاهی از حس‌ها، پاسخ‌های بدنی و هیجان‌ها در زمان حاضر، تمرین‌ها برای افزایش پذیرش هیجان‌ها، تعهد نسبت به عمل مرتبط با ارزش‌های شخصی) و (۳) درمان تجربه‌ای (به‌طور مثال، تمرکز بر هم‌آهنگی همدلانه، اهمیت فوریت، کارکرد هیجانی، درگیر شدن در تکالیف تجربه‌ای) (۲۶).

درمان نظم جویی هیجانی (۹، ۲۶) دارای ساختار مرحله‌ای است؛ بدین ترتیب که مهارت‌هایی که در نیمه اول درمان ساخته شده است در نیمه دوم درمان در خلال تمرین‌های مواجهه گسترش می‌یابند. این ساختار مرحله‌ای از مدل نظم جویی هیجانی گراس برگرفته شده است (۲۱). در مدل گراس، میان تلاش‌های نظم جویی هیجانی اولیه (یعنی راهکارهای متمرکز بر پیش‌آیند) و بعدی (یعنی راهکارهای متمرکز بر پاسخ) در فرایند تولیدی هیجان تمایز وجود دارد. به‌ویژه مراجعین در طی پیشرفت در جلسات درمان، ابتدا مهارت‌های مربوط به افزایش ذهن آگاهی نسبت به وضعیت‌های هیجانی و انگیزشی را می‌آموزند؛ سپس مهارت‌های افزایش نظم جویی هیجانی انطباقی همخوان با درخواست‌های بافتاری را می‌آموزند

مقیاس پرسشنامه برداشت کلی مراجع از درمان است که توسط گای طراحی شده است و برای سنجش میزان پاسخ به درمان، در پایان درمان و پیگیری توسط درمان‌جو تکمیل می‌گردد (۳۲)؛ که دارای یک سؤال است با مقیاس هفت‌درجه‌ای لیکرت است که بر اساس آن مراجع نمره‌ای بین ۷-۱ می‌گیرد (۱= بهبود بسیار زیادی یافته‌ام، ۲= بهبود زیادی یافته‌ام، ۳= کمی بهبود یافته‌ام، ۴= تغییری نکرده‌ام، ۵= کمی بدتر شده‌ام، ۶= بسیار بدتر شده‌ام، ۷= بسیار زیاد بدتر شده‌ام)؛ بنابراین، نمرات بالاتر نشانه بهبود کم‌تر است و نمرات پایین‌تر نشانه بهبود بیشتر است. این پرسشنامه توسط شماره از طریق ترجمه و ترجمه مجدد به فارسی برگردانده شد که روایی محتوایی این مقیاس توسط روانشناسان بالینی و روان‌پزشکان مورد تأیید قرار گرفته و پایایی آن در یک نمونه ۲۳ نفری از مبتلایان به اختلال وسواس فکری و عملی، به روش بازآزمایی بافاصله‌ی یک هفته ۰/۹۱ به دست آمد (۳۳).

پرسشنامه رضایتمندی مراجع (CSQ) یا (Clinical Satisfaction Questionnaire): این مقیاس توسط Larsen و همکاران ساخته شده و دارای ۸ سؤال است و هر سؤال ۴ پاسخ دارد که پاسخ‌ها بر اساس درجه مثبت یا منفی بودنشان نمره‌ای بین ۴ تا ۱ (۴= بسیار مثبت، مثبت، منفی، بسیار منفی = ۱) می‌گیرد؛ و بر این اساس حداقل و حداکثر نمره در این مقیاس، ۸ و ۳۲ است. نمره بالاتر، رضایتمندی بیشتر از درمان را نشان می‌دهد (۳۴). همسانی درونی این مقیاس بین ۰/۸۳ تا ۰/۹۴ بوده است. همچنین روایی همگرایی این پرسشنامه بر اساس همبستگی با متغیرهایی مثل تکمیل برنامه درمانی برای این پرسشنامه گزارش شده است (۳۵). روایی محتوایی این پرسشنامه توسط روانشناسان بالینی و روان‌پزشکان در یک نمونه ۲۳ نفری به روش آلفای کرونباخ ۰/۹۳ و به روش بازآزمایی با فاصله یک هفته ۰/۸۹ به دست آمد (۳۳).

فرم کوتاه پرسشنامه اتحاد درمانی (WAI-SR) یا (Working Alliance Inventory- Short): پرسشنامه مذکور یک ابزار خودسنجی ۱۲ گویه‌ای است که توسط گرینبرگ و هوروات برای سنجش میزان همکاری و ارتباط درمانی آزمودنی طراحی شده است (۳۶). آزمودنی در پایان دوره درمان و بر اساس یک مقیاس لیکرت ۷ درجه‌ای از ۱ (به ندرت) تا ۷ (همیشه) به گویه‌های پرسشنامه پاسخ می‌دهد.

اختلال اضطراب فراگیر (۲۷)، عدم سو مصرف مواد، عدم قصد و تمایل به خودکشی، نداشتن درمان دارویی ثابت برای حداقل ۱۲ هفته گذشته، قرار نداشتن تحت سایر درمان‌های روان‌شناختی هم‌زمان با درمان، تمایل آگاهانه و انگیزش کافی برای شرکت و ادامه درمان. پس از انتخاب آزمودنی‌ها این افراد در دو گروه دونفره، جای‌دهی شدند. دو نفر درمان فراتشخیصی مبتنی بر تنظیم هیجان بارلو و دو نفر درمان نظم‌جویی هیجانی مینین و فراسکو را دریافت کردند. همه آزمودنی‌ها دو مرحله قبل از مداخله و پنج جلسه طی درمان (جلسه سوم، ششم، نهم، دوازدهم و آخر درمان) و یک جلسه پیگیری دوم‌ماهه مورد سنجش قرار گرفتند.

در پژوهش حاضر برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه‌های زیر استفاده شد:

مصاحبه بالینی ساختاریافته برای تشخیص اختلال‌های محور یک (SCID یا Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders): این ابزار مصاحبه‌ای انعطاف‌پذیر است که توسط فیرست، اسپیتزر، گیبون، و ویلیامز تهیه شده (۲۸). ضریب کاپای ۶۰ درصد به‌عنوان ضریب پایایی بین ارزیاب‌ها برای SCID گزارش شده است (۲۹). توافق تشخیصی نسخه فارسی این ابزار، برای اکثر تشخیص‌های خاص و کلی، متوسط یا خوب بود (کاپای بالاتر از ۶۰ درصد). توافق کلی (کاپای کل تشخیص‌های فعلی ۵۲ درصد و برای کل تشخیص‌های طول عمر ۵۵ درصد) به‌دست آمده نیز خوب است (۳۰).

پرسشنامه اختلال اضطراب فراگیر (GAD-7): این پرسشنامه ۷ سؤالی توسط نائینیان و همکاران طراحی شده است و یک ابزار خودگزارش‌دهی می‌باشد که به‌واسطه مقیاس لیکرت، وجود و شدت GAD را اندازه‌گیری می‌کند. پایایی ۰/۹۲ و اعتبار ۰/۹۱ برای این پرسشنامه گزارش شده است. حساسیت و اختصاصی بودن پرسشنامه GAD-7 با نمره برش مساوی یا بزرگ‌تر از ۱۰ به ترتیب ۰/۸۹ و ۰/۸۲ می‌باشد (۳۱). در مطالعه نائینیان و همکاران، ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس برابر با ۰/۸۵ و پایایی بازآزمایی و دونیمه‌سازی نیز به ترتیب ۰/۴۸ و ۰/۶۵ محاسبه گردید (۲۷).

مقیاس بهبود کلی بالینی (CGI یا Clinical Global Impressions): این مقیاس، دومین خرده

کنند و آگاهی غیر قضاوتی و متمرکز بر حال را در تجربه هیجانی خود تمرین کنند. در این بخش از مراجعین انتظار می‌رود تا مهارت مشاهده عینی تجربه‌های هیجانی خود را در هنگام وقوع و در لحظه کسب کنند. این مهارت‌ها به آن‌ها این امکان را می‌دهد تا افکار، احساس‌های جسمی و رفتارهایی را که در ناراحتی آن‌ها نقش دارند بهتر بشناسند. این مهارت‌ها با تمرین ذهن-آگاهی و القای هیجانی همراه است. تعداد جلسات: دو جلسه. کاربردها: برگه آگاهی غیر قضاوتی و متمرکز بر زمان حال، برگه ثبت القای خلق، برگه سه مؤلفه‌ای هیجان، برگه تمرکز بر زمان حال.

بخش چهارم: ارزیابی شناختی و ارزیابی مجدد شناختی. در اینجا به یکی از سه مؤلفه ارائه شده در بخش ۲ پرداخته می‌شود. به بیماران آموزش داده می‌شود تا نقش ارزیابی‌های خودکار ناسازگارانه را در ایجاد تجربه‌های هیجانی بشناسند. الگوهای تفکر خود را شناسایی کرده و روش‌های اصلاح تفکر ناسازگارانه را تمرین کنند و انعطاف‌پذیری در ارزیابی‌های خود را در موقعیت‌های مختلف افزایش بدهند. تعداد جلسات: دو جلسه. کاربردها: برگه شناسایی و بازبینی خودآیند.

بخش پنجم: اجتناب هیجانی و رفتارهای برخاسته از هیجان. تأکید این قسمت بر مؤلفه‌های رفتاری تجربه هیجانی است. در این بخش از درمان، درمانگر به بیمار کمک می‌کند تا الگوهای هیجانی و رفتارهای ناسازگارانه ناشی از هیجان را شناسایی کند. بعدازآن که بیمار شناخت بیشتری از نحوه تأثیر این رفتارها در تداوم ناراحتی کسب کرد بر روی تغییر الگوهای فعلی پاسخ‌های هیجانی کار می‌گردد. تعداد جلسات: دو جلسه. کاربردها: برگه فهرست راهبردهای اجتناب هیجانی، برگه تغییر رفتارهای برخاسته از هیجان.

بخش ششم: آگاهی و تحمل احساسات بدنی. این بخش بر افزایش آگاهی نسبت به نقش احساس‌های بدنی در تجربه هیجانی تأکید دارد. درمانگر تمرین‌های مواجهه‌ی درون‌زاد را با هدف برانگیختن احساس‌های بدنی مشابه با احساس و ناراحتی بیمار اجرا می‌کند. هدف این تمرین‌ها شناسایی نقش احساس‌های بدنی در افکار و رفتارها و تأثیر متقابل آن‌ها در احساس‌های بدنی است. در جریان مواجهه‌های درون‌زاد بیمار تحمل خود را نسبت به این احساس‌ها افزایش می‌دهد. تعداد جلسات: یک جلسه. کاربردها: برگه تمرین القای علائم.

بخش هفتم: مواجهه هیجانی ذهنی و موقعیتی یا مواجهه با راه‌اندازهای بیرونی و درونی هیجانات. این بخش بر ماشه

نمرات این پرسشنامه در دامنه بین ۱۲ تا ۸۴ قرار دارد. همسانی درونی این پرسشنامه بالا و در دامنه بین ۰/۹۰ تا ۰/۹۵ گزارش شده است (۳۷). همچنین پایایی باز ارزیابی ۰/۷۳ بود (۳۸).

پروتکل درمان فراتشخیصی یکپارچه بارلو:

پروتکل حاضر برگرفته از کتاب «پروتکل یکپارچه برای درمان فراتشخیصی اختلالات هیجانی» نوشته بارلو و همکاران می‌باشد (۱۳). این پروتکل درمانی شامل هشت بخش است که در پژوهش حاضر در طی ۱۵ جلسه فردی ۴۵ تا ۶۰ دقیقه‌ای و همه بخش‌ها در ترتیب ثابت و تعداد جلسات مساوی روی هر دو شرکت‌کننده گروه درمان فراتشخیصی در شهرستان نیشابور اجرا گردید. روند اجرای پروتکل به این شکل بود که بعد از ارزیابی و انگیزه‌افزایی، پروتکل درمان فراتشخیصی بر روی شرکت‌کنندگان اعمال شد. این پروتکل در عین انعطاف‌پذیری با توجه به شرایط مراجع، بخش‌های مختلف آن بر پایه همدیگر استوار بود و به صورت متوالی اجرا شد. در جدول ۱ خلاصه بخش‌ها و جلسات نشان داده شده است.

بخش اول: ارتقاء انگیزه برای مشارکت در درمان. بر افزایش آمادگی و انگیزه بیماران برای تغییر رفتاری و تقویت باور مراجع به توانایی برای دستیابی موفقیت‌آمیز به تغییر موردنظر تأکید می‌شود. بیماران می‌توانند مزایا و معایب تغییر را در مقابل روش قبلی خود بسنجند. همچنین اهداف درمانی را ارزیابی کرده و اهداف عینی‌تری را برنامه‌ریزی می‌کنند و گام‌های احتمالی را برای دستیابی به اهداف درمانی شناسایی می‌کنند. تعداد جلسه: یک جلسه. کاربردها: کاربرد تصمیم‌گیری، کاربرد تعیین اهداف.

بخش دوم: درک هیجانات، شناخت و پیگیری واکنش‌های هیجانی. محتوای اصلی بخش دوم، آموزش روانی در مورد ماهیت هیجان‌ها، مؤلفه‌های اصلی تجربه هیجانی و مفهوم پاسخ‌های آموخته شده است. در طول این بخش انتظار این است که مراجعین با بررسی و جستجوی تجربیات هیجانی خود، عوامل نگهدارنده (مثل، ماشه چکان‌های معمول و یا وابستگی‌های محیطی)، سطح آگاهی‌شان را نسبت به الگوهای پاسخ‌دهی هیجانی خود بیشتر نمایند. تعداد جلسات: دو جلسه. کاربردها: کاربرد مدل سه مؤلفه‌ای هیجان، کاربرد نظارت بر هیجان‌ها و رفتارهای برخاسته از هیجان.

بخش سوم: آموزش آگاهی هیجانی: یادگیری مشاهده‌ی تجارب. بخش آگاهی هیجانی با این هدف در این پروتکل آمده تا بیماران نحوه واکنش و پاسخ خود را به هیجان‌ها شناسایی

استعاره موسیقی)، آموزش مهارت آگاهی ماهیچه‌ای و بدنی (راهبرد نظم جویی هیجانی حضور داشتن).

جلسه سوم: آموزش رابطه میان نارساکنش‌وری انگیزش‌ها و عمل انعطاف‌ناپذیر، آموزش تکنیک ذهن آگاهی هیجان‌ها (راهبرد نظم جویی هیجانی حضور داشتن) و یادگیری عمل متضاد.

جلسه چهارم: صحبت درباره راهبردهای نظم جویی هیجان به‌عنوان شیوه‌های سالم‌تر برای پاسخ دادن به هیجان‌ها (پاسخ دادن تقابلی)، آموزش تکنیک مراقبه حضور گشوده (راهبرد نظم جویی هیجان اجازه دادن).

جلسه پنجم: آموزش شیوه در لحظه مهارت‌های نظم جویی هیجان به‌طور مثال شیوه در لحظه گشوده به نام فاصله تنفسی سه‌دقیقه‌ای، آموزش مهارت مراقبه کوه (راهبرد نظم جویی هیجانی فاصله گرفتن).

جلسه ششم: آموزش شیوه در لحظه مراقبه کوه به نام فراخواندن کوه، آموزش تکنیک پیدا کردن فاصله مشاهده‌گر (راهبرد نظم‌جویی هیجانی فاصله گرفتن).

جلسه هفتم: آموزش مهارت‌های در لحظه فاصله گرفتن به نام آوردن آن با تو، موردتوجه قرار دادن دو مانع بسط یافتگی، فاجعه‌انگاری و بسط یافتگی خودانتقادگرایانه برای حل تعارض‌های انگیزشی و تلاش برای مقابله با آن‌ها با کمک چهارمین راهبرد نظم جویی هیجانی به نام چهارچوب بندی مجدد، آموزش به کار بردن جملات دلسوزانه و شجاعانه.

جلسه هشتم: جمع‌بندی مهارت‌های مرحله اول و دوم به‌صورت راهبردهای مقابله تقابلی، تشویق مراجعین برای استفاده از راهبردهای در لحظه در زندگی روزانه، شناسایی ابعاد ارزش‌ها در زندگی مراجع.

جلسه نهم: ترغیب مراجعین به زندگی کردن فعالانه در راستای ارزش‌ها و مقابله با هیجان‌ها و انگیزش‌های برخاسته در این مسیر، تأکید بر روی تعهد نسبت به اعمال مبتنی بر انگیزش، ترغیب مراجعین به تعهد نسبت به حداقل یک عمل ارزشمند.

جلسه دهم: تمرین کردن مهارت‌های نظم جویی هیجان، نوشتن اهداف و اعمال احتمالی مرتبط با ارزش‌ها، شرکت کردن در تکالیف مواجهه‌ای تجسمی برای عمل ارزشمند، ترغیب مراجعین به انجام عمل ارزشمند در فاصله بین جلسات چه به‌صورت برنامه‌ریزی‌شده از جلسه قبل و چه به‌صورت خود به خودی.

چکان‌های درونی (شامل احساس‌های بدنی) و بیرونی هیجان تمرکز دارد و به بیماران کمک می‌کند تا تحمل خود را نسبت به هیجان‌ها افزایش دهند و یادگیری‌های بافتاری جدیدی ایجاد کنند. تأکید مواجهه‌ها بر تجربه هیجانی است که در موقعیت ایجاد می‌شوند و به اشکال تصویری، در جلسه و زنده انجام می‌شوند. در این بخش، درمانگر به بیمار کمک می‌کند تا سلسله‌مراتب اجتناب هیجانی را طرح‌ریزی کند که شامل مجموعه‌ای از موقعیت‌هاست و مواجهه‌ها به‌صورت سلسله‌مراتبی در ادامه درمان اجرا می‌شوند. تعداد جلسات: چهار جلسه. کاربردها: برگه سلسله‌مراتب اجتناب هیجانی و موقعیتی، برگه تمرین ثبت مواجهه هیجانی.

بخش هشتم: دستاوردها، نگهداری دستاوردها و پیشگیری از عود. دربردارنده مرور کلی مفاهیم درمانی و بحث در مورد پیشرفت درمان است. درمانگر به مراجع کمک می‌کند تا راه‌های تداوم نتایج درمانی را شناسایی کرده و مشکلات احتمالی آتی را پیش‌بینی کند. مراجع تشویق می‌شود تا از تکنیک‌های درمانی برای بهبود پیشرفت در دستیابی به اهداف کوتاه مدت و بلندمدت استفاده کند. تعداد جلسات: یک جلسه.

پروتکل درمان نظم جویی هیجان منین و

فراسکو: پروتکل درمان نظم جویی هیجان شامل ۱۶ جلسه درمانی ۴۵ تا ۶۰ دقیقه‌ای است که در قالب یک ساختار مرحله‌ای، در هر مرحله از درمان به‌طور خاص اهداف زیر پیگیری می‌شود: ۱- افزایش آگاهی انگیزشی، ۲) توسعه قابلیت‌های نظم جویی، ۳) به‌کارگیری خزانه‌های جدید یادگیری بافتی. این درمان نیز همانند درمان فراتشخیصی، در ترتیب ثابت و تعداد جلسات مساوی روی هر دو آزمودنی در مرکز مشاوره و خدمات روان‌شناختی علوی شهرستان نیشابور اجرا گردید. در جدول ۳-۲) خلاصه جلسات و پروتکل درمانی نظم جویی هیجان منین و فراسکو ارائه شده است (۲۶).

جلسه اول: آموزش درباره اختلال‌های پریشانی، آموزش درباره مدل نارسا نظم جویی هیجان با کمک استعاره گلوله برفی، آموزش درباره جنبه‌های مختلف هیجان‌های اصلی، آموزش مهارت تنفس شکمی ذهن-آگاهانه (راهبرد نظم جویی هیجانی توجه کردن).

جلسه دوم: آموزش درباره نقش انگیزش‌ها و نارساکنش‌وری آن‌ها درباره تجربه هیجان‌های شدید (به‌طور مثال با کمک

جلسه پانزدهم: آموزش به مراجعین برای چگونگی پاسخ گفتن به لغزش‌ها پس از پایان درمان. یکپارچه‌سازی دستاوردها و اقدامات ارزشی در برداشتن گام بزرگ‌تر.
جلسه شانزدهم: مرور درمان، خاتمه درمان.

جلسه یازدهم: تصور عمل بر مبنای اهداف مبتنی بر ارزش و بررسی تعارض موضوعی زیر لایه‌ی موانع درونی. پرداختن تجربی به موانع درونی از طریق تمرین گفتگو با هدف رویارویی، تغییر معنا‌های هیجانی و پرورش یک یادگیری جدید حول تعارضات و استفاده از معانی هیجانی تغییر یافته برای تسهیل مشارکت در اقدامات ارزشی.

جلسه دوازدهم: ترتیب دادن تمرین گفتگو راجع به مانع. شناسایی تعارضات موضوعی در صدای مانع. پردازش تمرین در راستای اقدام ارزشی.

جلسه سیزدهم: بررسی واکنش خود انتقادی، شناسایی تکلیف ناتمام و شروع تمرین، آغاز گفتگو با فردی تخیلی، ترسیم حالات و واکنش هیجانی به نماد امنیت، بیان نیازهای برآورده نشده و به دست آوردن چشم‌انداز نسبت به نماد ایمنی، تأیید خویشتن و بر عهده گرفتن مسئولیت امنیت.

جلسه چهاردهم: ارزیابی میزان یادگیری مهارت‌های درمان نظم جویی هیجان، تمرکز بر روی پیشگیری از عود و پیش بینی لغزش‌ها و عود مجدد.

یافته‌ها

تجزیه و تحلیل داده‌های این پژوهش با استفاده از تحلیل دیداری، درصد بهبودی (MPI) و اندازه اثر کوهن انجام شد. مطالعات مختلف برای تفسیر این شاخص‌ها، درصد بهبودی بالای ۵۰ برای درصد بهبودی و مقدار ۰/۴۱ را به عنوان حداقل میزان اندازه اثر، ۱/۱۵ را به عنوان اندازه اثر متوسط و ۲/۷۰ را به عنوان اندازه اثر بزرگ پیشنهاد کرده‌اند (۳۹).

در جدول ۱، اطلاعات جمعیت شناختی آزمودنی‌های پژوهش به تفکیک برای گروه درمان فراتشخیصی و نظم جویی هیجان ارائه شده است.

جدول ۱. اطلاعات جمعیت شناختی آزمودنی‌های پژوهش

درمان نظم جویی هیجان		درمان فراتشخیصی		گروه
آزمودنی چهارم	آزمودنی سوم	آزمودنی دوم	آزمودنی اول	متغیر
مرد	زن	مرد	زن	جنسیت
متاهل	متاهل	متاهل	مجرد	تاهل
۳۰	۳۴	۳۸	۲۵	سن
کارشناسی	کارشناسی	کارشناسی	کارشناسی	میزان تحصیلات
کارمند	ماما	کارمند	کارمند	شغل

رضایت از درمان نشان داده شده است. نتایج جدول فوق نشان می‌دهد که درصد بهبودی آزمودنی اول در مرحله پس از مداخله در اضطراب فراگیر برابر با ۶۷/۴۴ و در مرحله پیگیری ۶۲/۷۹ و به صورت کلی برابر با ۶۵/۱۱ است که نشان دهنده تأثیر بزرگ و معنی دار درمان فراتشخیصی بر کاهش اضطراب فراگیر این آزمودنی بوده است. از جهت دیگر درصد بهبودی کلی برای بهبود کلی بالینی برابر با ۸۵/۷۱ و برای رضایت از درمان به صورت کلی برابر ۹۶/۶۶- است که نشان می‌دهد بهبود کلی بالینی و رضایت از درمان این آزمودنی به صورت کلی بالا بوده است. در آزمودنی دوم میزان درصد بهبودی در مرحله پس از مداخله و پیگیری در اضطراب فراگیر برابر با ۵۳/۴۸ و اندازه اثر

در جدول ۲، نمرات خام اضطراب فراگیر، بهبود کلی بالینی و رضایت از درمان در طی خطوط پایه، مراحل درمان و پیگیری برای آزمودنی‌های دو گروه نشان داده شده است. قابل ذکر است آزمودنی اول و دوم مربوط به درمان فراتشخیصی و آزمودنی سوم و چهارم مربوط به درمان نظم جویی هیجان است.

در ادامه برای بررسی معناداری این نتایج از شاخص درصد بهبودی و اندازه اثر بالینی استفاده شد که نتایج آن در جدول ۵ نشان داده شده است.

در جدول ۳، میانگین نمره‌های خط پایه، میانگین مداخله، پیگیری، انحراف استاندارد، شاخص‌های درصد بهبودی و میزان اندازه اثر آزمودنی‌ها در اضطراب فراگیر، بهبود کلی بالینی و

به ترتیب در دو مرحله برابر با ۳/۲۸ می‌باشد که نشان‌دهنده تأثیر بزرگ و معنی‌دار درمان فراتشخیصی بر کاهش اضطراب فراگیر آزمودنی دوم بوده است.

جدول ۲. نمرات آزمودنی‌های در طی خط پایه دوره مداخله و پیگیری در اضطراب، بهبود کلی بالینی و رضایت از درمان

آزمودنی	متغیر	خط پایه اول	خط پایه دوم	سنجش ۳	سنجش ۶	سنجش ۹	سنجش ۱۲	جلسه آخر	پیگیری
اول	اضطراب فراگیر	۲۲	۲۱	۲۰	۱۴	۱۳	۱۰	۷	۸
	بهبود کلی بالینی	۷	۷	۵	۵	۴	۳	۱	۱
	رضایت از درمان	۱۵	۱۵	۱۷	۲۰	۲۳	۲۵	۲۹	۳۰
دوم	اضطراب فراگیر	۲۱	۲۲	۲۰	۱۶	۱۴	۱۱	۱۰	۱۰
	بهبود کلی بالینی	۶	۷	۶	۵	۳	۲	۱	۲
	رضایت از درمان	۱۳	۱۲	۱۵	۱۸	۲۲	۲۸	۳۰	۳۰
سوم	اضطراب فراگیر	۱۹	۲۰	۱۸	۱۶	۱۳	۱۱	۱۰	۱۱
	بهبود کلی بالینی	۷	۶	۶	۴	۳	۱	۱	۲
	رضایت از درمان	۱۶	۱۵	۱۸	۲۲	۲۶	۲۷	۲۸	۲۸
چهارم	اضطراب فراگیر	۲۰	۲۱	۱۹	۱۷	۱۲	۱۰	۹	۱۰
	بهبود کلی بالینی	۷	۷	۶	۵	۵	۳	۲	۱
	رضایت از درمان	۱۴	۱۳	۱۶	۱۹	۲۰	۲۳	۲۸	۲۸

جدول ۳. شاخص‌های درصد بهبودی و اندازه اثر نمرات آزمودنی‌ها در اضطراب فراگیر، بهبود کلی بالینی و رضایت از درمان

آزمودنی	متغیر	میانگین خط پایه	انحراف استاندارد خط پایه	میانگین مداخله	انحراف استاندارد مداخله	درصد بهبودی ۱	اندازه اثر ۱	پیگیری	درصد بهبودی ۲	اندازه اثر ۲
اول	اضطراب فراگیر	۲۱/۵۰	۰/۵۰	۱۲/۸۰	۴/۳۵	۶۷/۴۴	۳/۳۶	۸	۶۲/۷۹	۳/۰۵
	بهبود کلی بالینی	۷	۰	۳/۶۰	۱/۴۹	۸۵/۷۱	۳/۹۰	۱	۸۵/۷۱	۳/۹۰
	رضایت از درمان	۱۵	۰	۲۲/۸۰	۴/۱۱	-۹۳/۳۳	-۴/۰۵	۳۰	-۱۰۰	-۵/۱۶
دوم	اضطراب فراگیر	۲۱/۵۰	۰/۵۰	۱۴/۲۰	۳/۶۰	۵۳/۴۸	۳/۲۸	۱۰	۵۳/۴۸	۳/۲۸
	بهبود کلی بالینی	۶/۵۰	۰/۵۰	۳/۴۰	۱/۸۵	۸۴/۶۱	۳/۸۴	۲	۶۹/۲۳	۳/۰۵
	رضایت از درمان	۱۲/۵۰	۱/۵۰	۲۲/۶۰	۵/۷۱	-۱۴۰	-۶/۹۲	۳۰	-۱۴۰	-۶/۹۲
سوم	اضطراب فراگیر	۱۹/۵۰	۰/۵۰	۱۳/۶۰	۳/۰۱	۴۸/۷۱	۲/۹۳	۱۱	۴۳/۵۸	۲/۷۳
	بهبود کلی بالینی	۶/۵۰	۰/۵۰	۳	۱/۸۹	۸۴/۶۱	۳/۶۸	۲	۶۹/۲۳	۳/۲۵
	رضایت از درمان	۱۵/۵۰	۰/۵۰	۳۴/۲۰	۳/۷۱	-۸۰/۶۴	-۳/۲۸	۲۸	-۸۰/۶۴	-۳/۲۸
چهارم	اضطراب فراگیر	۲۰/۵۰	۰/۵۰	۱۳/۴۰	۳/۹۲	۵۶/۰۹	۲/۵۴	۱۰	۵۱/۲۱	۲/۲۴
	بهبود کلی بالینی	۷	۰	۴/۲۰	۱/۴۶	۷۱/۴۲	۲/۶۶	۱	۷۱/۸۵	۳/۱۰
	رضایت از درمان	۱۳/۵۰	۵۰	۲۱/۲۰	۴/۰۶	-۱۰۷/۴۰	-۲/۷۱	۲۸	-۱۰۷/۴۰	-۲/۷۱

۴۳/۱۴ درصد بهبودی داشته است، کاهش نمرات اضطراب فراگیر این آزمودنی در پیگیری برابر با ۷۷/۲۷ و اندازه اثر برابر با ۲/۷۳ بوده است. در نهایت در آزمودنی چهارم، میزان درصد بهبودی در مرحله آخر درمان در اضطراب فراگیر برابر با ۵۶/۰۹، در بهبودی کلی بالینی برابر با ۷۱/۴۲ و در میزان رضایت از درمان برابر با ۱۰۷/۴۰ بوده است. در مرحله پیگیری نیز این وضعیت بهبودی ادامه داشته است؛ به صورتی که آزمودنی در

درصد بهبودی آزمودنی سوم در مرحله آخر درمان در اضطراب فراگیر برابر با ۴۸/۷۱، در بهبودی کلی بالینی برابر با ۸۴/۶۱ و در میزان رضایت از درمان برابر با ۸۰/۶۴ بوده است که نشان می‌دهد در مرحله آخر درمان آزمودنی سوم در اضطراب فراگیر بهبودی کاملی داشته است و میزان رضایت از درمان وی نیز بالا بوده است. این وضعیت بهبودی در مرحله پیگیری نیز ادامه داشته است؛ به نحوی که آزمودنی در اضطراب فراگیر

آخر درمان و پیگیری برابر با ۶۸/۶۸ و به صورت کلی میانگین اتحاد درمانی و میزان همکاری آزمودنی‌های گروه درمان نظم جویی هیجان برابر با ۶۷/۳۴ بوده است که نشان می‌دهد هر دو گروه آزمودنی‌ها اتحاد درمانی مناسبی در درمان داشته‌اند.

اضطراب فراگیر ۵۱/۲۱ درصد بهبودی داشته است، کاهش نمرات اضطراب فراگیر این آزمودنی در پیگیری برابر با ۱۰۵ و اندازه اثر برابر با ۲/۲۴ بوده است. همچنین نتایج آزمون اتحاد درمانی نشان داد که به صورت کلی میانگین اتحاد درمانی و میزان همکاری آزمودنی‌های گروه درمان فراتشخیصی در مرحله

جدول ۴. شاخص‌های درصد بهبودی کلی، درصد کاهش نمرات کلی و اندازه اثر کلی اضطراب فراگیر آزمودنی‌های دو گروه

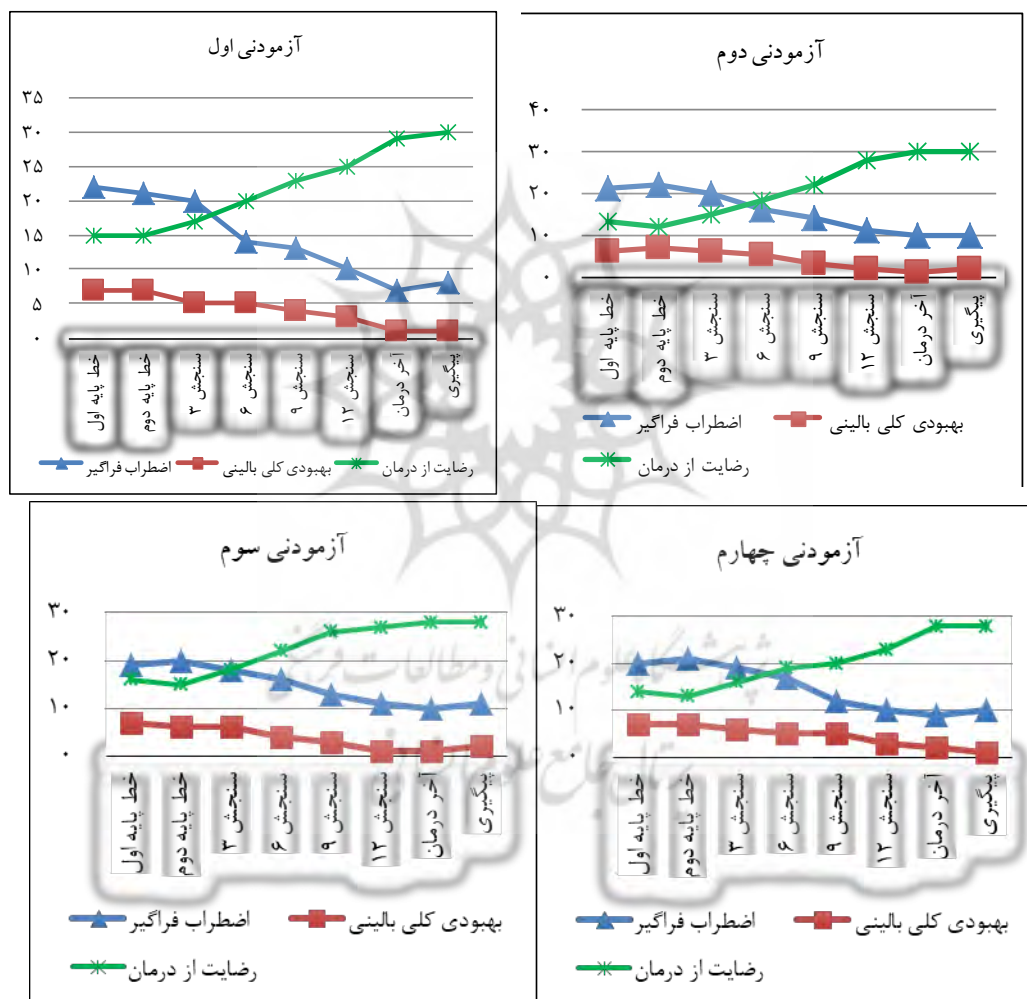
درمان	آزمودنی	مؤلفه	درصد بهبودی کلی	اندازه اثر کلی
درمان فراتشخیصی	اول	اضطراب فراگیر	۶۵/۱۱	۳/۲۲
		بهبودی کلی بالینی	۸۵/۷۱	۳/۹۰
		رضایت از درمان	-۹۶/۶۶	-۴/۶۰
	دوم	اضطراب فراگیر	۵۳/۴۸	۳/۲۸
		بهبودی کلی بالینی	۷۶/۹۲	۳/۴۴
		رضایت از درمان	-۱۴۰	-۶/۹۲
نظم جویی هیجان	کل	اضطراب فراگیر	۵۹/۲۹	۳/۲۵
		بهبودی کلی بالینی	۷۴/۲۷	۳/۶۷
		رضایت از درمان	-۱۱۸/۳۳	-۵/۷۶
	سوم	اضطراب فراگیر	۴۶/۱۴	۲/۸۳
		بهبودی کلی بالینی	۷۶/۹۲	۳/۴۶
		رضایت از درمان	-۸۰/۶۴	-۳/۲۸
چهارم	چهارم	اضطراب فراگیر	۵۳/۶۵	۲/۳۹
		بهبودی کلی بالینی	۷۱/۶۳	۲/۶۹
		رضایت از درمان	-۱۰۷/۴۰	-۲/۷۱
	کل	اضطراب فراگیر	۴۹/۸۹	۲/۶۱
		بهبودی کلی بالینی	۶۷/۸۱	۳/۰۷
		رضایت از درمان	-۹۴/۰۲	-۲/۹۹

در جدول ۴، شاخص‌های درصد بهبودی کلی و اندازه اثر کلی آزمودنی‌های دو گروه درمان فراتشخیصی و درمان نظم جویی هیجان در اضطراب فراگیر، بهبودی کلی بالینی و رضایت از درمان ارائه شده است. نتایج این جدول نشان می‌دهد که میانگین کل درصد بهبودی و اندازه اثر آزمودنی‌های درمان فراتشخیصی در اضطراب فراگیر به ترتیب برابر با ۵۹/۲۹ و ۳/۲۵ و در آزمودنی‌های درمان نظم جویی هیجان این مقادیر به ترتیب برابر با ۶۷/۳۴ و ۳/۰۷ است. مقایسه این نتایج نشان می‌دهد که آزمودنی‌های درمان فراتشخیصی در مقایسه با آزمودنی‌های درمان نظم جویی هیجان، بهبودی کلی بالینی بیشتری را گزارش کردند. در میزان رضایت از درمان نیز، میانگین کل درصد بهبودی و اندازه اثر آزمودنی‌های درمان فراتشخیصی به ترتیب برابر با ۱۱۸/۳۳ و ۵/۷۶- و در آزمودنی‌های درمان نظم جویی هیجان این مقادیر به ترتیب برابر با ۹۴/۰۲- و ۲/۹۱- است. این نتایج نشان

در جدول ۴، شاخص‌های درصد بهبودی کلی و اندازه اثر کلی آزمودنی‌های دو گروه درمان فراتشخیصی و درمان نظم جویی هیجان در اضطراب فراگیر، بهبودی کلی بالینی و رضایت از درمان ارائه شده است. نتایج این جدول نشان می‌دهد که میانگین کل درصد بهبودی و اندازه اثر آزمودنی‌های درمان فراتشخیصی در اضطراب فراگیر به ترتیب برابر با ۵۹/۲۹ و ۳/۲۵ و در آزمودنی‌های درمان نظم جویی هیجان این مقادیر به ترتیب برابر با ۶۷/۳۴ و ۳/۰۷ است. همان‌گونه که مشخص است آزمودنی‌های درمان فراتشخیصی وضعیت بهتری در درصد بهبودی و اندازه اثر در مقایسه با آزمودنی‌های درمان نظم جویی هیجان دارند و بر این اساس درمان فراتشخیصی در مقایسه با درمان نظم جویی هیجان منجر به بهبود بیشتر اضطراب فراگیر

کمتری در آخر درمان و مرحله پیگیری در مقایسه با درمان نظم جویی هیجانی منین و فراسکو برخوردار بودند. در نمودارهای زیر نیز وضعیت تغییرات نمرات آزمودنی‌ها در متغیرهای پژوهش نشان داده شده است. بر اساس نتایج این نمودارها از مرحله خط پایه تا پیگیری برای هر چهار آزمودنی در اضطراب فراگیر کاهش مره اتفاق افتاده است که بیشترین کاهش نمره مربوط به آزمودنی دوم با ۱۷ واحد کاهش نمره و کمترین کاهش نمره مربوط به آزمودنی سوم با ۱۲ واحد کاهش نمره بوده است. در سایر متغیرها نیز روند تغییرات نمرات آزمودنی‌ها نشان داده شده است. نمودار ۱ تا ۴ را ملاحظه بفرمایید.

می‌دهد که علاوه بر وضعیت بهتر آزمودنی‌های درمان فراتشخیصی در اضطراب فراگیر و بهبودی کلی بالینی، در میزان رضایت از درمان نیز آزمودنی‌های درمان فراتشخیصی از میزان رضایت از درمان بیشتری در مقایسه با آزمودنی‌های گروه درمان نظم جویی هیجان برخوردار بودند. با توجه به این نتایج می‌توان گفت اثربخشی درمان فراتشخیصی مبتنی بر تنظیم هیجان بارلو و درمان نظم جویی هیجانی منین و فراسکو بر علائم اضطراب فراگیر متفاوت است و این تفاوت به نفع درمان فراتشخیصی مبتنی بر تنظیم هیجان بارلو است و آزمودنی‌های درمان فراتشخیصی مبتنی بر تنظیم هیجان بارلو از اضطراب فراگیر



جویی هیجان بر علائم اضطراب فراگیر بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر وجود دارد؟ یافته‌های پژوهش نشان داد که هر دو درمان فراتشخیصی و نظم جویی هیجان منجر به کاهش علائم اضطراب فراگیر

بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش با هدف پاسخ به این پرسش انجام گرفت که آیا تفاوت معنی‌داری در اثربخشی درمان فراتشخیصی و درمان نظم

هیجان‌های منفی از یک الگوی وفق دهنده که باعث کاهش مشکلات کمتر سلامت ذهن می‌شود، استفاده کند که این امر کارکرد خود را در کاهش علائم اضطراب شرکت‌کنندگان پژوهش نشان می‌دهد (۲۱). نکته مهم دیگر اینکه، شیوه درمان نظم‌دهی مبتنی بر پروتکل منین و فراسکو استفاده از تکنیک‌هایی مانند آرام‌سازی هست که این تکنیک‌ها همراه با نظم‌جویی هیجان منجر به کاهش لحظه‌ای اضطراب در بیماران می‌شود. از سوی دیگر در این پروتکل درمانی، تمرکز بر کاهش و کنترل هیجان‌های منفی و نحوه استفاده مثبت از هیجان‌ها مورد توجه قرار گرفته است (۹). در این طرح مداخله‌ای، با تأکید بر آگاهی، فهم و پذیرش هیجان‌ها و توانایی به‌کارگیری رفتارهای معطوف به هدف و بازداری تکانه‌های منفی همچون خشم در زمان تجربه هیجان‌ها منفی و همچنین، استفاده از راهبردهای متناسب با موقعیت‌ها برای تعدیل شدن یا مدت‌زمان تجربه هیجان‌ها، به نسبت زمانی که سعی می‌کنیم آن‌ها را از بین ببریم و درنهایت، اشتیاق برای تجربه هیجان‌های منفی مانند بخشی از فعالیت‌های معنی‌دار زندگی و نه سرکوب آن‌ها، زمینه ارتقا هیجانی و کاهش اضطراب فراگیر را فراهم می‌کند (۱۲).

اما در تبیین اثربخشی بیشتر درمان فراتشخیصی بر کاهش علائم اضطراب فراگیر در مقایسه با درمان نظم‌جویی هیجان، می‌توان به این نکته اشاره کرد که درمان فراتشخیصی بجای بازداری یا کنترل هیجان‌های منفی به درک ماهیت انطباقی هیجان‌ها و افزایش آگاهی هیجانی با استفاده از تکنیک‌های ذهن آگاهی می‌پردازد و در جلسات درمانی به مراجعین آموخته می‌شود که همه عواطف چه مثبت و چه منفی مهم و ضروری هستند، هدف حذف نیست بلکه هدف شناسایی، تحمل و کنار آمدن با عواطف منفی می‌باشد و هیجان‌هایی مانند عواطف منفی ترسناک نیستند و طبیعی و جنبه بقا دارند؛ بر همین اساس با یک دیدگاه فراتشخیصی و فراشناختی به هیجان‌ها می‌پردازد و یک سطح بالاتر از درمان صرف نظم‌جویی هیجان است. از سوی دیگر، درمان فراتشخیصی به‌عنوان یک درمان هیجان محور، تأکید عمده‌ای بر تجربه و پاسخ‌های هیجانی دارد؛ زیرا تلاش برای تنظیم هیجانی موجب افزایش و تداوم احساساتی می‌شود که فرد تلاش می‌کند کاهش دهد (۱۳). در این درمان بیماران یاد می‌گیرند تا فهم بهتری از تجربه‌های هیجانی خود (شامل برانگیزاننده و پیامدهای رفتاری) کسب کنند، با ارزیابی‌های شناختی منفی از احساس‌ها و هیجان‌های جسمی

آزمودنی‌ها شده است. یافته‌های این پژوهش درباره اثربخشی درمان فراتشخیصی و نظم‌جویی هیجان بر کاهش علائم اضطراب فراگیر، تأیید کننده پژوهش‌های پیشینی است که اثربخشی این دو درمان را بر علائم اضطراب فراگیر نشان داده‌اند. این پژوهش با یافته‌های پژوهش‌های پیشین از جمله بارلو و همکاران (۱۳)، نیوبای و همکاران (۴۰)، بخشی پور رودسری و همکاران (۴۱)، عبدی و همکاران (۴۲)، رحمتی و همکاران (۴۳)، رحمانی و هاشمیان (۴۴)، منین و همکاران (۹) هماهنگ است. در تبیین اثربخشی درمان فراتشخیصی بر علائم اضطراب فراگیر می‌توان به این نکته اشاره کرد که بسیاری از تکنیک‌های به‌کاربرده شده در پروتکل درمان فراتشخیصی استفاده از راهبردهایی نظیر ارزیابی شناختی، خودکنترلی افکار، مواجهه هیجانی ذهنی و واقعی، آگاهی و کنترل احساسات بدنی، پیشگیری و مدیریت پاسخ‌های هیجانی نامطلوب بودند که همگی در مطالعات قبلی نتایج خوبی را نشان داده‌اند (۱۳). این تکنیک‌ها سهم قابل توجهی در کاهش نشانه‌های اضطراب فراگیر این بیماران داشتند؛ زیرا با شناسایی هیجان‌ها تأثیرگذار در اختلال، رفتارهایی را که مولد اضطراب و همراه با این هیجان‌ها بودند را تسهیل می‌کنند. چنین آگاهی از هیجان‌ها و ماهیت آن‌ها، به بیماران امنیت لازم برای رویارویی با موقعیت‌های استرس‌آور و کنترل احساسات و تنش‌های جسمانی منفی در حضور در اجتماعات زندگی را می‌دهد (۴۰). همچنین همان‌گونه که اشاره شد، نگرانی افراطی و نگرانی عمده، یکی از نشانه‌های اصلی اختلال اضطراب فراگیر است (۲) که این علائم در این پژوهش، با استفاده از تکنیک‌هایی نظیر درک هیجان‌ها، شناخت و پیگیری واکنش‌های هیجانی در آن موقعیت و آگاهی و تحمل احساسات بدنی و مواجهه در وهله اول به‌صورت ذهنی و سپس واقعی، به‌صورت مستقیم در هر دو شرکت‌کننده درمان فراتشخیصی مورد درمان قرار گرفت و شرکت‌کننده‌ها پس از درمان هم به لحاظ شناختی از نگرانی و شرم کمتر و هم از لحاظ رفتاری از اجتناب کمتری برای مواجهه با موقعیت‌های دارای اضطراب برخوردار شدند (۱۹).

همچنین در تبیین اثرگذاری درمان نظم‌جویی هیجان بر کاهش نشانگان اضطراب فراگیر می‌شود این‌گونه تبیین کرد که از آنجایی که اضطراب فراگیر به‌طور ذاتی دارای نشانه‌های هیجانی زیادی است، توانایی افراد در نظم‌دهی این هیجان‌ها نقش مهمی در کاهش اثرات اضطراب دارد. درواقع توانایی نظم‌دهی مناسب هیجان فرد را قادر می‌سازد تا برای مواجهه شدن با

دارد. با این حال به علت محدودیت‌هایی نظیر، استفاده از روش تک آزمودنی و حجم نمونه اندک، استفاده از پرسشنامه خودگزارش‌دهی و استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند، باید در تعمیم‌دهی نتایج جوانب احتیاط را رعایت کرد. همچنین پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌هایی با حجم نمونه بیشتر و کار گروهی به ارزیابی تأثیر این روش‌های درمانی بر اختلالات اضطرابی دیگر نظیر اضطراب اجتماعی پرداخته شود. همچنین پیشنهاد می‌شود که در کلینیک‌های مشاوره‌ای و روان‌شناختی از این روان‌درمانی‌ها استفاده کرد.

تقدیر و تشکر

از نمونه‌های پژوهش حاضر، کارکنان مراکز مشاوره‌ای نیشابور و همه عواملی که اجرای این پژوهش را ممکن ساختند، کمال تشکر و قدردانی را داریم. مقاله حاضر برگرفته از رساله دکتری نویسنده مسئول از دانشگاه آزاد اسلامی واحد نیشابور می‌باشد.

چالش کنند، رفتارهای ناشی از هیجان را شناسایی و اصلاح کنند، آگاهی و تحمل احساس‌های جسمی در طی مواجهه درون‌زاد را کسب کنند و در بافت‌های موقعیتی و درون‌زاد با تجربه‌های هیجانی خود مواجه شوند (۲۰). همه این مهارت‌ها، با اصلاح عادات تنظیم هیجانی منجر به کاهش شدت دشواری در تنظیم هیجانی و برگرداندن هیجان‌ها به سطح کارکردی می‌شود که این عامل تأثیر مستقیمی بر نشانه‌های اختلال‌های اضطرابی، از جمله اضطراب فراگیر دارد (۲۳).

در مجموع نتایج پژوهش نشان داد که هر دو درمان متمرکز بر هیجان (درمان فراتشخیصی بارلو و درمان نظم جویی هیجان منین و فراسکو) تأثیر معنی‌داری بر کاهش نشانگان اضطراب فراگیر داشته‌اند. همچنین نتایج نشان داد که اثربخشی درمان فراتشخیصی بالاتر از درمان نظم جویی هیجان بود. این نتایج بیانگر اهمیت روان‌درمانی‌های متمرکز بر هیجان بر اختلالات هیجانی خصوصاً اضطراب فراگیر است. این نتایج تلویحات کاربردی فراوانی در حوزه روان‌درمانی و درمان‌های روان‌شناختی

References

1. Borkovec TD, Ruscio AM. Psychotherapy for generalized anxiety disorder. *The Journal of Clinical Psychiatry*. 2001; 62(11): 37-42.
2. Kozel FA. Clinical repetitive transcranial magnetic stimulation for posttraumatic stress disorder, generalized anxiety disorder, and bipolar disorder. *Psychiatric Clinics*. 2018; 41(3):433-46.
3. Kessler RC, Brandenburg N, Lane M, Roy-Byrne P, Stang PD, Stein DJ, Wittchen HU. Rethinking the duration requirement for generalized anxiety disorder: evidence from the National Comorbidity Survey Replication. *Psychological medicine*. 2005; 35(7):1073-82.
4. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®). American Psychiatric Pub; 2013.
5. Stein MB, Sareen J. Generalized anxiety disorder. *New England Journal of Medicine*. 2015; 373(21):2059-68.
6. Canuto A, Weber K, Baertschi M, Andreas S, Volkert J, Dehoust MC, Sehner S, Suling A, Wegscheider K, Ausín B, Crawford MJ. Anxiety disorders in old age: psychiatric comorbidities, quality of life, and prevalence according to age, gender, and country. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*. 2018; 26(2):174-85.
7. Generoso MB, Trevizol AP, Kasper S, Cho HJ, Cordeiro Q, Shiozawa P. Pregabalin for generalized anxiety disorder: an updated systematic review and meta-analysis. *International clinical psychopharmacology*. 2017; 32(1):49-55.
8. Timulak L, McElvaney J, Keogh D, Martin E, Clare P, Chepukova E, Greenberg LS. Emotion-focused therapy for generalized anxiety disorder: An exploratory study. *Psychotherapy*. 2017; 54(4):361-366.
9. Mennin DS, Fresco DM, Ritter M, Heimberg RG. An open trial of emotion regulation therapy for generalized anxiety disorder and cooccurring depression. *Depression and anxiety*. 2015; 32(8):614-23.
10. Andreescu C, Sheu LK, Tudorasu D, Gross JJ, Walker S, Banihashemi L, Aizenstein H. Emotion reactivity and regulation in late-life generalized anxiety disorder: functional connectivity at baseline and post-treatment. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*. 2015; 23(2):200-214.

11. Mennin DS, Fresco DM, Ritter M, Heimberg RG. An open trial of emotion regulation therapy for generalized anxiety disorder and cooccurring depression. *Depression and anxiety*. 2015; 32(8):614-623.
12. Greenberg LS. *Emotion-focused therapy: Coaching clients to work through their feelings*. American Psychological Association; 2015.
13. Barlow DH, Farchione TJ, Sauer-Zavala S, Latin HM, Ellard KK, Bullis JR, Bentley KH, Boettcher HT, Cassiello-Robbins C. *Unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: Therapist guide*. Oxford University Press; 2017.
14. Kovacs M, Sherrill J, George CJ, Pollock M, Tumuluru RV, Ho V. Contextual emotion-regulation therapy for childhood depression: Description and pilot testing of a new intervention. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2006; 45(8):892-903.
15. Newman MG, Castonguay LG, Borkovec TD, Fisher AJ, Nordberg SS. An open trial of integrative therapy for generalized anxiety disorder. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*. 2008; 45(2):135-147.
16. Dimeff L, Linehan MM. *Dialectical behavior therapy in a nutshell*. The California Psychologist. 2001;34(3):10-13.
17. Hayes SC, Strosahl KD, Wilson KG. *Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change*. Guilford Press; 2011.
18. Kuyken W, Warren FC, Taylor RS, Whalley B, Crane C, Bondolfi G, Hayes R, Huijbers M, Ma H, Schweizer S, Segal Z. Efficacy of mindfulness-based cognitive therapy in prevention of depressive relapse: an individual patient data meta-analysis from randomized trials. *JAMA psychiatry*. 2016; 73(6):565-574.
19. McEvoy PM, Nathan P, Norton PJ. Efficacy of transdiagnostic treatments: A review of published outcome studies and future research directions. *Journal of Cognitive Psychotherapy*. 2009; 23(1):20-23.
20. Bullis JR, Sauer-Zavala S, Bentley KH, Thompson-Hollands J, Carl JR, Barlow DH. The unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: preliminary exploration of effectiveness for group delivery. *Behavior Modification*. 2015; 39(2):295-321.
21. Gross JJ, Thompson RA. *Emotion regulation: Conceptual foundations*. Guilford publications; 2007.
22. Riccardi CJ, Korte KJ, Schmidt NB. False safety behavior elimination therapy: a randomized study of a brief individual transdiagnostic treatment for anxiety disorders. *Journal of anxiety disorders*. 2017; 46:35-45.
23. Bakhshipour Roodsari A, Mahmood Aliloo M, Farnam A, Abdi R. Efficacy Evaluation of Unified Transdiagnostic Treatment in Symptoms Reduction of Patients with Generalized Anxiety Disorder and a Comorbid Emotional Disorder. *Journal of Modern Psychological Researches*, 2014; 8(32): 41-74. [In Persian]
24. Reinholt N, Krogh J. Efficacy of transdiagnostic cognitive behaviour therapy for anxiety disorders: a systematic review and meta-analysis of published outcome studies. *Cognitive Behaviour Therapy*. 2014; 43(3):171-184.
25. Watson D. Rethinking the mood and anxiety disorders: a quantitative hierarchical model for DSM-V. *Journal of abnormal psychology*. 2005; 114(4):522-536.
26. Fresco DM, Mennin DS, Heimberg RG, Ritter M. Emotion regulation therapy for generalized anxiety disorder. *Cognitive and Behavioral Practice*. 2013; 20(3):282-300.
27. Naeinian M, Shaeiri M, Sharif M, Hadian M. To Study Reliability and Validity for A Brief Measure for Assessing Generalized Anxiety Disorder (GAD-7). *CPAP*. 2011; 2 (4):41-50
28. First MB, Gibbon M, Spitzer RL, Williams JB, Benjamin LS. *Structured Clinical Interview for DSM-IV® Axis II Personality Disorders SCID-II*. American Psychiatric Pub; 1997.
29. Tran GQ, Smith GP. Behavioral assessment in the measurement of treatment outcome. In: Haynes SN, Heiby EM, Hersen M, Editors. *Comprehensive handbook of psychological assessment*. New York: John Wiley & Sons; 2003: 269-290.

30. Sharifi V, Asaadi SM, Mohamadi MR, Amini H, Kaviyani H, Semnani Y, et al. Reliability and feasibility for Persian version of structured clinical interview diagnose based on DSM-IV. Quarterly Journal of Advances in Cognitive Sciences 2004; 6(1-2): 10-22. [In Persian]
31. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB, Monahan PO, Lowe B. Anxiety disorders in primary care: prevalence, impairment, comorbidity, and detection. Ann Intern Med 2007; 146(5): 317-325
32. Guy W. ECDEU assessment manual for psychopharmacology. US Dept Health, Education, and Welfare Publication (ADM) 76-338. Rockville, MD: National Institute of Mental Health. 1976:218-222.
33. Shareh H. Validation and investigating the Psychometric properties of The Client Satisfaction Questionnaire and Client Clinical Global Index in a sample of patients with Obsessive-Compulsive Disorder. Unpublished manuscript. [Persian]
34. Larsen DL, Attkisson CC, Hargreaves WA, Nguyen TD. Assessment of client/patient satisfaction: Development of a general scale. Eval Program Plann. 1979; 2(3): 197-207.
35. Attkisson CC, Zwick R. The Client Satisfaction Questionnaire: Psychometric properties and correlations with service utilization and psychotherapy outcome. Eval Program Plann. 1982; 5(3):233-237.
36. Horvath AO, Greenberg LS. Development and validation of the Working Alliance Inventory. Journal of counseling psychology. 1989; 36 (2):223-233.
37. Kokotovic AM, Tracey TJ. Working alliance in the early phase of counseling. Journal of counseling psychology. 1990; 37(1):16-21.
38. Martin DJ, Garske JP, Davis MK. Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: a meta-analytic review. Journal of consulting and clinical psychology. 2000; 68(3):438-450.
39. Richards SB. Single subject research: Applications in educational settings. Cengage Learning; 2018.
40. Newby JM, McKinnon A, Kuyken W, Gilbody S, Dalgleish T. Systematic review and meta-analysis of transdiagnostic psychological treatments for anxiety and depressive disorders in adulthood. Clinical psychology review. 2015; 40:91-110.
41. Wilamowska ZA, Thompson Hollands J, Fairholme CP, Ellard KK, Farchione TJ, Barlow DH. Conceptual background, development, and preliminary data from the unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders. Depression and Anxiety. 2010; 27(10):882-890.
42. Abdi R, Bakhshipour A, Mahmood Alilou M, Farnam A. Efficacy evaluation of unified transdiagnostic treatment on reduction of symptoms severity in women with generalized anxiety disorder. Journal of Research In Behavioural Sciences. 2013; 11(5): 375-390. [In Persian]
43. Rahmati A, Amir-Teymoori R, Pour-Ebrahimi M. The Effect of Training Emotion Regulation Skills on the Resiliency of Patients with Generalized Anxiety Disorder. Journal of Kerman University of Medical Sciences, 2016; 23(3): 368-379. [In Persian]
44. Rahmani F, hashemniyan K. The Effectiveness of Cognitive Emotion Regulation on Reduction of Depression and Anxiety symptoms of Adolescents. Journal of Psychological Studies, 2016; 12(3): 47-62. [In Persian].