

ارزیابی کارایی درمان فراتشیصی 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 فراتشیصی 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 ناهمزن 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 فراتشیصی 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 فراتشیصی 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 ($p < 0.05$) و هم از نظر بالینی معنی دار است.

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

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

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

پذیرش مقاله: ۱۳۹۲/۱۰/۰۴

دریافت مقاله: ۱۳۹۱/۰۴/۲۱

E-mail: R.abdi@azaruniv.edu

۱- استادیار گروه روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه شهید مدنی آذربایجان، تبریز، ایران (نویسنده مسئول)

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.

مقدمه

اختلال اضطراب فراگیر (Generalized Anxiety Disorder) به عنوان یکی از اختلال‌های اضطرابی مزمن است که به طور اختصاصی با نگرانی افراطی و پایدار مشخص می‌گردد (۱). در این اختلال، اضطراب معطوف به کلیه رویدادهای زندگی روزمره است. این اختلال عمدتاً با عالیم جسمی بی‌قراری، خستگی، تنفس عضلانی، تحریک‌پذیری، و اشکال در تمکز و خواب مشخص می‌گردد، به عبارتی دیگر این افراد دارای سیستم سمپاتیک بازداری شده می‌باشند و این مسئله را می‌توان در الگوی بروز عالیم 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 می‌توان 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 عمر آن را در جمعیت عمومی بین ۳ درصد تا ۶ درصد و به طور متوسط در اغلب جوامع حدود ۵/۷ درصد برآورد کردند (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 برآمده‌اند به طور عمده به منظور درمان اختلال‌های هیجانی انطباق یافته‌اند (۷). به طور کلی درمان‌های شناختی- رفتاری حمایت شده از نظر تجربی در دو رویکرد درمان‌های اختصاصی اختلال یا اختصاصی تشخیص بالینی و رویکرد درمان‌های فراتشیخی (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 راهنمایها و دستورالعمل‌های درمانی مبتنی بر شواهد اختصاصی هر اختلال را تدوین و منتشر می‌کنند، درخصوص 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 پشتونه 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 (۱۲). پیشینه پژوهشی ضعیف و مطالعات انگشت‌شماری نیز در مورد این اختلال در کشور ما خصوصاً در زمینه بررسی اثربخشی و کارایی مداخلات درمانی بر روی این اختلال وجود دارد (۱۳).

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 عمدتاً 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 فراتشیخی 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 فراتشیخی کارامد و اثربخش را به جای دستورالعمل‌های متنوع در دستورالعمل همچو شناختی خود قرار دادند (۱۴).

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

متشكل از ۳۷ بیمار مبتلا دارای تشخیص اصلی یکی از اختلال‌های اضطرابی طی یک دوره درمان حداقل 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 فراتشیخی (۱۹) در کاهش عالیم زنان دارای اختلال اضطراب فراغیر، تلاش کرده است تا به صورت مقدماتی پرسش اصلی ما را یعنی "آیا پروتکل درمان فراتشیخی یکپارچه که به منظور آماج قرار دادن این عوامل مشترک طراحی شده است در کاهش شدت عالیم اختلال اضطراب فراغیر از کارایی معنی‌داری برخوردار می‌باشد؟" مورد ارزیابی قرار دهد.

مواد و روش‌ها

طرح این پژوهش از نوع طرح خط پایه چندگانه- (Multiple Baseline Design) ناهمزن (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 روان‌شناسی یا روان‌پزشکی به مرکز ارجاع مشاوره و خدمات روان‌شناسی 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 فراغیر (GAD) است که از طریق روش نمونه‌گیری هدفمند (Purposeful Sampling) به انتخاب شدند. گروه بارلو (SCID) یک پس از مصاحبه تشخیصی روان‌پزشک و مصاحبه بالینی ساختاریافته برای تشخیص اختلال‌های محور I (SCID) روان‌شناس بالینی از بین جامعه آماری انتخاب شدند. نمونه مورد

شناسختی و رفتاری درگیر در طیف وسیعی از اختلال‌های روان‌شناسختی طراحی شده‌اند، از جمله می‌توان به پروتکل درمان فراتشیخی یکپارچه گروه بارلو (۱۴، ۱۵) 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 مشابههای موجود بین اختلال‌های هیجانی به ویژه وجود ویژگی‌های مشترک یا عوامل فراتشیخی 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 (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 شناسختی- 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 موردي برای درمان بیمار مبتلا به اختلال وسوسی- جبری دارای اختلال‌های همایند اضطراب فراغیر 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 فراتشیخی یکپارچه اختلال‌های هیجانی در نمونه‌ای بالینی

جمعیت‌شناختی و بالینی بیماران در جدول ۱ آمده است.

پژوهش پس از احراز شرایط پژوهش یعنی ملاک‌های ورود و حذف این پژوهش، وارد فرایند مداخله شدند. ویژگی‌های

جدول ۱. ویژگی‌های جمعیت‌شناختی و بالینی بیماران

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

پژوهش یا طول درمان، خطر آشکار خودکشی در حال حاضر، سابقه سوءصرف یا وابستگی مواد در حال حاضر و در طول یک سال قبل از شروع درمان.

رونده درمان بر طبق اصول طرح مطالعه تک موردی با خط پایه چندگانه ناهمزنان چنین بود که افراد وارد 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

- **ملاک‌های ورود عبارت هستند از؛ (بیمارانی که تمام شرایط ذیل را داشتند وارد پژوهش حاضر شدند).**

تكلم سلیس به زبان ترکی یا فارسی، توانایی خواندن و نوشتن به زبان فارسی، داشتن حداقل سطح تحصیلات سیکل، ابتلا فرد به اختلال اضطراب فرآگیر 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 خصوصاً CBT، دریافت مداخلات درمانی روان‌شناختی و دارویی در یک سال اخیر و در زمان اجرای

اختلال اضطراب فراگیر، استفاده می‌شود. هر ماده روی یک مقیاس ۵ درجه‌ای رتبه‌بندی می‌شود. این پرسشنامه در ایران توسط دهشیری، گلزاری، برجعلی، و سهرابی، هنجرایی 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 ۰/۶۷/۳۵) و انحراف استاندارد (۰/۱۲) و در جمعیت بدون این اختلال میانگین نمرات را ۰/۴۷/۰/۸ با انحراف استاندارد (۰/۱۳/۲۴) 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) The Overall Anxiety Severity and Impact Scale (Impairment Scale & Stein Norman, Hami-Cissell, Means-Christensen) به منظور سنجش شدت بالینی اضطراب در حوزه‌های مختلف مثل آسیب در کارکرده، 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 کارکرده مربوط به اضطراب را ارزیابی می‌کند. به طور بالقوه این ابزار می‌تواند به طور همزمان در سنجش

۱- مصاحبه بالینی ساختاریافته برای تشخیص اختلالات محور (DSMI یا SCID) : این ابزار مصاحبه‌ای انعطاف‌پذیر است که توسط First, Spitzer, Gibbon & Williams عنوان ضریب پایایی بین ارزیاب‌ها برای SCID گزارش شده است (۲۱). ضریب کاپای ۶۰ درصد به 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 فلی 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) : این پرسشنامه در قالب Disorder Questionnaire یک ابزار خودستنجی معیارهای تشخیصی DSM-IV را برای اختلال اضطراب فراگیر می‌سنجد (۲۴). سوالات 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. سوالات 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 ۰/۶۹ با انحراف استاندارد (۰/۱۴) 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) : این پرسشنامه Penn State Worry Questionnaire یک ابزار خود سنجی ۱۶ ماده‌ای است که عمدتاً برای سنجش شدت و افراطی و غیرقابل کنترل بودن نگرانی در زمان‌ها و موقعیت‌های مختلف به عنوان ویژگی معرف اساسی

(Psychoeducation) یا منطق درمان؛ آموزش آگاهی از هیجان؛ ارزیابی مجدد شناختی؛ رفتارهای ناشی از هیجان (Emotion Driven Behaviors) یا EDBs؛ روبارویی (Interoceptive And Situational) احساسی و موقعیتی؛ 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 مراجعت 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 عالیم 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 تفرق می‌شد و حاصل آن بر خطای استاندارد تفاوت S_{diff} تقسیم می‌گردد. در این پژوهش اگر نتیجه بدست آمده بزرگ‌تر از سطح معنی‌داری نمره Z یعنی $1/96$ ($p < 0.05$) 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 مراجعت 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 تفرق و حاصل آن را بر نمره پیش‌آزمون تقسیم می‌شود (۳۲).

شدت و آسیب مربوط به اختلال‌های اضطرابی مختلف کاربرد داشته باشد. در یک مطالعه ویژگی‌های روان‌سنجدی این مقیاس از جمله اعتبار همگرا با ابزارهای اختصاصی اختلال‌های اضطرابی را در حد عالی و پایایی بازآزمایی یک ماهه قوی حدود ۸۲/۰ 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 ۷۹/۰ به دست آمد. در پژوهش حاضر از این ابزار برای ارزیابی شدت عالیم 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 تقریباً ۵۰ تا ۶۰ دقیقه‌ای و همه بخش‌ها در ترتیب ثابت و تعداد جلسات مساوی روی آزمودنی‌ها در مرکز ارجاع مشاوره و خدمات روان‌شناختی علامه امینی بهزیستی اجرا گردید.

این پروتکل از 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، روبارویی 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

جدول ۲. محتوای مداخله درمانی

جلسات	محتوا
اول	افزایش انگیزش؛ 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 تجارت هیجانی و آموزش مدل سه مؤلفه‌ای تجارت هیجان و مدل ARC
سه و چهار	آموزش آگاهی هیجانی؛ یادگیری مشاهده تجارت هیجانی (هیجان‌ها و اکنش به هیجان‌ها) خصوصاً 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 تجارت 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 تجارت هیجانی، شناسایی EDBs ناسازگارانه و ایجاد گراش‌های عمل جایگزین به واسطه رویارویی شدن با رفتارها.
هشتم	آگاهی و تحمل احساس‌های جسمانی؛ افزایش آگاهی از نقش احساس‌های جسمانی در تجارت هیجانی، انجام تمرین‌های مواجهه یا رویارویی احشایی به منظور آگاهی از احساس‌های جسمانی و افزایش تحمل این علائم.
نهم تا یازدهم	رویارویی احشایی و رویارویی با هیجان مبنی بر موقعیت؛ آگاهی یافتن از منطق رویارویی‌های هیجانی، آموزش نحوه تهیه سلسه 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

(Magnitude of Change) پایین‌تر است. اندازه تغییر (Magnitude of Change) متوسطی را با توجه به سطح تغییر نمرات می‌توان 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 $RCI = -4/44$ و OASIS GADQ-V معادل $RCI = -4/37$ و مقیاس $RCI = -3/75$ و همچنین با توجه به مقادیر شاخص‌های تغییر پایا به دست آمده بیمار در نوبت سوم پیگیری نسبت به مرحله خط پایه در این ابزارها (جدول ۳) و معنی‌داری آن‌ها در سطح ($p < 0.05$) 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

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 تغییر 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

بهبودی کمتری را خصوصاً 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 نسبتاً تندر شیبی 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 ($p < 0.05$) با مقادیر شاخص تغییر پایای پرسشنامه‌های PSWQ برابر $-4/74$ = $-4/74$ (RCI) و GADQ-V برابر $-4/97$ (RCI) کسب کرده است. همچنین بالا بودن ارزش شاخص‌های تغییر پایای به دست آمده از نمره Z یعنی $1/96$ و معنی‌داری آن‌ها در سطح < 0.05 (p) 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 ($RCI = -1/67$) و مرحله پیگیری ($RCI = -1/25$) نسبت به خط پایه که کوچک‌تر از ارزش نمره Z یعنی $1/96$ و عدم معنی‌داری آنها در سطح ($p < 0.05$) حاکی از عدم معنی‌داری آماری تأثیر مداخله‌درمانی در کاهش شدت

(جدول ۳)، نشانگر معنی‌داری قابل قبول تغییر از نظر بالینی می‌باشد. با توجه به مقادیر شاخص تغییر پایاهای 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 $-4/15$ (RCI) و GADQ-V برابر $-4/17$ (RCI) و مقیاس OASIS معادل $-34/97$ (RCI) و همچنین شاخص‌های تغییر پایای به دست آمده این سه مقیاس در نوبت سوم پیگیری نسبت به مرحله خط پایه این بیمار (جدول شماره ۳) و بالا بودن مقدار آن‌ها از نمره Z یعنی $1/96$ و معنی‌داری آن‌ها در سطح ($p < 0.05$) 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

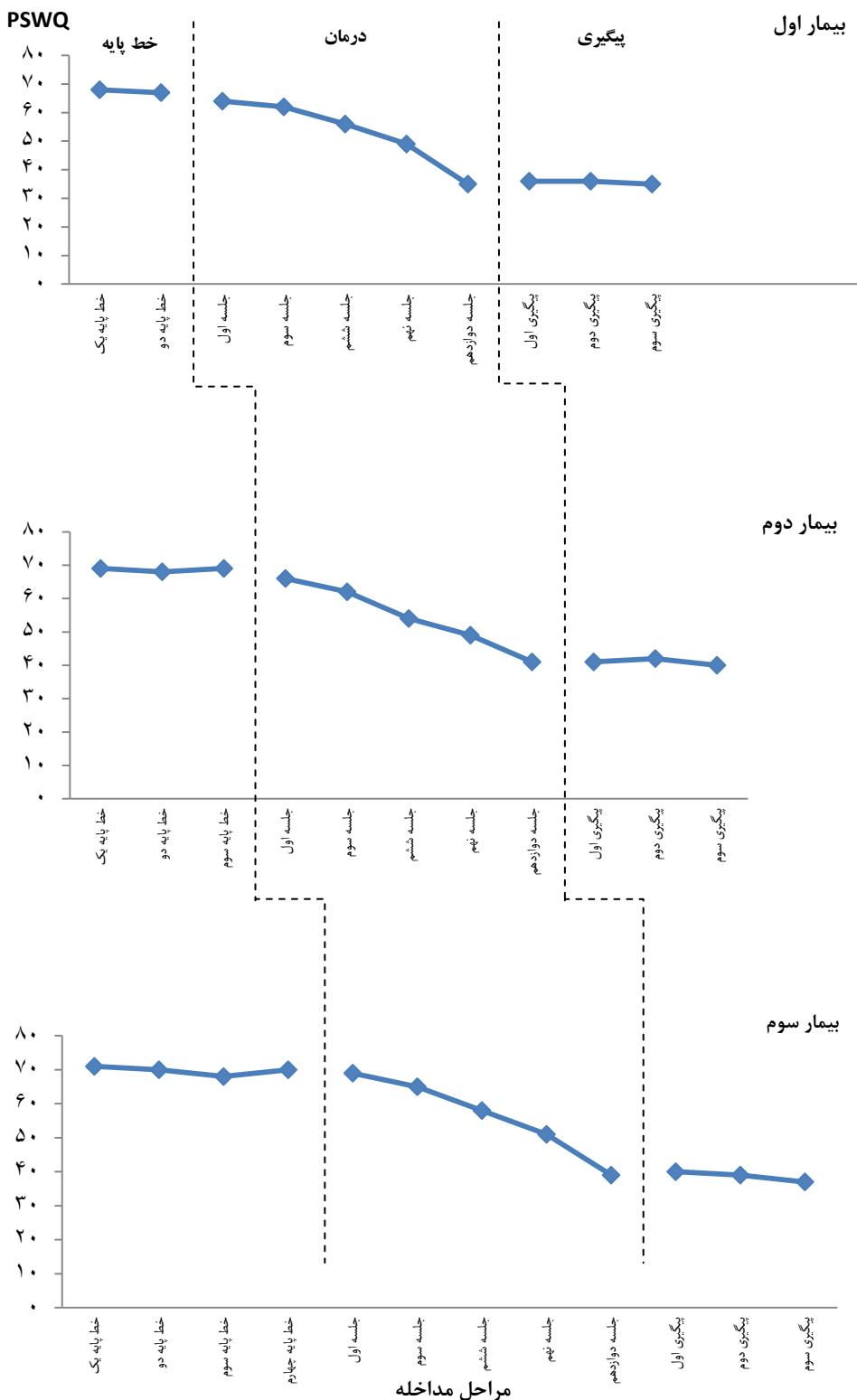
بهبودی پایین در این مقیاس حاکی از عدم معنی‌داری تغییر از نظر بالینی می‌باشد.

اضطراب و آسیب در عملکرد این بیمار می‌باشد. همچنین با توجه به عدم کاهش نمره فرد به زیر نقطه برش و درصد

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

بیمار سوم	OASIS			GADQ-V			PSWQ			مراحل مداخله بیماران
	بیمار دوم	بیمار اول	بیمار سوم	بیمار دوم	بیمار اول	بیمار سوم	بیمار دوم	بیمار اول		
۱۷	۱۴	۱۵	۹/۵	۱۰/۵	۹/۵	۷۱	۶۹	۶۵	خط پایه اول	
۱۷	۱۳	۱۴	۹	۹/۵	۹/۵	۶۹	۶۶	۶۴	جلسه اول	
۱۳	۴	۶	۴/۵	۴/۵	۴	۳۹	۴۱	۳۵	جلسه دوازدهم	
-۱/۹۷	-۴/۱۷	-۳/۷۵	-۳/۹۷	-۴/۷۶	-۴/۳۷	-۴/۷۴	-۴/۱۵	-۴/۴۴	شاخص تغییر پایا (RCI)	
۲۳/۵۳	۷۱/۴۳	۶۰	۵۲/۶۳	۵۷/۱۴	۵۷/۸۹	۴۵/۰۷	۴۰/۵۸	۴۶/۱۵	درصد بهبودی	
	۵۱/۵۵			۵۵/۸۹			۴۳/۹۳		درصد بهبودی کلی	
۱۴	۴	۴	۴	۴/۵	۳/۵	۳۷	۴۰	۳۵	پیگیری نوبت سوم	
-۱/۲۵	-۴/۱۷	-۴/۵۸	-۴/۳۷	-۴/۷۶	۴-/۷۶	-۵/۰۴	-۴/۳۰	-۴/۴۴	شاخص تغییر پایا (RCI)	
۱۷/۶۵	۷۱/۴۳	۷۳/۳۳	۵۷/۸۹	۵۷/۱۴	۶۳/۱۶	۴۷/۸۸	۴۲/۰۲	۴۶/۱۵	درصد بهبودی	
	۵۴/۱۴			۵۹/۴۰			۴۵/۳۵		درصد بهبودی کلی	

علامت منفی (-) نشانگر تغییر کاهشی نمرات می‌باشد



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

بحث و نتیجه‌گیری

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 باز 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 موردنی Farchione, Fairholme, Ellard, Boisseau, Thompson-Hollands, Carl & et al کارایی درمان فراتشیصی یکپارچه در افراد مبتلا به اختلال‌های هیجانی اضطرابی و خلقی خصوصاً 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

در این مطالعه که کارایی و کاربردپذیری پروتکل درمان شناختی - رفتاری فراتشیصی 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 نسبتاً پایدار و بدون تغییر مانند و نهایتاً با ورود تغییر مستقل (مداخله درمانی) تغییرات در سطح، روند و شیب حدوداً 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 تعییه 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 تقریباً 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 Mennin, Heimberg, Turk & Fresco یافته‌هایی در این جلسه باشند که مبنی بر اثربخشی تکنیک‌های ذهن آگاهی درمان نظم بخشی هیجانی (ERT یا Emotion Regulation Therapy) در افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر است (۳۳). دومین مورد نوسانات جزئی در نمرات اضطراب و نگرانی در جلسات نهم تا یازدهم بود که شاید در نمودار آشکار نباشد، این الگو نیز

فرایندهای شناختی و رفتاری مشترک رویکردی موجز و مقتضدانه‌تر را در برنامه درمان اختلال‌های هیجانی ارایه کرده و به نوعی نیاز به راهنمایی 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 راهنمایی 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 فراتشیصی به جای درمان‌های اختصاصی نمی‌بیند، بلکه آن‌ها معتقدند درمان‌های فراتشیصی می‌توانند مکملی برای درمان‌های اختصاصی دارای حمایت تجربی قبلی باشند. به زعم آن‌ها درمان فراتشیصی 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 موردنی 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.

که با توجه به کارایی و کاربردپذیری در بهبود اختلال اضطراب فراگیر به عنوان اختلال اضطراب "پایه"، این روش درمان احتمالاً 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 عالیم اختلال هیجانی این بیماران می‌تواند به واسطه آماج قرارگرفتن عوامل مشترکی نظیر تنظیم هیجانی، افکار تکرارشونده و عاطفه منفی باشد که در مدلولهای پروتکل روی آن‌ها تأکید شده است (۳۸). به عبارتی دیگر کاهش در شدت عالیم اختصاصی این اختلال هیجانی در بیماران احتمالاً 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 فراتشیصی به عنوان عالیم کلیدی تمام اختلال‌های طیف هیجانی از طریق تجمعیت مهارت‌ها و تکنیک‌های اثربخش در این پروتکل صورت گیرد.

نتایج پژوهش حاضر علاوه بر فراهم نمودن حمایتی دیگر بر ادعای درمان‌های فراتشیصی مبنی بر اثربخشی و کارایی در درمان طیف وسیعی از اختلالات هیجانی، کاربردپذیری این روش درمان در کاهش معنی‌دار شدت عالیم ویژه این اختلال و هم چنین تأثیر معنی‌دار بر کاهش آسیب کارکردی در افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر را به صورت مقدماتی تأیید نمود. همان طوری که نتایج نشان داد پروتکل درمان فراتشیصی 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. یافته‌هایی 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

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

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. 6th 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. *Depress Anxiety* 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 & Francis; 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.

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*

- 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.

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

Reza Abdi¹, Abbas Bakhshipour², Majid Mahmood Alilou³, Alireza Farnam⁴

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 visual 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