



مقایسه اثربخشی درمان شناختی- رفتاری با درمان فراتشخیصی بر نشانگان بالینی و تحمل آشفتگی دانشجویان

آفرین صادقی اردوبادی: دانشجوی دکتری، گروه روان‌شناسی، واحد نیشابور، دانشگاه آزاد اسلامی، نیشابور، ایران
ID زهرا باقرزاده گل مکانی: استادیار، گروه روان‌شناسی، واحد نیشابور، دانشگاه آزاد اسلامی، نیشابور، ایران (✉نویسنده مسئول) z.golmakani@gmail.com
مهدی امیری: استادیار، گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران
احمد منصوری: استادیار، گروه روان‌شناسی، واحد نیشابور، دانشگاه آزاد اسلامی، نیشابور، ایران

چکیده

کلیدواژه‌ها

تحمل آشفتگی،
درمان شناختی- رفتاری،
درمان فراتشخیصی،
نشانگان بالینی

زمینه و هدف: عوامل متعددی سلامت روان دانشجویان را به‌عنوان آینده‌سازان و نیروهای برگزیده کشور به خطر می‌اندازد. از این رو پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان شناختی- رفتاری با درمان فراتشخیصی بر نشانگان بالینی و تحمل آشفتگی دانشجویان انجام شد.

روش کار: پژوهش حاضر نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل کلیه دانشجویان دانشگاه‌های شهر مشهد بودند. نمونه پژوهش شامل ۴۵ نفر بود که به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و سپس به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (هر گروه ۱۵ نفر) و یک گروه کنترل (۱۵ نفر) جایگزین شدند. پس از اجرای پیش‌آزمون، گروه‌های آزمایش درمان شناختی- رفتاری (فری ۲۰۰۷) و درمان فراتشخیصی (یارلو ۲۰۱۱) قرار گرفتند و سپس پس‌آزمون و پیگیری انجام شد. ابزار پژوهش شامل مقیاس افسردگی اضطراب استرس لایبوند و لایبوند و مقیاس تحمل آشفتگی سیمونز و گاهر بود. داده‌ها با نرم‌افزار SPSS و تحلیل واریانس با ارزیابی مکرر تحلیل شدند.

یافته‌ها: نتایج نشان داد بین میانگین نمره نشانگان بالینی گروه‌های فراتشخیصی و شناختی- رفتاری با گروه کنترل تفاوت معنادار وجود دارد ($p < 0/05$). همچنین بین میانگین نمره نشانگان بالینی گروه فراتشخیصی و شناختی- رفتاری تفاوت معنادار وجود دارد ($p < 0/05$). بررسی متغیر تحمل آشفتگی نشان داد که بین گروه‌های فراتشخیصی و شناختی با گروه کنترل تفاوت معنادار وجود دارد ($p < 0/05$), اما بین میانگین نمره تحمل آشفتگی گروه فراتشخیصی و شناختی رفتاری تفاوت معنادار وجود ندارد ($p > 0/05$).

نتیجه‌گیری: نتایج پژوهش حاضر نشان داد که برای کاهش نشانگان بالینی و افزایش تحمل آشفتگی دانشجویان می‌توان از درمان شناختی- رفتاری و درمان فراتشخیصی استفاده نمود. همچنین برای کاهش نشانگان بالینی بهتر است از درمان فراتشخیصی استفاده کرد.

تعارض منافع: گزارش نشده است.

منبع حمایت کننده: حامی مالی نداشته است.

شیوه استناد به این مقاله:

Sadeghi Ordoubadi A, Bagherzadeh Golmakani Z, Amiri M, Mansouri A. Comparison of cognitive- behavioral therapy with transdiagnostic treatment on the clinical syndrome and distress tolerance of students. Razi J Med Sci. 2020;27(10):1-13.

*انتشار این مقاله به‌صورت دسترسی آزاد مطابق با CC BY-NC-SA 3.0 صورت گرفته است.

Comparison of cognitive-behavioral therapy with transdiagnostic treatment on the clinical syndrome and distress tolerance of students

Afarin Sadeghi Ordoubadi: PhD Student, Department of Psychology, Neyshabur Branch, Islamic Azad University, Neyshabur, Iran

Zahra Bagherzadeh Golmakani: Assistant Professor, Department of Psychology, Neyshabur Branch, Islamic Azad University, Neyshabur, Iran (* Corresponding author) z.golmakan@gmail.com

Mehdi Amiri: Assistant Professor, Department of Clinical Psychology, Faculty of Medicine, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran

Ahmad Mansouri: Assistant Professor, Department of Psychology, Neyshabur Branch, Islamic Azad University, Neyshabur, Iran

Abstract

Background & Aims: The research shows the prevalence of mental disorders among Iranian students. Lack of familiarity with student environments, distance from family and insufficient welfare facilities are among the conditions leading to various problems such as stress, anxiety, depression and confusion of students. These disorders cause a significant reduction in performance of people in the areas of work, society, family, lack of pleasure and stress and are associated with emotion regulation. Distress tolerance is a common structure of emotion regulation and is associated with the occurrence of high-risk behaviors. One of the most widely used approaches to treating these problems and disorders is cognitive-behavioral therapy. This approach helps people change their distorted thoughts that lead to dysfunctional behavior through regular conversations, cognitive techniques, and organized behavioral tasks. Cognitive-behavioral therapy has been proposed for almost every category of psychological problems and disorders, and numerous studies have confirmed the effectiveness of this treatment on the emotional disorders. Another approach in this field is the transdiagnostic treatment, according to which people face their inappropriate emotional experiences in order to respond to their emotions in a more adaptive way; By regulating emotional habits, their severity and occurrence decreases, and consequently the amount of damage decreases and function increases. Although both approaches are used in the treatment of psychological problems and disorders, it is important to repeat and compare the effectiveness of each. Due to the high prevalence of depression, anxiety and stress among students and its effect on their various functions, the need for new psychotherapy programs and the lack of sufficient research in this area, the present study aimed at comparing the effectiveness of cognitive behavioral therapy with transdiagnostic treatment on the clinical symptoms and distress tolerance of students.

Methods: It was an applied quasi-experimental study with a pre-test-post-test design and follow-up with the control group. The statistical population included all students of Mashhad universities in 2019-20. Students were selected after obtaining permission and inserting advertisements in universities using the available sampling method. Among the students who volunteered for the study, 120 scored higher than the cut-off point on the Depression, Anxiety, Stress Scale (DASS-21). Finally, 45 of them were selected and randomly assigned to two experimental groups (A, B) and a control group. Participants completed the DAS-21 scale and the distress tolerance scale (DTS). Then, therapeutic interventions for group A (cognitive-behavioral therapy) and group B (transdiagnostic treatment) were performed for 10 two-hour sessions in groups. Control group

Keywords

Distress Tolerance,
Cognitive-Behavioral
Therapy,
Transdiagnostic
Treatment,
Clinical Symptoms

Received: 22/09/2020

Published: 21/12/2020

participants remained on the waiting list. During the course, there were three cases of miscarriage due to not continuing to participate in treatment sessions in one group, which due to coping with the other two groups, the questionnaires of three participants were randomly deleted. At the end of the treatment period, post-test was conducted and the follow-up test was conducted after 3 months. Inclusion criteria included being a student of Mashhad universities, having an age of 20 to 35 years and a score higher than the average cut-off point in the DASS-21. Exclusion criteria included not having any type of psychotic disorder, bipolar disorder, substance and alcohol use, personality disorder, lack of physical disability and absence of more than two sessions of treatment. Consent to participate in the research, emphasis on confidentiality of information, freedom to leave the research and avoiding any harm were among the ethical considerations of the present study. Research data were analyzed using repeated measures analysis of variance and SPSS software version 26.

Results: The mean age of participants in the transdiagnostic treatment, cognitive-behavioral, control and total participants were 21.75 ± 2.006 , 21.42 ± 1 , 21.08 ± 1.73 , 21.42 ± 1.61 , respectively. In each group, 4 participants were male and 8 were female. There was no significant difference between individuals in three groups in terms of age ($p=0.61$, $F=0.50$), education ($p=0.47$, $\chi^2=5.60$) and marital status ($p=0.60$, $\chi^2=2.75$). There was a statistically significant difference between the mean scores of clinical symptoms (depression, anxiety, stress) in transdiagnostic treatment and cognitive-behavioral groups with control group ($p<0.05$) and transdiagnostic treatment and cognitive-behavioral groups ($p<0.05$). The study of distress tolerance variable showed that there was a significant difference between the transdiagnostic and cognitive-behavioral groups with the control group ($p<0.05$), but there was no significant difference between the mean distress tolerance score of the transdiagnostic and cognitive-behavioral groups ($p<0.05$).

Conclusion: The results showed that the cognitive-behavioral and transdiagnostic therapy were effective in reducing clinical symptoms (depression, anxiety, stress) and increasing students' distress tolerance. Therefore, therapists can use these two treatment approaches to reduce clinical symptoms and increase students' distress tolerance. However, transdiagnostic treatment is more effective in reducing students' clinical symptoms. The difference may be due to special attention to emotions in the transdiagnostic approach designed for comorbidities. Of course, these findings need further investigation. In general, according to the findings of the present study, it is suggested to use a transdiagnostic treatment approach to reduce clinical symptoms. It is also suggested that in order to increase the generalizability of the results, this treatment method should be performed in different samples and at different levels. In this study, both methods of intervention were performed by the main researcher and this issue may have been the cause of individual biases by the researcher. Considering that it was not possible for all students of Khorasan Razavi province to participate in the study and the sample was limited to a specific geographical area and the city of Mashhad, care should be taken in generalizing the results.

Conflicts of interest: None

Funding: None

Cite this article as:

Sadeghi Ordoubadi A, Bagherzadeh Golmakani Z, Amiri M, Mansouri A. Comparison of cognitive- behavioral therapy with transdiagnostic treatment on the clinical syndrome and distress tolerance of students. Razi J Med Sci. 2020;27(10):1-13.

*This work is published under CC BY-NC-SA 3.0 licence.

مقدمه

ویژگی‌های روان‌شناختی دانشجویان به‌عنوان آینده‌سازان جامعه فردا، بر رشد و میزان کارایی آنان در جامعه مؤثر است. لازمه پیشرفت و موفقیت تحصیلی آنان برخورداری از آرامش و امنیت خاطر در کلیه ابعاد و همچنین توجه به مداخله‌های مؤثر در محیط یادگیری است (۱). پژوهش‌های متعدد نشان‌دهنده آن است که اختلال‌های روانی در بین دانشجویان ایرانی شایع است و روند رو به افزایشی دارد (۲). یافته‌های پژوهش یعقوبی و همکاران نشان‌دهنده آن است که علائم اختلال‌های روانی را می‌توان در ۴۳/۷ درصد دانشجویان سال اول دانشگاه‌های علوم پزشکی سطح تهران مشاهده کرد (۳). عدم آشنایی با محیط‌های دانشجویی، دوری از خانواده و کافی نبودن امکانات رفاهی از جمله شرایطی است که می‌تواند منجر به ایجاد مشکلات روانی از جمله استرس (stress)، اضطراب (anxiety) و افسردگی (depression) گردد (۴). این اختلالات به‌عنوان نشانگان بالینی (clinical syndrome) شناخته شده‌اند. هیجان‌ها پیوستاری هستند که یک‌سوی آن استرس و اضطراب و افسردگی و سوی دیگر آن تهییج قرار دارد (۵). یکی از مهم‌ترین اولویت‌های بهداشتی دنیای امروز نیز مسئله افسردگی و اضطراب است که به‌عنوان رایج‌ترین بیماری‌های روان‌شناختی مطرح هستند، به‌گونه‌ای که امروزه افسردگی را سرماخوردگی روانی می‌دانند. بر اساس برآورد سازمان بهداشت جهانی (WHO) تا سال ۲۰۲۰، پس از بیماری‌های قلبی و عروقی، دومین بیماری تهدیدکننده سلامت و حیات انسان در سراسر جهان افسردگی است (۶). افسردگی و اضطراب به‌طور بارزی باعث کاهش عملکرد فرد در همه زمینه‌های شغلی، روابط اجتماعی، خانوادگی، عدم لذت و فشار روانی می‌گردد. اضطراب واکنشی در مقابل خطری نامعلوم، درونی، مبهم و از نظر منشأ همراه با تعارض است و با نگرانی و گزارش علائم جسمی شناخته می‌شود و بر تفکر ادراک، یادگیری و تمرکز فرد اثر می‌گذارد. افسردگی نیز حالتی خلقی است که مشخصه آن احساس غمگینی، تنهایی، عزت نفس پایین و سرزنش خود است و با نشانه‌های کندی روانی حرکتی، کناره‌گیری، علائم نباتی، اشکال در تفکر و تصمیم‌گیری

و افکار عودکننده خودکشی همراه است. استرس واکنشی در فرد است که بر اثر حضور عامل تنش‌زا به وجود می‌آید تا تعادل از دست‌رفته را بازگرداند و باعث بسیج شدن قوای فرد برای مقابله و آماده‌باش موجود زنده شود. این که واقعه‌ای را عامل استرس تلقی کنیم یا نه، به ماهیت آن واقعه و نیز به امکانات فرد، دفاع‌های روانی و سازوکارهای مدارایش بستگی دارد (۷). افسردگی و اضطراب با تنظیم هیجان رابطه دارد (۸) و تحمل آشفتگی در پژوهش در زمینه تنظیم هیجانی از سازه‌های معمول می‌باشد. یکی از متغیرهای پیش‌بینی کننده سلامت روان پایین در دانشجویان، پایین بودن توانایی تحمل آشفتگی در آن‌ها است. نتایج پژوهش عزیزی و همکاران نشان داد که بین عدم تنظیم هیجان و تحمل آشفتگی و مصرف نیکوتین دانشجویان رابطه معنی‌داری وجود دارد (۹). همچنین صمیمی و همکاران در پژوهش خود دریافتند که بین مؤلفه‌های تحمل آشفتگی و برخی از رفتارهای پرخطر دانشجویان نیز رابطه معنی‌داری وجود دارد (۱۰). تحمل آشفتگی به‌عنوان توانایی تحمل حالت‌های فیزیولوژیکی آزاددهنده و حالات درونی (هیجانی، شناختی یا جسمی) ناخوشایند تعریف می‌گردد (۱۱). افرادی که از تحمل آشفتگی پایینی برخوردار هستند، به این حقیقت واقف‌اند که نمی‌توانند احساس ناراحتی را تحمل کنند و احساس می‌کنند که دیگران امکانات بهتری برای مقابله با هیجان‌های منفی دارند؛ در نتیجه به دلیل ناتوانی خود برای تحمل هیجان‌های منفی، احساس سرافکندگی می‌کنند (۱۲). تحمل آشفتگی نماینده‌ای برای تقویت رفتار منفی ارزیابی می‌شود (۱۳) و ممکن است بر تعدادی از فرآیندهای مرتبط با خودتنظیمی شامل توجه، ارزیابی‌های شناختی، وضعیت‌های هیجانی یا جسمانی پریشان‌زا اثر گذاشته، یا تحت تأثیر آن‌ها قرار بگیرد (۱۴). مطالعات نشان داده است که انعطاف‌پذیری شناختی بر تحمل پریشانی تأثیر مستقیم داشته و در طیف گسترده‌ای از ناراحتی‌ها مانند اضطراب، استرس، افسردگی نقش مهمی ایفا می‌کند (۱۵).

از این جهت بررسی تأثیر رویکردهای مختلف درمانی در کاهش نشانگان بالینی و افزایش تحمل آشفتگی از اهمیت زیادی برخوردار است. یکی از پرکاربردترین رویکردها در این زمینه، درمان شناختی رفتاری

(Cognitive behavioral Therapy) می‌باشد. درمان شناختی رفتاری ترکیبی از نظریه‌ها و فنون رفتاردرمانی و شناخت درمانی است. در این رویکرد، ناستواری تفکر تحریف‌شده مراجع که به رفتار ناکارآمد او منجر می‌شود، با استفاده از گفتگوهای منظم، تکنیک‌های شناختی و تکالیف رفتاری سازمان‌یافته‌ای تغییر می‌یابد؛ زیرا بر این فرض استوار است که مراجعین، توانایی آن را دارند که به شیوه‌های متناسب با موقعیت بیاندیشند و عمل کنند، اما به دلیل درک یا انتظاراتشان از موقعیت، به گونه دیگری رفتار می‌کنند. تأکید این شیوه درمانی بر تعلیم مهارت‌های شناختی یا برای اصلاح فرایند شناختی است و به افراد کمک می‌کند تا از تفسیر افکار خودکار، آگاهی پیدا کنند (۱۶). پروتکل‌های درمان شناختی رفتاری تقریباً برای هر دسته از مشکلات و اختلال‌های روان‌شناختی مطرح‌شده، در راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی و طبقه‌بندی بین‌المللی بیماری‌ها و مشکلات مربوط به سلامت ارائه شده است. بررسی‌های اخیر ادبیات پژوهش، به‌طور شگفت‌انگیزی ۲۶۹ مطالعه فراتحلیلی را شناسایی کرد که اثربخشی درمان شناختی رفتاری را برای تقریباً همه گروه‌های راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی موردبررسی قرار داده‌اند. به‌طور کلی، پایه شواهد برای درمان شناختی رفتاری بسیار نیرومند است (۱۷). پژوهش‌های متعدد نشان داده‌اند که درمان‌های شناختی رفتاری در درمان اختلالات اضطرابی، افسردگی و هیجانی مؤثر است. از آن جمله می‌توان به مطالعات، غمخوار فرد و همکاران (۱۸)، جان بزرگی و همکاران (۱۹)، عظیمی و همکاران (۲۰)، سلیمانی و همکاران (۲۱)، Chambless و همکاران (۲۲)، Bennebroke و همکاران (۲۳)، Sockol و همکاران (۲۴)، Hofmann و همکاران (۲۵)، Orvati و همکاران (۲۶)، Zhang و همکاران (۲۷) اشاره کرد.

یکی دیگر از رویکردهای جدید در زمینه درمان آسیب‌های روانی و بالا بردن سطح متغیرهای روان‌شناختی مؤثر بر حالات روانی فرد از جمله تحمل آشفتگی و نشانگان بالینی (افسردگی و اضطراب و استرس) درمان فراتشخیصی (transdiagnostic treatment) است (۲۸). درمان فراتشخیصی یک رویکرد درمانی مبتنی بر هیجان است. بر اساس این رویکرد

درمانی، افراد با تجربیات هیجانی نامناسب خود روبرو می‌شوند تا به شیوه سازگارانه تری به هیجان‌های خود پاسخ دهند. در این روش با تنظیم عادت‌های هیجانی، شدت و وقوع آن‌ها را کاهش داده و به دنبال آن میزان آسیب را کاهش و کارکرد را افزایش می‌دهند (۲۹). درمان فراتشخیصی در جهت تغییر دادن پاسخ‌های غیر انطباقی به تجارب هیجانی تأکید دارد (۳۰) پژوهش‌های متعدد Barlow و همکاران (۳۱)، زمستانی و ایمانی (۲۸)، فیروزی و بیرانوندی (۳۲)، هومن و همکاران (۳۳)، Talkovsky و همکاران (۳۴)، Newby و همکاران (۳۵)، Ellard و همکاران (۳۶)، Nasiri و همکاران (۳۷) اثربخشی درمان فراتشخیصی بر اختلال‌های روانی از جمله استرس، اضطراب، افسردگی و تحمل پریشانی را به اثبات رسانده‌اند.

باوجوداینکه در درمان اختلال‌های روان‌شناختی از هر دو رویکرد استفاده می‌گردد، تکرار و مقایسه میزان اثرگذاری هر یک از این دو روش درمانی از اهمیت زیادی برخوردار است. از طریق تکرار این دو روش درمانی بر روی دانشجویان، در صورت تأیید نتایج پیشین، شواهد افزونی بر آن فراهم آمده و در صورت عدم تأیید شواهد پیشین، دریچه‌های جدیدی را برای پژوهش فراهم می‌آورد. همچنین از طریق مقایسه این دو روش درمانی به این نتایج دست خواهیم یافت که کدام روش درمانی اثر بیشتری در جهت افزایش تحمل آشفتگی و کاهش نشانگان بالینی دارد. هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری با درمان فراتشخیصی بر کاهش نشانگان بالینی و تحمل آشفتگی بود. مسئله پژوهشی این است که آیا درمان شناختی رفتاری و درمان فراتشخیصی بر نشانگان بالینی و تحمل آشفتگی مؤثرند؟ در صورت مؤثر بودن، آیا بین اثربخشی درمان شناختی رفتاری و درمان فراتشخیصی در کاهش نشانگان بالینی و افزایش تحمل آشفتگی دانشجویان تفاوت وجود دارد؟ کدام یک میزان اثربخشی بیشتری در کاهش نشانگان بالینی و افزایش تحمل آشفتگی دانشجویان دارند؟

روش کار

پژوهش حاضر از نظر هدف کاربردی و از لحاظ روش پژوهش، نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون

۲۰ تا ۳۵ سال و نمره نقطه برش متوسط در مقیاس نشانگان بالینی بود. شرایط و معیار خروج شامل، اختلال مصرف به الکل یا مواد، ابتلا به هر نوع اختلال روان‌پزشکی، اختلال دوقطبی و اختلال شخصیت و همچنین معلولیت جسمی و غیبت بیش از دو جلسه در درمان بود. با توجه به تخصیص تصادفی افراد در گروه‌ها و داشتن گروه کنترل و همچنین کلاس و ساعت یکسان تا حدود زیادی متغیرهای مداخله‌گر کنترل شدند. در ضمن برای قوت بخشیدن به نتایج پژوهش، سه گروه از لحاظ سن، شرایط اجتماعی، اقتصادی، سطح فرهنگی و محل آموزش تقریباً همسان بودند. به شرکت‌کنندگان درباره پژوهش و شرایط آن مانند تعداد و مدت جلسات، زمان ارزیابی‌ها، جای‌دهی تصادفی، محرمانه ماندن اطلاعات شخصی آن‌ها و حق خروج از تحقیق در هر زمانی که مایل بودند، توضیح داده شد. داده‌های این پژوهش با کمک نرم‌افزار آماری SPSS۲۶ در دو بخش آمار توصیفی و آمار استنباطی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. در تحلیل‌های توصیفی از شاخص‌هایی مانند میانگین، انحراف استاندارد و واریانس استفاده شد. در تحلیل استنباطی از روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد.

ابزار پژوهش

مقیاس افسردگی، اضطراب، استرس (DASS-21): این پرسشنامه در سال ۱۹۹۵ توسط لایبوند و لایبوند تدوین شده است. این آزمون از ۲۱ سؤال تشکیل شده است که علائم افسردگی، اضطراب و استرس را در مقیاس چهاردرجه‌ای از نمره ۰ تا ۳ می‌سنجند. هر یک از خرده مقیاس‌های اضطراب، افسردگی و استرس، شامل ۷ سؤال است که نمره نهایی هر کدام از طریق مجموع نمرات سؤال‌های مربوط به آن به دست می‌آید. اضطراب شامل سؤال‌های ۲، ۴، ۷، ۹، ۱۵، ۱۹، ۲۰، افسردگی با سؤال‌های ۳، ۵، ۱۰، ۱۳، ۱۶، ۱۷، ۲۱ و استرس با پاسخ به سؤال‌های ۱، ۶، ۸، ۱۱، ۱۲، ۱۴، ۱۸، سنجیده می‌شود. هر سؤال از صفر (اصلاً در مورد من صدق نمی‌کند) تا ۳ (کاملاً در مورد من صدق می‌کند) نمره‌گذاری می‌شود. از آنجاکه DASS-21 فرم کوتاه شده مقیاس اصلی (۴۲ سؤالی) است، نمره نهایی هر یک از این خرده مقیاس‌ها باید ۲ برابر شود. این مقیاس یکی از ابزارهای معتبر

و پیگیری با گروه کنترل بود. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه دانشجویان دانشگاه‌های فردوسی، آزاد و غیرانتفاعی (بهار) شهر مشهد در سال ۱۳۹۸-۱۳۹۷ بود. روش نمونه‌گیری در این پژوهش، نمونه‌گیری در دسترس بود. بدین‌صورت که پس از گرفتن مجوز و در آگهی در دانشگاه‌ها به داوطلبان حاضر به شرکت در پژوهش در مورد اهداف و نحوه پاسخ دادن به پرسشنامه توضیحات لازم ارائه گردید و همچنین رضایت آگاهانه کسب شد. سپس مقیاس افسردگی، اضطراب، استرس لایبوند و لایبوند (Lovibond & Lovibond) (۳۸) گرفته شد که از بین آن‌ها ۱۲۰ دانشجوی نمره خط برش سطح متوسط را کسب کردند که با توجه به و ملاک‌های ورود و خروج ۴۵ نفر گزینش و به‌صورت تصادفی (استفاده از جدول اعداد تصادفی) در دو گروه آزمایش (۱۵ نفری) و یک گروه کنترل (۱۵ نفری) جایگزین شدند. لازم به ذکر است که در طی دوره، ۳ مورد ریزش به دلیل عدم ادامه شرکت در جلسات درمانی در یک گروه وجود داشت که به خاطر هم‌تا سازی از دو گروه دیگر نیز پرسشنامه‌های سه شرکت‌کننده به‌طور تصادفی حذف شد؛ بنابراین نمونه پژوهش شامل ۱۲ نفر گروه درمان فراتشخیصی، ۱۲ نفره گروه درمان شناختی رفتاری و یک گروه ۱۲ نفره کنترل تعیین گردید. افزون بر تصادفی سازی، تعیین تصادفی گروه‌ها برای انجام مداخله انجام گرفت. گروه A درمان شناختی رفتاری بر اساس مدل فری (۳۹)، گروه B درمان فراتشخیصی بر اساس مدل بارلو (۴۰) و گروه C گروه کنترل بودند. در مرحله بعد شرکت‌کنندگان توسط آزمون‌های موردنظر در این تحقیق موردسنجش قرار گرفتند. سپس مداخلات درمانی برای گروه A و B به مدت ۱۰ جلسه درمان به‌صورت گروهی انجام شد. جلسات گروه‌های A و B هفته‌ای یک‌بار به مدت ۲ ساعت در دو روز متفاوت اما در ساعت و کلاس یکسان برگزار شد و شرکت‌کنندگان گروه کنترل در لیست انتظار باقی ماندند. پس از پایان دوره درمان و بعد از طی مدت ۳ ماه از شرکت‌کننده‌ها دوباره پس‌آزمون و آزمون پیگیری گرفته شد. تحلیل داده‌ها صورت گرفت و ۲ جلسه درمان برای گروه انتظار انجام شد. معیارها و شرایط ورود در این پژوهش شامل دانشجوی دانشگاه‌های مشهد بودن، محدوده سنی بین

برای سنجش نشانه‌های عواطف منفی محسوب می‌شود و اعتبار و روایی آن در پژوهش‌های متعدد تأیید شده است (۳۸، ۴۱). آلفای کرونباخ نسخه اصلی DASS برای هر سه خرده مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس به ترتیب ۰/۹۱، ۰/۸۴ و ۰/۹۰ گزارش شده است. اعتبار نسخه فارسی آزمون به روش بازآزمایی برای خرده مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس به ترتیب برابر ۰/۸۰، ۰/۷۶ و ۰/۷۷ به دست آمده است (۴۲).

مقیاس تحمل آشفتگی (DTS): برای سنجش تحمل آشفتگی از مقیاس تحمل آشفتگی استفاده شد. این مقیاس یک ابزار خود سنجی است که توسط سیمونز و گاهر ساخته شده است. دارای ۱۵ ماده و چهار خرده مقیاس به نام‌های تحمل آشفتگی هیجانی، جذب شدن به وسیله هیجان‌های منفی، برآورد ذهنی آشفتگی و تنظیم تلاش‌ها برای تسکین آشفتگی است. هر یک از ماده‌های این مقیاس بر اساس یک مقیاس پنج درجه‌ای

لیکرت و در دامنه‌ای از ۱ (توافق کامل) تا ۵ (عدم توافق کامل) نمره‌گذاری می‌شوند. نمره‌های بالا در این مقیاس نشان‌دهنده تحمل آشفتگی بالا است. ضریب آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس‌ها و نمره کل به ترتیب ۰/۷۲، ۰/۸۲، ۰/۷۸، ۰/۷۰ و ۰/۸۲ بوده است (۱۲). عزیزی و همکاران میزان آلفای کرونباخ نسخه فارسی را برای خرده مقیاس‌های تحمل، جذب، ارزیابی و تنظیم به ترتیب ۰/۷۵، ۰/۷۷، ۰/۷۰ و ۰/۷۵ گزارش کردند (۹).

یافته‌ها

میانگین و انحراف استاندارد سن شرکت‌کنندگان گروه‌های درمان فراتشخیصی، درمان شناختی-رفتاری، کنترل و کل شرکت‌کنندگان به ترتیب برابر $21/75 \pm 2/06$ ، $21/42 \pm 1$ ، $21/08 \pm 1/73$ و $21/42 \pm 1/61$ بود. در هر گروه ۴ نفر از شرکت‌کنندگان مرد و ۸ نفر زن بودند. یازده نفر از شرکت‌کنندگان گروه

جدول ۱- شاخص‌های توصیفی مربوط به متغیرهای پژوهش به تفکیک گروه‌ها

متغیر	گروه‌ها	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پایگیری
		میانگین	انحراف	میانگین
نشانگان بالینی	فراتشخیصی	۶۴	۹/۷۲	۳۸/۸۳
	شناختی-رفتاری	۶۲/۴۲	۸/۱۰	۵۲/۵۰
	کنترل	۶۲/۳۳	۱۰/۶۸	۷۰/۱۷
تحمل آشفتگی	فراتشخیصی	۳۳/۹۲	۶/۴۵	۴۶/۶۷
	شناختی-رفتاری	۳۲/۳۳	۵/۴۳	۴۳/۰۸
	کنترل	۳۶/۲۵	۷/۴۳	۳۴/۱۷

جدول ۲- نتایج آزمون اثرات بین گروهی مربوط به متغیرهای نشانگان بالینی و تحمل آشفتگی

متغیر	اثرات	منابع تغییرات	مجموع مجزورات	df	میانگین مجزورات	F	P	Eta
نشانگان بالینی	درون گروهی	زمان	۲۵۸۳/۱۳	۱/۳۹	۱۸۴۹/۲۵	۲۹/۶۲	۰/۰۰۰۱	۰/۴۷۳
		زمان*گروه	۵۹۷۸/۸۱	۲/۷۹	۲۱۴۰/۱۱	۳۴/۲۸	۰/۰۰۰۱	۰/۶۷۵
		خطا	۲۸۷۷/۳۹	۴۶/۰۹	۶۲/۴۲			
	بین گروهی	گروه	۹۹۹۸/۵۷	۲	۴۹۹۹/۲۸	۲۰/۵۵	۰/۰۰۰۱	۰/۵۵۵
		خطا	۸۰۲۷/۵۲	۳۳	۲۴۲/۲۵			
تحمل آشفتگی	درون گروهی	زمان	۱۸۷۵/۷۹	۱/۵۹	۱۱۷۵/۸۸	۵۴/۱۳	۰/۰۰۰۱	۰/۶۲۱
		زمان*گروه	۱۲۹۳/۴۸	۳/۱۹	۴۰۵/۴۲	۱۸/۶۶	۰/۰۰۰۱	۰/۵۳۱
		خطا	۱۱۴۳/۳۸	۵۲/۶۴	۲۱/۷۲			
	بین گروهی	گروه	۱۲۸۳/۶۳	۲	۶۴۱/۸۱	۷/۱۲	۰/۰۰۳	۰/۳۰۱
		خطا	۲۹۷۴/۰۲	۳۳	۹۰/۱۲			

جدول ۳- نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی برای متغیرهای نشانگان بالینی و تحمل آشفتگی

متغیر	گروه	گروه	تفاوت میانگین	خطای استاندارد	P
نشانگان بالینی	فرا تشخیصی	شناختی- رفتاری	-۱۰/۱۹	۳/۶۷	۰/۰۲۷
		کنترل	-۲۳/۵۰	۳/۶۷	۰/۰۰۰۱
	شناختی- رفتاری	کنترل	-۱۳/۳۰	۳/۶۷	۰/۰۰۳
تحمل آشفتگی	فرا تشخیصی	شناختی- رفتاری	۲/۲۲	۲/۲۳	۰/۹۸
		کنترل	۸/۱۶	۲/۲۳	۰/۰۰۳
	شناختی- رفتاری	کنترل	۵/۹۴	۲/۲۳	۰/۰۳۶

نشان می‌دهد که بین نمره‌های نشانگان بالینی و تحمل پریشانی در گروه‌های آزمایش و گواه تفاوت معنادار وجود دارد ($p < 0/05$). اندازه مجذور اتا برای متغیر نشانگان بالینی و تحمل آشفتگی به ترتیب ۵۶ و ۳۰ درصد بود. نتایج فوق نشان می‌دهد که بین گروه‌های پژوهش حداقل در یک متغیر وابسته تفاوت معنادار وجود دارد. برای بررسی دقیق‌تر تفاوت‌های موجود بین گروه‌های پژوهش از آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده گردید (جدول ۳).

نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد بین میانگین نمره نشانگان بالینی گروه‌های فراتشخیصی و شناختی با گروه کنترل تفاوت معنادار وجود دارد ($p < 0/05$). همچنین بین میانگین نمره نشانگان بالینی گروه فراتشخیصی و شناختی رفتاری تفاوت معنادار وجود دارد ($p < 0/05$). بررسی متغیر تحمل آشفتگی نشان داد که بین گروه‌های فراتشخیصی و شناختی با گروه کنترل تفاوت معنادار وجود دارد ($p < 0/05$), اما بین میانگین نمره تحمل آشفتگی گروه فراتشخیصی و شناختی رفتاری تفاوت معنادار وجود ندارد ($p > 0/05$).

بحث

پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان شناختی- رفتاری با درمان فراتشخیصی بر نشانگان بالینی و تحمل آشفتگی دانشجویان انجام شد. نتایج نشان داد، هر دو درمان بر کاهش نشانگان بالینی و افزایش تحمل آشفتگی دانشجویان مؤثر بوده، اما درمان فراتشخیصی در کاهش نشانگان بالینی دانشجویان اثربخشی بیشتری داشته است. این یافته‌ها بیانگر آن است که به احتمال زیاد مداخله‌های مبتنی بر رویکرد فراتشخیصی نسبت به رویکردهای سنتی‌تر، تأثیر بیشتری بر بهبود نشانگان بالینی در دانشجویان دارند. با

درمان فراتشخیصی و شناختی- رفتاری مجرد و ۱ نفر متأهل بودند. در مقابل، ۹ نفر از شرکت‌کنندگان گروه کنترل مجرد، ۲ نفر متأهل و ۱ نفر مطلقه بودند. در بین افراد گروه درمان فراتشخیصی به ترتیب ۱، ۹، ۱ و ۱ نفر تحصیلات فوق‌دیپلم، کارشناسی، کارشناسی ارشد و دکتری داشتند. دوازده نفر گروه درمان شناختی- رفتاری دارای مدرک کارشناسی بودند. سرانجام، ۲، ۹ و ۱ نفر از افراد گروه کنترل تحصیلات فوق‌دیپلم، کارشناسی، کارشناسی ارشد داشتند. بین افراد سه گروه در متغیرهای سن ($F = 0/50$, $p = 0/61$)، تحصیلات ($\chi^2 = 5/60$, $p = 0/47$) و وضعیت تأهل ($\chi^2 = 2/75$, $p = 0/60$) تفاوت وجود نداشت. در جدول ۱ میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش ارائه شده است. با توجه به نتایج مربوط به پیش‌فرض‌های پژوهش، نرمال بودن داده‌های پژوهش، برابر بودن گروه‌های پژوهش و همچنین گمارش تصادفی افراد در گروه‌های آزمایش و کنترل از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای بررسی تفاوت‌های درون‌گروهی و بین‌گروهی استفاده شد (جدول ۲).

نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد که بین میزان نشانگان بالینی و تحمل آشفتگی در زمان‌های پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری وجود دارد ($p < 0/05$). این نتایج نشان می‌دهد که ۴۷ و ۶۲ درصد از تغییرات درون‌گروهی به‌وسیله زمان تبیین می‌شود. نتایج مربوط به اثر تعاملی بین زمان و گروه نشان می‌دهد که این اثر در متغیرهای نشانگان بالینی و تحمل آشفتگی معنادار است ($p < 0/05$)؛ بنابراین بین سطوح مختلف زمان و سطوح مختلف گروه‌ها تعامل وجود دارد. این نتایج نشان می‌دهد که ۶۸ و ۵۳ درصد از تغییرات درون‌گروهی به‌وسیله تعامل زمان و گروه تبیین می‌شود. نتایج مربوط به اثرات بین‌گروهی نیز

ناشی از توجه ویژه به هیجان‌ها در رویکرد فراتشخیصی باشد (۵۰). البته این یافته‌ها نیازمند بررسی‌های بیشتر است؛ اما به‌طور کلی نشان داده‌شده است که نقص در تنظیم هیجانی به بروز یا تداوم اختلال‌های هیجانی منجر می‌شود (۵۱). بسیاری از اختلال‌های هیجانی از جمله اضطراب و افسردگی با نقص در تنظیم هیجانی ارتباط دارند (۵۲). با توجه به ماهیت درمان شناختی-رفتاری که درمانی مبتنی بر کنترل هیجانات و آگاهی و پردازش بدون تحریف و کارآمد هیجانات است؛ بنابراین می‌توان انتظار داشت که بر مؤلفه تنظیم هیجان تأثیر داشته باشد (۵۳)؛ اما رویکردهای جدیدتر مانند درمان فراتشخیصی، تأکید ویژه‌ای بر نقش هیجان‌ها دارند و از این جهت، تکنیک‌های اختصاصی برای مدیریت هیجان‌ها به کار می‌برند. در خصوص اثربخشی درمان فراتشخیصی نیز تاکنون مطالعاتی صورت گرفته است که در ادامه به آن‌ها اشاره می‌شود. Torre-Luque و همکاران (۵۴) در مطالعه‌ای دریافتند که برنامه درمان فراتشخیصی رفتاری-شناختی روند طبیعی علائم اضطراب در نوجوانان را با کاهش قابل‌توجه هراس اجتماعی و علائم اضطراب فراگیر و بهبود قابل‌توجه عملکرد رفتاری و فیزیولوژیکی (قلبی) در یک وضعیت استرس‌زا تغییر داده است. همچنین Ellard (۳۶) در مطالعه‌ای بر روی بیماران دوقطبی همراه با حداقل یک اختلال اضطرابی همبود دریافت، درمان فراتشخیصی یکپارچه به همراه دارودرمانی، موجب بهبود قابل‌توجهی در شاخص‌های اضطراب و افسردگی نسبت به گروه دارودرمانی شده و می‌تواند درمان مؤثرتری برای بیماران دوقطبی همراه اضطراب باشد. به‌طور کلی، نتایج پژوهش حاضر، با نتایج پژوهش‌های مهاجرین و همکاران (۵۵)، زمستانی و ایمانی (۲۸)، فیروزی و بیرانوندی (۳۲)، هومن و همکاران (۳۳)، Talkovsky و همکاران (۳۴)، Newby و همکاران (۳۵)، Barlow و همکاران (۳۱) Nasiri و همکاران (۳۷) مبنی بر اثربخشی درمان فراتشخیصی بر نشانگان بالینی و تحمل آشفتگی دانشجویان همسو و هماهنگ است. در مجموع این پژوهشگران نشان دادند که درمان فراتشخیصی در کاهش نشانگان بالینی و افزایش تحمل آشفتگی مؤثر هستند. در تبیین این یافته‌ها می‌توان چنین استدلال نمود که رویکردهای درمانی شناختی-رفتاری و

توجه به نتایج مطالعه رهبری و باباپور (۴۳) راهبردهای تنظیم هیجان نقش مهمی در آسیب‌شناسی اختلال افسردگی اساسی دارند. رویکردهای شناختی-رفتاری تاکنون دستورالعمل‌ها و پروتکل‌های درمانی بسیاری برای اختلال‌های هیجانی به‌ویژه اختلال‌های اضطرابی و افسردگی به‌صورت اختصاصی‌تر منتشر کرده‌اند و پژوهش‌های بسیاری اثربخشی این شیوه‌های درمانی را تأیید کرده‌اند. از آن جمله می‌توان به مطالعات غمخوار فرد (۱۸)، جان بزرگی (۱۹)، عظیمی (۲۰)، سلیمانی (۲۱) Chambless (۲۲) Sockol (۲۴)، Hofmann (۲۵)، Orvati (۲۶)، Zhang (۲۷)، Butler (۲۸) و Gould (۴۵) اشاره کرد که با نتایج حاصل از پژوهش حاضر مبنی بر تأثیر مداخله شناختی-رفتاری بر نشانگان بالینی دانشجویان مطابقت دارد. در راستای تأیید نتایج حاصل از پژوهش حاضر مبنی بر اثربخشی درمان شناختی-رفتاری بر نشانگان بالینی و تحمل آشفتگی می‌توان به مطالعه Zhang (۲۷) اشاره کرد که بیان داشت، درمان شناختی-رفتاری در رفع افسردگی و اضطراب بیماران مبتلا به پارکینسون مؤثر می‌باشد. همچنین Liang Ma (۴۶) در مطالعه‌ای دریافت که اثربخشی درمان شناختی-رفتاری مبتنی بر تاب‌آوری برای رفع افسردگی در محیط مدرسه مؤثر بوده است. در ایران نیز نجفی (۴۷) در مطالعه‌ای بیان داشت که آموزش مدیریت استرس به شیوه شناختی-رفتاری در کاهش نگرش ناکارآمد و میزان استرس نوجوانان مبتلا به بیماری کرونری قلبی تأثیر چشمگیری داشته است؛ اما این مسیر پژوهشی منجر به تدوین پروتکل‌های درمانی متعدد برای تک‌تک اختلال‌های هیجانی شده است؛ این در حالی است که یکی از مشکلات جدی که درمان‌های شناختی-رفتاری در درمان این اختلال‌ها با آن مواجه بوده است، بحث همبودی (comorbidity) بسیار بالای این اختلال‌ها است که سودمندی درمان‌های شناختی-رفتاری را با مشکلاتی مواجه کرده است (۴۸). رویکرد فراتشخیصی در حوزه درمان‌های شناختی-رفتاری پیش‌قراول چاره‌جویی برای رفع نقص‌های رویکرد شناختی-رفتاری می‌باشد که در این زمینه به طراحی پروتکل‌های فراتشخیصی پرداخته است (۴۹) که این امر می‌تواند، نتایج حاصل از مطالعه ما را توجیه نماید. ضمن اینکه این تفاوت ممکن است

متفاوت و در سطوح مختلف انجام شود. در این پژوهش هر دو شیوه مداخله توسط پژوهشگر اصلی انجام شد و این مسئله ممکن است سبب سوگیری‌های فردی پژوهشگر شده باشد. با توجه به این نکته که امکان شرکت همه دانشجویان استان خراسان رضوی در پژوهش حاضر وجود نداشت، نمونه محدود به منطقه جغرافیایی خاص و شهر مشهد بود و صرفاً روی دانشجویان صورت گرفته است؛ بنابراین در تعمیم نتایج باید دقت کافی شود.

تقدیر و تشکر

این مقاله برگرفته از رساله دوره دکتری تخصصی است. بنا به اظهار نویسنده مسئول مقاله، حمایت مالی از پژوهش و تعارض منافع وجود نداشته است. در پایان از همه کسانی که در انجام پژوهش ما را یاری نمودند، کمال تشکر را داریم.

References

1. Yousefi F, Mohamadkhani M. [Investigation of students' mental health at Kurdistan University of Medical Science and it related with age, gender and their academic courses]. Med J Mashhad Univ Med Sci. 2014;56(6):354-361. [Persian]
2. Zare N, Parvareh M, Noori B, Namdari M. [Mental health status of Iranian university students using the GHQ-28: A meta-analysis]. SJKU. 2016;21(4):1-16. [Persian]
3. Yaghubi H, Karimi M, Omid A, Mesbah N, Kahani Sh, Abedi-Qelich-Qeshlaq M. [Prevalence of mental disorders and demographic factors that influence the freshmen students of Tehran city universities of medical sciences]. J Clin Psychol. 2014;6(2):95-104.
4. Sobhi-Gharamaleki N, Porzoor P, Aghajani S, Narimani M. [Effectiveness of emotion regulation training on reduction of anxiety, stress and depression symptoms among university students]. Iran J Health Educ Health Promot. 2015;3(1):5-13.
5. Barlow DH, Durand VM. [Abnormal psychology: An Integrative Approach]. (7nd ed.). Belmont, CA: Wadsworth; 2013
6. Antai-Otong, D. [Psychiatric nursing: Biological & behavioral concepts]. Florence, KY: Thompson Delmar Learning; 2003.
7. Sadock B, Sadock V, Ruize P. [Synopsis of Psychiatry Behavioral Science/ Clinical Psychiatry]. (11th ed.), Lippincott Williams and Wilkins; 2015.

فرازشیخی هر دو بر هیجان‌ها مؤثر می‌باشند و توجه و تعدیل هیجان‌ها، باعث کاهش اضطراب، استرس و افسردگی و همچنین افزایش تحمل آشفتگی می‌شود. درمان شناختی-رفتاری منجر به بالا رفتن افکار مثبت و میزان سازگاری می‌گردد. Hibbs و Jensen در پژوهشی نشان دادند که بازسازی شناختی افکار تحریف‌شده منجر به کاهش افسردگی می‌شود؛ بنابراین درمان شناختی رفتاری از طریق بازسازی و اصلاح افکار تحریف‌شده، نیز سبب کاهش افسردگی می‌شود (۵۶). از این رو، تفاوت در میزان اثربخشی می‌تواند ناشی از توجه ویژه به هیجان‌ها در رویکرد درمان فرازشیخی باشد (۵۰). این درمان بر پایه هیجان استوار است و پروتکل‌های درمان فرازشیخی برای بیماری‌های همبود طراحی شده است (۲۵) و کاهش نشانگان بالینی یکی از مؤلفه‌های مهم و مرتبط با هیجان است و پردازش تجربه‌های هیجانی در ایجاد و حفظ اختلال‌های هیجانی نقش اصلی را ایفا می‌کند (۵۷). درمان فرازشیخی به دانشجویان کمک کرد تا بیاموزند چگونه با مؤلفه‌های هیجانی نامناسب خود روبه‌رو شوند و به شیوه سازگارانه‌تری به آن‌ها پاسخ دهند؛ بنابراین موجبات اثربخشی درمان فرازشیخی را فراهم نمود. این رویکرد درمانی سعی دارد با تنظیم عادات‌های نظم‌بخشی هیجانی، شدت و وقوع عادات‌های هیجانی منفی را کاهش دهد، میزان آسیب‌های احتمالی را کم کند و کارکرد آن‌ها را تقویت نماید (۵۲).

نتیجه‌گیری

رویکردهای شناختی-رفتاری نیز بر نقش افکار منفی تأکید دارند و با دست‌کاری شناخت‌ها بر تنظیم هیجانی اثر می‌گذارند. اما درمان فرازشیخی تأکید ویژه‌ای بر نقش هیجان‌ها داشته و تکنیک‌هایی اختصاصی برای مدیریت هیجان‌ها به کار می‌برد. بر همین اساس رویکرد درمانی فرازشیخی در کاهش نشانگان بالینی مؤثرتر بوده است. پیشنهاد می‌شود با توجه به یافته‌های پژوهش حاضر برای کاهش نشانگان بالینی از رویکرد درمانی فرازشیخی استفاده شود. همچنین پیشنهاد می‌شود، برای افزایش تعمیم‌پذیری نتایج این روش درمانی در نمونه‌های

8. Badan Firoz A, Makvand Hosseini Sh, Mohammadifar M. [The relationship of emotion regulation with depression and anxiety symptoms of university students: The mediating role of mindfulness]. *Shenakht J Psychol Psychiatry*. 2017;4(2):24-38. [Persian]
9. . Azizi AR, Mirzaei A, Shams J. [Correlation between distress tolerance and emotional regulation with students smoking dependence]. *Hakim Res J*. 2010;13(1):11-18. [Persian]
10. Samimi Z, Mirdoraghi F, Hasani J, Zakeri MM. [The role of cognitive emotion regulation strategies and distress tolerance in high-risk behaviors among students]. *J Res Behav Sci*. 2016;14(1):92-102. [Persian]
11. Daughters SB, Ross TJ, Bell RP, Yi JY, Ryan J, Stein EA. [Distress tolerance among substance users is associated with functional connectivity between prefrontal regions during a distress tolerance task]. *Addict Biol*. 2017;5:1378-90.
12. Simons JS, Gaher RM. [The distress tolerance scale: Development and validation of a self-report measure]. *Motiv Emot*. 2005;209:83-102.
13. Magidson JF, Ali B, Listhaus A, Daughters SB. Distress tolerance. In: Mackillop A, de Wit H eds. [The Wiley-Blackwell handbook of addiction psychopharmacology]. John Wiley & Sons: Oxford;2013:900-51.
14. Bernstein A, Zvolensky MJ, Vujanovic A, Moos R. [Integrating anxiety sensitivity, distress tolerance, and discomfort intolerance: A hierarchical model of affect sensitivity and tolerance]. *Behav Ther*. 2009;43:976-301.
15. Rezapour Mirsaleh Y, Esmaeelbeigi Mahani M. [The relationship between cognitive flexibility and distress tolerance by the mediating role of negative problem orientation in orphans and abandoned adolescent]. *Socl Work Mag*. 2017;6(3):22-31. [Persian]
16. Beck AT, Rush A, Shaw BF, Emery G. [Cognitive therapy of depression]. New York: Guilford Press; 1979.
17. Hofmann S, Hayes SC. [Process-based CBT: the science and core clinical competencies of cognitive behavioral therapy]. Oakland, CA: New Harbinger; 2018
18. GhamkharFard Z, Bakhtiari M, Hajiheidari Z, Pouravari M, Tahmasian K. [The effectiveness of group cognitive-behavioral therapy in anxiety and boredom proneness in generalized anxiety disorder girls]. *Knowl Res Appl Psychol*. 2019;3(77):122-32. [Persian]
19. Jonbozorgi M, Golchin N, Alipour A, Agah Heris M. [The effectiveness of group Cognitive-Behavior Therapy on Decreasing Severity of Pain and Psychological distress among women with chronic back pain]. *Iran J Psychiatry Clin Psychol*. 2013;19(2):102-8. [Persian]
20. Azimi M, Moradi A, Hasani J. [Effectiveness of cognitive behavioral therapy (Face to face and internet-based) on emotional regulation strategies of individuals with comorbidity of insomnia and depression. *Res Psgchol Health*. 2017;11(1):49-61. [Persian]
21. Soleymany Kahreh Z, Hosseini SS, Afsharinia K. [The comparison of the effectiveness of cognitive-behavioral therapy, music therapy and relaxation therapy on reducing anxiety and depression in coronary artery disease patients. *Yafte*. 2019;21(3):129-43. [Persian]
22. Chambless DL, Baker MJ, Baucom DH, Butler LE, Calhoun KS, Woody SR. [Update on empirically validated therapies, II.] *The Clinical Psychologist* 1998; 51:3-16.
23. Everts EB, Sprangers MAG, Sitnikova K, Stokkers PCF, Ponsioen CY, Bartelsman JF, et al. [Effectiveness of cognitive-behavioral therapy on quality of life, anxiety, and depressive symptoms among patients with inflammatory bowel disease: A multicenter randomized controlled trial]. *J Consult Clin Psychol*. 2017; 85(9):918-25.
24. Sockol LE. [A systematic review of the efficacy of cognitive behavioral therapy for treating and preventing perinatal depression]. *J Affect Disord*. 2015;177:7-21.
25. Hofmann SG, Wu JQ, Boettcher H. [Effect of cognitive-behavioral therapy for anxiety disorders on quality of life: A meta-analysis]. *J Consul Clin Psychol*. 2014;82(3):375-91.
26. Orvati Aziz M, Aziza S, Mehrinejad SA, Hashemian K, Paivastegar M. [Integrative therapy (short-term psychodynamic psychotherapy & cognitive-behavioral therapy) and cognitive-behavioral therapy in the treatment of generalized anxiety disorder: A randomized controlled trial]. *Complemen Ther Clin Pract*. 2020;39:101122
27. Zhang Q, Yang X, Song H, Jin Y. [Cognitive behavioral therapy for depression and anxiety of Parkinson's disease: A systematic review and meta-analysis]. *Complemen Ther Clin Pract*. 2020;39:101-11.
28. .Zemestani M, Imani M. [Effectiveness of transdiagnostic treatment on depression/anxiety symptoms and emotion regulation]. *Contempor Psychol*. 2016;11(1):21-32. [Persian]
29. Barlow DH, Farchione TJ, Fairholme CP, Ellard KK, Boisseau CL, Allen LB, Ehrenreich MJ. [The unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: Therapist guide]. (1st ed). New York: Oxford University Press; 2011.
30. Talebi N, Naeini Davarani M, Nourouzi Khoohdasht R, Yaghoubi L. [Effectiveness of transdiagnostic integrated treatment in cognitive emotion regulation strategies and social adjustment among infertile women]. *Fund Ment Health*. 2017;19(3-Special Issue):160-6. [Persian]

31. Barlow DH, Farchione TJ, Bullis JR, Gallagher MW, Murray-Latin H, Sauer-Zavala S. The unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders compared with diagnosis-specific protocols for anxiety disorders: A randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry*. 2017;74(9):875-84.
32. Firoozi M, Biranvandi M. [Integrate metacognition for cognitive emotional regulation in patients with cardiovascular disease]. *Yafte*. 2018;20(2):93-102. [Persian]
33. Hooman F, Mehrabizadeh Honarmand M, Zargar Y, Davodi I. [The effectiveness of transdiagnostic therapy on anxiety, depression, cognitive strategies of emotional regulation, and general performance in women with comorbid anxiety and depression]. *J Fasa Univ Med Sci*. 2016;5(4):551-63. [Persian]
34. Talkovsky AM, Green KL, Osegueda A, Norton PJ. [Secondary depression in transdiagnostic group cognitive behavior therapy among individuals diagnosed with anxiety disorders]. *J Anxiety Disord*. 2017;46(3):56-64.
35. Newby JM, McKinnon A, Kuyken W, Gilbody S, Dalglis T. [Systematic review and meta-analysis of transdiagnostic psychological treatments for anxiety and depressive disorders in adulthood]. *Clin Psychol Rev*. 2015;40:91-110.
36. Ellard K, Bernstine E, Hearing C, Baek JH, Sylvia LG, Nierenberg A, et al. [Transdiagnostic treatment of bipolar disorder and comorbid anxiety using the Unified Protocol for Emotional Disorders: A pilot feasibility and acceptability trial]. *J Affect Disord*. 2017;219:209-21.
37. Nasiri FA, Mashhadi A, Bigdeli I, Ghanaei Chamanabad A, Kristen KE. [Augmenting the unified protocol for trans diagnostic treatment of emotional disorders with transcranial direct current stimulation in individuals with generalized anxiety disorder and comorbid depression: A randomized controlled trial]. *J Affect Disord*. 2020;262:405-13.
38. Lovibond SH, Lovibond PF. [Manual for the depression anxiety stress scales]. 2th Sydney: Psychological Foundation Monograph; 1995.
39. Free ML. [Cognitive therapy in groups: guidelines and resources for practice]. Chichester, West Sussex, England; Hoboken, NJ: Wiley; 2007.
40. 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]. (1st ed). New York: Oxford University Press, 2011.
41. Lovibond PF. [Long-term stability of depression, anxiety, and stress syndromes]. *J Abnorm Psychol*. 1998;107: 520-6.
42. Salehi A, Asghari MJ, Salari R. [Validation of depression anxiety and stress scale (DASS-21) for an Iranian population]. *Iran Psychol*. 2005;5(4):299-312. [Persian]
43. Rahbari Ghazan N, babapour J. [The role of brain/behavioral systems and positive and negative cognitive emotion regulation strategies in predict of depression symptoms in patient with major depression disorder]. *Razi J Med Sci*. 2019;25(10):61-70.
44. Butler AC, Chapman JE, Forman EM, Beck AT. [The empirical status of cognitive behavioral therapy: A review of meta-analyses]. *Clin Psychol Rev*. 2006; 26(1):17-31.
45. Gould RA, Safren SA, Washington DO, Otto MW. A meta-analytic review of cognitive behavioral treatments. [In: Heimberg RG, Turk CA, Mennin DS. Editor. Generalized anxiety disorder: advances in research and practice]. New York: Guilford Press; 2004.
46. Liang M, Yingnan Zh, Cong H, Zeshi C. [Resilience-oriented cognitive behavioral interventions for depressive symptoms in children and adolescents: A meta-analytic review]. *J Affect Disord*. 2020; 270:150-64
47. Najafi N. [The effectiveness of cognitive-behavioral stress management training on the reduction of dysfunctional attitudes and stress in adolescent with coronary heart disease]. *Razi J Med Sci*. 2015;21(128):8-17.
48. Dozois DJA, Westra HA. The nature of anxiety and depression: Implications for Prevention. In: KS Dobson, DJA Dozois. [The prevention of anxiety and depression: Theory, research, and practice]. Washington, DC: American Psychological Association; 2004.
49. Clark DA, Taylor S. [The transdiagnostic perspective on cognitive-behavioral therapy for anxiety and depression: New wine for old wineskins?] *J Cogn Psychother*. 2009;23:60-6.
50. Ellard KK, Fairholme CP, Boisseau CL, Farchione T, Barlow DH. [Unified protocol for the transdiagnostic treatment of emotional disorders: Protocol development and initial outcome data]. *Cogn Behav Pract*. 2010;17(1):88-101.
51. Gross JJ, John OP. [Individual differences in two emotion regulation processes: Implications for affect, relationships, and well-being]. *J Person Soc Psychol*. 2003;85(2):348-62.
52. Gross JJ, Thompson RA. [Emotion regulation: Conceptual foundation]. In JJ Gross (Eds.), [Handbook of emotion regulation]. The Guilford Press; 2007.
53. Taghavizade M, Akbari B, Hossein Khanzade AA, Moshkbid Haghighi M. [Comparing the effectiveness of cognitive-behavioral and acceptance and commitment therapies on emotional regulation, and excessive responsibility of obsessive-compulsive personality disorder]. *Appl Quart Res Psychol*. 2019;10(2):119-36.
54. Torre-Luque L, Fiol-Veny A, Essau C, Balle M, Bornas X. [Effects of a transdiagnostic cognitive

behaviour therapy-based programme on the natural course of anxiety symptoms in adolescence]. *J Affect Disord.* 2020;264:474-82.

55. . Mohajerin B, Bakhtiyar M, Olesnycky OS, Dolatshahi B, Motabi F. [Application of a transdiagnostic treatment for emotional disorders to body dysmorphic disorder: A randomized controlled trial]. *J Affect Disord.* 2019;245:637-44.

56. Hibbs ED, Jensen PS. [Psychosocial treatments for child and adolescents disorders: empirically based strategies for clinical practice]. Washington, DC: American psychological association; 2004.

57. Fairholme CP, Boisseau CL, Ellard KK, Ehrenreich JT, Barlow DH. [Emotions, emotion regulation, and psychological treatment: A unified perspective. In: Kring AM, Sloan DM, editors. *Emotion regulation and psychopathology: A transdiagnostic approach to etiology and treatment*]. New York; Guilford Press; 2010.