مجله علوم پزشکی رازی دوره ۳۱، شماره پیوسته ۱۵۹، ۱ دی ۱۴۰۳ https://doi.org/10.47176/rjms.31.159

مقاله پژوهشی

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 آزاداسلامی، شهرکرد، ایران

احمد غضنفری: دانشیار، گروه روانشناسی، واحد شهرکرد، دانشگاه آزاد اسلامی، شهرکرد، ایران (* نویسنده مسئول) aghazan5@yahoo.com

طیبه شریفی: دانشیار، گروه روانشناسی، واحد شهرکرد، دانشگاه آزاد اسلامی، شهرکرد، ایران

چکیده

زمینه و هدف: اختلالات خلقی گروه و سیعی از اختلالاتی را شامل می شوند که خلق مر ضی (پاتولوژیک) و آ شفتگی‌های 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 پیش آزمون– پس آزمون 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 درمان‌شناختی رفتاری اثربخشی معنی داری 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. به طوری که درمان شناختی رفتاری به طور معنی‌داری 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 می شود. 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.

کلیدواژه‌ها

درمان فراتشخیصی،

درمان شناختی– رفتاری،

نشانگان پیش از قاعدگی،

اختلالات خلقی

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۰۵/۱۴

تاریخ چاپ: ۱۴۰۳/۱۰/۰۱

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(21 Dec);31.159.

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 به‌صورت دسترسی آزاد مطابق با CC BY-NC-SA 4.0 صورت گرفته است.

Razi Journal of Medical Sciences. 2024(21 Dec);31.159. https://doi.org/10.47176/rjms.31.159

Original Article

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 Ghazanefri: Associate Professor, Department of psychology, Shahrekord Branch, Islamic Azad University, Shahrekord, Iran (* Corresponding Author) 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 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

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

Received: 04/08/2024
Published: 21/12/2024

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, 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(21 Dec);31.159.

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 اختلال های 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 روان درمانی‌ها 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 می تواند تغییراتی در رفتار افراد ایجاد کند و توانایی آنها را در برخورد با فعالیت های 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 به طور 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. علایم این اختلال در زنان متفاوت است و همین مساله، تشخیص را دشوار می‌کند. بدتر اینکه الگوی این بیماری ممکن است برحسب ماه‌های مختلف سال و سن بیمار نیز دستخوش تغییر شود (۵). دلشوره، ناپایداری خلقی، تحریک پذیری، 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 علایم بسیار شایع این بیماری است (۶).

یکی از درمان‌های مؤثر روان شناختی که توانسته است روی طیف وسیعی از اختلالات هیجانی اثربخش باشد، درمان فراتشخیصی 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 می شود. درمان مذکور، یک درمان شناختی- رفتاری فراتشخیصی متمرکز بر هیجان است؛ در این درمان با تأکید بر هیجان ها و ماهیت انطباقی و کارکردی هیجان‌ها، سعی در شناسایی و اصلاح کوشش‌های غیر انطباقی برای تنظیم تجارب هیجانی می‌شود (۸). توجه به مساله هم ابتلایی اختلال‌های اضطرابی و افسردگی و پاسخ به چالش‌های آن تنها از راه تدوین راهکارهایی مقدور 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). منطق شکل‌گیری درمان‌های فراتشخیصی بر مفاهیم نظری و نتایج تجربی در مورد وجود عوامل مشترک بین اختلال‌های هیجانی مبتنی بوده و عمدتا 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 نشانه های 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، روان شناسان و درمان کنندگان به افراد کمک می‌کنند الگوهای مخربی که در رفتار و احساسات نقش دارن، 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 اســـتوار اســـت و بر نقش تکلیف، واگذار کردن مســـئولیت به درمان جو برای پذیرش نقش فعال در جلســـات درمان و بیرون از آن و اســـتفاده از انواع راهبردهای شـــناختی و رفتاری برای به وجود آوردن تغییر تأکید دارند. این روش درمانی بیشتر بر این فرض اســـتوار اســـت که بازســـازی اظهارات شـــخص فرد به بازسازی در رفتار و خلق او منجر می‌شود (۱۳). در این رویکرد درمانی تأکید بر به عمل در آوردن بینش‌هایی اســـت که به تازگی کســـب شـــده‌اند و تکالیفی که به درمان جویان داده می‌شـــود، آن‌ها را قادر می‌ســـازد که رفتارهای تازه و جدیدی را تمرین کنند و در فرایند شـــرطی شـــدن مجدد به آن‌ها کمک می‌کنند (۱۴). به گفته محققان، درمان شـــناختی- رفتاری نوعی روان درمانی اســـت که به بیماران کمک می‌کند تا به درک افکار و احساساتی که بر روی رفتارشان تأثیر می‌گذارد، نائل گردند (۱۵). درمان شـــناختی رفتاری عموماً کوتاه مدت اســـت و بر کمک به بیماران در پرداختن به یک مشـــکل خاص تمرکز دارد. در خلال دوره درمان، فرد یاد می‌گیرد که چگونه به کمک روانشـــناســـان و تمرین‌های خاص الگوهای فکری مخرب یا مزاحمی را که دارای تأثیرات منفی بر روی رفتارش هســـتند، شـــناســـایی 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 می‌توان از چنین درمان‌ها و مداخلاتی کمک گرفت؟ بنابراین ســـوال اینجاست که درمان فراتشـــخیصـــی و درمان شـــناختی رفتاری تا چه حد می تواند بر نشـــانگان 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 مقایســـه اثربخشـــی درمان فراتشـــخیصـــی و درمان شـــناختی رفتاری بر نشـــانگان پیش از قاعدگی زنان مبتلا به اختلالات خلقی شـــهر اصفهان انجام شد.

روش کار

مطالعه حاضـر یک طرح نیمه آزمایشـی از نوع پیش آزمون- پس آزمون با گروه گواه به همراه دوره پیگیری بود که در کمیسیون کد اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی واحد شـــهرکرد با کد IR.IAU.SHK.REC.1401.006 به تصـویب رسـید. متغیرهای مسـتقل پژوهش حاضـر عبارت بودند از دو روش درمان فراتشخیصی و درمان شـــناختی- رفتاری و متغیرهای وابســـته پژوهش نیز نشـــانگان پیش از قاعدگی بود که در جامعه زنان مبتلا به اختلالات خلقی شـــهر اصـــفهان مورد بررســـی 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 شـــرایط معیارهای ورود به مطالعه بودند و معیارهای خروج را نداشتند به صورت هدفمند انتخاب و در ســـه گروه (۲ گروه آزمایشـــی و یک گروه گواه) مورد بررسی قرار گرفتند.

در این مطالعه پژوهشـگر به کلینیک‌های تخصـصـی شـــهر اصـــفهان مراجعه نموده و پس از معرفی خود به بیان اهداف مطالعه برای زنان پرداخت، ســـپس از زنانی که رضـــایت جهت شـــرکت در مطالعه داشـــتند، فرم رضـــایت آگاهانه دریافت شـــد. پس از آن پرســـشـــنامه غربالگری اختلالات خلقی در اختیار آنها قرار گرفت و از زنان درخواست شد تا با دقت به تکمیل پرسشنامه بپردازنـد. پس از جمع‌آوری، اطلاعـات موجود در پرسشنامه‌ها مورد تحلیل و بررسی قرار گرفته و زنان مبتلا به اختلالات خلقی (به غیر از افراد دارای اختلال دوقطبی I، اختلال دوقطبی II، اختلال افســـردگی اساسی، اختلال افسردگی مداوم (دیستیمیا)) شناسایی شـــد. به این ترتیب ۴۵ نفر با نمونه گیری هدفمند انتخاب شـــدند. ســـپس ۴۵ نفر انتخاب شـــده دارای اختلالات خلقی گفته شده به صورت تصادفی به سه گروه با حجم نمونه یکســـان (۱۵ نفری) شـــامل ۲ گروه آزمایشـــی (درمان فراتشـــخیصـــی و درمان شـــناختی- رفتاری) و گروه گواه (بدون درمان)، تقســـیم شـــدند. پرسشنامه نشانگان پیش از قاعدگی در اختیار آنان قرار گرفت و تکمیل شـــد. بلافاصـــله پس از اتمام جلســـات درمانی نیز زنان در هر ســـه گروه مجددا توســـط

پرسشنامه مورد بررسی قرار گرفتند. به منظور پیگیری درمان نیز یکماه پس از مداخله مجددا زنان به سوالات این پرسشنامه‌ها پاسخ دادند. معیارهای ورود شامل زنان دارای سن ۱۸ تا ۳۵ سال، حداقل توانایی در خواندن، 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 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 و۳-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 گروه های ۱۵ نفره بعد از آزمون پیش تست آزمون ها 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

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 آرامیدگی 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 نگران‌کننده فراشناختی، ایجاد دیدگاه‌های جدید، تمرین آرمیدگی پیشرونده.
جلسه دهم	ادامه شناسایی و بررسی باورهای اصلی، ادامه شناسایی و بررسی باورهای نگران‌کننده 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 نگران‌کننده فراشناختی، پیشرونده، مواجه 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 بیماران، ارایه 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 ذهن‌آگاهی
چهارم	آموزش آگاهی هیجانی؛ یادگیری مشاهده تجارب هیجانی(هیجانها و واکنش به هیجانها) به خصوص با استفاده از تکنیک های ذهن‌آگاهی
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 ازهیجان 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 EDBSناسازگارانه 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 علایم.
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.

یافته‌ها

اولین پیش فرضی که برای به کارگیری روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر مورد نیاز است، پیش فرض نرمال بودن توزیع نمونه‌ای نمرات گروه‌های نمونه در جامعه است. اساس این پیش فرض بر آن است که فرض می شود توزیع نمرات در جامعه نرمال بوده و اگر در گروه‌های نمونه کجی و کشیدگی حاصل شد به خاطر انتخاب تصادفی افراد بوده است. برای آزمون این فرضیه از آزمون شاپیروویلک و کلموگروف-اسمیرنف 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 نمی باشد.

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 پیش فرض بر این است که فرض می شود 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 گرین هاوس-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 به‌اندازه مجذور اتا برای عامل تعامل گروه و عامل مکرر مشخص است که در حدود ۲۴/۱ درصد

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

منبع واریانس		مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	مجذور اتا
تعامل گروه و عامل مکرر	فرض کرویت	۳۲۵/۵	۲	۱۶۲/۷	۵/۴۶	۰/۰۰۱	۰/۲۴۱
	تصحیح گرین‌هاوس	۳۲۵/۵	۱/۸۵	۱۷۵/۹	۵/۴۶	۰/۰۰۱	۰/۲۴۱
	تصحیح هیون-فلت	۳۲۵/۵	۱/۸۵	۱۷۵/۹	۵/۴۶	۰/۰۰۱	۰/۲۴۱
	تصحیح پایین‌ترین‌دامنه	۳۲۵/۵	۲	۱۶۲/۷	۵/۴۶	۰/۰۰۱	۰/۲۴۱

جدول ۴- آزمون روند خطی بودن متغیر وابسته

منبع	روند	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	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 به‌صورت زوجی در سری زمانی

مقیاس	مرحله A	مرحله B	اختلاف میانگین (A-B)	خطای استاندارد	سطح معناداری
نشانگان پیش از قاعدگی	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۰/۷۹۸	۰/۱۳۸	۰/۰۰۱
		پیگیری	۰/۸۱۰	۰/۱۳۸	۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	پیگیری	۰/۰۱۲	۰/۱۴۰	۱

از تغییرات در نشانگان پیش از قاعدگی توسط آموزش گروهی درمان فراتشخیصی و درمان شناختی- رفتاری موثر تبیین می‌شود. به عبارت‌دیگر، نتیجه تحقیق حاکی از قدرتمندی تأثیر آموزش گروهی درمان فراتشخیصی و درمان شناختی- رفتاری موثر است. بر اساس نتایج به‌دست‌آمده، 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 مرحله‌ی پیگیری تغییری پیدا نمی‌کند. در قسمت تعامل گروه و روند خطی و غیرخطی نمره آزمودنی‌ها در سطوح گوناگون متغیر وابسته با توجه به گروه ارائه‌شده 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 معناداری دارند که حکایت از اثربخشی آموزش گروهی درمان فراتشخیصی و درمان شناختی- رفتاری موثر در مرحله پس آزمون دارد ولی نمرات پس‌آزمون با مرحله‌ی 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 استفاده‌شده 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 پس‌آزمون تأثیر گذاشته است و ۱۴/۵ در صد واریانس تفاوت نمره نشانگان پیش از قاعدگی را مداخله‌ها تبیین می‌کنند.

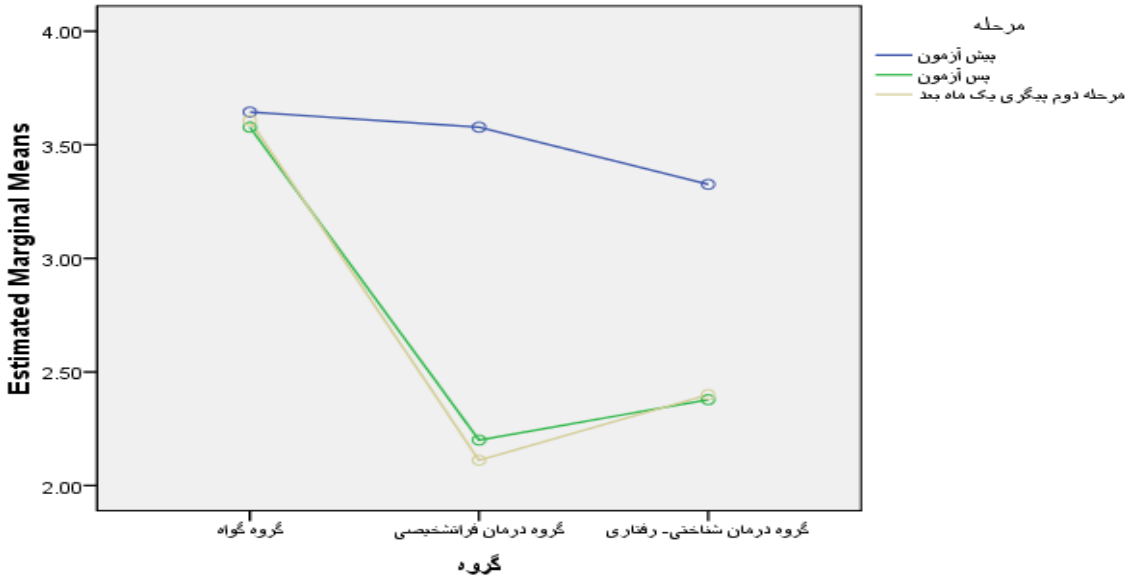
جدول ۷ نشان می‌دهد که هم آموزش گروهی درمان فراتشخیصی و هم آموزش گروهی درمان شناختی رفتاری در مقایسه با گروه گواه اثربخش بوده اند. ولی میانگین نمره نشانگان پیش از قاعدگی در آموزش گروهی درمان فراتشخیصی و درمان شناختی- رفتاری موثر تفاوت معناداری ندارند. مقایسه میانگین‌ها نشان می‌دهد آموزش گروهی درمان فراتشخیصی اثربخش‌تر از درمان شناختی رفتاری نیست. به‌عبارت‌دیگر درمان

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 پیلای	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 به‌صورت 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
		گروه گواه	-۰/۹۸	۰/۱۳۸	۰/۰۰۰۱
	درمان شناختی رفتاری	گروه گواه	-۰/۹۱	۰/۱۳۸	۰/۰۰۰۱



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

گروه درمان فراتشخیصی به اندازه آموزش گروهی درمان شناختی رفتاری بر نشانگان پیش از قاعدگی تأثیرگذار بوده است.

با توجه به نمودار ۱ نمره نشانگان پیش از قاعدگی در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری دو گروه آزمایش 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 می دهد 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 درمان فراتشخیصی و درمان‌شناختی 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 یافته ها 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 درمان های پزشکی نمی‌روند و در صورت مراجعه نیز در بسیاری از موارد پاسخ مناسبی 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 می شود؛ 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 اختلال های هیجانی، به ویژه اختلال های خلقی و اضطرابی طراحی شده است و در آن از اصول و پروتکل‌های درمانی یکسانی برای انواع این اختلال‌ها استفاده می شود. درمان مذکور، یک درمان شناختی- رفتاری فراتشخیصی متمرکز بر هیجان است؛ در این درمان با تأکید بر هیجان ها 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 شناختی رفتاری بر نشانگان پیش از قاعدگی زنان مبتلا به اختلالات خلقی شهر اصفهان می باشد، اما بین پایداری دو گروه اختلاف معنی داری برای نشانگان پیش از قاعدگی مشاهده نشد. موافق با این نتایج، داگلیش (Dalgleish) 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 باز سازی اظهارات شخص فرد به بازسازی در رفتار و خلق او منجر می‌شود. در این رویکرد درمانی 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 می شود که بر ماهیت سازگارانه و کارکردی هیجان‌ها تأکید دارد و به دنبال شناسایی و تصحیح تلاش‌های ناسازگارانه 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 می تواند با تعداد نمونه بیشتر انجام شود. این پژوهش بر روی زنان دارای اختلالات خلقی انجام شد و مطالعات در آینده می‌تواند بر روی سایر بیماران هم انجام شود. همچنین پیشنهاد می‌گردد که مشاورین خانواده و سایر کلینیک های روان درمانی 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 اختلال های ناتوان کننده به شمار رود، بنابراین پیشنهاد می گردد که متخصصان به مراقبت و درمان این اختلال توجه ویژه‌ای داشته باشند.

محدودیت‌ها

این مطالعه همچنین دارای محدودیت هایی بوده است. اطلاعات این مطالع از منبعی واحد (کلیه بیماران مبتلا به اختلالات خلقی مراجعه کننده به کلینیک های 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 جلسه ای 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 نشـــان می‌دهد که هر دو درمان فراتشـخیصـی و درمان شـناختی رفتاری می‌توانند در کاهش نشـــانگان پیش از قاعدگی زنان مبتلا به اختلالات خلقی مؤثر باشـــند. با این حال، درمان شناختی رفتاری به عنوان روشی با اثربخشی بیشتر توصـــیه می‌شـــود. این یافته بر اهمیت به‌کارگیری روش‌های متمرکز بر شـــناخت و رفتار برای مدیریت اختلالات خلقی تأکید دارد و می‌تواند در برنامه‌ریزی‌های درمانی مورد استفاده قرار گیرد.

ملاحظات اخلاقی

این مقاله برگرفته از پایان‌نامه دکترا و زیر نظر کمیته اخلاق دانشـگاه آزاد اسـلامی واحد شـهرکرد و با کد اخلاقی به شـناسـه IR.IAU.SHK.REC.1401.006 انجام گرفته است.

مشارکت نویسندگان

احمد غضـــنفری نگارش مقاله و طیبه شـــریفی ویراســـتاری مقاله را برعهده داشـــتند و زاهرا آخوندی یزدی داده‌ها را تجزیه و تحلیل کرد.

References

1. Datta S, Suryadevara U, Cheong J. Mood Disorders. Continuum (Minneap 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. 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, Țurcanu 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.