

Research Article

Title (The Efficacy of Integrated Transdiagnostic Therapy on Emotion Regulation, Irritability, Resilience, and Worry in Individuals with Generalized Anxiety Disorder: A Case Study)

Authors

Askari Zahra¹, Hashemi Marzie²

- ¹ **Corresponding Author:** Master of Clinical Psychology, Khatam University, Tehran, Iran.
- ² *Assistant Professor, Department of Psychology and Educational Sciences Khatam University, Tehran, Iran.*

Abstract

Receive Date:
00/00/0000

Accept Date:
00/00/0000



Introduction: The aim of this study was to determine the effectiveness of integrated Transdiagnostic therapy on emotion regulation, irritability, resilience, and worry among individuals suffering from generalized anxiety disorder.

Method: The study utilized a single-case design with multiple baselines (ABAB) and a one-month follow-up. The statistical population comprised individuals diagnosed with generalized anxiety disorder who visited the Arvin Clinic in Tehran in 1401 [2022]. Out of these, three were selected via a convenience sampling method. Twelve sessions of integrated Transdiagnostic therapy (UP) were administered on the participants. Data collection tools included a 7-item scale for generalized anxiety, the Gross and John emotion regulation questionnaire, an irritability questionnaire, a resilience scale, and the Pennsylvania State Worry Questionnaire. For data analysis, improvement percentage formula, Cohen's effect size, PND effect size, intra-situational visual analysis, and visual plotting were utilized.

Result: The results indicated that integrated Transdiagnostic therapy led to improvements in the research variables. The overall improvement percentages for generalized anxiety in the three participants were %58, %55, and %57, respectively, and these rates remained stable at the one-month follow-up.

Discussion and conclusion: The data analysis suggests the effectiveness of integrated Transdiagnostic therapy in regulating emotions, reducing irritability, enhancing resilience, and reducing worry among the participants. This treatment can serve as an educational tool for the rehabilitation and enhancement of life quality for patients with generalized anxiety disorder.

Keywords

Integrated Transdiagnostic therapy, emotion regulation, irritability, resilience, worry, generalized anxiety disorder.

Corresponding
Author's E-mail

z.askari1966@gmail.com

آدرس پست الکترونیکی نویسنده مسئول

اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه بر تنظیم هیجان، تحریک‌پذیری، تاب‌آوری و نگرانی در مبتلایان به اختلال اضطراب فراگیر (مطالعه موردی)

نویسندگان

۱. زهرا عسکری، مرضیه هاشمی^۲

۱. کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه خاتم، تهران، ایران. (نویسنده مسئول)

۲. استادیار گروه روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه خاتم، تهران، ایران

چکیده

مقدمه: هدف از پژوهش حاضر تعیین اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه بر تنظیم هیجان، تحریک‌پذیری، تاب‌آوری و نگرانی در مبتلایان به اختلال اضطراب فراگیر بود.

روش: طرح پژوهش تک‌آزمودنی با خط پایه چندگانه (ABAB) و پیگیری یک ماهه بود. جامعه آماری افراد مبتلا به اضطراب فراگیر مراجعه‌کننده به کلینیک آروین در تهران، در سال ۱۴۰۱ بود که از این تعداد ۳ نفر به شیوه نمونه‌گیری داوطلبانه در دسترس انتخاب شدند. تعداد ۱۲ جلسه درمان فراتشخیصی یکپارچه (UP) روی آزمودنی‌ها اجرا شد. ابزار گردآوری داده‌ها عبارت‌اند از مقیاس ۷ سؤالی اضطراب فراگیر، پرسشنامه تنظیم هیجان گراس و جان، پرسشنامه تحریک‌پذیری، مقیاس تاب‌آوری و پرسشنامه نگرانی ایالتی پنسیلوانیا. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از فرمول درصد بهبودی، اندازه اثر کوهن، اندازه اثر PND، تحلیل دیداری درون موقعیتی و ترسیم دیداری استفاده شد.

نتایج: نتایج تجزیه و تحلیل داده‌ها نشان داد درمان فراتشخیصی یکپارچه موجب بهبود متغیرهای پژوهشی شده است به گونه‌ای که درصد بهبودی کلی اضطراب فراگیر در هر سه آزمودنی به ترتیب ۵۸٪، ۵۵٪ و ۵۷٪ بود و این میزان در پیگیری یک ماهه نیز ثابت ماند.

بحث و نتیجه‌گیری: نتایج تجزیه و تحلیل داده‌ها حاکی از اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه در تنظیم هیجان، کاهش تحریک‌پذیری، افزایش تاب‌آوری و کاهش نگرانی در آزمودنی‌ها است. این درمان می‌تواند به‌عنوان آموزش برای توان‌بخشی و ارتقای کیفیت زندگی بیماران مبتلا به اضطراب فراگیر به کار رود.

درمان فراتشخیصی یکپارچه، تنظیم هیجان، تحریک‌پذیری، تاب‌آوری، نگرانی و اختلال اضطراب فراگیر.

کلیدواژه‌ها



مقدمه

اختلال اضطراب فراگیر (GAD)^۱ به عنوان یکی از اختلال‌های اضطرابی شایع و مزمن روان‌پزشکی شناخته می‌شود که نشانگان بارز آن نگرانی افراطی و اغراق‌شده در مورد حوادث روزمره زندگی است؛ بدون آن که دلیل روشن و منطقی برای این نگرانی‌ها وجود داشته باشد. میزان نگرانی این افراد معمولاً غیرواقعی یا نامتناسب با موقعیت است و شدت اضطراب به قدری زیاد است که در عملکرد روزانه از جمله محلکار، مدرسه و روابط اجتماعی اختلال ایجاد می‌کند {۱}. وجود علائم این اختلال در طولانی مدت، ناتوان‌کننده بوده و اثرات مخربی بر زندگی فرد می‌گذارد {۲}. شیوع اختلال اضطراب فراگیر در جمعیت عمومی ایالات متحده ۳/۱٪ و شیوع یکساله این اختلال در جمعیت ۱۸-۶۵ سال ایران ۵/۲٪ گزارش شده است {۳}. این اختلال در زنان دو برابر مردان شیوع دارد و حداقل طول مدت برای تشخیص‌گذاری اضطراب فراگیر ۶ ماه است {۴}. سیر این اختلال نوسان‌دار است و در صورت درمان نشدن پیش‌آگهی آن ضعیف خواهد بود. همچنین، پیش‌بینی‌کننده قوی اختلال‌های ثانویه بعدی از جمله اختلالات افسردگی عمده می‌باشد {۵}.

مطابق با مطالعات و پژوهش‌های روان‌شناختی تنظیم هیجان، عامل مهم و تأثیرگذار در افزایش سلامت روانی افراد و بهبود عملکرد است و نقص در آن موجب ایجاد اختلالات درون‌ریز و برون‌ریز می‌شود {۶}. تنظیم هیجان فرآیندی است که از طریق آن افراد می‌توانند هیجان‌های خود را به صورت هشیار یا ناهشیار تعدیل کنند {۷}. تنظیم هیجان به گروهی از راهبردها گفته می‌شود که دربردارنده شیوه‌های پاسخ‌دهی، کنترل هیجان‌ها و توانایی تنظیم حالت‌های روان‌شناختی و اجتماعی است {۸}. نقص در تنظیم هیجان عاملی مهم در مدل آسیب‌شناسی روانی برای اختلالاتی مانند اختلال شخصیت مرزی، اختلال افسردگی عمده، اختلال دوقطبی، اختلال اضطراب فراگیر، اختلال اضطراب اجتماعی، اختلالات خوردن، اختلالات مرتبط با سوء مصرف مواد و الکل مطرح شده است {۹}. همچنین، در بسیاری از ملاک‌های تشخیصی مطرح شده برای اختلالات روانی در DSM-5 به وضوح به مشکلاتی در تنظیم هیجان افراد اشاره شده است. برای مثال، ملاک اجتناب مدام از محرک‌های مرتبط با آسیب در اختلال استرس پس از سانحه، واکنش‌های متناوب خشم در اختلال شخصیت پارانوئید، مشکلات کنترل تکانه در سوء مصرف مواد، ترس از اضافه شدن وزن در اختلال بی‌اشتهایی عصبی و خلق تحریک‌پذیر، شدید و نوسانی در اختلال دوقطبی، همگی به مشکلات افراد در تنظیم هیجان اشاره می‌کند {۱۰}. در مدل بدتنظیمی هیجانی اختلال اضطراب فراگیر به نظر می‌رسد افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر دچار نقص در تنظیم هیجان‌ها خود هستند؛ به گونه‌ای که افراد در کنترل احساس اضطراب ناتوان‌اند. این اختلال با نقص در تجربه و تنظیم هیجان مشخص می‌شود و افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر در چهار مؤلفه شدت هیجان‌ها، فهم ضعیف هیجان‌ها، واکنش منفی نسبت به هیجان‌ها و راهبردهای نابهنجار مدیریت هیجان‌ها نقص دارند {۱۱}. نتایج پژوهش‌ها حاکی از آن است که بین بدتنظیمی هیجانی، نگرانی آسیب‌شناختی و علائم اختلال اضطراب فراگیر رابطه وجود دارد. تنظیم هیجان موجب کاهش نشانگان افسردگی، استرس، اضطراب و همچنین تحریک‌پذیری در افراد می‌شود. افرادی که از راهبردهای تنظیم هیجان استفاده می‌کنند در مقایسه با افرادی که این راهبردها را آموزش ندیده‌اند از بهزیستی

^۱ Generalized Anxiety Disorder (GAD)

روانی بالاتر و همچنین بهبود خلق منفی برخوردار هستند {۱۲، ۱۳، ۱۴} و افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر با استفاده از راهبردهای مثبت تنظیم هیجان، اضطراب و نگرانی خود را کاهش می‌دهند {۱۵}.

از دیگر متغیرهای بسیار مهم که در در مبتلایان به اختلال اضطراب فراگیر دیده می‌شود تحریک پذیری است. تحریک پذیری نشانه آزارنده‌ای است که در صورت کنترل نشانگان آن کمک شایانی به مبتلایان می‌شود. تحریک پذیری نوعی احساس پریشانی و هیجان خشم یا ناامیدی است و به معنای تمایل افراد برای واکنش نشان دادن به احساسات پرخاشگرانه، تکانشگری و خصومت طلبی تعریف شده است {۱۶}. به نظر می‌رسد یک عامل فیزیولوژیکی در فعالیت ساختاری مغز مبتلایان به GAD وجود دارد به گونه‌ای که فعالیت لوب آهیانه‌ای راست غیرطبیعی است. همچنین در تصویربرداری (fMRI) یک تغییر در اتصالات عملکردی کورتکس آهیانه‌ای خلفی^۳ در مبتلایان به GAD مشاهده شده است که این نقص فیزیولوژیکی موجب تغییرات خلقی شامل عدم تنظیم هیجانات منفی می‌شود که این عامل به نوبه‌ی خود باعث افزایش تحریک‌پذیری در مبتلایان به اختلال اضطراب فراگیر می‌شود {۱۷}.

از جمله متغیرهای تأثیرگذار دیگر بر اختلال اضطراب فراگیر، تاب‌آوری^۴ است. تاب‌آوری به‌عنوان ظرفیتی برای مقاومت در شرایط تهدیدآمیز و استرس‌زا و بازگشت به حالت اصلی پس از تجربه یک آسیب روانی تعریف می‌شود که موجب سازگاری بیشتر افراد با نیازها و تهدیدهای آسیب‌زای زندگی می‌گردد و افزایش سلامت روان فرد را در بردارد {۱۸}. افراد تاب‌آور، انعطاف‌پذیری بیشتری در مقابل رویدادهای آسیب‌زای زندگی از خودشان بروز می‌دهند. در حالی که افراد با تاب‌آوری پایین توانایی کم‌تری در سازگاری و وفق دادن خودشان با تغییرات محیطی و آسیب‌های احتمالی دارند و با سرعت کم‌تری می‌توانند به شرایط عادی بازگردند {۱۹}. نتایج پژوهش‌های بیشماری حاکی از آن است که تاب‌آوری نقش میانجی بسیار مهمی در بروز اختلالات روانی دارد {۲۰}. به نظر می‌رسد مبتلایان به اختلال اضطراب فراگیر هنگامی که درگیر هیجانات ناخوشایند مانند اضطراب می‌شوند، وقایع روزمره زندگی را بیش از حد تهدیدکننده برآورد می‌کنند و در این هنگام کنترل هیجانات منفی از دستشان خارج می‌شود و به تبع آن تاب‌آوری‌شان نیز دستخوش تغییرات منفی می‌شود و بازگشت به شرایط طبیعی زندگی را برای این افراد دوچندان مشکل می‌کند {۲۱}.

یکی دیگر از مشکلات افراد مبتلا به GAD نگرانی^۵ است. افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر از نگرانی به عنوان یک مکانیسم دفاعی شناختی برای تنظیم واکنش‌های عاطفی‌شان نسبت به محرک‌های تهدید برانگیز استفاده می‌کنند و چون این افراد در موقعیت این‌جا و اکنون زندگی نمی‌کنند؛ نگرانی، هیجان‌اتشان را دستخوش تغییرات منفی می‌کند {۲۲}. در مدل الگوی اجتناب تقابلی نگرانی، افراد دارای اضطراب فراگیر به صورت آگاهانه نگرانی را در خودشان ایجاد می‌کنند تا از رویارویی با هیجانات منفی جلوگیری کنند. این افراد پس از قرارگیری در یک موقعیت مثبت، از مواجهه شدن با موقعیت منفی یا خنثی اجتناب می‌کنند و برای عدم رویارویی با موقعیت منفی از مکانیسم نگرانی که با عاطفه منفی همراه است استفاده می‌کنند {۲۳}. بررسی‌های صورت گرفته شده نشان می‌-

^۳ Functional magnetic resonance imaging^۴ Posterior Parietal Cortex^۵ Resilience^۶ Worry

دهد بین مکانیسم نگرانی و اختلالات شناختی رابطه مثبت و معناداری وجود دارد به گونه‌ای که افزایش نگرانی موجب افزایش پریشانی و اختلال اضطراب فراگیر می‌شود {۲۴}.

بنابراین با توجه به موارد بیان شده اختلال اضطراب فراگیر به سبب شیوع بالای خود و تأثیرات جدی بر سلامت روانی جامعه مسئله‌ای مهم و درخور توجه است. این اختلال، چون در ماهیت خود مزمن است، به گونه‌ای ابعاد گسترده‌ای از زندگی افراد مبتلا را مختل می‌کند، و اگر به موقع و به شکل صحیح درمان نشود، می‌تواند به طور جدی سلامت روانی فرد را تحت تأثیر قرار دهد. در این راستا، نیازمند تکنیک‌ها و روش‌های درمانی جدید و مؤثر هستیم تا هم کیفیت زندگی افراد مبتلا بهبود یابد و هم تأثیرات منفی اقتصادی و اجتماعی کاهش پیدا کند. یکی از این درمان‌ها پروتکل یکپارچه (UP) است. پروتکل یکپارچه (UP) درمانی فراتشخیصی برای بهبود و کاهش نشانگان اختلالات عاطفی و هیجانی است. این درمان متمرکز بر تنظیم احساسات است و برگرفته از مؤلفه‌های درمان شناختی رفتاری (CBT) است. این مؤلفه‌ها احساسات منفی بیماران و واکنش‌های ناگهانی به احساسات را هنگامی که رخ می‌دهند، هدف قرار می‌دهد. نقاط قوت بالقوه رویکرد فراتشخیصی یکپارچه شامل قابلیت اجرا برای اختلالات گوناگون، راهبردهای مؤثر و کارآمد برای رسیدگی به اختلالات همبود همراه، ساده‌سازی مدل‌های درمان برای اختلالات عاطفی چندگانه، سهولت یادگیری و آموزش برای درمانگران تازه‌کار و درمان‌های خاص اختلال موجود و کاهش هزینه در مقایسه با مدل‌های مختلف درمانی دیگر است {۲۵}. درمان فراتشخیصی یکپارچه بر کاهش نشانگان اختلال اضطراب فراگیر، تنظیم خواب، بهبود عملکرد و تنظیم هیجان مبتلایان به اختلال اضطراب فراگیر تأثیر معناداری دارد {۲۸، ۲۷، ۲۶}. افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر در درمان فراتشخیصی یکپارچه (UP) می‌آموزند حس‌های بدنی حاصل از تحریک‌پذیری را ادراک نمایند و با انجام تمرینات رفتاری و مواجهه مکرر با حس‌های بدنی، موفق به تنظیم هیجانات منفی خود و کاهش بی‌قراری و تحریک‌پذیری شوند {۲۹}. به علاوه افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر با استفاده از تکنیک‌های درمان فراتشخیصی یکپارچه و فراگرفتن راهبردهای مقابله با اجتناب هیجانی می‌آموزند که در صورت داشتن هیجانات منفی به تنظیم هیجاناتشان بپردازند و این امر منجر به افزایش تاب‌آوری و سازگاری موفقیت‌آمیز با محیط زندگی‌شان می‌شود {۳۰}. همین‌طور نتایج پژوهش‌ها حاکی از آن است که درمان فراتشخیصی یکپارچه (UP) و درمان‌های شناختی رفتاری بر کاهش نگرانی مبتلایان به اضطراب فراگیر تأثیر معناداری دارد {۳۱، ۳۲}. با توجه به شیوع بالای اختلال اضطراب فراگیر و تحت تأثیر قرار دادن سلامت روانی جامعه و از آن‌جا که این اختلال یک اختلال اضطرابی مزمن است که ابعاد بسیار گسترده‌ای از زندگی مبتلایان را تحت الشعاع قرار می‌دهد و در صورت عدم درمان ممکن است موجب کاهش سلامت روان افراد شود، لازم است تا روش‌های درمانی مؤثر و جدیدی جهت درمان این اختلال به کار برده شود. در نتیجه علاوه بر کاهش رنج این افراد و خانواده‌هایشان، هزینه‌های اجتماعی و اقتصادی تحمیل شده بر جامعه را نیز می‌توان کاهش داد. برای درمان اختلال اضطراب فراگیر (GAD)، درمان‌های موج سوم همچون درمان‌های شناختی-رفتاری (CBT)، درمان پذیرش و تعهد (ACT) و درمان فراتشخیصی یکپارچه (UP) وجود دارد. درمان ACT قدرت مشاهده بدون قضاوت و بزرگ‌نمایی و پذیرش هیجان‌ها، افکار و احساسات منفی را در درمانجویان تقویت می‌کند اما مانند درمان (UP) به افراد آگاهی و رویارویی با هیجانات بدنی‌شان را آموزش نمی‌دهد {۳۳}. اگرچه CBT به عنوان روش اصلی درمانی برای اختلال اضطراب فراگیر شناخته شده است {۳۴} ولی یک مطالعه فراتحلیل جدید که با هدف بررسی درصد بهبود در CBT برای اختلالات اضطرابی انجام شده است، حاکی از آن است که میزان بهبودی به طور میانگین ۵۱٪ بوده است {۳۵}. درمان فراتشخیصی یکپارچه (UP) نسبت به درمان‌های پیشین، بیش از درمان‌های دیگر متمرکز بر شناسایی هیجانات ناسازگارانه است که به مبتلایان اختلالات اضطرابی کمک کند تا بتوانند هیجانات ناخوشایندشان را تنظیم نمایند، هیجانات منفی‌شان را بپذیرند و آن‌ها را تحمل نمایند تا در نهایت بتوانند هیجاناتشان را تنظیم کنند؛ در این صورت تحریک‌پذیری و نگرانی افراد کاهش می‌یابد، تاب‌آوری افزایش می‌یابد در نهایت علائم اختلال

اضطراب فراگیر کاهش می‌یابد. در این درمان هدف اصلی از بین بردن علائم اختلال و هیجانات منفی نمی‌باشد بلکه هدف کاهش و تعدیل بار منفی هیجانات آزاردهنده است که مبتلایان را قادر می‌سازد تا این هیجانات را کنترل نمایند {۳۵،۳۴}. پژوهش‌های پیشین، اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه را بر اختلالات اضطرابی همچون اختلال اضطراب فراگیر نشان داده‌اند و نتایج حاکی از اثرگذاری این درمان بر هیجانات منفی، احساسات بدنی ناخوشایند مبتلایان همچون تحریک پذیری و بی‌قراری می‌باشد {۳۷،۳۶}. علیرغم درمان‌های موجود، تعداد قابل توجهی از بیماران همچنان چالش‌های قابل توجهی در مدیریت علائم خود تجربه می‌کنند. پروتکل یکپارچه فراتشخیصی (UP) ، با تمرکز بر تنظیم هیجان، می‌تواند فهم ما را از نحوه تعامل متغیرهای مختلف مانند تحریک‌پذیری، تاب‌آوری و نگرانی بهبود بخشد و راه‌کارهای موثرتری برای مداخلات درمانی ارائه دهد. اگرچه اثربخشی این درمان در تعدیل نگرانی و کاهش نشانه‌های اضطراب فراگیر به خوبی شناخته شده است، اما تأثیر آن بر متغیرهای دیگری نظیر تحریک‌پذیری و تاب‌آوری کمتر مورد توجه قرار گرفته است. تحریک‌پذیری و تاب‌آوری به عنوان عوامل مؤثر در تجربیات روزمره بیماران با اضطراب فراگیر، نقش مهمی در کیفیت زندگی و پاسخ به درمان دارند. با شناخته شدن تأثیرات پروتکل UP بر این متغیرها، می‌توان به بهینه‌سازی و تکمیل این پروتکل پرداخت و در نتیجه، به ارتقاء کیفیت و اثربخشی درمان‌ها برای افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر کمک نمود. به علاوه استفاده از روش مطالعات موردی در این پژوهش، امکان مد نظر قرار دادن و بررسی دقیق و عمقی اثرات پروتکل UP بر این متغیرها را فراهم می‌آورد. این روش به ما این امکان را می‌دهد که نقاط قوت، ضعف، چالش‌ها و فرصت‌های این پروتکل را در مواجهه با متغیرها بررسی کنیم. بنابراین، این پژوهش می‌تواند پاسخ‌های جدید و مهمی به سوالات درمانی موجود و چالش‌های پیش رو ارائه دهد و در جهت توسعه دانش درمانی و پژوهشی موجود گام‌های معناداری بردارد. لذا هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه بر تنظیم هیجان، تحریک‌پذیری، تاب‌آوری و نگرانی در مبتلایان به اختلال اضطراب فراگیر بود.

روش

پژوهش حاضر یک طرح آزمایشی، از نوع تک آزمودنی (موردی) با خط پایه چندگانه ABAB است. جامعه آماری در این پژوهش تمامی افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر مراجعه‌کننده به کلینیک مشاوره و روانشناسی آروین در شهر تهران در بهمن و اسفند ماه سال ۱۴۰۰ می‌باشند. در نمونه آماری پژوهش، تعداد ۳ نفر به روش نمونه‌گیری داوطلبانه در دسترس برای اهداف پژوهشی انتخاب شدند. ملاک‌های ورود به پژوهش: (۱) داشتن حداقل ۱۸ سال سن (۲) داشتن حداقل تحصیلات دیپلم (۳) تشخیص ابتلا به اختلال اضطراب فراگیر بر اساس نظر روان‌شناس بالینی (۴) دریافت تشخیص اضطراب فراگیر در پرسشنامه اختلال اضطراب فراگیر (۵) نداشتن تشخیص سایر اختلالات روانی، جسمانی و شخصیتی شدید بر اساس نظر روان‌شناس بالینی (۶) عدم مصرف مواد روان‌گردان (۷) عدم دریافت آموزش‌های روان‌درمانی دیگر به‌طور هم‌زمان. در این پژوهش ابتدا از آزمودنی‌ها مصاحبه بالینی بر اساس ملاک‌های پنجمین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-5) انجام شد، پس از آن که تشخیص اضطراب فراگیر، زیر نظر روان‌شناس بالینی قطعی شد، تعداد ۳ آزمودنی به روش نمونه‌گیری داوطلبانه در دسترس انتخاب شدند و تعداد ۱۲ جلسه پروتکل یکپارچه (UP) طی مدت ۳ ماه، به صورت هفته‌ای ۱ جلسه و در مدت زمان ۴۵ تا ۶۰ دقیقه اجرا شد. پیش از شروع درمان از آزمودنی‌ها خط پایه گرفته شد و سپس در جلسات ۳، ۶، ۹، ۱۲ و پیگیری یک ماهه، آزمودنی‌ها به تکمیل مجدد پرسشنامه‌ها پرداختند. آزمودنی‌ها در مرحله خط پایه، مرحله مداخله و یک ماه پس از درمان مورد آزمون قرار گرفتند تا میزان ثبات اثربخشی درمان مورد بررسی قرار بگیرد. در پژوهش حاضر برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه‌های زیر استفاده شد:

۱. مقیاس ۷ سؤالی اضطراب فراگیر^۷: پرسشنامه ۷ سؤالی اختلال اضطراب فراگیر توسط اسپیتزر، کرونک، ویلیامز و الو به عنوان یک مقیاس تشخیصی کوتاه که بتواند موارد احتمالی اختلال اضطراب فراگیر را شناسایی کند تهیه شده است. این مقیاس دارای ۷ سؤال است که هر یک از سؤالات از ۰ تا ۳ نمره گذاری می‌شوند و گستره‌ی نمرات مقیاس از ۰ تا ۲۱ است. همسانی درونی GAD- Seven، ۰/۹۲ و پایایی بازآزمایی آن نیز خوب است (۰/۸۳) {۳۸}. بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس GAD- Seven بر روی جمعیت ایرانی، نشان داد: ضریب آلفای کرونباخ آزمون ۰/۸۵ و پایایی ناشی از دو بار اجرای این مقیاس در این نمونه ۰/۴۸ بود. درستی روایی همگرا پرسشنامه با پرسشنامه‌های اضطراب بک (۰/۷۲)، چک لیست نشانه‌های روانی ۹۰ سؤالی (۰/۷۴) و پرسشنامه زمینه‌یابی سلامت و ابعاد آن (بین ۰/۳۰ برای بعد عملکرد جسمی و ۰/۷۵ برای بعد سلامت روانی) مورد بررسی قرار گرفته است. در پژوهشی بر روی دانشجویان ایرانی و نمونه بالینی، نتایج تحلیل عاملی اکتشافی حاکی از وجود یک عامل با درصد تبیین ۵۳ درصد گزارش شده است. ضریب همبستگی مقیاس کوتاه اختلال اضطراب فراگیر با پرسشنامه اضطراب حالت-صفت اسپیلبرگر ۰/۷۱ (برای حالت) و ۰/۵۲ (برای صفت) و با خرده مقیاس اضطراب ۱۲ ماده‌ای از چک لیست نشانه‌های بالینی ۰/۶۳ بدست آمده است {۳۹}.

۲. پرسشنامه تنظیم هیجان گراس و جان^۸: این پرسشنامه به منظور اندازه‌گیری راهبردهای تنظیم هیجان توسط گراس و جان تدوین شده است. پرسشنامه مشتمل بر دو خرده مقیاس ارزیابی مجدد با ۶ گویه و سرکوبی با ۴ گویه است. شرکت کنندگان در یک مقیاس لیکرت ۷ درجه‌ای از به شدت مخالفم (با نمره ۱) تا به شدت موافقم (با نمره ۷) پاسخ می‌دهند. سؤالات ۲، ۴، ۶، و ۹ پرسشنامه بعد سرکوبی را مورد سنجش قرار می‌دهند و بقیه سؤالات تنظیم ارزیابی مجدد را مورد سنجش قرار می‌دهند. در پژوهش گراس و جان همسانی درونی برای ارزیابی مجدد ۰/۷۹ و سرکوبی ۰/۷۳ به دست آمده است. کاریمان و وینگرهوتس در سال ۱۳۹۱ همبستگی درونی را برای ارزیابی مجدد ۰/۸۳ و برای سرکوبی ۰/۷۹ گزارش کرده‌اند. در ایران حسینی و خیر در سال ۱۳۸۹ میزان ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۹ برای ارزیابی مجدد گزارش کرده‌اند و مقدار آلفای کرونباخ برای ارزیابی مجدد ۰/۸۳ و سرکوبی ۰/۷۹ به دست آمده است {۴۰}. روایی درونی این مقیاس در دانشگاه میلان، برای ارزیابی مجدد از ۰/۴۸ تا ۰/۶۸ و برای سرکوبی ۰/۴۲ تا ۰/۶۳ به دست آمده است {۴۱}. در ایران نیز تاشک مشخصات روانسنجی این مقیاس را به دست آورده است. در این مطالعه آلفای کرونباخ مقیاس ارزیابی مجدد ۰/۸۷ و مقیاس سرکوبی ۰/۹۰ به دست آمد {۴۲}.

۳. پرسشنامه تحریک‌پذیری (IRQ)^۹: این مقیاس توسط کریگ هیتانن مارکووا و بریوس در سال ۲۰۰۸ ساخته و اعتبار یابی شده است. این پرسشنامه بر اساس لیکرت ۴ درجه‌ای نمره گذاری شده است. بدین گونه که می‌توان به هر سؤال از صفر (اصلاً) تا ۳ (زیاد) نمره داد. دامنه نمرات برای این آزمون از صفر تا ۶۳ است نمره بالاتر از ۴۲ نشان‌دهنده تحریک‌پذیری بالا و نمره پایین‌تر از آن نشان‌دهنده‌ی تحریک‌پذیری پایین است. هیچ‌کدام از عبارات‌های این پرسشنامه نمره معکوس ندارد. در پایان نمره‌گذاری برای هر پرسشنامه یک نمره کل در نظر گرفته می‌شود که جمع نمرات کلیه عبارات‌های آزمون باهم خواهد بود. ضریب آلفای کرونباخ نسخه اصلی برای کل آزمون ۰/۹۰ و بین دو نیمه آزمون برابر با ۰/۷۸ است و اعتبار این آزمون پس از گذشت دو هفته ۰/۸۲ به دست آمد. این

^۷ Seven-GAD

^۸ Gross and John Emotion Regulation Questionnaire

^۹ Irritability Questionnaire

پرسشنامه در ایران توسط پورافروز، ستایشی، الله بیگدلی و پدram در سال ۱۳۹۹ ترجمه شده و پایایی آن با استفاده از روش محاسبه ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۷ به دست آمده است. نتایج نشان می‌دهد که نسخه ترجمه شده پرسشنامه تحریک‌پذیری از پایایی و روایی خوبی برخوردار است {۴۳}.

۴. مقیاس تاب‌آوری^{۱۰}: این مقیاس توسط کانر و دیویدسون در سال ۲۰۰۳ جهت سنجش میزان تاب‌آوری افراد طراحی شده است. این مقیاس دارای ۲۵ گویه است که پاسخ آزمودنی‌ها بر روی یک مقیاس ۴ درجه‌ای لیکرت از کاملاً نادرست (صفر) تا همیشه درست (۴) مشخص می‌گردد. امتیاز کل در این آزمون از ۰ تا ۱۰۰ است. در این مقیاس نمرات بالاتر نشان دهنده تاب‌آوری بیشتر در شخص می‌باشد. کانر و دیویدسون ثبات درونی مقیاس تاب‌آوری را با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۸۹ و قابلیت اعتماد بازآزمایی آن را ۰/۸۷ گزارش نمودند {۴۴}. نسخه فارسی مقیاس تاب‌آوری در پژوهش‌های داخلی از اعتبار (روایی) مناسب برخوردار است. همچنین پایایی (ثبات) مقیاس از طریق تحلیل عاملی اکتشافی بررسی شده است و نتایج قابل اطمینان گزارش شده است {۴۵}.

۵. پرسشنامه نگرانی ایالتی پنسیلوانیا (PSWQ^{۱۱}): پرسشنامه نگرانی ایالتی پنسیلوانیا توسط میر، میلر، متزگر و بورکوک ساخته شده است که ۱۶ گویه دارد و نگرانی شدید، مفرط و غیرقابل کنترل را اندازه می‌گیرد. مقیاس پاسخگویی به سؤالات بر اساس لیکرت ۵ درجه‌ای است، به هر سؤال نمره ۱ (کاملاً مخالفم) تا ۵ (کاملاً موافقم) تعلق می‌گیرد. ۱۱ سؤال پرسشنامه به‌طور مثبت و ۵ سؤال آن (سؤالات ۱، ۳، ۸، ۱۰ و ۱۱) به‌طور منفی نمره‌گذاری می‌شود. دامنه‌ی نمرات پرسشنامه بین ۱۶ تا ۸۰ است که نمره‌ی بیشتر نشان‌دهنده‌ی شدت بیشتر نگرانی است. ضرایب آلفای کرونباخ و پایایی بازآزمایی پس از ۴ هفته، ۰/۹۳ بود {۴۶}. ضریب همبستگی این آزمون با متغیرهای افسردگی، اضطراب و عزت نفس معنادار گزارش شده است. این پرسشنامه در ایران هنجاریابی شده است و ضریب همبستگی این پرسشنامه با اضطراب صفت ۰/۶۸ و با افسردگی ۰/۴۳ است که بیان‌کننده روایی هم‌گرایی پرسشنامه نگرانی است. همچنین ضریب آلفای کرونباخ ۰/۶۵ گزارش شده است {۴۷}.

روند اجرای پژوهش: پروتکل UP برای درمان اختلالات هیجانی طراحی شده است. به‌طور کلی، این گروه از اختلال‌ها شامل اختلالات اضطرابی و خلقی، مانند اختلال هراس با یا بدون آگروفوبیا، اختلال اضطراب اجتماعی، اختلال اضطراب فراگیر، اختلال استرس پس از سانحه، اختلال وسواسی اجباری و افسردگی می‌شود. این برنامه همچنین برای رسیدگی به اختلالات نزدیک به اختلالات هیجانی مانند هیپوکندریا و دیگر مشکلات مرتبط با اضطراب بیش‌ازحد در مورد نگرانی‌های بهداشتی و همچنین بسیاری از اختلالات که در آن تجربه یک شکایت اصلی است، طراحی شده است. در ادامه خلاصه جلسات درمانی در جدول شماره ۱ آورده شده است.

^{۱۰} Resilience scale^{۱۱} Penn State Worry Questionnaire

جدول ۱. خلاصه جلسات دوازده گانه درمان فراتشخیصی یکپارچه (بارلو، ۲۰۱۷)، {۴۸}

جلسات	اهداف	محتوا	تمرین	نتیجه
جلسه نخست	افزایش انگیزه و ارائه منطق درمان	افزایش انگیزه، مصاحبه‌ی انگیزشی برای مشارکت و درگیری بیماران در طی درمان، ارائه‌ی منطق درمان و تعیین اهداف درمان و اجرای پیش‌آزمون	-	-
جلسه دوم	شناخت هیجانات	ارائه آموزش روانی، بازشناسی هیجان‌ها و ردیابی تجارب هیجانی و آموزش مدل سه مؤلفه‌ای تجارب هیجانی و مدل ^{۱۲} ARC	بازنویسی هیجانات منفی و مثبت	بازنگری در ابراز هیجانات
جلسه سوم و چهارم	پذیرش هیجانات و آگاهی از آن‌ها	آموزش آگاهی هیجانی؛ یادگیری مشاهده‌ی هیجانی (هیجان‌ها و واکنش‌های هیجان‌ها) با استفاده از تکنیک‌های ذهن آگاهی	استفاده از نظر و دیدگاه نزدیک‌ترین شخص در مورد هیجانات	دیدن هیجانات منفی و پذیرش بدون قضاوت آن‌ها
جلسه پنجم	باز ارزیابی هیجانات	ارزیابی و ارزیابی مجدد شناختی؛ ایجاد آگاهی از تأثیر ارتباط متقابل بین افکار و هیجان‌ها، شناسایی ارزیابی‌های ناسازگارانه اتوماتیک و تله‌های شایع فکری و ارزیابی مجدد شناختی و افزایش انعطاف‌پذیری در تفکر	قبل از ابراز هیجان شناخت و بازنگری آن در منزل	مواجهه با هیجانات منفی و مقابله با آن‌ها
جلسه ششم	اجتناب هیجانی و تأثیرات آن	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	تمرین مواجهه با هیجانات منفی و مقابله منطقی و تحلیل محتوای هیجانات در منزل	اجتناب از هیجانات منفی
جلسه هفتم	شناخت رفتارهای مرتبط با هیجان	بررسی رفتارهای ناشی از هیجان، آشنایی و شناسایی رفتارهای ناشی از هیجان و درک تأثیر آن‌ها روی تجارب هیجانی، شناسایی (EDB) ^{۱۳} ناسازگارانه و ایجاد گرایش‌های عمل جایگزین به واسطه‌ی رویارویی با رفتارها	-	اجتناب از رفتارهای تخریب‌کننده مبتنی بر هیجانات
جلسه هشتم	جستجوی احساسات بدنی	آگاهی و تحمل احساس‌های جسمانی؛ افزایش آگاهی از نقش احساس‌های جسمانی در تجارب هیجانی، انجام تمرین‌های مواجهه و رویارویی احشایی به منظور آگاهی از احساس‌های جسمانی و افزایش تحمل این علائم	تکنیک پویای بدن و تمرین در منزل	پذیرش احساسات منفی بدنی
جلسه نهم، دهم و یازدهم	منطق رویارویی با هیجانات	رویارویی با هیجان مبتنی بر موقعیت؛ آگاهی یافتن از منطق رویارویی، آموزش نحوه‌ی تهیه سلسله‌مراتب ترس و اجتناب و طراحی تمرین‌های مواجهه‌ی هیجانی مکرر و اثربخش به صورت تجسمی و عینی و ممانعت از اجتناب	برگه سلسله‌مراتب ترس و تکمیل در منزل	رویارویی با احساساتی نظیر ترس و اضطراب
جلسه دوازدهم	نتیجه‌گیری	مرور کلی مفاهیم درمان و بحث درباره‌ی بهبودی و پیشرفت‌های درمانی، پیشگیری از عود و اجرای پس‌آزمون	-	-

^{۱۲} Antecedent Reaction Consequence
^{۱۳} Emotion Drives Behavior

نتایج

در این پژوهش برای تجزیه و تحلیل داده‌ها و تعیین اثربخشی از تحلیل‌های درصد بهبودی، تحلیل‌های ترسیمی، اندازه اثر کوهن و درصد داده‌های ناهمپوش PND استفاده شد. مطالعات مختلف برای تفسیر شاخص اندازه اثر کوهن، درصد بهبودی بالای ۵۰ برای درصد بهبودی و مقدار ۰/۴۱ را به‌عنوان حداقل میزان اندازه اثر، ۱/۱۵ را به‌عنوان اندازه اثر متوسط و ۲/۷۰ را به‌عنوان اندازه اثر بزرگ پیشنهاد کرده‌اند. برای تفسیر درصد داده‌های ناهمپوش، درصد بالای ۰/۵۰ را حجم اثر بسیار پایین، بین مقادیر ۰/۵۰ تا ۰/۷۵ را حجم اثر متوسط و مقدار ۰/۷۵ را اندازه اثر بسیار بالا پیشنهاد کرده‌اند. برای تفسیر تعیین ثبات روند و تحلیل دیداری درون موقعیتی از هفت مرحله گاست و اسپریگز استفاده شد. طبق اطلاعات دموگرافیک جنسیت هر ۳ آزمودنی زن بوده است، در رنج سنی بین ۳۰-۲۵ قرار داشتند، هر ۳ آزمودنی مجرد بوده‌اند و آزمودنی سوم دارای شغل بوده است.

جدول ۲. نمرات آزمودنی‌ها در طی خط پایه، دوره مداخله و پیگیری ۱ ماهه در متغیرهای تنظیم هیجان، تحریک‌پذیری، تاب‌آوری، نگرانی و اختلال اضطراب فراگیر.

درصد بهبود کلی	پیگیری	سنجش ۱۲	سنجش ۹	سنجش ۶	سنجش ۳	خط پایه	متغیر	آزمودنی
۵۸٪	۷	۹	۱۱	۱۴	۱۶	۱۷	اضطراب فراگیر	اول
۵۶٪	۵۰	۴۸	۴۵	۴۱	۳۶	۳۲	تنظیم هیجان	
۵۳٪	۲۱	۲۳	۲۹	۳۷	۴۲	۴۵	تحریک‌پذیری	
۵۴٪	۴۸	۴۷	۴۲	۳۷	۳۴	۳۱	تاب‌آوری	
۵۲٪	۳۰	۳۲	۴۵	۵۳	۶۱	۶۳	نگرانی	
۵۵٪	۸	۸	۱۱	۱۴	۱۶	۱۸	اضطراب فراگیر	دوم
۵۴٪	۵۴	۵۳	۴۷	۴۴	۳۹	۳۵	تنظیم هیجان	
۵۱٪	۲۳	۲۳	۲۹	۳۸	۴۴	۴۷	تحریک‌پذیری	
۵۱٪	۵۰	۵۱	۴۴	۳۹	۳۵	۳۳	تاب‌آوری	
۵۲٪	۳۱	۳۳	۴۲	۵۲	۶۰	۶۵	نگرانی	
۵۷٪	۸	۹	۱۱	۱۴	۱۷	۱۹	اضطراب فراگیر	سوم
۶۰٪	۵۳	۵۲	۴۷	۴۱	۳۶	۳۳	تنظیم هیجان	
۵۱٪	۲۵	۲۷	۳۴	۴۰	۴۶	۵۲	تحریک‌پذیری	
۵۱٪	۵۳	۵۲	۴۹	۴۵	۳۹	۳۵	تاب‌آوری	
۵۱٪	۳۰	۳۳	۴۵	۵۳	۵۹	۶۲	نگرانی	

(>۵۰). میزان درصد بهبود کلی متغیر تاب‌آوری در آزمودنی اول ۵۰٪، در آزمودنی دوم ۵۲٪ و در آزمودنی سوم ۵۰٪ بوده است. این میزان درصد بهبودی در متغیر تاب‌آوری در هر ۳ آزمودنی درصد معناداری را نشان می‌دهد (>۵۰). همچنین درصد بهبود کلی متغیر نگرانی در آزمودنی اول ۵۳٪، در آزمودنی دوم ۶۶٪ و در آزمودنی سوم ۵۸٪ بوده است. این میزان درصد بهبودی در متغیر نگرانی در هر ۳ آزمودنی درصد معناداری را نشان می‌دهد (>۵۰).

نتایج داده‌های حاصل از جدول ۲ نشان می‌دهد درصد بهبود کلی اضطراب فراگیر در اثر درمان با پروتکل UP در آزمودنی اول ۵۸٪، در آزمودنی دوم ۵۵٪ و در آزمودنی سوم نیز ۵۷٪ بوده است. این میزان درصد بهبودی در متغیر اضطراب فراگیر در هر ۳ آزمودنی درصد معناداری را نشان می‌دهد (>۵۰). میزان درصد بهبود کلی متغیر تنظیم هیجان در آزمودنی اول ۵۱٪، آزمودنی دوم ۵۰٪ و در آزمودنی سوم ۵۰٪ بوده است. این میزان درصد بهبودی در متغیر تنظیم هیجان در هر ۳ آزمودنی درصد معناداری را نشان می‌دهد (>۵۰). درصد بهبودی در متغیر تحریک‌پذیری در آزمودنی اول ۶۶٪، در آزمودنی دوم ۵۱٪ و در آزمودنی سوم ۵۲٪ بوده است. این میزان درصد بهبودی در متغیر تحریک‌پذیری در هر ۳ آزمودنی درصد معناداری را نشان می‌دهد

جدول ۳. شاخص‌های درصد بهبودی و اندازه اثر کوهن نمرات آزمودنی‌ها در متغیرهای تنظیم هیجان، تحریک‌پذیری، تاب‌آوری، نگرانی و اختلال اضطراب فراگیر.

آزمودنی	متغیر	میانگین خط پایه (MD)	میانگین مداخله (M2)	انحراف استاندارد مداخله (S)	درصد بهبودی مداخله	اندازه اثر کوهن (D1)	میانگین پیگیری (M3)	انحراف استاندارد پیگیری	درصد بهبودی پیگیری	اندازه اثر کوهن (D2)	اندازه اثر PND
اول	اضطراب فراگیر	۱۷	۱۲/۵	۳/۱۰	۲۶٪	۱/۴۵	۷	۳/۸۴	۵۸٪	۲/۶۰	۸۳٪
	تنظیم هیجان	۳۲	۴۲/۵	۵/۱۹	۳۲٪	۲/۰۳	۵۰	۵/۸۵	۵۶٪	۳/۰۷	۸۳٪
	تحریک‌پذیری	۴۵	۳۲/۷۵	۸/۴۱	۲۷٪	۱/۴۵	۲۱	۹/۳۶	۵۳٪	۲/۵۶	۸۳٪
	تاب‌آوری	۳۱	۴۰	۵/۷۱	۲۹٪	۱/۵۷	۴۸	۶/۳۶	۵۴٪	۲/۶۷	۸۳٪
دوم	نگرانی	۶۳	۴۷/۷۵	۱۲/۳۶	۲۴٪	۱/۲۳	۳۰	۱۳/۹۰	۵۲٪	۲/۳۵	۸۳٪
	اضطراب فراگیر	۱۸	۱۲	۳/۹۱	۳۳٪	۱/۵۳	۸	۳/۹۳	۵۵٪	۲/۵۴	۸۳٪
	تنظیم هیجان	۳۵	۴۵/۷۵	۵/۸۵	۳۰٪	۱/۸۳	۵۴	۶/۵۳	۵۴٪	۲/۹۰	۸۳٪
	تحریک‌پذیری	۴۷	۳۳/۵	۹/۳۲	۲۸٪	۱/۴۴	۲۳	۹/۶۳	۵۱٪	۲/۴۹	۸۳٪
سوم	تاب‌آوری	۳۳	۴۲/۲۵	۶/۸۹	۲۸٪	۱/۳۴	۵۰	۷/۱۲	۵۱٪	۲/۳۸	۸۳٪
	نگرانی	۶۵	۴۶/۷۵	۱۱/۷۵	۲۸٪	۱/۵۵	۳۱	۱۲/۸۷	۵۲٪	۴/۷۷	۸۳٪
	اضطراب فراگیر	۱۹	۱۲/۷۵	۳/۴۹	۳۲٪	۱/۷۹	۸	۳/۸۵	۵۷٪	۲/۸۵	۸۳٪
	تنظیم هیجان	۳۳	۴۴	۶/۹۷	۳۳٪	۱/۵۷	۵۳	۷/۵۳	۶۰٪	۲/۶۵	۸۳٪
سوم	تحریک‌پذیری	۵۲	۳۶/۷۵	۸/۱۳	۲۹٪	۱/۸۷	۲۵	۹/۱۷	۵۱٪	۲/۹۴	۸۳٪
	تاب‌آوری	۳۵	۴۶/۲۵	۵/۶۱	۳۲٪	۲	۵۳	۵/۹۲	۵۱٪	۳/۰۴	۸۳٪
	نگرانی	۶۲	۴۷/۵	۱۱/۲۳	۲۳٪	۱/۲۹	۳۰	۱۳/۰۸	۵۱٪	۲/۴۴	۸۳٪

متوسط ($2/70 < D < 1/15$) و در زیرمقیاس‌های تنظیم هیجان و نگرانی بالا گزارش شده است ($D > 2/70$). درصد بهبودی اضطراب فراگیر در آزمودنی سوم ۵۷٪ و اندازه اثر کوهن در زیرمقیاس‌های تنظیم هیجان و نگرانی متوسط ($2/70 < D < 1/15$) و در زیرمقیاس‌های اضطراب فراگیر، تحریک‌پذیری و تاب‌آوری بالا گزارش شده است ($D > 2/70$).

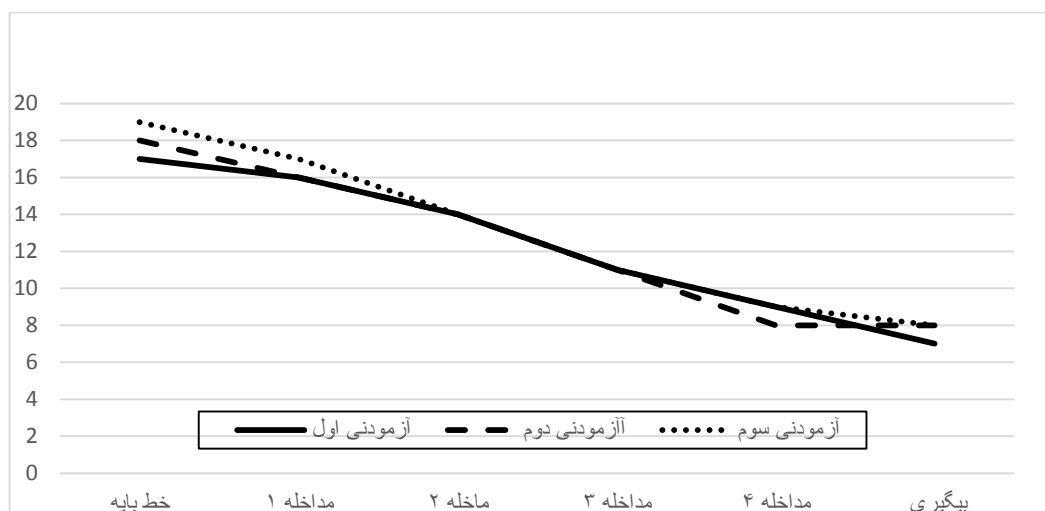
طبق نتایج حاصل از داده‌های جدول ۳ درصد بهبودی اضطراب فراگیر در آزمودنی اول ۵۸٪ و اندازه اثر کوهن در زیرمقیاس‌های اضطراب فراگیر، تحریک‌پذیری و تاب‌آوری و نگرانی متوسط ($2/70 < D < 1/15$) و در زیرمقیاس تنظیم هیجان بالا گزارش شده است ($D > 2/70$). درصد بهبودی اضطراب فراگیر در آزمودنی دوم ۵۵٪ و اندازه اثر کوهن در زیرمقیاس‌های اضطراب فراگیر، تحریک‌پذیری، تاب‌آوری

جدول ۴. متغیرهای تحلیل دیداری درون موقعیتی برای شرکت کنندگان در متغیر اضطراب فراگیر.

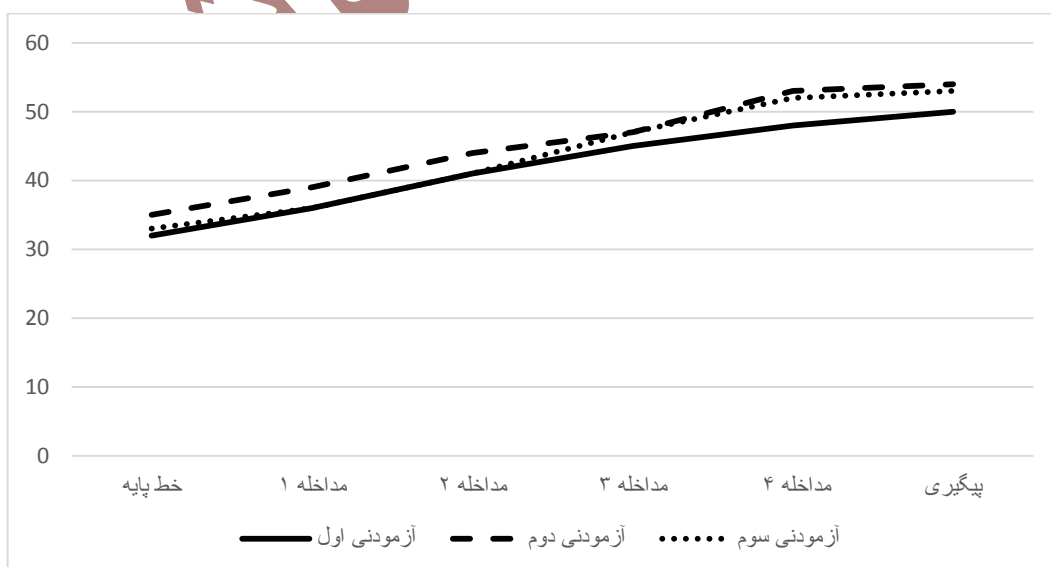
مرحله پیکیری			مرحله مداخله			مرحله خط پایه			توالی موقعیت
سوم	دوم	اول	سوم	دوم	اول	سوم	دوم	اول	شرکت کنندگان
۲	۲	۲	۴	۴	۴	۲	۲	۲	تعداد جلسات
طراز									
۸	۸	۷	۱۲/۷۵	۱۲	۱۲/۵	۱۹	۱۸	۱۷	میانہ
۸	۸	۷	۱۲/۷۵	۱۲	۱۲/۵	۱۹	۱۸	۱۷	میانگین
۹-۷	۹-۷	۸-۶	۱۷-۹	۱۶-۷	۱۶-۹	۲۰-۱۸	۱۹-۱۷	۱۸-۱۶	دامنه تغییرات
-۴/۶	۶/۹-۴/۶	۵/۸-۶/۴	-۲/۳	۹/۱۴-۶/۴	۱۵-۱۰	-۲/۸	-۴/۶	-۶/۴	محفظه ثبات
۶/۹			۱۰/۱۵			۱۵/۲۲	۱۴/۲۱	۱۳/۲۰	
۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۸۵	۹۰	۹۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	درصد داده‌های محفظه ثبات
بائثبات	بائثبات	بائثبات	بائثبات	بائثبات	بائثبات	بائثبات	بائثبات	بائثبات	دامنه تغییرات محفظه ثبات
تغییر طراز									
-۱	-۱	-۲	-۷	-۸	-۵	+۲	+۲	+۱	تغییر طراز نسبی
-۱	-۱	-۲	-۱۱	-۱۰	-۱۰	+۲	+۲	+۱	تغییر طراز مطلق
روند									
نزولی	نزولی	نزولی	نزولی	نزولی	نزولی	صعودی	صعودی	صعودی	جهت
بائثبات	بائثبات	بائثبات	بائثبات	بائثبات	بائثبات	بائثبات	بائثبات	بائثبات	ثبات
۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	درصد داده‌های محفظه ثبات

می‌توان گفت درمان فراتشخیصی یکپارچه (UP) تأثیر معناداری را در تنظیم هیجان، تحریک‌پذیری، تاب‌آوری و نگرانی در مبتلایان به اختلال اضطراب فراگیر دارد.

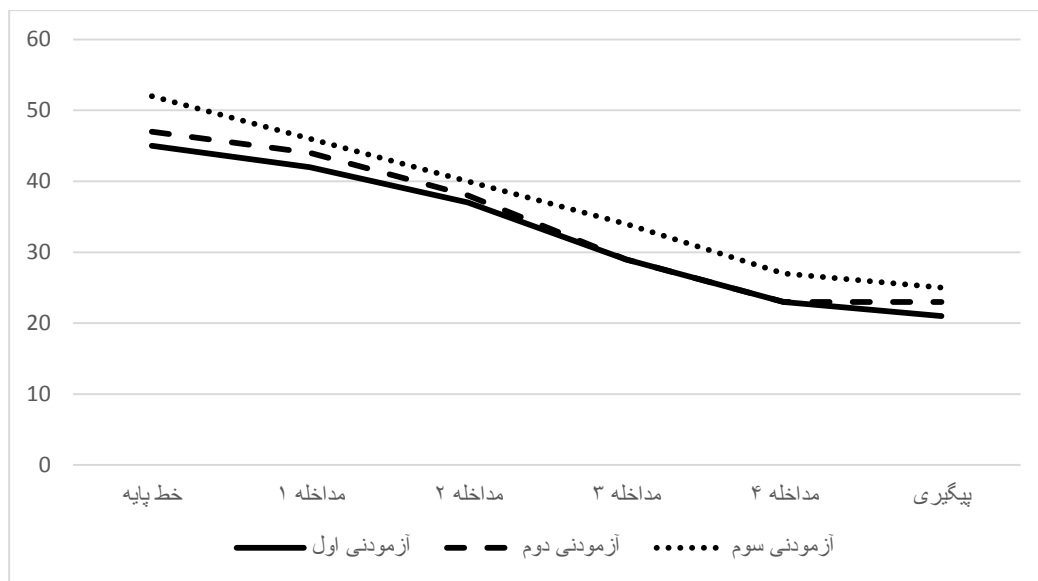
طبق نتایج داده‌های حاصل از جدول ۴ ثبات روند در مراحل خط پایه، مداخله و پیگیری در هر ۳ آزمودنی باثبات است. همچنین جهت روند در مراحل خط پایه در هر ۳ آزمودنی روند صعودی و در مراحل مداخله و پیگیری در هر ۳ آزمودنی روند نزولی داشته است. بنابراین طبق تحلیل نتایج داده‌های آماری



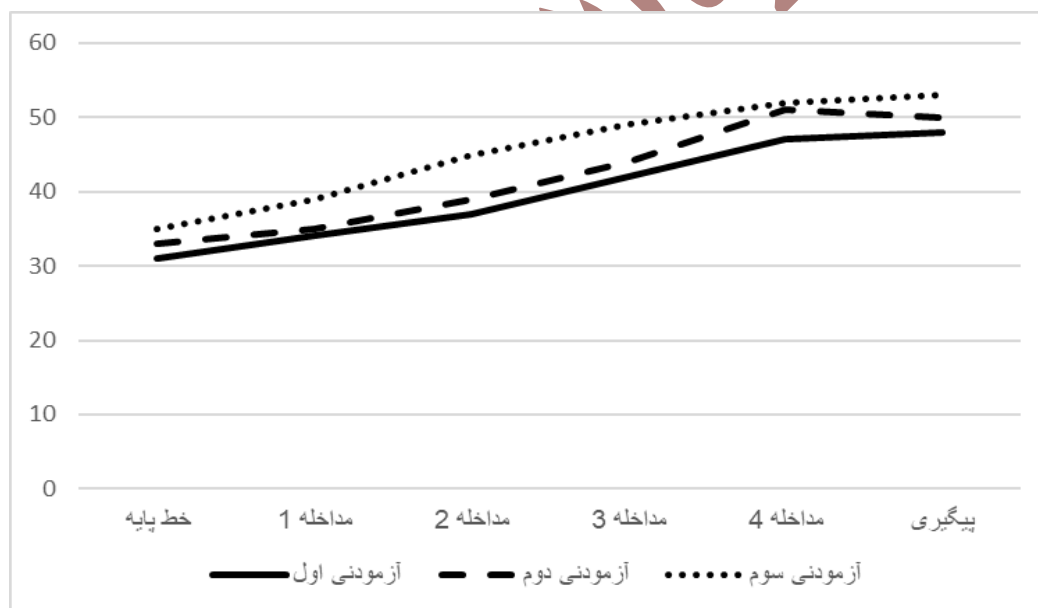
نمودار ۱. ترسیم روند تغییرات اضطراب فراگیر کلی در شش مشاهده برای هر آزمودنی



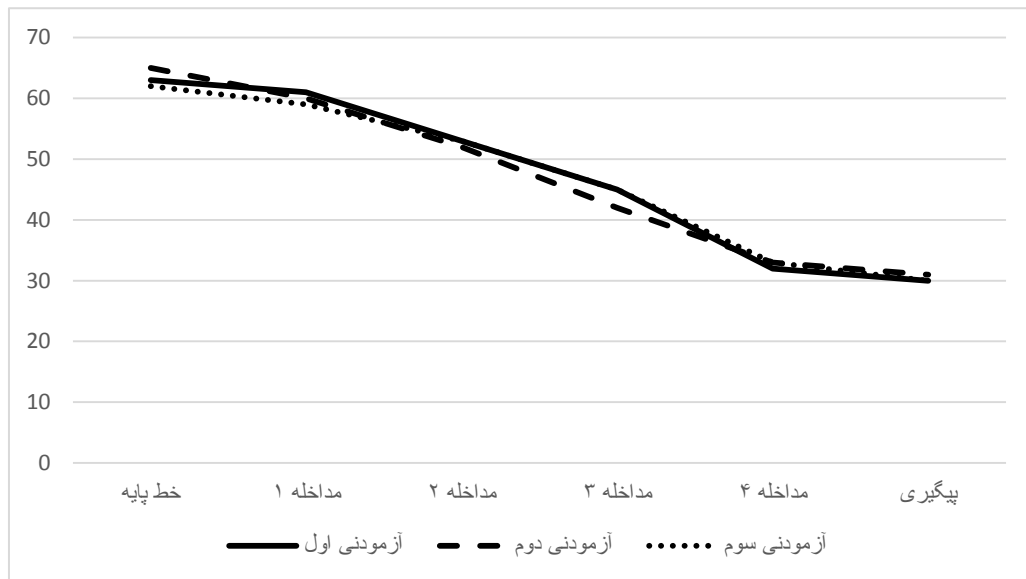
نمودار ۲. ترسیم روند تغییرات تنظیم هیجان کلی در شش مشاهده برای هر آزمودنی



نمودار ۳. ترسیم روند تغییرات تحریک پذیری کل در شش مشاهده برای هر آزمودنی



نمودار ۴. ترسیم روند تغییرات تاب آوری کل در شش مشاهده برای هر آزمودنی



نمودار ۵. ترسیم روند تغییرات نگرانی کل در شش مشاهده برای هر آزمودنی

بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش درباره اثربخشی UP بر تنظیم هیجان تأییدکننده پژوهش‌های پیشینی است که اثربخشی این درمان را بر علائم اختلال اضطراب فراگیر نشان داده‌اند. نتایج این پژوهش با یافته‌های پژوهش‌های پیشین به بررسی اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه (UP) بر تنظیم هیجان مبتلایان به اضطراب فراگیر پرداخته‌اند همسو است {۵۱،۵۰،۴۹}. درمان فراتشخیصی یکپارچه به‌طور مؤثری موجب کاهش علائم و نشانگان اضطراب و افسردگی می‌شود که نتایج آن با پژوهش حاضر همسو است {۵۲}. همچنین مطابق با پژوهش‌ها که ترکیب درمان فراتشخیصی یکپارچه به همراه تحریک جریان مستقیم درون جمجمه‌ای می‌تواند علائم اختلال اضطراب فراگیر را کاهش دهد {۵۳} که نتایج این پژوهش با پژوهش حاضر همپوشانی دارد.

اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه بر تحریک‌پذیری و تاب‌آوری را می‌توان به‌واسطه فرایندهای درمانی حاکم بر آن تبیین کرد. در درمان UP با شناسایی رفتارهای هیجان‌خاست و استفاده از رفتارهای جایگزین به افراد کمک می‌شود عملی

پژوهش حاضر با هدف پاسخ به این پرسش انجام گرفت که آیا درمان فراتشخیصی یکپارچه بر تنظیم هیجان، تحریک‌پذیری، تاب‌آوری و نگرانی در مبتلایان به اختلال اضطراب فراگیر تأثیر معناداری دارد؟ یافته‌های پژوهش نشان داد درمان فراتشخیصی یکپارچه (UP) تأثیر معناداری را در تنظیم هیجان، تحریک‌پذیری، تاب‌آوری و نگرانی در مبتلایان به اختلال اضطراب فراگیر دارد.

اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه بر تنظیم هیجان را می‌توان به واسطه فرایندهای درمانی حاکم بر آن تبیین کرد. با استفاده از تکنیک‌های درمان فراتشخیصی یکپارچه به افراد کمک می‌شود هیجان‌ناخوشایندشان را درک کنند و آن را تحمل نمایند. همچنین به افراد کمک می‌شود مؤلفه‌های تجارب هیجانی‌شان و مدل (ARC^۱) هیجان‌ات را شناسایی کنند. این امر به افراد در تنظیم هیجان‌ات و پذیرش هیجان‌ات ناخوشایند کمک شایانی می‌کند یافته‌های

^۱ Antecedent, Response, Consequences

تکنیک‌های ذکر شده نگرانی افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر کاهش می‌یابد. نتایج این پژوهش با یافته‌های پژوهش‌های پیشین که به بررسی اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه (UP) و درمان‌های شناختی رفتاری بر کاهش نگرانی مبتلایان به اضطراب فراگیر پرداخته‌اند همسو است {۵۸،۵۷}.

همچنین در پژوهشی که درمان متمرکز بر هیجان (هیجان محور) بر کاهش علائم نگرانی مبتلایان به اختلال اضطراب منتشر را مورد مطالعه قرار داد تأثیر معناداری دارد {۵۹} نتایج این پژوهش‌ها همسو با پژوهش حاضر است.

در مجموع نتایج پژوهش حاضر نشان داد درمان فراتشخیصی یکپارچه تأثیر معناداری در تنظیم هیجان، کاهش تحریک‌پذیری، تاب‌آوری و نگرانی در مبتلایان به اختلال اضطراب فراگیر داشته است و می‌تواند به عنوان درمانی موثر برای درمان این اختلال به کار رود. با این حال به علت محدودیت‌هایی نظیر، استفاده از روش تک آزمودنی و حجم نمونه اندک، استفاده از پرسشنامه‌های خود گزارش‌دهی و استفاده از روش نمونه‌گیری داوطلبانه در دسترس، باید در تعمیم دهی نتایج جوانب احتیاط را رعایت کرد. همچنین پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌هایی با حجم نمونه بیشتر و کار گروهی به ارزیابی تأثیر این روش درمانی بر انواع دیگر اختلالات خلقی مانند اختلالات اضطرابی و افسردگی پرداخته شود.

مخالف در پاسخ به هیجانات خود انجام دهند. همچنین به افراد آموزش داده می‌شود حواس بدنی شان را درک کنند و با تکنیک‌های رفتاری به مقابله با آن‌ها بپردازند. در نتیجه تحریک‌پذیری افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر کاهش می‌یابد و به دنبال آن تاب‌آوری افزایش پیدا می‌کند. نتایج این پژوهش با یافته‌های پژوهش‌های پیشین که به اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر کاهش تحریک‌پذیری پرداخته‌اند {۵۴} همین‌طور نتایج پژوهشی که به اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه بر کنترل خشم و کاهش تحریک‌پذیری پرداخته است {۵۵} و نتایج پژوهشی که نشان داد درمان فراتشخیصی یکپارچه تأثیر معناداری را در کاهش تحریک‌پذیری کودکان مبتلا به تحریک‌پذیری دارد با نتایج پژوهش حاضر همسو است {۵۶}.

اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه بر نگرانی را می‌توان به واسطه فرایندهای درمانی حاکم بر آن تبیین کرد. با استفاده از تکنیک آگاهی هیجانی غیر قضاوتی و تمرکز بر زمان حال (ذهن آگاهی) افراد تمرکزشان را معطوف به زمان حال می‌کنند و از نشخوار فکری راجع به گذشته و پیش‌بینی وقایع فاجعه‌آمیز آینده اجتناب می‌کنند. همچنین با استفاده از تکنیک ارزیابی شناختی، تله‌های فکری (فاجعه‌سازی و نتیجه‌گیری شتاب‌زده) و باورهای مرکزی افراد از طریق پیکان رو به پایین شناسایی می‌شود و به چالش کشیده می‌شود. در نتیجه توسط

منابع

- Conference of Scientific Association of Psychiatrists of Iran. 2011, 28. {Persian}
4. Stein MB, Sareen J. Generalized anxiety disorder. *New England Journal of Medicine*. 2015 Nov 19; 373(21):2059-68.
5. Newman MG, Llera SJ, Erickson TM, Przeworski A, Castonguay LG. Worry and generalized anxiety disorder: a review and theoretical synthesis of evidence on nature, etiology, mechanisms, and treatment. *Annual review of clinical psychology*. 2013; 9:275.
6. Esmaili L, Aghaei A, Abedi MR, Esmaili M. Effectiveness of emotion regulation in the mental health of epileptic girls. {Persian}.

1. American Psychiatric Association. *Dsm-5. Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 2013.
2. Robichaud M, Dugas MJ. *Cognitive-behavioral treatment for generalized anxiety disorder: From science to practice*. Routledge; 2012 Oct 12.
3. Sharifi V, Esmaili A, Motevalian A, Rahimimovaghar A, Hefazati M, Radgoodarzi R, Hajebi A. Translation and validation of the Iranian version of the Sheehan Disability Scale. *Annual*

20. Mylant M, Ide B, Cuevas E, Meehan M. Adolescent children of alcoholics: Vulnerable or resilient? *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*. 2002 Apr 1; 8(2):57-64.
21. Newton-John TR, Mason C, Hunter M. The role of resilience in adjustment and coping with chronic pain. *Rehabilitation psychology*. 2014 Aug; 59(3):360.
22. Newman MG, Cho S, Kim H. Worry and generalized anxiety disorder: a review. Newman, MG, Cho, S., & Kim, H. (2017). Worry and Generalized Anxiety Disorder: A Review. Reference Module in Neuroscience and Biobehavioral Psychology. doi. 2017; 10.
23. Llera SJ, Newman MG. Rethinking the role of worry in generalized anxiety disorder: Evidence supporting a model of emotional contrast avoidance. *Behavior Therapy*. 2014 May 1; 45(3):283-99.
24. Hallion LS, Steinman SA, Kusmierski SN. Difficulty concentrating in generalized anxiety disorder: An evaluation of incremental utility and relationship to worry. *Journal of anxiety disorders*. 2018 Jan 1; 53:39.
25. Ito M, Horikoshi M, Kato N, Oe Y, Fujisato H, Yamaguchi K, Nakajima S, Miyamae M, Toyota A, Okumura Y, Takebayashi Y. Efficacy of the unified protocol for transdiagnostic cognitive-behavioral treatment for depressive and anxiety disorders: a randomized controlled trial. *Psychological Medicine*. 2022 Jan 10:1-2.
26. Nasiri F, Mashhadi A, Bigdeli I, Chamanabad AG, Ellard KK. Augmenting the unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders with transcranial direct current stimulation in individuals with generalized anxiety disorder and comorbid depression: a randomized controlled trial. *Journal of affective disorders*. 2020 Feb 1; 262:405-13. {Persian}
27. Mohammadpour M, Sadeghi K, Foroughi A, Amiri S, Pouyanfard S, Parvizifard A, Khoramniya S. The unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: treatment of comorbid psychopathology accompanying a generalized anxiety disorder. *International Journal of Behavioral Sciences*. 2018 Oct 24; 12(3):125-31. {Persian}
28. Abbasi A, Aghaei A, Moghadam HE. Effectiveness of metacognitive therapy on resiliency in the people with generalized anxiety. *Journal of psychologicalscience*. 2019 Sep 10; 18(78):691-8. {Persian}
29. Farchione 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. *Behavior therapy*. 2012 Sep 1; 43(3):666-78.
30. Cassiello-Robbins C, Southward MW, Tirpak JW, Sauer-Zavala S. A systematic review of Unified
7. Bargh JA, Williams LE. The nonconscious regulation of emotion. *Handbook of emotion regulation*. 2007; 1:429-45.
8. Gross JJ, Thompson RA. Emotion regulation conceptual: *Handbook of emotion regulation*. New York: Guilfords Publication. 2007.
9. Aldao A, Nolen-Hoeksema S, Schweizer S. Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical psychology review*. 2010 Mar 1; 30(2):217-37.
10. Kring AM, Sloan DM, editors. *Emotion regulation and psychopathology: A transdiagnostic approach to etiology and treatment*. Guilford Press; 2009 Nov 4.
11. Mennin DS, McLaughlin KA, Flanagan TJ. Emotion regulation deficits in generalized anxiety disorder, social anxiety disorder, and their co-occurrence. *Journal of anxiety disorders*. 2009 Oct 1; 23(7):866-71.
12. Salters-Pedneault K, Roemer L, Tull MT, Rucker L, Mennin DS. Evidence of broad deficits in emotion regulation associated with chronic worry and generalized anxiety disorder. *Cognitive Therapy and Research*. 2006 Aug; 30(4):469-80.
13. Sheybani H, Mikaeili N, Narimani M. The effectiveness of Cognitive-behavioral Therapy and Emotion Regulation Training on Irritability, Depression, anxiety, and emotion regulation in adolescents with Disruptive Mood Dysregulation Disorder. *Journal of Clinical Psychology*. 2020 Aug 22; 12(2):41-50. {Persian}
14. St-Louis AC, Rapaport M, Chénard Poirier L, Vallerand RJ, Dandeneau S. On emotion regulation strategies and well-being: The role of passion. *Journal of Happiness Studies*. 2021 Apr; 22(4):1791-818.
15. O'Toole MS, Renna ME, Mennin DS, Fresco DM. Changes in decentering and reappraisal temporally precede symptom reduction during Emotion Regulation Therapy for generalized anxiety disorder with and without co-occurring depression. *Behavior therapy*. 2019 Nov 1; 50(6):1042-52.
16. Fida R, Paciello M, Barbaranelli C, Tramontano C, Fontaine RG. The role of irritability in the relation between job stressors, emotional reactivity, and counterproductive work behaviour. *European Journal of work and organizational psychology*. 2014 Jan 2; 23(1):31-47.
17. Huang Z, Zhan S, Chen C, Li N, Ding Y, Hou Y, Wang L, Wang Y. The effect of insomnia on cortical excitability in patients with generalized anxiety disorder. *Frontiers in Psychiatry*. 2019:755.
18. Feldman R. Social behavior as a transdiagnostic marker of resilience. *Annual review of clinical psychology*. 2021 May 7; 17:153-80.
19. Meece JL, Glienke BB, Askew K. Gender and motivation. *Handbook of motivation at school*. 2009 Sep 10:425-46.

European journal of psychological assessment. 2010 Jan 25.

42. Taherifar Z, Ferdousi S, Moutabi F, Mazaheri MA, Fata L. The mediating role of failure of emotion regulation strategies in the relationship between negative emotion intensity and safety motivation with generalized anxiety symptoms. *Contemporary psychology, the two-quarter journal of the Iranian Psychological Association*. 2016 Mar 10; 10(2):51-66.

43. Pourafrooz, E., Setayeshi, S., Alahbigdeli, E., & Pedram, M. M. (2020). Making and Standardization the Psychometric of irritability questionnaire. *PSYCHOMETRY*, 8(32), 7-21. {Persian}

44. Connor KM, Davidson JR. Development of a new resilience scale: The Connor- Davidson resilience scale (CD- RISC). *Depression and anxiety*. 2003 Sep; 18(2):76-82.

45. Mohammadi M., Jazayeri AR., Rafiei AH. Jokar B., Pourshahbaz, A. (2006). Investigating resilience factors in people at risk of drug use. *Scientific-Research Quarterly Journal of Psychology of Tabriz University*. 1(3), 193-214. {Persian}

46. Meyer TJ, Miller ML, Metzger RL, Borkovec TD. Development and validation of the penn state worry questionnaire. *Behaviour research and therapy*. 1990 Jan 1; 28(6):487-95.

47. Dehshiri, G. The Effectiveness of Cognitive-Behavior Therapy on Anxiety and Worry of People with Generalized Anxiety Disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 2012; 4(2): 19-28. {Persian}

48. Barlow, D. H., Farchione, T. J., Bullis, J. R., Gallagher, M. W., Murray-Latin, H., Sauer-Zavala, S., ... & Cassiello-Robbins, C. (2017). The unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders compared with diagnosis specific protocols for anxiety disorders: A randomized clinical trial. *JAMA psychiatry*, 74(9), 875-884.

49. Bamesghi, M., Kimiaei, A., Mashhadi, A. Effectiveness of a unified protocol on emotion regulation and experiential avoidance in women with comorbid major depressive and generalized anxiety symptoms. *Journal of Fundamentals of Mental Health*, 2020; 22(6): 341-348. {Persian}

50. Ghezelsefloo M, Nejatifar S, Aghaziarati A. students with internalized behavioral problems. *Psychological Science*. 2022 Jun; 21(111):525-41. {Persian}

51. Zemestani M, Imani M. Effectiveness of transdiagnostic treatment on depression/anxiety symptoms and emotion regulation. *Contemporary psychology*. 2016 Sep 10; 11(1):21-32. {Persian}

52. Maia AC, Braga AA, Nunes CA, Nardi AE, Silva AC. Transdiagnostic treatment using a unified protocol: application for patients with a range of comorbid mood and anxiety disorders. *Trends in psychiatry and psychotherapy*. 2013; 35:134-40.

Protocol applications with adult populations: Facilitating widespread dissemination via adaptability. *Clinical Psychology Review*. 2020 Jun 1; 78:101852.

31. Abbasi A, Aghaei A, Moghadam HE. Effectiveness of metacognitive therapy on resiliency in the people with generalized anxiety. *Journal of psychologicalscience*. 2019 Sep 10; 18(78):691-8. {Persian}

32. Dehshiri, G., Golzari, M., Borjali, A., Sohrabi, F. Psychometrics Particularity of Farsi Version of Pennsylvania State Worry Questionnaire for College Students. *Journal of Clinical Psychology*, 2009; 1(4): 67-75. {Persian}

33. Keshavarz afshar H., Rafei Z., Mirzaei A. Effectiveness of acceptance and acceptance therapy (ACT) on inclusive treatment. 2018; 17(3); 89-96. {Persian}

ES. The maize W22 genome provides a foundation for functional genomics and transposon biology. *Nature genetics*. 2018 Sep; 50(9):1282-8.

34. Nathan PE, Gorman JM, editors. A guide to treatments that work. Oxford University Press; 2015 Jun 26.

35. Dear BF, Staples LG, Terides MD, Karin E, Zou J, Johnston L, Gandy M, Fogliati VJ, Wootton BM, McEvoy PM, Titov N. Transdiagnostic versus disorder-specific and clinician-guided versus self-guided internet-delivered treatment for generalized anxiety disorder and comorbid disorders: a randomized controlled trial. *Journal of anxiety disorders*. 2015 Dec 1; 36:63-77.

36. Ghaderi, F., Akrami, N., Namdari, K., Abedi, A. Comparing the effectiveness of integrated cognitive-behavioral therapy with transdiagnostic therapy on the symptoms of patients with generalized anxiety disorder coexisting with depression. 2021; 27(4); 440-457. {Persian}

37. Sharafi MR., Jafari D., Bahrami, M. Comparing the effectiveness of cognitive-behavioral therapy and integrated transdiagnostic therapy on the social adjustment of adolescents with generalized anxiety disorder. 2020; 9(6); 83-95. {Persian}

38. Spitzer RL, Kroenke K, Williams JB, Löwe B. A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. *Archives of internal medicine*. 2006 May 22; 166(10):1092-7.

39. Naeinian MR, Shairi MR, Sharifi M, Hadian M. To study reliability and validity for a brief measure for assessing Generalized Anxiety Disorder (GAD-7). {Persian}

40. Hosseini F, Kheir M. Investigation of the Role of Teacher in Mathematic Academic Emotions and Students Emotion Regulation. *Journal of Modern Psychological Researches*. 2011 Jan 21; 5(20):41-63. {Persian}

41. Balzarotti S, John OP, Gross JJ. An Italian adaptation of the emotion regulation questionnaire.

Disorder. Journal of Clinical Psychology. 2020 Aug 22; 12(2):41-50. {Persian}

55. Grossman RA, Ehrenreich-May J. Using the unified protocol for Transdiagnostic treatment of emotional disorders with youth exhibiting anger and irritability. Cognitive and Behavioral Practice. 2020 May 1; 27(2):184-201. {Persian}

56. Hawks JL, Kennedy SM, Holzman JB, Ehrenreich-May J. Development and application of an innovative transdiagnostic treatment approach for pediatric irritability. Behavior therapy. 2020 Mar 1; 51(2):334-49.

53. Nasiri F, Mashhadi A, Bigdeli I, Chamanabad AG, Ellard KK. Augmenting the unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders with transcranial direct current stimulation in individuals with generalized anxiety disorder and comorbid depression: A randomized controlled trial. Journal of affective disorders. 2020 Feb 1; 262:405-13. {Persian}

54. Sheybani H, Mikaeili N, Narimani M. The effectiveness of Cognitive-behavioral Therapy and Emotion Regulation Training on Irritability, Depression, anxiety, and emotion regulation in adolescents with Disruptive Mood Dysregulation

زودآیند ویرایش نشده