

The Comparison of Effectiveness of Dialectical Behavior Therapy and Acceptance and Commitment Therapy on Cognitive Emotion Regulation and the Reduction of Intellectual Rumination in Patients with Generalized Anxiety Disorder

ARTICLE INFO

Article Type

Analytical Review

Aurhors

Mehrnaz Nooshkia^{1*}

Mohsen Rasouli²

Mehdi Zare Bahram abadi³

How to cite this article

Mehrnaz Nooshkia, The Comparison of Effectiveness of Dialectical Behavior Therapy and Acceptance and Commitment Therapy on Cognitive Emotion Regulation and the Reduction of Intellectual Rumination in Patients with Generalized Anxiety Disorder, *Journal of The Ministry of Health and Medical Education*, 2020;4(1): 26-34

ABSTRACT

Generalized anxiety disorder is one of the most common anxiety disorders observed in clinical centers and general population. The purpose of this study was to compare the effectiveness of dialectical behavior therapy and acceptance and commitment therapy on cognitive emotion regulation and the reduction of intellectual rumination in patients with generalized anxiety disorder. For this purpose, during a quasi-experimental study with a pretest-post test design and a control group, 45 patients with generalized anxiety disorder referring to counseling centers in Tehran were selected by available sampling method and randomly assigned in three 15-person groups (15 in the commitment and acceptance therapy group; 15 in the dialectical behavior therapy group; and 15 in the control group). Dialectical Behavior Therapy (DBT) and Acceptance and Commitment Therapy (ACT) training programs were administered to the experimental groups during 14 sessions. The groups were assessed for cognitive emotion regulation and rumination at the beginning, end and two months after the study. The results of covariance showed that the mean of post-test rumination variable in dialectical group was less than that of the commitment and acceptance group. Rumination variable in both treatment groups was less than control group. The mean of emotional adjustment components in dialectical treatment group was less than that of commitment and acceptance group. This study supports the need for controlling emotion regulation and rumination in people with generalized anxiety.

Keywords: Acceptance and Commitment Therapy, Dialectical Behavior Therapy, Intellectual Rumination, Cognitive Emotion Regulation, Generalized Anxiety.

¹Department of Counseling Psychology, Tehran Branch, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

²Department of Counseling Psychology, Karaj Branch, Kharazmi University, Iran, Karaj

³Department of Counseling Psychology, Humanities Research and Development Institute, Iran, Tehran

* Correspondence:

Address: Tehran Branch, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Phone:

Email: nikikia426@yahoo.com

Article History

Received: 2020/07/13

Accepted: 2020/08/10

آن نزدیک به ۵/۷ درصد گزارش شده است^(۳) با توجه به سیر مزمن، شیوع بالا و همبودی اضطراب فراگیر با سایر اختلال‌های روان‌شناختی، این اختلال به‌عنوان یکی از مهم‌ترین اختلال‌های ناتوان‌کننده برای بزرگ‌سالان مطرح شده است^(۴). علی‌رغم شیوع بالای اختلال اضطراب فراگیر، درک ضعیف‌تری از این اختلال نسبت به سایر اختلالات اضطرابی وجود دارد و تحقیقات کمتری مکانیسم‌های آسیب‌شناسی روانی دخیل در این اختلال را بررسی کرده‌اند^(۵) و در نتیجه مشکلات بیشتری در درمان افراد مبتلا به این اختلال موجود می‌باشد. اخیراً نظریه‌پردازان چندین مدل جدید را برای درک بهتر و بررسی مکانیسم‌های موجود در اختلال اضطراب فراگیر توسعه داده‌اند که هر کدام بر یک جنبه خاص در تبیین این اختلال تأکید کرده‌اند. به‌عنوان مثال مدل عدم تنظیم هیجان^(۶) به جنبه‌های هیجانی، مدل فراشناختی^(۷) به اهمیت کنترل افکار و مدل سرشتی به اهمیت بازدارنده رفتاری در ایجاد این اختلال اشاره دارند. در مدل عدم تنظیم هیجانی، اضطراب فراگیر به‌وسیله نقض چشمگیر در تجربه و تنظیم هیجانی مشخص می‌شود. به‌طور خاص این مدل معتقد است که افراد دارای این اختلال در شناسایی، توصیف و تمایز تجارب هیجانی‌شان از یکدیگر مشکل دارند (درک ضعیف هیجان‌ات) و هیجان‌ها به‌جای این که منبع اطلاعاتی باشند که رفتار را هدایت می‌کنند، به‌صورت آزارنده و نامطلوب تجربه می‌شوند (منین^۳، ام سی لوگین^۴، فلنگن^۵، ۲۰۰۹). علاوه بر این افراد دارای اختلال اضطراب فراگیر در شناخت زمان هیجان خود و چگونگی کاهش شدت تجربیات هیجانی منفی خود به شیوه‌ای مناسب با زمینه محیطی آن، دچار مشکل هستند (مدیریت و تنظیم غیرانطباقی هیجان). برای این افراد نگرانی یک فرآیند شناختی است که برای کنترل تجربه هیجانی به کار می‌رود، اما راهبردهای دیگر مانند راهبردهای تنظیم شناختی غیرانطباقی هیجان نیز ممکن است مورد استفاده قرار گیرد^(۸).

طی دو دهه گذشته، نشخوار فکری به‌عنوان سازه‌ای مهم در فهم چگونگی ایجاد و تداوم اختلالات خلقی و هیجانی مورد توجه قرار گرفته است. پژوهش‌ها نشان می‌دهد که نشخوار فکری به‌طور معنی‌داری با آسیب‌پذیری برای خلق افسرده و سیمایه‌های مشخص اختلالات اضطرابی ارتباط دارد^(۹، ۱۰) سگستروم^۶ و همکاران، رابطه‌ی بین اندیشناکی و نشخوار فکری را در افراد مبتلا به اضطراب و افسردگی با استفاده از مدل‌سازی معادله‌ی ساختاری بررسی کردند. آن‌ها نشان دادند که افکار بازانجامی همچون اندیشناکی و نشخوار فکری تفاوتی در رابطه با اضطراب و افسردگی ندارند^(۱۱). علاوه بر این^(۱۲) نشان دادند که در نمونه‌ی غیر بالینی اندیشناکی و نشخوار فکری، در مقایسه با افسردگی به‌طور نیرومندی با اضطراب ارتباط وجود دارد. گستردگی مسأله‌ی اختلال اضطراب فراگیر باعث شده که شیوه‌های درمانی متعددی اعم از دارو درمانی و روان‌درمانی برای آن ارائه شده و مورد بررسی قرار گیرند. از جمله درمان‌هایی که در این راستا مطرح است، درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش می‌باشد که یک مداخله روان‌شناختی است و راهبردهای مبتنی بر آگاهی و پذیرش را همراه با راهبردهای تعهد و تغییر رفتار به‌منظور افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی به کار می‌گیرد^(۱۳).

مقایسه اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیکی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تنظیم شناختی هیجان و کاهش نشخوار فکری بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر

مهرناز نوش کیا*

دپارتمان روان‌شناسی مشاوره، واحد تهران، دانشگاه علوم تحقیقات تهران، ایران.

محسن رسولی

دپارتمان روان‌شناسی مشاوره، واحد کرج، دانشگاه خوارزمی، کرج، ایران.

مهدی زارع بهرام‌آبادی

دپارتمان روان‌شناسی مشاوره، پژوهشکده تحقیق و توسعه علوم انسانی، تهران، ایران.

چکیده

اختلال اضطراب فراگیر از شایع‌ترین اختلالات اضطرابی مشاهده شده در مراکز بالینی و جمعیت عمومی است. هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی دو روش درمانی (رفتار درمانی با تأکید بر باورهای معنوی اسلام محور و پذیرش و تعهد) بر تنظیم شناختی هیجان و کاهش نشخوار فکری مبتنی بر سبک زندگی سالم در بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر بود. برای این منظور طی یک پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون و گروه کنترل ۴۵ بیمار مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره در شهر تهران در سال ۱۳۹۸ به‌صورت نمونه‌ی در دسترس انتخاب و به‌صورت تصادفی در سه گروه ۱۵ نفره (۱۵ نفر گروه تحت درمان تعهد و پذیرش؛ ۱۵ نفر گروه تحت درمان رفتار درمانی دیالکتیکی؛ و ۱۵ نفر گروه کنترل) جایگزین شدند. برنامه‌های آموزشی رفتار درمانی دیالکتیک (DBT) و پذیرش و تعهد (ACT) در طی ۱۴ جلسه بر روی گروه‌های آزمایش اجرا شد. گروه‌ها در ابتدا، انتها و دو ماه بعد از اتمام پژوهش از نظر تنظیم شناختی هیجان و نشخوار فکری مورد ارزیابی قرار گرفتند. نتایج کوواریانس نشان داد که میانگین پس‌آزمون متغیر نشخوار در گروه درمان دیالکتیکی کمتر از گروه درمان تعهد و پذیرش می‌باشد. متغیر نشخوار در هر دو گروه درمان از گروه کنترل کمتر می‌باشد. میانگین مؤلفه‌های تنظیم هیجانی در گروه درمان دیالکتیکی کمتر از گروه درمان تعهد و پذیرش می‌باشد. این پژوهش از لزوم کنترل تنظیم هیجانی و نشخوار فکری در افراد مبتلا به اضطراب فراگیر حمایت می‌کند.

کلید واژه‌ها: درمان تعهد و پذیرش، رفتار درمانی دیالکتیک، نشخوار فکری، تنظیم شناختی هیجان، اضطراب فراگیر.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۴/۲۳

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۵/۲۱

*نویسنده مسئول: nikikia426@yahoo.com

مقدمه

اختلال اضطراب فراگیر^(۱) (GAD) یکی از شایع‌ترین اختلال‌های روان‌شناختی است که با نگرانی افراطی و غیرقابل کنترل مشخص می‌شود و همبودی بالایی با سایر اختلالات اضطرابی و افسردگی دارد^(۱) پنجمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی^(۲) (DSM-5) اضطراب فراگیر را اضطراب و نگرانی شدید در مورد چندین رویداد یا فعالیت تعریف می‌کند که در اکثر روزها در طول حداقل ۶ ماه دوام داشته، کنترل آن مشکل بوده و با علائم جسمانی نظیر: تنش عضلانی، تحریک‌پذیری، اشکال در خواب و بی‌قراری همراه است. میزان شیوع یک‌ساله اختلال اضطراب فراگیر بین ۳ تا ۸ درصد و میزان شیوع طول عمر

3. Mennin
4. McLaughlin
5. Flanagan
6. Segerstrom

1. Generalized Anxiety Disorder (GAD)
2. Diagnostic and Statistical Manual of Mental

به ادامه‌ی فرآیند درمان بود. برنامه‌های آموزشی رفتار درمانی دیالکتیک (DBT) و پذیرش و تعهد (ACT) در طی ۱۲ جلسه (۱/۵ ساعته) بر روی گروه‌های آزمایش اجرا شد. گروه‌ها در ابتدا، انتها و دو ماه بعد از اتمام پژوهش با پرسش‌نامه‌های تنظیم‌شده شناختی هیجان^۲، مقیاس اختلال اضطراب فراگیر ۷ سؤالی^۳ (GAD-7) و مقیاس پاسخ‌های تشخوری در افسردگی نولن هوسکما^۴ (RRS) مورد ارزیابی قرار گرفتند.

پرسش‌نامه تنظیم‌شده هیجان^(۱۸) پرسش‌نامه‌ای چند بعدی و یک ابزار خود گزارشی است که دارای ۳۶ ماده است. مقیاس تنظیم‌شده شناختی هیجان ۹ راهبرد: ملامت خویش، پذیرش، نشخوارگری، تمرکز مجدد مثبت، تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی، ارزیابی مجدد مثبت، دیدگاه‌پذیری، فاجعه‌انگاری و سلامت دیگران را ارزیابی می‌کند. در این پرسش‌نامه از فرد خواسته می‌شود تا واکنش خود را در مواجهه با تجارب تهدیدآمیز و رویدادهای استرس‌زای زندگی که به‌تازگی تجربه کرده‌اند را به‌وسیله پاسخ به ۵ پرسش که استراتژی برای کنترل و تنظیم هیجان را ارزیابی می‌کند، مشخص نماید. گارانسکی و همکاران اعتبار و روایی مطلوبی را برای این پرسش‌نامه به دست آورده‌اند. فرم فارسی این مقیاس به‌وسیله^(۱۹) مورد اعتباریابی قرار گرفته است و ضرایب آلفا برای مؤلفه‌های پرسش‌نامه مطلوب و بالای ۰/۶۷ گزارش شده است. ضریب آلفا برای خرده‌مقیاس‌های این پرسش‌نامه به‌وسیله گرانفسکی و همکاران (۲۰۰۲) در دامنه ۰/۷۱ تا ۰/۸۱ گزارش شده است^(۲۰).

مقیاس اختلال اضطراب فراگیر ۷ سؤالی (GAD-7) توسط گرانفسکی و همکاران تهیه شده و دارای ۷ سؤال می‌باشد که هر یک از سؤالات به بررسی مشکلات روانی آزمودنی در ۲ هفته گذشته می‌پردازد. گزینه‌ها به‌صورت: هیچ‌وقت، چندروز، بیش از نیمی از روزها و تقریباً هر روز از ۰ تا ۳ نمره‌گذاری می‌شوند. گستره نمره مقیاس از ۰ تا ۲۱ می‌باشد^(۲۰). ضریب آلفای کرونباخ و ضریب باز آزمایی مقیاس (GAD-7) را به ترتیب ۰/۹۲ و ۰/۸۳ گزارش کردند. اعتبار همگرایی پرسش‌نامه با پرسش‌نامه‌های اضطراب بک، چک‌لیست نشانه‌های روانی ۹۰ سؤالی (SCL-90)، پرسش‌نامه زمینه‌یابی سلامت (SF-20) مورد بررسی قرار گرفته است. ضریب همبستگی نمره مقیاس اضطراب فراگیر با پرسش‌نامه‌های اضطراب بک ۰/۷۲، چک‌لیست نشانه‌های روانی ۹۰ سؤالی (SCL-90) ۰/۷۴ و پرسش‌نامه زمینه‌یابی سلامت (SF-20) و ابعاد آن بین ۰/۳۰ برای بعد عملکرد جسمی تا ۰/۷۵ برای بعد سلامت روانی به‌دست آمده است. در پژوهشی بر روی دانشجویان ایرانی و نمونه بالینی نتایج تحلیل عاملی اکتشافی حاکی از وجود یک عامل با درصد تبیین ۵۳ درصد بود. ضریب همبستگی مقیاس کوتاه اختلال اضطراب فراگیر (GAD-7) با پرسش‌نامه اضطراب حالت-صفت اسپیلبرگر ۰/۷۱ (برای حالت) و ۰/۵۲ (برای صفت) و با خرده‌مقیاس اضطراب ۱۲ ماده‌ای از چک‌لیست نشانه‌های بالینی (SCL-90) ۰/۶۳ به دست آمده است. ضریب همبستگی مقیاس کوتاه اختلال اضطراب فراگیر (GAD-7) و بعد سلامت روانی پرسش‌نامه زمینه‌یابی سلامت عمومی (SF-36) ۰/۲۸-، به دست آمد. همچنین نتایج نشان داد که مقیاس کوتاه اختلال اضطراب فراگیر (GAD-7) از اعتبار تشخیصی مناسبی نیز

هدف درمان پذیرش و تعهد افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و رفتاری در زمینه‌هایی است که اجتناب تجربه‌ای غلبه دارد و فرد را از زندگی اساسی باز می‌دارد. همچنین توانایی برای ارتباط کامل با زمان حال و تغییر یا حفظ رفتار در خدمت اهداف ارزشمند و مهم زندگی است^(۱۴). همچنین یکی از نوآوری‌ها در درمان‌های روان‌شناختی، به‌ویژه در حوزه اختلالات اضطرابی، رفتار درمانی دیالکتیک (DBT) می‌باشد.

رفتار درمانی دیالکتیک زمانی موفق است که بیماران یاد بگیرند در مورد اهداف درمانی که مستقل از تاریخچه رفتارهای خارج از کنترل آن‌هاست، خیال‌پردازی کرده و راجع به آن‌ها صحبت کنند و این اهداف را دنبال و تقویت نمایند و بتوانند بهتر با مشکلات روزمره زندگی مبارزه کنند^(۱۵).

هر چند تعداد مطالعاتی که به‌طور مشخص اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیک را بر اضطراب فراگیر بررسی کرده‌اند محدود است، اما بسیاری از مطالعات رفتار درمانی دیالکتیک در زمینه‌ی سایر اختلالات نیز، اثربخشی بر شاخص‌های اضطراب فراگیر را گزارش کرده‌اند^(۱۶). یک مطالعه‌ی مروری را از پژوهش‌های فراگیر شده در زمینه رفتار درمانی دیالکتیک تا سال ۲۰۰۶ فراهم آورده است. مطالعه‌ی وی، بررسی جامعی از نتایج مطالعاتی که اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیک بر شاخص‌های اضطراب فراگیر را گزارش کرده‌اند، فراهم می‌آورد^(۱۷).

نتایج فرا تحلیل‌های آنتونی از اندازه‌ی اثر ۱۱ مطالعه در این زمینه نشان می‌دهد که رفتار درمانی دیالکتیک نه تنها اثرات بزرگی بر اضطراب فراگیر و اثرات متوسطی را بر شاخص‌های مرتبط با آن، بعد از درمان در مقایسه با قبل از آن نشان می‌دهد، بلکه این اثرات را طی دوره‌های ارزیابی پی‌گیری حفظ می‌کند. این یافته‌ها مؤید آن است که رفتار درمانی دیالکتیک می‌تواند یک گزینه‌ی درمانی مناسب برای مقابله با چالش‌های موجود در زمینه‌ی درمان اضطراب فراگیر یعنی ناسنده بودن شبه‌های مداخله‌ی سنتی و ضرورت بررسی روش‌های درمانی جدید با توجه به هزینه‌های انسانی و اجتماعی اضطراب فراگیر باشد. پرداختن به تأثیر تجارب هیجانی، تنظیم هیجانی و نشخوار فکری بر اختلال اضطراب فراگیر واجد ارزش‌های تشخیصی و درمانی مهم می‌باشد و می‌تواند راه‌گشای برخی از ابهامات موجود در زمینه شناسایی مشکلات مبتنی بر هیجان و مداخلات آن‌ها گردد. بنابراین با توجه به کارآمدی بالای درمان‌های پست‌مدرن در درمان اختلالات روانی، هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر رفتار درمانی دیالکتیک و پذیرش و تعهد بر تنظیم شناختی هیجان و کاهش نشخوار فکری بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر می‌باشد.

روش

این پژوهش، پژوهشی نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون و گروه کنترل ۴۵ بیمار مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره در شهر تهران در سال ۱۳۹۸ به‌صورت نمونه‌ی در دسترس انتخاب و به‌صورت تصادفی در سه گروه ۱۵ نفره (۱۵ نفر گروه تحت درمان تعهد و پذیرش؛ ۱۵ نفر گروه تحت درمان رفتار درمانی دیالکتیکی؛ و ۱۵ نفر گروه کنترل) جایگزین شدند. همچنین ملاک‌های ورود شامل داشتن سطح سواد دیپلم، حداقل ۶ ماه گذشته ابتلا به اختلال اضطراب فراگیر و ملاک‌های خروج شامل داشتن دو جلسه غیبت متوالی و عدم تمایل

2. Cognitive Emotion Regulation Questionnaire

3. generalized anxiety disorder scale- 7 item

4. Ruminative Response Scale

1. Dialectical Behavior Therapy

جلسه	تعیین محتوای جلسات
	دریافت بازخورد و ارائه تکلیف
چهارم	کنترل به‌عنوان مشکل / کنترل رویدادهای درونی، استعاره دروغ‌سنجی، منطق فعال‌سازی رفتاری (برای زندگی کامل‌تر و غنی‌تر، برای قطع الگوهای اجتناب به‌عنوان تغییر افکار و احساسات مخالف)، آموزش گام‌های پذیرش، تغییر مفاهیم زبان با استفاده از تمثیل، آموزش تن آرامی، دریافت بازخورد و ارائه تکلیف
پنجم	تنظیم اولیه هدف رفتاری، انتخاب تمایل/پذیرش، معرفی مدل رفتاری سه‌بعدی به‌منظور بیان ارتباط مشترک رفتار/احساسات، کارکردهای روان‌شناختی و رفتار قابل مشاهده و بحث در مورد تلاش برای تغییر رفتار بر اساس آن، دریافت بازخورد و ارائه تکلیف، درجه تمایل به‌عنوان یک جایگزین برای کنترل: استعاره دو مقیاس، هزینه‌های عدم تمایل: ناراحتی نایاک /بازنگری
ششم	توضیح مفاهیم نقش و زمینه، مشاهده خویشتن به‌عنوان یک بستر و برقراری تماس با خود با استفاده از تمثیل، آگاهی از دریافت‌های حسی مختلف و جدایی از حس‌هایی که جزء محتوای ذهنی هستند، شناسایی هدف ساده رفتاری که نیازمند تمایل و گسلش باشد، دریافت بازخورد و ارائه تکلیف
هفتم	تمرین دوباره ذهن آگاهی، پذیرش-ایجاد فضا برای احساسات دردناک ناشی از روابط و پذیرش این احساسات به‌جای آسیب رساندن به خود، توضیح مفهوم ارزش‌ها، ایجاد انگیزه برای تغییر و توانمند نمودن مراجع برای زندگی بهتر، تمرین تمرکز، دریافت بازخورد و ارائه تکلیف
هشتم	تمرین قظیت روان، تمرین مشاهده‌گر، آموزش تعهد به عمل، شناسایی طرح‌های رفتاری مطابق با ارزش‌ها و ایجاد تعهد برای عمل به آن‌ها، جمع‌بندی جلسات
نهم	انتخاب ارزش‌ها: انتخاب‌ها در برابر قضاوت‌ها/تصمیم‌ها، تمرین حلقه هدف، شناسایی رفتار مبتنی بر ارزش‌ها (هدف رفتاری)، بررسی تمرین‌ها و تکالیف مربوط به جلسه گذشته ادامه آموزش مهارت‌ها
دهم	مطرح کردن ارتباط بین اهداف و ارزش‌ها، مطرح کردن ارتباط بین فرآیند و نتایج
یازدهم	شناسایی ارزش‌ها (اهداف کوچک‌تر در خدمت اهداف بزرگ‌تر) نقش انتخاب در اعمال متعهدانه (بررسی انتخاب در مقابل قضاوت‌ها/تصمیم‌ها) موانع موجود اهداف و تمایل در پذیرش آن‌ها
دوازدهم	ماهیت همه یا هیچ: تمرین جهش
سیزدهم	آمادگی برای خاتمه، عمل متعهدانه بر اساس الگوریتم ACT
چهاردهم	بررسی تکالیف جلسه گذشته بررسی و مرور جلسه‌های گذشته و خلاصه آموخته‌های جلسه‌های پیشین بررسی پیشرفت‌ها و مقدار دستیابی به اهداف درمانی بررسی چشم انداز مراجعان نسبت به آینده پایان درمان

برخوردار است. ضریب آلفای کرونباخ ۰,۸۵ حاکی از پایایی مناسب این آزمون بوده است^(۲۱).

مقیاس پاسخ‌های نشخواری در افسردگی نولن هوکسما که چهار نوع متفاوت از واکنش به خلق منفی را مورد ارزیابی قرار می‌دهد. پرسش‌نامه سبک‌های پاسخ^۱ از دو مقیاس پاسخ‌های نشخواری و مقیاس پاسخ‌های منحرف‌کننده حواس^۲ تشکیل شده است. این پرسش‌نامه ۲۲ عبارت دارد که از پاسخ‌دهندگان خواسته می‌شود هر کدام را در مقیاسی از ۱ (هرگز) تا (اغلب اوقات) درجه‌بندی کنند^(۲۲) بر پایه شواهد تجربی، مقیاس پاسخ‌های نشخواری، پایایی درونی بالایی دارد. ضریب آلفای کرونباخ در دامنه‌ای از ۰/۸۸ تا ۰/۹۲ قرار دارد. پژوهش‌های مختلف نشان می‌دهند که همبستگی بازآزمایی برای RRS، ۰/۶۷ است^(۲۳). این مقیاس برای اولین بار از زبان انگلیسی توسط نویسندگان به فارسی ترجمه شد. اعتبار پیش‌بین RRS در تعداد زیادی از مطالعات مورد آزمایش قرار گرفته است. نتایج پژوهش‌های زیادی نشان می‌دهند که RRS می‌تواند شدت افسردگی را در دوره‌های پی‌گیری در نمونه‌های بالینی و غیر بالینی با کنترل متغیرهایی مانند، سطح اولیه افسردگی و یا عوامل استرس‌زا، پیش‌بینی کند. همچنین، بر پایه یافته‌های پژوهشی، این مقیاس می‌تواند آسیب‌پذیری افراد را نسبت به افسردگی تعیین کند. به‌علاوه، نشان داده شده است که این مقیاس می‌تواند پیش‌بینی‌کننده یک دوره بالینی افسردگی باشد^(۲۴).

یافته‌ها

جلسه‌های درمانی بر اساس برنامه و بسته‌ی آموزشی راهنمای تعهد و پذیرش درمان فورمن و هربرت و رفتار درمانی دیالکتیک^(۲۴) تدوین شد و طی ۱۴ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای بر روی گروه‌های آزمایش اجرا شد. (جدول، ۱ و ۲) به‌منظور تجزیه تحلیل و داده‌ها، ضمن بررسی پیش‌شرط‌های تحلیل کوواریانس (نرمال بودن، خطی بودن، همگنی واریانس‌ها و همگنی شیب‌های خط رگرسیون) از روش تحلیل کوواریانس چند متغیره استفاده شد. داده‌ها با استفاده از بیست و دومین ویرایش نرم‌افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

جدول ۱: پروتکل درمانی پذیرش و تعهد (بر اساس الگوی فورمن و هربرت، ۲۰۰۸)

جلسه	تعیین محتوای جلسات
اول	اجرای پیش‌آزمون؛ تعیین اهداف جلسات، برقراری رابطه درمانی و معرفی خود، آشنا نمودن افراد با موضوع پژوهش، مرور و بررسی مشکلات افراد و توضیح فلسفه مداخله درمان اکت و بستن قرارداد درمانی جهت حضور به‌موقع، انجام تمرین آگاهی
دوم	تمرین ذهن آگاهی، بحث در مورد راهبردهای تداوم‌دهنده‌ی اضطراب از دیدگاه (ACT مانند همجوشی، راهبردهای کنترل عاطفی، فاصله از ارزش‌ها)، تأمل آگاهی از تنفس بدن-صدا-افکار، دریافت بازخورد و ارائه تکلیف
سوم	کمک به مراجع برای تشخیص راهبردهای ناکارآمد کنترل و پی بردن به بهبودی آن‌ها، شناخت ماهیت هیجان و افکار و عمل، پذیرش وقایع شخصی دردناک بدون کشمکش با آن‌ها با استفاده از تمثیل، کشف اهداف و تلاش‌های ناموفق، راهبردهای کنترل تداوم‌دهنده‌ی اضطراب، بررسی کارایی راهبردهای اجتنابی و در نهایت ناامیدی خلاقانه، استفاده از استعاره فشاردادن به تخته،

1 . Response Styles Questionnaire
2 . Distracting Response Scale

جدول ۲: پروتکل درمانی رفتاردرمانی دیالکتیکی (بر اساس الگوی لینهان، ۲۰۰۹)

جلسه	تعیین محتوای جلسات
اول	اجرای پیش‌آزمون، توضیحات مقدماتی، ایجاد ارتباط اولیه، کاهش تنش گروهی، ارایه منطق درمان و آشنایی با شیوه کار گروهی و مقررات آن، مفهوم‌سازی مشکل، توافق بر سر اهداف درمان، توافق بر سر ساعت و زمان برگزاری جلسه‌ها
دوم	بحث درباره رویدادهای و تجربیات ناخوشایند و چگونگی اثر آن بر هیجان‌های افراد، بررسی نحوه‌ی قضاوت افراد از تجربه‌هایشان، آموزش مهارت‌هایی مشاهده و توصیف، ارایه تمرین ثبت موقعیت‌ها و افکار آشفته‌ساز، استفاده از روش‌های توجه‌گردانی در مدیریت آشفته‌گی هیجانی
سوم	مرور تکالیف جلسه قبل، بررسی فن‌های آشفته‌ساز، گفت‌وگو درباره روش پذیرش بنیادین، آموزش استفاده از خودگویی در پذیرش بنیادین، ارایه تکلیف برای ثبت اثر استفاده از پذیرش بنیادین در مدیریت آشفته‌گی‌های هیجانی.
چهارم	مرور تکالیف جلسه قبل، بررسی افکار و احساسات و توضیح و شناساندن پاسخ‌های مقابله‌ای درونی، بررسی روش‌های تحمل آشفته‌گی هیجانی نظیر تعیین وقت استراحت، زندگی در زمان حال، خودگویی‌های تأییدگرایانه و راهبردهای مقابله‌ای جدید
پنجم	مرور تکالیف جلسه قبل، بحث درباره توجه آگاهانه و اثرات آن در مدیریت آشفته‌گی‌ها، بررسی افکار و احساسات و شناساندن پاسخ‌های مقابله‌ای بیرونی، آموزش روش‌های توجه آگاهی نظیر ذهن خردمند و شهود و ثبت اثرات آن در کنترل آشفته‌گی
ششم	مرور تکالیف جلسه قبل، آموزش تحمل پریشانی (مهارت‌های پایدگی در بحران‌ها، منحرف کردن حواس، تسکین دادن به خود با استفاده از حواس شش‌گانه)، ارتباط آگاهانه ارایه تکلیف مبنی بر توجه آگاهانه روزانه و ثبت تغییرات در آشفته‌گی‌ها
هفتم	مرور تکالیف جلسه قبل، گفت‌وگو درباره هیجان‌ها و ماهیت آن‌ها و اثرات گوناگون آن‌ها، بررسی روش‌های کاهش اثرات هیجان‌های منفی نظیر: افزایش هیجان‌های مثبت، عمل کردن برخلاف میل شدید هیجانی، ارایه تکلیف مبنی بر ثبت هیجان‌ها و اثر آن بر ارتباطات بین فردی
هشتم	مرور تکالیف جلسه قبل، تمرین کنترل رفتارهای تکانه‌ای، آموزش تکنیک تناسب خواسته‌های من با خواسته‌های دیگران و نسبت خواسته‌ها و بایدها
نهم	مرور تکالیف جلسه قبل، ادامه تمرین کنترل رفتارهای تکانه‌ای، شناسایی خواسته‌ها، تعدیل شدت خواسته‌ها، شناسایی رفتارهای خود تخریبی، نظارت بر خود بدون قضاوت، کاهش آسیب‌پذیری شناختی و افزایش هیجان‌های مثبت
دهم و یازدهم	آموزش تنظیم هیجان (اهداف آموزش تنظیم هیجان، اهمیت هیجان‌ها، تشخیص هیجان، کاهش آسیب‌پذیری و رنج هیجانی، افزایش هیجان مثبت) تغییر دادن عواطف از طریق عمل متضاد با عاطفه اخیر.
دوازدهم و سیزدهم	افزایش کارآمدی بین فردی (حفظ و تداوم سلامت روابط خویشاوندی، علاقه‌مندی و غیره) آموزش مهارت‌های فردی مهم (توصیف و بیان کردن، ابراز وجود و جرأت داشتن، اعتماد آشکار).
چهاردهم	بررسی و مرور جلسات گذشته و خلاصه آموخته‌های جلسه‌های پیشین، بررسی پیشرفت‌ها و مقدار دست‌یابی به اهداف درمانی و اجرای پس‌آزمون

نتایج

جدول ۳ شاخص‌های توصیفی را برای آزمودنی‌ها در متغیرهای پژوهش در دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون نشان می‌دهد.

جدول ۳: آماره‌های توصیفی متغیرهای پژوهش پیش‌آزمون و پس‌آزمون

متغیر	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
		انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین
تنظیم شناختی مثبت	رفتاردرمانی دیالکتیکی	۲۹/۲۳	۲۹/۹۰	۲۵/۶۰	۳/۵۰
	آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد	۳۲/۴۰	۴/۱۷	۳۴/۲۰	۴/۳۴
تنظیم شناختی منفی	کنترل	۳۰/۹۳	۴/۲۶	۳۱/۱۳	۳/۶۸
	رفتاردرمانی دیالکتیکی	۵۱/۸۶	۳/۵۳	۴۱/۰۰	۲/۷۲
تمرکز مثبت مجرد/ برنامه‌ریزی	آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد	۵۰/۶۶	۴/۲۲	۴۶/۶۰	۴/۰۶
	کنترل	۵۲/۸۰	۳/۰۵	۵۱/۸۶	۳/۲۷
ارزیابی مثبت/ دیدگاه وسیع‌تر	رفتاردرمانی دیالکتیکی	۱۸/۲۰	۲/۸۵	۱۹/۳۳	۲/۷۹
	آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد	۲۰/۳۳	۳/۷۱	۲۱/۲۶	۳/۸۸
عامل‌های تنظیم شناختی منفی	کنترل	۱۸/۵۳	۳/۳۷	۱۸/۶۰	۳/۲۴
	رفتاردرمانی دیالکتیکی	۱۱/۱۳	۲/۹۰	۱۲/۲۰	۱/۸۲
سرزنش خود	آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد	۱۲/۰۶	۲/۲۵	۱۲/۹۳	۲/۲۸
	کنترل	۱۲/۴۰	۱/۲۹	۱۲/۵۳	۱/۱۲
سرزنش خود	رفتاردرمانی دیالکتیکی	۸/۹۳	۱/۸۰	۷/۷۳	۱/۵۳
	آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد	۹/۶۶	۱/۶۳	۸/۸۶	۱/۸۰
سرزنش خود	کنترل	۸/۲۶	۱/۴۳	۸/۲۰	۱/۵۶
	رفتاردرمانی دیالکتیکی	۸/۴۰	۱/۲۲	۷/۴۶	۰/۹۱
سرزنش خود	آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد	۸/۶۰	۱/۲۴	۸/۱۳	۱/۲۴

متغیر	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
		انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین
سرزنش دیگران	کنترل	۸/۸۶	۱/۴۰	۸/۸۶	۱/۳۴
	رفتار درمانی دیالکتیک	۱۳/۷۳	۰/۹۸	۱۳/۲۰	۲/۱۴
	آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد	۱۲/۳۳	۲/۸۷	۱۱/۴۶	۲/۶۶
نشخوار فکری	کنترل	۱۴/۰۰	۱/۹۲	۱۳/۷۳	۱/۶۲
	رفتار درمانی دیالکتیک	۱۰/۴۶	۲/۳۱	۹/۴۰	۲/۲۹
	آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد	۱۰/۰۶	۲/۴۰	۸/۹۳	۲/۳۴
فاجعه‌آمیز کردن	کنترل	۱۰/۹۳	۱/۷۹	۱۰/۶۰	۱/۶۸
	رفتار درمانی دیالکتیک	۱۰/۳۳	۲/۲۶	۹/۲۶	۱/۸۶
	آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد	۱۰/۱۳۲	۱/۸۸	۹/۲۰	۱/۹۳
پذیرش	کنترل	۱۰/۷۳	۱/۹۴	۱۰/۴۶	۱/۰۶
	رفتار درمانی دیالکتیک	۴۱/۹۳	۱/۹۱	۳۷/۹۳	۴/۰۷
	آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد	۴۱/۴۰	۲/۲۹	۳۹/۴۶	۲/۴۷
پاسخ‌های نشخواری	کنترل	۲۹/۳۳	۲/۷۶	۳۹/۳۳	۲/۵۲
	رفتار درمانی دیالکتیک	۲۹/۳۳	۴/۳۳	۳۵/۶۰	۳/۵۰
	آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد	۳۲/۴۰	۴/۱۳	۳۴/۲۰	۴/۳۴
	کنترل	۳۰/۹۳	۴/۲۶	۳۱/۱۳	۳/۶۸

با توجه به داده‌های موجود نتیجه می‌گیریم که درمان دیالکتیکی بر تنظیم شناختی هیجان و کاهش نشخوار فکری بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر تأثیر مؤثرتری نسبت به درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش دارد.

جدول ۴. نتایج تحلیل واریانس چندمتغیره روی نمرات (پیش‌آزمون - پس‌آزمون) متغیرهای پژوهش

آزمون	ارزش	آماره F	درجه آزادی آزمون	درجه آزادی خطا	معناداری
اثر پیلای	۰/۲۵۱	۵/۷۲۱	۳	۳۷	۰/۰۰۱
لامبدای ویلکز	۰/۷۳۰	۵/۷۲۱	۳	۳۷	۰/۰۰۱
اثر هتلینگ	۰/۳۴۶	۵/۷۲۱	۳	۳۷	۰/۰۰۱

معناداری همه آزمون‌ها در جدول ۴ نشان می‌دهد اثر متغیرهای موردنظر از لحاظ آماری معنادار می‌باشد (معناداری کمتر از ۰/۰۵) به عبارتی حداقل از لحاظ یکی از متغیرهای وابسته تفاوت معناداری وجود دارد.

جدول ۵: نتایج اثرات بین آزمودنی از لحاظ نمرات پیش آزمودنی و پس آزمودنی (متغیرهای پژوهش در دو گروه درمانی و کنترل)

وابسته متغیر	مجموع مربعات نوع ۳	آزادی درجه	میانگین مربعات	F آماره	معنی‌داری	تعیین ضریب
تنظیم شناختی مثبت	۴۰/۲۱	۱	۱۴/۲۸	۲/۵۶	۰/۰۰۱	۰/۴۰
تنظیم شناختی منفی	۵۷/۷۵	۱	۲۵/۱۱	۹/۰۶	۰/۰۰۱	۰/۵۴
تمرکز مثبت مجرد/ برنامه‌ریزی	۶/۸۲	۱	۱۱/۳۶	۴/۱۱	۰/۰۰۴	۰/۲۷
ارزیابی مثبت/ دیدگاه وسیع‌تر	۳/۷۴	۱	۱۰/۷۴	۵/۱۲	۰/۰۰۲	۰/۲۹
سرزنش خود	۳/۱۶	۱	۱۰/۶۳	۳/۶۲	۰/۰۲۶	۰/۱۷
سرزنش دیگران	۲/۰۰	۱	۱۱/۴	۵/۱۴	۰/۰۴۱	۰/۱۴
نشخوار فکری	۲/۸۸	۱	۱۲/۹۷	۴/۱۵	۰/۰۰۹	۰/۲۲
فاجعه‌آمیز کردن	۵/۶۹	۱	۲۱/۱۳	۸/۶۵	۰/۰۰۴	۰/۲۶
پذیرش	۵/۰۵	۱	۲۴/۰۱	۴/۲۱	۰/۰۰۴	۰/۲۶
پاسخ‌های نشخواری	۱۲/۹۶	۱	۲۰/۵۹	۴/۲۶	۰/۰۳۶	۰/۱۵
تنظیم شناختی مثبت	۳۱/۶۵	۲	۳۱/۶۵	۳۱/۶۵	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱
تنظیم شناختی منفی	۶۳/۱۴	۲	۶۳/۱۴	۶۳/۱۴	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱
تمرکز مثبت مجرد/ برنامه‌ریزی	۱۸/۲۳	۲	۱۸/۲۳	۱۸/۲۳	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱
ارزیابی مثبت/ دیدگاه وسیع‌تر	۸/۹۹	۲	۸/۹۹	۸/۹۹	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱

وابسته متغیر	مجموع مربعات ۳ نوع	آزادی درجه	میانگین مربعات	F آماره	معنی داری	تعیین ضریب
سرزنش خود	۱۵/۳۲	۲	۱۵/۳۲	۱۵/۳۲	۰/۰۰۱	
سرزنش دیگران	۱۱/۷۸	۲	۱۱/۷۸	۱۱/۷۸	۰/۰۰۱	
نشخوار فکری	۱۶/۷۳	۲	۱۶/۷۳	۱۶/۷۳	۰/۰۰۱	
فاجعه‌آمیز کردن	۱۵/۶۸	۲	۱۵/۶۸	۱۵/۶۸	۰/۰۰۱	
پذیرش	۱۴/۱۲	۲	۱۴/۱۲	۱۴/۱۲	۰/۰۰۱	
پاسخ‌های نشخواری	۷۲/۰۳	۲	۷۲/۰۳	۷۲/۰۳	۰/۰۰۱	

طبق جدول ۵ مؤلفه‌های تنظیم شناختی مثبت ۳۴/۵٪، تنظیم شناختی منفی ۴۵/۵٪، تمرکز مثبت مجرد/ برنامه‌ریزی ۲۷/۲٪، ارزیابی مثبت/ دیدگاه وسیع‌تر ۲۹/۴٪، سرزنش خود ۱۷/۱٪، سرزنش دیگران ۱۴/۵٪، نشخوار فکری ۲۲/۶٪، پذیرش ۲۶/۴٪ و پاسخ‌های نشخواری ۱۵/۲٪ از مدل تعمیم‌یافته را تبیین می‌کند. بر اساس آماره F جدول فوق تفاوت میانگین دو گروه درمانی و گروه کنترل در سطح ۰/۰۵ در نمونه مورد مطالعه معنادار می‌باشد. بنابراین نتایج جدول ۳ در سطح ۰/۰۵ صدم معنادار می‌باشد.

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج به دست آمده نشان داد که مشاوره گروهی مبتنی بر رفتاردرمانی دیالکتیک بر تنظیم هیجان بیماران دارای اختلال اضطراب فراگیر مؤثر است. این یافته مؤید این ادعای رفتاردرمانی دیالکتیکی است که با استفاده از فنون و مهارت‌های معرفی شده در بخش تنظیم هیجان برنامه‌ی درمانی خود، مشکلات مرتبط با تنظیم هیجان مراجعان را هدف قرار داده و بهبود می‌بخشد. همچنین از اثربخشی آموزش رفتاردرمانی دیالکتیکی در کاهش علائم اضطراب، حمایت کرده و نشان می‌دهد که گروه آزمون در مقایسه با گروه شاهد، کاهش معنی‌داری را در علائم اضطراب نشان داده است. این یافته با مطالعات مطرح شده مبنی بر این که اضطراب فراگیر را می‌توان پیامد تنظیم سازگارانه‌ی هیجان به شمار آورد همخوانی دارد. در راستای تأیید یافته‌های حاصل از پژوهش‌های قبلی، نتایج مطالعه‌ی حاضر نشان می‌دهد که تغییر در راهبردهای تنظیم هیجان مورد استفاده از سوی افراد اضطرابی، باعث کاهش علائم اضطراب آن‌ها می‌شود^(۲۷-۲۵) همخوانی دارد. در رفتاردرمانی دیالکتیک تأکید بر برگرداندن هیجان‌ها به سطح کارکردی است، به طوری که هیجان‌های ناخوشایند، سازگارانه و کمک‌کننده باشند. هدف رفتاردرمانی دیالکتیک کاهش رنج افراد درگیر مشکلات هیجانی است و برای رسیدن به این اهداف مهارت‌های تحمل آشفتگی یا پریشانی، توجه آگاهی، تنظیم هیجانات و ارتباط مؤثر را به افراد آموزش می‌دهد^(۲۸) استفاده از افکار مقابله‌ای خود تشویش‌گرایانه موجب افزایش اعتمادبه‌نفس و انگیزه برای پرهیز از اعمال و سواسی می‌شود^(۱۵).

از طرفی، مهارت‌های توجه برگردانی از افکار موجب می‌شود فرد در هنگام هجوم افکار و سوسه‌انگیز بتواند توجه خود را به تصاویر ذهنی خلاق و نوآیین منعطف کند و ذهن خود را از درگیری بیشتر با افکار نگران‌کننده، باز دارد. همچنین آموزش مهارت تنظیم هیجان با آگاه نمودن افراد سبب می‌شود که آنها یاد بگیرند چرخه فرآیند طبیعی هیجانات خود را مشاهده کنند و همچنین می‌توانند احساسات شدید خود را بدون مقاومت یا اجتناب کردن، تحمل کنند. تکنیک عمل کردن بر خلاف امیال شدید هیجانی نیز راهبردی است که جلوی واکنش‌های هیجانی بیهوده را می‌گیرد و در عین حال به فرد کمک می‌کند تا احساسات شدید خود را تعدیل کند. آموزش این مهارت‌ها و یادگیری آن از طریق، افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر، سبب می‌شود که نشخوار فکری آنان در طول زمان کاهش یابد. همچنین نتایج فرضیه حاضر با نتایج تحقیقات^(۲۰) مبنی بر تأثیر رفتاردرمانی دیالکتیک بر مؤلفه‌های روان‌شناختی مبنی بر تأثیر دیالکتیک همسو می‌باشد.^(۳۱) یافتند که راهبردهای غیرانطباقی نشخوار فکری و فرونشانی در

مقایسه با راهبردهای انطباقی ارزیابی مجدد و حل مسأله، بیشتر با نشانه‌های بیماری از جمله اضطراب مرتبط بودند. به نظر می‌رسد با توجه به پریشانی که به‌طور درونی در اختلال اضطراب فراگیر وجود دارد، این افراد موارد بیشتری از نیاز برای استفاده از راهبردهای تنظیم هیجان، تجربه می‌کنند^(۶) این راهبردهای تنظیم هیجانی غیرانطباقی ممکن است در مقابل ناراحتی و هیجان‌های منفی در کوتاه‌مدت، محافظت‌کننده باشد اما استفاده مداوم می‌تواند دنیای اجتماعی فرد و روابط بین فردی را در طول زمان محدود کند^(۳۲).

بنابراین شناسایی راهبردهای تنظیم هیجان و تقایص هیجانی مرتبط با اضطراب فراگیر می‌تواند در تشخیص مؤلفه‌های هیجانی که نقش مهم‌تری در ایجاد، حفظ و بهبود این اختلال ایفا می‌کند، کمک نماید. این موضوع می‌تواند در برنامه‌های پیشگیری مبتنی بر مهارت‌های تنظیم شناختی برکت و کاتولاک، و نیز درمان تنظیم هیجان^(۳۳) مفید باشد^(۳۴) اضطراب فراگیر را می‌توان بر حس پردازش سوء‌گیرانه، از جمله سوگیری در زمینه‌ی توجه تشریح کرد. آنچه که منجر به سوگیری پردازش اطلاعات هماهنگ با خلق می‌شود، فعال شدن، گره هیجانی در شبکه‌ی تداعی است که موجبات دسترسی به مواد هماهنگ با خلق را فراهم می‌کند. این بدین معنی است که افراد دارای اضطراب فراگیر نسبت به اطلاعات مربوط با خلق نوعی توجه انتخابی از خود نشان می‌دهند. در این رابطه^(۳۵) بیان می‌دارد که توجه انتخابی و همچنین توجه پایدار و انتقال توجه به‌عنوان سه بخش عمده‌ی کارکرد توجهی با ذهن آگاهی در ارتباط است و به‌عنوان یک مؤلفه بنیادی رفتاردرمانی دیالکتیک به شمار می‌رود^(۳۶). همچنین طبق نظریه‌ی تیزدل و همکاران (۱۹۹۴) رفتاردرمانی دیالکتیک امکان کنترل توجه را فراهم می‌سازد. در رفتاردرمانی دیالکتیک توجه آگاهانه سبب می‌شود که به‌جای پخش اطلاعات در چرخه‌ی دوطرفه‌ی معیوب، به‌طرف تجربه‌ی فوری و کنونی چرخش پیدا کند^(۳۷). اضطراب و تنظیم هیجانی افراد مبتلا به اضطراب فراگیر می‌توان به مؤلفه‌های این درمان اشاره کرد. تکنیک‌های که مؤلفه فیزیولوژی اضطراب را هدف قرار می‌دهند شامل آموزش تنفس دیافراگمی یا عمیق، آموزش آرمیدگی پیش‌رونده و آموزش آرمیدگی ذهنی است. این تکنیک‌ها مؤلفه جسمانی و فیزیولوژی اضطراب را مورد هدف قرار می‌دهند. مراجعان با آموزش این تکنیک‌ها یاد می‌گیرند که در برابر نشانه‌ها و راه‌اندازهای اضطراب به‌طور مناسب مقابله کنند، به‌طوری که سطح پایه تنش جسمانی را کاهش دهند. این راهبردها را می‌توان مهارت‌های تنظیم هیجانات اساسی دانست که معمولاً بیماران مبتلا به اضطراب فراگیر فاقد آن هستند. تمرین آرمیدگی مستلزم آن است که فرد توجه خود را بر زمان حال و اینجا و اکنون متمرکز کند و به همین دلیل برای افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر مناسب است، چرا که ماهیت نگرانی معطوف به آینده است.

References

1-Barlow, DH. Clinical handbook of psychological disorders: A step-by-step treatment manual(4thed.). New York: Guilford Press, 2013.

- Therapy in Reducing Positive and Negative Symptoms of Schizophrenia. *Journal of Applied Environmental and Biological Sciences*, 2015; 5(8): 304-313.
- 15-Dimeff L, Linehan, MM. Dialectical Behavior Therapy in a Nutshell. *The California psychologist*, 2008; 34, 10-13.
- 16- Bogaert, A. Asexuality: Prevalence and Associated Factors in a National Probability Sample. *Journal of sex research*, 2004; 41. 279-87. 10.1080/00224490409552235.
- 17-Wagner A, Rizvi SL, Harned MS. Application of dialectical behavior therapy to the treatment of complex trauma-related problems: When one case formulation not fit all. *J Trauma Stress*, 2007; 20(4): 391-400.
- 18-Garnefski N, Kraaij V, Spinhoven, P. Negative life events, cognitive emotion regulation and emotional problems. *Personality and Individual Differences*, 2001; 30, 1311-1327.
- 19- Samani S, Jokar B, Sahragard N. Effects of Resilience on Mental Health and Life Satisfaction. *IJPCP*, 2007; 13 (3) :290-295.
- 20- Spitzer RL, Kroenke K, Williams JBW, et al. A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: The GAD-7. *Archives of Internal Medicine*, 2006, 166(10): 1092-1097.
- 20-Isazadegan A, Janabadi H, Saadatmand, S. The Relationship between Cognitive Emotion Regulation Strategies, Emotional Creativity, Academic Performance, and Mental Health in Students, 2011.
- 21-Nainian MR, Shaeiri MR, Sharifi M, et al. Reliability and validity of the Short Scale for Generalized Anxiety Disorder (GAD-1). *Clinical Psychology and Personality*, 2011; 2 (4): 41-50
- 22- Bagheri Nejad N, Salehi F, Tababai F. The relationship between rumination and depression in a sample of Iranian students. *Clinical Psychology Research and Counseling*, 2010, 11 (1).
- 23-Luminet O. Measurement of depressive rumination and associated constructs. In: C. Papageorgiou, A. Wells, (Eds.), *Depressive Rumination: Nature, Theory, and Treatment*. Chichester, England: John Wiley & Sons Ltd, 2004.
- 24- Linehan, MM. *Cognitive – behavioral treatment for borderline personality disorder*. New York: Guilford, 1993.
- 25-Gross JJ, John, OP. Individual difference in two emotion regulation processes: Implications for affect, relationships, and well-being. *Journal of*
- 2-Seiyed Mohammadi Y. Classification of Mental Disorders: DSM-IV Definitive Diagnostic Criteria Fifth Edition of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Tehran: Psycho, 2015.
- 3-Kessler R, Walters E, Wittchen, HU. Epidemiology, In R. Heimberg, C. Turk & D. Mennin (Eds), *Generalized Anxiety Disorder: Advances in Research and practice* (pp. 29-50). New York: Guilford Press, 2014.
- 4-Borkovec TD, Roemer L. Perceived functions of worry among generalized anxiety disorder subjects: distraction from more emotionally distressing topics? *J Behav Ther ExpPsychiatry*, 2006, 26: 25-30.
- 5-Dugas MJ, Koerner, N. Cognitive-behavioral Treatment for Generalized Anxiety Disorder: Current Status and Guture Directions, *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 2010, 19, 61–68.
- 6-Mennin DS, McLaughlin KA, Flanagan TJ. Emotion regulation deficits in generalized anxiety disorder, social anxiety disorder, and their co-occurrence. *J Anxiety Disord*, 2009; 23:866-7.
- 7-Wells A. The metacognitive model of GAD: Assessment of meta-worry and relationship with DSM-IV generalized anxiety disorder. *Cognitive Ther Res*. 2005, 29;107-21
- 8-Turk CL, Heimberg RG, Luterek JA, et al. Emotion dysregulation in generalized anxiety disorder: acomparison with social anxiety disorder. *Cognit Ther Res*, 2015; 29:89-106.
- 9-Nolen-Hoeksema S, Morrow J. Response to depression and their effects on the duration of depressive episodes. *J Abnorm Psychol*, 2005; 100: 569-82.
- 10-Pasojevic J, Alloy LB, Abramson LY, et al. Reactive rumination: Repetitive thought as a concomitant and predictor of negative mood. *Cogn Ther Res*, 2014; 24: 671-88.
- 11-Segerstrom SC, Tsao JC, Alden LE, et al. Worry and rumination: Repetitive thought as a concomitant and predictor of negative mood. *Cogn Ther Res*, 2010; 24: 671-88.
- 12-Muris P, Roelofs J, Meesters C, et al. Rumination and worry in nonclinical adolescents. *Cogn Ther Res*, 2014; 28: 539-54.
- 13-Johnston M, Foster M, Shennan J, et al. The effectiveness of an acceptance and commitment therapy self-help intervention for chronic pain. *Clin JPain*, 2010;26(5):393-402.
- 14-Mojtabaei M, Hematyar Naghne, M. Effectiveness of Cognitive Behavioral Group

- 36-Alavi, K. The Effectiveness of Group Dialectical Behavioral Therapy (relying on Elements of Fundamental General Awareness, Distress Tolerance and Emotional Regulation) on Depression Symptoms in Students. *Masters Degree in Clinical Psychology. Mashhad Ferdowsi University*, 2009.
- 37-Teasdale JD, Segal ZV, Williams JMG, et al. Prevention of relapse/recurrence in major depression by mindfulness-based cognitive therapy. *J Couns Clin Psychol* 2000; 68(4): 615-23.
- Personality and Social Psychology*, 2009, 85, 348-362.
- 26-Hayes AM, Feldman, G. Clarifying the construct of mindfulness in the context of emotion regulation and the process of change in therapy. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 2004, 11, 255-262.
- 27-Anderson RE, Hope, DA. The relationship among social phobia, physiological reactivity, and anxiety sensitivity in an adolescent population. *Journal of anxiety disorders*, 2009, 23, 18-26
- 28-Ghorbani T, Mohammadkhani S, Sarami G. Com-parative Effectiveness of cognitive-behavioral group therapy based coping skills and methadone maintenance treatment to improve emotion regulation strategies and relapse prevention. *Journal of Research on Addiction* 2011;17(5):59-74.
- 29-Denis K, Beker, R. The effect of cognitive behavioral therapy on the irrational beliefs and anxiety in M.S. *Journal of Personality assessment*, 2015, 63 (2), 262 -274.
- 30-Naomi F. One life Hope healing and inspiration on the path to recovery from eating disorders. *Jessica Kingsley Publishers: UK*, (paperback), 2009; pp. 174.
- 31-Aldao A, Nolen-Hoeksema S, Schweizer, S. Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 2010; 30, 217-237.
- 32-Pergamin-Hight L, Naim R, Bakermans-Kranenburg MJ, et al. Content specificity of attention bias to threat in anxiety disorders: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 2015; 35,10-18.
- 33-Mennin DS, Holaway RM, Fresco D, et al. Delineating components of emotion and its dysregulation in anxiety and mood psychopathology. *Behaviour Therapy*, 2009; 38,284-302.
- 34-Werner K, Gross, JJ. Emotion regulation and Psychopathology. In A. M. Kring & D. M. Sloan (Eds.), *Emotion Regulation and psychopathology: A transdiagnostic approach to etiology and treatment* (pp.13-37). New York: The Guilford Press, 2010.
- 35-Bishop SR, Lau M, Shapiro S, et al. Mindfulness: A proposed operational definition. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 2003;11(3), 230-241.