

Effectiveness of Dialectical Behavior Therapy in Worry, Anxiety, and Intolerance of Uncertainty in Women with COVID-19-induced Anxiety

Mahdi Lashgari¹ , Qasem Ahi^{1*} , Fatemeh Shahabizadeh¹ , Ahmad Mansouri² 

¹ Dept of Psychology, Birjand Branch, Islamic Azad University, Birjand, Iran

² Dept of Psychology, Neyshabur Branch, Islamic Azad University, Neyshabur, Iran

Article Info

Article type:

Research article

Article History:

Received: 02 January 2022

Revised: 13 February 2022

Accepted: 27 February 2022

Published Online: 22 November 2022

* Correspondence to:

Qasem Ahi

Dept of Psychology, Birjand Branch, Islamic Azad University, Birjand, Iran.

Email:

ahigh1356@yahoo.com

ABSTRACT

Introduction: Since the COVID-19 epidemic, numerous studies have shown an increase in mental health problems. According to the findings, women are more likely than men to be concerned about the spread of the disease. This study aimed to investigate the effectiveness of dialectical behavior therapy in worry, anxiety, and intolerance of uncertainty in women with COVID-19-induced anxiety.

Material & Methods: This single-case quasi-experimental study was conducted with multiple baseline, continuous assessment, and three-month follow-up. Three female patients were purposefully selected from the statistical population based on the criteria set for entering the study and were treated upon dialectical behavior therapy protocol. These individuals were assessed by completing the Corona Disease Anxiety Scale, Penn State Worry Questionnaire, and Intolerance of Uncertainty Scale. Data were analyzed by graph, recovery percentage, and reliable change index. (Ethic code: IR.IAUDAMGHAN.REC.1399.025)

Findings: The overall recovery values of participants after treatment (follow-up) were 25% (34%) in terms of anxiety, 56% (57%) in terms of COVID-19-induced anxiety, and 49% (52%) in terms of intolerance of uncertainty, which is statistically significant at 95% confidence level. The results show that participants' worry and intolerance of uncertainty have improved in the three-month follow-up, and the enhancement of their COVID-19-induced anxiety has been stabilized.

Discussion & Conclusion: In general, dialectical behavior therapy is effective in improving anxiety, worry, and intolerance of uncertainty in women with COVID-19-induced anxiety.

Keywords: COVID-19, COVID-19-induced anxiety, Dialectical behavior therapy, Intolerance of uncertainty, Worry

➤ How to cite this paper

Lashgari M, Ahi Q, Shahabizadeh F, Mansouri A. Effectiveness of Dialectical Behavior Therapy in Worry, Anxiety, and Intolerance of Uncertainty in Women with COVID-19-induced Anxiety. Journal of Ilam University of Medical Sciences. 2023;30(5): 1-13.



اثر بخشی رفتار درمانی دیالکتیکی بر نگرانی، اضطراب و عدم تحمل بلا تکلیفی زنان مبتلا به اضطراب کووید-۱۹

مهدی لشگری^۱ ID، قاسم آهی^{۱*} ID، فاطمه شهابی زاده^۱ ID، احمد منصوری^۲ ID

^۱ گروه روان شناسی، واحد بیرجند، دانشگاه آزاد اسلامی، بیرجند، ایران

^۲ گروه روان شناسی، واحد نیشابور، دانشگاه آزاد اسلامی، نیشابور، ایران

چکیده

اطلاعات مقاله

نوع مقاله: پژوهشی

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۱۰/۱۲

تاریخ ویرایش: ۱۴۰۰/۱۱/۲۴

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۱۲/۰۸

تاریخ انتشار: ۱۴۰۱/۰۹/۰۱

نویسنده مسئول:

قاسم آهی

گروه روان شناسی، واحد بیرجند،

دانشگاه آزاد اسلامی، بیرجند،

ایران.

Email: ahigh1356@yahoo.com

مقدمه: از زمان همه گیری کووید-۱۹، مطالعات متعدد افزایش مشکلات مرتبط با نگرانی و اضطراب را نشان می دهند. بر اساس نتایج پژوهش ها، زنان بیش از مردان در معرض نگرانی و اضطراب ناشی از شیوع این بیماری قرار دارند. هدف از این پژوهش بررسی اثر بخشی رفتار درمانی دیالکتیکی بر نگرانی، اضطراب و عدم تحمل بلا تکلیفی زنان مبتلا به اضطراب کووید-۱۹ بود.

مواد و روش ها: طرح این پژوهش از نوع آزمایشی تک موردی با خط پایه چند گانه و سنجش مداوم و پیگیری سه ماهه بود. سه بیمار زن به صورت هدفمند و بر اساس ملاک های تعیین شده برای ورود به پژوهش از جامعه آماری مدنظر انتخاب شدند و بر اساس دستورالعمل رفتار درمانی دیالکتیکی تحت درمان قرار گرفتند. این افراد با تکمیل مقیاس اضطراب کرونا، پرسش نامه نگرانی ایالت پنسیلوانیا و مقیاس عدم تحمل بلا تکلیفی ارزیابی گردیدند. داده ها به روش ترسیمی، درصد بهبودی و شاخص تغییر پایا تجزیه و تحلیل شدند.

یافته ها: بهبودی کل شرکت کنندگان پس از مرحله درمان (پیگیری) در متغیر نگرانی ۲۵ درصد (۳۴ درصد)، در متغیر اضطراب کرونا ۵۶ درصد (۵۷ درصد) و در متغیر عدم تحمل بلا تکلیفی ۴۹ درصد (۵۲ درصد) بود که از نظر آماری در سطح اطمینان ۹۵ درصد معنی دار است. نتایج نشان می دهند که بهبودی نگرانی و عدم تحمل بلا تکلیفی شرکت کنندگان در پیگیری سه ماهه افزایش داشته و بهبودی اضطراب کرونای آنان تثبیت شده است.

بحث و نتیجه گیری: به طور کلی، رفتار درمانی دیالکتیکی در بهبود نگرانی و اضطراب و عدم تحمل بلا تکلیفی زنان مبتلا به اضطراب کووید-۱۹ مؤثر است.

واژه های کلیدی: اضطراب کرونا، نگرانی، رفتار درمانی دیالکتیکی، عدم تحمل بلا تکلیفی، کووید-۱۹

استناد: لشگری، مهدی؛ آهی، قاسم؛ شهابی زاده، فاطمه؛ منصوری، احمد. اثر بخشی رفتار درمانی دیالکتیکی بر نگرانی، اضطراب و عدم تحمل بلا تکلیفی

زنان مبتلا به اضطراب کووید-۱۹. مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی ایلام، دی ۱۴۰۱؛ ۳۰(۵): ۱-۱۳.



بدنی مشابه با ابتلا به بیماری در خود و اطرافیان، ۳. عوامل جسمانی شامل تپش قلب، تنگی نفس، تنش عضلانی (به ویژه در ناحیه سر و گردن)، گرگرفتگی، بی‌اشتهایی و اختلال در خواب و ۴. عوامل هیجانی شامل احساس اضطراب و آشفتگی و وحشت زدگی دارد.

نتایج تعدادی از پژوهش‌ها نشان داده است که عوامل جمعیت‌شناختی نظیر جنسیت (زن بودن)، مسن بودن، متأهل بودن یا داشتن شریک زندگی و بچه‌دار بودن، تحصیلات عالی (بالتر از لیسانس)، شغل آزاد، سطح حمایت اجتماعی، تجربه بیماری، مدت زمان قرنطینه و قرار گرفتن در معرض اخبار رسانه از مهم‌ترین پیش‌بینی‌کننده‌های اضطراب فراوان ناشی از همه‌گیری بیماری کرونا هستند (۷، ۶، ۱). همسو با این موضوع، پژوهش ماراوی و هلر نیز بیانگر آن است که در زمان همه‌گیری کووید-۱۹، زنان بیشتر از مردان مضطرب هستند، اضطراب افراد درباره سلامت نزدیکان بیشتر از خودشان است و اضطراب درباره سلامتی بیشتر از مسائل مالی است (۸). در ایران نیز یافته‌های پژوهش مقنی‌باشی منصوریه نشان داد که در زمان همه‌گیری، حدود یک‌پنجم افراد مشارکت‌کننده در پژوهش اضطراب شدید یا خیلی شدید را تجربه کرده‌اند و زنان نسبت به مردان اضطراب بیشتری دارند (۹)؛ همچنین نتایج مطالعه علی‌پور و همکاران درباره سلامت روان ایرانیان پس از همه‌گیری کووید-۱۹ نشان داد که ۴۰ درصد افراد جامعه مشکوک به اضطراب هستند و سلامت روان در زنان و مردان، در متأهل و مجرد، در شاغل و بیکار و در سنین مختلف به صورت معنی‌داری متفاوت است و زنان نسبت به مردان اضطراب بالاتری را تجربه می‌کنند (۵).

یکی دیگر از متغیرهای روان‌شناختی مرتبط با شیوع ویروس کرونا، نگرانی درباره احتمال ابتلای خود و یا نزدیکان به این بیماری است. بورکوک و

از زمان همه‌گیری کووید-۱۹، پژوهش‌های متعدد افزایش مشکلات مرتبط با سلامت روان و ناراحتی روانی در افراد جامعه را نشان می‌دهند که ناشی از افزایش احتمال ابتلا به عفونت کووید-۱۹، اقدامات شدید قرنطینه‌ای در شهرها، قرنطینه خانگی اجباری و سایر عوامل است (۱). بر اساس نتایج پژوهش‌ها، در زمان همه‌گیری بیش از ۵۰ درصد افراد مشکلات روانی، نگرانی یا اضطراب مرتبط با کووید-۱۹ را گزارش کردند و در چندین کشور (از جمله ایران، چین، آلمان، اسپانیا و ایالات متحده) افزایش مداوم میزان اضطراب کرونا گزارش شده است (۳، ۲)؛ همچنین نتایج پژوهش علیزاده‌فرد و صفاری‌نیا نشان داد که اضطراب کرونا با سلامت روان همبستگی منفی دارد و ۴۷ درصد تغییرات سلامت روان را پیش‌بینی می‌کند و نیز افرادی که بیمار نشده‌اند، اما به شدت در معرض این بیماری قرار دارند، از آثار روانی کووید-۱۹ مصون نیستند و ممکن است دچار مشکلات روانی شوند (۴).

اضطراب کرونا یکی از متغیرهای روان‌شناختی مرتبط با کووید-۱۹ است. علی‌پور و همکارانش اضطراب کرونا را ناشی از احتمال مبتلا شدن به ویروس کرونا تعریف کردند که بیشتر به علت ناشناخته بودن و وجود ابهام شناختی درباره آن است و با توجه به پیشینه پژوهش‌ها، با اختلالات اضطراب فراگیر، اضطراب سلامتی (شامل اضطراب بیماری و جسمانی‌سازی) و اضطراب وحشت‌زدگی (پانیک) و اختلال وسواس فکری-عملی همبستگی دارد (۵)؛ به عبارت دیگر، اضطراب کرونا را می‌توان به عنوان هیجانی توصیف کرد که ۱. عوامل شناختی شامل نگرانی افراطی و غیرقابل کنترل درباره احتمال ابتلای خود و یا اطرافیان به کووید-۱۹ و آسیب‌های ناشی از آن، ۲. عوامل رفتاری شامل اطمینان‌طلبی درباره مبتلا نشدن به کووید-۱۹ از طریق واریسی نشانه‌ها و علائم

همکاران نگرانی را به عنوان رشته‌ای از افکار و تصاویر منفی و نسبتاً غیرقابل کنترل درباره رویدادهای آینده با پیامدهای نامعلوم تعریف کردند که باعث ایجاد احساسات منفی و سطوح شدید اضطراب و ناراحتی می‌شود (۱۰). در همین زمینه، گانا و همکارانش یک رابطه علی و یک طرفه میان نگرانی و اضطراب پیدا کردند که در آن نگرانی سبب اضطراب می‌گردد. این دو ساختار به‌ویژه در جنبه‌های بدنی مربوط به اضطراب از یکدیگر متفاوت و متمایز هستند. به‌طور کلی، نگرانی به عنوان یک ساختار شناختی در نظر گرفته می‌شود، درحالی‌که اضطراب جنبه هیجانی دارد (۱۱)؛ به عبارت دیگر، نگرانی و اضطراب بسیار به یکدیگر مرتبط‌اند؛ زیرا دو سازه اصلی اختلال اضطراب هستند؛ اما نگرانی ممکن است از طریق مسیرها و فرایندهای متفاوتی نسبت به اضطراب عمل کند.

متغیر عدم تحمل بلا تکلیفی یکی دیگر از متغیرهای روان‌شناختی مرتبط با همه‌گیری کووید-۱۹ است. فریستون و همکارانش عدم تحمل بلا تکلیفی را نوعی ویژگی سرشتی تعریف کرده‌اند که از مجموعه‌ای از باورهای منفی درباره بلا تکلیفی و پیامدهای آن حاصل می‌شود؛ به عنوان مثال، فردی که نمی‌تواند بلا تکلیفی را تحمل کند، معتقد است بلا تکلیفی درباره آینده ناعادلانه است، باید به هر نحو ممکن از وقایع منفی آینده اجتناب کرد و بلا تکلیفی مانع عملکرد درست است؛ همچنین میان نگرانی و عدم تحمل بلا تکلیفی رابطه معناداری وجود دارد (۱۲). آسموندسون و تیلور نیز عدم تحمل بلا تکلیفی را به عنوان عامل تمایز فردی بالقوه شناسایی کردند که ممکن است خطر اضطراب مربوط به کووید-۱۹ را افزایش دهد؛ یعنی عدم تحمل بلا تکلیفی بالا ممکن است نگرانی و خلق منفی مرتبط با خطر درک شده برای عفونت و مرگ و میر ناشی از این بیماری را تشدید کند و این موضوع باعث افزایش اضطراب سلامتی می‌شود (۱۳). علاوه بر این، با توجه به اینکه عدم تحمل بلا تکلیفی ممکن است احتمال

تصور تجارب مبهم تهدیدآمیز را افزایش دهد؛ درنتیجه، تصورات خطرناک فراوان درباره کووید-۱۹ نیز ممکن است باعث سوء برداشت‌های فاجعه‌آمیز از احساسات خوش‌خیم بدنی به عنوان نشانه بیماری شوند (۳)؛ همچنین پژوهش‌ها درباره واکنش‌های روانی به همه‌گیری‌های پیشین نیز نشان می‌دهند که عوامل مختلف آسیب‌پذیری روان‌شناختی ممکن است در بروز اضطراب کرونا نقش داشته باشند که عدم تحمل بلا تکلیفی، طرح‌واره آسیب‌پذیری در برابر بیماری و میزان اضطراب (نگرانی) پیشین از مهم‌ترین این عوامل هستند (۱۳).

با توجه به نتایج پژوهش‌های متعدد که پیامدهای اضطرابی همه‌گیری کووید-۱۹ را به اثبات رسانیده‌اند و نظر به تأثیرهای مخرب اختلالات اضطرابی بر سلامت بدن و روان، نیاز فراوانی به بررسی اثربخشی روش‌های روان‌درمانی موجود در درمان اضطراب ناشی از شرایط همه‌گیری بیماری کرونا احساس می‌شود. درمان شناختی رفتاری اصلی‌ترین رویکرد روان‌شناختی مبتنی بر شواهد برای درمان اختلالات اضطرابی است که بیشترین میزان شواهد درباره کارایی آن موجود است و اثر بالینی این درمان بسیار شناخته شده است (۱۴). بدین منظور، سینسیدا و همکاران پیشنهاد می‌کنند که برای درمان اضطراب در ایام همه‌گیری کووید-۱۹، باید حمایت بالینی و روانی بر اساس راهبردهای مقابله‌ای هیجان‌محور باشد، به گونه‌ای که پس از درمان، افراد بتوانند احساسات منفی را بپذیرند و از آن‌ها اجتناب نکنند و روش‌های جدیدی را برای بیان آن‌ها بیاموزند (۱۵)؛ همچنین نتایج پژوهش اسنانی و همکاران افزایش مهارت‌های تنظیم هیجان را به عنوان یکی از عوامل مؤثر در درمان اضطراب معرفی کرده‌اند (۱۶).

رفتاردرمانی دیالکتیکی با پیشینه درمان شناختی رفتاری خود، از طیف گسترده‌ای از فن‌های آن درمان استفاده می‌کند تا موجب پیشرفت مهارت در

به صورت نهم‌زمان بود؛ یعنی جلسه اول شرکت کنندگان دوم و سوم به ترتیب پس از جلسات اول و دوم شرکت کننده اول آغاز شد. مداخله درمانی این پژوهش بر مبنای کتاب تکنیک‌های رفتاردرمانی دیالکتیکی طراحی و اجرا گردید (۲۳) که شرح جلسات در جدول شماره ۱ ارائه شده است. هر سه شرکت کننده به صورت فردی، ۱۵ جلسه یک‌ساعته (هفته‌ای ۲ جلسه) در جلسات درمان حضور یافتند. مداخله درمانی را نویسنده اول مقاله از ۱۶ اسفند سال ۱۳۹۹ تا ۱۷ اردیبهشت سال ۱۴۰۰ انجام داد. شرکت کنندگان در پژوهش سه مرحله در خط پایه (به منظور ثبات در داده‌ها) و در جلسات سوم، ششم، نهم، دوازدهم و پانزدهم درمان و سه جلسه پیگیری ماهیانه پس از پایان درمان، با تکمیل مقیاس اضطراب بیماری کرونا، پرسش‌نامه نگرانی ایالت پنسیلوانیا و مقیاس عدم تحمل بلا تکلیفی سنجیده شدند. هیچ‌یک از شرکت کنندگان از پژوهش خارج نگردید.

ملاک‌های ورود به پژوهش عبارت بودند از: سن ۲۰ تا ۴۰ سال، اضطراب کرونای متوسط و شدید (کسب نمره بالاتر از ۱۷ از پرسش‌نامه اضطراب کرونا)، مبتلا نبودن به اختلال شخصیت (کسب نمره کمتر از ۸۴ در آیت‌های اختلالات شخصیت پرسش‌نامه بالینی چندمحوری میلون-۳)، دریافت نکردن درمان روان‌شناختی هم‌زمان با مداخله درمانی فعلی، داشتن سطح تحصیلات حداقل دیپلم، مصرف نکردن مواد مخدر، مصرف نکردن داروهای روان‌پزشکی در چهار ماه گذشته، تکمیل رضایت‌نامه کتبی شرکت در پژوهش. در ضمن غیبت بیش از سه جلسه، انجام ندادن تکالیف خانگی و اطلاع درمانگر از هرگونه مصرف داروی آرام‌بخش و یا مصرف مواد مخدر در زمان برگزاری جلسات درمانی به خروج افراد از پژوهش منجر می‌شد؛ همچنین در این پژوهش برخی اصول اخلاقی از جمله توضیح اهداف پژوهش برای شرکت کنندگان، کسب رضایت آگاهانه از آنان،

تنظیم هیجان شود. آموزش مهارت‌ها در چهار بخش طراحی شده‌اند که عبارت‌اند از: توجه آگاهی، تحمل آشفتگی، نظم‌بخشی هیجان و ارتباط مؤثر (۱۷). این روش درمانی به عنوان یک درمان مفید در بهبود بسیاری از اختلال‌های روانی از جمله کاهش اضطراب و تحریک‌پذیری نیز استفاده می‌گردد (۱۸)؛ همچنین پژوهش‌های مختلف اثربخشی این درمان را در کاهش علائم اضطراب نشان داده‌اند (۱۹-۲۱).

بنابراین با توجه به اضطراب کرونای بالاتر زنان و رابطه میان متغیرهای روان‌شناختی عدم تحمل بلا تکلیفی، نگرانی و اضطراب، این پژوهش با هدف بررسی اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی بر نگرانی و اضطراب و عدم تحمل بلا تکلیفی در درمان زنان مبتلا به اضطراب کرونا انجام شد.

مواد و روش‌ها

طرح این پژوهش از نوع نیمه‌آزمایشی تک‌موردی با خط پایه چندگانه نهم‌زمان و سنجش پیوسته با پیگیری ۳ ماهه بود. تعریف دقیق عمل آزمایشی، اندازه‌گیری دقیق رفتار مورد مطالعه پیش از شروع عمل آزمایشی (خط پایه)، اندازه‌گیری‌های مکرر پس از اجرای عمل آزمایشی و نیز کنترل دقیق متغیرها از ویژگی‌های این نوع طرح‌ها است. در این نوع طرح‌ها ممکن است چندین شرکت کننده آزمایش شوند؛ اما داده‌ها برای هریک از شرکت کنندگان جداگانه تحلیل می‌گردند (۲۲). جامعه آماری این پژوهش شامل همه زنان مبتلا به اضطراب ناشی از همه‌گیری کووید-۱۹ در شهر دامغان بود. گروه نمونه به روش نمونه‌گیری هدفمند مشخص شد و شامل سه نفر از زنانی بود که با شکایت اصلی احساس اضطراب و نگرانی ناشی از شیوع بیماری کرونا به دو مرکز مشاوره پرمخاطب شهر دامغان مراجعه کرده بودند و ملاک‌های ورود به پژوهش را داشتند.

روش اجرای پژوهش به این شکل بود که به منظور تمایز میان اثر زمان و درمان، اجرای مداخله درمانی

اختیاری بودن پژوهش، حق خروج از پژوهش، بدون ضرر بودن مداخلات درمانی، پاسخ به پرسش‌ها و در اختیار قرار دادن نتایج در صورت تمایل به شرکت‌کنندگان رعایت گردید. برای این پژوهش کد اخلاق با شناسه IR.IAUDAMGHAN.REC.1399.025 از کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه آزاد اسلامی واحد دامغان اخذ گردید.

مقیاس اضطراب بیماری کرونا: علی‌پور و همکاران این مقیاس را برای سنجش اضطراب ناشی از بیماری کرونا تهیه و اعتباریابی کرده‌اند. نسخه نهایی این پرسش‌نامه ۱۸ گویه و ۲ عامل دارد. گویه‌های ۱ تا ۹ آن علائم روانی و گویه‌های ۱۰ تا ۱۸ علائم جسمانی را می‌سنجند. این ابزار در طیف لیکرت چهاردرجه‌ای لیکرت (هرگز=۰، گاهی اوقات=۱، بیشتر اوقات=۲ و

همیشه=۳) نمره‌گذاری می‌شود. بیشترین و کمترین نمره بین ۰ تا ۵۴ است. کسب نمره ۰ تا ۱۶ نشان‌دهنده اضطراب خفیف و کسب نمره ۱۷ تا ۲۹ نشان‌دهنده اضطراب متوسط و کسب نمره ۳۰ تا ۵۴ نشان‌دهنده اضطراب شدید است. نمرات بالا در این پرسش‌نامه نشان‌دهنده سطح بالاتری از اضطراب در افراد است. اعتبار این ابزار با استفاده از روش آلفای کرونباخ برای عامل اول ۰/۸۸ و برای عامل دوم ۰/۸۶ و برای کل پرسش‌نامه ۰/۹۲ به دست آمده است (۵).

پرسش‌نامه نگرانی ایالت پنسیلوانیا: میر و همکاران این پرسش‌نامه را طراحی و تدوین کردند. این پرسش‌نامه ۱۶ سؤال دارد که بر اساس لیکرت پنج گزینه‌ای (اصلاً صدق نمی‌کند=۱، کمی صدق می‌کند=۲، گاهی صدق می‌کند=۳، بیشتر اوقات صدق می‌کند = ۴،

جدول شماره ۱. شرح جلسات رفتاردرمانی دیالکتیکی

جلسه	محتوای جلسه
۱ و ۲	برقراری رابطه درمانی سالم، آموزش اصول درمان شناختی رفتاری و آموزش اصول و مبانی هیجان و کارکردهای هیجان به بیمار (با محوریت اضطراب کرونا)
۳ و ۴	آموزش و تمرین مهارت‌های بنیادین نظم‌بخشی هیجان با تأکید بر اضطراب شامل شناسایی هیجان، رابطه هیجان و رفتار، کاهش آسیب‌پذیری جسمی در برابر اضطراب، کاهش آسیب‌پذیری شناختی و افزایش هیجان‌های مثبت (با محوریت اضطراب کرونا)
۵ و ۶	آموزش و تمرین مهارت‌های توجه آگاهی شامل تمرین بی‌توجهی، اهمیت توجه آگاهی، تمرین توجه آگاهی با جویدن کشمش، تمرکز بر تنفس، آگاهی به فعالیت‌هایی که با توجه آگاهی انجام می‌دهیم، توجه آگاهانه در زندگی روزمره، مقاومت‌ها و موانعی که بر سر راه انجام تمرینات توجه آگاهی وجود دارد (با محوریت اضطراب کرونا)
۷ و ۸	آموزش و تمرین مهارت‌های بنیادین تحمل آشفتگی شامل پذیرش بنیادین، توجه‌برگردانی از رفتارهای خودآسیب‌رسان، توجه‌برگردانی از طریق فعالیت‌های لذت‌بخش، توجه‌برگردانی از افکار، توجه‌برگردانی از طریق شمارش و خودآرامش‌بخشی (با محوریت اضطراب کرونا)
۹ و ۱۰	آموزش و تمرین مهارت‌های پیشرفته تحمل آشفتگی شامل تصویرسازی از مکان امن، کشف ارزش‌های شخصی، تعیین وقت استراحت، زندگی در زمان حال، خودگویی‌های تأییدگرایانه و استفاده از افکار مقابله‌ای خودتشویق‌گرایانه (با محوریت اضطراب کرونا)
۱۱ و ۱۲	آموزش و تمرین مهارت‌های بنیادین ارتباط مؤثر شامل تناسب میان خواسته‌ها در روابط، نسبت خواسته‌ها و بایدها، مهارت‌های کلیدی بین‌فردی شامل شناسایی نیازهای خود، ابراز متعادل نیازها، مذاکره برای حل‌وفصل تعارض‌ها، کسب اطلاعات، مهارت «نه» گفتن و عمل کردن بر اساس ارزش‌ها (با محوریت اضطراب کرونا)
۱۳ و ۱۴	آموزش و تمرین مهارت‌های پیشرفته توجه آگاهی شامل ذهن خردمند، ذهن خردمند و شهود، آموزش تصمیم‌گیری بر اساس ذهن خردمند، پذیرش بنیادین و ذهن آغازگر، قضاوت‌ها و برجسب‌ها، ارتباط آگاهانه با دیگران و برنامه‌روانه توجه آگاهی (با محوریت اضطراب کرونا)
۱۵	مرور راهبردهای مؤثری که بیمار در جلسات درمان آموخته است (با محوریت اضطراب کرونا).

رضایت‌بخش (CFI=0.98، NFI=0.97، NNFI=0.97، IFI=0.98، RFI=0.96 و GFI=0.88 و RMSEA=0.066) این پرسش‌نامه است. میانگین نمرات شرکت‌کنندگان در این پژوهش ۷۳/۸۷ با انحراف استاندارد ۱۸/۰۷ بود (۲۵).

در این پژوهش، از نمودار خطی به منظور بررسی دیداری تغییرات علائم اصلی بیماران طی مراحل خط پایه، درمان و پیگیری استفاده شد؛ همچنین از شاخص تغییر پایا با فرمول اصلاح‌شده برای محاسبه معنی‌داری تغییر آماری نمرات استفاده گردید. برای محاسبه شاخص تغییر پایا، نمره پس از درمان یا پیگیری از نمره پیش از درمان تفریق و حاصل آن بر خطای استاندارد تفاوت‌ها تقسیم می‌شود. اگر نتیجه به دست آمده بزرگ‌تر از سطح معنی‌داری نمره z ، یعنی $1/96$ ($P < 0.05$) باشد، می‌توان با ۹۵ درصد اطمینان، تغییر یا بهبودی به دست آمده را به اثر مداخله نسبت داد.

روش دیگری که برای تجزیه و تحلیل داده‌ها استفاده گردید، فرمول درصد بهبودی بود که از آن برای سنجش میزان پیشرفت مراجعان در کاهش مشکلات مورد آماج درمان استفاده می‌شود. در این فرمول، نمره پیش‌آزمون از نمره پس‌آزمون تفریق و حاصل بر نمره پیش‌آزمون تقسیم می‌گردد. اگر درصد بهبودی دست‌کم ۵۰ باشد، می‌توان نتیجه را از نظر بالینی معنی‌دار قلمداد کرد. گفتنی است ملاک اصلی بهبودی بالینی هر بیمار کسب نمره پایین‌تر از نمره برش ابزار سنجش مربوطه است؛ زیرا ممکن است علی‌رغم درصد بهبودی بالا، همچنان نمره فرد بالاتر از نمره برش ابزار سنجش باشد.

یافته‌ها

نتایج پژوهش در جدول‌های شماره ۲ و ۳ گزارش شده‌اند.

در جدول شماره ۲ اطلاعات جمعیت‌شناختی بیماران شرکت‌کننده در پژوهش شامل سن، وضعیت تأهل، تحصیلات، شغل، اختلال همایند و سابقه آن به تفکیک ارائه شده است.

کاملاً صدق می‌کند (=۵) نمره‌گذاری می‌شود. این ابزار دو بعد نگرانی عمومی و نبود نگرانی را می‌سنجد. دامنه نمره کل می‌تواند از سطوح نگرانی اندک (۱۶-۳۹) تا متوسط (۴۰-۵۹) و زیاد (۶۰-۸۰) متغیر باشد. اعتبار آزمون به روش همسانی درونی ۰/۸۶-۰/۹۳ گزارش شده است. اعتبار آن به روش بازآزمایی نیز در طول یک دوره دو تا ۱۰ هفته‌ای، ۰/۷۴-۰/۹۳ گزارش شده است؛ همچنین نمره برش این پرسش‌نامه ۴۳ است (۲۴). منصوری و همکاران اعتبار آزمون را به روش همسانی درونی برابر ۰/۸۷ گزارش کردند. ضریب آلفای نیمه اول، دوم و همبستگی میان دو نیمه برابر ۰/۷۶، ۰/۷۸ و ۰/۷۶ بوده است. نتایج تحلیل عاملی تأییدی نیز بیانگر شاخص‌های خوب و رضایت‌بخش (CFI=0.98، NFI=0.97، NNFI=0.97، IFI=0.98، RFI=0.97 و GFI=0.95 و RMSEA=0.065) این پرسش‌نامه بوده است (۲۵).

مقیاس عدم تحمل بلا تکلیفی: این مقیاس را فریستون و همکاران برای سنجش میزان تحمل افراد در برابر موقعیت‌های نامطمئن و حاکی از بلا تکلیفی طراحی کردند. این پرسش‌نامه ۲۷ سؤال دارد و در یک مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت (کاملاً غلط=۱، غلط=۲ تا حدودی درست=۳، درست=۴، کاملاً درست=۵) نمره‌گذاری می‌شود. در نسخه اولیه به زبان فرانسه همسانی درونی ($\alpha=0.91$) و ضریب بازآزمایی ($r=0.87$) نسبتاً مناسبی با فاصله ۴ هفته به دست آمده است. ضریب اعتبار این آزمون معنادار و رضایت‌بخش گزارش شده است (۱۲). باهر و داگاس نسخه زبان انگلیسی این مقیاس را تهیه و اعتباریابی کردند. ضریب همسانی درونی این مقیاس را با ضریب آلفای ۰/۹۴ گزارش نمودند و ضریب پایایی این آزمون در با آزمون به فاصله ۵ هفته $r=0.74$ بود (۲۶). در پژوهش منصوری و همکارانش اعتبار کل پرسش‌نامه به روش همسانی درونی ۰/۹۳ به دست آمد؛ همچنین ضریب آلفای کرونباخ نیم، اول و دوم و همبستگی میان دو نیمه به ترتیب ۰/۸۴، ۰/۸۱ و ۰/۸۱ گزارش گردید. نتایج تحلیل عاملی تأییدی نیز بیانگر شاخص‌های خوب و

جدول شماره ۲. اطلاعات جمعیت شناختی شرکت کنندگان در پژوهش

رفتار درمانی دیالکتیکی			مداخله
سوم	دوم	اول	بیمار
متاهل	متاهل	مجرد	تاهل
۲۷	۳۸	۲۳	سن
کارشناسی ارشد	دکتری تخصصی	دانشجوی کارشناسی ارشد	میزان تحصیلات
معلم	استاد دانشگاه	خانه دار	شغل
افسردگی اساسی	اختلال علائم بدنی	اختلال اضطراب فراگیر	اختلال همایند
۱ سال	بیش از ۱۰ سال	۵ سال	سابقه اختلال همایند

جدول شماره ۳. نمرات شرکت کنندگان در مقیاس اضطراب کرونا، نگرانی و عدم تحمل بلا تکلیفی

مرحله	اضطراب کرونا			نگرانی پنسیلوانیا			عدم تحمل بلا تکلیفی		
	مماره اول	مماره دوم	مماره سوم	مماره اول	مماره دوم	مماره سوم	مماره اول	مماره دوم	مماره سوم
خط پایه ۳	۲۴	۳۶	۲۹	۷۲	۶۸	۷۱	۹۸	۱۲۳	۱۱۴
جلسه سوم	۱۸	۳۰	۲۵	۶۹	۶۷	۶۴	۸۴	۱۱۲	۱۰۸
جلسه پنزدهم	۸	۱۷	۱۵	۴۷	۵۷	۵۴	۴۹	۶۸	۵۶
درصد بهبودی	۶۷ درصد	۵۳ درصد	۴۸ درصد	۳۵ درصد	۱۶ درصد	۲۴ درصد	۵۰ درصد	۴۵ درصد	۵۱ درصد
درصد بهبودی کل		۵۶ درصد		۲۵ درصد				۴۹ درصد	
پیگیری ۳	۸	۱۶	۱۵	۳۲	۵۴	۵۲	۴۱	۶۷	۵۵
درصد بهبودی	۶۷ درصد	۵۶ درصد	۴۸ درصد	۵۶ درصد	۲۱ درصد	۲۷ درصد	۵۸ درصد	۴۶ درصد	۵۲ درصد
درصد بهبودی کل		۵۷ درصد		۳۴ درصد				۵۲ درصد	
شاخص تغییر پایا	۳/۶۲	۴/۵۲	۳/۱۷	۵/۹۷	۲/۰۹	۲/۸۴	۵/۱۴	۵/۰۵	۵/۳۲

نمرات اضطراب کرونای هر سه بیمار از عدد ۱/۹۶ بیشتر است و می توان نتیجه گرفت که تغییر نمرات اضطراب از نظر آماری با درصد اطمینان ۹۵ درصد، ناشی از مداخله درمانی است و به علت ناپایب پرسش نامه نیست.

همچنین نمرات ارائه شده در جدول شماره ۳ نشان می دهند، هر سه بیمار در جلسه پایانی و پیگیری سه ماهه در متغیر نگرانی موفق به درصد بهبودی بیش از ۵۰ درصد نشده اند؛ اما نمره نگرانی آنان از محدوده نگرانی شدید به محدوده نگرانی متوسط (نمره ۴۰ تا ۵۹) کاهش یافته است. نمره نگرانی بیمار اول در پیگیری سه ماهه روند کاهشی داشت و به کمتر از نمره برش (نمره ۴۳) رسید که به معنای بهبودی بالینی وی در این مرحله است. درصد

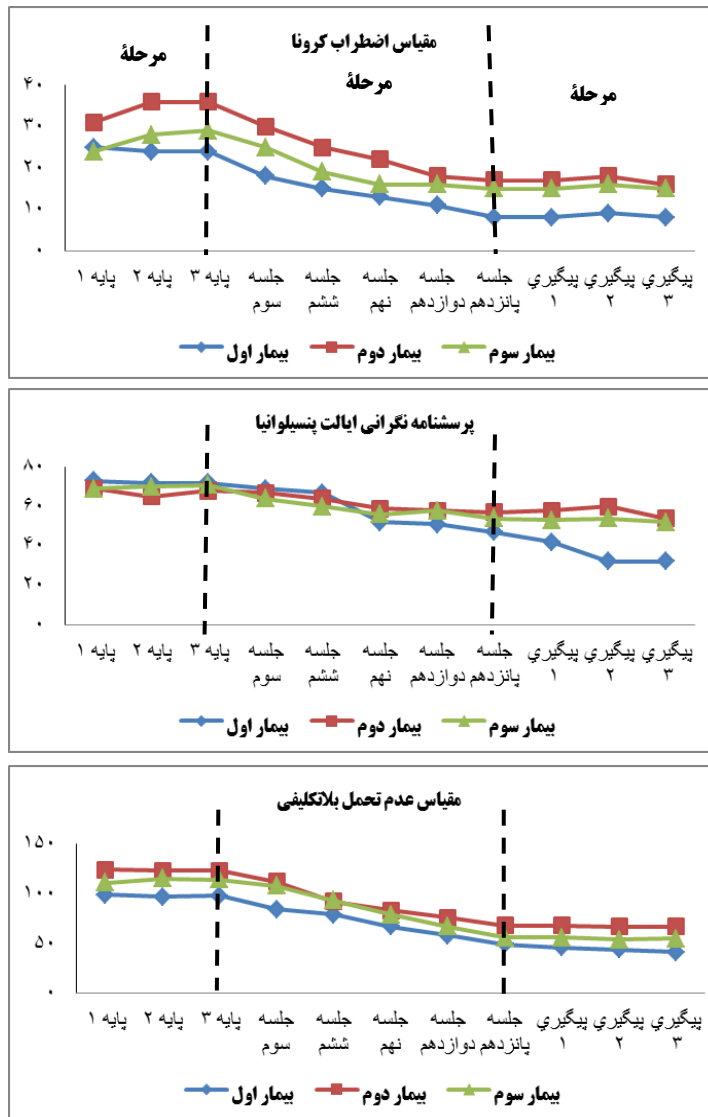
جدول شماره ۳ نمرات شرکت کنندگان در مقیاس اضطراب کرونا، پرسش نامه نگرانی پنسیلوانیا و مقیاس عدم تحمل بلا تکلیفی دیالکتیکی را نمایش می دهد. بر اساس داده های این جدول، اضطراب کرونای هر سه بیمار در پایان جلسات درمانی و پیگیری سه ماهه با درصد بهبودی بالای ۵۰ درصد و یا کسب نمره پایین تر از نمره برش مقیاس اضطراب کرونا (نمره ۱۷)، به لحاظ بالینی بهبود یافته اند. در مرحله درمان و پیگیری، بیمار اول با ۶۷ درصد بهبودی بیشترین کاهش نمره اضطراب را دارد. درصد بهبودی کل اضطراب کرونای شرکت کنندگان در پایان مرحله درمان ۵۶ درصد بود که در مرحله پیگیری ۳ ماهه نیز تقریباً ثابت مانده و به ۵۷ درصد رسیده است؛ همچنین شاخص تغییر پایای

در این مرحله، بیمار دوم با ۴۵ درصد بهبودی در این متغیر، به بهبودی بالینی دست نیافته است. درصد بهبودی کل عدم تحمل بلا تکلیفی شرکت کنندگان در مرحله درمان ۴۹ درصد بود که در مرحله پیگیری ۳ ماهه به ۵۲ درصد رسیده است. شاخص تغییر پایای تغییر نمرات عدم تحمل بلا تکلیفی هر سه بیمار بیش از عدد ۱/۹۶ است که نشان می‌دهد اثر مداخله درمانی از نظر آماری با اطمینان ۹۵ درصد معنی دار است.

در شکل شماره ۱، روند کاهشی نمرات بیماران در مقیاس اضطراب کرونا، پرسش‌نامه نگرانی پنسیلوانیا و مقیاس عدم تحمل بلا تکلیفی در مراحل درمان و پیگیری قابل مشاهده است.

بهبودی کل نگرانی شرکت کنندگان در پایان مرحله درمان ۲۵ درصد بود که در مرحله پیگیری ۳ ماهه، با ۹ درصد رشد به ۳۴ درصد رسیده است که نشان‌دهنده تأثیر به‌کارگیری مهارت‌های رفتاردرمانی دیالکتیکی در آنان است. شاخص تغییر پایای نمرات هر سه بیمار بیش از عدد ۱/۹۶ است که معنی‌داری تغییر نمرات نگرانی در اثر رفتاردرمانی دیالکتیکی را در سطح اطمینان ۹۵ درصد نشان می‌دهد.

مطابق داده‌های جدول شماره ۳، در مرحله درمان نمره‌های عدم تحمل بلا تکلیفی بیمارهای اول و سوم به ترتیب ۵۰ و ۵۱ درصد بهبود یافته است که به معنای بهبودی بالینی آنان در متغیر عدم تحمل بلا تکلیفی است.



شکل شماره ۱. روند تغییر نمرات اضطراب کرونا، نگرانی و عدم تحمل بلا تکلیفی شرکت کنندگان در اثر مداخله درمانی

بحث و نتیجه گیری

هدف از اجرای این پژوهش بررسی اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی بر نگرانی، اضطراب و عدم تحمل بلا تکلیفی زنان مبتلا به اضطراب کووید-۱۹ بود. نتایج پژوهش حاضر نشان داد که رفتاردرمانی دیالکتیکی بر کاهش نگرانی، اضطراب کرونا و عدم تحمل بلا تکلیفی زنان مبتلا به اضطراب کرونا از نظر معنی داری آماری اثربخش بود و به بهبودی بالینی اضطراب کرونای شرکت کنندگان در پژوهش منجر شد. این نتیجه با نتایج پژوهش اسنانی و همکارانش همخوانی دارد که بیان می کند، رفتاردرمانی دیالکتیکی از طریق افزایش مهارت تنظیم هیجان، به کاهش علائم اضطراب منجر می شود (۱۶)؛ همچنین اجرای دستورالعمل آموزش مهارت های رفتاردرمانی دیالکتیکی در این پژوهش، به کاهش آماری معنی دار نمرات نگرانی هر سه بیمار از محدوده شدید به متوسط انجامید. این نتیجه با پیشنهاد پژوهش سینسیدا و همکارانش مبنی بر حمایت بالینی و روانی افراد مبتلا به اضطراب در ایام همه گیری کووید-۱۹، بر اساس آموزش و ارتقای مهارت افراد در راهبردهای مقابله ای هیجان محور (تنظیم هیجان) (۱۵) همسو است. در مجموع، اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی بر کاهش علائم نگرانی و اضطراب در این پژوهش با نتایج پژوهش های استیل و همکاران، هارند و همکاران و بوهوس و همکاران مطابقت دارد (۲۱-۱۹).

در مجموع، اثربخشی آموزش مهارت های چهارگانه رفتاردرمانی دیالکتیکی بر بهبودی بالینی اضطراب کرونا و کاهش معنادار نگرانی و افزایش تحمل بلا تکلیفی شرکت کنندگان در این پژوهش را می توان بر اساس نظریه لینهان (۲۷) به شرح ذیل تبیین کرد: مهارت توجه آگاهی از طریق مشاهده بدون قضاوت هیجانات و افکار، ذهن خردمند بیماران را تقویت می کند و آنان را قادر می سازد توجه خود را از جنبه های مبهم و بلا تکلیف کووید-۱۹ که معمولاً با

فاجعه سازی همراه است، به شرایط اینجا و اکنون تغییر دهند؛ در نتیجه، ذهن خردمند تقویت شده آنان می تواند در شرایط اضطراب زای قرنطینه و اخبار مرتبط با ابتلا و مرگ و میر ناشی از کرونا، تصمیم های متعادل مبتنی بر شهود و واقعیت اتخاذ کند؛ همچنین مهارت تحمل آشفتگی بیماران را قادر می سازد در شرایط بحرانی ناشی از همه گیری کووید-۱۹، با پذیرش شرایط موجود که غیر قابل تغییر است، با خود تسکین بخشی، از دست زدن به رفتارهای هیجانی و خود آسیب رسان در هنگام اضطراب خودداری کنند. علاوه بر این، آموزش مهارت تنظیم هیجان به بیماران کمک می کند تا درک عمیقی از هیجانات خود پیدا نمایند و در نتیجه، به نگاه تازه ای درباره اضطراب خود برسند که این موضوع باعث کاهش اجتناب هیجانی و تجربه اضطراب و پردازش هیجانی می شود؛ همچنین با توجه به اینکه بخشی از اضطراب ناشی از شیوع کرونا مربوط به فاصله گذاری اجتماعی و نزدیکی اعضای خانواده به یکدیگر در دوران قرنطینه خانگی و بروز برخی اختلافات بین فردی است؛ بنابراین، آموزش مهارت ارتباط مؤثر به بیماران، چگونگی وصول اهداف به صورت ماهرانه و چگونگی اقدام مؤثر با توجه به اهداف و نیز رابطه خوب و احترام به خود را آموزش می دهد. هدف ضمنی این مهارت، کاهش اجتناب بین فردی است که اصلی ترین تغییر را در اجتناب تجربی و هیجانی و افزایش رفتارهای بین فردی سازگار ایجاد می کند و به احتمال فراوان، موجب تقویت مثبت خواهد شد. مجموعه این مهارت ها بیماران را به لحاظ شناختی و هیجانی و رفتاری به مرحله ای از رشد و توانایی می رساند که با پذیرش شرایط مبهم و بلا تکلیف همه گیری کووید-۱۹، از نگرانی های مفرط و غیر قابل کنترل خود بکهند و در نتیجه، اضطراب کرونای کمتری را تجربه کنند.

به منظور تبیین بهبودی اندک اضطراب کرونای بیمار دوم نسبت به دو بیمار دیگر، احتمالاً می توان به

مطالعه حاضر مطابقت دارد.

پژوهش حاضر نیز همانند سایر مطالعات با طرح پژوهش تک‌موردی، به سبب تعداد اندک شرکت‌کنندگان، با محدودیت در تعمیم نتایج مواجه است؛ بنابراین پیشنهاد می‌شود برای امکان تعمیم نتایج این پژوهش، مطالعات کنترل‌شده تصادفی با تعداد شرکت‌کنندگان بیشتر در نقاط مختلف کشور طراحی و اجرا گردد؛ همچنین پیشنهاد می‌شود به منظور امکان بررسی ماندگاری طولانی‌مدت آثار درمان، در پژوهش‌های آینده از دوره‌های پیگیری ۶ ماهه تا دو ساله استفاده گردد. علاوه بر این، محدودیت دیگر پژوهش حاضر این است که پژوهش‌گر به عنوان درمانگر اصلی، فرایند درمان‌ها را اجرا کرد. این امر به علت سوگیری‌های احتمالی، باعث محدودیت در تعمیم‌پذیری نتایج می‌شود، هرچند سعی شد در ارزیابی‌های پس از درمان نظر متخصص دیگری نیز اخذ گردد.

تشکر و قدردانی

از همه شرکت‌کنندگان در پژوهش که ما را در انجام این تحقیق یاری نمودند، تقدیر و تشکر می‌شود. این مقاله برگرفته از رساله مقطع دکتری تخصصی نویسنده اول است که با کد رهگیری ۱۶۲۳۵۵۹۴۶ در سامانه پژوهش‌یار دانشگاه آزاد اسلامی به ثبت رسیده است. برای انجام این تحقیق هیچ‌گونه کمک مالی از سوی افراد حقیقی و حقوقی دریافت نشده است؛ همچنین نویسندگان اعلام می‌کنند در این مقاله تضاد منافی وجود ندارد.

تعارض منافع

نتایج این پژوهش با منافع هیچ سازمان و یا افرادی تعارض ندارند.

کد اخلاق: IR.IAUDAMGHAN.REC.1399.025

بیماری همبود وی اشاره کرد که اختلال روان‌تنی است (او به شدت نسبت به نشانه‌های بدنی حساس است و همچنین به علت آلرژی، مدام در حال تجربه عطسه و آبریزش چشم و بینی است). این نتیجه با یافته پژوهش تال و همکاران همخوان است که بیان می‌کند افرادی درگیر اضطراب سلامتی به سبب عدم تحمل بلا تکلیفی در زمینه سلامت، به برداشت فاجعه‌آمیز از اتفاقات تمایل دارند و به همین علت ممکن است حتی نشانه‌های خوش‌خیم بدنی (مانند سرفه و خشکی گلو و اندکی تغییرات دمای بدن) را در دوران همه‌گیری کووید-۱۹، به نشانه‌های این بیماری تعبیر می‌کنند (۳). همچنین بر اساس یافته‌های پژوهش، تنها نگرانی بیمار اول در مرحله پیگیری به بهبودی بالینی رسیده است که علت احتمالی آن انتظار مثبت و واقع‌بینانه او از درمان است. این نتیجه با پژوهش پروچاسکا و نورکراس مطابقت دارد که پس از بررسی فراتحلیلی نتایج ۱۵۰ مطالعه اعلام کردند که هرچه انتظار بیماران از نتایج درمان بیشتر باشد، درمان بهتر نتیجه می‌دهد (۲۸).

بر اساس یافته‌های پژوهش، بیمار دوم به سبب اختلال همبود جسمانی‌سازی و اضطراب سلامتی فراوان و بیمار سوم به علت ابتلای هم‌زمان به افسردگی اساسی به دلیل اختلافات شدید خانوادگی با همسر و درگیری با مراحل طلاق، از ابتدا به نتایج درمان خوش‌بینی بسیاری نداشتند و یکی از علل احتمالی دستیابی پیدا نکردن آنان به بهبودی بالینی در نگرانی می‌تواند همین موضوع باشد. این نتایج با دیدگاه بورکووک و کاستلو همخوانی دارد که بیان می‌کنند انتظار پایین برای بهبودی یکی از عوامل پیش‌بینی‌کننده نتیجه درمان‌های شناختی رفتاری در زمینه اضطراب است (۲۹)؛ همچنین تحقیق دورهام و همکارانش که در جمع‌بندی نتایج پژوهش‌های روان‌درمانی در زمینه اختلال اضطراب فراگیر به این نتیجه رسیدند که اختلال همبود و تعارض‌های زناشویی در پیشرفت نکردن و عود مجدد این اختلال مؤثر هستند (۳۰)، با

References

- Feng LS, Dong ZJ, Yan RY, Wu XQ, Zhang L, Ma J, et al. Psychological distress in the shadow of the COVID-19 pandemic: Preliminary development of an assessment scale. *Psychiatry Res* 2020; 291:113202. doi: 10.1016/j.psychres.2020.113202.
- Jungmann SM, Witthoft M. Health anxiety, cyberchondria, and coping in the current COVID-19 pandemic: Which factors are related to coronavirus anxiety? *J Anxiety Disord* 2020;73:102239. doi: 10.1016/j.janxdis.2020.102239
- Tull MT, Barabano AC, Scamaldo KM, Richmond JR, Edmonds KA, Rose JP, et al. The prospective influence of COVID-19 affective risk assessments and intolerance of uncertainty on later dimensions of health anxiety. *J Anxiety Disord*. 2020; 75:102290. doi: 10.1016/j.janxdis.2020.102290.
- Alizade fard S, Saffarina M. The prediction of mental health based on the anxiety and the social cohesion that caused by Coronavirus. *Quarterly Social Psychol Res* 2020;9:129-41 (In persian).
- Alipour A, Ghadami A, Alipour Z, Abdollahzadeh H. Preliminary Validation of the Corona Disease Anxiety Scale (CDAS) in the Iranian Sample. *Quarterly J Health Psychol* 2020;8:163-75 (In persian).
- Malesza M, Kaczmarek MC. Predictors of anxiety during the COVID-19 pandemic in Poland. *Pers Individ Dif* 2021;170:110419. doi: 10.1016/j.paid.2020.110419.
- Islam MS, Ferdousi MZ, Potenza MN. Panic and generalized anxiety during the COVID-19 pandemic among Bangladeshi people: An online pilot survey early in the outbreak. *J Affect Disord* 2020;276:30-7. doi: 10.1016/j.jad.2020.06.049.
- Maaravi Y, Heller B. Not all worries were created equal: the case of COVID-19 anxiety. *Public Health* 2020;185:243-5. doi: 10.1016/j.puhe.2020.06.032
- Moghanibashi-Mansourieh A. Assessing the anxiety level of Iranian general population during COVID-19 outbreak. *Asian J Psychiatr* 2020;51:102076. doi: 10.1016/j.ajp.2020.102076.
- Borkovec TD, Inz T. The nature of worry in generalized anxiety disorder: a prominence of thought activity. *Behav Res Ther* 1990;28:153-8. doi: 10.1016/0005-7967(90)90027-g.
- Gana K, Martin B, Canouet M. Worry and Anxiety: is There a Casual Relationship? *Psychopathology* 2001;34:221-9. doi: 10.1159/000049314.
- Freeston MH, Rhéaume J, Letarte H, Dugas MJ, Ladouceur R. Why do people worry? *Pers Individ Differ* 1994;17:791-802. doi:10.1016/0191-8869(94)90048-5
- Asmundson GJG, Taylor S. Coronaphobia: Fear and the 2019-nCoV outbreak. *J Anxiety Disord* 2020;70:102196. doi:10.1016/j.janxdis.2020.102196
- Dominguez-Rodriguez A, Chavez-Valdez SM, Avitia GC, Valencia-Espinoza LC. Unified protocol for anxiety disorders in two cities of Mexico measuring gamma activity: Study protocol for a randomized controlled trial. *Contemp Clin Trials Commun* 2020;18:100556-. doi: 10.1016/j.conctc.2020.100556.
- Cincidda C, Pizzoli SFM, Oliveri S, Pravettoni G. Regulation strategies during Covid-19 quarantine: the mediating effect of worry on the links between coping strategies and anxiety. *Eur Rev Appl Psychol* 2021:100671. doi: 10.1016/j.erap.2021.100671.
- Asnaani A, Tyler J, McCann J, Brown L, Zang Y. Anxiety sensitivity and emotion regulation as mechanisms of successful CBT outcome for anxiety-related disorders in a naturalistic treatment setting. *J Affect Disord* 2020;267:86-95. doi: 10.1016/j.jad.2020.01.160.
- Fassbinder E, Schweiger U, Martius D, Brand-de Wilde O, Arntz A. Emotion Regulation in Schema Therapy and Dialectical Behavior Therapy. *Front Psychol* 2016;7:1373. doi: 10.3389/fpsyg.2016.01373.
- Kröger C, Schweiger U, Sipos V, Arnold R, Kahl KG, Schunert T, et al. Effectiveness of dialectical behaviour therapy for borderline personality disorder in an inpatient setting. *Behav Res Ther* 2006;44(8):1211-7. doi: 10.1016/j.brat.2005.08.012.
- Steil R, Dyer A, Priebe K, Kleindienst N, Bohus M. Dialectical behavior therapy for posttraumatic stress disorder related to childhood sexual abuse: a pilot study of an intensive residential treatment program. *J Trauma Stress* 2011;24:102-6. doi: 10.1002/jts.20617.
- Harned MS, Korslund KE, Linehan M. A pilot randomized controlled trial of Dialectical Behavior Therapy with and without the Dialectical Behavior Therapy Prolonged Exposure protocol for suicidal and self-injuring women with borderline personality disorder and PTSD. *Behav Res Ther* 2014;55:7-17. doi:10.1016/j.brat.2014.01.008
- Bohus M, Dyer AS, Priebe K, Krüger A, Kleindienst N, Schmahl C, et al. Dialectical behaviour therapy for post-traumatic stress disorder after childhood sexual abuse in patients with and without borderline personality disorder: a randomised controlled trial. *Psychother Psychosom* 2013;82:221-33. doi: 10.1159/000348451.
- Lane K, Wolery M, Reichow B, Rogers L. Describing baseline conditions: Suggestions for study reports. *J Behav Edu* 2007;16:224-34. doi:10.1007/s10864-006-9036-4
- McKay M, Wood JC, Brantley J. *The Dialectical Behavior Therapy Skills Workbook: Practical DBT Exercises for Learning Mindfulness, Interpersonal Effectiveness, Emotion Regulation & ... (A New Harbinger Self-Help Workbook)*. 1th ed. Oakland, Canada: New Harbinger Publication Inc.; 2007.
- Meyer TJ, Miller ML, Metzger RL, Borkovec TD. Development and validation of the Penn State Worry Questionnaire. *Behav Res Ther* 1990; 28:487-95. doi:10.1016/0005-7967(90)90135-6
- Mansouri A, Khodayarifard M, Besharat M, M GL. Moderating and Mediating Role of Spiritual Coping and Cognitive Emotion Regulation Strategies in the Relationship between Transdiagnostic Factors and Symptoms of Generalized Anxiety Disorder: Developing a Conceptual Model. *J Res Behav Sci* 2018;16:130-42. (In Persian)
- Buhr K, Dugas MJ. Investigating the construct validity of intolerance of uncertainty and its unique relationship with worry. *J Anxiety Disord*

- 2006;20:222-36. doi: 10.1016/j.janxdis.2004.12.004.
27. Linehan M. Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder. New York: Guilford Press; 1993.
28. Prochaska JO, Norcross JC. Systems of psychotherapy: A transtheoretical analysis. 4 ed. Pacific Grove, CA: Brooks/Cole Publishing Company; 1999.
29. Borkovec TD, Costello E. Efficacy of applied relaxation and cognitive-behavioral therapy in the treatment of generalized anxiety disorder. *J Consult Clin Psychol* 1993;61:611-9. doi: 10.1037//0022-006x.61.4.611.
30. Durham RC, Allan T, Hackett CA. On predicting improvement and relapse in generalized anxiety disorder following psychotherapy. *Br J Clin Psychol* 1999;36:101-19. doi: 10.1111/j.2044-8260.1997.tb01234.x.