



مقایسه اثربخشی درمان فراتشخیصی و درمان نظم‌جویی هیجانی بر نشخوار فکری و نظم‌جویی هیجان مبتلایان به اختلال اضطراب فراگیر (مطالعه تک آزمودنی)

علی صدر^۱، محسن دوستکام^۲، حسین شاره^{۳*}، مصطفی بلقان آبادی^۴

۱- گروه روانشناسی، واحد نیشابور، دانشگاه آزاد اسلامی، نیشابور، ایران.

۲- موسسه آموزش عالی عطار، مشهد، ایران.

۳- گروه علوم تربیتی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه حکیم سبزواری، سبزوار، ایران.

۴- گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه فردوسی مشهد، مشهد، ایران.

مقاله پژوهشی اصیل

چکیده

مقدمه

نشخوار فکری و نارسایی در نظم‌جویی هیجانی از مهمترین مشکلات افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر است. بر این اساس هدف از پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی درمان فراتشخیصی و درمان نظم‌جویی هیجان بر نشخوار فکری و نظم‌جویی هیجان افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر بود.

مواد و روش‌ها

بدین منظور چهار نفر از بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر که نشانه‌های کامل این اختلال را بر اساس ارزیابی چند بُعدی (پرسشنامه اضطراب فراگیر و مصاحبه بالینی) داشتند، با روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند. در این پژوهش از طرح تک آزمودنی از نوع خط پایه چندگانه استفاده شد. پروتکل درمان فراتشخیصی و درمان نظم‌جویی هیجان در دو مرحله خط پایه، مداخله ۱۵ و ۱۶ جلسه‌ای و پیگیری دو ماهه اجرا گردید و آزمودنی‌ها به پرسشنامه نشخوار فکری و نظم‌جویی هیجانی پاسخ دادند. داده‌ها به روش ترسیم دیداری، شاخص اندازه اثر و فرمول درصد بهبودی تحلیل شدند.

یافته‌ها

نتایج نشان داد که هر دو درمان بر هدف‌های درمان تأثیر دارند. با این حال درمان فراتشخیصی کارایی بیشتری در بهبود نشخوار فکری و درمان نظم‌جویی هیجان کارایی بیشتری در بهبود نظم‌جویی هیجانی نشان دادند.

نتیجه‌گیری

درمان فراتشخیصی و درمان نظم‌جویی هیجان، بر کاهش نشخوار فکری و بهبود نظم‌جویی هیجانی افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر مؤثر هستند.

کلیدواژه‌ها

اختلال اضطراب فراگیر، درمان فراتشخیصی، درمان نظم‌جویی هیجان، نشخوار فکری، نظم‌جویی هیجان

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۰۴/۰۶

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۱۰/۲۳

*نویسنده مسئول: حسین شاره؛

گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه فردوسی مشهد، مشهد، ایران..

گروه علوم تربیتی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه حکیم سبزواری، سبزوار، ایران.

تلفن:

پست الکترونیک:

h.shareh@hsu.ac.ir

shareh@ferdowsi.um.ac.ir



مقدمه

اختلال اضطراب فراگیر یک اختلال شدید روانی است که مشخصه اصلی آن نگرانی مبهم در نبود اشیاء، محرک‌ها و یا موقعیت‌های خاص است (۱). این اختلال با شیوع مادام‌العمر ۵/۷٪ و ۸/۵٪ در سرویس‌های مراقبت اولیه گزارش شده است (۲). در پنجمین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی (DSM-5)، شیوع ۱۲ ماهه این اختلال در بین نوجوانان ۰/۹ درصد و در بین افراد بالغ آمریکا ۲/۹ درصد نشان داده شده است. همچنین این اختلال در سایر کشورها بین ۰/۴ درصد تا ۳/۶ درصد گزارش شده است. میزان شیوع اختلال اضطراب فراگیر در بین زنان دو برابر مردان است (۳). این اختلال باعث افزایش استفاده از روان‌درمانی‌ها و نیز مشکلات جدی در عملکرد فرد می‌شود (۴). اختلال اضطراب فراگیر با آسیب چشمگیر، رضایت پایین از زندگی و بهره‌وری کم همراه است (۵) و هزینه زیادی را بر جامعه و فرد تحمیل می‌کند و یکی از دشوارترین اختلال‌های گروه اضطرابی برای درمان است (۶). بر این اساس، تلاش در جهت یافتن مؤلفه‌های محوری در آسیب‌شناسی روانی زیربنایی اختلال اضطراب فراگیر و درمان‌های مبتنی بر این مؤلفه‌ها که بتوانند نتایج درمانی را بهبود بخشند، از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. در همین راستا، نتایج پژوهش روسکو و همکاران نشان داد که نشخوار فکری یکی از عوامل پیش‌بینی‌کننده پاسخ به رویدادهای استرس‌زا در بیماران اختلال اضطراب فراگیر است (۷). نشخوار فکری بیانگر افکاری است که تمایل به تکرار داشته، آگاهانه بوده و پیرامون یک موضوع متمرکز هستند و حتی در صورت غیبت محرک‌های محیطی فوری و ضروری این افکار باز هم پدیدار می‌شوند. در واقع سبک پاسخ‌دهی نشخواری نوعی پاسخ‌دهی به پریشانی است که فرد افسرده یا مضطرب به‌طور مکرر و منفعلانه بر علائم پریشانی و علل و

عواقب آن تمرکز می‌کند (۸). این افکار به‌طور غیر ارادی وارد آگاهی می‌شوند و توجه فرد را از موضوعات مورد نظر و اهداف فعلی منحرف و بر احساس اضطراب و علل و عواقب آن متمرکز می‌کند. در واقع نشخوار فکری یکی از ویژگی‌های عمده اختلالات اضطرابی است (۹). از ویژگی‌های مرتبط با نشخوار فکری می‌توان به: عاطفه منفی و علائم افسردگی، تفکر جهت‌دار منفی، حل مسأله ضعیف، انگیزش آسیب‌دیده و بازداری رفتارهای مثبت، تمرکز آسیب‌دیده افزایش است، اشاره کرد (۱۰). نتایج پژوهش فرنام و همکاران بیانگر آن بود که نشخوار فکری، سازه‌ای شناختی به هم پیوسته‌ای است که بر علائم افسردگی و اضطراب تأثیر می‌گذارد و سبب تشدید و تداوم اختلال اضطراب فراگیر می‌شود (۱۱).

از سوی دیگر، پژوهش‌های مربوط به اختلال‌های خلقی و اضطرابی، نشان‌دهنده اهمیت فرایندهای هیجانی در اختلال اضطراب فراگیر است (۱۲). در همین راستا منین و فرسکو مطرح می‌کنند که هیجان‌ها (چه به صورت مثبت و چه به صورت منفی)، یک عامل فراتشخیصی مشترک برای تمام اختلال‌های روانشناختی به ویژه اختلال‌های اضطرابی و خلقی هستند (۱۳). شواهد پژوهشی مهمی نیز از وجود مشکلات نظم‌جویی هیجانی در اختلال اضطراب فراگیر حمایت داشته‌اند. برای مثال، افرادی که ملاک‌های بالینی و طبقه تشخیصی این اختلال را دارند، شدت هیجانی پرن‌نگ‌تر، واکنش شناختی منفی‌تر، درک و مدیریت مشکل‌تر هیجانات را نسبت به گروه غیر اضطراب فراگیر را گزارش کردند (۱۴، ۱۵). همچنین، گروهی از افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر، در چندین حوزه نظم‌جویی هیجانی از جمله فقدان وضوح هیجانی، عدم پذیرش هیجان، مشکل درگیری در رفتارهای معطوف به هدف در زمان درماندگی، کنترل تکانه ضعیف و فقدان

². Ruscio

¹. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-Fifth Edition



دسترسی به راهبردهای نظم‌جویی سازگار مشکلاتی را نشان دادند (۱۳).

به دلیل وجود مشکلات مهم نشخوار فکری و نظم‌جویی هیجان در بسیاری از اختلالات روانشناختی، در دهه اخیر چندین درمان در حوزه نظم‌جویی هیجان ارائه شده‌اند که با توجه به مدل نظری خاص خود، به دنبال درمان مشکلات خلقی اختلال‌های مختلف هستند. این درمان‌ها بر پایه علوم عاطفی پیشرفت کرده‌اند (۱۳) و شامل درمان متمرکز بر هیجان (۱۶)، درمان فراتشخیصی یا پروتکل درمانی واحد (۱۷)، درمان نظم‌جویی هیجانی بافتاری برای افسردگی کودکان (۱۵)، درمان بین فردی و پردازش هیجانی، درمان یکپارچه نگر (۱۸) و درمان نظم‌جویی هیجان (۱۳) می‌باشند. آموزش نظم‌جویی هیجان در بیشتر درمان‌های شناختی - رفتاری معاصر موسوم به موج سوم، همچون رفتاردرمانی دیالکتیک (۱۹)، درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش (۲۰) و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی (۲۱) مؤلفه‌های کلیدی به حساب می‌آیند.

درمان فراتشخیصی با رویکرد کل‌نگری، برای غلبه بر محدودیت‌های درمان‌های موجود، طراحی شده است. این درمان برای طیف وسیعی از اختلالات با ماهیت هیجانی کاربرد دارند و مؤلفه‌های زیربنایی و مشترک اختلالات را هدف قرار می‌دهند. درمان فراتشخیصی بر مبنای درمان شناختی-رفتاری طراحی شده و در آن از اصول و طرح درمانی یکسانی برای انواع اختلالات هیجانی استفاده می‌شود (۲۲). درمان فراتشخیصی یک رویکرد درمانی مبتنی بر هیجان است. به این معنا که، درمان طوری طراحی شده است که به بیماران بیاموزد چگونه با هیجان‌های ناخوشایند خود مواجه شده و آن‌ها را تجربه کنند و به شیوه سازگارانه‌تری به هیجان‌های خود پاسخ دهند (۲۳). این درمان نقش هیجان و نظم‌جویی هیجانی را در ایجاد و تداوم اختلال‌های هیجانی مهم و برجسته می‌داند (۲۴، ۲۵، ۲۶). شواهد پژوهشی بسیاری نشان داده

است که درمان فراتشخیصی هم در شکل فردی و هم در شکل گروهی، درمان مؤثری برای انواع اختلالات اضطرابی شامل اختلال اضطراب فراگیر، حمله هراس و فوبی‌های خاص می‌باشد (۲۷). علاوه بر این، نتایج اثربخشی این درمان بر علائم اضطراب، افسردگی و راهبردهای شناختی نظم‌جویی هیجانی (۳۱-۲۸) اختلالات مختلف نشان داده شده است.

اما مدل نارسا نظم‌جویی هیجان و درمان مبتنی بر آن یعنی درمان نظم‌جویی هیجان، مدلی است که در ابتدا برای اختلال اضطراب فراگیر ارائه شد و با هدف تکمیل مدل‌های نظری پیشین و تصحیح ضعف‌های درمانی مدل‌های نظری قبلی به وجود آمد. مدل نارسا نظم‌جویی هیجان ابتدا با تأکید بر اختلال اضطراب فراگیر شکل گرفت ولی در نهایتاً در سال ۲۰۱۳ بازنگری شد و این بار با توجه به همبودی بالای اختلال اضطراب فراگیر و اختلال افسردگی (۳۲)، هر دوی این اختلال‌ها را مورد توجه قرار داد. منین و همکاران بیان نمودند که درمان نظم‌جویی هیجانی یک درمان کلی نگر است که مؤلفه‌های درمان‌های شناختی-رفتاری، رفتاری پذیرش، جدلی و مبتنی بر ذهن آگاهی و درمان تجربه‌ای (به طور مثال، تمرکز بر هم‌آهنگی همدلانه، اهمیت فوریت، کارکرد هیجانی، درگیر شدن در تکالیف تجربه‌ای) را در بر می‌گیرد (۱۳، ۳۳). درمان نظم‌جویی هیجانی دارای ساختار مرحله‌ای است؛ بدین ترتیب که مهارت‌هایی که در نیمه اول درمان ساخته شده است در نیمه دوم درمان در خلال تمرین‌های مواجهه گسترش می‌یابند. این ساختار مرحله‌ای از مدل نظم‌جویی هیجانی گراس برگرفته شده است (۲۴). در واقع درمان نظم‌جویی هیجانی یک مداخله مبتنی بر مکانیسم‌های هیجانی است که در ضمن پرورش مهارت‌های تنظیم هیجانات، بر الگوهای مختل‌انگیزی و کاهش نارسایی‌های هیجانی تمرکز دارد (۱۳). شواهد پژوهشی نشان می‌دهد که درمان نظم‌جویی هیجان تأثیر



معنی‌داری بر بهبود پریشانی روانشناختی (۳۵-۳۴)، نشخوار فکری و اضطراب اجتماعی (۳۶) و نظم‌جویی هیجان (۳۷) تعدادی از اختلالات داشته است.

با توجه به آن چه آورده شد، در پیشینه، شواهدی از اثربخشی هر دو درمان موجود می باشد اما کمتر بر روی مقایسه‌ی کارایی این دو درمان پژوهش صورت گرفته است. هدف از انجام این پژوهش، بررسی این سؤال است که آیا اثربخشی دو درمان متمرکز بر هیجان (درمان یکپارچه فراتشخیصی متمرکز بر هیجان بارلو و درمان اختصاصی نظم‌جویی هیجانی منین و فرسکو برای اختلال اضطراب فراگیر) بر نشخوار فکری و نظم‌جویی هیجانی افراد با اختلال اضطراب فراگیر متفاوت است؟

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر تک آزمودنی از نوع خط پایه چندگانه بود. جامعه آماری این پژوهش را تمامی بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر مراجعه کننده به کلینیک‌های خدمات مشاوره، روان شناختی و روان‌پزشکی پر مخاطب شهر نیشابور (سه مرکز) در بازه زمانی انجام پژوهش (اسفند ۱۳۹۷ تا شهریور ۱۳۹۸) تشکیل داد. از بین این افراد چهار نفر به روش نمونه‌گیری هدفمند که دارای تشخیص اختلال اضطراب فراگیر بودند و ملاک‌های ورود به پژوهش را داشتند و رضایت نامه شرکت در پژوهش را تکمیل نمودند، وارد فرایند مداخله شدند. ملاک‌های ورود به پژوهش عبارت بودند از: داشتن سن حداقل ۱۸ سال، داشتن تحصیلات حداقل دیپلم، تشخیص ابتلا به اختلال اضطراب فراگیر (براساس ملاک‌های پنجمین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-5))، مصاحبه بالینی ساختار یافته و کسب نمره بالای ۱۰ در پرسشنامه اختلال اضطراب فراگیر (۳۸)، عدم سوء مصرف مواد، عدم وجود قصد و تمایل به خودکشی، نداشتن درمان دارویی ثابت برای حداقل ۱۲ هفته گذشته، قرار نداشتن

تحت سایر درمان‌های روان‌شناختی همزمان با درمان، تمایل آگاهانه و انگیزش کافی برای شرکت و ادامه درمان. ملاک‌های خروج نیز عدم برآوردن هر کدام از ملاک‌های ورود به پژوهش بود. پس از انتخاب آزمودنی‌ها این افراد به صورت تصادفی در دو گروه دو نفره، جای‌دهی شدند. دو نفر درمان فراتشخیصی مبتنی بر نظم‌جویی هیجان بارلو و دو نفر درمان نظم‌جویی هیجانی منین و فرسکو را دریافت کردند. همه آزمودنی‌ها دو مرحله قبل از مداخله و پنج جلسه طی درمان (جلسه سوم، ششم، نهم، دوازدهم و آخر درمان) و یک جلسه پیگیری دو ماهه مورد سنجش قرار گرفتند.

در پژوهش حاضر برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه‌های زیر استفاده شد:

مصاحبه بالینی ساختار یافته برای تشخیص اختلال‌های محور یک: این ابزار مصاحبه‌ای انعطاف‌پذیر است که توسط فرست، اسپیتزر، گیبون و ویلیامز تهیه شده (۳۹). ضریب کاپای ۶۰ درصد به عنوان ضریب پایایی بین ارزیاب‌ها برای SCID گزارش شده است (۴۰). توافق تشخیصی نسخه فارسی این ابزار، برای اکثر تشخیص‌های خاص و کلی، متوسط یا خوب بود (کاپای بالاتر از ۶۰ درصد). توافق کلی (کاپای کل تشخیص‌های فعلی ۵۲ درصد و برای کل تشخیص‌های طول عمر ۵۵ درصد) به دست آمده نیز خوب است (۴۱).

پرسشنامه اختلال اضطراب فراگیر: این پرسشنامه ۷ سؤالی توسط کرونیگ^۳ و همکاران طراحی شده است و یک ابزار خودگزارش‌دهی می‌باشد که به واسطه مقیاس لیکرت، وجود و شدت اختلال اضطراب فراگیر را اندازه‌گیری می‌کند. پایایی ۰/۹۲ و اعتبار ۰/۹۱ برای این پرسشنامه گزارش شده است. حساسیت و اختصاصی بودن پرسشنامه با نمره برش مساوی یا بزرگتر از ۱۰

^۳. Kroenke

^۱. Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders

^۲. First, Spitzer, Gibbon & Williams



به ترتیب ۰/۸۹ و ۰/۸۲ می‌باشد (۴۲). در مطالعه ناینیان و همکاران، ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس برابر با ۰/۸۵ و پایایی بازآزمایی و دونیمه‌سازی نیز به ترتیب ۰/۴۸ و ۰/۶۵ محاسبه گردید (۳۸).

پرسشنامه راهبرد های نظم‌جویی هیجان! این پرسشنامه توسط گراس و جان‌آدر سال ۲۰۰۳ برای بررسی و سنجش راهبردهای نظم‌جویی هیجان تدوین شده است. پرسشنامه نظم‌جویی هیجان از ۱۰ گویه تشکیل شده است که دارای دو خرده مقیاس ارزیابی مجدد و سرکوبی است. آزمودنی‌ها براساس یک طیف لیکرت ۷ تایی به ماده‌ها پاسخ می‌دهند که در آن عدد ۱ نشان‌دهنده کاملاً مخالف و عدد ۷ بیانگر کاملاً موافق است. اعتبار این مقیاس براساس روش همسانی درونی (با دامنه آلفای کرونباخ ۰/۶۰ تا ۰/۸۱) و روایی این پرسشنامه از طریق تحلیل مؤلفه‌های اصلی با استفاده از چرخش واریماکس، همبستگی بین دو خرده مقیاس (۰/۱۱۳) و روایی مطلوب گزارش شده است. ضریب آلفای کرونباخ برای ارزیابی مجدد شناختی ۰/۷۹ و برای سرکوبی ۰/۷۳ و اعتبار بازآزمایی پس از ۳ ماه برای کل مقیاس ۰/۶۹ گزارش شده است (۴۳). نسخه فارسی پرسشنامه راهبردهای فرآیندی نظم‌جویی هیجان خرده مقیاس‌های آن دارای دامنه آلفای کرونباخ (۰/۵۷ تا ۰/۹۴) است که نشان‌دهنده همسانی درونی مطلوب می‌باشد. همچنین ارزش ضرایب بازآزمایی (۰/۵۶ تا ۰/۷۴) می‌باشد که نشان‌دهنده ثبات مقیاس بود (۴۴).

مقیاس نشخوار فکری^۳: این مقیاس توسط نولن هوکسیما و مورودر سال ساخته شده و شامل ۲۲ گویه است که گویه‌های آن در مقیاسی چهاردرجه‌ای از ۱ (تقریباً هرگز) تا ۴ (همیشه) نمره‌گذاری می‌گردند. حداقل و حداکثر نمره در این مقیاس، ۲۲ و ۸۸ بوده و نمره کل نشخوار فکری از مجموع همه‌ی گویه‌ها می‌باشد. نولن هاوکسیما و مارو پایایی پرسشنامه را با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۴ به دست آوردند (۴۵). پایایی این مقیاس در پژوهش محسنی و یزدخواستی با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۱ به دست آمده است (۴۶).

پروتکل درمان فراتشخیصی یکپارچه بارلو: پروتکل حاضر برگرفته از کتاب "پروتکل یکپارچه برای درمان فراتشخیصی اختلالات هیجانی" نوشته بارلو و همکاران می‌باشد (۱۶). این پروتکل درمانی شامل هشت بخش است که در پژوهش حاضر در طی ۱۵ جلسه فردی ۴۵ تا ۶۰ دقیقه‌ای و همه بخش‌ها در ترتیب ثابت و تعداد جلسات مساوی روی هر دو شرکت‌کننده گروه درمان فراتشخیصی در شهرستان نیشابور اجرا گردید. روند اجرای پروتکل به این شکل بود که بعد از ارزیابی و انگیزه‌افزایی، پروتکل درمان فراتشخیصی بر روی شرکت‌کنندگان اعمال شد. این پروتکل در عین انعطاف‌پذیری با توجه به شرایط مراجع، بخش‌های مختلف آن بر پایه همدیگر استوار بود و به صورت متوالی اجرا شد. در جدول ۱، خلاصه بخش‌ها و جلسات نشان داده شده است.

جدول ۱- خلاصه محتوای جلسات درمان فراتشخیصی یکپارچه بارلو

۳. Rudy Response Scale

۴. Nolen-Hoeksema & Morrow

۱. emotion regulation questionnaire (ERQ)

۲. Gross & John



کاربرگ‌ها	تعداد جلسات	پروتکل یکپارچه‌نگر فراتشخیصی بارلو
کاربرگ تصمیم‌گیری، کاربرگ تعیین اهداف	۱	افزایش آمادگی و انگیزه بیماران برای تغییر رفتاری و تقویت باور؛ زمینه‌ساز و معایب تغییر در مقابل روش قبلی؛ ارزیابی اهداف درمانی
کاربرگ مدل سه مؤلفه‌ای هیجان، کاربرگ نظارت بر هیجان‌ها و رفتارهای هیجان‌خاست	۲	آموزش روانی در مورد ماهیت هیجان‌ها، مؤلفه‌های اصلی تجربه هیجانی و مفهوم پاسخ‌های آموخته شده.
برگه آگاهی غیرقضاوتی و متمرکز بر زمان حال، برگه ثبت القای خلق، برگه سه مؤلفه‌ای هیجان، برگه تمرکز بر زمان حال	۲	تمرین آگاهی غیرقضاوتی و متمرکز بر حال را در تجربه هیجانی خود توسط مراجع
برگه شناسایی و بازبینی خودآیند،	۲	به بیماران آموزش داده می‌شود تا شناسایی نقش ارزیابی‌های خودکار ناسازگارانه را در ایجاد تجربه‌های هیجانی بشناسند؛ تمرین روش‌های اصلاح تفکر ناسازگارانه
برگه فهرست راهبردهای اجتناب هیجانی، برگه تغییر رفتارهای هیجان‌خاست	۲	تأکید بر مؤلفه‌های رفتاری تجربه هیجانی
برگه تمرین القای علائم	۲	افزایش آگاهی نسبت به نقش احساس‌های بدنی در تجربه هیجانی
برگه سلسله‌مراتب اجتناب هیجانی و موقعیتی، برگه تمرین ثبت مواجهه هیجانی	۴	تمرکز بر ماشه چکان‌های درونی (شامل احساس‌های بدنی) و بیرونی هیجان
	۱	مرور کلی مفاهیم درمانی و بحث در مورد پیشرفت درمان.
		دستاوردها، نگهداری دستاوردها و پیشگیری از عود

پروتکل درمان نظم‌جویی هیجان منین و فرسکو:

پروتکل درمان نظم‌جویی هیجان شامل ۱۶ جلسه درمانی ۴۵ تا ۶۰ دقیقه‌ای است که در قالب یک ساختار مرحله‌ای، در هر مرحله از درمان به‌طور خاص اهداف زیر پیگیری می‌شود: ۱- افزایش آگاهی انگیزشی، ۲- توسعه قابلیت‌های نظم‌جویی، ۳- به‌کارگیری خزانه‌های جدید یادگیری بافتی.

این درمان نیز همانند درمان فراتشخیصی، در ترتیب ثابت و تعداد جلسات مساوی روی هر دو آزمودنی در مرکز مشاوره و خدمات روان‌شناختی علوی شهرستان نیشابور اجرا گردید. در جدول ۲، خلاصه جلسات و پروتکل درمانی نظم‌جویی هیجان منین و فرسکو ارائه شده است (۳۳).



جدول ۲- خلاصه پروتکل درمان نظم جویی هیجان منین و فرسکو

جلسات	محتوای جلسات درمان نظم جویی هیجان
جلسه اول	آموزش درباره اختلال های پریشانی، آموزش درباره مدل نارسانا نظم جویی هیجان با کمک استعاره گلوله برفی، آموزش درباره جنبه های مختلف هیجان های اصلی، آموزش مهارت تنفس شکمی ذهن-آگاهانه (راهبرد نظم جویی هیجانی توجه کردن).
جلسه دوم	آموزش درباره نقش انگیزش ها و نارساکنش وری آن ها درباره تجربه هیجان های شدید (به طور مثال با کمک استعاره موسیقی)، آموزش مهارت آگاهی ماهیچه ای و بدنی (راهبرد نظم جویی هیجانی حضور داشتن).
جلسه سوم	آموزش رابطه میان نارساکنش وری انگیزش ها و عمل انعطاف ناپذیر، آموزش تکنیک ذهن آگاهی هیجان ها (راهبرد نظم جویی هیجانی حضور داشتن) و یادگیری عمل متضاد.
جلسه چهارم	صحبت درباره راهبردهای نظم جویی هیجان به عنوان شیوه های سالم تر برای پاسخ دادن به هیجان ها (پاسخ دادن تقابلی)، آموزش تکنیک مراقبه حضور گشوده (راهبرد نظم جویی هیجان اجازه دادن).
جلسه پنجم	آموزش شیوه در لحظه مهارت های نظم جویی هیجان به طور مثال شیوه در لحظه گشوده به نام فاصله تنفسی سه دقیقه ای، آموزش مهارت مراقبه کوه (راهبرد نظم جویی هیجانی فاصله گرفتن).
جلسه ششم	آموزش شیوه در لحظه مراقبه کوه به نام فراخواندن کوه، آموزش تکنیک پیدا کردن فاصله مشاهده -گر (راهبرد نظم جویی هیجانی فاصله گرفتن).
جلسه هفتم	آموزش مهارت های در لحظه فاصله گرفتن به نام آوردن آن با تو، مورد توجه قرار دادن دو مانع بسط یافتگی، فاجعه انگاری و بسط یافتگی خودانتقادگراییانه برای حل تعارض های انگیزشی و تلاش برای مقابله با آن ها با کمک چهارمین راهبرد نظم جویی هیجانی به نام چهارچوب بندی مجدد، آموزش به کار بردن جملات دلسوزانه و شجاعانه.
جلسه هشتم	جمع بندی مهارت های مرحله اول و دوم به صورت راهبردهای مقابله تقابلی، تشویق مراجعان برای استفاده از راهبردهای در لحظه در زندگی روزانه، شناسایی ابعاد ارزش ها در زندگی مراجع.
جلسه نهم	ترغیب مراجعان به زندگی کردن فعالانه در راستای ارزش ها و مقابله با هیجان ها و انگیزش های برخاسته در این مسیر، تأکید بر روی تعهد نسبت به اعمال مبتنی بر انگیزش، ترغیب مراجعان به تعهد نسبت به حداقل یک عمل ارزشمند.
جلسه دهم	تمرین کردن مهارت های نظم جویی هیجان، نوشتن اهداف و اعمال احتمالی مرتبط با ارزش ها، شرکت کردن در تکالیف مواجهه ای 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 خود به خودی.
جلسه یازدهم	تصور عمل بر مبنای اهداف مبتنی بر ارزش و بررسی تعارض موضوعی زیر لایه های موانع درونی. پرداختن تجربی به موانع درونی از طریق تمرین گفتگو با هدف رویارویی، تغییر معنا های 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 خود انتقادی، شناسایی تکلیف ناتمام و شروع تمرین، آغاز گفتگو با فردی تخیلی، ترسیم حالات و واکنش هیجانی به نماد امنیت، بیان نیازهای برآورده نشده و به دست آوردن چشم انداز نسبت به نماد ایمنی، تأیید خویش شدن و بر عهده گرفتن مسئولیت امنیت.
جلسه چهاردهم	ارزیابی میزان یادگیری مهارت های درمان نظم جویی هیجان، تمرکز بر روی پیشگیری از عود و پیش بینی لغزش ها و عود مجدد.
جلسه پانزدهم	آموزش به مراجعان برای چگونگی پاسخ گفتن به لغزش ها پس از پایان درمان. یکپارچه سازی دستاوردها و اقدامات ارزشی در برداشتن گام بزرگ تر.
جلسه شانزدهم	مرور درمان، خاتمه درمان.



یافته‌ها

مطالعات مختلف برای تفسیر این شاخص‌ها، درصد بهبودی بالای ۵۰ و مقدار ۰/۴۱ را به عنوان حداقل میزان اندازه اثر، ۱/۱۵ را به عنوان اندازه اثر متوسط و ۲/۷۰ را به عنوان اندازه اثر بزرگ پیشنهاد کرده‌اند (۴۷). در جدول ۳، اطلاعات جمعیت شناختی آزمودنی‌های پژوهش به تفکیک برای گروه درمان فراتشخیصی و نظم‌جویی هیجان ارائه شده است.

تجزیه و تحلیل داده‌های این پژوهش با استفاده از تحلیل دیداری، درصد بهبودی (MPI) و اندازه اثر کوهن (Cohen's d) با استفاده از فرمول‌های زیر انجام شد:

$$MPI = ((Baseline\ Mean - Treatment\ Phase\ Mean) / Baseline\ Mean) \times 100$$

$$Cohen's\ d = M1 - M2 / \sigma\ pooled$$

$$\sigma\ pooled = \sqrt{((s^2_{12} + s^2_{22})/2)}$$

جدول ۳- اطلاعات جمعیت شناختی آزمودنی‌های پژوهش

گروه	گروه درمان فراتشخیصی	گروه درمان نظم‌جویی هیجان	متغیر	آزمودنی اول	آزمودنی دوم	آزمودنی سوم	آزمودنی چهارم
جنسیت	زن	مرد	زن	مرد	زن	مرد	مرد
تأهل	مجرد	متأهل	متأهل	متأهل	متأهل	متأهل	متأهل
سن	۲۵	۳۸	۳۴	۳۰	۳۰	۳۰	۳۰
میزان تحصیلات	کارشناسی	کارشناسی	کارشناسی	کارشناسی	کارشناسی	کارشناسی	کارشناسی
شغل	کارمند	کارمند	ماما	کارمند	کارمند	کارمند	کارمند

آزمودنی اول و دوم مربوط به درمان فراتشخیصی و آزمودنی سوم و چهارم مربوط به درمان نظم‌جویی هیجان است.

در جدول ۴، نمرات خام نشخوار فکری و نظم‌جویی هیجانی در طی خطوط پایه، مراحل درمان و پیگیری برای آزمودنی‌های دو گروه نشان داده شده است. قابل ذکر است

جدول ۴- نمرات آزمودنی‌های در طی خط پایه دوره مداخله و پیگیری در نشخوار فکری و نظم‌جویی هیجانی

آزمودنی	متغیر	خط پایه اول	خط پایه دوم	سنجش ۳	سنجش ۶	سنجش ۹	سنجش ۱۲	جلسه آخر	پیگیری
اول	نشخوار فکری	۷۲	۷۲	۶۶	۶۱	۵۳	۴۲	۳۴	۳۳
	ارزیابی مجدد	۱۶	۱۵	۲۰	۲۳	۲۳	۲۷	۲۹	۳۰
	سرکوبی	۲۱	۲۱	۲۰	۱۷	۱۶	۱۴	۱۱	۱۲
دوم	نشخوار فکری	۶۶	۶۷	۵۹	۵۳	۴۶	۴۰	۳۳	۳۱
	ارزیابی مجدد	۱۴	۱۴	۱۷	۱۹	۲۳	۲۵	۲۷	۲۸
	سرکوبی	۱۷	۱۸	۱۵	۱۴	۱۱	۱۰	۹	۱۰
سوم	نشخوار فکری	۷۱	۷۳	۶۷	۵۸	۵۶	۴۷	۳۹	۳۹
	ارزیابی مجدد	۱۴	۱۴	۲۲	۲۶	۲۷	۲۸	۲۹	۲۹
	سرکوبی	۱۹	۲۰	۱۸	۱۸	۱۴	۱۳	۹	۸
چهارم	نشخوار فکری	۶۶	۶۵	۵۹	۵۴	۴۹	۴۲	۳۴	۳۵
	ارزیابی مجدد	۱۷	۱۶	۲۳	۲۵	۲۷	۳۰	۳۴	۳۳
	سرکوبی	۱۸	۱۸	۱۵	۱۴	۱۲	۱۰	۸	۷

که نتایج آن در جدول ۵ نشان داده شده است.

در ادامه برای بررسی معناداری این نتایج از شاخص درصد بهبودی و اندازه اثر بالینی استفاده شد



جدول ۵- شاخص‌های درصد بهبودی و اندازه اثر نمرات آزمودنی‌ها در نشخوار فکری و نظم‌جویی هیجانی

آزمودنی	متغیر	میانگین خط پایه	انحراف استاندارد خط پایه	میانگین مداخله	انحراف استاندارد مداخله	درصد بهبودی ۱	اندازه اثر ۱	پیگیری	درصد بهبودی ۲	اندازه اثر ۲
اول	نشخوار فکری	۷۲	۰	۵۱/۲۰	۱۱/۸۲	۵۲/۷۷	۲/۴۸	۳۳	۵۴/۱۶	۴/۹۵
	ارزیابی مجدد	۱۵/۵۰	۰/۵۰	۲۴/۴۰	۳/۲۰	-۸۷/۰۹	-۳/۸۸	۳۰	-۹۳/۵۴	-۳/۱۰
	سرکوبی	۲۱	۰	۱۵/۶۰	۳/۰۱	۴۷	۲/۵۳	۱۲	۴۲/۸۵	۲/۲۸
دوم	نشخوار فکری	۶۶/۵۰	۰/۵۰	۴۶/۲۰	۹/۱۹	۵۰/۳۷	۲/۶۴	۳۱	۵۳/۳۸	۴/۸۶
	ارزیابی مجدد	۱۴	۰	۲۲/۲۰	۳/۷۰	-۹۲/۸۵	-۳/۱۳	۲۸	-۱۰۰	-۵/۳۵
	سرکوبی	۱۷/۵۰	۰/۵۰	۱۱/۸۰	۲/۳۱	۴۸/۵۷	۳/۴۱	۱۰	۴۲/۸۵	۲/۴۸
سوم	نشخوار فکری	۷۲	۱	۵۳/۴۰	۹/۶۰	۴۵/۸۳	۲/۳۶	۳۹	۴۵/۸۳	۲/۳۴
	ارزیابی مجدد	۱۴	۰	۲۶/۴۰	۲/۴۱	-۱۰۷/۱۴	-۵/۴۲	۲۹	-۱۰۷/۱۴	-۷/۰۷
	سرکوبی	۱۹/۵۰	۰/۵۰	۱۴/۴۰	۳/۷۸	۵۳/۸۴	۱/۸۹	۸	۵۸/۹۷	۴/۲۸
چهارم	نشخوار فکری	۶۵/۵۰	۰/۵۰	۴۷/۶۰	۸/۸۲	۴۸/۰۹	۲/۴۲	۳۵	۴۶/۵۶	۲/۳۶
	ارزیابی مجدد	۱۶/۵۰	۰/۵۰	۲۷/۸۰	۳/۸۶	-۱۰۶/۰۶	-۵/۴۲	۲۹	-۱۰۷/۱۴	-۷/۰۷
	سرکوبی	۱۸	۰	۱۱/۸۰	۲/۵۶	۵۵/۵۵	۳/۹۸	۸	۵۸/۹۷	۶/۰۷

در جدول ۵، میانگین نمره‌های خط پایه، میانگین مداخله، پیگیری، انحراف استاندارد، شاخص‌های درصد بهبودی و میزان اندازه اثر آزمودنی‌ها در نشخوار فکری و نظم‌جویی هیجانی نشان داده شده است. با توجه به نتایج جدول فوق، و درصد بهبودی آزمودنی اول در مؤلفه نشخوار فکری در مرحله پس از مداخله و مرحله پیگیری، تأثیر بالا و معنی‌دار درمان فراتشخیصی بر کاهش نشخوار فکری این آزمودنی مشهود است.

در مؤلفه‌های نظم‌جویی هیجانی، درصد بهبودی برای پس از مداخله و پیگیری برای مؤلفه ارزیابی مجدد ب نشان می‌دهد بهبود نظم‌جویی هیجانی برای آزمودنی اول در مؤلفه ارزیابی مجدد بالاتر از مؤلفه سرکوبی بوده است. در آزمودنی دوم میزان درصد بهبودی در مرحله پس از مداخله و پیگیری در نشخوار فکری و مؤلفه ارزیابی مجدد و مؤلفه سرکوبی نشان می‌دهد که در اثربخشی درمان فراتشخیصی برای آزمودنی دوم در نشخوار فکری و مؤلفه ارزیابی مجدد بالا و برای مؤلفه سرکوبی متوسط بوده است. در آزمودنی سوم، میزان درصد

بهبودی در مرحله پس از مداخله و پیگیری در نشخوار فکری و ارزیابی مجدد و سرکوبی نشان می‌دهد که اثربخشی درمان نظم‌جویی هیجانی برای آزمودنی سوم در نشخوار فکری متوسط ولی برای مؤلفه‌های نظم‌جویی هیجانی (ارزیابی مجدد و سرکوبی) بالا بوده است. در آزمودنی چهارم نیز براساس درصد بهبودی در آخر درمان و پیگیری برای نشخوار فکری ارزیابی مجدد و سرکوبی نشان می‌دهد که اثربخشی درمان نظم‌جویی هیجانی در نشخوار فکری متوسط ولی برای مؤلفه‌های نظم‌جویی هیجانی (ارزیابی مجدد و سرکوبی) بالا بوده است. براساس شاخص‌های اندازه اثر نیز، هر دو درمان برای آزمودنی‌ها اثربخش و معنادار بوده است و بیشترین اندازه اثر مربوط به مؤلفه ارزیابی مجدد آزمودنی سوم و چهارم در مرحله پیگیری با و کمترین میزان اندازه اثر مربوط به مؤلفه سرکوبی آزمودنی سوم بوده است.

در ادامه جهت مقایسه معنی‌داری تفاوت اثربخشی درمان فراتشخیصی و درمان نظم‌جویی هیجان بر آزمودنی‌های دو گروه در نشخوار فکری و نظم‌جویی هیجان به مقایسه درصد

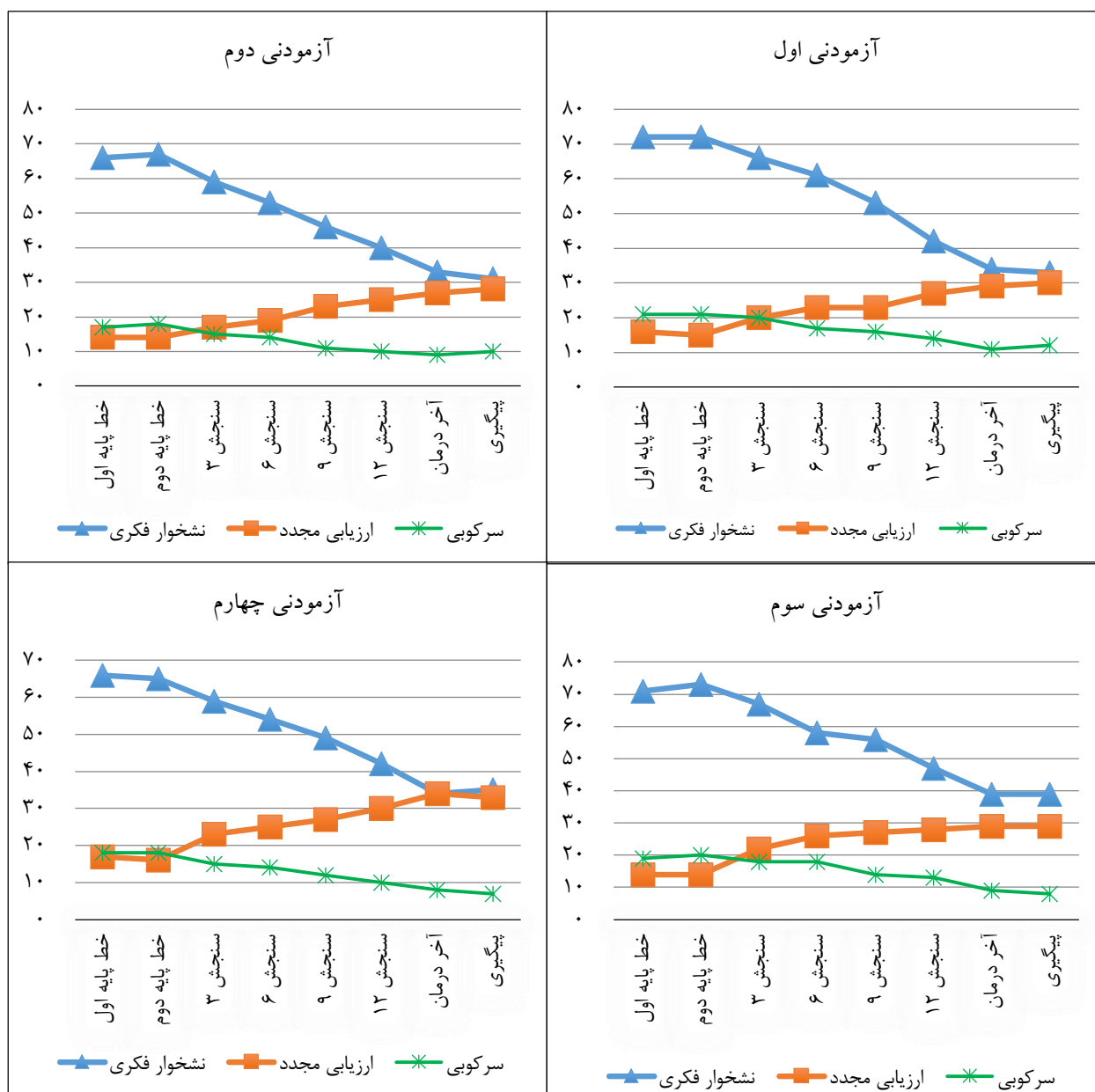


در جدول ۶، شاخص‌های درصد بهبودی کلی و اندازه اثر کلی آزمودنی‌های دو گروه درمان فراتشخیصی و درمان نظم جویی هیجان در نشخوار فکری و نظم جویی هیجانی (ارزیابی مجدد و سرکوبی) از درمان ارائه شده است. نتایج این جدول نشان می‌دهد که آزمودنی‌های درمان فراتشخیصی وضعیت بهتری در درصد بهبودی و اندازه اثر در مقایسه با آزمودنی‌های درمان نظم جویی هیجان در نشخوار فکری دارند و بر این اساس درمان فراتشخیصی در مقایسه با درمان نظم جویی هیجان منجر به بهبود بیشتر نشخوار فکری آزمودنی‌های پژوهش شده است. همچنین براساس نتایج مندرج در جدول ۶، مشخص است که که آزمودنی‌های درمان نظم جویی هیجان در مقایسه با آزمودنی‌های درمان فراشناختی، بهبودی بیشتری در نظم جویی هیجانی (ارزیابی مجدد و سرکوبی) را گزارش کردند. با توجه به این نتایج می‌توان گفت اثربخشی درمان فراتشخیصی و درمان نظم جویی هیجان بر نشخوار فکری و نظم جویی هیجانی (ارزیابی مجدد و سرکوبی) متفاوت است و این تفاوت در نشخوار فکری به نفع درمان فراتشخیصی و در نظم جویی هیجانی به نفع درمان نظم جویی هیجان است. در نمودارهای زیر نیز وضعیت تغییرات نمرات آزمودنی‌ها در متغیرهای پژوهش نشان داده شده است. براساس نتایج این نمودارها از مرحله خط پایه تا پیگیری برای هر چهار آزمودنی در نشخوار فکری و سرکوبی کاهش نمره و برای مؤلفه ارزیابی مجدد افزایش نمره اتفاق افتاده است.

بهبودی کلی و اندازه اثر کلی هر چهار آزمودنی در متغیرهای فوق پرداخته می‌شود. در جدول ۶ این نتایج به صورت خلاصه آورده شده‌اند. واژه "کلی" در این قسمت میانگین نمره آزمودنی در مرحله آخر درمان و پیگیری در درصد بهبودی یا اندازه اثر است.

جدول ۶- شاخص‌های درصد بهبودی کلی و اندازه اثر کلی نشخوار فکری و نظم جویی هیجانی آزمودنی‌های دو گروه

درمان	آزمودنی	مؤلفه	درصد بهبودی کلی	اندازه اثر کلی
درمان فراتشخیصی	اول	نشخوار فکری	۵۳/۴۶	۳/۷۱
		ارزیابی مجدد	۹۰/۳۱	-۳/۴۹
		سرکوبی	۴۴/۹۲	۲/۴۰
	دوم	نشخوار فکری	۵۱/۸۷	۳/۷۵
		ارزیابی مجدد	۹۶/۴۲	-۴/۲۴
		سرکوبی	۴۵/۷۱	۲/۹۴
	کل	نشخوار فکری	۵۲/۶۶	۳/۷۳
		ارزیابی مجدد	۹۳/۳۶	-۳/۸۷
		سرکوبی	۴۵/۳۱	۲/۶۷
	سوم	نشخوار فکری	۴۵/۸۳	۲/۳۵
		ارزیابی مجدد	۱۰۷/۱۴	-۶/۲۴
		سرکوبی	۵۶/۲۲	۳/۰۸
درمان نظم جویی هیجان	چهارم	نشخوار فکری	۴۷/۳۲	۲/۳۹
		ارزیابی مجدد	۱۰۶/۶۰	-۶/۲۴
		سرکوبی	۵۷/۲۶	۵/۰۲
	کل	نشخوار فکری	۴۶/۵۸	۲/۳۷
		ارزیابی مجدد	۱۰۶/۸۷	-۶/۲۴
		سرکوبی	۵۶/۷۴	۴/۰۵



نمودار ۱- وضعیت تغییرات نمرات آزمودنی‌ها در متغیرهای پژوهش

(ارزیابی مجدد و سرکوبی) بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر وجود دارد؟ یافته‌های پژوهش نشان داد که هر دو درمان فراتشخیصی و نظم‌جویی هیجان منجر به بهبود علائم نشخوار فکری و نظم‌جویی هیجانی آزمودنی‌ها شده است.

بحث

این پژوهش با هدف پاسخ به این پرسش انجام گرفت که آیا تفاوت معنی‌داری در اثربخشی درمان فراتشخیصی و درمان نظم‌جویی هیجان بر نشخوار فکری و نظم‌جویی هیجانی



نتایج همچنین نشان داد که اثربخشی درمان فراتشخیصی بر نشخوار فکری بیشتر از درمان نظم جویی هیجان بوده است؛ همچنین اثربخشی درمان نظم جویی هیجان بر نظم جویی هیجانی بیشتر از درمان فراتشخیصی بود. یافته‌های این پژوهش درباره اثربخشی درمان فراتشخیصی و نظم جویی هیجان بر کاهش نشخوار فکری و نظم جویی هیجان، تأییدکننده پژوهش‌های پیشین است که اثربخشی این دو درمان را بر این علائم نشان داده‌اند؛ از جمله پژوهش عثمانی و شکری (۲۹)، کاظمی و همکاران (۳۵)، کرمی و همکاران (۳۶)، احمدی، سهرابی و برجعلی (۳۷)، هومن و همکاران (۳۰)، محمدی، بیرشک و غرایبی (۳۱)، عبدی، بخشی و محمودعلیلو (۲۲)، سلوان و همکاران (۲۳)، رنا و همکاران (۳۴)، منین و همکاران (۱۳)، نیوبی و همکاران (۲۸).

در تبیین اثربخشی درمان فراتشخیصی بر نشخوار فکری و نظم جویی هیجانی می‌توان گفت درمان فراتشخیصی از تکنیک‌هایی همچون بازشناسی هیجان‌ها و ردیابی تجارب هیجانی و ارزیابی مجدد شناختی بهره‌مند است (۱۶)؛ در تکنیک بازشناسی هیجان‌ها و ردیابی آن‌ها، به افراد در تحقیق حاضر (بیماران اضطراب فراگیر) آموزش داده شد که هیجان‌ها مرتبط با نشخوار فکری از جمله غمگینی را بشناسند؛ این تکنیک‌ها به تعدیل هیجاناتی نظیر غمگینی به بیماران کمک می‌کرد که این امر می‌تواند در کاهش نشخوار فکری فرد، نظم جویی هیجانی و تمرکز فرد بر نشانه‌های منفی مرتبط با بیماری اضطراب فراگیر تأثیر داشته باشد. همچنین راهبردهای روان آموزشی، خودکنترلی افکار، مواجهه، پیشگیری و مدیریت پاسخ‌ها که همگی در مطالعات قبلی نتایج خوبی را نشان داده‌اند، بخشی از تکنیک‌های به کار برده شده در پروتکل درمان یکپارچه نگر بودند. این تکنیک‌ها شناسایی افکار تأثیرگذار بر هیجانات و رفتارها که

مولد نشخوار فکری هستند را تسهیل می‌نماید. چنین آگاهی، به بیماران امنیت لازم برای پذیرش و رویارویی با افکار نشخوارگونه را می‌دهد (۲۳). همچنین درمان فراتشخیصی به عنوان یک درمان هیجان محور شناخته می‌شود که بر نشانه‌های هیجانی تأکید عمده‌ای دارد؛ در این درمان به بیماران گروه درمان فراتشخیصی آموخته شد که چگونه با هیجانات ناخوشایند خود مواجه شوند و به شیوه سازگارانه‌تری به هیجان‌های خود پاسخ دهند. این روش تلاش می‌کند تا با تنظیم راهبرد های نظم‌دهی هیجانی، شدت و وقوع نا سازگاری‌های هیجانی را کاهش دهد، میزان ناراحتی را کم کند و عملکرد را بهبود بخشد. در درمان فراتشخیصی، افکار، رفتارها و هیجان‌ها با هم تعامل پویایی دارند و هر یک از آن‌ها در تجربه هیجانی نقش دارند و بر آن تأثیر می‌گذارند (۲۹).

در تبیین اثربخشی آموزش نظم دهی هیجان بر نشخوار فکری و نظم جویی هیجانی نیز می‌توان گفت از آنجا که لیهی^۱ نشخوار فکری را به عنوان طرحواره هیجانی معرفی می‌کند اصلاح آن با فنون نظم جویی هیجان به کاهش نشخوار فکری منجر خواهد شد. از سوی دیگر نشخوار فکری راهبردی اجتنابی برای مقابله با هیجان‌ها و افکار منفی تلقی می‌شود که در این راستا نظم جویی هیجان از طریق تغییر ساختار شناختی مراجعه کنندگان درباره ماهیت و معایب نشخوار فکری، به کاهش آن کمک می‌کند (۴۸). همچنین ایجاد ارتباط بین تجارب هیجانی با ارزش‌های برتر و اعتباربخشی باعث می‌شود افراد با نشخوار فکری، هیجان‌های خود را به عنوان انعکاسی از زندگی، ارزشمند در نظر بگیرند و همین امر عامل مهمی برای پذیرفتن هیجانات درد سر ساز است (۳۴). از سوی دیگر، به دلیل اینکه استفاده از راهبردهای نظم جویی هیجان به صورت سرکوب، توجه فرد

^۱ Leahy



قرار می‌دهند که بر این اساس می‌توان به صورت بیشتر نسبت به اثرات درمان فراتشخیصی بر نشخوار فکری امیدوار بود (۳۷).

از سوی دیگر راهبردهایی که افراد برای نظم‌جویی عواطف خود از آن‌ها استفاده می‌کنند، می‌تواند موجب ارتقای سطح سلامت آن‌ها در ابعاد مختلف زیستی، روانی، اجتماعی و اخلاقی شود در نتیجه جلسات درمانی نظم‌جویی هیجان موجب افزایش مهارت‌های نظم‌جویی هیجانی و به تبع آن کاهش اختلال‌های فیزیولوژیکی و هیجانی و افزایش کیفیت زندگی می‌شود (۳۳). در واقع می‌توان گفت که آموزش تنظیم هیجان به فرد کمک می‌کند که نسبت به هیجان‌های خود، به ویژه هیجان‌های آزاردهنده‌ای که مانع از برقراری ارتباط اجتماعی می‌شود، شناخت و آگاهی بیشتری کسب کند و در نتیجه کنترل بهتری بر هیجان‌های خود داشته باشد و قدرت تحمل هیجان‌های منفی در او رشد پیدا می‌کند (۳۵).

نتیجه‌گیری

در مجموع نتایج این پژوهش نشان داد درمان فراتشخیصی و درمان نظم‌جویی هیجان منجر به بهبود نشخوار فکری و نظم‌جویی هیجان آزمودنی‌ها شده است. این نتایج بیانگر اهمیت روان‌درمانی‌های متمرکز بر هیجان بر اختلالات هیجانی خصوصاً اضطراب فراگیر است. یافته‌های این پژوهش تلویحات کاربردی فراوانی در حوزه روان‌درمانی و درمان‌های روانشناختی دارد. با این حال به علت محدودیت‌هایی نظیر، استفاده از روش تک آزمودنی و حجم نمونه اندک، استفاده از پرسشنامه خودگزارش‌دهی و استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند، باید در تعمیم دهی نتایج جوانب احتیاط را رعایت کرد. همچنین پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌هایی با حجم نمونه بیشتر و کار گروهی به ارزیابی تأثیر این روش‌های درمانی بر اختلالات اضطرابی دیگر نظیر اضطراب اجتماعی

را به سمت محرک‌ها و منابع درون فردی می‌کشاند، توانایی کنترل فرد را نسبت به محرکات بیرونی کاهش داده و توجه فرد را به سمت منابع دیگر سوق می‌دهد و سبب می‌شود میزان نشخوار فکری آن‌ها افزایش یابد (۳۶). همچنین راهبردهای نظم‌جویی هیجان، از طریق اصلاح هیجان‌ها و همچنین با تأثیرگذاری شناخت‌های افراد و متمرکز کردن آن‌ها بر هیجان‌های مخربشان به افراد کمک می‌کند که هیجان‌ها را نامطلوب را مدیریت کنند. به عبارت دیگر فرد می‌آموزد که چگونه با شناسایی و اصلاح تحریف‌های شناختی خود مانع از بروز راهبردهای ناسازگارانه هیجانی گردیده و به این شیوه بر افکار و هیجان‌های خود کنترل بیشتری را اعمال کنند. همچنین در اثربخشی بیشتر درمان فراتشخیصی در مقایسه با درمان نظم‌جویی هیجان بر نشخوار فکری می‌توان گفت که آموزش فراتشخیصی به شیوه‌ای صحیح این امکان را برای بیماران فراهم می‌آورد که به جای توسل به راهکارهای آسیب‌زا و پرخطر برای تعدیل هیجان‌هایشان بتوانند از طریق به کارگیری تکنیک‌های شناختی مقابله با هیجان‌ها و افکار منفی، وضعیت زندگی خود را بهبود بخشند (۳۴). همچنین می‌توان این‌گونه استدلال کرد که درمان فراتشخیصی استفاده شده در این پژوهش شامل تکنیک‌هایی نظیر افزایش مهارت چالش با ارزش‌های منفی و استرس‌آفرین محرک‌های بیرونی و درونی تهدیدآمیز، افزایش انعطاف‌پذیری شناختی، شناسایی و تصحیح رفتارهای برخاسته از هیجان، افزایش آگاهی و تحمل احساس‌های جسمی طی مواجهه با علائم جسمی و ترکیب کلیه مفاهیم درمانی از طریق شرکت در تمرین‌های هیجانی در پایان درمان بود؛ این تکنیک‌ها اولاً، بیشتر ماهیتی شناختی دارند که حداقل در دو جلسه به صورت کامل مورد آموزش قرار داده شدند و ثانیاً این تکنیک‌ها به صورت مستقیم و غیر مستقیم، نشخوار فکری را آماج درمان



واحد نیشابور به راهنمایی آقایان: دکتر حسین شاره و دکتر محسن دوستکام و مشاوره دکتر مصطفی بلقان‌آبادی می‌باشد که در تاریخ ۱۳۹۹/۵/۱۲ از آن دفاع شده است.

تعارض منافع

بنا بر اظهار نویسندگان مقاله، هیچ‌گونه تعارض منافی وجود ندارد.

پرداخته شود. همچنین پیشنهاد می‌شود که در کلینیک‌های مشاوره‌ای و روانشناختی از این روان‌درمانی‌ها استفاده کرد.

تشکر و قدردانی

از نمونه‌های پژوهش حاضر، کارکنان مراکز مشاوره نیشابور و همه عواملی که اجرای این پژوهش را ممکن ساختند، کمال تشکر و قدردانی را داریم. مقاله حاضر برگرفته از رساله دکتری نویسنده آقای علی صدر اول از دانشگاه آزاد اسلامی

References

1. Goodwin H, Yiend J, Hirsch CR. Generalized Anxiety Disorder, worry and attention to threat: A systematic review. *Clinical Psychology Review* 2017; 54:107-22.
2. Kessler RC, Brandenburg N, Lane M, Roy-Byrne P, Stang PD, Stein DJ, Wittchen HU. Rethinking the duration requirement for generalized anxiety disorder: evidence from the National Comorbidity Survey Replication. *Psychological medicine* 2005; 35(7):1073-82.
3. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®). American Psychiatric Pub; 2013.
4. Stein MB, Sareen J. Generalized anxiety disorder. *New England Journal of Medicine* 2015; 373(21):2059-68.
5. Canuto A, Weber K, Baertschi M, Andreas S, Volkert J, Dehoust MC, Sehner S, Suling A, Wegscheider K, Ausin B, Crawford MJ. Anxiety disorders in old age: psychiatric comorbidities, quality of life, and prevalence according to age, gender, and country. *The American Journal of Geriatric Psychiatry* 2018; 26(2):174-85.
6. Generoso MB, Trevizol AP, Kasper S, Cho HJ, Cordeiro Q, Shiozawa P. Pregabalin for generalized anxiety disorder: an updated systematic review and meta-analysis. *International clinical psychopharmacology* 2017; 32(1):49-55.
7. Ruscio AM, Gentes EL, Jones JD, Hallion LS, Coleman ES, Swendsen J. Rumination predicts heightened responding to stressful life events in major depressive disorder and generalized anxiety disorder. *Journal of abnormal psychology* 2015; 124(1):17.
8. Dar KA, Iqbal N. Worry and rumination in generalized anxiety disorder and obsessive-compulsive disorder. *The Journal of psychology* 2015; 149(8):866-80.
9. Muris P, Roelofs J, Rassin E, Franken I, Mayer B. Mediating effects of rumination and worry on the links between neuroticism, anxiety and depression. *Personality and Individual Differences* 2005; 39(6):1105-11.
10. Nolen-Hoeksema S, Wisco BE, Lyubomirsky S. Rethinking rumination. *Perspectives on psychological science* 2008; 3(5):400-24.

11. Farnam A, Bakhshipour Roodsari A, Mansouri A, Mahmood Aliloo M. The Comparison of rumination in patients with major depression disorder, obsessive-compulsive disorder, generalized anxiety disorder and normal individuals. *Journal of Sabzevar University of Medical Sciences*, 2016; 17(3): 189-195. [Persian]
12. Timulak L, McElvaney J, Keogh D, Martin E, Clare P, Chepukova E, Greenberg LS. Emotion-focused therapy for generalized anxiety disorder: An exploratory study. *Psychotherapy* 2017; 54(4):361-366.
13. 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; 32(8):614-23.
14. Andreescu C, Sheu LK, Tudorascu D, Gross JJ, Walker S, Banihashemi L, Aizenstein H. Emotion reactivity and regulation in late-life generalized anxiety disorder: functional connectivity at baseline and post-treatment. *The American Journal of Geriatric Psychiatry* 2015; 23(2):200-214.
15. Greenberg LS. Emotion-focused therapy: Coaching clients to work through their feelings. *American Psychological Association*; 2015.
16. Barlow DH, Farchione TJ, Sauer-Zavala S, Latin HM, Ellard KK, Bullis JR, Bentley KH, Boettcher HT, Cassiello-Robbins C. Unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: Therapist guide. *Oxford University Press*; 2017.
17. Kovacs M, Sherrill J, George CJ, Pollock M, Tumuluru RV, Ho V. Contextual emotion-regulation therapy for childhood depression: Description and pilot testing of a new intervention. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 2006; 45(8):892-903.
18. Newman MG, Castonguay LG, Borkovec TD, Fisher AJ, Nordberg SS. An open trial of integrative therapy for generalized anxiety disorder. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training* 2008; 45(2):135-147.
19. Dimeff L, Linehan MM. Dialectical behavior therapy in a nutshell. *The California Psychologist* 2001;34(3):10-13.
20. Hayes SC, Strosahl KD, Wilson KG. Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change. *Guilford Press*; 2011.
21. Kuyken W, Warren FC, Taylor RS, Whalley B, Crane C, Bondolfi G, Hayes R, Huijbers M, Ma H, Schweizer S, Segal Z. Efficacy of mindfulness-based cognitive therapy in prevention of depressive relapse: an individual patient data meta-analysis from randomized trials. *JAMA psychiatry* 2016; 73(6):565-574.
22. Abdi R, Bakhshipour A, Mahmood Alilou M, Farnam A. Efficacy evaluation of unified transdiagnostic treatment on reduction of symptoms severity in women with generalized anxiety disorder. *Journal of Research in Behavioural Sciences* 2013; 11(5): 375-390. [Persian]
23. Sloan E, Hall K, Moulding R, Bryce S, Mildred H, Staiger PK. Emotion regulation as a transdiagnostic treatment construct across anxiety, depression, substance, eating and borderline personality disorders: A systematic review. *Clinical psychology review* 2017; 57:141-63.
24. Gross JJ, Thompson RA. Emotion regulation: Conceptual foundations. *Guilford publications*; 2007.
25. Riccardi CJ, Korte KJ, Schmidt NB. False safety behavior elimination therapy: a randomized study of a brief individual transdiagnostic treatment for anxiety disorders. *Journal of anxiety disorders* 2017; 46:35-45.



26. Wilamowska ZA, Thompson-Hollands J, Fairholme CP, Ellard KK, Farchione TJ, Barlow DH. Conceptual background, development, and preliminary data from the unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders. *Depression and Anxiety* 2010; 27(10):882-890.
27. Reinhold N, Krogh J. Efficacy of transdiagnostic cognitive behaviour therapy for anxiety disorders: a systematic review and meta-analysis of published outcome studies. *Cognitive Behaviour Therapy* 2014; 43(3):171-184.
28. Newby JM, McKinnon A, Kuyken W, Gilbody S, Dalgleish T. Systematic review and meta-analysis of transdiagnostic psychological treatments for anxiety and depressive disorders in adulthood. *Clinical psychology review* 2015; 40:91-110.
29. Osmani, H., Shokri, L. Effectiveness of unified trans-diagnostic treatment on emotion's cognitive regulation and cognitive empathy of students with externalized behavior disorder. *Empowering Exceptional Children* 2019; 10(1): 125-136. [Persian]
30. Hooman F, Mehrabizadeh Honarmand M, Zargar Y, Davodi I. The Effectiveness of Transdiagnostic Therapy on Anxiety, Depression, Cognitive Strategies of Emotional Regulation, and General Performance in Women with Comorbid Anxiety and Depression. *J Fasa Univ Med Sci* 2016; 5 (4) :551-563. [Persian]
31. Mohammadi A, Birashk B, Gharraee B. Comparison of the Effect of Group Transdiagnostic Treatment and Group Cognitive Therapy on Emotion Regulation. *IJPCP* 2014; 19 (3) :187-194. [Persian]
32. Watson D. Rethinking the mood and anxiety disorders: a quantitative hierarchical model for DSM-V. *Journal of abnormal psychology* 2005; 114(4):522-536.
33. Mennin DS, Fresco DM. Emotion regulation therapy. *Handbook of emotion regulation*. 2014; 2:469-490.
34. 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.
35. kazemi rezaei V, kakabraee K, Hosseini SS. The Effectiveness of teaching Emotion Regulation skill Based on dialectical behavioral therapy on Psychological Distress and Cognitive Flexibility Cardiovascular Patients. *IJPN* 2019; 7 (3) :31-40. [Persian]
36. Karami R, Sharifi T, Nikkhah M, Ghazanfari A. Effectiveness of Emotion Regulation Training Based on Grass Model on Reducing Rumination and Social Anxiety in Female Students with 60-Day Follow-up. *Iran J Health Educ Health Promot* 2019; 7 (1):1-9. [Persian]
37. Ahmadi G, sohrabe F, borjali A. Effectiveness of Emotion Regulation training on reappraisal and Emotional Suppression in soldiers with opioid use disorder. *Counseling Culture and Psychotherapy* 2018; 9(34): 191-209. [Persian]
38. Naeinian M, Shaeiri M, Sharif M, Hadian M. To Study Reliability and Validity for A Brief Measure for Assessing Generalized Anxiety Disorder (GAD-7). *CPAP* 2011; 2 (4) :41-50. [Persian]
39. First MB, Gibbon M, Spitzer RL, Williams JB, Benjamin LS. Structured Clinical Interview for DSM-IV® Axis II Personality Disorders SCID-II. American Psychiatric Pub; 1997.
40. Tran GQ, Smith GP. Behavioral assessment in the measurement of treatment outcome. In: Haynes SN, Heiby EM, Hersen M, Editors. *Comprehensive handbook of psychological assessment*. New York: John Wiley & Sons; 2003: 269-290.

41. Sharifi V, Asaadi SM, Mohamadi MR, Amini H, Kaviyani H, Semnani Y, et al. Reliability and feasibility for Persian version of structured clinical interview diagnose based on DSM-IV. Quarterly Journal of Advances in Cognitive Sciences 2004; 6(1-2): 10-22. [Persian]
42. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB, Monahan PO, Lowe B. Anxiety disorders in primary care: prevalence, impairment, comorbidity, and detection. Ann Intern Med 2007; 146(5): 317-325
43. Gross JJ, John OP. Individual differences in two emotion regulation processes: implications for affect, relationships, and well-being. Journal of personality and social psychology 2003; 85(2):348.
44. Hasani J, Kadivar P. Assessment of the Reliability and Validity of the Persian Version of Emotion Regulation Process Strategies Questionnaire. Quarterly of Educational Measurement 2013; 4(14): 111-146. [Persian]
45. Nolen-Hoeksema S, Morrow J. A prospective study of depression and posttraumatic stress symptoms after a natural disaster: the 1989 Loma Prieta Earthquake. Journal of personality and social psychology 1991 Jul;61(1):115.
46. Mohseni A, Yazdkhasti F. The Efficacy of Dialectical Behavior Therapy in Reducing Attentional Bias and Rumination in Patients with OCD-Isfahan. Community Health Journal 2018; 11(2):48-57. [Persian]
47. Richards SB. Single subject research: Applications in educational settings. Cengage Learning; 2018.
48. Leahy RL. Emotional schema therapy: distinctive features. Routledge; 2018.



Comparison of Effectiveness of Transdiagnostic and Emotion Regulation Therapy in the Rumination and Emotional Regulation on People with Generalized Anxiety Disorder (single-subject study)

Ali Sadr¹, Mohsen Doustkam^{1,2}, Hossein Shareh^{*3,4}, Mustafa Bolghan-Abadi¹

1- Department of Psychology, Neyshabur Branch, Islamic Azad University, Neyshabur, Iran.

2- Attar Institute of Higher Education, Mashhad, Iran.

3- Department of Educational Sciences, Faculty of Letters and Humanities, Hakim Sabzevari University, Sabzevar, Iran.

4- Department of Psychology, Faculty of Educational Science and Psychology, Ferdowsi University of Mashhad, Mashhad, Iran.

Original Article

Received: 26 Jun 2020

Accepted: 12 Jan 2021

*Corresponding Author:

Hossein Shareh,
Department of Psychology,
Faculty of Educational
Science and Psychology,
Ferdowsi University of
Mashhad, Mashhad, Iran.

Department of Educational
Sciences, Faculty of Letters
and Humanities, Hakim
Sabzevari University,
Sabzevar, Iran.

TEL:

Email

h.shareh@hsu.ac.ir

shareh@ferdowsi.um.ac.ir

ABSTRACT

Introduction

Rumination and lack of emotional regulation are the most important problems that people with generalized anxiety disorder deal with. Therefore, the aim of this study was to compare the effectiveness of transdiagnostic therapy and emotion regulation therapy on rumination and emotion regulation in people with generalized anxiety disorder.

Materials and Methods

Four patients with generalized anxiety disorder who had complete symptoms of this disorder based on multidimensional evaluation (generalized anxiety questionnaire and clinical interview) were selected by purposeful sampling method. In this study, a single subject design of multiple baseline was used. The protocols of transdiagnostic treatment and emotion regulation therapy were administered in two phases including baseline and 15-session and 16-session intervention. There was also a two-month follow-up. Subjects answered the rumination and emotional regulation questionnaires. Data were analyzed by visual drawing, effect size index and improvement percentage formula.

Results

The results showed that both treatments have an effect on treatment goals. However, transdiagnostic therapy was more effective in improving rumination whereas emotion regulation therapy was more effective in improving emotional regulation.

Conclusion

Transdiagnostic therapy and emotion regulation therapy are effective in reducing rumination and improving emotional regulation in people with generalized anxiety disorder.

Keywords

Generalized anxiety disorder, Transdiagnostic therapy, Emotion regulation therapy, Rumination, Emotional regulation.

► **Please cite this article as:** Sadr A, Doustkam M, Shareh H, Bolghan-Abadi M. Comparison of Effectiveness of Transdiagnostic and Emotion Regulation Therapy in the Rumination and Emotional Regulation on people with Generalized Anxiety Disorder (single-subject study). J Neyshabur Univ Med Sci 2022;9(4):42-59.