

فصلنامه پژوهش‌های نوین روانشناختی

سال پانزدهم شماره ۵۸ تابستان ۱۳۹۹

اثربخشی گروه‌درمانی مبتنی بر تنظیم هیجان بر بهبود علائم و کیفیت زندگی افراد مبتلا به اختلال اضطراب بیماری

آرش عقیقی^۱، نوراله محمدی^{۲*}، چنگیز رحیمی طاقانکی^۳، مهدی ایمانی^۴

۱- دانشجوی دکتری روان‌شناسی بالینی، بخش روان‌شناسی بالینی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه شیراز، شیراز، ایران.

۲- استاد روان‌شناسی، بخش روان‌شناسی بالینی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه شیراز، شیراز، ایران

۳- استاد روان‌شناسی، بخش روان‌شناسی بالینی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه شیراز، شیراز، ایران

۴- استادیار روان‌شناسی، بخش روان‌شناسی بالینی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه شیراز، شیراز، ایران

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۰۴/۱۵

تاریخ وصول: ۱۳۹۹/۰۲/۲۱

چکیده

هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر تنظیم هیجان بر بهبود علائم، نگرانی، نقص در تنظیم هیجان و کیفیت زندگی افراد مبتلا به اختلال اضطراب بیماری بود. پژوهش حاضر از نوع آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون و گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش حاضر تمامی افراد مبتلا به اختلال اضطراب بیماری شهر شیراز در سال ۱۳۹۸ بود که به کلینیک‌های اعصاب و روان دانشگاه علوم پزشکی شیراز مراجعه کردند. نمونه‌ی پژوهش شامل ۱۸ فرد (۸ مرد و ۱۰ زن) مبتلا به اختلال اضطراب بیماری بودند که بطور تصادفی در گروه آزمایش و گروه کنترل گمارده شدند. آزمودنی‌های گروه آزمایش در دو مقطع پیش‌آزمون و پس‌آزمون از طریق مصاحبه بالینی ساختاریافته برای DSM-5 (SCID)، برنامه‌ی مصاحبه ساختاریافته برای اختلال‌های اضطرابی و اختلالات مرتبط بر اساس DSM-5 (ADIS-5)، و پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی (WHOQOL-BREF) مورد ارزیابی قرار گرفتند. نتایج نشان داد که اجرای درمان گروهی مبتنی بر تنظیم هیجان در افراد مبتلا به اختلال اضطراب بیماری، علائم اضطرابی و کیفیت زندگی افراد مبتلا را به شکل معنی‌داری بهبود می‌بخشد ($p \leq 0/05$). لذا، درمان مبتنی بر تنظیم هیجان، بعنوان یک درمان موج سوم شناختی-رفتاری که اثربخشی آن بر اختلال اضطراب فراگیر ثابت شده است، از طریق استفاده از راهبردهای تمرین ذهن‌آگاهی اسکن بدنی، آگاهی از حس‌های جسمانی و تمرین تنفس و همچنین مداخله در سازه‌های نگرانی و تنظیم هیجان، که به عنوان سازه‌های میانجی در درمان بسیاری از اختلالات شناخته شده‌اند، بر علائم و کیفیت زندگی افراد مبتلا به اختلال اضطراب بیماری نیز اثربخش است.

واژه‌های کلیدی: درمان مبتنی بر تنظیم هیجان، نگرانی؛ تنظیم هیجان؛ کیفیت زندگی؛ اختلال اضطراب بیماری

مقدمه

اختلال اضطراب بیماری، تشخیص جدیدی در راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی (DSM-5)^۱ است و شامل افرادی می‌شود که در مورد ابتلا به نوعی بیماری، نگرانی و اشتغال ذهنی دارند. ویژگی اصلی اختلال اضطراب بیماری نگرانی و اشتغال ذهنی با ابتلا یا کسب یک بیماری جدی، سطوح بالای اضطراب در مورد سلامتی و اقدامات افراطی در مورد سلامتی خود یا اجتناب‌های نامتناسب است (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳). این اختلال نوعی از خودبیمارانگاری توصیف شده در DSM-IV است و همپوشی بالایی با خودبیمارانگاری و اضطراب سلامت دارد (سادوک، سادوک و رویز^۳، ۲۰۱۵). بخش قابل توجهی از مبتلایان به خودبیمارانگاری، در غیاب علائم جسمانی، میزان بالایی از اضطراب در مورد سلامتی خود دارند و بسیاری از این علائم با یک اختلال اضطرابی قابل توصیف نیست. تشخیص اختلال اضطراب بیماری برای این گروه به کار می‌رود (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳). شیوع یک تا دو ساله‌ی اضطراب بیماری و یا اعتقاد به بیمار بودن در بررسی‌ها و نمونه‌های مبتنی بر جمعیت از ۱/۳ تا ۱۰ درصد متغیر است. در جمعیت سرپایی بیماران جسمانی، شیوع شش ماهه تا یک ساله بین ۳ تا ۸ درصد است (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳). با توجه به جدید بودن تشخیص اختلال اضطراب بیماری و شیوع نسبتاً بالای این اختلال، تحقیقات اندکی درباره‌ی این اختلال صورت گرفته است.

از طرف دیگر، در نظام طبقه‌بندی راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی (DSM-5)، اختلال اضطراب بیماری در طبقه‌ی اختلال نشانه‌های جسمانی و اختلالات مرتبط گنجانده شده است و یک اختلال جسمانی‌سازی شناخته می‌شود. به علاوه، اختلال اضطراب بیماری با تمرکز عمده بر نگرانی‌های جسمانی مشخص می‌شود و اولین مراجعه عموماً به مراکز پزشکی است تا مراکز سلامت روان. همچنین، با توجه به اینکه افراد دارای اختلال اضطراب بیماری بیشتر به دنبال اطمینان طلبی هستند و به متخصصین پزشکی و آزمایشگاه‌های تشخیص پزشکی مراجعه می‌کنند، پژوهش روان‌شناسی در حوزه‌ی این اختلال مورد غفلت قرار گرفته است (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳). اگرچه خودبیمارانگاری در طبقه‌ی اختلال علائم جسمی و اختلالات مرتبط قرار گرفته است، اعتبار این طبقه‌بندی کاملاً بدون شک و تردید نبوده است. این مسئله همیشه مورد بحث بوده است که خودبیمارانگاری به عنوان یک اختلال از طبقه‌ی اختلالات اضطرابی، می‌تواند بهتر مفهوم‌پردازی شود (اولاتونجی، داکون و آبراموویتز^۴، ۲۰۰۹). بر این اساس، DSM-5 خودبیمارانگاری را با "اختلال اضطرابی بیماری" جایگزین کرده است، ولی این اختلال همچنان در طبقه‌ی اختلال نشانه‌های جسمانی و اختلالات مرتبط طبقه‌بندی شده است. با این وجود، اختلال اضطراب بیماری را هم می‌توان در طبقه‌ی تشخیصی اختلال علائم جسمی و اختلالات مرتبط و هم به عنوان یک اختلال اضطرابی در نظر گرفت (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳). به علاوه، افراد مبتلا به اضطراب سلامت بیشتر از هر اختلال اضطرابی دیگری، همبودی اختلال اضطراب فراگیر دارند و این همبودی حاکی از نقش داشتن عوامل زیربنایی مثل نگرانی در هر دو اختلال است (براون و همکاران^۵، ۲۰۰۱).

تاکنون مدل‌های شناختی، رفتاری، فراشناختی و هیجانی متفاوتی درباره‌ی ایجاد و تداوم نگرانی و اختلالات اضطرابی معرفی شده است. یکی از مهم‌ترین مدل‌های مطرح شده در اختلالات اضطرابی مدل نقص در تنظیم هیجان^۶ است. پژوهش‌های متعددی ارتباط بین تنظیم هیجان و اختلالات روانی گوناگون را نشان داده‌اند. در سال‌های اخیر، نقص در تنظیم هیجان یا دشواری در مدیریت هیجان‌ات خود، به عنوان یک سازه‌ی مخل که در بسیاری از اختلالات و بسیاری از نظریه‌های آسیب‌شناسی نقش دارد،

¹ Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

² American Psychiatric Association

³ Sadock, Sadock & Ruiz

⁴ Olatunji, Deacon, & Abramowitz

⁵ Brown

⁶ emotion dysregulation

کانون نظریه‌ها و پژوهش‌های زیادی بوده است (شیپس، سوری و گراس^۱، ۲۰۱۵). ثابت شده است که نقص در تنظیم هیجان، به ویژه در اختلالات اضطرابی نقش اساسی دارد (منین، مک‌لافلین و فلانگان^۲، ۲۰۰۹؛ هافمن، ساویر، فانگ و آسانی^۳، ۲۰۱۲). برخی پژوهش‌ها نیز به طور اختصاصی به بررسی نقش تنظیم هیجان در اختلال اضطراب بیماری پرداخته‌اند و نشان داده‌اند که نقص در تنظیم هیجان، پیش‌بینی‌کننده‌ی قوی و معنی‌دار اضطراب سلامت است (باردین و فرگوس^۴، ۲۰۱۴). همچنین، ثابت شده است که افراد مبتلا به خودبیمارانگاری، در مقایسه با افراد سالم، مشکلات بیشتری در شناسایی هیجانات خود دارند و نشخوارهای ذهنی متمرکز بر علائم جسمانی بیشتری دارند (بیلر، ویتوفت، اریک و مایر^۵، ۲۰۱۷). افراد مبتلا به اضطراب سلامت، اطلاعات مرتبط با بیماری را به طور منفی تفسیر می‌کنند. این ارزیابی منفی و اتوماتیک با نقص در تنظیم هیجان این افراد ارتباط معنی‌داری دارد (یاسپر و ویتوفت^۶، ۲۰۱۳). پژوهش‌های حاضر، این فرضیه را به وجود می‌آورند که تنظیم هیجان نقش مهمی در اختلال اضطراب بیماری و درمان این اختلال ایفا می‌کند.

با این وجود، مرور ادبیات خودبیمارانگاری و اضطراب سلامت نشان می‌دهد که خودبیمارانگاری یک اختلال مقاوم به درمان است (تیلور، آسماندسون و کونز، ۲۰۰۵). یکی از دلایل این امر، فقدان مفهوم‌سازی نظری این اختلال است (اولاتونجی، کافمن، ملترز، دیویس، اسمیتز و پاورز، ۲۰۱۴). اگرچه چندین کارآزمایی کنترل‌شده تصادفی بزرگ اثربخشی درمان شناختی رفتاری و داروهای مهارکننده انتخابی بازجذب سروتونین را اثبات کرده‌اند، بررسی‌های اخیر که توسط اولد هارتمن^۷ و همکاران (۲۰۰۹) انجام شد، نشان داد که بهبودی خودبیمارانگاری فقط ۳۰ تا ۵۰ درصد است و نرخ ریزش درمان حدود ۲۵ درصد است. بنابراین، گزینه‌های درمانی جدیدتری نیاز است. از طرف دیگر، پژوهش‌های مختلفی نشان داده است که درمان‌های موج‌سومی که عناصری از درمان شناختی رفتاری را به کار می‌گیرند، مثل شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی (MBCT) (لوواس و بارسکی^۸، ۲۰۱۰؛ مک‌مانوس^۹ و همکاران، ۲۰۱۲) و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) (الینبرگ^{۱۰} و همکاران، ۲۰۱۵) به طور معنی‌داری بر کاهش نشانه‌های اضطراب سلامت و نگرانی بیماری اثربخش است.

یکی از درمان‌های موج سوم شناختی-رفتاری که در چند دهه‌ی گذشته در حیطه‌ی اختلالات اضطرابی حمایت پژوهشی محکمی را به همراه داشته، درمان مبتنی بر تنظیم هیجان (ERT)^{۱۱} است که توسط داگلاس منین، ریچارد هیمبرگ، سینتیا تورک و داوید فرسکو^{۱۲} (۲۰۰۲) ارائه شد. درمان مبتنی بر تنظیم هیجان یک رویکرد درمانی یکپارچه‌نگر و کوتاه‌مدت است که به مراجعان کمک می‌کند که بتوانند دانش، پذیرش و استفاده از هیجانات‌شان را بهبود ببخشند. این رویکرد درمانی اصول درمان شناختی-رفتاری (CBT)^{۱۳} (مثل خودنظاره‌گری و بازسازی مجدد عقاید) را با مداخلات تجربه‌ای، هیجان‌مدار و بافتاری ادغام می‌کند و مداخلاتی در سطح شناختی، هیجانی و میان‌فردی را در بر می‌گیرد.

¹ Sheppes, Suri, & Gross

² Mennin, McLaughlin, & Flanagan

³ Hofmann, Sawyer, Fang, & Asnaani

⁴ Bardeen, & Fergus

⁵ Bailer, Witthöft, Erkc, & Mier

⁶ Jasper, & Witthöft

⁷ olde Hartman

⁸ Lovas & Barsky

⁹ McManus

¹⁰ Eilenberg

¹¹ Emotion Regulation Therapy

¹² Mennin, Heimberg, Turk, & Fresco

¹³ Cognitive Behavioral Therapy

مدل مبتنی بر تنظیم هیجان^۱، از ادبیات مربوط به نظریه‌ی هیجان^۲ و تنظیم حالت‌های هیجانی برگرفته شده است و بر اهمیت فهم نگرانی در چارچوب دشواری‌های موجود در تنظیم هیجان تأکید دارد. زیرا نگرانی می‌تواند به عنوان یک پاسخ اجتنابی به هیجان‌های پریشان‌کننده عمل کند (منین، هیمبرگ، تورک و فرسکو، ۲۰۰۵). اساس مفهوم سازی دیدگاه تنظیم هیجان درباره‌ی اختلالات هیجانی این است که نقص در تجربه یا ابراز هیجان منجر به تلاش‌های فراوان و ناکارآمد برای کنترل یا سرکوب تجربیات هیجانی می‌شود. به علاوه، افراد مبتلا به اختلالات هیجانی اغلب به راهبردهای کنترل شناختی از جمله نگرانی و نشخوار متوسل می‌شوند تا از این طریق ناتوانی خود در مدیریت هیجانات را جبران کنند (رنا، کوینترو، فرسکو و منین، ۲۰۱۷).

درمان مبتنی بر تنظیم هیجان از چهار مرحله یا چهار فاز تشکیل شده است؛ مرحله‌ی اول آموزش روانی^۳ است. در این مرحله الگوهای کارکردی هیجانات توضیح داده شده و آگاهی از هیجانات در شرایط گذشته و حال و نیز اهمیت مخرب سرکوبی نیازها، تمایلات و هیجانات آموزش داده می‌شود. همچنین به درمانجو آموزش داده می‌شود که به نشانه‌های جسمانی و هیجانی خود توجه ذهن آگاهانه داشته باشد. مرحله‌ی دوم مهارت آموزی^۴ است. در این مرحله مهارت‌های مدیریت، ابراز و تنظیم هیجان آموزش داده می‌شود. همچنین در این مرحله اجتناب از ابراز هیجان مراجع به چالش کشیده می‌شود. مرحله‌ی سوم مواجهه تجربی برای یادگیری در موقعیت‌های زندگی روزمره^۵ است. در این مرحله مراجع تشویق می‌شود که مهارت‌های یاد گرفته شده را در موقعیت‌های واقعی و روزمره به کار برده و از این طریق تسلط بر مهارت‌ها و آگاهی و پذیرش هیجاناتش افزایش یابد. مرحله‌ی چهارم نیز مرحله‌ی بررسی دستاوردها و اختتام^۶ است. در این مرحله فرآیندهای یادگرفته شده مرور می‌شوند، راجع به مسئله‌ی عود و پیشگیری از آن توضیح داده می‌شود و با تشویق استقلال مراجع رابطه‌ی درمانی پایان می‌یابد (فرسکو، منین، هیمبرگ و ریتز، ۲۰۱۳).

درمان مبتنی بر تنظیم هیجان می‌تواند به شکل گروهی اجرا شود و به دو دلیل عمده می‌تواند نسبت به درمان فردی ارجحیت داشته باشد؛ اول اینکه درمان گروهی نیاز به فهرست انتظار طولانی را کاهش می‌دهد و هم درمانگر و هم درمانجویان می‌توانند از زمان خود استفاده‌ی بهتری داشته باشند. هایمل، ون اتن و فیشر^۹ (۲۰۰۳) برآورد کردند که گروه درمانی به طور متوسط ۷۵ درصد صرفه جویی در زمان برای هر مراجع فراهم می‌کند که به لحاظ هزینه نیز قابل توجه است. دوم اینکه گروه منافع دیگری مثل تجربه یکسان بودن تجربیات، الگوگیری و حمایت از گروه را برای مراجعین ایجاد می‌کند (ولگن سینگر^{۱۰}، ۲۰۱۵). پژوهش‌های متعددی اثربخشی درمان‌های گروهی بر اختلال اضطراب بیماری را ثابت کرده‌اند. برای مثال، اثربخشی درمان گروهی شناختی رفتاری (وک، گروپالیس، هیلر و بلیچارت^{۱۱}، ۲۰۱۵) و درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد (الینبرگ، کرون استراند، فینک و فروستلم^{۱۲}، ۲۰۱۳؛ الینبرگ، هافمن، ینسن و فروستلم^{۱۳}، ۲۰۱۷) بر اضطراب سلامت مورد تأیید قرار گرفته است.

به طور کلی، یکی از تأکیدهای درمان‌های موج سوم شناختی-رفتاری و به ویژه درمان مبتنی بر تنظیم هیجان این است که این درمان صرفاً به درمان نشانه‌ها نمی‌پردازد و به دنبال بهبود کیفیت زندگی افراد نیز هست (فرسکو، منین، هیمبرگ و ریتز، ۲۰۱۳).

¹ Emotion Regulation Model

² Theory of Emotion

³ Renna, Quintero, Fresco, & Mennin

⁴ Psychoeducation

⁵ Skill Training

⁶ Experiential Exposure to Promote New Contextual Learning

⁷ Consolidating Gains and Looking Ahead

⁸ Fresco, Mennin, Heimberg, & Ritter

⁹ Himle, Van-Etten, Fischer

¹⁰ Wolgensinger

¹¹ Weck, Gropalis, Hiller, & Bleichhardt

¹² Eilenberg, Kronstrand, Fink, & Frostholm

¹³ Eilenberg, Hoffmann, Jensen, & Frostholm

کیفیت زندگی^۱، بنا به تعریف سازمان جهانی بهداشت^۲ (WHO) درک افراد از موقعیت خود در زندگی از نظر فرهنگ، سیستم ارزشی که در آن زندگی می‌کنند، اهداف، انتظارات، استانداردها و اولویت هایشان می‌باشد و کاملاً فردی است. داده‌های مربوط به کیفیت زندگی برای تخمین تاثیر بیماری‌ها بر کارکرد^۳ و رفاه^۴ زندگی افراد بسیار حائز اهمیت است. اختلال اضطراب بیماری یکی از اختلالات رایج است که با شرایط ناتوان کننده و کیفیت زندگی مرتبط با سلامت^۵ پایین مرتبط است. اختلال خودبیمارانگاری با اختلال قابل توجه و معنی دار در عملکرد زندگی فرد دارد (مایکلتون^۶، ۲۰۰۹). افراد مبتلا به اختلال اضطراب بیماری رنج فردی بسیاری را تحمل می‌کنند (سمپرتگوی، کارمن، ون هوت و بیکر^۷، ۲۰۱۷) و هزینه‌های زیادی بر سیستم سلامت پزشکی دارند (گراب^۸ و همکاران، ۲۰۰۹). همچنین، اضطراب سلامت شدید، اختلالی مزمن است و هزینه‌های زیادی برای سیستم سلامت پزشکی دارد (فینک^۹ و همکاران، ۲۰۰۴) و کیفیت زندگی را کاهش می‌دهد (فینک، اورنبول و کریستینسن^{۱۰}، ۲۰۱۰). به علاوه، ریف^{۱۱} و همکاران (۲۰۱۲) در پژوهشی نشان دادند که نگرانی درباره‌ی سلامت به طور معنی‌داری با افسردگی و کیفیت زندگی پایین همراه است. نگرانی‌های مربوط به بیماری جایگاه مهمی در زندگی افراد مبتلا به اضطراب بیماری به خود می‌گیرد، بر فعالیت روزانه‌اش اثر گذاشته و ممکن است حتی سبب ناتوانی گردد (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۱۳). پژوهش‌ها نشان داده‌اند که نگرانی بیش از حد، فارغ از تشخیص اختلال اضطراب فراگیر، با پریشانی بیشتر (میلویان و پاچانا^{۱۲}، ۲۰۱۵) و کیفیت زندگی پایین‌تر (گولدن^{۱۳} و همکاران، ۲۰۱۱) ارتباط دارد. بنابراین، در مجموع هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر تنظیم هیجان به صورت گروهی بر بهبود علائم و کیفیت زندگی افراد مبتلا به اختلال اضطراب بیماری است.

روش

پژوهش حاضر از نوع آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون و گروه کنترل بود. جامعه‌ی آماری تمامی افراد مبتلا به اختلال اضطراب بیماری شهر شیراز در سال ۱۳۹۸ بودند که به کلینیک‌های اعصاب و روان دانشگاه علوم پزشکی شیراز مراجعه کردند. افراد مبتلا به اختلال اضطراب بیماری پس از تشخیص روانپزشک، جهت شرکت در پژوهش و بهره‌مندی از درمان روان‌شناختی راهنمایی شدند. در این مرحله، تشخیص‌ها از طریق مصاحبه بالینی و مصاحبه تشخیصی ساختاریافته برای DSM-5 به وسیله‌ی روان‌شناس بالینی مورد تأیید قرار گرفت. نمونه‌ی پژوهش حاضر شامل ۱۸ درمانجوی مبتلا به اختلال اضطراب بیماری شرکت کردند. از این بین ۸ نفر مرد و ۱۰ نفر زن بودند. از بین این درمانجویان، ۱۰ نفر در گروه آزمایش (۵ زن و ۵ مرد) و ۸ نفر (۵ زن و ۳ مرد) به صورت تصادفی در گروه کنترل گمارده شدند. منطق این گمارش نابرابر، در نظر گرفتن ریزش درمانجویان در گروه‌درمانی بود. در طی اجرای درمان گروهی مبتنی بر تنظیم هیجان، گروه آزمایش ۲ نفر ریزش داشت و در نهایت، در مرحله‌ی اجرای پس‌آزمون، ۸ نفر در گروه

¹ quality of life (QoL)

² World Health Organization

³ functioning

⁴ well-being

⁵ health-related quality of life

⁶ Mykletun

⁷ Sempértegui, Karreman, vanHout, & Bekker

⁸ Grabe

⁹ Fink

¹⁰ Fink, Ørnboel, & Christensen

¹¹ Rief

¹² Miloyan, & Pachana

¹³ Golden

آزمایش (۴ زن و ۴ مرد) و ۸ نفر (۵ زن و ۳ مرد) در گروه کنترل قرار داشتند و از طریق مصاحبه‌های ساختاریافته و پرسشنامه‌ها مورد ارزیابی قرار گرفتند. بنابراین ملاک‌های ورود در این پژوهش عبارتند از:

۱. تشخیص اختلال از سوی روانپزشک و تأیید تشخیص از طریق مصاحبه بالینی و مصاحبه تشخیصی ساختاریافته برای DSM-5 از سوی روان‌شناس بالینی

۲. عدم ابتلا به دیگر اختلالات شدید بالینی مثل سایکوز، دمانس یا اختلالات شخصیت که بر هم‌زنده‌ی نظم گروه باشند.

جدول (۱) برنامه درمان گروهی مبتنی بر تنظیم هیجان (فرسکو، منین، هیمبرگ و ریتز، ۲۰۱۳)

<p>شکل‌گیری ساختار و انسجام گروهی / آموزش روانی درباره‌ی اختلال و سازه‌ی «نگرانی» توضیح دادن اهمیت نگرانی و آگاهی و پذیرش آن / تکلیف نوشتن اپیزودهای نگرانی آشنایی با مدل تنظیم هیجان / مرور شروع و تاریخچه رشدی اضطراب و نگرانی بر اساس مدل تنظیم هیجان تعیین اهداف / القای امید</p>	<p>آموزش روانی، ارزیابی اولیه و شرح حال رشدی</p>	<p>فاز اول جلسات ۱ و ۲</p>
<p>بخش آموزشی، شامل فراهم کردن اطلاعات برای دست‌یابی به مهارت‌ها (آموختن مهارت‌های تحمل هیجان‌ناهنامی و پاسخدهی واکنشی) بخش عملی، شامل تمرین مهارت‌های جسمانی (ذهن‌آگاهی، آگاهی از حس‌های جسمانی و تمرین تنفس) مهارت‌های شناختی (به چالش کشیدن عقاید مربوط به تهدید و عدم امنیت) مهارت‌های هیجانی (شامل افزایش درک تجربیات منفی و تنظیم هیجانی) و مهارت‌های بافتاری (استراتژی‌هایی برای تنظیم هیجان‌ها و استفاده از آن‌ها در جهت بهبود کارکرد)</p>	<p>تمرین مهارت‌های آگاهی جسمانی و تنظیم سازگارانه‌ی هیجان</p>	<p>فاز دوم جلسات ۳ و ۴</p>
<p>یکپارچه کردن مهارت‌های فاز قبلی و به کار بستن این مهارت‌ها در موقعیت‌های زندگی روزمره تولید یک خزانه‌ی رفتاری غنی بر اساس یکپارچه کردن منابع شناختی، هیجانی و میان‌فردی آموخته شده پاسخدهی متقابل و زندگی‌کنش‌گرایانه شناسایی ارزش‌ها، رویارویی مبتنی بر ارزش‌ها، عمل ارزشمند کنش‌گرایانه</p>	<p>مواجهه واقعی در زندگی روزمره</p>	<p>فاز سوم جلسات ۵ و ۶</p>
<p>یکپارچه کردن و مستحکم کردن دستاوردها / مرور اهداف اولیه / مرور پیشرفت درمان‌جو بررسی توانایی مراجع برای شرایط استرس‌زای احتمالی آینده / پیشگیری از عود بحث درباره‌ی زندگی بعد از درمان و احساسات مراجع نسبت به آن</p>	<p>مرور فرآیند، پیشگیری از عود و فرآیند اختتام</p>	<p>فاز چهارم جلسات ۷ و ۸</p>

ابزارهای پژوهش

در این پژوهش به منظور گردآوری داده‌ها و اطلاعات مورد نظر از پرسشنامه‌های زیر استفاده شد.

برنامه‌ی مصاحبه ساختاریافته برای اختلال‌های اضطرابی و اختلالات مرتبط بر اساس DSM-5 (ADIS-5):

مصاحبه ساختاریافته‌ای است که با حمایت مالی موسسه‌ی ملی^۱ سلامت روان (NIMH) و برای ارزیابی جامع و تشخیص دوره‌های جاری اختلالات اضطرابی طراحی شده است. محتوا و ساختار این ابزار برپایه‌ی سال‌ها تجربه در مصاحبه و تشخیص اختلال‌های اضطرابی شکل گرفته است و از اعتبار و پایایی بالایی برخوردار است و تشخیص افتراقی بین اختلال‌های اضطرابی را بر طبق ملاک‌های DSM-5 ممکن می‌سازد. علاوه بر اختلال‌های اضطرابی، بخش‌های تشخیصی برای اختلال‌های خلقی، اختلالات نشانگان جسمانی و اختلالات سوء‌مصرف مواد در این ابزار گنجانده شده‌اند. این بخش‌ها امکان تشخیص کامل و تشخیص افتراقی را بر اساس ملاک‌های DSM-5 فراهم می‌سازند. ADIS-5 برای عمده اختلال‌های تحت پوشش، پایایی خوبی به دست آمده است. براون و بارلو^۳ (۲۰۱۴) پایایی آزمون-بازآزمون را برای اختلالات اضطرابی بین ۰/۵۷ تا ۰/۸۲ به دست آوردند.

ADIS-5 علاوه بر آیت‌های دو وجهی (بلی/خیر) که وجود ملاک‌های تشخیصی را ارزیابی می‌کند، پرسش‌هایی دارد که امکان ارزیابی کمی جنبه‌های ابعادی مختلف اختلال را فراهم می‌کند. برای هر اختلال، یک درجه شدت بالینی^۴ (CSR) ۰ تا ۸ اختصاص یافته است تا شدت پریشانی^۵ و اختلال در عملکرد مرتبط با تشخیص را نشان دهد. اختلالات با درجه شدت بالینی ۴ یا بالاتر (RRR44) به عنوان تشخیص رسمی^۶ DSM-5 شناخته می‌شوند. برای مثال، در اختلال اضطراب بیماری، علاوه بر بررسی ملاک‌های تشخیصی بر اساس DSM-5، شدت دل‌مشغولی^۷ مرتبط با بیماری مورد ارزیابی قرار می‌گیرد. این گونه درجه‌بندی ابعادی برای کاربردهای بالینی بسیار مناسب است. برای مثال، برای مقایسه ویژگی‌های مورد نظر در گروه‌هایی که تشخیص واحدی دریافت کرده‌اند یا برای ارزیابی نتیجه‌ی درمان (براون و بارلو، ۲۰۱۴). روایی و پایایی این مصاحبه‌ی ساختاریافته در نمونه‌ی ایرانی قابل قبول گزارش شده است (صمیمی، ایمانی و رحیمی، ۲۰۱۶).

مصاحبه بالینی ساختاریافته برای DSM-5 (SCID) : مصاحبه بالینی ساختاریافته برای DSM-5، مصاحبه‌ای نیمه-

ساختاریافته برای تشخیص‌های اصلی DSM-5 (که در گذشته در محور یک داده می‌شد) بوده و توسط انجمن روانپزشکی امریکا (انجمن روانپزشکی امریکا، ۵۲۰۱) طراحی شده است. این ابزار توسط بالینگر یا کارشناس سلامت روان آموزش‌دیده که با معیارهای تشخیصی و طبقه‌بندی اختلال‌ها در DSM-5 آشناست، اجرا می‌گردد. جمعیت مورد مصاحبه بیماران روانپزشکی یا دچار بیماری طبی عمومی - یا افرادی که خود را به عنوان بیمار نمی‌شناسند (مانند جمعیت مورد مطالعه در یک پیمایش جمعیت عمومی یا بستگان افراد بیمار) - می‌باشند. پوشش تشخیصی و زبان استفاده شده در SCID-5 آن را برای افراد بالای ۱۸ سال مناسب می‌کند؛ هر چند با تغییر مختصر در عبارت‌بندی سؤالات ممکن است بتوان از آن برای نوجوانان نیز استفاده کرد. یک فرد عادی باید قادر به درک زبان SCID-5 باشد. ممکن است نتوان با افراد دچار اختلال شناختی شدید، نآرامی، یا علایم سایکوتیک شدید مصاحبه

¹ Anxiety and Related Disorders Interview Schedule for DSM-5

² The National Institute of Mental Health

³ Brown, & Barlow

⁴ Clinical severity rating

⁵ distress

⁶ official

⁷ Concern

SCID را انجام داد. این افراد اغلب، در ده دقیقه اول، هنگام بررسی مرور کلی مشخص می‌شوند. در چنین مواردی می‌توان از SCID به عنوان یک چک لیست تشخیصی برای مصاحبه با دیگر منابع مطلع استفاده نمود (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۱۵). شریفی و همکاران (۱۳۸۳) و شوستری و همکاران (۲۰۰۷) روایی و پایایی قابل قبول تشخیص‌های داده‌شده با نسخه فارسی SCID و قابلیت اجرای مطلوب آن را گزارش کرده‌اند.

پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی (WHOQOL-BREF) (نسخه ۲۶ سؤالی): سازمان بهداشت جهانی به منظور وجود انسجام در پژوهش‌های مرتبط با سنجش کیفیت زندگی، گروهی را برای ساخت پرسشنامه کیفیت زندگی مأمور کرد. حاصل کار این گروه پرسشنامه کیفیت زندگی ۱۰۰ سؤالی (WHOQOL-100) بود. چند سال بعد برای استفاده آسان‌تر از این پرسشنامه فرم کوتاهی از آن تهیه شد. نسخه کوتاه پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی (WHOQOL-BREF) یک پرسشنامه ۲۶ سؤالی است که کیفیت زندگی کلی و عمومی فرد را در دو هفته اخیر می‌سنجد. این مقیاس در سال ۲۰۰۴ توسط گروهی از کارشناسان سازمان بهداشت جهانی و با تعدیل گویه‌های فرم ۱۰۰ سؤالی این پرسشنامه ساخته شد (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۰۴).

در پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی ۲۶ سؤالی، نمره هر گویه در دامنه‌ای از ۱ تا ۵ به ترتیب خیلی ناراضی‌ام، راضی نیستم، نسبتاً ناراضی‌ام، راضی‌ام و کاملاً راضی‌ام قرار می‌گیرد. این پرسشنامه دارای ۴ زیرمقیاس و یک نمره کلی است. این زیرمقیاس‌ها عبارتند از: کیفیت زندگی جسمانی^۳ (۷ سوال)، کیفیت زندگی روان‌شناختی^۴ (۶ سوال)، کیفیت زندگی اجتماعی^۵ (۳ سوال) و کیفیت زندگی محیطی^۶ (۸ سوال). ۲ سوال اول نیز حیطه کلی کیفیت زندگی را می‌سنجند. در ابتدا یک نمره خام برای هر زیرمقیاس به دست می‌آید که باید از طریق یک فرمول به نمره‌ای استاندارد بین ۰ تا ۱۰۰ تبدیل شود. نمره بالاتر نشان دهنده کیفیت زندگی بیشتر است. این پرسشنامه توسط نجات، منتظری، هلاکویی نایینی، محمد و مجدزاده (۱۳۸۵) ترجمه و استانداردسازی شده است. مقادیر همبستگی درون خوشه‌ای و آلفای کرونباخ در تمام حیطه‌ها بالای ۰/۷ به دست آمد. ولی در حیطه روابط اجتماعی مقدار آلفای کرونباخ ۰/۵۵ بود، که می‌تواند به علت تعداد سوال کم در این حیطه یا سوالات حساس آن باشد. این مقادیر همبستگی درون خوشه‌ای و آلفای کرونباخ نشان‌دهنده پایایی مطلوب ابزار است. از طرفی در ۸۳ درصد موارد، همبستگی هر سوال با حیطه اصلی خود از سایر حیطه‌ها بالاتر بود. امتیازهای گروه‌های سالم و بیمار در حیطه‌های مختلف اختلاف معنی‌دار داشتند.

روند اجرای پژوهش

در این پژوهش، پس از تشخیص و انتخاب و گمارش تصادفی افراد مورد نظر به شرکت کنندگان در مورد هدف پژوهش توضیحات کامل پژوهش و پروتکل درمانی داده شد و رضایت آنها برای شرکت در برنامه درمانی این پژوهش به طور مکتوب جلب گردید. همچنین به آنها اطمینان داده شد که تمامی اطلاعات آنان محرمانه خواهد ماند. قبل از آغاز جلسات درمانی، پرسشنامه‌های پیش-آزمون روی آزمودنی‌های پژوهش اجرا شد و از نمره آنها به عنوان خط پایه استفاده شد. در مرحله بعد گروه آزمایشی در معرض متغیر مستقل یعنی درمان گروهی مبتنی بر تنظیم هیجان قرار گرفت. مداخله برای گروه آزمایش به صورت ۸ جلسه‌ی ۱۲۰ دقیقه‌ای به

¹ The World Health Organization Quality of Life

² World Health Organization

³ Physical

⁴ Psychological

⁵ Social

⁶ Environmental

صورت هفتگی طبق الگوی کلی از مدل فرسکو، مینن، هیمبرگ و ریتز^۱ (۲۰۱۳)، در مرکز مشاوره و روان‌درمانی دانشگاه شیراز اجرا شد (جدول ۱). پس از اتمام جلسات مداخله آزمودنی‌ها مجدداً پرسشنامه‌های پژوهش را تکمیل کردند و نمره آنها به عنوان پس‌آزمون استفاده شد. لازم به ذکر است که جهت رعایت اصول اخلاقی درمان، گروه کنترل نیز پس از اتمام دوره‌ی زمانی، تحت درمان قرار گرفتند تا از مزایای درمان بهره‌مند شوند.

یافته‌ها

در پژوهش حاضر ۱۸ درمانجوی مبتلا به اختلال اضطراب بیماری شرکت کردند. از این بین ۸ نفر مرد و ۱۰ نفر زن بودند. دامنه سنی شرکت‌کنندگان در پژوهش از ۱۸ سال تا ۳۹ سال بود. میانگین سنی شرکت‌کنندگان در پژوهش ۲۹/۷ و انحراف استاندارد آن ۳/۱ بود. از بین این درمانجویان، ۱۰ نفر در گروه آزمایش (۵ زن و ۵ مرد) و ۸ نفر (۵ زن و ۳ مرد) در گروه کنترل گمارده شدند. منطق این گمارش نابرابر، در نظر گرفتن ریزش درمانجویان در گروه‌درمانی بود. در طی اجرای درمان گروهی مبتنی بر تنظیم هیجان، گروه آزمایش ۲ نفر ریزش داشت و در نهایت، در مرحله‌ی اجرای پس‌آزمون، ۸ نفر در گروه آزمایش (۴ زن و ۴ مرد) و ۸ نفر (۵ زن و ۳ مرد) در گروه کنترل قرار داشتند و از طریق مصاحبه‌های ساختاریافته و پرسشنامه‌ها مورد ارزیابی قرار گرفتند.

تشخیص درمانجویان در گام اول توسط روانپزشک و در گام بعد از طریق مصاحبه بالینی ساختاریافته برای DSM-5 (SCID) احراز شد. همچنین برنامه مصاحبه بالینی برای اختلالات اضطرابی (ADIS) جهت تأیید تشخیص و تعیین شدت اختلال اجرا شد. در پیش‌آزمون تمام ۱۸ نفر، بر اساس مصاحبه بالینی ساختاریافته برای DSM-5 (SCID) و برنامه مصاحبه بالینی برای اختلالات اضطرابی (ADIS) تشخیص اختلال اضطراب بیماری را برآورده می‌کردند. در حالی که در پس‌آزمون از بین ۸ نفر گروه آزمایش، بر اساس مصاحبه بالینی ساختاریافته برای DSM-5 (SCID) تنها ۳ نفر مبتلا به اختلال اضطراب بیماری بودند و ۵ نفر معیارهای تشخیصی را برآورد نمی‌کردند. همچنین، بر اساس برنامه مصاحبه بالینی برای اختلالات اضطرابی (ADIS) ۲ نفر مبتلا به اختلال اضطراب بیماری بودند و ۶ نفر معیارهای تشخیصی را برآورد نمی‌کردند. لازم به ذکر است که برنامه مصاحبه بالینی برای اختلالات اضطرابی (ADIS) نسبت به شدت اختلال حساس است و موارد خفیف را در تشخیص نمی‌گنجانند. از طرف دیگر، در پس‌آزمون از بین ۸ نفر گروه کنترل، بر اساس مصاحبه بالینی ساختاریافته برای DSM-5 (SCID) ۶ نفر مبتلا به اختلال اضطراب بیماری بودند و ۲ نفر معیارهای تشخیصی را برآورد نمی‌کردند. همچنین، بر اساس برنامه مصاحبه بالینی برای اختلالات اضطرابی (ADIS) ۵ نفر مبتلا به اختلال اضطراب بیماری بودند و ۳ نفر معیارهای تشخیصی را برآورد نمی‌کردند.

جهت تجزیه و تحلیل داده‌های پژوهش حاضر از روش‌های آمار توصیفی (میانگین، انحراف استاندارد) و آمار استنباطی (تحلیل کوواریانس تک‌متغیره و چندمتغیره) استفاده شد. در جدول ۲، میانگین و انحراف استاندارد نمرات آزمودنی‌ها در متغیرهای پژوهش در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون به تفکیک گروه نمایش داده شده است.

¹ Fresco, Mennin, Heimberg, & Ritter

جدول (۲) میانگین و انحراف استاندارد نمرات آزمودنی‌ها در متغیرهای پژوهش در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون به تفکیک گروه

پس‌آزمون		پیش‌آزمون		گروه	خرده‌مقیاس	مقیاس
SD	M	SD	M			
۲/۶۱	۳/۶۲	۰/۷۴	۷/۳۷	آزمایش	مصاحبه بالینی برای اختلالات اضطرابی	
۲/۴۱	۶/۱۲	۱/۳۸	۶/۷۵	کنترل		
۱۹/۱۱	۴۸	۹/۶۱	۲۰/۲۵	آزمایش	جسمانی	
۱۶/۷۶	۳۶	۱۲/۴۲	۱۹/۳۷	کنترل		
۲۱/۱۳	۵۲/۶۲	۱۱/۸۵	۱۴/۳۷	آزمایش	روان‌شناختی	
۸/۵۰	۲۴/۱۲	۹/۲۴	۱۸/۶۲	کنترل		
۱۴/۳۳	۲۶/۸۷	۱۱/۸۵	۱۴/۳۷	آزمایش	اجتماعی	کیفیت زندگی
۱۳/۰۶	۲۴/۸۷	۹/۲۴	۱۸/۶۲	کنترل		
۲۱/۶۶	۵۱	۱۶/۹۲	۳۶/۸۷	آزمایش	محیطی	
۱۳/۲۰	۴۸/۷۵	۱۵/۵۴	۴۶/۱۲	کنترل		

قبل از اجرای تحلیل کوواریانس، ابتدا مفروضه‌های آن مورد بررسی قرار گرفت که عبارت بود از توزیع نرمال داده‌ها، همگنی واریانس‌ها، برابری ماتریس‌های کوواریانس، همبستگی متعارف همپراش‌ها (پیش‌آزمون)، همگنی شیب رگرسیون و خطی بودن همبستگی متغیر همپراش و متغیر مستقل. جهت بررسی پیش‌فرض نرمال بودن داده‌های پژوهش از آزمون شاپیرو-ویلک استفاده شد. در جدول ۲، نتایج آزمون شاپیرو-ویلک جهت بررسی نرمال بودن توزیع نمرات پس‌آزمون نمایش داده شده است.

جدول (۳) نتایج آزمون شاپیرو-ویلک جهت بررسی جهت بررسی نرمال بودن توزیع نمرات پس‌آزمون مقیاس‌ها

مقیاس	زیرمقیاس	گروه	آماره	درجه آزادی	شاپیرو-ویلک
مصاحبه بالینی برای اختلالات اضطرابی		آزمایش	۰/۹۵۸	۸	۰/۷۹۱
		کنترل	۰/۷۸۲	۸	۰/۰۱۸
جسمانی		آزمایش	۰/۸۵۹	۸	۰/۱۱۸
		کنترل	۰/۹۷۴	۸	۰/۹۲۷
کیفیت زندگی	روان‌شناختی	آزمایش	۰/۹۶۰	۸	۰/۸۱۲
		کنترل	۰/۹۸۱	۸	۰/۹۶۶

اجتماعی	آزمایش	۰/۹۰۱	۸	۰/۲۹۶
	کنترل	۰/۹۱۰	۸	۰/۳۵۲
محیطی	آزمایش	۰/۸۶۰	۸	۰/۱۱۹
	کنترل	۰/۸۳۳	۸	۰/۰۶۴

همانطور که جدول شماره ۲ نشان می‌دهند، نتایج آزمون شاپیرو-ویلک در مورد نمرات متغیرهای پژوهش معنی‌دار نبوده و مفروضه نرمال بودن توزیع نمرات برقرار است. جهت بررسی پیش‌فرض همگنی واریانس داده‌های پژوهش از آزمون لوین استفاده شد. در جدول ۳، نتایج آزمون لوین جهت بررسی مفروضه همگنی واریانس نمرات پس‌آزمون نمایش داده شده است.

جدول ۴. نتایج آزمون لون برای بررسی پیش‌فرض همگنی واریانس ها نمرات پس آزمون متغیرها

مقیاس	زیرمقیاس	F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	سطح معنی‌داری
مصاحبه بالینی برای اختلالات اضطرابی		۰/۹۱۸	۱	۱۴	۰/۳۵۴
	جسمانی	۱/۳۶۸	۱	۱۴	۰/۲۶۲
	روان‌شناختی	۹/۴۹۱	۱	۱۴	۰/۰۰۸
کیفیت زندگی	اجتماعی	۰/۰۰۳	۱	۱۴	۰/۹۶۰
	محیطی	۲/۰۰۳	۱	۱۴	۰/۱۷۹

براساس اطلاعات جدول ۳ سطح معنی‌داری متغیرهای پژوهش بزرگتر از ۰/۰۵ بوده و F محاسبه شده از لحاظ آماری معنی‌دار نیست. بنابراین، پیش‌فرض همگنی واریانس داده‌های پژوهش مورد تأیید است. همچنین به منظور بررسی پیش‌فرض همگنی ماتریس‌های واریانس-کوواریانس از آماره ام-باکس استفاده شد. نتایج آماره ام-باکس نشان داد که سطح معنی‌داری بزرگتر از ۰/۰۵ بوده و بنابراین F محاسبه شده از لحاظ آماری معنی‌دار نیست. نتایج آماره، F و معنی‌داری ام-باکس برای کیفیت زندگی به ترتیب ۱۸/۳۴۳، ۱/۲۵۱ و ۰/۲۵۴ بود ($p=0/254$, Box's M=18/343, F=1/251). پس فرض همگنی ماتریس‌های واریانس-کوواریانس مورد تأیید قرار گرفت. جهت بررسی میزان ضرایب همبستگی بین متغیرهای همپراش، از همبستگی پیرسون استفاده شد که نتایج برآمده حاکی از آن بود که همبستگی متغیرهای همپراش کمتر از ۰/۸۰ بدست آمد. در این خصوص، همبستگی متعارف بین همپراش‌ها نباید بزرگتر از ۰/۸۰ باشد چرا که سهم نسبی هر یک از متغیرها مشخص نمی‌شود. در گام بعدی، پیش‌فرض همگنی اثرات تعاملی مورد بررسی قرار گرفت که در جدول ۵، نتایج نمایش داده شده است.

جدول ۵. نتایج تحلیل واریانس اثرات تعاملی

منبع تغییرات	F	سطح معنی داری
گروه * پیش‌آزمون مصاحبه بالینی برای اختلالات اضطرابی	۰/۴۸۸	۰/۴۹۸
گروه * پیش‌آزمون جسمانی کیفیت زندگی	۰/۳۳۳	۰/۵۸۵
گروه * پیش‌آزمون روان‌شناختی کیفیت زندگی	۰/۳۹۷	۰/۵۵۲
گروه * پیش‌آزمون اجتماعی کیفیت زندگی	۳/۹۸۷	۰/۰۹۳
گروه * پیش‌آزمون محیطی کیفیت زندگی	۱/۱۵۶	۰/۳۲۴

نتایج جدول ۵ نشان می‌دهد که سطح معنی‌داری تعامل بین متغیر مستقل و پیش‌آزمون مصاحبه بالینی برای اختلالات اضطرابی، تعامل بین متغیر مستقل و پیش‌آزمون مولفه‌های کیفیت زندگی بزرگتر از ۰/۰۵ است و بر این اساس عدم معنی‌داری این شاخص حاکی از برقراری مفروضه همگنی اثرات تعاملی است. بنابراین با توجه به بررسی‌های به عمل آمده از پیش‌فرض‌های تحلیل کوواریانس، ملزومات استفاده از این آزمون رعایت شده است. در ادامه، نتایج تحلیل کواریانس برای بررسی تأثیر درمان گروهی مبتنی بر تنظیم هیجان بر اختلال اضطراب بیماری در مرحله پس‌آزمون در جدول ۵ گزارش شده است.

جدول ۶. نتایج تحلیل کواریانس تک متغیره و چند متغیره برای بررسی تأثیر درمان گروهی مبتنی بر تنظیم هیجان بر علائم، نگرانی، نقص در تنظیم هیجان و ابعاد کیفیت زندگی در مرحله پس‌آزمون

منابع تغییرات	متغیرها	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی‌داری (p < ۰/۰۵)	میزان تأثیر	توان آماری
پیش‌آزمون	پس‌آزمون مصاحبه بالینی برای اختلالات اضطرابی	۱	۳۷/۰۵۸	۹/۳۲۰	۰/۰۰۹	۰/۴۱۸	۰/۸۰۶
	پس‌آزمون کیفیت زندگی جسمانی	۱	۲۲/۷۰۷	۰/۰۶۰	۰/۸۱۲	۰/۰۰۶	۰/۵۶
	پس‌آزمون کیفیت زندگی روان‌شناختی	۱	۲۱۲/۸۰۰	۰/۷۸۲	۰/۳۹۷	۰/۰۷۳	۰/۱۲۶
	پس‌آزمون کیفیت زندگی اجتماعی	۱	۱۸۲/۳۴۹	۰/۶۷۰	۰/۴۳۲	۰/۰۶۳	۰/۱۱۵
	پس‌آزمون کیفیت زندگی محیطی	۱	۹۱۶/۶۰۴	۳/۱۸۰	۰/۱۰۵	۰/۲۴۱	۰/۳۶۴
گروه	پس‌آزمون مصاحبه بالینی برای اختلالات اضطرابی	۱	۴۲/۷۴۴	۱۰/۷۵۰	۰/۰۰۶	۰/۴۵۳	۰/۸۵۷
	پس‌آزمون کیفیت زندگی جسمانی	۱	۴۵۳/۷۷۶	۱/۱۹۰	۰/۳۰۱	۰/۱۰۶	۰/۱۶۷
	پس‌آزمون کیفیت زندگی روان‌شناختی	۱	۳۴۷۵/۶۸۱	۱۲/۷۷۳	۰/۰۰۵	۰/۵۶۱	۰/۸۹۵
	پس‌آزمون کیفیت زندگی اجتماعی	۱	۱۸/۴۶۴	۰/۰۷۸	۰/۷۸۶	۰/۰۰۸	۰/۰۵۷
	پس‌آزمون کیفیت زندگی محیطی	۱	۲۷۴/۹۹۷	۰/۹۵۴	۰/۳۵۲	۰/۰۸۷	۰/۱۴۴

خطا	پس‌آزمون مصاحبه بالینی برای اختلالات اضطرابی	۱۳	۳/۹۷۶
	پس‌آزمون کیفیت زندگی جسمانی	۱۰	۳۸۱/۳۳۷
	پس‌آزمون کیفیت زندگی روان‌شناختی	۱۰	۲۷۲/۱۱۲
	پس‌آزمون کیفیت زندگی اجتماعی	۱۰	۲۳۷/۸۷۶
	پس‌آزمون کیفیت زندگی محیطی	۱۰	۲۸۸/۲۸۵

بر مبنای نتایج حاصله از جدول ۵، اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر تنظیم هیجان بر شدت دل‌مشغولی بیماری و کیفیت زندگی روان‌شناختی افراد مبتلا به اختلال اضطراب بیماری معنی‌دار به دست آمد ($p < 0.05$)؛ این موضوع با توجه به جدول میانگین‌ها مبین آن است که از یک طرف میانگین نمرات شدت دل‌مشغولی بیماری در مرحله پس‌آزمون برای گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل کاهش یافته و از طرف دیگر میانگین نمرات کیفیت زندگی روان‌شناختی در مرحله پس‌آزمون برای گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل بهبود یافته است. هر چند در این میان، تغییری در میانگین نمرات پس‌آزمون مؤلفه کیفیت‌زندگی جسمانی، اجتماعی و محیطی دو گروه مشاهده نشد ($p > 0.05$).

بحث و نتیجه‌گیری

تحلیل داده‌های پژوهش نشان داد که درمان گروهی مبتنی بر تنظیم هیجان بر بهبود علائم و کیفیت زندگی افراد مبتلا به اختلال اضطراب بیماری اثربخش است. نتایج مصاحبه بالینی ساختاریافته برای DSM-5 (SCID) و برنامه مصاحبه بالینی برای اختلالات اضطرابی (ADIS) برای تشخیص اختلال اضطراب بیماری در پیش‌آزمون و پس‌آزمون نشان داد که بهبودی علائم و ملاک‌های تشخیصی این اختلال در اثر درمان گروهی مبتنی بر تنظیم هیجان در گروه آزمایش به شکل قابل توجهی بیشتر از بهبودی خودبه-خودی در گروه کنترل است. این نتیجه با نتایج اثربخشی درمان‌های شناختی-رفتاری و سایر درمان‌های موج سوم شناختی-رفتاری که به صورت گروهی اجرا شده‌اند همخوان است (برای مثال وک، گروپالیس، هیلر و بلیچارت، ۲۰۱۵؛ الینبرگ، کرون‌استراند، فینک و فروستلم، ۲۰۱۳؛ الینبرگ، هافمن، ینسن و فروستلم، ۲۰۱۷).

از طرف دیگر، تعدادی از اعضای گروه آزمایش (۳ نفر از ۸ نفر) در مرحله‌ی پس‌آزمون نیز تشخیص اختلال اضطراب بیماری را احراز می‌کردند. همچنین سه مؤلفه از کیفیت زندگی (جسمانی، اجتماعی و محیطی) در پس‌آزمون بهبودی معنی‌داری نداشتند. برای تبیین این یافته، قابل ذکر است که اختلال اضطراب بیماری یک اختلال مزمن و مقاوم به درمان است. مرور ادبیات پژوهشی اختلال اضطراب بیماری، اضطراب سلامت و خودبیمارانگاری نشان داده‌اند که این اختلالات بسیار مقاوم به درمان هستند (تیلور، آسماندسون و کونز، ۲۰۰۵؛ آسماندسون و فرگوس^۱، ۲۰۱۹).

به علاوه، مرور ادبیات پژوهشی درمان مبتنی بر تنظیم هیجان نیز نشان می‌دهد که اثربخشی آن بر مؤلفه‌های اختلالات اضطرابی از جمله نگرانی و کیفیت زندگی پایین افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر (رنا و همکاران، ۲۰۱۸؛ اوتولی، رنا، منین و فرسکو^۲، ۲۰۱۹)، و همچنین افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی (درایمن و همبرگ^۳، ۲۰۱۸) و همبودی اختلال اضطراب فراگیر و اختلال افسردگی اساسی (رنا و همکاران، ۲۰۱۸؛ اوتولی، رنا، منین و فرسکو، ۲۰۱۹) ثابت شده است. ولی تاکنون هیچ پژوهشی به

¹ Asmundson, & Fergus

² ” Too,,, Rnmn,, ee nnin, & eeesoo

³ Dryman, & Heimberg

نقش این سازه‌ها و درمان آن‌ها از طریق درمان مبتنی بر تنظیم هیجان در درمان اختلال اضطراب بیماری نپرداخته است. پژوهش حاضر این اثربخشی را در اختلال اضطراب بیماری تأیید کرد.

افراد مبتلا به اختلال اضطراب بیماری نگرانی شدید (وارویک و سالکووسکیس، ۱۹۹۰؛ ولز و پاپاجورجیو، ۱۹۹۸)، مشکلات تنظیم هیجان (باردین و فرگوس، ۲۰۱۴؛ بیلر، ویتوفت، اریک و مایر، ۲۰۱۷) و کیفیت زندگی پایین (مایکلتنون، ۲۰۰۹؛ فینک، اورنبول و کریستینسن، ۲۰۱۰؛ ریف و همکاران، ۲۰۱۲؛ سمپرتگوی، کارمن، ون هوت و بیکر، ۲۰۱۷) را تجربه می‌کنند و از این جنبه شباهت‌های گسترده‌ای با اختلال اضطراب فراگیر دارند. همچنین اختلال اختلال اضطراب بیماری نرخ همبودی بالایی با اختلال اضطراب فراگیر دارد (براون و همکاران، ۲۰۰۱). افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر بیشتر از هر اختلال اضطرابی دیگری، همبودی اضطراب سلامت دارند و این همبودی حاکی از نقش داشتن عوامل زیربنایی مثل نگرانی در هر دو اختلال است (براون و همکاران، ۲۰۰۱). از طرف دیگر، نگرانی بیش از حد فارغ از تشخیص اختلال اضطراب فراگیر، با پریشانی بیشتر (میلویان و پاچانا، ۲۰۱۵) و کیفیت زندگی پایین‌تر (گولدن و همکاران، ۲۰۱۱) ارتباط دارد. همچنین، اضطراب سلامت شدید، اختلالی مزمن است و هزینه‌های زیادی برای سیستم سلامت پزشکی دارد (فینک و همکاران، ۲۰۰۴). با این وجود، با توجه به اینکه تشخیص اختلال اضطراب بیماری یک تشخیص جدید در طبقه‌بندی DSM-5 است و افراد مبتلا به این اختلال بیشتر به بخش‌های پزشکی و آزمایشگاهی مراجعه می‌کنند، پژوهش روان‌شناسی در حوزه‌ی این اختلال مورد غفلت قرار گرفته است.

افراد مبتلا به اختلال اضطراب بیماری چند مشکل اساسی دارند که باید مورد مداخله مستقیم قرار بگیرد؛ نشانه‌های جسمانی اضطراب، نگرانی و رفتارهای چک کردن. در درجه‌ی اول، برنامه‌ی درمان مبتنی بر تنظیم هیجان شامل تمرین ذهن‌آگاهی اسکن بدنی^۱، آگاهی از حس‌های جسمانی و تمرین تنفس^۲ است. اثربخشی این تمرین‌ها در کاهش نشانه‌های جسمانی اضطراب و کاهش حساسیت اضطرابی به اثبات رسیده است.

در درجه‌ی دوم، سازه‌ی «نگرانی» مهم‌ترین جزء مدل تنظیم هیجان است و برنامه‌ی درمان مبتنی بر تنظیم هیجان شامل مداخله‌ی مستقیم بر سازه‌ی نگرانی است. نگرانی به عنوان ویژگی اساسی اختلال اضطراب فراگیر تعریف شده است و اثربخشی درمان مبتنی بر تنظیم هیجان بر نگرانی افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر، در پژوهش‌های متعددی به اثبات رسیده است. بنابراین، درمان سازه‌ی نگرانی در سایر اختلالات روان‌شناختی - از جمله اختلال اضطراب بیماری - از طریق درمان مبتنی بر تنظیم هیجان که مستقیماً نگرانی را هدف قرار می‌دهد، می‌تواند چند نقش تعیین کننده داشته باشد. اول اینکه درمان سازه‌ی نگرانی به عنوان میانجی در بهبود علائم اختلالاتی عمل کند که نگرانی در آن اختلالات نقش دارند. دومین نقش تعیین کننده‌ی درمان سازه‌ی نگرانی به عنوان میانجی، گام بلندی است که در محیط‌های بالینی این حوزه برداشته می‌شود و ادبیات پژوهشی در این حوزه را گسترش دهد. پژوهش حاضر با استفاده از برنامه‌ی مصاحبه ساختاریافته برای اختلال‌های اضطرابی (ADIS-5) نشان داد که شدت دل‌مشغولی مرتبط با بیماری، در نتیجه‌ی درمان گروهی مبتنی بر تنظیم هیجان به طور معنی‌داری بهبود می‌یابد.

نگرانی به عنوان یک فرآیند فراتشخیصی در بسیاری از اختلالات روان‌شناختی، به ویژه اختلالات اضطرابی دیده می‌شود. بنابراین، مفهوم سازی و درمان نگرانی در بسیاری از اختلالات اضطرابی نقش کلیدی دارد. براساس پنجمین ویراست راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-5)، نگرانی در هفت اختلال وجود دارد؛ اختلال اضطراب فراگیر، اختلال وحشت‌زدگی، اختلال اضطراب اجتماعی، اختلال اضطراب جدایی، اختلال نشانگان جسمانی، اختلال اضطراب بیماری و اختلال شخصیت وابسته (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۱۳). بنابراین، درمان سازه‌ی نگرانی از طریق درمان مبتنی بر تنظیم هیجان را می‌توان برای این اختلالات به کار برد. البته باید پژوهش‌های بیشتری صورت گیرد تا اثربخشی درمان و نقش میانجی نگرانی تأیید و تکرار شود.

¹ Body Scan Mindfulness

² Breath exercise

در درجه‌ی سوم نیز، رفتارهای چک کردن افراد مبتلا به اختلال اضطراب بیماری در طی درمان مبتنی بر تنظیم هیجان مورد مداخله مستقیم قرار گرفت. برنامه‌ی درمان مبتنی بر تنظیم هیجان شامل مداخله‌ی مستقیم عمل مبتنی بر هیجان و به طور ویژه عمل مبتنی بر نگرانی است و در سیر درمان پاسخدهی واکنشی^۱ به نگرانی را به پاسخدهی عمل متقابل^۲ تبدیل می‌کند. این فرآیند به ویژه در افراد مبتلا به اختلال اضطراب بیماری ضروری است، چرا که رفتارهای چک کردن ناسازگارانه و اطمینان‌طلبی از رفتارهای شایع در اختلال خودبیمارانگاری^۳ است (لوواس و بارسکی، ۲۰۱۰). در اختلال اضطراب بیماری، رفتارهای چک کردن به قصد کاهش نگرانی و هیجان‌ات منفی و پیشگیری از پیامدهای ترسناک انجام می‌شود (هارتمن، کوردس، هیرشفلد و ووکس، ۲۰۱۹). در بعضی از افراد، این رفتارها ممکن است به قصد کسب اطمینان باشد؛ چرا که افراد مبتلا از عدم تحمل بالاترین رنج می‌برند (کارلتون، فتنر، هاگل و مک‌اووی، ۲۰۱۳). رفتار چک کردن برای افراد چهار کارکرد اساسی دارد: ۱. کاهش هیجان منفی و نگرانی، ۲. کسب اطمینان، ۳. خود-انگیزشی و ۴. اجتناب از پیامدهای منفی. در میان این کارکردها، در مجموع کسب اطمینان بیشترین کارایی و کاربرد را در افراد مبتلا به اضطراب بیماری دارد. همچنین کاهش هیجان منفی و نگرانی، بیشتر در اختلال اضطراب بیماری کاربرد دارد (هارتمن، کوردس، هیرشفلد و ووکس، ۲۰۱۹).

یکی دیگر از متغیرهایی که در پژوهش حاضر مورد بررسی قرار گرفت، کیفیت زندگی بود. یکی از نوآوری‌های درمان‌های موج سوم شناختی-رفتاری این است که صرفاً به درمان نشانه‌ها بسنده نمی‌کنند و به دنبال بهبود کارکرد و کیفیت زندگی درمانجویان نیز هستند. داده‌های مربوط به کیفیت زندگی برای تخمین تاثیر بیماری‌ها بر کارکرد و رفاه زندگی افراد بسیار حائز اهمیت است. بر این اساس کیفیت زندگی سازه‌ای است که در درمان‌های موج سوم و به ویژه درمان مبتنی بر تنظیم هیجان مورد تأکید است. پژوهش حاضر برای سنجش کیفیت زندگی از پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی (WHOQOL-BREF) (نسخه ۲۶ سوآلی) استفاده کرد که کیفیت زندگی دو هفته اخیر را در چهار بعد می‌سنجد: کیفیت زندگی جسمانی، کیفیت زندگی روان‌شناختی، کیفیت زندگی اجتماعی و کیفیت زندگی محیطی. نتایج نشان داد که درمان مبتنی بر تنظیم هیجان کیفیت زندگی جسمانی، کیفیت زندگی روان‌شناختی و کیفیت زندگی محیطی را به طور معنی‌داری بهبود می‌دهد.

بهبودی کیفیت زندگی در دو جنبه قابل تبیین است؛ بهبودی کیفیت زندگی جسمانی و بهبودی کیفیت زندگی روان‌شناختی. همانطور که اشاره شد، دو ویژگی اساسی افراد مبتلا به اضطراب بیماری که باید مورد مداخله مستقیم قرار بگیرد؛ نشانه‌های جسمانی اضطراب و نگرانی یا دل‌مشغولی‌های این افراد است. برنامه‌ی درمان مبتنی بر تنظیم هیجان هر دوی این مشکلات را مورد هدف مداخله قرار می‌دهد. از طریق تمرین ذهن‌آگاهی اسکن بدنی، آگاهی از حس‌های جسمانی و تمرین تنفس بر بهبود کیفیت زندگی جسمانی افراد و از طریق عمل مبتنی بر ارزش و پاسخدهی عمل متقابل به نگرانی به جای پاسخدهی واکنشی به نگرانی بر بهبود زندگی روان‌شناختی افراد تاثیر مثبت می‌گذارد. همچنین، خود کاهش علائم کلی نیز در بهبود کیفیت زندگی روان‌شناختی و محیطی تاثیر فزاینده می‌گذارد. در تبیین معنی‌دار نشدن تغییرات کیفیت زندگی جسمانی از پیش‌آزمون به پس‌آزمون نیز دو نکته قابل توجه است؛ اول اینکه افراد مبتلا به اختلال اضطراب بیماری دل‌مشغولی زیادی با بدن و جسم خود دارند و بسیاری از این افراد ممکن است دردها و تنش‌های عصبی-روانی را تجربه کنند و از این رو این اختلال در طبقه‌ی اختلالات نشانه‌های جسمانی و اختلالات مرتبط، طبقه‌بندی شده است. نکته‌ی دوم هم این است که پژوهش‌های متعددی نشان داده‌اند که خودبیمارانگاری، اضطراب سلامت و

¹ Reactive response

² Counteractive response

³ hypochondriasis

⁴ Carleton, Fetzner, Hackl, McEvoy

⁵ Hartmann, Cordes, Hirschfeld, & Vocks

اضطراب بیماری یک اختلال مقاوم به درمان است و بهبودی کیفیت زندگی جسمانی نیازمند زمان بیشتری است (تیلور، آسماندسون و کونز، ۲۰۰۵؛ آسماندسون و فرگوس، ۲۰۱۹).

در مجموع، پژوهش حاضر به بدنه‌ی پژوهش‌های اثربخشی درمان‌های کوتاه‌مدت و درمان‌های گروهی کمک شایانی کرد. بررسی‌های فراتحلیل نشان می‌دهند که به دلیل پیچیدگی‌های اجتماعی و اقتصادی، درمان‌ها گرایش به کوتاه‌مدت‌تر شدن دارند و گستردگی اثربخشی درمان‌های ساختارمند کوتاه‌مدت به پیشرفت این مدل درمان‌ها کمک خواهد کرد (کویپرز^۱ و همکاران، ۲۰۱۴). از طرف دیگر، پژوهش حاضر به بدنه‌ی پژوهش‌های اثربخشی درمان‌های گروهی کمک قابل توجهی کرد. نتایج پژوهش حاضر اثبات کرد که درمان مبتنی بر تنظیم هیجان می‌تواند به شکل گروهی اجرا شود و به دو دلیل عمده می‌تواند نسبت به درمان فردی ارجحیت داشته باشد؛ اول اینکه درمان گروهی نیاز به فهرست انتظار طولانی را کاهش می‌دهد و هم درمانگر و هم درمانجویان می‌توانند از زمان خود استفاده‌ی بهتری داشته باشند. دوم اینکه گروه منافع دیگری مثل تجربه یکسان بودن تجربیات، الگوگیری و حمایت از گروه را برای مراجعین ایجاد می‌کند (ولگن سینگر، ۲۰۱۵).

پژوهش حاضر کاربرد درمان مبتنی بر تنظیم هیجان در شکل گروهی و به کارگیری درمان مبتنی بر تنظیم هیجان برای اختلال اضطراب بیماری را به ادبیات پژوهشی درمان مبتنی بر تنظیم هیجان و اختلال اضطراب بیماری اضافه کرد. با این وجود، پژوهش حاضر محدودیت‌هایی داشت. اول اینکه اختلال اضطراب بیماری از جمله اختلالاتی است که نرخ همبودی بالایی با سایر اختلالات اضطرابی و خلقی دارد و در بررسی نقش سازه‌ها و اثربخشی درمان‌ها برای اختلال اضطراب بیماری باید به این همبودی‌ها توجه داشت. به عبارت دیگر، ممکن است که در اثر تشخیص‌های همبود، متغیرهای مداخله‌گر بیشتری در نتایج پژوهش نقش داشته باشند که باید به دقت بررسی و کنترل شوند. یکی دیگر از محدودیت‌های پژوهش حاضر، فقدان ادبیات پژوهشی کافی در زمینه‌ی اختلال اضطراب بیماری و محدودیت دسترسی به این بیماران است. همانطور که اشاره شد، از آنجایی که افراد مبتلا به اختلال اضطراب بیماری به منظور چک کردن و آزمایش دادن، بیشتر به بخش‌های پزشکی مراجعه می‌کنند، پژوهش روان‌شناسی در حوزه‌ی این اختلال مورد غفلت قرار گرفته است. از طرف دیگر، تغییرات طبقه‌بندی گسترده‌ای که این اختلال داشته، موجب شده است که با طبقه‌بندی‌های مختلفی از جمله خودبیمارانگاری و اضطراب سلامت در ادبیات پژوهشی عنوان شود. بنابراین لازم است که توجه بیشتری به پژوهش‌های روان‌شناختی در این حیطه شود. همچنین در پژوهش‌های انجام شده، تأیید تشخیص و وجود یا عدم وجود همبودی‌ها به دقت مورد بررسی یا کنترل قرار گیرد. از طرف دیگر، این ادبیات پژوهشی ناهمسان و ناکافی، موجب سوءتفسیر در نقش سازه‌های اختلال می‌شود. هنوز مشخص نیست که نگرانی و تنظیم هیجان مستقیماً در درمان اختلال اضطراب بیماری نقش دارند یا به صورت میانجی و از طریق مسیرهای علی غیرمستقیم. روشن شدن نقش مستقیم یا غیرمستقیم سازه‌های روان‌شناختی در حوزه‌ی اختلال اضطراب بیماری، مستلزم پژوهش‌های بیشتری است. بنابراین، پیشنهاد می‌شود که در پژوهش‌های آتی به نقش سازه‌های مختلف اضطرابی در نشانه‌های اختلال اضطراب بیماری از طریق روش‌های تحلیل مسیر و مدل‌یابی معادلات ساختاری پرداخته شود تا نقش عوامل و سازه‌های مختلف در اختلال اضطراب بیماری روشن شود. در نهایت ذکر این نکته ضروری است که پژوهش حاضر اولین استفاده‌ی درمان مبتنی بر تنظیم هیجان بر اختلال اضطراب بیماری در کشور ایران بود که به صورت گروهی اجرا شد. پژوهش‌های بیشتر، چه به صورت فردی و چه به صورت گروهی، برای تأیید و تکرار این یافته‌ها لازم است.

ملاحظات اخلاقی

در این پژوهش، پس از تشخیص و انتخاب و گمارش تصادفی افراد مورد نظر به شرکت کنندگان در مورد هدف پژوهش توضیحاتی داده شد و رضایت آگاهانه آنها برای شرکت در برنامه درمانی این پژوهش به طور مکتوب جلب گردید. همچنین به آنها اطمینان داده شد که تمامی اطلاعات آنان محرمانه خواهد ماند. مداخله برای گروه آزمایش به صورت ۸ جلسه‌ی ۱۲۰ دقیقه‌ای، در مرکز مشاوره و

¹ Cuijpers

رواندرمانی دانشگاه شیراز و تحت نظارت مدیرگروه بخش روانشناسی بالینی دانشگاه شیراز و رئیس مرکز مشاوره و رواندرمانی دانشگاه شیراز اجرا شد. همچنین فرم رضایت آگاهانه که در آن تمام جزئیات پژوهش قید شده بود به درمانجویان داده شد و درمانجویان آن را مطالعه و به امضاء رساندند.

گروه کنترل نیز پس از اتمام جلسات گروه آزمایش، طبق برنامه‌ی قبلی، درمان گروهی مبتنی بر تنظیم هیجان را به صورت رایگان دریافت کردند.

قدردانی

در پایان، از تمامی شرکت‌کنندگان در پژوهش حاضر و همچنین از تمامی عوامل و پرسنل دانشگاه شیراز و به ویژه مرکز مشاوره و رواندرمانی دانشگاه شیراز که در پژوهش حاضر همکاری داشتند، کمال تشکر و قدردانی به عمل می‌آید.

References

- Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S., & Schweizer, S. (2010). Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical psychology review, 30*(2), 217-237.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)*. American Psychiatric Pub.
- American Psychiatric Association. (2015). *Structured clinical interview for DSM-5 (SCID-5)*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Asmundson, G. J., & Fergus, T. A. (2019). The Concept of Health Anxiety. In *The Clinician's Guide to Treating Health Anxiety* (pp. 1-18). Academic Press.
- Bailer, J., Witthöft, M., Erkcic, M., & Mier, D. (2017). Emotion dysregulation in hypochondriasis and depression. *Clinical psychology & psychotherapy, 24*(6), 1254-1262.
- Bardeen, J. R., & Fergus, T. A. (2014). An examination of the incremental contribution of emotion regulation difficulties to health anxiety beyond specific emotion regulation strategies. *Journal of anxiety disorders, 28*(4), 394-401.
- Brown, T. A., & Barlow, D. H. (2014). *Anxiety and Related Disorders Interview Schedule for DSM-5 (ADIS-5L): Lifetime Version. Client Interview Schedule*. Oxford University Press.
- Brown, T. A., Campbell, L. A., Lehman, C. L., Grisham, J. R., & Mancill, R. B. (2001). Current and lifetime comorbidity of the DSM-IV anxiety and mood disorders in a large clinical sample. *Journal of abnormal psychology, 110*(4), 585-599.
- Cuijpers, P., Sijbrandij, M., Koole, S., Huibers, M., Berking, M., & Andersson, G. (2014). Psychological treatment of generalized anxiety disorder: a meta-analysis. *Clinical psychology review, 34*(2), 130-140.
- Dryman, M. T., & Heimberg, R. G. (2018). Emotion regulation in social anxiety and depression: A systematic review of expressive suppression and cognitive reappraisal. *Clinical psychology review, 65*, 17-42.
- Eilenberg, T., Fink, P., Jensen, J. S., Rief, W., & Frostholm, L. (2016). Acceptance and commitment group therapy (ACT-G) for health anxiety: a randomized controlled trial. *Psychological medicine, 46*(1), 103-115.

- Eilenberg, T., Hoffmann, D., Jensen, J. S., & Frostholm, L. (2017). Intervening variables in group-based acceptance & commitment therapy for severe health anxiety. *Behaviour research and therapy*, 92, 24-31.
- Eilenberg, T., Kronstrand, L., Fink, P., & Frostholm, L. (2013). Acceptance and commitment group therapy for health anxiety—Results from a pilot study. *Journal of Anxiety Disorders*, 27(5), 461-468.
- Fink, P., Ørnbøl, E., & Christensen, K. S. (2010). The outcome of health anxiety in primary care. A two-year follow-up study on health care costs and self-rated health. *PloS one*, 5(3), 73-98.
- Fink, P., Ørnbøl, E., Toft, T., Sparle, K. C., Frostholm, L., & Olesen, F. (2004). A new, empirically established hypochondriasis diagnosis. *American Journal of Psychiatry*, 161(9), 1680-1691.
- Fresco, D. M., Mennin, D. S., Heimberg, R. G., & Ritter, M. (2013). Emotion regulation therapy for generalized anxiety disorder. *Cognitive and Behavioral Practice*, 20(3), 282-300.
- Golden, J., Conroy, R. M., Bruce, I., Denihan, A., Greene, E., Kirby, M., & Lawlor, B. A. (2011). The spectrum of worry in the community-dwelling elderly. *Aging & mental health*, 15(8), 985-994.
- Grabe, H. J., Baumeister, S. E., John, U., Freyberger, H. J., & Völzke, H. (2009). Association of mental distress with health care utilization and costs: a 5-year observation in a general population. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 44(10), 835-844.
- Hartmann, A. S., Cordes, M., Hirschfeld, G., & Vocks, S. (2019). Affect and worry during a checking episode: a comparison of individuals with symptoms of obsessive-compulsive disorder, anorexia nervosa, bulimia nervosa, body dysmorphic disorder, illness anxiety disorder, and panic disorder. *Psychiatry research*, 272, 349-358.
- Himle, J. A., Van-Etten, M., Fischer, D., J. (2003). Group cognitive behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder: a review. *Bri Treat & Cris Intervent*. 2003; (3): 217-229.
- Hofmann, S. G., Sawyer, A. T., Fang, A., & Asnaani, A. (2012). Emotion dysregulation model of mood and anxiety disorders. *Depression and anxiety*, 29(5), 409-416.
- Jasper, F., & Witthöft, M. (2013). Automatic evaluative processes in health anxiety and their relations to emotion regulation. *Cognitive therapy and research*, 37(3), 521-533.
- Lovas, D. A., & Barsky, A. J. (2010). Mindfulness-based cognitive therapy for hypochondriasis, or severe health anxiety: A pilot study. *Journal of anxiety disorders*, 24(8), 931-935.
- McManus, F., Surawy, C., Muse, K., Vazquez-Montes, M., & Williams, J. M. G. (2012). A randomized clinical trial of mindfulness-based cognitive therapy versus unrestricted services for health anxiety (hypochondriasis). *Journal of consulting and clinical psychology*, 80(5), 817-828.
- Mennin, D. S., Heimberg, R. G., Turk, C. L., & Fresco, D. M. (2002). Applying an emotion regulation framework to integrative approaches to generalized anxiety disorder. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9(1), 85-90.
- Mennin, D. S., Heimberg, R. G., Turk, C. L., & Fresco, D. M. (2005). Preliminary evidence for an emotion dysregulation model of generalized anxiety disorder. *Behaviour research and therapy*, 43(10), 1281-1310.
- Mennin, D. S., Holaway, R. M., Fresco, D. M., Moore, M. T., & Heimberg, R. G. (2007). Delineating components of emotion and its dysregulation in anxiety and mood psychopathology. *Behavior therapy*, 38(3), 284-302.
- Mennin, D. S., McLaughlin, K. A., & Flanagan, T. J. (2009). Emotion regulation deficits in generalized anxiety disorder, social anxiety disorder, and their co-occurrence. *Journal of anxiety disorders*, 23(7), 866-871.

- Miloyan, B., & Pachana, N. A. (2015). Clinical significance of worry and physical symptoms in late-life generalized anxiety disorder. *International journal of geriatric psychiatry*, 30(12), 1186-1194.
- Mykletun, A., Heradstveit, O., Eriksen, K., Glozier, N., Øverland, S., Mæland, J. G., & Wilhelmsen, I. (2009). Health anxiety and disability pension award: The HUSK Study. *Psychosomatic medicine*, 71(3), 353-360.
- Nejat, S., Montazeri, A., Holakouie Naieni, K., Mohammad, K., Majdzadeh, S. (2006). The World Health Organization quality of Life (WHOQOL-BREF) questionnaire: Translation and validation study of the Iranian version. *Journal of School of Public Health and Institute of Public Health Research*, 4(4), 1-12.
- ” Too,,, ..,,, Rnmn,,, .. E., ee nmin, ..,,, & eeesoo, (2019). Chnngss in dccnrrrrng and raapprlllll temporally precede symptom reduction during Emotion Regulation Therapy for generalized anxiety disorder with and without co-occurring depression. *Behavior therapy*, 50(6), 1042-1052.
- Olatunji, B. O., Deacon, B. J., & Abramowitz, J. S. (2009). The cruelest cure? Ethical issues in the implementation of exposure-based treatments. *Cognitive and Behavioral Practice*, 16(2), 172-180.
- Olatunji, B. O., Kauffman, B. Y., Meltzer, S., Davis, M. L., Smits, J. A., & Powers, M. B. (2014). Cognitive-behavioral therapy for hypochondriasis/health anxiety: a meta-analysis of treatment outcome and moderators. *Behaviour research and therapy*, 58, 65-74.
- olde Hartman, T. C., Borghuis, M. S., Lucassen, P. L., van de Laar, F. A., Speckens, A. E., & van Weel, C. (2009). Medically unexplained symptoms, somatisation disorder and hypochondriasis: course and prognosis. A systematic review. *Journal of psychosomatic research*, 66(5), 363-377.
- Renna, M. E., Quintero, J. M., Fresco, D. M., & Mennin, D. S. (2017). Emotion regulation therapy: a mechanism-targeted treatment for disorders of distress. *Frontiers in psychology*, 8, 98.
- Rief, W., Glaesmer, H., Baehr, V., Broadbent, E., Brähler, E., & Petrie, K. J. (2012). The relationship of modern health worries to depression, symptom reporting and quality of life in a general population survey. *Journal of psychosomatic research*, 72(4), 318-320.
- Sadock, B. J., Sadock, V. A., & Ruiz, P. (2015). *Synopsis of psychiatry: behavioral sciences, clinical psychiatry*. Wolters Kluwer.
- Samimi, R., Imani, M. Rahimi Taghanaki, C. (2016). Examination of validity and reliability of Anxiety and Related Disorders Interview Schedule for DSM-5 (ADIS-5)® - Adult Version. *M.A. thesis in clinical psychology*. Department of clinical psychology, Faculty of Educational science and psychology, Shiraz University, Shiraz, Iran.
- Sempértegui, G. A., Karreman, A., van Hout, G. C., & Bekker, M. H. (2017). Functional status in patients with medically unexplained physical symptoms: Coping styles and their relationship with depression and anxiety. *Journal of health psychology*, 22(13), 1743-1754.
- Sharifi, V., Asadi, S. M., Mohammadi, M. R., Amini, H., Kaviani, H., Semnani, Y., ... & Sedigh, A. (2004). Reliability and feasibility of the Persian version of the structured diagnostic interview for DSM-IV (SCID). *Advances in cognitive science*, 6(1), 10-22.
- Sheppes, G., Suri, G., & Gross, J. J. (2015). Emotion regulation and psychopathology. *Annual review of clinical psychology*, 11, 379-405.
- Shooshtari, M. H., Davari-Ashtiani, R., Shahrivar, Z., Shabani, A., Semnani, Y., Kaviani, H., ... & Sedigh, A. (2007). Structured clinical interview for DSM-IV (SCID Persian translation and cultural adaptation). *Iranian journal of psychiatry*, 46-48.

- Taylor, S., Asmundson, G., & Coons, M. (2005). Current directions in the treatment of hypochondriasis. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 19, 285e304.
- Weck, F., Gropalis, M., Hiller, W., & Bleichhardt, G. (2015). Effectiveness of cognitive-behavioral group therapy for patients with hypochondriasis (health anxiety). *Journal of anxiety disorders*, 30, 1-7.
- Wolgensinger, L. (2015). Cognitive behavioral group therapy for anxiety: Recent developments. *Dialogues in clinical neuroscience*, 17(3), 347.
- World Health Organization (2004) *The world health organization quality of life (WHOQOL)-BREF*. World Health Organization.



Effectiveness of Emotion Regulation Group Therapy on symptom reduction and quality of life in individuals with Illness Anxiety Disorder

Arash Aghighi¹, Nurallah Mohammadi^{2*}, Changiz Rahimi Taghanaki³, Mahdi Imani⁴

1. Ph.D. Student of Clinical Psychology, Department of clinical psychology, Faculty of Educational science and psychology, Shiraz university, Shiraz, Iran.
2. *Ph.D, Professor of psychology, Department of clinical psychology, Faculty of Educational science and psychology, Shiraz University, Shiraz, Iran (Corresponding Author Email: nmohamadi@shiraz.ac.ir).
3. Professor of psychology, Department of clinical psychology, Faculty of Educational science and psychology, Shiraz University, Shiraz, Iran.
4. Assistant Professor of psychology, Department of clinical psychology, Faculty of Educational science and psychology, Shiraz University, Shiraz, Iran.

Abstract

Introduction: The aim of the present study was to examine Effectiveness of Emotion Regulation Group Therapy (ERGT) on symptom reduction and quality of life in individuals with Illness Anxiety Disorder. This was an experimental study with pre-test and post-test design and control group. The study population was the whole people with panic disorder in Shiraz city in 2019 that went to the psychiatric clinics of Shiraz University of Medical Sciences. The sample was 18 people with Illness Anxiety Disorder who were randomly assigned to the experimental group and the control group. The subjects in the experimental group and the control group were assessed in both pre-test and post-test periods using Structured Clinical Interview for DSM-5 (SCID-5), Anxiety and Related Disorders Interview Schedule for DSM-5 (ADIS-5) and The World Health Organization Quality of Life (WHOQOL) questionnaire. Results showed that Group format of Emotion Regulation Therapy significantly could improve symptoms of anxiety and quality of life of individuals with Illness Anxiety Disorder. Hence, emotion regulation Therapy throughout using Body scan mindfulness technique, Awareness of physical senses and breathe technique, and also intervention in worry and emotion regulation construct which known as mediators in the treatment of many disorders, significantly improve symptoms and quality of life of people with Illness Anxiety Disorder.

Key words: Emotion Regulation Therapy; Worry; Emotion regulation; Quality of life; Illness Anxiety Disorder