مقاله پژوهشی

اثربخشی درمان فراتشخیصی بر علائم اضطراب، افسردگی، راهبردهای شناختی تنظیم هیجانی و عملکرد عمومی زنان مبتلا به اضطراب و افسردگی همبود

فرزانه هومن [1*]، مهناز مهرابی زاده هنرمند[2]، یدالله زرگر[2]، ایران داودی[2]

۱- گروه روانشناسی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران.
۲- گروه روان شناسی، دانشکده علوم تربیتی، دانشگاه شهید چمران، اهواز، ایران.

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۴/۰۴/۰۱ تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۴/۰۹/۳۰

چکیده

زمینه و هدف: هدف پژوهش حاضر، تعیین اثربخشی درمان فراتشخیصی به شیوه گروهی بر اضطراب، افسردگی، راهبردهای شناختی تنظیم هیجانی و عملکرد عمومی زنان مبتلا به اضطراب و افسردگی همبود در شهر اهواز بود.

مواد و روش‌ها: جامعه آماری این پژوهش، کلیه افراد مراجعه کننده زن به مرکز مشاوره بهداشت و درمان صنعت نفت اهواز (از آذر۹۲ تا اردیبهشت ۹۳) بود. نمونه پژوهش ۴۵ نفر از مبتلایان به اضطراب و افسردگی همبود که به صورت تصادفی ساده انتخاب شدند و در گروه آزمایش، پلاسیبو و کنترل قرار گرفتند. قبل از مداخله، پرسش نامه‌ها توسط هر سه گروه تکمیل شد. گروه آزمایش ۸ جلسه مداخله گروهی دریافت کردند. گروه کنترل هیچ گونه مداخله‌ای دریافت نکرد و گروه پلاسیبو به مدت ۸ جلسه، مانند گروه آزمایش، تنها در جلسات حضور یافتند.

نتایج: نتایج تحلیل MANCOVA و مقایسه‌های زوجی بونفرونی در پس آزمون نشان داد که در گروه آزمایش در مقایسه با گروه پلاسیبو و گروه کنترل، اضطراب، افسردگی و راهبردهای منفی کاهش و راهبردهای مثبت افزایش یافت. همچنین، بهبود قابل ملاحظه‌ای در عملکرد عمومی گروه آزمایش حاصل گردید، ولی از لحاظ متغیرهای مورد بررسی بین گروه پلاسیبو و گروه کنترل تفاوت معنی داری یافت نشد.

نتیجه‌گیری: درمان فراتشخیصی گروهی در کاهش علائم اضطراب و افسردگی و به دنبال آن بهبود تنظیم هیجانی، درمانی کارا می‌باشد.

کلمات کلیدی: درمان فراتشخیصی گروهی، اضطراب- افسردگی همبود، راهبردهای شناختی تنظیم هیجان، عملکرد عمومی

مقدمه

طبق گزارش سازمان جهانی بهداشت بیش از ۴۵۰ میلیون نفر در دنیا به اختلال‌های روانی مبتلا هستند. با این حال آمار مربوط به کسانی که مشکلات روانی دارند، یعنی به درجات کمتری از آنچه اختلال روانی نامیده می‌شود، بسیار بیش‌تر از این میزان است. از بین مشکلات عمومی سلامت روان، شیوع اضطراب و افسردگی بسیار بالا گزارش شده است. این مشکلات در حالی است که شیوع طول عمر اختلال‌های اضطرابی تا ۲۹ درصد و اختلال‌های افسردگی ۲۱ درصد گزارش شده است (۱).

اضطراب معمولاً در بزرگسالان همراه با اختلالات افسردگی هم به عنوان یک نشانه و هم به عنوان یک اختلال همپوش دیده شده است. در یک تخمین ۸۵ درصد بزرگسالان با تجربه افسردگی، نشانه‌های معنی‌داری از اضطراب و ۵۸ درصد از آن‌ها یک اختلال اضطرابی قابل تشخیص در طول زندگی داشتند (۲). در افراد جوان‌تر همپوشی اختلالات اضطرابی ارزش پیش‌آگهی مهم، احتمال مزمن شدن و شدیدتر شدن بیماری افسردگی، نرخ پایین‌تر پاسخ درمانی و خطر بالاتر خودکشی را دارند (۳).

اختلالات اضطرابی و افسردگی در بسیاری از ویژگی‌ها شامل سبب شناسی، ساختار عاملی و برانگیختگی عصب‌شناختی

* **نویسنده مسئول: فرزانه هومن**، گروه روانشناسی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران.
Email: f.hooman@iauahvaz.ac.ir

اشتراکات زیادی دارند. از نقطه نظر فراتشخیصی، تشخیص‌های اضطراب و افسردگی با نشانه‌هایی همپوشی همچون نگرانی مفرط، نشخوار ذهنی، تحریک‌پذیری و بیقراری روانی- حرکتی توصیف می‌گردد. به‌علاوه، تحقیقات سبب‌شناسی نشان می‌دهد که اضطراب ممکن است یک عامل خطر برای افسردگی باشد. سطوح بالای عاطفه منفی و سطوح پایین عاطفه مثبت، هم زمینه‌ای برای اختلالات اضطرابی و هم افسردگی می‌باشد. مطالعات در زمینه علوم اعصاب به این نکته اشاره دارد که برانگیختگی ساختار عصبی مرتبط با عاطفه منفی مانند آمیگدال[1] و انسولا[2] در میان افراد با اختلالات افسردگی یا اضطرابی، بالاتر است (۴).

سیستم مراقبت اولیه برای شناسایی و تشخیص اختلالات اضطراب و افسردگی همبود چهار طبقه‌بندی را ذکر می‌کند: الف) بیمارانی که معیارهای تشخیصی یک اختلال اضطرابی را دارند، اما فقط نشانه‌های زیرسندرمی افسردگی را دارند. ب) بیمارانی که معیارهای تشخیصی افسردگی اساسی را دارند، اما نشانه‌های اضطراب در سطح زیر سندرمی است. ج) بیمارانی که هم تشخیص اختلال اضطرابی و هم اختلال افسردگی عمده را کامل می‌گیرند. د) بیمارانی که هم نشانه‌های اضطراب و هم افسردگی را دارند اما هیچ کدام از آن نشانه‌ها برای تشخیص‌گذاری کامل نیست. این مورد «اضطراب-افسردگی مختلط» نامیده می‌شود (۵). در پژوهش حاضر منظور از اضطراب و افسردگی همبود توضیحی است که در مورد «ج» آورده شده است.

همبودی بسیار بالای اختلالات روانی، پژوهش‌های متعددی را درباره‌ی عوامل مرتبط با شکل‌گیری این اختلالات مختلف موجب شده است، که این متغیرهای مشترک به عوامل فراتشخیصی بر می‌گردند (۶). رویکرد فراتشخیصی در سال‌های اخیر مورد توجه بسیار قرار گرفته است. در این رویکرد به مولفه‌های مشترکی که در شکل‌گیری و به‌خصوص تداوم اختلالات روانی مختلف نقش دارند اشاره می‌شود. در این راستا آن‌چه بیش‌تر مورد توجه قرار می‌گیرد نقش مولفه‌های مشترک در سبب‌شناسی و تداوم اختلالات روانی، به‌خصوص اختلالات اضطرابی و افسردگی و همبودی آن‌ها با یکدیگر است. رویکرد فراتشخیصی، اختلالات روانی مختلف از جمله اختلالات هیجانی را به صورت آسیب‌های روانی در نظر می‌گیرد که فرآیندهای مشترکی در تداوم آن‌ها دخالت دارند و در صدد است تا به یک طرح درمانی مشترک برای درمان این اختلالات برسد (۷).

یکی از متغیرهای مطرح در رویکرد فراتشخیصی، تنظیم هیجان است. تنظیم هیجان، تعدیل واکنش از طریق روش‌های متنوع تعریف می‌شود، همانند تفسیر شناختی از برانگیختگی، استفاده از حواس پرتی و جستجوی حمایت. همچنین پژوهش‌ها نشان داده‌اند که افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر و اختلال افسردگی عمده در تنظیم هیجان مشکل دارند (۸).

فرضیه اصلی درمان این است که افراد مبتلا به اختلال‌های هیجانی راهبردهای تنظیم هیجانی ناسازگارانه را به‌کار می‌برند، آن‌ها اساساً سعی می‌کنند تا از هیجان‌های ناخوشایند اجتناب کنند و یا شدت آن را کاهش دهند که باعث نتیجه عکس و تداوم علائم آن‌ها می‌شود. بنابراین، درمان فراتشخیصی یک رویکرد درمانی مبتنی بر هیجان است؛ به این معنا که، درمان طوری طراحی شده است که به بیماران بیاموزد چگونه با هیجان‌های ناخوشایند خود مواجه شده و آن‌ها را تجربه کنند و به شیوه سازگارانه‌تری به هیجان‌های خود پاسخ دهند (۹) ضمن اصلاح عادت‌های تنظیم هیجانی بیماران، هدف درمان کاهش شدت و بروز تجربه هیجانی ناسازگارانه و بهبود کارکرد بیماران است. اگرچه هدف بهبودی است ولی درمان فراتشخیصی بر آن نیست که هیجان‌های ناخوشایند را حذف کند، بلکه تأکید بر برگرداندن هیجان‌ها به سطح کارکردی است به‌طوری که هیجان‌های ناخوشایند سازگارانه و کمک‌کننده باشند (۹).

درمان‌های فراتشخیصی شناختی- رفتاری برای اختلالات اضطرابی در سال‌های اخیر مورد توجه و بررسی‌های تجربی قرار گرفته است. نورتون و براراً[3] (۲۰۱۳) در پژوهش خود به مقایسه اثربخشی درمان گروهی فراتشخیصی شناختی- رفتاری و درمان گروهی شناختی – رفتاری (CBT) مختص اختلال برای اختلال وحشت، اختلال اضطراب اجتماعی و اختلال اضطراب فراگیر پرداختند. نتایج به‌دست آمده از ۴۶ مراجع بهبودی قابل ملاحظه‌ای در طول درمان و شواهد قوی برای تساوی درمان فراتشخیصی و CBT مختص اختلال نشان داد و هیچ تفاوتی در

[1] amygdala
[2] insula
[3] Norton & Barrera

اعتبار درمانی وجود نداشت. این پژوهش از اثربخشی CBT فراتشخیصی در مقایسه با CBT استاندارد شده مختص هر اختلال، برای اختلال اضطراب اجتماعی، اختلال اضطراب فراگیر و اختلال وحشت‌زدگی حمایت می‌کند. CBT گروهی فراتشخیصی این فایده را دارد که به‌طور بالقوه دسترسی به درمان و انتشار اطلاعات برای اختلالات اضطرابی را بدون از بین رفتن سودمندی درمان امکان‌پذیر می‌سازد (۱۰).

در پژوهش جی ریکاردی[1](۲۰۱۲) اثربخشی کارآمدی درمان مختصر فراتشخیصی برای اختلالات اضطرابی مورد بررسی قرار گرفت. این درمان عمدتاً بر مولفه‌های رفتاری که نگهدارنده اضطراب هستند (مانند رفتارهای اطمینان بخشی) متمرکز بود و بر روی مراجعانی که از طیفی از اختلالات اضطرابی (شامل اختلال اضطراب فراگیر، اختلال اضطراب اجتماعی و اختلال وحشت‌زدگی) رنج می‌بردند، کار شد. مراجعان با یک اختلال اضطراب اولیه (n=۲۸) به طور تصادفی به گروه آزمایشی و گواه گمارده شدند. نتایج نشان داد که درمان مذکور از اثربخشی و ماندگاری خوبی برخوردار است (۱۱).

در پژوهش لرد بیلک[2](۲۰۱۱) درمان فراتشخیصی، بر روی کودکان گروه سنی ۱۲-۷، مبتلا به اضطراب و افسردگی در یک کلینیک سلامت روان به کار گرفته شد. نتایج نشان داد شرکت کنندگان بهبود قابل ملاحظه‌ای در شدت علایم بالینی و همه تشخیص‌های مرتبط نشان دادند. همچنین، والدین پیشرفت‌هایی را در کنار آمدن[3] بچه‌ها و بهبودهایی در عدم تنظیم[4] در حیطه‌های عاطفی (شامل نگرانی، غمگینی و خشم) گزارش کردند. این درمان ماندگاری خوبی داشت، مورد توجه مراجعان قرار گرفت و والدین و بچه‌ها، سطوح بالایی از رضایت‌مندی درمانی را بیان کردند. نتایج این پژوهش نشان می‌دهد یک پروتکل گروهی فراتشخیصی برای هم درمان اختلالات اضطرابی بالینی و هم نشانه‌های اضطراب و افسردگی خودگزارشی و یا گزارش شده توسط والدین سودمند است (۱۲).

بنابراین از آنجایی که رویکرد فراتشخیصی به جهت ماهیت آن و با توجه به پژوهش‌های انجام شده، می‌تواند قابلیت اجرایی برای کاهش علایم اضطراب و افسردگی داشته باشد، در پژوهش حاضر از گروه درمانی فراتشخیصی برای کاهش علایم اضطراب و افسردگی و به عنوان درمان استاندارد برای مشکلات هیجانی استفاده می‌شود. بنابراین، پژوهش کنونی در پی پاسخگویی به این سوال است که آیا گروه درمانی فراتشخیصی می‌تواند بر افسردگی، اضطراب، راهبردهای شناختی تنظیم هیجانی و عملکرد عمومی مبتلایان به اضطراب و افسردگی همبود مراجعه کننده مرکز مشاوره خانواده بهداشت و درمان صنعت نفت اهواز موثر باشد؟

مواد و روش‌ها

جامعه آماری، نمونه و روش نمونه گیری: جامعه آماری این پژوهش کلیه زنان مراجعه کننده به مرکز مشاوره بهداشت و درمان صنعت نفت اهواز (از آذر۹۲ تا اردیبهشت ۹۳) می‌باشد. در پژوهش حاضر برای انتخاب نمونه، از روش نمونه گیری تصادفی ساده استفاده گردید. در این پژوهش پس از درج آگهی در مرکز مشاوره خانواده صنعت نفت اهواز و مراجعه داوطلبین از آذر ماه ۹۲ تا اردیبهشت ۹۳ حدود ۳۱۵ نفر از زنان مراجعه کننده به این مرکز از مشکلات اضطراب و افسردگی شکوه داشته و متقاضی شرکت در گروه درمانی بودند. به این افراد پرسشنامه اضطراب و افسردگی بک II داده شد. در نهایت، از ۲۲۳ نفر مراجعه کننده زن که در هر دو پرسشنامه نمره ۱۹ و بالاتر داشتند مصاحبه بالینی براساس شاخص‌های DSM.V به عمل آمد. اما از بین این ۲۲۳ نفر تنها ۱۹۰ نفر در مصاحبه بالینی شرکت کردند. بر اساس نتایج مصاحبه و در نظر گرفتن ملاک‌های ورود (داشتن حداقل نمره ۱۹ در تست اضطراب و افسردگی، بازه سنی ۲۰ تا ۵۰ سال، دارا بودن حداقل مدرک دیپلم) و ملاک‌های خروج (داشتن اختلال سایکوتیک یا تشخیص اختلالات افسردگی با خصوصیات سایکوتیک، داشتن سوء مصرف مواد، دارا بودن ملاک‌های کامل اختلال شخصیت، داشتن افکار جدی در مورد خودکشی و اقدام به خودکشی)، ۱۵۰ نفر تأیید وجود همزمان افسردگی و اضطراب را دریافت داشتند. در نهایت، از بین این ۱۵۰ نفر، تعداد ۶۶ نفر به شکل تصادفی انتخاب شدند. نهایتاً ۶۶ نفر که دچار اضطراب-افسردگی همبود بودند به صورت تصادفی به سه گروه آزمایش

[1] J. Riccardi
[2] Laird Bilek
[3] Coping
[4] Dysregulation

(۲۲ نفر)، پلاسیبو (۲۲نفر) و کنترل (۲۲) نفر تقسیم شدند. از میان این سه گروه نیز دو گروه به طور تصادفی به گروه آزمایش و پلاسیبو و گروه دیگر به گروه کنترل (لیست انتظار) تخصیص یافت. به علت ریزش و خروج ۷ نفر از آزمودنی‌های گروه آزمایش و ۵ نفر از گروه پلاسیبو، به منظور همسان سازی گروه‌ها به صورت تصادفی داده‌های ۲ نفر از گروه پلاسیبو و ۷ نفر از گروه لیست انتظار وارد تحلیل نهایی نشدند. لازم به ذکر است در این پژوهش داده‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۱۸ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت و برای آزمون فرضیه‌ها سطح اطمینان برابر ۰/۹۵ در نظر گرفته شد.

ابزار پژوهش: ۱- مصاحبهٔ بالینی ساخت یافته برای اختلال‌های محورI در DSM-IV (SCID) (Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders): این فهرست وارسی، ابزاری برای تشخیص اختلالات بر پایه چهارمین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی است که توسط فرست، اسپیتزر، گیبون و ویلیامز[1] تهیه شد (۱۳) ضریب کاپای ۶۰ درصد به عنوان ضریب پایایی بین ارزیاب‌ها گزارش شده است (۱۴). توافق تشخیصی نسخه فارسی این ابزار، برای تشخیص‌های خاص و کلی، متوسط یا خوب بود (کاپای بالاتر از ۶۰ درصد). توافق کلی (کاپای کل تشخیص‌های فعلی ۵۲ درصد و برای کل تشخیص‌های طول عمر ۵۵ درصد) به دست آمده نیز خوب بود (۱۵).

۲- مصاحبهٔ بالینی ساخت یافته برای اختلال‌های محور II در DSM-IV (SCID-II): (structured clinical interview for DSM disorders): این ابزار یک مصاحبه تشخیصی ساخت یافته با ۱۱۹ سوال است که اول بار برای سنجش اختلال‌های شخصیت تدوین شد (۱۶). در یک مطالعه که برای تعیین پایایی به روش بازآزمایی در دو زمان متفاوت (با فاصله دو هفته) روی ۲۸۴ آزمودنی در چهار مرکز بیماران روان‌پزشکی و دو مرکز بیماران غیر روان‌پزشکی به وسیلهٔ دو مصاحبه کننده انجام شد، ضریب کاپا از ۰/۲۴ برای اختلال شخصیت وسواسی تا ۰/۷۴، برای اختلال شخصیت نمایشی با کاپای کلی ۰/۵۳ در مورد بیماران روان‌پزشکی به دست آمد. در گروه بیماران غیر روان‌پزشکی توافق بین ارزیاب‌ها کمتر (کاپای کلی ۰/۳۸) بود (۱۷) در پژوهش حاضر از این آزمون برای تشخیص اختلالات شخصیت (معیار خروج) استفاده شد.

۳- پرسشنامهٔ افسردگی بک – ویرایش دوم (BDI-II) (Beck depression Inventory II): نوع بازنگری شده BDI می‌باشد و با ملاک‌های افسردگی در DSM-IV منطبق شده است. پرسشنامه مذکور شامل ۲۱ ماده است و هر ماده بر طبق مقیاس لیکرت نمره‌ای بین ۰ تا ۳ می‌گیرد. با اجرای این پرسشنامه بر روی یک نمونه ۹۴ نفری ایرانی ضریب آلفا را ۰/۹۱، ضریب همبستگی میان دو نیمه را ۰/۸۹ و ضریب بازآزمایی به فاصله یک هفته را ۰/۹۴ گزارش کرده‌اند (۱۸). در پژوهش کنونی آلفای کرونباخ برابر با ۰/۸۸ به دست آمد.

۴- پرسشنامه اضطراب بک (BAI) (Beck Anxiety Inventory): این پرسشنامه توسط بک، اپستین، براون و استیر در سال ۱۹۸۸ تدوین شده و شامل ۲۱ ماده است که در واقع ۲۱ نشانه اضطرابی را می‌سنجد و هر ماده بر طبق مقیاس لیکرت نمره‌ای بین ۰ تا ۳ می‌گیرد. دامنه نمرات بین ۰ تا ۶۳ می‌باشد، که نمره بالا نشان دهنده اضطراب بیشتر است. هر عبارت بازتاب یکی از علایم اضطراب است که معمولاً افرادی که از نظر بالینی مضطرب هستند یا کسانی که در وضعیت اضطراب برانگیز قرار می‌گیرند، بعضی از علایم را تجربه می‌کنند. بک و همکاران (۱۹۹۸) 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 (۱۹). در پژوهش حاضر نیز پایایی این پرسشنامه ۰/۹۳ به دست آمد.

۵- پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان (CERQ) (Cognitive Emotion Regulation Questionnaire): این پرسشنامه به وسیلهٔ گارنفسکی[2] و همکاران (۲۰۰۲) تهیه شده و شامل ۳۶ ماده و ۹ خرده مقیاس متفاوت است که هر کدام یک راهبرد خاص از راهبردهای شناختی را ارزیابی می‌کنند. پنج زیر مقیاس راهبرد مثبت و چهار زیر مقیاس راهبرد منفی می‌باشد. زیر مقیاس‌های این پرسشنامه شامل فاجعه سازی، پذیرش، نشخوار فکری، توجه مثبت مجدد، بازارزیابی مثبت،

[1] First, Spitzer, Gibbon & Williams

[2] Garnefski

تمرکز بر برنامه ریزی، تحت نظر قرار دادن، مقصر دانستن خود و مقصر دانستن دیگران است. هر خرده مقیاس دارای ۴ ماده است که از طریق جمع بستن نمرات داده شده به هر ماده، نمره هر خرده مقیاس (در دامنه‌ای از ۴ تا ۲۰) به دست می‌آید. در این پرسشنامه راهبردهای فاجعه سازی، نشخوار فکری، مقصر دانستن خود و مقصر دانستن دیگران در مجموع راهبردهای منفی تنظیم هیجان را تشکیل می‌دهند. پاسخ‌های این پرسشنامه در یک پیوستار ۵ درجه‌ای لیکرتی از ۱ تا ۵ (همیشه، اغلب اوقات، معمولاً، گاهی و هرگز) جمع آوری می‌گردد. تحقیقات روی راهبردهای شناختی تنظیم هیجانات نشان داده‌اند که تمامی زیر مقیاس‌های این آزمون از همسانی درونی خوبی برخوردارند (۲۰). در پژوهش حاضر نیز پایایی این پرسشنامه برای خرده مقیاس تنظیم هیجانی مثبت (۰/۸۶) و برای تنظیم هیجانی منفی (۰/۷۱) به دست آمد.

۶- مقیاس سازگاری اجتماعی و شغلی (WSAS) (work social adjustment scale): مقیاس ۵ آیتمی سازگاری اجتماعی و شغلی، آسیب‌های ناشی از علایم اختلال را در کار، مدیریت خانه، اوقات فراغت فردی و جمعی و روابط بین فردی درجه‌بندی می‌کند. تداخل در عملکرد طی هفته گذشته از ۰ (عدم آسیب) تا ۸ (آسیب جدی) درجه‌بندی می‌شود. این مقیاس یک سنجش توصیفی از تداخل ذهنی در حوزه‌های مختلف زندگی می‌باشد. نمره نهایی، شدت تأثیرگذاری علائم در زندگی فرد را نشان می‌دهد. این مقیاس در پژوهش‌های بالینی درمان افسردگی و اضطراب به کار رفته است. همسانی درونی این ابزار ۰/۷۵، پایایی بازآزمایی دو هفته‌ای ۰/۷۳ و هبستگی این ابزار با شدت علائم اختلال افسردگی و اختلال وسواس فکری- عملی به ترتیب ۰/۷۶ و ۰/۶۱ گزارش شده است (۲۱) در تحقیق حاضر، آلفای کرونباخ این پرسشنامه (۰/۹۴) به دست آمد.

جلسه‌های روان درمانی: ساختار جلسات براساس مبانی و روش درمان فراتشخیصی (برگرفته از طرح بارلو و همکاران، ۲۰۱۱) تدوین شده بود. جلسات شامل ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای بودند که به صورت هفتگی برگزار شدند. ساختار و تکنیک‌های ارائه شده در هر جلسه به شرح زیر می‌باشد (۲۲).

جلسه اول- آموزش روانی و ارتقای انگیزه برای درمان مشکلات هیجانی: جلسه اول با هدف آشنا کردن افراد گروه با ساختار، فرایند و مدل مداخله انجام می‌شود. در این جلسه منطق مداخله فراتشخیصی ارائه می‌شود، شکایت‌های فعلی افراد گروه با تمرکز بر تجربه‌های هیجانی وراهبردهای مورد استفاده برای مدیریت هیجانی بررسی می‌شود. همچنین در این جلسه اهداف درمان، ضرورت برانگیختن هیجان به عنوان مولفه درمانی، ضمن و بین جلسات و آموزش بازبینی هیجانی مورد توجه قرارگرفت.

جلسه دوم -آموزش آگاهی هیجانی: جلسه دوم با هدف افزایش آگاهی غیرقضاوتی و لحظه‌ای از تجربیات هیجانی، جهت دهی به سمت «اینجا و اکنون»، برانگیختن هیجان‌های مثبت و منفی، اجتناب از سرکوبی هیجانی، برانگیختن هیجان‌ها با استفاده از ذهن آگاهی و تمرین القای هیجان برگزار می‌شود. علاوه بر این، در این جلسه راهبردهای عمومی شناخت خط های شناختی و ایجاد ارزیابی‌های جایگزین و آموزش انعطاف شناختی ارایه شد.

جلسه سوم و چهار- اصلاح ارزیابی‌های شناختی: نقش ارزیابی شناختی در رشد و حفظ پاسخ‌های هیجانی، شناسایی و بازنگری در الگوهای تفکر با هدف ایجاد انعطاف‌پذیری در تفکر، تمرکز بر دو شیوه بازنگری غلط اساسی در تفکر اضطرابی و افسردگی (بیش برآورد احتمال و فاجعه‌سازی) در جلسات سوم و چهارم مورد توجه قرارگرفت.

جلسات پنجم و ششم- رفتارهای متاثر از هیجان و اجتناب هیجانی: در این دو جلسه به رفتارهای متأثر از هیجان‌ها (Emotion-Driven Behaviors) (EDBs)، پرداخته شد. شناسایی رفتارهای متأثر از هیجان و ایجاد رفتارهای ناهمخوان و مواجهه هیجانی، آگاهی از تاثیر اجتناب هیجانی (رفتاری، شناختی، علامت‌های امنیت) در تداوم پاسخ‌های هیجانی، تشخیص اثر متناقض سرکوبی و کنترل هیجان و شناخت و پیشگیری از الگوهای اجتناب هیجانی آموزش داده شد. به این معنی که کناره‌گیری از هیجانات، منجر به نگه‌داری طولانی مدت آن‌ها می‌گردد. مراجع در این جلسه یاد می‌گرفت، به جای سرکوب کردن هیجانات خود با آن‌ها مواجهه گردد. به

عنوان نمونه EDBs مرتبط با اختلال اضطراب فراگیر، تماس با اقوام به منظور چک کردن امنیت می‌باشد، که از رفتار ضد آن یعنی محدود کردن تماس با اقوام استفاده می‌گردد یا EDBs مرتبط با اختلال افسردگی، کناره‌گیری از اجتماع است که از رفتار ضد آن یعنی فعال‌سازی رفتاری استفاده می‌گردد.

جلسه هفتم و هشتم- مواجهه موقعیتی و درون‌زا: این مدول بر ماشه‌چکان‌های درونی (شامل احساس‌های بدنی) و بیرونی هیجان تمرکز دارد و به بیماران کمک می‌کند تا تحمل خود را نسبت به هیجان‌ها افزایش دهند و یادگیری‌های بافتاری جدیدی ایجاد کنند. تأکید مواجهه‌ها بر تجربه هیجانی است، که در موقعیت ایجاد می‌شوند و به اشکال تصوری و زنده در جلسه انجام می‌گردد. در این مدول، درمانگر به بیمار کمک می‌کند تا سلسله مراتب اجتناب هیجانی را طرح ریزی کند که شامل مجموعه‌ای از موقعیت‌هاست و مواجهه‌ها به صورت سلسله مراتبی در ادامه درمان اجرا می‌شوند. ترکیب مهارت‌های درمانی قبلی در مواجهه هیجانی مورد توجه خواهد بود و در نهایت پیشگیری از عود با تمرکز بر پیشگیری از اجتناب هیجانی و تحمل هیجانی در جلسه آخر مطرح شد.

ملاحظات اخلاقی: به منظور آگاه‌سازی، در جلسه‌ای از مراجعین دعوت به عمل آمده و درباره پژوهش و اهداف مورد نظر توضیحاتی ارائه گردید. برای مراجعین توضیح داده شد که کلیه اطلاعات آن‌ها محرمانه باقی خواهد ماند و آن‌ها هر زمان و در هر شرایطی می‌توانند از پژوهش خارج شوند. همچنین، پس از خاتمه درمان گروه آزمایشی یک دوره درمان گروهی برای افراد گروه‌های پلاسیبو و کنترل برقرار گردید. لازم به ذکر است که رضایت نامه‌ای با محتوای مذکور قبل از شروع جلسات توسط مراجعین تکمیل گشته و آگاه سازی بیماران به طور کامل با تمرکز بر موارد مذکور، صورت گرفت.

نتایج

براساس اطلاعات جمعیت شناختی به دست آمده از میان ۴۵ نفر آزمودنی ۲۱ نفر (۴۶/۷ درصد) از آزمودنی‌ها متأهل و ۲۴ نفر (۵۳/۳ درصد) مجرد و ۱۹ نفر (۴۲/۲ درصد) از آزمودنی‌ها شاغل و ۲۶ نفر (۵۷/۸ درصد) خانه دار بودند. همچنین، میانگین سن آزمودنی‌ها در هر سه گروه ۳۲ سال با انحراف معیار ۹/۶۶ به دست آمد (لازم به ذکر است قبل از اجرای آزمون همتاسازی سه گروه از نظر متغیرهای جمعیت شناختی صورت گرفت).

جدول ۱، ۲ و ۳ میانگین و انحراف معیار در متغیرهای پژوهش را در گروه‌های آزمایش، پلاسیبو و لیست انتظار در مراحل پیش آزمون و پس آزمون نشان می‌دهد. همان طور که جدول ۱ نشان می‌دهد، میانگین نمره افسردگی، اضطراب، تنظیم هیجانی منفی و عملکرد عمومی پس آزمون در مقایسه با پیش آزمون کاهش قابل ملاحظه و میانگین تنظیم هیجانی مثبت در پس آزمون در مقایسه با پیش آزمون افزایش قابل ملاحظه‌ای را نشان می‌دهد. معنی داری این کاهش در قسمت یافته‌های مرتبط با فرضیه‌های پژوهش بررسی خواهد شد. همان طور که جدول ۲

جدول۱. میانگین، انحراف معیار نمره‌های متغیرهای پژوهش در گروه آزمایش

متغیر		پیش آزمون		پس آزمون	
		میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
افسردگی		۳۲/۳۳	۸/۴۴	۱۱/۳۳	۳/۶۹
اضطراب		۳۴/۱۳	۹/۸۹	۱۱/۱۳	۴/۸۰
تنظیم شناختی هیجان	هیجان مثبت	۴۸/۴۰	۱۱/۹۹	۷۱/۰۶	۱۰/۲۶
	هیجان منفی	۵۱/۶۶	۶/۶۱	۳۸/۹۳	۶/۵۹
عملکرد عمومی		۳۰/۴۶	۴/۳۰	۱۵/۴۰	۶/۴۰

نشان می‌دهد، میانگین نمره متغیرهای پژوهش در گروه پلاسیبو در پس آزمون در مقایسه با پیش آزمون تفاوت قابل ملاحظه‌ای را نشان نمی‌دهد. همان طور که جدول ۳ نشان می‌دهد، میانگین

فرض همگنی رگرسیون برقرار است. هنگامی که متغیرهای کمکی (کوواریت‌ها) با یکدیگر همبستگی بالایی در حد r=۰/۹۰ دارند، با شرایطی مواجه هستیم که همخطی چندگانه نامیده می‌شود. نباید

جدول۲. میانگین، انحراف معیار نمره‌های متغیرهای پژوهش در گروه پلاسیبو

متغیر		پیش آزمون		پس آزمون	
		میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
افسردگی		۲۹/۲۰	۵/۰۴	۲۶/۰۶	۵/۸۶
اضطراب		۳۵/۷۳	۸/۱۰	۳۰/۹۳	۷/۳۸
تنظیم شناختی هیجان	هیجان مثبت	۶۱/۰۶	۱۰/۸۹	۶۰/۳۳	۱۲/۹۲
	هیجان منفی	۵۱/۲۰	۱۰/۳۰	۴۵/۹۳	۸/۶۸
عملکرد عمومی		۲۹/۶۰	۵/۰۳	۳۰/۴۶	۴/۹۴

جدول۳. میانگین، انحراف معیار نمره های متغیرهای پژوهش در گروه کنترل (لیست انتظار)

متغیر		پیش آزمون		پس آزمون	
		میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
افسردگی		۳۰/۴۰	۶/۰۶	۳۲/۶۰	۵/۶۴
اضطراب		۳۲/۷۳	۹/۸۷	۳۵/۲۰	۸/۴۶
تنظیم شناختی هیجان	هیجان مثبت	۵۶/۴۰	۸/۶۰	۵۱/۹۳	۸/۰۲
	هیجان منفی	۴۴/۲۰	۷/۹۵	۴۶/۵۳	۷/۴۹
عملکرد عمومی		۲۸/۸۶	۵/۴۴	۲۹/۲۰	۴/۹۳

نمره متغیرهای پژوهش در گروه کنترل در پس آزمون در مقایسه با پیش آزمون تفاوت قابل ملاحظه‌ای را نشان نمی‌دهد.

پیش از بررسی سئوال پژوهش، مفروضه‌های تحلیل کواریانس چند متغیری بررسی شد. آزمون همگنی واریانس‌ها (لوین) برای متغیرهای وابسته حاکی از همگنی واریانس‌های گروه‌ها بود. بررسی همگنی شیب رگرسیون نیز نشان داد که تعامل متغیرهای کمکی (پیش آزمون‌ها) و وابسته (پس آزمون‌ها) در سطوح عامل (گروه‌های آزمایش، پلاسیبو و کنترل) معنی دار نیست. اثر پیلایی شیب رگرسیون نیز (F=۰/۸۷ و p=۰/۵۵) نیز نشان می‌دهد که

ضرایب همبستگی بین هر یک از جفت‌های متغیرهای کمکی از ۰/۹۰ بیشتر باشد (۲۳). بررسی هم خطی چندگانه نشان داد که بالاترین ضریب همبستگی بین مقدار کلی اضطراب و مقدار کلی افسردگی به میزان ۰/۸۹ و کمترین ضریب همبستگی بین مقدار کلی تنظیم هیجانی مثبت و مقدار کلی تنظیم هیجانی منفی به میزان ۰/۲۶ می‌باشد. بنابراین از هم خطی چندگانه اجتناب شده است. آزمون خطی بودن رابطه هر جفت از متغیرهای پیش آزمون و پس آزمون نیز نتایج نشان دهنده رابطه خطی بین متغیرها بود. در پژوهش حاضر جهت آزمون فرضیه‌ها از روش تجزیه و تحلیل

کوواریانس چند متغیری استفاده شد. جدول ۴ نتایج حاصل از مانکوا را نشان می‌دهد.

مندرجات جدول ۴ نشان می‌دهد که بین سه گروه حداقل در یکی از متغیرهای وابسته تفاوت معنی داری وجود دارد. برای بررسی محل تفاوت، تحلیل کوواریانس‌های یک راهه در متن مانکوا روی متغیرهای وابسته انجام شد که در جدول ۵ آمده است.

نتایج مندرج در جدول ۵ نشان می‌دهد که بین سه گروه حداقل در یکی از متغیرهای افسردگی، اضطراب، تنظیم شناختی هیجانی شامل، تنظیم شناختی هیجانی مثبت، تنظیم شناختی هیجانی منفی و عملکرد عمومی تفاوت معنی داری وجود دارد. برای فهم چگونگی این تفاوت‌ها، آزمون پیگیری مقایسه‌های تعدیل یافته بونفرنی استفاده گردید. نتایج مقایسه‌های زوجی بونفرنی در مرحله پس آزمون نشان داد که در زمینه متغیرهای افسردگی، اضطراب، تنظیم شناختی هیجانی (هیجان مثبت و هیجان منفی) و عملکرد عمومی بین میانگین‌های برآورد شده گروه آزمایش و پلاسیبو (۱ و ۲) و گروه آزمایش و لیست انتظار (۱ و ۳) در مرحله پس آزمون تفاوت معنی دار وجود دارد ($p<۰/۰۰۱$). به علاوه ضریب اندازه اثر نشان می‌دهد که تفاوت

جدول ۴. خلاصه نتایج حاصل از تحلیل کواریانس چند متغیری بر روی میانگین نمره‌های پس آزمون متغیرهای پژوهش آزمودنی‌ها در سه گروه با کنترل پیش آزمون‌ها

اثر	آزمون	ارزش	F	df فرضیه	df خطا	اندازه اثر	p-value
گروه	اثر پیلای Pillai Trace	۱/۰۸	۸/۰۹	۱۰	۶۸	۰/۵۴	p<۰/۰۰۱
	لای مبدا ویلکز Wilks' lambda	/۰۸	۱۶/۴۸	۱۰	۶۶	۰/۷۱	p<۰/۰۰۱
	اثر هتلینگ Hoteling's Trace	۹/۱۷	۲۹/۳۵	۱۰	۶۴	۰/۸۲	p<۰/۰۰۱
	بزرگترین ریشه روی Roy's Largest Root	۸/۹۴	۶۰/۸۰	۵	۳۴	۰/۸۹	p<۰/۰۰۱

جدول ۵. نتایج تحلیل کوواریانس یک راهه روی میانگین نمره‌های پس آزمون متغیرهای پژوهش با کنترل پیش آزمون‌ها

متغیر وابسته		مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	اندازه اثر	p-value
افسردگی		۲۶۷۳/۰۷	۲	۱۳۳۶/۵۳	۷۷/۹۳	۰/۸۰	p<۰/۰۰۱
اضطراب		۳۸۶۲/۰۳	۲	۱۹۳۱/۰۱	۵۸/۶۸	۰/۷۶	p<۰/۰۰۱
تنظیم هیجانی	تنظیم مثبت	۴۱۷۶/۸۹	۲	۲۰۸۸/۴۴	۳۷/۴۳	۰/۶۶	p<۰/۰۰۱
	تنظیم منفی	۶۳۸/۵۶	۲	۳۱۹/۲۸	۶/۳۷	۰/۲۵	۰/۰۰۴
عملکرد عمومی		۱۴۷۳/۴۹	۲	۷۳۶/۷۴	۳۱/۸۳	۰/۶۳	p<۰/۰۰۱

سه گروه از نظر متغیر افسردگی (۰/۸۰)، اضطراب (۰/۷۶)، تنظیم شناختی هیجانی مثبت (۰/۶۶)، تنظیم شناختی هیجانی منفی (۰/۲۵) و عملکرد عمومی (۰/۶۳) مربوط به مداخله آزمایشی است؛ لذا می‌توان نتیجه گرفت که روش درمان فراتشخیصی به شیوه گروهی باعث بهبود معنادار گروه آزمایش در متغیرهای وابسته (افسردگی، اضطراب، تنظیم شناختی هیجان و عملکرد عمومی) در مرحله پس آزمون شده است.

بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش در پی پاسخگویی به این سوال بود که آیا درمان گروهی فراتشخیصی بر علائم افسردگی، اضطراب، تنظیم شناختی هیجان و عملکرد عمومی بیماران زن مبتلا به اضطراب افسردگی همبود مراجعه کننده به مرکز مشاوره خانواده بهداشت و درمان صنعت نفت اهواز موثر است؟ یافته‌های این پژوهش نشان می‌دهد که این روش درمانی در کاهش علائم اضطراب، افسردگی، راهبردهای شناختی منفی تنظیم هیجانی و افزایش راهبردهای شناختی مثبت تنظیم هیجانی و بهبود عملکرد عمومی مؤثر است. این نتایج با یافته‌های پست (۲۴)، نورتون و باررآ (۱۰)، جی- ریکاردی (۱۱)، آلن، تسااو، سیدمن، می- اهرنریچ و زلترز (۲۵)، لرد بیلک (۱۲)، ویلومسکا و همکاران (۲۶)، محمدی (۱) و عبدی، بخشی پور، محمود علیلو و فرنام (۲۷) همخوانی دارد.

همان طور که نتایج نشان می‌دهد این مداخله منجر به کاهش قابل ملاحظه در شدت علائم و آسیب در کارکرد بیماران هم در اختلال اصلی و هم در اختلال همایند گردید که این مسئله نکته تشخیصی مهمی در این درمان می‌باشد.

راهبردهای روان آموزشی، خودکنترلی افکار، مواجهه، پیشگیری و مدیریت پاسخ‌ها که همگی در مطالعات قبلی نتایج خوبی را نشان داده‌اند، بخشی از تکنیک‌های به کار برده شده در پروتکل گروهی درمان یک‌پارچه نگر بودند. این تکنیک‌ها شناسایی افکار تأثیرگذار بر هیجانات و رفتارها که مولد اضطراب و افسردگی هستند را تسهیل می‌نماید. چنین آگاهی، به بیماران امنیت لازم برای رویارویی با موقعیت‌ها و تصمیم گیری‌های مورد نیاز در زندگی را می‌دهد (۲۴).

نگرانی به عنوان ویژگی بارز اختلال اضطراب فراگیر و همچنین یکی از عوامل فراتشخیصی مشترک در اختلال‌های هیجانی است که از آماج‌های مستقیم این روش درمانی می‌باشد. یکی از بخش‌های مهم درمان فراتشخیصی درک ماهیت انطباقی هیجان‌ها و افزایش آگاهی هیجانی با استفاده از تکنیک‌های ذهن آگاهی می‌باشد. جلسات درمانی به مراجعین می‌آموزد که همه عواطف چه مثبت و چه منفی مهم و ضروری هستند، هدف ما حذف نیست بلکه هدف شناسایی، تحمل و کنار آمدن با عواطف منفی می‌باشد (۲۲).

حساسیت اضطرابی[1] یک هدف مهم دیگر در درمان فراتشخیصی می‌باشد و کاهش حساسیت اضطرابی ممکن است یک فرآیند مهم تغییر در میان طیف اختلالات هیجانی را نشان دهد (۲۸). مواجهه هیجانی به عنوان یک استراتژی مداخله‌ای که حساسیت اضطرابی را مورد هدف قرار می‌دهد به کار گرفته می‌شود. مواجهه هیجانی که عمدتاً منجر به کاهش نشانه‌های اضطراب می‌گردد یکی از مدول‌های اصلی درمان یک‌پارچه نگر را به خود اختصاص می‌دهد (۲۹).

در رویکرد فراتشخیصی توجه ویژه‌ای به هیجان‌ها می‌شود (۳۰). تجربه هیجانی و پاسخ به هیجان‌ها پایه اصلی در این رویکرد است. بسیاری از اختلال‌های هیجانی از جمله اضطراب و افسردگی با نقص در تنظیم هیجانی ارتباط دارند (۳۱). اختلال‌های هیجانی تا حدی با تلاش برای کنترل هیجان‌های مثبت و منفی توصیف می‌شوند. افرادی که در ابراز و تجربه هیجان‌های خود مشکل دارند، از راهبردهای ناسازگارانه تنظیم هیجانی، مثل فرونشانی و اجتناب، پنهان کردن و نادیده گرفتن استفاده می‌کنند که پیامدهای منفی در بر دارند (۳۲).

مداخلات فراتشخیصی به افراد کمک می‌کند تا بیاموزند چگونه با هیجان‌های نامناسب خود روبرو شوند و به شیوه سازگارانه تری به هیجان‌های خود پاسخ دهند. این روش سعی دارد تا با تنظیم عادت‌های نظم بخشی هیجانی شدت و وقوع عادت‌های هیجانی را کاهش داده، میزان آسیب را کم و کارکرد را افزایش دهند. در رویکرد یک‌پارچه، افکار، رفتارها و احساس‌ها با

[1] Anxiety sensivity

هم تعامل پویایی دارند و هر یک از آن‌ها در تجربه هیجانی نقش دارند و در آن تاثیر می‌گذارند (۲۲).

همچنین، راهبردهایی که افراد برای تنظیم عواطف خود از آن‌ها استفاده می‌کنند، می‌تواند موجب ارتقای سطح سلامت آن‌ها در ابعاد مختلف زیستی، روانی، اجتماعی و اخلاقی شود در نتیجه اختلال‌های فیزیولوژیکی و هیجانی کمتری را تجربه کرده و به طبع آن کیفیت زندگی بالاتری دارند.

بنابراین، رویکردهای فراتشخیصی، سطح بزرگی از همپوشانی را در میان اختلالات اضطرابی از طریق درمان تعدادی از اختلالات به کمک یک پروتکل واحد مورد هدف قرار می‌دهد و این مسئله با پژوهش حاضر همخوانی دارد. پژوهش اخیر نشان داد، درمان فراتشخیصی، اثرات مثبتی هم بر اضطراب اولیه و هم اضطراب همپوش و اختلالات خلقی را دارد. علاوه بر این، درمان فوق الذکر، یک پروتکل واحد نسبتاً ساده داشته و به دانش استراتژی‌های خاص هر درمان که منجر به پیچیدگی کار درمان می‌شود، بی نیاز است. نتیجه آن که حداقل آموزش به درمان گران مورد نیاز بوده و مقرون به صرفه تر از درمان‌های شناختی رفتاری سنتی می‌باشد و متخصصان بالینی را از سردرگمی ناشی از انتخاب روش مناسب درمان از بین گزینه‌های مختلف درمانی برای اختلال واحد رها می‌سازد (۱۱).

برخی پژوهشگران معتقدند، نیازی به جایگزینی درمان شناختی- رفتاری فراتشخیصی به جای درمان‌های اختصاصی نیست، بلکه درمان‌های فراتشخیصی می‌توانند مکملی برای درمان‌های اختصاصی دارای حمایت تجربی قبلی باشند. همچنین، درمان فراتشخیصی می‌تواند قبل از درمان‌های اختصاصی و حتی به منظور آموزش مهارت‌های عمومی و مقابله با مشکلات عمومی به کار رود (۳۳).

این تحقیق با محدودیت‌هایی همراه بود. عواملی مانند استفاده از مراجعین مراجعه کننده به مرکز مشاوره خانواده صنعت نفت اهواز، که تعمیم پذیری نتایج را محدود می‌کند، در نظر نگرفتن نقش جنسیت و نبود یک برنامه درمانی دیگر جهت مقایسه بین انواع درمان، از جمله محدودیت‌های این تحقیق می‌باشد. پیشنهاد می‌شود تا در پژوهش‌های آتی پژوهشگران از این روش درمان روی گروه‌های بالینی با حضور یک برنامه‌ی مداخله‌ای دیگر مثل دارودرمانی و یا سایر شیوه‌های روان درمانی استفاده نموده و همچنین اثربخشی این درمان در بین دو جنس مقایسه گردد.

تشکر و قدردانی

در پایان از خدمات بی شائبه جناب اقای سبحانی مدیریت مرکز مشاوره خانواده بهداشت و درمان صنعت نفت اهواز و تمامی اعضای گروه درمانی که کمال همکاری را با اینجانب نمودند، صمیمانه تشکر می‌نمایم.

تعارض منافع

نویسندگان هیچ گونه تعارض منافعی را اعلام نکرده اند.

References

1. Mohammadi A. Comparison of the Effect of Transdiagnostic Group Therapy with Group Cognitive Therapy on Indicated Prevention of Anxiety and Depression, Thesis in Clinical Psychology, Tehran University of Medical Sciences; 2010 [In Persian].
2. Kessler RC, Stang PE, Wittchen HU, Ustan TB, Roy-Byrne PP, Walters EE. Lifetime panic depression comorbidity in the National Comorbidity Survey. Archives of General Psychiatry. 1998;55(9):801–808.
3. Lenze EJ, Mulsant BH, Shear MK, Schulberg HC, Dew MA, Begley AE, et al. Comorbid anxiety disorders in depressed elderly patients. The American Journal of Psychiatry. 2000; 157(5):722-728.
4. Etkin A, Wager T. Functional neuroimaging of anxiety: A meta-analysis of emotional processing in PTSD, social anxiety disorder, and specific phobia. American Journal of Psychiatry. 2007;164(10):1476-1488.
5. Hirschfeld RMA. The comorbidity of major depression and anxiety disorders: Recognition and management in primary care. Primary Care Companion to the Journal of Clinical Psychiatry. 2001;3(6):244.

6. McLaughlin KA, Nolen-Hoksema S. Rumination as a transdiagnostic factor in depression and anxiety. Behaviour Research and Therapy. 2011;48(3):186-193.
7. Abasi I. The Comparision of transdiagnostic components in general anxiety disorder, unipolar mood disorder and non-clinical population. Master Thesis Clinical Psychology, Tehran University of Medical Sciences; 2013[In Persian].
8. Ehring T, Tuschen-Caffier B, Schnulle J, Fischer S, Gross JJ. Emotion regulation and vulnerability to depression: Spontaneous versus instructed use of emotion suppression and reappraisal. Emotion. 2010;10(4): 563-572.
9. Monfils MH, Cowansage KK, Klann E, LeDoux JE. Extinction-reconsolidation boundaries: key to persistent attenuation of fear memories. Science. 2009; 324(5929): 951-955.
10. Norton PJ, Barrera TL. Transdiagnostic versus diagnosis-specefic CBT for anxiety disorders: A preliminary randomized controlled noninferiority trial. Depression and Anxiety. 2013;29(10): 874-82.
11. J Riccardi C. A randomized pilot study of a brief transdiagnostic treatment for anxiety disorders. Dissertation for P.H.D in Psychology. The Florida State University; 2012.
12. Laird Bilek E. An open trial investigation of emotion detectives: a transdiagnostic group treatment for children with anxiety and depression. Dissertation for M.S in Psychology. University of Miami; 2011.
13. First MB, Spitzer RL, Gibbon M, Williams JBW. Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders (SCID-I), Clinitian Version. Washington DC: American Psychiatric Association; 1997.
14. Tran GQ, Smith GP. Behavioral assessment in the measurement of treatment outcome. Comprehensive handbook of psychological assessment. New York: John Wiley & Sons; 2003: 269-90.
15. Sharifi V, Asaadi SM, Mohamadi MR, Amini H, Kaviyani H, Semnani Y, et al. Reliability and feasibility for Persian version of structured clinical interview diagnose based on DSM-IV. Quarterly Journal of Advances in Cognitive Sciences. 2004; 6(1-2): 10-22. [In Persian]
16. First MB, Gibbon M, Spitzer RL, Williams JBW, Benjamin LS. Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Personality Disorders (SCID-II). Washington DC: American Psychiatric Association; 1997.
17. Zemestaneh M. The Effectiveness of two group therapies of behavioral activation and metacognitive on depression, anxiety and cognitive emotion regulation strategies in students with depression, Dissertation for PHD in Psychology. The Chamran University; 2013. [In Persian]
18. Fata L, Birashk B, Atefvahid MK, Dabson KA. Meaning structure / schema, emotional states and cognitive processing of emotional information: Comparison of two conceptual frameworks. Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology (thoughts and behavior). 2005; 11(3): 312-326. [In Persian]
19. Beck AT, Epstein N, Brown G, Steer RA. An Inventory for Measuring Clinical Anxiety: Psychometric properties. Journal of Consulting and Clinical Psychology. 1988; 56(6): 893-897.
20. Garnefski N, Kraaij V, Spinhoven Ph. Negative life events, cognitive emotion regulation and depression. Personality and Individual Differences. 2002; 30(5): 1311–1327.
21. Mundt JC, Marks IM, Greist JH, Shear K. The Work and Social Adjustment Scale: A simple accurate measure of impairment in functioning. British Journal of Psychiatry.2002; 180 (14): 461-464.
22. Barlow DH, Ellard KK, Fairholme CP, Farchione TJ, Boisseau CL, Allen LB, et al. The unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: Client workbook. New York: Oxford University Press; 2011. P 380.
23. Brace N, Kamp R, Snelgar R. Spss for psychologistics: a guide to data analysis using SPSS for windows. Translated by khadije aliabadi & yadolah samadi. Third edition, Tehran: Douarn publication; 2011. p410 [In Persian].
24. Post LM. Emotion regulation processes and negative mood regulation expectations in the relationship between negative affect and co-occurring PTSD and MDD. Dissertation for Phd in Psychology. Case Western Reserve University; 2014.
25. Allen LB, Tsao JCI, Seidman LC, Ehrenreich-May J, Zeltzer Lk. A unified, transdiagnostic treatment for adolescents with chronic pain and comorbid anxiety and depression. Cognitive and Behavioral Practice. 2012; 19(1): 56-67.
26. Wilamowska ZA, Thompson-Hollands J, Fairholme CP, Ellard KK, Farchione TJ, Barlow DH. Conceptual background, development, and preliminary data from the unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders, Depress Anxiety. 2010; 27(10): 882-90
27. Abdi R, Bakhshipour Rudsari, A, Mahmood Alilou M, Farnam A. Efficacy evaluation of unified transdiagnostic treatment in Patients with generalized anxiety disorder. J Res Behave Sci. 2014;11(5):245-251. [In Persian]
28. Naragon-Gainey, K. Meta-analysis of the relations of anxiety sensitivity to the depressive and anxiety disorders. Psychological Bulletin. 2010; 136 (10):128–150.
29. Boswell JF, Farchione TJ, Sauer-Zavala S H, Murray HW, Fortune MR, Barlow DH. Anxiety Sensitivity and Interoceptive Exposure: A Transdiagnostic Construct and

Change Strategy. Behaviour Therapy. 2013; 44(3):417-431.
30. Ellard KK, Fairholme CP, Boisseau CL, Farchione T, Barlow DH. Unified protocol for the transdiagnostic treatment of emotional disorders: Protocol development and initial outcome data. Cognitive and Behavioral Practice. 2011;17(1): 88-101.
31. Gross JJ. Handbook of emotion regulation. New York: Guilford Press; 2007. P. 520.
32. Campbell-Sills L, Barlow DH. Incorporating emotion regulation into conceptualizations and treatments of anxiety and mood disorders. Handbook of emotion regulation. New York: Guilford Press; 2007. P. 243.
33. Clark DA, Taylor S. Transdiagnostic perspective on cognitive behavioral therapy for anxiety and depression: New wine for old wineskins? Journal of Cognitive Psychotherapy. 2009; 23(1): 60-66.

Original Article

The Effectiveness of Transdiagnostic Therapy on Anxiety, Depression, Cognitive Strategies of Emotional Regulation, and General Performance in Women with Comorbid Anxiety and Depression

Hooman F[1*], Mehrabizadeh Honarmand M [2], Zargar Y [2], Davodi I [2]

1- Department of psychology, Ahvaz Branch, Islamic Ahvaz University, Ahvaz, Iran.
2- Department of psychology, Faculty of educational science, Shahid Chamran University, Ahvaz, Iran.

Received: 22 Jun 2015 Accepted: 21 Dec 2015

Abstract

Background & Objectives: The purpose of the current study was investigation the effectiveness of group transdiagnostic therapy on anxiety, depression, cognitive strategies of emotional regulation, and general performance in women with comorbid anxiety and depression in Ahwaz, Iran.

Materials & Methods: The population of this study was all women patients who referred to the Health Services Center of Ahwaz Oil Industry, (from December 2013 to May 2014). The sample consisted of 45 patients with comorbid anxiety and depression who were selected by simple, random sampling method and were assigned to experimental, placebo, and control groups. Prior to the intervention, the questionnaire was completed by all three groups. The experimental group received eight sessions of group therapy. The control group received no intervention, and placebo group, like the experimental group, only attended the eight sessions.

Results: The results of MANCOVA and Benferoni post hoc showed that in the experimental group, anxiety, depression, and negative cognitive strategies of emotional regulation decreased and positive cognitive strategies of emotional regulation increased, compared with the placebo and the control groups. In addition, a significant improvement was achieved in the general performance of the experimental group; however, no noticeable differences were found between the placebo and the control groups in terms of the variables.

Conclusion: Group transdiagnostic therapy is effective in reducing symptoms of anxiety and depression and improving emotional regulation.

Keywords: Group transdiagnostic therapy, Comorbid anxiety depression, Cognitive strategies of emotion regulation, General performance

*Corresponding author: **Farzaneh Hooman,** Department of Psychology, Ahvaz Branch, Islamic Ahvaz University, Ahvaz, Iran.
Email: f.hooman@iauahvaz.ac.ir