



## مقایسه اثربخشی درمان فراتشخیصی و درمان شناختی- رفتاری بر نشانگان پیش از قاعدگی زنان مبتلا به اختلالات خلقی شهر اصفهان

زهرا آخوندی یزدی: دانشجوی دکتری، گروه روانشناسی، واحد شهرکرد، دانشگاه آزاد اسلامی، شهرکرد، ایران.  
**احمد غضنفری:** دانشیار، گروه روانشناسی، واحد شهرکرد، دانشگاه آزاد اسلامی، شهرکرد، ایران (\* نویسنده مسئول) [aghazan5@yahoo.com](mailto:aghazan5@yahoo.com)  
**طیبه شریفی:** دانشیار، گروه روانشناسی، واحد شهرکرد، دانشگاه آزاد اسلامی، شهرکرد، ایران.

### چکیده

#### کلیدواژه‌ها

درمان فراتشخیصی،  
درمان شناختی- رفتاری،  
نشانگان پیش از قاعدگی،  
اختلالات خلقی

تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۱۲/۱۰

تاریخ چاپ: ۱۴۰۳/۰۵/۱۷

**زمینه و هدف:** اختلالات خلقی گروه وسیعی از اختلالاتی را شامل می‌شوند که خلق مرضی (پاتولوژیک) و آشفتگی‌های مرتبط با آن، نمای بالینی غالب آنها را تشکیل می‌دهد لذا هدف از این پژوهش مقایسه اثربخشی درمان فراتشخیصی و درمان شناختی- رفتاری بر نشانگان پیش از قاعدگی زنان مبتلا به اختلالات خلقی شهر اصفهان بود.

**روش کار:** مطالعه حاضر یک طرح نیمه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه گواه به همراه دوره پیگیری بوده است. متغیرهای مستقل پژوهش حاضر عبارت بودند از دو روش درمان فراتشخیصی و درمان شناختی- رفتاری و متغیرهای وابسته پژوهش نیز نشانگان پیش از قاعدگی بود که در جامعه زنان مبتلا به اختلالات خلقی شهر اصفهان مورد بررسی قرار گرفتند. جامعه پژوهش در این مطالعه عبارت از کلیه زنان مبتلا به اختلالات خلقی در شهر اصفهان بود. در این مطالعه ۴۵ زن مبتلا به اختلالات خلقی مراجعه کننده به کلینیک‌های تخصصی شهر اصفهان در سال ۱۴۰۰، که واجد شرایط معیارهای ورود به مطالعه بودند و معیارهای خروج را نداشتند به صورت هدفمند انتخاب و در سه گروه (۲ گروه آزمایشی و یک گروه گواه) مورد بررسی قرار گرفتند. اطلاعات بیماران از طریق اطلاعات دموگرافیک، پرسشنامه غربالگری اختلالات خلقی، پرسشنامه نشانگان پیش از قاعدگی جمع‌آوری شد. پروتکل‌های درمانی شامل درمان شناختی رفتاری (هازلت-استیونز) و درمان فراتشخیصی (بارلو و همکاران، ۲۰۱۱) بود.

**یافته‌ها:** نتایج نشان داد که درمان فراتشخیصی و درمان شناختی رفتاری اثربخشی معنی داری بر نشانگان پیش از قاعدگی زنان مبتلا به اختلالات خلقی شهر اصفهان داشتند، اما یافته‌ها اختلاف معنی داری بین این دو گروه درمانی بر نشانگان پیش از قاعدگی نشان نداد. به طوری که درمان شناختی رفتاری به طور معنی داری اثربخشی بیشتری نسبت به درمان فراتشخیصی زنان مبتلا به اختلالات خلقی شهر اصفهان داشت.

**نتیجه‌گیری:** نتایج این مطالعه نشان می‌دهد که هر دو درمان فراتشخیصی و درمان شناختی رفتاری می‌توانند در کاهش نشانگان پیش از قاعدگی زنان مبتلا به اختلالات خلقی مؤثر باشند. با این حال، درمان شناختی رفتاری به عنوان روشی با اثربخشی بیشتر توصیه می‌شود. این یافته بر اهمیت به‌کارگیری روش‌های متمرکز بر شناخت و رفتار برای مدیریت اختلالات خلقی تأکید دارد و می‌تواند در برنامه‌ریزی‌های درمانی مورد استفاده قرار گیرد.

**تعارض منافع:** گزارش نشده است.

**منبع حمایت‌کننده:** حامی مالی ندارد.

شیوه استناد به این مقاله:

Akhondi Yazdi Z, Ghazanefri A, Sharifi T. Comparing the Effectiveness of Meta-Diagnostic Therapy and Cognitive-Behavioral Therapy on Premenstrual Symptoms of Women with Mood Disorders in Isfahan City. Razi J Med Sci. 2024(7 Aug);31.81.

Copyright: ©2024 The Author(s); Published by Iran University of Medical Sciences. This is an open-access article distributed under the terms of the CC BY-NC-SA 4.0 (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/deed.en>).

\*انتشار این مقاله به صورت دسترسی آزاد مطابق با CC BY-NC-SA 4.0 صورت گرفته است.

## Comparing the Effectiveness of Meta-Diagnostic Therapy and Cognitive-Behavioral Therapy on Premenstrual Symptoms of Women with Mood Disorders in Isfahan City

**Zahra Akhondi Yazdi:** PhD student, Department of psychology, Shahrekord Branch, Islamic Azad University, Shahrekord, Iran.

**Ahmed Ghazanefti:** Associate Professor, Department of psychology, Shahrekord Branch, Islamic Azad University, Shahrekord, Iran (\* Corresponding Author) [aghazan5@yahoo.com](mailto:aghazan5@yahoo.com)

**Tayebeh Sharifi:** Associate Professor, Department of psychology, Shahrekord Branch, Islamic Azad University, Shahrekord, Iran.

### Abstract

**Background & Aims:** The inevitable and heavy consequences of mood disorders and their recurring nature and heavy costs have caused this disorder to be considered among debilitating disorders and specialists pay special attention to the care and treatment of this disorder. Also, in recent years, more attention has been paid to psychotherapies, especially psychosocial interventions, along with drug therapy. Among these interventions, which are also based on the family, is the psychological education of the family. Mood disorders can cause changes in people's behavior and affect their ability to deal with usual activities such as work environment and living environment. Mood disorders are a major problem in public health and psychiatry due to their chronicity and recurring nature. Many factors can cause mood disorders in women. Premenstrual symptoms are a set of physical, psychological, emotional, and behavioral symptoms that occur periodically in the luteal phase of menstruation and significantly recede in the remainder of the cycle. It has been stated that premenstrual syndrome is a disease with a thousand faces; because doctors have attributed more than 150 symptoms to this disease. The symptoms of this disorder in women are different and this problem makes the diagnosis difficult. Worse, the pattern of this disease may change according to different months of the year and the age of the patient. Heartburn, mood instability, irritability, depression, nervous tension, tendency to cry, anxiety, headache, strong desire to eat sweets, increased appetite, heart palpitations, weakness, dizziness and fainting, weight gain, thirst, hot flashes, swelling of hands and feet, Swelling and tenderness of the breasts, feeling of swelling and bloating of the abdomen, joint and muscle pain, poor memory, insomnia, etc. are very common symptoms of this disease. Mood disorders include a wide group of disorders. That morbid (pathological) mood and disturbances related to it constitute their predominant clinical appearance, therefore this research aimed to compare the effectiveness of meta-diagnostic treatment and cognitive-behavioral therapy on premenstrual symptoms of women suffering from mood disorders in Isfahan City.

**Methods:** The present study was a semi-experimental design of pre-test-post-test type with the control group and follow-up period. The independent variables of the present study were two methods of meta-diagnostic treatment and cognitive-behavioral therapy, and the dependent variables of the study were premenstrual symptoms, which were investigated in the community of women suffering from mood disorders in Isfahan City. The research population in this study consisted of all women with mood disorders in Isfahan city. In this study, 45 women with mood

### Keywords

Meta-diagnostic  
Treatment,  
Cognitive-Behavioral  
Therapy,  
Premenstrual Syndrome,  
Mood Disorders

Received: 01/03/2024

Published: 07/08/2024

disorders referred to specialized clinics in Isfahan city in 1400, who qualified for the inclusion criteria and did not meet the exclusion criteria, were selected purposefully and divided into three groups (2 experimental groups and one control group). Patient information was collected through demographic information, mood disorder screening questionnaire, and premenstrual symptoms questionnaire. Treatment protocols included cognitive behavioral therapy (Hazelt-Stevens) and metadiagnostic therapy (Barlow et al., 2011).

**Results:** The results showed that meta-diagnostic and cognitive-behavioral therapy had a significant effect on premenstrual symptoms in women with mood disorders in Isfahan City, but the findings did not show a significant difference between these two treatment groups on premenstrual symptoms. So cognitive behavioral therapy was significantly more effective than transdiagnostic treatment of women suffering from mood disorders in Isfahan City.

**Conclusion:** The results of this study show that both meta-diagnostic therapy and cognitive behavioral therapy can reduce premenstrual symptoms in women with disorders. Be effective. However, cognitive behavioral therapy is recommended as a more effective method. This finding emphasizes the importance of using methods focused on cognition and behavior to manage mood disorders and can be used in treatment planning. be placed Studies have shown that women who suffer from PMS and PMD usually do not seek medical treatment. And in many cases, they don't get a proper answer even if they prefer. Also, researchers have concluded that drug treatments do not have much effect and long-term effectiveness on the psychological symptoms of this disorder. Considering the side effects of drug treatments, it is recommended to use them only in severe cases or in cases where the patient has not responded to other treatments; therefore, non-pharmacological treatments have been the focus of researchers in women suffering from menstrual disorders. Integrated meta-diagnostic treatment due to the limitation of existing specific cognitive-behavioral treatments and for people with emotional disorders, especially It is designed for mood and anxiety, and it uses the same treatment principles and protocols for all types of these disorders. The aforementioned treatment is a transdiagnostic cognitive-behavioral therapy focused on emotion; in this treatment, by emphasizing emotions and the adaptive and functional nature of emotions, we try to identify and correct non-adaptive efforts to regulate experiences. It becomes exciting. Also, integrated meta-diagnostic treatment has been able to have a positive effect on women's premenstrual symptoms in some studies.

**Conflicts of interest:** None

**Funding:** None

#### Cite this article as:

Akhondi Yazdi Z, Ghazaneferi A, Sharifi T. Comparing the Effectiveness of Meta-Diagnostic Therapy and Cognitive-Behavioral Therapy on Premenstrual Symptoms of Women with Mood Disorders in Isfahan City. *Razi J Med Sci.* 2024(7 Aug);31:81.

Copyright: ©2024 The Author(s); Published by Iran University of Medical Sciences. This is an open-access article distributed under the terms of the CC BY-NC-SA 4.0 (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/deed.en>).

**\*This work is published under CC BY-NC-SA 4.0 licence.**

## مقدمه

پیامدهای اجتناب ناپذیر و سنگین اختلال‌های خلقی و ماهیت عود کننده و هزینه‌های سنگین آن سبب شده است که این اختلال در ردیف اختلال‌های ناتوان کننده به شمار رود و متخصصان به مراقبت و درمان این اختلال توجه ویژه‌ای داشته باشند. همچنین در سال‌های اخیر به روان‌درمانی‌ها به ویژه مداخله‌های روانی-اجتماعی در کنار دارو درمانی بیشتر توجه شده است (۱). از جمله این مداخله‌ها که بر پایه خانواده نیز می‌باشد، آموزش روانی خانواده است. اختلالات خلقی می‌تواند تغییراتی در رفتار افراد ایجاد کند و توانایی آنها را در برخورد با فعالیت‌های معمول مثل محیط کار و محیط زندگی تحت تاثیر قرار دهد (۲). اختلالات خلقی با توجه به مزمن بودن و ماهیت عودکننده خود، یک مشکل بزرگ در سلامت عمومی و روان پزشکی محسوب می‌شود (۳).

عوامل زیادی می‌توانند باعث ایجاد اختلال خلقی در زنان باشند. نشانگان پیش از قاعدگی به مجموعه‌ای از نشانه‌های جسمانی، روان شناختی، عاطفی و رفتاری گفته می‌شود که به‌طور ادواری در فاز لوتئال قاعدگی رخ می‌دهد و به‌طور قابل توجهی در باقیمانده سیکل واپس روی می‌کند (۴). بیان شده که نشانگان پیش از قاعدگی یک بیماری هزار چهره است؛ زیرا پزشکان بیش از ۱۵۰ علامت را به این بیماری منسوب کرده‌اند. علائم این اختلال در زنان متفاوت است و همین مساله، تشخیص را دشوار می‌کند. بدتر اینکه الگوی این بیماری ممکن است بر حسب ماه‌های مختلف سال و سن بیمار نیز دستخوش تغییر شود (۵). دلشوره، ناپایداری خلقی، تحریک‌پذیری، افسردگی، تنش عصبی، تمایل به گریه، اضطراب، سردرد، میل شدید به خوردن شیرینی، افزایش اشتها، تپش قلب، ضعف، سرگیجه و غش، افزایش وزن، تشنگی، گرگرفتگی، ورم دست و پا، تورم و حساسیت پستان‌ها، احساس ورم و نفخ شکم، درد مفاصل و ماهیچه‌ها، ضعف حافظه، بی‌خوابی و... از علائم بسیار شایع این بیماری است (۶).

یکی از درمان‌های مؤثر روان شناختی که توانسته است روی طیف وسیعی از اختلالات هیجانی اثربخش باشد، درمان فرا تشخیصی یکپارچه نگر بارلو (Barlow) و همکاران (۲۰۱۰) است که جدیدترین نسخه آن در

سال ۲۰۱۷ ارائه شده است (۷). درمان فراتشخیصی یکپارچه با توجه به محدودیت درمان‌های شناختی-رفتاری اختصاصی موجود و برای افراد مبتلا به اختلال‌های هیجانی، به ویژه اختلال‌های خلقی و اضطرابی طراحی شده است و در آن از اصول و پروتکل‌های درمانی یکسانی برای انواع این اختلال‌ها استفاده می‌شود. درمان مذکور، یک درمان شناختی-رفتاری فراتشخیصی متمرکز بر هیجان است؛ در این درمان با تأکید بر هیجان‌ها و ماهیت انطباقی و کارکردی هیجان‌ها، سعی در شناسایی و اصلاح کوشش‌های غیر انطباقی برای تنظیم تجرب هیجانی می‌شود (۸). توجه به مساله هم ابتلای اختلال‌های اضطرابی و افسردگی و پاسخ به چالش‌های آن تنها از راه تدوین راهکارهایی مقذور است که هم در سطح نظری و هم در سطح کاربردی به موضوع و اهمیت هم ابتلایی توجه داشته باشند. درمان‌های فراتشخیصی آغازگر این نگاه تازه به تدوین پروتکل درمانی محسوب می‌شوند (۹). منطبق شکل‌گیری درمان‌های فراتشخیصی بر مفاهیم نظری و نتایج تجربی در مورد وجود عوامل مشترک بین اختلال‌های هیجانی مبتنی بوده و عمدتاً با هدف نشانه گرفتن این عوامل سبب ساز در گستره وسیعی از اختلال‌های روانشناختی طراحی شدند (۱۰).

از سوی دیگر بسیاری از مشکلات مزمن به رویکردی خودمدیریتی برای کنترل دوره و تأثیر نشانه‌های بیماری نیاز دارند. بیماری‌های مزمن پزشکی، مستلزم تغییراتی در رفتار و شناخت هستند. در این راستا یکی از درمان‌های مطرح برای این بیماری‌ها، درمان شناختی-رفتاری است. این روش درمانی بر مبنای تغییر افکار و احساسات است. بر اساس این روش، روان‌شناسان و درمان‌کنندگان به افراد کمک می‌کنند الگوهای مخربی که در رفتار و احساسات نقش دارند، تشخیص دهند و در جهت بهبود علائم تلاش کنند (۱۱). درمان شناختی-رفتاری، روشی درمانی است که بر اساس آزادی بیان، افکار و احساسات و باورهای خود را بیان می‌کند و در مرحله بعد، درمانگر به اصلاح افکار و باورهای شناختی بیمار می‌پردازد (۱۲).

رویکرد شناختی-رفتاری بر مدل روانی-آموزشی منظم استوار است و بر نقش تکلیف، واگذار کردن مسئولیت به درمان‌جو برای پذیرش نقش فعال در

تصویب رسید. متغیرهای مستقل پژوهش حاضر عبارت بودند از دو روش درمان فراتشخیصی و درمان شناختی- رفتاری و متغیرهای وابسته پژوهش نیز نشانگان پیش از قاعدگی بود که در جامعه زنان مبتلا به اختلالات خلقی شهر اصفهان مورد بررسی قرار گرفتند. جامعه پژوهش در این مطالعه عبارت از کلیه زنان مبتلا به اختلالات خلقی در شهر اصفهان بود. در این مطالعه ۴۵ زن مبتلا به اختلالات خلقی مراجعه کننده به کلینیک های تخصصی شهر اصفهان در سال ۱۴۰۰، که واجد شرایط معیارهای ورود به مطالعه بودند و معیارهای خروج را نداشتند به صورت هدفمند انتخاب و در سه گروه (۲ گروه آزمایشی و یک گروه گواه) مورد بررسی قرار گرفتند.

در این مطالعه پژوهشگر به کلینیک های تخصصی شهر اصفهان مراجعه نموده و پس از معرفی خود به بیان اهداف مطالعه برای زنان پرداخت، سپس از زنانی که رضایت جهت شرکت در مطالعه داشتند، فرم رضایت آگاهانه دریافت شد. پس از آن پرسشنامه غربالگری اختلالات خلقی در اختیار آنها قرار گرفت و از زنان درخواست شد تا با دقت به تکمیل پرسشنامه بپردازند. پس از جمع آوری، اطلاعات موجود در پرسشنامه ها مورد تحلیل و بررسی قرار گرفته و زنان مبتلا به اختلالات خلقی (به غیر از افراد دارای اختلال دوقطبی I، اختلال دوقطبی II، اختلال افسردگی اساسی، اختلال افسردگی مداوم (دیستیمیا)) شناسایی شد. به این ترتیب ۴۵ نفر با نمونه گیری هدفمند انتخاب شدند. سپس ۴۵ نفر انتخاب شده دارای اختلالات خلقی گفته شده به صورت تصادفی به سه گروه با حجم نمونه یکسان (۱۵ نفری) شامل ۲ گروه آزمایشی (درمان فراتشخیصی و درمان شناختی- رفتاری) و گروه گواه (بدون درمان)، تقسیم شدند. پرسشنامه نشانگان پیش از قاعدگی در اختیار آنان قرار گرفت و تکمیل شد. بلافاصله پس از اتمام جلسات درمانی نیز زنان در هر سه گروه مجدداً توسط پرسشنامه مورد بررسی قرار گرفتند. به منظور پیگیری درمان نیز یکماه پس از مداخله مجدداً زنان به سوالات این پرسشنامه ها پاسخ دادند. معیارهای ورود شامل زنان دارای سن ۱۸ تا ۳۵ سال، حداقل توانایی در خواندن،

جلسات درمان و بیرون از آن و استفاده از انواع راهبردهای شناختی و رفتاری برای به وجود آوردن تغییر تأکید دارند. این روش درمانی بیشتر بر این فرض استوار است که بازسازی اظهارات شخص فرد به بازسازی در رفتار و خلق او منجر می شود (۱۳). در این رویکرد درمانی تأکید بر به عمل در آوردن بینش هایی است که به تازگی کسب شده اند و تکالیفی که به درمان جویان داده می شود، آنها را قادر می سازد که رفتارهای تازه و جدیدی را تمرین کنند و در فرایند شرطی شدن مجدد به آنها کمک می کنند (۱۴). به گفته محققان، درمان شناختی- رفتاری نوعی روان درمانی است که به بیماران کمک می کند تا به درک افکار و احساساتی که بر روی رفتارشان تأثیر می گذارد، نائل گردند (۱۵). درمان شناختی رفتاری عموماً کوتاه مدت است و بر کمک به بیماران در پرداختن به یک مشکل خاص تمرکز دارد. در خلال دوره درمان، فرد یاد می گیرد که چگونه به کمک روانشناسان و تمرین های خاص الگوهای فکری مخرب یا مزاحمی را که دارای تأثیرات منفی بر روی رفتارشان هستند، شناسایی کرده و تغییر دهد (۱۶). با توجه به مطالب گفته شده مسئله اصلی و دغدغه محقق این است که برای کاهش اثرات نشانگان پیش از قاعدگی زنان دارای اختلالات خلقی آنها تا چه حد می توان از چنین درمان ها و مداخلاتی کمک گرفت؟ بنابراین سوال اینجاست که درمان فراتشخیصی و درمان شناختی رفتاری تا چه حد می تواند بر نشانگان پیش از قاعدگی در زنان مبتلا به اختلالات خلقی موثر باشند؟ برای پاسخ به این سوال و با توجه به اهمیت موضوع، این مطالعه با هدف مقایسه اثربخشی درمان فراتشخیصی و درمان شناختی رفتاری بر نشانگان پیش از قاعدگی زنان مبتلا به اختلالات خلقی شهر اصفهان انجام شد.

## روش کار

مطالعه حاضر یک طرح نیمه آزمایشی از نوع پیش آزمون- پس آزمون با گروه گواه به همراه دوره پیگیری بود که در کمیسیون کد اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی واحد شهرکرد با کد IR.IAU.SHK.REC.1401.006 به

شامل ۱۹ سؤال بوده که دارای دو بخش است. بخش اول که شامل ۱۴ علایم خلقی، جسمی و رفتاری است و بخش دوم که تأثیر این علایم را بر زندگی افراد می‌سنجد و شامل ۵ سؤال است (برای هر سؤال ۴ معیار اصلا، خفیف، متوسط و شدید ذکر گردید که از ۰ تا ۳ نمره‌بندی شدند. جهت تشخیص علایم قبل از قاعدگی متوسط یا شدید سه شرط زیر باید با هم وجود داشته باشد: ۱- ازگزینه ۱ تا ۴ حداقل یک مورد متوسط یا شدید باشد، ۲- علاوه بر مورد قبلی از گزینه ۱ تا ۱۴ حداقل ۴ مورد متوسط یا شدید باشد و ۳- در بخش تأثیر علایم بر زندگی (۵گزینه آخر) یک مورد متوسط یا شدید وجود داشته باشد. حداقل امتیاز ممکن ۰ و حداکثر ۵۷ خواهد بود. نمره بین ۰ تا ۱۹: علائم نشانگان قبل از قاعدگی، خفیف است. نمره بین ۱۹ تا ۲۸: علائم نشانگان قبل از قاعدگی، متوسط است. نمره بالاتر از ۲۸: علائم نشانگان قبل از قاعدگی، شدید است.

**درمان شناختی رفتاری هازلت-استیونز (Hazlett-Stevens):** این درمان ۱۲ جلسه بصورت هفتگی و هر جلسه بین ۳۰ تا ۶۰ دقیقه به طول انجامید. شرکت کنندگان به صورت تصادفی در یکی از گروه‌های ۱۵ نفره بعد از آزمون پیش تست آزمون‌ها تحت این درمان قرار گرفتند (جدول ۱).

**درمان فراتشخیصی (بارلو و همکاران، ۲۰۱۱):** این درمان ۱۲ جلسه بصورت هفتگی و هر جلسه تا ۶۰ دقیقه به طول انجامید. گروه دیگری از شرکت کنندگان به صورت تصادفی در یکی از گروه‌های ۱۵ نفره بعد از آزمون پیش تست آزمون‌ها تحت این درمان قرار گرفتند (جدول ۲). اطلاعات جمع‌آوری شده از سه گروه، قبل، بلافاصله و یک ماه بعد از انجام مداخله با استفاده از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر توسط نرم افزار SPSS نسخه ۲۴ و در سطح معناداری کمتر از ۰/۰۵ تجزیه و تحلیل شدند

### یافته‌ها

اولین پیش فرضی که برای به کارگیری روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر مورد نیاز است، پیش فرض نرمال بودن توزیع نمونه‌های نمرات گروه‌های نمونه در

نوشتن و برقراری ارتباط چشمی و کلامی، نداشتن اختلالات شناختی یا روانی مزمن و عقب افتادگی ذهنی، عدم تجربه مرگ یکی از دوستان و اقوام نزدیک در سه ماه گذشته، عدم اعتیاد به مواد مخدر یا الکل و رضایت جهت شرکت در مطالعه و معیارهای خروج شامل افراد دارای اختلال دوقطبی I، اختلال دوقطبی II، اختلال افسردگی اساسی، اختلال افسردگی مداوم (دیستیمیا)، داشتن غیبت بیشتر از یک جلسه و عدم علاقه به ادامه شرکت در مطالعه بود. اطلاعات بیماران از طریق چهار ابزار اطلاعات دموگرافیک، پرسشنامه غربالگری اختلالات خلقی، پرسشنامه نشانگان پیش از قاعدگی جمع‌آوری شد. ابزار مورد استفاده در این مطالعه شامل موارد زیر بود:

**مقیاس غربالگری خلق و خوی بزرگسالان:** مقیاس غربالگری خلق و خوی بزرگسالان با طراحی پروفسور مری روتبارت و پروفسور دیوید ایوانز (۲۰۱۲) می‌باشد. پرسشنامه خلق و خوی بزرگسالی به دو صورت فرم بلند (۱۷۷) و فرم کوتاه (۷۷ گویه) موجود است. گویه‌ها به صورت جملات خبری هستند که پاسخگو در مقیاس لیکرت ۷ بخشی از ۱ (کاملاً نادرست) تا ۷ (کاملاً درست) نظر خود را در مورد آنها بیان می‌دارد. ساختار عاملی و سازه‌ای هر دو فرم همسان است، اما فرم بلند خرده‌مقیاس‌ها را به شکل خوشه‌های یکدست گویه‌ای تبدیل کرده است. پرسشنامه خلق و خوی بزرگسالی در ابتدا شامل ۶ عامل پیوندجویی، عاطفه منفی پرخاشگرانه، برون‌گرایی/عواطف مثبت، عاطفه منفی غیرپرخاشگرانه، کنترل هوشمند، و جهت‌دهی به حساسیت و ۱۸ خرده‌مقیاس بود. سپس، دو عامل عاطفه منفی پرخاشگرانه و عاطفه منفی غیرپرخاشگرانه با یکدیگر ترکیب شده و تشکیل یک عامل به نام عاطفه منفی را دادند. همچنین، تحلیل عاملی منجر به حذف عامل پیوندجویی و ادغام گویه‌ها و خرده‌مقیاس‌های آن در سایر عوامل و خرده‌مقیاس‌ها شد. فرم فعلی آزمون شامل ۴ عامل و ۱۳ خرده‌مقیاس است.

**پرسشنامه نشانگان قبل از قاعدگی بنتز و همکاران (۲۰۱۱):** پرسشنامه نشانگان قبل از قاعدگی

**جدول ۱- درمان شناختی رفتاری هازلت- استیونز**

جلسات	شرح جلسات
جلسه اول	آموزش روانی
جلسه دوم	ادامه و مرور آموزش روانی؛ منطق و دلیل تنفس عمیق، روشهای تنفس عمیق، روشهای درمان شناختی اولیه، منطق و دلیل درمان شناختی، شناسایی افکار اضطراب‌زا.
جلسه سوم	منطق و دلیل آموزش آرمیدگی پیشرونده، اجرای آرمیدگی پیشرونده.
جلسه چهارم	تکنیکهای شناختی برای به چالش کشیدن افکار اضطراب‌زا، ایجاد تفسیرها یا پیش بینی‌های جایگزین، بررسی شواهد و احتمالات، هراس زدایی.
جلسه پنجم	شناسایی رفتارهای نگران کننده، شناسایی رفتارهای اجتنابی منفعل، آموزش آرمیدگی ذهنی.
جلسه ششم	شناسایی و بررسی باورهای اصلی، آموزش آرمیدگی پیشرونده.
جلسه هفتم	ادامه شناسایی و بررسی باورهای اصلی، مواجهه ذهنی و تمرین مقابله‌ای.
جلسه هشتم	ادامه شناسایی و بررسی باورهای اصلی، شناسایی و بررسی باورهای نگران کننده فراشناختی، ادامه مواجهه ذهنی و تمرین مقابله‌ای.
جلسه نهم	ادامه شناسایی و بررسی باورهای اصلی، ادامه شناسایی و بررسی باورهای نگران کننده فراشناختی، ایجاد دیدگاه‌های جدید، تمرین آرمیدگی پیشرونده.
جلسه دهم	ادامه شناسایی و بررسی باورهای اصلی، ادامه شناسایی و بررسی باورهای نگران کننده فراشناختی، تغییر رفتاری در سبک زندگی، شناسایی فعالیتهای مورد غفلت واقع شده.
جلسه یازدهم	ادامه شناسایی و بررسی باورهای اصلی، ادامه شناسایی و بررسی باورهای نگران کننده فراشناختی، پیشرونده، مواجهه ذهنی.
جلسه دوازدهم	معرفی و آشنایی با برنامه پیشگیری از عود، مرور پیشرفت مراجع، مرور آموزشهای روانی.

**جدول ۲- درمان فراتشخیصی**

جلسات	شرح جلسات
اول	افزایش انگیزه؛ مصاحبه انگیزشی برای مشارکت و درگیری بیمار، ارائه منطق درمان و تعیین اهداف درمان.
دوم	ارایه آموزش روانی؛ بازشناسی هیجانها و ردیابی تجارب هیجانی و آموزش مدل سه مولفه ای تجارب هیجانی و مدل ARC
سوم	آموزش آگاهی هیجانی؛ یادگیری مشاهده تجارب هیجانی(هیجانها و واکنش به هیجانها) به خصوص با استفاده از تکنیک های ذهن آگاهی
چهارم	آموزش آگاهی هیجانی؛ یادگیری مشاهده تجارب هیجانی(هیجانها و واکنش به هیجانها) به خصوص با استفاده از تکنیک های ذهن آگاهی
پنجم	ارزیابی مجددشناختی؛ ایجاد آگاهی از تاثیر و ارتباط متقابل بین افکار و هیجانها، شناسایی ارزیابی‌های ناسازگارانه اتوماتیک و دام‌های شایع تفکر و ارزیابی مجدد شناختی و افزایش انعطاف پذیری در تفکر
ششم	شناسایی الگوهای اجتناب از هیجان؛ آشنایی با راهبردهای مختلف اجتناب از هیجان و تاثیر آن بر تجارب هیجانی و آگاهی یافتن از اثرات متناقض اجتناب از هیجان.
هفتم	بررسی رفتارهای ناشی از هیجان EDBS؛ آشنایی و شناسایی رفتارهای ناشی از هیجان و درک تاثیر آنها روی تجارب هیجانی، شناسایی EDBS ناسازگارانه و ایجاد گرایش‌های عمل جایگزین به واسطه رویارویی با رفتارها
هشتم	آگاهی و تحمل احساس‌های جسمانی؛ افزایش آگاهی از نقش احساس‌های جسمانی در تجارب هیجانی، انجام تمرین های مواجهه یا رویارویی احشایی به منظور آگاهی از احساس‌های جسمانی و افزایش تحمل این علائم.
نهم	رویایی احشایی و رویایی با هیجان مبتنی بر موقعیت؛ آگاهی یافتن از منطق رویایی‌های هیجانی، آموزش نحوه تهیه سلسله مراتب ترس و اجتناب و طراحی تمرین های مواجهه هیجانی مکرر و اثربخش به صورت تجسمی و عینی و ممانعت از اجتناب.
دهم	رویایی احشایی و رویایی با هیجان مبتنی بر موقعیت؛ آگاهی یافتن از منطق رویایی‌های هیجانی، آموزش نحوه تهیه سلسله مراتب ترس و اجتناب و طراحی تمرین های مواجهه هیجانی مکرر و اثربخش به صورت تجسمی و عینی و ممانعت از اجتناب.
یازدهم	پیشگیری از عود؛ مرور کلی مفاهیم درمان و بحث در مورد بهبودی و پیشرفت های درمانی بیمار.
دوازدهم	پیشگیری از عود؛ مرور کلی مفاهیم درمان و بحث در مورد بهبودی و پیشرفت های درمانی بیمار.

جامعه است. اساس این پیش فرض بر آن است که فرض گروه‌های نمونه کجی و کشیدگی حاصل شد به خاطر می‌شود توزیع نرمات در جامعه نرمال بوده و اگر در انتخاب تصادفی افراد بوده است. برای آزمون این فرضیه

از آزمون شاپیروویلیک و کلموگروف-سمیرنوف استفاده شد که نتایج آن نشان داد توزیع نمونه‌ای نمره دارای تفاوت معنادار با توزیع نرمال نبوده و بر این اساس استفاده از آزمون‌های پارامتریک در این متغیر با محدودیتی مواجه نمی‌باشد.

در این پژوهش برای تحلیل آماری داده‌ها از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده شده است. به منظور استفاده از این روش لازم بود که در ابتدا پیش‌فرض تساوی واریانس‌ها مورد بررسی قرار گیرد. اساس این پیش‌فرض بر این است که فرض می‌شود واریانس‌های نمرات دو گروه، در جامعه با هم برابرند و از لحاظ آماری تفاوت معنی‌داری ندارند. برای آزمون این فرضیه از آزمون لوین استفاده می‌شود که نتایج آن نشان داد مقدار  $F$  بدست آمده برای آزمون لوین در متغیر نشانگان پیش از قاعدگی در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری غیرمعنادار است. این عدم معناداری بدین معناست که پیش‌فرض همگنی واریانس رعایت گردیده شده است. مفروضه همسانی ماتریس کوواریانس‌ها با استفاده از آزمون باکس انجام شد که شرط یکسانی ماتریس واریانس‌ها رعایت گردید. نتایج آزمون موچلی نیز نشان می‌دهد که پیش‌فرض کرویت که از پیش‌فرض‌های تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر است، برآورده نشده است. بر این اساس با برآورده نشدن پیش‌فرض کرویت مشخص می‌شود که روابط بین متغیرها، با احتمال بالایی امکان دارد مقادیر متغیر وابسته را تغییر دهد و بر این اساس شانس ارتکاب به خطای نوع اول افزایش می‌یابد. بر این اساس در جدول بعد از تحلیل جایگزین (آزمون گرین‌هاوس-گایسر) استفاده می‌شود تا با کاهش درجه آزادی، شانس ارتکاب به خطای نوع اول کاهش یابد. با توجه به نتایج گزارش‌شده در جدول ۳ مشخص است که تمام

آزمون‌های آماری با تصحیحات مختلف گویای این هستند که تعامل گروه و عامل مکرر برای نشانگان پیش از قاعدگی معنادار است. این نتیجه دال بر اثربخشی درمان فراتشخیصی و درمان شناختی-رفتاری بر نشانگان پیش از قاعدگی زنان شهر اصفهان است. با توجه به اندازه مجذور آتا برای عامل تعامل گروه و عامل مکرر مشخص است که در حدود ۲۴/۱ درصد از تغییرات در نشانگان پیش از قاعدگی توسط آموزش گروهی درمان فراتشخیصی و درمان شناختی-رفتاری موثر تبیین می‌شود. به عبارت دیگر، نتیجه تحقیق حاکی از قدرتمندی تأثیر آموزش گروهی درمان فراتشخیصی و درمان شناختی-رفتاری موثر است. بر اساس نتایج به دست آمده، درمان فراتشخیصی و درمان شناختی-رفتاری بر نشانگان پیش از قاعدگی زنان شهر اصفهان تأثیر دارد.

با توجه به جدول ۴ نشان می‌دهد که نمره نشانگان پیش از قاعدگی آزمودنی‌ها صرف‌نظر از نوع گروه هم‌روند خطی و هم‌روند غیرخطی را در مرحله پس‌آزمون و مرحله پیگیری دنبال می‌کنند یعنی با مداخله آزمایشی نشانگان پیش از قاعدگی در مرحله پس‌آزمون کاهش می‌یابد و نمره نشانگان پیش از قاعدگی در مرحله پیگیری تغییری پیدا نمی‌کند. در قسمت تعامل گروه و روند خطی و غیرخطی نمره آزمودنی‌ها در سطوح گوناگون متغیر وابسته با توجه به گروه ارائه شده است. مقدار  $F$  نشان می‌دهد که روند خطی نمره‌ی آزمودنی‌ها در سطوح گوناگون متغیر در گروه‌های آزمایش و گواه یکسان نیست. که البته مطلب کاملاً طبیعی است که در گروه گواه روند خطی رخ ندهد.

جدول ۵ نشان می‌دهد که میانگین نمرات پیش‌آزمون با پس‌آزمون و پیگیری نشانگان پیش از قاعدگی تفاوت

جدول ۳- آزمون‌های مقایسه‌ای با تصحیح گرین‌هاوس (نشانگان پیش از قاعدگی)

منبع واریانس	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	سطح معناداری	مجذور آتا
فرض کرویت	۳۲۵/۵	۲	۱۶۲/۷	۵/۴۶	۰/۰۰۰۱	۰/۲۴۱
تصحیح گرین‌هاوس	۳۲۵/۵	۱/۸۵	۱۷۵/۹	۵/۴۶	۰/۰۰۰۱	۰/۲۴۱
تصحیح هیون-فلت	۳۲۵/۵	۱/۸۵	۱۷۵/۹	۵/۴۶	۰/۰۰۰۱	۰/۲۴۱
تصحیح پایین‌ترین دامنه	۳۲۵/۵	۲	۱۶۲/۷	۵/۴۶	۰/۰۰۰۱	۰/۲۴۱



معناداری دارند که حکایت از اثربخشی آموزش گروهی درمان فراتشخیصی و درمان شناختی- رفتاری موثر در مرحله پس از آزمون دارد ولی نمرات پس از آزمون با مرحله پیگیری تفاوت معناداری ندارد که نشان می‌دهد نمره نشانگان پیش از قاعدگی در مرحله پیگیری افزایش نیافته و اثر دوره‌ی آموزش همچنان ماندگار است. برای بررسی تفاوت بین گروه‌های آزمایش و کنترل از تحلیل کوواریانس چند متغیری استفاده شده که نتایج آن در جداول ۶ آورده شده است. جدول ۶ نشان می‌دهد که حداقل یکی از مداخله‌ها (آموزش گروهی درمان فراتشخیصی و درمان شناختی- رفتاری موثر) بر نمره نشانگان پیش از قاعدگی آزمودنی‌ها در مرحله

می‌کنند. جدول ۷ نشان می‌دهد که هم آموزش گروهی درمان فراتشخیصی و هم آموزش گروهی درمان شناختی رفتاری در مقایسه با گروه گواه اثربخش بوده‌اند. ولی میانگین نمره نشانگان پیش از قاعدگی در آموزش گروهی درمان فراتشخیصی و درمان شناختی- رفتاری موثر تفاوت معناداری ندارند. مقایسه میانگین‌ها نشان می‌دهد آموزش گروهی درمان فراتشخیصی اثربخش‌تر از درمان شناختی رفتاری نیست. به عبارت دیگر درمان گروهی درمان فراتشخیصی به اندازه آموزش گروهی درمان شناختی رفتاری بر نشانگان پیش از قاعدگی تأثیرگذار بوده است.

**جدول ۴- آزمون روند خطی بودن متغیر وابسته**

منبع	روند	مجموع مجزورات	df	میانگین مجزورات	F	سطح معناداری
نشانگان پیش از قاعدگی	خطی	۴۲	۱	۴۲	۲۱/۱	۰/۰۲۵
	غیرخطی	۵۶/۱	۱	۵۶/۱	۱۴/۱	۰/۰۴۵
نشانگان پیش از قاعدگی × گروه	خطی	۲۲۱/۵	۲	۱۱/۷۳	۴/۷۹	۰/۰۱۱
	غیرخطی	۱۴/۲۷	۲	۱۵/۹۶	۳/۳۵	۰/۰۴۳

**جدول ۵- آزمون تعقیبی برای مقایسه‌ی به صورت زوجی در سری زمانی**

مقیاس	مرحله A	مرحله B	اختلاف میانگین (A-B)	خطای استاندارد	سطح معناداری
نشانگان پیش از قاعدگی	پیش از آزمون	پس از آزمون	۰/۷۹۸	۰/۱۳۸	۰/۰۰۰۱
	پیش از آزمون	پیگیری	۰/۸۱۰	۰/۱۳۸	۰/۰۰۰۱
	پس از آزمون	پیگیری	۰/۰۱۲	۰/۱۴۰	۱

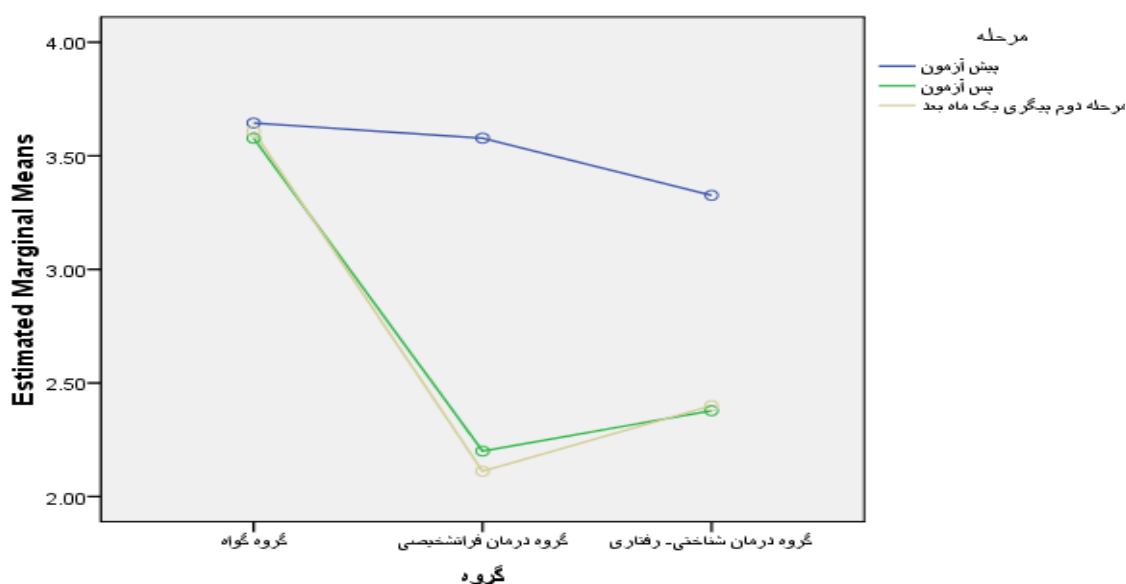
**جدول ۶- آزمون تحلیل کوواریانس تفاوت بین گروه‌های آزمایش و کنترل**

ضرایب	مقدار	Df فرضیه	df خطا	F	سطح معناداری	ضریب اتا	توان آزمون
اثر بیلابی	۰/۳۲۰	۳	۱۳۱	۳/۱	۰/۰۲۲	۰/۱۴۵	۱
لامبدا ویلکس	۰/۳۱۱	۳	۱۳۱	۳/۱	۰/۰۳۲	۰/۱۲۲	۱
اثر هتلینگ	۰/۴۵۰	۳	۱۳۱	۳/۱	۰/۰۴۲	۰/۱۴۶	۱
بزرگ‌ترین ریشه روی	۰/۷۴۰	۳	۱۳۱	۳/۱	۰/۰۲۲	۰/۱۲۵	۱

**جدول ۷- آزمون تعقیبی برای مقایسه‌ی تأثیر مداخله‌ها بر نشانگان پیش از قاعدگی به صورت زوجی**

مقیاس	درمان	درمان	اختلاف میانگین	خطای استاندارد	سطح معناداری
نشانگان پیش از قاعدگی	درمان فراتشخیصی	درمان شناختی رفتاری	-۰/۰۷۲	۰/۱۳۸	۰/۸۹
	درمان فراتشخیصی	گروه گواه	-۰/۰۹۸	۰/۱۳۸	۰/۰۰۰۱
	درمان شناختی رفتاری	گروه گواه	-۰/۰۹۱	۰/۱۳۸	۰/۰۰۰۱

پس از آزمون تأثیر گذاشته است و ۱۴/۵ درصد واریانس تفاوت نمره نشانگان پیش از قاعدگی را مداخله‌ها تبیین با توجه به نمودار ۱ نمره نشانگان پیش از قاعدگی در پیش از آزمون، پس از آزمون و پیگیری دو گروه آزمایش



نمودار ۱- نمره نشانگان پیش از قاعدگی در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری گروه‌های تحقیق

دریافت نمی‌کنند (۱۱). همچنین پژوهشگران به این نتیجه رسیده‌اند که درمان‌های دارویی نیز تأثیر و کارایی طولانی مدت چندانی بر علائم روانی این اختلال، ندارند. با توجه به اثرات جانبی درمان‌های دارویی استفاده از آن‌ها فقط در موارد شدید وی یا در مواردی که بیمار به درمان‌های دیگر پاسخ نداده باشد، توصیه می‌شود؛ از این رو درمان‌های غیر دارویی بیشتر موارد توجه محققین در زنان مبتلا به اختلالات قاعدگی قرار گرفته است (۹). درمان فراتشخیصی یکپارچه با توجه به محدودیت درمان‌های شناختی- رفتاری اختصاصی موجود و برای افراد مبتلا به اختلال‌های هیجانی، به ویژه اختلال‌های خلقی و اضطرابی طراحی شده است و در آن اصول و پروتکل‌های درمانی یکسانی برای انواع این اختلال‌ها استفاده می‌شود. درمان مذکور، یک درمان شناختی- رفتاری فراتشخیصی متمرکز بر هیجان است؛ در این درمان با تأکید بر هیجان‌ها و ماهیت انطباقی و کارکردی هیجان‌ها، سعی در شناسایی و اصلاح کوشش‌های غیر انطباقی برای تنظیم تجارب هیجانی می‌شود. همچنین درمان فراتشخیصی یکپارچه توانسته در برخی مطالعات اثر مثبت بر نشانگان پیش از قاعدگی زنان داشته باشد (۲). همچنین نتایج نشان دهنده پایداری اثربخشی درمان فراتشخیصی و درمان

درمان فراتشخیصی مثبت و گروه درمان شناختی رفتاری و گروه گواه مشخص می‌شود که نمره نشانگان پیش از قاعدگی در پس‌آزمون و پیگیری نسبت به پیش‌آزمون گروه گواه کاهش یافته است. همچنین نشان می‌دهد که درمان فراتشخیصی مثبت و گروه درمان شناختی رفتاری اثربخش بوده‌اند و اثربخشی هر دو آموزش به یک اندازه بوده و اثر آموزش در مرحله پیگیری افزایش نیافته است.

## بحث

نتایج نشان داد که در مان فراتشخیصی و درمان شناختی رفتاری اثربخشی معنی‌داری بر نشانگان پیش از قاعدگی زنان مبتلا به اختلالات خلقی شهر اصفهان داشتند. اما یافته‌ها اختلاف معنی‌داری بین این دو گروه درمانی بر نشانگان پیش از قاعدگی نشان نداد. این نتایج منطبق بر یافته‌ها و گزارشات سیمینیوک (Siminiuc) و همکاران (۲۰۲۳) (۱۵) و لی (Lee) و همکاران (۲۰۲۱) (۱۱) همراستا می‌باشد. مطالعات انجام شده نشان داده است، زنانی که از سندرم پیش از قاعدگی و اختلال پریشانی پیش از قاعدگی رنج می‌برند، معمولاً به دنبال درمان‌های پزشکی نمی‌روند و در صورت مراجعه نیز در بسیاری از موارد پاسخ مناسبتی

بر روی سایر بیماران هم انجام شود. همچنین پیشنهاد می‌گردد که مشاورین خانواده و سایر کلینیک‌های روان‌درمانی از درمان شناختی رفتاری و درمان فراتشخیصی کاهش نشانگان پیش از قاعدگی و اثرات آن استفاده کنند. پیشنهاد می‌گردد که در دوره‌های آموزشی برای روانشناسان و مشاورین، توجه بیشتری به درمان شناختی رفتاری و درمان فراتشخیصی شده و جدیدترین یافته‌ها و نتایج آن بررسی شود. پیامدهای اجتناب ناپذیر و سنگین اختلال‌های خلقی و ماهیت عود کننده و هزینه‌های سنگین آن سبب شده است که این اختلال در ردیف اختلال‌های ناتوان کننده به شمار رود، بنابراین پیشنهاد می‌گردد که متخصصان به مراقبت و درمان این اختلال توجه ویژه‌ای داشته باشند.

### محدودیت‌ها

این مطالعه همچنین دارای محدودیت‌هایی بوده است. اطلاعات این مطالعه از منبعی واحد (کلینیک بیماران مبتلا به اختلالات خلقی مراجعه کننده به کلینیک‌های تخصصی شهر اصفهان در سال ۱۴۰۰) بدست آمده است و تعمیم آنها به مناطق دیگر جای احتیاط دارد. برای این مطالعه دامنه سنی ۱۸ تا ۳۵ سال در نظر گرفته شد و بنابراین نتایج مربوط به این دامنه سنی می‌باشد. در این تحقیق از پروتکل ۱۲ جلسه‌ای درمان شناختی رفتاری (هازلت-استیونز) و پروتکل ۱۲ جلسه‌ای درمان فراتشخیصی (بارلو و همکاران، ۲۰۱۱) استفاده شده و ممکن است در برخی موارد با تغییر تعداد جلسات، نتایج متفاوت باشد.

### نتیجه‌گیری

نتایج این مطالعه نشان می‌دهد که هر دو درمان فراتشخیصی و درمان شناختی رفتاری می‌توانند در کاهش نشانگان پیش از قاعدگی زنان مبتلا به اختلالات خلقی مؤثر باشند. با این حال، درمان شناختی رفتاری به عنوان روشی با اثربخشی بیشتر توصیه می‌شود. این یافته بر اهمیت به‌کارگیری روش‌های متمرکز بر شناخت و رفتار برای مدیریت اختلالات خلقی تأکید دارد و می‌تواند در برنامه‌ریزی‌های درمانی مورد استفاده قرار

شناختی رفتاری بر نشانگان پیش از قاعدگی زنان مبتلا به اختلالات خلقی شهر اصفهان می‌باشد، اما بین پایداری دو گروه اختلاف معنی داری برای نشانگان پیش از قاعدگی مشاهده نشد. موافق با این نتایج، داگلیش (Daggleish) و همکاران (۲۰۲۰) (۳) هم پایداری اثربخشی درمان شناختی رفتاری را بر علائم پیش از قاعدگی نشان دادند. درمان شناختی رفتاری بیشتر بر این فرض استوار است که بازسازی اظهارات شخص فرد به بازسازی در رفتار و خلق او منجر می‌شود. در این رویکرد در مانی تأکید بر به عمل در آوردن بینش‌هایی است که به تازگی کسب شده‌اند و تکالیفی که به درمان جویان داده می‌شود، آن‌ها را قادر می‌سازد که رفتارهای تازه و جدیدی را تمرین کنند و در فرایند شرطی شدن مجدد به آن‌ها کمک می‌کنند (۷). یافته‌های تحقیق نشان داد که پروتکل یکپارچه، یک درمان فراتشخیصی و شناختی- رفتاری متمرکز بر هیجان محسوب می‌شود که بر ماهیت سازگاران و کارکردی هیجان‌ها تأکید دارد و به دنبال شناسایی و تصحیح تلاش‌های ناسازگاران برای تنظیم تجارب هیجانی در نتیجه تسهیل پردازش مناسب و خاموش کردن پاسخ‌های مفرط هیجانی به نشانه‌های درونی و بیرونی است و برای دامنه گسترده‌ای از اختلال‌های هیجانی قابلیت کاربرد دارد. درمان شناختی رفتاری مبتنی بر چارچوبی است که فرض می‌کند افکار، عواطف و رفتارها همه با هم مرتبط هستند و به طور خاص‌تر، افکار، احساسات و رفتارها را پیش می‌برد. بنابراین، یک فرض اساسی در درمان شناختی- رفتاری این است که پس از شناسایی و تغییر افکار ناکارآمد فرد، احساسات و رفتارهای ناسازگار فرد نیز تغییر خواهند کرد (۱۰).

### پیشنهادات

این پژوهش می‌تواند با جلسه‌های پیگیری حتی تا ۶ ماه هم در مطالعات آینده انجام گیرد. در این پژوهش نمونه با توجه به فرصت زمانی انجام رساله دکتری محدود بوده است و مطالعات آینده می‌تواند با تعداد نمونه بیشتر انجام شود. این پژوهش بر روی زنان دارای اختلالات خلقی انجام شد و مطالعات در آینده می‌تواند

گیرد.

Cognitive Behavioral Therapy for Insomnia (CBT-i) in School-Aged Children and Adolescents. *Sleep Med Clin.* 2019;14(2):155-165.

11. Lee SH, Cho SJ. Cognitive Behavioral Therapy and Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Depressive Disorders. *Adv Exp Med Biol.* 2021;1305:295-310.

12. Rosenblau G, Frolichs K, Korn CW. A neuro-computational social learning framework to facilitate transdiagnostic classification and treatment across psychiatric disorders. *Neurosci Biobehav Rev.* 2023;149:105181.

13. Zarate-Guerrero S, Duran JM, Naismith I. How a transdiagnostic approach can improve the treatment of emotional disorders: Insights from clinical psychology and neuroimaging. *Clin Psychol Psychother.* 2022;29(3):895-905.

14. Apolinário-Hagen J, Drüge M, Fritsche L. Cognitive Behavioral Therapy, Mindfulness-Based Cognitive Therapy and Acceptance Commitment Therapy for Anxiety Disorders: Integrating Traditional with Digital Treatment Approaches. *Adv Exp Med Biol.* 2020;1191:291-329.

15. Siminiuc R, Turcanu D. Impact of nutritional diet therapy on premenstrual syndrome. *Front Nutr.* 2023;10:1079417.

16. Dollish HK, Tsyglakova M, McClung CA. Circadian rhythms and mood disorders: Time to see the light. *Neuron.* 2024;112(1):25-40.

### ملاحظات اخلاقی

این مقاله برگرفته از پایان نامه دکترای و زیر نظر کمیته اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی واحد شهرکرد و با کد اخلاقی به شناسه IR.IAU.SHK.REC.1401.006 انجام گرفته است.

### مشارکت نویسندگان

احمد غضنفری نگارش مقاله و طیبه شریفی ویراستاری مقاله را برعهده داشتند و زهرا آخوندی یزدی داده‌ها را تجزیه و تحلیل کرد.

### References

1. Datta S, Suryadevara U, Cheong J. Mood Disorders. *Continuum (Minneapolis Minn).* 2021;27(6):1712-1737.
2. Becker B. Ketamine as a Potential Transdiagnostic Treatment for Anhedonia? *Biol Psychiatry Cogn Neurosci Neuroimaging.* 2022;7(3):241-242.
3. Dalgleish T, Black M, Johnston D, Bevan A. Transdiagnostic approaches to mental health problems: Current status and future directions. *J Consult Clin Psychol.* 2020;88(3):179-195.
4. Cuijpers P, Miguel C, Ciharova M, Ebert D, Harrer M, Karyotaki E. Transdiagnostic treatment of depression and anxiety: a meta-analysis. *Psychol Med.* 2023;53(14):1-12.
5. Carson AJ, McWhirter L. Cognitive Behavioral Therapy: Principles, Science, and Patient Selection in Neurology. *Semin Neurol.* 2022;42(2):114-122.
6. Tiranini L, Nappi RE. Recent advances in understanding/management of premenstrual dysphoric disorder/premenstrual syndrome. *Fac Rev.* 2022;11:11.
7. Takeda T. Premenstrual disorders: Premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder. *J Obstet Gynaecol Res.* 2023;49(2):510-518.
8. Saxena K, Kurian S, Kumar R, Arnold LE, Simkin DR. Mood Disorders in Youth: Complementary and Integrative Medicine. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am.* 2023;32(2):367-394.
9. Giacco D. Loneliness and mood disorders: consequence, cause and/or unholy alliance? *Curr Opin Psychiatry.* 2023;36(1):47-53.
10. Dewald-Kaufmann J, de Bruin E, Michael G.