

اثر بخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه در کاهش علائم اختلال افسردگی اساسی

عباس بخشی پور^۱، بابک وجودی^۲، مجید محمود علیلو^۳
و رضا عبدی^۴

اختلال افسردگی اساسی به دلیل شیوع و بروز گسترده، سیر نسبتاً مزمن دارد، در عملکردهای شغلی تحصیلی و روابط بین فردی، آسیب های اقتصادی و انسانی شدیدی بر جای می گذارد و به عنوان یکی از عمده ترین چالش های قرن حاضر در سطح جهان قلمداد می شود. هدف پژوهش حاضر، تعیین اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه در کاهش علائم اختلال افسردگی اساسی بود. بدین منظور، طی یک مطالعه ی تجربی تک موردی با خطوط پایه ی چندگانه ی پلکانی، سه نفر بیمار مبتلا به اختلال افسردگی اساسی از طریق مصاحبه ی تشخیصی و مصاحبه ی بالینی ساختار یافته به روش نمونه گیری هدفمند انتخاب و پس از احراز شرایط درمان وارد فرایند پژوهش شدند. بیماران طی سه مرحله (خط پایه، درمان و پیگیری) از نظر میزان افسردگی و سازگاری شغلی و اجتماعی مورد سنجش قرار گرفتند. ترسیم دیداری، درصد بهبودی و اندازه ی اثر نشان داد که درمان فراتشخیصی یکپارچه، تغییرات و بهبودی قابل توجه و معناداری از نظر بالینی و آماری در آماج های درمانی (شدت علائم اختلال افسردگی اساسی و سطح آسیب عملکرد عمومی) ایجاد کرده است و تاثیرات درمانی در دوره ی پیگیری نیز تداوم داشته است. در مجموع می توان گفت که درمان فراتشخیصی یکپارچه می تواند در کاهش علائم اختلال افسردگی اساسی موثر باشد.

واژه های کلیدی: درمان فراتشخیصی یکپارچه، کاهش علائم، اختلال افسردگی اساسی

مقدمه

در حال حاضر، افسردگی چهارمین بیماری شایع در جهان محسوب می شود و طبق برآوردهای انجام شده پیش بینی می شود تا سال ۲۰۲۰ این بیماری به شایعترین بیماری در جهان تبدیل شود (پارکر و روی، ۲۰۰۱). بر اساس مطالعه ی ملی بیماری ها و آسیب ها در ایران، افسردگی سومین مشکل سلامتی کشور است (منتظری، موسوی، امیدواری، طاووسی و همکاران، ۲۰۱۳). شیوع اختلال افسردگی

۱. دپارتمان روان شناسی بالینی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران

۲. دپارتمان روان شناسی بالینی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران (نویسنده ی مسول) babak.vojoudi@yahoo.com

۳. دپارتمان روان شناسی بالینی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران

۴. دپارتمان روان شناسی، دانشگاه شهید مدنی آذربایجان، تبریز، ایران

اساسی در طول عمر ۱۷-۵ درصد برآورد شده است و انجمن روانپزشکی آمریکا (۲۰۱۳)، نرخ شیوع ۱۲ ماهه ی اختلال افسردگی اساسی در آمریکا را حدود ۷٪ اعلام می دارد. صادقی راد، حق دوست امین اسماعیلی، شاهسوند آنالو و همکاران (۲۰۱۰) نیز شیوع افسردگی اساسی در ایران را ۲۵٪ برآورد کرده اند.

نسخه ی پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی^۱ (DSM-5)، اختلال افسردگی اساسی را اختلالی با یک یا چند دوره ی افسردگی اساسی بدون سابقه ی دوره های شیدایی، مختلط یا هیومانی تعریف کرده است. علیرغم پیشرفت هایی که در زمینه ی تشخیص و درمان اختلال افسردگی اساسی به وجود آمده است، هنوز در ۵۰ درصد موارد، بهبود نسبی مشاهده می شود (سادوک و سادوک، ۲۰۰۷). در چنین شرایطی نیاز به مطالعات پیگیر در زمینه ی بررسی اثربخشی شیوه های درمانی موجود در جوامع مختلف، به منظور بررسی میزان تناسب آنها با شرایط خاص فرهنگی، اجتماعی، اقتصادی مذهبی و سیاسی هر جامعه، همچنین ابداع روش های درمانی جدید یا ارایه ی ترکیب جدیدی از روش های موجود با هدف اثربخشی سریع، پایدار و کم هزینه، واقعیتی انکارناپذیر است.

تاکنون، راهنماها و پروتکل های درمانی بسیاری بر اساس رویکرد های شناختی- رفتاری برای اختلال افسردگی اساسی منتشر شده است و پژوهش های بسیاری اثربخشی این شیوه های درمانی را تایید کرده اند (باتلر، چاپمن، فورمن و بک، ۲۰۰۶) اما، به دلیل محدودیت هایی که این درمانها دارند، هنوز برای درمان موثر این اختلال جای پیشرفت زیادی وجود دارد (کسلر، والترز، ویجن، ۲۰۰۴؛ منین، هیمبرگ، تورک، فرسکو و ریتز، ۲۰۰۸). درمان فراتشخیصی یکپارچه نگر^۲ در پاسخ به محدودیت درمان های شناختی- رفتاری اختصاصی معرفی شده است و در آن اصول و پروتکل های درمانی یکسانی برای انواع اختلال های مختلف هیجانی به کار می رود. پروتکل درمان یکپارچه^۳ (UP) برای افراد مبتلا به اختلال های هیجانی به خصوص افراد مبتلا به اختلال های خلقی و اضطرابی طراحی شده است و یک درمان شناختی- رفتاری فراتشخیصی متمرکز بر هیجان است. با این که (UP) ریشه در سنت شناختی- رفتاری دارد ولی، در تاکید ویژه اش روی نحوه ی تجربه و پاسخدهی به هیجان های خود در افراد مبتلا به اختلال های هیجانی، بی همتا و منحصر به فرد است. این درمان بر ماهیت انطباقی و کارکردی هیجانها تاکید می کند و عمدتاً سعی در شناسایی و اصلاح کوشش های غیر انطباقی برای تنظیم تجارب هیجانی دارد و به واسطه ی آن پردازش متناسب را تسهیل و پاسخدهی هیجانی نامتناسب

1. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th)-DSM-5

2. Unified transdiagnostic Treatment

3. Unified Protocol

به نشانه های درونی (احشایی) و بیرونی را خاموش می کند (ویلاموسکا، تامپسون، فایرهولمه، الارد و همکاران، ۲۰۱۰).

الارد، فایرهولمه، بویسه، فارکیونه و بارلو (۲۰۱۰) نسخه ی اولیه ی پروتکل یکپارچه (فراثشخیصی) را برای یک نمونه ی ناهمگون از اختلال های هیجانی به کار بردند. نتایج حاصل از مقایسه ی نمرات پیش و پس از درمان، تغییرات معناداری را از نظر آماری آشکار ساخت. آنها پس از اعمال چندین تجدید نظر و اصلاح اساسی در نسخه ی اول، دومین مطالعه ی خود را با هدف ارزیابی کارایی نسخه ی تجدید نظر شده ی پروتکل یکپارچه انجام دادند. تحلیل نتایج درمان، اثربخشی بالاتر و معنادار را نسبت به مطالعه ی اول نشان داد. همچنین، بویسه، فارکیونه، فایرهولمه، الارد و بارلو (۲۰۱۰)، در یک مطالعه ی موردی، نسخه ی تجدید نظر شده ی پروتکل یکپارچه را برای درمان یک بیمار مبتلا به اختلال وسواسی-جبری همراه با اختلال های همایند اضطراب فراگیر و وحشتزدگی بکار بردند که ضمن ایجاد تغییر معنادار بالینی در فرد بیمار، انعطاف پذیری و کاربردپذیری آن نیز مورد تایید قرار گرفت. آنیکو و فیلدینگ (۲۰۱۱) نیز، درمان فراثشخیصی هیجان مدار را با هدف نشانه گیری راهبردهای هیجانی ناسازگارانه برای درمان بیماری های مرتبط با استرس مورد بررسی قرار دادند و بهبودی قابل توجهی در علائم اضطراب و افسردگی با پروتکل یکپارچه درمان فراثشخیصی به دست آوردند (فارکیونه و همکاران، ۲۰۱۲؛ بوسول، فارکیونه، سایر زاوالا، مورای و همکاران؛ ۲۰۱۳؛ اورنلاز مایا، ناردی و کاردوسو، ۲۰۱۴؛ بولیس، فورتون، فارکیونه و بارلو، ۲۰۱۴؛ محمدی، بیرشک و غرابی، ۲۰۱۳؛ عبدی، بخشی پور، علیلو و فرنام، ۲۰۱۳).

رویکرد فراثشخیصی با وجود زمان کمی که از پژوهش و کاربرد بالینی آن می گذرد توجه ویژه ای را به خود جلب کرده است (هاروی، واتکینز، منسل و شافرن، ۲۰۰۴). درمان های فراثشخیصی، اثربخشی خود را در درمان اختلال های هیجانی نشان داده اند (نورتون، هیز و اسپرینگر، ۲۰۰۸). با توجه به برخی اشتراکات اختلال افسردگی اساسی با سایر اختلالهای هیجانی و فقدان پژوهش در زمینه ی تعیین کارایی درمان های فراثشخیصی در مورد اختلال افسردگی اساسی پژوهش حاضر تلاش خواهد کرد تا ضمن تعیین اثربخشی این روش درمانی در مورد اختلال افسردگی اساسی بتواند در زمینه ی معرفی درمانی جدید در مورد این طبقه ی خاص و سایر اختلالهای هیجانی گامی بردارد.

روش

پژوهش حاضر به لحاظ هدف از نوع کاربردی و به لحاظ نحوه ی جمع آوری داده ها از نوع تجربی

است. این پژوهش یک طرح آزمایشی تک موردی از نوع خط پایه ی چندگانه^۱ با آزمودنی های متفاوت است و آزمودنی ها به ترتیب در مراحل خط پایه، درمان و پس از درمان و پیگیری (یک ماهه) وارد شدند. شرکت کنندگان در این مطالعه، افراد مبتلا به اختلال افسردگی اساسی بودند که جهت دریافت خدمات روان شناختی و روانپزشکی به مراکز مشاوره و خدمات روان شناختی در شهر تبریز مراجعه کرده بودند. از بین شرکت کنندگان پژوهش، ۳ نفر بیمار مبتلا به اختلال افسردگی اساسی به روش نمونه گیری هدفمند^۲ از طریق انجام مصاحبه ی تشخیصی و مصاحبه ی بالینی ساختار یافته برای تشخیص اختلالات محور I توسط روان شناس بالینی انتخاب و پس از احراز شرایط ورود و خروج پژوهش وارد فرایند درمان شدند.

مصاحبه ی بالینی ساختار یافته برای تشخیص اختلالات محورا (SCID-I)، مصاحبه ای انعطاف پذیر است که توسط فرست، اسپیتزر، گیون و ویلیامز (۱۹۹۶؛ به نقل از سگال، ۱۹۹۷) تهیه شد. تران و اسمیت (۲۰۰۴) ضریب کاپای ۶۰ درصد را نیز به عنوان پایایی بین ارزیاب ها گزارش کرده اند. سیاهه افسردگی بک^۳ - ویرایش دوم (BDI-II)، ۲۱ آیتم دارد که هر آیتم یکی از علایم افسردگی را می سنجد. این سیاهه از ویژگی های روان سنجی قابل قبولی برخوردار است (بک، استیر و براون، ۱۹۹۶). در ایران ضریب آلفای این آزمون ۰/۹۱، ضریب همبستگی میان دونیمه ۰/۸۹ و ضریب بازآزمایی با فاصله یک هفته ۰/۹۴ گزارش شده است (فتی، بیرشک، عاطف وحید و دابسون، ۲۰۰۵). مقیاس سازگاری شغلی و اجتماعی^۴ (WSAS)، یک سنجه ی ۵ ماده ای است که آزمودنی ها در آن درجه ی تداخل نشانه های مشکلات روانی در کارکردهای شغلی، مدیریت منزل، علایق شخصی علایق اجتماعی و روابط خانوادگی را درجه بندی می کنند (مونت، مارکس، گریست و شیر، ۲۰۰۲).

شیوه ی اجرا

بیمار اول آقایی ۲۹ ساله، مجرد و دارای لیسانس نقشه کشی است که دوره های افسردگی ایشان از ۲۵ سالگی شروع شده است. بیمار دوم آقایی ۲۷ ساله، مجرد و فوق لیسانس مهندسی کشاورزی است و طبق گفته خودشان دوره های افسردگی ایشان از ۱۸ سالگی شروع شده و تا به حال چند دوره افسردگی اساسی داشته است. بیمار سوم خانمی ۳۲ ساله، مطلقه و فوق دیپلم مامایی هستند و از حدود ۲۷ سالگی به دنبال واقعه ی طلاق دچار دوره های افسردگی اساسی شده است و تعداد دوره های

1. multiple-baseline design
2. purposeful sampling

3. Beck Depression Inventory-II
4. Work and Social Adjustment Scale

افسردگی خود را در هر سال ۲ بار ذکر می کند. از بیماران شرکت کننده در پژوهش درخواست شد تا رضایتنامه ی شرکت در پژوهش را مطالعه و پر کنند. سپس، مراجعان به طور همزمان به مرحله ی خط پایه وارد شدند و به طور تصادفی از نظر ترتیب ورود یک به یک با فاصله یک جلسه (یک هفته) وارد طرح درمان شدند. مراجع اول پس از دو جلسه سنجش در مرحله ی خط پایه؛ یعنی از هفته ی سوم وارد جلسه ی درمان شد و بعد از آن مراجع دوم، در جلسه ی دوم مراجع اول، وارد جلسه ی اول درمان و مراجع سوم نیز در جلسه ی دوم مراجع دوم و جلسه ی سوم مراجع اول، وارد جلسه ی اول طرح درمان شد. درمان طی ۱۲ جلسه ی فردی و تقریباً ۶۰ دقیقه ای انجام شد. خلاصه ی جلسات درمان فراتشخیصی یکپارچه به این شرح بود:

جدول ۱. پروتکل یکپارچه درمان فراتشخیصی اختلال های هیجانی

	محتوای جلسات
۱	افزایش انگیزه؛ مصاحبه ی انگیزشی برای مشارکت و درگیری بیماران، ارابه ی منطبق درمان و تعیین اهداف درمان.
۲	ارابه ی آموزش روانی؛ بازشناسی هیجانها و ردیابی تجارب هیجانی و آموزش مدل سه مولفه ای تجارب هیجانی و مدل ARC.
۳ و ۴	آموزش آگاهی هیجانی؛ یادگیری مشاهده ی تجارب هیجانی (هیجانها و واکنش به هیجانها) به خصوص با استفاده از تکنیک های ذهن آگاهی.
۵	ارزیابی و ارزیابی مجدد شناختی؛ ایجاد آگاهی از تاثیر و ارتباط متقابل بین افکار و هیجانها، شناسایی ارزیابی های ناسازگارانه اتوماتیک و دام های شایع تفکر و ارزیابی مجدد شناختی و افزایش انعطاف پذیری در تفکر.
۶	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.
۷	بررسی رفتارهای ناشی از هیجان EDBS؛ آشنایی و شناسایی رفتارهای ناشی از هیجان و درک تاثیر آنها روی تجارب هیجانی، شناسایی EDBS ناسازگارانه و ایجاد گرایش های عمل جایگزین به واسطه ی رویارویی با رفتارها.
۸	آگاهی و تحمل احساس های جسمانی؛ افزایش آگاهی از نقش احساس های جسمانی در تجارب هیجانی، انجام تمرین های مواجهه یا رویارویی احشایی به منظور آگاهی از احساس های جسمانی و افزایش تحمل این علائم.
۹ و ۱۰	روییی احشایی و رویایی با هیجان مبتنی بر موقعیت؛ آگاهی یافتن از منطق رویایی های هیجانی، آموزش نحوه ی تهیه ی سلسله مراتب ترس و اجتناب و طراحی تمرین های مواجهه هیجانی مکرر و اثربخش به صورت تجسمی و عینی و ممانعت از اجتناب.
۱۱ و ۱۲	پیشگیری از عود؛ مرور کلی مفاهیم درمان و بحث در مورد بهبودی و پیشرفت های درمانی بیمار.

به منظور تعیین اثربخشی روش درمان فراتشخیصی یکپارچه از دستورالعمل جدید درمان فراتشخیصی یکپارچه (بارلو و همکاران، ۲۰۱۱) استفاده شد. آخرین نسخه از این شیوه ی درمانی بر اساس مدول های درمانی به جای جلسات درمانی ارابه شده است. درمان فراتشخیصی یکپارچه شامل

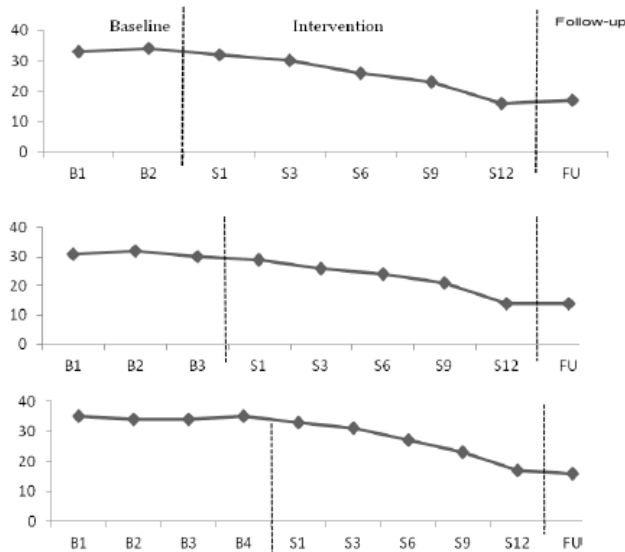
هشت بخش (مدول)^۱ است، پنج بخش آن اجزای اصلی (مرکزی) درمان را تشکیل می دهند که جنبه های کلیدی پردازش هیجانی و تنظیم تجارب هیجانی را مورد هدف قرار می دهد و عبارتند از: (۱) آگاهی هیجانی متمرکز بر حال، (۲) انعطاف پذیری شناختی، (۳) اجتناب هیجانی و رفتارهای ناشی از هیجان، (۴) آگاهی و تحمل احساس های بدنی و (۵) مواجهه ی هیجانی درونزاد و مبتنی بر موقعیت. به غیر از پنج مدول اصلی سه مدول فرعی وجود دارد که یکی بر افزایش انگیزه و اشتیاق بر تغییر و مشارکت در درمان تاکید دارد و دیگری، بعنوان یک مدول مقدماتی، ماهیت هیجان ها را به بیمار آموزش می دهد و چارچوبی برای فهم تجربیات هیجانی فراهم می سازد. مدول نهایی نیز شامل مرور پیشرفت درمانی و راهبردهای پیشگیری از عود است. در این پژوهش برای تجزیه و تحلیل داده ها و تعیین اثربخشی از روش های ترسیم دیداری یا تحلیل نمودار گرافیکی، درصد بهبودی و اندازه اثر استفاده شد.

یافته ها

نمرات بیماران و روند تغییرات نمرات در سیاهه ی افسردگی بک و ویرایش دوم (BDI-II) در جدول ۲ و نمودار ۱ گزارش شده است.

جدول ۲: نمرات بیماران در سیاهه ی افسردگی بک (BDI-II)

بیمار سوم	بیمار دوم	بیمار اول	مراحل مداخله
۳۵	۳۰	۳۴	خط پایه آخر
۳۴/۵۰	۳۱	۳۳/۵۰	میانگین مراحل خط پایه
۳۳	۲۹	۳۲	جلسه ی درمانی اول
۱۷	۱۴	۱۶	جلسه ی درمانی دوازدهم
۲۶/۲۰	۲۳	۲۵/۴۰	میانگین مرحله ی درمان
۱/۸۲	۱/۹۰	۱/۸۰	اندازه ی اثر
	۱/۸۴		اندازه ی اثر کلی
۵۱/۴۳	۵۳/۳۳	۵۳	درصد بهبودی
	۵۲/۵۸		درصد بهبودی کلی
۱۶	۱۴	۱۷	مرحله ی پیگیری
۵۴/۲۸	۵۳/۳۳	۵۰	درصد بهبودی
	۵۲/۵۳		درصد بهبودی کلی



نمودار ۱: روند تغییر نمرات BDI-II بیماران در طی مراحل خط پایه، مداخله و پیگیری

بطور کلی با توجه به نتایج نمودار ۱ و جدول ۲، اعم از بهبودی کلی ۵۲/۵۸ درصدی و اندازه ی اثر کلی ۱/۸۴ در مرحله ی پس از درمان و بهبودی کلی ۵۲/۵۳ درصدی در مرحله ی پیگیری، می توان ادعا کرد که درمان فراتشخیصی یکپارچه در کاهش شدت علائم اختلال افسردگی اساسی و تداوم بهبودی پس از اتمام مداخلات از نظر بالینی و آماری تاثیر معناداری دارد. در جدول ۳، نمرات هر سه بیمار در مقیاس سازگاری شغلی و اجتماعی (WSAS) گزارش شده است.

جدول ۳. نمرات بیماران در مقیاس سازگاری شغلی و اجتماعی (WSAS)

مراحل مداخله	مداخله	پیش از جلسه درمانی	بهبودی	بهبودی	مرحله پیگیری	بهبودی	درصد کلی
بیمار اول	۲۹	۱۴	۵۱/۷۲	۱۳	۵۵/۱۷		
بیمار دوم	۲۴	۱۱	۵۴/۱۶	۱۰	۵۸/۳۳	۵۶/۵۸	
بیمار سوم	۳۲	۱۵	۵۳/۱۲	۱۴	۵۶/۲۵		

همانطور که در جدول ۳ مشاهده می شود، میزان بهبودی کلی عملکرد عمومی بیماران در پایان مداخله ی درمانی ۵۳ درصد و در دوره ی پیگیری ۵۶/۵۸ درصد است. بنابراین می توان چنین نتیجه

گرفت که با توجه به تغییر بالینی معنادار در عملکرد عمومی بیماران در حوزه های مختلف زندگی درمان فراتشخیصی یکپارچه با آماج قرار دادن علائم اختلال افسردگی اساسی، منجر به بهبود عملکرد عمومی و سازگاری شغلی و اجتماعی بیماران می شود.

بحث و نتیجه گیری

همانگونه که در بخش یافته های این پژوهش مشاهده شد، هر سه بیمار در اثر درمان فراتشخیصی یکپارچه در آماج های درمانی؛ یعنی علائم اختلال افسردگی اساسی، بهبودی و تغییر معناداری از نظر بالینی و آماری در مراحل پس از درمان و پیگیری نشان دادند. با توجه به نمودار روند تغییر نمرات سیاهه ی افسردگی، هر سه بیمار در مرحله ی خط پایه تقریباً در حد ثابتی قرار داشتند اما، پس از ورود بیماران از خط پایه به مرحله مداخله ی درمانی و ارایه ی آموزش روانی، فهم ماهیت هیجان ها و رفتارهای ناشی از هیجان و رویارویی های احساسی، به تدریج نمرات بیماران با شیب نسبتاً ملایم تری به صورت پیوسته و منظمی کاهش پیدا می کند. به طور کلی این یافته ها همسو با نتایج پژوهش های قبلی صورت گرفته در رابطه با اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه در بیماران مبتلا به اختلالات هیجانی است. نتایج پژوهش الارد، فایر هولمه، بویسه، فارکیونه و بارلو (۲۰۱۰)، آنیکو و فیلدینگ (۲۰۱۱)، د اورنلاز مایا و همکاران (۲۰۱۴)، بولیس، فورتون، فارکیونه و بارلو (۲۰۱۴) مبنی بر کارایی درمان فراتشخیصی یکپارچه در کاهش علائم اختلال افسردگی و بهبودی افراد مبتلا به این اختلال از جمله این پژوهش ها است. با توجه به منطق پدیدآیی این روش درمانی، بهبودی و تغییرات معنادار بالینی در علائم اختلال افسردگی اساسی می تواند به واسطه ی آماج قرار گرفتن عوامل مشترکی همچون تنظیم هیجانی، عاطفه ی مثبت و منفی و افکار تکرار شونده باشد که در مدول های پروتکل روی آنها تاکید می شود (فایر هولمه و همکاران، ۲۰۱۰).

تحول و شکل گیری درمان فراتشخیصی یکپارچه با پژوهش های موازی در مورد ماهیت و طبقه بندی اختلال های خلقی و اضطرابی همراه شده است. یکی از این پژوهش ها، طرح پیشنهادی براون و بارلو (۲۰۰۹) است که با توجه به داده های بدست آمده، نشان دادند اختلال های متفاوت DSM-IV در طیف کامل مقوله های تشخیصی اضطرابی و خلقی را می توان در دل یک سیستم طبقه بندی ابعادی واحد، منطبق یا ادغام کرد. این یافته می تواند تأییدی بر تغییرات بالینی بدست آمده در این طیف از اختلالات هیجانی باشد و رویکردی انعطاف پذیر به تشخیص و درمان اختلال های هیجانی ارایه کند؛ خصوصاً زمانی که در ارتباط با سیستم طبقه بندی ابعادی مطرح شده توسط براون و بارلو (۲۰۰۹)

استفاده شود. در واقع نتایج مطالعه ی ما همسو با نتایج مطالعات قبلی، حمایت مستقیمی بر مفهوم سازی ابعادی از آسیب شناسی روانی فراهم ساخت. در این مطالعه آماج قرار گرفتن عوامل هیجانی مرکزی به جای نشانه های اختصاصی اختلال از طریق پروتکل یکپارچه، احتمالاً منجر به تغییرات بالینی معنادار در اختلال افسردگی اساسی شده است.

یافته های به دست آمده نشان می دهد که این روش درمان بر اساس پیشینه ی نظری و منطقی پدیدآیی خود با هدف قرار دادن عوامل سطح بالاتر اساسی و فرایندهای شناختی و رفتاری مشترک، رویکردی مناسب را در برنامه ی درمان اختلال های هیجانی ارائه کرده و به نوعی نیاز به راهنماهای متعدد اختصاصی برای هر یک از اختلال ها و برنامه های درمانی طاقت فرسا را حذف نموده است. به طور کلی نتایج این پژوهش هماهنگ با ادعای این روش درمانی و تحقیقات انجام گرفته مبنی بر کارایی درمان فراتشخیصی یکپارچه در افراد مبتلا به اختلال های هیجانی، نشان داد که این درمان می تواند تغییر و بهبودی معنادار در شدت نشانه های اختلال هیجانی را با آماج قرار دادن عوامل مرکزی سطح بالاتر هیجانی، موجب شود.

References

- Abdi, R., Bakhshpour, A., Mahmood Alilou, M., & Farnam, A. (2013). Efficacy evaluation of unified transdiagnostic treatment in Patients with generalized anxiety disorder. *Journal of Research Behavioral Science*, 11(5): 375-390. (Persian)
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 5th ed. (DSM-5). Washington, DC: Author.
- Anniko, M., & Fielding, L. B. (2011). *A single subject design study testing an emotion-focused transdiagnostic treatment for stress-related ill health*. Örebro Universitet.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brawn, G. K. (1996). *Manual for the Beck Depression Inventory-II*. The Psychological Corporation. Harcourt Brace & Company, San Antonio. Texas.
- 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(1): 102-113.
- Boswell, J. F., Farchione, T. J., Sauer-Zavala, S. H., Murray, H. W., Fortune, M. R., & Barlow, D.H.(2013). Anxiety Sensitivity and Interoceptive Exposure: A Transdiagnostic Construct and Change Strategy. *Behavior Therapy*, 44, 417-431.
- 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.
- Bullis, J. R., Fortune, M. R., Farchione, T. J., & Barlow, D. H. (2014). A preliminary investigation of the long-term outcome of the Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders. *Comprehensive Psychiatry*, 55, 1920-1927.
- Butler, A. C., Chapman, J. F., Forman, E. M., & Beck, A. T. (2006). The empirical status of cognitive-behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Clinical Psychology Review*, 26, 17-31.
- De Ornelas Maia, A. C. C., Nardi, A. E., & Cardoso, A. (2014). The utilization of unified protocols in behavioral cognitive therapy in transdiagnostic group subjects: A clinical trial. *Journal of Affective Disorders*, 172, 179-183.

- Ellard, K. K., Fairholme, C. P., Boisseau, C. L., Farchione, T. J., & Barlow, D. H. (2010). Unified protocol for the transdiagnostic treatment of emotional disorders: Protocol development and initial outcome data. *Cognitive and Behavioral Practice*, 17(1): 88-101.
- Fairholme, C. P., Boisseau, C. L., Ellard, K. K., Ehrenreich, J. T., & Barlow, D. H. (2009). *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, 283-309.
- Farchione, T. J., Fairholme, C. P., Ellard, K. K., Boisseau, C. L., Thompson-Hollands, J., Carl, J. R., & et al. (2012). Unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: A randomized controlled trial. *Behaviour Therapy*, 43(3): 666-78.
- Harvey, A. G., Watkins, E., Mansell, W., & Shafran, R. (2004). *Cognitive behavioural processes across psychological disorders: A transdiagnostic approach to research and treatment*. Oxford: Oxford University Press.
- Kessler, R. C., Walters, E. E., & Wittchen, H. U. (2004). Epidemiology. In: Heimberg, RG, Turk CL, Mennin DS, Editors. *Generalized anxiety disorder: Advances in research and practice*. New York: Guilford Press, 29-50.
- Mennin, D. S., Heimberg, R. G., Turk, C. L., Fresco, D. M., & Ritter, M. R. (2008). Is generalized anxiety disorder an anxiety or mood disorder? Considering multiple factors as we ponder the fate of GAD. *Depression and Anxiety*, 25, 289-299.
- Mohammadi, A., Birashk, B., Gharraee, B. (2013). Comparison of the Effect of Group Transdiagnostic Treatment and Group Cognitive Therapy on Emotion Regulation. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*, 19(3), 187-194. (Persian)
- Montazeri, A., Mousavi, S.J., Omidvari, S., Tavousi, M., Hashemi, A., & Rostami, T.(2013). Depression in Iran: a systematic review of the literature (2000-2010). *Journal of the Iranian Institute for Health Sciences*, 12(6), 567-594. (Persian)
- Mundt, J. C., Marks, I. M., Greist, J. H., & Shear, K. (2002). The Work and Social Adjustment Scale: A simple accurate measure of impairment in functioning. *British Journal of Psychiatry*, 180, 461-464.
- Norton, P. J., Hayes, S. A., & Springer, J. R. (2008). Transdiagnostic cognitive-behavioral group therapy for anxiety: Outcome and process. *International Journal of Cognitive Therapy*, 1, 266-279.
- Parker, G. A., & Roy, K. L. (2001). Adolescent depression: A review. *Australian & NewZealand J of psychology*, 35(5): 572-580.
- Sadeghirad, B., Haghdoost, A. A., Amin-Esmaeili, M., Shahsavand-Ananloo, E., Ghaeli, P., Rahimi Movaghar, A., & et al. (2010). Epidemiology of Major Depressive Disorder in Iran: a Systematic Review and Meta-Analysis. *International Journal of Preventive Medicine*, 2: 81-91. (Persian)
- Sadock, B. J., & Sadock, V. A. (2007). *Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry* (10 th Ed). New York: Lippincott Williams & Wilkins.
- Segal, D. L. (1997). Structured interviewing and DSM classification. In: Turner SM, Hersen, M, Editors. *Adult psychopathology and diagnosis*. New York: John Wiley & Sons, 24-57.
- Tran, G.Q., & Smith, G.P. (2003). 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, 269-90.
- 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(10): 882-90.

Journal of
Thought & Behavior in Clinical Psychology
Vol. 9 (No. 41), pp. 67-76, 2016

The effectiveness of integrated Transdiagnostic Treatment in reducing the symptoms of major depressive disorder

Bakhshipour, Abbas

Tabriz University, Tabriz, Iran

Vojoodi, Babak

Tabriz University, Tabriz, Iran

Mahmoud Alilo., Majid

University of Shahid Madani, Tabriz, Iran

Abdi, Reza

Tabriz University, Tabriz, Iran

Received: Jan 02, 2016

Accepted: Feb 29, 2016

Major depressive disorder is one of the main worldwide challenges of the century due to its widespread prevalence, fairly persistent nature, and impairing impact that it has on academic and job performance, interpersonal relationships, and economic, social, and human resources.. The present research conducted with the aim of studying the efficacy of integrated transdiagnostic treatment on reduction of major depressive disorder's symptoms. In order to do this, a single case study with multiple baselines was implemented. Three patients diagnosed with major depressive disorder were selected by using purposeful sampling method through diagnostic and structured clinical interviews. The subjects underwent the treatment process subsequent to obtaining treatment requirements. Patients were evaluated in three phases of intervention (baseline, treatment, and follow-up) by Beck Depression Inventory II (BDI-II), and Work and Social Adjustment Scale (WSAS). Visual delineation, recovery percentage, and the effect size revealed that integrated transdiagnostic treatment elicits significant improvement both in clinical and statistical treatment objectives (symptoms of major depressive disorder and functioning impairment level), and that the treatment effect is continuous throughout the follow-up period. It could be determined that integrated transdiagnostic Treatment has appropriate efficacy on the reduction of major depressive disorder symptoms.

Keywords: Integrated transdiagnostic Treatment, Symptoms reduction, Major depressive disorder

Electronic mail may be sent to: babak.vojoudi@yahoo.com