

Research Paper

Developing an Integrated Psychotherapy Model of Generalized Anxiety Disorder Comorbid with Emotional Disorders; A Qualitative Approach

Farzad Ghaderi ¹, Nahid Akrami ^{2,*}, Koroosh Namdari ³, Ahmad Abedi ⁴

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

² Ph.D. in Psychology, Assistance Professor, Department of Psychology, Faculty of Education and Psychology, University of Isfahan, Isfahan, Iran

³ Ph.D. in Psychology, Assistance Professor, Department of Psychology, Faculty of Education and Psychology, University of Isfahan, Isfahan, Iran

⁴ Ph.D. in Psychology, Associate Professor, Department of Psychology, Faculty of Education and Psychology, University of Isfahan, Isfahan, Iran

* **Corresponding author:** Nahid Akrami, Ph.D. in Psychology, Assistance Professor, Department of Psychology, Faculty of Education and Psychology, University of Isfahan, Isfahan, Iran. E-mail: n.akrami@edu.ui.ac.ir

How to Cite this Article:

Ghaderi F, Akrami N, Namdari K, Abedi A. Developing an Integrated Psychotherapy Model of Generalized Anxiety Disorder Comorbid with Emotional Disorders; A Qualitative Approach. *J North Khorasan Univ Med Sci.* 2020;6(4):70-83.

DOI: [10.29252/ijrn-06408](https://doi.org/10.29252/ijrn-06408)

Received: 02 Nov 2019

Accepted: 28 Apr 2020

Keywords:

Integrated Psychotherapy
Generalized Anxiety Disorder
Emotional Disorders
Comorbidity

© 2020 Iranian Journal of
Rehabilitation Research in Nursing

Abstract

Introduction: The aim of this study was to Developing an integrated psychotherapy model of people with generalized anxiety disorder comorbid with emotional disorders.

Methods: The research method was deductive content analysis. Purposive sampling was used, and written sources were used to study etiology and treatment of generalized anxiety disorder. Then the content of the books and articles were analyzed in terms of the components involved in the etiology and treatment of generalized anxiety disorder. In this study, therapeutic components were first extracted, then classified into the main theme, the primary ingredient, and sub-component. Finally, the validity and reliability of the model mentioned above were examined.

Results: The integrated treatment model of generalized anxiety disorder contains eight main themes: psychoeducation, motivational processes, behavioral strategies, cognitive strategies, metacognitive strategies, emotional efficacy, interpersonal effectiveness, and personal development and spirituality10 training. As a result of these eight themes, 34 primary and 67 sub-component were obtained.

Conclusions: The integrated therapeutic model of generalized anxiety disorder developed in this study can be used along with other interventions to formulate intervention for the treatment of generalized anxiety disorder.

Extended Abstract

OBJECTIVE

Due to the multidimensionality and pervasiveness of pervasive anxiety disorder and its impact on all aspects of life and the complexity of its pathology, and given that a high percentage of these patients suffer from more than one disorder. They are less likely to respond to psychological therapies than other anxiety disorders. They require

more comprehensive interventions and need comprehensive treatment guidelines, meaning that the therapist must have a holistic approach to treating the disease. The aim of this study was to Developing an integrated psychotherapy model of people with generalized anxiety disorder comorbid with emotional disorders.

MATERIALS AND METHODS

According to the nature and purpose of the research, the research method was qualitative content analysis with a deductive approach. In this way, the researcher identifies the analyzed text and then extracts the etiology-related components and treatment of generalized anxiety disorder. The field of study included books, thesis, and internationally accredited articles on generalized anxiety disorder. Purposeful sampling was started. Therefore, written sources on the etiology and treatment of anxiety disorders and generalized anxiety disorder were used. Components and content obtained from interviews with patients analyzed based on integration and synchronization with existing backgrounds, theories, treatments, and techniques with empirical evidence in the treatment of generalized anxiety disorder, as an integrated anxiety disorder treatment protocol. At first, the components involved in etiology and treatment and patients' expectations of treatment were categorized based on the results of interviews with patients and written sources based on content sharing in the form of main content, the main component, and sub-component. Afterward, the parts were evaluated by the presence or absence of the elements. Then, the validity of the protocol was determined by five experts in the field of anxiety disorders.

RESULTS

As a result of these eight themes, 34 main components and 67 sub-components were obtained. The integrated treatment model of generalized anxiety disorder contains eight main themes: Psychological awareness and education with the main ingredients (Getting to know with disease and new attitude towards the disorder, modifying the stigma of the illness, developmental analysis of the process of disorder formation), motivational processes (increasing the level of therapeutic participation, maintaining and promoting patient motivation to change behavior. Acceptance of reality and commitment to adapt and change for the second time), behavioral strategies (monitoring concerns and determining worry time, activating conscious and value-oriented minds, exposure with avoidance, teaching confusion tolerance skills, increasing acceptance and commitment and action based on values), Cognitive Strategies (Cognitive Conceptualization, Cognitive Flexibility, adjusting intensity and amount of schemas), metacognitive strategies (conceptualization and metacognitive education, modifying patient beliefs about anxiety, modifying dysfunctional emotional schemas), psychological efficiency (emotional awareness,

acceptance, conscious mindfulness reduction, psychological avoidance reduction, Advanced Emotional Regulation Skills, Increase Compassion and Emotional Mindfulness Training), Interpersonal Effectiveness (Challenges to Social worry, Correction of Intercontinental Incompatibility Schemes, Clarification of Interpersonal Objectives and Values, Social Skills Training and Introduction and Mentalization Training Effective) and personal growth and spirituality (Teaching Spiritual achievement was achieved by reducing anxiety, increasing the sense of knowledge and optimism, living based on values and skills to prevent relapse). The obtained model was validated and reliably using psychometric indicators. The results showed that the model was valid and reliable.

CONCLUSION

The integrated therapeutic model of generalized anxiety disorder developed in this study can be used along with other interventions to formulate intervention for the treatment of generalized anxiety disorder. The content of the integrated model of psychotherapy for generalized anxiety disorder obtained in this study can be used by therapists and specialists as well as patients' needs and conditions along with other treatment patterns of this disorder. It should be noted that therapists can use the content obtained according to the patient's needs and circumstances, and it is not necessary to use all the components collected in a single course of treatment, and what determines the content of the intervention is the patients' needs and desires First and foremost the therapist diagnosis is second.

Ethical Considerations

This article is taken from the Ph.D. thesis of the first author with the code of ethics IR.UI.REC. 1398.013 is from Isfahan University

Authors' Contributions

Mr. Farzad Ghaderi was in charge of collecting research information and compiling the initial protocol and writing the original article. Dr. Nahid Akrami and Dr. Kourosh Namdari supervised and edited the research at all stages of the study. Dr. Ahmad Abedi was in charge of statistical analysis and research methods.

Conflicts of Interest

There is no conflict of interest among the authors.

Applicable Remark

The integrated therapeutic model of generalized anxiety disorder developed in this study can be used along with other interventions to formulate intervention for the treatment of generalized anxiety disorder.

Acknowledgments

Thanks to everyone who helped us with this research



تدوین الگوی روان‌درمانی یکپارچه اختلال اضطراب فراگیر همبود با اختلالات هیجانی؛ رویکردی کیفی

فرزاد قادری^۱، ناهید اکرمی^{۲*}، کورش نامداری^۳، احمد عابدی^۴

^۱ دانشجوی دکتری روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران
^۲ استادیار گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران
^۳ استادیار گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران
^۴ دانشیار گروه روانشناسی و آموزش کودکان با نیازهای خاص، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران
* نویسنده مسئول: ناهید اکرمی، استادیار گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران. ایمیل: n.akrami@edu.ui.ac.ir

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۹/۰۲/۰۹

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۸/۰۸/۱۱

چکیده

مقدمه: با توجه به چندبعدی بودن و فراگیر بودن اختلال اضطراب فراگیر و تأثیر آن بر همه ابعاد زندگی و پیچیده بودن آسیب‌شناسی آن و با توجه به اینکه درصد بالایی از این بیماران به بیش از یک اختلال مبتلا هستند و در مقایسه با سایر اختلالات اضطرابی کمتر به درمان‌های روان‌شناختی پاسخ می‌دهند، مداخلات فراگیرتری را می‌طلبند و نیاز به ارائه دستورالعمل‌های درمانی جامعی دارند، یعنی درمانگر برای درمان اختلال باید یک رویکرد همه‌جانبه نگر داشته باشد. پژوهش حاضر با هدف تدوین الگوی روان‌درمانی یکپارچه اختلال اضطراب فراگیر همبود با اختلالات هیجانی انجام شد.

روش کار: روش پژوهش، تحلیل محتوای قیاسی بود. حوزه پژوهش شامل کتاب‌ها، پایان‌نامه‌ها و مقالات معتبر داخلی و خارجی در زمینه اختلال اضطراب فراگیر و شامل متخصصین در زمینه اعتباربخشی تخصصی مؤلفه‌ها و مدل استخراج‌شده بود. نمونه‌گیری به صورت هدفمند آغاز گردید. برای حجم نمونه از معیار اشباع استفاده شد که نشان‌دهنده کفایت حجم نمونه است. از این‌رو از ۴۰ منبع نوشتاری با موضوع سبب‌شناسی و درمان اختلال اضطراب فراگیر استفاده گردید. مؤلفه‌ها و محتوای به‌دست‌آمده بر اساس تلفیق و هماهنگ‌سازی با پیشینه موجود، به صورت پروتکل روان‌درمانی یکپارچه اختلال اضطراب فراگیر طراحی شد. در مرحله آخر نیز صحت و سقم الگوی مذکور بررسی گردید.

یافته‌ها: الگوی درمان یکپارچه اختلال اضطراب فراگیر حاوی ۸ مضمون اصلی است که عبارتند از: آگاهی و آموزش روان‌شناختی، فرایندهای انگیزشی، راهبردهای رفتاری، راهبردهای شناختی، راهبردهای فراشناختی، کارآمدی هیجانی، اثربخشی بین فردی و آموزش رشد فردی و معنویت. در نتیجه این ۸ مضمون، ۳۴ مؤلفه اصلی و ۶۷ مؤلفه فرعی به دست آمد. الگوی به دست آمده با استفاده از شاخص‌های روان‌سنجی اعتباریابی و پایایی سنجی شد. نتایج حاکی از معتبر و پایا بودن الگوی موردنظر بود.

نتیجه‌گیری: الگوی روان‌درمانی یکپارچه به دست آمده، می‌تواند در کنار سایر مداخلات موجود، در صورت بندی مداخله برای درمان اختلال اضطراب فراگیر قابل استفاده باشد.

کلیدواژه‌ها: اختلال اضطراب فراگیر، اختلالات هیجانی، همبودی، روان‌درمانی یکپارچه

تمامی حقوق نشر برای انجمن علمی پرستاری ایران محفوظ است.

مقدمه

(GAD) یکی از شایع‌ترین اختلالات اضطرابی [۲]، مزمن و ناخوشایند است [۳] که با اضطراب و نگرانی مداوم و شدید [۴، ۵] در مورد چندین رویداد یا فعالیت که در اکثر روزها در طول حداقل ۶ ماه دوام داشته، کنترل آن مشکل بوده و با علائم جسمانی نظیر تنش عضلانی،

اختلال‌های هیجانی (اضطرابی و خلقی) به عنوان اختلال‌های شایع، مزمن، پرهزینه و تضعیف‌کننده کیفیت و کارکردهای سالم زندگی، سالانه زندگی میلیون‌ها نفر را در دنیا دچار مشکل می‌سازند [۱]. از آن میان، اختلال اضطراب فراگیر generalized anxiety disorder

و راه را برای مراقبت مبتنی بر شواهد به ارمغان آورده‌اند. اما اخیراً شواهد نشان داده است که درمان‌های موج سوم نیز به تنهایی به اندازه کافی اثربخش نیستند [۳۰]. محققین بر این عقیده‌اند که ترکیب رویکردهای مبتنی بر درمان شناختی رفتاری برای درمان اختلال اضطراب فراگیر نتایج بهتری را در پی دارد [۳۱]. بسیاری از درمانگران در این مساله اتفاق نظر دارند که اشتراک رویکردهای مختلف شناختی رفتاری بیش از تفاوت‌ها و تمایز آن‌هاست. تمام آنها دربرگیرنده مشاهده ذهن آگاهانه تجارب، برخی از اشکال پذیرش هیجانی و تمرینات مواجهه برای کمک به افراد به منظور رویارویی با تجارب دشوار هستند. مؤلفه‌های درمانی که منحصر به یک پروتکل خاص هستند، را می‌توان به مؤلفه‌های مشترک افزوده و یک پروتکل واحد ایجاد کرد [۳۲]. به گونه‌ای که بعضی از متخصصان موج چهارم رفتاردرمانی را در یکپارچه نگری درمان‌های شناختی رفتاری می‌بینند و با توجه به خلاهای موجود در موج سوم رفتار درمانی پیشنهاد می‌کنند که فرض شکل‌گیری موج چهارم رفتاردرمانی که مبتنی بر بکارگیری مفاهیمی همچون سنجش کارکرد و یکپارچه سازی درمان‌ها است؛ در پژوهش و مداخلات درمانی به صورت علمی مورد بررسی قرار گیرد [۲۹]. گیلبرت و کیربی بیان می‌کنند که روان‌درمانی از مدل‌ها، تئوری‌ها و مداخلات متنوع رنج می‌برد و آینده روان‌درمانی نیاز به یک چارچوب یکپارچه دارد [۲۹]. تلاش‌های متخصصان رفتار درمانی در سال‌های اخیر نیز ارائه‌ی مدل‌های یکپارچه از رفتار درمانی شناختی است تا بتوانند ضمن دسترسی به مداخلات تأیید شده تجربی، امکان کاربرد و آموزش آن‌ها را در شرایط مختلف داشته باشند. یکپارچه نگری در گسترش رفتار درمانی اثرگذار خواهد بود و دسترسی سریع مراجعین به مداخلات تأیید شده تجربی را بیشتر خواهد کرد [۳۲]. آخرین پیشرفت‌ها در برنامه‌های درمانی مبتنی بر شواهد بر اساس اکثر تحقیق‌ها و ارزیابی‌های بالینی به روز شده در درمان‌های یکپارچه یافت می‌شوند [۳۳]. همچنین توجه به اختلالات و مشکلات همانطور که با یکدیگر در ارتباطند، و با در نظر گرفتن آنها به صورت طیف، رویکردی است که در حال حاضر توسط درمانگران و محققان، و نیز در پنجمین ویرایش تشخیصی و آماری بیماری‌های روانی (DSM5) and diagnostic statistical manual of mental disorders DSM-5 به کار گرفته شده است. برنامه‌های درمانی نیز در این مجموعه یکپارچه هستند، چرا که آنها مجموعه‌ای مشترک و یکپارچه از روش‌های درمانی را به اشتراک می‌گذارند که برای دسته‌ای کلی از اختلالات مؤثر هستند. همچنین کار با مجموعه‌ای از اصول درمانی برای متخصصان آسان‌تر و کارآمدتر می‌باشد تا از طریق یک روش جامع و موثرتر به تمام مسائل مربوط که یک بیمار ممکن است نشان دهد، رسیدگی کنند. اخیراً محتوای تالیفات، راهنماهای درمانی و پژوهش‌های حوزه روان‌درمانی به سمت یکپارچه سازی درمان‌های موج سوم با درمان شناختی رفتاری در حوزه‌های اختلالات اضطرابی می‌باشد [۲۹]. اهمیت و سودمندی تدوین مدل‌های یکپارچه و فرایند مدار، مؤثر و اقتصادی‌تر اختلال اضطراب فراگیر نیز توسط پژوهشگران داخلی و خارجی بیان شده است [۲، ۳۰].

با توجه به چندبعدی بودن و فراگیر بودن اختلال اضطراب فراگیر و تأثیر آن بر همه ابعاد زندگی و پیچیده بودن آسیب‌شناسی آن و با توجه به اینکه درصد بالایی از این بیماران به بیش از یک اختلال مبتلا هستند و در مقایسه با سایر اختلالات اضطرابی کمتر به درمان‌های روان

تحریک پذیری، اشکال در خواب و بی‌قراری همراه است، مشخص می‌شود [۶]. شیوع کلی این اختلال در ایران، ۱۰ درصد و شیوع یک ساله آن ۵/۲ درصد گزارش شده است [۷]. این اختلال با افزایش ناتوانی، آسیب‌های شناختی، ناراضیاتی از زندگی، بهره‌وری پایین [۸] و کیفیت زندگی مرتبط با سلامت پایین، اختلال در فعالیت و عملکرد شغلی ضعیف همراه است [۹، ۱۰]. ۹۰ درصد این افراد حداقل یک اختلال روان‌شناختی دیگر را تجربه می‌کنند [۱۱]. این اختلال همبودی بالایی با سایر اختلالات اضطرابی و افسردگی دارد [۱۲، ۱۳].

در مقایسه با افرادی که دارای یکی از اختلالات اضطرابی و افسردگی هستند، افراد همبود، گرایش زیادی به افکار خودکشی، سطح بالاتری از آسیب‌های روانی، پیش‌آگهی بدتر، مشکلات و پریشانی بیشتر، اختلال در عملکرد تحصیلی، شغلی و اجتماعی بیشتری دارند [۱۴]. از آن جایی که به نظر می‌رسد همبودی بین اختلالات اضطرابی و افسردگی یک قاعده بدون استثنا است و همبودی همواره مرتبط با پیش‌آگهی ضعیف‌تر و پیامدهای مخرب‌تری نسبت به هریک از اختلالات است، لذا همبودی اختلالات اضطراب فراگیر و افسردگی نیازمند توجه بالینی بیشتر است [۱۵]. همبودی از یکسو باعث کاهش تشخیص دقیق و در نتیجه کاهش اثربخشی روش‌های درمانی می‌شود و از سوی دیگر هزینه‌های درمان را افزایش می‌دهد [۱۶]. از سویی بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر در مقایسه با سایر اختلالات اضطرابی کمتر به درمان‌های روان‌شناختی پاسخ می‌دهند و این امر اهمیت تحقیق در رابطه با فهم و درمان این اختلال را پررنگ‌تر می‌نماید [۱۷].

درمان‌هایی از قبیل درمان‌های شناختی رفتاری، آرام‌سازی کاربردی، رویکردهای روان‌پویشی، تکنیک‌های ذهن آگاهی، درمان فراشناختی، درمان مبتنی بر بهزیستی روان‌شناختی، درمان پردازش هیجانی، درمان میان‌فردی [۱۸] و درمان متمرکز بر هیجان [۱۹، ۲۰] برای درمان این اختلال به کار گرفته شده‌اند که در این میان، درمان شناختی- رفتاری به عنوان یکی از درمان‌های تثبیت شده، همچنان جزء درمان‌های خط اول محسوب می‌شود و نتایج مثبتی به همراه داشته است [۲۱، ۲۲]. اما نسبت بالایی از افرادی که درمان شده‌اند معیارهای بهبودی کامل در کارکرد را نشان نمی‌دهند [۲۳] و در دستیابی به نتایج مطلوب درمانی با شکست مواجه می‌شوند [۲۰]. درمان شناختی رفتاری در مقایسه با سایر اختلالات اضطرابی تأثیر کمتری بر بهبود افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر دارد [۲۴، ۲۵]. از سویی هم ابتلایی بسیار بالای این اختلال با سایر اختلال‌ها و بخصوص افسردگی، درمان‌های شناختی- رفتاری اختصاصی را با مشکلات جدی، هم در سطح اقتصادی و هم در سطح کاربردی و بالینی، مواجه کرده است [۲۶، ۲۷]. بنابراین، استفاده از پروتکل‌های شناختی- رفتاری اختصاصی، با توجه به چالش برخاسته از مسأله «هم‌ابتلایی» از ابعاد مختلف مقرون به صرفه نیست [۲۸]. در چنین شرایطی ابداع روش‌های درمانی جدید یا ارائه‌ی ترکیب جدیدی از روش‌های موجود باهدف اثربخشی سریع، پایدار و کم‌هزینه واقعیتی انکارناپذیر است [۲۹].

در طول دو دهه اخیر، توسعه خاص درمان‌های موج سوم اختلالات هیجانی، به طور اساسی درک ما از این اختلالات را تغییر داده است. در طی این زمان بیش از چند نمونه از پروتکل‌های درمان مبتنی بر مدل‌های نظری بسیار متفاوت، حمایت‌های تجربی را به دست آورده‌اند

به عنوان هسته مرکزی اختلال اضطراب فراگیر، عادی سازی نگرانی [۳۶]، تمایز بین نگرانی کارساز و نگرانی دردساز و ایجاد نگرانی کارآمد [۳۷]، شناسایی حوزه‌های نگرانی بیماران، آشنایی با کارکردهای نگرانی، تمایز بین احتمال وقوع با امکان وقوع، آشنایی با اضطراب و نحوه عملکرد آن [۳۶] انگ زدایی از بیماری‌های روانی [۳۸]، تحلیل رشدی از روند شکل‌گیری اختلال شامل (بررسی فرایندهای زیربنایی و عوامل زمینه ساز بیماری از جمله، نیازهای برآورده نشده دوران کودکی، داشتن والدین کنترلگر، خطرناک جلوه دادن دنیا توسط والدین، جایجا شدن نقش کودک و والدین، بروز رویدادهای آسیب زا، ابتلا والدین به اختلال‌های اضطرابی و افسردگی، نگرانی والدین، پاداش و تنبیه‌های پیش بینی ناپذیر [۳۶]، خود آسیب دیده [۳۹]، آشناسازی با درمان و مؤلفه‌های آن و تعیین اهداف کوتاه مدت و بلندمدت بود.

فرایندهای انگیزشی

مؤلفه‌های اصلی به دست آمده از این مضمون شامل حفظ و ارتقای انگیزه بیمار برای تغییر رفتاری [۴۰]، پذیرش واقعیت و تعهد برای تغییر [۴۱] تاکید بر تغییر مرتبه دوم بود که از طریق مؤلفه‌های فرعی ایجاد ناهمخوانی (بررسی اختلاف بین رفتارهای مراجع و ارزش‌ها / خواسته‌های آنها)، حمایت از خودکارآمدی (تشویق و برانگیختن خودکارآمدی مراجع در تغییر و نگهداری)، کاهش دوگانگی و تعارض بیماران برای تغییر غلبه بر دوگانگی در مورد باورهای مثبت و منفی در مورد نگرانی و اضطراب [۴۲]، ایجاد درماندگی خلاق [۴۱]، دیدن مشکلات به عنوان فرصتی برای رشد و پیشرفت از طریق دید ابعادی و پیوستاری به مشکل [۳۶] به دست آمد.

راهبردهای رفتاری

مؤلفه‌های اصلی به دست آمده شامل پایش نگرانی‌ها و تعیین زمان نگرانی [۳۷]، فعال سازی ذهن آگاهانه و ارزش مدار [۴۳]، آموزش مهارت‌های حل مساله، مواجهه و رویارویی با اجتناب [۳۶]، افزایش پذیرش و تعهد و عمل مبتنی بر ارزش‌ها [۴۱] بود که شامل مؤلفه‌های فرعی زمان بندی فعالیت برای پایش احساس لذت، تسلط و اضطراب، مواجهه موقعیتی و مواجهه تجسمی، کاهش اجتناب رفتاری، تغییر جهت گیری زمانی، پذیرش بنیادین، کاهش پاسخ‌های رفتاری ناسازگار به نگرانی از قبیل اطمینان جویی، اجتناب، جستجوی اطلاعات [۳۴]، کشف ارزش‌ها، شناسایی موانع رفتاری فعالیت‌های ارزشمند، تعهد برای تغییر از طریق نقص موفق و ناراحتی سازنده، آموزش مهارت‌های حل مساله به عنوان جانشینی برای نگرانی، آشنایی با راهبردهای مقابله‌ای ناکارآمد فراتشخیصی می‌باشد [۴۴].

راهبردهای شناختی

مؤلفه‌های اصلی به دست آمده در این مضمون شامل مفهوم پردازش شناختی [۳۶]، انعطاف پذیری شناختی، تعدیل طرحواره‌ها [۳۴] و افزایش تحمل بلا تکلیفی [۳۶] می‌باشد که در نتیجه مؤلفه‌های فرعی، چالش با تلاش برای یافتن قطعیت یا اطمینان طلبی، افزایش تحمل ابهام، پذیرش محدودیت‌هایی مانند بلا تکلیفی، نقص و فقدان کنترل کامل، اصلاح جهت گیری منفی نسبت به مشکل، و ارتقای توانایی و قطعیت در تصمیم‌گیری [۳۶] ارزیابی و اصلاح مفروضه‌های ناکارآمد بنیادین و طرحواره‌های ناسازگار اولیه، تبیین رابطه نگرانی با طرحواره

شناختی پاسخ می‌دهند، مداخلات فراگیرتری را می‌طلبند و نیاز به ارائه دستورالعمل‌های درمانی جامعی دارند، یعنی درمانگر برای درمان اختلال باید یک رویکرد همه‌جانبه نگر داشته باشد [۳۴]. در همین راستا و با توجه به برخی اشتراکات سبب‌شناختی اختلال اضطراب فراگیر با افسردگی و سایر اختلالات هیجانی به‌عنوان بیماری همایند، کمبود پژوهش‌های کیفی در رابطه با این اختلال در زمینه تدوین، معرفی و بررسی درمان‌های جدید و بخصوص درمان جامع و یکپارچه؛ این پژوهش باهدف تدوین مداخله درمانی یکپارچه اختلال اضطراب فراگیر همبود با اختلالات هیجانی انجام شد.

روش کار

با توجه به ماهیت و هدف پژوهش، روش پژوهش تحلیل محتوای کیفی با رویکرد قیاسی بود. در روش تحلیل محتوا، پژوهشگر ابتدا متن مورد تحلیل را مطالعه و سپس بر اساس مؤلفه‌های اصلی (و فرعی) از پیش تعیین‌شده و یا مؤلفه‌هایی که در فرایند مطالعه متون موردبررسی به دست می‌آید، به استخراج مفاهیم می‌پردازد [۳۵]. در این شیوه محقق متن مورد تحلیل را مشخص کرده و سپس به استخراج مؤلفه‌های مرتبط با سبب‌شناسی و درمان اختلال اضطراب فراگیر پرداخت. حوزه پژوهش شامل کتاب‌ها، پایان‌نامه‌ها و مقالات معتبر داخلی و خارجی در زمینه اختلال اضطراب فراگیر و شامل متخصصین در زمینه اعتباربخشی تخصصی مؤلفه‌ها و مدل استخراج‌شده بود. نمونه‌گیری به‌صورت هدفمند آغاز گردید. برای حجم نمونه از معیار اشباع استفاده شد که نشان‌دهنده کفایت حجم نمونه است. از این‌رو از ۴۰ منبع نوشتاری با موضوع سبب‌شناسی و درمان اختلال اضطراب فراگیر استفاده گردید. مؤلفه‌ها و محتوای به‌دست‌آمده بر اساس تلفیق و هماهنگ‌سازی با پیشینه موجود، به‌صورت پروتکل روان‌درمانی یکپارچه اختلال اضطراب فراگیر طراحی شد. سپس اعتبار محتوایی پروتکل تهیه‌شده با نظرخواهی و انجام اصلاحات موردنیاز توسط ۵ نفر از متخصصین حوزه اختلالات اضطرابی تعیین گردید. برای تعیین روایی محتوای کمی از نسبت روایی محتوا (CVR) content validity ratio استفاده شد. برای سنجش پایایی (ضریب توافق کاپای کوهن) نیز هر مفهوم در اختیار ۵ نفر کارشناس آگاه در زمینه مفاهیم درمان اختلال اضطراب فراگیر قرار داده شد و نظر آنها در مورد متعلق بودن مؤلفه‌های اصلی به مضمون‌ها و متعلق بودن مؤلفه‌های اصلی به مؤلفه‌های فرعی جویا شد. این مقاله برگرفته از پایان نامه دکتری نویسنده اول با کد اخلاق IR.UI.REC. 1398.013 از دانشگاه اصفهان می‌باشد.

یافته‌ها

بر اساس جدول ۱، الگوی درمان یکپارچه اختلال اضطراب فراگیر حاوی ۸ مضمون اصلی است که عبارتند از: آگاهی و آموزش روان شناختی، فرایندهای انگیزشی، راهبردهای رفتاری، شناختی، فراشناختی، کارآمدی هیجانی، اثربخشی بین فردی و رشد فردی و معنویت.

آموزش روانی مراجع

آموزش جز لاینفک درمان اختلالات اضطرابی است. موارد به دست آمده در این زمینه در مؤلفه‌های اصلی آشنایی با بیماری و ایجاد نگرش جدید به اختلال شامل (آشنایی با بیماری و علایم آن/ معرفی نگرانی

ها [۳۴]، توجه آگاهانه به طرحواره ها و سبک‌های مقابله‌ای [۴۵]، قطعیت طلبی، ضرورت و فوریت [۳۴] به دست آمد.

جدول ۱. مضمین پایه تا فرعی حاصل از تحلیل محتوای قیاسی

مؤلفه اصلی	مؤلفه فرعی
آگاهی و آموزش روان شناختی آشنایی با بیماری و ایجاد نگرش جدید به اختلال تعدیل داغ و ننگ بیماری تحلیل رشدی از روند شکل گیری اختلال	آشنایی با بیماری، عادی سازی نگرانی، تمایز بین نگرانی کارساز و نگرانی دردساز و ایجاد نگرانی کارآمد، شناسایی حوزه‌های نگرانی بیمار، تمایز بین احتمال وقوع با امکان وقوع، انگ زدایی از بیماری. آشنایی با عوامل زمینه ساز بیماری (نیازهای برآورده نشده دوران کودکی، داشتن والدین کنترلگر، خطرناک جلوه دادن دنیا توسط والدین، جایجا شدن نقش کودک و والدین، بروز رویدادهای آسیب زا، ابتلا والدین به اختلال‌های اضطرابی و افسردگی، پاداش و تنبیه‌های پیش بینی ناپذیر، خود آسیب دیده، تاکید افراطی خانواده بر احساس‌ها و نیازهای دیگران، عدم ارضای نیازهای هیجانی اساسی)، همدلی با اتفاقات ناخوشایند و آسیب‌زای دوران کودکی.
فرایندهای انگیزشی حفظ و ارتقای انگیزه بیمار برای تغییر رفتاری پذیرش واقعیت و تعهد برای تغییر تغییر مرتبه دوم	ایجاد ناهمخوانی (بررسی اختلاف بین رفتارهای مراجع و ارزش‌ها/ خواسته‌های آنها)، بررسی توانمندی‌ها و نقاط قوت مراجع، تشویق و برانگیختن خودکارآمدی مراجع، کاهش دوگانگی و تعارض بیمار برای تغییر، غلبه بر دوگانگی در مورد باورهای مثبت و منفی در مورد نگرانی. آموزش درماندگی خلاق، دیدن مشکلات به عنوان فرصتی برای رشد.
راهبردهای رفتاری پایش نگرانی‌ها و تعیین زمان نگرانی فعال سازی ذهن آگاهانه و ارزش مدار مواجهه و رویارویی با اجتناب افزایش پذیرش و تعهد و عمل مبتنی بر ارزش حل مساله آشنایی با عوامل فراتشخیصی	زمان بندی فعالیت برای پایش احساس لذت، تسلط و اضطراب، کاهش اجتناب رفتاری، مواجهه موقعیتی و مواجهه جسمی، تغییر جهت گیری زمانی، پذیرش بنیادین، کاهش پاسخ‌های رفتاری ناسازگار به نگرانی (اطمینان جویی، اجتناب، جستجوی اطلاعات، توجه برگردانی)، کشف ارزش‌ها، شناسایی موانع رفتاری فعالیت‌های ارزشمند، تعهد برای تغییر از طریق نقض موفق و ناراحتی سازنده، آموزش مهارت‌های حل مساله به عنوان جانشینی برای نگرانی، آشنایی با راهبردهای مقابله‌ای ناکارآمد فراتشخیصی.
راهبردهای شناختی مفهوم پردازی شناختی افزایش انعطاف پذیری شناختی ارزیابی و تعدیل طرحواره‌ها افزایش تحمل بلا تکلیفی	تعدیل ارزیابی‌های منفی، بررسی کارآمدی افکار و نگرش‌های ناکارآمد، گسلس شناختی، ارزیابی طرحواره‌های ناسازگار اولیه، تبیین رابطه نگرانی با طرحواره‌ها، توجه آگاهانه به طرحواره‌ها و سبک‌های مقابله‌ای، چالش با تلاش برای یافتن قطعیت یا اطمینان طلبی، افزایش تحمل ابهام.
راهبردهای فراشناختی مفهوم پردازی و آموزش فراشناختی اصلاح باورهای بیمار در باره نگرانی اصلاح طرحواره‌ها و باورهای فراهیجانی ناکارآمد	مفهوم پردازی فراشناختی از اختلال، چالش با باورهای مثبت و منفی بیمار درباره نگرانی، برجسته کردن ناهمخوانی در باورهای بیمار در رابطه با نگرانی، توجه آگاهی انحصالی، ارزیابی و اصلاح راهبردهای کنترل فکر، اصلاح باورهای فراهیجانی منفی
کارآمدی هیجانی آگاهی هیجانی پذیرش ذهن آگاهانه کاهش اجتناب هیجانی مهارت‌های نظم بخشی هیجانی افزایش شفقت آموزش ذهنی سازی عاطفی	آموزش مهارت‌های بنیادین هیجانی (شناسایی هیجان، نحوه عمل آنها، آشنایی با مؤلفه‌های یک پاسخ هیجانی (عاطفه، افکار مبتنی بر هیجان، احساسات بدنی، عمل مبتنی بر هیجان)، مشاهده و پذیرش مؤلفه‌های هیجان، مواجهه هیجانی، تصویرسازی هیجانی، آشنایی با مهارت‌های نظم بخشی، موانع هیجان‌های سالم، کاهش خودانتقادی و افزایش شفقت با خود، آموزش ذهنی سازی هیجانات.
اثر بخشی بین فردی چالش با حوزه‌های نگرانی‌های اجتماعی اصلاح طرحواره‌های ناسازگار بین فردی شفاف سازی اهداف و ارزش‌های بین فردی آموزش مهارت‌های اجتماعی آموزش ذهنی سازی مؤثر	اصلاح رفتارهای مقابله‌ای ناسازگارانه در موقعیت‌های بین فردی، اصلاح طرحواره‌های مرتبط با آسیب‌پذیری بین فردی و رفتارهای مقابله‌ای، شناسایی نیازهای بین فردی، ایجاد رفتار مؤثر بین فردی برای بهتر برآوردن نیازها، مهارت‌های ارتباطی، مهارت‌های حل تعارض، کاهش تحریفات شناختی بین فردی، پرورش شفقت جهت کاهش مشکلات ارتباطی، ایجاد نقشه روابط بین فردی مهم و ارتباطشان با رفتارهای مساله ساز اصلی، سنجش کیفیت ذهنی سازی در این بافت‌ها، توانایی تغییر دادن انعطاف پذیر و مؤثر بین حالت‌های ذهنی سازی.
آموزش چارچوب معنوی کاهش اضطراب افزایش احساس معرفت و خوشبینی زندگی مبتنی بر ارزش‌ها مهارت‌های پیشگیری از عود	ایجاد یک چارچوب انطباق پذیر و انعطاف پذیر برای درک خود و جهان و افزایش تحمل به عدم اطمینان، بهبود مقابله معنوی. شناسایی نگرانی‌ها در ارزش‌ها، افزایش اهداف مبتنی بر ارزش‌ها، شناسایی و اصلاح موانع فعالیت‌های ارزشمند، افزایش مهارت خودکارآمدی، تمرین‌های نظام مند برای حفظ سلامت هیجانی (توجه آگاهی، آرامش عمیق، مشاهده خویش، عمل تعهد آمیز)، پیش نویس پیشگیری از عود.

راهبردهای فراشناختی

مؤلفه‌های اصلی این مضمون شامل مفهوم پردازی و آموزش فراشناختی و اصلاح باورهای بیمار در باره نگرانی شامل مؤلفه‌های فرعی چالش با باورهای بیمار درباره سود و زیان نگرانی، برجسته کردن ناهمخوانی (دو ذهنیت مثبت و منفی در مورد نگرانی)، اصلاح تئوری‌های بیمار درباره نگرانی و باورهای مرتبط با کنترل ناپذیری نگرانی، خطرناک بودن نگرانی، توجه آگاهی انحصالی و ارزیابی و اصلاح راهبردهای کنترل فکر [۱۳، ۲۳، ۴۶] اصلاح طرحواره‌های هیجانی ناکارآمد و تعدیل در باورهای فراهیجانی (۳۱) می‌باشد.

کارآمدی هیجانی

در رابطه با این مضمون، مؤلفه‌های اصلی بدین شرح به دست آمد: آگاهی هیجانی، پذیرش ذهن آگاهانه، مقابله ذهن آگاهانه، کاهش اجتناب هیجانی (۴۴) مهارت‌های پیشرفته نظم بخشی هیجانی، افزایش شفقت [۴۷] و آموزش ذهنی سازی عاطفی [۴۸] مؤلفه‌های فرعی به دست آمده نیز شامل آموزش مهارت‌های بنیادین هیجانی (شناسایی هیجان، نحوه عمل آنها، اجزای سازنده هیجان، آشنایی با مؤلفه‌های یک پاسخ هیجانی (عاطفه، افکار مبتنی بر هیجان، احساسات بدنی، عمل مبتنی بر هیجان (اجتناب در اختلالات اضطرابی)، آشنایی با روش‌های رایج اجتناب هیجانی و معایب اجتناب از هیجان‌ها، موانع هیجان‌های سالم، آموزش مهارت‌های پیشرفته نظم بخشی هیجانی

در مورد متعلق بودن مؤلفه‌های اصلی به مضمون‌ها و متعلق بودن مؤلفه‌های اصلی به مؤلفه‌های فرعی جویا شد. با توجه به میانگین نمره کاپا برای متعلق بودن مؤلفه‌های اصلی به مضمون‌ها (۰/۹۲) و مؤلفه‌های اصلی به مؤلفه‌های فرعی (۰/۹۲) توافق بین آنها در حد مطلوبی بود.

بحث

پژوهش حاضر با هدف تدوین الگوی روان‌درمانی یکپارچه اختلال اضطراب فراگیر در شرایط همبود با اختلالات هیجانی انجام شد. مؤلفه‌های استخراج شده در قالب ۸ مضمون آگاهی و آموزش روان شناختی با مؤلفه‌های اصلی (آشنایی با بیماری و ایجاد نگرش جدید به اختلال، تعدیل داغ و ننگ بیماری، تحلیل رشدی از روند شکل‌گیری اختلال)، فرایندهای انگیزشی (افزایش میزان مشارکت درمانی، حفظ و ارتقای انگیزه بیمار برای تغییر رفتاری، پذیرش واقعیت و تعهد برای تغییر و تغییر مرتبه دوم)، راهبردهای رفتاری (پایش نگرانی‌ها و تعیین زمان نگرانی، فعال سازی ذهن آگاهانه و ارزش مدار، مواجهه و رویارویی با اجتناب، آموزش مهارت‌های تحمل آشفتگی، افزایش پذیرش و تعهد و عمل مبتنی بر ارزش‌ها)، راهبردهای شناختی (مفهوم پردازی شناختی، انعطاف پذیری شناختی، تعدیل طرحواره‌ها)، راهبردهای فراشناختی (مفهوم پردازی و آموزش فراشناختی، اصلاح باورهای بیمار در باره نگرانی، اصلاح طرحواره‌های هیجانی ناکارآمد، تعدیل در باورهای فراهیجانی)، کارآمدی هیجانی (آگاهی هیجانی، پذیرش ذهن آگاهانه، مقابله ذهن آگاهانه، کاهش اجتناب هیجانی، مهارت‌های پیشرفته نظم بخشی هیجانی، افزایش شفقت و آموزش ذهنی سازی عاطفی)، اثربخشی بین فردی (چالش با حوزه‌های نگرانی‌های اجتماعی، اصلاح طرحواره‌های ناسازگار بین فردی، شفاف سازی اهداف و ارزش‌های بین فردی، آموزش مهارت‌های اجتماعی و معرفی و آموزش ذهنی سازی مؤثر) و رشد فردی و معنویت (آموزش چارچوب معنوی کاهش اضطراب، افزایش احساس معرفت و خوشبینی، زندگی مبتنی بر ارزش‌ها و مهارت‌های پیشگیری از عود) به دست آمد. در نتیجه این ۸ مضمون، ۳۴ مؤلفه اصلی و ۶۷ مؤلفه فرعی به دست آمد. الگوی به دست آمده با استفاده از شاخص‌های روان‌سنجی اعتباریابی و پایایی سنجی شد. نتایج حاکی از معتبر و پایا بودن الگوی موردنظر بود.

محتوای این مداخله با توجه به تعاریف و مبانی نظری درمان یکپارچه و بر اساس مبانی و مدل‌های آسیب‌شناسی و درمان اختلال اضطراب فراگیر تدوین شده است. لازم به ذکر است که در درمان یکپارچه مؤلفه‌های نظریه‌ها و درمان‌های مختلف با هم در یک سیر منطقی ترکیب می‌شوند، بر خلاف درمان ترکیبی یا التقاط‌گرایی تکنیکی که در آن تکنیک‌های مختلف از درمان‌های متفاوت با هم ترکیب می‌شوند. درمان شناختی رفتاری اضطراب فراگیر [۳۶] به عنوان درمان زمینه‌ای، با مفاهیمی از رویکردهای مصاحبه‌انگیزشی، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، ذهن آگاهی، طرحواره درمانی، درمان فراشناختی، درمان‌های فراتشخیصی، آموزش معنویت و مهارت‌های بین فردی یکپارچه شده است.

منطق زیربنایی و ترتیب ارائه مضمون‌ها و مؤلفه‌های به دست آمده نیز با اقتباس از منابع و ساختار مدل‌های مختلف درمانی طراحی شده و با توجه به نیاز و شرایط بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر همبود با سایر اختلالات هیجانی ابتدا آگاهی و آموزش‌های روان‌شناختی اولیه

(توجه آگاهانه به هیجان‌ها)، پذیرش ذهن آگاهانه هیجان [۴۴]، کاهش خودانتقادی و خودسرزنی از طریق شفقت با خود و رفتار شفقت‌گر، اصلاح باورهای مرتبط با خطرناک بودن هیجان‌ها، غیرقابل کنترل بودن آنها، غیرقابل درک بودن آنها و شرم آور بودن آنها و افزایش باورهای فراهیجانی مثبت و کاهش باورهای فراهیجانی منفی (خشم و گناه) [۳۱] می‌باشد.

اثربخشی بین فردی

مؤلفه‌های اصلی به دست آمده در این رابطه که بیشتر با هدف رفع نگرانی‌های بین فردی و ایجاد ارتباط مؤثر می‌باشد شامل چالش با حوزه‌های نگرانی‌های اجتماعی [۳۷] آموزش مهارت‌های اجتماعی، اصلاح طرحواره‌های ناسازگار بین فردی، شفاف سازی اهداف و ارزش‌های بین فردی [۴۹] و معرفی و آموزش ذهنی سازی مؤثر [۵۰] بود که شامل مؤلفه‌های فرعی آشنایی با طرحواره‌های مرتبط با آسیب‌پذیری بین فردی و رفتارهای مقابله‌ای [۴۹]، شناسایی نیازهای بین فردی، شناسایی تعارضات بین فردی، ایجاد رفتار مؤثر بین فردی برای بهتر برآوردن نیازها. آموزش مهارت‌های جرات ورزی، حل مساله دو طرفه، پذیرش دیگران، مهارت‌های حل تعارض، معرفی و آموزش ذهنی سازی مؤثر؛ ارزیابی الگوهای نامتعادل ذهنی سازی و اصلاح آنها، ایجاد نقشه روابط بین فردی مهم و ارتباطشان با رفتارهای مساله ساز اصلی [۵۱].

رشد فردی و معنویت

این مضمون اصلی با هدف زندگی مبتنی بر ارزش‌ها، تاکید بر تغییر مرتبه دوم و پیشگیری از عود شامل مؤلفه‌های اصلی آموزش چارچوب معنوی کاهش اضطراب، افزایش احساس معرفت و خوشبینی [۵۲]، زندگی مبتنی بر ارزش‌ها [۴۱] و تثبیت نگرش و عادت‌های جدید و مهارت‌های پیشگیری از عود با مؤلفه‌های فرعی ایجاد یک چارچوب انطباق پذیر و انعطاف پذیر برای درک خود و جهان و افزایش تحمل به عدم اطمینان، بهبود مقابله معنوی [۵۳]، شناسایی نگرانی‌ها در ارزش‌ها، افزایش اهداف مبتنی بر ارزش‌ها و شناسایی و اصلاح موانع فعالیت‌های ارزشمند [۴۱]، پرورش شفقت جهت کاهش مشکلات ارتباطی، افزایش مهارت خودکارآمدی، تمرین‌های نظام مند برای حفظ سلامت هیجانی (توجه آگاهی، آرامش عمیق، مشاهده خویشتن، عمل تعهدآمیز)، پیش نویس پیشگیری از عود [۳۱] می‌باشد.

در مرحله دوم پژوهش اعتبار الگوی درمانی به دست آمد. بدین منظور پروتکل طراحی شده به پنج نفر کارشناس آگاه در زمینه سبب شناسی و درمان اختلالات هیجانی داده شد و با توجه به اینکه بیش از ۵ نفر کارشناس و متخصص این حوزه، این طبقه‌ها را به عنوان مفهوم مرتبط با اختلال اضطراب فراگیر تأیید کردند، بنابراین اعتبار به دست آمد. برای تعیین روایی محتوای کمی از نسبت روایی محتوا (CVR) استفاده شد. برای تعیین CVR، در ابتدا از ۵ نفر از متخصصین درخواست شد تا نظرات خود را در مورد ضرورت هر یک از مؤلفه‌ها در یک طیف لیکرت سه نقطه‌ای شامل ضروری است، مفید اما ضروری نیست و ضرورتی ندارد، بیان کنند. نسبت روایی محتوا مداخله با توجه به نظرات متخصصان ۰/۹۹ به دست آمد. برای سنجش پایایی (ضریب توافق کاپای کوهن) نیز هر مفهوم در اختیار ۵ نفر کارشناس آگاه در زمینه مفاهیم درمان اختلال اضطراب فراگیر قرار داده شد و نظر آنها

بیماران اضطرابی برای تغییر و ادامه درمان، استفاده از مؤلفه‌های مصاحبه انگیزشی رویکردی مؤثر می‌باشد. انگیزه مراجع از مهمترین جنبه‌های درمانی برای غلبه بر دوقطبی بودن علائم اضطرابی و مقابله با الزامات درمان درمان شناختی رفتاری (CBT) cognitive behavioral therapy است. افراد مبتلا به GAD ممکن است در مورد مقدار زمانی که آنها نگرانی را تحمل می‌کنند، ناراحت شوند اما همچنین معتقدند نگرانی سودمند است، زیرا به لحاظ ذهنی آنها را برای سختی‌های آینده آماده می‌کند [۵۵]. مصاحبه انگیزشی (MI) motivational interviewing به عنوان مکمل درمان شناختی رفتاری (CBT) برای اختلالات اضطرابی پیشنهاد شده است [۵۵] و تعدادی از محققین به ترکیب برنامه مصاحبه انگیزشی با درمان‌های شناختی رفتاری برای افراد مبتلا به اختلالات اضطرابی پرداخته‌اند [۵۶]. مطالعات مقدماتی نشان می‌دهد که ترکیب MI با CBT ممکن است نتایج درمان را بهبود بخشد [۴۲، ۵۶]. در رابطه با اختلال اضطراب فراگیر نیز نتایج مطالعات نشان داده‌اند که افزودن مؤلفه‌های مصاحبه انگیزشی به درمان شناختی رفتاری می‌تواند منجر به کاهش مقاومت درمانی، مشارکت درمانی بیشتر بیمار، باافزایش کارایی درمان شناختی رفتاری و پاسخ بهتر مراجعان به درمان شناختی رفتاری [۵۷، ۵۸] و بهبود دراز مدت بیماری می‌شود [۵۹].

سومین مضمون به دست آمده، آموزش مهارت‌های رفتاری می‌باشد که به منظور جبران نقایص رفتاری بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر و مواجهه با اجتناب به کار می‌رود. بازداری رفتاری، درگیری کم با اعمال یا فعالیت‌های با ارزش که افراد آنها را معنادار می‌دانند (مثل، گذراندن وقت با خانواده) موجب می‌شود افراد مبتلا به GAD از نظر تجربی اجتناب شدیدی از تجارب درونی خود کنند. مهارت‌ها و مداخلات رفتاری در اختلالات اضطرابی برای رویارویی با اجتناب و مواجهه با موقعیت‌های اضطراب زا در کنار کاهش یا حذف اطمینان طلبی و افزایش پذیرش و تعهد بخش اصلی راهبردهای رفتاری می‌باشد. با توجه به همبودی اختلال اضطراب فراگیر با سایر اختلالات هیجانی، ارزیابی راهبردهای مقابله‌ای ناکارآمد به عنوان عوامل فراتشخیصی زیربنای اختلالات هیجانی و اصلاح و جایگزینی راهبردهای مقابله‌ای کارآمد نیز از مؤلفه‌های اصلی راهبردهای رفتاری می‌باشد که باید مورد توجه قرار گیرد.

راهبردهای شناختی به عنوان مضمون چهارم پژوهش، با هدف افزایش انعطاف پذیری شناختی انجام می‌شوند. در این مرحله از درمان باید به نقش افکار زنجیره‌ای در مورد وقایع منفی و آسیب زا و ایجاد زنجیره‌ای از نگرانی‌های پی در پی و خطاهای شناختی از جمله فاجعه سازی و بیش برآورد احتمال وقوع وقایع منفی در اضطراب فراگیر اشاره شود. در آموزش شناختی همچنین باید به بیماران در مورد بازداری فکر و اجتناب شناختی که به تنوع راهبردهایی جهت اجتناب از محتوای تهدیدآمیز شناختی و هیجانی اشاره دارد [۶۰] آموزش داده شود. افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر با استفاده مداوم از راهبردهای اجتناب شناختی، موفق به سرکوبی موقت یا حذف پاسخ مضطربانه می‌شوند. حذف پاسخ‌های مضطربانه و مواجه نشدن با آنها منجر به تداوم باورهای منفی در مورد اضطراب و ترس از اضطراب می‌شود. از طرفی دیگر این افراد هیچ وقت به این آگاهی نمی‌رسند که می‌توانند پاسخ‌های

جهت آشنایی با بیماری، کاهش داغ ننگ بیماری و آشناسازی با ساختار درمان، سپس کار بر روی ساختار و فرایندهای انگیزشی جهت ایجاد و حفظ انگیزه درمان و دست کشیدن از راهبردهای ناکارآمد مقابله با بیماری و بعد از آن به دلیل ویژگی‌های بیماری از قبیل اجتناب‌ها و به دلیل همبودی افسردگی، با پیروی از منابع و ساختارهای درمانی اختلالات اضطرابی و افسردگی، مؤلفه‌های رفتاری شامل فعال سازی رفتاری، آموزش پذیرش و تعهد و مواجهه و رویارویی با اجتناب به کار گرفته شده و سپس محتوای شناختی، فراشناختی، کارآمدی هیجانی و اثربخشی بین فردی و نهایتاً مؤلفه‌های رشد فردی و معنویت جهت ایجاد و حفظ توانمندی‌ها، تثبیت آموزش‌ها و پیشگیری از عود به کار بسته می‌شود.

اولین مضمون به دست آمده در پژوهش ایجاد آگاهی و آموزش‌های روان شناختی بود. آموزش جز لاینفک درمان اختلالات اضطرابی است. خلاصه کلام آموزش روانی این است که به بیماران نشان دهد که چرا اضطراب طول کشیده و چه کاری برای از بین بردن آن لازم است. در ایران بیشتر بیماران علائم بیماری را جسمانی سازی می‌کنند و بیشتر در پی مراقبت‌های پزشکی برمی آیند که این یا به دلیل ناآگاهی از بیماری و یا به علت ترس از برچسب بیماری روانی یا استیگما (stigma) می‌باشد. از دید مردم افراد مبتلا به اختلالات اضطرابی اغلب به عنوان غیر قابل پیش بینی، روان رنجور یا ضعیف در نظر گرفته می‌شوند و نیاز به قوی شدن دارند [۴۸].

استیگمای اضطراب باعث می‌شود ارزش خود و اعتماد به نفس فرد کاهش یابد و احساسات اجتماعی را از همسالان خود دریافت نکند. این قطع ارتباط اجتماعی ممکن است موجب اضطراب بیشتر در فرد شود و ترس آنها از نشانه گذاری شدن اغلب مانع جستجوی درمان مناسب می‌شود. این پدیده بر نتایج درمانی افراد مبتلا به اختلالات اضطرابی در شرایط همبود نیز اثر منفی می‌گذارد [۵۴]. در نتیجه ایجاد امیدواری نسبت به درمان و عادی سازی نگرانی در جلسات اولیه، می‌تواند محرکی برای ادامه درمان و کاهش انگ بیماری باشد [۴۰]. به نظر می‌رسد تمایل به اجتناب از استرس موجب افزایش احتمال ابتلا به استیگمای شخصی می‌شود و این رابطه از طریق میانجی گری اجتناب از آسیب تکمیل می‌شود. برعکس، خودگردانی احتمال وقوع استیگمای شخصی را کاهش می‌دهد، و این اثر از طریق میانجیگری امید تکمیل می‌شود. در نتیجه ایجاد امیدواری نسبت به درمان و بهبودی و عادی سازی اضطراب در جلسات اولیه، می‌تواند محرکی برای ادامه درمان و کاهش استیگمای فرد باشد [۵۴]. داغ ننگ (استیگما) به عنوان متغیری که بر تشخیص، جستجوی کمک حرفه‌ای و نتایج درمان نیز تأثیر می‌گذارد، کمتر مورد مطالعه قرار گرفته، کمتر در مداخلات و آموزش‌های روانی به آن پرداخته شده و در ایران نیز کمتر پژوهشی به بررسی این مؤلفه در اختلالات اضطرابی پرداخته است. در نتیجه ضرورت ورود این بحث و آموزش در رابطه با استیگمای شخصی و اجتماعی و اضافه کردن آن به آموزش‌های روان شناختی به منظور کاهش استیگمای بیماری، افزایش انگیزه برای درمان، تعهد به درمان و کاهش خودسرزنی و خود انتقادی بیماران ضروری می‌باشد.

دومین مضمون به دست آمده از پژوهش، ارتقای انگیزه و تعهد به درمان از طریق آموزش و به کارگیری فرایندهای انگیزشی بود. جهت ارتقای تعهد به درمان، افزایش مشارکت درمانی و چالش با دوسوگرایی‌های

تمایز و فاصله ایجاد کنند و با فضا دادن و انعطاف پذیری نسبت به درد به شکلی سازگاران با بافت و همسو با ارزش‌های خود پاسخ دهند. هریک از پروتکل‌های درمانی نوین به نوع خاصی به دروازه هیجان‌ها وارد شده و آن را مورد هدف قرار می‌دهند. در نتیجه به نظر می‌رسد تلفیق این راهبردها با یکدیگر بتواند بهتر در تنظیم هیجان‌ها و مقابله با هیجان‌های طاقت فرسا در افراد مختلف کمک کننده باشد. تمرینات این جلسه به جای هدف قرار دادن هر یک از هیجان‌ها به صورت جداگانه، فرایندهای زیربنایی و عوامل فراتشخیصی زیربنای هیجان‌ها را هدف قرار می‌دهد. اثربخشی مداخلات هیجانی در اختلال اضطراب فراگیر و افسردگی و کارکردهای روان شناختی این بیماران به اثبات رسیده است [۶۵-۶۶]. به طور مثال شواهدی وجود دارد که نشان می‌دهد خود شفقت با عواملی مرتبط است که نمایانگر مکانیسم‌های کلیدی در مدل‌های تنظیم هیجان افسردگی و اضطراب است، از جمله تجربه‌های عاطفی، ظرفیت‌های تنظیم هیجان و تمایل به استفاده از راهبردهای خاص تنظیم هیجانی. همچنین شواهد حاکی از این است که شفقت با خود می‌تواند به طور موقعی با سایر درمان‌های اختلالات اضطراب و افسردگی و با هدف بهبود تنظیم هیجانی یکپارچه شود [۴۷].

مدل‌های یکپارچه آسیب شناسی روانی پیشنهاد کرده‌اند که کیفیت روابط بین فردی نیز به عنوان یکی از عوامل تعیین کننده بهزیستی روان شناختی روابط معناداری با افزایش خطر برای ابتلا به اختلالات اضطرابی و بخصوص اضطراب فراگیر دارد مطالعات نشان داده‌اند که اغلب این بیماران موضوعات بین فردی را به عنوان هسته اصلی نگرانی شان دارند [۲۱]. میلستین، اورسیلو، هیز-سکلتن و روئمر [۴] اذعان دارند که مشکلات و مسائل بین فردی افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر ممکن است بر پاسخ به درمان این افراد تاثیرگذار باشد و اضافه کردن مؤلفه‌های بین فردی به درمان‌های شناختی رفتاری می‌تواند به بهبود درمان کمک کند. همچنین مشکلات و نگرانی‌های بین فردی می‌تواند یک هدف مهم در درمان GAD باشد.

درمان مؤثر و جامع اختلال اضطراب فراگیر بخصوص در شرایط همبود با سایر اختلالات هیجانی، صرفاً کاهش علائم را نباید مدنظر داشته باشد و باید اصولی را آموزش دهد که فرد را برای زندگی جهت دار و هدفمند و زمینه را برای رشد شخصی و پیشگیری از عود بیماری و بیماری‌های مرتبط فراهم کند. رشد فردی و معنویت آخرین مضمون به دست آمده می‌باشد. بسیاری از اقدامات معنوی که در این الگو گنجانده شده‌اند برای افراد مبتلا به GAD مرتبط هستند و اثرات مفید آنها با تحقیقات تجربی در نمونه‌های بالینی و غیر بالینی گوناگون حمایت می‌شود. به عنوان مثال، شیوه‌های اندیشمندانه می‌تواند به کاهش نگرانی از نگرانی و کاهش عوارض فیزیولوژیکی اضطراب کمک کند [۵۲]. پرورش آگاهی و معنویت همچنین می‌تواند یک چارچوب انطباق پذیر و انعطاف پذیر برای درک خود و جهان فراهم کند و باعث افزایش تحمل به عدم اطمینان و افزایش احساس معرفت و خوشبینی در مقابله با نگرانی‌های روزمره شود [۶۷]. پرورش مهارت‌هایی از قبیل شفقت می‌تواند مشکلات ارتباطی را که اغلب باعث اضطراب و نگرانی هستند، کاهش دهد. نتایج مطالعات محققین بیانگر اهمیت ترکیب مداخله‌های معنوی در سایر رویکردهای درمانی اختلال اضطراب فراگیر است و در پژوهش‌هایی نیز معنویت گرای به طور موفقیت آمیزی با

مضطربانه خود را کنترل کنند و به تبع آن راهبردهای کنار آمدن با این واکنش‌ها را گسترش نمی‌دهند. داگاس و رابی چاود [۳۶] آموزش حل مساله را مداخله مهمی برای بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر در رابطه با نگرانی‌های واقعی می‌دانند. معرفی عدم تحمل بلاتکلیفی و نقش آن در ایجاد و تداوم اضطراب فراگیر، آشنایی مراجعین با آشکارکننده‌های عدم تحمل بلاتکلیفی و راهبردهایی که مراجعان برای برطرف کردن بلاتکلیفی در زندگی روزمره خود به طور افراطی از آنها استفاده می‌کنند، بررسی راهکارهای افزایش تحمل بلاتکلیفی، تشویق مراجع برای شناسایی موقعیت‌های مبهم و بلاتکلیف در زندگی روزمره و مواجهه تدریجی با آنها از مؤلفه‌های اختصاصی درمان اختلال اضطراب فراگیر می‌باشد [۳۶]. پذیرش محدودیت‌هایی مانند بلاتکلیفی، نقص و فقدان کنترل کامل، مزایا و معایب پذیرش این محدودیت‌ها، آگاهی و مشاهده افکار و احساسات بدون تلاش برای کنترل و یا قضاوت کردن آنها (گسلش شناختی) با الگوگیری از رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد، اصلاح مفروضه‌های ناکارآمد بنیادین و طرحواره‌های ناسازگار اولیه و تبیین رابطه نگرانی و اختلال اضطراب فراگیر با طرحواره‌ها، توجه آگاهانه به طرحواره‌ها و سبک‌های مقابله‌ای [۳۲] از مداخلات شناختی می‌باشد که می‌تواند در جلسات مهارت آموزی شناختی انجام شود.

مضمون پنجم به دست آمده از پژوهش راهبردهای فراشناختی می‌باشد. مداخلات فراشناختی که پس از مداخلات شناختی می‌توانند ارائه شوند، به جای تمرکز بر محتوای فکر بر تغییر نگرش و عقاید شخصی در مورد فرایندهای فکری از قبیل نگرانی و نشخوار تمرکز می‌کند. بر اساس مدل‌های فراشناختی، باورهای فراشناختی، ارزیابی‌های فراشناختی و راهبردهای کنترل فکر جزء عوامل اصلی ایجاد و تداوم اختلال اضطراب فراگیر هستند. در این مدل نگرانی ناشی از باورهای منفی درباره نگرانی، باورهای مثبت در مورد نگرانی و راهبردهای ناکارآمد کنترل ذهن است. مدل فراشناختی ولز برای اختلال اضطراب فراگیر [۱۳] پیشنهاد می‌کند که هر دو باورهای فراشناختی مثبت و منفی درباره نگرانی باید اصلاح شوند تا افراد بتوانند از نگرانی در پاسخ به تحریک افکار خودداری کنند. علاوه بر این، این مدل مشخص می‌کند که اگر افراد بخواهند با موفقیت نگرانی را کاهش دهند، باید استراتژی‌های مقابله با نگرانی را اصلاح کنند [۶۱]. شناسایی تئوری‌های بیمار درباره نگرانی، کمک به بیمار برای در نظر گرفتن نگرانی به عنوان یک رویداد ذهنی، اصلاح باورهای مرتبط با کنترل ناپذیری نگرانی، ارزیابی و معرفی نگرانی نوع دوم یا نگرانی درباره نگرانی هدف مداخلات فراشناختی در اختلال اضطراب فراگیر می‌باشد [۲۳]. نتایج پژوهش‌های مختلف کارایی مداخلات فراشناختی را در اختلال اضطراب فراگیر [۶۱-۶۳] و در شرایط همبودی با سایر اختلالات هیجانی نشان داده‌اند [۶۴].

کارآمدی هیجانی به عنوان مضمون ششم به میزان توانایی فرد برای تجربه کردن و پاسخگویی مؤثر به تمام هیجان‌ها، متناسب با بافت و همسو با ارزش‌ها اطلاق می‌شود [۶۵] مؤلفه‌هایی از قبیل آگاهی از هیجان و پذیرش ذهن آگاهانه جایگزینی برای اجتناب از هیجان هستند و به درمانجویان اجازه می‌دهند به جای تلاش برای اجتناب با تغییر تجربه هیجانی خود به تمرین و به کارگیری مهارت‌های عملی بپردازند. پذیرش ذهن آگاهانه بر دیدگاه‌گیری نسبت به تجربه هیجانی تاکید دارد که به درمانجویان کمک می‌کند بین خود و تجربه هیجانی

عاطفی در نظر می‌گیرند که می‌تواند با یادگیری برای حساسیت زدایی نسبت به هیجانات دردناک مداخله کند [۴۱]. به طور مثال خود آرام بخشی ممکن است از سوی درمانجویان به اشتباه به عنوان راهی برای سرکوب یا اجتناب هیجانی، به جای یک پاسخ عاطفی، تداخل با تجارب ارزشمند و ضروری و یا مانعی برای تمرینات مواجهه هیجانی به کار گرفته شود. محدودیت‌هایی نیز در این پژوهش وجود داشت؛ ممکن است تعدادی از پژوهش‌های مناسب یافت نشده باشد. در پژوهش‌های کیفی، پژوهشگر به عنوان ملاک قضاوت و ارزیابی قرار دارد و علیرغم اجتناب از هر گونه پیش زمینه ذهنی و استفاده از صاحب نظران مختلف جهت اعتباریابی، احتمال خطا وجود دارد.

نتیجه گیری

از آنجا که انسان یک مجموعه یکپارچه و تجزیه ناپذیر است، سلامت روانی کامل وی زمانی تحقق می‌یابد که وحدت وانسجام این سیستم حفظ گردد و اجزای مختلف آن با یکدیگر هماهنگ عمل نمایند. توجه روزافزون روان شناسان و درمانگران به این حقیقت، موجب شده است که در دهه‌های اخیر روش‌های کل نگر مورد توجه جدی روان درمانگران قرار گیرد. از این رو اکنون آنها در جستجوی روش‌های نوینی برآمده‌اند که بتواند کل وجود فرد را به صورت یکپارچه تحت تأثیر قرار دهد و همه شناخت‌ها، باورها، عواطف، هیجان‌ها و رفتارهای وی را به صورت منسجم و هماهنگ تغییر داده و او را در مسیر رشد و تکامل قرار دهد [۷۲]. با وجود آنکه هنوز تلاش‌های علمی بسیاری به منظور دستیابی به مداخلات اثربخش برای درد و رنج‌های هیجانی لازم است یکپارچه نگری نگاه و روش مناسبی برای دستیابی به این هدف خواهد بود. محتوای مدل یکپارچه روان‌درمانی اختلال اضطراب فراگیر که در این پژوهش به دست آمد، با توجه به روایی به دست آمده و اعتبار آزمایی رقابتی این پروتکل با درمان فراتشخیصی که در پایان نامه نویسنده اول انجام و تأیید شده است، می‌تواند توسط درمانگران و متخصصان و بنا به شرایط و نیاز بیماران در کنار سایر الگوهای درمانی این اختلال قابل استفاده باشد. لازم به ذکر است که برای شناسایی بهترین ترکیب و شیوه استفاده از مداخلات مؤثر در درمان اختلال اضطراب فراگیر تحقیقات بیشتری مورد نیاز است و تحقیق در مورد مزایای بالقوه درمان‌های یکپارچه برای درمان اختلالات اضطرابی در مراحل مقدماتی است. به همین ترتیب، تحقیقات و کارآزمایی‌های بالینی بیشتر برای تعیین بهترین روش برای یکپارچه سازی مداخلات در بیماران اضطرابی ضروری است.

حمایت مالی

پژوهش حاضر بدون حمایت مالی نهاد یا سازمان خاصی انجام شده است.

تعارض منافع

هیچگونه تعارضی در منافع بین نویسندگان وجود ندارد.

سهم نویسندگان

آقای فرزاد قادری جمع آوری یافته‌های پژوهش و تدوین اولیه پروتکل و نگارش مقاله را برعهده داشت. خانم دکتر ناهید اکرمی و آقای دکتر کورش نامداری، اساتید راهنما، در کلیه مراحل پژوهش نظارت و ویراستاری و اصلاحات پژوهش را بر عهده داشتند. آقای دکتر احمد

درمان‌های اختلال اضطراب فراگیر یکپارچه شده است [۵۲، ۶۸، ۶۹]. استلیو همکاران [۵۳] در پژوهشی نشان دادند که بسیاری از شرکت کنندگان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر همایند با افسردگی (۷۳-۸۳ درصد) ترکیب معنویت‌گرایی را در درمان اضطراب و افسردگی ترجیح می‌دهند. به عنوان گام نهایی لازمه تثبیت نگرش و عادت‌های جدید آموزش و افزایش مهارت خودکارآمدی و تأکید بر استفاده مهارت حل مساله در شرایط استرس زا و هنگام نگرانی، انجام تمرین‌های نظام مند برای حفظ سلامت هیجانی شامل توجه آگاهی، آرامش عمیق، مشاهده خویشتن، خودتأییدگری و عمل تعهدآمیز می‌باشد.

در زمینه مقایسه نتایج این پژوهش با نتایج پژوهش‌های پیشین با توجه به این که الگو در این پژوهش از طریق نتایج موجود در پژوهش‌های گذشته تدوین شده است، بنابراین شباهت‌های متعددی بین مؤلفه‌های موجود در این الگو با نتایج پژوهش‌های قبلی وجود دارد. برای مثال برخی از مفاهیم موجود در پژوهش‌های لیهی [۳۴]، وسترا [۴۲]، هیز و هافمن [۷۰]، داگاس و رابی چاود [۳۶]، مک کی و فانینگ [۳۱]، نیومن و کاستنگوای [۵۱]، تیمولاک و همکاران [۷۱] در این پژوهش ارائه شده است.

علیرغم شباهت‌های موجود در الگوی تدوین شده در پژوهش حاضر با پیشینه پژوهشی موجود، می‌توان گفت که هیچ یک از مطالعات پیشین، فرایند جامعی از درمان اختلال اضطراب فراگیر که همه ابعاد دخیل در سبب شناسی و درمان این اختلال را مورد پوشش قرار دهد، ارائه نکرده‌اند و از این نظر در این پژوهش الگوی نسبتاً جامعی متناسب با نیازهای بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر و بیماری‌های همبود تدوین شده است. در این الگو همچنین اصول و مفاهیم درمان مبتنی بر ذهنی سازی همسو با اظهارات هیز و هافمن [۷۲] و به منظور افزایش اثربخشی بین فردی در حوزه‌های شناختی، هیجانی و ارتباطی با مبانی درمان‌های شناختی رفتاری یکپارچه شده است. همچنین به جای بازسازی شناختی، همسو با درمان‌های موج سوم بر انعطاف پذیری شناختی تأکید شده است. این دیدگاه به این دلیل اتخاذ شده است که اخیراً محققان پیشنهاد کرده‌اند که بازسازی شناختی کلاسیک دارای دو مشکل عمده است: مشکل اول این است که تلاش برای چالش و جایگزینی فکر منفی با یک فکر مثبت به طور ضمنی بیانگر آن است که افکار منفی نادرست هست و افکار مثبت صحیح‌ترند. هر چیزی در دوگانگی خوب-بد احتمالاً همیشه نمی‌تواند به افراد کمک کند. در واقع فرض اینکه افکار منفی تحریف شده‌اند، گاهی اوقات افراد را به سمت دفاع بیشتر از آن‌ها سوق می‌دهد. مشکل دوم این است که بحث در مورد افکار منفی در یک موقعیت استرس زای متوسط می‌تواند به عنوان یک راهبرد اجتنابی یعنی تلاشی برای توقف هیجان‌های دردناک عمل کند و شواهد بسیاری در مورد تلاش برای مسدود کردن یا اجتناب از هیجان‌های منفی وجود دارد که در واقع سبب تشدید و طولانی شدن حضورشان می‌گردد. بنابراین در بلند مدت چالش با افکار منفی در زمان ناراحتی ممکن است صرفاً ناراحتی فرد را بیشتر کند [۳۱]. علاوه بر این در این پروتکل مداخلات مبتنی بر انجام ریلکسشن، آرام سازی کاربردی و انقباض عضلانی آنگونه که در سایر پروتکل‌های درمانی آمده است، مورد تأکید قرار نگرفته است به این دلیل که متخصصان درمان پذیرش و تعهد تمرینات خودآرامش بخشی و آرام سازی را اشکالی از اجتناب

از کلیه افرادی که در انجام این پژوهش با ما همکاری نمودند، تشکر به عمل می‌آید.

عابدی، استاد مشاور، بخش روش پژوهش و آنالیز آماری را برعهده داشتند.

سپاسگذاری

References

1. Kessler RC, Chiu WT, Demler O, Merikangas KR, Walters EE. Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry*. 2005;62(6):617-27. doi: 10.1001/archpsyc.62.6.617 pmid: 15939839
2. Newman MG, Przeworski A. The increase in interest in GAD: Commentary on Asmundson & Asmundson. *J Anxiety Disord*. 2018;56:11-3. doi: 10.1016/j.janxdis.2018.04.006 pmid: 29859657
3. Bobes J, Caballero L, Vilardaga I, Rejas J. Disability and health-related quality of life in outpatients with generalised anxiety disorder treated in psychiatric clinics: is there still room for improvement? *Ann Gen Psychiatry*. 2011;10(1):7. doi: 10.1186/1744-859X-10-7 pmid: 21401940
4. Millstein DJ, Orsillo SM, Hayes-Skelton SA, Roemer L. Interpersonal problems, mindfulness, and therapy outcome in an acceptance-based behavior therapy for generalized anxiety disorder. *Cogn Behav Ther*. 2015;44(6):491-501. doi: 10.1080/16506073.2015.1060255 pmid: 26228536
5. Roberge P, Normand-Lauziere 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 Fam Pract*. 2015;16:146. doi: 10.1186/s12875-015-0358-y pmid: 26492867
6. Association AP. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®): American Psychiatric Pub; 2013.
7. Vandad Sharifi M, Hajebi A, Radgoodarzi R. Twelve-month prevalence and correlates of psychiatric disorders in Iran: The Iranian mental health survey, 2011. *Arch Iran Med*. 2015;18(2):76.
8. Bower ES, Wetherell JL, Mon T, Lenze EJ. Treating anxiety disorders in older adults: Current treatments and future directions. *Harv Rev Psychiatr*. 2015;23(5):329-42. doi: 10.1097/HRP.0000000000000064 pmid: 26332216
9. Chang S, Abdin E, Shafie S, Sambasivam R, Vaingankar JA, Ma S, et al. Prevalence and correlates of generalized anxiety disorder in Singapore: Results from the second Singapore Mental Health Study. *J Anxiety Disord*. 2019;66:102106. doi: 10.1016/j.janxdis.2019.102106 pmid: 31252250
10. Yu W, Singh SS, Calhoun S, Zhang H, Zhao X, Yang F. Generalized anxiety disorder in urban China: Prevalence, awareness, and disease burden. *J Affect Disord*. 2018;234:89-96. doi: 10.1016/j.jad.2018.02.012 pmid: 29524751
11. Blanco C, Rubio JM, Wall M, Secades-Villa R, Beesdo-Baum K, Wang S. The latent structure and comorbidity patterns of generalized anxiety disorder and major depressive disorder: a national study. *Depress Anxiety*. 2014;31(3):214-22. doi: 10.1002/da.22139 pmid: 23776155
12. 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. *J Anxiety Disord*. 2017;45:72-9. doi: 10.1016/j.janxdis.2016.12.001 pmid: 27984787
13. Wells A, Welford M, King P, Papageorgiou C, Wisely J, Mendel E. A pilot randomized trial of metacognitive therapy vs applied relaxation in the treatment of adults with generalized anxiety disorder. *Behav Res Ther*. 2010;48(5):429-34. doi: 10.1016/j.brat.2009.11.013 pmid: 20060517
14. Kashdan TB, Roberts JE. Comorbid social anxiety disorder in clients with depressive disorders: predicting changes in depressive symptoms, therapeutic relationships, and focus of attention in group treatment. *Behav Res Ther*. 2011;49(12):875-84. doi: 10.1016/j.brat.2011.10.002 pmid: 22018535
15. Rojas SM, Bujarski S, Babson KA, Dutton CE, Feldner MT. Understanding PTSD comorbidity and suicidal behavior: associations among histories of alcohol dependence, major depressive disorder, and suicidal ideation and attempts. *J Anxiety Disord*. 2014;28(3):318-25. doi: 10.1016/j.janxdis.2014.02.004 pmid: 24681282
16. Sharpley CF, Bitsika V, Christie DR. Incidence and nature of anxiety-depression comorbidity in prostate cancer patients. *J Men Health*. 2010;7(2):125-34. doi: 10.1016/j.jomh.2010.03.003
17. Huppert JD, Sanderson WC. Psychotherapy for generalized anxiety disorder. *Textbook Anxiety Disorder*. 2010:219-38.
18. Timulak L, McElvaney J. Emotion-focused therapy for generalized anxiety disorder: An overview of the model. *J Contemporar Psychotherapy*. 2016;46(1):41-52. doi: 10.1007/s10879-015-9310-7
19. Fresco DM, Mennin DS, Heimberg RG, Ritter M. Emotion regulation therapy for generalized anxiety disorder. *Cogn Behav Pract*. 2013;20(3):282-300. doi: 10.1016/j.cbpra.2013.02.001 pmid: 27499606
20. Hobbs MJ, Mahoney AEJ, Andrews G. Integrating iCBT for generalized anxiety disorder into routine clinical care: Treatment effects across the adult lifespan. *J Anxiety Disord*. 2017;51:47-54. doi: 10.1016/j.janxdis.2017.09.003 pmid: 28926805
21. Rappay L, Bystritsky A, Dafters RE, Spearman M. New strategies for combining mindfulness with integrative

- cognitive behavioral therapy for the treatment of generalized anxiety disorder. *J Ration Emot Cogn Behav Ther.* 2011;29(2):92-119. doi: 10.1007/s10942-009-0095-z pmid: 21654919
22. Robichaud M. Cognitive behavior therapy targeting intolerance of uncertainty: Application to a clinical case of generalized anxiety disorder. *Cognitive Behav Practice.* 2013;20(3):251-63. doi: 10.1016/j.cbpra.2012.09.001
 23. Wells A, King P. Metacognitive therapy for generalized anxiety disorder: an open trial. *J Behav Ther Exp Psychiatry.* 2006;37(3):206-12. doi: 10.1016/j.jbtep.2005.07.002 pmid: 16125666
 24. Edrisi F, Khanzadeh M, Bahrainian A. Structural model of emotional regulation and symptoms of generalized anxiety disorder in students. 2015.
 25. Norton PJ, Barrera TL. Transdiagnostic versus diagnosis-specific cbt for anxiety disorders: a preliminary randomized controlled noninferiority trial. *Depress Anxiety.* 2012;29(10):874-82. doi: 10.1002/da.21974 pmid: 22767410
 26. 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. *Iran J Psychiatr Clin Psychol.* 2015;21(2):88-107.
 27. Norton P. Transdiagnostic approaches to the understanding and treatment of anxiety and related disorders. *J Anxiety Disord.* 2017;46:1-3. doi: 10.1016/j.janxdis.2017.02.004 pmid: 28249669
 28. Roemer L, Orsillo SM. An open trial of an acceptance-based behavior therapy for generalized anxiety disorder. *Behav Ther.* 2007;38(1):72-85. doi: 10.1016/j.beth.2006.04.004 pmid: 17292696
 29. Abasi F, Kimiaei SA, Safariyan MR, Abed MR. The fourth wave of behavior therapy: The process of formation of behavior treatments and its challenges. *Rooyesh-e-Ravanshenasi.* 2018;7(1):223-36.
 30. Olatunji BO, Cisler JM, Deacon BJ. Efficacy of cognitive behavioral therapy for anxiety disorders: a review of meta-analytic findings. *Psychiatr Clin North Am.* 2010;33(3):557-77. doi: 10.1016/j.psc.2010.04.002 pmid: 20599133
 31. McKay M, Fanning P, Ona PZ. *Mind and emotions: A universal treatment for emotional disorders.* New Harbinger Publications; 2011.
 32. Mohammadi A, Abbasi I. *Cognitive Behavioral Therapies - Under One Umbrella.* Knowledge Reflection. 2015;35:26-30.
 33. 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. *Behav Ther.* 2012;43(3):666-78. doi: 10.1016/j.beth.2012.01.001 pmid: 22697453
 34. Leahy RL, Holland SJ, McGinn LK. *Treatment plans and interventions for depression and anxiety disorders.* Guilford press; 2011.
 35. Mohammadi Mehr G. *Content analysis method (practical research guide).* Tehran: Danesh Negar Publishing; 2015.
 36. Dugas M, Robichaud M. *Practical clinical guidebooks. Cognitive-behavioral treatment for generalized anxiety disorder: From science to practice.* Routledge/Taylor & Francis Group. 2007.
 37. Leahy RL. *The worry cure: Seven steps to stop worry from stopping you.* Harmony 2006.
 38. Ociskova M, Prasko J, Vrbova K, Kasalova P, Holubova M, Grambal A, et al. Self-stigma and treatment effectiveness in patients with anxiety disorders - a mediation analysis. *Neuropsychiatr Dis Treat.* 2018;14:383-92. doi: 10.2147/NDT.S152208 pmid: 29416340
 39. Alladin A. *Integrative CBT for anxiety disorders: An evidence-based approach to enhancing cognitive behavioural therapy with mindfulness and hypnotherapy.* John Wiley & Sons; 2015.
 40. Westra HA. *Motivational interviewing in the treatment of anxiety.* Guilford Press; 2012.
 41. Eifert GH, Forsyth JP. *Acceptance and commitment therapy for anxiety disorders: A practitioner's treatment guide to using mindfulness, acceptance, and values-based behavior change.* New Harbinger Publications; 2005.
 42. Westra HA, Constantino MJ, Antony MM. Integrating motivational interviewing with cognitive-behavioral therapy for severe generalized anxiety disorder: An allegiance-controlled randomized clinical trial. *J Consult Clin Psychol.* 2016;84(9):768-82. doi: 10.1037/ccp0000098 pmid: 26985729
 43. Kanter J, Busch A, Rusch L. *Behavioral activation. The CBT distinctive features series.* Tijdschrift Voor Psychiatrie. 2010;52(7):508-9.
 44. McKay M, West A. *Emotion efficacy therapy: A brief, exposure-based treatment for emotion regulation integrating ACT and DBT.* New Harbinger Publications; 2016.
 45. Van Vreeswijk M, Broersen J, Schurink G. *Mindfulness and schema therapy: A practical guide.* John Wiley & Sons; 2014.
 46. Wells A. *Metacognitive therapy for anxiety and depression.* Guilford press; 2011.
 47. Finlay-Jones AL. The relevance of self-compassion as an intervention target in mood and anxiety disorders: A narrative review based on an emotion regulation framework. *Clinic Psychol.* 2017;21(2):90-103. doi: 10.1111/cp.12131
 48. Jurist E. *Minding emotions: Cultivating mentalization in psychotherapy.* Guilford Publications; 2018.
 49. McKay M, Lev A, Skeen M. *Acceptance and commitment therapy for interpersonal problems: Using mindfulness, acceptance, and schema awareness to change interpersonal behaviors.* New Harbinger Publications; 2012.
 50. Bevington D, Fuggle P, Cracknell L, Fonagy P. *Adaptive mentalization-based integrative treatment: A guide for*

- teams to develop systems of care: Oxford University Press; 2017.
51. Newman MG, Castonguay LG, Borkovec TD, Fisher AJ, Nordberg SS. An open trial of integrative therapy for generalized anxiety disorder. *Psychotherapy (Chic)*. 2008;45(2):135-47. **doi:** [10.1037/0033-3204.45.2.135](https://doi.org/10.1037/0033-3204.45.2.135) **pmid:** [19881891](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19881891/)
 52. Koszycki D, Bilodeau C, Raab-Mayo K, Bradwejn J. A multifaceted spiritually based intervention versus supportive therapy for generalized anxiety disorder: a pilot randomized controlled trial. *J Clin Psychol*. 2014;70(6):489-509. **doi:** [10.1002/jclp.22052](https://doi.org/10.1002/jclp.22052) **pmid:** [24114846](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24114846/)
 53. Stanley MA, Bush AL, Camp ME, Jameson JP, Phillips LL, Barber CR, et al. Older adults' preferences for religion/spirituality in treatment for anxiety and depression. *Aging Ment Health*. 2011;15(3):334-43. **doi:** [10.1080/13607863.2010.519326](https://doi.org/10.1080/13607863.2010.519326) **pmid:** [21491218](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21491218/)
 54. Ociskova M, Prasko J, Kamaradova D, Grambal A, Sigmundova Z. Individual correlates of self-stigma in patients with anxiety disorders with and without comorbidities. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2015;11:1767-79. **doi:** [10.2147/NDT.S87737](https://doi.org/10.2147/NDT.S87737) **pmid:** [26229471](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26229471/)
 55. Marker I, Norton PJ. The efficacy of incorporating motivational interviewing to cognitive behavior therapy for anxiety disorders: A review and meta-analysis. *Clin Psychol Rev*. 2018;62:1-10. **doi:** [10.1016/j.cpr.2018.04.004](https://doi.org/10.1016/j.cpr.2018.04.004) **pmid:** [29727863](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29727863/)
 56. Randall CL, McNeil DW. Motivational interviewing as an adjunct to cognitive behavior therapy for anxiety disorders: A critical review of the literature. *Cogn Behav Pract*. 2017;24(3):296-311. **doi:** [10.1016/j.cbpra.2016.05.003](https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2016.05.003) **pmid:** [28871216](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28871216/)
 57. Muir HJ, Constantino MJ, Coyne AE, Westra HA, Antony MM. Integrating responsive motivational interviewing with cognitive-behavioral therapy (CBT) for generalized anxiety disorder: Direct and indirect effects on interpersonal outcomes. *J Psychotherapy Integration*. 2019. **doi:** [10.1037/int0000194](https://doi.org/10.1037/int0000194)
 58. Westra HA, Arkowitz H, Dozois DJ. Adding a motivational interviewing pretreatment to cognitive behavioral therapy for generalized anxiety disorder: a preliminary randomized controlled trial. *J Anxiety Disord*. 2009;23(8):1106-17. **doi:** [10.1016/j.janxdis.2009.07.014](https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2009.07.014) **pmid:** [19665347](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19665347/)
 59. Sirivåg K, Haukenes Stavestrand S, Hilde Nordhus I, Pallesen S, Sjøbø T, Bruun Endal T, editors. Physical exercise augmented cognitive behaviour therapy for older adults with generalised anxiety disorder (PEXACOG): study protocol and feasibility results from a randomised controlled trial. 48th Annual Congress of the European Association for Behavioural and Cognitive Therapies, September 5-8 2018; 2018; Sofia, Bulgaria.
 60. Haseth S, Solem S, Soro GB, Bjornstad E, Grotte T, Fisher P. Group metacognitive therapy for generalized anxiety disorder: A pilot feasibility trial. *Front Psychol*. 2019;10:290. **doi:** [10.3389/fpsyg.2019.00290](https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.00290) **pmid:** [30837921](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30837921/)
 61. Nordahl HM, Borkovec TD, Hagen R, Kennair LEO, Hjemdal O, Solem S, et al. Metacognitive therapy versus cognitive-behavioural therapy in adults with generalised anxiety disorder. *BJPsych Open*. 2018;4(5):393-400. **doi:** [10.1192/bjo.2018.54](https://doi.org/10.1192/bjo.2018.54) **pmid:** [30294448](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30294448/)
 62. Esbjorn BH, Normann N, Christiansen BM, Reinholdt-Dunne ML. The efficacy of group metacognitive therapy for children (MCT-c) with generalized anxiety disorder: An open trial. *J Anxiety Disord*. 2018;53:16-21. **doi:** [10.1016/j.janxdis.2017.11.002](https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2017.11.002) **pmid:** [29145078](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29145078/)
 63. Johnson SU, Hoffart A, Nordahl HM, Wampold BE. Metacognitive therapy versus disorder-specific CBT for comorbid anxiety disorders: A randomized controlled trial. *J Anxiety Disord*. 2017;50:103-12. **doi:** [10.1016/j.janxdis.2017.06.004](https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2017.06.004) **pmid:** [28651207](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28651207/)
 64. Mennin DS, McLaughlin KA, Flanagan TJ. Emotion regulation deficits in generalized anxiety disorder, social anxiety disorder, and their co-occurrence. *J Anxiety Disord*. 2009;23(7):866-71. **doi:** [10.1016/j.janxdis.2009.04.006](https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2009.04.006) **pmid:** [19464142](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19464142/)
 65. Timulak L, McElvaney J, Keogh D, Martin E, Clare P, Chepukova E, et al. Emotion-focused therapy for generalized anxiety disorder: An exploratory study. *Psychotherapy (Chic)*. 2017;54(4):361-6. **doi:** [10.1037/pst0000128](https://doi.org/10.1037/pst0000128) **pmid:** [29251955](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29251955/)
 66. Greenberg LS, Goldman RN. *Clinical handbook of emotion-focused therapy: American Psychological Association*; 2019.
 67. Pargament KI, Raiya HA. A decade of research on the psychology of religion and coping: Things we assumed and lessons we learned. *Psyke Logos*. 2007;28(2):25.
 68. Khodayarifard M, Mansouri A, Besharat M, Gholamali-Lavasani M. Religiously and spiritually integrated treatments and generalized anxiety disorder. *J Res Behav Sci*. 2017;15(1):126-34.
 69. Rosmarin DH, Pargament KI, Pirutinsky S, Mahoney A. A randomized controlled evaluation of a spiritually integrated treatment for subclinical anxiety in the Jewish community, delivered via the Internet. *J Anxiety Disord*. 2010;24(7):799-808. **doi:** [10.1016/j.janxdis.2010.05.014](https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2010.05.014) **pmid:** [20591614](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20591614/)
 70. Hayes SC, Hofmann SG. *Process-based CBT: The science and core clinical competencies of cognitive behavioral therapy: New Harbinger Publications*; 2018.
 71. Timulak L, Keogh D, Chigwedere C, Wilson C, Ward F, Hevey D, et al. A comparison of emotion-focused therapy and cognitive-behavioural therapy in the treatment of generalised anxiety disorder: study protocol for a randomised controlled trial. *Trials*. 2018;19(1):506. **doi:** [10.1186/s13063-018-2892-0](https://doi.org/10.1186/s13063-018-2892-0) **pmid:** [30231910](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30231910/)
 72. Hofmann SG, Hayes SC. The Future of Intervention Science: Process-Based Therapy. *Clin Psychol Sci*. 2019;7(1):37-50. **doi:** [10.1177/2167702618772296](https://doi.org/10.1177/2167702618772296) **pmid:** [30713811](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30713811/)