

Evaluation of The effectiveness of unified protocol for transdiagnostic group therapy on positive metacognition and meta-emotions and anxiety sensitivity in in veterans with trauma-related comorbidity disorders and depression

Mojtaba Zohrabi¹ Mahdi Iman,² | Nurallah Mohammadi³ | Mohammad Ali Goodarzi⁴

Abstract

The aim of the present study was to determine the effectiveness of Unified trans diagnostic group therapy on positive meta-cognitions and meta-emotions and anxiety sensitivity in veterans with comorbid trauma-related disorder and depression. The research method was quasi-experimental, with a pre-test-post-test design with a control group and a two-month follow-up period. The sample consisted of 24 people who were selected in a targeted way from among the neuropsychiatric veterans who referred to or were hospitalized in the centers and hospitals affiliated to the Shahid Shiraz Foundation in 1402 and were randomly assigned to two experimental and control groups. Participants with Rees et al.'s (1986) Anxiety Sensitivity Scales, Beer and Moneta (2010) positive metacognitions and meta-emotions, Weiss and Marmar (1997) event trauma-revised, Military Edition PTSD, Beck depression et al. (1996) evaluation and data were analyzed using analysis of variance with repeated measures by SPSS software version 23. The results of the analysis showed that there is a significant difference between the experimental group and the control group in the pre-test stage compared to the post-test and the follow-up period ($P < 0.05$) and the differences from the post-test to the follow-up are significant. They are not ($p > 0.05$), which means that the stability of the treatment was maintained over time. Therefore, the therapeutic intervention has been effective on the research variables.

Keywords: trauma, positive metacognitions, meta-emotions, anxiety sensitivity, Unified transdiagnostic group therapy, depression.

58

Vol. 15
Summer 2024



Research Paper

Received:
29 January 2024
Revised:
18 April 2024
Accepted:
5 May 2024
Published:
12 August 2024
P.P: 37-66

ISSN: 2588-5162
E-ISSN: 2645-517x



DOR: 20.1001.1.25885162.1403.15.2.2.6

1. PhD student in clinical psychology, Department of Clinical Psychology, Faculty of Education and Psychology, Shiraz University, Shiraz, Iran.

2. Corresponding Author: Associate Professor, Department of Clinical Psychology, Faculty of Education and Psychology, Shiraz University, Shiraz, Iran.

Dr.mahdiimanipsy@gmail.com

3. Professor, Department of Clinical Psychology, Faculty of Education and Psychology, Shiraz University, Shiraz, Iran

4. Professor, Department of Clinical Psychology, Faculty of Education and Psychology, Shiraz University, Shiraz, Iran.

Publisher: Imam Hussein University

This article is licensed under a Creative Commons Attribution 4.0 International License (CC BY 4.0)





مقاله پژوهشی

تاریخ دریافت:
۱۴۰۲/۱۱/۰۹
تاریخ بازنگری:
۱۴۰۳/۰۱/۳۰
تاریخ پذیرش:
۱۴۰۳/۰۲/۱۶
تاریخ انتشار:
۱۴۰۳/۰۵/۲۲
صص: ۶۶-۳۷

شابا چاپی: ۵۱۶۲-۲۵۸۸
الکترونیکی: ۵۱۷-۲۶۴۵



بررسی اثربخشی گروه‌درمانی فرا تشخیصی یکپارچه‌نگر بر فراشناخت و فرا هیجان‌های مثبت و حساسیت اضطرابی در جانبازان دارای اختلال همبند وابسته به تروما و افسردگی

مجتبی ظهراپی^۱ | مهدی ایمانی^۲ | نورالله محمدی^۳ | محمدعلی گودرزی^۴

چکیده

هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی گروه‌درمانی فرا تشخیصی یکپارچه‌نگر بر فراشناخت‌ها و فرا هیجان‌های مثبت و حساسیت اضطرابی در جانبازان دارای اختلال همبند وابسته به تروما و افسردگی بود. روش پژوهش نیمه‌آزمایشی، با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل همراه با دوره پیگیری دو ماهه بود. نمونه شامل ۲۴ نفر که به روش هدفمند از بین جانبازان اعصاب و روان مراجعه‌کننده یا بستری در مراکز بیمارستان‌های وابسته به بنیاد شهید شیراز در سال ۱۴۰۲ انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل گمارده شدند. شرکت‌کنندگان با مقیاس‌های حساسیت اضطرابی ریس و همکاران (۱۹۸۶)، فراشناخت‌ها و فرا هیجان‌های مثبت بیر و مونتا (۲۰۱۰)، ضربه رویداد - تجدیدنظر شده ویز و مارمار (۱۹۹۷)، اختلال استرس پس از ضربه ویرایش نظامی، افسردگی بک و همکاران (۱۹۹۶) ارزیابی و داده‌ها با استفاده از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر به وسیله نسخه ۲۳ نرم‌افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. نتایج حاصل از تحلیل نشان داد که بین گروه آزمایش و گروه کنترل در مرحله پیش‌آزمون نسبت به پس‌آزمون و دوره پیگیری تفاوت معناداری وجود دارد ($P < 0.05$) و تفاوت‌ها از پس‌آزمون به پیگیری معنادار نیستند ($P > 0.05$) به این معنا که ثبات درمان در طول زمان حفظ شد؛ بنابراین مداخله درمانی بر متغیرهای پژوهش اثربخش بوده است.

کلیدواژه‌ها: تروما؛ فراشناخت‌ها و فرا هیجان‌های مثبت؛ حساسیت اضطرابی؛ گروه‌درمانی فرا تشخیصی یکپارچه‌نگر؛ افسردگی

DOR: 20.1001.1.25885162.1403.15.2.2.6

۱. دانشجوی دکتری روان‌شناسی بالینی، گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکده تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه شیراز، شیراز، ایران.

۲. نویسنده مسئول: دانشیار، گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکده تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه شیراز، شیراز، ایران.

Dr.mahdiimanipsy@gmail.com

۳. استاد، گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکده تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه شیراز، شیراز، ایران.

۴. استاد، گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکده تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه شیراز، شیراز، ایران.



مقدمه

ضربه یا تروما^۱، به‌عنوان بخش جدایی‌ناپذیر زندگی آدمی است به‌گونه‌ای که اکثر افراد در طول زندگی خود در معرض حداقل یک و اغلب چندین رویداد بالقوه آسیب‌زا قرار می‌گیرند (نوریس^۲، ۱۹۹۲؛ واگله، روبین، بمتسن و زیگلر^۳، ۲۰۱۳؛ به نقل از گلتنز - لوی^۴ و همکاران، ۲۰۱۸). اصطلاح «تروما» از یونان باستان سرچشمه می‌گیرد و به مفهوم «زخم» یا «آسیب» اشاره دارد. در ادبیات بهداشت روانی، این مقوله به میزان زیاد مورد بحث قرار گرفته است و به دلیل عواقب منفی احتمالی آن، از اهمیت بالایی برخوردار است (یهودا و همکاران^۵، ۲۰۱۵). علی‌رغم اینکه این مفهوم کلی در حال حاضر فاقد شفافیت و وضوح کافی است (کروپنیک^۶، ۲۰۱۸)؛ اما به طور گسترده با طیف وسیعی از رویدادهای آسیب‌زای دوران کودکی یا بزرگسالی مرتبط و اغلب زمانی اتفاق می‌افتد که فرد در معرض این رویدادهای عاطفی قرار گرفته و ظرفیت روانی وی توان مقابله و کنار آمدن با موقعیت‌های روزمره را نداشته باشد (بگلی^۷، ۲۰۲۳).

ارتباط بین این رویدادها و ایجاد آسیب‌هایی، مانند اختلال استرس پس از سانحه (PTSD)^۸ و پیامدهای روان‌شناختی دیگر به‌خوبی ثابت شده است؛ اختلال استرس پس از سانحه یکی از پیامدهای مهمی است که اغلب بر اثر تروما ایجاد می‌شود و در واقع پاسخی روان‌شناختی است که بر اثر تجربه حاصل از وقایع آسیب‌زا (برای مثال ترس، درماندگی و وحشت) پدید می‌آید (بلک و گرت^۹، ۲۰۱۴؛ به نقل از نوحی و همکاران، ۱۳۹۵). طبق تحقیقات صورت گرفته بین ۷ تا ۹ درصد از جمعیت عمومی تحت تأثیر علائم تروماتیک و پس از سانحه قرار می‌گیرند و همچنین به‌وضوح نشان داده شده است که در زیرگروه‌های خاصی از افراد مانند افسران پلیس و کارکنان نظامی که با خطرات بیشتری مواجه‌اند این نرخ به‌طور تصاعدی افزایش می‌یابد؛ اما این نتایج تنها محدود به آن‌ها نمی‌شود؛ علاوه بر این تحقیقات نشان می‌دهد که در جمعیت نظامی (با و بدون

1. Trauma
2. Norris
3. Ogle, Rubin, Berntsen & Siegler
4. Galatzer-Levy, Huang & Bonanno
5. Yehuda & et al
6. Krupnik
7. Bagley
8. Posttraumatic Stress Disorder
9. Black & Grant

مواجهه با جنگ)، نرخ بالاتری از علائم تروماتیک نسبت به جمعیت عمومی وجود داشته باشد (راینس و همکاران^۱، ۲۰۱۷) که بر اساس نتایج، این علائم ارتباط قوی و نیرومندی را با خطرات خودکشی در میان این افراد نشان می‌دهد (بوفا و همکاران^۲، ۲۰۱۸). از طرفی باتوجه به دسترسی آسان افراد نظامی به اسلحه و مهمات جنگی و همچنین تعامل مستقیم این افراد با نیروهای تحت امر و بالادست خود و لزوم به کارگیری تدبیر و منطق عقلانی و هیجانی در تصمیم‌گیری‌های شغلی این قشر از افراد، لزوم پیش‌بینی و درمان خطرات ناشی از تروما امری ضروری به نظر می‌رسد (ظهراپی و سرافراز، ۱۴۰۰) بدان علت که در کشور ما باتوجه به تحمل بار عظیم جنگ عراق علیه ایران، نظامیان و بازماندگان جنگ فراوان‌ترین قربانیان در بین مبتلایان به اختلالات تروماتیک هستند و به کرات شیوع بالای این اختلالات در بین بازماندگان و جانبازان جنگ تحمیلی، گزارش شده است (خرسند و همکاران، ۲۰۲۳).

اگرچه اختلال استرس پس از سانحه به‌عنوان اصلی‌ترین اختلال مرتبط با تروما مشخص می‌گردد، (برینت^۳، ۲۰۱۰)؛ اما در این موارد علائم ناشی از حوادث تروماتیک می‌تواند به‌صورت طیف وسیعی از تظاهرات بالینی مانند اختلالات افسردگی، اختلالات اضطرابی (اضطراب فراگیر، هراس، فوبیا^۴های خاص و اختلال اضطراب اجتماعی) و اختلالات مصرف مواد نیز همراه با اختلال استرس پس از سانحه ظاهر شوند (فریز^۵، ۲۰۱۵؛ استگلین و همکاران^۶، ۲۰۲۰؛ به نقل از بگلی، ۲۰۲۳).

توجه به این نکته حائز اهمیت است که در عواقب مواجهه با تروما میزان بالایی از همبودی در بین این اختلالات وجود دارد که با سطوح بالای ناتوانی طولانی‌مدت و افزایش بار خدمات بهداشتی همراه است (آدونل و همکاران^۷، ۲۰۱۶) و دشواری تصمیم‌گیری درمان را افزایش می‌دهد (آدونل و همکاران^۸، ۲۰۲۱). افسردگی یکی از شایع‌ترین اختلالاتی است که همبودی بالایی با PTSD و اثرات ناشی از تروما دارد وجود علائم افسردگی هم‌زمان، علاوه بر اینکه باعث ایجاد

1. Raines & et al
2. Boffa & et al
3. Bryant
4. Phobia
5. Frieze
6. Steglin & et al
7. O'Donnell & et al
8. O'donnell & et al

خودپنداره‌ای معیوب، همراه با معانی آسیب‌زا می‌شود و درمان PTSD را پیچیده می‌کند، خطرات قابل توجهی را برای افزایش نرخ خودکشی و مشکلات رفتاری در مقایسه با افرادی که تنها افسردگی و یا PTSD را تجربه می‌کنند، به وجود می‌آورد (لنز و هالن باو^۱، ۲۰۱۵، ژنگ و همکاران^۲، ۲۰۱۹؛ به نقل از شهابی وند و همکاران، ۱۴۰۰). این علائم همراه، افراد را نسبت به بازگشت مجدد علائم پس از سانحه، آسیب‌پذیرتر می‌سازد (نظری و همکاران، ۱۳۹۳). تحقیقات اخیر انجام‌شده در بیمارستان و دانشکده پزشکی دانشگاه اسپلیت در کرواسی، بیماری‌های همراه با PTSD را در یک جمعیت جانباز بررسی کرده است. نتایج این تحقیق افزایش قابل توجهی در خطر ابتلا به بیماری‌های قلبی عروقی، ریوی، پوست و متابولیک و افزایش خطر مرگ و میر را که عمدتاً در نتیجه خودکشی بود نشان می‌دهد (پریه و همکاران^۳، ۲۰۰۹ به نقل از هاوسز^۴، ۲۰۱۸).

بنابراین مشکلاتی نظیر نرخ بالای همبودی این اختلالات، افزایش هزینه‌های درمان و چالش‌ها و موانعی چون ترک زودهنگام درمان، علائم زیر آستانه‌ای و عدم دریافت تشخیص‌های مستقل، تظاهرات بالینی ناشی از تروماهای پیچیده و نهایتاً انگیزه ناکافی و عملکرد شناختی پایین ناشی از همراهی این علائم که ممکن است با تبعیت از درمان این افراد در درمان‌های متمرکز بر تروما تداخل ایجاد کند؛ موجب شده است تا پژوهشگران با توجه بیشتر در جهت توسعه و اجرای گزینه‌های درمانی جدید، به دنبال درمان‌هایی باشند که موانع موجود را تا حد امکان برطرف سازد (وارکوویسکی، شریل و رگر^۵، ۲۰۱۸) و یک دستور روشن و صریح را برای گزینه‌های درمانی مختلف در جهت رسیدگی هم‌زمان به بیماری‌های همراه، پیچیده و زیر آستانه‌ای در طیف کامل سلامت روان پس از سانحه تدوین نماید (ادونل، ۲۰۲۱). در این بین درمان‌های فرا تشخیصی برای افراد در معرض تروما، به‌ویژه بیمارانی که استاندارد درمان‌های مبتنی بر شواهد و متمرکز بر تروما را رد می‌کنند، به‌عنوان یک گزینه درمانی مناسب مورد توجه درمانگران این حوزه قرار گرفته و در حال تکامل و تحقیقات روزافزون است (گواتر و پرسوا، ۲۰۱۹).

1. Lenz & Hollenbaugh
2. Geng & et al
3. Priebe & et al
4. Huseth
5. Varkovitzky, Sherrill & Reger

درمان‌های فرا تشخیصی برخلاف گذشته که تمرکز رویکردها بر سازه‌های اختصاصی و علائم منحصربه‌فرد اختلال‌های روان‌شناختی بود، تلاش دارد به تبیین نقش سازه‌هایی پردازد که در آسیب‌پذیری‌های مشترک اختلال‌های تروماتیک^۱، هیجانی و حتی خلقی مؤثر واقع می‌شوند. (بارلو^۲، ۲۰۱۱). حساسیت اضطرابی نمونه‌ای از این سازه‌های مشترک است که نقش آن به‌عنوان عامل زمینه‌ساز و تداوم‌بخش در گستره‌ای از اختلال‌های هیجانی از جمله اختلال استرس پس از سانحه، افسردگی، وحشت‌زدگی، اختلال اضطراب اجتماعی و اختلال اضطراب فراگیر به‌وضوح آشکار شده است (احمدی و همکاران، ۱۳۹۹) بطوریکه جزء عوامل خطر تثبیت شده فراتشخیصی برای اختلالات اضطرابی و افسردگی محسوب می‌شود (پاولوس، برنتد، لمایر و ازوولنسکی^۳، ۲۰۲۰) و یکی از فاکتورهای مرتبه اول آسیب‌پذیری در اختلالات مختلف روانی محسوب می‌شود (حاتمی و همکاران، ۱۳۹۴). بر اساس مبانی نظری حساسیت اضطرابی به‌عنوان ترس از احساسات مرتبط با اضطراب است که به دلیل تفسیر نادرست از این احساسات به وجود می‌آید و ممکن است پیامدهای شناختی، فیزیکی یا اجتماعی منفی را در پی داشته باشد (به نقل از استنلی، هوم، توماس اسپنسر و جوینر^۴، ۲۰۱۷). برای مثال، سیمپسون، جاکوپکک و لوترک^۵ (۲۰۰۶) نشان دادند که حساسیت اضطرابی یکی از قوی‌ترین پیش‌بینی‌کننده‌های شدت PTSD در افراد دارای این اختلال و علائم همراه است (راینس و همکاران، ۲۰۱۷).

توجه به فراشناخت‌ها و فرا هیجان‌های مثبت نیز به‌عنوان سازه‌ای تأثیرگذار و مشترک در طیف وسیعی از اختلالات، می‌تواند موجب بهبود عملکرد رفتاری، انعطاف‌پذیری و خودنظم‌دهی در این افراد شود (آشنا و همکاران، ۱۴۰۰). فراشناخت‌ها و فرا هیجان‌های مثبت به باورهای فراشناختی سازگاری اشاره دارد که افراد ممکن است در مواجهه با یک موقعیت چالش‌انگیز در مورد فرایندهای شناختی و عاطفی داشته باشند (نالپی، ایملو و موردنو^۶، ۲۰۱۸). انبوهی از تحقیقات نشان داده‌اند که فراشناخت‌ها، با علائمی مانند افسردگی، اضطراب و ترس مرتبط هستند. گزارش‌های موجود حاکی از آن است که فراشناخت‌ها و فرا هیجان‌های مثبت و انطباقی با

1. traumatic
2. Barlow
3. Paulus, Brandt, Lemaire & Zvolensky
4. Stanley, Hom, Spencer-Thomas & Joiner
5. Simpson, Jakupcak & Luterek
6. Nalipay, Imelu & Mordeno

فراشناخت‌های ناسازگار همبستگی منفی نشان می‌دهند و مشخص شده است که با شاخص‌های بهزیستی، مانند انگیزش درونی و راهبردهای مقابله‌ای انطباقی همبستگی بالایی دارند (دیپتی و کومار^۱، ۲۰۱۸). در این بین، طبق تحقیقات صورت گرفته و مرور فرایندهای مختلف فرا تشخیصی، نقش مؤثر سازه‌های فرا تشخیصی حساسیت اضطرابی و فراشناخت‌ها و فرا هیجان‌های مثبت به‌عنوان مکانیسم‌ها و عوامل مشترک در پدید آیی، حفظ و درمان اختلالات مختلف به‌وضوح مشخص شده است (کر و همکاران، ۲۰۲۰).

پژوهش حاضر در فرایند تکاملی علت‌یابی فرا تشخیصی اختلال‌های مختلف سعی دارد میزان تأثیر برخی عوامل شناختی، رفتاری و هیجانی مشترک بین اختلال‌های همبود وابسته به تروما و افسردگی را شناسایی کند تا اولاً زمینه را برای ارتقای رویکرد فرا تشخیصی و افزایش اثربخشی آن فراهم و ثانیاً با شناسایی فرایندهای فرا تشخیصی مشترک در بین این اختلالات، به فهم بهتر و چگونگی مقابله با همبودی بالای این اختلال‌ها کمک کند. به‌طوری‌که شناسایی این مکانیسم‌ها، باعث تغییر و اصلاح آتی مداخلات فرا تشخیصی شده و می‌تواند موجب افزایش کارآمدی و ضریب تأثیر آن گردد (پاولوس و همکاران، ۲۰۲۰).

با این حال، تاکنون، شواهدی که از این پروتکل در جهت درمان PTSD و بیماری‌های همراه حمایت می‌کنند، محدود به مطالعات موردی است (گرگ، هوول، کوپیک و ایواما^۲، ۲۰۱۶ به نقل از کر و همکاران، ۲۰۲۰)؛ لذا با توجه به مسائل فوق‌الذکر و توجه به پیامدهای جسمانی، روان‌شناختی و اجتماعی اختلالات وابسته به تروما و بیماری‌های همبود با آن در جمعیت‌های نظامی و بازماندگان جنگی، به علت وجود نرخ بالاتر از علائم تروماتیک نسبت به جمعیت عمومی که ارتباط قوی و نیرومندی را با مخاطرات بالینی نشان می‌دهد؛ لذا ارزیابی میزان اثربخشی درمان‌های مناسبی مثل درمان فرا تشخیصی یکپارچه بر این مکانیسم‌های مشترک و سنجش میزان تأثیر آن بر علائم بالینی اختلالات ضروری به نظر می‌رسد؛ از طرفی علی‌رغم حمایت فرایندهای که در به‌کارگیری این درمان برای اختلالات مختلف به‌عمل آمده است؛ تا کنون تحقیقات اثربخشی، دستاوردهای این درمان و تغییرات در مهارت‌های تنظیم احساسات را در جهت افزایش فراشناخت‌ها و فرا هیجان‌های مثبت و کاهش حساسیت اضطرابی، علائم تروماتیک و افسردگی در

1. Dipti & Kumar
2. Gregg, Howell, Quick & Iwama

نمونه‌های جانبازان کهنه کار مبتلا به اختلالات همبود وابسته به تروما و افسردگی بررسی نکرده است بنابراین، اثربخشی پروتکل فرا تشخیصی یکپارچه در جهت ارائه به افراد مبتلا به اختلالات همبود وابسته به تروما و افسردگی، به‌عنوان یک سؤال باز باقی می‌ماند.

روش

پژوهش حاضر از نوع مطالعات شبه تجربی با پیش‌آزمون و پس‌آزمون و گروه کنترل همراه با دوره پیگیری دو ماهه انجام گرفت. جامعه آماری آن شامل تمامی جانبازان اعصاب و روان مراجعه کننده یا بستری در بیمارستان جنت شیراز و کلینیک‌ها و مراکز مشاوره وابسته به سازمان بنیاد شهید و امور ایثارگران این شهر بود تعداد ۲۴ نفر از افرادی که ملاک‌های ورود به پژوهش را داشتند به صورت هدفمند انتخاب و در هر گروه ۱۲ نفر به صورت تصادفی جایگزین شدند. ملاک‌های ورود شامل: جانبازانی که تشخیص اختلالات همبود تروماتیک و افسردگی را توسط روان‌شناس بالینی یا روانپزشک دریافت و دارای علائم بالینی این اختلالات باشند، توانایی خواندن و نوشتن و درک مطالب پرسش‌نامه‌ها و دارا بودن حداکثر سن ۶۰ سال و ملاک‌های خروج شامل: دارا بودن اختلالات سایکوتیک^۱، مصرف مواد و اختلالاتی که درمان آن ارجحیت داشته یا تأثیر مستقیم بر درمان این پژوهش داشته باشد، استفاده از داروهای روانپزشکی به علت تداخل درمانی به مدت یک ماه قبل از شروع درمان، وجود مشکلات فیزیولوژیکی مثل آسیب مغزی، تومور، صرع با توجه به تشخیص پزشک افرادی که در معرض خودکشی شدید و عدم همکاری افراد برای ادامه کار و غیبت بیش از دو جلسه بود. در ادامه هدف از پژوهش، دستورالعمل تکمیل پرسش‌نامه‌ها و موارد مربوط به رضایت آگاهانه مثل رضایت هر فرد برای شرکت در پژوهش، امکان انصراف از همکاری در صورت عدم تمایل و رعایت اصل رازداری نیز برای آن‌ها توضیح داده شد. پس از تکمیل پرسش‌نامه‌های پژوهش برنامه درمانی با افراد حاضر در گروه آزمایش آغاز و جلسات به صورت هفته‌ای یک جلسه ۱/۵ ساعته برگزار گردید. در جلسه آخر پس از آزمون اجرا و در نهایت مجدداً دو گروه بعد از یک دوره ۲ ماهه دوباره به پرسش‌نامه‌ها جهت پیگیری ثبات مداخلات پاسخ دادند. خلاصه ساختار و محتوای جلسات درمانی در هشت حوزه اصلی مداخله به شرح زیر بودند در ضمن جلسات به صورت گروهی و به شیوه

1. psychotic

سخنرانی، بحث گروهی و بر اساس تکالیف در حین جلسه و تکالیف تهیه شده در بسته درمانی برای انجام در منزل و بین جلسات انجام گردید. برای تحلیل داده‌ها در بخش توصیفی از میانگین و انحراف استاندارد و در بخش استنباطی از روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده و به وسیله نسخه ۲۳ نرم‌افزار SPSS داده‌ها تجزیه و تحلیل شد.

جهت جمع‌آوری اطلاعات از ابزارهای زیر استفاده شد:

مقیاس حساسیت اضطرابی (ASI)^۱ :

مقیاس حساسیت اضطرابی توسط ریس و همکاران در سال ۱۹۸۶ تدوین و دارای ۱۶ گویه که برای سنجش ترس از نشانه‌ها و علائم مرتبط با اضطراب طراحی گردید. هر گویه پیامدهای منفی احتمالی نشانه‌های اضطراب را توصیف می‌کند و بر اساس مقیاس لیکرتی ۵ درجه‌ای از خیلی کم ۰ تا خیلی زیاد ۴ نمره‌گذاری شده است که دارای سه زیرمقیاس نگرانی‌های جسمی و نگرانی‌های روان‌شناختی و نگرانی‌های اجتماعی است. این مقیاس در جمعیت بالینی و غیربالینی ویژگی‌های روان‌سنجی مناسبی از خود نشان داده است (ریچی، اسچمیدت، هوفمن و تیمپانو^۲، ۲۰۱۰). بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی این مقیاس نشان می‌دهد که روایی درونی آن بین ۰/۸۸ تا ۰/۹۰ است. پایایی به روش بازآزمایی بعد از دو هفته ۰/۷۵ و در مدت سه سال ۰/۷۱ است (مقبلی و همکاران، ۱۳۹۸). ویژگی‌های روان‌سنجی این پرسش‌نامه در نمونه ایرانی بررسی شده و نشان داده روایی درونی برای مقیاس کلی برابر ۰/۹۵ و پایایی آن به روش بازآزمایی و دونیمه‌سازی به ترتیب برابر ۰/۹۳ و ۰/۹۷ به دست آمد.

پرسش‌نامه فراشناخت‌ها و فرا هیجان‌های مثبت (PMCEQ)^۳ :

این پرسش‌نامه قابلیت سنجش باورهای فراشناختی در مورد فرایندهای شناختی و هیجانی به هنگام مواجهه با موقعیت‌های چالش‌برانگیز را دارد و دارای ۱۸ سؤال به صورت لیکرت ۴ درجه‌ای بوده که از ۱ تا ۴ نمره‌گذاری می‌شود.

(بیر و مونت^۱، ۲۰۱۱) ساختار سه عاملی پرسش‌نامه را تأیید کردند و پایایی آن را از طریق آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس اعتماد به خاموش‌سازی افکار و هیجانات پایدار ۰/۵۱ تا ۰/۸۱،

1. Anxiety Sensitivity Index

2. Richey, Schmidt, Hofmann & Timpano

3. The Positive Metacognitions and Positive Meta-Emotions Questionnaire

اعتماد به تفسیر هیجان‌ها خود به عنوان نشانه، جلوگیری از واکنش فوری و تنظیم ذهن برای حل مسئله ۴۵/۷۲ تا اعتماد به تنظیم سلسله‌مراتب اهداف انعطاف‌پذیر و عملی ۵۷/۸۷ تا گزارش کرده‌اند. رحمانیان و موسوی (۱۳۹۳) ضرایب پایایی همسانی درونی از طریق آلفای کرونباخ در کل پرسش‌نامه فراشناخت‌ها و فراهیجان‌های مثبت ۸۳/۸۳ و نیز از طریق دونیمه‌سازی ۸۶/۸۶ گزارش کرده‌اند.

مقیاس ضربه رویداد - تجدیدنظر شده (IES-R)^۲

یک ابزار خود گزارشگر که شامل سه بعد اصلی و دارای ۲۲ ماده است که ۸ ماده آن مربوط به علائم اجتنابی، ۸ ماده مربوط به افکار مزاحم و ۶ ماده آن مربوط به علائم برانگیختگی است. این پرسش‌نامه توسط خود فرد تکمیل می‌گردد و از وی درخواست می‌شود که با توجه به علائم خود در هفت روز گذشته پرسش‌نامه را تکمیل نماید (پناغی و همکاران، ۱۳۸۵).

مقیاس ضربه رویداد - تجدیدنظر شده (ویز و مارمار^۳ ۱۹۹۷) به صورت لیکرت ۵ درجه‌ای است که نمرات هر آزمودنی در این آزمون در دامنه‌ای از ۰ تا ۸۸ قرار می‌گیرد. امریک، اسکورل، امل کمپ و کمفویس^۴ و (۲۰۰۶) در مطالعه خود ضریب آلفای کرونباخ برای این مقیاس را ۰/۸۴ گزارش و در داخل کشور مطالعه عبدی و همکاران (۲۰۰۹) ضریب همسانی درونی این مقیاس را در دامنه‌ای از ۰/۷۹ تا ۰/۹۲ و ضریب پایایی بازآزمایی آن خوب گزارش شده است (به نقل از ذبیحی و همکاران، ۲۰۱۵). ضریب آلفای کرونباخ این آزمون در مطالعه ابوالقاسمی و همکاران (۱۳۹۱) ۰/۹۴ گزارش شده است.

فهرست اختلال استرس پس از ضربه، ویرایش نظامی (PCL-M5)^۵

یک مقیاس خود گزارش‌دهی است که برای ارزیابی اختلال استرس پس از ضربه و غربال کردن این بیماران از افراد عادی و سایر بیماران به عنوان یک ابزار کمک تشخیصی به کار گرفته می‌شود و دارای ۲۰ ماده که ۵ ماده آن مربوط به نشانه‌های مزاحم و ناخواسته (ملاک B)، ۲

1. Beer & Moneta
2. Impact of Event Scale-Revised (IES-R)
3. Weiss & Marmar
4. Emmerik, Schoorl, Emmelkamp & Kamphuis
5. Posttraumatic Stress Disorder Checklist military

ماده آن مربوط به نشانه‌های اجتنابی (ملاک C)، ماده ۷ آن مربوط به تغییرات منفی در شناخت و خلق (ملاک D) و ماده ۵ آن مربوط به نشانه‌های برانگیختگی و واکنش‌پذیری (ملاک E) است. در مطالعه راه نجات و همکاران (۱۳۹۵) ضرایب پایایی نمره کلی PCL-5 طبق ضرایب آلفای کرونباخ و گاتمن به ترتیب ۰/۸۸ و ۰/۸۶ محاسبه شده است.

مقیاس افسردگی بک - ویرایش دوم (BDI-II):

پرسش‌نامه افسردگی بک - ایرانی - ویرایش دوم BDI-II. یک شاخص خود - گزارشی از نشانه‌های افسردگی تجربه شده در دو هفته گذشته است (بک^۱ و همکاران، ۱۹۹۶). نمره کل BDI-II با جمع کردن نمره‌ی ماده‌ها به دست می‌آید (رجبی و همکاران، ۱۳۹۰). BDI-II (بک و همکاران، ۱۹۹۶) نوع بازنگری شده BDI است که دارای ۲۱ ماده و هر ماده طبق مقیاس لیکرت نمره‌ای بین ۰ تا ۳ را به خود اختصاص می‌دهد. فنی و همکاران با اجرای این مقیاس روی یک نمونه ۹۴ نفری ایرانی ضریب آلفا را ۰/۹۱، ضریب همبستگی بین دونیمه را ۰/۸۹ و پایایی باز آزمایی به فاصله یک هفته را ۰/۹۴ گزارش کرده‌اند (فنی و همکاران، ۱۳۸۴).

جدول شماره ۱. جلسه‌های مداخله

اهداف رفتاری	محتوای مدول‌های پروتکل	جلسات
برنامه‌ریزی جهت عینی‌تر کردن اهداف	افزایش انگیزه و درگیری با درمان دوم	اول
پایش و جستجوی تجربه‌های هیجانی (مدل سه‌وجهی)	آموزش روانی و ردیابی تجارب هیجانی	دوم
تمرین ذهن‌آگاهی و القای هیجانی	آموزش آگاهی هیجانی	سوم
تمرین اصلاح تفکر ناسازگارانه	ارزیابی و ارزیابی مجدد شناختی	چهارم
شناسایی و تغییر الگوهای ناکارآمد رفتاری، (فرم تصاویر مبهم)	اجتناب هیجانی و رفتارهای ناشی از هیجان	پنجم
مواجهه‌آشنایی و احساسات جسمانی	آگاهی و تحمل احساس‌های جسمانی	ششم
ادامه روند مواجهه‌ها به صورت سلسله‌مراتبی (تغییر رفتارهای ناشی از هیجان)	مواجهه‌های آشنایی و هیجانی مبتنی بر موقعیت	هفتم
ارزیابی پیشرفت درمان و تعیین اهداف بلندمدت	پیشگیری از عود	هشتم

1. Beck Depression Inventory-II
2. Beck

پروتکل یکپارچه به واسطه چندین دهه پژوهش در رابطه با درمان‌های شناختی رفتاری اثربخش برای اختلال‌های اضطرابی و خلقی شکل گرفته‌اند. اصول کلیدی برآمده از درمان‌های شناختی رفتاری حمایت شده از نظر تجربی به همراه ادغام پیشرفت‌های پژوهشی در حیطه تنظیم هیجانی پدید آید. پروتکل یکپارچه را موجب گردیده است (الارد و همکاران، ۲۰۱۰).

یافته‌ها

اطلاعات جمعیت‌شناختی مشارکت‌کنندگان در پژوهش و بررسی همتایی گروه‌ها بر اساس میزان آماره‌خیز دو در جدول شماره ۲ بیان شده است.

جدول شماره ۲. اطلاعات جمعیت‌شناختی و بررسی همتایی گروه‌ها

Sig	میزان آماره خیز دو	لیست انتظار		آزمایش		متغیر جمعیت‌شناختی	
		درصد فراوانی	فراوانی	درصد فراوانی	فراوانی		
۰/۳۰۷	۱/۰۱۴	۸/۳۳	۱	۰	۰	مجرد	وضعیت تأهل
		۹۱/۶۷	۱۱	۱۰۰	۱۲	متأهل	
۰/۶۳۹	۲/۵۳۳	۲۵	۳	۱۶/۶۶	۲	زیر دیپلم	تحصیلات
		۳۳/۳۴	۴	۳۳/۳۵	۴	دیپلم	
		۸/۳۳	۱	۱۶/۶۶	۲	کاردانی	
		۸/۳۳	۱	۲۵	۳	کارشناسی	
		۲۵	۳	۸/۳۳	۱	کارشناسی ارشد و بالاتر	
۰/۱۳۵	۴/۰۰	۶۶/۶۶	۸	۳۳/۳۳	۴	شاغل	وضعیت اشتغال
		۸/۳۳	۱	۴۱/۷۶	۵	بازنشسته	
		۲۵	۳	۲۵	۳	فاقد شغل	
۰/۶۸۲	۰/۱۶۸	۵۰	۶	۴۱/۷۶	۵	کمتر از ۲۰ درصد	درصد جانبازی
		۵۰	۶	۵۸/۳۳	۷	بالای ۲۰ درصد	

میانگین و انحراف معیار سن شرکت‌کنندگان در گروه آزمایش به ترتیب ۵۶/۲۵ و ۶/۰۰۲ و در گروه کنترل ۵۵/۷۵ و ۵/۲۵۹ بود در ادامه جهت بررسی همتایی متغیرهای جمعیت‌شناختی

سن، وضعیت تأهل، تحصیلات و درصد جانبازی در دو گروه مورد مطالعه، آماره‌ی خی دو در جدول شماره ۲ بررسی شد که نشان دهنده‌ی همتایی دو گروه در این متغیرها بود. شاخصهای توصیفی از جمله میانگین و انحراف معیار متغیرهای مورد مطالعه (علائم تروماتیک، استرس پس از سانحه، افسردگی، حساسیت اضطرابی، فراشناخت و فرا هیجان‌های مثبت) به تفکیک گروه‌های مورد مطالعه در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری گزارش شد (جدول ۳). در جدول ۳، نمره‌های گروه‌های آزمایش و کنترل در پیش آزمون تقریباً مشابه است (به استثنای زیر مقیاس اجتناب در علائم تروماتیک) ولی در پس آزمون و پیگیری متفاوت هستند.

جدول ۳. شاخص‌های توصیفی متغیرهای مورد مطالعه

متغیر	مرحله	آزمایش		کنترل	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
فراشناخت و فرا هیجان‌های مثبت	پیش آزمون	۳۹/۰۸	۹/۷۹	۳۷/۵۸	۷/۹۵
	پس آزمون	۴۷/۵۰	۹/۱۸	۳۷/۵۸	۷/۹۲
	پیگیری	۴۷/۱۶	۷/۲۹	۳۷/۴۱	۷/۴۵
حساسیت اضطرابی	پیش آزمون	۴۰/۷۵	۱۴/۷۶	۴۳/۲۵	۱۱/۴۵
	پس آزمون	۳۲/۹۱	۱۱/۳۵	۴۳/۵۸	۱۰/۵۵
	پیگیری	۳۳/۵۰	۱۰/۷۳	۴۳/۹۱	۱۰/۴۶
افسردگی	پیش آزمون	۳۸/۶۶	۱۰/۳۶	۴۲/۵۸	۱۳/۴۰
	پس آزمون	۳۰/۰۸	۹/۷۵	۴۴/۶۶	۱۳/۱۱
	پیگیری	۲۹/۶۶	۸/۷۴	۴۳/۶۶	۱۱/۵۳
علائم افسردگی	پیش آزمون	۱۷/۰۸	۶/۳۳	۲۰/۷۵	۷/۵۰
	پس آزمون	۱۲/۸۳	۵/۷۶	۲۲/۰۰	۶/۴۹
	پیگیری	۱۴/۴۱	۴/۵۸	۲۰/۸۳	۵/۵۸
	پیش آزمون	۲۱/۵۸	۴/۹۲	۲۱/۸۳	۶/۴۰
	پس آزمون	۱۷/۲۵	۴/۶۳	۲۲/۶۶	۷/۰۱
	پیگیری	۱۵/۲۵	۴/۴۳	۲۲/۸۳	۶/۲۷
استرس پس از سانحه	پیش آزمون	۵۹/۵۸	۸/۷۶	۶۰/۳۳	۶/۱۵
	پس آزمون	۵۴/۰۰	۱۱/۱۰	۵۹/۱۶	۵/۴۵

جدول ۳. شاخص‌های توصیفی متغیرهای مورد مطالعه

کنترل		آزمایش		مرحله	متغیر
انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین		
۶/۴۲	۶۲/۳۳	۱۰/۴۴	۵۵/۰۰	پیگیری	اجتناب
۶/۲۲	۱۹/۶۶	۶/۳۱	۱۵/۲۵	پیش‌آزمون	
۶/۲۸	۲۲/۰۸	۴/۷۱	۱۵/۹۱	پس‌آزمون	
۵/۲۲	۲۲/۰۰	۳/۹۶	۱۷/۳۳	پیگیری	افکار ناخواسته
۳/۸۳	۲۷/۱۶	۵/۷۶	۲۵/۰۰	پیش‌آزمون	
۳/۵۱	۲۵/۸۳	۳/۴۴	۲۰/۷۵	پس‌آزمون	
۲/۷۷	۲۵/۹۱	۲/۹۰	۲۱/۴۱	پیگیری	بیش‌برانگیختگی
۲/۳۹	۱۶/۵۰	۳/۰۵	۱۵/۳۳	پیش‌آزمون	
۲/۰۵	۱۶/۲۵	۳/۴۹	۱۲/۶۶	پس‌آزمون	
۲/۰۰	۱۶/۰۰	۳/۵۵	۱۲/۵۸	پیگیری	

نتایج آزمون کولموگروف - اسمیرونوف و شاپیرو ویلک حاکی از برقراری مفروضه توزیع طبیعی نمره‌ها، آزمون لوین حاکی از برقراری همگنی واریانس گروه‌ها در فراشناخت‌ها و فرا هیجان‌های مثبت ($F_{22,1}=3/371, p=0/066$)، حساسیت اضطرابی ($F_{22,1}=11/326, p=0/003$)، متغیر علائم تروماتیک ($F_{22,1}=0/612, p=0/442$) و متغیر افسردگی ($F_{22,1}=1/995, p=0/172$) بود و آزمون‌های ام. باکس حاکی از برقراری همگنی ماتریس‌های واریانس - کوواریانس و مفروضه برابری واریانس‌ها در متغیر فراشناخت‌ها و فرا هیجان‌های مثبت در گروه‌های مورد مطالعه ($F_{6,350.671}=1/583, p=0/148$) و حساسیت اضطرابی ($F_{6,350.671}=1/583, p=0/148$) و در متغیرهای علائم تروماتیک و افسردگی و علائم آن پیش‌فرض همگنی ماتریس کوواریانس‌ها برقرار نبوده است که به این منظور آماره لامبدای ویلکز گزارش شد ($P < 0/05$). همچنین به دلیل معنادار نشدن فرض کرویت موجلی، آماره گرینهوس - گیشر گزارش گردید؛ بنابراین، با توجه به برقراری مفروضه‌های این روش می‌توان از آزمون تحلیل واریانس آمیخته با اندازه‌گیری مکرر استفاده نمود.

تجزیه و تحلیل واریانس آمیخته در جداول زیر برای متغیرهای پژوهش و علائم تروماتیک به صورت مجزا گزارش شده است.

جدول ۴. یافته‌های اثرات بین گروهی و درون گروهی متغیرهای پژوهش

مجدور اتا	Sig	df	F	متغیر	اثر
۰/۱۷۱	۰/۰۴۴	۱	۴/۵۴	فراشناخت‌ها و فرا هیجان‌های مثبت	گروه
۰/۲۰۸	۰/۰۲۵	۱	۵/۷۶	افسردگی	
۰/۵۴۲	<۰/۰۰۰۱	۱/۴۳	۲۶/۰۴	فراشناخت‌ها و فرا هیجان‌های مثبت	زمان
۰/۳۹۵	<۰/۰۰۰۱	۱/۳۳	۱۵۰/۷۳	حساسیت اضطرابی	
۰/۳۸۶	<۰/۰۰۰۱	۱/۵۲	۱۳/۸۱	افسردگی	
۰/۵۵۲	<۰/۰۰۰۱	۱/۴۳	۲۷/۰۵	فراشناخت‌ها و فرا هیجان‌های مثبت	زمان × گروه
۰/۴۵۷	<۰/۰۰۰۱	۱/۳۳	۱۹۴/۲۵	حساسیت اضطرابی	
۰/۵۵۹	<۰/۰۰۰۱	۱/۵۲	۲۷/۸۸	افسردگی	

جدول ۵. یافته‌های اثرات بین گروهی و درون گروهی علائم تروماتیک

مجدور اتا	Sig	Df	F	متغیر	اثر
۰/۰۷۴	۰/۱۹۹	۱	۱/۷۵	اختلال استرس پس از سانحه	گروه
۰/۲۱۴	۰/۰۲۳	۱	۶/۰۰۴	اجتناب	
۰/۲۶۲	۰/۰۱۰	۱	۷/۸۲	افکار ناخواسته	
۰/۲۴۲	۰/۰۱۵	۱	۷/۰۱	بیش برانگیختگی	
۰/۴۱۴	<۰/۰۰۰۱	۲	۱۵/۵۴	اختلال استرس پس از سانحه	زمان
۰/۱۶۴	۰/۰۱۹	۲	۴/۳۲	اجتناب	
۰/۳۶۱	<۰/۰۰۰۱	۱/۵۶	۱۲/۴۱	افکار ناخواسته	
۰/۲۵۷	۰/۰۰۱	۲	۷/۵۹	بیش برانگیختگی	
۰/۴۰۷	<۰/۰۰۰۱	۲	۱۵/۰۸	اختلال استرس پس از سانحه	زمان × گروه
۰/۰۳۳	۰/۴۷۶	۲	۰/۷۵۶	اجتناب	
۰/۱۲۸	۰/۰۴۹	۱/۵۶	۳/۲۲	افکار ناخواسته	
۰/۱۶۴	۰/۰۱۹	۲	۴/۳۲	بیش برانگیختگی	

همان‌طور که در جدول ۵ مشاهده می‌شود، اثر بین گروهی در متغیرهای فراشناخت‌ها و فراهیجان‌های مثبت ($F_1=4/54, p=0/044$)، افسردگی ($F_1=5/76, p=0/025$) و علائم تروماتیک، معنی‌دار شد. از سوی دیگر، اثر درون گروهی اثر زمان در فراشناخت‌ها و فراهیجان‌های مثبت ($F_{1,43}=26/04, p<0/001$)، حساسیت اضطرابی ($F_{1,43}=150/73, p<0/001$)، استرس پس از سانحه و علائم تروماتیک ($F_7=15/54, p<0/001$) و افسردگی ($F_{1,52}=13/81, p<0/001$) معنی‌دار شده بود. در نهایت اثر درون گروهی اثر زمان \times گروه در فراشناخت‌ها و فراهیجان‌های مثبت ($F_{1,43}=27/07, p<0/001$)، حساسیت اضطرابی ($F_{1,43}=194/25, p<0/001$)، اختلال استرس پس از سانحه ($F_7=15/08, p<0/001$) و افسردگی ($F_{1,52}=27/88, p<0/001$) نیز معنی‌دار شد به این معنی که گروه آزمایش و گروه کنترل حداقل در یکی از زمان‌ها (پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری) تفاوت معنی‌دار داشتند. همچنین در ارتباط با علائم تروماتیک، افکار ناخواسته ($F_{1,56}=3/22, p=0/049$) و بیش‌برانگیختگی ($F_7=4/32, p=0/019$) نیز معنی‌دار شد. در حالیکه مؤلفه‌ی اجتناب معنی‌دار نشده بود.

جدول ۶. نتایج آزمون مقایسه درون گروهی متغیرهای پژوهش

متغیر	اثر	مقایسه	df	F	Sig	مجذور اتا
فراشناخت‌ها و فرا هیجان‌های مثبت	زمان	پیش آزمون با پس از آزمون	۱	۴۹/۰۰۹	<۰/۰۰۰۱	۰/۶۸۱
		پس از آزمون با پیگیری	۱	۰/۲۷۹	۰/۶۰۳	۰/۰۱۳
فراشناخت‌ها و فرا هیجان‌های مثبت	زمان \times گروه	پیش آزمون با پس از آزمون	۱	۴۹/۰۰۹	<۰/۰۰۰۱	۰/۶۸۱
		پس از آزمون با پیگیری	۱	۰/۰۳۱	۰/۸۶۲	۰/۰۰۱
حساسیت اضطرابی	زمان	پیش آزمون با پس از آزمون	۱	۱۸/۹۲	<۰/۰۰۰۱	۰/۴۶۲
		پس از آزمون با پیگیری	۱	۱/۲۱	۰/۲۸۳	۰/۰۵۲

جدول ۶. نتایج آزمون مقایسه درون گروهی متغیرهای پژوهش

متغیر	اثر	مقایسه	df	F	Sig	مجذور اتا
	زمان × گروه	پیش آزمون با پس از آزمون	۱	۲۲/۴۳	<۰/۰۰۰۱	۰/۵۰۵
		پس از آزمون با پیگیری	۱	۰/۰۹	۰/۷۶۷	۰/۰۰۴
	زمان	پیش آزمون با پس از آزمون	۱	۳۲/۵۸	<۰/۰۰۰۱	۰/۵۹۷
		پس از آزمون با پیگیری	۱	۱۲/۶۱	۰/۰۰۲	۰/۳۶۴
اختلال استرس پس از سانحه	زمان × گروه	پیش آزمون با پس از آزمون	۱	۱۳/۹۵	۰/۰۰۱	۰/۳۸۸
		پس از آزمون با پیگیری	۱	۳/۴۱	۰/۰۷۸	۰/۱۳۴
اجتناب	زمان	پیش آزمون با پس از آزمون	۱	۳/۶۳	۰/۰۷۰	۰/۱۴۲
		پس از آزمون با پیگیری	۱	۱/۱۲	۰/۲۹۹	۰/۰۴۹
	زمان	پیش آزمون با پس از آزمون	۱	۱۷/۶۶	<۰/۰۰۰۱	۰/۴۴۵
		پس از آزمون با پیگیری	۱	۰/۷۹	۰/۳۸۳	۰/۰۳۵
افکار ناخواسته	زمان × گروه	پیش آزمون با پس از آزمون	۱	۴/۸۲	۰/۰۳۹	۰/۱۸۰
		پس از آزمون با پیگیری	۱	۰/۴۸	۰/۴۹۶	۰/۰۲۱
	زمان	پیش آزمون با پس از آزمون	۱	۱۱/۳۵	۰/۰۰۳	۰/۳۴۰

جدول ۶. نتایج آزمون مقایسه درون گروهی متغیرهای پژوهش

متغیر	اثر	مقایسه	df	F	Sig	مجذور اتا
بیش برانگیختگی	زمان × گروه	پس از آزمون با پیگیری	۱	۰/۱۵	۰/۷۰۱	۰/۰۰۷
		پیش‌آزمون با پس از آزمون	۱	۷/۷۹	۰/۰۱۱	۰/۲۶۲
		پس از آزمون با پیگیری	۱	۰/۰۳	۰/۸۴۸	۰/۰۰۲
افسردگی	زمان	پیش‌آزمون با پس از آزمون	۱	۱۴/۸۳	۰/۰۰۱	۰/۴۰۳
		پس از آزمون با پیگیری	۱	۱/۶۴	۰/۲۱۳	۰/۰۷۰
	زمان × گروه	پیش‌آزمون با پس از آزمون	۱	۳۹/۹۶	<۰/۰۰۰۱	۰/۶۴۵
		پس از آزمون با پیگیری	۱	۰/۲۷	۰/۶۰۳	۰/۰۱۳

نتایج به‌دست آمده در جدول ۴-۱۷ از مقایسه‌ها در اثر درون گروهی زمان نشان داد، پیش آزمون با پس آزمون به طور معنی‌داری در فراشناخت‌ها و فراهیجان‌های مثبت، حساسیت اضطرابی علائم تروماتیک (بغیر از مؤلفه‌ی اجتناب) و افسردگی تفاوت داشت ($P < ۰/۰۵$). این در حالیست که تفاوت معنی‌داری از پس آزمون با پیگیری در این متغیرها یافت نشد ($P > ۰/۰۵$). بررسی اثر متقابل زمان × گروه نیز نشان داد که گروه آزمایش و گروه کنترل در مرحله پیش آزمون با پس آزمون در در فراشناخت‌ها و فراهیجان‌های مثبت، حساسیت اضطرابی اختلال استرس پس از سانحه، افکار ناخواسته و بیش برانگیختگی و افسردگی، تفاوت داشتند ($P < ۰/۰۵$).

بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر به منظور بررسی اثربخشی گروه‌درمانی فرا تشخیصی یکپارچه بر فراشناخت‌ها و فرا هیجان‌های مثبت و حساسیت اضطرابی در جانبازان دارای اختلال همبود وابسته به تروما و افسردگی انجام گردید. یافته‌های این پژوهش حاکی از اثربخشی درمان فرا تشخیصی یکپارچه‌نگر بر بهبود فراشناخت و فرا هیجان‌های مثبت و مؤلفه‌های آن در جانبازان مبتلا به اختلال همبود وابسته به تروما و افسردگی بود. این یافته‌ها با نتایج پژوهش افرادی همچون جیانگ^۱ و همکاران (۲۰۲۱) صالح آشنا و همکاران (۱۴۰۰)، وارکوویتسکی^۲ و همکاران (۲۰۱۸) مبنی بر اثربخش بودن درمان فرا تشخیصی یکپارچه‌نگر بر بهبود علائم افسردگی، اضطراب، فراشناخت و فرا هیجان‌های مثبت، کاهش اجتناب تجربی و تحمل پریشانی همسو است و مطابقت دارد.

از آنجا که فرا هیجان‌ها تأثیرات مستقیم و غیرمستقیمی بر فراشناخت دارند: این مسئله به‌عنوان یک اصل در روان‌شناسی پذیرفته شده است که هر چه نمود احساسات در رفتارها بیشتر شود، در توانایی فرد برای تصمیم‌گیری صحیح اخلال بیشتری ایجاد می‌شود. این مسئله به دو صورت اتفاق می‌افتد. اولاً اینکه رفتار و واکنش‌های هیجانی موجب می‌شود انسان کمتر از منطق و شناخت بهره‌گیرد، ثانیاً هیجان‌ات، شناخت را تحت تأثیر خود قرار می‌دهند، به این معنی که باعث می‌شود فرد عمل اشتباه خود را با منطق و افکار تأثیر گرفته از فرا هیجان‌ات به‌ویژه فرا هیجان‌ات منفی مثل خشم، اضطراب و دیگر هیجان‌ات منفی توجیه نماید.

زمانی که هیجان‌ها بر اثر محرک‌های محیطی نمود و تظاهر پیدا می‌کنند فراشناخت‌ها باعث می‌شود این فرایند تحت کنترل فرد درآمده و هنگام تظاهر بیرونی، شکل مدیریت شده و سازماندهی شده‌تری به خود بگیرند؛ به‌عبارت‌دیگر دانش فراشناختی فرد، هیجان‌ات را تحت کنترل قرار داده و هر لحظه این واکنش‌ها و هیجان‌ات به‌وسیله فرد مورد نظارت، بازبینی و کنترل قرار می‌گیرد (اصغری شریبانی و عطادخت، ۲۰۱۹). بنابراین با توجه به نوع آموزش‌ها و کارکرد درمان فرا تشخیصی در این زمینه، چرخه تأثیر هیجان بر شناخت و رفتار و شناسایی این فرایند می‌توان به

1. Jiang
2. Varkovitzky

تیین و توجیه اثربخشی این درمان در بر فراشناخت‌ها و فرا هیجان‌ها بهتر پی برد (صالح آشنا و همکاران، ۱۴۰۰).

از طرفی حساسیت اضطرابی نیز یکی از مهم‌ترین مشخصه‌های بیماران مبتلا به اختلالات تروماتیک و افسردگی است که با ترس افراد از وجود احساسات ناخوشایند مربوط به اضطراب و مواجهه با رویدادهای استرس‌زا ایجاد می‌شود. ترسی آزردهنده که دارای ابعاد و تبعات ناخوشایند جسمانی، شناختی و اجتماعی منفی و اضطراب‌زا همراه بوده و احساسات و حالت‌های مربوط به آن برای این افراد آسیب‌زا و ناخوشایند است (مارشال^۱ و همکاران، ۲۰۱۰). یکی دیگر از اهداف اصلی این پژوهش تعیین اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر بر سازه حساسیت اضطرابی، در افراد دارای اختلال همبود وابسته به تروما و افسردگی بود که نتایج تأثیر معنادار این درمان بر کاهش نمرات این سازه در فرآیند درمان را نشان داد. این یافته همسو با نتایج لواف آرانی و همکاران (۱۴۰۱)، پژوهش ویانا و همکاران (۲۰۱۸)، نرگسی و همکاران (۱۳۹۸)، بوزول^۲ و همکاران (۲۰۱۳) و عبدی و همکاران (۲۰۱۳) بود.

در تبیین این یافته می‌توان گفت که در واقع، حساسیت اضطرابی موجب می‌شود تا افراد با تفسیری نادرست، تجارب اضطرابی خود را در مواجهه با موقعیت‌های چالش‌زا، اموری دردناک و تهدیدآمیز قلمداد کرده و این برآوردها و تفسیرهای منفی و فاجعه‌آمیز از احساسات و نمودهای جسمانی، موجب راه‌اندازی مضاعف اضطراب و احساسات اضطرابی آنان می‌شود (مرادی منش، ۲۰۰۷). یکی از مهم‌ترین تکنیک‌های درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر مواجهه افراد با علائم و ابعاد مختلف هیجانی اضطراب است. بر این مبنا فرد به صورت تدریجی با رویدادها یا مصادیقی از موقعیت‌های اضطراب‌زا و علائم جسمانی و روانی مواجه می‌شود تا این مواجهات منجر به کاهش حساسیت فرد به این رویدادها و رفع یا کاهش سوءتعبیر افراد از علائم اضطراب‌شان گردد. در واقع این درمان با ارائه و به کارگیری روش‌هایی چون پذیرش هیجان‌ها، اعتبار بخشیدن به آن‌ها و آموزش به بیماران در جهت عدم قضاوت در مورد هیجان‌ها و صرفاً مشاهده آنها، به کاهش نشانه‌ها و تظاهرات این اختلالات کمک می‌نماید (بولیس^۳ و همکاران، ۲۰۱۴).

1. Marshall
2. Boswell
3. Bullis

دیگر یافته پژوهش حاضر نشان می‌دهد کاربرد درمان فرا تشخیصی یکپارچه‌نگر منجر به بهبود معنادار علائم تشخیصی اختلال استرس پس از سانحه و کاهش علائم تروماتیک به‌جز سازه اجتنابی شد نتایج این پژوهش و تأثیر معنادار درمان فرا تشخیصی یکپارچه بر علائم تروماتیک و اختلال استرس پس از سانحه با تحقیقات گله گیریان و همکاران (۱۴۰۱) و یو جیانگ و همکاران (۲۰۲۱)، اوسما و همکاران (۲۰۲۱)، اُ دونسل و همکاران (۲۰۲۱) گواتر و پرسوا (۲۰۱۹) وار کوویتسکی و همکاران (۲۰۱۸) لاپوسا و همکاران (۲۰۱۷) بهادری و همکاران (۱۳۹۸) اکبری و همکاران (۱۳۹۴) همسو است.

در آسیب‌شناسی مرتبط با تروما، اختلالات تروماتیک به‌عنوان یک تظاهر از اختلال در تنظیم هیجان پس از رویدادهای آسیب‌زا مفهوم‌سازی شده است (باردن و همکاران ۲۰۱۲ به نقل از وار کوویتسکی و همکاران ۲۰۱۸). از این منظر، کنترل بازدارنده ضعیف احساسات یک آسیب‌پذیری جدی برای تجربه مجدد و بیش‌برانگیختگی در این اختلالات محسوب می‌شود و اجتناب‌های ناسازگار نیز برای تجربه کردن مجدد استرس در این افراد، احساسات ناخوشایند و بیش‌برانگیختگی را حفظ می‌کند (گالاگر^۱ و همکاران، ۲۰۱۵).

همچنین شواهد تجربی نیز از ارتباط اختلال در تنظیم هیجان با علائم تروماتیک به‌خوبی حمایت می‌کنند (وار کوویتسکی و همکاران ۲۰۱۸) از این رو بر اساس دیدگاه فرا تشخیصی، قابل درک است که افراد در مواجهه با رویدادهای آسیب‌زا ممکن است دچار هجوم افکار، هیجانات منفی و برخی از برانگیختگی‌های روحی و فیزیولوژیکی گردند.

تلاش این افراد در جهت ممانعت از یادآوری خاطرات، سرکوب افکار و هیجانات و سایر راهبردهای ناسازگار در ایجاد، حفظ و تداوم این بیماری نقش بسزایی دارد؛ بنابراین به‌کارگیری پروتکل و مدول‌های درمان فرا تشخیصی باهدف قراردادن این راهبردهای ناسازگار و آموزش در جهت تنظیم و کنترل بهتر هیجانات می‌تواند موجب کاهش تأثیرات این علائم بر افراد گردد؛ بنابراین پروتکل فرا تشخیصی یکپارچه، با توجه به اینکه به‌طور آشکار فاکتورهای فرا تشخیصی را مورد هدف قرار داده می‌تواند زمینه‌ساز کاهش خطرات و نشانه‌ها در این اختلالات نیز می‌شود.

1. Gallagher

با این حال، این پژوهش با توجه به برنامه مداخله‌ای ارائه شده، در اجرای روند درمان، از نظر آماری تفاوت معنی‌داری را در مؤلفه اجتناب علائم تروماتیک نشان نداد. در تبیین این یافته، با توجه به علائم و نشانه‌های بسیار مزمن و قدیمی جانبازان حاضر در این پژوهش و سطح بسیار پائین انعطاف‌پذیری شناختی این افراد و از طرفی ارائه پروتکل‌های تقریباً یکسان برای تشخیص‌های بالینی مختلف (اضطراب / افسردگی / تروما) در درمان‌های فرا تشخیصی به نظر می‌رسد این سطح از مفاهیم آموزشی ارائه شده و تعداد جلسات و روند ارائه پروتکل برای رفع نشانه‌های اجتنابی علائم تروماتیک در این افراد کافی نبوده و نیاز است متخصصان و درمانگران بنا به تناسب و موقعیت‌های مفهوم‌سازی شده برای هر اختلال، شخص و یا گروه، تأکید مضاعفی را بر آموزش برخی مفاهیم اختصاصی‌تر اجتنابی لحاظ داشته و با توجه به قابلیت و انعطاف‌پذیری این پروتکل، برخی از مؤلفه‌ها را مورد تأکید مضاعف و مشمول صرف زمان بیشتر قرار دهند.

همچنین نتایج پژوهش نشان داد که این درمان منجر به تغییرات معنادار بالینی و آماری در آماج‌های درمانی علائم و نشانه‌های افسردگی در مراحل پس از درمان و مرحله پیگیری شد. این یافته نیز همسو با نتایج به‌دست آمده در مطالعاتی بود که توسط ایتو^۱ و همکاران (۲۰۲۳) پریس^۲ و اوسما (۲۰۲۳) گوهری و همکاران (۱۴۰۲) مطالعه قزلسفلو و همکاران (۱۴۰۱) گله‌گیریان و همکاران (۱۴۰۰) علوی و همکاران (۱۳۹۹) لاپوسا، مانکوزو، ابراهام و لولی دانو^۳ (۲۰۱۷) و یو جیانگ و همکاران (۲۰۲۱) (گواتر و پرسوا، ۲۰۱۹) وارکوویتسکی و همکاران (۲۰۱۸) عطارد و همکاران (۱۳۹۵) بهادری و همکاران (۱۳۹۸) و زمستانی و ایمانی (۱۳۹۵) انجام شده است.

از نظر بک، ویژگی اصلی افراد افسرده نوعی دگرگونی در سازمان فکری و شناختی بیمار است. تحولی که منجر به ایجاد نظرات منفی در مورد خود و تجربیات گذشته و آینده می‌شود (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۱۳). از طرفی تحقیقات نیز نشان می‌دهد که علائم اختلالات هیجانی در واقع تظاهرات برخی از عوامل اساسی و مشترک و همچنین نقص در کنترل‌های شناختی هستند؛ هنگامی که فرد با یک موقعیت هیجانی روبه‌رو می‌شود، نیاز دارد که در این موقعیت‌ها بهترین کارکرد شناختی را نیز داشته باشد (رضوان، بهرامی و عابدی، ۱۳۹۵)،

1. Ito
2. Peris
3. Laposa, Mancuso, Abraham & Loli-Dano

به طوری که بخشی از سبب‌شناسی علائم افسردگی، مربوط به ناتوانی در کنترل هیجان منفی در اثر وجود افکار و باورهای ناکارآمد و به کارگیری شیوه‌های مقابله‌ای ناسازگار بیان شده است (ضیایی و همکاران ۱۴۰۱).

بنابراین، درمان فرا تشخیصی با راهنمایی فرد به سمت کنترل هیجان‌ها، از طریق هدف قراردادن عوامل مشترک کمک می‌کند تا افراد درک بهتری از ارتباط و تعامل افکار، احساسات و رفتارها در ایجاد تجربه‌های هیجانی مختلف داشته باشند. در این درمان بیماران یاد می‌گیرند تا آگاهی بهتری از تجربه‌های هیجانی خود (شامل برانگیزاننده‌ها و پیامدهای رفتاری) کسب نموده و از طریق آموزش اصول روان‌شناختی، خود نظارتی، بازسازی شناختی، رویارویی با محرک‌های استرس‌زا و پیش‌بینی‌پذیری خطرها، مقاومت و ایمنی خود در موقعیت‌های استرس‌زا را افزایش دهند. همچنین این درمان به بیماران می‌آموزد تا شیوه مواجهه با هیجان‌ها ناخوشایندشان را درک و روش پاسخ‌دهی سازگارانه را به این هیجان‌ها بکار گیرند (بارلو و همکاران، ۲۰۱۱). از آنجاکه شیوه ناسازگارانه تنظیم هیجان می‌تواند بر افزایش مشکلات روان‌شناختی تأثیر بگذارد (تقوایی نیا و همکاران، ۲۰۲۰)؛ این مهارت‌ها، به اصلاح و تنظیم عادات هیجانی ناسازگارانه منجر شده و به کاهش شدت این تجارب ناسازگار و تبدیل آن‌ها به سطوح کارکردی مفید کمک می‌نماید.

پژوهش حاضر با آماج قراردادن عوامل مشترک هیجانی چون فراشناخت‌ها و فرا هیجان‌های مثبت و حساسیت اضطرابی به جای نشانه‌های اختصاصی اختلال از طریق پروتکل یکپارچه، شواهد جدیدی را برای آسیب‌شناسی، درمان و تداوم درمان اختلالات همبود فراهم ساخت تا کارایی و تأثیر مضاعفی را در مداخله این اختلالات نشان دهد.

از جمله محدودیت‌های این پژوهش حجم نمونه کوچک در طول زمان محدود و استفاده از نمونه آماری تک جنسیتی (جانبازان مرد) دارای اختلال همبود وابسته به تروما و افسردگی بود که در تعمیم‌پذیری نتایج آن به عموم باید احتیاط شود بنابراین، یافته‌ها نیازمند تکرار و گسترش بیشتر جهت تعمیم به جمعیت عمومی در تحقیقات آینده است. علاوه بر این پیشنهاد می‌گردد این پژوهش در نمونه‌های دیگر جامعه و یا اختلالاتی متفاوت از این پژوهش و حتی بر سازه‌ها و مکانیسم‌های مشترک دیگر نیز در دوره‌های طولانی‌تر پیگیری انجام گرفته و یا با سایر درمان‌ها و رویکردهای روان‌شناختی دیگر مقایسه گردد. نتایج این پژوهش دارای تویحات کاربردی

متعددی است که می‌تواند امکان استفاده متولیان بخش سلامت و خدمات مرتبط با جانبازان، از این درمان به‌عنوان مداخله‌ای اثربخش را فراهم نماید. همچنین نتایج این پژوهش، زمینه تلاش برای ارتقای پروتکل‌های این درمان و ساخت چارچوب‌های لازم در جهت آموزش‌ها و مشاوره‌های مرتبط با مباحث مربوط به روان‌شناسی جانبازان و مبتلایان به این طیف از اختلالات را مهیا می‌نماید.

قدردانی

از تمامی شرکت‌کنندگان در پژوهش که با همکاری آنها، انجام پژوهش میسر گردید، تشکر و قدردانی می‌کنیم.

فهرست منابع

- Abdi,R; Bakhshipour,A; Mahmood Alilou,M;& Farnam,A. (2014). Efficacy evaluation of unified transdiagnostic treatment on reduction of symptoms severity in women with generalized anxiety disorder, *Journal of Research in Behavioural Sciences*, 11(5), 375. magiran.com/p1240176. (In Persian).
- Abolghasemi, A., Bakhshian, F., & Narimani, M. (2013). The Thought Control Strategies and Response Inhibition in the Patients with Acute Stress Disorder and Normal Persons.
- Ahmadi, R; Saed,O; Rezaei,M;& Ahmadzadeh,R. (2020). Anxiety Sensitivity as a Transdiagnostic Construct in Development and Maintenance of Emotional Disorders: A Literature Review, *Scientific Journal of Kurdistan University of Medical Sciences*, 25(3), 44-60. magiran.com/p2153339. (In Persian).
- Akbari,M; Roshan,R; Shabani,A; Fata,L; Shairi,M;& Zarghami, F. (2015). The Comparison of the Efficacy of Transdiagnostic Therapy Based on Repetitive Negative Thoughts with Unified Transdiagnostic Therapy in Treatment of Patients with Co-occurrence Anxiety and Depressive Disorders: A Randomized Clinical Trial, *Iraninan Psychiatry and Clinical Psychology*, 21(2), 88-107. magiran.com/p1507267. (In Persian).
- Alavi,S M; Rafieinia,P; Makvand Hosseini,Sh; Sabahi, p. (2021). The Effectiveness of Unified Trans diagnostic Treatment on Social anxiety symptoms and Difficulty in Emotion Regulation: Single-Subject Design, *Quarterly Journal of Psychological Studies*, 16(2), 7-24. magiran.com/p2228250. (In Persian).
- American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed). Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Asgharisharabiani, A; atadokht, A. (2019). The role of the theory of mind and metacognition in predicting emotion dysregulation in male students with attention deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Psychological Science*. 18(74), 181-191. (In Persian).
- Ashena MS, Besharat MA, Malihialzuckerini S, rafezi Z. (2021). The effectiveness of unified transdiagnostic therapy on strategies cognitive emotion regulation in mothers of children with cancer. *Journal of Psychological Science*. 20 (104), 1383-1402. (In Persian).
- Bagley, A. (2023). *Trauma Informed Practice Training and Its Impact on Teachers' Beliefs and Approaches to Discipline* (Doctoral dissertation, Southern Illinois University at Edwardsville).
- Bahadori, Z; Robatmili, S;& Ghorban jahromi, R. (2019).The effectiveness of transdiagnostic treatment by Unified Protocol on Symptoms of anxiety and depression comorbidity in housewives mothers. *NPWJM* 2019; 7 (24):82-92. (In Persian).
- Bardeen, J. R., Fergus, T. A., & Orcutt, H. K. (2012). An examination of the latent structure of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 34(3), 382-392.
- Barlow, D. H., Farchione, T. J., Sauer-Zavala, S., Latin, H. M., Ellard, K. K., Bullis, J. R., Bentley, K. H., Boettcher, H. T., & Cassiello-Robbins, C. (2017). Unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: Therapist guide (2nd ed). Oxford University Press.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). Manual for the Beck Depression Inventory-II. San Antonio: Psychological Corporation.
- Beer, N., & Moneta, G. B. (2010). Construct and concurrent validity of the positive metacognitions and positive meta-emotions questionnaire. *Personality and Individual Differences*, 49(8), 977-982.

- Black, D. W., & Grant, J. E. (2014). *DSM-5® guidebook: the essential companion to the diagnostic and statistical manual of mental disorders*. American Psychiatric Pub
- Boffa, J. W., Stanley, I. H., Smith, L. J., Mathes, B. M., Tran, J. K., Buser, S. J.,... & Vujanovic, A. A. (2018). PTSD symptoms and suicide risk in male firefighters: The mediating role of anxiety sensitivity. *The Journal of nervous and mental disease*, 206(3), 179.
- Bonanno, G. A., & Mancini, A. D. (2012). Beyond resilience and PTSD: Mapping the heterogeneity of responses to potential trauma. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 4(1), 74–83. <https://doi.org/10.1037/a0017829>.
- Boswell, J. F., Farchione, T. J., Sauer-Zavala, S., Murray, H. W., Fortune, M. R., & Barlow, D. H. (2013). Anxiety sensitivity and interoceptive exposure: A transdiagnostic construct and change strategy. *Behavior therapy*, 44(3), 417-431.
- Bryant, R. A., O'Donnell, M. L., Creamer, M., McFarlane, A. C., Clark, C. R., & Silove, D. (2010). The psychiatric sequelae of traumatic injury. *American Journal of Psychiatry*, 167(3), 312–320. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2009.09050617>.
- Bullis, J. R., Fortune, M. R., Farchione, T. J., & Barlow, D. H. (2014). A preliminary investigation of the long-term outcome of the Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders. *Comprehensive psychiatry*, 55(8), 1920-1927.
- Dipti, P., & Kumar, J. A. (2018). Role of positive metacognitions and meta-emotions in predicting alexithymia. *Int J Sci Res Rev*, 7(3), 487-98.
- Fata,L; Birashk,B; Atefvahid, M K. & Dabson,K. (2005). Meaning Assignment Structures/ Schema, Emotional States and Cognitive Processing of Emotional Information: Comparing Two Conceptual Frameworks, *Iraninan Psychiatry and Clinical Psychology*, 11(3), 312. magiran.com/p323348. (In Persian).
- Frieze, S. (2015). How Trauma Affects Student Learning and Behaviour. *BU Journal of Graduate Studies in Education*, 7(2), 27-34.
- Galatzer-Levy, I. R., Huang, S. H., & Bonanno, G. A. (2018). Trajectories of resilience and dysfunction following potential trauma: A review and statistical evaluation. *Clinical psychology review*, 63, 41-55.
- Gallagher, M. W., Thompson-Hollands, J., Bourgeois, M. L., & Bentley, K. H. (2015). Cognitive behavioral treatments for adult posttraumatic stress disorder: Current status and future directions. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 45, 235-243.
- Gallegirian,S; Deireh,E; Ghamarani,A; & Poladi Reishahri,A. (2022). The Effect of Unified Trans-Diagnostic Treatment on the Experiential Avoidance And Suicidal Ideation in the Girls Victim of Domestic Violence, *Journal of Psychological Models and Methods*, 12(46), 69-84. magiran.com/p2402899. (In Persian).
- Gallegirian,S; Deireh,E; Ghamarani,A;& Poladi Reishahri,A. (2022). The Effect of Unified Trans-Diagnostic Treatment on the Signs of Post-Traumatic Stress Disorder and Action Resilience in the Girls Victim of Domestic Violence, *Medical Journal of Mashhad University of Medical Sciences*, 64(5), 3989-4000. magiran.com/p2685891. (In Persian).
- Geng, F., Zhou, Y., Liang, Y., Zheng, X., Li, Y., Chen, X., & Fan, F. (2019). Posttraumatic stress disorder and psychiatric comorbidity among adolescent earthquake survivors: a longitudinal cohort study. *Journal of abnormal child psychology*, 47(4), 671-681.
- Ghadiri Zabihi,S; Abolghasemi,A;& Aghajani,S. (2015). A comparison of behavioral activation-inhibition systems and emotional clarity in students with and without trauma, *Journal of School Psychology*, 4(2), 69. magiran.com/p1441034. (In Persian).

- Ghassemzadeh, H., Mojtabai, R., Karamghadiri, N., & Ebrahimkhani, N. (2005). Psychometric properties of a Persian-language version of the Beck Depression Inventory-Second edition: BDI-II-PERSIAN. *Depression and anxiety*, 21(4), 185-192.
- Ghezelsefloo, M.; Nejatifar, S.; & Aghaziarati, A. (2022). The efficacy of unified transdiagnostic treatment on distress tolerance and emotion regulation of students with internalized behavioral problems. *Journal of Psychological Sciences*, 21(111), 525-542. magiran.com/p2426705. (In Persian).
- Gohari, Sh; Hosseini Almadani, S.A; Afkari, F. (2023). Efficacy of Child-Oriented Unified Trans-Diagnostic Treatment for Alexithymia in Divorce-Engaged Children with Emotional Self-Regulation Difficulties. *Journal of Applied Psychology Research*, 14(2), 179-194. magiran.com/p2630120. (In Persian).
- Gregg, B. T., Kitzman, P. H., & Shordike, A. (2016). Well-being and coping of student veterans readjusting into academia: A pilot survey. *Occupational Therapy in Mental Health*, 32(1), 86-107.
- Gutner, C. A., & Presseau, C. (2019). Dealing with complexity and comorbidity: opportunity for transdiagnostic treatment for PTSD. *Current treatment options in psychiatry*, 6(2), 119-131.
- Hatami M; Hasani, J; Arjomandnia, N; & Torabi, Z. (2016). The effects of educating Cognitive Emotion Regulation strategies in anxiety sensitivity in patients with Post-Traumatic Stress Disorder. *Journal of Military Psychology*, 6(24), 5-13. magiran.com/p1570661. (In Persian).
- Henshaw, L. A. (2019). *The Complexity of Unrecognized Trauma: Survivors' Narratives* (Doctoral dissertation, Adelphi University).
- Huseth, R. C. (2018). *The Relationship between Physical Activity and Posttraumatic Stress Disorder in Veterans* (Doctoral dissertation, Middle Tennessee State University).
- Ito, M., Horikoshi, M., Kato, N., Oe, Y., Fujisato, H., Yamaguchi, K.,... & Takebayashi, Y. (2023). Efficacy of the unified protocol for transdiagnostic cognitive-behavioral treatment for depressive and anxiety disorders: a randomized controlled trial. *Psychological Medicine*, 53(7), 3009-3020.
- Ivanova, J. I., Birnbaum, H. G., Chen, L., Duhig, A. M., Dayoub, E. J., Kantor, E. S., Schiller, M.B. & Phillips, G. A. (2011). Cost of post-traumatic stress disorder vs major depressive disorder among patients covered by medicaid or private insurance. *The American Journal of Managed Care*, 17(8), e314-23.
- Jiang, M. Y., Kandris, E., El-Masry, Y., Drobny, J., St. Clare, T., & Chen, J. T. (2021). Effectiveness of transdiagnostic group cognitive-behavioural therapy for anxiety disorders in a naturalistic clinical setting. *Clinical Psychologist*, 25(1), 69-77.
- Kerr, N. C., Ashby, S., Gerardi, S. M., & Lane, S. J. (2020). Occupational therapy for military personnel and military veterans experiencing post-traumatic stress disorder: A scoping review. *Australian Occupational Therapy Journal*, 67(5), 479-497.
- Khorsand Noobahar, B; Roushan, R; & Khodabakhshi-Koolaei, A. (2023). Effectiveness of Narrative Exposure Therapy (NET) on the Improvement of Post-Traumatic Symptoms, Interpersonal Reactivity and Negative Emotions in Veterans with Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD): A Single-Subject Research Study. *Journal of Military Psychology*, 14(55), 33-59. magiran.com/p2670423. (In Persian).
- Laposa, J. M., Mancuso, E., Abraham, G., & Loli-Dano, L. (2017). Unified protocol transdiagnostic treatment in group format: a preliminary investigation with anxious individuals. *Behavior modification*, 41(2), 253-268.

- Lavaf Arani, M. J.; Sadeghi, S.; Laki, M.; Dehghani Sanij, N.; Rajabi, F. (2023). The effectiveness of unified trans-diagnostic treatment on anxiety sensitivity, sleep quality and emotion regulation in patients with post-traumatic stress disorder, *Rooyesh-e-Ravanshenasi*, 11(10), 193-202. magiran.com/p2545075. (In Persian).
- Lenz, A. S., & Hollenbaugh, K. M. (2015). Meta-analysis of trauma-focused cognitive behavioral therapy for treating PTSD and co-occurring depression among children and adolescents. *Counseling Outcome Research and Evaluation*, 6(1), 18-32.
- Marshall, G. N., Miles, J. N., & Stewart, S. H. (2010). Anxiety sensitivity and PTSD symptom severity are reciprocally related: evidence from a longitudinal study of physical trauma survivors. *Journal of abnormal psychology*, 119(1), 143.
- Zemestani, M.; & Imani, M. (2016). Effectiveness of transdiagnostic treatment on depression/anxiety symptoms and emotion regulation, *Contemporary psychology*, 11(1), 15-28. magiran.com/p1593424. (In Persian).
- Moradimanesh, F.; Mirjaafari, Guderzi, M.; & Mohammadi, M. (2007). Examining the psychometric properties of the Revised Anxiety Sensitivity Index (ASIR). *Psychology*, 44(11), 426-446. (In Persian).
- N. Nalipay, M. J., & Mordeno, I. G. (2018). Positive metacognitions and meta-emotions as predictors of posttraumatic stress disorder and posttraumatic growth in survivors of a natural disaster. *Journal of loss and trauma*, 23(5), 381-394.
- Nargesi, F.; Fathiashtiani, A.; Davodi, I.; & Ashrafi, E. (2019). The effect of unified transdiagnostic treatment on anxiety sensitivity, distress tolerance and obsessive-compulsive symptoms in individuals with obsessive-compulsive disorder, *Journal of Psychological Achievements*, 26(2), 49-66. magiran.com/p2068137. (In Persian).
- Nazari, I.; Mohammadi, M.; Naziri, Q. (2014). Effectiveness of Gestalt therapy on Post Traumatic Stress Disorder (PTSD) symptoms on veterans of Yasuj city, *Armaghane-danesh*, 19(4), 295. magiran.com/p1289366. (In Persian).
- Noohi, S.; Miraghaie, A. M.; Arabi, A. (2016). The Effectiveness of Neurofeedback on Anxiety, Depression, and War Post-Traumatic Stress Disorder Symptoms, *Journal of Research in Behavioural Sciences*, 14(2), 195-203. magiran.com/p1625802. (In Persian).
- Norris, F. H. (1992). Epidemiology of trauma: Frequency and impact of different potentially traumatic events on different demographic groups. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60(3), 409-418. doi: 10.1037/0022-006X.60.3.409.
- O'Donnell, M. L., Alkemade, N., Creamer, M. C., McFarlane, A. C., Silove, D., Bryant, R. A., & Forbes, D. (2016). The long-term psychiatric sequelae of severe injury: A 6-year follow-up study. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 77(4), 473-479. <https://doi.org/10.4088/JCP.14m09721>.
- O'donnell, M. L., Lau, W., Chisholm, K., Agathos, J., Little, J., Terhaag, S., ... & Gallagher, M. W. (2021). A pilot study of the efficacy of the unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders in treating posttraumatic psychopathology: a randomized controlled trial. *Journal of traumatic stress*, 34(3), 563-574.
- Ogle, C. M., Rubin, D. C., Berntsen, D., & Siegler, I. C. (2013). The frequency and impact of exposure to potentially traumatic events over the life course. *Clinical Psychological Science*, 1(4), 426-434. doi: 10.1177/2167702613485076.
- Oasma, J., Peris-Baquero, O., Suso-Ribera, C., Farchione, T. J., & Barlow, D. H. (2021). Effectiveness of the Unified Protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders in group format in Spain: Results from a randomized controlled trial with 6-months follow-up. *Psychotherapy Research*, 1-14.
- Otared, N.; Mikaeili, N.; Mohajeri, N.; & Vojoudi, B. (2017). The Effect of Unified Transdiagnostic Treatment on Anxiety Disorders and Comorbid Depression: Single-Case

- Design, *Journal of Torbat Heydariyeh University of Medical Sciences*, 4(4), 54-62. magiran.com/p1706613. (In Persian).
- Panaghi, L.; Hakim shooshtari, M.; & Atari Mogadam, J. (2006). Persian version validation in impact of event Scale-Revised. *Tehran Univ Med J*; 64 (3):52-60. (In Persian).
- Paulus, D. J., Brandt, C. P., Lemaire, C., & Zvolensky, M. J. (2020). Trajectory of change in anxiety sensitivity in relation to anxiety, depression, and quality of life among persons living with HIV/AIDS following transdiagnostic cognitive-behavioral therapy. *Cognitive behaviour therapy*, 49(2), 149-163.
- Peris-Baquero, O., & Osma, J. (2023). Unified Protocol for the Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders in Group Format in Spain: Results of a Noninferiority Randomized Controlled Trial at 15 Months after Treatment Onset. *Depression and Anxiety*, 2023.
- Phelps, A., Steel, Z., Metcalf, O., Alkemade, N., Kerr, K., O'Donnell, M., Nurse, J., Cooper, J., Howard, A., & Armstrong, R. (2018). Key patterns and predictors of response to treatment for military veterans with posttraumatic stress disorder: A growth mixture modelling approach. *Psychological Medicine*, 48(1), 95-103. <https://doi.org/10.1017/S0033291717001404>.
- Priebe, S., Matanov, A., Gavrilović, J. J., Mccrone, P., Ljubotina, D., Knežević, G., & Schützwohl, M. (2009). Consequences of untreated posttraumatic stress disorder following war in former Yugoslavia: Morbidity, subjective quality of life, and care costs. *Croatian Medical Journal*, 50(5), 465-475. doi:10.3325/cmj.2009.50.465.
- Rahmanian, Z.; & Vaezmousavi, M. (2015). Psychometric Properties of the Metacognition Applied to Physical Activity Scale. *Sport Psychology Studies*, 3(9), 11-26. magiran.com/p1356099. (In Persian).
- Rahnejat, A. M.; Rabiei, M.; Salimi, S. H.; Fathi Ashtiani, A.; Donyavi, V.; & Mirzai, J. (2015). Causal Metacognitive Model War-related Chronic Posttraumatic Stress Disorder. *Iranian Psychiatry and Clinical Psychology*, 20(4), 317-325. magiran.com/p1415620. (In Persian).
- Raines, A. M., Capron, D. W., Stentz, L. A., Walton, J. L., Allan, N. P., McManus, E. S., ... & Franklin, C. L. (2017). Posttraumatic stress disorder and suicidal ideation, plans, and impulses: The mediating role of anxiety sensitivity cognitive concerns among veterans. *Journal of Affective Disorders*, 222, 57-62.
- Raines, A. M., Walton, J. L., McManus, E. S., Cuccurullo, L. A. J., Chambliss, J., Uddo, M., & Franklin, C. L. (2017). Associations between lower order anxiety sensitivity dimensions and DSM-5 posttraumatic stress disorder symptoms. *Cognitive Behaviour Therapy*, 46(2), 162-173.
- Rajabi, Gh.; & Karjo Kasmai, S. (2013). Psychometric Properties of a Persian-Language Version of the Beck Depression Inventory - Second Edition (BDI-II-Persian). *Educational Measurement*, 3(10), 139. magiran.com/p1112320. (In Persian).
- Richey, J. A., Schmidt, N. B., Hofmann, S. G., & Timpano, K. R. (2010). Journal of Anxiety Disorders Temporal and structural dynamics of anxiety sensitivity in predicting fearful responding to a 35% CO₂ challenge. *Journal of Anxiety Disorders*, 24, 423-432.
- Shahabi Vand, S.; Afshari, A.; & Cheragh Molaie, L. (2021). The Efficiency of Trauma Focused-Cognitive Behavioral therapy on Mood and Somatic Symptoms of Children with Interpersonal Trauma. *Journal of Psychology*, 25(2), 236-254. magiran.com/p2323349. (In Persian).
- Simpson, T., Jakupcak, M., & Luterek, J. A. (2006). Fear and avoidance of internal experiences among patients with substance use disorders and PTSD: The centrality of anxiety sensitivity. *Journal of Traumatic Stress*, 19, 481-491. [http://dx.doi.org/10.1002/\(ISSN\)1573-6598](http://dx.doi.org/10.1002/(ISSN)1573-6598).

- Stanley, I. H., Hom, M. A., Spencer-Thomas, S., & Joiner, T. E. (2017). Examining anxiety sensitivity as a mediator of the association between PTSD symptoms and suicide risk among women firefighters. *Journal of anxiety disorders*, 50, 94-102.
- Stegelin, D., Leggett, C., Ricketts, D., Bryant, M., Peterson, C., & Holzner, A. (2020). Trauma-Informed Preschool Education in Public School Classrooms: Responding to Suspension, Expulsion, and Mental Health Issues of Young Children. *Journal of At-Risk Issues*, 23(2), 9-24.
- Stein, N. R., Dickstein, B. D., Schuster, J., Litz, B. T., & Resick, P. A. (2012). Trajectories of response to treatment for posttraumatic stress disorder. *Behavior Therapy*, 43(4), 790–800. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2012.04.003>.
- Taghvainiya, A.; Mohamadebrahimi Gahromi, S. (2020). The Mediating Role of Coping Strategies in the Relationship between Emotional Dysregulation and Quality of Life in Disabled Veterans with Post-Traumatic Stress Disorder, *Journal of Military Psychology*, 10(40), 5-19. magiran.com/p2138110. (In Persian).
- Varkovitzky, R. L., Sherrill, A. M., & Reger, G. M. (2018). Effectiveness of the unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders among veterans with posttraumatic stress disorder: A pilot study. *Behavior Modification*, 42(2), 210-230.
- Viana, A. G., Woodward, E. C., Hanna, A. E., Raines, E. M., Alfano, C. A., & Zvolensky, M. J. (2018). The moderating role of anxiety sensitivity in the co-occurrence of anxiety and depression symptoms among clinically anxious children. *Journal of Experimental Psychopathology*, 9(3), 2043808718791049.
- Weiss, D. M. C. R., Marmar, C., Wilson, J. P., & Keane, T. M. (1997). The impact of event scale—Revised, assessing psychological trauma and PTSD (pp. 399–411). *New York: Guilford*.
- Yehuda, R., Hoge, C. W., McFarlane, A. C., Vermetten, E., Lanius, R. A., Nievergelt, C. M., Hyman, S. E. (2015). Post-traumatic stress disorder. *Nature Reviews Disease Primers*, 1, 15057. Retrieved from <https://doi.org/10.1038/nrdp.2015.57>.
- Zemestani, M; & Imani, M. (2016). Effectiveness of transdiagnostic treatment on depression/anxiety symptoms and emotion regulation, *Contemporary psychology*, 11(1), 15-28. magiran.com/p1593424. (In Persian)
- Ziaei, F; Sharifi Amadadi, P; Farrokhi, N.A. (2023). Comparison of the Effectiveness of Emotional Memory Management Training Package on Emotional Intelligence in Women and Men With Depressive Symptoms, *Journal of Military Psychology*, 13(51), 179-197. magiran.com/p2550209. (In Persian)
- Zohrabi, M; Sarafraz, M. (2021). Impulsivity Prediction Model: The Role of Perfectionism Dimensions and Coping Strategies, *Journal of Military Psychology*, 12(47), 97-117. magiran.com/p2379995. (In Persian)

