



Research Article

The Efficacy of Emotion Regulation Therapy in Attention Control, Mindfulness and Reappraisal of Patients with Generalized Anxiety Disorder Comorbid with Major Depression

Jafar Hasani ^{1,*} , Mehrnesa Shahabi ² 

¹ Associate Professor, Department of Clinical Psychology, Kharazmi University of Tehran, Tehran, Iran

² Department of Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Ferdowsi University of Mashhad, Mashhad, Iran

* **Corresponding author:** Jafar Hasani, Associate Professor, Department of Clinical Psychology, Kharazmi University of Tehran, Tehran, Iran. E-mail: hasanimehr57@khu.ac.ir

DOI: [10.29252/nkjmd-120111](https://doi.org/10.29252/nkjmd-120111)

How to Cite this Article:

Hasani J, Shahabi M. The Efficacy of Emotion Regulation Therapy in Attention Control, Mindfulness and Reappraisal of Patients with Generalized Anxiety Disorder Comorbid with Major Depression. *J North Khorasan Univ Med Sci.* 2020;**12**(1):79-88. DOI: [10.29252/nkjms-120111](https://doi.org/10.29252/nkjms-120111)

Received: 13 Nov 2018

Accepted: 01 Sep 2019

Keywords:

Generalized Anxiety Disorder
Comorbid with Major
Depression
Emotion Regulation Therapy
Attention Control
Mindfulness
Reappraisal

© 2020 North Khorasan Medical
Sciences

Abstract

Introduction: Various studies indicate that generalized anxiety disorder has a high comorbidity with major depression disorder. Emotion dysregulation plays an important role in onset and maintenance of generalized anxiety disorder and major depressive disorder. The purpose of this study was to examine the efficacy of emotion regulation therapy in control of attention, mindfulness and reappraisal of generalized anxiety disorder comorbid with major depression.

Methods: Using single subject experimental designs with multiple baselines and according to participant tendency, structured diagnostic interview and inclusion criteria, 2 GAD patients comorbid with major depression were selected. Participants received emotion regulation therapy according in sixteen sessions. Patients were examined by Attention Control Scale, Kentucky Mindfulness Skills Questionnaire and Emotional Regulation Questionnaire. To analyze the data, indexes of process changes, slope and interpretation of ups & downs in charts were employed.

Results: The results showed that emotion regulation therapy dramatically increased reappraisal, mindfulness and attention control strategies in patients with generalized anxiety disorder comorbid with major.

Conclusions: Findings generally showed that emotion regulation therapy via targeting reappraisal, mindfulness and attention control components can be appreciate choice for treatment of generalized anxiety disorder comorbid with major depression.



اثربخشی درمان نظم جویی هیجان در کنترل توجه، ذهن آگاهی و ارزیابی مجدد بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر همبود با افسردگی اساسی

جعفر حسنی^{۱*} ID، مهرنسا شهبابی^۲ ID

^۱ دانشیار گروه روان شناسی بالینی دانشگاه خوارزمی تهران، تهران، ایران

^۲ دکترای روان شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان شناسی، دانشگاه فردوسی مشهد، مشهد، ایران

* نویسنده مسئول: جعفر حسنی، دانشیار، دانشکده خوارزمی تهران، تهران، ایران. ایمیل:

hasanimehr57@khu.ac.ir

DOI: 10.29252/nkjms-120111

تاریخ دریافت: ۱۳۹۷/۰۸/۲۲	چکیده
تاریخ پذیرش: ۱۳۹۸/۰۶/۱۰	مقدمه: مطالعات مختلف نشان می‌دهد که اختلال اضطراب فراگیر همبودی بالایی با افسردگی اساسی دارد. بدتنظیمی هیجان نقش مهمی در شروع و نگهداشت اختلال اضطراب فراگیر و اختلال افسردگی اساسی ایفا می‌کند. هدف مطالعه حاضر بررسی اثربخشی درمان نظم جویی هیجانی در کنترل توجه، ذهن آگاهی و ارزیابی مجدد بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر همبود با افسردگی اساسی بود.
واژگان کلیدی: اختلال اضطراب فراگیر همبود با افسردگی اساسی درمان نظم جویی هیجان کنترل توجه ذهن آگاهی ارزیابی مجدد	روش کار: با استفاده از طرح‌های تجربی تک آزمودنی دارای خطوط پایه چندگانه و بر اساس تمایل به شرکت در مطالعه، مصاحبه تشخیصی ساختاریافته و ملاک‌های ورود، دو نفر از افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر همبود با افسردگی انتخاب شدند. هر دو آزمودنی به صورت انفرادی در خلال شانزده جلسه تحت درمان نظم جویی هیجان قرار گرفتند. بیماران توسط مقیاس کنترل توجه، پرسشنامه مهارت‌های ذهن آگاهی کنتاکی و پرسشنامه نظم جویی هیجان ارزیابی شدند. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از شاخص‌های تغییرات روند، شیب و تفسیر فراز و فرود نمودارها استفاده شد.
تمامی حقوق نشر برای دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی محفوظ است.	یافته‌ها: نتایج نشان داد که درمان نظم جویی هیجان موجب افزایش قابل‌ملاحظه راهبردهای کنترل توجه، ذهن آگاهی و ارزیابی مجدد بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر همبود با افسردگی اساسی می‌شود.
	نتیجه‌گیری: در مجموع یافته‌ها نشان می‌دهند که درمان نظم جویی هیجان از طریق هدف قرار دادن مؤلفه‌های کنترل توجه، ذهن آگاهی و ارزیابی مجدد می‌تواند درمان مناسب برای اختلال اضطراب فراگیر همبود با افسردگی اساسی باشد.

مقدمه

جنبه‌های مختلف بالینی اختلال، مانند پیچیده‌تر شدن تابلوی بالینی و تشخیص، انتخاب درمان، پاسخ به درمان و تبعیت درمان تأثیر بگذارد [۱۰]. یکی از قوی‌ترین تبیین‌ها برای توضیح همبودی بالای اختلال اضطراب فراگیر و اختلال افسردگی اساسی این است که یک عامل سطح بالاتر نظیر بدکارکردی در فرایندهای انگیزشی و پردازش‌های هیجانی در قالب آسیب پذیری سرشتی اولیه، در این همبودی نقش دارد [۱۱]. بنابراین، توصیف راهبردهای نظم جویی هیجان به عنوان یک عامل سطح بالاتر یکی از روش‌های بهبود شناخت این اختلال‌ها و بالا بردن اثربخشی پیامدهای درمانی، است [۱۲-۱۴].

نظم جویی هیجان یکی از مؤلفه‌های اساسی تحول بهنجار است و هرگونه بدتنظیمی هیجان می‌تواند زمینه ساز بروز اشکال مختلف آسیب شناسی روانی شود. نظم جویی کارآمد هیجان یک فرایند پیچیده و چندبعدی است. یکی از مؤلفه‌های ضروری راهبردهای سازش یافته نظم جویی هیجان و رفتار هدفمند، توانایی حفظ و تغییر توجه است [۱۵]. علاوه بر این، ناتوانایی تغییر توجه در برابر تهدید، ممکن است باعث ظهور نگرانی غیرقابل کنترل شود [۱۶] که شاخص اصلی اختلال

در گستره کنونی متون آسیب شناسی روانی، همبودی به یک مشکل مفهومی جدی در هر دو حوزه بالینی و پژوهشی آسیب شناسی روانی تبدیل شده است [۱]. پژوهش‌های همه گیرشناختی نشان می‌دهند که اختلال اضطراب فراگیر (generalized anxiety disorder; GAD) همبودی نسبتاً بالایی با سایر اختلال‌های روان پزشکی، به ویژه اختلال‌های اضطرابی و خلقی دارد [۲] و بیشترین همبودی را با اختلال افسردگی اساسی (major depressive disorder; MDD) نشان می‌دهد [۲-۵]. به نظر می‌رسد که شیوع اختلال اضطراب فراگیر خالص (Pure) نادر است [۶] و همبودی اختلال اضطراب فراگیر و اختلال افسردگی بیشتر یک قاعده است تا استثنا [۷]. در این راستا می‌توان گفت که افسردگی اساسی یکی از شایع‌ترین اختلال‌های خلقی در بین بزرگسالان است و در خلال دو دهه اخیر دانش ما درباره دوره و ماهیت افسردگی به طور معنادار تغییر کرده است [۸]. بر اساس مطالعات بالینی و همه گیرشناسی، اختلال‌های اضطرابی و افسردگی نشانه‌های همپوش قابل توجهی با یکدیگر دارند [۹]. به طور کلی، وجود اختلال روان پزشکی همبود می‌تواند بر

وسیعی از توانمندی‌ها فراهم سازد. بر همین اساس این پژوهش در نظر دارد که اثربخشی درمان نظم جویی هیجان در راهبردهای نظم جویی هیجان (کنترل توجه، ذهن آگاهی و ارزیابی مجدد) افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر همبند با افسردگی اساسی را مورد بررسی قرار دهد.

روش کار

این پژوهش در چارچوب طرح‌های تجربی تک آزمودنی با استفاده از خطوط پایه چندگانه پلکانی انجام شد. آزمودنی‌ها، از بین بیماران مراجعه کننده به بیمارستان بقیه الله و دو کلینیک درمانی و اطلاعیه‌ها انتخاب شدند. افراد ارجاع شده یا افرادی که با مشاهده اطلاعیه‌ها تماس می‌گرفتند ابتدا از طریق مصاحبه روان پزشکی اولیه توسط دانشجوی دکتری روان شناسی، بررسی می‌شدند، سپس در صورت اخذ تشخیص اولیه برای تأیید و اطمینان تشخیصی به روان پزشک ارجاع می‌شدند تا بر مبنای مصاحبه بالینی ساختاریافته بررسی شوند. اگر تشخیص روان شناس با روان پزشک برای مراجعی یکسان نبود، مراجع وارد درمان نمی‌شد. علاوه بر این، در پژوهش حاضر ملاک‌های ورود عبارت بودند از: (۱) ابتلا به سیمایه بالینی اختلال اضطراب فراگیر همبند با افسردگی اساسی؛ (۲) محدوده سنی بین ۲۵ تا ۴۵ سال و (۳) دارا بودن سطح تحصیلات بالاتر از راهنمایی. همچنین، ملاک‌های خروج زیر نیز در نظر گرفته شدند: ۱- وجود بیماری‌های جسمی مرتبط با نشانه‌های اضطراب فراگیر و افسردگی اساسی؛ ۲- دریافت روان‌درمانی ۶ ماه قبل از پژوهش و ۳- سوء مصرف یا وابستگی به مواد. لازم به ذکر است که دو نفر آزمودنی بر اساس ملاک‌های ورود از بین ۱۲ نفر بیمار داوطلب شرکت در درمان انتخاب شدند. درمان نظم جویی هیجان شامل ۱۶ جلسه هفتگی بود که توسط پژوهشگر بر اساس راهنمای درمان نظم جویی هیجان [۳۲] اجرا شد. این ۱۶ جلسه در قالب ۴ مرحله دسته بندی شده است. مرحله اول (جلسه ۱ تا ۳) مربوط به آموزش مدل درمان و آموزش مهارت‌ها با توجه به راهبرد نظم جویی هیجان توجه کردن است؛ مرحله دوم (جلسه ۴ تا ۸) مربوط به آموزش مهارت‌های نظم جویی هیجان اجازه دادن، فاصله گرفتن و چهارچوب بندی مجدد است؛ مرحله سوم مربوط (جلسه ۹ تا ۱۳) مرتبط با مواجهه تجربه‌ای است. مرحله چهارم (جلسه ۱۴ تا ۱۶) مربوط به جلوگیری از عود و خاتمه درمان است. روند درمان به صورت انفرادی دنبال شد. خلاصه اهداف جلسات درمان نظم جویی هیجان در جدول ۱ ارائه شده است. سپس کارایی درمان نظم جویی هیجان از طریق طرح تجربی سری‌های تک موردی از نوع طرح A-B [۳۳] همراه با پیگیری مورد بررسی قرار گرفت. در خلال دوره‌های خط پایه، درمانگر با مراجعان هر هفته یک جلسه ملاقات می‌کرد تا مقیاس‌ها را تکمیل کنند. بعد از پایان یافتن هر مرحله درمان نظم جویی هیجان، پرسشنامه‌ها به مراجعان داده شد. بعد از دوره خط پایه، درمان نظم جویی هیجان به صورت هفتگی ارائه شد. بعد از اتمام درمان نیز، پیگیری درمان به مدت ۳ ماه ادامه یافت. در مجموع بیماران ۵ بار (دو بار در مرحله خط پایه، دو بار در خلال درمان و یک بار در دوره پیگیری) ابزارهای پژوهشی را تکمیل کردند. شروع روند بیماریابی از اوایل شهریور ماه ۱۳۹۶ آغاز شد و تا اواسط آبان ماه ۱۳۹۶ ادامه داشت. درمان نیز از اواخر آبان ماه تا اواخر

اضطراب فراگیر است [۱۷]. به عبارت دیگر، به نظر می‌رسد استفاده مفرط از نگرانی در قالب یک راهبرد مرضی نظم جویی هیجان، نقش مهمی در توسعه و نگهداشت اختلال اضطراب فراگیر ایفا می‌کند [۱۸]. در این راستا، پژوهش‌ها نشان می‌دهند که افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر اغلب از مشکلات توجه رنج می‌برند [۱۹، ۲۰]. این مشکلات توجه ممکن است موجب بروز واکنش‌های شدید، سخت، غیرمنطقی و منفی در برابر تجارب هیجانی شوند [۲۱]. بنابراین، یکی از روش‌های مؤثر کاهش نگرانی مرضی، تنظیم توجه از طریق افزایش توانایی درگیری در راهبردهای کارآمدتر نظم جویی هیجان است [۲۲]. در واقع، تنظیم توجه یک مکانیسم اساسی ذهن آگاهی است [۲۳] و با توجه به اینکه اختلال اضطراب فراگیر با بدتنظیمی در پاسخ به عاطفه منفی و نقایص عاطفه مثبت مشخص می‌شود، تقویت مهارت‌های تنظیم توجه ممکن است یک هدف درمانی مطلوب محسوب شود [۲۴]. علاوه بر این، نتایج فراتحلیل نیز نشان داده است که نشانه‌های اضطراب و افسردگی با سرکوب بیشتر تجارب هیجانی و بهره‌گیری کمتر از راهبردهای سازش یافته مانند ارزیابی مجدد ارتباط دارند [۱۳]. ارزیابی مجدد به عنوان تفسیر مثبت یا تغییر دیدگاه درباره تجارب هیجانی یا موقعیت‌های استرس زا تعریف می‌شود که موجب ظهور پاسخ‌های فیزیولوژیک و هیجانی مثبت نسبت به محرک‌های فراخواننده هیجان ایجاد می‌کند و کاربرد بیشتر آن با خلق مثبت‌تر، کارکرد بین فردی بهتر و سطوح پایین‌تر آسیب شناسی روانی همراه است [۲۳، ۲۵]. بنابراین می‌توان گفت که راهبرد ارزیابی مجدد یکی از همبسته‌های رفتاری مقابله کارآمد با اضطراب محسوب می‌شود.

در سال‌های اخیر، چندین رویکرد درمان در حوزه نظم جویی هیجان ارائه شده است. یکی از فراگیرترین آنها، مدل نارسانظم جویی هیجان [۱۹، ۲۶، ۲۷] است که به تبیین آسیب شناسی روانی زیربنایی اختلال اضطراب فراگیر و اختلال افسردگی اساسی و همبودی این دو اختلال پرداخته و با استفاده از شناخت نقش کارکردی هیجان‌ها، اهداف جدیدی را برای مداخله ایجاد کرده است [۱۲]. درمان نظم جویی هیجان از ۱۶ جلسه هفتگی تشکیل شده است. بر اساس درمان نظم جویی هیجان، مهارت‌هایی که در نیمه اول درمان بنا شده‌اند، در نیمه دوم درمان از طریق تمرین‌های مواجهه گسترش می‌یابند. این ساختار مرحله‌ای درمان نظم جویی هیجان از مدل فرایندی نظم جویی هیجان [۲۸] اقتباس شده است. مراجعان در طی پیشرفت در جلسات درمان، ابتدا مهارت‌های مربوط به افزایش ذهن آگاهی نسبت به موقعیت‌های هیجانی و انگیزشی را یاد می‌گیرند، سپس مهارت‌های افزایش نظم جویی سازش یافته هیجان همخوان با تقاضاهای بافتی را می‌آموزند و در نهایت با افزایش اعمال رفتاری مبتنی بر ارزش‌ها، به دنبال ایجاد توازن میان نیروهای انگیزشی ایمنی و پاداش هستند [۲۹].

در مجموع، با توجه به شیوع بالای اختلال اضطراب فراگیر، بروز نقص‌های چشمگیر در عملکرد فرد مبتلا [۴]، افزایش استفاده از نظام مراقبت سلامت [۳۰] و آسیب جدی نارضایتی از زندگی و بهره‌وری پایین [۳۱]، ضرورت دارد که مدل‌های نوظهور مانند مدل نارسانظم جویی هیجان مدنظر قرار گیرد تا کارایی درمان مبتنی بر آن برای حالت‌های همبود مشخص شود. علاوه بر این، درمان نظم جویی هیجان بر سازهایی تأکید دارد که می‌توانند به عنوان مکانیسم‌های تغییر و اثربخشی قلمداد شوند و زمینه را برای بهره‌گیری بیماران از طیف

اسفندماه طول کشید. جلسات پیگیری در فروردین، اردیبهشت و خرداد ۱۳۹۷ انجام شد.

فرمول بندی موردی

مراجع اول

مراجع اول خانمی ۳۵ ساله، فرزند اول خانواده از سه فرزند و ساکن تهران است. مدرک تحصیلی کارشناسی گیاه پزشکی دارد و خانه دار است. ۱۳ سال است که ازدواج کرده و بچه دار نمی‌شوند. همسر ایشان کارشناسی ارشد صنایع دارد و در حال حاضر بیکار است. این مراجع، نشانه‌های نگرانی مزمن، تپش قلب، حواس پرتی و نشخوار فکری دارد. تحریک پذیر است و با کوچک‌ترین صدا مخصوصاً زنگ تلفن، به شدت از جا می‌پرد و هنگام اضطراب شدید، احساس فلج شدگی در بدن دارد. همچنین، به واکنش اطرافیان، به خصوص پدر و همسر، خیلی حساس است و سعی می‌کند به هر قیمتی شده، همه را از خود راضی نگه دارد. گریه‌های مکرر، احساس ناشادی و غم زیاد و احساس تنهایی دارد. از نظر خانوادگی نیز مادر این خانم، اختلال وسواس فکری عملی شدید دارد و پدر وی هم فردی کمال‌گرا و ایرادگیر هست. همسر ایشان نیز بسیار کمال‌گرا و مبتلا به اختلال وسواس فکری هست و به شدت به تغذیه و رژیم غذایی توجه دارد، به طوری که برای خوردن هر چیزی ابتدا آن را وزن می‌کند. همچنین، این مراجع از قیافه و ظاهر همسر خود احساس رضایت ندارد. تاکنون نیز برای درمان به مشاور و روان‌پزشک مراجعه نکرده‌اند. در انجام تکالیف درمان همکاری خوبی دارد.

مراجع دوم

مراجع دوم خانمی ۳۷ ساله، متأهل و دارای ۲ فرزند ۷ ساله و ۲ ساله است. مدرک تحصیلی کارشناسی ارشد حقوق جزا دارد و در حال حاضر، وکیل دادگستری است. سومین و آخرین فرزند خانواده است. اضطراب و افسردگی او از دوره راهنمایی وجود داشته است. علت شروع افسردگی را ایراد شدید معلم از صدای بچگانه‌اش می‌داند که باعث خجالت شدید او در جلوی همکلاسی‌هایش شد و از آن زمان به بعد، از صدای بچگانه خود رضایت ندارد و نگران است صدایش را کسی بشنود. از اعتماد به نفس پایینی برخوردار است و تمایلی به حضور در جمع ندارد. از حضور در محیط دادگاه و صحبت کردن در حضور دیگران به شدت اجتناب می‌کند و از این جهت، مدت طولانی است که پرونده وکالتی را قبول نکرده است. خودسرزنتی، نشخوار فکری، کمال‌گرایی، اطمینان طلبی و تپش قلب بالایی دارد. همچنین، مشغولیت ذهنی نسبت به مرگ عزیزان و تصادف دارد و چشمان اشک‌آلود و گریه‌های مکرر از ویژگی‌های بارز اوست.

ابزارهای پژوهش

از این ابزارها برای بررسی ملاک‌های تشخیصی و برآورد کردن ملاک‌های ورود استفاده شد.

الف) ابزارهای تشخیصی

مصاحبه ساختاریافته برای DSM-IV (Structured)

Clinical Interview for DSM-IV; SCID-I,II

مصاحبه بالینی ساختاریافته برای DSM-IV (SCID) مصاحبه‌ای انعطاف پذیر است که توسط اسپیتزر، ویلیامز، گیبونو فرست (۱۹۹۲)؛ به نقل از شریفی، اسعدی، محمدی، امینی، کاویانی، سمنانی، شعبانی، شهریور، داوری آشتیانی و همکاران، (۱۳۸۳) تهیه شده است [۳۴].

SCID دو نسخه اصلی دارد: SCID-I که به ارزیابی اختلال‌های اصلی روان پزشکی محدود (محور ۱ در DSM-IV) می‌پردازد و SCID-II که اختلال‌های شخصیت (محور ۲ در DSM-IV) را ارزیابی می‌کند. مطالعات مختلف حاکی از اعتبار و روایی مطلوب آن است (ویلیامز، گیبون و همکاران، ۱۹۹۲؛ مارتین، پولاک، باکشتین و لینچ، ۲۰۰۰؛ اسکره، انستاد، تورگرسن و کرینگلن، ۱۹۹۱؛ زانارینی و فرانکنبرگ، ۲۰۰۱؛ زانارینی و همکاران، ۲۰۰۰). به نقل از شریفی و همکاران، (۱۳۸۳). شریفی و همکاران (۱۳۸۳) این مصاحبه را پس از ترجمه به زبان فارسی، بر روی نمونه‌ای ۲۲۹ نفری اجرا کردند. توافق تشخیصی برای اکثر تشخیص‌های خاص و کلی، متوسط تا خوب بود (کاپای بالاتر از ۰/۶۰) توافق کلی (کاپای مجموع) برای کل تشخیص‌های فعلی ۰/۵۲ و برای قابلیت اجرای مطلوب آن می‌تواند به پژوهشگران و متخصصان بالینی اطمینان دهد که آن را به کار گیرند [۳۴].

مقیاس ۷ ماده‌ای اختلال اضطراب فراگیر (Generalized Anxiety Disorder; GAD-7)

این مقیاس با هدف تشخیص اختلال اضطراب فراگیر و سنجش شدت آن تدوین شد [۳۵]. این مقیاس دارای هفت سؤال اصلی و یک سؤال اضافی است که میزان دخالت اختلال در کارکردهای فردی، اجتماعی، خانوادگی و شغلی بیماران را می‌سنجد. در پژوهشی که توسط نائینیان، شعیری، شریفی و هادیان (۱۳۹۰) به بررسی مشخصات روان‌سنجی این مقیاس بر روی ۱۹۹۹ نفر از دانشجویان دانشگاه شاهد و ۲۴ نفر از آزمودنی‌های دارای تشخیص اختلال اضطراب فراگیر، پرداختند [۳۶]. نتایج نشان داد که GAD-7 از آلفای کرونباخ مناسبی برخوردار است (۰/۸۵) و ضریب اعتبار بازآزمایی ۰/۴۸ به دست آمد. همچنین در این مطالعه روایی همزمان مقیاس با پرسشنامه اضطراب حالت-صفت اسپیلبرگر و برخی از خرده مقیاس‌های فرم کوتاه ۳۶ سوالی زمینه یابی سلامت عمومی مطلوب گزارش شده است.

ویرایش دوم پرسشنامه افسردگی بک (Beck Depression Inventory; BDI-II)

پرسشنامه افسردگی بک- ویرایش دوم (بک، استیر و براون، ۱۹۹۶) شکل بازنگری شده پرسشنامه افسردگی بک (BDI)، راش، شاو و امری، (۱۹۷۹) است [۳۷]. این پرسشنامه خودگزارشی ۲۱ ماده دارد که شدت افسردگی را در قالب نشانه‌های عاطفی، شناختی، رفتاری، جسمی، انگیزشی و افکار خودکشی می‌سنجد. این پرسشنامه همسانی درونی بالا در نمونه‌های دانشجویی و بالینی و پایایی بازآزمایی بالا دارد [۳۸، ۳۹]. ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۱ و ضریب اعتبار ۰/۹۴ در نمونه ایرانی محاسبه شده است [۴۰].

ب) ابزارهای پژوهشی

پرسشنامه نظم جویی هیجان (Emotion Regulation Questionnaire; ERQ)

پرسشنامه نظم جویی هیجان به منظور ارزیابی دو راهبرد نظم جویی فرونشانی و ارزیابی مجدد توسط گراس و جان (۲۰۰۳) طراحی شده است [۴۱]. این پرسشنامه ۱۰ گویه دارد. ضریب آلفای کرونباخ برای ارزیابی مجدد ۰/۷۹ و برای فرونشانی ۰/۷۳ و اعتبار بازآزمایی برای کل مقیاس ۰/۶۹ گزارش شده است [۴۱]. در ایران، محمودعلیلو و همکاران (۱۳۹۱) اعتبار (آلفای کرونباخ) کل مقیاس را ۰/۷۱ و برای ارزیابی

به ترتیب ۰/۹۱، ۰/۸۴، ۰/۷۶، ۰/۸۷ به دست آمده است. این پرسش نامه همچنین روایی محتوایی بالایی را نشان می‌دهد و دارای روایی همزمان بالایی با مقیاس ذهن آگاهی، توجه، هوشیاری است. در پژوهش نریمانی، آلفای کرونباخ آن ۰/۷۶ بود [۴۶].

مقیاس کنترل توجه (Attention Control Scale; ACS)

مقیاس کنترل توجه (ACS، دری بری و رید، ۲۰۰۲) یک مقیاس ۲۰ ماده‌ای خودگزارشی است که کنترل توجه را در دو حوزه تمرکز کردن و جابجایی ارزیابی می‌کند [۴۷]. هر ماده بر روی مقیاس لیکرت ۴ درجه‌ای از ۱ (تقریباً هرگز) تا ۴ (همیشه) درجه بندی می‌شود که نمرات بالاتر نشان دهنده کنترل توجه بهتر هستند. نمره کل ACS همسانی درونی کافی ($\alpha = 0.86$) و همچنین زیرمقیاس‌های تمرکز و تغییر توجه نیز همسانی درونی مطلوب دارند (به ترتیب، $\alpha = 0.82$ و $\alpha = 0.75$). در ایران، مرادی (۱۳۹۱) مشخصات روان‌سنجی مقیاس کنترل توجه را در نمونه غیربالینی شامل ۱۹۰ نفر، ۲۰ فرد مبتلا به اختلال وسواس فکری-عملی و ۱۸ فرد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر مطلوب گزارش کرده است [۴۸].

مجدد و فرونشانی به ترتیب ۰/۷۳ و ۰/۵۲ به دست آوردن [۴۲]. همچنین حسنی (۲۰۱۶) نیز در پژوهشی برای بررسی ویژگی‌های روانسنجی این مقیاس، اعتبار آن را مناسب (۰/۸۱ تا ۰/۹۱) و ضریب اعتبار آزمون را پس از ۵ هفته بالا (۰/۵۱ تا ۰/۷۷) ارزیابی کرده است [۴۳].

پرسش نامه مهارت‌های ذهن آگاهی کنتاکی (Kentaki Mindfulness Skills Questionnaire; KMSQ)

یک پرسش نامه خود گزارشی ۳۹ ماده‌ای است که در سال ۲۰۰۴ توسط بائر، اسمیت و آلن معرفی شد و برای سنجش مهارت‌های ذهن آگاهی مورد استفاده قرار گرفت [۴۴]. این مقیاس در قلمرو سلامت روان، کنش و کیفیت زندگی را پیش بینی می‌کند [۴۵]. این پرسش نامه شامل چهار خرده مقیاس مشاهده کردن، توصیف کردن، فعالیت همراه با آگاهی و پذیرش بدون قضاوت است. این پرسشنامه در مقیاس ۵ درجه لیکرت در دامنه‌ای از ۰ (هرگز) تا ۵ (اکثر اوقات یا همیشه) درجه بندی شده است، ثبات درونی بالایی دارد و ضریب آن برای زیر مقیاس‌های مشاهده، توصیف، فعالیت با آگاهی و پذیرش بدون قضاوت

جدول ۱. خلاصه جلسات درمان نظم جویی هیجان (منین و فرسکو، ۲۰۱۳)

مراحل درمان	اهداف درمانی
جلسه اول	آموزش درباره اختلال‌های پریشانی، آموزش درباره مدل نارسانظم جویی هیجان با کمک استعاره گلوله برفی، آموزش درباره جنبه‌های مختلف هیجان‌های اصلی، آموزش مهارت ذهن آگاهانه تنفس شکمی (راهبرد نظم جویی هیجان توجه کردن).
جلسه دوم	آموزش درباره نقش انگیزش‌ها و نارساکنش وری آن‌ها درباره تجربه هیجان‌های شدید (به طور مثال با کمک استعاره موسیقی)، آموزش مهارت آگاهی ماهیچه‌ای و بدنی (راهبرد نظم جویی هیجان حضور داشتن).
جلسه سوم	آموزش رابطه میان نارساکنش وری انگیزش‌ها و عمل انعطاف ناپذیر، آموزش تکنیک ذهن آگاهی هیجان‌ها (راهبرد نظم جویی هیجان حضور داشتن) و یادگیری عمل متضاد.
جلسه چهارم (ورود به مرحله دوم درمان)	صحبت درباره راهبردهای نظم جویی هیجان به عنوان شیوه‌های سالم‌تر برای پاسخ دادن به هیجان‌ها (پاسخ دادن تقابلی)، آموزش تکنیک مراقبه حضورگشوده (راهبرد نظم جویی هیجان اجازه دادن)
جلسه پنجم	آموزش شیوه در لحظه مهارت‌های نظم جویی هیجان به طور مثال شیوه در لحظه گمشوده به نام فاصله تنفسی سه دقیقه‌ای، آموزش مهارت مراقبه کوه (راهبرد نظم جویی هیجان فاصله گرفتن).
جلسه ششم	آموزش شیوه در لحظه مراقبه کوه به نام فراخواندن کوه، آموزش تکنیک پیدا کردن فاصله مشاهده گر (راهبرد نظم جویی هیجان فاصله گرفتن)
جلسه هفتم	آموزش مهارت‌های در لحظه فاصله گرفتن به نام آوردن آن با تو، مورد توجه قرار دادن دو مانع بسط یافتگی، فاجعه انگاری و بسط یافتگی خودانتقادگرایانه برای حل تعارض‌های انگیزشی و تلاش برای مقابله با آن‌ها با کمک چهارمین راهبرد نظم جویی هیجان به نام چهارچوب بندی مجدد، آموزش به کار بردن جملات دلسوزانه و شجاعانه.
جلسه هشتم	جمع بندی مهارت‌های مرحله اول و دوم به صورت راهبردهای مقابله تقابلی، تشویق مراجعان برای استفاده از راهبردهای در لحظه در زندگی روزانه، شناسایی ابعاد ارزش‌ها در زندگی مراجع.
جلسه نهم (ورود به مرحله سوم درمان)	ترغیب مراجعان به زندگی کردن فعالانه در راستای ارزش‌ها و مقابله با هیجان‌ها و انگیزش‌های برخاسته در این مسیر، تأکید بر روی تعهد نسبت به اعمال مبتنی بر انگیزش، ترغیب مراجعان به تعهد در برابر حداقل یک عمل ارزشمند.
جلسه دهم	تمرین کردن مهارت‌های نظم جویی هیجان، نوشتن اهداف و اعمال احتمالی مرتبط با ارزش‌ها، شرکت کردن در تکالیف مواجهه‌ای تجسمی برای عمل ارزشمند، ترغیب مراجعان به انجام عمل ارزشمند در فاصله بین جلسات چه به صورت برنامه ریزی شده از جلسه قبل و چه به صورت خودبخودی.
جلسه یازدهم	تصور عمل بر مبنای اهداف مبتنی بر ارزش و بررسی تعارض موضوعی زیرلایه موانع درونی. پرداختن تجربی به موانع درونی از طریق تمرین گفتگو با هدف رویارویی، تغییر معنای هیجانی و پرورش یک یادگیری جدید حول تعارضات و استفاده از معانی هیجانی تغییر یافته برای تسهیل مشارکت در اقدامات ارزشی.
جلسه دوازدهم	ترتیب دادن تمرین گفتگو راجع به مانع، شناسایی تعارضات موضوعی در صدای مانع، پردازش تمرین در راستای اقدام ارزشی.
جلسه سیزدهم	بررسی واکنش خودانتقادی، شناسایی تکلیف ناتمام و شروع تمرین، آغاز گفتگو با فرد تخیلی، ترسیم حالات و واکنش هیجانی به نماد امنیت، بیان نیازهای برآورده نشده و کسب چشم انداز نسبت به نماد ایمنی، تأیید خویشتن و برعهده گرفتن مسئولیت امنیت.
جلسه چهاردهم (ورود به مرحله چهارم درمان)	ارزیابی میزان یادگیری مهارت‌های درمان نظم جویی هیجان، تمرکز بر روی پیشگیری از عود و پیش بینی لغزش‌ها و عود مجدد.
جلسه پانزدهم	آموزش به مراجعان برای چگونگی پاسخ گفتن به لغزش‌ها پس از پایان درمان، یکپارچه سازی دستاوردها و اقدامات ارزشی دربرگیرنده "گام بزرگتر".
جلسه شانزدهم	مرور درمان به همراه مراجعان، خاتمه درمان

$$MPI = \frac{[(\text{Baseline Mean} - \text{Treatment Phase Mean}) / \text{Baseline Mean}] \times 100}{}$$

$$MPR = \frac{[(\text{Baseline Mean} - \text{Treatment Phase Mean}) / \text{Treatment Phase Mean}] \times 100}{}$$

روش‌های تجزیه و تحلیل داده‌های پژوهش

برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از بازبینی دیداری استفاده شد. علاوه بر این، برای محاسبه میزان درصد بهبودی و درصد کاهش نمره‌ها، نمره‌های پیش آزمون و پس آزمون مراجعان از فرمول‌های زیر استفاده شد:

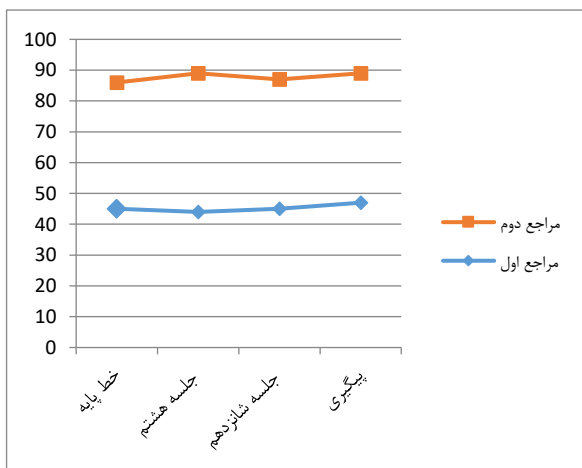
يافته‌ها

در جدول ۲ نمرات مراجعان در حالت خط پایه (۲ بار اندازه گيرى شده)، مداخله و پيگيرى و همچنين شاخص‌هاى درصد بهبودى، درصد کاهش نمره‌ها، تغييرپذيرى کوهن و اندازه اثر مقياى‌هاى کنترل توجه، ذهن آگاهى و ارزيايى درج شده است. همچنين در شکل‌هاى ۱، ۲ و ۳ سير وضعيت متغيرهاى مد نظر قابل مشاهده است.

جدول ۲. نمرات مراجعان در مقياى کنترل توجه، ذهن آگاهى و ارزيايى مجدد و شاخص تغيير روند، شيب، ميزان تغييرپذيرى و اندازه اثر نمره‌هاى آزمودنى‌ها

آزمودنى متغير	مراجع اول			مراجع دوم		
	کنترل توجه	ذهن آگاهى	ارزيايى مجدد	کنترل توجه	ذهن آگاهى	ارزيايى مجدد
خط پایه	۴۵	۱۲۷	۱۱	۴۱	۱۲۱	۱۵
ميانگين مداخله	۵۲/۵۸	۱۳۹	۳۲/۲۵	۵۳/۲۴	۱۳۶/۴۵	۳۴
انحراف استاندارد	۲/۷۵	۲/۹۵	۳/۵۸	۲/۳۸	۲/۷۸	۲/۴۵
درصد بهبودى (MPI)	-۱۶/۸۴	-۹/۴۵	-۱۹۳/۱۸	-۲۹/۸۵	-۱۲/۷۷	-۱۲۶/۶۷
درصد کاهش نمره‌ها (MPR)	-۱۴/۴۲	-۸/۶۳	-۶۵/۸۹	-۲۲/۹۹	-۱۱/۳۲	-۵۵/۸۸
تغييرپذيرى کوهن	-۳/۶۶	-۵/۴۵	-۸/۰۸	-۶/۷۰	-۷/۳۹	-۱۰/۱۵
اندازه اثر	-۰/۸۷	-۰/۹۴	-۰/۹۷	-۰/۹۶	-۰/۹۶	-۰/۹۸
پيگيرى	۵۸	۱۳۷	۲۸	۴۹	۱۳۲	۳۰
درصد بهبودى (MPI)	-۲۸/۸۹	-۷/۸۷	-۶۳/۶۳	-۱۹/۵۱	-۹/۰۹	-۱۰۰
درصد کاهش نمرات (MPR)	-۲۲/۴۱	-۷/۳۰	-۶۰/۷۱	-۱۶/۳۲	-۸/۳۳	-۵۰
تغييرپذيرى کوهن	-۱۳	-۱۰	-۱۷	-۸	-۱۱	-۱۵
اندازه اثر	-۰/۹۹	-۰/۹۸	-۰/۹۹	-۰/۹۷	-۰/۹۸	-۰/۹۹

محاسبه شده در پيگيرى در متغير کنترل توجه؛ شاخص بهبودى (۱۲/۷۷) و اندازه اثر (۰/۹۶) محاسبه شده در مرحله درمان و شاخص بهبودى (۹/۰۹) و اندازه اثر (۰/۹۸) محاسبه شده در پيگيرى در ذهن آگاهى و شاخص بهبودى (۱۲۶/۶۷) و اندازه اثر (۰/۹۸) محاسبه شده در مرحله درمان و شاخص بهبودى (۱۰۰/۰۰) و اندازه اثر (۰/۹۹) محاسبه شده در پيگيرى در ارزيايى مجدد نتيجه‌گيرى نمود. به‌طور کلى، از آنجاى که اندازه اثر بالای ۰/۸ اثربخشى درمان را نشان مى‌دهد، مى‌توان نتيجه گرفت که بهره‌گيرى از درمان نظم جويى هيجان اثربخشى مطلوبى در هر سه متغير برای آزمودنى دوم داشته است. اين نکات در شکل‌هاى ۱ تا ۳ نيز مشهود است.



شکل ۱. سير وضعيت کنترل توجه آزمودنى‌ها

علاوه بر اين، از اندازه اثر، برای نشان دادن ميزان تأثيرگذارى درمان در حوزه‌هاى مختلف استفاده شد. بدین منظور از فرمول محاسبه اندازه اثر [۴۹] استفاده شد.

$$\text{Cohen's } d = M1 - M2 / \delta \text{ pooled}$$

$$\text{Where } \delta \text{ pooled} = \sqrt{[(\delta 1^2 + \delta 2^2) / 2]}$$

در اين فرمول‌ها MPI درصد بهبودى، MPR درصد کاهش نمره‌ها و Cohen's d ميزان تغييرپذيرى را نشان مى‌دهد. اين شاخص‌ها به ترتيب بيانگر تغيير روند، شيب و ميزان تغييرپذيرى است.

تفسير يافته‌هاى جدول ۲ در کنار اشکال ۱ تا ۳ برای هر يك از آزمودنى‌ها به شرح زير است:

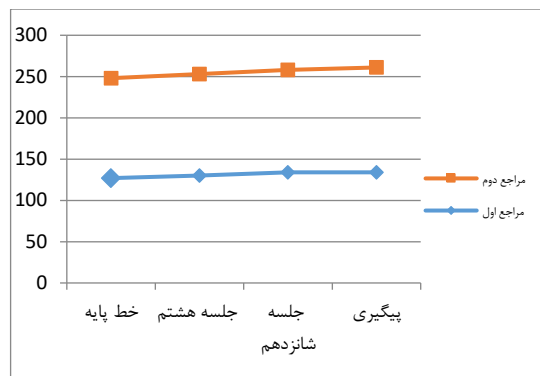
بهره‌گيرى از درمان نظم جويى باعث افزايش کنترل توجه، ذهن آگاهى و ارزيايى مجدد در آزمودنى اول شده است. اين مسأله را مى‌توان بر اساس شاخص بهبودى (۱۶/۸۴) و اندازه اثر (۰/۸۷) محاسبه شده در مرحله درمان و شاخص بهبودى (۲۸/۸۹) و اندازه اثر (۰/۹۹) محاسبه شده در پيگيرى برای متغير کنترل توجه؛ شاخص بهبودى (۹/۴۵) و اندازه اثر (۰/۹۴) محاسبه شده در مرحله درمان و شاخص بهبودى (۷/۸۷) و اندازه اثر (۰/۹۸) محاسبه شده در پيگيرى برای متغير ذهن آگاهى و شاخص بهبودى (۱۹۳/۱۸) و اندازه اثر (۰/۹۷) محاسبه شده در مرحله درمان و شاخص بهبودى (۶۳/۶۳) و اندازه اثر (۰/۹۹) محاسبه شده در پيگيرى برای ارزيايى مجدد نتيجه‌گيرى کرد. در رابطه با علامت منفى اين ضرايب بايد اظهار داشت که اين علامت نشانه اين است که نمره آزمودنى روند افزايشى داشته و شيب نمودار نمرات حاصله مثبت بوده است. افزون بر اين، بيشترين ميزان اثربخشى در متغير ارزيايى مجدد با اندازه اثر ۰/۹۷ در دوره مداخله بوده است. به‌طور کلى، از آنجاى که اندازه اثر بالای ۰/۸ اثربخشى درمان را نشان مى‌دهد، مى‌توان نتيجه گرفت که بهره‌گيرى از درمان نظم جويى هيجان اثربخشى مطلوبى در هر سه متغير برای آزمودنى اول داشته است. اين نکات در شکل‌هاى ۱ تا ۳ نيز مشهود است.

همچنين بهره‌گيرى از درمان نظم جويى باعث افزايش کنترل توجه، ذهن آگاهى و ارزيايى مجدد در آزمودنى دوم شده است. اين مسأله را مى‌توان بر اساس شاخص بهبودى (۲۹/۸۵) و اندازه اثر (۰/۹۶) محاسبه شده در مرحله درمان و شاخص بهبودى (۱۹/۵۷) و اندازه اثر (۰/۹۷)

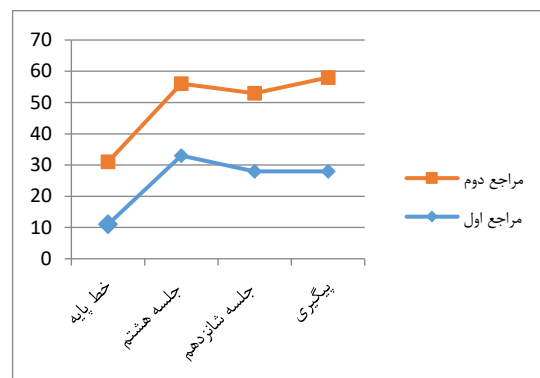
بدین ترتیب، نقایص تنظیم توجه ممکن است نقش محوری در بدکارکردی افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر نقش ایفا کنند. به این صورت که تنظیم توجه ضعیف در افزایش پردازش تکالیف نامربوط نقش دارد و متعاقباً درگیری در رفتارهای معطوف به هدف را مشکل می‌سازد [۵۳].

از سوی دیگر، در زمینه افزایش ذهن آگاهی توسط درمان نظم جویی هیجان می‌توان گفت که این درمان احتمالاً از طریق تکنیک‌های آرمیدگی بدنی، آموزش‌های مرتبط با نشانه‌های بدنی هیجان و در نظر گرفتن وضعیت جسمی در مرحله سوم درمان، موجب افزایش آگاهی بدنی می‌شود. همچنین، در این درمان از تکنیک‌های حضور داشتن استفاده می‌شود که شباهت زیادی با ذهن آگاهی دارد و موجب بهتر شدن کنترل توجه می‌شود. همسو با نتیجه این پژوهش، بائر (۲۰۰۳) در پژوهشی نشان داد که مواجه شدن با هیجان‌ها از طریق ذهن آگاهی، توجه و پذیرش غیر قضاوتی نسبت به هیجان‌های منفی به افراد اجازه می‌دهد بیاموزند که هیجان‌های پریشان کننده بی ضرر هستند و می‌توانند آن‌ها را تحمل کنند [۵۴]. در این گستره، درمان‌های مبتنی بر ذهن آگاهی به طور روزافزون برای درمان طیف مختلفی از درمان‌های روان شناختی استفاده می‌شوند [۵۴، ۵۵]. به طور مثال، یکی از مداخلات مبتنی بر ذهن آگاهی، درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی سگال و همکاران (۲۰۰۲) است که در قالب روان درمانی گروهی طراحی شده است [۵۶]. این درمان، درمان شناختی-رفتاری کلاسیک را با تمرین ذهن آگاهی ترکیب کرده است تا از عود افسردگی جلوگیری کند و در این هدف تا حدود زیادی موفق بوده است و خطر عود افسردگی را در افراد درمان شده [۵۷] و همچنین، نشانه‌های اختلال اضطراب فراگیر را کاهش می‌دهد [۵۸]. شایپرو، کارلسون، آستین و فریدمن (۲۰۰۶) پیشنهاد دادند که تکنیک‌های مبتنی بر ذهن آگاهی موجب کاهش واکنش پذیری هیجانی، دشواری در نظم جویی هیجان و استفاده از راهبردهای سازش یافته نظم جویی هیجان می‌شوند [۵۹]. چندین پژوهش کارایی درمان‌های مبتنی بر ذهن آگاهی در پیشگیری از عود افسردگی، درمان علائم باقیمانده افسردگی و اضطراب را نشان داده‌اند [۵۷، ۵۸، ۶۰، ۶۱]. همچنین، همسو با نتایج پژوهش باقری نیا، یمینی، جوادی علمی و نورادی (۱۳۹۴) دو روش درمانی شناختی-رفتاری و درمان مبتنی بر ذهن آگاهی از نظر تأثیر بر بهبود راهبردهای نظم جویی شناختی هیجان تفاوت معناداری با یکدیگر دارند [۶۲]. بدین صورت که روش درمان مبتنی بر ذهن آگاهی در بهبود راهبردهای نظم جویی شناختی هیجان در افراد مبتلا به اختلال افسردگی، مؤثرتر از روش درمان شناختی-رفتاری است. بنابراین، درمان نظم جویی هیجان با مهارت‌های تنظیم ذهن آگاهانه هیجان، تغییر توجه و حفظ توجه را برای کاهش تأکید بر پردازش‌های تکراری مانند نگرانی، نشخوار ذهنی و خود انتقادی که در اختلال اضطراب فراگیر نقش محوری دارند، مورد هدف قرار می‌دهد [۴۹]. این آموزش مهارت‌ها به بیماران اجازه می‌دهد که توانایی رشد یک مجموعه مهارت‌های تنظیم توجه را گسترش دهند که بهبودی بالینی بالاتری را رقم می‌زند [۶۳].

افزون بر موارد فوق، همسو با نولن-هوکسما و همکاران (۲۰۰۸) و اهرینگ و همکاران (۲۰۱۰) [۶۴، ۶۵] نتایج پژوهش حاضر نشان داد که درمان نظم جویی هیجان منجر به بهبود راهبرد نظم جویی هیجان ارزیابی مجدد می‌شود. در این زمینه، باید توجه داشت که راهبرد



شکل ۲. سیر وضعیت ذهن آگاهی آزمودنی‌ها



شکل ۳. سیر وضعیت ارزیابی مجدد آزمودنی‌ها

در مجموع بر اساس شاخص‌های درصد بهبودی، درصد کاهش نمرات، اندازه اثر، تغییرپذیری کوهن و فراز و فرود نمودارها می‌توان گفت که درمان نظم جویی هیجان در هر دو مراجع اثربخش بوده و منجر به افزایش کنترل توجه، ذهن آگاهی و ارزیابی مجدد آنها شده است.

بحث

هدف پژوهش حاضر، فراهم کردن شواهد اولیه برای کارایی درمان نظم جویی هیجان در راهبردهای کنترل توجه، ذهن آگاهی و ارزیابی مجدد به عنوان مکانیسم‌های زیربنایی تغییر در افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر همبود با افسردگی اساسی بود. نتایج نشان داد که درمان نظم جویی هیجان منجر به بهبود کنترل توجه، ذهن آگاهی و ارزیابی مجدد افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر همبود با افسردگی اساسی می‌شود. در زمینه مؤلفه کنترل توجه، همسو با پژوهش رانا و همکاران (۲۰۱۷) [۵۰]، تغییرات معناداری در میزان کنترل توجه بیماران تا نیمه درمان، اما نه از نیمه تا مرحله پیگیری، مشاهده شد. با توجه به اینکه در درمان نظم جویی هیجان، مهارت‌های توجه ذهن آگاهی در نیمه اول درمان آموزش داده می‌شوند، بنابراین، این نتیجه، دور از انتظار نیست. در تبیین این یافته می‌توان گفت که چون نگرانی به عنوان یک شاخص تشخیصی افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر محسوب می‌شود، می‌تواند به عنوان مانع بزرگی در زمینه توانایی تغییر توجه وارد عمل شود [۱۴، ۵۱]. در این راستا نتایج پژوهش‌ها نشان می‌دهند که حتی افراد فاقد ملاک‌های تشخیصی اختلال اضطراب فراگیر، اما دارای نگرانی‌های بالا در مقایسه با افراد دارای نگرانی‌های پایین، سوگیری‌های توجیهی بیشتری به محرک‌های تهدیدآمیز نشان می‌دهند [۵۲].

نتیجه گیری

نتایج این پژوهش نیز نشان داد که درمان نظم جویی هیجان برای بهبودی اختلال اضطراب فراگیر بهبود با افسردگی اساسی مؤثر است. در این راستا می‌توان گفت که به نظر می‌رسد کنترل توجه و ذهن آگاهی نقش مهمی در مدیریت هیجان‌های مثبت و منفی ایفا می‌کنند که می‌تواند استفاده از ارزیابی مجدد شناختی را نیز تسهیل کنند. علاوه بر این، محدودیت‌های پژوهش حاضر لازم است مورد توجه قرار بگیرد. یکی از این محدودیت‌ها به شیوه تحلیل داده‌ها باز می‌گردد. یافته‌های این پژوهش عمدتاً مبتنی بر بازبینی دیداری و فراز و فرود نمودارها حاصل شده است و نمی‌تواند از روش‌های آمار استنباطی برای بررسی تغییر معنادار در انتهای درمان استفاده کرد. علاوه بر این، با توجه به محدودیت پرسشنامه‌ها، پیشنهاد می‌شود که در آینده از روش‌های تجربی برای اندازه‌گیری استفاده شود. همچنین می‌تواند برای اندازه‌گیری مکانیسم‌های تأثیر این راهبردها بر روی پیامد درمانی، از روش‌های آزمایشی در خلال فرایند درمان نظم جویی هیجان برای اختلال‌های مختلف استفاده کرد. همچنین با توجه به گسترش روش‌های ارزیابی زیستی-رفتاری و اهمیت اندازه‌گیری چندوجهی هیجان، ضروری است که پژوهش‌های آتی از این روش‌ها بهره‌مند شوند. علاوه بر این، چون مطالعه حاضر بر روی ۲ نفر خانم انجام شده است، پیشنهاد می‌شود که در مطالعات آینده این پژوهش بر روی نمونه‌هایی با حجم بیشتر، لحاظ کردن جنسیت، مطالعات دارای گروه کنترل و مقایسه با سایر درمان‌ها انجام شود.

تشکر و قدردانی

پژوهش حاضر با حمایت مالی دانشگاه خوارزمی از محل اعتبار پژوهشی استاید با کد اخلاق IR.KHU.REC.1397.008 تحت نظارت معاونت پژوهش و فناوری انجام شده است. از سرکار خانم دکتر صداقت به خاطر در اختیار گذاشتن کلینیک و نیز پرسنل بخش اعصاب و روان بیمارستان بقیه الله و کلینیک‌های مشاوره و روان درمانی و همچنین از مراجعانی که در این پژوهش شرکت کردند، سپاسگزاریم.

References

- Krueger RF, Markon KE. Reinterpreting comorbidity: a model-based approach to understanding and classifying psychopathology. *Annu Rev Clin Psychol.* 2006;2:111-33. doi: 10.1146/annurev.clinpsy.2.022305.095213 pmid: 17716066
- Sanderson WC, Barlow DH. A description of patients diagnosed with DSM-III-R generalized anxiety disorder. *J Nerv Ment Dis.* 1990;178(9):588-91. doi: 10.1097/00005053-199009000-00006 pmid: 2394979
- Noyes R. Comorbidity in generalized anxiety disorder. *Psychiatr Clin of North Am.* 2001;24(1):41-55. doi: 10.1016/S0193-953X(05)70205-7
- Wittchen HU, Zhao S, Kessler RC, Eaton WW. DSM-III-R generalized anxiety disorder in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry.* 1994;51(5):355-64. doi: 10.1001/archpsyc.1994.03950050015002 pmid: 8179459
- Kessler RC, Merikangas KR. The National Comorbidity Survey Replication (NCS-R): background and aims. *Int J Methods Psychiatr Res.* 2004;13(2):60-8. doi: 10.1002/mpr.166 pmid: 15297904
- Bruce SE, Machan JT, Dyck I, Keller MB. Infrequency of "pure" GAD: impact of psychiatric comorbidity on clinical course. *Depress Anxiety.* 2001;14(4):219-25. doi: 10.1002/da.1070 pmid: 11754129

ارزیابی مجدد بیش از همه درمان‌ها در درمان‌های شناختی و درمان فراتشخیصی پروتکل واحد به کار گرفته شده است [۶۶، ۶۷] و یک راهبرد فراتشخیصی محسوب می‌شود که دارای پیامدهای درمانی مطلوبی می‌باشد. در این راستا، نتایج پژوهش بخشی پور و همکاران (۱۳۹۲) در مورد کارایی پروتکل درمانی فراتشخیصی واحد بر روی سه نفر زن مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر نشان داد که تأثیر درمان فراتشخیصی یکپارچه در کاهش شدت آماج‌های درمان (نگرانی، نشانه‌های اختلال اضطراب فراگیر و شدت اضطراب و آسیب عملکرد) از نظر آماری و بالینی معنادار است [۶۸]. بنابراین، با توجه به اهمیت نقش ارزیابی مجدد در بهبود بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر، در درمان نظم جویی هیجان، بیماران آموزش می‌بینند که در پاسخ به افکار خودانتقادی، راهبرد ارزیابی مجدد را مورد استفاده قرار دهند و همانطور که گراس و همکاران (۲۰۰۶) نیز مطرح کرده‌اند، افزایش کاربرد راهبردهای سازش یافته نظیر ارزیابی مجدد با افزایش تجربه هیجانی مثبت و کاهش تجربه هیجان‌های منفی همراه است [۶۹]. البته باید توجه شود که بهبودی در ارزیابی مجدد ممکن است نتیجه ترکیب این راهبرد با سایر راهبردهای مورد استفاده در مراحل پیشین درمان، مانند ذهن آگاهی و کنترل توجه باشد. به طور کلی، درمان نظم جویی هیجان در قالب یک درمان یکپارچه نگر از طریق شناسایی و هدف قرار دادن مکانیسم‌های مشترک اختلال‌های پریشانی- در مدل نارسانظم جویی هیجان (شامل فعالیت‌های انگیزشی/هیجانی، تفکر تکرار شونده و فقر خزانه‌های یادگیری)- به دنبال بهنجارسازی کارکرد تولید و نظم‌جویی هیجان است [۱۵]. مهارت‌های ذهن آگاهی نظم جویی هیجان (شامل مهارت‌های تنظیمی فراساختی و توجهی) در این درمان آموزش داده می‌شوند و با تکنیک‌های سنتی‌تر مانند ردیابی سرنخ، تمرینات مواجهه‌ای درون جلسه و تمرینات رفتاری بین جلسات آمیخته شده است و به مراجعان کمک می‌کند تا درباره انگیزه‌های خودشان آگاه شوند و فعالیت‌های مبتنی بر ارزش و مؤثرتری را به کار بگیرند [۲۹].

- Van Lang ND, Ferdinand RF, Ormel J, Verhulst FC. Latent class analysis of anxiety and depressive symptoms of the Youth Self-Report in a general population sample of young adolescents. *Behav Res Ther.* 2006;44(6):849-60. doi: 10.1016/j.brat.2005.06.004 pmid: 16122697
- Richards D. Prevalence and clinical course of depression: a review. *Clin Psychol Rev.* 2011;31(7):1117-25. doi: 10.1016/j.cpr.2011.07.004 pmid: 21820991
- Preisig M, Merikangas KR, Angst J. Clinical significance and comorbidity of subthreshold depression and anxiety in the community. *Acta Psychiatr Scand.* 2001;104(2):96-103. doi: 10.1034/j.1600-0447.2001.00284.x pmid: 11473502
- McLaughlin KA, Borkovec TD, Sibrava NJ. The effects of worry and rumination on affect states and cognitive activity. *Behav Ther.* 2007;38(1):23-38. doi: 10.1016/j.beth.2006.03.003 pmid: 17292692
- Mennin D, Farach F. Emotion and evolving treatments for adult psychopathology. *Clin Psychol Sci Pr.* 2007:329-52. doi: 10.1111/j.1468-2850.2007.00094.x
- Aldao A, Nolen-Hoeksema S, Schweizer S. Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clin Psychol Rev.* 2010;30(2):217-37. doi: 10.1016/j.cpr.2009.11.004 pmid: 20015584

13. Mennin D. Emotion regulation therapy for generalized anxiety disorder. *Clin Psychol Psychoth.* 2004;11(1):17-29. doi: [10.1002/cpp.389](https://doi.org/10.1002/cpp.389)
14. Werner K, Gross J. Emotion regulation and psychopathology: A conceptual framework. In A. Kring & D. Sloan (Eds.), *Emotion regulation and psychopathology: A transdiagnostic approach to etiology and treatment.* NY: Guilford Press, New York; 2010.
15. Tang YY, Holzel BK, Posner MI. The neuroscience of mindfulness meditation. *Nat Rev Neurosci.* 2015;16(4):213-25. doi: [10.1038/nrn3916](https://doi.org/10.1038/nrn3916) pmid: 25783612
16. Hirsch CR, MacLeod C, Mathews A, Sandher O, Siyani A, Hayes S. The contribution of attentional bias to worry: distinguishing the roles of selective engagement and disengagement. *J Anxiety Disord.* 2011;25(2):272-7. doi: [10.1016/j.janxdis.2010.09.013](https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2010.09.013) pmid: 20980126
17. American Psychiatric Association APA. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-V).* Arlington: American Psychiatric Publishing; 2013.
18. Mennin DS, Fresco DM. What, me worry and ruminate about DSM-5 and RDoC? The importance of targeting negative self-referential processing. *Clin Psychol (New York).* 2013;20(3):258-67. doi: [10.1111/cpsp.12038](https://doi.org/10.1111/cpsp.12038) pmid: 27890972
19. Mogg K, Bradley B. Attentional bias in generalized anxiety disorder versus depressive disorder. *Cognit Ther Res.* 2005;29(1):29-45. doi: [10.1007/s10608-005-1646-y](https://doi.org/10.1007/s10608-005-1646-y)
20. Stefanopoulou E, Hirsch CR, Hayes S, Adlam A, Coker S. Are attentional control resources reduced by worry in generalized anxiety disorder? *J Abnorm Psychol.* 2014;123(2):330-5. doi: [10.1037/a0036343](https://doi.org/10.1037/a0036343) pmid: 24886007
21. Bargh JA, Willimas LE. "The case for nonconscious emotion regulation" in *Handbook of Emotion Regulation*, ed J. J. Gross. NY, New York: Gilford Press; 2007.
22. Gross JJJ. The emerging field of emotion regulation: An integrative review. *Publ Found.* 2008;2(3):271-99. doi: [10.1037/1089-2680.2.3.271](https://doi.org/10.1037/1089-2680.2.3.271)
23. Holzel BK, Lazar SW, Gard T, Schuman-Olivier Z, Vago DR, Ott U. How does mindfulness meditation work? Proposing mechanisms of action from a conceptual and neural perspective. *Perspect Psychol Sci.* 2011;6(6):537-59. doi: [10.1177/1745691611419671](https://doi.org/10.1177/1745691611419671) pmid: 26168376
24. Hofmann SG, Heering S, Sawyer AT, Asnaani A. How to handle anxiety: The effects of reappraisal, acceptance, and suppression strategies on anxious arousal. *Behav Res Ther.* 2009;47(5):389-94. doi: [10.1016/j.brat.2009.02.010](https://doi.org/10.1016/j.brat.2009.02.010) pmid: 19281966
25. Moore SA, Zoellner LA, Mollenholt N. Are expressive suppression and cognitive reappraisal associated with stress-related symptoms? *Behav Res Ther.* 2008;46(9):993-1000. doi: [10.1016/j.brat.2008.05.001](https://doi.org/10.1016/j.brat.2008.05.001) pmid: 18687419
26. Mennin DS, Heimberg RG, Turk CL, Fresco DM. Applying an emotion regulation framework to integrative approaches to generalized anxiety disorder. *Clin Psychol Sci Pr.* 2002;9(1):85-90. doi: [10.1093/clipsy.9.1.85](https://doi.org/10.1093/clipsy.9.1.85)
27. Mennin DS, Heimberg RG, Turk CL, Fresco DM. Preliminary evidence for an emotion dysregulation model of generalized anxiety disorder. *Behav Res Ther.* 2005;43(10):1281-310. doi: [10.1016/j.brat.2004.08.008](https://doi.org/10.1016/j.brat.2004.08.008) pmid: 16086981
28. Gross J. Emotion regulation: Affective, cognitive, and social consequences. *Psychophysio.* 2002;85:348-62.
29. Mennin DS, Fresco DM, Ritter M, Heimberg RG. An open trial of emotion regulation therapy for generalized anxiety disorder and cooccurring depression. *Depress Anxiety.* 2015;32(8):614-23. doi: [10.1002/da.22377](https://doi.org/10.1002/da.22377) pmid: 25945946
30. Olfson M, Gameroff MJ. Generalized anxiety disorder, somatic pain and health care costs. *Gen Hosp Psychiatry.* 2007;29(4):310-6. doi: [10.1016/j.genhosppsych.2007.04.004](https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2007.04.004) pmid: 17591507
31. Stein MB, Heimberg RG. Well-being and life satisfaction in generalized anxiety disorder: comparison to major depressive disorder in a community sample. *Affect Disord.* 2004;79(1-3):161-6. doi: [10.1016/S0165-0327\(02\)00457-3](https://doi.org/10.1016/S0165-0327(02)00457-3)
32. Mennin DS, Fresco DM. Emotion regulation therapy for generalized anxiety disorder. Unpublished Manual. 2013a.
33. Barlow DH, Hersen M. *Single case experimental desings: strategies for studying behavior for change (2nd ed).* MA: Allyn & Bacon. Newton; 1984.
34. Sharifi V, Asadi SM, Mohammadi MR, Amini H, Kaviani H, Semnani Y. Reliability anf feasibility of the persian version of the structured diagnostic interview for DSM-IV (SCID). *Advances Cogn Sci.* 2004;6(1-2):10-22.
35. Spitzer RL, Kroenke K, Williams JB, Lowe B. A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. *Arch Intern Med.* 2006;166(10):1092-7. doi: [10.1001/archinte.166.10.1092](https://doi.org/10.1001/archinte.166.10.1092) pmid: 16717171
36. Naeinian M, Shaeiri M, Sharifi M, Hadian M. To study reliability and validity for brief measure for assessing generalized anxiety disorder (GAD-7). *CPAP.* 2011;2(4):41-50.
37. Beck AT, Rush AJ, Shaw BF, Emery G. *Cognitive therapy of depression.* NY: Guilford Press, New York; 1979.
38. Beck AT, Steer RA, Brown GG. *Beck depression inventory.* San Antonio, TX: Psychological Corporation; 1996.
39. Sprinkle SD, Lurie D, Insko SL, Atkinson G, Jones GL, Logan AR, et al. Criterion validity, severity cut scores, and test-retest reliability of the beck depression inventory-II in a university counseling center sample. *J Couns Psychol.* 2002;49(3):381-5. doi: [10.1037/0022-0167.49.3.381](https://doi.org/10.1037/0022-0167.49.3.381)
40. Fata L, Birashk B, Atefvahid MK, Dabson KS. Meaning Assignment structures/ schema, emotional states and cognitive processing of emotional information: comparing two conceptual frameworks. *IJPCP.* 2005;11(3):312-26.
41. Gross JJ, John OP. Individual differences in two emotion regulation processes: implications for affect, relationships, and well-being. *J Pers Soc Psychol.* 2003;85(2):348-62. doi: [10.1037/0022-3514.85.2.348](https://doi.org/10.1037/0022-3514.85.2.348) pmid: 12916575
42. Mahmoodaliloo M, Ghasempour A, Akbari A, Fahimi S. The role of emotion regulation strategies in predicting traits of borderline personality. *J Clin psychol Andishe va Raftar.* 2012;6(24):9-19.
43. Hasani J. Persian version of the emotion regulation questionnaire: factor structure, reliability and validity. *Int J Behav Sci.* 2016;10(3):156-61.
44. Baer R, Smith G, Allen K. Assessment of mindfulness by self-report: the kentucky inventory of mindfulness. *J Assess.* 2004;13:27-45. doi: [10.1037/t11612-000](https://doi.org/10.1037/t11612-000)
45. Forman EM, Herbert JD, Moitra E, Yeomans PD, Geller PA. A randomized controlled effectiveness trial of acceptance and commitment therapy and cognitive therapy for anxiety and depression. *Behav Modif.* 2007;31(6):772-99. doi: [10.1177/0145445507302202](https://doi.org/10.1177/0145445507302202) pmid: 17932235
46. Narimani M, Arya Pourn S. The comparison of effectiveness of mindfulness and emotion regulation trainings on mental health in chemical victims. *IJ Clin Psychol Stud.* 2011;1(2):93-117.
47. Derryberry D, Reed MA. Anxiety-related attentional biases and their regulation by attentional control. *J Abnorm Psychol.* 2002;111(2):225-36. doi: [10.1037/0021-843X.111.2.225](https://doi.org/10.1037/0021-843X.111.2.225)
48. Moradi M. Relationship between control of attention and interventive thoughts in OCD, GAD and nonclinical community, (disstraction for degree of master of science). Department of psychology: Tehran University of Medical Sciences; 2013.
49. Dunlap W, Cortina J, Vaslow J, Burke M. Meta-analysis of experiments with mathched groups or repeated measures designs. *Psychol Method.* 1996;1:170-77. doi: [10.1037/1082-989X.1.2.170](https://doi.org/10.1037/1082-989X.1.2.170)
50. Renna ME, Quintero JM, Soffer A, Pino M, Ader L, Fresco DM, et al. A pilot study of emotion regulation therapy for generalized anxiety and depression: Findings from a diverse sample of young adults. *Behav Ther.* 2018;49(3):403-18. doi: [10.1016/j.beth.2017.09.001](https://doi.org/10.1016/j.beth.2017.09.001) pmid: 29704969
51. Amir N, Beard C, Burns M, Bomyea J. Attention modification program in individuals with generalized anxiety disorder. *J Abnorm Psychol.* 2009;118(1):28-33. doi: [10.1037/a0012589](https://doi.org/10.1037/a0012589) pmid: 19222311
52. Williams DP, Cash C, Rankin C, Bernardi A, Koenig J, Thayer JF. Resting heart rate variability predicts self-reported difficulties in emotion regulation: A focus on emotional clarity and impulse

- control. *Front Psychol.* 2015;6(261):184. **doi:** [10.3389/fpsyg.2015.00261](https://doi.org/10.3389/fpsyg.2015.00261)
53. Derakshan N, Eysenck MW. Anxiety, processing efficiency, and cognitive performance: New developments from attentional control theory. *Eur Psychol.* 2009;14(2):168-76. **doi:** [10.1027/1016-9040.14.2.168](https://doi.org/10.1027/1016-9040.14.2.168)
 54. Baar RA. Mindfulness training as a clinical intervention: A conceptual and empirical review. *Clin Psychol Sci Pract.* 2003;10(2):125-43. **doi:** [10.1093/clipsy.bpg015](https://doi.org/10.1093/clipsy.bpg015)
 55. Allen NB, Chambers R, Knight W, Blashki G, Ciechomski L, Hased C, et al. Mindfulness-based psychotherapies: A review of conceptual foundations, empirical evidence and practical considerations. *Aust N Z J Psychiatry.* 2006;4(40):285-94. **doi:** [10.1111/j.1440-1614.2006.01794.x](https://doi.org/10.1111/j.1440-1614.2006.01794.x)
 56. Segal Z, Williams J, Teasdale J. Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to relapse prevention. Guilford, New York 2002.
 57. Ma SH, Teasdale JD. Mindfulness-based cognitive therapy for depression: replication and exploration of differential relapse prevention effects. *J Consult Clin Psychol.* 2004;72(1):31-40. **doi:** [10.1037/0022-006X.72.1.31](https://doi.org/10.1037/0022-006X.72.1.31) **pmid:** [14756612](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14756612/)
 58. Evans S, Ferrando S, Findler M, Stowell C, Smart C, Haglin D. Mindfulness-based cognitive therapy for generalized anxiety disorder. *J Anxiety Disord.* 2008;22(4):716-21. **doi:** [10.1016/j.janxdis.2007.07.005](https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2007.07.005) **pmid:** [17765453](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17765453/)
 59. Shapiro AM, Ricordi C, Hering BJ, Auchincloss H, Lindblad R, Robertson RP, et al. International trial of the edmonton protocol for islet transplantation. *N Engl J Med.* 2006;355(13):1318-30. **doi:** [10.1056/NEJMoa061267](https://doi.org/10.1056/NEJMoa061267) **pmid:** [17005949](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17005949/)
 60. Segal ZV, Walsh KM. Mindfulness-based cognitive therapy for residual depressive symptoms and relapse prophylaxis. *Curr Opin Psychiatry.* 2016;29(1):7-12. **doi:** [10.1097/YCO.0000000000000216](https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000216) **pmid:** [26575299](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26575299/)
 61. Roemer L, Orsillo SM, Salters-Pedneault K. Efficacy of an acceptance-based behavior therapy for generalized anxiety disorder: evaluation in a randomized controlled trial. *J Consult Clin Psychol.* 2008;76(6):1083-9. **doi:** [10.1037/a0012720](https://doi.org/10.1037/a0012720) **pmid:** [19045976](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19045976/)
 62. Bagherinia H, Yamini M, Javadielmi L, Nooradi T. Comparison of efficacy of cognitive behavior therapy and mindfulness-based therapy in improving cognitive emotion regulation in major depressive disorder. *Armaghan Danesh.* 2015;20(3):210-9.
 63. Renna ME, Seeley SH, Heimberg R, Etkin A, Fresco DM, Mennin DS. Increased attention regulation from emotion regulation therapy for generalized anxiety disorder. *Cogn Ther Res.* 2018;42(2):121-34. **doi:** [10.1007/s10608-017-9872-7](https://doi.org/10.1007/s10608-017-9872-7)
 64. Nolen-Hoeksema S, Wisco BE, Lyubomirsky S. Rethinking Rumination. *Perspect Psychol Sci.* 2008;3(5):400-24. **doi:** [10.1111/j.1745-6924.2008.00088.x](https://doi.org/10.1111/j.1745-6924.2008.00088.x) **pmid:** [26158958](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26158958/)
 65. Ehring T, Tuschen-Caffier B, Schnulle J, Fischer S, Gross JJ. Emotion regulation and vulnerability to depression: spontaneous versus instructed use of emotion suppression and reappraisal. *Emotion.* 2010;10(4):563-72. **doi:** [10.1037/a0019010](https://doi.org/10.1037/a0019010) **pmid:** [20677873](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20677873/)
 66. Beck A, Emery G, Greenberg R. Anxiety disorders and phobias: A cognitive approach.: Basic, Guilford Press, New York; 1985.
 67. Ehrenreich JT, Goldstein CM, Wright LR, Barlow DH. Development of a unified protocol for the treatment of emotional disorders in youth. *Child Fam Behav Ther.* 2009;31(1):20-37. **doi:** [10.1080/07317100802701228](https://doi.org/10.1080/07317100802701228) **pmid:** [19617930](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19617930/)
 68. Abdi R, Bakhshi A, Mahmoodaliloo M. REfficacy of unified transdiagnostic treatment on reduction of transdiagnostic factors and symptoms severity in emotional disorders. *IJ Mange System.* 2013;4(13):1-27.
 69. Gross JJ, Richards JM, John OP. Emotion regulation in everyday life. In *emotion regulation in families: Pathways to dysfunction and health.* New York: Guilford Press; 2006.