

ارزیابی کارایی درمان فراتشخیصی یکپارچه در کاهش شدت نشانه‌های افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر همراه با اختلال هیجانی همایند

عباس بخشی‌پور رودسری^۱مجید محمودعلیلو^۲علیرضا فرنام^۳رضا عبدی^۴

چکیده

هدف پژوهش حاضر بررسی کارایی درمان فراتشخیصی یکپارچه در کاهش نشانه‌های آسیب شناختی افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر دارای یک اختلال هیجانی همایند بود. سه نفر زن مبتلا به اختلال هیجانی اضطراب فراگیر همراه با یک اختلال هیجانی همایند دیگر از طریق مصاحبه تشخیصی و مصاحبه بالینی ساختار یافته براساس معیارهای تشخیصی DSM-IV برای محور یک به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند. بیماران پس از احراز شرایط درمان، وارد فرآیند درمان شدند. در این پژوهش از طرح تجربی تک موردی از نوع خط پایه چندگانه ناهمزمان استفاده شد. کارایی پروتکل درمان فراتشخیصی یکپارچه در طی در سه مرحله مداخله (خط پایه، درمان ۱۲ جلسه ای و پیگیری ۶ هفته‌ای) با استفاده از پرسشنامه نگرانی ایالت پنسیلوانیا (PSWQ)، نسخه چهارم پرسشنامه اختلال اضطراب فراگیر (GAD-Q-V)، مقیاس‌های عاطفه مثبت و عاطفه منفی (PANAS)، مقیاس سازگاری شغلی و اجتماعی (WSAS) و سنجه‌های اختصاصی اختلال همایند بیماران مورد بررسی قرار گرفت. داده‌ها به روش ترسیم دیداری، شاخص تغییر پایا (RCI) و فرمول درصد بهبودی تحلیل شدند. نتایج نشان دادند که تاثیر در مان فراتشخیصی یکپارچه در کاهش شدت آماج‌های درمان (نگرانی، عاطفه منفی، نشانه‌های اختلال اضطراب فراگیر و اختلال هیجانی همایند و آسیب عملکرد) بیماران هم از نظر آماری در سطح ($p < 0/05$) و هم از نظر بالینی معنادار است. روش درمان فراتشخیصی یکپارچه در کاهش شدت نشانه‌های بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر دارای یک اختلال هیجانی همایند از کارایی لازم برخوردار است.

واژگان کلیدی: درمان فراتشخیصی یکپارچه؛ اختلال اضطراب فراگیر؛ اختلال همایند؛ نگرانی.

۱ دکترای روانشناسی بالینی، استاد دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی دانشگاه تبریز

۲ دکترای روانشناسی بالینی، استاد دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی دانشگاه تبریز

۳ متخصص روانپزشکی، دانشیار گروه روانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تبریز

۴ دانشجوی دکترای روانشناسی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی دانشگاه تبریز

مقدمه

اختلال‌های هیجانی^۱ اضطرابی (با شیوع^۲ طول عمر ۲۸/۸ درصدی) و خلقی (با شیوع ۲۰/۸ درصدی) به‌عنوان اختلال‌های شایع، مزمن، پرهزینه و تضعیف‌کننده کیفیت و کارکردهای سالم زندگی، سالانه زندگی میلیون‌ها نفر را در دنیا دچار مشکل می‌سازند (بارلو، ۲۰۰۲؛ کسلر، برگلوند، دمлер، جین و والترز^۳، ۲۰۰۵). به‌علاوه میزان هم‌آیندی^۴ یک ساله اختلال‌های اضطرابی و خلقی با همدیگر در حدود ۴۰ تا ۸۰ درصد گزارش شده است (کسلر، چپو، دمлер و والترز^۵، ۲۰۰۵).

اختلال اضطراب فراگیر^۶ (GAD) به‌عنوان یکی از اختلال‌های شایع روانپزشکی، یک اختلال اضطرابی مزمن است که به‌طور اختصاصی با نگرانی^۷ افراطی و پایدار^۸ مشخص می‌گردد (انجمن روانپزشکی آمریکا^۹، ۲۰۰۰). بارلو (۲۰۰۲) معتقد است نگرانی را به‌عنوان ویژگی بارز GAD می‌توان در اکثر اختلال‌های اضطرابی مشاهده کرد، از همین رو این اختلال را به‌عنوان اختلال اضطرابی "پایه"^{۱۰} دانسته و تاکید بر این دارد که فهم و کشف سبب‌شناسی و درمان این اختلال می‌توان گامی بزرگ در حیطه اختلال‌های اضطرابی باشد.

مطالعات همه‌گیری شناختی میزان شیوع طول عمر^{۱۱} این اختلال را در جمعیت عمومی بین ۳٪ تا ۶٪ و به‌طور متوسط در اغلب جوامع حدود ۵/۷٪ برآورد کرده‌اند (کسلر، والترز و ویتچن^{۱۲}، ۲۰۰۴). پژوهش‌های همه‌گیری‌شناسی در ایران به این نتیجه رسیده‌اند که GAD شایع‌ترین اختلال در بین اختلالات اضطرابی و حتی سایر اختلالات روانی است (نوربالا، محمدی، باقری‌یزدی و یاسمی، ۱۳۸۰؛ احسان‌منش، ۱۳۸۰). مطالعات زیادی نشان می‌دهند که بندرت می‌توان GAD را بدون اختلال هم‌آیند^{۱۳} دیگر مشاهده

1- emotional disorder

3- Kessler, Berglund, Demler, Jin & Walters

5- Kessler, Chiu, Demler & Walters

7- worry

9- American Psychiatric Association (APA)

11- lifetime

13- comorbid

2- prevalence

4- comorbidity

6- Generalized Anxiety Disorder (GAD)

8- Pervasive

10- basic

12- Kessler, Walters & Wittchen

کرد و در واقع تنها ۲۵٪ تا ۳۳/۷٪ از افراد مبتلا به GAD فاقد اختلال همایند دیگری می‌باشند (ویتچن، ۲۰۰۲). از بین همه اختلال‌های روانی اختلال افسردگی اساسی^۱ (MDD)، اختلال افسرده‌خویی و اختلال هراس اجتماعی را جزو اختلال‌های همایند خیلی شایع و پس از آن سایر اختلال‌های اضطرابی را در میان افراد مبتلا به GAD یافته‌اند (داگاس و رابی چاود، ۲۰۰۷).

در طی دهه‌های اخیر تعدادی از پروتکل‌های درمانی با استفاده از اصول شناختی-رفتاری برای مورد هدف قرار دادن مشکلات چشمگیر ناشی از اختلال‌های هیجانی شکل گرفته‌اند (بارلو^۲، ۲۰۰۸؛ هافمن و اشمیت، ۲۰۰۸). بسیاری از این درمان‌ها آزمون‌های تجربی قوی را پشت سر گذاشته‌اند و در این راستا متخصصان بالینی تنوعی از پروتکل‌های درمان شناختی-رفتاری به منظور درمان دامنه وسیعی از اختلالات روانی DSM-IV خصوصاً مقوله‌های تشخیصی اختلال‌های هیجانی یعنی خلقی و اضطرابی در دسترس دارند. به‌طور کلی درمان‌های شناختی-رفتاری حمایت شده از نظر تجربی در دو رویکرد درمان‌های اختصاصی اختلال^۳ یا اختصاصی تشخیص بالینی^۴ و رویکرد درمان‌های فراتشخیصی^۵ شکل گرفته‌اند. مدل‌های درمان اختصاصی روی فرایندهای شناختی و رفتاری مهم هریک از اختلال‌ها که آنها را از همدیگر تفکیک می‌کنند، تاکید می‌کنند و به تبع آن راهنماها و دستورالعمل‌های درمانی اختصاصی مبتنی بر شواهد هر اختلال را تدوین و منتشر می‌کنند (موزس^۶ و بارلو، ۲۰۰۶).

با توجه به پاره‌ای از محدودیت‌های درمان‌های شناختی-رفتاری اختصاصی موجود از جمله؛ ناکامی این درمان‌ها در بهبودی بخش قابل ملاحظه‌ای از بیماران، وجود راهنما و دستورالعمل‌های درمانی متعدد برای هر یک از اختلال‌ها، مقرون به صرفه نبودن از نظر وقت و هزینه برای متخصصان در استفاده از راهنما، دستورالعمل یا پروتکل‌های درمانی متعدد و گذراندن دوره‌های کارورزی طولانی مدت و متعدد برای درمان هر یک از

1- Hofmann & Smits Major Depressive Disorder (MDD)
3- diagnosis-specific
5- transdiagnostic

2- Barlow
4- disorder-specific
6- Moses

اختلال‌ها، ایجاد سردرگمی در انتخاب دستورالعمل مناسب بیمار برای متخصصان بالینی و در نهایت پیچیده بودن فرایند انتشار یا تدوین^۱ دستورالعمل‌های درمانی برای تهیه کنندگان، ضرورت پدیدآیی و انتشار درمان‌های جدید را ایجاب می‌کند (ناتان و گورمن^۲، ۲۰۰۲). این ضرورت خصوصا در زمان مواجهه با یک واقعیت بالینی به نام همابندی^۳ اختلال‌ها، متخصصان بالینی را در موقعیت انتخاب از میان پروتکل‌های اختلال - واحد برای مدیریت یک اختلال همزمان دیگر بیشتر سر در گم می‌سازد. این مسایل ضرورت انتشار و تدوین و دسترسی به درمان‌های روانشناختی یکپارچه مبتنی بر شواهد را بیشتر نشان می‌دهد (فارکیونه، فایرهولمه، الارد^۴ و همکاران، ۲۰۱۲).

با توجه به شواهد تجربی و نظری قوی در خصوص وجود عوامل مشترک بیشتر نسبت به عوامل اختصاصی در بین اختلال‌های اضطرابی و خلقی و سایر اختلال‌های هیجانی وابسته، قویا روی یک رویکرد مقتصدانه‌تر^۵ برای درمان اختلال‌های هیجانی اتفاق نظر دارند و این عوامل مشترک^۶ به‌عنوان منطقی بر پدیدآیی و زیربناهای مفهومی درمان‌های فراتشخیصی در نظر گرفته شدند (بارلو، آلن و چوات^۷، ۲۰۰۴). وجود مولفه‌های مشترک اساسی^۸ در اختلال‌های هیجانی را می‌توان با توجه به شواهد مربوط به میزان همابندی به‌عنوان یک قاعده بالینی و همپوشی تشخیصی بالا (کسلر، برگلوند و دملر^۹، ۲۰۰۳)، تعمیم‌پذیری پاسخ‌های درمانی در این اختلال‌ها بواسطه واحد بودن احتمالی این اختلال‌ها، وجود یک "سندرم روان رنجوری عمومی"^{۱۰} "سندرم عاطفه منفی"^{۱۱} (بارلو، ۲۰۰۲)، الگوهای فعالیت عصبی مشترک بخصوص تحریک‌پذیری بالای^{۱۲} ساختارهای سیستم لیمبیک^{۱۳} همراه با کنترل بازدارنده مختل یا محدود ساختارهای قشری (اتکین و واگر^{۱۴}، ۲۰۰۷) و بدتنظیمی هیجانی (گراس و تامپسون^{۱۵}،

1- dissemination

3- comorbidity

5- parsimonious

7- Barlow, Allen, & Choate

9- Kessler, Berglund & Demler

11- Negative Affect Syndrome (NAS)

13- limbic

15- Gross & Thompson

2- Nathan & Gorman

4- Farchione, Fairholme & Ellard

6- common factor

8- underlying

10- general neurotic syndrome

12- hyperexcitability

14- Etkin & Wager

(۲۰۰۷)، همگرایی‌های ابعاد سرشتی بارز و سازه‌های مکنون مشترک (مثل عاطفه مثبت و منفی) مطابق با مدل مدل سه بخشی^۱ اختلال‌های هیجانی کلارک و واتسون^۲ (۱۹۹۱)، تاکید مدل آسیب‌پذیری سه‌گانه^۳ بارلو و همکاران (بارلو، ۲۰۰۰؛ ۲۰۰۲) بر وجود عوامل سبب‌ساز مشترک آسیب‌پذیری زیستی و روانشناختی عمومی علاوه بر آسیب‌پذیری اختصاصی در اختلال‌های هیجانی و نهایتاً فرایندهای شناختی و رفتاری مشترک مثل سوگیری‌ها و افکار تکرار شونده (هاروی، واتکینز، مانسل و شافران^۴، ۲۰۰۴) در این اختلال‌ها تبیین کرد.

با در نظر گرفتن این شواهد به نظر می‌رسد عامل اساسی مشترک در بین اختلال‌های هیجانی گرایش افراطی به واکنش‌پذیری هیجانی همراه با تمایل بالا به دیدن این تجارب به صورت انزجاری و تلاش برای تغییر، اجتناب یا کنترل پاسخدهی هیجانی می‌باشد. این فرایندهای مشترک، ناشی از عوامل سبب شناختی ممکن است بوسیله یک مجموعه واحدی از اصول درمانی بهتر مورد هدف قرار گیرد (هاروی و همکاران، ۲۰۰۴). بر اساس این پیشرفت‌ها بارلو، فارکیونه، فایرهولمه^۵ و همکاران (۲۰۱۱) نسخه درمان فراتشخیصی یکپارچه اختلال‌های هیجانی را ارائه نمودند. شکل‌گیری و تحول پروتکل درمان فراتشخیصی یکپارچه برای اختلال‌های هیجانی^۶ (UP) در پاسخ به پیشرفت‌های بوجود آمده در حوزه اختلال‌های هیجانی و با تلخیص^۷ اصول کلیدی از رویکرد درمان‌های شناختی- رفتاری حمایت شده از نظر تجربی و ادغام پیشرفت‌های پژوهشی در مورد تنظیم هیجانی و بدتنظیمی هیجانی شروع گردید (کمپل سیلز^۸ و بارلو، ۲۰۰۷).

پروتکل یکپارچه فراتشخیصی (UP) یک درمان شناختی- رفتاری متمرکز بر هیجان فراتشخیصی است که به منظور کاربرد در همه اختلال‌های اضطرابی و خلقی یک قطبی

1- Tripartite Model
3- triple vulnerability model
5- Barlow, Farchione & Fairholme
7- distillation

2- Clark & Watson
4- Harvey, Watkins, Mansell & Shafan
6- Unified Protocol for the Transdiagnostic Treatment of Emotional disorders
8- Campbell-Sills

و احتمالاً دیگر اختلال‌های روانی با مولفه‌های هیجانی قوی مثل بسیاری از اختلال‌های شبه‌جسمی و تجزیه‌ای طراحی شده است. این پروتکل درمانی بواسطه مشارکت نظریه‌پردازان شناختی- رفتاری در انتشار و ادغام اصول مشترک موجود در بین درمان‌های روانشناختی حمایت شده از نظر تجربی بنام بازسازی ارزیابی‌های شناختی ناسازگارانه^۱، تغییر گرایش‌های عمل^۲ همراه با هیجان‌های ناسازگارانه، جلوگیری از اجتناب هیجانی و استفاده از شیوه‌های مواجهه هیجانی ظهور کرده است. به‌علاوه UP تاکید آشکاری بر ماهیت کارکرد انطباقی هیجان‌ها، ایجاد آگاهی از نقش شناخت، احساس‌های جسمانی و رفتارها در آشکارسازی تجارب هیجانی بیماران و شناسایی و تعبیر واکنش‌های ناسازگارانه به این تجارب دارد (ویلاموسکا، تامپسون- هالند، فایرهولمه و همکاران^۳، ۲۰۱۰).

بویسه، فارکیونه، فایرهولمه، الارد و بارلو^۴ (۲۰۱۰) کاربردپذیری^۵ بخش بخش این روش درمانی را در یک مطالعه موردی^۶ برای درمان یک بیمار مبتلا به اختلال وسواسی- جبری همراه با اختلال‌های همایند اضطراب فراگیر و وحشتزدگی^۷ مورد بررسی قرار دادند و انعطاف‌پذیری و کاربردپذیری آن را تأیید کردند و همچنین تغییر معنادار بالینی خوبی را در فرد مشاهده کردند. در پژوهشی دیگر، نسخه اولیه UP به‌صورت مقدماتی^۸ در دو کارآزمایی باز^۹ بر روی بیماران با تشخیص اختلال‌های اضطرابی ناهمگون مورد آزمون قرار گرفت (الارد، فایرهولمه، بویسه، فارکیونه و بارلو، ۲۰۱۰). در کارآزمایی نخست نتایج مطالعه مقدماتی بررسی کارایی این روش درمان در تعداد ۱۸ بیمار مبتلا به طیفی از اختلال‌های هیجانی اضطرابی و خلقی ناهمگون تغییر بالینی معنادار و اندازه اثر بالایی را در مرحله پس از درمان و دوره پیگیری حتی قابل مقایسه با و بیشتر از اندازه اثر درمان‌های اختصاصی اختلال نشان داد و نهایتاً، در کارآزمایی دوم روی ۱۵ نفر بیمار تاثیر خدشه‌ناپذیر درمان فراتشخیصی یکپارچه در مرحله پس از درمان نسبت به پیش از

1- maladaptive

3- Wilamowska, Thompson-Hollands, Fairholme & et al.

5- feasibility

7- panic

9- open trial

2- action tendencies

4- Boisseau, Farchione, Fairholme, Ellard & Barlow

6- case study

8- pilot

درمان حاصل گردید. فارکیونه، فایرهولمه، الارد و همکاران (۲۰۱۲) در یک کارآزمایی تصادفی کنترل شده کارایی پروتکل درمان فراتشخیصی یکپارچه اختلال‌های هیجانی را در نمونه‌ای بالینی متشکل از ۳۷ بیمار مبتلا با تشخیص اصلی یکی از اختلال‌های اضطرابی در یک دوره درمان حداکثر ۱۸ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای فردی و ۶ ماه دوره پیگیری مورد ارزیابی قرار دادند، این درمان به کاهش قابل ملاحظه‌ای در فراوانی و شدت اختلال‌های اولیه و همایند در پس از درمان نسبت به پیش از درمان منجر گردید، تغییرات معناداری را از نظر آماری (متوسط اندازه اثر=۰/۵۱، اندازه اثر) در اختلال اصلی و تغییر معنادار بالینی را در اختلال اصلی و همایند در مرحله پس از درمان در مقایسه با پیش از درمان آشکار ساخت. با توجه به بررسی منابع پژوهشی موجود در کشور، تاکنون کارایی این پروتکل درمانی در هیچ کارآزمایی بالینی در ایران مورد پژوهش نگرفته و یا در هیچ منبعی منتشر نگردیده است.

پژوهش حاضر تلاش کرده است تا کارایی پروتکل درمان فراتشخیصی یکپارچه بارلو، الارد، فایرهولمه^۱ و همکاران (۲۰۱۱) را در کاهش شدت نشانه‌های افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر (با توجه به ویژگی‌های تشخیصی اختلال اضطراب فراگیر و همایندی بالا با سایر اختلال‌های هیجانی) دارای یک اختلال هیجانی همایند بصورت مقدماتی مورد ارزیابی قرار دهد.

روش تحقیق

الف) طرح تحقیق

طرح این پژوهش با هدف ارزیابی کارایی درمان فراتشخیصی در کاهش علائم زنان دارای اختلال اضطراب فراگیر از نوع طرح خط پایه چندگانه^۲ ناهمزمان^۳ یا پلکانی با آزمودنی‌های متفاوت^۴ و سنجش پیوسته^۵ می‌باشد. این طرح یکی از طرح‌های تجربی

1- Barlow, Ellard & Fairholme
3- nonconcurrent
5- continuous assessment

2- multiple-baseline design
4- different individuals

تک‌موردی^۱ پر کاربرد در روانشناسی بالینی قلمداد می‌گردد (کازدین^۲، ۱۹۹۲).

ب) جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

گروه نمونه در این پژوهش شامل ۳ نفر زن مبتلا به اختلال هیجانی اضطراب فراگیر (GAD) دارای یک اختلال هیجانی اضطرابی یا خلقی همانند است که از طریق روش نمونه‌گیری هدفمند^۳ از بین جامعه آماری تحقیق یعنی مراجعه‌کنندگان به مرکز ارجاع مشاوره و خدمات روانشناختی علامه امینی بهزیستی استان آذربایجان شرقی و کلینیک تخصصی روانپزشکی بزرگمهر در شهر تبریز در شش ماه دوم سال ۹۰ جهت دریافت خدمات مشاوره، روانشناختی و روانپزشکی، پس از مصاحبه تشخیصی توسط روانپزشک و مصاحبه بالینی ساختاریافته برای تشخیص اختلال‌های محور I (SCID) یک روانشناس بالینی انتخاب شدند. نمونه مورد پژوهش پس از احراز شرایط پژوهش یعنی ملاک‌های ورود و حذف این پژوهش، وارد فرایند مداخله شدند. ویژگی‌های جمعیت‌شناختی بیماران در جدول شماره ۱ آمده است.

جدول (۱) ویژگی‌های جمعیت‌شناختی بیماران

بیماران	بیمار اول	بیمار دوم	بیمار سوم	متغیر
	۲۹	۳۵	۳۲	سن
	متاهل	متاهل	نامزد	وضعیت تاهل
	لیسانس	فوق لیسانس	لیسانس	میزان تحصیلات
	مربی شنا	کارمند	کارمند شرکت خصوصی	شغل
	اختلال هراس اجتماعی	اختلال افسرده‌خویی	اختلال پانیک بدون گذرهراسی	اختلال همبند
	۵ سال	۷ سال	۴ سال	مدت بیماری
	-	دریافت درمان دارویی	-	اقدامات درمانی قبلی
	خیلی خوب	خیلی خوب	خوب	میزان همکاری و انگیزه

1- single-case experimental designs

2- Kazdin

3- purposeful sampling

ملاک‌های ورود عبارتند از؛ (بیمارانی که تمام شرایط ذیل را داشتند وارد پژوهش حاضر شدند)

تکلم سلیس به زبان ترکی یا فارسی، توانایی خواندن و نوشتن به زبان فارسی، داشتن حداقل سطح تحصیلات سیکل، ابتلاء فرد به اختلال اضطراب فراگیر به‌عنوان تشخیص اصلی و یک اختلال هیجانی خلقی یا اضطرابی هم‌ایند بر اساس ملاک‌های تشخیصی DSM-IV-TR، انگیزش و رضایت برای شرکت در طول درمان و اجرای پژوهش، سن ۱۸ سال تا ۶۰ سال و جنسیت زن.

ملاک‌های حذف عبارتند از؛ (اگر بیماران دارای یکی از شرایط ذیل بودند از پژوهش حاضر حذف شدند)

تشخیص کنونی هر گونه اختلال روانی هم‌ایند در محور I و محور II بر اساس مصاحبه تشخیصی و ساختار یافته بر طبق DSM-IV-TR به استثنای اختلال‌های هیجانی اضطرابی و خلقی، سابقه دریافت درمان‌های روانشناختی خصوصاً CBT، دریافت مداخلات درمانی روانشناختی و دارویی در یک سال اخیر و در زمان اجرای پژوهش یا طول درمان، خطر آشکار خودکشی در حال حاضر، سابقه سوء‌مصرف یا وابستگی مواد در حال حاضر و در طول یکسال قبل از شروع درمان.

روند درمان برطبق اصول طرح مطالعه تک موردی با خط پایه چندگانه ناهمزمان چنین بود که افراد واجد شرایط بطور همزمان به مرحله خط پایه وارد شدند و به طور تصادفی از نظر ترتیب ورود به مرحله خط پایه و درمان، یک به یک با فاصله یک جلسه (یک هفته) وارد طرح درمان شدند. بدین نحو که مراجع اول پس از مرحله خط پایه دوم یعنی هفته سوم وارد جلسه اول درمان شد و بعد از آن مراجع دوم در جلسه دوم مراجع اول وارد جلسه اول درمان و مراجع سوم نیز در جلسه دوم مراجع دوم و جلسه سوم مراجع اول به ترتیب وارد مرحله درمان ۱۲ جلسه‌ای و سه نوبت پیگیری^۱ در طی شش

1- follow-up

هفته پیگیری شدند. بیماران در طی سه مرحله مداخله در هر ملاقات با استفاده از بسته پرسشنامه‌ها و مقیاس‌های روانشناختی مربوط مورد ارزیابی قرار می‌گرفتند.

ج) ابزارها

مصاحبه بالینی ساختار یافته برای تشخیص اختلالات محور I (SCID-I)^۱: مصاحبه بالینی ساختار یافته برای اختلالات محور I، مصاحبه‌ای انعطاف‌پذیر است که توسط فرست، اسپیتزر، گیبون و ویلیامز^۲ (۱۹۹۶؛ به نقل از سگال^۳، ۱۹۹۷) تهیه شد. تران و اسمیت^۴ (۲۰۰۴)، ضریب کاپای ۶۰ درصد را به عنوان ضریب پایایی بین ارزیاب‌ها برای SCID گزارش کرده‌اند. شریفی، اسعدی، محمدی و همکاران (۱۳۸۳) این مصاحبه را پس از ترجمه به زبان فارسی، بر روی نمونه ۲۹۹ نفری اجرا کردند. توافق تشخیصی برای اکثر تشخیص‌های خاص و کلی، متوسط یا خوب بود (کاپای بالاتر از ۶۰ درصد). توافق کلی (کاپای کل تشخیص‌های فعلی ۵۲ درصد و برای کل تشخیص‌های طول عمر ۵۵ درصد) به دست آمده نیز خوب بود. از این ابزار به‌عنوان تأیید تشخیصی روانپزشک استفاده گردید.

نسخه چهارم پرسشنامه اختلال اضطراب فراگیر^۵ (GADQ-IV): این پرسشنامه در قالب یک ابزار خودسنجی معیارهای تشخیصی DSM-IV را برای اختلال GAD می‌سنجد. پژوهش‌های اخیر نشان داده‌اند که GADQ-IV به‌طور صحیحی بیش از ۹۲٪ از افرادی را که با ملاک‌های DSM، تشخیص بالینی GAD را دریافت کردند، تشخیص داده است (نیومن، زولینگ، کاپین و همکاران^۶، ۲۰۰۲). سوالات این پرسشنامه وجود نگرانی افراطی و غیرقابل کنترل شامل نگرانی در مورد چیزهای کوچک در اغلب روزها البته در طی مدت کمتر از ۶ ماه مورد توجه قرار می‌دهد. سوالات همچنین تعدادی از موضوعات نگران‌کننده، تأیید ویژگی‌های همبسته با GAD و شدت تداخل و آشفتگی در ارتباط با

1- Structured Clinical Interview for DSM (SCID)

3- Segal

5- Generalized Anxiety Disorder Questionnaire 8-

2- First, Spitzer, Gibbon & Williams

4- Tran & Smith

6- Newman, Zuellig, Kachin & et al.

نگرانی و علائم مرتبط با نگرانی را مورد بررسی قرار می‌دهد. نیومن و همکاران (۲۰۰۲) با شواهد اولیه معتبر یک فرمول برای به دست آوردن نمره کل از طریق ترکیب پاسخ‌ها به همه ماده‌ها (از صفر تا ۱۲) و یک نمره نقطه برش (یعنی نمره ۵/۷) برای مشخص کردن حالت احتمالی تشخیص GAD ارائه می‌دهند. این محققان میانگین نمرات این پرسشنامه را در نمونه افراد غیراضطرابی ۲/۶۹ با انحراف استاندارد (۳/۱۴) و پایایی بازآزمایی ۰/۹۲ گزارش کرده‌اند. در پژوهش حاضر ضریب بازآزمایی این پرسشنامه در یک جمعیت دانشجویی ۷۰ نفری با یک هفته فاصله در حدود ۰/۸۴ برآورد شد. هدف ما برای استفاده از این ابزار در پژوهش کنونی بیشتر به منظور ارزیابی شدت علائم GAD بود.

پرسشنامه نگرانی ایالت پنسیلوانیا^۱ (PSWQ): این پرسشنامه یک ابزار خودسنجی ۱۶ ماده‌ای است که عمدتاً برای سنجش شدت و افراطی و غیرقابل کنترل بودن نگرانی در زمان‌ها و موقعیت‌های مختلف به‌عنوان ویژگی معرف اساسی GAD، استفاده می‌شود. هر ماده روی یک مقیاس ۵ درجه‌ای رتبه‌بندی می‌شود. این پرسشنامه در ایران توسط دهشیری، گلزاری، برجعلی، و سهرابی (۱۳۸۸)، هنجاریابی شده و ضریب آلفای کرونباخ؛ ۰/۸۸ و ضریب بازآزمایی آن ۰/۷۹ برآورد گردید و اعتبار همگرایی پرسشنامه با سیاهه اضطراب صفت-حالت و سیاهه افسردگی بک را به ترتیب ۰/۶۸ و ۰/۴۳ گزارش کردند. همسانی درونی برای این ابزار ۰/۹۴ گزارش شده است و از نظر اعتبار این ابزار به خوبی می‌تواند بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر را از بیماران افسرده جدا کند، علاوه بر این اعتبار سازه این ابزار نیز در بررسی‌های تحلیل عاملی به تأیید رسیده است (فرسکو، هیمبرگ، منین و تورک، ۲۰۰۲؛ به نقل از بخشی‌پور، دژکام، مهریار و بیرشک (۱۳۸۳)). این پرسشنامه به عنوان ابزاری برای غربالگری اختلال اضطراب فراگیر به کار می‌رود. بهار، آلکاین، زولیگ و بورکووک^۲ (۲۰۰۳) در جمعیت افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر میانگین نمره این پرسشنامه را (۶۷/۳۵) و انحراف استاندارد (۸/۱۲) و در جمعیت

1- Penn State Worry Questionnaire

2- Behar, Alcaine, Zuellig & Borkokec

بدون این اختلال میانگین نمرات را $47/08$ با انحراف استاندارد $(13/24)$ بدست آورده‌اند. استوبر^۱ (۱۹۹۸) پایایی بازآزمایی این پرسشنامه را در جمعیت غیربالینی در حد $0/87$ برآورد کرده است. در این پژوهش برای سنجش شدت نگرانی به‌عنوان ویژگی اصلی اختلال اضطراب فراگیر از این ابزار استفاده شد.

مقیاس‌های عاطفه مثبت و عاطفه منفی^۲ (PANAS): یک ابزار ۲۰ ماده‌ای است که برای سنجش و دو بعد خلقی یعنی عاطفه منفی (PANAS-N) و عاطفه مثبت (PANAS-P) طراحی شده است (واتسون، کلارک و تلگن^۳، ۱۹۸۸). هر خرده‌مقیاس دارای ۱۰ ماده است. ماده‌ها روی یک مقیاس ۵ نقطه‌ای (۱=بسیار کم تا ۵=بسیار زیاد رتبه‌بندی می‌شوند. از نظر ویژگی‌های روان‌سنجی (پایایی و روایی) PANAS مطلوب است، پایایی به روش ضرایب سازگاری درونی عاطفه منفی $0/87$ و برای عاطفه مثبت $0/88$ است (براون، کورپیتا^۴ و بارلو، ۱۹۹۸). پایایی از راه بازآزمایی با فاصله ۸ هفته برای عاطفه منفی $0/71$ و برای عاطفه مثبت $0/68$ گزارش شده است (همان منبع). روایی سازه نسخه فارسی این ابزار نیز با روش تحلیل عاملی براساس ضریب آلفا $0/87$ گزارش شده است (بخشی‌پور، ۱۳۸۲).

سیاهه افسردگی بک^۵ - ویرایش دوم (BDI-II): این سیاهه، نسخه بازنگری شده BDI می‌باشد و با ملاک‌های افسردگی در چهارمین ویراست راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-IV) منطبق شده است. BDI-II شامل ۲۱ آیتم است که هر آیتم یکی از علائم افسردگی را می‌سنجد. هر آیتم دارای چهار جمله است که شدت افسردگی را می‌سنجد. هر جمله از نظر شدت بین صفر تا سه نمره‌گذاری می‌شود. نمرات بالاتر نشان‌دهنده علائم افسردگی شدیدتر می‌باشد. این سیاهه از ویژگی‌های روان‌سنجی قابل قبولی برخوردار است. بک، استیر^۶، و براون (۱۹۹۶) پایایی این آزمون را در یک جمعیت بهنجار با میانگین $12/56$ و انحراف معیار $9/93$ در حد $0/93$ برآورد

1- Stober

3- Watson, Clark & Tellegen

5- Beck Depression Inventory

2- Positive and Negative Affect Scales

4- Chorpita

6- Steer

کرده است. در ایران فتی، بیرشک، عاطف وحید و دابسون^۱ (۱۳۸۴) ضریب آلفای این آزمون را ۰/۹۱، ضریب همبستگی میان دو نیمه را ۰/۸۹ و ضریب باز آزمایی با فاصله یک هفته را ۰/۹۴ گزارش کردند. در این مطالعه همبستگی BDI-II با ویرایش اول BDI ۰/۹۳، به دست آمد. همچنین، در پژوهش قاسم‌زاده، مجتبیایی، کرم قدیری و ابراهیم‌خانی (۲۰۰۵) ضریب آلفای BDI-II ۰/۸۷ و ضریب باز آزمایی ۰/۷۴ گزارش شده است. بطور کلی نمره برش ۱۸ از طرف بعضی از پژوهشگران به عنوان نقطه برش پیشنهاد شده و گزارش کرده‌اند که این نمره، تقریباً ۹۲ درصد از بیماران مبتلا به اختلال افسردگی عمده را به درستی تشخیص داده و طبقه‌بندی می‌کند (به نقل از ازخوش، ۱۳۸۷). در این پژوهش، BDI-II به عنوان شاخصی برای اختلال افسردگی به کار گرفته شده است.

سیاهه هراس اجتماعی^۲ (SPIN): این پرسشنامه یک مقیاس خودسنجی ۱۷ آیتمی است که به منظور ارزیابی اضطراب یا هراس اجتماعی تهیه شده است. این سیاهه دارای سه خرده‌مقیاس ترس (۶ ماده)، اجتناب (۷ ماده) و ناراحتی فیزیولوژیکی (۴ ماده) است و هر یک از آیتم‌ها با استفاده از یک مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای، در دامنه ۱ (به هیچ وجه) تا ۵ (بسیار زیاد) نمره‌گذاری می‌شوند و نمره ۱۹ برای غربال افراد مبتلا به اختلال فوبی اجتماعی به‌عنوان نقطه برش در نظر گرفته می‌شود. پایایی این مقیاس به روش بازآزمایی در گروه‌های با تشخیص اختلال هراس اجتماعی ۰/۷۸ تا ۰/۸۹ و همسانی درونی آن در گروهی از افراد سالم ۰/۹۴ گزارش شده است. همچنین روایی همگرایی این پرسشنامه ۰/۵۷ تا ۰/۸۰ گزارش شده است (کانور، دیویدسون، چورشیل^۳ و همکاران، ۲۰۰۰). در ایران عبدی، بیرشک، علیلو و اصغرنژاد (۱۳۸۵) پایایی به روش باز آزمایی این پرسشنامه را ۰/۸۳ و همسانی درونی آن را ۰/۸۶ و اعتبار محتوایی آن را بالا گزارش کردند. آنتونی، کونس، مکبی، آشباغ و سونسون (۲۰۰۶) پایایی ضریب بازآزمایی این سیاهه را با میانگین ۹/۱۱ و انحراف معیار ۶/۰۸ در یک نمونه بهنجار در حدود

1- Dobson

2- Social Phobia Inventory (SPIN)

3- Connor, Davidson & Churchill

۰/۸۶ برآورد کرده است. در این پژوهش، SPIN به عنوان شاخص اختلال هراس اجتماعی به کار گرفته شده است.

شاخص حساسیت اضطرابی^۱ (ASI): شاخص حساسیت اضطرابی یک مقیاس خودسنجی ۱۶ آیتمی است که برای ارزیابی ترس از تجارب و احساسات مرتبط با اضطراب طراحی و تدوین شده است. هر آیتم، نگرانی راجع به پیامدهای منفی نشانه‌های اضطرابی را ارزیابی می‌کند. این آزمون بر اساس مقیاس پنج نقطه‌ای لیکرت (۰ = خیلی کم؛ تا ۴ = خیلی زیاد) نمره‌گذاری می‌شود. همسانی درونی این آزمون بین ۰/۸۲ تا ۰/۹۱ گزارش شده است. همچنین پایایی باز آزمایی، روایی پیش‌بین، سازه و ملاکی این پرسشنامه بالا گزارش شده است (پترسون و ریس^۲، ۱۹۹۲). ساندین، چوروت و مک نالی^۳ (۱۹۹۶) نمره افراد مبتلا به اختلال پانیک را در این شاخص با میانگین ۳۲/۵ و انحراف استاندارد (۱۰/۰۷) گزارش کرده است. در این پژوهش، ASI به عنوان مقیاس اختلال پانیک به کار گرفته شده است.

مقیاس سازگاری شغلی و اجتماعی^۴ (WSAS): یک سنجه ۵ ماده‌ای است که آزمودنی‌ها در آن درجه تداخل نشانه‌های مشکلات روانی در کارکردهای شغلی، مدیریت منزل، علائق^۵ شخصی، علائق اجتماعی و روابط خانوادگی از ۰ (عدم آسیب) تا ۸ (آسیب جدی) درجه‌بندی می‌کند. این مقیاس یک سنجش توصیفی از تداخل ذهنی در حوزه‌های مختلف زندگی می‌باشد و به‌طور موفقیت‌آمیزی در برخی پژوهش‌های بالینی در خصوص درمان افسردگی و اضطراب به کار رفته است (مونت، مارکس، گریست و شیر^۶، ۲۰۰۲). ویژگی‌های روانسنجی این ابزار در پژوهش مونت و همکاران (۲۰۰۲) خوب گزارش شده است. این محققان در پژوهش خود همسانی درونی این ابزار را ۰/۷۵، اعتبار بازآزمایی با فاصله دو هفته ۰/۷۳ و همبستگی این ابزار با شدت علائم اختلال افسردگی و اختلال وسواس-اجباری به ترتیب ۰/۷۶ و ۰/۶۱ برآورد کرده‌اند. محمدی

1- Anxiety Sensivity Index
3- Sandin, Chorot & McNally
5- leisure

2- Peterson & Reiss
4- Work and Social Adjustment Scale
6- Mundt, Marks, Greist & Shear

(۱۳۹۰) پس از ترجمه و انطباق، همبستگی این مقیاس با زیر مقیاس‌های اضطراب و افسردگی مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس^۱ را به ۰/۷۵ و ۰/۶۶ و همچنین ضریب پایایی از طریق بازآزمایی با فاصله یک هفته را برای این مقیاس ۰/۶۹ بدست آورده است. در پژوهش حاضر از این ابزار بعنوان شاخص ارزیابی عملکرد یا کارکرد کلی استفاده شد.

د) روش درمان

به منظور بررسی کارایی روش درمان فراتشخیصی یکپارچه از دستورالعمل جدید درمان فراتشخیصی یکپارچه (بارلو، الارد، فایرولمه و همکاران، ۲۰۱۱) استفاده شد. این پروتکل درمانی شامل هشت بخش است که در پژوهش حاضر در طی ۱۲ جلسه فردی تقریباً ۵۰ تا ۶۰ دقیقه‌ای و همه بخش‌ها در ترتیب ثابت و تعداد جلسات مساوی روی آزمودنی‌ها در مرکز ارجاع مشاوره و خدمات روانشناختی علامه امینی بهزیستی اجرا گردید.

این پروتکل از هشت بخش یا مدول^۲ (پنج بخش اصلی و سه بخش فرعی) تشکیل یافته است که با تأکید بر اصول بنیادی درمان‌های شناختی- رفتاری و ادغام پیشرفت‌های جدید در پژوهش‌های مربوط به تنظیم هیجانی سعی در استفاده از راهبردهای شناختی- رفتاری از قبیل: خاموشی، تکنیک‌های جلوگیری از اجتناب شناختی و رفتاری، رویارویی رفتاری، هیجانی و درون جسمی و همچنین شناسایی و اصلاح شناختواره‌های غیرانطباقی برای درمان افراد مبتلا به اختلال‌های هیجانی دارد. بخش‌های این پروتکل عبارتند از (همان منبع)؛ افزایش انگیزه^۳؛ آموزش روانی یا منطقی درمان^۴؛ آموزش آگاهی از هیجان^۵؛ ارزیابی مجدد شناختی^۶؛ رفتارهای ناشی از هیجان^۷؛ رویارویی احساسی و موقعیتی^۸؛ آگاهی و تحمل احساس‌های جسمانی^۹ و پیشگیری از عود^{۱۰}.

جلسات درمان نیز با آماج قرار دادن اهداف درمان و تمرکز بر مدول‌های مختلف پروتکل به مراجعان ارائه گردید که محتوای آن به صورت خلاصه در جدول شماره ۲ آمده است:

1- Depression, Anxiety, Stress Scale(DASS)	2- module
3- motivation enhancement	4- psychoeducation and treatment rationale
5- emotion awareness training	6- cognitive reappraisal
7- Emotion Driven Behaviors (EDBs)	8- interoceptive and situational exposure
9- awareness and tolerance of physical sensations	10- interoceptive and situational exposure

جدول (۲) محتوای مداخله درمانی

جلسات	محتوا
اول	افزایش انگیزه؛ مصاحبه انگیزشی برای مشارکت و درگیری بیماران در طول درمان، ارائه منطق درمان و تعیین اهداف درمان.
دوم	ارائه آموزش روانی؛ بازشناسی هیجان‌ها و ردیابی تجارب هیجانی و آموزش مدل سه مولفه ای تجارب هیجان و مدل ARC
سوم	آموزش آگاهی هیجانی؛ یادگیری مشاهده تجارب هیجانی (هیجان‌ها و واکنش به هیجان‌ها) خصوصا با استفاده از تکنیک‌های ذهن آگاهی.
چهارم	ارزیابی و ارزیابی مجدد شناختی؛ ایجاد آگاهی از تاثیر و ارتباط متقابل بین افکار و هیجان‌ها، شناسایی ارزیابی‌های ناسازگارانه اتوماتیک و دام‌های شایع تفکر و ارزیابی مجدد شناختی و افزایش انعطاف‌پذیری در تفکر.
پنجم	شناسایی الگوهای اجتناب از هیجان؛ آشنایی با راهبردهای مختلف اجتناب از هیجان و تاثیر آن بر تجارب هیجانی و آگاهی یافتن از اثرات متناقض اجتناب از هیجان.
ششم	بررسی رفتارهای ناشی از هیجان EDBs؛ آشنایی و شناسایی رفتارهای ناشی از هیجان و درک تاثیر آنها روی تجارب هیجانی، شناسایی EDBs ناسازگارانه و ایجاد گرایش‌های عمل جایگزین بواسطه رویارویی شدن با رفتارها.
هفتم	آگاهی و تحمل احساس‌های جسمانی؛ افزایش آگاهی از نقش احساس‌های جسمانی در تجارب هیجانی، انجام تمرین‌های مواجهه یا رویارویی احشایی به‌منظور آگاهی از احساس‌های جسمانی و افزایش تحمل این علائم.
هشتم	رویارویی احشایی و رویارویی با هیجان مبتنی بر موقعیت؛ آگاهی یافتن از منطق رویارویی‌های هیجانی، آموزش نحوه تهیه سلسله‌مراتب ترس و اجتناب و طراحی تمرین‌های مواجهه هیجانی مکرر و اثربخش به‌صورت تجسمی و عینی و ممانعت از اجتناب.
نهم	پیشگیری از عود؛ مرور کلی مفاهیم درمان و بحث در مورد بهبودی و پیشرفت‌های درمانی بیمار

ه) راهبردهای تحلیل نتایج

همانند اکثر طرح‌های تک‌موردی نخستین راهبرد یا روش تحلیل نتایج حاصله استفاده از روش استاندارد ترسیم دیداری^۱ یا چشمی بود. تغییرات در علائم اصلی و عملکرد

1- visual inspection

بیماران در طی مراحل خط پایه، درمان و پیگیری بواسطه الگوهای ترسیم دیداری تغییر در سطح، شیب و پایداری^۱ نمرات PSWQ و OASIS بررسی گردید.

همچنین از روش شاخص تغییر پایا^۲ (RCI) جیکوبسون، فولتی و رونستروف (۱۹۸۴)؛ به نقل از جیکوبسون و تروا؛ (۱۹۹۸) با فرمول اصلاح شده کریستنسن و مندوزا^۳ (۱۹۸۶)؛ به نقل از همان منبع) برای محاسبه تغییر آماری معنادار^۴ نمرات استفاده شد. برای محاسبه RCI نمره پس از درمان یا پیگیری از نمره پیش از درمان تفریق می‌شد و حاصل آن بر خطای استاندارد تفاوت‌ها S_{diff} تقسیم می‌گردد. در این پژوهش اگر نتیجه بدست آمده بزرگ‌تر از سطح معناداری نمره Z یعنی $1/96$ ($p < 0.05$) باشد، می‌توان با ۹۵ درصد اطمینان تغییر یا بهبودی بدست آمده را به اثر مداخله نسبت داد.

برای بررسی بهبودی یا تغییر بالینی معنادار^۵ یا سنجش پیشرفت مراجعان در تغییر متغیرهای آماجی علاوه بر در نظر گرفتن نقطه برش ابزارها از روش درصد بهبودی نیز استفاده گردید. در این روش با توجه به فرمول درصد بهبودی نمره پس‌آزمون فرد از نمره پیش‌آزمونش تفریق و حاصل آن را بر نمره پیش‌آزمون تقسیم می‌کنیم (اوگلز، بونن و بونستیل، ۲۰۰۱).

یافته‌ها

نتایج حاصل از این پژوهش براساس نمودار شماره ۱ و نتایج جدول شماره ۳ و ۴ بیماران به‌طور جداگانه به شرح زیر ارائه می‌گردد.

1- level, slope & stability
3- Christensen & Mendoza
5- clinical significance change

2- reliable change index
4- statistical significance change
6- Ogles, Bunnan & Bonsteel

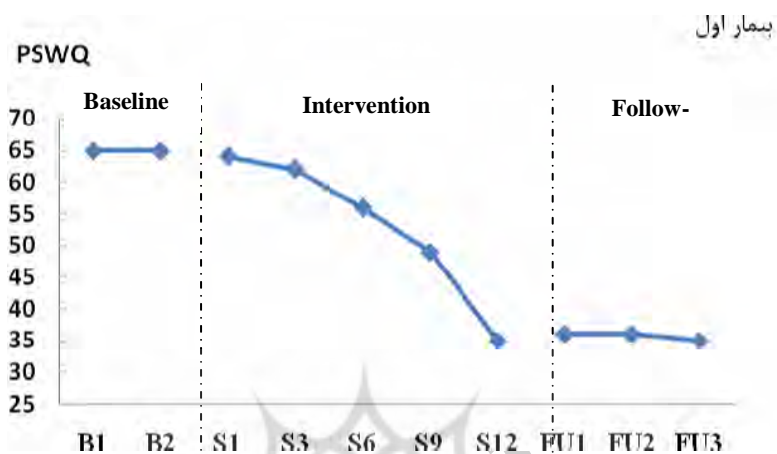
جدول (۳) درصد بهبودی و شاخص تغییر پایای بیماران در PSWQ، GADQ-V و سنجه‌های اختصاصی اختلال همانند

بیماران			PSWQ			GADQ-V			سنجه‌های اختلال همانند		
مرحل مداخله			بیمار اول	بیمار دوم	بیمار سوم	بیمار اول	بیمار دوم	بیمار سوم	بیمار اول	بیمار دوم	بیمار سوم
خط پایه اول			۶۵	۶۹	۷۱	۹/۵	۱۰/۵	۹/۵	۴۴	۳۴	۴۱
جلسه اول			۶۴	۶۶	۶۹	۹/۵	۹/۵	۹	۴۲	۳۱	۳۸
جلسه دوازدهم			۳۵	۴۱	۳۹	۴	۴/۵	۴/۵	۱۸	۱۶	۲۰
شاخص تغییر پایا (RCI)			-۴/۴۴	-۴/۱۵	-۴/۷۴	-۴/۳۷	-۴/۷۶	-۳/۹۷	-۸/۰۷	-۴/۸۴	-۳/۲۶
درصد بهبودی			۴۶/۱۵	۴۰/۵۸	۴۵/۰۷	۵۷/۸۹	۵۷/۱۴	۵۲/۶۳	۵۶/۸۲	۵۲/۹۴	۵۱/۲۲
درصد بهبودی کلی			۴۳/۹۳			۵۵/۸۹			۵۳/۶۶		
پیگیری نوبت سوم			۳۵	۴۰	۳۷	۳/۵	۴/۵	۴	۱۶	۱۶	۱۸
شاخص تغییر پایا (RCI)			-۴/۴۴	-۴/۳۰	-۵/۰۴	-۴/۷۶	-۴/۷۶	-۴/۳۷	-۸/۷۰	-۴/۸۴	-۳/۵۷
درصد بهبودی			۴۶/۱۵	۴۲/۰۲	۴۷/۸۸	۶۳/۱۶	۵۷/۱۴	۵۷/۸۹	۶۳/۶۳	۵۲/۹۴	۵۶/۱۰
درصد بهبودی کلی			۴۵/۳۵			۵۹/۴۰			۵۶/۵۷		

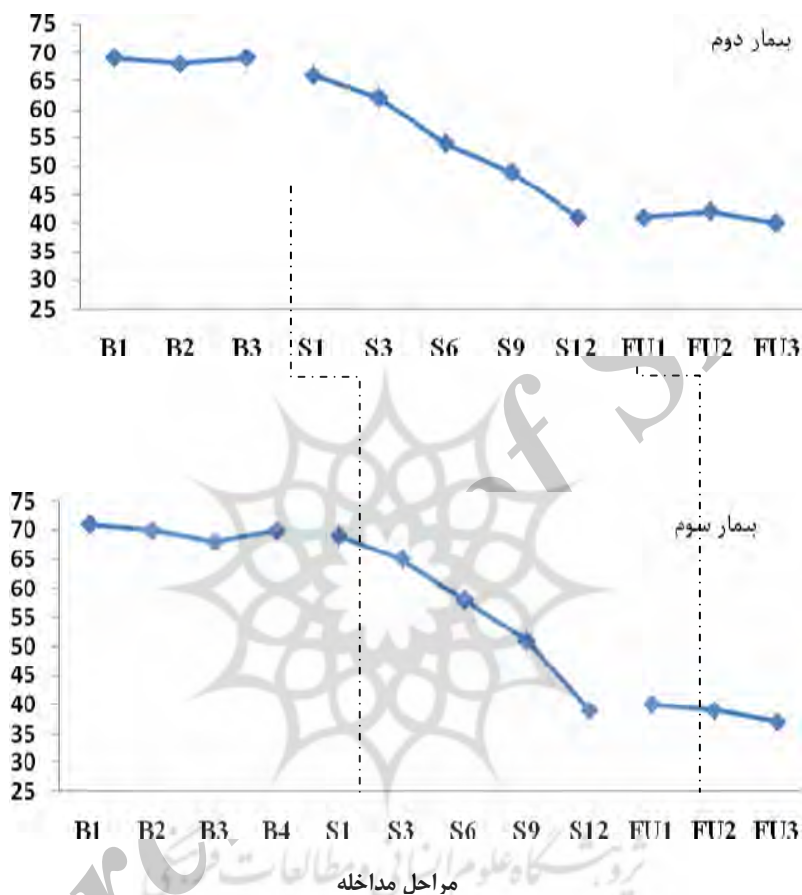
علامت منفی (-) در نمرات RCI نشان دهنده روند کاهشی نمرات است.

جدول شماره (۴) درصد بهبودی بیماران در PANAS-P، PANAS-N، و WSAS

بیماران			WSAS			PANAS-N			PANAS-P		
مرحل مداخله			بیمار اول	بیمار دوم	بیمار سوم	بیمار اول	بیمار دوم	بیمار سوم	بیمار اول	بیمار دوم	بیمار سوم
خط پایه اول			۱۷	۲۱	۲۰	۲۹	۳۸	۳۱	۳۰	۲۴	۲۵
جلسه اول			۱۷	۲۰	۱۹	۳۷	۳۸	۳۰	۳۱	۲۴	۲۵
جلسه دوازدهم			۸	۱۰	۱۲	۱۷	۲۳	۱۸	۳۸	۲۷	۳۰
درصد بهبودی			۵۲/۹۴	۵۲/۳۸	۴۰	۴۱/۳۷	۳۹/۴۷	۴۱/۹۳	۲۶/۶۷	۱۲/۵۰	۲۰
درصد بهبودی کلی			۴۸/۴۴			۴۰/۹۲			۱۹/۷۲		
پیگیری نوبت سوم			۷	۱۰	۱۱	۱۶	۲۲	۱۸	۴۰	۲۷	۳۱
درصد بهبودی			۵۸/۸۲	۵۲/۳۸	۴۵	۴۴/۸۲	۴۲/۱۰	۴۱/۹۳	۳۳/۳۳	۱۲/۵۰	۲۴
درصد بهبودی کلی			۵۲/۰۷			۴۲/۹۵			۳۲/۲۸		



Archive of
 پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
 پرتال جامع علوم انسانی



نمودار (۴-۱) روند تغییر نمرات PSWQ بیماران در طی مراحل خط پایه (B₁₋₄ مداخله) S₁₋₁₂ (و پیگیری) FU₁₋₃

بیمار اول:

با توجه به نمودار شماره ۱ نمرات PSWQ در غیاب مداخله درمانی در مرحله خط پایه پایدار بوده و تغییری در سطح نگرانی به‌عنوان مشخصه اصلی اختلال اضطراب فراگیر دیده نمی‌شود. با تغییر مرحله از خط پایه به مرحله مداخله درمانی با نهفتگی دو

جلسه پس از سومین جلسه یعنی درک ماهیت هیجان‌ها و افزایش آگاهی هیجانی بیمار میزان تغییر^۱ با توجه به روند یا شیب^۲ نمودار کاهش پیوسته‌ای را تا جلسه آخر درمان در شدت نگرانی نشان می‌دهد و در مرحله پیگیری افزایش یا کاهشی در سطح تغییرات وجود ندارد و نسبت به مرحله خط پایه سطح نمرات پایین‌تر است. اندازه تغییر^۳ متوسطی را با توجه به سطح تغییر نمرات می‌توان در نمودار مشاهده کرد.

با توجه به مقدار شاخص تغییر پایا بدست آمده از مرحله خط پایه به مراحل پس از درمان در نمرات پرسشنامه‌های PSWQ برابر (RCI=-۴/۴۴) و GADQ-V برابر (RCI = -۴/۳۷) و مقیاس SPIN برای سنجش شدت اختلال همایند هراس اجتماعی این بیمار معادل (RCI=-۸/۰۷) و همچنین با توجه به مقادیر RCI‌های بدست آمده بیمار در نوبت سوم پیگیری نسبت به مرحله خط پایه در این ابزارها (جدول شماره ۳) و معناداری آنها در سطح (p<۰/۰۵) حاکی از معنادار بودن تغییر و بهبودی بوجود آمده در روند و شدت نگرانی، علایم اختلال اضطراب فراگیر و اختلال هراس اجتماعی بیمار از نظر آماری می‌باشد. همچنین کاهش نمرات بیمار تا حد نقاط برش پرسشنامه‌ها و درصد بهبودی بدست آمده در این ابزارها (جدول شماره ۳)، نشانگر معناداری قابل توجه تغییر در شدت نشانه‌های اختلال اصلی و همایند این بیمار از نظر بالینی می‌باشد. با توجه به مقادیر RCI‌ها و درصد بهبودی هر کدام از این ابزارها در مرحله پیگیری، به نظر می‌رسد روند تغییر یا بهبودی در این مرحله نسبت به مرحله درمان اندکی افزایش دارد. درصد بهبودی این بیمار با توجه به نتایج جدول شماره ۴ در مقیاس‌های WSAS و PANAS-N بهبودی عملکرد کلی و کاهش عاطفه منفی به‌عنوان متغیر و عامل مشترک در اختلال‌های هیجانی در مرحله پس از درمان و دوره پیگیری نسبت به خط پایه را از نظر بالینی در حد معناداری نشان می‌دهد. درصد بهبودی این بیمار در مقیاس PANAS-P از نظر بالینی زیاد قابل ملاحظه نبوده هرچند در مقایسه با سایر بیماران درصد بالای بهبودی را کسب نموده است.

1- change rate

2- slope

3- magnitude of change

بیمار دوم:

با توجه به نمودار روند تغییر نمرات PSWQ این بیمار در مرحله خط پایه در حد ثابتی قرار دارد و روند تغییر نمرات از جلسه سوم با افت سطح نمرات و شیب ملایم تر نسبت به روند تغییر بیمار اول تغییرپذیری بصورت پیوسته تا جلسه آخر درمان ادامه دارد ولی بعد از این جلسه روند تغییر متوقف و افزایش یا کاهش در سطح نمرات مرحله پیگیری مشاهده نمی شود.

مقدار شاخص تغییر پایا بدست آمده از مرحله خط پایه به مراحل پس از درمان این بیمار در نمرات پرسشنامه‌های PSWQ برابر $(RCI = -4/15)$ و $GADQ-V$ برابر $(RCI = -34/97)$ و مقیاس BDI-II برای سنجش اختلال همایند افسردگی این بیمار معادل $(RCI = -4/84)$ و همچنین RCI های بدست آمده این سه مقیاس در نوبت سوم پیگیری نسبت به مرحله خط پایه این بیمار (جدول شماره ۳) و بالا بودن مقدار آنها از نمره Z یعنی $1/96$ و معناداری آنها در سطح $(p < 0/05)$ حاکی از معنادار بودن تغییر و بهبودی بوجود آمده در روند و شدت نگرانی، علایم اختلال اضطراب فراگیر و شدت اختلال افسردگی همایند بیمار از نظر آماری می باشد. همچنین با کاهش نمرات این بیمار در تا حد نقاط برش پرسشنامه‌ها و درصد بهبودی (ارائه شده در جدول شماره ۳)، نشانگر تاثیر معنادار این روش مداخله از نظر بالینی در کاهش شدت نشانه‌های اختلال اصلی و اختلال همایند می باشد. با توجه به جدول شماره ۴ درصد بهبودی و تغییر ناشی از این درمان در عملکرد کلی (WSAS) و عاطفه منفی (PANAS-N) از نظر بالینی قابل توجه بوده ولی در عاطفه مثبت تغییر معناداری دیده نمی شود و در این خرده‌مقیاس نسبت به سایر بیماران تغییر این بیمار در حد ضعیفی می باشد، هر چند در اتمام مرحله پیگیری نسبت به پس از درمان روند بهبودی افزایشی جزئی داشته است. به طور کلی این بیمار در مقایسه با دو بیمار دیگر تغییر و بهبودی کمتری را خصوصاً در کاهش شدت نگرانی و نشانه‌های اختلال اضطراب فراگیر و افزایش عاطفه مثبت کسب کرده است.

بیمار سوم:

بر اساس نمودار ارائه شده از نمرات پرسشنامه PSWQ این بیمار با اندازه‌ای نوسان ناچیز در مرحله خط پایه، روند تغییر در سطح و شیب نگرانی خود را از جلسه سوم شروع کرده و این تغییر با شیب تغییر نسبتاً تند شبیه به بیمار اول تا جلسه آخر تداوم داشته است. در مرحله پیگیری روند تغییر نمرات با وجود اندکی نوسان افزایشی، ثبات پیدا کرده است.

با توجه به نتایج ارائه شده در جدول شماره ۳، این بیمار نیز از نظر آماری کاهش معناداری را در جلسه آخر درمان نسبت به مرحله خط پایه در سطح معناداری ($p < 0.05$) با مقادیر شاخص تغییر پایای پرسشنامه‌های PSWQ برابر ($RCI = -4/74$)، GADQ-7 برابر ($RCI = -4/97$) و مقیاس ASI برای سنجش شدت اختلال همانند پانیک این بیمار معادل ($RCI = -3/26$) کسب کرده است. همچنین بالا بودن ارزش RCI‌های بدست آمده از نمره Z یعنی $1/96$ و معناداری آنها در سطح ($p < 0.05$) در نوبت سوم پیگیری نسبت به مرحله خط پایه این بیمار حاکی از معنادار بودن تغییر و بهبودی بوجود آمده در روند و شدت نگرانی، نشانه‌های اختلال اضطراب فراگیر و اختلال پانیک بیمار از نظر آماری می‌باشد. پایین آمدن نمره بیمار در ابزارهای فوق‌الذکر تا حد نقطه برش و درصد بهبودی قابل ملاحظه در مرحله پس از درمان و پیگیری (جدول شماره ۳) گواهی بر معناداری تغییر و بهبودی در نشانه‌های پاتولوژیک آماجی این بیمار از نظر بالینی می‌باشد. با توجه به نتایج جدول شماره ۴ نیز نمره بهبودی عملکرد کلی (WSAS) این بیمار نسبت به دو بیمار دیگر در حد پایینی قرار دارد ولی روند تغییر به‌طور کلی خصوصاً در مرحله پیگیری خوب می‌باشد. درصد بهبودی فرد در عاطفه منفی (PANAS-N) قابل ملاحظه می‌باشد، هر چند بهبودی در عاطفه مثبت ناچیز می‌باشد.

به‌طور کلی نتایج بدست آمده در جداول شماره ۳ و ۴ و نمودار شماره ۱ روند تغییر یا بهبودی نشانه‌های هر سه بیمار در اختلال اصلی و اختلال همانند در مرحله پس از درمان و پیگیری نسبت به خط پایه از نظر آماری و بالینی معنادار می‌باشد. همچنین

می‌توان این بهبودی معنادار را در کارکرد یا عملکرد عمومی و عاطفه منفی به‌عنوان متغیر مشترک اختلال‌های هیجانی در مرحله پس از درمان و پیگیری نیز نسبت به خط پایه مشاهده کرد.

بحث و نتیجه‌گیری

در این مطالعه که کارایی و کاربردپذیری پروتکل درمان شناختی- رفتاری فراتشخیصی یکپارچه ۱۲ جلسه‌ای در افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر دارای یک اختلال هیجانی همایند مورد ارزیابی گرفت، چندین یافته خوب بدست آمد. نخست، به نظر می‌رسد این مداخله منجر به کاهش قابل ملاحظه در شدت علائم و آسیب در کارکرد بیماران نسبت به خط پایه‌های با دوره انتظار متفاوت هم در اختلال اصلی و هم در اختلال همایند گردید. بدون توجه به طول مدت دوره خط پایه بیماران، متغیرهای وابسته یا آماج درمان در طی مرحله خط پایه نسبتاً پایدار و بدون تغییر ماندند و نهایتاً با ورود متغیر مستقل (مداخله درمانی) تغییرات در سطح، روند و شیب حدوداً پس از سه جلسه نهفتگی^۱ از جلسه سوم درمان پدیدار شد. همچنین شیب پیوسته و تداوم یکنواخت آن تا حدودی نشانگر تأثیر هر کدام از مولفه‌های تعبیه شده در پروتکل جلسات درمان می‌باشد، هر چند تغییر شیب در برخی جلسات قابل ملاحظه‌تر بود.

برنامه سنجش مکرر نشانه‌ها به‌صورت هفتگی امکان بررسی ارتباط بین مولفه‌های هر جلسه از مداخله و علائم گزارش شده را موجب گردید. دو مورد از این مشاهدات که تقریباً در هر سه بیمار آشکار شد، موجب کاهش قابل ملاحظه‌ای در علائم در طول مرحله مداخله گردیده است. نخستین مورد در جلسه سوم یعنی همزمان با درک ماهیت انطباقی هیجان‌ها و افزایش آگاهی هیجانی با استفاده از تکنیک‌های ذهن آگاهی در این جلسه باشد که همسو با یافته‌های منین، فرسکو، ریتز، هیمبرگ و مور^۲ (۲۰۰۸)؛ به نقل از بهار، دی مارکو، هکلر، موهلن و استپلس، (۲۰۰۹) مبنی بر اثربخشی تکنیک‌های ذهن

1- latency

2- Mennin, Fresco, Ritter, Heimberg, & Moore

آگاهی درمان نظم‌بخشی هیجانی^۱ در افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر است. دومین مورد نوسانات جزئی در نمرات نگرانی و نشانه‌های اختلال اصلی و همایند در جلسات نهم تا یازدهم بود که شاید در نمودار شماره نباشد، این الگو نیز می‌تواند همسو با این عقیده باشد که شروع مواجهه و جلوگیری از اجتناب ممکن است منجر به افزایش در شدت علائم گردد و این خود نشانه‌ای از تغییر در ساختارهای ترس و اضطراب بیمار یا مکانیسم عمل و اثربخش بودن مواجهه در بیمار است که متعاقب این حالت فرد به‌طور معنادار و پایدار از دست هیجانات منفی رها خواهد شد و تجارب بافتاری جدیدی را جایگزین خواهد کرد (فورسیت، باریوس و آپسون^۲، ۲۰۰۷). این الگوهای مشاهده شده ممکن است حاکی از این باشد که محتوای این جلسات فعال‌ترین یا موثرترین بخش‌های پروتکل در بیماران با این اختلال باشد.

به‌طور کلی با توجه به یافته‌های این پژوهش کاهش معنادار در شدت نگرانی و نشانه‌های اختلال اضطراب فراگیر و همچنین شدت اختلال هیجانی همایند و آسیب در عملکرد هر سه بیمار در مقایسه با نمرات مرحله خط پایه و تداوم این تغییر با نوسانات کاهشی یا افزایش اندک حتی تا آخر دوره پیگیری، که به‌صورت بارز و واضح این یافته‌ها را می‌توان در نمودار روند تغییر نمرات نگرانی و شاخص‌های تغییر پایا، درصد بهبودی و کاهش نمرات تا حد نقطه برش یا پایین‌تر در سایر متغیرهای وابسته یا آماج‌های درمان هر یک از بیماران مشاهده کرد، همه حاکی از کارایی و اثربخشی این مداخله در بهبودی افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر دارای اختلال هیجانی همایند می‌باشد.

نکته مهم این پروتکل یکپارچه تاثیر معنادار در بهبودی و تغییر نشانه‌های آسیب شناختی دامنه‌ای از اختلال‌های هیجانی شامل اختلال اضطراب فراگیر به‌عنوان تشخیص اصلی و اختلال‌های افسردگی اساسی، هراس اجتماعی و وحشتزدگی به‌عنوان تشخیص‌های همایند بیماران می‌باشد. همچنین این روش درمان تأثیر قابل ملاحظه‌ای در کاهش نمرات عاطفه منفی به‌عنوان یکی از عوامل مرکزی و فراتشخیصی داشته

1- Emotion regulation therapy (ERT)

2- Forsyth, Barrios & Acheson

است که این امر نه بواسطه آماج قرار دادن مستقیم این عواطف بوده بلکه این روش با توجه به این که تجارب منفی هیجانی را چیزی انزجاری ندیده و نیازی به کاهش دادن آن نمی‌بیند، بلکه آنها را دارای ارزش انطباقی و کارکردی می‌داند و بر کاهش واکنش‌های عاطفی به این هیجان‌های منفی نه کاهش خود هیجان‌های منفی تأکید دارد (بارلو و همکاران، ۲۰۱۱). بنابر این تغییرات بوجود آمده در عاطفه منفی بیشتر نه با هدف کاهش یا افزایش خود این عواطف بلکه بواسطه کاهش اجتناب و واکنش منفی به این عواطف بوده است. به‌علاوه این پروتکل درمان تأکید ویژه‌ای روی کاهش اجتناب از هیجان‌های مثبت و ترغیب به گرایش بیشتر به تجارب هیجانی مثبت دارد که البته در این پژوهش افزایش سطح عاطفه مثبت بیماران در حد قابل ملاحظه نبود خصوصاً که شاید به دلیل رابطه منفی عاطفه مثبت با اختلالات همایند این بیماران همانطوری که در مدل سه بخشی و تحلیل رابطه ساختاری بین عاطفه منفی و مثبت و برانگیختگی هیجانی با اختلال هیجانی سطح پایین عاطفه مثبت به‌عنوان عامل اختصاصی اختلال هراس اجتماعی و افسردگی اساسی معرفی شده‌اند و شاید این عوامل بدلیل داشتن مولفه‌های سرشتی مقاوم به تغییر باشند (بخشی‌پور، ۱۳۸۳؛ براون، کورپیتا و بارلو، ۱۹۹۸).

تحول و شکل‌گیری درمان فراتشخیصی یکپارچه با پژوهش‌های موازی در مورد ماهیت و طبقه‌بندی اختلال‌های اضطرابی و خلقی همراه شده است. یکی از این پژوهش‌ها طرح پیشنهادی براون و بارلو (۲۰۰۹) است که با توجه به داده‌های بدست آمده نشان دادند اختلال‌های متفاوت DSM-IV در طیف کامل مقوله‌های تشخیصی اضطرابی و خلقی را می‌توان در دل یک سیستم طبقه‌بندی ابعادی^۱ واحد منطبق یا ادغام کرد. این یافته می‌تواند تائیدی بر تغییرات بالینی بدست آمده در این طیف از اختلال‌ها بواسطه درمان فراتشخیصی یکپارچه باشد. مدل پروتکل یکپارچه در مورد خاستگاه‌های اختلالات هیجانی، خصوصاً زمانی که در ارتباط با سیستم طبقه‌بندی ابعادی مطرح شده توسط براون و بارلو (۲۰۰۹) استفاده شود، رویکردی انعطاف‌پذیر به تشخیص و درمان اختلال‌های هیجانی ارائه می‌کند. در واقع نتایج این مطالع همسو با نتایج مطالعات قبلی

1- dimensional

حمایت مستقیمی بر مفهوم‌سازی ابعادی از آسیب‌شناسی روانی فراهم ساخت. در این مطالعه آماج قرار گرفتن عوامل هیجانی مرکزی بجای نشانه‌های اختصاصی اختلال از طریق پروتکل یکپارچه، منجر به تغییرات بالینی معنادار در طیف اختلال‌های اضطرابی و خلقی اعم از تشخیص اصلی یا تشخیص همایند گردید.

به‌طور کلی نتایج این پژوهش هماهنگ با ادعای این روش درمانی و تحقیقات انجام گرفته توسط (الارد و همکاران، ۲۰۱۰)، بویسه و همکاران (۲۰۲۱) و فارکیونه و همکاران (۲۰۱۲) مبنی بر کارایی درمان فراتشخیصی یکپارچه در افراد مبتلا به اختلال‌های هیجانی اضطرابی و خلقی، نشان داد که این درمان علاوه بر ایجاد تغییر و بهبودی در شدت نشانه‌های اختلال هیجانی اصلی می‌تواند تغییر معناداری را در نشانه‌های اختلال هیجانی همایند با آماج قرار دان عوامل مرکزی "سطح بالاتر"^۱ هیجانی موجب شود. در واقع نتایج این پژوهش‌ها نشان داد متخصصان بالینی می‌توانند بواسطه این روش درمانی بجای استفاده از راهنماهای درمانی متعدد می‌توانند با رویکردی مقتصدانه‌تر به طراحی و استفاده از درمان‌هایی اقدام نمایند که نیاز به استفاده از راهنماهای درمانی اختصاصی- اختلال متعدد و برنامه‌های درمانی سنگین را برطرف نماید (مانسل، هاروی، واتکینز و شافران، ۲۰۰۹). نکته کلیدی دیگر در خصوص یافته‌های پژوهش حاضر این است که با توجه به کارایی و کاربردپذیری این روش در ایجاد تغییر و بهبودی در افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر به‌عنوان اختلال اضطراب "پایه" بارلو (۲۰۰۲)، درمان این اختلال احتمالاً می‌تواند تلویحاتی کاربردی برای درمان سایر اختلال‌های اضطرابی داشته باشد.

از تلویحات کاربردی نتایج این پژوهش می‌توان به معرفی و تأیید این روش درمانی به‌عنوان روش کارآمد و اثربخش در درمان افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر، برطرف نمودن برخی از معایب درمان‌های اختصاصی- اختلال را همچون نیاز به صرف هزینه و زمان قابل ملاحظه برای آموزش صحیح راهنماهای درمانی مختلف از طرف متخصصان بالینی و همچنین رفع سردرگمی ناشی از انتخاب روش مناسب درمان از بین گزینه‌های مختلف درمانی برای اختلال واحد در متخصصان امر، اشاره کرد. بنابر این تأیید

1- higher order

موفقیت‌آمیز بودن این رویکرد در درمان افراد مبتلا به اختلال‌های هیجانی در این مطالعه و پژوهش‌های قبلی و آتی می‌تواند استدلال ارزشمندی برای انتشار درمان‌های مبتنی بر شواهد باشد و موانع موجود در پیاده‌سازی و اجرای آنها را از قبیل وقت و هزینه مورد نیاز برای آموزش مناسب راهنماهای درمانی متعدد برطرف نماید. در ضمن نیاز متخصصان بالینی را در مواقع مواجهه با بیماران با تظاهرات بالینی پیچیده بجای استفاده از پروتکل‌های متعدد با یک پروتکل واحد برطرف می‌سازد. در واقع تغییر موضع از آماج قرار دادن نشانه‌های اختصاصی - اختلال به سمت عوامل اساسی و مرکزی موجود در طیف کامل "نوروتیک"^۱ ممکن است هم موجز و هم تجربی تر بودن این رویکرد را اثبات نماید (براون و بارلو، ۲۰۰۹).

با در نظر گرفتن برخی محدودیت‌های طرح‌های تک موردی از جمله حجم کوچک نمونه و تک جنسیتی بودن نمونه در پژوهش حاضر تعمیم‌پذیری یافته‌ها به‌طور آشکاری محدود می‌شود. لذا برای رفع این محدودیت‌ها پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های آتی در قالب کارآزمایی‌های تصادفی کنترل شده با حجم نمونه بزرگ‌تر به‌منظور ارزیابی کارایی و کاربردپذیری این نوع مداخله در افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر و سایر اختلال‌های هیجانی بصورت جداگانه انجام شود.

سپاسگزاری

بدینوسیله از آزمودنی‌های این پژوهش به‌دلیل همکاری و مشارکت فعال در طول درمان و دوره پیگیری و همچنین از مدیریت محترم و پرسنل زحمتکش مرکز مشاوره و خدمات روانشناختی علامه امینی به‌زیستی تبریز کمال تشکر و قدردانی را دارم.

تاریخ دریافت نسخه اولیه مقاله:	۹۱/۰۲/۲۶
تاریخ دریافت نسخه نهایی مقاله:	۹۱/۰۵/۰۳
تاریخ پذیرش مقاله:	۹۱/۱۰/۱۹

1- neurotic

منابع

References

- احسان‌منش، مجتبی (۱۳۸۰). همه‌گیرشناسی بیماری‌های روانی در ایران: بازنگری برخی بررسی‌های انجام شد، فصلنامه اندیشه و رفتار، ۴، ۶۹-۵۴.
- ازخوش، منوچهر (۱۳۸۷). کاربرد آزمون‌های روانی و تشخیص بالینی، تهران: انتشارات روان.
- بخشی پور رودسری، عباس (۱۳۸۲). بررسی روابط ساختاری میان ابعاد اختلالات اضطرابی و افسردگی DSM-IV ابعاد مدل سه بخشی بسط یافته، پایان‌نامه دکترای تخصصی روانشناسی بالینی، دانشگاه علوم پزشکی ایران: انستیتو روانپزشکی تهران.
- بخشی پور، عباس؛ دژکام، محمود؛ مهریار، هوشنگ و بیرشک، بهروز (۱۳۸۳). روابط ساختاری میان ابعاد اختلال‌های اضطرابی و افسردگی DSM-IV و ابعاد الگوی سه بخشی، فصلنامه اندیشه و رفتار، ۴، ۶۳-۷۶.
- دهشیری، غلامرضا؛ گلزاری، محمود؛ برجلی، احمد و سهرابی، فرامرز (۱۳۸۸). خصوصیات روانسنجی پرسشنامه نگرانی ایالت پنسیلوانیا، مجله روانشناسی بالینی، ۴، ۷۵-۶۶.
- شریفی، ونداد؛ اسعدی، سیدمحمد؛ محمدی، محمدرضا؛ امینی، همایون؛ کاویانی، حسین؛ سمنانی، یوسف؛ شعبانی، امیر؛ شهرپور، زهرا؛ داوری آشتیانی، رزیتا و حکیم شوستری، میترا (۱۳۸۳). پایایی و قابلیت اجرای نسخه فارسی مصاحبه ساختار یافته تشخیصی SCID بر اساس DSM-IV. فصلنامه تازه‌های علوم شناختی، ۶، ۲۲-۱۰.
- عبدی، رضا؛ بیرشک، بهروز؛ محمودعلیلو، مجید و اصغر نژادفرید، علی اصغر (۱۳۸۵). سوگیری تعبیر در اختلال هراس اجتماعی، فصلنامه روانشناسی دانشگاه تبریز، ۴، ۱۴۳-۱۵۹.
- فتی، لادن؛ بیرشک، بهروز؛ عاطف‌وحید، محمد کاظم و دابسون، کیث (۱۳۸۴). ساختارهای معناگذاری/ طرحواره‌ها، حالت‌های هیجانی و پردازش شناختی اطلاعات هیجانی: مقایسه دو چارچوب مفهومی، فصلنامه اندیشه و رفتار، ۴۲، ۳۱۲-۳۲۶.
- محمدی، ابوالفضل (۱۳۹۰). مقایسه اثربخشی گروه درمانی فراتشخیصی با گروه درمانی شناختی در پیشگیری مشخص از علائم اضطراب و افسردگی، پایان‌نامه دکترای تخصصی روانشناسی بالینی، دانشگاه علوم پزشکی تهران: انستیتو روانپزشکی تهران.

نوربالا، احمدعلی؛ محمدی، کاظم؛ باقری‌یزدی، سیدعباس و یاسمی، محمدتقی (۱۳۸۰). *نگاهی بر سیمای سلامت روان در ایران*، تهران: مولف.

- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4th ed. Text Revision), Washington, DC: Author.
- Antony, M.M., Coons, M.J., McCabe, R.E., Ashbaugh, A., & Swinson, R.P. (2006). Psychometric Properties of the Social Phobia Inventory: Further Evaluation, *Behaviour Research and Therapy*, 44, 1177-1185.
- Barlow, D.H. (2000). Unraveling the Mysteries of Anxiety and Its Disorders from the Perspective of Emotion Theory, *American Psychologist*, 55, 1247-1263.
- Barlow, D.H. (2002). *Anxiety and Its Disorders: the Nature and Treatment of Anxiety and Panic* (2nd ed.). New York: Guilford Press.
- Barlow, D.H. (Ed.). (2008). *Clinical Handbook of Psychological disorders: A step-by-step treatment manual* (4th ed.). New York: Guilford Press.
- Barlow, D.H., Ellard, K.K., Fairholme, C.P., Farchione, T.J., Boisseau, C.L., Allen, L.B., & Ehrenreich-May, J. (2011). *The Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders: Client Workbook*, New York: Oxford University Press.
- Barlow, D.H., Farchione, T.J., Fairholme, C. P., Ellard, K.K., Boisseau, C.L., Allen, L.B., & Ehrenreich-May, J. (2011). *The Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders: Therapist Guide*, New York: Oxford University Press.
- Barlow, D.H., Allen, L.B., & Choate, M.L. (2004). Toward a Unified Treatment for Emotional Disorders, *Behavior Therapy*, 35, 205-230.
- Beck, AT., Steer, RA., Brown, G.K. (1996). *Manual for the Beck Depression Inventory-II*, The Psychological Corporation, Harcourt Brace & Company San Antonio.
- Behar, E., Alcaine, O., Zuellig, A.R., & Borkokec, T.D. (2003). Screening for Generalized Anxiety Disorder Using the Penn State Worry Questionnaire: A Receiver Operating Characteristic Analysis, *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 34, 25-43.
- Behar, E., DiMarco, I.D., Hekler, E.B., Mohlman, J., & Staples, A.M. (2009). Current Theoretical Models of Generalized Anxiety Disorder (GAD):

- Conceptual Review and Treatment Implications, *Journal of Anxiety Disorders*, 23(8), 1011-1023.
- Boisseau, C.I., Farchione, T.J., Fairholme, C.P., Ellard, K.K., & Barlow, D.H. (2010). The Development of the Unified Protocol for the Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders: A Case Study, *Cognitive and Behavioral Practice*, 17, 102-113.
- Brown, T.A., & Barlow, D.H. (2009). A Proposal for a Dimensional classification System Based on the Shared Features of the DSM-IV Anxiety and Mood Disorders: Implications for Assessment and Treatment, *Psychological Assessment*, 21, 256-271.
- Brown, T.A., Chorpita, B.F., & Barlow, D.H. (1998). Structural Relationships among Dimensions of the DSM-IV Anxiety and Mood Disorders and Dimensions of Negative Affect, Positive Affect, and Autonomic Arousal, *Journal of Abnormal Psychology*, 107, 179-192.
- Campbell-Sills, L., & Barlow, D.H. (2007). *Incorporating Emotion Regulation Into Conceptualizations and Treatments of Anxiety and Mood Disorders*, In J.J. Gross (Ed.), *Handbook of Emotion Regulation* (pp. 542-560). New York: Guilford Press.
- Clark, L.A., & Watson, D. (1991). Tripartite Model of Anxiety and Depression: Psychometric Evidence and Taxonomic Implications, *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 316-336.
- Connor, K.M., Davidson, J.R., Churchill, L.E., Sherwood, A., Foa, E., & Weisler, R.H. (2000). Psychometric Properties of the Social Phobia Inventory (SPIN), New Self-rating Scale, *British Journal of Psychiatry*, 176:379-86.
- Dugas, M.J. & Robichaud, M. (2007). *Cognitive Behavioral Treatment for Generalized Anxiety Disorder*, Routledge: Taylor & Francis
- Ellard, K.K., Fairholme, C.P., Boisseau, C.L., Farchione, T., & Barlow, D.H. (2010). Unified Protocol for the Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders: Protocol Development and Initial Outcome Data, *Cognitive and Behavioral Practice*, 17, 88-101.
- Etkin, A., & Wager, T.D. (2007). Functional Neuroimaging of Anxiety: A Meta-Analysis of Emotional Processing in PTSD, Social Anxiety

- Disorder and Specific Phobia, *American Journal of Psychiatry*, 164, 1476-1488.
- Farchione, T.J., Fairholme, C.P., Ellard, K.K., Boisseau, C.L., Thompson-Hollands, J., Carl, J.R., Gallagher, M.W., & Barlow, D.H. (2012). Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders: A Randomized Controlled Trial, *Behavior Therapy*, In Press.
- Forsyth, J.P., Barrios, V., & Acheson, D.T. (2007). *Exposure Therapy and Cognitive Interventions for the Anxiety Disorders: Overview and Newer Third-generation Perspectives*, In D.C.S. Richard & D. Lauterbach (Eds.). *Handbook of Exposure Therapies* (pp. 61-108). USA: Elsevier-Academic Press.
- Ghassemzadeh, H., Mojtabai, R., Karamghadiri, N., & Eberahimkhani, N. (2005). Psychometric Properties of a Persian Language Version of the Beck Depression Inventory-second Edition: BDI-II-Persian, *Depression and Anxiety*, 21, 185-192.
- Gross, J.J., & Thompson, R.A. (2007). *Emotion Regulation: Conceptual Foundations*, In J.J. Gross (Ed.), *Handbook of Emotion Regulation* (pp.3-24). New York: Guilford Press.
- Harvey, A., Watkins, E., Mansell, W., & Shafran, R. (2004). *Cognitive Behavioural Processes Across Psychological Disorders: A Transdiagnostic Approach to Research and Treatment*. Oxford: Oxford University Press.
- Hofmann, S.G., & Smits, J.A. (2008). Cognitive-behavioral Therapy for Adult Anxiety Disorders: A Meta-analysis of Randomized Placebo-controlled Trials, *Journal of Clinical Psychiatry*, 69(4), 621-632.
- Jacobson, N.S., & Truax, P. (1998). *Clinical Significance: A Statical Approach to Defining Meaningful Change in Psychotherapy Research*, In. Kazdin, A.E. (2Eds). *Methodological Issues & Strategies in Clinical Research* (pp. 521-538), Washington DC: American Psychological Association.
- Kazdin, A.E. (1992). *Research Design in Clinical Psychology* (2ed). Boston: Allyn and Bacon.
- Kessler, R.C., Berglund, P., & Demler, O. (2003). The Epidemiology of Major Depressive Disorder: Results from the National Comorbidity

- Survey Replication (NCS-R), *Journal of the American Medical Association*, 289(23), 3095-3105.
- Kessler, R.C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., & Walters, E.E. (2005). Lifetime Prevalence and Age-of-onset Distributions of DSM-IV Disorders in the National Comorbidity Survey Replication, *Archives of General Psychiatry*, 62, 593-602.
- Kessler, R.C., Chiu, W.T., Demler, O., & Walters, E.E. (2005). Prevalence, Severity, and Comorbidity of 12-Month DSM-IV Disorders in the National Comorbidity Survey Replication, *Archives of General Psychiatry*, 62, 617-627.
- Kessler, R.C., Walters, E.E., & Wittchen, H.U. (2004). Epidemiology, In R. G. Heimberg, C.L. Turk, & D.S. Mennin (Eds.), *Generalized Anxiety Disorder: Advances in Research and Practice* (pp. 29-50). New York: Guilford Press.
- Mansell, W., Harvey, A., Watkins, E., & Shafran, R. (2009). Conceptual Foundations of the Transdiagnostic Approach to CBT, *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 23, 6-19.
- Moses, E.B., & Barlow, D.H. (2006). A New Unified Treatment Approach for Emotional Disorders Based on Emotion Science, *Current Directions in Psychological Science*, 15, 146-150.
- Mundt, J.C., Marks, I.M., Greist, J.H., Shear, K. (2002). The Work and Social Adjustment Scale: A Simple Accurate Measure of Impairment in Functioning, *British Journal of Psychiatry*, 180, 461-464.
- Nathan, P.E., & Gorman, J.M. (Eds.). (2002). *A Guide to Treatments That Work*, London: Oxford University Press.
- Newman, M.G., Zullig, A.R., Kachin, K.E., Constantino, M.J., Przeworski, A., Erickson, T., & Cashman-McGrath, L. (2002). Preliminary Reliability and Validity of the GAD-Q-IV: A Revised Self-report Diagnostic Measure of Generalized Anxiety Disorder, *Behavior Therapy*, 33, 215-233.
- Ogels, B.M., Lunnen, K.M.Q., & Bonesteel, K. (2001). Clinical Significance: History, Application and Current Practice, *Clinical Psychological Review*, 21, 3, 421-446.

- Peterson, R.A., & Reiss, S. (1992). *Anxiety Sensitivity Index Manual*, Worthington, OH: International Diagnostic Systems.
- Sandin, B., Chorot, P., & McNally, RJ (1996). Validation of the Spanish Version of the Anxiety Sensitivity Index in a Clinical Sample, *Behaviour Research and Therapy*, 34, 283-290.
- Segal, D.L. (1997). *Structured Interviewing and DSM Classification*, In. S.M. Turner & M.Hersen (Eds.). *Adult Psychopathology and Diagnosis*, (pp.24-57). New York: John Wiley & Sons.
- Stöber, J. (1998). Reliability and Validity of Two Widely-used Worry Questionnaires: Self-report and Self-peer Convergence, *Personality and Individual Differences*, 24, 887-890.
- Tran, G.Q., & Smith, G.P. (2004). *Behavioral Assessment in the Measurement of Treatment Outcome*, In. S.N. Haynes, & E.M. Heiby (Eds.), *Comprehensive Handbook of Psychological Assessment* (pp. 269-290). New York: Wiley.
- Watson, D., Clark, L.A. Tellegen, A. (1988). Development and Validation of Brief Measures of Positive and Negative Affect: The PANAS Dcales, *Journal of Personality and Social Psychology*, 54, 1063-1070.
- Wilamowska, Z.A., Thompson-Hollands, J., Fairholme, C.P., Ellard, K.K., Farchione, T.J., & Barlow, D.H. (2010). Conceptual Background, Development, and Preliminary Data from the Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders, *Depression and Anxiety*, 27, 882-890.
- Wittchen, H.U. (2002). Generalized Anxiety Disorder: Prevalence, Burden, and Cost to Society, *Depression and Anxiety*, 16, 162-171.