

آموزش تنظیم عاطفه
(راهنمای متخصصان بالینی)

فهرست مطالب

پیشگفتار..... ۹

بخش اول: مرور نظری و مفهوم‌پردازی ها ۱۱

فصل ۱: مقدمه.....	۱۳
فصل ۲: تنظیم هیجان: تعریف و ارتباط آن با سلامت روان.....	۱۵
۲.۱ تعریف مفاهیم مهم.....	۱۵
۲.۲ نقص‌های تنظیم هیجان و اختلالات روانی.....	۱۶
منابع.....	۲۳
فصل ۳: مدل مقابلهٔ انطباقی با هیجان‌ها (ACE Model).....	۳۱
۳.۱ جست‌وجوی مدلی برای تنظیم هیجان انطباقی.....	۳۱
۳.۲ توصیف مدل مقابلهٔ انطباقی با هیجان‌ها.....	۳۱
۳.۳ شواهد تجربی برای مدل مقابلهٔ انطباقی با هیجان‌ها.....	۴۱
منابع.....	۴۲
فصل ۴: چگونه نقص‌های تنظیم هیجان به مشکلات سلامت روانی منجر می‌شوند؟.....	۴۵
۴.۱ مسیرهای احتمالی که از طریق آنها نقص‌های تنظیم هیجان به اختلالات روانی منجر می‌شوند.....	۴۵
۴.۲ مدل رشدی ART از نقص‌های تنظیم هیجان.....	۴۷
۴.۲.۱ آسیب‌پذیری مراحل ابتدایی: تأثیر ژنتیک.....	۴۷
۴.۲.۲ تأثیرات محیطی اولیه.....	۴۹
۴.۲.۳ نقص‌های تربیت والدین و الگوسازی تنظیم هیجان.....	۵۰
۴.۲.۴ اجتناب.....	۵۴
۴.۲.۵ قرارگرفتن در معرض وقایعی که ناهمخوانی ایجاد می‌کنند: مکانیسم ماشه‌چکان مهم.....	۵۸
۴.۲.۶ پیامدهای ناهمخوانی انگیزش - ادراک (MPD).....	۵۸
منابع.....	۶۱
فصل ۵: بررسی اجمالی درمان‌های فعلی که مهارت‌های تنظیم هیجان را افزایش می‌دهند.....	۶۵
منابع.....	۶۹
فصل ۶: شکل‌گیری برنامهٔ "آموزش تنظیم عاطفه" (ART).....	۷۱
۶.۱ از علم تا عمل: بررسی اجمالی مهارت‌های ART.....	۷۳
۶.۲ "متصل کردن" مهارت‌های ART به یکدیگر برای ایجاد زنجیرهٔ ART.....	۸۰
۶.۳ تمرین و تکرار.....	۸۲
منابع.....	۸۳

فصل ۷: رهنمودهایی برای اجرای مؤثر ART.....	۸۷
۷.۱ فعال کردن جهت‌گیری گرایشی.....	۸۷
۷.۲ تقویت اتحاددرمانی.....	۹۲
۷.۳ ایجاد اهدافی که به خودمدیریتی مؤثر منجر شود.....	۹۳
۷.۴ تعلیم و آموزش توصیه‌شده برای درمانگران.....	۹۴
منابع.....	۹۶

بخش دوم: اجرای آموزش تنظیم عاطفه (ART)..... ۹۹

فصل ۸: آمایش و شکل کلی برنامه آموزش.....	۱۰۰
۸.۱ مخاطبان در نظر گرفته شده برای ART.....	۱۰۰
۸.۲ توضیح قالب کلی.....	۱۰۲
۸.۳ سبک آموزش.....	۱۰۳
۸.۴ برنامه جلسات آموزش.....	۱۰۳
۸.۵ اندازه کلاس‌های آموزش و کمک‌درمانگر.....	۱۰۵
۸.۶ ابزارهای کمکی برای آموزش.....	۱۰۶
فصل ۹: واحد اول ART: معرفی و آموزش روانی.....	۱۰۷
۹.۱ معرفی ART به شرکت‌کنندگان.....	۱۰۷
۹.۲ آموزش روانی: زمینه نظری و تجربی مهارت‌های ART.....	۱۱۷
منابع.....	۱۲۶
فصل ۱۰: واحد دوم ART: آرام‌سازی عضلانی و تنفسی.....	۱۲۷
۱۰.۱ چرخه معیوب اول و دوم: فعال‌سازی آمیگدال و انقباض عضلانی / تنفس سریع.....	۱۲۷
۱۰.۲ مهارت‌های اول و دوم ART: آرام‌سازی عضلانی و تنفسی.....	۱۲۹
۱۰.۳ زنجیره ART با مهارت‌های اول و دوم ART: آرام‌سازی عضلانی و تنفسی.....	۱۳۴
منابع.....	۱۳۸
فصل ۱۱: واحد سوم ART: آموزش روانی بخش دوم (اهمیت تمرین منظم).....	۱۳۹
منابع.....	۱۴۸
فصل ۱۲: واحد چهارم ART: آگاهی بدون قضاوت.....	۱۴۹
۱۲.۱ چرخه معیوب سوم: فعال‌سازی آمیگدال و تفکر منفی.....	۱۴۹
۱۲.۲ مهارت سوم ART: آگاهی بدون قضاوت.....	۱۵۱
۱۲.۳ زنجیره ART با مهارت‌های اول تا سوم ART.....	۱۵۷
منابع.....	۱۶۶
فصل ۱۳: واحد پنجم ART: پذیرش و تحمل.....	۱۶۷
۱۳.۱ چرخه معیوب چهارم: فعال‌سازی آمیگدال و واکنش‌های اجتنابی.....	۱۶۷
۱۳.۲ مهارت چهارم ART: پذیرش و تحمل هیجان‌ها.....	۱۶۸
۱۳.۳ زنجیره ART با مهارت‌های اول تا چهارم ART.....	۱۸۲
منابع.....	۱۸۸
فصل ۱۴: واحد ششم ART: خودحمایتی مهرورزانه.....	۱۸۹
۱۴.۱ چرخه معیوب پنجم: فعال‌سازی آمیگدال و خودانتقادی / هیجان‌های منفی ثانویه.....	۱۸۹
۱۴.۲ مهارت پنجم ART: خودحمایتی مهرورزانه.....	۱۹۰
۱۴.۳ زنجیره ART با مهارت‌های اول تا پنجم ART.....	۲۱۰
منابع.....	۲۱۴

فصل ۱۵: واحد هفتم ART: تحلیل هیجان‌ها.....	۲۱۵
۱. چرخه معیوب ششم: فعال‌سازی آمیگدال و دشواری تحلیل هیجان‌ها.....	۲۱۵
۲. مهارت ششم ART: تحلیل هیجان‌ها.....	۲۱۶
۳. زنجیره ART با مهارت‌های اول تا ششم ART.....	۲۲۵
منابع.....	۲۲۸
فصل ۱۶: واحد هشتم ART: تغییر هیجان‌ها.....	۲۳۱
۱. چرخه معیوب هفتم: فعال‌سازی آمیگدال و دشواری تغییر هیجان‌ها.....	۲۳۱
۲. مهارت هفتم ART: تغییر هیجان‌ها.....	۲۳۲
۳. زنجیره ART با مهارت‌های اول تا هفتم ART.....	۲۴۱
فصل ۱۷: واحد نهم ART: تمرینات مقابله‌ای بیشتر برای حالت‌های عاطفی مهم.....	۲۴۷
۱. تشخیص و درک حالت‌های عاطفی مهم.....	۲۴۷
۲. تغییر حالت‌های عاطفی که به‌ویژه برای سلامت روانی با اهمیت هستند.....	۲۵۰
۳. جمع‌بندی مطالب برای شرکت‌کنندگان.....	۲۵۲
بخش سوم: ارزیابی و چشم‌انداز آینده	۲۵۵
فصل ۱۸: ارزیابی برنامه، یافته‌های اثربخشی و رهنمودهایی برای آینده.....	۲۵۷
۱. بازخوردهای شرکت‌کنندگان و درمانگران ART.....	۲۵۷
۲. یافته‌های اثربخشی.....	۲۵۹
۳. محدودیت پژوهش‌های ارزیابی اثربخشی ART.....	۲۶۱
منابع.....	۲۶۲
فصل ۱۹: محدودیت‌ها و مسیرهای آینده برنامه ART.....	۲۶۵
۱. ماهیت فراتشخیصی ART.....	۲۶۵
۲. استفاده از یافته‌های پژوهشی انتقالی برای توضیح مشکلات تنظیم هیجان.....	۲۶۶
۳. درگیر کردن شرکت‌کنندگان در تمرینات مهارت‌سازی.....	۲۶۷
فصل ۲۰: خلاصه.....	۲۶۹
واژه‌نامه انگلیسی به فارسی	۳۰۱
واژه‌نامه فارسی به انگلیسی	۳۰۳

توانایی ادراک، شناسایی، پذیرش و تنظیم هیجان‌های شدید نقش مهمی در سلامت و بهزیستی افراد ایفا می‌کند. متأسفانه شانس فراگیری این مهارت‌های پیچیده به همه داده نشده است. برنامه آموزش تنظیم عاطفه (ART) برای پرورش مهارت‌های تنظیم هیجان در افرادی طراحی شده است که از اختلالات روانی رنج می‌برند، در خطر ابتلا به چنین اختلالاتی قرار دارند یا کسانی که فقط می‌خواهند یاد بگیرند چگونه با هیجان‌های چالش‌برانگیز در زندگی روزانه خود کنار بیایند.

رشد و توسعه ART چندین سال طول کشید. در گام اول، پیشینه‌های پژوهشی انجام‌شده کاملاً مورد بازبینی قرار گرفت تا نقایص مهارت‌های تنظیم هیجان که با شکل‌گیری و تداوم اختلالات روانی ارتباط داشتند، مشخص شوند. در گام دوم، مدلی نظری ایجاد شد تا بر اساس آن مؤلفه‌های اساسی تنظیم هیجان/نطباتی، مفهوم‌پردازی شود. در گام سوم، بر مبنای همین چارچوب نظری، مؤثرترین تکنیک‌های تنظیم هیجان از میان طیف گسترده‌ای از رویکردهای روان‌درمانی شناسایی و در نسخه بتای ART با یکدیگر یکپارچه شدند. این نسخه اولیه از برنامه آموزشی، در فاز آزمایشی گسترده‌ای مورد آزمون قرار گرفت تا قابلیت اجرای بالینی این برنامه مورد بررسی قرار گیرد. نسخه فعلی ART، بازخوردهای حاصل از این فاز آزمایشی را با هم ترکیب و یکپارچه کرده است.

ART اکنون چندین سال است که در مراکز درمانی مختلف به‌طور موفقیت‌آمیزی مورد استفاده قرار می‌گیرد. نتایج حاصل از مطالعات پژوهشی آزمایشی نشان می‌دهند که استفاده از ART به‌عنوان مداخله‌ای کمکی، اثربخشی درمان‌های مبتنی بر شواهد (مثل درمان شناختی-رفتاری) را افزایش می‌دهد و همچنین ART می‌تواند به‌طور مستقل و به‌عنوان مداخله‌ای دست اول نیز به‌طور مؤثر به‌کار گرفته شود. درمانگران متعددی برای اجرای برنامه آموزشی ART تعلیم دیده‌اند. بازخوردهای مثبت این درمانگران و شرکت‌کنندگانی که در کلاس‌های ART شرکت کرده‌اند، برای ما بسیار دلگرم‌کننده بوده است.

راهنمای ART در اصل به زبان آلمانی منتشر شد. پس از اینکه ART در کنفرانس‌ها و کارگاه‌های آموزشی ایالت متحده و انگلستان ارائه شد، درخواست‌های زیادی برای نسخه انگلیسی راهنمای ART به‌وجود آمد. بنابراین، کار با بریان وایتلی برای نوشتن نسخه به‌روزشده و انگلیسی این برنامه آموزشی آغاز شد. از آنجا که بعضی از اصطلاحات موجود در نسخه اصلی آلمانی به‌خوبی به زبان انگلیسی ترجمه نشده بود، روند ترجمه، در بعضی مواقع دشوار بود. با این وجود، با پشتکار و عزم راسخ و با

کمک‌های ارزشمند افراد بومی مختلف از ایالت متحده، انگلستان، نیوزلند و استرالیا کار ترجمه به پایان رسید.

دوست داریم از دکتر کلاوس گراو، هر چند که دیگر در قید حیات نیستند، به تشویق، حمایت، و انگیزه فوق‌العاده‌ای که در طول پیشرفت ART برای ما فراهم می‌کردند به‌صورت ویژه تشکر کنیم. همچنین می‌خواهیم از انجمن تحقیقات آلمان و بنیاد علوم سوئیس به‌خاطر حمایت مالی از انجام تحقیقات درباره این برنامه تشکر کنیم. این برنامه آموزشی بر اساس همین تحقیقات بنا نهاده شده است.

علاوه بر این، دوست داریم به مشاوران، پزشکان، درمانگران، همکاران، دانشجویان و کارآموزانی اشاره کنیم که به روش‌های مختلف در نوشتن این کتاب راهنما مشارکت داشتند؛ به‌خصوص تیفانی کالورت، کریستین الارد، نیکلاس سالمس، پگیلی ووپورمن و در آخر از حیث ترتیب نه به‌خاطر اهمیت، سپاسگزار همسران و فرزندانمان هستیم که مجبور بودند با غیبت طولانی‌مدت ما در طول نوشتن این کتاب راهنما کنار بیایند. بدون حمایت و درک آنها این کتاب هرگز نوشته نمی‌شد.

Erlangen, Germany
Irvine, CA
July 2014

Matthias Berking
Brian Whitley

بخش اول

مرور نظری و مفهوم پردازی ها



"من خیلی کار انجام میدم؛ مثلاً مواد مصرف می‌کنم بدون هیچ دلیلی."
"اگه شروع به گریه کردن کنم، می‌ترسم که دیگه نتونم گریه‌ام رو متوقف کنم. به همین دلیل همیشه با اشکام مبارزه می‌کنم."
"وقتی همسرم چیزی بهم میگه، سریع کنترلم رو از دست میدم!"

آیا جمله‌هایی مثل این را در کار بالینی خود شنیده‌اید؟ آیا متوجه شده‌اید که بسیاری از درمان‌جویان شما در ادراک، نام‌گذاری، پذیرش، و تنظیم هیجان‌هایشان به روش‌های سالم دچار مشکل هستند؟ آیا مشاهده کرده‌اید که چگونه این مسائل در شکل‌گیری و تداوم مشکلات درمان‌جویان شما دخیل هستند؟ آیا باور دارید که مشکلات تنظیم هیجان اغلب مسئول شکل‌گیری و تداوم اختلالات روانی هستند؟ آیا از بین هزاران راهنمای موجود برای درمان خاص هر اختلال، در یافتن تکنیک‌هایی برای افزایش مهارت‌های کلی تنظیم هیجان درمان‌جویان خود با مشکل مواجه هستید؟ اگر پاسخ شما به این سؤالات "آری!" است، پس در تجربیاتی سهیم هستید که در اصل به‌عنوان نقطه آغازی برای نوشتن کتاب راهنمایی که در دست دارید عمل کرده است.

پس از مشاهده تأثیر منفی نقص‌های تنظیم هیجان بر درمان‌جویان خود، شروع به جست‌وجوی راه‌هایی کردیم که بتوانیم به درمان‌جویان کمک کنیم تا این مهارت‌های مهم را پرورش دهند. در ابتدا، بیش از ۱۰۰ مطالعه علمی که مشخص شده بود درباره ارتباط بین نقص‌های تنظیم هیجان و اختلالات روانی هستند، تجزیه و تحلیل و خلاصه شدند. بر مبنای یافته‌های حاصل از همین مطالعات، چارچوبی نظری ایجاد شد که نمایی کلی از شکل‌گیری نقص‌های تنظیم هیجان و مفهوم‌پردازی تنظیم هیجان انطباقی را فراهم می‌کرد. علاوه بر این، ما مسیرهای بالقوه بین مهارت‌های تنظیم هیجان و سلامت

روانی را مورد بررسی قرار دادیم. در بخش اول این کتاب راهنما، این یافته‌ها و نظریه‌های مرتبط با آنها را مطرح و همچنین درباره‌ی معنای ضمنی آنها در کار بالینی بحث خواهیم کرد. پس از انجام کارهای بنیادی، برنامه‌ی آموزشی گروهی و جامعی برای تعلیم مهارت‌های تنظیم هیجان طراحی شد؛ به گونه‌ای که بتوان آن را برای طیف گسترده‌ای از جمعیت عمومی مورد استفاده قرار داد. این برنامه‌ی آموزشی، به عنوان آموزش تنظیم عاطفه^۱ (ART) شهرت یافت. در بخش دوم این کتاب راهنما، این برنامه‌ی آموزشی را با جزئیات دقیق شرح خواهیم داد؛ به گونه‌ای که درمانگران بتوانند خودشان ART را اجرا کنند. در بخش سوم و پایانی این کتاب، تجربیات بالینی همراه با اجرای برنامه‌ی آموزشی ART را مورد بحث قرار می‌دهیم؛ شواهد تجربی مبنی بر اثربخشی ART را مطرح می‌کنیم و همچنین تلاش‌های حاضر برای توسعه و بهبود برنامه‌ی ART را شرح خواهیم داد.



تنظیم هیجان: تعریف و ارتباط آن با سلامت روان

۲.۱ تعریف مفاهیم مهم

اگرچه اصطلاح هیجان به فراوانی در زندگی روزمره ما مورد استفاده قرار می‌گیرد، اما به‌آسانی نمی‌توان آن را تعریف کرد. در ادبیات علمی، هیجان‌ها به‌عنوان مجموعه‌ای هماهنگ از پاسخ‌ها به وقایع درونی یا بیرونی تعریف شده‌اند که اهمیت ویژه‌ای برای ارگانیسم دارند (به‌عنوان مثال، لازاروس، ۱۹۹۳). این مجموعه پاسخ‌ها ممکن است مکانیسم‌های شناختی، رفتاری، فیزیولوژیکی، و عصبی را شامل شوند و به‌دنبال هماهنگ‌کردن بهترین پاسخ ممکن به رویدادهای مهم هستند. تجربه ذهنی از هیجان اغلب احساس نامیده می‌شود. هیجان‌ها و احساسات به پدیده‌های متمایز و به‌نسبت کوتاه و مختصر اشاره دارند. در مقابل، خلق به تجربیاتی بازمی‌گردد که کمتر مشخص هستند و بیشتر به‌طول می‌انجامند. استرس اصطلاحی است که برای توصیف پاسخ به هشدار که نامشخص‌تر است به‌کار می‌رود و ممکن است در نهایت به هیجان خاصی تبدیل شود. در زبان علمی، عاطفه اصطلاح فراگیری است که هیجان‌ها، احساسات، تکانه‌های انگیزشی، و خلق را همگی با هم شامل می‌شود (گراس، ۲۰۱۴). در زبان روزمره، اصطلاحات عاطفه، هیجان‌ها و احساسات اغلب به‌جای یکدیگر به‌کار می‌روند؛ بنابراین برای افزایش خوانایی این کتاب راهنما، ما نیز همین کار را انجام خواهیم داد. در طول دو دهه گذشته، تنظیم هیجان به موضوعی رایج در پژوهش‌های روان‌شناختی و روان‌شناسی بالینی بدل شده است و به‌طور معمول به اقداماتی اشاره دارد که توسط افراد برای تغییر سیر طبیعی واکنش‌های عاطفی انجام می‌شود. برای مثال، تامپسون (۱۹۹۴) تنظیم هیجان را این‌گونه تعریف کرده است: "... فرایندهای درونی و بیرونی که در نظارت، ارزیابی و تغییر واکنش‌های هیجانی، به‌خصوص ویژگی‌های شدید و موقتی واکنش‌های هیجانی دخیل هستند؛ به‌گونه‌ای که شخص بتواند به اهداف خود دست یابد" (صفحات ۲۸-۲۷). تاکنون مطالعات مختلفی ارتباط بین توانایی تنظیم هیجان‌ها و جنبه‌های گوناگون سلامت روانی را مورد بررسی قرار داده‌اند. یافته‌هایی که در فصل بعدی مرور خواهند شد، دو نکته مهم را مطرح می‌کنند. نخست اینکه، ناتوانی در تنظیم مؤثر هیجان‌ها

خطرات جدی برای سلامت روانی افراد به همراه دارد و دوم اینکه افزایش مهارت‌های مؤثر تنظیم هیجان، روش امیدوارکننده‌ای برای تقویت یا بازیابی سلامت روانی افراد به حساب می‌آید.

۲.۲. نقص‌های تنظیم هیجان و اختلالات روانی

شواهد مبنی بر ارتباط قابل توجه بین توانایی تنظیم مؤثر حالت‌های عاطفی ناخوشایند و سلامت روانی، تقریباً در بین همه اختلالات روانی موجود در راهنمای آماری و تشخیصی اختلالات روانی (۲۰۱۳، APA؛ DSM-5) مشاهده شده است. برای مثال، افراد مبتلا به افسردگی که به عنوان یکی از شایع‌ترین مشکلات سلامت روانی زمان ما محسوب می‌شود، اغلب در تشخیص هیجان‌ها (هونکلامپی، سارینن، هینتیکا، ویرتانن و ویناماکی، ۱۹۹۹، رود و مک کرزی، ۲۰۰۳)، پذیرش و تحمل هیجان‌های منفی^۱ (برودی، هاگا، کریک و سالومون، ۱۹۹۹؛ کمپبل - سیلز، بارلو، براون و هافمن، ۲۰۰۶؛ کانری، کسانک، هالم و بلیک، ۲۰۰۰؛ هایس و همکاران، ۲۰۰۴)، حمایت مهرورانه از خودشان هنگامی که از هیجان‌های منفی رنج می‌برند (گیلبرت، بالدوین، آیرونس، باکاس، و پالمر، ۲۰۰۶؛ هافمن، گراسمن، و هینتون، ۲۰۱۱) و تغییر مؤثر هیجان‌های خود، مشکلاتی را گزارش می‌کنند (کاتانزارو، واسک، کریسج و میرنس، ۲۰۰؛ ارینک، فلیسجر، اسکنول، باسنرلینگ و تاکسن - کافیر، ۲۰۰۸؛ کاسیل، بورنووالوا و مهتا، ۲۰۰۷). علاوه بر این، تحقیقات نشان داده است که علائم افسردگی، به طور مثبت با نشخوار ذهنی / در فکر فرو رفتن، فاجعه‌سازی و سرکوب ابراز هیجان‌ها ارتباط دارد (آلدو، نولن - هوکسما و شوایزر، ۲۰۱۰؛ کانوی و همکاران، ۲۰۰۰؛ ارینگ، تاسکن - کافیر، اسکنول، فایسجر و گراس، ۲۰۱۰؛ مارو و نولن - هوکسما، ۱۹۹۰) که این مشکلات به عنوان تلاش‌هایی غیرمؤثر برای اجتناب از هیجان‌های منفی مفهوم‌پردازی شده است (برکینگ و ووپرمن، ۲۰۱۲؛ مولدس، کاندریس، استار و وونگ، ۲۰۰۷).

یافته‌های مقطعی^۲ از این قبیل، شواهد اولیه‌ای برای این فرضیه فراهم می‌کنند که نقص‌های تنظیم هیجان، تأثیری منفی بر سلامت روانی دارند. با این وجود، یافته‌های مقطعی این مسئله را مشخص نمی‌کنند که آیا چنین نقص‌هایی عامل اختلالات روانی هستند یا تأثیر آنها. برای روشن ساختن این مسئله که آیا مشکلات تنظیم هیجان واقعاً در ایجاد اختلالات روانی مثل افسردگی دخیل هستند یا خیر، باید نگاهی به تحقیقات طولی^۳ و آزمایشی بیاندازیم.

تحقیقات طولی نشان داده است که باور مثبت افراد به توانایی‌شان در تغییر موفقیت‌آمیز عاطفه

۱. هنگامی که هیجان‌ها را منفی تلقی می‌کنیم، به جنبه‌های ناخوشایند، ناخواسته و یا چالش‌برانگیز این هیجان‌ها اشاره می‌کنیم. منظور ما این نیست که این هیجان‌ها در هر صورت بد یا اشتباه هستند.

2. Cross-sectional findings

3. Longitudinal research

منفی، می‌تواند کاهش افسردگی آنها را در آینده پیش‌بینی کند (کاسل و همکاران، ۲۰۰۷) و استفاده از آن دسته راهبردهای تنظیم هیجان که به‌طور معمول ناسازگارانه در نظر گرفته می‌شوند نیز می‌تواند علائم افسردگی افراد را در آینده پیش‌بینی کند (آلداو و نولن - هوکسما، ۲۰۱۲؛ کرایچ و همکاران، ۲۰۰۰). علاوه بر این، مطالعات با استفاده از خاطرات روزانه^۱ (مثل ارزیابی‌های بوم‌شناختی مقطعی^۲) نشان داده است که پاسخ‌های همراه با عاطفه منفی به حوادث ناخوشایند، در افراد افسرده نسبت به افراد غیرافسرده دوام بیشتری دارد (پیترز، نیکلسون، برکهوف، دل‌سپاول و دورایس، ۲۰۰۳) و همچنین گرایش به پاسخ‌دادن به حوادث ناخوشایند با عاطفه منفی، می‌تواند علائم افسردگی دانشجویان دانشگاه را ۲ ماه بعد از ارزیابی اولیه آنها نیز پیش‌بینی کند (اونیل، کوهن، تولپین و گانزرت، ۲۰۰۴). به‌طور مشابه، گرایش به پاسخ‌دادن به حوادث ناخوشایند با عاطفه منفی و انتظارات منفی افراد نسبت به اثربخش بودن تنظیم هیجان، نشان داده شده است که در طول درمان شناختی - رفتاری (CBT)، کاهش کمتر علائم اختلال افسردگی اساسی را پیش‌بینی می‌کند (باکستراس و همکاران، ۲۰۰۶؛ کوهن، گانزرن، بوتلر، اونیل و تولپین، ۲۰۰۵). سرانجام اینکه مشخص شده است، افت و کاهش عاطفه مثبت می‌تواند علائم افسردگی افراد را در طول ۳ و ۵ ماه بعد نیز پیش‌بینی کند؛ حتی زمانی که پاسخ‌های نشخوار ذهنی به عاطفه منفی و علائم افسردگی در ارزیابی اولیه کنترل شده باشد (راس، اسمتس، نلیس و اسکوفس، ۲۰۱۲).

شواهد بیشتری که تأثیر علی تنظیم هیجان بر مشکلات سلامت روانی از قبیل افسردگی را نشان می‌دهند، از مطالعات آزمایشی به‌دست آمده است که به‌طور نظام‌مند، تنظیم هیجان را دست‌کاری می‌کنند و اثرات بالقوه آن را روی علائم افسردگی مورد ارزیابی قرار می‌دهند. در چنین مطالعاتی، مشخص شده است که پاسخ‌های ناسازگارانه به حالت‌های خلقی ملال‌آور (مثل نشخوار ذهنی یا سرکوب هیجان‌ها)، روند رهایی از چنین حالت‌هایی را در افراد آسیب‌پذیر نسبت به افسردگی مختل می‌کند (کامپیل - سیلز و همکاران، ۲۰۰۶؛ ارینگ و همکاران، ۲۰۱۰؛ لیورنت، براون، بارلو و رومر، ۲۰۰۸؛ مارو و نوان - هوکسما، ۱۹۹۰)؛ همچنین این مطالعات نشان داده است که افراد افسرده نسبت به افراد عادی، بیشتر احتمال دارد که از این راهبردهای ناسازگارانه استفاده کنند (ارینگ و همکاران، ۲۰۱۰).

مشابه پژوهش‌هایی که افسردگی را بررسی کرده‌اند، مطالعات متعددی نیز نشان داده‌اند که نقص در مهارت‌های تنظیم هیجان، در شکل‌گیری و تداوم اختلالات اضطرابی نیز سهم هستند (آلداو و نولن - هوکسما، ۲۰۱۲؛ آلدو و همکاران، ۲۰۱۰؛ آمستادتر، ۲۰۰۸؛ برکینگ و ووپرمن، ۲۰۱۲؛ کامپیل - سیلز، الاردو و بارلو، ۲۰۱۴؛ کسپیلر، الاتونجی، فلندر و فورسیس، ۲۰۱۰؛ کاشدان، زوالنسکی و مک

1. Daily diaries

2. Ecological momentary assessments

لیش، ۲۰۰۸؛ ساوج، مورلن، برورو توماس، ۲۰۱۰). به‌عنوان مثال، در نمونه‌ای ۶۳۱ نفری از شرکت‌کنندگان غیربالینی، نقص در مهارت‌های تنظیم هیجان، به‌طور معناداری توانست شدت علائم اضطرابی متعاقب را در فاصله زمانی ۲ هفته‌ای پیش‌بینی کند (برکینگ، اورث، ووپرمن، میر و گاسپر، ۲۰۰۸). در نمونه غیربالینی دیگر، باور شرکت‌کنندگان به اینکه آنها می‌توانند به‌طور موفقیت‌آمیزی با خلق منفی خود مقابله کنند، شدت علائم اضطرابی متعاقب آنها را در بیش از یک دوره ۸ هفته‌ای پیش‌بینی کرد (کاسل و همکاران، ۲۰۰۷). علاوه بر این، در نمونه‌ای غیربالینی از نوجوانان، ناتوانی در تنظیم هیجان، توانست شدت علائم اضطرابی را بعد از ۷ ماه پیش‌بینی کند (مک لاوگلین، هاتزن بوهرلر، منین و نولن- هوکسما، ۲۰۱۱). همچنین در نمونه‌ای از دانشجویان دانشگاه، دشواری در توصیف و تشخیص هیجان‌ها توانست افزایش شدت علائم اضطرابی را در یک سال بعد پیش‌بینی کند (کیاروچی و اسکارت، ۲۰۰۶). سرانجام اینکه، در نمونه‌ای ۱۳۱ نفره از شرکت‌کنندگان غیربالینی، مهارت‌های تنظیم هیجان، به‌طور منفی شدت علائم اضطرابی را در طول دوره‌ای ۵ ساله پیش‌بینی کرد؛ درحالی‌که شدت علائم اضطرابی نتوانست تنظیم هیجان متعاقب را پیش‌بینی کند (وایرتز، هافمن، راپیر و برکینگ، ۲۰۱۳).

پژوهش شامل نمونه‌های بالینی نشان داده است که افرادی که از اختلال اضطراب فراگیر (GAD) رنج می‌برند، نقص‌هایی را در وضوح هیجانی^۱، درک ضعیف‌تر هیجان‌ها، واکنش منفی بیشتر به هیجان‌ها و همچنین موفقیت کمتر در پذیرش و مدیریت هیجان‌های خود نشان می‌دهند (مک لاوگلین، منین و فراج، ۲۰۰۷؛ منین، هیمبرگ، تورک و فرسکو، ۲۰۰۵؛ سالترس- پدناولت، رومر، تول، راکر و منین، ۲۰۰۶؛ تورک، هیمبرگ، لوترک، منین و فرسکوف ۲۰۰۵). علاوه بر این، در نمونه‌ای از دانشجویان دانشگاه نیویورک با اختلال اضطراب فراگیر که به‌طور مستقیم نیز تحت‌تأثیر حملات تروریستی ۱۱ سپتامبر قرار گرفته بودند، نقص مهارت‌های تنظیم هیجان، در تأثیر اختلال اضطراب فراگیر این افراد بر پریشانی روان‌شناختی آنها در طول یک سال پس از این حادثه، نقش واسطه‌ای داشته است (فراج، منین، اسمیت و ماندلباوم، ۲۰۰۸).

تحقیق روی نمونه‌های بالینی همچنین نشان می‌دهد که افرادی که ملاک‌های اختلال پانیک را برآورده می‌سازند نیز مشکلاتی را در تشخیص، نام‌گذاری، پذیرش، و تحمل هیجان‌های ناخوشایند گزارش می‌کنند (برکر، هالوی، توماس، توماس و اونز، ۲۰۰۴؛ ناراگون - جین، ۲۰۱۰؛ بارکر، تیلور، بگبای و آکلین، ۱۹۹۳؛ شیر، کوپر، لرمان، بوسچ و شاپیرو؛ ۱۹۹۳). شواهد بیشتر همچنین نشان می‌دهند که این افراد تمایل دارند تا هنگام تلاش برای مقابله با تجربیات اضطراب‌برانگیز یا دیگر تجربیات ناخوشایند، از راهبردهای اجتنابی استفاده کنند (تول و رومر، ۲۰۰۷) و بدین ترتیب، استفاده

از این راهبردهای اجتنابی ممکن است به طوری متناقض اضطراب را افزایش دهد (ایفرت و هفتر، ۲۰۰۳؛ فلندر، زوولنسکس، ایفوت و اسپیرا، ۲۰۰۳، فلندر، زوولنسکس، استیکل، بان-میلر، ولین-فلندر، ۲۰۰۶؛ کارکلا، فورسیز و کلی، ۲۰۰۴؛ اسپیرا، زوولنسکی، ایفرت و فلندر، ۲۰۰۴)، و در شکل گیری و تداوم اختلالات روانی دخالت داشته باشد (کراسک، میلر، روتوندا و بارلو، ۱۹۹۰؛ هینو، تیکوچی و یامانوچی، ۲۰۰۲؛ اویت، براون، اورسیلو و بارلو، ۲۰۰۴).

در مقایسه با افراد گروه کنترل، مشخص شده است که افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی، در توصیف و شناسایی هیجان‌های خود مشکل بیشتری دارند (تورک و همکاران، ۲۰۰۵)، میزان بیشتری از احساس شرم را تجربه می‌کنند (فرگوسن، والتینر، مک کراث و جنسیوس، ۲۰۱۰) و وقتی با حوادث منفی مواجه می‌شوند، در پذیرش تجربیات هیجانی خود مشکلات بیشتری را نشان می‌دهند (کاشدان و استیگر، ۲۰۰۶). افرادی که از فویبای خاص رنج می‌برند، هنگامی که تلاش می‌کنند تا تجربیات چالش‌برانگیز خود را مدیریت کنند، گزارش می‌کنند که از راهبردهای اجتناب، سرزنش خود، نشخوار ذهنی و فاجعه‌سازی زیاد استفاده می‌کنند و نسبت به ارزیابی مجدد موقعیت‌ها به‌طور مثبت بی‌اعتماد هستند (داووی، بوگس و راشس، ۱۹۹۵؛ کراجی، گزنفسکی و ونگروین، ۲۰۰۳).

به‌طور مشابه، در افرادی که از اختلال استرس پس از سانحه (PTSD) رنج می‌برند، شدت علائم و اختلال آنها با فقدان وضوح هیجانی، فقدان پذیرش هیجانی و مشکلات مرتبط با اتخاذ رفتار معطوف به هدف^۱ و راهبردهای مؤثر تنظیم هیجان مرتبط است (کلاپتر، میراندا، استوال-مک کلاف و هان، ۲۰۰۵؛ ارینگ، کواک، ۲۰۱۰؛ رومر، لیتز، اورسیلو و وانگر، ۲۰۰۱؛ تول، بارت، مک میلان و رومر، ۲۰۰۷؛ ویس و همکاران، ۲۰۱۲). همچنین نشان داده شده است که دشواری‌های تنظیم هیجان، ارتباط بین شدت علائم PTSD و سوء مصرف مواد را در درمان‌جویانی که در کودکی مورد سوء استفاده قرار گرفته‌اند میانجی‌گری می‌کند (استایگر، ملوایل، هایدز، کامبروپولوس و لایمن، ۲۰۰۹).

تحقیقات بیشتر نشان داده است که درمان‌جویان مبتلا به اختلالات خوردن، تمایل دارند تا هیجان‌های خود را شدیدتر از افراد عادی تجربه کنند (اورتون، سلوای، استروتگمن و هوستون، ۲۰۰۵؛ اسوالدی، گریپنسترو، تاکسن-کافیر و ارینگ، ۲۰۱۲). به‌عنوان مثال، در درمان‌جویان مبتلا به اختلال خوردن، احساسات تشدید یافته ترس، اضطراب، تنش و عصبانیت مشاهده شده است (مک کلینی، ۱۹۹۸). این درمان‌جویان همچنین تمایل دارند تا از تجربه هیجان‌ها اجتناب کنند، در پذیرش و مدیریت هیجان‌های خود دچار مشکل هستند (کورستورفین، مونتفورد، تاملینسون، والر و میر، ۲۰۰۷؛ وایتساید و همکاران، ۲۰۰۷) و ظرفیت پایینی برای آگاهی هیجانی دارند (بایدلوسکی و همکاران، ۲۰۰۵؛ کارانو و همکاران، ۲۰۰۶؛ اسوالدی، کافیر و تاکسن-کافیر، ۲۰۱۰).

در مقایسه با افراد عادی، مشخص شده است که درمان جویان مبتلا به پراشتهایی عصبی در توانایی آگاهی از حالات هیجانی درونی خود دچار مشکل هستند (سیم، ۲۰۰۲؛ سیم و زمان، ۲۰۰۴). علاوه بر این، تحقیق با استفاده از مقیاس دشواری‌های تنظیم هیجان^۱ (DERS؛ گراتز و رومر، ۲۰۰۴) نشان داده است که نمونه‌ای از زنان مبتلا به بی‌اشتهایی عصبی، به‌طور معناداری مشکلات بیشتری را در همهٔ خرده‌مقیاس‌های DERS نسبت به گروه کنترل غیرروان‌پزشکی گزارش می‌کنند (هاریسون، سالیوان، تکانتوریا و تریشر، ۲۰۰۹). افزون بر این، در یک فراتحلیل، نشخوار ذهنی و سرکوب، با شدت بیشتر علائم اختلال خوردن ارتباط داشت (آلدو و همکاران، ۲۰۱۰). در مطالعات طولی، خُلق منفی توانسته است پرخوری کردن را در اختلال پرخوری (جوآ، تویز و هیل، ۲۰۰۴، هیلرت و تاکسن-کافیر، ۲۰۰۷؛ وایلد و همکاران، ۲۰۰۷) و همچنین پرخوری کردن و پاکسازی^۲ را در پراشتهایی عصبی پیش‌بینی کند (کراسبای و همکاران، ۲۰۰۹؛ اسمیز و همکاران، ۲۰۰۹؛ ۲۰۰۷).

شواهدی که تأثیر علی تنظیم هیجان بر اختلالات خوردن را نشان می‌دهند، از مطالعات آزمایشی‌ای به‌دست آمده است که نشان داده‌اند القای خُلق منفی یا استرس، متعاقباً خوردن غذای بیشتر و یا احتمال پرخوری کردن را در افراد مبتلا به اختلال پرخوری افزایش می‌دهد (آگراس و تلج، ۱۹۹۸؛ چوآ و همکاران، ۲۰۰۴؛ لیسل و اسکولز، ۲۰۰۹). با این حال، در مطالعهٔ آزمایشی دیگر، یافته‌های متناقضی به‌دست آمده است (دینکمنس، مارتینز، جانسن و ون فورث، ۲۰۰۹)؛ در این آزمایش، شرکت‌کنندگان دستورالعمل‌هایی را دریافت کردند تا بعد از دیدن فیلمی غم‌انگیز یا هیجان‌های خود را سرکوب کنند یا به‌طور طبیعی واکنش نشان دهند. نتایج این مطالعه نشان داد که دو روش واکنش متفاوت به دیدن فیلم، نتوانست به‌طور معناداری میزان غذا خوردن متعاقب را تحت تأثیر قرار دهد. این یافته متناقض نشان می‌دهد که به‌سختی می‌توان به‌طور قطع راهبردهای خاصی را به‌عنوان راهبردهای "ناکارآمد" یا "اثربخش" تنظیم هیجان تعیین کرد (بونانو، پاپا، لالاند، وستفال و کویفمن، ۲۰۰۴).

در بسیاری از موارد، استفاده از مواد مخدر و الکل در اختلالات مرتبط با مواد، به‌عنوان تلاشی برای تنظیم یا اجتناب از هیجان‌های منفی در نظر گرفته می‌شود (باکر، پییر، مک کارثی، ماژسکی و فیور، ۲۰۰۴؛ کوپر، فرون، راسل و مودار، ۱۹۹۵؛ ویس، گریفین و میرین، ۱۹۹۲؛ ووپرمن و همکاران، ۲۰۱۲). از آنجا که هیجان‌های منفی به‌عنوان ماشه‌چکان مهمی برای عود، عمل می‌کنند (کانی، لیت، مورس، باور و گاوپ، ۱۹۹۷؛ الشیخ و بشیر، ۲۰۰۴؛ آیزنهارت، ۱۹۹۱)، در دسترس بودن مهارت‌های مؤثر تنظیم هیجان باید به‌شخص کمک کند تا هوشیاری خود را حتی در قبال وجود چنین هیجان‌هایی حفظ کند (برکینگ و همکاران، ۲۰۱۱). شواهد اولیه برای این فرضیه از مطالعاتی به‌دست

1. Difficulties in Emotion Regulation Scale

2. Purging

آمده است که نشان داده‌اند درمان‌جویانی که ملاک‌های به‌اصطلاح اختلالات هیجانی (اختلالات خلقی و اختلالات اضطرابی؛ الارد، فایرهورلم، بویساو، فارچیون و بارلو، ۲۰۱۰) و همچنین ملاک‌های اختلال شخصیت مرزی را برآورده می‌سازند، اغلب ملاک‌های اختلالات مصرف مواد را نیز دریافت می‌کنند (هاسین، استینسون، اوگبورن و گرانت، ۲۰۰۷) و همچنین میزان بالایی از عود پس از درمان را نیز نشان می‌دهند (برادیز، استاسیویز و پاس، ۲۰۰۶). علاوه بر این، میزان پایین "هوش هیجانی" که توسط سالووی و مایر (۱۹۹۰؛ ص ۱۸۹) به عنوان "توانایی شخص در نظارت بر احساسات و هیجان‌های خود و دیگران، به‌گونه‌ای که بتواند بین آنها تمایز قائل شود و از این اطلاعات برای هدایت تفکر و اعمال خود استفاده کند" تعریف شده است نیز همواره با سطوح شدیدتر استفاده از مواد و مصرف الکل ارتباط دارد (کان و دمتروویکس، ۲۰۱۰). همچنین، افراد مبتلا به اختلالات مصرف مواد، نسبت به افراد گروه کنترل، اغلب دشواری‌های بیشتری را در تنظیم هیجان، به‌خصوص در طول دوره‌های پرهیز^۱ گزارش می‌کنند (برکینگ و همکاران، ۲۰۱۱، فاکس، آکسلرود، پالیوال، اسلیپر و سینها، ۲۰۰۷). علاوه بر این، در چندین مطالعه طولی، خلق منفی توانست میزان نوشیدن الکل در آینده و میل به نوشیدن را پیش‌بینی کند (فالک، یای و هیلتون، ۲۰۰۸؛ کمپل و همکاران، ۲۰۱۰؛ هادگینز، ال‌گوبالی و آرمسترانگ، ۱۹۹۵؛ اسوندسن و همکاران، ۲۰۰۰، ویلینجر و همکاران، ۲۰۰۲) و نیز نقص‌های تنظیم هیجان انطباقی، توانست عود در طول درمان و بعد از درمان سرپایی وابستگی به الکل را پیش‌بینی کند (برکینگ و همکاران، ۲۰۱۱). یک پژوهش آزمایشی دیگر هم نشان داده است که القای عاطفه منفی منجر به افزایش میل به نوشیدن الکل می‌شود (بریچو همکاران، ۲۰۰۴؛ کانی و همکاران، ۱۹۹۷؛ سینها و همکاران، ۲۰۰۹). در نهایت مشخص شده است، مداخلاتی که علائم اضطراب و افسردگی را در درمان‌جویان مبتلا به مشکلات سوء‌مصرف مواد مورد هدف قرار می‌دهند، هم عود و هم شدت استفاده از مواد را کاهش می‌دهند (براون، اوانس، میلر، بورگس و مولر، ۱۹۹۷؛ وات، استیوارد، بیرچ و برنیر، ۲۰۰۶).

میزان قابل توجهی از تحقیقات، به بدتنظیمی هیجان به‌عنوان هسته اصلی و زیربنای اختلال شخصیت مرزی اشاره کرده‌اند (لینهان، ۱۹۹۳). این اختلال تا حدودی با حالات خلقی شدید و ناپایدار (آوستین، رینیولو و پورگز، ۲۰۰۷؛ کو، لینهان، ۲۰۰۹؛ وینبرگ، کلانسکی و هازاک، ۲۰۰۹) تعریف و مشخص می‌شود (APA، ۲۰۱۳). افرادی که دارای ملاک‌های این اختلال شخصیت هستند، مشخص شده است که وضوح و آگاهی هیجانی کمتری را تجربه می‌کنند (لیبل و اسنل، ۲۰۰۴؛ اسوالدی و همکاران، ۲۰۱۲؛ وولف، استیگل مایر، برتز، لامرس و آوکتالر، ۲۰۰۷) و وقتی به دنبال هدفی هستند، کمتر می‌توانند پریشانی حاصل از آن را تحمل کنند (گراتز، روستنال، تول، لژور و گاندرسون، ۲۰۰۶).

این درمان‌جویان همچنین تمایل دارند تا از اجتناب استفاده کنند (برکینگ، نیکسیو، کامتویس و لینهان، ۲۰۰۹) و در مواقع پریشانی و ناراحتی، به راهبردهای تنظیم هیجان آسیب‌زننده روی می‌آورند (از قبیل رفتار خودجرحی) (ووپرم، نومن، وایتمن و آکسلرود، ۲۰۰۹). جز اینها، مشخص شده است که تلاش‌های آنها برای تنظیم هیجان‌هایشان، نسبت به افراد عادی کمتر مؤثر واقع می‌شود؛ هرچند که از تلاش‌های بیشتری نیز استفاده می‌کنند (گروبر، هاروی و گراس، ۲۰۱۲). علاوه بر این، تحقیقات نشان داده است که درمان‌جویان مرزی در توانایی استفاده از راهبرد ارزیابی مجدد برای تنظیم هیجان‌هایشان دچار مشکل هستند (اسکولز و همکاران، ۲۰۱۱). در مطالعه‌ای طولی، تراگسر و همکارانش به این نتیجه رسیدند که بدتنظیمی هیجان، بهتر از تکانش‌گری می‌تواند ویژگی‌های شخصیت مرزی را در آینده پیش‌بینی کند و این یافته از این فرضیه که ممکن است تنظیم هیجان در اختلال شخصیت مرزی اثر علیتی داشته باشد، حمایت می‌کند (تراگسر، سولهان، شوارتز-مت و ترول، ۲۰۰۷).

همچنین فرض شده است که دشواری‌های تشخیص صحیح هیجان‌ها، افراد را در خطر ابتلا به اختلالات شبه‌جسمی^۱ قرار می‌دهد؛ همان‌گونه که این افراد، مؤلفه‌های جسمانی هیجان را به اشتباه به‌عنوان مشکل سلامت جدی تعبیر می‌کنند (نمیا و سیفونوس، ۱۹۷۰؛ سیفونوس، ۱۹۷۳). همخوان با این نظریه، چندین مطالعه به شواهدی مبنی بر ارتباط بین اختلالات شبه‌جسمی و نقص‌های تنظیم هیجان از قبیل توانایی تجربه آگاهانه و تحمل هیجان‌ها، تشخیص درست هیجان‌ها، و ارتباط دادن دقیق هیجان‌ها به حس‌هایی که در بدن تجربه می‌شود، دست یافته‌اند (دیگوچت، هیسر، ۲۰۰۳، لاملی، استتر و وهمر، ۱۹۹۶، اسکوپنهارد و همکاران، ۲۰۰۸؛ ساییک-ورانان و همکاران، ۲۰۰۲؛ ساییک-ورانان، بوتل، کنیل و لات، ۲۰۱۰؛ ساییک-ورانان، برودر، توماس، لان و کوهل، ۲۰۰۵؛ والر و اسکیدت، ۲۰۰۴؛ ۲۰۰۶).

سرانجام اینکه، چندین مطالعه از بین پژوهش‌های رشدی، به ارتباط معنادار بین نقص‌های تنظیم هیجان و آسیب‌شناسی روانی در دوران کودکی دست یافته‌اند؛ از جمله اختلال بیش‌فعالی/ کمبود توجه (والکات و لاند، ۲۰۰۴)، انواع درون‌ریزی‌ها^۲ (از قبیل کناره‌گیری اجتماعی، افسردگی و اضطراب) و رفتارهای بیرون‌ریزی^۳ (از قبیل پرخاشگری، خشم و مشکلات رفتاری) (کالکینز و هاوس، ۲۰۰۴؛ کیم و کیسپتی، ۲۰۱۰؛ مک لاوکلین و همکاران، ۲۰۱۱). مشخص شده است که کودکان و نوجوانانی که تشخیص اختلالات اضطرابی دریافت می‌کنند، در مقایسه با کودکان و نوجوانان گروه کنترل، به‌طور قابل توجهی توانایی ادراک پایین‌تری برای کنترل واکنش‌های خشمگینانه خود دارند (ویسمن، سلیمورمن، راپی و پینا، ۲۰۰۳).

1. Somatoform disorders
2. Internalizing
3. Externalizing behaviors