

Comparing the Effectiveness of the New Developed Treatment Contrast Avoidance and Emotion-focused Cognitive Behavioral Therapy on the Severity of Symptoms of Generalized Anxiety Disorder

Masumeh Shafiei 

PhD Student of Psychology, Faculty of Literature and Humanities, Lorestan University, Khoramabad, Iran.

Fatemeh Rezaei *

Assistant Professor of Psychology, Faculty of Literature and Humanities, Lorestan University, Khoramabad, Iran

Masoud Sadeghi 

Assistant Professor of Psychology, Faculty of Literature and Humanities, Lorestan University, Khoramabad, Iran

Abstract

The aim of this study was to compare the effectiveness of the New Developed Contrast Avoidance and Emotion-focused Cognitive Behavioral Therapy on the Severity of Symptoms Generalized Anxiety Disorder. The present study was quasi-experimental with pre-test, post-test design with control group. The statistical population included all women with generalized anxiety disorder in the city of Khorramabad, of whom 45 were selected as available. They were randomly assigned to two experimental groups and a control group. the New Developed treatment Contrast Avoidance and Emotion-focused Cognitive Behavioral Therapy were held separately In 12 sessions 90-minute and no training was applied to the control group. The instrument of this study was a Generalized Anxiety Disorder scale in which pre-test and post-test participants answered questions A multivariate analysis of covariance was used to analyze the data. The findings showed that the developmental treatment contrast avoidance

* Corresponding Author: rezaei.f@lu.ac.ir


How to Cite: Shafiei, M., Rezaei, F., Sadeghi, M. (2022). Comparing the Effectiveness of the New Developed Treatment Contrast Avoidance and Emotion-focused Cognitive Behavioral Therapy on the Severity of Symptoms of Generalized Anxiety Disorder, *Journal of Clinical Psychology Studies*, 12(47), 135-164.

and Emotion-focused Cognitive Behavioral Therapy improves the symptoms of generalized anxiety disorder ($p < 0.01$). And the recovery rate is higher than the subjects of the control group ($p < 0.01$). But the two experimental groups did not differ significantly ($P < 0.05$). the New Developed treatment contrast avoidance and Emotion-focused Cognitive Behavioral Therapy improves the symptoms of generalized anxiety disorder and Developmental therapy focuses on the physiological and emotional experience of the client so that the client can experience the emotional contrast, which may be one of the underlying causes of generalized anxiety disorder. The effectiveness of this treatment may also be effective in mental disorders that have an emotional underpinning.


Keywords: The New Developed Treatment Contrast Avoidance, Emotion-focused Cognitive Behavioral Therapy, Generalized Anxiety Disorder.

مقایسه اثربخشی درمان تدوینی اجتناب متقابل و درمان شناختی- رفتاری هیجان‌مدار بر شدت علائم اختلال اضطراب فراگیر


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

معصومه شفیعی 

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

فاطمه رضایی  *

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

مسعود صادقی 

چکیده

پژوهش حاضر باهدف تعیین مقایسه اثربخشی درمان تدوینی اجتناب متقابل و درمان شناختی-رفتاری هیجان‌مدار بر علائم اختلال اضطراب فراگیر انجام گرفت. پژوهش حاضر نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه انجام گرفت. جامعه آماری شامل کلیه زنان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر در شهر خرم‌آباد بود که از میان آن‌ها ۴۵ نفر به‌صورت در دسترس انتخاب شدند و به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایشی و یک گروه گواه جایگزین شدند، درمان تدوینی اجتناب متقابل و درمان شناختی-رفتاری هیجان‌مدار هر کدام به‌طور جداگانه در ۱۲ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای برگزار شد و برای گروه گواه هیچ‌گونه آموزشی اعمال نشد و ابزار این پژوهش مقیاس اضطراب فراگیر بود که شرکت‌کنندگان در پیش‌آزمون و پس‌آزمون به سؤالات آن پاسخ دادند و از آزمون تحلیلی کواریانس چند متغیره برای تجزیه و تحلیل داده‌ها استفاده شد. یافته‌ها نشان داد که درمان تدوینی اجتناب متقابل و درمان شناختی-رفتاری هیجان‌مدار باعث بهبود علائم اختلال اضطراب فراگیر می‌شوند ($p < 0/01$)؛ و درصد بهبودی آن بیشتر از آزمودنی‌های گروه گواه می‌باشد ($p < 0/01$). ولی دو گروه آزمایشی تفاوت معناداری باهم نداشتند ($P > 0/05$). نتیجه‌گیری این مطالعه نشان داد که درمان تدوینی اجتناب متقابل و درمان شناختی رفتاری هیجان‌مدار موجب بهبودی علائم اختلال اضطراب فراگیر می‌شود درمان تدوینی متمرکز بر تجربه

۱۳۸ | مطالعات روان‌شناسی بالینی | سال دوازدهم | شماره ۴۷ | تابستان ۱۴۰۱

فیزیولوژیکی و هیجانی مراجع است تا مراجع بتواند با تجربهٔ تقابل هیجانی مواجه شود که این ممکن است یکی از علل زیربنایی اختلال اضطراب فراگیر باشد.

کلیدواژه‌ها: درمان تدوینی اجتناب متقابل، درمان شناختی رفتاری هیجان‌مدار، اختلال اضطراب فراگیر.

مقدمه

اختلال اضطراب فراگیر^۱ (GAD) یک بیماری شایع و ناتوان کننده است و بیماران مبتلابه اختلال اضطراب فراگیر در معرض خطر خودکشی و همچنین حوادث مرتبط با قلب، عروق، مرگومیر قرار دارند. افراد مبتلابه این اختلال حتی توسط مشاوران نیز قابل تشخیص هستند، علائم آن شامل اضطراب مزمن و فراگیر و نگرانی همراه با علائم جسمی و روانی غیراختصاصی (بی‌قراری، خستگی، مشکل در تمرکز، تحریک پذیری، تنش عضلات یا اختلالات خواب) است. درمان‌های مؤثر شامل روان‌درمانی (اغلب درمان شناختی رفتاری) و دارودرمانی مانند مهارکننده‌های انتخاب مجدد سروتونین و مهارکننده‌های برگشت مجدد سروتونین-نوراپی نفرین است (دی‌مارتینی، پاتل و فنچر^۲، ۲۰۱۹). علائم اختلال اضطراب فراگیر یک نوع اختلال متداول می‌باشد که می‌تواند منجر به اختلال شدید روانی-اجتماعی شود (تریکیان، هروری، رانتا، کالتیالا-هینو، مارتتن^۳، ۲۰۱۹). اضطراب و نگرانی علائم اصلی اختلال اضطراب فراگیر است که برای تأثیرگذاری بر عملکردهای شناختی نظریه‌پردازی شده است. این افراد علائم قابل توجهی از اضطراب، نگرانی، افسردگی و استرس را دارند (لئونارد و ابرانویچ^۴، ۲۰۱۹).

پژوهشگران بر این باورند که افراد مبتلابه GAD دارای تفکر منفی تکراری^۵ RNT (وال، ارینگ، کلی، لیب و مییر^۶، ۲۰۱۹) نگرانی‌های غیرواقعی (لافرینییر و نیومن^۷، ۲۰۱۹) هستند و سن بیماران بیشتر به‌عنوان یک تعدیل کننده بالقوه عمل می‌کند (کارل، و تکرافت، کافمن، گیلسی، بکر و همکاران^۸، ۲۰۱۹). افراد مبتلا دارای مشکلات خواب (دیفنباچ، ربانی، هالیون، تولین و گوته^۹، ۲۰۱۹)، عدم توانایی برای استراحت (پریس، لگرانده، بریر،

1. generalized anxiety disorder
2. DeMartini, Patel, Fancher
3. Tiirikainen, Haravuori, Ranta, Kaltiala-Heino, Marttunen
4. Leonard, Abramovitch
5. repetitive negative thinking
6. Wahl, Ehrling, Kley, Lieb, Meyer
7. LaFreniere, Newman
8. Carl E, Witcraft SM, Kauffman BY, Gillespie EM, Becker
9. Diefenbach, Rabany, Hallion, Tolin, Goethe

هبرت-دافرسن^۱، (۲۰۱۹)، کاهش تنوع ضربان قلب، ناهنجاری‌های عصبی، ناهنجاری‌های ساختاری در نواحی قشر مغز (کارناوالی، مانکینی، کونینگ، ماکوواک و واتسون^۲، ۲۰۱۹)، نقص‌های عصبی-شناختی، عدم انعطاف‌پذیری، اختلال در پردازش بینایی (کیم، کریستنسن، راجیری، اسکاتینی و فریمن^۳، ۲۰۱۹) می‌باشند و این اختلال به‌عنوان پیش‌بینی‌کننده دیگر اختلالات روانی عمل می‌کند (کریس، تن هاو، دگریف، وان اسکیک، کیکرت و همکاران^۴، ۲۰۱۹). میزان شیوع یک‌ساله GAD بین ۳ تا ۸ درصد و میزان شیوع طول عمر نزدیک به ۵/۷ درصد گزارش شده است (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۱۳). شیوع GAD در چین نیز ۵/۳ درصد گزارش شده است (یو، سینگ، کالبن، زنگ، زوو و همکاران^۵، ۲۰۱۸). در ایران نیز شیوع اختلال اضطراب فراگیر ۳۰/۴ درصد می‌باشد (باقری یزدی، بلهاری، پیراوی، ۲۰۰۶).

روان‌درمانی افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر یک عامل اصلی برای تغییر محسوب می‌شود (پائولین، باتون، وسترا، کانستانتینو و آنتونی^۶، ۲۰۱۹). امروزه تدوین درمان‌های مؤثرتر و کامل‌تر از درمان شناختی-رفتاری هدف بسیاری از پژوهش‌ها است. یکی دیگر از درمان‌های مؤثر بر علائم اضطراب درمان شناختی-رفتاری هیجان‌مدار^۷ است که با تأکید بر مهارت در شناسایی و تشخیص هیجانات خود و دیگران (آگاهی هیجانی)، نحوه صحیح ابراز هیجان با توجه به موقعیت اجتماعی (فهم هیجان)، کاهش شدت هیجانات منفی پیش از بروز پاسخ (تنظیم هیجانی)، در کنار فن‌های شناختی و رفتاری به تأثیرگذاری بر اضطراب و نیز سایر هیجانات شدید منفی می‌پردازد (سونگ، جونز، دیویز، جاکوبز و مورلن^۸، ۲۰۱۸). مداخله متمرکز بر هیجانات باید از تکنیک‌های افزایش تجارب

-
1. Price, Legrand, Brier, Hebert-Dufresne
 2. Carnevali, Mancini, Koenig, Makovac, Watson
 3. Kim, Christensen, Ruggieri, Schettini, Freeman
 4. Christ, Ten Have, de Graaf, van Schaik, Kikkert
 5. Yu, Singh, Calhoun, Zhang, Zhao
 6. Poulin, Button, Westra, Constantino, Antony
 7. Emotion-focused Cognitive Behavioral Therapy
 8. Suveg, Jone, Davis, Jacob, Morelen

هیجانی، بر اساس راهبردهای اجتنابی باشد که بیماران مبتلابه GAD درگیر آن هستند (ساگیرا و ساگیرا^۱، ۲۰۱۵). درمان شناختی رفتاری متمرکز بر هیجان باعث بهبودی نگرانی، انتقاد از خود، خلق و خوی پایین، علائم جسمی، احساسات دردناک مزمن، اجتناب از احساسات (ابرین، اوکیفی، کالن، درکان و تیمالاک^۲، ۲۰۱۹). کاهش زیاد در علائم GAD و افکار اتوماتیک ناکارآمد (استفن، کریستیا، زنتیگوتیا-تاتر و دیوید^۳، ۲۰۱۹) در افراد مبتلابه این اختلال می‌شود مطالعه سونگ و همکاران (۲۰۱۸) نشان داد که افراد مبتلابه اختلال اضطراب فراگیر که سطوح بالای بد تنظیمی هیجان را داشتند، سطح بالاتری از بهبود را در درمان ECBT گزارش دادند. اگرچه این نتایج امیدوارکننده است اما برای اثبات آن باید با درمان‌های دیگر مقایسه شود (سونگ و همکاران، ۲۰۱۸).

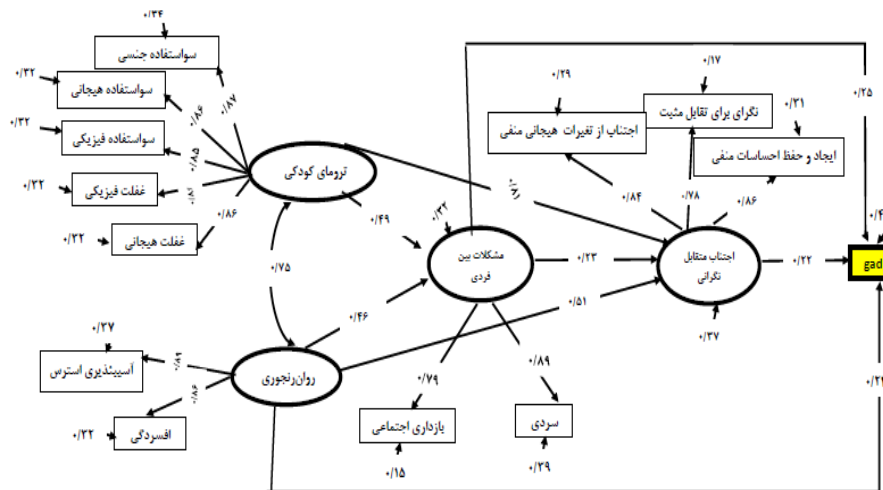
مطالعات مختلفی با به کارگیری پروتکل‌های درمانی مختلف و دست‌کاری مؤلفه‌های رفتاری، هیجانی و شناختی می‌تواند بر بهبودی و کاهش علائم اختلال اضطراب فراگیر کمک کند (منین، فریسکو، اوتل و هیمبرگ^۴، ۲۰۱۸). عوامل مؤثر بر علائم اختلال اضطراب فراگیر و نگرانی در طول زمان، کاملاً مشخص نیست. برای این منظور نیومن و لارا^۵ (۲۰۱۱)، بر اجتناب متقابل^۶ تأکید کرده‌اند. اجتناب متقابل شامل؛ نگرانی برای اجتناب از تغییرات هیجانی منفی، نگرانی در ایجاد و حفظ هیجان‌ات منفی و نگرانی در ایجاد یک تقابل هیجان^۷ می‌باشد و در کل به جنبه‌های نگرانی اشاره دارد (لارا و نیومن، ۲۰۱۷). اجتناب متقابل فرض می‌کند افرادی که در معرض خطر نگرانی‌های پاتولوژیک و علائم GAD هستند منحصراً ترس از تغییر هیجان‌ات، از هیجان‌ات خنثی یا مثبت به حالات هیجانی منفی را دارند و در نتیجه نگرانی را برای حفظ هیجان‌ات منفی به منظور نظم دادن به

-
1. Sugiura, & Sugiura
 2. O'Brien, O'Keeffe, Cullen, Durcan, Timulak
 3. Stefan, Cristea, Szentagotai Tatar, David
 4. Mennin, Fresco, O'Toole, & Heimberg
 5. Newman, & Llera
 6. contrast avoidance
 7. emotional contrast

جلوگیری از تغییرات یا تقابلات منفی استفاده می‌کنند. (کروچ، لویز، اریکسون و نیومن^۱، ۲۰۱۷). افراد مبتلابه اختلال اضطراب فراگیر حساسیت بیشتری نسبت به هیجانات مرتبط با وقایع منفی غیرمنتظره دارند و این نگرانی و ویژگی مهم پاتولوژیک اختلال اضطراب فراگیر منجر به طولانی شدن این اختلال می‌شود، بنابراین یک حالت عاطفی منفی را حفظ می‌کند تا مانع عاطفه منفی یا تجربه متقابل شود (نیومن و همکاران، ۲۰۱۱). اجتناب متقابل ممکن است به صورت شیوه‌هایی از رفتارهای ناسازگار بروز پیدا کند، به همین دلیل نیومن، لارا، اریکسون و پرزوسکی^۲ (۲۰۱۴). بر نقش عوامل اتیولوژیک بالقوه که ممکن است فرد را در معرض خطر ابتلا به یک ناسازگاری نسبت به تقابل هیجانی قرار دهد، مانند؛ آسیب‌های کودکی^۳، روان‌رنجوری^۴ و تنظیم روابط بین فردی^۵ در افراد مبتلابه اختلال اضطراب فراگیر تأکید کرده‌اند و اظهار کرده‌اند که ممکن است منجر به اجتناب متقابل شوند

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

-
1. Crouch, Lewis, Erickson, & Newman
 2. Newman, Llera, Erickson, & Przeworski
 3. Childhood Trauma
 4. Neuroticism
 5. Interpersonal Problems–Circumplex



شکل ۳. مدل اجتناب متقابل از نگرانی اختلال اضطراب فراگیر. مستخرج از پژوهش شفیع و همکاران (۱۳۹۸، ص ۱۲۸)

با توجه به برازش مدل به دست آمده از پژوهش شفیع و همکاران (۱۳۹۸) می‌توان گفت که بین آسیب‌های دوران کودکی، روان‌رنجوری، مشکلات بین فردی، اجتناب متقابل با اختلال اضطراب فراگیر ارتباط وجود دارد؛ بنابراین درمان اختلال اضطراب فراگیر را می‌توان طبق این مدل تهیه کرد و این درمان می‌تواند چندوجهی باشد؛ بنابراین هدف این پژوهش مقایسه اثربخشی درمان تدوینی اجتناب متقابل و درمان شناختی-رفتاری هیجان مدار بر علائم اختلال اضطراب فراگیر در افراد مبتلا به این اختلال می‌باشد.

روش بررسی

پژوهش حاضر به لحاظ هدف کاربردی و به لحاظ جمع‌آوری داده‌ها از جمله مطالعات نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه می‌باشد. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل زنان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر است که قبلاً با توجه به نمره برش مقیاس اختلال اضطراب فراگیر، مصاحبه بالینی و ملاک‌های ورود، به صورت در دسترس در سال ۹۸ از مراکز درمانی و مشاوره شهر خرم‌آباد (مراکز مشاوره منطقه دو خرم‌آباد، مرکز مشاوره دانشگاه لرستان و مرکز مشاوره دانشگاه علوم پزشکی لرستان) انتخاب شده بودند، از میان ۲۶۵ زن مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر (اسم و شماره تماس آن‌ها قبلاً یادداشت

شده است) تعداد ۴۵ زن مبتلابه اختلال اضطراب فراگیر که مایل بودند در درمان شرکت کنند، انتخاب شدند؛ و سپس به سه گروه ۱۵ نفری به صورت تصادفی جایگزین شده. حداقل حجم نمونه در گروه‌های آزمایشی ۱۵ نفر می‌باشد (سرمد و همکاران، ۱۳۹۳). ۱۵ نفر درمان تدوینی اجتناب متقابل (درمان طرحی شده توسط محقق)، با میانگین سنی ۳۰/۹۵ و انحراف معیار ۶/۹۴، ۱۵ نفر درمان شناختی-رفتاری هیجان مدار با میانگین سنی ۳۰/۱۹، انحراف معیار ۶/۰۷ و ۱۵ نفر گروه گواه با میانگین سنی ۳۱/۹۹ و انحراف معیار ۷/۷۳ می‌باشد که این جلسات در یکی از مراکز مشاوره منطقه دو خرم‌آباد که خود محقق در آنجا مشغول به کار است و امکانات گروه‌درمانی را داشت، اجرا شد برای جمع‌آوری داده‌ها از ابزارهای زیر استفاده شد.

فرم جمعیت شناختی: این فرم محقق ساخته شامل سؤالاتی خواهد بود که موارد زیر را موردسنجش قرار می‌دهد: سن، جنس، سطح تحصیلات، وضعیت تأهل، مدت‌زمان ابتلا به بیماری، دوره‌های بیماری، سابقه درمان.

مقیاس کوتاه اختلال اضطراب فراگیر (GAD-7^۱): چهارمین ویرایش مقیاس اختلال اضطراب فراگی توسط نیومن و همکاران (۲۰۰۲)، نوشته شده است. یک مقیاس خود گزارشی ۹ گوی‌های که ۵ گویه آن به صورت بله/خیر و ۴ گویه آن به صورت پیوستاری از ۱ تا ۸ درجه‌بندی شده است این مقیاس روایی همگرا^۲ و افتراقی^۳ مناسبی دارد و ضریب توافقی کاپا^۴ ۰/۹۷ است، به علاوه، همسانی درونی (آلفای کرونباخ=۰/۹۴) و نقطه برش برای ۸۳٪ افراد ۵/۷ می‌باشد (نیومن، زلینگ، کچینگ، کانستنشن، پرزوسکی و همکاران، ۲۰۰۲). در ایران این پرسش‌نامه توسط بیتا و محمدی (۱۳۹۶) هنجاریابی شده است که همسانی درونی^۵ این مقیاس برحسب ضریب آلفای کرونباخ را ۰/۷۹ و روایی هم‌زمان آن

1. Generalized anxiety disorder questionnaire-IV
2. Convergent validity
3. Discriminant validity
4. kappa coefficient
5. Internal consistency

مقایسه اثربخشی درمان تدوینی اجتناب متقابل و درمان شناختی...؛ شفیع و همکاران | ۱۴۵

را ۰/۶۱ و $r=0/45$ و روایی افتراقی $r=0/88$ بود. علاوه بر این نقطه برش ۵/۹۵ منجر به حساسیت ۹۷٪ و ویژگی ۹۴٪ شد. همچنین نتایج تحلیل عاملی تأییدی برازش یک عاملی را تأیید کرد. در این پژوهش آلفای کرونباخ آن نیز ۰/۷۶ به دست آمد.

روش اجرا در پژوهش حاضر بدین صورت بود که بعد از انجام دادن هماهنگی‌های اداری و مراجعه به مراکز درمانی و مشاوره دانشگاه لرستان، دانشگاه علوم پزشکی لرستان و چند مرکز مشاوره در شهر خرم‌آباد که به صورت در دسترس انتخاب شده بودند. بر اساس مراجعه‌کنندگانی که برای اولین بار مراجعه کرده بودند تعداد ۴۵۷ نفر بر اساس نمره برش مقیاس کوتاه اختلال اضطراب فراگیر، مصاحبه بالینی و ملاک‌های ورود و خروج برای برازش مدل انجام شده انتخاب شد. بعد از اتمام کار برازش مدل، تعداد ۲۶۵ نفر از این افراد که زن بودند (قبلاً نام و شماره تماس آن‌ها توسط پژوهشگر یادداشت شده بود) تعداد ۱۰۳ نفر که خود مایل به شرکت در کار آزمایشی بودند با توجه به مصاحبه بالینی بر اساس DSM-5، (ملاک تشخیص اختلال اضطراب فراگیر سه نشانه از شش نشانه ذکر شده در DSM است) و ملاک‌های ورود و خروج تعداد ۴۵ نفر انتخاب شدند (حداقل حجم نمونه در گروه‌های آزمایشی ۱۵ نفر می‌باشد، سرمد و همکاران، ۱۳۹۳) و در این پژوهش شرکت کردند و به صورت تصادفی در سه گروه، ۱۵ نفری جایگزین شدند، ۱۵ نفر درمان تدوینی اجتناب متقابل (درمان طرحی شده توسط محقق)، ۱۵ نفر درمان شناختی-رفتاری هیجان مدار و ۱۵ نفر گروه گواه. پیش از اجرای درمان پرسش‌نامه‌های ویژگی‌های جمعیت شناختی و اختلال اضطراب فراگیر به‌عنوان پیش‌آزمون اجرا شد و درمان طراحی شده اجتناب متقابل در ۱۲ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به مدت سه ماه و درمان شناختی-رفتاری هیجان مدار نیز در ۱۲ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به مدت سه ماه در وقت آزاد آزمودنی‌ها اجرا شدند، ولی برای گروه گواه هیچ‌گونه درمانی صورت نگرفت. بعد از اتمام کار دوباره پرسش‌نامه را به‌عنوان پس‌آزمون اجرا شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها به وسیله تحلیل کواریانس چند متغیره با استفاده از نرم‌افزار SPSS انجام شد.

ملاک‌های ورود شامل موارد زیر هستند: پرکردن فرم رضایت آگاهانه، قادر به

شرکت در مطالعه، داشتن تحصیلات حداقل دیپلم، دریافت تشخیص اختلال اضطراب فراگیر بر اساس نقطه برش مقیاس کوتاه اختلال اضطراب فراگیر ((GAD-7 که (۵/۹۵) می‌باشد، مصاحبه بالینی بر اساس DSM-5 و عدم استفاده از دارودرمانی و روان‌درمانی در ۶ ماه گذشته. ملاک‌های خروج نیز شامل موارد زیر هستند: دریافت تشخیص اختلالات شخصیت مرزی، ضداجتماعی و اسکیزوتایپال بر اساس مصاحبه ساختاریافته اختلالات محور دو (SCID-II)، وجود نشانه‌های روان‌پریشی، اعتیاد به مواد، وجود نشانه‌های شدید کندی روانی حرکتی، ابتلا یا سابقه وجود دوره‌های خلقی شیدایی بر اساس مصاحبه تشخیصی ساختاریافته برای اختلالات روانی محور یک (SCID-I) و عدم همکاری و انجام ندادن تکالیف خانگی، غیبت بیش از یک‌سوم جلسات آموزشی.

در این پژوهش از دو روش درمانی استفاده شده است که یکی از آن‌ها درمان تدوینی اجتناب متقابل (تحت نظر هیأت علمی گروه روان‌شناسی دانشگاه لرستان تدوین شد) و درمان شناختی رفتاری هیجان‌مدار می‌باشد که در زیر خلاصه جلسات آن توضیح داده شده است.

بنا به پیشنهاد نیومن و همکاران (۲۰۱۴) وقتی افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر بتوانند واکنش‌های هیجانی خود را به وسیله راهبردهایی به‌غیر از نگرانی کنترل کنند و درمانگران بتوانند آن را به افراد مبتلا به این اختلال آموزش دهند، به‌عنوان مثال می‌توانند از راهبردهای تنظیم هیجان، یادگیری فنون و راهبردهای بین فردی، یادگیری پذیرش و تحمل آسیب‌های هیجانی، فنون درمان شناختی رفتاری به‌عنوان مثال از حساسیت‌زدایی منظم برای این افراد مفید می‌باشد درمان تدوینی اجتناب متقابل باهدف کاهش رفتارنگرانی که به این مشکلات عاطفی زیربنایی پاسخ می‌دهد ممکن است موفق باشد درمانگر باید از مراجع بخواهد که بر تجربه فیزیولوژیکی و عاطفی خود تمرکز کند تا به‌طور کامل با تجربه تقابل منفی روبه‌رو شود. در هنگام قرار گرفتن در معرض رویارویی، درمان‌جویان باید با تجربه درونی تقابل که از یک حالت مثبت به یک حالت منفی تبدیل می‌شود، توجه کنند. هدف از این مواجهه‌سازی این نیست که فرد با ترس مواجهه شود بلکه به احساس درونی همگام با تقابل بین حالت‌های آرام و منفی همراه است، توجه کنند. این تکنیک را می‌توان به‌صورت درجه‌بندی شده انجام داد با

مقایسه اثربخشی درمان تدوینی اجتناب متقابل و درمان شناختی...؛ شفیع و همکاران | ۱۴۷

ایجاد یک سلسله مراتب بر اساس قدرت تقابلی که اگر در شرایط مختلف اتفاق بیافتد فرد بتواند آن را تجربه کند، به صراحت باید به هدف‌های بین فردی مراجعان جهت اجتناب از تقابلات هیجانی توجه شود. پس بنابراین بنا بر پیشنهاد نیومن و همکاران (۲۰۱۶) این درمان ترکیبی از درمان‌های شناختی-رفتاری (رویچاد، کرنر و داگاس^۱، ۲۰۱۹)، بین فردی^۲ (لیپسیتی، مارکوویتس و کری^۳، ۱۹۹۷)، پذیرش و تعهد (هییز و همکاران، ۲۰۰۶) و پردازش هیجانی (برکینگ و ویتلی^۴، ۲۰۱۴) می‌باشد. مراحل درمان به شرح زیر است.

جلسات درمان تدوینی اجتناب متضاد از نگرانی
جلسه ۱، آشنایی اعضای گروه باهم دیگر، بیان انتظارات در فرآیند درمان، بالا بردن میزان اطلاعات درباره اختلال اضطراب فراگیر، ذکر چارچوب‌های گروه‌درمانی.
جلسه ۲، برانگیختن انواع هیجانات و عواطف و پیامدهای آن‌ها، مرتبط ساختن مشکلات به روابط بین فردی در آن‌ها، ایفای نقش. معرفی ناامیدی خلاق و بررسی ناکارآمدی عادات قبلی در مواجهه با اضطراب
جلسه ۳، دادن اطلاعات درباره نگرانی‌ها، یادگیری راه کارهای حل مسئله، همچنین سنجش هیجان‌ها و میزان آسیب‌پذیری هیجان‌ها، ایفای نقش در روابط بین فردی وقتی که نگرانی و یا هیجانات دارند.
جلسه ۴، یاددادن راه کارهای حل مسئله در موقعیت‌های مبهم، نقش هیجان‌ها و تأثیرگذاری متقابل هیجان‌ها در روابط بین فردی. پذیرش و قبول هیجان‌ها و تعهد رفتاری برای انجام آن‌ها.
جلسه ۵، سازمان‌دهی و برانگیختن هیجانات در اعضای گروه و بیان و تحلیل آن‌ها، پذیرش نقش آن‌ها در روابط بین فردی، معرفی ارزش‌ها و تعهد رفتاری برای آن‌ها.
جلسه ۶، ایفای نقش‌های جدید در زندگی و بیان و توضیح آن، ایجاد سازگاری در روابط بین فردی، آشنا کردن افراد گروه با انواع تحریف‌های شناختی و فرضیه‌های ناکارآمد، آموزش الگوهای حل تعارض.
جلسه ۷، آموزش تغییر دادن موقعیت‌ها برای برانگیختن هیجان‌ها و پذیرش این هیجان‌ها، یاددادن راه کارهای حل مسئله مرتبط با این موقعیت‌های مبهم، یادگیری مهارت‌های روابط بین فردی، اظهار وجود در روابط اجتماعی و حل کردن تعارض‌های بین فردی.
جلسه ۸، تعارض‌ها را کشف و راهبردهای حل مسئله مرتبط با آن آموزش داده می‌شود، باورهای مثبت و منفی مرتبط با نگرانی را شناسایی و بحث و تحلیل آن‌ها، نقد باورها بر مبنای تکنیک وکیل مدافع.
جلسه ۹، آموزش آرمیدگی عضلانی هم‌زمان با تصویرسازی ذهنی، حساسیت‌زدایی منظم، تغییر ارزیابی‌های شناختی و شناسایی ارزیابی‌های اشتباه و تأثیرات آن بر هیجان‌ها و آموزش دادن راه کارهای ارزیابی مجدد،

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

اصلاح نارسایی‌ها در روابط بین فردی.
جلسه ۱۰، بررسی راه‌کارهای بازداری و بررسی پیامدهای هیجانی مرتبط با آن‌ها و پذیرش هیجانات، مواجهه، آموزش ابراز هیجان، تصحیح رفتار به‌وسیله تغییر دادن تقویت‌کننده‌ها، یاددادن تخلیه هیجانی، حساسیت‌زدایی منظم.
جلسه ۱۱، بالا بردن میزان اطلاعات مرتبط با مقطعی بودن اجتناب برای کم کردن میزان نگرانی، حساسیت‌زدایی منظم مرتبط با موقعیت‌هایی اضطراب‌زا و موقعیت‌های مبهم، عدم اجتناب از روابط بین فردی و پیامدهای هیجانی مرتبط با آن. پذیرش و تعهد رفتاری برای انجام آن‌ها.
جلسه ۱۲، ارزیابی مجدد و رفع موانع برای انجام دادن مهارت‌های یاد گرفته‌شده، تثبیت تغییرات به وجود آمده و انتقال آن به زندگی روزمره.

درمان شناختی رفتاری هیجان‌مدار توسط سونگ و همکارانش (۲۰۱۸) طراحی شده است. درمان ECBT شامل اجزای اصلی CBT است، ولی محتوای آن به‌طور خاصی برای حل مشکلات مختلف تنظیم هیجانات است. در کل، هدف ECBT این است که به افراد کمک کند تا مهارت‌های تنظیم هیجان بیشتری را به وجود آورند که فراتر از تجربه اضطراب/ترس است. مراحل درمان به‌قرار زیر است.

جلسات درمان شناختی-رفتاری هیجان‌مدار
جلسه ۱، برقراری ارتباط و ایجاد تعهد در درمان، توضیح درباره ماهیت اضطراب و عوامل و نشانه‌های آن، مفهوم‌سازی درمان شناختی-رفتاری متمرکز بر هیجان و ذکر چارچوب‌های گروه‌درمانی.
جلسه ۲، مشاهده و ارزیابی آزمودنی‌ها بر اساس توانایی تمرکز بر تجربیات درونی، شناسایی هیجان‌های اساسی که زیربنای موقعیت‌های اضطرابی هستند، آموزش تفاوت عملکرد انواع هیجان‌ها.
جلسه ۳، اطلاعات راجع به ابعاد مختلف هیجان و اثرات آن‌ها، روش‌های تنفس عمیق، ارزیابی عملکرد هیجان‌ها در فرایند سازگاری انسان و فواید آن‌ها و مثال‌هایی از تجربه‌های واقعی آن‌ها،
جلسه ۴، منطبق و دلیل آموزش آرمیدگی پیشرونده، تغییر در مسائلی که زیربنای نیازهای هیجانی و چرخه هیجانی مطلوب هستند، ایجاد شرایط در جهت بروز تجربیات معمولاً ناخوشایند هیجانی و به چالش کشیدن آن‌ها.
جلسه ۵، مواجهه با هیجانات مرتبط با اضطراب، بازسازی شناختی مرتبط با هیجان‌ها، استفاده از تکنیک آرام‌سازی، مواجهه‌سازی به‌صورت تصویرسازی ذهنی با هیجان‌های که در تنظیم آن مشکل دارند.
جلسه ۶، شناسایی موقعیت‌های برانگیزاننده هیجان و ایجاد تغییر در موقعیت برانگیزاننده هیجان. آموزش آرمیدگی ذهنی، مواجهه‌سازی به‌صورت تصویرسازی ذهنی با هیجان‌های که در تنظیم آن مشکل دارند.
جلسه ۷، شناسایی و کنترل نیازها، امیال و عوامل زیربنایی هیجان‌ها، آموزش آرمیدگی ذهنی، مواجهه‌سازی

به صورت تصویرسازی ذهنی با هیجان‌های که در تنظیم آن مشکل دارند.
جلسه ۸، شناسایی و بررسی باورهای اصلی مرتبط با هیجان‌های خاص اضطراب زاء، آموزش آرمیدگی پیشرونده، مواجهه ذهنی و تمرین مقابله‌ای در برابر هیجان‌های ناسازگار، ایجاد دیدگاه‌های جدید.
جلسه ۹، تسهیل در بیان و توصیف احساس‌ها، نیازها و آرزوها، تغییر ارزیابی‌های شناختی، شناسایی ارزیابی‌های غلط و اثرات آن‌ها روی حالت‌های هیجانی، آموزش راهبرد باز-ارزیابی.
جلسه ۱۰، ادامه مواجهه ذهنی و تمرین مقابله‌ای. آموزش فرایند انتقال احساس ناامیدی، خشم و شرم آزمودنی‌ها به ایجاد و افزایش توانایی مواجهه با مشکلات و تغییرات در جنبه‌های مهم زندگی.
جلسه ۱۱، تغییر پیامدهای رفتاری و فیزیولوژیکی هیجان، شناسایی میزان و نحوه استفاده از راهبرد بازداری و بررسی پیامدهای هیجانی آن، آموزش تخلیه هیجانی، آرمیدگی و عمل معکوس.

یافته‌ها

۱۵ نفر زن مبتلابه اختلال اضطراب فراگیر برای درمان تدوینی اجتناب متضاد (درمان طرحی شده توسط محقق)، با میانگین سنی ۳۰/۹۵ و انحراف معیار ۶/۹۴ که ۸ نفر کارشناسی، ۶ نفر دیپلم، ۱ نفر ارشد و ۱۳ نفر مجرد، ۲ نفر متأهل، ۱۵ نفر زن مبتلابه اختلال اضطراب فراگیر برای درمان شناختی-رفتاری هیجان مدار با میانگین سنی ۳۰/۱۹، انحراف معیار ۶/۰۷، ۷ نفر کارشناسی، ۷ نفر دیپلم، ۱ نفر ارشد، ۱۶ نفر مجرد، ۱ نفر متأهل و ۱۵ نفر زن مبتلابه اختلال اضطراب فراگیر برای گروه گواه با میانگین سنی ۳۱/۹۹ و انحراف معیار ۷/۷۳، ۶ نفر کارشناسی، ۸ نفر دیپلم، ۲ نفر ارشد، ۱۱ نفر مجرد، ۴ نفر متأهل می‌باشد که در این پژوهش شرکت کردند.

جدول ۱. مقایسه سن آزمودنی‌ها بر اساس تحلیل واریانس یک‌راهه

متغیرها	گروه‌ها	میانگین	انحراف معیار	مجموع مجدورات	درجات آزادی	میانگین مجدورات	F	سطح معنی‌داری	اندازه اثر
سن	درمان تدوینی CAQ	۳۰/۹۵	۶/۹۴	۱۱/۳۷	۲	۵/۶۸	۱/۹۹	۰/۴۵	۰/۰۸
	درمان ECBT	۳۰/۱۹	۶/۰۷						
	گواه	۳۱/۹۹	۷/۷۳						

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

جدول ۲. شاخص‌های توصیفی علائم اختلال اضطراب فراگیر در دو مرحله پیش‌آزمون و

پس‌آزمون

متغیرها	مرحله سنجش	گروه‌ها	میانگین	انحراف معیار
GAD	پیش‌آزمون	درمان تدوینی CAQ	۱۱/۸۷	۶/۱۵
	پیش‌آزمون	درمان ECBT	۱۲/۹۲	۵/۹۴
	پیش‌آزمون	گواه	۱۳/۱۸	۶/۸۲
	پس‌آزمون	درمان تدوینی CAQ	۶/۹۱	۴/۰۳
	پس‌آزمون	درمان ECBT	۸/۸۶	۴/۸۷
	پس‌آزمون	گواه ۲۸	۱۲/۱۵	۶/۲۳/

جدول ۲، میانگین و انحراف معیار نمرات علائم اختلال اضطراب فراگیر را نشان می‌دهد. در به کار بردن تحلیل کوواریانس چند متغیری، رعایت پیش‌فرض‌های آن ضروری است. در این اینجا، بعضی از مهم‌ترین موارد آن را موردبررسی قرار داده‌ایم. برای بررسی بهنجار بودن متغیرها از آزمون کالموگروف اسمیرنوف استفاده شد که پیش‌فرض بهنجار بودن متغیرهای پژوهش در پیش‌آزمون و پس‌آزمون برای همه متغیرها رعایت شده است و توزیع تمام متغیرها بهنجار می‌باشد ($p > 0/05$)، برای بررسی همگنی ماتریس‌های واریانس-کوواریانس، آزمون M باکس را به کار بردیم ($P = 0/074$ ، $f = 2/78$ ؛ $M = 16/674$)، برای بررسی واریانس‌ها در متغیر وابسته از آزمون لوین استفاده شده است، مقدار F در آزمون لوین برای متغیر اختلال اضطراب فراگیر ($p = 0/05$ و $F = 3/98$)، معنی‌دار نمی‌باشند. پس می‌توان گفت که واریانس‌های خطا در متغیرهای پژوهش در گروه‌های آزمایش و گواه دارای تفاوت معنی‌داری نمی‌باشند و این فرض تأیید می‌شود.

جدول ۳. نتایج آزمون‌های چند متغیری

اثر	ارزش	F	Df	df	معنی داری	مجذور اتا	قدرت آزمون
پیلایی	۰/۶۸	۱۰/۲۷	۴	۰/۶۱	۰/۰۰۱	۰/۴۳	۱
لامبدای ویلکز	۰/۳۵	۱۴/۵۵	۴	۰/۵۸	۰/۰۰۱	۰/۵۲	۱
هتلینگ	۲/۰۳	۱۹/۲۸	۴	۰/۵۶	۰/۰۰۱	۰/۵۸	۱
بزرگ‌ترین ریشه روی	۲/۰۲	۴۰/۴۱	۴	۰/۶۲	۰/۰۰۱	۰/۶۳	۱

همان‌طور که جدول بالا نشان می‌دهد تفاوت بین سه گروه به میزان ۳۵ درصد می‌باشد، یعنی تفاوت بین گروه‌ها معنادار می‌باشد، پس بنابراین می‌توان آزمون کواریانس چند متغیره را انجام داد.

جدول ۴. نتایج آزمون کواریانس تک متغیره بر روی پس‌آزمون متغیرهای پژوهش

منابع	متغیر وابسته	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معناداری	مجذور اتا	قدرت آزمون
پیش‌آزمون	GAD	۳۶/۶۰۶	۲	۱۸/۳۰۲	۱/۱۷	۰/۵۴	۰/۰۷	۰/۲۷
عضویت گروهی	GAD	۲۷۰۹/۴۵	۲	۱۳۵۴/۷۲	۱۲/۶۸	۰/۰۰۱	۰/۴۸	۱

مطابق جدول، همان‌طور که می‌بینید، نتایج تحلیل کواریانس حاکی از آن است که پس از تعدیل کردن نمرات پیش‌آزمون تفاوت معناداری بین گروه درمان تدوینی اجتناب متقابل، درمان شناختی-رفتاری هیجان‌مدار و گروه گواه وجود دارد (p ۰/۰۵).

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

جدول ۵. نتایج تحلیل آزمون تعقیبی بنفرونی برای گروه‌های سه‌گانه در متغیر اضطراب فراگیر.

متغیر	گروه	گروه‌ها	تفاوت میانگین	خطای استاندارد	معنی داری
GAD	ECBT	گواه	۱۹/۲۸	۳/۷۳	۰/۰۰۱
		CAQ	۶/۲۷	۳/۸۵	۰/۳۳

متغیر	گروه	گروه‌ها	تفاوت میانگین	خطای استاندارد	معنی‌داری
	گواه	ECBT	۱۹/۲۸	۳/۷۳	۰/۰۰۱
		CAQ	۲۵/۵۶	۴/۰۱	۰/۰۰۱
	CAQ	ECBT	۶/۲۷	۳/۸۵	۰/۳۳
		گواه	۲۵/۵۶	۴/۰۱	۰/۰۰۱

همان‌طور که در جدول ۵، ملاحظه می‌کنید بین گروه‌های آزمایش با گروه گواه تفاوت آماری معناداری وجود دارد ($P < ۰/۰۵$)، دو گروه آزمایشی نسبت به گروه گواه به‌طور معناداری کاهش بیشتری را در علائم اختلال اضطراب فراگیر تجربه کرده‌اند. گرچه طبق جدول ۱، میزان تغییر میانگی‌ها در گروه درمان تدوینی اجتناب متقابل بیشتر از گروه درمان شناختی-رفتاری هیجان‌مدار بود، اما بین دو گروه آزمایشی در متغیر علائم اختلال اضطراب فراگیر تفاوت آماری معناداری وجود ندارد ($P > ۰/۰۵$).

بحث

نتایج پژوهش حاضر نشان می‌دهد که درمان تدوینی اجتناب متقابل و درمان شناختی-رفتاری هیجان‌مدار موجب کاهش علائم اختلال اضطراب فراگیر نسبت به گروه گواه می‌شود، همان‌طور که نتایج این پژوهش نشان داد علائم اختلال اضطراب فراگیر در افراد گروه درمان تدوینی اجتناب متقابل و درمان شناختی-رفتاری هیجان‌مدار در مرحله پس‌آزمون کاهش یافته است؛ اما دو گروه آزمایشی باهم تفاوتی نداشتند و به دلیل اینکه رویکرد درمان تدوینی اجتناب متقابل در حال گسترش می‌باشد و داده آزمایشی در مورد این درمان وجود ندارد، امکان مقایسه دقیق آن با دیگر پژوهش‌ها وجود ندارد. ولی درمان شناختی رفتاری هیجان‌مدار بر علائم اختلال اضطراب فراگیر نیز اثربخش است که با یافته‌های سونگ و همکاران (۲۰۱۸)، تیملاک و همکاران (۲۰۱۷)، تیملاک و همکاران (۲۰۱۸) همخوان می‌باشد. در تبیین این یافته می‌توان گفت که افراد مبتلابه اختلال اضطراب فراگیر برای درک و پاسخ دادن به موقعیت‌های محیطی، الگوهای ناسازگارانه‌ای را به کار می‌برند و راهبردهای مقابله‌ای متناسب را یاد نگرفته‌اند، افراد مبتلابه طور مرتب

دارای نگرانی، احساس تهدید و اجتناب از محیط می‌باشند و بعدازاینکه مدت‌های طولانی این راهبردهای ناسازگارانه را به کاربردند، این الگوها به صورت پاسخ‌های مداوم و اتوماتیک درمی‌آید. باورها، هیجانات و رفتارهای اضطرابی به صورت تکراری و مداوم هستند و در آخر این زنجیره به صورت ناخودآگاه درمی‌آید. یادگیری فنون شناختی باعث تغییر در سبک پردازش افراد مبتلا می‌شود و با یادگیری شیوه‌های تحلیل منطقی راه کارهای جدیدی برای حل مشکلات افراد مبتلا بیان می‌شود، همچنین یادگیری تنفس عمیق، آرامیدگی پیش‌رونده و آرامش ذهنی باعث بهبود نشانه‌های شروع کننده اضطراب می‌شوند و تنش جسمانی را کاهش می‌دهند، این فنون را مهارت‌های تنظیم هیجانات اساسی نام‌گذاری کرده‌اند که بیماران فاقد آن هستند (روبیچاد، کرنر و دیگاس^۱، ۲۰۱۹).

در تبیین دیگر می‌توان گفت که یادگیری مهارت‌های تنظیم کردن هیجانات که شامل اصلاح و بالا بردن مهارت‌های بهبود، پذیرش و قبول احساسات منفی، می‌تواند در کاهش علائم اختلال اضطراب فراگیر مؤثر واقع شود، چون که افراد مبتلا به این اختلال در تنظیم هیجانات و الگوهای هیجانی خود دارای مشکل هستند (لیدی^۲، ۲۰۱۹). افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر از نظر هیجانات افرادی فوق‌العاده حساس هستند، این افراد در روبه‌رو شدن با موقعیت‌های مبهم و پیچیده، هیجانات را با شدت بیشتری تجربه می‌کنند، پس در نتیجه این افراد بیشتر درگیر راهبردهای منفی در تنظیم هیجانات خود هستند و با یادگیری مهارت‌های نظم جویی در هیجانات از شیوه‌های سازگارانه و کارآمدی برای تنظیم هیجانات خود استفاده می‌کنند و در نتیجه علائم اختلال اضطراب فراگیر کاهش می‌یابد (لیدی، ۲۰۱۹).

تکنیک‌های شناختی به افراد یاد می‌دهد که افکار اضطرابی را شناسایی و این افکار را در زندگی روزمره مورد آزمایش قرار دهند، راهبردهای شناختی به افراد کمک می‌کند که استنباط‌ها و تحلیل‌های غلط خود را اصلاح کنند و باورهای جدیدی را جانشین آن‌ها کنند. آن‌ها یاد می‌گیرند که ابهام و پیچیدگی از خصوصیات بارز موقعیت‌های مختلف در

1. Robichaud, Koerner, Dugas

2. Leahy

زندگی است و از نظر شناختی انعطاف‌پذیری بیشتری را داشته باشند و در نهایت راهبردهای شناختی جدید را به‌عنوان راهبردهای مقابله‌ای مناسب در برابر موقعیت‌های تنش‌زا و اضطراب‌آور به کار ببرند (ارازو، هازلت-استیونز^۱، ۲۰۱۸). تکنیک‌های که رفتارهای اضطرابی را تصحیح می‌کنند، شامل؛ شناسایی رفتارهای مرتبط با نگرانی، شناسایی و اصلاح رفتارهای اجتنابی فعال و منفعل، تصویرسازی ذهنی و تمرینات مقابله‌ای، تغییر سبک زندگی و شناسایی سرخ‌هایی که نادیده گرفته شده‌اند، می‌باشند. تکنیک‌های رفتاری به‌وسیلهٔ مواجهه و بازداري پاسخ باعث می‌شوند که این رفتارها به‌تدریج حذف شوند (روبیچاد و همکاران، ۲۰۱۹).

نگرانی در افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر باعث می‌شود که این افراد از تجارب هیجانات منفی اجتناب کنند. تحلیل کردن تجارب هیجانی به‌طور شناختی باعث می‌شود که فرد مبتلا از حالت‌های هیجانی خودآگاهی نداشته باشد، در نتیجه این افراد در شناسایی هیجان‌های اولیه دچار ناتوانی می‌شوند و هیجانات خود را به‌صورت مبهم و غیرقابل تفکیک تجربه می‌کنند (چتوال و لن^۲، ۲۰۱۶). با توجه به نگرانی‌های مکرر و پریشانی‌های درونی که در افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر وجود دارد، افراد مبتلا احتیاج زیادی برای استفاده از راهبردهای تنظیم هیجان دارند (دادفرنیا، هادیان فر، رحیمی و افلاکسیر، ۲۰۱۹). فرض بر این است که بین الگوهای هیجانی افراد و میزان اضطرابی که تجربه می‌کنند رابطه معناداری وجود دارد، پس بنابراین یادگیری و به کار بردن تکنیک‌های که بر اصلاح و بهبود تنظیم هیجان و اصلاح نگرش افراد نسبت به هیجانات خود تأکید دارد، باعث می‌شود که الگوهای هیجانی منفی فرد اصلاح و منجر به افزایش الگوهای هیجانی مثبت در فرد شود، اصلاح و بهبود هیجان‌های منفی در فرد منجر به کاهش و بهبود علائم اختلالات روانی من جمله اختلال اضطراب فراگیر شود (مرواریدی، مشهدی، سپهری-شاملو و لیدی، ۲۰۱۹).

همچنین یافته‌های این پژوهش حاکی از آن بود که درمان تدوینی اجتناب متقابل

1. Erazo, Hazlett-Stevens
2. Chhatwal, Lane

منجر به کاهش شدت علائم اختلال اضطراب فراگیر در افراد مبتلابه اختلال اضطراب فراگیر می‌شود، به دلیل آنکه این درمان یک درمان تدوینی می‌باشد و از ترکیب پروتکل‌های درمانی شناختی- رفتاری، تنظیم هیجان، پذیرش و تعهد و درمان میان فردی تهیه شده است، به همین دلیل می‌توان گفت که یافته پژوهش حاضر با یافته‌هایی این پروتکل‌های درمانی که بر شدت علائم اختلال اضطراب فراگیر در افراد مبتلابه این اختلال مؤثر بوده‌اند، همخوان می‌باشد. لارا و همکاران (۲۰۱۴)، لارا و همکاران (۲۰۱۷)، کوین و همکاران (۲۰۱۹) و وسترا و همکاران (۲۰۱۶) همسو می‌باشند. در تبیین این یافته می‌توان چنین گفت که یادگیری فنون آموزشی خودکنترلی باورها و اندیشه‌ها، رویارویی، پیشگیری و مدیریت پاسخ‌ها که نتایج مثبتی را در تحقیقات گذشته داشته‌اند، از تکنیک‌های به کار برده شده در این پروتکل درمانی بود. این تکنیک‌ها به افراد مبتلا کمک می‌کنند تا اندیشه‌هایی که مولد هیجان‌های اضطراب‌زا هستند را شناسایی کنند. وقتی که بیماران یاد گرفتند هیجان‌های مرتبط با موقعیت‌های مختلف را شناسایی کنند، باعث می‌شود که آن‌ها احساس امنیت را در رویارویی با موقعیت‌های مبهم و پیچیده را داشته باشند و بتوانند عکس‌العمل‌های مناسب را اتخاذ کنند (پاست^۱، ۲۰۱۴). یکی دیگر از اهداف این پروتکل درمانی درک هیجان‌ها و بالا بردن آگاهی نسبت به آن‌ها با یادگیری فنون ذهن آگاهی می‌باشد، در این جلسات مراجعین یاد می‌گیرند که همه هیجان‌ها مثبت و منفی دارای اهمیت هستند و نباید از این هیجان‌ها اجتناب کرد، بلکه باید این هیجان‌ها را شناسایی کرد و بپذیرند که این هیجان‌ها قسمتی از زندگی می‌باشد (ناصری، مشهدی، بیگدلی، چمن‌آباد و ایلارد^۲، ۲۰۲۰). حساسیت اضطرابی^۳ یک هدف مهم درمانی برای افراد مبتلابه اختلال اضطراب فراگیر می‌باشد که ما در این پروتکل درمانی آن را مورد توجه قرار دادیم، کم کردن میزان حساسیت اضطرابی منجر به تغییر هیجان‌ها می‌شود (هون کامپ-هرملینک و.شار، باتلن، پننیکس، جارونیمس^۴، ۲۰۱۹)، یکی از فنون که

1. Post

2. Ellard

3. Anxiety sensitivity

4. Hovenkamp-Hermelink, Voshaar, Batelaan, Penninx, Jeronimus

باعث کاهش حساسیت اضطرابی می‌شود مواجهه هیجانی است، این تکنیک باعث کاهش علائم اختلال اضطراب می‌شود (فنستین، خلسا، یه، زوبی و ارویان^۱، ۲۰۱۸) که در این پروتکل درمانی آن را به مراجعین آموزش داده شد.

افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر دارای نقص در تنظیم هیجان‌ها هستند (ایورس^۲، ۲۰۱۸)، افرادی که در نشان دادن و تجربه کردن هیجان‌ها دارای اختلال هستند از شیوه‌های ناسازگار برای تنظیم کردن هیجان‌های خود استفاده می‌کنند، به‌عنوان مثال از سرکوب و اجتناب، پنهان کردن و انکار کردن هیجان‌ها استفاده می‌کنند که منجر به پیامدهای نامطلوبی برای فرد می‌شود (کنیلند، دیویدو، جوورمن و کلارک^۳، ۲۰۱۶). تکنیک‌های به‌کاربرده شده در این پروتکل درمانی به افراد آموزش می‌دهد که چگونه با هیجان‌های خود کنار بیایند و به روش مناسبی به هیجان‌ها پاسخ دهند و با تنظیم کردن عادت‌های هیجانی میزان شدت هیجان‌ها و دفعات وقوع آن‌ها را کاهش دهد و به این صورت سطح آسیب‌پذیری کاهش می‌یابد، اندیشه‌ها، اعمال و هیجان‌ها باهم در تعامل متقابل هستند و هرکدام از این موارد در میزان و دفعات وقوع هیجان‌ها دارای نقش اساسی می‌باشند (ناصری و همکاران، ۲۰۲۰).

در این پروتکل درمانی سعی شد مهارت‌های بین فردی تقویت شود، تحریف‌های شناختی در افراد مبتلا اصلاح شود، تکنیک‌هایی مانند؛ تغییر دادن نقش‌های قبلی در روابط بین فردی و یادگرفتن نقش‌های جدید در روابط بین فردی و همچنین اصلاح مشکلات در روابط بین فردی می‌تواند منجر به کاهش علائم اضطراب شود، به دلیل آنکه افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر دارای مشکلات اجتماعی هستند و این مشکلات بر خلق و رفتارهای بین فردی در زندگی روزمره آن‌ها تأثیر می‌گذارد و خلق نیز به‌طور متقابل در روابط بین فردی نیز دارای نقشی اساسی است، شناسایی مشکلات در روابط بین فردی و یادگرفتن روابط میان فردی درست و منطقی می‌تواند منجر به بهبود علائم اختلال اضطراب

-
1. Feinstein, Khalsa, Yeh, Zoubi, Arevian
 2. Evers
 3. Kneeland, Dovidio, Joormann, Clark

فراگیر شود (وان-برونسویجک، لیمنز، هیبرز، ارنتز و پیترز^۱، ۲۰۱۸).

افراد مبتلابه اختلال اضطراب فراگیر تلاش می‌کنند که از تجارب اضطراب‌زا اجتناب کنند که این خود باعث تشدید علائم اختلال می‌شود، در کل اجتناب باعث افزایش تعداد و شدت افکار و هیجانات اجتناب شده می‌گردد، لازمه کوشش کردن برای کنترل اضطراب، فکر کردن درباره خود اضطراب است که این خود مسبب افزایش اضطراب است، به همین خاطر است که اجتناب باعث تشدید آن‌ها می‌شود، به همین دلیل به افراد یاد داده می‌شود که افکار، هیجانات منفی را همانگونه که هستند بپذیرد و با آن‌ها کنار بیاید (ایوانوا، لیندner، دهلین، ورن مارک و اندرسون^۲، ۲۰۱۶). به افراد آموزش داده می‌شود که از افکار و موقعیت‌های که باعث اضطراب و تنش در او می‌شود اجتناب فکری و عملی نداشته باشد و در برابر اندیشه‌ها، باورها و هیجانات درونی، میزان پذیرش روانی خود را بالا ببرد و در مقابل آن‌ها را به‌عنوان یک نوع هدف تلقی کند و خود را ملزم به انجام دادن آن‌ها بداند و به این طریق می‌تواند با علائم اختلال خود مقابله کند، درواقع روبه‌رو شدن مکرر و فعال با اندیشه‌ها و هیجانات، امتناع کردن از اجتناب، تغییر نگرش نسبت به خود و قصه‌ای که در آن فرد نقش یک قربانی را دارد، ارزیابی و اصلاح ارزش‌ها و هدف‌های زندگی و در آخر خود را ملزم به انجام دادن اهداف تعیین شده کند که در نتیجه باعث کاهش علائم اختلال می‌شود (آرچ و متچل^۳، ۲۰۱۶).

در کل نتایج این پژوهش نشان داد که درمان تدوینی اجتناب متقابل و درمان شناختی رفتاری هیجان مدار بر شدت علائم اختلال اضطراب فراگیر زنان مبتلابه این اختلال مؤثر است، با اینکه میزان میانگین نمرات در درمان تدوینی اجتناب متقابل تا حدی بالاتر از درمان شناختی رفتاری هیجان مدار بود، اما از نظر آماری این تفاوت معنادار نبود. درمان تدوینی اجتناب متقابل علاوه بر ترکیب فنون درمان‌های دیگر، این درمان بر نگرانی که پاسخی در برابر مشکلات هیجانی زیربنایی است، تأکید دارد، در این درمان بر تجربه

-
1. Van Bronswijk, Lemmens LH, Huibers, Arntz, Peeters
 2. Ivanova, Lindner, Dahlin, Vernmark, Andersson
 3. Arch, Mitchell

فیزیولوژیکی و هیجانی مراجعه متمرکز است تا مراجعه بتواند باتجربه‌ی تقابل هیجانی مواجهه شود، یعنی باتجربه درونی تقابل هیجانی که از یک حالت هیجان مثبت به یک حالت هیجان منفی تبدیل می‌شود (نیومن و همکاران، ۲۰۱۴)، توجه کنند که این ممکن است یکی از علل زیربنایی اختلال اضطراب فراگیر باشد را مورد هدف قرار دهد و بدین طریق بتواند نسبت به درمان‌های دیگر مؤثرتر و کارا تر باشد و احتمالاً در مطالعات آینده می‌توان اثرگذاری بیشتر آن را مشاهده کرد.

این مطالعه نیز همانند سایر مطالعات دارای محدودیت‌هایی است، در این مطالعه فقط از زنان مبتلابه اختلال اضطراب فراگیر استفاده شد، پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آینده بر روی هر دو جنس انجام شود تا امکان مقایسه بین دو جنس وجود داشته باشد، آزمودنی‌ها به صورت در دسترس و داوطلبانه انتخاب شدند که می‌توان تعمیم‌پذیری یافته‌ها را با محدودیت مواجهه کند، اثر اجرای پیش‌آزمون بر پس‌آزمون، عدم پیگیری درمان در طول زمان نیز یکی دیگر از محدودیت‌های این پژوهش می‌باشد، یکی دیگر از محدودیت‌های این پژوهش این بود که آزمودنی‌ها، از افراد تحصیل کرده و دانشگاهی و بالای ۱۸ سال بودند که تعمیم نتایج پژوهش را به دیگر اقشار جامعه محدود می‌سازد پیشنهاد می‌شود که در مطالعات آینده با کنترل کردن این متغیرهای مزاحم انجام گیرد و همچنین اثربخشی رویکرد درمان تدوینی در پژوهش حاضر در اختلالات روانی که زیربنایی هیجانی دارند، نیز می‌تواند است مؤثر واقع شود.

ORCID

Masumeh Shafiei

Fatemeh Rezaei

Masoud Sadeghi



<https://orcid.org/0000-0002-5289-3002>



<https://orcid.org/0000-0002-9025-5079>



<https://orcid.org/0000-0002-4020-7132>

منابع

- بیتا، فاطمه، محمدی، نورالله. (۱۳۹۶). ویژگی‌های روان‌سنجی چهارمین ویرایش پرسشنامه تشخیصی اختلال اضطراب فراگیر. فصلنامه علمی- پژوهشی روش‌ها و مدل‌های روان‌شناختی، ۱۸(۳)، ۸۷-۱۰۴.
- سرمد، زهره، بازرگان، عباس، حجازی، الهه. (۱۳۹۳). روش‌های تحقیق در علوم رفتاری، نشر آگه، تهران، چاپ بیست و ششم
- . شفیع، معصومه، رضایی، فاطمه، صادقی، مسعود. (۱۳۹۸). تدوین مدل اجتناب متقابل اختلال اضطراب فراگیر: مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر این مدل و درمان شناختی رفتاری هیجان مدار بر علائم اضطراب، شدت هیجان و کنترل عاطفی زنان مبتلابه اختلال اضطراب فراگیر. پایان‌نامه دکتری دانشگاه لرستان.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)*. Washington, DC: Author.
- Arch, J.J, & Mitchell, J. L. (2016). An Acceptance and Commitment Therapy (ACT) group intervention for cancer survivors experiencing anxiety at re-entry. *Psycho-Oncology*, 25(5), 610-615.
- Bagheri Yazdi S, Bolhari J, Peyravi H. (2006). Mental health status of newly admitted students to Tehran University academic year. (Andeesheh Va Raftar). *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*.4 (1): 30-9.
- Berking, M, & Schwarz, J. (2014). Affect regulation training. *Handbook of emotion regulation*, 2. <https://doi.org/10.1007/978-1-4939-1022-9>.
- Berking M, Whitley B. Affect regulation training: A practitioners' manual. New York: Springer; 2014. <https://doi.org/10.1007/978-1-4939-1022-9>.
- Carl, E, Witcraft, S. M, Kauffman, B. Y, Gillespie, E. M, Becker, E. S, Cuijpers, P, ... & Powers, M. B. (2020). Psychological and pharmacological treatments for generalized anxiety disorder (GAD): a meta-analysis of randomized controlled trials. *Cognitive Behaviour Therapy*, 49(1), 1-21.
- Carnevali, L, Mancini, M, Koenig, J, Makovac, E, Watson, D. R, Meeten, F, ... & Ottaviani, C. (2019). Cortical morphometric predictors of autonomic dysfunction in generalized anxiety disorder. *Autonomic Neuroscience*, 217, 41-48.

- Chhatwal, J, & Lane, R. D. (2016). A cognitive-developmental model of emotional awareness and its application to the practice of psychotherapy. *Psychodynamic psychiatry*, 44(2), 305-325.
- Christ, C, Ten Have, M, de Graaf, R, van Schaik, D. J. F, Kikkert, M. J, Dekker, J. J. M, & Beekman, A. T. F. (2020). Mental disorders and the risk of adult violent and psychological victimisation: a prospective, population-based study. *Epidemiology and psychiatric sciences*, 29.
- Coyne, A. E, Constantino, M. J, Westra, H. A, & Antony, M. M. (2019). Interpersonal change as a mediator of the within-and between-patient alliance-outcome association in two treatments for generalized anxiety disorder. *Journal of consulting and clinical psychology*, 87(5), 472.
- Crouch, T. A, Lewis, J. A, Erickson, T. M, & Newman, M. G. (2017). Prospective investigation of the contrast avoidance model of generalized anxiety and worry. *Behavior therapy*, 48(4), 544-556.
- Dadfarnia, S, Hadianfard, H, Rahimi, C, & Aflakseir, A. (2019). Emotion Regulation Therapy for Social Anxiety Disorder Comorbid with Major Depressive Disorder: A Case Study. *International Journal of Behavioral Sciences*, 13(2), 68-72.
- DeMartini, J, Patel, G, & Fancher, T. L. (2019). Generalized anxiety disorder. *Annals of internal medicine*, 170(7), ITC49-ITC64.
- Diefenbach, G. J, Rabany, L, Hallion, L. S, Tolin, D. F, Goethe, J. W, Gueorguieva, R, ... & Assaf, M. (2019). Sleep improvements and associations with default mode network functional connectivity following rTMS for generalized anxiety disorder. *Brain Stimulation: Basic, Translational, and Clinical Research in Neuromodulation*, 12(1), 184-186.
- Erazo, E. C, & Hazlett-Stevens, H. (2018). Generalized Anxiety Disorder. In *Principle-Based Stepped Care and Brief Psychotherapy for Integrated Care Settings* (pp. 203-213). Springer, Cham.
- Evers, C. (2018). *Emotion regulation and self-control: Implications for health behaviors and wellbeing*.
- Feinstein, J. S, Khalsa, S. S, Yeh, H, Al Zoubi, O, Arevian, A. C, Wohlrab, C, ... & Paulus, M. P. (2018). The elicitation of relaxation and interoceptive awareness using floatation therapy in individuals with high anxiety sensitivity. *Biological Psychiatry: Cognitive Neuroscience and Neuroimaging*, 3(6), 555-562.
- Hayes, S. C, Luoma, J. B, Bond, F. W, Masuda, A, & Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour research and therapy*, 44(1), 1-25.

- Hovenkamp-Hermelink, J. H, Voshaar, R. C. O, Batelaan, N. M, Penninx, B. W, Jeronimus, B. F, Schoevers, R. A, & Riese, H. (2019). Anxiety sensitivity, its stability and longitudinal association with severity of anxiety symptoms. *Scientific reports*, 9(1), 1-7.
- Arch, J. J, & Mitchell, J. L. (2016). An Acceptance and Commitment Therapy (ACT) group intervention for cancer survivors experiencing anxiety at re-entry. *Psycho-Oncology*, 25(5), 610-615.
- Kim, K. L, Christensen, R. E, Ruggieri, A, Schettini, E, Freeman, J. B, Garcia, A. M, ... & Dickstein, D. P. (2019). Cognitive performance of youth with primary generalized anxiety disorder versus primary obsessive-compulsive disorder. *Depression and anxiety*, 36(2), 130-140.
- Kneeland, E. T, Dovidio, J. F, Joormann, J, & Clark, M. S. (2016). Emotion malleability beliefs, emotion regulation, and psychopathology: Integrating affective and clinical science. *Clinical psychology review*, 45, 81-88.
- LaFreniere, L. S, & Newman, M. G. (2019). Exposing worry's deceit: Percentage of untrue worries in generalized anxiety disorder treatment. *Behavior Therapy*.
- Leahy, R. L. (2019). Introduction: Emotional Schemas and Emotional Schema Therapy. *International Journal of Cognitive Therapy*, 12(1), 1-4.
- Leonard, K, & Abramovitch, A. (2019). Cognitive functions in young adults with generalized anxiety disorder. *European Psychiatry*, 56(1), 1-7.
- Lipsitz, J. D, Markowitz, J. C, & Cherry, S. (1997). Manual for interpersonal psychotherapy of social phobia. *Unpublished Manuscript. Columbia University College of Physicians and Surgeons*.
- Llera, S. J, & Newman, M. G. (2017). Development and validation of two measures of emotional contrast avoidance: The contrast avoidance questionnaires. *Journal of anxiety disorders*, 49, 114-127.
- Mennin, D. S, Fresco, D. M, O'Toole, M. S, & Heimberg, R. G. (2018). A randomized controlled trial of emotion regulation therapy for generalized anxiety disorder with and without co-occurring depression. *Journal of consulting and clinical psychology*, 86(3), 268.
- Morvaridi, M, Mashhadi, A, Shamloo, Z. S, & Leahy, R. L. (2019). The effectiveness of group emotional schema therapy on emotional regulation and social anxiety symptoms. *International Journal of Cognitive Therapy*, 12(1), 16-24.
- Nasiri, F, Mashhadi, A, Bigdeli, I, Chamanabad, A. G, & Ellard, K. K. (2020). Augmenting the unified protocol for transdiagnostic treatment

of emotional disorders with transcranial direct current stimulation in individuals with generalized anxiety disorder and comorbid depression: A randomized controlled trial. *Journal of affective disorders*, 262, 405-413.

- Newman, M. G, & Llera, S. J. (2011). A novel theory of experiential avoidance in generalized anxiety disorder: A review and synthesis of research supporting a contrast avoidance model of worry. *Clinical psychology review*, 31(3), 371-382.
- Newman, M. G, Llera, S. J, Erickson, T. M, & Przeworski, A. (2014). Basic science and clinical application of the Contrast Avoidance model in generalized anxiety disorder. *Journal of Psychotherapy Integration*, 24(3), 155.
- Newman, M. G, Zuellig, A. R, Kachin, K. E, Constantino, M. J, Przeworski, A, Erickson, T. & Cashman-McGrath, L. (2002). Preliminary reliability and validity of the generalized anxiety disorder questionnaire-IV: A revised self-report diagnostic measure of generalized anxiety disorder. *Behavior Therapy*, 33, 215-233.
- O'Brien, K, O'Keefe, N, Cullen, H, Durcan, A, Timulak, L, & McElvaney, J. (2019). Emotion-focused perspective on generalized anxiety disorder: A qualitative analysis of clients' in-session presentations. *Psychotherapy Research*, 29(4), 524-540.
- Post, L. M. (2014). *Emotion Regulation Processes and Negative Mood Regulation Expectancies in the Relationship Between Negative Affect and Co-occurring PTSD and MDD* (Doctoral dissertation, Case Western Reserve University).
- Poulin, L. E, Button, M. L, Westra, H. A, Constantino, M. J, & Antony, M. M. (2019). The predictive capacity of self-reported motivation vs. early observed motivational language in cognitive behavioural therapy for generalized anxiety disorder. *Cognitive behaviour therapy*, 48(5), 369-384.
- Price, M, Legrand, A. C, Brier, Z. M, & Hebert-Dufresne, L. (2019). The symptoms at the center: examining the comorbidity of posttraumatic stress disorder, generalized anxiety disorder, and depression with network analysis. *Journal of psychiatric research*, 109, 52-58.
- Robichaud, M, Koerner, N, & Dugas, M. J. (2019). *Cognitive behavioral treatment for generalized anxiety disorder: From science to practice*. Routledge.
- Robichaud, M, Koerner, N, & Dugas, M. J. (2019). *Cognitive behavioral treatment for generalized anxiety disorder: From science to practice*. Routledge.

- Stefan, S, Cristea, I. A, Szentagotai Tatar, A, & David, D. (2019). Cognitive-behavioral therapy (CBT) for generalized anxiety disorder: Contrasting various CBT approaches in a randomized clinical trial. *Journal of clinical psychology*, 75(7), 1188-1202.
- Sugiura, Y, & Sugiura, T. (2015). Emotional intensity reduces later generalized anxiety disorder symptoms when fear of anxiety and negative problem-solving appraisal are low. *Behaviour research and therapy*, 71, 27-33.
- Suveg, C, Jones, A, Davis, M, Jacob, M. L, Morelen, D, Thomassin, K, & Whitehead, M. (2018). Emotion-focused cognitive-behavioral therapy for youth with anxiety disorders: A randomized trial. *Journal of abnormal child psychology*, 46(3), 569-580.
- Tiirikainen, K, Haravuori, H, Ranta, K, Kaltiala-Heino, R, & Marttunen, M. (2019). Psychometric properties of the 7-item Generalized Anxiety Disorder Scale (GAD-7) in a large representative sample of Finnish adolescents. *Psychiatry research*, 272, 30-35.
- Timulak, L, McElvaney, J, Keogh, D, Martin, E, Clare, P, Chepukova, E, & Greenberg, L. S. (2017). Emotion-focused therapy for generalized anxiety disorder: An exploratory study. *Psychotherapy*, 54(4), 361.
- Timulak, L, Keogh, D, Chigwedere, C, Wilson, C, Ward, F, Hevey, D, Griffin, P, Jacobs, L. and Irwin, B, 2018. A comparison of emotion-focused therapy and cognitive-behavioural therapy in the treatment of generalised anxiety disorder: study protocol for a randomised controlled trial. *Trials*, 19(1), pp.1-11.
- van Bronswijk, S. C, Lemmens, L. H, Huibers, M. J, Arntz, A, & Peeters, F. P. (2018). The influence of comorbid anxiety on the effectiveness of Cognitive Therapy and Interpersonal Psychotherapy for Major Depressive Disorder. *Journal of affective disorders*, 232, 52-60.
- Wahl, K, Ehring, T, Kley, H, Lieb, R, Meyer, A, Kordon, A, ... & Schönfeld, S. (2019). Is repetitive negative thinking a transdiagnostic process? A comparison of key processes of RNT in depression, generalized anxiety disorder, obsessive-compulsive disorder, and community controls. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, 64, 45-53.
- Westra, H. A, Constantino, M. J, & Antony, M. M. (2016). Integrating motivational interviewing with cognitive-behavioral therapy for severe generalized anxiety disorder: An allegiance-controlled randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 84(9), 768.
- Yu, W, Singh, S. S, Calhoun, S, Zhang, H, Zhao, X, & Yang, F. (2018).

Generalized anxiety disorder in urban China: Prevalence, awareness, and disease burden. *Journal of affective disorders*, 234, 89-96.

استناد به این مقاله: شفیع، معصومه، رضایی، فاطمه، صادقی، مسعود. (۱۴۰۱). مقایسه اثربخشی درمان تدوینی اجتناب متقابل و درمان شناختی-رفتاری هیجان‌مدار بر شدت علائم اختلال اضطراب فراگیر، *مطالعات روان شناسی بالینی*، ۱۲(۴۷)، ۱۳۵-۱۶۴.

DOI: 10.22054/jcps.2022.56496.2461



Clinical Psychology Studies is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License.