

فصلنامه پژوهش‌های نوین روانشناختی  
سال پانزدهم شماره ۶۰ زمستان ۱۳۹۹

## اثربخشی درمان تدوینی اجتناب متضاد از نگرانی و درمان شناختی-رفتاری هیجان مدار بر کنترل عاطفی در زنان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر

معصومه شفیعی<sup>۱</sup>، فاطمه رضایی<sup>۲\*</sup>، مسعود صادقی<sup>۳</sup>

۱- دانشجوی دکتری روان‌شناسی عمومی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه لرستان، لرستان، ایران

۲- استادیار گروه روان‌شناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه لرستان، لرستان، ایران

۳- استادیار گروه روان‌شناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه لرستان، لرستان، ایران

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۱۰/۱۷

تاریخ وصول: ۱۳۹۹/۰۸/۲۸

### چکیده

پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان تدوینی اجتناب متضاد و درمان شناختی-رفتاری هیجان‌مدار بر کنترل عاطفی در زنان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر انجام گرفت. پژوهش حاضر نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون‌پس‌آزمون با گروه گواه انجام گرفت. نمونه آماری شامل ۴۵ زن مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر بود که به صورت در دسترس در سال ۱۳۹۸ انتخاب شدند و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایشی و یک گروه گواه جایگزین شدند. درمان تدوینی و درمان شناختی-رفتاری هیجان‌مدار هر کدام به طور جداگانه در ۱۲ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای برگزار شد و برای گروه گواه هیچ گونه آموزشی اعمال نشد و ابزار این پژوهش مقیاس کنترل عاطفی ویلامز و همکاران (۱۹۹۸) بود که شرکت کنندگان در پیش‌آزمون و پس‌آزمون به سؤالات آن پاسخ دادند و از آزمون تحلیل کواریانس چند متغیره برای تجزیه و تحلیل داده‌ها استفاده شد. یافته‌ها نشان داد که درمان تدوینی اجتناب متضاد و درمان شناختی-رفتاری هیجان‌مدار باعث بهبود کنترل عاطفی در زنان مبتلا به این اختلال می‌شوند ( $P < 0/01$ )، و درصد بهبودی آن بیشتر از آزمودنی‌های گروه گواه می‌باشد ( $P < 0/01$ )، ولی دو گروه آزمایشی تفاوت معناداری با هم نداشتند ( $P > 0/05$ ). درمان تدوینی اجتناب متضاد و درمان شناختی رفتاری هیجان‌مدار موجب بهبود کنترل عاطفی زنان مبتلا به این اختلال می‌شود، درمان تدوینی متمرکز بر تجربه‌ی فیزیولوژیکی و هیجانی مراجعه است تا مراجعه بتواند با تجربه‌ی تقابلی هیجانی مواجهه شود که این ممکن است یکی از علل زیربنایی این اختلال باشد اثربخشی این درمان ممکن است در اختلالات روانی که زیربنایی هیجانی دارند، نیز مؤثر واقع شود.

**واژه‌های کلیدی:** درمان اجتناب متضاد؛ درمان شناختی رفتاری هیجان‌مدار؛ کنترل عاطفی؛ اختلال اضطراب فراگیر

## مقدمه

اختلال اضطراب فراگیر (اختلال اضطراب فراگیر<sup>۱</sup>) (یک نوع اختلال روانی شایع و ناتوان کننده است و افراد مبتلا به این اختلال در معرض خطر خودکشی و همچنین حوادث مرتبط با قلب، عروق، و مرگ و میر قرار دارند (دی مارتینی، پاتل و فنچر<sup>۲</sup>، ۲۰۱۹). اختلال اضطراب فراگیر اختلال اضطراب فراگیریک نوع اختلال متداول می‌باشد که می‌تواند منجر به اختلال شدید روانی-اجتماعی شود (تریکیان، هروری، رانتا، کالتیالا-هینو، مارتتن<sup>۳</sup>، ۲۰۱۹). میزان شیوع یکساله اختلال اضطراب فراگیر بین ۳ تا ۸ درصد و میزان شیوع طول عمر نزدیک به ۵/۷ درصد گزارش شده است (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۱۳). مطالعات مختلف در ایران شیوع اختلالات روانی من جمله اضطراب را ۳۰/۴ درصد گزارش کردند (باقری یزدی، بلهاری، پیراوی، ۲۰۰۶).

در انسان کنترل عواطف از طریق چهار بعد عاطفه منفی، اضطراب، خشم و خلق افسرده شناخته می‌شود و افراد از این طریق تعیین می‌کنند، چه هیجانی تجربه شود و چه زمانی و چگونه آن را ابراز کنند (روبرت، دفرن و بکس<sup>۴</sup>، ۲۰۱۲). افرادی که در کنترل عاطفی خود دچار مشکل هستند، دارای اختلالات عملکردی بیشتری هستند (کاوچیولو، میس، رومرنگوم، بونیفایو، باربسا و همکاران<sup>۵</sup>، ۲۰۱۸). تنظیم عاطفی نقش مهمی در توسعه و نگهداری اختلالات روانی ایفا می‌کند (تودزیک، تیزمن، هافمن، وان-بریچل، زنگ و همکاران<sup>۶</sup>، ۲۰۱۸). نتایج مطالعه هال، جورمن، سیمرو تیمپانو<sup>۷</sup> (۲۰۱۸) حاکی از آن است که افراد مبتلا به اضطراب در پیش‌بینی عاطفه خود و دیگران دچار سوگیری می‌شوند، همچنین علایم اضطراب مرتبط با بیش از حد برآورد کردن عاطفه منفی در خود و دیگران، و دستکم گرفتن عاطفه مثبت است. یافته‌های مطالعه تودزیک و همکاران (۲۰۱۸) نشان داد که بیماران مبتلا به اختلال اضطرابی در کنترل عاطفه خود دچار مشکل هستند. والکر، لیدر، جوردن و کامل<sup>۸</sup> (۲۰۱۷) در مطالعه خود دریافتند که یک خطر بالقوه برای افسردگی و اضطراب، نبود کنترل عاطفی، در افراد است.

روان درمانی فرد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر یک عامل اصلی برای تغییر محسوب می‌شود (پائولین، باتون، وسترا، کانستانتینو، و آنتونی<sup>۹</sup>، ۲۰۱۹). امروزه تدوین درمان‌های مؤثرتر و کامل‌تر از درمان شناختی-رفتاری هدف بسیاری از پژوهش‌ها است. یکی دیگر از درمان‌های مؤثر بر علائم اضطراب درمان شناختی-رفتاری هیجان مدار<sup>۱۰</sup> است که با تأکید بر گاهی هیجانی، فهم هیجان، و تنظیم هیجانی، در کنار فن‌های شناختی و رفتاری به تأثیرگذاری بر اضطراب و نیز سایر هیجان‌ات شدید منفی می‌پردازد (سونگ، جونز، دیویز، جاکوبز، و مورلن<sup>۱۱</sup>، ۲۰۱۸). درمان شناختی رفتاری متمرکز بر هیجان باعث بهبودی نگرانی، انتقاد از خود، خلق و خوی پایین، علائم جسمی، احساسات دردناک مزمن، اجتناب از احساسات (ابرین، اوکیفی، کالن، درکان، و تیمالاک<sup>۱۲</sup>، ۲۰۱۹). کاهش زیاد در علائم اختلال اضطراب فراگیر و افکار اتوماتیک ناکارآمد (استفن، کریستیا، زنتیگوتیا-تاتر و دیوید<sup>۱۳</sup>، ۲۰۱۹) در افراد مبتلا به این اختلال می‌شود مطالعه سونگ، و همکاران (۲۰۱۸) نشان داد که افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر که سطوح بالای

- 1 . generalized anxiety disorder
- 2 . DeMartini, Patel, & Fancher
- 3 . Tiirikainen, Haravuori, Ranta, Kaltiala-Heino, & Marttunen
- 4 . Robertson, Daffern, & Bucks
- 5 . Cavicchioli, Maes, Roomruangwong, Bonifacio, Barbosa
- 6 . Totzeck, Teismann, Hofmann, von Brache, & Zhang
- 7 . Hall, Joormann, Siemer, & Timpano
- 8 . Walker, Liddle, Jordan, & Campbell
- 9 . Poulin, Button, Westra, Constantino, & Antony
- 10 . Emotion-focused Cognitive Behavioral Therapy
- 11 . Suveg, Jone, Davis, Jacob, & Morelen
- 12 . O'Brien, O'Keeffe, Cullen, Durcan, & Timulak
- 13 . Stefan, Cristea, Szentagotai Tatar, & David

بدتنظیمی هیجان را داشتند، سطح بالاتری از بهبود را در درمان ECBT گزارش دادند. اگر چه این نتایج امیدوار کننده است اما برای اثبات آن باید با درمان‌های دیگر مقایسه شود (سونگ و همکاران، ۲۰۱۸).

مطالعات مختلفی با بکارگیری پروتکل‌های درمانی مختلف و دستکاری مولفه‌های رفتاری، هیجانی و شناختی می‌تواند بر بهبودی و کاهش علائم اختلال اضطراب فراگیر کمک کند (مینن، فریسکو، اوتل و هیمبرگ<sup>۱</sup>، ۲۰۱۸). عوامل مؤثر بر علائم اختلال اضطراب فراگیر و نگرانی در طول زمان، کاملاً مشخص نیست. برای این منظور نیومن و لارا<sup>۲</sup> (۲۰۱۱)، بر اجتناب متضاد از نگرانی<sup>۳</sup> تأکید کرده‌اند. اجتناب متضاد از نگرانی شامل؛ نگرانی برای اجتناب از تغییرات هیجانی منفی، نگرانی در ایجاد و حفظ هیجان‌ات منفی، نگرانی در ایجاد یک تقابل هیجانی می‌باشد و در کل به جنبه‌های نگرانی اشاره دارد (لارا و نیومن، ۲۰۱۷). اجتناب متضاد از نگرانی فرض می‌کند افرادی که در معرض خطر نگرانی‌های پاتولوژیک و علائم اختلال اضطراب فراگیر هستند منحصراً ترس از تغییر هیجان‌ات، از هیجان‌ات خنثی یا مثبت به حالات هیجانی منفی را دارند و در نتیجه نگرانی را برای حفظ هیجان‌ات منفی به منظور نظم دادن به جلوگیری از تغییرات یا تقابلات منفی استفاده می‌کنند. (کروچ، لویز، اریکسون و نیومن<sup>۴</sup>، ۲۰۱۷). افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر حساسیت بیشتری نسبت به هیجان‌ات مرتبط با وقایع منفی غیرمنتظره دارند و این نگرانی ویژگی مهم پاتولوژیک اختلال اضطراب فراگیر منجر به طولانی شدن این اختلال می‌شود، بنابراین یک حالت عاطفی منفی را حفظ می‌کند تا مانع عاطفه منفی یا تجربه متقابل شود (نیومن و همکاران، ۲۰۱۱). اجتناب متضاد ممکن است به صورت شیوه‌هایی از رفتارهای ناسازگار بروز پیدا کند، به همین دلیل نیومن، لارا، اریکسون و پرزوسکی<sup>۵</sup> (۲۰۱۴). بر نقش عوامل اتیولوژیک بالقوه که ممکن است فرد را در معرض خطر ابتلا به یک ناسازگاری نسبت به تقابل هیجانی قرار دهد، مانند؛ آسیب‌های کودکی<sup>۶</sup>، نوروتیسم<sup>۷</sup> و تنظیم روابط بین فردی<sup>۸</sup> در افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر تأکید کرده‌اند، و اظهار کرده‌اند که ممکن است منجر به اجتناب متضاد از نگرانی شوند.

نتایج مطالعه شفییعی، رضایی و صادقی (۱۳۹۸) حاکی از آن است که مدل اجتناب متضاد از نگرانی برای اختلال اضطراب فراگیر از برازش مطلوبی (طبق شکل، ۱) برخوردار می‌باشد. بنابراین، ما پیشنهاد می‌کنیم که درمان مبتنی بر این مدل با هدف کاهش الگوهای اجتنابی که به این مشکلات عاطفی زیربنایی پاسخ می‌دهد ممکن است اثر گذار باشد. علاوه بر این، این درمان ممکن است در زمینه آموزش تجربه هیجان‌ات منفی و اینکه این هیجان‌ات خطرناک نیستند می‌تواند به بیماران کمک کند تا کمتر احساس نگرانی کنند و همچنین این اثرات احتمالاً قوی‌تر از استانداردهای CBT می‌باشد (نیومن و همکاران، ۲۰۱۴).

با توجه به برازش مدل به دست آمده از پژوهش شفییعی و همکاران (۱۳۹۸) می‌توان گفت که آسیب‌های دوران کودکی با میانجیگری مشکلات بین فردی و اجتناب متضاد از نگرانی با اضطراب فراگیر ارتباط دارد، همچنین روان‌رنجوری با میانجیگری مشکلات بین فردی و اجتناب متضاد از نگرانی با اضطراب فراگیر ارتباط دارد. بنابراین درمان اختلال اضطراب فراگیر را می‌توان طبق این مدل تهیه کرد و این درمان می‌تواند چند وجهی باشد. بنابراین هدف این پژوهش مقایسه‌ی اثربخشی درمان تدوینی اجتناب متضاد از نگرانی و درمان شناختی-رفتاری هیجان مدار بر کنترل عاطفی در افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر است.

- 1 . Mennin, Fresco, O'Toole, & Heimberg
- 2 . Newman, & Llera
- 3 . contrast avoidance of worry
- 4 . Crouch, Lewis, Erickson, & Newman
- 5 . Newman, Llera, Erickson, & Przeworski
- 6 . Childhood Trauma
- 7 . Neuroticism
- 8 . Interpersonal Problems-Circumplex

## روش پژوهش

پژوهش حاضر به لحاظ هدف کاربردی و به لحاظ جمع آوری داده‌ها از جمله مطالعات نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون-پس آزمون با گروه گواه می‌باشد. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل زنان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر است که قبلاً با توجه به نمره برش مقیاس اختلال اضطراب فراگیر، مصاحبه بالینی و ملاک‌های ورود، به صورت در دسترس در سال ۱۳۹۸ از مراکز درمانی و مشاوره شهر خرم آباد انتخاب شده بودند، از میان ۲۶۵ زن مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر (اسم و شماره تماس آن‌ها قبلاً یادداشت شده است) تعداد ۴۵ زن مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر که مایل بودند در درمان شرکت کنند، انتخاب شدند. و سپس به سه گروه ۱۵ نفری به صورت تصادفی جایگزین شدند. جداول حجم نمونه در گروه‌های آزمایشی ۱۵ نفر می‌باشد (سرمد و همکاران، ۱۳۹۳). ۱۵ نفر زن مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر برای درمان تدوینی اجتناب متضاد (درمان طرحی شده توسط محقق)، با میانگین سنی ۳۰/۹۵، و انحراف معیار ۶/۹۴ و ۸ نفر کارشناسی، ۶ نفر دیپلم، ۱ نفر ارشد، و ۱۳ نفر مجرد، ۲ نفر متأهل، ۱۵ نفر زن مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر برای درمان شناختی- رفتاری هیجان مدار با میانگین سنی ۳۰/۱۹، انحراف معیار ۶/۰۷، ۷ نفر کارشناسی، ۷ نفر دیپلم، ۱ نفر ارشد، ۱۶ نفر مجرد، ۱ نفر متأهل، و ۱۵ نفر زن مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر برای گروه گواه با میانگین سنی ۳۱/۹۹ و انحراف معیار ۷/۷۳، ۶ نفر کارشناسی، ۸ نفر دیپلم، ۲ نفر ارشد، ۱۱ نفر مجرد، ۴ نفر متأهل می‌باشد. برای جمع آوری داده‌ها از ابزارهای زیر استفاده شد.

**فرم جمعیت شناختی:** این فرم محقق ساخته شامل سوالاتی خواهد بود که موارد زیر را مورد سنجش قرار می‌دهد: سن، جنس، سطح تحصیلات، وضعیت تأهل، مدت زمان ابتلا به بیماری، دوره‌های بیماری، سابقه درمان.

**پرسش‌نامه کنترل عاطفی (ACS<sup>1</sup>):** این مقیاس توسط ویلامز، چاملس و اهرنز<sup>۲</sup> (۱۹۹۷) ساخته شده است و دارای ۴۲ آیتم و ۴ خرده مقیاس با عناوین خشم، خلق افسرده، اضطراب و عاطفه مثبت است. پاسخ به سوالات در مقیاس ۷ درجه‌ای (از ۱: به شدت مخالف تا ۷: به شدت موافق است). اعتبار درونی و بازآزمایی آزمون به ترتیب برای نمره کل مقیاس ۰/۹۴، ۰/۷۸، و برای زیرمقیاس‌های خشم ۰/۷۲، ۰/۷۳، زیرمقیاس خلق افسرده ۰/۹۱، ۰/۷۶، زیرمقیاس اضطراب ۰/۸۹، ۰/۷۷، و زیرمقیاس عاطفه مثبت ۰/۸۴، ۰/۶۴، گزارش شده است. همچنین ضریب پایایی بازآزمایی این مقیاس بعد از ۲ هفته در کل مقیاس ۰/۷۸ و در خرده مقیاس‌ها در دامنه ۰/۶۶ تا ۰/۷۷ گزارش شده است (ویلیامز، و همکاران، ۱۹۹۷). همچنین، اعتبار مقیاس توسط دهش (۱۳۸۸). مورد بررسی قرار گرفت که مقدار آلفای کرونباخ در مقیاس کنترل عواطف در کل ۰/۸۴، و در زیرمقیاس خشم ۰/۷۳، عاطفه مثبت ۰/۶۰، خلق افسرده ۰/۷۶، و اضطراب ۰/۶۴ گزارش شده است. در این پژوهش آلفای کرونباخ آن ۰/۸۸ محاسبه گردید.

روش اجرا در پژوهش حاضر بدین صورت بود که بعد از انجام دادن هماهنگی‌های اداری و مراجعه به مراکز درمانی و مشاوره دانشگاه لرستان، دانشگاه علوم پزشکی لرستان و چند مرکز مشاوره در شهر خرم آباد که به صورت در دسترس انتخاب شده بودند. بر اساس مراجعه کنندگانی که برای اولین بار مراجعه کرده بودند تعداد ۴۵۷ نفر بر اساس نمره برش مقیاس کوتاه اختلال اضطراب فراگیر، مصاحبه بالینی و ملاک‌های ورود و خروج برای برآزش مدل انجام شده انتخاب شدند، بعد از اتمام کار برآزش مدل، تعداد ۲۶۵ نفر از این افراد که زن بودند (قبلاً نام و شماره تماس آنها توسط پژوهشگر یادداشت شده بود) تعداد ۱۰۳ نفر که خود مایل به شرکت در کار آزمایشی بودند با توجه به مصاحبه بالینی بر اساس DSM-5، (ملاک تشخیص اختلال اضطراب فراگیر سه نشانه از شش نشانه ذکر شده در DSM است) و ملاک‌های ورود و خروج تعداد ۴۵ نفر انتخاب شدند و در این پژوهش شرکت کردند و به صورت تصادفی در سه گروه، ۱۵ نفری جایگزین شدند، ۱۵ نفر درمان تدوینی اجتناب متضاد از نگرانی (درمان طرحی شده توسط محقق)، ۱۵ نفر درمان

1 . Affective control scale

2 . Williams, Chambless & Ahrens

شناختی-رفتاری هیجان مدار و ۱۵ نفر گروه گواه، پیش از اجرای درمان پرسش‌نامه‌های ویژگی‌های جمعیت شناختی و کنترل عاطفی به عنوان پیش‌آزمون اجرا شد و درمان طراحی شده اجتناب متضاد از نگرانی در ۱۲ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به مدت سه ماه و درمان شناختی-رفتاری هیجان مدار نیز در ۱۲ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به مدت سه ماه در وقت آزاد آزمودنی‌ها اجرا شدند، ولی برای گروه گواه هیچ گونه درمانی صورت نگرفت. (برای گروه گواه در جلساتی که هیچ گونه آموزش و درمانی اجرا نمی‌شد، جلساتی به صورت گروهی اجرا می‌شد تا اثر گروه در آزمایش حاضر کنترل شود). بعد از اتمام کار دوباره پرسش‌نامه را به عنوان پس‌آزمون اجرا کردیم و همچنین بعد از پایان پژوهش، برای گروه گواه درمان تدوینی اجتناب متضاد از نگرانی به صورت رایگان ارائه گردید. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از تحلیل کواریانس چند متغیره با استفاده از نرم افزار SPSS انجام شد.

ملاک‌های ورود شامل موارد زیر هستند: پرکردن فرم رضایت آگاهانه، قادر به شرکت در مطالعه، داشتن تحصیلات حداقل دیپلم، دریافت تشخیص اختلال اضطراب فراگیر بر اساس نقطه برش مقیاس کوتاه اختلال اضطراب فراگیر (اختلال اضطراب فراگیر (7- که (۵/۹۵) می‌باشد، مصاحبه بالینی بر اساس DSM-5، و عدم استفاده از دارودرمانی و روان‌درمانی در ۶ ماه گذشته. ملاک‌های خروج نیز شامل موارد زیر هستند: وجود نشانه‌های روان‌پریشی، اعتیاد به مواد، و وجود آسیب مغزی یا سایر بیماری‌های جسمانی بر اساس مصاحبه تشخیصی ساختاریافته برای اختلالات روانی محور یک (SCID-I)، عدم همکاری و انجام ندادن تکالیف خانگی، غیبت بیش از یک‌سوم جلسات آموزشی. جهت رعایت ملاحظات اخلاقی در این پژوهش، به شرکت‌کنندگان پژوهش توضیح داده شد که آنان در پژوهش روان‌شناختی شرکت می‌کنند. همچنین به آنان اطمینان داده شد که اطلاعات مرتبط با آن‌ها به صورت کاملاً محرمانه باقی خواهد ماند. علاوه بر این ضمن پاسخ به تمام سؤالات شرکت‌کنندگان در مورد پژوهش به آنان اطمینان داده شد که نتایج پژوهش به صورت آماری و نتیجه‌گیری کلی منتشر خواهد شد و آن‌ها اختیار کامل دارند که در پژوهش شرکت نکنند یا در هر مرحله که بخواهند مختارند که از ادامه پژوهش انصراف دهند. شناسه اخلاقی در این پژوهش IR. LUMS.REC. 1398.063 که از دانشگاه علوم پزشکی لرستان دریافت شده است.

خلاصه جلسات درمان تدوینی اجتناب متضاد از نگرانی که توسط پژوهشگر اجرا شد و درمان شناختی رفتاری هیجان مدار که توسط دانشجوی دکترای روانشناسی که در این زمینه تخصص داشت اجرا شد:

درمان تدوینی اجتناب متضاد از نگرانی با هدف کاهش رفتار نگرانی که به این مشکلات عاطفی زیربنایی پاسخ می‌دهد ممکن است موفق باشد درمانگر باید از مراجع بخواهد که بر تجربه فیزیولوژیکی و عاطفی خود تمرکز کند تا به طور کامل با تجربه تقابل منفی روبه‌رو شود. این درمان تدوینی از درمان‌های شناختی-رفتاری (روبیچاد، کرنر و داگاس<sup>۱</sup>، ۲۰۱۲)، بین فردی<sup>۲</sup> (لیپسیتی، مارکوویتس، و کری<sup>۳</sup>، ۱۹۹۷)، پذیرش و تعهد (هییز و همکاران، ۲۰۰۶) و پردازش هیجانی (برکینگ و ویتلی<sup>۴</sup>، ۲۰۱۴) می‌باشد و درمان شناختی رفتاری توسط سونگ و همکارانش (۲۰۱۸) طراحی شده است. درمان ECBT شامل اجزای اصلی CBT است، ولی محتوای آن به طور خاصی برای حل مشکلات مختلف تنظیم هیجان است. در کل، هدف ECBT این است که به افراد کمک کند تا مهارت‌های تنظیم هیجان بیشتری را به وجود آورند که فراتر از تجربه اضطراب/ترس است. مراحل درمان‌ها به قرار زیر است.

1 . Robichaud, Koerner, & Dugas  
2 . interpersonal psychotherapy  
3 . Lipsitz , Markowitz, & Cherry  
4 . Berking & Whitley

### جلسات درمان تدوینی اجتناب متضاد از نگرانی

جلسه ۱، آشنایی اعضای گروه با همدیگر، بیان انتظارات در فرآیند درمان، بالا بردن میزان اطلاعات درباره اختلال اضطراب فراگیر، ذکر چارچوب‌های گروه درمانی.

جلسه ۲، برانگیختن انواع هیجانات و عواطف و پیامدهای آن‌ها، مرتبط ساختن مشکلات به روابط بین فردی در آن‌ها، ایفای نقش. معرفی ناامیدی خلاق و بررسی ناکارآمدی عادات قبلی در مواجهه با اضطراب

جلسه ۳، دادن اطلاعات درباره نگرانی‌ها، یادگیری راه‌کارهای حل مسئله، همچنین سنجش هیجان‌ها و میزان آسیب‌پذیری هیجان‌ها، ایفای نقش در روابط بین فردی وقتی که نگرانی و یا هیجانات دارند.

جلسه ۴، یاد دادن راه‌کارهای حل مسئله در موقعیت‌های مبهم، نقش هیجان‌ها و تأثیر گذاری متقابل هیجان‌ها در روابط بین فردی. پذیرش و قبول هیجان‌ها و تعهد رفتاری برای انجام آن‌ها.

جلسه ۵، سازماندهی و برانگیختن هیجانات در اعضای گروه و بیان و تحلیل آن‌ها، پذیرش نقش آن‌ها در روابط بین فردی، معرفی ارزش‌ها و تعهد رفتاری برای آن‌ها.

جلسه ۶، ایفای نقش‌های جدید در زندگی و بیان و توضیح آن، ایجاد سازگاری در روابط بین فردی، آشنا کردن افراد گروه با انواع تحریف‌های شناختی و فرضیه‌های ناکارآمد، آموزش الگوهای حل تعارض.

جلسه ۷، آموزش تغییر دادن موقعیت‌ها برای برانگیختن هیجان‌ها و پذیرش این هیجان‌ها، یاد دادن راه‌کارهای حل مسئله مرتبط با این موقعیت‌های مبهم، یادگیری مهارت‌های روابط بین فردی، اظهار وجود در روابط اجتماعی و حل کردن تعارض‌های بین فردی.

جلسه ۸، تعارض‌ها را کشف و راهبردهای حل مسئله مرتبط با آن آموزش داده می‌شود، باورهای مثبت و منفی مرتبط با نگرانی را شناسایی و بحث و تحلیل آن‌ها، نقد باورها بر مبنای تکنیک و کیل مدافع.

جلسه ۹، آموزش آرمیدگی عضلانی همزمان با تصویرسازی ذهنی، حساسیت زدایی منظم، تغییر ارزیابی‌های شناختی و شناسایی ارزیابی‌های اشتباه و تأثیرات آن بر هیجان‌ها و آموزش دادن راه‌کارهای ارزیابی مجدد، اصلاح نارسایی‌ها در روابط بین فردی.

جلسه ۱۰، بررسی راه‌کارهای بازدارنده و بررسی پیامدهای هیجانی مرتبط با آن‌ها و پذیرش هیجانات، مواجهه، آموزش ابراز هیجان، تصحیح رفتار به وسیله‌ی تغییر دادن تقویت‌کننده‌ها، یاد دادن تخلیه هیجانی، حساسیت زدایی منظم.

جلسه ۱۱، بالا بردن میزان اطلاعات مرتبط با مقطعی بودن اجتناب برای کم کردن میزان نگرانی، حساسیت زدایی منظم مرتبط با موقعیت‌هایی اضطراب‌زا و موقعیت‌های مبهم، عدم اجتناب از روابط بین فردی و پیامدهای هیجانی مرتبط با آن. پذیرش و تعهد رفتاری برای انجام آن‌ها.

جلسه ۱۲، ارزیابی مجدد و رفع موانع برای انجام دادن مهارت‌های یادگرفته شده، تثبیت تغییرات به وجود آمده و انتقال آن به زندگی روزمره.

### جلسات درمان شناختی-رفتاری هیجان مدار

جلسه ۱، برقراری ارتباط و ایجاد تعهد در درمان، توضیح درباره ماهیت اضطراب و عوامل و نشانه‌های آن، مفهوم‌سازی درمان شناختی-رفتاری متمرکز بر هیجان و ذکر چارچوب‌های گروه درمانی.

جلسه ۲، مشاهده و ارزیابی آزمودنی‌ها بر اساس توانایی تمرکز بر تجربیات درونی، شناسایی هیجان‌های اساسی که زیربنای موقعیت‌های اضطرابی هستند، آموزش تفاوت عملکرد انواع هیجان‌ها.

جلسه ۳، اطلاعات راجع به ابعاد مختلف هیجان و اثرات آن‌ها، روش‌های تنفس عمیق، ارزیابی عملکرد هیجان‌ها در فرایند سازگاری انسان و فواید آن‌ها، و مثال‌هایی از تجربه‌های واقعی آن‌ها،

جلسه ۴، منطق و دلیل آموزش آرمیدگی پیشرونده، تغییر در مسائلی که زیربنای نیازهای هیجانی و چرخه هیجانی مطلوب هستند، ایجاد شرایط در جهت بروز تجربیات معمولاً ناخوشایند هیجانی و به چالش کشیدن آن‌ها.

جلسه ۵، مواجهه با هیجانات مرتبط با اضطراب، بازسازی شناختی مرتبط با هیجان‌ها، استفاده از تکنیک آرام سازی، مواجهه سازی به صورت تصویرسازی ذهنی ا هیجان‌های که در تنظیم آن مشکل دارند.

جلسه ۶، شناسایی موقعیت‌های برانگیزاننده هیجان و ایجاد تغییر در موقعیت برانگیزاننده هیجان. آموزش آرمیدگی ذهنی، مواجهه سازی به صورت تصویرسازی ذهنی با هیجان‌های که در تنظیم آن مشکل دارند.

جلسه ۷، شناسایی و کنترل نیازها، امیال و عوامل زیربنایی هیجان‌ها، آموزش آرمیدگی ذهنی، مواجهه سازی به صورت تصویرسازی ذهنی با هیجان‌های که در تنظیم آن مشکل دارند.

جلسه ۸، شناسایی و بررسی باورهای اصلی مرتبط با هیجان‌های خاص اضطراب‌زا، آموزش آرمیدگی پیشرونده، مواجهه ذهنی و تمرین مقابله‌ای در برابر هیجان-

های ناسازگار، ایجاد دیدگاه‌های جدید.

جلسه ۹، تسهیل در بیان و توصیف احساس‌ها، نیازها و آرزوها، تغییر ارزیابی‌های شناختی، شناسایی ارزیابی‌های غلط و اثرات آن‌ها روی حالت‌های هیجانی، آموزش راهبرد باز-ارزیابی.

جلسه ۱۰، ادامه مواجهه ذهنی و تمرین مقابله‌ای. آموزش فرایند انتقال احساس ناامیدی، خشم و شرم آزمودنی‌ها به ایجاد و افزایش توانایی مواجهه با مشکلات؛ تغییرات در جنبه‌های مهم زندگی.

جلسه ۱۱، تغییر پیامدهای رفتاری و فیزیولوژیکی هیجان، شناسایی میزان و نحوه استفاده از راهبرد بازداری و بررسی پیامدهای هیجانی آن، آموزش تخلیه هیجانی، آرمیدگی و عمل معکوس.

جلسه ۱۲، ارائه نمونه‌هایی برای تحکیم یادگیری مهارت‌های جدیدی که آموخته شده است، ارزیابی مجدد و رفع موانع کاربرد، مهارت‌های آموخته شده در محیط‌های طبیعی خارج از جلسه، بررسی و رفع موانع انجام تکالیف.

### یافته‌ها

در این بخش شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش در دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون در هر سه گروه مورد بررسی قرار گرفته که در جدول زیر قابل مشاهده است.

### جدول (۱) شاخص‌های توصیفی شدت هیجان و علائم اختلال اضطراب فراگیر در دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون

متغیرها	مرحله سنجش	گروه‌ها	میانگین	انحراف معیار
کنترل عاطفه	پیش‌آزمون	درمان تدوینی CAQ	۱۷۵/۶۲	۶/۴۱
	پیش‌آزمون	درمان ECBT	۱۷۲/۰۸	۷/۴۳
پیش‌آزمون	پیش‌آزمون	گواه	۱۷۹/۲۶	۷/۲۷
	پس‌آزمون	درمان تدوینی CAQ	۱۲۳/۸۳	۶/۰۱
پس‌آزمون	پس‌آزمون	درمان ECBT	۱۳۳/۶۲	۶/۱۴
	پس‌آزمون	گواه	۱۷۱/۳۲	۶/۹۱
پیش‌آزمون	پیش‌آزمون	درمان تدوینی CAQ	۳۴/۸۶	۳/۹۷
	پیش‌آزمون	درمان ECBT	۳۱/۴۲	۳/۳۴
پیش‌آزمون	پیش‌آزمون	گواه	۳۵/۷۳	۴/۸۷
	پس‌آزمون	درمان تدوینی CAQ	۲۲/۱۹	۳/۳۷
پس‌آزمون	پس‌آزمون	درمان ECBT	۲۵/۸۱	۴/۲۴
	پس‌آزمون	گواه	۳۳/۰۳	۶/۱۹
پیش‌آزمون	پیش‌آزمون	درمان تدوینی CAQ	۴۳/۸۱	۳/۵۴
	پیش‌آزمون	درمان ECBT	۴۰/۲۹	۴/۰۵
پیش‌آزمون	پیش‌آزمون	گواه	۴۴/۹۱	۴/۴۱
	پس‌آزمون	درمان تدوینی CAQ	۲۸/۳۵	۳/۹۲
پس‌آزمون	پس‌آزمون	درمان ECBT	۳۰/۶۷	۳/۶۸
	پس‌آزمون	گواه	۴۲/۰۱	۴/۲۵

۳/۴۳	۵۰/۹۷	درمان تدوینی CAQ	پیش آزمون	اضطراب
۳/۸۱	۵۱/۵۹	درمان ECBT	پیش آزمون	
۳/۲۹	۵۳/۳۵	گواه	پیش آزمون	
۳/۸۸	۳۸/۶۱	درمان تدوینی CAQ	پس آزمون	
۴/۳۳	۴۰/۹۹	درمان ECBT	پس آزمون	
۴/۷۱	۵۱/۲۷	گواه ۲۸	پس آزمون	
۴/۱۷	۴۵/۹۸	درمان تدوینی CAQ	پیش آزمون	شدت عاطفه مثبت
۴/۸۳	۴۸/۷۸	درمان ECBT	پیش آزمون	
۴/۰۳	۴۵/۲۷	گواه	پیش آزمون	
۲/۵۴	۳۴/۶۸	درمان تدوینی CAQ	پس آزمون	
۳/۲۲	۳۶/۱۵	درمان ECBT	پس آزمون	
۳/۶۳	۴۵/۰۱	گواه	پس آزمون	

جدول ۱، میانگین و انحراف معیار نمرات کنترل عاطفی و خرده مقیاس‌های آن را نشان می‌دهد.

در به کار بردن تحلیل کوواریانس چند متغیری، رعایت پیش‌فرض‌های آن ضروری است. در این اینجا، بعضی از مهمترین موارد آن را مورد بررسی قرار داده‌ایم. برای بررسی بهنجار بودن متغیرها از آزمون کالموگروف اسمیرنف استفاده شد که پیش فرض بهنجار بودن متغیرهای پژوهش در پیش‌آزمون و پس آزمون برای همه‌ی متغیرها رعایت شده است و توزیع تمام متغیرها بهنجار می‌باشد (  $p > 0.05$  )، برای بررسی همگنی ماتریس‌های واریانس-کواریانس، آزمون M باکس را به کار بردیم (  $f = 2/42$ ،  $P = 0/061$  )، برای بررسی واریانس‌ها در متغیر وابسته از آزمون لوین استفاده شده است، مقدار  $F$  در آزمون لوین برای متغیر کنترل عاطفی (  $M = 15/478$  )، برای بررسی واریانس‌ها در متغیر وابسته از آزمون لوین استفاده شده است، مقدار  $F$  در آزمون لوین برای متغیر کنترل عاطفی (  $F = 3/92$  و  $P = 0/05$  )، معنی‌دار نمی‌باشند. پس می‌توان گفت که واریانس‌های خطا در متغیرهای پژوهش در گروه‌های آزمایش و گواه دارای تفاوت معنی‌داری نمی‌باشند و این فرض تأیید می‌شود

### جدول (۲) نتایج آزمون‌های چند متغیری

اثر	ارزش	F	df	df	سطح معنی‌داری	مجذور اتا
پیلایی	۰/۶۸	۴/۷۱	۸	۷۲	۰/۰۰۱	۰/۳۴
پس آزمون لامبدای ویلکز	۰/۳۲	۶/۷۲	۸	۷۰	۰/۰۰۱	۰/۴۳
هتلینگ	۲/۱۹	۸/۹۶	۸	۶۸	۰/۰۰۱	۰/۵۱
بزرگترین ریشه روی	۲/۱	۱۸/۸۹	۴	۳۶	۰/۰۰۱	۰/۶۷

همان طور که جدول بالا نشان می‌دهد تفاوت بین سه گروه به میزان ۳۲ درصد می‌باشد، یعنی تفاوت بین گروه‌ها معنادار می‌باشد، پس بنابراین می‌توان آزمون کواریانس چند متغیره را انجام داد.

جدول (۳) نتایج تحلیل کواریانس تک‌متغیره بر روی پس‌آزمون متغیرهای پژوهش

منابع	متغیر وابسته	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی‌داری	مجذورات	نوع آزمون
پیش‌آزمون	کنترل عاطفی	۸۶/۷۶	۲	۸۶/۷۶	۰/۶۳	۰/۴۳	۰/۱۶	۰/۲۸
	خشم	۱۶/۷۴	۲	۸/۳۷	۰/۶۶	۰/۵۱	۰/۱۲	۰/۲۵
	افسردگی	۱۹/۹۵	۲	۹/۹۷	۰/۶۴	۰/۵۳	۰/۱۳	۰/۲۴
	اضطراب	۱۹/۸۳	۲	۹/۹۱	۰/۷۷	۰/۴۷	۰/۱۴	۰/۲۷
	عاطفه مثبت	۲۷/۸۸	۲	۱۳/۹۴	۰/۶۹	۰/۵۱	۰/۱۳	۰/۲۵
عضویت گروهی	کنترل عاطفی	۵۷۲۶/۹۵	۲	۲۸۶۳/۴۷	۲۰/۸۴	۰/۰۰۱	۰/۵۱	۱
	خشم	۹۵۲/۸۲	۲	۴۷۶/۴۱	۱۵/۴۱	۰/۰۰۱	۰/۴۴	۱
	افسردگی	۲۴۴/۴۲	۲	۱۲۲/۲۱	۹/۴۵	۰/۰۰۱	۰/۳۳	۱
	اضطراب	۴۴۹/۹۸	۲	۲۲۴/۹۹	۲۴/۹۷	۰/۰۰۱	۰/۴۴	۱
	عاطفه مثبت	۴۵۹/۶۱	۲	۲۲۹/۸۱	۲۱/۲۳	۰/۰۰۱	۰/۵۲	۱

مطابق جدول، همان‌طور که می‌بینید، نتایج تحلیل کواریانس حاکی از آن است که پس از تعدیل کردن نمرات پیش‌آزمون تفاوت معناداری بین گروه درمان تدوینی اجتناب متضاد از نگرانی، درمان شناختی-رفتاری هیجان‌مدار و گروه کنترل در خشم ( $p < 0/01$ )، افسردگی ( $p < 0/01$ )، اضطراب ( $p < 0/01$ )، عاطفه مثبت ( $p < 0/01$ ) که از زیرمؤلفه‌های کنترل عاطفی هستند و نمره کلی کنترل عاطفی ( $p < 0/01$ ) وجود دارد.

به دلیل اینکه مشخص نیست تفاوت بین کدام یک از گروه‌ها می‌باشد، آزمون پسین بنفرونی را انجام دادیم، این آزمون در جدول ۴، نشان داده شده است.

جدول (۴) نتایج تحلیل آزمون تعقیبی بنفرونی برای گروه‌های سه‌گانه در دو متغیر شدت هیجان و اضطراب فراگیر.

متغیر	گروه	گروه‌ها	تفاوت میانگین	خطای استاندارد	سطح معنی‌داری
کنترل عاطفی	ECBT	گواه	۲۰/۹۶	۴/۵۳	۰/۰۰۱
	CAQ		۹/۰۳	۴/۳۲	۰/۱۳
	گواه	ECBT	۲۰/۹۶	۴/۵۳	۰/۰۰۱
	CAQ		۳۰/۰۱	۴/۷۳	۰/۰۰۱
	CAQ	ECBT	۹/۰۳	۴/۳۲	۰/۱۳
	گواه		۳۰/۰۱	۴/۷۳	۰/۰۰۱

همان‌طور که در جدول ۴، ملاحظه می‌کنید بین گروه‌های آزمایش با گروه گواه تفاوت آماری معناداری وجود دارد ( $P < 0/05$ )، دو گروه آزمایشی نسبت به گروه گواه به طور معناداری کاهش بیشتری را در کنترل عاطفی تجربه کرده‌اند. گرچه طبق جدول ۱، میزان تغییر میانگین‌ها در گروه درمان اجتناب متضاد از نگرانی بیشتر از گروه درمان شناختی-رفتاری هیجان‌مدار بود، اما بین دو گروه آزمایشی در متغیرهای مورد نظر تفاوت آماری معناداری وجود ندارد ( $P > 0/05$ ).

## بحث و نتیجه گیری

در پژوهش حاضر اثربخشی درمان تدوینی اجتناب متضاد از نگرانی و درمان شناختی رفتاری هیجان مدار بر کنترل عاطفی، مورد مقایسه قرار گرفت. نتایج تحلیل کواریانس نشان داد که بعد از تعدیل نمرات پیش آزمون میزان میانگین نمرات خشم، افسردگی، اضطراب، شدت عاطفه مثبت از زیرمؤلفه‌های کنترل عاطفی در گروه‌های آزمایش درمان تدوینی اجتناب متضاد از نگرانی، درمان شناختی رفتاری هیجان مدار به طور معنی‌داری متفاوت از گروه گواه بودند، اما دو گروه آزمایش تفاوت معناداری با هم نداشتند. اما به دلیل اینکه رویکرد درمان اجتناب متضاد از نگرانی در حال گسترش می‌باشد و داده آزمایشی در مورد این درمان وجود ندارد، امکان مقایسه‌ی دقیق آن با دیگر پژوهش‌ها وجود ندارد. اما درمان شناختی رفتاری هیجان مدار اثربخشی معناداری بر کنترل عاطفی دارد و می‌تواند با یافته‌های هال و همکاران (۲۰۱۸)، تودزیک و همکاران (۲۰۱۸) و والکر، و همکاران (۲۰۱۷) همخوان باشد. در تبیین این یافته می‌توان گفت که راهبردهای شناسایی هیجان‌های اساسی، مهارت‌های تنظیم هیجان، بازسازی شناختی هیجان‌ها و سایر فنون رفتاری و شناختی قسمتی از فنون به کار برده شده در این پروتکل درمانی است، این فنون درمانی ممکن است باعث شود که افکار تأثیرگذار که منجر به اضطراب می‌شود، را تصحیح کند و رفتارهای متعاقب آن را بازسازی کنند، این آگاهی‌ها ممکن است به افراد کمک کند که در رویارویی با موقعیت‌ها و موضوعاتی که منجر به اضطراب می‌شوند، احساس امنیت لازم را به دست آورند و بتوانند تصمیمات درستی را در چنین وضعیت‌هایی بگیرند.

نگرانی یکی از خصوصیات بارز افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر است و این درمان تأکید اساسی بر روی نگرانی دارد، یکی از قسمت‌های مهم درمان، درک ماهیت عواطف و بالا بردن میزان آگاهی مرتبط با عواطف است، این مهارت را به وسیله‌ی فنون درمان هیجان مدار آموزش می‌دهد، در جلسات درمانی به افراد مبتلا آموزش داده می‌شود که همه‌ی انواع عواطف در زندگی دارای نقشی اساسی و مهم می‌باشند. در درمان هیجان‌مدار هدف حذف عواطف نیست، بلکه هدف کشف، سازگاری و تحمل کردن عواطف می‌باشد (راپاپورت، پاگلیاچی، پین، کلین و جارکو، ۲۰۱۷). فنون شناختی به کار برده شده در این پروتکل درمانی باعث بهبود راهبردهای ناسازگارانه عاطفی در این افراد می‌شود، یادگیری فنون شناختی به این افراد کمک می‌کند که در رویارویی با منابع اضطراب به بازسازی شناختی بپردازند و به این وسیله بتوانند عواطف ناسازگارانه را جانشین عواطف ناسازگارانه کنند، عواطف سازگارانه منابع روانشناختی مهمی هستند که به افراد مبتلا کمک می‌کند در برابر فشارهای روانی ناشی از اضطراب، از راهبردهای مقابله‌ای کارآمدی استفاده کنند و به این وسیله می‌توانند با رویدادهای استرس‌زای زندگی با روش مؤثری مقابله کنند و به جای سرکوب عواطف خود خطاهای شناختی را بیاموزند و به صورت آگاهانه عواطف و اندیشه‌های خود را قبول کنند (نیلسون، هاگمن، پترسن، دنیل و لئو، ۲۰۱۹).

همچنین یافته‌های این پژوهش حاکی از آن بود که درمان تدوینی اجتناب متضاد از نگرانی بر کنترل عاطفی در افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر دارای اثربخشی معناداری می‌باشد. به دلیل آنکه این درمان یک درمان تدوینی می‌باشد و از ترکیب پروتکل-های درمانی شناختی- رفتاری، تنظیم هیجان، پذیرش و تعهد و درمان میان فردی تهیه شده است، به همین دلیل می‌توان گفت که یافته پژوهش حاضر با یافته‌هایی این پروتکل‌های درمانی که بر کنترل عاطفی در افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر مؤثر بوده‌اند، همخوان می‌باشد. یافته‌های این پژوهش با یافته‌های نیلسن و همکاران (۲۰۱۹)، گادبی و همکاران (۲۰۱۹) و ویلیامز و همکاران (۲۰۱۸) همسو می‌باشد. در تبیین این یافته می‌توان گفت که راهبردهای بر گرفته شده از فنون پذیرش و تعهد به افراد این امکان را می‌دهد که تا به یک احساس پایدار و دایمی از خود تمرکز کنند و به این وسیله قادر خواهند بود که یک چشم انداز انعطاف پذیر

داشته باشند و این خود باعث خواهد شد که عاطفه افراد بهبود و اصلاح شود (گادبی و همکاران، ۲۰۱۹). همچنین حساسیت اضطرابی<sup>۱</sup> یکی از اهداف اساسی در این درمان تدوینی می‌باشد و کم کردن میزان این حساسیت، ممکن است یکی از عوامل مهم تغییر در میزان اختلالات مرتبط با هیجان باشد (ویلیامز و همکاران، ۲۰۱۸). مواجهه هیجانی یک نوع تکنیک مداخله‌ای است که هدف اصلی آن حساسیت اضطرابی است، این تکنیک به طور اساسی منجر به کاهش نشانه‌های این اختلال می‌گردد (باسول، فارچون، سور-زوالو، مری، و فارتون<sup>۲</sup>، ۲۰۱۳).

افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر در عواطف و هیجانات خود دارای نقص و کاستی می‌باشند (ایورس<sup>۳</sup>، ۲۰۱۸)، این افراد چون در ابراز و تجربه عواطف خود دارای مشکل هستند، روش‌های غیر انطباقی را برای ابراز عواطف خود به کار می‌برند، به عنوان نمونه عواطف خود را مخفی، و سعی دارند که از ابراز عواطف خود امتناع کنند، که این خود باعث پیامدهای بسیار نامطلوبی برای آن‌ها می‌شود (کنیلند، دیویدو، جورمن و کلارک<sup>۴</sup>، ۲۰۱۶). فنون به کار برده شده در این پروتکل درمان تدوینی به افراد تحت درمان یاد می‌دهد که به چه روشی با هیجان‌های خود کنار بیایند و به شیوه‌ی مناسبی به هیجان‌های خود واکنش نشان دهند و با تنظیم کردن عادت‌های عاطفی خود، سطح بروز عواطف و میزان فراوانی آن‌ها را کاهش دهند و به این وسیله میزان آسیب‌پذیری کم خواهد شد، اندیشه‌ها رفتارها و عواطف روابط متقابلی با هم دارند و هر یک از این موارد دارای نقشی مهم و ضروری در شدت و میزان بروز عواطف در افراد می‌باشد (ناصری و همکاران، ۲۰۲۰).

در کل نتایج این پژوهش نشان داد که درمان تدوینی اجتناب متضاد از نگرانی و درمان شناختی رفتاری هیجان مدار بر کنترل عاطفی زنان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر مؤثر است، درمان تدوینی اجتناب متضاد از نگرانی بر تجربه‌ی فیزیولوژیکی و هیجانی مراجعه متمرکز است تا مراجعه بتواند با تجربه‌ی تقابل هیجانی مواجهه شود، که این ممکن است یکی از علل زیربنایی اختلال اضطراب فراگیر باشد را مورد هدف قرار دهد و بدین طریق بتواند نسبت به درمان‌های دیگر مؤثرتر و کارا تر باشد و احتمالاً در مطالعات آینده می‌توان اثرگذاری بیشتر آن را مشاهده کرد.

در این مطالعه فقط از زنان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر استفاده شد، پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آینده بر روی هر دو جنس انجام شود تا امکان مقایسه بین دو جنس وجود داشته باشد، آزمودنی‌ها به صورت در دسترس و داوطلبانه انتخاب شدند که می‌توان تعمیم‌پذیری یافته‌ها را با محدودیت مواجهه کند، اثر اجرای پیش آزمون بر پس آزمون، عدم پیگیری درمان در طول زمان نیز یکی دیگر از محدودیت‌های این پژوهش می‌باشد، ما پیشنهاد می‌کنیم که در مطالعات آینده با کنترل کردن این متغیرهای مزاحم انجام گیرد و پیشنهاد می‌کنیم اثربخشی رویکرد درمان تدوینی در پژوهش حاضر در اختلالات روانی که زیربنایی هیجانی دارند، نیز ممکن است مؤثر واقع شود.

## تشکر و قدردانی

نویسندگان این مقاله از تمام دانشجویان دانشگاه لرستان، علوم پزشکی لرستان و مراکز مشاوره در خرم‌آباد که ما را در انجام این پژوهش یاری کرده‌اند، کمال تشکر و قدردانی را دارد.

## منابع

- دهش، زهرا (۱۳۸۸). تأثیر تلفیقی رفتاری و هیجان محور بر کنترل عواطف در نوجوانان دختر شهر کاشکوئیه رفسنجان، **پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد اسلامی واحد مرودشت**.
- سرمه، زهره بازرگان، عباس؛ و حجازی، الهه. (۱۳۹۳). **روش‌های تحقیق در علوم رفتاری**، نشر آگه، تهران، چاپ بیست و ششم.

1 . Anxiety sensitivity  
2 . Boswel, Farchione, Sauer-Zavala, Murray, & Fortune  
3 . Evers  
4 . Kneeland, Dovidio, Joormann, & Clark

شفیعی، معصومه؛ رضایی، فاطمه؛ و صادقی، مسعود (۱۳۹۸). تدوین مدل اجتناب متضاد اختلال اضطراب فراگیر: مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر این مدل و درمان شناختی رفتاری هیجان مدار بر علایم اضطراب، شدت هیجان و کنترل عاطفی زنان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر. **پایان نامه دکتری، دانشگاه لرستان.**

- Bagheri Yazdi S, Bolhari J, Peyravi H.(2006). Mental health status of newly admitted students toTehran University academic year. (Andeesheh Va Raftar).. Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology.4 (1): 30-9.
- Berking, M., & Whitley, B. (2014). Emotion regulation: Definition and relevance for mental health. In *Affect Regulation Training* (pp. 5-17). Springer, New York, NY.
- Boswell, J. F., Farchione, T. J., Sauer-Zavala, S., Murray, H. W., Fortune, M. R., & Barlow, D. H. (2013). Anxiety sensitivity and interoceptive exposure: A transdiagnostic construct and change strategy. *Behavior therapy, 44*(3), 417-431.
- Cavicchioli, F. L., Maes, M., Roomruangwong, C., Bonifacio, K. L., Barbosa, D. S., Anderson, G., ... & Nunes, S. O. V. (2018). Associations between severity of anxiety and clinical and biological features of major affective disorders. *Psychiatry research, 260*, 17-23.
- Crouch, T. A., Lewis, J. A., Erickson, T. M., & Newman, M. G. (2017). Prospective investigation of the contrast avoidance model of generalized anxiety and worry. *Behavior therapy, 48*(4), 544-556.
- DeMartini, J., Patel, G., & Fancher, T. L. (2019). Generalized anxiety disorder. *Annals of internal medicine, 170*(7), ITC49-ITC64.
- Evers, C. (2018). Emotion regulation and self-control: Implications for health behaviors and wellbeing.
- Godbee, M., & Kangas, M. (2019). The relationship between flexible perspective-taking and emotional well-being: A systematic review of the 'Self-As-Context' component of Acceptance and Commitment Therapy (ACT). *Behavior Therapy.*
- Hall, K. A. A., Joormann, J., Siemer, M., & Timpano, K. R. (2018). The impact bias in self and others: Affective and empathic forecasting in individuals with social anxiety. *Behaviour research and therapy, 106*, 37-46.
- Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour research and therapy, 44*(1), 1-25.
- Kneeland, E. T., Dovidio, J. F., Joormann, J., & Clark, M. S. (2016). Emotion malleability beliefs, emotion regulation, and psychopathology: Integrating affective and clinical science. *Clinical psychology review, 45*, 81-88.
- Lipsitz, J. D., Markowitz, J. C., & Cherry, S. (1997). Manual for interpersonal psychotherapy of social phobia. *Unpublished Manuscript. Columbia University College of Physicians and Surgeons.*
- Llera, S. J., & Newman, M. G. (2017). Development and validation of two measures of emotional contrast avoidance: The contrast avoidance questionnaires. *Journal of anxiety disorders, 49*, 114-127.
- Mennin, D. S., Fresco, D. M., O'Toole, M. S., & Heimberg, R. G. (2018). A randomized controlled trial of emotion regulation therapy for generalized anxiety disorder with and without co-occurring depression. *Journal of consulting and clinical psychology, 86*(3), 268.
- Nasiri, F., Mashhadi, A., Bigdeli, I., Chamanabad, A. G., & Ellard, K. K. (2020). Augmenting the unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders with transcranial direct current stimulation in individuals with generalized anxiety disorder and comorbid depression: A randomized controlled trial. *Journal of Affective Disorders, 262*, 405-413.
- Newman, M. G., & Llera, S. J. (2011). A novel theory of experiential avoidance in generalized anxiety disorder: A review and synthesis of research supporting a contrast avoidance model of worry. *Clinical psychology review, 31*(3), 371-382.
- Newman, M. G., Llera, S. J., Erickson, T. M., & Przeworski, A. (2014). Basic science and clinical application of the Contrast Avoidance model in generalized anxiety disorder. *Journal of Psychotherapy Integration, 24*(3), 155.
- Nielsen, S. K. K., Hageman, I., Petersen, A., Daniel, S. I. F., Lau, M., Winding, C., ... & Vangkilde, S. (2019). Do emotion regulation, attentional control, and attachment style predict response to cognitive behavioral therapy for anxiety disorders?—an investigation in clinical settings. *Psychotherapy Research, 29*(8), 999-1009.

- O'Brien, K., O'Keeffe, N., Cullen, H., Durcan, A., Timulak, L., & McElvaney, J. (2019). Emotion-focused perspective on generalized anxiety disorder: A qualitative analysis of clients' in-session presentations. *Psychotherapy Research, 29*(4), 524-540.
- Poulin, L. E., Button, M. L., Westra, H. A., Constantino, M. J., & Antony, M. M. (2019). The predictive capacity of self-reported motivation vs. early observed motivational language in cognitive behavioural therapy for generalized anxiety disorder. *Cognitive behaviour therapy, 48*(5), 369-384.
- Rappaport, B. I., Pagliaccio, D., Pine, D. S., Klein, D. N., & Jarcho, J. M. (2017). Discriminant validity, diagnostic utility, and parent-child agreement on the Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED) in treatment-and non-treatment-seeking youth. *Journal of anxiety disorders, 51*, 22-31.
- Robertson T, Daffern M, Bucks RS. (2012). Emotion regulation and aggression. *Aggression Violent Behav, 17*(1), 72-82.
- Robichaud, M., Koerner, N., & Dugas, M. J. (2019). *Cognitive behavioral treatment for generalized anxiety disorder: From science to practice*. Routledge.
- Stefan S, Cristea IA, Szentagotai Tatar A, David D. Cognitive behavioral therapy (CBT) for generalized anxiety disorder: Contrasting various CBT approaches in a randomized clinical trial. *Journal of clinical psychology. 2019 Jul;75*(7):1188-202.
- Suveg, C., Jones, A., Davis, M., Jacob, M. L., Morelen, D., Thomassin, K., & Whitehead, M. (2018). Emotion-focused cognitive-behavioral therapy for youth with anxiety disorders: A randomized trial. *Journal of abnormal child psychology, 46*(3), 569-580.
- Tiirikainen, K., Haravuori, H., Ranta, K., Kaltiala-Heino, R., & Marttunen, M. (2019). Psychometric properties of the 7-item Generalized Anxiety Disorder Scale (7-اختلال اضطراب فراگیر) in a large representative sample of Finnish adolescents. *Psychiatry research, 272*, 30-35.
- Totzeck, C., Teismann, T., Hofmann, S. G., von Brachel, R., Zhang, X. C., Pflug, V., & Margraf, J. (2018). Affective Styles in Mood and Anxiety Disorders—Clinical Validation of the “Affective Style Questionnaire”(ASQ). *Journal of affective disorders*.
- Walker, J., Liddle, J., Jordan, K. P., & Campbell, P. (2017). Affective concordance in couples: a cross-sectional analysis of depression and anxiety consultations within a population of 13,507 couples in primary care. *BMC psychiatry, 17*(1), 190.
- Williams, K. E., Chambless, D. L., & Ahrens, A. H. (1997). Are emotion frightening? An extension of the fear concept. *Behaviour Research and therapy, 35*, 239 – 245.
- Williams, I. A., Howlett, S., Levita, L., & Reuber, M. (2018). Changes in emotion processing following brief augmented psychodynamic interpersonal therapy for functional neurological symptoms. *Behavioural and cognitive psychotherapy, 46*(3), 350-366.

## **Effectiveness of the Newly Developed Treatment Contrast avoidance of worry and Emotion-focused Cognitive Behavioral Therapy in Affective control in Women with Generalized Anxiety Disorder**

**Shafiei, M<sup>\*</sup>, Rezaei, F<sup>2</sup>, & Sadeghi, M<sup>3</sup>**

1- PhD Student, Psychology, Faculty of Literature and Humanities, Lorestan University, Khoramabad,

\*2- Ph.D., Assistant Professor, Psychology, Faculty of Literature and Humanities, Lorestan University, Khoramabad, Iran. (Author).

(Corresponding author, Email: rezaei.f@lu.ac.ir)

3- Ph.D., Assistant Professor, Psychology, Faculty of Literature and Humanities, Lorestan University, Khoramabad, Iran.

### **Abstract**

The aim of this study was to compare the effectiveness of the newly developed Contrast avoidance of worry and Emotion-focused Cognitive Behavioral Therapy in the affective control in women with generalized anxiety disorder. The present study was a quasi-experimental one with pre- and post-test design including control group. 45 women with generalized anxiety disorder were selected as the study sample through convenient sampling method in 2019, and were assigned into one of the experimental and control groups. The Newly developed Treatment Contrast avoidance of worry and Emotion-focused Cognitive Behavioral Therapy were held separately in 12 sessions and each session took about 90-minutes. No training was applied for the control group. The Affective control scale of Williams et al. (1998) was applied as the measuring tool in which subjects completed in pre- and post-test evaluations. Data were analyzed using Multivariate Analysis of Covariance. Findings showed that the developmental treatment contrast avoidance of worry and Emotion-focused Cognitive Behavioral Therapy improved the affective control ( $p < 0.01$ ), and the improvement rate was higher than the subjects of the control group ( $p < 0.01$ ); however, the two experimental groups did not differ significantly ( $P < 0.05$ ). The Newly developed treatment contrast avoidance of worry and Emotion-focused Cognitive Behavioral Therapy improved the affective control in women with generalized anxiety disorder. Developmental therapy focuses on the physiological and emotional experiences of the client so that they could experience the emotional contrast, which may be considered as one of the fundamental causes of generalized anxiety disorder. This approach may also be effective in treating mental disorders that have an emotional basic.

**Keywords:** The Newly developed Treatment Contrast avoidance of worry; Emotion-focused Cognitive Behavioral Therapy; Affective control; Generalized Anxiety Disorder