

کارایی درمان فراتشخیصی یکپارچه در کاهش شدت عوامل فراثشخیصی و نشانه‌های اختلالات هیجانی

رضا عبدی*^۱، عباس بخشی^۲، مجید محمود علیلو^۳

تاریخ دریافت: ۱۳۹۲/۰۷/۲۱ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۲/۱۰/۲۴

چکیده

هدف پژوهش حاضر، بررسی کارایی درمان فراتشخیصی یکپارچه در کاهش شدت عوامل فراثشخیصی سبب‌ساز و نشانه‌های آسیب‌شناختی در افراد مبتلا به اختلالات هیجانی چندگانه بود. سه نفر زن مبتلا به اختلال هیجانی اضطراب فراگیر دارای اختلال هیجانی همانند دیگر از طریق مصاحبه‌ی تشخیصی و مصاحبه‌ی بالینی ساختار یافته بر اساس معیارهای تشخیصی DSM-IV-TR برای محور یک به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند. بیماران پس از احراز شرایط درمان، وارد فرآیند درمان شدند. در این پژوهش از طرح تجربی تک‌موردی از نوع خط پایه‌ی چندگانه‌ی ناهمزمان استفاده شد. کارایی پروتکل درمان فراتشخیصی یکپارچه در طی سه مرحله مداخله (خط پایه، درمان ۱۲ جلسه‌ای و پیگیری ۶ هفته‌ای) با استفاده از پرسشنامه نگرانی ایالت پنسیلوانیا (PSWQ)، زیرمقیاس سیستم بازداری رفتاری (BIS)، مقیاس‌های عاطفه مثبت و عاطفه منفی (PANAS)، مقیاس دشواری‌های تنظیم هیجانی (DERS) و سنجه‌های اختصاصی اختلال همانند بیماران مورد بررسی قرار گرفت. داده‌ها به روش تحلیل ترسیم دیداری و فرمول درصد بهبودی بررسی شد. نتایج نشان می‌دهد که تاثیر درمان فراتشخیصی یکپارچه در کاهش شدت آماج‌های درمان (نگرانی، عاطفه منفی، بازداری رفتاری، مشکلات تنظیم هیجانی و نشانه‌های اختلالات هیجانی) در بیماران از نظر بالینی معنادار است. روش درمان فراتشخیصی یکپارچه در کاهش همزمان شدت عوامل فراثشخیصی سبب‌ساز و نشانه‌های مربوط به اختلالات هیجانی از کارایی لازم برخوردار است.

واژه‌های کلیدی: درمان فراتشخیصی یکپارچه، عوامل فراثشخیصی، اختلالات هیجانی.

۱- استادیار گروه روانشناسی، دانشگاه شهید مدنی آذربایجان.

۲- استاد گروه روانشناسی، دانشگاه تبریز.

۳- استاد گروه روانشناسی، دانشگاه تبریز.

* نویسنده‌ی مسئول مقاله، r.abdi@azaruniv.edu

مقدمه

با توجه به شواهد تجربی و نظری قوی در خصوص وجود عوامل مشترک بیشتر نسبت به عوامل اختصاصی در بین اختلال‌های اضطرابی و خلقی و سایر اختلال‌های هیجانی وابسته، این عوامل مشترک به‌عنوان منطقی بر پدیدآیی و زیربنای مفهومی درمان‌های فراتشخیصی در نظر گرفته شدند. از نقاط مشترک اساسی اختلال‌های هیجانی، به‌طور خلاصه می‌توان به شواهد مربوط به میزان همایندی و همپوشی تشخیصی بالا (کسلر، برگلوند و دملر، ۲۰۰۳؛ به نقل از ویلاموسکه تامپسون - هالند، فایرهولمه، الارد، فارکیونه و بارلو^۱، ۲۰۱۰)، تعمیم‌پذیری پاسخ‌های درمانی در این اختلال‌ها به‌واسطه‌ی واحد بودن این اختلال‌ها، وجود یک سندرم روان رنجوری عمومی^۲ احتمالی (بارلو، ۲۰۰۲)، الگوهای فعالیت عصبی مشترک به‌خصوص تحریک‌پذیری بالای^۳ ساختارهای سیستم لیمبیک^۴ همراه با کنترل بازدارنده‌ی مختل یا محدود ساختارهای قشری (اتکین و واگر^۵، ۲۰۰۷) و بدتنظیمی هیجانی (گراس و تامپسون^۶، ۲۰۰۷)، همگرایی‌های ابعاد سرشتی بارز و سازه‌های مکنون مشترک (مثل عاطفه مثبت و منفی) مطابق با مدل ۳ بخشی^۷ اختلال‌های هیجانی کلارک و واتسون^۸ (۱۹۹۱)، بر وجود عوامل سبب‌ساز مشترک آسیب‌پذیری زیستی و روانشناختی عمومی علاوه بر آسیب‌پذیری اختصاصی در اختلال‌های هیجانی مطابق با مدل آسیب‌پذیری سه‌گانه^۹ بارلو (۲۰۰۰) و در نهایت فرآیندهای شناختی و رفتاری مشترک مثل سوگیری‌ها و افکار تکرار شونده همچون نگرانی، کمال‌گرایی^{۱۰} و نشخوار ذهنی^{۱۱} (هاروی، واتکینز، مانسل و شافران^{۱۲}، ۲۰۰۴) در این اختلال‌ها اشاره کرد.

با این وجود، به‌دلیل پاره‌ای محدودیت‌ها برای درمان‌های شناختی-رفتاری اختصاصی کنونی از جمله ناکامی این درمان‌ها در بهبودی بخش قابل ملاحظه‌ای از بیماران، وجود راهنما و دستورالعمل‌های درمانی متعدد برای هر یک از اختلال‌ها، مقرون به صرفه نبودن از نظر وقت و هزینه برای متخصصان در استفاده از راهنما، دستورالعمل یا پروتکل‌های درمانی متفاوت و گذراندن

1 Wilamowska, Thompson-Hollands, Fairholme, Ellard, Farchione, & Barlow

2 generalneurotic syndrome

3 hyperexcitability

4 limbic

5 Etkin & Wager

6 Gross & Thompson

7 Tripartite Model

8 Clark & Watson

9 triple vulnerability model

10 Perfectionism

11 rumination

12 Harvey, Watkins, Mansell & Shafiran

دوره‌های کارورزی طولانی مدت و متعدد برای درمان هریک از اختلال‌ها، ایجاد سردرگمی در انتخاب دستورالعمل مناسب بیمار برای متخصصان بالینی و در نهایت پیچیده بودن فرآیند انتشار یا تدوین^۱ دستورالعمل‌های درمانی برای تهیه‌کنندگان، ضرورت پدیدآیی و انتشار درمان‌های جدید را ایجاد می‌کند(ناتان و گورمن^۲، ۲۰۰۲).

لذا با در نظر گرفتن محدودیت‌های اشاره شده در ارتباط با محدودیت‌های نسبی درمان‌های اختصاصی مربوط به هر یک از اختلال‌ها و همچنین با توجه به استدلال‌های مبتنی بر شواهد از جمله ظهور نظریه‌ها و پژوهش‌ها بر اساس مفاهیم اختلال‌های هیجانی که به‌جای تفاوت این اختلال‌ها عمدتاً به شباهت‌ها یا مشترکات^۳ آنها تاکید دارند و به‌منظور تسهیل و تدارک انتشار و آموزش^۴ متمرکز بر مجموعه واحدی از اصول درمانی با رعایت اصل ایجاز^۵ و اجتناب از دستورالعمل‌های درمانی متعدد با توجه به امتیازات رویکرد درمانی فراتشخیصی مثل کاربردپذیری^۶ در مورد طیف وسیعی از اختلال‌ها و قابلیت فراگیری آسان آن توسط مراجعان و درمانگران، ضرورت تدوین و کاربرد یک پروتکل درمانی واحد کارا و اثربخش برای طبقه‌ها و مقوله‌های تشخیصی به‌منظور مورد هدف قرار دادن ویژگی‌های مشترک و مرکزی^۷ اختلال‌های هیجانی به‌جای دستورالعمل‌های متنوع موجود کنونی برای تشخیص‌های بالینی خاص می‌تواند گزینه‌ای اقتصادی و شاید قدرتمند باشد. هرچند تایلور و کلارک^۸ (۲۰۰۹) نیازی به جایگزینی درمان‌های فراتشخیصی به‌جای درمان‌های اختصاصی نمی‌بینند، بلکه آنها معتقدند که درمان‌های فراتشخیصی می‌تواند مکمل درمان‌های اختصاصی دارای حمایت تجربی قبلی باشد. به‌زعم آنها درمان فراتشخیصی می‌تواند قبل از درمان‌های اختصاصی و حتی به‌منظور آموزش مهارت‌های عمومی و مقابله با مشکلات عمومی به‌کار رود.

یکی از رویکردهای درمان فراتشخیصی، رویکرد مبتنی بر نظریه^۹ است و شامل آن دسته از پروتکل‌های فراتشخیصی می‌شود که برای هدف قرار دادن فرآیندهای شناختی و رفتاری درگیر در طیف وسیعی از اختلال‌های روانشناختی طراحی شده‌اند. از جمله می‌توان به پروتکل درمان

1 dissemination

2 Nathan & Gorman

3 commonalities

4 training

5 parsimony

6 feasibility

7 core

8 Taylor & Clark

9 theory-driven

فراتشخیصی یکپارچه گروه بارلو (بارلو، آلن^۱ و چوات^۲، ۲۰۰۴؛ آلن، مک هیو^۳ و بارلو، ۲۰۰۸) و نسخه‌ی نهایی آن یعنی درمان فراتشخیصی یکپارچه بارلو، الارد، فایرهولمه، فارکیونه، بویسه^۴، آلن و اهرنریش-مای^۵ (۲۰۱۱) اشاره کرد که به‌منظور آماج قرار دادن عوامل مشترک و فراتشخیصی سبب‌ساز طراحی شده و برای افراد دارای اختلال‌های اضطرابی و خلقی یک قطبی با قابلیت کاربردپذیری بالقوه برای سایر اختلال‌های هیجانی ارائه گردید.

با توجه به نتایج پژوهش‌ها، تدوین پروتکل درمان فراتشخیصی یکپارچه نشانگر اشتراکات و مشابهت‌های موجود بین اختلال‌های هیجانی به‌ویژه وجود ویژگی‌های مشترک بین این اختلال‌ها از جمله عوامل فراتشخیصی و سطح بالاتر (مثل عاطفه منفی، کمال‌گرایی^۶، نشخوار ذهنی^۷ مشکلات تنظیم هیجانی، نگرانی و مشکل در خواب)، نرخ بالای هم‌آیندی بین این اختلال‌ها و میزان بهبودی بالا در اختلال هم‌آیند با اختلال اصلی تحت درمان صورت گرفت (ویلاموسکا، تامپسون - هالند، فایرهولمه و همکاران^۸، ۲۰۱۰).

الارد، فایرهولمه، بویسه، فارکیونه و بارلو (۲۰۱۰) به‌منظور بررسی کارایی نسخه اولیه پروتکل درمان یکپارچه آلن، مک هیو و بارلو (۲۰۰۸) به‌صورت مقدماتی^۹ در دو کارآزمایی باز^{۱۰} به‌صورت مستقل به بررسی کارایی و کاربردپذیری این درمان پرداختند. در اولین مطالعه‌ی مقدماتی و پایلوت تست^{۱۱} نسخه‌ی اولیه پروتکل در نمونه‌ی ۱۸ نفری از بیماران با تشخیص اولیه یکی از اختلال‌های هیجانی شامل اختلال اضطراب فراگیر، اختلال وسواسی-اجباری، اختلال اضطراب اجتماعی، اختلال استرس پس از سانحه و اختلال افسردگی اساسی و افسرده‌خویی همراه با اختلال هم‌آیند مورد ارزیابی قرار گرفت. درمان به‌طور متوسط در ۱۳ جلسه‌ی ۵۰ تا ۶۰ دقیقه‌ای فردی در قالب پنج مدول یا بخش عمده به بیماران ارائه گردید. نتایج حاصل از مقایسه‌ی نمرات پیش از درمان و پس از درمان در ابزارهای سنجش آزمودنی‌ها حمایتی اولیه برای کارایی UP در درمان دامنه‌ای از اختلال‌های اضطرابی و خلقی فراهم آورد. این درمان به کاهش قابل ملاحظه‌ای در فراوانی و شدت

¹ Allen

² Choate

³ McHugh

⁴ Boisseau

⁵ Ehrenreich-May

⁶ Perfectionism

⁷ rumination

⁸ Wilamowska, Thompson-Hollands, Fairholme & et al.

⁹ pilot

¹⁰ open trial

¹¹ pilot-test

اختلال‌های اولیه و ثانویه در پس از درمان نسبت به پیش از درمان منجر گردید. تغییرات معناداری را از نظر آماری (متوسط اندازه اثر = $0/51$ ، اندازه اثر) در اختلال اصلی و تغییرات معنادار بالینی را در اختلال اصلی و همایند در مرحله‌ی پس از درمان در مقایسه با پیش از درمان آشکار ساخت و همچنین نشان داد که این پروتکل نیاز به تجدید نظر و مطالعات دیگری دارد. تحلیل تاثیر درمان در ابزارهای سنجش BAI، BDI، مقیاس‌های اختصاصی اختلال اصلی یا همایند و مقیاس فرعی عاطفه منفی PANAS اندازه‌ی اثر معناداری را در کاهش نمرات این ابزارها در مرحله‌ی پس از درمان نشان دادند.

الارد و همکاران در دومین مطالعه‌ی خود (۲۰۱۰) پس از اعمال چندین تجدید نظر و اصلاح اساسی در نسخه‌ی اول بر اساس نتایج مطالعه‌ی اول از جمله تاکید بر مدل سه‌مولفه‌ای و افزایش آگاهی بیمار از این تعامل در بافت تجربه لحظه‌ی کنونی و تاکید بر ناکارآمدی در مکانیسم‌های تنظیم هیجانی و آموزش مهارت‌های تنظیم هیجانی سازگاران و برخی تغییرات در محتوای بخش‌ها و جلسات، با هدف ارزیابی کارایی نسخه‌ی تجدیدنظر شده‌ی پروتکل یک پارچه انجام دادند. در این مطالعه نیز تعداد ۱۵ بیمار مبتلا به طیفی از اختلال‌های هیجانی اضطرابی و خلقی ناهمگون شرکت داشتند. تحلیل اثرات درمان در اختلال اصلی تاثیر معناداری (متوسط اندازه اثر = $0/70$) در دوره‌ی پس از درمان و پیگیری درمان در مقایسه با پیش از درمان نشان داد. همانند مطالعه‌ی اول تحلیل تاثیر درمان در ابزارهای سنجش BAI، BDI، مقیاس‌های اختصاصی اختلال اصلی یا همایند و مقیاس فرعی عاطفه منفی PANAS اندازه اثر معنادارتر و بیشتری را در کاهش نمرات این ابزارها در مرحله‌ی پس از درمان آشکار ساخت. همچنین بررسی تغییر معنادار بالینی پروتکل یکپارچه در اختلال اصلی و همایند نسبت به مطالعه‌ی اول معنادارتر و بالاتر بود.

بویسه، فارکیونه، فایرهولمه، الارد و بارلو (۲۰۱۰) در یک مطالعه‌ی موردی^۱ کاربردپذیری^۲ اجرای بخش نسخه‌ی تجدیدنظر شده‌ی این روش درمانی را در درمان یک بیمار مبتلا به اختلال وسواسی-جبری همراه با اختلال‌های همایند اضطراب فراگیر و وحشتزدگی^۳ مورد بررسی قرار داده و انعطاف‌پذیری و کاربردپذیری آن را تایید کردند. آنها همچنین تغییر معنادار بالینی خوبی را در فرد مشاهده کردند.

فارکیونه، فایرهولمه، الارد و همکاران (۲۰۱۲) در یک کارآزمایی تصادفی کنترل شده، کارایی پروتکل درمان فراتشخیصی یکپارچه اختلال‌های هیجانی در نمونه‌ای بالینی متشکل از ۳۷ بیمار مبتلا با تشخیص اصلی یکی از اختلال‌های اضطرابی را مورد بررسی قرار دادند. نتایج این مطالعه

1 case study

2 feasibility

3 panic

نیز حمایتی دیگر بر UP به‌عنوان یک درمان فراتشخیصی برای اختلال‌های اضطرابی فراهم آورد. این درمان کاهش معناداری را در شدت علائم اختصاصی اختلال در اختلال اصلی و همایند و همچنین کاهش معناداری را در آسیب کارکردی موجب گردید. بیمارانی که درمان UP را دریافت کرده بودند، در مقایسه با گروه کنترل لیست انتظار، بهبودی معنادار و اندازه‌های اثر کنترل شده بزرگ‌تری را در همه‌ی سنج‌ها^۱ مثل BAI، BDI، مقیاس‌های اختصاصی اختلال اصلی یا همایند و مقیاس فرعی عاطفه منفی PANAS به‌دست آوردند. تداوم اثرات درمان در دوره‌ی درمان نیز یکی از یافته‌ها بود که حمایتی بر ویژگی ماندگاری تاثیر این روش درمانی در درازمدت است. به‌طور کلی نتایج این مطالعه حاکی از اثربخشی درمان یکپارچه در طیفی از اختلال‌های اضطرابی شامل اختلال اضطراب فراگیر، اختلال هراس اجتماعی، اختلال وحشتزدگی همراه با گذرهراسی و اختلال وسواسی - اجباری می‌باشد.

تاکید زیاد بر فرآیندها و عوامل سبب‌ساز اختصاصی اختلال^۲، درک ما از عوامل مشترک موجود بین اختلال‌ها را محدود کرده است. بنابراین در سایه‌ی دانش به‌دست آمده از پژوهش‌های اخیر در حوزه‌ی سبب‌شناسی هریک از اختلال‌ها، زمان آن فرا رسیده که با چرخشی کامل روی مفاهیم فراتشخیصی^۳ مشترک بین اختلال‌های هیجانی تمرکز کرد. در این راستا، اجرای مطالعات و پژوهش روی عوامل سبب‌ساز مشترک در بین اختلال‌ها و تدوین و ارزیابی کارایی پروتکل‌های درمانی یکپارچه^۴ فراتشخیصی بر عوامل مشترک در اختلال‌ها ضروری به‌نظر می‌رسد.

برخی اشتراکات سبب‌شناختی اختلال اضطراب فراگیر با سایر اختلال‌های هیجانی به‌عنوان بیماری همایند^۵ و همچنین کمبود پژوهش‌های مداخله‌ای در زمینه‌ی معرفی و بررسی کارایی درمان‌های جدید در ایران و فقدان پژوهش در زمینه‌ی بررسی کارایی درمان‌های فراتشخیصی اختصاصی در مورد این اختلال و سایر اختلالات روانپزشکی همایند، به‌نظر می‌رسد. انجام پژوهش حاضر ضمن بررسی کارایی این روش درمانی در مورد طبقه‌ی خاصی از اختلال‌های هیجانی، بابت جدید در زمینه‌ی معرفی و درمان‌های نوین در مورد این اختلال و سایر اختلال‌های هیجانی بگشاید. این پژوهش تلاش خواهد کرد که کارایی پروتکل درمان فراتشخیصی یکپارچه بارلو و همکاران (۲۰۱۱) که به‌منظور آماج قرار دادن این عوامل مشترک طراحی شده است را روی یکی از اختلال‌های هیجانی یعنی اختلال اضطراب فراگیر مورد آزمون قرار دهد.

1 measures

2 disorder-specific

3 transdiagnostic

4 Unified Protocol (UP)

5 comorbid disease

به‌طور کلی هدف این پژوهش پاسخگویی به این پرسش است که آیا درمان فراتشخیصی یکپارچه به‌طور همزمان در کاهش نگرانی، عاطفه منفی، بازداری رفتاری و بدتنظیمی هیجانی به‌عنوان عوامل مشترک یا فراتشخیصی سطح بالاتر و کاهش شدت علائم اختلالات هیجانی از کارایی معنادار بالینی برخوردار می‌باشد؟

روش

طرح پژوهش: طرح پژوهش حاضر از نوع طرح خط پایه‌ی چندگانه^۱ با آزمودنی‌های متفاوت^۲ و سنجش پیوسته^۳ می‌باشد. آزمودنی‌ها به‌ترتیب در مراحل خط پایه^۴، درمان و پس از درمان^۵ و پیگیری^۶ شرکت می‌کنند. این طرح یکی از طرح‌های تجربی تک‌موردی^۷ پرکاربرد در روانشناسی بالینی قلمداد می‌گردد(کازدین^۸، ۱۹۹۲). هدف اصلی طرح‌های تک‌موردی در کار بالینی کمک به متخصصان بالینی در ارزیابی اثر یک مداخله‌ی بالینی در تغییر رفتار مراجعان می‌باشد. این طرح پژوهشی به ما امکان مقایسه‌ی تغییرات در میزان بهبودی علائم در طول درمان را بین خودآزمودنی‌ها و آزمودنی‌های دیگر نسبت به خط پایه فراهم می‌کند(کازدین، ۱۹۹۲؛ اندرسون و کیم^۹، ۲۰۰۳). در پژوهش حاضر آزمودنی‌ها به‌صورت همزمان وارد مرحله‌ی خط پایه^{۱۰} شده و با قرار گرفتن تصادفی در یکی از دوره‌های انتظار دو، سه و یا چهار هفته‌ای در مرحله‌ی خط پایه به‌ترتیب وارد مرحله‌ی درمان ۱۲ جلسه‌ای و سه نوبت پیگیری^{۱۱} در طی شش هفته دوره‌ی پیگیری شدند. بیماران در طی سه مرحله مداخله در هر ملاقات با استفاده از پرسشنامه‌ها و مقیاس‌های روانشناختی مربوط مورد ارزیابی قرار می‌گرفتند.

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

جامعه‌ی آماری این مطالعه شامل تمامی افرادی بود که در زمان انجام پژوهش جهت دریافت خدمات مشاوره، روانشناختی و روانپزشکی به مراکز مشاوره و خدمات روانشناختی تحت نظارت سازمان بهزیستی و کلینیک روانپزشکی بزرگمهر در شهر تبریز مراجعه کرده بودند. گروه نمونه در

-
- 1 multiple-baseline design
 - 2 different individuals
 - 3 continuous assessment
 - 4 baseline phases
 - 5 treatment&posttreatment
 - 6 follow-up
 - 7 single-case experimental designs
 - 8 Kazdin
 - 9 Anderson&Kim
 - 10 baseline phases
 - 11 follow-up

این پژوهش شامل ۳ نفر زن مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر (GAD) دارای اختلال همایند (بیمار اول با اختلال همایند اختلال هراس اجتماعی، بیمار دوم با اختلال همایند اختلال افسردگی و بیمار سوم با اختلال همایند وحشتزدگی) به روش نمونه‌گیری هدفمند^۱ از بین جامعه‌ی آماری تحقیق یعنی مراجعه‌کنندگان به مرکز ارجاع مشاوره و خدمات روانشناختی علامه امینی بهزیستی استان آذربایجان شرقی و کلینیک تخصصی روانپزشکی بزرگمهر در شهر تبریز پس از مصاحبه‌ی تشخیصی بر اساس متن تجدیدنظر شده‌ی نسخه‌ی چهارم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی^۲ (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۰۰) توسط روانپزشک و مصاحبه‌ی بالینی ساختار یافته برای تشخیص اختلال‌های محور I (SCID) توسط یک روانشناس بالینی انتخاب شدند. نمونه‌ی مورد پژوهش پس از احراز شرایط پژوهش یعنی ملاک‌های ورود و حذف این پژوهش، وارد فرآیند مداخله شد.

ملاک‌های ورود عبارت از 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 به‌عنوان 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 بود (بیمارانی که تمام شرایط بالا را داشتند، وارد پژوهش حاضر شدند).

ملاک‌های حذف نیز عبارت از تشخیص کنونی هرگونه اختلال روانی همایند در محور I و محور II بر اساس مصاحبه‌ی تشخیصی و ساختار یافته بر طبق DSM-IV-TR به‌استثنای اختلال‌های هیجانی اضطرابی و خلقی، سابقه‌ی دریافت درمان‌های روان‌شناختی به‌خصوص 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، سابقه‌ی سوءمصرف یا وابستگی مواد در حال حاضر و در طول یکسال قبل از شروع درمان، بود (اگر بیماری دارای یکی از شرایط بالا بود، از پژوهش حاضر حذف شد).

شیوه اجرا

به‌منظور بررسی کارایی روش درمان فراتشخیصی یکپارچه از دستورالعمل جدید درمان فراتشخیصی یکپارچه (بارلو و همکاران، ۲۰۱۱) استفاده شد. این پروتکل درمانی شامل هشت بخش با انعطاف‌پذیری در تعداد جلسات است که بر اساس توجه به این ویژگی در پژوهش حاضر در طی ۱۲ جلسه‌ی فردی تقریباً ۵۰ تا ۶۰ دقیقه‌ای و همه‌ی بخش‌ها در ترتیب ثابت و تعداد جلسات

1 purposeful sampling

2 Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th ed. Text Revision) (DSM-IV-TR)

مساوی روی آزمودنی‌ها در مرکز ارجاع مشاوره و خدمات روانشناختی علامه امینی بهزیستی اجرا گردید.

این پروتکل از هشت بخش یا مدول^۱ (پنج بخش اصلی و سه بخش فرعی) تشکیل شده است که با تاکید بر اصول بنیادی درمان‌های شناختی- رفتاری و ادغام پیشرفت‌های جدید در پژوهش‌های مربوط به تنظیم هیجانی، سعی در استفاده از راهبردهای شناختی- رفتاری از قبیل خاموشی، تکنیک‌های جلوگیری از اجتناب شناختی و رفتاری، رویارویی رفتاری، هیجانی و درون جسمی و همچنین شناسایی و اصلاح شناخت‌واره‌های غیر انطباقی برای درمان افراد مبتلا به اختلال‌های هیجانی دارد. بخش‌های این پروتکل عبارت از (همان منبع) افزایش انگیزه^۲، آموزش روانی یا منطق درمان^۳، آموزش آگاهی از هیجان^۴، ارزیابی مجدد شناختی^۵، رفتارهای ناشی از هیجان^۶، رویارویی احساسی و موقعیتی^۷، آگاهی و تحمل احساس‌های جسمانی^۸ و پیشگیری از عود^۹ می‌باشد (بارلو و همکاران، ۲۰۱۱). جلسات درمان نیز با آماج قرار دادن اهداف درمان و تمرکز بر بخش‌های مختلف پروتکل به مراجعان ارائه گردید که محتوای آن به صورت خلاصه در جدول ۱ آمده است.

جدول ۱- محتوای مداخله درمانی

جلسات	محتوا
اول	افزایش انگیزه؛ مصاحبه انگیزشی برای مشارکت و درگیری بیماران در طول درمان، ارائه منطق درمان و تعیین اهداف درمان.
دوم	ارائه آموزش روانی؛ بازشناسی هیجان‌ها و ردیابی تجارب هیجانی و آموزش مدل سه مولفه‌ای تجارب هیجان و مدل ARC
سوم و چهارم	آموزش آگاهی هیجانی؛ یادگیری مشاهده تجارب هیجانی (هیجان‌ها و واکنش به هیجان‌ها) به خصوص با استفاده از تکنیک‌های ذهن آگاهی.
پنجم	ارزیابی و ارزیابی مجدد شناختی؛ ایجاد آگاهی از تاثیر و ارتباط متقابل بین افکار و هیجان‌ها، شناسایی ارزیابی‌های ناسازگارانه اتوماتیک و دام‌های شایع تفکر و ارزیابی مجدد شناختی و افزایش انعطاف‌پذیری در تفکر.
ششم	شناسایی الگوهای اجتناب از هیجان؛ آشنایی با راهبردهای مختلف اجتناب از هیجان و تاثیر آن بر تجارب هیجانی و آگاهی یافتن از اثرات متناقض اجتناب از هیجان.

- 1 module
- 2 motivation enhancement
- 3 psychoeducation and treatment rationale
- 4 emotion awareness training
- 5 cognitive reappraisal
- 6 EmotionDriven Behaviors (EDBs)
- 7 interoceptive and situational exposure
- 8 awareness and tolerance of physical sensations
- 9 interoceptive and situational exposure

هفتم	بررسی رفتارهای ناشی از هیجان EDBs؛ آشنایی و شناسایی رفتارهای ناشی از هیجان و درک تاثیر آنها روی تجارب هیجانی، شناسایی EDBs ناسازگانه و ایجاد گرایش‌های عمل جایگزین بواسطه 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 بمنظور آگاهی از احساس‌های جسمانی و افزایش تحمل این علائم.
نهم تا یازدهم	رویارویی احشایی و رویارویی با هیجان منبئی بر موقعیت؛ آگاهی یافتن از منطق رویارویی‌های هیجانی، آموزش نحوه تهیه سلسله مراتب ترس و اجتناب و طراحی تمرین‌های مواجهه هیجانی مکرر و اثربخش بصورت تجسمی و عینی و ممانعت از اجتناب.
دوازدهم	پیشگیری از عود؛ مرور کلی مفاهیم درمان و بحث در مورد بهبودی و پیشرفت‌های درمانی بیمار

ابزارها

۱- پرسشنامه نگرانی ایالت پنسیلوانیا^۱ (PSWQ): این پرسشنامه یک ابزار خودسنجی ۱۶ ماده‌ای است که عمدتاً برای سنجش شدت و افراطی و غیر قابل کنترل بودن نگرانی در زمان‌ها و موقعیت‌های مختلف به‌عنوان ویژگی معرف اساسی GAD، استفاده می‌شود. هر ماده روی یک مقیاس ۵ درجه‌ای رتبه‌بندی می‌شود. این پرسشنامه در ایران توسط دهشیری، گلزاری، برجلی و سهرابی (۱۳۸۸)، هنجاریابی شده و ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۸ و ضریب بازآزمایی آن ۰/۷۹ برآورد گردید و اعتبار همگرایی پرسشنامه با سیاهه اضطراب صفت- حالت و سیاهه افسردگی بک را به ترتیب ۰/۴۳ و ۰/۶۸ گزارش کردند. همسانی درونی برای این ابزار ۰/۹۴ گزارش شده 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 سازه‌ی این ابزار نیز در بررسی‌های تحلیل عاملی به تایید رسیده است (فرسکو، هیمبرگ، منین و تورک، ۲۰۰۲؛ به نقل از بخشی پور، دژکام، مهریار و بیرشک (۱۳۸۳). این پرسشنامه به‌عنوان ابزاری برای غربالگری اختلال اضطراب فراگیر به‌کار می‌رود. استوبر^۲ (۱۹۹۸) پایایی بازآزمایی این پرسشنامه در جمعیت غیربالینی را در حد ۰/۸۷ برآورد کرده است. در پژوهش حاضر، از این ابزار علاوه بر شاخص اختلال اضطراب فراگیر به‌عنوان مقیاسی برای سنجش عامل فراتشخیصی نگرانی مورد استفاده قرار گرفت.

۲- مقیاس‌های عاطفه مثبت و عاطفه منفی (PANAS)^۳؛ یک ابزار ۲۰ ماده‌ای است که برای سنجش و دو بعد خلقی یعنی عاطفه منفی (PANAS-N) و عاطفه مثبت (PANAS-P) طراحی شده

1 Penn State Worry Questionnaire

2 Stober

3 Positive and Negative Affect Scales

است (واتسون، کلارک و تلگن^۱، ۱۹۸۸). هر خرده مقیاس دارای ۱۰ ماده است. ماده‌ها روی یک مقیاس ۵ نقطه‌ای (۱=بسیار کم تا ۵=بسیار زیاد) رتبه‌بندی می‌شوند. از نظر ویژگی‌های روانسنجی (پایایی و روایی)، PANAS مطلوب است. پایایی به روش ضرایب سازگاری درونی عاطفه منفی ۰/۸۷ و برای عاطفه مثبت ۰/۸۸ است (براون، کورپیتا^۲ و بارلو، ۱۹۹۸). پایایی از راه بازآزمایی با فاصله‌ی ۸ هفته برای عاطفه منفی ۰/۷۱ و برای عاطفه مثبت ۰/۶۸ گزارش شده است (براون و همکاران، ۱۹۹۸). روایی سازه‌ی نسخه‌ی فارسی این ابزار نیز با روش تحلیل عاملی براساس ضریب آلفا ۰/۸۷ گزارش شده است (بخشی‌پور، ۱۳۸۲).

۳- سیاهه افسردگی بک^۳ - ویرایش دوم (BDI-II)؛ این سیاهه، نسخه‌ی بازنگری شده BDI می‌باشد و با ملاک‌های افسردگی در چهارمین ویراست راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-IV) منطبق شده است. BDI-II شامل ۲۱ آیتم است که هر آیتم یکی از علائم افسردگی را می‌سنجد. هر آیتم دارای چهار جمله است که شدت افسردگی را می‌سنجد. بک، استیر^۴، و براون (۱۹۹۶) پایایی این آزمون در یک جمعیت بهنجار را در حد ۰/۹۳ برآورد کرده‌اند. در ایران فتی، بیرشک، عاطف وحید و دابسون^۵ (۱۳۸۴) ضریب آلفای این آزمون را ۰/۹۱، ضریب همبستگی میان دو نیمه را ۰/۸۹ و ضریب بازآزمایی با فاصله‌ی یک هفته را ۰/۹۴ گزارش کردند. در این مطالعه همبستگی BDI-II با ویرایش اول BDI ۰/۹۳ به‌دست آمد. همچنین در پژوهش قاسم‌زاده، مجتایی، کرم قدیری و ابراهیم‌خانی (۲۰۰۵) ضریب آلفای BDI-II ۰/۸۷ و ضریب بازآزمایی ۰/۷۴ گزارش شده است. در این پژوهش، BDI-II به‌عنوان شاخصی برای اختلال افسردگی به‌کار گرفته شده است.

۴- سیاهه هراس اجتماعی^۶ (SPIN): این پرسشنامه یک مقیاس خودسنجی ۱۷ آیتمی است که به‌منظور ارزیابی اضطراب یا هراس اجتماعی تهیه شده است. این سیاهه دارای سه خرده‌مقیاس ترس (۶ ماده)، اجتناب (۷ ماده) و ناراحتی فیزیولوژیکی (۴ ماده) است و هریک از آیتم‌ها با استفاده از یک مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای نمره‌گذاری می‌شوند. پایایی این مقیاس به روش بازآزمایی در گروه‌های با تشخیص اختلال هراس اجتماعی ۰/۷۸ تا ۰/۸۹ و همسانی درونی آن در گروهی از افراد سالم ۰/۹۴ گزارش شده است. همچنین روایی همگرای این پرسشنامه ۰/۵۷ تا ۰/۸۰ گزارش

1 Watson, Clark & Tellegen

2 Chorpita

3 Beck Depression Inventory

4 Steer

5 Dobson

6 Social Phobia Inventory (SPIN)

شده است (کانور، دیویدسون، چورشیل^۱ و همکاران، ۲۰۰۰). در ایران عبدی، بیرشک، علیلو و اصغرنژاد (۱۳۸۵) پایایی به روش بازآزمایی این پرسشنامه را ۰/۸۳ و همسانی درونی آن را ۰/۸۶ و اعتبار محتوایی آن را بالا گزارش کردند. در این پژوهش به عنوان شاخصی برای اختلال هراس اجتماعی به کار گرفته شده است.

۵- شاخص حساسیت اضطرابی^۲ (ASI): شاخص حساسیت اضطرابی یک مقیاس خودسنجی ۱۶ آیتمی است که برای ارزیابی ترس از تجارب و احساسات مرتبط با اضطراب طراحی و تدوین شده است. هر آیتم، نگرانی راجع به پیامدهای منفی نشانه‌های اضطرابی را ارزیابی می‌کند. این آزمون بر اساس یک مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای نمره گذاری می‌شود. همسانی درونی این آزمون بین ۰/۸۲ تا ۰/۹۱ گزارش شده است. همچنین پایایی باز آزمایی، روایی پیش بین، سازه و ملاکی این پرسشنامه بالا گزارش شده است (پترسون و ریس^۳، ۱۹۹۲). در این پژوهش ASI به عنوان مقیاس اختلال پانیک به کار گرفته شده است.

۶- مقیاس دشواری‌های تنظیم هیجانی^۴ (DERS): یک ابزار خودسنجی ۳۶ ماده‌ای است که برای سنجش مشکلات افراد در ابعاد مختلف تنظیم هیجانی شامل درک، پذیرش و تعدیل در هیجان‌ها و همچنین انتخاب اعمال هدفمند در حالت آشفتگی هیجانی طراحی شده است (گراتز و رومر^۵، ۲۰۰۴). آزمودنی‌ها ماده‌ها را بر اساس یک مقیاس لیکرت ۵ نقطه‌ای (۱= تقریباً هرگز تا ۵= تقریباً همیشه) درجه‌بندی می‌کنند و نمرات بالا مشکلات بیشتر در تنظیم هیجانی را نشان می‌دهد. نتایج پژوهش گراتز و رومر (۲۰۰۴) حاکی از آن است که این مقیاس از همسانی درونی بالایی، ۰/۹۳ برخوردار می‌باشد و هر شش زیرمقیاس DERS، آلفای کرون باخ بالای ۰/۸۰ دارند. همچنین پژوهش مذکور اعتبار همگرایی بالای این پرسشنامه را با ابزارهای معتبر در زمینه بدن‌تنظیمی هیجانی و اجتناب هیجانی و دارای اعتبار پیش بین مرتبط با ابزارهای خودسنجی رفتاری بدن‌تنظیمی هیجانی را نشان می‌دهد. آلفای کرونباخ این مقیاس بر اساس پژوهش عزیزی، میرزایی و شمس (۱۳۸۹) ۰/۹۲ گزارش شده است. همچنین همسانی درونی این مقیاس روی یک جمعیت ایرانی در پژوهش علوی (۱۳۸۸) برای کل مقیاس (۰/۸۶) و برای خرده مقیاس‌های عدم پذیرش ۰/۷۵، اهداف ۰/۷۴، تکانه ۰/۷۶، آگاهی ۰/۶۳، راهبردها ۰/۷۴ و شفافیت ۰/۸۵ برآورد شده است.

1 Connor, Davidson & Churchill

2 Anxiety Sensivity Index

3 Peterson & Reiss

4 Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS)

5 Gratz & Roemer

۷- مقیاس سیستم بازداری رفتاری/سیستم گرایش رفتاری BIS/BAS: مقیاس سیستم بازداری رفتاری/سیستم گرایش رفتاری شامل ۲۰ آیتم برای سنجش ابعاد شخصیتی BIS و BAS نظریه حساسیت به تقویت (RST)^۱ جفری گری^۲ (گری ومک ناوتون^۳، ۲۰۰۰) یعنی تفاوت‌های فردی در حساسیت سیستم بازداری و گرایش رفتاری ارائه شده است (کارور و وایت^۴، ۱۹۹۴). زیرمقیاس BIS مورد استفاده این مقیاس در پژوهش حاضر شامل ۷ آیتم است. پژوهش‌های بسیاری اعتبار و ساختار عاملی BIS/BAS را تایید کرده‌اند. کارور و وایت (۱۹۹۴) ثبات درونی مقیاس BIS را ۰/۷۴ و ثبات درونی سه زیرمقیاس BAS را یعنی پاسخ‌دهی به پاداش ۰/۷۳، سائق ۰/۷۶ و لذت جویی ۰/۶۶ گزارش نموده است. در مطالعه عطری‌فرد (۱۳۸۵؛ به نقل از چوبدار، ۱۳۸۶) ثبات درونی زیرمقیاس BAS را ۰/۴۷ و ثبات درونی پاسخ‌دهی به پاداش ۰/۴۷، سائق ۰/۷۳ و جستجوی سرگرمی ۰/۶۰ می‌باشد.

راهبردهای تجزیه و تحلیل نتایج

اصطلاح کارآیی در پیشینه‌ی پژوهشی درمان‌های روانشناختی به اعتبار درونی^۵ و بازده پژوهشی اشاره دارد (اینگرام، هیز و اسکات^۶، ۲۰۰۰). نتایج پژوهش، زمانی کارایی دارد که نشان داده شود درمان تاثیر داشته است. هدف ارزیابی کارایی تعیین علت و تاثیر رابطه بین متغیر مستقل (مداخله) و متغیر وابسته (کاهش علائم) در شرایط کنترل شده می‌باشد (تروا و توماس^۷، ۲۰۰۳). در پژوهش حاضر برای تجزیه و تحلیل داده‌ها و ارزیابی کارایی^۸ از روش‌های ترسیم دیداری یا تحلیل نمودار گرافیکی تغییر تغییرات نمرات سنج‌ها در طی مراحل خط پایه، درمان و پیگیری به واسطه الگوهای ترسیم دیداری تغییر در سطح، دوره‌ی نهفتگی، شیب و پایداری^۹ و به‌منظور غلبه بر مشکل ذهنی بودن^{۱۰} و پایایی پایین بین ارزیابان^{۱۱} با در نظر گرفتن روش معیار دوگانه‌ی محافظه کارانه^{۱۲} (CDC) فیشر، کلی و لوماس^{۱۳} (۲۰۰۳) و برای سنجش تغییر در متغیرها یا عوامل

1 Reinforcement Sensitivity Theory (RST)

2 Gray

3 McNaughton

4 Carver & White

5 internal validity

6 Ingram, Hayes & Scott

7 Truax & Thomas

8 efficacy

9 level, slope & stability

10 subjectivity

11 low interrater reliability

12 Conservative Dual-Criterion (CDC)

13 Fisher, Kelley & Lomas

فراتشخیصی از درصد بهبودی استفاده شد. در این روش با توجه به فرمول درصد بهبودی نمره پس از آزمون فرد از نمره پیش آزمونش تفریق و حاصل آن را بر نمره پیش آزمون تقسیم می‌کنیم (اوگلز، بونن و بونستیل^۱، ۲۰۰۱).

یافته‌ها

برای بررسی این سوال تحقیق که آیا درمان فراتشخیصی یکپارچه بر روی عوامل مشترک سطح بالاتر عاطفه منفی/عاطفه مثبت، سیستم بازداری رفتاری و بدتنظیمی هیجانی در زنان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر از نظر بالینی تاثیر معناداری دارد یا خیر، نمرات هر سه بیمار در مقیاس عاطفه منفی (PANAS-NA)، پرسشنامه نگرانی پن استیت (PSWQ)، مقیاس بازداری رفتاری (BIS) و مقیاس دشواری‌های تنظیم هیجانی (DERS) به عنوان عوامل مشترک و فراتشخیصی سطح بالاتر که در جدول ۲ آمده‌اند؛ مورد تجزیه و تحلیل قرار می‌گیرند. به نظر می‌رسد که در مورد این متغیرها و عوامل شاید درصد تغییر یا بهبودی بیشتر از معناداری بالینی مصداق داشته باشد و معناداری بالینی را می‌توان به واسطه‌ی تغییر در تظاهرات بالینی این عوامل یعنی شدت علائم اختلال‌ها استنباط کرد.

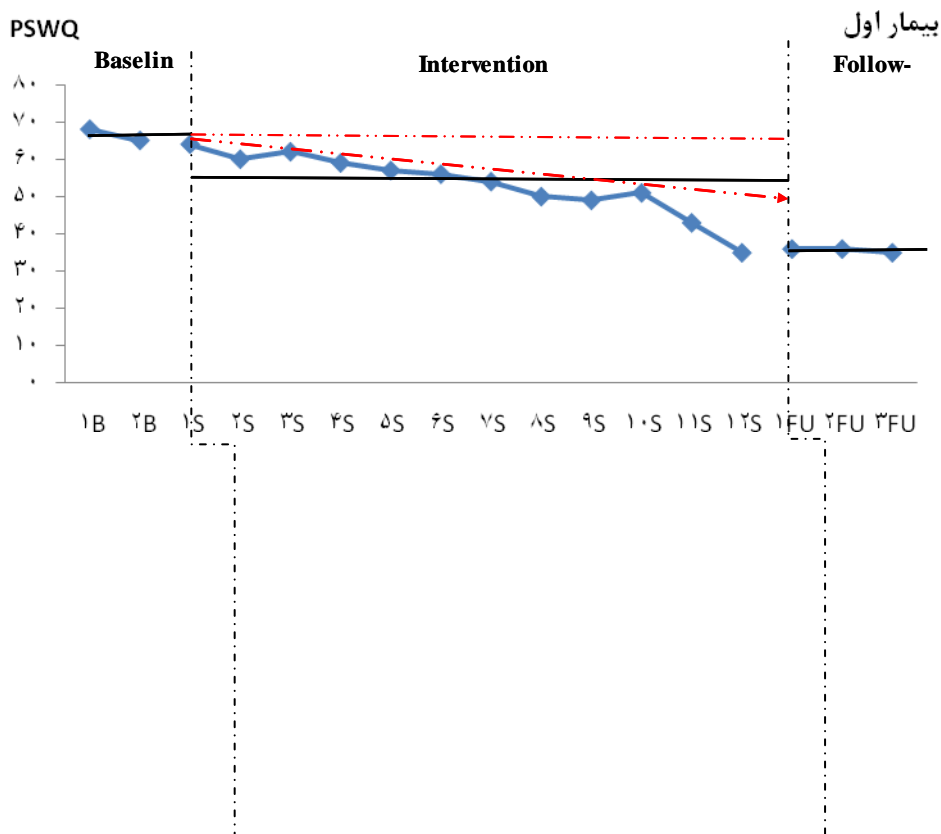
جدول ۲- نمرات بیماران در مقیاس‌های (PANAS)، (PSWQ)، (BIS)، (DERS)

DERS			BIS			PSWQ			PANAS-NA			بیماران مراحل مداخله
بیمار سوم نمبار دوم نمبار اول	نمبار سوم نمبار دوم نمبار اول	نمبار سوم نمبار دوم نمبار اول	بیمار سوم نمبار دوم نمبار اول	بیمار سوم نمبار دوم نمبار اول	بیمار سوم نمبار دوم نمبار اول	بیمار سوم نمبار دوم نمبار اول	بیمار سوم نمبار دوم نمبار اول	بیمار سوم نمبار دوم نمبار اول	بیمار سوم نمبار دوم نمبار اول	بیمار سوم نمبار دوم نمبار اول		
۱۱۹	۱۰۲	۱۳۴	۱۴	۱۳	۱۶	۷۱	۶۹	۶۸	۳۱	۳۸	۲۹	پیش از مداخله
۶۶	۵۸	۶۸	۱۲	۸	۱۴	۳۷	۴۰	۳۵	۱۸	۲۲	۱۶	پس از مداخله
۴۴/۵۴	۴۳/۱۴	۴۹/۳۵	۱۴/۲۹	۳۸/۴۶	۱۳/۵۰	۴۷/۸۸	۴۲/۰۲	۴۶/۱۵	۴۱/۹۳	۴۲/۱۰	۴۴/۸۲	درصد بهبودی
۴۵/۶۴			۲۱/۷۵			۴۵/۳۵			۴۲/۹۵			درصد بهبودی کلی

با توجه به جدول ۲، درصد بهبودی بیماران پس از اتمام سه مرحله‌ی مداخله نسبت به پیش از شروع مراحل مداخله برای عاطفه منفی (NA) به‌طورکلی ۴۲/۹۵٪ می‌باشد که این بهبودی برای بیمار اول تا سوم به‌ترتیب ۱۰/۸۲، ۴۲/۴۴ و ۴۱/۹۳ به‌دست آمد. همان‌طور که از نتایج بر می‌آید، این تغییر و کاهش نمرات بیماران در عاطفه منفی چشمگیر بوده و نمود بالینی آن را می‌توان در تغییر علائم اختلال اصلی و همانند بیماران ملاحظه کرد. در این جدول درصد بهبودی

کلی بیماران در شاخص اختصاصی اختلال اضطراب فراگیر یا عامل فراتشخیصی در اختلال‌های هیجانی یعنی عامل نگرانی را در حدود ۴۵/۳۵٪ و برای بیماران اول تا سوم به ترتیب ۴۶/۱۵، ۴۲/۰۲ و ۴۷/۸۸ برآورد شده است. همچنین برای عامل بازداری رفتاری تغییر یا بهبودی کلی ۲۱/۷۵ را برای بیماران و به ترتیب برای هر کدام از بیماران یعنی ۱۲/۵۰، ۳۸/۴۶ و ۱۴/۲۹ درصد گزارش کرده است که کاهش نمرات و تغییر حاصله‌ی این عامل سرشتی در بیمار دوم و سوم پایین‌تر می‌باشد. تغییر یا بهبودی کلی در عامل مشترک چهارم یعنی بدتنظیمی هیجانی به‌عنوان یک عمل سبب‌ساز فراتشخیصی اختلال‌های هیجانی حدود ۴۵/۶۴ می‌باشد که این تغییر در بیمار اول ۴۹/۲۵٪ بوده و نسبت به بیمار دوم با ۴۳/۱۴٪ تغییر و بیمار سوم با تغییر ۴۴/۵۴ درصدی در حد بالایی می‌باشد.

برای پاسخ به این پرسش که آیا درمان فراتشخیصی یکپارچه در کاهش شدت نگرانی زنان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر از نظر بالینی تاثیر معناداری دارد؟ نمرات هر یک از بیماران در پرسشنامه نگرانی پن استیت (PSWQ) بر اساس نمودار یا ترسیم دیداری ۱ مورد بررسی قرار می‌گیرد.





نمودار ۱- روند تغییر نمرات PSWQ بیماران در طی مراحل خط پایه (B_{1-4}).

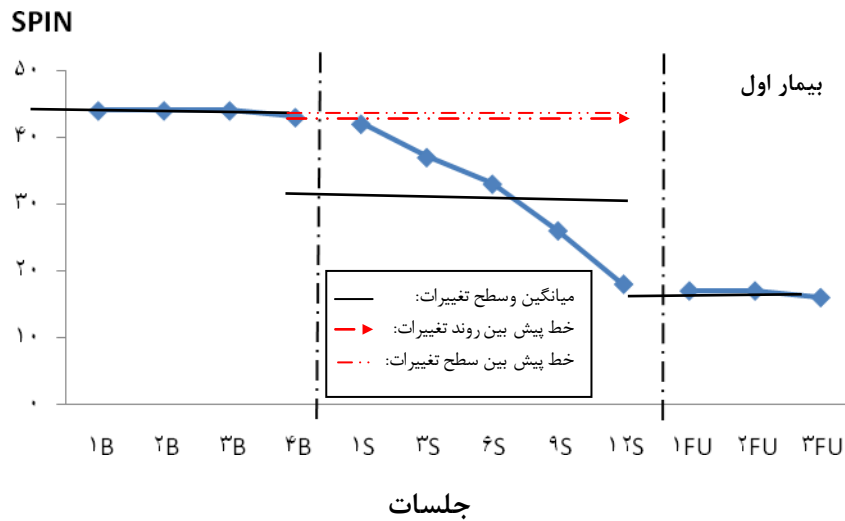
مداخله (S_{1-12}) و شش هفته پیگیری (FU_{1-3})

در تفسیر نتایج ترسیم دیداری و همچنین معناداری آماری تغییر از روش تحلیل دیداری معیار دوگانه‌ی محافظه‌کارانه (CDC) فیشر و همکاران (۲۰۰۳) برای پژوهش‌های تک‌موردی استفاده گردید. در این روش با تداوم خط روند و خط سطح داده‌های مرحله‌ی خط پایه تا انتهای مرحله‌ی

درمان، اگر تعداد برابر یا بیشتر از نقاط داده‌های^۱ مورد نیاز (مشخص شده در جدول معیار تغییر منظم فیشر) در مرحله‌ی درمان زیر هر کدام از این دو خطوط پیش بین قرار بگیرد، نشان از تغییر منظم تاثیر درمان می‌باشد و تغییرات تصادفی نیست (فیشر و همکاران، ۲۰۰۳). با توجه به جدول فیشر، تعداد مورد نیاز نقاط داده در مرحله‌ی درمان با توجه به کل نقاط داده‌ی مرحله‌ی درمان یعنی ۱۲ نقطه داده‌ی عدد ۹ می‌باشد. یعنی حداقل تعداد ۹ مورد از نقطه داده‌ها یا نمرات هر بیمار در مرحله‌ی درمان بایستی برابر یا زیر هر دو خط پیش بین روند و سطح تغییرات باشد تا بتوان تغییرات را منظم و ناشی از تاثیر درمان دانست. همچنین در تحلیل تاثیر درمان بر اختلال‌های همایند، با توجه به اینکه تعداد کل نقطه داده‌های مرحله‌ی درمان برای هر بیمار ۵ نقطه می‌باشد و با توجه به جدول فیشر، تعداد نقطه داده‌های مورد نیاز برای استنباط منظم بودن تغییرات و تاثیر درمان ۵ نقطه می‌باشد.

نمودار ۱ نشان می‌دهد که میانگین و سطح نمرات نگرانی هر سه بیمار به‌عنوان ویژگی بارز افراد مبتلا به GAD در مرحله‌ی درمان و پیگیری نسبت به مرحله‌ی خط پایه کاهش پیدا کرده است. با در نظر گرفتن معیار دوگانه‌ی محافظه‌کارانه CDC فیشر و همکاران (۲۰۰۳) در بیمار اول و دوم تمام ۱۲ نقطه داده‌ها و در بیمار سوم ۱۰ نقطه از ۱۲ نقطه داده‌ی موجود در مرحله‌ی درمان زیر خطوط پیش بین سطح و روند تغییرات قرار گرفته است. این داده‌ها بیانگر تاثیر روش درمان و منظم بودن تغییرات می‌باشد. بنابراین می‌توان چنین نتیجه‌گیری کرد که درمان فراتشخیصی یکپارچه در کاهش نشانه‌های مربوط به اختلال به‌خصوص شدت نگرانی زنان مبتلا به GAD تاثیر معناداری دارد.

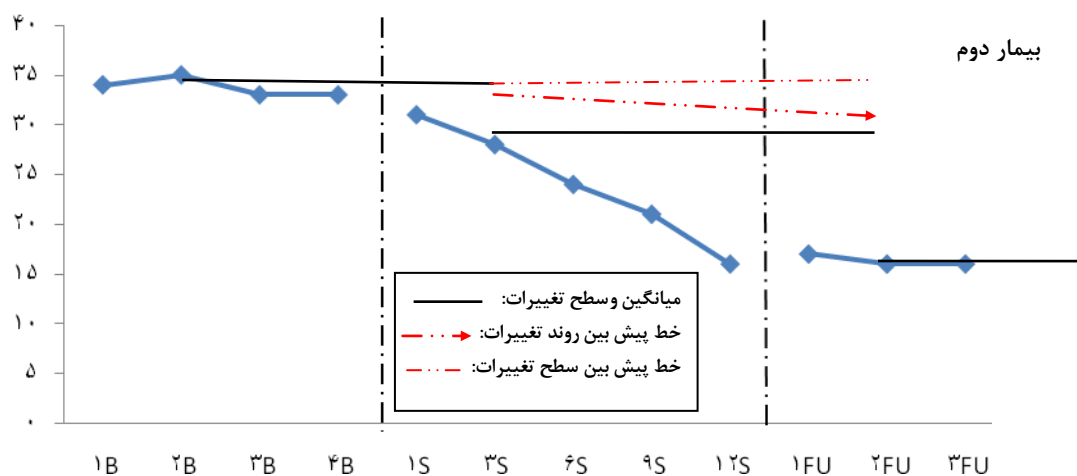
در نهایت برای پاسخگویی به سوال پژوهشی آیا درمان فراتشخیصی یکپارچه در کاهش شدت علائم اختلال هیجانی همایند در زنان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر از نظر بالینی تاثیر معناداری دارد یا خیر، نمرات هر سه بیمار در سنجه‌های اختصاصی به‌طور جداگانه مورد بررسی قرار گرفت. **بیمار اول:** با توجه به ترسیم دیداری روند تغییر نمرات سیاهه‌ی اختلال هراس اجتماعی به‌عنوان شاخص اختلال همایند هراس اجتماعی بیمار اول در نمودار ۲، کاهش قابل ملاحظه‌ی میانگین نمرات و پایین آمدن خط سطح تغییرات شدت علائم اختلال همایند در مراحل درمان و پیگیری و همچنین با توجه به قرار گرفتن تمام نقطه داده‌های مرحله‌ی درمان در زیر خطوط پیش‌بین روند و سطح تغییرات مطابق با روش CDC فیشر نشانگر تاثیر درمان و منظم بودن تغییرات در علائم اختلال همایند بوده و همراه با شیب تند روند کاهش نمرات در مرحله‌ی درمان حاکی از معناداری بهبودی یا تغییرات در اختلال همایند این بیمار می‌باشد.



نمودار ۲- روند تغییر نمرات بیمار اول در نمرات سیاهه هراس اجتماعی در طی مراحل خط پایه (B₁₋₂)، مداخله (S₁₋₁₂) و شش هفته پیگیری (FU₁₋₃)

بیمار دوم: با توجه به نمودار ۳ روند تغییر نمرات بیمار دوم در سیاهه‌ی افسردگی بک به‌عنوان سنجه اختصاصی اختلال همایند، میانگین و سطح نمرات در مراحل درمان و پیگیری نسبت به مرحله‌ی خط پایه کاهش خوبی را نشان می‌دهد. تحلیل ترسیم دیداری به روش ملاک دوگانه‌ی محافظه‌کارانه نشان می‌دهد که تمام ۵ نقطه داده‌ی موجود در مرحله‌ی درمان پایین‌تر از دو خط پیش بین روند و سطح تغییرات قرار گرفته است. در ضمن روند کاهش نمرات در مرحله‌ی درمان با شیب یکنواخت و پیوسته تا شروع مرحله‌ی پیگیری ادامه یافته که می‌تواند نشانگر تاثیرپذیری بیمار از مدول‌ها باشد، تغییر چشمگیری در مرحله‌ی پیگیری مشاهده نمی‌شود و تقریباً سطح نمرات در این مرحله پایدار می‌باشد. بنابراین می‌توان استنباط کرد که تغییر معنادار در نمرات منظم بوده و ناشی از تاثیر درمان می‌باشد.

BDI-II

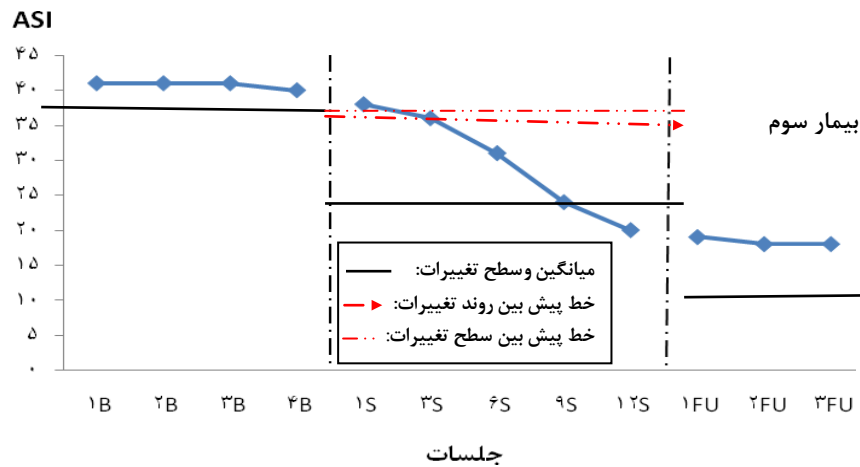


جلسات

نمودار ۳- روند تغییر نمرات بیمار دوم در نمرات سیاهه افسردگی بک در طی مراحل خط

پایه (B₁₋₂)، مداخله (S₁₋₁₂) و شش هفته پیگیری (FU₁₋₃)

بیمار سوم: نمودار ۴ نیز نشان می‌دهد که میانگین و سطح تغییرات نمرات سنجه اختصاصی اختلال همایند بیمار سوم یعنی شاخص حساسیت اضطرابی در مرحله‌ی درمان و پیگیری نسبت به مرحله‌ی خط پایه کاهش قابل ملاحظه‌ای داشته و همچنین شیب روند تغییرات در مرحله درمان چشمگیر می‌باشد. تحلیل داده‌های ترسیم دیداری به روش CDC فیشر نشان می‌دهد که با توجه به قرار گرفتن تمام نقطه داده‌های موجود در مرحله‌ی خط پایه در زیر دو خط پیش‌بین روند و سطح تغییرات، کاهش شدت علائم اختلال همایند منظم بوده و به‌طور کلی نشان‌دهنده‌ی تأثیر درمان فراتشخیصی یکپارچه در کاهش علائم اختلال همایند پانیک در این بیمار می‌باشد.



نمودار ۴- روند تغییر نمرات بیمار سوم در نمرات شاخص حساسیت اضطرابی در طی مراحل خط پایه (B_{1-2})، مداخله (S_{1-12}) و شش هفته پیگیری (FU_{1-3})

بحث و نتیجه‌گیری

با توجه به نتایجی که در فصل پیش به آنها پرداختیم، هر سه بیمار در اثر درمان فراتشخیصی یکپارچه در آماج‌های درمانی یعنی علایم اختلال اصلی و همایند بهبودی، تغییر معناداری را از نظر بالینی و آماری نشان دادند. نگرانی به‌عنوان ویژگی بارز اختلال اضطراب فراگیر و همچنین یکی از عوامل فراتشخیصی مشترک در اختلال‌های هیجانی که از آماج‌های مستقیم این روش درمانی می‌باشد (مانسل، هاروی، واتکینز و شافران، ۲۰۰۹). با توجه به کاهش شدت نمرات پرسشنامه نگرانی ایالت پنسیلوانیا (PSWQ) در نمودار ۱ و جدول ۲، این یافته‌ها نشان می‌دهد که پروتکل یکپارچه توانسته مطابق با منطق پدیدآیی‌اش و همسو با ادعای پدیدآورندگان آن مبنی بر آماج قرار دادن عوامل فراتشخیصی و مشترک (ویلاموسکا و همکاران، ۲۰۱۰) تغییر معناداری را در عامل نگرانی از نظر بالینی و آماری ایجاد کند. به‌طور کلی این یافته‌ها با نتایج پژوهش‌های دو مطالعه‌ی الارد و همکاران (۲۰۱۰)، مطالعه‌ی موردی بویسه و همکاران (۲۰۱۰) و کارآزمایی بالینی فارکیونه و همکاران (۲۰۱۲) مبنی بر کارایی و اثربخشی پروتکل یکپارچه درمان فراتشخیصی در کاهش معنادار شدت نگرانی و علایم بالینی و بهبودی افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر می‌باشد. از آماج‌های دیگر این پژوهش، کاهش شدت علایم اختلال همایند بود که نتایج نمودارهای ۲، ۳ و ۴ حاکی از تاثیر پروتکل یکپارچه درمان فراتشخیصی و ایجاد تغییر و بهبودی بالینی در هر سه بیمار بود. این یافته‌ها نیز علاوه بر فراهم نمودن تایید بر کارایی و تاثیر این روش درمان در

اختلال‌های همایند بیماران، همسو با یافته‌های دو مطالعه‌ی الارد و همکاران (۲۰۱۰)، مطالعه‌ی موردی بویسه و همکاران (۲۰۱۰) و کارآزمایی بالینی فارکیونه و همکاران (۲۰۱۲) که حاکی از کارآیی درمان فراتشخیصی بر اختلال‌های هیجانی همایند بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر می‌باشد.

با توجه به منطقی پدیدآیی این روش درمانی، بهبودی و تغییرات معنادار بالینی همزمان در اختلال هیجانی اصلی و همایند این بیماران می‌تواند به‌واسطه آماج قرار گرفتن عوامل مشترکی همچون تنظیم هیجانی، افکار تکرارشونده و عاطفه منفی باشد که در مدول‌های پروتکل روی آنها تاکید می‌گردد (فایرهولمه، بویسه، الارد، اهرنریچ و بارلو، ۲۰۱۰). به عبارتی دیگر کاهش در شدت علائم اختصاصی اختلال هیجانی اصلی و همایند بیماران احتمالاً به‌طور غیر مستقیم به‌واسطه‌ی تغییرات حاصل شده در این عوامل مشترک باشد و این امر با توجه به تجمیع مهارت‌ها و تکنیک‌های اثربخش بر روی این عوامل مشترک یا فراتشخیصی برای مورد هدف قرار دادن علائم کلیدی تمام اختلال‌های طیف هیجانی انجام می‌پذیرد.

به‌طور کلی تغییر حاصل در عوامل مشترک یا فراتشخیصی به‌عنوان آماج‌های مستقیم در رویکرد درمانی فراتشخیصی که در جدول ۲ آمده است، نشان می‌دهد که تغییرات و بهبودی در شدت عوامل فراتشخیصی عاطفه منفی، نگرانی و بدتنظیمی هیجانی بیماران بسیار چشمگیرتر از تغییر در عامل بازداری رفتاری می‌باشد.

سنجش میزان کاهش شدت عامل عاطفه منفی بیماران در مرحله‌ی پس از مداخله نشان می‌دهد که درصد کاهش شدت و بهبودی کلی حدود ۴۲/۹۵ بوده که با وجود جنبه‌های زیستی و سرشتی این عامل، تغییر حاصل شده توسط این روش درمانی قابل ملاحظه می‌باشد. در تبیین تغییر و کاهش نمرات این عامل به‌عنوان یکی از آماج‌های کلیدی درمان فراتشخیصی یکپارچه، می‌توان به وجود برخی تکنیک‌ها و مهارت‌ها در تعدادی از مدول‌های پروتکل اشاره کرد که تلاش و تاکید بر کاهش شدت این عامل مشترک در اختلال‌های هیجانی خلقی و اضطرابی (براون و همکاران، ۱۹۹۸) از طریق تعدیل شدت واکنش بیماران به عواطف منفی دارند.

کاهش نمرات عاطفه منفی به‌عنوان یکی از عوامل مرکزی و فراتشخیصی نه به‌واسطه‌ی آماج قرار گرفتن مستقیم این عواطف بوده، بلکه این روش درمان علاوه بر این که تجارب هیجانی منفی را چیزی انزجاری ندانسته و نیازی به کاهش دادن آن نمی‌بیند؛ آنها را دارای ارزش انطباقی و کارکردی می‌داند و بر کاهش واکنش‌های عاطفی به این هیجان‌های منفی نه کاهش خود هیجان‌های منفی تاکید دارد (بارلو و همکاران، ۲۰۱۱). بنابراین تغییرات به‌وجود آمده در عاطفه منفی بیشتر نه با هدف کاهش یا افزایش خود این عواطف بلکه به‌واسطه‌ی کاهش اجتناب و واکنش

منفی به این عواطف بوده است. این یافته نیز با نتایج تحقیقات قبلی یعنی بررسی کارایی درمان فراتشخیصی از طریق دو مطالعه‌ی الارد و همکاران (۲۰۱۰)، مطالعه‌ی موردی بویسه و همکاران (۲۰۱۰) و کارآزمایی بالینی فارکیونه و همکاران (۲۰۱۲) در کاهش عاطفه منفی بیماران مبتلا به اختلال‌های هیجانی همخوان می‌باشد.

یکی دیگر از عوامل مشترک و درگیر در اختلال‌های هیجانی به‌خصوص اختلالات اضطرابی فعالیت مغز سیستم مغزی- رفتاری بازداری رفتاری می‌باشد. با توجه به جدول ۲، کاهش و تغییر کلی ۲۱/۷۵ درصدی مشاهده شده در بیماران حاکی از تغییر ضعیف در فعالیت سیستم بازداری رفتاری ناشی از پروتکل یکپارچه می‌باشد. این تغییر جزئی در نمرات سیستم بازداری رفتاری علاوه بر وجود بنیادهای مغزی- عصبی در این عامل، می‌تواند به دلیل تاثیرات تکالیف رویارویی باشد که تا حدودی همسو با یافته‌های پژوهش ویلهلم، پفالتز، گراس، مائوس، کیم و وایدروولد (۲۰۰۵) مبنی بر افزایش فعالیت سیستم بازداری رفتاری در نتیجه‌ی درگیری با تکالیف مواجهه‌ای می‌باشد. با این حال ممکن است که این اندازه تغییر نیز در پژوهش حاضر تظاهرات بالینی قابل ملاحظه و معناداری را موجب شده باشد. تاکنون هیچ مطالعه‌ای اثربخشی درمان فراتشخیصی در کاهش فعالیت سیستم بازداری رفتاری را مطالعه نکرده است.

علاوه بر بررسی تاثیر پروتکل یکپارچه در تغییر عواطف منفی و مثبت و بازداری رفتاری به‌عنوان عوامل مشترک در اختلال‌های هیجانی، همچنین تاثیر این روش مداخله روی بدتنظیمی هیجانی به‌عنوان یکی دیگر از عوامل موثر در پدیدآیی اختلال‌های هیجانی (گراس و تامپسون، ۲۰۰۷) مورد مطالعه قرار گرفت. نتایج نشان داد که بیماران به‌واسطه‌ی مداخله‌ی درمانی، تغییر یا کاهش معناداری در نمرات این مولفه یعنی درصد بهبودی ۴۵/۶۴ درصدی داشته‌اند. مداخلات فراتشخیصی به افراد کمک می‌کند تا بیاموزند که چگونه با هیجان‌های نامناسب خود روبرو شده و به شیوه‌ی سازگارانه‌تری به هیجان‌های خود پاسخ دهند. این روش سعی دارد تا با تنظیم عادت‌های نظم‌بخشی هیجانی شدت و وقوع عادت‌های هیجانی را کاهش داده، میزان آسیب را کم و کارکرد را افزایش دهند.

در رویکرد یکپارچه افکار، رفتارها و احساس‌ها با هم تعامل پویایی دارند و هر یک از آنها در تجربه‌ی هیجانی نقش داشته و در آن تاثیر می‌گذارند (بارلو و همکاران، ۲۰۱۱). این یافته نشان می‌دهد که نقص در تنظیم هیجانی منجر به بروز یا تداوم اختلال‌های هیجانی از جمله اضطراب می‌شود (گراس، ۲۰۰۷). عموماً رویکردهای شناختی رفتاری به‌طور سنتی بر نقش تنظیم هیجانی تاکید داشته‌اند و با این تفاوت که شناخت درمانی معتقد است که تنظیم هیجانی از طریق

دستکاری شناخت‌ها انجام می‌شود که از جمله‌ی آنها رفتار درمانی دیالکتیکی^۱ (DBT) و درمان مبتنی بر پذیرش^۲ (ACT) است که به‌طور اختصاصی بر نقش تنظیم هیجانی تاکید دارند. در این میان نیز درمان فراتشخیصی تاکید ویژه‌ای بر نقش هیجان‌ها دارد و تکنیک‌های اختصاصی برای مدیریت هیجان‌ها به کار می‌برد.

تحول و شکل‌گیری درمان فراتشخیصی یکپارچه با پژوهش‌های موازی در مورد ماهیت و طبقه‌بندی اختلال‌های اضطرابی و خلقی همراه شده است. یکی از این پژوهش‌ها طرح پیشنهادی براون و بارلو (۲۰۰۹) است که با توجه به داده‌های به‌دست آمده، نشان دادند که اختلال‌های متفاوت DSM-IV در طیف کامل مقوله‌های تشخیصی اضطرابی و خلقی را می‌توان در دل یک سیستم طبقه‌بندی ابعادی^۳ واحد منطبق یا ادغام کرد. این یافته می‌تواند تاییدی بر تغییرات بالینی به‌دست آمده در این طیف از اختلال‌ها به‌واسطه‌ی درمان فراتشخیصی یکپارچه باشد. مدل پروتکل یکپارچه در مورد خاستگاه‌های اختلالات هیجانی، به‌خصوص زمانی که در ارتباط با سیستم طبقه‌بندی ابعادی مطرح شده توسط براون و بارلو (۲۰۰۹) استفاده شود، رویکردی انعطاف‌پذیر به تشخیص و درمان اختلال‌های هیجانی ارائه می‌کند. در واقع نتایج مطالعه‌ی ما همسو با نتایج مطالعات قبلی حمایت مستقیمی بر مفهوم‌سازی ابعادی از آسیب‌شناسی روانی فراهم ساخت. در این مطالعه آماج قرار گرفتن عوامل هیجانی مرکزی به‌جای نشانه‌های اختصاصی اختلال از طریق پروتکل یکپارچه، منجر به تغییرات بالینی معنادار در طیف اختلال‌های اضطرابی و خلقی اعم از تشخیص اصلی یا تشخیص همایند گردید.

لذا با توجه به تغییرات گزارش شده در جدول ۲ برای عوامل مشترک سطح بالاتر در اختلال‌های هیجانی و با در نظر گرفتن تغییرات در شدت علائم اختلال اصلی و همایند، می‌توان به پرسش پژوهش چنین پاسخ داد که درمان فراتشخیصی یکپارچه احتمالاً با تاثیر بر عوامل مشترک سطح بالاتر و فراتشخیصی، تغییر معناداری را در کاهش شدت علائم اختلال‌ها ایجاد می‌کند. با توجه به کارایی و کاربردپذیری این روش در ایجاد تغییر و بهبودی در افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر به‌عنوان اختلال اضطراب پایه بارلو (۲۰۰۲) و بیماری همایند، درمان این اختلال احتمالاً می‌تواند تلویحاتی کاربردی برای درمان سایر اختلال‌های هیجانی داشته باشد. به‌طور کلی نتایج این پژوهش هماهنگ با ادعا و منطق پدیدآیی این روش درمانی و تحقیقات انجام گرفته توسط (الارد و همکاران، ۲۰۱۰)، بویسه و همکاران (۲۰۱۰) و فارکیونه و همکاران (۲۰۱۲) مبنی بر کارایی درمان فراتشخیصی یکپارچه در افراد مبتلا به اختلال‌های هیجانی اضطرابی و خلقی، نشان داد که این

1 Dialectical Behavior Therapy

2 Acceptance and Commitment Therapy

3 dimensional

درمان علاوه بر ایجاد تغییر و بهبودی در شدت نشانه‌های اختلال هیجانی اصلی می‌تواند تغییر معناداری در نشانه‌های اختلال هیجانی همایند با آماج قرار دان عوامل مرکزی سطح بالاتر^۱ هیجانی را موجب شود.

محدودیت‌ها و پیشنهادهای پژوهش

با در نظر گرفتن برخی محدودیت‌های طرح‌های تک موردی از جمله حجم کوچک نمونه و تک جنسیتی بودن نمونه‌ی پژوهش حاضر، تعمیم‌پذیری یافته‌ها به‌طور آشکاری محدود می‌شود. لذا برای رفع این محدودیت‌های متدولوژیک، پژوهش‌های دیگری به‌منظور تایید بیشتر کارایی و کاربردپذیری این روش مداخله در افراد مبتلا به اختلال‌های هیجانی در قالب کارآزمایی‌های تصادفی کنترل شده با حجم نمونه‌ی بزرگ‌تر ضروری به‌نظر می‌رسد.

سپاسگزاری

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

منابع

- بخشی پور رودسری، عباس (۱۳۸۲). بررسی روابط ساختاری میان ابعاد اختلالات اضطرابی و افسردگی DSM-IV ابعاد مدل سه بخشی بسط یافته. پایان نامه دکترای تخصصی روانشناسی بالینی، دانشگاه علوم پزشکی ایران: انستیتو روان پزشکی تهران.
- بخشی پور، عباس؛ دژکام، محمود؛ مهریار، هوشنگ و بیرشک، بهروز (۱۳۸۳). روابط ساختاری میان ابعاد اختلال‌های اضطرابی و افسردگی DSM-IV و ابعاد الگوی سه بخشی. فصلنامه اندیشه و رفتار، ۴، ۶۳-۷۶.
- چویدار، مریم (۱۳۸۶). بررسی رابطه سیستم‌های مغزی- رفتاری و سبک‌های دلبستگی با ابتلا به بیماری‌های قلبی- عروقی. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، دانشکده علوم تربیتی، دانشگاه تبریز.
- دهشیری، غلامرضا؛ گلزاری، محمود؛ برجعلی، احمد و سهرابی، فرامرز (۱۳۸۸). خصوصیات روانسنجی پرسشنامه نگرانی ایالت پنسیلوانیا. مجله روانشناسی بالینی، ۴، ۶۶-۷۵.
- عبدی، رضا؛ بیرشک، بهروز؛ محمود علیلو، مجید و اصغرزادفرید، علیاصغر (۱۳۸۵). سوگیری تعبیر در اختلال هراس اجتماعی. فصلنامه روانشناسی دانشگاه تبریز، ۴، ۱۵۹-۱۴۳.
- عزیزی، علی. میرزایی، آزاده و شمس، جمال (۱۳۸۹). بررسی رابطه تحمل آشفتگی و تنظیم هیجانی با میزان وابستگی دانشجویان به سیگار. مجله پژوهشی حکیم، ۱، ۱۸-۱۱.
- علوی، خدیجه (۱۳۸۸). اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیکی گروهی در کاهش نشانه‌های افسردگی دانشجویان مشهد. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی. دانشگاه مشهد.

فتی، لادن؛ بیرشک، بهروز؛ عاطف‌وحید، محمدکاظم و دابسون، کیث (۱۳۸۴). ساختارهای معناگذاری / طرحواره‌ها، حالت‌های هیجانی و پردازش شناختی اطلاعات هیجانی: مقایسه دو چارچوب مفهومی. فصلنامه اندیشه و رفتار، ۴۲، ۳۱۲-۳۲۶.

- Allen, L. B., McHugh, R. K., & Barlow, D. H. (2008). Emotional disorders: A unified protocol. In D. H. Barlow (Ed.), *Clinical handbook of psychological disorders: A step-by-step treatment manual* (4th ed., pp. 216–249). New York: Guilford Press.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4th ed. Text Revision). Washington, DC: Author.
- Anderson, C. M., & Kim, C. (2003). Evaluating treatment efficacy with single-case designs. In M. C. Roberts & S. S. Ilardi (Eds.), *Handbook of research methods in clinical psychology* (pp. 73-91). Malden, MA: Blackwell.
- Antony, M.M., Coons, M. J., McCabe, R. E., Ashbaugh, A., & Swinson, R. P. (2006). Psychometric properties of the social phobia inventory: Further evaluation. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 1177–1185.
- Barlow, D. H. (2000). Unraveling the mysteries of anxiety and its disorders from the perspective of emotion theory. *American Psychologist*, 55, 1247-1263.
- Barlow, D. H. (2002). *Anxiety and its disorders: the nature and treatment of anxiety and panic* (2nd ed.). New York: Guilford Press.
- Barlow, D. H., Ellard, K. K., Fairholme, C. P., Farchione, T. J., Boisseau, C. L., Allen, L. B., & Ehrenreich-May, J. (2011). *The unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: Client workbook*. New York: Oxford University Press.
- Barlow, D. H., Farchione, T. J., Fairholme, C. P., Ellard, K. K., Boisseau, C. L., Allen, L. B., & Ehrenreich-May, J. (2011). *The unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: Therapist guide*. New York: Oxford University Press.
- Barlow, D.H., Allen, L.B., & Choate, M.L. (2004). Toward a unified treatment for emotional disorders. *Behavior Therapy*, 35, 205–230.
- Beck, A.T., Steer, R.A., Brown, G.K. (1996). *Manual for the Beck Depression Inventory – II*. The Psychological Corporation. Harcourt Brace & Company San Antonio.
- Boisseau, C.L., Farchione, T.J., Fairholme, C.P., Ellard, K.K., & Barlow, D.H. (2010). The Development of the Unified Protocol for the Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders: A Case Study. *Cognitive and Behavioral Practice*, 17, 102–113.
- Brown, T. A., & Barlow, D. H. (2009). A proposal for a dimensional classification system based on the shared features of the DSM-IV anxiety and mood disorders: Implications for assessment and treatment. *Psychological Assessment*, 21, 256–271.
- Brown, T.A., Chorpita, B.F., & Barlow, D.H. (1998). Structural relationships among dimensions of the DSM-IV anxiety and mood disorders and dimensions of negative affect, positive affect, and autonomic arousal. *Journal of Abnormal Psychology*, 107, 179-192.
- Carver, C. S., & White, T. L. (1994). Behavioral inhibition, behavioral activation, and affective responses to impending reward and punishment: The BIS/BAS scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 67(2), 319-333.

- Clark, L. A., & Watson, D. (1991). Tripartite model of anxiety and depression: Psychometric evidence and taxonomic implications. *Journal of Abnormal Psychology, 100*, 316-336.
- Connor, K.M., Davidson, J.R., Churchill, L.E., Sherwood, A., Foa, E., & Weisler, R.H. (2000). Psychometric properties of the Social Phobia Inventory (SPIN). *New self-rating scale. British Journal of Psychiatry, 176*:379-86.
- Ellard, K. K., Fairholme, C. P., Boisseau, C. L., Farchione, T., & Barlow, D. H. (2010). Unified protocol for the transdiagnostic treatment of emotional disorders: Protocol development and initial outcome data. *Cognitive and Behavioral Practice, 17*, 88-101.
- Etkin, A., & Wager, T.D. (2007). Functional neuroimaging of anxiety: a meta-analysis of emotional processing in PTSD, social anxiety disorder and specific phobia. *American Journal of Psychiatry, 164*, 1476-1488.
- Fairholme, C. P., Boisseau, C. L., Ellard, K. K., Ehrenreich, J. T., & Barlow, D. H. (2010). Emotions, emotion regulation and psychological treatment: A unified perspective. In A. M. Kring & D. M. Sloan (Eds.), *Emotion regulation and psychopathology: A transdiagnostic approach to etiology and treatment*. (pp. 283-309). New York: Guilford Press.
- Farchione, T.J., Fairholme, C.P., Ellard, K.K., Boisseau, C.L., Thompson-Hollands, J., Carl, J.R., Gallagher, M.W., & Barlow, D.H. (2012). Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders: A Randomized Controlled Trial. *Behavior Therapy*, In press.
- Fisher, W. W., Kelley, M. E., & Lomas, J. E. (2003). Visual aids and structured criteria for improving visual inspection and interpretation of single-case designs. *Journal of Applied Behavior Analysis, 36*, 387-406.
- Ghassemzadeh, H., Mojtabai, R., Karamghadiri, N., & Eberahimkhani, N. (2005). Psychometric properties of a Persian language version of the beck depression inventory-second edition: BDI-II-Persian. *Depression and anxiety, 21*, 185-192.
- Gratz K.M., & Roemer, L. (2004). Multidimensional Assessment of Emotion Regulation and Dysregulation: Development, Factor Structure, and Initial Validation of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 26* (1): 41-54.
- Gray, J.A., & McNaughton, N. (2000). *The neuropsychology of anxiety: An enquiry into the functions of the septo-hippocampal system* (2nd ed). New York: Oxford University Press.
- Gross, J.J., & Thompson, R.A. (2007). Emotion Regulation: Conceptual Foundations. In J.J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation* (pp.3-24). New York: Guilford Press.
- Harvey, A., Watkins, E., Mansell, W., & Shafran, R. (2004). *Cognitive behavioural processes across psychological disorders: A transdiagnostic approach to research and treatment*. Oxford: Oxford University Press.
- Ingram, R.E., Hayes, & Scott, W. (2000). Empirically supported treatment: A critical analysis. In Syder, C.R & Ingram, R.E (Eds). *Handbook of psychological change* (pp.40-60). New York: John Wiley & sons.
- Kazdin, A.E. (1992). *Research design in clinical psychology* (2ed). Boston: Allyn and Bacon.

- Mansell, W., Harvey, A., Watkins, E., & Shafran, R. (2009). Conceptual foundations of the transdiagnostic approach to CBT. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 23, 6–19.
- Nathan, P. E., & Gorman, J. M. (Eds.). (2002). *A guide to treatments that work*. London: Oxford University Press.
- Ogels, B. M., Lunnen, K. M. Q., & Bonesteel, K. (2001). Clinical significance: History, Application and current practice. *Clinical Psychological Review*, 21, 3, 421- 446.
- Peterson, R. A., & Reiss, S. (1992). *Anxiety Sensitivity Index Manual*. Worthington, OH: International Diagnostic Systems.
- Stöber, J. (1998). Reliability and validity of two widely-used worry questionnaires: Self-report and self-peer convergence. *Personality and Individual Differences*, 24, 887-890.
- Taylor, S., & Clark, D.A. (2009). The Transdiagnostic Perspective on Cognitive-Behavioral Therapy for Anxiety and Depression: New Wine for Old Wineskins? *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 23, 60-66.
- Truax, P., & Thomas, J.C. (2003). Effectiveness versus efficacy studies. In J.C. Thomas & M. Hersen (Eds), *Understanding research in clinical and counseling psychology* (pp. 344-377). New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Inc., Publishers.
- Watson, D., Clark, L. A. Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: the PANAS scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54, 1063-1070.
- Wilamowska, Z.A., Thompson-Hollands, J., Fairholme, C.P., Ellard, K.K., Farchione, T.J., & Barlow, D.H. (2010). Conceptual background, development, and preliminary data from the unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders. *Depression and Anxiety*, 27, 882–890.
- Wilhelm, f.K., Pfaltz, M.C., Gross, J.J., Mauss, I.B., Kim, S.I., & Wiederhold, B.K. (2005). Mechanisms of Virtual Reality Exposure Therapy: The Role of the Behavioral Activation and Behavioral Inhibition Systems. *Applied Psychophysiology and Biofeedback*, 30(3), 271- 284.

