



دانشگاه آزاد اسلامی

واحد خمینی شهر

دانشکده علوم انسانی

پایان نامه برای دریافت درجه کارشناسی ارشد M.A

رشته روان شناسی بالینی

عنوان:

اثر بخشی رفتاردرمانی دیالکتیک (DBT) بر مهارت های تنظیم هیجان و

کاهش علائم بالینی اختلال اضطراب فراگیر در زنان شهر اصفهان

استاد راهنما:

دکتر زهره لطیفی

نگارش:

مینا مرادی زاده

تابستان ۱۳۹۸

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ



دانشگاه آزاد اسلامی

واحد خمینی شهر

دانشکده علوم انسانی

پایان نامه برای دریافت درجه کارشناسی ارشد M.A

رشته روان شناسی بالینی

عنوان:

اثر بخشی رفتاردرمانی دیالکتیک (DBT) بر مهارت‌های تنظیم هیجان و

کاهش علائم بالینی اختلال اضطراب فراگیر در زنان شهر اصفهان

نگارش:

مینا مرادی زاده

شهریور ۱۳۹۸

در تاریخ / / توسط کمیته تخصصی زیر مورد بررسی و تصویب نهایی قرار گرفت.

دکتر زهره لطیفی

۱- استاد راهنما:

دکتر یوسف گرگی

۲- استاد داور:

دکتر حسین زرین

۳- استاد داور:

دکتر یوسف گرگی

۴- مدیر تحصیلات تکمیلی گروه



## مشور اخلاق پژوهش

بایاری از خداوند سبحان و اعتقاد به این که عالم محضر خداست و همواره ناظر بر اعمال انسان و به منظور پاس داشت

مقام بلند دانش و پژوهش و نظریه اهمیت جایگاه دانشگاه در اعتلای فرهنگ و تمدن بشری، مادانشجویان و

اعضای هیئت علمی واحدهای دانشگاه آزاد اسلامی متعهد می گردیم اصول زیر را در انجام فعالیت های

پژوهشی مد نظر قرار داده و از آن تخطی نکنیم:

۱- اصل حقیقت جویی: تلاش در راستای پی جویی حقیقت و وفاداری به آن و دوری از هرگونه پنهان سازی

حقیقت.

۲- اصل رعایت حقوق: التزام به رعایت کامل حقوق پژوهشگران و پژوهیدگان (انسان، حیوان و نبات) و

سایر صاحبان حق

۳- اصل مالکیت مادی و معنوی: تعهد به رعایت کامل حقوق مادی و معنوی دانشگاه و کلیه همکاران پژوهش.

۴- اصل منافع ملی: تعهد به رعایت مصالح ملی و در نظر داشتن پیشبرد و توسعه کشور در کلیه همکاران پژوهش.

۵- اصل رعایت انصاف و امانت: تعهد به اجتناب از هرگونه جانب داری غیر علمی و حفاظت از اموال،

تجهیزات و منابع در اختیار.

۶- اصل رازداری: تعهد به صیانت از اسرار و اطلاعات محرمانه افراد، سازمان ها و کشور و کلیه افراد و نهادهای

مرتبط با تحقیق.

۷- اصل احترام: تعهد به رعایت حریم ها و حرمت ها در انجام تحقیقات و رعایت جانب نقد و خودداری از هر

گونه حرمت شکنی.

۸- اصل ترویج: تعهد به رواج دانش و اشاعه نتایج آن به همکاران علمی و دانشجویان به غیر از مواردی که منع

قانونی دارد.

# ۹- اصل برائت: التزام به برائت جویی از هرگونه رفتار غیر حرفه‌ای و اعلام موضع نسبت به کسانی که حوزه علم

## و پژوهش را به‌شانه‌های غیر علمی می‌آلایند.

### تعهد نامه اصالت رساله یا پایان نامه»

اینجانب **مینا مرادی زاده** دانش آموخته مقطع کارشناسی ارشد رشته **روانشناسی بالینی** که در تاریخ / / از پایان نامه / رساله خود تحت عنوان «**بررسی اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیک (DBT) بر مهارت‌های تنظیم هیجان و کاهش علائم بالینی اختلال اضطراب فراگیر در زنان شهر اصفهان**» با کسب نمره و درجه دفاع کرده ام بدین وسیله متعهد می‌شوم:

- ۱- این پایان نامه / رساله حاصل تحقیق و پژوهش انجام شده توسط اینجانب بوده و در مواردی که از دستاوردهای علمی و پژوهشی دیگران (اعم از پایان نامه، کتاب، مقاله و ...) استفاده کرده ام، مطابق ضوابط و رویه موجود، نام منبع مورد استفاده و سایر مشخصات آن را در فهرست مربوطه ذکر و درج کرده ام. این پایان نامه / رساله قبلاً برای دریافت هیچ مدرک تحصیلی (هم سطح، پایین یا بالاتر) در سایر دانشگاه‌ها و مؤسسات آموزش عالی ارائه نشده است.
- ۲- چنانچه بعد از فراغت از تحصیل، قصد استفاده و هرگونه بهره‌برداری اعم از چاپ کتاب، ثبت اختراع و ... از این پایان نامه داشته باشم، از حوزه معاونت پژوهشی واحد مجوزهای مربوطه را اخذ نمایم.
- ۳- چنانچه در هر مقطع زمانی خلاف موارد فوق ثابت شود، عواقب ناشی از آن را می‌پذیرم و واحد دانشگاهی مجاز است با اینجانب مطابق ضوابط و مقررات رفتار کرده و در صورت ابطال مدرک تحصیلی‌ام هیچ‌گونه ادعایی نخواهم داشت.

نام و نام خانوادگی

**مینا مرادی زاده**

تاریخ و امضا



## سپاسگزاری

سپاس و ستایش پروردگاریکتا که توفیق را فراهم گذاشت تا این آزمون از زندگی علمی خویش را به سربلندی پشت سر گذاشته و توفیق کسب مدارج علمی را به من داد. بر خود لازم می‌دانم که از استادان دلسوز جناب آقای دکتر یوسف گرجی مدیر گروه محترم و جناب آقای دکتر حسین زرین که حق تعلیم و تربیت برگردنم دارند تشکر و سپاسگزاری نمایم. و از استاد ارجمند سرکار خانم دکتر زهره لطیفی که دانش را به زیور دوستی و محبت آراسته‌اند، سپاسگزارم که صبوری و راهنمایی‌های بی‌چشمداشت ایشان مسیر انجام این پژوهش را برایم هموار کرد.



کلیه حقوق مادی مترتب بر نتایج مطالعات، ابتکارات و  
نوآوری‌های ناشی از تحقیق موضوع این پایان نامه متعلق به  
دانشگاه آزاد اسلامی واحد خمینی شهر است.

تقدیم:

به روح پاک مادرم که وجودم برایش همه رنج بود و وجودش برایم همه مر  
نبودن هایی هست که هیچ بودنی جبران شان نمیکند و آدم هایی هستند که هرگز تکرار  
نمیشوند و تو آنگونه ای مادر.

تقدیم به مهربان فرشتگانی که :

لذت و غرور دانستن ، جسارت خواستن ، عظمت رسیدن و تمام تجربه های یکتا و زیبای

زندگیم ، مدیون سبز آنهاست. تقدیم به همسر و فرزندان عزیزم.

**فصل اول: کلیات تحقیق**

۲	۱-۱-مقدمه .....
۳	۲-۱-بیان مسئله .....
۷	۳-۱-اهمیت و ارزش تحقیق .....
۹	۴-۱-اهداف تحقیق .....
۹	۱-۴-۱-اهداف اصلی .....
۹	۲-۴-۱-اهداف فرعی .....
۹	۵-۱-فرضیات تحقیق .....
۹	۱-۵-۱-فرضیه اصلی .....
۹	۲-۵-۱-فرضیه‌های فرعی .....
۱۰	۶-۱-تعاریف نظری اصطلاحات و واژه‌ها .....
۱۰	۱-۶-۱-تعریف نظری اختلال اضطراب فراگیر .....
۱۰	۲-۶-۱-تعریف نظری تنظیم هیجان .....
۱۰	۳-۶-۱-تعریف نظری رفتاردرمانی دیالکتیک .....
۱۱	۷-۱-تعاریف عملیاتی اصطلاحات و واژه‌ها .....
۱۱	۱-۷-۱-تعریف عملیاتی اختلال اضطراب فراگیر .....
۱۱	۲-۷-۱-تعریف عملیاتی تنظیم هیجان .....
۱۲	۳-۷-۱-تعریف عملیاتی رفتاردرمانی دیالکتیک .....

**فصل دوم: ادبیات پژوهش**

۱۴	۱-۲-بخش اول: مبانی نظری و مفهومی .....
۱۴	۱-۱-۲-اضطراب و علائم آن .....
۱۶	۲-۱-۲-اختلالات اضطرابی .....
۱۷	۳-۱-۲-اختلال اضطراب فراگیر .....
۱۸	۴-۱-۲-ملاک‌های Dsm5 برای اختلال اضطراب فراگیر .....
۱۹	۵-۱-۲-شیوع و همه‌گیرشناسی اختلال اضطراب فراگیر .....
۱۹	۶-۱-۲-عوامل زیستی / ژنتیکی در اضطراب فراگیر .....
۲۰	۷-۱-۲-تشخیص افتراقی اضطراب فراگیر .....
۲۱	۸-۱-۲-اختلال‌های هم‌آیند با اختلال اضطراب فراگیر .....

۲۲	۹-۱-۲-اهمیت پرداختن به هیجان در اختلال اضطراب فراگیر
۲۴	۱۰-۱-۲-هیجان
۲۵	۱۱-۱-۲-عوامل زیستی در هیجان
۲۶	۱۲-۱-۲-عوامل روان‌شناختی در تنظیم هیجان
۲۸	۱۳-۱-۲-نقش هیجان‌ات در سلامت روان
۲۹	۱۴-۱-۲-مدل‌های نظری تنظیم هیجان
۳۰	۱۵-۱-۲-مدل بد تنظیمی هیجانی درباره نگرانی و اختلال اضطراب فراگیر
۳۱	۱۶-۱-۲-مدل‌های شناختی رفتاری در اضطراب فراگیر
۳۱	۱-۱۶-۲-مدل بارلو
۳۱	۲-۱۶-۲-مدل بور کووک
۳۲	۳-۱۶-۲-مدل ولز
۳۳	۴-۱۶-۲-مدل عدم تحمل بلا تکلیفی
۳۳	۱۷-۱-۲-روان‌درمانی‌های موجود برای اختلال اضطراب فراگیر
۳۵	۱۸-۱-۲-درمان دارویی اضطراب فراگیر
۳۶	۱۹-۱-۲-درمان شناختی-رفتاری
۳۷	۲۰-۱-۲-رفتاردرمانی دیالکتیک و پیشینه آن
۳۹	۲۱-۱-۲-رفتاردرمانی دیالکتیک و اختلال‌های اضطرابی
۴۰	۲۲-۱-۲-کارکردهای رفتاردرمانی دیالکتیک
۴۲	۲۳-۱-۲-مهارت‌ها در رفتاردرمانی دیالکتیک
۴۳	۲۴-۱-۲-مهارت‌های تحمل آشفتگی (رنج)
۴۳	۲۵-۱-۲-مهارت‌های توجه آگاهی
۴۵	۲۶-۱-۲-تمرینات توجه آگاهی
۴۶	۲۷-۱-۲-توجه آگاهی در حکم یک سازوکار کارآمد
۴۶	۲۸-۱-۲-حالت‌های ذهن در رفتاردرمانی دیالکتیکی
۴۷	۲۹-۱-۲-مهارت‌های نظم‌بخشی هیجان
۴۸	۳۰-۱-۲-مهارت‌های ارتباط مؤثر
۴۹	۲-۲-بخش دوم: پیشینه پژوهش
۴۹	۱-۲-۲-تحقیقات داخلی
۵۵	۲-۲-۲-تحقیقات خارجی

۳-۲- خلاصه فصل ..... ۵۹

### فصل سوم: روش پژوهش

۱-۳- نوع روش پژوهش ..... ۶۱

۲-۳- جامعه آماری ..... ۶۲

۳-۳- گروه نمونه و روش نمونه گیری ..... ۶۳

۴-۳- متغیرهای پژوهش ..... ۶۳

۵-۳- ملاک‌های ورود و خروج در پژوهش ..... ۶۳

۶-۳- ابزار گردآوری اطلاعات ..... ۶۴

۷-۳- روش گردآوری اطلاعات ..... ۶۷

۸-۳- روش اجرا پژوهش ..... ۶۸

۹-۳- روش تجزیه و تحلیل اطلاعات ..... ۷۰

۱۰-۳- ملاحظات اخلاقی ..... ۷۰

### فصل چهارم: یافته‌های تحقیق

۱-۴- تحلیل توصیفی داده‌ها ..... ۷۲

۲-۴- بررسی استنباطی داده‌ها ..... ۷۸

۱-۲-۴- پیش فرض تساوی واریانس‌ها ..... ۷۸

۲-۲-۴- پیش فرض نرمال بودن داده‌ها ..... ۷۸

۳-۴- بررسی فرضیات پژوهش ..... ۷۹

### فصل پنجم: نتیجه گیری و پیشنهادات

۱-۵- خلاصه طرح و روش پژوهش ..... ۸۳

۲-۵- بحث و تفسیر نتایج پژوهش بر اساس فرضیه‌های تحقیق ..... ۸۴

۳-۵- نتیجه گیری ..... ۸۹

۴-۵- محدودیت‌های پژوهش ..... ۸۹

۵-۵- پیشنهادهای پژوهش ..... ۹۰

۶-۵- پیشنهادات کاربردی ..... ۹۰

پیوست‌ها ..... ۹۱

فهرست منابع ..... ۱۰۶

## فهرست جدول‌ها

عنوان	صفحه
جدول ۱-۲- توافقی‌های تیم مشاوره در رفتاردرمانی جدلی	۴۲
جدول ۱-۳- دیاگرام طرح کلی پژوهش	۶۲
جدول ۲-۳- تعیین درجه اضطراب بر اساس پرسش‌نامه اضطراب	۶۶
جدول ۳-۳- خلاصه محتوای جلسات رفتاردرمانی دیالکتیکی	۶۹
جدول ۱-۴- مقایسه فراوانی و درصد فراوانی تحصیلات	۷۳
جدول ۲-۴- مقایسه فراوانی و درصد فراوانی شغل	۷۴
جدول ۳-۴- مقایسه فراوانی و درصد فراوانی وضعیت تأهل	۷۵
جدول ۴-۴- مقایسه میانگین و انحراف معیار سن	۷۶
جدول ۵-۴- مقایسه میانگین و انحراف معیار نمرات تنظیم هیجان مثبت و تنظیم هیجان منفی و اضطراب فراگیر	۷۷
جدول ۶-۴- آزمون لوین در مورد همسانی واریانس تنظیم هیجان مثبت و تنظیم هیجان منفی و علائم بالینی اضطراب فراگیر	۷۸
جدول ۷-۴- آزمون کلوموگروف اسمیرنف نمرات تنظیم هیجان مثبت و تنظیم هیجان منفی و علائم بالینی اضطراب فراگیر	۷۸
جدول ۸-۴- آزمون باکس در مورد همسانی کوواریانس نمرات مهارت‌های تنظیم هیجان و کاهش علائم بالینی اضطراب فراگیر زنان شهر اصفهان	۷۹
جدول ۹-۴- نتایج اثر پیلایی تحلیل کوواریانس چند متغیری (مانکوا) تفاوت دو گروه آزمایش و کنترل مهارت‌های تنظیم هیجان و کاهش علائم بالینی اضطراب فراگیر زنان شهر اصفهان	۷۹
جدول ۱۰-۴- تحلیل کوواریانس نمرات تنظیم هیجان مثبت زنان شهر اصفهان در گروه‌های مورد مطالعه	۸۰
جدول ۱۱-۴- تحلیل کوواریانس نمرات تنظیم هیجان منفی زنان شهر اصفهان در گروه‌های مورد مطالعه	۸۰
جدول ۱۲-۴- تحلیل کوواریانس نمرات علائم بالینی اضطراب فراگیر زنان شهر اصفهان در گروه‌های مورد مطالعه	۸۱

## فهرست نمودارها

صفحه	عنوان
۷۳	نمودار ۴-۱- مقایسه درصد فراوانی تحصیلات
۷۴	نمودار ۴-۲- مقایسه درصد فراوانی شغل
۷۵	نمودار ۴-۳- مقایسه درصد فراوانی وضعیت تأهل
۷۶	نمودار ۴-۴- مقایسه میانگین نمرات سن
۷۷	نمودار ۴-۵- مقایسه میانگین نمرات تنظیم هیجان مثبت و تنظیم هیجان منفی و اضطراب فراگیر

## چکیده

هدف مطالعه حاضر بررسی اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیک (DBT) بر مهارت‌های تنظیم هیجان و کاهش علائم بالینی اختلال اضطراب فراگیر در زنان شهر اصفهان بود. این پژوهش، در قالب یک مطالعه نیمه تجربی با گروه آزمایش و کنترل به صورت پیش‌آزمون-پس‌آزمون انجام شد. به این منظور، از میان کلیه زنان دارای اختلال اضطراب فراگیر، ۳۰ زن مبتلا بر اساس ملاک‌های ورود و خروج پژوهش انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل گمارده شدند و با استفاده از پرسشنامه اضطراب فراگیر (GAD-7) و پرسشنامه اضطراب بک (BAI) و پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان (CERQ) مورد ارزیابی قرار گرفتند. گروه آزمایش یک دوره رفتاردرمانی دیالکتیک را در قالب ۱۲ جلسه ۲ ساعته دریافت کردند. نتایج تحلیل کوواریانس نشان داد رفتاردرمانی دیالکتیک باعث کاهش علائم بالینی اضطراب فراگیر و همچنین بهبود مهارت‌های تنظیم هیجان منفی در مرحله پس‌آزمون شده است ( $P < 0/05$ ). در حالی که بر مهارت‌های تنظیم هیجان مثبت تاثیری نداشته است ( $p < 0/05$ ). یافته‌های این مطالعه نشان داد که رفتاردرمانی دیالکتیک می‌تواند به عنوان یک رویکرد درمانی مؤثر جهت تنظیم هیجان در افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر مورد استفاده قرار گیرد.

**واژه‌های کلیدی:** اختلال اضطراب فراگیر، تنظیم هیجان، ذهن آگاهی، رفتاردرمانی دیالکتیک



# فصل اول

## کلیات تحقیق

## ۱-۱- مقدمه

سلامت روانی و رفتاری زنان به عنوان عناصر آرام بخش در خانواده بخصوص هنگامی که در نقش همسر و مادر قرار می گیرند از اهمیت بالایی برخوردار است. توجه به درمان اختلالات روان پزشکی در این گروه هم به نوعی پیشگیری از بروز اختلالات در خانواده و همچنین درمان و توان بخشی آنان است.

در میان اختلالات روان پزشکی، اختلالات اضطرابی از شایع ترین اختلال های روان پزشکی هستند. نتایج برخی از پژوهش های همه گیرشناسی در ایران نیز بر این موضوع صحت می گذارند. این گروه از اختلالات احتمالاً به دلیل همین شیوع بالا، توجه زیادی را در حوزه پژوهش به خود معطوف داشته اند، با این حال به نظر می رسد نسبتاً تعداد اندکی از این بررسی ها بر اختلال اضطراب فراگیر متمرکز بوده اند و در این حوزه جای خالی پژوهش های بیشتری احساس می شود. اختلال اضطراب فراگیر<sup>۱</sup>، از اختلال های اساسی در آسیب شناسی روانی است، چراکه ویژگی های

---

1 General anxiety disorder(GAD)

اساسی آن می‌تواند منعکس‌کننده فرایندهای اصلی موجود در همه اختلال‌های هیجانی باشد. اگرچه نگرانی به‌خودی‌خود نشانه آسیب‌شناسی روانی خاصی نیست و افراد مختلف در موقعیت‌های مختلف زندگی‌شان ممکن است به دفعات آن را تجربه کنند ولیکن با شدت یافتن نگرانی، فرد دچار آشفتگی و پریشانی می‌شود و درنهایت این نگرانی بیش‌ازحد می‌تواند کارکرد فرد را در زمینه‌های مختلف مختل کند. در نتیجه ماهیت این اختلال نگرانی غیرواقعی و افراطی می‌باشد که غیرقابل کنترل بوده و توأم با آشفتگی روانی و هیجانی است. اختلال اضطراب فراگیر علائم شناختی و فیزیولوژیکی به همراه دارد که منجر به تخریب کارکرد فرد در زمینه‌های مختلف می‌شود. عوامل زیستی و روان‌شناختی متعددی می‌توانند سبب ایجاد و تداوم این اختلال و نگرانی شوند و تاکنون مدل‌های رفتاری، شناختی، فراشناختی و هیجانی متفاوتی درباره این اختلال و نگرانی معرفی شده است.

از طرفی پژوهش‌های پیشین به نقش و اهمیت برخی از مهارت‌های زیرمجموعه رفتاردرمانی دیالکتیک به‌صورت جداگانه اشاره داشته‌اند ولیکن پیش‌ازاین رفتاردرمانی دیالکتیک به‌عنوان مداخله درمانی مؤثر بر تنظیم هیجان و علائم این اختلال موردپژوهش قرار نگرفته است. لذا با توجه به اهمیت این اختلال و شیوع بالای آن به نظر می‌رسد بررسی اثربخشی مداخله‌ای که بتواند جنبه‌های مختلف این اختلال را در فرآیند درمان مدنظر قرار دهد سودمند باشد.

## ۱-۲- بیان مسئله

اختلالات اضطرابی از شایع‌ترین اختلالات روان‌پزشکی هستند که سالانه میلیون‌ها نفر را در دنیا دچار مشکل می‌سازند (ملا نوروزی، عیسی زادگان و سلیمانی، ۱۳۹۷). در این میان اختلال اضطراب فراگیر که یکی از مقاوم‌ترین اختلالات به درمان در این گروه می‌باشد، به‌طور اختصاصی با نگرانی افراطی و پایدار که غیرقابل کنترل و فراگیر است مشخص می‌گردد و اضطراب ناشی از آن معطوف به کلیه رویدادهای زندگی روزمره می‌باشد (ولز و همکاران، ۲۰۱۲). نگرانی و اضطراب بیش‌ازحد، دشواری در کنترل نگرانی و شکایت‌های روان‌شناختی و جسمانی مختلف از جمله تنش عضلانی، بی‌قراری، خستگی، مشکلات تمرکز، تحریک‌پذیری و مشکلات خواب از جمله ویژگی‌های این اختلال می‌باشد. باوجوداین، نگرانی بیش‌ازحد، مزمن و کنترل‌ناپذیر به‌عنوان ویژگی اصلی این اختلال مطرح شده است.

در دهه گذشته، با پیشرفت و گسترش نظریه‌های مختلف درباره «نگرانی»<sup>۱</sup> به عنوان یک مؤلفه شناختی بنیادین اختلال اضطراب فراگیر، این اختلال بیش از پیش مورد توجه قرار گرفته است (لی‌هی، هولاند و مک‌گاین، ۲۰۱۱)، به طوری که شیوع یک‌ساله آن در جمعیت ۶۵-۱۸ سال ایران ۵/۲ درصد گزارش شده است (شریفی، امین اسماعیلی، حاجبی، متولیان، راد‌گودرزی و همکاران، ۱۳۹۴). تخمین‌های معقولی که در مورد شیوع یک‌ساله اضطراب فراگیر زده می‌شود، سه تا هشت درصد است. این اختلال در زنان دو برابر مردان اتفاق می‌افتد، منتها این نسبت در مورد زنان و مردانی که برای درمان این اختلال بستری می‌شوند یک‌به‌یک است. شیوع مادام‌العمر این اختلال نزدیک به پنج درصد است و شیوع این اختلال در طول عمر ۸ درصد گزارش شده است. تقریباً ۲۵٪ بیماران که به درمانگاه‌های اختلالات اضطرابی مراجعه می‌کنند به اختلال اضطراب فراگیر مبتلا هستند. این اختلال معمولاً در اواخر نوجوانی یا اوایل بزرگسالی شروع می‌شود، هرچند موارد بیماری در بزرگسالان مسن‌تر به وفور دیده می‌شود (کاپلان، سادوک، ۲۰۱۵، ترجمه رضاعی، ۱۳۹۴).

سیر طبیعی آن مزمن و نوسان دار است (نیومان، لرا، اریکسون، پرزورسکی و کاستونگای، ۲۰۱۳) و در صورت درمان نشدن، پیش‌آگهی آن ضعیف خواهد بود. همچنین، پیش‌بینی شده قوی اختلال‌های ثانویه بعدی از جمله اختلال افسردگی عمده است (هیدن، موریس و مولن، ۲۰۱۶). مطالعات زیادی نشان می‌دهند که به ندرت می‌توان اختلال اضطراب فراگیر را بدون اختلال همایند دیگر مشاهده کرد و در واقع تنها ۲۵ درصد تا ۳۳/۷ درصد از افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر فاقد اختلال همایند دیگری بوده‌اند (بارلو، ۲۰۱۱). بر اساس پنجمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی این اختلال اغلب با اختلال افسردگی عمده و اختلال‌های اضطرابی دیگر همبود است، اما همبودی کمتری با اختلال‌های مصرف مواد، سلوک، روان‌پریشی، عصبی‌رشدی و عصب‌شناختی دارد (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳؛ ترجمه رضاعی و همکاران، ۱۳۹۴).

سازوکارها و عوامل خطر ساز متعددی در ایجاد اختلال اضطراب فراگیر دخیل‌اند. بررسی ادبیات پژوهش نشان می‌دهد که عوامل زیست‌شناختی، شناختی، رفتاری، هیجانی، بین فردی و عصب زیست‌شناختی متعددی از جمله مزاج، بازداری رفتاری، عاطفه منفی، اجتناب از آسیب، رویدادهای منفی زندگی، سابقه مشکلات روانی والدین، بدر رفتاری،

فقدان یا جدایی طی دوران کودکی، روان‌بنه‌های مرتبط با تهدید، الگوبرداری، مهارت‌های بین فردی ضعیف، سوگیری‌های مرتبط با پردازش اطلاعات هیجانی از جمله عوامل خطر ساز این اختلال محسوب می‌شوند (ژانگ، نورتون، کریر، ریتچی، چایودیو و همکاران، ۲۰۱۵؛ نیومان، لرا، اریکسون، پرزورسکی و کاستونگای، ۲۰۱۳).

از دیگر متغیرهای مهم در اختلال اضطراب فراگیر، مهارت تنظیم هیجان و نقایص مربوط به آن در این افراد است (اسدی مجره، سپهریان آذر، عیسی زادگان و پور شریفی، ۱۳۹۶). کلتنر و گراس<sup>۱</sup> (۲۰۱۰) هیجان را به صورت دوره‌ای و نسبتاً کوتاه معرفی کرده‌اند که از نظر بیولوژیکی مبتنی بر الگوی ادراک، تجربه، واکنش فیزیولوژیکی و تعاملی است که در پاسخ به چالش‌های فیزیکی و اجتماعی ویژه رخ می‌دهد (نقل از سپهریان آذر و اسدی مجره، ۱۳۹۴). تنظیم هیجان به عنوان فرآیند آغاز، حفظ، تعدیل یا تغییر در بروز، شدت یا استمرار احساس درونی و هیجان مرتبط با فرآیندهای اجتماعی روانی، فیزیکی در به انجام رساندن اهداف فرد تعریف می‌شود (گراس، ۲۰۰۷). تنظیم هیجان شامل گستره‌ای از راهبردهای شناختی و رفتاری افراد به رویدادهای فراخوان هیجان می‌باشند که به طور هوشیار یا ناهشیار سعی در اصلاح میزان و یا نوع تجربه هیجانی فرد یا رویداد دارند. چند مورد از این راهبردها (سازگار یا بهنجار) رابطه منفی با آسیب‌های روانی دارند؛ درحالی که راهبردهای دیگر (ناسازگار یا نابهنجار) با سبب‌شناسی یا تداوم اختلالات بالینی ارتباط دارند (آلدانو و نولن هوکسیما، ۲۰۱۰).

از آنجا که مهارت در تنظیم هیجانات بخش مهمی از زندگی هر فرد را به خود اختصاص می‌دهد، تعجب‌آور نیست که آشفتگی در هیجان و تنظیم آن می‌تواند منجر به اندوه‌گینی و حتی آسیب روانی شود (آمستادتر، ۲۰۰۸). یافته‌های پژوهش بندر، رینهولد-دان، اسبجورن و پونس<sup>۲</sup> (۲۰۱۲) حاکی از تأثیر معنادار دشواری‌های تنظیم هیجان بر اضطراب بود. همچنین یافته‌ها نشان می‌دهد که اختلال اضطراب فراگیر توسط نقایصی در آگاهی، پذیرش، ارتباط و تنظیم هیجان مشخص می‌شود (منین، هیمبرگ، تورک و فرسکو، ۲۰۱۰). افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر احتمالاً به دلیل شدت بالاتر و آستانه پایین‌تر هیجانات مستعد سرکوبگری بیشتر هیجانات در مقایسه با دیگر افراد هستند که این می‌تواند به طور ویژه‌ای علت هیجانات منفی باشد (بیهار، دی‌مارکو، هکلمر مهلمان و استاپلس، ۲۰۰۹).

---

1 Coltner & Grass

2 Bender, P. K., Reinholdt- Dunne, M. L., Esbjorn, B. H., & Pons, F.

طی سال‌های اخیر، درمان‌های گوناگونی برای اختلال‌های اضطرابی معرفی شده‌اند. با این حال به‌رغم پیشرفت‌های شایان توجهی که در مداخلات درمانی مربوط به اضطراب صورت گرفته است، همچنان با شیوع بالا، عودهای مکرر و مداوم شدن اختلالات اضطرابی مواجه هستیم. نکته‌ای که به نابسندگی بودن درمان‌های موجود و نیاز به معرفی درمان‌های جدید، با اثربخشی و دوام بیشتر دلالت دارد (ملا نوروزی، عیسی زادگان و سلیمانی، ۱۳۹۷). در سال‌های اخیر، تلاش برای درمان اختلالات اضطرابی، رفتارگرایان را به ابداع و مفهوم‌سازی موج سوم درمان‌های رفتاری رهنمون ساخته است. یکی از درمان‌های موج سوم که در سال‌های اخیر توجه پژوهشگران را به خود جلب کرده است رفتاردرمانی دیالکتیکی است (رضا پور میر صالح، اسماعیل بیگی، نجیبی و اسلامی فرد، ۱۳۹۷).

رفتاردرمانی دیالکتیکی یک شیوه‌ی درمانی یکپارچه نگر است. در این رویکرد، یکپارچه‌سازی را می‌توان به شکل یکپارچه‌سازی مدل‌های زیست‌شناختی و مدل‌های محیطی مشاهده کرد (سوالز و هیرد، ۲۰۰۸). رفتاردرمانی دیالکتیکی مداخلاتی را که مربوط به درمان‌های شناختی-رفتاری‌اند و مبتنی بر اصل تغییر هستند را با فنون و آموزه‌های فلسفه ذن درآمیخته و چهار شاخصه‌ی مداخله‌ای را در شیوه درمان خود تحت عنوان تحمل‌پریشانی (به‌عنوان مؤلفه‌های پذیرش)، هوشیاری بنیادین فراگیر<sup>۱</sup>، کارآمدی بین فردی<sup>۲</sup> (به‌عنوان مؤلفه‌های تغییر) و مهارت تنظیم هیجان را ذکر می‌کند (اسکودول، کلارک، بندر، کروگر و موری، ۲۰۱۱). لینهان بنیان‌گذار رفتاردرمانی دیالکتیک (۱۹۸۰) توانست به افرادی که در تنظیم هیجان‌ات، مهارت‌های تحمل‌آشفتنگی، مهارت‌های نظم‌بخشی هیجانی و مهارت‌های توجه و آگاهی مشکل دارند در جهت کاهش رفتارهای ناسازگار همانند ناتوانی در حل مسئله، پرخاشگری و میل به خودکشی کمک کند (نیکسیو، ریزوی و لینهان، ۲۰۱۰). با توجه به حمایت‌های تجربی و موفقیت‌های بسیاری که رویکرد رفتاردرمانی دیالکتیک در درمان اختلالات مرزی به دست آورد، اثربخشی آن در اختلالات دیگر نیز مورد ارزیابی قرار گرفت و حمایت‌های پژوهشی قابل توجهی به دست آورد (اوست، ۲۰۰۸).

در این راستا با توجه به مطالب پیشین، بین علائم اختلالات اضطرابی با هیجان‌ات و راهبردهای تنظیم هیجان رابطه وجود دارد و نیز از آنجا که تأکید اصلی رفتاردرمانی دیالکتیک، تنظیم هیجان‌ات می‌باشد، به نظر می‌رسد رفتاردرمانی دیالکتیک بتواند بر مهارت تنظیم هیجان در زنان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر و نیز کاهش علائم بالینی

---

1 Inclusive fundamental alertness

2 Interpersonal efficacy

در آن‌ها کمک کند. همچنین بر اساس بررسی‌های محقق، تاکنون پژوهشی به بررسی تأثیر رفتاردرمانی دیالکتیک بر علائم بالینی و مهارت تنظیم هیجان در زنان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر در داخل و خارج از کشور پرداخته است و در این زمینه خلأ وجود دارد، لذا پژوهش حاضر در راستای هدف و ضرورت خود درصدد پاسخگویی به این سؤال است که آیا رفتاردرمانی دیالکتیک بر مهارت تنظیم هیجان و کاهش علائم بالینی اختلال اضطراب فراگیر در زنان شهر اصفهان مؤثر است؟

### ۱-۳- اهمیت و ارزش تحقیق

اختلال اضطراب فراگیر یکی از شایع‌ترین اختلال‌های روان‌شناختی است که با نگرانی افراطی و غیرقابل کنترل مشخص می‌شود و همبودی بالایی با سایر اختلال‌های اضطرابی و افسردگی دارد (رجبی، ایمانی، خجسته مهر، بیرامی و بشلیده، ۱۳۹۲). حدود ۲۵ درصد افراد مراجعه‌کننده به کلینیک‌های اختلالات اضطرابی و حدود ۱۲ درصد از بیمارانی که به کلینیک‌های روان‌پزشکی مراجعه می‌کنند، مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر می‌باشند (محمودعلیلو، شاه جویی و هاشمی، ۱۳۸۹). با وجود محدود بودن داده‌های شیوع‌شناسی در زمینه نگرانی در جامعه ایران نیز، نتایج پژوهش‌ها حاکی از شیوع بالای اختلال اضطراب فراگیر است. به‌طور مثال در مطالعه‌ای نشان داده شده است که شیوع اختلال اضطراب فراگیر در جامعه ایران ۲۰/۸ درصد است (نقل از ملانوروزی، عیسی زادگان و اسماعیلی، ۱۳۹۷). چندین بررسی حکایت از آن دارند که زن‌ها دستکم دو برابر مردان احتمال دارد که تشخیص یک اختلال اضطرابی را دریافت کنند (دیویسون، نیل، کرینگ و جانسون ۲۰۱۴، ترجمه دهستانی، ۱۳۹۵). شیوع بالای اضطراب فراگیر و سیر مزمن و ناتوان‌کننده این اختلال باعث شده است که افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر بیشترین رجوع را به مراکز خدمات بهداشتی درمانی اولیه و خدمات بهداشت روانی داشته باشند (کوثرنر، داگاس، ساوارد، گادت، تارکوت و همکاران، ۲۰۰۶).

اختلال اضطراب فراگیر صدمات فیزیکی، حرفه‌ای و اجتماعی متعددی را دربر می‌گیرد (کرمر، مینز و کیم، ۲۰۰۹) و افراد مبتلا، سطح پایین کیفیت زندگی و درآمد سالانه پایینی دارند (جبل عاملی، نشاط دوست، کجباف و مولوی، ۱۳۹۳)، همچنین هزینه‌هایی که اختلال اضطراب فراگیر بر سیستم بهداشتی و مراقبتی تحمیل می‌کند، در

مقایسه با سایر اختلالاتها بیشترین میزان را به خود اختصاص می‌دهد (رجبی، ایمانی، خجسته مهر، بیرامی و بشلیده، ۱۳۹۲)، لذا انجام پژوهش درباره این اختلال ضروری به نظر می‌رسد.

از آنجاکه یکی از همبسته‌های زیربنایی اختلال اضطراب فراگیر، هیجانان و مهارت‌های تنظیم آن می‌باشد که خود پیش‌بینی‌کننده علائم اختلال اضطراب در افراد مبتلا نیز هست و نیز از آنجاکه رفتاردرمانی دیالکتیک بر آموزش راهبردهای سازگارانه تنظیم هیجان تأکید بسیار دارد، لذا امید است با ارائه آموزش‌های مربوطه بتوان به تنظیم سازگارانه هیجانان و متعاقب آن کاهش علائم بالینی در زنان مبتلا پرداخت. اهمیت و ضرورت انجام این پژوهش را می‌توان در فواید و سودمندی‌هایی دانست که با انجام آن به دست می‌آید. بدون تردید هرگونه تلاش و پژوهشی که بتواند منجر به از میان برداشتن عوامل زمینه‌ای و مرتبط با اختلال اضطراب فراگیر و به دنبال آن کاهش علائم این اختلال شود، حائز اهمیت و ضرورت خواهد بود. چراکه اگر تحقیقاتی از این دست انجام نشود، نمی‌توان برای کاهش علائم اضطراب فراگیر در افراد مبتلا چاره‌ای اندیشید. اهمیت دیگر این پژوهش، غنی‌تر نمودن خلأها و گپ‌های تئوریک و نظری در مورد افراد و بخصوص زنان دارای اختلال اضطراب فراگیر و نیز بررسی تأثیر رفتاردرمانی دیالکتیکی است که پژوهش‌های پیشین کمتر به آن پرداخته‌اند. در این راستا چنانچه یافته‌های این پژوهش نشان‌دهنده تأثیر رفتاردرمانی دیالکتیکی بر مهارت تنظیم هیجان و علائم بالینی اضطراب در زنان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر باشد، می‌تواند از لحاظ نظری موجب افزایش اطلاعات نظری جامعه پژوهشگران شده و از نظر کاربردی هم توجه بیشتر متخصصان را به نقش تأثیر رفتاردرمانی دیالکتیکی معطوف سازد تا با ارائه مداخلات به‌موقع و مؤثر از ایجاد پیامدهای منفی دیگر در این افراد و گسترده شدن دامنه مشکلات به سایر زوایای زندگی آنان جلوگیری کنند.

نتایج حاصل از این پژوهش، در مراکز مشاوره و روان‌شناختی جهت ارائه مشاوره به‌صورت فردی و گروهی، همچنین برای نهادهای عهده‌دار مبحث سلامت روان به‌منظور آموزش روانی جهت اطلاع‌رسانی به عموم مردم در خصوص آموزش نحوه تنظیم سازگارانه هیجانان در برخورد با مسائل و مشکلات استرس‌زای زندگی و نیز محققین و پژوهشگران مراکز تحقیقات برای انجام تحقیقات گسترده‌تر کاربرد دارد.



## ۱-۴- اهداف تحقیق

### ۱-۴-۱- اهداف اصلی

تعیین اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیک بر مهارت‌های تنظیم هیجان و کاهش علائم بالینی اختلال اضطراب فراگیر در زنان شهر اصفهان

### ۱-۴-۲- اهداف فرعی

تعیین اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیک برافزایش استفاده از مهارت های تنظیم هیجان مثبت در زنان مبتلابه اختلال اضطراب فراگیر در شهر اصفهان.

تعیین اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیک بر کاهش استفاده از مهارت های تنظیم هیجان منفی در زنان مبتلابه اختلال اضطراب فراگیر در شهر اصفهان.

تعیین اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیک بر کاهش علائم بالینی اختلال اضطراب فراگیر در زنان شهر اصفهان.

## ۱-۵- فرضیات تحقیق

### ۱-۵-۱- فرضیه اصلی

رفتاردرمانی دیالکتیک بر مهارت‌های تنظیم هیجان و کاهش علائم بالینی اختلال اضطراب فراگیر در زنان شهر اصفهان اثر دارد.

### ۱-۵-۲- فرضیه‌های فرعی

۱. رفتاردرمانی دیالکتیک برافزایش استفاده از مهارت های تنظیم هیجان مثبت در زنان مبتلابه اختلال اضطراب فراگیر در شهر اصفهان مؤثر است.

۲. رفتاردرمانی دیالکتیک بر کاهش استفاده از مهارت های تنظیم هیجان منفی در زنان مبتلابه اختلال اضطراب فراگیر در شهر اصفهان اثر دارد.

۳. رفتاردرمانی دیالکتیک بر کاهش علائم بالینی اختلال اضطراب فراگیر زنان شهر اصفهان اثر دارد.

## ۱-۶- تعاریف نظری اصطلاحات و واژه‌ها

### ۱-۶-۱- تعریف نظری اختلال اضطراب فراگیر<sup>۱</sup>

طبق ویراست پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی، اختلال اضطراب فراگیر نگرانی شدید درباره چندین رویداد یا فعالیت در اکثر روزها است و در ضمن، حداقل شش ماه دوام دارد. کنترل نگرانی در این اختلال مشکل است و علائم جسمی نظیر تنش عضلانی، تحریک پذیری، اشکال در خواب و بی‌قراری را داراست. در این اختلال اضطراب، نگرانی، یا علائم جسمی موجب ناراحتی بالینی قابل توجه یا افت کارکرد اجتماعی، شغلی، یا سایر جنبه‌های مهم کارکردی فرد می‌شوند. ناراحتی فرد را نمی‌توان به آثار مستقیم یک ماده (مثلاً، یک نوع ماده مخدر، یک نوع داروی تجویزی)، یا یک عارضه پزشکی دیگر نسبت داد و یک اختلال روانی دیگر نمی‌تواند دلیل موجه‌تری برای این ناراحتی باشد (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳؛ ترجمه رضاعی و همکاران، ۱۳۹۴).

### ۱-۶-۲- تعریف نظری تنظیم هیجان<sup>۲</sup>

تنظیم هیجان به فرآیندهایی اطلاق می‌شوند که از آن طریق افراد اطلاعات ورودی برانگیزنده هیجان را مدیریت می‌کنند و تحت کنترل خود قرار می‌دهند، به‌ویژه مواقعی که فرد با یک تجربه هیجانی منفی یا یک رویداد تهدیدکننده مواجه می‌شود. به عبارت دیگر منظور از تنظیم هیجانی فرآیندهایی هستند که به منظور تعدیل یا تغییر یک حالت هیجانی به کار می‌روند و شامل دودسته راهبردهای سازگارانه و ناسازگارانه تنظیم هیجان می‌باشند (آلدوا، نولن-هوگسیما و شویزر<sup>۳</sup>، ۲۰۱۰).

### ۱-۶-۳- تعریف نظری رفتاردرمانی دیالکتیک<sup>۴</sup>

رفتاردرمانی دیالکتیک یک برنامه آموزشی برای مهارت‌ها است که مداخلات مربوط به درمان‌های شناختی رفتاری را که مبتنی بر اصل تغییر می‌باشند با آموزه‌ها و فنون فلسفه شرقی ذن که مبتنی بر اصل پذیرش می‌باشند درآمیخته است. جهت‌گیری نظری درمان، ترکیبی از سه موقعیت نظری می‌باشد دانش رفتاری، فلسفه دیالکتیک و

- 
1. Generalized Anxiety Disorder
  2. Emotion Regulation
  3. Aldao, Nolen-Hoeksema & Schweizer
  4. Dialectical Behavior Therapy

عمل ذن (لینچ، تروست، سالسمن و لینهان<sup>۱</sup>، ۲۰۰۹)؛ بنابراین، رفتاردرمانی دیالکتیکی فرایندی است که می‌تواند با استفاده از احساس، حتی با وجود موانع، به فرد کمک کند که به اهدافش دست یابد. رفتاردرمانی دیالکتیکی به فرد کمک می‌کند تا برای رسیدن به اهداف، هیجان را بهتر تنظیم کند، با احساس هایش بدون ترس و وحشت مواجه شود، حس هویت شخصی را افزایش دهد، قضاوتش را بهبود بخشد، مهارت‌های مشاهده‌ای را بهتر کند و احساس بحران در زندگی را کاهش دهد (مارا<sup>۲</sup>، ۲۰۱۰؛ ترجمه کربلایی، میگونی و باغانی، ۱۳۹۵).

## ۱-۷- تعاریف عملیاتی اصطلاحات و واژه‌ها

### ۱-۷-۱- تعریف عملیاتی اختلال اضطراب فراگیر

منظور از افراد مبتلابه اختلال اضطراب فراگیر در پژوهش حاضر، زنانی هستند که در سال ۱۳۹۸، به فرهنگسرای شهر اصفهان مراجعه کرده‌اند. این افراد حداقل نمره ۱۰ را از پرسش‌نامه کوتاه اختلال اضطراب فراگیر (GAD-7) (اسپیتز و همکاران<sup>۳</sup>، ۲۰۰۶) و نیز حداقل نمره ۸ را از آزمون اضطراب بک کسب کرده‌اند. همچنین در مصاحبه بالینی نیمه ساختاریافته توسط روانشناس بالینی، بر اساس معیارهای ارائه‌شده در DSM-5، تشخیص اختلال اضطراب فراگیر دریافت نموده‌اند.

### ۱-۷-۲- تعریف عملیاتی تنظیم هیجان

منظور از تنظیم هیجان در پژوهش حاضر، نمرات مربوط به راهبردهای سازگارانه و ناسازگارانه تنظیم هیجان می‌باشد که زنان مبتلابه اختلال اضطراب فراگیر در شهر اصفهان از پرسش‌نامه ۱۸ سؤالی تنظیم شناختی هیجان (CERQ) (گارنفسکی و کرایج<sup>۴</sup>، ۲۰۰۶) کسب می‌نمایند. راهبردهای سازگارانه تنظیم هیجان در پرسش‌نامه فوق شامل کم‌اهمیت شماری؛ تمرکز مجدد مثبت؛ ارزیابی مجدد مثبت؛ پذیرش و تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی می‌باشند.

---

1 . Lynch, Trost, Salsman & Linehan  
2 . Mara  
3 . Spitz & et al  
4 . Garnefski & Kraaij

راهبردهای ناسازگارانه تنظیم هیجان نیز عبارت‌اند از خود سرزنشگری؛ دیگر سرزنشگری تمرکز بر فکر/ نشخوار گری؛ فاجعه‌نمایی (فاجعه‌آمیز پنداری).

### ۱-۷-۳- تعریف عملیاتی رفتاردرمانی دیالکتیک

منظور از رفتاردرمانی دیالکتیک مفاهیم آموزشی با تکیه بر مؤلفه‌های هوشیاری فراگیر، تنظیم هیجانی و تحمل پریشانی و مهارت ارتباط مؤثر برگرفته از کتاب درس‌نامه رفتاردرمانی دیالکتیکی از آقاسی و آتش‌پور (۱۳۹۵) است که طی ۱۲ جلسه ۲ ساعته به صورت گروهی برای شرکت‌کنندگان در گروه آزمایش ارائه شد.

## فصل دوم

### ادبیات پژوهش

در فصل پیشرو، ابتدا متغیر وابسته و مفاهیم مرتبط با آن بررسی می‌شود. نخست نگاهی کلی به مقوله‌ی اختلالات اضطرابی خواهد داشت و بر مبانی نظری و مفهومی اضطراب و ارتباط آن با تنظیم هیجان متمرکز می‌شود. در ادامه از میان اختلالات اضطرابی موجود، بحث و موشکافی پیرامون اختلال اضطراب فراگیر انجام می‌شود. در مقدمه ورود به بحث متغیر مستقل، پس از نگاهی اجمالی بر درمان‌های موجود، به رفتاردرمانی دیالکتیک و مهارت‌های زیرمجموعه آن پرداخته می‌شود. در بخش دوم همین فصل، مروری بر پیشینه پژوهش‌های مرتبط با موضوع این پژوهش، می‌شود، برای این منظور تحقیقات داخلی و خارجی مرتبط با این پژوهش ذکر می‌شود.

## ۲-۱- بخش اول: مبانی نظری و مفهومی

### ۲-۱-۱- اضطراب و علائم آن

امروزه با صنعتی شدن کشورها اختلالات روان‌پزشکی من جمله اضطراب در افراد رو به افزایش است. اضطراب یک جز طبیعی و غیرقابل اجتناب در زندگی هر فرد است و دربرگیرنده‌ی تغییرات جسمی، روانی و رفتاری می‌باشد

که در رویارویی با تهدید و خطر به طور خود کار رخ می دهند. این تغییرات شامل احساس منتشر و ناخوشایند و مبهمی از هراس در کنار نشانه های اتونوم همچون گیجی، تعریق، اسهال، افزایش فشارخون، تپش قلب، گشادی مردمک ها، بی قراری، لرزش، افزایش ضربان قلب، تکرر و فوریت ادراری، گزگز اندام ها و سنکوپ می باشد. اضطراب زمانی به عنوان یک اختلال تلقی می شود که در موقعیت هایی ایجاد شود که خطر واقعی وجود ندارد و یا اینکه پس از رفع موقعیت مخاطره آمیز بیش از حد معمول طول بکشد (عزیزی و براتی، ۱۳۹۳).

اضطراب به معنای نگرانی در خصوص یک مشکل یا مسئله مورد انتظار است. روانشناسان روی «آنی<sup>۱</sup>» بودن ترس در برابر «انتظاری<sup>۲</sup>» بودن اضطراب تأکید می کنند. ترس معمولاً درباره تهدیدی است که اینک در حال وقوع است، در حالی که اضطراب معمولاً درباره تهدید آتی است. اضطراب و ترس هر دو می توانند موجب برانگیختگی<sup>۳</sup>، یا همان فعالیت دستگاه عصب سمپاتیک شوند (دیویسون، نیل، کرینگ و جانسون ۲۰۱۴، ترجمه دهستانی، ۱۳۹۵). احساس اضطراب دو مؤلفه دارد: باخبر شدن فرد از تغییرات جسمی خود (مثل تپش قلب و تعریق) و باخبر شدن از این که عصبی شده است یا ترسیده است. احساس شرم نیز ممکن است به اضطراب دامن بزند: «دیگران می فهمند که من ترسیده ام». خیلی ها وقتی می فهمند که دیگران پی به اضطراب آن ها برده اند یا شدت آن را دریافته اند، تعجب می کنند.

اضطراب، گذشته از اثرات حرکتی (موتور) و احشایی، بر تفکر، ادراک و یادگیری فرد هم اثر می گذارد. اضطراب اغلب سردرگمی و تحریف هایی در ادراک ایجاد می کند؛ تحریف هایی نه فقط در درک زمان و مکان که حتی در درک افراد و معنا و اهمیت وقایع. این تحریف ها با کاستن از تمرکز، کم کردن قدرت یادآوری و مختل ساختن<sup>۴</sup> قدرت ربط دادن امور به هم - یعنی تداعی کردن - می تواند در یادگیری اختلال ایجاد کند.

یکی از جنبه های مهم هیجان اثری است که بر انتخابی بودن<sup>۵</sup> می گذارد. افراد مضطرب مستعد آن اند که به برخی چیزها در دوروبر خود به طور انتخابی توجه کنند و از بقیه آن ها صرف نظر کنند. آن ها با این کار می کوشند اثبات کنند که اگر دارند موقعیت خود را ترس آور تلقی می کنند، محقاند و لذا دارند واکنش درستی نشان می دهند.

---

1 Immediate  
2 Anticipated  
3 Arousal  
4 Disrupt  
5 Selectivity

اگر آن‌ها ترس خود را به غلط مواجه جلوه دهند، اضطرابشان با این واکنش انتخابی، تقویت می‌شود و به این ترتیب دور باطلی از اضطراب به وجود می‌آید که یکسر آن ادراک تحریف شده آن‌هاست و سر دیگرش تشدید اضطرابشان؛ اما اگر برعکس با نوعی تفکر انتخابی به خود اطمینان خاطر ببخشند، اضطراب بجای آن‌ها ممکن است تخفیف یابد و دیگر نتواند احتیاط‌های لازم را در پیش بگیرند (کاپلان، سادوک، ۲۰۱۵، ترجمه رضاعی، ۱۳۹۴).

بک<sup>۱</sup> استدلال می‌کند که در حالت‌های اضطرابی، افراد مرتباً خطر متعلق به موقعیتی خاص را بیش از آنچه واقعاً وجود دارد، برآورد می‌کنند. این گونه بیش برآوردها به طور خودکار و به طور غیرارادی «برنامه اضطراب» را فعال می‌کنند. منظور از «برنامه اضطراب»، مجموعه‌ای از پاسخ‌ها هستند که از راه زیست‌شناختی به ما رسیده‌اند. این پاسخ‌ها در اصل برای محافظت ما از آسیب‌های مربوط به محیط ابتدایی، طراحی شده‌اند. در زندگی امروزه نیز اضطراب می‌تواند نقشی مفید در بسیاری از موقعیت‌هایی که خطری واقعی در بردارند، ایفا کند (مانند موقعی که خود را از معرض ماشینی که با سرعت حرکت می‌کند، دورنگه می‌داریم)؛ اما موقعی که ترس از یک سوء ادراک برمی‌خیزد، پاسخ‌هایی که به وسیله برنامه اضطرابی فعال می‌شوند، تناسبی با موقعیت ندارند (هاوتون، کرک، سالکوس کیس، کلارک؛ ترجمه قاسم زاده، ۱۳۹۵).

## ۲-۱-۲- اختلالات اضطرابی

اضطراب پدیده‌ای محوری است که نظریات روان‌پزشکی زیادی حول آن شکل گرفته است؛ بنابراین اصطلاح «اضطراب» در روان‌پزشکی و نیز در تحقیقات متمرکز بر علوم اعصاب و مکاتب مختلف فکری تحت تأثیر اصول شناختی رفتاری نقش محوری دارد. اختلالات با عوارض زیادی همراه‌اند و اغلب مزمن شده و نسبت به درمان مقاوم هستند. این اختلالات را می‌توان خانواده‌ای از اختلالات روانی مجزا و درعین حال مرتبط به هم در نظر گرفت. اختلالات اضطرابی شامل موارد زیرند: ۱- اختلال وحشت‌زدگی (پانیک)<sup>۲</sup> - گذر هراسی<sup>۳</sup> - هراس (فوبیای) اختصاصی<sup>۴</sup> - اختلال اضطراب اجتماعی<sup>۵</sup> - اختلال اضطراب فراگیر<sup>۶</sup>.

---

1 Beck

2 Panic

3 Agora phobia

4 specific phobia

5 Social anxiety disorder

6 Generalized anxiety disorder.



یکی از جنبه‌های بسیار جالب اختلالات اضطرابی، تعامل ظریفی است که میان عوامل وراثتی و محیطی مولد این اختلالات وجود دارد. تقریباً به‌طور قطع می‌توان گفت برخی از ژن‌های غیرطبیعی زمینه‌ساز حالت‌های اضطرابی بیمار گون هستند و از سوی دیگر شواهد به‌روشنی حاکی از آن‌اند که رویدادهای آسیب‌زای زندگی و فشارهای روانی نیز در سبب‌شناسی اختلالات روانی اهمیت دارند؛ بنابراین مطالعه اختلالات اضطرابی موقعیت منحصر به فردی را برای درک رابطه بین سرشت ذاتی و تربیت محیطی انسان فراهم می‌آورد (کاپلان، سادوک، ۲۰۱۵، ترجمه رضاعی، ۱۳۹۴). ویژگی توصیف‌کننده اختلالات اضطرابی تجربه مزمن و شدید احساس اضطراب است - احساس ترس در مورد اینکه ممکن است در آینده چه اتفاقی برای شما روی دهد (هالچین، ویتبورن، ۲۰۱۴؛ ترجمه: سید محمدی، ۱۳۹۵). برای آن‌که بتوان یک تشخیص مبتنی بر DSM-5 را برای اختلال‌های اضطرابی داد، باید چندین ملاک برآورده شود:

- نشانه‌ها باید با حوزه‌های مهم کارکرد، مداخله کرده یا باعث پریشانی آشکار شوند.
- نشانه‌ها باید در اثر دارو یا یک وضعیت پزشکی ایجاد نشوند.
- ترس‌ها و اضطراب‌ها باید با نشانه‌های متعلق به یک اختلال اضطرابی دیگر، فرق داشته باشند (دیویسون، نیل، کرینگ و جانسون ۲۰۱۴، ترجمه دهستانی، ۱۳۹۵).

## ۲-۱-۳- اختلال اضطراب فراگیر

اضطراب را می‌توان پاسخی انطباقی و بهنجار در برابر تهدید تلقی کرد که ارگانیزم را برای گریز یا ستیز آماده می‌کند. برخی از افراد تقریباً در مورد هر چیزی مضطرب و نگران به نظر می‌رسند؛ این گونه افراد را می‌توان مبتلابه اختلال اضطراب فراگیر<sup>۱</sup> طبقه‌بندی کرد. اختلال اضطراب فراگیر طبق تعریف اضطراب و نگرانی مفرط درباره چندین واقعه یا فعالیت در اکثر ایام و طی یک دوره لااقل شش ماهه است. نگرانی مزبور به‌سختی مهار می‌شود و با علائمی جسمی نظیر تنیدگی عضلانی، تحریک‌پذیری، دشواری در خواب و بی‌قراری همراه است. کانون این اضطراب خصایص اختلال دیگری نیست، آن را مصرف مواد و بیماری‌های عمومی ایجاد نکرده است و صرفاً در حین یک

---

1 Generalized Anxiety Disorder

اختلال خلقی یا روانی پیدا نمی‌شود. اضطراب مزبور به‌سختی مهار می‌شود، رنج و عذاب درون ذهنی برای فرد ایجاد می‌کند و حوزه‌های مهم زندگی فرد را مختل می‌کند (کاپلان، سادوک، ۲۰۱۵، ترجمه رضاعی، ۱۳۹۴).

## ۲-۱-۴- ملاک‌های Dsm برای اختلال اضطراب فراگیر

A. اضطراب و نگرانی بیش‌ازحد (انتظار بیمناک) که در بیشتر روزها حداقل به مدت ۶ ماه، در مورد چند واقعه یا فعالیت روی می‌دهند (مانند عملکرد شغلی یا تحصیلی).

B. فرد کنترل نگرانی را دشوار می‌یابد.

C. این اضطراب و نگرانی با سه نشانه (یا بیشتر) از شش نشانه زیر ارتباط دارد (طوری که حداقل برخی از این نشانه‌ها در بیشتر روزها طی حداقل ۶ ماه گذشته وجود داشته باشد).

نکته: حداقل یک مورد در خصوص کودکان ضروری است.

۱. بی‌قراری یا احساس عصبی یا کفری بودن

۲. به‌راحتی خسته شدن

۳. دشواری در تمرکز یا خالی شدن ذهن

۴. تحریک‌پذیری

۵. تنش عضلانی

۶. مشکل خواب (مشکل در به خواب رفتن یا خواب ماندن، یا خواب آشفته و بی‌مطلوب)

D. اضطراب، نگرانی و علائم جسمانی، سبب ناراحتی یا بدعملکردی اجتماعی، شغلی یا در حوزه‌های عملکردی مهم دیگر به‌طور قابل‌ملاحظه‌ای می‌شود.

E. این اختلال ناشی از تأثیرات فیزیولوژیکی مواد (مثل سو مصرف مواد مخدر، دارو) یا بیماری جسمانی دیگر (مثل پرکاری تیروئید) نیست.

F. این اختلال با دیگر اختلالات روانی بهتر توجیه نمی‌شود مثل اضطراب یا نگرانی در مورد داشتن حملات وحشت‌زدگی در اختلال وحشت‌زدگی، ارزیابی منفی در اختلال اضطراب اجتماعی (فوبی اجتماعی)، آلودگی یا سایر وسواس‌ها در اختلال وسواس فکری اجباری، جدایی از نمادهای دل‌بستگی در اختلال اضطراب جدایی،

یادآورهای وقایع آسیب‌زا در اختلال اضطراب پس از سانحه، افزایش وزن در بی‌اشتهایی عصبی، شکایات جسمانی در اختلال علائم جسمانی، عیوب ادراک‌شده ظاهری در اختلال بدشکلی بدن، داشتن بیماری جدی در اختلال اضطراب بیماری، یا محتوای باورهای هذیانی در اسکیزوفرنی یا اختلال هذیانی (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳).

## ۲-۱-۵- همه‌گیرشناسی اختلال اضطراب فراگیر

میانگین سنی شروع اختلال ۳۰ سال است، اما سن شروع آن بسیار متفاوت می‌باشد. این اختلال به‌ندرت پیش از نوجوانی اتفاق می‌افتد (خدایاری‌فرد، منصوری، بشارت و غلامعلی لواسانی ۱۳۹۶). نسبت زن به مرد در این اختلال حدود دویکه است، منتها این نسبت در مورد زنان و مردانی که برای درمان این اختلال بستری می‌شوند، حدود یک‌به‌یک است. تقریباً ۲۵٪ بیماران که به درمانگاه‌های اختلالات اضطرابی مراجعه می‌کنند به اختلال اضطراب فراگیر مبتلا هستند. این اختلال در اواخر نوجوانی یا اوایل بزرگسالی شروع می‌شود، هرچند موارد بیماری بزرگسالان مسن‌تر به‌وفور دیده می‌شود، شواهد موجود حاکی است که شیوع اختلال اضطراب فراگیر بخصوص در مراجعین مراکز مراقبت‌های اولیه در حد بالایی است (کاپلان، سادوک، ۲۰۱۵، ترجمه رضاعی، ۱۳۹۴).

به‌رغم ناهمگونی زیاد برآورد شیوع در مطالعات اولیه، شواهد بارز و قانع‌کننده‌ای برای شیوع اختلالات اضطرابی به‌طورکلی (۳،۸-۲۵٪) و به‌طور خاص در زنان (۸،۷-۵،۲٪)، جوانان (۱،۹-۲،۵٪)، افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن (۷۰-۱،۴٪) و افراد از فرهنگ‌های اروپایی / آنگلو<sup>۱</sup> (۳،۸-۱۰،۴٪) نسبت به افراد هندی / آسیایی (۲،۸٪)، آفریقایی‌ها (۴،۴٪)، اروپای شرقی / مرکزی (۳،۲٪)، امریکای شمالی / خاورمیانه (۴،۹٪) و فرهنگ‌های لاتین / ایبرو<sup>۲</sup> (۶،۲٪) وجود دارد (ریمز، برین، ون درلین و لفورتنون، ۲۰۱۶).

## ۲-۱-۶- عوامل زیستی / ژنتیکی در اضطراب فراگیر

نواحی مغزی که در مورد دخالت آن‌ها در اختلال اضطراب فراگیر فرضیه‌هایی مطرح شده است، عبارت است از عقده‌های قاعده‌ای، دستگاه لیمبیک و قشر پیشانی<sup>۳</sup>. از آنجاکه بوسپیرون آگونیست گیرنده سروتونینی است توجه

1 Euro/Anglo cultures

2 Ibero/Latin cultures

3. Norepinephrine, Glutamate & Cholecystokinin

چندین گروه پژوهشی به این فرضیه معطوف شده است که در اختلال اضطراب فراگیر دستگاه سروتونرژیک به شکل غیرطبیعی تنظیم شده است. دستگاه‌های نوروترانسمیتری دیگری که موضوع تحقیق در مورد اختلال اضطراب فراگیر واقع شده‌اند، عبارت‌اند از نوراپی نفرین، گلو تامات و کوله سیستو کینین<sup>۱</sup>.

تعداد اندکی مطالعه وراثتی در این زمینه انجام شده است. در یک مطالعه معلوم شده که بین اختلال اضطراب فراگیر و اختلال افسردگی اساسی در زن‌ها رابطه‌ای وراثتی ممکن است وجود داشته باشد. در مطالعه‌ای دیگر مشخص گردیده که در اختلال اضطراب فراگیر مؤلفه ژنتیک مشخصی وجود دارد منتها به راحتی نمی‌شود آن را کمی کرد. حدود بیست و پنج درصد از بستگان درجه اول بیماران دچار اختلال اضطراب فراگیر نیز مبتلابه آن هستند. (کاپلان، سادوک، ۲۰۱۵، ترجمه رضاعی، ۱۳۹۴).

## ۲-۱-۷- تشخیص افتراقی اضطراب فراگیر

ماهیت اختلال اضطراب فراگیر این است که بیماران مبتلابه این اختلال درباره چیزهای مختلفی نگران هستند و این نگرانی و دلواپسی به یک یا دو موقعیت محدود نمی‌شود؛ بنابراین اختلال اضطراب فراگیر از هراس خاص متمایز است، زیرا بیماران مبتلابه اختلال هراس خاص از یک محرک مشخص (مانند حیوانات) می‌ترسند. هم‌چنین باید آن را از اختلال اضطراب اجتماعی نیز مجزا کرد، به این صورت که در این اختلال، بیمار نگران آن دسته از موقعیت‌های اجتماعی است که احتمال ارزیابی شدن او توسط دیگران وجود دارد. به علاوه اختلال اضطراب فراگیر از اختلال وسواس فکری - عملی<sup>۲</sup>، اختلال وحشت‌زدگی و سایر اختلال‌های اضطرابی و روان‌شناختی متمایز است. گاهی اضطراب ممکن است ناشی از یک شرایط طبی (مانند پرکاری تیروئید<sup>۳</sup>، هیپوگلیسمی<sup>۴</sup>، تومور کورتکس آدرنال<sup>۵</sup>، اچ آی وی<sup>۶</sup>) باشد. در چنین حالتی، تشخیص اختلال اضطراب ناشی از شرایط طبی عمومی مطرح می‌شود و درمان این شرایط طبی باید در اولویت قرار گیرد. مورد آخر اینکه اضطراب می‌تواند ناشی از استفاده و یا ترک

---

1 Lim bic tract, and forehead cortex

1 Obsessive-compulsive Disorders

3 Hyperthyroidism

4 Hypoglycemia

5 Adrenal Cortex Tumor

6 HIV

مواد خاصی (مانند داروهای ضد اضطرابی و یا الکل) باشد که این نوع خاص را نیز باید از اختلال اضطراب فراگیر متمایز کرد (لی هی، استفان، هولند، ۲۰۱۲، ترجمه اکبری، چینی فروشان، ۱۳۹۴).

## ۲-۱-۸- اختلال‌های هم‌آیند با اختلال اضطراب فراگیر

نتایج اکثر پژوهش‌های همه‌گیرشناسی درباره اختلال اضطراب فراگیر نشان می‌دهند که طیف وسیعی از افراد مبتلابه این اختلال، هم‌زمان از اختلال روان‌شناختی دیگری رنج می‌برند. به‌ویژه، بیش از ۹۰ درصد افراد دارای ملاک‌های تشخیصی اختلال اضطراب فراگیر در طی یک سال گذشته، حداقل تشخیص یک اختلال روان‌شناختی دیگر دریافت خواهند کرد. اختلال‌های خلقی<sup>۱</sup>، مانند افسردگی اساسی<sup>۲</sup> و افسرده‌خویی<sup>۳</sup>، شایع‌ترین اختلال‌های هم‌بود می‌باشند. با این حال، بیش از نیمی از افراد مبتلابه اختلال اضطراب فراگیر، اختلال‌های اضطرابی دیگری نیز دارند (برای مثال اختلال اضطراب اجتماعی، اختلال هراس). در واقع با توجه به این که اختلال اضطراب فراگیر، میزان هم‌بودی بالایی با سایر اختلال‌ها دارد، متخصصین بالینی را در این فکر فروبرده است که آیا واقعاً اختلال اضطراب فراگیر می‌تواند به‌عنوان یک اختلال متمایز مورد توجه قرار گیرد. در واقع، میزان هم‌بودی بالای اختلال اضطراب فراگیر با سایر اختلال‌های روان‌شناختی، بحث‌هایی را مطرح کرده است که آیا اختلال اضطراب فراگیر یک اختلال مستقل است یا فقط یک وضعیت «پیش‌مقدماتی»<sup>۴</sup> است که به اختلال‌های اضطرابی یا خلقی دیگر گسترش می‌یابد. چندین پژوهش ویژه در مورد بررسی اختصاصی بودن علائم اختلال اضطراب فراگیر نشان دادند که این اختلال یک ماهیت تشخیصی منحصربه‌فرد دارد. اولاً بررسی شیوع طول عمر نشان می‌دهد که میزان هم‌بودی در بین افراد مبتلابه اختلال اضطراب فراگیر، بیشتر از افراد مبتلابه سایر اختلال‌های اضطرابی بوده است. در زمینه‌یابی هم‌بودی ملی، اگرچه اکثریت افراد مبتلابه اختلال اضطراب فراگیر در طول عمر، حداقل یک اختلال هم‌آیند در طول عمر را داشته‌اند، اما این مسئله برای افرادی که مبتلابه اختلال‌های اضطرابی و خلقی بودند، به‌طور مساوی وجود داشت. ثانیاً، نتایج پژوهش‌ها نشان داده است که تقدم زمانی اختلال اضطراب فراگیر شبیه آن چیزی است که در بیشتر اختلال‌های

---

1 Mood disorders  
2 Major depressive disorder  
3 Dysth mic disorder  
4 Adrenal Cortex Tumor

اضطرابی و خلقی دیگر دیده شده است. به عبارت دیگر، شروع اختلال اضطراب فراگیر به شکل منظم، مقدم یا به دنبال شروع وضعیت‌های هم‌آیند نیست. یک استثنا برای این قاعده این می‌باشد که اغلب اختلال افسردگی به‌عنوان اولین اختلال هم‌آیند برای افرادی که اختلال اضطراب فراگیر را تجربه می‌کنند، پدیدار می‌شود. به دلیل ماهیت مزمن و مداوم اختلال اضطراب فراگیر، مطمئناً علائم این اختلال، احساس فرسودگی را برای افراد ایجاد می‌کنند که ممکن است خلق آن‌ها را افسرده کنند. به عبارت دیگر، احساس بدون تغییر نگرانی و دلواپسی برای مدت‌زمان زیاد، بی‌شک احتمال بروز اختلال افسردگی را افزایش می‌دهد. این واقعیت که اختلال اضطراب فراگیر اغلب پیش از افسردگی رخ می‌دهد می‌تواند به همین دلیل باشد (داگاس، رابی‌چاود، ۲۰۰۷، ترجمه اکبری، چینی‌فروشان و عابدیان، ۱۳۹۲).

## ۲-۱-۹- اهمیت پرداختن به هیجان در اختلال اضطراب فراگیر

از متغیرهایی که با نگرانی و اضطراب ارتباط معناداری دارد، خودآگاهی هیجانی<sup>۱</sup> است. اینکه افراد چگونه تجارب هیجانی خود را درک و توصیف می‌کنند و متوجه آن‌ها می‌شوند، از جنبه‌های مهم خود هیجانی است. خودآگاهی هیجانی ابعادی مانند وضوح هیجانی<sup>۲</sup>، تمایزات هیجانی<sup>۳</sup> و توجه به هیجان<sup>۴</sup> دارد. افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر درک کمتری از هیجان خود دارند. پژوهشگران دریافته‌اند که هرگونه نقص در وضوح هیجان و عدم پذیرش آن‌ها باعث نقص در هدف‌گذاری برای جهت‌دهی رفتارها در هنگام اضطراب می‌شود و این عدم دسترسی به راهبردهای منظم، فرد را با نگرانی همراه می‌کند. همچنین پژوهش‌های دیگری به این نتیجه دست یافته‌اند که وضوح هیجانی و اضطراب در بیماران مبتلا به اضطراب فراگیر رابطه دارد و نیز اینکه افراد مبتلا به اضطراب، نیازمند دریافت کمک در حوزه مهارت‌های هیجانی هستند و خودآگاهی هیجانی به‌طور معناداری اضطراب را پیش‌بینی می‌کند (ابوالقاسمی، کریمی یوسفی و خشنودنیای‌چماچایی، ۱۳۹۵). پاسخ‌های هیجانی اطلاعات مهمی درباره تجربه فرد در ارتباط با دیگران فراهم می‌کنند با این اطلاعات، انسان‌ها یاد می‌گیرند که در مواجهه با هیجان چگونه رفتار

---

1 Emotional awareness  
2 emotional clarification  
3 emotional Differentiation  
4 emotional attention

کنند، چگونه تجارب هیجانی را به صورت کلامی بیان کنند، چه راهکارهایی را در پاسخ به هیجان‌ها به کار برند و در زمینه هیجان‌های خاص، چگونه با دیگران رفتار کنند (بادان فیروز، مکوند حسینی، محمدی فر، ۱۳۹۶).

همچنین تنظیم هیجان به معنی تلاش افراد برای تأثیر گذاشتن روی نوع، زمان و چگونگی تجربه و بیان، تغییر طول دوره یا شدت فرایندهای رفتاری، تجربی و یا جسمانی هیجان‌ها است و به طور خودکار یا کنترل‌شده، هشیار یا ناهشیار و از طریق به کارگیری راهبردهای تنظیم هیجان<sup>۱</sup> از جمله باز ارزیابی<sup>۲</sup>، نشخوار فکری<sup>۳</sup>، خود اظهاری<sup>۴</sup>، اجتناب و بازداری<sup>۵</sup> انجام می‌گیرد. تنظیم هیجان سازگارانه با سازگاری و تعاملات اجتماعی مثبت ارتباط دارد. افزایش در فراوانی تجربه هیجانی مثبت، باعث مقابله مؤثر با موقعیت‌های استرس‌زا می‌شود. رویکردهای متفاوتی در آموزش تنظیم هیجان مطرح شده است (جلوانی، اعتمادی، جزایری و فاتحی زاده ۱۳۹۶).

یکی از این رویکردها استفاده از راهبردهای شناختی است. در واقع، تنظیم شناختی هیجان راهبردهایی است که افراد در شرایط پریشانی به کار می‌برند تا هیجان‌های خود را کنترل کنند. برخی از پژوهشگران ۹ راهبرد سازگارانه و ناسازگارانه را برای نظم جویی هیجانی شناختی هیجان توصیه می‌کنند که عبارت‌اند از «سرزنش خود، سرزنش دیگران، فاجعه آمیز کردن، توسعه چشم‌انداز، تمرکز مجدد مثبت، ارزیابی مجدد مثبت، پذیرش و برنامه‌ریزی کردن». راهبردهای تنظیم هیجان سازگار و انطباقی به افراد اجازه می‌دهد تا تحمل وضعیت‌های درمانده کننده در آن‌ها افزایش یابد (الیوت، واتسون، گلدمان و گرینبرگ، ۲۰۰۹). شواهد نشان می‌دهد تنظیم هیجانی ناکارآمد یکی از ویژگی‌های اصلی اختلال‌های اضطرابی است. بر این اساس که افراد مضطرب هنگام روبه‌رو شدن با هیجانات منفی در به کار بردن راهبردهای مدیریت هیجان با مشکل مواجه می‌شوند و در بهبود خلق منفی کارایی کمتری نشان می‌دهند. پژوهش‌ها نشان می‌دهد که افراد مبتلا به اختلالات اضطرابی به طور کلی و افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر به طور خاص، بیشتر از راهبردهای ناسازگارانه مانند ملامت خویش، فاجعه سازی و نشخوار فکری نسبت به راهبردهای سازگارانه مثل تمرکز مجدد مثبت و ارزیابی مجدد مثبت استفاده می‌کنند. افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر در شناسایی، توصیف و تمایز تجارب هیجانی‌شان از یکدیگر مشکل دارند (درک ضعیف هیجانات) و هیجان‌ها به جای اینکه منبع

- 
- 1 Emotion regulation strategies
  - 2 Re-evaluation
  - 3 rumination
  - 4 Self-expression
  - 5 avoidance and inhibition

اطلاعاتی باشند که رفتار را هدایت کنند به صورت آزردهنده و نامطلوب تجربه می‌شوند. کسی که از تنظیم هیجانی ناسازگار استفاده می‌کند، هنگام روبرو شدن با یک تجربه مشکل‌زا نمی‌تواند رفتارهایش را طوری تنظیم کند که بتواند به اهداف خود در محیط برسد (ویسکرمی، رضایی و منصوری، ۱۳۹۶). راهبردهای ناکارآمد نظم‌بخشی هیجانی، خود منجر به افزایش عواطف منفی می‌شود و از سویی دیگر، افزایش عواطف منفی منجر به استفاده بیشتر از این راهبردها می‌شود. به موجب این اثرات معکوس، چرخه دوسویه‌ای از نقص در نظم‌بخشی هیجان‌ات و عواطف منفی شکل می‌گیرد (ادریسی و همکاران، ۱۳۹۴).

اختلال اضطراب فراگیر عمدتاً اختلالی در نظر گرفته می‌شود که با نگرانی بیش‌ازحد و افزایش برانگیختگی شناخته می‌شود. اگرچه نگرانی بیش‌ازحد، دارای مؤلفه‌های پرشماری است (مانند عدم تحمل تردید، راهبردهای کاهش‌یافته مبتنی بر مشکل و عوامل فراشناختی)، ولی پژوهشگران دریافته‌اند عدم تنظیم هیجان و اجتناب هیجانی، نوعی مؤلفه کلیدی در فعال‌سازی نگرانی و تداوم آن به شمار می‌رود.

## ۲-۱-۱۰-هیجان

با توجه به این که استفاده مناسب از هیجان‌ات نقش مهمی در زندگی، تحصیل، کار و موفقیت‌های انسان دارد یکی از مهم‌ترین قابلیت‌های انسان‌ها، توانایی تنظیم و سازگاری هیجان‌اتشان متناسب با الزامات موقعیت‌های خاص است. ضروری است قبل از بحث پیرامون تنظیم هیجان به موضوع هیجان پردازیم.

هیجان‌ها را می‌توان علائم الکتریکی و شیمیایی در بدن تعریف کرد که درباره این که چه اتفاقی برای شما در حال رخ دادن است، اطلاعات می‌دهند. این علائم اغلب با حواس پنج‌گانه آغاز می‌شوند. سپس علائم به مغز شما می‌رسند و در ناحیه‌ای از مغز به نام سیستم لیمبیک پردازش می‌شوند. این ناحیه از مغز، مخصوص مشاهده‌گری و پردازش هیجان‌هاست به گونه‌ای که شما را توانمند می‌سازد تا به موقعیت‌های هیجانی پاسخ بدهید. هیجان‌ها علائمی هستند که به ما کمک می‌کند، چنین کارهایی را انجام بدهیم.

- بقاء (جنگ و گریز).

- به یاد آوردن افراد و موقعیت‌ها.

- مقابله با مشکلات زندگی روزمره.



- ارتباط با دیگران.

- اجتناب از درد.

- لذت طلبی (مک کی، وود، برنتلی، ۲۰۰۷، ترجمه حمید پور، جمعه پور، اندوز ۱۳۹۱).

تنظیم هیجان می تواند شامل هر نوع راهبرد مقابله (دردساز یا انطباقی) باشد که فرد در هنگام رویارویی با شدتی ناخواسته از هیجان، از آن استفاده می کند. توجه به این نکته مهم است که تنظیم هیجان، همانند یک ترموستات حفظ کننده تعادل است. بدین مفهوم که می تواند هیجانها را متعادل ساخته و آنها را در یک گستره قابل اداره کردن نگه دارد تا فرد بتواند با آنها مقابله کند. (لیهی، تیرچ، ناپولیتانو، ۲۰۱۱، ترجمه منصوری راد ۱۳۹۲).

## ۲-۱-۱۱- عوامل زیستی در هیجان

سیستم لیمبیک ناحیه اصلی برای تجربه و کنترل احساسات است. آمیگدال پیوندهای بسیاری در داخل سیستم لیمبیک دارد آمیگدال و هیپوکامپ در مجاور یکدیگر قرار دارند. آمیگدال در هیجان منفی و هیپوکامپ، در جنبه های حافظه نقش مهمی دارند. گولمن<sup>۱</sup> (۲۰۰۳) پیشنهاد می کند اینکه مغز ما به شیوه ای ساختار بندی شده است که این دو ناحیه درست در مجاور یکدیگر قرار دارند و دارای پیوندهای درونی بسیار گسترده ای هستند، یک اتفاق تصادفی نیست، هیجان منفی و حافظه باهدف بقا به طور قوی با یکدیگر مرتبط شده اند. منابع قدرتمند تهدید به یاد می آیند و از آنها اجتناب می شوند. این پدیده حفظ بقا را از طریق روش های غریزی افزایش می دهد. برادلی مطرح می کند نواحی لیمبیک که دارای ارتباطات نزدیکی با هیپوکامپ هستند، کارکردهای مهمی را برای بقای انسانها و سایر گونه ها تنظیم می کنند، از جمله حافظه و یادگیری، تعدیل سائق، رنگ دادن به تجربه هیجانی، کنترل تعادل هورمونی در سطحی بالاتر و تنظیم جریان خودکار (مسولام، ۱۹۸۵، ص. ۹). لوب های پیشانی، آمیگدال و هیپوکامپ در پاسخ به تجربه تغییر می کنند آنها بخش هایی از مغز هستند که به طور قابل توجهی، از طریق موقعیت های هیجانی و تجارب مکرر تحت تأثیر قرار می گیرند (گولمن، ۲۰۰۳). به طور کل قشر پیشانی چپ با هیجان مثبت مرتبط است، در حالی که قشر پیشانی راست با هیجان منفی ارتباط دارد.

---

1 Goleman

استرس‌های طولانی مدت یا مواجهه با سطوح بالای کورتیکواستروئید<sup>۱</sup> می‌تواند به هیپوکامپ آسیب برساند و ممکن است با ارتباطات قشر پیش‌پیشانی-هیپوکامپ و مکانیسم‌های تنظیم‌کننده تداخل یابد. (کیرالی<sup>۲</sup>، آنکلین و دیمیترووا<sup>۳</sup>، ۱۹۹۷). به این خاطر که گیرنده‌های گلوکوکورتیکوئید<sup>۴</sup> در فعالیت‌های سه گیرنده عصبی مونوآمینرژیک-سیستم‌های سروتونرژیک<sup>۵</sup>، نورآدرنرژیک و دوپامینرژیک<sup>۶</sup> نقش میانجی‌گری دارند. استرس‌های هیجانی طولانی مدت می‌تواند اثرات اساسی و گسترده‌ای بر روی تجارب روان‌شناختی و فیزیولوژی داشته باشد (برادلی، ۲۰۰۰) این استرس‌ها، نه تنها منجر به گسترش برانگیختگی شدید در برابر تهدید محیطی می‌شود، بلکه باعث آزاد شدن مواد زیست‌شیمیایی می‌گردد که باعث کوچک شدن دندریت‌ها (گذرگاه‌های عصبی) و از دست رفتن سلول‌های هیپوکامپ می‌شوند و این استرس‌های طولانی مدت پیامدهای عصبی شیمیایی، عصبی ساختاری و روان‌شناختی<sup>۷</sup> دارد که حساسیت هیجانی را پیش‌بینی می‌کند؛ بنابراین داشتن تجارب تهدید به‌خصوص اگر طولانی مدت باشد، شیمی مغز را به شیوه‌ای تغییر می‌دهد که الگوهای عصبی هشداردهنده تهدید را تا مدت‌ها پس از آن حفظ می‌کند (مارا، ۲۰۰۵، ترجمه ایزدی، غیائی، ۱۳۹۴).

## ۲-۱-۱۲- عوامل روان‌شناختی در تنظیم هیجان

شواهد محکمی وجود دارد که نمی‌توان موضوعات ژنتیکی و دارویی مرتبط با درمان را به‌تنهایی مسئول برانگیختگی و تهییج‌پذیری یافت شده در بسیاری از اختلالات حاد دانست. عوامل روان‌شناختی نیز نقش مهم و اساسی در آسیب‌شناسی اختلالات روانی ایفا می‌کنند. عوامل روان‌شناختی (مانند دل‌بستگی، آسیب، فقدان و عدم تائید هیجان<sup>۸</sup>) اثرات اساسی و پایداری بر روی شخص می‌گذارند. سیستم دل‌بستگی به‌عنوان سیستمی برای تنظیم هیجان و عاطفه مفهوم‌سازی شده است. کودک دارای دل‌بستگی ایمن، قادر به ابراز هیجان‌ات مثبت و منفی است و مراقب را

1 Corticosteroid

2 Kiraly

3 Ancill & Dimitrova

4 Glucocorticoid

5 Serotonergic

6 Dopaminergic

^Chemical, structural and psychological neurotoxicity

\ Attachment- Injury- Loss and Disapproval of the excitement

به‌عنوان پاسخ‌دهنده‌ای مناسب برای شادی‌ها و استرس‌هایش ادراک می‌کند و کودک، دارای دل‌بستگی اجتنابی<sup>۱</sup>، نسبت به اجتناب از هیجان‌ات منفی شرطی می‌شود و این امر ممکن است با کسب تجارب، نام‌گذاری و یادگیری هیجان‌اتش تداخل کند. این کودکان به‌احتمال کمتری راهبردهای راه‌حل مدار را توسعه می‌دهند و به‌احتمال بیشتری از راهبردهای هیجان‌مدار استفاده می‌کنند. به نظر می‌رسد که افراد دل‌بسته نایمن، در مدیریت استرس آسیب‌پذیرتر هستند (کرامر<sup>۲</sup>، ۱۹۹۲). کرامر ذکر می‌کند که سیستم دل‌بستگی در تحول تنظیم هیجان نقش مهمی ایفا می‌کند، به‌طوری که افراد با دل‌بستگی نایمن به‌احتمال بیشتری تحت شرایط استرس، برانگیختگی‌های طولانی‌مدت را تجربه می‌کنند.

آسیب نیز می‌تواند فرآیند تنظیم هیجان را مختل کند و در هر سنی رخ می‌دهد. به‌طور کلی، آسیب به دو مقوله تقسیم می‌شود. ۱- آسیبی که کوتاه‌مدت است اما با تجربیات هیجانی شدیدی نسبت به تهدید همراه است و به‌جای مغز در هیپوکامپ پردازش می‌شود ۲- همان‌طور که می‌دانیم استرس مزمن موجب تحریک سیستم عصبی می‌شود در نتیجه تجربه آسیب که به‌عنوان عامل ایجادکننده بد تنظیمی هیجانی عمل می‌کند جدا از راهبردهای گریز و اجتناب در نظر گرفته می‌شود. این راهبردها را بیماران به‌هنگام تجربه آسیب استفاده می‌کنند و بنابراین، به‌طور ناخواسته، مدت‌زمان و شدت برانگیختگی هیجانی را افزایش می‌دهند. حتی بدون وجود گریز و اجتناب، آسیب می‌تواند توانایی بهینه افراد را برای تنظیم هیجان‌شان مختل کند.

اگرچه فقدان شکل دیگری از آسیب است اما به‌طور جداگانه در نظر گرفته می‌شود. با اینکه فقدان، یک بخش طبیعی و مورد انتظار در زندگی است اما آسیب‌زا نیز می‌باشد. فقدان زمینه اضطراب را برای فرد مهیا می‌سازد و اضطراب غالباً به سمت افسردگی پیش می‌رود (براون، هریس، ۱۹۹۳) عامل دیگر روان‌شناختی مؤثر در بد تنظیمی هیجان، محیط‌های بی‌اعتبارکننده است که این مطلب توسط لینهان (۱۹۹۳) نیز توصیف شده است. یک محیط بی‌اعتبارکننده به‌عنوان محیطی توصیف می‌شود که در آن تجربیات درونی شخص مورد انکار قرار می‌گیرد، بی‌اهمیت تلقی می‌شود و یا مورد سرزنش واقع می‌گردد. یکی از زیان‌آورترین پیامدهای عدم تأیید هیجان‌ات این است که شخص نسبت به هیجان‌ات خودش بدگمان می‌شود. این افراد هر زمان که هیجان‌ات منفی را تجربه می‌کنند، هویت خود را زیر

---

1 Avoidance attachment

2 Kramer

سؤال می‌برند و تصور می‌کنند که اگر تهدید را پیش از رخ دادن آن پیش‌بینی کنند، می‌توانند از ایجاد هیجان‌ات منفی جلوگیری نمایند (مارا، ۲۰۰۵، ترجمه ایزدی، غیائی، ۱۳۹۴).

## ۲-۱-۱۳- نقش هیجان‌ات در سلامت روان

همه ما انواع گوناگونی از هیجان‌ها را تجربه می‌کنیم و می‌کوشیم با توسل به روش‌هایی کارآمد یا ناکارآمد، با این هیجان‌ها مقابله کنیم. مشکل اصلی، تجربه کردن اضطراب نیست، بلکه توانایی ما در شناسایی اضطراب خویش، پذیرفتن آن، استفاده از آن در صورت امکان و ادامه دادن به عملکرد خود به‌رغم وجود اضطراب است. بدون وجود هیجان‌های مختلف، زندگی ما نیز فاقد معنی، حس، غنا، شادی و ارتباط با دیگران است. هیجان‌ها، مطالبی را درباره نیازهای ما، ناکامی‌های ما و حقوق ما در اختیار ما قرار می‌دهند و انگیزه لازم را برای ایجاد تغییر و گریز از موقعیت‌های دشوار به ما اعطا کرده و سبب می‌شوند که دریابیم در چه مواقعی احساس رضایت‌مندی می‌کنیم. با این حال افراد پرشماری وجود دارند که معتقدند هیجان‌هایشان آنان را مستأصل کرده است، از احساسات خود واهمه دارند و توان مقابله ندارند، زیرا بر این باورند که غم یا اضطرابشان مانع از انجام رفتارهایی کارآمد می‌شود (لی‌هی، تیرچ و ناپولیتانو، ۲۰۱۱، ترجمه منصوری راد ۱۳۹۲).

از آنجایی که نظم جویی هیجان، نقشی محوری در تحول بهنجار دارد و ضعف در آن، عامل مهمی در ایجاد اختلالات روانی به‌شمار می‌رود. نظریه پردازان اعتقاد دارند افرادی که قادر به مدیریت هیجان‌اتشان در برابر رویدادهای روزمره نیستند، بیشتر نشانه‌های تشخیصی اختلالات درونی سازی مانند افسردگی و اضطراب را نشان می‌دهند؛ بنابراین، می‌توان گفت، نظم جویی هیجان، عاملی کلیدی و تعیین‌کننده در بهزیستی روان‌شناختی و کارکرد اثربخش است که در سازگاری با رویدادهای تنیدگی‌زای زندگی نقشی اساسی را ایفا می‌کند تا جایی که می‌توان گفت بر کل کیفیت زندگی فرد اثر می‌گذارد (دوازده‌امامی، راه نجات، بولاغی، احمدی‌طهورسلطانی و کیانی‌مقدم، ۱۳۹۶).

شواهد پژوهشی بسیار گسترده‌ای در حمایت از این فرضیه وجود دارد که افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر در نظم‌بخشی هیجانی دچار مشکل هستند. در همین راستا، منین و همکارانش (۲۰۰۲؛ ۲۰۰۴) مدل نقص در نظم‌بخشی هیجانی اختلال اضطراب فراگیر را مطرح نمودند. این پژوهشگران در مدل خود پیشنهاد می‌کنند افراد دچار اختلال اضطراب فراگیر نوعی برانگیختگی هیجانی را تجربه می‌کنند که نسبت به دیگران شدیدتر است. این هیجان‌ات هم

هیجان‌های مثبت و هم به‌خصوص حالات هیجانی منفی را در برمی‌گیرد. همچنین، این افراد نسبت به دیگران، فهم ضعیف‌تر و نگرش منفی‌تری درباره هیجان‌های خود دارند و عموماً برای به حداقل رساندن یا به دست آوردن کنترل بیش‌ازحد بر هیجان‌های خود و یا در پاسخ مناسب به این برانگیختگی‌های هیجانی، تلاش‌های ناکارآمدی انجام می‌دهند؛ بنابراین، این افراد بیشتر از راهبردهایی چون نگرانی شدید، سرکوبی هیجان‌ها و طغیان‌های هیجانی برای نظم بخشیدن به هیجان‌های خود استفاده می‌کنند. مین و همکارانش (۲۰۰۵) بر این باورند که توالی این رویدادها می‌تواند اثر معکوسی داشته باشد. به عبارت دیگر، راهبردهای ناکارآمد نظم‌بخشی هیجانی، خود منجر به افزایش عواطف منفی می‌شود و از سویی دیگر، افزایش عواطف منفی منجر به استفاده بیشتر از این راهبردها می‌شود. به‌موجب این اثرات معکوس، چرخه دوسویه‌ای از نقص در نظم‌بخشی هیجان‌ها و عواطف منفی شکل می‌گیرد. شایان‌ذکر است که در این مدل، نگرانی به‌عنوان یک راهبرد ناکارآمد نظم‌بخشی هیجانی برای مقابله با هیجان‌های شدید و منفی، اهمیت زیادی دارد؛ بنابراین با توجه به پیشینه نظری و پژوهشی، نظم‌بخشی هیجانی در شکل‌گیری و تداوم اختلالات روانی، به‌خصوص اختلال اضطراب فراگیر، نقشی محوری دارد (ادریسی، خان‌زاده و بحرینیان، ۱۳۹۴).

## ۲-۱-۱۴-مدل‌های نظری تنظیم هیجان

مفهوم تنظیم هیجان مفهومی است بسیار گسترده و فرایندهای تنظیمی بی‌شماری را دربرمی‌گیرد. ممکن است علاوه بر فرایندهای هشیار و یا ناهشیار شناختی، حیطه وسیعی از فرایندهای جسمی، اجتماعی و رفتاری را هم شامل شود. تنظیم هیجان از طریق شناخت به‌طور جدایی‌ناپذیری با زندگی انسان آمیخته است و او را یاری می‌کند تا زمانی که با حوادث فشارزا یا تهدیدکننده روبه‌رو شود، هیجان‌ها با احساساتش را مدیریت یا تنظیم کند و روی آن‌ها تسلط داشته باشد و در هیجان‌اتش غرق نشود (گارنفسکی<sup>۱</sup>، کراج و اسپینهاون، ۲۰۰۰).

لازاروس<sup>۲</sup> و همکارانش، یک مدل ارزیابی استرس پیشنهاد کردند. در این مدل استرس در فضایی از تعامل بین استرس (رویداد) با ارزیابی توانمندی افراد برای مقابله یا تحمل رویداد قابل‌درک است. ارزیابی شناختی تأثیر هیجانی

---

1 Garnefsk  
2 Lazarus

رویداد را مشخص می‌کند و ارزیابی ناتوانی مقابله کردن و غلبه بر عوامل استرس‌زای تهدیدکننده در رویکردهای شناختی برای درمان اضطراب مورد توجه قرار می‌گیرد (لیهی و همکاران ۲۰۱۲، ترجمه اکبری، چینی‌فروشان، ۱۳۹۴). بسیاری از فرایندهای تنظیم هیجان بین انسان‌ها مشترک است اما به نظر می‌رسد که هر فرد به استفاده از برخی الگوهای مشخص تمایل دارد. به این الگوها راهبردهای تنظیم شناختی هیجان گفته می‌شود. مثلاً زمانی که هر یک از ما با مشکل روبه‌رو می‌شویم و ناراحت هستیم به شیوه‌های متفاوتی ناراحتی خود را تنظیم می‌کنیم و در نتیجه الگوی پاسخ‌دهی هیجانی متفاوتی را به کار می‌بریم. ممکن است خود یا دیگران را مقصر بدانیم، اوضاع را فاجعه‌بار تلقی کنیم منفعلانه مشکل را بپذیریم، غرق در افکارمان شویم، به افکار خوشایند پردازیم یا درصدد طرح‌ریزی برای رفع مشکل برآییم (صالحی و همکاران، ۱۳۹۰).

## ۲-۱-۱۵-مدل بد تنظیمی هیجانی درباره نگرانی و اختلال اضطراب فراگیر

مدل بد تنظیمی هیجانی از ادبیات مربوط به نظریه هیجان و تنظیم حالت‌های هیجانی مشتق شده است. به علاوه ویژگی‌های مشترکی با مفهوم‌سازی لینهان از نقایص هیجانی موجود در اختلال شخصیت مرزی دارد. این مدل بر اهمیت فهم نگرانی در چارچوب دشواری‌های موجود در تنظیم هیجان تأکید دارد، زیرا نگرانی می‌تواند به عنوان یک پاسخ اجتنابی به هیجان‌های پریشان‌کننده عمل کند. در مدل بد تنظیمی هیجانی اختلال اضطراب فراگیر اعتقاد بر این است که این اختلال به وسیله نقایص شایان توجه در تجربه و تنظیم هیجان مشخص می‌شود. به عبارت دیگر، افراد مبتلا به این اختلال مشکلاتی در چهار مؤلفه کارکرد هیجان یعنی شدت هیجان‌ها، فهم ضعیف هیجان‌ها، واکنش منفی نسبت به هیجان‌ها و راهبردهای نابهنجار مدیریت هیجان، دارند. در این مدل راهبردهای ناسازگار مدیریت هیجان را می‌توان به عنوان مشکلات مرتبط با تعدیل تجربه‌ها و ابراز هیجان‌ها یا تلاش‌های خودکار نابهنجار برای کنترل یا سرکوب تجربه‌ها و ابراز هیجان دسته‌بندی کرد (خدایاری فرد و همکاران، ۱۳۹۶).

## ۲-۱-۱۶-مدل‌های شناختی رفتاری در اضطراب فراگیر

### ۲-۱-۱۶-۱-مدل بارلو

در مدل بارلو<sup>۱</sup>، اختلال اضطراب فراگیر با تأکید بر برانگیختگی فیزیولوژیکی، گوش‌به‌زنگی افراطی و نگرانی با اشاره به پنج عامل تأثیرگذار بر یکدیگر تشریح می‌شود: تجارب منفی زندگی، آسیب‌پذیری زیستی<sup>۲</sup>، پاسخ استرس‌زا، آسیب‌پذیری روان‌شناختی<sup>۳</sup> و وجود یا عدم مهارت‌های مقابله‌ای یا حمایتی که می‌تواند کنترل ناپذیری را کاهش دهد. در طول «چرخه تداوم‌بخش اضطراب» ممکن است «هشدارهای کاذب»<sup>۴</sup> باعث تشدید احساس کنترل ناپذیری و آسیب‌پذیری شوند. با تمرکز بر وقایع کم‌اهمیت زندگی و تقویت احساس کنترل در طی دوره نگرانی، ممکن است اضطراب به دیگر موقعیت‌های خنثی نیز سرایت کرده و شدت آن بیشتر شود. بارلو (۲۰۰۰) مدل خود را با عنوان «تئوری هیجان»<sup>۵</sup> گسترش داد، بر اساس این مدل اضطراب از تعامل «آسیب‌پذیری زیستی (ارثی) فراگیر، آسیب‌پذیری روان‌شناختی فراگیر مبتنی بر تجارب اولیه در ایجاد حس کنترل بر وقایع و آسیب‌پذیری روان‌شناختی اختصاصی که در آن فرد یاد می‌گیرد اضطرابش را بر چیزها و موقعیت‌های خاص متمرکز کند» پدید می‌آید. بر پایه مؤلفه‌های ژنتیکی اضطراب و مشکلات روان‌شناختی، بارلو پیشنهاد کرد که ویژگی‌های زیستی با حساسیت اضطرابی و روان‌رنجور خوبی کلی مرتبط هستند. درمان پیشنهادی در این مدل تکنیک‌های آرام‌سازی، بهبود مهارت‌های مقابله‌ای و بازسازی شناختی می‌باشد (لیهی و همکاران ۲۰۱۲، ترجمه اکبری، چینی‌فروشان، ۱۳۹۴).

### ۲-۱-۱۶-۲-مدل بورکووک

مدل شناختی بورکووک برای نگرانی و اختلال اضطراب فراگیر با تعریف بورکووک از نقش تلاش برای سرکوبی تصاویر منفی، به‌عنوان یک راهبرد اجتنابی آغاز گردید. اضطراب از طریق تقویت منفی، به دنبال رفتارهایی مانند فرار یا اجتناب بروز پیدا می‌کند که در نهایت منجر به شکل‌گیری این باور می‌شود که راهبردهای فوق‌تنها راه مقابله با اضطراب هستند. فرد مضطرب که با افکار نگران‌کننده در مورد نتایج منفی و فاجعه‌آمیز احاطه شده است برای

---

1 Barlow

2 biological vulnerability

3 psychological vulnerability

4 false alarms

5 emotion theory

جلوگیری از این عواقب دست به پیش بینی گریز و اجتناب می‌زند. مدل بورکووک بر این اصل استوار است که نگرانی به‌عنوان یک «اجتناب هیجانی»<sup>۱</sup> موقت، مانع از برانگیختن اضطراب ناشی از تصاویر ناخوشایند می‌شود. بورکووک و همکارانش عوامل بین فردی و راهبردهای مقابله‌ای هیجانی را در طراحی یک مدل جامع برای اختلال اضطراب فراگیر تلفیق کرده‌اند (لیهی و همکاران ۲۰۱۲، ترجمه اکبری، چینی‌فروشان، ۱۳۹۴).

## ۲-۱-۱۶-۳-مدل ولز

بر اساس مدل ولز، نگرانی از طریق مجموعه‌ای از باورهای مرتبط با مفید و مضر بودن نگرانی تداوم می‌یابد (ولز، ۲۰۰۸، ۲۰۰۴، ۱۹۹۷). «فرانشاخت»<sup>۲</sup> به باورهای فرد درباره ماهیت و عملکرد تفکر اشاره دارد. ولز پنج عامل کلی که نشان‌دهنده باورهای فرانشاختی درباره نگرانی هستند را شناسایی کرد. به‌عنوان مثال، باورهای فرانشاختی مثبت<sup>۳</sup> درباره نگرانی «نگرانی به من کمک می‌کند تا مشکلاتم را حل کنم» و خودآگاهی شناختی<sup>۴</sup> «من همواره از تفکر خودم آگاهی دارم. ولز و باتلر تأکید دارند که بیماران مبتلا به اضطراب فراگیر، احتمال وقوع رویدادهای منفی را بزرگ‌نمایی می‌کنند و وقایع مبهم را تهدیدکننده تفسیر می‌کنند. ولز و باتلر<sup>۵</sup> نگرانی نوع اول و دوم را متمایز کردند. نگرانی نوع اول به دلواپسی درباره تهدیدهای درونی و بیرونی اشاره دارد. نگرانی نوع دوم یا «فرا نگرانی»<sup>۶</sup> به ارزیابی‌های منفی افراد از پردازش شناختی خود اشاره دارد. درمان در این مدل فرانشاختی شناسایی باورهای بیمار درباره سود و زیان نگرانی، رها کردن نگرانی یا به تعویق انداختن آن، به چالش کشیدن وقایع و افکار اجتنابی و بازسازی پیامدهای مثبت از طریق تصویرسازی ذهنی است (لیهی و همکاران ۲۰۱۲، ترجمه اکبری، چینی‌فروشان، ۱۳۹۴).

---

1 Emotional avoidance

۲ metacognition

3 positive metacognition

4 cognitive self-consciousness

5 Wells and Butler

6 metaworry



## ۲-۱-۱۶-۴-مدل عدم تحمل بلا تکلیفی

داگاس<sup>۱</sup> و همکارانش «عدم تحمل نگرانی<sup>۲</sup>» را به عنوان یک مکانیسم بنیادین و زیر بنایی برای بروز نگرانی و اختلال اضطراب فراگیر مطرح کردند (داگاس، بور و لاداسر<sup>۳</sup>، ۲۰۰۴). افراد با تحمل بلا تکلیفی پایین معتقدند که بلا تکلیفی با پیامدهای منفی، عدم مسئولیت پذیری و سایر مشکلات مرتبط است. بر اساس این مدل، افزایش تحمل بلا تکلیفی منجر به کاهش نگرانی شده، در نتیجه علائم اختلال اضطراب فراگیر کاهش می یابد. این روش به بیماران کمک می کند تا به تحمل پایین خود نسبت به بلا تکلیفی پی ببرند و باورهای خود را در رابطه با پیامدهای منفی بلا تکلیفی شناسایی کنند. این افراد با داشتن تحمل پایین دائماً تلاش می کنند بلا تکلیفی را از طریق بررسی مشکلات احتمالی، بررسی راه حل های احتمالی، ارزیابی این راه حل ها با معیارهای کمال گرایانه، منصرف شدن از انتخاب این راه حل های احتمالی و به کار گرفتن نگرانی، به عنوان راهی برای رسیدن به قطعیت، کاهش دهند. بر اساس این مدل تلاش برای رسیدن به قطعیت یا همان «اطمینان طلبی<sup>۴</sup>»، یکی دیگر از مشخصه های بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر می باشد. در واقع این نگرانی نه تنها باعث حفظ چرخه نگرانی بیمار شده، بلکه باعث به وجود آمدن نگرانی های دیگری درباره طیف وسیعی از موضوعات مختلف می شود. داگاس و همکاران وی، یک مدل شناختی برای درمان اختلال اضطراب فراگیر طراحی کردند که بالا بردن تحمل بلا تکلیفی و آموزش مهارت های حل مسئله را در بردارد تا بتواند ابزارهای کارآمدی برای مقابله با نگرانی در اختیار بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر قرار دهد (لیهی و همکاران ۲۰۱۲، ترجمه اکبری، چینی فروشان، ۱۳۹۴).

## ۲-۱-۱۷- روان درمانی های موجود برای اختلال اضطراب فراگیر

رویکردهای عمده روان درمانی در مورد اختلال اضطراب فراگیر عبارت است از رویکرد شناختی-رفتاری، رویکرد حمایتی و رویکرد مبتنی بر بینش. هنوز داده چندان در مورد ارجحیت نسبی این رویکردها بر یکدیگر در دست نیست، اما دقیق ترین مطالعات با استفاده از فنون شناختی- رفتاری بوده که به نظر می رسد هم در درمان کوتاه مدت اثربخش باشند و هم در درازمدت. در رویکرد شناختی فرض بر آن است که یک سلسله تحریف های

---

1 Douglas

2 Intolerance of concern

3 Ladasser

4 Reassurance

شناختی در بیمار وجود دارد و مستقیماً به همین‌ها پرداخته می‌شود و در رویکرد رفتاری مستقیماً به علائم جسمی بیمار پرداخته می‌شود. فنون عمده‌ای که در رویکرد رفتاری به کار می‌رود، آرام‌سازی<sup>۱</sup> و پس‌خوراند زیستی<sup>۲</sup> است. برخی از داده‌ها حاکی از آن است که ترکیب رویکردهای شناختی و رفتاری مؤثرتر از کاربرد هر یک از آنها به تنهایی است. در درمان حمایتی به بیمار اطمینان و آسودگی خیال داده می‌شود، اما اثربخشی درازمدت آن محل تردید است. در روان‌درمانی مبتنی بر بینش، بر کشف تعارض‌های ناخودآگاه بیمار و شناسایی نقاط قوت ایگو تأکید می‌شود. در چندین گزارش موردی روان‌درمانی مبتنی بر بینش در درمان اختلال فراگیر اثربخش است، منتها هنوز مطالعه بزرگ و کنترل‌شده‌ای در دست نیست.

اکثر بیماران وقتی فرصت آن را می‌یابند که با پزشک علاقه‌مند و دلسوزی در مورد مشکلاتشان صحبت کنند، احساس می‌کنند که اضطرابشان به میزان قابل توجهی کم می‌شود. اگر بالینگر موقعیت‌های بیرونی‌ای را که برای بیمار اضطراب‌آور است، کشف کند، ممکن است به تنهایی یا به کمک خود بیمار یا خانواده‌اش بتواند با ایجاد تغییراتی در محیط بیمار فشارهای زیادی را که بر او وارد می‌شود، کم کند. تخفیف علائم اغلب باعث می‌شود که بیمار بتواند در کار و روابط روزمره‌اش کارکرد مؤثرتری داشته باشد و این خود پاداش و رضایت بیشتری برایش فراهم می‌آورد که فی‌نفسه اثر درمانی دارد.

بنا بر دیدگاه روانکاوانه، اضطراب در برخی موارد هشدار است دال بر وجود آشوب و دغدغه‌ای در ناخودآگاه که لازم است چاره‌ای برایش اندیشیده شود. این اضطراب بسته به اینکه در چه موقعیتی عارض شده باشد، می‌تواند طبیعی، انطباقی، غیر انطباقی، بسیار شدید، یا بسیار خفیف باشد. طی چرخه زندگی فرد، اضطراب در موقعیت‌های متعددی پیدا می‌شود که خیلی اوقات، تخفیف آن مناسب‌ترین کار نیست.

در مورد بیماری که ذهنیت روان‌شناختی<sup>۳</sup> و انگیزه فهم اضطرابش را دارد، روان‌درمانی ممکن است درمان انتخابی باشد. روان‌درمانی روان‌پویشی را با عنایت به این نکته باید ادامه داد که ممکن است اضطراب فرد با مؤثر واقع شدن درمان افزایش یابد. هدف از رویکرد روان‌پویشی افزایش تحمل اضطراب در بیمار است نه رفع اضطراب؛ تحمل اضطراب بنا به تعریف، این قابلیت است که فرد وقتی دچار اضطراب می‌شود، لازم نباشد آن را تخلیه کند.

---

1 Relaxation

2 Biological feed back

3 Psychological mindedness

پژوهش‌های تجربی حاکی از آن است که بسیاری از بیمارانی که با موفقیت روان‌درمانی شده‌اند، ممکن است پس از ختم آن بازهم دچار اضطراب بشوند، اما چون تسلط ایگو<sup>۱</sup> در آن‌ها افزایش یافته است، می‌توانند از علامت اضطراب به‌عنوان هشدار استفاده کنند و درباره‌ی کشمکش‌های درونی خود بیندیشند و بر فهم و بینش خود بیفزایند. رویکرد روان‌پوشی در مورد بیمار مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر مستلزم آن است که معلوم شود ترس زمینه‌ای بیمار از چیست (کاپلان، سادوک، ۲۰۱۵، ترجمه‌ی رضاعی، ۱۳۹۴).

## ۲-۱-۱۸-درمان دارویی اضطراب فراگیر

برای تجویز داروی اضطراب زدا به بیمار مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر ندرتاً در معاینه اول می‌توان تصمیم گرفت. از آنجا که اختلال مزبور ماهیتاً درازمدت است، باید نقشه‌ای دقیق برای درمان آن طرح کرد. داروهای عمده‌ای که برای درمان اختلال اضطراب فراگیر باید مورد توجه قرار داد، بوسپیرون، بنزودیازپین‌ها و مهارکننده‌های اختصاصی بازجذب سروتونین و ونلافاکسین است. داروهای دیگری که ممکن است مفید واقع شود عبارت است از سه حلقه‌ای‌ها مثل ایمپرامین<sup>۲</sup>، داروهای ضد هیستامینی<sup>۳</sup> و آنتاگونیست‌های بتا آدرنرژیک نظیر پروپرانولول<sup>۴</sup>. درمان دارویی اختلال اضطراب فراگیر را برخی به مدت شش تا دوازده ماه لازم می‌دانند، اما برخی شواهد حاکی از آن است که این درمان باید درازمدت و یا مادام‌العمر باشد، پس از قطع درمان، حدود بیست و پنج درصد از بیماران در ماه اول و شصت تا هشتاد درصد از آن‌ها در سال اول دچار عود اختلال می‌شوند. گرچه برخی از بیماران به بنزودیازپین‌ها وابسته می‌شوند، اما به اثرات درمانی بنزودیازپین‌ها<sup>۵</sup>، بوسپیرون<sup>۶</sup> به ندرت تحمل پیدا می‌شود (کاپلان و سادوک، ۲۰۱۵، ترجمه رضاعی، ۱۳۹۴).

- 
- 1 Ego mastery
  - 2 Imipramine
  - 3 Anti-histamine
  - ۵Propranol
  - 5 Benzodiazepines
  - 6 Buspirone

## ۲-۱-۱۹- درمان شناختی-رفتاری

افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر دودسته از علائم فیزیولوژیک (بی‌قراری، تنش عضلانی، اختلالات خواب) و شناختی (نگرانی و ناتوانی در تمرکز) را نشان می‌دهند؛ بنابراین اهداف درمان عبارت است از کاهش سطح برانگیختگی فیزیولوژیک و کمک به بیمار برای کاهش نگرانی به سطح قابل قبول می‌باشد.

درمان شناختی-رفتاری برای اختلال اضطراب فراگیر معمولاً از تعدادی عنصر تشکیل می‌شود؛ که مهم‌ترین آن‌ها عبارت‌اند از: خود-نظارتی، آموزش ریلکسیشن یا آرمیدگی، بازسازی شناختی، تمرین رفتاری در خود نظارتی به درمان‌جو آموزش داده می‌شود که از الگوهای ثابت رفتاری خود و جرعه‌هایی که باعث آغاز نگرانی می‌شوند، آگاهی پیدا کنند. این جرعه‌ها معمولاً افکار فرد در مورد رویدادهای آینده هستند. رویدادهایی که احتمال وقوع آن‌ها بسیار کم است (مثلاً مرگ یکی از بستگان در تصادف رانندگی به هنگام رفتن به اداره) به درمان‌جویان توضیح داده می‌شود که این افکار سازه‌های شناختی هستند. آموزش ریلکسیشن یا آرمیدگی روش خوبی برای مقابله با استرس مزمن در مبتلایان به اضطراب فراگیر است. یکی از تکنیک‌های خاص در ریلکسیشن<sup>۱</sup>، آرامش بخشی تدریجی<sup>۲</sup> ماهیچه‌هاست؛ که می‌تواند به اندازه بعضی انواع درمان‌های شناختی مؤثر باشد. بیماران دارای اضطراب فراگیر اغلب درباره فراوانی وقوع رویدادهای منفی باورهای غلط دارند. در بازسازی شناختی به آن‌ها کمک می‌شود تا افکاری دقیق‌تر ایجاد کنند. یکی از روش‌های انجام دادن این کار استفاده از یادداشت‌های روزانه است. از درمان‌جویان خواسته می‌شود که نگرانی‌های خود و احتمال واقعیت پیدا کردن آن‌ها را هر روز در یک دفترچه بنویسند بعد رویدادهای به واقعیت پیوسته را با این تخمین‌های افراطی مقایسه کنند. در تمرین‌های رفتاری، رفتارهای خوب و سازگارانه برای مقابله تمرین می‌شود، این تمرین‌ها می‌تواند به صورت تجسمی یا به‌طور عملی باشد (گنجی، ۱۳۹۵).

رویکرد رفتاردرمانی دیالکتیک یکی از انواع رفتاردرمانی شناختی است که برای درمان اختلالات مرزی و در حیطه گسترده‌تری از روان‌درمانی و به اختلالات حاد می‌پردازد؛ و اولویت را به نقش هیجان به‌جای نقش شناخت می‌دهد و به‌جای اینکه تعریفات شناختی را مسبب برانگیختگی هیجانی بالا بداند، برعکس آن را فرض می‌کند. با داشتن برانگیختگی هیجانی بالا فرد، برای آن به دنبال تبیین‌هایی می‌گردد (مارا، ۲۰۰۵، ترجمه ایزدی، غیائی، ۱۳۹۴).

---

1 Relaxation  
2 gradual relaxation

با توجه به چارچوب رفتاردرمانی دیالکتیک در مورد تنظیم هیجان و یاری دادن بیماران در جهت غلبه بر ترس خود و اجتناب از هیجان‌ها و نیز افزایش پذیرش تجربیات هیجانی، لذا در این پژوهش از این روش درمانی استفاده شده است.

## ۲-۱-۲- رفتاردرمانی دیالکتیک و پیشینه آن

طبق فلسفه زیربنایی DBT، دیالکتیک را فرآیند شکل‌گیری درمان و جریانی که در درمان رخ می‌دهد و به واسطه آن تعارضات مانع این شکل‌گیری و پیشرفت، رفع می‌شوند، توصیف می‌شود. فیلسوفان یونان باستان ابتدا دیالکتیک را به‌عنوان روشی برای بهبود منطق به وجود آوردند، اما نویسندگان مدرن، با شروع از هگل، آن را به فلسفه‌ای برای توضیح تکامل بسیاری از جنبه‌های زندگی، از جمله اقتصاد و علم گسترش دادند. دیالکتیک به‌صورت زیر تعریف شده است: «مفهوم تناقض متضاد (تز و آنتی‌تز) و حل و فصل مدام آن‌ها (سنتز). استفاده لینهان از دیالکتیک تحت تأثیر کار در زمینه‌های زیست‌شناسی تکاملی، توسعه شناختی و توسعه خود قرار گرفت. DBT به‌طور خاص بر سه فرضیه دیالکتیکی مربوط به ماهیت واقعیت تأکید دارد؛ به عبارت دیگر واقعیت: (۱) مرتبط و یا سیستمیک؛ (۲) مخالف یا ناهمگن؛ و (۳) به‌طور مداوم در حال تغییر است (سوئلز و هرلد، ۲۰۰۹).

یکی از درمان‌های شناختی، رفتاردرمانی دیالکتیک<sup>۲</sup> است که توسط مارشا لینهان به وجود آمد و به شیوه شناختی رفتاری عمل می‌کند. این درمان در ابتدا برای درمان اختلال شخصیت مرزی استفاده شد که اثربخشی آن برای درمان این اختلال از سوی انجمن روان‌پزشکی آمریکا مورد تأیید قرار گرفته است (وانگر، ریزوی و هارند، ۲۰۰۷). DBT یک برنامه جامع درمان شامل درمان فردی، درمان گروهی و یک تیم مشاوره درمانگر است. به‌این ترتیب، DBT یک برنامه درمان است، نه یک روش درمانی صرف که توسط درمانگری در انزوا اجرا می‌شود (چاپمن، ۲۰۰۶).

جهت‌گیری نظری رویکرد DBT، آمیزه‌هایی از این سه دیدگاه نظری است: علوم رفتاری، فلسفه دیالکتیکی و اعمال ذن. در واقع، DBT رویکردی است که پذیرش و همدلی مراجع محور را با حل مسئله‌ی رفتاری-شناختی و

---

1 Michaela A. Swales and Heidi L. Heard

2 DBT

3 Wagner, A., Rizvi, S.L., Harned, M.S.

آموزش مهارت‌های اجتماعی ترکیب می‌کند. رفتاردرمانی دیالکتیکی استاندارد، از چهار نوع مداخله تشکیل می‌شود: جلسات درمانی ساختاریافته‌ی گروهی (برای مهارت‌آموزی)، جلسات انفرادی به مدت ۱ ساعت در هفته، تماس‌ها یا مشاوره‌های تلفنی با درمانگر (برای کاهش رفتارهای خودکشی‌گرایانه و اطمینان از تعمیم مهارت‌آموزی به خارج از جلسات درمانی) و جلسات تیم متخصصان به منظور حمایت از درمانگران DBT و جلوگیری از فرسودگی شغلی (برجعی، بگیان کوله مرز، یزدان‌پناه و رجبی، ۱۳۹۴).

رفتاردرمانی دیالکتیکی، تاریخچه فکری مشترکی با مکاتب روان تحلیل‌گری، انسان‌گرایی، وجودی و رفتارگرایی دارد. این رویکرد مفاهیم روان تحلیل‌گری را در مورد شکل‌گیری تعارض و سازش، تأکید انسان‌گرایی را بر تأیید بیمار، تمرکز وجودی را بر تجربه افکار و عقاید و سنت‌های رفتارگرایی را در مورد علم و یادگیری می‌پذیرد. DBT چیزی بیشتر از التقاط‌گرایی است، چون نظریه کاملی را در مورد بیماری‌زایی، مکان‌شناسی آسیب و درمان قابل کاربرد برای بیشتر اختلالات روانی حاد ارائه می‌دهد. رفتاردرمانی دیالکتیکی به‌جای اینکه دیدگاه متناقضی باشد نتیجه فرعی رفتاردرمانی است چون کاملاً اصول آن را می‌پذیرد، با این وجود این رویکرد درمانی نسبت به دیدگاه‌های شناختی رفتاری سنتی، کمتر شناختی است، چون ادعا می‌کند که افکار، فی‌نفسه نسبت به تنظیم عواطف اهمیت کمتری دارند (نوع متفاوتی از مواجهه - مواجهه با فرایندهای هیجانی به‌جای افکار و برانگیختگی هیجانی همراه با آن‌ها) درمانگر رفتاردرمانی دیالکتیک به‌جای تمرکز بر شناخت، حساسیت بالا به محرک هیجانی را که ناشی از آسیب‌پذیری هیجانی است هدف قرار می‌دهد تا شدت هیجان را کاهش دهد، سرعت بازگشت به خط پایه هیجانی را بیشتر کند و نیاز به اجتناب هیجانی را کاهش دهد (لینهان ۱۹۹۳). اهداف کلی درمان در این روش برای همه اختلال‌های روانی خاص عبارت است از: کاهش برانگیختگی هیجانی به‌وسیله کمک به بیمار در جابه‌جا کردن توجه به نشانه‌های جدید، تمرکز مجدد بین مقابله هیجان‌مدار و مسئله‌مدار و کاهش اجتناب هیجانی و رفتارهای اجتنابی (مارا، ۲۰۰۵، ترجمه ایزدی، غیائی، ۱۳۹۴).

یکی از نکات جالب رفتاردرمانی دیالکتیکی تفاوت بین درد هیجانی با رنج هیجانی است. گاهی اوقات آموزش مهارت‌های رفتاردرمانی دیالکتیکی به این سوء تفاهم منجر می‌شود که مگر انسان آدم‌آهنی است که در برابر مشکلات و گرفتاری‌های زندگی، هیچ احساسی نداشته باشد. درد هیجانی واکنش طبیعی به مشکلات زندگی است اما مسئله از آنجا آغاز می‌شود که افراد نخواهند این درد هیجانی طبیعی را بپذیرند و تمایل داشته باشند با آن بجنگند، بخواهند

سریع از شر آن خلاص شوند و دیگران را مقصر بدانند. اگر این شرایط وجود داشته باشد، درد هیجانی به رنج هیجانی مبدل می‌گردد این شیوه درمان برای افرادی که قصد کنترل هیجان آشفته ساز را دارند، بسیار مؤثر و اثربخش است. پژوهش‌ها نشان می‌دهند که رفتاردرمانی دیالکتیک به تقویت توانمندسازی افراد برای برخورد درست با ناراحتی می‌پردازد، بدون این که افراد کنترل خود را از دست بدهند یا دست به رفتارهای مخرب بزنند (مک کی و همکاران، ترجمه حمید پور، جمعه پور و اندوز ۱۳۹۱).

## ۲-۱-۲- رفتاردرمانی دیالکتیک و اختلال‌های اضطرابی

درمان در رفتاردرمانی دیالکتیک برای اضطراب مبتنی بر تأیید است، اضطراب، یک پاسخ طبیعی به تهدید است و بیمار مضطرب، تهدید را پیش‌بینی می‌کند. این امر طبیعی است، ولی چون اضطراب آسیب‌رسان است روش‌هایی برای کاهش تهدید و پاسخ به آن ایجاد می‌شود. ادراک آسیب‌پذیری در فرد مضطرب برجسته می‌شود و درمانگر رفتاردرمانی دیالکتیکی هنگام فرمول‌بندی طرح درمانی، نقایص موجود در مهارت‌ها و همچنین، طرح‌واره‌های شناختی را ارزیابی می‌کند. عدم اعتماد به نفس یا شاخصی از نقص، در مهارت‌ها است یا اینکه گوش‌به‌زنگی برای تهدید به شمار می‌رود. البته، هردو برای مداخله مورد هدف قرار می‌گیرند. در مورد نقص در مهارت‌ها آموزش روان‌درمانی ترجیح داده می‌شود. در مورد گوش‌به‌زنگی برای تهدید روان‌درمانی فردی باهدف افزایش توجه به نشانه‌های ایمنی، درمان انتخابی است. درحالی که دیدگاه‌های شناختی در مورد اضطراب به روش سقراطی، مدل آموزشی، هدایت بیمار و استفاده از شواهد چالش‌برانگیز برای باورها تأکید می‌کنند.

رفتاردرمانی دیالکتیکی نخست بیمار را به پذیرش احساساتش به‌عنوان واقعی، قابل درک و مورد تأیید دعوت می‌کند. مواجهه با اضطراب بر هرگونه چارچوب‌بندی مجدد شناختی مقدم است، به‌طوری که در ابتدا بیمار دعوت می‌شود تا به بررسی تجربی این تصور که اضطرابش غیرقابل تحمل است بپردازد. اجتناب و گریز برای بیمار توضیح داده می‌شود. بنیاد رفتاردرمانی دیالکتیکی این است که اجتناب و گریز از هیجان، فی‌نفسه پیش‌بین قدرتمندتری نسبت به فرایندهای شناختی است. این روش از بیمار نمی‌خواهد که تجارب اضطرابی را از طریق نمودارها، دفتر یادداشت یا مرور تجارب روزانه و هفتگی ثبت کند چون به این معناست که این تمرکز پایدار را بر بدن تقویت می‌کند.

درمانگر رفتاردرمانی دیالکتیکی به بیمار کمک می کند که در میان جلسات روان‌درمانی، حوزه‌های خاصی از برانگیختگی فیزیولوژیکی را شناسایی کند. ذهن آگاهی بر اضطراب بر دستورالعمل تکنیک‌های آرمیدگی (تنفس عمیق، تصویرسازی ذهنی از تجارب تسکین‌دهنده، آرمیدگی عضلانی پیش‌رونده، خود‌هیپنوتیزم و خود‌گویی مثبت) مقدم قرار می‌گیرد، به طوری که در ابتدا بیمار به‌طور تجربی با تحمل ناپذیر بودن اضطرابش مواجه می‌شود. هنگام استفاده از رفتاردرمانی دیالکتیکی برای اختلال‌های اضطرابی، راه‌های پذیرش بر راهبردهای تغییر و راهبردهای تائید بر راهبردهای پذیرش در اولویت است. مهارت‌های معنا بخشی به بیماران مضطرب کمک می‌کند درحالی که تقویت‌کننده‌های قوی‌تر و بلندمدت را حفظ می‌کنند، متغیرهای موقعیتی را در پشت‌هشیاری قرار دهند. ذهن آگاهی امکان مواجهه را فراهم می‌کند و رفتارهای اجتنابی - که اضطراب ارائه‌ی پاسخ را همیشگی می‌کنند را کاهش می‌دهد. مهارت‌های تنظیم هیجان به بیمار مضطرب کمک می‌کند تا راه‌اندازهای محیطی اضطراب را تغییر دهد، درحالی که مهارت‌های تحمل پریشانی می‌توانند رفتارهای گریز را که تقویت‌کننده اضطراب هستند کاهش دهند (مارا، ۲۰۰۵، ترجمه ایزدی، غیائی ۱۳۹۴).

## ۲-۱-۲- کارکردهای رفتاردرمانی دیالکتیک

بنیانگذار DBT معتقد است در این درمان ۵ کارکرد اساسی وجود دارد:

۱. تقویت و گسترش ذخیره الگوهای رفتاری ماهرانه؛
۲. بهبود انگیزه فرد برای تغییر از طریق تقویت رفتار غیر انطباقی از جمله هیجان و شناخت معیوب و کژکار؛
۳. اطمینان از تعمیم الگوهای رفتاری جدید از محیط درمانی به محیط طبیعی؛
۴. ساختاربخشی محیط به گونه‌ای که رفتارهای سازنده تقویت شوند نه رفتارهای معیوب؛
۵. تقویت انگیزه و قابلیت‌های درمانگر به گونه‌ای که درمان مؤثری انجام شود.

چهار روش درمانی در DBT عبارت‌اند از:

۱. آموزش گروهی مهارت‌ها؛
۲. درمان انفرادی،
۳. مشاوره‌های تلفنی و



#### ۴. تیم مشاوره.

سایر درمان‌های کمکی عبارت‌اند از دارودرمانی و بستری‌سازی که در موارد لزوم به کار می‌روند. این روش‌ها در ادامه این مطلب توضیح داده می‌شوند.

**آموزش گروهی مهارت‌ها:** در فضای گروه، بیمار مهارت‌های اختصاصی رفتاری، هیجانی، شناختی و بین فردی را می‌آموزد. برخلاف گروه‌درمانی سنتی، در این روش مشاهده رفتار دیگران در گروه و اظهارنظر در مورد منع آن می‌شود. در عوض رویکردی آموزشی به کار می‌رود که طی آن تمرینات خاصی که از کتابچه آموزش مهارت‌ها گرفته شده‌اند، انجام می‌شود و بخش اعظم این روش‌ها مرتبط با کنترل بی‌نظمی هیجانی و رفتارهای تکانشی هستند.

**درمان فردی:** جلسات DBT به صورت هفتگی برگزار می‌شوند و عموماً ۵۰ تا ۶۰ دقیقه طول می‌کشند. در این جلسات مهارت‌هایی که در جلسات آموزش گروهی آموخته شده‌اند مرور می‌شوند و حوادث زندگی در طول هفته گذشته بررسی می‌شوند. توجه ویژه‌ای صرف الگوی رفتارهای مرضی می‌شود چراکه اگر مهارت‌های آموخته شده مؤثر واقع می‌شدند این الگوها اصلاح شده بودند. بیماران تشویق می‌شوند افکار، احساسات و رفتارهایشان را بر روی کارت‌های یادداشت روزانه ثبت کنند و این یادداشت‌ها در طی جلسات تحلیل می‌شوند.

**مشاوره تلفنی:** درمانگران به طور ۲۴ ساعته جهت مشاوره تلفنی در دسترس هستند. بیماران تشویق می‌شوند هرگاه احساس کردند به سمت بحرانی پیش می‌روند که ممکن است به خودزنی یا صدمه به دیگران منجر شود تماس بگیرند. تماس‌های تلفنی کوتاه بوده و معمولاً حدود ۱۰ دقیقه طول می‌کشد.

تیم مشاوره: درمانگران هفته‌ای یک‌بار گرد هم می‌آیند تا کار خود را با بیمارانشان مرور کنند. با انجام این کار آن‌ها از یکدیگر حمایت نموده و انگیزه کاری خود را حفظ می‌کنند (کاپلان، سادوک، ۲۰۱۵، ترجمه رضاعی، ۱۳۹۴).

## جدول ۱-۲- توافقی‌های تیم مشاوره در رفتاردرمانی جدلی

ملاقات هفتگی به مدت ۱ تا ۲ ساعت  
گفتگو در مورد بیماران مطابق سلسله‌مراتب درمان (یعنی رفتارهای خودزنی/ تهدیدکننده حیات، رفتارهایی که کیفیت زندگی را مختل کرده یا درراه درمان مانع ایجاد می‌کنند).  
پذیرش فلسفه جدلی  
مشاوره با بیمار در مورد نحوه تعامل با سایر درمانگران، اما به سایر درمانگران در مورد نحوه تعامل با بیمار چیزی گفته نشود.  
انتظار نمی‌رود درمانگران حتی در مورد یک بیمار شیوه یکدستی را به کار گیرند.  
تمام درمانگران محدودیت‌های خود را در نظر می‌گیرند، بدون آن‌که از قضاوت سایر اعضای گروه مشاوره بترسند.  
جستجوی تفسیر همدلانه و غیر انتقادی از رفتار بیمار  
تمامی درمانگران جایز‌الخطا هستند.

## ۲-۱-۲۳- مهارت‌ها در رفتاردرمانی دیالکتیک

یکی از شیوه‌های روان‌درمانی که علت بسیاری از مشکلات را فقدان مهارت‌های اساسی می‌داند رفتاردرمانی دیالکتیکی است. این رویکرد تعامل عوامل زیستی-اجتماعی را علت برخی اختلالات می‌داند به این معنا که اگر فرد در محیطی پرورش یابد که مکرراً تجربیات درونی و رفتارهای فرد را نامعتبر می‌سازد با نقایصی در توانایی، انگیزش، تنظیم هیجان‌ها و مشکلات زندگی خود روبرو خواهد شد. این درمان، چهار حیطه اصلی در ارتباط با مهارت‌ها را مورد توجه قرار می‌دهد. حیطه ذهن آگاهی<sup>۱</sup>، مهارت‌هایی را<sup>۱</sup> به منظور آگاهی از افکار و احساسات، رفتارها و تجربه‌هایمان آموزش می‌دهد. در حیطه کارآمدی بین فردی<sup>۲</sup> مهارت‌هایی را برای گسترش و حفظ روابط پرثمر و رضایت بخش آموزش می‌دهد. حیطه تنظیم هیجان<sup>۳</sup>، به برجسب زدن به هیجان‌ها، افزایش هیجان‌ها مثبت و کاهش هیجان‌ها ناراحت‌کننده می‌پردازد. حیطه تحمل پریشانی<sup>۴</sup> به مواجه شدن با احساسات و موقعیت‌های سخت و دشوار می‌پردازد و همچنین، مهارت‌های لازم برای تحمل و پذیرش موارد بحرانی، در این حیطه قرار داده می‌شود (شیتز ۲۰۰۹، ترجمه ایزدی، غیائی ۱۳۹۴).

- 1 Mindfulness
- 2 Interpersonal Effectiveness
- 3 Emotion regulation
- 4 Distress Tolerance

## ۲-۱-۲-۲۴- مهارت‌های تحمل آشفستگی (رنج)

این مهارت ترکیبی از مهارت‌های استاندارد رفتاردرمانی شناختی و اعمال ذن به‌ویژه پذیرش رادیکال است. گام‌های اصلی تحمل پریشانی در سرواژه ACCEPTS خلاصه‌شده است: فعالیت<sup>۱</sup>، مشارکت<sup>۲</sup>، مقایسه<sup>۳</sup>، هیجان‌ها<sup>۴</sup>، فرونشانی<sup>۵</sup> افکار و حس‌ها<sup>۶</sup>. درواقع این تکنیک به درمان‌جو کمک می‌کند تا با انجام برخی از فعالیت‌ها (مثل تلفن زدن به دوستی صمیمی، یا حتی مرتب کردن اتاق) مشارکت در برخی کارها (مثلاً کمک کردن به دیگری) مقایسه خود با کسانی که وضع بدتری دارند، ایجاد تعمدی هیجانانگیز مثبت (مثل فیلم دیدن) فرونشانی موقتی شرایط دردناک (مثلاً کشیدن دیوار خیالی بین خود و مشکلات)، جایگزین کردن افکار و تقویت سایر حواس، حواس برگردانی کرده و قدرت تحمل پریشانی و رنج و اندوه را در خود بالا ببرد (میلر، راتوس و لینهان، ۲۰۰۷). مهم‌ترین مهارت از مجموعه مهارت‌هایی که برای تحمل هیجان به کار می‌روند، ذهن آگاهی نسبت به پریشانی هیجانی است. این مهارت بیمار را به پذیرش درد در همان لحظه می‌رساند، تا راهبردهای اجتنابی که فشار و مدت درد را افزایش می‌دهند و واکنش‌های هیجانی، کاهش یابند (مارا، ۲۰۰۵، ترجمه ایزدی، غیائی ۱۳۹۴).

## ۲-۱-۲-۲۵- مهارت‌های توجه آگاهی

ذهن آگاهی، برای حدود ۲۵۰۰ سال در شرق و بر مبنای آیین‌ها و سنت‌های شرقی که عمدتاً بر آیین‌های بودائی استوار بودند، انجام می‌شده است. این شیوه مراقبه، به‌عنوان بخش مهمی از سلامت جسمانی، روانی و عرفانی مشرق زمین شناخته می‌شود؛ اما در غرب، سنت‌های مراقبه عمدتاً بر پرستش<sup>۷</sup> و تفکر<sup>۸</sup> که مقدمه‌ای بر ذهن آگاهی و حضور در لحظه است، تأکید داشتند، بنابراین بسیاری از آیین‌های شرقی در تعریف ذهن آگاهی غربی، حضور ندارند و تغییر کرده‌اند؛ اما با نگاهی به تاریخچه بودیسم، باید گفت آنچه که به تعریف ذهن آگاهی و مراقبه در نظر گرفته می‌شد، بخشی از شیوه‌های عرفانی، شیوه‌ای عرفانی بانام «Dukkha» می‌باشد؛ اصطلاحی پیچیده و چندبعدی که اغلب

- 
- 1 Activity
  - 2 Collectivity
  - 3 Comparison
  - 4 Emotions
  - 5 Pushing away
  - 6 Sensations
  - 7 Devotion
  - 8 Contemplation

برای توصیف رنج و مشقتی که نوع انسان متحمل می‌شده است، به کاربرده می‌شد و شامل مجموعه‌ای از احساسات اولیه انسانی در برابر درد و رنج شرایط ناخوشایند زندگی بود (شاهی، ۱۳۹۴).

توجه آگاهی ترجمه کلمه هندی ساتی است، به معنای آگاهی، توجه و یادآوری.

**آگاهی<sup>۱</sup>:** آگاهی یکی از ویژگی‌های انسان است که باعث می‌شود از آنچه در اطراف می‌گذرد باخبر باشد.

بدون آگاهی، گویی هیچ چیز پیرامونش وجود ندارد.

**توجه<sup>۲</sup>:** توجه در واقع نوعی از آگاهی متمرکز است<sup>۳</sup>؛ آموزش توجه آگاهی توانایی تغییر کانون توجه و حفظ

کردن آن را روی هر موضوع و به نحوی که می‌پسندید در شما تقویت می‌کند.

**یادآوری<sup>۴</sup>:** یادآوری در توجه آگاهی یعنی همیشه به یاد داشته باشید توجه خود را لحظه‌به‌لحظه به تجربه‌های

خود معطوف کنید. ذهن آگاه بودن به آسانی فراموش می‌شود. در اصل واژه Remember (به یاد آوردن) از پیشنهاد

لاتین Re به معنای «دوباره» و کلمه memorari به معنای «ذهن آگاه بودن» (در اندیشه بودن) گرفته شده است (رشیدی

شیراز، ۱۳۹۷). جان کابات زین در آغاز دهه ۱۹۸۰، مهارت‌های توجه آگاهی را به بیماران بستری در بیمارستان

آموزش داد تا با مشکلات ناشی از درد مزمن کنار بیایند. اخیراً تکنیک‌های توجه آگاهی مشابهی با دیگر انواع

روان‌درمانی نظیر رفتاردرمانی دیالکتیک ادغام شده است. پژوهش‌ها نشان داده است که مهارت‌های ذهن آگاهی در

کاهش احتمال بروز دوره افسردگی اساسی مؤثرند. همچنین مطالعات مذکور مؤید اثربخشی مهارت‌های توجه آگاهی

در کاهش علائم اضطراب، درد مزمن و پرخوری افراطی و نیز افزایش تحمل افراد نسبت به آشفتگی و افزایش سطح

آرامش و ارتقای مهارت‌های مقابله با شرایط دشوار است توجه آگاهی به معنی توانایی توجه آگاهانه نسبت به افکار،

هیجانان، ادراک‌های جسمانی و اعمال در لحظه حال بدون قضاوت و یا انتقاد درباره خود؛ بنابراین می‌توان نتیجه

گرفت که توجه آگاهی یکی از مهارت‌های بنیادین در رفتاردرمانی دیالکتیکی به حساب می‌آید (مک کی و همکاران

۲۰۰۷، ترجمه حمید پور و همکاران، ۱۳۹۱).

---

1 Awareness

2 Attention

3 Attention is a focused awareness

4 Remembering

پژوهشگران در مطالعاتی چند، فواید آموزش ذهن آگاهی از جمله درمان عود افسردگی، اختلالات اضطرابی، درد مزمن، مقابله با بیماری و بسیاری از دیگر مشکلات روان‌شناختی را نشان داده‌اند. پژوهش‌هایی که به‌تازگی بر روی ماهیت زیست‌عصبی ذهن آگاهی انجام گرفته‌اند، حکایت از آن دارند که آموزش ذهن آگاهی می‌تواند با تقویت ترجمه مستقیم حس‌های بدنی به هیجان‌های مختلف و بدون مرتبط ساختن بیش‌ازحد این هیجان‌ها با خاطرات روایتی، عملکرد پردازش هیجانی را بهبود بخشد. به نظر می‌رسد که در این فرآیند، تقویت بالقوه عملکرد قطعه جزیره‌ای و قشر کمربندی نقش داشته باشد. رفتاردرمانی دیالکتیک نوعی درمان رفتاری مبتنی بر ذهن آگاهی است که توازنی را بین استفاده از تکنیک‌های تغییر و پذیرش برقرار می‌سازد (لی هی و همکاران ۲۰۱۱)، ترجمه منصوره راد، ۱۳۹۲).

## ۲-۱-۲- تمرینات توجه آگاهی

**مدیتیشن رسمی<sup>۱</sup>** نوعی مدیتیشن است که در آن آگاهانه و خودخواسته، زمانی از روز را به تمرین مدیتیشن اختصاص می‌دهید. این بازه زمانی، فرصتی را در اختیار شما قرار می‌دهد تا به مایندفولنس عمق بیشتری ببخشید و نسبت به ذهن و گرایش‌های دائمی آن، درک بهتری پیدا کنید؛ همچنین بتوانید به‌طور مداوم و همراه با احساس مهربانی و کنجکاوی، مایندفولنس را روی خود و تجربه‌های متفاوتی که دارید اعمال کنید. با این تفاسیر می‌توان مدیتیشن رسمی را نوعی تربیت ذهن<sup>۲</sup> در نظر گرفت.

**مدیتیشن غیررسمی<sup>۳</sup>** این نوع از مدیتیشن زمانی رخ می‌دهد که فرد حین فعالیت‌های روزانه، مثل غذا پختن، تمیز کردن، قدم زدن در مسیر محل کار، صحبت کردن با دوستان، رانندگی کردن یا هر فعالیت دیگری، وارد تمرکز و حالت مدیتیشنی ذهن شود. با این کار به تقویت توانایی در مایند فول بودن کمک می‌کنید و به ذهن خود یاد می‌دهید که به‌جای انحراف دائمی به سمت گذشته و آینده در زمان حال، باقی بماند. مدیتیشن غیررسمی به این معناست که می‌توانید در هر زمان از روز و در حین انجام هر کاری، آگاهی کامل خود را حفظ کنید (رشیدی شیرازی، ۱۳۹۲).

---

1 Formal meditation  
2 Mind training  
3 Informal meditation

## ۲-۱-۲۷- توجه آگاهی در حکم یک سازوکار کارآمد

مراقبه به فرد می آموزد که متوجه عوامل منجر به حواس پرتی باشد، اما خودش را با آن‌ها درگیر نکند. از آنجاکه هیجان‌ها نمایانگر سخت‌ترین عوامل حواس پرتی‌اند، توجه آگاهی مستلزم رویارویی مداوم با احساسات ناخوشایند در جسم و افکار ناخوشایند در ذهن است. از این گذشته، افزایش آگاهی، به بیش از پیش نسبت به اطلاعات مربوط به عوامل زیربنایی می‌انجامد (یعنی آگاهی هیجانی)، نظیر علل هیجان‌ها و ارتباطشان با خاطرات ناخوشایند تجربه گذشته؛ به عبارت دیگر، توجه آگاهی شبیه به مواجهه عمل می‌کند. به همین دلیل است که گلמן از پیامد توجه آگاهی با عنوان حساسیت‌زدایی همه‌جانبه<sup>۱</sup> یاد می‌کند (فن وریسویک و همکاران ۲۰۱۴، زیرک و حمید پور، ۱۳۹۴).

ذهن آگاهی زمانی که در مورد هیجان‌ات انجام شود، به‌منزله شکلی از مواجهه تأثیر می‌گذارد. احساسی که تاکنون از آن اجتناب می‌شد، تجربه می‌شود و تجربه در طول زمان پایدار می‌گردد نتیجه چنین مواجهه‌ی مکرر و پایداری این است که اضطرابی که پیرامون تجربه هیجانی ایجاد شده بود، دور می‌شود و واکنش‌های هیجانی ثانویه (واکنش‌های هیجانی به احساسات اولیه) مثل گناه، شرم، خشم، اضطراب، ناکامی و اندوه کاهش می‌یابد (لینهان ۱۹۹۳ ب، ۱۹۹۳ پ) این واکنش‌های هیجانی ثانویه را به‌عنوان تشدید برانگیختگی هیجانی توصیف می‌کند که باعث می‌شود شدت و مدت بارگذاری هیجان روی بیمار طولانی شود. تمرین ذهن آگاهی که متمرکز بر هیجان‌ات باشد می‌تواند این واکنش‌های هیجانی ثانویه را کاهش دهد که هم‌شدت و هم مدت برانگیختگی را کم می‌کند (مارا، ۲۰۰۵، ترجمه ایزدی، غیائی ۱۳۹۴).

## ۲-۱-۲۸- حالت‌های ذهن در رفتاردرمانی دیالکتیکی

در رفتاردرمانی دیالکتیکی سه حالت ذهنی اولیه معرفی می‌شوند: «ذهن منطقی»، «ذهن هیجانی» و «ذهن خردگرا». شخص زمانی در «ذهن منطقی» قرار دارد که گرایش عقلانی به دانش و اطلاعات داشته باشد؛ منطقی و عقلانی فکر کند؛ به واقعیات تجربی توجه داشته باشد؛ رفتارش برنامه‌ریزی شده باشد؛ توجهش متمرکز و در مقابل مشکلات «خونسرد»<sup>۲</sup> باشد. شخص زمانی در «ذهن هیجانی» قرار دارد که تفکر و رفتارش در درجه اول تحت کنترل

---

1 Global desensitization

2 cold blooded

وضعیت هیجانی کنونی اش باشد. در «ذهن هیجانی» شناخت‌ها «داغ» هستند؛ تفکر عقلانی و منطقی دشوار است؛ واقعیات برای سازگار شدن باعاطفه کنونی بزرگ‌نمایی و تحریف می‌شوند؛ و نیروی رفتار نیز متناسب با وضعیت هیجانی کنونی است. «ذهن خردگرا» حاصل یکپارچگی «ذهن منطقی<sup>۱</sup>» و «ذهن هیجانی<sup>۲</sup>» است. «ذهن خردگرا<sup>۳</sup>» دانش شهودی را به تجربه هیجانی و تجزیه و تحلیل منطقی می‌افزاید (لینهان ۱۹۹۳؛ ترجمه علوی، ۱۳۹۲).

## ۲-۱-۲- مهارت‌های نظم‌بخشی هیجان

تنظیم هیجان به معنی تلاش افراد برای تأثیر گذاشتن روی نوع، زمان و چگونگی تجربه و بیان، تغییر طول دوره یا شدت فرایندهای رفتاری، تجربی و یا جسمانی هیجان‌ها است و به‌طور خودکار یا کنترل‌شده، هشیار یا ناهشیار و از طریق به‌کارگیری راهبردهای تنظیم هیجان از جمله باز ارزیابی، نشخوار فکری، خود اظهاری، اجتناب و بازداری انجام می‌گیرد. تنظیم هیجان سازگارانه با سازگاری و تعاملات اجتماعی مثبت ارتباط دارد. افزایش در فراوانی تجربه هیجانی مثبت، باعث مقابله مؤثر با موقعیت‌های استرس‌زا می‌شود (جلوانی، اعتمادی، جزایری و فاتحی زاده ۱۳۹۶).

از اهداف مهارت‌های تنظیم هیجان این است که به بیمار کمک شود تا هیجان‌اتش را بهتر درک کند و به مشاهده و توصیف بهتر هیجان‌اتش، افزایش مواجهه با هیجان‌ات، برانگیختن بیمار برای افزایش تجارب هیجانی مثبت، آموزش ذهن آگاهی نسبت به هیجان‌ات مثبت و ذهن ناآگاهی در مورد هیجان‌ات منفی و آموزش نحوه استفاده از شیوه‌های راهبردی به‌جای اجتناب و گریز در هنگام هیجان‌ات سخت و طاقت‌فرسا پردازد. برای اشخاصی که از لحاظ هیجانی حساس هستند اجتناب، جان‌نشین مهارت‌های تنظیم هیجان می‌شود. درحالی که ماهیت اجتناب، بیماران را به استفاده از آن به‌عنوان یک راهبرد (برای اجتناب از آسیبی که انتظار آن را می‌کشند) تشویق می‌کند، گریز می‌تواند نشانه‌های فوری و قدرتمندی را ایجاد کند، یعنی به پایان رساندن درد هیجانی که پیش‌ازاین شروع شده بود. با گریز هیجانی، توجه به سمت نشانه‌های تهدید جهت داده می‌شود و اضطراب افزایش می‌یابد و مسائل دیگر (افسردگی، پر خوابی، بی‌خوابی، کنترل‌تکانه) را بدتر می‌کند. نیروی تمرکز و توجه کاهش می‌یابد. راهبرد ذهن آگاهی مبتنی بر پذیرش

---

1 Rational mind  
2 Emotional mind  
4 logical mind

که در رفتاردرمانی دیالکتیک مورد استفاده قرار می‌گیرد، برای کاهش رفتار گریز هیجانی، در نظر گرفته شده است (مارا، ۲۰۰۵، ترجمه ایزدی، غیائی ۱۳۹۴).

در رفتاردرمانی دیالکتیکی، ۹ مهارت برای نظم‌بخشی هیجانی وجود دارد که کمک می‌کنند تا به هیجان‌ها و رفتارهای ناشی از این هیجان‌ها، کنترل و تسلط بیشتری پیدا کنید. این مهارت‌ها عبارت‌اند از:

۱. هیجان‌ها را بشناسید.
۲. بر موانع هیجان‌های سالم غلبه کنید.
۳. آسیب‌پذیری جسمی تان را کاهش دهید.
۴. آسیب‌پذیری شناختی تان را کاهش دهید.
۵. هیجان‌های مثبت‌تان را افزایش دهید.
۶. بدون قضاوت به هیجان‌هایتان، توجه آگاهانه نشان دهید.
۷. با هیجان‌هایتان روبرو شوید.
۸. برعکس تمایل‌های هیجانی تان عمل کنید.
۹. مشکلات را حل کنید (مک کی و همکاران ۲۰۰۷، ترجمه حمید پور و همکاران، ۱۳۹۱).

## ۲-۱-۳۰- مهارت‌های ارتباط مؤثر

مهارت‌های بنیادین ارتباط مؤثر عبارت‌اند از: مهارت‌های اجتماعی<sup>۱</sup>، جسارت آموزشی<sup>۲</sup> و مهارت‌های گوش دادن. لینهان (۱۳۹۳) این مهارت‌ها را در چهارچوب رویکرد رفتاردرمانی دیالکتیکی ترکیب کرده است (مک کی و همکاران ۲۰۰۷، ترجمه حمید پور و همکاران، ۱۳۹۱).

این مهارت به درمان‌جو کمک می‌کند تا از جرات مندی بیشتری برخوردار شده و در روابط بین فردی خود چیزی را که می‌خواهد به دست آورد و قدرت نه گفتن در او تقویت شود و با تعارض‌ها مقابله کرده و توانایی استمرار روابط بین فردی و حفظ احترام به خویش‌نژاد در او بالاتر برود. برای آموزش این مهارت‌ها بهتر است که از بازی نقش

---

1 Social skill-training

2 Assertive training



استفاده کرد. گام‌های اصلی مهارت کارآمدی بین فردی در سرواژه‌ی لاتین DEARMAN خلاصه شده است: توصیف کردن<sup>۱</sup>، بیان کردن<sup>۲</sup>، ابراز قاطعانه، تقویت کردن، ذهن آگاه ماندن، با اعتمادبه‌نفس بودن و مذاکره (علیلو و شریفی، ۱۳۹۰).

الگوهای پاسخ بین فردی آموزش داده شده در آموزش مهارت‌های رفتاردرمانی دیالکتیک، بسیار مشابه آن‌هایی است که در بسیاری از کلاس‌های ابراز وجود و حل مسئله بین فردی<sup>۳</sup> آموزش داده می‌شود. این الگوها شامل راهبردهای کارآمد برای مطالبه نیازهای فرد، «نه» گفتن و کنار آمدن با تعارض‌های بین فردی است. کارایی در اینجا به معنای دستیابی به تغییراتی که فرد می‌خواهد، حفظ روابط و حفظ حرمت نفس است. الگوهای رفتاری خاصی که برای کارایی اجتماعی موردنیاز هستند، همگی تابع اهداف شخص در بافت موقعیتی خاص می‌باشند؛ بنابراین توانایی تحلیل یک موقعیت و تعیین اهداف برای کارایی بین فردی بسیار حائز اهمیت است (لینهان، ۱۹۹۳، ترجمه علوی، ۱۳۹۲).

## ۲-۲- بخش دوم: پیشینه پژوهش

### ۲-۲-۱- تحقیقات داخلی

دهشیری (۱۳۹۱) پژوهشی با عنوان «اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر اضطراب و نگرانی افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر» با استفاده از طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه کنترل همراه با دوره پیگیری که بر روی ۱۸ دانشجوی مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر (مطابق ملاک‌های DSM-IV) مراجعه کننده به مراکز مشاوره دانشگاه‌های شهر تهران انجام داد. این افراد به تصادف انتخاب شدند و دو گروه آزمایش و کنترل جای گرفتند. تمام این آزمودنی‌ها پرسش‌نامه نگرانی ایالت پنسیلوانیا و مقیاس اضطراب صفت را تکمیل کردند. آزمودنی‌های گروه آزمایش به مدت ۱۶ جلسه تحت درمان فردی شناختی- رفتاری قرار گرفتند و در پایان درمان و همچنین یک ماه پس از آن مجدداً آزمودنی‌های هر دو گروه اقدام به تکمیل هر دو پرسشنامه نمودند. نتایج این پژوهش نشان داد که درمان شناختی

---

1 Describe  
2 Express  
3 Interpersonal problem-solving

رفتاری به طور معناداری موجب کاهش نگرانی و اضطراب صفت آزمودنی‌های مبتلابه اختلال اضطراب فراگیر در مرحله پس‌آزمون و پیگیری شده است.

نریمانی، درویش حق‌جو، توکلی پله شاه و ابوالقاسمی (۱۳۹۲) در پژوهشی به بررسی میزان شیوع اختلال اضطراب فراگیر و بررسی تفاوت جنسیتی در میزان شیوع اختلال اضطراب فراگیر پرداختند و نشان دادند که شیوع این اختلال در کل افراد ۰/۱۰ است که این نسبت برای زن‌ها ۶/۸ و برای مردان ۳/۲ می‌باشد. همچنین مطابق نتایج به‌دست آمده، میزان شیوع در دو جنس تفاوت معناداری داشت به طوری که میزان ابتلای زنان به نشانگان این اختلال بسیار بیشتر از مردان و حدود دو برابر آن‌ها می‌باشد.

در پژوهش دیگری شاملو، غروی و اصغری پور (۱۳۹۳) به بررسی «اثر بخشی رفتاردرمانی دیالکتیک مبتنی بر آموزش تنظیم هیجان بر علائم افسردگی» پرداختند. در این پژوهش اثر رفتاردرمانی دیالکتیکی مبتنی بر آموزش تنظیم هیجان را بر علائم افسردگی مراجعه‌کنندگان به یکی از کلینیک‌های روان‌شناسی بررسی نموده است. این کار آزمایشی بالینی با جامعه آماری شامل تمام مراجعان به یکی از کلینیک‌های روان‌شناسی شهر مشهد از بهمن ۱۳۹۱ تا فروردین ۱۳۹۲ با روش نمونه‌گیری در دسترس انجام گرفت. معیار ورود دریافت نمره ۲۰ و بالاتر در پرسش‌نامه افسردگی بک و معیار خروج شامل دریافت مداخله دیگر، اعم از دارودرمانی و روان‌درمانی درزمینه افسردگی در زمان اجرای پژوهش بود. تعداد ۳۰ نفر، به‌طور تصادفی و تعداد برابر در گروه آزمون (آموزش تنظیم هیجان مبتنی بر رفتاردرمانی دیالکتیک در ۸ جلسه به صورت دو بار در هفته) و گروه شاهد، قرار گرفتند که با پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پی‌گیری یک‌ماهه بررسی شدند. ابزار بررسی، پرسش‌نامه افسردگی بک و مقیاس دشواری‌های هیجانی بود. برای تحلیل داده‌ها از آماره‌های توصیفی و آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و آزمون تی تحت نرم‌افزار S PSS نسخه ۱۶ استفاده شد. یافته‌ها نشان داد که گروه آزمون در مقایسه با گروه شاهد کاهش معنی‌داری در نشانه‌های افسردگی ( $P=0/01$ ) و دشواری‌های تنظیم هیجان ( $P=0/01$ ) نشان دادند که در پی‌گیری یک‌ماهه نیز حفظ شده بود. پژوهشگران به این نتیجه رسیدند که به نظر می‌رسد آموزش تنظیم هیجان مبتنی بر رفتاردرمانی دیالکتیکی منجر به کاهش مؤثر و ماندگار نشانه‌های افسردگی و دشواری‌های تنظیم هیجان می‌گردد.

در پژوهشی دیگر صبحی قراملکی، پرزور، آقاجانی و نریمانی در سال ۱۳۹۴ با عنوان «اثر بخشی آموزش تنظیم هیجانی در کاهش علائم اضطراب، استرس و افسردگی در دانشجویان دانشگاه» انجام داد. در این تحقیق نیمه

آزمایشی، از پیش‌آزمون و گروه کنترل استفاده شد. برای این منظور، ۱۸۶ دانش‌آموز پسر با استفاده از خوشه چندمرحله‌ای انتخاب شدند و پرسشنامه استرس، اضطراب و افسردگی بر روی همه آن‌ها اجرا شد. پس از تکمیل پرسشنامه از دانش‌آموزان با نمره ۲۸ یا بیشتر، ۴۰ نفر به صورت تصادفی انتخاب و به دو گروه تحت آموزش و کنترل تقسیم شدند. گروه آزمایش آموزش تنظیم هیجان را آموزش دریافت کردند و گروه کنترل آموزش ندیدند. آموزش در گروه آزمایش برای هشت جلسه (دو جلسه در هفته و هر نیم ساعت) بر روی همه آزمودنی‌ها انجام شد. قبل از آموزش و پس از آن مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس تکمیل شد. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از آمار توصیفی و MANCOVA استفاده شد. تحلیل کوواریانس نشان داد که نمرات اضطراب، استرس و افسردگی دانشجویان در گروه آموزش تنظیم هیجان در مقایسه با گروه شاهد در پس‌آزمون کاهش یافته است ( $P < 0/001$ ). بنابراین آموزش تنظیم هیجان به طور معنی‌دار علائم اضطراب، استرس و افسردگی را کاهش می‌دهد.

خالقی، محمدخانی و حسنی (۱۳۹۵) در پژوهشی باهدف بررسی «اثر بخشی طرح‌واره درمانی در کاهش نگرانی و علائم و نشانه‌های اضطراب بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر (GAD)» یک مطالعه تک آزمودنی انجام دادند. آزمودنی‌های این پژوهش بر اساس تشخیص اختلال اضطراب فراگیر توسط روان‌پزشک و اجرای مصاحبه بالینی ساختاریافته (SCID) توسط روان‌شناسی بالینی و ملاک‌های ورود و خروج، دو بیمار مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر انتخاب شدند و ۱۰ جلسه ۱ ساعته طرح‌واره درمانی هیجانی دریافت کردند. هر یک از بیماران ۷ مرتبه به وسیله‌ی مقیاس درجه‌بندی اضطراب همیلتون (HARS)، پرسش‌نامه‌ی اضطراب بک (BAI) و مقیاس حالت نگرانی پن (PSWQ) طی درمان و یک دوره پیگیری دوماهه توسط ارزیاب مستقل ارزیابی شدند. به منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها از شاخص‌های تغییر روند، شیب، بازبینی نمودارها و برای تعیین معناداری بالینی از شاخص درصد بهبودی و اندازه اثر استفاده شد. یافته‌های این پژوهش نشان دادند که طرح‌واره درمانی هیجانی به طور معناداری در کاهش نگرانی و علائم و نشانه‌های اضطراب بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر مؤثر است. طرح‌واره درمانی هیجانی را می‌توان (با احتیاط) به عنوان درمانی مؤثر در مداخلات روان‌شناختی بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر مدنظر قرارداد.

در پژوهش دیگری محسنی و یزدخواستی (۱۳۹۶) به بررسی «اثر بخشی رفتاردرمانی دیالکتیک بر کاهش سوگیری توجه و نشخوار فکری در بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری» پرداختند. روش این پژوهش نیمه تجربی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه بود. از بین بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری که در سال ۱۳۹۴ به

کلینیک‌های درمانی شهر اصفهان مراجعه می‌کردند، ۳۰ بیمار به صورت نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در گروه‌های آزمایش و کنترل قرار گرفتند. سپس رفتاردرمانی دیالکتیک طی ۱۰ جلسه هفتگی ۹۰ دقیقه‌ای انجام شد و گروه گواه به همان شیوه معمول تحت درمان بودند. پرسشنامه وسواس فکری-عملی مادزلی، مقیاس نشخوار فکری نولن-هوکسما، آزمون رنگ-واژه استروپ به عنوان ابزارهای پژوهش مورد استفاده قرار گرفتند. تجزیه و تحلیل اطلاعات به وسیله تحلیل آزمون واریانس با اندازه‌گیری مکرر مورد نشان داد که آموزش رفتاردرمانی دیالکتیک بر مؤلفه سوگیری توجه و نشخوار فکری بیماران مبتلابه اختلال وسواس فکری تأثیر معنی‌دار داشته است. بدین صورت که این روش توانسته منجر به کاهش سوگیری توجه (۲۹/۷۳) و نشخوار فکری (۲۱/۴۳) شود. نتیجه این پژوهش بیان می‌کند که رفتاردرمانی دیالکتیک با به کارگیری تکنیک‌های تنظیم هیجان و تحمل پریشانی می‌تواند به عنوان یک روان‌درمانی انتخابی و مؤثر، در کاهش نشخوار فکری و سوگیری توجه برای بیماران مبتلابه اختلال وسواس فکری استفاده شود.

بررسی اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیک بر کاهش اضطراب و بهبود عملکرد اجتماعی بیماران مبتلابه دیابت توسط نوری زاده و حاجی علیزاده در سال ۱۳۹۶ به روش نیمه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه انجام گرفت. جامعه آماری آن شامل کلیه بیماران دیابتی در نیمه اول سال ۱۳۹۵ مراجعه‌کننده به بیمارستان شهید محمدی بندرعباس بود. جهت انتخاب نمونه، از میان این مراجعه‌کنندگان ۲۴ نفر بر اساس نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به تصادف در دو گروه ۱۲ نفره قرار گرفتند. اعضای گروه آزمایش تحت رفتاردرمانی دیالکتیک به مدت ۸ جلسه قرار گرفتند ولی گروه کنترل مداخله‌ای دریافت نکرد. ابزار این پژوهش پرسش‌نامه‌های اضطراب بک و سازگاری اجتماعی کالیفرنیا در دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون تکمیل شدند تحلیل. داده‌های گردآوری شده به روش کوواریانس چند متغیره (مانکوا) در نسخه ۲۱ ام نرم‌افزار SPSS نشان داد که رفتاردرمانی دیالکتیکی در کاهش اضطراب و بهبود سازگاری اجتماعی بیماران دیابتی به طور معنی‌داری مؤثر بوده است.

همچنین شرافتی، طاهری، اسمائی مجد و امیری (۱۳۹۶) در «بررسی اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر مدل داگاس بر عدم تحمل بلا تکلیفی، اجتناب شناختی و باورهای مثبت نگرانی در بیماران مبتلابه اختلال اضطراب فراگیر» از طرح تک‌آزمودنی از نوع خط پایه چندگانه استفاده کردند. نمونه این پژوهش شامل پنج نفر بیمار مبتلابه اختلال اضطراب فراگیر بود که ملاک‌های ورود و خروج را دارا بودند. نمونه‌گیری پژوهش به صورت در دسترس انتخاب

شد. تأیید تشخیص اختلال اضطراب فراگیر بر اساس مصاحبه بالینی ساختاریافته و تشخیص روانشناس بالینی انجام شد. برای سنجش و ارزیابی قبل و بعد از مداخله شناختی مبتنی بر مدل داگاس از مقیاس عدم تحمل بلا تکلیفی، پرسشنامه نگرانی ایالت پنسیلوانیا، پرسشنامه اجتناب شناختی، پرسشنامه چرانگرانی استفاده شد. به منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها از درصد بهبودی و اندازه اثر استفاده شد که نتایج حاصل از آن نشان داد که اندازه اثر محاسبه شده در مقیاس عدم تحمل بلا تکلیفی ۰/۷۲، اجتناب شناختی ۰/۷۹ و باورهای مثبت در مورد نگرانی ۰/۶۶ بود؛ بنابراین از یافته‌های پژوهش نتیجه‌گیری می‌شود که شناخت درمانی به شیوه داگاس توانسته بر روی عدم تحمل بلا تکلیفی، باورهای مثبت در مورد نگرانی و اجتناب شناختی اثر مثبتی داشته باشد و باعث کاهش علائم شده است. همچنین این درمان می‌تواند یکی از گزینه‌های مؤثر در کاهش علائم اختلال اضطراب فراگیر در کنار سایر مداخلات دارویی باشد.

علی مهدی و همکاران در سال ۱۳۹۶ مطالعه‌ای به منظور تعیین اثربخشی درمان شناختی- رفتاری بر عدم تحمل بلا تکلیفی و حساسیت اضطرابی انجام دادند. طی یک پژوهش نیمه آزمایشی با پیش‌آزمون - پس‌آزمون و گروه کنترل از بین دبیرستان‌های شهرستان رباط کریم، ۳۰ دانش‌آموز با تشخیص اختلال اضطراب فراگیر انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۵ دانش‌آموز) و کنترل (۱۵ دانش‌آموز) تقسیم‌بندی شدند. گروه آزمایش در ۹ جلسه تحت مداخلات شناختی- رفتاری قرار گرفتند و گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد. گروه‌ها قبل و بعد از درمان از نظر اضطراب فراگیر، حساسیت اضطرابی و عدم تحمل بلا تکلیفی مورد ارزیابی قرار گرفتند. نتایج تحلیل کوواریانس نشان داد که مداخلات شناختی- رفتاری به‌طور معناداری در کاهش علائم اختلال اضطراب فراگیر، حساسیت اضطرابی و عدم تحمل بلا تکلیفی مؤثر است و به نظر می‌رسد که درمان شناختی- رفتاری با کاهش سطح عدم تحمل بلا تکلیفی و حساسیت اضطرابی در اختلال اضطراب فراگیر روش مناسبی در درمان اختلال اضطراب فراگیر محسوب می‌شود.

منصوری، خدا یاری فرد، بشارت و غلامعلی لواسانی (۱۳۹۷) در بررسی نقش تعدیل‌کننده و واسطه‌ای مقابله‌های معنوی و راهبردهای تنظیم شناختی هیجان در رابطه بین عوامل فراتشخیصی و نشانه‌های اختلال اضطراب فراگیر به این نتیجه رسیدند که ارتباط معنی‌داری بین عوامل فراتشخیصی (اجتناب شناختی، باورهای منفی درباره نگرانی، تحمل‌ناپذیری، بلا تکلیفی و اجتناب تجربه‌ای) و نشانه‌های GAD وجود داشت ( $P < 0/05$ ). همچنین، ارتباط معنی‌داری بین عوامل فراتشخیصی با راهبردهای تنظیم شناختی هیجان و مقابله‌های معنوی مشاهده شد ( $P < 0/05$ ).

راهبردهای تنظیم شناختی هیجان واسطه رابطه بین عوامل فراتشخیصی و نشانه‌های GAD و مقابله‌های معنوی نیز تعدیل‌کننده رابطه بین عوامل فراتشخیصی و نشانه‌های GAD بودند ( $P < 0/05$ ). در این مطالعه توصیفی - همبستگی، ۷۰۰ نفر از دانشجویان مقطع کارشناسی دانشگاه‌های دولتی وابسته به وزارت علوم شهر تهران در سال تحصیلی ۹۵-۱۳۹۴ به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای تصادفی انتخاب شدند. مقیاس کوتاه اختلال اضطراب فراگیر<sup>۱</sup>، پرسش‌نامه‌های نگرانی پنسیلوانیا<sup>۲</sup>، اجتناب شناختی<sup>۳</sup>، تحمل‌ناپذیری بلا تکلیفی<sup>۴</sup>، فراشناخت<sup>۵</sup>، راهبردهای تنظیم شناختی هیجان<sup>۶</sup>، پذیرش و عمل<sup>۷</sup> و مقابله معنوی<sup>۸</sup> در مورد شرکت‌کنندگان اجرا گردید. داده‌های به‌دست‌آمده با استفاده از روش تحلیل مسیر و معادلات ساختاری در نرم‌افزارهای SPSS، LISREL، Process مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. نتایج این پژوهش بر اهمیت عوامل فراتشخیصی، تنظیم شناختی هیجان و مقابله‌های معنوی در نشانه‌های GAD تأکید دارد.

در پژوهش دیگری سرداری پور، پاشایی، ترناس و طافی (۱۳۹۷) به بررسی اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیک بر تنظیم شناختی هیجان در افراد مبتلا به دیابت پرداختند. این پژوهش یک تحقیق آزمایشی به روش پیش‌آزمون و پس‌آزمون بود که در آن ۲۴ آزمودنی از کلینیک غدد بیمارستان امام خمینی شهر تهران انتخاب شدند و به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایشی و گروه کنترل جایگزین شدند. رفتاردرمانی دیالکتیکی در ۱۲ جلسه (نود دقیقه، یک‌بار در هفته) اجرا شد و پس از آن پس‌آزمون اجرا گردید. هر دو گروه قبل از شروع مداخلات، پایان جلسات، پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان گارنفسکی را تکمیل نمودند برای تحلیل داده‌های به‌دست‌آمده از آزمون تحلیل واریانس استفاده شد که نشان داد که تفاوت معناداری بین دو گروه در استفاده از راهبردهای تنظیم شناختی هیجان در مرحله پس‌آزمون وجود دارد.

---

1 Generalized Anxiety Disorder 7-Item یا GAD-7

2 Penn State Worry Questionnaire یا PSWQ

3 Cognitive Avoidance Questionnaire یا CAQ

4 Intolerance of Uncertainty Scale یا IUS

5 Metacognition Questionnaire یا MCQ

6 Cognitive Emotion Regulation Questionnaire یا CERQ

7 (Acceptance and Action Questionnaire-II یا AAQ-II)

8 Spiritual Coping Questionnaire یا SCQ

## ۲-۲-۲- تحقیقات خارجی

دو جان مایر، بک و ریده در سال ۲۰۰۹ ارتباط بین نشخوار فکری، نگرانی، عدم تحمل بلا تکلیفی و باورهای فراشناختی را مورد مطالعه قرار دادند. نشخوار ذهنی و نگرانی، دو نوع تفکر منفی تکراری شناخته شده مرتبط با آسیب‌شناسی روانی هستند. این مطالعه باهدف بررسی رابطه آن‌ها با میزان علائم افسردگی و اضطراب و توسعه تحقیقات قبلی با: (۱) مقایسه یک نمونه ناسالم با نمونه عمومی و (۲) دربرداشتن هم‌زمان دو متغیر همراه با عامل تشریحی نگرانی و نشخوار فکری: عدم تحمل بلا تکلیفی و باورهای فراشناختی راجع به فواید تفکر تکراری.

به‌منظور تکرار یافته‌های قبلی در نمونه‌های غیر بالینی، افراد مبتلابه ناسالم (۷۱ نفر) و شرکت‌کنندگان غیر بیمار عام (۸۶ نفر) در صورت امکان همان مقیاس‌های خود گزارشی را دریافت کردند. مطابق با نتایج قبلی، نشخوار ذهنی، افسردگی، نگرانی و اضطراب همگی به‌طور قابل توجهی همبستگی داشتند. ارتباط در نمونه‌های ناسالم کمتر از نمونه‌های عمومی بود. به این نتیجه رسیدند که تفکر مداوم منفی و آسیب‌شناسی روانی بایستی در گروه‌های بالینی مختلف در اضطراب و افسردگی و در علائم شناختی و علائم مرتبط با برانگیختگی مورد بررسی قرار گیرد. عدم تحمل بلا تکلیفی و باورهای فراشناختی به‌شدت با نشخوار فکری و افسردگی ارتباط داشت.

تورک، هیمبرگ، لوترک، منین و فرسکو<sup>۱</sup> (۲۰۰۹) در مقایسه هیجانات در دو گروه افراد مبتلابه اختلال اضطراب فراگیر و افراد سالم دریافتند که افراد مبتلابه اختلال اضطراب فراگیر در شدت ابراز هیجان، کنترل هیجان اضطرابی، خشم، افسردگی و ترس از هیجانات مثبت نسبت به گروه کنترل نمرات بیشتر و در ثابت نگه‌داشتن خلق نمرات پایین‌تری به دست آوردند.

منین، مکلاگن و فلاناگان<sup>۲</sup> در سال ۲۰۰۹ پژوهشی تحت عنوان «نقصان تنظیم هیجان در اختلال اضطراب فراگیر، اختلال اضطراب اجتماعی و همبودی آن‌ها» انجام دادند. شواهد اولیه از نقش نقصان‌های مرتبط با هیجان در اختلال اضطراب فراگیر من جمله شدت هیجانی بالا، درک ضعیف هیجانات، واکنش‌پذیری شناختی منفی به هیجانات، مدیریت هیجانات ناسازگار حمایت کردند. در این مطالعه، برای ۱۱۳ دانشجوی کارشناسی، شاخص‌های اختلال اضطراب فراگیر، اضطراب اجتماعی و عوامل مرتبط با هیجانات را برای روشن ساختن روابط بین این متغیرها

1 . Turk, Heimberg, Luterek, Mennin & Fresco

2 Douglas S. Mennin, Katie A. McLaughlin, and Thomas J. Flanagan

اجرا شد. در تجزیه و تحلیل تک متغیره، وجود اختلال اضطراب اجتماعی به طور معنی داری بر ارتباط بین اختلال اضطراب فراگیر و شاخص های مربوط به هیجانات تأثیر نمی گذارد.

علاوه بر این، تجزیه و تحلیل تابع تفکیکی نشان داد که شدت هیجانی و بدکارکردی در راهبردهای تنظیمی، بیشترین تمایز را میان گروه ها ایجاد می کند و بهترین پیش بینی تشخیص اختلال اضطراب فراگیر (بدون در نظر گرفتن همبودی اختلال اضطراب اجتماعی) است. اگرچه توان تفکیک آن ها کم بود، درک هیجانات ضعیف بهترین پیش بینی کننده تشخیص اختلال اضطراب اجتماعی (بدون در نظر گرفتن همبودی اختلال اضطراب فراگیر) بود و عدم پذیرش احساسات بهترین پیش بینی همبود اختلال اضطراب فراگیر و اختلال اضطراب اجتماعی است.

سالتر - پنوآلت، رامر، تول، روکر و منین<sup>۱</sup> (۲۰۱۱) در بررسی نقش هیجانات در علائم اختلال اضطراب فراگیر دریافتند که هرگونه نقص در وضوح هیجانات و عدم پذیرش آن ها باعث نقص در هدف گذاری برای جهت دهی رفتارها به هنگام اضطراب می شود و این عدم دسترسی به راهبردهای منظم، فرد را با نگرانی و اضطراب همراه می کند. در پژوهش دیگری تیپس، آلدو و منین<sup>۲</sup> (۲۰۱۳) بد تنظیمی هیجان و مشکلات خواب در اختلال اضطراب فراگیر را مورد بررسی قرار دادند. هدف این مطالعه بررسی بد تنظیمی هیجانی به عنوان یک عامل بالقوه در مشکلات خواب در بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر است. شرکت کنندگان در این مطالعه به دو گروه تقسیم شدند: ۵۹ نفر که تشخیص اختلال اضطراب فراگیر گرفته بودند و ۶۶ نفر فرد سالم به عنوان گروه کنترل. آن ها به منظور تشخیص وجود اختلالات خلقی و اضطرابی مورد بررسی قرار گرفته و سپس پرسشنامه ای که مشکلات خواب و تنظیم هیجانی را ارزیابی می کرد را تکمیل کردند. افراد شرکت کننده در گروه اضطراب فراگیر به طور معناداری نمرات بالاتری در مشکلات خواب در مقایسه با گروه کنترل کسب کردند. بالأخص، مشکلات همراه با تنظیم هیجانی به طور آماری رابطه ای بین اختلال اضطراب فراگیر و پیامدهای مختلفی از اختلالات خواب به طور مستقل از اثرات افسردگی و تشخیص های ثانویه ی اضطراب تعدیل می کند. مشکلات نا تنظیمی هیجانی مشخص می کند که اضطراب فراگیر رابطه ای بین علائم این اختلال و مشکلات خواب مختلفی را تعدیل می کند.

---

1 . Salters-Pedneault, Roemer, Tull, Rucker & Mennin

2 Tsypes Aldao & Mennin



هیرش، متیوز، لکوآرتز، پرمن و هایس<sup>۱</sup> (۲۰۱۴) در مقایسه میزان نگرانی در بیماران مبتلابه اختلال اضطراب فراگیر، اختلال وحشت زدگی و افراد عادی نشان دادند که بیماران مبتلابه اختلال اضطراب فراگیر نسبت به بیماران مبتلابه اختلال وحشت زدگی و افراد عادی گرایش بیشتری به نگرانی دارند.

نوزادی، اسپینارد، ایزنبرگ و آگوم-ویلکنز<sup>۲</sup> (۲۰۱۵) در بررسی رابطه بین مهارت خودتنظیمی هیجانی با نشانگان اختلال اضطراب فراگیر دریافتند که خودتنظیمی هیجانی با نشانگان اختلال اضطراب فراگیر رابطه منفی دارد. مهلوم، رامبرگ، تورموئن، هاگا، دایپ و همکاران<sup>۳</sup> (۲۰۱۶) در پژوهشی اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیک را در نوجوانان اقدام کننده به خودکشی بررسی کردند. نتایج این پژوهش کاهش معنی داری را در رفتار تکانش گری، خود جرحی و مدت بستری نوجوانان نشان داد.

در پژوهش دیگری رنا و همکاران<sup>۴</sup> (۲۰۱۸)، «افزایش تنظیم توجه از طریق تنظیم هیجانات برای اختلال اضطراب فراگیر» را مورد بررسی قرار دادند. اختلال در توانایی حفظ، تغییر و گسترش توجه به عنوان مکانیسم اصلی تنظیم هیجانی که هدف مشترک درمان های شناختی-رفتاری است، مطرح شده است. نقص تنظیم توجه در اختلال اضطراب فراگیر مرکزی است و ممکن است به شیوه پاسخ انعطاف ناپذیر و اجتنابی که باعث کاهش قابل توجهی در بهزیستی و عملکرد می شود کمک کند. درمان تنظیم هیجانی بر مهارت های تنظیمی مبتنی بر ذهن آگاهی برای تسهیل تغییر توجه در طول مراحل اولیه درمان طراحی شده است. دو مطالعه تغییرات تکلیف محور در تغییر منعطف توجه در پاسخ به زمینه های هیجانی متناقض و حفظ توجه علی رغم شرایط پریشانی هیجانی را بررسی کردند.

در مطالعه اول، پیش از درمان، بیماران مبتلابه اختلال اضطراب فراگیر، در مقایسه با گروه کنترل به طور معناداری به صورت ضعیف تری در تکلیف سازگاری تعارض هیجانی (به عنوان مثال، توانایی کمتر انعطاف پذیری تغییر توجه) و بهبود در سازگاری تعارض تا اواسط درمان (زمانی که آموزش مهارت های تنظیم توجه آموزش داده شده) انجام شد. این تغییرات مرتبط با انجام تکلیف پیش بینی کننده افزایش توانایی های مشاهده گری ذهن آگاهانه در طول دوره درمان حاد بود، اما به طور مستقیم با نتایج بالینی ارتباطی نداشت.

---

1 . Hirsch, Mathews, Lequertier, Perman & Hayes

2 . Nozadi, Spinrad, Eisenberg & Eggum-Wilkens

3 . Mehlum, Ramberg, Tormoen, Haga, Diep et al

4 Renna, M. E

در مطالعه دوم، تکلیف زمان واکنش انتخابی<sup>۱</sup> برای اندازه‌گیری توانایی حفظ توجه با شناخت تفاوت بین دو تن صدا در حین غلبه بر تداخل محرک‌های بصری آزارنده مورد استفاده قرار گرفت. پیش از درمان، شرکت‌کنندگان با اختلال اضطراب فراگیر نسبت به افراد گروه کنترل کندی بیشتری در زمان واکنش (به‌عنوان مثال، دشواری بیشتر در حفظ توجه به سرعت آهنگ صدا) نشان می‌دادند و سرعت بیشتری در شکل زمان واکنش از قبل و تا اواسط درمان نشان دادند. این کار بهبود اجرای تکلیف مرتبط با بهبود علائم و کاهش بد عملکردی بود. تغییر زمان واکنش نیز با عدم پاسخگویی بیشتر به تجربیات همراه بود. به‌طور کلی، این یافته‌ها نشان می‌دهد که هدف قرار دادن مهارت‌های تنظیم ذهن آگاهانه، بهبود تنظیم توجه در افراد مبتلا به GAD را بهبود می‌بخشد و ممکن است بخشی از نتایج بالینی مؤثر در طول درمان به حساب آید.

در پژوهش دیگری نیچیو، ابرلی، کرامر، ویسمن و لینهان<sup>۲</sup> (۲۰۱۷) به مطالعه‌ای تحت عنوان «مهارت‌های رفتاردرمانی دیالکتیکی در بد تنظیمی هیجانی فراتشخیصی: کار آزمایشی آزمایشی کنترل‌شده تصادفی» پرداختند. ۴۴ نفر بزرگ‌سال افسرده و یا مضطرب مبتلا به بد تنظیمی هیجانی شدید بدون اختلال شخصیت مرزی، به‌طور تصادفی انتخاب شدند که ۱۶ هفته یا تحت آموزش مهارت‌های رفتاردرمانی دیالکتیکی یا گروه‌های حمایتی فعالیت محور قرار گرفتند. شرکت‌کنندگان مقیاس‌های بد تنظیمی هیجان، کاربرد مهارت‌های رفتاردرمانی دیالکتیکی و آسیب‌شناسی روانی را هر دو ماه تا دو ماه بعد از درمان تکمیل کردند.

تحلیل‌های طولی نشان داد که آموزش مهارت‌های رفتاردرمانی دیالکتیکی نسبت به گروه‌های حمایتی فعالیت محور در خصوص کاهش بد تنظیمی هیجانی ( $d = 1.86$ )، افزایش کاربرد مهارت‌ها ( $d = 1.02$ ) و کاهش اضطراب ( $d = 1.37$ ) برتری داشته‌اند اما در افسردگی ( $d = 0.73$ ) این طور نبوده است. کاربرد مهارت‌ها واسطه این تغییرات افتراقی بود. شرکت‌کنندگان آموزش مهارت‌های رفتاردرمانی دیالکتیکی را می‌پذیرفتند. ۳۲ درصد از شرکت‌کنندگانی که تحت آموزش مهارت‌های رفتاردرمانی دیالکتیکی بودند و ۵۹ درصد از افرادی که در گروه حمایتی فعالیت محور بودند درمان را رها کردند. ۵۹ درصد در گروه آموزش مهارت‌های رفتاردرمانی دیالکتیکی و

---

1 RT

2 Neacsiu, Eberle, Kramer, Wiesmann, Linehan

۵۰ درصد از گروه حمایتی فعالیت محور با پروتکل پژوهشی موافقت کردند که از روان‌درمانی کمکی و یا تغییرات دارویی اجتناب کنند.

## ۲-۳- خلاصه فصل

به‌طور خلاصه، آموزش مهارت‌های رفتاردرمانی دیالکتیکی درمانی نویدبخش برای اختلالات هیجانی در بزرگ‌سالان افسرده و مضطرب است، ولیکن امکان ارزیابی‌های بیشتری نیاز است. مرور پیشینه‌های پژوهشی موجود نشان از اهمیت نقش هیجان در اختلال اضطراب فراگیر دارد تا جایی که این اختلال را تحت عنوان اختلال هیجانی نیز می‌شناسند. همچنین بسیاری از مهارت‌های زیرمجموعه رفتاردرمانی دیالکتیک یا مفاهیم مرتبط با آن‌ها در ادبیات نظری و پیشینه پژوهشی حائز اهمیت بوده‌اند ولی بر اساس بررسی‌های انجام‌شده توسط محقق، در راستای بررسی اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیک بر راهبردهای تنظیم شناختی هیجان و علائم بالینی اختلال اضطراب فراگیر به نظر می‌رسد تاکنون پژوهشی انجام‌نشده است که همین موضوع دال بر اهمیت پژوهش حاضر است، چراکه در این زمینه وجود خلأ احساس می‌شود. به همین علت محقق در پژوهش حاضر به بررسی اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیک بر راهبردهای تنظیم شناختی هیجان و علائم بالینی اختلال اضطراب فراگیر در زنان شهر اصفهان می‌پردازد.

فصل سوم  
روش پژوهش

در این فصل، در راستای دستیابی به بررسی آماری فرضیات پژوهش، روش‌شناسی تحقیق مدنظر قرار گرفته است. ابتدا به تفصیل روش مورد استفاده، چگونگی انتخاب جامعه و نمونه آماری و همچنین جزئیات اجرای پژوهش به همراه خلاصه‌ای از جلسات آموزشی و ابزارهای پژوهشی ذکر شده است، در آخر نیز در خصوص چگونگی تجزیه و تحلیل داده‌ها به بحث پرداخته شده است. نهایتاً به ملاحظات اخلاقی که در این مطالعه توسط پژوهشگر مدنظر قرار گرفته، اشاره شده است.

### ۳-۱- نوع روش پژوهش

در این مطالعه طرح پژوهشی از نوع کمی و نیمه آزمایشی به صورت طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل است. از طرفی از منظر هدف این پژوهش در زمره تحقیقات کاربردی قرار دارد. دیاگرام طرح پژوهشی اجرا شده به صورت زیر است:

### جدول ۳-۱- دیاگرام طرح کلی پژوهش

گروه‌ها	گمارش تصادفی	پیش‌آزمون	متغیر مستقل	پس‌آزمون
آزمایش	R <sub>E</sub>	T <sub>1</sub>	X	T <sub>2</sub>
کنترل	R <sub>C</sub>	T <sub>1</sub>	-	T <sub>2</sub>

راهنمای اختصارات این جدول به صورت زیر است:

R = انتصاب تصادفی نمونه

E = گروه آزمایشی

C = گروه کنترل

X = متغیر مستقل (اجرای مداخله رفتاردرمانی دیالکتیک)

T<sub>1</sub> = پیش‌آزمون و T<sub>2</sub> = پس‌آزمون.

مطابق با این طرح کلی پژوهش در جدول فوق، روند انجام پژوهش دارای ۴ مرحله است:

مرحله اول: اجرای پرسش‌نامه اضطراب بک (B A I) به عنوان غربالگر و انتخاب افراد مضطرب و همچنین انجام مصاحبه بالینی توسط یک روانشناس بالینی جهت شناسایی زنان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر و بعد گمارش تصادفی آزمودنی‌های واجد شرایط در دو گروه آزمایش و کنترل.

مرحله دوم: اجرای پرسش‌نامه اضطراب فراگیر (G A D-7) و پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان (CERQ) به عنوان پیش‌آزمون بر روی نمونه‌های هر دو گروه و جمع‌آوری داده‌ها.

مرحله سوم: اجرای متغیر مستقل (رفتاردرمانی دیالکتیک) بر روی نمونه‌های گروه آزمایش.

مرحله چهارم: اجرای مجدد پرسش‌نامه‌های اختلال اضطراب فراگیر (GAD-7) و تنظیم شناختی هیجان (CERQ) به عنوان پس‌آزمون بر روی نمونه‌های هر دو گروه و جمع‌آوری داده‌ها.

### ۳-۲- جامعه آماری

جامعه آماری پژوهش حاضر، کلیه زنان شهر اصفهان هستند که در سال ۱۳۹۸ به فرهنگسرای شهر اصفهان مراجعه نموده و با کسب نمره ۱۰ و بالاتر از پرسش‌نامه کوتاه اختلال اضطراب فراگیر (GAD-7) (اسپیتز و همکاران،

۲۰۰۶) و نیز مصاحبه بالینی نیمه ساختاریافته توسط روانشناس بالینی بر اساس معیارهای ارائه شده در DSM-5، تشخیص اختلال اضطراب فراگیر دریافت نموده‌اند.

### ۳-۳- گروه نمونه و روش نمونه‌گیری

در پژوهش حاضر برای انتخاب گروه نمونه از روش نمونه‌گیری در دسترس استفاده شد. بدین منظور به فرهنگسرای شهر اصفهان مراجعه نموده و به‌طور دسترس از بین زنانی که به ۲ فرهنگسرای ناحیه ۱۳ مراجعه نموده و پس از اجرای پرسش‌نامه اضطراب بک به عنوان غربالگر و انتخاب افراد مضطرب و اجرای پرسشنامه اختلال اضطراب فراگیر (GAD-7) و نیز انجام مصاحبه بالینی نیمه ساختاریافته توسط روانشناس بالینی تشخیص اختلال اضطراب فراگیر دریافت نمودند و همچنین واجد معیارهای ورود به پژوهش بودند؛ تعداد ۳۰ نفر انتخاب و به‌طور تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل جایگزین شدند (هر گروه ۱۵ نفر).

### ۳-۴- متغیرهای پژوهش

متغیر مستقل: رفتاردرمانی دیالکتیک

متغیر وابسته: تنظیم هیجان و علائم بالینی اختلال اضطراب فراگیر

### ۳-۵- ملاک‌های ورود و خروج در پژوهش

معیارهای ورود به این پژوهش عبارت‌اند از:

۱. جنسیت زن؛
۲. سن ۲۵ تا ۴۵ سال؛
۳. کسب نمره ۱۰ و بالاتر از پرسش‌نامه اختلال اضطراب فراگیر (GAD-7) و دریافت تشخیص اختلال اضطراب فراگیر بر اساس مصاحبه بالینی نیمه ساختاریافته مبتنی بر معیارهای ارائه شده در DSM-5 توسط روانشناس بالینی؛
۴. حداقل تحصیلات دیپلم برای داشتن قابلیت درک و فهم مطالب ارائه شده و توانایی تکمیل کردن پرسش‌نامه‌ها
۵. عدم دریافت هرگونه برنامه آموزشی در حین رفتاردرمانی دیالکتیک
۶. عدم مصرف داروهای روانپزشکی

. همچنین برای معیارهای خروج نمونه از پژوهش ملاک‌های زیر در نظر گرفته شد:

۱. انصراف فرد از ادامه همکاری

۲. بیش از دو جلسه غیبت از جلسات آموزش

### ۳-۶- ابزار گردآوری اطلاعات

**پرسش‌نامه اطلاعات جمعیت شناختی:** پرسش‌نامه‌ای حاوی سؤالات دموگرافیک شامل سن، میزان تحصیلات، شغل، وضعیت تأهل، تعداد فرزندان، مدت‌زمان ازدواج و وضعیت اقتصادی خانواده که در فصل چهار توضیح داده شده است.

**پرسش‌نامه تنظیم شناختی هیجان (CERQ):** پرسش‌نامه‌ای ۱۸ ماده‌ای که در سال ۲۰۰۶ توسط گارنفسکی و کرایچ ساخته شده و راهبردهای تنظیم شناختی هیجان‌ها را در پاسخ به حوادث تهدیدکننده و تنیدگی‌زای زندگی در اندازه‌های پنج‌درجه‌ای از ۱ (هرگز) تا ۵ (همیشه) برحسب ۹ زیرمقیاس به این شرح می‌سنجد: خود سرزنشگری، دیگر سرزنشگری، تمرکز بر فکر / نشخوار گری، فاجعه‌نمایی (فاجعه‌آمیز پنداری)، کم‌اهمیت‌شماری، تمرکز مجدد مثبت، ارزیابی مجدد مثبت، پذیرش و تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی. حداقل و حداکثر نمره در هر زیرمقیاس به ترتیب ۲ و ۱۰ است و نمره بالاتر نشان‌دهنده استفاده بیشتر فرد از آن راهبرد شناختی محسوب می‌شود (گارنفسکی و کرایچ، ۲۰۰۶).

راهبرد شناختی تنظیم هیجان در پرسش‌نامه تنظیم شناختی هیجان به دودسته کلی راهبردهای انطباقی (سازش یافته) و راهبردهای غیر انطباقی (سازش نایافته) تقسیم می‌شوند. زیرمقیاس‌های کم‌اهمیت‌شماری، تمرکز مجدد مثبت، ارزیابی مجدد مثبت، پذیرش و تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی، راهبردهای سازش یافته و زیرمقیاس‌های خود سرزنشگری، دیگر سرزنشگری، تمرکز بر فکر / نشخوار گری و فاجعه‌نمایی راهبردهای سازش نایافته را تشکیل می‌دهد. یوسفی در سال ۱۳۸۶ پایایی این مقیاس را در نوجوانان ایرانی بررسی کرده و ضریب پایایی به روش آلفای کرونباخ را برای خرده مقیاس راهبردهای تنظیم هیجان ناسازگار ۰/۷۸، خرده مقیاس راهبردهای تنظیم هیجان سازگار ۰/۸۳ و کل پرسش‌نامه را ۰/۸۱ گزارش نموده است.



**پرسش نامه اضطراب فراگیر (GAD-7):** این پرسش نامه، پرسش نامه‌ای ۷ سؤالی است که به طور اختصاصی برای سنجش اختلال اضطراب فراگیر توسط اسپیتز و همکاران (۲۰۰۶) ساخته شده است. برای نمره دهی این آزمون از مقیاس های درجه بندی شده با چهار گزینه شامل هیچ وقت، چند روز، بیش از نیمی از روزها و تقریباً هر روز که به ترتیب نمره (۰، ۱، ۲، ۳) را دریافت می دارند؛ استفاده شده است. حداقل و حداکثر نمره کسب شده در این پرسش نامه به ترتیب ۰ و ۲۱ است. نقطه برش در این پرسش نامه نمره ۱۰ و بالاتر است، بدین معنی که افرادی که نمرات ۱۰ و بالاتر از این پرسش نامه دریافت می نمایند، مظنون به GAD می باشند. در این پرسش نامه یک سؤال به عنوان سؤال ۸ و ضمیمه ارائه شده است که به این نکته می پردازد که هریک از مشکلات مطرح شده تا چه اندازه در انجام کارها، امور مرتبط با خانه و یا ارتباط با دیگران مشکل ایجاد کرده است و برای نمره دهی به آن هم از مقیاس درجه بندی شده با چهار گزینه به هیچ وجه، تا حدی، تا حد زیادی، و خیلی زیاد استفاده شده است (شریفی، ۱۳۸۷).

روایی همگرایی مقیاس کوتاه اختلال اضطراب فراگیر با پرسش نامه اضطراب حالت - صفت اسپیلبرگر برای اضطراب حالت برابر ۰/۷۱ و برای اضطراب صفت برابر ۰/۵۲ و با زیر مقیاس ۱۲ ماده‌ای از چک لیست نشانه های بالینی (R-90-SCL) برابر ۰/۶۳ به دست آمده است. نتایج آزمون GAD-7 از طریق آلفای کرونباخ برای نیمه اول و برای نیمه دوم به ترتیب ۰/۸۲ و ۰/۷۴ و برای همبستگی بین دو نیمه برابر با ۰/۷۷ بوده است. همچنین ضریب اسپیرمن- براون و گاتمن با مقیاس GAD-7 به ترتیب ۰/۸۷ و ۰/۸۷ و اعتبار دو نیمه سازی در جمعیت دانشجویی از طریق باز آزمایی پس از دو هفته ۰/۶۰ بوده است (نائینیان، شعیری، شریفی و هادیان، ۱۳۹۰). در پژوهش حاضر از این پرسش نامه به عنوان ابزار غربالگر برای تشخیص اولیه زنان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر، در کنار مصاحبه بالینی ساختاریافته استفاده شده است، بدین ترتیب که زنانی که نمرات بالای ۱۰ از این پرسش نامه به دست می آوردند به عنوان زنان مبتلا به GAD شناخته می شوند.

**پرسش نامه اضطراب بک (BAI<sup>1</sup>):** ارزیابی علائم اضطرابی در تشخیص گذاری و نیز درمان، از اهمیت خاصی برخوردار است. هر چند مقیاس های زیادی تاکنون، با توجه به دیدگاه های مختلف، پدید آمده است. بررسی این مقیاس ها نشان می دهد که احتمالاً مشکل هایی در مفهوم سازی نظری و ویژگی های روش شناختی آنها وجود

---

1 Beck Anxiety Inventory

دارد. با توجه به این مشکلات، در سال ۱۹۹۰ آرون بک و همکارانش مقیاس BAI را معرفی کردند که به طور اختصاصی شدت علائم اضطراب بالینی را در افراد می‌سنجد (کاوایانی و موسوی، ۱۳۸۷). پرسش‌نامه اضطراب بک، یک پرسش‌نامه خود گزارشی است که برای اندازه‌گیری شدت اضطراب در نوجوانان و بزرگسالان تهیه شده است (فتحی آشتیانی، ۱۳۹۳).

این پرسش‌نامه یک مقیاس ۲۱ سؤالی است که آزمودنی در هر ماده یکی از چهار گزینه که نشان‌دهنده شدت اضطراب است را انتخاب می‌کند. چهار گزینه هر سؤال در یک طیف چهاربخشی از ۰ تا ۳ نمره گذاری می‌شود. هر یک از ماده‌های آزمون یکی از علائم شایع اضطراب (علائم ذهنی، بدنی و هراس) را توصیف می‌کند؛ بنابراین نمره کل این پرسش‌نامه از دامنه‌ای از صفر تا ۳۶ قرار می‌گیرد. لازم به ذکر است که در پژوهش حاضر برای آزمودنی‌ها سطح اضطراب خفیف با حداقل نمره ۸ به عنوان شرط لازم لحاظ شده است. نقاط برش پیشنهاد شده برای این پرسش‌نامه در جدول ۲-۳ آمده است:

#### جدول ۲-۳- تعیین درجه اضطراب بر اساس پرسش‌نامه اضطراب

درجه اضطراب	نمرات
هیچ یا کمترین حد	۰-۷
خفیف	۸-۱۵
متوسط	۱۶-۲۵
شدید	۲۶-۳۶

مطالعات انجام شده نشان می‌دهند که این پرسش‌نامه از اعتبار و روایی بالایی برخوردار است. ضریب همسانی درونی آن (ضریب آلفا) ۰/۹۲، اعتبار آن با روش باز آزمایی به فاصله یک هفته ۰/۷۵ و همبستگی ماده‌های آن از ۰/۳۰ تا ۰/۷۶ متغیر است. پنج نوع روایی محتوا، هم‌زمان، سازه، تشخیصی و عاملی برای این آزمون سنجیده شده است که همگی نشان‌دهنده کارایی بالایی این ابزار در اندازه‌گیری شدت اضطراب است. برخی از تحقیقات در ایران در مورد خصوصیات روان‌سنجی این آزمون انجام گرفته است. به عنوان مثال: غرایبی (۱۳۷۲) ضریب اعتبار آن را با روش باز آزمایی و به فاصله دو هفته ۰/۸۰ گزارش کرده است (فتحی آشتیانی، ۱۳۹۳).

کاوایانی و موسوی (۱۳۸۷) در مطالعه‌ای با بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی پرسش‌نامه اضطراب بک در طبقات سنی و جنسی جمعیت ایرانی نشان دادند که سنجش روایی از طریق مقایسه ارزیابی کمی متخصص بالینی با نمرات حاصل از عملکرد آزمودنی‌ها در پرسش‌نامه موردنظر، نشان‌دهنده روایی خوب این پرسش‌نامه است ( $p < 0/001$ ،  $r = 0/72$ ).

با توجه به این یافته، متخصصان بالینی و محققان با اطمینان بیشتری می‌توانند از این پرسش‌نامه برای اهداف بالینی و پژوهشی بهره ببرند. همچنین، ضریب پایایی آزمون - باز آزمون در نسخه فارسی پرسش‌نامه اضطراب بک ( $r = 0/83$ ،  $p < 0/001$ ) حاکی از آن است که این پرسش‌نامه می‌تواند در شرایط مختلف زمانی و مکانی احتمالاً نتایج قابل‌اعتمادی را در اختیار قرار دهد. در کنار این یافته، ثبات یا همبستگی درونی<sup>۱</sup> آیت‌های پرسش‌نامه (BIA 92/0 = Alpha) ثبات درونی بالایی را نشان می‌دهند که به نفع پایایی مطمئن پرسش‌نامه می‌تواند در نظر گرفته شود. در مجموع، نسخه فارسی BIA مناسب ارزیابی‌های بالینی و پژوهشی در جمعیت ایرانی است. با در دست گرفتن این آزمون در فرم فارسی، محققان می‌توانند با اطمینان بیشتری آن را در پژوهش‌های خود به کار گیرند. این پرسش‌نامه نه تنها در کار ارزیابی و تشخیص کمک‌رسان است، بلکه همچنین می‌تواند در ارزیابی‌های درمانی و سنجش اثربخشی درمان کارگشا باشد.

### ۳-۷- روش گردآوری اطلاعات

برای گردآوری اطلاعات به منظور تکمیل پیشینه پژوهش از روش کتابخانه‌ای از جمله کتب، مقالات انگلیسی و فارسی و سایت‌های معتبر اینترنتی استفاده شد و برای اطلاعات مربوط به تأیید و رد فرضیه‌ها از جلسات آموزشی و پرسش‌نامه استفاده شده است و محقق شخصاً پرسش‌نامه‌ها را میان زنان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر در شهر اصفهان توزیع نموده و نسبت به جمع‌آوری اطلاعات اقدام کرده است.

---

1 Internal consistency

### ۳-۸- روش اجرا پژوهش

جهت اجرای پژوهش حاضر، پس از دریافت معرفی نامه از معاونت پژوهشی دانشگاه آزاد خمینی شهر، به فرهنگسرای شهر اصفهان مراجعه شده و پس از بیان اهداف و روش تحقیق برای مسئولین فرهنگسرا و جلب رضایت و همکاری آنان، از بین زنان مراجعه کننده ۲۵ تا ۴۵ سال به دو فرهنگسرای ناحیه ۱۳، تعداد ۳۰ نفر که حداقل نمره ۸ را در پرسش نامه اضطراب بک (BAI) کسب کردند و همچنین بر اساس مصاحبه بالینی نیمه ساختاریافته، تشخیص اختلال اضطراب فراگیر دریافت نمودند؛ با در نظر گرفتن معیارهای ورود و خروج پژوهش انتخاب و به صورت تصادفی به دو گروه آزمایش و کنترل تقسیم شدند. سپس بعد از اجرای اولیه پرسش نامه تنظیم شناختی هیجان (CERQ) و پرسشنامه اضطراب فراگیر (GAD-7) به عنوان پیش آزمون، شرکت کنندگان در گروه آزمایش طی ۱۲ جلسه ۲ ساعته به صورت گروهی هفته‌ای یکبار در محل فرهنگسرا تحت آموزش‌های رفتاردرمانی دیالکتیک برگرفته از کتاب درس نامه رفتاردرمانی دیالکتیکی از آقاسی و آتش پور (۱۳۹۵) قرار گرفتند، در حالی که گروه کنترل در این مدت هیچ آموزشی دریافت نکردند.

پس از اتمام جلسات درمان، مجدداً از شرکت کنندگان هر دو گروه خواسته شد تا به عنوان پس آزمون به سؤالات پرسش نامه‌های اختلال اضطراب فراگیر (GAD-7)، و تنظیم شناختی هیجان (CERQ) پاسخ دهند. در آخر جهت رعایت نکات اخلاقی پژوهش، پس از اتمام جلسات مداخله و اجرای پس آزمون، مفاهیم و راهبردهای ارائه شده به شرکت کنندگان در گروه آزمایش، طی دو جلسه فشرده به آزمودنی‌های گروه کنترل آموزش داده شد.

خلاصه محتوای جلسات رفتاردرمانی دیالکتیک برگرفته از کتاب درس نامه رفتاردرمانی دیالکتیکی از آقاسی

و آتش پور (۱۳۹۵) که طی ۱۲ جلسه ۲ ساعته به صورت گروهی برگزار شد، به شرح ذیل می‌باشد:

### جدول ۳-۳- خلاصه محتوای جلسات رفتاردرمانی دیالکتیکی

مهارت	جلسات	محتوای هر جلسه
<b>مقدمه و آموزش هوشیاری فراگیر</b> (رشد خردورزی، توانایی دیدن آنچه درست است، عمل کردن به شکل عاقلانه، مشارکت کامل و عاری از قضاوت در تجارب زندگی)	جلسه اول	آشنایی با افراد، آشنایی با اهداف و قوانین گروه، چرا باید این مهارت‌ها را بیاموزیم؟
	جلسه دوم	آشنایی با سه حالت ذهن منطقی، هیجانی و خردگرا
	جلسه سوم	تمرین حالات ذهنی جلسه قبل، آموزش مهارت‌های «چه چیز»، شامل مشاهده، توصیف کردن و شرکت کردن؛ و مهارت‌های «چگونه» شامل اتخاذ موضع غیر قضاوتی، خود ذهن آگاهی و کارآمد عمل کردن.
	جلسه چهارم	تمرین عملی مهارت‌های چه چیز و چگونه
<b>آموزش تنظیم هیجانی</b> (تنظیم حالات هیجانی آشفته ساز از طریق توجه مستقیم به تجارب درونی)	جلسه پنجم	آموزش بخشی از مهارت‌های تنظیم هیجان شامل تعریف هیجان و مؤلفه‌های آن.
	جلسه ششم	آموزش بخش دیگر از مهارت‌های تنظیم هیجان شامل الگوی شناسایی هیجان و مؤلفه‌های آن.
	جلسه هفتم	آموزش مهارت‌های پذیرش هیجان‌ها حتی در صورت منفی بودن و آموزش مهارت‌هایی برای کاهش آسیب‌پذیری نسبت به هیجان‌های منفی.
<b>آموزش تحمل پریشانی</b> (گام‌های اصلی تحمل پریشانی در سرواژه "ACCEPTS" خلاصه شده است: فعالیت‌ها، مشارکت، مقایسه، هیجان‌ها، فرونشانی، افکار و حس‌ها)	جلسه هشتم	آموزش تحمل پریشانی، آموزش راهبردهای بقا در بحران شامل: مهارت‌های پرت کردن حواس و خود آرام‌سازی با حواس پنج‌گانه.
	جلسه نهم	آموزش مهارت‌های بهسازی لحظات و تکنیک سود و زیان در هنگام مواجهه با ناکامی یا احساس خشم یا اضطراب.
	جلسه دهم	تمرین مهارت سازگاری موسوم به (پذیرش) در مواقع مواجهه به موقعیت استرس‌زا.
	جلسه یازدهم	تمرین مهارت ذهن آگاهی همراه با تصویرسازی ذهنی، تحلیل زنجیره‌ای مسئله‌گشایی و آشنایی با تفاوت پذیرش شرایط بد با تائید آن شرایط.
جلسه دوازدهم	مهارت‌های ارتباط بین فردی	

### ۳-۹- روش تجزیه و تحلیل اطلاعات

داده‌های حاصل از این پژوهش با توجه به فرضیه‌های مورد بررسی، با استفاده از نرم‌افزار SPSS-24 در دو بخش توصیفی و استنباطی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. ابتدا داده‌ها با استفاده از روش‌های آمار توصیفی (میانگین و انحراف معیار) توصیف شد. سپس با استفاده از روش‌های آمار استنباطی (آزمون تحلیل کوواریانس) اثربخشی مداخلات مورد بررسی قرار گرفت.

### ۳-۱۰- ملاحظات اخلاقی

به جهت رعایت اصول اخلاقی در این پژوهش شرط گمنامی آزمودنی‌ها رعایت شد. به علاوه اطلاعات شرکت‌کنندگان و پرسش‌نامه‌ها به صورت کدگذاری شده و محرمانه نگهداری شدند. افراد گروه کنترل هم در لیست انتظار قرار گرفتند تا پس از پایان اجرای این پژوهش در صورت تمایل، به صورت فشرده در مداخله رفتاردرمانی دیالکتیکی شرکت کنند.

## فصل چهارم

### یافته‌های تحقیق

استفاده از آمار به ایجاد نظم در پدیده‌های تحت بررسی در تحقیق کمک قابل توجهی می‌نماید. در این فصل اطلاعات حاصله با استفاده از آمار توصیفی از روی نمونه‌ها تنظیم، سپس با استفاده از آمار استنباطی و با توجه به سؤالات اصلی تحقیق، تحلیل شده است.

#### **۴-۱- تحلیل توصیفی داده‌ها**

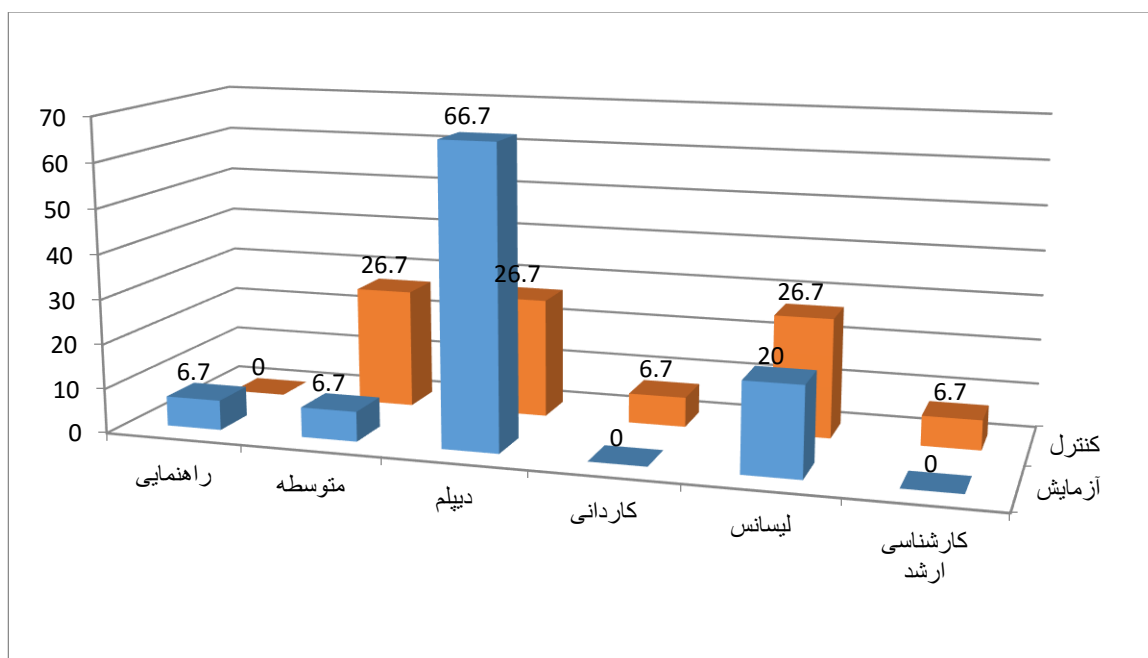
در این فصل جداول مربوط به تجزیه و تحلیل داده‌های پژوهش و جداول مربوط به هر یک از سؤالات پژوهش ارائه گردیده است.



جدول ۴-۱- مقایسه فراوانی و درصد فراوانی تحصیلات

تحصیلات	شاخص‌های آماری		گروه آزمایش		کنترل
	فراوانی	درصد فراوانی	فراوانی	درصد فراوانی	
بی پاسخ	۰	۰	۰	۰	۰
راهنمایی	۱	۶/۷	۰	۰	۰
متوسطه	۱	۶/۷	۴	۲۶/۷	۲۶/۷
دیپلم	۱۰	۶۶/۷	۴	۲۶/۷	۲۶/۷
کاردانی	۰	۰	۱	۶/۷	۶/۷
لیسانس	۳	۲۰	۴	۲۶/۷	۲۶/۷
کارشناسی ارشد	۰	۰	۱	۶/۷	۶/۷
مجموع	۱۵	۱۰۰	۱۵	۱۰۰	۱۰۰

نتایج جدول (۴-۱) نشان می‌دهد میانگین بیشترین درصد فراوانی با ۶۶/۷ درصد در گروه آزمایش مربوط به زنان با مدرک دیپلم و در گروه کنترل با ۲۶/۷ درصد مربوط به زنان با مدارک متوسطه، دیپلم و لیسانس بوده است.

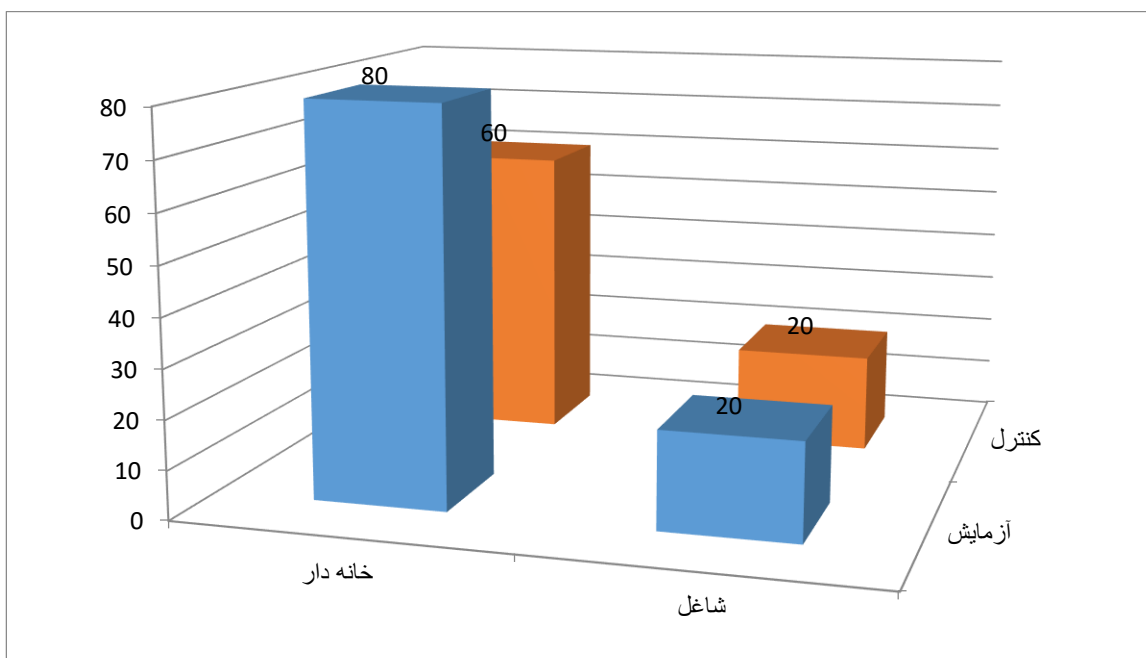


نمودار ۴-۱- مقایسه درصد فراوانی تحصیلات

جدول ۴-۲- مقایسه فراوانی و درصد فراوانی شغل

شغل	شاخص‌های آماری		گروه آزمایش		کنترل
	فراوانی	درصد فراوانی	فراوانی	درصد فراوانی	
بی پاسخ	۰	۰	۳	۲۰	
خانه‌دار	۱۲	۸۰	۹	۶۰	
شاغل	۳	۲۰	۳	۲۰	
مجموع	۱۵	۱۰۰	۱۵	۱۰۰	

نتایج جدول (۴-۲) نشان می‌دهد ۸۰ درصد در گروه آزمایش مربوط به زنان خانه‌دار و ۲۰ درصد مربوط به زنان شاغل و در گروه کنترل ۶۰ درصد مربوط به زنان خانه‌دار و ۲۰ درصد مربوط به زنان شاغل بوده است.

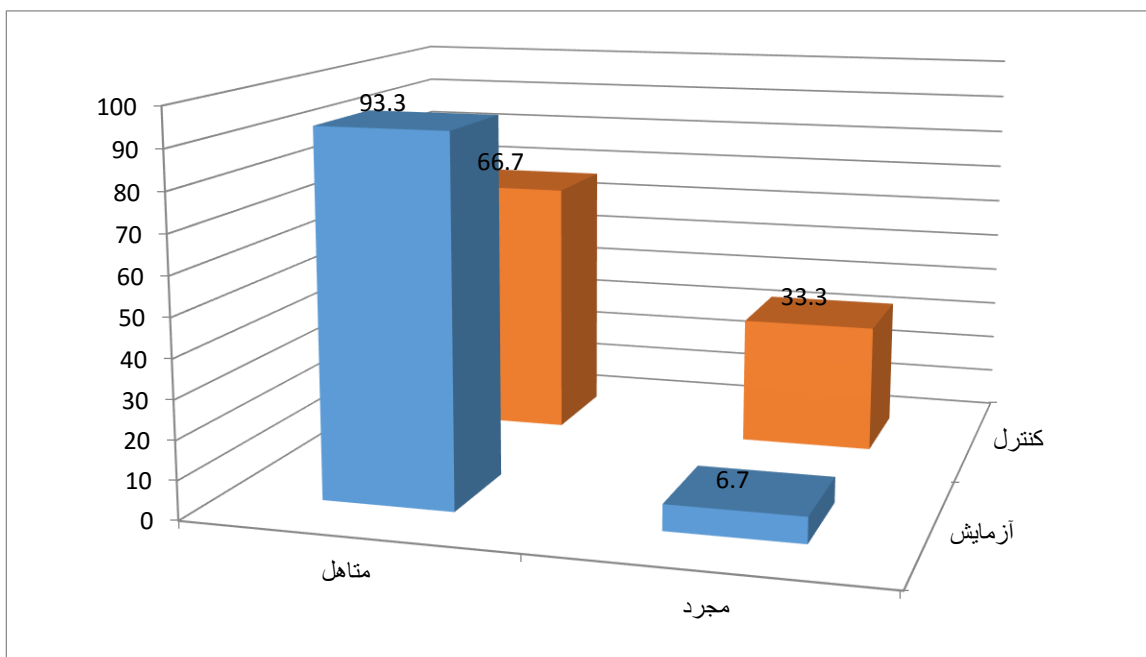


نمودار ۴-۲- مقایسه درصد فراوانی شغل

جدول ۴-۳- مقایسه فراوانی و درصد فراوانی وضعیت تأهل

کنترل		گروه آزمایش		شاخص‌های آماری
درصد فراوانی	فراوانی	درصد فراوانی	فراوانی	وضعیت تأهل
۶۶/۷	۱۰	۹۳/۳	۱۴	متاهل
۳۳/۳	۵	۶/۷	۱	مجرد
۱۰۰	۱۵	۱۰۰	۱۵	مجموع

نتایج جدول (۳-۴) نشان می‌دهد ۹۳/۳ درصد در گروه آزمایش مربوط به زنان متأهل و ۶/۷ درصد مربوط به زنان مجرد و در گروه کنترل ۶۶/۷ درصد مربوط به زنان متأهل و ۳۳/۳ درصد مربوط به زنان مجرد بوده است.



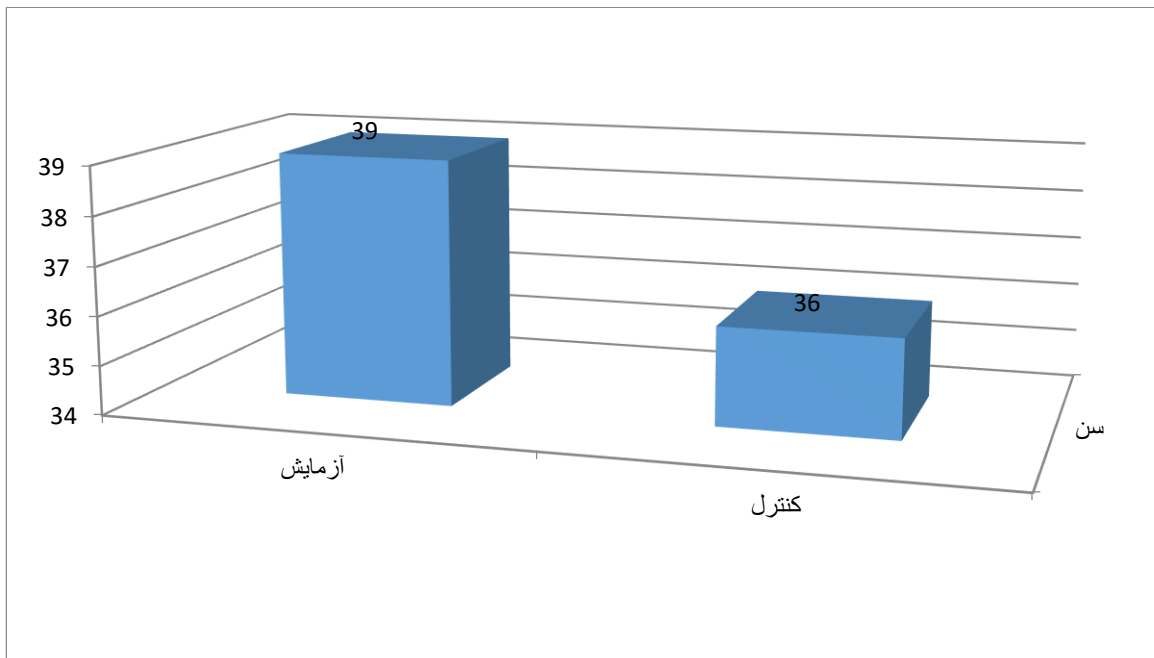
نمودار ۴-۳- مقایسه درصد فراوانی وضعیت تأهل

جدول ۴-۴- مقایسه میانگین و انحراف معیار سن

کنترل		گروه آزمایش		شاخص‌های آماری
انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	متغیرها
۷/۲۷	۳۶	۵/۲۲	۳۹	سن

نتایج جدول (۴-۴) نشان می‌دهد میانگین سن شرکت‌کنندگان در گروه آزمایش ۳۹ سال و در گروه کنترل

۳۶ سال بوده است.

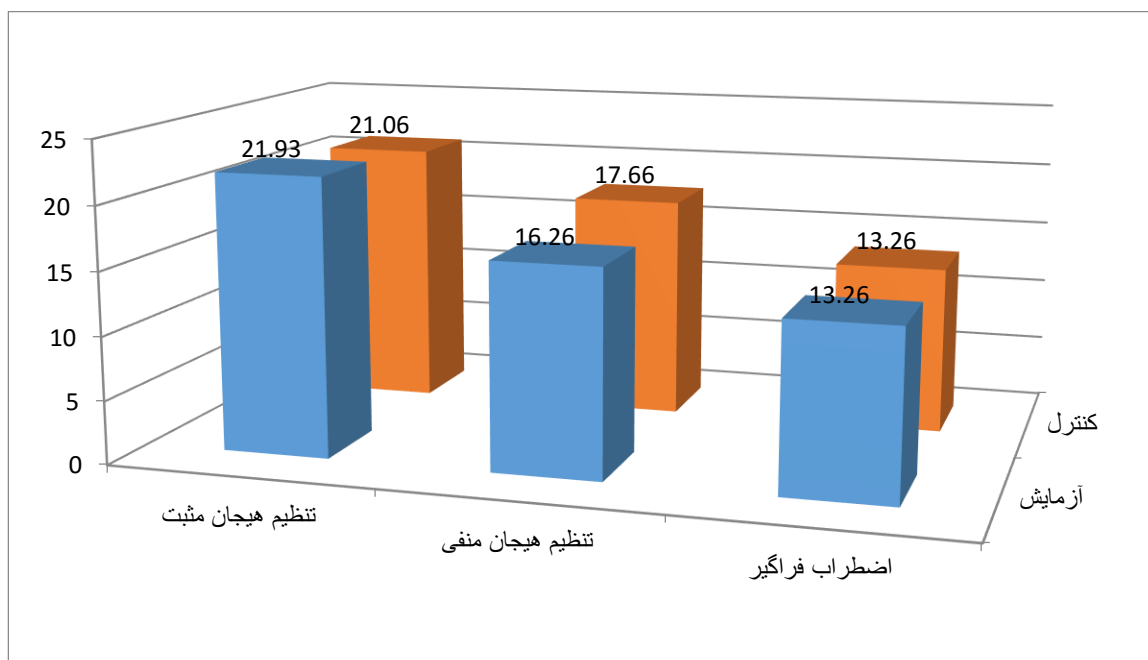


نمودار ۴-۴- مقایسه میانگین نمرات سن

جدول ۴-۵- مقایسه میانگین و انحراف معیار نمرات تنظیم هیجان مثبت و تنظیم هیجان منفی و اضطراب فراگیر

متغیرها	شاخص‌های آماری	گروه آزمایش		آزمون	کنترل
		میانگین	انحراف معیار		
تنظیم هیجان مثبت	پیش آزمون	۲۳/۹۳	۱۳/۲۲		
	پس آزمون	۲۱/۹۳	۶/۰۹		
تنظیم هیجان منفی	پیش آزمون	۱۹	۵/۵۷		
	پس آزمون	۱۶/۲۶	۴/۸۴		
اضطراب فراگیر	پیش آزمون	۲۹/۳۳	۷/۴۹		
	پس آزمون	۲۵/۸۰	۸/۱۷		
					انحراف معیار
					میانگین
					۷/۱۶
					۲۳/۴۶
					۶/۵۷
					۲۳/۰۶
					۳/۶۰
					۱۷/۴۶
					۶/۰۴
					۱۷/۶۶
					۱۱/۵۲
					۲۹/۱۳
					۱۰/۰۹
					۲۹

نتایج جدول (۴-۵) نشان می‌دهد میانگین نمرات تنظیم هیجان مثبت در گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون نسبت به گروه کنترل بیشتر است و نمرات مهارت تنظیم هیجان منفی و اضطراب فراگیر در گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون نسبت به گروه کنترل کمتر است.



نمودار ۴-۵- مقایسه میانگین نمرات تنظیم هیجان مثبت و تنظیم هیجان منفی و اضطراب فراگیر

## ۴-۲- بررسی استنباطی داده‌ها

### ۴-۲-۱- پیش فرض تساوی واریانس‌ها

به منظور استفاده از آزمون‌های پارامتریک برای بررسی تساوی واریانس نمرات تنظیم هیجان مثبت و تنظیم هیجان منفی و علائم بالینی اضطراب فراگیر از آزمون لوین استفاده شد که نتایج در جدول ۴-۶ آمده است.

**جدول ۴-۶- آزمون لوین در مورد همسانی واریانس تنظیم هیجان مثبت و تنظیم هیجان منفی و علائم بالینی اضطراب فراگیر**

متغیرها	نسبت F	درجه آزادی اول	درجه آزادی دوم	سطح معنی داری
تنظیم هیجان مثبت	۰/۳۷۶	۱	۲۸	۰/۵۴۵
تنظیم هیجان منفی	۳/۵۳۲	۱	۲۸	۰/۰۷۱
علائم بالینی اضطراب فراگیر	۴/۱۱۴	۱	۲۸	۰/۰۵۲

نتایج جدول ۴-۶ آزمون لوین تساوی واریانس‌های نمرات مهارت تنظیم هیجان مثبت و تنظیم هیجان منفی و علائم بالینی اضطراب فراگیر را نشان می‌دهد. نتایج حاکی از آن است که برای نمرات تنظیم هیجان مثبت و تنظیم هیجان منفی و علائم بالینی اضطراب فراگیر تساوی واریانس‌ها در سطح ۰,۰۵ برقرار است. لذا پیش فرض تساوی واریانس‌ها برای کلیه متغیرها رعایت شده است و می‌توان از آزمون‌های پارامتریک جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها استفاده کرد.

### ۴-۲-۲- پیش فرض نرمال بودن داده‌ها

جهت بررسی نرمال بودن نمرات تنظیم هیجان مثبت و تنظیم هیجان منفی و علائم بالینی اضطراب فراگیر از آزمون کلوموگروف اسمیرنف استفاده شد نتایج در جدول ۴-۷ آمده است.

**جدول ۴-۷- آزمون کلوموگروف اسمیرنف نمرات تنظیم هیجان مثبت و تنظیم هیجان منفی و علائم بالینی اضطراب فراگیر**

متغیرها	گروه	آماره	درجه آزادی	سطح معنی داری
تنظیم هیجان مثبت	گروه آزمایش	۰/۲۱۷	۱۵	۰/۰۵۵
	کنترل	۰/۱۵۳	۱۵	۰/۲۰۰
تنظیم هیجان منفی	گروه آزمایش	۰/۱۰۸	۱۵	۰/۲۰۰
	کنترل	۰/۱۹۱	۱۵	۰/۱۴۴
علائم بالینی اضطراب فراگیر	گروه آزمایش	۰/۰۸۷	۱۵	۰/۲۰۰
	کنترل	۰/۱۸۵	۱۵	۰/۱۲۱

نتایج جدول ۴-۶ آزمون کلوموگروف اسمیرنف نمرات تنظیم هیجان مثبت و تنظیم هیجان منفی و علائم بالینی اضطراب فراگیر را نشان می‌دهد. نتایج حاکی از آن است که نمرات تنظیم هیجان مثبت، تنظیم هیجان منفی و نمرات علائم بالینی اضطراب فراگیر در دو گروه آزمایش و کنترل نرمال است.

#### ۴-۳- بررسی فرضیات پژوهش

**فرضیه اصلی:** رفتاردرمانی دیالکتیک بر مهارت‌های تنظیم هیجان و کاهش علائم بالینی اضطراب فراگیر زنان شهر اصفهان اثر دارد.

جدول ۴-۸- آزمون باکس در مورد همسانی کوواریانس نمرات مهارت‌های تنظیم هیجان و کاهش علائم بالینی اضطراب فراگیر زنان شهر اصفهان

نسبت F	درجه آزادی اول	درجه آزادی دوم	سطح معنی‌داری	Box's M
۰/۴۱۵	۶	۵۶۸۰/۳۰۲	۰/۸۷۰	۲/۸۱۸

نتایج جدول ۴-۸ آزمون باکس تساوی کوواریانس‌های مهارت‌های تنظیم هیجان و کاهش علائم بالینی اضطراب فراگیر زنان شهر اصفهان را نشان می‌دهد. نتایج حاکی از آن است که برای نمرات مهارت‌های تنظیم هیجان و کاهش علائم بالینی اضطراب فراگیر زنان شهر اصفهان تساوی کوواریانس‌ها برقرار است.

جدول ۴-۹- نتایج اثر پیلایی تحلیل کوواریانس چند متغیری (مانکوا) تفاوت دو گروه آزمایش و کنترل مهارت‌های تنظیم هیجان و کاهش علائم بالینی اضطراب فراگیر زنان شهر اصفهان

منبع	ارزش	F	سطح معنی‌داری	مقدار اتا	توان آماری
گروه	۰/۵۷۴	۱۰/۳۲۳	۰/۰۰۱	۰/۵۷۴	۰/۹۹۵

نتایج جدول ۴-۹ نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیری (مانکوا) تفاوت دو گروه آزمایش و کنترل در نمرات مهارت‌های تنظیم هیجان و کاهش علائم بالینی اضطراب فراگیر زنان شهر اصفهان را نشان می‌دهد. بر اساس داده‌های جدول بین دو گروه آزمایش و کنترل در متغیر تنظیم هیجان و کاهش علائم بالینی اضطراب فراگیر زنان شهر اصفهان در سطح  $p < 0/05$  تفاوت معناداری وجود دارد. توان آماری برابر  $0/995$  است که نشان‌دهنده کفایت حجم نمونه است. مقدار اتا  $0/574$  است؛ یعنی  $57/4$  درصد تفاوت دو گروه را نمرات مهارت‌های تنظیم هیجان و

کاهش علائم بالینی اضطراب فراگیر زنان شهر اصفهان تبیین می‌کند. و ۵۷/۴ درصد از تغییرات در گروه آزمایش مربوط به رفتاردرمانی دیالکتیک است.

### فرضیه ۱: رفتاردرمانی دیالکتیک بر مهارت تنظیم هیجان مثبت زنان شهر اصفهان اثر دارد.

جدول ۴- ۱۰- تحلیل کوواریانس نمرات تنظیم هیجان مثبت زنان شهر اصفهان در گروه‌های مورد مطالعه

منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	مجدور میانگین	F	سطح معنی داری	مقدار اتا	توان آماری
پیش‌آزمون	۲۸۵/۲۴۳	۱	۲۸۵/۲۴۳	۱۲/۱۵۷	۰/۰۰۲	۰/۳۲۷	۰/۹۱۸
گروه	۹/۰۴۰	۱	۹/۰۴۰	۰/۳۸۵	۰/۵۴۰	۰/۰۱۵	۰/۰۹۲
خطا	۵۸۶/۵۶۲	۲۵	۲۳/۴۶۲				
کل	۱۴۹۹۹	۳۰					

همان‌طور که نتایج جدول ۴- ۱۰ نشان می‌دهد بین گروه‌ها در نمرات مهارت تنظیم هیجان مثبت در مرحله پس‌آزمون در سطح  $P < ۰/۰۵$  تفاوت معنی‌دار وجود ندارد. یعنی رفتاردرمانی دیالکتیک نتوانسته است مهارت تنظیم هیجان مثبت زنان شهر اصفهان در مرحله پس‌آزمون را افزایش دهد. مقدار اتا برابر با ۰/۰۱۵ است یعنی ۱/۵ درصد از تغییرات در گروه آزمایش مربوط به رفتاردرمانی دیالکتیک است. توان آماری برابر ۰/۰۹۲ می‌باشد. بنابراین فرضیه اول پژوهش تأیید نشده است.

### فرضیه ۲: رفتاردرمانی دیالکتیک بر مهارت تنظیم هیجان منفی زنان شهر اصفهان اثر دارد.

جدول ۴- ۱۱- تحلیل کوواریانس نمرات تنظیم هیجان منفی زنان شهر اصفهان در گروه‌های مورد مطالعه

منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	مجدور میانگین	F	سطح معنی داری	مقدار اتا	توان آماری
پیش‌آزمون	۱۰۷/۶۰۸	۱	۱۰۷/۶۰۸	۶/۴۵۳	۰/۰۱۸	۰/۲۰۵	۰/۶۸۵
گروه	۱۵۸/۰۳۴	۱	۱۵۸/۰۳۴	۹/۴۷۷	۰/۰۰۵	۰/۲۷۵	۰/۸۴۱
خطا	۴۱۶/۸۷۲	۲۵	۱۶/۶۷۵				
کل	۹۴۹۱	۳۰					

همان‌طور که نتایج جدول ۴- ۱۱ نشان می‌دهد بین گروه‌ها در نمرات مهارت تنظیم هیجان منفی در مرحله پس‌آزمون در سطح  $P < ۰/۰۵$  تفاوت معنی‌دار وجود دارد. یعنی رفتاردرمانی دیالکتیک نتوانسته است مهارت



تنظیم هیجان منفی زنان شهر اصفهان در مرحله پس آزمون را کاهش دهد. مقاداراتا برابر با ۰/۲۷۵ است یعنی ۲۷/۵ درصد از تغییرات در گروه آزمایش مربوط به رفتاردرمانی دیالکتیک است. توان آماری برابر ۰/۸۴۱ نیز نشان دهنده حجم نمونه است. بنابراین می توان نتیجه گرفت که فرضیه دوم پژوهش، تأیید شده است؛ به عبارت دیگر رفتاردرمانی دیالکتیک بر مهارت تنظیم هیجان منفی مؤثر بوده است.

**فرضیه ۳: رفتاردرمانی دیالکتیک بر بعد علائم بالینی اضطراب فراگیر زنان شهر اصفهان مؤثر است.**

**جدول ۴- ۱۲- تحلیل کوواریانس نمرات علائم بالینی اضطراب فراگیر زنان شهر اصفهان در گروه‌های**

**مورد مطالعه**

منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	مجدور میانگین	F	سطح معنی داری	مقدار اتا	توان آماری
پیش آزمون	۲۳/۱۱۲	۱	۲۳/۱۱۲	۱۱۲/۰۲۲	۰/۰۰۱	۰/۸۱۸	۱/۰۰۰
گروه	۴/۸۹۷	۱	۴/۸۹۷	۲۳/۷۳۵	۰/۰۰۱	۰/۴۸۷	۰/۹۹۷
خطا	۵/۱۵۸	۲۵	۰/۲۰۶				
کل	۲۹	۳۰					

همان طور که نتایج جدول ۴- ۱۲ نشان می دهد بین گروه آزمایش و گروه کنترل در نمرات علائم بالینی اضطراب فراگیر زنان شهر اصفهان در مرحله پس آزمون در سطح  $P < ۰/۰۵$  تفاوت معنی دار وجود دارد. مقدر اتا برابر با ۰/۴۸۷ است یعنی ۴۸/۷ درصد از تغییرات در گروه آزمایش مربوط به رفتاردرمانی دیالکتیک است. توان آماری برابر ۰/۹۹۷ نیز نشان دهنده کفایت حجم نمونه است. بنابراین می توان نتیجه گرفت که فرضیه سوم پژوهش، تأیید شده است؛ به عبارت دیگر رفتاردرمانی دیالکتیک بر کاهش علائم بالینی اضطراب فراگیر مؤثر بوده است.

## فصل پنجم

### نتیجه‌گیری و پیشنهادات

## ۵-۱- خلاصه طرح و روش پژوهش

مروری بر پیشینه پژوهش‌های داخلی و خارجی نشان داد که تاکنون پژوهشی که بررسی اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیک (DBT) بر مهارت‌های تنظیم هیجان و کاهش علائم بالینی اختلال اضطراب فراگیر در زنان شهر اصفهان را در دستور کار قرار دهد، صورت نپذیرفته است. به همین دلیل در این پژوهش، هدف اصلی تعیین اثربخشی این روش درمانی بر بهبود مهارت‌های تنظیم هیجان و کاهش علائم بالینی این بیماران در نظر گرفته شد تا از این طریق پژوهشی در این حوزه در دسترس قرار گیرد. برای رسیدن به این مهم فرضیاتی تدوین شد. سپس برای تأیید یا رد این فرضیات، در پژوهشی از نوع نیمه آزمایشی به صورت پیش‌آزمون، پس‌آزمون با گروه گواه، جامعه آماری زنان مراجعه‌کننده به فرهنگسراها و واجد تشخیص اختلال اضطراب فراگیر در نظر گرفته شد. سپس از این میان روی نمونه‌ای ۳۰ نفره ابزارهای اندازه‌گیری نظیر پرسشنامه مربوط به اختلال اضطراب فراگیر (GAD-7) و پرسشنامه مربوط به شدت اضطراب (BAI) و همچنین پرسشنامه‌ای در حوزه تنظیم هیجان (CERQ) پیش و پس از مداخله رفتاردرمانی

دیالکتیک (۱۲ جلسه ۲ ساعته هفته‌ای یک‌بار) اجرا شد و اطلاعات مورد نیاز از طریق آن‌ها جمع‌آوری و نتایج مورد تجزیه و تحلیل آماری، تحلیل کوواریانس قرار گرفت.

هدف از انجام این پژوهش، دسترسی به نتایجی بود که منجر به روشن شدن حقایق برای پژوهشگر می‌شود. به‌علاوه پاسخ به فرضیات پژوهشی مطرح شده در ابتدای پژوهش نیز مدنظر می‌باشد. در این فصل با استفاده از اقدامات و بررسی‌های انجام شده در فصول پیشین، به بحث و تفسیر نتایج پژوهش، محدودیت‌های پژوهش و ارائه پیشنهادات کاربردی بر اساس یافته‌های پژوهش پرداخته می‌شود، همچنین ارائه‌ی پیشنهادهایی در زمینه‌های مورد نیاز برای پژوهش بیشتر، از مباحث مطرح شده در این فصل است.

## ۵-۲- بحث و تفسیر نتایج پژوهش بر اساس فرضیه‌های تحقیق

**فرضیه اصلی:** رفتاردرمانی دیالکتیک بر مهارت‌های تنظیم هیجان و کاهش علائم بالینی اختلال اضطراب فراگیر زنان شهر اصفهان اثر دارد.

نتایج با توجه به جدول (۴-۹) نشان می‌دهد که تفاوت نمرات آزمودنی‌ها در دو گروه آزمایش و گروه کنترل در نمرات مهارت‌های تنظیم هیجان و کاهش علائم بالینی اضطراب فراگیر زنان شهر اصفهان در سطح  $p < 0.05$  معنادار بوده است. مقدار آتا بر اساس محاسبات  $0.574$  بوده است بدین معنی که  $57/4$  درصد تفاوت بین دو گروه، در نمرات مهارت‌های تنظیم هیجان و کاهش علائم بالینی اضطراب فراگیر در زنان شهر اصفهان بوده است.

به این ترتیب می‌توان گفت رفتاردرمانی دیالکتیک از طریق آموزش افراد در چهار زیرمجموعه مهارتی ابزارهایی برای شناخت، نام‌گذاری و ابراز درست هیجان‌ها در اختیار افراد قرار می‌دهد و به‌واسطه تنظیم بهتر هیجان، بهبود روابط بین فردی و انجام تمرینات ذهن آگاهی و آگاهی از این‌که در مواقع آشفتگی شخص چه کارهایی می‌تواند انجام دهد؛ افراد را قادر می‌سازد هم در تنظیم هیجان و هم در پذیرش و تغییر علائم اضطرابی بهتر عمل کنند. از این پس فرد در مواجهه با نگرانی در مورد زندگی روزمره این مهارت‌ها را در قالب تمرینات عملی به کار می‌برد، لذا با توجه به اظهارات افراد در گروه آزمایش و مفروضه‌های هر یک از این تمرینات تأیید این فرضیه قابل توجیه و تشریح است.

## **فرضیه اول: رفتاردرمانی دیالکتیک برمهارت تنظیم هیجان مثبت زنان مبتلابه اختلال اضطراب فراگیر شهر اصفهان اثرگذار است.**

مطابق یافته‌های جدول ۴-۱۰ در فصل چهارم روش مذکور بر نمرات مهارت تنظیم هیجان مثبت زنان شهر اصفهان به لحاظ آماری معنادار نبوده است؛ بنابراین فرضیه اول تحقیق رد می‌شود. در پیشینه پژوهش‌های بررسی‌شده نتایج به‌دست آمده از پژوهش حاضر با پژوهش سرداری پور و همکاران (۱۳۹۷) نا همسو بوده است.

در تبیین این فرضیه می‌توان گفت که افراد مبتلابه اختلالات اضطرابی به‌طور کلی و افراد مبتلابه اختلال اضطراب فراگیر به‌طور خاص از راهبردهای ناسازگارانه (فاجعه‌سازی، نشخوار فکری، دیگر سرزنشگری، خود سرزنشگری) نسبت به راهبردهای سازگارانه (تمرکز مجدد مثبت، ارزیابی مجدد مثبت، کم‌اهمیت‌شماری، تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی) استفاده می‌کنند. چون دغدغه اصلی شرکت‌کنندگان حاضر در گروه آزمایش، رهایی از هیجانات منفی آزاردهنده بود تا تمرکز بر ایجاد هیجانات مثبت. لذا در بخش اعظم تمرینات مداخله‌ی پژوهش حاضر راهبردهای ناسازگارانه تنظیم هیجان به‌عنوان مفروضه زیر بنایی لحاظ شده بود و آزمودنی‌های گروه آزمایش از تمرین‌هایی که منجر به رهایی از نشخوار فکری و افکار منفی و سرزنش بود ابراز رضایت می‌کردند بنابراین به نظر می‌رسد که تمرینات مربوطه را با جدیت بیشتری دنبال کرده بودند. درمجموع مشکلات اضطرابی و پیامدهای آن در اولویت برنامه مداخله درمانگر و اعضای گروه مداخله قرار داشت، لذا نبود برنامه هدف‌دار برای ایجاد هیجانات مثبت و تمرکز بر راهبردهای ناسازگارانه می‌تواند از دلیل اثربخش نبودن رفتاردرمانی دیالکتیک بر هیجانات مثبت زنان مبتلابه اختلال اضطراب فراگیر باشد.

## **فرضیه دوم: رفتاردرمانی دیالکتیک برمهارت تنظیم هیجان منفی زنان مبتلابه اختلال اضطراب فراگیر شهر اصفهان اثرگذار است.**

مطابق یافته‌های مندرج در فصل چهارم، همان‌طور که نتایج جدول ۴-۱۱ آمده است، بین گروه‌های آزمودنی در نمرات مهارت تنظیم هیجان منفی در مرحله پس‌آزمون تفاوت معنی‌دار وجود دارد ( $P < 0/05$ ). به این معنی که رفتاردرمانی دیالکتیک توانسته است نمرات تنظیم هیجان منفی زنان شهر اصفهان در مرحله پس‌آزمون را کاهش دهد.

نتایج این پژوهش با نتایج به دست آمده از تحقیقات شاملو و همکاران (۱۳۹۳) و همچنین سرداری پور و همکاران (۱۳۹۷) همسو است. طبق آموزش‌های ارائه شده به افراد گروه آزمایش در تبیین فرضیه دوم می‌توان گفت، تمرینات ذهن آگاهی که به دو صورت رسمی و غیررسمی در جلسات و تکالیف خانگی گنجانده شده بود، در تأیید این فرض اثرگذار بوده است. چراکه تمرینات غیررسمی از جمله کاربرد روزمره ذهن آگاهی در (مسواک زدن، نماز خواندن، آشپزی؛ توجه به اصوات و اشیاء...) همانند تمرینات رسمی تنفس آگاهانه و توجه کردن به افکار و هیجانات، مانع از ایجاد چرخه نشخوار ذهنی و تشدید هیجانات منفی می‌شود. به این صورت که انجام این تمرینات، توالی چرخشی هیجان-فکر و رفتار را در ابتدای امر، قطع کرده و اجازه نمی‌داد تا رفتارهای ناکارآمد بعدی، هیجانات منفی شدیدتری ایجاد کند.

همچنین در ذهن آگاهی، پذیرش و عدم قضاوت هیجانات منفی باعث می‌شود فرد بجای جنگیدن با این هیجانات آن‌ها را صرفاً به صورت هیجانات منفی گذرا ببیند و به معنای واقعی به آنچه در آن لحظه می‌گذرد توجه داشته باشد و این باعث می‌شود رابطه بین هیجان‌های منفی و رفتار ناکارآمد قطع شود. ذهن آگاهی، به شناسایی و نام‌گذاری هیجانات منفی و همچنین به کاهش در هم تنیدگی و کاهش این هیجانات، کمک قابل توجهی می‌کند و باعث می‌شود که فرد تصمیم‌های عاقلانه گرفته و بهترین واکنش را در برابر شرایط دشوار زندگی از خود نشان دهد. در خصوص مهارت دیگر زیرمجموعه رفتاردرمانی دیالکتیک یعنی ارتباط مؤثر، آموزش مهارت «نه گفتن» و نحوه مذاکره باعث شد تا افراد بهتر ارتباط برقرار کنند. پس از دریافت آموزش از آنجا که فرد در مواجهه با موقعیت دشوار در روابط بین فردی آموزش دیده، در موقعیت‌های گوناگون، هیجانات منفی کمتری نظیر اضطراب، خشم و... را تجربه می‌کند. همچنین می‌تواند خواسته‌ها، نیازها، نظرات و احساسات خود را ابراز کند و حتی در مورد هیجاناتی که تجربه می‌کند با طرف مقابل گفتگو کند. پس از مذاکره و بیان جراتمندانه، مخالفت یا رد درخواست (مهارت نه گفتن)، احتمال وجود خود سرزنشگری و افکار تکرارشونده مرتبط با هیجانات منفی، حاکی از عدم ابراز عقیده، نادیده گرفتن خواسته‌های شخصی و احتمالاً عدم درک متقابل، کمتر می‌شود و فرد رضایت نسبی از شیوه ارتباطی جدید دارد.

همچنین مهارت تحمل پریشانی که معطوف به پذیرش بنیادین می‌باشد. مهارت‌هایی نظیر توجه برگردانی و استفاده از حواس پنج‌گانه در این گروه قرار می‌گیرد. فرد در موقعیت‌های آشفته سازی که هیجانات منفی را تجربه

می‌کند از طریق توجه برگردانی به موضوع دیگری توجه می‌کند یعنی با عدم توجه به هیجان موقعیتی، افکار منفی به وجود نمی‌آورد تا بر مبنای آن‌ها رفتار ناکارآمدی را شکل دهد. پیامد این رفتارهای ناکارآمد نیز می‌تواند هیجان‌ات منفی بیشتری را ایجاد کند که از این طریق فرد این هیجان‌ات را تجربه نمی‌کند یا کمتر تجربه می‌کند.

در مهارت دیگر این روش درمانی، یعنی تنظیم هیجان که همچنان از اسم آن برمی‌آید بر هیجان‌ات فرد متمرکز است. به افراد گروه آموزش داده شد تا در موقعیت‌هایی که خشم، اضطراب و سایر هیجان‌ات منفی را تجربه می‌کنند چه کاری باید انجام دهند. این تمرینات مستقیماً بر هیجان‌ات منفی تمرکز داشت؛ چنانکه در تمرین افکار مقابله‌ای و تعادل برقرار کردن بین افکار و احساسات، آموزش‌هایی مبنی بر همه‌جانبه‌نگری به‌جای نادیده‌انگاری و در نظر گرفتن شواهد مخالف افکار و احساسات آشفته‌ساز و در نظر گرفتن زوایای مثبت، داده شد تا از این منظر فرد کمتر تحت تأثیر پریشانی و هیجان‌ات آشفته‌ساز قرار گیرد. همچنین در افکار مقابله‌ای فهرستی در اختیار افراد گروه آزمایش قرار گرفت تا در مواقع تجربه هیجان‌ات منفی به‌مثابه خودگویی‌های جایگزین، مورد استفاده قرار گیرند.

### **فرضیه سوم: رفتاردرمانی دیالکتیک بر بعد علائم بالینی اختلال اضطراب فراگیر زنان شهر اصفهان اثرگذار است.**

پیرو یافته‌های ذکرشده در فصل چهارم این پژوهش در جدول (۴-۱۲)، بین نمرات علائم بالینی اضطراب فراگیر زنان شهر اصفهان در گروه آزمایش و گروه کنترل در مرحله پس‌آزمون تفاوت معنی‌داری داشته است؛ بنابراین رفتاردرمانی دیالکتیک توانسته است نمرات علائم بالینی اضطراب فراگیر زنان شهر اصفهان در مرحله پس‌آزمون را کاهش دهد.

یافته‌های پژوهش در این بخش با تحقیقات قراملکی و همکاران (۱۳۹۴)، خالقی و همکاران (۱۳۹۵)، منصوری و همکاران (۱۳۹۷) و نیز در پیشینه پژوهش‌های مرتبط با این متغیرها در خارج با پژوهش با مفاهیم مطرح‌شده در تحقیقات سالتر پتوآلت (۲۰۱۱) و نوزادی و همکاران (۲۰۱۵) همسو است.

علائم جسمی و شناختی اضطراب به‌طور غیرارادی از طریق ادراک خطر برانگیخته می‌شود. این علائم شامل لرزش، تپش قلب، تعریق، اشکال در تمرکز و احساس خالی شدن ذهن و... می‌باشد. هر یک از این علائم منبع ادراک دوباره خطر است که به یک دور معیوب و تداوم‌بخش اضطراب منجر خواهد شد.

در تبیین اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیک بر کاهش علائم بالینی اضطراب می‌توان گفت، یکی از مهارت‌های بنیادین این درمان، مهارت ذهن آگاهی است. در مهارت ذهن آگاهی، بدن بخصوص تنفس کانون توجه قرار می‌گیرد. از آنجا که بدن به‌عنوان تجلی‌گاه هیجانات شناخته می‌شود، با کاهش هیجانات منفی انتظار می‌رود که علائم بالینی ناشی از این هیجانات نیز کاهش یابد. توجه به تجربیات بدنی و علائم روان‌شناختی در مواقع پریشانی، به صورتی که هست پس از مداخله در دستور کار قرار گرفته بود، طی ذهن آگاهی فرد یاد می‌گیرد نسبت به تجارب درونی خود پذیرش داشته باشد و با تجارب درونی خود رابطه بهتری برقرار کند. در ذهن آگاهی پذیرش مقدم بر تغییر است. از آنجا که طی تمرینات رسمی و غیررسمی و پذیرش علائم بدنی، افکار و هیجانات و انجام تمرین‌های تنفس آگاهانه تمرین‌های خود آرامش بخشی که در دست‌یابی به آرامش و رهایی از تنش عضلانی مؤثر و مفید می‌باشد؛ به نظر می‌رسد تغییراتی نیز متعاقب آن حاصل شده است. گزارش‌های شرکت‌کنندگان نیز مبنی بر بهبود مشکلات خواب، مشکلات تمرکز و تنیدگی‌های جسمی و... بود که هم‌راستا با پژوهش‌های پیشین (کابات-زین و همکاران، ۱۹۹۲) در مورد اثرات ذهن آگاهی در کاهش علائم اضطراب، درد مزمن می‌باشد. ذهن آگاهی باعث تقویت حافظه و تمرکز می‌شود، مرکز پاداش مغز را فعال کرده و احساس آرامش را زیاد می‌کند.

در خصوص مهارت ارتباط مؤثر، نشخوارهای ذهنی و هیجانات منفی که می‌توانسته ناشی از عدم مهارت فرد باشد، کمتر شده است، این موارد عامل ایجادکننده مشکل در تمرکز، خواب و... بوده‌اند. بدین ترتیب با دریافت آموزش، فرد علائم بالینی اختلال اضطراب فراگیر را کمتر تجربه می‌کند.

از آنجا که در برخی از منابع اختلال اضطراب فراگیر با عنوان اختلال هیجانی یادشده، آموزش تحمل پریشانی از طریق تمرینات توجه برگردانی مثل تمرکز بر حواس پنج‌گانه می‌تواند یافته‌های فرضیه سوم را تبیین کند.

اختلال اضطراب فراگیر نگرانی است که در اکثر اوقات روز و در حوزه‌های مختلفی از زندگی روزمره تجربه می‌شود، لذا اضطراب مداوم زندگی سراسر آشفته‌ای را برای فرد رقم می‌زند. در اضطراب فراگیر افراد مبتلا برای کاهش موقت اضطراب و نگرانی خود، از رفتارهای حفاظتی و اجتناب استفاده می‌کنند، اگرچه این راهکارها موقتاً باعث کاهش اضطراب می‌شوند، در درازمدت افزایش اضطراب و به تبع آن افزایش علائم بالینی را در پی خواهند داشت. در توجه برگردانی فرد از رفتارهای جایگزین، برای جلوگیری از توجه انتخابی افکاری که به بدترین شکل حوادث را پیش‌بینی می‌کنند، استفاده می‌کند؛ و می‌تواند در موقعیت دیگری که از شدت هیجانات وی کاسته شده



به شیوه کارآمدتری مجدداً با مسئله روبرو شود، به این ترتیب این مهارت مانع از افزایش مشکلات بیمار و به تبع آن افزایش علائم بالینی می‌شود.

در خصوص تنظیم هیجان، زمانی که فرد افکار مقابله‌ای و متعادل‌سازی افکار و هیجانات را جایگزین کند، توجه انتخابی وی را از جنبه‌های صرفاً منفی و بعضاً بدترین جنبه هر موقعیت در زندگی روزمره، به جنبه‌های مختلف هر موقعیت معطوف می‌کند. بدین ترتیب فرد به دلیل احساس تسلط بیشتر بر موقعیت‌ها و تجربه کمتر هیجانات منفی علائم بالینی کمتری را تجربه می‌کند.

### ۵-۳- نتیجه‌گیری

در مجموع نتایج پژوهش حاضر نشان می‌دهد که رفتاردرمانی دیالکتیک بر مهارت تنظیم هیجانات منفی و کاهش علائم بالینی در اختلال اضطراب فراگیر زنان شهر اصفهان به لحاظ آماری تأثیر معناداری داشته است. از آنجا که بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر در این مداخله تغییرات مثبتی در مرحله پس‌آزمون داشته‌اند، لذا توصیه می‌شود از این روش به عنوان متغیر مستقل درمانی در کنار درمان‌های موجود برای اختلال اضطراب فراگیر سود برده شود و ضرورت انجام پژوهش‌های بیشتر بر مقوله‌ی اضطراب فراگیر با توجه به اندک بودن تحقیقات در این زمینه احساس می‌شود.

### ۵-۴- محدودیت‌های پژوهش

بیان محدودیت‌ها در پژوهش به محققانی که قصد تحقیق در زمینه‌های مختلف را دارند، کمک می‌کند تا با دیدی باز و آگاهی از موانع، کمبودها و محدودیت‌های تحقیق به امر پژوهش در زمینه‌های مشابه بپردازند. این تحقیق نیز دارای موانع و محدودیت‌هایی بود که در ذیل به آن‌ها اشاره می‌شود:

۱. اعضای شرکت‌کننده در این پژوهش، تنها زنان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر بودند، بنابراین نمی‌توان نتایج را به مردان مبتلا به این اختلال تعمیم داد.
۲. این پژوهش در شهر اصفهان انجام شده، لازم است در تعمیم دهی به سایر جوامع آماری احتیاط شود.
۳. عدم اجرای دوره‌ی پیگیری از دیگر محدودیت‌های این پژوهش می‌باشد.

۴. با توجه به اینکه دامنه سنی موردنظر در این مطالعه، افراد ۲۵\_۴۵ سال با حداقل تحصیلات دیپلم بوده است، در تعمیم نتایج به جمعیت خارج از این دامنه سنی و دارای مدرک تحصیلی پایین تر، محدودیت وجود دارد.

### ۵-۵- پیشنهادهای پژوهش

۱. انجام این پژوهش با نمونه بزرگ تر و مرحله پیگیری برای بررسی میزان ماندگاری اثربخشی این روش مداخله
۲. انجام پژوهش در سایر بازه های سنی
۳. انجام پژوهش های آتی برای بررسی اثربخشی این مداخله برای مردان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر
۴. انجام پژوهش هایی در زمینه اثربخشی این مداخله، بر سایر اختلالات اضطرابی
۵. انجام پژوهش هایی به منظور مقایسه اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیک با سایر درمان های روان شناختی

### ۵-۶- پیشنهادات کاربردی

- اختلال اضطراب فراگیر یکی از بیماری های شایع روان پزشکی محسوب می شود و به جهت آثار ناتوان کننده آن مورد توجه بسیاری از روانشناسان قرار گرفته است؛ و در این راستا درمان های دارویی و روان شناختی متعددی برای آن معرفی شده است که یکی از جدیدترین این درمان ها، رفتاردرمانی دیالکتیکی است. بر اساس یافته های پژوهش و تایید فرضیات پژوهشی، نتایج حاصل از این پژوهش برای مراکز و مؤسسات زیر قابل استفاده هستند:
۱. مراکز مشاوره جهت ارائه فعالیت های مشاوره ای به صورت فردی و گروهی به زنان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر.
  ۲. رسانه های عمومی جهت اطلاع رسانی به همه مردم در خصوص آموزش نحوه تنظیم سازگاران هیجانات به افراد در برخورد با مسائل و مشکلات زندگی بخصوص در خانم ها که شیوع اضطراب در آنها بالاتر است.
  ۳. قابل استفاده محققین و پژوهشگران مراکز تحقیق.

## پیوست‌ها

### پیوست ۱: شرح جلسات درمان

#### جلسه اول: آشنایی و برقراری ارتباط اعضا با یکدیگر

عناوین جلسه اول شامل موارد زیر بود:

- آشنایی اعضای گروه با یکدیگر و شروع رابطه متقابل رهبر گروه و اعضا
- بیان اهداف اصلی و فرعی گروه و گفتگو اعضا راجع به این اهداف
- بیان منطق درمان و قواعد شرکت در گروه
- معرفی رفتاردرمانی دیالکتیک و خلاصه‌ای از فعالیت‌های مقرر در جلسات بعدی

#### شیوه اجرا:

پس از معرفی خود از افراد خواسته شد تا خودشان را معرفی کنند. سپس در مورد اضطراب فراگیر و نشانه‌های آن توضیح داده شد. و در آخر کلیاتی از رفتاردرمانی دیالکتیک ارائه شد.

توضیح داده شد که در رفتاردرمانی دیالکتیک چهار دسته مهارت بنیادین آموزش داده می‌شود که با استفاده از آن‌ها می‌توان شدت هیجان‌های خود را کاهش داد و در مواقع بحرانی برای تعادل هیجانی از آن‌ها استفاده کرد. بر همین اساس به اعضای گروه گفته شد که مهارت تنظیم هیجان در رفتاردرمانی دیالکتیک کمک می‌کند تا احساسات خود را دقیق‌تر بشناسند و بتوانند بدون درگیری با هیجان‌ات آشفته ساز به مشاهده آن‌ها بپردازند. همچنین گفته شد مهارت توجه آگاهی بر آگاهی بیشتر در تجربه زمان حال و عدم قضاوت تأکید دارد. در خصوص مهارت دیگری که به منظور مقابله با هیجان‌ات آشفته ساز در رفتاردرمانی دیالکتیک به کار می‌رود تا فرد مقاوم‌تر شود، یعنی مهارت تحمل آشفتگی صحبت شد و در آخر نیز به بحث پیرامون مهارت آخر یعنی ارتباط مؤثر پرداخته شد که هدف آن کسب مهارت‌هایی است که کمک می‌کند این افراد در روابط بین فردی آسیب نینند و با دیگران بر اساس احترام متقابل رفتار کنند.

#### جلسه دوم: ذهن آگاهی (۱)

##### عنوان (ذهن هیجانی، منطقی، خردگرا)

در ابتدای این جلسه مروری بر مطالب مطرح شده در جلسه قبل صورت گرفت. و در خصوص ذهن منطقی، ذهن هیجانی و ذهن خردگرا توضیحاتی ارائه شد. همچنین تکنیک آموزشی در این جلسه مراقبه ذهن خردمند بود. پس از اتمام اجرای کامل این تمرین در این جلسه از شرکت کنندگان درباره تجربه تمرین بازخورد گرفته شد و از آن‌ها خواسته شد تا در طی هفته روزی یک مرتبه این مراقبه را انجام دهند. برای اعضا توضیح داده شد:

ذهن هیجانی با مثال‌هایی برای اعضا توضیح داده شد، هنگامی که ناراحت هستیم، ذهن هیجانی ظاهر می‌شود، همچنین این اتفاق در حالت خستگی، بیماری و داشتن درد رخ می‌دهد، وقتی حالمان خوب نیست، حساس، زودرنج و آشفته می‌شویم و زود از کوره درمی‌رویم. مثلاً: خیلی عصبانی بودم... نزدیک بود از عصبانیت منفجر شوم. خیلی استرس دارم... دارم می‌بازم، خیلی درد دارم، تنها چیزی که می‌توانم به آن فکر کنم، مردن است... ذهن منطقی بخشی از وجود ماست که زندگی را به صورت قانونمند و بر اساس واقعیت پردازش می‌کند، با هر مسئله‌ای همان‌طور که هست برخورد می‌کند و قسمت آرام، خونسرد و غیراحساسی ماست. و باعث می‌شود بتوانیم هیجان‌ات را مدیریت کنیم و آن‌ها را با واقعیت منطبق کنیم. و این کار کمک می‌کند که اندوه و پریشانی‌های هیجانی کاهش پیدا کنند. و با ذهن منطقی به تجزیه و تحلیل یک موضوع می‌پردازیم و جزئیات آن را مدنظر قرار می‌دهیم. ذهن خردمند درک و بینشی را که برای داشتن نقش سازنده و مؤثر در زندگی نیاز داریم را به ما می‌دهد. برای اینکه نقش کارآمدی داشته باشیم در مورد رفتار خود، ذهن آگاه هستیم و تفکر می‌کنیم و رفتار ما ناشی از یک هدف و برنامه است. مثلاً به صورت تکانشی عمل نمی‌کنیم، انتخاب‌هایی همراه با تفکر داریم، به صلاح خود رفتار می‌کنیم. بر اساس روش‌های ناکارآمد و قدیمی عمل نمی‌کنیم. مثال:

**ذهن هیجانی:** من خیلی چاق هستم، هیچ کس من را نمی‌خواهد.

**ذهن منطقی:** من اضافه‌وزن دارم و این موضوع، کسانی را که جذب من می‌شوند محدود می‌کند.

**ذهن خردمند:** با کمک ذهن خردمند می‌توانیم راجع به اینکه چگونه با این مسئله مواجه شویم، تصمیم‌هایی بگیریم و سپس برای اجرای آن تصمیم‌ها برنامه‌ریزی کنیم. مثلاً رژیم غذایی را رعایت کنیم یا تصمیم بگیریم که بر خصوصیت‌های مثبتمان تمرکز کنیم و دنبال کسانی باشیم که ارزش زیادی برای خصوصیت‌های مثبت طرف مقابل قائل می‌شوند.

### **تمرین مراقبه ذهن خردمند**

برای شروع تمرین مکان مناسبی را در نظر بگیرید، جایی باشد که حداقل برای مدت ده دقیقه هیچ چیز حواس شما را پرت نکند، چشمان خود را ببندید، حدفاصل پایین جناغ سینه و ناف را در نظر بگیرید اینجا مرکز ذهن خردمند است. یکدست خود را بر روی شکمتان قرار دهید، چند نفس آهسته و عمیق بکشید، هوا را به آرامی از راه بینی وارد بدن کنید و سپس از راه دهان آن را به بیرون هدایت کنید و به بالا و پایین آمدن شکمتان دقت کنید. درحالی که دستتان همچنان بر روی شکمتان قرار دارد و مشغول نفس کشیدن هستید، توجهتان را به ناحیه زیر شکمتان معطوف کنید و ذهنتان را بر روی مرکز ذهن خردمند متمرکز کنید. آهسته و عمیق نفس بکشید. اگر افکار مزاحم حواس شما را پرت کردند بدون آنکه با آن بجنگید، اجازه دهید که فضای ذهن شما را ترک کنند. همچنان که توجهتان بر روی ذهن خردمند قرار دارد به مسائل مهمی که در زندگی‌تان وجود دارد که می‌بایست درباره آن‌ها تصمیم‌گیری کنید، فکر کنید و سپس از مرکز ذهن خردمند سؤال کنید که چه اقدامی باید درباره این مشکلات یا تصمیمات انجام دهید. درباره پاسخ‌های دریافتی قضاوت نکنید حتی اگر هیچ پاسخ یا ایده‌ای دریافت نکردید بازهم قضاوت نکنید و به تنفس عمیق و آهسته ادامه دهید. بعد از چند نفس عمیق و آهسته چشمان خود را به آرامی باز کنید و توجه خود را به محیط اطراف خود معطوف کنید.

## جلسه سوم: ذهن آگاهی (۲)

### عنوان (مهارت چه چیز، چگونه)

در ابتدای این جلسه از تمرینات انجام شده طی هفته قبلی گزارش دریافت شد. در بخش تئوری این جلسه به آموزش دودسته مهارت برای دستیابی به مهارت توجه آگاهی پرداخته شد. این مهارت‌ها شامل مهارت «چه چیز» و نیز مهارت «چگونه» بود. اولی شامل مشاهده، توصیف و شرکت کردن و دیگری شامل موضع غیر قضاوتی، ذهن آگاهی و کارآمد عمل کردن می‌شود. در خصوص هر کدام از این‌ها به تفصیل گفتگو شد و در ادامه شرکت کنندگان تمرین تمرکز بر یک شی را انجام دادند. از اعضا خواسته شد که تعداد دفعاتی را که تکنیک‌های آموزش داده شده و نیز تکنیک تنفس آگاهانه و ذهن خردمند را استفاده کرده‌اند در فرم ثبت هفتگی یادداشت کنند. در این جلسه نیز طبق روال در خصوص تمرین انجام شده در گروه از شرکت کنندگان بازخورد گرفته شد و در پایان جلسه اعضا پیرامون موضوع به بحث پرداختند و تأکید شد مهارت‌های آموزش داده شده را در منزل تمرین کنند.

### تمرین تمرکز بر یک شی

درحالی که آرام نشسته‌اید، چند نفس عمیق بکشید، سپس بدون آن که شی را با دست لمس کنید، آن را با چشمان خود ببینید، بررسی کنید که آن شی شبیه چه چیزی است. آنگاه سعی کنید کیفیت‌های گوناگون آن را در ذهنتان تصور کنید.

-سطح آن شبیه چه چیزی است.

-رنگ آن مات است یا براق

-نرم است یا سفت و سخت.

-حال آن را در دست بگیرید و آن را لمس کنید.

-سطح آن صاف و صیقلی یا زبر و ناهموار است.

-نرم و انعطاف پذیر است یا خشک و غیرقابل انعطاف.

به وزن شی، دمای شی توجه کنید. چه چیز دیگری درباره این شی می‌توانید ادراک کنید؟

## جلسه چهارم: ذهن آگاهی (۳)

### عنوان (تمرین)

در ابتدای این جلسه گزارش‌ها از تمرین‌های هفته قبل دریافت شد و در ادامه جلسه توضیحات بیشتری در مورد ذهن آگاهی و ذهن ناآگاهی به اعضا داده شد:

ما مهارت‌های زیادی را آموخته‌ایم که هر یک به تمرین و ذهن آگاهی بسیار زیادی نیاز دارند به نوشتن و یادگیری نوشتن فکر کنید. تلاش زیادی کرده‌اید تا نوشتن هر حرف را بیاموزید. همه ما بارها و بارها یک حرف را نوشته‌ایم چون درست نوشتن واقعاً کار دشواری

است، اما حالا می‌توانیم بدون اینکه لحظه‌ای فکر کنیم که هر کلمه به چه صورت نوشته می‌شود، جملات و پاراگراف‌ها را بنویسیم. چون اکنون مغز ما این کار را خودکار انجام می‌دهد. کارهایی که می‌توانیم ذهن ناآگاهانه انجام دهیم، در گذشته بارها و بارها آن‌ها را انجام داده‌ایم، چون مغز ما هر کاری را با تکرار زیاد یاد می‌گیرد. به عبارتی آن‌ها عکس‌العمل‌های غیرارادی شده‌اند. بیشتر اوقات انجام کارها به صورت ذهن ناآگاهانه مزایای زیادی دارد. مثلاً کارهایی از قبیل رانندگی، شستن ظرف‌ها، داشتن برنامه روزانه صبحگاهی. ما می‌توانیم به سرعت و به آسانی کارها را انجام دهیم، بدون اینکه نیازی به فکر کردن داشته باشیم. این رفتارها سازگارانه است و کمک می‌کند عملکرد بهتری داشته باشیم. این فرایند سازگاری مغز ممکن است بر ضد ما عمل کند مثلاً وقتی اتفاق ناراحت‌کننده‌ای پیش می‌آید و یک پاسخ مقابله‌ای از ما سر می‌زند که شبیه یک عمل غیرارادی است. به طرف مقابل سیلی یا مشت می‌زنیم، حرف‌های زشت می‌زنیم، غذای بیشتری می‌خوریم، در این حالت معمولاً به اعمال خود آگاه نیستیم؛ و این وضعیت کاملاً شبیه حالت عمل عکس‌العمل می‌باشد؛ و بدون اینکه به این رفتارها فکر کنیم کاملاً به صورت خودکار آن‌ها را انجام می‌دهیم. اگر واقعاً بخواهیم تغییری در اوضاع ایجاد کنیم، باید بتوانیم نسبت به واکنش‌هایمان به ذهن آگاهی برسیم. اولین مرحله، تمرین ذهن آگاهی است. باید یاد بگیریم نسبت به آنچه انجام می‌دهیم آگاهی داشته باشیم و باید تمرین کنیم که در مواقع بحرانی، با آمادگی و مهارت، زندگی را مدیریت کنیم. کسب مهارت ذهن آگاهی به تمرین زیاد و اختصاص زمان زیادی نیاز دارد تا بتوانیم عادت‌های زیادی را تغییر دهیم و بتوانیم با تمرین مداوم به نتایج ذهن آگاهی پی ببریم.

در انتهای جلسه به اجرای تمرین تنفس آگاهانه و تمرین نا همجوشی فکر اختصاص داشت. پس از اتمام هر تمرین از شرکت‌کنندگان در مورد تجاربشان حین تمرین، مشکلات احتمالی و ابهامات موجود سؤال پرسیده شد و از آن‌ها خواسته شد در منزل به عنوان تکلیف خانگی در انجام تمرین‌ها ممارست داشته باشند.

### جلسه پنجم: تنظیم هیجان (۱)

#### عنوان: تعریف هیجان و مؤلفه‌های آن

مطابق معمول ابتدای هر جلسه به پیگیری گزارش‌های تمرین‌های ارائه‌شده به عنوان تکلیف منزل اختصاص یافت. آموزش این جلسه بر آموزش تعریف و شناسایی هیجان‌ها اختصاص داشت. در همین راستا تمرین عملی هیجان در گروه اجرا شد. بازخورد شرکت‌کنندگان پس از اجرای این تمرین پرسیده شد. در مورد هیجان‌ات اولیه و ثانویه و ارتباط هیجان‌ات با علائم بدنی به تفصیل در گروه به بحث پرداخته شد. همچنین به عنوان تکلیف از اعضای گروه خواسته شد که یک موقعیت را انتخاب کنند و آن را به دقت به یادآورند. سپس هیجان‌ات خود مثل خشم، ترس، شادمانی و عشق و علاقه و ... پیامدهای آن‌ها و نیز هیجان‌ات اولیه و ثانویه را در آن موقعیت در برگه تمرین ثبت کنند.

## جلسه ششم: تنظیم هیجان (۲)

### عنوان: مهارت‌های تنظیم هیجان

در ابتدای این جلسه، بحث و بررسی تمرین‌های جلسه قبل در دستور کار قرار گرفت. تئوری این جلسه بر مبنای آسیب‌پذیری جسمی و شناختی در برابر هیجانات آشفته ساز اجرا شد. به اعضای گروه در مورد مسائل مربوط به سلامتی از جمله تغذیه، خواب، ورزش و بیماری و درد جسمی که می‌تواند بر احساسات و هیجانات اثر بگذارد توضیحاتی ارائه شد. گفته شد در صورت عدم رعایت، هر کدام از این موارد می‌توانند در ایجاد هیجانات آشفته ساز نقش داشته باشند. در مورد کاهش آسیب‌پذیری شناختی با ذکر مثال افکار برانگیزان آشنا شدند، به این دلیل چنین اسمی بر این نوع افکار گذاشته‌اند که باعث‌وبانی یا علت درد و رنج قلمداد می‌شوند و در صورت میدان دادن و توجه به آن‌ها فرد دچار هیجانات آشفته ساز می‌شود. از اعضا خواسته شد به آخرین باری که دچار هیجاناتی مانند غم، خشم، اضطراب شدند توجه کنند سپس افکاری که باعث شدت یافتن هیجانانشان می‌شد را به خاطر بیاورند. این افکار همان افکار برانگیزان هستند. چند نمونه از افکار برانگیزان برای اعضای گروه بازگو شد.

- هیچ کار درستی از دستم بر نمی‌آید.

- من آدم احمق و نفهمی هستم.

- نقطه ضعف‌هایم زیاد است.

- هیچ‌کس قابل اعتماد نیست.

- هیچ‌کس دلسوز من نیست.

طی این جلسه به شرکت‌کنندگان گفته شد، برای مقابله با افکار برانگیزان و هیجان‌های آشفته ساز از این سه مهارت شناختی می‌توان کمک گرفت:

۱. نا همجوشی هیجان

۲. افکار مقابله‌ای

۳. تعادل آفرینی بین افکار و احساسات

تمرین این جلسه متمرکز بر استفاده از افکار مقابله‌ای بود که بر تمرین مداوم آن تأکید شد چراکه این تمرین می‌بایست به طبیعت ثانویه افراد تبدیل شود لذا استمرار در انجام آن از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. فهرستی از مثال‌های افکار مقابله‌ای برای اعضای گروه مطرح شد و از آن‌ها خواسته شد تا مثال‌های بیشتری ذکر کنند. در پایان از شرکت‌کنندگان بازخورد گرفته شد. همچنین تکنیک تعادل آفرینی بین افکار و احساسات به اعضای گروه آموزش داده شد.

## تمرین تعادل بین افکار و احساسات

برای اعضای گروه توضیح داده شد که همه‌جانبه‌نگری پادزهر نادیده‌انگاری است یعنی اگر فقط به شواهد منفی زندگی توجه کنیم، همه‌جانبه‌نگری را در نظر نگرفته‌ایم؛ و موقعیت‌های زیادی می‌توانند به هیجان‌های آشفته‌ساز دامن بزنند اما اگر بتوان شواهد مخالف افکار و احساسات آشفته‌ساز خود را بررسی کرد می‌توان به دیدگاهی جامع و همه‌جانبه‌نگر دست یافت. برای رسیدن به دیدگاهی همه‌جانبه‌نگر از این دستورالعمل‌ها استفاده کنید و به این سؤال‌ها جواب بدهید.

۱- چه اتفاقی افتاد؟

۲- چه شواهدی این فکر و احساس من را تأیید می‌کند؟

۳- چه شواهدی این فکر و احساس من را رد می‌کند؟

۴- برای مقابله درست‌تر با این موقعیت می‌توانم از چه راهکارهایی استفاده کنم؟  
در پایان این تمرین هم از شرکت‌کنندگان بازخورد گرفته شد.

## جلسه هفتم: تنظیم هیجان (۳)

### عنوان: رویارویی با هیجان

جلسه با پیگیری تمرین‌های جلسه قبل و تمرینات خانگی آغاز شد. در این جلسه بحث بر آموزش پذیرش هیجان حتی در صورت منفی بودن و رویارویی با آن متمرکز بود. پذیرش یعنی قضاوت نکردن، نجنجیدن با هیجان‌ها برای پذیرش واقعیت باید تمرین کرد و در همین راستا نیز تکنیک رویارویی با هیجان به‌عنوان تمرین در گروه به اجرا درآمد. در این تکنیک به جای اجتناب از هیجان بر پذیرش آن تأکید می‌شود.

در خلال هفته بعد از شرکت‌کنندگان خواسته شد هیجان‌ها خود را در برگیرنده هیجان یادداشت کنند. همچنین در ستونی پاسخ‌مقابله‌ای یا مانع را یادداشت کنند و در برابر هیجان واکنش خود را بنویسند. لازم به ذکر است مطابق معمول پس از اجرای تکنیک در گروه در مورد تجربه تمرین به بحث پرداخته شد.

### تمرین رویارویی با هیجان

به شرکت‌کنندگان توضیح داده شد هنگامی که دچار هیجان منفی و مشکل‌آفرین شدید می‌توانید از این تمرین استفاده کنید. سه یا چهار نفس عمیق بکشید (تنفس دیافراگمی) هم‌زمان که به آرامی نفس می‌کشید به احساساتی که درون بدنتان به‌ویژه ناحیه شکم و سینه وجود دارد دقت کنید، اکنون ببینید از لحاظ هیجانی، چه احساسی دارید بعد این احساس را برای خودتان توصیف کنید و نامی بر روی آن بگذارید. به خودتان یادآوری کنید که این هیجان مانند موجی است که می‌گذرد، در زندگی زمان‌های بسیاری بوده است که شما احساس خوبی نداشته‌اید، این احساس هم مانند موجی زود می‌گذرد و دوباره دوره‌ای از آرامش را احساس خواهید کرد. اگر در



حین تمرین، قضاوت‌هایی درباره خودتان یا دیگران به ذهنتان خطور کرد بگذارید فضای ذهن شما را ترک کند تا جایی که امکان دارد، سعی کنید افکار و قضاوت‌ها را در ذهن خود نگه ندارید، احساسات را بپذیرید. این تمرین را با چند دقیقه تنفس آگاهانه به اتمام برسانید.

### جلسه هشتم: تحمل پریشانی (۱)

#### عنوان: توجه برگردانی و آرام‌سازی با حواس پنج‌گانه

جلسه با پیگیری تمرینات جلسه قبل شروع شد. مقدمه ورود به بحث با پریشانی‌های زندگی هر یک از مراجعین با توجه به زندگی شخصی هر کدام از آن‌ها بود؛ که مراجعین تجارب خود را در مورد آشفتگی مطرح کردند و در رابطه با پذیرش بنیادین یعنی پذیرش موقعیت فعلی بدون عیب‌جویی از خود یا دیگران بحث شد.

همچنین در خصوص آموزش راهبردهای پرت کردن حواس و خود آرام‌سازی با حواس پنج‌گانه در گروه صحبت شد. سعی شد به اعضا آموزش داده شود تا هنگام برخورد با مشکلات و حوادث ناراحت‌کننده چگونه قدرت تحمل پریشانی و رنج و اندوه خود را بالا ببرند. توضیح داده شد که تحمل پریشانی یعنی کنار آمدن کارآمد با دردها است. وقتی در شرایط سخت قرار می‌گیریم، باید برای مدیریت پریشانی‌ها و زندگی از ابزارهای مقابله‌ای ارتقادهنده‌ی زندگی استفاده نماییم این جلسه بیان شد که تحمل آشفتگی یعنی راهبردهای بقا در بحران شامل دو مجموعه مهارت است که به کار بردن آن‌ها باعث فاصله انداختن بین تکانه (خشم و افکار منفی و...) و رفتار می‌شود و فرصتی برای فکر کردن و تصمیم‌گیری عاقلانه به وجود می‌آید. این راهبردها عبارت‌اند از:

۱- راهبردهای پرت کردن حواس (توجه برگردانی)

۲- خود آرام‌سازی با حواس پنج‌گانه

در این جلسه ضمن آموزش این دو راهبرد از افراد خواسته شد تا در موقعیت‌های استرس‌زا از مهارت‌های توجه برگردانی (انجام فعالیت‌های لذت‌بخش، انجام کارهای روزمره، ترک موقعیت، توجه به کار یا موضوعی دیگر) و خود آرام‌سازی (استفاده از احساس بویایی، احساس بینایی، چشایی، لامسه) استفاده کنند.

### جلسه نهم: تحمل پریشانی (۲)

#### عنوان: مهارت بهسازی لحظات

ابتدای جلسه با دریافت گزارش از تمرینات جلسه قبل شروع شد؛ و توانایی محاسبه سود و زیان که یک تکنیک روان‌شناختی مهم برای تصمیم‌گیری و تقویت حل مسئله است برای اعضا توضیح داده شد. ضمن انجام این تمرین از شرکت‌کنندگان بازخورد گرفته شد تا برای ابهامات احتمالی مجال بحث در گروه داشته باشند.

## تمرین سود و زیان

برای اعضا توضیح داده شد که تکنیک این جلسه مربوط می‌شود به اینکه باید حساب سرانگشتی بکنیم تا ببینیم بعضی از افکار، رفتارها و صفت‌ها و یا الگوهای فکری که داریم در طول سال گذشته چقدر برایمان سود و زیان داشته است. آیا منطقی است که فکرها و رفتارهایی که برایمان سود داشتند را حفظ کنیم و آنهایی که باعث افزایش فشار روانی می‌شوند را حذف کنیم. از اعضا خواسته شد جدولی را رسم کنند که در ستون زیان یا معایب زیان‌هایی که حفظ یک رفتار و یا فکر برای آن‌ها ایجاد می‌کند را بنویسند و در ستون مزایا سود و منافع که حفظ یک باور یا رفتار دارد را بنویسند. عدد کل را ۱۰۰ در نظر بگیرند و از جمع اعداد سود و زیان به دست آمده متوجه می‌شوند که حفظ یک رفتار و یا فکر چند درصد برایشان سود و چند درصد زیان دارد سؤال‌هایی که می‌تواند در هنگام انجام این تمرین کمک کند:

باور من به این فکر که ... چه سود و زیانی برایم دارد. اگر اعتقادم به این باور کم بشود چه تغییری در زندگی‌ام به وجود می‌آید؟ اگر اعتقاد بیشتر بشود چی؟ اگر این فکر را حفظ کنم ۲ یا ۳ سال دیگر زندگی‌ام به چه صورت است؟ چه فکر مثبت و واقع‌بینانه‌ای می‌توانم جایگزین این فکر بکنم؟ اگر به این فکر جدید اعتقاد داشته باشم چه تغییری در زندگی‌ام ایجاد می‌شود؟

## جلسه دهم: تحمل پریشانی (۳)

### عنوان: پذیرش

این جلسه با گزارش تمرینات هفته قبل و طرح سؤالات اعضای گروه شروع شد. برای اعضا مفهوم مهارت پذیرش بنیادین به تفصیل توضیح داده شد. برای اعضا شرح داده شد که هدف رفتاردرمانی دیالکتیکی تعادل بخشیدن بین پذیرش و تغییر است. شما نیاز دارید رفتارهایی که باعث رنج شما می‌شود را تغییر دهید و هم‌زمان خودتان را بپذیرید. مثلاً زمان حال و یک موقعیت را بپذیرید بدون آنکه علیه آن بجنگید یا عصبانی شوید، پذیرش بنیادین دست برداشتن از تلاش و تن دادن به موقعیت‌های ناخوشایند نیست بلکه به شما فرصت‌هایی می‌دهد که موقعیت‌های مختلف را درک کنید، یعنی دوست داشتن خود با تمام نقاط قوت و ضعفی که دارید.

پذیرش بنیادین مثل دعای آرامش است که از خدا می‌خواهیم به ما توانایی بدهد که آنچه قابل تغییر است، تغییر بدهیم و شجاعتی بدهد که آنچه را قابل تغییر نیست را بپذیریم، این کار به ما آرامش می‌دهد تا اموری را که می‌توانیم تغییر بدهیم، تغییر بدهیم و اموری را که نمی‌توانیم تغییر بدهیم رها کنیم. پذیرش، امری است که حتی زمانی که زندگی‌مان در اضطراب است به ما آرامش می‌دهد.

برای پذیرش بهتر و رسیدن به اعتمادبه‌نفس و عزت‌نفس می‌توانید از خود گویی‌های تائیدگرایانه استفاده کنید مثلاً من مراقب خودم هستم - علی‌رغمی که اشتباه کردم آدم ارزشمندی هستم و هیچ‌کس بی‌عیب و نقص نیست... از اعضا خواسته شد تا جملات تائیدگرایانه بیشتری اضافه کنند.

در ادامه بحث پذیرش، گفته شد برای اینکه در راه پذیرش موفق باشید می‌توانید از خود گویی‌های مقابله‌ای استفاده کنید مانند: همیشه به این منوال نیست - من نمی‌توانم گذشته را تغییر دهم - تنها زمان حال را در اختیار دارم - جنگ با گذشته، فقط اتلاف وقت است... از

اعضا خواسته شد جملات بیشتری اضافه کنند و این جملات تائید گرایانه را در جلوی دیدشان قرار دهند به صورتی که در طول روز چندین مرتبه آن را ببینند... پس از چند روز متوجه می‌شوید که برخی از جملات در تغییر شیوه تفکر تان اثربخشی بیشتری داشته‌اند... در پایان برگه تمرین افکار مقابله‌ای به آن‌ها داده شد تا برای جلسه آینده تکمیل کنند و مطابق روال از شرکت کنندگان بازخورد گرفته شد.

## جلسه یازدهم

### عنوان: حل مسئله

در آغاز این جلسه به تمرین‌های هفته قبل پرداخته شد؛ و در ادامه به اعضا توضیح داده شد که در تحلیل زنجیره‌ای مساله‌گشایی اولین گام، تحلیل رفتار است که به این منظور بایستی موقعیت، افکار، هیجان و رفتار را مدنظر قرارداد تا تصمیم بگیرند کدام وقایع را می‌توانند تغییر دهند.

برای اعضا توضیح داده شد که گاهی اوقات لازم است پیش از آن‌که احساس‌های آشفته ساز فعال بشوند، اقدام به نظم‌بخشی هیجان کنیم. در همین رابطه مهارت حل مسئله به وقایع برانگیزان هیجان می‌پردازد و شیوه‌های مؤثری را برای واکنش نشان دادن به این وقایع ارائه می‌کند. این فرایند با تحلیل رفتار آغاز می‌شود. تحلیل رفتار به معنی دنبال کردن سلسله وقایعی است که منجر به هیجان مشکل‌آفرین می‌شود. تحلیل رفتار یعنی مشخص کردن هیجان مشکل‌آفرین، واقعه آشکار ساز، واقعه بیرونی، افکار، هیجان، رفتار و وقایع ثانوی می‌شود. نکته مهمی که باید به آن توجه شود این است که شما می‌توانید با تغییر دادن آنچه انجام می‌دهید پیش از آن‌که هیجان‌های آشفته ساز، شمارا درگیر کنند، آن‌ها را تغییر دهید و یا از شدت آن‌ها بکاهید. به خاطر داشته باشید واقعه‌ای را که قصد تغییر آن را دارید باید رویدادی باشد که شما روی آن کنترل داشته باشید و واقعه‌ای باشد که اگر آن را تغییر می‌دهید، احتمالاً هیجان مشکل‌آفرین شمارا کاهش می‌دهد. دومین قسمت حل مسئله شناسایی ABC های حل مسئله است.

A. جایگزین‌ها. برای یافتن واکنش‌های جایگزین، دست به راه‌حل‌آفرینی بزنید. چطور می‌توانید افکار یا رفتارهای آشکار ساز و یا ثانویه را تغییر دهید؟

B. بهترین ایده‌ها. ایده‌های خودتان را ارزیابی کنید و سپس یک یا دو تا از بهترین آن‌ها را برای اجرا انتخاب کنید.

C. متعهد شدن به اجرا. مشخص کنید که کی و کجا قصد اجرای واکنش‌های جدید خود را دارید و همچنین یادداشت کنید که از چه افکار و یا رفتارهایی در واکنش‌های جدید خود استفاده می‌کنید.

در انتها شرکت کنندگان بازخورد ارائه دادند و انجام تمریناتی، در منزل به عهده آن‌ها قرار داده شد.

## جلسه دوازدهم

### عنوان: مهارت‌های ارتباط بین فردی

در جلسه آخر بعد از دریافت گزارش پیرامون تمرین‌ها و بحث در مورد آن‌ها، به آموزش مهارت‌های ارتباطی پرداخته شد. در ابتدا بعد از تمرین تنفس آگاهانه به آموزش طرح یک درخواست و تمرین صفحه خراب پرداخته شد مهارت طرح یک درخواست، برای مراقبت از خود، لازم و ضروری است درخواست راهنمایی، درخواست تمیز کردن میزی که در رستوران پشت آن نشسته‌اید، درخواست ... همگی موضوعاتی هستند که با مسئله حفاظت از خود و افزایش کیفیت زندگی رابطه دارند و در صورتی که شما در بیان این گونه درخواست‌ها مشکل دارید، ممکن است که به زودی دچار احساس درماندگی و رنجیدگی خاطر شوید.

### تمرین طرح یک درخواست

یک درخواست مختصر دارای چهار مؤلفه است.

۱- یک توجیه مختصر در قالب یک جمله بگویید. برای مثال این ساک‌ها سنگین هستند... این راه طولانی است.

۲- یک جمله ترغیب کننده که این جمله بخش مهم درخواست شما است. چون به طرف مقابل نشان می‌دهد که شما انسانی مؤدب، منطقی و بی توقع هستید. برای مثال خیلی خوب می‌شد اگر شما می‌توانستید... از شما ممنون می‌شوم اگر... این جملات طرف مقابل را خلع سلاح خواهد کرد.

۳- یک سؤال مشخص و مستقیم. صورت واضح و دقیق خواسته خود را بیان کنید. لحن صدایتان به‌دوراز هرگونه تهدید و هیجان خاصی باشد و خواسته خود را به‌صورت طبیعی و معقول بیان کنید.

۴- بیان یک جمله همراه با سپاس و قدردانی. این جمله طرف مقابل را تشویق می‌کند که به درخواست شما جواب مثبت دهد؛ مانند از تلاش شما متشکرم.

### تمرین صفحه خراب (سی دی خش‌دار)

از این تکنیک زمانی استفاده می‌کنید که می‌خواهید درخواست کسی را رد کنید. در هنگام به‌کارگیری این تکنیک جملات خود را کوتاه، دقیق و قابل درک بیان کنید، یک جمله را در برابر درخواست‌های مکرر طرف مقابل بیان کنید، برای رد درخواست طرف مقابل، هیچ عذر و بهانه‌ای نتراشید، محکم، قاطع و جسور حرف بزنید. سپس به‌هراندازه که لازم بود، عبارت خود را تکرار کنید، با طرف مقابل به بحث و مشاجره نپردازید، عصبانی نشوید، یا حل و فصل موضوع را به فرد دیگری محول نکنید، تحت هیچ شرایطی به طرف مقابل، اطلاعات اضافی درباره تصمیم خود ندهید فقط مؤدبانه و شفاف، خواسته طرف مقابل را رد می‌کنید. درست مثل صفحه گرامافون خراب که یکسری از عبارت‌ها را دائم تکرار می‌کند.

در انتها جلسه با اجرای تنفس آگاهانه سه دقیقه‌ای، پایان یافت؛ و در نهایت جلسات با جمع‌بندی و ارائه چشم‌انداز آتی جلسات دوازده گانه به پایان رسید.

## پیوست ۲: رضایت آگاهانه

### «رضایت نامه شرکت در پژوهش»

مراجع محترم

بدین وسیله از شما جهت شرکت در پژوهش فوق‌الذکر دعوت به عمل می‌آید. شرکت شما در پژوهش کاملاً داوطلبانه و رایگان است.

---

این جانب..... فرزند..... با آگاهی کامل در این فرم رضایت خود را جهت شرکت متعهدانه در پژوهش خانم «مینا مرادی زاده» دانشجوی کارشناس ارشد روانشناسی بالینی تحت عنوان «بررسی اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیک (DBT) بر مهارت‌های تنظیم هیجان و کاهش علائم بالینی اختلال اضطراب فراگیر در زنان شهر اصفهان» اعلام می‌دارم.

امضای شرکت کننده و اثر انگشت

تاریخ

پیوست ۳: مشخصات دموگرافیک

«مشخصات جمعیت شناختی»

خواهشمند است موارد زیر را به دقت تکمیل کنید.

<ul style="list-style-type: none"> <li>• شماره تماس</li> <li>• .....</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• نام و نام خانوادگی</li> <li>• .....</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• تحصیلات</li> <li>• .....</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• سن:</li> <li>• .....</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• وضعیت تأهل</li> <li>• .....</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• شغل</li> <li>• .....</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• تعداد فرزندان</li> <li>• .....</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• طول مدت ازدواج (در صورت تأهل)</li> <li>• .....</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• سابقه بیماری جسمی:</li> <li>• .....</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• وضعیت اقتصادی:</li> <li>• ضعیف <input type="checkbox"/> متوسط <input type="checkbox"/> خوب <input type="checkbox"/></li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• نام داروهای مصرفی:</li> <li>• .....</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• سابقه بیماری روان پزشکی:</li> <li>• .....</li> </ul>

پیوست ۴: پرسشنامه‌ها

«اضطراب بک (BAI Beck Anxiety Inventory)»

لطفاً جملات زیر را بخوانید و مشخص کنید طی هفته گذشته تا امروز چقدر از آن علامت در رنج بوده‌اید. برای هر مورد تنها یکی از گزینه‌های مقیاس زیر را انتخاب کنید.

گزینه‌ها	اصلاً	خفیف (زیاد ناراحتم نکرده است)	متوسط (خیلی ناخوشایند بود اما تحمل کردم)	شدید (نمی‌توانستم آن را تحمل کنم)
۱. کرختی و گزگز شدن (مورمور شدن)				
۲. احساس داغی (گرما)				
۳. لرزش در پاها				
۴. ناتوانی در آرامش				
۵. ترس از وقوع حادثه بد				
۶. سرگیجه و منگی				
۷. تپش قلب و نفس نفس زدن				
۸. حالت متغیر (بی ثبات)				
۹. وحشت زده				
۱۰. عصبی				
۱۱. احساس خفگی				
۱۲. لرزش دست				
۱۳. لرزش بدن				
۱۴. ترس از دست دادن کنترل				
۱۵. به‌سختی نفس کشیدن				
۱۶. ترس از مردن				
۱۷. ترسیده (حالت ترس)				
۱۸. سوء‌هاضمه و ناراحتی شکم.				
۱۹. غش کردن (از حال رفتن)				
۲۰. سرخ شدن صورت				
۲۱. عرق کردن (نه در اثر گرما)				

**پیوست ۵: پرسش‌نامه ۷ آیتمی اختلال اضطراب فراگیر (GAD-7)**

لطفاً به سؤالات زیر با دقت پاسخ دهید:

در طول ۲ هفته گذشته از کدام یک از مشکلات زیر رنج برده‌اید؟

ردیف	موارد	هیچ روزی	تعداد محدودی از روزها	تقریباً نیمی از روزها	تقریباً هرروز
۱	چقدر در زندگی‌تان احساس عصبانیت و اضطراب می‌کنند؟				
۲	چه اندازه در متوقف یا کنترل نگرانی ناتوان هستید؟				
۳	چه اندازه در مورد چیزهایی مختلف احساس نگرانی می‌کنید؟				
۴	تا چه اندازه در زندگی ناآرامی (فقدان آرامش) را تجربه می‌کنید؟				
۵	تا چه اندازه به خاطر بی‌قراری نمی‌توانید سر جایتان بنشینید؟				
۶	چقدر سریع از کوره درمی‌روید و سریع غضبناک می‌شود؟				
۷	تا چه حدی از وقوع یا رخداد اتفاقات ناگوار می‌ترسید؟				

**سؤال کلی:** هر یک از مشکلات مطرح شده در بالا تا چه اندازه در انجام کارها، امور مرتبط با خانه یا ارتباط با دیگران برایتان مشکل

ایجاد کرده است؟ به هیچ وجه  تا حدی  تا حد زیادی  خیلی زیاد



## پیوست ۶: پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان

پاسخ‌دهنده گرامی، این پرسشنامه نوع واکنش‌های شما به شرایط سخت و تنیدگی‌ها و حوادث تلخ و تهدیدکننده را بررسی می‌کند. افراد در شرایط تنیدگی‌ها به شکل‌های مختلف عکس‌العمل نشان می‌دهند. واکنش معمول شما به شرایط نامطلوب و حوادث ناگوار چگونه است؟ هریک از عبارات‌ها را با دقت بخوانید و با علامت زدن یکی از گزینه‌ها مشخص کنید که در آن شرایط آن عبارت تا چه حد با عملکرد معمول شما مطابقت می‌کند. سعی کنید پاسخ شما بر اساس عکس‌العمل معمول شخصی خودتان در شرایط تنیدگی‌ها باشد نه مطابق نظر دیگران. لطفاً به تمام سؤال‌ها پاسخ دهید. از همکاری شما صمیمانه سپاسگزاریم.

هرگز	گاهی	معمولاً	اغلب	همواره	وقتی شرایط نامطلوب و تجربه تلخی پیش می‌آید:
					۱- احساس می‌کنم که من مسئول وضعیت پیش‌آمده هستم.
					۲- فکر می‌کنم که در اصل من عامل وضعیت پیش‌آمده هستم.
					۳- فکر می‌کنم باید بپذیرم که اتفاقی است که افتاده است.
					۴- فکر می‌کنم باید وضعیت پیش‌آمده را بپذیرم.
					۵- اغلب به احساسات خودم در مورد آنچه تجربه کرده‌ام فکر می‌کنم.
					۶- ذهنم مدام به افکار و احساساتم در مورد آنچه تجربه کرده‌ام مشغول است.
					۷- به جای فکر کردن در مورد آنچه اتفاق افتاده است، به چیزهای جالب و خوشایند دیگر فکر می‌کنم.
					۸- به جای فکر کردن در مورد آنچه اتفاق افتاده است، به تجربه‌های جالب‌تری که داشته‌ام فکر می‌کنم.
					۹- به این فکر می‌کنم که چگونه وضعیت را تغییر دهم.
					۱۰- به این فکر می‌کنم که چه کار بهتری می‌توانم انجام دهم.
					۱۱- فکر می‌کنم می‌توانم از وضعیت پیش‌آمده درس بگیرم.
					۱۲- فکر می‌کنم در نتیجه آنچه پیش‌آمده است، می‌توانم فرد قوی‌تری باشم.
					۱۳- فکر می‌کنم در مقایسه با سایر تجربه‌ها و پیشامدها، آن قدر هم بد نبوده است.
					۱۴- به خودم می‌گویم، در زندگی چیزهای بدتر از این هم وجود دارد.
					۱۵- مدام به این فکر می‌کنم که چه تجربه بدی بود.
					۱۶- مدام به این فکر می‌کنم که وضعیت وحشتناکی بود.
					۱۷- احساس می‌کنم دیگران مسئول وضعیت پیش‌آمده هستند.
					۱۸- احساس می‌کنم که در اصل دیگران عامل وضعیت پیش‌آمده هستند.

## فهرست منابع

### الف) منابع فارسی

- ابوالقاسمی، عباس؛ کریمی یوسفی، سیده هایده و خشنودنیای چماچایی، بهنام (۱۳۹۵). **مقایسه رفتار خودتنظیمی، خودآگاهی هیجانی و سبک‌های تصمیم‌گیری در زنان با و بدون اختلال اضطراب فراگیر**. مطالعات روان‌شناختی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی دانشگاه الزهراء، دوره ۱۲، شماره ۴.
- ادریسی، فروغ؛ خان‌زاده، مصطفی و بحرینیان، عبدالمجید (۱۳۹۴). **مدل ساختاری نظم‌بخشی هیجانی و علائم اختلال اضطراب فراگیر در دانشجویان**. فصلنامه مطالعات روانشناسی بالینی، شماره بیستم، سال پنجم.
- اسدی مجره، سامره؛ سپهریان آذر، فیروزه؛ عیسی زادگان، علی و پور شریفی، حمید (۱۳۹۶). **ارزیابی مدل تنظیم هیجانی اختلال اضطراب فراگیر در تبیین ادراک درد**. در فصلنامه علمی- پژوهشی روانشناسی بالینی و شخصیت، ۱۵(۱): ۲۷-۳۸.
- آقاسی، آفرین؛ و آتش پور، سید حمید (۱۳۹۵). **درس‌نامه رفتاردرمانی دیالکتیکی**. اصفهان: ره‌آورد آفتاب.
- انجمن روان‌پزشکی آمریکا (۲۰۱۳). **راهنمای تخصصی و آماری اختلال‌های روانی، ویرایش پنجم**. ترجمه فرزین رضاعی، علی فخرایی، آتوسا فرمند، علی نیلوفری، ژانت هاشمی آذر، فرهاد شاملو (۱۳۹۴). تهران: انتشارات ارجمند.
- بادان فیروز، علی؛ مکوند حسنی، شاهرخ و محمدی فر، محمدعلی (۱۳۹۶). **رابطه تنظیم هیجانی با نشانگان افسردگی و اضطراب در دانشجویان: نقش واسطه‌ای ذهن آگاهی**. مجله روانشناسی و روان‌پزشکی شناخت سال چهارم، شماره ۲، تابستان ۱۳۹۶. صفحات: ۲۳-۱۲.
- برجلی، احمد؛ بگیان کوله مرز محمدجواد، یزدانیاپناه محمدعلی و رجیبی مسلم (۱۳۹۴). **اثربخشی آموزش گروهی رفتاردرمانی دیالکتیکی (D B T) بر بهبود کیفیت زندگی و کاهش تکان شوری بیماران مبتلابه اختلال دوقطبی نوع یک**. فصلنامه مطالعات روانشناسی بالینی شماره بیستم، سال پنجم.
- بشارت، محمدعلی (۱۳۸۶). **بررسی مقدماتی ویژگی‌های روان‌سنجی پرسشنامه نگرانی پن**. گزارش پژوهشی، دانشگاه تهران. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه شاهد.
- جبل عاملی، شیدا؛ نشاط دوست، حمید طاهر؛ کج باف، محمدباقر؛ و مولوی، حسین (۱۳۹۳). **اثربخشی روان‌درمانی اسلامی بر کیفیت زندگی و اضطراب افراد مبتلابه اختلال اضطراب فراگیر**. مجله دست‌آوردهای روان‌شناختی (علوم تربیتی و روانشناسی)، دانشگاه شهید چمران اهواز، دوره ۲۱، شماره ۲، صص ۱۸-۱.

جلوانی، راضیه؛ اعتمادی، عذرا؛ جزایری، رضوان السادات و فاتحی زاده، مریم (۱۳۹۶). کشف عوامل مؤثر بر تنظیم

هیجان: یک مطالعه کیفی. تحقیقات علوم رفتاری. دوره ۱۵. شماره ۲. صص ۳۷۰-۳۶۳.

حاجی علیزاده، کبری؛ و نوری زاده، بنفشه (۱۳۹۶). اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیک بر کاهش اضطراب و بهبود

عملکرد اجتماعی بیماران مبتلابه دیابت. مجله دیابت و متابولیسم ایران، دوره ۱۷، شماره ۳، صص ۱۳۸-۱۳۰.

خالقی، محمد؛ محمدخانی، شهرام و حسنی، جعفر (۱۳۹۵). اثربخشی طرح‌واره درمانی در کاهش نگرانی و علائم و

نشانه‌های اضطراب بیماران مبتلابه اختلال اضطراب فراگیر (G AD): مطالعه تک آزمودنی. مجله

روانشناسی بالینی، ۸(۲): ۴۸-۴۳.

خدایاری فرد، محمد؛ منصوری، احمد؛ بشارت، محمدعلی و غلامعلی لواسانی، محمود (۱۳۹۶). بررسی مروری مدل‌های

نظری برای نگرانی و اختلال اضطراب فراگیر. مجله تعالی بالینی آموزشی- پژوهشی. دوره ششم شماره ۲،

صص ۳۸-۲۳.

داگاس، م. و رابی چاود، م. (۲۰۰۷). درمان شناختی رفتاری برای اختلال اضطراب فراگیر. ترجمه مهدی اکبری،

مسعود چینی فروشان و احمد عابدیان (۱۳۹۲). تهران: کتاب ارجمند.

دهشیری، غلامرضا (۱۳۹۱). اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر اضطراب و نگرانی افراد مبتلابه اختلال

اضطراب فراگیر. مجله روان‌شناسی بالینی، سال چهارم، شماره ۲ (پیاپی ۱۴).

دوازده‌امامی، محمدحسن؛ راه نجات، امیر محسن، بولاغی یاسر، احمدی طهور سلطانی محسن، کیانی مقدم امیرسام (۱۳۹۶).

تأثیر مهارت نظم جویی هیجان مبتنی بر رفتاردرمانی دیالکتیک بر وسوسه و اضطراب افراد مبتلابه

سوء مصرف مواد. مجله تحقیقات علوم رفتاری، دوره ۱۵، شماره ۴، صص ۵۳۲-۵۲۶.

دیویسون ج.؛ نیل ج.، کرینگ، ان ام. و جانسون ش ال. (۲۰۱۴). آسیب‌شناسی روانی بر اساس DSM-5. ویراست

دوازدهم. ترجمه: مهدی دهستانی (۱۳۹۵). تهران: ویرایش.

رجبی، غلامرضا؛ ایمانی، مهدی؛ خجسته مهر، رضا؛ بیرامی، منصور؛ و بشلیده، کیومرث (۱۳۹۲). بررسی کارایی درمان

مبتنی بر پذیرش و تعهد و زوج‌درمانی رفتاری یکپارچه نگر بر نگرانی و سازگاری زناشویی زن‌های

دارای آشفتگی زناشویی و اختلال اضطراب فراگیر. مجله تحقیقات علوم رفتاری، دوره ۱۱، شماره ۶، صص

۶۱۹-۶۰۰.

رشیدی شیراز، آیدا (۱۳۹۷). **اصول و مبانی مایندفولنس قرن بیست و یکم**. ویراستار: دکتر حمزه گنجی. تهران: ساوالان.

رضا پور میر صالح، یاسر؛ اسماعیل بیگی، منیره؛ نجیبی، سید حمید و اسلامی فرد، معصومه (۱۳۹۷). **تأثیر مداخله رفتاردرمانی دیالکتیک بر نگرش به زندگی زنان افسرده**. مجله طلوع بهداشت (دوماهنامه علمی پژوهشی دانشکده بهداشت یزد)، ۱۷(۱): ۳۶-۴۹.

سادوک ب.؛ آلکوت و.، سادوک و. و روئیز پ. (۲۰۱۵). **خلاصه روان پزشکی: علوم رفتاری/ روان پزشکی بالینی**. ترجمه: فرزین رضاعی (۱۳۹۴). ویراست یازدهم. تهران: ارجمند.

سالکوس کیس پ.، کرک ج.، هاوتون ک. و میلر د. کلارک. **رفتاردرمانی شناختی: راهنمای کاربردی در درمان اختلال های روانی (جلد ۱)**. ترجمه قاسم زاده، ح. (۱۳۹۷)، تهران: ارجمند.

سپهریان آذر، فیروزه و اسدی مجره، سامره (۱۳۹۴). **آزمون مدل ارتباطی محیط هیجانی خانواده با استرس ادراک شده: نقش میانجی دشواری های تنظیم هیجان**. مجله روانشناسی بالینی و شخصیت، ۲۵(۱۲): ۱۰۰-۸۹.

سرداری پور، مهران؛ پاشایی، زیبا؛ ترناس، غزاله و طافی، فاطمه (۱۳۹۷). **اثر بخشی رفتاردرمانی دیالکتیک بر تنظیم شناختی هیجان در افراد مبتلابه دیابت**. تهران: ششمین همایش علمی پژوهشی علوم تربیتی و روانشناسی، آسیب های اجتماعی و فرهنگی ایران.

شاملو، نادیا؛ مدرس غروی، مرتضی و اصغری پور، نگار (۱۳۹۳). **اثر بخشی رفتاردرمانی دیالکتیک مبتنی بر آموزش تنظیم هیجان بر علائم افسردگی**. اصول بهداشت روانی سال شانزدهم مهر و آبان ۱۳۹۳ شماره ۳ (پیاپی ۶۳).

شاهی، ساناز (۱۳۹۴). **بررسی ویژگی های روان سنجی پرسش نامه فرم کوتاه پنج وجهی ذهن آگاهی (FFMQ-SF) در دانشجویان دانشگاه های آزاد اسلامی استان کهگیلویه و بویر احمد**. پایان نامه کارشناسی ارشد روان شناسی عمومی. دانشگاه آزاد اسلامی واحد یاسوج.

شرافتی، حسین؛ طاهری، الهام؛ اسمائی مجد، سیروان و امیری، مهدی (۱۳۹۶). **اثر بخشی درمان شناختی مبتنی بر مدل داگاس بر عدم تحمل بلا تکلیفی، اجتناب شناختی و باورهای مثبت نگرانی در بیماران مبتلابه اختلال اضطراب فراگیر**. مجله روانشناسی بالینی، دوره ۹، شماره ۲، شماره پیاپی ۳۴، صص ۱۵-۲۸.

شریفی، معصومه (۱۳۸۷). **بررسی روایی و اعتبار مقیاس هفت سؤالی اضطراب فراگیر GAD-7**.

شیتز، م، (۲۰۰۹). رفتاردرمانی دیالکتیکی برای تنظیم هیجان‌ها و رفتارهای ناشی از آن. ترجمه شیرین ایزدی، مهناز غیاثی (۱۳۹۴) تهران: ارجمند

صالحی، اعظم؛ باغبان، ایران؛ بهرامی، فاطمه و احمدی، سید احمد (۱۳۹۰). تأثیر دو روش آموزش تنظیم هیجان مبتنی بر مدل فرایند گراس و رفتاردرمانی دیالکتیک، بر علائم مشکلات هیجانی، پایان‌نامه. دکترای مشاوره، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه اصفهان.

صبحی قرا ملکی، ناصر؛ پرزور، پرویز؛ آقاجانی، سیف‌الله و نریمانی، محمد (۱۳۹۴). اثربخشی آموزش متمرکز بر تنظیم هیجان بر کاهش نشانه‌های استرس، اضطراب و افسردگی دانشجویان. فصلنامه آموزش بهداشت و ارتقا سلامت ایران. دوره ۳، شماره ۱، صص ۱۳-۵.

عزیزی، مریم و براتی، محمد (۱۳۹۳). مروری بر اختلالات اضطرابی و اقدامات پرستاری آن. مجله دانشکده پیراپزشکی ارتش جمهوری اسلامی ایران. سال نهم شماره ۱، شماره مسلسل ۱۵.

علی مهدی، منصور؛ احتشام زاده، پروین؛ نادری، فرح؛ افتخار صعادی، زهرا و پاشا، رضا (۱۳۹۴). اثربخشی درمان شناختی- رفتاری بر عدم تحمل بلا تکلیفی و حساسیت اضطرابی افراد مبتلابه اختلال اضطراب فراگیر. فصلنامه علمی- پژوهشی اندیشه و رفتار در روانشناسی بالینی. دوره ۱۰، شماره ۳۸، صص ۷۷-۸۶.

علیلو، مجید محمود و شریفی، محمدامین (۱۳۹۰). رفتاردرمانی دیالکتیک برای اختلال شخصیت مرزی. تهران: انتشارات دانشگاه تهران.

فتحی آشتیانی ع. (۱۳۹۳). آزمون‌های روان‌شناختی: ارزشیابی شخصیت و سلامت روانی. تهران: بعثت.

فن وریسویک م.، بروئرسن ج.، شورینک گ. (۲۰۱۴). توجه آگاهی و طرح‌واره درمانی (راهنمای کاربردی). ترجمه حسین زیرک و حسن حمید پور (۱۳۹۴). چاپ اول. تهران: ابن‌سینا.

گنجی، مهدی (۱۳۹۵). آسیب‌شناسی روانی بر اساس DSM-5، ترجمه بر اساس نظریه پیتر نیومارک و یوجین نایدا. تهران: نشر ساوالان.

لی هی ر.، استفان ج.، هولند، لاتاک، مک گین. (۲۰۱۲). مداخلات و طرح‌های درمانی برای افسردگی و اختلال‌های اضطرابی. ترجمه مهدی اکبری و مسعود چینی‌فروشان (۱۳۹۴). تهران: ارجمند.

لینهان م. (۱۱۹۳). راهنمای اجرای رفتاردرمانی دیالکتیکی اختلال شخصیت مرزی. ترجمه خدیجه علوی (۱۳۹۲). تهران: ارجمند.

لی هی ر. تیرچ د. وناپولیتانوا (۲۰۱۱). تکنیک‌های تنظیم هیجان در روان‌درمانی (راهنمای کاربردی). ترجمه عبدالرضامنصوری راد (۱۳۹۲). تهران: ارجمند.

مارا، ت. (۲۰۰۵). رفتاردرمانی دیالکتیکی فردی راهنمای جامع و کاربردی. ترجمه شیرین ایزدی، مهناز غیائی (۱۳۹۴). تهران: ارجمند.

مارا، ت. (۲۰۱۰). رفتاردرمانی دیالکتیکی برای اضطراب و افسردگی. ترجمه احمد کربلایی محمدمیگونی، طاهره باغانی (۱۳۹۵). تهران: ارجمند.

محسنی، اعظم؛ و یزدخواستی، فریبا (۱۳۹۶). اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیک بر کاهش سوگیری توجه و نشخوار فکری در بیماران مبتلابه اختلال وسواس فکری. مجله سلامت جامعه، دوره ۱۱، شماره ۲ (شماره پیاپی ۳۲)، صص ۴۸-۵۷.

محمودعلیلو، مجید؛ شاه جویی، تقی؛ و هاشمی، زهره (۱۳۸۹). مقایسه عدم تحمل بلا تکلیفی، اجتناب شناختی، جهت‌گیری منفی به مشکل و باورهای مثبت در مورد نگرانی بین بیماران مبتلابه اختلال اضطراب فراگیر و افراد عادی. فصلنامه علمی - پژوهشی روانشناسی دانشگاه تبریز، دوره ۵، شماره ۲۰، صص ۱۸۵-۱۶۷.

مک‌کی، م؛ وود ج؛ و برنتلی ج. (۲۰۰۷). فن‌های رفتاردرمانی دیالکتیکی. ترجمه حسن حمید پور، حمیدجمعه‌پور و زهرا اندوز (۱۳۹۱). تهران: ارجمند.

ملا نوروزی، حسن؛ عیسی زادگان، علی؛ و سلیمانی، اسماعیل (۱۳۹۷). اثربخشی درمان آدلری بر علائم بالینی و رضایت از زندگی افراد مبتلابه اختلال اضطراب فراگیر. مجله روانشناسی بالینی، ۱۰ دوره، شماره ۱، صص ۱-۸.

منصوری، احمد؛ خدایاری فرد، محمد؛ بشارت، محمدعلی و غلامعلی لواسانی، مسعود (۱۳۹۷). نقش تعدیل‌کننده و واسطه‌ای مقابله‌های معنوی و راهبردهای تنظیم شناختی هیجان در رابطه بین عوامل فراتشخیصی و نشانه‌های اختلال اضطراب فراگیر: طراحی و آزمون یک مدل مفهومی. مجله تحقیقات علوم رفتاری، ۱۶، شماره ۲، صص ۱۴۲-۱۳۰.

موقر، آ. (۱۳۹۴). شریفی، نداد؛ امین اسماعیلی، معصومه؛ حاجبی، احمد؛ متولیان، آ؛ راد گودرزی، ر؛ حفاظی، م؛ رحیمی، -. شیوع ۱۲ ماهه و همبستگی اختلالات روان‌پزشکی در ایران: سلامت ذهنی در ایران. مجله روان‌پزشکی ایران، دوره ۱۸، شماره ۲، صص ۸۴-۷۶.

نائینیان، محمدرضا؛ شعیری، محمدرضا؛ شریفی، معصومه؛ و هادیان، مهری (۱۳۹۰). **بررسی پایایی و اعتبار مقیاس کوتاه**

**اختلال اضطراب فراگیر**. مجله روانشناسی بالینی و شخصیت، دوره ۲، شماره ۴، صص ۴۱-۵۰.

نریمانی، محمد؛ درویش حقجو، حسین؛ توکلی پله شاه، مهتاب؛ و ابوالقاسمی، عباس (۱۳۹۲). **میزان شیوع اختلال**

**اضطراب فراگیر و بررسی تفاوت جنسیتی در میزان شیوع اختلال اضطراب فراگیر**. چهارمین کنگره

بین‌المللی روان‌تنی، دانشگاه آزاد اسلامی خوراسگان (اصفهان).

ویتورن، س. و هالجین، ر. (۲۰۱۳). **آسیب‌شناسی روانی جلد اول**، ترجمه دهستانی، م. (۱۳۹۵)، تهران: انتشارات روان.

ویسکرمی، حسنعلی؛ رضایی، فاطمه و منصور، لیلا (۱۳۹۶). **اثر بخشی آموزش خود دلسوزی بر راهبردهای تنظیم**

**هیجان در دانش آموزان دختر مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر**. مجله تحقیقات علوم رفتاری، دوره ۱۵.

یوسفی، فریده (۱۳۸۶). **بررسی رابطه راهبردهای تنظیم شناختی هیجان با افسردگی و اضطراب در دانش**

**آموزان مراکز راهنمایی استعدادهای درخشان**. فصلنامه کودکان استثنایی، دوره ۶، شماره ۴، صص ۸۹۲-

۸۷۱.

- Aldao, A., & Nolen-Hoeksema, S. (2010). **Specificity of cognitive emotion regulation strategies: A transdiagnostic examination.** *Behav Res Ther*, 48(10): 974-83.
- Aldao, A., & Nolen-Hoeksema, S. (2010). **Specificity of cognitive emotion regulation strategies: A transdiagnostic examination.** *Behav Res Ther*, 48(10): 974-83.
- Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S., & Schweizer, S. (2010). **Emotion regulation strategies across psychopathology: A meta- analytic review.** *Clinical Psychology Review*, 40: 217-237.
- Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S., & Schweizer, S. (2010). **Emotion regulation strategies across psychopathology: A meta- analytic review.** *Clinical Psychology Review*, 40: 217-237.
- American Psychiatric Association. (2013). **Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th Ed.).** Washington, DC Author
- American Psychiatric Association. (2013). **Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th Ed.).** Washington, DC Author
- Amstadter, A. (2008). **Emotion regulation and anxiety disorders.** *Anxiety Disorders J*, 22: 211–221.
- Amstadter, A. (2008). **Emotion regulation and anxiety disorders.** *Anxiety Disorders J*, 22: 211–221.
- Barlow, D. H. (2011). **Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic.** 2nd e d. New York: Guilford Press.
- Barlow, D. H. (2011). **Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic.** 2nd e d. New York: Guilford Press.
- Behar, E., DiMarco, I. D., Hekler, E. B., Mohlman, G., & Staples, A. M. (2009). **Current theoretical models of generalized anxiety disorder (GAD): Conceptual review and treatment implications.** *Journal of Anxiety Disorders*, 23: 1011–1023.
- Behar, E., DiMarco, I. D., Hekler, E. B., Mohlman, G., & Staples, A. M. (2009). **Current theoretical models of generalized anxiety disorder (GAD): Conceptual review and treatment implications.** *Journal of Anxiety Disorders*, 23: 1011–1023.
- Bender, P. K., Reinholdt- Dunne, M. L., Esbjrn, B. H., & Pons, F. (2012). **Emotion dysregulation and anxiety in children and adolescents: Gender differences.** *Personality and Individual Differences*, 53: 284–288.
- Bender, P. K., Reinholdt- Dunne, M. L., Esbjrn, B. H., & Pons, F. (2012). **Emotion dysregulation and anxiety in children and adolescents: Gender differences.** *Personality and Individual Differences*, 53: 284–288.
- D e Jong-Meyer, R., Beck, B., & Riede, K. (2009). **Relationships between rumination, worry, intolerance of uncertainty and metacognitive beliefs.** *Personality and Individual Differences*, 46(4), 547-551



- De Jong-Meyer, R., Beck, B., & Riede, K. (2009). **Relationships between rumination, worry, intolerance of uncertainty and metacognitive beliefs.** *Personality and Individual Differences*, 46(4), 547-551
- Elliott, R., Watson, J. C., Goldman, R. N., & Greenberg, L. S. (2009). **Learning emotionfocus therapy: The process-experiential approach to change.** Washington, DC: American Psychological Association
- Elliott, R., Watson, J. C., Goldman, R. N., & Greenberg, L. S. (2009). **Learning emotionfocus therapy: The process-experiential approach to change.** Washington, DC: American Psychological Association
- Garnefski, N., & Kraaij, V. (2006). **Relationships between cognitive emotion regulation strategies and depressive symptoms: A comparative study of five specific samples.** *Personality and Individual Differences*, 10(2): 453-463.
- Garnefski, N., & Kraaij, V. (2006). **Relationships between cognitive emotion regulation strategies and depressive symptoms: A comparative study of five specific samples.** *Personality and Individual Differences*, 10(2): 453-463.
- Garnefski, N., Kraaij, V., & Spinhoven, Ph. (2000). **Negative Life events, cognitive emotion regulation and depression** *Personality and Individual Differences*, 30, 1311–1327.
- Garnefski, N., Kraaij, V., & Spinhoven, Ph. (2000). **Negative Life events, cognitive emotion regulation and depression** *Personality and Individual Differences*, 30, 1311–1327.
- Gross, J. (2007). **Handbook of emotion regulation.** New York: Guilford Press
- Gross, J. (2007). **Handbook of emotion regulation.** New York: Guilford Press
- Heiden, C., Muris, P., & Molen, H. T. (2016). **Randomized controlled trial on the effectiveness of metacognitive therapy and intolerance-of-uncertainty therapy for generalized anxiety disorder.** *Behav Res Ther*, 50(2): 100-109.
- Heiden, C., Muris, P., & Molen, H. T. (2016). **Randomized controlled trial on the effectiveness of metacognitive therapy and intolerance-of-uncertainty therapy for generalized anxiety disorder.** *Behav Res Ther*, 50(2): 100-109.
- Koerner, N., Dugas, M., Savard, P., Gaudet, A., Turcotte, J., & Marchand, A. (2006). **The Economic Burden of Anxiety Disorders in Canada** *Canadian Psychology*, 45: 191-201..
- Koerner, N., Dugas, M., Savard, P., Gaudet, A., Turcotte, J., & Marchand, A. (2006). **The Economic Burden of Anxiety Disorders in Canada** *Canadian Psychology*, 45: 191-201..
- Kremer, R. J., Means, N. E., & Kim, S. J. (2009). **Glyphosate affects soybean root exudation and rhizosphere microorganisms.** *Int. J. Environ. Anal. Chem*, 85: 1165–1174.
- Kremer, R. J., Means, N. E., & Kim, S. J. (2009). **Glyphosate affects soybean root exudation and rhizosphere microorganisms.** *Int. J. Environ. Anal. Chem*, 85: 1165–1174.
- L. Chapman A. (2006). **Dialectical Behavior Therapy: Current Indications and Unique Elements.** *Psychiatry (Edgmont)*; 3(9): 62–68.
- Leahy, R. L., Holland, S. J., & McGinn, L. K. (2011). **Treatment plans and interventions for depression and anxiety disorders.** New York: Guilford press.

- Lynch, T. R., Trost, W. T., Salsman, N., & Linehan, M. M. (2009). **Dialectical behavior therapy for borderline personality disorder**. *Annual Review Clinical Psychology*, 3: 181-205.
- Mehlum, L., Ramberg, M., Tormoen, A. J., Haga, E., Diep, L. M., Stanley, B. H., & et al. (2016). **Dialectical Behavior Therapy Compared With Enhanced Usual Care for Adolescents With Repeated Suicidal and Self-Harming Behavior: Outcomes Over a One-Year Follow-Up**. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 55(4): 295-300.
- Mennin, D. S., Heimberg, R. G., Turk, C. L., & Fresco, D. M. (2010). **Preliminary evidence for an emotion dysregulation model of generalized anxiety disorder**. *Behav Res Ther*, 43(10): 1281-310.
- Mennin, D. S., McLaughlin, K. A., & Flanagan, T. J. (2009). **Emotion regulation deficits in generalized anxiety disorder, social anxiety disorder, and their co-occurrence**. *Journal of anxiety disorders*, 23(7), 866-871
- Miller, A. L., Rathus, J., Linehan, M. M. (2007). **Dialectical Behavior Therapy with Suicidal Adolescents**. New York Guilford
- Nazadi, S. S., Spinrad, T. L., Eisenberg, N. & Eggum-Wilkens, N. D. (2016). **Associations of anger and fear to later self-regulation and problem behavior symptoms**. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 38: 60-69.
- Neacsiu, A. D., Eberle, J. W., Kramer, R., Wiesmann, T., & Linehan, M. M. (2014). **Dialectical behavior therapy skills for transdiagnostic emotion dysregulation: A pilot randomized controlled trial**. *Behaviour research and therapy*, 59, 40-51.
- Neacsiu, A. D., Rizvi, S. L., & Linehan, M. M. (2010). **Dialectical behavior therapy skills use as a mediator and outcome of treatment for borderline personality disorder**. *J Behav Res Ther*, 48(9):832-9.
- Newman, M. G., Lera, S. L., Erickson, T. M., Przeworski, A., & Castonguay, L. G. **Worry and generalized anxiety disorder: a review and theoretical synthesis of evidence on nature, etiology, mechanisms, and treatment**. *Annu Rev Clin Psychol*, 9: 275–297.
- Nozadi, S. S., Spinrad, T. L., Eisenberg, N. & Eggum-Wilkens, N. D. (2015). **Associations of anger and fear to later self-regulation and problem behavior symptoms**. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 38: 60-69
- Ost, L. G. (2008). **Efficacy of the third wave of behavioral therapies: A systematic review and metaanalysis**. *Behaviour research and therapy*, 46(3): 296-321.
- Remes O., Brayne C., van der Linde R. & Lafortune L. (2016). **A systematic review of reviews on the prevalence of anxiety disorders in adult populations**. *Brain and Behavior*; 6(7), <https://onlinelibrary.wiley.com>
- Renna, M. E., Seeley, S. H., Heimberg, R. G., Etkin, A., Fresco, D. M., & Mennin, D. S. (2018). **Increased attention regulation from emotion regulation therapy for generalized anxiety disorder**. *Cognitive Therapy and Research*, 42(2), 121-134.

- Salters-Pedneault, K., Roemer, I., Tull, M. T., Rucker, L., & Mennin, D. S. (2006). **Evidence of broad deficits in emotion regulation associated with chronic worry and generalized anxiety disorder.** *Cognitive Therapy and Research*, 30(4): 469– 480.
- Skodol, A. E., Clark, L. A., Bender, D. S., Krueger, R. F., & Morey, L. (2011). **Proposed changes in personality and personality disorder assessment and diagnosis for DSM-5 Part I: Description and rationale.** *Personality disorders: theory, research, and treatment*, 2(1):4-13.
- Swales M. and L. Heard H. (2009). **Dialectical Behavior Therapy: the CBT distinctive features series.** USA and Canada: Routledge Taylor and Francis group.
- Swales, M. A., & Heard, H. L. (2008). **Dialectical behaviour therapy: Distinctive features.** New York: Routledge.
- Tsypes, A., Aldao, A., & Mennin, D. S. (2013). **Emotion dysregulation and sleep difficulties in generalized anxiety disorder.** *Journal of anxiety disorders*, 27(2), 197-203.
- Turk, C. L., Heimberg, R. G., Luterek, J. A., Mennin, D. S., & Fresco, D. M. (2009). **Emotion dysregulation in general anxiety disorder: A comparison with social anxiety disorder.** *Cognitive Therapy and Research*, 29(1): 89-106.
- Wagner, A., Rizvi, S.L., Harned, M.S. (2007). **Application of dialectical behavior therapy to the treatment of complex trauma-related problems: when one case formulation not fit all.** *J Trauma Stress*; 31: 391-400.
- Wells, A., Fisher, P., Myers, S., Wheatley, J., Patel, T., & Brewin, C. R. (2012). **Metacognitive therapy in treatment-resistant depression: A platform trial.** *Behav Res Ther*, 50(6): 367-73.
- Zhang, X., Norton, J., Carriere, I., Ritchie, K., Chaudieu, I., & Ancelin, M. L. (2015). **Risk factors for late-onset generalized anxiety disorder: Results from a 12-year prospective cohort (the ESPRIT study).** *Transl Psychiatry*, 5(3): 536-541.

## **Effectiveness of Dialectical Behavior Therapy (DBT) on Emotion Regulation Skills and Reduction of Clinical Signs of Generalized Anxiety Disorder in Women in Isfahan**

### **Abstract**

The aim of this study was an investigation the effect of dialectical behavior therapy on Emotion Regulation Skills and Reduction of Clinical symptoms of generalized anxiety disorder in women of Isfahan. Thus, in a semi experimental study with control group and pretest-posttest design. Among total women with generalized anxiety disorder, 30 female patients with, considering inclusion and exclusion criteria elected and then they were divided randomly in experimental & control group. General Anxiety Disorder-7 and Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (CERQ) and Beck Anxiety Inventory (BAI) was used for the assessment. The experimental group received twelve two-hour sessions of dialectical behavior Therapy. The results of multivariate covariance of analysis showed dialectical behavior Therapy assessment reduce symptoms of generalized anxiety and Improve negative emotion regulation skills in post-test ( $p < 0.05$ ). while it had no effect on positive emotion regulation skills ( $P < 0.05$ ). The findings of this study showed that dialectical behavior Therapy can be used as an effective therapeutic approach to emotion regulation in people with generalized anxiety disorder.

**Keywords:** Generalized Anxiety Disorder, Emotion Regulation, mindfulness, dialectical Behavior Therapy.



**Islamic Azad University  
Khomeinishahr Branch  
Faculty of Education and Psychology**

**A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the  
Requirements for the Degree of M.A in Clinical Psychology**

**Title**

**Effectiveness of Dialectical Behavior Therapy (DBT) on  
Emotion Regulation Skills and Reduction of Clinical Signs of  
Generalized Anxiety Disorder in Women in Isfahan**

**Supervisor**

**Dr. Zohreh Latifi**

**:By**

**Mina Moradi zaheh**

**Sumeer 2019**