

The efficacy of integrated transdiagnostic treatment in reducing worry, anxiety, depressive and emotional regulation in patients with generalized anxiety disorder

Shalir Kolah-Zari¹, Abolfazl Mohammadi², Farzin Rezaei³

1-MSc, Department of Psychiatry, Kurdistan University of Medical Sciences, Sanandaj, Iran.

2- Assistant Professor, Department of Psychiatry, Tehran University of Medical Sciences, Roozbeh Hospital, Tehran, Iran, Researcher at the University of Saskatchewan, Saskatchewan, Canada (Corresponding Author).
E-mail: Amohammadi@stu.iuums.ac.ir

3- Professor, Department of Psychiatry, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

Received: 11/06/2023

Accepted: 21/10/2023

Abstract

Introduction: Generalized anxiety disorder (GAD) is a prevalent mental health condition, characterized by an individual's excessive and persistent worry about various social situations. It is a common problem which can induce numerous physical and mental alterations in the person affected.

Aim: The current study aimed to evaluate the efficacy of an integrated transdiagnostic treatment approach in alleviating symptoms of worry, anxiety, and depression and improving emotional regulation in patients diagnosed with GAD.

Method: In this semi-experimental study, a pretest-posttest, control group design with a follow-up was employed. The research population consisted of all clients aged 18-51 years with GAD in Sanandaj, Iran, during 2018. The research sample comprised 20 patients diagnosed with GAD based on the criteria outlined in the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5). These diagnoses were confirmed through structured interviews conducted by a psychiatrist and a clinical psychologist. The samples were selected via convenience sampling and randomly allocated into experimental and control groups. The research utilized several assessment tools, including the Beck Depression Inventory (1961), the Beck Anxiety Inventory (1988), the Pennsylvania Anxiety Inventory (1990), and the Emotional Regulation Inventory (2008). The collected data were analyzed using the analysis of covariance test in SPSS-24.

Results: According to the results, the integrated transdiagnostic treatment had an impact on reducing anxiety and depression. However, it was not effective in alleviating anxiety and improving emotional regulation in patients with GAD ($P \leq 0.001$).

Conclusion: The integrated transdiagnostic treatment method utilized in this study proved to be effective in alleviating worry and depression in patients diagnosed with GAD. Consequently, it is recommended for use in the therapeutic management of worry and depression symptoms in individuals suffering from GAD.

Keywords: Anxiety, Depression, Emotional regulation, Generalized anxiety disorder

How to cite this article: Kolah-Zari Sh, Mohammadi A, Rezaei F. The efficacy of integrated transdiagnostic treatment in reducing worry, anxiety, depressive and emotional regulation in patients with generalized anxiety disorder. Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry. 2023; 10(5): 58-72. URL: <http://shenakht.muk.ac.ir/article-1-2074-en.pdf>

Copyright © 2018 the Author (s). Published by Kurdistan University of Medical Sciences. This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-Non Commercial License 4.0 (CCBY-NC), where it is permissible to download, share, remix, transform, and build up the work provided it is properly cited. The work cannot be used commercially without permission from the journal.

اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه بر کاهش نگرانی، اضطراب، افسردگی و تنظیم هیجانی در بیماران دارای اختلال اضطراب فراگیر

شلیز کلاه زری^۱، ابوالفضل محمدی^۲، فرزین رضاعی^۳

۱. کارشناس ارشد، گروه روانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران.

۲. استادیار، گروه روانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، بیمارستان روزبه، تهران، ایران، محقق دانشگاه ساسکاچوان، ساسکاچوان، کانادا (مولف مسئول).

ایمیل: Amohammadi@stu.iuums.ac.ir

۳. استاد، گروه روانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۴۰۲/۰۷/۲۹

تاریخ دریافت مقاله: ۱۴۰۲/۰۳/۲۱

چکیده

مقدمه: اختلال اضطراب فراگیر یک ترس از قرار گرفتن در موقعیت‌های مختلف اجتماعی است که شایع بوده و باعث تغییرات جسمی و روانی فراوانی در فرد می‌گردد.

هدف: پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه بر کاهش نگرانی، اضطراب، افسردگی و تنظیم هیجانی بیماران دارای اختلال اضطراب فراگیر انجام شد.

روش: مطالعه از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل بود. جامعه پژوهش شامل کلیه مراجعین ۱۸ تا ۵۱ سال دارای اختلال اضطراب فراگیر شهرستان سنندج در سال ۱۳۹۷ بود. نمونه پژوهش شامل ۲۰ نفر از بیماران دارای اختلال اضطراب فراگیر که مبتنی بر ملاک‌های DSM-۵ با تشخیص و مصاحبه ساختاریافته توسط روانپزشک و روانشناس بالینی به صورت نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند، و به صورت تصادفی در یک گروه آزمایش و یک گروه کنترل جایدهی شدند. ابزار پژوهش شامل پرسشنامه افسردگی بک (۱۹۶۱)، پرسشنامه اضطراب بک (۱۹۸۸)، پرسشنامه نگرانی پنسیلوانیا (۱۹۹۰) و پرسشنامه تنظیم هیجانی (۲۰۰۸) بود. داده‌ها با استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس و به کمک نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۴ تحلیل شد.

یافته‌ها: طبق نتایج بدست آمده درمان فراتشخیصی یکپارچه بر کاهش نگرانی و افسردگی تاثیر داشت، اما در ارتباط با متغیرهای اضطراب و تنظیم هیجان بیماران دارای اختلال اضطراب فراگیر مؤثر نبود ($P \leq 0.001$).

نتیجه‌گیری: درمان فراتشخیصی یکپارچه روشی مؤثر در بهبود نگرانی و افسردگی بیماران دارای اختلال اضطراب فراگیر بود، بنابراین پیشنهاد می‌شود در درمان نگرانی و افسردگی افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر استفاده شود.

کلیدواژه‌ها: اضطراب، افسردگی، تنظیم هیجانی، اختلال اضطراب فراگیر

مقدمه

سلامت فیزیکی، درد بدنی، سرزندگی، سلامت روانی^{۱۰} و کارکرد نقش دارند (استراون و لوین^{۱۱}، ۲۰۲۰). مؤثرترین درمان برای این اختلالات، احتمالاً ترکیبی از رویکردهای روان درمانی، دارو درمانی و درمان‌های حمایتی است (جیمز، ردون، سولر، جیمز و کرسول^{۱۲}، ۲۰۲۰). همچنین اشکال مختلفی از درمان‌های روانشناختی برای اختلال اضطراب فراگیر وجود دارد که می‌توان به درمان‌های رفتاری^{۱۳}، شناختی-رفتاری^{۱۴}، روان پویایی^{۱۵} و پس‌خوراند زیستی^{۱۶} اشاره کرد (پنیکس، پین، هولمز و ریف^{۱۷}، ۲۰۲۱).

مصرف بالای قرص‌های ضد اضطراب، مشکلاتی است که امروزه جامعه ما با آن دست به‌گیران است (ملاراگانو^{۱۸}، ۲۰۲۱). به همین دلیل در طی سال‌های اخیر درمان‌های مؤثری برای اختلال‌های هیجانی به‌ویژه اضطراب و افسردگی معرفی شده است (گاراگانی، موروق، فریر، تام، لارکین و همکاران^{۱۹}، ۲۰۲۰)؛ اما تعداد کمی از آن‌ها توانستند کارآزمایی‌های تصادفی بالینی اثربخش باشند (چاو، کروسکو، اسلینگ، آریزا، لایندر و همکاران^{۲۰}، ۲۰۱۶). درمان فراتشخیصی یک رویکرد درمانی مبتنی بر هیجان^{۲۱} است؛ به این معنا که درمان طوری طراحی شده است که به بیماران بیاموزد چگونه با هیجان‌های ناخوشایند خود مواجه^{۲۲} شده و آن‌ها را تجربه^{۲۳} کنند و به شیوه سازگارانه‌تر به

اضطراب^۱ پدیده‌ای محوری است که نظریات روانپزشکی زیادی حول آن شکل گرفته‌اند (اصلان و سینار^۲، ۲۰۲۳)؛ بنابراین هرکس ممکن است در زندگی دچار اضطراب شود و این اضطراب تشویشی فراگیر، ناخوشایند و مبهم است که اغلب، علائم دستگاه خودکار (اتونوم) نظیر سردرد، تعریق، تپش قلب، احساس تنگی در قفسه سینه و ناراحتی مختصر معده نیز با آن همراه است (استراون، ژو، سیسیل، خوری، آلتای و همکاران^۳، ۲۰۲۲). اختلالات اضطرابی، اختلالاتی هستند که ویژگی مشترک آن‌ها ترس مفرط، اضطراب و ناهنجاری‌های رفتاری^۴ مرتبط با این علائم است. ترس واکنش هیجانی به خطری واقعی یا تهدیدی قریب‌الوقوع است. درحالی‌که اضطراب حس پیش‌بینی خطرات آتی است و بیشتر باعث تنش عضلانی، گوش به‌زنگی^۵ در آماده‌سازی برای خطرات احتمالی آتی، رفتارهای اجتنابی و احتیاطی می‌شود (کوک، تام، تران، ژانگ، ژانگ و همکاران^۶، ۲۰۱۹)؛ به‌عبارتی دیگر این افراد دارای سیستم سمپاتیک بازداری^۷ شده‌می‌باشند و این مسئله را می‌توان در الگوی بروز علائم آن‌ها مشاهده کرد (بندلو، بالدوین، آیل، بولا-آلماناک، بورین و همکاران^۸، ۲۰۱۷).

پژوهش‌ها نشان می‌دهند افراد دارای اختلال اضطراب فراگیر^۹ در مقایسه با سایر افراد بدون این اختلال به علت مشکلات هیجانی و فیزیکی، کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی کمتری در زمینه‌های سلامت عمومی،

¹⁰- Mental Health

¹¹- Strawn & Levine

¹²- James, Reardon, Soler, James & Creswell

¹³- Therapy Behavioral

¹⁴- Cognitive-behavioral therapy

¹⁵- Psychodynamic

¹⁶- Biofeedback

¹⁷- Penninx, Pine, Holmes & Reif

¹⁸- Melaragno

¹⁹- Garakani, Murrugh, Freire, Thom, Larkin & et al

²⁰- Chu, Crocco, Esseling, Areizaga, Lindner & et al

²¹- Emotion Based

²²- Self Exposure

²³- Experience

¹- Anxiety

²- Aslan & Çınar

³- Strawn, Xu, Cecil, Khoury, Altaye & et al

⁴- Behavioral abnormalities

⁵- Vigilance

⁶- Quek, Tam, Tran, Zhang, Zhang & et al

⁷- Inhibitor of the Sympathetic System

⁸- Bandelow, Baldwin, Abelli, Bolea-Alamanac, Bourin & et al

⁹- Generalized anxiety disorder

قابلیت کاربرد پذیری بالقوه برای سایر اختلال‌های هیجانی ارائه گردید. شواهدی در سطح زیست‌شناختی و شخصیت، عوامل اجتماعی، فرایندهای هیجانی، عوامل بافتی و یادگیری از رویکرد فراتشخیصی حمایت می‌کنند (شوفل، هومیر، پیرا، چارف، اسکولز و همکاران^۹، ۲۰۲۲).

با توجه به آنچه گفته شد مطالعه حاضر به دلیل خلأ پژوهشی موجود و همچنین نقش بارز رویکرد فراتشخیصی به‌عنوان شیوه مؤثری برای پیشگیری از مشکلات هیجانی و کاهش علائم اختلال‌های هیجانی برای افراد بیمار دارای اختلال فراگیر انجام شد.

روش

پژوهش حاضر یک مطالعه از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل کلیه مراجعین دارای اختلال اضطراب فراگیر شهر سنندج در سال ۱۳۹۷-۱۳۹۶ بود. به‌منظور انتخاب نمونه در این پژوهش بعد از مصاحبه ساختاریافته با استفاده از شیوه نمونه‌گیری در دسترس ۲۰ نفر انتخاب و به‌صورت تصادفی (قرعه‌کشی) در ۲ گروه ۱۰ نفر جایدهی شدند. پس از نمونه‌گیری در گروه آزمایش و کنترل، بسته درمان فردی یکپارچه فراتشخیصی در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای (هفته‌ای یک‌بار) برای گروه آزمایش اجرا و گروه کنترل نیز هیچ‌گونه درمانی دریافت نکرد. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل: دامنه سنی ۱۸ تا ۵۰ سال، دارا بودن معیارهای اختلال اضطراب فراگیر براساس مصاحبه بالینی ساختاریافته و تشخیص توسط روانپزشک یا روانشناس بالینی و داشتن

هیجان‌های خود پاسخ دهند (بارلو، هریس، اوستیس و فارچيون^۱، ۲۰۲۰).

این درمان ضمن اصلاح عادت‌های تنظیم هیجانی بیماران، در صدد کاهش شدت و بروز تجربه هیجانی ناسازگارانه و بهبود کارکرد بیماران است (بارلو، فارچيون، بولیس، گالاگر، مورای-لاتین و همکاران^۲، ۲۰۱۷). اگرچه هدف بهبودی است؛ ولی درمان فراتشخیصی بر آن نیست که هیجان‌های ناخوشایند را حذف کند، بلکه تأکید بر، برگرداندن هیجان‌ها به سطح کارکردی است به‌طوری‌که هیجان‌های ناخوشایند سازگارانه و کمک‌کننده باشند (سائور-زاولا، گاتر^۳، فارچينو، بوتچر^۴، بولیس و همکاران، ۲۰۱۷)؛ بنابراین درمان فراتشخیصی یکپارچه از هدف قرار دادن علائم اختصاصی اختلال فراتر می‌رود و مکانیسم‌های زیربنایی «پیوستار نوروز^۵» را هدف قرار می‌دهد (ساکیریس و برل^۶، ۲۰۱۹). درمان‌های فراتشخیصی شناختی-رفتاری برای اختلالات اضطرابی در سال‌های اخیر مورد توجه و بررسی‌های تجربی قرار گرفته است (بامشگی، کیمیایی و مشهدی، ۱۳۹۹). پروتکل‌های فراتشخیصی به‌منظور مورد هدف قرار دادن فرایندهای شناختی و رفتاری درگیر در طیف وسیعی از اختلال‌های روانشناختی طراحی شده هستند، از جمله می‌توان به پروتکل درمان فراتشخیصی یکپارچه گروه بارلو (تیمولاک، ریچارد، هندال-گرفین، هلی، آزودو و همکاران^۷، ۲۰۲۲) اشاره کرد که برای افراد دارای اختلال‌های اضطرابی و خلقی یک قطبی^۸ با

^۱- Barlow, Harris, Eustis & Farchione

^۲- Barlow, Farchione, Bullis, Gallagher, Murray-Latin & et al

^۳- Gutner

^۴- Boettcher

^۵- Nowruz Continuum

^۶- Sakiris & Berle

^۷- Timulak, Richards, Bhandal-Griffin, Healy, Azevedo & et al

^۸- Unipolar

^۹- Schaeuffele, Homeyer, Perea, Scharf, Schulz & et al

آزمایش و کنترل پرسشنامه‌های مذکور را تکمیل و نمرات آن‌ها ثبت شد. شایان ذکر است ارزیابی توسط همکاری انجام شد که در جریان پژوهش نبود و اطلاعی از گروه‌های آزمایش و کنترل نداشت. همچنین با همکار پژوهشگر درباره نحوه و شیوه اجرا هماهنگی‌های لازم انجام و اگر آموزشی در مورد اجرای ابزارهای مورد نظر نیاز داشت به ایشان ارائه شد. جهت رعایت ملاحظات اخلاقی در پژوهش، داوطلبانه و اختیاری بودن شرکت افراد در پژوهش، تشریح حقوق و وظایف طرفین و محرمانه نگه‌داشتن اطلاعات بدست آمده در طی اجرای پژوهش و خروج آزادانه از پژوهش مدنظر قرار گرفت. داده‌ها با استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس و آزمون تعقیبی بونفرونی به کمک نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۴ تحلیل شد.

تحصیلات دیپلم بود. ملاک‌های خروج از پژوهش نیز شامل: تشخیص هرگونه اختلال همایند به غیر از نگرانی، افسردگی و اضطراب که در پژوهش ذکر شده است، ابتلا به افسردگی اساسی، داشتن افکار سایکوتیک، سوءمصرف مواد و افکار خودکشی بود.

افراد گروه آزمایش و کنترل در مرحله پیش‌آزمون پرسشنامه افسردگی بک (۱۹۶۱)، پرسشنامه اضطراب بک (۱۹۸۸)، پرسشنامه نگرانی پنسیلوانیا (۱۹۹۰) و پرسشنامه تنظیم هیجانی (۲۰۰۸) را تکمیل و نمرات آن‌ها ثبت شد. سپس روی گروه آزمایش به مدت ۱۲ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای، درمان فردی یکپارچه فراتشخیصی فارچیون، فایرهولم، الارد، بوئیسو، تامپسون-هولند و همکاران (۲۰۱۲) به صورت جلسات هفتگی اجرا و گروه کنترل هیچ‌گونه درمان روانشناختی را دریافت نکرد. پس از خاتمه جلسات هفتگی، در مرحله پس‌آزمون مجدداً گروه‌های

جدول ۱ خلاصه جلسات پروتکل آموزشی درمان فردی یکپارچه فراتشخیصی (فارچیون و همکاران، ۲۰۱۲)

جلسه	محتوای جلسه
اول	تمرین تصمیم‌گیری متعادل، تعیین اهداف معقول، افزایش خودکارآمدی/هدف: افزایش انگیزه برای شرکت در درمان ^۱
دوم	شناخت مفاهیم غم-افسردگی-ترس-اضطراب و خشم، مدل سه مولفه‌ای هیجان (حس‌های بدنی، آنچه انجام می‌دهیم، آنچه فکر می‌کنیم)/هدف: آموزش روانشناختی و جستجوی تجربه هیجانی ^۲
سوم	نظارت بر تجارب هیجانی محرک‌ها، پاسخ به محرک‌ها و پیامدها و آگاهی هیجانی غیر قضاوتی و معطوف به زمان حال/هدف: آموزش آگاهی هیجانی ^۳
چهارم	معناسازی، شناسایی و ارزیابی خودآیند و تله‌های فکری، عدم قضاوت و اهمیت تفاسیر جدید و تغییر ارزیابی شناختی و تمرین تصاویر مبهم/هدف: ارزیابی و ارزیابی مجدد شناختی ^۴
پنجم	شناخت حس‌های بدنی و الگوی رفتاری هیجان، قدرت اقدام و رفتارهای ناسازگارانه و رفتارهای آموخته شده، اجتناب ظریف رفتاری، اجتناب شناختی، علائم ایمنی/هدف: اجتناب هیجانی و رفتارهای ناشی از هیجان ^۵
ششم	درک حس‌های بدنی و واکنش هیجانی، القای علائم و مواجهه مستمر با آن‌ها/هدف: آگاهی به احساس‌های بدنی و تحمل آن‌ها ^۶
هفتم	مواجهه با حس‌های بدنی یا هیجانات در دنیای واقعی/هدف: مواجهه‌های هیجانی درون‌زاد و مبتنی بر موقعیت ^۷

^۱- Motivation enhancement for treatment engagement

^۲- Psychoeducation and tracking of emotional experiences

^۳- Emotion awareness training

^۴- Cognitive appraisal and reappraisal

^۵- Emotion Avoidance and Emotion-Driven Behaviors (EDBs)

^۶- Awareness and tolerance of physical sensations

^۷- Interoceptive and situation-based emotion exposures

ابزار

پرسشنامه نگرانی پنسیلوانیا^۱ (PSWQ): پرسشنامه نگرانی پنسیلوانیا، یک مقیاس خود گزارشی ۱۶ سؤالی است که توسط میر، میلر، متزگر و بورکوک^۲ در سال ۱۹۹۰ برای ارزیابی خصیصه نگرانی و بدست آوردن ویژگی‌های افراطی، فراگیر و کنترل ناپذیر نگرانی آسیب شناختی تدوین شده است. این پرسشنامه به عنوان ابزاری برای غربالگری اختلال اضطراب فراگیر بکار می‌رود. مقیاس پاسخگویی به سؤالات روی طیف لیکرت پنج‌درجه‌ای است که به هر سؤال نمره یک (به هیچ وجه) تا پنج (بسیار زیاد) تعلق می‌گیرد و دامنه نمرات کل پرسشنامه بین ۱۶ تا ۸۰ می‌باشد. علاوه بر این بررسی هنجاریابی نشان می‌دهد که کسب نمره ۴۱، ۵۰٪ و کسب نمره ۵۱، ۸۰٪ افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر را مشخص می‌کند (کورپیتا، تریسی، برون، کولیکا و بارلو^۳، ۱۹۹۷). این پرسشنامه ثبات درونی بالایی دارد و ضریب آلفای کرونباخ (۰/۸۶ و ۰/۹۵) و همچنین ضریب بازآزمایی این مقیاس در طی چهار هفته (۰/۷۴ و ۰/۹۳) گزارش شده است (ژی، ژیو و لین^۴، ۲۰۲۳). در پژوهش اسدی مجره، عابدینی، پورشریفی و نیکوکار (۲۰۱۳) ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۷ گزارش گردید. ضریب همسانی درونی مقیاس در این پژوهش ۰/۸۷ بدست آمد. همچنین پژوهش مقدسیان، ارجمند و محمد خانی (۱۳۹۸) نشان داد که نسخه فارسی پرسشنامه از خصوصیات قابل قبولی برخوردار است. آن‌ها آلفای کرونباخ پرسشنامه را ۰/۸۶

گزارش نمودند که بیانگر همسانی درونی بالای پرسشنامه است.

پرسشنامه اضطراب بک^۵ (BAI): پرسشنامه توسط بک، اپستین، براون و استیر^۶ در سال ۱۹۸۸ طراحی و شامل ۲۱ ماده است که در واقع ۲۱ نشانه اضطرابی را می‌سنجد و هر ماده بر طبق مقیاس لیکرت نمرهای بین (۰) تا (۳) می‌گیرد. دامنه نمرات بین (۰) تا (۶۳) است که نمره بالا نشان‌دهنده اضطراب بیشتر است. هر عبارت بازتاب یکی از علائم اضطراب است که معمولاً افرادی که از نظر بالینی مضطرب هستند یا کسانی که در وضعیت اضطراب برانگیز قرار می‌گیرند، بعضی از علائم را تجربه می‌کنند. بک و همکاران (۱۹۹۸) همسانی درونی مقیاس را برابر با ۰/۹۲ و پایایی بازآزمایی یک هفته‌ای را ۰/۷۵ و همبستگی ماده‌های آن را از ۰/۳۰ تا ۰/۷۶ گزارش نمودند. مقیاس اضطراب بک در جمعیت ایرانی دارای روایی ۰/۷۲، اعتبار ۰/۸۳ و همسانی درونی ۰/۹۲ است (کاویانی و موسوی، ۱۳۷۸). همچنین سالاری، رنجبر و فتحی آشتیانی (۱۳۹۶) پایایی آن را با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۹ گزارش نمودند.

پرسشنامه افسردگی بک ویرایش دوم^۷ (BDI-II): پرسشنامه افسردگی بک یکی از شناخته‌ترین آزمون‌های سنجش افسردگی است که توسط بک، استیر و براون^۸ در سال ۱۹۶۹ تدوین شده است. این آزمون شامل ۲۱ ماده است و هر ماده دارای چهار جمله است که هر کدام علامتی از افسردگی را از صفر تا ۳ درجه‌بندی می‌کند. نمره کلی هر فرد در پرسشنامه سنجش افسردگی بک، با

^۵- Beck Anxiety Inventory (BAI)

^۶- Beck, Epstein, Brown & Steer

^۷- Beck Depression Inventory-II (BDI-II)

^۸- Beck, Ward, Mendelson, Mock & Erbaugh

^۱- The Penn State Worry Questionnaire (PSWQ)

^۲- Meyer, Miller, Metzger & Borkovec

^۳- Chorpita, Tracey, Brown, Collica & Barlow

^۴- Xie, Xiao & Lin

در پژوهش خود همبستگی درونی را برای ارزیابی مجدد ۰/۸۰ و برای سرکوبی ۰/۷۰ گزارش نمودند.

مصاحبه بالینی ساختاریافته برای تشخیص اختلالات محور یک^۶: این مصاحبه ابزاری است جهت تشخیص گذاری براساس معیارهای راهنمای تشخیصی و آماری اختلال-های روانی ویرایش پنجم که اطلاعات تشخیصی را به شیوه‌ای جامع جمع‌آوری و ارزیابی می‌کند. در ابتدا این مصاحبه توسط اسپیتز، ویلیامز، گیون و فرست^۷ در سال ۱۹۹۲ تهیه و انجام شده است. مصاحبه تشخیصی ساختاریافته برای اختلال‌های محور یک، شامل بخش‌هایی برای سنجش اختلال‌های اضطرابی، اختلال‌های خلقی، اختلال جسمانی شکل، اختلال‌های مصرف مواد، اختلال‌های خوردن، اختلال سازگاری و اختلال روان‌پریشی است (شریفی، اسدی، محمدی، امینی، کاویانی و همکاران، ۲۰۰۹). ضریب پایایی آن با توجه به گروه تشخیصی خاص بین ۰/۱ تا ۰/۷ گزارش شده است (زانارینی و فرانکبرگ^۸، ۲۰۰۱). در ایران نیز شریفی و همکاران (۲۰۰۹) توافق تشخیصی برای اکثر تشخیص‌ها را بالاتر از ۰/۶ گزارش نمودند. همچنین توافق تشخیصی برای کل تشخیص‌های فعلی ۰/۵۲ و برای کل تشخیص‌های طول عمر ۰/۵۵ بود.

یافته‌ها

طبق یافته‌های جمعیت شناختی پژوهش در گروه آزمایشی شرکت کنندگان از نظر سن ۴ نفر (۴۰٪) زیر ۳۰ سال و ۶ نفر (۶۰٪) بین ۳۰ تا ۳۹ سال؛ از لحاظ جنسیت ۸ نفر (۸۰٪) زن و ۲ نفر (۲۰٪) مرد؛ از نظر تحصیلات ۴ نفر (۴۰٪) دیپلم، ۱ نفر (۱۰٪) فوق دیپلم، ۴ نفر (۴۰٪)

حجم نمرات در تمام جنبه‌ها بدست می‌آید. اعتبار و پایایی پرسشنامه بک مکرراً مورد بررسی قرارگرفت که نتایج آن در سطح بالایی گزارش شده است. جو، پارک، جو، ریو و هان^۱ (۲۰۰۷) ضریب پایایی همسانی درونی ماده‌های پرسشنامه را از ۰/۷۳ تا ۰/۸۶ گزارش نمودند. پژوهش‌های انجام شده به‌طور ثابت ضرایب همسانی درونی بالا در دامنه ۰/۸۹ تا ۰/۹۴ را در جمعیت-های مختلف نشان داده است و ضریب اعتبار بازآزمایی در فاصله یک هفته‌ای ۰/۹۳ گزارش شده است (گارسیا-باتیستا، گورا-پنا، کانو-ویندل، هررا-مارتینز و مدرانو^۲، ۲۰۱۸). همچنین رحیمی در سال ۱۳۹۳ پایایی آن را در جمعیت ایرانی با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۷ گزارش نمود.

پرسشنامه راهبردهای تنظیم هیجان^۳ (ERQ): به‌منظور اندازه‌گیری راهبردهای تنظیم هیجان توسط گراس و جان^۴ در سال ۲۰۰۳ طراحی شده است. این پرسشنامه ۱۰ آیتمی مشتمل بر زیرمقیاس ارزیابی مجدد با ۶ گویه و سرکوبی با ۴ گویه است. شرکت کنندگان در یک مقیاس لیکرت ۷ درجه‌ای از به‌شدت مخالفم (نمره ۱) تا به‌شدت موافقم (نمره ۷) پاسخ می‌دهند. در پژوهش گراس و جان (۲۰۰۳) همبستگی درونی برای ارزیابی مجدد ۰/۷۹ و سرکوبی ۰/۷۳ بدست آمده است. همچنین اعتبار بازآزمایی ۳ ماهه برای هر دو زیرمقیاس ۰/۶۹ گزارش شده است (گراس، ۲۰۱۶). ژانگ و بیان^۵ (۲۰۲۰) همبستگی درونی را برای ارزیابی مجدد ۰/۸۳ و برای سرکوبی ۰/۷۹ گزارش نمودند. نوری و گلپور (۱۴۰۱)

¹- Jo, Park, Jo, Ryu & Han

²- García-Batista, Guerra-Peña, Cano-Vindel, Herrera-Martínez & Medrano

³- Emotion Regulation Questionnaire (ERQ)

⁴- Groos & John

⁵- Zhang & Bian

⁶- Structured Clinical Interview for DSM- IV axis I

⁷- Spitzer, Williams, Gibbon & First

⁸- Zanarini & Frankenburg

از نظر تحصیلات ۴ نفر (۴۰٪) دیپلم و ۶ نفر (۶۰٪) لیسانس؛ از نظر مصرف دارو ۱۰ نفر (۱۰۰٪) دارو مصرف می‌کردند. میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش در مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون در جدول ۲ ارائه شده است.

لیسانس و ۱ نفر (۱۰٪) دانشجوی دکترا؛ از نظر مصرف دارو ۹ نفر (۹۰٪) دارو مصرف می‌کردند و ۱ نفر (۱۰٪) دارو مصرف نمی‌کرد. در ارتباط با گروه کنترل شرکت‌کنندگان از لحاظ سن ۳ نفر (۳۰٪) زیر ۳۰ سال، ۳ نفر (۳۰٪) بین ۳۰ تا ۳۹ سال و ۴ نفر (۴۰٪) ۴۰ سال به بالا؛ از لحاظ جنسیت ۸ نفر (۸۰٪) زن و ۲ نفر (۲۰٪) مرد؛

جدول ۲ یافته‌های توصیفی متغیرهای پژوهش در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون

متغیر	پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
نگرانی	کنترل	۵۹/۷۰	۸/۷۱	۱۰/۳۳
	آزمایش	۶۳/۲۰	۱۰/۷۷	۶
اضطراب	کنترل	۲۲/۴۰	۸/۲۷	۸/۶۶
	آزمایش	۲۸/۵۰	۱۲/۲۳	۷/۳۹
افسردگی	کنترل	۲۲/۸۰	۸/۱۷	۷/۱۰
	آزمایش	۲۶/۹۰	۱۳	۷/۷۶
تنظیم هیجانی	کنترل	۳۹/۵۰	۸/۳۹	۷/۴۹
	آزمایش	۳۷/۵۰	۸/۴۲	۸/۰۸

داشته است. در جدول ۳، نتایج حاصل از تحلیل کوواریانس برای بررسی تأثیر درمان فراتشخیصی یکپارچه بر نگرانی، اضطراب، افسردگی و تنظیم هیجان آزمودنی‌ها ارائه شده است.

براساس جدول فوق نتایج نشان می‌دهد که میانگین نگرانی، اضطراب، افسردگی در گروه آزمایش به نسبت گروه کنترل کاهش چشمگیری داشته و همچنین تنظیم هیجانی در گروه آزمایش به نسبت گروه کنترل بهبود

جدول ۳ نتایج تحلیل کوواریانس متغیرهای پژوهش در مرحله پس‌آزمون

متغیر	منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی‌داری	مجذور اتا
نگرانی	گروه	۶۱۱/۷۵۸	۱	۶۱۱/۷۵۸	۹/۴۷۹	۰/۰۰۷	۰/۳۵۸
	خطا	۱۰۹۷/۲۰۴	۱۷	۶۴/۵۴۱			
	کل	۵۱۲۹۷/۰۰۰	۲۰				
اضطراب	گروه	۱۴/۸۰۵	۱	۱۴/۸۰۵	۰/۲۴۴	۰/۶۲۸	۰/۰۱۴
	خطا	۱۰۳۲/۴۸۱	۱۷	۶۰/۷۳۴			
	کل	۵۶۰۸/۰۰۰	۲۰				
گروه	۳۳۲/۲۲۵	۱	۳۳۲/۲۲۵	۶/۵۰۶	۰/۰۲۱	۰/۲۲۷	

		خطا		۸۶۸/۱۰۷	۱۷	۵۱/۰۶۵
		کل		۴۰۲۵/۰۰۰	۲۰	
گروه		۱۵۶/۸۰۵	۱	۲/۹۰۱	۰/۱۰۷	۰/۱۴۶
		خطا		۹۱۸/۷۷۹	۱۷	۵۴/۰۴۶
		کل		۴۴۳۶۷/۰۰۰	۲۰	

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه بر کاهش نگرانی، اضطراب، افسردگی و تنظیم هیجانی بیماران دارای اختلال اضطراب فراگیر انجام شد. نتایج حاصل از این پژوهش نشان داد که درمان فراتشخیصی یکپارچه توانسته در کاهش نگرانی و افسردگی بیماران دارای اختلال اضطراب فراگیر تأثیر معنادار، و سبب کاهش نگرانی و افسردگی بیماران دارای اختلال اضطراب فراگیر شود. در مقابل نتایج حاصل از پژوهش نشان داد که درمان فراتشخیصی یکپارچه بر اضطراب و تنظیم هیجانی بیماران دارای اختلال اضطراب فراگیر تأثیری نداشته است. این یافته‌ها با نتایج پژوهش‌های لیچسرنینگ و سالزر^۱ (۲۰۱۴)؛ داورنلاس مایا، ناردی و کاردوسو^۲ (۲۰۱۵)؛ بارلو و همکاران (۲۰۱۷)؛ فوجیتسو، کاتو، ناماتامه، ایتو، اوسامی و همکاران^۳ (۲۰۲۱)؛ کورپاس، موریانا، ونسسلا و گالوز لارا^۴ (۲۰۲۲)؛ کیادو، گوینز، پریرا، کانوارو و موریرا (۲۰۲۲)؛ یان^۵، یوسفی و نظری (۲۰۲۲)؛ براگا، فریرا، سوسا و گانکالوس^۶ (۲۰۲۲) و رینهولت،

همان‌طور که در جدول ۳ مشاهده می‌شود پس از تعدیل نمرات پیش‌آزمون نگرانی بین اثر دو گروه آزمایش و کنترل تفاوت معنی‌دار وجود دارند ($P=0/007$) و $F(1,17)=9/479$ ؛ بنابراین درمان فراتشخیصی یکپارچه بر نگرانی بیماران دارای اختلال اضطراب فراگیر تأثیر داشته است. در ارتباط با متغیر اضطراب پس از تعدیل نمرات پیش‌آزمون بین اثر دو گروه آزمایش و کنترل تفاوت معنی‌دار وجود ندارد ($P=0/628$) و $F(1,17)=0/244$ ؛ بنابراین نتیجه گرفته می‌شود که درمان فراتشخیصی یکپارچه بر اضطراب بیماران دارای اختلال اضطراب فراگیر تأثیری نداشته است. در ارتباط با متغیر افسردگی پس از تعدیل نمرات پیش‌آزمون بین اثر دو گروه آزمایش و کنترل تفاوت معنی‌دار وجود دارند ($P=0/021$) و $F(1,17)=6/506$ ؛ بنابراین نتیجه گرفته می‌شود که درمان فراتشخیصی یکپارچه بر افسردگی بیماران دارای اختلال افسردگی فراگیر تأثیر داشته است؛ و در انتها در ارتباط با متغیر تنظیم هیجان پس از تعدیل نمرات پیش‌آزمون بین اثر دو گروه آزمایش و کنترل تفاوت معنی‌دار وجود ندارد ($P=0/107$) و $F(1,17)=2/901$ ؛ بنابراین نتیجه گرفته می‌شود که درمان فراتشخیصی یکپارچه بر تنظیم هیجانی بیماران دارای اختلال اضطراب فراگیر تأثیری نداشته است.

¹- Leichsenring & Salzer

²- de Ornelas Maia, Nardi & Cardoso

³- Fujisato, Kato, Namatame, Ito, Usami & et al

⁴- Corpas, Moriana, Venceslá & Gálvez-Lara

⁵- Yan

⁶- Braga, Ferreira, Sousa & Gonçalves

سؤالات پرسشنامه‌ها و ... بر نتایج نهایی بی‌تأثیر نبوده است؛ البته احتمالاً این ابزار چالش‌هایی داشته است که باید به صورت طولانی مدت مورد بررسی قرار گیرد و نیاز به زمان بیشتری است تا تغییرات آن محسوس باشد. همچنین این پژوهش شیوه درمانی جدیدی را برای اختلال اضطراب فراگیر که هنوز یکی از چالش‌انگیزترین مباحث در زمینه علت‌شناسی و درمان است، ارائه می‌کند. درمان فراتشخیصی با تکیه بر باورهای فراشناختی ناکارآمد به عنوان عامل زمینه‌ساز آسیب‌رسان، به ارائه مدل نظری و عملی برای اختلالات متعددی پرداخته است (رودریگز مورنو، فارچینو، روکا، مارین، گولن و همکاران^۴، ۲۰۲۲).

در تبیین اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه بر افسردگی بیماران دارای اختلال اضطراب فراگیر می‌توان گفت مداخلات فراتشخیصی به افراد کمک می‌کند تا بیاموزند چگونه با هیجان‌های نامناسب خود روبرو شوند و به شیوه سازگارانه‌تری به هیجان‌های خود پاسخ دهند. این روش سعی دارد تا با تنظیم عادت‌های نظم‌بخشی هیجانی شدت و وقوع عادت‌های هیجانی را کاهش، میزان آسیب را کم و کارکرد را افزایش دهند. در رویکرد یکپارچه، افکار، رفتارها و احساس‌ها با هم تعامل پویایی دارند و هر یک از آن‌ها در تجربه هیجانی نقش و در آن تأثیر می‌گذارند (فارچینو و همکاران، ۲۰۱۲). همچنین، راهبردهایی که افراد برای تنظیم عواطف خود از آن‌ها استفاده می‌کنند، می‌تواند موجب ارتقای سطح سلامت آن‌ها در ابعاد مختلف زیستی، روانی، اجتماعی و اخلاقی شود در نتیجه اختلال‌های فیزیولوژیکی و هیجانی کمتری را تجربه و به طبع آن

هونگارد، کریستنسن، اسکیلدسن، هورتج و همکاران^۱ (۲۰۲۲) همسو بود.

در تبیین اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه بر نگرانی بیماران دارای اختلال اضطراب فراگیر می‌توان گفت: درمان نوین فراتشخیصی با توجه به آسان نمودن تغییر باورها و تفکرات، جلوگیری از درگیری فرد با محتوای تفکر یکی از درمان‌های مؤثر در بیماری‌های روانشناختی همچون اضطراب، افسردگی و استرس است. درمانگر فراشناختی از طریق روش‌های هدایتی جایگزین به شکستن باور مربوط به کنترل ناپذیری و خطر می‌پردازد و فرد در عمل کنترل نگرانی را بدست می‌گیرد. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که سه بعد از فراشناخت با بدکارکردی روانشناختی مرتبط است. این سه بعد شامل باورهای منفی درباره نگرانی معطوف به کنترل‌پذیری و خطر، باورهای مرتبط به نیاز به کنترل افکار و اطمینان شناختی است (اولیورا، سوسا، ریبیرو و گانکالوس^۲، ۲۰۲۲). درمان فراتشخیصی با بهره‌گیری از راهکارهای متفاوت به بهبود این باورها می‌انجامد. با توجه به اینکه درمان فراتشخیصی با افکار و باورها و آگاهی از افکار سروکار دارد، با تسهیل تغییر افکار باعث می‌شود که افراد نیاز به کنترل افکار را احساس نکنند و به تدریج این نیاز کاهش می‌یابد (کالسن، کلپویانکو، هیل، جول، فایندنیلسن و همکاران^۳، ۲۰۱۹). همچنین نتایج این پژوهش بیان می‌کند که پروتکل درمانی فراتشخیصی در کاهش نشانه‌های اضطراب مبتلایان به اختلال اضطراب فراگیر و بهبود باورهای فرا نگرانی آن‌ها اثربخش نبود، بنابراین تفاوت فرهنگی، صداقت در پاسخگویی به سؤالات، درک و تفهیم از

^۱- Reinholt, Hvenegaard, Christensen, Eskildsen, Hjorthøj & et al

^۲- Oliveira, Sousa, Ribeiro & Gonçalves

^۳- Callesen, Capobianco, Heal, Juul, Find Nielsen & et al

^۴- Rodriguez-Moreno, Farchione, Roca, Marín, Guillén & et al

و روانشناختی قرار دهد که به تلاش ناموفق بیشتر، فرونشانی و اجتناب منجر می‌شود که خود در ایجاد ناخوشی روانشناختی نقش دارند (سکیری و بارل، ۲۰۱۹).

نتیجه‌گیری

از یافته‌های این پژوهش می‌توان نتیجه گرفت که درمان فراتشخیصی یکپارچه توانسته در کاهش نگرانی و افسردگی بیماران دارای اختلال اضطراب فراگیر تأثیر معناداری داشته باشند و سبب کاهش نگرانی و افسردگی بیماران دارای اختلال اضطراب فراگیر شود و در مقابل نتایج حاصل از پژوهش نشان داد که درمان فراتشخیصی یکپارچه بر اضطراب و تنظیم هیجانی بیماران دارای اختلال اضطراب فراگیر تأثیری نداشته است. با توجه به تأیید تأثیر درمان فراتشخیصی یکپارچه بر نگرانی و افسردگی بیماران دارای اختلال اضطراب فراگیر پیشنهاد می‌شود که درمانگران، این درمان را در کاهش نگرانی و افسردگی افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر مدنظر قرار دهند. عدم پیگیری و محدود شدن مطالعه به یک شهر (سندج) از محدودیت‌های این تحقیق بود که توصیه می‌شود تعمیم نتایج بدست آمده روی سایر افراد مبتلا اختلال اضطراب فراگیر با احتیاط انجام شود. بر این اساس پیشنهاد می‌شود جهت تعمیم‌پذیری و مقایسه نتایج، پژوهش حاضر با انجام پیگیری و در سایر شهرها نیز تکرار شود. همچنین توصیه می‌شود نتایج این پژوهش با سایر درمان‌ها نیز مقایسه شود.

سپاسگزاری

این مطالعه بخشی از رساله کارشناسی ارشد روانشناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات کردستان به شناسه اخلاق IR.MUK.REC.1396.5008 و بدون

کیفیت زندگی بالاتری دارند. این امر با کمک آموزش فونونی مانند شناسایی افکار و احساسات منفی، بازگویی احساسات و هیجانات، قضاوت مثبت، بررسی راه‌های رسیدن به هدف و مقابله با چالش‌ها، خلق راهکار برای مقابله با موقعیت‌های چالش‌انگیز و مدیریت رفتار انجام می‌شود. مسلماً کاربرد این فنون و نحوه تفکر و بیرونی کردن مشکل در حیطه‌های روانی به‌ویژه اضطراب و افسردگی مؤثر بوده و نخست باعث کاهش افکار و احساسات منفی و در نهایت باعث کاهش اضطراب فراگیر و افسردگی می‌شود (نورتون و پائولوس^۱، ۲۰۱۶). این پژوهش نشان داد به احتمال زیاد مداخله‌های مبتنی بر رویکرد فراتشخیصی در بهبود تنظیم هیجانی نقشی ندارند؛ البته این یافته نیازمند بررسی‌های بیشتر است. تنظیم هیجانی چالش‌هایی داشته یا چون زیر بنایی است باید به صورت طولانی مدت بررسی شود و نیاز به زمان بیشتری دارد تا تغییرات آن محسوس باشد. اختلال‌های هیجانی تا حدی با تلاش برای کنترل هیجان‌های مثبت و منفی توصیف می‌شوند. افرادی که در ابراز و تجربه هیجان‌های خود مشکل دارند، از راهبردهای ناسازگارانه تنظیم هیجانی، مثل فرونشانی و اجتناب، پنهان کردن و نادیده گرفتن استفاده می‌کنند که پیامدهای منفی در بردارند (کالوسی، ساگینو و بالسامو^۲، ۲۰۲۱).

پردازش تجربیات هیجانی نقش اصلی را در ایجاد و حفظ اختلال‌های هیجانی بازی می‌کند (بویسیا، فارچینو، فایرهولم، الارد و بارلو^۳، ۲۰۱۰). تلاش افراطی برای کنترل تجربه هیجانی منجر به افزایش احساس‌هایی می‌شود که فرد در تلاش برای تنظیم آن‌هاست. این الگو ممکن است فرد را در چرخه معیوب برانگیختگی هیجانی

¹- Norton & Paulus

²- Carlucci, Saggino & Balsamo

³- Boisseau, Farchione, Fairholme, Ellard & Barlow

- Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders Compared With Diagnosis-Specific Protocols for Anxiety Disorders: A Randomized Clinical Trial. *JAMA psychiatry*, 74(9), 875-884.
- Barlow DH, Harris BA, Eustis EH, Farchione TJ. (2020). The unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders. *World psychiatry: official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 19(2), 245-246.
- Beck AT, Epstein N, Brown G, Steer RA. (1988). An Inventory for Measuring Clinical Anxiety: Psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56(6), 893-897.
- Beck AT, Steer RA, Brown GK. (1969). *Manual for the Beck Depression Inventory-II*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Boisseau CL, Farchione TJ, Fairholme CP, Ellard KK, Barlow DH. (2010). The Development of the Unified Protocol for the Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders: A Case Study. *Cognitive and behavioral practice*, 17(1), 102-113.
- Braga C, Ferreira H, Sousa I, Gonçalves MM. (2022). Ambivalence resolution in the Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders: An exploratory case study. *Psychotherapy research: journal of the Society for Psychotherapy Research*, 32(8), 1034-1046.
- Caiado B, Góis A, Pereira B, Canavaro MC, Moreira H. (2022). The Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders in Children (UP-C) in Portugal: Feasibility Study Results. *International journal of environmental research and public health*, 19(3), 1-24.
- Callesen P, Capobianco L, Heal C, Juul, C, Find Nielsen S, Wells A. (2019). A Preliminary Evaluation of Transdiagnostic Group Metacognitive Therapy in a Mixed Psychological Disorder Sample. *Frontiers in psychology*, 10, 1-10.
- دریافت هیچ گونه کمک مالی از موسسه یا سازمانی انجام شد. هیچکدام از نویسندگان این مطالعه و یا دستگاه‌ها تعارض منافی برای انتشار این مقاله ندارند. بدینوسیله از تمامی شرکت کنندگان محترم در این مطالعه نهایت تشکر و قدردانی به عمل می‌آید.

References

- Asadi SMA, Abedini M, Poursharifi H, Nikokar MBA, (2013). The Relationship between Intolerance of Uncertainty and Rumination with Worry on Student Population, *Journal of Clinical Psychology*, 4(4), 83. (In Persian)
- Aslan I, Çınar O. (2023). Predictors and prevalence of stress, anxiety, depression, and PTSD among university students during the second wave of the COVID-19 pandemic in Turkey. *Frontiers in psychology*, 13, 1-18.
- Bamesghi M, Kimiaei A, Mashhadi A. (2020). Effectiveness of a unified protocol on emotion regulation and experiential avoidance in women with comorbid major depressive and generalized anxiety symptoms. *Journal of Fundamentals of Mental Health*, 22(6), 341-348. (In Persian)
- Bandelow B, Baldwin D, Abelli M, Bolea-Alamanac B, Bourin M, Chamberlain SR, Cinosi E, Davies S, Domschke K, Fineberg N, Grünblatt E, Jarema M, Kim YK, Maron E, Masdrakis V, Mikova O, Nutt D, Pallanti S, Pini S, Ströhle A, Riederer P. (2017). Biological markers for anxiety disorders, OCD and PTSD: A consensus statement. Part II: Neurochemistry, neurophysiology and neurocognition. *The world journal of biological psychiatry: the official journal of the World Federation of Societies of Biological Psychiatry*, 18(3), 162-214.
- 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, Carl JR, Boettcher HT, & Cassiello-Robbins C. (2017). The Unified

- Carlucci L, Saggino A, Balsamo M. (2021). On the efficacy of the unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: A systematic review and meta-analysis. *Clinical psychology review*, 87, 1-12.
- Chorpita BF, Tracey SA, Brown TA, Collica TJ, Barlow DH. (1997). Assessment of worry in children and adolescents: an adaptation of the Penn State Worry Questionnaire. *Behaviour research and therapy*, 35(6), 569-581.
- Chu BC, Crocco ST, Esseling P, Areizaga MJ, Lindner AM, Skriner LC. (2016). Transdiagnostic group behavioral activation and exposure therapy for youth anxiety and depression: Initial randomized controlled trial. *Behaviour research and therapy*, 76, 65-75.
- de Ornelas Maia AC, Nardi AE, Cardoso A. (2015). The utilization of unified protocols in behavioral cognitive therapy in transdiagnostic group subjects: A clinical trial. *Journal of affective disorders*, 172, 179-183.
- Farchione TJ, Fairholme CP, Ellard KK, Boisseau CL, Thompson-Hollands J, Carl JR, Gallagher MW, Barlow DH. (2012). unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: a randomized controlled trial. *Behavior therapy*, 43(3), 666-678.
- Fujisato H, Kato N, Namatame H, Ito M, Usami M, Nomura T, Ninomiya S, Horikoshi M. (2021). The Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders Among Japanese Children: A Pilot Study. *Frontiers in psychology*, 12, 1-12.
- Garakani A, Murrough JW, Freire RC, Thom RP, Larkin K, Buono FD, Iosifescu DV. (2020). Pharmacotherapy of Anxiety Disorders: Current and Emerging Treatment Options. *Frontiers in psychiatry*, 11, 1-21.
- García-Batista ZE, Guerra-Peña K, Cano-Vindel A, Herrera-Martínez SX, Medrano LA. (2018). Validity and reliability of the Beck Depression Inventory (BDI-II) in general and hospital population of Dominican Republic. *PloS one*, 13(6), 1-12.
- Gross JJ, John OP. (2003). Individual differences in two emotion regulation processes: Implications for affect, relationships, and well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 85, 348-362.
- Gross JJ. (2016). *Handbook of emotion regulation*. 1nd ed. New York: Guilford Inc, 17-19.
- James AC, Reardon T, Soler A, James G, Creswell C. (2020). Cognitive behavioral therapy for anxiety disorders in children and adolescents. *The Cochrane database of systematic reviews*, 11(11), 281-287.
- Jo SA, Park MH, Jo I, Ryu SH, Han C. (2007). Usefulness of Beck Depression Inventory (BDI) in the Korean elderly population. *International journal of geriatric psychiatry*, 22(3), 218-223.
- Kaviani H, Mousavi As, (2008). Psychometric properties of the Persian version of Beck Anxiety Inventory, *Tehran University Medical Journal*, 66(2), 136-140. (In Persian)
- Leichsenring F, Salzer S. (2014). A unified protocol for the transdiagnostic psychodynamic treatment of anxiety disorders: an evidence-based approach. *Psychotherapy (Chicago, Ill.)*, 51(2), 224-245.
- Melaragno AJ. (2021). Pharmacotherapy for Anxiety Disorders: From First-Line Options to Treatment Resistance. *Focus (American Psychiatric Publishing)*, 19(2), 145-160.
- Meyer TJ, Miller ML, Metzger RL, Borkovec TD. (1990). Development and validation of the Penn State Worry Questionnaire. *Behaviour research and therapy*, 28(6), 487-495.
- Moghadasin M, Arjmand F, Mohammadkhani SM. (2019). Psychometric Properties and the Standardization of the Penn State Worry Questionnaire in 8–18-Year-Old Children and Adolescent. *Journal of Applied Psychological Research*, 10(3), 1-26. (In Persian)
- Noori N, Golpoor R. (2022). The Role of Emotion Cognitive Regulation in Relationship between Coping Practices and Social Health in Employees of Mothers of Children with special needs. *Islamic-Iranian Family Studies Journal*, 2(2), 86-95. (In Persian)
- Norton PJ, Paulus DJ. (2016). *Toward a Unified Treatment for Emotional Disorders: Update*

- on the Science and Practice. Behavior therapy, 47(6), 854-868.
- Oliveira JT, Sousa I, Ribeiro AP, Gonçalves MM. (2022). Premature termination of the unified protocol for the transdiagnostic treatment of emotional disorders: The role of ambivalence towards change. *Clinical psychology & psychotherapy*, 29(3), 1089-1100.
- Penninx BW, Pine DS, Holmes EA, Reif A. (2021). Anxiety disorders. *Lancet* (London, England), 397(10277), 914-927.
- Quek TT, Tam WW, Tran BX, Zhang M, Zhang Z, Ho CS, Ho RC. (2019). the Global Prevalence of Anxiety among Medical Students: A Meta-Analysis. *International journal of environmental research and public health*, 16(15), 1-18.
- Rahimi C. (2014). Application of the Beck Depression Inventory-II in Iranian University Students. *Clinical Psychology and Personality*, 12(1), 173-188. (In Persian)
- Reinholt N, Hvenegaard M, Christensen AB, Eskildsen A, Hjørthøj C, Poulsen S, Arendt MB, Rosenberg NK, Gryesten JR, Aharoni RN, Alrø AJ, Christensen CW, Amfred SM. (2022). Transdiagnostic versus Diagnosis-Specific Group Cognitive Behavioral Therapy for Anxiety Disorders and Depression: A Randomized Controlled Trial. *Psychotherapy and psychosomatics*, 91(1), 36-49.
- Rodriguez-Moreno S, Farchione TJ, Roca P, Marín C, Guillén AI, Panadero S. (2022). Initial Effectiveness Evaluation of the Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders for Homeless Women. *Behavior modification*, 46(3), 506-528.
- Sakiris N, Berle D. (2019). A systematic review and meta-analysis of the Unified Protocol as a transdiagnostic emotion regulation based intervention. *Clinical psychology review*, 72, 1-49.
- Salari-Moghaddam S, Ranjbar AR, Fathi-Ashtiani A. (2018). Validity and Reliability measurement of the Persian version of anxiety Control Questionnaire, *Journal of Clinical Psychology*, 9(4), 33-43. (In Persian)
- Sauer-Zavala S, Gutner CA, Farchione TJ, Boettcher HT, Bullis JR, Barlow DH. (2017). Current Definitions of "Transdiagnostic" in Treatment Development: A Search for Consensus. *Behavior therapy*, 48(1), 128-138.
- Schaeuffele C, Homeyer S, Perea L, Scharf L, Schulz A, Knaevelsrud C, Renneberg B, Boettcher J. (2022). The unified protocol as an internet-based intervention for emotional disorders: Randomized controlled trial. *PLoS one*, 17(7), 1-17.
- Sharifi V, Assadi SM, Mohammadi MR, Amini H, Kaviani H, Semnani Y, Shabani A, Shahrivar Z, Davari-Ashtiani R, Shooshtari MH, Seddigh A, Jalali M. (2009). A Persian translation of the Structured Clinical Interview for Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition: psychometric properties. *Comprehensive psychiatry*, 50(1), 86-91.
- Spitzer RL, Williams JB, Gibbon M, First MB. (1992). The Structured Clinical Interview for DSM-III-R (SCID). I: History, rationale, and description. *Archives of general psychiatry*, 49(8), 624-629.
- Strawn JR, Levine A. (2020). Treatment Response Biomarkers in Anxiety Disorders: From Neuroimaging to Neuronally-Derived Extracellular Vesicles and Beyond. *Biomarkers in neuropsychiatry*, 3, 1-26.
- Strawn JR, Xu Y, Cecil KM, Khoury J, Altaye M, Braun JM, Lanphear BP, Sjodin A, Chen A, Yolton K. (2022). Early exposure to flame retardants is prospectively associated with anxiety symptoms in adolescents: A prospective birth cohort study. *Depression and anxiety*, 39(12), 780-793.
- Timulak L, Richards D, Bhandal-Griffin L, Healy P, Azevedo J, Connon G, Martin E, Kearney A, O'Kelly C, Enrique A, Eilert N, O'Brien S, Harty S, González-Robles A, Eustis EH, Barlow DH, Farchione TJ. (2022). Effectiveness of the internet-based Unified Protocol transdiagnostic intervention for the treatment of depression, anxiety and related

- disorders in a primary care setting: a randomized controlled trial. *Trials*, 23(1), 1-11.
- Xie SS, Xiao HW, Lin RM. (2023). Abbreviated version of Penn State Worry Questionnaire for Chinese adolescents: Age, gender and longitudinal invariance. *Frontiers in psychiatry*, 14, 1-7.
- Yan K, Yusufi MH, Nazari N. (2022). Application of unified protocol as a trans diagnostic treatment for emotional disorders during COVID-19: An internet-delivered randomized controlled trial. *World journal of clinical cases*, 10(24), 8599-8614.
- Zanarini MC, Frankenburg FR. (2001). Attainment and maintenance of reliability of axis I and II disorders; A longitudinal study. *Comperhensive Psychiatry*, 42, 369-374.
- Zhang Y, Bian Y. (2020). Emotion Regulation Questionnaire for Cross-Gender Measurement Invariance in Chinese University Students. *Frontiers in psychology*, 11, 1-8.