

## مقایسه اثربخشی درمان فراتشخیصی مبتنی بر افکار تکرار شونده منفی با درمان فراتشخیصی یکپارچه در درمان بیماران مبتلا به اختلال‌های اضطرابی و افسردگی همایند: کار آزمایی بالینی تصادفی

دکتر مهدی اکبری<sup>(۱)</sup>، دکتر رسول روشن<sup>(۲)</sup>، دکتر امیر شعبانی<sup>(۳)</sup>،  
دکتر لادن فتی<sup>(۴)</sup>، دکتر محمدرضا شعیری<sup>(۲)</sup>، فیروزه ضرغامی<sup>(۵)</sup>

### چکیده

**هدف:** پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی درمان فراتشخیصی مبتنی بر افکار تکرار شونده منفی با درمان فراتشخیصی یکپارچه در درمان افراد مبتلا به اختلال‌های اضطرابی و افسردگی همزمان بود. **روش:** در پژوهش حاضر ۴۵ فرد مبتلا به حداقل یک تشخیص اصلی و یک تشخیص همراه در حوزه اختلال‌های اضطرابی و افسردگی به طور تصادفی در سه گروه درمان فراتشخیصی مبتنی بر افکار تکرار شونده منفی، درمان فراتشخیصی یکپارچه و گروه لیست انتظار جایگزین شدند و دو گروه درمانی، درمان‌های متناظر را دریافت کردند. برای گردآوری داده‌ها، آزمودنی‌ها پرسشنامه افسردگی بک-ویرایش دوم (BDI-II)، پرسشنامه اضطراب بک (BAI)، مقیاس عاطفه مثبت و منفی (PANAS)، مقیاس سازگاری اجتماعی و کاری (WSAS) را در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری شش ماهه تکمیل کردند. داده‌های پژوهش از طریق تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر مختلط، آزمون تعقیبی اثرات ساده و ملاک‌های تغییرات معناداری بالینی تجزیه و تحلیل شدند. **یافته‌ها:** نتایج پژوهش نشان داد که هر دو درمان در مقایسه با گروه لیست انتظار، موفق به کاهش علائم افراد مبتلا به اختلال‌های همایند اضطرابی و افسردگی شدند ( $p < 0/001$ ). البته درمان فراتشخیصی مبتنی بر افکار تکرار شونده منفی در بهبود اضطراب، عملکرد عمومی و عاطفه منفی نسبت به درمان فراتشخیصی یکپارچه از اثربخشی بهتری برخوردار بوده است ( $p < 0/05$ )، ولی این دو درمان در کاهش افسردگی تفاوت معنی‌داری با هم نداشتند ( $p > 0/05$ ). همچنین درمان فراتشخیصی یکپارچه در افزایش عاطفه مثبت عملکرد بهتری داشت ( $p < 0/05$ ). بررسی ملاک‌های تغییرات معناداری بالینی نیز نشان داد که گروه درمان فراتشخیصی مبتنی بر افکار تکرار شونده منفی در مورد اختلال‌های اصلی و همراه، در پایان دوره پیگیری، به ترتیب، ۲۹ و ۲۳ درصد بیشتر از گروه فراتشخیصی یکپارچه به وضعیت عملکرد طبیعی دست یافتند. **نتیجه‌گیری:** درمان فراتشخیصی مبتنی بر افکار تکرار شونده منفی در مقایسه با درمان فراتشخیصی یکپارچه در بهبود علائم افراد مبتلا به اختلال‌های همایند اضطرابی و افسردگی از اثربخشی بیشتری برخوردار بود.

**کلیدواژه:** درمان فراتشخیصی مبتنی بر افکار تکرار شونده منفی؛ درمان فراتشخیصی یکپارچه؛ اختلال‌های اضطرابی و افسردگی همایند

[دریافت مقاله: ۱۳۹۳/۹/۲۶؛ پذیرش مقاله: ۱۳۹۴/۲/۶]

روانی (DSM-5)<sup>۱</sup>، اختلال‌های اضطرابی و افسردگی که

طیف وسیعی از اختلال‌های هیجانی را تشکیل می‌دهند، از

### مقدمه

بر طبق پنجمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های

<sup>(۱)</sup> دکترای تخصصی روانشناسی بالینی، استادیار گروه روانشناسی بالینی دانشگاه خوارزمی تهران. تهران، دانشگاه خوارزمی تهران، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، گروه روانشناسی بالینی. دورنگار: ۶۶۰۲۲۷۰۹-۰۲۱ (نویسنده مسئول) E-mail: akbari.psy@gmail.com؛ <sup>(۲)</sup> دکترای روانشناسی، دانشیار دانشگاه شاهد، گروه روانشناسی بالینی؛ <sup>(۳)</sup> روانپزشک، استاد دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی-درمانی ایران، مرکز تحقیقات بهداشت روان، گروه پژوهشی اختلالات دوقطبی، دانشکده علوم رفتاری و سلامت روان - انستیتو روانپزشکی تهران؛ <sup>(۴)</sup> دکترای روانشناسی بالینی، استادیار دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی-درمانی ایران، مرکز مدیریت مطالعات و توسعه آموزش علوم پزشکی؛ <sup>(۵)</sup> کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، بیمارستان روزبه، گروه روانپزشکی کودک و نوجوان.

در پژوهش‌های مختلف اثربخشی درمان‌های فراتشخیصی عمل‌گرا در درمان اختلال‌های هیجانی همانند و همزمان، متوسط گزارش شده است (۱۸-۱۶). متوسط بودن اثربخشی درمان‌های فراتشخیصی عمل‌گرا، سبب شد که حرکت به سوی طراحی گروهی از پروتکل‌های فراتشخیصی پیش‌برود که بنیان‌های نظری و مشترک اختلال‌های هیجانی را محور خود قرار دهند. بر همین اساس، بارلو<sup>۳</sup> و همکاران (۱۹)، با تأکید بر نقش «تنظیم هیجانی»<sup>۴</sup>، به‌عنوان فرایند شناختی- رفتاری اصلی در اختلال‌های هیجانی، گام اساسی در طراحی پروتکل‌های فراتشخیصی نظری- عملی برداشتند (۲۰، ۲۱) و بر این اساس، پروتکل فراتشخیصی یکپارچه (UT)<sup>۵</sup> خود را تدوین کردند (۱۹). از آنجا که درمان فراتشخیصی یکپارچه، برخلاف پروتکل‌های فراتشخیصی عمل‌گرا، پشتوانه نظری مناسبی دارد، نسبت به این پروتکل‌ها، اثربخشی بالاتری دارد، اما هنوز به اندازه کافی بر دانش نظری مرتبط با آسیب‌شناسی مشترک اختلال‌های هیجانی منطبق نیست (۱۱، ۱۸-۱۶، ۲۲). الارد<sup>۶</sup> و همکاران (۲۰)، در یک کارآزمایی بالینی، به بررسی اثربخشی نسخه اولیه پروتکل فراتشخیصی یکپارچه پرداختند (۲۳). نتایج پژوهش نشان داد که ۶۷ درصد از آزمودنی‌ها به تغییرات متوسط و ۳۳ درصد به بهبود کامل دست یافتند. در واقع نتایج این پژوهش کنترل شده تصادفی نشان داد که با وجود معنادار بودن نتایج، این تأثیرات در حد متوسط بود. چون تنها یک سوم از شرکت‌کنندگان به کارکرد سطح بالا در پایان درمان دست پیدا کرده بودند و فقط نیمی از شرکت‌کنندگان طبق معیار فوق‌الذکر به درمان پاسخ داده بودند.

فارچيون<sup>۷</sup> و همکاران (۲۱)، در پژوهش شاهددار تصادفی دیگر، بعد از اعمال تغییراتی در پروتکل اولیه، به بررسی اثربخشی نسخه نهایی پروتکل فراتشخیصی یکپارچه پرداختند (۱۹). در این پژوهش، ۳۷ نفر از افرادی که تشخیص اختلال اضطرابی و افسردگی داشتند، طی ۱۸ جلسه تحت درمان شناختی- رفتاری فراتشخیصی برای اختلال‌های هیجانی قرار گرفتند. نتایج این پژوهش نیز نشان داد اگرچه تأثیرات این نسخه نهایی نسبت به پروتکل اولیه بیشتر است، اما اثربخشی این نسخه جدید کماکان در حد متوسط می‌باشد.

شایع‌ترین اختلال‌های روانی محسوب می‌شوند (۱). این اختلال‌ها هم‌ابتلایی بسیار بالایی با هم دارند، به‌طوری‌که هم‌ابتلایی اختلال‌های اضطرابی و افسردگی در بیشتر پژوهش‌های همه‌گیرشناختی، بین ۴۰ تا ۸۰ درصد گزارش شده است و این شرایط هزینه‌های مستقیم و غیرمستقیم بسیاری به جوامع تحمیل می‌کند (۲).

اگرچه نتایج بیشتر پژوهش‌ها نشان می‌دهند که درمان‌های شناختی- رفتاری اختصاصی برای درمان تک‌تک اختلال‌های اضطرابی و افسردگی کارایی مناسبی دارند (۵-۳)، هم‌ابتلایی بسیار بالای این اختلال‌ها با هم، درمان‌های شناختی- رفتاری اختصاصی را با مشکلات جدی، هم در سطح اقتصادی و هم در سطح کاربردی و بالینی، مواجه کرده است. بنابراین، استفاده از پروتکل‌های شناختی- رفتاری اختصاصی، با توجه به چالش‌های برخاسته از مسأله «هم‌ابتلایی»، از ابعاد مختلف مقرون به صرفه نیست (۹-۶). توجه به مسأله «هم‌ابتلایی» اختلال‌های اضطرابی و افسردگی و پاسخ به چالش‌های بالا تنها از راه تدوین راهکارهایی مقدور است که هم در سطح نظری و هم در سطح کاربردی به موضوع و اهمیت «هم‌ابتلایی» توجه داشته باشند. درمان‌های فراتشخیصی<sup>۱</sup> آغازگر این نگاه تازه به تدوین پروتکل درمانی محسوب می‌شوند. منطق شکل‌گیری درمان‌های فراتشخیصی بر مفاهیم نظری و نتایج تجربی در مورد وجود عوامل مشترک بین اختلال‌های هیجانی مبتنی بوده است که عمدتاً با هدف نشانه‌گرفتن این عوامل سبب‌ساز در گستره وسیعی از اختلال‌های روان‌شناختی طراحی شدند. این رویکرد در تلاش است تا چالش‌ها و معضلات درمانی ناشی از هم‌ابتلایی را با پرداختن به ابعاد مشترک اختلال‌های هیجانی، به‌ویژه اختلال‌های اضطرابی و افسردگی، و همچنین، تدوین پروتکل درمانی یکپارچه برای این اختلال‌های همانند و همزمان برطرف کند. منظور از درمان‌های فراتشخیصی، آن دسته از پروتکل‌های درمانی است که بر اساس تجربیات بالینی و فنون مشابه و مشترک درمان‌های شناختی- رفتاری اختصاصی طراحی شده است. تمرکز این پروتکل‌ها بر علائم مشترک اختلال‌های همزمان اضطرابی و افسردگی است (۱۵-۱۰).

بررسی مقاله‌های مرتبط با درمان‌های فراتشخیصی تدوین‌شده نشان می‌دهد که پروتکل‌های ابتدایی عمل‌گرا<sup>۲</sup> بودند و بیشتر بر اساس تجربیات بالینی و فنون مشابه و مشترک درمان‌های شناختی- رفتاری اختصاصی طراحی شده بودند.

1-transdiagnostic approaches 2- pragmatic  
3- Barlow 4- emotion regulation  
5- unified transdiagnostic 6- Ellard  
7- Farchione

با توجه به مطرح شدن رویکرد فراتشخیصی و قدرت نفوذ آن در سال‌های اخیر، جهت‌گیری پژوهش‌های آسیب‌شناختی در حوزه شناختی- رفتاری به سمت شناسایی فرایند بنیادین مشترک اختلال‌های هیجانی پیش‌رفته است. شکل‌گیری این روند بر سیر تکاملی پروتکل‌های فراتشخیصی تأثیر بسزایی داشته است؛ به طوری که امروزه بیشتر پژوهشگران (۱۰، ۱۱، ۱۳، ۱۶) معتقدند که غنی‌سازی پروتکل‌های فراتشخیصی زمانی میسر می‌شود که بر نظریه مبتنی باشد و بر اساس فرایند بنیادین مشترک و فراتشخیصی اختلال‌های هیجانی پیش‌برود. اولین گام برای تحقق این امر، طراحی پروتکل فراتشخیصی یکپارچه بود (۱۹). بارلو معتقد بود که «تنظیم هیجانی» (۲۴) فرایند بنیادین مشترک و فراتشخیصی اختلال‌های هیجانی است و نقص در مهارت‌های تنظیم هیجانی ویژگی اساسی این اختلال‌ها محسوب می‌شود. بر اساس این فرضیه، بارلو پروتکل فراتشخیصی نظریه‌گرای خود را تدوین کرد. اما پژوهش‌های اخیر این فرضیه را بررسی کرده‌اند و نتایج این پژوهش‌ها از این فرضیه که «تنظیم هیجانی» فرایند بنیادین مشترک و فراتشخیصی اختلال‌های هیجانی است، حمایت نمی‌کنند. در واقع، اگرچه نتایج پژوهش‌های اخیر تنظیم هیجانی را یک عامل فراتشخیصی در اختلال‌های هیجانی می‌دانند، آن را فرایند بنیادین مشترک و فراتشخیصی اختلال‌های هیجانی تلقی نمی‌کنند. بیشتر این پژوهش‌ها، سازه «افکار تکرارشونده منفی»<sup>۱</sup> را فرایند زیربنایی و مسیر اصلی اختلال‌های هیجانی معرفی می‌کنند (۳۵-۲۵). نتایج پژوهش آزمایشی کونی‌بیر<sup>۲</sup> نشان داد که تنظیم هیجانی یک عامل مرتبه دوم و میانجی بین افکار تکرارشونده منفی و علائم اضطرابی و افسردگی است (۳۳). نتایج این پژوهش آزمایشی نشان داد که تغییرات واریانس تنظیم هیجانی توسط افکار تکرارشونده منفی قابل تبیین است و متغیر تنظیم هیجانی به تنهایی نمی‌تواند علائم اضطرابی و افسردگی را پیش‌بینی کند.

نتایج پژوهش‌های اخیر نشان می‌دهند که افکار تکرارشونده منفی مهم‌ترین فرایند شناختی- رفتاری مشترک در شکل‌گیری و تداوم اختلال‌های هیجانی است. افکار تکرارشونده منفی شامل نگرانی، نشخوار فکری، افکار مزاحم و هر نوع افکار تکرارشونده منفی دیگر است که هسته اصلی اختلال‌های افسردگی و اضطرابی محسوب می‌شود. بررسی بیش از ۵۰ پژوهش در زمینه آسیب‌شناسی شناختی

اختلال‌های هیجانی نشان می‌دهد که افکار تکرارشونده منفی عامل اصلی فراتشخیصی بیش از ۱۳ طبقه تشخیصی، از جمله اختلال‌های افسردگی، اختلال‌های اضطرابی، اختلال خواب، اختلال خوردن، اختلال‌های مصرف مواد و اسکیزوفرنیا است (۳۹-۳۶).

در راستای سیر تکاملی پروتکل‌های فراتشخیصی و ارتقای اثربخشی آنها و تأکید بر فرایند فراتشخیصی بنیادین و مشترک اختلال‌های هیجانی (افکار تکرارشونده منفی) در بافتار این پروتکل‌ها، اکبری و همکاران (۴۰)، بر اساس پروتکل‌های فراتشخیصی موجود، پژوهش‌های خارجی (۳۹-۲۵) و داخلی (۴۱) مرتبط با افکار تکرارشونده منفی و متغیرهای مرتبط با آن (مانند بی‌نظمی هیجانی، باورهای فراشناختی<sup>۳</sup>، اجتناب تجربه‌گرایانه<sup>۴</sup> و رایزنی با متخصصان حوزه درمان‌های فراتشخیصی (بارلو، مک‌اوی<sup>۵</sup>، واتکینز<sup>۶</sup> و هاروی<sup>۷</sup>)، پروتکل اولیه فراتشخیصی مبتنی بر افکار تکرارشونده منفی را طراحی کردند و در گام بعدی، پروتکل طراحی شده، به صورت مقدماتی، توسط اکبری و همکاران (۴۲) بر روی سه بیمار مبتلا به اختلال‌های همزمان اضطرابی و افسردگی، به منظور ارزیابی کاربردی بودن و قابلیت اجرا، به کار گرفته شد. نتایج پژوهش مقدماتی از اثربخشی این پروتکل در درمان بیماران مبتلا به اختلال‌های همزمان اضطرابی و افسردگی حمایت کرد. در مرحله پایانی، نسخه نهایی پروتکل فراتشخیصی مبتنی بر افکار تکرارشونده منفی (TTRNT)<sup>۸</sup>، پس از اعمال تغییرات لازم بر اساس پژوهش مقدماتی و رایزنی با متخصصان خارجی و داخلی در این حوزه، تدوین شد (۴۰). همان‌طوری که پیشتر مطرح شد، یکی از نقص‌های پروتکل فراتشخیصی یکپارچه (به‌عنوان یکی از پروتکل‌های فراتشخیصی مطرح در این حوزه) غفلت در مفهوم‌بندی سازه افکار تکرارشونده منفی بود که نتایج بیشتر پژوهش‌ها از نقش زیربنایی آن در شکل‌گیری و تداوم اختلال‌های هیجانی حمایت می‌کنند و ادعای پروتکل فراتشخیصی مبتنی بر افکار تکرارشونده منفی، مفهوم‌بندی ساختار درمان بر اساس این سازه است و همین امر موجب ارتقاء اثربخشی پروتکل‌های فراتشخیصی می‌شود. بر همین

1- repetitive negative thoughts  
2- Conybeare  
3- metacognitive beliefs  
4- experiential avoidance  
5- McEvoy  
6- Watkins  
7- Harvey  
8- transdiagnostic treatment based on repetitive negative thoughts

طول پژوهش به دلیل تشدید علائم بیمار و یا وجود مخاطراتی نظیر خودکشی که مستلزم افزایش یا تغییر در دوز دارو بود. در طول مدت چهار ماه، ۶۱ بیمار به پژوهشگر معرفی شدند. برنامه مصاحبه اختلال‌های اضطرابی برای DSM-IV (ADIS-IV) بر روی داوطلبان مراجعه کننده یا ارجاع شده اجرا شد و در نهایت، ۵۳ نفر ملاک‌های ورود پژوهش را احراز کردند. افراد حذف شده به دلیل دارا نبودن بیش از دو اختلال همزمان، در دسترس نبودن به مدت شش ماه و عدم امکان ثبات مقدار و نوع دارو، از پژوهش کنار گذاشته شدند. این ۵۳ نفر، بر اساس مصاحبه بالینی ساختاریافته برای اختلال‌های محور دو در DSM-IV (SCID-II)<sup>۳</sup> (برای غربال اختلال‌های شخصیت مربوط به خوشه‌های A و B) و ملاک‌های خروج پژوهش ارزیابی شدند و هشت نفر دیگر از پژوهش خارج شدند. دلایل حذف این افراد عبارت بود از: ابتلا به اختلال دوقطبی (دو نفر)، ابتلا به اختلال اسکیزوافکتیو (یک نفر)، ابتلا به اختلال شخصیت مرزی (یک نفر)، انجام درمان شناختی- رفتاری بیرون از مرکز مشاوره (یک نفر)، ابتلا به سوء مصرف مواد (یک نفر)، و عدم تمایل به شرکت در طرح پژوهش (دو نفر).

لازم به ذکر است که برای حفظ اخلاق پژوهش، افراد خارج شده از پژوهش به سایر درمانگران مرکز مشاوره ارجاع شدند تا تحت روان‌درمانی و/یا درمان دارویی قرار بگیرند. در نهایت، با در نظر گرفتن ملاک‌های ورود و خروج پژوهش، ۴۵ فرد مبتلا به حداقل یک تشخیص اصلی و یک تشخیص همراه در حوزه اختلال‌های اضطرابی و طبقه اختلال‌های افسردگی بر اساس معیارهای تشخیصی DSM-IV-TR، انتخاب شدند. از این بین، دو نفر از آزمودنی‌ها در گروه درمان فراتشخیصی مبتنی بر افکار تکرارشونده منفی، به علت تغییر در مقدار دارو، یکی از آزمودنی‌ها در جلسه دوم و دیگری در جلسه سوم درمان، از پژوهش خارج شدند. در گروه درمان فراتشخیصی یکپارچه نیز یک نفر از آزمودنی‌ها به دلیل فوت پدر و عزیمت به شهر خود (بنا بر درخواست آزمودنی) پژوهش را ترک کرد. در گروه لیست انتظار هم دو آزمودنی، یکی به دلیل تغییر در نوع دارو و دیگری به دلیل نامشخص، از مسیر پژوهش خارج شدند. آزمودنی‌ها در هر سه گروه قبل از

اساس و به منظور بررسی این ادعا، پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی پروتکل فراتشخیصی مبتنی بر افکار تکرارشونده منفی با پروتکل فراتشخیصی یکپارچه درمان اختلال‌های اضطرابی و افسردگی همزمان در قالب یک کارآزمایی بالینی تصادفی طراحی شد.

## روش

پژوهش حاضر با کد IRCT2013090414564N1 در پایگاه ثبت کارآزمایی بالینی ایران (IRCT)<sup>۱</sup> درج شده است و از نوع بررسی‌های مقایسه‌ای یا کارایی نسبی است که به جای مقایسه یک روش درمانی با گروه شاهد بدون درمان یا لیست انتظار (کارایی مطلق)، دو روش درمانی را بر پایه مقیاس‌های پیامد، با یکدیگر مقایسه می‌کند (۴۳). حجم نمونه بر پایه جدول کوهن<sup>۱</sup>، با توان آزمون ۰/۸۰، سطح آلفای ۰/۰۵ و اندازه اثر ۰/۸، در هر گروه ۱۵ نفر تعیین شد. شیوه نمونه‌گیری این پژوهش بر اساس نمونه‌گیری هدفمند بود و نحوه گردآوری آن به این صورت بود که در ابتدا فراخوانی با محتوای هدف پژوهش و ملاک‌های ورود و خروج به متخصصان حاضر در مرکز مشاوره و خوابگاه‌های دانشگاه صنعتی شریف، در مرداد ۱۳۹۲، ارسال شد. ملاک‌های ورود نمونه به پژوهش عبارت بودند از: دارا بودن ملاک‌های تشخیصی چهارمین ویراست راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی (DSM-IV) برای بیش از یک اختلال در زمینه اختلال‌های اضطرابی و افسردگی (حداقل دو اختلال اضطرابی یا یک اختلال اضطرابی و یک اختلال افسردگی). بر اساس برنامه مصاحبه اختلال‌های اضطرابی برای DSM-IV (ADIS-IV)<sup>۲</sup>، و ثبات دارو در مقدار و نوع (در صورت مصرف دارو در حین پژوهش). ملاک‌های خروج نمونه از پژوهش نیز عبارت بودند از: داشتن هر نوع اختلال روان‌پریشی یا اختلال‌های دوقطبی بر اساس ADIS-IV، داشتن هر نوع اختلال شخصیتی مربوط به خوشه A و خوشه B، سابقه سوء مصرف مواد و وابستگی به هر نوع مواد خاص دیگر که علائم تحمل و ترک در آن ظاهر شود، دریافت هر نوع درمان روان‌شناختی (مانند درمان‌های شناختی- رفتاری، رفتاردرمانی و شناخت‌درمانی) در طی دو سال گذشته، وجود مخاطراتی برای بیمار (مثل داشتن افکار جدی در مورد خودکشی)، و تغییر در مقدار مصرف داروهای روانپزشکی در

1- Iranian Registry of Clinical Trials (IRCT)  
2- anxiety disorders interview schedule for DSM-IV  
3- structured clinical interview for DSM-IV-axis II disorders

درمان، در پایان درمان و پس از یک دوره پیگیری شش ماهه با ابزارهای پژوهش، ارزیابی شدند.

برای کنترل متغیر جنسیت، گمارش شرکت کنندگان به گروه‌ها به‌طور تصادفی منظم در سه گروه درمان فراتشخیصی مبتنی بر «افکار تکرارشونده منفی» (۱۵ نفر)، درمان فراتشخیصی یکپارچه (۱۵ نفر) و لیست انتظار (۱۵ نفر) انجام شد. برای مثال، اگر اولین شرکت کننده زن بود، در گروه شماره یک قرار می‌گرفت. اگر دومین شرکت کننده، مرد بود، باز هم در گروه اول قرار می‌گرفت. اگر شرکت کننده سوم، زن بود، در گروه دوم قرار می‌گرفت. اگر شرکت کننده چهارم، زن بود، در گروه سوم قرار می‌گرفت و بقیه شرکت کننده به همین صورت، با تعدیل متغیر جنسیت در گروه‌ها، جایگزین شدند.

بعد از اینکه آزمودنی‌ها به‌طور تصادفی در گروه‌ها جایگزین شدند، به گروه آزمایشی اول، درمان فراتشخیصی مبتنی بر افکار تکرارشونده منفی (۴۰) به مدت ۱۲ جلسه (هفته‌ای یک جلسه) و به‌صورت انفرادی، توسط پژوهشگر نخست این پژوهش ارائه شد. برای گروه آزمایشی شماره دو نیز، درمان فراتشخیصی یکپارچه (۱۹) به مدت ۱۲ جلسه (هفته‌ای یک جلسه)، به‌صورت انفرادی، توسط یک درمانگر غیر از پژوهشگر اجرا شد. این فرد صلاحیت انجام درمان فراتشخیصی یکپارچه را دارا بود و هیچ اطلاعی از محتوای درمان فراتشخیصی مبتنی بر افکار تکرارشونده منفی نداشت. شرکت کنندگان گروه شاهد تا پایان درمان گروه‌های آزمایشی، در لیست انتظار باقی ماندند و بعد از پایان طرح پژوهش، درمان فراتشخیصی مبتنی بر افکار تکرارشونده منفی را، به‌صورت انفرادی، دریافت کردند. لازم به ذکر است که قبلاً پیش‌بینی شده بود که در صورت محرز نشدن اثربخشی این پروتکل طراحی شده، یک درمان استاندارد در حوزه درمان‌های شناختی- رفتاری برای گروه شاهد انجام شود.

ابزارهای مورد استفاده در این پژوهش نیز در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری شش‌ماهه توسط آزمودنی‌ها تکمیل شد. لازم به ذکر است فرایند ارزیابی در این پژوهش توسط یک ارزیاب آموزش دیده غیر از پژوهشگر که در جریان پژوهش نبود و هیچ اطلاعی از نوع گروه‌های مورد ارزیابی نداشت، صورت گرفت. به‌علاوه، امکان انصراف آزمودنی‌ها از پژوهش و استفاده از درمان‌های دیگر، در صورت ضرورت، در هر زمان وجود داشت. همچنین،

پژوهش حاضر از نظر رعایت مسائل اخلاقی در جلسه کمیته اخلاق معاونت پژوهشی دانشگاه شاهد به شماره ۴۱/۱۸۵۱۱۷، در تاریخ ۲۰ تیر ۱۳۹۲، تأیید شد.

روش درمان فراتشخیصی یکپارچه مبتنی بر راهنمای درمان فراتشخیصی بارلو بود (۱۹)، که طی ۱۲ جلسه و مبتنی بر شش مؤلفه<sup>۱</sup> ارائه شد. در این روش، درمانگر با تأکید بر اصول بنیادین درمان‌های شناختی- رفتاری و ادغام پیشرفت‌های جدید در پژوهش‌های مربوط به تنظیم هیجانی، تلاش می‌کند از راهبردهای شناختی- رفتاری، مانند آگاهی‌افزایی هیجانی، فنون جلوگیری از اجتناب هیجانی و رفتاری و نیز شناسایی و اصلاح شناخت‌واره‌های غیرانطباقی، برای درمان افراد مبتلا به اختلال‌های هیجانی همزمان استفاده کند. مؤلفه‌های درمانی در این پروتکل عبارتند از: ۱- افزایش انگیزه برای شرکت در درمان؛ ۲- آموزش روان‌شناختی درباره هیجان‌ها و جست‌وجوی تجربه هیجانی؛ ۳- آموزش آگاهی هیجانی؛ ۴- ارزیابی مجدد شناختی؛ ۵- پیشگیری از اجتناب هیجانی و مواجهه‌های هیجانی؛ و ۶- پیشگیری از عود.

پروتکل فراتشخیصی مبتنی بر افکار تکرارشونده منفی (۴۰) نیز در قالب شش مؤلفه درمانی طراحی شد که معمولاً ۱۲ جلسه یک‌ساعته به طول می‌انجامد. هر یک از مؤلفه‌های درمان معمولاً دو جلسه درمان را به خود اختصاص می‌دهند. مؤلفه‌های این پروتکل درمانی عبارتند از: ۱- **آشنایی با اختلال‌های هیجانی و درمان فراتشخیصی**: اهداف کلی این مؤلفه شامل آشنایی کلی مراجع با اختلال‌های هیجانی و لزوم به‌کارگیری درمان فراتشخیصی برای اختلال‌های هیجانی همزمان او است. در طول این مؤلفه انتظار می‌رود تا بیمار آگاهی بیشتری درباره علائم اختلال‌های هیجانی خود و هم‌ابتلائی آنها کسب و لزوم به‌کارگیری درمان فراتشخیصی برای اختلال‌های همزمان خود را درک کند؛ ۲- **خودآگاهی هیجانی**<sup>۲</sup> و **ذهن‌آگاهی هیجانی**<sup>۳</sup>: اهداف اصلی این مؤلفه شامل آموزش مهارت خودآگاهی هیجانی و ذهن‌آگاهی هیجانی است. محتوای هدف اول این مؤلفه آموزش روان‌شناختی در مورد ماهیت هیجان‌ها، مؤلفه‌های اصلی تجربه هیجانی و مفهوم پاسخ‌های آموخته‌شده است تا بیمار بتواند با پایش و جست‌وجوی تجربه‌های هیجانی خود، آگاهی بیشتری در مورد هیجان‌های منفی و الگوهای

1- module  
2- emotional self-awareness  
3- emotional mindfulness

ارزیابی کرد. درجه‌بندی شدت بالینی (CSR)<sup>۵</sup>، در یک مقیاس صفر (فقدان علامت) تا هشت (شدیداً مختل کننده) انجام می‌شود. از درجه‌بندی شدت بالینی ADIS-IV برای تمایز تشخیص‌های بالینی و تحت بالینی استفاده می‌شود. بر این اساس، درجه‌بندی شدت چهار یا بالاتر نشانگر این است که علائم بیمار در حد آستانه تشخیصی DSM-IV یا از آن فراتر است (یعنی، با تمام ملاک‌های تشخیصی برای آن اختلال مطابقت دارد). درجه شدت سه و پایین‌تر به تشخیص‌هایی اختصاص می‌یابد که در سطح بهبود نسبی یا کامل قرار دارند. در پژوهش‌های پیامدی درمان که در آنها از ADIS-IV استفاده می‌شود، درجه‌بندی شدت بالینی معمولاً به منزله شاخصی برای ارزیابی بهبود پس از درمان و پیگیری به کار می‌رود (۴۶). روایی محتوایی نسخه فارسی (۴۷) این برنامه به وسیله چند نفر از اساتید روان‌شناسی بالینی تأیید و ضریب پایایی بازآزمایی به فاصله یک هفته ۰/۸۳ گزارش شد (۴۸) در پژوهش حاضر از این ابزار برای غربالگری و تأیید تشخیص‌های بالینی مورد نظر و همچنین درجه‌بندی شدت بالینی اختلال‌ها (CSR) استفاده شد.

**مصاحبه بالینی ساختاریافته برای اختلال‌های محور دو در DSM-IV (SCID-II):** فرست<sup>۶</sup> و همکاران یک مصاحبه تشخیصی ساختاریافته با ۱۱۹ گویه برای ارزیابی اختلال‌های شخصیت طراحی کردند (۴۹). در یک بررسی برای تعیین پایایی بازآزمایی با فاصله دو هفته روی ۲۸۴ آزمودنی در چهار مرکز بیماران روانپزشکی و دو مرکز بیماران غیرروانپزشکی، ضریب کاپای کلی برای بیماران روانپزشکی ۰/۵۳ تا ۰/۷۴ بود. توافق بین ارزیاب‌ها در گروه بیماران غیرروانپزشکی پایین‌تر (کاپای کلی ۰/۴۸) بود (۴۹). در پژوهش بختیاری، اعتبار محتوایی نسخه فارسی به وسیله چند نفر از اساتید روان‌شناسی بالینی تأیید و ضریب پایایی بازآزمایی به فاصله یک هفته ۰/۸۷ گزارش شد (۵۰). در پژوهش حاضر از این مصاحبه تشخیصی ساختاریافته برای ارزیابی اختلال‌های شخصیتی که جزء ملاک‌های خروج پژوهش بودند، استفاده شد.

**پرسشنامه افسردگی بک-ویرایش دوم (BDI-II):** این پرسشنامه شکل بازنگری شده پرسشنامه افسردگی بک است که

پاسخ‌دهی هیجانی خود کسب کند. محتوای هدف دوم این مؤلفه، یعنی مهارت ذهن آگاهی هیجانی، به این شرح است که افراد مبتلا به اختلال‌های هیجانی، هیجان‌های منفی خود را بدون قضاوت و تلاش برای بازداری آنها، تجربه کنند؛  
**۳- آشنایی با افکار تکرارشونده منفی و راهبردهای کاهش آن:** اهداف اصلی این مؤلفه شامل آشنایی با افکار تکرارشونده منفی، ارائه فن آموزش توجه<sup>۱</sup> (۴۴) و فن ذهن آگاهی انفصالی<sup>۲</sup> (۴۴) برای کاهش افکار تکرارشونده منفی است. درمانگر در طی این مؤلفه سعی می‌کند که از راه فنون یاد شده انعطاف‌پذیری توجه بیمار را افزایش دهد و او را از دام افکار تکرارشونده منفی و سمج رها کند؛  
**۴- ارزیابی باورهای فراشناختی و بازسازی مجدد:** اهداف اصلی این مؤلفه شامل آشنایی بیمار با باورهای فراشناختی مربوط به افکار تکرارشونده منفی و به چالش کشیدن آنها از راه فنون شناختی و رفتاری است. درمانگر در این مؤلفه سعی می‌کند ابتدا باورهای فراشناختی مثبت و منفی بیمار در ارتباط با افکار تکرارشونده منفی را شناسایی کند و سپس از راه راهبردهای شناختی و رفتاری آنها را به چالش بکشد؛  
**۵- مواجهه تدریجی با اجتناب تجربه‌گرایانه:** اهداف اصلی این مؤلفه شامل آشنایی بیمار با مفهوم اجتناب تجربه‌گرایانه (۴۵) (عدم تمایل به تجربه پدیده‌های ناخوشایند درونی؛ مثل عواطف، احساسات، خاطرات، شناخت‌ها یا تکانه‌های ناخوشایند) و آموزش فنون پذیرش<sup>۳</sup> و مواجهه برای کاهش اجتناب تجربه‌گرایانه است؛ و **۶- پیشگیری از عود:** هدف اصلی این مؤلفه، مرور کلی مفاهیم درمانی و بحث در مورد پیشرفت درمان است. درمانگر به بیمار کمک می‌کند تا راه‌های تداوم نتایج درمانی را شناسایی و مشکلات احتمالی آتی را پیش‌بینی کند.

در پژوهش حاضر، برای گردآوری داده‌ها، علاوه‌بر پرسشنامه اطلاعات جمعیت‌شناختی، از ابزارهای زیر استفاده شد:

**برنامه مصاحبه اختلال‌های اضطرابی برای DSM-IV (ADIS-IV):** این ابزار یک مصاحبه نیمه‌ساختاریافته بالینی و تشخیصی برای اختلال‌های اضطرابی است که در سال ۱۹۹۴ توسط براون<sup>۴</sup> و همکاران تدوین شد (۴۶) و علاوه‌بر اختلال‌های اضطرابی، اختلال‌های خلقی، جسمانی‌شکل، روان‌پریشی و سوء مصرف موارد را نیز در بر می‌گیرد. با استفاده از این ابزار می‌توان سطح آسیب و شدت هر اختلال را

1- attention-training technique  
 2- detached mindfulness technique  
 3- acceptance  
 4- Brown  
 5- clinical severity rating  
 6-First  
 7- Beck Depression Inventory-II

**مقیاس سازگاری اجتماعی و کاری (WSAS)<sup>۴</sup> (۵۶):** این ابزار یک مقیاس پنج‌گویه‌ای است که در سال ۲۰۰۲، توسط مونت<sup>۵</sup> و همکاران، برای درجه‌بندی آسیب‌های ناشی از علائم اختلال در کار، مدیریت خانه، اوقات فراغت فردی و جمعی و روابط بین فردی طراحی شد (۵۶). همسانی درونی این ابزار ۰/۷۵، پایایی بازآزمایی دوهفته‌ای ۰/۷۳ و همبستگی این ابزار با شدت علائم اختلال افسردگی و اختلال وسواسی-اجباری، به ترتیب، ۰/۷۶ و ۰/۶۱ گزارش شده است (۵۶). محمدی (۴۸) همبستگی معناداری برای زیرمقیاس اضطراب و افسردگی گزارش کرد (۰/۶۶ و ۰/۷۵) و ضریب پایایی بازآزمایی به فاصله یک هفته را ۰/۷۰ به دست آورد (۴۸).

تجزیه و تحلیل داده‌ها با کمک نرم‌افزار SPSS-16<sup>۶</sup> انجام شد. در ابتدا، آزمون کولموگروف-اسمیرنف<sup>۷</sup> برای بررسی فرض طبیعی بودن توزیع داده‌ها استفاده شد و نتایج آن حاکی از تأیید این فرض بود. سپس برای بررسی همگنی واریانس‌های متغیرهای مورد مطالعه در گروه‌های آزمایشی و شاهد از آزمون لوین<sup>۸</sup> و ام‌باکس<sup>۹</sup> استفاده شد. برای بررسی آثار تعاملی زمان (تکرار اندازه‌گیری‌ها در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری شش‌ماهه) و گروه‌های مورد مطالعه از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر با طرح مختلط ۳×۳ استفاده شد. از آنجا که نتایج آزمون کرویت ماکلی<sup>۱۰</sup> نیز حاکی از برقراری فرض کرویت بود، به تعدیل درجه آزادی برای آزمون F درون‌گروهی نیازی نیست. همچنین آزمون تأثیرات ساده، به‌عنوان آزمون تعقیبی در طرح‌های عاملی مختلط استفاده شد.

برای محاسبه تغییرات معنادار بالینی از یک الگوی طراحی شده در پژوهش‌های قبلی فراتشخیصی (۲۱،۲۰) استفاده شد. این الگو به منظور دستیابی به دو شاخص اصلی تغییرات معنادار بالینی، یعنی وضعیت پاسخ‌دهی به درمان (TRS)<sup>۱۱</sup> و وضعیت عملکرد طبیعی (HESF)<sup>۱۲</sup> پاسخ‌دهی به

در سال ۱۹۹۶ توسط بک و همکاران، جهت سنجش شدت افسردگی، تدوین شد (۵۱). این ویرایش، در مقایسه با ویرایش اول، همخوانی بیشتری با DSM-IV دارد و همانند آن، دارای ۲۱ گویه است و تمام عناصر افسردگی بر اساس نظریه شناختی را پوشش می‌دهد. نتایج پژوهش بک و همکاران نشان داد که این پرسشنامه ثبات درونی بالایی (ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۱) دارد (۵۱). پایایی بازآزمایی این مقیاس را در طی یک هفته ۰/۹۳ گزارش کرده‌اند. فتی و همکاران (۵۲) نیز در یک نمونه ۹۴ نفری در ایران، ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس را ۰/۹۱ و پایایی بازآزمایی آن را در طی یک هفته ۰/۹۴ گزارش داده‌اند (۵۲).

**پرسشنامه اضطراب بک (BAI)<sup>۱</sup> (۵۳):** این ابزار برای سنجش شدت اضطراب در بزرگسالان و نوجوانان، در سال ۱۹۸۸، توسط بک و همکاران تدوین شد (۵۳). پرسشنامه اضطراب بک ۲۱ گویه دارد و بر روی یک مقیاس چهار درجه‌ای از صفر تا سه نمره‌گذاری می‌شود. بنابراین، نمره کل این پرسشنامه در دامنه صفر تا ۶۳ قرار دارد. بک و همکارانش (۵۳) ضریب آلفای کرونباخ را برای این پرسشنامه ۰/۹۳ و ضریب پایایی بازآزمایی را در فاصله پنج‌هفته‌ای ۰/۸۳ گزارش دادند (۵۳). فتی و همکاران در پژوهش خود بر روی نمونه ایرانی، ضریب آلفای کرونباخ را ۰/۹۲، ضریب پایایی بین دو نیمه را ۰/۹۱ و ضریب پایایی بازآزمایی به فاصله یک هفته را ۰/۸۱ به دست آوردند (۵۲). در این پژوهش، ضریب همبستگی بین BAI و BDI-II ۰/۶۲ بود.

**مقیاس عاطفه مثبت و منفی (PANAS)<sup>۲</sup>:** این ابزار یک مقیاس ۲۰ گویه‌ای است که در سال ۱۹۸۸ توسط واتسون<sup>۳</sup> و همکاران، برای سنجش دو بُعد خلقی، یعنی عاطفه منفی و مثبت، طراحی شد (۵۴). هر خرده‌مقیاس دارای ۱۰ گویه است. این مقیاس از شاخص‌های روان‌سنجی مطلوبی برخوردار است. ضریب آلفا برای عاطفه مثبت از ۰/۸۶ تا ۰/۹۰ و برای عاطفه منفی از ۰/۸۴ تا ۰/۸۷ گزارش شده و ضریب پایایی بازآزمایی هشت‌هفته‌ای برای عاطفه مثبت از ۰/۴۷ تا ۰/۶۸ و برای عاطفه منفی از ۰/۳۹ تا ۰/۷۱ به دست آمده است (۵۴). روایی سازه نسخه فارسی این ابزار نیز با روش تحلیل عاملی مناسب بوده و پایایی (بر اساس ضریب آلفا) برابر با ۰/۸۷ گزارش شده است (۵).

1- Beck Anxiety Inventory  
2-Positive and Negative Affect Schedule  
3- Watson  
4- Work and Social Adjustment Scale  
5- Mundt  
6- Statistical Package for the Social Sciences-version 16  
7- Kolmogorov-Smirnov  
8- Levene  
9- Box's M  
10- Mauchly's test of sphericity treatment responder status  
11- treatment responder status  
12- high end-state functioning

تعداد تشخیص‌های آزمودنی‌ها اعم از تشخیص اصلی و همراه ۲/۷۲ (با انحراف استاندارد ۲/۲۷) بود.

نتایج آزمون‌های دو برای متغیرهای جنسیت در گروه‌های پژوهش نشان داده شده است. مقایسه گروه‌ها با استفاده از آزمون  $\chi^2$  (۰/۱۹،  $p=0/61$ ) نشان داد که تفاوت آماری معناداری بین گروه‌های پژوهش از لحاظ جنسیت نیست.

برای مقایسه تفاوت میانگین گروه‌های پژوهش در هر یک از متغیرهای مورد مطالعه از آزمون تحلیل واریانس یک‌راهه (ANOVA) استفاده شد. در ابتدا آزمون کولموگوروف اسمیرنوف برای بررسی مفروضه نرمال بودن توزیع داده‌ها استفاده شد و نتایج آن حاکی از تأیید نرمال بودن توزیع متغیرهای مورد مطالعه در گروه‌های پژوهش بود (جدول ۱). سپس برای بررسی همگنی واریانس گروه‌های آزمایشی و کنترل در متغیرهای مورد مطالعه از آزمون لوین<sup>۲</sup> استفاده شد. با توجه به نتایج به دست آمده از این آزمون برای افسردگی ( $F=1/95$ ,  $p=0/15$ )، اضطراب ( $F=2/42$ ,  $p=0/09$ )، عملکرد عمومی ( $F=2/42$ ,  $p=0/11$ )، عواطف منفی ( $F=1/21$ ,  $p=0/65$ ) و عواطف مثبت ( $F=0/95$ ,  $p=0/76$ ) تأیید شد. نتایج آزمون تحلیل واریانس یک‌راهه (ANOVA) (جدول ۲) برای بررسی تفاوت میانگین‌های گروه‌های پژوهش از لحاظ متغیرهای مورد مطالعه در قبل از درمان نشان داد که گروه‌های آزمایشی و کنترل تفاوت معناداری در متغیرهای مورد مطالعه ندارند.

درمان (TRS) به معنی کاهش ۳۰ درصدی در درجه‌بندی شدت بالینی برنامه مصاحبه بالینی اختلال‌های اضطرابی و دستیابی به بهبود ۳۰ درصدی در مقیاس سازگاری اجتماعی و کاری بود. وضعیت عملکرد طبیعی (HESF) نیز به صورت دستیابی به مقدار سه یا کمتر در درجه‌بندی شدت بالینی برنامه مصاحبه بالینی اختلال‌های اضطرابی و قرار گرفتن در دامنه طبیعی مقیاس سازگاری اجتماعی و کاری تعریف شد.

## یافته‌ها

در رابطه با مشخصات جمعیت‌شناختی آزمودنی‌های مورد پژوهش، در مجموع ۱۹ نفر آزمودنی زن (۴۷/۵ درصد) و ۲۱ نفر آزمودنی مرد (۵۲/۵ درصد) در پژوهش حضور داشتند. میانگین سن آزمودنی‌ها ۲۱/۰۴ با انحراف استاندارد ۲/۸۳ بود که دامنه‌ی سنی از ۱۸ تا ۲۴ را شامل می‌شد. در این پژوهش ۹۵ درصد از آزمودنی‌ها مجرد بودند. از لحاظ تحصیلات هم کلیه آزمودنی‌ها از دانشجویان مقطع لیسانس بودند. تشخیص‌های اصلی آزمودنی‌ها در این پژوهش شامل اختلال اضطراب فراگیر (۷ نفر)، اختلال اضطراب اجتماعی (نه نفر)، اختلال وسواسی-اجباری (۱۰ نفر)، اختلال افسرده‌خویی (نه نفر) و اختلال افسردگی اساسی (پنج نفر) بود. تشخیص‌های همراه آزمودنی‌ها هم مشتمل بر اختلال اضطراب فراگیر (نه نفر)، اختلال اضطراب اجتماعی (نه نفر)، اختلال وسواسی-اجباری (۱۰ نفر)، اختلال هراس با گذرهراسی (۳)، اختلال افسرده‌خویی (۱۰ نفر)، اختلال افسردگی اساسی (پنج نفر)، اختلال اضطرابی نامشخص (۱۲ نفر) و اختلال افسردگی نامشخص (۱۱ نفر) بود. به طور کلی میانگین

جدول ۱- نتایج آزمون کولموگوروف اسمیرنوف برای بررسی نرمال بودن توزیع متغیرهای پژوهش در گروه‌های آزمایشی و کنترل

مقیاس	Z (Pvalue) <sup>TRNT</sup>	Z (Pvalue) <sup>UT</sup>	Z (Pvalue) <sup>Con</sup>
افسردگی	۱/۲۵ (۱۹۴)	۱/۰۶ (۲۳۱)	۱/۰۹ (۲۵۶)
اضطراب	۱/۵۴ (۰۸۳)	۱/۱۱ (۱۲۱)	۱/۲۳ (۰۹۱)
عملکرد عمومی	۱/۲۱ (۱۰۱)	۱/۰۱ (۱۹۹)	۰/۹۵ (۳۴۱)
عواطف منفی	۱/۳۴ (۰۷۸)	۱/۱۲ (۱۳۲)	۱/۴۳ (۰۷۰)
عواطف مثبت	۰/۸۷ (۵۳۴)	۱/۰۳ (۲۰۴)	۰/۹۸ (۴۷۳)

یادداشت: Z (Pvalue)<sup>TRNT</sup> = نمره آزمون Z (سطح معناداری) درمان فراتشخیصی مبتنی بر افکار تکرارشونده منفی؛ Z (Pvalue)<sup>UT</sup> = نمره آزمون Z (سطح معناداری) درمان فراتشخیصی یکپارچه؛ Z (Pvalue)<sup>Con</sup> = نمره آزمون Z (سطح معناداری) گروه کنترل



جدول ۲- میانگین، انحراف استاندارد و نتایج آزمون F برای متغیرهای پژوهش قبل از درمان

مقیاس	M (SD) <sup>TTRNT</sup>	M (SD) <sup>UT</sup>	M (SD) <sup>Con</sup>	F (Pvalue)
افسردگی	۲۵/۲۵ (۲/۹۶)	۲۳/۰۶ (۳/۱۹)	۲۱/۰۹ (۳/۰۷)	۰/۷۵ (۰/۴۶)
اضطراب	۳۴/۹۰ (۲/۸۲)	۲۹/۹۴ (۲/۶۶)	۳۱/۸۴ (۲/۹۵)	۰/۹۱ (۰/۳۳)
عملکرد عمومی	۳۰/۸۲ (۳/۵۲)	۲۶/۷۱ (۳/۸۹)	۲۸/۳۵ (۲/۲۹)	۰/۴۳ (۰/۶۶)
عواطف منفی	۴۰/۳۸ (۴/۶۲)	۳۶/۷۶ (۵/۰۱)	۳۵/۹۸ (۳/۹۲)	۰/۳۷ (۰/۵۸)
عواطف مثبت	۲۲/۸۷ (۳/۱۱)	۱۹/۳۲ (۲/۹۲)	۲۳/۰۴ (۳/۸۴)	۰/۲۳ (۰/۵۱)

یادداشت: M (SD) TTRNT = میانگین (انحراف استاندارد) درمان فراتشخیصی مبتنی بر افکار تکرارشونده منفی؛ M (SD) UT = میانگین (انحراف استاندارد) درمان فراتشخیصی یکپارچه؛ M (SD) Con = میانگین (انحراف استاندارد) گروه کنترل؛ F (Pvalue) = نمره آزمون F و سطح معناداری

جدول ۳- مقایسه اثرات ساده عامل درون گروهی در هر یک از سطوح عامل بین گروهی در متغیر افسردگی

گروه	منبع اثر	درجه آزادی	میزان F	سطح معناداری	اندازه اثر
گروه درمان فراتشخیصی مبتنی بر افکار تکرارشونده منفی	زمان	۲	۷۸/۱۴	۰/۰۰۱	۰/۵۷
	خطا	۲۴			
گروه درمان فراتشخیصی یکپارچه	زمان	۲	۸۲/۳۱	۰/۰۰۱	۰/۶۹
	خطا	۲۶			
گروه کنترل	زمان	۲	۷/۴۶	۰/۹۱	۰/۰۰۱
	خطا	۲۴			

فرض کرویت نشان می‌دهد که در متغیر افسردگی، اثر اصلی زمان معنادار است. یعنی حداقل بین میانگین دو بار از اجراها، تفاوت معناداری وجود دارد ( $F_{(1-39, 42-93)} = 56/95, p = 0/05, \eta^2 = 0/51$ ). در متغیر شدت علایم افسردگی اثر تعاملی زمان با نوع درمان معنادار است. یعنی حداقل در یکی از سه بار اندازه‌گیری مکرر بین میانگین گروه‌ها تفاوت معناداری وجود دارد ( $F_{(1-39, 42-93)} = 37/44, p = 0/05, \eta^2 = 0/39$ ).

از آزمون اثرات ساده، به دلیل معنی‌داری اثر تعاملی زمان با نوع درمان در متغیر افسردگی در تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر مختلط، استفاده شد. نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد که از بین سه مرحله اندازه‌گیری متغیر افسردگی حداقل بین دو مرحله اندازه‌گیری در گروه درمان فراتشخیصی مبتنی بر افکار تکرارشونده منفی ( $F_{(2, 24)} = 78/14, p = 0/001, \eta^2 = 0/57$ )، گروه درمان فراتشخیصی یکپارچه ( $F_{(2, 26)} = 82/31, p = 0/001, \eta^2 = 0/69$ ) و گروه کنترل (لیست انتظار) ( $F_{(2, 26)} = 7/46, p = 0/91, \eta^2 = 0/001$ ) تفاوت معناداری وجود دارد.

برای بررسی اثرات تعاملی زمان (تکرار اندازه‌گیری‌ها به صورت پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری شش‌ماهه) و گروه‌های مورد مطالعه (درمان فراتشخیصی مبتنی بر افکار تکرارشونده منفی، درمان فراتشخیصی یکپارچه و گروه کنترل)، از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر مختلط با طرح ۳×۳ استفاده شد. معنادار نبودن آزمون ام‌باکس برای یکسانی کوواریانس ماتریس‌ها<sup>۱</sup> حاکی از آن بود که مفروضه همگنی ماتریس واریانس - کوواریانس متغیرهای مستقل در گروه‌های پژوهش یکسان است ( $p > 0/05$ ). نتایج آزمون کرویت موچلی<sup>۲</sup> نیز حاکی از برقراری فرض کرویت است ( $p > 0/05$ ) و به تعدیل درجه آزادی برای آزمون F درون گروهی نیازی نیست. بنابراین با توجه به دو آزمون فوق‌الذکر، می‌توان نتایج را با فرض همگنی ماتریس کوواریانس‌ها و فرض کرویت برای متغیرهای پژوهش تفسیر کرد و نیازی به تفسیر آزمون‌های محافظه‌کارانه مثل استفاده از آزمون گرین هوس کایزر<sup>۳</sup> نیست.

نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر مختلط برای متغیر افسردگی با فرض همگنی کوواریانس ماتریس‌ها و

1- M-Box's Test of Equality of Covariance Matrices  
2- Mauchly's Test of Sphericity  
3- Greenhouse-Geisser

جدول ۴- مقایسه اثرات ساده عامل درون گروهی در هر یک از سطوح عامل بین گروهی در متغیر اضطراب

گروه	منبع اثر	درجه آزادی	میزان F	سطح معناداری	اندازه اثر
گروه درمان فراتشخیصی مبتنی بر افکار تکرار شونده منفی	زمان	۲	۱۰۸/۴۳	۰/۰۰۱	۰/۷۴
	خطا	۲۴			
گروه درمان فراتشخیصی یکپارچه	زمان	۲	۶۸/۰۳	۰/۰۰۱	۰/۴۲
	خطا	۲۶			
گروه کنترل	زمان	۲	۶/۸۴	۰/۸۹	۰/۰۰۴
	خطا	۲۴			

جدول ۵- مقایسه اثرات ساده عامل درون گروهی در هر یک از سطوح عامل بین گروهی در متغیر عملکرد عمومی

گروه	منبع اثر	درجه آزادی	میزان F	سطح معناداری	اندازه اثر
گروه درمان فراتشخیصی مبتنی بر افکار تکرار شونده منفی	زمان	۲	۵۹/۴۳	۰/۰۰۱	۰/۸۸
	خطا	۲۴			
گروه درمان فراتشخیصی یکپارچه	زمان	۲	۳۹/۱۲	۰/۰۰۱	۰/۵۴
	خطا	۲۶			
گروه کنترل	زمان	۲	۶/۰۱	۰/۸۱	۰/۰۰۹
	خطا	۲۴			

نتایج مقایسه‌های زوجی نیز نشان می‌دهد که در مرحله پیگیری شش ماهه هم بین شدت اضطراب آزمودنی‌ها در گروه درمان فراتشخیصی مبتنی بر افکار تکرار شونده منفی با درمان فراتشخیصی یکپارچه ( $D = -5/32, p < 0/05$ )، درمان فراتشخیصی مبتنی بر افکار تکرار شونده منفی با گروه کنترل ( $D = -22/49, p < 0/05$ ) و درمان فراتشخیصی یکپارچه با گروه کنترل تفاوت معنی‌داری وجود دارد ( $D = 17/17, p < 0/05$ ) و درمان فراتشخیصی مبتنی بر افکار تکرار شونده منفی در کاهش اضطراب افراد مبتلا به اختلال‌های همایند اضطرابی و افسردگی از اثربخشی بیشتری برخوردار است.

نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر مختلط برای متغیر عملکرد عمومی با فرض همگنی کوواریانس ماتریس‌ها و فرض کرویت نشان می‌دهد که در متغیر عملکرد عمومی، اثر اصلی زمان معنادار است. یعنی حداقل بین میانگین دو بار از اجراها تفاوت معناداری وجود دارد ( $F_{(1,39, 42-93)} = 66/13, p = 0/001, \eta^2 = 0/80$ )، از اجراها تفاوت معناداری وجود دارد ( $F_{(1,39, 42-93)} = 66/13, p = 0/001, \eta^2 = 0/80$ )، زمان با نوع درمان معنادار است. یعنی حداقل در یکی از سه بار اندازه‌گیری مکرر بین میانگین گروه‌ها تفاوت معناداری وجود دارد ( $F_{(1,39, 42-93)} = 51/02, p = 0/001, \eta^2 = 0/75$ ).

نتایج آزمون اثرات ساده (جدول ۵) نشان می‌دهد که از بین سه مرحله اندازه‌گیری متغیر عملکرد عمومی حداقل بین دو مرحله اندازه‌گیری در گروه درمان فراتشخیصی مبتنی بر افکار تکرار شونده منفی ( $F_{(2,24)} = 59/43, p = 0/001, \eta^2 = 0/88$ )

نتایج مقایسه‌های زوجی گروه‌های پژوهش نیز نشان داد که در مرحله پیگیری شش ماهه بین شدت افسردگی آزمودنی‌ها در گروه درمان فراتشخیصی مبتنی بر افکار تکرار شونده منفی با درمان فراتشخیصی یکپارچه تفاوت معناداری وجود ندارد ( $D = 2/7, p < 0/05$ )، ولی درمان فراتشخیصی مبتنی بر افکار تکرار شونده منفی و درمان فراتشخیصی یکپارچه با گروه کنترل تفاوت معنی‌داری مشاهده می‌شود ( $p < 0/05$ ).

نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر مختلط برای متغیر اضطراب با فرض همگنی کوواریانس ماتریس‌ها و فرض کرویت نشان می‌دهد که در متغیر شدت اضطراب اثر اصلی زمان معنادار است. یعنی حداقل بین میانگین دو بار از اجراها تفاوت معناداری وجود دارد ( $F_{(1,39, 42-93)} = 88/11, p = 0/001, \eta^2 = 0/84$ )، در متغیر شدت علائم اضطرابی اثر تعاملی زمان با نوع درمان معنادار است. یعنی حداقل در یکی از سه بار اندازه‌گیری مکرر بین میانگین گروه‌ها تفاوت معناداری وجود دارد ( $F_{(1,39, 42-93)} = 67/98, p = 0/001, \eta^2 = 0/69$ ).

نتایج آزمون اثرات ساده (جدول ۴) نشان می‌دهد که از بین سه مرحله اندازه‌گیری متغیر اضطراب حداقل بین دو مرحله اندازه‌گیری در گروه درمان فراتشخیصی مبتنی بر افکار تکرار شونده منفی ( $F_{(2,24)} = 108/43, p = 0/001, \eta^2 = 0/74$ )، گروه درمان فراتشخیصی یکپارچه ( $F_{(2,26)} = 68/03, p = 0/001, \eta^2 = 0/42$ ) و گروه کنترل (لیست انتظار) ( $F_{(2,26)} = 68/03, p = 0/001, \eta^2 = 0/42$ ) تفاوت معناداری وجود دارد. ( $F_{(2,24)} = 6/84, p = 0/89$ )

$(F_{(2,24)}=0/54, \eta^2=0/01)$ ، گروه درمان فراتشخیصی یکپارچه (لیست انتظار)  $(F_{(2,24)}=39/12, p=0/001)$  و گروه کنترل (لیست انتظار)  $(F_{(2,24)}=7/46, p=0/091, \eta^2=0/01)$  تفاوت معناداری وجود دارد.

نتایج مقایسه‌های زوجی نیز نشان می‌دهد که در مرحله پیگیری شش ماهه بین شدت عملکرد عمومی آزمودنی‌ها در گروه درمان فراتشخیصی مبتنی بر افکار تکرارشونده منفی با درمان فراتشخیصی یکپارچه  $(D=-5/62, p<0/05)$ ، درمان فراتشخیصی مبتنی بر افکار تکرارشونده منفی با گروه کنترل  $(D=20, p<0/05)$  و درمان فراتشخیصی یکپارچه با گروه کنترل  $(D=14/38, p<0/05)$  تفاوت معنی‌داری وجود دارد و عملکرد عمومی افراد مبتلا به اختلال‌های همایند اضطرابی و افسردگی از اثربخشی بیشتری برخوردار است.

نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر مختلط برای متغیر عاطفه منفی با فرض همگنی کوواریانس ماتریس‌ها و فرض کرویت نشان داد که در متغیر شدت عاطفه منفی اثر اصلی زمان معنادار است. یعنی حداقل بین میانگین دو بار از اجراها تفاوت معناداری وجود دارد  $(F_{(1-39, 42-93)}=78/11, p=0/001, \eta^2=0/81)$ ، در متغیر شدت علائم عاطفه منفی اثر تعاملی زمان با نوع درمان معنادار است. یعنی حداقل در یکی از سه بار اندازه‌گیری مکرر بین میانگین گروه‌ها تفاوت معناداری وجود دارد  $(F_{(1-39, 42-93)}=7/45, p=0/001, \eta^2=0/079)$ .

نتایج آزمون اثرات ساده (جدول ۶) نشان می‌دهد که از بین سه مرحله اندازه‌گیری متغیر عاطفه منفی حداقل بین دو مرحله اندازه‌گیری در گروه درمان فراتشخیصی مبتنی بر افکار تکرارشونده منفی  $(F_{(2,24)}=81/32, p=0/001, \eta^2=0/86)$ ، گروه درمان فراتشخیصی یکپارچه  $(F_{(2,24)}=67/53, p=0/001, \eta^2=0/51)$  و گروه کنترل (لیست انتظار)  $(F_{(2,24)}=49/11, p=0/001, \eta^2=0/38)$ ، تفاوت معناداری وجود دارد.

$(F_{(2,24)}=54/45, \eta^2=0/01)$  و گروه کنترل (لیست انتظار)  $(F_{(2,24)}=4/01, p=0/077)$  تفاوت معناداری وجود دارد.

نتایج مقایسه‌های زوجی نیز نشان می‌دهد که در مرحله پیگیری شش ماهه بین شدت عاطفه منفی آزمودنی‌ها در گروه درمان فراتشخیصی مبتنی بر افکار تکرارشونده منفی با درمان فراتشخیصی یکپارچه  $(D=-9/67, p<0/05)$ ، درمان فراتشخیصی مبتنی بر افکار تکرارشونده منفی با گروه کنترل  $(D=-26/19, p<0/05)$  و درمان فراتشخیصی یکپارچه با گروه کنترل  $(D=-16/59, p<0/05)$  تفاوت معنی‌داری وجود دارد و درمان فراتشخیصی مبتنی بر افکار تکرارشونده منفی در کاهش عاطفه منفی افراد مبتلا به اختلال‌های همایند اضطرابی و افسردگی از اثربخشی بیشتری برخوردار است.

نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر مختلط برای متغیر عاطفه مثبت با فرض همگنی کوواریانس ماتریس‌ها و فرض کرویت نشان می‌دهد که در متغیر عاطفه مثبت اثر اصلی زمان معنادار است. یعنی حداقل بین میانگین دو بار از اجراها تفاوت معناداری وجود دارد  $(F_{(1-39, 42-93)}=68/65, p=0/001, \eta^2=0/68)$ ، در متغیر عاطفه مثبت اثر تعاملی زمان با نوع درمان معنادار است. یعنی حداقل در یکی از سه بار اندازه‌گیری مکرر بین میانگین گروه‌ها تفاوت معناداری وجود دارد  $(F_{(1-39, 42-93)}=47/01, p=0/001, \eta^2=0/43)$ .

نتایج آزمون اثرات ساده (جدول ۷) نشان می‌دهد که از بین سه مرحله اندازه‌گیری متغیر عاطفه مثبت حداقل بین دو مرحله اندازه‌گیری در گروه درمان فراتشخیصی مبتنی بر افکار تکرارشونده منفی  $(F_{(2,24)}=49/11, p=0/001, \eta^2=0/38)$ ، گروه درمان فراتشخیصی یکپارچه  $(F_{(2,24)}=67/53, p=0/001, \eta^2=0/51)$  و گروه کنترل (لیست انتظار)  $(F_{(2,24)}=49/11, p=0/001, \eta^2=0/38)$ ، تفاوت معناداری وجود دارد.

جدول ۶- مقایسه اثرات ساده عامل درون گروهی در هر یک از سطوح عامل بین گروهی در متغیر عاطفه منفی

گروه	منبع اثر	درجه آزادی	میزان F	سطح معناداری	اندازه اثر
گروه درمان فراتشخیصی مبتنی بر افکار تکرارشونده منفی	زمان	۲	۸۲/۳۲	۰/۰۰۱	۰/۸۶
	خطا	۲۴			
گروه درمان فراتشخیصی یکپارچه	زمان	۲	۵۴/۴۵	۰/۰۰۱	۰/۵۱
	خطا	۲۴			
گروه کنترل	زمان	۲	۴/۰۱	۰/۰۷۷	۰/۰۰۱
	خطا	۲۴			

جدول ۷- مقایسه اثرات ساده عامل درون گروهی در هر یک از سطوح عامل بین گروهی در متغیر عاطفه مثبت

گروه	منبع اثر	درجه آزادی	میزان F	سطح معناداری	اندازه اثر
گروه درمان فراتشخیصی مبتنی بر افکار تکرارشونده منفی	زمان	۲	۴۹/۱۱	۰/۰۰۱	۰/۳۸
	خطا	۲۴			
گروه درمان فراتشخیصی یکپارچه	زمان	۲	۶۷/۸۷	۰/۰۰۱	۰/۷۰
	خطا	۲۶			
گروه کنترل	زمان	۲	۵/۵۳	۰/۹۴	۰/۰۰۶
	خطا	۲۴			

بر اساس الگوی تغییرات معنادار بالینی، گروه درمان فراتشخیصی مبتنی بر افکار تکرارشونده منفی (جدول ۸) در تشخیص‌های اصلی در پایان درمان موفق شده است که ۸۵ درصد آزمودنی‌ها را به وضعیت پاسخ‌دهی درمان و ۶۹ درصد آزمودنی‌های به وضعیت عملکرد نرمال انتقال داده است. در مرحله پیگیری شش‌ماهه نیز آزمودنی‌های تحت درمان فراتشخیصی مبتنی بر افکار تکرارشونده منفی در شاخص‌های وضعیت پاسخ‌دهی درمان و وضعیت عملکرد نرمال به ترتیب به ۸۳ و ۷۴ درصد دست یافتند که نه تنها دستاوردهای درمانی مربوط به تشخیص‌های همراه در طول دوره شش‌ماهه پیگیری حفظ شد، بلکه نسبت به پایان درمان هم ارتقا پیدا کرد.

نتایج مقایسه‌های زوجی نیز نشان می‌دهد که در مرحله پیگیری شش‌ماهه بین شدت عاطفه مثبت آزمودنی‌ها در گروه درمان فراتشخیصی مبتنی بر افکار تکرارشونده منفی با درمان فراتشخیصی یکپارچه ( $D = -10/88, p < 0/05$ )، گروه کنترل ( $D = 9/02, p < 0/05$ ) و درمان فراتشخیصی یکپارچه با گروه کنترل ( $D = 19/9, p < 0/05$ ) تفاوت معنی‌داری وجود دارد و درمان فراتشخیصی یکپارچه در افزایش عاطفه مثبت افراد مبتلا به اختلال‌های همایند اضطرابی و افسردگی از اثربخشی بیشتری برخوردار است.

جدول ۸- شاخص‌های معناداری بالینی درمان فراتشخیصی مبتنی بر افکار تکرارشونده منفی در اختلال‌های اصلی و همراه در پایان درمان و پیگیری شش‌ماهه

تشخیص‌های بالینی	پایان درمان			پیگیری شش‌ماهه		
	تعداد	TRS	HESF	تعداد	TRS	HESF
تشخیص‌های اصلی						
کل تشخیص‌های اصلی	۱۳	٪۸۵	٪۶۹	۱۳	٪۸۳	٪۷۴
GAD	۲	٪۱۰۰	٪۱۰۰	۲	٪۱۰۰	٪۱۰۰
OCD	۴	٪۷۵	٪۷۵	۴	٪۱۰۰	٪۱۰۰
SAD	۲	٪۱۰۰	٪۵۰	۲	٪۵۰	٪۵۰
PDA	-	-	-	-	-	-
Anx NOS	-	-	-	-	-	-
MDD	۲	٪۱۰۰	٪۵۰	۲	٪۱۰۰	٪۵۰
DYS	۳	٪۶۷	٪۶۷	۳	٪۶۷	٪۶۷
Dep NOS	-	-	-	-	-	-
تشخیص‌های همراه*						
کل تشخیص‌های همراه	۲۲	٪۷۸	٪۶۵	۲۲	٪۸۱	٪۷۰
GAD	۴	٪۱۰۰	٪۷۵	۴	٪۷۵	٪۷۵
OCD	۳	٪۱۰۰	٪۱۰۰	۳	٪۱۰۰	٪۶۷
SAD	۲	٪۵۰	٪۵۰	۲	٪۱۰۰	٪۱۰۰
PDA	۲	٪۵۰	٪۵۰	۲	٪۵۰	٪۵۰
Anx NOS	۴	٪۱۰۰	٪۱۰۰	۴	٪۱۰۰	٪۱۰۰
MDD	-	-	-	-	-	-
DYS	۴	٪۷۵	٪۵۰	۴	٪۷۵	٪۵۰
Dep NOS	۳	٪۶۷	٪۳۳	۳	٪۶۷	٪۶۷

\* برخی از آزمودنی‌ها اختلال‌های همبود چندگانه دارند و مجموع اختلال‌های همبود می‌تواند بیشتر از تعداد آزمودنی‌ها باشد. یادداشت: TRS= وضعیت پاسخ‌دهی درمان؛ HESF= وضعیت عملکرد نرمال؛ GAD= اختلال اضطراب فراگیر؛ OCD= اختلال وسواسی-اجباری؛ SAD= اختلال اضطراب اجتماعی؛ PDA= اختلال هراس با گذرهراسی؛ Anx NOS= اختلال اضطرابی نامشخص؛ MDD= اختلال افسردگی اساسی؛ DYS= اختلال افسردگی؛ Dep NOS= اختلال افسردگی نامشخص

**جدول ۹- شاخص‌های معناداری بالینی گروه درمان فراتشخیصی یکپارچه در اختلال‌های اصلی و همراه در دو مرحله پایان درمان و پیگیری شش‌ماهه**

پیگیری شش‌ماهه			پایان درمان			تشخیص‌های بالینی
HESF	TRS	تعداد	HESF	TRS	تعداد	
						تشخیص‌های اصلی
٪۵۱	٪۶۰	۱۴	٪۵۳	٪۶۷	۱۴	کل تشخیص‌های اصلی
٪۳۳	٪۳۳	۳	٪۳۳	٪۶۷	۳	GAD
٪۳۳	٪۳۳	۳	٪۳۳	٪۳۳	۳	OCD
٪۶۷	٪۶۷	۳	٪۳۳	٪۶۷	۳	SAD
-	-	-	-	-	-	PDA
						Anx NOS
٪۵۰	٪۱۰۰	۲	٪۱۰۰	٪۱۰۰	۲	MDD
٪۶۷	٪۶۷	۳	٪۶۷	٪۶۷	۳	DYS
-	-	-	-	-	-	Dep NOS
						تشخیص‌های همراه*
٪۴۵	٪۵۵	۲۵	٪۵۲	٪۶۵	۲۵	کل تشخیص‌های همراه
٪۳۳	٪۳۳	۳	٪۳۳	٪۶۷	۳	GAD
٪۲۵	٪۲۵	۴	٪۲۵	٪۲۵	۴	OCD
٪۳۳	٪۶۷	۳	٪۳۳	٪۳۳	۳	SAD
-	-	-	-	-	-	PDA
٪۴۰	٪۴۰	۵	٪۶۰	٪۶۰	۵	Anx NOS
٪۶۷	٪۶۷	۳	٪۶۷	٪۱۰۰	۳	MDD
٪۶۷	٪۱۰۰	۳	٪۶۷	٪۱۰۰	۳	DYS
٪۵۰	٪۵۰	۴	٪۷۵	٪۷۵	۴	Dep NOS

\* برخی از آزمودنی‌ها اختلال‌های همبود چندگانه دارند و مجموع اختلال‌های همبود می‌تواند بیشتر از تعداد آزمودنی‌ها باشد. یادداشت: TRS= وضعیت پاسخ‌دهی درمان؛ HESF= وضعیت عملکرد نرمال؛ GAD = اختلال اضطراب فراگیر؛ OCD = اختلال وسواسی-اجباری؛ SAD= اختلال اضطراب اجتماعی؛ PDA= اختلال هراس با گذرهراسی؛ Anx NOS= اختلال اضطرابی نامشخص؛ MDD= اختلال افسردگی اساسی؛ DYS= اختلال افسرده‌خویی؛ Dep NOS= اختلال افسردگی نامشخص

شاخص‌های وضعیت پاسخ‌دهی درمان و وضعیت عملکرد نرمال به ترتیب به میزان ۵۵ و ۴۵ درصد رسیدند که تا حدودی حاکی از حفظ دستاوردهای درمانی مربوط به تشخیص‌های همراه در طول دوره شش‌ماهه پیگیری می‌باشند، البته این میزان نسبت به پایان درمان کاهش یافته است. مقایسه تغییرات معنادار بالینی در وضعیت عملکرد نرمال (شاخص مهم معناداری بالینی) بین درمان فراتشخیصی مبتنی بر افکار تکرارشونده منفی با درمان فراتشخیصی یکپارچه در تشخیص‌های اصلی در دو مرحله پایان درمان و دوره پیگیری شش‌ماهه به ترتیب حاکی از برتری ۱۶ و ۲۳ درصد درمان فراتشخیصی مبتنی بر افکار تکرارشونده نسبت به درمان فراتشخیصی یکپارچه در رسیدن به وضعیت عملکرد نرمال است. در مورد تشخیص‌های همراه نیز این برتری در دو مرحله پایان درمان و دوره پیگیری به ترتیب با میزان ۱۳ و ۲۹ درصد حفظ می‌شود.

در مورد تغییرات معنادار بالینی مربوط به درمان فراتشخیصی یکپارچه (جدول ۹) در مرحله پایان درمان موفق به کسب ٪۶۷ درصد در وضعیت پاسخ‌دهی درمان و ٪۵۳ درصد در وضعیت عملکرد نرمال شده است. در مرحله پیگیری شش‌ماهه نیز آزمودنی‌های تحت درمان فراتشخیصی یکپارچه در شاخص‌های وضعیت پاسخ‌دهی درمان و وضعیت عملکرد نرمال به ترتیب به ٪۶۰ و ٪۵۱ درصد دست یافتند که حاکی از حفظ دستاوردهای درمانی مربوط به تشخیص‌های اصلی در طول دوره شش‌ماهه پیگیری می‌باشند، البته میزان آن نسبت به پایان درمان اندکی کاهش یافت. علاوه بر این نتایج جدول ۹ نشان می‌دهد که ۶۵ درصد آزمودنی‌های گروه درمان فراتشخیصی یکپارچه در تشخیص‌های همراه در مرحله پایان درمان از وضعیت بیماری به وضعیت پاسخ‌دهی درمان و ۵۲ درصد آن‌ها به وضعیت عملکرد نرمال دست یافته‌اند. در مرحله پیگیری شش‌ماهه نیز آزمودنی‌های تحت درمان فراتشخیصی یکپارچه در

**بحث**

نتایج پژوهش نشان داد که درمان فراتشخیصی مبتنی بر افکار تکرارشونده منفی در کاهش متغیرهای اضطراب، عملکرد عمومی و عاطفه منفی در پایان درمان و دوره پیگیری شش ماهه نسبت به درمان فراتشخیصی یکپارچه از اثربخشی بالاتری برخوردار است. اما در عوض درمان فراتشخیصی یکپارچه در افزایش عاطفه مثبت و تا حدودی در کاهش شدت علایم افسردگی افراد مبتلا به اختلال‌های اضطرابی و افسردگی همزمان از اثربخشی بیشتری برخوردار بود.

در پژوهش حاضر درمان فراتشخیصی یکپارچه موفق به کاهش شدت علایم اضطراب، افسردگی، عاطفه منفی و افزایش عاطفه مثبت و عملکرد عمومی آزمودنی‌های پژوهش شد و این یافته‌ها با یافته‌های بارلو و همکاران (۵۷)، بارلو و همکاران (۲۳)، ویلومسکا<sup>۱</sup> و همکاران (۵۸)، الارد و همکاران (۲۰)، فارچيون و همکاران (۲۱)، بویسو و همکاران (۵۹)، محمدی (۴۸) همسو است. الارد و همکاران (۲۰) در مطالعه مقدماتی خود برای شناخت و ارزیابی اولیه پروتکل به این نتیجه رسیدند که درمان فراتشخیصی می‌تواند برای دامنه‌ای از اختلال‌های هیجانی مؤثر باشد. بویسو و همکاران (۵۹) نیز در یک مطالعه موردی به نتایج مشابهی رسیدند. این یافته‌ها همسو با فراتحلیل نورتون و فیلیپ (۱۳) است که نشان دادند درمان‌های فراتشخیصی اثربخشی قابل قبولی به ویژه برای اختلال‌های هیجانی دارند. نتایج پژوهش‌های فوق حاکی از اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه در اختلال‌های اضطرابی و افسردگی همزمان بود ولی نکته جالب توجه این است که در پژوهش‌های فارچيون و همکاران (۲۱) و الارد و همکاران (۲۰)، درمان فراتشخیصی یکپارچه در افزایش عاطفه مثبت نسبت به کاهش عاطفه منفی عملکرد بهتری داشت، در کاهش علایم تشخیص‌های اصلی نسبت به تشخیص‌های همراه از اثربخشی بیشتری برخوردار بود، و در بین اختلال‌های اضطرابی کمترین میزان دستیابی به مهم‌ترین شاخص تغییرات معنادار بالینی، یعنی وضعیت عملکرد نرمال (HESF) متعلق به اختلال وسواسی-اجباری بود. محمدی (۴۸) در ایران هم به نتایج مشابهی مبنی بر عملکرد بهتر درمان فراتشخیصی یکپارچه در افزایش عاطفه مثبت نسبت به کاهش عاطفه منفی دست یافت.

همچنین یافته‌های پژوهش از اثربخشی پروتکل فراتشخیصی مبتنی بر افکار تکرارشونده منفی برای اختلال‌های هیمنند اضطرابی و افسردگی حمایت کرد و این نتایج به صورت مستقیم با یافته‌های اکبری و همکاران (۴۲) و به نحوی با نتایج فراتحلیل نورتون و فیلیپ (۱۳)، مک‌اوی و همکاران (۱۶)، منسل و همکاران (۱۰)، کلارک و تیلور (۱۱) همخوان است که نشان دادند درمان‌های فراتشخیصی اثربخشی قابل قبولی به ویژه برای اختلال‌های هیجانی چندگانه دارند و تا حدودی قابل مقایسه با درمان‌های شناختی رفتاری اختصاصی برای اختلال‌های اضطرابی و افسردگی هستند. اما نقد اکثر پژوهش‌های فراتحلیلی مرتبط با درمان‌های فراتشخیصی بر این اصل استوار بود که درمان‌های فراتشخیصی موجود اولاً قادر به کاهش متعادل اختلال‌های اضطرابی و افسردگی چندگانه نیستند. برای مثال، اکثر این پروتکل‌ها در کاهش علایم یک اختلال مؤثر است ولی در کاهش علایم سایر اختلال‌ها، در بهترین شرایط، از اثربخشی متوسطی برخوردار هستند. دوماً، دستاوردهای درمانی اکثر پروتکل‌های فراتشخیصی در طول دوره پیگیری حفظ نمی‌شود و کاهش قابل ملاحظه‌ای پیدا می‌کند. بنابراین جمع‌بندی این پژوهش‌های فراتحلیلی درباره این پروتکل‌ها این است که زمانی درمان‌های فراتشخیصی می‌توانند در مسیر رشد و غنی‌سازی گام بردارند که حداقل بتوانند به این دو عامل پردازند. این پژوهش‌ها محقق شدن این اهداف را در پرداختن به فرآیندهای بنیادین اختلال‌های هیجانی و طراحی پروتکل‌های فراتشخیصی مبتنی بر این عوامل می‌دانستند.

اگرچه هدف اصلی هر دو درمان فراتشخیصی مبتنی بر افکار تکرارشونده و درمان فراتشخیصی یکپارچه نگر بارلو، تحقق یک موضوع و آن هم «انعطاف‌پذیری روانشناختی» است، اما تفاوت این درمان در اصول تغییر، فرآیندهای درمانی و تکنیک‌های مورد استفاده است. در درمان فراتشخیصی یکپارچه، اصول تغییر شامل سیالی تجربه هیجانی (یا همان تنظیم هیجانی)، تغییر محتوای شناخت‌واره‌های غلط و کاهش الگوهای ناشی از هیجان یا به تعبیر دیگر، حذف اجتناب‌های رفتاری و عینی است. اما اصول تغییر در درمان فراتشخیصی مبتنی بر افکار تکرارشونده منفی، شامل انعطاف‌پذیری توجه، تغییر فرآیندهای فراشناختی دخیل در انعطاف‌پذیری توجه و کاهش جنبه‌های بیرونی و درونی

باورهای او درباره‌ی افکار مزاحم (فراشناخت)، باورهای او درباره‌ی ضرورت مقابله، مانند نشخوار فکری و نگرانی (فراشناخت) می‌پردازد.

یکی دیگر از تفاوت‌های درمان فراتشخیصی مبتنی بر افکار تکرارشونده منفی با درمان فراتشخیصی یکپارچه در این است که در درمان فراتشخیصی یکپارچه بیشتر بر اجتناب بیرونی (همان موقعیت‌ها، افراد و مکان‌های ناخوشایند) و مواجهه با آن‌ها است. در واقع درمان مطرح شده از سوی بارلو و همکاران (۱۹) بیشتر بر روی اجتناب رفتاری کار می‌کند و سایر جنبه‌های اجتناب یعنی اجتناب شناختی را نادیده می‌گیرند، در حالی که در درمان فراتشخیصی مبتنی بر افکار تکرارشونده منفی علاوه بر اجتناب رفتاری، سایر جنبه‌های اجتناب هدف قرار گرفته است.

نکته دیگری که در این پژوهش باید مورد تبیین و بررسی قرار گیرد، مربوط به تفاوت دو درمان در کاهش علائم افسردگی و افزایش عاطفه مثبت مربوط به اختلال‌های اضطرابی و افسردگی چندگانه است. پروتکل فراتشخیصی یکپارچه (۱۹)، علاوه بر تکنیک‌های شناختی، رفتاری و تنظیم هیجانی، تکنیک‌های تغییر انگیزشی را نیز به کار رفته است. همچنین تأکید بیشتری بر نقش هیجان‌های مثبت در فرایند درمان می‌شود. با توجه به این که افراد مبتلا به افسردگی با کاهش انرژی و انگیزه پایین برای پیگیری درمان و درگیر شدن در فرآیند درمان مواجه هستند، درمان فراتشخیصی یکپارچه در مازول اول خود به افزایش آمادگی و انگیزه بیماران برای تغییر رفتاری و تقویت خودکارآمدی یا باور به توانایی شخصی برای دستیابی موفقیت‌آمیز به تغییر مورد نظر تأکید دارد. بیماران در این مرحله از درمان فرصتی به دست می‌آورند تا مزایا و معایب تغییر را در مقابل روش قبلی خود بسنجند. آن‌ها همچنین اهداف درمانی را ارزیابی کرده و اهداف عینی تری را برنامه‌ریزی می‌کنند و گام‌های احتمالی را برای دستیابی به اهداف درمانی شناسایی می‌کنند. این اصول برای افزایش میزان مشارکت درمانی و حفظ انگیزه بیمار برای تغییر رفتاری کاربرد دارد. پژوهش انجام شده توسط وسترا و همکارانش نشان می‌دهد که کارایی این تکنیک‌ها در کاهش شدت علائم افسردگی بیشتر از علائم اضطرابی است (۶۰). علاوه بر این تمرکز مازول پنجم درمان فراتشخیصی یکپارچه بر شناسایی و کاهش رفتارهای ناسازگارانه ناشی از هیجان (EDBs) است که در کاهش خلق افسرده مؤثر است. این

اجتناب‌های تجربه‌گرایانه است. اگرچه درمان فراتشخیصی یکپارچه نیز سعی در آزادسازی منابع توجهی مخصوصاً در مازول دوم دارد، اما خیلی خلاصه و در قالب ذهن‌آگاهی هیجانی به این مطلب می‌پردازد؛ منطق اجرای این تکنیک را برای مراجع این گونه بیان نمی‌کند که هدف سیال بودن تجربه هیجانی است، بلکه به مراجع خاطر نشان می‌کند که نباید هیجان‌ها را جدی و با اهمیت تلقی کرد؛ و در هنگام اجرای این تکنیک از هیچ استعاره‌ای برای وضوح بخشی آن استفاده نمی‌کند و به احتمال زیاد با زمان اندک و نپرداختن به منطق زیربنایی آن، مراجع قادر به درونی‌سازی آن نیست (۵۹). اما در درمان فراتشخیصی مبتنی بر افکار تکرارشونده منفی، دو مازول یعنی، چهار جلسه درمانی به وضوح بخشی این تکنیک و اجرای آن به صورت‌های مختلف و همراه با استعاره‌های فراوان پرداخته می‌شود و انعطاف‌پذیری توجه، لزوم آن و نحوه دستیابی به آن آموزش داده می‌شود.

یکی از دلایل تبیین تفاوت اثربخشی درمان فراتشخیصی مبتنی بر افکار تکرارشونده منفی با درمان فراتشخیصی یکپارچه در این است که درمان مطرح شده توسط بارلو در سطح عینی و آشکار صورت می‌پذیرد (۳۰). در رویکرد فراتشخیصی یکپارچه، درمان آشکارا در سطح شناختی (سبک پردازش عینی) اتفاق می‌افتد. زیرا به جای تأکید بر چگونگی شکل‌گیری فراشناخت‌واره‌ها و آزمودن آن‌ها، بر واقعیت‌آزمایی شناخت‌واره‌های متداول تمرکز می‌شود. در حالی که درمان فراتشخیصی مبتنی بر افکار تکرارشونده منفی به کار در سطح فراشناختی، می‌پردازد. مدل فراتشخیصی مبتنی بر افکار تکرارشونده منفی بیشتر از آن که با واقعیت‌آزمایی محتوای افکار و باورها سروکار داشته باشد، به دنبال کنار گذاشتن سبک‌های (فرآیندهای) ناکارآمد تفکر و واقعیت‌آزمایی اعتبار باورها درباره‌ی افکار در سطوح بالاتر است. رویکرد درمانی فراتشخیصی یکپارچه عمده‌تاً شامل بازسازی مجدد واقعه از طریق تصویرسازی ذهنی و واقعیت‌آزمایی برخی از باورهای تحریف‌شده‌ی بیمار درباره‌ی خودش و تهدیدآمیز بودن دنیای پیرامون است. این رویکرد، نمونه‌ای از کار در سطح شناختی به شمار می‌رود، زیرا هدف، تغییر ماهیت خاطرات بیمار (شناخت) و محتوای باورهای او درباره‌ی خودش و جهان (شناخت) است. متقابلاً درمان فراتشخیصی مبتنی بر افکار تکرارشونده منفی در سطح فراشناختی به بررسی شیوه‌ی کنترل افکار بیمار (فراشناخت)،

به غیر از عوامل شناختی در آسیب‌شناسی اختلال افسردگی نقش داشته باشد که پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی مورد توجه قرار گیرد.

حجم پایین نمونه و انتخاب آن از یک مکان خاص (مرکز مشاوره دانشگاه شریف)، نداشتن گروه درمان‌نما (پلاسیبو) و درمان‌های شناختی رفتاری (به عنوان یک درمان روانشناختی تأییدشده) از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر است که تعمیم‌پذیری نتایج پژوهش را با مشکلاتی مواجه می‌کند، بنابراین بهتر است نتایج با احتیاط تعمیم پیدا کند. همان‌طور که قبلاً ذکر شد، اگرچه پژوهش‌های موردی روشی خلاقانه برای بررسی اثربخشی درمان‌های جدید است، اما برای افزایش اعتبار بیرونی یافته‌ها و بررسی بیشتر اثربخشی درمان جدید فراتشخیصی مبتنی بر افکار تکرارشونده منفی، پیشنهاد می‌شود که این درمان در چارچوب طرح‌های کارآزمایی بالینی کنترل شده، در مراکز درمانی مختلف و با حجم نمونه بیشتر مورد بررسی قرار گیرد. علاوه بر این پیشنهاد می‌شود که در پژوهش‌های آینده اثربخشی این درمان را با گروه‌های درمان‌نما (پلاسیبو)، درمان‌های تأییدشده شناختی رفتاری و یا سایر پروتکل‌های فراتشخیصی موجود مورد مطالعه قرار گیرد.

### سپاسگزاری

بدین وسیله از زحمات خانم میترا آقاچانی مدیر محترم مرکز مشاوره و خدمات روانشناختی دانشگاه شریف، آقای دکتر ابوالفضل محمدی به خاطر همکاری در اجرای پژوهش، از پرفسور دیوید بارلو، پرفسور پیترو مک‌اوی، پرفسور ادوارد واتکینز و پرفسور الیسون هاروی به خاطر پیشنهادات و توصیه‌های سازنده و بی‌دریغ‌شان در تدوین و ارزیابی پروتکل فراتشخیصی مبتنی بر افکار تکرارشونده منفی و تمامی درمان‌جویان محترمی که با مشارکت و همکاری خود در این پژوهش به افزایش دانش در زمینه توسعه رویکرد نوپای فراتشخیصی کمک کردند، سپاسگزاری می‌شود.

[این مقاله برگرفته از رساله دکترای تخصصی روانشناسی بالینی نویسنده اول است].

[بنا به اظهار نویسنده مسئول مقاله، حمایت مالی از پژوهش و تعارض منافع وجود نداشته است].

یافته با نتایج پژوهش دابسون و دابسون (۶۱) مبنی بر تأثیر فعال‌سازی رفتاری در درمان اختلال افسردگی هماهنگ است. نتایج پژوهش‌های فارچیون و همکاران (۲۱) و الارد و همکاران (۲۰) به منظور بررسی اثربخشی پروتکل فراتشخیصی یکپارچه، نشان می‌دهد که این پروتکل درمانی به دلیل درگیر کردن مراجع در کاهش الگوهای رفتاری ناشی از هیجان و جایگزینی آن با رفتارهای لذت‌بخش، عملکرد بهتری در افزایش عاطفه مثبت نسبت به کاهش عاطفه منفی دارد. اگرچه در این پژوهش‌ها به طور مستقیم به بررسی اثربخشی این پروتکل در درمان افسردگی پرداخته نشده، ولی به طور ضمنی و با استفاده از مدل‌های ساختاری مربوط به همبودی اختلال‌های اضطرابی و افسردگی، می‌توان این نتیجه را استنباط کرد که عاطفه مثبت، ویژگی اختصاصی اختلال افسردگی است و تغییر در آن می‌تواند منجر به کاهش علائم افسردگی شود. در ادامه برای وضوح بخشی بیشتر به مدل‌های ساختاری و تبیین ارتباط بین عاطفه مثبت و افسردگی خواهیم پرداخت.

در درمان فراتشخیصی مبتنی بر افکار تکرارشونده منفی، تأکید بر مؤلفه‌های شناختی بیشتر از مؤلفه‌های رفتاری است. اگر مروری بر محتوای این درمان بیندازیم متوجه می‌شویم که هسته اصلی درمان مذکور، متمرکز بر افکار تکرارشونده منفی و باورهای فراشناختی است. اگرچه امروزه نتایج پژوهش‌های آسیب‌شناسی حاکی از آن است که نشخوار فکری هسته اصلی اختلال افسردگی است و کاهش نشخوار فکری و افکار تکرارشونده منفی منجر به کاهش شدت افسردگی می‌شود ولی نادیده گرفتن انرژی و انگیزه پایین این بیماران و بی‌توجهی به فعال‌سازی رفتاری می‌تواند میزان اثربخشی را کاهش دهد.

در واقع با توجه به این که در درمان فراتشخیصی مبتنی بر افکار تکرارشونده منفی از مؤلفه‌های فراشناختی، سوگیری توجه و اجتناب شناختی استفاده شده است و این مؤلفه‌ها بیشتر بر کاهش علائم اختلال‌های اضطرابی تأثیر دارند، می‌توان برتری اثربخشی این پروتکل طراحی شده در درمان اختلال‌های اضطرابی را برجسته‌تر کند، اگرچه این پروتکل سعی کرده است با آماج قرار دادن نشخوار فکری، به عنوان هسته بنیادین اختلال افسردگی، در درمان افسردگی نیز از اثربخشی خوبی برخوردار باشد ولی شاید مؤلفه‌های دیگری



## منابع

- American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5). Washington, DC: Author; 2013.
- Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry (11<sup>th</sup> Ed). New York: Wolter Kluwer; 2014.
- Butler AC, Chapman JE, Forman EM, Beck AT. The empirical status of cognitive-behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Clin Psychol Rev*. 2006; 26(1):17-31.
- Davidson JR. Use of benzodiazepines in social anxiety disorder, GAD, and posttraumatic stress disorder. *J Clin Psychiatry*. 2004; 65(5):29-33.
- Gould RA, Safren SA, Washington DO, Otto MW. A meta-analytic review of cognitive-behavioral treatments. In: Heimberg RG, Turk CA, Mennin DS. Editor. *Generalized Anxiety Disorder: advances in research and practice*. New York: Guilford Press; 2004. p. 248-64.
- Brown TA, Barlow DH. Comorbidity among anxiety disorders: Implications for treatment and DSM-IV. *J Consult Clin Psychol*. 1992; 60(6):835-44.
- Lewinsohn PM, Zinbarg R, Seeley JR, Lewinsohn M, Sack WH. Lifetime comorbidity among anxiety disorders and between anxiety disorders and other mental disorders in adolescents. *J Anxiety Disord*. 1997; 11(4):377-94.
- Tsao JCI, Mystkowski JL, Zucker BG, Craske MG. Effects of cognitive-behavior therapy for panic disorder on comorbid conditions: Replication and extension. *Behav Ther*. 2002; 33(4):493-509.
- Craske MG, Farchione T, Allen L, Barrios V, Stoyanova M, Rose R. Cognitive behavioral therapy for panic disorder and comorbidity: More of the same or less of more. *Behav Res Ther*. 2007; 45(6):1095-109.
- Mansell W, Harvey A, Watkins E, Shafran R. Cognitive Behavioral Processes across Psychological Disorders: A Review of the Utility and Validity of the Transdiagnostic Approach. *Int J Cogn Ther*. 2009; 1(3):181-91.
- Clark DA, Taylor S. The Transdiagnostic Perspective on Cognitive-Behavioral Therapy for Anxiety and Depression: New Wine for Old Wineskins? *J Cogn Psychother*. 2009; 23(1):60-66.
- McHugh RK, Murray HW, Barlow DH. Balancing fidelity and adaptation in the dissemination of empirically-supported treatments: The promise of transdiagnostic interventions. *Behav Res Ther*. 2009; 47(11):946-53.
- Norton PJ, Philipp LM. Transdiagnostic approaches to the treatment of anxiety disorders: A quantitative review. *Psychotherapy*. 2008; 45(2):214-26.
- Brown GP, Roach A, Irving L, Joseph K. Personal Meaning: A Neglected Transdiagnostic Construct. *Int J Cogn Ther*. 2008; 1(3):223-36.
- Mansell W. Keep it Simple-The Transdiagnostic Approach to CBT. *Int J Cogn Ther*. 2008; 1(3):179-80.
- McEvoy PM, Nathan P, Norton P. Efficacy of Transdiagnostic Treatments: A Review of Published Outcome Studies and Future Research Directions. *Int J Cogn Ther*. 2009; 23(1):20-33.
- Dozois DJA, Collins KA. Transdiagnostic Approaches to the Prevention of Depression and Anxiety. *Int J Cogn Ther*. 2009; 23(1):44-59.
- Norton PJ, Hayes SA, Springer JR. Transdiagnostic cognitive-behavioral group therapy for anxiety: Outcome and process. *Int J Cogn Ther*. 2008; 1(3):266-79.
- Barlow DH, Farchione TJ, Fairholme CP, Ellard KK, Boisseau CL, Allen LB, et al. The unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: Therapist guide. New York: Oxford University Press; 2011.
- 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. *Cogn Behav Pract*. 2010; 17(1):88-101.
- Farchione TJ, Fairholme CP, Ellard KK, Boisseau CL, Thompson-Hollands J, Carl JR, Gallagher M, Barlow DH. The unified protocol for the transdiagnostic treatment of emotional disorders: A randomized controlled trial. *Behav Ther*. 2012; 43(3):666-78.
- Mansell W, Harvey AG, Watkins E, Shafran R. Cognitive behavioral processes across psychological disorders: A review of the utility and validity of transdiagnostic approach. *Int J Cogn Ther*. 2008; 1(3):181-91.

23. Barlow DH, Boisseau CL, Ellard KK, Fairholme CP, Farchione TJ. Unified protocol for the treatment of emotional disorders [Unpublished treatment manual]; 2008.
24. Gross JJ, Thompson RA. Emotion regulation: Conceptual foundations. In: Gross JJ, editor. Handbook of emotion regulation. New York: Guilford Press; 2007. p.115-45.
25. McLaughlin KA, Mennin DS, Farach FJ. The contributory role of worry in emotion generation and dysregulation in generalized anxiety disorder. *Behav Res Ther.* 2007; 45(8):1735-52.
26. Ehring T, Watkins ER. Repetitive negative thinking as a transdiagnostic process. *Int J Cogn Ther.* 2008; 1(3):192-205.
27. Van der Heiden C, Melchior K, Muris P, Bouwmeester S, Bos AER., van der Molen HT. A hierarchical model for the relationships between general and specific vulnerability factors and symptom levels of generalized anxiety disorder. *J Anxiety Disord.* 2010; 24(2):284-9.
28. Aldao M, Nolen-Hoeksema S, Schweizer S. Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clin Psychol Rev.* 2010; 30(2):217-37.
29. McEvoy PM, Mahoney AEJ, Moulds ML. Are worry, rumination, and post-event processing one and the same? Development of the repetitive thinking questionnaire. *J Anxiety Disord.* 2010; 24 (5):509-19.
30. Ruscio AM, Seitchik AE, Gentes EL, Jones JD, Hallion LS. Preservative thought: a robust predictor of response to emotional challenge in generalized anxiety disorder and major depressive disorder. *Behav Res Ther.* 2011; 49(12):867-74.
31. Broeren S, Muris P, Bouwmeester S, Heijden KB, Abee A. The Role of Repetitive Negative Thoughts in the Vulnerability for Emotional Problems in Non-Clinical Children. *J Child Fam Stud.* 2011; 20(2):135-48.
32. Watkins ER. Dysregulation in level of goal and action identification across psychological disorders. *Clin Psychol Rev.* 2011; 31(2):260-78.
33. Conybeare D. The effect of repetitive worry and rumination on state based emotion regulation [dissertation]. University of Illinois; 2012.
34. Linton, S. J. (2013). A Transdiagnostic Approach to Pain and Emotion. *J Appl Biobehav Res.* 2013; 18(2):82-103.
35. McEvoy PM, Moulds ML, Mahoney AEJ. Mechanisms driving pre- and post-stressor repetitive negative thinking: metacognitions, cognitive avoidance, and thought control. *J Behav Ther Exp Psychiatry.* 2013; 44(1):84-93.
36. Harvey AG, Watkins E, Mansell W, Shafran R. Cognitive behavioural processes across psychological disorders. Oxford, UK: Oxford University Press; 2004.
37. Spasojevic J, Alloy LB. Rumination as a common mechanism relating depressive risk factors to depression. *Emotion.* 2001; 1(1):25-37.
38. Raes F. Repetitive Negative Thinking Predicts Depressed Mood at 3-Year Follow-up in Students. *J Psychopathol Behav Assess.* 2012; 34(4):497-501.
39. McEvoy PM, Mahoney A, Perini SJ, Kingsep P. Changes in post-event processing and metacognitions during cognitive behavioural group therapy for social phobia. *J Anxiety Disord.* 2009; 23(5):617-23.
40. Akbari M, Roshan R, Ladan F, Shabani A. The development of Transdiagnostic protocol based on Repetitive Negative Thinking and to the comparison of its efficacy with Barlow Transdiagnostic protocol in symptoms reduction of people with co-occurrence anxiety and depression disorders. [Dissertation]. [Tehran]: Shahed University; 2014. [Persian]
41. Akbari M, Roshan R, Fata L, Shabani A, Zarghami F. The Role of Cognitive, Behavioral, Emotional and Metacognitive Factors in Predicting Repetitive Negative Thinking: A Transdiagnostic Approach. *IJPCP.* 2014; 20(3):233-42. [Persian]
42. Akbari M, Roshan R, Shabani A, Ladan F. The primary efficacy of Transdiagnostic Protocol based on Repetitive Negative Thinking for Co-occurrence Anxiety and Depressive Disorders. *Psychol Res.* 2015; 18(2): 29-57. [Persian]
43. Staines GL. The relative efficacy of psychotherapy : Reassessing the methods-based paradigm. *Rev Gen Psychol.* 2008; 12(4):330-43.
44. Wells A. Metacognitive therapy for anxiety and depression. New York: Guilford Press; 2009.
45. Hayes SC, Wilson KG, Gifford EV, Follette VM, Strosahl K. Experimental avoidance and behavioral disorders: a functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *J Consult Clin Psychol.* 1996; 64(6):1152-68.
46. Brown TA, Di Nardo PA, Barlow DH. Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV (Adult Version). Albany: Graywind; 1994.

47. Brown TA, Di Nardo PA, Barlow DH. Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV (Adult Version). (Translated by Mohammadi A, Birashk B). Tehran: Nivand; 2013. [Persian]
48. Mohammadi A, Birashk B, Gharraee B. Comparison of the Effect of Group Transdiagnostic Treatment and Group Cognitive Therapy on Emotion Regulation. *IJPCP*. 2014; 19(3):187-94. [Persian]
49. First MB, Gibbon M, Spitzer R, Williams JBW, Benjamin L. Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Disorders (SCID-II). Washington, DC: American Psychiatric Association; 1997.
50. Bakhtiari M. Mental disorders in patients with body dysmorphic disorder. [Dissertation]. [Tehran]: Iran University of Medical Sciences; 2000. [Persian]
51. Beck AT, Steer RA, Brown GK. Manual for the Beck Depression Inventory-II. San Antonio, TX: Psychological Corporation; 1996.
52. Fata L, Birashk B, Atefvahid M, Dabson K. Meaning Assignment Structures/ Schema, Emotional States and Cognitive Processing of Emotional Information: Comparing Two Conceptual Frameworks. *IJPCP*. 2005; 11(3):312-26. [Persian]
53. Beck AT, Epstein N, Brown G, Steer RA. An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *J Consult Clin Psychol*. 1988; 56(6):893-7.
54. Watson D, Clark LA, Tellegen A. Development and validation of brief measures of positive and negative affect: the PANAS scales. *J Person Soc Psychol*. 1988; 54(6):1063-70.
55. Bakhshipour Roodsari A, Dejkam M, Mehryar A, Birashk B. Structural Relationships between Dimensions of DSM-IV Anxiety and Depressive Disorders and Dimensions of Tripartite Model. *IJPCP*. 2004; 9(4):63-76. [Persian]
56. Mundt JC, Marks IM, Shear MK, Greist JM. The work and social adjustment scale: A simple measure of impairment in functioning. *Br J Psychiatry*. 2002; 180(3):461-64.
57. Barlow DH, Allen LB, Choate ML. Toward a unified treatment for emotional disorders. *Behav Ther*. 2004; 35(2):205-30.
58. 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.
59. Boisseau CL, Farchione TJ, Fairholme CP, Ellard KK, Barlow DH. The development of the unified protocol for the transdiagnostic treatment of emotional disorders: A case study. *Cogn Behav Pract*. 2010; 17(1):102-13.
60. Westra HA, Arkowitz H, Dozois DJA. Adding a motivational interviewing pretreatment to cognitive behavioral therapy for generalized anxiety disorder: A preliminary randomized controlled trial. *J Anxiety Disord*. 2009; 23(8):1106-17.
61. Dobson DJA, & Dobson KS. Evidence-based practice of cognitive-behavior therapy. New York: Guilford Press; 2009.

Original Article

**The Comparison of the Efficacy of Transdiagnostic Therapy Based on Repetitive Negative Thoughts with Unified Transdiagnostic Therapy in Treatment of Patients with Co-occurrence Anxiety and Depressive Disorders: A Randomized Clinical Trial**

**Abstract**

**Objectives:** The aim of the present study was comparison between the efficacy of Transdiagnostic Therapy Based on Repetitive Negative Thoughts (TTRNT) with Unified Transdiagnostic (UT) therapy in treatment of patients with co-occurrence anxiety and depressive disorders. **Method:** In the present study, 45 patients with at least one principle diagnosis and one co-principle in the field of anxiety and depressive disorders randomly assigned to three groups of TTRNT, UT as well as waiting list group. Two treatment groups received correspondent treatments. For data collection, the participants completed the Beck Depression Inventory-second edition (BDI-II), Beck Anxiety Inventory (BAI), Positive and Negative Affect Scale (PANAS) and the Work and Social Adjustment Scale (WSAS) during the three stages of pre-test, post-test and a period of six-month follow-up. The data of the study were analyzed through analysis variance with mixed repeated measures, post-hoc main effect, and clinical significance changes criteria. **Results:** The results of the present study demonstrated that both treatments in comparison with waiting list decreased the symptoms of the patients with co-occurrence anxiety and depressive disorders ( $p < 0.001$ ). However, the TTRNT was more effective than UT in improvement of anxiety, general function, and negative affect ( $p < 0.05$ ), but there was not any meaningful difference between these two treatments in decreased the depression ( $p > 0.05$ ). Also, the UT has better function in increasing the positive affect ( $p < 0.05$ ). Furthermore, evaluation of the clinical significance changes criteria indicated that the group of TTRNT for principle and co-principle diagnosis achieved to 23% and 29% more than UT group in high end-state functioning (HESF) at the end of follow-up period, respectively. **Conclusion:** The transdiagnostic therapy based on repetitive negative thoughts is more effective than unified transdiagnostic therapy in improving the symptoms of the patients with the co-occurrence anxiety and depressive disorders.

**Key words:** *transdiagnostic therapy based on the repetitive negative thoughts; unified transdiagnostic therapy; co-occurrence anxiety and depressive disorders*

[Received: 17 December 2014; Accepted: 26 April 2015]

*Mehdi Akbari<sup>\*</sup>, Rasool Roshan<sup>a</sup>, Amir Shabani<sup>b</sup>, Ladan Fata<sup>c</sup>, Mohammad Reza Shairi<sup>a</sup>, Firouzeh Zarghami<sup>d</sup>*

\* Corresponding author: Clinical Psychology Department, Faculty of Psychology and Educational, Kharazmi University, Tehran, Iran, IR.

Fax: +98021-66022709

E-mail: akbari.psy@gmail.com

<sup>a</sup> Clinical Psychology Department, Shahed University, Tehran, Iran; <sup>b</sup> Bipolar Disorders Research Group, Mental Health Research Center, Tehran Institute of Psychiatry- School of Behavioral Sciences and Mental Health, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran; <sup>c</sup> Medical Education and Development Center, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran; <sup>d</sup> Roozbeh Hospital, Tehran, Iran.