

تأثیر درمان گروهی تنظیم هیجان بر نشانگان اختلال اضطراب اجتماعی همبود با اختلال اضطراب فراگیر

سوده شادکام^۱، مهران فرهادی^{۲*}، محمدرضا ذوقی پایدار^۳، حسین محقی^۳

۱- دانشجوی دوره دکتری، گروه روانشناسی، دانشکده علوم اقتصادی و اجتماعی، دانشگاه بوعلی سینا، همدان، ایران

۲- استادیار، گروه روانشناسی، دانشکده علوم اقتصادی و اجتماعی، دانشگاه بوعلی سینا، همدان، ایران

۳- دانشیار، گروه روانشناسی، دانشکده علوم اقتصادی و اجتماعی، دانشگاه بوعلی سینا، همدان، ایران

* نویسنده رابط: Mehran.farhadi@gmail.com

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۳/۵

تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۱۱/۲۶

چکیده

زمینه و هدف: با توجه به شیوع بالای اختلالات اضطرابی، همبودی بالای اختلال اضطراب اجتماعی و اختلال اضطراب فراگیر و اثرات منفی و پایدار اختلال اضطراب اجتماعی بر جنبه های مختلف زندگی فرد، مطالعه حاضر با هدف بررسی تأثیر درمان گروهی تنظیم هیجان بر نشانگان اختلال اضطراب اجتماعی همبود با اختلال اضطراب فراگیر انجام شد.

روش کار: پژوهش حاضر از نوع مطالعات شبه آزمایشی با طرح پیش آزمون پس آزمون با گروه کنترل و پیگیری می باشد. جامعه آماری این پژوهش شامل تمامی بیماران مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی همبود (Comorbidity) با اختلال اضطراب فراگیر مراجعه کننده به کلینیک های روان درمانی شهر شیراز بود که ۳۰ نفر از جامعه مذکور با روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند. ابزار مورد استفاده در این پژوهش شامل مصاحبه بالینی ساختاریافته برای DSM-5 (SCID-5)، مقیاس اختلال اضطراب فراگیر-7، پرسشنامه اضطراب تعامل اجتماعی (SIAS) بود. داده ها با استفاده از روش تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر و با استفاده از نرم افزار SPSS 27 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

نتایج: نتایج نشان داد که درمان گروهی تنظیم هیجان نشانگان اختلال اضطراب اجتماعی ($p < 0/001$) و اختلال اضطراب فراگیر ($p < 0/001$) را به طور معناداری کاهش داده است و این نتایج در پیگیری سه ماهه ثابت باقی مانده است ($p > 0/05$).

نتیجه گیری: درمان گروهی تنظیم هیجان بر نشانگان اختلال اضطراب اجتماعی همبود با اختلال اضطراب فراگیر موثر است و به این ترتیب می تواند به عنوان مداخله درمانی جهت اختلال اضطراب اجتماعی همبود با اختلال اضطراب فراگیر به کار رود.

واژگان کلیدی: درمان تنظیم هیجان، اختلال اضطراب اجتماعی، اختلال اضطراب فراگیر

مقدمه

اختلالات اضطرابی با شیوع فعلی جهانی ۷/۳٪ (۱۰/۹٪-۴/۸٪) شایع ترین اختلالات روانپزشکی هستند (۱). بر اساس بررسی های اپیدمیولوژی، یک سوم جمعیت در طول زندگی خود به یک اختلال اضطرابی مبتلا هستند. همبودی بالا به ترتیب در بین اختلالات اضطرابی و اختلالات اضطرابی و سایر اختلالات روانی مشاهده می شود (۲). بر اساس مطالعه اپیدمیولوژی اروپایی اختلالات اضطرابی، شیوع مادام العمر اختلال اضطراب اجتماعی (Social Anxiety Disorder (SAD) ۲/۸٪ و شیوع دوازده ماهه آن ۱/۶٪ بود. بر اساس این پژوهش بعد از فوبیای خاص شیوع مادام العمر SAD و اختلال اضطراب فراگیر

است؛ معمولاً با سایر علائم روانی و جسمی نا مشخص همراه است. شواهد نشان می دهد GAD شایع ترین اختلال اضطرابی است که در سنین مختلف در مراکز مراقبت اولیه دیده می شود (۱۰،۹). تلاش‌ها برای کشف علت و حفظ SAD، GAD و سایر اختلالات اضطرابی به نقایص قابل توجهی در درک و استفاده از راهبردهای تنظیم هیجان اشاره کرده است (۱۱-۱۳). SAD با واکنش هیجانی مفرط مشخص می‌شود و این موجب همبودی آن با اختلالات خلقی و اضطرابی می‌شود (۱۴). اختلالات همراه در بیماران مبتلا به SAD بسیار شایع است و در ۹۰٪ بیماران رخ می‌دهد. همبودی می‌تواند به طرق مختلف بر روند بیماری تأثیر بگذارد؛ همبودی در SAD با جست و جوی زودتر درمان، افزایش شدت علائم، مقاومت در برابر درمان و کاهش عملکرد رابطه دارد. علاوه بر این همبودی مشکلات قابل توجهی را در تشخیص ایجاد می‌کنند و با چالش‌های درمانی همراه است (۱۵). ثانیاً، از آنجایی که یک اختلال می‌تواند باعث پیدایش اختلال دیگر یا بدتر شدن سیر بالینی آن شود، تشخیص و درمان اختلال همبود فرصت مداخله زودهنگام را افزایش می‌دهد (۱۶). این تا حدی به دلیل این واقعیت است که در صورت وجود بیش از یک تشخیص، درمان دشوارتر می‌شود. علاوه بر این، عدم توجه به یکی از شرایط همبود ممکن است منجر به درمان ناکافی شود و یا به اشتباه به عنوان مقاومت درمانی تعبیر شود (۱۷).

همبودی SAD با GAD در مقایسه با شرایط غیرهمبود با کاهش احتمال بهبودی و افزایش خطر عود همراه است (۱۸). همچنین باید در نظر داشت که همبودی GAD در برخی موارد می‌تواند دلیل مقاومت در برابر درمان باشد (۱۵). بنابراین مهم است که تأثیر درمان را در یک گروه همبود بررسی کنیم.

SAD و GAD شامل اختلالاتی در تنظیم هیجان می‌باشند (۱۹-۲۱). این اختلالات به لحاظ هیجانی حساس هستند، در درک تجربه هیجانی شان مشکل دارند و مهارت‌های اندکی برای تنظیم هیجان‌اتشان دارند در نتیجه ممکن است تجربه هیجان‌ات را به طور ذهنی آزردهنده ببابند و

Generalized Anxiety Disorder (GAD) بیشتر از سایر اختلالات اضطرابی گزارش شد (۲). داده‌های حاصل از بررسی همه گیرشناسی چند ملیتی SAD با استفاده از طرح زمینه‌یابی جهانی سلامت روان The World Mental Health Survey Initiative می‌دهد شیوع ۳۰ روزه، ۱۲ ماهه و مادام‌العمر SAD در همه کشورها ۱/۳، ۲/۴ و ۴/۰٪ است. علاوه بر این، در بیشتر کشورها، بین یک سوم و نیمی از پاسخ دهندگان با SAD دوازده ماهه، حداقل در یک حوزه، اختلال عملکرد شدید داشتند (۳). SAD یک وضعیت مزمن و پایدار است که به شدت عملکرد طولانی مدت و ثابت را مختل می‌کند و باعث افزایش قابل ملاحظه خطر افسردگی، اقدام به خودکشی، مصرف مواد، موانع اجتماعی شدید، افت عملکرد تحصیلی و مورد تعدی واقع شدن، می‌شود (۴). SAD یک وضعیت ناتوان کننده است که به عنوان ترس یا اضطراب برجسته در مورد موقعیت‌های اجتماعی یا ترس از ارزیابی منفی توسط دیگران تعریف می‌شود (۵)، افراد از طیف وسیعی از تعاملات اجتماعی مانند گفتگو با غریبه‌ها، پیوستن به گروه‌ها یا صحبت با تلفن می‌ترسند و بیشتر رفتارهایی که شامل مشاهده شدن توسط دیگران می‌شود برای بیمار دشوار است (۷).

در مطالعه محمدی و همکاران میزان همبودی SAD با اختلال اضطراب فراگیر ۲۶٪، اختلال اضطراب جدایی ۲۴/۵٪ و اختلال فوبیای خاص ۱۸٪ گزارش شده است (۸). گارسیا لویز، بونیللا و مولا مارتینز در مطالعه‌ای به بررسی همبودی SAD در نمونه ۴۲۴ نفری از نوجوان اسپانیایی زبان پرداختند. یافته‌ها نشان داد بیشترین میزان همبودی برای افرادی که فقط یک اختلال همبود داشتند بعد از اختلال فوبیای خاص (۴۸/۹٪)، مربوط به اختلال اضطراب فراگیر (۲۶/۱٪) بود (۴). به این ترتیب بر اساس پژوهش‌های پیشین GAD همبودی بالایی با SAD دارد. اختلال اضطراب فراگیر با نگرانی مزمن و مداوم مشخص می‌شود. این نگرانی که چند کانونی (مثلاً در مورد امور مالی، خانواده، سلامت و آینده)، بیش از حد و کنترل آن دشوار

تصمیم‌گیری) را با مداخلات متمرکز بر هیجان که برای مدیریت نقایص فراگیر تنظیم هیجان و اجتناب هیجانی طراحی شده‌اند، ادغام می‌کند به این ترتیب درمان به عوامل شناختی (باور در مورد تهدید و ایمنی)، عوامل هیجانی (مانند اجتناب و مدیریت تجربه‌ی هیجانی) و عوامل زمینه‌ای (مانند محیطی که پاسخ‌های ناسازگارانه را تقویت می‌کند) می‌پردازد (۳۵).

با توجه ارجحیت درمان گروهی بر درمان فردی برای SAD (۳۶) بهتر است ERT به شکل گروهی اجرا شود. چون اولاً درمان گروهی نیاز به فهرست انتظار طولانی را کاهش می‌دهد و ثانیاً درمانگر و بیماران بهتر می‌توانند از زمان خود استفاده کنند (۳۵). پژوهش‌های متعددی اثربخشی درمان گروهی بر SAD را نشان داده‌اند. برای مثال Hofmann و Burlingame و همکارانشان در کارآزمایی بالینی کنترل شده نشان دادند که درمان شناختی رفتاری گروهی در بین درمان‌های گروهی معیار طلایی برای SAD می‌باشد (۳۸،۳۹).

بنابراین به طور کلی شیوع و همبودی نسبتاً بالای SAD و GAD، دشواری‌های تنظیم هیجان و استفاده از راهبردهای ناسازگار تنظیم هیجان مانند نگرانی و افکار تکرارشونده منفی، آمیختگی شناختی (عکس تمرکز زدایی) به تداوم و مقاومت این اختلالات در برابر درمان منجر می‌شوند و مسیر درمان را چالش برانگیز می‌کنند. همچنین این اختلالات با درجه قابل توجهی از آسیب، استفاده زیاد از مراقبت‌های بهداشتی و بار اقتصادی عظیمی برای جامعه همراه هستند. لذا با توجه به اینکه تاکنون اثربخشی درمان تنظیم هیجان به طور جامع مورد مطالعه قرار نگرفته و مطالعات محدودی انجام شده است و همچنین با توجه به شیوع و تأثیر اختلالات اضطرابی بر عملکرد، بار اقتصادی و پیامدهای سلامتی، هدف از پژوهش حاضر بررسی تأثیر درمان گروهی تنظیم هیجان بر نشانگان اختلال اضطراب اجتماعی همبود با اختلال اضطراب فراگیر می‌باشد که در این راستا دو فرضیه مورد بررسی قرار گرفتند: ۱. درمان گروهی تنظیم هیجان موجب کاهش نشانگان اختلال اضطراب اجتماعی می‌شود. ۲. درمان

احساس کنند باید تجربه هیجانی خود را کنترل کنند (۲۰-۲۳).

علیرغم پیشرفت و موفقیت درمان شناختی رفتاری و پیشرفت‌های پژوهشی قابل توجه در مورد سایر اختلالات اضطرابی، در مورد SAD نه تنها نتایج مطالعات ناهمگون است (۲۴،۲۶،۲۷) بلکه پژوهش‌ها تاکنون همبودی SAD با سایر اختلالات، به عنوان مانع اصلی برای بهبود علائم و افزایش احتمال بروز آن را مورد بررسی قرار نداده‌اند (۲۸،۲۹). تحقیقات پیشین نشان می‌دهند این اختلالات کمترین میزان پاسخدهی را به درمان شناختی رفتاری Cognitive Behavioral Therapy داشته‌اند (۳۰،۳۱) و در نتیجه تعداد قابل توجهی از بیماران از درمان شناختی رفتاری سود نمی‌برند (۳۲). احتمالاً مداخلات شناختی رفتاری سنتی عوامل آشکارساز یا نگهدارنده را به طور جامع مورد هدف قرار نمی‌دهند و به این ترتیب به روش‌های درمانی جدیدی که می‌تواند برای بیماران نویدبخش باشد نیاز داریم.

یکی از درمان‌های نوظهور موج سوم شناختی رفتاری، درمان تنظیم هیجان (ERT) Emotion Regulation Therapy می‌باشد که به طور عمده برای کمک به بهبود اثرات منفی اختلالات مقاوم به درمان با استفاده از مدل علم عاطفی کارکردی Functional Affective Science Model شکل گرفت (۳۳). ERT یک روان‌درمانی مختصر است که در چارچوب علم عاطفه طراحی شده و با یکپارچه سازی اصول درمان‌های شناختی رفتاری سنتی و معاصر، ساز و کارهای انگیزشی (سیستم امنیت، سیستم پاداش) و راهبردهای نظم بخشی (مانند انتقاد از خود، نشخوار و نگرانی) را هدف قرار می‌دهد که منجر به پاسخ‌های رفتاری کوتاه مدت (مانند اجتناب، اطمینان جویی مجدد، رفتارهای اجباری و مقابله ناسازگار) و پیامدهای یادگیری زمینه‌ای بلند مدت (تهدید کلی، کاهش حساسیت به پاداش) می‌شوند (۳۴). همچنین ERT مولفه‌های درمان شناختی رفتاری (مانند نظارت بر خود، تمرین‌های آرامسازی، چارچوب بندی مجدد و

گروهی تنظیم هیجان موجب کاهش نشانگان اختلال اضطراب فراگیر می شود.

روش کار

پژوهش حاضر از نوع مطالعات شبه آزمایشی با طرح پیش آزمون، پس آزمون با گروه کنترل و پیگیری می باشد. این مطالعه با شماره شناسه ۶۷۴۰۵ و کد IRCT20221214056812N1 در سایت IRCT کشور به ثبت رسیده است. جامعه آماری این پژوهش شامل تمامی بیماران مبتلا به SAD همبود با GAD بود که در ۶ ماهه اول سال ۱۴۰۲ به مراکز روان درمانی شهر شیراز مراجعه کردند. نمونه پژوهش شامل ۳۰ نفر از جامعه مذکور بود که با روش نمونه گیری در دسترس و بر اساس مصاحبه بالینی ساختار یافته برای (DSM-V) Structured Clinical Interview for DSM-V Disorders و تشخیص توسط روانپزشک انتخاب شدند. آزمودنی ها در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) بر حسب متغیرهای سن، وضعیت اقتصادی اجتماعی و طول مدت ابتلا به بیماری هم‌تاسازی شدند. جهت رعایت ملاحظات اخلاقی قبل از اجرای پژوهش به آزمودنی ها اطمینان داده شد که اطلاعات آنها محرمانه خواهد ماند. همچنین در مورد اهداف پژوهش و پروتکل درمانی به آزمودنی ها توضیحاتی داده شد و رضایت ایشان جهت شرکت در پژوهش به طور مکتوب جلب گردید. گروه مداخله هر هفته یک جلسه ۹۰ دقیقه ای درمان گروهی تنظیم هیجان بر اساس مدل Fresco و همکاران (۴۰) دریافت کردند ولی گروه کنترل هیچ مداخله ای دریافت نکردند. جلسات درمان توسط یک نفر دانشجوی دکتری روانشناسی و مسلط به مفاهیم ERT ارائه گردید. پرسشنامه ها توسط آزمودنی ها در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و مجدداً سه ماه بعد جهت سنجش اثرات مداخله تکمیل شدند. ملاک های ورود به پژوهش شامل، سن بالاتر از ۱۸ سال، تشخیص GAD همبود با SAD بر اساس مصاحبه بالینی ساختاریافته برای DSM-5، سطح

تحصیلات حداقل متوسطه اول و رضایت مراجع بود. ملاک های خروج شامل ابتلا به اختلالات شدید بالینی مانند روانپریشی، اختلالات شخصیت و اختلال مصرف مواد الکلی یا اختلالاتی غیر از SAD و GAD به عنوان تشخیص اصلی، شرکت همزمان در جلسات روان درمانی دیگر، دریافت دارودرمانی و دو جلسه غیبت در طول درمان بود. داده ها از طریق آزمون تحلیل واریانس دو طرفه با اندازه گیری های مکرر و مقایسه های زوجی به وسیله نرم افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

ابزار پژوهش: مصاحبه بالینی ساختاریافته برای DSM-5: SCID-5 مصاحبه ای نیمه ساختاریافته برای تشخیص های اصلی DSM-5 می باشد و توسط انجمن روانپزشکی آمریکا (۴۱) طراحی شده است. پایایی آزمون باز آزمون برای تشخیص های طبقه بندی شده بر اساس کاپای درون گروهی و با فاصله ی اطمینان ۰/۹۵ دو طرفه با استفاده از روش بوت استرپ ارائه شد. مقادیر کاپا برای سه تشخیص در بازه بسیار خوب (۰/۷۹-۰/۶۰)، برای هفت تشخیص در بازه خوب (۰/۵۹-۰/۴۰) و برای چهار تشخیص سوال برانگیز (۰/۳۹-۰/۲۰) بود (۴۲). بر اساس پژوهش محمدخانی و همکاران (۴۳) همسانی درونی برای همه تشخیص های SCID-5 از $\alpha = 0.95$ تا $\alpha = 0.99$ بود و پایایی کلی برای همه تشخیص ها $\alpha = 0.99$ بود. برای بیشتر اختلالات مقادیر ویژه واری بالا بود ($n > 0.85$) و مقادیر حساسیت تا حدودی کمتر بود.

پرسشنامه اضطراب تعامل اجتماعی Social Interaction Anxiety Scale: این مقیاس ۲۰ گویه دارد و روی پیوستاری از صفر (هرگز در مورد من صدق نمی کند) تا چهار (به طور کامل در مورد من صدق می کند) پاسخ داده می شود (۴۴). گویه ها توصیف کننده واکنش فرد نسبت به موقعیت های مربوط به تعامل اجتماعی گروهی و میان فردی است. در یک بررسی ضریب آلفای کرونباخ آن ۰/۹۴ و پایایی آزمون-بازآزمون در هر دو فاصله ۳-۵ هفته ای و ۱۲ هفته ای ۰/۹۲ به دست آمد. همچنین این مقیاس با مقیاس های ترس مرضی اجتماعی (Social

در این پژوهش از پروتکل Fresco و همکاران (۴۰) جهت درمان تنظیم هیجان استفاده کردیم. درمان در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای مطابق جدول ۱ ارائه گردید.

نتایج

در این پژوهش تعداد ۳۰ بیمار مبتلا به SAD همبود با GAD مورد بررسی قرار گرفتند. دامنه سنی ۲ گروه آزمایش و کنترل بین ۱۹ تا ۵۶ سال بود و میانگین و انحراف معیار سن گروه آزمایش $27/16 \pm 4/89$ سال و میانگین و انحراف معیار سن گروه کنترل $28/11 \pm 5/31$ بود. از گروه آزمایش ۹ نفر (۶۰٪) مرد و ۶ نفر (۴۰٪) زن بودند و از گروه کنترل ۱۰ نفر مرد (۳۳/۳٪) و ۵ نفر (۶۶/۷٪) زن بودند.

ابتدا شناسایی و اصلاح داده‌های پرت از طریق ایجاد نمودار جعبه‌ای انجام شد. نمودار ۱ نشان می‌دهد که در توزیع نمرات پس‌آزمون، پیش‌آزمون و پیگیری اضطراب فراگیر و اضطراب اجتماعی در گروه کنترل و آزمایش، داده پرت وجود ندارد.

سپس به منظور مشخص شدن به کارگیری آمار پارامتریک یا غیرپارامتریک، به بررسی نرمال بودن توزیع داده‌های تحقیق پرداخته شد. این موضوع از طریق آزمون کولموگروف-اسمیرنوف بررسی شد. سطح معنی‌داری مقادیر Z بدست آمده برای توزیع نمرات اضطراب اجتماعی، اضطراب فراگیر در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری گروه‌های آزمایش و کنترل مورد بررسی، بالاتر از ۰/۰۵ بود ($p > 0/05$)، که نشان می‌دهد نمرات متغیرهای تحقیق، دارای توزیعی نرمال است. بنابراین امکان استفاده از آزمون‌های پارامتریک جهت آزمون فرضیه‌ها وجود دارد.

جدول ۲ میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری گروه‌های آزمایش و کنترل را نشان می‌دهد. همانطور که در جدول ۲ مشخص است میانگین متغیرهای پژوهش در گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون و پیگیری نسبت به پیش‌آزمون کاهش یافته است و بین پس‌آزمون و پیگیری تفاوت محسوس

(Phobia Scale)، پریشانی و اجتناب اجتماعی (Social Avoidance and Distress Scale) و ترس از ارزیابی منفی (Fear of Negative Evaluation) (Scale) به طور معنادار همبسته بود (۴۵). در پژوهش طاوولی و همکاران همسانی درونی با کاربرد روش آلفای کرونباخ ۰/۹۰ و پایایی آزمون-بازآزمون ۲ هفته‌ای ۰/۷۹ به دست آمد و این مقیاس با فرم کوتاه مقیاس ترس از ارزیابی منفی (Brief Fear of Negative Evaluation Scale) و پرسشنامه ترس مرضی اجتماعی (Social Phobia Inventory) به طور معنادار همبسته بود که نشان دهنده روایی همگرایی SIAS می‌باشد (۴۶). در مطالعه حاضر روایی این ابزار سنجیده نشد و به پژوهش‌های پیشین بسنده شد و همسانی درونی بر اساس آلفای کرونباخ محاسبه شد ($\alpha = 0/88$).

مقیاس اختلال اضطراب فراگیر-۷ (Generalized Anxiety Disorder 7-item) این مقیاس توسط Spitze و همکاران، طراحی و تهیه شده و دارای ۷ سؤال می‌باشد که هر یک از سؤالات به بررسی مشکلات روانی آزمودنی در ۲ هفته گذشته می‌پردازد (۴۷). دامنه نمرات بین ۰ تا ۲۱ می‌باشد و نقطه برش برای مقیاس اختلال اضطراب فراگیر-۷ نمره ۱۰ و بالاتر تعیین شده است. سؤالات به صورت لیکرتی از ۰ تا ۳ نمره گذاری می‌شوند. نتایج به دست آمده در مطالعه اولیه نشانگر روایی و پایایی مناسب این ابزار و دقت تشخیص بالای آن بود. Spitze و همکاران ضریب آلفای کرونباخ و ضریب بازآزمایی GAD-7 را به ترتیب ۰/۹۲ و ۰/۸۳ گزارش کردند (۴۷). در پژوهش نائینیان و همکاران روایی محتوایی و صورتی و ملاکی این پرسشنامه مناسب ارزیابی شده است و پایایی آن با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ محاسبه شده ۰/۸۵ گزارش شده است که بالای ۰/۷ می‌باشد (۴۸). در مطالعه حاضر روایی این ابزار سنجیده نشد و به پژوهش‌های پیشین بسنده شد و همسانی درونی بر اساس آلفای کرونباخ محاسبه شد ($\alpha = 0/70$).

نیست؛ اما در نمرات سه نوبت آزمون گروه کنترل تفاوت جزئی بود.

با توجه به اینکه در این پژوهش، ۳ مرحله آزمون (پیش-آزمون، پس‌آزمون و آزمون پیگیری) انجام شد لذا برای تحلیل فرضیه‌های این پژوهش از روش آماری اندازه‌گیری مکرر (Repeated Measure) و تحلیل واریانس مختلط (mixed analysis of variance) استفاده شد. قبل از بررسی نتایج این آزمون ابتدا مفروضه‌های اصلی این آزمون با استفاده از آزمون لویین و ام باکس مورد بررسی قرار گرفتند. تست لویین برای تعیین همگنی واریانس‌ها اجرا شد که تفاوت معنی‌داری در واریانس نمرات اضطراب اجتماعی و اضطراب فراگیر بین ۲ گروه مشاهده نگردید. چرا که در این مورد، سطح معنی‌داری مقدار F بالاتر از ۰/۰۵ است (پس آزمون اضطراب اجتماعی، $p = ۰/۴۹۲$ ، $F(۲۸،۱) = ۰/۴۸$ ، پیگیری اضطراب اجتماعی، $p = ۰/۲۶۰$ ، $F(۲۸،۱) = ۱/۳۲$ ، پس آزمون اضطراب فراگیر، $p = ۰/۱۶۷$ ، $F(۲۸،۱) = ۲/۰۱$ ، پیگیری اضطراب فراگیر، $p = ۰/۲۲۹$ ، $F(۲۸،۱) = ۱/۵۱$). بنابراین فرض همگنی واریانس نمرات متغیرهای وابسته بین ۲ گروه پذیرفته می‌شود. برای بررسی مفروضه همگنی ماتریس کوواریانس از آزمون ام باکس استفاده شد. به خاطر اینکه این آماره بسیار حساس است، بنابراین سطح معنی‌داری ۰/۰۰۱ در نظر گرفته می‌شود. اگر سطح معنی‌داری بالاتر از ۰/۰۰۱ باشد، نشان می‌دهد تفاوت معنی‌داری وجود ندارد و فرض همگنی ماتریس کواریانس تأیید می‌گردد. همانطور که در جدول ۳ مشاهده می‌شود، سطح معنی‌داری مقدار F محاسبه شده برای همه متغیرها بالاتر از ۰/۰۰۱ است (۰/۰۰۱ $p >$). بنابراین فرض همگنی ماتریس کواریانس برای متغیرهای پژوهش پذیرفته می‌شود.

برای بررسی فرضیه‌های پژوهش از تحلیل واریانس مختلط استفاده شد. برای بررسی برابری واریانس در بین گروه‌ها از آزمون کرویت موچلی (Mauchly) استفاده شد. اندازه آزمون موچلی برای متغیر اضطراب اجتماعی از نظر آماری معنی‌دار نبود (۰/۲۳۷ $p =$) بنابراین از نتایج

آزمون کرویت استفاده شد. همچنین آزمون موچلی برای متغیر اضطراب فراگیر از نظر آماری معنی‌دار بود (۰/۰۰۱ $p =$) بنابراین از نتایج آزمون گرینهاوس گیزر (Greenhouse-geisser) استفاده شد.

در جدول ۴ نتیجه آزمون‌های چند متغیره برای بررسی فرضیه‌های پژوهش گزارش شده است. در صورتی که تعامل گروه و زمان، معنی‌دار باشد به این معناست که مداخله مورد نظر بر متغیر وابسته اثربخش است. مطابق با نتایج جدول ۴ آزمون چند متغیره حاکی از معنی‌داری عامل زمان و تعامل گروه و زمان است.

در جدول ۵ نتایج تعامل مراحل آزمون و گروه برای متغیر اضطراب اجتماعی و اضطراب فراگیر ارائه شده است. با توجه به نتایج جدول ۵ اثر اصلی عامل زمان برای متغیر اضطراب اجتماعی و اضطراب فراگیر معنادار بود. یعنی میانگین‌های برآورده شده نمرات اضطراب اجتماعی و اضطراب فراگیر از مرحله پیش‌آزمون به مرحله پس‌آزمون و پیگیری در کل، تفاوت معناداری نشان می‌دهد (۰/۰۰۱ $p <$). اندازه اثر به ترتیب ۰/۷۰ و ۰/۲۳ برآورد شده است. تعامل زمان (مراحل آزمون) و عضویت گروهی (شرایط پژوهشی) نیز در مورد اضطراب اجتماعی و اضطراب فراگیر از پیش‌آزمون به پس‌آزمون و پیگیری در بین گروه‌ها تفاوت معناداری داشته است (۰/۰۰۱ $p <$) و اندازه اثر تفاوت‌ها به ترتیب ۰/۶۵ و ۰/۲۴ بدست آمده است. اثر بین گروهی (عامل عضویت گروهی) برای متغیر اضطراب اجتماعی معنادار به دست آمد. یعنی گروه‌های پژوهشی در مجموع، از نظر نمرات اضطراب اجتماعی تفاوت معناداری را نشان می‌دهد (۰/۰۱ $p <$). اثر بین گروهی (عامل عضویت گروهی) برای متغیر اضطراب فراگیر معنادار نبود. یعنی گروه‌های پژوهشی در مجموع، از نظر نمرات اضطراب فراگیر تفاوت معناداری را نشان نمی‌دهد (۰/۰۵ $p >$).

در ادامه به منظور مقایسه نتایج در مراحل آزمون (پیش-آزمون، پس‌آزمون و آزمون پیگیری) از مقایسه زوجی حداقل تفاوت معنادار (Least significant difference) استفاده شد که نتایج آن در جدول ۶ گزارش شده است.

انگیزشی و پاسخ‌های واکنشی و افزایش آگاهی از نشانه‌های جسمانی می‌باشد. به این ترتیب بیماران می‌آموزند عوامل محرک هیجان‌ات خود، هیجان‌ات و شدت هر هیجان را شناسایی کنند و بر واکنش خود مسلط شوند. به نظر می‌رسد این مرحله از درمان منجر به تعدیل سوگیری توجه به تهدید اجتماعی یا سوگیری دور شدن از اطلاعات اجتماعی مثبت در اختلال اضطراب اجتماعی می‌شود. همچنین سوگیری پردازش اطلاعات (سوگیری توجه) یک نقص اساسی SAD, GAD محسوب می‌شود (۵۷-۵۴) که در مرحله اول ERT از طریق تمرین و افزایش توجه آگاهی مورد هدف قرار می‌گیرد که منجر به پرورش انعطاف‌پذیری توجه می‌شود. همچنین در مرحله دوم درمان تکنیک‌های تغییر شناختی (چارچوب بندی مجدد) می‌تواند منجر به کاهش سوگیری پردازش اطلاعات در SAD و GAD شود.

افراد مبتلا به این اختلالات اضطرابی به جای پردازش اطلاعات هیجانی و کاربرد ارزش انگیزشی آن، اغلب در تقویت یا تضعیف تجارب هیجانی به شیوه‌ای مناسب با بافت محیطی خاص با شکست مواجه می‌شوند. به طور مثال افراد مبتلا به GAD به بروز هیجان‌ات شدید به صورت واکنشی پاسخ می‌دهند که نشان دهنده کشتش قوی برای ایمنی است. این پاسخ‌های واکنشی معمولاً به روش‌های انعطاف‌ناپذیر و محدود برای به دست آوردن حس کنترل بیشتر، از جمله از بین بردن احساس تهدید و خطر، از بین رفتن یا کاهش شدت تجربه هیجانی، آشکار می‌شوند (۵۷). ERT مهارت‌های نظم‌بخشی هیجانی به بیماران می‌آموزد که جایگزینی برای پاسخدهی واکنشی معمول خواهند بود. در نتیجه بیمار راهبردهای کارآمد تنظیم هیجان مانند پذیرش، تمرکززدایی و تغییر شناختی را با راهبردهای ناسازگار و منفی مانند نگرانی، خودسرزنی، اطمینان جویی مجدد، اجتناب رفتاری و حواسپرتی جایگزین می‌کند.

افراد مبتلا به SAD و GAD با پروفایل تنظیم هیجان مختل اغلب مجموعه رفتارهای انعطاف‌ناپذیر و ناسازگار در پاسخ به شرایط زندگیشان نشان می‌دهند. این الگوهای رفتاری شامل گریز، انفعال و اجتناب می‌باشد و دارای اثر

با یافته‌های گزارش شده در جدول ۵ مشخص است که بین میانگین پیش‌آزمون و پس‌آزمون، میانگین پیش-آزمون و پیگیری اضطراب اجتماعی و اضطراب فراگیر از نظر آماری تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($p < 0/01$). بطوریکه میانگین پس‌آزمون و پیگیری از میانگین پیش-آزمون به لحاظ آماری در متغیر اضطراب اجتماعی و اضطراب فراگیر پایین‌تر است. همچنین بین میانگین نمرات پس‌آزمون و نمرات میانگین آزمون پیگیری به لحاظ آماری تفاوت معنی‌داری وجود ندارد که نشان از پایداری نتایج متاثر از مداخله درمانی بر اثر گذشت زمان دارد.

بحث

پژوهش حاضر با هدف بررسی تأثیر درمان گروهی تنظیم هیجان بر نشانگان اختلال اضطراب اجتماعی همبود با اختلال اضطراب فراگیر انجام شد. یافته‌های پژوهش نشان داد که درمان گروهی تنظیم هیجان بر نشانگان اضطراب اجتماعی و اضطراب فراگیر در افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی همبود با اختلال اضطراب فراگیر اثربخش است. نتایج مطالعه حاضر با یافته‌های بدست‌آمده از ERT و سایر درمان‌ها با تمرکز بر راهبردهای تنظیم هیجان در آسیب‌شناسی و درمان اختلالات هیجانی مطابقت دارد (۵۳-۵۰).

در تبیین کاهش نشانگان اختلال اضطراب اجتماعی و اختلال اضطراب فراگیر می‌توان گفت بر اساس مدل تنظیم هیجان فرسکو و همکاران افراد مبتلا به SAD و GAD ممکن است با کشتش‌های متناقض و مکرر سیستم‌های تهدید-ایمنی و پاداش مواجه شوند. با این حال این افراد برخلاف افراد سالم، ممکن است توانایی کمتری برای حل تعارضات انگیزشی داشته باشند (۳۳). بیمار به طور غیر معمول بر نشانه‌های تهدید و خطر تمرکز می‌کند و نشانه‌های ایمنی و پاداش را نادیده می‌گیرد. مرحله اول ERT که شامل بهبود کشف و بررسی نشانه‌ها برای شناسایی پیشایندها و پیامدهای مرتبط با هیجان‌ات، کشتش‌های

قرار بگیرد و برای تأیید و تکرار یافته های این پژوهش، لازم است پژوهش های بیشتری چه به صورت فردی و چه به صورت گروهی انجام شود. در نهایت ERT به عنوان رویکرد درمانی موثر در کاهش نشانگان اضطراب در بیماران مبتلا به SAD همبود با GAD می تواند در مراکز درمانی، آموزشی، روانشناختی و مشاوره مورد استفاده قرار بگیرد.

نتیجه گیری

یافته های پژوهش حاضر نشان داد که ERT اثربخشی معناداری بر نشانگان اضطراب اجتماعی و اضطراب فراگیر در بیماران مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی همبود با اختلال اضطراب فراگیر دارد. بنابراین می توان از این درمان جهت بهبود مشکلات روانشناختی بیماران مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی همبود با اختلال اضطراب فراگیر استفاده کرد

تشکر و قدردانی

مقاله حاضر برگرفته از پایان نامه دکتری سوده شادکام، دانشجوی رشته روانشناسی دانشگاه بوعلی سینا همدان و به راهنمایی آقای دکتر مهران فرهادی می باشد که در تاریخ ۱۴۰۱/۹/۲۲ و با کد اخلاق IR.BASU.REC.1401.044 در کمیته اخلاق دانشگاه بوعلی سینا همدان ثبت گردید. در پایان از تمامی افرادی که در اجرای این پژوهش همکاری نمودند تقدیر و تشکر می شود.

منفی بر یادگیری پاداش می باشند (۵۸). در این راستا ERT از طریق مواجهه تجربه ای به بیماران کمک می کند فعالیت های مطابق با ارزش هایشان را جست و جو کند و با موانع فعالیت های ارزش مدار مقابله کند و ترسها، ناامیدی ها و قضاوت های درک شده به عنوان موانعی برای داشتن یک زندگی ارزشمند مورد درمان قرار می گیرند.

به این ترتیب ERT که یک درمان چندوجهی و یکپارچه می باشد و مکانیسم هایی را مورد هدف قرار می دهد که به تسکین نشانگان اختلالات اضطرابی مانند SAD و GAD کمک می کند. این درمان بیشتر در مورد اختلال اضطراب فراگیر مورد بررسی قرار گرفته است (۵۹،۶۰) و اثر بخشی آن در مورد اختلالاتی مانند اضطراب فراگیر همبود با افسردگی اساسی (۵۸)، اضطراب بیماری و اختلال وحشتزدگی (۳۷،۵۰) تأیید شده است.

از جمله محدودیت های این پژوهش می توان به عدم کنترل دقیق متغیرهای مزاحم و ناخواسته به دلیل استفاده نکردن از شیوه نمونه گیری تصادفی، عدم تعمیم پذیری نتایج به دلیل استفاده از روش نمونه گری در دسترس، استفاده از ابزارهای مداد کاغذی و عدم تشکیل گروه دارونما اشاره کرد. همچنین به دلیل برگزاری جلسات درمان توسط خود پژوهشگر، با وجود تلاش وی ممکن است سوگیری اندکی رخ داده باشد.

پیشنهاد می شود مطالعات بعدی تأثیر درمان تنظیم هیجان را بر سایر متغیرهای روانشناختی و نیز دیگر اختلالات اضطرابی یا مقاوم به درمان بررسی کنند. همچنین این مداخله با سایر رویکردهای روان درمانی مورد مقایسه

جدول ۱- محتوای جلسات درمان تنظیم هیجان در مطالعه تأثیر درمان گروهی تنظیم هیجان بر نشانگان اختلال اضطراب اجتماعی
همبود با اختلال اضطراب فراگیر

جلسات	اهداف	خلاصه جلسات
مرحله اول (جلسه ۱ و ۲)	ارزیابی اولیه شرح حال رشدی و آموزش مهارت های آگاهی	- شکل گیری ساختار و انسجام گروهی - آموزش روانشناختی مدل ERT - مرور شروع و تاریخچه رشدی اضطراب بر اساس اساس مدل ERT - تمرین نوشتن تاریخچه ایمنی - استعاره گلوله برفی و ارکستر - تمرین Catch Your Reacting جهت کمک به تشخیص زود هنگام نشانه ها - آموزش تمرین های ذهن آگاهی شامل تنفس دیافراگمی و اسکن بدنی به همراه رویکرد آرامسازی عضلانی پیشرونده، ذهن آگاهی هیجانی
مرحله دوم (جلسه ۳ و ۴)	آموزش مهارت های تنظیم هیجان	- پذیرش: اشتیاق برای بودن همه جانبه با تجربه. دعوت بیماران برای ماندن و تماس با همه احساسات اعم از هیجانی، بدنی، شناختی و غیره. - تمرکززدایی: تمرین مشاهده افکار و احساسات به عنوان رویدادهایی گذرا و عینی در ذهن. برای این منظور از تمرین هایی مانند مراقبه کوهستان و خود مشاهده گر استفاده می شود. - تغییر شناختی: کمک به بیماران برای ارزیابی مجدد یک رویداد تا اهمیت هیجانی آن تغییر یابد. برای این منظور از ارزیابی مجدد مثبت، خوددلسوزانه و واقع گرایانه استفاده می شود. - شناسایی ارزش ها و مواجهه مبتنی بر ارزش ها - تمرین گفتگوی تجربی که در جهت کشف تعارضات درونی و مانع از فعالیت های مبتنی بر ارزشها می باشد.
مرحله سوم (جلسه ۵ و ۶)	مواجهه تجربه ای برای تقویت یادگیری زمینه ای جدید	- تمرینات بین جلسه ای برنامه ریزی شده که در آن بیماران خارج از جلسات نیز بر اساس ارزش هایشان رفتار می کنند. - بیماران از مهارت های تنظیم هیجان آموخته شده در مرحله دوم جهت تسهیل مشارکت در تمرین های تجربی در جلسات و فعالیت های مبتنی بر ارزش خارج از جلسات استفاده می کنند.
مرحله چهارم (جلسه ۷ و ۸)	مرور فرآیند پیشگیری از عود تحکیم دستاوردها آمادگی برای پایان درمان و فرایند اختتام	- مرور اهداف اولیه - به بیماران یادآوری می شود که تجربه هیجانات حتی هیجانات منفی یک بخش طبیعی از وجود انسان است. - به ایشان یادآوری می شود که زندگی حرکتی رو به جلو می باشد که ناگزیر لحظات پرفراز و نشیبی خواهد داشت. - یکپارچه کردن دستاوردها و آمادگی برای جلوگیری از وابستگی مجدد بیماران به سیستم ایمنی و اجتناب از سیستم پاداش و استفاده از پاسخدهی واکنشی - بررسی توانایی بیمار برای مواجهه با شرایط استرسزای احتمالی - دعوت به حفظ یک دیدگاه پویا در زندگی: سعی بر این است تا بیماران جهان جدید پس از درمان را بیشتر از زاویه فرصت هایی که فراهم می آورد درک کنند تا چالش هایی که بر ایشان تحمیل می کند.

جدول ۲- میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری به تفکیک گروه‌ها در مطالعه تاثیر درمان گروهی تنظیم هیجان بر نشانگان اختلال اضطراب اجتماعی همبود با اختلال اضطراب فراگیر

شاخص	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری	
گروه	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
آزمایش	۶۰/۳۳	۷/۳۰	۴۲/۳۴	۸/۲۴	۴۳/۰۰	۸/۸۳
اضطراب اجتماعی	کنترل	۶۰/۲۶	۵۹/۰۶	۷/۸۹	۵۹/۳۵	۷/۲۹
آزمایش	۱۵/۵۳	۲/۶۹	۱۰/۰۵	۴/۱۱	۱۰/۸۶	۴/۴۵
اضطراب فراگیر	کنترل	۱۴/۴۶	۱۴/۴۱	۳/۷۲	۱۴/۵۲	۳/۲۷

جدول ۳- آزمون باکس جهت بررسی همگنی ماتریس کواریانس در مطالعه تاثیر درمان گروهی تنظیم هیجان بر نشانگان اختلال اضطراب اجتماعی همبود با اختلال اضطراب فراگیر

متغیر	آماره باکس	مقدار F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	سطح معنی‌داری
اضطراب اجتماعی	۶/۲۹	۰/۹۲	۶	۵۶۸۰/۳۰	۰/۴۷۵
اضطراب فراگیر	۶/۷۷	۰/۹۹	۶	۵۶۸۰/۳۰	۰/۴۲۵

جدول ۴- نتایج اندازه‌گیری مکرر برای مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر تنظیم هیجان بر اضطراب اجتماعی و اضطراب فراگیر

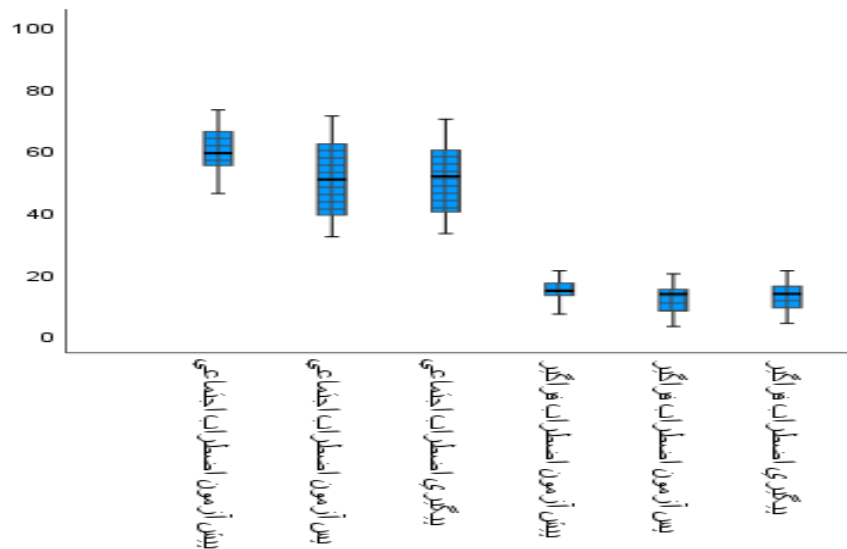
اثر	مقدار F	درجه آزادی فرضیه	درجه آزادی خطا	سطح معناداری	اندازه اثر	
اضطراب اجتماعی	عامل زمان	۳۱/۷۵	۲	۲۷	۰/۰۰۱	۰/۷۰
اضطراب اجتماعی	عامل تعامل گروه و زمان	۲۵/۵۸	۲	۲۷	۰/۰۰۱	۰/۶۵
اضطراب فراگیر	عامل زمان	۵/۲۸	۲	۲۷	۰/۰۱۲	۰/۲۸
اضطراب فراگیر	عامل تعامل گروه و زمان	۴/۸۰	۲	۲۷	۰/۰۱۶	۰/۲۶

جدول ۵- نتایج تحلیل واریانس اندازه‌های تکراری اضطراب اجتماعی و اضطراب فراگیر بر حسب گروه و زمان در مطالعه تأثیر درمان گروهی تنظیم هیجان بر نشانگان اختلال اضطراب اجتماعی همبود با اختلال اضطراب فراگیر

منبع تغییرات	متغیرها	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معناداری	مجذور اتا
	عامل ۱ (زمان)	۱۲۵۱/۲۶	۱	۱۲۵۱/۲۶	۶۵/۵۹	۰/۰۰۱	۰/۷۰
اضطراب اجتماعی	درون آزمودنی‌ها	۱۰۰۸/۶۰	۱	۱۰۰۸/۶۰	۵۲/۸۷	۰/۰۰۱	۰/۶۵
	خطا	۵۳۴/۱۳	۲۸	۱۹/۰۷			
	بین آزمودنی‌ها	۲۷۲۲/۵۰	۱	۲۷۲۲/۵۰	۱۷/۱۳	۰/۰۰۱	۰/۳۸
	عامل ۱ (زمان)	۷۹/۳۵	۱	۷۹/۳۵	۸/۴۱	۰/۰۰۷	۰/۲۳
اضطراب فراگیر	درون آزمودنی‌ها	۸۴/۰۱	۱	۸۴/۰۱	۸/۹۰	۰/۰۰۶	۰/۲۴
	خطا	۲۶۴/۱۳	۲۸	۹/۴۳			
	بین آزمودنی‌ها	۱۲۰/۱۷	۱	۱۲۰/۱۷	۳/۸۵	۰/۰۶۰	۰/۱۱

جدول ۶- مقایسه زوجی نمرات میانگین اضطراب اجتماعی و اضطراب فراگیر در سه مرحله زمانی در مطالعه تأثیر درمان گروهی تنظیم هیجان بر نشانگان اختلال اضطراب اجتماعی همبود با اختلال اضطراب فراگیر

زمان الف	زمان ب	تفاوت میانگین	انحراف معیار	سطح معنی داری
اضطراب	پیش -	۹/۶۰*	۱/۱۹	۰/۰۰۱
اجتماعی	آزمون	۹/۱۳*	۱/۱۲	۰/۰۰۱
	پس -	-۰/۴۶	۰/۲۴	۰/۰۷۸
	آزمون			
اضطراب	پیش -	۲/۷۶*	۰/۸۵	۰/۰۰۳
فراگیر	آزمون	۲/۳۰*	۰/۷۹	۰/۰۰۷
	پس -	-۰/۴۸	۰/۲۲	۰/۰۶۱
	آزمون			



نمودار ۱- نمودار جعبه‌ای نمرات اضطراب فراگیر و اضطراب اجتماعی در گروه آزمایش و کنترل در مطالعه تاثیر درمان گروهی تنظیم هیجان بر نشانگان اختلال اضطراب اجتماعی همبود با اختلال اضطراب فراگیر

References

- Stein DJ, Scott KM, De Jonge P, Kessler RC. Epidemiology of anxiety disorders: from surveys to nosology and back. *Dialogues in clinical neuroscience*. 2017 Jun; 19(2):127-36.
- Bandelow B, Michaelis S. Epidemiology of anxiety disorders in the 21st century. *Dialogues in clinical neuroscience*. 2015 Sep 30; 17(3):327-35.
- Stein DJ, Lim CCW, Roest AM, de Jonge P, Aguilar-Gaxiola S, Al-Hamzawi A, Alonso J, Benjet C, Bromet EJ, Bruffaerts R, de Girolamo G, Florescu S, Gureje O, Haro JM, Harris MG, He Y, Hinkov H, Horiguchi I, Hu C, Karam A, Karam EG, Lee S, Lepine JP, Navarro-Mateu F, Pennell BE, Piazza M, Posada-Villa J, Ten Have M, Torres Y, Viana MC, Wojtyniak B, Xavier M, Kessler RC, Scott KM; WHO World Mental Health Survey Collaborators. The cross-national epidemiology of social anxiety disorder: Data from the World Mental Health Survey Initiative. *BMC Med*. 2017; 15(1): 143.
- Garcia-Lopez LJ, Bonilla N, Muela-Martinez JA. Considering Comorbidity in Adolescents with Social Anxiety Disorder. *Psychiatry Investig*. 2016 Sep; 13(5): 574-76.
- Ashbaugh AR, McCabe RE, & Antony MM. (2020). Social anxiety disorder. In Antony MM, Barlow DH, editors. *Handbook of assessment and treatment planning for psychological disorders*. Guilford Publications; 2020 Aug 18. pp. 180-212.
- American Psychiatric Association DS, American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5*. Washington, DC: American psychiatric association; 2013.
- Mizzi S, Pedersen M, Rossell SL, Rendell P, Terrett G, Heinrichs M, Labuschagne I. Resting-state amygdala subregion and precuneus connectivity provide evidence for a dimensional approach to studying social anxiety disorder. *Translational Psychiatry*. 2024 Mar 14;14(1):147.

8. Mohammadi MR, Salehi M, Khaleghi A, Hooshyari Z, Mostafavi SA, Ahmadi N, Hojjat SK, Safavi P, Amanat M. Social anxiety disorder among children and adolescents: A nationwide survey of prevalence, socio-demographic characteristics, risk factors and comorbidities. *Journal of affective disorders*. 2020 Feb 15; 263: 450-7.
9. Kessler RC, Wang PS. The descriptive epidemiology of commonly occurring mental disorders in the United States. *Annu. Rev. Public Health*. 2008 Apr 21;29:115-29.
10. Grenier S, Desjardins F, Raymond B, Payette MC, Rioux MÈ, Landreville P, Gosselin P, Richer MJ, Gunther B, Fournel M, Vasiliadis HM. Six-month prevalence and correlates of generalized anxiety disorder among primary care patients aged 70 years and above: Results from the ESA-services study. *International journal of geriatric psychiatry*. 2019; 34(2):315-23.
11. Helbig-Lang S, Rusch S, Lincoln TM. Emotion regulation difficulties in social anxiety disorder and their specific contributions to anxious responding. *Journal of clinical psychology*. 2015; 71(3): 241-49
- 12 Conroy K, Curtiss JE, Barthel AL, Lubin R, Wieman S, Bui E, Simon NM, Hofmann SG. Emotion regulation flexibility in generalized anxiety disorder. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*. 2020 Mar;42:93-100.
- 13 Abasi I, Shams G, Pascual-Vera³ B, Milosevic I, Bitarafan M, Ghanadanzadeh S, Talebi Moghaddam M. Positive emotion regulation strategies as mediators in depression and generalized anxiety disorder symptoms: A Transdiagnostic framework investigation. *Current Psychology*. 2023;1:1-8.
14. Ohayon, MM. Schatzberg, AF. Social phobia and depression: Prevalence and comorbidity. *Journal of Psychosomatic Research*. 2010; 68: 235-243.
15. Koyuncu A, İnce E, Ertekin E, Tükel R. Comorbidity in social anxiety disorder: diagnostic and therapeutic challenges. *Drugs Context*. 2019 Apr 2; 8:212573.
16. Koyuncu A, Alkın T, Tükel R. Development of social anxiety disorder secondary to attention deficit/hyperactivity disorder (the developmental hypothesis). *Early Interv Psychiatry*. 2018; 12(2): 269–72.
17. Nagata T, Suzuki F, Teo AR. Generalized social anxiety disorder: a still-neglected anxiety disorder 3 decades since Liebowitz's review. *Psychiatry Clin Neurosci*. 2015; 69(12):724-40
18. Mennin DS, Heimberg RG, Jack MAS. Comorbid generalized anxiety disorder in primary social phobia: symptom severity, functional impairment, and treatment response. *Journal of Anxiety disorders*. 2000; 14: 325- 43.
19. Hofmann SG. Cognitive factors that maintain social anxiety disorder: A comprehensive model and its treatment implications. *Cognitive behaviour therapy*. 2007 Dec 1; 36(4): 193-209.
20. Mennin DS. Emotion Regulation Therapy for Generalized Anxiety Disorder. *Clinical Psychology and Psychotherapy*. 2004; 11(1): 17-29
21. Masters MR, Zimmer-Gembeck MJ, Farrell LJ. Transactional associations between adolescents' emotion dysregulation and symptoms of social anxiety and depression: A longitudinal study. *The Journal of Early Adolescence*. 2019; 39(8):1085-109.
22. Jazaieri H, Morrison AS, Goldin PR, Gross JJ. The role of emotion and emotion regulation in social anxiety disorder. *Current psychiatry reports*. 2015; 17(1):531.
23. Conroy K, Curtiss JE, Barthel AL, Lubin R, Wieman S, Bui E, Hofmann SG. Emotion regulation flexibility in generalized anxiety disorder. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*. 2020; 42: 93-100.
24. Newby JM, McKinnon A, Kuyken W, Gilbody S, Dalgleish T. Systematic review and meta-analysis of transdiagnostic psychological treatments for anxiety and depressive disorders in adulthood. *Clinical psychology review*. 2015; 40:91-110.

25. Cristea IA, Kok RN, Cuijpers P. Efficacy of cognitive bias modification interventions in anxiety and depression: meta-analysis. *British Journal of Psychiatry*. 2015; 206:7-16.
26. Strauss C, Cavanagh K, Oliver A, Pettman D. Mindfulness-based interventions for people diagnosed with a current episode of an anxiety or depressive disorder: a meta-analysis of randomized controlled trials. 2014; *PloS One*, 9, e96110
27. Norton AR, Abbott MJ, Norberg MM, Hunt C. A systematic review of mindfulness and acceptance-based treatments for social anxiety disorder. *Journal of Clinical Psychology*. 2015; 71, 283-301.
28. Ezpeleta L, Domènech JM, Angold A. A comparison of pure and comorbid CD/ODD and depression. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2006; 47:704-712.
29. Abasi I, Pourshahbaz A, Mohammadkhani P, Dolatshahi B, Moradveisi L, Mennin D. Emotion regulation therapy for social anxiety disorder: A single case series study. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*. 2021; 49(6): 658-672.
30. Hudson JL, Rapee RM, Lyneham HJ, McLellan LF, Wuthrich VM, Schniering CA. Comparing outcomes for children with different anxiety disorders following cognitive behavioural therapy. *Behav. Res. Ther.* 2015; 72: 30-37.
31. Borkovec TD, Ruscio AM. Psychotherapy for generalized anxiety disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*. 2001; 62: 37-42.
32. Cuijpers P, Gentili C, Banos RM, Garcia-Campayo J, Botella C, Cristea IA. Relative effects of cognitive and behavioral therapies on generalized anxiety disorder, social anxiety disorder and panic disorder: A meta-analysis. *J Anxiety Disord*. 2016 Oct; 43: 79-89.
33. Mennin DS, Fresco DM. Emotion regulation therapy. *Handbook of emotion regulation*. 2014; 2:469-90.
34. Renna ME, Fresco DM, Mennin DS. Emotion Regulation Therapy and Its Potential Role in the Treatment of Chronic Stress-Related Pathology across Disorders. *Chronic Stress*. 2020; 4:1-10.
35. Renna ME, Quintero JM, Fresco DM, Mennin DS. Emotion regulation therapy: a mechanism-targeted treatment for disorders of distress. *Frontiers in psychology*. 2017 Feb 6; 8:98.
36. Barkowski S, Schwartze D, Strauss B, Burlingame GM, Barth J, Rosendahl J. Efficacy of group psychotherapy for social anxiety disorder: A meta-analysis of randomized-controlled trials. *Journal of anxiety disorders*. 2016; 39: 44-64.
37. Aqiqi A, Mohammadi N, Rahimi Ch, Imani M. The effectiveness of group therapy based on emotion regulation on improving the symptoms and quality of life of patients with panic disorder. *Clinical Psychology*. 2021; 13(3): 19-32. [Persian]
38. Hofmann SG, Bögels SM. Recent advances in the treatment of social phobia: Introduction to the special issue. *Journal of Cognitive Psychotherapy*. 2006; 20: 3-5.
39. Burlingame GM, MacKenzie KR, Strauss B. Small Group Treatment: Evidence for Effectiveness and Mechanisms of Change. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (5th ed., pp. 647-696), New York: John Wiley & Sons. 2004.
40. Fresco DM, Mennin DS, Heimberg RG, Ritter M. Emotion regulation therapy for generalized anxiety disorder. *Cognitive and Behavioral Practice*. 2013; 20(3), 282-300.
41. American Psychiatric Association. Structured clinical interview for DSM-5 (SCID-5). Washington, DC: American Psychiatric Association, 2015.
42. Clarke DE, Narrow W, Regier DA, Kuramoto SJ, Kupfer DJ, Kuhl EA, Greiner L, Kraemer HC. DSM-5 field trials in the United States and Canada, Part I: study design, sampling strategy, implementation, and analytic approaches. *The American journal of psychiatry*. 2013; 70: 43-58.
43. Mohammadkhani P, Forouzan AS, Hooshyari Z, Abasi I. Psychometric

- Properties of Persian Version of Structured Clinical Interview for DSM-5-Research Version (SCID-5-RV): A Diagnostic Accuracy Study. *Iran J Psychiatry Behav Sci.* 2020; 14(2): e100930.
44. Heimberg RG, Mueller GP, Holt CS, Hope DA, Liebowitz MR. Assessment of anxiety in social interaction and being observed by others: The social interaction anxiety scale and the social phobia scale. *Behav Ther.* 1992; 23:53-73.
45. Mattick RP, Clarke JC. Social interaction anxiety scale. *Psychological Assessment.* 1998.
46. Tavoli A, Alahyari A, Azadfalsh P, Fathi Ashtiyani A, Melyani M, Sahragard M. Validity and Reliability of the Farsi Version of Social Interaction Anxiety Scale (SIAS). *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology.* 2012; 3(70):227-32. [Persian]
47. Spitzer RL, Kroenke K, Williams JB, Löwe B. A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. *Archives of internal medicine,* 2006; 166(10): 1092-97.
48. Naeinian MR, Shairi MR, Sharifi M, Hadian M. To study reliability and validity for a brief measure for assessing Generalized Anxiety Disorder (GAD-7). *Clinical Psychology & Personality.* 2011; 3(4): 41-50. [Persian]
49. O'Toole MS, Renna ME, Mennin DS, Fresco DM. Changes in decentering and reappraisal temporally precede symptom reduction during emotion regulation therapy for generalized anxiety disorder with and without co-occurring depression. *Behavior therapy.* 2019; 50(6): 1042-52.
50. Aghighi A, Mohammadi N, Rahimi Ch, Imani M. Effectiveness of Emotion Regulation Group Therapy on symptom reduction and quality of life in individuals with Illness Anxiety Disorder, *Modern psychological research,* 2020; 15(58): 59-79. [Persian]
51. Renna, ME, Fresco, DM Mennin DS. Emotion Regulation Therapy and Its Potential Role in the Treatment of Chronic Stress-Related Pathology Across Disorders. *Chronic Stress.* 2020; 4: 1-10.
52. Winter HR, Norton AR, Burley JL, Wootton BM. Remote cognitive behaviour therapy for social anxiety disorder: A meta-analysis. *Journal of Anxiety Disorders.* 2023 Oct 16:102787.
53. Khoramnia S, Bavafa A, Jaberghaderi N, Parvizifard A, Foroughi A, Ahmadi M, Amiri S. The effectiveness of acceptance and commitment therapy for social anxiety disorder: a randomized clinical trial. *Trends in psychiatry and psychotherapy,* 2020; 42: 30-38.
54. Zheng J, Cao F, Chen Y, Yu L, Yang Y, Katembu S, Xu O. Time course of attentional bias in social anxiety: Evidence from visuocortical dynamics. *International Journal of Psychophysiology.* 2023 Feb 1;184:110-7.
55. Dryman MT, Heimberg RG. Emotion regulation in social anxiety and depression: A systematic review of expressive suppression and cognitive reappraisal. *Clinical psychology review.* 2018;65:17-42.
56. McNally RJ. Attentional bias for threat: Crisis or opportunity?. *Clinical psychology review.* 2019 Apr 1; 69: 4-13.
57. Gross JJ. Emotion regulation: Conceptual and empirical foundations. *Handbook of emotion regulation,* 2014; 2: 3-20.
58. Renna ME, Quintero JM, Fresco DM and Mennin DS. Emotion Regulation Therapy: A Mechanism-Targeted Treatment for Disorders of Distress. *Front. Psychol.* 2017; 8:98.
59. Renna ME, Quintero JM, Soffer A, Pino M, Ader L, Fresco DM, Mennin DS. A pilot study of emotion regulation therapy for generalized anxiety and depression: findings from a diverse sample of young adults. *Behavior therapy.* 2018 May 1;49(3):403-18.
60. Mennin DS, Fresco DM, O'Toole MS, Heimberg RG. A randomized controlled trial of emotion regulation therapy for generalized anxiety disorder with and without co-occurring depression. *Journal of consulting and clinical psychology.* 2018 Mar; 86(3): 268.

The Effect of Emotion Regulation Group Therapy on the Symptoms of Social Anxiety Disorder Comorbid with Generalized Anxiety Disorder

Soodeh Shadkam¹, Mehran Farhadi², Mohammad Reza Zoghi Paydar³, Hossein Mohagheghi³

1- Ph.D. Student, Department of psychology, Faculty of Economics and Social Sciences, Bu-Ali Sina University, Hamadan, Iran

2- Ph.D. Assistant Professor, Department of Psychology, Faculty of Economics and Social Sciences, Bu-Ali Sina University, Hamadan, Iran

3- Ph.D. Associate Professor, Department of Psychology, Faculty of Economics and Social Sciences, Bu-Ali Sina University, Hamadan, Iran

*Corresponding author: m.farhadi@basu.ac.ir

Received: Feb 15, 2024

Accepted: May 25, 2024

ABSTRACT

Background and Aim: Considering the high prevalence of anxiety disorders, the high comorbidity of social anxiety disorder and generalized anxiety disorder, and the negative and lasting effects of social anxiety disorder on various aspects of a person's life, the present study investigated the effect of emotion regulation group therapy on the symptoms of social anxiety disorder comorbid with generalized anxiety disorder.

Materials and Methods: This was a quasi-experimental study with a pre-test and post-test design with control and follow-up groups. The statistical population included all the patients with social anxiety disorder comorbid with generalized anxiety disorder referring to psychotherapy clinics in Shiraz, Iran, from among whom a sample of 30 people were selected by the available sampling method. Data were collected using Structured Clinical Interviews for DSM-5 (SCID-5), Generalized Anxiety Disorder Scale-7 and the Social Interaction Anxiety Questionnaire (SIAS) and analyzed with SPSS version 27 software using the analysis of variance method with repeated measurements

Results: The data obtained showed that emotion regulation group therapy could significantly reduce the symptoms of social anxiety disorder ($p < 0.001$) and generalized anxiety disorder ($p < 0.001$), the results remaining stable in a three-month follow-up ($p < 0.05$)

Conclusion: Based on the findings of this study it can be concluded that group therapy of emotion regulation is effective in, and can, thus, be used as a therapeutic intervention for, social anxiety disorder comorbid with generalized anxiety disorder.

Keywords: Emotion Regulation Therapy, Social Anxiety Disorder, Generalized Anxiety Disorder

Copyright © 2024 Tehran University of Medical Sciences. Published by Tehran University of Medical Sciences.



This work is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International license (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>). Non-commercial uses of the work are permitted, provided the original work is properly cited.