

Accepted Manuscript

Accepted Manuscript (Uncorrected Proof)

Title: Comparing the Effectiveness of Unified Protocol Transdiagnostic Treatment (UP) and Mindfulness Based Cognitive Therapy (MBCT) in Emotional Regulation and Rumination in Depressed Individuals

Authors: Somayeh Afshar¹, Negar Asgharipour Zahmati^{2,*}, Fatemeh Alidoosti³

1. *Department of Psychology, Bojnourd Branch, Islamic Azad University, Bojnourd, Iran.*
2. *Psychiatry and Behavioral Sciences Research Center, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran.*
3. *Khayyam University of Mashhad, Mashhad, Iran.*

To appear in: **Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology**

Received date: 2023/12/3

Revised date: 2024/07/31

Accepted date: 2024/08/18

First Online Published: 2024/08/18

This is a “Just Accepted” manuscript, which has been examined by the peer-review process and has been accepted for publication. A “Just Accepted” manuscript is published online shortly after its acceptance, which is prior to technical editing and formatting and author proofing. Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology provides “Just Accepted” as an optional service which allows authors to make their results available to the research community as soon as possible after acceptance. After a manuscript has been technically edited and formatted, it will be removed from the “Just Accepted” Website and published as a published article. Please note that technical editing may introduce minor changes to the manuscript text and/or graphics which may affect the content, and all legal disclaimers that apply to the journal pertain.

Please cite this article as:

Afshar S, Asgharipour Zahmati N, Alidoosti F. [Comparing the Effectiveness of Unified Protocol Transdiagnostic Treatment (UP) and Mindfulness Based Cognitive Therapy (MBCT) in Emotional Regulation and Rumination in Depressed Individuals (Persian)]. Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology. Forthcoming 2024. Doi: <http://dx.doi.org/10.32598/ijpcp.30.1.4266.2>

Doi: <http://dx.doi.org/10.32598/ijpcp.30.1.4266.2>

نسخه پذیرفته شده پیش از انتشار

عنوان: مقایسه اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه (UP) با درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی (MBCT) بر تنظیم هیجانی و نشخوار فکری در افراد افسرده

نویسندگان: سمیه افشار^۱، نگار اصغری پور زحمتی^{۲*}، دکتر فاطمه علیدوستی^۳

۱. گروه روانشناسی، واحد بجنورد، دانشگاه آزاد اسلامی، بجنورد، ایران.
۲. مرکز تحقیقات روانپزشکی و علوم رفتاری، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.
۳. دانشگاه خيام مشهد، مشهد، ایران.

نشریه: روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران

تاریخ دریافت: 1402/9/12

تاریخ ویرایش: 1403/05/10

تاریخ پذیرش: 1403/05/28

این نسخه «پذیرفته‌شده پیش از انتشار» مقاله است که پس از طی فرایند داوری، برای چاپ، قابل پذیرش تشخیص داده شده است. این نسخه در مدت کوتاهی پس از اعلام پذیرش به صورت آنلاین و قبل از فرایند ویراستاری منتشر می‌شود. نشریه روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران گزینه «پذیرفته‌شده پیش از انتشار» را به عنوان خدمتی به نویسندگان ارائه می‌دهد تا نتایج آن‌ها در سریع‌ترین زمان ممکن پس از پذیرش برای جامعه علمی در دسترس باشد. پس از آنکه مقاله‌ای فرایند آماده‌سازی و انتشار نهایی را طی می‌کند، از نسخه «پذیرفته‌شده پیش از انتشار» خارج و در یک شماره مشخص در وبسایت نشریه منتشر می‌شود. شایان ذکر است صفحه آرایی و ویراستاری فنی باعث ایجاد تغییرات صوری در متن مقاله می‌شود که ممکن است بر محتوای آن تأثیر بگذارد و این امر از حیطة مسؤلیت دفتر نشریه خارج است.

لطفا این‌گونه استناد شود:

Afshar S, Asgharipour Zahmati N, Alidoosti F. [Comparing the Effectiveness of Unified Protocol Transdiagnostic Treatment (UP) and Mindfulness Based Cognitive Therapy (MBCT) in Emotional Regulation and Rumination in Depressed Individuals (Persian)]. Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology. Forthcoming 2024. Doi: <http://dx.doi.org/10.32598/ijpcp.30.1.4266.2>

Doi: <http://dx.doi.org/10.32598/ijpcp.30.1.4266.2>

Abstract

Objectives: Depression is one of the most common mental disorders and according to the predictions of the World Health Organization, it will be the most important debilitating disease in the whole world by 2030, and its treatment is associated with many challenges. Nowadays, it is very important to pay attention to new treatments in order to reduce the problems of people suffering from depression. Cognitive therapy based on mindfulness and unified protocol transdiagnostic Treatment is one of the new treatments proposed for depression. The purpose of this study is to compare the effect both of this Therapies on emotional regulation and rumination. Thought is one of the effective components in depression disorder.

Methods :The statistical population of this clinical trial consists of all people who referred to the Mashhad Jihad Counseling Center in the summer of 1400 and were diagnosed with depression through a clinical interview. 30 people(18-50 years) were selected by available sampling method and randomly divided in to two experimental groups (15 people in MBCT and 15 people in UP Treatment). Research tools include Beck depression questionnaires(BDI II), ruminative response style (RRS), emotional regulation (ERQ) and structured clinical interview for mental disorders SCID-5CV were completed for all participants at the beginning and end of the study and the present data were analyzed using spss software version 22 in descriptive statistics, Kolmogorov/Smirnov test and analysis of covariance.

Results: The results of this research showed that both experimental groups significantly improved the average scores of emotional regulation ($p < 0.001$) after controlling for pre-test scores. There was a significant difference in rumination scores between unified transdiagnostic and mindfulness therapies after adjusting for pre-test scores ($p = 0.009$, $F = 7.87$).

Conclusion: Based on the findings of the present study, both therapeutic interventions improved emotional regulation in depressed people to the same extent. Cognitive therapy based on mindfulness had a better effect on rumination in depressed people than unified protocol transdiagnostic Treatment.

Keywords: Depressive disorder, Mindfulness Based Cognitive Therapy (MBCT), Unified Protocol transdiagnostic treatment (UP), Rumination, Emotional regulation.

Introduction:

Depression is still one of the most important problems in the field of mental health, and there are probably few people who have not felt moments of depression during their life. According to the report of the World Health Organization, more than 450 million people in the world suffer from mental disorders. Studies show that during the last decades, the prevalence of mental disorders in the world and of course in our country has been on the rise, and especially depression will be the most important debilitating disease in the world by 2030 based on the predictions of the World Health Organization. According to the national study of diseases and injuries, due to the prevalence of more than 20% in the society, depression is the third health problem in Iran [1]. In such a situation, efforts to find key components in the underlying pathology of depression disorder and treatments based on these components that can improve treatment results are of particular importance. It is worth mentioning that in order to prevent the recurrence of depression, it is necessary to find effective ways to change the factors influencing the development of depression, which in this research includes cognitive avoidance style, emotional regulation and rumination. Unfortunately, despite the progress that has been made in the field of diagnosis and treatment of depression, still partial improvement is observed in 50% of cases [2,3]. In recent years, much attention has been paid to the important factors that cause depression. One of these components is rumination, which is defined as resistant and recurring thoughts around a common topic. These thoughts involuntarily enter the consciousness and divert the attention from the desired topics and current goals and are a potentially vulnerable factor for the initiation or maintenance of depression [5]. Also, emotion regulation plays an important role in depression [6]. Gross defines emotion regulation as follows: "the processes by which people influence the type of their emotions, the time, the way they are experienced and expressed" [7]. Nowadays, it is very important to pay attention to new treatments in order to reduce the problems of people suffering from depression. Among these treatments, the effectiveness of cognitive-behavioral treatments has received special attention [11]. Despite of the high success of cognitive-behavioral therapy, many efforts have been made to improve the effectiveness of this therapy in the field of mood and emotional problems, and two general approaches have been considered, which include the "partial" approach and the "holistic" approach. In the component approach, it is believed that the initiation and continuation processes of the key part of each disorder are unique and different. One of these treatments is the mindfulness-based cognitive therapy model (MBCT) [12]. While, in the holistic approach, trying to find common points and coexistence of mental disorders and problems. One of these efforts is the formation of an unified protocol transdiagnostic [16]. The present study tried to determine the effectiveness of this treatment method in depressive individuals and compare it with mindfulness based on cognitive therapy on rumination and emotional regulation in depressed people.

Methods:

The statistical population of the research includes all the people who in the summer of 1400 with symptoms of depression referred to the counseling clinic of Mashhad University. The sample size is equal to 15 people in each group [17]. A number of 30 patients divided into two intervention groups and one. The experimental groups received mindfulness based on cognitive therapy or unified transdiagnostic therapy. structured clinical interview based on SCID-5 and Beck Depression Questionnaire second edition (BDI II), Rumination Response Style Questionnaire (RRS), Emotional Regulation Questionnaire (ERQ) were used to collect the data.

Results:

The current research is part of a semi-experimental research with a pre-test-post-test design.

In Table 1, descriptive statistics indicators (mean and standard deviation) of the control group and MBCT group and UP group are presented. Based this table, the average rumination scores in the pre-test and post-test stages for the mindfulness treatment group are 46.77 and 45.60; unified transdiagnostic treatment group, respectively 74/00 and 49/60. Also, the average emotional regulation scores in the pre-test and post-test stages for the integrated transdiagnostic treatment group were 29.26 and 41.93, respectively; mindfulness therapy group 26/53 and 38/00.

Table 1. Descriptive indices of rumination and emotional regulation in experimental groups

Variable	Stage	Group	
		Mindfulness therapy Mean (standard deviation)	Integrated transdiagnostic treatment mean (standard deviation)
Rumination	Pre-test	77.46(4.73)	74.00(5.02)
	Post-test	45.60(3.33)	49.60(4.27)
Emotional regulation	Pre-test	26.53(3.33)	29.26(6.32)
	Post-test	38.00(4.89)	41.93(4.94)

Discussion:

Considering the high prevalence of depressive disorder and the importance of its treatment, the present study aims to compare the effectiveness of unified transdiagnostic therapy (UP) and mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) on rumination and emotional regulation in depressed individual. The mean scores of depressed people in rumination who received mindfulness treatment were significantly lower than the unified transdiagnostic treatment group. This finding regarding the effect of mindfulness therapy on rumination in depressed patients was consistent with previous studies [26-34]. In addition, the results of a meta-analysis showed that mindfulness-based therapy can significantly reduce rumination levels in depressed patients [35]. Also, another study indicated that rumination was strongly associated with depressive symptoms and changes in rumination during mindfulness therapy were proven compared to control groups [36-38]. In a systematic review, researchers found that rumination is a strong factor associated with disorders such as depression and obsessive-compulsive disorder, which has been proven in studies [39, 40]. Also, in several researches, rumination is a predictor of depression disorder and the two are mutually related [41]. Regarding the explanation of the significance of mindfulness compared to integrated meta-diagnostic treatment in reducing the symptoms of rumination, it is important to mention that in mindfulness treatment, the focus of treatment sessions is on controlling negative thoughts and replacing them with pleasant thoughts [42, 43].

According to theoretical foundations, among the prominent psychological intervention models in improving emotional regulation strategies is UP and MBCT, which focuses on helping clients acquire the necessary coping skills and managing stressful situations and treating accompanying psychological disorders such as depression. It can be said that mindfulness through changing the focus on conscious breathing and learning that every situation has a transient emotion or feeling that must be accepted and controlled, and Unified transdiagnostic therapy through helping clients identify specific emotional behaviors. They can affect the emotions resulting from stressful

situations by teaching cognitive and emotional reconstruction and through techniques such as relaxation, emotional self-awareness, being in the present and interacting with others, the level of unpleasant feelings reduce. Therefore, in order to increase adaptive emotion regulation strategies and reduce maladaptive strategies in depressed people, both unified transdiagnostic therapeutic and mindfulness can be used.

Ethical considerations:

Compliance with ethical guidelines: The present study was approved by the ethics committee of Iran University of Medical Sciences(Code:IR.IAU.MSHD.REC.1402.128)and IRCT:20231107059985N1

Funding: This research was the result of the thesis of Somayeh Afshar in the psychology department of Islamic Azad University.The Authors received no financial support for research.

Contribution of the authors: Drafting, research and review, validation and finalization: Somayeh Afshar; Validation, monitoring, revision: Negar asghariPourzahmti; Methodology: Fatemeh Alidoosti.

Conflicts of interest: The authors declared no conflict of interest.

چکیده

اهداف: افسردگی یکی از رایجترین اختلالات روانی و براساس پیش بینی های سازمان بهداشت جهانی تا سال ۲۰۳۰ مهمترین بیماری ناتوان کننده در کل دنیا خواهد بود و درمان آن با چالش های فراوانی همراه است. امروزه توجه به درمان های نوین در جهت کاهش مشکلات افراد مبتلا به اختلال افسردگی اهمیت فراوانی دارد. درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی و درمان فراتشخیصی یکپارچه از درمان های نوین پیشنهاد شده برای افسردگی می باشد. با توجه به اینکه کمتر پژوهشی به بررسی اثر بخشی درمان های جدید امروزی بر روی مولفه های اساسی در افسردگی و همچنین مقایسه ی این درمانها پرداخته است، هدف از این مطالعه مقایسه تاثیر درمان فراتشخیصی یکپارچه با درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر تنظیم هیجانی و نشخوار فکری به عنوان مولفه های موثر در ایجاد افسردگی می باشد.

مواد و روش ها: جامعه آماری این کارآزمایی بالینی را کلیه افرادی که به مرکز مشاوره جهاد دانشگاهی مشهد در تابستان سال ۱۴۰۰ مراجعه کردند و با مصاحبه بالینی و پرسشنامه بک تشخیص افسردگی خفیف یا متوسط گرفتند را تشکیل می دهند. تعداد 30 نفر به روش نمونه گیری هدفمند انتخاب و به صورت تصادفی به دو گروه آزمایش (۱۵ نفر درمان ذهن آگاهی و ۱۵ نفر درمان فراتشخیصی یکپارچه) تقسیم شدند. ابزار تحقیق شامل پرسشنامه های افسردگی بک (BDI II)، سبک پاسخدهی نشخواری (RRS)، تنظیم هیجانی (ERQ) و مصاحبه بالینی ساختار یافته برای اختلال های روانی-SCID 5CV برای تمامی شرکت کنندگان در ابتدا و انتهای مطالعه تکمیل شد و داده های حاضر با استفاده از نسخه ۲۴ نرم افزار SPSS در آمار توصیفی، آزمون کولموگروف / اسمیرنوف و تحلیل کوواریانس مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته ها: نتایج این پژوهش نشان داد که مداخلات درمانی در هر دو گروه آزمایش، موجب بهبود معنادار میانگین نمرات تنظیم هیجانی و نشخوار فکری شدند ($p < 0/001$). پس از کنترل نمرات پیش آزمون، تنها اختلاف معناداری در نمرات نشخوار فکری بین درمان فراتشخیصی یکپارچه و درمان ذهن آگاهی به نفع درمان ذهن آگاهی وجود داشت ($p = 0/009$ ، $F = 7/87$).

نتیجه گیری: بر اساس یافته های پژوهش حاضر، هر دو مداخله درمانی به یک میزان موجب بهبود تنظیم هیجانی در افراد افسرده شدند. درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی به نسبت درمان فراتشخیصی یکپارچه بر نشخوار فکری در افراد افسرده تاثیر بهتری داشت.

کلیدواژه ها: افسردگی، درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی، درمان فراتشخیصی یکپارچه، نشخوار فکری، تنظیم هیجانی

افسردگی هنوز هم یکی از مهمترین معضل ها در زمینه سلامت روان است و شاید کمتر کسی باشد که در طول زندگی خود لحظاتی از افسردگی را احساس نکرده باشد. افسردگی یک اختلال شایع عاطفی و از رایج ترین اختلالات روانی است. طبق گزارش سازمان بهداشت جهانی بیش از ۴۵۰ میلیون نفر در دنیا به اختلال های روانی مبتلا هستند. بررسی ها نشان میدهد که طی دهه های اخیر، شیوع اختلالات روانی در دنیا و البته کشور ما، سیر صعودی داشته است و به ویژه افسردگی براساس پیش بینی های سازمان بهداشت جهانی تا سال ۲۰۳۰ مهمترین بیماری ناتوان کننده در کل دنیا خواهد بود. بر اساس مطالعه ی ملی بیماریها و آسیب ها، با توجه به شیوع بیش از ۲۰ درصدی در جامعه، افسردگی در ایران سومین مشکل سلامتی کشور می باشد [۱].

در چنین شرایطی تلاش در جهت یافتن مولفه های محوری در آسیب شناسی زیربنایی اختلال افسردگی و درمان های مبتنی بر این مولفه ها که بتوانند نتایج درمانی را بهبود بخشند از اهمیت ویژه ای برخوردارند. قابل ذکر است که برای پیشگیری از عود افسردگی، یافتن راههای موثری برای تغییر مولفه های تاثیرگذار در ایجاد افسردگی که در این پژوهش شامل سبک اجتناب شناختی، تنظیم هیجان و نشخوار فکری می باشد، الزامی است. متأسفانه علیرغم پیشرفت هایی که در زمینه ی تشخیص و درمان اختلال افسردگی به وجود آمده است، هنوز در ۵۰ درصد موارد، بهبود نسبی مشاهده می شود [۲، ۳]. نشانه های افسردگی متنوع است؛ به طور کلی افسردگی دارای چهار دسته نشانه می باشد که شامل نشانه های خلقی، شناختی، انگیزشی و جسمانی است. نشانه های خلقی افسردگی شامل غم، فقدان مسرت، از بین رفتن شادی در زندگی و احساس یکنواختی در مورد رفتارهایی که قبلاً موجب خشنودی می شدند، می شود. نشانه های شناختی افسردگی شامل افکار منفی درباره خود و آینده، عزت نفس پایین، احساس گناه، بدبینی و ناامیدی می شود. نشانه های انگیزشی افسردگی شامل مشکل در تصمیم گیری و کندی روانی-حرکتی (در موارد شدید) می شود. از نشانه های جسمانی افسردگی می توان به مشکلات اشتها، تغییرات وزن، اختلال خواب، کاهش میل جنسی اشاره کرد [۴].

در سال های اخیر توجه زیادی به مولفه های مهم ایجاد کننده افسردگی شده است. یکی از این مولفه ها نشخوار فکری بوده که به عنوان افکاری مقاوم و عود کننده حول یک موضوع معمول تعریف می شود. این افکار به طریق غیر ارادی، وارد آگاهی می شوند و توجه را از موضوعات مورد نظر و اهداف فعلی منحرف می سازند و عاملی بالقوه آسیب پذیر برای پیش بینی، شروع، نگهداری افسردگی و مختل کردن تفکر، حل مسئله و روابط اجتماعی می باشد [۵]. همچنین مشکل در تنظیم هیجان، هسته اصلی نشانه های افسردگی بوده و نقش مهمی در ایجاد، تداوم و عود افسردگی دارد [۶]. گراس تنظیم هیجان را این گونه تعریف میکند: «فرآیندهایی که توسط آن افراد بر نوع هیجانهای خود، زمان، نحوه تجربه و ابراز آنها تأثیر میگذارند» [۷]. علاوه بر این، به نظر میرسد تنظیم هیجان ناکارآمد ممکن است با تلاش برای اجتناب از تجارب هیجانی همراه باشد [۸]. بنابراین میتوان بیان کرد که اجتناب تجربی ممکن است نقشی کلیدی در شکل گیری و تداوم تعدادی از اختلالات مرتبط با سلامت روان مانند اضطراب، افسردگی و وسواس فکری عملی داشته باشد [۹، ۱۰].

امروزه توجه به درمان های نوین در جهت کاهش مشکلات افراد مبتلا به افسردگی اهمیت فراوانی دارد. از بین این درمان ها، اثربخشی درمان های شناختی - رفتاری مورد توجه ویژه ای قرار گرفته است. این درمان تمرکز زیادی برالگوهای پاسخ دهی فکری، رفتاری و همچنین عاطفی دارد [۱۱]. با وجود موفقیت های بالای درمان شناختی-رفتاری، تلاش های بسیاری

برای ارتقاء کارایی این درمان در زمینه مشکلات خلقی و هیجانی صورت گرفته و به صورت دو رویکرد کلی مدنظر قرار گرفته است که شامل رویکرد "جزء نگر" و رویکرد "کل نگر" می باشد. در رویکرد جزء نگر اعتقاد بر این است که فرایندهای آغازگر و تداوم بخش کلیدی هراختلالی منحصر به فرد و متفاوت می باشد. بنابراین مداخلات درمانی مختلفی نیز برای هر یک از اختلالها ضروری به نظر می رسد. در این رویکرد اعتقاد بر این است که برای فهم بهتر اختلالات روانشناختی باید روی تفاوت های بین افراد مبتلا به یک اختلال خاص تاکید کرد. بر اساس این مدل های نظری اختصاصی درمانگران نیز پروتکل های درمانی اختصاصی را برای هر یک از اختلالها تدوین می کنند. یکی از این درمان ها، مدل شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی (MBCT) می باشد که به عنوان رویکردی هدفمند، تلقی میشود و اثربخشی این درمان در بهبود علائم افسردگی ثابت شده است هدف اصلی این رویکرد «رها سازی بیمار از گرایش به واکنش های خودکار به تفکرات، احساسات، و رخدادهای» می باشد [۱۲]. آموزش ذهن آگاهی شامل سه مولفه می باشد: (۱) رشد آگاهی از طریق یک روش شناسی نظام دار که در برگیرنده تمرین های رسمی ذهن آگاهی (وارسی بدن^۱، نشستن در حالت مراقبه^۲، حرکت هوشیارانه^۳) و تمرین های غیر رسمی ذهن آگاهی (گسترش آگاهی در هر لحظه زندگی روزمره،^۲) چارچوب نگرشی خاص از طریق مهربانی، کنجکاوی و رضایت از بودن در زمان حال،^۳) درک درست از آسیب پذیری از طریق آموزش های شنیداری و جستجوی اعتبار آنها از طریق مشاهده مستقیم فرایند تجربه می باشد [۱۳، ۱۴]. این در حالی است که در رویکرد کل نگر، نظریه پردازان در تلاش برای پیدا کردن نقاط مشترک و همبود اختلالها و مشکلات روانی می باشند. یکی از این تلاش ها شکل گیری رویکرد فراتشخیصی یکپارچه در زمینه درمان های شناختی رفتاری است. هدف آن نشان دادن چگونگی درک مفهوم سازی مجدد برخی اختلالات روانی، پالایش و ایجاد شواهد برای تکنیک های درمانی موجود و طراحی تکنیک های جدید است که دقیقاً فرآیندهایی را هدف قرار می دهد که این اختلالات را حفظ میکنند [۱۵]. درمان فراتشخیصی یکپارچه از پنج مرحله کلیدی تشکیل شده است که این ۵ مرحله شامل (۱) آگاهی هیجانی مبتنی بر حال،^۲) انعطاف پذیری شناختی،^۳) اجتناب هیجانی و رفتارهای ناشی از هیجان،^۴) آگاهی و تحمل احساس های بدنی و^۵) مواجهه هیجانی مبتنی بر موقعیت طبق رویکرد سنتی CBT می شود [۱۶].

علیرغم اینکه درمان های افسردگی کنونی اثربخشی خود را نشان داده اند، بررسی ها نشان می دهند که عامل اصلی میزان شیوع در سراسر جهان بازگشت دوره های جدید افسردگی در افرادی است که پیش تر یک دوره را تجربه کرده بودند. توجه به این نکته مهم است که با اینکه هر فرد افسرده به تنهایی از این مشکل رنج می برد، ولی وقتی تعداد افراد مبتلا را در نظر می گیریم، اعداد و ارقام حیرت انگیز هستند. در این میان امروزه علاقه زیادی برای بررسی و درک مولفه های تاثیرگذار در جلوگیری از عود افسردگی ایجاد شده است. در میان این علاقمندی، کمتر پژوهشی به مقایسه و تعیین اثربخشی درمان های موج سوم رویکرد شناختی-رفتاری بر مولفه های اثربخش در ایجاد و عود افسردگی از جمله کاهش نشخوار فکری و تنظیم هیجانات افراد افسرده پرداخته است. به عبارتی دیگر پژوهش حاضر با افزایش درک ما از عوامل

¹ Body scan

² Sitting meditation

³ Mindful movement

کلیدی ایجاد کننده افسردگی در انتخاب مداخلات درمانی مناسب برای جلوگیری از عود افسردگی کمک کننده خواهد بود.

مواد و روش‌ها

جامعه آماری تحقیق شامل تمامی افرادی است که در تابستان ۱۴۰۰ با علائم افسردگی جهت دریافت خدمات روان‌درمانی به کلینیک روان‌شناسی و مشاوره جهاد دانشگاهی مشهد مراجعه کردند. حجم نمونه برای هر یک از زیر گروه‌ها، براساس تحقیقات آزمایشی و شبه آزمایشی برابر با ۱۵ نفر در هر گروه در نظر گرفته شده است [۱۷]. تعداد ۳۰ بیمار بر اساس معیارهای ورود و خروج به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و سپس به صورت تصادفی به دو گروه مداخله درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی و درمان فراتشخیصی یکپارچه تقسیم شدند.

معیارهای ورود شامل زنان بین سن ۱۸ تا ۵۰ سال، تشخیص افسردگی بر اساس مصاحبه بالینی ساختاریافته بر اساس SCID-5 و کسب نمره ۱۴ تا ۲۸ (افسردگی خفیف و متوسط) در پرسشنامه افسردگی بک، همچنین عدم دریافت درمان دارویی و درمان‌های روانشناختی، عدم وجود اختلالات شدید روانپزشکی و همچنین عدم وجود اعتیاد بود. معیارهای خروج شامل غیبت بیش از ۳ جلسه، اثبات اعتیاد یا اختلال روانپزشکی در طول مطالعه، نیاز به درمان دارویی، دریافت درمان‌های دیگر روانشناختی و عدم رضایت به شرکت در هر مرحله از مطالعه بود.

ابزارهای پژوهش

مصاحبه بالینی ساختار یافته برای اختلال‌های روانی SCID-5CV^۴

مصاحبه بالینی ساختاریافته برای تشخیص‌های اصلی DSM-5 به کار می‌رود [۱۸]. نمره دهی در SCID-5 بر اساس عدم وجود / وجود در زیر آستانه علائم (-)، شرح یک معیار دوگانه که به وضوح اشتباه است (خیر)، آستانه برای یک معیار علامت دار در یک طیف (+)، شرح یک معیار دوگانه که به وضوح حقیقت دارد (بله) انجام می‌شود. بیشتر سوالات SCID را می‌توان با دو کلمه "بله" و "خیر" پاسخ داد. بعد از اتمام مصاحبه، بالینگر برگه خلاصه امتیازدهی تشخیصی را که شامل تشخیص‌های DSM-5 شامل کدهای تشخیصی مرتبط با ICD-CM-10 را که در طول مصاحبه مشخص شده است، پر می‌نماید.

پرسشنامه افسردگی بک ویرایش دوم (BDI-II)^۵

این مقیاس، شکل بازنگری شده‌ی پرسشنامه‌ی افسردگی بک است که جهت سنجش شدت افسردگی تدوین شده است. این پرسشنامه از ۲۱ گویه تشکیل شده است که از پاسخ دهندگان خواسته می‌شود، شدت نشانه‌ها را روی بر اساس مقیاس از صفر تا سه درجه بندی کنند. بر این اساس نمره ۰-۱۳ نشانه‌ی افسردگی هیچ یا کمترین حد، نمره ۱۴-۱۹ نشانه‌ی افسردگی خفیف، نمره ۲۰-۲۸ نشانه‌ی افسردگی متوسط و نمره ۲۹-۶۳ نشانه‌ی افسردگی شدید است. پایایی این مقیاس در جمعیت ایرانی، ۰/۹۱ به روش آلفای کرونباخ به دست آمد. همچنین به روش تحلیل عاملی نیز روایی مناسبی برای

⁴ Structured clinical interview for Dsm-5 disorder

⁵ Beck depression questionnaire, second edition

این پرسشنامه گزارش شده است [۱۹]. در پژوهش حاضر شدت افسردگی افراد افسرده نمره ای بین ۱۴ تا ۲۸ (افسردگی خفیف و شدید) در نظر گرفته شده است.

پرسشنامه سبک پاسخدهی نشخواری (RRS)^۶

این مقیاس دارای ۲۲ سوال ۴ گزینه ای لیکرت است. بر این اساس، نمره بین ۲۲ تا ۴۴ نشانه‌ی نشخوار فکری پایین، نمره ۴۴ تا ۶۶ نشانه‌ی نشخوار فکری متوسط و نمره بین ۶۶ تا ۸۸ نشانه‌ی نشخوار فکری بالا است [۲۰]. ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس ۰/۹۰ و اعتبار بازآزمایی آن ۰/۶۸ گزارش شده است [۲۱]. در ایران این پرسشنامه توسط باقری نژاد، صالحی فردی و طباطبایی به فارسی ترجمه و روایی شده است و در پژوهش آن‌ها همبستگی این پرسشنامه با نمرات افسردگی و اضطراب در نمونه‌ای از دانشجویان ایرانی ۰/۶۳ به دست آمده و ضریب آلفای کرونباخ ایرانی ۰/۸۸ گزارش شد [۲۲].

پرسشنامه تنظیم هیجانی (ERQ)^۷

این مقیاس از ۱۰ گویه تشکیل شده است که دارای دو خرده مقیاس ارزیابی مجدد (۶ گویه) و سرکوبی (۴ گویه) می‌باشد. ضریب آلفای کرونباخ برای ارزیابی مجدد ۰/۷۹ و برای سرکوبی ۰/۷۳ و اعتبار بازآزمایی بعد از ۳ ماه برای کل مقیاس ۰/۶۹ گزارش شده است. پایایی بازآزمایی این مقیاس در سه ماه ۰/۹۶ بوده است. در ایران بیگدلی و همکاران مقدار آلفای کرونباخ را برای ارزیابی مجدد ۰/۸۳ و سرکوبی را ۰/۷۹ به دست آورده اند [۲۳].

روش اجرا:

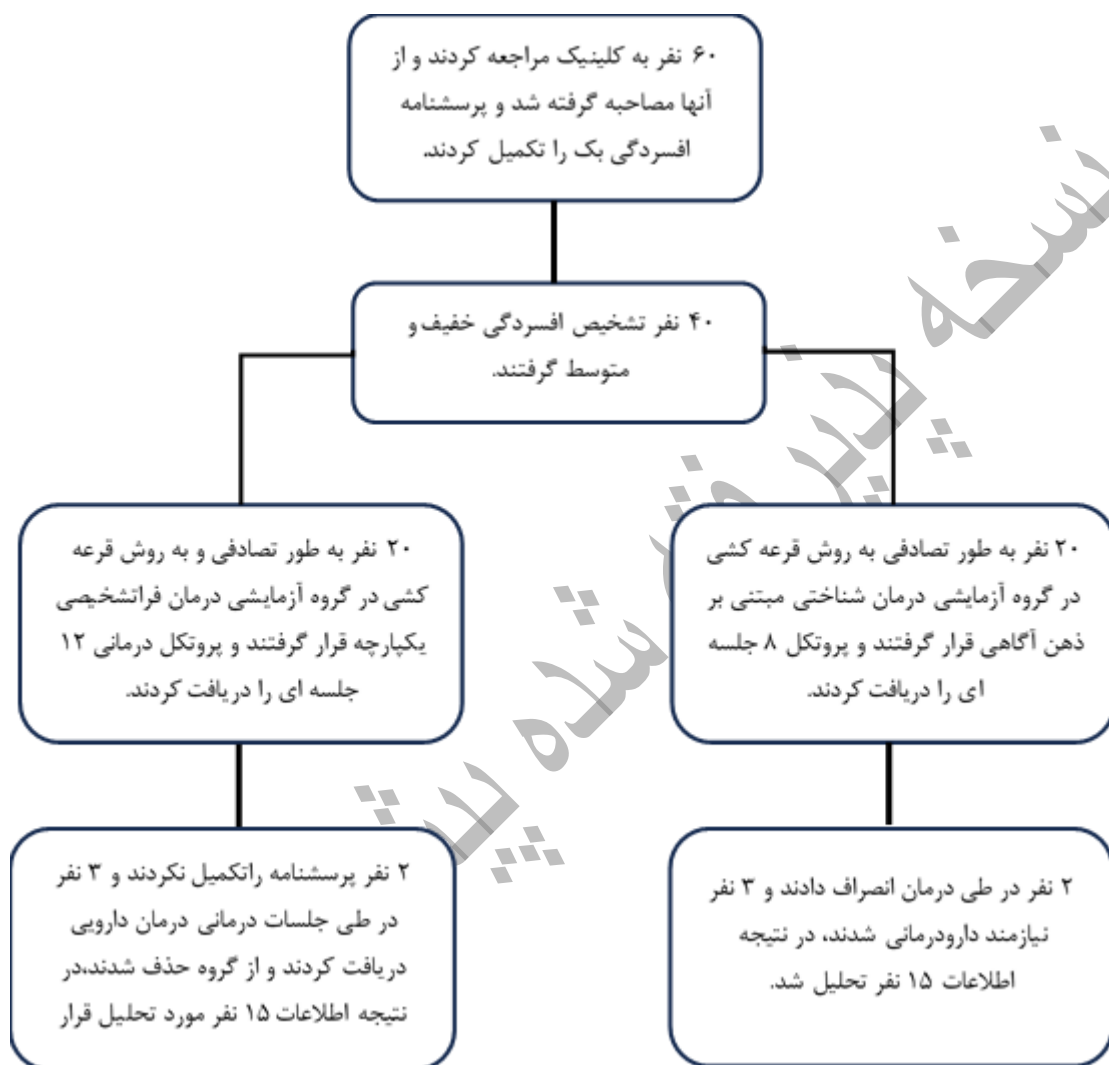
در پژوهش حاضر بعد از هماهنگی لازم با مرکز مشاوره توسط محقق طرح (نویسنده اول) از بین مراجعه کنندگان به مرکز که واجد شرایط ورود به مطالعه بودند، مصاحبه‌ی بالینی ساختار یافته برای اختلالات روانی^۸ گرفته شد و همچنین از آنها خواسته شد تا به پرسشنامه‌ی افسردگی بک (نسخه دوم) پاسخ دهند. در نهایت ۳۰ نفر از افرادی که نمره افسردگی آنها بین ۱۴ تا ۲۸ (افسردگی خفیف و متوسط) شده بود، به وسیله نمونه گیری هدفمند انتخاب و سپس به صورت تصادفی به دو گروه آزمایش (۱۵ نفر گروه درمانی ذهن آگاهی و ۱۵ نفر گروه درمانی فراتشخیصی) تقسیم شدند (شکل ۱). پس از گمارش افراد در گروه‌ها، توسط محقق یک جلسه‌ی توجیهی فردی برای توضیح فرآیند کار و همچنین بستن قرارداد درمانی و اصول اخلاقی پژوهش برگزار شد. سپس، اعضای هر دو گروه به پرسشنامه‌های تنظیم هیجان گراس و جان (ERQ) و سبک پاسخدهی نشخواری (RRS) پاسخ دادند. بعد از مرحله پیش‌آزمون؛ به شرکت کنندگان گروه‌های آزمایش پروتکل درمانی ذهن آگاهی (جدول ۱) [۲۴] و درمان فراتشخیصی یکپارچه (جدول ۲) [۲۵] به صورت فردی ارائه شد (هر دو درمان توسط محقق طرح که دانشجوی دکتری روان شناسی و دارای مدرک کارشناسی ارشد بالینی می‌باشد، انجام شده است. ایشان پروتکل‌های درمانی فراتشخیصی و ذهن آگاهی را تحت سوپروایزری اساتید متخصص این حوزه گذرانده و کلیه جلسات تحت نظارت نویسنده دوم به عنوان استاد راهنمای ایشان اجرا گردیده است). بعد از اتمام جلسات درمانی، در مرحله پس‌آزمون مجدد تمامی اعضای دو گروه به پرسشنامه‌های تنظیم هیجان گراس و جان (ERQ) و سبک

^۶ Rumination response style questionnaire

^۷ Emotional regulation questionnaire

^۸ Structured clinical interview for Dsm disorder(SCID)

پاسخدهی نشخواری (RRS) پاسخ دادند. به جهت رعایت موازین اخلاقی، بیمارانی که ملاک های ورود به پژوهش را نداشتند، به سایر درمانگران و مراکز مشاوره ارجاع داده شدند.



شکل ۱. شیوه انتخاب و گمارش نمونه پژوهش

جدول ۱. پروتکل جلسات شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی (سگال، ویلیامز و تیزدل، ۱۴۰۰)

جلسه	هدف	محتوا	تکلیف
۱	شناسایی هدایت خودکار و خروج ارادی از آن	در نظر گرفتن جنبهٔ محرمانه بودن و زندگی شخصی افراد؛ هدایت خودکار، تمرینهای جلسه خوردن یک کشمش همراه با حضور ذهن و مراقبه واریسی بدن	مراقبهٔ واریسی بدن، تمرین غذا خوردن و فعالیتهای روزمره با حضور ذهن
۲	رویارویی با موانع	هدف از این جلسه به چالش کشیدن موانع افراد است. ابتدا یک تمرین عینی فیزیکی انجام می شود تا شرکت کنندگان در حین تمرین به حضور ذهن برسند و سپس آنچه را که باید با کمک تمرین انجام شود مرور می کنند.	۴۵ دقیقه مدیتیشن، ده دقیقه تمرکز حواس، تمرکز متفاوت بر فعالیت روزانه و ثبت گزارش روزانه از یک رویداد خوشایند.
۳	تنفس با ذهن آگاهی و حضور در لحظه حاضر	تمرینهای جلسه مراقبه واریسی بدن، ده دقیقه حضور ذهن بر روی جریان تنفس. این تمرینها میتوانند با یک تمرین کوتاه حضور ذهن دیداری یا شنیداری آغاز شوند.	تمرینهای کششی آرام همراه با تمرین تنفس؛ تمرین فضای تنفس ۳ دقیقه ای و ثبت وقایع ناخوشایند
۴	ماندن در زمان حال	تمرینهای جلسه پنج دقیقه حضور ذهن دیداری یا شنیداری، مراقبه در وضعیت نشسته، آگاهی از تنفس، بدن، صداها، افکار و آگاهی هایی بدون جهت گیری خاص، فضای سه دقیقه ای تنفس، راه رفتن با حضور ذهن.	سه دقیقه تنفس سه بار در روز، سه دقیقه تنفس به عنوان راهبرد مقابله ای هنگام تجربه احساسات ناخوشایند
۵	پذیرش و اجازه یا مجوز حضور	تمرینهای جلسه مراقبه در وضعیت نشسته، آگاهی از تنفس و بدن، تاکید بر ادراک چگونگی واکنش دهی به افکار، احساسها و حسهای بدنی ایجاد شده، معرفی یک حالت دشوار در تمرین و کاوش اثراتش بر روی بدن و ذهن و سه دقیقه فضای تنفس.	تمرین مراقبه نشسته؛ فضای تنفس ۳ دقیقه ای به طور منظم؛ فضای تنفس ۳ دقیقه ای - مقابله ای (برای زمانی که متوجه احساسات ناخوشایند میشوید).
۶	افکار حقایق نیستند.	تمرینهای جلسه مراقبه در وضعیت نشسته، آگاهی از تنفس و بدن به اضافه معرفی مشکل مربوط به تمرین و پی بردن به اثراتش بر روی بدن و ذهن، سه دقیقه فضای تنفس.	تمرین مراقبه نشسته؛ فضای تنفس ۳ دقیقه ای - به طور منظم؛ فضای تنفس ۳ دقیقه ای - مقابله ای
۷	چگونه میتوانیم به بهترین شکل از خود مراقبت کنیم.	تمرینهای جلسه مراقبه در وضعیت نشسته، آگاهی از تنفس، بدن، اصوات، افکار و هیجانها، سه دقیقه فضای تنفس و طرح مشکلی که در انجام تکلیف به وجود آمده و پی بردن به اثرات آن بر بدن و ذهن.	انتخاب فعالیتهای بعد از برنامه، تنفس منظم سه دقیقه ای (دو بار در روز) و تنفس به عنوان راهبرد مقابله ای.
۸	استفاده از آموخته هایشان برای مقابله با نوسانات خلقی بعدی در آینده.	این جلسه با یک تمرین آغاز می شود. سپس به شرکت کنندگان این فرصت داده می شود تا تجربیات خود را از سراسر برنامه به یاد بیاورند. هدف جلسه تمرین منظم ذهن آگاهی برای حفظ تعادل در زندگی می باشد.	ادامهٔ تمرینهای اصلی در زندگی روزانه

جدول ۲. پروتکل درمانی فراتشخیصی یکپارچه (بارلو وهمکاران ۱۳۹۸)

جلسه	هدف	محتوا	تکلیف
۱	تعیین اهداف و حفظ انگیزه	معرفی درمانگر و توضیح مختصر پیرامون اهداف درمان فردی. کمک به مراجع برای تعیین هدف های کوتاه مدت و بلند مدت، خلاصه جلسه و دریافت بازخورد.	کاربرگ مزایا و معایب و هدفهای درمانی
۲	درک هیجانات	مرور تکلیف هفته ی قبل. توجه به هیجانات مراجع و بالا بردن خودآگاهی هیجانی مراجع،ارایه مدل سه قسمتی تجربه های هیجانی که شامل افکار، رفتار و احساس های فیزیولوژیک.	کاربرگ سه مولفه ای هیجان
۳	توجه آگاهی از هیجانات	تمرینهای جلسه مراقبه واریسی بدن، ده دقیقه حضور ذهن بر روی جریان تنفس. این تمرینها میتوانند با یک تمرین کوتاه حضور ذهن دیداری یا شنیداری آغاز شوند.	تمرینهای کششی آرام همراه با تمرین تنفس؛ تمرین فضای تنفس ۳ دقیقه ای و ثبت وقایع ناخوشایند
۴	انعطاف پذیری شناختی	شناسایی راه اندازهای هیجانات منفی و پاسخ دادن به هیجانات و توجه به پیامد کوتاه و بلند مدت پاسخ هایش.	کاربرگ نظارت بر هیجانات
۵	انعطاف پذیری شناختی	معرفی آگاهی هیجانی غیرقضاوتی، معرفی آگاهی معطوف به حال. انجام تمرین آگاهی هیجان ها در جلسه. به کارگیری تکنیک های ذهن آگاهی.	استفاده از فرم نظارت بر هیجانات و کاربرگ آگاهی هیجانی غیرقضاوتی و کاربرگ تمرکز بر زمان حال برای تکلیف
۶	مقابله رفتارهای هیجانی	آموزش پیرامون نوع ارزیابی شناختی و شناسایی تله ی شناختی و اجرای ارزیابی مجدد شناختی برای افزایش انعطاف پذیری و مواجهه با هیجانات منفی	کاربرگ ارزیابی و شناسایی ارزیابی های خود آیند و کاربرگ تکنیک پیکان رو به پایین
۷	مقابله رفتارهای هیجانی	بررسی فرایند اجتناب هیجانی و توضیح نقش آن در چرخه ی معیوب رفتار منفی. توجه به رفتارهای هیجان خاست مراجع	کاربرگ راهبردهای اجتنابی
۸	درک و مقابله با احساسات جسمی	توضیح فرایند کارکرد رفتارهای هیجان خاست. کمک به مراجع در شناسایی رفتارهای هیجان خاست و حرکت به سمت جایگزین کردن آن رفتارها	فرم تغییر رفتارهای هیجان خاست

کاربرگ الفای علائم	آشنا کردن مراجع با احساسات فیزیولوژیکی و برانگیختگی های آن. توضیح نقش احساس های فیزیولوژیکی در واکنش های رفتاری ما. مواجهه مراجع با احساس های ناخوشایند با تمرین مواجهه سازی	قرار گرفتن در معرض هیجانات	۹
کاربرگ مواجهه هیجانی	آشنایی با نحوه ی انجام تمرین های مواجهه با هیجانات ناخوشایند. تمرین و تکرار انجام تمرین مواجهه با هیجان ها بجای اجتناب کردن	قرار گرفتن در معرض هیجانات	۱۰ و ۱۱
	مرور کردن مهارتهای لازم برای مقابله با هیجان ها. ارزیابی پیشرفت مراجع. یادگیری راهبردهایی برای حفظ کردن پیشرفت حاصل شده و پیشگیری از عود	شناخت دستاوردها و نگاه به آینده	۱۲

تحلیل آماری:

پژوهش حاضر از نظر هدف کاربردی و از نظر روش، جزء تحقیقات نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون- پس آزمون می باشد. جهت تجزیه و تحلیل داده های پژوهش از نرم افزار SPSS نسخه ۲۴ انجام شد. پس از استفاده از آمار توصیفی، با استفاده از آمار استنباطی (تحلیل کوواریانس تک متغیری) به بررسی فرضیه های پژوهش پرداخته شد. همچنین قبل از انجام تحلیل آماری پیش فرض های آن به شرح زیر بررسی شد:

- بررسی توزیع نرمال داده ها با استفاده از آمار کجی و کشیدگی،
- بررسی رابطه خطی بین متغیرها با استفاده از نمودار پراکندگی و ضریب همبستگی پیرسون
- استفاده از آزمون کولموگروف / اسمیرنوف

یافته ها :

در جدول ۳ شاخص های آمار توصیفی (میانگین و انحراف معیار) گروه های مبتنی بر درمان ذهن آگاهی و درمان فراتشخیصی یکپارچه ارائه شده است. بر اساس نتایج مندرج در این جدول میانگین نمرات نشخوار فکری در مرحله پیش آزمون و پس آزمون برای گروه درمان ذهن آگاهی ۷۷/۴۶ و ۴۵/۶۰؛ گروه درمان فراتشخیصی یکپارچه به ترتیب ۷۴/۰۰ و ۴۹/۶۰ می باشد. همچنین، میانگین نمرات تنظیم هیجانی در مرحله پیش آزمون و پس آزمون برای گروه درمان فراتشخیصی یکپارچه به ترتیب ۲۹/۲۶ و ۴۱/۹۳؛ گروه درمان ذهن آگاهی ۲۶/۵۳ و ۳۸/۰۰ بود.

جدول ۳. شاخص های توصیفی نشخوار فکری و تنظیم هیجانی در گروه های آزمایش

متغیر	مرحله	گروه	
		درمان ذهن آگاهی میانگین (انحراف معیار)	درمان فراتشخیصی یکپارچه میانگین (انحراف معیار)
نشخوار فکری	پیش آزمون	۷۷/۴۶ (۴/۷۳)	۷۴/۰۰ (۵/۰۲)
	پس آزمون	۴۵/۶۰ (۳/۳۳)	۴۹/۶۰ (۴/۲۷)
تنظیم هیجانی	پیش آزمون	۲۶/۵۳ (۳/۳۳)	۲۹/۲۶ (۶/۳۲)
	پس آزمون	۳۸/۰۰ (۴/۸۹)	۴۱/۹۳ (۴/۹۴)

پیش فرض های آزمون تحلیل کوواریانس تک متغیری برای نمرات تمامی متغیرهای پژوهش بررسی شد. در ابتدا، نرمال بودن توزیع متغیرها، مقادیر کجی و کشیدگی برای نمرات پس آزمون هر دو متغیر پژوهش (تنظیم هیجانی و نشخوار فکری) در بازه ۲ و ۲- بود که به معنای نرمال بودن داده ها می باشد (جدول ۴). علاوه بر آن، نتایج آزمون کولموگروف/اسمیرنوف نیز برای نمرات این متغیرها در دو مرحله پیش آزمون و پس آزمون بررسی شد که نتایج این آزمون برای هر دو متغیر، از لحاظ آماری غیرمعنادار بود ($p > 0.05$). بنابراین نتایج فوق در مجموع بیانگر نرمال بودن داده های مربوط به نمرات پیش آزمون و پس آزمون برای هر دو متغیر بود. جهت همگنی شیب رگرسیون تنظیم هیجانی ($F=0.59, p>0.05$) و نشخوار فکری ($F=0.86, p>0.05$) نشان داد که پیش آزمون و پس آزمون در دو گروه معنی دار نمی باشد (جدول ۵). همچنین، نتایج آزمون F لوین برای بررسی همگنی واریانس های متغیرهای وابسته نشان داد که نمرات پس آزمون تنظیم هیجانی (۰/۵۰) و نشخوار فکری (۱/۳۷) می باشد که هر دو معنی دار نیست (جدول ۶). بنابراین واریانس نمرات این متغیرها در گروه ها برابر می باشد. لذا، بررسی پیش فرض های تحلیل کوواریانس نشان داد که تمامی این پیش فرض ها رعایت شده و جهت آزمون فرضیه های پژوهش می توان از این تحلیل استفاده کرد.

جدول ۴. بررسی نرمال بودن توزیع متغیرهای پژوهش

متغیر	کجی	کشیدگی
تنظیم هیجانی	-۰/۲۴	-۰/۶۳
نشخوار فکری	۰/۶۸	-۱/۱۶

جدول ۵. بررسی مفروضه همگنی شیب رگرسیون

تعامل گروه * پیش آزمون متغیر	آماره F	سطح معنی داری
تنظیم هیجانی	۰/۵۹	۰/۸۲
نشخوار فکری	۰/۸۶	۰/۶۱

جدول ۶. نتایج آزمون F لوین برای بررسی مفروضه همگنی واریانس ها

متغیر	آماره F	سطح معنی داری
تنظیم هیجانی	۰/۵۰	۰/۶۰
نشخوار فکری	۱/۳۷	۰/۲۶

در بررسی اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه و درمان ذهن آگاهی بر نشخوار فکری در افراد مبتلا به افسردگی نتایج در جدول ۷ نشان داد که اثر نمرات پیش آزمون معنادار نمی باشد ($F=۰/۲۱, p>۰/۰۵$). بدین معنا که بین نمرات پیش آزمون نشخوار فکری و نمرات پس آزمون این متغیر رابطه معناداری وجود ندارد. همچنین، نتایج مندرج در جدول نشان می دهد پس از کنترل نمرات پیش آزمون، اثر گروه بر نمرات پس آزمون نشخوار فکری معنادار می باشد ($p<۰/۰۱, F=۷/۸۷$). به عبارت دیگر، بین آزمودنی های دو گروه درمان فراتشخیصی یکپارچه و درمان ذهن آگاهی در میانگین نمرات نشخوار فکری در مرحله پس آزمون تفاوت معناداری وجود دارد.

جدول ۷. نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیری برای مقایسه درمان فراتشخیصی و ذهن آگاهی بر نشخوار فکری

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	سطح معناداری	اندازه اثر
پیش آزمون	۳/۲۸	۱	۳/۲۸	۰/۲۱	۰/۶۴	۰/۰۰۸
گروه	۱۱۸/۹۶	۱	۱۱۸/۹۶	۷/۸۷	۰/۰۰۹	۰/۲۲
خطا	۴۰۷/۹۲	۲۷	۱۵/۱۰			
کل	۵۳۱/۲۰	۲۹				

جدول ۸ میانگین تعدیل شده نمرات پس آزمون آزمودنی های دو گروه درمان فراتشخیصی یکپارچه و درمان ذهن آگاهی را در نشخوار فکری نشان می دهد. بر اساس نتایج مندرج در این جدول، میانگین تعدیل شده برای گروه درمان فراتشخیصی یکپارچه و درمان ذهن آگاهی به ترتیب ۴۹/۷۲ و ۴۵/۴۷ می باشد. در مجموع نتایج بیانگر آنست که بین دو گروه درمان فراتشخیصی یکپارچه و درمان ذهن آگاهی در میانگین نمرات پس آزمون نشخوار فکری تفاوت معناداری وجود دارد و این تفاوت به نفع درمان ذهن آگاهی است. یعنی میانگین نمرات افراد افسرده در نشخوار فکری که درمان ذهن آگاهی دریافت کرده اند بطور معناداری کمتر از گروه درمان فراتشخیصی یکپارچه است.

جدول ۸. میانگین تعدیل شده نمرات نشخوار فکری دو گروه درمان فراتشخیصی یکپارچه و درمان ذهن آگاهی

میانگین تعدیل شده		متغیر
درمان ذهن آگاهی (n=۱۵)	درمان فراتشخیصی یکپارچه (n=۱۵)	
۴۵/۴۷	۴۹/۷۲	نشخوار فکری

در بررسی اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه و درمان ذهن آگاهی بر تنظیم هیجانی در افراد افسرده نتایج جدول ۹ نشان داد که اثر نمرات پیش آزمون معنادار می باشد ($F=۱۴/۰۶, p<۰/۰۰۱$). بدین معنا که بین نمرات پیش آزمون تنظیم هیجانی و نمرات پس آزمون این متغیر رابطه معناداری وجود دارد. همچنین، نتایج مندرج در این جدول نشان می دهد پس از کنترل نمرات پیش آزمون، اثر گروه بر نمرات پس آزمون تنظیم هیجانی معنادار نمی باشد ($p>۰/۰۵, F=۲/۳۷$). به عبارت دیگر، بین آزمودنی‌های دو گروه درمان فراتشخیصی یکپارچه و درمان ذهن آگاهی در میانگین نمرات تنظیم هیجانی در مرحله پس آزمون تفاوت معناداری وجود ندارد.

جدول ۹. نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیری برای مقایسه درمان فراتشخیصی و ذهن آگاهی بر تنظیم هیجانی

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	سطح معناداری	اندازه اثر
پیش آزمون	۲۳۲/۵۷	۱	۲۳۲/۵۷	۱۴/۰۶	۰/۰۰۱	۰/۳۴
گروه	۳۹/۲۷	۱	۳۹/۲۷	۲/۳۷	۰/۱۳	۰/۰۸
خطا	۴۴۶/۳۵	۲۷	۱۶/۵۳			
کل	۷۹۴/۹۶	۲۹				

جدول ۱۰ میانگین تعدیل شده نمرات پس آزمون آزمودنی‌های دو گروه درمان فراتشخیصی یکپارچه و درمان ذهن آگاهی را در پرسشنامه تنظیم هیجانی نشان می‌دهد. بر اساس نتایج مندرج در این جدول، میانگین تعدیل شده برای گروه درمان فراتشخیصی یکپارچه و درمان ذهن آگاهی به ترتیب ۴۱/۱۵ و ۳۸/۷۷ می‌باشد. در مجموع نتایج بیانگر آنست که بین دو گروه درمان فراتشخیصی یکپارچه و درمان ذهن آگاهی در میانگین نمرات پس آزمون تنظیم هیجانی تفاوت معناداری وجود ندارد.

جدول ۱۰. میانگین تعدیل شده نمرات تنظیم هیجانی دو گروه درمان فراتشخیصی یکپارچه و درمان ذهن آگاهی

میانگین تعدیل شده		متغیر
درمان ذهن آگاهی (n=۱۵)	درمان فراتشخیصی یکپارچه (n=۱۵)	
۳۸/۷۷	۴۱/۱۵	تنظیم هیجانی

بحث :

با توجه به شیوع بالای اختلال افسردگی، این بیماری مهلك و اهمیت درمان آن، پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه (UP) و درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی (MBCT) بر نشخوار فکری و تنظیم هیجانی در افراد مبتلا به افسردگی انجام گرفت. نتایج حاصل در رابطه با مولفه نشخوار فکری نشان داد که بین دو گروه درمان فراتشخیصی یکپارچه و درمان ذهن آگاهی تفاوت معناداری وجود دارد و هر چند میزان نشخوار فکری مشارکت کنندگان در هر دو گروه درمانی، کاهش یافته است، لیکن، این تفاوت به نفع درمان ذهن آگاهی است. یعنی میانگین نمرات افراد افسرده در نشخوار فکری که درمان ذهن آگاهی دریافت کرده اند، بطور معناداری کمتر از گروه درمان فراتشخیصی یکپارچه بوده است. این یافته در خصوص تاثیر درمان ذهن آگاهی بر نشخوار فکری در بیماران افسرده با مطالعات پیشین همسو بود [۲۶-۳۴]. به علاوه، نتایج یک متاآنالیز نشان داده که درمان مبتنی بر ذهن آگاهی ها می تواند به طور قابل توجهی سطوح نشخوار فکری را در بیماران افسرده کاهش دهد [۳۵]. مطالعه دیگری نیز حاکی از آن بود که انشخوار فکری به شدت با علائم افسردگی مرتبط بوده و تغییرات در نشخوار فکری در طول درمان ذهن آگاهی در مقایسه با گروه های کنترل اثبات شده است [۳۶].

طبق مبانی نظری، نشخوار فکری به عنوان یک تفکر تکراری ناسازگار، ساختار فراتشخیصی مرتبط با چندین اختلال روانی از جمله اختلال افسردگی است [۳۷]. به زعم محققان آنچه افراد را به لحاظ روانی در برابر افسردگی آسیب پذیر میسازد، تمرکز روی افکار، نگرشهای منفی و نشخوارهای فکری در خصوص باورها، خاطرات و احساسات منفی است [۵۹]. در واقع، افراد افسرده از تحریف های شناختی نظیر تعمیم و مسئولیت مفرط، خودارجاعی های افراطی و فاجعه آمیز کردن وقایع استفاده کرده و این به خوبی نشانگر نقش نشخوار فکری در بروز و تشدید حالات افسردگی های است [۳۷]. پژوهشگران در مروری سیستماتیک دریافتند که نشخوار فکری یک عامل قوی مرتبط با اختلالاتی مانند افسردگی و وسواس فکری- عملی است که در مطالعات اثبات شده است [۳۹،۴۰]. همچنین، در پژوهش های متعددی نشخوار فکری پیش بینی کننده ی اختلال افسردگی بوده و این دو با هم ارتباط متقابل دارند [۴۱].

در خصوص تبیین معنادار بودن ذهن آگاهی نسبت به درمان فراتشخیصی یکپارچه در کاهش علائم نشخوار فکری ذکر این نکته حائز اهمیت است که در درمان ذهن آگاهی، تمرکز بیشتر جلسات درمانی بر کنترل افکار منفی و جانشینی با افکار خوشایند است؛ کارکردن مکرر با محتوای افکار و گرایشهای اجتنابی عادت، به تدریج موجب ایجاد تغییر در دیدگاه عمومی فرد در ارتباط با افکار مزاحم میشود؛ در حالی که در درمان یکپارچه تاکید بیشتر بر کنترل هیجانات منفی است. [۴۲،۴۳].

همچنین در بررسی مولفه تنظیم هیجانی در ایجاد اف سردگی نتایج پژوهش حاضر نشان داد که بین دو گروه درمان فرات تشخیصی یکپارچه و درمان ذهن آگاهی تفاوت معناداری وجود ندارد یعنی هر دو گروه به یک میزان باعث تنظیم هیجان در بیماران افسرده شده اند. هر چند در مطالعه ای مستقیماً به بررسی مقایسه اثربخشی این دو درمان بر تنظیم هیجان پرداخته نشده است؛ لیکن، در مطالعات پیشین اثربخشی این دو درمان بر متغیرهای روانشناختی مورد تایید قرار گرفته و اثربخشی درمان ذهن آگاهی [۴۴-۴۶] و درمان فرات تشخیصی یکپارچه [۴۷-۴۹] در بهبود اختلالات هیجانی نشان داده شده است. طبق مبانی نظری، از جمله الگوهای مداخله‌ای روان شناختی برجسته در بهبود راهبردهای تنظیم هیجانی، درمان فرات تشخیصی یکپارچه و ذهن آگاهی است که بر کمک به مراجع، جهت کسب مهارت‌های مقابله‌ای لازم و مدیریت موقعیت‌های استرس‌زا و درمان اختلالات روان شناختی همراه نظیر اف سردگی، تمرکز دارد [۶۰]. می‌توان گفت که درمان مبتنی بر ذهن آگاهی از طریق تغییر توجه بر روی تنفس آگاهانه و یادگیری این که هر موقعیتی، یک هیجان یا احساس گذرا دارد که باید پذیرفته و کنترل شود و درمان فرات تشخیصی یکپارچه از طریق کمک به مراجع در شناسایی رفتارهای هیجانی خاص و حرکت به سمت جایگزین کردن آن رفتارها، می‌تواند با آموزش بازسازی شناختی و هیجانی بر احساسات حاصل از موقعیت‌های استرس‌زا اثرگذارده و از طریق تکنیک‌هایی نظیر آرامبخشی، خودآگاهی هیجانی، بودن در زمان حال و تعامل با دیگران، میزان احساسات ناخوشایند خویش را کاهش دهند [۵۱، ۵۰].

در راستای مطالعه حاضر، پژوهش‌های متعددی اثربخشی درمان فرات تشخیصی یکپارچه را در تنظیم هیجان‌نا سازگارانه افرادی که علائم زمینه‌ای اف سردگی دارند، نشان دهند [۵۲-۵۴]. در مداخله درمانی فرات تشخیصی یکپارچه، مهارت‌های تنظیم هیجان به درمانجویان کمک می‌کند تا احساس خود را دقیق‌تر تشخیص داده و هر هیجان را بدون ناتوان شدن در برابر آن بررسی نمایند [۵۵]. در طی جلسات درمان فرات تشخیصی یکپارچه به مراجعان آموخته می‌شود که با بررسی فرایند اجتناب هیجانی و توضیح نقش آن در چرخه‌ی معیوب رفتار منفی، رفتارهای هیجانی خاص را شناسایی و به سمت جایگزین کردن آن رفتارها حرکت نمایند. در واقع، درمان فرات تشخیصی یکپارچه با استفاده از تکنیک‌هایی نظیر شناسایی هیجانها، آموزش آگاهی هیجانی، ارزیابی مجدد شناختی، شناخت مدل‌های اجتناب از هیجان و بررسی رفتارهای ناشی از هیجان منجر به بروز رفتارهای مرتبط با سلامتی می‌شود [۵۶-۵۸].

نتیجه گیری:

مطالعه حاضر نشان داد که دو درمان فرات تشخیصی یکپارچه و درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی می‌توانند در تنظیم هیجانی افراد افسرده موثر و درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی در کاهش نشخوارهای فکری افراد افسرده موثرتر از درمان فرات تشخیصی یکپارچه می‌باشد. لذا از این پژوهش نتیجه‌گیری می‌شود که اگر متخصصان بالینی از مداخلاتی استفاده کنند که هدف آنها تنظیم هیجان و کاهش نشخوار فکری باشد پیاندهای درمانی بهتری را به دنبال خواهد

داشت. با این حال تفه سیر یافته های هر پژوهشی باید با محدودیتهای آن در نظر گرفته شود. برای مثال یکی از محدودیتهای پژوهش حاضر انتخاب بیماران از مراجعین کلینیکهای روان شناسی و مشاوره جهاد دانشگاهی مشهد بود که تعمیم نتایج این مطالعه را به سایر مناطق مشکل می سازد. علاوه بر این، چون محقق نقش درمانگر را نیز داشت امکان اینکه اثربخشی درمان تحت تاثیر قرار بگیرد وجود داشت. همچنین یکی دیگر از محدودیتهای موجود این بود که به دلیل محدودیت زمانی در این پژوهش امکان پیگیری وجود نداشت. همچنین جهت به دست آوردن حمایتهای تجربی و پژوهشی بیشتر، پژوهشهای مشابه در سایر نقاط کشور با در نظر گرفتن متغیرهای بالینی ذکر شده در مبتلایان افسردگی به محققان آینده پیشنهاد می گردد که این پژوهش بر روی نمونه های مرد و مقایسه آن با زنان نیز انجام پذیرد. همچنین با توجه به اینکه راهبردهای تنظیم هیجان عموماً در کودکی و نوجوانی آموخته و در بزرگسالی به سبک خودکار شناختی فرد تبدیل می شود، آموزش تکنیک هایی بر اساس الگوی دو درمان فراتر شخصی صی و ذهن آگاهی جهت استفاده از راهبردهای سازگارانه در سنین کودکی و نوجوانی توصیه می گردد.

ملاحظات اخلاقی:

پیروی از اصول اخلاق پژوهش

مطالعه حاضر با شناسه اخلاق IR.IAU.MSHD.REC.1402.128 در دانشکده علوم پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی - واحد علوم پزشکی مشهد تایید و در سامانه ثبت کارآزمایی بالینی ایران با کد IRCT20231107059985N1 ثبت شده است.

حامی مالی: این پژوهش حاصل پایان نامه دکتری خانم سمیه افشار در گروه روانشناسی دانشگاه آزاد اسلامی بود و حامی مالی نداشت.

مشارکت نویسندگان: نگارش پیشنهاد، تحقیق و بررسی، اعتبارسنجی و نهایی سازی: سمیه افشار؛ اعتبارسنجی، نظارت، بازنگری: نگاراصغری پوررحمتی؛ روش شناسی: فاطمه علیدوستی.

تعارض منافع: بنابر اظهار نویسندگان این مقاله تعارض منافع ندارد.

References:

- 1- Montazeri. A, Mousavi.J, Omidvari.S, Tavosi.M, Hashemi.A, Rostami.T, 2013, Depression in Iran: a systematic review of research literature, <https://civilica.com/doc/1436820>
- 2- Liu CS, Adibfar A, Herrmann N, Gallagher D, Lanctôt KL. Evidence for inflammation-associated depression. *Inflammation-associated depression: evidence, mechanisms and implications*. 2017:3-30.
- 3- Halaris A. Inflammation-associated co-morbidity between depression and cardiovascular disease. *Inflammation-associated depression: Evidence, mechanisms and implications*. 2017:45-70.
- 4- Smith J, Smith J. Involuntary Symptoms: Grief and Depression. *Psychotherapy: A Practical Guide*. 2017:221-36.
- 5- Papageorgiou C ,Wells A. *Depressive rumination: Nature, theory and treatment*: John Wiley & Sons; 2004.
- 6- Yang H, Zhou X, Xie L, Sun J. [The effect of emotion regulation on emotional eating among undergraduate students in China: The chain mediating role of impulsivity and depressive symptoms]. *Plos one*. 2023 ;18(6):e0280701. DOI: 10.1371/journal.pone.0280701. PMID: 37319167; PMCID: PMC10270349.
- 7- Gross JJ. The emerging field of emotion regulation: An integrative review. *Review of General Psychology*. 1998; 2(3):271- 99. [DOI:10.1037/1089-2680.2.3.271]
- 8- Stern MR, Nota JA, Heimberg RG, Holaway RM, Coles ME. An initial examination of emotion regulation and obsessive compulsive symptoms. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*. 2014; 3(2):109-14. [DOI:10.1016/j. jocrd.2014.02.005]
- 9- Angelakis I, Gooding P. Obsessive-compulsive disorder and suicidal experiences: The role of experiential avoidance. *Suicide & Life-Threatening Behavior*. 2020; 50(2):359-71. [DOI:10.1111/sltb.12593] [PMID]
- 10- Nazari F, Gharraee B, Zahedi Tajrishi K. [Mediating role of Emotion Dysregulation, Experiential Avoidance, and Rumination in the relationship of Emotional Schemas with Obsessive-Compulsive Disorder Symptoms (Persian)] .*Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*. 2023; 28(4):466-479. <http://dx.doi.org/10.32598/ijpcp.28.4.4377.1> : <http://dx.doi.org/10.32598/ijpcp.28.4.4377.1>
- 11- Beck AT. *Cognitive therapy of depression*: Guilford press; 1979.
- 12- Krieger T, Altenstein D, Baettig I, Doerig N, Holtforth MG. [Self-compassion in depression: Associations with depressive symptoms, rumination, and avoidance in depressed outpatients]. *Behavior therapy*. 2013;44:501-13
- 13- Crane R. *Mindfulness-based cognitive therapy: Distinctive features*: Taylor & Francis; 2017.
- 14- Segal ZV, Teasdale JD, Williams JM, Gemar MC. The mindfulness-based cognitive therapy adherence scale: Inter-rater reliability, adherence to protocol and treatment distinctiveness. *Clinical psychology & psychotherapy*. 2002;9(2):131-8
- 15- McEvoy PM, Nathan P, Norton PJ. Efficacy of transdiagnostic treatments: A review of published outcome studies and future research directions. *Journal of Cognitive Psychotherapy*. 2009;23(1):20-33.
- 16- Barlow DH, Farchione TJ, Bullis JR, Gallagher MW, Murray-Latin H, Sauer-Zavala S, et al. The unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders compared with diagnosis-specific protocols for anxiety disorders: A randomized clinical trial. *JAMA psychiatry*. 2017;74(9):875-84.
- 17- Gall, domain. Meredith; Borg, Walter and Gall, Joyce (2011). *Quantitative and qualitative research methods in educational sciences and psychology (volume one)*, translated by Ahmad Reza Nasr and colleagues. Tehran: Samt Publications.(Persian).
- 18- Michael B, First M, Janet B, Williams D, Rhonda S, Karg P, et al. *Structured Clinical Interview for DSM-5® Disorders—Clinician Version (SCID-5-CV)*. American Psychiatric Association. 2016
- 19- Dobson, K.S. and Mohammad Khani, P. (2007) Psychometric Characteristics Beck Depression Inventory- 2 in a Large Sample of Patients with Major Depressive Disorder. *Iranian Journal of Rehabilitation in Mental Disorders*, 8, 80-86.
- 20- Nolen-Hoeksema S ,Morrow J. Response styles questionnaire. *Psychological Assessment*. 1991.

- 21- Yook K, Kim K-H, Suh SY, Lee KS. Intolerance of uncertainty, worry, and rumination in major depressive disorder and generalized anxiety disorder. *Journal of anxiety disorders*. 20.۸-۶۲۳:(۶)۲۴;۱۰
- 22- Bagherinejad b, Salehi Faderdi Saf, Tabatabai SM.[The relationship between rumination and depression in a sample of Iranian students]. *Clinical psychology research and counseling*. 2010;011:-. doi: 10.22067/ijap.v11i1.6910(Persian).
- 23- Bigdali, A., Najafi, M. M. Rostami, (2013) Relationship between attachment styles, emotional regulation and resilience with psychological well-being in medical students, *Iranian Journal of Education in Medical Sciences*, Volume 13, No. 729-721-9(Persian).
- 24- Nikroo B, Shahabizadeh F, Nasri M.[The effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT) and Acceptance and Commitment Therapy (ACT) in sleep quality of students with test anxiety]. *Journal of Fundamentals of Mental Health* 2022 Nov-Dec; 24(6):383-390. (Persian).
- 25- Barlow DH, Farchione TJ, Bullis JR, Gallagher MW, Murray-Latin H, Sauer-Zavala S, Bentley KH, Thompson-Hollands J, Conklin LR, Boswell JF, Ametaj A. The unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders compared with diagnosis-specific protocols for anxiety disorders: A randomized clinical trial. *JAMA psychiatry* 2017; 74(9):875-84.
- 26- Shih VW, Chan W-C, Tai O-K, Wong H-L, Cheng CP, Wong CS .*Mindfulness-based cognitive therapy for late-life depression: a randomised controlled trial*. *East Asian archives of psychiatry*. 2021;31(2):27-35.
- 27- Foroughi A, Sadeghi K, Parvizifard A, Parsa Moghadam A, Davarinejad O, Farnia V, et al. The effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy for reducing rumination and improving mindfulness and self-compassion in patients with treatment-resistant depression. *Trends in psychiatry and psychotherapy*. 20.۴۶-۴۲:۱۳۸;۲۰
- 28- Chesin MS, Benjamin-Phillips CA, Keilp J, Fertuck EA, Brodsky BS, Stanley B. Improvements in executive attention, rumination, cognitive reactivity, and mindfulness among high–suicide risk patients participating in adjunct mindfulness-based cognitive therapy: preliminary findings. *The journal of alternative and complementary medicine*. 2016;22(8):642-9.
- 29- van der Velden AM, Kuyken W, Wattar U, Crane C, Pallesen KJ, Dahlgaard J, et al. A systematic review of mechanisms of change in mindfulness-based cognitive therapy in the treatment of recurrent major depressive disorder. *Clinical psychology review*. 2015;37:26-39.
- 30- Hawley LL, Schwartz D, Bieling PJ, Irving J, Corcoran K, Farb NA, et al. Mindfulness practice, rumination and clinical outcome in mindfulness-based treatment. *Cognitive therapy and research*. 2014;38:1-9.
- 31- Batink T, Peeters F, Geschwind N, van Os J, Wichers M. How does MBCT for depression work? Studying cognitive and affective mediation pathways. *PloS one*. 2013;8(8):e72778.
- 32- Radford SR, Crane RS, Eames C, Gold E, Owens GW. The feasibility and effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy for mixed diagnosis patients in primary care: a pilot study. *Ment Health Fam Med*. 2012;9(3):191-200.
- 33- Garland EL, Gaylord SA, Fredrickson BL. Positive reappraisal mediates the stress-reductive effects of mindfulness: An upward spiral process. *Mindfulness*. 2011;2:59-67.
- 34- Frostadottir AD, Dorjee D. Effects of mindfulness based cognitive therapy (MBCT) and compassion focused therapy (CFT) on symptom change, mindfulness, self-compassion, and rumination in clients with depression, anxiety, and stress. *Frontiers in psychology*. 2۰۱۰:۱۰۹۹;۰۱۹
- 35- Li P, Mao L, Hu M, et al. Mindfulness on Rumination in Patients with Depressive Disorder: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2022 Dec;19(23):16101. DOI: 10.3390/ijerph192316101. PMID: 36498174; PMCID: PMC9737922.

- 36- Patel A, Daros AR, Irwin SH, et al. Associations between rumination, depression, and distress tolerance during CBT treatment for depression in a tertiary care setting. *Journal of Affective Disorders*. 2023 Jun;S0165-0327(23)00830-3. DOI: 10.1016/j.jad.2023.06.063. PMID: 37392943.
- 37- Lawrence, A. V., Alkozei, A., Irgens, M. S., Acevedo-Molina, M. C., Brener, S. A., Chandler, A. B., Chau, R. F., Doyle, C. Y., McKinney, A. L., Price, S. N., Shanholtz, C. E., Van Etten, E. J., Ver Hoeve, E. S., Sbarra, D. A., & O'Connor, M.-F. (2021). Think again: Adaptive repetitive thought as a transdiagnostic treatment for individuals predisposed to repetitive thinking styles. *Journal of Psychotherapy Integration*, 31(2), 208–222. <https://doi.org/10.1037/int0000209>
- 38- Hu M, Squires SD, Milev RV, Poppenk J. Data and alternative models describing the associations among non-infection pandemic stress, event-related rumination, depression, and anxiety. *Data in Brief*. 2023 Feb;46:108864. DOI: 10.1016/j.dib.2022.108864. PMID: 36589627; PMCID: PMC9792411.
- 39- Hernández-Posadas A, Lommen MJJ, de la Rosa Gómez A, et al. Transdiagnostic factors in symptoms of depression and post-traumatic stress: a systematic review. *Current Psychology (New Brunswick, N.J.)*. 2023 May:1-16. DOI: 10.1007/s12144-023-04792-x. PMID: 37359653; PMCID: PMC10226442.
- 40- Nazari F, Gharraee B, Zahedi Tajrishi K. [Mediating role of Emotion Dysregulation, Experiential Avoidance, and Rumination in the relationship of Emotional Schemas with Obsessive-Compulsive Disorder Symptoms (Persian)] *.Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*. 2023; 28(4):466-479. <http://dx.doi.org/10.32598/ijpcp.28.4.4377.1> : <http://dx.doi.org/10.32598/ijpcp.28.4.4377.1>
- 41- Rnic K, Battaglini A, Jopling E, Tracy A, LeMoult J. Attentional Biases and their Push and Pull with Rumination and Co-Rumination is Based on Depressive Symptoms: a Prospective Study of Adolescents. *Research on Child and Adolescent Psychopathology*. 2023;51(3):399-41
- 42- Alem Dianati F, Moheb N.[Effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy on reducing negative strategies of cognitive emotion regulation in patients with obsessive-compulsive disorder]. *Journal of Instruction and Evaluation*. 2018;10:171-88. (Persian).
- 43- Vidal-Arenas V, Bravo AJ, Ortet-Walker J, et al. Neuroticism, rumination, depression and suicidal ideation: A moderated serial mediation model across four countries. *International Journal of Clinical and Health Psychology : IJCHP*. 2022 Sep-Dec;22(3):100325. DOI: 10.1016/j.ijchp.2022.100325. PMID: 35950010; PMCID: PMC9343412.
- 44- Segal ZV, Teasdale JD, Williams JM. Mindfulness Based cognitive therapy for depression. New York: The Guilford Press; 2002. pp: 78-122.
- 45- Geschwind N, Peeters F, Huibers M, van Os J, Wichers M. Efficacy of mindfulness-based cognitive therapy in relation to prior history of depression: randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*. 2012;201(4):320-5.
- 46- Nessel MB, Bjørngaard JH, Whittington R, Palmstierna T. Does cognitive behavioural therapy or mindfulness-based therapy improve mental health and emotion regulation among men who perpetrate intimate partner violence? A randomised controlled trial. *International journal of nursing studies*. 2021;113:103795.
- 47- Osma J, Peris-Baquero O, Suso-Ribera C, Farchione T, Barlow D. Effectiveness of the Unified Protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders in group format in Spain: Results from a randomized controlled trial with 6-months follow-up. *Psychotherapy Research*. 2022;32(3):329-42.
- 48- Shirani S, Raisi Z, Mehrabi H, Dehghani A. The effectiveness of integrated transdiagnostic treatment on experiential avoidance and work-family conflict of employees with job burnout. *Cognitive Analytical Psychology Quarterly*. 2021;12(44):57-70.
- 49- Mohammadi R, Nahang AA, Hoseini MA. The effectiveness of unified transdiagnostic therapy on self-concept and psychological disorder of the students with depression symptoms. *Quarterly journal of child mental health*. 2020;6(4):108-18.

- 50- Denkova E, Zanesco AP, Rogers SL, Jha AP. Is resilience trainable? An initial study comparing mindfulness and relaxation training in firefighters. *Psychiatry Research*. 2020;285:112794.
- 51- Turcotte, J., Lakatos, L., & Oddson, B. (2023). Self-regulation of attention may unify theories of mindfulness. *Psychology of Consciousness: Theory, Research, and Practice*, 10(2), 103–114. <https://doi.org/10.1037/cns0000310>
- 52- Zemestani M, Imani M, Ottaviani C. A preliminary investigation on the effectiveness of unified and transdiagnostic cognitive behavior therapy for patients with comorbid depression and anxiety. *International Journal of Cognitive Therapy*. 2017;10(2):175-85.
- 53- Fortuna, L. R., Falgas-Bague, I., Ramos, Z., Porche, M. V., & Alegría, M. (2020). Development of a cognitive behavioral therapy with integrated mindfulness for Latinx immigrants with co-occurring disorders: Analysis of intermediary outcomes. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 12(8), 825–835. <https://doi.org/10.1037/tra0000949>
- 54- Norton PJ, Roberge P. Transdiagnostic Therapy. *The Psychiatric Clinics of North America*. 2023 Dec;40(4):675-687. DOI: 10.1016/j.psc.2017.08.003. PMID: 29080593.
- 55- Peláez T, López-Carrillero R, Ferrer-Quintero M, Ochoa S, Osma J. Application of the unified protocol for the transdiagnostic treatment of comorbid emotional disorders in patients with ultra-high risk of developing psychosis: A randomized trial study protocol. *Frontiers in Psychology*. 2022;13.
- 56- Nasiri F, Mashhadi A, Bigdeli I, Chamanabad AG, Ellard KK. Augmenting the unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders with transcranial direct current stimulation in individuals with generalized anxiety disorder and comorbid depression: A randomized controlled trial. *Journal of affective disorders*. 2020;262:405-13.
- 57- Bisby, M. A., Scott, A. J., Fisher, A., Gandy, M., Hathway, T., Heriseanu, A. I., Karin, E., Cross, S., Staples, L., Titov, N., & Dear, B. F. (2023). The timing and magnitude of symptom improvements during an Internet-delivered transdiagnostic treatment program for anxiety and depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 91(2), 95–111. <https://doi.org/10.1037/ccp0000761>
- 58- Reisi S, Ahmadi SM, Foroughi A, Bahrami R, Parvizifard A. Transdiagnostic Therapy Compared to Progressive Muscle Relaxation on the Emotional Health of Mothers With Premature Infants: A Randomized Controlled Trial. *International Journal of Psychiatry in Medicine*. 2023 May;912174231177629. DOI: 10.1177/00912174231177629. PMID: 37216682.
- 59- Afshar S, Asgharipour Zahmati N, Alidoosti F. Effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT) on cognitive avoidance, rumination and emotional regulation in depressed individuals. *Journal of Fundamentals of Mental Health* 2024 Mar-Apr; 26(2):123-131. DOI: 10.22038/JFMH.2024.76456.3098
- 60- Shahverdi A, Omidi M, Mousavi Nik M. Effect of Mindfulness-based Cognitive Therapy on Cognitive Emotion Regulation, Psychosomatic Symptom Severity of Migraine, and Stress Coping Styles of Women with Migraine. *IJPCP* 2023; 29 (1) :18-31 URL: <http://ijpcp.iums.ac.ir/article-1-3811-fa.html>