

اثربخشی درمان یکپارچه فراتشخیصی بر خودتنظیمی هیجانی و خشم در بیماران مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه

پذیرش: ۱۴۰۴/۱۲/۱۹

دریافت: ۱۴۰۴/۰۹/۰۷

بتسابه نجف^۱، نرگس رسولی^{*۲}

۱. کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشکده پزشکی، واحد علوم پزشکی تهران، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران. ۲. استادیار گروه روانشناسی، دانشکده پزشکی، واحد علوم پزشکی تهران، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران

چکیده

مقدمه و هدف: اختلال استرس پس از سانحه با نقایص شدید در خودتنظیمی هیجانی و سطوح بالای خشم همراه است که پاسخ به درمان را دشوار می‌سازد. این مطالعه با هدف بررسی اثربخشی درمان یکپارچه فراتشخیصی بر بهبود خودتنظیمی هیجانی و کاهش خشم در بیماران مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه انجام شد.

روش کار: این مطالعه نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون-پیگیری (دو ماهه) با گروه گواه انجام شد. با نمونه‌گیری هدفمند، ۳۰ بیمار مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه انتخاب و به‌صورت تصادفی در گروه‌های آزمایش (۱۵ نفر) و گواه (۱۵ نفر) قرار گرفتند. گروه آزمایش پروتکل ۸ جلسه‌ای درمان یکپارچه فراتشخیصی را به صورت گروهی دریافت کرد. داده‌ها با استفاده از پرسشنامه تنظیم هیجان گراس و جان (۲۰۰۳) و پرسشنامه چندبعدی خشم سیگل (۱۹۸۶) در سه مرحله گردآوری و با استفاده از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر با نرم‌افزار SPSS.v26 تحلیل شدند.

یافته‌ها: نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر اثر تعامل معنادر زمان × گروه را برای خودتنظیمی هیجانی ($F=20/246$; $p<0/05$) و خشم ($F=80/359$; $p<0/05$) نشان داد. آزمون‌های تعقیبی بونفرونی حاکی از بهبود معنادر گروه آزمایش در پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون در هر دو متغیر بود ($p<0/05$) و این بهبود در مرحله پیگیری دو ماهه نیز پایدار باقی ماند ($p<0/05$) درحالی‌که گروه گواه تغییر معناداری را تجربه نکرد.

نتیجه‌گیری: یافته‌ها نشان می‌دهد درمان یکپارچه فراتشخیصی مداخله‌ای مؤثر برای بهبود خودتنظیمی هیجانی و کاهش خشم در بیماران مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه است. گنجاندن این رویکرد در خدمات بالینی می‌تواند به مدیریت چالش‌برانگیزترین علائم هیجانی این اختلال کمک کند.

کلیدواژه‌ها: درمان فراتشخیصی، خودتنظیمی هیجانی، خشم، اختلال استرس پس از سانحه

* نویسنده مسئول: استادیار گروه روانشناسی، دانشکده پزشکی، واحد علوم پزشکی تهران، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران

نمابر: ۰۲۱۲۲۰۰۶۶۰

تلفن: ۰۲۱۲۲۰۰۶۶۰

ایمیل: narges.rasouli@yahoo.com

مقدمه

اختلال استرس پس از سانحه به عنوان یک وضعیت روان شناختی ناتوان کننده، پیامدهای عمیقی بر عملکرد فردی، تعاملات اجتماعی و کیفیت کلی زندگی مبتلایان تحمیل می کند (۱). این اختلال نه تنها با خاطرات مزاحم و اجتناب مشخص می شود؛ بلکه هیجان های شدید منفی (۲) و خشم پایدار (۳) از علائم کلیدی و چالش برانگیز آن به شمار می روند. این هیجان ها غالباً با نقص در خودتنظیمی هیجانی همراه هستند و یک چرخه معیوب از پریشانی و ناسازگاری را تداوم می بخشند که درمان گریزی را افزایش می دهد (۴). بنابراین، توجه به این مؤلفه های هیجانی به عنوان اهدافی اساسی در مداخلات درمانی، گامی ضروری در مسیر بهبود پایدار این بیماران محسوب می شود (۵). خودتنظیمی هیجانی به عنوان یک فرآیند محوری در نظریه های هیجان محور، به ظرفیت فرد برای نظارت، ارزیابی و تعدیل تجربیات هیجانی خود به منظور دستیابی به اهداف سازگانه اشاره دارد (۶). در چارچوب اختلال استرس پس از سانحه، نقص در این فرآیند، به شکل پاسخ های هیجانی شدید، تداوم برانگیختگی فیزیولوژیک و ناتوانی در مهار هیجان های منفی مانند خشم ظاهر می شود (۷). تقویت خودتنظیمی هیجانی از طریق آموزش مهارت هایی مانند آگاهی هیجانی، تحمل پریشانی و بازسازی ارزیابی های شناختی، می تواند مکانیسم کلیدی در کاهش نشانه های اختلال استرس پس از سانحه باشد (۸)؛ چرا که به فرد امکان می دهد تا هیجان های مرتبط با تروما را پردازش کرده و پاسخ های رفتاری و شناختی انعطاف پذیرتری را جایگزین الگوهای ناسازگار قبلی نماید (۹). به طور مشخص، نقص در خودتنظیمی هیجانی می تواند به شکل بروز و تداوم هیجان های ناسازگانه شدیدی مانند خشم تجلی یابد (۱۰). خشم، به عنوان یکی از هیجان های فراگیر و ناتوان کننده در اختلال استرس پس از سانحه، غالباً ریشه در ارزیابی های شناختی-هیجانی مختل و فرآیندهای تنظیم نشده هیجانی دارد (۱۱). این هیجان می تواند به صورت پاسخ های انفجاری، نشخوارهای خصومت آمیز یا کینه توزی پایدار تظاهر یابد و نه تنها کیفیت زندگی فرد را تحت الشعاع قرار دهد، بلکه به عنوان یک مانع مهم در فرآیند درمان و بازسازی روابط بین فردی عمل کند (۱۲). از منظر نظری، خشم در اختلال استرس پس از سانحه اغلب پیامد تفسیرهای تحریف شده از رویداد تروما (مانند احساس بی عدالتی یا نقض گسترده امنیت)، نقص در مهار رفتاری و ناتوانی در بازداری پاسخ های برانگیخته شده توسط

یادآورهای تروما است (۱۳). بنابراین، هدف گیری این هیجان از طریق مداخلاتی که به بازسازی ارزیابی های شناختی و تقویت ظرفیت تنظیم هیجانی می پردازند، گامی ضروری در مسیر بهبود جامع این بیماران محسوب می شود (۱۴).

اگرچه رویکردهای درمانی اختصاصی شده برای اختلال استرس پس از سانحه مانند درمان شناختی-رفتاری متمرکز بر تروما (۱۵) و حساس زدایی از طریق حرکات چشم و پردازش مجدد (۱۶) در کاهش نشانه های اصلی این اختلال مؤثر شناخته شده اند، اما شواهد بالینی نشان می دهد که بخشی از بیماران پاسخ کامل به این درمان ها نمی دهند یا علائم هیجانی خاصی نظیر خشم شدید و پایدار در آن ها تداوم می یابد (۱۷). این پاسخ ناکافی می تواند ناشی از تمرکز این درمان ها بر حادثه تروما به صورت خاص و توجه کمتر به فرآیندهای هیجانی فراگیری باشد که زیربنای طیف وسیعی از اختلالات هستند (۱۸). در این راستا، درمان یکپارچه فراتشخیصی به عنوان یک چارچوب درمانی نوین و مبتنی بر شواهد مطرح می شود که با هدف گیری فرآیندهای هیجانی مشترک و هسته ای مانند دشواری در تحمل پریشانی، اجتناب هیجانی و نقص در خودتنظیمی هیجانی، پاسخی نظری و کاربردی به این چالش بالینی ارائه می دهد (۱۹) و می تواند مکملی اثرگذار برای کاهش نشانه های هیجانی مقاوم در اختلال استرس پس از سانحه باشد (۲۰). با وجود شواهد رو به رشد در مورد اثربخشی درمان یکپارچه فراتشخیصی در کاهش نشانه های اختلالات اضطرابی و خلقی (۲۱)، کاربرد و بررسی نظام مند این پروتکل در جمعیت مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه به خصوص در جمعیت ایرانی بسیار محدود است. به ویژه، مطالعات معدودی به طور خاص به بررسی تأثیر درمان یکپارچه فراتشخیصی بر مؤلفه های هسته ای هیجانی این اختلال یعنی خودتنظیمی هیجانی و خشم، پرداخته باشند. این در حالی است که نظریه زیربنایی درمان یکپارچه فراتشخیصی، آن را مداخله ای ایده آل برای هدف گیری دقیق همین مکانیسم های مشترک و فراتشخیصی می داند (۲۲). بنابراین، شکاف پژوهشی آشکار، عدم وجود مطالعه ای است که اثربخشی درمان یکپارچه فراتشخیصی را بر خودتنظیمی هیجانی و خشم در بیماران اختلال استرس پس از سانحه به طور همزمان و در قالب یک مطالعه آزمایشی بررسی کند. بر این اساس، هدف پژوهش حاضر، بررسی اثربخشی درمان یکپارچه فراتشخیصی بر بهبود خودتنظیمی هیجانی و کاهش خشم در بیماران مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه است تا گامی در

جهت پر کردن این خلأ دانشی و ارائه گزینه‌ای درمانی برای نشانه‌های هیجانی مقاوم این اختلال برداشته شود. از این رو، پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان یکپارچه فراتشخیصی بر خودتنظیمی هیجانی و خشم در بیماران مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه انجام شد.

روش کار

این پژوهش با روش نیمه آزمایشی و طرح پیش-آزمون - پس آزمون - پیگیری (دو ماهه) با گروه گواه انجام شد. در پژوهش حاضر جامعه آماری مورد مطالعه تمامی بیماران مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه بودند که در بازه زمانی ۱۴۰۳-۱۴۰۴ به کلینیک‌های روان پزشکی شهر تهران مراجعه کرده بودند. با استفاده از نرم‌افزار G*Power و با در نظر گرفتن اندازه اثر ۰/۸۰، سطح اطمینان ۹۵٪ و توان آماری ۸۰٪، حجم نمونه ۳۰ نفر (۱۵ نفر در هر گروه) در نظر گرفته شد. با روش نمونه-گیری هدفمند، ۳۰ نفر از بیماران مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه که به کلینیک‌های نجوای ذهن و کلینیک مهر مراجعه کرده بودند، انتخاب شدند و با تخصیص (گمارش) تصادفی، در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و گواه (۱۵ نفر) قرار گرفتند. معیار ورود به پژوهش عبارت بود از: (۱) دارا بودن تشخیص بالینی اختلال پس از سانحه بر اساس تشخیص روان شناس، (۲) داشتن رضایت آگاهانه مکتوب، (۳) علاقه مندی به شرکت در جلسات درمان، و (۴) عدم ابتلا به اختلالات همبود و حاد روانی و بیماری‌های حاد جسمانی بود. افزون بر این، (۱) غیبت بیش از دو جلسه متوالی در جلسات درمانی؛ (۲) شروع دارو یا درمان دیگر در دوره مطالعه و (۳) عدم تکمیل پرسشنامه‌ها به عنوان معیار خروج در نظر گرفته شد. برای گردآوری داده‌ها از پرسشنامه تنظیم هیجان گراس و جان (۲۰۰۳) و پرسشنامه چندبعدی خشم سیگل (۱۹۸۶) به شرح زیر استفاده شد:

پرسشنامه تنظیم هیجان گراس و جان (۲۰۰۳): این پرسشنامه از ۱۰ گویه تشکیل شده است که دارای دو خرده پرسشنامه ارزیابی مجدد (سوالات ۱ تا ۶) و فرونشانی (سوالات

۷ تا ۱۰) می‌باشد. پاسخ‌ها بر اساس پرسشنامه لیکرت (۷ درجه-ای)، از کاملاً مخالف (نمره ۱) تا کاملاً موافق (نمره ۷) می‌باشد. ضریب آلفای کرونباخ برای ارزیابی مجدد ۰/۷۹ گزارش شده است و برای فرونشانی ۰/۷۳ و اعتبار بازآزمایی بعد از سه ماه و برای کل پرسشنامه ۰/۶۹ گزارش شده است. ضریب همسانی درونی این پرسشنامه در کارمندان ایالتی و دانشجویان کاتولیک دانشگاه میلان برای ارزیابی مجدد در دامنه‌ای از ۰/۴۸ تا ۰/۶۸ و برای فرونشانی ۰/۴۲ تا ۰/۶۳ بدست آمده است. نسخه فارسی پرسشنامه تنظیم هیجانی گراس و جان در فرهنگ ایرانی توسط قاسم پور و همکاران (۱۳۹۱) مورد هنجاریابی قرار گرفته است. در این پژوهش، اعتبار پرسشنامه بر اساس روش همسانی درونی (با دامنه آلفای کرونباخ ۰/۶۰ تا ۰/۸۱) و روایی پرسشنامه مذکور از طریق تحلیل مؤلفه اصلی با استفاده از روایی ملاکی مطلوب گزارش شده است.

پرسشنامه چندبعدی خشم سیگل (۱۹۸۶): این پرسشنامه برای اندازه‌گیری مؤلفه‌های عاطفی، رفتاری و شناختی خشم و همچنین فراوانی و مدت تجربه خشم ساخته شده است. این ابزار شامل ۳۰ سؤال بوده و هر سؤال نیز در پرسشنامه لیکرت ۵ نقطه‌ای از کاملاً نادرست (۱) تا کاملاً درست (۵) نمره گذاری می‌شود. سوالات آزمون پنج بعد خشم انگیختگی، موقعیت‌های خشم انگیز، نگرش خصمانه، خشم درونی و خشم بیرونی را می‌سنجد. اعتبار آزمون با همبستگی بالای این آزمون با دیگر پرسشنامه‌های خشم (پرسشنامه دشمنی گناه) تأیید شده و پایایی باز آزمایی آن ۷۵٪ و پایایی ثبات درونی آن به روش آلفای کرونباخ ۸۴٪ گزارش شده است. شکوهی یکتا و همکاران (۱۳۸۷) پایایی این پرسشنامه بر اساس روش آلفای کرونباخ ۰/۹۲ و دامنه پایایی عامل‌های آن را بین ۰/۵۳ تا ۰/۸۸ گزارش کرده‌اند. همچنین آنها برای تعیین روایی ملاکی پرسشنامه، از آزمون STAXI-II استفاده کردند که میزان همبستگی بین دو آزمون، ۰/۷۱ به دست آمده است.

جدول ۱. پروتکل درمانی یکپارچه فراتشخیصی (بارلو و فارچین، ۱۴۰۲)

جلسات	محتوا
جلسه اول	افزایش انگیزه: مصاحبه انگیزشی برای مشارکت و درگیری افراد شرکت کننده در طول درمان، ارائه منطق درمان و اهداف درمان، ارائه آموزش روانی، بازشناسی هیجان‌ها، ردیابی تجارب هیجانی و آموزش مدل سه مولف های تجارب هیجان و مدل ARC
جلسه دوم	آموزش آگاهی هیجانی، یادگیری مشاهده تجارب هیجانی (هیجان‌ها و واکنش به هیجان‌ها)، به خصوص با استفاده از تکنیک‌های ذهن آگاهی
جلسه سوم	ارزیابی و ارزیابی مجدد شناختی، ایجاد آگاهی از تأثیر و ارتباط متقابل بین افکار و هیجان‌ها، شناسایی ارزیابی‌های ناسازگارانه خودکار و تله‌های شایع تفکر، ارزیابی مجدد شناختی و افزایش انعطاف پذیری در تفکر
جلسه چهارم	شناسایی الگوهای اجتناب از هیجان، آشنایی با راهبردهای مختلف اجتناب از هیجان، تأثیر آن بر تجارب هیجانی و آگاهی یافتن از اثرات متناقض اجتناب از هیجان
جلسه پنجم	بررسی رفتارهای هیجان خاست (EDBs)، آشنایی و شناسایی آنها روی تجارب هیجانی، شناسایی رفتارهای هیجان محور ناسازگارانه و ایجاد گرایش‌های عمل جایگزین به واسطه رویارو شدن با رفتارها
جلسه ششم	آگاهی و تحمل احساس‌های جسمانی در تجارب هیجانی، انجام تمرین‌های مواجهه یا رویارویی احشایی به منظور آگاهی از احساس های جسمانی و افزایش تحمل این علائم
جلسه هفتم	رویارویی احشایی و رویارویی با هیجان مبتنی بر موقعیت، آگاهی یافتن از منطق رویارویی‌های هیجانی، آموزش نحوه تهیه سلسله مراتبی ترس، اجتناب و طراحی تمرین‌های مواجهه هیجانی مکرر و اثربخش به صورت تجسمی، عینی و ممانعت از اجتناب
جلسه هشتم	پیشگیری از عود، مرور کلی مفاهیم درمان و بحث در مورد بهبودی و پیشرفت‌های درمانی افراد شرکت کننده

گروه آزمایش ۸ جلسه هفتگی ۹۰ دقیقه‌ای درمان یکپارچه فراتشخیصی را به صورت گروهی دریافت کرد. جلسات بر گرفته از کتاب کاربرد پروتکل یکپارچه برای درمان فراتشخیصی اختلالات هیجانی (بارلو و فارچین، ۱۴۰۲) بود و توسط یکی از پژوهشگران که دارای مدرک معتبر بود، برگزار شد. ارزیابی پیش ازمن به طور همزمان در گروه‌های آزمایش و گواه پیش از اجرای اولین جلسه مداخله برگزار شد. پس از اتمام جلسات درمان، آزمودنی‌های هر دو گروه مجدداً به پرسشنامه‌ها (پس ازمن) پاسخ گفتند. همچنین آزمودنی‌ها دو ماه بعد از آخرین جلسه به طور مجدد پیگیری شدند و با ابزارهای پژوهش حاضر مورد ارزیابی مجدد قرار گرفتند. برای جلوگیری از افت یا ریزش نمونه‌ها، جلسه توجیهی با افراد داوطلب برگزار شد و توضیحات مبسوطی پیرامون اهمیت پژوهش و تأثیر مشارکت آن‌ها بر نتایج جهت افزایش حس مسئولیت‌پذیری ارائه شد. تماس‌های تلفنی یا پیامکی نیز با افراد شرکت کننده تا پایان پژوهش ادامه داشت. همچنین، تلاش شد رابطه درمانی قوی به منظور ایجاد اعتماد بین افراد شرکت کننده و تیم پژوهش برای افزایش تعهد به حضور در جلسات ایجاد شود. داده‌های جمع‌آوری شده از نظر پاسخ‌دهی بر اساس الگوی مشخص و تکراری، داده‌های از دست رفته، عدم همخوانی بین سؤالات مختلف و داده‌های پرت مورد بررسی قرار گرفتند. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار

SPSS.v26 و آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شد. قبل از اجرای آزمون‌های آمار استنباطی، از آزمون سنجش نرمال بودن توزیع داده‌های کولموگروف-اسمیرنوف، آزمون لوین، آزمون M باکس و آزمون کرویت موچلی گزارش شد. برای بررسی هم‌تاب بودن دو گروه از آزمون تی استودنت و آزمون کای‌اسکوئر استفاده شد. به تمامی شرکت کنندگان اطلاع داده شد حضورشان در این پژوهش داوطلبانه بوده و تمامی افراد با رضایت آگاهانه در این پژوهش شرکت داشتند و رضایت نامه کتبی قبل از شرکت در این پژوهش اخذ شد. لازم به ذکر است هزینه‌ای به شرکت کنندگان تحمیل نشد و حضور در جلسات رایگان و داوطلبانه بود.

نتایج

در این مطالعه ۳۰ نفر از افراد مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و گواه (۱۵ نفر) حضور داشتند. میانگین $\pm$ انحراف معیار سن گروه آزمایش و گواه به ترتیب $36/06 \pm 1/44$ و $33/86 \pm 1/98$ بود. آزمون تی مستقل نشان داد دو گروه از نظر میانگین سنی هم‌تاب هستند ($p > 0/05$)؛ $t(377) = 0/377$ ، جنسیت اغلب اعضای گروه آزمایش (۶۶/۷٪) معادل ۱۰ نفر) و گواه زن (۷۳/۳٪) معادل ۱۱ نفر) بود. همچنین، اکثر شرکت کنندگان گروه آزمایش (۶۶/۷٪) معادل ۱۰ نفر) و گواه

همتا هستند. میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش به تفکیک دو گروه در جدول ۲ گزارش شده است. نتایج نشان می‌دهد در مرحله پس آزمون تفاوت گروه آزمایش نسبت به گروه گواه محسوس بوده و میانگین نمرات گروه آزمایش در خودتنظیمی هیجانی افزایش و در خشم کاهش یافته است.

(۸۶/۷٪ معادل ۱۳ نفر) متأهل بودند و سایر شرکت‌کنندگان گروه آزمایش (۳۳/۳٪ معادل ۵ نفر) و گواه (۱۳/۳٪ معادل ۲ نفر) مجرد بودند. نتایج آزمون کای دو نشان داد بین دو گروه تفاوت معناداری از نظر جنسیت ($p > 0.05$; $X^2 = 0.159$) و وضعیت تأهل ($p > 0.05$; $X^2 = 1.677$) وجود ندارد و دو گروه

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش در دو گروه آزمایش و گواه

متغیر	گروه	آزمایش	گواه
		انحراف معیار $\pm$ میانگین	انحراف معیار $\pm$ میانگین
بُعد ارزیابی مجدد	پیش آزمون	۲۵/۶۷ $\pm$ ۳/۵۱	۲۶/۲۰ $\pm$ ۳/۲۹
	پس آزمون	۲۸/۲۷ $\pm$ ۳/۹۵	۲۶/۲۷ $\pm$ ۳/۲۱
	پیگیری	۲۸/۱۳ $\pm$ ۳/۷۹	۲۶/۳۳ $\pm$ ۳/۱۷
بُعد فرونشانی	پیش آزمون	۱۷/۴۰ $\pm$ ۲/۲۳	۱۷/۲۷ $\pm$ ۲/۰۵
	پس آزمون	۱۸/۷۳ $\pm$ ۲/۴۰	۱۷/۴۰ $\pm$ ۱/۶۳
	پیگیری	۱۸/۴۷ $\pm$ ۲/۵۸	۱۷/۴۷ $\pm$ ۱/۶۴
خودتنظیمی هیجانی (کل)	پیش آزمون	۴۳/۰۶ $\pm$ ۴/۸۹	۴۳/۴۶ $\pm$ ۳/۳۱
	پس آزمون	۴۷/۰۱ $\pm$ ۵/۴۱	۴۳/۶۶ $\pm$ ۲/۹۱
	پیگیری	۴۶/۶۰ $\pm$ ۵/۷۷	۴۳/۸۰ $\pm$ ۲/۸۸
بُعد خشم انگیزشی	پیش آزمون	۲۹/۸۷ $\pm$ ۲/۰۳	۳۰/۸۰ $\pm$ ۲/۳۶
	پس آزمون	۲۷/۴۰ $\pm$ ۲/۳۸	۳۰/۴۷ $\pm$ ۲/۴۱
	پیگیری	۲۷/۴۷ $\pm$ ۲/۴۱	۳۰/۴۰ $\pm$ ۲/۲۹
بُعد موقعیت‌های خشم‌انگیز	پیش آزمون	۲۵/۵۳ $\pm$ ۲/۱۰	۲۵/۹۳ $\pm$ ۱/۷۹
	پس آزمون	۲۳/۹۳ $\pm$ ۲/۵۷	۲۵/۸۷ $\pm$ ۲/۲۶
	پیگیری	۲۴/۰۷ $\pm$ ۲/۷۱	۲۵/۹۳ $\pm$ ۲/۲۱
بُعد نگرش خصمانه	پیش آزمون	۱۲/۹۳ $\pm$ ۲/۰۱	۱۳/۸۷ $\pm$ ۱/۷۲
	پس آزمون	۱۱/۲۰ $\pm$ ۲/۳۰	۱۴/۴۷ $\pm$ ۱/۷۶
	پیگیری	۱۱/۰۷ $\pm$ ۲/۲۵	۱۴/۵۳ $\pm$ ۱/۸۴
بُعد خشم درونی	پیش آزمون	۱۶/۷۳ $\pm$ ۲/۲۵	۱۷/۰۰ $\pm$ ۳/۲۵
	پس آزمون	۱۵/۴۷ $\pm$ ۲/۷۴	۱۷/۴۰ $\pm$ ۳/۳۵
	پیگیری	۱۵/۳۳ $\pm$ ۲/۷۳	۱۷/۲۰ $\pm$ ۳/۳۴
بُعد خشم بیرونی	پیش آزمون	۶/۳۳ $\pm$ ۱/۳۳	۶/۱۳ $\pm$ ۲/۳۵
	پس آزمون	۴/۱۳ $\pm$ ۱/۵۹	۶/۰۰ $\pm$ ۲/۵۳
	پیگیری	۴/۲۰ $\pm$ ۱/۶۱	۵/۹۳ $\pm$ ۲/۵۴
خشم (کل)	پیش آزمون	۹۱/۳۳ $\pm$ ۴/۴۰	۹۳/۷۳ $\pm$ ۴/۵۴
	پس آزمون	۸۲/۱۳ $\pm$ ۵/۵۱	۹۴/۲۰ $\pm$ ۵/۲۵
	پیگیری	۸۲/۲۷ $\pm$ ۵/۴۷	۹۴/۰۰ $\pm$ ۴/۹۴

پس از سانحه از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد. استفاده از این آزمون مستلزم پیش‌فرض‌هایی است که قبل

به منظور بررسی اثربخشی درمان یکپارچه فراتشخیصی بر خودتنظیمی هیجانی و خشم در بیماران مبتلا به اختلال استرس

زمان برای متغیر خودتنظیمی هیجانی ($p < 0/01$) و مؤلفه‌های ارزیابی مجدد ($p < 0/01$) و فرونشانی ($p < 0/01$) معنادار بود. این یافته بیانگر آن است میانگین خودتنظیمی هیجانی و مؤلفه‌های ارزیابی مجدد و فرونشانی در طول زمان‌های مختلف سنجش (پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری) تغییر معناداری داشت. اندازه اثر مداخله برای خودتنظیمی هیجانی و خشم بیانگر اثر قابل توجه مداخله بر متغیرهای مورد بررسی بود. همچنین، اثر درون گروهی زمان برای متغیر خشم ($p < 0/01$) و خشم انگیختگی ($p < 0/01$)، موقعیت‌های خشم‌انگیز ($p < 0/01$)، نگرش خصمانه ($p < 0/01$)، خشم درونی ($p < 0/05$) و خشم بیرونی ($p < 0/01$) معنادار بود و بیانگر آن است در طول زمان-های مختلف سنجش (پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری) تغییر معناداری در این متغیرها ایجاد شده است.

از تحلیل مورد بررسی قرار گرفتند. با توجه به اینکه آزمون‌های یاد شده از نوع پارامتری بودند، پیش از تحلیل مفروضه‌های پارامتریک مورد بررسی قرار گرفتند. به این منظور، یافته‌های آزمون کولموگروف - اسمیرنوف نشان داد که داده‌های دو گروه آزمایش و گواه در متغیرهای مورد بررسی در مراحل مختلف سنجش با توزیع نرمال تفاوت معناداری نداشت و توزیع داده‌ها نرمال بود ($p > 0/05$). آزمون لوین نشان داد که مفروضه برابری واریانس‌های خطا برای متغیرهای پژوهش برقرار بود ($p > 0/05$). آزمون M باکس نیز نشان داد که ماتریس کوواریانس متغیرهای وابسته در تمام سطوح متغیر مستقل همگن بود. با توجه به اینکه فرض کرویت در آزمون موچلی تأیید نشد، در نتایج درون گروهی از نتایج آزمون گرین‌هاوس - گیسر استفاده شد. بر اساس نتایج جدول ۳، اثر درون گروهی

جدول ۳. نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای متغیرهای پژوهش

متغیر	منبع تغییرات	درجه آزادی	آماره F	مقدار p	اندازه اثر
بُعد ارزیابی مجدد	درون گروهی زمان	۱/۱۶۵	۲۴/۵۵۵	۰/۰۰۱	۰/۴۶۷
	درون گروهی زمان × گروه	۱/۱۶۶۵	۲۱/۰۶۳	۰/۰۰۱	۰/۴۲۹
	بین گروهی گروه	۱	۰/۴۵۲	۰/۳۹۳	۰/۰۲۶
بُعد فرونشانی	درون گروهی زمان	۱/۴۶۷	۸/۲۸۰	۰/۰۰۲	۰/۲۲۸
	درون گروهی زمان × گروه	۱/۴۶۷	۵/۰۲۲	۰/۰۱۹	۰/۱۵۲
	بین گروهی گروه	۱	۰/۲۷۷	۰/۲۷۷	۰/۰۴۲
خودتنظیمی هیجانی (کل)	درون گروهی زمان	۱/۲۴۱	۲۶/۵۷۳	۰/۰۰۱	۰/۴۸۷
	درون گروهی زمان × گروه	۱/۲۴۱	۲۰/۲۴۶	۰/۰۰۱	۰/۴۲۰
	بین گروهی گروه	۱	۱/۵۱۶	۰/۲۲۸	۰/۰۵۱
بُعد خشم انگیختگی	درون گروهی زمان	۱/۰۶۲	۳۷/۳۶۲	۰/۰۰۱	۰/۵۷۲
	درون گروهی زمان × گروه	۱/۰۶۲	۲۰/۴۱۸	۰/۰۰۱	۰/۴۴۲
	بین گروهی گروه	۱	۷/۹۴۷	۰/۰۰۹	۰/۲۲۱
بُعد موقعیت‌های خشم‌انگیز	درون گروهی زمان	۱/۰۸۹	۱۱/۲۲۸	۰/۰۰۲	۰/۲۸۶
	درون گروهی زمان × گروه	۱/۰۸۹	۱۰/۱۸۴	۰/۰۰۳	۰/۲۶۷
	بین گروهی گروه	۱	۲/۹۹۵	۰/۰۹۵	۰/۰۹۷
بُعد نگرش خصمانه	درون گروهی زمان	۱/۱۴۳	۹/۸۳۵	۰/۰۰۳	۰/۲۶۰
	درون گروهی زمان × گروه	۱/۱۴۳	۴۲/۸۹۷	۰/۰۰۱	۰/۶۰۵
	بین گروهی گروه	۱	۱۳/۰۱۹	۰/۰۰۱	۰/۳۱۷
بُعد خشم درونی	درون گروهی زمان	۱/۳۸۳	۵/۳۳۲	۰/۰۱۷	۰/۱۶۰
	درون گروهی زمان × گروه	۱/۳۸۳	۱۲/۳۷۴	۰/۰۰۱	۰/۳۰۶
	بین گروهی گروه	۱	۱/۶۲۲	۰/۲۱۳	۰/۰۵۵
بُعد خشم بیرونی	درون گروهی زمان	۱/۱۰۴	۳۸/۰۸۰	۰/۰۰۱	۰/۵۷۶
	درون گروهی زمان × گروه	۱/۱۰۴	۲۷/۸۰۲	۰/۰۰۱	۰/۴۹۸
	بین گروهی گروه	۱	۲/۴۹۷	۰/۱۲۵	۰/۰۸۲

متغیر	منبع تغییرات	درجه آزادی	آماره F	مقدار p	اندازه اثر
خشم (کل)	درون گروهی	زمان	۶۸/۳۷۱	۰/۰۰۱	۰/۷۰۹
	درون گروهی	زمان × گروه	۸۰/۳۵۹	۰/۰۰۱	۰/۷۴۲
	بین گروهی	گروه	۲۴/۱۸	۰/۰۰۱	۰/۴۶۵

گیری مکرر اثر تعاملی زمان × گروه از نظر آماری مهم‌تر از اثر اصلی گروه است، زیرا نشان‌دهنده پاسخ‌دهی متفاوت به گذر زمان (یا مداخله) بین گروه‌ها است. برای بررسی محل دقیق تفاوت از آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شد.

نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد در گروه آزمایش تفاوت بین مرحله پیش آزمون با پس آزمون در متغیر خودتنظیمی هیجانی و مؤلفه‌های ارزیابی مجدد و فرونشانی معنادار شده است ($p < 0/01$) که نشان‌دهنده اثربخشی مداخله است؛ اما تفاوت بین مراحل پس آزمون و پیگیری معنادار نشده است ($p > 0/05$) که بیانگر پایداری اثربخشی مداخله است. علاوه بر این، در گروه آزمایش تفاوت بین مرحله پیش آزمون با پس آزمون در متغیر خشم و مؤلفه‌های خشم انگیزشی، موقعیت‌های خشم‌انگیز، نگرش خصمانه، خشم درونی و خشم بیرونی معنادار شده است ($p > 0/01$) که نشان‌دهنده اثربخشی مداخله است؛ اما تفاوت بین مراحل پس آزمون و پیگیری معنادار نشده است ($p > 0/05$) که بیانگر پایداری اثربخشی مداخله است.

افزون بر این، اثر تعاملی زمان × گروه برای متغیر خودتنظیمی هیجانی ($p < 0/01$) و مؤلفه‌های ارزیابی مجدد ($p < 0/01$) و فرونشانی ($p < 0/05$) معنادار بود و بیانگر آن است تغییرات خودتنظیمی هیجانی و مؤلفه‌های آن در طول زمان بین گروه‌ها متفاوت بود. همچنین، اثر تعاملی زمان × گروه برای متغیر خشم ($p < 0/01$) و خشم انگیزشی ($p < 0/01$)، موقعیت‌های خشم‌انگیز ($p < 0/01$)، نگرش خصمانه ($p < 0/01$)، خشم درونی ($p < 0/01$) و خشم بیرونی ($p < 0/01$) نیز معنادار بود که بیانگر آن است تغییرات خودتنظیمی هیجانی و مؤلفه‌های آن در طول زمان بین گروه‌ها متفاوت بود. علاوه بر این، تفاوت بین گروهی در متغیر خودتنظیمی هیجانی و مؤلفه‌های ارزیابی مجدد و فرونشانی معنادار نشده است ($p > 0/05$). از سوی دیگر، تفاوت بین گروهی در متغیر خشم ($p < 0/01$) و مؤلفه‌های خشم انگیزشی ($p < 0/01$) و نگرش خصمانه ($p < 0/01$) معنادار شده است که بیانگر آن است میانگین کلی گروه‌ها در این متغیرها متفاوت است. با این حال، تفسیر نتایج تحلیل واریانس با اندازه-

جدول ۴. نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی برای مقایسه زوجی زمان‌های مختلف ارزیابی به تفکیک دو گروه

متغیر	گروه	مرحله مرجع	مرحله مقایسه	تفاوت میانگین	خطای معیار	مقدار p
بُعد ارزیابی مجدد	آزمایش	پیش آزمون	پس آزمون	-۲/۶۰۰	۰/۳۴۷	۰/۰۰۱
		پیش آزمون	پیگیری	-۲/۴۶۷	۰/۳۸۳	۰/۰۰۱
		پس آزمون	پیگیری	۰/۱۳۳	۰/۱۲۶	۰/۲۹۹
	گواه	پیش آزمون	پس آزمون	-۰/۰۶۷	۰/۳۴۷	۰/۸۴۹
		پیش آزمون	پیگیری	-۰/۱۳۳	۰/۳۸۳	۰/۷۳۰
		پس آزمون	پیگیری	-۰/۰۶۷	۰/۱۲۶	۰/۶۰۱
بُعد فرونشانی	آزمایش	پیش آزمون	پس آزمون	-۱/۳۳۳	۰/۲۷۲	۰/۰۰۱
		پیش آزمون	پیگیری	-۱/۰۶۷	۰/۳۴۳	۰/۰۰۴
		پس آزمون	پیگیری	۰/۲۶۷	۰/۱۹۴	۰/۱۸۱
	گواه	پیش آزمون	پس آزمون	-۰/۱۳۳	۰/۲۷۲	۰/۶۲۸
		پیش آزمون	پیگیری	-۰/۲۰۰	۰/۳۴۳	۰/۵۶۴
		پس آزمون	پیگیری	-۰/۰۶۷	۰/۱۹۴	۰/۷۳۴
خودتنظیمی هیجانی (کل)	آزمایش	پیش آزمون	پس آزمون	-۳/۹۳۳	۰/۴۸۶	۰/۰۰۱
		پیش آزمون	پیگیری	-۳/۵۳۳	۰/۵۶۳	۰/۰۰۱
	گواه	پیش آزمون	پس آزمون	۰/۴۰۰	۰/۲۲۵	۰/۰۸۷
		پیش آزمون	پیگیری	-۰/۲۰۰	۰/۴۸۶	۰/۶۸۴

متغیر	گروه	مرحله مرجع	مرحله مقایسه	تفاوت میانگین	خطای معیار	مقدار p
بُعد خشم انگیختگی	گواه	پیش آزمون	پیگیری	-۰/۳۳۳	۰/۵۶۳	۰/۵۵۸
		پس آزمون	پیگیری	-۰/۱۳۳	۰/۲۲۵	۰/۵۵۹
	آزمایش	پیش آزمون	پس آزمون	۲/۴۶۷	۰/۳۲۸	۰/۰۰۱
		پیش آزمون	پیگیری	۲/۴۰۰	۰/۳۱۳	۰/۰۰۱
		پس آزمون	پیگیری	-۰/۰۶۷	۰/۰۶۷	۰/۳۲۶
	گواه	پیش آزمون	پیگیری	۰/۳۳۳	۰/۳۲۸	۰/۳۱۸
بُعد موقعیت‌های خشم‌انگیز		پیش آزمون	پیگیری	۰/۴۰۰	۰/۳۱۳	۰/۲۱۲
		پس آزمون	پیگیری	۰/۰۶۷	۰/۰۶۷	۰/۳۲۶
	آزمایش	پیش آزمون	پس آزمون	۱/۶۰۰	۰/۳۲۶	۰/۰۰۱
		پیش آزمون	پیگیری	۱/۴۶۷	۰/۳۳۰	۰/۰۰۱
		پس آزمون	پیگیری	-۰/۱۳۳	۰/۰۸۰	۰/۱۰۵
	گواه	پیش آزمون	پس آزمون	۰/۰۶۷	۰/۳۳۰	۰/۸۳۹
بُعد نگرش خصمانه		پیش آزمون	پیگیری	۰۰۲	۰/۰۸۰	۰/۹۹۸
		پس آزمون	پیگیری	-۰/۰۶۷	۰/۳۳۰	۰/۴۱۰
	آزمایش	پیش آزمون	پس آزمون	۱/۷۳۳	۰/۲۵۱	۰/۰۰۱
		پیش آزمون	پیگیری	۱/۸۶۷	۰/۲۶۳	۰/۰۰۱
		پس آزمون	پیگیری	۰/۱۳۳	۰/۰۸۰	۰/۱۰۵
	گواه	پیش آزمون	پس آزمون	-۰/۶۰۰	۰/۲۵۱	۰/۰۶۴
بُعد خشم درونی		پیش آزمون	پیگیری	-۰/۶۶۷	۰/۲۶۳	۰/۰۵۸
		پس آزمون	پیگیری	-۰/۰۶۷	۰/۰۸۰	۰/۴۱۰
	آزمایش	پیش آزمون	پس آزمون	۱/۲۶۷	۰/۳۰۳	۰/۰۰۱
		پیش آزمون	پیگیری	۱/۴۰۰	۰/۳۱۶	۰/۰۰۱
		پس آزمون	پیگیری	۰/۱۳۳	۰/۱۵۵	۰/۳۹۸
	گواه	پیش آزمون	پس آزمون	-۰/۴۰۰	۰/۳۰۳	۰/۱۹۷
بُعد خشم بیرونی		پیش آزمون	پیگیری	-۰/۲۰۰	۰/۳۱۶	۰/۵۳۲
		پس آزمون	پیگیری	۰/۲۰۰	۰/۱۵۵	۰/۲۰۸
	آزمایش	پیش آزمون	پس آزمون	۲/۱۳۳	۰/۲۵۶	۰/۰۰۱
		پیش آزمون	پیگیری	۲/۰۶۷	۰/۲۵۵	۰/۰۰۱
		پس آزمون	پیگیری	-۰/۰۶۷	۰/۰۶۷	۰/۳۲۶
	گواه	پیش آزمون	پس آزمون	۰/۱۳۳	۰/۲۵۶	۰/۶۰۶
خشم (کل)		پیش آزمون	پیگیری	۰/۲۰۰	۰/۲۵۵	۰/۴۴۰
		پس آزمون	پیگیری	۰/۰۶۷	۰/۰۶۷	۰/۳۲۶
	آزمایش	پیش آزمون	پس آزمون	۹/۲۰۰	۰/۷۲۷	۰/۰۰۱
		پیش آزمون	پیگیری	۹/۰۶۷	۰/۷۲۷	۰/۰۰۱
		پس آزمون	پیگیری	-۰/۱۳۳	۰/۲۵۹	۰/۶۱۰
	گواه	پیش آزمون	پس آزمون	-۰/۴۶۷	۰/۷۲۷	۰/۵۲۶
		پیش آزمون	پیگیری	-۰/۲۶۷	۰/۷۲۷	۰/۷۱۶
		پس آزمون	پیگیری	۰/۲۰۰	۰/۲۵۹	۰/۴۴۶

بحث

این مطالعه با هدف بررسی اثربخشی درمان یکپارچه فراتشخیصی بر خودتنظیمی هیجانی و خشم در بیماران مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه انجام شد. نتایج نشان داد درمان یکپارچه فراتشخیصی بر خودتنظیمی هیجانی در بیماران مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه اثربخش است و اثربخشی آن در مرحله پیگیری پایدار بوده است. همسو با یافته‌های این مطالعه با نتایج پژوهش عسکری و هاشمی (۲۳)، میرزائی (۲۴)، کلاه‌زری و همکاران (۲۵)، Celleri و همکاران (۲۶) و Corpas و همکاران (۲۷) همسو و همخوان بود. یافته حاضر مبنی بر اثربخشی درمان یکپارچه فراتشخیصی بر خودتنظیمی هیجانی بیماران مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه، در چارچوب نظری این رویکرد قابل تبیین است. ماهیت فراتشخیصی این درمان، به‌طور خاص برای پدیده بالینی پیچیده‌ای مانند اختلال استرس پس از سانحه مناسب است، چرا که این اختلال غالباً با همبودی گسترده‌ای با سایر شرایط هیجانی نظیر افسردگی و اضطراب همراه می‌شود (۲۸). در رویکرد فراتشخیصی، به‌جای تمرکز انحصاری بر علائم اختصاصی اختلال استرس پس از سانحه، فرآیندهای روانشناختی زیربنایی و مشترک بین اختلالات، مانند اجتناب تجربی، سوگیری توجه به تهدید و اشکال در تنظیم هیجان، هدف مداخله قرار می‌گیرد (۲۹). این درمان یکپارچه از طریق مؤلفه‌هایی مانند آموزش ذهن‌آگاهی و پذیرش، به بیماران کمک می‌کند تا هیجانات پریشان‌کننده مرتبط با تروما را بدون قضاوت و با گشودگی بیشتر مشاهده و تحمل کنند. همزمان، مؤلفه‌هایی مانند بازسازی شناختی و مواجهه‌ی مبتنی بر زمینه، به اصلاح ارزیابی‌های شناختی ناسازگار از خاطرات تروما و کاهش اجتناب رفتاری کمک کرده و در نتیجه، ظرفیت فرد برای نظم‌بخشی انعطاف‌پذیر و هدفمند به حالت‌های هیجانی را افزایش می‌دهند (۳۰). بنابراین، اثربخشی مشاهده‌شده را می‌توان ناشی از هدف‌گیری مستقیم و یکپارچه‌ی همین مکانیسم‌های فراتشخیصی مختل‌شده در خودتنظیمی هیجانی دانست. تأثیر معناداری بر خودتنظیمی هیجانی بیماران مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه داشته است. این درمان با هدف‌گیری همزمان فرآیندهای شناختی-هیجانی ناسازگار، به بیماران کمک می‌کند تا هیجانات شدید مرتبط با تروما را با تحمل پریشانی بیشتر شناسایی و پذیرش کنند، ارزیابی‌های شناختی خودکار از خاطرات آسیب‌زا را بازبینی نمایند و در نهایت از چرخه‌های

اجتناب و بیش‌برانگیختگی به سمت انعطاف‌پذیری روانشناختی و درگیری مبتنی بر ارزش حرکت کنند. این تغییرات با خودتنظیمی هیجانی بهتر در افراد مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه همراه است.

علاوه بر این، نتایج نشان داد درمان یکپارچه فراتشخیصی بر خشم در بیماران مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه اثربخش است و اثربخشی آن در مرحله پیگیری پایدار بوده است. این یافته‌ها با نتایج پژوهش علوی و همکاران (۴)، مهاجرین و همکاران (۳۱)، Gutner و همکاران (۳۲)، Kato و همکاران (۳۳) و Grossman و Ehrenreich-May (۳۴) همسو و همخوان بود. این یافته که درمان یکپارچه فراتشخیصی موجب کاهش خشم در مبتلایان به اختلال استرس پس از سانحه می‌شود را می‌توان با توجه به نقش کارکردی خشم در این اختلال تبیین کرد. خشم در چارچوب اختلال استرس پس از سانحه صرفاً یک علامت نیست، بلکه اغلب یک راهبرد ناسازگار تنظیم هیجان و شکلی از اجتناب هیجانی محسوب می‌شود که با ایجاد حس کنترل کاذب، از مواجهه با هیجانات آسیب‌پذیرتر زیرین مانند ترس و درماندگی جلوگیری می‌کند (۱۰). درمان فراتشخیصی به جای تمرکز سطحی بر خود خشم، بر فرآیندهای هسته‌ای مشترکی که آن را برمی‌انگیزند، مانند عدم تحمل پریشانی، متمرکز می‌شود. از آنجا که بیماران برای گریز از پریشانی طاقت‌فرسای ناشی از تروما، به خشم به عنوان حالت برانگیختگی آشنا پناه می‌برند، این درمان با افزایش تحمل پریشانی از طریق مؤلفه‌هایی مانند ذهن‌آگاهی و پذیرش، این مکانیسم اجتنابی را تضعیف کرده و در نتیجه خشم را کاهش می‌دهد (۳۵). این درمان، خشم را نه به عنوان نشانه‌ای مجزا، بلکه به عنوان برآیندی از ارزیابی‌های شناختی تحریف‌شده (مثل باور به بی‌عدالتی مطلق) و اجتناب تجربی (استفاده از خشم به‌مثابه سپری در برابر مواجهه با خاطرات و هیجانات تروماتیک) مفهوم‌سازی می‌کند. مؤلفه‌های کلیدی این رویکرد به‌طور مستقیم این مکانیسم‌ها را هدف می‌گیرند (۳۴). ذهن‌آگاهی و پذیرش، آگاهی غیرقضاوتی و تحمل هیجانات زیرین را افزایش می‌دهند و نیاز به اجتناب از طریق خشم را کاهش می‌دهند. همزمان، بازسازی شناختی به اصلاح باورهای تحریف‌شده‌ای که خشم را شعله‌ور می‌کنند، می‌پردازد و تعهد مبتنی بر ارزش، واکنش خشم را با رفتارهای سازگارانه و ارزش‌مدار جایگزین می‌سازد (۳۶). بنابراین، درمان فراتشخیصی می‌تواند به عنوان یک رویکرد مؤثر برای بهبود

خشم در افراد مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه مورد استفاده قرار گیرد.

در رابطه با محدودیت‌های پژوهش باید اشاره کرد نمونه‌گیری به روش هدفمند از دو کلینیک در شهر تهران و حجم نمونه نسبتاً محدود (۳۰ نفر)، امکان تعمیم‌پذیری یافته‌ها به سایر جمعیت‌های مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه را کاهش می‌دهد. اگرچه معیارهای ورود و خروج دقیقی تعریف شد؛ اما کنترل کامل بر تمامی عوامل مؤثر بر پیامدها (مانند حمایت‌های اجتماعی خارج از درمان، تغییرات سبک زندگی، یا تجربیات استرس‌زای جدید در طول دوره پژوهش) امکان‌پذیر نبود. با توجه به اثربخشی درمان یکپارچه فراتشخیصی بر بهبود خودتنظیمی هیجانی و کاهش خشم در بیماران مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه، پیشنهاد می‌شود این پروتکل به عنوان یک مداخله مؤثر و اقتصادی در نظام ارائه خدمات سلامت روان ادغام گردد. مراکز درمانی تخصصی تروما می‌توانند با آموزش درمانگران در قالب کارگاه‌های مهارت‌محور، از این رویکرد به‌صورت گروهی بهره‌برداری کنند که این امر ضمن کاهش هزینه‌ها و افزایش پوشش خدمت، به هدف‌گیری همزمان طیف وسیعی از مشکلات هیجانی شایع در این بیماران منجر می‌شود.

نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان یکپارچه فراتشخیصی بر خودتنظیمی هیجانی و خشم در بیماران مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه انجام شد و یافته‌ها نشان داد که این درمان به‌طور معناداری موجب بهبود خودتنظیمی هیجانی و کاهش خشم در این بیماران می‌شود و این اثربخشی در مرحله پیگیری نیز پایدار می‌ماند. این نتایج در چارچوب نظری رویکرد فراتشخیصی قابل تبیین است؛ زیرا این درمان به‌جای تمرکز بر علائم اختصاصی، فرآیندهای زیربنایی مشترک مانند اجتناب تجربی، عدم تحمل پریشانی و ارزیابی‌های شناختی تحریف‌شده را هدف می‌گیرد که در اختلال استرس پس از سانحه نقش 3. Nesic M, Vogel J, Krüger JP, Wenzel W, Sahebi A, Rassaf T, et al. Association between different dimensions of anger and symptoms of post-traumatic stress disorder in at-risk cardiovascular patients during the COVID-19 pandemic. *Frontiers in Psychiatry*. 2023;14:1228192. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2023.1228192>. 4. Agathos J, Yurtbasi M, O'Brien H, Putica A. The extended process model of emotion regulation in managing negative affect in posttraumatic stress disorder: A systematic review. *Clinical*

محوری دارند. مؤلفه‌هایی مانند ذهن‌آگاهی و پذیرش، بازسازی شناختی و مواجهه مبتنی بر زمینه، به بیماران کمک می‌کنند تا هیجانات شدید مرتبط با تروما را با تحمل بیشتر شناسایی و پذیرش کنند، ارزیابی‌های ناسازگار را بازبینی نمایند و از چرخه‌های اجتناب و بیش‌برانگیختگی به سمت انعطاف‌پذیری روان‌شناختی حرکت کنند. در مجموع، درمان یکپارچه فراتشخیصی می‌تواند به‌عنوان یک مداخله مؤثر، اقتصادی و قابل اجرا در قالب گروهی برای بیماران مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه در مراکز درمانی تخصصی تروما به کار گرفته شود و به بهبود هم‌زمان طیف وسیعی از مشکلات هیجانی شایع در این بیماران کمک کند.

تشکر و قدردانی

پژوهشگران از کلیه افراد مشارکت‌کننده در این مطالعه که صبرانه برای گردآوری داده‌ها همکاری داشتند، تقدیر و تشکر می‌نمایند.

تعارض منافع

نویسندگان هیچ گونه تعارض منافع نداشتند.

حمایت مالی

پژوهش حاضر هیچگونه حمایت مالی از سوی نهادهای دولتی یا غیرانتفاعی دریافت نکرده است.

ملاحظات اخلاقی

مطالعه حاضر با کد IR.IAU.TMU.REC.1403.068 در کمیته اخلاق دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی آزاد اسلامی تهران مورد تأیید قرار گرفت.

مشارکت نویسندگان

نویسندگان این مقاله سهم یکسان در نگارش مطالعه داشتند.

References

- Schincariol A, Orrù G, Otgaar H, Sartori G, Scarpazza C. Posttraumatic stress disorder (PTSD) prevalence: an umbrella review. *Psychological Medicine*. 2024;1-14. <https://doi.org/10.1017/S0033291724002319>.
- O'Brien H, Felmingham K, Lau W, O'Donnell M. Developing an extended process model of emotion regulation in PTSD. *Behaviour Research and Therapy*. 2024;104668. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2024.104668>.

دسترس‌ی آزاد

مجله دانشگاه علوم پزشکی جیرفت / دوره ۱۲، شماره ۴، زمستان ۱۴۰۴

- Psychology: Science and Practice. 2025; 23(4): 398–415. <https://doi.org/10.1037/cps0000296>
5. Tharaud JB, Murphy J, Smith DL, Valdespino-Hayden ZE, Held P. Changes in emotion regulation difficulties and PTSD symptom severity in an intensive treatment program for PTSD. *Journal of Affective Disorders*. 2024;361:620-6. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2024.06.019>.
6. Paley B, Hajal NJ. Conceptualizing emotion regulation and coregulation as family-level phenomena. *Clinical Child and Family Psychology review*. 2022;25(1):19-43. <https://doi.org/10.1007/s10567-022-00378-4>.
7. Ouhmad N, El-Hage W, Combalbert N. Maladaptive cognitions and emotion regulation in posttraumatic stress disorder. *Neuropsychiatrie*. 2023;37(2):65-75. <https://doi.org/10.1007/s40211-022-00453-w>.
8. Cole TA, Dubuclet CM, Valentine J, Meyer EA, Orcutt HK. Assessing the mediating role of emotion regulation and experiential avoidance within a posttraumatic stress disorder and racial trauma framework. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*. 2024;16(2):254. <https://doi.org/10.1037/tra0001487>.
9. Fine NB, Ben-Aharon N, Armon DB, Seligman Z, Helpman L, Bloch M, et al. Reduced emotion regulatory selection flexibility in post-traumatic stress disorder: Converging performance-based evidence from two PTSD populations. *Psychological Medicine*. 2023;53(7):2758-67. <https://doi.org/10.1017/S0033291721004670>.
10. Pop GV, Nechita D-M, Miu AC, Szentágotai-Tătar A. Anger and emotion regulation strategies: a meta-analysis. *Scientific Reports*. 2025;15(1):6931. <https://doi.org/10.1038/s41598-025-91646-0>.
11. Cowlshaw S, Metcalf O, Little J, Hinton M, Forbes D, Varker T, et al. Cross-lagged analyses of anger and PTSD symptoms among veterans in treatment. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*. 2022;14(2):336. <https://doi.org/10.1037/tra0001084>.
12. Hinton E, Steel Z, Hilbrink D, Berle D. Anger and predictors of drop-out from PTSD treatment of veterans and first responders. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*. 2022;50(2):237-51. <https://doi.org/10.1017/S1352465821000382>.
13. Durham TA, Byllesby BM, Elhai JD, Wang L. Latent profile analysis of PTSD and dissociation, and relations with anger. *Current Psychology*. 2022;41(3):1595-602. <https://doi.org/10.1007/s12144-020-00693-5>
14. Saraiya TC, Badour CL, Jones AC, Jarnecke AM, Brown DG, Flanagan JC, et al. The role of posttraumatic guilt and anger in integrated treatment for PTSD and co-occurring substance use disorders among primarily male veterans. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*. 2023;15(8):1293. <https://doi.org/10.1037/tra0001204>.
15. Xie S, Cheng Q, Tan S, Li H, Huang T, Xiang Y, et al. The efficacy and acceptability of group trauma-focused cognitive behavior therapy for the treatment of post-traumatic stress disorder in children and adolescents: A systematic review and meta-analysis. *General Hospital Psychiatry*. 2024;86:127-34. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2023.11.012>.
16. Vereecken S, Corso G. Revisiting eye movement desensitization and reprocessing therapy for post-traumatic stress disorder: A systematic review and discussion of the American Psychological Association's 2017 Recommendations. *Cureus*. 2024;16(4). <https://doi.org/10.7759/cureus.58767>.
17. Hudays A, Gallagher R, Hazazi A, Arishi A, Bahari G. Eye movement desensitization and reprocessing versus cognitive behavior therapy for treating post-traumatic stress disorder: a systematic review and meta-analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2022;19(24):16836. <https://doi.org/10.3390/ijerph192416836>.
18. Farchione TJ, Long LJ, Spencer-Lai D, Moreno J, Barlow DH. State of the science: The unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders. *Behavior Therapy*. 2024;55(6):1189-204. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2024.04.007>.
19. Lau W, Chisholm K, Gallagher M, Felmingham K, Murray K, Pearce A, et al. Comparing the unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders to prolonged exposure for the treatment of PTSD: Design of a non-inferiority randomized controlled trial. *Contemporary Clinical Trials Communications*. 2023;33:101134. <https://doi.org/10.1016/j.conctc.2023.101134>
20. Rolerson C, Robinson M, Sims O. Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment: Effectiveness with Posttraumatic Stress Disorder, A Systematic Review. *A Systematic Review*. 2024, 13(1):2635760. <https://doi.org/10.1080/23311908.2026.2635760>
21. Ito M, Horikoshi M, Kato N, Oe Y, Fujisato H, Yamaguchi K, et al. Efficacy of the unified protocol for transdiagnostic cognitive-behavioral treatment for depressive and anxiety disorders: a randomized controlled trial. *Psychological*

- Medicine. 2023;53(7):3009-20.
<https://doi.org/10.1017/S0033291721005067>
22. Drury RM, Ammirati RJ, Cassiello-Robbins C. The promise of transdiagnostic treatment in rural primary care: The unified protocol. *Journal of Rural Mental Health*. 2024;48(4):259-67.
<https://doi.org/10.1037/rmh0000270>
23. Askari Z, Hashemi M. The efficacy of integrated transdiagnostic therapy on emotion regulation, irritability, resilience, and worry in individuals with generalized anxiety disorder: A Case Study. *Clinical Psychology and Personality*. 2024;22(1):197-212.
<https://doi.org/10.22070/CPAP.2023.16973.1296>
24. Mirzaee J, Hasani J, Hassanabadi H, Hatami M, Mohammadkhani Sh. Investigation of the effectiveness of transdiagnostic emotion efficacy therapy in cardiovascular reactions and quality of sleep in war-related post traumatic stress disorder. *Journal of Psychology*. 2024;27(4):395-405.
<http://fsh.fatemiyehehiraz.ac.ir/en/Article/43658/FuIIText>
25. Kolah-Zari S, Mohammadi A, Rezaei F. The efficacy of integrated transdiagnostic treatment in reducing worry, anxiety, depressive and emotional regulation in patients with generalized anxiety disorder. *Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry*. 2023;10(5):58-72.
<https://shenakht.muk.ac.ir/article-1-2074-en.html>
26. Celleri M, Cremades CF, Etchevers MJ, Garay CJ. Effectiveness of the Unified Protocol for the transdiagnostic treatment of emotional disorders in online and group format in Argentina: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*. 2023;24(1):678. <https://doi.org/10.1186/s13063-023-07428-4>.
27. Corpas J, Moriana JA, Venceslá JF, Gálvez-Lara M. Brief psychological treatments for emotional disorders in primary and specialized care: a randomized controlled trial. *International Journal of Clinical and Health Psychology*. 2021;21(1):100203.
<https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2020.11.002>
28. Ghiyasi Noei A, Sabahi P, Rafieinia P. Effectiveness of unified transdiagnostic therapy on cognitive emotion regulation, experimental avoidance and post-traumatic stress disorder in veterans. *Iranian Journal of War and Public Health*. 2021;13(3):221-8.
<https://doi.org/10.29252/acadpub.ijwph.13.3.221>
29. Cludius B, Mennin D, Ehrling T. Emotion regulation as a transdiagnostic process. *Emotion*. 2020;20(1):37.
<https://doi.org/10.1037/emo0000646>
30. Southward MW, Kushner ML, Terrill DR, Sauer-Zavala S. A review of transdiagnostic mechanisms in cognitive behavior therapy. *Psychiatric Clinics of North America*. 2024;47(2):343-54.
<https://doi.org/10.1016/j.psc.2024.02.003>.
31. Mohajerin B, Lynn SJ, Cassiello-Robbins C. Unified protocol vs trauma-focused cognitive behavioral therapy among adolescents with PTSD. *Behavior Therapy*. 2023;54(5):823-38.
<https://doi.org/10.1016/j.beth.2023.03.003>
32. Gutner CA, Song J, Canale CA, Suvak MK, Litwack SD, Niles BL, et al. A pilot randomized effectiveness trial of the unified protocol in trauma exposed veterans. *Depression and Anxiety*. 2022;39(12):813-23.
<https://doi.org/10.1002/da.23288>
33. Kato N, Ito M, Matsuoka YJ, Horikoshi M, Ono Y. Application of the unified protocol for a Japanese patient with post-traumatic stress disorder and multiple comorbidities: a single-case study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2021;18(21):11644.
<https://doi.org/10.3390/ijerph182111644>
34. Grossman RA, Ehrenreich-May J. Using the unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders with youth exhibiting anger and irritability. *Cognitive and Behavioral Practice*. 2020;27(2):184-201.
<https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2019.05.004>
35. Anand S, Kapoor S, Rizvi S, Varanasi R, Abbas Z, Arora I, et al. Anger, aggression and violence: towards an integrative, 'transdiagnostic' treatment paradigm. *European Psychiatry*. 2025;68(S1):S825-S6. <https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2025.1676>
36. Kim YJ. Transdiagnostic mechanism of social phobia and depression: The role of anger dysregulation. *Journal of Human Behavior in the Social Environment*. 2018;28(8):1048-59.
<https://doi.org/10.1080/10911359.2018.1496050>

The Efficacy of Unified Transdiagnostic Treatment on Emotion Regulation and Anger in Patients with Post-traumatic Stress Disorder (PTSD)

Received: 28 Nov 2025

Accepted: 10 Mar 2026

Betsabeh Najaf¹, Narges Rasouli^{2*}

1. Master of Science in Clinical Psychology, Faculty of Medicine, Tehran Medical Sciences Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran 2. Assistant professor, Department of Psychology, Faculty of Medicine, Tehran Medical Sciences Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran

Abstract

Introduction: Post-traumatic stress disorder (PTSD) is associated with severe deficits in emotion regulation and high levels of anger, which can make treatment response difficult. The present study aimed to investigate the effectiveness of transdiagnostic integrated treatment in improving emotion regulation and reducing anger in patients with post-traumatic stress disorder.

Materials and Methods: This quasi-experimental study was conducted using a pre-test–post-test–follow-up (two-month) design with a control group. Using purposive sampling, 30 patients with PTSD were selected and randomly assigned to experimental (n=15) and control (n=15) groups. The experimental group received an eight session group-based transdiagnostic integrated treatment protocol. Data were collected at three time points using the Emotion Regulation Questionnaire (Gross & John, 2003) and the Multidimensional Anger Questionnaire (Siegel, 1986), and were analyzed using repeated measures analysis of variance.

Results: The results of repeated-measures ANOVA showed a significant time × group interaction effect for emotion regulation ($F = 20.246$; $p < 0.05$) and anger ($F = 80.359$; $p < 0.05$). Bonferroni posthoc tests indicated significant improvement in the experimental group at post-test compared to pre-test for both variables ($p < 0.05$), and this improvement remained stable at the two-month follow-up ($p < 0.05$). In contrast, the control group showed no significant change.

Conclusion: The findings suggest that transdiagnostic integrated treatment is an effective intervention for improving emotion regulation and reducing anger in patients with post-traumatic stress disorder. Incorporating this approach into clinical services can help manage the most challenging emotional symptoms of this disorder.

Keywords: Transdiagnostic Treatment, Emotion Regulation, Anger, Post-Traumatic Stress Disorder

***Corresponding Author:** Assistant professor, Department of Psychology, Faculty of Medicine, Tehran Medical Sciences Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran

Email: narges.rasouli@yahoo.com

Tel: +982122006660

Fax: +982122006660