ارزیابی کارایی درمان فراتشخیصی یکپارچه در بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر

رضا عبدی[۱]، عباس بخشی پور[۲]، مجید محمودعلیلو[۳]، علیرضا فرنام[۴]

مقاله پژوهشی

چکیده

زمینه و هدف: هدف پژوهش حاضر بررسی کارایی درمان فراتشخیصی یکپارچه در کاهش نشانه‌های آسیب‌شناختی افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر بود.

مواد و روش‌ها: در این پژوهش از طرح تجربی تک موردی از نوع خط پایه چندگانه ناهمزمان استفاده شد. سه نفر زن مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر از طریق مصاحبه تشخیصی و مصاحبه بالینی ساختاریافته براساس معیارهای راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی DSM-IV برای محور یک به روش نمونه‌گیری هدفمند در سال ۱۳۹۰ از بین بیماران دو مرکز خدمات مشاوره‌ای و روان‌پزشکی شهر تبریز انتخاب شدند. بیماران پس از احراز شرایط درمان، وارد فرایند درمان شدند. کارایی پروتکل درمان فراتشخیصی یکپارچه در طی در سه مرحله مداخله (خط پایه، درمان ۱۲ جلسه‌ای و پیگیری ۶ هفته‌ای) با استفاده از پرسش‌نامه نگرانی ایالت پنسیلوانیا PSWQ، نسخه چهارم پرسش‌نامه اختلال اضطراب فراگیر GADQ-V و مقیاس کلی شدت و آسیب اضطراب (OASIS) مورد بررسی قرار گرفت. داده‌ها به روش ترسیم دیداری، شاخص تغییر پایا (RCI) و فرمول درصد بهبودی تحلیل شدند.

یافته‌ها: نتایج نشان دادند که تأثیر درمان فراتشخیصی یکپارچه در کاهش شدت آماج‌های درمان (نگرانی، نشانه‌های اختلال اضطراب فراگیر و شدت اضطراب و آسیب عملکرد) در زنان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر هم از نظر آماری در سطح ($p< ۰/۰۵$) و هم از نظر بالینی معنی‌دار است.

نتیجه‌گیری: روش درمان فراتشخیصی یکپارچه در کاهش نشانه‌ها و بهبود علایم بالینی اختلال اضطراب فراگیر از کارایی لازم برخوردار است.

واژه‌های کلیدی: درمان فراتشخیصی یکپارچه؛ اختلال اضطراب فراگیر؛ نگرانی.

ارجاع: عبدی رضا، بخشی پور رودسری عباس،محمود علیلو مجید،فرنام علیرضا . **ارزیابی کارایی درمان فراتشخیصی یکپارچه در بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر**. مجله تحقیقات علوم رفتاری ۱۳۹۲؛ ۱۱(۵): ۳۹۰-۳۷۵

دریافت مقاله: ۱۳۹۱/۰۴/۲۱ پذیرش مقاله: ۱۳۹۲/۱۰/۰۴

۱- استادیار گروه روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه شهید مدنی آذربایجان، تبریز، ایران (نویسنده مسؤول) E-mail: R.abdi@azaruniv.edu

۲- استاد، گروه روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران

۳- استاد، گروه روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی دانشگاه تبریز، تبریز، ایران

۴- دانشیار، گروه روان‌پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تبریز، تبریز، ایران ، تبریز، ایران.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-11]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1392.11.5.5.4]

مقدمه

اختلال اضطراب فراگیر (Generalized Anxiety Disorder) به‌عنوان یکی از اختلال‌های اضطرابی مزمن است که به‌طور اختصاصی با نگرانی افراطی و پایدار مشخص می‌گردد (۱). در این اختلال، اضطراب معطوف به کلیه رویدادهای زندگی روزمره است. این اختلال عمدتا با علایم جسمی بی‌قراری، خستگی، تنش عضلانی، تحریک‌پذیری، و اشکال در تمرکز و خواب مشخص می‌گردد، به عبارتی دیگر این افراد دارای سیستم سمپاتیک بازداری شده می‌باشند و این مسأله را می توان در الگوی بروز علایم آن‌ها مشاهده کرد (۲). Barlow معتقد است نگرانی را به عنوان ویژگی بارز اختلال اضطراب فراگیر می‌توان در اکثر اختلال‌های اضطرابی مشاهده کرد، از همین رو این اختلال را به عنوان اختلال اضطرابی "پایه" Basic دانسته و تأکید بر این دارد که فهم و کشف سبب‌شناسی و درمان این اختلال می توان گامی بزرگ در حیطه اختلال‌های اضطرابی باشد (۳).

این اختلال به عنوان یکی از اختلال‌های خیلی شایع اضطرابی است که مطالعات همه‌گیری‌شناسی میزان شیوع طول عمرآن را در جمعیت عمومی بین ۳ درصد تا ۶ درصد و به‌طور متوسط در اغلب جوامع حدود ۵/۷ درصد برآورد کرده‌اند (۴). میزان این اختلال از حدود ۵ سالگی به بعد در زنان شایع‌تر از مردان می‌باشد و در حدود دو سوم افراد مبتلا به این اختلال زنان هستند (۵). مطالعات زیادی نشان می‌دهند که به ندرت می‌توان اختلال اضطراب فراگیر را بدون اختلال همایند (Comorbid) دیگر مشاهده کرد و در واقع تنها ۲۵ درصد تا ۳۳/۷ درصد از افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر فاقد اختلال همایند دیگری بوده‌اند (۶).

درمان‌های روان‌شناختی که از سنت و مکتب‌شناختی- رفتاری بر آمده‌اند به طور عمده به منظور درمان اختلال‌های هیجانی انطباق یافته‌اند (۷). به‌طور کلی درمان‌های شناختی- رفتاری حمایت شده از نظر تجربی در دو رویکرد درمان‌های اختصاصی اختلال یا اختصاصی تشخیص بالینی و رویکرد درمان‌های فراتشخیصی (Transdiagnostic) شکل گرفته‌اند. مدل‌های درمان اختصاصی روی فرایندهای شناختی و رفتاری مهم تفکیک‌کننده هریک از اختلال‌ها از هم دیگر، تأکید می‌کنند و به تبع آن راهنماها و دستورالعمل‌های درمانی مبتنی بر شواهد اختصاصی هر اختلال را تدوین و منتشر می‌کنند، در خصوص اختلال اضطراب فراگیر می‌توان به راهنمای درمانی غلبه بر اضطراب و نگرانی (۸)، درمان فراشناختی Metacognitive (۹) و راهنمای درمان شناختی- رفتاری اختلال اضطراب فراگیر (۱۰) اشاره کرد که درمان‌های اختصاصی برای این اختلال می‌باشند.

با وجود این که درمان‌های شناختی- رفتاری با دارا بودن پشتوانه پژوهشی خوبی به عنوان درمان‌های انتخابی برای اختلال اضطراب فراگیر کارایی خود را نشان داده‌اند (۱۱)، اما نسبت بالایی از افرادی که درمان شده‌اند معیارهای بهبودی کامل در کارکرد را نشان نمی‌دهند و این نشان می‌دهد که برای درمان مؤثر این اختلال هنوز جای پیشرفت زیادی وجود دارد (۴). پیشینه پژوهشی ضعیف و مطالعات انگشت‌شماری نیز در مورد این اختلال در کشور ما خصوصا در زمینه بررسی اثربخشی و کارایی مداخلات درمانی بر روی این اختلال وجود دارد (۱۲).

با توجه به محدودیت‌های درمان‌های اختصاصی و همچنین استدلال‌های مبتنی بر شواهد – همچون ظهور نظریه‌ها و پژوهش‌های جدید در حوزه اختلال‌های هیجانی که به جای تفاوت عمدتا به شباهت‌ها یا مشترکات (Commonalities) این اختلال‌ها تأکید دارند و همچنین تسهیل و تدارک انتشار و آموزش پروتکل‌های مبتنی بر مجموعه واحدی از اصول درمانی با رعایت اصل ایجاز (Parsimony) و اجتناب از دستورالعمل‌های درمانی متعدد- تعدادی از محققان و متخصصان بالینی با در نظر گرفتن امتیازات رویکرد درمانی فراتشخیصی همچون کاربردپذیری (Feasibility) در مورد طیف وسیعی از اختلال‌ها و قابلیت آموزش آسان آن توسط مراجعان و درمانگران و بنا به ضرورت، انتشار و توسعه درمان‌های یکپارچه فراتشخیصی کارامد و اثربخش را به جای دستورالعمل‌های متنوع در دستور کار پژوهشی و بالینی خود قرار دادند (۱۳).

منطق شکل‌گیری درمان‌های فراتشخیصی مبتنی بر مفاهیم نظری و نتایج تجربی در خصوص وجود عوامل مشترک بین اختلال‌های هیجانی بوده است که عمدتا با هدف مورد آماج قراردادن این عوامل سبب‌ساز طراحی شدند. پروتکل‌های فراتشخیصی به منظور مورد هدف قرار دادن فرایندهای

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-11]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1392.11.5.5.4]

شناختی و رفتاری درگیر در طیف وسیعی از اختلال‌های روان‌شناختی طراحی شده‌اند، از جمله می‌توان به پروتکل درمان فراتشخیصی یکپارچه گروه بارلو (۱۵، ۱۴) اشاره کرد که برای افراد دارای اختلال‌های اضطرابی و خلقی یک قطبی با قابلیت کاربردپذیری بالقوه برای سایر اختلال‌های هیجانی ارایه گردید. تدوین پروتکل درمانی یکپارچه با توجه به نتایج پژوهش‌هایی است که نشانگر اشتراکات و مشابهت‌های موجود بین اختلال‌های هیجانی به ویژه وجود ویژگی‌های مشترک یا عوامل فراتشخیصی و سطح بالاتر بین این اختلال‌ها (مثل: عاطفه منفی، کمال‌گرایی، نشخوار ذهنی مشکلات تنظیم هیجانی، نگرانی و مشکل در خواب)، نرخ بالای همایندی بین این اختلال‌ها و میزان بهبودی بالا در اختلال‌های همایند با اختلال اصلی تحت درمان می‌باشند. پروتکل یکپارچه یک درمان شناختی- رفتاری مبتنی بر رویارویی (Exposure-Based) می‌باشد که در درجه نخست روی تغییر دادن پاسخ‌های غیرانطباقی به تجارب هیجانی تأکید می‌کند. این روش درمانی با ادغام مؤلفه‌های مشترک درمان شناختی-رفتاری برای اختلال‌های هیجانی و با استفاده از آخرین پیشرفت‌ها در حوزه علم هیجان، تلاش می‌کند تا فرایندهای اصلی سبب‌ساز اختلال‌های هیجانی را مورد آماج قرار دهد (۱۶).

کاربردپذیری این روش درمانی در یک مطالعه موردی برای درمان بیمار مبتلا به اختلال وسواسی- جبری دارای اختلال‌های همایند اضطراب فراگیر و وحشت‌زدگی مورد بررسی قرار گرفته است که ضمن تأیید انعطاف‌پذیری و کاربردپذیری این پروتکل، تغییر معنی‌دار بالینی خوبی را در فرد نشان داده است (۱۷). در پژوهشی دیگر، نتایج مطالعه مقدماتی بررسی کارایی این روش درمان در تعداد ۱۵ بیمار مبتلا به طیفی از اختلال‌های هیجانی اضطرابی و خلقی ناهمگون (۱۸) تغییر بالینی معنی‌دار و اندازه اثر بالایی را در مرحله پس از درمان و دوره پیگیری حتی قابل مقایسه و بیشتر از اندازه اثر درمان‌های اختصاصی اختلال نشان داد. همچنین در یک کارآزمایی تصادفی کنترل شده کارایی پروتکل درمان فراتشخیصی یکپارچه اختلال‌های هیجانی در نمونه‌ای بالینی متشکل از ۳۷ بیمار مبتلا دارای تشخیص اصلی یکی از اختلال‌های اضطرابی طی یک دوره درمان حداکثر ۱۸ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای فردی و ۶ ماه دوره پیگیری مورد ارزیابی قرار گرفت، این درمان به کاهش قابل ملاحظه‌ای در فراوانی و شدت اختلال‌های اولیه و ثانویه در پس از درمان نسبت به پیش از درمان منجر گردید (۱۳). 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. این پژوهش با هدف ارزیابی کارایی درمان فراتشخیصی (۱۹) در کاهش علایم زنان دارای اختلال اضطراب فراگیر، تلاش کرده است تا به صورت مقدماتی پرسش اصلی ما را یعنی "آیا پروتکل درمان فراتشخیصی یکپارچه که به منظور آماج قرار دادن این عوامل مشترک طراحی شده است در کاهش شدت علایم اختلال اضطراب فراگیر از کارایی معنی‌داری برخوردار می‌باشد؟" مورد ارزیابی قرار دهد.

مواد و روش‌ها

طرح این پژوهش از نوع طرح خط پایه چندگانه (Multiple-Baseline Design) ناهمزمان (Non-Concurrent) یا پلکانی با آزمودنی‌های متفاوت و سنجش پیوسته (Continuous Assessment) می‌باشد. این طرح یکی از طرح‌های تجربی تک موردی (single-case) پرکاربرد در روان‌شناسی بالینی قلمداد می‌گردد (۲۰).

جامعه آماری تحقیق افرادی را در بر می‌گرفت که در شش ماه دوم سال ۹۰ جهت دریافت مشاوره و خدمات روان‌شناختی یا روان‌پزشکی به مرکز ارجاع مشاوره و خدمات روان‌شناختی علامه امینی بهزیستی و کلینیک تخصصی روان‌پزشکی بزرگمهر در شهر تبریز مراجعه کرده بودند.گروه نمونه در این پژوهش شامل ۳ نفر زن مبتلا به اختلال هیجانی اضطراب فراگیر (GAD) است که از طریق روش نمونه‌گیری هدفمند (Purposeful Sampling) پس از مصاحبه تشخیصی روان‌پزشک و مصاحبه بالینی ساختاریافته برای تشخیص اختلال‌های محور I (SCID) یک روان‌شناس بالینی از بین جامعه آماری انتخاب شدند. نمونه مورد

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-11]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1392.11.5.5.4]

پژوهش پس از احراز شرایط پژوهش یعنی ملاک‌های ورود و حذف این پژوهش، وارد فرایند مداخله شدند. ویژگی‌های جمعیت‌شناختی و بالینی بیماران در جدول ۱ آمده است.

جدول ۱. ویژگی‌های جمعیت‌شناختی و بالینی بیماران

بیماران / متغیر	بیمار اول	بیمار دوم	بیمار سوم
سن	۲۹	۳۵	۳۲
وضعیت تأهل	متأهل	متأهل	نامزد
میزان تحصیلات	لیسانس	فوق لیسانس	لیسانس
شغل	مربی شنا	کارمند	کارمند شرکت خصوصی
اختلال همایند	اختلال هراس اجتماعی	اختلال افسرده خویی	اختلال پانیک بدون گذرهراسی
مدت بیماری	۵سال	۷سال	۴سال
اقدامات درمانی قبلی	–	دریافت درمان دارویی	–
میزان همکاری و انگیزه	خیلی خوب	خیلی خوب	انگیزه و همکاری خوب

- **ملاک‌های ورود عبارت هستند 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، ابتلا فرد به اختلال اضطراب فراگیر به عنوان تشخیص اصلی 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 هرگونه 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 خصوصا 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 به طور 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 بعد 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 (follow-up) در طی شش 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.

ابزارهای پژوهش

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-11]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1392.11.5.5.4]

۱- مصاحبه بالینی ساختاریافته برای تشخیص اختلالات محور (SCID یا DSMI structured Clinical Interview for**)** ؛ این ابزار مصاحبه‌ای انعطاف‌پذیر است که توسط First, Spitzer, Gibbon & Williams تهیه شد (۲۱). ضریب کاپای ۶۰ درصد به عنوان ضریب پایایی بین ارزیاب‌ها برای SCID گزارش شده است (۲۲). توافق تشخیصی نسخه فارسی این ابزار، 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 (۲۳).

۲-نسخه چهارم پرسش‌نامه اختلال اضطراب فراگیر(GAD-Q-IV یا Generalized Anxiety Disorder Questionnaire**)؛** این پرسش‌نامه در قالب یک ابزار خودسنجی معیارهای تشخیصی DSM-IV را برای اختلال اضطراب فراگیر می‌سنجد (۲۴). سؤالات این پرسش‌نامه وجود نگرانی افراطی و غیر قابل کنترل شامل نگرانی در مورد چیزهای کوچک در اغلب روزها البته در طی مدت کمتر از ۶ ماه مورد توجه قرار می‌دهد. سؤالات هم‌چنین تعدادی از موضوعات نگران کننده، تأیید ویژگی‌های همبسته با اختلال اضطراب فراگیر و شدت تداخل و آشفتگی در ارتباط با نگرانی و علایم مرتبط با نگرانی را مورد بررسی قرار می‌دهد. دامنه نمرات این پرسش‌نامه از صفر تا ۱۲ بوده و نقطه برش آن ۵/۷ گزارش شده است. هم‌چنین میانگین نمرات این پرسش‌نامه در افراد غیراضطرابی ۲/۶۹ با انحراف استاندارد (۳/۱۴) و پایایی بازآزمایی ۰/۹۲ گزارش شده است (۲۴). در پژوهش حاضر ضریب بازآزمایی این پرسش‌نامه با یک هفته فاصله در حدود ۰/۸۴ برآورد شد.

۳- پرسش‌نامه نگرانی ایالت پنسیلوانیا (PSWQ یا Penn State Worry Questionnaire**)**: این پرسش‌نامه یک ابزار خود سنجی ۱۶ ماده‌ای است که عمدتا برای سنجش شدت و افراطی و غیرقابل کنترل بودن نگرانی در زمان‌ها و موقعیت‌های مختلف به عنوان ویژگی معرف اساسی اختلال اضطراب فراگیر، استفاده می‌شود. هر ماده روی یک مقیاس ۵ درجه‌ای رتبه‌بندی می‌شود. این پرسش‌نامه در ایران توسط دهشیری، گلزاری، برجعلی، و سهرابی، هنجاریابی شده و ضریب آلفای کرونباخ؛ ۰/۸۸ و ضریب بازآزمایی آن ۰/۷۹ برآورد گردید و اعتبار همگرای پرسش‌نامه با سیاهه اضطراب صفت- حالت و سیاهه افسردگی بک را به ترتیب ۰/۶۸ و ۰/۴۳ گزارش کردند (۲۵). 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 (۲۶). این پرسش‌نامه به عنوان ابزاری برای غربالگری اختلال اضطراب فراگیر به کار می‌رود. Behar, Alcaine, Zuellig, & Borkokec در جمعیت افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر میانگین نمره این پرسش‌نامه را (۶۷/۳۵) و انحراف استاندارد (۸/۱۲) و در جمعیت بدون این اختلال میانگین نمرات را ۴۷/۰۸ با انحراف استاندارد (۱۳/۲۴) به دست آورده‌اند (۲۷). پایایی بازآزمایی این پرسش‌نامه در جمعیت غیربالینی در حد ۰/۸۷ گزارش شده است (۲۸). در این پژوهش برای سنجش شدت نگرانی به عنوان ویژگی اصلی اختلال اضطراب فراگیر از این ابزار استفاده شد.

۴- مقیاس کلی شدت و آسیب اضطراب (OASIS یا The Overall Anxiety Severity and Impairment Scale**)** : این مقیاس خودسنجی توسط Norman, Hami-Cissell, Means-Stein & Christensen به منظور سنجش شدت بالینی اضطراب در حوزه های مختلف مثل آسیب در کارکرد، ارزیابی روند افزایش و کاهش شدت هرگونه اختلال اضطرابی و طراحی یک ابزار مختصر و سریع به منظور غربال در موقعیت‌های بالینی ارایه شده است (۲۹). این مقیاس یک سنجه ۵ ماده‌ای است که فراوانی و شدت نشانه‌های اضطراب، اجتناب رفتاری، و آسیب کارکردی مربوط به اضطراب را ارزیابی می‌کند. به طور بالقوه این ابزار می‌تواند به طور همزمان در سنجش

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-11]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1392.11.5.5.4]

شدت و آسیب مربوط به اختلال‌های اضطرابی مختلف کاربرد داشته باشد. در یک مطالعه ویژگی‌های روان‌سنجی این مقیاس از جمله اعتبار همگرا با ابزارهای اختصاصی اختلال‌های اضطرابی را در حد عالی و پایایی بازآزمایی یک ماهه قوی حدود ۰/۸۲ گزارش شده و بین پنج ماده مقیاس درجه همسانی درونی بالایی (۰/۸۰) را نشان داده است، همچنین نمره برش این ابزار ۸ گزارش شده است (۲۹). در مطالعه‌ای میانگین نمرات این مقیاس ۶/۶۱ با انحراف استاندارد (۴/۰۱) در جمعیت عمومی گزارش شده است (۳۰). پایایی این مقیاس در پژوهش حاضر پس از ترجمه فارسی و برگردان معکوس، به روش بازآزمایی با فاصله یک هفته ضریب پایایی ۰/۷۹ به دست آمد. در پژوهش حاضر از این ابزار برای ارزیابی شدت علایم و آسیب در عملکرد یا کارکرد بیماران استفاده شد.

روش درمان

به منظور بررسی کارایی روش درمان فراتشخیصی یکپارچه از دستورالعمل جدید درمان فراتشخیصی یکپارچه (۱۹) استفاده شد. این پروتکل درمانی شامل هشت بخش یا مدول (Module) است که در پژوهش حاضر در طی ۱۲ جلسه فردی تقریبا۵۰ 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 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 اجتناب‌شناختی 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 (۱۹)؛ افزایش انگیزه (Motivation Enhancement)؛ آموزش روانی (Psychoeducation) یا منطق درمان؛ آموزش آگاهی از هیجان؛ ارزیابی مجدد شناختی؛ رفتارهای ناشی از هیجان (EDBs یا Emotion Driven Behaviors) ؛ رویارویی احشایی و موقعیتی (Interoceptive And Situational Exposure)؛ آگاهی و تحمل احساس‌های جسمانی و پیشگیری از عود. جلسات درمان نیز با آماج قرار دادن اهداف درمان و تمرکز بر بخش‌های مختلف پروتکل به مراجعان ارایه گردید که محتوای آن به صورت خلاصه در جدول ۲ آمده است. **راهبردهای تحلیل نتایج**

همانند اکثر طرح‌های تک موردی نخستین راهبرد یا روش تحلیل نتایج حاصله استفاده از روش استاندارد ترسیم دیداری (Visual Inspection) یا چشمی بود. تغییرات در علایم اصلی و عملکرد بیماران در طی مراحل خط پایه، درمان و پیگیری به واسطه الگوهای ترسیم دیداری تغییر در سطح (Level) ، شیب (Slope) و پایداری (Stability) نمرات PSWQ و OASIS بررسی گردید.

هم‌چنین از روش شاخص تغییر پایا (RCI یا Reliable Change Index) با فرمول اصلاح شده برای محاسبه تغییر آماری معنی‌دار نمرات استفاده شد (۳۱). برای محاسبه شاخص تغییر پایا نمره پس از درمان یا پیگیری از نمره پیش از درمان تفریق می‌شد و حاصل آن بر خطای استاندارد تفاوت ها S_{diff} تقسیم می‌گردد. در این پژوهش اگر نتیجه به‌دست آمده بزرگ‌تر از سطح معنی‌داری نمره z یعنی ۱/۹۶ (۰/۰۵ > p) باشد، می‌توان با ۹۵ درصد اطمینان تغییر یا بهبودی به دست آمده را به اثر مداخله نسبت داد.

برای بررسی بهبودی یا تغییر بالینی معنی‌دار یا سنجش پیشرفت مراجعان در تغییر متغیرهای آماجی علاوه بر در نظرگرفتن نقطه برش ابزارها از روش درصد بهبودی نیز استفاده گردید. در این روش با توجه به فرمول درصد بهبودی نمره پس‌آزمون فرد از نمره پیش‌آزمون تفریق و حاصل آن را بر نمره پیش‌آزمون تقسیم می‌شود (۳۲).

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-11]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1392.11.5.5.4]

جدول ۲. محتوای مداخله‌درمانی

جلسات	محتوا
اول	*افزایش انگیزه؛* مصاحبه انگیزشی برای مشارکت و درگیری بیماران در طول درمان، ارایه منطق درمان و تعیین اهداف درمان.
دوم	*ارایه آموزش روانی؛* بازشناسی هیجان‌ها و ردیابی تجارب هیجانی و آموزش مدل سه مؤلفه‌ای تجارب هیجان و مدل ARC
سه و چهار	*آموزش آگاهی هیجانی؛* یادگیری مشاهده تجارب هیجانی (هیجان‌ها و واکنش به هیجان‌ها) خصوصا با استفاده از تکنیک‌های ذهن آگاهی.
پنجم	*ارزیابی و ارزیابی مجدد شناختی؛* ایجاد آگاهی از تأثیر و ارتباط متقابل بین افکار و هیجان‌ها، شناسایی ارزیابی‌های ناسازگارانه اتوماتیک و دام‌های شایع تفکر و ارزیابی مجدد شناختی و افزایش انعطاف پذیری در تفکر.
ششم	*شناسایی الگوهای اجتناب از هیجان؛* آشنایی با راهبردهای مختلف اجتناب از هیجان و تأثیر آن بر تجارب هیجانی و آگاهی یافتن از اثرات متناقض اجتناب از هیجان.
هفتم	*بررسی رفتارهای ناشی از هیجان* EDBs؛ آشنایی و شناسایی رفتارهای ناشی از هیجان و درک تأثیر آن‌ها روی تجارب هیجانی، شناسایی EDBs ناسازگارانه و ایجاد گرایش‌های عمل جایگزین به واسطه رویاروی شدن با رفتارها.
هشتم	*آگاهی و تحمل احساس‌های جسمانی؛* افزایش آگاهی از نقش احساس‌های جسمانی در تجارب هیجانی، انجام تمرین‌های مواجهه یا رویارویی احشایی به منظور آگاهی از احساس‌های جسمانی و افزایش تحمل این علایم.
نهم تا یازدهم	*رویارویی احشایی و رویارویی با هیجان مبتنی برموقعیت؛* آگاهی یافتن از منطق رویارویی‌های هیجانی، آموزش نحوه تهیه سلسله مراتب ترس و اجتناب و طراحی تمرین‌های مواجهه هیجانی مکرر و اثربخش به صورت تجسمی و عینی و ممانعت از اجتناب.
دوازدهم	*پیشگیری از عود؛* مرور کلی مفاهیم درمان و بحث در مورد بهبودی و پیشرفت‌های درمانی بیمار

یافته‌ها

نتایج حاصل از این پژوهش براساس نمودار ۱ و نتایج جدول ۳ بیماران به طور جداگانه به شرح زیر ارایه می‌گردد.

بیمار اول:

با توجه به نمودار ۱ نمرات PSWQ در غیاب مداخله درمانی در مرحله خط پایه پایدار بوده و تغییری در سطح نگرانی به عنوان 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 (Change Rate) با توجه به روند یا شیب 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 (Magnitude of Change) متوسطی را با توجه به سطح تغییر نمرات می توان در نمودار مشاهده کرد. با توجه به مقدار شاخص تغییر پایا به دست 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 OASIS معادل (RCI = −۳/۷۵) و همچنین با توجه به مقادیر شاخص‌های تغییر پایای به دست آمده بیمار در نوبت سوم پیگیری نسبت به مرحله خط پایه در این ابزارها (جدول ۳) و معنی‌داری آن‌ها در سطح ($p < ۰/۰۵$) حاکی از معنی‌دار بودن تغییر و بهبودی به وجود آمده در روند و شدت نگرانی، علایم اختلال اضطراب فراگیر و شدت اضطراب و آسیب در عملکرد بیمار از نظر آماری می‌باشد. همچنین کاهش نمرات بیمار تا حد نقطه برش پرسش‌نامه‌ها و درصد بهبودی به دست آمده

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-11]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1392.11.5.5.4]

(جدول ۳)، نشانگر معنی‌داری قابل قبول تغییر از نظر بالینی می‌باشد. با توجه به مقادیر شاخص تغییر پایاها 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.

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 ملایم‌تر نسبت به روند تغییر بیمار اول تغییرپذیری به صورت پیوسته تا جلسه آخر درمان ادامه دارد ولی بعد از این جلسه روند تغییر متوقف و افزایش یا کاهشی در سطح نمرات مرحله پیگیری مشاهده نمی‌شود.

مقدار شاخص تغییر پایا به دست آمده از مرحله خط پایه به مراحل پس از درمان این بیمار در نمرات پرسش‌نامه‌های PSWQ برابر (RCI = −۴/۱۵) و GADQ-V برابر (RCI = −۳۴/۹۷) و مقیاس OASIS معادل (RCI = −۴/۱۷) و هم‌چنین شاخص‌های تغییر پایای به‌دست 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 ۱/۹۶ و معنی‌داری آن‌ها در سطح (p< ۰/۰۵) حاکی از معنی‌دار بودن تغییر و بهبودی به وجود آمده در روند و شدت نگرانی، علایم اختلال اضطراب فراگیر و شدت اضطراب و آسیب در عملکرد بیمار از نظر آماری می‌باشد. هم چنین با کاهش نمرات این بیمار تا حد نقاط برش پرسش‌نامه‌ها و درصد بهبودی (ارایه شده در جدول شماره ۳)، نشانگر تأثیر معنی‌دار این روش مداخله از نظر بالینی می‌باشد. به طور کلی این بیمار طی درمان در مقایسه با دو بیمار دیگر تغییر و بهبودی کمتری را خصوصا در کاهش شدت نگرانی و نشانه‌های اختلال اضطراب فراگیر کسب کرده است.

بیمار سوم:

بر اساس نمودار ارایه شده از نمرات پرسش‌نامه PSWQ بیمار با اندازه 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 نسبتا 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 ارایه شده در جدول ۳، این بیمار نیز از نظر آماری کاهش معنی‌داری را در جلسه آخر درمان نسبت به مرحله خط پایه در سطح معنی‌داری (p< ۰/۰۵) با مقادیر شاخص تغییر پایای پرسش‌نامه‌های PSWQ برابر (RCI = −۴/۷۴) و GADQ-V برابر (RCI = −۴/۹۷) کسب کرده است. همچنین بالا بودن ارزش شاخص‌های تغییر پایای به دست آمده از نمره z یعنی ۱/۹۶ و معنی‌داری آن‌ها در سطح (p < ۰/۰۵) در نوبت سوم پیگیری نسبت به مرحله خط پایه این بیمار حاکی از معنی‌دار بودن تغییر و بهبودی به وجود آمده در روند و شدت نگرانی و نشانه‌های اختلال اضطراب فراگیر بیمار از نظر آماری می‌باشد. پایین آمدن نمره بیمار در ابزارهای فوق الذکر تا حد نقطه برش و درصد بهبودی قابل ملاحظه در مرحله پس از درمان و پیگیری در جدول ۳ نشانگر معنی‌داری تغییر و بهبودی در نشانه‌های پاتولوژیک آماجی این بیمار از نظر بالینی می‌باشد. با توجه به ارزش شاخص تغییر پایای این بیمار در مقیاس OASIS در مرحله پس از درمان (RCI = −۱/۶۷) و مرحله پیگیری (RCI = −۱/۲۵) نسبت به خط پایه که کوچک‌تر از ارزش نمره z یعنی ۱/۹۶ و عدم معنی‌داری آنها در سطح (p < ۰/۰۵) حاکی از عدم معنی‌داری آماری تأثیر مداخله‌درمانی در کاهش شدت

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-11]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1392.11.5.5.4]

اضطراب و آسیب در عملکرد این بیمار می‌باشد. همچنین با توجه به عدم کاهش نمره فرد به زیر نقطه برش و درصد بهبودی پایین در این مقیاس حاکی از عدم معنی‌داری تغییر از نظر بالینی می‌باشد.

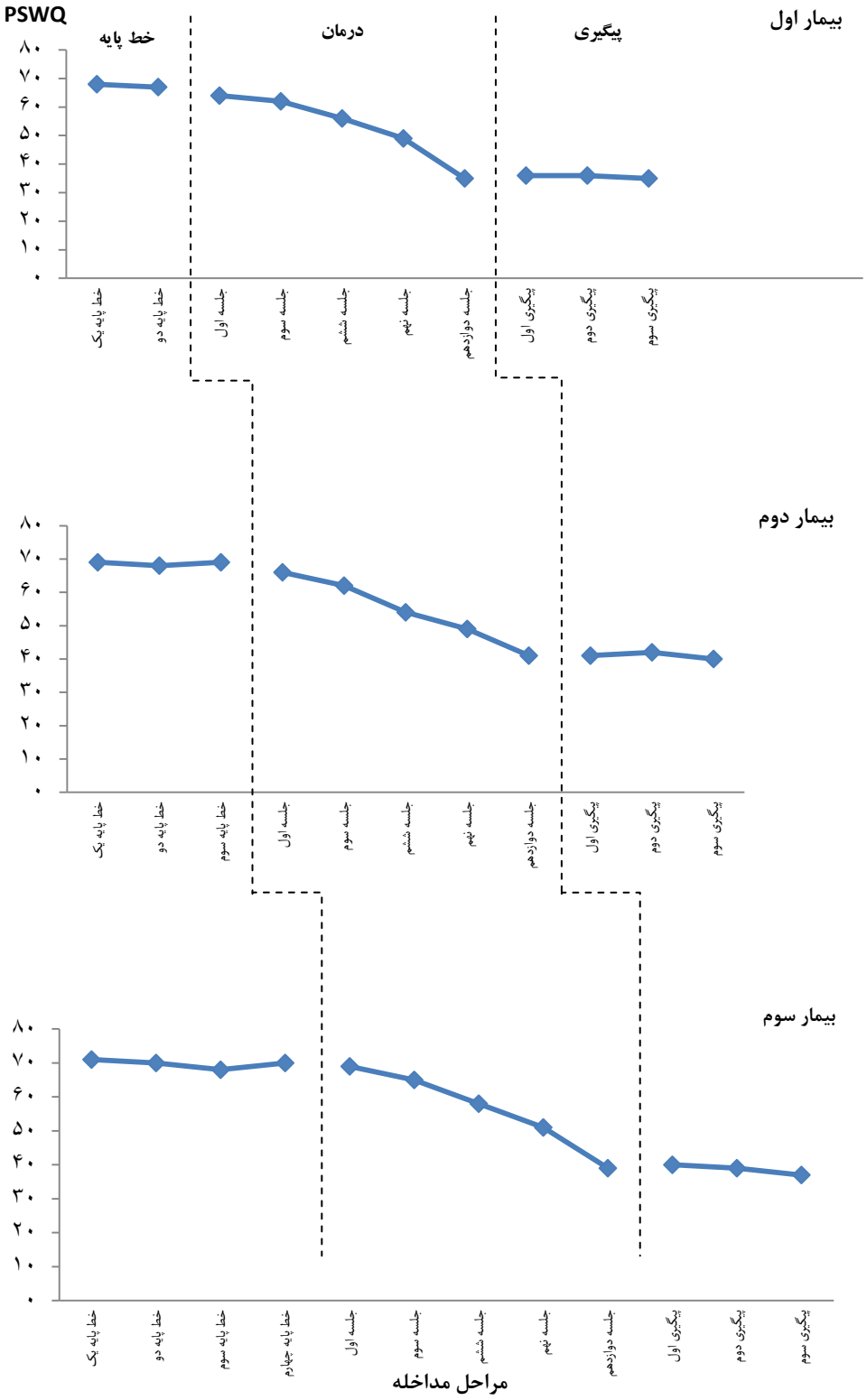
جدول ۳. درصد بهبودی و شاخص تغییر پایای بیماران در PSWQ، GADQ-V و OASIS

بیماران / مراحل مداخله	PSWQ			GADQ-V			OASIS		
	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	۱۵	۱۴	۱۷
جلسه اول	۶۴	۶۶	۶۹	۹/۵	۹/۵	۹	۱۴	۱۳	۱۷
جلسه دوازدهم	۳۵	۴۱	۳۹	۴	۴/۵	۴/۵	۶	۴	۱۳
شاخص تغییر پایا (RCI)	-۴/۴۴	-۴/۱۵	-۴/۷۴	-۴/۳۷	-۴/۷۶	-۳/۹۷	-۳/۷۵	-۴/۱۷	-۱/۶۷
درصد بهبودی	۴۶/۱۵	۴۰/۵۸	۴۵/۰۷	۵۷/۸۹	۵۷/۱۴	۵۲/۶۳	۶۰	۷۱/۴۳	۲۳/۵۳
درصد بهبودی کلی		۴۳/۹۳			۵۵/۸۹			۵۱/۵۵	
پیگیری نوبت سوم	۳۵	۴۰	۳۷	۳/۵	۴/۵	۴	۴	۴	۱۴
شاخص تغییر پایا (RCI)	-۴/۴۴	-۴/۳۰	-۵/۰۴	۴-/۷۶	-۴/۷۶	-۴/۳۷	-۴/۵۸	-۴/۱۷	-۱/۲۵
درصد بهبودی	۴۶/۱۵	۴۲/۰۲	۴۷/۸۸	۶۳/۱۶	۵۷/۱۴	۵۷/۸۹	۷۳/۳۳	۷۱/۴۳	۱۷/۶۵
درصد بهبودی کلی		۴۵/۳۵			۵۹/۴۰			۵۴/۱۴	

علامت منفی(-) نشانگر تغییر کاهشی نمرات می‌باشد

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-11]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1392.11.5.5.4]



نمودار ۱-۴: روند تغییر نمرات PSWQ بیماران در طی مراحل خط پایه، درمان و پیگیری

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-11]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1392.11.5.5.4]

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 مورد ارزیابی گرفت، چندین یافته خوب به دست آمد. نخست، به نظر می‌رسد این مداخله منجر به کاهش قابل ملاحظه در شدت علایم و آسیب در کارکرد بیماران نسبت به خط پایه‌های با دوره انتظار مختلف گردید. بدون توجه به طول مدت دوره خط پایه بیماران، متغیرهای وابسته یا آماج درمان در طی مرحله خط پایه نسبتا پایدار و بدون تغییر ماندند و نهایتا با ورود متغیر مستقل (مداخله درمانی) تغییرات در سطح، روند و شیب حدودا بعد از سه جلسه دوره نهفتگی (Latency) از جلسه سوم درمان پدیدار شد. هم چنین شیب پیوسته و تداوم یکنواخت آن تا حدودی نشانگر تأثیر هر کدام از مؤلفه‌های تعبیه شده در پروتکل جلسات درمان می‌باشد.

برنامه سنجش مکرر نشانه‌ها به صورت هفتگی امکان بررسی ارتباط بین مؤلفه‌های هر جلسه از مداخله و علایم گزارش شده را موجب گردید. دو مورد از این مشاهدات که تقریبا در هر سه بیمار آشکار شد و در آن‌ها کاهش قابل ملاحظه‌ای در علایم در طول مرحله مداخله پدیدار گردید. نخستین مورد در جلسه سوم یعنی همزمان با درک ماهیت هیجان‌ها و افزایش آگاهی هیجانی با استفاده از تکنیک‌های ذهن آگاهی در این جلسه باشد که همسو با یافته‌های Mennin, Heimberg , Turk & Fresco مبنی بر اثربخشی تکنیک‌های ذهن آگاهی درمان نظم بخشی هیجانی (Emotion Regulation Therapy یا ERT) در افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر است (۳۳). دومین مورد نوسانات جزیی در نمرات اضطراب و نگرانی در جلسات نهم تا یازدهم بود که شاید در نمودار آشکار نباشد، این الگو نیز می‌تواند همسو با این عقیده باشد که شروع مواجهه ممکن است منجر به افزایش در شدت علایم 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 به طور معنی‌دار و پایدار از دست هیجانات منفی رها خواهد شد (۳۴). این الگوهای مشاهده شده ممکن است حاکی از این باشد که محتوای این جلسات فعال‌ترین یا مؤثرترین بخش‌های پروتکل در مورد بیماران دارای این اختلال باشد.

به طور کلی با توجه به یافته‌های این پژوهش کاهش معنی‌دار در شدت نگرانی و علایم اختلال اضطراب فراگیر و شدت اضطراب و آسیب در عملکرد هر سه بیمار در مقایسه با نمرات مرحله خط پایه و تداوم این تغییر با نوسانات کاهشی یا افزایش اندک تا آخر دوره پیگیری که به صورت بارز و واضح این یافته‌ها را در نمودار روند تغییر نمرات PSWQ و شاخص‌های تغییر پایدار و درصد بهبودی هر یک از بیماران در سایر متغیرهای وابسته یا آماج درمان می‌توان مشاهده کرد، همه حاکی از کارایی و اثربخشی این روش مداخله در بهبودی افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر می‌باشد.

نتایج این پژوهش همسو با یافته‌های به دست آمده از دو مطالعه کارآزمایی مقدماتی (۱۷)، مطالعه موردی Farchione, Fairholme, Ellard, Boisseau, Thompson-Hollands, Carl & et al (۱۶) مبنی بر کارایی درمان فراتشخیصی یکپارچه در افراد مبتلا به اختلال‌های هیجانی اضطرابی و خلقی خصوصا افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر بود (۱۸). به نظر می‌رسد مطالعه حاضر در نوع خود به دلیل بررسی کارایی این روش درمان روی یک اختلال اضطرابی صرف منحصر به فرد باشد. نکته کلیدی دیگر در خصوص یافته‌های پژوهش حاضر این است

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-11]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1392.11.5.5.4]

که با توجه به کارایی و کاربردپذیری در بهبود اختلال اضطراب فراگیر به عنوان اختلال اضطراب "پایه"، این روش درمان احتمالا تلویحاتی کاربردی برای درمان سایر اختلال‌های اضطرابی نیز داشته باشد (۳).

بنابراین با توجه به منطق پدیدآیی این روش درمانی، بهبودی و تغییرات معنی‌دار بالینی در شدت علایم اختلال هیجانی این بیماران می تواند به واسطه آماج قرارگرفتن عوامل مشترکی نظیر تنظیم هیجانی، افکار تکرارشونده و عاطفه منفی باشد که در مدول‌های پروتکل روی آن‌ها تأکید شده است (۳۵). به عبارتی دیگر کاهش در شدت علایم اختصاصی این اختلال هیجانی در بیماران احتمالا به طور غیر مستقیم به واسطه تغییرات حاصل شده در این عوامل مشترک باشد، این امر می‌تواند به دلیل آماج قرار گرفتن این عوامل مشترک یا فراتشخیصی به عنوان علایم کلیدی تمام اختلال‌های طیف هیجانی از طریق تجمیع مهارت‌ها و تکنیک‌های اثربخش در این پروتکل صورت گیرد.

نتایج پژوهش حاضر علاوه بر فراهم نمودن حمایتی دیگر بر ادعای درمان‌های فراتشخیصی مبنی بر اثربخشی و کارایی در درمان طیف وسیعی از اختلالات هیجانی، کاربردپذیری این روش درمان در کاهش معنی‌دار شدت علایم ویژه این اختلال و هم چنین تأثیر معنی‌دار بر کاهش آسیب کارکردی در افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر را به صورت مقدماتی تائید نمود. همان طوری که نتایج نشان داد پروتکل درمان فراتشخیصی بهبودی و تغییر معنی‌داری را پس از اتمام دوره درمان در نشانه‌های آسیب‌شناختی بیماران دارای اختلال اضطراب فراگیر نسبت به مرحله خط پایه موجب گردید. یافته‌های به دست آمده نشان می‌دهند که این روش درمان بر اساس پیشینه نظری و منطق پدیدآیی خود با هدف قرار دادن عوامل "سطح بالاتر" (Higher-Order) اساسی و فرایندهای شناختی و رفتاری مشترک رویکردی موجز و مقتصدانه‌تر را در برنامه درمان اختلال‌های هیجانی ارایه کرده و به نوعی نیاز به راهنماهای متعدد اختصاصی برای هر یک از اختلال‌ها و برنامه‌های درمانی طاقت فرسا را حذف نموده است (۳۶).

تلویحات کاربردی نتایج این پژوهش می‌تواند علاوه بر معرفی و تأیید این روش درمانی به عنوان روش کارآمد و اثربخش در درمان افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر، این درمان می‌تواند برخی از معایب درمان‌های اختصاصی- اختلال هم چون نیاز به صرف هزینه و زمان قابل ملاحظه برای آموزش صحیح راهنماهای درمانی مختلف را از طرف متخصصان بالینی برطرف نماید و همچنین آن‌ها را از سردرگمی ناشی از انتخاب روش مناسب درمان از بین گزینه‌های مختلف درمانی برای اختلال واحد، رها سازد.

البته Clark & Taylor نیازی به جایگزینی درمان شناختی- رفتاری فراتشخیصی به جای درمان‌های اختصاصی نمی‌بینند، بلکه آن‌ها معتقدند درمان‌های فراتشخیصی می‌توانند مکملی برای درمان‌های اختصاصی دارای حمایت تجربی قبلی باشند. به زعم آن‌ها درمان فراتشخیصی می‌تواند قبل از درمان‌های اختصاصی و حتی به منظور آموزش مهارت‌های عمومی و مقابله با مشکلات عمومی به کار رود (۳۷).

با در نظر گرفتن برخی محدودیت‌های طرح‌های تک موردی از جمله حجم کوچک نمونه و تک جنسیتی بودن نمونه پژوهش حاضر تعمیم‌پذیری یافته‌ها به طور آشکاری محدود می‌شود. لذا برای رفع این محدودیت‌های متدولوژیک، پژوهش‌های دیگری به منظور تأیید بیشتر کارایی و کاربردپذیری این نوع مداخله در افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر در قالب کارآزمایی‌های تصادفی کنترل شده با حجم نمونه بزرگ‌تر ضروری به نظر می‌رسد.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-11]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1392.11.5.5.4]

تشکر و قدردانی

بدین وسیله از آزمودنی‌های این پژوهش به دلیل 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.

References

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th ed.Washington, DC: Author; 2000.
2. Barlow DH, Durand VM. Abnormal psychology: An integrative approach. 6 th ed. Belmont, CA: Wadsworth, Cengage Learning; 2011.
3. Barlow DH. Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic. 2nd ed. New York: Guilford Press; 2004.
4. Kessler RC, Walters EE, Wittchen HU. Epidemiology. In: Heimberg, RG, Turk CL, Mennin DS, Editors. Generalized anxiety disorder: Advances in research and practice. New York: Guilford Press; 2004: 29–50.
5. Woodman CL, Noyes R, Black DW, Schlosser S, Yagla SJ. A 5-year follow-up study of generalized anxiety disorder and panic disorder. J Nerv Ment Dis 1999; 187(1): 3–9.
6. Wittchen HU. Generalized anxiety disorder: Prevalence, burden, and cost to society. DepressAnxiety 2002; 16(4): 162–71.
7. Barlow DH. Psychological treatments. Am Psychol 2004; 59(9): 869–78.
8. Zinbarg RE, Craske MG, Barlow DH. Mastery of your anxiety and worry : Therapist guide. 2nd ed. New York: Oxford University Press; 2006.
9. Wells A. The metacognitive model of worry and generalized anxiety disorder. In: Davey G, Wells A, Editors. Worry and its psychological disorders: Theory, assessment and treatment. West Sussex, England: Wiley & Sons; 2006: 179–200.
10. Dugas MJ, Robichaud M. Cognitive behavioral treatment for generalized anxiety disorder. Routledge: Taylor & Fransis; 2006.
11. Barlow DH, Hofmann SG. Efficacy and dissemination of psychological treatments. In: Clark DM, Fairburn CH, Editors. Science and practice of cognitive behaviour therapy. Oxford: oxford press; 1996: 97-117.
12. Hamidpour H, Dulatshahi B, Pourshahbaz A, Dadkhah A. Efficacy of schema therapy in women with generalized anxiety disorder. Iraninan Psychiatry and Clinical Psychology 2010; 16(4): 420-31. [In Persian].
13. Wilamowska ZA, Thompson-Hollands J, Fairholme CP, Ellard KK, Farchione TJ, Barlow DH. Conceptual background, development, and preliminary data from the unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders. Depress Anxiety 2010; 27(10): 882–90.
14. Barlow DH, Allen LB, Choate ML. Toward a unified treatment for emotional disorders. Behavior Therapy 2004; 35(2): 205-30.
15. Allen LB, McHugh RK, Barlow DH. Emotional disorders: A unified protocol. In: Barlow DH, Editor. Clinical handbook of psychological disorders: A step-by-step treatment manual. 4th ed. New York: Guilford Press; 2007: 216–49.
16. Boisseau CL, Farchione TJ, Fairholme CP, Ellard KK, Barlow DH. The development of the unified protocol for the transdiagnostic treatment of emotional disorders: A case study. Cogn Behav Pract 2010; 17(1): 102–13.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-11]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1392.11.5.5.4]

17. Ellard KK, Fairholme CP, Boisseau CL, Farchione TJ, Barlow DH. Unified protocol for the transdiagnostic treatment of emotional disorders: Protocol development and initial outcome data. Cognitive and Behavioral Practice 2010; 17(1): 88-101.

18. 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.

19. Barlow DH, Farchione TJ, Fairholme CP, Ellard KK, Boisseau CL, Allen LB, et al. The unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: Therapist guide. New York: Oxford University Press; 2010.

20. Kazdin AE. Research design in clinical psychology. 2nd ed. Boston: Allay and bacon; 1992.

21. Segal DL. Structured interviewing and DSM classification. In: Turner SM, Hersen M, Editors. Adult psychopathology and diagnosis. New York: John Wiley & Sons; 1991: 24-57.

22. Tran GQ, Smith GP. Behavioral assessment in the measurement of treatment outcome . In: Haynes SN, Heiby EM, Hersen M, Editors. Comprehensive handbook of psychological assessment. New York: John Wiley & Sons; 2003: 269-90.

23. Sharifi V, Asaadi SM, Mohamadi MR, Amini H, Kaviyani H, Semnani Y, et al. Reliability and feasibility for Persian version of structured clinical interview diagnose based on DSM-IV. Quarterly Journal of Advances in Cognitive Sciences 2004; 6(1-2): 10-22. [In Persian]

24. Newman MG, Zuellig AR, Kachin KE, Constantino MJ, Przeworski A, Erickson T, et al. Preliminary reliability and validity of the GAD-Q-IV: A revised self-report diagnostic measure of generalized anxiety disorder. Behavior Therapy 2002; 33(2): 215-33.

25. Dehshiri GH, Golzari M, Borjali A, Sohrabi F. Psychometric properties of penn state worry questionnaire. Clinical Psychology Journal 2009; 1(4): 67-75. [In Persian]

26. Bakhshipour Rudsari A, Dejhkam M, Mehryar H, Birashk B. Structural relations between DSM-IV anxiety and mood disorders and dimensions of tripartite model. Journal of Psychiatry and Clinical Psychology 2004; 9(4): 63-76. [In Persian]

27. Behar E, Alcaine O, Zuellig AR, Borkokec TD. Screening for generalized anxiety disorder using the Penn State Worry Questionnaire: A receiver operating characteristic analysis. J Behav Ther Exp Psychiatry, 2003; 34(1): 25–43.

28. Stöber J. Reliability and validity of two widely-used worry questionnaires: Self-report and self-peer convergence. Personality and Individual Differences 1998; 24(6): 887-90.

29. Norman SB, Cissell SH, Means-Christensen AJ, Stein MB. Development and validation of an overall anxiety severity and impairment scale (OASIS). Depress Anxiety 2006; 23(4): 245–9.

30. Normana SB, Campbell-Sills L, Hitchcock CA, Sullivan S, Rochlin A, Wilkins KC, et al. Psychometrics of a brief measure of anxiety to detect severity and impairment: The overall anxiety severity and impairment scale (OASIS). Journal of Psychiatric Research 2011; 45(2): 262–8.

31. Jacobson NS, Truax P. Clinical significance: A statical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. In: Kazdin, AE, Editor. Methodological issues & strategies in clinical research. 2nd ed. Washington DC: American Psychological Association; 1998:. 521-38.

32. Ogels BM, Lunnen KM, Bonesteel K. Clinical significance: History, application and current practice. Clin Psychol Rev 2001; 21(3): 421- 46.

33. Mennin DS, Heimberg RG, Turk CL, Fresco DM. Preliminary evidence for an emotion dysregulation model of generalized anxiety disorder. Behav Res Ther 2005; 43(10): 1281–310.

34. Forsyth JP, Barrios V, Acheson DT. Exposure therapy and cognitive interventions for the anxiety disorders: Overview and newer third-generation perspectives. In: Richard DCS, Lauterbach,D, Editors. Handbook of exposure therapies. USA: Elsevier-Academic Press; 2006: 61-108.

35. Fairholme CP, Boisseau CL, Ellard KK, Ehrenreich JT, Barlow DH. Emotions, emotion regulation and psychological treatment: A unified perspective. In A. M. Kring, D. M. Sloan, Editors. Emotion

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-11]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1392.11.5.5.4]

regulation and psychopathology: A transdiagnostic approach to etiology and treatment. New York: Guilford Press; 2009: 283-309.

36. Mansell W, Harvey A, Watkins E, Shafran R. Conceptual foundations of the transdiagnostic approach to CBT. Journal of Cognitive Psychotherapy 2009; 23: 6–19.

37. Clark DA, Taylor S. The transdiagnostic perspective on cognitive-behavioral therapy for anxiety and depression: New wine for Old wineskins? Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly 2009; 23(1): 60-6.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-11]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1392.11.5.5.4]

Efficacy evaluation of unified transdiagnostic treatment in Patients with generalized anxiety disorder

Reza Abdi[1], Abbas Bakhshipour [2], Majid Mahmood Alilou [3], Alireza Farnam[4]

Original Article

Abstract

Aim and Background: In this study we examined the efficacy of Unified transdiagnostic Treatment in reduction of Women with generalized anxiety disorder pathological symptoms.

Methods and Materials: In the present study we used non-congruent multiple baseline experimental single case study design. Three women with Generalized Anxiety Disorder (GAD) were selected from patients of Tabriz two counseling and psychiatric service centers in 2012 by using purposeful sampling method, along with diagnostic interview and Structured Clinical Interview for DSM-IV (SCID) based on disorders axis I. Patients underwent the treatment process subsequent to obtaining treatment requirements. The efficacy of Unified transdiagnostic Treatment Protocol (UP) was carried out in three phase of intervention (Baseline, 12 session treatment and 6 weeks follow-up) by using the Penn State Worry Questionnaire (PSWQ), Generalized Anxiety Disorder Questionnaire (GAD-Q-IV) and The Overall Anxiety Severity and Impairment Scale (OASIS) evaluated. Data analyzed with visuals inspection, improvement percentage and reliable change index (RCI) strategies.

Findings: Results showed Unified Transdiagnostic Treatment is both clinically and statistically ($p < 0.05$) significant efficient on the reduction of treatment's target (worry, symptoms of Generalized Anxiety Disorder and severity of anxiety and functioning impairment) severity.

Conclusions: Unified Transdiagnostic Treatment has appropriate efficacy in the symptom reduction of women suffering from Generalized Anxiety Disorder.

Keywords: Unified Transdiagnostic Treatment; Generalized Anxiety Disorder; Worry

Citation: Abdi R, Bakhshipour A, Mahmood Alilou M, Farnam A . **Efficacy evaluation of unified transdiagnostic treatment in Patients with generalized anxiety disorder**. J Res Behave Sci 2014; 11(5): 375-390

Received: 11.07.2011 Accepted: 28.04.2013

1- Assistant Professor, Department of Psychology, Azarbaijan Shahid Madani University, Tabriz, Iran (Corresponding Author) Email: R-abdi@tabrizu.ac.ir
2- Professor, Department of Psychology, School of Psychology and Educational Sciences, University of Tabriz, Tabriz, Iran
3- Professor, Department of Psychology, School of Psychology and Educational Sciences, University of Tabriz, Tabriz, Iran
4- Associate Professor, Department of Psychiatry, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-11]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1392.11.5.5.4]