

Biannual Journal of Applied Counseling (JAC)
2020, 10(1), 65-88
Received: 02 Jun 2020
Accepted: 06 July 2020
DOI: 10.22055/jac.2020.33169.1734

دوفصلنامه مشاوره کاربردی
دانشگاه شهید چمران اهواز
۱۳۹۹، ۱۰(۱)، ۶۵-۸۸
دریافت: ۱۳۹۹/۰۳/۱۳
پذیرش: ۱۳۹۹/۰۴/۱۶

Effectiveness of emotion regulation group therapy on symptom reduction, worry and emotion dysregulation in individuals with Panic disorder

Arash Aghighi*
Nurallah Mohammadi**
Changiz Rahimi Taghanaki***
Mahdi Imani****

Abstract

People with Panic disorder experience excessive worry and difficulties in emotion regulation. Emotion Regulation Therapy (ERT) is a multifaceted and integrated treatment and its effectiveness on anxiety factors of generalized anxiety disorder and social anxiety disorder has been confirmed in many studies. This study to aim was conducted to investigate effectiveness of emotion regulation group therapy on symptom reduction, worry and difficulties in emotion regulation in people with Panic disorder in a quasi-experimental design to pre-test and post-test with control group aimed at. Population of this study includes people with panic disorder referring to the psychiatric clinics of Shiraz University of Medical Sciences in Shiraz city. Twenty-two people with Panic disorder were voluntarily selected and randomly assigned to the experimental and the control groups. The subjects in the experimental and the control groups were assessed in both pre-test and post-test stages using Structured Clinical Interview for DSM-5 (SCID-5), Anxiety and Related Disorders Interview Schedule for DSM-5 (ADIS-5), and Penn State Worry Questionnaire (PSWQ) and Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS). Data were analyzed using covariance analysis statistical method and by software SPSS-22. Results showed that group therapy based on emotion regulation improve significantly symptoms of anxiety, worry and difficulties in emotion regulation of subjects with panic disorder. Emotion regulation therapy throughout using body scan mindfulness technique, awareness of physical senses and breathe technique, and also intervention in worry and emotion regulation construct improve symptoms worry and difficulties in emotion regulation of subjects with panic disorder.

Key words: Emotion regulation therapy, worry, emotion regulation, panic disorder

* Ph. D student in Clinical Psychology, Department of Clinical Psychology, Faculty of Educational & Psychology, Shiraz university, Shiraz, Iran

** Professor of Psychology, Department of Clinical Psychology, Faculty of Educational & Psychology, Shiraz university, Shiraz, Iran (Corresponding author) nmohamadi@shiraz.ac.ir

*** Professor of psychology, Department of Clinical Psychology, Faculty of Educational & Psychology, Shiraz university, Shiraz, Iran

**** Assistant Professor of Psychology, Department of Clinical Psychology, Faculty of Educational & psychology, Shiraz University, Shiraz, Iran

Extended Abstract

Introduction

Panic disorder is characterized by recurrent unexpected panic attacks. A panic attack is a sudden period of intense fear or apprehension that may last from minutes to hours. It also includes persistent concerns or worries about the occurrence of additional panic attacks or their consequences, such as losing control or one's mind, or having a heart attack. Patients suffering from panic attacks might deal with three additional types of worries, besides the attacks, *per se*. First, some patients might consider the possibility that their attacks could be a sign of a physical and life-threatening illness, such as cardiac disease, or seizure disorder. Second, they might worry that their attacks cause them social embarrassment and negative judgments in their environment due to noticeable panic symptoms. Third, these patients might fear the notion of going crazy or losing control (American Psychiatric Association, 2013).

Panic disorder is a common condition in the general population that has a lifetime prevalence rate of 4.7%, according to the National Comorbidity Survey Replication. In addition, the 12-month prevalence estimate for panic disorder is about 2-3% and the 6-month prevalence is approximately 0.5 to 1.0% (Sadock, Sadock, & Ruiz, 2015).

Pathological worry is defined as excessive, pervasive, and uncontrollable worry. Moreover, worry is a transdiagnostic construct related to numerous other mental disorder (Barlow et al., 2004), including depression and suicidality (Bentley et al., 2016), panic disorder (Casey et al., 2004; Gladstone et al., 2005), and obsessive-compulsive disorder (Comer et al., 2004; Wells and Papageorgiou (1998). According to the fifth edition of the American Psychiatric Association Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5), worry has been reported in diagnostic criteria of seven disorders; i) generalized anxiety disorder (GAD), ii) Panic disorder (PD), iii) social anxiety disorder, iv) separation anxiety disorder, v) somatic symptom disorder, vi) illness anxiety disorder, and vii) dependent personality disorder.

On the other hand, recently, emotion dysregulation has received increasing theoretical and empirical attention as a possible risk factor across many forms of psychopathology in general (Sheppes, Suri, & Gross, 2015), especially in anxiety disorders (Hofmann, Sawyer, Fang, & Asnaani, 2012). Indeed, the role of emotion dysregulation has been extensively studied in some anxiety disorders such as borderline personality disorder, major depressive disorder, bipolar disorder, generalized anxiety disorder, social anxiety disorder, eating disorders, alcohol-related disorders and substance-related disorders (for a review, see Aldao, Nolen-Hoeksema, & Schweizer). Some studies have also specifically examined the role of emotion dysregulation in panic disorder and has shown that panic disorder is associated with emotion dysregulation (Baker, Holloway, Thomas, Thomas, & Owens, 2004; Marchesi, Fontò, Balista, Cimmino, & Maggini, 2005; Tull & Roemer, 2007; Cisler & Olatunji, 2012; Swain, Hancock, Hainsworth & Bowman, 2013).

One of the recent models in psychopathology and treatment of anxiety disorder is Emotion Regulation Therapy (ERT) (Mennin, Heimberg, Turk, & Fresco, 2005). ERT is an effective, multifaceted, and integrated method that is widely used for generalized anxiety disorder (GAD) treatment, based on the findings of several studies. ERT integrates components of cognitive behavioural treatments (e.g. self-monitoring, relaxation exercises, belief reframing, decision making) with emotion-focused interventions. These are designed to address

pervasive emotion regulation deficits (e.g. skills training) and emotional avoidance (e.g. experiential exercises) (Mennin, 2002). Moreover, ERT includes empirically supported techniques that are hypothesized to operate by promoting adaptive emotion regulation skills such as cognitive restructuring and interceptive exposure (Mennin, Heimberg, Turk, & Fresco, 2005). ERT as a treatment protocol applied in the present study consists of four phases of care; Phase I: awareness and skills training; Phase II: regulation skills training; Phase III: experiential exposure to promote new contextual learning; and phase IV: consolidating gains and looking ahead (Fresco, Mennin, Heimberg, & Ritter, 2013).

The present study aims to examine the effectiveness of emotion regulation group therapy on symptom reduction, worry, and difficulties in emotion regulation in individuals with panic disorder.

Method

This study was conducted in a quasi-experimental design with pre-test and post-test and control group. The population of the present study included people with panic disorder in Shiraz city, who referred to the psychiatric clinics of Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran. Twenty-two subjects with panic disorder voluntarily selected and were assigned randomly to the experimental and the control groups. The subjects in the experimental and the control groups were assessed in both pre-test and post-test stages using Structured Clinical Interview for DSM-5 (SCID-5), Anxiety and Related Disorders Interview Schedule for DSM-5 (ADIS-5) and Penn State Worry Questionnaire (PSWO) and Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS). Intervention for the experimental group was performed at eight sessions of 120 minutes, based on Fresco, Mennin, Heimberg, & Ritter's model (2013) in Counseling and Psychotherapy Clinic of Shiraz University. The general content of the sessions is presented below.

Phase 1	Psychoeducation	Group cohesion, Psychoeducation about disorder and worry, Psychoeducation about emotion regulation model, Awareness of, Emotion and Motivation, Establish the aim, Inducing hope
Phase 2	Skills Training, Awareness and Emotion Regulation	Educational part: Emotion and motivation, Reactive responding Practical part: Relaxation, Body Scan Meditation, Mindful Body Breathing
Phase 3	Experiential Exposure to Promote New Contextual Learning	Emotional avoidance and acceptance, Orienting exercise, Allowing exercise, Gaining distance in time and space, Being pro-active and identification of values, Values-informed pro-actions in motivational conflicts
Phase 4	Termination Processing	Progress Review, Future Goals, Relapse Prevention, Consolidating Gains and Looking Ahead

The Anxiety Disorders Interview Schedule, Lifetime version for DSM-IV (ADIS) and the Structured Clinical Interview for DSM-IV (SCID) are semi-structured diagnostic interviews that were used to diagnose Panic disorder. The Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS) is a 36-item self-report measure of difficulties with various dimensions of emotion regulation. The scale provides a total score, used in these studies as an indicator of broad difficulties in emotion regulation. The Penn State Worry Questionnaire (PSWQ) is a 16-item self-report inventory designed to represent characteristics of pathological worry, such as generality, excessiveness, and uncontrollability.

Findings

Twenty-two patients with panic disorder Participated in this study. Of these, 7 were men and 15 were women. The participants' age was ranged from 18 years to 41 years. The mean age of participants was 28.1 ± 3.5 (mean \pm standard deviation). Among these patients, 12 people were assigned to the experimental group (8 females and 4 males) and 10 people (7 females and 3 males) to the control group.

The diagnosis was made by the psychiatrist in the first step and in the next step confirmed through the Structured Clinical Interview for DSM-IV (SCID). The Anxiety Disorders Interview Schedule, Lifetime version for DSM-IV (ADIS) was also conducted to confirm the diagnosis and determine the severity of the disorder. In the pre-test, all 22 people were diagnosed with panic disorder based on SCID and ADIS. While in post-test, among the 9 patients in experimental group, only 3 had a panic disorder and 6 did not meet diagnostic criteria based on SCID. Based on ADIS, just 2 individuals were diagnosed with panic disorder, while 7 did not meet diagnostic criteria. On the other hand, in the control group, based on SCID, 6 individuals had PD and 4 did not meet the diagnostic criteria, whereas 7 individuals had PD and 3 did not meet the diagnostic criteria based on ADIS.

In order to analyze the gathered data, descriptive (Mean and Standard Deviation) and inferential (Univariate and Multivariate Analysis of Covariance) statistics were used. Assumptions of covariance analysis including test of normality, homogeneity of variances, Equality of covariance matrices, Conventional correlation of pretests covariate variables, Homogeneity of regression slope, the linearity of the correlation of the covariate variable and the independent variable were examined first before performing covariance analysis.

Results indicated that the Shapiro-Wilk test is not significant for the scores of the research variables, and the normality distribution assumption was established. In addition, results of Leven's test showed that significance level of the research variables is greater than 0.05 and the F ratio is not statistically significant. So, the variance homogeneity of the research data is confirmed. Moreover, results of the M-box showed that the significance level was greater than 0.05 and the homogeneity assumption of the variance-covariance matrices was also confirmed. Finally, results displays that significant level of interaction between the independent variable and the pretest variables is larger than 0.05. The lack of significance of this index

indicates the confirmation of homogeneity assumption of regression line slope.

Results of Analysis of Covariance for examining effectiveness of emotion regulation group therapy on symptoms reduction, worry and emotion dysregulation in individuals with panic disorder showed that symptoms, worry and life style (based on ADIS), worry (based on PSWQ) and emotion dysregulation (based on DERS) is significantly improved ($p < 0.05$).

Discussion and Conclusions

Individuals with panic disorder experience excessive worry and difficulties in Emotion Regulation. This finding might imply that these patients have a lot in common with generalized anxiety disorder. Emotion regulation therapy (ERT) is a multifaceted and integrated treatment that is widely used for generalized anxiety disorder and its effectiveness on factors of generalized anxiety disorder has been established in many studies. The present study examined Effectiveness of Emotion Regulation Group Therapy on symptom reduction, worry and difficulties in emotion regulation in individuals with Panic disorder. Results showed that Group format of emotion regulation therapy significantly improves symptoms of anxiety, worry, and difficulties in emotion regulation of individuals with Panic disorder. Emotion regulation therapy throughout using body scan mindfulness technique, awareness of physical senses and breathe technique, and also intervention in worry and emotion regulation construct which are known as mediators in the treatment of many disorders, significantly improve symptoms of worry and difficulties in emotion regulation of people with panic disorder.

Acknowledgement

The authors are grateful to the officials of Shiraz University, Shiraz University of Medical science, Counseling and Psychotherapy Clinic of Shiraz University and research participants who helped us in this study.

Conflict of Interests

The authors claims that they had no conflict of interest in conducting this study.

اثربخشی گروه درمانی مبتنی بر تنظیم هیجان بر بهبود علائم، نگرانی و نقص در تنظیم هیجان افراد مبتلا به اختلال وحشت‌زدگی^۱

آرش عقیقی*

نوراله محمدی**

چنگیز رحیمی طاقانکی***

مهدی ایمانی****

چکیده

افراد مبتلا به اختلال وحشت‌زدگی نگرانی بیش از حد و مشکلات تنظیم هیجان را تجربه می‌کنند و درمان مبتنی بر تنظیم هیجان یک درمان چندوجهی و یکپارچه است که اثربخشی آن بر مؤلفه‌های اضطرابی افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر و اختلال اضطراب اجتماعی تأیید شده است. این پژوهش با هدف بررسی اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر تنظیم هیجان بر بهبود علائم، نگرانی و نقص در تنظیم هیجان افراد مبتلا به اختلال وحشت‌زدگی در قالب یک طرح آزمایشی پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل انجام شده است. جامعه‌ی این پژوهش شامل کلیه افراد مبتلا به اختلال وحشت‌زدگی مراجعه‌کننده به مراکز اعصاب و روان دانشگاه علوم پزشکی شیراز در سال ۱۳۹۸ بود. ۲۲ نفر مبتلا به اختلال وحشت‌زدگی به‌طور داوطلبانه انتخاب و به‌طور تصادفی در گروه‌های آزمایش و گروه کنترل گمارده شدند. شرکت‌کننده‌های گروه‌های آزمایش و کنترل در دو مرحله‌ی پیش‌آزمون و پس‌آزمون از طریق مصاحبه بالینی ساختاریافته بر اساس DSM-5 (SCID)، برنامه‌ی مصاحبه‌ی ساختاریافته برای اختلال‌های اضطرابی و اختلالات مرتبط بر اساس DSM-5 (ADIS-5)، پرسش‌نامه‌ی نگرانی ایالت پنسیلوانیا (PSWQ) و مقیاس دشواری در تنظیم هیجان (DERS) مورد ارزیابی قرار گرفتند. داده‌ها با روش آماری تحلیل کوواریانس و از طریق نرم‌افزار SPSS-۲۲ تحلیل شدند. نتایج نشان داد که درمان گروهی مبتنی بر تنظیم هیجان علائم اضطرابی، نگرانی و نقص در تنظیم هیجان افراد مبتلا به اختلال وحشت‌زدگی را به‌طور معنی‌داری بهبود می‌بخشد. درمان مبتنی بر تنظیم هیجان با تمرکز بر راهبردهای تمرین ذهن‌آگاهی اسکن بدنی، آگاهی از حس‌های جسمانی، تمرین تنفس و همچنین مداخله در سازه‌های نگرانی و نظام‌های هیجان، علائم افراد مبتلا به اختلال وحشت‌زدگی را بهبود می‌بخشد.

واژه‌های کلیدی: درمان مبتنی بر تنظیم هیجان، نگرانی، تنظیم هیجان، اختلال وحشت‌زدگی

۱ طرح پژوهشی حاضر با کد اخلاق IR.SUMS.REC.1399.362 توسط کمیته‌ی اخلاق دانشگاه علوم پزشکی شیراز تصویب شده است.

* دانش‌جوی دکتری روان‌شناسی بالینی، بخش روان‌شناسی بالینی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه شیراز، شیراز، ایران

** استاد روان‌شناسی بالینی، بخش روان‌شناسی بالینی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه شیراز، شیراز، ایران (نویسنده مسئول)
nmohamadi@shiraz.ac.ir

*** استاد روان‌شناسی بالینی، بخش روان‌شناسی بالینی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه شیراز، شیراز، ایران

**** استادیار روان‌شناسی بالینی، بخش روان‌شناسی بالینی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه شیراز، شیراز، ایران

مقدمه

مشخصه‌ی اختلال وحشت‌زدگی (panic disorder) وقوع حملات مکرر و غیرمنتظره‌ی وحشت‌زدگی است. یک حمله‌ی وحشت‌زدگی، بروز شدید و ناگهانی ترس شدید یا احساس ناراحتی فوق‌العاده است که در عرض چند دقیقه به اوج می‌رسد و در طی این مدت حداقل چهار علامت سیزده‌گانه جسمی و شناختی دیده می‌شود. علائم جسمی شامل؛ تپش قلب، تعریق، لرزش، تنگی نفس، احساس خفگی، درد قفسه سینه، حالت تهوع، سرگیجه، احساس گرما، احساس پارسوزی و گسست، و علائم شناختی شامل؛ ترس از دست دادن کنترل یا دیوانه شدن و ترس از مردن است. همچنین افراد مبتلا به اختلال وحشت‌زدگی طی یک ماه گذشته، نگرانی یا مشغولیت ذهنی مداوم در مورد بروز یک حمله‌ی دیگر یا پیامدهای آن و تغییر ناسازگارانه‌ی رفتاری برای اجتناب از حملات بعدی دارند (American Psychiatric Association, 2013).

در مطالعات همه‌گیرشناسی، شیوع مادام‌العمر اختلال وحشت‌زدگی را ۱ تا ۴ درصد، شیوع شش ماهه‌ی آن را ۰/۵ تا ۱ درصد گزارش کرده‌اند. زن‌ها دو تا سه برابر بیشتر از مردها ممکن است مبتلا شوند. اختلال وحشت‌زدگی بیش از همه در جوانان روی می‌دهد، به طوری که میانگین سنی تظاهر آن حدود ۲۵ سالگی است (Sadock, Sadock, & Ruiz, 2015). با توجه به شیوع نسبتاً بالای اختلال وحشت‌زدگی، تحقیقات اندکی درباره‌ی این اختلال صورت گرفته است و با توجه به این‌که افراد دارای اختلال وحشت‌زدگی بیشتر اختلال خود را به صورت فیزیولوژیک می‌پندارند و به بخش‌های اورژانس مراجعه می‌کنند، پژوهش روان‌شناسی در حوزه‌ی این اختلال مورد غفلت قرار گرفته است.

تاکنون مدل‌های شناختی، رفتاری، فراشناختی و هیجانی متفاوتی درباره‌ی سبب‌شناسی اختلالات اضطرابی معرفی شده است. بررسی ادبیات پژوهش نشان می‌دهد که مدل اجتناب شناختی بوركوویک (Borkovec)، مدل فراشناختی ولز (Wells)، مدل عدم تحمل بلاتکلیفی دوگاس و رابی چاود (Dugas & Rabichaud)، مدل نقص در تنظیم هیجان مینن و فرسکو (Mennin & Fresco)، مدل مبتنی بر پذیرش رومر و ارسیلو (Roemer & Orsillo) و مدل یکپارچه بارلو (Barlow) از مهم‌ترین مدل‌های مطرح شده در اختلالات اضطرابی هستند (Khodayarifard, Mansouri, Besharat, & Gholamali Lavasani, 2017).

همان‌طور که اشاره شد، یکی از مهم‌ترین مدل‌های مطرح شده در اختلالات اضطرابی مدل نقص در تنظیم هیجان است. به‌گونه‌ای که نقص در تنظیم هیجان به‌عنوان یک مؤلفه‌ی کلیدی در چندین مدل آسیب‌شناسی روانی برای اختلال اضطراب فراگیر و اختلال اضطراب اجتماعی، ارائه شده است (Aldao, Nolen-Hoeksema, Schweizer, 2010; Mennin, McLaughlin, & Flanagan, 2009; Hofmann, Sawyer, Fang, & Asnaani, 2012). نظریه‌پردازان متعددی استدلال کرده‌اند افرادی که نمی‌توانند به‌طور مؤثری پاسخ‌های هیجانی‌شان را به رویدادهایی که همه روزه اتفاق می‌افتد مدیریت کنند، دوره‌های طولانی و وخیمی از درماندگی را تجربه می‌کنند که ممکن است به افسردگی یا اضطراب

نیز منتهی گردند (Mennin, Holaway, Fresco, Moore, & Heimberg, 2007; Nolen-). بر اساس مدل یکپارچه، اختلالات هیجانی مثل اختلالات اضطرابی با نقص و دشواری‌های خاص در تنظیم هیجان، مثل اجتناب هیجانی مشخص می‌شوند (Barlow, Allen, & Choate, 2016). نتایج برخی پژوهش‌ها نیز به‌طور اختصاصی به بررسی نقش تنظیم هیجان در اختلال وحشت‌زدگی پرداختند. برای مثال، تجربه‌ی حمله‌ی وحشت‌زدگی با کاهش وضوح هیجانی مرتبط است و افراد مبتلا به اختلال وحشت‌زدگی گزارش کرده‌اند که نام‌گذاری هیجان‌اتشان برایشان دشوار است (Baker, Holloway, Thomas, Thomas, & Owens, 2004). به‌علاوه، افراد مبتلا به اختلال وحشت‌زدگی احتمالاً کمتر هیجان‌ات خود را می‌پذیرند و بیشتر از راهبردهای اجتنابی استفاده می‌کنند (Tull & Roemer, 2007). بنابراین، افراد مبتلا به اختلال وحشت‌زدگی مشکلاتی در تنظیم هیجان از قبیل کاهش وضوح هیجانی، عدم پذیرش هیجان‌ات و اجتناب تجربه‌ای دارند که با ترس و حساسیت نسبت به علائم بدنی مرتبط بوده و به حملات وحشت‌زدگی منتهی می‌شود (Swain, Hancock, Hainsworth, & Bowman, 2013). بر این اساس، نتایج پژوهش‌ها نشان دادند که راهبردهای تنظیم هیجانی می‌تواند «ترس از ترس» (fear of fear) را کاهش دهد و منجر به کاهش علائم اختلال وحشت‌زدگی شوند (Cisler & Olatunji, 2012). همچنین افراد مبتلا به اختلال وحشت‌زدگی سطوح بالاتری از آلکسی‌تایمیا (alexithymia) یا ناتوانی در درک و ابراز هیجان را در مقایسه با گروه کنترل تجربه می‌کنند (Marchesi, Fontò, Balista, Cimmino, & Maggini, 2005).

نتایج پژوهش هاشمی، محمودعلیلو، حسین‌زاده و ماشینچی عباسی (Hashemi, Mahmoodaliloo, Hosseinzadeh, & Mashinchi, 2014) نشان داد که راهبردهای شناختی تنظیم هیجان، تغییرات نشانه‌های اختلال وحشت‌زدگی را پیش‌بینی می‌کنند. همچنین نتایج برخی از پژوهش‌ها، این فرض را ایجاد کرد که تنظیم هیجان نقش مهمی در ایجاد اختلال وحشت‌زدگی و درمان این اختلال ایفا می‌کند. با این وجود، پژوهش‌های اندکی در زمینه مداخلات مبتنی بر تنظیم هیجان در اختلال وحشت‌زدگی وجود دارد. برای مثال، وانگ، لی، کوئون، لی، چائه، کیم و لی (Wang, Lee, Kweon, Lee, Chae, Kim, & Lee, 2016) در بررسی اثربخشی آموزش گروهی تنظیم هیجان مبتنی بر پذیرش و ذهن‌آگاهی در بیماران مبتلا به اختلال وحشت‌زدگی نشان دادند که آموزش مهارت‌های مبتنی بر پذیرش در بیماران مبتلا به اختلال وحشت‌زدگی در مقایسه با گروه کنترل منجر به کاهش نشانه‌های سمپاتیک این افراد شد. استراوس، کیویتی و هوپرت (Strauss, Kivity, & Huppert, 2019) نیز در پژوهشی به بررسی راهبردهای تنظیم هیجان در درمان شناختی-رفتاری اختلال وحشت‌زدگی پرداختند و نشان دادند که دو راهبرد تنظیم هیجان با اختلال وحشت‌زدگی ارتباط دارند: (۱) ارزیابی مجدد شناختی و (۲) سرکوب ابراز هیجان. ارزیابی مجدد شناختی به معنای تفسیر مجدد محرک‌های هیجانی با قدرت تهدیدآمیزی کمتر است و فرد از آن استفاده می‌کند تا از این طریق به‌عنوان یک راهبرد انطباقی بتواند هیجان‌ات منفی خود را

تنظیم کند. سرکوبی در ابراز هیجان به معنای بازداری کردن از ابراز هیجانات است که یک روش غیرانطباقی محسوب می‌شود (Gross, 2015). نتایج پژوهش استراوس و همکاران (Strauss et al., 2019) همچنین نشان داد که به کار بردن مهارت ارزیابی مجدد منجر به کاهش سوگیری‌های شناختی مثل حساسیت اضطرابی می‌شود که خود منجر به کاهش علائم افراد مبتلا به اختلال وحشت‌زدگی می‌شود. همچنین مهارت ارزیابی مجدد و کاهش علائم، باعث کاهش سرکوب هیجانی می‌شود و این فرآیند فرد را در یک چرخه‌ی مثبت قرار می‌دهد و باعث پایداری اثربخشی درمان می‌گردد. پژوهش‌های دیگری از تأثیر دو عامل تنظیم هیجان در اختلال وحشت‌زدگی حمایت کرده‌اند (Barlow et al., 2016; Breuninger, Sláma, Krämer, Schmitz, & Tuschen-Caffier, 2017). همچنین، نریمانی، عالی ساری نصیرلو و عفت‌پرور (۱۳۹۲) نشان دادند که برنامه درمانی آموزش متمرکز بر هیجان بر تنظیم هیجانات دانش‌آموزان آزاردیده عاطفی مؤثر است و دانش‌آموزان آزاردیده عاطفی پس از دریافت آموزش متمرکز بر هیجان تفاوت قابل ملاحظه‌ای در میانگین نمرات پس‌آزمون نشان دادند که نشان از مؤثر بودن این درمان است.

علاوه بر این، یکی از نشانه‌های شایع که در بسیاری از اختلالات روان‌شناختی به‌ویژه اختلالات اضطرابی دیده می‌شود، نگرانی (worry) است. نگرانی مرضی، حالتی است که شدید، مداوم و غیرقابل کنترل است و در فرد احساس پریشانی و اختلال در کارکرد روزانه ایجاد می‌کند. با وجود این که نگرانی به‌عنوان ویژگی اساسی اختلال اضطراب فراگیر تعریف شده است، به‌عنوان یک فرآیند فرا تشخیصی در چند اختلال دیگر (Barlow, 2004)؛ مانند افسردگی و افکار خودکشی (Casey, Bentley, Franklin, Ribeiro, Kleiman, Fox, & Nock, 2016)؛ اختلال وحشت‌زدگی (Oei, Newcombe, & Kenardy, 2004; Gladstone, Parker, Mitchell, Malhi, Wilhelm, & Comer, Kendall, Franklin, Hudson, & Austin, 2005) و اختلال وسواس فکری-عملی (Pimentel, 2004) نیز دیده می‌شود. کلید واژه‌ی نگرانی در بین ملاک‌های تشخیصی اختلالات روانی بر اساس پنجمین ویراست راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-5) نگرانی در هفت اختلال وجود دارد. اختلال اضطراب فراگیر، اختلال وحشت‌زدگی، اختلال اضطراب اجتماعی، اختلال اضطراب جدایی، اختلال نشانگان جسمانی، اختلال اضطراب بیماری و اختلال شخصیت وابسته (American Psychiatric Association, 2013) جزو این اختلالات هستند.

عامل آسیب‌پذیری مهمی که در سال‌های اخیر توجه پژوهشی فراوانی را در ارتباط با اختلالات اضطرابی به خود جلب کرده، حساسیت اضطرابی است. پژوهش‌ها حاکی از آن است که حساسیت اضطرابی یک عامل خطر برای رشد اختلالات اضطرابی و به خصوص اختلال وحشت‌زدگی محسوب می‌شود. حساسیت اضطرابی به‌عنوان مفهومی کلی، شامل سه عامل ترس از احساسات بدنی (نگرانی‌های جسمانی)؛ ترس از نشانه‌های قابل مشاهده‌ی عمومی (نگرانی‌های اجتماعی) و ترس از عدم کنترل شناختی است. از این میان، نگرانی‌های جسمانی با اختلال پانیک و نگرانی‌های اجتماعی با ارزیابی منفی دیگران و تشخیص اختلال اضطراب اجتماعی مرتبط است (McWilliams, Stewart, & MacPherson, 2000). در واقع، اختلال وحشت‌زدگی

با ترس درباره‌ی سلامتی مشخص می‌شود. نشانه‌هایی که افراد مبتلا به اختلال وحشت‌زدگی از آن می‌ترسند و درباره‌ی آن نگرانند، همان نشانه‌های حمله‌ی وحشت‌زدگی هستند (Hartmann, Cordes, & Hirschfeld, & Vocks, 2019).

خط اول درمان اختلال وحشت‌زدگی دارودرمانی و درمان شناختی-رفتاری است. راهنمای انجمن روان‌پزشکی آمریکا درباره‌ی اختلال وحشت‌زدگی بیان کرده است که با وجود اثربخشی درمان‌های خط اول، ۲۰ تا ۳۰ درصد از بیماران درمان نمی‌شوند و یا بیماری‌شان عود می‌کند (American Psychiatric Association, 2010). یکی از درمان‌هایی که در چند دهه‌ی گذشته در این حیطه حمایت‌تجربی زیادی را به همراه داشته است، درمان مبتنی بر تنظیم هیجان است (Mennin, Heimberg, Turk, & Fresco, 2002). درمان مبتنی بر تنظیم هیجان یک رویکرد درمانی یکپارچه‌نگر و کوتاه‌مدت است که به مراجعان کمک می‌کند تا بتوانند دانش، پذیرش و استفاده از هیجان‌شان را افزایش دهند. این رویکرد درمانی اصول درمان شناختی-رفتاری (مثل خود-نظاره‌گری و بازسازی مجدد عقاید) را با مداخلات تجربه‌ای، هیجان‌مدار و بافتاری ادغام می‌کند و مداخلاتی در سطح شناختی، هیجانی و میان‌فردی را در بر می‌گیرد.

مدل مبتنی بر تنظیم هیجان در نظریه‌ی هیجان و تنظیم حالت‌های هیجانی ریشه دارد و بر اهمیت فهم نگرانی در چارچوب دشواری‌های موجود در تنظیم هیجان تأکید می‌کند. زیرا نگرانی می‌تواند به‌عنوان یک پاسخ اجتنابی به هیجان‌های پریشان‌کننده عمل کند (Mennin et al., 2005). اساس مفهوم‌سازی دیدگاه تنظیم هیجان درباره‌ی اختلالات هیجانی این است که نقص در تجربه یا ابراز هیجان منجر به تلاش‌های فراوان و ناکارآمد برای کنترل یا سرکوب تجربیات هیجانی می‌شود. به‌علاوه، افراد مبتلا به اختلالات هیجانی اغلب به راهبردهای کنترل شناختی از جمله نگرانی و نشخوار متوسل می‌شوند تا از این طریق ناتوانی خود در مدیریت هیجان‌ات را جبران کنند (Renna, Quintero, Fresco, & Mennin, 2017).

درمان مبتنی بر تنظیم هیجان شامل چهار مرحله است که مرحله‌ی اول آموزش روانی است. در این مرحله الگوهای کارکردی هیجان‌ات گذشته و حال وارسی می‌گردند و نیز اهمیت مخرب سرکوبی نیازها و تمایلات آموزش داده می‌شود. همچنین درمان‌جویان یاد می‌گیرند که به نشانه‌های جسمانی و هیجانی خود توجه ذهن آگاهانه داشته باشند. مرحله‌ی دوم درمان مبتنی بر تنظیم هیجان مهارت‌آموزی است. در این مرحله مهارت‌های مدیریت، ابراز و تنظیم هیجان آموزش داده می‌شوند. همچنین در این مرحله اجتناب از ابراز هیجان مراجع به چالش کشیده می‌شود. مرحله‌ی سوم به کار بستن مهارت‌های یاد گرفته شده‌ی مرحله‌ی قبل در موقعیت‌های زندگی روزمره است. در این مرحله مراجع تشویق می‌شود که مهارت‌های یاد گرفته شده را در موقعیت‌های واقعی و روزمره به کار برده و از این طریق تسلط بر مهارت‌ها و آگاهی و پذیرش هیجان‌اتش افزایش یابد. مرحله‌ی چهارم درمان مبتنی بر تنظیم هیجان نیز مرحله‌ی پایانی و اختتام است. در این مرحله فرآیندهای یاد گرفته شده مرور می‌شوند، راجع به مسئله‌ی

عود و پیشگیری از آن توضیح داده می‌شود و با تشویق استقلال مراجع رابطه‌ی درمانی پایان می‌یابد (Mennin, 2004).

درمان مبتنی بر تنظیم هیجان می‌تواند به شکل گروهی اجرا شود و به دو دلیل عمده می‌تواند نسبت به درمان فردی ارجحیت داشته باشد؛ اول این که درمان گروهی نیاز به فهرست انتظار طولانی را کاهش می‌دهد و هم درمان‌گر و هم درمان‌جویان می‌توانند از زمان خود استفاده‌ی بهتری داشته باشند. هایمل، ون‌ایتن و فیشر، یانک و هانا (Himle, Fischer, Van Etten, Janeck, & Hanna, 2003) دریافتند که گروه درمانی به‌طور متوسط ۷۵ درصد صرفه‌جویی در زمان برای هر مراجع فراهم می‌کند که به لحاظ هزینه نیز قابل توجه است. دوم این که گروه منافع دیگری مثل تجربه یکسان بودن تجربیات، الگوگیری و حمایت از گروه را برای مراجعین ایجاد می‌کند (Wolgensingher, 2015). برای مثال، نتایج پژوهش (Narimani, Abolghasemi & Rezazadeh, 2011) نشان داد که درمان شناختی-رفتاری گروهی در کاهش علائم اختلال اضطراب اجتماعی منتشر، بهبود کیفیت زندگی و عملکرد تحصیلی دانش‌آموزان به‌طور معناداری مؤثر است.

در مجموع، عواملی نظیر نقش قابل توجه نگرانی در اختلال وحشت‌زدگی، شیوع نسبتاً بالای اختلال وحشت‌زدگی به‌ویژه در جامعه‌ی عمومی و درمانگاه‌های سرپایی، هزینه‌های سنگین مستقیم و غیرمستقیمی که اختلالات اضطرابی برای فرد و جامعه به همراه دارد، کیفیت زندگی پایین، بهزیستی پایین و ناراضی‌تی در زندگی حرفه‌ای و شخصی، مشکلات و نقص‌های جدی در کارکرد زندگی و خلاء پژوهشی در زمینه‌ی مؤلفه‌های سبب‌شناسی و درمان اختلال وحشت‌زدگی، مهم‌ترین عواملی هستند که اهمیت و ضرورت این پژوهش را روش می‌سازند. بنابراین، هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی گروه درمانی مبتنی بر تنظیم هیجان بر بهبود علائم، میزان نگرانی و نقص در تنظیم هیجان افراد مبتلا به اختلال وحشت‌زدگی بود.

روش

پژوهش حاضر بر اساس یک طرح نیمه آزمایشی با پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه انجام گردید. جامعه‌ی این پژوهش شامل کلیه افراد مبتلا به اختلال وحشت‌زدگی مراجعه‌کننده به کلینیک‌های اعصاب و روان دانشگاه علوم پزشکی شهر شیراز در سال ۱۳۹۸ بود. ۲۲ فرد مبتلا به اختلال وحشت‌زدگی به‌طور داوطلبانه توسط روان‌پزشک و از طریق مصاحبه‌ی بالینی و مصاحبه‌ی تشخیصی ساختاریافته برای DSM-5 (SCID-5) انتخاب و به‌طور تصادفی در دو گروه آزمایش و گروه کنترل اختصاص یافتند (گروه آزمایش دوازده نفر و گروه کنترل ده نفر). ملاک‌های ورود در این پژوهش عبارتند از: تشخیص اختلال توسط روان‌پزشک و تأیید تشخیص از طریق مصاحبه‌ی بالینی و مصاحبه‌ی تشخیصی ساختاریافته برای DSM-5 و عدم ابتلا به دیگر اختلالات شدید بالینی مثل سایکوز، دمانس یا اختلالات شخصیت که بر هم‌زمانی نظم گروه باشند. در نهایت، پس از عدم همکاری سه نفر از

بیماران، نه نفر در گروه آزمایش (شش زن و سه مرد) و ده نفر (هفت زن و سه مرد) در گروه کنترل از طریق مصاحبه‌های ساختاریافته و پرسش‌نامه‌ها مورد سنجش ارزیابی قرار گرفتند.

ابزار اندازه‌گیری

در این پژوهش به منظور گردآوری داده‌ها و اطلاعات مورد نظر از پرسش‌نامه‌های زیر استفاده شد. **برنامه‌ی مصاحبه‌ی ساختاریافته برای اختلال‌های اضطرابی و اختلالات مرتبط بر اساس DSM-5 (Anxiety and Related Disorders Interview Schedule for DSM-5: Adult version):** مصاحبه‌ی ساختاریافته‌ای است که با حمایت مالی مؤسسه‌ی ملی سلامت روان (NIMH) و برای ارزیابی جامع و تشخیص دوره‌های جاری اختلالات اضطرابی طراحی شده است. محتوا و ساختار این ابزار بر پایه‌ی سال‌ها تجربه در مصاحبه و تشخیص اختلال‌های اضطرابی شکل گرفته است و از روایی و پایایی بالایی برخوردار است و تشخیص افتراقی بین اختلال‌های اضطرابی را بر طبق ملاک‌های DSM-5 ممکن می‌سازد. علاوه بر اختلال‌های اضطرابی، بخش‌های تشخیصی برای اختلال‌های خلقی، اختلالات نشانگان جسمانی و اختلالات سوءمصرف مواد در این ابزار گنجانده شده‌اند. این بخش‌ها امکان تشخیص کامل و تشخیص افتراقی را بر اساس ملاک‌های DSM-5 فراهم می‌سازند. ADIS-5 برای عمده اختلال‌های تحت پوشش، پایایی خوبی به‌دست‌آمده است. براون و بارلو (Brown, & Barlow, 2014) ضریب پایایی بازآزمون را برای اختلالات اضطرابی بین ۰/۵۷ تا ۰/۸۲ به دست آورده‌اند.

ADIS-5 علاوه بر ماده‌های دو وجهی (بلی/خیر) که وجود ملاک‌های تشخیصی را ارزیابی می‌کند، شامل پرسش‌هایی است که امکان ارزیابی کمی جنبه‌های ابعادی مختلف اختلال را فراهم می‌کند. برای هر اختلال، یک درجه شدت بالینی (CSR) صفر تا هشت اختصاص یافته است تا شدت پریشانی و اختلال در عملکرد مرتبط با تشخیص را نشان دهد. اختلالات با درجه شدت بالینی چهار یا بالاتر به‌عنوان تشخیص رسمی DSM-5 شناخته می‌شوند. برای مثال، در اختلال وحشت‌زدگی، علاوه بر بررسی ملاک‌های تشخیصی بر اساس DSM-5، سه علامت مرتبط با ویژگی‌های اختلال وجود دارد: شدت علایم، شدت نگرانی مرتبط با علایم و شدت تغییر رفتار و سبک زندگی ناسازگارانه‌ی فرد. این‌گونه درجه‌بندی ابعادی برای کاربردهای بالینی بسیار مناسب است. برای مثال، برای مقایسه ویژگی‌های مورد نظر در گروه‌هایی که تشخیص واحدی دریافت کرده‌اند یا برای ارزیابی نتیجه‌ی درمان (Brown & Barlow, 2014).

مصاحبه‌ی بالینی ساختاریافته برای DSM-5 (Structured Clinical Interview for DSM-5)

(SCID-5): مصاحبه‌ی بالینی ساختاریافته برای DSM-5، مصاحبه‌ای نیمه ساختاریافته برای تشخیص‌های اصلی DSM-5 (در محور I ویرایش قبلی) می‌باشد که توسط انجمن روان‌پزشکی آمریکا (American Psychiatric Association, 2015) طراحی شده است. این مصاحبه برای افراد بالای هجده سال مناسب است.

پرسش‌نامه‌ی نگرانی ایالت پنسیلوانیا (Penn State Worry Questionnaire): پرسش‌نامه‌ی نگرانی ایالت پنسیلوانیا یک ابزار خود-گزارشی است که توسط مه‌یر، میلر، متزگر و بورگوئیک در سال ۱۹۹۰ (Meyer, Miller, Metzger, & Borkovec, 1990) ساخته شده است و دارای شانزده ماده می‌باشد و گرایش افراد به نگرانی را در حالت کلی و بدون در نظر گرفتن موضوع نگرانی خاصی می‌سنجد. پاسخ‌ها در یک مقیاس پنج درجه‌ای از ۱ (اصلاً درست نیست) تا ۵ (همیشه درست است) سنجیده می‌شوند. روایی و پایایی این پرسش‌نامه در پژوهش‌های متعددی مورد بررسی و ارزیابی قرار گرفته است (Molina, & Borkovec, 1994; Fresco, Heimberg, Mennin, & Turk, 2002) و ضریب آلفای کرونباخ آن در مورد اختلال وحشت‌زدگی ۰/۹۳ (Brown, Antony, & Barlow, 1992) و در مطالعه‌ی دهشیری، گلزاری، برجلی و سهرابی (Dehshiri, Golzari, Borjali, & Sohrabi, 2010) ضرایب آلفای کرونباخ و بازآزمایی این پرسش‌نامه به ترتیب ۰/۸۸ و ۰/۷۹ به‌دست آمده است. همچنین هم‌بستگی معنی‌داری بین این پرسش‌نامه و پرسش‌نامه‌های اضطراب صفت اسپیلبرگر افسردگی بک به‌دست آمده است.

مقیاس دشواری در تنظیم هیجان (Difficulties in Emotion Regulation Scale): مقیاس اولیه‌ی دشواری در تنظیم هیجان (Gratz & Roemer, 2004) یک ابزار سنجش چهل و یک ماده‌ای خود گزارش‌دهی است که برای ارزیابی دشواری در تنظیم هیجانی از لحاظ بالینی تدوین شده است. نمرات بالاتر به معنای دشواری بیشتر در تنظیم هیجان می‌باشد. تحلیل عاملی وجود شش عامل عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی، دشواری در انجام رفتار هدفمند، دشواری در کنترل تکانه، فقدان آگاهی هیجانی، دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجانی و عدم وضوح هیجانی را نشان داد (Gratz & Roemer, 2004). نتایج حاکی از این است که این مقیاس از هم‌سانی درونی بالایی (۰/۹۳) برخوردار است. میزان ضریب آلفای کرونباخ کل پرسش‌نامه ۰/۹۲ و در شش خرده از ۰/۸۰ بالاتر است. به‌علاوه، مقیاس دشواری در تنظیم هیجان دارای هم‌بستگی معناداری با مقیاس تنظیم خلقی منفی (Negative Mood Regulation Scale) و پرسش‌نامه‌ی پذیرش و عمل (Acceptance & Action Questionnaire) دارد (Shams, Azizi, & Mirzaei, 2010).

روند اجرای پژوهش

در این پژوهش، پس از تشخیص و انتخاب و گمارش تصادفی افراد مورد نظر به شرکت‌کنندگان در مورد هدف پژوهش توضیحاتی داده شد و رضایت آن‌ها برای شرکت در برنامه درمانی این پژوهش به‌طور مکتوب جلب گردید. همچنین به آن‌ها اطمینان داده شد که تمامی اطلاعات آنان محرمانه خواهد ماند. سپس پرسش‌نامه‌ها در مرحله‌ی پیش‌آزمون روی گروه‌های آزمایش و کنترل اجرا شد. سپس گروه آزمایش در معرض متغیر مداخله (مستقل)؛ یعنی، درمان گروهی مبتنی بر تنظیم هیجان قرار گرفت. مداخله برای گروه آزمایش به صورت هشت جلسه‌ی ۱۲۰ دقیقه‌ای طبق الگوی کلی از مدل فرسکو و همکاران (Fresco et al., 2013)، در مرکز مشاوره دانشگاه شیراز اجرا شد (جدول ۱ را ببینید). پس از

اتمام جلسات مداخله‌ی آزمایشی شرکت‌کننده‌ها مجدداً پرسش‌نامه‌های پژوهش را در مرحله‌ی پس‌آزمون تکمیل کردند. گروه کنترل نیز پس از اتمام جلسات گروه آزمایش، طبق برنامه‌ی قبلی، درمان گروهی مبتنی بر تنظیم هیجان را به صورت رایگان دریافت کردند.

جدول ۱

صورت جلسه‌های گروه درمانی مبتنی بر تنظیم هیجان (Fresco, Mennin, Heimberg, & Ritter, 2013)

شکل‌گیری ساختار و انسجام گروهی / آموزش روانی درباره‌ی اختلال و سازه‌ی «نگرانی»	
توضیح دادن اهمیت نگرانی و آگاهی و پذیرش آن / تکلیف نوشتن اپیزودهای نگرانی	آموزش روانی، ارزیابی اولیه و شرح حال رشدی
آشنایی با مدل تنظیم هیجان / مرور شروع و تاریخچه رشدی اضطراب و نگرانی بر اساس مدل تنظیم هیجان	
تعیین اهداف / القای امید	
بخش آموزشی، شامل فراهم کردن اطلاعات برای دستیابی به مهارت‌ها (آموختن مهارت‌های تحمل هیجانات منفی و پاسخ‌دهی واکنشی)	
بخش عملی، شامل تمرین مهارت‌های جسمانی (ذهن‌آگاهی، آگاهی از حس‌های جسمانی و تمرین تنفس)	تمرین مهارت‌های آگاهی جسمانی و تنظیم سازگاران‌هی هیجان
مهارت‌های شناختی (به چالش کشیدن عقاید مربوط به تهدید و عدم امنیت)	
مهارت‌های هیجانی (شامل افزایش درک تجربیات منفی و تنظیم هیجانی)	
و مهارت‌های بافتاری (استراتژی‌هایی برای تنظیم هیجانات و استفاده از آن‌ها در جهت بهبود کارکرد)	
یکپارچه کردن مهارت‌های فاز قبلی و به کار بستن این مهارت‌ها در موقعیت‌های زندگی روزمره	
تولید یک خزانه‌ی رفتاری غنی بر اساس یکپارچه کردن منابع شناختی، هیجانی و میان فردی آموخته شده	مواجهه واقعی در زندگی روزمره
پاسخ‌دهی متقابل و زندگی کنش‌گرایانه	
شناسایی ارزش‌ها، رویارویی مبتنی بر ارزش‌ها، عمل ارزشمند کنش‌گرایانه	
یکپارچه کردن و مستحکم کردن دستاوردها / مرور اهداف اولیه / مرور پیشرفت درمان‌جو	مرور فرآیند، پیشگیری از عود و فرآیند اختتام
بررسی توانایی مراجع برای شرایط استرس‌زای احتمالی آینده / پیشگیری از عود	
بحث درباره‌ی زندگی بعد از درمان و احساسات مراجع نسبت به آن	

تحلیل داده‌ها

تحلیل داده‌های پژوهش از طریق روش‌های آمار توصیفی (میانگین و انحراف استاندارد) و آمار استنباطی (تحلیل کوواریانس) و با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS-۲۲ انجام گرفت.

یافته‌ها

۲۲ درمان‌جوی مبتلا به اختلال وحشت‌زدگی (هفت مرد و پانزده زن) با دامنه‌ی سنی ۱۸ تا ۴۱ سال با میانگین سنی ۲۸/۱ و انحراف استاندارد ۳/۵ در پژوهش شرکت نموده‌اند.

جدول ۲

میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون به تفکیک گروه‌ها

پس‌آزمون		پیش‌آزمون		گروه	متغیرها
انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین		
۸/۹۷	۳۱	۱۶/۰۱	۶۸/۶۶	آزمایش	علائم (ADIS)
۱۲/۴۹	۴۴/۴	۱۴/۰۳	۶۳/۹۰	کنترل	
۲/۰۶	۱/۶۶	۱/۱۶	۷/۱۱	آزمایش	نگرانی (ADIS)
۲/۰۷	۴/۹	۰/۹۱	۷/۲۰	کنترل	
۷/۷۲	۱۲/۳۳	۶/۷۲	۲۸/۷۷	آزمایش	تغییر رفتار ناسازگارانه (ADIS)
۵/۱۸	۲۵/۳۰	۵/۷۵	۲۷/۳۰	کنترل	
۷/۴۹	۴۱/۱۱	۱۱/۹۳	۵۷/۷۷	آزمایش	نگرانی
۱۰/۲۲	۵۵/۳۰	۱۰	۵۸/۷۰	کنترل	
۸/۴۴	۷۵	۱۳/۲۰	۱۱۰/۴۴	آزمایش	دشواری در تنظیم هیجان
۱۱/۷۸	۱۱۰	۱۳/۲۴	۱۱۰/۷۰	کنترل	

همان‌گونه که در جدول ۲ ملاحظه می‌شود، میانگین نمره‌های متغیرهای مورد مطالعه از پیش‌آزمون به پس‌آزمون کاهش یافته است.

جدول ۳

نتایج آزمون‌های نرمال بودن شاپیرو-ویلکز و همگنی واریانس لون نمرات پس‌آزمون متغیرهای پژوهش

متغیرها	گروه	شاپیرو-ویلکز	df	سطح P	آزمون همگنی واریانس لون
علائم (ADIS)	آزمایش	۰/۹۲	۹	۰/۴۲۱	۰/۴۸۴
	کنترل	۰/۹۳	۱۰	۰/۴۹۷	
نگرانی (ADIS)	آزمایش	۰/۸۰	۹	۰/۰۲۲	۰/۹۵۶
	کنترل	۰/۹۵	۱۰	۰/۷۳۸	
تغییر رفتار ناسازگارانه (ADIS)	آزمایش	۰/۹۸	۹	۰/۹۸۹	< ۰/۰۴۸
	کنترل	۰/۹۵	۱۰	۰/۶۸۵	
نگرانی	آزمایش	۰/۹۶	۹	۰/۸۷۱	۰/۸۱۴
	کنترل	۰/۹۸	۱۰	۰/۹۷۱	
دشواری در تنظیم هیجان	آزمایش	۰/۹۶	۹	۰/۸۰۴	۰/۲۸۰
	کنترل	۰/۹۷	۱۰	۰/۹۰۷	

نتایج آزمون نرمال بودن شاپیرو-ویلکز در جدول ۳ نشان می‌دهد، که کلیه متغیرهای پژوهش تابع توزیع نرمال هستند و واریانس‌های گروه‌های آزمایش و کنترل در متغیرهای علایم و نگرانی از برنامه‌ی مصاحبه‌ی ساختاریافته برای اختلال‌های اضطرابی و نگرانی و دشواری در تنظیم هیجان یکسان هستند و فقط در متغیر تغییر رفتار ناسازگارانه از برنامه‌ی مصاحبه‌ی ساختاریافته برای اختلال‌های اضطرابی واریانس‌های دو گروه با هم برابر نیستند.

نتایج آماره F باکس نشان داد که F به‌دست‌آمده معنی‌دار نیست. بنابراین، فرض همگنی ماتریس‌های واریانس-کوواریانس مورد تأیید می‌باشد. نتایج فرض دیگر تحلیل کوواریانس؛ یعنی، شیب همگنی خط رگرسیون (تعامل گروه و پیش‌آزمون متغیرهای مورد پژوهش) همگی بیانگر تأیید این فرض می‌باشد و فرض خطی بودن؛ یعنی هم‌بستگی بین متغیر مستقل (کمکی) و متغیر وابسته نیز نشان از تأیید این فرض دارد.

جدول ۴

نتایج تحلیل کوواریانس گروه‌های آزمایش و کنترل پس از کنترل پیش‌آزمون بر علایم، نگرانی و نقص در تنظیم هیجان

توان آماری	میزان تأثیر	سطح P	نسبت F	میانگین مجذورات	df	متغیرها	تابع تغییرات
۰/۸۲	۰/۴۱	۰/۰۰۷	۹/۸۰	۷۲۶/۴۲	۱	علایم ADIS	پیش‌آزمون
۰/۱۲	۰/۰۴	۰/۴۱۱	۰/۷۱	۳/۵۲	۱	نگرانی ADIS	
۰/۲۳	۰/۱۱	۰/۲۰۳	۱/۷۸	۷۶/۹۷	۱	تغییر رفتار ناسازگارانه ADIS	
۰/۶۵	۰/۲۸	۰/۰۲۳	۶/۲۷	۳۹۱/۰۷	۱	نگرانی	
۰/۵۱	۰/۲۲	۰/۰۴۹	۴/۵۲	۴۰۱/۱۸	۱	دشواری در تنظیم هیجان	
۰/۹۱	۰/۴۷	۰/۰۰۳	۱۲/۷۶	۹۴۵/۸۱	۱	علائم ADIS	گروه
۰/۷۹	۰/۳۹	۰/۰۱۰	۸/۹۷	۴۴/۱۱	۱	نگرانی ADIS	
۰/۹۸	۰/۵۷۹	۰/۰۰۱	۱۹/۲۲	۸۳۰/۵۱	۱	تغییر رفتار ناسازگارانه ADIS	
۰/۹۴	۰/۴۷	۰/۰۰۲	۱۴/۴۰	۸۹۸/۳۵	۱	نگرانی	
۱	۰/۸۰۳	۰/۰۰۱	۶۵/۰۷۹	۵۷۷۰/۹۴	۱	دشواری در تنظیم هیجان	
				۷۴/۱۰	۱۴	علائم ADIS	خطا
				۴/۹۱	۱۴	نگرانی ADIS	
				۴۳/۲۰	۱۴	تغییر رفتار ناسازگارانه ADIS	
				۶۲/۳۶	۱۶	نگرانی	
				۸۸/۶۷	۱۶	دشواری در تنظیم هیجان	

نتایج جدول ۴ بیانگر این هستند که درمان گروهی مبتنی بر تنظیم هیجان بر علایم بیماری، نگرانی و تغییر رفتار ناسازگارانه مبتنی بر مصاحبه‌ی اختلالات اضطرابی ($F= ۸/۹۷$ ، $p < ۰/۰۱۰$)، علایم نگرانی (مبتنی بر پرسش‌نامه‌ی پنسیلوانیا) و نقص در تنظیم هیجان افراد مبتلا به اختلال وحشت‌زدگی در بین

گروه‌های آزمایش و کنترل پس از کنترل پیش‌آزمون معنی‌دار می‌باشد. به عبارت دیگر، این درمان گروهی در گروه تحت مداخله باعث کاهش نمره‌های علائم بیماری، تغییر رفتار ناسازگارانه، نگرانی و نقص در تنظیم هیجان شده است.

بحث

هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر تنظیم هیجان بر بهبود علائم، میزان نگرانی و نقص در تنظیم هیجان افراد مبتلا به اختلال وحشت‌زدگی بود. نتایج نشان داد که درمان گروهی مبتنی بر تنظیم هیجان، علائم، میزان نگرانی و نقص در تنظیم هیجان افراد مبتلا به اختلال وحشت‌زدگی را بهبود بخشیده است.

درمان مبتنی بر تنظیم هیجان یک درمان چندوجهی و یکپارچه است که به‌طور گسترده‌ای برای درمان اختلال اضطراب فراگیر به کار گرفته شده است و اثربخشی آن بر مؤلفه‌های اختلالات اضطرابی از جمله نگرانی و مشکلات تنظیم هیجان پایین افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر (Renna et al., 2019; O'Toole, Renna, Mennin, & Fresco, 2018)، و همچنین افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی (Dryman & Heimberg, 2018) و همبودی اختلال اضطراب فراگیر و اختلال افسردگی اساسی (Renna et al., 2018; O'Toole et al., 2019) تأیید شده است.

پژوهش حاضر با استفاده از برنامه‌ی مصاحبه‌ی ساختاریافته برای اختلال‌های اضطرابی (ADIS-5) نشان داد که شدت علائم، شدت نگرانی مرتبط با علائم و شدت تغییر رفتار و سبک زندگی فرد، در نتیجه‌ی درمان گروهی مبتنی بر تنظیم هیجان به‌طور معنی‌داری بهبود می‌یابد. این یافته، با نتایج پژوهش‌های قبلی همخوان است (Fresco et al. 2013; Mennin et al., 2005; Mennin et al., 2002; Renna et al., 2017). به‌علاوه، بهبود مهارت‌های تنظیم هیجان نقش اساسی در پایداری درمان دارد. مینن و همکاران (Mennin et al. 2015) نشان دادند که بهبود شدت علائم، نگرانی و کیفیت زندگی درمان‌جویان تا نه ماه پس از درمان باقی‌مانده بود. رنا و همکاران (Renna et al., 2018) نیز در پژوهشی نشان دادند که درمان مبتنی بر تنظیم هیجان، به‌طور معنی‌داری بر نگرانی و کیفیت زندگی افراد مبتلا به همبودی اختلال اضطراب فراگیر و اختلال افسردگی اساسی تأثیر مثبت دارد و این تأثیر در فواصل زمانی سه و نه ماهه نیز باقی‌مانده بود. استراوس و همکاران (Strauss et al., 2019) نشان دادند که به کار بردن مهارت ارزیابی مجدد منجر به کاهش سوگیری‌های شناختی مثل حساسیت اضطرابی می‌شود که خود منجر به کاهش علائم افراد مبتلا به اختلال وحشت‌زدگی می‌شود. همچنین مهارت ارزیابی مجدد و کاهش علائم، باعث کاهش سرکوب هیجانی می‌شود و این فرآیند فرد را در یک چرخه‌ی مثبت قرار می‌دهد و باعث پایداری اثربخشی درمان می‌شود.

این یافته‌ها از چند جنبه قابل تبیین است. اختلال وحشت‌زدگی با ترس دربارهِی سلامتی مشخص می‌شود. نشانه‌هایی که افراد مبتلا به اختلال وحشت‌زدگی دربارهِی آن نگراند، همان نشانه‌های حمله‌ی

وحشت‌زدگی هستند (Hartmann et al., 2019). به عبارت دیگر، افراد مبتلا به وحشت‌زدگی دو مشکل اساسی دارند که باید مورد مداخله مستقیم قرار بگیرد؛ نشانه‌های جسمانی اضطراب و نگرانی یا اضطراب انتظاری. برنامه‌ی درمان مبتنی بر تنظیم هیجان شامل تمرین ذهن‌آگاهی اسکن بدنی، آگاهی از حس‌های جسمانی و تمرین تنفس است. اثربخشی این تمرین‌ها در کاهش نشانه‌های جسمانی اضطراب و کاهش حساسیت اضطرابی به اثبات رسیده است (Fresco et al., 2013).

دومین یافته این تحقیق حاکی از آن است که درمان گروهی مبتنی بر تنظیم هیجان، نگرانی افراد مبتلا به وحشت‌زدگی را کاهش می‌دهد. این یافته با ادبیات پژوهشی درمان مبتنی بر تنظیم هیجان کاملاً همخوان است (Mennin et al., 2002; Mennin et al., 2005; Fresco et al., 2013; Renna et al., 2017). اختلال وحشت‌زدگی با سه نگرانی اساسی که در فرد ایجاد می‌شود مرتبط است. در درجه‌ی اول نگرانی از این که مبدا حملات وحشت‌زدگی علل پزشکی حاد داشته باشند، هر چند آزمایش‌های پزشکی مکرر نشان می‌دهند که هیچ مشکل پزشکی وجود ندارد. نگرانی از مرگ به دلیل مشکل قلبی یا تنفسی ممکن است کانون اصلی توجه بیمار در حین حملات وحشت‌زدگی باشد. دومین نگرانی اساسی این است که افراد مبتلا به اختلال وحشت‌زدگی در حین حمله فکر می‌کنند که در حال سخته کردن، در حال از دست دادن کنترل بر زندگی خود یا در حال دیوانه شدن هستند. نوع سوم نگرانی‌ای که به سراغ افراد مبتلا به اختلال وحشت‌زدگی می‌آید، موسوم به اضطراب انتظاری است. افراد مبتلا در فاصله‌ی حملات از ترس اینکه حمله دیگری به سراغشان بیاید، دچار اضطراب انتظاری می‌گردند؛ یعنی ترس از وقوع مجدد حمله‌ی وحشت‌زدگی (Barlow, Durand, Lalumière, & Stewart, 2014).

از طرف دیگر، سومین یافته پژوهش حاضر حاکی از آن بود که درمان گروهی مبتنی بر تنظیم هیجان، نقص در تنظیم هیجان افراد مبتلا به وحشت‌زدگی را بهبود می‌بخشد. این یافته با سایر پژوهش‌های موجود در ادبیات پژوهشی سازه‌ی تنظیم هیجان در اختلال وحشت‌زدگی همخوان است. پژوهش‌های متعددی نقش سازه‌ی تنظیم هیجان را در سبب‌شناسی و درمان اختلال وحشت‌زدگی تأیید کرده‌اند (Baker, Holloway, Thomas, Thomas, & Owens, 2004; Tull & Roemer, 2007; Swain, Hancock, Hainsworth & Bowman, 2013; Wang, Lee, Kweon, Lee, Chae, Kim, & Lee, 2016; Strauss, Kivity, & Huppert, 2019; Barlow, Allen, & Choate, 2016; Breuninger, Sláma, Krämer, Schmitz, & Tuschen-Caffier, 2017).

فرسکو و همکاران (Fresco et al., 2013) نشان دادند که درمان مبتنی بر تنظیم هیجان تغییرات معنی‌داری در دشواری تنظیم هیجان و تنظیم هیجان کلی ایجاد می‌کند. همچنین فروغی، آرانی، بختیاری، محمدی و حبیبی (Foroughi, Arani, Bakhtyari, Mohammadi, & Habibi, 2016) در پژوهشی نشان دادند که درمان مبتنی بر تنظیم هیجان مؤلفه‌ی سرکوب تنظیم هیجان را به شکل معنی‌داری کاهش و مؤلفه‌ی ارزیابی مجدد تنظیم هیجان را به شکل معنی‌داری افزایش می‌دهد. رنا و همکاران (Renna et al., 2018) نیز به نتایج مشابهی دست یافتند. اوتولی و همکاران (O'Toole et al., 2019) نیز نشان دادند که مؤلفه‌های سرکوب تنظیم هیجان و ارزیابی مجدد تنظیم هیجان در درمان مبتنی بر تنظیم

هیجان نقش میانجی ایفا می‌کنند و با نتیجه‌ی درمان رابطه‌ی مثبت و معنی‌دار دارند. پژوهش تایلر، مک‌کان، آسانی، براون و زانگ (Tyler, McCann, Brown, & Zang, 2020 Asnaani) نیز نشان داد که تغییرات تنظیم هیجان نقش میانجی در کاهش علائم اضطرابی دارد. همچنین در مدل میانجی چندگانه، تنها تنظیم هیجان بود که در تغییرات علائم اضطراب نقش میانجی داشت. در این راستا، اسلوان، هال، مولدینگ، برایس، میلدرد و استایگر (Sloan, Hall, Moulding, Bryce, Mildred, & Staiger, 2017) در یک پژوهش مروری، ۶۷ مطالعه را شناسایی و مرور کردند که تغییرات تنظیم هیجان را در سیر درمان‌های روان‌شناختی برای اضطراب، افسردگی، سوء‌مصرف مواد، اختلالات خوردن و اختلال شخصیت مرزی مورد ارزیابی قرار دادند. نتایج فراتحلیل نشان داد که بدون در نظر گرفتن نوع مداخله‌ی انجام شده یا نوع اختلال، راهبردهای تنظیم هیجان ناسازگارانه و نقص در تنظیم هیجان کلی در نتیجه‌ی درمان‌های روان‌شناختی، به‌طور معنی‌داری کاهش یافتند. این پژوهش‌ها از نقش تنظیم هیجان به‌عنوان یک سازه‌ی فراتشخیصی در مفهوم‌سازی و درمان اختلالات حمایت کرد. بنابراین، درمان سازه‌ی تنظیم هیجان ناسازگارانه و نقص در تنظیم هیجان کلی از طریق درمان مبتنی بر تنظیم هیجان را می‌توان برای این اختلالات به کار برد.

نتیجه‌گیری

در مجموع، پژوهش حاضر به بدنه‌ی پژوهش‌های اثربخشی درمان‌های کوتاه مدّت کمک شایانی ارائه می‌دهد. بررسی‌های فراتحلیل نشان می‌دهند که به دلیل پیچیدگی‌های اجتماعی و اقتصادی، درمان‌ها گرایش به کوتاه‌مدت‌تر شدن دارند و گستردگی اثربخشی درمان‌های ساختارمند کوتاه مدّت به پیشرفت این مدل درمان‌ها کمک خواهد کرد (Cuijpers, Sijbrandij, Koole, Huibers, Berking, & Andersson, 2014). نتایج پژوهش حاضر نشان داد که درمان مبتنی بر تنظیم هیجان می‌تواند به شکل گروهی اجرا شود و به دو دلیل عمده می‌تواند نسبت به درمان فردی ارجحیت داشته باشد. اول این که درمان گروهی نیاز به فهرست انتظار طولانی را کاهش می‌دهد و هم درمان‌گر و هم درمان‌جویان می‌توانند از زمان خود استفاده‌ی بهتری داشته باشند. و دوم این که گروه منافع دیگری مثل تجربه‌ی یکسان بودن تجربیات، الگوگیری و حمایت از گروه را برای مراجعین ایجاد می‌کند (Wolgensinger, 2015).

به‌علاوه، مفهوم «نگرانی» مهم‌ترین جزء مدل تنظیم هیجان است و برنامه‌ی درمان مبتنی بر تنظیم هیجان شامل مداخله‌ی مستقیم بر سازه‌ی نگرانی است و در سیر درمان پاسخ‌دهی واکنشی به نگرانی را به پاسخ‌دهی عمل متقابل تبدیل می‌کند. نگرانی به‌عنوان ویژگی اساسی اختلال اضطراب فراگیر تعریف شده است و اثربخشی درمان مبتنی بر تنظیم هیجان بر نگرانی افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر، در پژوهش‌های متعددی تأیید شده است. بنابراین، درمان سازه‌ی نگرانی در سایر اختلالات روان‌شناختی – از جمله اختلال وحشت‌زدگی – از طریق درمان مبتنی بر تنظیم هیجان که مستقیماً نگرانی را هدف قرار می‌دهد، می‌تواند چند نقش تعیین‌کننده داشته باشد. اول اینکه درمان سازه‌ی نگرانی به‌عنوان میانجی در بهبود علائم اختلالاتی عمل کند که نگرانی در آن اختلالات نقش دارند. دومین نقش تعیین‌کننده‌ی

درمان سازه‌ی نگرانی به‌عنوان میانجی، گام بلندی است که در محیط‌های بالینی این حوزه برداشته می‌شود و ادبیات پژوهشی در این حوزه را گسترش دهد. بر اساس پنجمین ویراست راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-5)، نگرانی در هفت اختلال وجود دارد؛ اختلال اضطراب فراگیر، اختلال وحشت‌زدگی، اختلال اضطراب اجتماعی، اختلال اضطراب جدایی، اختلال نشانگان جسمانی، اختلال اضطراب بیماری و اختلال شخصیت وابسته (American Psychiatric Association, 2013). بنابراین، درمان سازه‌ی نگرانی از طریق درمان مبتنی بر تنظیم هیجان را می‌توان برای این اختلالات به کار برد. پژوهش حاضر کاربرد درمان مبتنی بر تنظیم هیجان در شکل گروهی و به‌کارگیری درمان مبتنی بر تنظیم هیجان برای اختلال وحشت‌زدگی را به ادبیات پژوهشی درمان مبتنی بر تنظیم هیجان و اختلال وحشت‌زدگی اضافه کرد. با این وجود، پژوهش حاضر محدودیت‌هایی داشت. اول این‌که اختلال وحشت‌زدگی از جمله اختلالاتی است که نرخ همبودی بالایی با سایر اختلالات روان‌شناختی دارد و در بررسی نقش سازه‌ها و اثربخشی درمان‌ها برای اختلال وحشت‌زدگی باید به این همبودی‌ها توجه داشت. به عبارت دیگر، ممکن است که در اثر تشخیص‌های همبود، متغیرهای مداخله‌گر بیشتری در نتایج پژوهش نقش داشته باشند که باید کنترل شوند. محدودیت اصلی این مطالعه این است که جامعه فقط مربوط به بیماران با اختلال وحشت‌زدگی می‌باشد و نتایج را به دیگر گروه‌های بیماران باید با احتیاط تعمیم داد. ادبیات پژوهشی ناکافی در این حیطه موجب سوء تفسیر در نقش سازه‌های اختلال می‌شود. همان‌طور که در متن نیز اشاره شد، هنوز مشخص نیست که نگرانی و تنظیم هیجان مستقیماً در درمان اختلال وحشت‌زدگی نقش دارند یا به صورت میانجی و از طریق مسیرهای علی غیرمستقیم، روشن شدن نقش مستقیم یا غیرمستقیم عوامل اضطرابی در حوزه‌ی اختلال وحشت‌زدگی، مستلزم پژوهش‌های بیشتری است. بنابراین، پیشنهاد می‌شود که در پژوهش‌های آتی به نقش سازه‌های مختلف اضطرابی در نشانه‌های اختلال وحشت‌زدگی از طریق روش‌های تحلیل مسیر و مدل‌یابی معادلات ساختاری پرداخته شود تا نقش عوامل و سازه‌های مختلف در اختلال وحشت‌زدگی روشن شود. در نهایت ذکر این نکته ضروری است که پژوهش‌های بیشتری، چه به صورت فردی و چه به صورت گروهی، برای تأیید و تکرار این یافته‌ها لازم است.

ملاحظات اخلاقی

در این پژوهش، پس از تشخیص و انتخاب و گمارش تصادفی افراد مورد نظر به شرکت‌کنندگان در مورد هدف پژوهش توضیحاتی داده شد و رضایت آگاهانه آن‌ها برای شرکت در برنامه درمانی این پژوهش به‌طور مکتوب جلب گردید. همچنین به آن‌ها اطمینان داده شد که تمامی اطلاعات آنان محرمانه خواهد ماند. مداخله برای گروه آزمایش به صورت هشت جلسه‌ی ۱۲۰ دقیقه‌ای، در مرکز مشاوره و روان‌درمانی دانشگاه شیراز و تحت نظارت مدیر گروه بخش روانشناسی بالینی دانشگاه شیراز و رئیس مرکز مشاوره و روان‌درمانی دانشگاه شیراز اجرا شد. همچنین فرم رضایت آگاهانه که در آن تمام جزئیات پژوهش قید شده بود به درمان‌جویان داده شد و آن‌ها آن را مطالعه و به امضاء رساندند. گروه کنترل نیز پس از اتمام جلسات گروه آزمایش، طبق برنامه‌ی قبلی، درمان گروهی مبتنی بر تنظیم هیجان را به صورت رایگان دریافت کردند.

سپاسگزاری

در پایان، از تمامی شرکت‌کنندگان در پژوهش حاضر و همچنین از تمامی عوامل و پرسنل دانشگاه شیراز و به ویژه مرکز مشاوره و روان‌درمانی دانشگاه شیراز که در پژوهش حاضر همکاری داشتند، کمال تشکر و قدردانی به عمل می‌آید.

References

- Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S., & Schweizer, S. (2010). Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review, 30*(2), 217-237.
- American Psychiatric Association (2010). American Psychiatric Association practice guidelines for the treatment of patients with Panic Disorder. *American Journal of Psychiatry, 167*(Suppl. 10), 9-118.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5)*. American Psychiatric Pub.
- American Psychiatric Association. (2015). *Structured clinical interview for DSM-5 (SCID-5)*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Asnaani, A., Tvler, J., McCann, J., Brown, L., & Zang, Y. (2020). Anxiety sensitivity and emotion regulation as mechanisms of successful CBT outcome for anxiety-related disorders in a naturalistic treatment setting. *Journal of Affective Disorders, 267*, 86-95.
- Baker, R., Holloway, J., Thomas, P. W., Thomas, S., & Owens, M. (2004). Emotional processing and panic. *Behaviour Research and Therapy, 42*(11), 1271-1287.
- Barlow, D. H. (2004). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic*. Guilford press.
- Barlow, D. H., Allen, L. B., & Choate, M. L. (2016). Toward a unified treatment for emotional disorders—republished article. *Behavior Therapy, 47*(6), 838-853.
- Barlow, D. H., Durand, V. M., Lalumière, M. L., & Stewart, S. H. (2014). *Abnormal psychology*. W. Ross MacDonald School Resource Services Library. Bentley, K. H., Franklin, J. C., Ribeiro, J. D., Kleiman, E. M., Fox, K. R., & Nock, M. K. (2016). Anxiety and its disorders as risk factors for suicidal thoughts and behaviors: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review, 43*, 30-46.
- Breuninger, C., Sláma, D. M., Krämer, M., Schmitz, J., & Tuschen-Caffier, B. (2017). Psychophysiological reactivity, interception and emotion regulation in patients with agoraphobia during virtual reality anxiety induction. *Cognitive Therapy and Research, 41*(2), 193-205.
- Brown, T. A., & Barlow, D. H. (2014). *Anxiety and Related Disorders Interview Schedule for DSM-5 (ADIS-5L): Lifetime Version. Client Interview Schedule*. Oxford University Press.
- Canuto, A., Weber, K., Baertschi, M., Andreas, S., Volkert, J., Dehoust, M. C., ... & Crawford, M. J. (2018). Anxiety disorders in old age: psychiatric comorbidities, quality of life, and prevalence according to age, gender, and country. *The American Journal of Geriatric Psychiatry, 26*(2), 174-185.

- Casey, L. M., Oei, T. P., Newcombe, P. A., & Kenardy, J. (2004). The role of catastrophic misinterpretation of bodily sensations and panic self-efficacy in predicting panic severity. *Journal of Anxiety Disorders, 18*(3), 325-340.
- Cisler, J. M., & Olatunii, B. O. (2012). Emotion regulation and anxiety disorders. *Current Psychiatry Reports, 14*(3), 182-187.
- Comer, J. S., Kendall, P. C., Franklin, M. E., Hudson, J. L., & Pimentel, S. S. (2004). Obsessing/worrying about the overlap between obsessive-compulsive disorder and generalized anxiety disorder in youth. *Clinical Psychology Review, 24*(6), 663-683.
- Cuijpers, P., Sijbrandij, M., Koole, S., Huibers, M., Berking, M., & Andersson, G. (2014). Psychological treatment of generalized anxiety disorder: a meta-analysis. *Clinical Psychology Review, 34*(2), 130-140.
- Dehshiri, G. R., Golzari, M., Boriali, A., & Sohrabi, F. (2010). Psychometrics particularity of Farsi version of Pennsylvania State Worry Questionnaire for college students. *Journal of Clinical Psychology, 1*(4), 67-75. [Persian]
- Dryman, M. T., & Heimberg, R. G. (2018). Emotion regulation in social anxiety and depression: A systematic review of expressive suppression and cognitive reappraisal. *Clinical Psychology Review, 65*, 17-42.
- Foroughi, A. A., Arani, A. M., Bakhtvari, M., Mohammadi, A., & Habibi, M. (2016). The Efficacy of Emotion Regulation Therapy (ERT) in Generalized Anxiety Disorder (GAD): symptom reduction and improving of emotion regulation and mindfulness skills. *International Journal of Applied Behavioral Sciences, 3*(1), 1-9.
- Fresco, D. M., Mennin, D. S., Heimberg, R. G., & Ritter, M. (2013). Emotion regulation therapy for generalized anxiety disorder. *Cognitive and Behavioral Practice, 20*(3), 282-300.
- Gladstone, G. L., Parker, G. B., Mitchell, P. B., Malhi, G. S., Wilhelm, K. A., & Austin, M. P. (2005). A Brief Measure of Worry Severity (BMWS): Personality and clinical correlates of severe worriers. *Journal of Anxiety Disorders, 19*(8), 877-892.
- Gratz, K. L., & Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 26*(1), 41-54.
- Gross, J. J. (2015). Emotion regulation: Current status and future prospects. *Psychological Inquiry, 26*(1), 1-26.
- Hartmann, A. S., Cordes, M., Hirschfeld, G., & Vocks, S. (2019). Affect and worry during a checking episode: a comparison of individuals with symptoms of obsessive-compulsive disorder, anorexia nervosa, bulimia nervosa, body dysmorphic disorder, illness anxiety disorder, and panic disorder. *Psychiatry Research, 272*, 349-358.
- Hashemi, T., Mahmoodaliloo, M., Hosseinzadeh, S., Mashinchi, N. (2014). Role of Cognitive Emotion Regulation Strategies, Neuroticism and Extroversion in Panic Symptoms. *Modern Psychological Research, 9*(34), 219-242. [Persian]

- Himle, J., A., Van-Etten, M., Fischer, D., J. (2003). Group cognitive behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder: a review. *Brief Treatment and Crisis Intervention*, (3), 217-229.
- Hofmann, S. G., Sawyer, A. T., Fang, A., & Asnaani, A. (2012). Emotion dysregulation model of mood and anxiety disorders. *Depression and Anxiety*, 29(5), 409-416.
- Khodavarifard, M., Mansouri, A., Besharat, M. A., & Gholamali Lavasani, M. (2017). A review of conceptual models for worry and generalized anxiety disorder. *Clinical Excellence*, 6(2), 23-38. [Persian]
- Marchesi, C., Fontò, S., Balista, C., Cimmino, C., & Maggini, C. (2005). Relationship between alexithymia and panic disorder: a longitudinal study to answer an open question. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 74(1), 56-60.
- McWilliams, L. A., Stewart, S. H., & MacPherson, P. S. (2000). Does the social concerns component of the Anxiety Sensitivity Index belong to the domain of anxiety sensitivity or the domain of negative evaluation sensitivity? *Behaviour Research and Therapy*, 38(10), 985-992.
- Mennin, D. S. (2004). Emotion regulation therapy for generalized anxiety disorder. *Clinical Psychology & Psychotherapy: An International Journal of Theory & Practice*, 11(1), 17-29.
- Mennin, D. S., Fresco, D. M., Ritter, M., & Heimberg, R. G. (2015). An open trial of emotion regulation therapy for generalized anxiety disorder and cooccurring depression. *Depression and Anxiety*, 32(8), 614-623.
- Mennin, D. S., Heimberg, R. G., Turk, C. L., & Fresco, D. M. (2002). Applying an emotion regulation framework to integrative approaches to generalized anxiety disorder. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9(1), 85-90.
- Mennin, D. S., Heimberg, R. G., Turk, C. L., & Fresco, D. M. (2005). Preliminary evidence for an emotion dysregulation model of generalized anxiety disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 43(10), 1281-1310.
- Mennin, D. S., Holaway, R. M., Fresco, D. M., Moore, M. T., & Heimberg, R. G. (2007). Delineating components of emotion and its dysregulation in anxiety and mood psychopathology. *Behavior Therapy*, 38(3), 284-302.
- Meyer, T. J., Miller, M. L., Metzger, R. L. and Borkovec, T. D. (1990). Development and Validation of the Penn State Worry Questionnaire. *Behaviour Research and Therapy*, 28, (6), 487-495.
- Narimani, M., Abolghasemi, A., Rezazadeh, H. (2011). The effectiveness of group cognitive-behavioral therapy on life quality and educational performance of students with generalized social anxiety. *Journal of Applied Counseling*, 1(2), 31-50. (Persian)
- Narimani, M., Alisari Nasirlou, K., Effat-Parvar, S. (2013). The Effectiveness of Emotion-Focused Training for Cognitive Emotional Regulation Strategies of Emotionally Abused Students. *Journal of Applied Counseling*, 3(2), 37-50. (Persian)
- Nolen-Hoeksema, S., Wisco, B.E. and Lyubomirsky, S. (2008). Rethinking rumination. *Perspectives on Psychological Science*, 3, 400-424.
- O'Toole, M. S., Renna, M. E., Mennin, D. S., & Fresco, D. M. (2019). Changes in decentering and reappraisal temporally precede symptom reduction during

- Emotion Regulation Therapy for generalized anxiety disorder with and without co-occurring depression. *Behavior Therapy*, 50(6), 1042-1052.
- Renna, M. E., Quintero, J. M., Fresco, D. M., & Mennin, D. S. (2017). Emotion regulation therapy: a mechanism-targeted treatment for disorders of distress. *Frontiers in Psychology*, 8, 98.
- Renna, M. E., Quintero, J. M., Soffer, A., Pino, M., Ader, L., Fresco, D. M., & Mennin, D. S. (2018). A pilot study of emotion regulation therapy for generalized anxiety and depression: findings from a diverse sample of young adults. *Behavior Therapy*, 49(3), 403-418.
- Sadock, B.J., Sadock, V. A., & Ruiz, P. (2015). Synopsis of psychiatry: *Behavioral Sciences Clinical Psychiatry* (11th ed). New York: Wolters Kluwer.
- Sarma, S. I., & Byrne, G. J. (2014). Relationship between anxiety and quality of life in older mental health patients. *Australasian Journal on Ageing*, 33(3), 201-204.
- Shams, J., Azizi, A., & Mirzaei, A. (2010). Correlation between distress tolerance and emotional regulation with students smoking dependence. *Hakim Research Journal*, 13(1), 11-18.
- Sheppes, G., Suri, G., & Gross, J. J. (2015). Emotion regulation and psychopathology. *Annual Review of Clinical Psychology*, 11, 379-405.
- Sloan, E., Hall, K., Moulding, R., Bryce, S., Mildred, H., & Staiger, P. K. (2017). Emotion regulation as a transdiagnostic treatment construct across anxiety, depression, substance, eating and borderline personality disorders: A systematic review. *Clinical Psychology Review*, 57, 141-163.
- Strauss, A. Y., Kivity, Y., & Huppert, J. D. (2019). Emotion regulation strategies in cognitive behavioral therapy for panic disorder. *Behavior Therapy*, 50(3), 659-671.
- Swain, J., Hancock, K., Hainsworth, C., & Bowman, J. (2013). Acceptance and commitment therapy in the treatment of anxiety: a systematic review. *Clinical Psychology Review*, 33(8), 965-978.
- Tull, M. T., & Roemer, L. (2007). Emotion regulation difficulties associated with the experience of uncued panic attacks: Evidence of experiential avoidance, emotional nonacceptance, and decreased emotional clarity. *Behavior Therapy*, 38(4), 378-391.
- Turki, M., Thabet, J. B., Charfi, N., Mezghanni, M., Bouali, M. M., Zouari, N., ... & Maalel, M. (2017). Generalized anxiety disorder comorbidities: Panic and depressive disorder. *European Psychiatry*, 41, S486.
- Wang, S. M., Lee, H. K., Kweon, Y. S., Lee, C. T., Chae, J. H., Kim, J. J., & Lee, K. U. (2016). Effect of emotion regulation training in patients with panic disorder: Evidenced by heart rate variability measures. *General Hospital Psychiatry*, 40, 68-73.
- Wolgensinger, L. (2015). Cognitive behavioral group therapy for anxiety: recent developments. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 17(3), 347.

