

Research Paper

Comparing the Effects of Integrated Cognitive-Behavioral Therapy and Transdiagnostic Treatment on Symptoms of Patients with Generalized Anxiety Disorder Comorbid with Depression



Farzad Ghaderi¹, *Nahid Akrami¹, Koroosh Namdari¹, Ahmad Abedi²

1 Department of Psychology, Faculty of Education and Psychology, University of Isfahan, Isfahan. Iran.

2. Department of Psychology and Education of Children with Special Needs, Faculty of Education and Psychology, University of Isfahan, Isfahan. Iran.



Citation Ghaderi F, Akrami N, Namdari K, Abedi A. Comparing the effects of integrated cognitive-behavioral therapy and transdiagnostic treatment on symptoms of patients with generalized anxiety disorder comorbid with depression. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*. 2022; 27(4):440-457. <http://dx.doi.org/10.32598/ijpcp.27.4.3067.3>

doi <http://dx.doi.org/10.32598/ijpcp.27.4.3067.3>



Received: 06 May 2020

Accepted: 20 Dec 2020

Available Online: 01 Jan 2022

Key words:

Cognitive-Behavioral Therapy, Transdiagnostic Treatment, Generalized Anxiety Disorder, Depression

ABSTRACT

Objectives This study aims to compare the effectiveness of integrated Cognitive Behavioral Therapy (CBT) and transdiagnostic treatment in improving symptoms of patients with Generalized Anxiety Disorder (GAD) comorbid with depression.

Methods This is a single-case quasi-experimental study. The study population consists of all people with GAD comorbid with depression referred to counseling centers in Isfahan, Iran in 2019, from whom 10 were selected using a purposive sampling method and randomly assigned into two groups of CBT and transdiagnostic treatment. Subjects in both groups were assessed at baseline, 3rd, 4th, 8th, 10th sessions, and during a one-month follow-up period using the 7-item Generalized Anxiety Scale, the Beck Depression Inventory, and the Penn State Worry Questionnaire. To analyze the data, visual analysis, Reliable Change Index (RCI), improvement percentage, and statistical and clinical significance were used.

Results Visual analysis, percentage of improvement, and RCI value showed that both treatments caused clinically and statistically significant changes in therapeutic outcomes and their therapeutic effects continued during follow-up period. However, the percentage of improvement in CBT group was higher than in the transdiagnostic treatment group.

Conclusion CBT is superior to transdiagnostic treatment in terms of effect size and stability, but both are the same in terms of acceptance.

Extended Abstract

1. Introduction

Emotional disorders are common disorders that affect the quality of life and cause problems in people worldwide. One of these disorders is the Generalized Anxiety Disorder (GAD) that involves chronic and unpleasant tension and worrying over multiple events or activities and often lasts for at least 6 months and is dif-

icult to control. Despite increasing research on anxiety disorders, GAD remains a less frequently studied disorder. According to multidimensionality and prevalence of GAD and its impact on all aspects of life as well as its complex psychopathology, and considering that most of these patients have more than one disorder and are less likely to respond to psychological therapies, GAD requires more comprehensive interventions and comprehensive treatment guidelines. This study aims to compare the effectiveness of integrated Cognitive-Behavioral Therapy (CBT) and transdiagnostic treatment method in

* **Corresponding Author:**

Nahid Akrami, PhD.

Address: Department of Psychology, Faculty of Education and Psychology, University of Isfahan, Isfahan. Iran.

Tel: +98 (913) 1064524

E-mail: n.akrami@edu.ui.ac.ir

reducing symptoms of patients with GAD comorbid with depression.

2. Materials and Methods

This is a single-case quays-experimental study. The study population consists of all people with GAD and depression referred to counseling centers in Isfahan, Iran in 2019, from whom 10 were selected using a purposive sampling method and randomly assigned into two groups of CBT (n=5) and transdiagnostic treatment (n=5). Subjects in both groups were assessed at baseline, 3rd, 4th, 8th, 10th sessions, and during a one-month follow-up period using the 7-item Generalized Anxiety Scale (GAD-7), the Beck Depression Inventory (BDI-II), and the Penn State Worry Questionnaire (PSWQ).

After sampling, questionnaires were distributed among the subjects at baseline. Then, the interventions were performed individually. The transdiagnostic treatment was based on the Barlow protocol presented weekly at one-hour sessions. The subjects were re-evaluated at 3rd, 4th, 8th, 10th sessions (end of treatment) and one month after treatment. To report the results, visual analysis of graphs

and Reliable Change Index (RCI), improvement percentage and statistical and clinical significance were used.

3. Results

Visual analysis, percentage of improvement, and RCI value showed that both treatments produced clinically and statistically significant changes in symptoms of GAD, worry and depressive symptoms and whose therapeutic effects continued at the follow-up period. The percentage of improvement in the CBT group was higher in GAD, worry and depression. Regarding depression, CBT with post-intervention improvement percentage of 55.8% and follow-up improvement percentage of 51.8% was more effective compared to transdiagnostic treatment with post-intervention improvement percentage of 35.22% and follow-up improvement percentage of 40.26%. Regarding the symptoms of GAD (Table 1), CBT with post-intervention improvement percentage of 40.21% and follow-up improvement percentage of 40.66% was more effective than transdiagnostic treatment with post-intervention improvement of 32.56% and follow-up improvement of 32.7%. regarding the variable of worry, CBT with post-intervention improvement of 40.95%

Table 1. Changes in the scores of GAD symptoms in two study groups

Group	Subject	Base Line	Session 3	Session 6	Session 8	Session 10	Post-intervention i Improvement Percentage	RCI	Total Improvement	Effect size	Follow-up	Follow-up Improvement Percentage	RCI	Total Improvement	Effect size
ICBT	1	17	17	15	12	10	0.41	-2.81		0.96	11	0.32	-2.40		0.94
	2	14	15	14	13	11	0.21	-1.20		0.83	11	0.21	-1.20		0.83
	3	16	15	15	12	8	0.50	-3.21	40.21	0.97	8	0.50	-3.21	40.66	0.97
	4	17.5	16	15	16	11	0.37	-2.61		0.94	10	0.42	-3.01		0.96
	5	18.5	18	15	11	9	0.51	-3.81		0.97	8	0.56	-4.21		0.98
Agnostic treatment	1	18	18	15	14	12	0.33	-2.40		0.94	12	0.33	-2.40		0.94
	2	21	20	18	17	14	0.33	-2.81		0.96	15	0.27	-2.40		0.94
	3	17.5	16	15	12	12	0.31	-2.20	32.56	0.92	10	0.42	-3.01	33.7	0.96
	4	14	14	12	11	9	0.35	-2		0.92	9	0.35	-2		0.92
	5	15.5	14	13	10	11	0.2	-1.80		0.89	11	0.29	-1.80		0.89

and follow-up improvement of 41.81% was more effective than transdiagnostic treatment with post-intervention improvement of 31.40% and follow-up improvement of 34.13%. Therefore, the difference in the effectiveness of treatments is in favor of CBT.

4. Discussion

According to the results, CBT can be used by therapists and specialists along with other treatment models based on the conditions and needs of GAD patients. However, more studies are needed to determine the effectiveness of this method in anxious patients.

Ethical Considerations

Compliance with ethical guidelines

This study was registered with the code IRCT20200918048749N1 in the Iranian clinical trial site. This article is taken from Farzad Ghaderi's doctoral dissertation with IR.UI code of ethics. REC.1398.013 is from the Department of Psychology, University of Isfahan. Ethical principles included full awareness of the participants about the research process and the confidentiality of their information.

Funding

This research did not receive any specific grant from funding agencies in the public, commercial, or not-for-profit sectors.

Authors contributions

All authors contributed equally in preparing all parts of the research.

Conflicts of interest

The authors declared no conflict of interest.

مقاله پژوهشی:

مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری یکپارچه با درمان فراتشخیصی بر علائم بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر همبود با افسردگی

فرزاد قادری^۱، *ناهید اکرمی^۱، کورش نامداری^۱، احمد عابدی^۲

۱. گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران.

۲. گروه روانشناسی و آموزش کودکان با نیازهای خاص، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران.



تاریخ دریافت: ۱۷ اردیبهشت ۱۳۹۹

تاریخ پذیرش: ۳۰ آذر ۱۳۹۹

تاریخ انتشار: ۱۱ دی ۱۴۰۰

اهداف پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری یکپارچه با درمان فراتشخیصی بر علائم بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر همبود با افسردگی انجام شد.**مواد و روش‌ها:** برای اعتبار آزمایی رقابتی از طرح نیمه تجربی دو گروهی به روش مورد منفرد استفاده شد. جامعه آماری شامل افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر همبود با افسردگی مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره شهر اصفهان در سال ۱۳۹۸ بود که از میان آنان ۱۰ نفر به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و به شیوه تصادفی در دو گروه درمان شناختی رفتاری یکپارچه و درمان فراتشخیصی گمارش شده و مورد مداخله قرار گرفتند. آزمودنی‌های دو گروه در مراحل خط پایه، جلسات سوم، پنجم، هشتم، دهم و پیگیری یک‌ماهه با مقیاس‌های اضطراب فراگیر، مقیاس افسردگی بک و پرسش‌نامه نگرانی ایالت پنسیلوانیا مورد ارزیابی قرار گرفتند. گزارش نتایج از تحلیل دیداری نمودارها با شاخص تغییر پایا، درصد بهبودی و معناداری آماری و بالینی استفاده شد.**یافته‌ها:** نتایج نشان داد هر دو درمان تغییرات معناداری از نظر بالینی و آماری در آماج‌های درمانی ایجاد کرده و تأثیرات درمانی در دوره پیگیری نیز ادامه داشته است، اما درصد بهبودی در آزمودنی‌های گروه درمان شناختی رفتاری یکپارچه نسبت به آزمودنی‌های گروه درمان فراتشخیصی بیشتر بود.**نتیجه‌گیری:** با توجه به نتایج و بر اساس مبانی نظری اثربخشی درمانی، درمان شناختی رفتاری یکپارچه از نظر اندازه تغییر و ثبات بر درمان فراتشخیصی ارجحیت دارد، اما از نظر میزان پذیرش هر دو یکسان هستند.

کلیدواژه‌ها:

درمان شناختی رفتاری، درمان فراتشخیصی، اختلال اضطراب فراگیر، افسردگی

مقدمه

افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر^۱، پیوسته نگران وقوع احتمالی طیف وسیعی از اتفاقات منفی هستند، آن‌ها انتظار وقوع رویدادهای ناگواری را دارند، تحریک‌پذیرند، دچار انقباض‌های عضلانی بسیاری می‌شوند، ممکن است دچار مشکلات خواب و تمرکز شوند و به احتمال زیاد عملکرد روانی اجتماعی آن‌ها به شدت تخریب شده است [۱]. اختلال اضطراب فراگیر از جمله اختلالاتی است که به شدت کیفیت زندگی مرتبط با سلامت را تحت تأثیر قرار می‌دهد و با افزایش ناتوانی، آسیب‌های شناختی، نارضایتی از زندگی و بهره‌وری پایین در مبتلایان همراه است [۲، ۳]. راهنمای تشخیصی و آماری

اختلال‌های روانی ویرایش پنجم^۲ میزان شیوع یک‌ساله اختلال اضطراب فراگیر را حدود ۰/۴ تا ۳/۶ درصد با میزان خطر ابتلای طول عمر ۹ درصد تخمین می‌زند [۴]. شیوع مادام‌العمر اختلال اضطراب فراگیر در ایران ۲/۶ درصد گزارش شده است [۵].

این اختلال، همبودی بالایی با سایر اختلالات روانی و به‌ویژه اختلالات اضطرابی و افسردگی دارد [۶، ۷] و نسبت به دیگر اختلالات اضطرابی ارتباط نزدیک‌تری با افسردگی دارد [۸]. لیهی و همکاران میزان همبودی اختلال اضطراب فراگیر و افسردگی را ۴۲ درصد گزارش کرده‌اند [۹]. از یکسو، همبودی باعث کاهش تشخیص دقیق و در نتیجه کاهش اثربخشی روش‌های درمانی می‌شود و از سوی دیگر هزینه‌های درمان را افزایش می‌دهد [۱۰].

1. Generalized Anxiety Disorder (GAD)

2. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)

* نویسنده مسئول:

دکتر ناهید اکرمی

نشانی: اصفهان، دانشگاه اصفهان، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، گروه روانشناسی.

تلفن: ۰۶۴۵۲۴۱۰۶ (۹۱۳) ۹۸+

پست الکترونیکی: n.akrami@edu.ui.ac.ir

اختلال‌های هیجانی را مورد آماج قرار می‌دهد. درمان با پروتکل فراتشخیصی بارلو تأکید بارزی بر ماهیت سازگاران و کارکردی هیجان‌ها، افزایش آگاهی بیمار از نقش شناخت‌ها و هیجان‌ها، احساسات بدنی و رفتارها دارد [۲۴]. اثربخشی درمان فراتشخیصی در کاهش شدت نگرانی و علائم بالینی و بهبودی افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر در مطالعات مختلف نشان داده شده است [۲۴-۲۶]. همچنین اثربخشی بیشتر درمان فراتشخیصی بارلو نسبت به درمان شناختی‌رفتاری استاندارد برای اختلال اضطراب فراگیر در برخی پژوهش‌ها نشان داده شده است [۲۷].

درمان‌های فراتشخیصی مزایای متعددی دارند و ممکن است مزایایی فراتر از اثربخشی را ارائه دهند [۲۸]. رویکرد فراتشخیصی ممکن است طول و هزینه کلی درمان را کاهش دهد، قابلیت بالینی را افزایش دهد و آموزش بالینی را ساده کند، فاصله بین تحقیق و عمل را کوتاه کرده و انتشار درمان‌های مبتنی بر شواهد را تسهیل کند و کمک کند درمانگران با گسترش دیدگاه خود فراتر از تشخیص، در کلیه فرایندهای مهم پیشرفت درمانی نقش داشته باشند [۲۹]. اما این درمان نیز مانند سایر درمان‌ها و برای اختلال مزمن و فراگیری همچون اختلال اضطراب فراگیر ممکن است با محدودیت‌هایی روبه‌رو باشد. علی‌رغم پیشرفت در توسعه و غنی‌سازی پروتکل‌های فراتشخیصی مبتنی بر نظریه، مناقشات علمی اخیر در این زمینه معطوف به انتخاب فرایند یا فرایندهای بنیادین است. اگرچه تأکید بر عوامل فراتشخیصی و هدف قرار دادن آن‌ها گام مهمی در فرایند درمان اختلالات با پایه‌های مشترک آسیب‌شناختی محسوب می‌شود، اما از این نکته نباید غافل شد که یکی از معایب و نقاط ضعف این رویکرد، این است که نتیجه نهایی، ارائه فهرست نامنظمی از عوامل فراتشخیصی خواهد بود که ممکن است به لحاظ سبب‌شناسی و آسیب‌شناسی کاربرد داشته باشند، اما از نظر هدف درمانی در عمل با چالش‌هایی مواجه خواهند شد [۳۰]. درمان فراتشخیصی همچنین تفاوت‌های بین افراد و اختلالات را نادیده می‌گیرد و برای همه افراد و اختلالات هیجانی پروتکلی واحد ارائه می‌کند (تضادی چشمگیر با روند شخصی‌سازی بیشتر در روان‌درمانی) [۲۸]. همچنین تعدادی از مطالعات نیز نشان داده‌اند بین میزان اثربخشی درمان فراتشخیصی و درمان شناختی‌رفتاری برای اختلال اضطراب فراگیر تفاوت معناداری وجود ندارد [۲۰، ۳۱]. در نتیجه، هنوز به تلاش‌های پژوهشی و درمانی بیشتری برای دست‌یابی به درمان مؤثر برای این اختلال نیاز است.

یکی از راه‌حل‌های پیش‌روی محققان و درمانگران، به‌ویژه برای درمان بیمارانی که یک رویکرد درمانی برایشان اثربخش نیست، رویکرد روان‌درمانی یکپارچه است [۳۲]. محققان و درمانگران بالینی در تلاش برای ارائه مداخلاتی که به‌طور تجربی حمایت و تأیید شده، برای بیماران دارای مشکلات پیچیده و یا بیمارانی

در نتیجه، متخصصان و درمانگران باید نسبت به شناسایی سریع و درمان این نوع اختلالات شایع توجه و حساسیت بالایی داشته باشند [۱۱].

امروزه، شیوه‌های بسیاری در درمان اختلال اضطراب فراگیر مطرح شده است، در این میان، درمان شناختی‌رفتاری به‌عنوان یکی از درمان‌های تثبیت‌شده، همچنان جزء درمان‌های خط اول محسوب می‌شود و نتایج مثبتی به همراه دارد [۱۳، ۱۲]. اما نتایج برخی پژوهش‌ها نشان می‌دهد ۵۰ درصد افرادی که تحت مداخله شناختی‌رفتاری قرار می‌گیرند، در انتهای درمان هنوز دارای علائم و نرخ عود بالایی هستند [۱۴] و در دست‌یابی به نتایج مطلوب درمانی با شکست مواجه می‌شوند [۱۵]. هویر و همکاران بیان کرده‌اند درمان شناختی‌رفتاری در مقایسه با سایر اختلالات اضطرابی تأثیر کمتری بر بهبود افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر دارد [۱۶]. پژوهش‌های انجام‌شده در ایران نیز مؤید همین مطلب هستند [۱۷]. از سویی، هم‌ابتلایی بسیار بالای این اختلال با سایر اختلال‌ها و به‌ویژه افسردگی، درمان‌های شناختی‌رفتاری اختصاصی را با مشکلات جدی هم در سطح اقتصادی و هم در سطح کاربردی و بالینی مواجه کرده است [۱۸، ۱۹]. مداخلات رفتار درمانی شناختی^۳ اختصاصی معمولاً در کاهش و یا دفع چنین مواردی تقریباً در ۴۰ درصد موارد اثربخش است [۲۰] و ۶۰ درصد باقی‌مانده با وجود دریافت دوره کامل مبتنی بر شواهد رفتار درمانی شناختی، همچنان در معرض اضطراب، افسردگی و یا تشخیص‌های مرتبط با آن هستند [۱۹]. بنابراین استفاده از پروتکل‌های شناختی‌رفتاری اختصاصی، با توجه به چالش برخاسته از مسئله «هم‌ابتلایی» از ابعاد مختلف مقرون‌به‌صرفه نیست [۲۱].

از آنجایی که رویکرد شناختی‌رفتاری خود را یک رویکرد انعطاف‌پذیر و تابع داده‌های علمی به عرصه روان‌درمانی معرفی می‌کند و هنگام مواجهه با نقص‌های وارده شروع به تغییرات و سازگاری کرده است. این بار هم با مواجه شدن با این چالش تأیید شده، چاره‌گشایی کرده و درصدد راه‌حل برآمده است. رویکرد فراتشخیصی در حوزه درمان‌های شناختی‌رفتاری پیش‌قراول این چاره‌یابی بوده است [۲۲].

از میان رویکردهای فراتشخیصی، درمان فراتشخیصی^۴ که توسط بارلو طراحی شده است، یکی از مداخلاتی است که اخیراً در حوزه اختلالات خلقی و اضطرابی هم‌بود و برای پوشش دادن مشکلات ناشی از درمان‌های اختصاصی برای مشکلات هم‌بود، به کار گرفته شده است و بیشترین توجه پژوهشی را به خود جلب کرده است [۲۳]. این پروتکل بر هیجان و راهبردهای ناسازگارانه تنظیم هیجان‌ها تمرکز دارد و مکانیسم‌های سبب‌ساز مشترک

3. Cognitive Behavioral Therapy (CBT)

4. Transdiagnostic Treatment

5. Cognitions

معیارهای ورود به پژوهش

معیار ورود به پژوهش حداقل تحصیلات سیکل و دامنه سنی ۲۰ تا ۵۵ سال؛ تشخیص اصلی و اولیه اختلال اضطراب فراگیر بر اساس مصاحبه تشخیصی و پرسش‌نامه اضطراب فراگیر (نمره بیشتر از ۱۰ با توجه به نقطه برش پرسش‌نامه)؛ داشتن علائم زیر سندرمی افسردگی بر اساس مصاحبه تشخیصی و پرسش‌نامه افسردگی (کسب نمره بیشتر از ۱۸ با توجه به نقطه برش پرسش‌نامه)؛ عدم ابتلا به بیماری یا تشخیص روان‌پزشکی دیگری غیر از اختلال اضطراب فراگیر و افسردگی؛ عدم دریافت مداخله روان‌شناختی یا دارویی غیر از مداخلات پژوهش حین اجرای پژوهش؛ شرکت در جلسات درمان و تکمیل پرسش‌نامه‌ها. معیارهای خروج از پژوهش نیز غیبت بیش از دو جلسه در جلسات درمان بود (جدول شماره ۱، ۲ و ۳).

پس از نمونه‌گیری و مشخص شدن اعضای نمونه برای تعیین خط پایه، پرسش‌نامه‌ها بر روی آزمودنی‌ها اجرا شد. ابزار پژوهش مقیاس‌های اختلال اضطراب فراگیر ۷ سوالی، افسردگی بک و پرسش‌نامه نگرانی ایالت پنسیلوانیا^۶ بود.

مقیاس اختلال اضطراب فراگیر ۷ سوالی^۷

این مقیاس توسط اسپیتزر و همکاران تهیه شده و دارای ۷ سؤال است که هر یک از سؤالات به بررسی مشکلات مربوط به اختلال در ۲ هفته گذشته می‌پردازد [۴۰]. نمره گذاری مقیاس در طیف لیکرت (به هیچ وجه، عدد صفر؛ خیلی زیاد، عدد ۳) است. گستره نمره مقیاس از ۰ تا ۲۱ است که از جمع نمرات به دست می‌آید. نمره بالاتر به معنای اضطراب بیشتر است. در پژوهش نائینیان و همکاران نمره برش پرسش‌نامه ۱۰ و ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۵ تعیین شده است [۴۱]. همچنین ارزیابی اعتبار همگرایی مقیاس از طریق محاسبه ضریب همبستگی به دست آمده با مقیاس اضطراب اسپیلبرگر، پرسش‌نامه زمینه‌یابی سلامت عمومی^۸ و خرده‌مقیاس‌های اضطراب از سیاهه نشانه‌های بالینی^۹ بیانگر اعتبار هم‌گرایی مقیاس بود.

پرسش‌نامه نگرانی ایالت پنسیلوانیا

این مقیاس توسط مایر، میلر، متزگر و بورکووک در سال ۱۹۹۰ تدوین شده است. دارای ۱۶ گویه است و به‌عنوان ابزاری برای غربالگری اختلال اضطراب فراگیر به کار می‌رود [۴۲]. عمومیت، شدت و غیر قابل کنترل بودن نگرانی را با استفاده از یک درجه‌بندی لیکرت ۵ درجه‌ای اندازه‌گیری می‌کند. ده‌سیری و همکاران روایی و پایایی این

که درمانشان دشوار است، مداخلات تک‌رویکردی برایشان اثربخش نبوده و به رویکردهای روان‌درمانی یکپارچه متوسل شده‌اند [۱]. در نتیجه، انتخاب و پالایش تکنیک‌های درمان‌های شناختی‌رفتاری که فرایندهای اساسی نگرانی پاتولوژیک را برطرف می‌کنند، می‌تواند یکی از راه‌حل‌های موجود و ضروری برای افزایش اثربخشی درمان در اختلال اضطراب فراگیر باشد [۳۳]. پژوهشگران بر این عقیده‌اند که ترکیب رویکردهای مبتنی بر درمان شناختی‌رفتاری برای درمان اختلال اضطراب فراگیر نتایج بهتری را در پی دارد [۳۴]. بسیاری از درمانگران در این مسئله اتفاق نظر دارند که اشتراک رویکردهای مختلف شناختی‌رفتاری نوین بیش از تفاوت‌ها و تمایز آن‌ها است. این درمان‌ها بر نحوه مدیریت، مشاهده و پردازش تجربیات تأکید دارند و رویکردی آگاهانه و پذیرنده نسبت به این تجربیات را ترویج می‌کنند. درمان‌های موج سوم رفتاردرمانی هرکدام اصول فراتشخیصی خاصی را پیاده‌سازی کرده‌اند و بنابراین می‌توانند گزینه‌های درمانی مؤثری برای یکپارچگی روان‌درمانی باشند [۲۸]. ضرورت، اهمیت و سودمندی تدوین مدل‌های یکپارچه و فرایندمدار، مؤثر و اقتصادی‌تر اختلال اضطراب فراگیر نیز توسط پژوهشگران داخلی و خارجی بیان شده است [۲۹، ۲]. الگوهای درمانی جدیدتر اضطراب فراگیر نیز مستلزم یکپارچه‌سازی تکنیک‌های درمانی هستند [۳۵-۳۷، ۹، ۱]. پژوهش‌ها نیز نشان می‌دهند درمان‌های یکپارچه‌شده شناختی‌رفتاری در درمان طیف گسترده‌ای از اختلالات روانی مؤثر است [۳۹، ۳۸، ۳۵، ۱۴]. با توجه به آنچه که ذکر شد و با توجه به کمبود پژوهش‌های مداخله‌ای برای معرفی و بررسی کارایی درمان‌های جدید و به‌ویژه درمان یکپارچه در ارتباط با اختلال اضطراب فراگیر به‌خصوص در شرایط همبود با سایر اختلالات، پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان شناختی‌رفتاری یکپارچه و مقایسه آن با درمان فراتشخیصی بر کاهش علائم افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر همبود با افسردگی انجام شد.

روش

برای اجرای مداخلات درمانی و برای اعتبارآزمایی رقابتی از طرح نیمه تجربی دو گروه استفاده شده است که گروه ۱ مداخله درمان شناختی‌رفتاری یکپارچه و گروه ۲ درمان فراتشخیصی به روش مورد منفرد با آزمودنی‌های متفاوت و سنجهش پیوسته استفاده شد. جامعه آماری شامل افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر مراجعه‌کننده به مراکز خدمات روان‌شناختی شهر اصفهان بود که پس از مصاحبه تشخیصی و تأیید تشخیص اصلی اختلال اضطراب فراگیر توسط روان‌شناس بالینی وارد فرایند پژوهش شدند، در مرحله بعد از میان آنان (۲۳ نفر) و با توجه به ملاک‌های ورود و خروج پژوهش، تعداد ۱۰ نفر از افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر همبود با افسردگی به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و به شیوه تصادفی در دو گروه گمارش شدند.

6. Penn State worry questionnaire: (PSWQ)

7. Generalized anxiety disorder scale- 7 item: (GAD-7)

8. Short form 36 health survey questionnaire: (SF-36)

9. Symptom checklist-90: (SCL-90)

جدول ۱. شرح حال بالینی آزمودنی‌های پژوهش

آزمودنی	گروه	سن	جنسیت	تحصیلات	تأهل	مدت ابتلا	سابقه درمان
گروه درمان شناختی-رفتاری یکپارچه	آزمودنی اول	۳۰	مرد	کارشناسی	مجرد	۴ سال	-
	آزمودنی دوم	۵۵	زن	سیکل	متاهل	۳۵ سال	-
	آزمودنی سوم	۳۴	زن	دیپلم	متاهل	۵ سال	دارودرمانی
	آزمودنی چهارم	۲۲	زن	کارشناسی	مجرد	۳ سال	گروه‌درمانی افعال کاری
	آزمودنی پنجم	۲۴	زن	کارشناسی	متاهل	۶ سال	-
گروه درمان فراتشخیصی	آزمودنی اول	۳۰	مرد	کارشناسی ارشد	مجرد	۱۰ سال	-
	آزمودنی دوم	۲۱	زن	کارشناسی	متاهل	۳ سال	-
	آزمودنی سوم	۲۹	زن	کارشناسی	مجرد	۷ سال	-
	آزمودنی چهارم	۲۷	زن	کارشناسی ارشد	مجرد	۴ سال	-
	آزمودنی پنجم	۴۵	زن	دیپلم	مجرد	۳ سال	-

مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران

سیاهه افسردگی بک ویرایش دوم^{۱۰}

پرسش‌نامه افسردگی بک ویرایش دوم^{۱۱} شکل بازنگری‌شده پرسش‌نامه افسردگی بک بود که برای سنجش شدت افسردگی تدوین شده است. این پرسش‌نامه از ۲۱ آیتم تشکیل شده که آزمودنی برای هر آیتم یکی از چهار گزینه‌های را که نشان‌دهنده

10. Beck Inventory Depression

11. The Beck Depression Inventory-II (BDI-II)

پرسش‌نامه را در دانشجویان ایرانی با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ و ضریب بازآزمایی به ترتیب ۰/۸۸ و ۰/۷۹ گزارش کردند [۴۳]. بهار و همکاران در مطالعه خود با هدف ارزیابی سودمندی این مقیاس به‌عنوان وسیله‌ای برای غربال اختلال اضطراب فراگیر، دریافتند این بیماران به‌طور معناداری نمرات بالاتری را نسبت به گروه کنترل کسب می‌کنند [۴۴]. نتایج گزارش آن‌ها با نمره برش ۴۵ برای پرسش‌نامه نگرانی ایالت پنسیلوانیا یک حساسیت ۹۹ درصدی و ویژگی ۹۹ درصدی را نشان داد که گویای حساسیت و ویژگی بالای این پرسش‌نامه است.

جدول ۲. ساختار و محتوای جلسات درمان فراتشخیصی با اقتباس از بارلو و همکاران [۴۲]

جلسه	هدف	محتوای جلسه
اول	آشنایی با درمان	معرفه، آشنا کردن درمان‌جو با اختلال، منطق، ساختار، فرایند و مدل مداخله، تعیین اهداف درمانی، افزایش انگیزه.
دوم	آموزش روانی	ارائه آموزش روانی، بازشناسی هیجان‌ها و ردیابی تجارب هیجانی و آموزش مدل ۳ مؤلفه‌ای تجارب هیجانی و مدل ARC.
سوم	آگاهی هیجانی	ضرورت برانگیختن هیجان به‌عنوان مؤلفه درمانی، ضمن و بین جلسات و آموزش بازیابی هیجانی، راهبردهای مورد استفاده برای مدیریت هیجانی.
چهارم	آگاهی هیجانی	افزایش آگاهی غیرقضوتی و لحظه‌ای از تجربیات هیجانی، اجتناب از سرکوبی هیجانی، برانگیختن هیجان‌ها با استفاده از ذهن‌آگاهی و تمرین آگاهی هیجانی.
پنجم و ششم	اصلاح ارزیابی‌های شناختی	بررسی نقش ارزیابی شناختی در رشد و حفظ پاسخ‌های هیجانی، شناسایی و بازنگری در الگوهای تفکر با هدف ایجاد انعطاف‌پذیری در تفکر، تمرکز بر دو شیوه بازنگری غلط اساسی در تفکر اضطرابی و افسردگی (بیش‌برآورد احتمال و فاجعه‌سازی).
هفتم و هشتم	رفتارهای متأثر از هیجان و اجتناب هیجانی	آموزش نحوه شناسایی رفتارهای متأثر از هیجان و ایجاد رفتارهای ناهم‌خوان و مواجهه هیجانی، آگاهی از تأثیر اجتناب هیجانی (رفتاری، شناختی، علامت‌های امنیت) در تداوم پاسخ‌های هیجانی، تشخیص اثر متناقض سرکوبی و کنترل هیجان و شناخت و پیشگیری از الگوهای اجتناب هیجانی.
نهم	مواجهه موقعیتی و درون‌زا	تمرکز بر ماشه‌چکان‌های درونی و بیرونی هیجان، آموزش افزایش تحمل نسبت به هیجان و ایجاد یادگیری‌های بافتاری جدید، طرح‌ریزی سلسله‌مراتب اجتناب هیجانی، ترکیب مهارت‌های درمانی قبلی در مواجهه هیجانی.
دهم	خاتمه درمان	جمع‌بندی درمان، پیشگیری از عود با تمرکز بر پیشگیری از اجتناب هیجانی و تحمل هیجانی.

مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران

جدول ۳. ساختار و محتوای جلسات درمان یکپارچه اختلال اضطراب فراگیر با اقتباس از قادری و همکاران [۳۶]

جلسه	هدف	محتوای جلسه
اول	آگاهی و آموزش روان‌شناختی	آشنایی با بیماری و ایجاد نگرش جدید به اختلال، تحلیل رشدی از روند شکل‌گیری اختلال، شناسایی رفتار مرتبط با نگرانی، تمایز نگرانی کارساز و نگرانی دردسرساز و آموزش نگرانی کارآمد، ارتقای انگیزه برای تغییر رفتاری، آشنا کردن با درمان و معرفی برنامه درمان.
دوم	فعال‌سازی ذهن آگاهانه و ارزش‌مدار	پایش نگرانی‌ها و تعیین زمان نگرانی، مواجهه با اجتناب، پیشگیری از پاسخ رفتاری، برنامه‌ریزی پاداش/ زمان‌بندی فعالیت برای پایش احساس لذت، تسلط و اضطراب، پذیرش بنیادین.
سوم و چهارم	پذیرش و توجه آگاهی	تغییر جهت‌گیری زمانی مراجع از طریق کمک به بیمار برای تمرکز بر زمان حال، زندگی کردن در لحظه و ماندن در لحظه حال، پذیرش بنیادین، آگاهی و مشاهده افکار و احساسات بدون تلاش برای کنترل و یا قضاوت کردن آن‌ها، آموزش مهارت‌های حل مسئله.
پنجم و ششم	انعطاف‌پذیری شناختی	مفهوم‌پردازی و ارزیابی شناختی از اختلال اضطراب فراگیر، بررسی ارزیابی منفی، بررسی کارآمدی افکار و نگرش‌های ناکارآمد، تبیین رابطه نگرانی با طرحواره‌ها؛ توجه آگاهانه به طرحواره‌ها و سبک‌های مقابله‌ای، گسلش شناختی، آموزش راهکارهای افزایش تحمل بلا تکلیفی.
هفتم و هشتم	کارآمدی هیجانی	ذهن آگاهی و آگاهی هیجانی، آشنایی با اجتناب هیجانی و پیامدهای اجتناب از هیجان، آموزش مهارت‌های بنیادین و پیشرفته نظم‌بخشی هیجانی، آموزش ۱۰ شیوه برای کنار آمدن با هیجان‌ها.
نهم	اثربخشی بین‌فردی	شناسایی ریشه‌های مشکلات بین‌فردی، شناسایی طرحواره‌های ناسازگار کلیدی بین‌فردی و رفتارهای مقابله‌ای ناسازگارانه ناشی از طرحواره و ارزیابی هزینه‌های آن، شفاف‌سازی اهداف و ارزش‌های بین‌فردی، تمایل و افزایش انعطاف‌پذیری رفتاری.
دهم	مهارت‌های پیشگیری از عود	مرور و جمع‌بندی جلسات و نکات کلیدی مطرح‌شده، شناسایی تکنیک‌های مؤثر برای غلبه بر مشکلات و موانع احتمالی آینده، آموزش راهبردهایی برای تداوم دستاوردهای درمان و طراحی برنامه پیشگیری از عود.

مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران

برای تحلیل داده‌ها و ارزیابی کارایی درمان‌ها، از روش‌های ترسیم دیداری یا تحلیل نمودار گرافیکی، شاخص تغییر پایا^{۱۲}، معنا داری بالینی^{۱۳}، درصد بهبودی و اندازه اثر استفاده شد. برای بررسی معنا داری آماری از شاخص تغییر پایا استفاده شد. در این شاخص، نمره پس‌آزمون از نمره پیش‌آزمون تفریق شده و حاصل بر خطای استاندارد تفاوت بین دو نمره تقسیم می‌شود. برای آنکه شاخص تغییر پایا از نظر آماری معنا دار باشد، بایستی قدر مطلق نتیجه آن مساوی یا بیشتر از ۱/۹۶ شود که نشان‌دهنده نتایج بیشتر ناشی از عوامل فعال و دستکاری آزمایشگر است تا خطای اندازه‌گیری. برای عینی‌سازی میزان بهبودی در آماج‌های درمانی و همچنین معنا داری بالینی از فرمول درصد بهبودی استفاده شد. فرمول درصد بهبودی یکی از روش‌های سنجش پیشرفت مراجعان در کاهش مشکلات آماجی برای تحلیل داده‌های حاصل از طرح‌های تجربی تک موردی است. در این فرمول نمره پیش‌آزمون از نمره پس‌آزمون کم شده و حاصل بر نمره پیش‌آزمون تقسیم شده و نتیجه بر ۱۰۰ ضرب می‌شود [۴۷]. همچنین در پژوهش حاضر اندازه اثر هر یک از مداخلات بر آماج‌های درمان از طریق فرمول شماره ۱ محاسبه شد:

$$1. (effect-size)rYI = \frac{d}{\sqrt{d^2 + 4}}$$

شدت علامت افسردگی است، انتخاب می‌کند. نمره‌گذاری سوالات با طیف لیکرت و در دامنه صفر (فقدان افسردگی یا افسردگی خفیف) تا ۳ (افسردگی شدید) انجام می‌شود و نمره کل پرسش‌نامه در دامنه‌ای از صفر تا ۶۳ نوسان دارد. قاسم‌زاده و همکاران ضریب پایایی کل این پرسش‌نامه را ۰/۸۷ و ضریب بازآزمایی آن را ۰/۷۴ گزارش کرده‌اند [۴۵]. نقطه برش نسخه هنجاریابی شده این مقیاس ۱۸ است [۴۶].

با مشخص شدن خط پایه در متغیرهای پژوهش در مرحله بعدی اجرای هر کدام از مداخله‌ها توسط یک روان‌شناس بالینی متخصص در حوزه اختلالات هیجانی در جلسات فردی و هفتگی یک‌ساعته انجام شد. ۵ نفر از آزمودنی‌های گروه درمان شناختی‌رفتاری یکپارچه جلسات درمان فردی را توسط یکی از روان‌شناسان بالینی دریافت کردند. ۵ نفر آزمودنی‌های گروه درمان فراتشخیصی نیز به شیوه فردی مداخله فراتشخیصی مبتنی بر پروتکل بارلو را به‌صورت جلسات هفتگی یک‌ساعته توسط روان‌شناس دیگر دریافت کردند [۲۴]. آزمودنی‌های دو گروه برای پیگیری نتایج درمان در بازه‌های زمانی جلسات سوم، پنجم، هشتم و دهم (اتمام جلسات درمانی) و پیگیری یک‌ماهه با مقیاس‌های پژوهش مورد ارزیابی قرار گرفتند.

12. Reliable change index(RCI)
13. Clinically significant

یافته‌ها

در گروه درمان فراتشخیصی نیز درصد بهبودی پس از درمان برای آزمودنی‌های اول تا پنجم برابر با ۰/۳۳، ۰/۳۳، ۰/۳۱، ۰/۳۵ و ۰/۲۹ است. درصد بهبودی کلی برای آزمودنی‌ها نیز ۳۲/۵۶ است که در مرحله پیگیری به ۰/۳۳، ۰/۲۷، ۰/۴۲ و ۰/۳۵ و ۰/۲۹ با درصد بهبودی کلی ۳۲/۷ می‌رسد. با توجه به مقادیر شاخص تغییر پایا (بزرگ‌تر از ۱/۹۶)، مداخله فراتشخیصی در هر دو مرحله درمان و پیگیری برای همه آزمودنی‌ها به جز آزمودنی پنجم از نظر آماری معنادار شده است. با توجه به کاهش نمرات آزمودنی‌های سوم و چهارم در مرحله پیگیری تا حد نقطه برش پرسش‌نامه می‌توان گفت تغییرات علائم اضطراب فراگیر برای این دو آزمودنی از نظر بالینی نیز معنادار است. همچنین با توجه به درصد بهبودی کلی پس از درمان و پیگیری نیز می‌توان گفت درمان شناختی‌رفتاری یکپارچه نسبت به درمان فراتشخیصی تأثیر بیشتری در کاهش نمرات علائم اضطراب فراگیر داشته است. **تصویر شماره ۱** روند تغییر نمرات مقیاس اختلال اضطراب فراگیر ۷سؤالی آزمودنی‌های گروه درمان شناختی‌رفتاری یکپارچه و گروه درمان فراتشخیصی را نشان می‌دهد.

با توجه به نتایج به‌دست‌آمده درصد بهبودی پس از درمان نگرانی برای آزمودنی‌های اول تا پنجم گروه درمان شناختی‌رفتاری برابر با ۰/۴۳، ۰/۳۳، ۰/۳۱، ۰/۳۶، ۰/۴۷ است. درصد بهبودی کلی نگرانی برای آزمودنی‌ها نیز ۴۰/۵۹ است که

نمرات خام اندازه‌گیری‌های مکرر علائم اضطراب فراگیر، نگرانی و افسردگی آزمودنی‌های گروه درمان شناختی‌رفتاری یکپارچه و گروه درمان فراتشخیصی طی جلسات خط پایه، مداخله و پیگیری و شاخص‌های درصد بهبودی در **جدول شماره ۴، ۵ و ۶** نشان داده شده است.

در رابطه با علائم اضطراب فراگیر با توجه به نتایج به‌دست‌آمده درصد بهبودی پس از درمان برای آزمودنی‌های اول تا پنجم برابر با ۰/۴۱، ۰/۲۱، ۰/۵۰، ۰/۳۷، ۰/۵۱ است. درصد بهبودی کلی پس از درمان نیز برای آزمودنی‌ها ۴۰/۲۱ است که در مرحله پیگیری به ۰/۳۲، ۰/۲۱، ۰/۵۰، ۰/۴۲ و ۰/۵۶ با درصد بهبودی کلی ۴۰/۶۶ می‌رسد. بر اساس مقادیر شاخص تغییر پایا ($RCI \geq 1/96$)، مداخله درمان یکپارچه برای علائم اضطراب فراگیر جز در آزمودنی دوم برای سایر آزمودنی‌ها در مراحل مداخله و پیگیری به لحاظ آماری معنادار شده است. همچنین با توجه به رسیدن نمرات آزمودنی‌های اول، سوم و پنجم به زیرنقطه برش پرسش‌نامه در مرحله پایان درمان و آزمودنی‌های سوم، چهارم و پنجم در مرحله پیگیری، بهبودی این آزمودنی‌ها از نظر بالینی نیز معنادار است.

جدول ۴. روند تغییر نمرات GAD-7 آزمودنی‌های گروه درمان شناختی‌رفتاری یکپارچه و گروه درمان فراتشخیصی

گروه	آزمودنی	میانه‌گین خط پایه	جلسه دوم	جلسه پنجم	جلسه هشتم	جلسه آخر	درصد بهبودی	شاخص تغییر پایا	درصد بهبودی کلی	اندازه اثر	پیگیری یک‌ماهه	درصد بهبودی پیگیری	شاخص تغییر پایا	بهبودی کلی	اندازه اثر
درمان یکپارچه	اول	۱۷	۱۷	۱۵	۱۲	۱۰	۰/۴۱	-۲/۸۱	۰/۹۶	۰/۹۶	۱۱	۰/۳۳	-۲/۴۰	۰/۹۴	
	دوم	۱۴	۱۵	۱۴	۱۳	۱۱	۰/۲۱	-۱/۲۰	۰/۸۳	۰/۸۳	۱۱	۰/۲۱	-۱/۲۰	۰/۸۳	
	سوم	۱۶	۱۵	۱۵	۱۲	۸	۰/۵۰	-۳/۲۱	۴۰/۲۱	۰/۹۷	۸	۰/۵۰	-۳/۲۱	۴۰/۶۶	
	چهارم	۱۷/۵	۱۶	۱۵	۱۶	۱۱	۰/۳۷	-۲/۶۱	۰/۹۴	۰/۹۴	۱۰	۰/۴۲	-۳/۰۱	۰/۹۶	
	پنجم	۱۸/۵	۱۸	۱۵	۱۱	۹	۰/۵۱	-۳/۸۱	۰/۹۷	۰/۹۷	۸	۰/۵۶	-۴/۲۱	۰/۹۸	
درمان فراتشخیصی	اول	۱۸	۱۸	۱۵	۱۴	۱۲	۰/۳۳	-۲/۴۰	۰/۹۴	۰/۹۴	۱۲	۰/۳۳	-۲/۴۰	۰/۹۴	
	دوم	۲۱	۲۰	۱۸	۱۷	۱۴	۰/۳۳	-۲/۸۱	۰/۹۶	۰/۹۶	۱۵	۰/۲۷	-۲/۴۰	۰/۹۴	
	سوم	۱۷/۵	۱۶	۱۵	۱۲	۱۲	۰/۳۱	-۲/۲۰	۳۲/۵۶	۰/۹۲	۱۰	۰/۴۲	-۳/۰۱	۳۳/۷	
	چهارم	۱۴	۱۴	۱۲	۱۱	۹	۰/۳۵	-۲	۰/۹۲	۰/۹۲	۹	۰/۳۵	-۲	۰/۹۲	
	پنجم	۱۵/۵	۱۴	۱۳	۱۰	۱۱	۰/۲۹	-۱/۸۰	۰/۸۹	۰/۸۹	۱۱	۰/۲۹	-۱/۸۰	۰/۸۹	

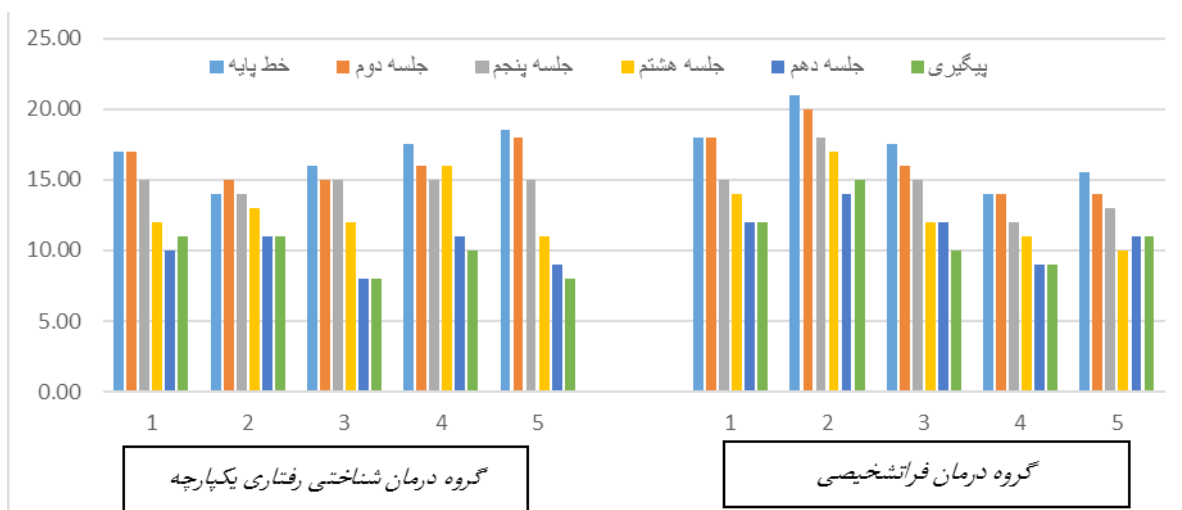
جدول ۵. روند تغییر نمرات نگرانی آزمودنی‌های گروه درمان شناختی رفتاری یکپارچه و گروه درمان فراتشخیصی

گروه	آزمودنی	میانگین خط پایه	جلسه دوم	جلسه پنجم	جلسه هشتم	جلسه آخر	درصد بهبودی	شاخص تغییر پایا	درصد بهبودی کلی	اندازه اثر	پیگیری یک‌ماهه	درصد بهبودی پیگیری	شاخص تغییر پایا	بهبودی کلی	اندازه اثر
درمان یکپارچه	اول	۵۸/۵	۵۵	۴۷	۴۲	۳۳	۰/۴۳	-۲/۴۱	۰/۹۹	۰/۹۹	۳۰	۰/۴۸	-۳/۸۲	۰/۹۹	۰/۹۹
	دوم	۶۲	۵۶	۵۰	۴۶	۴۱	۰/۳۳	-۲/۸۱	۰/۹۹	۰/۹۹	۲۸	۰/۳۸	-۳/۲۱	۰/۹۹	۰/۹۹
	سوم	۶۷	۶۰	۵۴	۴۶	۳۹	۰/۳۱	-۲/۷۵	۰/۹۹	۰/۹۹	۳۷	۰/۴۴	-۴/۰۲	۰/۹۹	۴۱/۸۱
	چهارم	۵۶/۵	۵۱	۴۵	۴۱	۳۶	۰/۳۶	-۲/۷۴	۰/۹۹	۰/۹۹	۳۷	۰/۳۴	-۲/۶۱	۰/۹۹	۰/۹۹
	پنجم	۵۹	۵۴	۴۶	۴۱	۳۱	۰/۴۷	-۲/۷۵	۰/۹۹	۰/۹۹	۳۴	۰/۴۲	-۳/۳۵	۰/۹۹	۰/۹۹
درمان فراتشخیصی	اول	۵۹	۵۵	۴۹	۴۵	۴۱	۰/۳۰	-۲/۴۱	۰/۹۹	۰/۹۹	۴۰	۰/۳۲	-۲/۵۴	۰/۹۹	۰/۹۹
	دوم	۶۱	۵۷	۵۱	۴۷	۴۱	۰/۳۲	-۲/۶۸	۰/۹۹	۰/۹۹	۴۱	۰/۳۲	-۲/۶۸	۰/۹۹	۰/۹۹
	سوم	۶۱	۵۷	۵۴	۴۸	۴۲	۰/۳۱	-۲/۵۴	۰/۹۹	۰/۹۹	۴۰	۰/۳۴	-۲/۸۱	۰/۹۹	۳۴/۱۳
	چهارم	۵۸	۵۴	۴۹	۴۵	۴۰	۰/۳۱	-۲/۴۱	۰/۹۸	۰/۹۸	۳۷	۰/۳۶	-۲/۸۱	۰/۹۸	۰/۹۸
	پنجم	۵۷	۵۴	۴۸	۴۳	۳۹	۰/۳۱	-۲/۴۱	۰/۹۹	۰/۹۹	۳۷	۰/۳۵	-۲/۶۸	۰/۹۹	۰/۹۹

مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران

در مرحله پیگیری به ۰/۴۸، ۰/۳۸، ۰/۴۴، ۰/۳۴ و ۰/۳۵ با درصد بهبودی پس از درمان برای آزمودنی‌های اول تا پنجم برابر با ۰/۳۰، ۰/۳۲، ۰/۳۱، ۰/۳۱ و ۰/۳۱ است. درصد بهبودی کلی نگرانی پس از درمان نیز برای آزمودنی‌ها ۳۱/۴۰ است و برای آزمودنی‌های اول تا پنجم به ترتیب ۰/۳۲، ۰/۳۲، ۰/۳۴، ۰/۳۶ و ۰/۳۵ با درصد بهبودی کلی ۳۴/۱۳ است. با توجه به مقادیر شاخص تغییر پایا ($RCI \geq 1/96$)، مداخله فراتشخیصی در هر دو مرحله درمان و پیگیری برای نگرانی هر پنج آزمودنی از نظر آماری معنادار شده است. همچنین با توجه به

در مرحله پیگیری به ۰/۴۸، ۰/۳۸، ۰/۴۴، ۰/۳۴ و ۰/۴۲ با درصد بهبودی کلی ۴۱/۸۱ برای آزمودنی‌ها می‌رسد. بر اساس مقادیر شاخص تغییر پایا ($RCI \geq 1/96$)، مداخله درمان یکپارچه برای نگرانی، برای هر پنج آزمودنی در مراحل مداخله و پیگیری از نظر آماری معنادار شده است. همچنین با توجه به کاهش نمرات بیماران تا حد زیر نقطه برش پرسش‌نامه در مرحله پس از درمان و پیگیری می‌توان گفت مداخله برای نگرانی همه آزمودنی‌ها از نظر بالینی نیز معنادار است.



مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران

تصویر ۱. روند تغییر نمرات GAD-7 در آزمودنی‌های دو گروه

جدول ۶. روند تغییر نمرات مراحل درمان افسردگی آزمودنی‌های گروه درمان شناختی-رفتاری یکپارچه و گروه درمان فراتشخیصی

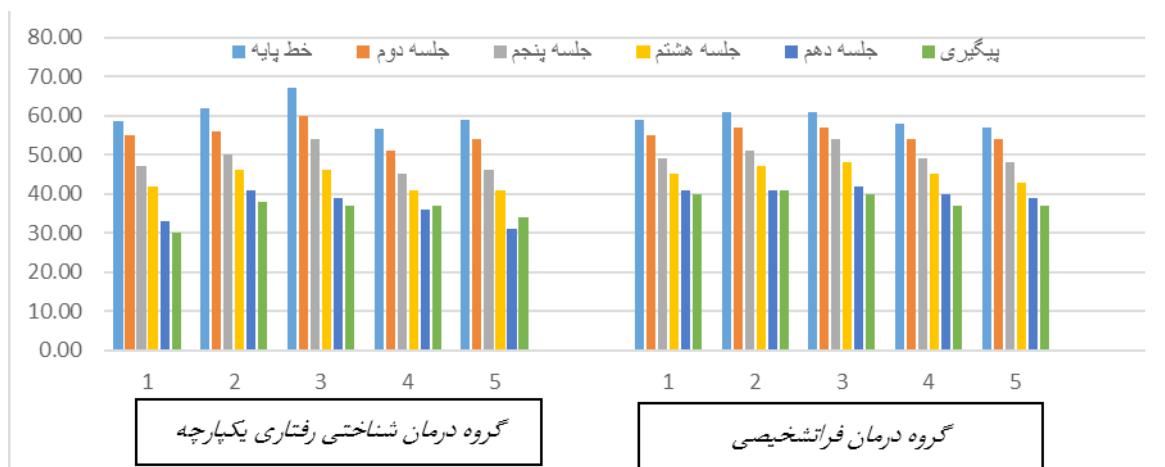
گروه	آزمودنی	میانگین خط پایه	جلسه سوم	جلسه ششم	جلسه هشتم	جلسه آخر	درصد بهبودی MPI	شاخص تغییر پایا RCI	درصد بهبودی کلی پس از درمان	اندازه اثر	پیگیری یک‌ماهه	درصد بهبودی پیگیری	شاخص تغییر پایا RCI	پیگیری	درصد بهبودی کلی	اندازه اثر
درمان یکپارچه	اول	۴۵	۴۲	۲۸	۲۴	۱۷	۰/۶۲	-۳/۸۴	۰/۹۹	۰/۹۹	۱۸	۰/۶۰	-۳/۷۰	۰/۹۹	۰/۹۹	
	دوم	۳۵	۳۳	۲۶	۲۲	۱۸	۰/۵۷	-۲/۳۳	۰/۹۹	۰/۹۹	۱۸	۰/۴۸	-۲/۳۳	۰/۹۹	۰/۹۹	
	سوم	۳۳	۳۰	۲۶	۲۱	۱۵	۰/۵۵	-۲/۵۳	۵۵/۸	۰/۹۹	۱۶	۰/۵۲	-۲/۴۰	۵۱/۸	۰/۹۹	
	چهارم	۳۳	۳۰	۲۶	۲۱	۱۷	۰/۴۹	-۲/۲۶	۰/۷۰	۰/۷۰	۱۷	۰/۴۹	-۲/۲۶	۰/۷۰	۰/۷۰	
	پنجم	۳۰	۲۷	۲۴	۲۰	۱۳	۰/۵۶	-۲/۳۳	۰/۹۹	۰/۹۹	۱۵	۰/۵۰	-۲/۰۵	۰/۹۹	۰/۹۹	
درمان فراتشخیصی	اول	۲۹	۲۶	۲۳	۲۰	۱۷	۰/۴۲	-۱/۷۱	۰/۹۸	۰/۹۸	۱۵	۰/۴۹	-۱/۹۸	۰/۹۹	۰/۹۹	
	دوم	۳۶	۳۲	۳۰	۲۶	۲۳	۰/۳۶	-۱/۷۸	۰/۹۸	۰/۹۸	۲۲	۰/۴۸	-۱/۹۲	۰/۹۹	۰/۹۹	
	سوم	۳۶	۳۱	۳۱	۳۰	۲۵	۰/۳۰	-۱/۷۸	۰/۹۸	۰/۹۸	۲۱	۰/۴۱	-۲/۰۵	۴۰/۲۶	۰/۹۹	
	چهارم	۳۲	۲۸	۲۵	۲۷	۲۴	۰/۲۶	-۱/۱۶	۳۵/۲۲	۰/۹۷	۲۳	۰/۲۹	-۱/۳۰	۰/۹۷	۰/۹۷	
	پنجم	۳۳	۳۱	۲۶	۲۳	۱۸	۰/۴۵	-۲/۰۵	۰/۹۹	۰/۹۹	۱۹	۰/۴۲	-۱/۹۲	۰/۹۹	۰/۹۹	

مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالین ایران

۰/۵۶ است. درصد بهبودی کلی برای آزمودنی‌ها نیز ۵۵/۸ است که در مرحله پیگیری با کمی کاهش به ۰/۴۸، ۰/۴۸، ۰/۵۲، ۰/۴۹ و ۰/۵۰ با درصد بهبودی کلی ۵۱/۸ برای آزمودنی‌ها می‌رسد. با توجه به درصد بهبودی بالای ۵۰ درصد و کاهش نمرات آزمودنی‌ها تا حد زیر نقطه برش پرسش‌نامه (نقطه برش نسخه هنجاریابی این پرسش‌نامه ۱۸ است) می‌توان گفت مداخله درمان شناختی-رفتاری یکپارچه برای افسردگی آزمودنی‌ها از نظر بالینی نیز معنادار است.

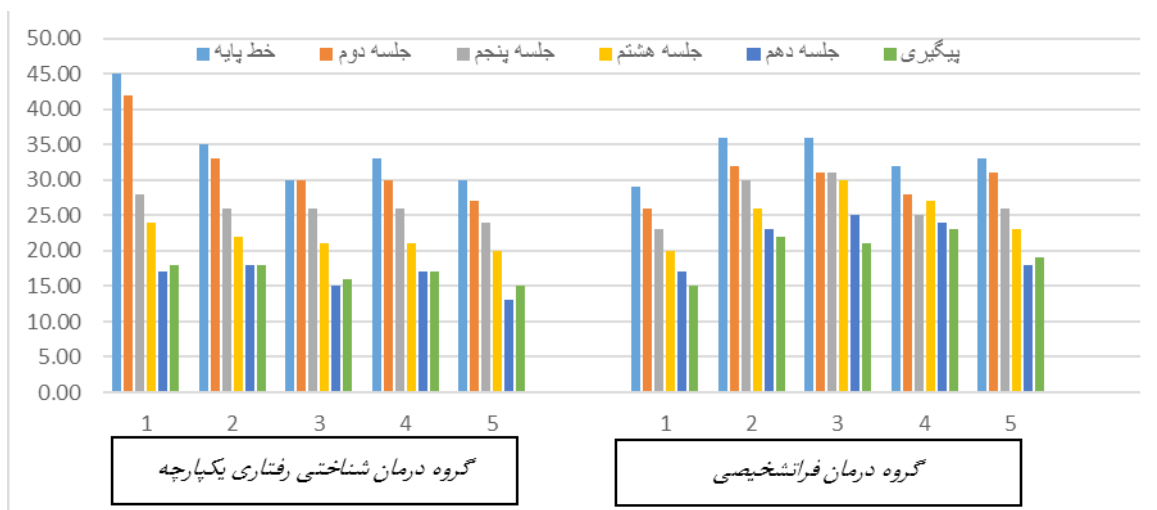
تغییرات، نگرانی هر پنج آزمودنی از نظر بالینی نیز معنادار است. تصویر شماره ۲ روند تغییرات نمرات نگرانی را در آزمودنی‌های دو گروه نشان می‌دهد.

با توجه به نتایج و بر اساس مقادیر شاخص تغییر پایا ($RCI \geq 1/96$)، مداخله درمان یکپارچه برای افسردگی هر ۵ آزمودنی در مراحل مداخله و پیگیری از نظر آماری معنادار شده است. به علاوه درصد بهبودی پس از درمان افسردگی، برای آزمودنی‌های اول تا پنجم برابر با ۰/۶۲، ۰/۵۷، ۰/۵۵، ۰/۴۹، ۰/۴۹



مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالین ایران

تصویر ۲. روند تغییر نمرات نگرانی آزمودنی‌های دو گروه



تصویر ۳. روند تغییر نمرات علائم افسردگی آزمودنی‌های دو گروه

مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران

یکپارچه در هر سه مؤلفه علائم اختلال، نگرانی و افسردگی بیشتر از گروه درمان فراتشخیصی بود.

این‌گرام و همکاران در بررسی سنجش کارایی درمان‌های روان‌شناختی به ۶ متغیر اشاره کرده‌اند و معتقد هستند نتایج پژوهش‌های مداخله‌ای را باید براساس ۶ متغیر اندازه تغییر، کلیت تغییر، عمومیت تغییر، ثبات، میزان پذیرش و ایمنی بررسی کرد [۴۸]. برای بحث در مورد نتایج و سنجش عملیاتی کارایی دستاوردهای پژوهش حاضر و همچنین نظام‌مند کردن بحث و انسجام‌بخشی به نتایج در این بخش از ملاک‌های کارایی این‌گرام و همکاران استفاده شد [۴۸].

متغیر اول

اندازه تغییر (چقدر کاهش در آماج‌های اصلی درمان رخ داده است؟) بر اساس یافته‌ها می‌توان گفت در مؤلفه افسردگی درمان یکپارچه با درصد بهبودی کلی پس از درمان ۵۲/۸ و درصد بهبودی پیگیری ۴۹/۶ نسبت به درمان فراتشخیصی با درصد بهبودی کلی پس از درمان ۳۵/۲۲ و درصد بهبودی پیگیری ۴۰/۲۶ اثربخشی بیشتری داشته است. در علائم اضطراب فراگیر، درمان یکپارچه با درصد بهبودی کلی پس از درمان ۴۰/۲۱ و درصد بهبودی پیگیری ۴۰/۶۶ نسبت به درمان فراتشخیصی با درصد بهبودی پس از درمان ۳۲/۵۶ و درصد بهبودی پیگیری ۳۲/۷ اثربخشی بیشتری داشته است. در رابطه با نگرانی نیز درمان یکپارچه با درصد بهبودی کلی پس از درمان ۴۰/۵۹ و درصد بهبودی پیگیری ۴۱/۸۱ نسبت به درمان فراتشخیصی با درصد بهبودی پس از درمان ۳۱/۴۰ و درصد بهبودی پیگیری ۳۴/۱۳ اثربخشی بیشتری داشته است. همچنین شیب پیوسته و تداوم یکنواخت آن تا حدودی نشانگر تأثیر هر کدام از مؤلفه‌های تعبیه‌شده در پروتکل جلسات درمان است. با توجه به نتایج

درمان فراتشخیصی نیز بر افسردگی آزمودنی پنجم در دوره درمان و آزمودنی اول و سوم در دوره پیگیری از نظر آماری معنادار شده است ($RCI \geq 1/96$). به علاوه درصد بهبودی پس از درمان افسردگی برای آزمودنی‌های اول تا پنجم برابر با ۰/۳۶، ۰/۳۰، ۰/۲۶، ۰/۴۵، ۰/۴۵ است. درصد بهبودی کلی برای آزمودنی‌ها نیز ۳۵/۲۲ است که در مرحله پیگیری به ۰/۴۹، ۰/۳۸، ۰/۳۸، ۰/۴۱، ۰/۲۹ و ۰/۴۲ با درصد بهبودی کلی ۴۰/۲۶ می‌رسد. از نظر معناداری بالینی نیز مداخله فراتشخیصی برای افسردگی تنها در آزمودنی اول معنادار است. با توجه به درصد بهبودی کلی پس از درمان و پیگیری نیز گروه درمان یکپارچه شناختی‌رفتاری با درصد بهبودی کلی ۵۵/۸ پس از درمان و درصد بهبودی کلی ۵۱/۸ در دوره پیگیری نسبت به درمان فراتشخیصی با درصد بهبودی کلی ۳۵/۲۲ پس از درمان و درصد بهبودی کلی ۴۰/۲۶ دوره پیگیری، اثربخشی بیشتری داشته است. تصویر شماره ۳ روند تغییرات نمرات افسردگی را در آزمودنی‌های ۲ گروه نشان می‌دهد.

بحث

پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان شناختی‌رفتاری یکپارچه با درمان فراتشخیصی بر علائم بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر همبود با افسردگی انجام شد. نتایج ترسیم دیداری، درصد بهبودی و مقدار شاخص پایا نشان داد هر دو درمان تغییرات و بهبودی معناداری از نظر آماری در آماج‌های درمانی (علائم اختلال، نگرانی و علائم افسردگی) ایجاد کرده و تأثیرات درمانی در دوره پیگیری نیز ادامه داشته است. همچنین تغییرات صورت‌گرفته در نمرات آزمودنی‌ها در گروه درمان شناختی‌رفتاری یکپارچه از نظر بالینی نیز برای هر سه پیامد درمان معنادار بود. در گروه درمان فراتشخیصی نیز تغییرات نمرات آزمودنی‌ها در نگرانی از نظر بالینی معنادار بود. نتایج اعتبار‌آزمایی رقابتی نیز نشان داد درصد بهبودی در آزمودنی‌های گروه درمان شناختی‌رفتاری

نیز تفاوت در اثربخشی درمان‌ها به نفع درمان شناختی‌رفتاری یکپارچه است.

نتایج پژوهش در رابطه با اثربخشی درمان شناختی‌رفتاری یکپارچه بر کاهش علائم و بهبودی بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر با نتایج مطالعات قبلی هم‌خوان است [۳۵، ۳۸، ۳۹]. افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر از طیف گسترده‌ای از پریشانی‌های جسمی، عاطفی، شناختی و بدکارکردی‌های بین‌فردی رنج می‌برند. استفاده صحیح از مفاهیم و فنون رویکردهای نوین شناختی‌رفتاری به بیماران کمک می‌کند، مهارت‌های لازم را برای افزایش انگیزه برای درمان و اصلاح راهبردهای مقابله‌ای ناسازگار، کاهش نگرانی در حوزه‌های مختلف، دسترسی به منابع و تقویت امید به آینده را کسب کنند. همچنین رویکرد یکپارچه به درمان به خوبی توانسته است در رفع نیازهای درمانی این افراد موفق عمل کند. الگوی درمان یکپارچه کمک می‌کند که فرایندهای تداوم بخش مشترک بین اختلالات هیجانی برای درمان‌جویان به روشنی مفهوم‌سازی^{۱۴} شود؛ راهبردهای درمانی مبتنی بر شواهد در قالب یک پروتکل واحد و مبتنی بر نیازهای درمان‌جویان ارائه شود؛ جواب‌گوی سؤالات و نیازهای درمان‌جویان در حوزه‌های مختلف شود و مهارت‌های موردنیاز را برای بیشتر حوزه‌های زندگی در اختیار آنان قرار دهد. پژوهشگران نیز به‌طور یکسان خاطرنشان کرده‌اند ترکیب روش‌های درمانی در یک پروتکل درمانی یکپارچه می‌تواند برای این اختلال مؤثر باشد [۵۰].

راهبردهای آموزش روان‌شناختی و تحلیل رشدی اختلال، مصاحبه انگیزشی، مواجهه رفتاری و ذهن‌آگاهانه و ارزش‌مدار، آموزش و اصلاح الگوهای بین‌فردی که همگی در مطالعات قبلی نتایج خوبی را نشان داده‌اند، بخشی از تکنیک‌های به کار برده شده در پروتکل گروهی درمان یکپارچه‌نگر بودند. اثر تجمعی این مداخلات در یک پروتکل یکپارچه توانست جواب‌گوی نیازهای مختلف درمان‌جویان باشد و اثرگذاری کافی را بر بهبودی این بیماران داشته باشد. چنین آگاهی‌ای به بیماران برای رویارویی با موقعیت‌ها و تصمیم‌گیری‌های موردنیاز در زندگی امنیت لازم می‌دهد. مداخله و تمرین‌های مختلف درمان یکپارچه در حوزه‌های فردی و بین‌فردی، انعطاف‌پذیری و گزینه‌های جدیدی را به خزانه رفتار درمان‌جو اضافه می‌کند که وی آن را تجربه نکرده است. مهم‌ترین فایده این تمرین‌ها گسترش خزانه رفتاری درمان‌جو و انعطاف‌پذیر کردن او در مواجهه با رویدادهای اجتنابی و نگران‌کننده است. وقتی مواجهه با مشکل، با توجه به آگاهی و گشودگی به تجربه ترکیب شود، بستری را فراهم می‌کند که در آن درمان‌جویان می‌توانند ارتباط کاملی با بسیاری از رویدادهای زندگی برقرار کنند و این کار را بدون تلاش برای تغییر آن تجربه

انجام می‌دهند، زیرا تفکر آن‌ها نیز در مورد آن رویداد تغییر کرده است، در حیطه فردی، بین‌فردی، شناختی و هیجانی نیز به خزانه رفتاری کاملی مجهز شده‌اند.

از آنجا که اختلال اضطراب فراگیر و نگرانی، ماهیتی رو به آینده دارد، آموزش بودن در حال و هوشیاری ذهن‌آگاهانه راه‌های جایگزین مفیدی برای پاسخ‌دهی در افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر فراهم می‌کند. درواقع، استفاده از راهبردهای مبتنی بر پذیرش و ذهن‌آگاهی، مواجهه با تمام جنبه‌های زندگی، حتی جنبه‌های دردناک را میسر می‌سازد و به فرد این توانایی را می‌دهد که به جای پاسخ خودکار که در اختلال‌های اضطرابی زیاد دیده می‌شود، پاسخی از روی آگاهی بدهد. اضطراب و نگرانی موجود در اختلال اضطراب فراگیر در ارتباط با اجتناب از رویارویی با تجربیات و احساسات درونی جاری و ناخوشایند است. بنابراین استفاده از مداخلاتی مبتنی بر پذیرش و ذهن‌آگاهی که امکان این مواجهه را فراهم می‌آورد، در درمان این اختلال مؤثر هستند. درواقع درمان یکپارچه با به‌کارگیری رویکرد پذیرش هیجان‌ها، ذهن‌آگاهی و اعتبار بخشیدن به هیجان‌های بیمار و همچنین تغییر باورهای فراشناختی غلط از جمله لزوم کنترل افکار موجب کاهش تلاش فرد برای کنترل افکار، باورهای فراشناختی اشتباه، حواس جسمی و هیجان‌های اضطرابی می‌شود و با آموزش به بیمار برای قضاوت نکردن درباره هیجان‌ها و صرفاً مشاهده آن‌ها به کاهش نشانه‌های بیماری منجر می‌شود. همچنین ساختارمند بودن و ارائه تکالیف خانگی، توانمندی درمان‌جو برای پیگیری درمان را افزایش داده و باعث اثربخشی معنادار تکنیک‌های مربوطه در تغییر وضع روانی مراجع، شده است.

در رابطه با اثربخشی درمان شناختی‌رفتاری یکپارچه بر کاهش نمرات افسردگی، با توجه به مبانی نظری و پژوهشی و بالینی می‌توان گفت درمان اختلال اصلی بیماران تا حد زیادی با درمان و کاهش سایر علائم نیز همراه است. در این پژوهش اثربخشی مداخلات به کار گرفته شده در درمان شناختی‌رفتاری یکپارچه با اثرگذاری بر فرایندهای مختلف اضطراب فراگیر و به تبع آن، بهبودی اختلال، باعث کاهش نمرات افسردگی شده و می‌تواند به‌عنوان عارضه جانبی اختلال اضطراب فراگیر در نظر گرفته شود. همچنین می‌توان بر اثرگذاری مداخلاتی همچون فعال‌سازی رفتاری و ارتقای انگیزه، ذهن‌آگاهی، انعطاف‌پذیری شناختی و مهارت‌های بین‌فردی در کاهش نمرات افسردگی آزمودنی‌ها اشاره کرد. درنتیجه، ارائه این مداخلات و تغییرات حاصل شده از این راهبردها و کاهش علائم افسردگی آزمودنی‌ها دور از انتظار نیست.

در تبیین اثربخشی بیشتر درمان یکپارچه در مقایسه با درمان فراتشخیصی بر آماج‌های درمان نیز می‌توان گفت از آنجا که اختلال اضطراب فراگیر ماهیتی پیچیده و چندجانبه دارد، در طول زمان شکل می‌گیرد و ماهیتی مزمن دارد و بر حوزه‌های

متغیر چهارم

ثبات (دستاوردهای درمان چقدر دوام داشته‌اند؟) بیماران هر دو گروه توانستند در هر سه مؤلفه آماج درمانی، دستاوردهای درمانی خود را در مرحله پیگیری حفظ کنند. در گروه درمان فراتشخیصی نیز در همه مؤلفه‌ها اثرات یا دستاوردهای درمانی نه تنها حفظ شده‌اند، بلکه نسبت به مرحله پس از درمان مقداری افزایش بهبودی نشان دادند.

متغیر پنجم

میزان پذیرش (افراد تا چه اندازه در فرایند درمان مشارکت داشته و آن را به پایان رسانده‌اند؟) آزمودنی‌های شرکت‌کننده در هر دو گروه درمانی تا آخرین جلسه با انگیزه خوب حضور داشتند و هیچ‌یک از درمان‌ها افت آزمودنی نداشت. نکات و مداخلات انگیزشی و ارائه تکنیک‌هایی از قبیل نومیدی‌سازنده، درماندگی خلاق و مزایا و معایب تغییر در جلسات اولیه هر دو مداخله، می‌تواند در این زمینه تأثیرگذار بوده باشد.

متغیر ششم

ایمنی (آیا در اثر درمان، سلامت روانی و جسمانی بیماران بهبود یافته است؟) برای سنجش این متغیر، ابزاری عینی و استاندارد استفاده نشده است.

نتیجه‌گیری

از آنجا که انسان یک مجموعه یکپارچه و تجزیه‌ناپذیر است، سلامت روانی کامل وی زمانی تحقق می‌یابد که وحدت و انسجام این مجموعه حفظ شود و اجزای مختلف آن با یکدیگر هماهنگ عمل کنند. توجه روزافزون روان‌شناسان و درمانگران به این حقیقت، موجب شده است که در دهه‌های اخیر روش‌های کل‌نگر مورد توجه جدی روان‌درمانگران قرار گیرد. اکنون آن‌ها در جست‌وجوی روش‌های نوینی برآمده‌اند که بتوانند کل وجود فرد را به‌صورت یکپارچه تحت‌تأثیر قرار دهد. همه شناخت‌ها، باورها، عواطف، هیجان‌ها و رفتارهای وی را به‌صورت منسجم و هماهنگ تغییر و او را در مسیر رشد و تکامل قرار دهد [۱۵۷]. با وجود آنکه هنوز تلاش‌های علمی بسیاری برای دستیابی به مداخلات اثربخش برای درد و رنج‌های هیجانی لازم است، یکپارچه‌نگری نگاه و روش مناسبی برای دستیابی به این هدف خواهد بود. یکپارچه‌نگری در گسترش رفتاردرمانی اثرگذار خواهد بود و دسترسی سریع مراجعین به مداخلات تأییدشده تجربی را بیشتر خواهد کرد. با توجه به نتایج پژوهش حاضر، گروه درمان شناختی‌رفتاری یکپارچه نسبت به گروه درمان فراتشخیصی میزان بهبودی بیشتری را در هر سه متغیر پژوهش نشان دادند. در همین راستا و با توجه به نتایج در رابطه با اثربخشی درمان شناختی‌رفتاری یکپارچه بر کاهش علائم اختلال اضطراب فراگیر،

مختلف زندگی تأثیر می‌گذارد و این بیماران در حوزه‌های مختلف زندگی نگرانی‌هایی دارند. درمان یکپارچه نیز با هدف پوشش دادن بیشتر این موارد طراحی شده و از آنجا که در این درمان بیشتر ابعاد آسیب‌شناسی و حوزه‌های کارکردی فرد مورد مداخله قرار می‌گیرد، توانسته است با برانگیختن انگیزه درمان‌جویان برای تغییر، متعهد کردن آنان به زندگی در مسیر ارزش‌ها، توجه به حال و توجه آگاهانه به هیجان‌ها و اصلاح الگوهای بین‌فردی به بهبود و کاهش علائم این بیماران کمک بیشتری کند.

نتایج پژوهش در رابطه با اثربخشی درمان فراتشخیصی بر کاهش علائم اختلال اضطراب فراگیر همبود با افسردگی نیز با یافته‌های مطالعات هم‌خوان است [۵۳-۵۱، ۲۴، ۲۱]. نگرانی به‌عنوان ویژگی بارز اختلال اضطراب فراگیر و همچنین یکی از عوامل فراتشخیصی مشترک در اختلال‌های هیجانی از آماج‌های مستقیم درمان فراتشخیصی است [۵۴]. درمان فراتشخیصی توانست مطابق با منطق پدیدآیی‌اش و همسو با ادعای پدیدآورندگان آن مبنی بر آماج قرار دادن عوامل فراتشخیصی و مشترک، تغییر معناداری از نظر بالینی و آماری در عامل نگرانی ایجاد کند [۵۵]. تأثیر این درمان بر علائم افسردگی نیز حاکی از کارایی درمان فراتشخیصی بر اختلال‌های هیجانی همایند بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر است. در تبیین این نتایج می‌توان به منطق پدیدآیی این روش درمانی اشاره کرد که بهبودی و تغییرات بالینی هم‌زمان در اختلال اضطراب فراگیر، نگرانی و افسردگی می‌تواند به واسطه آماج قرار گرفتن عوامل مشترکی همچون تنظیم هیجانی، افکار تکرارشونده منفی و عاطفه منفی باشد که به‌عنوان عوامل زیربنایی و فراتشخیصی اختلال‌های هیجانی در نظر گرفته شده‌اند [۵۶]. به بیانی دیگر، می‌توان کاهش علائم بیماران در مؤلفه‌های پژوهش را ناشی از تغییرات حاصل‌شده در این عوامل مشترک دانست که این امر با توجه به تجمیع مهارت‌ها و تکنیک‌های اثربخش بر روی این عوامل مشترک یا فراتشخیصی برای مورد هدف قرار دادن علائم کلیدی تمام اختلالات هیجانی انجام می‌شود.

متغیر دوم

کلیت تغییر (چند درصد از افراد تغییر کرده‌اند و چند درصد تغییر نکرده‌اند؟) نتایج مطالعه حاضر نشان داد همه آزمودنی‌های دو گروه در هر سه متغیر پژوهش بهبود نسبی نشان دادند.

متغیر سوم

عمومیت تغییر (در سایر حوزه‌های زندگی چقدر تغییر رخ داده است؟) در این پژوهش جز علائم اضطراب فراگیر، نگرانی و افسردگی از ابزار خاصی برای سنجش این مورد در پژوهش استفاده نشد.

نگرانی و افسردگی به‌عنوان علائم همایند و اعتبارآزمایی رقابتی این پروتکل با درمان فراتشخیصی و برتری این مداخله بر درمان فراتشخیصی در میزان بهبودی و کاهش علائم بیماران، درمان شناختی‌رفتاری یکپارچه می‌تواند توسط درمانگران و متخصصان و بنا به شرایط و نیاز بیماران در کنار سایر الگوهای درمانی این اختلال قابل استفاده باشد. پژوهش در مورد مزایای بالقوه درمان‌های یکپارچه برای درمان اختلالات اضطرابی در مراحل مقدماتی است. به همین ترتیب، تحقیقات و کارآزمایی‌های بالینی بیشتر برای تعیین میزان اثربخشی و بهترین روش برای یکپارچه‌سازی مداخلات در بیماران اضطرابی ضروری است. با در نظر گرفتن برخی محدودیت‌های طرح‌های تک موردی از جمله حجم کم نمونه، تعمیم‌پذیری یافته‌ها محدود می‌شود. با توجه به این محدودیت‌ها، پژوهش‌های بیشتری برای تأیید بیشتر کارایی و کاربردپذیری این روش‌های مداخله در افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر همبند با افسردگی در قالب کارآزمایی‌های تصادفی کنترل شده با حجم نمونه بزرگتر ضروری است.

ملاحظات اخلاقی

پیروی از اصول اخلاق پژوهش

این پژوهش با کد IRCT20200918048749N1 در سایت کارآزمایی بالینی ایران ثبت شده است. این مقاله برگرفته از پایان‌نامه دوره دکتری فرزاد قادری با کد اخلاق IR.U.I. REC.1398.013 از گروه روان‌شناسی دانشگاه اصفهان است. اصول اخلاقی شامل آگاهی کامل شرکت‌کنندگان از روند اجرای پژوهش و محرمانه ماندن اطلاعات آن‌ها رعایت شد.

حامی مالی

این پژوهش هیچ‌گونه کمک مالی از سازمان‌های دولتی، خصوصی و غیرانتفاعی دریافت نکرده است.

مشارکت‌نویسندگان

تمام نویسندگان در آماده‌سازی این مقاله مشارکت داشتند.

تعارض منافع

بنابر اظهار نویسندگان این مقاله هیچ‌گونه تعارض منافی ندارد.

References

- [1] Koenigsberg, JZ. Anxiety disorders: Integrated psychotherapy approaches. London: Routledge; 2020. [DOI:10.4324/9780429023637]
- [2] Bower ES, Wetherell JL, Mon T, Lenze EJ. Treating anxiety disorders in older adults: Current treatments and future directions. *Harvard Review of Psychiatry*. 2015; 23(5):329-42. [DOI:10.1097/HRP.000000000000064] [PMID]
- [3] Timulak L, McElvaney J. Emotion-focused therapy for generalized anxiety disorder: An overview of the model. *Journal of Contemporary Psychotherapy*. 2016; 46(1):41-52. <https://link.springer.com/article/10.1007/s10879-015-9310-7#citeas>
- [4] Association AP. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®). Washington, D.C: American Psychiatric Pub; 2013. [https://books.google.com/books?id=-JivBAAAQBAJ&printsec=frontcover&dq=Diagnostic+and+statistical+manual+of+mental+disorders+\(DSM-5%C2%AE\).+2013&hl=en&sa=X&ved=2ahUKEwjYsrTpg9fLAhWSYMAKHcVfCGkQ6AF6BAGFEAI#v=onepage&q&f=false](https://books.google.com/books?id=-JivBAAAQBAJ&printsec=frontcover&dq=Diagnostic+and+statistical+manual+of+mental+disorders+(DSM-5%C2%AE).+2013&hl=en&sa=X&ved=2ahUKEwjYsrTpg9fLAhWSYMAKHcVfCGkQ6AF6BAGFEAI#v=onepage&q&f=false)
- [5] Mohammadi MR, Pourdehghan P, Mostafavi SA, Hooshyari Z, Ahmadi N, Khaleghi A. Generalized anxiety disorder: Prevalence, predictors, and comorbidity in children and adolescents. *Journal Anxiety Disord*. 2020; 73:102234. [DOI:10.1016/j.janxdis.2020.102234] [PMID]
- [6] Kaplan BJ, Sadock VA, Ruiz P. Kaplan and sadock's synopsis of psychiatry. Behavioral sciences/clinical psychiatry. *Tijdschrift Voor Psychiatrie*. 2016; 58(1):78-9. <https://www.tijdschrift-voorpsychiatrie.nl/issues/497/articles/10744>
- [7] Shihata S, McEvoy PM, Mullan BA. Pathways from uncertainty to anxiety: An evaluation of a hierarchical model of trait and disorder-specific intolerance of uncertainty on anxiety disorder symptoms. *Journal of Anxiety Disorders*, 2017; 45:72-9. [DOI:10.1016/j.janxdis.2016.12.001] [PMID]
- [8] Sharifi V, Amin-Esmaili M, Hajebi A, Motevalian A, Radgoodarzi R, Hefazi M, et al. Twelve-month prevalence and correlates of psychiatric disorders in Iran: The Iranian Mental Health Survey, 2011. *Archives of Iranian Medicine*. 2015; 18(2):76-84. [PMID]
- [9] Leahy RL, Holland SJ, McGinn LK. Treatment plans and interventions for depression and anxiety disorders. New York: Guilford Press; 2011. <https://books.google.com/books?id=xZy2xjB-9YsC&printsec=frontcover&dq=Treatment+plans+and+interventions+for+depression+and+anxiety+disorders&hl=en&sa=X&ved=2ahUKEwjwzqtqyidf1AhVJQ0EAHROVB5sQ6AF6BAGKEAI#v=onepage&q=Treatment%20plans%20and%20interventions%20for%20depression%20and%20anxiety%20disorders&f=false>
- [10] Sharpley CF, Bitsika V, Christie DR. Incidence and nature of anxiety-depression comorbidity in prostate cancer patients. *Journal of Men's Health*. 2010; 7(2):125-34. [DOI:10.1016/j.jomh.2010.03.003]
- [11] Saha S, Lim CCW, Cannon DL, Burton L, Bremner M, Cosgrove P, et al. Co-morbidity between mood and anxiety disorders: A systematic review and meta-analysis. *Depression and Anxiety*. 2021; 38(3):286-306. [DOI:10.1002/da.23113] [PMID] [PMCID]
- [12] Hobbs MJ, Mahoney AE, Andrews G. Integrating iCBT for generalized anxiety disorder into routine clinical care: Treatment effects across the adult lifespan. *Journal of Anxiety Disorders*. 2017; 51:47-54. [DOI:10.1016/j.janxdis.2017.09.003] [PMID]
- [13] Roberge P, Normand-Lauzière F, Raymond I, Luc M, Tanguay-Bernard MM, Duhoux A, et al. Generalized anxiety disorder in primary care: Mental health services use and treatment adequacy. *BMC Family Practice*. 2015; 16(1):146. [DOI:10.1186/s12875-015-0358-y] [PMID] [PMCID]
- [14] Rappagay L, Bystritsky A, Dafer RE, Spearman M. New strategies for combining mindfulness with integrative cognitive behavioral therapy for the treatment of generalized anxiety disorder. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*. 2011; 29(2):92-119. [DOI:10.1007/s10942-009-0095-z] [PMID] [PMCID]
- [15] Fresco DM, Mennin DS, Heimberg RG, Ritter M. Emotion regulation therapy for generalized anxiety disorder. *Cognitive and Behavioral Practice*. 2013; 20(3):282-300. [DOI:10.1016/j.cbpra.2013.02.001] [PMID] [PMCID]
- [16] Hoyer J, Beesdo K, Gloster AT, Runge J, Höfler M, Becker ES. Worry exposure versus applied relaxation in the treatment of generalized anxiety disorder. *Psychotherapy and Psychosomatics*. 2009; 78(2):106-15. [DOI:10.1159/000201936] [PMID]
- [17] Edrisi F, Khanzadeh M, Bahrainian A. [Structural model of emotional regulation and symptoms of generalized anxiety disorder in students (Persian)]. *Clinical Psychology Studies*. 2015; 5(20):203-26. <https://www.sid.ir/en/journal/ViewPaper.aspx?id=542968>
- [18] Norton PJ, Barrera TL, Mathew AR, Chamberlain LD, Szafranski DD, Reddy R, et al. Effect of transdiagnostic CBT for anxiety disorders on comorbid diagnoses. *Depression and Anxiety*. 2013; 30(2):168-73. [DOI:10.1002/da.22018] [PMID]
- [19] Norton P. Transdiagnostic approaches to the understanding and treatment of anxiety and related disorders. *Journal Anxiety Disord*. 2017; 46:1-3. [DOI:10.1016/j.janxdis.2017.02.004] [PMID]
- [20] Norton PJ, Barrera TL. Transdiagnostic versus diagnosis-specific CBT for anxiety disorders: A preliminary randomized controlled noninferiority trial. *Depression and Anxiety*. 2012; 29(10):874-82. [DOI:10.1002/da.21974] [PMID] [PMCID]
- [21] Akbari M, Roshan R, Shabani A, Fata L, Shairi MR, Zarghami F. [The comparison of the efficacy of transdiagnostic therapy based on repetitive negative thoughts with unified transdiagnostic therapy in treatment of patients with co-occurrence anxiety and depressive disorders: A randomized clinical trial (Persian)]. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*. 2015; 21(2):88-107. <http://ijpcp.iuims.ac.ir/article-1-2416-en.html>
- [22] Clark DA, Taylor S. The transdiagnostic perspective on cognitive-behavioral therapy for anxiety and depression: new wine for old wineskins? *Journal of Cognitive Psychotherapy*. 2009; 23(1):60-6. <https://connect.springerpub.com/content/sgr-jcp/23/1/60>
- [23] Barlow DH, Franchione TJ, Fairholme CP, Ellard KK, Boisseau CL, Allen LB, et al. Unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: Therapist guide. Oxford: Oxford University Press; 2010. <https://www.oxfordclinicalpsych.com/view/10.1093/med:psych/9780199772667.001.0001/med-9780199772667>
- [24] Farchione TJ, Fairholme CP, Ellard KK, Boisseau CL, Thompson-Hollands J, Carl JR, et al. Unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: A randomized controlled trial. *Behavior Therapy*. 2012. 43(3): 666-78. [DOI:10.1016/j.beth.2012.01.001] [PMID] [PMCID]

- [25] Boisseau CL, Farchione TJ, Fairholme CP, Ellard KK, Barlow DH. The development of the unified protocol for the transdiagnostic treatment of emotional disorders: A case study. *Cognitive and Behavioral Practice*. 2010; 17(1):102-13. [DOI:10.1016/j.cbpra.2009.09.003] [PMID] [PMCID]
- [26] Ellard KK, Fairholme CP, Boisseau CL, Farchione TJ, Barlow DH. Unified protocol for the transdiagnostic treatment of emotional disorders: Protocol development and initial outcome data. *Cognitive and Behavioral Practice*. 2010. 17(1):88-101. [DOI:10.1016/j.cbpra.2009.06.002] [PMID] [PMCID]
- [27] Newby JM, Mewton L, Andrews G. Transdiagnostic versus disorder-specific internet-delivered cognitive behaviour therapy for anxiety and depression in primary care. *Journal of Anxiety Disorders*. 2017; 46:25-34. [DOI:10.1016/j.janxdis.2016.06.002] [PMID]
- [28] Schaeuffele C, Schulz A, Knaevelsrud C, Renneberg B, Boettcher J. CBT at the crossroads: The rise of transdiagnostic treatments. *International Journal of Cognitive Therapy*. 2021; 14(1):86-113. <https://link.springer.com/article/10.1007/s41811-020-00095-2#citeas>
- [29] Leichsenring F, Steinert C. Towards an evidence-based unified psychodynamic protocol for emotional disorders. *Journal of Affective Disorders*. 2018; 232: 400-16. [DOI:10.1016/j.jad.2017.11.036] [PMID]
- [30] Fernandez KC, Jazaieri H, Gross JJ. Emotion regulation: A transdiagnostic perspective on a new RDoC domain. *Cognitive therapy and research*. 2016; 40(3):426-40. [DOI:10.1007/s10608-016-9772-2] [PMID] [PMCID]
- [31] Dear BF, Staples LG, Terides MD, Karin E, Zou J, Johnston L, et al., Transdiagnostic versus disorder-specific and clinician-guided versus self-guided internet-delivered treatment for generalized anxiety disorder and comorbid disorders: A randomized controlled trial. *Journal of Anxiety Disorders*. 2015; 36:63-77. [DOI:10.1016/j.janxdis.2015.09.003] [PMID]
- [32] Leichsenring F, Abbas A, Hilsenroth MJ, Luyten P, Munder T, Rabung S, et al. "Gold standards," plurality and monocultures: The need for diversity in psychotherapy. *Frontiers in Psychiatry*. 2018; 9:159. [DOI:10.3389/fpsy.2018.00159] [PMID] [PMCID]
- [33] Hirsch CR, Beale S, Grey N, Liness S. Approaching cognitive behavior therapy for generalized anxiety disorder from a cognitive process perspective. *Frontiers in Psychiatry*. 2019; 10:796. [DOI:10.3389/fpsy.2019.00796] [PMID] [PMCID]
- [34] Olatunji BO, Cisler JM, Deacon BJ. Efficacy of cognitive behavioral therapy for anxiety disorders: A review of meta-analytic findings. *Psychiatric Clinics of North America*. 2010; 33(3):557-77. [DOI:10.1016/j.psc.2010.04.002] [PMID]
- [35] Alladin A. Integrative CBT for anxiety disorders: An evidence-based approach to enhancing cognitive behavioural therapy with mindfulness and hypnotherapy. New Jersey: John Wiley & Sons; 2015. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/book/10.1002/9781118509869>
- [36] Ghaderi F, Akrami N, Namdari K, Abedi A. [Developing an integrated psychotherapy model of generalized anxiety disorder comorbid with emotional disorders; A qualitative approach (Persian)]. *Iranian Journal of Rehabilitation Research In Nursing*. 2020; 6(4):70-82. <https://www.sid.ir/en/journal/ViewPaper.aspx?id=809335>
- [37] Khodayarifard M, Mansori A, Besharat MA, Gholamali Lavasani M. [Religiously and spiritually integrated treatments and generalized anxiety disorder (Persian)]. *Journal of Research in Behavioural Sciences*. 2017; 15(1):126-34. <https://rbs.mui.ac.ir/article-1-524-en.html>
- [38] Daitch C. Cognitive behavioral therapy, mindfulness, and hypnosis as treatment methods for generalized anxiety disorder. *American Journal of Clinical Hypnosis*. 2018; 61(1):57-69. [DOI:10.1080/00029157.2018.1458594] [PMID]
- [39] Zolfaghari A, Bahrami H, Ganji K. [Effect of an Integrated Cognitive-Behavioral, Acceptance, and Commitment Intervention on Generalized Anxiety Disorder among University Students (Persian)]. *Journal of Education and Community Health*. 2018; 4(4):32-38. <https://jech.umsha.ac.ir/Article/A-10-458-1>
- [40] Spitzer RL, Kroenke K, Williams JB, Löwe B. A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: The GAD-7. *Archives of Internal Medicine*. 2006; 166(10):1092-7. [DOI:10.1001/archinte.166.10.1092] [PMID]
- [41] Naeinian MR, Shaeiri MR, Sharifi M, Hadian M. [To study reliability and validity for a brief measure for assessing generalized anxiety disorder (GAD-7) (Persian)]. *Clinical Psychology & Personality*. 2011; 9(1):41-50. http://cpap.shahed.ac.ir/article_2647.html?lang=en
- [42] Davey GC, Wells A. *Worry and its psychological disorders: Theory, assessment and treatment*. New Jersey: John Wiley & Sons; 2006. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/book/10.1002/9780470713143>
- [43] Dehshiri G, Golzari M, Borjali A, Sohrabi F. [Psychometrics particularity of farsi version of pennsylvania state worry questionnaire for college students (Persian)]. *Journal of Clinical Psychology*. 2009; 1(4):67-75. [DOI:10.22075/jcp.2017.1988]
- [44] Behar E, Alcaine O, Zullig AR, Borkovec TD. Screening for generalized anxiety disorder using the Penn State Worry Questionnaire: A receiver operating characteristic analysis. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*. 2003; 34(1): 25-43. [DOI:10.1016/S0005-7916(03)00004-1] [PMID]
- [45] Ghassenzadeh H, Mojtabei R, Karamghadiri N, Ebrahimkhani N. Psychometric properties of a Persian-language version of the Beck Depression Inventory-Second edition: BDI-II-PERSIAN. *Depression and Anxiety*. 2005; 21(4):185-92. [DOI:10.1002/da.20070] [PMID]
- [46] Behirooz A, Haghayegh SA. [Comparison of suicidal thoughts and stress levels among depressed students with morning and evening types (Persian)]. *Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry*. 2019; 6(1):64-74. [DOI:10.29252/shenakht.6.1.64]
- [47] Hamidpour H, Dolatshai B, Shahbaz AP, Dadkhah A. The efficacy of schema therapy in treating women's generalized anxiety disorder. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*. 2011; 16(4):420-31. <https://psycnet.apa.org/record/2011-26327-008>
- [48] Ingram RE, Hayes A, Scott W. Empirically supported treatments: A critical analysis. In: Snyder CR, Ingram RE, editors. *Handbook of psychological change: Psychotherapy processes & practices for the 21st century*. New Jersey: John Wiley & Sons; 2000. pp. 40-60. <https://psycnet.apa.org/record/2001-00353-003>
- [49] Otani A. Hypnosis and mindfulness: The Twain finally meet. *American Journal of Clinical Hypnosis*. 2016; 58(4):383-98. [DOI:10.1080/00029157.2015.1085364] [PMID]
- [50] Newby JM, McKinnon A, Kuyken W, Gilbody S, Dalgleish T. Systematic review and meta-analysis of transdiagnostic psy-

- chological treatments for anxiety and depressive disorders in adulthood. *Clinical Psychology Review*. 2015; 40:91-110. [DOI:10.1016/j.cpr.2015.06.002] [PMID]
- [51] Abasi F, Kimiyae A, Safarian Tosi MR, Abedi MR. [The fourth wave of behavior therapy: The process of formation of behavior Treatments and its challenges (Persian)]. *Journal of Rooyesh-e-Ravanshenasi*. 2018; 7(1):223-36. <http://frooyesh.ir/article-1-965-en.html>
- [52] 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; 11(41):67-76.
- [53] Hooman F, Mehrbizadeh 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 (Persian)]. *Journal of Fasa University of Medical Sciences*. 2016; 5(4):551-63. <http://jabs.fums.ac.ir/article-1-798-en.html>
- [54] Mansell W, Harvey A, Watkins ED, Shafraan R. Conceptual foundations of the transdiagnostic approach to CBT. *Journal of Cognitive Psychotherapy*. 2009; 23(1):6-19. <https://connect.springerpub.com/content/sgrijcp/23/1/6>
- [55] Wilamowska ZA, Thompson-Hollands J, Fairholme CP, Ellard KK, Farchione TJ, Barlow DH. Conceptual background, development, and preliminary data from the unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders. *Depression and Anxiety*. 2010; 27(10): 882-90. [DOI:10.1002/da.20735] [PMID]
- [56] Fairholme CP, Boisseau CL, Ellard KK, Ehrenreich JT, Barlow DH. Emotions, emotion regulation, and psychological treatment: A unified perspective. In: Kring AM, Sloan DM, editors. *Emotion regulation and psychopathology: A transdiagnostic approach to etiology and treatment*. New York: The Guilford Press; 2010. pp. 283-309. <https://psycnet.apa.org/record/2009-21674-012>
- [57] Hofmann SG, Hayes SC. The future of intervention science: Process-based therapy. *Clinical Psychological Science*. 2019; 7(1):37-50. [DOI:10.1177/2167702618772296] [PMID] [PMCID]