

اثربخشی درمان فراتشخیصی بر نشانه‌های افسردگی، اضطراب و تنظیم هیجان

Effectiveness of transdiagnostic treatment on depression/anxiety symptoms and emotion regulation

Mehdi Zemestani
University of Kurdistan
Mehdi Imani
University of Shiraz

مهدی زمستانی*
دانشگاه کردستان
مهدی ایمانی
دانشگاه شیراز

Abstract

Depression and anxiety are highly prevalent and comorbid disorders. High rates of comorbid depression and anxiety often complicate psychological intervention. The transdiagnostic treatment model based on emotion regulation skills is applicable to a broad range of emotional disorders. This study aimed to examine the efficacy of a group transdiagnostic treatment on depressive and anxiety symptoms and emotion regulation. 34 students with comorbid depression and anxiety, subsequent to primary clinical assessment and obtaining study requirements were selected and randomly assigned to either transdiagnostic treatment (n =16) or a waiting list control group (n =18). The experimental group received eight weekly transdiagnostic sessions. The Beck Depression Inventory (BDI-II), Beck Anxiety Inventory (BAI), and the Emotion Regulation Questionnaire (ERQ) were used as outcome measures. The questionnaires were administered immediately before and after the intervention and two months following the termination of the intervention. Results show that transdiagnostic treatment is effective on reducing symptoms of depression and anxiety, as well as increasing the likelihood of adopting emotion regulation strategies in participants. Treatment gains were maintained to some extent over the two month follow-up. Given the efficacy of transdiagnostic treatment on the apparent reduction of symptoms of depression and anxiety and modifying emotion regulation in students, these results have practical implications for clinicians and counselors engaged in university counseling centers.

Keywords: transdiagnostic treatment, unified protocol, comorbidity, emotional disorder, emotion regulation

چکیده

افسردگی و اضطراب دو طبقه از اختلال‌های بسیار شایع و همبود هستند. میزان بالای افسردگی و اضطراب همبود، مداخلات درمانی را اغلب پیچیده می‌سازد. مدل درمان فراتشخیصی، مبتنی بر مهارت‌های تنظیم هیجان برای دامنه گسترده‌ای از اختلال‌های هیجانی قابلیت کاربرد دارد. پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان گروهی فراتشخیصی بر نشانه‌های افسردگی، اضطراب و تنظیم هیجان انجام شد. تعداد ۳۴ نفر از دانشجویان مبتلا به افسردگی و اضطراب همبود، پس از ارزیابی بالینی اولیه و احراز شرایط پژوهش، انتخاب و در دو گروه درمان فراتشخیصی (۱۶ نفر) و کنترل (۱۸ نفر) گماشته شدند. گروه آزمایشی، ۸ جلسه درمان هفتگی فراتشخیصی را دریافت کرد. شرکت کنندگان مقیاس افسردگی بک (BDI-II)، مقیاس اضطراب بک (BAI) و پرسشنامه تنظیم هیجان (ERQ) را در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری ۲ ماهه تکمیل کردند. یافته‌های پژوهش نشان داد که درمان فراتشخیصی در کاهش نشانه‌های افسردگی، اضطراب و نیز تعدیل راهبردهای تنظیم هیجان اثربخش است. دست‌آوردهای درمانی، در پیگیری ۲ ماهه نیز حفظ شده است. با توجه به تاثیر درمان فراتشخیصی در بهبود نشانه‌های افسردگی و اضطراب و تنظیم هیجان در دانشجویان، این نتایج برای متخصصان بالینی و مشاوران دست اندرکار در مراکز مشاوره دانشگاهی تلویحات کاربردی دارد.

واژه‌های کلیدی: درمان فراتشخیصی، پروتکل یکپارچه، همبودی، اختلال هیجانی، تنظیم هیجان

* نشانی پستی نویسنده مسوول: سندیج، بلوار پاسداران، دانشگاه کردستان، دانشکده علوم انسانی و اجتماعی، گروه روانشناسی بالینی، پست الکترونیکی: m.zemestani@uok.ac.ir

مقدمه

هرچند تحقیقات آسیب‌شناسی روانی به طور سنتی اختلال‌محور^۱ بوده است، اما این جریان غالب در سطح نظام تشخیصی در حال تغییر است. کارگروه پنجمین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی^۲ (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۱۳) نیز برای بسیاری از اختلال‌های متفاوت در DSM-5 که به طور سنتی مجزا در نظر گرفته می‌شدند، مانند اختلال‌های خلقی یا اضطرابی، رویکرد ابعادی یا فراتشخیصی^۳ را لحاظ کرده است (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۱۳؛ کرینگ و اسلون، ۲۰۰۹). تحقیقات بسیاری همبودی مرضی^۴ بالای اختلال‌های خلقی و اضطرابی را نشان داده‌اند (کسلر، پتوخووا، سامپسون، زاسلاوسکی و ویچن، ۲۰۱۲). میزان بالای همبودی بین اختلال‌های روانی خاص، به ویژه افسردگی و اضطراب، منجر به پژوهش‌هایی در زمینه مکانیسم‌های مسوول این همبودی شده است، که اغلب تحت عنوان عوامل فراتشخیصی^۵ از آنها یاد می‌شود (مانسل، هاروی، واتکینز و شافران، ۲۰۰۹؛ منین و فرسکو، ۲۰۱۴). بسیاری از عوامل فراتشخیصی، برای رابطه بین افسردگی و اضطراب پیشنهاد شده است (مکلولین و نولن-هوکسما، ۲۰۱۱). تنظیم هیجان^۶ به عنوان عاملی مشترک و فراتشخیصی معرفی شده است که با انواع مختلفی از آسیب‌های روانی از جمله افسردگی و اضطراب مرتبط است (آلدو و نولن-هوکسما، ۲۰۱۰؛ کرینگ و اسلون، ۲۰۰۹). در واقع، اختلال‌های خلقی و اضطرابی دقیقاً با هیجان‌های منفی که مداوم و شدید هستند، توصیف می‌شوند. بنابراین گسترش پژوهش‌ها روی تنظیم هیجان در بیماران افسرده و مضطرب مورد نیاز است (منین و فرسکو، ۲۰۱۴).

درحالی‌که تعاریف بسیار گوناگونی از تنظیم هیجان وجود دارد، نظریه‌های مختلف بر سر این مطلب توافق دارند که تنظیم هیجان موثر، شامل مهارت‌های مربوط به الف) آگاهی و ارزیابی هیجان‌ها، ب) تنظیم هیجان‌ها، و ج) استفاده انطباقی از هیجان‌ها است (برکینگ، واپرن،

ریچاردت، پژیک، دیپل و همکاران^۷، ۲۰۰۸؛ به نقل از بشارت، زاهدی تجریشی و نوربالا، ۱۳۹۲). نظریه‌پردازان برجسته استدلال کرده‌اند که نقص در کاربرد راهبردهای تنظیم هیجان ممکن است عوامل فراتشخیصی بسیار مهمی باشند که زیربنای انواع مختلف آسیب‌های روانی از جمله افسردگی و اضطراب را تشکیل می‌دهند (کرینگ و اسلون، ۲۰۰۹؛ مانسل و همکاران، ۲۰۰۹). با توجه به این یافته‌ها، اخیراً برخی از پژوهشگران پیشنهاد کرده‌اند که مداخلات درمانی باید به‌طور ویژه بر راهبردهای تنظیم هیجان تمرکز کنند، زیرا چنین مداخلاتی ممکن است اثرات مثبتی بر دامنه گسترده‌ای از اختلال‌های هیجانی داشته باشند (آلدو و نولن-هوکسما، ۲۰۱۰؛ منین و فرسکو، ۲۰۱۴).

همان‌طور که اشاره شد، پژوهش‌های زیادی همبودی مرضی بسیار بالای اختلال‌های خلقی و اضطرابی را نشان داده‌اند. هنگامی که طبقات مختلف اختلال‌ها در چنین میزان بالایی با هم رخ می‌دهند، انتخاب یک رویکرد درمانی مناسب می‌تواند چالش‌برانگیز باشد (چو، کولوگنوری، ویسمن و بانن، ۲۰۰۹). تا سال‌های اخیر، رویکردهای مبتنی بر شواهد برای تشخیص‌های چندگانه درمانگران را ملزم می‌کرد تا اهداف درمانی را اولویت‌بندی کنند و به صورت زنجیره‌وار هر بار به یک مشکل بپردازند (بارلو، آلن و کوت، ۲۰۰۴). این رویکرد خطر ریزش مراجع را در پی دارد، قبل از این‌که وی برای مشکلات همبودش درمان اساسی دریافت کرده باشد (چو و همکاران، ۲۰۰۹). تمایل به ایجاد پروتکل‌های یکپارچه یا طیف‌گسترده^۸، به گسترش پژوهش در زمینه شناسایی عوامل فراتشخیصی که عناصر مشترک اختلال‌های چندگانه را هدف قرار می‌دهند، منجر شده است (بارلو، فارچیون، فیرهللم، الارد، بویسی و همکاران، ۲۰۱۱؛ مک ایووی، ناتان و نورتون، ۲۰۰۹). تحولات اخیر در زمینه پروتکل‌های واحد و درمان‌های یکپارچه پیشنهاد می‌کنند که رویکرد فراتشخیصی ممکن است کارا تر و اثربخش‌تر از درمان اختلال‌های همبود به شیوه جداگانه و زنجیره‌وار باشد (بارلو و همکاران، ۲۰۱۱). با توجه به این پیشرفت‌ها، بارلو و همکاران (۲۰۱۱)، پروتکل یکپارچه‌ای را برای درمان فراتشخیصی اختلال‌های هیجانی وضع کرده‌اند (بارلو و همکاران، ۲۰۱۱).

7. Berking, M., Wupperman, P., Reichardt, A., Pejic, T., Dippel, A., et al.
8. unified or broad-spectrum protocols

1. disorder-centric
2. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-5th edition (DSM-V)
3. dimensional or transdiagnostic
4. comorbidity
5. transdiagnostic factors
6. emotion regulation

معناداری در نشانه‌های اختلال‌ها، از پیش‌آزمون تا پس‌آزمون با توجه به نتایج تست‌های مختلف به‌دست آمد، اما هم‌چنین آشکار شد که جرح و تعدیل‌های بیشتری روی پروتکل درمانی مورد نیاز است. متعاقباً، در کارآزمایی بالینی دوم که متشکل از ۱۵ بیمار بود، درمان با پروتکل یکپارچه نتایج قوی‌تری را نسبت به قبل برآورد. فارچیون و همکاران (۲۰۱۲)، در یک کارآزمایی کنترل شده تصادفی، اثربخشی نسخه چاپ شده اولیه پروتکل یکپارچه (بارلو و همکاران، ۲۰۱۱) را روی ۳۷ بیمار سرپایی که ملاک‌های تشخیصی DSM-IV را برای یک اختلال اضطرابی برآورده می‌ساختند، در مقایسه با گروه کنترل مورد ارزیابی قرار دادند. درمان با پروتکل یکپارچه، همان پروتکلی را دنبال می‌کرد که در کارآزمایی الارد و همکاران (۲۰۱۰) به کار رفته بود، همراه با تکنیک‌های تکمیلی برای افزایش انگیزه بیمار جهت درگیر شدن در فرایند درمان (میلر و رالینیک، ۲۰۰۲؛ وسترا، آرکوویتز و دوزویس، ۲۰۰۹). نسخه اخیر تاکید زیادی بر هیجان مثبت، به عنوان راه‌اندازی^۸ برای اجتناب هیجانی ناسازگارانه و نیز به عنوان آماجی برای مواجهه با هیجان‌ها داشت. در مجموع، درمان با نسخه جدید پروتکل یکپارچه منجر به پیامدهای قوی‌تری شد (فارچیون و همکاران، ۲۰۱۲). محمدی، بیرشک و غرابی (۱۳۹۲) نیز در پژوهشی به مقایسه اثربخشی گروه‌درمانی فراتشخیصی و گروه درمانی شناختی بر عواطف مثبت و منفی و فرایندهای تنظیم هیجان پرداختند. نتایج نشان داد که در هر دو گروه، روش درمانی بر مولفه‌های تنظیم هیجان و عواطف مثبت و منفی اثرگذار بوده است. هم‌چنین، نتایج نشان دهنده اثربخشی بیشتر گروه‌درمانی فراتشخیصی بر بهبود ارزیابی مجدد و افزایش عاطفه مثبت بود.

با توجه به مطالب ذکر شده، در پژوهش حاضر اطلاعات حاصل از یک کارآزمایی بالینی ارابه شد که به منظور ارزیابی اثربخشی نسخه اخیر پروتکل یکپارچه (فارچیون و همکاران، ۲۰۱۲) روی ۳۴ بیماری که ملاک‌های تشخیصی DSM-5 را برای یک اختلال اضطرابی یا خلقی برآورده می‌ساختند، اجرا شده است. فرض بر این بوده است که نتایج گروه درمان فراتشخیصی در متغیرهای مورد ارزیابی بهتر از گروه کنترل

از لحاظ نظری، درمان‌های فراتشخیصی باید درمانگر را قادر سازند تا فرایندهای تداوم بخش مشترک بین اختلالات موجود را مفهوم سازی^۱ نماید، راهبردهای درمانی مبتنی بر شواهد را در قالب یک پروتکل ارابه نماید، کارآمدی و کارایی درمان را افزایش دهد، نیاز به راهنماهای درمانی چندگانه را کاهش دهد و اجرای راحت آن را تسهیل نماید (نیوبای، مک‌کینون، کوپکن، گیل‌بادی و دال‌گلیش، ۲۰۱۵). پروتکل یکپارچه، یک درمان فراتشخیصی و شناختی-رفتاری متمرکز بر هیجان^۲ محسوب می‌شود که با استفاده از مهارت‌های تنظیم هیجان، برای دامنه گسترده‌ای از اختلال‌های هیجانی قابلیت کاربرد دارد (پاین، الارد، فارچیون، فیرهللم و بارلو، ۲۰۱۴؛ فارچیون، فیرهللم، الارد، بویسی، تامپسون-هالندز و همکاران، ۲۰۱۲). درمان با پروتکل یکپارچه، از طریق استخراج و ادغام اصول مشترک میان درمان‌های روانشناختی موجود که به لحاظ تجربی مورد تایید قرار گرفته‌اند، روی دستاوردهای نظریه‌های شناختی-رفتاری سرمایه‌گذاری می‌کند. این اصول مشترک عبارت‌اند از بازسازی ارزیابی‌های شناختی ناسازگارانه^۳، تغییر میل به عمل^۴ مرتبط با هیجان‌ها، جلوگیری از اجتناب هیجان و به کار بستن روش‌های مواجهه با هیجان‌ها (بک، راش، شاو و امری، ۱۹۸۷؛ کلارک و ولز، ۱۹۹۵؛ لینهان، ۱۹۹۳). علاوه بر این، درمان با پروتکل یکپارچه تاکید بارزی بر ماهیت سازگارانانه و کارکردی هیجان‌ها، افزایش آگاهی بیمار از نقش شناخت‌ها^۵ و هیجان‌ها، احساسات بدنی و رفتارها دارد (فارچیون و همکاران، ۲۰۱۲).

نسخه‌های اولیه درمان با پروتکل یکپارچه در دو کارآزمایی بالینی روی بیمارانی که به لحاظ تشخیصی به اختلال‌های اضطرابی ناهمگون^۶ مبتلا بودند و برای درمان به مرکز اختلال‌های اضطرابی^۷ دانشگاه بوستون مراجعه کرده بودند، مورد آزمایش قرار گرفت (الارد، فیرهللم، بویسی، فارچیون و بارلو، ۲۰۱۰). در کارآزمایی اول، که نمونه‌ای متشکل از ۱۸ شرکت کننده را در بر می‌گرفت، تغییرات

1. formulate
2. emotion-focused cognitive-behavioral therapy
3. maladaptive cognitive appraisals
4. action tendency
5. cognitions
6. diagnostically heterogeneous anxiety disorders
7. Center for Anxiety and Related Disorders (CARD)

خواهد بود و دستاوردهای درمانی نیز در طی دوره پیگیری دو ماهه تداوم خواهند داشت.

روش

جامعه آماری، نمونه و روش اجرای پژوهش: پژوهش حاضر به لحاظ هدف، کاربردی و به لحاظ نحوه گردآوری اطلاعات از نوع نیمه تجربی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل است. جامعه آماری پژوهش حاضر کلیه دانشجویان مبتلا به اختلال‌های اضطرابی و خلقی بودند که به مرکز مشاوره و خدمات روانشناختی دانشگاه شهید چمران اهواز جهت درمان مراجعه کرده بودند. شرکت‌کنندگان در پژوهش، از بین مراجعه‌کنندگان به این مرکز پس از ارزیابی اولیه و مصاحبه بالینی که ملاک‌های DSM-5 را برای یک و یا بیش از یکی از تشخیص‌های زیر برآورده می‌ساختند انتخاب شدند: اختلال اضطراب فراگیر^۱، اختلال اضطراب اجتماعی^۲، اختلال وحشتزدگی (همراه با و یا بدون گذرهراسی^۳)، افسردگی متوسط^۴، افسرده خویی^۵. از بین این افراد، تعداد ۳۶ نفر که براساس ارزیابی و مصاحبه بالینی، تایید وجود همزمان یک اختلال اضطرابی و خلقی همبود را دریافت کرده بودند، انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (درمان فراتشخیصی) و کنترل (لیست انتظار) جایگزین شدند. سپس پرسشنامه‌ها توسط شرکت‌کنندگان تکمیل شد. گروه آزمایش پس از اجرای پیش‌آزمون، به مدت دو ماه تحت درمان گروهی فراتشخیصی قرار گرفتند. درحالی‌که افراد گروه کنترل مورد پیش‌آزمون قرار گرفته ولی مداخله‌ای دریافت نکردند. در پایان مداخله، پس‌آزمون به عمل آمد و به منظور پیگیری نیز سه ماه پس از درمان، شرکت‌کنندگان مورد ارزیابی مجدد قرار گرفتند. لازم به ذکر است که سه جلسه غیبت از جلسات درمانی به عنوان ملاک افت آزمودنی‌ها در نظر گرفته شد و اگر فردی سه جلسه غیبت از درمان داشت داده‌های وی از تحلیل کنار گذاشته می‌شد. به این ترتیب، دو نفر از گروه درمان فراتشخیصی ریزش داشتند. لذا، نمونه نهایی که روی آنها تحلیل آماری

صورت گرفته، متشکل از ۳۴ نفر است: ۱۶ نفر در گروه آزمایش و ۱۸ نفر در گروه کنترل.

ملاک‌های شمول عبارت بودند از کسب نمره ۱۹ به بالا (افسردگی متوسط) در مقیاس افسردگی بک^۶ و نیز تایید وجود همزمان یک اختلال اضطرابی بر اساس مصاحبه بالینی ساختاریافته برای اختلال‌های محور I^۷، عدم دریافت درمان‌های روانشناختی یا دارویی دست کم از یک سال قبل از ورود به پژوهش، داشتن حداقل ۱۸ سال و حداکثر ۳۵ سال سن. ملاک‌های حذفی نیز عبارت بودند از داشتن اختلال سایکوتیک یا تشخیص اختلال‌های افسردگی با خصوصیات سایکوتیک، داشتن بیماری جسمانی و یا شرایط طبی زیربنای افسردگی، دارا بودن ملاک‌های کامل اختلال شخصیت بر اساس مصاحبه بالینی ساختاریافته برای اختلال‌های محور II، داشتن افکار جدی در مورد خودکشی، داشتن سو مصرف مواد. پژوهش با اخذ رضایت کتبی آگاهانه، محرمانه ماندن داده‌ها، عدم تعارض منافع در پژوهش‌های بالینی و با رعایت دیگر نکات مهم اخلاقی صورت گرفته است.

کاربندی آزمایش در پژوهش حاضر، اجرای ۸ جلسه درمان گروهی فراتشخیصی بود که به صورت جلسات هفتگی و ۹۰ دقیقه‌ای اجرا شد. درمان، طبق پروتکل طراحی شده توسط الارد و همکاران (۲۰۱۰) و اصول مطرح شده توسط فارچیون و همکاران (۲۰۱۲) و پاین و همکاران (۲۰۱۴) در زمینه مدل درمانی پروتکل یکپارچه، اجرا شد. پروتکل یکپارچه متشکل از ۵ مولفه اصلی درمانی است که طوری طراحی شده‌اند تا جنبه‌های محوری پردازش هیجان و تنظیم تجربیات هیجانی را آماج قرار دهند. این پنج مولفه اصلی درمان عبارتند از (۱) آموزش روانشناختی درباره هیجان‌ها و آگاهی‌افزایی در مورد آنها، (۲) افزایش انعطاف‌پذیری شناختی^۸، (۳) شناسایی و پیشگیری از الگوهای اجتناب از هیجان و رفتارهای ناسازگارانه ناشی از هیجان، (۴) تحمل احساسات جسمانی مربوط به هیجان، و (۵) مواجهه هیجان‌محور درونی و مبتنی بر موقعیت. این پنج مولفه اصلی به دنبال یک بخش مقدماتی متمرکز بر افزایش انگیزه و

1. generalized anxiety disorder (GAD)
2. social anxiety disorder
3. panic disorder (with or without agoraphobia)
4. mild depression
5. dysthymic disorder

6. Beck Depression Inventory (BDI)
7. structured clinical interview diagnostic for DSM-IV axis I disorders (SCID-I)
8. cognitive flexibility

۰/۹۲ و برای نمونه‌ای از آزمودنی‌های بیمار از ۰/۸۳ تا ۰/۹۱ گزارش کرده است که نشانه همسانی درونی خوب مقیاس است. ضرایب همبستگی بین نمره‌های تعدادی از آزمودنی‌های بهنجار و بیمار در دو نوبت با فاصله یک هفته تا ده روز برای سنجش پایایی بازآزمایی به ترتیب $r = 0/81$ و $r = 0/79$ محاسبه شد.

مقیاس اضطراب بک: مقیاس اضطراب بک^{۱۰} (BAI)؛ بک، اپشتاین، براون و استیر، ۱۹۸۸) شامل ۲۱ ماده است که در واقع ۲۱ نشانه اضطرابی را می‌سنجد و هر ماده طبق مقیاس لیکرت نمره‌ای بین ۰ تا ۳ می‌گیرد. دامنه نمرات بین ۰ تا ۶۳ است، که نمره بالا نشان دهنده اضطراب بیشتر است. هر عبارت بازتاب یکی از نشانه‌های اضطراب است که معمولاً افرادی که از نظر بالینی مضطرب هستند یا کسانی که در وضعیت اضطراب‌برانگیز قرار می‌گیرند، بعضی از این نشانه‌ها را تجربه می‌کنند. بک و همکاران (۱۹۸۸) همسانی درونی مقیاس را برابر با ۰/۹۲ و پایایی بازآزمایی یک هفته‌ای آن را ۰/۷۵ و همبستگی ماده‌های آن را از ۰/۳۰ تا ۰/۷۶ گزارش کرده‌اند. کاویانی و موسوی (۱۳۸۷) ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس را ۰/۹۲ و ضریب پایایی به روش بازآزمایی را ۰/۸۳ به‌دست آورده‌اند. بشارت (۱۳۸۴) ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس را برای نمونه‌ای از آزمودنی‌های بهنجار ۰/۹۱ و برای نمونه‌ای از آزمودنی‌های بیمار از ۰/۸۵ تا ۰/۹۲ گزارش کرده است که نشانه همسانی درونی خوب مقیاس است. ضرایب همبستگی بین نمره‌های تعدادی از آزمودنی‌های بهنجار و بیمار در دو نوبت با فاصله دو هفته، برای سنجش پایایی بازآزمایی به ترتیب $r = 0/89$ و $r = 0/87$ محاسبه شد.

پرسشنامه تنظیم هیجان: پرسشنامه تنظیم هیجان^{۱۱} (ERQ) توسط گراس و جان (۲۰۰۳) تهیه شده که تفاوت‌های افراد را در زمینه دو راهبرد تنظیم هیجان بررسی می‌کند: ارزیابی مجدد شناختی (۶ ماده) و فرونشانی^{۱۲} (۴ ماده). این پرسشنامه براساس مقیاس ۷ درجه‌ای لیکرت از ۱ کاملاً مخالف تا ۷ کاملاً موافق، برای هر گزینه نمره‌گذاری می‌شود. در دستورالعمل این پرسشنامه از آزمودنی خواسته می‌شود تا به برخی پرسش‌ها در زمینه زندگی هیجانی، به

آمادگی برای تغییر و درگیر شدن در فرایند درمان می‌آیند. طرح درمان فراتشخیصی به شرح زیر اجرا شد. فاز اول درمان جلسه ۱ و ۲، فاز آموزش و اطلاعات است. در این فاز، بعد از ایجاد ارتباط درمانی با مراجعان و افزایش انگیزه و آمادگی برای تغییر، اطلاعات وسیعی در مورد مولفه‌های هیجان، مدل سه سیستمی هیجان^۱ و نقش هیجان‌ها در تداوم نشانه‌های افسردگی و اضطراب ارائه می‌شود. فاز دوم درمان جلسه ۳ و ۴، مربوط به انعطاف‌پذیری شناختی می‌شود. در این فاز، روی افکار خودآیند^۲ و تحریف‌های شناختی^۳، ارزیابی مجدد شناخت‌ها، تمرین تکنیک پیکان رو به پایین و تحلیل سودمندی باورها کار می‌شود. فاز سوم درمان جلسه ۵ و ۶ مربوط به اجتناب از هیجان و رفتارهای ناسازگارانه ناشی از هیجان می‌شود. در این فاز، روی پیشگیری از اجتناب از هیجان و اصلاح رفتارهای ناشی از هیجان^۴ (EDB) کار می‌شود. فاز چهارم جلسات ۷ و ۸ مربوط به تحمل احساسات جسمانی مربوط به هیجان و مواجهه هیجان‌محور درونی و موقعیتی می‌شود.

ابزار سنجش

مقیاس افسردگی بک- ویرایش دوم: مقیاس افسردگی بک- ویرایش دوم^۵ (BDI-II)؛ بک، استیر و براون، ۱۹۹۶)، نوع بازنگری شده BDI است که شامل ۲۱ ماده است و هر ماده طبق مقیاس لیکرت نمره‌ای بین ۰ تا ۳ می‌گیرد. فتی و همکاران (۱۳۸۴) با اجرای این مقیاس روی یک نمونه ۹۴ نفری ایرانی ضریب آلفا را ۰/۹۱، ضریب همبستگی بین دو نیمه^۶ را ۰/۸۹ و پایایی بازآزمایی^۷ به فاصله یک هفته را ۰/۹۴ گزارش کرده‌اند (فتی و همکاران، ۱۳۸۴). کاویانی (۱۳۸۷) در پژوهش خود ضریب روایی^۸ این مقیاس را ۰/۷۰، ضریب پایایی را ۰/۷۷ و همسانی درونی^۹ آن را ۰/۹۱ گزارش کرده است. بشارت (۱۳۸۳) ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس را برای نمونه‌ای از آزمودنی‌های بهنجار از ۰/۸۵ تا

1. triad system model of emotion
2. automatic thoughts
3. cognitive distortions
4. emotion-driven behavior (EDB)
5. Beck Depression Inventory-II (BDI- II)
6. split-half
7. test-retest reliability
8. validity
9. internal consistency

10. Beck Anxiety Inventory (BAI)
11. Emotion Regulation Questionnaire (ERQ)
12. suppression

(۱۳۹۰) مشابه نتایج گزارش شده در پژوهش بشارت (۱۳۸۶)؛ به نقل از تاشک، (۱۳۹۰) است.

یافته‌ها

برای تحلیل داده‌های پژوهش حاضر، از تحلیل کوواریانس استفاده شد. از آزمون t مستقل برای بررسی تفاوت‌های بین دو گروه در مرحله پیش آزمون استفاده شد. تفاوت معناداری در هیچ‌یک از متغیرهای پژوهش در مرحله پیش‌آزمون بین گروه آزمایش و کنترل مشاهده نشد، که بیانگر تخصیص تصادفی مناسب پیش از اجرای مداخله بود. میانگین و انحراف استاندارد دو گروه در متغیرهای وابسته پژوهش در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در جدول ۱ ارایه شده است.

جدول ۱

میانگین و انحراف استاندارد گروه آزمایش و کنترل در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

متغیر	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری	
	کنترل	آزمایش	کنترل	آزمایش	کنترل	آزمایش
افسردگی	۲۶/۱±۴/۶	۱۱/۳±۲/۳	۲۴/۸±۳/۴	۱۱/۳±۲/۳	۲۵/۷±۳/۲	۲۷/۳±۴/۲
اضطراب	۲۲/۹±۲/۴	۹/۸±۲/۳	۲۱/۶±۳/۳	۹/۸±۲/۳	۲۱/۶±۳/۱	۲۳/۷±۲/۶
ارزیابی مجدد شناختی	۱۶/۲±۲/۰	۳۶/۱±۲/۲	۱۷/۱±۲/۳	۳۶/۱±۲/۲	۱۶/۸±۲/۴	۱۵/۴±۲/۱
فرونشانی	۲۳/۸±۲/۷	۹/۸±۲/۳	۲۴/۱±۲/۳	۹/۸±۲/۳	۲۴/۳±۲/۵	۲۴/۲±۳/۰

شده بود. پیش‌فرض همگنی واریانس‌ها در بین نمرات دو گروه آزمودنی از طریق آزمون لوین بررسی شد. نتایج این تحلیل نشان داد که تفاوت معناداری در واریانس دو گروه مشاهده نمی‌شود و لذا شرط تساوی واریانس‌ها وجود دارد و می‌توان اطمینان حاصل کرد که پراکندگی نمرات در هر دو گروه یکسان است. بررسی نتایج آزمون ام‌باکس^۵ نیز حاکی از آن بود که مفروضه همگنی ماتریس واریانس-کواریانس برقرار است ($F=1/58$, $p=0/18$). نتایج همگنی شیب‌های رگرسیون بین نمره‌های پیش‌آزمون و پس‌آزمون نشان داد که مقدار F لامبدای-ویلکز^۶ (π) معنادار نیست ($F=1/17$), $p=0/35$. بنابراین، فرض همگنی شیب‌های رگرسیون نیز برقرار بود. بر این اساس، می‌توان اطمینان حاصل کرد که داده‌های این پژوهش مفروضه‌های زیربنایی تحلیل کواریانس

برای انجام تحلیل کواریانس، ابتدا پیش‌فرض‌های آن بررسی شد. به این منظور، چهار مفروضه زیربنایی تحلیل کواریانس شامل خطی بودن^۱، هم‌خطی چندگانه^۲، همگنی واریانس‌ها^۳ و همگنی شیب‌های رگرسیون^۴ مورد بررسی قرار گرفتند. ضرایب همبستگی بین پیش‌آزمون و پس‌آزمون افسردگی ۰/۶۲، اضطراب ۰/۵۷، ارزیابی مجدد شناختی ۰/۴۴ و فرونشانی ۰/۳۸ به دست آمد. با توجه به همبستگی‌های به دست آمده، مفروضه خطی بودن مورد تایید قرار گرفت. ضرایب همبستگی بین متغیرهای کمکی (پیش‌آزمون‌ها) نیز در تمام متغیرها کمتر از ۰/۹۰ بود. با توجه به مقادیر همبستگی‌های به دست آمده، از مفروضه هم‌خطی چندگانه بین متغیرهای تصادفی کمکی، اجتناب

1. linearity
2. multicollinearity
3. homogeneity of variance
4. homogeneity of regression

5. Box's M test
6. Wilk's Lambda

کنترل پیش-آزمون انجام شد. نتایج این تحلیل در جدول ۲ ارائه شده است. نتایج مندرج در جدول ۲ نشان می‌دهد که تفاوت بین دو گروه در متغیرهای افسردگی ($F=184/08$ ، $p < 0/001$)، اضطراب ($F=103/82$ ، $p < 0/001$)، شناختی ($F=152/82$ ، $p < 0/001$) و فرونشانی ($F=111/83$ ، $p < 0/001$) در مرحله پس‌آزمون معنادار است.

را برآورد می‌کنند و می‌توان داده‌های پژوهش را توسط این روش آماری تجزیه و تحلیل کرد. نتایج تحلیل کوواریانس روی میانگین نمره‌های پس‌آزمون متغیرهای وابسته، با کنترل پیش‌آزمون‌ها در گروه‌های آزمایش و کنترل نشان داد که مقدار F لامبدای ویلکز معنادار است ($F=1/63$ ، $p < 0/001$) بر این اساس، می‌توان بیان داشت که حداقل در یکی از متغیرهای وابسته، بین دو گروه تفاوت معنادار وجود دارد. برای بررسی نقطه تفاوت، تحلیل کوواریانس یک راهه با

جدول ۲

نتایج تحلیل کوواریانس یک‌راهه در متن مانکوا، روی میانگین نمره‌های پس‌آزمون با کنترل پیش‌آزمون

متغیر	مجموع مجذورات	df	F	P	اندازه اثر
افسردگی	۵۴۲/۶۳	۱	۱۸۴/۰۸	۰/۰۰۱	۰/۷۲
اضطراب	۴۶۲/۹۴	۱	۱۰۳/۸۲	۰/۰۰۱	۰/۸۱
ارزیابی مجدد شناختی	۱۷۶۴/۴۲	۱	۱۵۲/۸۲	۰/۰۰۱	۰/۶۷
فرونشانی	۱۰۲۷/۶۸	۱	۱۱۱/۸۳	۰/۰۰۱	۰/۷۱

نتایج تحلیل کوواریانس روی میانگین نمره‌های پس‌آزمون با کنترل پیش‌آزمون نیز معنادار است. بنابراین، بر اساس یافته‌های پژوهش، تأثیرات ۸ جلسه درمان فراتشخیصی فراشناختی بر متغیرهای افسردگی، اضطراب و تنظیم هیجان معنادار به دست آمد. نتایج بررسی‌های مرحله پیگیری با فاصله ۲ ماه نیز نشان داد که اثربخشی درمان همچنان باقی مانده است.

نتایج تحلیل کوواریانس روی میانگین نمره‌های پیگیری متغیرهای وابسته با کنترل پیش‌آزمون نشان داد که مقدار F لامبدای ویلکز معنادار است ($F=54/18$ ، $p < 0/001$) نتایج مندرج در جدول ۳ نشان داد که تفاوت بین دو گروه در متغیرهای افسردگی ($F=121/68$ ، $p < 0/001$)، اضطراب ($F=163/74$ ، $p < 0/001$) و ارزیابی مجدد شناختی ($F=83/94$ ، $p < 0/001$) و فرونشانی ($F=106/73$ ، $p < 0/001$) معنادار است.

جدول ۳

نتایج تحلیل کوواریانس یک‌راهه در متن مانکوا، روی میانگین نمره‌های پیگیری با کنترل پیش‌آزمون

متغیر	مجموع مجذورات	df	F	P	اندازه اثر
افسردگی	۶۷۳/۷۶	۱	۱۲۱/۶۸	۰/۰۰۱	۰/۷۱
اضطراب	۵۷۲/۸۱	۱	۱۶۳/۷۴	۰/۰۰۱	۰/۷۴
ارزیابی مجدد شناختی	۱۳۸۲/۷۹	۱	۸۳/۹۴	۰/۰۰۱	۰/۶۶
فرونشانی	۹۸۵/۸۳	۱	۱۰۶/۷۳	۰/۰۰۱	۰/۶۸

فراتشخیصی منجر به کاهش معنادار در شدت نشانه‌های افسردگی و اضطراب و همچنین تعدیل راهبردهای تنظیم هیجان شده است. بهبود بالینی مشاهده شده در این پژوهش، با نتایج پژوهشی الارد و همکاران (۲۰۱۰)، پاین و همکاران (۲۰۱۴)، فارچیون و همکاران (۲۰۱۲)، محمدی و همکاران (۱۳۹۲) که اثربخشی درمان فراتشخیصی را در

بحث

مدل درمان فراتشخیصی، بر مبنای مهارت‌های تنظیم هیجان پایه‌ریزی شده است و برای دامنه گسترده‌ای از اختلالات هیجانی کاربرد دارد. پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی پروتکل یکپارچه درمان فراتشخیصی اختلالات هیجانی انجام شد. نتایج این پژوهش نشان داد که درمان

نمونه‌های افسرده و مضطرب مورد بررسی قرار داده‌اند، همسو بود و حمایت تجربی دیگری برای رویکرد درمان فراتشخیصی فراهم آورد. این نتایج، با منطبق درمان فراتشخیصی که بر پردازش هیجان تاکید دارد، همخوان است.

مدل درمان فراتشخیصی، تنظیم هیجان را در ایجاد و تداوم اختلال‌های هیجانی از جمله اضطراب و افسردگی موثر می‌داند (فارچيون و همکاران، ۲۰۱۲). بنابراین، تنظیم هیجان به عنوان یک عامل فراتشخیصی، در انواع مختلفی از اختلال‌های هیجانی از جمله افسردگی و اضطراب نقش دارد و مهم است که در درمان مورد توجه قرار گیرد (آلدو و نولن-هوکسما، ۲۰۱۰؛ منین و فرسکو، ۲۰۱۴). در پیشینه پژوهشی چنین بحث شده است که درمان‌های شناختی-رفتاری می‌توانند راهبردهای تنظیم هیجان را تعدیل نمایند (هافمن و آسموندسون، ۲۰۰۸). همسو با این پیشینه پژوهشی، یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که درمان فراتشخیصی نیز به عنوان زیر مجموعه‌ای از درمان‌های شناختی-رفتاری، در تعدیل راهبردهای تنظیم هیجان موثر است. در رابطه با اولین راهبرد تنظیم هیجان یعنی ارزیابی مجدد شناختی، نتایج پژوهش حاضر آشکار ساخت که درمان فراتشخیصی بر این راهبرد تاثیر مثبت داشته است. در نظریه گراس (۲۰۱۴) ارزیابی مجدد شناختی به معنای تلاش برای دیدن موقعیت‌ها به صورت مثبت و ملایم‌تر به منظور تنظیم خلق است و حجم فزاینده‌ای از پژوهش‌ها نیز نشان می‌دهند که ارزیابی مجدد شناختی شیوه سازگاران‌های برای مدیریت تجربیات هیجانی منفی است (گراس، ۲۰۱۴). طبق مدل آسیب‌شناسی بک (۱۹۷۶)؛ به نقل از لیهی، هالند و مک‌گین، (۲۰۱۲)، سوگیری‌های شناختی^۱ باعث آسیب‌پذیری در برابر رویدادهای منفی زندگی می‌شوند. در این حالت احتمال دارد که یک فقدان یا برخورد به مانعی در زندگی، به شیوه‌ای اغراق‌آمیز، منفی و شخصی‌سازی شده^۲، تفسیر شود. راهبرد ارزیابی مجدد شناختی به طور گسترده‌ای در زندگی روزمره به کار می‌رود و تکنیک‌های ارزیابی مجدد که در درمان شناختی-رفتاری کلاسیک به کار می‌روند، با مهارت‌های گردآوری شده در مداخلات نوین اختلال‌های خلقی و اضطرابی مرتبط هستند (هافمن و آسموندسون، ۲۰۰۸).

نتایج پژوهش‌ها نشان می‌دهد که کاربرد این راهبرد تنظیم هیجان با کاهش نشانه‌های افسردگی و اضطراب مرتبط است (آلدو، نولن-هوکسما و شوایزر، ۲۰۱۰؛ برکینگ و همکاران، ۲۰۰۸؛ منین و فرسکو، ۲۰۱۴). نتایج پژوهش حاضر نیز همسو این پژوهش‌ها، نشان داد که درمان فراتشخیصی به عنوان یکی از مداخلات نوین اختلال‌های خلقی و اضطرابی، بر این راهبرد تاثیر مثبت دارد و همگام با کاربرد بیشتر این راهبرد تنظیم هیجان، بهبود معنادار در نشانه‌های افسردگی و اضطراب رخ داده است.

از سوی دیگر، نتایج پژوهش حاضر نشان داد که درمان فراتشخیصی بر راهبرد فرونشانی تاثیر داشته است و کاربرد کمتر این راهبرد با تنظیم بهتر هیجان‌های منفی همراه بوده است. در نظریه گراس (۲۰۱۴) فرونشانی به عنوان راهبردی تعریف می‌شود که افراد از طریق آن، هیجان‌ها، افکار و حس‌های بدنی‌شان را تغییر داده یا کنترل می‌کنند. اجتناب، فرونشانی هیجان‌ها و عدم پذیرش آنها از معیارهای مهم اختلال‌های اضطرابی محسوب می‌شوند. اجتناب، هم به لحاظ ملاک‌های تشخیصی (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۱۳) و هم به عنوان یک عامل تداوم بخش در شرایط آسیب‌شناختی (بارلو، ۲۰۱۴) نقش بسیار مهمی را در اختلالات هیجانی ایفا می‌کند. بنابراین، الگوهای اجتنابی و نیز فرونشانی هیجان به طور کلی یکی از آماج مهم درمانی در رویکرد فراتشخیصی هستند. آگاهی از هیجان‌ها، مواجهه هیجان‌مدار، پذیرش هیجان‌ها و عدم فرونشانی آنها از جمله راهبردهای موثر در تنظیم هیجان هستند که در رویکرد فراتشخیصی به طور مکرر به کار می‌روند. در پژوهش‌های آزمایشی در زمینه پیامدهای پذیرش هیجانی، مشخص شده است که پذیرش در مقایسه با فرونشانی هیجان‌ها با تجربه کمتر ترس، افکار فاجعه‌نمایی^۳، رفتار اجتنابی و بهبودی بهتر در زمینه هیجان منفی همراه بوده است (کمپل-سیلز و بارلو^۴، ۲۰۰۷؛ هیز، استراسول و ویلسون^۵، ۱۹۹۹؛ به نقل از طاهری‌فر، فردوسی، موتابی، مظاهری و فتی، ۱۳۹۴). نتایج پژوهش حاضر نیز همسو با این پژوهش‌ها، نشان داد که استفاده از تکنیک‌های خاص درمان فراتشخیصی باعث کاربرد کمتر فرونشانی

3. catastrophizing thoughts

4. Campbell-Sills, L., & Barow, D. H.

5. Hayes, S. C., Strosahlm K. D., & Wilson, K, G.

1. cognitive biases

2. personalized

درمان گروهی و کوتاه‌مدت سودمند شناخته شد و می‌تواند به عنوان درمانی مقرون به صرفه در نظر گرفته شود که در بهبود نشانه‌ها و تعدیل هیجان‌های افراد دچار اختلال‌های خلقی و اضطرابی همبود کاربرد دارد. در این پژوهش، پس از اجرای هشت جلسه درمان فراتشخیصی، نتایج معنادار بالینی به دست آمد. درحالی‌که، برنامه درمانی کامل شناختی-رفتاری عمدتاً حدود ۲۰ جلسه درمانی را در بر می‌گیرد (کالن، اسپیتس، پاکوتا و دوران، ۲۰۰۶). بنابراین، درمان فراتشخیصی گروهی کوتاه‌مدت می‌تواند درمان امیدوارکننده و مقرون به صرفه‌ای برای افراد مبتلا به افسردگی و اضطراب همبود باشد.

پژوهش حاضر محدودیت‌هایی را به همراه داشت که عبارت بودند از اجرای پژوهش روی دانشجویان، حجم پایین نمونه، استفاده از پرسشنامه‌های خودگزارشی به عنوان ابزار جمع‌آوری داده‌ها و کوتاه‌مدت بودن زمان پیگیری. بر این اساس، تعمیم‌پذیری نتایج مستلزم پژوهش‌های بیشتری در این زمینه است. لذا، پیشنهاد می‌شود که مطالعات بعدی، این درمان را با نمونه بزرگ‌تر و روی بیماران بالینی مراجعه‌کننده به کلینیک‌های روانشناسی و روانپزشکی اجرا نمایند. همچنین، پیشنهاد می‌شود که پژوهش‌های بعدی پیگیری‌های طولانی مدت‌تری را انجام دهند. ارزیابی‌های پیگیرانه بلندمدت می‌تواند در درک اثرات طولانی‌مدت این درمان روی افسردگی، اضطراب و راهبردهای تنظیم هیجان کمک کنند.

هیجان‌ها شد و با کاربرد کمتر این راهبرد تنظیم هیجان، بهبود معنادار در نشانه‌های افسردگی و اضطراب دیده شد.

هر چند برخی از راهبردهای به کار برده شده در جلسات درمانی این رویکرد، شبیه به پروتکل‌های سنتی شناختی-رفتاری است، اما این مدل درمانی مانند اکثر رفتاردرمانی‌های موج سوم، از جمله رفتاردرمانی دیالکتیکی^۱ و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد^۲، تأکید ویژه‌ای بر عامل تنظیم هیجان دارد و از تکنیک‌های ویژه‌ای جهت تعدیل هیجان‌ها استفاده می‌کند. همین تأکید ویژه بر تعدیل و تنظیم هیجان‌ها است که کاربرد این رویکرد درمانی را در گستره‌ای از اختلال‌های هیجانی میسر می‌سازد (پاین و همکاران، ۲۰۱۴).

اگر چه تأکید بر عوامل فراتشخیصی و هدف قرار دادن آنها گام مهمی در فرایند درمان اختلالات با پایه‌های مشترک آسیب‌شناختی محسوب می‌شود، اما از این نکته نیز نباید غافل شد که یکی از معایب و نقاط ضعف این رویکرد جداسازی و غلبه^۳، این است که نتیجه نهایی، آرایه فهرست نامنظمی از عوامل فراتشخیصی خواهد بود که ممکن است به لحاظ سبب‌شناسی و آسیب‌شناسی کاربرد داشته باشند، اما به لحاظ هدف درمانی در عمل با چالش‌هایی مواجه خواهند شد (فرناندز، جزایری و گراس، ۲۰۱۶).

یافته‌های پژوهش حاضر به طور بالقوه تلویحات کاربردی مهمی برای ارتقای سلامت روانی افراد و پیشگیری از بروز افسردگی و اضطراب همبود دارد. یکی از تلویحات بالینی نتایج پژوهش حاضر این بود که درمان فراتشخیصی به عنوان

1. dialectical-behavior therapy (DBT)
2. Acceptance and Commitment Therapy (ACT)
3. divide-and-conquer approach

مراجع

- کاوایانی، ح. (۱۳۸۷). بررسی پایایی و روایی مقیاس بیمارستانی اضطراب و افسردگی (HADS)، پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ-28)، فهرست واریسی صفات خلقی (Mood Adjectives Checklist) و BDI در جمعیت بالینی در مقایسه با گروه سالم. گزارش پژوهشی. دانشگاه علوم پزشکی تهران، بیمارستان روزبه.
- کاوایانی، ح.، و موسوی، ا. (۱۳۸۷). ویژگی‌های روانسنجی مقیاس اضطراب بک در طبقات سنی و جنسی جمعیت ایرانی. *مجله دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران*، ۶۶، ۱۴۰-۱۳۶.
- طاهری فر، ز.، فردوسی، س.، موتابی، ف.، مظاهری، م.، ع.، و فتی، ل. (۱۳۹۴). نقش واسطه‌ای نارسایی راهبردهای تنظیم هیجان در رابطه بین شدت هیجان منفی و انگیزش ایمنی با نشانه‌های اضطراب فراگیر. *مجله روانشناسی معاصر*، ۲۰، ۶۶-۵۱.
- فتی، ل.، بیرشک، ب.، عاطف وحید، م. ک.، و دابسون، ک. ا. (۱۳۸۴). ساختارهای معناگذاری/ طرحواره‌ها و پردازش شناختی اطلاعات هیجانی: مقایسه دو چارچوب مفهومی. *مجله روانپزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران*، ۱۱، ۳۲۶-۳۱۲.
- بشارت، م. ع. (۱۳۸۳). بررسی مشخصه‌های روانسنجی مقیاس افسردگی بک. گزارش پژوهشی، دانشگاه تهران.
- بشارت، م. ع. (۱۳۸۴). بررسی ویژگی‌های روانسنجی مقیاس اضطراب بک. گزارش پژوهشی، دانشگاه تهران.
- بشارت، م. ع. (۱۳۸۶). بررسی ویژگی‌های روانسنجی مقیاس دشواری تنظیم هیجان. گزارش پژوهشی، دانشگاه تهران.
- بشارت، م. ع.، زاهدی تجربی، ک.، و نوربالا، ا. (۱۳۹۲). مقایسه ناگویی هیجانی و راهبردهای تنظیم هیجان در بیماران جسمانی سازی، بیماران اضطرابی و افراد عادی. *مجله روانشناسی معاصر*، ۱۶-۳.
- تاشک، آ. (۱۳۹۰). بررسی مدل خودتنظیم‌گری سازگاری با درد در بیماران سرطانی: نقش برون‌گرایی، نوروزگرایی، راهبردهای تنظیم هیجان و مقابله. رساله دکتری تخصصی روانشناسی سلامت، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران.
- محمدی، ا.، بیرشک، ب.، و غرابی، ب. (۱۳۹۲). مقایسه اثربخشی گروه‌درمانی فراتشخیصی و گروه‌درمانی شناختی بر فرایندهای تنظیم هیجانی. *مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران*، ۳، ۱۹۴-۱۸۷.

References

- Aldao, A., & Nolen-Hoeksema, S. (2010). Specificity of cognitive emotion regulation strategies: A transdiagnostic examination. *Behaviour Research and Therapy*, 48, 974-983.
- Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S., & Schweizer, S. (2010). Emotion-regulation strategies across psychotherapy: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 30, 217-237.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical manual of mental disorders (5th Ed.)*. Arlington, VA: Author.
- Balzarotti, S., John, O. P., & Gross, J. (2010). An Italian Adaptation of the Emotion Regulation Questionnaire. *European Journal of Psychological Assessment*, 26, 61-67.
- Barlow, D. H. (2014). *Clinical handbook of psychological disorders*. New York: Guilford Press.
- Barlow, D. H., Allen, L. B., & Choate, M. L. (2004). Toward a unified treatment for emotional disorders. *Behavior Therapy*, 35, 205-230.
- Barlow, D. H., Farchione, T. J., Fairholme, C. P., Ellard, K. K., Boisseau, C. L., Allen, L. B., & et al. (2011). *The unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: Therapist guide*. New York: Oxford University Press.
- Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G., & Steer, R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 893-897.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1987). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). *Manual for the Beck Depression Inventory- II*. San Antonio: Psychological Corporation.
- Campbell-Sills, L., & Barlow, D. H. (2007). Incorporating emotion regulation into conceptualizations and treatments of anxiety

- and mood disorders. In J. J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation* (pp. 542-559). New York: Guilford Press.
- Chu, B. C., Colognori, D., Weissman, A. S., & Bannon, K. (2009). An initial description and pilot of group behavioral activation therapy for anxious and depressed youth. *Cognitive and Behavioral Practice, 16*, 408-419.
- Clark, D. M., & Wells, A. (1995). A cognitive model of social phobia. In R. Heimberg, M. Liebowitz, D. A. Hope, & F. R. Schneier (Eds.), *Social phobia: Diagnosis, assessment and treatment* (pp. 69-93). New York: Guilford Press.
- Cullen, J. M., Spates, C. R., Pagoto, S., & Doran, N. (2006). Behavioral activation treatment for major depressive disorder: A pilot investigation. *The Behavior Analyst Today, 7*, 151-166.
- Ellard, K. K., Fairholme, C. P., Boisseau, C. L., Farchione, T. & Barlow, D. H. (2010). Unified protocol for the transdiagnostic treatment of emotional disorders: Protocol development and initial outcome data. *Cognitive and Behavioral Practice, 17*, 88-101.
- Farchione, T. J., Fairholme, C. P., Ellard, K. K., Boisseau, C. L., Thompson-Hollands, J., Karl, J. R., & et al. (2012). Unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: A randomized controlled trial. *Behavior Therapy, 43*, 666-678.
- Fernandez, K. C., Jazaieri, H., Gross, J. (2016). Emotion regulation: A transdiagnostic perspective on a new RDoC domain. *Cognitive Therapy and Research, 40*, 426-440.
- Gross, J. J. (2014). Emotion regulation: Conceptual and empirical foundations. In J. J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation* (2nd ed., pp. 3-23). New York: Guilford Press.
- Gross, J. J., & John, O. P. (2003). Individual differences in two emotion regulation processes: Implications for affect, relationships, and well-being. *Journal of Personality and Social Psychology, 85*, 348-362.
- Hofmann, S. G., & Asmundson, G. J. (2008). Acceptance and mindfulness-based therapy: new wave or old hat? *Clinical Psychology Review, 28*, 1-16.
- Kessler, R. C., Petukhova, M., Sampson, N. A., Zaslavsky, A. M., Wittchen, H. U. (2012). Twelve-month and lifetime prevalence and lifetime morbid risk of anxiety and mood disorders in the United States. *International Journal of Methods in Psychiatric Research, 21*, 169-184.
- Kring, A. M., & Sloan, D. S. (2009). *Emotion regulation and psychopathology: A transdiagnostic approach to etiology and treatment*. New York: Guilford Press.
- Leahy, R. L., & Holland, S. J., McGinn, L. K. (2012). *Treatment plans and interventions for depression and anxiety disorders*. New York: Guilford Press.
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford Press.
- Mansell, W., Harvey, A., Watkins, E., & Shafran, R. (2009). Conceptual foundations of the transdiagnostic approach to CBT. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly, 23*, 6-19.
- McEvoy, P. M., Nathan, P., & Norton, P. J. (2009). Efficacy of transdiagnostic treatments: A review of published outcome studies and future research directions. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly, 23*, 20-33.
- Mclaughlin, K. A., & Nolen- Hoeksema, S. (2011). Rumination as a transdiagnostic factor in depression and anxiety. *Behavior research and therapy, 49*, 186-193.
- Mennin, D. S., & Fresco, D. M. (2014). Emotion regulation therapy. In J. J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation* (pp. 469-490). New York: Guilford Press.
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2002). *Motivational interviewing: Preparing people for change*. New York: Guilford Press.
- Newby, J. M., McKinnon, A., Kuyken, W., Gilbody, S., Dalglis, T. (2015). Systematic review and meta-analysis of transdiagnostic psychological treatments for anxiety and depressive disorders in adulthood. *Clinical Psychology Review, 40*, 91-110.
- Payne, L. A., Ellard, K. K., Farchione, T. J., Fairholme, C. P., & Barlow, D. H. (2014). Emotional disorders: A unified transdiagnostic protocol. In D. H. Barlow (Ed.), *Clinical handbook of psychological disorders: A step-by-step treatment manual* (pp. 237-275). New York: Guilford Press.
- Westra, H. A., Arkowitz, H., & Dozois, D. J. A. (2009). Adding a motivational interviewing

pretreatment to cognitive behavioral therapy
for generalized anxiety disorder: A

preliminary randomized controlled trial.
Journal of Anxiety Disorders, 23, 1106-1117.