

## اثر درمان فراتشخیصی یکپارچه بر اختلالات اضطرابی و افسردگی همایند: طرح تک موردی

نسترن عطار<sup>۱\*</sup>، نیلوفر میکائیلی<sup>۲</sup>، نسترن مهاجری اول<sup>۱</sup>، بابک وجودی<sup>۲</sup>

۱- دانشجوی دکتری تخصصی روان شناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران

۲- دانشیار گروه روانشناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران

۳- کارشناس ارشد روان شناسی بالینی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران

### چکیده

**زمینه و هدف:** اختلالات اضطرابی و افسردگی همبودی بالایی دارند. درمان فراتشخیصی یکپارچه با تاکید بر فرآیندهای مرکزی آسیب شناسی و مورد آماج قرار دادن این فرآیندهای مشترک، می تواند در درمان همبودی بسیار موثر باشد. از این رو پژوهش حاضر با هدف بررسی اثر درمان فراتشخیصی یکپارچه بر اختلالات اضطرابی و افسردگی همایند انجام شد.

**روش ها:** پژوهش حاضر یک طرح آزمایشی تک موردی از نوع طرح خط پایه چندگانه با آزمودنی های متفاوت است که طی ۱۲ جلسه روی سه بیمار با پیگیری ۶ هفته ای اجرا شد. داده ها با استفاده از روش های ترسیم دیداری، درصد بهبودی و اندازه اثر مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. ابزارهای مورد استفاده شامل مصاحبه ای بالینی ساختاریافته برای اختلالات محور I، سیاهه اضطراب بک و سیاهه افسردگی بک- ویرایش دوم بود.

**نتایج:** درمان فراتشخیصی یکپارچه به طور معنی داری موجب کاهش شدت علائم اضطراب و افسردگی در مرحله پس از درمان و پیگیری شد، به طوری که درصد بهبودی برای بیمار اول، دوم و سوم در علائم اضطراب به ترتیب ۶۱/۶۴، ۵۱/۴۲ و ۵۲ درصد و در علائم افسردگی ۴۷/۳۶، ۵۱/۵۱ و ۶۰ درصد به دست آمد.

**نتیجه گیری:** پژوهش حاضر با آماج قرار دادن عوامل مشترک هیجانی به جای نشانه های اختصاصی اختلال از طریق پروتکل یکپارچه، شواهد دیگری برای رویکرد ابعادی آسیب شناسی روانی فراهم ساخت. در این پژوهش تغییرات معناداری در علائم ۳ بیمار ایجاد شد و دستاوردهای درمانی در دوره ی پیگیری حفظ شد.

**کلمات کلیدی:** درمان فراتشخیصی یکپارچه، اختلالات اضطرابی، افسردگی همایند

\*آدرس نویسنده مسئول: دانشکده روان شناسی و علوم تربیتی- دانشگاه محقق اردبیلی- اردبیل- ایران. شماره تماس: ۰۹۱۴۵۹۴۵۷۲۸

آدرس پست الکترونیک: Nastaran.Otared@yahoo.com

## مقدمه

اختلالات اضطرابی و افسردگی از شایع‌ترین اختلالات روانشناختی هستند. در میان افرادی که به اختلالات اضطرابی تشخیص داده می‌شوند، میزان همبودی با افسردگی از ۲۸ تا ۶۳ درصد متغیر بوده و اغلب با شدت بیشتری نیز همراه است (۱). به‌نظر می‌رسد علل احتمالی این همبودی می‌تواند ناشی از علائم، ویژگی‌ها و عوامل نگهدارنده (۳، ۴) و همینطور مکانیسم‌های زیستی و عصبی-شیمیایی مشترک آنها باشد (۵) که در نتیجه به واسطه‌ی تاثیر بر صفات شخصیتی اساسی مانند هیجان‌پذیری منفی، عامل خطر مشترکی برای این اختلالات محسوب می‌شود (۶). در نتیجه این اختلال‌ها پاسخ مشابهی به مداخلات دارویی و روان‌شناختی می‌دهند (۷).

همپوشانی قابل توجه در نشانه‌ها و ملاک‌های تشخیصی اختلال‌های روانی حاکی از فقدان مرزهای طبقه‌بندی واقعی است. در حالی که همپوشی نشانه‌ها می‌تواند به عنوان دلیلی برای همبودی بالا در نظر گرفته شود، رویکردهای فراتشخیصی نشانه‌ها و همبودی بالا را محصول فرآیندهای اساسی مشترکی می‌دانند که بستر ظهور نشانه‌های مختلف را فراهم می‌کنند (۸). درمان فراتشخیصی با تاکید بر فرآیندهای مرکزی آسیب‌شناسی و شناسایی و مورد آماج قرار دادن این فرآیندهای مشترک، می‌تواند در درمان همبودی بسیار موثر باشد (۹).

درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر<sup>۱</sup> در پاسخ به محدودیت درمان‌های شناختی-رفتاری از قبیل ناکامی این درمان‌ها در بهبودی بخش قابل ملاحظه‌ای از بیماران، وجود راهنماها و پروتکل‌های درمانی متعدد برای هریک از اختلال‌ها و گذراندن دوره‌های کارورزی طولانی مدت و متعدد برای هریک از اختلال‌ها و ایجاد سردرگمی در انتخاب دستورالعمل مناسب بیمار (۱۰، ۱۱) معرفی شده است و در آن اصول و پروتکل‌های درمانی یکسانی برای اختلال‌های هیجانی مختلف به‌کار می‌رود. با این که این درمان ریشه در سنت شناختی-رفتاری دارد، ولی بر هیجان‌ها و راهبردهای ناسازگارانه تنظیم هیجان‌ها تاکید می‌کند. تجربه هیجانی و پاسخ به هیجان‌ها پایه اصلی در رویکرد فراتشخیصی است (۱۲).

هدف اصلی در درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر این است که بیماران مهارت‌هایی را کسب کنند که بتوانند به شیوه‌ی موثر

هیجان‌ات منفی را مدیریت نمایند (۱۳). نتایج یک مطالعه درمان فراتشخیصی یکپارچه در درمان بیماران اختلالات هیجانی بهبودی قابل توجهی در علائم اضطراب و افسردگی در این بیماران نشان داد (۱۴).

در پژوهش دیگری نیز بیمارانی که این درمان را دریافت کرده بودند در مقایسه با گروه کنترل، نه تنها بهبود معنادار و اندازه‌های اثر بزرگتری داشتند، بلکه تداوم اثرات درمانی آنها در دوره پیگیری ۶ ماهه نیز بیشتر بود (۱۵). تالکوسکی و همکاران<sup>۲</sup> (۱۶) نیز در پژوهشی تاثیر درمان گروهی شناختی-رفتاری فراتشخیصی را بر علائم اضطراب و افسردگی همایند بررسی کردند. در مطالعه آنان ۱۲ جلسه درمان فراتشخیصی موجب کاهش معناداری در علائم اضطراب و افسردگی بیماران شد. همچنین کارایی درمان فراتشخیصی یکپارچه در کاهش شدت نگرانی، عاطفه منفی، بازداری رفتاری، مشکلات تنظیم هیجانی و نشانه‌های اختلالات هیجانی در بیماران نشان داده شده است (۱۷).

درمان فراتشخیصی یکپارچه درمقابل درمان‌های اختصاصی برای اختلال‌های هیجانی تدوین شده است. رویکرد فراتشخیصی مولفه‌های زیربنایی آسیب روانی را مورد هدف قرار می‌دهد و می‌تواند در درمان همبودی بسیار موثر باشد. بنابراین پژوهش حاضر با هدف بررسی اثر درمان فراتشخیصی یکپارچه بر اختلالات اضطرابی و افسردگی همایند در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی تبریز انجام شد.

## روش‌ها

پژوهش حاضر یک طرح آزمایشی تک موردی از نوع طرح خط پایه چندگانه با آزمودنی‌های متفاوت است و آزمودنی‌ها به ترتیب در مراحل خط پایه، درمان، پس از درمان و پیگیری (۶ هفته) شرکت کردند. جامعه‌ی آماری پژوهش شامل کلیه دانشجویان مبتلا به اختلالات اضطرابی و افسردگی همایند بود که در سه ماهه سوم و چهارم سال ۹۶-۹۵ جهت دریافت خدمات روانشناختی به دفاتر مشاوره دانشجویی دانشگاه علوم پزشکی تبریز مراجعه کرده بودند. پس از انجام مصاحبه‌ی بالینی و مصاحبه‌ی ساختار یافته برای تشخیص اختلالات محور I (SCID-I)<sup>۳</sup> توسط روان‌شناس بالینی، تعداد ۳ نفر به روش

<sup>۲</sup> - Talkovsky et al

<sup>۳</sup> - Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders (SCID-I)

<sup>۱</sup> - Unified transdiagnostic (UP)

چهارمین ویراست تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-IV) منطبق است. ۲۱ ماده دارد و نشانه‌های افسردگی را در یک لیگرت ۴ درجه‌ای (صفر تا ۳) در دو هفته گذشته می‌سنجد. دامنه نمرات بین ۰ تا ۶۳ قرار دارد. نمره ۰ تا ۱۳ بیانگر افسردگی جزئی، ۱۴ تا ۱۹ بیانگر افسردگی خفیف، ۲۰ تا ۲۸ بیانگر افسردگی متوسط و ۲۹ تا ۶۳ بیانگر افسردگی شدید می‌باشد. این سیاهه از ویژگی‌های روان‌سنجی قابل قبولی برخوردار است (۲۴). فتی و همکاران<sup>۳</sup> ضریب آلفای ۰/۹۱، ضریب همبستگی میان دونیمه ۰/۸۹ و ضریب بازآزمایی با فاصله یک هفته ۰/۹۴ را برای این آزمون گزارش کردند (۲۵). از بیماران شرکت کننده در پژوهش خواسته شد تا رضایت نامه شرکت در پژوهش را مطالعه و پر کنند. به لحاظ رعایت اخلاق در پژوهش به آزمودنی‌ها اطمینان داده شد که اطلاعات شخصی آن‌ها در متن تحقیق و مقالات آورده نخواهد شد. سپس مراجعان به‌طور همزمان وارد مرحله خط پایه شدند و با ترتیب تصادفی، یک به یک با فاصله یک جلسه (یک هفته) وارد مرحله درمان شدند. بدین نحو که مراجع اول پس از دو جلسه ارزیابی در مرحله خط پایه یعنی از هفته سوم وارد جلسه 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 وارد جلسه اول درمان شد. به منظور تعیین اثربخشی روش درمان فراتشخیصی یکپارچه از دستورالعمل جدید درمان فراتشخیصی یکپارچه (۱۲) استفاده شد. درمان فراتشخیصی یکپارچه شامل هشت بخش است. پنج بخش آن اجزای اصلی درمان را تشکیل می‌دهند و عبارتند از: (۱) آگاهی هیجانی متمرکز بر حال، (۲) انعطاف‌پذیری شناختی، (۳) اجتناب هیجانی و رفتارهای ناشی از هیجان، (۴) آگاهی و تحمل احساس‌های بدنی، (۵) مواجهه هیجانی درون‌زا و مبتنی بر موقعیت. به غیر از پنج بخش اصلی، سه بخش فرعی وجود دارد. یک بخش مقدماتی، ماهیت هیجان‌ها را به بیمار آموزش می‌دهد و چهارچوبی برای فهم تجربیات هیجانی فراهم می‌سازد. بخش دیگر بر افزایش انگیزه مشارکت در درمان و اشتیاق بر تغییر تاکید دارد و بخش نهایی نیز شامل مرور پیشرفت درمانی و راهبردهای پیشگیری از عود است. این درمان در پژوهش حاضر در طی ۱۲ جلسه فردی تقریباً ۶۰ دقیقه‌ای

نمونه‌گیری هدفمند و بر پایه ملاک‌های زیر انتخاب شدند: (۱) عدم وجود اختلالات شخصیت، اسکیزوفرنی و دوقطبی، (۲) نداشتن سوء مصرف مواد و (۳) عدم دریافت درمان‌های روان‌شناختی در ۶ ماه اخیر.

داده‌های پژوهش با استفاده از ابزارهای زیر گردآوری شدند: مصاحبه‌ی بالینی ساختاریافته برای اختلالات محور I (SCID-I): (SCID) یک ابزار استاندارد شده جامع برای ارزیابی اختلالات اصلی روانپزشکی براساس معیارهای DSM-IV است که برای مقاصد بالینی و پژوهشی به کار می‌رود. شریفی، اسعدی، محمدی و همکاران (۱۸)، این مصاحبه را پس از ترجمه به زبان فارسی، بر روی نمونه ۲۹۹ نفری اجرا کردند. توافق تشخیصی برای اکثر تشخیص‌های کلی و خاص، متوسط یا خوب بود (کاپای بالاتر از ۶۰ درصد). توافق کلی (کاپای مجموع) برای کل تشخیص‌های فعلی ۵۲ درصد و برای کل تشخیص‌های طول عمر ۵۵ درصد بود. نتایج پژوهش امینی و همکاران (۱۹) که با هدف بررسی روایی این ابزار انجام گرفت، نشان داد که نسخه‌ی فارسی SCID-I، ابزاری معتبر برای مقاصد بالینی و به ویژه پژوهشی و حتی آموزشی است. از این ابزار به عنوان تایید تشخیصی استفاده شد.

سیاهه اضطراب بک (BAI)<sup>۱</sup>: یک پرسشنامه‌ی خود گزارشی است که برای اندازه‌گیری شدت اضطراب در نوجوانان و بزرگسالان تهیه شده است (۲۰). این پرسشنامه شامل ۲۱ سوال است و نشانه‌های اضطراب را در یک لیگرت ۴ درجه‌ای (صفر تا ۳) می‌سنجد. دامنه‌ی نمرات بین ۰ تا ۶۳ قرار می‌گیرد به‌طوری‌که نمره‌ی ۰ تا ۷ بیانگر اضطراب در کمترین حد، ۸ تا ۱۵ بیانگر اضطراب خفیف، ۱۶ تا ۲۵ بیانگر اضطراب متوسط و ۲۶ تا ۶۳ بیانگر اضطراب شدید است. پایایی آن با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۹۲ و با روش بازآزمایی به فاصله یک هفته ۰/۷۵ محاسبه شده است (۲۱). کلارک و همکاران (۲۲) پایایی آن را به روش آلفای کرنباخ ۰/۸۹ گزارش کرده‌اند. کاویانی و موسوی (۲۳) در یک جمعیت ایرانی روایی ۰/۷۲، پایایی ۰/۸۳ و آلفای ۰/۹۲ را برای این پرسشنامه به‌دست آوردند.

سیاهه‌ی افسردگی بک- ویرایش دوم (BDI-II)<sup>۲</sup>: این سیاهه نوع بازنگری شده‌ی BDI است و با ملاک‌های افسردگی در

<sup>۱</sup> - Beck Anxiety Inventory (BAI)

<sup>۲</sup> - Beck Depression Inventory- Second Edition (BDI-II)

انجام شد. خلاصه جلسات درمان فراتشخیصی یکپارچه در جدول ۱ ذکر شده است.  
جدول ۱- پروتکل یکپارچه درمان فراتشخیصی اختلال‌های هیجانی

| جلسات         | محتوای جلسات   |
|---------------|--|
| اول           | افزایش انگیزه؛ مصاحبه انگیزشی برای ایجاد انگیزه مشارکت و درگیری بیماران در جریان درمان، ارائه منطق درمانی و تعیین اهداف درمانی.  |
| دوم           | ارائه آموزش روانی؛ بازشناسی هیجان‌ها و ردیابی تجارب هیجانی و آموزش مدل سه مؤلفه‌ای تجارب هیجانی و مدل ARC.   |
| سوم و چهارم   | آموزش آگاهی هیجانی؛ یادگیری مشاهده تجارب هیجانی (هیجان‌ها و واکنش به هیجان‌ها) به‌ویژه با استفاده از تکنیک‌های ذهن آگاهی.  |
| پنجم          | ارزیابی مجدد شناختی؛ ایجاد آگاهی از ارتباط متقابل بین افکار و هیجان‌ها، شناسایی ارزیابی‌های ناسازگارانه خودکار و دام‌های شایع تفکر، ارزیابی مجدد شناختی و افزایش انعطاف‌پذیری در تفکر.                   |
| ششم           | شناسایی الگوهای اجتناب از هیجان؛ آشنایی با راهبردهای مختلف اجتناب از هیجان و تأثیر آن بر تجارب هیجانی و آگاهی یافتن از اثرات متناقض اجتناب از هیجان.   |
| هفتم          | بررسی رفتارهای ناشی از هیجان EDBS؛ شناسایی رفتارهای ناشی از هیجان و درک تأثیر آنها روی تجارب هیجانی، شناسایی EDBS ناسازگارانه و ایجاد گرایش‌های عمل جایگزین از طریق مواجهه‌شدن با رفتارها.               |
| هشتم          | آگاهی و تحمل احساس‌های جسمانی؛ افزایش آگاهی از نقش احساس‌های جسمانی در تجارب هیجانی، انجام تمرین‌های مواجهه یا رویارویی احشایی به منظور آگاهی از احساس‌های جسمانی و افزایش تحمل این علائم.               |
| نهم تا یازدهم | رویایی احشایی و رویایی با هیجان مبتنی بر موقعیت؛ آگاهی یافتن از منطق رویایی‌های هیجانی، آموزش نحوه تهیه سلسله مراتب ترس و اجتناب، طراحی تمرین‌های مواجهه هیجانی به صورت تجسمی و عینی و ممانعت از اجتناب. |
| دوازدهم       | مرور کلی مفاهیم درمان و بحث در مورد پیشرفت‌های درمانی بیمار؛ پیشگیری از عود.   |

## نتایج

از روش‌های ترسیم دیداری یا تحلیل نمودار گرافیکی، درصد

در این پژوهش برای تجزیه و تحلیل داده‌ها و تعیین اثربخشی بهبودی، تغییر شاخص پایا و اندازه اثر استفاده شد (جدول ۲).

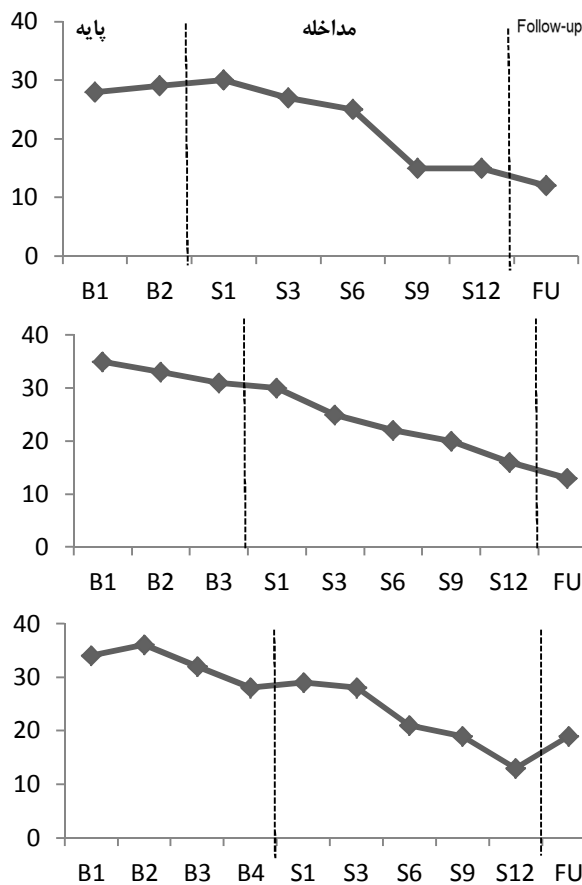
جدول ۲- نمرات بیماران در سیاهه اضطراب بک (BAI) و افسردگی بک (BDI-II)

| نمرات افسردگی |             |             | نمرات اضطراب |             |             | مراحل درمان           |
|---------------|-------------|-------------|--------------|-------------|-------------|-----------------------|
| آزمودنی سوم   | آزمودنی دوم | آزمودنی اول | آزمودنی سوم  | آزمودنی دوم | آزمودنی اول |                       |
| ۳۴            | ۳۵          | ۲۸          | ۳۲           | ۳۷          | ۳۶          | خط پایه ۱             |
| ۳۶            | ۳۳          | ۲۹          | ۳۰           | ۳۴          | ۳۷          | خط پایه ۲             |
| ۳۲            | ۳۱          | -           | ۳۱           | ۳۵          | -           | خط پایه ۳             |
| ۲۸            | -           | -           | ۳۲           | -           | -           | خط پایه ۴             |
| ۳۲/۵۰         | ۳۳          | ۲۸/۵۰       | ۳۱/۲۵        | ۳۵/۳۳       | ۳۶/۵۰       | میانگین مرحله خط پایه |
| ۲۹            | ۳۰          | ۳۰          | ۳۱           | ۳۲          | ۳۶          | جلسه درمانی اول       |
| ۲۸            | ۲۵          | ۲۷          | ۳۲           | ۳۰          | ۲۹          | جلسه درمانی سوم       |
| ۲۱            | ۲۲          | ۲۵          | ۲۳           | ۲۶          | ۲۲          | جلسه درمانی ششم       |
| ۱۹            | ۲۰          | ۱۵          | ۱۸           | ۲۰          | ۱۶          | جلسه درمانی نهم       |
| ۱۳            | ۱۶          | ۱۵          | ۱۵           | ۱۷          | ۱۴          | جلسه درمانی دوازدهم   |
| ۲۲            | ۲۲/۶۰       | ۲۲/۴۰       | ۲۳           | ۲۵          | ۲۳/۴۰       | میانگین مرحله درمان   |
| ۱/۴۷          | ۱/۶۴        | ۱/۲۵        | ۱/۳۱         | ۱/۳۸        | ۱/۴۵        | اندازه اثر            |
|               | ۱/۴۵        |             |              | ۱/۳۸        |             | اندازه اثر کلی        |
| ۶۰            | ۵۱/۵۱       | ۴۷/۳۶       | ۵۲           | ۵۱/۴۲       | ۶۱/۶۴       | درصد بهبودی           |
|               | ۵۲/۹۵       |             |              | ۵۵/۰۲       |             | درصد بهبودی کلی       |
| ۱۹            | ۱۳          | ۱۲          | ۱۵           | ۱۳          | ۱۶          | مرحله پیگیری          |
| ۴۱/۵۳         | ۶۰/۶۰       | ۵۷/۸۹       | ۵۲           | ۶۳/۲۰       | ۵۶/۱۶       | درصد بهبودی           |
|               | ۵۲/۳۴       |             |              | ۵۷/۱۲       |             | درصد بهبودی کلی       |

تاثیر را تایید می‌کنند. در مورد تداوم بهبودی حاصل از دوره درمان در شدت علائم اضطراب و افسردگی نیز تغییر قابل ملاحظه‌ای در هیچ یک از بیماران نسبت به جلسه آخر درمان ایجاد نشده است.

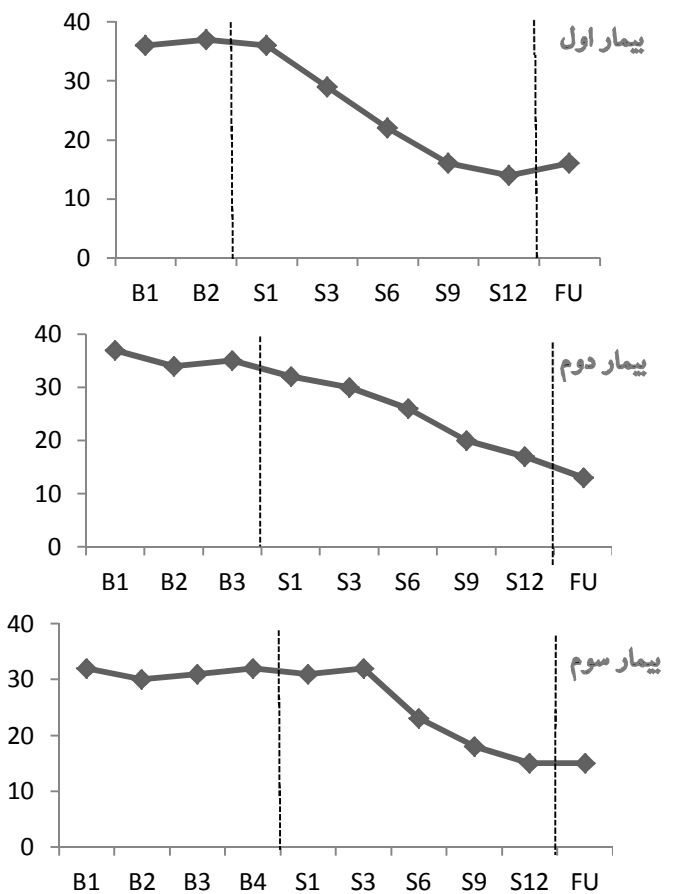
به طور کلی با توجه به نتایج جدول ۲ اعم از بهبودی کلی ۵۵/۰۲ درصدی و اندازه اثر کلی ۱/۳۸ در مرحله پس از درمان و بهبودی کلی ۵۷/۱۲ درصدی در مرحله پیگیری در علائم اضطراب و بهبودی کلی ۵۲/۹۵ درصدی و اندازه اثر کلی ۱/۴۵ در مرحله پس از بهبودی کلی ۵۳/۳۴ درصدی در مرحله پیگیری در علائم افسردگی می‌توان ادعا کرد که درمان فراتشخیصی یکپارچه در کاهش شدت علائم اضطراب و افسردگی و تداوم بهبودی پس از اتمام مداخلات از نظر بالینی و آماری تاثیر معناداری داشته است.

نمرات بیماران و روند تغییرات نمرات در سیاهه اضطراب بک (BAI) و افسردگی بک ویرایش دوم (BDI-II) در جدول ۲ و نمودار ۱ و ۲ نشان داده شده است. با توجه به جدول ۲، بیمار اول، دوم و سوم به ترتیب بهبودی ۶۱/۶۴، ۵۱/۴۲ و ۵۲ درصدی در علائم اضطراب و بهبودی ۴۷/۳۶، ۵۱/۵۱ و ۶۰ درصدی در علائم افسردگی نشان می‌دهند. طبق نظر بلانچارد درصد بهبودی بالاتر از ۵۰ را می‌توان به عنوان معیاری از موفقیت درمان در نظر گرفت، بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که درمان فراتشخیصی یکپارچه در کاهش علائم اضطراب و افسردگی هر سه بیمار موفق بوده است. از طرف دیگر به ترتیب اندازه اثرهای ۱/۴۵، ۱/۳۸ و ۱/۳۱ برای علائم اضطراب و اندازه اثرهای ۱/۲۵، ۱/۶۴ و ۱/۴۷ برای علائم افسردگی بیماران، که در بازه اندازه اثر متوسط تا بزرگ قرار دارند، معنادار بودن این



نمودار ۲- روند تغییر نمرات BDI-II بیماران در طی مراحل خط پایه (B1-4)، مداخله (S1-12) و پیگیری (FU)

ورود بیماران از خط پایه به مرحله مداخله درمانی، به تدریج نمرات هر سه بیمار به صورت پیوسته و منظمی کاهش پیدا می‌کند.



نمودار ۱- روند تغییر نمرات BAI بیماران در طی مراحل خط پایه (B1-4)، مداخله (S1-12) و پیگیری (FU)

نمودارهای ۱ و ۲ نشان می‌دهند که در مرحله خط پایه، تغییر نمرات سیاهه اضطراب بک و سیاهه افسردگی بک ویرایش دوم، برای هر سه بیمار تقریباً در حد ثابتی قرار دارد. اما پس از

## بحث

نتایج پژوهش‌ها نشان می‌دهد که اختلالات اضطرابی، بیشترین همبودی را با اختلال افسردگی اساسی دارند به طوری که ۵۷/۵ درصد از افراد افسرده، ملاک‌های یک اختلال اضطرابی را در یک دوره ۱۲ ماهه برآورد می‌کنند (۲۶). پروتکل درمان یکپارچه برای افراد مبتلا به اختلال‌های هیجانی به‌ویژه افراد مبتلا به اختلال‌های خلقی و اضطرابی تدوین شده است و یک درمان شناختی- رفتاری فراتشخیصی متمرکز بر هیجان می‌باشد (۱۲). این پروتکل بر هیجان و راهبردهای ناسازگارانه تنظیم هیجان‌ها تمرکز دارد و مکانیزم‌های سبب‌ساز مشترک اختلال‌های هیجانی را مورد آماج قرار می‌دهد (۳).

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه بر اختلالات اضطرابی و افسردگی همایند انجام شد. نتایج پژوهش نشان داد که درمان فراتشخیصی یکپارچه منجر به تغییرات معنادار از نظر بالینی و آماری در آماج‌های درمانی یعنی علائم اضطراب و افسردگی در مراحل پس از درمان و پیگیری شد. این نتایج همسو با پژوهش‌های تالتوسکی و همکاران<sup>۱</sup> (۱۶) و هوگ و همکاران<sup>۲</sup> (۲۷) است که اثربخشی درمان فراتشخیصی را بر اختلالات اضطرابی و افسردگی همایند نشان دادند. همچنین نتایج پژوهش حاضر همسو با پژوهش‌های انجام گرفته توسط داورنلاز مایا و همکاران<sup>۳</sup> (۱۴)، بولیس و همکاران<sup>۴</sup> (۲۸)، فارچیون و همکاران<sup>۵</sup> (۱۵)، وجودی (۱۱) و عبدی و همکاران (۱۷) مبنی بر اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه در افراد مبتلا به اختلال‌های هیجانی است.

پژوهش‌های اخیر نشان می‌دهد که علائم اختلالات هیجانی در واقع تظاهرات عوامل اساسی مشترک هستند؛ وجود یک سندرم عاطفه منفی یا سندرم روان رنجوری عمومی که در آن مجموعه علائم اختلال‌های هیجانی صرفاً به عنوان پاسخ‌های متغیر و تفاوت فنوتایپی در تظاهر علائم در نظر گرفته شده‌اند (۱۳، ۱۷). پژوهش‌های جدید در مورد ساختار ابعادی اختلال‌های هیجانی بر دو بعد سرشتی تأکید دارند: روان رنجوری/ عاطفه منفی و برونگرایی/ عاطفه مثبت. با اینکه روان رنجوری/ عاطفه منفی با طیف وسیعی از اختلال‌های هیجانی ارتباط دارد، نقش

برونگرایی/ عاطفه مثبت عاملی اختصاصی برای تعدادی از اختلال‌های هیجانی به ویژه اختلال افسردگی و اختلال اضطراب اجتماعی است (۲۹). یافته‌های به دست آمده از علم عصب‌شناختی، از فرآیندهای نوروبیولوژیکی واحد برای اختلال‌های اضطرابی و خلقی حمایت می‌کند. مطابق این رویکرد، بیش‌انگیزگی ساختار لیمبیک به همراه نقص بازداری در ساختارهای قشری بالا، مشخصه‌ی افراد با روان‌رنجوری بالا است که می‌تواند عامل آسیب‌پذیری برای اختلالات خلقی و اضطرابی باشد (۳۰).

درمان فراتشخیصی یکپارچه به منظور آماج قرار دادن عوامل مشترک بین اختلال‌های هیجانی طراحی شده است و تأکید عمده‌ی آن بر تجربه و پاسخ‌های هیجانی است. افراد مبتلا به اختلال‌های هیجانی از راهبردهای تنظیم هیجانی ناسازگارانه مانند اجتناب و سرکوبی، پنهان کردن یا نادیده گرفتن هیجانات استفاده می‌کنند. تلاش برای کنترل هیجانی موجب افزایش و تداوم احساساتی می‌شود که فرد تلاش می‌کند کاهش دهد. درمان فراتشخیصی یکپارچه به بیماران می‌آموزد که چگونه با هیجانات ناخوشایند خود مواجه شده و به شیوه سازگارانه‌تری به هیجان‌های خود پاسخ دهند.

این درمان کمک می‌کند تا بیماران فهم بهتری از تعامل افکار، احساس‌ها و رفتارها در ایجاد تجربه‌های هیجانی درونی داشته باشند. بیماران یاد می‌گیرند تا آگاهی بهتری از تجربه‌های هیجانی خود (شامل برانگیزاننده‌ها و پیامدهای رفتاری) کسب کنند، با ارزیابی‌های شناختی منفی از احساس‌ها و هیجان‌های جسمی چالش کنند، رفتارهای ناشی از هیجان را شناسایی و اصلاح کنند، آگاهی و تحمل احساس‌های جسمی در طی مواجهه درون‌زاد را کسب کنند و در بافت‌های موقعیتی و درون‌زاد با تجربه‌های هیجانی خود مواجه شوند. همه‌ی این مهارت‌ها، با اصلاح عادات تنظیم هیجانی منجر به کاهش شدت تجربه‌های هیجانی ناسازگارانه و برگرداندن هیجان‌ها به سطح کارکردی می‌شود. در این پژوهش، تکنیک‌ها و مهارت‌های درمانی پروتکل یکپارچه توانستند با آماج قرار دادن غیر مستقیم این عوامل مشترک باعث بهبود علائم اضطراب و افسردگی شوند.

## نتیجه‌گیری

تغییرات معنادار بالینی در علائم اضطراب و افسردگی در این پژوهش، می‌تواند به واسطه‌ی آماج قرار دادن عوامل مشترکی

- 1 - Talkovsky et al
- 2 - Hague et al
- 3 - de Ornelas Maia et al
- 4 - Bullis
- 5 - Farchoine



کنترل دقیق متغیرهای مزاحم و ناخواسته به دلیل عدم استفاده از شیوه نمونه‌گیری تصادفی و خودگزارشی بودن ابزارهای پژوهش اشاره کرد.

### تشکر و قدردانی

بدین‌وسیله از کلیه دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی تبریز که در انجام این پژوهش کمک کردند، تشکر و قدردانی می‌نماییم.

### References

- 1- Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Walters EE. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions' of DSM-IV disorders in the national comorbidity survey replication. *Arch Gen Psychiatry*. 2005; 62(6): 593–602.
- 2- Lamers F, van Oppen P, Comijs HC, Smit JH, Spinhoven P, van Balkom AJ, Penninx BW. Comorbidity patterns of anxiety and depressive disorders in a large cohort study: The Netherlands Study of Depression and Anxiety (NESDA). *J Clin Psychiatry*. 2011; 72: 341–348.
- 3- Harvey AG, Watkins E, Mansell W, Shafran R. Cognitive behavioural processes across psychological disorders: a transdiagnostic approach to research and treatment. In: Oxford: Oxford University Press; 2004.
- 4- American Psychiatric Association, Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.), Arlington, VA: American Psychiatric Publishing; 2013.
- 5- McNaughton N, Corr PJ. A two-dimensional neuropsychology of defense: Fear/anxiety and defensive distance. *Neurosci Biobehav Rev*. 2004 May 31;28(3):285-305.
- 6- Huppert JD. Anxiety disorders and depression comorbidity. In: M. M. Antony, & M. B. Stein (Eds.), *Oxford handbook of anxiety and related disorders* (pp. 576–586). New York, NY: Oxford University Press; 2009.

مانند تنظیم هیجانی باشد که در پروتکل یکپارچه روی آن‌ها تاکید می‌شود. پژوهش حاضر با آماج قرار دادن عوامل مشترک هیجانی به جای نشانه‌های اختصاصی اختلال از طریق پروتکل یکپارچه، شواهد دیگری برای رویکرد ابعادی آسیب‌شناسی روانی فراهم ساخت و کارایی خود را در درمان اختلالات همبود نشان داد. از محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به عدم

- 7- Hofmann SG, Asnaani A, Vonk IJJ, Sawyer AT, Fang A. The efficacy of cognitive behavioral therapy: a review of meta-analyses. *Cognit Ther Res*. 2012; 36: 427–440.
- 8- Krueger RF, Markon KE. Reinterpreting comorbidity: A model-based approach to understanding and classifying psychopathology. *Annu Rev Clin Psychol*. 2006; 2111–2133.
- 9- Erickson DH, Janeck AS, Tallman K. Transdiagnostic group CBT for anxiety: Clinical experience and practical advice. *J Cogn Psychother*. 2009; 23(1): 34–43.
- 10- Nathan PE, Gorman JM. A guide to treatments that work, London: Oxford University Press, (EDs); 2002.
- 11- Vojoudi B. Effectiveness of Unified Transdiagnostic Treatment in Reducing of Major Depression Symptoms, Master's thesis, University of Tabriz; 2015. [In Persian].
- 12- Barlow DH, Farchione TJ, Fairholme CP, Ellard KK, Boisseau CL, Allen LB, Ehrenreich-May J. The unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: Therapist guide. New York: Oxford University Press; 2011.
- 13- Barlow DH. Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic (2nd ed.). New York: Guilford Press; 2002.
- 14- de Ornelas Maia AC, Nardi AE, Cardoso A. The utilization of unified protocols in behavioral

cognitive therapy in transdiagnostic group subjects: A clinical trial. *J Affect Disord*. 2015;172,179-183.

15- Farchoine TJ, Fairholme CP, Ellard KK, Boisseau CL, Thompson-Hollands J, Carl JR, Gallagher MW, Barlow DH. Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of emotional disorders: A Randomized Controlled Trial. *Behav Ther* . 2012; 43(3): 666-678.

16- Talkovsky AM, Green KL, Osegueda A, Norton PJ. Secondary depression in transdiagnostic group cognitive behavioral therapy among individuals diagnosed with anxiety disorders. *J Anxiety Disord*. 2017 Mar 31;46:56-64.

17- Abdi R, Bakhshipour Roudsari A, Mahmood Alilo M. Effectiveness of unified transdiagnostic treatment in reducing severity of transdiagnostic factors and symptoms of emotional disorders. *Journal of psychological models and methods*. 2013; 4(13):1-27. [In Persian]

18- Sharifi V, Asaadi M, Mohammadi MR, et al. Reliability and applicability of Persian version of Structured Clinical Interview for DSM-IV (SCID). *Advances in Cognitive Science*. 2005; 6(1-2):10-22. [In Persian]

19- Amini H, Sharifi V, Asaadi M, et al. The validity of Persian version of Structured Clinical Interview for Axis I disorder in DSMIV (SCID-I). *Payesh J*. 2008; 7(1): 49-57. [In Persian]

20- Demehri F, Honarmand MM, Yavari AH. Depression and Obsessive -Compulsive as Antecedent of Guilt Feeling and Anxiety as Consequences of it in University Girl Students. *Signs*. 2012; 2(6):25-36.

21- Beck AT, Epstein N, Brown G, Steer R. An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *J Consult Clin Psychol*. 1988; 56, 893-89.

22- Clark, JMR, Marszalek JM, Bennett KK, Harry KM, Howarter AD, Eways KR, Reed KS. Comparison of factor structure models for the Beck

Anxiety Inventory among cardiac rehabilitation patients. *J Psychosom Res*. 2016; 89: 91-97.

23- Kaviani H, Mousavi AS. Psychometric properties of the Persian version of Beck Anxiety Inventory (BAI). *Tehran Univ Med J*. 2008; 66 (2) :136-140. [In Persian]

24- Beck AT, Steer RA, Brown GK. Beck depression inventory-II. San Antonio. 1996;78(2):490-8.

25- Fata L, Birashk B, Atefvahid MK, Dabson KS. Meaning Assignment Structures/ Schema, Emotional States and Cognitive Processing of Emotional Information: Comparing Two Conceptual Frameworks. *IJPCP*. 2005; 11 (3) :312-326 .[In Persian]

26- Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Koretz D, Merikangas KR, Wang PS. The epidemiology of major depressive disorder: Results from the national comorbidity survey replication (NCS-R). *JAMA* .2003; 289, 3095-3105.

27- Hague B, Scott S, Kellett S. Transdiagnostic CBT treatment of comorbid anxiety and depression in an older adult: Single case experimental design. *Behav Cogn Psychother*.2015; 43 (1)119.124.

28- Bullis JR, Fortune MR, Farchione TJ, Barlow DH. A preliminary investigation of the long-term outcome of the Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders. *Compr Psychiatry*.2014; 55, 1920-1927.

29- Brown TA. Temporal course and structural relationships among dimensions of temperament and Dsm-IV anxiety and mood disorder constructs. *J Abnorm Psychol*. 2007; 116, 313-328.

30- Siegle GJ, Thobpson W, Carter CS, steinhauer SR, Thase ME. Increased amygdala and decreased dorsolateral prefrontal BOLD responses in unipolar depression: related and independent features. *Biol Psychiatry*. 2007; 15;16(2): 198-209.



## ***The Effect of Unified Trans diagnostic Treatment on Anxiety Disorders and Comorbid Depression: Single-Case Design***

Nastaran Otared<sup>\*1</sup>, Niloofar Mikaeili<sup>2</sup>, , Nastaran Mohajeri aval<sup>1</sup>, Babak Vojoudi<sup>3</sup>

1- PhD Student of Psychology, University of Mohaghegh Ardebili, Ardebil, Iran

2- Associate Professor of Psychology, University of Mohaghegh Ardebili, Ardebil, Iran

3- MSc. of Psychology, University of Tabriz, Tabriz, Iran

**\*Corresponding Address: Ardebil, university of mohaghegh ardebili, Faculty of Psychology and Educational Sciences. Tel: 09145945728**

**Email Address: Nastaran.Otared@yahoo.com**

### ***Abstract***

**Background & Aim:** Quality Anxiety and depression disorders have high rates of comorbidity. By emphasizing the central processes of psychopathology and targeting these common processes, unified transdiagnostic treatment can be very effective in the treatment of comorbidity. Therefore, the present study was conducted to investigate the effect of Unified Transdiagnostic Treatment on Anxiety Disorders and Comorbid Depression.

**Methods:** This is a single-case experimental study with multiple baseline design and different subjects that was conducted during 12 sessions on 3 patients at 6 weeks follow-up. Data were analyzed using visual inspection, improvement percentage and effect size methods. Instruments used in this research included the Structured Clinical Interview for Axis I disorders, beck anxiety inventory and 2nd edition of beck depression inventory.

**Results:** The findings showed that the unified transdiagnostic treatment reduced the severity of anxiety and depression symptoms in the both post-treatment and follow-up stages so that percent of improvement for the first, second and third participants in the symptoms of anxiety was 61.64%, 51.42% and 52% and in the symptoms of depression was 47.36%, 51.51% and 60%, respectively.

**Conclusion:** The present study targets the common emotional factors rather than specific symptoms of disorder through integrated protocol and provides further evidence for the dimensional approach of psychopathology. In this research, significant changes occurred in symptoms of the three patients and medical achievements were maintained during the follow-up.

**Keywords:** unified transdiagnostic treatment, anxiety disorders, comorbid depression