

افکار تکرارشونده به‌عنوان میانجی پیامدهای درمان شناختی- رفتاری فراتشخیصی در کاهش نشانه‌های اضطرابی و افسردگی دانشجویان مبتلا به اختلال‌های هیجانی: کار آزمایی بالینی تصادفی

ساحل خاکپور^۱

جهانگیر محمدی بایتمر^۲

امید ساعد^{۳*}

مولود رفیعی^۴

چکیده

هدف مطالعه حاضر بررسی نقش افکار تکرارشونده منفی به‌عنوان میانجی پیامدهای درمان شناختی رفتاری فراتشخیصی برای اختلال‌های هیجانی بود. این مطالعه از نوع کارآزمایی بالینی بود. نمونه‌ای به حجم ۲۶ نفر بر اساس نقطه برش پرسشنامه‌های اضطراب و افسردگی بک انتخاب و تشخیص نهایی آن‌ها توسط ADIS-IV تأیید شد. نمونه به صورت بلوک‌های تصادفی در دو گروه ۱۳ نفره درمان و کنترل گمارده شد. گروه درمان ۲۰ جلسه یک‌ساعته درمان شناختی- رفتاری فراتشخیصی مبتنی بر پروتکل یکپارچه را دریافت کردند. پرسشنامه‌های افسردگی بک، اضطراب بک و افکار تکرارشونده منفی در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری دوماهه اجرا شد. نتایج نشان داد پروتکل یکپارچه به واسطه بهبود افکار تکرارشونده منفی سبب کاهش اضطراب و افسردگی بیماران می‌شود. نتایج نشان داد که افکار تکرارشونده منفی می‌تواند ۵۲ درصد واریانس نمرات اضطراب و ۲۵ درصد افسردگی را پیش‌بینی کند ($P > 0/05$). نتایج حاکی از آنند که افکار تکرارشونده منفی را می‌توان به‌عنوان یک عامل تغییر بالقوه و میانجی پیامدهای درمان فراتشخیصی مبتنی بر پروتکل یکپارچه در نظر گرفت.

کلمات کلیدی: افکار تکرارشونده، درمان فراتشخیصی، اختلال‌های هیجانی، میانجی، پیامدهای درمان

۱. کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی، مرکز آموزشی و درمانی شهید دکتر بهشتی، دانشگاه علوم پزشکی زنجان، زنجان، ایران
۲. کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی، مرکز آموزشی و درمانی حضرت ولی عصر (عج)، دانشگاه علوم پزشکی زنجان، زنجان، ایران
۳. استادیار، گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی زنجان، زنجان، ایران (نویسنده مسئول: تلفن ثابت: ۰۰۳۳۵۳۴۵۰۰-۰۲۴، o.saed@zums.ac.ir)

۴. کارشناس پرستاری، مرکز آموزشی و درمانی حضرت ولی عصر (عج)، دانشگاه علوم پزشکی زنجان، زنجان، ایران
(این مقاله برگرفته از پایان‌نامه نویسنده اول از دانشگاه علوم پزشکی زنجان است)

مقدمه

در دهه‌های اخیر نگرش ابعادی به اختلال‌های روانی بیش‌ازپیش گسترش یافته است و موجب مطرح‌شدن موج جدیدی تحت عنوان رویکردهای فراتشخیصی^۱ در سبب‌شناسی و درمان اختلال‌ها شده است (بارلو^۲، ۲۰۰۴). این رویکردها عمدتاً گروهی از اختلال‌ها به نام اختلال‌های هیجانی^۳ را هدف قرار می‌دهند که ویژگی اصلی آن‌ها تجربه مکرر هیجان‌های منفی، واکنش منفی به این هیجان‌ها و تلاش برای فرار یا اجتناب از آن‌ها است (بولیس، بوتچر، ساور-زاوالا، فارچینون و بارلو^۴، ۲۰۱۹) و شامل طیف وسیعی از اختلال‌ها از جمله اختلال‌های اضطرابی و خلقی می‌شوند.

از منظر رویکردهای فراتشخیصی اختلال‌های هیجانی زیربناهای مشترکی دارند و وجود آسیب-پذیرهای عمومی و اختصاصی^۵ نقش مهمی در ایجاد و تداوم اختلال‌ها دارد (بارلو، آلن و کوآت^۶، ۲۰۱۶؛ کلارک و واتسون^۷، ۱۹۹۱).

یکی از عوامل زیربنایی اصلی در بین اختلال‌های هیجانی که توجه ویژه‌ای را به خود جلب کرده است، افکار تکرارشونده منفی^۸ است. مطالعات عمدتاً این سازه را به صورت افکاری تکرارشونده‌ای که ماهیتی منفعلانه و غیرقابل کنترل دارد و بر موضوعات منفی متمرکز است، توصیف می‌کنند (ارینگ و واتکینز^۹، ۲۰۰۸). تئوری‌های مطرح در حوزه افکار تکرارشونده منفی دو نوع مختلف از افکار تکرارشونده تکرارشونده منفی را در سبب‌شناسی اختلال‌های هیجانی مطرح می‌کنند: نشخوار فکری^{۱۰} و نگرانی^{۱۱} (بورکووک و اینز^{۱۲}، ۱۹۹۰؛ مک‌لاگین و نولن-هوکسما^{۱۳}، ۲۰۱۱). این تئوری‌ها عمدتاً بیان می‌کنند که نشخوار فکری و نگرانی فرایندهای مشابهی هستند و تفاوت بین آن‌ها بیشتر مربوط به محتوای افکار و همچنین نقطه تمرکز افکار از نظر زمانی است. به بیان دیگر، نشخوارها بیشتر معطوف به گذشته و نگرانی‌ها معطوف به آینده هستند.

پژوهش‌ها نشان می‌دهند که افکار تکرارشونده منفی را می‌توان به‌عنوان یک سازه فراتشخیصی در بین طیف وسیعی از اختلال‌های اضطراب و افسردگی در نظر گرفت (ارینگ و واتکینز، ۲۰۰۸؛ هاروی و واتکینز^{۱۴}، ۲۰۰۴؛ آلاتونجی، نارگون-گینی و ولیتزکی-تیلور^۱، ۲۰۱۳). برای مثال نتایج

1. Transdiagnostic approaches

2. Barlow

3. emotional disorders

4. Bullis, Boettcher, Sauer- Zavala, Farchione, & Barlow

5. general and specific vulnerability

6. Barlow, Allen, & Choate

7. Clark & Watson

8. repetitive negative thinking

9. Ehrling & Watkins

10. Ruminatation

11. worry

12. Borkovec & Inz

13. McLaughlin & Nolen-Hoeksema

14. Harvey & Watkins

فصلنامه پژوهش‌های نوین روان‌شناختی

ویژه‌نامه اولین کنگره دوسالانه تازه‌های روان‌شناسی و علوم رفتاری دانشگاه تبریز ۱۶ و ۱۷ مهرماه ۱۳۹۸

مطالعه مک‌لاگین و نولن-هوکسما نشان داد که افکار تکرارشونده منفی از نوع نشخوار فکری را می‌توان به‌عنوان یک سازه فراتشخیصی در بین نشانه‌های اضطرابی و افسردگی در نوجوانان و بزرگسالان در نظر گرفت (مک‌لاگین و نولن-هوکسما، ۲۰۱۱). نتایج همچنین نشان می‌دهند که افکار تکرارشونده منفی از نوع نگرانی یکی از پیش‌بینی‌کننده‌های اضطراب در آینده است (سدیکو، لاسله-ریسی، گل‌س، آرنکوف و دیاز^۲، ۲۰۰۶). علاوه بر این، پژوهش‌ها حاکی از آن‌اند که افکار تکرارشونده منفی میانجی ارتباط میان اجتناب شناختی با نشانه‌های اضطرابی و افسردگی هستند (دیکسون، سیسلا و ریلی^۳، ۲۰۱۲). نتایج مطالعه موریس و همکاران نیز نشان داد که روان‌رنجورخویی از طریق افزایش نشخوار فکری و نگرانی منجر به بروز نشانه‌های اضطرابی و افسردگی می‌شود (موریس، روتلوف، راسین، فرانکن و مایر^۴، ۲۰۰۵).

از طرفی مطالعات انجام‌شده در حوزه درمان نشان می‌دهد که درمان‌های شناختی رفتاری می‌توانند با کاهش نشخوار فکری و نگرانی سبب بهبود افراد مبتلا به اختلال‌های هیجانی شوند (منیکاوسگار، پریش و پارکر^۵، ۲۰۱۲؛ مک‌وی و همکاران^۶، ۲۰۱۵). یکی از درمان‌های مؤثر در درمان اختلال‌های هیجانی، درمان فراتشخیصی مبتنی بر پروتکل یکپارچه^۷ است (بارلو و همکاران، ۲۰۱۶). این پروتکل با تأکید بر عوامل مشترک میان اختلال‌ها، در تلاش است که عواملی فراتر از معیارهای تشخیصی سنتی و همچنین عواملی که در بیش از یک اختلال دیده می‌شوند را شناسایی کند و هدف درمان قرار دهد (خاکپور و ساعد، ۲۰۱۸). مطالعات بسیاری از اثربخشی این پروتکل درمانی در درمان طیف گسترده‌ای از اختلال‌های هیجانی حمایت می‌کنند (پیرل و نورتون^۸، ۲۰۱۶؛ لویز و همکاران^۹، ۲۰۱۶؛ ساعد، مسجدی، طارمیان، بختیاری و مرسلی، ۲۰۱۶).

باوجود شواهد پژوهشی در حمایت از اثربخشی پروتکل یکپارچه، مطالعات محدودی به بررسی مکانیسم اثر این درمان پرداخته‌اند. در واقع، اکنون مسئله اساسی‌تر بررسی چگونگی کارایی و تشخیص مکانیسم‌های مؤثر در این رویکرد است. در این راستا مطالعه حاضر درصدد است تا نقش افکار تکرارشونده منفی را به‌عنوان میانجی پیامدهای درمان فراتشخیصی مبتنی بر پروتکل یکپارچه برای اختلال‌های هیجانی مورد بررسی قرار دهد.

1. Olatunji, Naragon, Gainey, & Wolitzky, & Taylor

2. Siddique, LaSalle-Ricci, Glass, Arnkoff, & Díaz

3. Dickson, Ciesla, & Reilly

4. Muris, Roelofs, Rassin, Franken, & Mayer

5. Manicavasagar, Perich, & Parker

6. McEvoy et al.

7. Unified Protocol

8. Pearl & Norton

9. Lopez et al.

روش پژوهش

مطالعه حاضر از نوع کارآزمایی بالینی تصادفی است که با کد اخلاق ZUMS.REC.1396.143 در دانشگاه علوم پزشکی زنجان و با کد IRCT2017072335245N1 در پایگاه IRCT به ثبت رسیده است. این مطالعه دارای گروه کنترل همراه با گمارش تصادفی و پیش‌آزمون - پس‌آزمون است.

شرکت‌کنندگان

جامعه آماری این مطالعه شامل کلیه دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی زنجان بود ($N=3500$). نمونه این مطالعه در دو گام انتخاب شد: ابتدا از میان جامعه آماری، نمونه‌ای به حجم ۳۱۵ نفر به شیوه دسترس انتخاب و آزمون‌های اضطراب و افسردگی یک در مورد آن‌ها اجرا شد. در گام دوم افرادی که نمرات افسردگی آنان بین ۲۰ تا ۲۸ و نمره اضطراب آن‌ها بین ۱۶ تا ۳۰ بود انتخاب شدند (۱۴۹ نفر). نهایتاً از میان این افراد با توجه به معیارهای ورود و خروج و با استفاده از جدول کوهن، نمونه‌ای به حجم ۲۶ نفر انتخاب شد. معیارهای ورود شامل سکونت در شهر زنجان به هنگام انجام پژوهش، تمایل به شرکت در پژوهش و ابتلا به یکی از اختلال‌های اضطرابی و یا افسردگی بود. معیارهای خروج نیز شامل ابتلا به یکی از اختلال‌های دوقطبی، اسکیزوفرنی و اسکیزوافکتیو، داشتن سابقه مشکلات روان‌پزشکی، سابقه قبلی مداخلات روان‌شناختی (بیشتر از ۵ جلسه درمان شناختی رفتاری)، غیبت بیش از دو جلسه متوالی و عدم شرکت در یکی از مراحل ارزیابی بود.

در ادامه این ۲۶ نفر با استفاده از نرم‌افزار گمارش تصادفی random number generator 3.1 در دو گروه ۱۳ نفری درمان و کنترل گمارده شدند. در طی مراحل درمان ۲ نفر از گروه درمان و ۱ نفر از گروه کنترل، از پژوهش خارج شدند. گروه درمان شامل ($n=11$)، ۲۵ درصد مرد و ۷۵ درصد زن با میانگین سنی ۲۵/۱۷ سال ($SD=4$) بودند. ۲۵ درصد آزمودنی‌های گروه درمان دانشجوی مقطع کارشناسی، ۳۳/۳ درصد دانشجوی کارشناسی ارشد و ۴۱/۷ درصد دانشجوی دکتری پزشکی بودند. گروه کنترل شامل ($n=12$)، ۱۶/۷ درصد مرد و ۸۳/۳ درصد زن با میانگین سنی ۲۶/۶۷ سال ($SD=5/23$) بودند که ۳۳/۳ درصد دانشجوی کارشناسی، ۳۳/۳ درصد دانشجوی کارشناسی ارشد و ۳۳/۳ درصد دانشجوی دکتری پزشکی بودند. با توجه به نتایج آزمون کای اسکوار (X^2) در جنسیت و تحصیلات و با توجه به نتایج آزمون t مستقل در میانگین‌های سن دو گروه درمان و کنترل تفاوت معناداری یافت نشد ($P>0/05$)؛ که بیانگر همگن بودن دو گروه درمان و کنترل در متغیرهای جمعیت شناختی است. تشخیص‌های اصلی شرکت‌کنندگان شامل: اختلال وسواسی-جبری (۳)، اختلال اضطراب فراگیر (۸)، اختلال اضطراب اجتماعی (۵)، اختلال وحشت‌زدگی (۱)، اختلال افسردگی اساسی (۵). دو نفر از شرکت‌کنندگان دو تشخیص هم‌زمان (با شدت برابر) دریافت کردند: اختلال اضطراب اجتماعی و اختلال وحشت‌زدگی، اختلال وسواسی-جبری و اختلال اضطراب فراگیر.

فصلنامه پژوهش‌های نوین روان‌شناختی

ویژه‌نامه اولین کنگره دوسالانه تازه‌های روان‌شناسی و علوم رفتاری دانشگاه تبریز ۱۶ و ۱۷ مهرماه ۱۳۹۸

اختلالات همبود شامل اختلال افسردگی اساسی (۶) و اختلال وسواسی-جبری (۱) بود. هیچ‌یک از شرکت‌کنندگان در طی مراحل ارزیابی و درمان از داروهای روان‌پزشکی استفاده نمی‌کردند.

ابزار

برنامه مصاحبه اختلالات اضطرابی برای DSM-IV نسخه طول عمر (ADIS-IV-L)^۱: این برنامه یک مصاحبه تشخیصی نیمه ساختاریافته است که برای ارزیابی وجود، ماهیت و شدت اختلال‌های اضطرابی، خلقی، شبه جسمی و نیز تاریخچه سلامت روانی قبلی طراحی شده است. ارزیابی‌هایی در مقیاس بزرگ در مورد این ابزار انجام شده و حمایت‌های قوی از پایایی تشخیص با استفاده از آن صورت گرفته است. هر تشخیص بر اساس مقیاس شدت بالینی بر روی پیوستار از ۰ تا ۸ درجه‌بندی می‌شود، نمره ۴ در این پیوستار آستانه شدت بالینی برای تشخیص بر اساس DSM-IV به حساب می‌آید (برون^۲ و بارلو، ۲۰۱۳). این ابزار از پایایی درونی بسیار خوبی برای اختلالات اضطرابی و خلقی برخوردار است (عبدی، بخشی و علیلو، ۲۰۱۳).

پرسشنامه افسردگی بک- ویرایش دوم^۳ (BDI-II): این پرسشنامه که شامل ۲۱ گویه است، در سال ۱۹۹۶ توسط بک و همکاران جهت سنجش شدت افسردگی در طی دو هفته گذشته طراحی شده است. گویه‌ها در یک طیف چهارگزینه‌ای از ۰-۳ نمره‌گذاری می‌شوند (بک، استیر و کاربین^۴، ۱۹۸۸). بک و همکاران پایایی درونی این پرسشنامه را بالا ($\alpha = .91$) و پایایی بازآزمایی به فاصله یک هفته را ۰/۹۳ گزارش کرده‌اند. در مطالعه انجام شده در ایران بر روی نمونه غیربالینی و بالینی نیز ضرایب همسانی درونی به ترتیب ۰/۹۰ و ۰/۸۹ و ضرایب بازآزمایی در نمونه غیر بالینی ۰/۹۴ گزارش شد (قاسم‌زاده، مجتبیایی، کرم‌قدیری و ابراهیم‌خانی، ۲۰۰۵).

پرسشنامه اضطراب بک^۵ (BAI): این پرسشنامه با ۲۱ گویه، در سال ۱۹۹۸ توسط بک و همکاران جهت سنجش شدت اضطراب در بزرگسالان و نوجوانان طراحی شده است. گویه‌ها در یک طیف چهارگزینه‌ای از ۰-۳ نمره‌گذاری می‌شوند. بک و همکاران ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۳ و ضریب پایایی بازآزمایی به فاصله پنج هفته را برای این پرسشنامه ۰/۸۳ به دست آوردند (دی‌بورس، ویلسون،

1. Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV–Lifetime Version

2. Brown

3. Beck Depression Inventory

4. Beck, Steer, & Carbin

5. Beck Anxiety Inventory

فصلنامه پژوهش‌های نوین روان‌شناختی

ویژه‌نامه اولین کنگره دوسالانه تازه‌های روان‌شناسی و علوم رفتاری دانشگاه تبریز ۱۶ و ۱۷ مهرماه ۱۳۹۸

چمبلز، گلدشتاین و فِسک^۱، (۱۹۹۷). در ایران نیز ثبات درونی این پرسشنامه، ۰/۹۲ و بازآزمون ۰/۸۳ برآورده شده است (رفیعی و شفییعی، ۲۰۱۳).

پرسشنامه افکار تکرارشونده^۲ (RTQ): این پرسشنامه یک ابزار خود گزارش دهی ۳۱ آیتمی است. آیت‌ها از پرسشنامه وضعیت نگرانی پن^۳، مقیاس پاسخ‌های نشخواری^۴ و پرسشنامه پردازش پس از رویداد^۵ گرفته شده است و سؤالات تشخیصی آن حذف شده است. این پرسشنامه شامل دو خرده مقیاس است: افکار منفی تکرارشونده منفی (۲۷ آیت‌م) و عدم وجود افکار تکراری (۴ آیت‌م) است و در این مطالعه تنها خرده مقیاس افکار منفی تکرارشونده منفی مورد استفاده قرار گرفت. آیت‌ها در یک طیف ۵ نمره‌ای نمره‌گذاری می‌شوند. همسانی درونی این پرسشنامه در مطالعات بالا گزارش شده است ($\alpha=0/88$). در مطالعه انجام‌شده در ایران نیز ضرایب همسانی درونی بالایی برای این پرسشنامه گزارش شد ($\alpha=0/89$) (خاقی، لیاقت و گنج‌دانش، ۲۰۱۱).

روش اجرا

گروه درمان ۲۰ جلسه یک‌ساعته درمان فراتشخیصی مبتنی بر پروتکل یکپارچه را دریافت کردند. این درمان در ۸ مودال درمانی طراحی شده است که عبارت‌اند از: ۱. افزایش انگیزه، ۲. آموزش روانی، ۳. افزایش آگاهی هیجانی متمرکز بر زمان حال، ۴. افزایش انعطاف‌پذیری شناختی، ۵. شناسایی و جلوگیری از الگوهای اجتناب هیجانی و رفتارهای ناسازگارانه ناشی از هیجان‌ها، ۶. افزایش آگاهی و تحمل نسبت به حس‌های بدنی مرتبط با هیجان‌ها، ۷. رویارویی با حس‌های بدنی اضطراب و متمرکز بر موقعیت، و ۸. پیشگیری از عود. مصاحبه تشخیصی و ارزیابی مراجعان توسط یک کارشناس ارشد روانشناسی بالینی که نسبت به گمارش تصادفی کور بود صورت گرفت. درمانگر این مطالعه دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی بود که آموزش‌های لازم برای درمان شناختی رفتاری و درمان فراتشخیصی را دریافت کرده بود. کلیه جلسات درمان زیر نظر یک استاد روانشناسی بالینی انجام شد. به منظور بررسی میزان تناسب جلسات درمان با پروتکل یکپارچه، جلسات درمانی توسط درمانگر ضبط می‌شد و به صورت تصادفی توسط استاد روانشناسی بالینی مورد بررسی قرار می‌گرفت. علاوه بر این، جلسات هفتگی نیز بین درمانگر و استاد روانشناسی بالینی برای نظارت بیشتر بر روند جلسات تشکیل می‌شد.

1. de Beurs, Wilson, Chambless, Goldstein, & Feske
2. Repetitive Thinking Questionnaire
3. Penn State Worry
4. Ruminative Responses Scale
5. Post-Event Processing Questionnaire

فصلنامه پژوهش‌های نوین روان‌شناختی

ویژه‌نامه اولین کنگره دوسالانه تازه‌های روان‌شناسی و علوم رفتاری دانشگاه تبریز ۱۶ و ۱۷ مهرماه ۱۳۹۸

یافته‌های پژوهش

به‌منظور بررسی نقش افکار تکرارشونده منفی به‌عنوان میانجی در پیامدهای درمان در کاهش اضطراب و افسردگی در مرحله اول با استفاده از تحلیل کوواریانس تک‌متغیره (ANCOVA) علاوه بر کنترل اثر پیش‌آزمون‌های اضطراب و افسردگی، Change Score افکار تکرارشونده منفی (Change Score = Posttest - Pretest) نیز کنترل و اثر درمان فراتشخیصی مبتنی بر پروتکل یکپارچه با کنترل اثر افکار تکرارشونده منفی بررسی شد (جدول ۱). در مرحله دوم برای هر یک از متغیرهای اضطراب، افسردگی و افکار تکرارشونده منفی Change Score محاسبه شد و با استفاده از تحلیل رگرسیون هم‌زمان نقش افکار تکرارشونده منفی به‌عنوان میانجی پیامدهای درمان فراتشخیصی مبتنی بر پروتکل یکپارچه در کاهش اضطراب و افسردگی بررسی شد (جدول ۲).

جدول ۱. نتایج تحلیل کوواریانس تک‌متغیره مقایسه دو گروه مداخله و کنترل با کنترل اثرات پیش‌آزمون و

افکار تکرارشونده منفی

ضریب اثر	سطح معنی‌داری	F	میانگین‌های اصلاح‌شده پس‌آزمون		متغیر وابسته	منبع تغییر	متغیر کنترل‌شده
			گروه کنترل M ±SD	گروه مداخله M ±SD			
-۰/۵۷۷	<۰/۰۰۱	۲۷/۳۱	۲۱/۲۰ ± ۱/۷۵	۷/۹۶ ± ۱/۸۳	اضطراب	گروه	پیش‌آزمون
-۰/۵۴۴	<۰/۰۰۱	۲۳/۸۴	۲۰/۵۵ ± ۱/۹۳	۶/۷۶ ± ۲/۰۲	افسردگی	گروه	
-۰/۲۶۵	۰/۰۱۷	۶/۸۴	۱۵/۵۶ ± ۱/۷۹	۱۰/۸۴ ± ۱/۸۹	اضطراب	گروه	پیش‌آزمون و افکار تکرارشونده منفی
-۰/۳۷۶	۰/۰۰۳	۱۱/۴۴	۲۰/۱ ± ۲/۳۰	۷/۲۵ ± ۲/۴۳	افسردگی	گروه	

نتایج تحلیل کوواریانس تک‌متغیره نشان داد با کنترل اثر افکار تکرارشونده، بین دو گروه مداخله و کنترل تفاوت معناداری وجود دارد ($p < ۰/۰۵$). این میزان معناداری نسبت به میزان معناداری کنترل پیش‌آزمون به‌تنهایی ($p < ۰/۰۰۱$) کمتر است؛ بنابراین با کنترل اثر افکار تکرارشونده، تفاوت معنادار بین گروه مداخله و کنترل کاهش می‌یابد ($p < ۰/۰۵$)؛ که این یافته می‌تواند حاکی از نقش افکار تکرارشونده به‌عنوان میانجی اثرات درمان فراتشخیصی مبتنی بر پروتکل یکپارچه در کاهش اضطراب و افسردگی است.

جدول ۲. نتایج تحلیل رگرسیون نقش افکار تکرارشونده منفی به‌عنوان میانجی پیامدهای درمان در کاهش

اضطراب و افسردگی

مدل	متغیر پیش‌بین	متغیر وابسته	R	R ²	F	سطح معنی‌داری	Beta	t	سطح معنی‌داری
۱	افکار تکرارشونده منفی	اضطراب	۰/۷۲۰	۰/۵۱۸	۲۲/۵۹	<۰/۰۰۱	۰/۷۲۰	۴/۷۵	<۰/۰۰۱
۲	افکار تکرارشونده منفی	افسردگی	۰/۵۰	۰/۲۵۰	۶/۹۹	۰/۰۱۵	۰/۵۰۰	۲/۶۵	۰/۰۱۵

نتایج تحلیل رگرسیون نشان داد افکار تکرارشونده منفی ۵۲ درصد از واریانس‌های اضطراب و ۲۵ درصد از واریانس‌های افسردگی را تبیین کند، به این معنا که ۵۲ درصد از تغییرات اضطراب و ۲۵ درصد از تغییرات افسردگی توسط افکار تکرارشونده منفی توضیح داده می‌شود. نسبت F نشان می‌دهد که پیش‌بینی اضطراب و افسردگی توسط افکار تکرارشونده منفی معنادار است ($p < 0/05$). در مدل اول افکار تکرارشونده منفی با ضریب $\beta = 0/72$ کاهش اضطراب و در مدل دوم با ضریب $\beta = 0/50$ کاهش افسردگی توانسته است را پیش‌بینی کند ($p < 0/05$).

بحث و نتیجه‌گیری

هدف مطالعه حاضر بررسی نقش افکار تکرارشونده منفی به‌عنوان میانجی پیامدهای درمان فراتشخیصی مبتنی بر پروتکل یکپارچه بود. نتایج نشان داد که این پروتکل به واسطه بهبود افکار تکرارشونده منفی، اضطراب و افسردگی افراد مبتلا به اختلال‌های هیجانی را کاهش می‌دهد. بر این اساس کاهش افکار تکرارشونده منفی می‌تواند ۵۲ درصد از کاهش نمرات اضطراب و ۲۵ درصد از کاهش نمرات افسردگی را پیش‌بینی کند. مرور تحقیقات انجام‌شده در این حوزه نشان می‌دهد که مطالعات محدودی به نقش واسطه‌ای افکار تکرارشونده منفی به‌عنوان مکانیسم اثر درمان‌های شناختی رفتاری فراتشخیصی توجه کرده‌اند. مطالعه نیوبای، ویلیامز و اندروز^۱ نشان داد که درمان شناختی رفتاری فراتشخیصی می‌تواند به واسطه بهبود افکار تکرارشونده منفی سبب بهبود نشانه‌های افسردگی بیماران شود (نیوبای، ویلیامز و اندروز، ۲۰۱۴). از طرفی پژوهش‌ها نشان می‌دهند که درمان‌های فراتشخیصی که بر کاهش افکار تکرارشونده متمرکز هستند، می‌توانند سبب بهبود اضطراب و افسردگی بیماران شوند (اکبری، روشن، شعبانی، فتی، شعیری و ضرغامی، ۲۰۱۵).

در راستای تبیین این یافته می‌توان به تئوری‌های زیربنایی این حوزه اشاره کرد: مدل فرایندی تنظیم هیجان گراس^۲ و نظریه سبک‌های پاسخ‌دهی نولن-هوکسما. گراس در نظریه تنظیم هیجان خود، افکار تکرارشونده منفی را روشی برای تخصیص ناسازگارانه توجه در مواجهه با هیجان‌های ناخوشایند می‌داند (گراس، ۲۰۱۵) که منجر به اجتناب از پردازش هیجان‌های ناخوشایند می‌شود (استروبی، بولن، ون‌دن‌هوت، استروبی، سالمینک و ون‌دن‌بوت^۳، ۲۰۰۷). بر این اساس پروتکل یکپارچه در تلاش است با افزایش وضوح هیجان‌ها و پذیرش آن‌ها به‌ویژه از طریق تمرین‌های توجه آگاهی (مودال^۳)، مشکلات اضطرابی و افسردگی بیماران را آماج درمان قرار دهد. شواهد نشان می‌دهد که راهبردهای تنظیم هیجان مبتنی بر توجه آگاهی و همچنین شناخت و پذیرش تجارب درونی، بدون

1. Newby, Williams, & Andrews

2. Gross

3. Stroebe, Boelen, Van Den Hout, Stroebe, Salemink, and Van Den Bout

فصلنامه پژوهش‌های روان‌شناختی

ویژه‌نامه اولین کنگره دوسالانه تازه‌های روان‌شناسی و علوم رفتاری دانشگاه تبریز ۱۶ و ۱۷ مهرماه ۱۳۹۸

تلاش در جهت تغییر یا اجتناب از آن‌ها، جایگزین مناسبی برای راهبردهای ناسازگارانه تنظیم هیجان هستند (هیز، فُلت و لینهان^۱، ۲۰۰۴).

از طرفی نولن-هوکسما نیز در نظریه سبک‌های پاسخ‌دهی خود بیان می‌کند که افراد در پاسخ به تجربه عاطفه منفی از الگویی منفعلانه و تکراری به نام نشخوار فکری استفاده می‌کنند (نولن-هوکسما و مورو^۲، ۱۹۹۱). این الگو که بر علت‌ها و علائم متمرکز است، مانع حل مسئله سازگارانه و فعال می‌شود. در واقع نحوه ارتباط فرد با هیجان‌های منفی بیش از میزان تجربه این هیجان‌ها، می‌تواند میزان نشانه‌های هیجانی و پیامدهای درمانی را پیش‌بینی کند (ساور-زاوالا، بازول، بنتلی^۳، تامپسون-هولندز^۴، فارچیون و بارلو، ۲۰۱۸). بر این اساس پروتکل یکپارچه تلاش می‌کند با تأکید بر شیوه تجربه و پردازش اطلاعات در بیماران و با استفاده از مودالهای ۳-۵، به آن‌ها بیاموزد که به سبک سازگارانه-تری به هیجان‌های خود پاسخ دهند.

در نهایت نتایج نشان داد که افکار تکرارشونده منفی میزان بیشتری از تغییرات نشانه‌های اضطرابی را در مقایسه با نشانه‌های افسردگی پیش‌بینی می‌کند. این یافته می‌تواند ناشی از ماهیت پرسشنامه مورد استفاده باشد. نتایج پژوهش‌های قبلی نشان می‌دهد که بین افراد در پاسخ به سؤالات پرسشنامه تفاوت وجود دارد در واقع افراد ممکن است آیت‌های مربوط به نشخوار فکری و نگرانی را به خوبی از یکدیگر تفکیک ندهند (ارینگ و واتکینز، ۲۰۰۸). علاوه بر این، تعداد بیشتر افراد مبتلا به اختلال‌های اضطرابی نسبت به اختلال افسردگی در نمونه حاضر، خود می‌تواند ارتباط متغیرهای مورد بررسی را تحت تأثیر قرار دهد.

بدون شک مطالعه حاضر با همه تلاش‌های انجام‌شده دارای محدودیت‌هایی است. اول آنکه حجم نمونه این مطالعه پایین است که این موضوع خود تعمیم یافته‌ها را دشوار می‌کند. به علاوه باید توجه داشت که می‌توان این سازه را از طریق سنجش مجزای نگرانی، نشخوار فکری و یا نشخوارهای پس رویدادی ارزیابی کرد. به بیان دیگر، دسته‌بندی‌های و ابزارهای مختلفی برای بررسی افکار تکرارشونده منفی وجود دارد که می‌تواند ارتباط میان این سازه و نشانه‌های هیجانی را تحت تأثیر قرار دهد.

با توجه به اینکه مطالعه حاضر جزء محدود مطالعاتی است که به بررسی نقش واسطه‌ای افکار تکرارشونده منفی در اثربخشی درمان فراتشخیصی مبتنی بر پروتکل یکپارچه پرداخته است، پیشنهاد می‌شود که مطالعات بیشتری بر روی گروه‌های تشخیصی مختلف و با حجم نمونه بیشتر انجام شود. علاوه بر این انجام پژوهش‌هایی به منظور بررسی اثر تعاملی سایر سازه‌های فراتشخیصی، می‌تواند به گسترش فهم ما از مکانیسم‌های مؤثر این پروتکل درمانی کمک کند.

1. Hayes, Follette, & Linehan

2. Morrow

3. Bentley

4. Thompson-Hollands

منابع

- Abdi, R., Bakhshi, A., & Aliluo, M. (2013). Efficacy of unified transdiagnostic treatment on reduction of transdiagnostic factors and symptoms severity in emotional disorders. *Journal of Psychological Models and Methods*, 3.
- Akbari, M., Roshan, R., Shabani, A., Fata, L., Shairi, M. R., & Zarghami, F. (2015). The Comparison of the Efficacy of Transdiagnostic Therapy Based on Repetitive Negative Thoughts with Unified Transdiagnostic Therapy in Treatment of Patients with Co-occurrence Anxiety and Depressive Disorders: A Randomized Clinical Trial. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*, 21(2), 88-107.
- B.Pearl, S., & J.Norton, P. (2016). Transdiagnostic versus diagnosis specific therapies cognitive behavioural for anxiety: A meta-analysis. *Journal of Anxiety Disorders*, 1-14.
- Barlow, D. H. (2004). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic*: Guilford press.
- Barlow, D. H., Allen, L. B., & Choate, M. L. (2016). Toward a Unified Treatment for Emotional Disorders—Republished Article. *Behavior Therapy*, 47(6), 838-853.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Carbin, M. G. (1988). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clinical psychology review*, 8(1), 77-100.
- Borkovec, T., & Inz, J. (1990). The nature of worry in generalized anxiety disorder: A predominance of thought activity. *Behaviour research and therapy*, 28(2), 153-158.
- Brown, T. A., & Barlow, D. H. (2013). *Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV: Life time version and clinical manual* (Abolfasl Mohammadi & B. Birashk, Trans.). Tehran: Neevand Publication.
- Bullis, J. R., Boettcher, H., Sauer-Zavala, S., Farchione, T. J., & Barlow, D. H. (2019). What is an emotional disorder? A transdiagnostic mechanistic definition with implications for assessment, treatment, and prevention. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 26(2), e12278.
- Clark, L. A., & Watson, D. (1991). Tripartite model of anxiety and depression: psychometric evidence and taxonomic implications. *Journal of abnormal psychology*, 100(3), 316.
- de Beurs, E., Wilson, K. A., Chambless, D. L., Goldstein, A. J., & Feske, U. (1997). Convergent and divergent validity of the Beck Anxiety Inventory for patients with panic disorder and agoraphobia. *Depression and anxiety*, 6(4), 140-146.
- Dickson, K. S., Ciesla, J. A., & Reilly, L. C. (2012). Rumination, worry, cognitive avoidance, and behavioral avoidance: Examination of temporal effects. *Behavior Therapy*, 43(3), 629-640.
- Ehring, T., & Watkins, E. R. (۲۰۰۸). Repetitive negative thinking as a transdiagnostic process. *International Journal of Cognitive Therapy*, 1(3), 192-205.
- Ghassemzadeh, H., Mojtabai, R., Karamghadiri, N., & Ebrahimkhani, N. (2005). Psychometric properties of a Persian-language version of the Beck Depression

- Inventory-Second edition: BDI-II-PERSIAN. *Depression and anxiety*, 21(4), 185-192 .
- Gross, J. J. (2015). *Handbook of Emotion Regulation* (J. J. Gross Ed. second ed.): Guilford Publications.
- Harvey, A. G., & Watkins, E. (2004). *Cognitive behavioural processes across psychological disorders: A transdiagnostic approach to research and treatment*: Oxford University Press, USA.
- Hayes, S. C., Follette, V. M., & Linehan, M. (2004). *Mindfulness and acceptance: Expanding the cognitive-behavioral tradition*: Guilford Press.
- Khakpoor, S., & Saed, O. (2018). Transdiagnostic cognitive behavioral therapy based on unified protocol: new approach to emotional disorders. *Asia Pacific Journal of Clinical Trials: Nervous System Diseases*, 3(4), 151 .
- Khaleghi, S., Liaghat, R., & Ganjdanesh, Y. (2011). *The repetitive thinking questionnaire: psychometric properties in Iranian students and relationship with depression, anxiety and social anxiety*. Paper presented at the 2nd international conference on psychiatry and psychotherapy-PSYCHO.
- Lopez, M. E., Stoddard, J. A., Noorollah, A., Zerbi, G., Payne, L. A., Hitchcock, C. A., . . . Ray, D. B. (2015). Examining the efficacy of the unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders in the treatment of individuals with borderline personality disorder. *Cognitive and Behavioral Practice*, 22(4), 522-533 .
- Manicavasagar, V., Perich, T., & Parker, G. (2012). Cognitive predictors of change in cognitive behaviour therapy and mindfulness-based cognitive therapy for depression. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 40(2), 227-232 .
- McEvoy, P. M., Erceg-Hurn, D. M., Anderson, R. A., Campbell, B. N., Swan, A., Saulsman, L. M., . . . Nathan, P. R. (2015). Group metacognitive therapy for repetitive negative thinking in primary and non-primary generalized anxiety disorder: An effectiveness trial. *Journal of affective disorders*, 175, 124-132 .
- McLaughlin, K. A., & Nolen-Hoeksema, S. (2011). Rumination as a transdiagnostic factor in depression and anxiety. *Behaviour research and therapy*, 49(3), 186-193 .
- Muris, P., Roelofs, J., Rassin, E., Franken, I., & Mayer, B. (2005). Mediating effects of rumination and worry on the links between neuroticism, anxiety and depression. *Personality and Individual Differences*, 39(6), 1111-1115 .
- Newby, J. M., Williams, A. D., & Andrews, G. (2014). Reductions in negative repetitive thinking and metacognitive beliefs during transdiagnostic internet cognitive behavioural therapy (iCBT) for mixed anxiety and depression. *Behaviour research and therapy*, 59, 52-60 .
- Nolen-Hoeksema, S., & Morrow, J. (1991). A prospective study of depression and posttraumatic stress symptoms after a natural disaster: the 1989 Loma Prieta Earthquake. *Journal of personality and social psychology*, 61(1), 115 .
- Olatunji, B. O., Naragon-Gainey, K., & Wolitzky-Taylor, K. B. (2013). Specificity of rumination in anxiety and depression: A multimodal meta-analysis. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 20(3), 225-257 .
- Rafiei, M., & Seifi, A. (2013). An investigation into the reliability and validity of beck anxiety inventory among the university students. *Iran J Psychiatry Clin Psychol*, 7(27), 37-46 .

فصلنامه پژوهش‌های نوین روان‌شناختی

ویژه‌نامه اولین کنفرانس دوسالانه تازه‌های روان‌شناسی و علوم رفتاری دانشگاه تبریز ۱۶ و ۱۷ مهرماه ۱۳۹۸

- Saed, O., Masjedi, A., Taremian, F., Bakhtyari, M., & Morsali, Y. (2016). The efficacy of Transdiagnostic Cognitive Behavior therapy on reducing symptoms severity of Obsessive Compulsive Disorder with co-occurring anxiety and mood disorders. *International Journal of Applied Behavioral Sciences*, 2(3), 1-10 .
- Sauer-Zavala, S., Boswell, J. F., Bentley, K. H., Thompson-Hollands, J., Farchione, T. J., & Barlow, D. H. (2018). Expectancies, Working Alliance, and Outcome in Transdiagnostic and Single Diagnosis Treatment for Anxiety Disorders: An Investigation of Mediation. *Cognitive therapy and research*, 42(2), 135-145. doi:10.1007/s10608-017-9855-8
- Siddique, H. I., LaSalle-Ricci, V. H., Glass, C. R., Arnkoff, D. B., & Díaz, R. J. (2006). Worry, optimism, and expectations as predictors of anxiety and performance in the first year of law school. *Cognitive therapy and research*, 30(5), 667-676 .
- Stroebe, M., Boelen, P. A., Van Den Hout, M., Stroebe, W., Salemink, E., & Van Den Bout, J. (2007). Ruminative coping as avoidance. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*, 257(8), 462-472 .