

Effectiveness of the Emotion-regulation Group Therapy on Symptom Recovery and Quality of Life of Panic Disordered Patients

Aghighi, *A., Mohammadi, N., Rahimi Taghanaki, Ch., Imani, M.

Abstract

Introduction: Emotion-regulation Therapy (ERT) as a multifaceted and integrated treatment is widely used in treatment of generalized anxiety disorder. The purpose of this study was to examine the effectiveness of emotion-regulation group therapy on symptom recovery and quality of life in panic disordered patients.

Method: A randomized controlled trial design was chosen. Population of the study was patients diagnosed with panic disorder in 2019 who referred to psychiatry clinics of Shiraz University of Medical Sciences. A total sample consisting 22 panic disorder patients selected and randomly divided to experimental and control groups. Subjects for both group were assessed in pre- post-test periods using Structured Clinical Interview for DSM-5, Anxiety and Related Disorders Interview Schedule and the WHO Quality of Life questionnaire. Data were analyzed using a multivariate analysis of covariance.

Results: results showed significantly increased mean scores ($p < 0.05$) for experimental group subjects on all aspects anxiety, and 3 aspects of quality of life (physical, psychological and environmental) rather than control group.

Conclusion: Group emotion-regulation therapy which includes changing the underlying constructs of worry and emotion regulation, could improve the symptoms and quality of life in panic disordered patients.

Keywords: Emotion Regulation Therapy, worry, quality of life, Panic disorder.

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

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

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۰۱/۱۷ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۰۳/۰۲

چکیده

مقدمه: درمان مبتنی بر تنظیم هیجان یک درمان چندوجهی و یکپارچه است که به‌طور گسترده‌ای برای درمان اختلال اضطراب فراگیر به کار گرفته شده است. هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر تنظیم هیجان بر بهبود علائم و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به اختلال وحشت‌زدگی است.

روش: پژوهش حاضر از نوع آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون و گروه کنترل است. جامعه‌ی آماری پژوهش حاضر تمامی بیماران مبتلا به اختلال وحشت‌زدگی شهر شیراز در سال ۱۳۹۸ بود که به کلینیک‌های اعصاب و روان دانشگاه علوم پزشکی شیراز مراجعه کردند. نمونه‌ی پژوهش شامل ۲۲ بیمار مبتلا به اختلال وحشت‌زدگی بودند که به‌طور تصادفی در گروه آزمایش و گروه کنترل گمارده شدند. آزمودنی‌های دو گروه در پیش‌آزمون و پس‌آزمون از طریق مصاحبه بالینی ساختاریافته DSM-5 و پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی مورد ارزیابی قرار گرفتند. داده‌های پژوهش با استفاده از روش تحلیل کوواریانس چندمتغیره تحلیل شدند.

یافته‌ها: نتایج تفاوت معناداری را در میانگین نمرات گروه زمایش در علائم اضطرابی (علائم اضطرابی، نگرانی و تغییر رفتار ناسازگارانه) و کیفیت زندگی (فیزیکی، روانشناختی و محیطی) در مقایسه با بیماران گروه کنترل که درمان دریافت نمی‌کردند، نشان داد ($p \leq 0.05$).

نتیجه‌گیری: درمان گروهی مبتنی بر تنظیم هیجان که شامل مداخله در سازه‌های نگرانی و تنظیم هیجان می‌شود، بر بهبود علائم و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به اختلال وحشت‌زدگی اثربخش است. **واژه‌های کلیدی:** درمان مبتنی بر تنظیم هیجان، نگرانی، تنظیم هیجان، کیفیت زندگی، اختلال وحشت‌زدگی.

۱. نویسنده مسئول: دکتری روانشناسی بالینی، گروه روانشناسی بالینی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه شیراز، شیراز، ایران

۲. استاد، گروه روانشناسی بالینی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه شیراز، شیراز، ایران

۳. استاد، گروه روانشناسی بالینی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه شیراز، شیراز، ایران

۴. استادیار، گروه روانشناسی بالینی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه شیراز، شیراز، ایران

مقدمه

رابی چاود، مدل نقص در تنظیم هیجان^۵ مین و فرسکو، مدل مبتنی بر پذیرش^۶ رومر و ارسیلو و مدل یکپارچه^۷ رومر، اوریسیلو و بارلو از مهمترین مدل‌های مطرح شده در اختلالات اضطرابی هستند (۳).

همانطور که اشاره شد، یکی از مهمترین مدل‌های مطرح شده در اختلالات اضطرابی مدل نقص در تنظیم هیجان است. در سال‌های اخیر، نقص در تنظیم هیجان^۸ یا دشواری در مدیریت هیجانات خود، به عنوان یک سازه‌ی مغل که در بسیاری از اختلالات و بسیاری از نظریه‌های آسیب‌شناسی نقش دارد، کانون نظریه‌ها و پژوهش‌های زیادی بوده است (۴). ثابت شده است که نقص در تنظیم هیجان، به ویژه در اختلالات اضطرابی نقش اساسی دارد (۵). براساس مدل یکپارچه، اختلالات هیجانی مثل اختلالات اضطرابی با نقص و دشواری‌های خاص در تنظیم هیجان، مثل اجتناب هیجانی^۹ مشخص می‌شوند (۶). بر این اساس، پژوهش‌ها نشان داده‌اند که راهبردهای تنظیم هیجانی می‌تواند "ترس از ترس" را کاهش دهد و منجر به کاهش علائم اختلال وحشت‌زدگی شود (۷). همچنین افراد مبتلا به اختلال وحشت‌زدگی سطوح بالاتری از الکی‌تایمیا را در مقایسه با گروه کنترل دارند (۸).

در میان پژوهش‌هایی که در ایران انجام شده نیز، هاشمی، محمودعلیلو، حسین‌زاده و ماشینی‌عباسی (۹) در پژوهشی به تعیین نقش راهبردهای شناختی تنظیم هیجان و روان‌نژندگرای و برون‌گرایی در نشانه‌های اختلال وحشت‌زدگی پرداختند. تحلیل مسیر داده‌های پژوهش نشان داد که راهبردهای شناختی تنظیم هیجان، تغییرات نشانه‌های اختلال وحشت‌زدگی را پیش‌بینی می‌کنند. پژوهش‌های حاضر، این فرضیه را به وجود می‌آورند که تنظیم هیجان نقش مهمی در اختلال وحشت‌زدگی و درمان این اختلال ایفا می‌کند. با این وجود، پژوهش‌های اندکی در زمینه مداخلات مبتنی بر تنظیم هیجان در اختلال وحشت‌زدگی وجود دارد. برای مثال، وانگ و همکاران (۱۰) در پژوهشی به بررسی اثربخشی آموزش گروهی تنظیم هیجان مبتنی بر

مشخصه‌ی اختلال وحشت‌زدگی^۱ وقوع حملات مکرر و غیرمنتظره‌ی وحشت‌زدگی است. یک حمله‌ی وحشت‌زدگی، بروز شدید و ناگهانی ترس شدید یا احساس ناراحتی فوق‌العاده است که در عرض چند دقیقه به اوج می‌رسد و در طی این مدت حداقل چهار علامت از علائم سیزده‌گانه جسمی و شناختی دیده می‌شود. علائم جسمی شامل؛ تپش قلب، تعریق، لرزش، تنگی نفس، احساس خفگی، درد قفسه سینه، حات تهوع، سرگیجه، احساس گرما، احساس پارسزی و گسست، و علائم شناختی شامل؛ ترس از دست دادن کنترل یا دیوانه شدن و ترس از مردن است. همچنین افراد مبتلا به اختلال وحشت‌زدگی طی یک ماه گذشته، نگرانی یا مشغولیت ذهنی مداوم در مورد بروز یک حمله‌ی دیگر یا پیامدهای آن و تغییر ناسازگارانه‌ی رفتاری برای اجتناب از حملات بعدی دارند (۱).

در مطالعات همه‌گیرشناسی، شیوع مادام‌العمر اختلال وحشت‌زدگی را ۱ تا ۴ درصد، شیوع شش ماهه‌ی آن را ۰/۵ تا ۱ درصد گزارش کرده‌اند. زن‌ها دو تا سه برابر بیشتر از مردها ممکن است مبتلا شوند. اختلال وحشت‌زدگی بیش از همه در جوانان روی می‌دهد، به طوری که میانگین سنی تظاهر آن حدود ۲۵ سالگی است (۲). با توجه به شیوع نسبتاً بالای اختلال وحشت‌زدگی، تحقیقات اندکی درباره‌ی این اختلال صورت گرفته است و باتوجه به اینکه افراد دارای اختلال وحشت‌زدگی بیشتر اختلال خود را به صورت فیزیولوژیک می‌پندارند و به بخش‌های اورژانس مراجعه می‌کنند، پژوهش روانشناسی در حوزه‌ی این اختلال مورد غفلت قرار گرفته است.

عوامل زیستی و روانشناختی متعددی می‌توانند سبب ایجاد و تداوم اختلالات اضطرابی شوند. تاکنون مدل‌های شناختی، رفتاری، فراشناختی و هیجانی متفاوتی درباره‌ی سبب‌شناسی اختلالات اضطرابی معرفی شده است. بررسی ادبیات پژوهش نشان می‌دهد که مدل اجتناب شناختی^۲ بورکوویک، مدل فراشناختی^۳ ولز، مدل عدم تحمل بالاتکلیفی^۴ دوگاس و

5. emotion dysregulation
6. acceptance-based
7. unified
8. emotion dysregulation
9. emotional avoidance

1. panic disorder
2. cognitive avoidance
3. meta-cognitive
4. intolerance of uncertainty

و نگرانی درباره سلامت^{۱۰} به طور معنی‌داری با کیفیت زندگی پایین افراد مبتلا به اختلال وحشت‌زدگی مرتبط است، درحالی‌که فراوانی، شدت و مدت حملات وحشت‌زدگی با کیفیت زندگی پایین افراد مبتلا به اختلال وحشت‌زدگی ارتباط معنی‌داری نداشت (۱۴). کاررا و همکاران (۱۵) در پژوهشی به این نتیجه رسیدند که علائم اضطرابی، فراوانی حملات وحشت‌زدگی و اجتناب از رفتن به مکان‌های باز ۱۸ تا ۴۲ درصد از واریانس کیفیت زندگی افراد مبتلا به اختلال وحشت‌زدگی را تبیین می‌کند.

روفر و همکاران (۱۶) در پژوهشی به بررسی اثربخشی گروه درمانی شناختی - رفتاری بر نشانه‌ها، کارکرد و رفاه افراد مبتلا به اختلال وحشت‌زدگی پرداختند. نتایج پژوهش حاکی از کاهش معنی‌دار نشانه‌های اختلال وحشت‌زدگی و بهبود کیفیت زندگی کلی گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل و در بازه‌های زمانی پس‌آزمون و دوره‌ی پیگیری شش ماهه بود. رنا و همکاران (۱۷) نیز در پژوهشی به بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر تنظیم هیجان بر همبودی اختلال اضطراب فراگیر و اختلال افسردگی اساسی پرداختند. نتایج پژوهش آنها نشان داد که درمان مبتنی بر تنظیم هیجان، به طور معنی‌داری بر نگرانی و کیفیت زندگی افراد مبتلا تأثیر مثبت دارد و این تأثیر در فواصل زمانی ۳ و ۹ ماهه نیز باقی مانده بود.

خط اول درمان اختلال وحشت‌زدگی دارودرمانی و درمان شناختی - رفتاری است. راهنمای انجمن روان‌پزشکی آمریکا (APA) درباره‌ی اختلال وحشت‌زدگی بیان کرده است که با وجود اثربخشی درمان‌های خط اول، ۲۰ تا ۳۰ درصد از بیماران درمان نمی‌شوند یا بیماری‌شان عود می‌کند (۱۸). یکی از درمان‌هایی که در چند دهه‌ی گذشته در این حیطه حمایت تجربی زیادی را به همراه داشته است، درمان مبتنی بر تنظیم هیجان^{۱۱} است که توسط داگلاس منین، ریچارد هیمبرگ، سینتیا تورک و داوید فرسکو (۱۹) ارائه شده است. 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 بخشند. این رویکرد درمانی اصول درمان شناختی -

پذیرش و ذهن‌آگاهی در بیماران مبتلا به اختلال وحشت‌زدگی پرداختند. نتایج پژوهش آنها نشان داد که آموزش مهارت‌های مبتنی بر پذیرش در بیماران مبتلا به اختلال وحشت‌زدگی در مقایسه با گروه کنترل منجر به کاهش نشانه‌های سمپاتیک این افراد شد.

در مرور ادبیات پژوهشی در این حوزه، پژوهش‌های اندکی به تغییرات مهارت تنظیم هیجان و نقش آن در درمان اختلال وحشت‌زدگی پرداخته‌اند (۱۱). اولین بار، استراوس، کیوتی و هوپرت (۱۱) در پژوهشی به بررسی راهبردهای تنظیم هیجان در درمان شناختی - رفتاری اختلال وحشت‌زدگی پرداختند. بر اساس پژوهش آنها، دو راهبرد تنظیم هیجان به اختلال وحشت‌زدگی ارتباط دارند؛ ارزیابی مجدد شناختی^۱ و سرکوب ابراز هیجان^۲. ارزیابی مجدد شناختی به معنای تفسیر مجدد محرک‌های هیجانی به صورت کمتر تهدیدآمیز است و توسط افراد به کار گرفته می‌شود تا از این طریق، به عنوان یک راهبرد انطباقی هیجانات منفی را تنظیم کنند. سرکوب ابراز هیجان به معنای بازداری کردن از ابراز هیجانات است که یک روش غیرانطباقی محسوب می‌شود (۱۲).

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 (۱۳). کیفیت زندگی^۳، بنا به تعریف سازمان جهانی بهداشت^۴ (WHO) درک افراد از موقعیت خود در زندگی از نظر فرهنگ، سیستم ارزشی که در آن زندگی می‌کنند، اهداف، انتظارات، استانداردها و اولویت‌هایشان می‌باشد و کاملاً فردی است. داده‌های مربوط به کیفیت زندگی برای تخمین تأثیر بیماری‌ها بر کارکرد^۵ و رفاه^۶ زندگی افراد بسیار حائز اهمیت است. اختلال وحشت‌زدگی یکی از اختلالات اضطرابی رایج است که با شرایط ناتوان‌کننده و کیفیت زندگی مرتبط با سلامت^۷ پایین مرتبط است. ترس از مکان‌های باز^۸، ناتوانی^۹

1. cognitive reappraisal
2. expressive suppression
3. quality of life
4. world health organization
5. functioning
6. well-being
7. health-related quality of life
8. agoraphobia

9. disability
10. worries about health
11. emotion regulation therapy

ی پایانی و اختتام^۸ 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(۲۲).

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(۲۳) برآورد کردند که گروه درمانی به طور متوسط ۷۵ درصد صرفه‌جویی 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(۲۴). بنابراین، در مجموع هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر تنظیم هیجان به صورت گروهی بر بهبود علائم، میزان نگرانی، نقص در تنظیم هیجان و کیفیت زندگی افراد مبتلا به اختلال وحشت‌زدگی است.

روش

طرح پژوهش: پژوهش حاضر از نوع کارآزمایی کنترل شده‌ی تصادفی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون و گروه کنترل است.

آزمودنی‌ها: جامعه‌ی آماری تمامی افراد مبتلا به اختلال وحشت‌زدگی شهر شیراز در سال ۱۳۹۸ بود که به کلینیک های اعصاب و روان دانشگاه علوم پزشکی شیراز مراجعه کردند. نمونه‌ی پژوهش شامل ۲۲ فرد مبتلا به اختلال وحشت‌زدگی بودند که به طور تصادفی در گروه آزمایش و گروه کنترل گمارده شدند. گروه آزمایش شامل ۱۲ فرد مبتلا به اختلال وحشت‌زدگی و گروه کنترل شامل ۱۰ فرد مبتلا به اختلال وحشت‌زدگی است که تشخیص آنها در گام اول توسط روان‌پزشک و در گام بعد از طریق مصاحبه بالینی و مصاحبه تشخیصی ساختاریافته برای DSM-5^۹ احراز شد. بنابراین ملاک‌های ورود در این پژوهش عبارتند از:

رفتاری^۱ (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.

مدل مبتنی بر تنظیم هیجان^۲، از ادبیات مربوط به نظریه‌ی هیجان^۳ 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(۲۰). اساس مفهوم‌سازی 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(۲۱).

درمان مبتنی بر تنظیم هیجان از چهار مرحله یا چهار فاز^۴ تشکیل شده است؛ مرحله‌ی اول آموزش روانی^۵ 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 ذهن‌آگاهانه داشته باشد. مرحله‌ی دوم مهارت‌آموزی^۶ 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 به کار بستن^۷ مهارت‌های یادگرفته‌شده‌ی مرحله‌ی قبل در موقعیت‌های زندگی روزمره 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 مرحله

1. cognitive behavioral therapy
2. emotion regulation model
3. theory of emotion
4. phase
5. psychoeducation
6. skill training
7. utilize

8. termination

9. Structured Clinical Interview for DSM-5(SCID-5)

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 آزمایشی به صورت ۸ جلسه‌ی ۱۲۰ دقیقه‌ای، در مرکز مشاوره و روان‌درمانی دانشگاه شیراز و تحت نظارت مدیرگروه بخش روانشناسی بالینی دانشگاه شیراز و رئیس مرکز مشاوره و روان‌درمانی دانشگاه شیراز اجرا شد. محتوا کلی جلسات در زیر ارائه شده است. پس از اتمام جلسات مداخله آزمودنی‌ها مجدداً مصاحبه‌ها و پرسشنامه‌های پژوهش را پاسخ دادند و نمره آنها به عنوان پس‌آزمون استفاده شد.

۱. تشخیص اختلال توسط روان‌پزشک و تأیید تشخیص از طریق مصاحبه بالینی و مصاحبه تشخیصی ساختاریافته برای DSM-5
۲. عدم ابتلا به دیگر اختلالات شدید بالینی مثل سایکوز، دمانس یا اختلالات شخصیت که بر هم‌زنده‌ی نظم گروه باشند.
در این پژوهش، پس از تشخیص و انتخاب و گمارش تصادفی افراد مورد نظر، در مورد هدف پژوهش توضیحاتی به آنها داده شد و فرم رضایت‌نامه شرکت در پژوهش توسط آنان تکمیل شد. همچنین به آنها اطمینان داده شد که تمامی اطلاعات آنان محرمانه خواهد ماند. سپس مصاحبه‌ها و پرسشنامه‌های پیش‌آزمون روی آزمودنی‌های پژوهش اجرا

جدول (۱) برنامه‌ی درمان گروهی مبتنی بر تنظیم هیجان

۱	آموزش روانی، ارزیابی اولیه و شرح حال رشدی	شکل‌گیری ساختار و انسجام گروهی / آموزش روانی درباره‌ی اختلال و سازه‌ی «نگرانی» توضیح دادن اهمیت نگرانی و آگاهی و پذیرش آن / تکلیف نوشتن ایبزوده‌های نگرانی آشنایی با مدل تنظیم هیجان / مرور شروع و تاریخچه رشدی اضطراب و نگرانی بر اساس مدل تنظیم هیجان تعیین اهداف / القای امید
۲	تمرین مهارت‌های آگاهی جسمانی و تنظیم سازگاران‌هی هیجان	بخش آموزشی، شامل فراهم کردن اطلاعات برای دست‌یابی به مهارت‌ها (آموزش مهارت‌های تحمل هیجان منفی 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 هیجان و استفاده از آنها در جهت بهبود کارکرد)
۳	مواجهه واقعی در زندگی روزمره	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 زندگی کنش‌گرایانه شناسایی ارزش‌ها، رویارویی مبتنی بر ارزش‌ها، عمل ارزشمند کنش‌گرایانه
۴	مرور فرآیند، پیشگیری از عود و فرآیند اختتام	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

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.

ابزار

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

۱. برنامه‌ی مصاحبه اختلال‌های اضطرابی و اختلالات مرتبط بر اساس DSM-5^۱ (ADIS-5): مصاحبه ساختاریافته‌ای است که با حمایت مالی مؤسسه‌ی ملی^۲ سلامت روان (NIMH) و برای ارزیابی جامع و تشخیص دوره‌های

1. Anxiety and Related Disorders Interview Schedule for DSM-5
2. the national institute of mental health

شناختی شدید، ناآرامی، یا علایم سایکوتیک شدید مصاحبه 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 (۲۶).

۳. پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی^۴ (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 (۲۷).

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 زیر مقیاس‌ها عبارتند از: کیفیت زندگی فیزیکی^۵ (۷ سؤال)، کیفیت زندگی روانشناختی^۶ (۶ سؤال)، کیفیت زندگی اجتماعی^۷ (۳ سؤال) و کیفیت محیطی^۸ (۸ سؤال). ۲ سؤال 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 (۲۸) ترجمه و استانداردسازی شده است. مقادیر همبستگی درون

ADIS-5 برای عمده اختلال‌های تحت پوشش، پایایی خوبی به دست آمده است. براون و بارلو (۲۵) پایایی آزمون - بازآزمون را برای اختلالات اضطرابی بین ۰/۵۷ تا ۰/۸۲ به دست آوردند.

ADIS-5 علاوه بر آیتم‌های 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^۱ (CSR) ۰ تا ۸ اختصاص یافته است تا شدت پریشانی^۲ و اختلال در عملکرد مرتبط با تشخیص را نشان دهد. اختلالات با درجه شدت بالینی ۴ یا بالاتر ($CSR \geq 4$) به عنوان تشخیص رسمی^۳ DSM-5 شناخته می‌شوند. برای مثال، در اختلال وحشت‌زدگی، علاوه بر بررسی ملاک‌های تشخیصی بر اساس DSM-5، سه علامت مرتبط با ویژگی‌های اختلال وجود دارد؛ شدت علائم، شدت نگرانی مرتبط با علائم و شدت تغییر رفتار و سبک‌زندگی ناسازگارانه‌ی فرد. 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 (۲۵).

۲. 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) می‌باشد. این ابزار توسط بالینگر یا کارشناس سلامت‌روان 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 سوالات 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

4. The World Health Organization Quality of Life
5. physical
6. psychological
7. social
8. environmental

1. clinical severity rating
2. distress
3. official

درمانی بود. در طی اجرای درمان گروهی مبتنی بر تنظیم هیجان، گروه آزمایش ۳ نفر ریزش داشت و در نهایت، در مرحله‌ی اجرای پس‌آزمون، ۹ نفر در گروه آزمایش (۶ زن و ۳ مرد) و ۱۰ نفر (۷ 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 اختلالات اضطرابی (ADIS) جهت تأیید تشخیص و تعیین شدت اختلال اجرا شد. در پیش‌آزمون تمام ۲۲ نفر، بر اساس مصاحبه بالینی ساختاریافته برای DSM-5 (SCID) و برنامه مصاحبه اختلالات اضطرابی (ADIS) تشخیص اختلال وحشت‌زدگی را برآورده می‌کردند. در حالی که در پس‌آزمون از بین ۹ نفر گروه آزمایش، بر اساس مصاحبه بالینی ساختاریافته برای DSM-5 (SCID) تنها ۳ نفر مبتلا به اختلال وحشت‌زدگی بودند و ۶ نفر معیارهای تشخیصی را برآورد نمی‌کردند. همچنین، بر اساس برنامه مصاحبه اختلالات اضطرابی (ADIS) ۲ نفر مبتلا به اختلال وحشت‌زدگی بودند و ۷ نفر معیارهای تشخیصی را برآورد نمی‌کردند. لازم به ذکر است که برنامه مصاحبه اختلالات اضطرابی (ADIS) نسبت به شدت اختلال حساس است و موارد خفیف را در تشخیص نمی‌گنجانند. از طرف دیگر، در پس‌آزمون از بین ۹ نفر گروه کنترل، بر اساس مصاحبه بالینی ساختاریافته برای DSM-5 (SCID) ۶ نفر مبتلا به اختلال وحشت‌زدگی بودند و ۴ نفر معیارهای تشخیصی را برآورد نمی‌کردند. همچنین، بر اساس برنامه مصاحبه اختلالات اضطرابی (ADIS) ۷ نفر مبتلا به اختلال وحشت‌زدگی 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 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.

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 سؤال کم در این حیطه یا سؤالات حساس آن باشد. این مقادیر همبستگی درون خوشه‌ای و آلفای کرونباخ نشان‌دهنده‌ی پایایی مطلوب ابزار است. از طرفی در ۸۳ درصد موارد، همبستگی هر سؤال 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 توضیحاتی 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. سپس پرسشنامه‌های پیش‌آزمون 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 طبق الگوی کلی از مدل فرسکو، منین، هیمبرگ و ریتز (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. گروه کنترل که در لیست انتظار بودند نیز پس از اتمام جلسات گروه آزمایش، طبق برنامه‌ی قبلی، درمان گروهی مبتنی بر تنظیم هیجان را به صورت رایگان دریافت کردند.

یافته‌ها

در پژوهش حاضر ۲۲ درمانجوی مبتلا به اختلال وحشت‌زدگی شرکت کردند. از این بین ۷ نفر مرد و ۱۵ نفر زن بودند. دامنه‌ی سنی شرکت‌کنندگان در پژوهش از ۱۸ سال تا ۴۱ سال بود. میانگین سنی شرکت‌کنندگان در پژوهش ۲۸/۱ و انحراف استاندارد آن ۳/۵ بود. از بین این درمانجویان، ۱۲ نفر در گروه آزمایش (۸ زن و ۴ مرد) و ۱۰ نفر (۷ زن و ۳ مرد) در گروه کنترل گمارده شدند. منطق این گمارش نابرابر، در نظر گرفتن ریزش درمانجویان در گروه

جهت بررسی پیش‌فرض نرمال بودن داده‌های پژوهش از آزمون شاپیرو-ویلک استفاده شد. در جدول ۳، نتایج آزمون شاپیرو-ویلک جهت بررسی نرمال بودن توزیع نمرات پس آزمون نمایش داده شده است.

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.

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

مقیاس	زیر مقیاس	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
			انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین
برنامه مصاحبه اختلالات اضطرابی	علائم	آزمایش	۶۸/۶۶	۱۶/۰۱	۳۱/۰۰	۸/۹۷
		کنترل	۶۳/۹۰	۱۴/۰۳	۴۴/۴	۱۲/۴۹
	نگرانی	آزمایش	۷/۱۱	۱/۱۶	۱/۶۶	۲/۰۶
		کنترل	۷/۲۰	۰/۹۱	۴/۹	۲/۰۷
	تغییر رفتار ناسازگارانه	آزمایش	۲۸/۷۷	۶/۷۲	۱۲/۳۳	۷/۷۲
		کنترل	۲۷/۳۰	۵/۷۵	۲۵/۳۰	۵/۱۸
کیفیت زندگی	فیزیکی	آزمایش	۲۴/۷۷	۱۷/۰۲	۶۹/۷۷	۹/۲۵
		کنترل	۲۶/۵۰	۱۲/۹۷	۳۱/۳۰	۱۳/۶۰
	روانشناختی	آزمایش	۳۱/۶۶	۱۴/۱۵	۵۸/۸۸	۱۱/۹۸
		کنترل	۲۸/۱۰	۱۳/۹۹	۳۳/۵۰	۱۴/۷۷
	اجتماعی	آزمایش	۴۵/۱۱	۲۲/۹۲	۶۳/۰۰	۱۱/۸۵
		کنترل	۴۱/۳۰	۲۱/۷۷	۵۶/۷۰	۱۰/۹۲
	محیطی	آزمایش	۵۵/۱۱	۲۵/۷۴	۶۲/۳۳	۲۲/۹۳
		کنترل	۵۱/۵۰	۱۳/۱۴	۵۳/۸۰	۱۲/۵۰

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

مقیاس	زیر مقیاس	گروه	شاپیرو-ویلک		
			آماره	درجه آزادی	سطح معنی داری
برنامه مصاحبه اختلالات اضطرابی	علائم	آزمایش	۰/۹۲۳	۹	۰/۴۲۱
		کنترل	۰/۹۳۵	۱۰	۰/۴۹۷
	نگرانی	آزمایش	۰/۸۰۳	۹	۰/۰۲۲
		کنترل	۰/۹۵۶	۱۰	۰/۷۳۸
	تغییر رفتار ناسازگارانه	آزمایش	۰/۹۸۷	۹	۰/۹۸۹
		کنترل	۰/۹۵۱	۱۰	۰/۶۸۵
کیفیت زندگی	فیزیکی	آزمایش	۰/۹۶۷	۹	۰/۸۷۲
		کنترل	۰/۸۲۲	۱۰	۰/۰۲۷
	روان شناختی	آزمایش	۰/۹۵۲	۹	۰/۷۱۷
		کنترل	۰/۹۱۳	۱۰	۰/۳۰۲
	اجتماعی	آزمایش	۰/۸۹۷	۹	۰/۲۳۷
		کنترل	۰/۹۴۰	۱۰	۰/۵۵۸
	محیطی	آزمایش	۰/۹۴۲	۹	۰/۶۰۱
		کنترل	۰/۸۹۶	۱۰	۰/۱۹۶

جهت بررسی پیش فرض همگنی واریانس داده‌های پژوهش از آزمون لوین استفاده شد. در جدول ۴، نتایج آزمون لوین جهت بررسی مفروضه همگنی واریانس نمرات پس‌آزمون نمایش داده شده است.

همانطور که جدول ۳ نشان می‌دهند، نتایج آزمون شاپیرو - ویلک در مورد نمرات متغیرهای پژوهش معنی‌دار نبوده و مفروضه نرمال بودن توزیع نمرات برقرار است.

جدول ۴) نتایج آزمون لوین برای بررسی پیش فرض همگنی واریانس‌ها نمرات پس‌آزمون متغیرها

مقیاس	زیرمقیاس	F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	سطح معنی‌داری
برنامه مصاحبه اختلالات اضطرابی	علائم	۰/۵۱۲	۱	۱۷	۰/۴۸۴
	نگرانی	۰/۰۰۳	۱	۱۷	۰/۹۵۶
	تغییر رفتار ناسازگارانه	۴/۵۵۳	۱	۱۷	۰/۰۴۸
کیفیت زندگی	فیزیکی	۰/۴۸۶	۱	۱۷	۰/۴۹۵
	روانشناختی	۰/۰۰۳	۱	۱۷	۰/۹۵۵
	اجتماعی	۰/۲۷۲	۱	۱۷	۰/۶۰۹
	محیطی	۰/۰۳۸	۱	۱۷	۰/۸۴۷

ترتیب $11/752$ ، $0/868$ و $0/563$ بود $Box's M=11/752$ ، $F=0/868$ ، $p=0/563$ ، 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 $0/80$ بدست آمد. در این خصوص، همبستگی متعارف بین همپراش‌ها نباید بزرگتر از $0/80$ باشد چرا که سهم نسبی هر یک از متغیرها مشخص نمی‌شود.

در گام بعدی، پیش فرض همگنی شیب‌های رگرسیون مورد بررسی قرار گرفت. در جدول ۵، نتایج بررسی پیش فرض همگنی شیب‌های رگرسیون نمایش داده شده است.

براساس اطلاعات جدول ۴ سطح معنی‌داری متغیرهای پژوهش بزرگتر از $0/05$ بوده و F محاسبه شده از لحاظ آماری معنی‌دار نیست. بنابراین، پیش فرض همگنی واریانس داده‌های پژوهش مورد تأیید است. همچنین به منظور بررسی پیش فرض همگنی ماتریس‌های واریانس - کوواریانس از آماره ام‌باکس استفاده شد. نتایج آماره ام‌باکس نشان داد که سطح معنی‌داری بزرگتر از $0/05$ بوده و راین F محاسبه شده از لحاظ آماری معنی‌دار نیست. نتایج آماره، F و معنی‌داری ام‌باکس برای برنامه مصاحبه اختلالات اضطرابی به ترتیب $5/462$ ، $0/733$ و $0/623$ بود $(Box's M=5/462)$ ، $F=0/733$ ، $p=0/623$ ، همچنین نتایج آماره، F و معنی‌داری ام‌باکس برای کیفیت زندگی به

جدول ۵) نتایج بررسی پیش فرض خطی بودن شیب‌های رگرسیون

منبع تغییرات	F	سطح معنی‌داری
گروه * پیش‌آزمون علائم مصاحبه اختلالات اضطرابی	۳/۵۴۸	۰/۰۸۶
گروه * پیش‌آزمون نگرانی برنامه مصاحبه اختلالات اضطرابی	۰/۱۲۴	۰/۷۳۱
گروه * پیش‌آزمون تغییر رفتار ناسازگارانه برنامه مصاحبه اختلالات اضطرابی	۲/۱۱۶	۰/۱۷۴
گروه * پیش‌آزمون کیفیت زندگی فیزیکی	۲/۳۲۰	۰/۱۶۲
گروه * پیش‌آزمون کیفیت زندگی روانشناختی	۰/۰۲۶	۰/۸۷۷
گروه * پیش‌آزمون اجتماعی کیفیت زندگی	۱/۱۱۶	۰/۳۱۸
گروه * پیش‌آزمون محیطی کیفیت زندگی	۰/۶۲۹	۰/۴۴۸

معنی‌داری این شاخص حاکی از برقراری مفروضه همگنی شیب رگرسیون است. سرانجام، به منظور بررسی مفروضه خطی بودن همبستگی متغیر همپراش و متغیر مستقل نیز مقدار F برای متغیر همپراش محاسبه شد (جدول ۵) و

نتایج جدول ۵ نشان می‌دهد که سطح معنی‌داری تعامل بین متغیر مستقل و پیش‌آزمون برنامه مصاحبه اختلالات اضطرابی و تعامل بین متغیر مستقل و پیش‌آزمون مؤلفه‌های کیفیت زندگی بزرگتر از $0/05$ است و بر این اساس عدم

استفاده از این آزمون رعایت شده است. در ادامه، نتایج تحلیل کواریانس برای بررسی تأثیر درمان گروهی مبتنی بر تنظیم هیجان بر اختلال وحشت‌زدگی در مرحله پس‌آزمون در جدول ۶ گزارش شده است.

معنی‌دار بودن این شاخص در متغیرهای علائم برنامه مصاحبه اختلالات اضطرابی و کیفیت زندگی محیطی نشان می‌دهد که مفروضه خطی بودن همبستگی متغیر همپراش و متغیر مستقل برقرار می‌باشد. بنابراین با توجه به بررسی‌های به عمل آمده از پیش‌فرض‌های تحلیل کواریانس، ملزومات

جدول ۶) نتایج تحلیل کواریانس چند متغیره برای بررسی تأثیر درمان گروهی مبتنی بر تنظیم هیجان بر ابعاد مصاحبه بالینی اختلالات اضطرابی و ابعاد کیفیت زندگی در مرحله پس‌آزمون

منابع تغییرات	متغیرها	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی‌داری	میزان تأثیر	توان آماری
گروه	پس‌آزمون علائم برنامه مصاحبه اختلالات اضطرابی	۱	۹۴۵/۸۱۴	۱۲/۷۶۴	۰/۰۰۳	۰/۴۷۷	۰/۹۱۳
	پس‌آزمون نگرانی برنامه مصاحبه اختلالات اضطرابی	۱	۴۴/۱۱۳	۸/۹۷۳	۰/۰۱۰	۰/۳۹۱	۰/۷۹۵
	پس‌آزمون تغییر رفتار ناسازگارانه برنامه مصاحبه اختلالات اضطرابی	۱	۸۳۰/۵۱۷	۱۹/۲۲۳	۰/۰۰۱	۰/۵۷۹	۰/۹۸۲
	پس‌آزمون کیفیت زندگی فیزیکی	۱	۵۶۲۲/۷۶۲	۴۵/۶۱۰	۰/۰۰۱	۰/۷۷۸	۱/۰۰۰
	پس‌آزمون کیفیت زندگی روانشناختی	۱	۲۲۴۹/۷۰۹	۱۵/۵۰۲	۰/۰۰۲	۰/۵۴۴	۰/۹۵۳
	پس‌آزمون کیفیت زندگی اجتماعی	۱	۵۵/۲۱۸	۰/۷۰۹	۰/۴۱۵	۰/۰۵۲	۰/۱۲۲
	پس‌آزمون کیفیت زندگی محیطی	۱	۱۲۰/۸۳۹	۴/۹۹۸	۰/۰۴۴	۰/۳۷۸	۰/۵۴۳
	پس‌آزمون کیفیت زندگی روانشناختی	۱۳	۱۴۵/۱۲۴	-	-	-	-
	پس‌آزمون کیفیت زندگی اجتماعی	۱۳	۷۷/۹۱۳	-	-	-	-
	پس‌آزمون کیفیت زندگی محیطی	۱۳	۲۴/۱۸۰	-	-	-	-

بر مبنای نتایج حاصله از جدول ۶، اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر تنظیم هیجان بر علائم بیماری، نگرانی، تغییر رفتار ناسازگارانه (مبتنی بر مصاحبه اختلالات اضطرابی) و ابعاد کیفیت زندگی (فیزیکی، روانشناختی و محیطی) افراد مبتلا به اختلال وحشت‌زدگی معنی‌دار بدست آمد ($p < ۰/۰۵$)؛ این موضوع با توجه به جدول میانگین‌ها مبین آن است که از یک طرف میانگین نمرات علائم بیماری، نگرانی، تغییر رفتار ناسازگارانه ($p = ۰/۰۰۲$; $F = ۸/۷۵۶$; $\lambda = ۰/۳۱۴$) و میانگین نمرات ابعاد کیفیت زندگی (اعم از فیزیکی، روانشناختی و محیطی) ($p = ۰/۰۰۱$; $F = ۱۰/۸۲۷$; $\lambda = ۰/۱۸۸$) 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 اجتماعی دو گروه مشاهده

نشد ($p > ۰/۰۵$).

بحث

پژوهش حاضر با استفاده از برنامه‌ی مصاحبه اختلال‌های اضطرابی (ADIS-5) نشان داد که شدت علائم، شدت نگرانی مرتبط با علائم و شدت تغییر رفتار ناسازگارانه فرد، در نتیجه‌ی درمان گروهی مبتنی بر تنظیم هیجان به طور

در این پژوهش، به اثربخشی گروه‌درمانی مبتنی بر تنظیم هیجان بر بهبود علائم و کیفیت زندگی افراد مبتلا به

تمرین ذهن‌آگاهی اسکن بدنی، آگاهی از حس‌های جسمانی و تمرین تنفس بر بهبود کیفیت زندگی فیزیکی 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 تأثیر مثبت می‌گذارد. همچنین، خود کاهش علائم کلی نیز در بهبود کیفیت زندگی روانشناختی و محیطی تأثیر فزاینده می‌گذارد.

همچنین، در تبیین معنی‌دار نشدن تغییرات کیفیت زندگی اجتماعی از پیش‌آزمون به پس‌آزمون نیز دو نکته قابل توجه است؛ اول اینکه این بعد از کیفیت زندگی تنها با ۳ سؤال مورد ارزیابی قرار می‌گیرد و به دلیل تعداد سؤالات پایین، مستلزم تغییرات بسیار بزرگ برای برآورد کردن دامنه‌ی خطای ۰/۰۵ است. نکته‌ی دوم هم توجه به این مسئله است که نمرات پیش‌آزمون کیفیت زندگی اجتماعی افراد مبتلا به اختلال وحشت‌زدگی در سطح متوسط قرار دارد (میانگین ۴۵٪ برای گروه آزمایش و ۴۱٪ برای گروه کنترل). به نظر می‌رسد که کیفیت زندگی اجتماعی در افراد مبتلا به اختلال وحشت‌زدگی کمتر از ابعاد کیفیت زندگی فیزیکی و کیفیت زندگی روانشناختی است.

در مجموع، پژوهش حاضر اثربخشی گروه‌درمانی مبتنی بر تنظیم هیجان بر بهبود علائم و کیفیت زندگی افراد مبتلا به اختلال وحشت‌زدگی را تأیید کرد و کاربرد درمان مبتنی بر تنظیم هیجان در شکل گروهی و به کارگیری درمان مبتنی بر تنظیم هیجان برای اختلال وحشت‌زدگی را به ادبیات پژوهشی درمان مبتنی بر تنظیم هیجان و اختلال وحشت‌زدگی اضافه کرد. همچنین، پژوهش حاضر به ادبیات پژوهشی اثربخشی درمان‌های کوتاه‌مدت و درمان‌های گروهی کمک قابل توجهی کرد. نتایج پژوهش حاضر نشان داد 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 دوم، گروه منافع دیگری مثل تجربه یکسان بودن تجربیات، الگوگیری و حمایت از گروه را برای مراجعین ایجاد می‌کند.

با این وجود، پژوهش حاضر محدودیت‌هایی داشت. یکی از محدودیت‌های پژوهش حاضر، فقدان ادبیات پژوهشی کافی در زمینه‌ی اختلال وحشت‌زدگی است. همانطور که اشاره

معنی‌داری بهبود می‌یابد که با نتایج پژوهش‌های پیشین در حوزه‌ی اثربخشی درمان مبتنی بر تنظیم هیجان بر مؤلفه‌های اضطرابی همخوان است (۱۷، ۲۲، ۳۱، ۳۲، ۳۳). از طرف دیگر، این نتیجه از چند جنبه قابل تبیین است. اختلال وحشت‌زدگی با ترس درباره‌ی سلامتی مشخص می‌شود. نشانه‌هایی که افراد مبتلا به اختلال وحشت‌زدگی درباره‌ی آن نگرانند، همان نشانه‌های حمله‌ی وحشت‌زدگی هستند (۳۴). به عبارت دیگر، افراد مبتلا به وحشت‌زدگی دو مشکل اساسی دارند که باید مورد مداخله مستقیم قرار بگیرد؛ نشانه‌های جسمانی اضطراب و نگرانی یا اضطراب انتظاری. 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.

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. بر این اساس کیفیت زندگی سازه‌ای است که در درمان‌های موج سوم و به ویژه درمان مبتنی بر تنظیم هیجان مورد تأکید است. نتایج نشان داد که درمان مبتنی بر تنظیم هیجان کیفیت زندگی فیزیکی، کیفیت زندگی روان‌شناختی و کیفیت زندگی محیطی را به طور معنی‌داری بهبود می‌دهد که با نتایج پژوهش‌های پیشین در حوزه‌ی اثربخشی درمان مبتنی بر تنظیم هیجان بر کیفیت زندگی همخوان است (۱۷، ۲۲، ۳۱، ۳۳).

بهبودی کیفیت زندگی در دو جنبه قابل تبیین است؛ بهبودی کیفیت زندگی فیزیکی و بهبودی کیفیت زندگی روانشناختی. همانطور که اشاره شد، افراد مبتلا به وحشت‌زدگی دو مشکل اساسی دارند که باید مورد مداخله مستقیم قرار بگیرد؛ نشانه‌های جسمانی اضطراب و نگرانی یا اضطراب انتظاری. برنامه‌ی درمان مبتنی بر تنظیم هیجان هر دوی این مشکلات را مورد هدف مداخله قرار می‌دهد. از طریق

1. body scan mindfulness
2. breath exercise

disorders. Depression and anxiety. 2012 May;29(5):409-16.

6. Barlow DH, Allen LB, Choate ML. Toward a unified treatment for emotional disorders—republished article. Behavior therapy. 2016 Nov 1;47(6):838-53.

7. Cisler JM, Olatunji BO. Emotion regulation and anxiety disorders. Current psychiatry reports. 2012 Jun 1;14(3):182-7.

8. Marchesi C, Fontò S, Balista C, Cimmino C, Maggini C. Relationship between alexithymia and panic disorder: a longitudinal study to answer an open question. Psychotherapy and psychosomatics. 2005;74(1):56-60.

9. Hashemi T, Mahmoodaliloo M, Hosseinzadeh S, Mashinchi N. Role of Cognitive Emotion Regulation Strategies, Neuroticism and Extroversion in Panic Symptoms. Modern psychological research. 2014; 9(34): 219-242. [Persian]

10. Wang SM, Lee HK, Kweon YS, Lee CT, Chae JH, Kim JJ, Lee KU. Effect of emotion regulation training in patients with panic disorder: Evidenced by heart rate variability measures. General hospital psychiatry. 2016 May 1;40:68-73.

11. Strauss AY, Kivity Y, Huppert JD. Emotion regulation strategies in cognitive behavioral therapy for panic disorder. Behavior therapy. 2019 May 1;50(3):659-71.

12. Gross JJ. Emotion regulation: Current status and future prospects. Psychological Inquiry. 2015 Jan 2;26(1):1-26.

13. Fresco DM, Mennin DS, Heimberg RG, Ritter M. Emotion regulation therapy for generalized anxiety disorder. Cognitive and Behavioral Practice. 2013 Aug 1;20(3):282-300.

14. Kang EH, Kim B, Choe AY, Lee JY, Choi TK, Lee SH. Panic disorder and health-related quality of life: the predictive roles of anxiety sensitivity and trait anxiety. Psychiatry research. 2015 Jan 30;225(1-2):157-63.

15. Carrera M, Herrán A, Ayuso-Mateos JL, Sierra-Biddle D, Ramírez ML, Ayestarán A, Hoyuela F, Rodríguez-Cabo B, Vázquez-Barquero JL. Quality of life in early phases of panic disorder: predictive factors. Journal of affective disorders. 2006 Aug 1;94(1-3):127-34.

16. Rufer M, Albrecht R, Schmidt O, Zaum J, Schnyder U, Hand I, Mueller-Pfeiffer C. Changes in quality of life following cognitive-behavioral group therapy for panic disorder. European Psychiatry. 2010 Jan 1;25(1):8-14.

17. Renna ME, Quintero JM, Soffer A, Pino M, Ader L, Fresco DM, Mennin DS. A pilot study of emotion regulation therapy for generalized anxiety and depression: findings from a diverse sample of young adults. Behavior therapy. 2018 May 1;49(3):403-18.

18. American Psychiatric Association. Practice Guideline for the Treatment of Patients with Panic

شد، از آنجایی که افراد مبتلا به اختلال وحشت‌زدگی بیشتر اختلال خود را به صورت فیزیولوژیک می‌پندارند و به بخش‌های اورژانس مراجعه می‌کنند، پژوهش روانشناسی در حوزه‌ی این اختلال مورد غفلت قرار گرفته است. یکی دیگر از محدودیت‌های پژوهش حاضر این بود که اختلال وحشت‌زدگی از جمله اختلالاتی است که نرخ همبودی بالایی با سایر اختلالات روانشناختی دارد و در بررسی نقش سازه‌ها و اثربخشی درمان‌ها برای اختلال وحشت‌زدگی باید به این همبودی‌ها توجه داشت. در نهایت ذکر این نکته ضروری است که پژوهش حاضر اولین استفاده‌ی درمان مبتنی بر تنظیم هیجان بر اختلال وحشت‌زدگی 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 شرکت‌کنندگان در مورد هدف پژوهش توضیحاتی داده شد و رضایت آگاهانه آنها برای شرکت در برنامه درمانی این پژوهش به طور مکتوب جلب گردید.

مداخله برای گروه آزمایش به صورت هشت جلسه‌ی ۱۲۰ دقیقه‌ای، در مرکز مشاوره و روان‌درمانی دانشگاه شیراز اجرا شد. گروه کنترل نیز پس از اتمام جلسات گروه آزمایش، طبق برنامه‌ی قبلی، درمان گروهی مبتنی بر تنظیم هیجان را به صورت رایگان دریافت کردند.

طرح پژوهشی حاضر با دریافت کد اخلاق IR.SUMS.REC.1399.362 توسط کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی شیراز تصویب شد.

منابع

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®). American Psychiatric Pub; 2013 May 22.
2. Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. Synopsis of psychiatry: behavioral sciences, clinical psychiatry. Wolters Kluwer; 2015.
3. Khodayarifard M, Mansouri A, Besharat M A, Gholamali Lavasani M. A review of conceptual models for worry and generalized anxiety disorder. Clin Exc. 2017; 6 (2):23-38. [Persian]
4. Sheppes G, Suri G, Gross JJ. Emotion regulation and psychopathology. Annual review of clinical psychology. 2015 Mar 28;11:379-405.
5. Hofmann SG, Sawyer AT, Fang A, Asnaani A. Emotion dysregulation model of mood and anxiety

32. Aghighi, A., Mohammadi, N., Rahimi Taghanaki, C., Imani, M. Effectiveness of emotion regulation group therapy on symptom reduction, worry and emotion dysregulation in individuals with Panic disorder. *Biannual Journal of Applied Counseling*, 2020; 10(1): 65-88. doi: 10.22055/jac.2020.33169.1734
33. Aghighi, A., Mohammadi, N., rahimi, C., Imani, M. Effectiveness of Emotion Regulation Group Therapy on symptom reduction and quality of life in individuals with Illness Anxiety Disorder. *Journal of Modern Psychological Researches*, 2020; 15(58): 81-100.
34. Hartmann AS, Cordes M, Hirschfeld G, Vocks S. 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*. 2019 Feb 1;272:349-58.
- Disorders. American Psychiatric Association Practice Guidelines. 1998.
19. Mennin DS, Heimberg RG, Turk CL, Fresco DM. Applying an emotion regulation framework to integrative approaches to generalized anxiety disorder. *Clinical Psychology: Science and Practice*. 2002 Mar;9(1):85-90.
20. Mennin DS, Heimberg RG, Turk CL, Fresco DM. Preliminary evidence for an emotion dysregulation model of generalized anxiety disorder. *Behaviour research and therapy*. 2005 Oct 1;43(10):1281-310.
21. Renna ME, Quintero JM, Fresco DM, Mennin DS. Emotion regulation therapy: a mechanism-targeted treatment for disorders of distress. *Frontiers in psychology*. 2017 Feb 6;8:98.
22. Mennin DS. Emotion regulation therapy for generalized anxiety disorder. *Clinical Psychology & Psychotherapy: An International Journal of Theory & Practice*. 2004 Jan;11(1):17-29.
23. 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.
24. Wolgensinger, L. (2015). Cognitive behavioral group therapy for anxiety: recent developments. *Dialogues in clinical neuroscience*, 17(3), 347.
25. Brown TA, Barlow DH. Anxiety and Related Disorders Interview Schedule for DSM-5 (ADIS-5L): Lifetime Version. Client Interview Schedule. Oxford University Press; 2014.
26. American Psychiatric Association. Structured clinical interview for DSM-5 (SCID-5). Washington, DC: American Psychiatric Association. 2015.
27. World Health Organization. The world health organization quality of life (WHOQOL)-BREF. World Health Organization; 2004.
28. Nejat S, Montazeri A, Holakouie Naieni K, Mohammad K, Majdzadeh S. The World Health Organization quality of Life (WHOQOL-BREF) questionnaire: Translation and validation study of the Iranian version. *sjsph*. 2006; 4 (4):1-12
29. O'Toole MS, Renna ME, Mennin DS, Fresco DM. Changes in decentering and reappraisal temporally precede symptom reduction during Emotion Regulation Therapy for generalized anxiety disorder with and without co-occurring depression. *Behavior therapy*. 2019 Nov 1;50(6):1042-52.
30. Dryman MT, Heimberg RG. Emotion regulation in social anxiety and depression: A systematic review of expressive suppression and cognitive reappraisal. *Clinical psychology review*. 2018 Nov 1;65:17-42.
31. Mennin DS, Fresco DM, Ritter M, Heimberg RG. An open trial of emotion regulation therapy for generalized anxiety disorder and cooccurring depression. *Depression and anxiety*. 2015 Aug;32(8):614-23.