

نشانگان شناختی / توجهی و راهبردهای نظم‌جویی شناختی هیجان: فرآیندهای فراتشخیصی یا وابسته به تشخیص در اختلال‌های خلقی و اضطرابی

تاریخ دریافت: ۹۱/۱۱/۲۳

تاریخ پذیرش: ۹۲/۹/۱۲

بهزاد سلمانی*، جعفر حسنی**

چکیده

مقدمه: میزان بالای همبودی میان اختلالات خلقی و اضطرابی می‌تواند به دلیل فرآیندهای فراتشخیصی مشترک باشد. به همین دلیل هدف از پژوهش حاضر ارزیابی نقش دو فرآیند فراتشخیصی نشانگان شناختی / توجهی و راهبردهای نظم‌جویی شناختی هیجان، در ایجاد و تداوم اختلال‌های خلقی و اضطرابی است.

روش: ۸۹ بیمار (۲۱ نفر مبتلا به افسردگی اساسی؛ ۳۵ نفر مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر؛ ۳۳ نفر مبتلا به اختلال وسواسی-اجباری) از بیمارستان‌های طالقانی و بقیه‌الله به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به وسیله‌ی مقیاس نشانگان شناختی / توجهی و پرسشنامه نظم‌جویی شناختی هیجان ارزیابی گردیده و با گروه بهنجار (۳۱ نفر) مورد مقایسه قرار گرفتند. داده‌ها، با استفاده از آزمون‌های تحلیل واریانس، تحلیل کوواریانس چند متغیری و آزمون تعقیبی بون‌فرنی تحلیل شدند.

یافته‌ها: یافته‌ها نشان داد بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر، اختلال وسواسی-اجباری و اختلال افسردگی اساسی در نشانگان شناختی / توجهی و راهبردهای ناسازگارانه نظم‌جویی شناختی هیجان (نشخوارفکری، ملامت خویش و فاجعه‌سازی)، نمرات بیشتری نسبت به افراد بهنجار کسب کردند. این تفاوت پس از در نظر گرفتن اختلال‌های همبود همچنان پابرجا ماند.

نتیجه‌گیری: نشانگان شناختی / توجهی و برخی از راهبردهای نظم‌جویی شناختی هیجان (نشخوارفکری، فاجعه‌سازی و ملامت خویش) فرآیندهای فراتشخیصی بوده و می‌توانند در ایجاد و تداوم اختلال‌های اضطرابی و خلقی گوناگون نقش حیاتی ایفا کنند.

واژه‌های کلیدی: نشانگان شناختی / توجهی؛ راهبردهای نظم‌جویی شناختی هیجان؛ فرآیندهای فراتشخیصی؛ اختلال‌های خلقی؛ اختلال‌های اضطرابی

b.salmani1365@yahoo.com

* نویسنده مسئول: کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران

hasanimehr57@yahoo.com

** استادیار، گروه روان‌شناسی بالینی دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران

مقدمه

توجه فرد را بر اطلاعات منفی متمرکز می‌کنند و بدین وسیله موجب ادراک تحریف شده‌ای از خود و جهان می‌گردند و یا موجب فعال‌سازی و تداوم احساس تهدید شده و از این رو اضطراب و افسردگی را برای مدت طولانی تداوم می‌بخشند [۱۱]. نتایج پژوهش‌های بی‌شماری بر نقش مؤلفه‌های نشانگان شناختی / توجهی در ایجاد و تداوم اختلال‌های روان‌شناختی صحه می‌گذارند. تفکر درجامانده هم به شکل نگرانی و هم نشخوارفکری می‌تواند در ایجاد اختلال‌های گوناگون نقش مهمی را ایفا کنند. برای مثال یافته‌های پژوهشی نشان می‌دهد که نمرات افراد در مقیاس‌های نشخوار فکری و نگرانی، پیش‌بینی کننده‌ی افسردگی و اضطراب آنها است [۱۳، ۱۴، ۱۵، ۱۶]. نتایج پژوهش مک‌لاگین^{۱۱} و نولن - هوکسما^{۱۲} [۱۷] نیز تا حدود زیادی تأییدکننده‌ی نقش نشخوارفکری و نگرانی در آسیب‌شناختی اختلال‌های گوناگون و فراتشخیصی بودن این عوامل است. همچنین، پرادوس^{۱۳} [۱۸] نیز با مروری که بر چندین پژوهش داشت، پی برد نگرانی در ۴۰ درصد تا ۶۰ درصد از موارد اختلال‌های اضطرابی، اختلال‌های خلقی، اختلال‌های جسمانی شکل و اختلال‌های طیف اسکیزوفرنی حضور دارد. علاوه بر این، نتایج دو پژوهشی که به تازگی انجام شده است، بیان‌کننده‌ی آن است که نگرانی علاوه بر آن که خصوصیت اصلی اختلال اضطراب فراگیر^{۱۴} (GAD) است، در اختلال‌های دیگر مثل اضطراب اجتماعی، اختلال وسواسی - اجباری^{۱۵} (OCD) و افسردگی نیز نقش پررنگی را ایفا می‌کند [۱۹، ۲۰]. سرانجام، دیکسون^{۱۶}، سیسلا^{۱۷} و ریلی^{۱۸} [۲۱] پی‌بردند که می‌توان با توجه به نمرات بیماران در نشخوارفکری و نگرانی، میزان اضطراب روزانه، اجتناب شناختی و رفتاری آنها را پیش‌بینی کرد. در واقع، نشخوارفکری و نگرانی به طور خودکار توجه بیمار را به محرک‌هایی سوق می‌دهد که با محتوای نگرانی و نشخوارفکری هماهنگ باشد. این امر در درازمدت منجر به سوگیری توجه شده و محتوای باورهای تشکیل‌دهنده‌ی

در سال‌های اخیر بر نقش فرآیندهای فراتشخیصی^۱، مثل توجه و حافظه، به‌طور فراوان تأکید شده است [۱]. میزان بالای همبودی بین اختلال‌های روان‌شناختی، خصوصاً میان افسردگی اساسی^۲ (MDD) و اختلال‌های اضطرابی، منجر به پژوهش در مورد مکانیسم‌ها و عوامل فراتشخیصی مسئول شده است [۲، ۳]. در این بین، فرآیندهای فراتشخیصی متعددی به عنوان مکانیسم‌های مؤثر در همبودی میان اختلال‌های گوناگون شناخته شده‌اند که از میان آنها می‌توان به نشخوارفکری^۳، نگرانی^۴، استدلال، افکار و رفتار اشاره کرد [۱، ۲، ۴]. برخی از پژوهشگران [برای مثال ۵، ۶] توانسته‌اند با گردآوری این فرآیندها در کنار یکدیگر تحت عنوان نشانگان شناختی / توجهی^۵ (CAS) و بررسی نقش این فرآیندهای در ایجاد و تداوم اختلال‌های روان‌شناختی، مداخلات درمانی طراحی کنند که بتوانند در زمان کوتاه‌تر، به میزان بهبودی بالاتری دست پیدا کنند [۷، ۸، ۹]. طبق مدل فرایشناختی^۶ اختلال‌های روان‌شناختی (S-REF؛ کارکرد اجرایی خودتنظیمی^۷ [۵، ۱۰]) افراد به این دلیل در دام اختلال روانی گرفتار می‌شوند که در دور باطلی به نام نشانگان شناختی - توجهی گیر می‌افتند. در واقع، اصل بنیادین مدل فرایشناختی آن است که اختلال روان‌شناختی با فعال شدن نوعی سبک تفکر ناسازگارانه در ارتباط است که ولز^۸ و متیوس^۹ [۵، ۶] آن را نشانگان شناختی / توجهی می‌نامند. این نشانگان، شامل نوعی تفکر تکرار شونده^{۱۰} به صورت نگرانی، نشخوارفکری، توجه متمرکز بر تهدید و راهبردهای مقابله‌ای ناسازگارانه است. پیامدهای این نشانگان در درازمدت منجر به تداوم اختلال روانی و تشدید هیجان‌های منفی می‌شود [۱۱، ۱۲]؛ به عنوان مثال، از آنجایی که نشخوارفکری و نگرانی همواره دارای سوگیری هستند،

11- McLaughlin

12- Nolen-Hoeksema

13- Prados

14- Generalized Anxiety Disorder

15- Obsessive Compulsive Disorder

16- Dickson

17- Ciesla

18- Reilly

1- Transdiagnostic

2- Major Depressive Disorder

3- Rumination

4- Worry

5- Cognitive Attentional Syndrome

6- Metacognitive

7- Self-Regulatory Execute Function

8- Wells

9- Mathews

10- Perseverative Thinking

انگرانی و نشخوارفکری را تقویت می‌کند. در همین راستا، نتایج پژوهش‌های گوناگون موید نقش مؤثر سوگیری توجّه در ایجاد اختلال‌های روان‌شناختی می‌باشد [۲۲، ۲۳، ۲۴، ۲۵]. پس از آن که بیمار درگیر نشخوارفکری، نگرانی و سوگیری توجّه شد و در دور باطل نشانگان شناختی / توجّهی به دام افتاد، دست‌خوش هیجان‌های منفی و آزاردهنده‌ای می‌گردد و برای خلاص شدن از این شرایط و به منظور نظم‌جویی هیجان^۱، دست به روش‌های مقابله‌ای مثل اجتناب، استفاده از مواد و الکل می‌زند. بیماران علاوه بر شیوه‌های رفتاری، از شیوه‌های شناختی، مثل سرکوب فکر، نیز به همین منظور بهره می‌برند. در واقع، همان‌طور که پوردون^۲ [۲۶] بیان می‌کند سرکوب فکر یکی از عوامل مهم سبب‌شناسی و نگه‌دارنده‌ی اختلال‌هایی مثل افسردگی، اضطراب فراگیر، فوبی خاص^۳، اختلال استرس پس از آسیب^۴ (PTSD) و اختلال وسواسی-اجباری است؛ است؛ علاوه بر سرکوب فکر، این افراد برای تسکین درد هیجانی که تجربه کرده‌اند، از راهبردهای خاصی استفاده می‌کنند که گارنفسکی^۵، کرایج^۶ و اسپینهاون^۷ [۲۷] از آنها آنها با عنوان راهبردهای نظم‌جویی شناختی^۸ (CERS) هیجان یاد می‌کنند. راهبردهای نظم‌جویی شناختی هیجان (CERS)، زیر مجموعه‌ای از راهبردهای نظم‌جویی هیجان بوده و شامل فرآیندهایی است که با آن اطلاعات به طور هیجانی برانگیزاننده، به وسیله‌ی راهبردهای شناختی هشیارانه مدیریت می‌شوند [۲۸، ۲۹]. اگر بخواهیم از دیدگاه آسیب‌شناختی به این راهبردها نگاه بیندازیم، متوجّه فراتشخیص بودن حداقل برخی از راهبردهای نظم‌جویی شناختی هیجان می‌شویم. در حقیقت، از میان نه راهبردی که گارنفسکی و همکاران [۲۸] معرفی کرده‌اند، راهبردهای نشخوارفکری، فاجعه‌سازی^۹ و ملامت خویش^{۱۰} با اضطراب، اضطراب، استرس و نگرانی [۳۰]، نشانه‌های افسردگی و

اضطراب در نوجوانان [۲۷]، نشانه‌های افسردگی [۳۱، ۳۲] و آسیب‌پذیری در برابر اختلال‌های روان‌شناختی [۳۳] رابطه‌ی مثبت معنادار داشته و می‌تواند گروه اضطرابی را از گروه کنترل غیر مضطرب مجزا کند [۳۴]. همچنان، گارنفسکی، کرایج و ون‌اتن^{۱۱} [۳۵] با بررسی چندین پژوهش دریافتند که ملامت خویش، فاجعه‌سازی و نشخوارفکری با درونی‌سازی مشکلات رابطه‌ی مثبت معنادار دارد. این یافته‌ها با نتایج پژوهشی که اخیراً در داخل کشور انجام شده است [۳۶] همخوانی دارد. این پژوهش نشان داد که راهبردهای نشخوارفکری، فاجعه‌سازی و ملامت خویش و دیگران، با نشانه‌های اضطراب و افسردگی (اختلال‌های درونی‌سازی) در کودکان رابطه‌ی مثبت دارد. در مقابل، نتایج پژوهش‌ها نشان می‌دهد که استفاده از برخی راهبردهای نظم‌جویی شناختی هیجان، می‌تواند منجر به پیامدهای مفیدی شود. به عنوان مثال استفاده از تمرکز مجدد مثبت^{۱۲}، تمرکز بر برنامه‌ریزی^{۱۳} و ارزیابی مجدد مثبت^{۱۴} با سطوح پایین نگرانی [۳۰] و سلامت عمومی [۳۷] رابطه‌ی مثبت معنادار و با نشانه‌های افسردگی و نگرانی [۳۱، ۳۲، ۳۸] رابطه‌ی منفی معنادار دارد. در واقع، تفاوت میان برخی راهبردهای نظم‌جویی شناختی هیجان به اندازه‌ای است که گارنفسکی و همکاران [۳۳] آنها را به دو دسته‌ی سازگارانه (شامل تمرکز مجدد مثبت، ارزیابی مجدد مثبت، پذیرش^{۱۵}، دیدگاه‌گیری^{۱۶} و تمرکز بر برنامه‌ریزی) و ناسازگارانه (نشخوارفکری، فاجعه‌سازی، ملامت خویش و ملامت دیگران^{۱۷}) تقسیم کردند. همان‌طور که مشاهده می‌گردد، بین استفاده از راهبردهای خاص و آسیب‌پذیری نسبت به اختلال‌های هیجانی رابطه مثبت وجود دارد و می‌توان فرض کرد که احتمالاً این راهبردها، فرآیندهایی فراتشخیصی هستند. در پژوهش حاضر، پژوهشگران تلاش دارند تا یافته‌های به دست آمده را به اختلال‌های خلقی و اضطراب تعمیم دهند. به همین منظور، از میان اختلال‌های گوناگون، اختلال

11- Van Etten
12- Positive Refocusing
13- Focus on Planning
14- Positive Reappraisal
15- Acceptance
16- Putting into perspective
17- Other-blame

1- Emotion Regulation
2- Purdon
3- Specific Phobia
4- Posttraumatic Stress Disorder
5- Garnefski
6- Kraaij
7- Spinhoven
8- Cognitive Emotion Regulation Strategies
9- Catastrophizing
10- Self-Blame

راهبردهای نظم‌جویی شناختی هیجان در اختلال‌های نام برده انجام شد.

آزمودنی‌ها: جامعه‌ی آماری این پژوهش را کلیه‌ی بیماران دچار اختلال اختلال وسواسی- اجباری، اختلال اضطراب فراگیر و اختلال افسردگی اساسی بیمارستان‌های طالقانی و بقیه‌الله (عج) تهران تشکیل می‌دهند که در فاصله‌ی زمانی دو ماهه (مهر و آبان سال ۱۳۹۱) به درمانگاه‌های روان‌پزشکی این بیمارستان‌ها مراجعه کرده‌اند. از بین این بیماران، ۸۹ نفر در طیف سنی ۲۰ تا ۳۵ سال (میانگین ۲۵/۵۴؛ انحراف استاندارد = ۳/۶۰)، به صورت نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و سپس به لحاظ سن و تحصیلات هم‌سازی شدند. افراد بهنجار، افرادی بودند که بر اساس گزارش شخصی و مصاحبه بالینی، سابقه مراجعه به روان‌پزشک یا روان‌شناس و ابتلا به اختلال روان‌شناختی خاص را نداشته و در خویشاوندان درجه اول خود، فاقد بیمار روانی بودند. این بیماران به همراه افراد بهنجار (طیف سنی ۲۱ تا ۳۲ سال؛ ۳۱ نفر با میانگین سنی ۲۴/۹ و انحراف استاندارد ۳/۱۳) وارد طرح شده و مورد مقایسه قرار گرفتند.

ابزار

۱- مقیاس نشانگان شناختی/ توجّهی (CAS - ۱): مقیاس نشانگان شناختی/ توجّهی، مقیاسی ۱۶ ماده‌ای است که به منظور ارزیابی فعال شدن نشانگان شناختی/ توجّهی ایجاد شده است [۴۲]. دو سؤال اول آن به ترتیب، میزان فراوانی نگرانی بیمار و میزان توجّه وی را بر موارد تهدیدکننده می‌سنجد. شش ماده‌ی بعدی با فراوانی راهبردهایی که افراد برای مقابله با احساسات و افکار منفی به کار می‌برند، ارتباط دارد. پاسخ به این ۸ ماده بر اساس مقیاس ۸ درجه‌ای لیکرتی از صفر تا ۸ صورت می‌گیرد. هشت ماده‌ی بعدی میزان اعتقاد فرد به هر یک از باورهای فراشناختی درباره نشانگان شناختی/ توجّهی را بر اساس مقیاس صفر تا ۱۰۰ درجه‌بندی می‌کند. نمرات کلی مقیاس نشانگان شناختی/ توجّهی در آخر از مجموع تمام ۱۶ ماده با یکدیگر به دست می‌آید. در حال حاضر، داده‌های محدودی برای حمایت از خصوصیات روان‌سنجی این مقیاس وجود دارد. با وجود این، این مقیاس تنها ابزار شناخته شده‌ای است که تاکنون به منظور ارزیابی همزمان تمامی مؤلفه‌های نشانگان شناختی/ توجّهی ساخته شده است و به همین

اضطراب فراگیر، اختلال وسواسی- اجباری و افسردگی اساسی را به چند دلیل انتخاب کردند. از آنجایی که فرآیندهای اصلی و محوری دخیل در اختلال اضطراب فراگیر؛ مانند نگرانی و اجتناب شناختی، در تمامی اختلال‌های اضطرابی دخیل می‌باشد، این اختلال انتخاب گردید [۳۹] تا بتوان با شناسایی این فرآیندها، یافته‌های پژوهشی را با در نظر گرفتن تفاوت‌های موجود، به اختلال‌های اضطرابی دیگر تعمیم داد. دو اختلال وسواسی- اجباری افسردگی اساسی نیز به این دلیل انتخاب شده‌اند که از یک طرف یافته‌های پژوهشی (برای مثال [۴۰]) بیان‌گر تفاوت‌های فاحشی (برای مثال سن شروع، شیوع متفاوت در دو جنس، درمان دارویی) میان OCD و سایر اختلال‌های اضطرابی می‌باشند و نادیده گرفتن این تفاوت‌ها می‌تواند روند تعمیم‌دهی یافته‌ها را با مشکل مواجه سازد، و از طرف دیگر مکانیسم‌های زیربنایی، علائم و نشانه‌های اختلال افسردگی اساسی (مثل نشخوارفکری، خلق افسرده، فقدان علاقه یا لذت، تغییر اشتها و الگوی خواب)، در بیشتر اختلال‌های خلقی مشترک بوده [۴۱] و این امکان را به پژوهشگران می‌دهد تا در راستای تقویت اعتبار بیرونی پژوهش حرکت کنند. با شناخت فرآیندها و مکانیسم‌های فراتشخیصی در اختلال‌های روان‌شناختی، می‌توان درمان‌گران را در ایجاد راهبردهای درمانی مؤثر برای اختلال‌های روان‌شناختی یاری رساند. همچنین، با تحقق این امر می‌توان تبیین‌های روشن‌تری در مورد سبب‌شناسی اختلال‌های همبود ارائه و هزینه‌ی درمانی را برای بیمارانی که از این‌گونه اختلال‌ها رنج می‌برند، کاهش داد. با توجّه به تمام این موارد، پژوهش حاضر قصد دارد از یک سو، نقش دو فرآیندی که به تازگی در ادبیات پژوهشی مورد تأکید واقع می‌شوند؛ یعنی نشانگان شناختی/ توجّهی و راهبردهای نظم‌جویی شناختی هیجان، را در ایجاد و تداوم اختلال‌های روان‌شناختی (OCD، GAD، MDD) بررسی کند و از سوی دیگر به ارزیابی این مسأله بپردازد که آیا این فرآیندها فراتشخیصی هستند یا در هر اختلال به صورت متفاوت (وابسته به تشخیص) پدیدار می‌شوند.

روش

طرح پژوهش: طرح پژوهش حاضر علی- مقایسه‌ای است که در راستای بررسی نقش نشانگان شناختی/ توجّهی و

روند اجرای پژوهش: در ابتدا بیماران بر اساس نظر روان‌پزشک به سه گروه بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر، اختلال وسواسی- اجباری و افسرده اساسی تقسیم شدند. مقیاس نشانگان شناختی/ توجّهی (CAS-1) و CERQ-18 در اختیار بیماران مبتلا به MDD، GAD، OCD و گروه بهنجار قرار داده شد و پس از مصاحبه‌ی بالینی (در این مرحله بیمارانی که دارای اختلال‌های همبودی بجز اختلال‌های مورد نظر بودند، حذف شدند) و گرفتن شرح حال، توضیح مقدماتی در مورد مقیاس‌ها و محرمانه ماندن اطلاعات به دست آمده، ارائه شد. سپس از شرکت‌کنندگان خواسته شد تا با صداقت کامل به سوالات پرسشنامه پاسخ دهند. در حین اجرا، پژوهشگر حضور داشت و به سوالات احتمالی بیماران پاسخ می‌داد. اختلال افسردگی اساسی به عنوان نماینده‌ی اختلال‌های خلقی و اختلال اضطراب فراگیر و اختلال وسواسی- اجباری نیز به عنوان نماینده‌ی اختلال‌های اضطرابی انتخاب شده‌اند. پس از اجرا و جمع‌آوری پرسشنامه‌ها، داده‌ها توسط نرم‌افزار SPSS-16 و با استفاده از آزمون‌های آماری تحلیل واریانس، تحلیل کوواریانس چند متغیری و آزمون تعقیبی بون‌فرنی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها

در جدول ۱ خصوصیات جمعیت شناختی و بیماری شناختی شرکت‌کننده‌ها مشاهده می‌شود.

دلیل در پژوهش حاضر از آن استفاده شده است. کسب نمرات بالاتر در این مقیاس نشانه‌ی فعال‌سازی بیشتر نشانگان شناختی/ توجّهی می‌باشد. مقدار آلفای کرونباخ این مقیاس در پژوهش حاضر ۰/۸۵ به دست آمد.

۲- پرسشنامه‌ی نظم‌جویی شناختی هیجان (CERQ-18): نسخه‌ی اصلی این پرسشنامه توسط گارنفسکی و همکاران [۲۷] به دو زبان هلندی و انگلیسی تهیه شده است. این نسخه، شامل ۹ خرده مقیاس، معرّف ۹ راهبرد نظم‌جویی شناختی هیجان، می‌باشد که هر یک چهار ماده از این پرسشنامه را به خود اختصاص می‌دهند. حسنی [۴۳] با استفاده از تکنیک ترجمه‌ی مضاعف، نسخه فارسی و کوتاه‌تر این پرسشنامه را در ۱۸ سؤال تنظیم کرد. در CERQ-18، هر یک از خرده مقیاس‌ها شامل دو ماده هستند که بر اساس مقیاس درجه‌بندی لیکرت از ۱ (هرگز) تا ۵ (همیشه) نمره‌گذاری می‌شوند. نمره‌ی کل هر یک از خرده مقیاس‌ها از طریق جمع کردن نمره‌ی ماده‌ها به دست می‌آید. پژوهش [۴۳] نشان می‌دهد ماده‌های نسخه فارسی CERQ همسانی درونی (دامنه‌ی آلفای کرونباخ ۰/۷۶ تا ۰/۹۶ بود). خوبی دارد و ضرایب همبستگی بازآزمایی ۰/۵۱ تا ۰/۷۷ بیانگر پایایی مقیاس بود. همچنین، الگوی ضرایب همبستگی بین خرده مقیاس‌های این پرسشنامه و پرسشنامه‌ی افسردگی بک [۴۴] بیان‌گر روایی ملاکی همزمان مناسب نسخه فارسی CERQ می‌باشد. مقدار آلفای کرونباخ این پرسشنامه در پژوهش حاضر ۰/۴۶ به دست آمد.

جدول ۱) خصوصیات جمعیت شناختی و بیماری شناختی شرکت‌کننده‌های پژوهش (N=۱۲۰)

متغیر	GAD (n=۳۵)	OCD (n=۳۳)	MDD (n=۲۱)	NG (n=۳۱)	Chi square یا F
زن	۲۴ (۶۸٪)	۱۹ (۵۸٪)	۱۴ (۶۷٪)	۱۸ (۵۸٪)	۱/۳۱
سن	۲۵/۹۴ (۳/۶۴)	۲۴/۹۷ (۳/۱۴)	۲۵/۷۱ (۳/۷۴)	۲۵/۳۸ (۴/۰۲)	۰/۴۴
تحصیلات	۱۴/۰۰ (۱/۸۱)	۱۴/۰۶ (۲/۱۴)	۱۴/۱۹ (۲/۰۸)	۱۴/۴۵ (۱۴/۱۷)	۰/۳۱
اضطراب	۳۷/۰۸ (۴/۲۲)	۳۸/۵۴ (۳/۷۲)	۱۸/۶۱ (۳/۸۱)	۸/۶۱ (۲/۱۷)	۵۱۹/۱۳***
افسردگی	۳۰/۵۱ (۶/۸۵)	۳۳/۰۰ (۷/۶۱)	۴۲/۲۸ (۴/۵۲)	۸/۲۲ (۱/۶۰)	۱۷۱/۰۶***
همبودی					
OCD	۷ (۲۰٪)	---			
MDD	۱۷ (۴۸٪)	۱۲ (۳۶٪)			

*** = P < ۰/۰۰۱

شد. برای انجام تحلیل کواریانس چندمتغیری ابتدا داده‌های پرت بر اساس تبدیل آنها به نمرات استاندارد (Z) مورد واریسی قرار گرفت و نمرات $Z + 2$ و -2 حذف شدند. دامنه آزمون‌های لوین ($F(3, 116) = 0.53 - 1.43; P > 0.01$) و کالموگرف/اسمیرنف ($0.14 - 1.23$) بیانگر نرمال بودن توزیع متغیرها و همسانی واریانس بود. همچنین نتیجه آزمون M باکس ($F(3, 116) = 1.13; P > 0.01$) نشان داد که ماتریس کواریانس متغیرهای وابسته در گروه‌ها همسان است و می‌توان از تحلیل کواریانس چندمتغیری استفاده نمود. نتیجه آزمون چند متغیری لامبدای ویلکز ($F(3, 116) = 83.68; P < 0.01$) معنادار بود. معنادار بودن این آزمون نشان می‌دهد که حداقل بین دو گروه در یکی متغیرها تفاوت معنادار وجود دارد، ولی این تفاوت‌ها مشخص نمی‌کند که کدام گروه‌ها در کدام متغیرها با همدیگر تفاوت دارند. تفاوت‌های مذکور از طریق تحلیل واریانس یک راهه و آزمون‌های تعقیبی مورد بررسی قرار گرفت. در جدول ۲ میانگین، انحراف استاندارد و نتایج تحلیل‌های واریانس یک راهه بعد از کنترل متغیرهای اضطراب و افسردگی برای چهار گروه مشاهده می‌شود.

همان‌طور که در جدول ۱ مشاهده می‌شود در گروه بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر، ۲۰٪ بیماران دارای اختلال همبود وسواس فکری عملی و ۴۸٪ دارای اختلال همبود افسردگی اساسی هستند. همچنین در گروه بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری عملی، ۳۶٪ دارای اختلال همبود افسردگی اساسی می‌باشند. علاوه بر این، چهار گروه در متغیرهای ترکیب جنسیتی، سن و سطح تحصیلات تفاوت معناداری ندارند، در حالی که در متغیرهای اضطراب ($F(3, 116) = 519.13; P < 0.001$) و افسردگی ($F(3, 116) = 171.06; P < 0.001$) تفاوت معنادار بین گروه‌ها وجود دارد. بر همین اساس در تحلیل‌های واریانس انجام شده برای مقایسه گروه‌ها متغیرهای اضطراب و افسردگی به عنوان متغیر همپراش (کمکی) در نظر گرفته شد و اثر آنها خنثی شد. به منظور بررسی فراتشخیص بودن یا مختص به اختلال بودن نشانگان شناختی/توجهی و راهبردهای نظم‌جویی شناختی هیجان ضمن بررسی مفروضه‌های تحلیل کواریانس و برآورد نمودن آنها، از تحلیل کواریانس چند متغیری و آزمون‌های تعقیبی بون-فرنی استفاده شد. این تحلیل‌ها یک بار برای چهار گروه بدون در نظر گرفتن اختلال‌های همبود و یک بار برای هفت گروه با مد نظر قرار دادن اختلال‌های همبود انجام

جدول ۲) میانگین، انحراف استاندارد و نتایج تحلیل‌های واریانس یک راهه برای مقایسه چهار گروه در نشانگان شناختی/توجهی و راهبردهای

نظم‌جویی شناختی هیجان

متغیر وابسته	GAD (n=۳۵)	OCD (n=۳۳)	MDD (n=۲۱)	NG (n=۳۱)	F	مجذور اتا
نشانگان شناختی/توجهی	۲۸/۵۱ (۲/۰۵)	۲۷/۲۷ (۱/۳۳)	۲۳/۰۰ (۰/۸۴)	۱۰/۱۶ (۳/۴۹)	۴۴۹/۸۹***	۰/۹۲
ملاصت خویش	۵/۸۸ (۰/۹۶)	۷/۱۸ (۱/۸۱)	۶/۶۷ (۱/۹۳)	۳/۰۳ (۰/۷۵)	۵۳/۱۵***	۰/۵۸
نشخوارفکری	۹/۰۸ (۱/۰۱)	۹/۳۶ (۰/۸۲)	۸/۳۳ (۱/۷۴)	۴/۶۴ (۰/۸۴)	۱۲۶/۵۸***	۰/۷۷
فاجعه‌سازی	۸/۷۴ (۰/۷۸)	۸/۴۵ (۰/۵۰)	۷/۶۷ (۱/۲۷)	۳/۱۹ (۰/۴۰)	۳۶۹/۵۹***	۰/۹۰
ملاصت دیگران	۳/۷۷ (۰/۶۴)	۴/۳۶ (۱/۵۸)	۵/۳۳ (۲/۶۹)	۴/۳۲ (۰/۷۹)	۴/۸۲**	۰/۱۱
پذیرش	۵/۹۴ (۱/۱۳)	۵/۳۶ (۲/۲۰)	۸/۰۰ (۰/۰۰)	۶/۰۶ (۰/۹۶)	۱۵/۹۷***	۰/۲۹
تمرکز مجدد مثبت	۳/۶۸ (۰/۸۰)	۴/۴۵ (۲/۵۱)	۴/۰۰ (۰/۰۰)	۷/۳۹ (۱/۳۸)	۳۶/۷۲***	۰/۴۹
تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی	۳/۶۸ (۰/۸۷)	۶/۲۷ (۱/۹۴)	۴/۳۳ (۰/۴۸)	۴/۴۵ (۱/۴۱)	۲۳/۷۸	۰/۳۸
ارزیابی مجدد مثبت	۳/۱۱ (۰/۳۳)	۵/۷۰ (۲/۴۹)	۴/۶۷ (۳/۸۶)	۶/۶۱ (۱/۸۰)	۱۳/۸۲***	۰/۲۶
دیدگاه‌گیری	۳/۷۴ (۰/۴۴)	۵/۸۵ (۱/۹۷)	۴/۳۳ (۱/۲۷)	۷/۶۱ (۰/۸۰)	۵۸/۸۳***	۰/۶۰

*** = $P < 0.001$ ** = $P < 0.01$ * = $P < 0.05$

جدول ۳) نتایج آزمون تعقیبی بون فرنی برای بررسی تفاوت‌های زوجی در نشانیان شناختی / توجّهی و راهبردهای نظم‌جویی شناختی هیجان

متغیر وابسته	گروه	GAD (۱)	OCD (۲)	MDD (۳)
		اختلاف میانگین	اختلاف میانگین	اختلاف میانگین
نشانیان شناختی / توجّهی	OCD (۲)	۱/۲۴	-	-
	MDD (۳)	***۵/۵۱	***۴/۲۷	-
	NG (۴)	***۱۸/۳۵	***۱۷/۱۱	***۱۲/۸۴
ملاط خویش	OCD (۲)	**۱/۲۹	-	-
	MDD (۳)	-۰/۷۸	۰/۵۱	-
	NG (۴)	***۲/۸۵	***۴/۱۵	***۳/۶۳
نشخوارفکری	OCD (۲)	-۰/۲۸	-	-
	MDD (۳)	۰/۷۵	**۱/۰۳	-
	NG (۴)	***۴/۴۴	***۴/۷۲	***۳/۶۹
فاجعه سازی	OCD (۲)	۰/۲۹	-	-
	MDD (۳)	***۱/۰۸	**۰/۷۹	-
	NG (۴)	***۵/۵۵	***۵/۲۶	***۴/۴۷
ملاط دیگران	OCD (۲)	-۰/۵۹	-	-
	MDD (۳)	***۱/۵۶	-۰/۹۷	-
	NG (۴)	-۰/۵۵	۰/۰۴	۱/۰۱
پذیرش	OCD (۲)	۰/۵۸	-	-
	MDD (۳)	***۲/۰۶	***۲/۶۴	-
	NG (۴)	-۰/۱۲	-/۷۰	***۱/۹۳
تمرکز مجدد مثبت	OCD (۲)	-۰/۷۷	-	-
	MDD (۳)	-۰/۳۱	۰/۴۵	-
	NG (۴)	***۳/۷۰	-۲/۹۳	***۳/۳۹
تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی	OCD (۲)	***۲/۵۹	-	-
	MDD (۳)	-۰/۶۵	***۱/۹۴	-
	NG (۴)	***۱/۷۶	۰/۸۲	***۱/۱۱
ارزیابی مجدد مثبت	OCD (۲)	***۲/۵۸	-	-
	MDD (۳)	-۱/۵۵	۱/۰۳	-
	NG (۴)	***۳/۴۰	-۰/۸۲	*-۱/۸۵
دیدگاه گیری	OCD (۲)	***۲/۱۰	-	-
	MDD (۳)	-۰/۵۹	***۱/۵۱	-
	NG (۴)	-۳/۸۷	***۱/۷۶	***۳/۲۸

***=P<۰/۰۰۱ **=P<۰/۰۱ *=P<۰/۰۵

بین بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر و بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری عملی در این بعد تفاوت معنادار وجود ندارد. همچنین، میانگین نمرات بیماران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی در نشانیان شناختی / توجّهی

داده‌های جدول ۳ نشان می‌دهند که در نشانیان شناختی / توجّهی میانگین نمرات بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر و وسواس فکری عملی بیشتر از بیماران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی و افراد بهنجار است در حالی که

سازگارانۀ نظم‌جویی شناختی پذیرش، بیماران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی در مقایسه با بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر، بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری عملی و افراد بهنجار نمرات بیشتری کسب نمودند. در راهبردهای سازگارانۀ تمرکز مجدد مثبت، تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی و ارزیابی مجدد مثبت بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر و بیماران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی در مقایسه با افراد بهنجار نمرات کمتری به دست آوردند. از نظر راهبردهای تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی و ارزیابی مجدد مثبت، دیدگاه‌گیری، میانگین نمرات بیماران مبتلا به اختلال وسواسی- اجباری بیشتر از بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر بود. علاوه بر این، میانگین نمرات راهبردهای تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی و دیدگاه‌گیری بیماران مبتلا به اختلال وسواسی- اجباری بیشتر از بیماران مبتلا به اختلال افسردگی بود.

بیشتر از افراد بهنجار می‌باشد. در راهبرد ناسازگارانۀ نظم‌جویی شناختی ملامت خویش، نشخوارفکری و فاجعه‌سازی، هر سه گروه بیمار نمرات بیشتری در مقایسه با افراد بهنجار کسب کرده‌اند، در حالی که در راهبرد ملامت دیگران تفاوت معناداری بین چهار گروه وجود ندارد. همچنین در راهبرد ملامت خویش بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری عملی در مقایسه با بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر نمرات بیشتری کسب نموده‌اند. از نظر راهبرد نشخوارفکری میانگین نمرات بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری عملی بیشتر از بیماران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی است. میانگین نمرات راهبرد فاجعه‌سازی در بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر و وسواس فکری عملی بیشتر از افسردگی اساسی می‌باشد. به علاوه، در راهبرد ملامت دیگران بیماران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی در مقایسه با بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر نمرات بیشتری کسب کردند. در راهبرد

جدول ۴) میانگین، انحراف استاندارد و نتایج تحلیل‌های واریانس یک راه برای مقایسه هفت گروه در نشانگان شناختی/ توجهی و راهبردهای نظم

جویی شناختی هیجان

متغیر وابسته	GAD-P (n=۱۱)	OCD-P (n=۲۱)	GAD+OCD (n=۷)	GAD+MDD (n=۱۷)	OCD+MDD (n=۱۲)	F	مجذور اتا
نشانگان شناختی/ توجهی	۳۰/۷۲ (۱/۰۱)	۲۷/۴۲ (۱/۶۶)	۲۹/۰۰ (۰/۰۰)	۲۶/۸۸ (۱/۴۱)	۲۷/۰۰ (۰/۰۰)	۲۷۰/۰۸***	۰/۹۳
ملامت خویش	۶/۰۰ (۰/۰۰)	۸/۰۵ (۰/۸۶)	۶/۸۶ (۱/۰۷)	۵/۴۱ (۰/۹۴)	۵/۶۷ (۲/۰۳)	۳۹/۷۱***	۰/۶۸
نشخوارفکری	۹/۲۷ (۱/۰۱)	۹/۶۷ (۰/۴۸)	۸/۰۰ (۰/۰۰)	۹/۴۱ (۰/۹۴)	۸/۸۳ (۱/۰۳)	۷۲/۰۱***	۰/۷۹
فاجعه سازی	۹/۲۷ (۱/۰۱)	۸/۷۱ (۰/۴۶)	۹/۰۰ (۰/۰۰)	۸/۲۹ (۰/۴۷)	۸/۰۰ (۰/۰۰)	۲۱۷/۹۶***	۰/۹۲
ملامت دیگران	۳/۲۷ (۱/۰۱)	۴/۸۱ (۱/۸۰)	۴/۰۰ (۰/۰۰)	۴/۰۰ (۰/۰۰)	۴/۵۸ (۰/۵۱)	۳/۷۰**	۰/۱۶
پذیرش	۵/۰۰ (۰/۰۰)	۴/۰۹ (۱/۷۲)	۴/۸۵ (۱/۰۶)	۷/۰۰ (۰/۰۰)	۷/۵۸ (۰/۵۱)	۴۳/۲۶***	۰/۷۰
تمرکز مجدد مثبت	۳/۶۳ (۰/۵۰)	۵/۳۸ (۲/۶۵)	۳/۷۱ (۱/۶۰)	۳/۷۰ (۰/۴۷)	۲/۸۳ (۱/۰۳)	۲۵/۷۵**	۰/۵۸
تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی	۴/۰۰ (۰/۰۰)	۷/۴۳ (۰/۹۲)	۴/۸۵ (۱/۰۷)	۳/۰۰ (۰/۰۰)	۴/۲۵ (۱/۵۴)	۳۷/۰۲***	۰/۶۶
ارزیابی مجدد مثبت	۳/۳۶ (۰/۵۰)	۷/۰۰ (۲/۲۱)	۳/۰۰ (۰/۰۰)	۳/۰۰ (۰/۰۰)	۳/۴۱ (۰/۵۱)	۱۱/۷۹***	۰/۳۸
دیدگاه‌گیری	۳/۶۳ (۰/۵۰)	۶/۹۰ (۱/۷۳)	۴/۰۰ (۰/۰۰)	۳/۷۰ (۰/۴۷)	۴/۰۰ (۰/۰۰)	۵۴/۸۵***	۰/۷۴

گروه شامل بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر، بیماران مبتلا به اختلال وسواسی- اجباری، بیماران مبتلا به اختلال همبود با اضطراب فراگیر و اختلال وسواسی- اجباری، بیماران مبتلا به اختلال همبود با اضطراب فراگیر و افسردگی اساسی، بیماران مبتلا به اختلال همبود با

در راهبرد دیدگاه‌گیری، بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری عملی و بیماران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی در مقایسه با افراد بهنجار نمرات کمتری کسب نموده‌اند. در مرحله‌ی بعد، تحلیل‌های کواریانس و آزمون‌های تعقیبی بون‌فرنی با مد نظر قرار دادن اختلال‌های همبود (هفت

تعقیبی مورد بررسی قرار گرفت. در جدول ۴ میانگین، انحراف استاندارد و نتایج تحلیل‌های واریانس یک راهه بعد از کنترل متغیرهای اضطراب و افسردگی مشاهده می‌شود. لازم به ذکر است که میانگین و انحراف استاندارد دو گروه بیماران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی و افراد بهنجار به خاطر تکراری بودن فقط در جدول ۲ درج شده است. داده‌های جدول ۴ نشان می‌دهند که در نشانیان شناختی / توجّهی (CAS) و تمام راهبردهای نظم‌جویی شناختی هیجان بین هفت گروه تفاوت معنادار وجود دارد. برای بررسی این نکته که تفاوت‌های مشاهده بین کدام گروه می‌باشد، از آزمون‌های تعقیبی بون‌فرنی استفاده شد که نتایج آن در جدول ۵ درج شده است.

اختلال وسواسی- اجباری و افسردگی اساسی، بیماران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی و افراد بهنجار) انجام شد. در این مرحله نیز نتیجه آزمون M باکس ($P > 0.01$); $F(34, 12765) = 0.96$ نشان داد که ماتریس کواریانس متغیرهای وابسته در گروه‌ها همسان است و می‌توان از تحلیل کواریانس چندمتغیری استفاده نمود. نتیجه آزمون چند متغیری لامبدای ویلکز ($P < 0.001$); $F(24) = 3.84$ معنادار بود. معنادار بودن این آزمون نشان می‌دهد که حداقل بین دو گروه در یکی متغیرها تفاوت معنادار وجود دارد، ولی این تفاوت‌ها مشخص نمی‌کند که کدام گروه‌ها در کدام متغیرها با همدیگر تفاوت دارند. تفاوت‌های مذکور از طریق تحلیل واریانس یک راهه و آزمون‌های

جدول ۵) نتایج آزمون تعقیبی بون فرنی برای بررسی تفاوت‌های زوجی در نشانیان شناختی / توجّهی و راهبردهای نظم‌جویی شناختی هیجان

OCD+MDD	GAD+MDD	GAD+OCD	MDD	OCD	GAD	گروه	متغیر وابسته
اختلاف میانگین	اختلاف میانگین	اختلاف میانگین	اختلاف میانگین	اختلاف میانگین	اختلاف میانگین		
-	-	-	-	-	**۳/۳۰	OCD	نشانیان شناختی / توجّهی
-	-	-	-	**۴/۴۳	**۷/۷۳	MDD	
-	-	-	**۶/۰۰	-۱/۵۷	۱/۷۲	GAD+OCD	
-	-	۲/۱۲	**۳/۸۸	۰/۵۵	**۳/۸۴	GAD+MDD	
-	-۰/۱۲	۲/۰۰	**۴/۰۰	۰/۴۳	**۳/۷۲	OCD+MDD	
**۱۶/۸۴	**۱۶/۷۲	**۱۸/۸۴	**۱۲/۸۴	**۱۷/۲۷	**۲۰/۵۷	NG	ملاطمت خویش
-	-	-	-	-	**۲/۰۵	OCD	
-	-	-	-	*۱/۳۸	-۰/۶۷	MDD	
-	-	-	-۰/۱۹	۱/۱۹	-۰/۸۶	GAD+OCD	
-	-	۱/۴۴	۱/۲۵	**۲/۶۳	۰/۵۹	GAD+MDD	
-	-۰/۲۵	۱/۱۹	۱/۰۰	**۲/۳۸	۰/۳۳	OCD+MDD	نشخوار فکری
**۲/۶۳	**۲/۳۸	**۳/۸۲	**۲/۶۳	**۵/۰۱	**۲/۹۷	NG	
-	-	-	-	-	-۰/۳۹	OCD	
-	-	-	-	**۱/۳۳	۰/۹۴	MDD	
-	-	-	۰/۳۳	**۱/۶۷	۱/۲۷	GAD+OCD	
-	-	-۱/۴۱	*۱/۰۸	۰/۲۵	-۰/۱۴	GAD+MDD	فاجعه سازی
-	۰/۵۸	۰/۸۳	۰/۵۰	۰/۸۳	۰/۴۵	OCD+MDD	
**۴/۱۹	**۴/۷۷	**۳/۳۵	**۲/۶۹	**۵/۰۲	**۴/۶۳	NG	
-	-	-	-	-	۰/۵۶	OCD	
-	-	-	-	**۱/۰۵	**۱/۶۱	MDD	
-	-	-	**۱/۳۳	-۰/۲۸	۰/۲۷	GAD+OCD	فاجعه سازی
-	-	۰/۷۰	-۰/۶۳	۰/۴۲	**۰/۹۸	GAD+MDD	
-	۰/۲۹	۱/۰۰	-۰/۳۳	۰/۷۱	**۱/۳۷	OCD+MDD	
**۴/۸۱	**۵/۱۰	**۵/۸۱	**۴/۴۷	**۵/۵۲	**۶/۰۸	NG	

جدول ۵) نتایج آزمون تعقیبی بون فرنی برای بررسی تفاوت‌های زوجی در نشانگان شناختی / توجهی و راهبردهای نظم جویی شناختی هیجان (ادامه جدول)							
-	-	-	-	-	-۱/۵۴	OCD	ملاطمت دیگران
-	-	-	-	-۰/۵۲	** -۲/۰۶	MDD	
-	-	-	۱/۳۳	۰/۸۱	-۰/۷۲	GAD+OCD	
-	-	۰/۰۰	۱/۳۳	۰/۸۱	-۰/۷۲	GAD+MDD	
-	۰/۴۲	۰/۴۲	* ۱/۷۵	۱/۳۳	-۰/۳۱	OCD+MDD	
-۰/۷۴	-۰/۳۲	-۰/۳۲	۱/۰۱	۰/۴۹	-۱/۰۵	NG	
-	-	-	-	-	۰/۹۰	OCD	پذیرش
-	-	-	-	*** -۳/۹۰	-۳/۰۰	MDD	
-	-	-	*** ۳/۱۴	-۰/۷۶	۰/۱۴	GAD+OCD	
-	-	*** -۲/۱۴	* ۱/۰۰	-۲/۹۰	*** -۲/۰۰	GAD+MDD	
-	-۰/۵۸	*** -۲/۷۳	۰/۴۲	*** -۳/۴۹	-۲/۵۸	OCD+MDD	
*** ۱/۵۲	* -۰/۹۳	-۱/۲۰	*** ۱/۹۳	*** -۱/۹۷	* -۱/۰۶	NG	
-	-	-	-	-	* -۱/۷۴	OCD	تمرکز مجدد مثبت
-	-	-	-	* ۱/۳۸	-۰/۳۶	MDD	
-	-	-	۰/۲۸	۱/۶۷	-۰/۰۸	GAD+OCD	
-	-	۰/۰۱	۰/۲۹	* ۱/۶۷	-۰/۰۷	GAD+MDD	
-	۰/۸۷	۰/۸۸	۱/۱۷	*** ۲/۵۴	۰/۸۰	OCD+MDD	
*** -۴/۵۵	*** -۳/۶۷	*** -۳/۶۷	*** -۳/۳۹	*** -۲/۰۱	*** -۳/۷۵	NG	
-	-	-	-	-	*** -۳/۴۳	OCD	تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی
-	-	-	-	*** ۲/۰۹	-۰/۳۳	MDD	
-	-	-	-۰/۵۲	*** ۲/۵۷	-۰/۸۶	GAD+OCD	
-	-	** ۱/۸۶	* ۱/۳۳	*** ۴/۴۳	۱/۰۰	GAD+MDD	
-	* -۱/۲۵	۰/۶۱	۰/۰۸	*** ۳/۱۸	-۰/۲۵	OCD+MDD	
** -۱/۲۰	*** -۲/۴۵	۰/۵۹	*** ۱/۱۲	*** ۱/۹۸	** -۱/۴۵	NG	
-	-	-	-	-	*** -۳/۶۳	OCD	ارزیابی مجدد مثبت
-	-	-	-	* ۲/۳۳	-۱/۳۰	MDD	
-	-	-	۱/۶۷	*** ۴/۰۰	۰/۳۶	GAD+OCD	
-	-	۰/۰۰	۱/۶۷	*** ۴/۰۰	۰/۳۶	GAD+MDD	
-	-۰/۴۲	-۰/۴۲	۱/۲۵	*** ۳/۵۸	-۰/۰۵	OCD+MDD	
*** -۳/۱۰	*** -۳/۵۱	*** -۳/۵۱	* -۱/۸۵	۰/۴۸	*** -۳/۱۵	NG	
-	-	-	-	-	*** -۳/۲۷	OCD	دیدگاه گیری
-	-	-	-	*** ۲/۵۷	-۰/۷۰	MDD	
-	-	-	۰/۳۳	*** ۲/۹۰	-۰/۳۶	GAD+OCD	
-	-	۰/۲۹	۰/۶۳	*** ۳/۲۰	-۰/۰۷	GAD+MDD	
-	-۰/۲۹	۰/۰۰	۰/۳۳	*** ۲/۹۰	-۰/۳۶	OCD+MDD	
*** -۳/۶۱	*** -۳/۹۱	*** -۳/۶۱	*** -۳/۲۸	-۰/۷۸	*** -۳/۹۷	NG	

***=P<۰/۰۰۱ **=P<۰/۰۱ *=P<۰/۰۵

یافته‌های جدول ۵ نشان می‌دهند که تمام گروه‌های بیماران، تفاوت قابل ملاحظه‌ای با افراد بهنجار در نشانیان شناختی / توجهی و بیشتر راهبردهای نظم‌جویی شناختی هیجان دارند. همچنین الگوهای خاص تفاوت بین گروه‌های مختلف بیماران در راهبردهای نظم‌جویی شناختی هیجان و نشانیان شناختی توجهی مشاهده می‌شود.

بحث

به تازگی به نقش عوامل فراتشخیصی در ایجاد و تداوم اختلال‌های گوناگون روان‌شناختی توجه ویژه‌ای معطوف شده است؛ پژوهش حاضر نیز به هدف بررسی نقش دو عامل فراتشخیصی، نشانیان شناختی / توجهی و راهبردهای نظم‌جویی شناختی هیجان، در اختلال افسردگی اساسی، اختلال اضطراب فراگیر و اختلال وسواسی- اجباری صورت گرفته است. یافته‌های این پژوهش نشان دادند که می‌توان این عوامل را به عنوان عوامل فراتشخیصی در نظر گرفت؛ اما در این زمینه باید به برخی از تفاوت‌های موجود بین اختلال‌های یا شده نیز توجه کرد. در همین زمینه، یافته‌ی اول این پژوهش بیانگر آن است که بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر و اختلال وسواسی- اجباری در نشانیان شناختی / توجهی نمرات بیشتری نسبت به بیماران افسرده می‌گیرند و افسرده‌ها نیز همین تفاوت را نسبت به افراد بهنجار دارند. با درک پیامدهای نشانیان شناختی / توجهی، می‌توان به علل این تفاوت‌ها تا حدود زیادی پی برد؛ به عنوان مثال از آنجایی که نگرانی و نشخوارفکری همواره دارای سوگیری بوده و ماهیتاً به عنوان فرآیندهای درج‌مانده شناخته می‌شوند [۱۱]، بنابراین فرد را در دور باطل CAS گیر انداخته و منجر به تداوم اختلال می‌شوند. با شکل‌گیری اختلال، مؤلفه‌های دیگر CAS، مثل سوگیری توجهی و راهبردهای مقابله‌ای ناسازگارانه، نیز وارد میدان شده و این وضعیت را تداوم می‌بخشند. با توجه به اینکه در این پژوهش بیماران مبتلا به GAD و OCD هم در اضطراب و هم در افسردگی نمرات بالایی کسب کردند، طبیعی که نسبت به بیماران مبتلا به MDD که تنها در مقیاس افسردگی نمره‌ی بالایی داشتند، نمرات بیشتری را در نشانیان شناختی / توجهی کسب کنند، زیرا فرض بر این است که CAS می‌تواند منجر به اضطراب و افسردگی شده و سپس این دو عامل نیز منجر به تقویت

CAS گردند [۵، ۷، ۱۰]. همچنین، با توجه به نمره بیشتر بیماران نسبت به افراد بهنجار، می‌توان آن را عاملی فراتشخیصی در نظر گرفت. این یافته با طیف گسترده‌ای از پژوهش‌هایی که بیانگر نقش مؤلفه‌های نشانیان شناختی / توجهی در اضطراب و افسردگی هستند [۱۳، ۱۴، ۱۵، ۱۸، ۱۹، ۲۰، ۲۱] همخوان است. یافته‌ی دوم این پژوهش نشان داد که به طور کلی بیماران نسبت به افراد بهنجار نمرات بیشتری را در سه راهبرد ملامت خویش، فاجعه‌سازی و نشخوارفکری کسب می‌کنند. این یافته با نتایج پژوهش‌های زیادی [۲۷، ۳۰، ۳۱، ۳۲، ۳۳، ۳۴، ۳۵، ۳۶] در یک راستا است. همان‌طور که نولن- هوکسما [۴۵] بیان می‌کند نشخوارفکری می‌تواند در فرآیند حل مسأله تداخل ایجاد کند؛ زیرا در دسترس‌پذیری افکار منفی را بیشتر کرده و فرد را در برابر اختلال روان‌شناختی آسیب‌پذیر می‌کند. به علاوه، ولز [۱۱] اظهار می‌دارد از آنجایی که فرآیندهای نشخوارفکری و نگرانی، که شامل فاجعه‌سازی است، در صدد پاسخ به سوالاتی هستند که جواب مشخصی برای آنها وجود ندارد؛ بنابراین منجر به تداوم ابهام و ناهمخوانی بین آنچه فرد می‌داند و آنچه که می‌خواهد بداند می‌گردند و این روند در درازمدت می‌تواند زمنه‌ی اضطراب و افسردگی را فراهم سازد. در مورد ملامت خویش نیز لازم است ذکر شود که همان‌گونه که تدسچی [۴۶] بیان می‌کند هر دو نوع ملامت (معطوف به خود و دیگری) می‌تواند مانع از انطباق فرد با رویدادهای منفی زندگی و تجربه‌های آسیب‌زا گردد و بالطبع وی را به سوی اختلال سوق دهد. همچنین، از آنجایی که نگرانی خصیصه‌ی اصلی اختلال‌های اضطرابی است، به همین دلیل شاهد آن هستیم که بیماران GAD و OCD نمرات بیشتری نسبت به بیماران MDD کسب کرده‌اند. یکی از یافته‌های جالب پژوهش حاضر این بود که بیماران OCD نسبت به بیماران افسرده در نشخوارفکری نمرات بیشتری دریافت کرده بودند. با توجه به میزان نسبتاً برابر افسردگی در میان بیماران OCD و MDD و در نظر داشتن این نکته که اضطراب می‌تواند شدت افسردگی را تحت تأثیر خود قرار دهد، بنابراین شدت بیشتر افسردگی در بیماران OCD احتمالاً ناشی از اضطراب بیشتر آنها در مقایسه با گروه MDD می‌باشد [۴۷]. همچنین، بیماران OCD

راهبرد پذیرش شدند. با نگاه دقیق‌تر به سؤالات تشکیل‌دهنده‌ی خرده‌مقیاس پذیرش متوجه می‌شویم که منظور از پذیرش در اینجا، فرآیندی منفعلانه است که با سبک انطباق منفی مرتبط با مشکلات سلامتی در ارتباط است [۵۲]، بنابراین طبیعی است که بیماران افسرده با توجه به انفعال و درماندگی که دارند، در آن نمرات بالاتری کسب کنند. با جمع‌بندی مطالب در کنار یکدیگر می‌توان به این نتیجه رسید که نشانگان/ شناختی توجهی و حداقل برخی از راهبردهای نظم‌جویی شناختی هیجان (برای مثال فاجعه‌سازی، نشخوارفکری و ملامت خویش)، فرآیندهای فراتشخیصی هستند و بنابراین لازم است در درمان اختلال‌های هیجانی مورد توجه متخصصان بالینی قرار گیرند. با هدف قرار دادن این فرآیندهای فراتشخیصی می‌توان امیدوار بود که هزینه‌های درمانی کاهش یافته به دنبال آن افراد بیشتری از خدمات مربوط به بهداشت روانی بهره ببرند و زمینه را برای بالاتر بردن سلامتی روانی افراد جامعه فراهم کرد. ناگفته پیداست جامعه‌ای که به دور از مشکلات روان‌شناختی باشد، بهتر و سریع‌تر می‌تواند در راستای پیشرفت در زمینه‌های گوناگون قدم بردارد. به علاوه، به دلیل تأکیدی که اخیراً روی پژوهش در مورد فرآیندهای فراتشخیصی می‌شود (برای مثال [۱، ۵۳])، پژوهشگران علاقمند می‌توانند، با مطالعه درباره راهبردهای نظم‌جویی شناختی هیجان و نشانگان شناختی/ توجهی، این خط پژوهشی را دنبال کرده و خود را در جهت دریافت جدیدترین یافته‌های آسیب‌شناسی روانی قرار دهند. به هنگام استفاده از یافته‌های پژوهش حاضر، بایستی چند محدودیت را در ذهن داشت: اولاً، با اینکه علاقه‌ی پژوهشگران این مطالعه بررسی نقش نشانگان شناختی/ توجهی در اختلال‌های روان‌شناختی بود، اما از آنجایی که طبق مدل فراشناختی [۵]، نشانگان شناختی/ توجهی به‌وسیله‌ی باورهای فراشناختی کنترل می‌شود، بهتر است پژوهش‌های بعدی با استفاده از ابزارهایی که اختصاصاً به منظور ارزیابی باورهای فراشناختی ساخته شده‌اند (مثل پرسشنامه‌ی باورهای فراشناختی MCQ-30) در کنار CAS، به ارزیابی نقش باورهای فراشناختی در اختلال‌های گوناگون بپردازند. دومین محدودیت پژوهش حاضر به تعداد کم افراد گروه نمونه و بیمارستان‌هایی است که این افراد از

نسبت به بیماران GAD در راهبرد ملامت خویش نمرات بیشتری داشتند. دلیل این امر را می‌توان به ماهیت خودنهامخوان OCD و خودهمخوان GAD نسبت داد [۴۱]، بنابراین بیماران وسواس بر خلاف بیماران مبتلا به GAD، با دید منفی به علائم و نشانه‌های خود نگرسته و بالطبع خود را در این زمینه مقصر می‌دانند؛ همچنین، می‌توان فرض کرد که مسئولیت‌پذیری بیش از اندازه بیماران وسواسی نیز در این روند عامل تقویت‌کننده محسوب می‌شود. [۴۸، ۴۹]. به علاوه، پژوهش حاضر نشان داد، بر حسب استفاده از راهبرد ملامت دیگران، بین افراد بهنجار و گروه‌های بالینی تفاوت معناداری وجود ندارد. به نظر می‌رسد، همان‌طور که گارنفسکی و همکاران [۲۷] و تن^۱ و افلک^۲ [۵۰] بیان کرده‌اند، ملامت دیگران با ایجاد ایجاد مشکلاتی در بهزیستی هیجانی و سلامتی جسمانی رابطه دارد؛ بنابراین طبیعی است که بیماران در این راهبرد نمرات بالایی کسب کنند. در ضمن همان‌گونه که گارنفسکی و همکاران [۲۷] توضیح داده‌اند استفاده از این راهبرد با افزایش سن، کاهش می‌یابد، پس می‌توان انتظار داشت که نمونه‌ی بهنجار این پژوهش که از نظر سنی جوان هستند، در این مقیاس نمرات نسبتاً بالایی دریافت کنند. همان‌طور که انتظار می‌رفت، بیماران MDD و GAD نسبت به گروه بهنجار در راهبردهای سازگارانه‌ای مثل تمرکز مجدد مثبت، تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی و ارزیابی مجدد نمرات کمتری دریافت کرده بودند. این یافته با نتایج پژوهش‌های گوناگون [۳۰، ۳۱، ۳۲، ۳۸] همخوان است. در مقابل، بیماران وسواسی نسبت به دو گروه بالینی دیگر در راهبردهای تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی و دیدگاه‌گیری نمرات بالاتری کسب کرده بودند. با توجه به اینکه بیماران OCD در برنامه‌ریزی دچار مشکل هستند و به حافظه خود اطمینان کمی دارند (برای مثال [۵۱])، منطقی که فرض کنیم کسب نمرات بالا در خرده‌مقیاس‌های تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی و دیدگاه‌گیری، در واقع نوعی جبران افراطی برای پوشاندن این نقایص می‌باشد. همچنین مشخص شد، بیماران افسرده بیشتر از دو گروه مبتلا به وسواس و اضطراب فراگیر درگیر استفاده از

1- Tennen

2- Affleck

13- Dupuy JB, Ladouceur R. Cognitive processes of generalized anxiety disorder in comorbid generalized anxiety disorder and major depressive disorder. *J Anxiety Disord.* 2008;(22):505-14.

14- Hong RY. Worry and rumination: Differential associations with anxious and depressive symptoms and coping behavior. *Behav Res Ther.* 2007;(45):277-90.

15- Muris P, Roelofs J, Rassin E, Franken I, Mayer, B. Mediating effects of rumination and worry on the links between neuroticism, anxiety and depression. *Pers Individ Dif.* 2005;(39):1105-11.

16- Watkins E. Appraisals and strategies associated with rumination and worry. *Pers Individ Dif.* 2004;(37):679-94.

17- McLaughlin KA, Nolen-Hoeksema S. Rumination as a transdiagnostic factor in depression and anxiety. *Behav Res Ther.* 2011;(49):186-93.

18- Prados LM. Do beliefs about the utility of worry facilitate worry? *J Anxiety Disord.* 2011;(25):217-23.

19- Olatunji BO, Wolitzky-Taylor KB, Sawchuk CN, Ciesielski BG. Worry and the anxiety disorders: A meta-analytic synthesis of specificity to GAD. *Appl Prev Psychol.* 2011;(14):1-24.

20- Khawaja NG, McMahon J. The relationship of meta-worry and intolerance of uncertainty with pathological worry, anxiety, and depression. *Behav Change.* 2011;28(4):165-80.

21- Dickson KS, Ciesla JA, Reilly LC. Rumination, worry, cognitive avoidance, and behavioral avoidance: Examination of temporal effects. *Behav Ther.* 2012;(43):629-40.

22- Ingram RE. Self- focused attention in clinical disorders: Review and a conceptual model. *Psychol Bull.* 1990;(107):156-76.

23- Matthews G, Harley TA. Connectionist models of emotional distress and attentional bias. *Cogn Emot.* 1996;(10):561-600.

24- Richards A, French CC. An anxiety-related bias in semantic activation when processing threat/neutral homographs. *J Exp Psychol.* 1992;(40):503-28.

25- Wells A, Papageorgiou C. Social phobia: Effects of external attention focus on anxiety, negative beliefs and perspective taking. *Behav Ther.* 1998;(29):357-70.

26- Purdon C. Thought suppression and psychopathology. *Behav Res Ther.* 1999;(37):1029-54.

27- Garnefski N, Kraaij V, Spinhoven P. Negative life events, cognitive emotion regulation and emotional problems. *Pers Individ Dif.* 2001;(30):1311-27.

28- Garnefski N, van den Kommer T, Kraaij V, Teerds J, Legerstee J, Onstein E. The Relationship between cognitive emotion regulation strategies and emotional problems: Comparison between a clinical

آنجا گزینش شده‌اند. پیشنهاد می‌شود که در آینده، پژوهشگران فرضیات خود را در محیط‌های بالینی متنوع‌تر و با تعداد بیشتری از بیماران به محک آزمایش بگذارند. آخرین محدودیت این پژوهش مربوط به کنترل نکردن برخی از عوامل اثرگذار بر CAS و راهبردهای نظم‌جویی شناختی هیجان، مثل ویژگی‌های شخصیتی، تعداد حوادث و آسیب‌های^۱ تجربه شده، می‌باشد. پژوهش‌گران دیگر می‌توانند با کنترل این متغیرهای مداخله‌گر، نتایج مبین‌تری به دست آورند.

منابع

1- Harvey AG, Watkins E, Mansell W, Shafran R. Cognitive behavior processes across psychological disorders: A transdiagnostic approach to research & treatment. London: Oxford University Press; 2008.

2- Ehring T, Watkins ER. Repetitive negative thinking as a transdiagnostic process. *Int J Cogn Ther.* 2008;1(3):192-205.

3- Norton PG, Hayes SA, Springer JR. Transdiagnostic cognitive-behavioral group therapy for anxiety: Outcome and process. *Int J Cogn Ther.* 2008;(1):266-79.

4- Moses EB, Barlow DH. A new unified treatment approach for emotional disorders based on emotion science. *Curr Dir Psychol Sci.* 2006;15(3):146-50.

5- Wells A, Matthews G. Attention and emotion: A clinical perspective. UK: Erlbaum; 1994.

6- Wells A, Matthews G. Modelling cognition in emotional disorder: The S-REF model. *Behav Res Ther.* 1996;(32):867-70.

7- Wells A, King P. Metacognitive therapy for generalized anxiety disorder: An open trial. *J Behav Ther Exp Psychiatry.* 2006;(37):206-12.

8- Wells A, Welford M, King P, Papageorgiou C, Wisley J, Mendel E. A pilot randomized trial of metacognitive therapy vs applied relaxation in the treatment of adults with generalized anxiety disorder. *Behav Res Ther.* 2010;(48):429-34.

9- Van der Heiden C, Muris P, van der Molen HT. Randomized controlled trial on the effectiveness of metacognitive therapy and intolerance-of-uncertainty therapy for generalized anxiety disorder. *Behav Res Ther.* 2012;(5):100-09.

10- Wells A. Emotional disorders and metacognition: Innovative cognitive therapy. UK: Wiley; 2000.

11- Wells A. Metacognitive therapy for anxiety and depression. New York: Guilford Press; 2009.

12- Dugas MJ, Robichaud M. Cognitive behavior treatment for generalized anxiety disorder: From science to practice. New York: Routledge; 2006.

1- Trauma

- 43- Hasani J. The psychometric properties of cognitive emotion regulation questionnaire: CERQ. *J Clin Psychol*. 2010;2(7):73-83. [Persian].
- 44- Beck AT, Steer RA, Brown GK. Manual for the Beck Depression Inventory-II. San Antonio: Psychological Corporation; 1996.
- 45- Nolen-Hoeksema S. Responses to depression and their effects on the duration of depressive episodes. *J Abnorm Psychol*. 1991;(100):569-82.
- 46- Tedeschi RG. Violence transformed: posttraumatic growth in survivors and their societies. *Aggress Violent Behav* 1999;(4):319-41.
- 47- Nolen-Hoeksema S. The role of rumination in depressive disorders and mixed anxiety/depressive symptoms. *J Abnorm Psychol*. 2000;(109):504-11.
- 48- Rheaume J, Ladouceur R, Freeston MH, Letarte H. Inflated responsibility in obsessive-compulsive disorder: Psychometric studies of a semi-idiographic measure. *J Psychopathol Behav Assess*. 1994;4(16):265-76.
- 49- Chalabianloo Gh, Goodarzi MA, Hagh-Shenas H, Taghavi MR. The study of responsibility effects on memory bias and confidence in OCD patients with checking rituals. *Iran J Psychiatry Clin Psychol*. 2009;4(14):419-27. [Persian].
- 50- Tennen H, Affleck G. Blaming others for threatening events. *Psychol Bull*. 1990;108(2):209-32.
- 51- Hermans D, Engelen U, Grouwels L, Joos E, Lemmens J, Pieters G. Cognitive confidence in obsessive-compulsive disorder: Distrusting perception, attention and memory. *Behav Res Ther*. 2008;(46):98-113.
- 52- Wilson GT. Acceptance and change in the treatment of eating disorders and obesity. *Behav Ther*. 1996;(27):417-39.
- 53- Gruber J, Eidelman P, Harvey AG. Transdiagnostic emotion regulation processes in bipolar disorder and insomnia. *Behav Res Ther*. 2008;(46):1096-100.
- and a non-clinical sample. *Eur J Pers*. 2002;(16):403-20.
- 29- Thompson RA. Emotional regulation and emotional development. *Educ Psychol Rev*. 1991;(3):269-307.
- 30- Zlomke KR, Hahn KS. Cognitive emotion regulation strategies: Gender differences and associations to worry. *Pers Individ Dif*. 2010;(48):408-13.
- 31- Garnefski N, Kraaij V. Relationships between cognitive emotion regulation strategies and depressive symptoms: A comparative study of five specific samples. *Pers Individ Dif*. 2006;(40):1659-69.
- 32- Öngen DE. Cognitive emotion regulation in the prediction of depression and submissive behavior: Gender and grade level differences in Turkish adolescents. *Procedia Soc Behav Sci*. 2010;(9):1516-23.
- 33- Garnefski N, Baan N, Kraaij V. Psychological distress and cognitive emotion regulation strategies among farmers who fell victim to the foot-and-mouth crisis. *Pers Individ Dif*. 2005;(38):1317-27.
- 34- Legerstee SA, Garnefski N, Verhulst FC, Utens EMWJ. Cognitive coping in anxiety-disordered adolescents. *J Adolesc* 2011;(34):319-26.
- 35- Garnefski N, Kraaij V, van Etten M. Specificity of relations between adolescents' cognitive emotion regulation strategies and Internalizing and Externalizing psychopathology. *J Adolesc*. 2005;(28):619-31.
- 36- Mashadi A, Mirdoraghi F, Hasani J. The role cognitive emotion regulation strategies in internalizing disorders of children. *J Clin Psychol*. 2011;3(11):29-39. [Persian].
- 37- Abdi S, Babapour J, Fathi H. Relationship between cognitive emotion regulation styles and general health of students. *J Army Univ Med Sci*. 2011;(8):45-53. [Persian].
- 38- Garnefski N, Rieffe C, Jellesma S, Terwogt MM, Kraaij V. Cognitive emotion regulation strategies and emotional problems in 9-11-year-old children. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2007;1(16):1-9.
- 39- Barlow DH. Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic, 2nd ed. New York: Guilford Press; 2002.
- 40- Fineberg NA, Gale TM. Evidence-based pharmacotherapy of obsessive-compulsive disorder. *Int J Neuropsychopharmacol*. 2005;(8):107-29.
- 41- Sadock VA, Sadock BJ. Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry behavioral sciences. 10th ed. New-York: ARS; 2007.
- 42- Fergus TA, Bardeen JR, Orcutt HK. Attentional control moderates the relationship between activation of the cognitive attentional syndrome and symptoms of psychopathology. *Pers Individ Dif*. 2012;(53):213-17.

Cognitive Attentional Syndrome (CAS) & Cognitive Emotion Regulation Strategies: Transdiagnostic Processes or Diagnostic based on Mood & Anxiety Disorders

Salmani, B. *M.A., Hasani, J., Ph.D.

Abstract

Introduction: The high rate of comorbidity between Mood & Anxiety disorders can be because of common processes transdiagnostic. Therefore, the aim of the present study was to determine role of two processes [Cognitive Attentional Syndrome (CAS) & Cognitive Emotion Regulation Strategies (CERS)] in development and maintenance of Mood & Anxiety disorders.

Method: Eighty nine patients (MDD=21; GAD=35; OCD=33) were selected from Taleghani & Baghiyatalah hospital by available sampling and (N=31) were evaluated by CAS-1 & CERQ questionnaires and compare with normal group. Then, data analyzed by ANOVA, Multivariate covariance & Bonferroni tests.

Results: Results showed that patients with GAD, OCD & MDD obtained scores more than normal people in CAS & maladaptive Cognitive Emotion Regulation strategies (rumination, self-blaming, catastrophizing). This difference remained after considering comorbidity between these disorders.

Conclusion: CAS & some Cognitive Emotion Strategies (rumination, catastrophizing, self-blaming) are transdiagnostic processes and play critical role in development and maintenance in different mood & anxiety disorders.

Keywords: Cognitive Attentional Syndrome, Cognitive Emotion Regulation Strategies, Transdiagnostic Processes, Mood Disorders, Anxiety Disorders

*Correspondence E-mail:

b.salamni1365@yahoo.com