Journal of Research in Behavioral Sciences

Year 2024, Volume 21, Issue 4

Comparison of the Effectiveness of Transdiagnostic Treatment and Cognitive-Behavioral Therapy on the Anxiety and Depression of Depressed Women

Zahra Akhundi Yazdi[1], Ahmed Ghazanfari[2], Taiba Sharifi[3]

1. PhD student, Department of Psychology, Shahrekurd Branch, Islamic Azad University, Shahrekurd, Iran.
2. (Corresponding author) * Associate Professor, Department of Psychology, Shahrekurd Branch, Islamic Azad University, Shahrekurd, Iran.
3. Associate Professor, Department of Psychology, Shahrekurd Branch, Islamic Azad University, Shahrekurd, Iran.

Abstract

Aim and Background: Depression is one of the most common psychiatric disorders that leads to considerable disability in various areas of personal, professional, and social life. The purpose of this study was to compare the effectiveness of transdiagnostic treatment and cognitive-behavioral therapy on anxiety and depression in depressed women in Isfahan.

Methods and Materials: The present study was a semi-experimental design of the pre-test-post-test type with a control group and follow-up period. The research community in this study consisted of all depressed women in Isfahan city. In this study, 45 women referred to specialized clinics in Isfahan city in 1400 were purposefully selected and examined in three groups (2 experimental groups and one control group). Patient information was collected through three demographic information tools: Beck's Anxiety Questionnaire and Beck's Depression Questionnaire. Treatment protocols included cognitive behavioral therapy (Hazelt-Stevens) and transdiagnostic treatment.

Findings: The present study explained that the average scores of depression and anxiety in the transdiagnostic treatment and cognitive-behavioral therapy groups had a significant decrease compared to the control group (P = 0.001). On the other hand, there were significant differences in the scores of depression and anxiety in the two treatment groups and control group in the pre-test, post-test and follow-up stages (P>0.05). In addition, there was no significant difference between the transdiagnostic treatment group and the cognitive-behavioral treatment group in reducing the average scores of depression and anxiety.

Conclusions: According to the findings, transdiagnostic and cognitive-behavioral treatments can be used as a complement to medication and interpersonal treatments for patients suffering from depression, reducing the symptoms of depression and anxiety. This process needs more research.

Keywords: Transdiagnostic treatment, cognitive-behavioral therapy, anxiety, depression.

Citation: Akhundi Yazdi Z, Ghazanfari A, Sharifi T. **Comparison of the Effectiveness of Transdiagnostic Treatment and Cognitive-Behavioral Therapy on the Anxiety and Depression of Depressed Women**. Res Behav Sci 2024; 21(4): 818-829.

* **Ahmed Ghazanfari,**
Email: aghazan5@yahoo.com

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-06]

[DOI: 10.48305/21.4.818]

مقایسه اثربخشی درمان فراتشخیصی و درمان شناختی- رفتاری بر اضطراب و افسردگی زنان افسرده

زهرا آخوندی یزدی[1]، احمدغضنفری[2]، طیبه شریفی[3]

۱- دانشجوی دکتری، روانشناسی، واحد شهرکرد، دانشگاه آزاد اسلامی، شهرکرد، ایران.

۲- (نویسنده مسئول)* دانشیار، گروه روانشناسی، واحد شهرکرد، دانشگاه آزاد اسلامی، شهرکرد، ایران.

۳- دانشیار، گروه روانشناسی، واحد شهرکرد، دانشگاه آزاد اسلامی، شهرکرد، ایران.

چکیده

زمینه و هدف: افسردگی یکی از اختلالات رایج روانپزشکی می باشد که منجر به ناتوانی قابل ملاحضه در عرصه های مختلف زندگی شخصی، شغلی و اجتماعی می شود. هدف از این پژوهش مقایسه اثربخشی درمان فراتشخیصی و درمان شناختی- رفتاری بر اضطراب و افسردگی زنان افسرده شهر اصفهان بود.

مواد و روش‌ها: مطالعه حاضر یک طرح نیمه آزمایشی از نوع پیش آزمون- پس آزمون با گروه گواه به همراه دوره پیگیری بوده است. جامعه پژوهش در این مطالعه عبارت از کلیه زنان افسرده در شهر اصفهان بود. در این مطالعه ۴۵ زن مراجعه کننده به کلینیک های تخصصی شهر اصفهان در سال ۱۴۰۰، به صورت هدفمند انتخاب و در سه گروه (۲ گروه آزمایشی و یک گروه گواه) مورد بررسی قرار گرفتند. اطلاعات بیماران از طریق سه ابزار اطلاعات دموگرافیک، پرسشنامه اضطراب بک و پرسشنامه افسردگی بک جمع آوری شد. پروتکل های درمانی شامل درمان شناختی رفتاری (هازلت- استیونز) و درمان فراتشخیصی بود.

یافته‌ها: مطاله کنونی شرح داد که میانگین نمرات افسردگی و اضطراب در گروه های درمانی فراتشخیصی و شناختی رفتاری نسبت به گروه گواه کاهش معنی داری داشته است ($P<0/05$). از سوی دیگر در دو گروه رویکرد درمانی اختلاف معنی داری در نمرات افسردگی و اضطراب در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری مشاهده نشد ($P>0/05$). همچنین مابین گروه درمان فراتشخیصی و درمان شناختی رفتاری بر کاهش میانگین نمرات افسردگی و اضطراب تفاوت معنی دار وجود نداشت.

نتیجه‌گیری: باتوجه به یافته ها، درمان های فراتشخیصی و شناختی رفتاری می توانند به عنوان مکمل درمان‌های دارویی و بین فردی برای بیماران درگیر با افسردگی در کاهش علائم افسردگی و اضطراب استفاده شوند. این فرایند احتیاج به پژوهش های بیشتری می باشد.

واژه‌های کلیدی: درمان فراتشخیصی، درمان شناختی- رفتاری، اضطراب، افسردگی.

ارجاع: آخوندی یزدی زهرا، غضنفری احمد، شریفی طیبه. **مقایسه اثربخشی درمان فراتشخیصی و درمان شناختی- رفتاری بر اضطراب و افسردگی زنان افسرده**. مجله تحقیقات علوم رفتاری ۱۴۰۲؛ ۲۱(۴): ۸۱۸-۸۲۹.

*- **احمد غضنفری،**

رایانامه: aghazan5@yahoo.com

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-06]

[DOI: 10.48305/21.4.818]

مقدمه

افسردگی یک اختلال روانپزشکی رایج است که با خلق غمگین و از دست دادن علاقه به تمامی امور مشخص می شود (۱) . این اختلال منجر به ناتوانی قابل توجه فرد در عرصه های زندگی شخصی، اجتماعی و شغلی می شود (۲). شیوع جهانی افسردگی به سرعت در حال افزایش است. سازمان جهانی بهداشت پیش بینی می کند که افسردگی تا سال ۲۰۳۰ به بار اصلی بیماری ها تبدیل خواهد شد (۳). برحسب مطالعات گفته می شود که ۲۰ درصد جامعه ایران افسرده هستند. مطالعه ملی، بار بیماری ها و آسیب ها در ایران نشان می دهد که بیماری های روانی و اختلالات رفتاری پس از حوادث عمدی و غیر عمدی بزرگترین مشکل سلامت در ایران است. به طوری که بر اساس مطالعه ملی بار بیماری ها و آسیب ها در ایران، افسردگی سومین مشکل سلامتی در کشور به شمار میرود (۴) . هنگامی که مرگ‌های مرتبط با افسردگی به دلیل خودکشی و سکته مغزی در نظر گرفته می‌شود، افسردگی سومین بار بیماری در جهان است (۳).

شیوع افسردگی در زنان جوان بیش از دو برابر مردان است ۵. در ایران تا سال ۲۰۱۸ درصد شیوع افسردگی در زنان ۱,۷ برابر بیشتر از مردان ذکر شده است (۴). زنان مبتلا به افسردگی با بیماری های جسمی، افکار منفی، اضطراب و درماندگی آموخته شده مواجهه هستند (۵). زنان همچنین اشکال خاصی از بیماری مرتبط با افسردگی را تجربه می‌کنند، از جمله اختلال نارسایی پیش از قاعدگی، افسردگی پس از زایمان، و افسردگی و اضطراب پس از یائسگی، که با تغییرات در هورمون‌های تخمدان مرتبط است و می‌تواند به افزایش شیوع در زنان کمک کند (۶ و ۷). شیوع بیشتر افسردگی در زنان نیز در تجویز داروهای ضد افسردگی منعکس شده است (۹ و ۸).

یافته ها نشان داد که تجربه اضطراب در بیماران مبتلا به افسردگی شایع است. درصد بالایی (دو سوم) از بیماران مبتلا به افسردگی دارای علائم بارز اضطراب هستند (۹) . همچنین همبودی افسردگی با اضطراب به عنوان یک اختلال مستقل نشان دهنده شباهت زیاد این دو اختلال با یکدیگر است (۱۰). در بیماران مبتلا به افسردگی، هر چه شدت اضطراب بیشتر باشد، احتمال خودکشی بیشتر می‌شود، دوره افسردگی طولانی‌تر و احتمال عدم پاسخگویی به درمان مناسب بیشتر می‌شود (۱۱).

بر اساس آمار و شواهد موجود در سراسر جهان، زنان نسبت به مردان در ابتلا به اختلال افسردگی و اضطراب آسیب پذیرتر هستند (۱۲). به نظر می رسد علل احتمالی این هم ابتلایی ناشی از علائم، ویژگی ها و عوامل نگهدارنده (۱۲ و ۱۳) و همینطور مکانیسم های زیستی و عصبی شیمیایی مشترک آنها باشد (۱۴). بر همین اساس و به دلیل شیوع نسبتاً بالای افسردگی و بار قابل توجه بیماری برای فرد، نظام سلامت و جامعه؛ می بایست مطالعات بسیار گسترده ای برای پیشگیری و اتخاذ روش های درمانی مناسب و مدیریت بیماری انجام نمود (۱۵).

پژوهش های متعددی نشان دهنده اثربخشی تکنیک های روان درمانی در کاهش علایم اختلالات مختلف از جمله افسردگی هستند (۱۵). یکی از شیوه های رواندرمانی دارای حمایت تجربی، درمان شناختی–رفتاری است که اثر ویژه ای در درمان افسردگی دارد (۱۶). این درمان تلفیقی از رویکردهای شناختی و رفتاری است (۱۷). در این درمان با شناسایی افکار منفی تکرارشونده به فرد کمک می شود تا با اصلاح آنها، علایم افسردگی کاهش یابد (۱۸). از مشخصات این روش درمانی می توان استفاده از تکالیف خانگی و پیشگیری از عود افسردگی را ذکر کرد (۱۹ و ۲۰).

توجه به مسئله همزمانی اختلالات اضطرابی و افسردگی و پاسخگویی به چالش های آن تنها با تدوین راهکارهایی امکان پذیر است که به موضوع و اهمیت همزمانی هم در سطح نظری و هم در سطح عملی توجه شود. درمان‌های فرا تشخیصی سرآغاز این نگاه جدید به ایجاد یک پروتکل درمانی تلقی می‌شوند (۲۱). درمان فراتشخیصی در پاسخ به محدودیت های درمان های شناختی رفتاری از جمله ناکامی این درمان در بهبودی بخش زیادی از بیماران و ایجاد سردرگمی در انتخاب دستورالعمل مناسب بوجود آمد (۲۲). این درمان برای افراد مبتلا به اختلال‌های هیجانی، به ویژه اختلال‌های خلقی و اضطرابی طراحی شده است و در آن از اصول و پروتکل‌های درمانی یکسانی برای انواع این اختلال‌ها استفاده می‌شود. بر اساس دیدگاه فراتشخیصی به عنوان درمان یکپارچه نگر، مولفه های زیربنایی آسیب روانی هدف درمان قرار می گیرند (۲۳ و ۲۴). مهارت های تنظیم هیجان به عنوان فاکتورهای مهم درمان معرفی شده اند (۲۵) که بر اساس آن، افراد با تجربیان هیجانی نامناسب خود مواجه می شوند و به شیوه ای سازگارانه تری به هیجانات خود پاسخ می دهند (۲۶).

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-06]

[DOI: 10.48305/21.4.818]

پژوهش های متعددی اثربخشی این روش درمان را بر روی اضطراب (۲۶ و ۲۷)، افسردگی (۲۸)، مهارت های تنظیم هیجان، کیفیت زندگی و اختلال عملکرد (۲۵) به اثبات رسانده اند. درمان‌های یکپارچه پیشنهاد می‌کنند که رویکرد فراتشخیصی ممکن است کاراتر و اثربخش‌تر از درمان اختلال‌های همبود به شیوه جداگانه و زنجیروار باشد (۲۷).

به همین منظور جهت بررسی این ادعا، پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری و درمان فراتشخیصی بر افسردگی و اضطراب زنان افسرده در قالب یک کارآزمایی بالینی طراحی شد.

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر از نوع پژوهش های کاربردی و از لحاظ روش از نوع آزمایشی با طرح پیش آزمون و پس آزمون با گروه کنترل همراه با پیگیری یک ماهه بود. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه زنان مبتلا به اختلال افسردگی مراجعه کننده به مراکز درمان روانپزشکی و روانشناختی شهر اصفهان در سال ۱۴۰۰ بود. از بین افراد مراجعه کننده به مراکز درمانی، ۴۵ نفر از آنانی که بر اساس مصاحبه بالینی مبتنی بر DSM-5 دچار افسردگی اساسی بوده به شیوه نمونه گیری در دسترس با رعایت ملاک های ورود به پژوهش انتخاب شده و با جایگزینی تصادفی در ۲ گروه ۱۵ نفری آزمایش (گروه درمان شناختی-رفتاری و گروه درمان فراتشخیصی) و یک گروه ۱۵ نفره گواه (که هیچگونه مداخله ای دریافت نکرد) قرار گرفتند. ملاک های ورود شامل تمایل و رضایت برای شرکت در پژوهش، داشتن سواد خواندن و نوشتن، عدم ابتلا به اختلال روانپزشکی حاد یا مزمن و ملاک های خروج از مطالعه شامل عدم همکاری شرکت کنندگان در پژوهش، غیبت بیش از یک جلسه در جلسات درمانی بود.

شرکت کنندگان سه گروه، پرسشنامه های پژوهش را قبل از شروع پژوهش و پس از اتمام جلسات درمانی تکمیل نمودند. یک ماه پس از اتمام جلسات درمانی جهت ثبات نتایج درمانی با شرکت کنندگان پژوهش تماس گرفته شد و از آنها درخواست شد مجددا پرسشنامه های پژوهش را تکمیل نمایند.

برای گردآوری داده های پژوهشی از مقیاس افسردگی و اضطراب بک استفاده شد. به منظور رعایت اصول اخلاقی به شرکت کنندگان اطمینان کافی در خصوص محرمانه ماندن نام و مشخصات شرکت کنندگان و خروج داوطلبانه شرکت کنندگان از پژوهش داده شد. برای توصیف اطلاعات پژوهش از شاخص های آمار توصیفی (میانگین و انحراف استاندارد) و آمار استنباطی شامل تحلیل واریانس مکرر و با کمک نرم افزار SPSS نسخه ۲۴ استفاده شد.

پرسشنامه افسردگی بک: (BDI-II): این پرسشنامه شکل بازنگری شده پرسشنامه افسردگی بک است که در سال ۱۹۹۶ توسط بک و همکاران جهت سنجش شدت افسردگی در بزرگسالانی که تشخیص اختلال افسردگی را دریافت کرده اند، می باشد. نمرات این پرسشنامه بر اساس طیف لیکرت چهار گزینه ای از هیچ (۰) تا بالا (۳) بر حسب شدت وضعیت گزارش شده توسط بیمار نمره گذاری می شود (۲۸). در سال ۱۳۸۴ این مقیاس توسط فتی و همکاران بر روی یک نمونه ۹۴ نفری از جمعیت ایرانی اجرا گردید و ضریب آلفای کرونباخ را برای این پرسشنامه ۰/۹۳ و ضریب پایایی بازآزمایی را در فاصله ۵ هفته ای ۰/۸۱ به دست آمد که نشان دهنده روایی مناسب این آزمون جهت استفاده در جمعیت ایرانی می باشد و می توان به نمرات حاصل از این مقیاس جهت تحلیل آماری اعتماد کرد.

پرسشنامه اضطراب بک: (BAI): پرسشنامه اضطراب توسط بک، اپستین، براون و استیر در سال ۱۹۸۸ تدوین شد. این مقیاس یک پرسشنامه خودسنجی ۲۱ سؤالی است که با هدف اندازه گیری شدت اضطراب در یک هفته اخیر و در یک مقیاس ۴ درجه ای لیکرت از صفر (هرگز) تا سه بسیار شدید می سنجد و نمره ی کل این پرسشنامه در دامنه ی ۰ تا ۶۳ قرار دارد. کسب نمرات بالاتر از ۳۰ نشان دهنده وجود اضطراب در فرد است. بک و همکاران همسانی درونی مقیاس را برابر با ۰/۹۲ و پایایی بازآزمایی یک هفته ای آن را ۰/۷۵ و همبستگی ماده های آن را از ۰/۳۰ تا ۰/۷۶ گزارش کرده اند. این مقیاس توسط کاویانی و موسوی بر روی جمعیت ایرانی اجرا گردید و ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه را ۰/۹۲ و ضریب پایایی به روش بازآزمایی را ۰/۸۳ گزارش نمودند.

پروتکل های درمانی شامل درمان شناختی-رفتاری و فراتشخص به شرح زیر بود.

خلاصه محتوای جلسات درمان شناختی-رفتاری (هازلت-استیونز): شرکت کنندگان گروه آزمایش اول در ۱۲ جلسه هفتگی ۶۰ دقیقه ای درمان شناختی-رفتاری حضور

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-06]

[DOI: 10.48305/21.4.818]

داشتند. پروتکل درمانی شناختی رفتاری، پروتکل پیشنهادی هازلت-استیونز (۲۹) بود. محتوای جلسات درمانی به شرح ذیل بود: جلسه اول) آموزش روانی به شرکت کنندگان در مورد مفاهیم اصلی درمان های شناختی رفتاری و همچنین چگونگی تاثیر شناخت و تفسیر رویدادها بر خلف و به دنبال آن بر رفتار و واکنش های جسمی با تاکید بر افکار خودآیند منفی .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 افسرده ساز. جلسه سوم) منطق و دلیل آموزش آرمیدگی پیشرونده، اجرای آرمیدگی پیشرونده. جلسه چهارم) تکنیکهای شناختی برای به چالش کشیدن افکار افسرده ساز، ایجاد تفسیرها یا پیش بینی‌های جایگزین، بررسی شواهد و احتمالات. جلسه پنجم) شناسایی رفتارهای افسرده ساز و اضطراب زا، 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.

درمان فراتشخیصی (بارلو و همکاران،۲۰۱۱):

شرکت کنندگان گروه آزمایش دوم ۱۲ جلسه هفتگی ۶۰ دقیقه ای درمان فراتشخیصی دریافت کردند. پروتکل درمانی فراتشخیصی (۲۴) اجرا شد. محتوای جلسات درمانی به شرح ذیل بود: جلسه اول) افزایش انگیزه؛ مصاحبه انگیزشی برای مشارکت و درگیری بیماران، ارایه منطق درمان و تعیین اهداف درمان. جلسه دوم) ارایه آموزش روانی؛ بازشناسی هیجانها و ردیابی تجارب هیجانی و آموزش مدل سه مولفه ای تجارب هیجانی و مدلARC. جلسه سوم) آموزش آگاهی هیجانی؛ یادگیری مشاهده تجارب هیجانی(هیجانها و واکنش به هیجانها) به خصوص با استفاده از تکنیک های ذهن‌آگاهی. جلسه چهارم) آموزش آگاهی هیجانی؛ یادگیری مشاهده تجارب هیجانی(هیجانها و واکنش به هیجانها) به خصوص با استفاده از تکنیک های ذهن‌آگاهی. جلسه 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. جلسه 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. جلسه هفتم) بررسی رفتارهای ناشی از هیجان EDBS؛ آشنایی و شناسایی رفتارهای ناشی از هیجان و درک تاثیر آنها روی تجارب هیجانی، شناسایی EDBS ناسازگارانه و ایجاد گرایش‌های عمل جایگزین به واسطه رویارویی با رفتارها. جلسه 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. جلسه 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. جلسه 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. جلسه یازدهم) پیشگیری از عود؛ مرور کلی مفاهیم درمان و بحث در مورد بهبودی و پیشرفت های درمانی بیمار. جلسه دوازدهم) پیشگیری از عود؛ مرور کلی مفاهیم درمان و بحث در مورد بهبودی و پیشرفت های درمانی بیمار.

یافته‌ها

در مطالعه کنونی، ۴۵ نفر زن مبتلا به اختلال افسردگی در دو گروه مداخله و یک گروه گواه (هر گروه ۱۵ نفر) وارد شدند. میانگین و انحراف معیار سن در گروه درمان شناختی رفتاری

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-06]

[DOI: 10.48305/21.4.818]

۱/۴±۲۷/۱، در گروه درمان فراتشخیصی ۱/۳۲±۲۷/۰۵ و در گروه گواه ۱/۱±۲۷ سال بود. میانگین و انحراف معیار نمرات متغیرهای افسردگی و اضطراب گروه‌های پژوهش در سه مرحله آزمون در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱. میانگین و انحراف معیار نمرات افسردگی و اضطراب به تفکیک گروه در سه مرحله زمانی

متغیرها	گروه ها	پیش آزمون (انحراف معیار ±میانگین)	پس آزمون (انحراف معیار ±میانگین)	پیگیری (انحراف معیار ±میانگین)
افسردگی	درمان شناختی رفتاری	۳/۵۳±۰/۴۳	۲/۵۱±۰/۹۸	۲/۴۴±۰/۶۳
	درمان فراتشخیصی	۳/۶۹±۰/۷۳	۲/۲۹±۰/۸۶	۲/۴۷±۰/۹۱
	گواه	۳/۶۰±۰/۸۱	۳/۷۸±۰/۸۶	۳/۴۲±۰/۷۹
اضطراب	درمان شناختی رفتاری	۲/۸۸±۱/۰۲	۲/۲۸±۰/۷۱	۲/۲۴±۰/۵۱
	درمان فراتشخیصی	۲/۸۹±۰/۷۱	۲/۰۷±۰/۳۷	۱/۷۹±۰/۶۵
	گواه	۳/۳۹±۰/۳۸	۳/۲۴±۰/۴۲	۳/۰۸±۰/۷۸

اطلاعات مندرج در جدول۱ حاکی از کاهش نمرات میانگین افسردگی و اضطراب گروه های مداخله نسبت به گروه گواه در مرحله پس آزمون و پیگیری می باشد. برای تعیین معنی داری تغییرات حاصل شده از آزمون تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر استفاده گردید. قبل از استفاده از این آزمون، پیش فرض های این آزمون مورد بررسی قرار گرفت. نتایج آزمون شاپیرو-ویلکز نشان داد که مقادیر بدست آمده از ۰/۰۵ بیشتر و توزیع نمرات نرمال بود (P>۰/۰۵). نتایج آزمون لوین نیز نشان داد که مفروضه همگنی واریانس های خطای متغییرهای آزمایش شده در مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری به درستی رعایت شده است (P>۰/۰۵). بررسی نتایج آزمون کرویت موچلی حاکی از عدم رعایت این مفروضه بود و ساختار ماتریس واریانس-کوواریانس برای متغیر افسردگی (P=۰/۳۴۰) و اضطراب (P=۰/۱۹۶) تایید شد. از این‌رو، استفاده از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر بلامانع است.

جدول۲. نتایج آزمون تحلیل واریانس مکرر برای افسردگی و اضطراب

متغیرها	منبع تغییرات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	سطح معنی داری	ضریب اثر
افسردگی	درون آزمودنی (زمان)	۲	۹/۴۱	۱۳/۱۷	<۰/۰۰۱	۰/۲۴
	درون آزمودنی (زمان ×گروه)	۴	۲/۶۸	۳/۷۵	۰/۰۰۷	۰/۱۵
	بین آزمودنی (گروه)	۲	۹/۰۸	۱۷/۱۹	<۰/۰۰۱	۰/۴۵
اضطراب	درون آزمودنی (زمان)	۲	۵/۷۷	۱۲/۲۴	<۰/۰۰۱	۰/۲۳
	درون آزمودنی (زمان ×گروه)	۴	۰/۷۴	۱/۵۷	۰/۱۹۰	۰/۰۷
	بین آزمودنی (گروه)	۲	۱۲/۰۹	۳۶/۸۱	<۰/۰۰۱	۰/۶۴

براساس داده های جدول ۲، تأثیر زمان، گروه و تعامل گروه و زمان بر میانگین نمرات افسردگی و اضطراب معنی‌دار بود (P<۰/۰۵). از این یافته‌ها می‌توان نتیجه گرفت که بین سه گروه آزمایش و کنترل از نظر نمرات افسردگی و اضطراب تفاوت وجود دارد. همچنین بین پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری نیز تفاوت وجود دارد. برای بررسی دو به‌دوی این یافته‌ها، از آزمون-های تعقیبی مناسب استفاده شد که نتایج آن در جدول ۳ نشان داده شده است.

نتایج آزمون بنفرونی در جدول ۳ نمایان کرد که میانگین مقادیر افسردگی و اضطراب در گروه درمان شناختی رفتاری با درمان فراتشخیصی تفاوت معنی‌داری وجود ندارد (P>۰/۰۵). میانگین نمرات افسردگی و اضطراب در گروه‌های درمان شناختی رفتاری و فراتشخیصی به طور معنی‌داری کمتر از گروه گواه گزارش شد (P<۰/۰۰۱). جدول ۴ نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی برای مقایسه سه مرحله ارزیابی پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری را نشان می‌دهد.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-06]

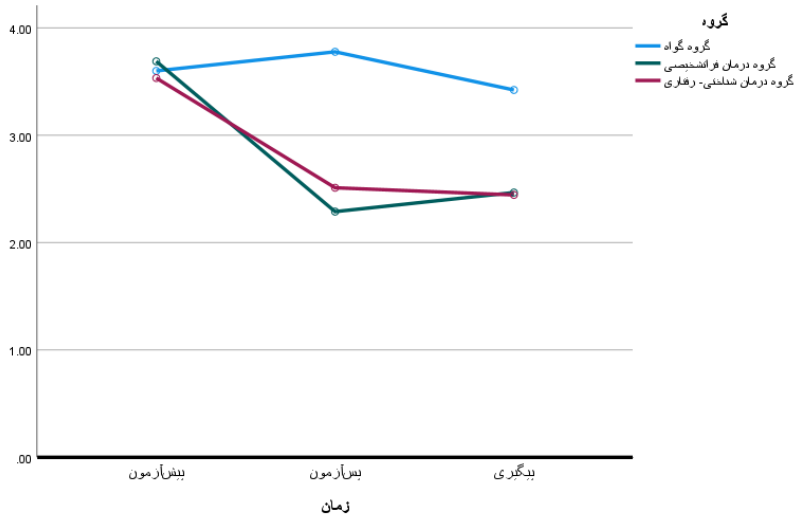
[DOI: 10.48305/21.4.818]

جدول۳. نتایج آزمون بونفرونی بر مقایسه گروه‌های مورد مطالعه به صورت زوجی

متغیرها	گروه ها	گروه ها	اختلاف میانگین	خطای استاندارد	سطح معناداری
افسردگی	درمان شناختی رفتاری	درمان فراتشخیصی	۰/۰۱	۰/۱۵	۱/۰۰
		گواه	−۰/۷۷	۰/۱۵	<۰/۰۰۱
	درمان فراتشخیصی	گواه	−۰/۷۸	۰/۱۵	<۰/۰۰۱
اضطراب	درمان شناختی رفتاری	درمان فراتشخیصی	۰/۲۲	۰/۱۲	۰/۲۳۶
		گواه	−۰/۷۷	۰/۱۲	<۰/۰۰۱
	درمان فراتشخیصی	گواه	−۰/۹۹	۰/۱۲	<۰/۰۰۱

جدول٤. نتایج آزمون بونفرونی برای مقایسه زوجی متغیرهای افسردگی و اضطراب در سری زمانی

متغیرها	مراحل آزمون	مراحل آزمون	اختلاف میانگین	خطای استاندارد	سطح معناداری
افسردگی	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۰/۷۵	۰/۲	۰/۰۰۱
		پیگیری	۰/۸۳	۰/۱۸	<۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	پیگیری	۰/۰۸	۰/۱۶	۱/۰۰
اضطراب	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۰/۵۲	۰/۱۴	۰/۰۰۱
		پیگیری	۰/۶۸	۰/۱۶	<۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	پیگیری	۰/۱۶	۰/۱۳	۰/۶۹۳

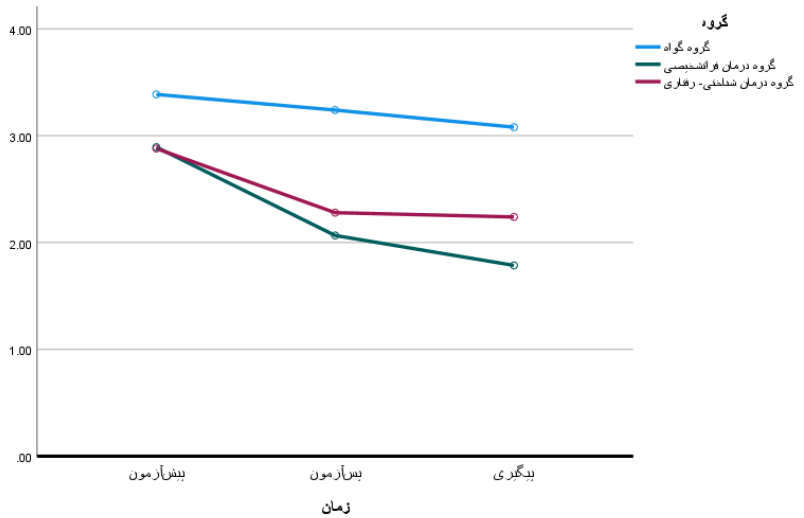


شکل ۱. نمودار مربوط به نمره افسردگی در گروه های پژوهش در سه مرحله اجرا

باتوجه به یافته‌های جدول ۴، در دو گروه پـژوهش تفـاوت معنی‌داری در میانگین نمرات افسـردگی و اضـطراب در مراحـل پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیش آزمون و پیگیری وجـود داشـت (P=۰/۰۰۱). نمودار تغییرات متغیرهای افسردگی و اضطراب بـه ترتیب در شکل ۱ و ۲ نشان داده شده است.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-06]

[DOI: 10.48305/21.4.818]



شکل ۲. نمودار مربوط به نمره اضطراب در گروه های پژوهش در سه مرحله اجرا

همانطور که در شکل ۱ و ۲ مشاهده می‌شود، نمرات افسردگی و اضطراب از مرحله پیش‌آزمون تا پس‌آزمون کاهش مشهودی در گروه‌های آزمایش داشته‌اند، اما این کاهش برای گروه کنترل مشهود نیست. همچنین در مرحله پیگیری، تغییرات گروه‌های آزمایش پایدار بوده است. این به این معنی است که درمان‌های شناختی- رفتاری و درمان فراتشخیصی در کاهش اضطراب و افسردگی زنان دارای اختلال افسردگی اثربخش بوده است.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش فعلی با هدف مقایسه اثر بخشی درمان فراتشخیصی و شناختی رفتاری بر افسردگی و اضطراب زنان دارای اختلال افسردگی شهر اصفهان صورت گرفت. تجزیه و تحلیل نتایج نشان داد که روش های درمان مبتنی بر فراتشخیصی و شناختی رفتاری در مقایسه با گروه گواه به طور معنی داری باعث کاهش نمرات افسردگی و اضطراب می شود و به طوری که هر دو روش درمانی در پس آزمون تاثیر مثبتی داشتند. همچنین مابین اثربخشی درمان فراتشخیصی و شناختی رفتاری تفاوت معنی داری وجود نداشت. بین مراحل پس آزمون و پیگیری تفاوت معنی داری نمایان نشد که نشان از پایداری هر دو روش درمانی در دوره پیگیری بود. همسو با یافته های کنونی، هومن و همکاران (۳۰) اثربخشی درمان فراتشخیصی بر اضطراب را در زنان تایید کردند. تالکووسکی و همکاران (۳۱) در پژوهشی نشان دادند که ۱۲ جلسه درمان فراتشخیصی موجب کاهش معنی دار علائم اضطراب و افسردگی، عاطفه منفی، بازداری رفتاری و مشکلات تنظیم هیجانی در بیماران مبتلا به اختلال اضطرابی شده است. نتایج پژوهش زمستان و همکاران مشخص کردند که درمان فراتشخیصی در کاهش نشانه‌های افسردگی، اضطراب و نیز تعدیل راهبردهای تنظیم هیجان در افراد مبتلا به حداقل یک اختلال اضطرابی و یک اختلال افسردگی (به صورت همبود) اثر بخش است (۳۲). پژوهش اورنلاس مایا حاکی از آن بود که درمان فراتشخیصی می تواند به طور قابل توجهی نمرات افسردگی و اضطراب را در بیماران اختلال افسردگی و اضطراب کاهش دهد و پیشنهاد شد که این درمان قادر است در بهبود کیفیت زندگی موثر باشد (۳۳). پژوهش لاپوسا و همکاران برروی ۲۶ نفر مبتلا به اختلالات اضطراب به منظور تاثیر درمان فراتشخیصی صورت گرفت و نمایان گردید که این رویکرد مداخله توانایی بالقوه ایی در کاهش اضطراب عمومی، نگرانی، اضطراب اجتماعی، هراس، افسردگی و عاطفه منفی و افزایش در عاطفه مثبت را دارا می باشد (۳۴). از سوی دیگر، کودال و همکاران (۳۵)، به این نتیجه دست یافتند که درمان شناختی رفتاری باعث بهبود معنی دار اختلالات اضطرابی در جوانان می‌شود، لادوسر و همکاران (۳۶) پی بردند که درمان شناختی رفتاری می تواند در بهبود اختلالات اضطراب فراگیر شود. مطالعه فراتحلیلی هافمن و همکاران، نشانگر اثر بخشی بالای درمان شناختی رفتاری در درمان افسردگی و اضطراب بود. و نتایج این مطالعه فراتحلیلی نشان

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-06]

[DOI: 10.48305/21.4.818]

داد، درمان شناختی رفتاری فردی، مؤثرتر از درمان شناختی رفتاری گروهی در درمان افسردگی و اضطراب است (۳۷).

درمان شناختی رفتاری با تغییر افکار و باورهای آگاهانه به ناکامی، اتفاقات دردناک و حس درماندگی به کاهش و بهبود افسردگی کمک می کند. در این رویکرد درمانی ابتدا به افکار ناخودآگاه ناشی از شرایط دشوار و دردناک توجه نموده که بی درنگ به ذهن فرد رخنه می کنند. توجه می شود و فرد یاد می گیرد که چگونه از تفکرات ناخودآگاهش در شرایط دشوار آگاهی باید و آن ها را مورد شناسایی قرار دهد و سپس برای مقابله با آن افکار از طریق مخالف برخورد کند (۳۸) . درمان شناختی روشی موثر به منظور پیشگیری از بروز افکار منفی و نا امیدکننده است. از این روش درمانی مانند یک ابزار سنجش به منظور چالش کشیدن تفکرات مایوس کننده، منفی و دردناک برای کاهش افسردگی استفاده می شود (۱۶). به کمک این رویکرد درمانی به بیمار آموخته می شود در زمان افسردگی، مراحل گوناگون تفکرات خود را به دقت مورد بررسی قرار دهد. و خطاهای فکری که موجب افسردگی وی می شود را پیدا کند و برای تصحیح آن اقدام نماید (۱۷). همچنین درمان شناختی رفتاری به وسیله تکنیک های بازسازی شناختی موجب توجه شخص به افکار غیر منطقی می شود که باعث اضطرابش شده است. در درمان شناختی رفتاری برای آگاه ساختن مراجع از شیو ه های متفاوت تفکر، همواره از فنون مواجهه، تقویت مثبت و آرمیدگی استفاده می شود. و به منظور کاهش اضطراب بیمار در کنار آموزش تکنیک های مواجهه، فنون دیگری چون سرمشق گیری و تعیین نقش نیز جهت مقابله با تفکر مشکل ساز و رفتار اجتنابی تداوم بخش اضطراب مورد استفاده قرار می گیرد (۱۶ و ۱۷).

مداخله فراتشخیصی یک رویکرد درمانی مبتنی بر هیجان است. بدین معنی که، درمان طوری طراحی شده است که به بیماران می آموزد چگونه با هیجان های ناخوشایند خود مواجهه شده و آن ها را تجربه کنند و به شیوه سازگارنه تری به هیجان های خود پاسخ دهند (۱۲). این درمان ضمن اصلاح عادت های تنظیم هیجانی بیماران، منجر به کاهش شدت و بروز تجربه هیجانی ناسازگارانه و بهبود کارکرد بیماران می گردد (۲۴). درمان فراتشخیصی دارای تکنیک های زیادی بوده که هیجانان افراد را تعدیل می کنند. به عنوان مثال می توان به بازشناسی هیجان ها، آموزش آگاهی هیجانی، یادگیری مشاهده هیجانی، آشنایی با راهبردهای مختل اجتناب از هیجان و آگاهی یافتن از اثرات منفی اجتناب از هیجان، آشنایی و شناسایی رفتارهای ناشی از هیجان و رویارویی با هیجان مبتنی بر موقعیت اشاره کرد (۲۵). از این رو می توان بیان کرد آموزش فراتشخیصی با تکیه بر تکنیک های تنظیم هیجان موجب می شود که بیماران دچار اختلالات اضطرابی به ارزیابی مجدد هیجانات و مخصوصا هیجانات منفی خود بپردازند و این هیجانات را در درون خویش بپذیرند که این امر موجب افزایش راهبرد ارزیابی مجدد شناختی در آن ها خواهد شد. از طرفی در پروتکل درمان فراتشخیصی یکپارچه توجه ویژه ایی به بالا بردن خود آگاهی هیجانی شناختی و شناخت روابط بین هیجان، شناخت و رفتار می شود (۳۹).

به طورکلی این آزمایش شرح داد که مابین درمان فراتشخیصی و روش شناختی رفتاری در کاهش نمرات افسردگی و اضطراب زنان افسرده، اختلاف معنی داری وجود ندارد. برهمین اساس استفاده از هریک از مداخلات فوق می تواند بالقوه به عنوان یک مکمل درمان‌های دارویی و بین فردی برای اشخاص درگیر با اختلال افسردگی در کاهش علائم افسردگی و اضطراب باشد که این امر مستلزم مطالعات گسترده تری می باشد.

این مطالعه با محدودیت هایی مواجهه بود که در تعمیم نتایج توجه به آن ها اهمیت دارد از قبیل : مقایسه نکردن اثربخشی درمان های مورد آزمایش در جنس مذکر و مقایسه آن با افراد مونث، محدود شدن پژوهش به طیف افراد جوان و نوجوان و عدم استفاده از گروه های سالمند و میانسال، نبود پیگیری طولانی مدت (چندماه تا یکسال) به دلیل دسترسی نداشتن به تمام شرکت کنندگان در طول زمان و نمونه گیری به شکل غیر تصادی و در دسترس اشاره نمود. از این رو پیشنهاد می گردد در پژوهش های پیش رو از نمونه های با حجم بالا و مقایسه مداخلات درمانی در سطوح سنی مختلف و در هر دو جنس استفاده گردد و همچنین مطالعاتی با هدف بررسی اثرات طولانی مدت درمان فراتشخیصی و درمان شناختی درمانی در بیماران طراحی شود.

تعارض منافع

نویسندگان اعلام کردند که هیچگونه تعارض منافعی ندارند.

حمایت مالی

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-06]

[DOI: 10.48305/21.4.818]

این پژوهش با هزینه شخصی انجام شده است و هیچگونه حمایتی از هیچ سازمانی دریافت نکرده است.

ملاحظات اخلاقی

پژوهش حاضر تمام موازین اخلاقی را رعایت نموده است، گواهی اخلاق از کمیته اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی واحد شهرکرد با شناسه اخلاق IR.IAU.SHK.REC.1401.006 هست.

مشارکت نویسندگان

این پژوهش مستخرج از رساله دکتری نویسنده اول است و نویسنده دوم استاد راهنما و نویسنده سوم استاد مشاور این رساله هستند.

تقدیر و تشکر

بدین‌وسیله از تمامی شرکت‌کنندگان و افرادی که در اجرای این پژوهش ما را یاری نمودند، تقدیر و تشکر به عمل می‌آوریم.

References

1. Weina H, Yuhu N, Christian H, Birong L, Feiyu S, Le W. Liraglutide attenuates the depressive-and anxiety-like behaviour in the corticosterone induced depression model via improving hippocampal neural plasticity. Brain research. 2018 Sep 1;1694:55-62.
2. Vos T, Lim SS, Abbafati C, Abbas KM, Abbasi M, Abbasifard M, Abbasi-Kangevari M, Abbastabar H, Abd-Allah F, Abdelalim A, Abdollahi M. Global burden of 369 diseases and injuries in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. The lancet. 2020 Oct 17;396(10258):1204-22.
3. Ferrari AJ, Norman RE, Freedman G, Baxter AJ, Pirkis JE, Harris MG, Page A, Carnahan E, Degenhardt L, Vos T, Whiteford HA. The burden attributable to mental and substance use disorders as risk factors for suicide: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. PloS one. 2014 Apr 2;9(4):e91936.
4. Naghavi M, Abolhassani F, Pourmalek F, Moradi Lakeh M, Jafari N, Vaseghi S, Mahdavi Hezaveh N, Kazemeini H. The burden of disease and injury in Iran 2003. Population health metrics. 2009 Dec;7:1-21.
5. Naveen GH, Varambally S, Thirthalli J, Rao M, Christopher R, Gangadhar BN. Serum cortisol and BDNF in patients with major depression—effect of yoga. International review of psychiatry. 2016 May 3;28(3):273-8.
6. Pearson C, Janz T, Ali J. Health at a glance: Mental and substance use disorders in Canada: Statistics Canada Catalogue; 2013 [Available from: https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/82-624-x/2013001/article/11855-eng.htm.
7. Kessler RC, Berglund P, Chiu WT, Demler O, Heeringa S, Hiripi E, Jin R, Pennell BE, Walters EE, Zaslavsky A, Zheng H. The US national comorbidity survey replication (NCS-R): design and field procedures. International journal of methods in psychiatric research. 2004 Jun;13(2):69-92.
8. Bartels M, Cacioppo JT, van Beijsterveldt TC, Boomsma DI. Exploring the association between well-being and psychopathology in adolescents. Behavior genetics. 2013 May;43:177-90.
9. Kendler KS, Gardner CO. Sex differences in the pathways to major depression: a study of opposite-sex twin pairs. American Journal of Psychiatry. 2014 Apr;171(4):426-35.
10. Rotermann M, Sanmartin C, Hennessy D, Arthur M. Prescription medication use by Canadians aged 6 to 79. Health reports. 2014 Jun 1;25(6):3.
11. Shively CA, Register TC, Friedman DP, Morgan TM, Thompson J, Lanier T. Social stress-associated depression in adult female cynomolgus monkeys (Macaca fascicularis). Biological psychology. 2005 Apr 1;69(1):67-84.
12. Harvey AG, Watkins E, Mansell W. Cognitive behavioural processes across psychological disorders: A transdiagnostic approach to research and treatment. Oxford University Press, USA; 2004.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-06]

[DOI: 10.48305/21.4.818]

13. Association AP. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th. American Psychiatric Publishing; 2013.

14. McNaughton N, Corr PJ. A two-dimensional neuropsychology of defense: fear/anxiety and defensive distance. Neuroscience & Biobehavioral Reviews. 2004 May 1;28(3):285-305.

15. Ganjoori M, Golshani F, Baghdasarians A, Vahed E. Comparing the Effectiveness of Ayurveda, Cognitive-Behavioral Therapy and Combining These Two Treatments with Each Other on Anxiety in Depressed Women. Complementary Medicine Journal. 2024 Jan 10;13(4):54-64.

16. Misri S, Swift E. Generalized anxiety disorder and major depressive disorder in pregnant and postpartum women: maternal quality of life and treatment outcomes. Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada. 2015 Sep 1;37(9):798-803.

17. Tabibzadeh F, Sepehrian Azar F. The effectiveness of cognitive-behavioral therapy on resilience and mental rumination in patients with multiple sclerosis. Midd East J Disabil Stud. 2017;7:45.

18. Hofmann SG, Asnaani A, Vonk IJ, Sawyer AT, Fang A. The efficacy of cognitive behavioral therapy: A review of meta-analyses. Cognitive therapy and research. 2012 Oct;36:427-40.

19. Bayrami M, Movahedi Y, Kazimi Razai SV, Esmaili S. The effect of mindfulness cognitive therapy on pathological worry and anxiety symptoms in students with generalized anxiety disorder. Iranian Journal of Rehabilitation Research. 2015 Oct 10;2(1):79-90. [Persian].

20. Burns DD, Spangler DL. Does psychotherapy homework lead to improvements in depression in cognitive–behavioral therapy or does improvement lead to increased homework compliance?. Journal of consulting and clinical psychology. 2000 Feb;68(1):46-58.

21. Teasdale JD, Segal ZV, Williams JM, Ridgeway VA, Soulsby JM, Lau MA. Prevention of relapse/recurrence in major depression by mindfulness-based cognitive therapy. Journal of consulting and clinical psychology. 2000 Aug;68(4):615.

22. Cuijpers P, Miguel C, Ciharova M, Ebert D, Harrer M, Karyotaki E. Transdiagnostic treatment of depression and anxiety: a meta-analysis. Psychological Medicine. 2023 Oct;53(14):6535-46.

23. Nathan PE, Gorman JM, editors. A guide to treatments that work. Oxford University Press; 2015 Jun 26.

24. Barlow DH, Harris BA, Eustis EH, Farchione TJ. The unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders. World Psychiatry. 2020 Jun;19(2):245.

25. Barlow David H, Farchione TJ, Fairholme CP, Ellard KK, Boisseau CL, Allen LB, May JT. Unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: Therapist guide. Oxford University Press; 2011.

26. Aldao A. Emotion regulation strategies as a trans diagnostic process: closer look at the invariance of their form and function. Revista de Psicopatología y Psicología Clínica. 2012; 17(3): 261-278.

27. Newby JM, McKinnon A, Kuyken W, Gilbody S, Dalgleish T. Systematic review and meta-analysis of transdiagnostic psychological treatments for anxiety and depressive disorders in adulthood. Clinical psychology review. 2015 Aug 1;40:91-110.

28. Beck A.T. Steer R. A. Brown G. K. Manual for the Beck Depression Inventory–II (BDIII). Psychological Corporation: San Antonio; 1996.

29. Hazlett-Stevens H, Craske MG. Brief cognitive-behavioral therapy: Definition and scientific foundations. Handbook of brief cognitive behaviour therapy. 2002 Jan 1:1-20.

30. Barlow, D. H., Farchione, T. J., Bullis, J. R., Gallagher, M. W., Murray-Latin, H., Sauer-Zavala, S., Bentley, K. H., Thompson-Hollands, J., Conklin, L. R., Boswell, J. F., Ametaj, A., Carl, J. R., Boettcher H. T. Cassiello-Robbins C. The Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders Compared With Diagnosis-Specific Protocols for Anxiety Disorders: A Randomized Clinical Trial. JAMA psychiatry. 2017; 74(9): 875–884.

31. Hooman F, Mehrabizadeh Honarmand M, Zargar Y, Davodi I. The effectiveness of transdiagnostic therapy on anxiety, depression, cognitive strategies of emotional regulation, and general performance in women with comorbid anxiety and depression. Journal of Advanced Biomedical Sciences. 2015 Dec 10;5(4):551-63.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-06]

[DOI: 10.48305/21.4.818]

32. Talkovsky AM, Green KL, Osegueda A, Norton PJ. Secondary depression in transdiagnostic group cognitive behavioral therapy among individuals diagnosed with anxiety disorders. Journal of anxiety disorders. 2017 Mar 1;46:56-64.
33. Zemestani M, Imani M. Effectiveness of transdiagnostic treatment on depression/anxiety symptoms and emotion regulation. Contemporary psychology. 2016 Sep 10;11(1):21-32.
34. de Ornelas Maia AC, Nardi AE, Cardoso A. The utilization of unified protocols in behavioral cognitive therapy in transdiagnostic group subjects: A clinical trial. Journal of affective disorders. 2015 Feb 1;172:179-83.
35. Laposa JM, Mancuso E, Abraham G, Loli-Dano L. Unified protocol transdiagnostic treatment in group format: a preliminary investigation with anxious individuals. Behavior modification. 2017 Mar;41(2):253-68.
36. Kodal A, Fjermestad K, Bjelland I, Gjestad R, Öst LG, Bjaastad JF, Haugland BS, Havik OE, Heiervang E, Wergeland GJ. Long-term effectiveness of cognitive behavioral therapy for youth with anxiety disorders. Journal of anxiety disorders. 2018 Jan 1;53:58-67.
37. Ladouceur R, Léger É, Dugas M, Freeston MH. Cognitive-behavioral treatment of generalized anxiety disorder (GAD) for older adults. International psychogeriatrics. 2004 Jun;16(2):195-207.
38. Hofmann SG, Asnaani A, Vonk IJ, Sawyer AT, Fang A. The efficacy of cognitive behavioral therapy: A review of meta-analyses. Cognitive therapy and research. 2012 Oct;36:427-40.
39. Beck AT, editor. Cognitive therapy of depression. Guilford press; 1979.
40. Bakhshipour A, Vojodi B, Mahmood Alilo M, Abdi R. The effectiveness of integrated Transdiagnostic Treatment in reducing the symptoms of major depressive disorder. Thoughts and Behavior in Clinical Psychology. 2016 Sep 22;11(41):67-76. [Persian].

© 2022 The Author(s). Published by Isfahan University of Medical Sciences. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (http://creativecommons.org/licenses/by/4.0), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-06]

[DOI: 10.48305/21.4.818]