

اثربخشی درمان فراتشخیصی پروتکل یکپارچه بر نشانه‌های اضطرابی و افسردگی همایند در مادران خانه‌دار

زهرا بهادری^۱، سمیه رباطمیلی^۲، رضا قربان جهرمی^۳

۱- دانشجوی کارشناسی‌ارشد روان‌شناسی بالینی، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران. ۲- استادیار، گروه روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران. ۳- نویسنده مسئول. ۳- استادیار، گروه روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات، تهران، ایران.

اطلاعات مقاله	چکیده
<p>نوع مقاله پژوهشی</p> <p>تاریخچه مقاله دریافت: ۱۳۹۸/۳/۱۲ پذیرش: ۱۳۹۸/۶/۲۸</p> <p>کلید واژگان پروتکل یکپارچه، درمان فراتشخیصی، اضطراب، افسردگی.</p> <p>نویسنده مسئول Email: somayemili@yahoo.com</p>	<p>مقدمه: هدف پژوهش پیش رو تعیین اثربخشی درمان فراتشخیصی پروتکل یکپارچه (Unified Protocol) بر نشانه‌های اضطرابی و افسردگی همایند در مادران خانه‌دار بود.</p> <p>روش کار: تعداد ۳۰ نفر از زنان خانه‌دار مدارس استان البرز که به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند، پس از ارزیابی بالینی اولیه و احراز شرایط پژوهش، با نشانه‌های افسردگی و اضطراب همبود، در دو گروه درمان فراتشخیصی (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) گماشته شدند. گروه آزمایشی، ۱۲ جلسه درمان هفتگی فراتشخیصی را دریافت کرد و با استفاده از مقیاس اضطراب بک (BAI) و افسردگی بک (BDI-II)، در دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون پیگیری ۳ ماهه شدند. جهت تحلیل داده‌ها از تحلیل کوواریانس یک متغیری (ANCOVA) استفاده شد.</p> <p>یافته‌ها: مقایسه میانگین‌های دو گروه آزمایش و کنترل در پس‌آزمون نشان داد که اجرای پروتکل یکپارچه بر نشانه‌های اضطراب و نشانه‌های افسردگی در گروه آزمایش موثر واقع شده است.</p> <p>نتیجه‌گیری: نتایج نهایی نشان داد که اجرای پروتکل یکپارچه، نشانه‌های افسردگی و اضطراب را به صورت معناداری به ترتیب در سطح $P < 0.01$ و $P < 0.05$ در مادران خانه‌دار شرکت‌کننده در این پژوهش کاهش داده است.</p>

مقدمه

افسردگی از جمله شایع‌ترین اختلالات روانی است که به عنوان مشکل بهداشتی و جهانی در تمام فرهنگها خود نمایی می‌کند. این بیماری متعلق به قشر خاصی نیست اما برخی افراد جامعه به دلیل موقعیت خاص نسبت به این اختلال آسیب‌پذیرتر هستند. برای نمونه احتمال افسردگی در زنان ۲ تا ۳ برابر مردان گزارش شده است. همچنین میزان شیوع افسردگی در ایران ۲۵ درصد گزارش شده و نسبت ابتلا زنان به مردان نیز ۱/۹۵ برابر گزارش شده است (۷). با توجه به اینکه زنان نیمی از جمعیت جهان را تشکیل داده و از مهم‌ترین ارکان شادابی و سلامت هر خانواده به شمار می‌روند و با توجه به بالاتر بودن میزان احتمال افسردگی در زنان، پیامد ابتلای ایشان به افسردگی می‌تواند به شدت کانون گرم خانواده را به خطر بیاندازد. از سوی دیگر سهم اصلی تربیت کودکان در هر جامعه معمولاً بر دوش مادران است و از این رو وجود هر گونه آسیب روانی در مادران، باعث ایجاد خطر برای فرزندان نیز خواهد شد و همین امر دلیل مهمی برای پرداختن به مشکلات ایشان است (۸). عطا دخت و همکاران در پژوهش خود به وجود رابطه معنادار بین افسردگی و اضطراب مادران با اختلالات روانی-شناختی افسردگی و اضطراب و استرس فرزندان اشاره می‌کنند.

اختلالات اضطرابی یکی از شایع‌ترین اختلالات روانی در جهان (۱) و نوعی واکنش رفتاری پیچیده در انسان و حیوان می‌باشند که یک هشتم از جمعیت جهان را تحت تأثیر قرار می‌دهند (۲). این دسته از اختلالات اغلب به طور ناگهانی موجب ایجاد آسیب شده و در کودکی و نوجوانی شروع می‌شوند (۳). بر اساس مطالعات شی و همکاران شیوع اختلالات اضطرابی ۲۷/۵ درصد است (۴). در حالی که بر اساس گزارش کسلر و همکاران میزان شیوع اختلالات اضطرابی حدود ۲۸/۸ درصد برآورد شده است که میانگین سنی افراد مبتلا به این اختلالات ۱۱ سال می‌باشد (۵). همچنین این پژوهش نشان می‌دهد که نسبت ابتلای زنان ۱/۶ برابر مردان است. شکل‌های شدید اختلالات اضطرابی می‌توانند کیفیت زندگی سالم را تضعیف کرده و منجر به تحمیل هزینه‌های اقتصادی فراوان به جامعه شوند (۱). اضطراب یک احساس مبهم، نگرانی، ناراحتی یا دلهره است و سطوح پایین آن می‌تواند موجب تسلط فرد بر محیط شود و آگاهی او را از تهدید بالقوه افزایش دهد (۶).

اضطراب و افسردگی مادران با مشکلات هیجانی و رفتاری فرزندان افزایش می‌یابد(۹).

برخی از پژوهشگران بر این باورند که اضطراب و افسردگی دو ساختار متفاوت و جدا از هم می‌باشند. اما به باور گروه دیگر، این دو بخشی از یک سازه کلی یعنی هیجان‌پذیری منفی می‌باشند(۱۰). باور اخیر ناشی از تحقیقات و یافته‌هایی است که نشان می‌دهد نمرات مقیاس‌های مختلف سنجش اضطراب و افسردگی در میان آزمودنی‌های بالینی و غیربالینی دارای همبستگی بالا با یکدیگر می‌باشند(۱۱). پژوهش‌های جدید نشان می‌دهد که برخی از اختلالات هیجانی دارای ریشه‌ای مشترک بوده و در بسیار موارد همراه با اختلالی دیگر بروز می‌نمایند. شاید به جرات بتوان گفت که از میان اختلال‌های شایع، اضطراب و افسردگی بیشترین میزان همبودی را دارند.

درمان‌های روان‌شناختی کنونی اگرچه همراه با وجود موفقیت‌های نسبی در مورد اختلال‌های هیجانی بوده‌اند اما همراه با محدودیت‌هایی از قبیل ناکامی این درمان‌ها در بهبودی بخش قابل‌ملاحظه‌ای از بیماران، وجود راهنماها و پروتکل‌های درمانی متعدد برای هر یک از اختلال‌ها، دوره‌های کارورزی طولانی مدت برای هر یک از اختلال‌ها و ایجاد سردرگمی در انتخاب دستورالعمل مناسب بیمار نیز می‌باشند. پژوهش‌ها نشان می‌دهد علاوه بر مزمن بودن این اختلال‌ها و بازگشت مکرر آنها، درصد بهبودی بدون درمان نیز برای این اختلال‌ها پایین است، به طوری که بین ۷۴ تا ۸۸ درصد در طی ۹ سال پیگیری همچنان علائم اختلال را داشته‌اند(۵).

به طور کلی همبودی^۱ اختلال‌های اضطراب و افسردگی در بیشتر پژوهش‌ها گزارش شده است. در این راستا و برای درمان این اختلال‌ها، پروتکل‌های درمانی شناختی - رفتاری اختصاصی متنوعی نیز توسعه یافته‌اند که در هر مورد و بسته به نیاز مراجع از آنها استفاده می‌شود. با این همه و پس از مشخص شدن اشتراکات و خاستگاه‌های یکسان این اختلالات بود که به اهمیت موضوع همبودی توجه ویژه‌ای شد. از این رو در نگرش نوین تلاش شد تا راهکارهایی توسعه یابند که مسئله همبودی هم در سطح نظری و هم در سطح عملی مد نظر قرار گیرد. این رویکرد جدید، رویکرد "فراثشخیصی"^۲ نامیده می‌شود. در نگرش فراثشخیصی تلاش می‌شود با توجه به ماهیت نظری همبودی و لحاظ کردن ابعاد مشترک اختلال‌های هیجانی به ویژه اختلال‌های اضطرابی و افسردگی، یک پروتکل درمانی واحد تدوین شود. تلاش‌های انجام شده در این زمینه به طراحی پروتکل‌های فراثشخیصی متعددی منجر شده است که تفاوت آنها در انتخاب تکنیک‌های تأیید شده و رایج موجود در درمان‌های اختصاصی شناختی - رفتاری است. اگرچه پروتکل‌های فراثشخیصی اولیه، اثربخشی متوسطی را از خود نشان می‌دادند اما به مرور پژوهشگران تلاش کردند که با انطباق پروتکل‌ها بر پایه‌های

نظری و آسیب‌شناسی، اثربخشی این پروتکل‌ها را ارتقاء دهند که نقطه عطف این تلاش‌ها، پروتکل فراثشخیصی بارلو و همکاران می‌باشد که در سال ۲۰۱۱ با نام پروتکل یکپارچه^۳ ارائه شد. آنچه رویکرد فراثشخیصی یکپارچه را از سایر روش‌های درمانی مجزا می‌کند شامل موارد زیر است:

۱- همپوشی قابل توجهی از نظر تشخیصی بین اختلال اضطراب و افسردگی وجود دارد. برای مثال، نتایج یک پژوهش بزرگ روی ۱۱۲۷ بیمار اضطرابی مراجعه‌کننده به چندین کلینیک تخصصی روان‌شناختی شهر بوستون آمریکا نشان داد که ۵۵ درصد مراجعه‌کنندگان در زمان ارزیابی و ۷۶ درصد مراجعین در طول عمر حداقل به یک اختلال اضطرابی یا افسردگی مبتلا بودند(۱۲).

۲- درمان‌های روان‌شناختی برای یک اختلال اضطرابی خاص، بهبودی مشابهی را در اختلال‌های اضطرابی و خلقی فرعی (اختلال‌های همبود) که موردنظر درمان اصلی نیز نبودند ایجاد می‌کند(۱۳). یکی از دلایل قانع‌کننده برای این بهبودی همه جانبه این است که درمان‌های ارائه شده همچون رویکرد درمانی فراثشخیصی، "هسته" اختلال‌های هیجانی را مورد هدف قرار داده و به همین دلیل بسیار اثربخش می‌نماید.

۳- پژوهش‌های اخیر در حوزه علم عصب‌شناختی هیجان، بر اهمیت شناخت سندرم جامع تأکید دارد. یافته‌های تحقیقات جدید نشان می‌دهد که بیش برانگیختگی ساختار لیمبیک، همراه با نقص یا بازداری محدود ساختار قشری مخ، شاخصی افراد مبتلا به اختلال‌های خلقی و اضطرابی بوده و عامل تمایز آنها از گروه کنترل افراد سالم است. نظریه آسیب‌پذیری سه‌گانه بر این فرض استوار است. عامل ژنتیکی مشترکی برای اختلال‌های آسیب‌پذیری هیجانی وجود دارد(۱۴).

هدف پژوهش حاضر نیز تعیین اثربخشی این روش درمانی در مورد اختلالات اضطرابی و افسردگی می‌باشد. با توجه به این مهم که سلامت روان مادران، تاثیر شگرفی بر سلامت خانواده و به ویژه کودکان داشته و با توجه به اینکه نزدیک به ۸۰ درصد زنان جامعه ما خانه‌دار می‌باشند، در این تحقیق به دنبال پاسخگویی به این سوال اصلی هستیم که آیا استفاده از پروتکل یکپارچه فراثشخیصی بر درمان نشانه‌های اضطراب و افسردگی مادران خانه دار موثر است یا خیر؟

لازم به توضیح است که پیشتر، تحقیقات مختلفی در زمینه استفاده از پروتکل یکپارچه بر درمان اختلالات اضطراب و افسردگی که در این خصوص به تعدادی از جدیدترین تحقیقات داخلی و خارجی اشاره می‌شود. برای نمونه بخشی پور و همکاران (۱۵) در مقاله خود به بررسی اثربخشی درمان

- 1- Comorbidity
- 2- Transdiagnostic
- 3- Unified Protocol

فرازشخصی یکپارچه در کاهش علائم اختلال افسردگی اساسی پرداختند. ارزیابی ایشان نشان داد که تغییرات و بهبودی قابل توجه و معناداری از نظر بالینی و آماری در آماج های درمانی (شدت علائم اختلال افسردگی اساسی و سطح آسیب عملکرد عمومی) ایجاد می شود و تاثیرات درمانی در دوره پیگیری نیز تداوم دارد. همچنین عطارد و

همکاران (۱۶) در تحقیق خود با عنوان "اثر درمان فراتشخصی یکپارچه بر اختلالات اضطرابی و افسردگی همایند: طرح تک موردی" نشان دادند که درمان فراتشخصی یکپارچه به طور معناداری موجب کاهش شدت علائم اضطراب و افسردگی در مرحله پس از درمان و پیگیری می گردد. نتایج ایشان نشان داد که درصد بهبودی برای بیمار اول، دوم و سوم در علائم اضطراب به ترتیب ۶۱٪، ۵۱٪ و ۵۲٪ و در علائم افسردگی به ترتیب ۴۷٪، ۵۱٪ و ۶۰٪ می باشد. بدین ترتیب مشخص گردید با آماج قرار دادن عوامل مشترک هیجانی به جای نشانه های اختصاصی اختلال از طریق پروتکل یکپارچه، می توان به نحو موثری فرایند درمان را پیگیری نمود به گونه ای که تغییرات معناداری در علائم ۳ بیمار ایجاد شده و دستاوردهای درمانی در دوره پیگیری نیز حفظ می شود. زمستانی و ایمانی (۱۷) نیز در پژوهش خود به اثربخشی درمان فراتشخصی بر نشانه های افسردگی، اضطراب و تنظیم هیجان پرداختند. یافته های این پژوهش نشان داد که درمان فراتشخصی در کاهش نشانه های افسردگی، اضطراب و نیز تعدیل راهبردهای تنظیم هیجان اثربخش است. دستاوردهای درمانی، در پیگیری ۲ ماهه نیز حفظ می شود. همچنین اکبری و روشن چلسی (۱۸) نیز در تحقیق خود با عنوان "همبودی اختلال های اضطرابی و افسردگی: ظهور درمان فراتشخصی شناختی رفتاری" به این مهم پرداختند. ایشان در مقاله مروری خود بیان می کنند که نتایج اکثر درمان های فراتشخصی دارای تأثیرگذاری متوسط می باشد. ایشان بیان می دارند که اساسی ترین دلیل توجیه کننده اثربخشی متوسط، نپرداختن به فرایندهای شناختی- رفتاری مشترک در اختلال های هیجانی می باشد. این امر باعث حرکت به سوی طراحی پروتکل هایی است که بنیادهای دیگری را محور خود قرار دهند که در این زمینه ایشان به پروتکل بارلو اشاره می دارند. ایشان بیان می دارند که بارلو و همکاران با تاکید بر نقش «تنظیم هیجانی» به عنوان فرایند شناختی- رفتاری اصلی در اختلال های هیجانی، گامی اساسی را در طراحی پروتکل های فراتشخصی برداشتند.

در تحقیقات خارجی نیز می توان به پژوهش بلیس و همکاران (۱۹) که در سال ۲۰۱۴، به بررسی اولیه اثربخشی استفاده از پروتکل یکپارچه به صورت گروهی پرداختند، اشاره نمود. در این پژوهش که روی ۱۱ مراجع دارای اختلالات افسردگی و اضطراب همایند انجام شده است، مشخص شد که نه تنها

استفاده از پروتکل یکپارچه نسبت به روش های درمانی اختصاصی عملکرد بهتری دارند، بلکه چنانچه جلسات درمانی استفاده از پروتکل به صورت گروهی برگزار شود، اثربخشی بیشتری نیز در درمان مشاهده می شود. وارکوویتزکی، شریل و رجر (۲۰) نیز در پژوهش خود به بررسی اثربخشی استفاده از پروتکل یکپارچه در درمان اختلال استرسی پس از آسیب روانی^۱ (PTSD) در کهنه سربازان پرداختند. این مطالعه آزمایشی، اثربخشی استفاده از پروتکل یکپارچه برای درمان فراتشخصی اختلالات عاطفی در طی یک برنامه ۱۶ هفته ای را در ۵۲ کهنه سرباز مورد بررسی قرار داد. نتایج پژوهش ایشان نشان داد که استفاده از پروتکل یکپارچه باعث کاهش قابل توجه مشکلات تنظیم عاطفی، شدت علائم اختلال استرسی پس از آسیب و شدت افسردگی در کهنه سربازان می شود. علاوه بر این، نتایج پژوهش ایشان نشان داد که کاهش مشکلات تنظیم عاطفی در طی درمان همراه با کاهش علائم اختلال استرسی پس از آسیب و افسردگی پس از درمان می باشد. این مطالعه آزمایشی، شواهد اولیه ای را برای اثربخشی استفاده از پروتکل یکپارچه در میان کهنه سربازان مبتلا به اختلال استرسی پس از آسیب روانی (PTSD) و اختلالات مشترک فراهم می نماید. استیل و همکاران (۲۱) نیز در سال ۲۰۱۸ به بررسی این موضوع پرداختند که آیا پروتکل یکپارچه به اندازه تک پروتکل ها که اختلالات خاصی را هدف قرار می دهند، اثربخش^۲ هستند یا نه؟ در حقیقت این پژوهش با هدف بررسی اثربخشی پروتکل یکپارچه که در درمان طیف وسیعی از اختلالات عاطفی (همچون اضطراب، افسردگی و غیره) به کار می رود در مقایسه با درمان همان اختلال ها با استفاده از تک پروتکل اختصاصی آنها می پردازد. نتیجه پژوهش ایشان نشان داد که هر دو نوع پروتکل (پروتکل یکپارچه و پروتکل های اختصاصی) در کاهش علائم و نشانگان های اختلالات روانی موثر می باشند. با این تفاوت که پروتکل یکپارچه به نحو موثر و مقرون به صرفه تری (از لحاظ هزینه و طول مدت درمان) باعث درمان اختلالات هیجانی می شود.

ساور-زاوالا و همکاران (۲۲) در پژوهش اخیر خود به پیامدهای استفاده از پروتکل یکپارچه در درمان افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی پرداختند. پژوهش های پیشین نشان می داد که اختلال شخصیت مرزی^۳ (BPD) همواره همراه با میزان بالای اختلالات افسردگی و اضطراب است، به گونه ای که این همایندی ممکن است از آسیب پذیری های شکننده مشترک مابین اختلالات شخصیت مرزی، افسردگی و اضطراب نتیجه شود. از این رو بیشتر اختلال شخصیت مرزی به عنوان یک

1- Post Traumatic Stress Disorder
2- Efficacy of the Unified Protocol
3- Borderline Personality Disorder

اختلال هیجانی مفهوم‌سازی و در نظر گرفته می‌شد. اما در پژوهش ساور-زاوالا و همکاران (۲۲)، اختلال شخصیت مرزی به عنوان یک اختلال عاطفی در نظر گرفته شده و از پروتکل یکپارچه نیز در درمان آن استفاده شده است. با این پیش‌فرض، ایشان در پژوهش خود پیامدهای استفاده از پروتکل یکپارچه در درمان یک فرد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی را به عنوان مطالعه موردی شرح دادند. الار و همکاران (۲۳) نیز در پژوهش خود به بررسی استفاده از رویکرد فراتشخیصی و پروتکل یکپارچه به عنوان درمان مکمل در اختلال‌های همایند اضطراب و دوقطبی^۱ پرداختند. ایشان در پژوهش خود ۲۹ بیمار مبتلا به اختلال دوقطبی را که حداقل همراه با یک اختلال اضطرابی بوده و درمان دارویی را نیز دریافت می‌کند، در ۱۸ جلسه تحت درمان پروتکل یکپارچه (هم‌زمان با درمان دارویی) قرار دادند. نتیجه پژوهش ایشان نشان داد که استفاده از پروتکل یکپارچه به عنوان یک درمان مکمل و به صورت هم‌زمان در درمان دارویی، به نحو بسیار موثرتری منجر به بهبود شاخص‌های اضطراب و افسردگی در بیماران در مقایسه با درمان دارویی صرف می‌شود. یافته‌های ایشان نشان داد که می‌توان از پروتکل یکپارچه به عنوان یک روش درمان مناسب برای اختلال دوقطبی همراه با اضطراب استفاده نمود.

لازم به یادآوری است که پژوهش‌های متفرقه‌ای نیز در خصوص روش‌های درمان اختصاصی برای اختلالات اضطرابی و افسردگی نیز ارائه شده‌اند که در هر یک از این پژوهش‌ها به صورت مشخص با تنظیم یکی از نشانه‌های خلقی و اضطرابی به درمان اضطراب و افسردگی می‌پردازند. برای نمونه یوسفی و همکاران (۲۴) برای اثربخشی روی افسردگی اضطراب و پرخاشگری از مداخلات معنادارمانی و گشتالت‌درمانی استفاده نمودند. نتایج این پژوهش نشان می‌دهد که فنون معنا درمانگری و گشتالت درمانگری هر دو نشانه‌های پرخاشگری و اضطراب را کاهش می‌دهد، اما معنادارمانگری در درمان افسردگی موثرتر از گشتالت‌درمانی است. همچنین در پژوهشی دیگر که به پژوه، جهانگیری و زهراکار (۲۵) روی کاهش افسردگی در بیماران آسیب نخاعی انجام دادند توانستند با آموزش مهارت‌های شوخ طبعی مک‌گی، افسردگی ۲۴ مراجعه‌کننده (در دو گروه ۱۲ نفره آزمایش و کنترل) با آسیب نخاعی که نمره‌های بالاتر از میانگین در پرسشنامه افسردگی بک را به دست آورده بودند، کاهش دهند.

همچنین آموزش نظم‌جویی هیجان بر کیفیت زندگی زنان واجد اضطراب که کریمی‌فر (۲۶) در پژوهش خود منظور کرده است، نشان می‌دهد که نمره‌های کیفیت زندگی گروه آزمایش پس از دریافت برنامه آموزشی در مقایسه با گروه گواه تغییر معنادار یافته است. یحیایی و همکاران (۲۷) نیز در پژوهش خود بر تأثیر برنامه گروهی بازآموزی اسنادی بر افسردگی دانش‌آموزان دارای

ناتوانی یادگیری، نشان می‌دهد که اجرای برنامه اسنادی به کاهش معنادار نمره‌های نشانه‌های افسردگی در دانش‌آموزان واجد ناتوانی‌های یادگیری موثر است. در پژوهش دیگری که رجبی (۲۸) بر همسانی درونی و اعتبار ماده‌های فرم کوتاه پرسشنامه افسردگی بک انجام داد، نشان داد که بر اساس تحلیل مولفه‌های اصلی، دو عامل مهم در این خصوص وجود دارند: عامل اول عاطفه منفی نسبت به خود و عامل دوم بی‌لذتی. بر اساس نتایج این پژوهش فرم کوتاه افسردگی بک، واجد شرایط لازم برای کاربرد در پژوهش‌های روان‌شناختی و غربالگری افسردگی در جامعه و هنجار ایران است.

روش کار

روش پژوهش حاضر؛ نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با دو گروه آزمایش و کنترل می‌باشد. جامعه آماری پژوهش را تمام مادران خانه‌دار دانش‌آموزان مقطع متوسطه اول مدارس دخترانه استان البرز، در سال ۱۳۹۷ تشکیل داده‌اند و ۳۰ نفر از مادران خانه‌دار دانش‌آموزان مقطع متوسطه اول مدرسه زینبیه شهرستان اشهرارد به روش نمونه‌گیری دردسترس انتخاب شدند که روش نمونه‌گیری دردسترس با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با دو گروه آزمایش و کنترل بوده است. مشارکت‌کنندگان به صورت داوطلبانه حاضر به شرکت در پژوهش فوق شدند و از شرکت‌کننده‌ها خواسته شد تا رضایت‌نامه شرکت در پژوهش را مطالعه و پر کنند. ۳۰ نفر از مشارکت‌کنندگان که در هر دو آزمون افسردگی و اضطراب نمرات متوسط به بالا به ترتیب ۲۰-۲۸ و ۱۶-۲۵ را دریافت کرده‌اند به طور تصادفی به دو گروه ۱۵ نفره آزمایش و کنترل تقسیم شدند که برای گروه آزمایش ۱۲ جلسه مداخله صورت گرفت. ملاک‌های ورود به این پژوهش مادرانی بودند که حداقل یک فرزند داشته و هر دو نشانه اضطراب و افسردگی هم‌زمان را دارا بودند.

در بخش میدانی پژوهش و به منظور سنجش میزان اضطراب و افسردگی مادران خانه‌دار بترتیب از پرسشنامه‌های اضطراب بک^۲ و پرسشنامه افسردگی بک، ویرایش دوم^۳ استفاده شد. همچنین برای محتوی آموزشی جلسات درمان نیز از "پروتکل یکپارچه"^۴ برای درمان فراتشخیصی اختلالات هیجانی: راهنمای درمانگر (ویرایش دوم)^۵ استفاده شد. این پروتکل، برای افراد مبتلا به اختلال‌های هیجانی، به خصوص افراد مبتلا به اختلال‌های خلقی و اضطرابی طراحی شده و یک درمان

- 1- Bipolar disorder
- 2- Beck Anxiety Inventory-BAI, 1988
- 3- Beck Depression Inventory-II.1996
- 4- Unified Protocol
- 5- Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders: Therapist Guide (2nd Edition)

شناختی- رفتاری فراتشخیصی با تمرکز بر هیجان می‌باشد. این پروتکل با این که ریشه در سنت شناختی- رفتاری دارد ولی با تاکید ویژه‌اش روی نحوه‌ی تجربه و پاسخ‌دهی به هیجان‌های افراد مبتلا به اختلال‌های هیجانی، بسیار راهگشا و موثر می‌باشد. (۲۹).

این پروتکل شامل پنج بخش درمانی بنیادین است که جنبه‌های اساسی پردازش و تنظیم تجربه‌های هیجانی را هدف قرار می‌دهد. این پنج زمینه عبارتند از: ۱- آگاهی هیجانی متمرکز بر حال، ۲- انعطاف‌پذیری شناختی، ۳- اجتناب از هیجان و رفتارهای هیجان - خاست، ۴- آگاهی و مدارا بر احساس‌های بدنی و ۵- مواجهه با علایم بدنی و هیجان‌های مبتنی بر موقعیت. در زیر خلاصه محتویات جلسات پروتکل یکپارچه بارلو بیان شده است (۳۰).

جلسه اول - افزایش انگیزه برای شرکت در درمان: بیماران فرصتی پیدا می‌کنند تا مزایا و معایب تغییر را در مقایسه با ماندن به شکل قبل بسنجند

جلسه دوم - آموزش روان‌شناختی و ردیابی تجارب هیجانی: آموزش روانی درباره ماهیت هیجان‌ها، مولفه‌های اصلی تجربه هیجانی و مفهوم پاسخ‌های آموخته شده

جلسه سوم - آموزش آگاهی از هیجان: در این جلسه بیماران نحوه واکنش و پاسخ خود را به هیجان‌ها بیشتر می‌شناسند و آگاهی غیرقضاوتی و متمرکز بر حال از تجارب هیجانی خود را تمرین می‌کنند.

جلسه چهارم - ارزیابی و تغییر ارزیابی شناختی: بیماران یاد می‌گیرند تا الگوهای تفکر خود را شناسایی کنند و روش‌های اصلاح تفکر ناسازگارانه را تمرین کنند و انعطاف‌پذیری خود را در ارزیابی موقعیت‌های مختلف افزایش دهند.

جلسه پنجم - اجتناب از هیجان‌ها و رفتارهای هیجان - خاست: شناسایی الگوهای اجتناب از هیجان و رفتارهای هیجان - خاست ناسازگارانه و تغییر الگوهای فعلی پاسخ‌دهی هیجانی
جلسه ششم - آگاهی از احساس‌های بدنی و مدارا با آنها: شناسایی نحوه اثرگذاری احساس‌های بدنی در افکار و رفتارها و تاثیر متقابل آنها در احساس‌های بدنی

جلسه هفتم تا یازدهم - مواجهه با راه‌اندازهای درونی و بیرونی هیجان‌ها: به بیماران کمک می‌شود تا تحمل خود را نسبت به هیجان‌ها افزایش دهند و شرایط یادگیری بافتاری جدید فراهم می‌شود. همچنین درمانگر به بیمار کمک می‌کند تا سلسله مراتب اجتناب از هیجان‌ها طرح‌ریزی کند.

جلسه دوازدهم - پیشگیری از عود: شناسایی راه‌های تداوم دستاوردهای درمان و پیش‌بینی مشکلات احتمالی. تشویق بیمار به استفاده کردن از تکنیک‌های درمانی برای دستیابی به هدف‌های کوتاه و درازمدت درمان به نحوی طرح‌ریزی شده

است که ۱۲ جلسه و تقریباً بین ۵۰ تا ۶۰ دقیقه به طول می‌انجامد. جلسات به صورت هفتگی اجرا می‌شوند و در جلسه های پایانی درمان جلسات با فاصله ۲ هفته برگزار می‌شوند تا به بیمار این امکان را بدهد که زمان بیشتری برای غلبه بر مشکلات باقیمانده خود داشته باشند. مدل نهایی ارائه شده توسط بارلو و همکاران (۳۰) ساختاری متفاوت از رفتاردرمانی شناختی کلاسیک دارد. آخرین نسخه از این شیوه درمانی بر اساس مراحل درمانی به جای جلسات درمانی ارائه شده است. همانند اغلب پروتکل‌های درمان شناختی- رفتاری، جلسات درمان با مرور تکالیف ارائه شده در جلسات قبلی آغاز می‌شوند. پس از مرور تکالیف مفاهیم کلیدی و قابل اجرا در جلسه ارائه می‌شود تا بیمار نسبت به مهارت‌های درمانی شناخت داشته باشد. آموزش مستقیم و مهارت‌افزایی تعاملی قسمت اصلی جلسه درمان را تشکیل می‌دهد. در پایان هر جلسه درمانی به بیمار کمک می‌شود تا مطالب آموخته شده خود را تحکیم کند. از بیمار خواسته می‌شود تا مطالعات جلسات و تکالیف درخواستی خود را خلاصه کند و هر نوع بازخورد منفی نسبت به جلسات سؤال می‌شود. در پایان، در مورد تکالیفی که ملزم است تا جلسه بعدی تکمیل شود بحث می‌شود. هر یک از مراحل درمان می‌تواند بین ۱ تا چند جلسه را به خود اختصاص دهد و بر اساس نوع اختلال مراحل خاصی مورد تأکید بیشتری قرار بگیرند. در این پژوهش جهت تجزیه و تحلیل آماری داده‌ها از شاخص‌های آمار توصیفی نظیر میانگین، انحراف معیار و نیز جداول توزیع فراوانی و آزمون تحلیل کواریانس استفاده شد از طریق نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۲ بهره گرفته شد.

یافته‌ها

جدول ۱ ویژگی‌های جمعیت‌شناختی دو گروه آزمایش و کنترل را نشان می‌دهد.

جدول ۱- ویژگی‌های جمعیت شناختی دو گروه آزمایش و کنترل

متغیرهای جمعیت شناختی	گروه آزمایش	گروه کنترل
میانگین	۳۷/۴۶	۳۷/۹۰
تعداد فرزند		
کمتر از دو فرزند	۱۳	۱۲
بیشتر از دو فرزند	۲	۳
میزان تحصیلات		
دیپلم و پایین‌تر	۱۱	۹
بالتر از دیپلم	۴	۶

می‌دهد. همچنین برای آزمون برابری واریانس خطای متغیرهای پس آزمون در بین دو گروه آزمایش و کنترل از آزمون لون^۲ استفاده شد که نتایج آن در جدول (۳) آورده شده است.

جدول ۲ میانگین، انحراف استاندارد و شاخص شاپیرو-ویلک^۱ نشانه‌های افسردگی در مراحل پیش و پس آزمون را نشان

جدول ۲- میانگین، انحراف استاندارد و شاخص شاپیرو-ویلک نشانه‌های افسردگی در مراحل پیش و پس آزمون

گروه کنترل		گروه آزمایش		شاخص آماری
پس آزمون	پیش آزمون	پس آزمون	پیش آزمون	
۱۸/۹۳	۱۹/۱۳	۱۵/۰۰	۲۰/۶۴	میانگین
۱/۶۴	۲/۲۳	۱/۸۰	۱/۳۲	انحراف استاندارد
۰/۹۶۵(p=۰/۷۷۲)	۰/۹۳۵(p=۰/۵۷۸)	۰/۹۳۴(p=۰/۳۱۶)	۰/۹۵۷(p=۰/۶۳۳)	شاپیرو - ویلک

جدول ۳- آزمون لون در مورد برابری واریانس‌های خطای نشانه‌های افسردگی

Sig	df _۲	df _۱	F	متغیرها
۰/۰۵۶	۲۸	۱	۳/۹۶۹	نشانه‌های افسردگی

خطا برای نشانه‌های افسردگی در دو گروه برقرار است. جدول ۴ نیز نتایج تحلیل کوواریانس یک متغیری در آزمون اثر درمان فراتشخیصی پروتکل یکپارچه بر نشانه‌های افسردگی را نشان می‌دهد. همان گونه که در نتایج جدول ۴ مشاهده می‌شود، اجرای متغیر مستقل در سطح معناداری ۰/۰۱ نشانه‌های افسردگی شرکت‌کنندگان در پژوهش را تحت تأثیر قرار داده است ($P > ۰/۰۱$, $F(۱, ۲۷) = ۲۷/۱۳/۰۰$).

نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد شاخص‌های شاپیرو-ویلک نمرات نشانه‌های افسردگی در هر دو گروه و در هر دو مرحله پیش و پس آزمون در سطح ۰/۰۵ غیرمعنادار است. این موضوع بیانگر نرمال بودن توزیع داده‌های متغیر وابسته در دو گروه و در هر دو مرحله پیش و پس آزمون است. نتایج جدول ۳ نیز نشان می‌دهد واریانس خطای متغیر پس آزمون در دو گروه تفاوت معناداری با یکدیگر نداشته و بنابراین فرض برابری واریانس‌های

جدول ۴- نتایج تحلیل کوواریانس یک متغیره در آزمون اثربخشی اجرای درمان پروتکل یکپارچه بر نشانه‌های افسردگی

partial h ^۲	سطح معناداری	F	میانگین مجزورات	درجه آزادی	مجموع مجزورات	
۰/۶۲۶	۰/۰۰۱	۲۲/۶۰	۳۴۴۳/۹۸	۲	۶۸۸۷/۹۵	مدل اصلاح شده
۰/۴۰۳	۰/۰۰۱	۱۸/۲۱	۲۷۷۴/۲۱	۱	۲۷۷۴/۲۱	مقدار ثابت
۰/۵۳۳	۰/۰۰۱	۳۰/۸۷	۴۷۰۳/۴۲	۱	۴۷۰۳/۴۲	پیش آزمون
۰/۳۲۵	۰/۰۰۱	۱۳/۰۰	۱۹۸۱/۰۰	۱	۱۹۸۱/۰۰	گروه
			۱۵۲/۳۵	۲۷	۴۱۱۳/۵۲	خطا
				۳۰	۲۳۰۱۳۸/۰۰	کل

واریانس‌های خطای برای نشانه‌های اضطراب در دو گروه برقرار است.

جدول ۶ نیز نتایج تحلیل کوواریانس یک متغیری در آزمون اثر درمان فراتشخیصی پروتکل یکپارچه بر نشانه‌های اضطراب را نشان می‌دهد. نتایج جدول ۷ نشان می‌دهد که اجرای متغیر مستقل (پروتکل یکپارچه) در سطح معناداری ۰/۰۵ نشانه‌های اضطراب شرکت‌کنندگان در پژوهش را تحت تأثیر قرار داده است ($P < ۰/۰۵$, $F(۱, ۲۷) = ۲۷/۴/۷۰$).

جداول ۵ و ۶ به ترتیب میانگین، انحراف استاندارد و شاخص شاپیرو-ویلک نشانه‌های اضطراب در مراحل پیش و پس آزمون و نتایج آزمون برابری واریانس خطای متغیرهای پس آزمون در بین دو گروه آزمایش و کنترل را نشان می‌دهد. نتایج جدول ۵ نشان می‌دهد که شاخص‌های شاپیرو-ویلک^۳ نمرات نشانه‌های اضطراب در هر دو گروه و در هر دو مرحله پیش و پس آزمون در سطح ۰/۰۵ غیرمعنادار است که این موضوع بیانگر نرمال بودن توزیع داده‌های متغیر وابسته در دو گروه و در هر دو مرحله پیش و پس آزمون است. همچنان که در جدول ۶ نیز دیده می‌شود، واریانس خطای متغیر پس آزمون در دو گروه تفاوت معناداری با یکدیگر نداشته و بنابراین فرض برابری

1- Shapiro -Wilk
2- Leven
3- Shapiro -Wilk

جدول ۶- میانگین، انحراف استاندارد و شاخص شاپیرو- ویلک نشانه‌های اضطراب در مراحل پیش و پس از آزمون

شاخص آماری	گروه آزمایش		گروه کنترل	
	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	پس‌آزمون
میانگین	۲۰/۹۳	۱۶/۰۷	۱۹/۹۱	۱۹/۱۱
انحراف استاندارد	۱/۷۶	۱/۰۲	۱/۷۸	۱/۱۶
شاپیرو - ویلک	۰/۸۹۷ (p=۰/۰۸۵)	۰/۹۵۸ (p=۰/۶۶۱)	۰/۹۶۲ (p=۰/۷۲۸)	۰/۹۴۰ (p=۰/۳۸۶)

جدول ۶- آزمون لون در مورد برابری واریانس‌های خطای نشانه‌های اضطراب

متغیرها	F	df1	df2	Sig
نشانه‌های اضطراب	۰/۲۹۷	۱	۲۸	۰/۵۹۰

جدول ۷- نتایج تحلیل کوواریانس یک متغیره در آزمون اثربخشی اجرای درمان پروتکل یکپارچه بر نشانه‌های اضطراب

مدل اصلاح شده	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	partial h ^۲
مدل اصلاح شده	۳۷۳۸/۸۲	۲	۱۸۶۹/۴۱	۲۱/۴۰	۰/۰۰۱	۰/۶۱۳
مقدار ثابت	۴۴۳/۶۰	۱	۴۴۳/۶۰	۵/۰۸	۰/۰۳۳	۰/۱۵۸
پیش‌آزمون	۳۸۲۰/۲۸	۱	۳۸۲۰/۲۸	۳۲/۲۸	۰/۰۰۱	۰/۵۴۵
گروه	۴۱۰/۳۱	۱	۴۱۰/۳۱	۴/۷۰	۰/۰۳۹	۰/۱۴۸
خطا	۲۳۵۸/۶۵	۲۷	۸۷/۳۵			
کل	۷۵۹۴۴۸/۰۰	۳۰				

بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی پروتکل یکپارچه درمان فراتشخیصی اختلالات هیجانی انجام شد. نتایج این پژوهش نشان داد که درمان فراتشخیصی منجر به کاهش معنادار در شدت نشانه‌های افسردگی و اضطراب همایند در مادران خانه دار شد. شبیه این نتیجه را نیز محققین دیگر به دست آورده‌اند. برای نمونه عطارد و همکاران (۱۶) در تحقیق خود با عنوان "اثر درمان فراتشخیصی یکپارچه بر اختلالات اضطرابی و افسردگی همایند: طرح تک موردی" نشان دادند که درمان فراتشخیصی یکپارچه به طور معناداری موجب کاهش علائم اضطراب و افسردگی می‌گردد. همچنین نتایج پژوهش اکبری و همکاران (۳۲) نیز نشان داد که استفاده از این پروتکل، نه تنها باعث کاهش علائم اختلال‌های همایند اضطراب و افسردگی می‌شود، بلکه در بهبود اضطراب از اثربخشی بهتری نیز برخوردار است. زمستانی و ایمانی (۱۷) در یافته‌های پژوهش خود نشان دادند که درمان فراتشخیصی در کاهش نشانه‌های افسردگی، اضطراب و نیز تعدیل راهبردهای تنظیم هیجان اثربخش است. از سوی دیگر تحقیقات محمدی و همکاران (۳۳) با پژوهش حاضر

همسو بوده و حمایت تجربی دیگری برای رویکرد درمان فراتشخیصی فراهم آورد. پژوهش‌های داخلی دیگری چون عبدی و همکاران (۳۴)، اکبری و روشن چلسی (۱۸) نیز نتایج مشابهی را در تحقیقات خود مشاهده نموده‌اند.

در پژوهش دیگری توسط بلیس و همکاران (۱۹) به بررسی اولیه اثربخشی استفاده از پروتکل یکپارچه به صورت گروهی پرداخته شد. در این پژوهش که روی ۱۱ مراجع دارای اختلالات افسردگی و اضطراب همایند انجام شده است، مشخص شد که نه تنها استفاده از پروتکل یکپارچه نسبت به روش‌های درمانی اختصاصی عملکرد بهتری دارند، بلکه چنانچه جلسات درمانی استفاده از پروتکل به صورت گروهی برگزار شود، اثربخشی بیشتری نیز در درمان مشاهده می‌شود. نتایجی از این دست را می‌توان در پژوهش‌های مشابه در خارج از کشور نیز مشاهده نمود. پژوهش‌های الارد و همکاران (۲۹)، وارکوویتزکی و همکاران (۲۰) و ساور-زاوالا و همکاران (۲۲) نیز از این دست می‌باشد.

مدل درمان فراتشخیصی، تنظیم هیجان را در ایجاد و تداوم اختلال‌های هیجانی از جمله اضطراب و افسردگی موثر می‌داند

(۲۲). بنابراین، تنظیم هیجان به عنوان یک عامل فراتشخیصی، در انواع مختلفی از اختلال‌های هیجانی از جمله افسردگی و اضطراب نقش دارد و مهم است که در درمان مورد توجه قرار گیرد (۳۵، ۳۶). در پیشینه پژوهشی چنین بحث شده است که درمان‌های شناختی-رفتاری می‌توانند راهبردهای تنظیم هیجان را تعدیل نمایند هافمن و آسموندسون (۳۷) همسو با این پیشینه پژوهشی، یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که درمان فراتشخیصی نیز به عنوان زیر مجموعه‌ای از درمان‌های شناختی-رفتاری، در تعدیل راهبردهای تنظیم هیجان موثر است در رابطه با اولین راهبرد تنظیم هیجان یعنی ارزیابی مجدد شناختی، نتایج پژوهش حاضر آشکار ساخت که درمان فراتشخیصی بر این راهبرد تاثیر مثبت داشته است. در نظریه گراس، ارزیابی مجدد شناختی به معنای تلاش برای دیدن موقعیت‌ها به صورت مثبت و ملایم‌تر به منظور تنظیم خلق است و حجم فزاینده‌ای از پژوهش‌ها نیز نشان می‌دهند که ارزیابی مجدد شناختی شیوه سازگارانه‌ای برای مدیریت تجربیات هیجانی منفی است (۳۸). طبق مدل آسیب‌شناسی بک سوگیری‌های شناختی باعث آسیب‌پذیری در برابر رویدادهای منفی زندگی می‌شوند. در این حالت احتمال دارد که یک فقدان یا برخورد به مانعی در زندگی، به شیوه‌های اغراق‌آمیز، منفی و شخصی‌سازی شده، تفسیر شود (۳۹). راهبرد ارزیابی مجدد شناختی به طور گسترده‌ای در زندگی روزمره به کار می‌رود و تکنیک‌های ارزیابی مجدد که در درمان شناختی-رفتاری کلاسیک به کار می‌روند، با مهارت‌های گردآوری شده در مداخلات نوین اختلال‌های خلقی و اضطرابی مرتبط هستند (۳۹).

نتایج پژوهش حاضر نیز همسو با این پژوهش‌ها، نشان داد که استفاده از تکنیک‌های خاص درمان فراتشخیصی باعث کاربرد کمتر فرونشانی هیجانی مادران شد و با کاربرد کمتر این راهبرد تنظیم هیجان، بهبود معنادار در نشانه‌های افسردگی و اضطراب دیده شد. هر چند برخی از راهبردهای به کار برده شده در جلسات درمانی این رویکرد، شبیه به پروتکل‌های سنتی شناختی-رفتاری است، اما این مدل درمانی مانند اکثر رفتاردرمانی‌های موج سوم، از جمله رفتاردرمانی دیالکتیکی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، تاکید ویژه‌ای بر عامل تنظیم هیجان دارد و از تکنیک‌های ویژه‌ای جهت تعدیل هیجان‌ها استفاده می‌کند. همین تاکید ویژه بر تعدیل و تنظیم هیجان‌ها است که کاربرد این رویکرد درمانی را در گستره‌ای از اختلال‌های

هیجانی میسر می‌سازد (۴۰). یافته‌های پژوهش حاضر به طور بالقوه تلویحات کاربردی مهمی برای ارتقای سلامت روانی افراد و پیشگیری از بروز افسردگی و اضطراب همبود دارد. یکی از تلویحات بالینی نتایج پژوهش حاضر این بود که درمان فراتشخیصی به عنوان درمان گروهی و کوتاه مدت سودمند شناخته شد و می‌تواند به عنوان درمانی مقرون به صرفه در نظر گرفته شود که در بهبود نشانه‌ها و تعدیل هیجان‌های افراد دچار اختلال‌های خلقی و اضطرابی همبود کاربرد دارد.

در این پژوهش، پس از اجرای ۱۲ جلسه درمان فراتشخیصی، نتایج معنادار بالینی به دست آمد در حالی که، برنامه درمانی کامل شناختی-رفتاری عمدتاً حدود ۲۰ جلسه درمانی را در بر می‌گیرد (۴۱). بنابراین، درمان فراتشخیصی گروهی کوتاه‌مدت می‌تواند درمان امیدوارکننده و مقرون به صرفه‌ای برای افراد مبتلا به افسردگی و اضطراب همبود باشد. در پژوهش انجام شده بر مادران خانه‌دار مشاهده شد، که مادرانی که در ابراز و تجربه هیجان‌های خود مشکل دارند از راهبردهای ناسازگارانه تنظیم هیجانی مانند سرکوبی و اجتناب، پنهان کردن یا نادیده گرفتن آنها استفاده می‌کنند نه تنها نتوانستند هیجان‌های منفی خود را کنترل کنند، بلکه برعکس به دلیل عملکرد انفعالی، این اختلالات تشدید می‌شود. این الگو ممکن است فرد را در چرخه معیوب برانگیختگی هیجانی و روانشناختی قرار دهد که منجر به تلاش ناموفق بیشتر شده که آنها نیز به نوبه خود باعث ایجاد ناراحتی روان‌شناختی می‌شوند.

از سوی دیگر انجام این پژوهش با چند محدودیت نیز همراه می‌باشد. اولین محدودیت مقطعی بودن پژوهش است. ارزیابی‌های پیگیرانه بلندمدت می‌تواند در درک اثرات طولانی‌مدت این درمان روی افسردگی، اضطراب و راهبردهای تنظیم هیجان کمک کنند. از سوی دیگر به دلیل محدودیت زمانی، جامعه آماری این پژوهش تنها شامل ۳۰ نفر بودند که در پژوهش‌های آتی و تکمیلی می‌توان آنها را افزایش داد و در نهایت در پژوهش حاضر پیشنهاد می‌شود این روش درمانی در نمونه‌های متفاوت، مانند کودکان و سالمندان و در سطوح مختلفی، مانند مدرسه و خانواده، و به صورت چندسطحی انجام شود.

تشکر و قدردانی

از تمامی عزیزان مورد پژوهش که با صبر و شکیبایی ما را در انجام این پژوهش یاری رساندند صمیمانه تشکر و قدردانی می‌گردد.

References

1. Baghishni f, Sahab negah, The role neurogenesis in anxiety disorders. Khatam healing neuroscience.2017; 109-98. (2)5. [Persian]
2. Thakur P, Rana AC. Effect of Cissampelos pareira leaves on anxiety-like Behavior in experimental animals. 2013;3(3):188-193.
3. Meyer A, Hajcak G, Glenn CR, Kujawa AJ, Klein DN. Error-related brain activity is related to aversive potentiation of the startle response in children, but only the ERN is associated with anxiety disorders. *Emotion*. 2017;17(3):487.
4. Shea CK, Lee MM, Lai KY, Luk ES, Leung PW. Prevalence of anxiety disorders in Hong Kong Chinese children with ADHD. *Journal of attention disorders*. 2018;22(5):403-413.
5. Kessler RC, Walters EE, Wittchen HU. Epidemiology. In: Heimberg, RG, Turk CL, Menin DS (Eds.). *Generalized anxiety disorder: Advances in research and practice*. New York: Guilford Press; 2004. pp. 29–50.
6. Shahinfar J, Zeraa'ti H, Shojaie S, Investigating the effect of valerian root extract on anxiety before orthopedic surgery. *Neishabour University of Medical Sciences*. 2016;56-64 , (3)4.[Persian]
7. Habibzadeh A, Habibzadeh Z. Evaluation of effective factors and its prevalence on postpartum depression among woman in the city of Qom, Iran. *International Journal of Women's Health and Reproduction Science*. 2016; 4(1):23-28.[Persian]
8. Sanders MR. Parenting interventions and the prevention of serious mental health problems in children. *The Medical Journal of Australia*. 2002; 177(7):87-92.
9. Norwegian Institute of Public Health. [Internet]. How are children affected by maternal anxiety and depression; [cited 2013 October 10]. Available from: <https://www.fhi.no/en/news/2013/how-are-children-affected-by-matern/>
10. Finch AJ, Lipovsky JA, Casat CD. Anxiety and adolescents: negative affectivity or separate construct? In Kendall, P.C., Watson, D. (Eds.). *Anxiety and depression: Distinctive and overlapping Features*. New York: Academic; 1989. pp. 171 – 202.
11. Garber JB, Shanley N. Cognitions, depressive symptoms, and development in adolescents. *Journal of Abnormal psychology*. 1993; 102:47–57.
12. Brown TA, Campbell LA, Lehman CL, Grisham JR, Mancill RB. Current and lifetime comorbidity of the DSM-IV anxiety and mood disorders in a large clinical sample. *Journal of Abnormal Psychology*. 2001; 110:585-599.
13. Allen LB, White KS, Barlow DH, Shear KM, Gorman JM, Woods SW. Cognitive behavior therapy (CBT) for panic disorder: Relationship of anxiety and depression comorbidity with treatment outcome. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*. 2010;32(2):185-192.
14. Barlow DH. *Anxiety and its disorders: the nature and treatment of anxiety and panic*. 2nd Ed. New York: Guilford Press; 2002.
15. Bakhshi poor A, Vogoodi B, Mahmood aliloo M, The effectiveness of transdiagnostic treatment by Unified Protocol in reducing the symptoms of major depressive disorder. *Thought and Behavior*.2016; 87-67 (41)15. [Persian]
16. Atarod N, Mikaeeli N, Mohageri N, Vojoodi B. The effect of transdiagnostic treatment by Unified Protocol on disorders of anxiety and depression comorbidity : single-case .*health Tanin*. 2016;62-54 ,(4)4.[Persian]
17. Zemestani M, Imani M , The effectiveness of transdiagnostic treatment on the symptoms of anxiety and depression and emotion regulation. *Mo'aser Psychology* .2016 Correlation of Anxiety Disorders and Depression. *Clinical Psychology and Personality* 2016;32-21,1(11) . [Persian]
18. Akbari M, Roshan Chelsi R. Comorbidity of Anxiety Disorders and Depression. *Clinical Psychology and Personality*. 2016; 238-215, (1)15.[Persian]
19. Bullis JR, Fortune MR, Farchione TJ, Barlow DH. A preliminary investigation of the long-term outcome of the Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders. *Comprehensive Psychiatry*. 2014;55(8):1920-1927.
20. Varkovitzky RL, Sherrill AM, Reger GM. Effectiveness of the Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders among Veterans with Posttraumatic Stress Disorder: A Pilot Study. *Behavior Modification*. 2018;42(2):210-230.
21. Jarvi Steele S, Farchione TJ, Cassiello-Robbins C, Ametaj A, Sbi S, Sauer-Zavala S, Barlow DH. Efficacy of the Unified Protocol for transdiagnostic treatment of comorbid psychopathology accompanying emotional disorders compared to treatments targeting single disorders. *Journal of Psychiatric Research*. 2018; 104:211-216.
22. Sauer-Zavala S, Bentley KH, Wilner JG. Chapter 13 - Conceptualizing Borderline Personality Disorder Within an Emotional Disorders Framework: Implications for Treatment With the Unified Protocol, Case Formulation for Personality Disorders. Cambridge, Massachusetts, Academic Press; 2019. pp. 245-263.
23. Ellard K, Bernstein EE, Hearing C, Hyun Baek J, Sylvia LG, Nierenberg AA, Barlow DH, Deckersbach T. Transdiagnostic treatment

- of bipolar disorder and comorbid anxiety using the Unified Protocol for Emotional Disorders: A pilot feasibility and acceptability trial. *Journal of Affective Disorders*. 2019; 219:209-221.
24. Usefi N, E'temadi A, Bahrami F, Fatehizadeh M, Ahmadi S, Mavarani A, et al. The Effectiveness of Semantic Therapy and Gestalt Therapy in Treating Depression Anxiety and Aggression. *Transformational Psychology*. 2009; 259-251(19)5.[Persian]
25. Beh pajoo A, Gahangiri K, Kar Z, Teaching humorous skills and reducing depression in patients with spinal cord injury. *Transformational Psychology*. 2010; 236-227,(23) . [Persian]
26. Karimifar M, The effectiveness of emotion regulation training on the quality of life anxious women. *psychology. Transformational Psychology*. 2017; 420- 407 (52)13.[Persian]
27. Yahyaei M, Poormohammad rezatajrishi M, sajadi F, Biglarian A. The effect of group documentary retraining program on student depression with learning disabilities. *Transformational Psychology*. 2014; 273-263(39)10.[Persian]
28. Rajabi GH. Psychometric Features of Short Form Materials Beck Depression Questionnaire. *Transformational Psychology*. 2005; 35-28(4)1.[Persian]
29. Ellard KK, Fairholme CP, Boisseau CL, Farchione TJ, & Barlow DH. Unified protocol for the transdiagnostic treatment of emotional disorders: Protocol development and initial outcome data. *Cognitive and Behavioral Practice*. 2010; 17(1):88-101.
30. 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 Press; 2011.
31. Westra HA, Arkowitz H, Dozois DJA. Adding a motivational interviewing pretreatment to cognitive behavioral therapy for generalized anxiety disorder: A preliminary randomized controlled trial. *Journal of Anxiety Disorders*. 2009; 23(8):1106-1117
32. Akbari M, Roshan R, Shabani A, Fathi A, Shai'ri M, Zarghami F. Comparison of the effectiveness of transdiagnostic treatment based on negative recurrent thoughts of patients with transdiagnostic treatment by Unified Protocol on anxiety disorders and depression comorbidity. *Random clinical trial. Iranian Psychiatry and Clinical Psychology*. 2015; 88-91(2)21. [Persian]
33. Mohammadi A, Birashk B, Gharaei B. Comparison of the effectiveness of transdiagnostic group therapy and cognitive group therapy on emotional regulation processes. *Iranian Psychiatry and Clinical Psychology*. 2013; 194-187,(3)19.[Persian]
34. Abdi R, Bakhshi A, Alilo M. The Effectiveness of transdiagnostic treatment by Unified Protocol in Reducing the Severity of transdiagnostic Factors and Symptoms of Emotional Disorders, *Psychological Methods and Models*. 2013; 27-1,(13)3.[Persian]
35. Aldao A, Nolen-Hoeksema S. Specificity of cognitive emotion regulation strategies: A transdiagnostic examination. *Behaviour Research and Therapy*. 2010; 48:974-983.
36. Mennin DS, Fresco DM. Emotion regulation therapy. In Gross JJ (ed.), *Handbook of emotion regulation*. New York: Guilford Press. 2014. pp. 469-490.
37. Hofmann SG, Asmundson GJ. Acceptance and mindfulness-based therapy: new wave or old hat? *Clinical Psychology Review*. 2008; 28:1-16.
38. Gross JJ. Emotion regulation: Conceptual and empirical foundations. In J. J. Gross JJ (ed.), *Handbook of emotion regulation*. 2nd ed. New York: Guilford Press; 2014. pp. 3-23.
39. Leahy RL, Holland SJ, McGinn LK. *Treatment plans and interventions for depression and anxiety disorders*. New York: Guilford Press; 2012.
40. Payne LA, Ellard KK, Farchione TJ, Fairholme CP, Barlow DH. Emotional disorders: A unified transdiagnostic protocol. In Barlow DH (ed.), *Clinical handbook of psychological disorders: A step-by-step treatment manual*. New York: Guilford Press; 2014. pp. 237-275.
41. Cullen JM, Spates CR, Pagoto S, Doran N. Behavioral activation treatment for major depressive disorder: A pilot investigation. *The Behavior Analyst Today*. 2006; 7:151-166.

The effectiveness of transdiagnostic treatment by Unified Protocol on Symptoms of anxiety and depression comorbidity in housewives mothers

Bahadori Z (MA), Robatmili S (Ph.D)*, Ghorban Jahromi R(Ph.D)

Abstract

Introduction: The aim of the present study was to determine the efficacy of the Unified Protocol (UP) for transdiagnostic treatment on comorbid symptoms of depression and anxiety of housewife mothers.

Methods: This investigation was carried out as a semi experimental test on 30 housewives mothers from a schools in the Alborz province with comorbid depression and anxiety, subsequent to primary clinical assessment and obtaining study requirements were selected and randomly assigne to either transdiagnostic treatment (n =15) or a waiting list control group (n =15). The experimental group received 12 weekly transdiagnostic sessions. The Beck Depression Inventory (BDI-II) and Beck Anxiety Inventory (BAI) were used as outcome measures. The questionnaires were administered immediately before and after the intervention and 3 months following the termination of the intervention. For analyzing the achieve data, Analysis of Covariance (ANCOVA) was used.

Results: The final results showed that by implementing the Unified Protocol, depression and anxiety symptoms of the participating housewife mothers, significantly decreased with $p < 0.01$ and $p < 0.05$, respectively.

Conclusion: The comparison between experimental and control group shows that, using Unified Protocol leads to reduction in anxiety and depression symptoms in the experimental group rather than control group.

Key words: Anxiety, Depression, Transdiagnostic Treatment, Unified Protocol, Cognitive Behavioral Therapy.

*Correspondent Address: Department of Psychology, Science & Research Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran