

اهمیت رویکرد فراتشخیصی در آسیب‌شناسی و روان‌درمانی

The importance of transdiagnostic approach in psychopathology and psychotherapy

Dr. Zahra Taherifar

Assistant Professor, University of Tehran

z.taherifar@ut.ac.ir

دکتر زهرا طاهری فر

استادیار، گروه روانشناسی دانشگاه تهران.

Abstract

In the recent years, the application of "transdiagnostic" term and construct both in the field of psychopathology and psychological treatments is considered. Transdiagnostic models and treatments become exist in the opposite side of single-diagnosis protocols. In the field of psychopathology, transdiagnostic try to recognize the common underlying mechanisms for comorbid disorders and in the field of therapy, means we provide treatment protocols that is based on these common underlying mechanisms, and do not work on the specific diagnosis. In this regard, the aim of the present article is to explanation of different meanings of transdiagnostic construct and to present briefly two transdiagnostic model and treatment - unified protocol and emotion regulation therapy. Finally, in according to the comorbidity issue in psychiatric disorders and better dissemination and treatment in the transdiagnostic condition, we discuss the advantages and disadvantages of this approach.

Key words: transdiagnostic, psychopathology, treatment

چکیده

استفاده از اصطلاح و سازه «فراتشخیصی» در سال‌های اخیر چه در حوزه آسیب‌شناسی و چه در حوزه درمان‌های روان‌شناختی مورد توجه بوده است. مدل‌های و درمان‌های فراتشخیصی در نقطه مقابل درمان‌های مبتنی بر پروتکل‌های تک تشخیصی به وجود آمدند. فراتشخیصی در حوزه آسیب‌شناسی، به معنی پرداختن به سازوکارهای زیربنایی مشترک در طیفی از اختلال‌های هم‌ابتلا و در حوزه درمان، به معنی داشتن پروتکل‌های درمانی است که صرفاً بر اساس تشخیص‌های اختصاصی مداخله نمی‌کنند و این سازوکارهای زیربنایی مشترک را در درمان مدنظر قرار می‌دهند. هدف از مقاله حاضر، تبیین معانی مختلف سازه فراتشخیصی و ارائه مختصری از دو مدل و درمان مطرح در این حوزه، یعنی درمان پروتکل واحد و درمان تنظیم هیجان است. در انتها با توجه به چالش‌های مربوط به هم‌ابتلائی اختلال‌های روانپزشکی و سهولت اشاعه و درمان در وضعیت فراتشخیصی، به مزایا و معایب این دیدگاه پرداخته می‌شود.

واژگان کلیدی: فراتشخیصی، آسیب‌شناسی، درمان

ویرایش نهایی: آذر ۹۸

پذیرش: آذر ۹۸

دریافت: آبان ۹۸

نوع مقاله: تحلیلی

مقدمه

اصطلاح «فراتشخیصی»^۱ در طی سال‌های اخیر مورد توجه روزافزون بوده و چه در حوزه آسیب‌شناسی و چه در حوزه درمان، به شیوه‌های متعدد، کاربرد داشته است (سائر-زاوالا^۲ و همکاران، ۲۰۱۷). فراتشخیصی به طور کلی به معنای شناسایی سازوکارهای زیربنایی مشترک اختلال‌های هم‌ابتلا^۳ و مداخله درمانی بر اساس این سازوکارهای مشترک است که در نقطه مقابل پروتکل‌های مبتنی بر درمان یک اختلال روانپزشکی (یعنی درمان‌های مبتنی بر تشخیص اختصاصی^۴) قرار می‌گیرد (نورتون و پالاس^۵، ۲۰۱۵). سائر-زاوالا و همکاران (۲۰۱۷) با بررسی میزان مطالعه‌های انجام شده از ژوئن ۲۰۱۶ به قبل در بانک اطلاعاتی سایک‌اینو، گزارش کردند ۲۹۴ مقاله از کلیدواژه فراتشخیصی استفاده کرده‌اند، که بیشتر آنها در ۵ سال اخیر نوشته شده است. این مطلب نشان‌دهنده اهمیت پرداختن به دیدگاه فراتشخیصی در حوزه آسیب‌شناسی و درمان است. قبل از به وجود آمدن مدل‌ها و درمان‌های فراتشخیصی، مدل‌ها و درمان‌های شناختی-رفتاری کلاسیک، به صورت پروتکل‌هایی مجزا و برای درمان یک اختلال (یعنی درمان‌های مبتنی بر تشخیص اختصاصی)

1. transdiagnostic

2. Sauer-Zavala

3. mechanism

4. comorbid

5. diagnostic-specific treatment

6. Norton, & Paulus

The importance of transdiagnostic approach in psychopathology and psychotherapy

مطرح بودند (به طور مثال، مدل اجتناب نگرانی و اختلال اضطراب فراگیر^۱ (AMW؛ بورکووک، آلکین و بهار^۲، ۲۰۰۴)، مدل فراشناختی^۳ (MCM؛ ولز^۴، ۱۹۹۵)؛ و مدل شناختی بک (بک، راش، شاو و امری^۵، ۱۹۷۹)) که همچنان در بسیاری از اختلال‌های روانپزشکی مورد استفاده قرار می‌گیرند.

ولیکن، این مدل‌ها و درمان‌های مبتنی بر تشخیص اختصاصی، محدودیت‌هایی دارند. بدین ترتیب که چالش‌های مربوط به هم‌ابتلائی/اختلال‌های روانپزشکی (به ویژه هم‌ابتلائی اختلال اضطراب فراگیر و اختلال افسردگی اساسی) (کروگر و مارکون^۶، ۲۰۰۶)، کارایی نسبی نتایج درمان‌های شناختی-رفتاری کلاسیک در درمان اختلال‌ها (به طور مثال، بورکووک و راسکیو^۷، ۲۰۰۱؛ کواچپرز، ون استراتن، اندر سون، و ون اوپن^۸، ۲۰۰۸)، و آموزش درمانگران و/ا شاعه دادن این درمان‌های مبتنی بر شواهد (الارد، فیرهولم، بویسیو، فارچیون و بارلو^۹، ۲۰۱۰)، موجب به وجود آمدن مدل‌ها و درمان‌های موج سوم^{۱۰} شدند که یکی از مشخصه‌های این درمان‌ها، نگاه «فراشخیصی» آن‌ها به اختلال‌ها (هیز و هافمن^{۱۱}، ۲۰۱۷) و متغیرهای زیربنایی مشترک آسیب‌شناسی روانی اختلال‌های روانپزشکی است.

علاوه بر مشکل هم‌ابتلائی و محدودیت‌های مدل‌ها و درمان‌های مبتنی بر تشخیص اختصاصی، دو پروژه پیشرو که اخیراً توسط انستیتوی ملی سلامت روان^{۱۲} ارائه شده است نیز در روند شکل‌گیری و شتاب بخشیدن به بحث فراتشخیصی مؤثر بوده است (منین و فرسکو^{۱۳}، ۲۰۱۴) پروژه اول، ملاک‌های حوزه پژوهش^{۱۴} (کر سک^{۱۵}، ۲۰۱۲؛ به نقل از منین و فرسکو، ۲۰۱۴) نام دارد و در تلاش است شاخص‌های هنجاری را مشخص کند. این باور وجود دارد که شاخص‌های هنجاری در نقطه مقابل زیرگروه‌های اختلالی هستند و بنابراین، با کمک آنها می‌توان به سازوکارهایی پی برد که برای گسترش درمان‌های اثربخش ضروری هستند. پروژه دوم، اصطلاحی به نام «شخصی‌سازی درمان»^{۱۶} را مورد تأکید قرار داده است. شخصی‌سازی درمان یعنی شناسایی عواملی که نشان می‌دهند چه کسی از یک درمان یا مداخله خاص بهره بیشتری خواهد برد. در این راستا، شیوه‌هایی طراحی می‌شود که بتوان بیمارها را با درمان‌های خاص جور کرد و مراقبت و مداخله درمانی را به حداکثر رساند (به نقل از منین و فرسکو، ۲۰۱۴). از دیدگاه منین و فرسکو (۲۰۱۴)، این دو پروژه کاملاً بر ضرورت پیدا کردن سازوکارهای فراتشخیصی تأکید دارند و همچنین، اینکه سازوکارهای فراتشخیصی متناسب با نیاز افراد و بیماران مورد استفاده قرار گیرند.

در ادامه به چالش هم‌ابتلائی در طبقه‌بندی تشخیصی اشاره خواهد شد و سپس دیدگاه فراتشخیصی به عنوان یکی از راهکارهای مواجهه با این میزان از هم‌ابتلائی توضیح داده خواهد شد. سپس دو مورد از مدل‌ها و درمان‌های فراتشخیصی فعلی به طور مختصر معرفی می‌شود و در نهایت، بر اساس محدودیت‌ها و ضرورت‌های استفاده از دیدگاه فراتشخیصی، جمع‌بندی نهایی صورت خواهد گرفت. هم‌ابتلائی و سازوکارهای مشترک زیربنایی

هم‌ابتلائی به معنای وجود همزمان حداقل ۲ اختلال یا بیشتر در یک فرد است (ماج^{۱۷}، ۲۰۰۵). به طور کلی، هم‌ابتلائی به صورت یک مشکل مفهومی جدی در کار بالینی و پژوهشی در حوزه آسیب‌شناسی روانی درآمده است. در حوزه بالینی، مسأله این است که هم‌ابتلائی را چگونه می‌توان در مراجعان مفهوم‌پردازی کرد؟ در حوزه کار پژوهشی، مشکل این است که چگونه ملاک‌های ورود برای مطالعات در نظر گرفت؟ در صورتی که معمولاً مراجعان به سختی در یک طبقه تشخیصی جای می‌گیرند. داده‌های همه‌گیرشناسی گزارش می‌کنند

1. Avoidance model of Worry and GAD (AMW)

2. Borkovec, Alcaine, & Behar

3. Metacognitive Model

4. Wells

5. Rush, Shaw, & Emery

6. Krueger & Markon

7. Ruscio

8. Cuijpers, van Straten, Andersson, & van Oppen

9. Ellard, Fairholme, Boisseau, Farchione, & Barlow

10. third wave

این اصطلاح، اولین بار توسط هیز در سال ۲۰۰۴ ارائه شد.

11. Hayes, & Hofmann

12. National Institute of Mental Health (NIMH)

13. Mennin, & Fresco

14. Research Domain Criteria (RDoC)

15. Craske

16. Treatment personalization

17. Maj

این میزان بالای هم‌ابتلائی، نمی‌تواند ناشی از تصادف باشد و این یعنی اختلال‌های روانی با یکدیگر همبستگی دارند و از طریق سازه‌های مشترکی با یکدیگر ارتباط دارند (کروگر و مارکون، ۲۰۰۶).

با توجه به رایج و همه‌گیر بودن هم‌ابتلائی در طبقه‌بندی راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی، (کسلر^۱ و همکاران، ۱۹۹۴؛ ویدیگر و کلارک^۲، ۲۰۰۰)، تبیین سازه‌های زیربنایی ایجاد هم‌ابتلائی در اختلال‌های روان‌شناختی اهمیت زیادی دارد. واتسون^۳ (۲۰۰۵)، سه نوع هم‌ابتلائی اساسی را گزارش می‌کند: (۱) هم‌ابتلائی شدید اختلال‌های خلقی با اختلال‌های اضطرابی و برعکس (کسلر و همکاران، ۱۹۹۶)؛ (۲) هم‌ابتلائی بالای اختلال‌های اضطرابی با یکدیگر (برون^۴ و بارلو، ۱۹۹۲)؛ (۳) هم‌ابتلائی شدید اختلال‌های اضطرابی و اختلال‌های خلقی، با سایر اختلال‌ها به خصوص اختلال‌های مصرف مواد، اختلال‌های خوردن، اختلال‌های جسمانی‌سازی، و اختلال‌های شخصیت (مینکا و همکاران، ۱۹۹۸). با توجه به اینکه ۲ نوع از هم‌ابتلائی‌ها بر روی اختلال‌های خلقی و اضطرابی هستند، مدل‌هایی که در زمینه تبیین هم‌ابتلائی و پیشنهاد طبقه‌بندی‌های تشخیصی جدید ارائه شده‌اند، در اکثر موارد بر روی اختلال‌های اضطرابی و خلقی متمرکز شده‌اند (به طور مثال، برون و بارلو، ۲۰۰۹؛ و واتسون، ۲۰۰۵). در واقع، این هم‌ابتلائی بالا نشان می‌دهد که باید پژوهش‌هایی صورت گیرد تا عوامل سبب‌شناختی مشترک و اختصاصی شناسایی شود و از یافته‌های چنین پژوهش‌هایی، بتوان اثربخشی^۵ درمان‌ها را ارتقا داد (برون و بارلو، ۲۰۰۹).

تبیین‌های مختلفی برای هم‌ابتلائی میان اختلال‌های اضطرابی و افسردگی بیان شده است: تبیین اول) یک زمینه زیربنایی یکسان باعث ایجاد اختلال‌های اضطرابی و افسردگی می‌شود؛ تبیین دوم) یکی از اختلال‌ها در گذر زمان موجب شکل‌گیری اختلال بعدی می‌شود (بارلو، ۲۰۰۲)؛ البته هر یک از دو تبیین اول و دوم، با یکدیگر ارتباط دارند و مجزا از هم نیستند. تبیین سوم) برخی نشانه‌ها و علائم مشترک در ملاک‌های تشخیصی این دو اختلال مانند مشکل در تمرکز (زیمرمن و چلمینسکی^۶، ۲۰۰۳) نیز می‌تواند باعث افزایش هم‌ابتلائی گزارش شده شود.

در توضیح هم‌ابتلائی بالا میان اختلال اضطراب فراگیر و اختلال افسردگی اساسی، نظریه تمرکز تنظیمی^۷ (هیگینز^۸، ۱۹۹۷) و نظریه حساسیت به تقویت^۹ (گری و مک‌ناتون^{۱۰}، ۲۰۰۰) هر دو بر این باور هستند که افراد بر مبنای دو سیستم انگیزشی یعنی سیستم پاداش^{۱۱} (یا همان سیستم گرایش رفتاری) و سیستم ایمنی^{۱۲} (یا همان سیستم بازداری رفتاری) عمل می‌کنند. مشکل زمانی آغاز می‌شود که فرد دچار بدکارکردی^{۱۳} انگیزشی می‌شود که این مطلب ناشی از اشکال در حل تعارض گرایش/اجتناب^{۱۴} است (آپرل و پالاس^{۱۵}، ۲۰۱۰). بر این اساس می‌توان نتیجه گرفت که یکی از عوامل زمینه‌ای برای بروز هم‌ابتلائی میان اختلال اضطراب فراگیر و اختلال افسردگی اساسی، بدکارکردی انگیزشی است.

با مدنظر قرار دادن تعریف دو سیستم انگیزشی پاداش و ایمنی، سیستم بازداری رفتاری و عاطفه منفی با یکدیگر هم‌راستا هستند و بنابراین مرتبط با تجربه هیجان‌های منفی هستند (دیلارد و پک^{۱۶}، ۲۰۰۱). افزایش فعالیت سیستم بازداری رفتاری منجر به کاهش ثبات هیجانی می‌شود که در واقع افزایش روان‌رنجورخویی^{۱۷} را در پی دارد (پرب‌هاکاران، کرامر و تامسون-شیل^{۱۸}، ۲۰۱۱)؛ کیسر و راس^{۱۹}، (۲۰۱۱). سیستم گرایش رفتاری و عاطفه مثبت نیز با یکدیگر ارتباط دارند. در این راستا، کارل، گالاگر، سائر-زاوالا، بنتلی^{۲۰} و بارلو

1. Kessler

2. Widiger, & Clark

3. Watson

4. Brown

5. effectiveness

6. Zimmerman & Chelminski

7. Regulatory focus theory

8. Klenk, Strausman, & Higgins

9. Sensitivity to reinforcement (RFT)

10. Gray & McNaughton

11. reward system

12. security system

13. dysfunction

14. approach/avoidance

15. Aupperle & Paulus

16. Dillard & Peck

17. neuroticism

18. Prabhakaran, Kraemer, & Thompson-Schill

19. Keiser & Ross

20. Carl, Gallagher, Sauer-Zavala, Bentley, & Barlow

The importance of transdiagnostic approach in psychopathology and psychotherapy

(۲۰۱۴)، سرشت را با کنار هم قرار دادن انگیزش و هیجان تعریف می‌کنند. آنها به دو بُعد سرشتی رایج در ادبیات پژوهش اشاره می‌کنند: روان‌رنجورخویی/بازداری رفتاری و برون‌گرایی^۱/فعال سازی رفتاری و بیان می‌دارند که روان‌رنجورخویی و برون‌گرایی، یک مؤلفه هیجانی و بازداری رفتاری و فعال‌سازی رفتاری، یک مؤلفه انگیزشی است که نشان می‌دهد هیجان و انگیزش، بخش‌های سازنده یک مفهوم مشترک هستند. این عوامل مشترک به عنوان عوامل فراتشخیصی در هم‌ابتلائی، مؤثر دیده می‌شوند.

از سویی، سازه‌های عاطفه‌پذیری منفی^۲ یا پریشانی عمومی^۳ در مدل واتسون (۲۰۰۵) را در قالب آسیب‌پذیری مشترک معرفی شده است که در هم‌ابتلائی میان اختلال‌های اضطرابی و افسردگی مؤثر هستند. از سوی دیگر، سازه دیگری توسط بارلو، الارد، سائر-زاوالا، بولیس^۴ و کارل (۲۰۱۴) با عنوان روان‌رنجورخویی^۵ مطرح شده است که مترادف با عاطفه‌پذیری منفی است. بنابراین، این سازه‌های مشابه یکی از دلایل شکل‌گیری انواع اختلال‌های روان‌شناختی و هم‌ابتلائی میان آنها هستند (مهروترا و تریپاتی^۶، ۲۰۱۲) که با اسامی متفاوتی در چندین مدل مختلف ارائه شده‌اند. همچنین، بر اساس مطالعه انجام شده توسط برون، چورپیتا^۷ و بارلو (۱۹۹۸)، منین و فرچ^۸ (۲۰۰۷) بیان می‌کنند که «هیجان‌ها» (چه به صورت مثبت، چه به صورت منفی)، عامل فراتشخیصی مشترک میان تمام اختلال‌های روان‌شناختی به ویژه اختلال‌های اضطرابی و خلقی هستند. بنابراین، به طور کلی هم‌ابتلائی به عامل‌های سطح بالاتر مشترک یعنی به سازه‌های فراتشخیصی نسبت داده می‌شود که زیربنای اختلال اضطراب فراگیر و اختلال افسردگی اساسی هستند (مک‌لاگ‌لین، بورکووک و سیراوا^۹، ۲۰۰۷).

دیدگاه فراتشخیصی

با توجه به چالش هم‌ابتلائی که پیش‌تر اشاره شد، در عمل، پژوهشگران به سمت شناسایی سازوکارهای زیربنایی مشترک حرکت کردند که به برخی از اساسی‌ترین آنها اشاره شد. این سازوکارهای زیربنایی مشترک، همان‌دا شدن دید «فراتشخیصی» نسبت به آسیب‌شناسی و درمان اختلال‌های روانپزشکی است. در حوزه آسیب‌شناسی، سائر-زاوالا و همکاران (۲۰۱۷) از دو مطالعه نام می‌برند که هر کدام به طریقی ملاک‌هایی برای دیدگاه فراتشخیصی ارائه داده‌اند: الف) منسل، هاروی، واتکینز و شفران^{۱۰} (۲۰۰۹) و ب) هاروی، موری، چاندلر و سوهنر^{۱۱} (۲۰۱۱).

هاروی و همکاران (۲۰۱۱)، به نقل از سائر-زاوالا و همکاران (۲۰۱۷)، ملاک‌های فراتشخیصی منسل و همکاران (۲۰۰۹) را «فراتشخیصی به صورت توصیفی^{۱۲}» می‌داند (یعنی فرایندهایی که در طیفی از تشخیص‌ها موجود هستند) و البته، سبک دیگری از دیدگاه فراتشخیصی را بیان می‌دارند که آن را «فراتشخیصی به صورت سازوکاری^{۱۳}» می‌دانند (یعنی، فرایندهایی که بازتاب سازوکار علی و کارکردی برای هم‌رخدادی^{۱۴} هستند). سائر-زاوالا و همکاران (۲۰۱۷)، بیان می‌دارند «فراتشخیصی به صورت سازوکاری»، خاطر نشان می‌کند که یک سازه به طور علی به طیفی از آسیب‌شناسی مرتبط است ولیکن، «فراتشخیصی به صورت توصیفی»، پیشنهاد می‌دهد که فقط یک سازه در چندین اختلال وجود دارد بدون اینکه بدانیم چگونه یا چرا. به طور مثال، حمله‌های پنیک، به طور بالقوه در بافت هر اختلالی ممکن است رخ دهد (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۱۳) ولیکن، کسی باور ندارد که حمله‌های پنیک به طور کارکردی با بروز یا تداوم اختلالی مانند اسکیزوفرنیا مرتبط است و بعد به آن بپردازد تا بهبودی بالینی اساسی ایجاد کند.

در نقطه مقابل این دیدگاه، سازه‌های فراتشخیصی سازوکاری، اطلاعاتی را درباره گسترش و تداوم یک طبقه از اختلال‌ها فراهم می‌کنند؛ یعنی، آنها آسیب‌پذیری‌ها یا سازوکارهای مشترک یا محوری را نشان می‌دهند که فرد را در معرض خطر برای طیفی از

1. extraversion

2. negative affectivity

3. general distress

4. Bullis

5. neuroticism

6. Mehrotra & Tripathi

7. Chorpita

8. Farach

9. McLaughlin, & Sibrava

10. Mansell, Harvey, Watkins, & Shafran

11. Murray, Chandler, & Soehner

12. descriptively transdiagnostic

13. mechanistically transdiagnostic

14. co-occurrence

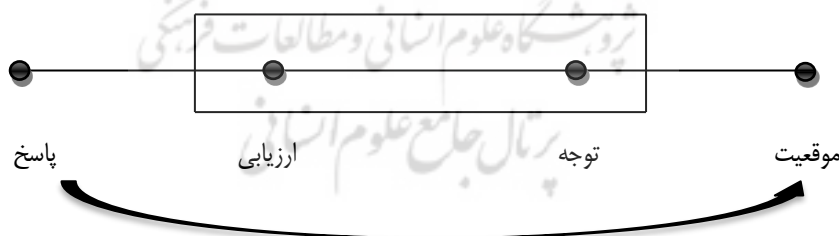
اختلال‌های روانپزشکی قرار می‌دهند (سائر-زاوالا و همکاران، ۲۰۱۷). برخی از این سازوکارهای فراتشخیصی مشترک می‌تواند شامل این موارد باشد که در پژوهش‌های اخیر به آنها پرداخته شده است: زلکوویچ و کول^۱ (۲۰۱۸) به فرایند فراتشخیصی خودانتقادگری^۲ در خودزنی بدون خودکشی^۳ و خوردن اختلال‌گون^۴ (هر دو متعلق به پیوستار رفتارهای خودآسیبی هستند) اشاره می‌کند که این دو مشکل هم‌ابتلائی بالا با یکدیگر دارند. نتایج این مرور سیستماتیک و فراتحلیل، از نقش احتمالی خودانتقادگری به عنوان یک گذرگاه فراتشخیصی برای خودآسیبی حمایت می‌کند. لوکا^۵ (۲۰۱۹) نشخوارذهنی^۶ را به عنوان یک میانجی فراتشخیصی در انواع آسیب‌شناسی از جمله سایکوز، اختلال‌های خوردن و وابستگی به الکل معرفی می‌کند. در پژوهش اسلوان^۷ و همکاران (۲۰۱۷) تنظیم هیجان به عنوان یک سازه فراتشخیصی در بین اختلال‌های متفاوت شامل اضطراب، افسردگی، مصرف مواد، خوردن و اختلال شخصیت مرزی پیشنهاد شده است. با توجه به جدید بودن بحث فراتشخیصی همچنان بر تعداد مطالعاتی که بر روی سازه‌های فراتشخیصی کار می‌کنند افزوده می‌شود. این سازه‌های فراتشخیصی، نقطه شروع برای درمان‌های فراتشخیصی هستند. از دیدگاه سائر-زاوالا و همکاران (۲۰۱۷) مزایای مطالعه بر روی فرایندهای فراتشخیصی سازوکاری زیاد است و شناسایی هر چه بیشتر این فرایندهای زیربنایی مشترک در بین طبقه‌های مختلف تشخیصی، منجر به افزایش اثربخشی درمان‌های روان‌شناختی خواهد شد.

مدل‌ها و درمان‌های فراتشخیصی

دو مورد از جدیدترین مدل‌ها و درمان‌های فراتشخیصی که به درمان اختلال‌های پریشانی در یک پروتکل درمانی پرداخته‌اند، پروتکل واحد^۸ (بارلو و همکاران، ۲۰۰۹) و درمان تنظیم هیجان (منین و فرسکو، ۲۰۱۳ الف) بوده‌اند. پروتکل واحد بر اساس مدل فرایندی تنظیم هیجان و مدل سه مؤلفه‌ای تجربه هیجانی و درمان تنظیم هیجان مبتنی بر مدل بدتنظیمی هیجان طراحی شده‌اند. در ادامه به طور مختصر به این دو مدل و درمان فراتشخیصی اشاره خواهد شد و در نهایت بر اساس یافته‌های موجود، بحث و نتیجه‌گیری صورت خواهد گرفت.

مدل فرایندی تنظیم هیجان، مدل سه مؤلفه‌ای تجربه هیجانی و درمان فراتشخیصی پروتکل واحد

بر اساس دیدگاه گراس و تامپسون^۹ (۲۰۰۷) ویژگی‌های محوری هیجان شامل ۳ بخش هستند: پیش‌سایندگی هیجان، پاسخ‌های هیجان و پیوند میان پیش‌سایندگی هیجان و پاسخ‌ها. آنها با کنار هم قرار دادن این سه مؤلفه محوری هیجان، به «مدل کیفیتی هیجان»^{۱۰} دست یافتند (شکل ۱). شکل ۱ نشان می‌دهد که برای رسیدن از موقعیت به پاسخ، باید مراحل توجه و ارزیابی بر روی موقعیت رخ داده صورت گیرد و نهایتاً



شکل ۱. مدل کیفیتی هیجان (اقتباس از گراس و تامپسون، ۲۰۰۷، ص ۶)

پاسخ هیجانی بر اساس تحلیل‌های انجام شده، رخ می‌دهد. پاسخ تولیدشده می‌تواند شروع یک موقعیت دیگر باشد که این فرایند، با خط منحنی در پایین شکل نشان داده شده است.

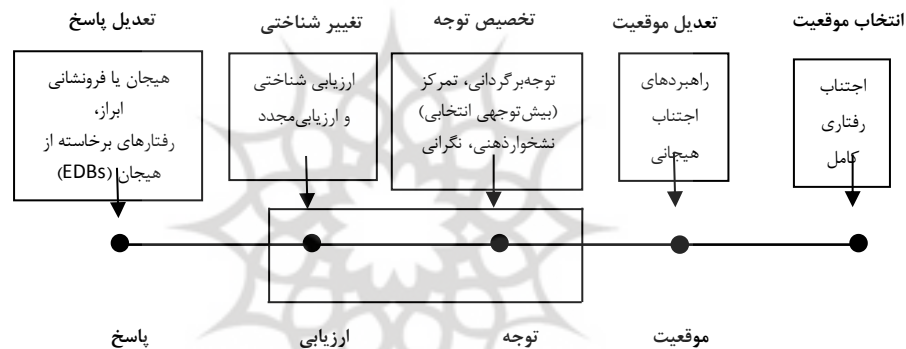
1. Zerkowitz & Cole
 2. self-criticism
 3. nonsuicidal self-injury
 4. disordered eating
 5. Luca
 6. rumination
 7. Sloan
 8. Unified Protocol (UP)
 9. Gross & Thompson
 10. the modal model of emotion

مدل فرایندی تنظیم هیجان

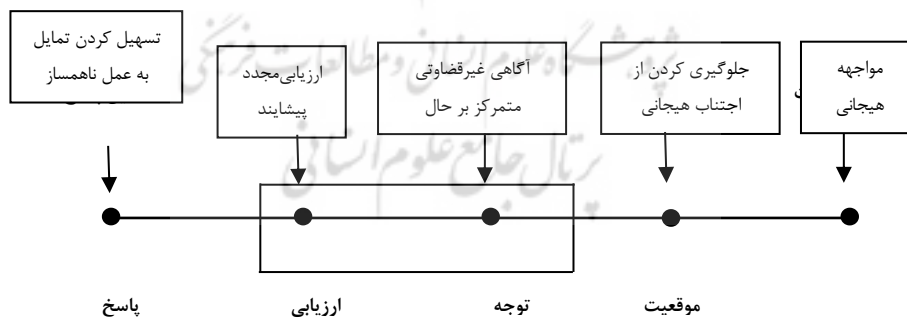
بر اساس مدل فرایندی تنظیم هیجان و مبتنی بر مدل کیفیتی، در ۵ جایگاه از موقعیت تا پاسخ، افراد می‌توانند هیجان‌های خود را با راهبردهای مختلف تنظیم کنند. به ۴ راهبرد تنظیم هیجان اول، متمرکز بر پیش‌انداز و به دسته پنجم متمرکز بر پاسخ می‌گویند که پس از تولید پاسخ است (گراس و مونز^۲، ۱۹۹۵). این جایگاه‌ها بدین ترتیب هستند که پیش از موقعیت، راهبرد انتخاب موقعیت؛ در موقعیت، راهبرد تعدیل موقعیت؛ در توجه، راهبرد تخصیص توجه؛ در ارزیابی، راهبرد تغییر شناختی و در پاسخ، تعدیل پاسخ استفاده می‌شود (گراس و تامپسون، ۲۰۰۷).

پروتکل واحد

پروتکل واحد یک درمان فراتشخیصی و مبتنی بر هیجان است که برای درمان اختلال‌های هیجانی به وجود آمده است (بارلو و همکاران، ۲۰۰۹). مدل زیربنایی آن، مدل فرایندی تنظیم هیجان است. ۵ فرایند تنظیم هیجانی در مدل فرایندی تنظیم هیجان ارائه شد که ممکن است در اختلال‌های هیجانی غیرانطباقی شوند که در شکل ۲ وضعیت‌های غیرانطباقی در مستطیل‌ها مبتنی بر پروتکل واحد نشان داده شده است. در شکل ۳، مشخص شده است چگونه این وضعیت‌های غیرانطباقی، در پروتکل واحد مورد توجه و درمان قرار می‌گیرند (فیرهولم، بوئیسیو، لارد، اهرنریخ و بارلو، ۲۰۱۰).



شکل ۲. تنظیم هیجان در پروتکل واحد (اقتباس از فیرهولم و همکاران، ۲۰۱۰، ص ۲۸۹)



شکل ۳. مداخله‌هایی که تنظیم هیجان را در پروتکل واحد آماج قرار می‌دهد (اقتباس از فیرهولم و همکاران، ۲۰۱۰، ص ۲۸۹)

پروتکل واحد برای درمان تمام اختلال‌های اضطرابی و خلقی و برای سایر اختلال‌هایی که اضطراب و بدتنظیمی هیجان در آنها اهمیت دارند (به طور مثال، بسیاری از اختلال‌های جسمانی سازی^۴ و تجزیه‌ای^۵)، به وجود آمده است. در این درمان از تکنیک‌های اصلی درمان

1. antecedent-focused
2. response-focused
3. Munoz
4. somatoform
5. dissociative

شناختی-رفتاری مانند خاموش کردن یادگیری از طریق جلوگیری از اجتناب، مواجهه شناختی و رفتاری و تغییر و بازسازی شناخت‌های غیرمنطقی استفاده می‌شود. البته، تأکید اصلی این درمان در خاموش کردن اضطراب، بر روی نشانه‌های درون‌نگرانه^۱ است. این نشانه‌های درون‌نگرانه با هیجان‌های شدید همراه هستند که برگرفته از درمان اختلال پانیک هستند (بارلو، ۱۹۸۸؛ کرسک، ۱۹۹۱؛ به نقل از الارد و همکاران، ۲۰۱۰). علاوه بر این، این درمان نیز مانند درمان شناختی-رفتاری کلاسیک، بر روی رابطه میان فکر، احساس و رفتار تمرکز می‌کند و همچنین، به تأثیر بدتنظیمی هیجان در ایجاد و اصلاح تجربه‌های هیجانی درونی می‌پردازد. (الارد و همکاران، ۲۰۱۰). به طور خلاصه، پروتکل واحد، ۷ مرحله^۲ درمانی، دارد و سعی می‌کند در این مراحل درمانی به مراجعان بیاموزد که چگونه شیوه پاسخ‌دهی به هیجان‌های خود را اصلاح کنند و انطباقی‌تر عمل کنند (بویسیو، فارچیون، فیرهولم، الارد، و بارلو، ۲۰۱۰).

مدل بدتنظیمی هیجان و درمان تنظیم هیجان

مدل بدتنظیمی هیجان

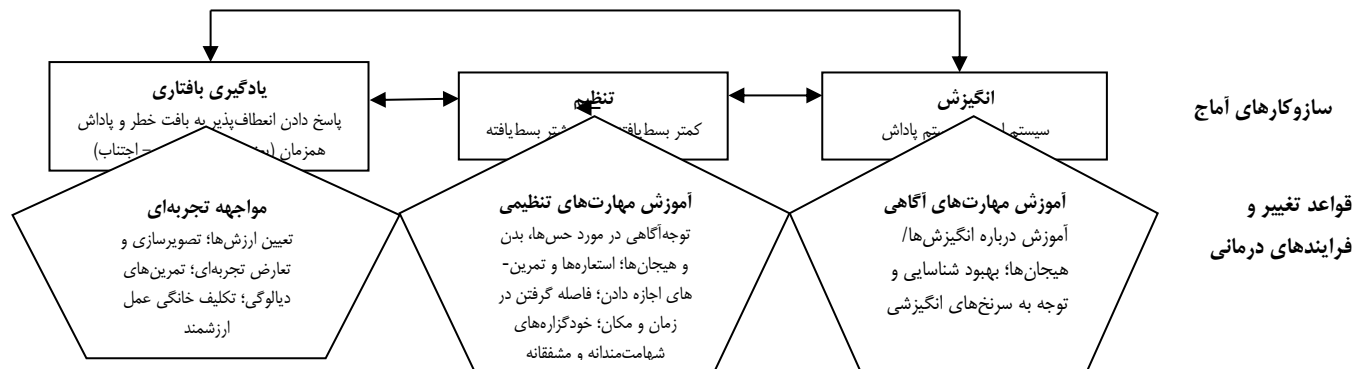
مدل بدتنظیمی هیجان، یک مدل یکپارچه^۳ است که از دیدگاه منین و فرسکو، بر مبنای علوم عاطفی^۴ و مدل‌های رفتاری کلاسیک و معاصر و مفاهیم ذهن‌آگاهی شکل گرفته است (منین و فرسکو، ۲۰۱۳). منین و فرسکو (۲۰۱۴) با یکپارچه کردن مفاهیم ارائه شده در مدل‌ها و مطالعات بالا، بر این باورند که هیجان‌ها می‌توانند کارکردهای متفاوتی داشته باشند، هنجاری یا اختلالی باشند. مدل بدتنظیمی هیجان، سه جنبه اصلی کارکرد هیجان را این چنین دسته‌بندی می‌کند: الف) سازوکارهای انگیزشی، جهت‌دهنده پاسخ هیجانی و زیربنای پاسخ هیجانی هستند؛ ب) سازوکارهای تنظیمی، دربرگیرنده پاسخ‌های هیجانی در قالب انطباقی هستند که راهبردهای تنظیم هیجان در این بخش قرار می‌گیرند (فرسکو، منین، هایمبرگ و ریتز^۵، ۲۰۱۳)؛ و ج) پیامدهای یادگیری رفتاری، نشان‌دهنده خزانه‌های رفتاری بسط‌یافته و متناسب با بافت و موقعیت هستند (منین و فرسکو، ۲۰۱۴). مدل بدتنظیمی هیجان (منین و فرسکو، ۲۰۱۳) در بخش سازوکارهای تنظیمی، چهار راهبرد تنظیم هیجانی (شامل حضورداشتن، اجازه‌دادن، فاصله‌گرفتن و چهارچوب‌بندی مجدد) را مدنظر قرار می‌دهد که بدکارکردی آنها موجب ابتلا و گسترش اختلال‌های افسردگی اساسی و اضطراب فراگیر می‌شود. در این راستا، با آموزش این ۴ راهبرد تنظیم هیجانی در درمان تنظیم هیجان، در واقع راهبردهای انطباقی برای مقابله با هیجان‌های منفی آموزش داده می‌شود.

به طور خلاصه، مدل بدتنظیمی هیجان بر این باور است که ویژگی‌های سرشتی^۶ در اختلال اضطراب فراگیر و اختلال افسردگی اساسی وجود دارد که مرتبط با بدکارکردی سیستم‌های انگیزشی^۷ زیربنایی است. افراد مبتلا به این دو اختلال، برای مدیریت هیجان‌های منفی ناشی از بدکارکردی سیستم‌های انگیزشی، از راهبردهای ناسازگارانه تنظیم هیجان مانند نگرانی^۸ و نشخوارذهنی^۹ استفاده می‌کنند و در نتیجه استفاده از این راهبردهای تنظیم هیجانی غیرانطباقی، مانع از گسترش و بسط یافتن خزانه رفتاری مناسب و متناسب با بافت می‌گردد (منین و فرسکو، ۲۰۱۴).

درمان تنظیم هیجان

درمان تنظیم هیجان، درمانی یکپارچه‌نگر است که از مؤلفه‌های چندین درمان معاصر بهره برده است (به طور مثال، درمان‌های شناختی-رفتاری، درمان‌های رفتاری پذیرش، جدلی^{۱۰} و مبتنی بر ذهن‌آگاهی و درمان تجربه‌ای^{۱۱}). درمان تنظیم هیجان، ساختار مرحله‌ای دارد و شامل ۱۶ جلسه درمانی است. همان‌طور که در شکل ۴ نشان داده شده است، مرحله ۱ درمان، شامل آموزش مهارت‌های آگاهی نسبت به انگیزش‌ها، مرحله ۲ درمان، شامل آموزش مهارت‌های تنظیم هیجان و مرحله ۳ درمان، شامل مواجهه تجربه‌ای است (منین و فرسکو، ۲۰۱۴).

1. interoceptive
 2. module
 3. integrative
 4. affective science
 5. Heimberg, & Ritter
 6. temperamental features
 7. motivational system
 8. worry
 9. rumination
 10. dialectic
 11. experiential therapy



شکل ۴. مدل درمان تنظیم هیجان که نشان‌دهنده سیر پیشرفت مفهومی درمان است (اقتباس از فرسکو و همکاران، ۲۰۱۳، ص ۲۸۸)

بحث و نتیجه‌گیری

با توجه به گزارش‌های همه‌گیرشناسی درباره هم‌ابتلائی بالا میان اختلال‌های روانپزشکی به ویژه اختلال‌های اضطرابی و افسردگی، از یک سو، پژوهشگران به عوامل زیربنایی مشترکی پرداختند که موجب ایجاد هم‌ابتلائی و گسترش اختلال‌های روانپزشکی می‌گردد. از سوی دیگر، انستیتوی ملی سلامت روان آمریکا با انتشار ملاک‌های پژوهشی، پژوهشگران را به این جهت سوق داد که مدل‌های آسیب‌شناسی و درمان‌های روان‌شناختی خود را مبتنی بر واقعیت موجود بنا نهند یعنی هم‌ابتلائی بالای گزارش‌شده را در مدل‌ها و درمان‌های خود در نظر بگیرند و به جای تأکید بر ملاک‌های تشخیصی کتابچه راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی، سازوکارهای زیربنایی مشترک را در وضعیت هم‌ابتلائی مورد توجه قرار دهند. علاوه بر این، همگام با پیشرفت مدل‌های آسیب‌شناختی، درمان‌های نسل سوم (با تأکید بر درمان‌های فراتشخیصی) نیز ارائه شدند که مدعی هستند با تأکید بر سازوکارهای مشترک اختلال‌های هم‌ابتلا موجب می‌شوند کارایی درمان افزایش یابد، اختلال‌های هم‌ابتلا با اختلال اولیه بهبود یابند و کاهش عود رخ دهد. برخی مطالعه‌ها نشان می‌دهند که پروتکل‌های تک تشخیصی، پیامدهای ضعیف‌تری برای همان اختلال اولیه دارند زمانی که آن اختلال اولیه، هم‌ابتلا با سایر اختلال‌ها باشد. شاید به دلیل عدم توجه به اختلال‌های هم‌ابتلا، اثربخشی درمان برای اختلال اولیه نیز کاهش می‌یابد (به طور مثال، گیبونز و دی‌رویسی^۱، ۲۰۰۸؛ به نقل از سائر-زاوالا و همکاران، ۲۰۱۷). همچنین، این درمان‌ها با نگاه فراتشخیصی خود مدعی هستند در وضعیت هم‌ابتلائی، به جای استفاده از چندین پروتکل درمانی برای هر اختلال، تنها با اجرای یک پروتکل درمانی، مداخله درمانی را انجام دهند و در نتیجه، به دنبال کاهش دادن هزینه، زمان و در نهایت، تسهیل کردن اشاعه، آموزش و انجام روان‌درمانی هستند (نیوبی، مک‌کینون، کیوئیکن، گیلبدی و دالگیش^۲، ۲۰۱۵). در واقع، این درمان‌ها به دنبال بهتر کردن هزینه-اثربخشی^۳ درمانی هستند.

نکته کلیدی اینجاست که علی‌رغم ادعاهای مطرح شده توسط درمان‌های فراتشخیصی و افزایش استفاده از سازه‌های فراتشخیصی در مدل‌های آسیب‌شناسی و روان‌درمانی، نتایج چندین فراتحلیل (به طور مثال، نورتون و همکاران، ۲۰۱۳؛ نیوبی و همکاران، ۲۰۱۵) نشان می‌دهد با وجود نتایج امیدبخش اولیه درباره کارآمدی درمان‌های فراتشخیصی، اکثر مطالعات محدودیت روش‌شناختی دارند (نورتون، ۲۰۱۲؛ اوست^۴، ۲۰۰۸) و بنابراین، نیاز به پژوهش‌هایی با اصول روش‌شناختی قوی‌تر در این زمینه وجود دارد.

همچنین، ذکر این نکته ضروری است صرف استفاده از درمان‌های فراتشخیصی ممکن است برای درمان تمام مراجعین کافی نباشد. بنابراین، در صورت ضرورت استفاده از تکنیک‌های درمان شناختی-رفتاری کلاسیک باید مورد تأکید باشد. این دیدگاه، به نظر می‌رسد حداقل در فضای فعلی روان‌شناسی بالینی در داخل کشور مدنظر نیست و به‌روز بودن و جدید بودن یک درمان، به معنای تأثیرگذاری بیشتر نسبت به درمان‌های گذشته قلمداد می‌شود. همچنین، همگام با ملاک‌های پژوهشی اخیر انستیتوی ملی سلامت روان آمریکا، جوړبودن بیمار با درمان روان‌شناختی مورد توجه جدی است و این مطلب، در پژوهش دادلی، کیوکن و پدسکی^۵ (۲۰۱۱)، به صورت

1. Gibbons & DeRubeis

2. Newby, McKinnon, Kuyken, Gilbody, & Dalgeish

3. Cost-effectiveness

4. Öst

5. Dudley, Kuyken, & Padesky

فرمول بندی مراجع بر اساس دیدگاه مبتنی بر تشخیص و دیدگاه فراتشخیصی گزارش شده است. این فرمول بندی در قالب یک وضعیت صفر و یکی ارائه نشده است، یعنی دادلی و همکاران (۲۰۱۱) گزارش می کنند حتی اضافه کردن برخی از تکنیک های فراتشخیصی به یک درمان مبتنی بر تشخیص، می تواند بسته به شرایط، موجب پیامد درمانی مؤثرتری می شود. به طور خلاصه می توان به این جمع بندی رسید که «جدید بودن یک مدل آسیب شناسی و روان درمانی، تضمینی برای «مناسب بودن» دائمی آن درمان روان شناختی در شرایط متفاوت نیست».

منابع

- Aupperle, R. L., & Paulus, M. P. (2010). Neural systems underlying approach and avoidance in anxiety disorders. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 12, 517-531.
- Barlow (2002). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of panic*, 2nd ed. New York: The Guilford Press.
- Barlow, D. H., Allen, L. B., Boisseau, C. L., Ehrenreich, J. T., Ellard, K. K., Farchione, T. J., et al. (2009). *Unified protocol for the treatment of emotional disorders: Modular version 3.0*. Unpublished treatment manual.
- Barlow, D. H., Ellard, K. K., Sauer-Zavala, S., Bullis, J. R., & Carl, J. R. (2014). The Origins of Neuroticism. *Perspectives on Psychological Science*, 9, 481-496.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: The Guilford Press.
- Boisseau, C. L., Farchione, T. J., Fairholme, C. P., Ellard, K. K., & Barlow, D. H. (2010). *Cognitive and behavioral Practice*, 17, 102-113.
- Borkovec, T. D., Alcaine, O. M., & Behar, E. (2004). Avoidance theory of worry and generalized anxiety disorder. In: R. Heimberg, C. Turk, & D. Mennin (Eds.), *Generalized anxiety disorder: advances in research and practice* (pp. 77-108). New York, NY, US: Guilford Press.
- Borkovec, T. D., & Ruscio, A. M. (2001). Psychotherapy for generalized anxiety disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 62 (Suppl 11), 37-42.
- Brown, T. A., & Barlow, D. H. (1992). Comorbidity among anxiety disorders: Implications for treatment and *DSM-IV*. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 835-844.
- Brown, T. A., & Barlow, D. H. (2009). A proposal for a dimensional classification system based on the shared features of the *DSM-IV* anxiety and mood disorders: Implications for assessment and treatment. *Psychological Assessment*, 21, 256-271.
- Brown, T. A., Chorpita, B. F., & Barlow, D. H. (1998). Structural relationships among dimensions of the *DSM-IV* anxiety and mood disorders and dimensions of negative affect, positive affect, and autonomic arousal. *Journal of Abnormal Psychology*, 107, 179-192.
- Carl, J. R., Gallagher, M. W., Sauer-Zavala, S. E., Bentley, K. H., & Barlow, D. H. (2014). A preliminary investigation of the effects of the unified protocol on temperament. *Comprehensive Psychiatry*, 55, 1426-1434.
- Cuijpers, P., van Straten, A., Andersson, G., & van Oppen, P. (2008). Psychotherapy for depression in adults: a meta-analysis of comparative outcome studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76, 909-922.
- Dudley, R., Kuyken, W., & Padesky, C. A. (2011). Disorder specific and trans-diagnostic case conceptualization. *Clinical Psychology Review*, 31, 213-224.
- Dugas, M. J., Letarte, H., Rheaume, J., Freeston, M. H., & Ladouceur, R. (1995). Worry and problem solving: evidence of a specific relationship. *Cognitive Therapy and Research*, 19, 109-120.
- Ellard, K. K., Fairholme, C. P., Boisseau, C. L., Farchione, T. J., & Barlow, D. H. (2010). Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional disorders: Protocol development and initial outcome data. *Cognitive and behavioral Practice*, 17, 88-101.
- Fairholme, C. P., Boisseau, C. L., Ellard, K. K., Ehrenreich, J. T., & Barlow, D. H. (2010). Emotions, emotion regulation, and psychological treatment (a unified perspective). In A. M. Kring, & D. M. Sloan. (Eds.), *emotion regulation and psychopathology: A transdiagnostic approach to etiology and treatment* (pp. 283-309). New York, NY, US: Guilford Press.
- Fresco, D. M., Mennin, D. S., Heimberg, R. G., & Ritter, M. (2013). Emotion Regulation Therapy for Generalized Anxiety Disorder. *Cognitive and Behavioral Practice*, 20, 282-300.
- Gray, J. A., & McNaughton, N. (2000). *The Neuropsychology of Anxiety* (2nd ed.). New York, NY: Oxford University Press.
- Gross, J. J., & Munoz, R. F. (1995). Emotion regulation and mental health. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 2, 151-164.
- Gross, J. J., & Thompson, R. A. (2007). Emotion regulation: Conceptual foundations. In J. J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation* (1st ed., pp. 3-24). New York, NY: Guilford Press.
- Harvey, A., Murray, G., Chandler, R., & Soehner, A. (2011). Sleep disturbance as transdiagnostic: Consideration of neurobiological mechanisms. *Clinical Psychology Review*, 31(2), 225-235.
- Hayes, S. C. (2004). Acceptance and Commitment Therapy, Relational Frame Theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies, *Behavior Therapy*, 35, 639-65.

The importance of transdiagnostic approach in psychopathology and psychotherapy

- Hayes, S. C., & Hofmann, S. G. (2017). The third wave of cognitive behavioral therapy and the rise of process-based care. *World Psychiatry*, 16(3), 245-246.
- Higgins, E. T. (1997). Beyond pleasure and pain. *American Psychologist*, 52, 1280-1300.
- Keiser, H. N., & Ross, S. R. (2011). Carver and White's BIS/FFFS/BAS scales and domains and facets of the five factor model of personality. *Personality and Individual Differences*, 51, 39-44.
- Kessler, R. C., McGonagle, K. A., Zhao, S., Nelson, C. B., Hughes, M., Eshelman, S., Wittchen, H., & Kendler, K. S. (1994). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. *Archives of General Psychiatry*, 51, 8-19.
- Kessler, R. C., Nelson, C. B., McGonagle, K. A., Liu, J., Swartz, M., Blazer, D. G. (1996). Comorbidity of DSM-III-R major depressive disorder in the general population: results from the US National Comorbidity Survey. *British Journal of Psychiatry*, 168, 17-30.
- Krueger, R. F., & Markon, K. E. (2006). Reinterpreting comorbidity: a model-based approach to understanding and classifying psychopathology. *Annual Review of Clinical Psychology*, 2, 111-133.
- Luca, M. (2019). Maladaptive Rumination as a Transdiagnostic Mediator of Vulnerability and Outcome in Psychopathology. *Journal of Clinical Medicine*, 8, 314; doi:10.3390/jcm8030314.
- Maj, M. (2005). 'Psychiatric comorbidity': an artefact of current 'Psychiatric comorbidity': an artefact of current diagnostic systems? *British Journal of Psychiatry*, 186, 182-184
- Mansell, W., Harvey, A., Watkins, E., & Shafran, R. (2009). Conceptual foundations of the transdiagnostic approach to CBT. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 23(1), 6-19.
- McLaughlin, K. A., Borkovec, T. D., & Sibrava, N. J. (2007). The effects of worry and rumination on affect states and cognitive activity. *Behavior Therapy*, 38, 23-38.
- Mehrotra, S., & Tripathi, R. (2012). Affect intensity and negative mood regulation (NMR) expectancies: A preliminary Indian study. *Asian Journal of Psychiatry*, 5, 137-143.
- Mennin, D. S., & Farach, F.J. (2007). Emotion and evolving treatments for adult psychopathology. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 14, 329-352.
- Mennin, D. S., & Fresco, D. M. (2013a). *Emotion regulation therapy for generalized anxiety disorder*. Unpublished manual.
- Mennin, D. S., & Fresco, D. M. (2014). Emotion regulation therapy. In J. J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation* (2nded., pp. 469-490). New York, NY: Guilford.
- Newby, J. M., McKinnon, A., Kuyken, W., Gilbody, S., & Dalgeish, T. (2015). Systematic review and meta-analysis of transdiagnostic psychological treatments for anxiety and depressive disorders in adulthood. *Clinical Psychology Review*, 40, 91-110.
- Norton, P. J. (2012). Randomized Clinical Trial of Transdiagnostic CBT for Anxiety Disorder by Comparison to Relaxation Training. *Behavior Therapy*, 43(3), 506-517.
- Norton, P. J., Barrera, T. L., Mathew, A. R., Chamberlain, L. D., Szafranski, D. D., Reddy, R., & Smith, A. H. (2013). Effect of transdiagnostic CBT for anxiety disorders on comorbid diagnoses. *Depression and Anxiety*, 30, 168-173.
- Norton, P. J., & Paulus, D. J. (2015). Toward a unified treatment for emotional disorders: Update on the science and practice. *Behavior Therapy*. <http://dx.doi.org/10.1016/j.beth.2015.07.002>.
- Öst, L-G. (2008). Efficacy of the third wave of behavioral therapies: A systematic review and meta-analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 46, 296-321. Paul, S., Simon, D., Kniesche, R.,
- Prabhakaran, R., Kraemer, D. J. M., & Thompson-Schill, S. L. (2011). Approach, avoidance, and inhibition: Personality traits predict cognitive control abilities. *Personality and Individual Differences*, 51, 439-444.
- Sauer-Zavala, S., Gutner, C. A., Farchione, T. J., Boettcher, H. T., Bullis, J. R., & Barlow, D. H. (2017). Current Definitions of "Transdiagnostic" in Treatment Development: A Search for Consensus. *Behavior Therapy*, 48, 128-138.
- Sloan, E., Hall, K., Moulding, R., Bryce, S., Mildreda, H., & Staiger, P. K. (2017). Emotion regulation as a transdiagnostic treatment construct across anxiety, depression, substance, eating and borderline personality disorders: A systematic review. *Clinical Psychology Review*, 57, 141-163.
- Steele, S. J., Farchione, T. J., Cassiello-Robbins, C., Ametaj, A., Sbi, S., Sauer-Zavala, S., Barlow, D. H. (2018). Efficacy of the Unified Protocol for transdiagnostic treatment of comorbid psychopathology accompanying emotional disorders compared to treatments targeting single disorders. *Journal of Psychiatric Research*, 104, 211-216.
- Wells, A. (1995). Metacognition and worry: A cognitive model of generalised anxiety disorder. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 23, 301-320.
- Widiger, T. A., & Clark, L. A. (2000). Toward DSM-V and the classification of psychopathology. *Psychological Bulletin*, 126, 946-963.
- Zelkowitz, R. L. & Cole, D. A. (2018). Self-criticism as a transdiagnostic process in nonsuicidal self-injury and disordered eating: Systematic review and meta-analysis. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. DOI: 10.1111/sltb.12436.
- Zimmerman, M., & Chelminski, I. (2003). Generalized anxiety disorder in patients with major depression: Is DSM-IV's hierarchy correct? *American Journal of Psychiatry*, 160, 504-512.