



دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی  
گروه روانشناسی

رساله

جهت دریافت درجه دکتری تخصصی در رشته روانشناسی عمومی

عنوان:

ارزیابی کارایی درمان فرا تشویشی یکپارچه در زنان مبتلابه اختلال اضطراب فراگیر

استاد راهنما:

جناب آقای دکتر عباس بنفشه‌پور رودرمری

استادان مشاور:

جناب آقای دکتر محمد ود علیدو

جناب آقای دکتر علی‌رضا فرنام

پژوهشگر:

رضاءبیدی

شهریور ماه ۱۳۹۱

صلى الله عليه وسلم

ریاس از

دکتر عباس بنیادی دور

آقای میکا تمه و د علی د

آقای کتر علی مرزا فرنام

و تمام اساتید محترم

در طول تحصیل زمینه رشد و ارتقاء بنده را فراهم نرود و ندو بی شکرا کفر فتن در این موقیت بدون یاری

آنان ایسم مرزود.

تقدیرم بہا

کسا فیا کہ بہ من آموختند

نام خانوادگی دانشجو: عبدی	نام دانشجو: رضا
عنوان پایان نامه: ارزیابی کارایی درمان فراتشخیصی در زنان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر	
استاد راهنما: آقای دکتر عباس بخشی پور	
اساتید مشاور: آقایان دکتر مجید محمود علیلو و دکتر علیرضا فرنام	
مقطع تحصیلی: دکتری	رشته: روانشناسی
گرایش: عمومی	
دانشگاه: تبریز	دانشکده: علوم تربیتی و روان شناسی
تاریخ فارغ التحصیلی:	تعداد صفحه:
کلیدواژه ها: درمان فراتشخیصی یکپارچه؛ اختلال اضطراب فراگیر؛ اختلال همایند؛ نگرانی.	
چکیده:	
<p>هدف: هدف پژوهش حاضر بررسی کارایی درمان فراتشخیصی یکپارچه در کاهش شدت نشانه های اختلال اضطراب فراگیر و اختلال هیجانی همایند بود.</p> <p>روش: سه نفر زن مبتلا به اختلال هیجانی اضطراب فراگیر همراه با یک اختلال هیجانی همایند دیگر از طریق مصاحبه تشخیصی و مصاحبه بالینی ساختار یافته براساس معیارهای تشخیصی DSM-IV برای محور یک به روش نمونه گیری هدفمند انتخاب شدند. بیماران پس از احراز شرایط درمان، وارد فرآیند درمان شدند. در این پژوهش از طرح تجربی تک موردی از نوع خط پایه چندگانه ناهمزمان استفاده شد. کارآیی پروتکل درمان فراتشخیصی یکپارچه در طی در سه مرحله مداخله (خط پایه، درمان ۱۲ جلسه ای و پیگیری ۶ هفته ای) با استفاده از مقیاس های مربوط به اختلال اضطراب فراگیر (PSWQ &amp; GADQ-IV)، سنجه های اختصاصی اختلال همایند (BDI-II, SPIN, ASI &amp; BAI) و آسیب در عملکرد عمومی (WSAS &amp; OASIS) بیماران و همچنین ابزارهای سنجش عوامل مشترک فراتشخیصی (PANAS, BIS/BAS &amp; DERS) مورد بررسی قرار گرفت. داده ها به روش ترسیم دیداری، شاخص تغییر پایا (RCI) و فرمول درصد بهبودی تحلیل شدند.</p> <p>یافته ها: نتایج نشان می دهد که تاثیر درمان فراتشخیصی یکپارچه در کاهش شدت آماج های درمان (نشانه های اختلال اضطراب فراگیر و اختلال هیجانی همایند و سطح آسیب عملکرد عمومی) بیماران هم از نظر آماری در سطح (<math>p &lt; 0.05</math>) و هم از نظر بالینی معنادار است.</p> <p>نتیجه گیری: روش درمان فراتشخیصی یکپارچه در کاهش شدت نشانه های اختلال اضطراب فراگیر و اختلال هیجانی همایند زنان مبتلا از کارآیی لازم برخوردار است.</p>	

# فهرست مطالب

عنوان..... صفحه

## فصل اول

### مقدمه

۱-۱ بیان مساله.....	۲
۱-۲ اهمیت و ضرورت پژوهش.....	۱۱
۱-۳ اهداف پژوهش.....	۱۳
۱-۳-۱ هدف کلی پژوهش.....	۱۳
۱-۳-۲ اهداف اختصاصی پژوهش.....	۱۳
۱-۳-۳ هدف کاربردی پژوهش.....	۱۴
۱-۴ سوال ها یا فرضیه های پژوهش.....	۱۴
۱-۵ متغیرهای پژوهش.....	۱۵
۱-۶ تعاریف مفهومی و عملیاتی متغیرهای پژوهش.....	۱۵

## فصل دوم

### پیشینه پژوهش

۲-۱ مقدمه.....	۲۱
۲-۲ ماهیت اختلال اضطراب فراگیر.....	۲۲
۲-۲-۱ ملاک های تشخیصی اختلال اضطراب فراگیر.....	۲۲
۲-۲-۲ همه گیری شناسی اختلال اضطراب فراگیر.....	۲۳
۲-۲-۳ سیر و پیش آگهی اختلال اضطراب فراگیر.....	۲۴
۲-۲-۴ همآبندی اختلال اضطراب فراگیر با سایر اختلالات روانی.....	۲۵
۲-۳ مدل های نظری اختلال اضطراب فراگیر.....	۲۷
۲-۳-۱ مدل بک.....	۲۸
۲-۳-۲ نظریه هیجان بارلو.....	۳۱
۲-۳-۳ مدل اجتناب نگرانی بورکوک.....	۳۳
۲-۳-۴ مدل آسیب پذیری آشکارساز ریسکایند.....	۳۵
۲-۳-۵ مدل عدم تحمل بلا تکلیفی.....	۳۷
۲-۳-۶ مدل فرا شناخت.....	۳۸
۲-۳-۷ مدل مبتنی بر پذیرش اختلال اضطراب فراگیر.....	۳۹
۲-۳-۸ مدل بدتنظیمی هیجانی (EDM).....	۴۱

۴۳	۲-۴ مروری بر کارایی درمان های شناختی- رفتاری اختلال اضطراب فراگیر
۵۱	۲-۵ مبانی نظری و پیشینه پژوهشی درمان های فراتشخیصی
۵۷	۲-۵-۱ مروری بر پیشینه مطالعات کارآیی درمان های فراتشخیصی با رویکرد عمل گرایانه
۶۳	۲-۵-۲ مروری بر پیشینه مطالعات کارآیی درمان های فراتشخیصی با رویکرد مبتنی بر نظریه
۶۳	۲-۵-۲-۱ منطق پدیدآیی و مبانی نظری درمان فراتشخیصی یکپارچه
۷۳	۲-۵-۲-۲ اصول زیربنایی درمان فراتشخیصی یکپارچه
۷۸	۲-۵-۲-۳ ساختار پروتکل درمان فراتشخیصی یکپارچه (UP)
۸۲	۲-۵-۲-۴ پیشینه پژوهشی پروتکل درمان فراتشخیصی یکپارچه (UP)

## فصل سوم

### روش پژوهش

۸۷	۳-۱ طرح تحقیق
۸۸	۳-۲ جامعه، نمونه و شیوه نمونه گیری
۹۰	۳-۳ ابزارهای پژوهش
۹۰	۳-۳-۱ مصاحبه بالینی ساختار یافته برای تشخیص اختلالات محور I (SCID-I)
۹۰	۳-۳-۲ نسخه چهارم پرسشنامه اختلال اضطراب فراگیر (GADQ-IV)
۹۱	۳-۳-۳ پرسشنامه ی نگرانی پن استیت (PSWQ)
۹۲	۳-۳-۴ مقیاس کلی شدت و آسیب اضطراب (OASIS)
۹۳	۳-۳-۵ سیاهه افسردگی بک- ویرایش دوم (BDI-II)
۹۴	۳-۳-۶ سیاهه هراس اجتماعی (DASS)
۹۵	۳-۳-۷ شاخص حساسیت اضطرابی (DASS)
۹۵	۳-۳-۸ مقیاس های عاطفه مثبت و عاطفه منفی (PANAS)
۹۶	۳-۳-۹ مقیاس دشواری های تنظیم هیجانی (DERS)
۹۷	۳-۳-۱۰ مقیاس های سیستم بازداری رفتاری / سیستم گرایش رفتاری (BIS/BAS)
۹۷	۳-۳-۱۱ مقیاس سازگاری شغلی و اجتماعی (WSAS)
۹۸	۳-۳-۱۲ سیاهه اضطراب بک (BAI)
۹۹	۳-۴ روش اجرای پژوهش
۱۰۳	۳-۵ ساختار و محتوای جلسات درمان فراتشخیصی یکپارچه
۱۰۵	۳-۶ راهبردهای تجزیه و تحلیل نتایج
۱۱۰	۳-۷ ملاحظات اخلاقی

## فصل چهارم

### یافته های پژوهش

۱۱۲	۴-۱ مقدمه
-----	-----------

۱۱۲	۴-۲ ویژگی های جمعیت شناختی بیماران
۱۱۳	۴-۳ یافته های مرتبط با سوالات پژوهشی
۱۱۳	۴-۳-۱ یافته های مربوط به سوال اول پژوهش
۱۱۷	۴-۳-۲ یافته های مربوط به سوال دوم پژوهش
۱۲۰	۴-۳-۳ یافته های مربوط به سوال سوم پژوهش
۱۲۴	۴-۳-۴ یافته های مربوط به سوال چهارم پژوهش
۱۳۰	۴-۳-۵ یافته های مربوط به سوال پنجم پژوهش
۱۳۱	۴-۳-۶ یافته های مربوط به سوال ششم پژوهش

## فصل پنجم

### بحث و نتیجه گیری

۱۳۴	۵-۱ مقدمه
۱۳۴	۵-۲ بحث و نتیجه گیری
۱۴۵	۵-۳ تلویحات بالینی یافته های پژوهش
۱۴۵	۵-۴ محدودیت های پژوهش
۱۴۶	۵-۵ پیشنهاد های پژوهش
۱۴۷	فهرست منابع
۱۴۸	- فهرست منابع فارسی
۱۵۱	- فهرست منابع انگلیسی
۱۶۱	ضمائم

- پیوست شماره ۱: نسخه چهارم پرسشنامه اختلال اضطراب فراگیر (GADQ-IV)
- پیوست شماره ۲: پرسشنامه نگرانی پن استیت (PSWQ)
- پیوست شماره ۳: مقیاس کلی شدت و آسیب اضطراب (OASIS)
- پیوست شماره ۴: سیاهه افسردگی بک- ویرایش دوم (BDI-II)
- پیوست شماره ۵: سیاهه هراس اجتماعی (DASS)
- پیوست شماره ۶: شاخص حساسیت اضطرابی (ASI)
- پیوست شماره ۷: مقیاس های عاطفه مثبت و عاطفه منفی (PANAS)
- پیوست شماره ۸: مقیاس دشواری های تنظیم هیجانی (DERS)
- پیوست شماره ۹: مقیاس های سیستم بازداری رفتاری / سیستم گرایش رفتاری (BIS/BAS)
- پیوست شماره ۱۰: مقیاس سازگاری شغلی و اجتماعی (WSAS)
- پیوست شماره ۱۱: سیاهه اضطراب بک (BAI)
- پیوست شماره ۱۲: رضایت نامه شرکت آگاهانه در پژوهش
- پیوست شماره ۱۳: پروتکل یکپارچه درمان فراتشخیصی اختلال های هیجانی



## فهرست جدول ها

عنوان.....	صفحه.....
جدول شماره ۱-۲: ملاک های تشخیصی اختلال اضطراب فراگیر (GAD).....	۲۳.....
جدول شماره ۲-۲: فرایندهای فراتشخیصی در اختلالات هیجانی.....	۵۳.....
جدول شماره ۳-۲: مدول های پروتکل درمان فراتشخیصی یکپارچه.....	۷۸.....
جدول شماره ۱-۳: اهداف و زمانبندی اجرای ابزارهای پژوهش.....	۱۰۲.....
جدول شماره ۱-۴: ویژگی های جمعیت شناختی بیماران.....	۱۱۲.....
جدول شماره ۲-۴: نمرات بیماران در پرسشنامه نگرانی پن استیت (PSWQ).....	۱۱۴.....
جدول شماره ۳-۴: نمرات بیماران در نسخه چهارم پرسشنامه اختلال اضطراب فراگیر (GADQ-IV).....	۱۱۸.....
جدول شماره ۴-۴: نمرات بیماران در مقیاس کلی شدت و آسیب اضطراب (OASIS).....	۱۲۱.....
جدول شماره ۵-۴: نمرات بیماران در سنجه های اختصاصی اختلال همایند.....	۱۲۵.....
جدول شماره ۶-۴: نمرات بیماران در مقیاس سازگاری شغلی و اجتماعی (WSAS).....	۱۲۹.....

# فصل اول

مقدمه

## ۱-۱ بیان مسئله

اختلال های هیجانی<sup>۱</sup> اضطرابی (با شیوع<sup>۲</sup> طول عمر ۲۸/۸ درصدی) و خلقی (۲۰/۸ درصدی) بعنوان اختلال های شایع، مزمن، پرهزینه و تضعیف کننده کیفیت و کارکردهای سالم زندگی، سالانه زندگی میلیون ها نفر را در دنیا دچار مشکل می سازند (بارلو، ۲۰۰۲؛ کسلر، برگلوند، دملر، جین و والترز<sup>۳</sup>، ۲۰۰۵). برآوردهای دقیق حاصل از مطالعات همه گیری شناسی متعدد برای افراد بالای ۱۸ سال شیوع سالانه اختلال های اضطرابی را در حدود ۱۸/۱ درصد و اختلال های خلقی را ۹/۵ درصد گزارش می کنند ولی همانطور که اشاره شد شیوع طول عمر در جمعیت عمومی بالاتر است، بعلاوه میزان همابندی<sup>۴</sup> یک ساله اختلال های اضطرابی و خلقی با همدیگر در حدود ۴۰ تا ۸۰ درصد گزارش شده است (کسلر، چيو، دملر و والترز<sup>۵</sup>، ۲۰۰۵).

اختلال اضطراب فراگیر<sup>۶</sup> (GAD) بعنوان یکی از اختلال های شایع روانپزشکی، یک اختلال اضطرابی مزمن است که بطور اختصاصی با نگرانی<sup>۷</sup> افراطی و پایدار<sup>۸</sup> مشخص می گردد (انجمن روانپزشکی آمریکا<sup>۹</sup>، ۱۳۸۶). در این اختلال، اضطراب معطوف به کلیه رویدادهای زندگی روزمره است. علائم جسمانی این اختلال متفاوت با علائم مربوط به برانگیختگی سیستم سمپاتیک در اختلال حمله وحشتزدگی<sup>۱۰</sup> می باشد و عمدتاً با علائم جسمی بی قراری، خستگی، تنش عضلانی، تحریک پذیری، و اشکال در تمرکز و خواب مشخص می گردد، بعبارتی دیگر این افراد دارای سیستم سمپاتیک بازداری شده می باشند و این مساله را می توان در الگوی بروز علائم آنها مشاهده کرد (بارلو و دوراند<sup>۱۱</sup>، ۲۰۱۲؛ براون، آنتونی<sup>۱۲</sup> و بارلو، ۱۹۹۵). به اعتقاد بسیاری از نظریه پردازان حوزه آسیب شناسی روانی، نگرانی یک فعالیت شناختی مفرط است که با فقدان نشانه های شدید فیزیولوژیک سیستم عصبی خودمختار

<sup>1</sup> emotional disorder

<sup>2</sup> prevalence

<sup>3</sup> Kessler, Berglund, Demler, Jin & Walters

<sup>4</sup> comorbidity

<sup>5</sup> Kessler, Chiu, Demler & Walters

<sup>6</sup> Generalized Anxiety Disorder (GAD)

<sup>7</sup> worry

<sup>8</sup> Pervasive

<sup>9</sup> American Psychiatric Association (APA)

<sup>10</sup> panic

<sup>11</sup> Durand

<sup>12</sup> Brown & Antony

همچون گوش به زنگ بودن<sup>۱</sup> و تنش حرکتی بالا یا بازداری رفتاری مشخص می شود (پورتمن<sup>۲</sup>، ۲۰۰۹). با توجه به این که نگرانی و شاخص های نورو بیولوژیکی همراه، از ویژگی های معمول در اختلال های اضطرابی می باشد. بارلو (۲۰۰۲) معتقد است با توجه به این که نگرانی را می توان بعنوان ویژگی بارز GAD را می توان در اکثر اختلال های اضطرابی مشاهده کرد و از همین رو این اختلال را بعنوان اختلال اضطرابی "پایه"<sup>۳</sup> می شناسد و تاکید بر این دارد که فهم و کشف سبب شناسی و درمان این اختلال می توان گامی بزرگ در حیطه اختلال های اضطرابی باشد.

این اختلال بعنوان یکی از اختلال های خیلی شایع و فراگیر اضطرابی است که مطالعات همه گیری شناختی میزان شیوع طول عمر<sup>۴</sup> آن را در جمعیت عمومی بین ۳٪ تا ۶٪ و بطور متوسط در اغلب جوامع حدود ۵/۷٪ برآورد کرده اند (کسلر، والترز و ویتچن<sup>۵</sup>، ۲۰۰۴). اکثر پژوهش های همه گیری شناسی در ایران به این نتیجه رسیده اند که GAD شایعترین اختلال در بین اختلالات اضطرابی و حتی سایر اختلالات روانی است (نوربالا، محمدی، باقری یزدی و یاسمی، ۱۳۸۰؛ احسان منش، ۱۳۸۰). تاثیرات منفی این اختلال بر رضایت و کیفیت زندگی افراد مبتلا از نظر کارکرد اجتماعی و کارائی شغلی قابل ملاحظه می باشد (ویتچن، ۲۰۰۲). میزان این اختلال از حدود ۵ سالگی به بعد در زنان شایع تر از مردان می باشد و حدود دو سوم افراد مبتلا به این اختلال زنان هستند (وودمن، نویز، بلاک، اسکولوسر و یاقلا<sup>۶</sup>، ۱۹۹۶).

مطالعات زیادی نشان می دهند که بندرت می توان GAD را بدون اختلال همایند<sup>۷</sup> دیگر مشاهده کرد و در واقع تنها ۲۵٪ تا ۳۳٪ از افراد مبتلا به GAD فاقد اختلال همایند دیگری بوده اند (ویتچن، ۲۰۰۲). از بین همه اختلال های روانی اختلال افسردگی اساسی<sup>۸</sup> (MDD)، اختلال افسرده خوئی و اختلال هراس اجتماعی را جزء اختلال های همایند خیلی شایع و پس از آن سایر اختلال های اضطرابی را در میان افراد مبتلا به GAD یافته اند (داگاس و روبی چاود<sup>۹</sup>، ۲۰۰۷). در یکی از مطالعات اخیر شیوع

<sup>۱</sup> hypervigilance

<sup>۲</sup> Portman

<sup>۳</sup> basic

<sup>۴</sup> lifetime

<sup>۵</sup> Kessler, Walters & Wittchen

<sup>۶</sup> Woodman, Noyes, Black, Schlosser & Yagla,

<sup>۷</sup> comorbid

<sup>۸</sup> Major Depressive Disorder (MDD)

<sup>۹</sup> Dugas & Robichaud

بر اساس معیارهای تشخیصی راهنمای تشخیص و آماری اختلال های روانی - ویراست چهارم<sup>۱</sup> -DSM-IV (۱۹۹۴) حدود ۴۰٪ از افراد مبتلا به GAD تشخیص اختلال همایند MDD را نیز دریافت نمودند (منین، هیمبرگ، فرسکو و ریتز<sup>۲</sup>، ۲۰۰۸). مطالعات دیگری نیز نشان می دهند که یک سوم افرادی که از GAD رنج می برند، سابقه یک دوره MDD را نیز در طول زندگی خود گزارش کرده اند (ویتچن، ژائو<sup>۳</sup>، کسلر و ایتون<sup>۴</sup>، ۱۹۹۴).

عوامل زیستی و روانشناختی متعددی ممکن است در شکل گیری و تداوم اختلال اضطراب فراگیر نقش داشته باشند. نظریه های عصب- زیست شناختی عمدتاً ساختارهای نورواناتومیکی همچون آمیگدال و هیپوکامپ و همچنین سیستم های نوروشیمیایی نظیر گاما- آمینوبوتیریک اسید (GABA)، نوراپینفرین (NE) و سروتونین (5-HT) را در سبب شناسی GAD مطرح می کنند (هازلت- استیونز<sup>۵</sup>، ۲۰۰۸). در طول دو دهه اخیر مدل های شناختی و رفتاری متعددی در خصوص سبب شناسی GAD، در ادبیات علمی ظهور کرده اند. تمرکز عمده نظریه های روان شناختی GAD روی نگرانی مزمن<sup>۶</sup> بوده است. از مدل های روانشناختی جدید که روی نگرانی افراطی و فرایندهای شناختی مرتبط با آن آن بعنوان عوامل پاتوژن<sup>۷</sup> و نگهدارنده تاکید می کنند، می توان به مدل اجتناب شناختی<sup>۸</sup> بورکووک<sup>۹</sup>، مدل فراشناخت<sup>۱۰</sup> آدریان ولز<sup>۱۱</sup>، مدل عدم تحمل بلا تصمیمی<sup>۱۲</sup> داگاس<sup>۱۳</sup>، مدل مبتنی بر پذیرش (ABM)<sup>۱۴</sup> و بالاخره مدل بدتنظیمی هیجانی (EDM)<sup>۱۵</sup> اشاره کرد (بهار، دی مارکو، هکلر، موهلمن و استپلس<sup>۱۶</sup>، ۲۰۰۹).

<sup>1</sup> Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th ed.)- DSM-IV

<sup>2</sup> Mennin, Heimberg, Fresco & Ritter

<sup>3</sup> Zhao

<sup>4</sup> Eaton

<sup>5</sup> Hazlett-Stevens

<sup>6</sup> chronic worry

<sup>7</sup> pathogenesis

<sup>8</sup> cognitive avoidance theory

<sup>9</sup> Borkovec

<sup>10</sup> metacognitive model

<sup>11</sup> Adrian Wells

<sup>12</sup> intolerance of uncertainty model

<sup>13</sup> Dugas

<sup>14</sup> Acceptance-Based Model (ABM)

<sup>15</sup> Emotional Dysregulation Model (EDM)

<sup>16</sup> Behar, DiMarco, Hekler, Mohlman & Staples

درک ما از عوامل سبب شناختی و تداوم بخش اختلال های هیجانی ممکن است تلویحاتی برای درمان این اختلال ها داشته باشد. با توجه به پیشرفت های پژوهشی در ۱۰ سال اخیر، فهم ما از ماهیت و علل اختلال های اضطرابی و اختلال های خلقی یک قطبی (یعنی اختلال افسردگی اساسی و افسرده خوبی) بهتر و بیشتر از قبل شده است و با توجه به یافته های پژوهشی در مورد وجود همپوشی و همابندی بالا و سبب شناسی مشترک و نقش تنظیم هیجانی در این اختلال ها، این دو گروه اختلال تحت عنوان اختلال های هیجانی نام برده می شوند (بارلو، ۲۰۰۲).

تحول ۵۰ ساله در رویکردهای شناختی- رفتاری برای درمان اختلال های اضطرابی و سایر اختلال های هیجانی وابسته منجر به پدیدآیی درمان هایی با کارایی خیلی بالا منجر شده که بطور فزاینده ای مورد پذیرش متخصصان قرار دارد. درمان های روانشناختی که از سنت و مکتب شناختی- رفتاری بر آمده اند بطور عمده برای درمان اختلال های هیجانی انطباق یافته اند. تعدادی از این درمان های روانشناختی اختصاصی برای هر یک از اختلالات هیجانی نسبت به درمان های دارویی، کارایی یکسانی بلافاصله بعد از درمان داشتند ولی در پیگیری کوتاه مدت و درازمدت کارایی و اثربخشی بالاتری نشان داده اند (بارلو، ۲۰۰۴).

با وجود اینکه درمانهای شناختی رفتاری با دارا بودن پشتوانه پژوهشی خوبی بعنوان درمان های انتخابی برای اختلال اضطراب فراگیر کارایی خود را نشان داده اند (بارلو و هافمن<sup>۱</sup>، ۱۹۹۷)، اما نسبت بالایی از افرادی که درمان شده اند معیارهای بهبودی کامل در کارکرد را نشان نمی دهند و این یافته نشانگر این است که برای درمان موثر این اختلال هنوز جای پیشرفت زیادی وجود دارد (کسلر و همکاران، ۲۰۰۴؛ منین، هیمبرگ، تورک، فرسکو و ریتز<sup>۲</sup>، ۲۰۰۸). پیشینه پژوهشی ضعیف و مطالعات انگشت شماری نیز در مورد اختلال اضطراب فراگیر در کشور ما خصوصا در زمینه بررسی اثربخشی و کارایی مداخلات درمانی بر روی این اختلال وجود دارد که می توان به پژوهشهای توزنده جانی و عبدالهیان (۱۳۷۳)، احدی، دلاور، آزاد و ابوالقاسمی (۱۳۸۳) و حمیدپور، دولتشاهی، پورشهباز و دادخواه (۱۳۸۹) اشاره نمود.

---

<sup>1</sup> Hofmann

<sup>2</sup> Mennin, Heimberg Turk, Fresco & Ritter

بطور کلی درمان های شناختی- رفتاری حمایت شده از نظر تجربی در دو رویکرد درمان های اختصاصی اختلال<sup>۱</sup> یا اختصاصی تشخیص بالینی<sup>۲</sup> و رویکرد درمان های فراتشخیصی<sup>۳</sup> شکل گرفته اند. مدل های درمان اختصاصی روی فرایندهای شناختی و رفتاری مرکزی تفکیک کننده اختلال ها از همدیگر تاکید دارند و به تبع آن راهنماها و دستورالعمل های درمانی اختصاصی مبتنی بر شواهد هر اختلال را تدوین و منتشر می کنند. در خصوص اختلال اضطراب فراگیر می توان به راهنمای درمانی غلبه بر اضطراب و نگرانی<sup>۴</sup> زینبارگ، کرسک<sup>۵</sup> و بارلو (۲۰۰۶) و راهنمای درمان شناختی- رفتاری اختلال اضطراب فراگیر اثر داگاس و روبی چاود (۲۰۰۷) اشاره کرد که درمان اختصاصی برای این اختلال می باشند.

با این وجود، بدلیل پاره ای محدودیت های برای درمان های شناختی- رفتاری اختصاصی کنونی از جمله؛ ناکامی این درمان ها در بهبودی بخش قابل ملاحظه ای از بیماران، وجود راهنما و دستورالعمل های درمانی متعدد برای هر یک از اختلال ها، مقرون به صرفه نبودن از نظر وقت و هزینه برای متخصصان در استفاده از راهنما، دستورالعمل یا پروتکل های درمانی متفاوت و گذراندن دوره های کارورزی طولانی مدت و متعدد برای درمان هر یک از اختلال ها، ایجاد سردرگمی در انتخاب دستورالعمل مناسب بیمار برای متخصصان بالینی و در نهایت پیچیده بودن فرایند انتشار یا تدوین<sup>۶</sup> دستورالعمل های درمانی برای تهیه کنندگان، ضرورت پدیدآیی و انتشار درمان های جدید را ایجاب می کند (ناتان و گورمن<sup>۷</sup>، ۲۰۰۲).

تاکید زیاد بر فرایندهای اختصاصی اختلال<sup>۸</sup> درک ما را از عوامل مشترک موجود بین اختلال ها را محدود کرده است. بنابر این در سایه دانش به دست آمده در مورد هر یک از اختلال ها زمان آن فرارسیده تا با چرخشی کامل روی مفاهیم فراتشخیصی مشترک بین اختلال های هیجانی تمرکز کرد. در این مسیر، اجرای مطالعات و پژوهش روی عوامل سبب ساز مشترک در بین اختلال ها و تدوین و

---

<sup>1</sup> disorder-specific

<sup>2</sup> diagnosis-specific

<sup>3</sup> transdiagnostic

<sup>4</sup> Mastery of Your Anxiety and Worry

<sup>5</sup> Zinbarg & Craske

<sup>6</sup> dissemination

<sup>7</sup> Nathan & Gorman

<sup>8</sup> disorder-specific

ارزیابی پروتکل های درمانی فراتشخیصی یا یکپارچه متمرکز بر عوامل مشترک اختلال ها ضروری به نظر می رسد.

با توجه به شواهد تجربی و نظری قوی در خصوص وجود عوامل مشترک بیشتر نسبت به عوامل اختصاصی در بین اختلال های اضطرابی و خلقی و سایر اختلال های هیجانی وابسته، این عوامل مشترک بعنوان منطقی بر پدیدآیی و زیربنای مفهومی درمان های فراتشخیصی در نظر گرفته شدند. از نقاط مشترک اساسی اختلال های هیجانی بطور خلاصه می توان به شواهد مربوط به میزان همبندی و همپوشی تشخیصی بالا (کسلر، برگلوند و دملر<sup>۱</sup>، ۲۰۰۳؛ به نقل از ویلاموسکا، تامپسون- هالند، فایر هولمه، الارد، فارکیونه<sup>۲</sup> و بارلو، ۲۰۱۰) و تعمیم پذیری پاسخ های درمانی در این اختلال ها بواسطه واحد بودن این اختلال ها و وجود یک " سندرم روان رنجوری عمومی"<sup>۳</sup> احتمالی (بارلو، ۲۰۰۲)، الگوهای فعالیت عصبی مشترک بخصوص تحریک پذیری بالای<sup>۴</sup> ساختارهای سیستم لیمبیک<sup>۵</sup> همراه با کنترل بازدارنده مختل یا محدود ساختارهای قشری (اتکین و واگر<sup>۶</sup>، ۲۰۰۷) و بدتنظیمی هیجانی (گراس و تامپسون<sup>۷</sup>، ۲۰۰۷)، همگرایی های ابعاد سرشتی بارز و سازه های مکنون مشترک (مثل عاطفه مثبت و منفی) مطابق با مدل سه بخشی<sup>۸</sup> اختلال های هیجانی کلارک و واتسون<sup>۹</sup> (۱۹۹۱)، تاکید مدل آسیب آسیب پذیری سه گانه<sup>۱۰</sup> بارلو و همکاران (۲۰۰۲) بر وجود عوامل سبب ساز مشترک آسیب پذیری زیستی و روانشناختی عمومی علاوه بر آسیب پذیری اختصاصی در اختلال های هیجانی و نهایتا فرایندهای شناختی و رفتاری مشترک مثل سوگیری ها و افکار تکرار شونده (هاروی، واتکینز، مانسل و شافران<sup>۱۱</sup>، ۲۰۰۴) در این اختلال ها اشاره کرد.

لذا با در نظر گرفتن محدودیت های اشاره شده در ارتباط با درمان های اختصاصی هر یک از اختلال ها و همچنین با توجه به استدلال های مبتنی بر این شواهد از جمله ظهور نظریه ها و پژوهش ها بر

<sup>1</sup> Kessler, Berglund & Demler

<sup>2</sup> Wilamowska, Thompson-Hollands, Fairholme, Ellard & Farchione

<sup>3</sup> general neurotic syndrome

<sup>4</sup> hyperexcitability

<sup>5</sup> limbic

<sup>6</sup> Etkin & Wager

<sup>7</sup> Gross & Thompson

<sup>8</sup> Tripartite Model

<sup>9</sup> Clark & Watson

<sup>10</sup> triple vulnerability model

<sup>11</sup> Harvey, Watkins, Mansell & Shafraan



اساس مفاهیم اختلال های هیجانی که به جای تفاوت این اختلال ها عمدتا به شباهت ها یا مشترکات<sup>۱</sup> آنها تاکید دارند و همچنین تسهیل و تدارک برای انتشار و آموزش<sup>۲</sup> متمرکز بر مجموعه واحدی از اصول درمانی با رعایت اصل ایجاز<sup>۳</sup> و اجتناب از دستورالعمل های درمانی متعدد، تعدادی از محققان و متخصصان بالینی با توجه به امتیازات این رویکرد درمانی مثل کاربردپذیری<sup>۴</sup> در مورد طیف وسیعی از اختلال ها و قابلیت آموزش آسان آن توسط مراجعان و درمانگران و بنا به ضرورت، انتشار و توسعه درمان های یکپارچه کارآمد و اثربخش به جای دستورالعمل های متنوع را در دستور کار پژوهشی و بالینی خود قرار دادند.

جریان تدوین پروتکل ها یا دستورالعمل های درمانی "طیف وسیع"<sup>۵</sup> متعدد با کاربرد اصول درمانی مشترک در اختلال ها به راه افتاده است. با این حال همه این درمان ها بعنوان درمان یکپارچه واقعی مورد پذیرش قرار نگرفته اند. در تعریف مک اووی، ناتان و نورتون<sup>۶</sup> (۲۰۰۹) "درمان های یکپارچه یا فراتشخیصی به درمان هایی اطلاق می شود که اصول اساسی درمانی مشابهی را برای اختلال های روانی بدون طراحی پروتکل برای اختلال ها یا تشخیص هایی خاص مورد استفاده قرار می دهند" (ص، ۶۱). مانسل، هاروی، واتکینز و شافرن<sup>۷</sup> (۲۰۰۸) درمان فراتشخیصی را بعنوان درمانی تعریف می کنند "که برای برای افراد با دامنه وسیعی از تشخیص ها مورد استفاده قرار می گیرد و اجرای کارآمد آن روی دانش اختصاصی مربوط به اختلال خاصی تکیه ندارد" (ص، ۱۴).

در تحول درمان های فراتشخیصی دو جریان یا رویکرد عمده وجود دارد. یکی رویکرد عمل گرایانه<sup>۸</sup> است، در این رویکرد پروتکل های فراتشخیصی عمدتا بر پایه تجارب بالینی با مداخلات درمانی قابل استفاده برای طیفی از اختلال ها تدوین شده اند. مثلا آموزش آرامسازی<sup>۹</sup> می تواند در بسیاری از اختلال ها مورد استفاده قرار گیرد. در این رویکرد می توان به مداخلات فراتشخیصی اریکسون<sup>۱۰</sup> (۲۰۰۳) و

---

<sup>1</sup> commonalities

<sup>2</sup> training

<sup>3</sup> parsimony

<sup>4</sup> feasibility

<sup>5</sup> broad-spectrum

<sup>6</sup> McEvoy, Nathan & Norton

<sup>7</sup> Mansell, Harvey, Watkins & Shafren

<sup>8</sup> pragmatic

<sup>9</sup> relaxation training

<sup>10</sup> Erickson

نورتون و هوپ<sup>۱</sup> (۲۰۰۵) و درمان شناختی- رفتاری گروهی فراتشخیصی اریکسون، ژانک و تالمن<sup>۲</sup> (۲۰۰۹) برای درمان افراد مبتلا به اختلال های اضطرابی اشاره کرد. رویکرد دیگر که عمدتاً مبتنی بر نظریه<sup>۳</sup> می باشد، شامل پروتکل های فراتشخیصی است که برای هدف قرار دادن فرایندهای شناختی و رفتاری درگیر در طیف وسیعی از اختلال های روانشناختی طراحی شده اند و از جمله می توان به پروتکل درمان فراتشخیصی یکپارچه گروه بارلو (بارلو، آلن<sup>۴</sup> و چوات<sup>۵</sup>، ۲۰۰۴؛ آلن، مک هیو<sup>۶</sup> و بارلو، ۲۰۰۸) اشاره کرد که برای افراد دارای اختلال های اضطرابی و خلقی یک قطبی با کاربردپذیری بالقوه برای سایر اختلال های هیجانی ارائه گردید. تدوین پروتکل درمان فراتشخیصی یکپارچه با توجه به نتایج پژوهش های نشانگر اشتراکات و مشابهت های موجود بین اختلال های هیجانی بویژه وجود ویژگی های مشترک بین این اختلال ها از جمله عوامل فراتشخیصی و سطح بالاتر (مثل؛ عاطفه منفی، کمال گرایی<sup>۷</sup>، نشخوار ذهنی<sup>۸</sup> مشکلات تنظیم هیجانی، نگرانی و مشکل در خواب)، نرخ بالای همبندی بین این اختلال اختلال ها و میزان بهبودی بالا در اختلال همایند با اختلال اصلی تحت درمان انجام گرفت (ویلاموسکا و همکاران، ۲۰۱۰).

پروتکل درمان یکپارچه (UP) برای افراد مبتلا به اختلال های هیجانی خصوصاً افراد مبتلا به اختلال های اضطرابی و خلقی طراحی شده است و یک درمان شناختی- رفتاری فراتشخیصی متمرکز بر هیجان می باشد، با این که (UP) ریشه در سنت شناختی- رفتاری دارد، ولی در تاکید ویژه اش بر روی نحوه 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 هیجان ها تاکید می کند و عمدتاً سعی در شناسایی و اصلاح کوشش های غیرانطباقی برای تنظیم تجارب هیجانی دارد و بواسطه آن پردازش متناسب را تسهیل و پاسخدهی هیجانی نامتناسب به نشانه های درونی (احشایی) و بیرونی را خاموش می کند (ویلاموسکا و همکاران، ۲۰۱۰).

---

<sup>1</sup> Norton & Hope

<sup>2</sup> Erickson, Janeck, and Tallman

<sup>3</sup> theory-driven

<sup>4</sup> Allen

<sup>5</sup> Choate

<sup>6</sup> McHugh

<sup>7</sup> Perfectionism

<sup>8</sup> rumination

با توجه به این موارد، بنابر این تدوین و کاربرد یک پروتکل درمانی واحد کارآ و اثربخش برای طبقه ها و مقوله های تشخیصی به منظور مورد هدف قرار دادن ویژگی های مرکزی<sup>۱</sup> اختلال های اضطرابی و خلقی می تواند گزینه ای مقتصدانه و شاید قدرتمند در مقایسه با پروتکل های درمانی موجود کنونی برای تشخیص های بالینی خاص باشد. این پژوهش تلاش خواهد کرد که کارایی پروتکل درمان فراتشخیصی یکپارچه بارلو، الارد، فایرهولمه، فارکیونه، بویسه<sup>۲</sup>، آلن و اهرنریش-مای<sup>۳</sup> (۲۰۱۱) را که به منظور آماج قرار دادن این عوامل مشترک طراحی شده است روی یکی از اختلال های هیجانی یعنی اختلال اضطراب فراگیر مورد آزمون قرار دهد.

---

<sup>۱</sup> core

<sup>۲</sup> Boisseau

<sup>۳</sup> Ehrenreich-May

## ۱-۲ اهمیت و ضرورت مساله

عصری که ما در آن زندگی می کنیم، عصر اضطراب نامیده می شود. طبق آمار سازمان بهداشت جهانی (WHO)<sup>۱</sup>، ۴۰۰ میلیون نفر در جهان به اختلالات اضطرابی مبتلا هستند؛ این پدیده، علت اولیه ۶ تا ۲۵ درصد از تمام مشکلات روانی محسوب می شود (نیکبخت نصر آبادی، مظلوم، نثاری و گودرزی، ۱۳۸۷). افراد مبتلا به اختلالات اضطرابی به ویژه، اختلال اضطراب فراگیر، در اثر احساس های مزمن و شدید اضطراب، درمانده می شوند. این احساس ها به قدری نیرومند هستند که افراد مبتلا به این اختلال ها قادر نیستند فعالیت های روزمره خود را انجام دهند. علاوه بر آن، این افراد می کوشند از موقعیت هایی که باعث ایجاد اضطراب در آن ها می شود، اجتناب ورزند (بارلو، ۲۰۰۲).

اکثر بررسی های علمی همه گیری شناسی اختلال های روانی در ایران به این نتیجه رسیده اند که اختلال اضطراب فراگیر شایع ترین اختلال اضطرابی بوده و همبندی بالای با سایر اختلال ها دارد (نوربالا، محمد، باقری یزدی و یاسمی، ۱۳۸۰؛ احسان منش، ۱۳۸۴). اختلال اضطراب فراگیر با میزان بالای همبندی، آسیب کارکردی معنادار و هزینه های مراقبت بهداشتی همراه است. با توجه به استفاده بیشتر افراد مبتلا به GAD از خدمات حرفه ای حوزه سلامت در مقایسه با سایر اختلالات اضطرابی (داگاس و روبی چاود<sup>۲</sup>، ۲۰۰۷)، مراجعه بیشتر به پزشکان عمومی و خانواده و تنها مراجعه ۱۴ درصد آنها به متخصصان حوزه بهداشت روانی (هانت، ایساکیدیس و اندرو<sup>۳</sup>، ۲۰۰۲)، دریافت خدمات از متخصصان قلب و گوارش (کندی و اسکاب<sup>۴</sup>، ۱۹۹۹)، عدم دریافت درمان های موثر روانشناختی و دارویی و کمی درمان های روانشناختی کارآمد و اثربخش هزینه های زیادی را بر سیستم بهداشتی و مراقبتی وارد کرده است.

بعلاوه این اختلال بصورت غیرمستقیم هزینه هایی نیز دارد که از جمله می توان به افت کارکرد و عملکرد بیشتر از یک سوم از افراد مبتلا به GAD (ویتچن، کارتر، پیستر، مونتاگونی<sup>۵</sup> و کسلر، ۲۰۰۰) که

<sup>1</sup>World Health Organization

<sup>2</sup>Dugas & Robichaud

<sup>3</sup>Hunt, Issakidis & Andrews

<sup>4</sup>Kenndey & Schwab

<sup>5</sup>Carter, Pfister & Montagonery