

# مقایسه اثربخشی مداخلات گروهی بین فردی روان‌پویشی و هیجان‌محور بر اختلال اضطراب فراگیر نوجوانان دختر

زینب ارجایی<sup>۱</sup>، رضا کرمی‌نیا<sup>۲\*</sup>، محسن احمدی طهور سلطانی<sup>۳</sup>

۱. دانشجوی دکتری روانشناسی عمومی، گروه روانشناسی، واحد علوم تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

۲. استاد، گروه روانشناسی، دانشکده علوم رفتاری، دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله، تهران، ایران. (نویسنده مسئول)

۳. دانشیار، گروه روانشناسی، دانشکده علوم رفتاری، دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله، تهران، ایران.

## چکیده

**مقدمه:** هدف پژوهش بررسی و مقایسه اثربخشی دو مداخله گروهی بین فردی روان‌پویشی و هیجان‌محور بر اختلال اضطراب فراگیر نوجوانان دختر بود.

**روش:** روش پژوهش از نوع آزمایشی با گروه گواه و طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری بود. جامعه آماری شامل تمامی نوجوانان دختر ۱۵ تا ۱۷ سال دارای اختلال اضطراب فراگیر مدارس شهر شیراز در سال تحصیلی ۹۶-۱۳۹۵ بود. از این میان، تعداد ۴۵ نوجوان با روش نمونه‌گیری خوشه‌ای انتخاب و به طور تصادفی در دو گروه آزمایشی و گروه گواه و در هر گروه ۱۵ نفر گمارده شدند. ابزار پژوهش، مقیاس اختلال اضطراب فراگیر-۷ بود که در سه مرحله و برای هر سه گروه اجرا شد. درمان بین فردی روان‌پویشی طی ۱۶ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای، و درمان هیجان‌محور طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای، یک بار در هفته، بر روی گروه‌های آزمایشی اجرا شدند. برای تحلیل داده‌ها از آزمون تحلیل واریانس مکرر و آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شد.

**نتایج:** نتایج نشان داد که دو مداخله گروهی بین فردی روان‌پویشی و هیجان‌محور در کاهش اختلال اضطراب فراگیر تأثیر معنی‌داری داشتند، اما میان اثربخشی آن‌ها تفاوت معنی‌داری وجود نداشت. این نتایج در پیگیری سه ماهه نیز پایدار بودند و تنها اثر درمان هیجان‌محور بر کاهش اختلال اضطراب فراگیر، پایدار باقی‌نمانده بود.

**بحث و نتیجه‌گیری:** درمان بین فردی روان‌پویشی گروهی و درمان هیجان‌محور گروهی می‌توانند به عنوان روش‌های مداخله‌ای مؤثر برای اختلال اضطراب فراگیر در نوجوانان دختر به کار روند.

**کلیدواژه‌ها:** روان‌درمانی بین فردی روان‌پویشی گروهی، درمان هیجان‌محور گروهی، اختلال اضطراب فراگیر، نوجوانان دختر.

\*Email: reza.karaminia@gmail.com

این مقاله برگرفته از پایان‌نامه دکتری نویسنده اول است.

نشریه علمی

## روان‌شناسی بالینی و شخصیت

دوره ۱۷، شماره ۱، پیاپی ۳۲  
بهار و تابستان ۱۳۹۸  
صص: ۶۱-۷۰

تاریخ دریافت: ۱۳۹۶/۰۵/۲۲

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۶/۱۰/۲۰

## مقاله پژوهشی

Journal of

## Clinical Psychology & Personality

Vol. 17, No. 1, Serial 32

Spring & Summer  
2019

pp.: 61-70

## مقدمه

اختلال اضطراب فراگیر<sup>۱</sup> یکی از شایع‌ترین اختلالات روان‌پزشکی در میان نوجوانان است [۱] و در نسخه پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی<sup>۲</sup>، به صورت نگرانی شدید و پایدار در مورد تعدادی از فعالیت‌ها و اتفاقات زندگی تعریف شده، که به مدت ۶ ماه ادامه دارد و با نشانه‌های خاص مانند برانگیختگی، تنش عضلانی و گوش به زنگی همراه است [۲].

بر اساس مطالعات همه‌گیرشناسی، شیوع اختلال اضطراب فراگیر در نوجوانان بین ۳ تا ۵ درصد بوده و در دختران بیش از پسران است [۳]. این اختلال در نوجوانان، همبودی بالایی با سایر اختلالات اضطرابی و افسردگی دارد [۴] و منجر به آسیب جدی در زمینه‌های مهم عملکرد نوجوان، مانند فعالیت‌های اجتماعی، مدرسه، روابط با همسالان و خانواده می‌شود [۵، ۶]. همچنین اختلال اضطراب فراگیر بسیار پایدار است [۷] و در صورت درمان نشدن تا بزرگسالی حفظ می‌شود، شدت پیدا می‌کند و احتمال همبودی اختلالاتی مانند افسردگی و سوء مصرف مواد را در آینده را افزایش می‌دهد [۸]. با توجه به نرخ بالای شیوع اختلال اضطراب فراگیر در نوجوانان، افزایش شدت نشانه‌ها در طول زمان، و مشکل درمان پس از گسترش آن، تلاش برای تشخیص و درمان زودهنگام این اختلال امری حیاتی است [۸].

شروع زودهنگام اختلال اضطراب فراگیر، پژوهشگران را بر آن داشته تا بر روی نقش تجارب سال‌های کودکی در ایجاد این اختلال تمرکز کنند [۹، ۱۰، ۱۱، ۱۲]. بر اساس این پژوهش‌ها، اضطراب فراگیر در نوجوانان به شدت با ادراک آنان از رفتارهای مراقبین اولیه ارتباط دارد. در واقع ادراک نوجوان از میزان دسترسی‌پذیری و پاسخگویی مراقب اولیه در هنگام مشکل، بر روی تصور وی از تهدید و همچنین میزان اطمینان به خود و دیگران برای مقابله با آن تأثیر می‌گذارد و احساس فراگیر بودن خطر را ایجاد می‌کند [۱۳].

پژوهش‌ها، کلیمسترا، برانج، ماهلمن و استپلس نشان می‌دهد که نوجوانان دارای اختلال اضطراب فراگیر بیش از نوجوانان فاقد این اختلال دو رفتار طرد و کنترل را از سوی والدین ادراک کرده‌اند [۹]. در مطالعه‌ای دیگر، اجیکت، برون، هال و موس، نشان دادند که این رفتارها از طریق کاهش عزت نفس، استقلال و روابط اجتماعی نوجوان،

آسیب‌پذیری وی را در مقابل خطر افزایش می‌دهند. بنابراین به نظر می‌آید، برای درمان مؤثر اختلال اضطراب فراگیر در نوجوانان، توجه به این تجارب اولیه آسیب‌زا ضرورت دارد [۱۰].

با وجود آنکه اهمیت نقش تجارب کودکی در ایجاد بسیاری از اختلالات در نوجوانان بر کسی پوشیده نیست، اما مداخلات روان‌شناختی در این زمینه بخش کوچکی از پیشینه پژوهشی را به خود اختصاص داده‌اند [۱۴]. لذا در این پژوهش به بررسی تعیین اثربخشی درمان بین‌فردی روان‌پوشی گروهی<sup>۳</sup> بر اختلال اضطراب فراگیر در نوجوانان دختر پرداخته ایم.

درمان بین‌فردی روان‌پوشی گروهی، یکی از مؤثرترین مداخلات با تمرکز بر تجارب آسیب‌زای اولیه می‌باشد که توسط تسکا، میکائیل و هویت و از ترکیب رویکرد روان‌پوشی مالان<sup>۴</sup> و گروه درمانی یالوم و لسزس<sup>۵</sup> ساخته شده است [۱۵]. این رویکرد فرض می‌کند که روابط آسیب‌زا با مراقب اولیه، بر ادراک خود و دیگران اثر می‌گذارد و تحت عنوان الگوی ارتباطی چرخه‌ای<sup>۶</sup> تا بزرگسالی حفظ می‌شود. این الگوها به طور معمول در تعامل با دیگران مورد استفاده قرار می‌گیرند و منجر به بروز تعارضات میان فردی و در نتیجه تجربه هیجانات منفی می‌شوند. فرد برای کاهش این هیجانات، نشانه‌های اختلال اضطراب فراگیر را به عنوان پاسخ دفاعی ناسازگارانه ایجاد می‌کند. بنابراین درمان بین‌فردی روان‌پوشی گروهی با کشف، تفسیر و اصلاح الگوهای ارتباطی چرخه‌ای، به افراد کمک می‌کند تا تعارضات میان فردی و استفاده از مکانیسم‌های دفاعی ناسازگار را به حداقل برسانند و از این طریق نشانه‌های اختلال را کاهش دهند [۱۶].

تسکا و همکارانش در مطالعه‌ای تأثیر درمان بین‌فردی روان‌پوشی گروهی را با نقش میانجی‌گری روابط اولیه، به مدت ۱۶ هفته برای ۶۵ زن دارای اختلال اختلال خوردن، مورد بررسی قرار دادند [۱۷]. گالاگر، تسکا، ریتچی، بالفرو و بیسادا نیز در پژوهشی مشابه، این درمان را در مورد ۱۰۲ زن دارای این اختلال تکرار کردند [۱۸]. نتایج هر دو پژوهش نشان دهنده تأثیر درمان بین‌فردی روان‌پوشی بر کاهش نشانه‌های اختلال خوردن در این زنان بود [۱۷، ۱۸].

<sup>۳</sup> Group Psychodynamic Interpersonal Psychotherapy

<sup>۴</sup> Malan

<sup>۵</sup> Yalom & Leszcz

<sup>۶</sup> Internal working model

<sup>۱</sup> Generalized Anxiety Disorder

<sup>۲</sup> Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

گرینبرگ، واروار و مالکول نیز، درمان هیجان محور گروهی را با آموزش روانی گروهی، برای ۴۶ فرد دارای آسیب هیجانی مورد مقایسه قرار دادند. نتایج این پژوهش نشان داد که درمان هیجان محور در کاهش آسیب های هیجانی، بسیار مؤثرتر از آموزش گروهی عمل می‌کند [۲۸]. در پژوهشی دیگر رابینسون، مککاک و ویسل، این درمان را برای یک گروه ۸ نفره از زنان دارای اختلالات افسردگی و اضطراب، با گروه گواه و جلسه پیگیری ۱۲ ماهه به کار بردند. نتایج پژوهش نشان دهنده اثربخشی پایدار درمان هیجان محور در کاهش هر دو اختلال اضطراب و افسردگی در این زنان بود [۲۲].

با وجود آنکه بر مبنای پژوهش‌های گذشته، تجارب آسیب‌زای دوران کودکی در بروز اختلال اضطراب فراگیر در نوجوانان، نقش مهمی دارند؛ و اگرچه توجه به این تجارب در درمان اختلال اضطراب فراگیر می‌تواند بسیار مفید واقع می‌شود، اما تاکنون بررسی‌های اندکی در این زمینه صورت گرفته است، بر همین اساس پژوهش حاضر با هدف تعیین میزان اثربخشی مداخله گروهی بین‌فردی روان‌پوشی در مقایسه با هیجان محور بر اختلال اضطراب فراگیر دختران نوجوان انجام شده است.

### فرضیه های پژوهش

- ۱- درمان بین‌فردی روان‌پوشی گروهی، نشانه‌های اختلال اضطراب فراگیر را در نوجوانان دختر کاهش می‌دهد و این تأثیر پس از ۳ ماه پایدار می‌ماند
- ۲- درمان هیجان محور گروهی، نشانه های اختلال اضطراب فراگیر را در نوجوانان دختر کاهش می‌دهد و این تأثیر پس از ۳ ماه پایدار می‌ماند.
- ۳- میان اثربخشی دو مداخله گروهی بین فردی روان‌پوشی و هیجان محور تفاوت وجود دارد و این تفاوت پس از ۳ ماه پایدار باقی می‌ماند.

### روش

#### نوع پژوهش

این پژوهش از نوع آزمایشی با گروه گواه و طرح پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری بود.

#### آزمودنی

**الف) جامعه آماری:** جامعه آماری این پژوهش شامل تمامی نوجوانان ۱۵ تا ۱۷ سال دارای اختلال اضطراب فراگیر در مدارس شهر شیراز و در سال تحصیلی ۱۳۹۵-۹۶ بود.

هویت و همکاریانش نیز، این درمان را برای کمال طلبی در یک نمونه ۷۱ نفری و با گروه گواه و جلسه پیگیری ۴ ماهه به کار بردند. نتایج این پژوهش کاهش معنی‌دار و پایداری را در نشانه‌های کمال طلبی، در گروه آزمایش نسبت به گروه گواه نشان دادند [۱۹].

اگرچه درمان بین فردی روان‌پوشی گروهی نسبت به سایر مداخلات روان‌پوشی از زیر بنای نظری و راهنمای درمانی دقیقتر و قدرتمندتری برخوردار است [۲۰]، اما باز هم به دلیل ساختار پیچیده، طولانی و موضع غیر هدایت‌گرا آن در مقایسه با سایر روش‌های درمانی مورد انتقاد است [۲۱]. بنابراین در این پژوهش اثربخشی درمان گروهی دیگری با ساختار منظم، دقیق و هدایت‌گرا، مورد بررسی قرار گرفته است.

درمان هیجان محور گروهی<sup>۱</sup>، روشی مبتنی بر رویکرد هیجان محور گرینبرگ است که توسط رابینسون، مککاک و ویسل ارائه شده و بیش از سایر روش‌های هدایت‌گرا، بر روابط آسیب‌زای اولیه تمرکز می‌کند [۲۲]. در این رویکرد فرض می‌شود که ناکام ماندن نیازهای کودک در ارتباط با مراقبین اولیه، هیجانات دردناکی را ایجاد می‌کند که مانع رشد طبیعی توانایی تنظیم هیجان می‌شود. این ناتوانی در پردازش هیجان، منجر به تجربه مداوم هیجانات منفی شده که فرد همواره از تجربه آن‌ها اجتناب می‌کند [۲۳]. بنابراین، علائم اختلال اضطراب فراگیر در نتیجه عدم تجربه صحیح هیجان‌ها ایجاد می‌شود [۲۴، ۲۵]. بر همین اساس، رویکرد هیجان محور از مداخلات ویژه مانند توجه به احساسات بدنی و تکنیک صندلی<sup>۲</sup> برای تغییر در الگوی پردازش ناسازگار هیجان استفاده می‌کند [۲۳].

بر اساس مطالعات انجام شده، درمان هیجان محور به دلیل مداخله مستقیم و متمرکز بر هیجان، می‌تواند نسبت به سایر روش‌های درمانی متمرکز بر بینش‌شناختی، مانند درمان روان‌پوشی، در مدت کوتاه‌تری به احساس‌ها و نیازهای سرکوب شده در روابط اولیه، دست پیدا کند و در نتیجه مشکل کنونی را با سرعت بیش‌تری بهبود ببخشد [۲۶]. تیمولاک و مک الوانی، در پژوهشی نشان دادند که درمان هیجان محور با به‌کارگیری تکنیک صندلی، می‌تواند به بیماران دارای اختلال اضطراب فراگیر کمک کند تا به آگاهی هیجانی، احساسات و نیازهای کمتر دردناک و در نهایت توانایی تنظیم هیجان دست پیدا کنند و از این طریق نشانه های اختلال را در خود کاهش دهند [۲۷].

<sup>1</sup> Group Emotional Focused Therapy

<sup>2</sup> Chair Work

مبتلایان ساخته شده است. این مقیاس هفت سوال اصلی و یک سوال اضافی دارد که میزان اختلال در کارکردهای فردی، اجتماعی، خانوادگی و شغلی مبتلایان را می‌سنجد. هر یک از سؤالات این مقیاس از ۰ تا ۳ نمره‌گذاری می‌شوند و گستره نمره مقیاس از ۰ تا ۲۱ می‌باشد. اسپیتزر و همکاران، همسانی درونی مقیاس ۷ سؤالی اضطراب فراگیر را ۰/۹۲ و پایایی بازآزمایی آن را ۰/۸۳ گزارش کرده‌اند. همچنین همبستگی این مقیاس با خرده مقیاس‌های ۱۲ ماده ای چک لیست نشانه‌های بالینی<sup>۲</sup> ۰/۷۴ و با دو مقیاس اضطراب بک ۰/۷۲ گزارش شده است. در مطالعه‌ای که بر روی یک جمعیت ایرانی انجام شد، آلفای کرونباخ آزمون برابر با ۰/۸۵ بود و پایایی به دست آمده از دو بار اجرای این مقیاس، برابر ۰/۴۸ بود. هم چنین همبستگی مقیاس با پرسشنامه اضطراب حالت - صفت اسپیلبرگر به ترتیب ۰/۷۱ و ۰/۵۲، و برای خرده مقیاس ۱۲ ماده ای چک لیست نشانه‌های بالینی، ۰/۶۳ به دست آمد. در پژوهش حاضر نیز آلفای کرونباخ برای این مقیاس، ۰/۸۱ بود [۲۹].

### شیوه اجرای پژوهش

پس از انتخاب ۴۵ نوجوان واجد شرایط براساس ملاک‌های ورود و خروج، اطلاعات جمعیت شناختی آنان ثبت شد. همچنین در یک جلسه، هدف انجام پژوهش، روند اجرای کار و قوانین حاکم بر گروه‌ها برای این افراد و والدین آنان به طور کامل توضیح و به آنان برای رعایت موازین اخلاقی نظیر رازداری، محرمانه ماندن اطلاعات شخصی، اطمینان داده شد. سپس برگه رضایت آگاهانه بین شرکت‌کنندگان و والدین آنان توزیع و آزمون پژوهش در مرحله پیش آزمون اجرا شد. پس از آن شرکت‌کنندگان به صورت تصادفی در ۲ گروه آزمایشی و ۱ گروه گواه و در هر گروه ۱۵ نفر جایگزین شدند. گروه‌ها از نظر پایه تحصیلی و سن همتا بودند. جلسه‌های درمان گروهی بین فردی در روزهای پنجشنبه، و جلسه‌های درمان گروهی هیجان در روزهای سه شنبه، در مرکز مشاوره بهارنکو در شهر شیراز برگزار شد. در مورد گروه گواه هیچ مداخله‌ای صورت نگرفت. بعد از پایان درمان‌ها، مجدداً مقیاس پژوهش بر روی تمامی شرکت‌کنندگان هر ۳ گروه به عنوان پس آزمون و پس از سه ماه به عنوان جلسه پیگیری اجرا شد. در ادامه شرح مختصری از جلسات هر دو روش آمده است.

**ب) نمونه پژوهش:** جهت انتخاب نمونه از روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چند مرحله‌ای تصادفی استفاده شد. بدین منظور، با کسب مجوز از اداره کل آموزش و پرورش استان فارس و ۴ ناحیه شیراز، نواحی ۱ و ۳ به تصادف برگزیده و سپس از میان این نواحی ۷ مدرسه دخترانه متوسطه دوم به قید قرعه انتخاب شدند. برای جمع آوری اطلاعات، پس از هماهنگی لازم با مدیران و مشاوران این مدارس، تعدادی کلاس به تصادف برگزیده و از میان تمامی دانش‌آموزان این کلاس‌ها، ۴۵ نوجوان دختر بر اساس ملاک‌های لازم جهت انجام پژوهش، احراز شدند. ملاک‌های ورود و خروج در این پژوهش، با استفاده از فرم‌های اطلاعات جمعیت شناختی پر شده توسط شرکت‌کنندگان و والدین آن‌ها و همچنین بر اساس ملاک‌های پنجمین ویراست راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی و با تشخیص بالینی فوق تخصص روان‌پزشک کودک مورد بررسی قرار گرفت.

ملاک‌های ورود به گروه‌ها عبارت بود از: داشتن سن حداقل ۱۵ و حداکثر ۱۷ سال، دارا بودن اختلال اضطراب فراگیر بر اساس پرسشنامه اختلال اضطراب فراگیر-۷ و بر اساس ملاک‌های تشخیصی پنجمین ویراست راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی با تشخیص بالینی فوق تخصص روان‌پزشک کودک و نوجوان، دریافت نکردن درمان روان شناختی دیگر از زمان تشخیص بیماری، عدم مصرف داروی روانپزشکی در حین پژوهش یا قطع دارو حداقل یک ماه قبل، نداشتن مشکلات جسمی و روان شناختی و موافقت کتبی نوجوان و والدین آنان برای شرکت آگاهانه و متعهدانه در پژوهش.

ملاک‌های خروج از گروه‌ها عبارت بود از: داشتن اختلالات روان پریشی، دوقطبی یا اختلال تجزیه ای با بر اساس ملاک‌های پنجمین ویراست راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی و با تشخیص بالینی فوق تخصص روان‌پزشک کودک و نوجوان، ابتلا به بیماری جسمی شدید که مانع شرکت در درمان شود، شرکت همزمان در برنامه درمانی دیگر، مصرف داروهای روانپزشکی و عدم تمایل نوجوان یا والدین آنان برای ادامه همکاری در پژوهش.

### ابزارهای پژوهش

۱) **مقیاس اختلال اضطراب فراگیر - ۷:** این مقیاس توسط اسپیتزر<sup>۱</sup> و همکاران در سال ۲۰۰۶ برای تشخیص اختلال اضطراب فراگیر و سنجش شدت نشانه‌های بالینی

<sup>2</sup> SCL-90-R

<sup>1</sup> Spitzer

**۱) برنامه درمانی بین فردی روان‌پوشی گروهی:**

این مداخله توسط تسکا، میکائیل و هویت در سال ۲۰۰۵ و در ۱۶ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای ساخته شده است. این رویکرد برای درمان اختلالات، بر الگوی ارتباطی چرخه‌ای تمرکز می‌کند. بر همین اساس، این درمان ۴ سطح دارد و در هر مرحله اهدافی را دنبال می‌کند که شامل شناسایی الگوهای ارتباطی چرخه‌ای و ارتباط آن با مشکل کنونی، ترویج تعاملات سازگانه و کاهش نشانه‌های اختلال، تحکیم تغییرات و تعمیم آن به روابط خارج از گروه، می‌باشد. در ادامه خلاصه‌ای از این سطوح بیان شده است [۱۴].

سطح اول: جلسه ۱ تا ۴، شامل شناسایی الگوهای ارتباطی چرخه‌ای بود. شناسایی این الگوها در این مرحله، از طریق افزایش همبستگی، تمایل به خودافشاگری و خودبازتابی، بیان کلامی احساسات، رؤیاها و نیازها، به اشتراک گذاشتن بازخورد بین فردی با دیگر اعضای گروه و درمانگر، احترام به مرزهای بین فردی و تمایل به ماندن در اینجا و اکنون، صورت گرفت.

سطح دوم: جلسه ۵ تا ۸، شامل سازمان‌دهی مجدد الگوهای ارتباطی چرخه‌ای بود. در این مرحله الگوهای ارتباطی سازگانه جدید، به منظور کاهش احساسات منفی و اضطراب ترویج داده شد. جهت پیشبرد این امر، از تفسیر استفاده شد. تفسیر به صورت اشاره به تأثیر تعاملات بر احساس فرد نسبت به خود و دیگران و ارتباط آن با تجارب وی در تعامل با مراقبین اولیه بود. این تفسیرها فرد را نسبت به احساس‌ها و ترس‌های پنهان شده توسط دفاع‌ها، آگاه کرد. سپس افراد با تشویق دیگر اعضای گروه، به بیان این بخش‌ها پرداختند.

سطح سوم: جلسه ۸ تا ۱۲، شامل بازتعریف/اصالت دردناک بود. در این مرحله اعضای گروه به دلیل آگاه شدن و بیان بخش‌های پنهان خود و دیگران، دید واقع‌بینانه‌تر و تحمل بیش‌تری نسبت به این بخش‌ها پیدا کردند. بنابراین محدودیت‌ها و نقص‌های خود و دیگران را بهتر پذیرفتند و این پذیرش، شکل الگوهای ارتباط چرخه‌ای را تغییر داده و در نتیجه افراد از پاسخ‌های سازگانه‌تری استفاده کردند که با کاهش شدت نشانه‌ها اختلال همراه بود. سپس الگوهای ارتباطی چرخه‌ای جدید در این مرحله تحکیم و به روابط خارج از گروه تعمیم داده شد.

سطح چهارم: جلسه ۳ تا ۱۶، شامل پایان دهی بود. در این سطح، عکس‌العمل‌های فردی در مقابل خاتمه دادن به درمان به عنوان مدلی برای سازگاری با از دست دادن در زندگی واقعی، مورد بررسی قرار گرفت [۱۵].

**۲) برنامه درمان هیجان‌محور گروهی:**

توسط رابینسون، مککاک و ویسل در سال ۲۰۱۴، در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای ساخته شده است. تمرکز اصلی این درمان بر روی الگوی پردازش هیجان فرد است. بر همین اساس این درمان ۵ اصل را دنبال می‌کند که شامل، آگاهی هیجانی، بیان هیجان‌ها، تنظیم هیجان، بازتاب فعال هیجان‌ها و تغییر هیجان است [۲۲].

جلسه اول: در این جلسه، آموزش روانی به صورت گروهی صورت گرفت. در این آموزش‌ها در رابطه با چیستی هیجان، انواع هیجان، هیجان‌های اولیه و ثانویه، نتیجه اجتناب از تجربه هیجانی، اهمیت بیان نیازهای بین فردی و چگونگی ایجاد آسیب هیجانی صحبت شد.

جلسات دوم تا هشتم: پس از جلسه اول، روند بقیه جلسه‌ها مشابه بود. در ابتدای هر جلسه، مدت زمان کوتاهی به اضافه کردن و تصحیح اطلاعات اعضای گروه در مورد هیجان، اختصاص داده می‌شد. پس از آن بر روی دو نفر از اعضای گروه تکنیک صندلی خالی اجرا می‌شد که شامل، تکنیک دو صندلی برای حل تعارضات درونی، تکنیک دو صندلی برای فرایند متوقف کننده خود، تکنیک صندلی خالی جهت تجارب آسیب را در گذشته بود. بعد از اجرای این تکنیک توسط یک عضو، از دیگر اعضای گروه خواسته شد که در مورد آنچه که مشاهده کرده‌اند بازخورد دهند و در نهایت درمانگر به توضیح منطق درمان می‌پرداخت. این ساختار به هر یک از شرکت کنندگان اجازه داد که در یک جلسه تمرین صندلی در طول گروه درمانی شرکت کنند [۲۲].

قابل ذکر است که جهت رعایت موازین اخلاقی، پس از اتمام مرحله پیگیری و تحلیل داده‌ها، با توجه به میزان اثربخشی و پایداری تأثیر درمان روان‌پوشی بین فردی گروهی، این درمان به عنوان روش مداخله‌ای برای گروه گواه طی ۱۶ جلسه یک روز در هفته، بعد از اخذ مجوز در مرکز مشاوره آموزش و پرورش کل استان فارس در تیرماه ۱۳۹۶ اجرا گردید.

**شیوه تحلیل داده‌ها**

جهت بررسی آماری داده‌ها در این پژوهش از روش‌های آمار توصیفی و آمار استنباطی استفاده شد. در بخش آمار توصیفی، جهت نشان دادن وضعیت داده‌ها، شاخص‌هایی چون میانگین، انحراف معیار و جدول توزیع فراوانی، به کار برده شد. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها نیز از روش تحلیل واریانس مکرر و برای مقایسه زوجی گروه‌ها از آزمون

تعقیبی بونفرونی استفاده شد.

نتایج جدول ۱ نشان می‌دهد که نمره متغیر اختلال اضطراب فراگیر در دو گروه آزمایشی و در مراحل پس آزمون و پیگیری نسبت به مرحله پیش آزمون تغییر داشته است. این در حالی است که این تغییر برای گروه گواه در هیچ یک از مراحل پژوهش دیده نمی‌شود.

## نتایج

در جدول ۱، یافته‌های توصیفی مربوط به میانگین و انحراف معیار به دست آمده برای متغیر اختلال اضطراب فراگیر، ارائه شده است.

جدول ۱. میانگین و انحراف معیار نمرات سه گروه برای متغیر اختلال اضطراب فراگیر

| متغیرها              | گروه                       | پیش آزمون |      | پس آزمون |      | پیگیری |      |
|----------------------|----------------------------|-----------|------|----------|------|--------|------|
|                      |                            | SD        | M    | SD       | M    | SD     | M    |
| اختلال اضطراب فراگیر | آزمایش بین فردی روان پویشی | ۱۹/۷۷     | ۲/۲۲ | ۷/۷۷     | ۳/۲۳ | ۱۰/۰۰  | ۲/۹۵ |
|                      | آزمایش هیجان محور          | ۱۹/۷۱     | ۱/۸۸ | ۷/۸۵     | ۲/۴۱ | ۱۴/۷۱  | ۷/۴۹ |
|                      | کنترل                      | ۲۱/۱۲     | ۱/۴۵ | ۲۱/۲۵    | ۱/۷۲ | ۲۱/۵۰  | ۱/۹۶ |

جدول ۲. تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر برای مقایسه تغییر نمرات اختلال اضطراب فراگیر در سه گروه

| مقیاس                | منبع اثر   | مجموع مجذورات | درجه آزادی | میانگین مجذورات | F       | P     | اندازه اثر      |
|----------------------|------------|---------------|------------|-----------------|---------|-------|-----------------|
| اختلال اضطراب فراگیر | مرحله      | ۷۵۴/۴۰        | ۲          | ۳۷۷/۲۰          | ۵۲/۳۹** | ۰/۰۰۱ | روان پویشی ۰/۹۳ |
|                      | خطا        | ۳۰۲/۳۵        | ۴۲         | ۷/۱۹۹           |         |       | هیجان محور ۰/۶۶ |
|                      | گروه       | ۱۰۷۴/۸۱       | ۲          | ۵۳۷/۴۰          | ۳۳/۱۱** | ۰/۰۰۱ |                 |
|                      | خطا        | ۳۴۰/۸۴        | ۲۱         | ۱۶/۲۳           |         |       |                 |
|                      | گروه*مرحله | ۴۶۰/۸۶        | ۴          | ۱۱۵/۲۱          | ۱۴/۰۱** | ۰/۰۰۱ |                 |

فردی روان‌پویشی و درمان هیجان محور و گروه گواه، تفاوت معنی‌داری وجود دارد. به عبارت دیگر بین نمره‌های مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری در متغیر اختلال اضطراب فراگیر، تفاوت معنی‌داری مشاهده می‌شود ( $p < ۰/۰۰۱$ ). همچنین معنادار بودن تعامل میان مراحل با هر دو گروه آزمایشی در متغیر اختلال اضطراب فراگیر، حاکی از آن است که در مراحل پس آزمون و پیگیری، میانگین گروه‌های آزمایشی درمان بین فردی روان‌پویشی و درمان هیجان محور، به طور معنی‌داری پایین‌تر از گروه گواه است ( $p < ۰/۰۰۱$ ). این نتایج بیانگر اثربخشی حداقل یکی از مداخلات گروهی بین فردی روان‌پویشی و هیجان محور بر متغیر اختلال اضطراب فراگیر می‌باشد. به همین دلیل برای مقایسه جفتی گروه‌ها، از آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شد.

برای بررسی معناداری تفاوت بین نمرات اختلال اضطراب فراگیر در دو گروه آزمایشی، از تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر استفاده شد. قبل از انجام آزمون تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر، جهت رعایت پیش فرض‌ها، آزمون‌های ام‌باکس، کرویت موچلی، و لوین اجرا شد. نتایج آزمون ام‌باکس حاکی از آن بود که شرط همگنی ماتریس‌های واریانس-کوواریانس رعایت شده است. مقدار آزمون لوین، بیان‌گر برقراری واریانس خطا در سه گروه بود. نتایج آزمون موخلی نیز نشان دهنده آن بود که فرض برابری واریانس‌های درون آزمودنی‌ها رعایت شده است. بنابراین می‌توان کرویت ماتریس کوواریانس متغیرهای وابسته را پذیرفت و از مقدار F با درجه آزادی استفاده کرد. معنی‌دار بودن اثر مرحله در جدول ۲ حاکی از آن است که میان میانگین پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری نمرات اختلال اضطراب فراگیر در دو گروه آزمایشی درمان بین

جدول ۳. نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی جهت مقایسه جفتی اختلال اضطراب فراگیر در گروه‌ها

| متغیرها              | گروه                   | پیش آزمون |      | پس آزمون |       | پیگیری |       |
|----------------------|------------------------|-----------|------|----------|-------|--------|-------|
|                      |                        | F         | M    | F        | M     | F      | M     |
| اختلال اضطراب فراگیر | روان پویشی- هیجان محور | ۰/۶۳      | ۰/۹۶ | ۰/۷۹     | ۰/۹۵  | ۴/۷۱   | ۰/۵۱  |
|                      | روان پویشی- کنترل      | ۱/۳۴      | ۰/۱۶ | ۱۳/۴۷**  | ۰/۰۰۰ | ۱۱/۵** | ۰/۰۰۰ |
|                      | هیجان محور- کنترل      | ۱/۴۱      | ۰/۱۷ | ۱۳/۳۹**  | ۰/۰۰۰ | ۲/۷۱   | ۰/۰۸  |

\* $P < ۰/۰۵$ , \*\* $P < ۰/۰۰۱$

زمینه رفتارها و مقاصد بین‌فردی، مکانیسم‌های دفاعی و احساس‌های سرکوب شده می‌دهد. این اطلاعات در مشخص کردن مشکل کنونی، روند درمان و به‌کارگیری مداخله‌های اثربخش به درمانگر کمک می‌کند. مداخله‌ها که شامل بینش، تفسیر و اصلاح تجربه هیجانی هستند، از طریق افزایش احساس امنیت و حمایت در بین اعضای گروه، به افراد کمک می‌کنند تا نسبت به تعارضات و ترس‌های پنهان شده توسط دفاع‌هایشان، دید واقع بینانه‌تر و تاب‌آوری بیش‌تری پیدا کنند. این امر ادراک افراد را نسبت به خود و دیگران تغییر می‌دهد و در نتیجه الگوهای چرخه‌ای جدید و سازگارانه‌تری را ایجاد می‌کند که در طول زمان پایدار باقی می‌مانند [۱۷]

همچنین نتایج پژوهش نشان داد که درمان هیجان محور گروهی بر اختلال اضطراب فراگیر اثر داشته و منجر به کاهش علائم آن شده است.

این یافته با نتایج به دست آمده در پژوهش‌های گذشته همسو می‌باشد [۲۲، ۲۷، ۲۸]. این همسویی می‌تواند ناشی از امر باشد که درمان هیجان محور، الگوی پردازش هیجانی را به عنوان عامل اصلی برای تغییرات درمانی در نظر می‌گیرد [۲۳]. ناتوانی در پردازش صحیح هیجانی یکی از عوامل مهم در بروز اختلال اضطراب فراگیر در نوجوانان است و ریشه در تجارب هیجانی دردناک اولیه دارد. بر همین اساس به نظر می‌رسد که عناصر درمان گروهی در این رویکرد، به کلامی کردن احساس‌ها و افزایش روند پردازش هیجان کمک می‌کند. در واقع درمانگر و دیگر اعضای گروه از طریق ویژگی یادگیری مشاهده‌ای در گروه، می‌توانند به عنوان یک الگو به فرد نشان دهند که چگونه احساس خود را بازتاب دهد و آن را کلامی کند [۳۰]. از طرف دیگر، تکنیک‌های متمرکز بر هیجان به ویژه تمرین صندلی در این رویکرد، باعث می‌شود تا فرد نسبت به بخش‌هایی از خود که مانع پردازش درست هیجان‌ها است آگاهی پیدا کرده، روند معیوب پردازش را متوقف کنند و هیجان‌های مخرب از جمله خشم و از خود بی‌زاری را کاهش دهند [۳۱].

در نهایت، نتایج نشان داد که میان اثربخشی درمان بین‌فردی روان‌پوشی و هیجان محور گروهی بر اختلال اضطراب فراگیر تفاوت معنی‌داری وجود ندارد و هر دو درمان به یک میزان بر کاهش این اختلال اثر داشتند. اما در پیگیری سه ماهه تأثیر درمان هیجان محور بر کاهش اختلال اضطراب فراگیر، پایدار نبود.

نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد که مقایسه جفتی میانگین نمره اختلال اضطراب فراگیر گروه بین فردی روان‌پوشی با گروه گواه، در مراحل پس آزمون و پیگیری، معنی‌دار است ( $p < 0.001$ ). به عبارت دیگر، مداخله گروهی بین فردی روان‌پوشی منجر به کاهش معنی‌دار اختلال اضطراب فراگیر شده است و این تأثیر در پیگیری سه ماهه پایدار بوده است. بنابراین فرضیه اول تأیید می‌شود. همچنین نتایج حاکی از آن است که مقایسه جفتی میانگین نمره اختلال اضطراب فراگیر گروه هیجان محور با گروه گواه در مرحله پس آزمون، معنی‌دار است ( $p < 0.001$ ). اما این مقایسه در مرحله پیگیری معنی‌دار نیست ( $p < 0.05$ ). در واقع، درمان هیجان محور گروهی منجر به کاهش معنی‌دار اختلال اضطراب فراگیر شده است اما این تغییر در پیگیری سه ماهه پایدار نبوده است. بنابراین نمی‌توان فرضیه دوم را به طور کامل پذیرفت. در نهایت نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد که میان میانگین نمره اختلال اضطراب فراگیر در دو گروه آزمایشی بین فردی روان‌پوشی و هیجان محور در هیچ یک از مراحل پس آزمون و پیگیری تفاوت معنی‌داری مشاهده نمی‌شود ( $p < 0.05$ ). بنابراین فرضیه سوم نیز رد می‌شود.

## بحث و نتیجه‌گیری

مطالعه حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان بین فردی روان‌پوشی و هیجان محور گروهی بر اختلال اضطراب فراگیر صورت گرفت. نتایج حاصل از پژوهش نشان دهنده اثربخشی درمان بین فردی روان‌پوشی گروهی بر کاهش اختلال اضطراب فراگیر در نوجوانان دختر بود. پژوهش‌های گذشته، اثربخشی این درمان را برای کاهش اختلال خوردن و کمال طلبی، نشان داده اند [۱۷، ۱۸، ۱۹]. در تبیین این همسویی می‌توان گفت که مداخله گروهی بین فردی روان‌پوشی برای درمان اختلالات، بر الگوهای ارتباطی چرخه‌ای تأکید می‌کند. این الگوها که در روابط آسیب‌زا با مراقب اولیه شکل گرفته اند، مولد اضطراب فراگیر هستند و به چند طریق به بهبود این اختلال کمک می‌کنند [۱۴]. از یک طرف، الگوهای ارتباط چرخه‌ای چهارچوبی را برای درک ارتباط بین نشانه‌های اختلال، روابط آسیب‌زای اولیه، حالات عاطفی و پاسخ‌های دفاعی ناسازگار، برای این بیماران فراهم می‌کند. این بینش شناختی و هیجانی به فرد کمک می‌کند تا از پاسخ‌های کمتر آسیب‌زننده و سازگارانه استفاده کنند و از این طریق نشانه‌های اختلال اضطراب فراگیر را کاهش دهند. همچنین الگوهای چرخه‌ای اطلاعات ارزشمندی را به درمانگر در

## منابع

- 1-Clements-Nolle K, & Rivera CM. (2013). The Epidemiology of Adolescent Health. Handbook of Adolescent Health Psychology. New York, NY: Springer press. pp. 77-97.
- 2-American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual disorder. 5th edition. American Psychiatric Publishing, Arlington, Virginia, USA. Interview (CIDI). Int J Methods Psychiatr Res. Vol 13: pp. 93-12.
- 3- Burstein, M., Beesdo-Baum, K. & Merikangas, K. R. (2013). Threshold and subthreshold generalized anxiety disorder among US adolescents: prevalence, sociodemographic, and clinical characteristics. Psychological Medicine. Vol 44: pp. 2351-2362.
- 4- Merikangas, K. R., He, J. P., Burstein, M., Swanson, S. A., Avenevoli, S., Cui, L., et al. (2010). Lifetime Prevalence of Mental Disorders in U.S. Adolescents: Results from the National Comorbidity Survey Replication-Adolescent Supplement (NCS-A). Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. Vol 49: pp. 980-989.
- 5-Angst, J., Gamma, A., Baldwin, D.S., Ajdacic-Gross V., Rossler W. (2009). The generalized anxiety spectrum: prevalence, onset, course and outcome. European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience: Vol 259: pp. 37-45.
- 6- Kessler, R. C., Avenevoli, S., Costello, J., Green, J. G., Gruber, M. J., McLaughlin, K. A., Petukhova, M., Sampson, N. A., Zaslavsky, A.M., Merikangas, K. R. (2012) Severity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication Adolescent Supplement. Archives of General Psychiatry. Vol 69: pp. 381-389.
- 7- Rubio, G., Lopez-Ibor, J. J. (2007). Generalized anxiety disorder: a 40-year follow-up study. Acta Psychiatr Scand. Vol 115: pp. 372-379.
- 8- Copeland, W. E., Angold, A., & Shanahan, L., Costello, E. J. (2014) longitudinal patterns of anxiety from childhood to adulthood: the Great Smoky Mountains study. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry: Vol 53: pp. 21-33.
- 9- Hale, W. W., Klimstra, T. A., Branje, S. T., Wijsbroek, S. M., Meeus, W. J. (2013). Is adolescent generalized anxiety disorder a magnet for negative parental interpersonal behaviors? Journal of Depression and Anxiety. Vol 30: pp. 849-856.

تا کنون هیچ مطالعه‌ای به مقایسه اثربخشی دو رویکرد درمانی بین فردی روان‌پویشی و هیجان محور گروهی نپرداخته است. اما پژوهش‌های گذشته نشان می‌دهند که اگرچه مداخلات تکنیک مدار نسبت به رویکرد روان‌پویشی، در ابتدا با سرعت بیشتری منجر به بهبود مشکلات فرد می‌شوند، اما در پیگیری‌های ۳ تا ۵ ساله، مداخلات روان‌پویشی به دلیل تأثیر بر مسائل عمیقی مانند مثلث تعارض، مکانیسم‌های دفاعی و احساسات سرکوب شده، پایدارتر هستند [۳۲]. بنابراین تفاوت در ساختار دو درمان بر روی میزان پایداری آنان تأثیر می‌گذارد.

درمان بین فردی روان‌پویشی، یک رویکرد هدایت‌گرا است که بر روابط درمانی تأکید می‌کند. این درمان با ایجاد اتحاد و همبستگی، به مسائل عمیق و مرتبط با مشکل کنونی دست پیدا می‌کند و در نتیجه تغییرات عمده و پایداری را در این زمینه ایجاد می‌کند [۱۵]. این در حالی است که درمان هیجان محور، رویکردی هدایت‌گرا است که بر تکنیک‌ها تمرکز می‌کند. به عبارتی این درمان سعی دارد تا با استفاده از روش‌های یکپارچه و ساختارمند، به صورت یک خود کمکی<sup>۱</sup> در کنار مراجع قرار بگیرد، و به وی کمک کند تا هر چه سریع‌تر به هسته مشکل کنونی دست پیدا کند [۳۲]. بنابراین، اگرچه ممکن است درمان هیجان محور گروهی، به دلیل نقش کنترل‌کننده و هدایت‌گرا در درمانگر و استفاده از تکنیک‌های قدرتمند، علائم اختلال را به سرعت بهبود بخشد [۲۴]، اما پس از پایان درمان و با برداشته شدن نقش کمک‌کننده درمانگر، مشکل فرد بازگشت می‌کند.

در کل می‌توان گفت که اگرچه این پژوهش، به چهارچوب درمانی مناسبی برای بهبود اختلال اضطراب فراگیر در نوجوانان دختر دست یافته است؛ اما به دلیل کم بودن تعداد شرکت‌کنندگان و ناکافی بودن تعداد پژوهش‌های صورت گرفته، قابلیت تعمیم کمی دارد. بر همین اساس پیشنهاد می‌شود که این درمان‌ها، برای سایر اختلالات و مشکلات در دوران نوجوانی مانند اختلال خوردن، اختلال افسردگی، خودکشی، سوء مصرف مواد، عملکرد تحصیلی، روابط با همسالان، به کار گرفته شوند و با دیگر رویکردهای مداخله‌ای در این زمینه مانند خانواده درمانی مورد مقایسه قرار بگیرند.

<sup>1</sup> self-auxiliary

- 19- Hewitt, P. L., Mikail, S. F., Flett, G. L., Tasca, G. A., Flynn, C. A., & Deng, X. et al. (2015). Psychodynamic/interpersonal group psychotherapy for perfectionism: Evaluating the effectiveness of a short-term treatment. *Psychotherapy*. Vol 52: pp. 205-217
- 20- Tschuschke, V., Anbeh, T., & Kiencke, P. (2007). Evaluation of long term analytic group psychotherapy. *International Journal of Group Psychotherapy*. Vol 40: pp. 140-159.
- 21- Greene, L. R. (2012). Group Therapist as Social Scientist, With Special Reference to the Psychodynamically Oriented Psychotherapist. *American Psychologist*. Vol 67: pp. 477-489.
- 22- Robinson, A.I., Maccague, E.A., Whissell, C. (2014). "That chair work thing was great": a pilot study of group-based emotion-focused therapy for anxiety and depression. *Person-Centered & Experiential Psychotherapies*: Vol 13: pp. 263-277
- 23- Greenberg L. (2010). Emotion-focused therapy: A clinical synthesis. *The Journal of Lifelong Learning in Psychiatry*. Vol 3: pp. 32-42.
- 24- Turpyn, C. C., Chaplin, T. M., Cook, E. C., Martelli, A. M. (2015): A person-centered approach to adolescent emotion regulation: Associations with psychopathology and parenting. *Journal of Experimental Child Psychology*. Vol 136: pp. 1-16.
- ۲۵- سپهریان آذر فیروزه، اسدی مجره سامره. (۱۳۹۴). آزمون مدل ارتباطی محیط هیجانی خانواده با استرس ادراک‌شده: نقش میانجی دشواری‌های تنظیم هیجان. روانشناسی بالینی و شخصیت (دانشور رفتار سابق). سال ۱۳، شماره ۲۲. صص ۸۹-۱۰۰.
- 26- Jounson, S. (2009). Attachment theory and emotionally focused therapy for individuals and couples. In: Obegi, J. H., & Berant, E. (Eds). *Attachment Theory and research in clinical work with adults*. Guilford Press. pp: 410-434
- 27- Timulak, L., & McElvaney, J. (2016). Emotion-Focused Therapy for Generalized Anxiety Disorder: An Overview of the Model. *J Contemp Psychother*. Vol 46: pp. 41-52.
- 28- Greenberg L.S., Warwar S.H., Malcolm W.M. (2008). Differential Effects of Emotion-Focused Therapy and Psychoeducation in Facilitating Forgiveness and Letting Go of Emotional Injuries. *Journal of Counseling Psychology*. Vol 55: pp. 185-196.
- 10- Ejict, F. V., Brange, S. T., Hale, W. W., & Meeus, W. J. (2012). Longitudinal Associations between Perceived Parent-Adolescent Attachment Relationship Quality and Generalized Anxiety Disorder Symptoms in Adolescence. *Journal of Obnormal Child Psychology*. Vol 40: pp. 871-883.
- ۱۱- امانی رزیتا. نقش کارکرد خانواده در اضطراب و افسردگی نوجوانان. (۱۳۹۴). روانشناسی بالینی و شخصیت (دانشور رفتار سابق). سال ۱۳، شماره ۲، صص ۷۷-۸۴.
- 12- Fisak, B., Mann, A., Heggeli, K. (2013). The association between perceptions of parent worry and generalised anxiety disorder symptoms in a community sample of adolescents. *International Journal of Adolescence and Youth*. Vol 18: pp. 226-235
- 13- Davila, J., La Greca, A. M., Starr, L. R., Landoll, R. R. (2010). Anxiety disorders in adolescence. In J. G. Beck (Ed.), *Interpersonal processes in the anxiety disorders: Implications for understanding psychopathology and treatment*. Washington, DC: American Psychological Association. pp. 67-124
- 14- Beesdo, K., Pine, D. S., Lieb, R., Wittchen, H. U. (2010) Incidence and risk patterns of anxiety and depressive disorders and categorization of generalized anxiety disorder. *Arch Gen Psychiatry*. Vol 67: pp. 47-57.
- 15- Tasca, G. A., Mikail, S., & Hewitt, P. (2005). Group psychodynamic interpersonal psychotherapy: A manual for time limited treatment of binge eating disorder. In M. E. Abelian (Ed.), *Focus on psychotherapy research*. Hauppauge, NY: Nova. pp. 159-188.
- 16- Tasca, G. A., Ritchie, K., & Balfour, L. (2011). Practice review: Implications of attachment theory and research for the assessment and treatment of eating disorders. *Psychotherapy Research*: Vol 48: pp. 249-259.
- 17- Tasca, G. A., Ritchie, K., Conrad, G., Balfour, L., Gayton, J., Daigle, V., & Bissada, H. (2006). Attachment scales predict outcome in a randomized controlled trial of two group therapies for binge eating disorder: An aptitude by treatment interaction. *Psychotherapy Research*: Vol 16: pp. 106-121.
- 18- Gallagher, M.E., Tasca, G. A., Ritchie, K., Balfour, L., Bissada, H. (2014). Attachment Anxiety Moderates the Relationship Between Growth in Group Cohesion and Treatment Outcomes in Group Psychodynamic Interpersonal Psychotherapy for Women With Binge Eating Disorder. *Group Dynamics: Theory, Research, and Practice*: Vol 18: pp. 38-52.

۲۹- نائینیان محمدرضا، باباپور جلیل، گروسی فرشی تقی، شعیری محمدرضا، رستمی رضا. (۱۳۹۱). مقایسه تأثیر آموزش نوروفیدبک و دارو درمانی بر کاهش نشانه های اضطراب و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر. روانشناسی بالینی و شخصیت (دانشور رفتار سابق). سال ۷، شماره ۲. صص ۱-۱۴.

- 30- Markin, R. D., & Marmarosh, C. (2010). Application of adult attachment theory to group member transference and the group therapy process. *Psychotherapy*. Vol 47: pp. 111-121.
- 31- Fresco, D. M., Mennin, D. S., Heimberg, R. G., Ritter, M. (2013) Emotion Regulation Therapy for Generalized Anxiety Disorder. *Cognitive Behavior Practic*. Vol 20: pp. 282-300.
- 32- Knekt, P., Lindfors, O., Saes-Jask, L., Vitala, E., & Harkanen, T. (2013). Randomized trial on the effectiveness of long and short-term psychotherapy on psychiatric symptoms and working ability during a 5-year follow-up. *Nordic Journal of Psychiatry*. Vol 67: pp. 59-68