

Research Paper

Comparing the Effects of the Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders and the Mindfulness-based Cognitive Therapy on Emotional Regulation and Rumination of Depressed People: A Randomized Clinical Trial



Somayeh Afshar¹ , *Negar Asgharipour Zahmati² , Fatemeh Alidoosti³

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



Citation Afshar S, Asgharipour Zahmati N, Alidoosti F. [Comparing the Effects of the Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders and the Mindfulness-based Cognitive Therapy on Emotional Regulation and Rumination of Depressed People: A Randomized Clinical Trial (Persian)]. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*. 2024; 30:E4266.2. <http://dx.doi.org/10.32598/ijpcp.30.4266.2>

doi <http://dx.doi.org/10.32598/ijpcp.30.4266.2>

Received: 03 Dec 2023

Accepted: 31 Jul 2024

Available Online: 10 Nov 2024

ABSTRACT

Objectives Depression is one of the most common mental disorders and is expected to be the most important debilitating disease in the world by 2030. It is very important to pay attention to new treatments in order to reduce the problems of people with depression. Mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) and the unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders (UP) are the new treatments proposed for depression. This study aims to compare the effects these therapies on emotional regulation and rumination of people with depression.

Methods This is a randomized clinical trial with a pre-test/post-test design. The study population consists of all people with depression (diagnosed based on the structured clinical interview for diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5th edition (DSM-5) and the Beck depression inventory) who referred to the counseling center of Jihad University in Mashhad, Iran, in the summer 2021. Thirty eligible patients aged 18-50 years were selected by a convenience sampling method and randomly divided into two experimental groups; 15 in the MBCT group and 15 in the UP group. The tools including the rumination response scale and the emotional regulation questionnaire were completed at baseline and after the study. The data were analyzed in SPSS software, version 22 using descriptive statistics, Kolmogorov-Smirnov test, and analysis of covariance.

Results Both experimental groups showed significant improvement in the mean scores of emotional regulation and rumination ($P < 0.001$). After controlling the pre-test scores, there was a significant difference between two groups only in the rumination scores, in favor of MBCT ($F = 7.87, P = 0.009$).

Conclusion Both UP and MBCT are effective for improving emotional regulation of depressed people, where the MBCT is more effective in reducing the rumination of depressed people.

Key words:

Depressive disorder,
Mindfulness-based
cognitive therapy,
Unified protocol
for transdiagnostic
treatment,
Rumination,
Emotional regulation

* Corresponding Author:

Negar Asgharipour Zahmati, Associate Professor.

Address: Department of Clinical Psychology, Psychiatry and Behavioral Sciences Research Center, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran.

Tel: +98 (51) 38795031

E-mail: afshar.s@imamreza.ac.ir



Copyright © 2024 The Author(s); Publisher by Iran University Medical Sciences
This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>), which permits use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

Extended Abstract

Introduction

According to the report of the World Health Organization (WHO), more than 450 million people in the world suffer from mental disorders. In the last decades, the prevalence of mental disorders including depression in the world and in Iran has been on the rise. Depression is one of the most important and common mental health problems. It will be the most important debilitating disease in the world by 2030 according to the predictions of the WHO. A national study showed that depression is the third health problem in Iran with a prevalence of more than 20% [1]. The efforts to identify key components related to the pathology of depressive disorder and find treatments based on these components are of particular importance. Despite the progress in the field of diagnosis and treatment of depression, there is still partial improvement in 50% of cases [2, 3].

To prevent the recurrence of depression, it is necessary to find effective ways to change the factors influencing the development of depression, such as cognitive avoidance, emotional regulation, and rumination. Rumination is defined as resistant and recurring thoughts about a specific theme. These thoughts involuntarily enter the consciousness and divert the attention from the desired topics and current goals. It is a potentially vulnerable factor for the initiation or maintenance of depression [5]. Emotion regulation also plays an important role in depression [6]. Gross defines emotion regulation as “the processes by which individuals influence which emotions they have, when they have them, and how they experience and express them” [7].

It is very important to pay attention to new treatments to reduce the problems of people suffering from depression.

Among these treatments, cognitive-behavioral therapy (CBT) has received special attention [11]. Despite the high success of CBT, many efforts have been made to improve the effectiveness of this therapy. In this regard, two general approaches have been proposed, including “partial” and “holistic” approaches. In the partial approach, it is believed that the initiation and continuation of the key part of each disorder are unique and different. One of these treatments is the mindfulness-based cognitive therapy model (MBCT) [12]. In the holistic approach, an attempt is made to find common points and coexistence of mental disorders and problems. One of these efforts is the development of the unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders (UP) [16]. The present study aims to investigate the effects of UP compared to MBCT on rumination and emotional regulation of depressed people.

Methods

This is a randomized clinical trial with a pre-test/post-test design. The study population consists of all people with symptoms of depression referred to the counseling clinic of Jihad University in Mashhad in the summer 2021. The sample size was determined 15 per group [17]. Therefore, 30 patients were divided into two intervention groups. The first group received MBCT and the second group received the UP. The structured clinical interview for DSM-5, the Beck depression inventory - second edition (BDI II), the rumination response scale (RRS), and the Emotional Regulation Questionnaire (ERQ) were used to collect the information.

Results

Descriptive statistics (mean and standard deviation) for the MBCT and UP groups are presented in Table 1. The mean RRS scores in the pre-test and post-test stages for the MBCT group were 46.77 and 45.60, respectively. For

Table 1. Descriptive scores of rumination and emotional regulation in the study groups

Variables	Phase	Meant±SD	
		Group	
Rumination	Pre-test		
		MBCT	UP
	Pre-test	77.46±4.73	74±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±4.89	41.93±4.94

the UP group, the scores were 74 and 49.60, respectively. The mean total ERQ scores in the pre-test and post-test stages for the UP group were 29.26 and 41.93, respectively. For the MBCT group, the scores were 26.53 and 38, respectively.

Conclusion

Both MBCT and UP methods can improve the emotion regulation of depressed people, while the MBCT is more effective than the UP method in reducing rumination in depressed people. This study was conducted among depressed patients referred to a clinic in Mashhad. Therefore, the results cannot be generalized to all depressed patients in Iran. The lack of a control group and a follow-up phase were other limitations of this study. Considering that emotion regulation strategies are generally learned in childhood and adolescence and become an automatic cognitive style in adulthood, teaching techniques based on the MBCT and UP methods to children and adolescents is recommended for the use of adaptive emotion regulation strategies in childhood and adolescence.

Ethical Considerations

Compliance with ethical guidelines

The present study was approved by the ethics committee of [Islamic Azad University, Mashhad medical branch](#) (Code:IR.IAU.MSHD.REC.1402.128) and was registered by the [Iranian Registry of Clinical Trials](#) (ID: IRCT20231107059985N1).

Funding

This article was extracted from the PhD thesis of Somayeh Afshar at the Department of Psychology, [Islamic Azad University, Bojnourd Branch](#). This research did not receive any grant from funding agencies in the public, commercial, or non-profit sectors.

Authors contributions

Initial draft preparation, investigation, validation and review: Somayeh Afshar; validation, supervision, and editing: Negar Asghari Pourzahmti; Methodology: Fatemeh Alidoosti.

Conflicts of interest

The authors declared no conflict of interest.

مقاله پژوهشی

مقایسه اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه با درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر تنظیم هیجانی و نشخوار فکری در افراد افسرده: کارآزمایی بالینی تصادفی شده

سمیه افشار^۱، نگار اصغری پور زحمتی^۲، فاطمه علیدوستی^۳

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

Use your device to scan and read the article online



Citation 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*. 2024; 30:E4266.2. <http://dx.doi.org/10.32598/ijpcp.30.4266.2>

doi <http://dx.doi.org/10.32598/ijpcp.30.4266.2>

حکیده

تاریخ دریافت: ۱۲ آذر ۱۴۰۲
تاریخ پذیرش: ۱۰ مرداد ۱۴۰۳
تاریخ انتشار: ???

اهداف افسردگی یکی از رایج‌ترین اختلالات روانی است که براساس پیش‌بینی‌های سازمان بهداشت جهانی تا سال ۲۰۳۰ مهم‌ترین بیماری ناتوان‌کننده در کل دنیا خواهد بود و درمان آن با چالش‌های فراوانی همراه است. امروزه توجه به درمان‌های نوین در جهت کاهش مشکلات افراد مبتلا به اختلال افسردگی اهمیت فراوانی دارد. درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و درمان فراتشخیصی یکپارچه از درمان‌های نوین پیشنهاد شده برای افسردگی می‌باشد. با توجه به اینکه کمتر پژوهشی به بررسی اثربخشی درمان‌های جدید امروزی بر مؤلفه‌های اساسی در افسردگی و همچنین مقایسه این درمان‌ها پرداخته است، هدف از این مطالعه مقایسه تأثیر درمان فراتشخیصی یکپارچه با درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر تنظیم هیجانی و نشخوار فکری به‌عنوان مؤلفه‌های مؤثر در ایجاد افسردگی می‌باشد.

مواد و روش‌ها جامعه آماری این کارآزمایی بالینی متشکل از کلیه افرادی است 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. تعداد ۳۰ نفر به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و به‌صورت تصادفی به دو گروه آزمایش (۱۵ نفر درمان ذهن‌آگاهی و ۱۵ نفر درمان فراتشخیصی یکپارچه) تقسیم شدند. ابزار تحقیق شامل پرسش‌نامه‌های افسردگی بک (BDI II)، سبک پاسخدهی نشخواری (RRS)، تنظیم هیجانی (ERQ) و مصاحبه بالینی ساختار یافته برای اختلال‌های روانی SCID-5CV برای تمامی شرکت‌کنندگان در ابتدا و انتهای مطالعه تکمیل شد و داده‌های حاضر با استفاده از نسخه ۲۴ نرم‌افزار SPSS در آمار توصیفی، آزمون کولموگروف-اسمیرنوف و تحلیل کوواریانس مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها نتایج این پژوهش نشان داد 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 پیش‌آزمون، تنها اختلاف معناداری در نمرات نشخوار فکری بین درمان فراتشخیصی یکپارچه و درمان ذهن‌آگاهی به نفع درمان ذهن‌آگاهی وجود داشت ($F=7/87, P=0/009$).

نتیجه‌گیری بر اساس یافته‌های پژوهش حاضر، هر دو مداخله درمانی به یک میزان موجب بهبود تنظیم هیجانی در افراد افسرده شدند. درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی به نسبت درمان فراتشخیصی یکپارچه بر نشخوار فکری در افراد افسرده تأثیر بهتری داشت.

کلیدواژه‌ها:

افسردگی، درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی، درمان فراتشخیصی یکپارچه، نشخوار فکری، تنظیم هیجانی

* نویسنده مسئول:

دکتر نگار اصغری پور زحمتی

نشانی: مشهد، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مرکز تحقیقات روانپزشکی و علوم رفتاری، گروه روان‌شناسی بالینی.

تلفن: ۳۸۷۹۵۰۳۱ (۵۱) ۹۸+

پست الکترونیکی: asgharipour@mums.ac.ir

مقدمه

نشانه‌های افسردگی است و نقش مهمی در ایجاد، تداوم و عود افسردگی دارد [۶]. گراس تنظیم هیجان را این‌گونه 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 شکل‌گیری و تداوم تعدادی از اختلالات مرتبط با سلامت روان مانند اضطراب، افسردگی و وسواس فکری عملی داشته باشد [۹، ۱۰].

امروزه توجه به درمان‌های نوین در جهت کاهش مشکلات افراد مبتلا به افسردگی اهمیت فراوانی دارد. از بین این درمان‌ها، اثربخشی درمان‌های شناختی-رفتاری مورد توجه ویژه قرار گرفته است. این درمان تمرکز زیادی بر الگوهای پاسخ‌دهی فکری، رفتاری و همچنین عاطفی دارد [۱۱]. با وجود موفقیت‌های بالای درمان شناختی-رفتاری، تلاش‌های 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 «جزء‌نگر» و رویکرد «کل نگر» می‌باشد. در رویکرد جزء‌نگر اعتقاد بر این است که فرایندهای آغازگر و تداوم بخش کلیدی هر اختلالی منحصربه‌فرد و متفاوت می‌باشد. بنابراین مداخلات درمانی مختلفی نیز برای هر یک از اختلال‌ها ضروری به نظر می‌رسد. در این رویکرد اعتقاد بر این است که برای فهم بهتر اختلالات روانشناختی باید بر تفاوت‌های بین افراد مبتلا به یک اختلال خاص تأکید کرد. براساس این مدل‌های نظری اختصاصی، درمانگران نیز پروتکل‌های درمانی اختصاصی را برای هر یک از اختلال‌ها تدوین می‌کنند. یکی از این درمان‌ها، مدل شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی^۲ می‌باشد که به‌عنوان رویکردی هدفمند، تلقی می‌شود و اثربخشی این درمان در بهبود علائم افسردگی ثابت شده است. هدف اصلی این رویکرد «رهاسازی بیمار از گرایش به واکنش‌های خودکار به تفکرات، احساسات و رخدادها» می‌باشد [۱۲]. آموزش ذهن‌آگاهی شامل سه مؤلفه می‌باشد:

۱. رشد آگاهی از طریق یک روش‌شناسی نظام‌دار که در برگیرنده تمرین‌های رسمی ذهن‌آگاهی (وارسی بدن^۳، نشستن در حالت مراقبه^۴، حرکت هوشیارانه^۵) و تمرین‌های غیررسمی (ذهن‌آگاهی) گسترش آگاهی در هر لحظه زندگی روزمره،
۲. چارچوب نگرشی خاص از طریق مهربانی، کنجکاوی و رضایت از بودن در زمان حال،

افسردگی هنوز هم یکی از مهم‌ترین معضله‌ها در زمینه سلامت روان است و شاید کمتر کسی باشد در طول زندگی خود لحظاتی از افسردگی را احساس نکرده باشد. افسردگی یک اختلال شایع عاطفی و از رایج‌ترین اختلالات روانی است. طبق گزارش سازمان بهداشت جهانی^۱ بیش از ۴۵۰ میلیون نفر در دنیا به اختلال‌های روانی مبتلا هستند. بررسی‌ها نشان می‌دهد طی دهه‌های اخیر، شیوع اختلالات روانی در دنیا و البته کشور ما، سیر صعودی داشته است و به‌ویژه افسردگی براساس پیش‌بینی‌های سازمان بهداشت جهانی تا سال ۲۰۳۰ مهم‌ترین بیماری ناتوان‌کننده در کل دنیا خواهد بود. براساس مطالعه ملی بیماری‌ها و آسیب‌ها، با توجه به شیوع بیش از ۲۰ درصدی در جامعه، افسردگی در ایران سومین مشکل سلامتی کشور می‌باشد [۱].

در چنین شرایطی تلاش در جهت یافتن مؤلفه‌های محوری در آسیب‌شناسی زیربنایی اختلال افسردگی و درمان‌های مبتنی بر این مؤلفه‌ها که بتوانند نتایج درمانی را بهبود بخشند از اهمیت ویژه‌ای برخوردارند. برای پیشگیری از عود افسردگی، یافتن راه‌های مؤثری برای تغییر مؤلفه‌های تأثیرگذار در ایجاد افسردگی که در این پژوهش شامل سبک اجتناب‌شناختی، تنظیم هیجان و نشخوار فکری می‌باشد، الزامی است. متأسفانه علی‌رغم پیشرفت‌هایی که در زمینه تشخیص و درمان اختلال افسردگی به وجود آمده است، هنوز در ۵۰ درصد از موارد، بهبود نسبی مشاهده می‌شود [۲، ۳]. نشانه‌های افسردگی متنوع است؛ به‌طور کلی افسردگی دارای چهار دسته نشانه می‌باشد که شامل نشانه‌های خلقی، شناختی، انگیزشی و جسمانی است. نشانه‌های خلقی افسردگی شامل غم، فقدان مسرت، از بین رفتن شادی در زندگی و احساس یکنواختی در مورد رفتارهایی که قبلاً موجب خشنودی می‌شدند، می‌شود. نشانه‌های شناختی افسردگی شامل افکار منفی درباره خود و آینده، عزت نفس پایین، احساس گناه، بدبینی و ناامیدی می‌شود. نشانه‌های انگیزشی افسردگی شامل مشکل در تصمیم‌گیری و کندی روانی-حرکتی (در موارد شدید) می‌شود. از نشانه‌های جسمانی افسردگی می‌توان به مشکلات اشتها، تغییرات وزن، اختلال خواب، کاهش میل جنسی اشاره کرد [۴].

در سال‌های اخیر توجه زیادی به مؤلفه‌های مهم ایجادکننده افسردگی شده است. یکی از این مؤلفه‌ها نشخوار فکری بوده که به‌عنوان افکاری مقاوم و عودکننده حول یک موضوع معمول تعریف می‌شود. این افکار به طریق غیرارادی، وارد آگاهی می‌شوند و توجه را از موضوعات موردنظر و اهداف فعلی منحرف می‌سازند و عاملی بالقوه آسیب‌پذیر برای پیش‌بینی، شروع، نگهداری افسردگی و مختل کردن تفکر، حل مسئله و روابط اجتماعی می‌باشد [۵]. همچنین مشکل در تنظیم هیجان، هسته اصلی

2. Mindfulness Based Cognitive Therapy (MBCT)

3. Body scan

4. Sitting meditation

5. Mindful movement

1. World Health Organization (WHO)

کردند. حجم نمونه برای هریک از زیرگروه‌ها، براساس تحقیقات آزمایشی و شبه‌آزمایشی برابر با ۱۵ نفر در هر گروه در نظر گرفته شده است [۱۱۷]. تعداد ۳۰ بیمار براساس معیارهای ورود و خروج به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و سپس به صورت تصادفی به دو گروه مداخله درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و درمان فراتشخیصی یکپارچه تقسیم شدند.

معیارهای ورود شامل زنان بین سن ۱۸ تا ۵۰ سال، تشخیص افسردگی براساس مصاحبه بالینی ساختاریافته براساس 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 ساختاریافته برای اختلال‌های روانی SCID-5CV^۷

مصاحبه بالینی ساختاریافته برای تشخیص‌های اصلی کتاب راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (ویراست پنجم)^۸ به کار می‌رود [۱۱۸]. نمره‌دهی در SCID-5 براساس عدم وجود/وجود در زیر آستانه علائم (-)، شرح یک معیار دوگانه که به وضوح اشتباه است (خیر)، آستانه برای یک معیار علامت‌دار در یک طیف (+)، شرح یک معیار دوگانه که به وضوح حقیقت دارد (بله) انجام می‌شود. بیشتر سؤالات 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 و شامل کدهای تشخیصی مرتبط با طبقه‌بندی بین‌المللی بیماری‌ها^۹ است که در طول مصاحبه مشخص شده است، پر می‌کند.

پرسش‌نامه افسردگی بک ویرایش دوم^{۱۰}

این مقیاس، شکل بازنگری‌شده پرسش‌نامه افسردگی بک است که جهت سنجش شدت افسردگی تدوین شده است. این پرسش‌نامه از ۲۱ گویه تشکیل شده است که از پاسخ‌دهندگان خواسته می‌شود، شدت نشانه‌ها را براساس مقیاس از (۰) تا (۳) درجه‌بندی کنند. براین اساس نمره ۰-۱۳ نشانه افسردگی هیچ یا کمترین حد، نمره ۱۴-۱۹ نشانه افسردگی خفیف، نمره

۳. درک درست از آسیب‌پذیری از طریق آموزش‌های شنیداری و جست‌وجوی اعتبار آن‌ها از طریق مشاهده مستقیم فرایند تجربه می‌باشد [۱۱۳، ۱۱۴].

این در حالی است که در رویکرد کل‌نگر، نظریه‌پردازان در تلاش برای پیدا کردن نقاط مشترک و همبود اختلال‌ها و مشکلات روانی می‌باشند. یکی از این تلاش‌ها شکل‌گیری رویکرد فراتشخیصی یکپارچه در زمینه درمان‌های شناختی رفتاری است. هدف آن نشان دادن چگونگی درک مفهوم‌سازی مجدد برخی اختلالات روانی، پالایش و ایجاد شواهد برای تکنیک‌های درمانی موجود و طراحی تکنیک‌های جدید است که دقیقاً فرآیندهایی را هدف قرار می‌دهد که این اختلالات را حفظ می‌کنند [۱۱۵]. درمان فراتشخیصی یکپارچه از ۵ مرحله کلیدی تشکیل شده است که این ۵ مرحله شامل:

۱. آگاهی هیجانی مبتنی بر حال،

۲. انعطاف‌پذیری شناختی،

۳. اجتناب هیجانی و رفتارهای ناشی از هیجان،

۴. آگاهی و تحمل احساس‌های بدنی،

۵. مواجهه هیجانی مبتنی بر موقعیت طبق رویکرد سنتی شناختی-رفتاری^{۱۱} می‌شود [۱۱۶].

علی‌رغم اینکه درمان‌های افسردگی کنونی اثربخشی خود را نشان داده‌اند، بررسی‌ها نشان می‌دهند که عامل اصلی میزان شیوع در سراسر جهان بازگشت دوره‌های جدید افسردگی در افرادی است که پیش‌تر یک دوره را تجربه کرده بودند. توجه به این نکته مهم است که با اینکه هر فرد افسرده به تنهایی از این مشکل رنج می‌برد، اما وقتی تعداد افراد مبتلار در نظر می‌گیریم، اعداد و ارقام حیرت‌انگیز هستند. در این میان امروزه علاقه زیادی برای بررسی و درک مؤلفه‌های تأثیرگذار در جلوگیری از عود افسردگی ایجاد شده است. در میان این علاقمندی، کمتر پژوهشی به مقایسه و تعیین اثربخشی درمان‌های موج سوم رویکرد شناختی-رفتاری بر مؤلفه‌های 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 کلیدی ایجادکننده افسردگی در انتخاب مداخلات درمانی مناسب برای جلوگیری از عود افسردگی کمک‌کننده خواهد بود.

روش

جامعه آماری تحقیق شامل تمام افرادی است که در تابستان ۱۴۰۰ با علائم افسردگی جهت دریافت خدمات روان‌درمانی به کلینیک روان‌شناسی و مشاوره جهاد دانشگاهی مشهد مراجعه

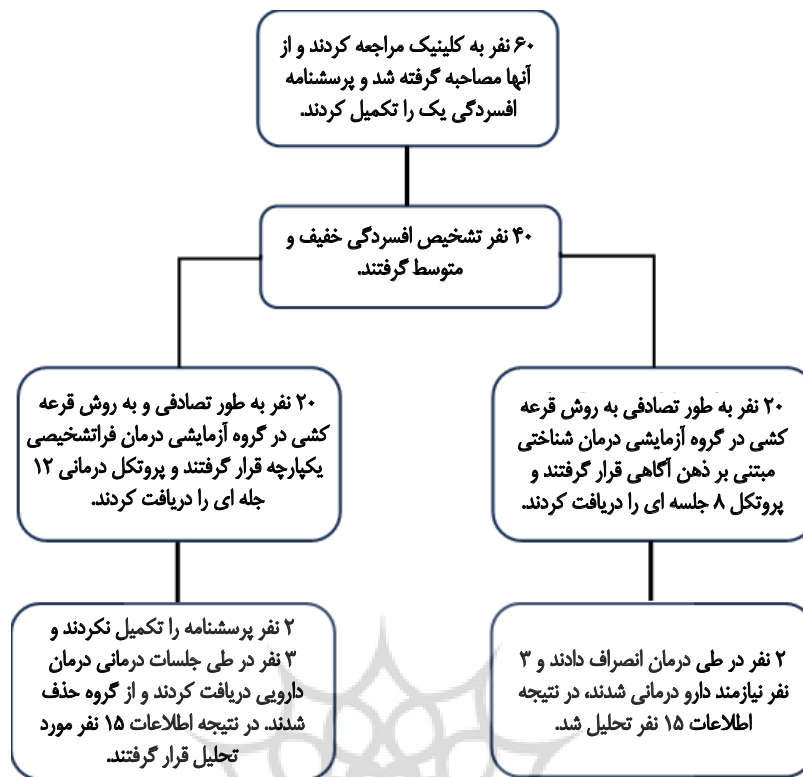
7. Structured clinical interview for Dsm-5 disorder

8. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5)

9. ICD-CM-10

10. Beck Depression Questionnaire, Second Edition (BDI-II)

6. CBT



تصویر ۱. شیوه انتخاب و گمارش نمونه پژوهش

مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالین ایران

این مقیاس از ۱۰ گویه تشکیل شده است که دارای دو خرده‌مقیاس ارزیابی مجدد (۶ گویه) و سرکوبی (۴ گویه) می‌باشد. ضریب آلفای کرونباخ برای ارزیابی مجدد ۷۹ درصد و برای سرکوبی ۷۳ درصد و اعتبار بازآزمایی بعد از ۳ ماه برای کل مقیاس ۶۹ درصد گزارش شده است. پایایی بازآزمایی این مقیاس در ۳ ماه ۹۶ درصد بوده است. در ایران بیگدلی و همکاران مقدار آلفای کرونباخ را برای ارزیابی مجدد ۸۳ درصد و سرکوبی را ۷۹ درصد به دست آورده‌اند [۲۲].

۲۰-۲۸ نشانه افسردگی متوسط و نمره ۲۹-۶۳ نشانه 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 این پرسش‌نامه گزارش شده است [۱۹]. در پژوهش حاضر شدت افسردگی افراد افسرده نمره‌ای بین ۱۴ تا ۲۸ (افسردگی خفیف و شدید) در نظر گرفته شده است.

پرسش‌نامه سبک پاسخدهی نشخواری^{۱۱}

این مقیاس دارای ۲۲ سؤال ۴ گزینه‌ای لیکرت است. براین اساس، نمره بین ۲۲ تا ۴۴ نشانه نشخوار فکری پایین، نمره ۴۴ تا ۶۶ نشانه نشخوار فکری متوسط و نمره بین ۶۶ تا ۸۸ نشانه 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 باقری‌نژاد، صالحی‌فردی 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 آمد و ضریب آلفای کرونباخ ایرانی ۰/۸۸ گزارش شد [۲۲].

پرسش‌نامه تنظیم هیجانی^{۱۲}

در پژوهش حاضر بعد از هماهنگی لازم با مرکز مشاوره توسط محقق طرح از بین مراجعه‌کنندگان به مرکز که واجد شرایط ورود به مطالعه بودند، مصاحبه بالینی ساختاریافته برای اختلالات روانی^{۱۳} گرفته شد و همچنین از آن‌ها خواسته شد به پرسش‌نامه 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، به‌وسیله نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و سپس به‌صورت تصادفی به دو گروه آزمایش (۱۵ نفر گروه درمانی و ذهن‌آگاهی و ۱۵ نفر گروه درمانی فراتشخیصی) تقسیم شدند (تصویر شماره ۱). پس از گمارش افراد در گروه‌ها، توسط محقق

11. Rumination Response Style Questionnaire (RRS)

12. Emotional Regulation Questionnaire (ERQ)

13. Structured Clinical Interview for Dsm Disorder(SCID)

جدول ۱. پروتکل جلسات شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی [۱۴]

جلسه	هدف	محتوا	تکلیف
۱	شناسایی هدایت خودکار و خروج ارادی از آن	در نظر گرفتن جنبه محرمانه بودن و زندگی شخصی افراد، هدایت خودکار، تمرین‌های جلسه خوردن یک کشمش همراه با حضور ذهن و مراقبه و آرسی بدن	مراقبه و آرسی 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 می‌شود تا شرکت‌کنندگان در حین تمرین به حضور ذهن برسند و سپس آنچه را که باید با کمک تمرین انجام شود مرور می‌کنند.	۴۵ دقیقه مدیتیشن، ۱۰ دقیقه تمرکز حواس، تمرکز متفاوت بر فعالیت روزانه و ثبت گزارش روزانه از یک رویداد خوشایند
۳	تنفس با ذهن‌آگاهی و حضور در لحظه حاضر	تمرین‌های جلسه مراقبه و آرسی بدن، ۱۰ 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 دقیقه‌ای و ثبت وقایع ناخوشایند
۴	ماندن در زمان حال	تمرین‌های جلسه ۵ دقیقه حضور ذهن دیداری یا شنیداری، مراقبه در وضعیت نشسته، آگاهی از تنفس، بدن، صداها، افکار و آگاهی‌هایی بدون جهت‌گیری خاص، فضای ۳ دقیقه‌ای تنفس، راه رفتن با حضور ذهن	۳ دقیقه تنفس ۳ بار در روز، ۳ دقیقه تنفس به‌عنوان راهبرد مقابله‌ای هنگام تجربه احساسات ناخوشایند
۵	پذیرش و اجازه یا مجوز حضور	تمرین‌های جلسه مراقبه در وضعیت نشسته، آگاهی از تنفس و بدن، تأکید بر ادراک چگونگی واکنش دهی به افکار، احساس‌ها و حس‌های بدنی ایجادشده، معرفی یک حالت دشوار در تمرین و کاوش اثراتش بر روی بدن و ذهن و ۳ دقیقه فضای تنفس	تمرین مراقبه نشسته؛ فضای تنفس ۳ دقیقه‌ای به‌طور منظم؛ فضای تنفس ۳ دقیقه‌ای - مقابله‌ای (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، ۳ دقیقه فضای تنفس	تمرین مراقبه نشسته؛ فضای تنفس ۳ دقیقه‌ای - به‌طور منظم؛ فضای تنفس ۳ دقیقه‌ای - مقابله‌ای
۷	چگونه می‌توانیم به بهترین شکل از خود مراقبت کنیم.	تمرین‌های جلسه مراقبه در وضعیت نشسته، آگاهی از تنفس، بدن، اصوات، افکار و هیجان‌ها، ۳ دقیقه فضای تنفس و طرح مشکلی که در انجام تکلیف به‌وجودآمده و پی بردن به اثرات آن بر بدن و ذهن.	انتخاب فعالیت‌های بعد از برنامه، تنفس منظم ۳ دقیقه‌ای (۲ بار در روز) و تنفس به‌عنوان راهبرد مقابله‌ای.
۸	استفاده از آموخته‌هایشان برای مقابله با نوسانات خلقی بعدی در آینده.	این جلسه با یک تمرین آغاز می‌شود. سپس به شرکت‌کنندگان این فرصت داده می‌شود تا تجربیات خود را از سراسر برنامه به یاد بیاورند. هدف جلسه تمرین منظم ذهن‌آگاهی برای حفظ تعادل در زندگی می‌باشد.	ادامه تمرین‌های اصلی در زندگی روزانه

مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالین ایران

تحلیل آماری

پژوهش حاضر از نظر هدف کاربردی و از نظر روش، جزء تحقیقات نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون می‌باشد. جهت تجزیه و تحلیل داده‌های پژوهش از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۴ انجام شد. پس از استفاده از آمار توصیفی، با استفاده از آمار استنباطی (تحلیل کوواریانس تک متغیری) به بررسی فرضیه‌های پژوهش پرداخته شد. همچنین قبل از انجام تحلیل آماری پیش‌فرض‌های آن به شرح زیر بررسی شد:

- بررسی توزیع نرمال داده‌ها با استفاده از آمار کجی و کشیدگی،
- بررسی رابطه خطی بین متغیرها با استفاده از نمودار پراکنندگی و ضریب همبستگی پیرسون،
- استفاده از آزمون کولموگوروف-اسمیرنوف^{۱۴}.

یک جلسه 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 شرکت‌کنندگان گروه‌های آزمایش پروتکل درمانی ذهن‌آگاهی (جدول شماره ۱) [۲۴] و درمان فراتشخیصی یکپارچه (جدول شماره ۲) [۲۵]، به صورت فردی ارائه شد (هر دو درمان توسط محقق طرح که دانشجوی دکتری روان‌شناسی و دارای مدرک کارشناسی ارشد بالینی می‌باشد، انجام شده است. ایشان پروتکل‌های درمانی فراتشخیصی و ذهن‌آگاهی را تحت نظارت اساتید متخصص این حوزه گذرانده و کلیه جلسات تحت نظارت نویسنده دوم به‌عنوان استاد راهنمای ایشان اجرا شد). بعد از اتمام جلسات درمانی، در مرحله پس‌آزمون مجدد تمام اعضای دو گروه به پرسش‌نامه‌های تنظیم هیجان گراس و جان (ERQ) و سبک پاسخدهی نشخواری (RRS) پاسخ دادند. به جهت رعایت موازین اخلاقی، بیمارانی که ملاک‌های ورود به پژوهش را نداشتند، به سایر درمانگران و مراکز مشاوره ارجاع داده شدند.

14. Kolmogorov-Smirnov test

جدول ۲. پروتکل درمانی فراتشخیصی یکپارچه [۱۶]

جلسه	هدف	محتوا	تکلیف
۱	تعیین اهداف و حفظ انگیزه	معرفی درمانگر و توضیح مختصر پیرامون اهداف درمان فردی، کمک به مراجع برای تعیین هدف‌های کوتاه‌مدت و بلندمدت، خلاصه جلسه و دریافت بازخورد	کاربرگ مزایا و معایب و هدف‌های درمانی
۲	درک هیجانات	مرور تکلیف هفته قبل، توجه به هیجانات مراجع و بالا بردن خودآگاهی هیجانی مراجع، ارائه مدل سه قسمتی تجربه‌های هیجانی که شامل افکار، رفتار و احساس‌های فیزیولوژیک.	کاربرگ ۳ مولفه‌های هیجان
۳	توجه آگاهی از هیجانات	تمرین‌های جلسه مراقبه و آرسی بدن، ۱۰ 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 دقیقه‌ای و ثبت وقایع ناخوشایند
۴	انعطاف‌پذیری شناختی	شناسایی راه‌اندازهای هیجانات منفی و پاسخ دادن به هیجانات و توجه به پیامد کوتاه‌مدت و بلندمدت پاسخ‌هایش	کاربرگ نظارت بر هیجانات
۵	انعطاف‌پذیری شناختی	معرفی آگاهی هیجانی غیرقضاتی، معرفی آگاهی معطوف به حال، انجام تمرین آگاهی هیجان‌ها در جلسه، به‌کارگیری تکنیک‌های ذهن آگاهی	استفاده از فرم نظارت بر هیجانات و کاربرگ آگاهی هیجانی غیرقضاتی و کاربرگ تمرکز بر زمان حال برای تکلیف
۶	مقابله با رفتارهای هیجانی	آموزش پیرامون نوع ارزیابی شناختی و شناسایی تله شناختی و اجرای ارزیابی مجدد شناختی برای افزایش انعطاف‌پذیری و مواجهه با هیجانات منفی	کاربرگ ارزیابی و شناسایی ارزیابی‌های خود آیند و کاربرگ تکنیک پیکان رو به پایین
۷	مقابله با رفتارهای هیجانی	بررسی فرایند اجتناب هیجانی و توضیح نقش آن در چرخه 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
۹	قرار گرفتن در معرض هیجانات	آشنا کردن مراجع با احساسات فیزیولوژیکی و برانگیختگی‌های آن، توضیح نقش احساس‌های فیزیولوژیکی در واکنش‌های رفتاری ماه، مواجهه مراجع با احساس‌های ناخوشایند با تمرین مواجهه‌سازی	کاربرگ القای علائم
۱۰ و ۱۱	قرار گرفتن در معرض هیجانات	آشنایی با نحوه انجام تمرین‌های مواجهه با هیجانات ناخوشایند، تمرین و تکرار انجام تمرین مواجهه با هیجان‌ها به‌جای اجتناب کردن	کاربرگ مواجهه هیجانی
۱۲	شناخت دستاوردها و نگاه به آینده	مرور کردن مهارت‌های لازم برای مقابله با هیجان‌ها، ارزیابی پیشرفت مراجع، یادگیری راهبردهایی برای حفظ کردن پیشرفت حاصل شده و پیشگیری از عود	

یافته‌ها

توزیع متغیرها، مقادیر کجی و کشیدگی برای نمرات پس‌آزمون هر دو متغیر پژوهش (تنظیم هیجانی و نشخوار فکری) در بازه ۲ و ۲- بود که به معنای نرمال بودن داده‌ها می‌باشد (جدول شماره ۴). علاوه بر آن، نتایج آزمون کولموگروف-اسمیرنوف نیز برای نمرات این متغیرها در دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون 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 داده‌های مربوط به نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون برای هر دو متغیر بود. جهت همگنی شیب رگرسیون تنظیم هیجانی ($F = 0.59, P > 0.05$) و نشخوار فکری ($P > 0.05$)، نشان داد پیش‌آزمون و پس‌آزمون در دو گروه معنی‌دار ($F = 0.86$)

در جدول شماره ۳ شاخص‌های آمار توصیفی (میانگین و انحراف معیار) گروه‌های مبتنی بر درمان ذهن آگاهی و درمان فراتشخیصی یکپارچه ارائه شده است. براساس نتایج مندرج در این جدول میانگین نمرات نشخوار فکری در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون برای گروه درمانی ذهن آگاهی ۷۷/۴۶ و ۴۵/۶۰؛ گروه درمان فراتشخیصی یکپارچه به ترتیب ۷۴/۰۰ و ۴۹/۶۰ می‌باشد. همچنین، میانگین نمرات تنظیم هیجانی در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون برای گروه درمان فراتشخیصی یکپارچه به ترتیب ۲۹/۲۶ و ۴۱/۹۳؛ گروه درمان ذهن آگاهی ۲۶/۵۳ و ۲۸/۰۰ بود.

پیش‌فرض‌های آزمون تحلیل کوواریانس تک‌متغیری برای نمرات تمام متغیرهای پژوهش بررسی شد. در ابتدا، نرمال بودن

جدول ۳. شاخص‌های توصیفی نشخوار فکری و تنظیم هیجانی در گروه‌های آزمایش

متغیر	مرحله	گروه	درمان ذهن‌آگاهی	میانگین ± انحراف معیار	درمان فراتشخیصی یکپارچه
نشخوار فکری	پیش‌آزمون		۷۷/۴۶ ± ۴/۷۳		۷۴/۰۰ ± ۵/۰۲
	پس‌آزمون		۴۵/۶۰ ± ۱/۳۳		۴۹/۶۰ ± ۴/۲۷
تنظیم هیجانی	پیش‌آزمون		۲۶/۵۳ ± ۲/۳۳		۲۹/۲۶ ± ۶/۳۲
	پس‌آزمون		۳۸/۰۰ ± ۴/۸۹		۴۱/۹۳ ± ۴/۹۴

مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالین ایران

جدول ۴. بررسی نرمال بودن توزیع متغیرهای پژوهش

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

مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالین ایران

جدول شماره ۷ نشان داد اثر نمرات پیش‌آزمون معنادار نمی‌باشد ($F=۰/۲۱, P>۰/۰۵$). بدین معنا که بین نمرات پیش‌آزمون نشخوار فکری و نمرات پس‌آزمون این متغیر رابطه معناداری وجود ندارد. همچنین، نتایج مندرج در جدول شماره ۷ نشان می‌دهد پس از کنترل نمرات پیش‌آزمون، اثر گروه بر نمرات پس‌آزمون نشخوار فکری معنادار می‌باشد ($F=۷/۸۷, P>۰/۰۱$). به عبارت دیگر، بین آزمودنی‌های دو گروه درمان فراتشخیصی یکپارچه و درمان ذهن‌آگاهی در میانگین نمرات نشخوار فکری در مرحله پس‌آزمون تفاوت معناداری وجود دارد.

جدول شماره ۸ میانگین تعدیل‌شده نمرات پس‌آزمون آزمودنی‌های دو گروه درمان فراتشخیصی یکپارچه و درمان

نمی‌باشد (جدول شماره ۵). همچنین، نتایج آزمون F لون^{۱۵} برای بررسی همگنی واریانس‌های متغیرهای وابسته نشان داد نمرات پس‌آزمون تنظیم هیجانی (۰/۵۰) و نشخوار فکری (۱/۳۷) می‌باشد که هر دو معنی‌دار نیست (جدول شماره ۶). بنابراین واریانس نمرات این متغیرها در گروه‌ها برابر می‌باشد. بنابراین، بررسی پیش‌فرض‌های تحلیل کوواریانس نشان داد تمام این پیش‌فرض‌ها رعایت شده است و جهت آزمون فرضیه‌های پژوهش می‌توان از این تحلیل استفاده کرد.

در بررسی اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه و درمان ذهن‌آگاهی بر نشخوار فکری در افراد مبتلا به افسردگی نتایج در

15. Levene's test

جدول ۵. بررسی مفروضه همگنی شیب رگرسیون

تعامل گروه × پیش‌آزمون متغیر	آماره F	سطح معنی‌داری
تنظیم هیجانی	۰/۵۹	۰/۸۲
نشخوار فکری	۰/۸۶	۰/۶۱

مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالین ایران

جدول ۶. نتایج آزمون F لوین برای بررسی مفروضه همگنی واریانس‌ها

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

مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالین ایران

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

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	سطح معناداری	اندازه اثر
پیش‌آزمون	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				

مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران

جدول ۸. میانگین تعدیل‌شده نمرات نشخوار فکری دو گروه درمان فراتشخیصی یکپارچه و درمان ذهن‌آگاهی (n=۱۵)

متغیر	گروه	درمان فراتشخیصی یکپارچه	درمان ذهن‌آگاهی
نشخوار فکری		۴۹/۷۲	۴۵/۴۷

مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران

می‌دهد پس از کنترل نمرات پیش‌آزمون، اثر گروه بر نمرات پس‌آزمون تنظیم هیجانی معنادار نمی‌باشد ($F=۲/۳۷, P>۰/۰۵$). به عبارت دیگر، بین آزمودنی‌های دو گروه درمان فراتشخیصی یکپارچه و درمان ذهن‌آگاهی در میانگین نمرات تنظیم هیجانی در مرحله پس‌آزمون تفاوت معناداری وجود ندارد.

جدول شماره ۱۰ میانگین تعدیل‌شده نمرات پس‌آزمون آزمودنی‌های دو گروه درمان فراتشخیصی یکپارچه و درمان ذهن‌آگاهی را در پرسش‌نامه تنظیم هیجانی نشان می‌دهد. براساس نتایج مندرج در این جدول، میانگین تعدیل‌شده برای گروه درمان فراتشخیصی یکپارچه و درمان ذهن‌آگاهی به ترتیب ۴۱/۱۵ و ۳۸/۷۷ می‌باشد. در مجموع نتایج بیانگر آنست که بین دو گروه درمان فراتشخیصی یکپارچه و درمان ذهن‌آگاهی در میانگین نمرات پس‌آزمون تنظیم هیجانی تفاوت معناداری وجود ندارد.

ذهن‌آگاهی را در نشخوار فکری نشان می‌دهد. براساس نتایج مندرج در این جدول، میانگین تعدیل‌شده برای گروه درمان فراتشخیصی یکپارچه و درمان ذهن‌آگاهی به ترتیب ۴۹/۷۲ و ۴۵/۴۷ می‌باشد.

در مجموع نتایج بیانگر آنست که بین دو گروه درمان فراتشخیصی یکپارچه و درمان ذهن‌آگاهی در میانگین نمرات پس‌آزمون نشخوار فکری تفاوت معناداری وجود دارد و این تفاوت به نفع درمان ذهن‌آگاهی است؛ یعنی میانگین نمرات افراد افسرده در نشخوار فکری که درمان ذهن‌آگاهی دریافت کرده‌اند، به‌طور معناداری کمتر از گروه درمان فراتشخیصی یکپارچه است.

در بررسی اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه و درمان ذهن‌آگاهی بر تنظیم هیجانی در افراد افسرده نتایج جدول شماره ۹ نشان داد که اثر نمرات پیش‌آزمون معنادار می‌باشد ($F=۱۴/۰۶, P>۰/۰۰۱$). بدین معنا که بین نمرات پیش‌آزمون تنظیم هیجانی و نمرات پس‌آزمون این متغیر رابطه معناداری وجود دارد. همچنین، نتایج مندرج در این جدول نشان

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

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	سطح معنی‌داری	اندازه اثر
پیش‌آزمون	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				

مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران

جدول ۱۰. میانگین تعدیل شده نمرات تنظیم هیجانی دو گروه درمان فراتشخیصی یکپارچه و درمان ذهن‌آگاهی (n=15)

میانگین تعدیل شده		متغیر
درمان ذهن‌آگاهی	درمان فراتشخیصی یکپارچه	گروه
۲۸۷۷	۴۱/۱۵	تنظیم هیجانی

مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالین ایران

بحث

افسردگی بوده و این دو با هم ارتباط متقابل دارند [۴۰].

درخصوص تبیین معنادار بودن ذهن‌آگاهی نسبت به درمان فراتشخیصی یکپارچه در کاهش علائم نشخوار فکری ذکر این نکته حائز اهمیت است که در درمان ذهن‌آگاهی، تمرکز بیشتر جلسات درمانی بر کنترل افکار منفی و جانشینی با افکار خوشایند است؛ کارکردن مکرر با محتوای افکار و گرایش‌های اجتنابی عادی، به تدریج موجب ایجاد تغییر در دیدگاه عمومی فرد در ارتباط با افکار مزاحم می‌شود؛ درحالی‌که در درمان یکپارچه تأکید بیشتر بر کنترل هیجانات منفی است [۴۱، ۴۲].

همچنین در بررسی مؤلفه تنظیم هیجانی در ایجاد افسردگی، نتایج پژوهش حاضر نشان داد بین دو گروه درمان فراتشخیصی یکپارچه و درمان ذهن‌آگاهی تفاوت معناداری وجود ندارد؛ یعنی هر دو گروه به یک میزان باعث تنظیم هیجان در بیماران افسرده شده‌اند. هرچند در مطالعه‌ای مستقیماً به بررسی مقایسه اثربخشی این دو درمان بر تنظیم هیجان پرداخته نشده است؛ اما در مطالعات پیشین اثربخشی این دو درمان بر متغیرهای روانشناختی مورد تأیید قرار گرفته و اثربخشی درمان ذهن‌آگاهی [۴۳-۴۵] و درمان فراتشخیصی یکپارچه [۴۶-۴۸] در بهبود اختلالات هیجانی نشان داده شده است.

طبق مبانی نظری، از جمله الگوهای مداخله‌ای روانشناختی برجسته در بهبود راهبردهای تنظیم هیجانی، درمان فراتشخیصی یکپارچه و ذهن‌آگاهی است که بر کمک به مراجع، جهت کسب مهارت‌های مقابله‌ای لازم و مدیریت موقعیت‌های استرس‌زا و درمان اختلالات روانشناختی همراه نظیر افسردگی، تمرکز دارد. می‌توان گفت درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی 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 فراتشخیصی 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 اثر بگذارند و از طریق تکنیک‌هایی نظیر آرامبخشی، خودآگاهی هیجانی، بودن در زمان حال و تعامل با دیگران، میزان احساسات ناخوشایند خویش را کاهش دهند [۴۹، ۵۰].

باتوجه به شیوع بالای اختلال افسردگی، این بیماری مهلک و اهمیت درمان آن، پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه^{۱۶} و درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی^{۱۷} بر نشخوار فکری و تنظیم هیجانی در افراد مبتلا به افسردگی انجام شد. نتایج حاصل در رابطه با مؤلفه نشخوار فکری نشان داد بین دو گروه درمان فراتشخیصی یکپارچه و درمان ذهن‌آگاهی تفاوت معناداری وجود دارد و هرچند میزان نشخوار فکری مشارکت‌کنندگان در هر دو گروه درمانی، کاهش یافته است، اما، این تفاوت به نفع درمان ذهن‌آگاهی است. یعنی میانگین نمرات افراد افسرده در نشخوار فکری که درمان ذهن‌آگاهی دریافت کرده‌اند، به‌طور معناداری کمتر از گروه درمان فراتشخیصی یکپارچه بوده است. این یافته در خصوص تأثیر درمان ذهن‌آگاهی بر نشخوار فکری در بیماران افسرده با مطالعات پیشین همسو بود [۲۶-۳۴]. به‌علاوه، نتایج یک فراتحلیل نشان داد که درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی‌ها می‌تواند به‌طور قابل‌توجهی سطوح نشخوار فکری را در بیماران افسرده کاهش دهد [۳۵]. مطالعه دیگری نیز حاکی از آن بود که نشخوار فکری به‌شدت با علائم افسردگی مرتبط بوده و تغییرات در نشخوار فکری در طول درمان ذهن‌آگاهی در مقایسه با گروه‌های کنترل اثبات شده است [۳۶].

طبق مبانی نظری، نشخوار فکری به‌عنوان یک تفکر تکراری ناسازگار، ساختار فراتشخیصی مرتبط با چندین اختلال روانی از جمله اختلال افسردگی است [۳۷]. به زعم محققان آنچه افراد را از لحاظ روانی در برابر افسردگی آسیب‌پذیر می‌کند، تمرکز بر افکار، نگرش‌های منفی و نشخوارهای فکری درخصوص باورها، خاطرات و احساسات منفی است [۳۸]. درواقع، افراد افسرده از تحریف‌های شناختی نظیر تعمیم و مسئولیت مفرط، خودارجاعی‌های افراطی و فاجعه‌آمیز کردن وقایع استفاده کرده و این به‌خوبی نشانگر نقش نشخوار فکری در بروز و تشدید حالات افسردگی‌های است [۳۷]. پژوهشگران در مروری سیستماتیک دریافتند نشخوار فکری یک عامل قوی مرتبط با اختلالاتی مانند افسردگی و وسواس فکری-عملی است که در مطالعات اثبات شده است [۳۵، ۳۹]. همچنین، در پژوهش‌های متعددی نشخوار فکری پیش‌بینی‌کننده اختلال

16. Unified Transdiagnostic Protocol (UP)

17. Mindfulness Based Of Cognitive Therapy (MBCT)

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 تأیید و در سامانه ثبت کارآزمایی بالینی ایران با کد IRCT20231107059985N1 ثبت شده است.

حامی مالی

این پژوهش حاصل پایان‌نامه دکتری سمیه افشار در گروه روانشناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد بجنورد بود و هیچ‌گونه کمک مالی از سازمانی‌های دولتی، خصوصی و غیرانتفاعی دریافت نکرده است.

مشارکت‌نویسندگان

نگارش پیش‌نویس، تحقیق و بررسی، اعتبارسنجی و نهایی‌سازی: سمیه افشار؛ اعتبارسنجی، نظارت و بازنگری: نگار اصغری پورزحمتی؛ روش‌شناسی: فاطمه علیدوستی.

تعارض منافع

بنابر اظهار نویسندگان این مقاله تعارض منافع ندارد.

در راستای مطالعه حاضر، پژوهش‌های متعددی اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه را در تنظیم هیجانات ناسازگارانه افرادی که علائم زمینه‌ای افسردگی دارند، نشان دهند [۵۱]- [۵۳]. در مداخله درمانی فراتشخیصی یکپارچه، مهارت‌های تنظیم هیجان به درمانجویان کمک می‌کند احساس خود را دقیق‌تر تشخیص دهند و هر هیجان را بدون ناتوان شدن در برابر آن بررسی کنند [۵۴]. در طی جلسات درمان فراتشخیصی یکپارچه به مراجعان آموخته می‌شود که با بررسی فرایند اجتناب هیجانی و توضیح نقش آن در چرخه معیوب رفتار منفی، رفتارهای هیجانی خاص را شناسایی و به سمت جایگزین کردن آن رفتارها حرکت کنند. در واقع، درمان فراتشخیصی 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 به بروز رفتارهای مرتبط با سلامتی منجر می‌شود [۵۵-۵۹].

نتیجه‌گیری

مطالعه حاضر نشان داد دو درمان فراتشخیصی یکپارچه و درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی می‌توانند در تنظیم هیجانی افراد افسرده مؤثر و درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی در کاهش نشخوارهای فکری افراد افسرده مؤثرتر از درمان فراتشخیصی یکپارچه می‌باشد. بنابراین از این پژوهش نتیجه گرفته می‌شود که اگر متخصصان بالینی از مداخلاتی استفاده کنند که هدف آن‌ها تنظیم هیجان و کاهش نشخوار فکری باشد پیامدهای درمانی بهتری را به دنبال خواهد داشت.

باین حال تفسیر یافته‌های هر پژوهشی باید با محدودیت‌های آن در نظر گرفته شود. برای مثال یکی از محدودیت‌های پژوهش حاضر انتخاب بیماران از مراجعین کلینیک‌های روان‌شناسی و مشاوره جهاد دانشگاهی مشهد بود که تعمیم نتایج این مطالعه را به سایر مناطق مشکل می‌سازد. علاوه بر این، چون محقق نقش درمانگر را نیز داشت امکان اینکه اثربخشی درمان تحت تأثیر 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 می‌شود که این پژوهش بر روی نمونه‌های مرد و مقایسه آن با زنان نیز انجام شود. همچنین با توجه به اینکه راهبردهای تنظیم هیجان عموماً در کودکی و نوجوانی آموخته و در بزرگسالی به سبک خودکار شناختی فرد تبدیل می‌شود، آموزش تکنیک‌هایی براساس الگوی دو درمان فراتشخیصی و ذهن‌آگاهی جهت استفاده از راهبردهای سازگارانه در سنین کودکی و نوجوانی توصیه می‌شود.

References

- [1] Montazeri A, Mousavi J, Omidvari S, Tavosi M, Hashemi A, Rostami T. [Depression in Iran: A systematic review of research literature (Persian)]. *Payesh*. 2013; 12(6):567-94. [Link]
- [2] Liu CS, Adibfar A, Herrmann N, Gallagher D, Lanctôt KL. Evidence for inflammation-associated depression. *Current Topics in Behavioral Neurosciences*. 2017; 31:3-30. [DOI:10.1007/7854_2016_2] [PMID]
- [3] Halaris A. Inflammation-associated co-morbidity between depression and cardiovascular disease. *Current Topics in Behavioral Neurosciences*. 2017; 31:45-70. [DOI:10.1007/7854_2016_28] [PMID]
- [4] Smith J, Smith J. Involuntary symptoms: Grief and depression. psychotherapy. In: Smith J, editor. *Psychotherapy*. Cham: Springer; 2017. [Link]
- [5] Papageorgiou C, Wells A. *Depressive rumination: Nature, theory and treatment*. New Jersey: John Wiley & Sons; 2004. [DOI:10.1002/9780470713853]
- [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]
- [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):466-91. [DOI:10.32598/ijpcp.28.4.4377.1]
- [11] Beck AT. *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Publications; 1979. [Link]
- [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(3):501-13. [DOI:10.1016/j.beth.2013.04.004] [PMID]
- [13] Crane R. *Mindfulness-based cognitive therapy: Distinctive features*. London: Routledge; 2017. [DOI:10.4324/9781315627229]
- [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. [DOI:10.1002/cpp.320]
- [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. [DOI:10.1891/0889-8391.23.1.20]
- [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. [DOI:10.1001/jamapsychiatry.2017.2164] [PMID]
- [17] Gall M, Borg W, Gall J. Quantitative and qualitative research methods in educational sciences and psychology [A. Reza Nasr , Persian trans.]. Tehran: Samt Publications; 2016. [Link]
- [18] First MB, Williams JB, Karg RS, Spitzer RL. *Structured clinical interview for DSM-5® Disorders-Clinician Version (SCID-5-CV)*. Virginia: American Psychiatric Association; 2016. [Link]
- [19] Stefan-Dabson K, Mohammadkhani P, Massah-Choulabi O. [Psychometric characteristics beck depression inventory-2 in a large sample of patients with major depressive disorder (Persian)]. *Archives of Rehabilitation*. 2007; 8:80-6. [Link]
- [20] Nolen-Hoeksema S, Morrow J. Response styles questionnaire. *Psychological Assessment*. 1991. [DOI:10.1037/t03823-000]
- [21] Yook K, Kim KH, Suh SY, Lee KS. Intolerance of uncertainty, worry, and rumination in major depressive disorder and generalized anxiety disorder. *Journal of Anxiety Disorders*. 2010; 24(6):623-8. [DOI:10.1016/j.janxdis.2010.04.003] [PMID]
- [22] Bagherinezhad M, Salehi Fadardi J, Tabatabayi SM. [The relationship between rumination and depression in a sample of Iranian student (Persian)]. *Research in Clinical Psychology and Counseling*. 2010; 11(1):21-38. [DOI:10.22067/ijap.v11i1.6910]
- [23] Bigdeli I, Najafy M, Rostami M. [The relation of attachment styles, emotion regulation, and resilience to well-being among students of medical sciences (Persian)]. *Iranian Journal of Medical Education*. 2013; 13(9):721-9. [Link]
- [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; 24(6):383-90. [Link]
- [25] Barlow DH, Farchione TJ, Fairholme CP, Ellard KK, Boisseau CL, Allen LB, et al. *The unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: Therapist guide*. New York: Oxford University; 2011.
- [26] Shih VW, Chan WC, Tai OK, Wong HL, 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. [DOI:10.12809/eaap2075] [PMID]
- [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*. 2020; 42(2):138-46. [DOI:10.1590/2237-6089-2019-0016] [PMID]

- [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. [DOI:10.1089/acm.2015.0351] [PMID]
- [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. [DOI:10.1016/j.cpr.2015.02.001] [PMID]
- [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. [DOI:10.1007/s10608-013-9586-4]
- [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. [DOI:10.1371/journal.pone.0072778] [PMID]
- [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. *Mental Health in Family Medicine*. 2012; 9(3):191-200. [PMID]
- [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. [DOI:10.1007/s12671-011-0043-8]
- [34] Frostadottir AD, Dorjee D. Effects of mindfulness based cognitive therapy (MBCT) and compassion focused therapy (CFI) on symptom change, mindfulness, self-compassion, and rumination in clients with depression, anxiety, and stress. *Frontiers in Psychology*. 2019; 10:1099. [DOI:10.3389/fpsyg.2019.01099] [PMID]
- [35] Li P, Mao L, Hu M, Lu Z, Yuan X, Zhang Y, 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; 19(23):16101. [DOI:10.3390/ijerph192316101] [PMID]
- [36] Patel A, Daros AR, Irwin SH, Lau P, Hope IM, Perkovic SJM, et al. Associations between rumination, depression, and distress tolerance during CBT treatment for depression in a tertiary care setting. *Journal of Affective Disorders*. 2023; 339:74-81. [DOI:10.1016/j.jad.2023.06.063] [PMID]
- [37] Lawrence AV, Alkozei A, Irgens MS, Acevedo-Molina MC, Brener SA, Chandler AB, et al. Think again: Adaptive repetitive thought as a transdiagnostic treatment for individuals predisposed to repetitive thinking styles. *Journal of Psychotherapy Integration*. 2021; 31(2):208-22. [DOI:10.1037/int0000209]
- [38] 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; 26(2):123-31. [Link]
- [39] Hernández-Posadas A, Lommen MJJ, de la Rosa Gómez A, Bouman TK, Mancilla-Díaz JM, Del Palacio González A. Transdiagnostic factors in symptoms of depression and post-traumatic stress: A systematic review. *Current Psychology (New Brunswick, N.J.)*. 2023 ; 1-16. [DOI:10.1007/s12144-023-04792-x] [PMID]
- [40] 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):399-411. [DOI:10.1007/s10802-022-00991-5] [PMID]
- [41] 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 (Persian)]. *Journal of Instruction and Evaluation*. 2018; 10:171-88. [Link]
- [42] Vidal-Arenas V, Bravo AJ, Ortet-Walker J, Ortet G, Mezquita L, Ibáñez MI, et al. Neuroticism, rumination, depression and suicidal ideation: A moderated serial mediation model across four countries. *International Journal of Clinical and Health Psychology*. 2022; 22(3):100325. [DOI:10.1016/j.ijchp.2022.100325] [PMID]
- [43] Helen Ma S, Teadale JD. Mindfulness Based cognitive therapy for depression: Replication and exploration of differential relapse prevention effects. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2004; 72(1):31-40. [Link]
- [44] 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. [DOI:10.1192/bjp.bp.111.104851] [PMID]
- [45] 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. [DOI:10.1016/j.ijnurstu.2020.103795] [PMID]
- [46] 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. [DOI:10.1080/105307.2021.1939190] [PMID]
- [47] 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 (Persian)]. *Cognitive Analytical Psychology Quarterly*. 2021; 12(44):57-70. [Link]
- [48] Mohammadi R, Nahang AA, Hoseini MA. [The effectiveness of unified transdiagnostic therapy on self-concept and psychological disorder of the students with depression symptoms (Persian)]. *Quarterly Journal of Child Mental Health*. 2020; 6(4):108-18. [DOI:10.29252/jcmh.6.4.11]
- [49] 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. [DOI:10.1016/j.psychres.2020.112794] [PMID]
- [50] Turcotte J, Lakatos L, Oddson B. Self-regulation of attention may unify theories of mindfulness. *Psychology of Consciousness: Theory, Research, and Practice*. 2023; 10(2):103-14. [DOI:10.1037/cns0000310]
- [51] 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. [DOI:10.1521/ijct.2017.10.2.175]

- [52] Fortuna LR, Falgas-Bague I, Ramos Z, Porche MV, Alegría M. 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*. 2020; 12(8):825-35. [DOI:10.1037/tra0000949] [PMID]
- [53] Norton PJ, Roberge P. Transdiagnostic Therapy. *The Psychiatric Clinics of North America*. 2023; 40(4):675-87. [DOI:10.1016/j.psc.2017.08.003] [PMID]
- [54] 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; 13:976661. [DOI:10.3389/fpsyg.2022.976661] [PMID]
- [55] 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. [DOI:10.1016/j.jad.2019.11.064] [PMID]
- [56] Bisby MA, Scott AJ, Fisher A, Gandy M, Hathway T, Heriseanu AI, et al. The timing and magnitude of symptom improvements during an Internet-delivered transdiagnostic treatment program for anxiety and depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2023; 91(2):95-111. [DOI:10.1037/ccp0000761] [PMID]
- [57] 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*. 2024;59(1):112-30. [DOI:10.1177/00912174231177629] [PMID]
- [58] 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; 46:108864. [DOI:10.1016/j.dib.2022.108864] [PMID]
- [59] 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 (Persian)]. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*. 2023; 29(1):18-31. [DOI:10.32598/ijpcp.29.1.4414.1]