



The Comparing Effectiveness of Emotion-Focused Therapy and Mindfulness-Based Cognitive Therapy on Worry in Patients with Generalized Anxiety Disorder

Masoud Sharifzadeh¹, Razeghi Razeghi^{2*}, Hakime Aghaei³, Seyed Mosa Tabatabaee⁴

1- Ph.D. Student, Department of Psychology, Shahroud Branch, Islamic Azad University, Shahrood, Iran.

2- Assistant Professor of Psychology, Professor of Accounting, Islamic Azad University, Tafresh, Iran.

3- Assistant Professor, Department of Psychology, Shahroud Branch, Islamic Azad University, Shahrood, Iran.

4- Assistant Professor, Department of Cognitive Sciences, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Semnan University, Semnan, Iran.

Corresponding Author: Razeghi Razeghi, Assistant Professor of Psychology, Professor of Accounting, Islamic Azad University, Tafresh, Iran.

Email: nrzeghi@iautb.ac.ir

Received: 14 Oct 2024

Accepted: 10 May 2025

Abstract

Introduction: Generalized anxiety disorder is one of the common psychiatric disorders characterized by chronic and uncontrollable worry. The purpose of this study was to compare the effectiveness of emotion-focused therapy and mindfulness-based cognitive therapy on worry in patients with generalized anxiety disorder.

Methods: This semi-experimental study was conducted with a pretest-posttest design with a control group and follow-up 2 months. The statistical population of the present study was all patients with generalized anxiety disorder in Tehran in the spring year 2023. In the first stage, the number of 45 patients with a score of 10 and above on the generalized anxiety disorder scale were selected and then randomly divided into 2 experimental groups (each group 15 patients) and one control group (15 patients) was replaced and experimental groups underwent emotion-focused therapy and mindfulness-based cognitive therapy, but the control group received no training and remained in the waiting list. To collect data generalized anxiety disorder scale (GAD-7) and Penn State worry questionnaire (PSWQ). Data analysis was performed using SPSS-28 software with analysis of variance with repeated measures and Bonferroni.

Results: The results of the study showed that emotion-focused therapy and mindfulness-based cognitive therapy had a significant effect on worry patients with generalized anxiety disorder ($P < 0.05$). In addition, the results of the Bonferroni post hoc test showed that emotion-focused therapy is more effective ($P < 0.05$).

Conclusions: It can be concluded that, in addition effectiveness of both treatments, the priority of use in the treatment of problems patients with generalized anxiety disorder is with emotion-focused therapy.

Keyword: Emotion-Focused Therapy, Mindfulness-Based Cognitive Therapy, Worry, Generalized Anxiety Disorder.



مقایسه اثربخشی درمان هیجان مدار و شناخت درمانگری مبتنی بر ذهن آگاهی بر نگرانی در بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر

مسعود شریف زاده^۱، نرگس رازقی^{۲*}، حکیمه آقایی^۳، سید موسی طباطبایی^۴

۱- دانشجوی دکترای تخصصی، گروه روانشناسی، واحد شاهرود، دانشگاه آزاد اسلامی، شاهرود، ایران.

۲- استادیار گروه روانشناسی، واحد پروفسور حسابی، دانشگاه آزاد اسلامی، تفرش، ایران.

۳- استادیار، گروه روانشناسی، واحد شاهرود، دانشگاه آزاد اسلامی، شاهرود، ایران.

۴- استادیار، گروه علوم روانشناختی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه سمنان، سمنان، ایران.

نویسنده مسئول: نرگس رازقی، استادیار گروه روانشناسی، واحد پروفسور حسابی، دانشگاه آزاد اسلامی، تفرش، ایران.
ایمیل: nrazeghi@iautb.ac.ir

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۲/۲۰

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۷/۲۲

چکیده

مقدمه: اختلال اضطراب فراگیر یکی از اختلالات شایع روانپزشکی می باشد که وجه مشخصه آن نگرانی مزمن و غیرقابل کنترل است. هدف از پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی درمان هیجان مدار و شناخت درمانگری مبتنی بر ذهن آگاهی بر نگرانی در بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر بود.

روش کار: روش پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری ۲ ماهه با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش حاضر کلیه بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر شهر تهران در سال بهار ۱۴۰۲ بود. در مرحله اول تعداد ۴۵ نفر با نمره ۱۰ و بالاتر در مقیاس اختلال اضطراب فراگیر انتخاب و سپس به شیوه تصادفی ساده در ۲ گروه آزمایش (هر گروه ۱۵ نفر) و یک گروه کنترل (۱۵ نفر) جایگزین شدند. سپس بیماران گروه های آزمایش تحت درمان هیجان مدار و شناخت درمانگری مبتنی بر ذهن آگاهی قرار گرفتند؛ اما گروه کنترل هیچ گونه مداخله ای دریافت نکرد و در لیست انتظار باقی ماند. از مقیاس اختلال اضطراب فراگیر (GAD-7) و پرسشنامه نگرانی ایالت پنسیلوانیا (PSWQ) به منظور گردآوری اطلاعات استفاده شد. تحلیل داده ها از طریق نرم افزار SPSS نسخه ۲۸ با استفاده از تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر و آزمون تعقیبی بن فرونی انجام شد.

یافته ها: نتایج نشان داد درمان هیجان مدار و شناخت درمانگری مبتنی بر ذهن آگاهی تاثیر معناداری بر کاهش نگرانی در بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر داشته اند ($P < 0.05$). نتایج آزمون تعقیبی بن فرونی نشان داد که درمان هیجان مدار تاثیر بیشتری نسبت به شناخت درمانگری مبتنی بر ذهن آگاهی دارد ($P < 0.05$).

نتیجه گیری: طبق نتایج این مطالعه، می توان نتیجه گیری کرد که علاوه بر اثربخش بودن هر دو درمان، تقدم استفاده در درمان مشکلات بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر با درمان هیجان مدار است.

کلیدواژه ها: اختلال اضطراب فراگیر، درمان هیجان مدار، شناخت درمانگری مبتنی بر ذهن آگاهی، نگرانی.

مقدمه

اختلال اضطراب فراگیر چندین مشکل اساسی دارد که ممکن است با تنظیم مثبت هیجانات مثبت درمان شوند و این مشکلات شامل هوشیاری بیش از حد در برابر تهدید، نادیده گرفتن احساسات مثبت همراه با نگرانی، پشتکار و پیش بین های منفی نادرست در مورد نتایج آینده است (۱). در راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-5) اختلال اضطراب فراگیر با اضطراب و نگرانی بیش از حد، کنترل دشوار و اختلال روانی اجتماعی در رابطه با جنبه های مختلف زندگی فرد مشخص می شود (۲). این نگرانی می تواند با علائمی مانند بی قراری، مشکل در تمرکز، تنش عضلانی، خستگی، تحریک پذیری و مشکل در خواب ظاهر شود و این علائم اغلب در طول شش ماه یا بیشتر رخ می دهد و دارای همبودی بالایی با سایر اختلالات روانشناختی از جمله اختلالات افسردگی اساسی است (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۱۳). افزون بر این می توان گفت که مدل اجتناب از تغییر نگرانی نیومن و لارا (۳) معتقد است افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر، اضطراب را با نگرانی حفظ می کنند تا از افزایش ناگهانی هیجانات منفی در آینده جلوگیری کنند و از آنجایی که مبتلایان به اختلال اضطراب فراگیر برای محافظت در برابر تغییرات خلقی، پریشانی خود را حفظ می کنند، احتمال کمتری دارد که برای مدت طولانی روی هیجانات مثبت تمرکز کنند. در واقع، اختلال اضطراب فراگیر با کاهش هدفمند هیجانات مثبت مرتبط است - یک راهبرد تنظیم سرکوبگر که به عنوان «تفکر کشتن شادی» شناخته می شود (۴).

با توجه به آنچه گفته شد اختلال اضطراب فراگیر می تواند مزمن و مخرب باشد، از این رو به کارگیری مداخلات روانشناختی برای کاهش مشکلات این افراد مهم و پراهمیت است (۵)، چرا که اختلال اضطراب فراگیر ماهیت مزمن دارد، به دنبال دوره هایی از بهبودی کامل یا جزئی و عود علائم. در طی ۸ سال، ۴۳ درصد از مردان و ۳۶ درصد از زنان، دوره دیگری از اختلال اضطراب فراگیر را تجربه خواهند کرد (۶). بر اساس یک پژوهش از پاسخ دهندگانی که سابقه مادام العمر اختلال اضطراب فراگیر را گزارش کرده اند، ۴۸ درصد گزارش کردند که در سال گذشته اختلال اضطراب فراگیر را تجربه کرده اند (۷). بنابراین خطر بالای عود اختلال اضطراب فراگیر نیاز به درمان های موثر را برجسته و پراهمیت می سازد (۵). با توجه به این مشکلات از جمله نگرانی و همچنین عود بیماری، در این پژوهش به ارائه مداخلات روانشناختی برای کاهش این مشکلات

در بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر پرداخته شده است. یکی از مداخلات موثر بر کاهش مشکلات بیماران مبتلا به اضطراب فراگیر، درمان هیجان مدار است؛ به طوری که بر اساس نتایج تحقیقات اخیرا درمان هیجان مدار برای اختلال اضطراب فراگیر توسعه یافته است و در کارآزمایی های بالینی نتایج امیدوار کننده ای از آن به دست آمده است (۸، ۹، ۱۰ و ۱۱).

درمان هیجان مدار یک درمان مبتنی بر فرآیند و تجربی در سنت انسان گرایانه روان درمانی فرد محور و گشتالت است (۱۲). این به عنوان یک شکل مبتنی بر شواهد از درمان برای تعدادی از مشکلات روانشناختی، از جمله، اخیرا، اختلال اضطراب فراگیر ایجاد شده است (۱۳). درمان هیجان مدار از درمانگران می خواهد که هم روی آسیب پذیری عاطفی زیربنایی که مراجع نگران آن هستند و هم در سطح مبتنی بر علائم بیشتر کار کنند، جایی که علائم مرتبط با اضطراب مانند نگرانی یا اجتناب مورد توجه قرار می گیرد (۱۱). تیمولاک و مک الوانی (۱۱) و تیمولاک و کثوق (۱۴) پیشنهاد می کنند، کار اصلی در درمان اختلال اضطراب فراگیر تغییر آسیب پذیری عاطفی اصلی است (که در درمان هیجان مدار نیز به آن درد اصلی گفته می شود) و که این کار مرکزی فقط با کار در سطح علائم خاص اختلال اضطراب فراگیر، به عنوان مثال، تبدیل فرآیند نگرانی تکمیل می شود (۱۵). در درمان هیجان مدار، نگرانی را نوعی راهبرد خودمحافظتی در مقابل احساسات دردناک و مزمن اساسی مانند غم، شرم و ترس می داند و فرد با اضطراب و نگرانی، موجب ادامه علائم اختلال اضطراب فراگیر می شود (۱۱، ۱۶).

بر اساس پیشینه پژوهش درمان هیجان مدار اثرات مثبت و موثری بر کاهش مشکلات افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر دارد (۱۶) و در یک پژوهش که به مقایسه درمان شناختی-رفتاری با درمان هیجان مدار پرداخته اند نتایج نشان داده است که افت درمان در جلسات درمان هیجان مدار ۱۰ درصد ولی افت آزمودنی ها در جلسات درمان شناختی-رفتاری به میزان ۰/۲۷ درصد بوده است که این نتایج نشان دهنده آن است که درمان هیجان مدار یک درمان بالقوه امیدوار کننده برای بهبود مشکلات ناشی از اختلال اضطراب فراگیر است (۸). یکی دیگر از مداخلاتی که اثربخشی آن بر کاهش مشکلات بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر تایید شده است، شناخت درمانگری مبتنی بر ذهن آگاهی است (۱۷ و ۱۸). شناخت درمانگری مبتنی بر ذهن آگاهی، که تمرین و اصول ذهن آگاهی را با اجزای درمان شناختی-رفتاری ترکیب می کند، در ابتدا

برای جلوگیری از عود افسردگی در بیماران در حال بهبودی توسعه داده شد (۱۹). در سال‌های اخیر، مطالعات متعددی نشان داده‌اند که به جز راهبردهای پیشگیری از عود، مداخله مبتنی بر ذهن آگاهی، از جمله شناخت درمانگری مبتنی بر ذهن آگاهی، ممکن است علائم حاد اضطراب را نیز کاهش دهد (۲۰). متاآنالیز ۳۹ مطالعه با مجموع ۱۱۴۰ شرکت کننده نشان داد که مداخله مبتنی بر ذهن آگاهی تأثیرات قابل توجهی بر کاهش علائم اضطراب در افراد مبتلا به اختلالات اضطرابی دارد (۲۱).

در شناخت درمانگری مبتنی بر ذهن آگاهی، شرکت کنندگان می‌توانند یاد بگیرند که الگوهای پاسخ‌های عاطفی و تفکر منفی را شناسایی کنند تا به آنها کمک کند تا یک برنامه بحران ایجاد کنند و در صورت بروز افسردگی، ناامیدی و افکار خودکشی در آینده اقدام کنند (۲۲). شناخت درمانگری مبتنی بر ذهن آگاهی در مقایسه با نظریه‌های مشاوره کلاسیک مانند رفتار درمانی و شناختی، کارایی یکسان یا بیشتر را برای پیشگیری از عود اضطراب نشان داده‌اند (۲۳ و ۲۴). همانطور که گفته شد با توجه پژوهش‌های مختلفی که نشان داده‌اند که هم درمان هیجان‌مدار (۸، ۹، ۱۰، ۱۱، ۱۴ و ۱۶) و هم شناخت درمانگری مبتنی بر ذهن آگاهی (۱۷، ۱۸، ۲۳ و ۲۴) بر کاهش علائم اختلالات اضطرابی به ویژه اختلال اضطراب فراگیر اثربخشی معنادار دارند. اما مقایسه اثربخشی این دو درمان کمتر بر روی بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر انجام شده است. لذا در باب دلایل منطقی و علمی برای مقایسه این دو این درمان، می‌توان گفت که وقتی بتوان از بین رویکردها و مداخلات درمانی مختلف و اثربخش از نظر مطالعات تجربی، یک درمان اثربخش‌تر را نسبت به درمان‌های دیگر را شناسایی کرد می‌توان به روانشناسان و درمانگران که در حوزه اختلال اضطراب فراگیر فعالیت می‌کنند کمک کرد که از نتایج اینگونه تحقیقات استفاده کنند که چه نوع درمانی اثربخش‌تر است. به همین دلیل این پژوهش از تلویحات کاربردی در این زمینه، برای روانشناسان و درمانگران برخوردار است. لذا بر اساس آنچه گفته شد هدف از انجام پژوهش مقایسه اثربخشی درمان هیجان‌مدار و شناخت درمانگری مبتنی بر ذهن آگاهی بر نگرانی در بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر بوده است.

روش کار

روش پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری ۲ ماهه با گروه کنترل بود. جامعه آماری

پژوهش حاضر کلیه بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر مراجعه کننده به مراکز مشاوره و خدمات روانشناختی شمال و شمال غرب شهر تهران در سال ۱۴۰۲ بود. در این پژوهش از فرمول کوهن برای تعیین حجم نمونه استفاده شد. به این صورت که در سطح اطمینان ۹۵ درصد، حجم اثر ۰/۷۰ و توان آماری ۰/۹۱ برای هرگروه ۱۲ نفر تعیین شد. اما از آنجایی که احتمال ریزش برخی نمونه‌ها وجود دارد و در جهت تعمیم پذیری بیشتر نتایج حجم هر گروه ۱۵ نفر انتخاب شد (۱۵ نفر در گروه درمان هیجان‌مدار، ۱۵ نفر شناخت درمانگری مبتنی بر ذهن آگاهی و ۱۵ نفر گروه کنترل). کسب نمره ۱۰ و بالاتر از آن در مقیاس اختلال اضطراب فراگیر، داشتن حداقل مدرک تحصیلی دیپلم از ملاک‌های ورود به پژوهش بود. همچنین غیبت بیش از ۲ جلسه در جلسات درمانی، شرکت همزمان در دیگر دوره‌ها و مداخلات درمانی همزمان با پژوهش، ابتلا به سوء مصرف مواد مخدر و سیگار از ملاک‌های خروج از پژوهش بود. در زیر ابزارهای گردآوری داده‌ها آمده است.

مقیاس اختلال اضطراب فراگیر (Generalized Anxiety Disorder Scale): این مقیاس توسط Spitzer و همکاران در سال ۲۰۰۶ تهیه شده است و ۷ سوال دارد و پاسخ دهنده با انتخاب گزینه هیچ وقت صفر نمره، چند روز ۱ نمره، بیش از نیمی از روز ۲ نمره و تقریباً هر روز ۳ نمره کسب می‌کند (۲۵). دامنه نمرات بین ۰ تا ۲۱ است و نمره بالاتر نشان دهنده اضطراب فراگیر بیشتر در افراد پاسخ دهنده است. نمره ۱۰ و بیشتر به عنوان نقطه برش تعیین شده است (۲۶، ۲۷). سازندگان مقیاس ویژگی‌های روانسنجی مقیاس را بررسی و برای محاسبه پایایی از آلفای کرونباخ و ضریب بازآزمایی استفاده کرده‌اند که ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۲ و ضریب بازآزمایی با فاصله ۲ هفته ضریب همبستگی پیرسون ۰/۸۳ و معنادار در سطح ۰/۰۱ به دست آورده‌اند و علاوه بر این روایی مقیاس بررسی و روایی ملاکی (همزمان) آن محاسبه و ضرایب همبستگی با مقیاس سلامت عمومی Stewart و همکاران (۲۸) در دامنه ۰/۳۰ تا ۰/۷۵ و معنادار در سطح ۰/۰۱ گزارش شده است (۲۵). این مقیاس در ایران ترجمه و هنجاریابی شده است و پایایی و روایی آن محاسبه شده است که برای محاسبه پایایی از آلفای کرونباخ و ضریب بازآزمایی استفاده کرده‌اند که ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۵ و ضریب بازآزمایی با فاصله ۲ هفته ضریب همبستگی پیرسون ۰/۴۸ و معنادار در سطح ۰/۰۱ به دست آورده‌اند و روایی ملاکی (همزمان) آن بررسی و ضریب همبستگی با خرده مقیاس اضطراب چک لیست اختلالات روانی

است (۳۰). این پرسشنامه در ایران ترجمه و هنجاریابی شده است و برای بررسی روایی پرسشنامه با روش تحلیل عاملی تاییدی با روش تحلیل عاملی تاییدی بررسی و مقادیر نسبت کای اسکور به درجه آزادی (CMIN/DF)، شاخص برازش مقایسه‌ای (CFI) و خطای ریشه‌ی مجذور میانگین تقریب (RMSEA) به ترتیب ۳/۱۸، ۰/۹۱۰ و ۰/۰۷۰ به دست آورده اند و همچنین برای بررسی پایایی مقیاس از آلفای کرونباخ و ضریب بازآزمایی استفاده شده است که ضرایب کرونباخ برای نگرانی عمومی ۰/۹۰، فقدان نگرانی ۰/۶۰ و کل سوالات ۰/۸۸ گزارش شده است و ضرایب بازآزمایی با فاصله زمانی ۱ ماهه برای برای نگرانی عمومی ۰/۸۰، فقدان نگرانی ۰/۶۷ و کل سوالات ۰/۷۹ محاسبه شده است (۳۲). در این مطالعه ضرایب آلفای کرونباخ در پیش آزمون ۰/۸۲، پس آزمون ۰/۷۳ و پیگیری ۰/۹۰ گزارش شد.

مقاله حاضر برگرفته از پژوهش مصوب در شورای تخصصی پژوهش دانشگاه آزاد اسلامی و کمیته اخلاق پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی واحد شاهرورد مورخ ۱۴۰۲/۱۰/۲۳ به کد اخلاق شماره IR.IAU.SHAHROOD.REC.1402.083 است. شیوه تحلیل داده‌ها در دو سطح توصیفی (میانگین، انحراف معیار، درصد و فراوانی) و استنباطی (تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر، آزمون تعقیبی بن فرونی، آزمون تحلیل واریانس یک راهه و خی دو) بوده است. نرم افزار SPSS نسخه ۲۸ به منظور تحلیل داده‌ها استفاده شد.

(SCL-90 (Derogatis و همکاران (۲۹) ضریب همبستگی پیرسون ۰/۶۳ و معنادار در سطح ۰/۰۱ گزارش شده است (۲۶). در این مطالعه ضرایب آلفای کرونباخ در پیش‌آزمون ۰/۸۰، پس آزمون ۰/۸۳ و پیگیری ۰/۹۰ گزارش شد.

پرسشنامه نگرانی ایالت پنسیلوانیا (Penn State Worry Questionnaire): این پرسشنامه توسط Meyer و همکاران در سال ۱۹۹۰ تهیه شده است و شامل ۱۶ سوال و دو خرده مقیاس شامل نگرانی عمومی با سوالات ۲، ۴، ۵، ۶، ۷، ۹، ۱۲، ۱۳، ۱۴، ۱۵ و ۱۶؛ فقدان نگرانی با سوالات ۱، ۳، ۸، ۱۰ و ۱۱ را اندازه‌گیری می‌کند (۳۰). نمره گذاری آن در طیف لیکرت ۵ درجه‌ای است به این صورت که به هیچ وجه ۱ نمره، خیلی کم ۲ نمره، کم ۳ نمره، زیاد ۴ نمره و بسیار زیاد ۵ نمره تعلق می‌گیرد. سوالات ۱، ۳، ۸، ۱۰ و ۱۱ به صورت معکوس نمره گذاری می‌شود. دامنه نمرات بین ۱۶ تا ۶۴ است و نمره بیشتر نشان دهنده تجربه نگرانی بیشتر است (۳۰). سازندگان پرسشنامه برای بررسی پایایی آن از آلفای کرونباخ استفاده کرده‌اند که ضرایب در دامنه ۰/۸۶ تا ۰/۹۳ و ضرایب پایایی به روش بازآزمایی در طول یک دوره ۲ تا ۱۰ هفته‌ای ضرایب در دامنه ۰/۷۴ تا ۰/۹۳ و معنادار در سطح ۰/۰۱ به دست آورده‌اند و همچنین روایی ملاکی (همزمان) آن بررسی و ضریب همبستگی آن با سیاهه تجدیدنظر شده افسردگی (BDI-II) بک و همکاران (۳۱) بررسی و ضریب همبستگی پیرسون ۰/۳۶ و معنادار در سطح ۰/۰۱ گزارش شده

جدول ۱. جلسات درمان هیجان مدار اقتباس از تیمولاک و مک الوانی (۳۳)

گام	گام درمانی	اهداف درمانی
۱	ایجاد و حفظ رابطه همدلانه	آشنایی و برقراری رابطه درمانی برای ایجاد احساس امنیت، آشنایی با قوانین کلی درمان، ارزیابی ماهیت مشکل، ارزیابی اهداف و انتظارات از درمان
۲	قویت خودآسیب پذیر، افزایش آگاهی از هیجان و توسعه راهبردهای تنظیم هیجانی مثبتتر	درک معنای تجربه و ایجاد روایت منسجم در زندگی توسط مراجع، درک معنای عاملیت و اعتماد به نفس بیشتر، دستیابی به ظرفیتهای تنظیم هیجانی و باور به مقابله با مشکلات، ایجاد درون فکنی و خودگویی مثبت برای خلق خودپنداره مثبت.
۳	کار از طریق دوارگی اضطراب	شناسایی و کار روی اضطراب ثانویه، شناسایی پاسخ های هیجانی واکنشی ثانویه، مدیریت نشانگرها و تسهیل در دسترسی به احساسات هسته ای زیربنایی
۴	خنثی کردن یا بی اثر کردن برخورد منفی با خود و خودبازداری	شناسایی خود نگران و سرزنشگر برای تصحیح برخورد منفی با خود، شناسایی دوارگی خودانتقادگر و خودبازداری برای افزایش دستیابی به پذیرش و شفقت
۵	حل و فصل آسیب های هیجانی	شناسایی آسیب در دلبستگی اولیه و منابع عمیق اضطراب نشانهای، شناسایی تکالیف ناتمام، شناسایی درد هسته ای، دسترسی و ابراز هیجان خشم
۶	خودتسکینی مراجع	ارتقای توانایی مراجع در دریافت تجربه هیجانی و شفقت به خویش، آموزش خودتسکینی فیزیولوژیکی، مقابلهای و تبدیلی، افزایش ظرفیت تنظیم هیجان و خودتسکین دهی نهفته
۷	تحکیم یک روایت جدید	تثبیت معنای جدید، توانایی تأمل در تجربه و ایجاد روایت جدید در هویت، افزایش تاب آوری و هیجان سازگار اولیه.

جدول ۲. جلسات آموزش شناخت درمانگری مبتنی بر ذهن آگاهی اقتباس از سگال و همکاران (۱۹)

جلسات	هدف	محتوای جلسات
۱	معارفه و معرفی	معارفه، اجرای پیش‌آزمون، برقراری ارتباط بین اعضای گروه، هدایت خودکار، خوردن یک کشمش با آگاهی، مراقبه و آرسی جسمانی، اول تکلیف خانگی معطوف کردن توجه به فعالیت های روزمره و مراقبه و آرسی جسمانی ۴۵ دقیقه ای
۲	مقابله با موانع و مشکلات	مراقبه و آرسی جسمانی، تمرین افکار و احساسات، تکلیف خانگی ده دقیقه تنفس با حضور ذهن و معطوف کردن توجه به یک فعالیت روزمره به شیوه های متفاوت، ثبت گزارش روزانه از تجربه یک واقعه خوشایند.
۳	حضور ذهن بر روی تنفس	حرکت به شیوه حضور ذهن، تمرین تنفس و کشش، سه دقیقه فضای تنفس، تکلیف خانگی تمرین تنفس و کشش و حرکت به شیوه حضور ذهن و تمرین سه دقیقه ای تنفس سه بار در روز
۴	بودن در زمان حال	پنج دقیقه حضور ذهن دیداری با شنیداری، مراقبه نشسته، راه رفتن با حالت حضور ذهن، تکلیف خانگی مراقبه نشسته، فضای سه دقیقه ای تنفس به عنوان راهبرد مقابله ای در زمان تجربه احساسات ناخوشایند.
۵	پذیرش و اجازه	مراقبه نشسته، آگاهی از تنفس و بدن، تاکید بر آگاهی یابی از چگونگی واکنش دهی در برابر افکار، احساسات و حس های جسمانی، تکلیف خانگی مراقبه نشسته و سه دقیقه فضای تنفس.
۶	افکار نه حقایق	مراقبه نشسته، آگاهی از تنفس و بدن، تمرین خلق ها، افکار و دیدگاهی جایگزین آماده کردن شرکت کنندگان برای پایان دوره، چهل دقیقه انجام تمرین روزانه، تعمق و کار بیشتر روی برنامه عملی پیشگیری از عود.
۷	چگونگی مراقبت از خود	مراقبه نشسته، آگاهی از تنفس، بدن، اصوات، افکار و احساسات، پی بردن به روابط بین فعالیت و خلق، تکلیف شامل گزینش الگویی از تمامی انواع مختلف تمرین های دوره برای پیاده سازی بعد از دوره.
۸	جمع بندی نهایی	استفاده از آموخته ها برای کنار آمدن با وضعیت های خلقی در آینده، مراقبه و آرسی جسمانی، به پایان رساندن مراقبه، مروری بر آنچه در دوره گذشت، تکلیفی به عنوان انتخاب برنامه ای برای تمرین خانگی که شرکت کنندگان بتوانند آن را تا ماه بعد ادامه دهند و در نهایت اجرای پس آزمون.

یافته ها

بر اساس نتایج میانگین و انحراف معیار سن گروه درمان هیجان مدار $33/73$ و $5/351$ ؛ میانگین و انحراف معیار سن گروه شناخت درمانگری مبتنی بر ذهن آگاهی $31/20$ و $5/570$ و میانگین و انحراف معیار سن گروه کنترل $33/07$ و $4/026$ بود. میزان آماره F بدست آمده حاصل از مقایسه میانگین های ۳ گروه در متغیر سن برابر با $F=1/023$ می باشد که

این میزان به لحاظ آماری معنادار نمی باشد ($sig=0/368$) که نشان دهنده همتا بودن ۳ گروه از نظر سن می باشد. همچنین میزان آماره تحلیل خی دو ($Chi-Square$) آمده حاصل از مقایسه فراوانی و درصد ۳ گروه در متغیر تحصیلات برابر با $Chi-Square=10/648$ می باشد که این میزان به لحاظ آماری معنادار نمی باشد ($sig=0/100$) که نشان دهنده همتا بودن سه گروه از نظر تحصیلات می باشد.

جدول ۳. میانگین و انحراف معیار نگرانی

متغیرهای وابسته	مرحله	میانگین $\pm$ انحراف معیار
نگرانی عمومی	پیش آزمون	هیجان مدار $0/961 \pm 33/73$
	پس آزمون	ذهن آگاهی $1/014 \pm 34/20$
	پیگیری	کنترل $0/799 \pm 34/73$
فقدان نگرانی	پیش آزمون	هیجان مدار $1/981 \pm 28/27$
	پس آزمون	ذهن آگاهی $0/516 \pm 30/47$
	پیگیری	کنترل $0/976 \pm 34/67$
نمره کل نگرانی	پیش آزمون	هیجان مدار $1/265 \pm 19/20$
	پس آزمون	ذهن آگاهی $1/309 \pm 19/00$
	پیگیری	کنترل $1/280 \pm 18/93$
نمره کل نگرانی	پیش آزمون	هیجان مدار $0/907 \pm 16/27$
	پس آزمون	ذهن آگاهی $1/598 \pm 16/53$
	پیگیری	کنترل $1/447 \pm 18/67$
نمره کل نگرانی	پیش آزمون	هیجان مدار $1/233 \pm 52/93$
	پس آزمون	ذهن آگاهی $1/897 \pm 53/20$
	پیگیری	کنترل $1/543 \pm 53/67$
نمره کل نگرانی	پیش آزمون	هیجان مدار $2/774 \pm 44/53$
	پس آزمون	ذهن آگاهی $1/558 \pm 47/00$
	پیگیری	کنترل $1/907 \pm 53/27$
نمره کل نگرانی	پیش آزمون	هیجان مدار $2/532 \pm 44/87$
	پس آزمون	ذهن آگاهی $1/740 \pm 47/20$
	پیگیری	کنترل $1/920 \pm 53/40$

جدول ۳ میانگین و انحراف معیار نگرانی را نشان می دهد. بعد از بررسی مفروضه های آماری تحلیل واریانس مکرر، از این آزمون برای تحلیل داده ها گردآوری شده استفاده شد.

برای دانستن این مطلب که این تغییرات حاصل شده در پس آزمون و پیگیری به لحاظ آماری معنادار می باشند یا خیر، از تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر استفاده گردید.

مسعود شریف زاده و همکاران

پیش فرض برابری واریانس ها تایید شد. داده های تحقیق فرض همگنی ماتریس های واریانس-کوواریانس (ام باکس) را زیر سؤال نبرد؛ بنابراین این پیش فرض نیز رعایت شده است ($P > 0.05$). سطح معنی داری اثر تعامل گروه و پیش آزمون بزرگتر از 0.05 بود و این نشان دهنده همگنی شیب خط رگرسیون بود. با توجه به اینکه پیش فرض های استفاده از تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر رعایت شده است، می توان از این آزمون آماری استفاده نمود. در جدول 4 نتایج آزمون موچلی برای آزمون برابری واریانس ها و کوواریانس ها برای نگرانی آمده است.

جدول 4. نتایج آزمون موچلی برای آزمون برابری واریانس ها و کوواریانس ها برای نگرانی

متغیرهای وابسته	کرویت موچلی (W)	آماره ی کای دو	df	sig	تصحیح گرین هاوس-گیسر	اپسیلون
نگرانی عمومی	0.156	76/130	2	0.001	0.57	0.56
فقدان نگرانی	0.120	86/890	2	0.001	0.56	0.54
نمره کل نگرانی	0.166	76/133	2	0.001	0.58	0.52

پژوهش حاضر مقدار اپسیلون برای شاخص گرین هاوس-گیسر برای تمامی متغیرهای وابسته از 0.75 کوچکتر است، لذا از اپسیلون گرین هاوس-گیسر استفاده شده است. بنابراین با در نظر گرفتن تصحیح گرین هاوس-گیسر در جدول 5 نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر برای بررسی تفاوت نمونه پژوهش در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری گزارش شده است.

استفاده از این آزمون مستلزم رعایت چند پیش فرض اولیه است، این پیش فرض ها شامل نرمال بودن توزیع نمرات و همگنی واریانس ها می باشد که ابتدا پیش فرض ها بررسی شد. برای بررسی نرمال بودن از آزمون شاپیرو-ویلکز استفاده شد. از آنجایی که مقادیر آزمون شاپیرو-ویلکز در هیچ یک از مراحل معنی دار نبود ($P > 0.05$)، لذا می توان نتیجه گرفت که توزیع نمرات نرمال می باشد. جهت بررسی همگنی واریانس ها نیز از آزمون لوین استفاده شد. طبق نتایج، شاخص آماره آزمون لوین در سه مرحله ارزیابی به لحاظ آماری معنی دار نبود ($P > 0.05$) و بدین ترتیب

بر اساس نتایج جدول 4 نشان می دهد که آماره W موچلی برای متغیر نگرانی عمومی (0.156)، فقدان نگرانی (0.120) و نمره کل نگرانی (0.166) در سطح 0.001 معنادار است (مقدار آماره P value از 0.050 کوچکتر است). بنابر پیشنهاد Stevens (34) اگر مقدار اپسیلون بزرگتر از 0.75 باشد از تصحیح هیون-فلت و اگر اپسیلون کوچکتر از 0.75 باشد یا هیچگونه اطلاعاتی در مورد کرویت وجود نداشته باشد از تصحیح گرین هاوس-گیسر استفاده می شود. در

جدول 5. نتایج اثرات بین آزمودنی و درون آزمودنی (تصحیح گرین هاوس-گیسر) نگرانی

متغیرهای وابسته	منابع تغییر	آماره F	درجه آزادی	معنی داری	ضریب تاثیر	توان آماری
نگرانی عمومی	گروه	84/860	2	0.001	0.802	0.999
	زمان	219/876	1/085	0.001	0.840	0.999
	زمان×گروه	57/278	2/169	0.001	0.732	0.999
فقدان نگرانی	گروه	5/620	2	0.007	0.211	0.833
	زمان	95/038	1/064	0.001	0.602	0.999
	زمان×گروه	12/327	2/128	0.001	0.370	0.995
نمره کل نگرانی	گروه	49/603	2	0.001	0.703	0.999
	زمان	259/324	1/085	0.001	0.861	0.999
	زمان×گروه	60/341	2/169	0.001	0.742	0.999

($F=5/630$)، کاهش فقدان نگرانی ($sig=0.001$)، ($F=84/860$) و نمره کل نگرانی ($sig=0.001$)، ($F=49/603$)

نتایج جدول 5 نشان داد که درمان هیجان مدار و شناخت درمانگری مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش نگرانی عمومی

برای بررسی ماندگاری نتایج در مرحله پیگیری در جدول ۶ آمده است.

بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر تاثیر معنادار دارد. در ادامه مقایسه ی دو به دوی میانگین تعدیل مراحل آزمون (پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری) بر کاهش نگرانی

جدول ۶. نتایج آزمون تعقیبی بن فرونی نگرانی برای بررسی پایداری نتایج

متغیرهای وابسته	مراحل	میانگین تعدیل شده	تفاوت مراحل	تفاوت میانگین	معناداری
نگرانی عمومی	پیش آزمون	۳۴/۲۲۲	پیش آزمون-پس آزمون	۳/۱۱۱	۰/۰۰۱
	پس آزمون	۳۱/۱۱۱	پیش آزمون-پیگیری	۳/۰۰۰	۰/۰۰۱
	پیگیری	۳۱/۲۲۲	پس آزمون-پیگیری	-۰/۱۱۱	۰/۰۷۹
فقدان نگرانی	پیش آزمون	۱۷/۳۱۱	پیش آزمون-پس آزمون	۱/۸۸۹	۰/۰۰۱
	پس آزمون	۱۷/۳۷۸	پیش آزمون-پیگیری	۱/۷۷۸	۰/۰۰۱
	پیگیری	۱۸/۷۷۸	پس آزمون-پیگیری	۰/۱۱۱	۰/۰۷۳
نمره کل نگرانی	پیش آزمون	۵۳/۲۶۷	پیش آزمون-پس آزمون	۵/۰۰۰	۰/۰۰۱
	پس آزمون	۴۸/۲۶۷	پیش آزمون-پیگیری	۴/۷۷۸	۰/۰۰۱
	پیگیری	۴۸/۴۸۹	پس آزمون-پیگیری	-۰/۲۲۲	۰/۰۵۹

مرحله پس آزمون تاثیر داشته است و اثرات درمانی آن بعد از ۲ ماه ماندگار و پایدار بوده است. در جدول ۷ نتایج آزمون تعقیبی نگرانی برای بررسی درمان اثربخش تر آمده است.

بر اساس نتایج جدول ۶ درمان هیجان مدار و شناخت درمانگری مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش نگرانی عمومی ($\text{sig}=0/079, -0/111$)، کاهش فقدان نگرانی ($\text{sig}=0/073, -0/222$) و نمره کل نگرانی ($\text{sig}=0/059, -0/222$) در

جدول ۷. نتایج آزمون تعقیبی نگرانی برای بررسی درمان اثربخش تر

متغیر وابسته	گروه	میانگین تعدیل شده	تفاوت میانگین ۲ گروه	تفاوت میانگین	معناداری
نگرانی عمومی	درمان هیجان مدار	۳۰/۱۳۳	تفاضل هیجان مدار- ذهن آگاهی	-۱/۶۲۲	۰/۰۰۱
	درمان ذهن آگاهی	۳۱/۷۵۶	تفاضل هیجان مدار - گروه کنترل	-۴/۵۳۳	۰/۰۰۱
	کنترل	۳۴/۶۶۷	تفاضل ذهن آگاهی- گروه کنترل	-۲/۹۱۱	۰/۰۰۱
فقدان نگرانی	درمان هیجان مدار	۱۷/۳۱۱	تفاضل هیجان مدار- ذهن آگاهی	-۰/۰۶۷	۰/۹۹۹
	درمان ذهن آگاهی	۱۷/۳۷۸	تفاضل هیجان مدار - گروه کنترل	-۱/۴۶۷	۰/۰۱۵
	کنترل	۱۸/۷۷۸	تفاضل ذهن آگاهی- گروه کنترل	-۱/۴۰۰	۰/۰۲۱
نمره کل نگرانی	درمان هیجان مدار	۴۷/۷۷۷	تفاضل هیجان مدار- ذهن آگاهی	-۱/۶۸۹	۰/۰۲۸
	درمان ذهن آگاهی	۴۹/۱۳۳	تفاضل هیجان مدار - گروه کنترل	-۶/۰۰۰	۰/۰۰۱
	کنترل	۵۳/۴۴۴	تفاضل ذهن آگاهی- گروه کنترل	-۴/۳۱۱	۰/۰۰۱

بحث

هدف از پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی درمان هیجان مدار و شناخت درمانگری مبتنی بر ذهن آگاهی بر نگرانی در بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر بود. نتایج نشان داد که درمان هیجان مدار نسبت به شناخت درمانگری مبتنی بر ذهن آگاهی تاثیر بیشتری بر کاهش نگرانی در بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر دارد. این نتیجه به دست آمده با نتایج تحقیقات قبلی همسویی دارد. (۸، ۹، ۱۰، ۱۱،

با توجه به جدول ۷ نتایج نشان داد که تفاوت میانگین گروه درمان هیجان مدار با گروه کنترل بیشتر از تفاوت میانگین گروه شناخت درمانگری مبتنی بر ذهن آگاهی با گروه کنترل است که این نشان دهنده آن است که درمان هیجان مدار اثربخشی بیشتری نسبت به شناخت درمانگری مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش نگرانی عمومی ($\text{sig}=0/073, -0/222$)، کاهش فقدان نگرانی ($\text{sig}=0/059, -0/222$) و نمره کل نگرانی ($\text{sig}=0/079, -0/111$) دارد.

اضطراب فراگیر این مهارت‌ها به آنان ارائه می‌شود که همه انواع هیجانات در زندگی دارای نقشی اساسی و مهم می‌باشند. در درمان هیجان مدار هدف حذف هیجانات نیست، بلکه هدف کشف، سازگاری و تحمل کردن هیجانات می‌باشد. همچنین می‌توان گفت که در نظریه درمان هیجان مدار، زمانی که فرد اضطراب را تجربه می‌کند، به دلیل فعال شدن خاطرات طرحواره‌ای هیجانی از تجربیات مضر و دردناکی که در غیاب محافظت، تسکین و حمایت تحمل می‌کردند، خود به عنوان ترسناک و آسیب‌پذیر سازمان‌دهی می‌شود. کار با اضطراب می‌تواند پیچیده تر از کار با افسردگی باشد. اختلال اضطراب فراگیر اغلب از سال‌ها غفلت، طرد شدن، رها شدن و سوء استفاده عاطفی ناشی می‌شود. درمانگران هیجان مدار در ارائه یک رابطه گرم، حمایتی، پذیرنده و همدلانه به طور مداوم صبور هستند، به طوری که مراجع می‌تواند احساس قوی تری از خود، خودسازماندهی مثبت تری ایجاد کند و کار تحول عاطفی را انجام دهند. موفقیت آخر مستلزم آن است که مراجع احساسات دردناک ترس، غم و شرم خود را در نتیجه آسیب‌های عاطفی و دلبستگی پردازش کند، و بنابراین، خود دلسوزتر و خودپذیرتر شود و از این طریق میزان نگرانی خود را کمتر کنند. لذا منطقی است گفته شود که درمان هیجان مدار نسبت به شناخت درمانگری مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش نگرانی در بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر اثربخش تر است.

از جمله محدودیت‌های این پژوهش آن بود که تنها به بررسی بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر شهر تهران پرداخته شده است و تنها ابزار گردآوری برای شناسایی افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر پرسشنامه خودگزارشی بوده است که این می‌تواند باعث شود بیماران پاسخ‌های جامع‌پسند به سوالات پرسشنامه بدهند. برای رفع این محدودیت‌ها پیشنهاد می‌شود پژوهش‌هایی در سایر شهرها انجام شود و علاوه بر استفاده از پرسشنامه‌ها از سایر ابزارها مانند مصاحبه نیز استفاده شود. پیشنهاد می‌شود چنین مطالعاتی را در نمونه‌های دیگر از جمله بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر به تفکیک جنسیت تکرار شود و به مقایسه جنسیتی نیز پرداخته شود. مرحله پیگیری در این پژوهش ۲ ماهه بود، بر این اساس پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های بعد با لحاظ کردن مرحله پیگیری بلندمدت تر و طولانی‌تر (بیش از شش ماه یا حتی یک

۱۴،۱۶) که درمان هیجان مدار را درمانی اثربخش و غالب برای اختلال اضطراب فراگیر دانسته‌اند و اثربخشی آن را نشان داده‌اند. در تبیین این نتیجه به دست آمده مبنی بر اثربخش بودن درمان هیجان مدار نسبت به شناخت درمانگری مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش نگرانی در بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر می‌توان گفت که اختلال اضطراب فراگیر یک اختلال اضطرابی است که با اضطراب و نگرانی بیش از حد مشخص می‌شود و نگرانی به عنوان یکی از ویژگی‌های کلیدی اختلال اضطراب فراگیر دیده می‌شود. چندین مدل شناختی-رفتاری کار با نگرانی در اختلال اضطراب فراگیر وجود دارد (۱۵). اخیراً، تلاش‌هایی برای تطبیق درمان هیجان مدار برای اختلال اضطراب فراگیر صورت گرفته است (۱۶،۳۵). این درمان، ریشه اختلالات را عدم انطباق تجربه هیجانی و همچنین تجارب تجارب غفلت، طرد و آسیب از سوی دیگران می‌داند (۳۶). مطالعه Koerner و همکاران (۳۷) نیز نشان دادند داده است درمان هیجان مدار از طریق نظم بخشی هیجانی می‌تواند نگرانی، اجتناب شناختی و باورهای مثبت نگرانی که نقش عمده‌ای در اختلالات اضطرابی به ویژه اختلال اضطراب فراگیر دارند را کنترل کنند. افزون بر این می‌توان گفت که مدل اجتناب از تغییر نگرانی فرض می‌کند افرادی که در معرض خطر نگرانی‌های پاتولوژیک و علائم اختلال اضطراب فراگیر هستند منحصراً ترس از تغییر هیجانات، از هیجانات خنثی یا مثبت به حالت هیجانی منفی را دارند و در نتیجه نگرانی را برای حفظ هیجانات منفی به منظور نظم دادن به جلوگیری از تغییرات یا تقابلات منفی استفاده می‌کنند (۳۸).

لذا بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر حساسیت بیشتری نسبت به هیجانات مرتبط با وقایع منفی غیرمنتظره دارند و این نگرانی ویژگی مهم پاتولوژیک اختلال اضطراب فراگیر منجر به طولانی شدن این اختلال می‌شود، بنابراین یک حالت عاطفی منفی را حفظ می‌کند تا مانع عاطفه منفی یا تجربه متقابل شود. بنابراین می‌توان گفت که نگرانی یکی از خصوصیات بارز بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر است و این درمان تأکید اساسی بر روی نگرانی دارد، یکی از قسمت‌های مهم درمان، درک ماهیت عواطف و بالا بردن میزان آگاهی مرتبط با عواطف است، این مهارت را به وسیله فنون درمان هیجان مدار ارائه می‌دهد، در جلسات درمانی به افراد مبتلا به بیماری

که درمان هیجان مدار تاثیر بیشتری دارد. می توان نتیجه گیری کرد که درمان هیجان مدار دارای اثربخشی بیشتری است و این برای مراکز مشاوره و خدمات روانشناختی کاربرد دارد تا بتوانند از نتایج این پژوهش در افراد کاهش و بهبود مشکلات افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر استفاده کنند و این پژوهش نقش مهم این درمان را برای بهبود مشکلات این افراد برجسته کرده است.

سیاسکزاری

از همه شرکت کنندگانی (افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر) که به سوالات پژوهش پاسخ دادند و در پژوهش شرکت کردند نهایت تشکر و قدردانی می شود.

تضاد منافع

بنا بر اظهار نویسندگان، این مقاله حامی مالی و تعارض منافع ندارد.

References

1. LaFreniere, L. S., & Newman, M. G. (2020). Exposing worry's deceit: Percentage of untrue worries in generalized anxiety disorder treatment. *Behavior Therapy*, 51 (3), 413-423. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2019.07.003>
2. American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5thed.). Washington, DC. American Psychiatric Press
3. Newman, M. G., & Llera, S. J. (2011). A novel theory of experiential avoidance in generalized anxiety disorder: A review and synthesis of research supporting a contrast avoidance model of worry. *Clinical psychology review*, 31 (3), 371-382. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2011.01.008>
4. Quoidbach, J., Berry, E. V., Hansenne, M., & Mikolajczak, M. (2010). Positive emotion regulation and well-being: Comparing the impact of eight savoring and dampening strategies. *Personality and individual differences*, 49 (5), 368-373. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2010.03.048>
5. Garner, A. R., & Stuart, G. L. (2023). Integrating mindfulness and acceptance into traditional cognitive behavioral therapy during the covid-19 pandemic: A case study of an adult man with generalized anxiety disorder. *Clinical*

سال) به به بررسی تداوم و ماندگاری درمان هیجان مدار و شناخت درمانگری مبتنی بر ذهن آگاهی پرداخته شود. بر اساس نتایج پژوهش می توان به طور کاربردی پیشنهاداتی را مطرح کرد. به طوری که پیشنهاد می شود که درمانگران و متخصصان روانشناسی این حوزه از این گونه مداخلات درمانی جهت کاهش مشکلات بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر استفاده نمایند. لذا سازمان نظام روانشناسی و مشاوره ایران و مراکز مشاوره و خدمات روانشناختی که متولی برنامه ریزی و درمان در زمینه اختلالات روانشناختی هستند می توانند از نتایج این گونه تحقیقات برای بهبود مشکلات بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر استفاده کنند.

نتیجه گیری

نتایج نشان داد هر دو مداخله مذکور تاثیر معناداری بر کاهش نگرانی داشته اند. نتایج آزمون تعقیبی بن فرونی نشان داد

- Case Studies, 22 (2), 120-137. <https://doi.org/10.1177/15346501221123568>
6. Yonkers, K. A., Bruce, S. E., Dyck, I. R., & Keller, M. B. (2003). Chronicity, relapse, and illness—course of panic disorder, social phobia, and generalized anxiety disorder: findings in men and women from 8 years of follow-up. *Depression and anxiety*, 17 (3), 173-179. <https://doi.org/10.1002/da.10106>
7. Ruscio, A. M., Hallion, L. S., Lim, C. C., Aguilar-Gaxiola, S., Al-Hamzawi, A., Alonso, J., ... & Scott, K. M. (2017). Cross-sectional comparison of the epidemiology of DSM-5 generalized anxiety disorder across the globe. *JAMA psychiatry*, 74 (5), 465-475. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry2017.0056>
8. Timulak, L., Keogh, D., Chigwedere, C., Wilson, C., Ward, F., Hevey, D., Griffin, P., Jacobs, L., Hughes, S., Vaughan, C., Beckham, K., & Mahon, S. (2022). A comparison of emotion-focused therapy and cognitive-behavioral therapy in the treatment of generalized anxiety disorder: Results of a feasibility randomized controlled trial. *Psychotherapy*, 59 (1), 84-95. <https://doi.org/10.1037/pst0000427>
9. O'Connell Kent, J. A., Jackson, A., Robinson, M., Rashleigh, C., & Timulak, L. (2021). Emotion-focused therapy for symptoms of

- generalised anxiety in a student population: An exploratory study. *Counselling and Psychotherapy Research*, 21 (2), 260-268. <https://doi.org/10.1002/capr.12346>
10. Timulak, L., Keogh, D., Chigwedere, C., Wilson, C., Ward, F., Hevey, D., ... & Irwin, B. (2018). A comparison of emotion-focused therapy and cognitive-behavioural therapy in the treatment of generalised anxiety disorder: study protocol for a randomised controlled trial. *Trials*, 19 (1), 1-11. <https://doi.org/10.1037/pst0000427>
11. Timulak, L., & McElvaney, J. (2016). Emotion-focused therapy for generalized anxiety disorder: An overview of the model. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 46 (1), 41-52. <http://dx.doi.org/10.1007/s10879-015-9310-7>
12. Greenberg, L. S., Rice, L. N., & Elliott, R. (1993). *Facilitating emotional change: The moment-by-moment process*. Guilford Press. <https://www.guilford.com/books/Facilitating-Emotional-Change/Greenberg-Rice-Elliott/9781572302013>
13. O'Brien, K., O'Keeffe, N., Cullen, H., Durcan, A., Timulak, L., & McElvaney, J. (2019). Emotion-focused perspective on generalized anxiety disorder: A qualitative analysis of clients' in-session presentations. *Psychotherapy research*, 29 (4), 524-540. <https://doi.org/10.1080/10503307.2017.1373206>
14. Timulak, L., & Keogh, D. (2022). *Transdiagnostic emotion-focused therapy: A clinical guide for transforming emotional pain*. American Psychological Association. <https://www.apa.org/pubs/books/transdiagnostic-emotion-focused-therapy>
15. Murphy, J., Rowell, L., McQuaid, A., Timulak, L., O'Flynn, R., & McElvaney, J. (2017). Developing a model of working with worry in emotion-focused therapy: A discovery-phase task analytic study. *Counselling and Psychotherapy Research*, 17 (1), 56-70. <http://dx.doi.org/10.1002/capr.12089>
16. Watson, J. C., & Greenberg, L. S. (2017). *Emotion - focused therapy for generalized anxiety*. American Psychological Association. <https://www.apa.org/pubs/books/4317438>
17. Nikbagha, S. M., Tabesh Mofrad, N., Naseri Manesh, M., Karami, S. (2023). The effect of Mindfulness-based cognitive therapy in Anxiety sensitivity, Deficits in emotional processing and Distress tolerance of Nurses with Symptoms of Generalized Anxiety Disorder. *Iranian Journal of Psychiatric Nursing*, 11 (1), 52-64. [In Persian]. <http://dx.doi.org/10.22034/IJPN.11.1.52>
18. Williams, M., Honan, C., Skromanis, S., Sanderson, B., & Matthews, A. J. (2023). Psychological Outcomes and Mechanisms of Mindfulness-Based Training for Generalised Anxiety Disorder: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Current Psychology*, 1 (2), 1-23. <http://dx.doi.org/10.1007/s12144-023-04695-x>
19. Segal, Z., Williams, M., & Teasdale, J. (2018). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression*. Guilford Publications. <https://www.guilford.com/books/>
20. Jiang, S. S., Liu, X. H., Han, N., Zhang, H. J., Xie, W. X., Xie, Z. J., ... & Huang, X. B. (2022). Effects of group mindfulness-based cognitive therapy and group cognitive behavioural therapy on symptomatic generalized anxiety disorder: a randomized controlled noninferiority trial. *BMC psychiatry*, 22 (1), 1-11. <https://doi.org/10.1186/s12888-022-04127-3>
21. Hofmann, S. G., Sawyer, A. T., Witt, A. A., & Oh, D. (2010). The effect of mindfulness-based therapy on anxiety and depression: A meta-analytic review. *Journal of consulting and clinical psychology*, 78 (2), 169-179. <https://doi.org/10.1037/a0018555>
22. Segal, Z. V., Anderson, A. K., Gulamani, T., Dinh Williams, L.-A., Desormeau, P., Ferguson, A., Walsh, K., & Farb, N. A. S. (2019). Practice of therapy acquired regulatory skills and depressive relapse/recurrence prophylaxis following cognitive therapy or mindfulness based cognitive therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 87 (2), 161-170. <https://doi.org/10.1037/ccp0000351>
23. Torres-Platas, S. G., Escobar, S., Belliveau, C., Wu, J., Sasi, N., Fotso, J., ... & Rej, S. (2019). Mindfulness-based cognitive therapy intervention for the treatment of late-life depression and anxiety symptoms in primary care: a randomized controlled trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 88 (4), 254-256. <https://doi.org/10.1159/000501214>
24. Burgess, E. E., Selchen, S., Diplock, B. D., & Rector, N. A. (2021). A brief mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) intervention as a population-level strategy for anxiety

- and depression. *International Journal of Cognitive Therapy*, 14 (2), 380-398. <https://doi.org/10.1007/s41811-021-00105-x>
25. Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J. B., & Löwe, B. (2006). A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. *Archives of internal medicine*, 166 (10), 1092-1097. <https://doi.org/10.1001/archinte.166.10.1092>
26. Naeinian, M., Shaeiri, M., Sharif, M., & Hadian, M. (2011). To Study Reliability and Validity for A Brief Measure for Assessing Generalized Anxiety Disorder (GAD-7). *Clinical Psychology and Personality*, 9 (1), 41-50. [In Persian]. <https://dorl.net/dor/20.1001.1.23452188.1390.9.1.5.7>
27. Johnson, S. U., Ulvenes, P. G., Øktedalen, T., & Hoffart, A. (2019). Psychometric properties of the GAD-7 in a heterogeneous psychiatric sample. *Frontiers in psychology*, 10 (1), 1-10. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.01713>
28. Stewart, A. L., Hays, R. D., & Ware Jr, J. E. (1988). The MOS short-form general health survey: reliability and validity in a patient population. *Medical care*, 1 (1), 724-735. <https://doi.org/10.1097/00005650-198807000-00007>
29. Derogatis, L. R., Lipman, R. S., & Covi, L. (1977). SCL-90. Administration, scoring and procedures manual-I for the R (revised) version and other instruments of the Psychopathology Rating Scales Series. Chicago: Johns Hopkins University School of Medicine. <http://www.westerparc.nl/wp-content/uploads/2011/12/SCL-90-Engels.pdf>
30. Meyer, T. J., Miller, M. L., Metzger, R. L., & Borkovec, T. D. (1990). Development and validation of the penn state worry questionnaire. *Behaviour research and therapy*, 28 (6), 487-495. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(90\)90135-6](https://doi.org/10.1016/0005-7967(90)90135-6)
31. Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. (1996). Beck depression inventory-II. *Psychological assessment*. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/t00742-000>
32. Dehshiri, G., Golzari, M., Borjali, A., & Sohrabi, F. (2009). Psychometrics Particularity of Farsi Version of Pennsylvania State Worry Questionnaire for College Students. *Journal of Clinical Psychology*, 1 (4), 67-75. <https://doi.org/10.22075/jcp.2017.1988>
33. Timulak, L., & McElvaney, J. (2017). Transforming generalized anxiety: An emotion-focused approach. Routledge. <https://www.routledge.com/>
34. Torabi, A.A., Afrooz, G.A., Hassani, F., & Golshani, F. (2021). Designing a Family-Centered Behavioral Management Program (FBMP) and Evaluating its Effectiveness in Marital Satisfaction of Parents of Children with ADHD. *Quarterly Journal Family and Research*, 18 (3), 25-42. [In Persian]. <http://dorl.net/dor/20.1001.1.26766728.1400.18.3.2.5>
35. Keogh, D., & Timulak, L. (2023). "It's wrong to relax, you have to be on the go, go, go, all the time": Emotional transformation in a case of emotion-focused therapy for generalised anxiety disorder. *Counselling and Psychotherapy Research*, 1 (1), 1-10. <https://doi.org/10.1002/capr.12693>
36. Greenberg, L. S., & Goldman, R. N. (2008). Emotion-focused couples therapy: The dynamics of emotion, love, and power. *American Psychological Association*. <https://psycnet.apa.org/record/2008-17822-005>
37. Koerner, N., Mejia, T., & Kusec, A. (2017). What's in a name? Intolerance of uncertainty, other uncertainty-relevant constructs, and their differential relations to worry and generalized anxiety disorder. *Cognitive Behaviour Therapy*, 46 (2), 141-161. <https://doi.org/10.1080/16506073.2016.1211172>
38. Crouch, T. A., Lewis, J. A., Erickson, T. M., & Newman, M. G. (2017). Prospective investigation of the contrast avoidance model of generalized anxiety and worry. *Behavior therapy*, 48 (4), 544-556. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2016.10.001>