|  |
| --- |
| Aryan-ARM-Lowوزارت علوم، تحقيقات و فناوري / موسسه آموزش عالي علوم و فناوري آريان |
|  **سومین همایش بین المللی پژوهش و نوآوری در روانشناسی، با نگاهی ویژه بر درمانهای فراتشخیصی/ 18 و 25 آبان 1402**Third international conference research and innovation in psychology with a special look at overdiagnostic treatments / 9,16 November 2023 |

**اثربخشی برنامه یکپارچه درمان فراتشخیصی اختلالات هیجانی بر بیماران دارای اختلال افسردگی و اضطرابی همبود**

دکتر حمیدرضا آقامحمدبان شعرباف: استاد گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه فردوسی مشهد، مشهد، ایران- aghamohammadin@um.ac.ir

محمدجواد ملکی دوز طبسی: کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه فردوسی مشهد، مشهد، ایران

دکتر محمدسعید عبدخدایی: دانشیار گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه فردوسی مشهد، مشهد، ایران- abdkhoda@um.ac.ir

ایمیل نویسنده مسئول: aghamohammadin@um.ac.ir

**چکیده**

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی برنامه یکپارچه درمان فراتشخیصی اختلالات هیجانی بر بیماران دارای اختلال افسردگی و اضطرابی همبود انجام شد.روش این پژوهش ، شبه آزمایشی از نوع پیش آزمون- پس آزمون با گروه کنترل بود که به منظور بررسی اثربخشی برنامه یکپارچه درمانی اختلال های هیجانی بر نشانگان اضطراب و افسردگی بیماران دارای اختلال افسردگی و اضطرابی همبود انجام شد. جامعه پژوهش شامل کلیه مبتلایان به اختلال افسردگی و اختلال های اضطرابی همبود، در شهر مشهد در بازه مرداد و شهریورماه 1401 بودند. نمونه‌گیری به صورت در دسترس انجام شد. افراد نمونه به صورت تصادفی در دو گروه مجزا آزمایشی و کنترل، قرار گرفتند. ابزار پژوهش شامل برنامه یکپارچه درمانی فراتشخیصی اختلال های هیجانی و پرسشنامه اضطراب بک و پرسشنامه افسردگی بک بود. داده های گرداوری شده با استفاده از تحلیل واریانس یکراهه و در محیط نرم‌افزار SPSS-25 تجزیه و تحلیل شدند..یافته‌ها نشان داد که: بین گروه‌ها در نمره اضطراب و افسردگی تفاوت معناداری وجود دارد. بنابراینمداخله با برنامه درمانی یکپارچه اختلالات هیجانی، می‌تواند مداخله‌ای امیدبخش و اثرگذار برای بهبود علایم اضطراب و افسردگی افراد مبتلا به این اختلال ها بصورت همبود باشد.

**کلیدواژه ها**:افسردگی، اضطراب، برنامه یکپارچه درمانی فراتشخیصی اختلال های هیجانی، همبودی

**مقدمه**

در مورد ارتباط بین اضطراب و افسردگی در جمعیت های سالم و جمعیت های بالینی در دهه های گذشته تا امروزه بحث های قابل توجهی صورت گرفته است. یکی از فاکتورهای پیچیده این است که معمولا افسردگی و اضطراب با همبودی بالاتری با یکدیگر رخ می دهند(کسلر[[1]](#footnote-1) و همکاران، 2015). همپوشانی اضطراب و افسردگی ، تشخیص را پیچیده می کند و درمان را به چالش می کشد. قدم اساسی در درمان چنین همبودی[[2]](#footnote-2) ، ارزیابی تشخیصی دقیق و جامع است. روشهای روانشناختی و دارویی مختلفی برای درمان اضطراب و افسردگی وجود دارد اما درمان اختلال اضطراب و افسردگی همبود، در مقایسه با درمان هر یک از این اختلالات به تنهایی، نیاز به تغییر و تعدیل مولفه های روانشناختی-دارویی خاص دارد(کوپلان، آرونسون، پانتنگی، کیم[[3]](#footnote-3)، ۲۰۱۵). همچنین در بین بیماران مبتلا به وسواس فکری-عملی، افسردگی عمده نسبتاً شایع است، اگرچه وسواس فکری-عملی در حضور افسردگی عمده کمتر اتفاق می افتد. همبودی افسردگی عمده و اضطراب به طور معمول به صورت چهار ترکیب بالینی اتفاق می افتد، که عبارتند از:

1. بیمار ممکن است معیارهای تشخیص اختلال اضطراب را برآورده کند، اما فقط علائم افسردگی را در سطح زیرآستانه ای[[4]](#footnote-4) تجربه نماید.
2. از طرف دیگر، بیمار ممکن است معیارهای افسردگی اساسی را برآورده کند ، اما تنها علائم اضطرابی را فقط در سطح زیرآستانه ای تجربه نماید.
3. - بیمار ممکن است از یک تشخیص کامل از اختلال اضطراب و یک تشخیص کامل افسردگی اساسی برخوردار باشد.
4. - بیمار ممکن است علائم اضطراب و افسردگی را نشان دهد ، ولیکن هیچ یک به اندازه کافی شدید نباشند تا معیارهای تشخیصی را برآورده سازند(هیرشفلد[[5]](#footnote-5)، 2001).

در مورد اثر بخشی مداخلات درمانی و همچنین ویژگی های بالینی بیماران مبتلا به افسردگی و اختلال اضطرابی همبود خصوصا اضطراب منتشر پژوهش های بسیار زیادی صورت گرفته است. در یکی از آخرین پژوهش ها، ویژگی های بالینی و نتایج درمانی بیماران مبتلا به اختلال افسردگی عمده و اختلالات اضطرابی همراه بصورت نتایج حاصل از یک مطالعه چند مرکزی اروپا(دولد[[6]](#footnote-6) و همکاران، 2017) صورت پذیرفت. در این مطالعه اطلاعات دموگرافیک و بالینی 1346 بیمار دارای افسردگی اساسی[[7]](#footnote-7)، با بیماران با و بدون اضطراب همزمان مقایسه گردید. 286 نفر (2/21٪) از شرکت کنندگان در معرض اختلالات اضطراب همراه بودند که از این میزان ، 8/10٪ اختلال اضطراب عمومی [[8]](#footnote-8)، 8.3٪ اختلال هراس[[9]](#footnote-9) ، 8.1٪ آگورافوبیا[[10]](#footnote-10) و 3.3٪ اضطراب اجتماعی[[11]](#footnote-11) را تشکیل می دادند. یافته های این پژوهش نشان می دهد که همبودی افسردگی با اختلال اضطراب منتشر، با شدت بالاتری از علائم همراه است و پاسخ به درمان در آن ضعیف تر می باشد.

در سال 2015 در استرالیا، در طرحی شبه آزمایشی و با گروه کنترل تاثیر روان درمانی شناختی-رفتاری مختص اختلال و تاثیر مداخلات فراتشخیصی برای اختلالات و همچنین تاثیر این مداخلات بصورت مداخلات خودیاری و تاثیر مداخلات هدایت شده توسط درمانگر روی 568 نفر، با یکدیگر مقایسه گردید. این مطالعه بر روی اختلال افسردگی اساسی و اختلالات اضطرابی همراه تاکید داشته و 24 ماه پیگیری انجام رسانیده است( تیتوف[[12]](#footnote-12) و همکاران، 2015). در این مطالعه نتایج حاکی از آن بود که، افراد مبتلا به اضطراب و افسردگی همبود به طور کلی میزان بیشتری از مشکلات عملکردی ، کاهش کیفیت زندگی بیشتری نسبت به افرادی که تنها دارای یک اختلال هستند از خود نشان می دهند. همچنین شاهد پیامدهای درمانی ضعیف تری در مقایسه با افراد دارای تنها یک اختلال هستیم. مطالعات برخاسته از مشاهدات بالینی و ارزیابی و تشخیص ؛ تا حد زیادی در بروز افسردگی و اختلال اضطراب عمده متمرکز شده است. اگرچه تشخیص این مساله با توجه به حالات اضطرابی آشفته و حالات خلقی، همچنین همپوشانی قابل توجه در علائم جسمی و عاطفی این اختلالات کمی پیچیده است. همچنین ناراحتی اضطراب به عنوان زیرگروه در اختلال افسردگی اساسی در دفترچه راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات ذهنی ، چاپ پنجم ([[13]](#footnote-13)DSM-5)درج شده است.

حضور همزمان یک اختلال افسردگی با علائم برجسته اضطراب یا اختلالی اضطرابی در فضای بالینی رایج است. مطالعات نشان داده است که بیش از 70٪ از افراد مبتلا به اختلال افسردگی ، علائم اضطرابی و 40 تا 70٪ به طور همزمان معیارهای حداقل یک نوع اختلال اضطراب را برآورده می سازند(ژیگائو[[14]](#footnote-14)، ویرو، 2014). حضور همزمان علائم اضطرابی یا اختلالات اضطرابی ، اغلب درمان اختلالات افسردگی را پیچیده می کند. این افراد نسبت به افراد دارای افسردگی بدون وجود علائم اضطراب ، از نظر عملکردی و ناکارامدی، رنج بیشتری را متحمل می گردند و نسبت به اختلال بدون همبودی، نسبت به درمان استاندارد مقاوم هستند. بنابراین ، برای بهبود خصوصیات بالینی افسردگی و اثربخشی درمانهای مربوط به اختلالات افسردگی ، درمانگران باید به طور هم زمان شدت علائم افسردگی و اضطراب را ارزیابی کنند و در صورت برجسته بودن هر دو نوع علائم ، برنامه درمانی استاندارد خود را بر این اساس تجدید نظر کنند(ژیگائو، ویرو، 2014).

همچنین به نظر می رسد که افسردگی یک عامل خطر ویژه و مهم برای ایجاد برخی از انواع بیماریهای پزشکی عمومی ، که مهمترین آنها بیماریهای عروقی است، می باشد. داده های طولی در مورد بیماران فشار خون بالا در سالمندان نشان می دهد که به ازای هر 5 امتیاز افزایش در نمره تست مرکز مطالعات اپیدمیولوژیک—افسردگی (CES-D) ، 18٪ خطر ابتلا به سکته مغزی و افزایش 25٪ در میزان مرگ و میر کلی وجود دارد(واسرتیل[[15]](#footnote-15) و همکاران، 1996). میزان شیوع افسردگی اساسی به دنبال یک بیماری سکته مغزی 20% است. علاوه بر این ، افسردگی که پس از سکته ایجاد می شود، عامل خطر قابل توجهی در وقوع مجدد سکته و مرگ می باشد(کارنی[[16]](#footnote-16)، 1998).

در مقابل تحقیقات صورت گرفته در مورد عوامل خطری[[17]](#footnote-17) که هر کدام از اختلالات افسردگی یا اضطرابی را پیش بینی کرده و در فهم چگونگی بوجود آمدن آن به ما کمک می کند، تحقیقات اندکی در مورد عوامل خطری که پیش بینی کننده و باعث رشد و توسعه این اختلالات به صورت همبود صورت گرفته است. با این حال، میزان بالای همبودی نشان می دهد که بروز ساده یک بیماری باید یک عامل مستعد کننده برای توسعه دیگری در نظر گرفته شود(کمرون[[18]](#footnote-18)، 2007). پیش آگهی مورد انتظار برای بیماران مبتلا به اختلال اضطراب و اختلالات افسردگی همراه، ضعیف تر از میزان انتظار برای هر یک از اختلالات به تنهایی است. این بیماران از شدت بیشتری در علائم ، افزایش خطر ابتلا به خودکشی ، دوره ای مزمن تر و مداوم تر رنج می برند. این سندرم همچنین با طولانی تر شدن دوره بهبودی و نیاز به افزایش دارو ، باعث دشوارتر شدن درمان می گردد. بنابراین مساله پژوهش حاضر، این است که برنامه یکپارچه درمان فراتشخیصی اختلال های هیجانی، منجر به کاهش معنادار علایم بالینی مبتلایان به اضطراب و افسردگی همبود می گردد یا خیر.

**روش**

روش پژوهش حاضر، شبه آزمایشی از نوع پیش آزمون- پس آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری مورد نظر، تمامی افراد بالای 18 سال ساکن مشهد بودند

که در بازۀ مرداد ماه و شهریور ماه 1401، توسط روانپزشک تشخیص اختلال افسردگی و اختلال اضطرابی همبود دریافت کرده بودند. نمونه‌گیری به صورت در دسترس و با مراجعه به یکی از کلینیک‌های اعصاب و روان شهر مشهد انجام گرفت معیارهای ورود پژوهش

عبارت بودند از اینکه شرکت‌کنندگان با استفاده از مصاحبه بالینی ساختاریافته برای اختلالات محور یک SCID-5، تشخیص اختلال افسردگی اساسی ، دیستایمی ، اختلال افسردگی غیر مشخص ، اختلال هراس با آگورافوبیا ، اختلال هراس بدون آگورافوبیا ، آگورافوبیا بدون سابقه اختلال هراس ، هراس اجتماعی (اختلال اضطراب اجتماعی) ، استرس پس از سانحه ، اختلال اضطراب عمومی ، اختلال اضطراب غیر مشخص را دریافت کرده باشند، علائم افسردگی و اضطراب متوسط یا شدید باشد؛ یعنی افرادی امکان شرکت در پژوهش را داشتند که نمره اضطراب بک آنها بیشتر از ۱۷ و نمره افسردگی بک آنها بیشتر از 20 می باشد. ملاک‌های خروج نیز عبارت بودند از اینکه شرکت‌کنندگان در بازه زمانی 6 ماه قبل از شروع ارزیابی توسط SCID-5 اختلال در مصرف الکل یا مواد داشته باشند، اپیزود های شیدایی(مانیا، هیپومانیا)، اسکیزوفرنی و یا هرگونه اختلال سایکوتیک دیگری را هنگام شروع ارزیابی توسط SCID-5 نشان بدهند، ایده جدی برای خودکشی داشته باشند، اختلال های جسمی ناپایدار، شدید و تهدیدکننده زندگی، و نقص عمده شناختی در شروع ارزیابی داشته باشند(با تشخیص روانپزشک)، جلسات درمانی را تا انتها شرکت نکنند یا به طور همزمان درمان‌های روانشناختی دریافت کنند.

بدین ترتیب، 30 انتخاب شدند و به صورت تصادفی، 15 نفر از آنان در گروه آزمایش و 15 نفر در گروه کنترل قرار گرفتند.

**ابزارها**

**پرسشنامه اضطراب بک:** پرسشنامه اضطراب بک (BAI) توسط آرون تی بک[[19]](#footnote-19) و همکارانش در سال ۱۹۸۸ ساخته شد. این پرسشنامه دارای ۲۱ گویه است که علایم اضطراب را فهرست کرده است. آزمودنی در هر ماده یکی از گزینه هایی را که نشان دهنده اضطراب اوست، انتخاب کرده و این چهار گزینه از 0 تا 3 نمره گذاری می شود، بنابراین نمره کل این پرسشنامه در دامنه 0 تا 63 قرار دارد. نقطه برش پیشنهادی برای این پرسشنامه عبارت است از 0 تا 7 اضطراب جزئی، 8 تا 15 خفیف، 16 تا 25 متوسط، 26 تا 63 اضطراب شدید. غرایی(1382)، ضریب ثبات درونی این پرسشنامه را 8/0 گزارش کرده است. در پژوهش نعمتی سوگلی تپه و همکاران ( 1386) پایایی پرسش نامه به روش باز آزمایی به فاصله سه هفته برابر با 73/0 به دست آمد. طبق مطالعات انجام شده ضریب همسانی درونی آن (ضریب آلفا)0.92 ، اعتبار آن با روش بازآزمایی به فاصله یک هفته 0.75  و همبستگی ماده های آن از 0.30 تا 0.76 متغیر است. پنج نوع روایی محتوا، همزمان، سازه، تشخیصی و عاملی برای این آزمون سنجیده شده است که همگی نشان دهنده کارایی بالای این ابزار در اندازه گیری شدت اضطراب می باشد (بک و همکاران، 1988). در پژوهش کاویانی و همکاران (1387) ضریب همسانی درونی آن (ضریب آلفا) 0.92، اعتبار آن با روش بازآزمایی به فاصله یک هفته 0.75  و همبستگی ماده های آن از 0.30 تا 0.76 متغیر است. پنج نوع روایی محتوا، همزمان، سازه، تشخیصی و عاملی برای این آزمون سنجیده شده است که همگی نشان دهنده کارایی بالای این ابزار در اندازه گیری شدت اضطراب می باشد.

**پرسشنامه افسردگی بک 2:** پرسش‌نامه افسردگی بک برای اولین بار در سال 1961 توسط بک و همکاران تدوین شد. به این ترتیب که ابتدا در سال 1961 از سوی آرون تی بک و همکاران معرفی شد. در سال 1996، بک و همکارانش برای تحت پوشش قرار دادن دامنه وسیعی از نشانه‌ها و برای هماهنگی بیشتر با ملاک‌های تشخیصی اختلال‌های افسردگی راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی‌(DSM-IV)، یک تجدیدنظر اساسی در آن انجام دادند. در فرم تجدیدنظرشده این پرسش‌نامه که شامل 21 سوال است، به منظور سنجش بازخوردها و نشانه‌های بیماران افسرده ساخته شده است و ماده‌های آن اساسا بر مبنای مشاهده و تلخیص نگرش‌ها و نشانه‌های متداول در میان بیماران روانی افسرده تهیه شده‌اند . پاسخ های این پرسشنامه بین 0 تا 3 نمره گذاری می شوند، و نقاط برش به این صورت است که : 0 تا13 نشانگر افسردگی جزئی، 14 تا 19 افسردگی خفیف، 20 تا 28 افسردگی متوسط، و29 تا 63 مشخص کننده افسردگی شدید است. این پرسشنامه با مقیاس درجه بندی افسردگی هامیلتون همبستگی 71/0 + دارد و پایایی باز آزمایی یک هفته ای آن 93/0 است. محتوای این پرسش‌نامه، به طور جامع نشانه‌شناسی افسردگی است، اما بیشتر بر محتوای شناختی تاکید دارد. تشکری و مهریار (1373) ضریب پایایی این آزمون را در ایران 78/0 به دست آورده‌اند.

**برنامه درمانی یکپارچه:** برنامه یکپارچه دارای پنج بخش درمانی بنیادین است که جنبه های اساسی پردازش هیجانی و تنظیم تجربه های هیجانی را هدف قرار می دهد:1-آگاهی هیجانی متمرکز بر حال ، 2-انعطاف پذیری شناختی ، 3-اجتناب از هیجان و رفتارهای هیجان-خاست ، 4-آگاهی و مدارا با احساس های بدنی ، 5-مواجهه با علائم بدنی و هیجان های مبتنی بر موقعیت. طبق رویکردهای سنتی شناختی-رفتاری. این بخش ها ارتباط قوی ای با مدل مقوله ای و سه مولفه ای (افکار ، احساس ها ، رفتار) دارند، و بر افزایش آگاهی بیمار نسبت به هریک از این مولفه ها و کارکرد هیجان ها و رفتارها در بافتار تجربه کنونی تاکید می کنند. برنامه یکپارچه از هدف قرار دادن علائم اختصاصی اختلال فراتر می‌رود و سازکارهای زیربنایی پیوستار روان رنجوری را هدف قرار می‌دهد(بارلو، 2002؛ واتسن[[20]](#footnote-20) 2009، براون[[21]](#footnote-21) ، 200). قبل از پنج بخش بنیادین ، یک بخش دیگر وجود دارد که برای افزایش انگیزه و آمادگی برای تغییر و مشارکت در درمان تاکید دارد. همچنین، یک بخش مقدماتی وجود دارد که بیمار با ماهیت هیجان ها آشنا می شود و چارچوبی برای درک تجارب هیجانی شان فراهم می سازد. بخش نهایی نیز شامل بررسی پیشرفت درمانی و شکل دهی راهبردهای پیشگیری از عود است.

جدول 1: پروتکل درمانی اجرا شده

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **هفته درمان** |  | **مطالب مطرح شده در جلسات درمانی**  |
| هفته اول |  | مرور روش ها و شکل کلی درمانارتقای انگیزه برای شرکت در درمان |
| هفته دوم |  | شناخت هیجان هاتشخیص و ردیابی هیجان های خود |
| هفته سوم  |  | یادگیری نظارت بر تجارب |
| هفته چهارم |  | ارزیابی و تغییر ارزیابی شناختی |
| هفته پنجم  |  | اجتناب از هیجان ها |
| هفته ششم |  | رفتارهای هیجان-خاست |
| هفته هفتم |  | آگاهی از حس های بدنی و تحمل آنها |
| هفته هشتم و نهم  |  | مواجهه با راه اندازهای درونی و بیرونی هیجان ها |
| هفته دهم |  | دستاوردها ، حفظ آنها و پیشگیری از عود |

اصول اخلاقی پژوهش

1. گرفتن رضایت از شرکت‌کنندگان به همراه توضیح کامل و شفاف اهداف پژوهش و روند کار، اختیاری بودن حضور در پژوهش، محرمانه بودن اطلاعات و پژوهشی بودن مداخله.
2. آگاهی شرکت‌کنندگان از نتایج ارزیابی‌ها و اثربخشی مداخله (به هر یک از اعضای گروه بعد از انجام پژوهش، به‌صورت تلفنی و یا حضوری بازخورد داده شد).
3. شرکت‌کنندگان این آزادی را داشتند تا در هر مرحله از پژوهش از ادامه کار انصراف دهند.

**یافته‌ها**

به لحاظ وبژگی‌های جمعیت‌شناختی، میانگین و انحراف معیار سن شرکت‌کنندگان در گروه آزمایش به ترتیب ۴۷/۲۹ و ۵۱/۸ و در گروه کنترل به ترتیب ۵۳/۳۲ و معیار ۳۰/۱۱ بود. در گروه کنترل 4 نفر مرد و 11 نفر زن، و در گروه آزمایش 6 نفر مرد و نفر زن شرکت داشتند. به لحاظ وضعیت تاهل، در گروه آزمایش 7 نفر مجرد و در 8 نفر متاهل و در گروه کنترل، 8 نفر مجرد و 7 نفر متاهل بودند. در ادامه، میانگین و انحراف استاندارد نمرات شرکت‌کنندگان در و مقیاس اضطراب و افسردگی گزارش شده است.

**جدول 2: میانگین و انحراف استاندارد پیش آزمون و پس آزمون نشانگان اضطراب و افسردگی در گروه آزمایش و کنترل**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| متغیر | گروه | مرحله | میانگینX̄ | انحراف استانداردSD |
| نشانگان اضطراب | آزمایش | پیش آزمون | 20/33 | 42/9 |
| پس آزمون | 60/23 | 08/8 |
| کنترل | پیش آزمون | 60/37 | 94/10 |
| پس آزمون | 30/36 | 25/9 |
| نشانگان افسردگی | آزمایش | پیش آزمونپس آزمون | 87/3720/24 | 42/902/8 |
| کنترل | پیش آزمونپس آزمون | 20/2330/32 | 30/932/8 |

نتایج جدول 2 نشان می دهد که میانگین نمرات متغیر افسردگی بعد از انجام مداخله، در مرحله ی پس آزمون در گروه آزمایش، نسبت به میانگین نمرات در مرحله ی پیش آزمون کاهش چشمگیری داشته است و در گروه کنترل که درمان روانشناختی دریافت نکرده بودند، به طور تقریبی تغیری در نمرات پیش آزمون و پس آزمون دیده نمی شود.

با توجه به اینکه پژوهش حاضر، از نوع پیش آزمون- پس آزمون با گروه کنترل است، برای بررسی اثربخشی برنامه یکپارچه درمانی اختلال های هیجانی بر بیماران دارای اختلال افسردگی و اضطرابی همبود از آزمون تحلیل کوواریانس استفاده شده است. در تحلیل کواریانس با کنترل آماری پیش آزمون به عنوان متغیر همپراش (کوریت)، میانگین نمرات پس آزمون گروه ها تعدیل و مقایسه می شوند. قبل از اجرای آزمون در هر فرضیه و به صورت جداگانه به بررسی پیش فرض های اجرای تحلیل کواریانس می پردازیم. در صورت رعایت این پیش فرض ها مجاز به استفاده از این آزمون می باشیم. ابتدا پیش فرض اول آزمون تحلیل کواریانس یعنی بررسی نرمال بودن داده ها با استفاده از آزمون کلموگروف- اسمیرنوف انجام شد که با توجه به اینکه سطح معناداری نتایج این آزمون در دو متغیر پژوهش بالای 05/0 می باشد، در نتیجه فرض نرمال بودن داده ها برقرار است. پیش فرض دوم آزمون تحلیل کوواریانس شامل یکسانی واریانس ها با استفاده از آزمون لوین بررسی شد. با توجه به نتایجی که در جدول 3 ارائه شده است، این پیش فرض برقرار اس

**جدول 3: نتایج آزمون لوین در متغیرهای پژوهش**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| متغیر | F | درجه آزادیdf1 | درجه آزادیdf2 | سطح معناداری(Sig) |
| اضطراب | 436/2 | 1 | 28 | 100/0 |
| افسردگی | 901/1 | 1 | 28 | 162/0 |

در ادامه پیش فرض همگنی شیب رگرسیون بررسی شد. نتایج جدول 4 نشان می دهد که F به دست آمده از تعامل متغیرهای پیش آزمون و نوع گروه در متغیرهای اضطراب و افسردگی معنادار نمی باشد و در نتیجه این پیش فرض برقرار است و برای بررسی فرضیه‌های مورد نظر از آزمون تحلیل کوواریانس استفاده شد.

**جدول ۴: نتایج بررسی همگنی شیب رگرسیون در متغیرهای پژوهش**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| متغیر | مجموع مجذورات(SS) | F | سطح معناداری(Sig) |
| گروه \* اضطراب | 623/13 | 342/0 | 756/0 |
| گروه \* افسردگی | 214/29 | 647/0 | 517/0 |

**جدول 5: نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیره برای بررسی اثربخشی درمان در متغیر نشانگان افسردگی**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| منبع تغییرات | مجموع مجذورات (SS) | درجه آزادی (df) | میانگین مجموع مجذورات (MS) | F | سطح معناداری (Sig) | اندازه اثر (Eta) |
| پیش آزمون | 94/992 | 1 | 94/992 | 09/41 | 000/0 | 651/0 |
| گروه | 81/729 | 1 | 81/729 | 20/30 | 000/0 | 579/0 |
| خطا | 55/531 | 27 | 16/24 |  |  |  |
| کل | 00/20742 | 30 |  |  |  |  |

نتایج ارائه شده در جدول 5 نشان می دهد که با توجه به اینکه مقدار F محاسبه شده برای تأثیر گروه ها (20/30=F) معنادار بود، پس می توان گفت که بین دو گروه آزمایش و کنترل در نمرات پس آزمون متغیر نشانگان افسردگی بعد از تعدیل نمرات پیش آزمون، تفاوت معناداری وجود دارد. به عبارت دیگر بر اساس نتایج جدول 5، برنامه یکپارچه درمانی اختلالات هیجانی در گروه آزمایش باعث کاهش معنادار نشانگان افسردگی در مقایسه با گروه کنترل که هیچ مداخله ای دریافت نکرده اند، شده است که نشان از اثربخشی این روش درمانی در بهبود نشانگان افسردگی در بیماران دارای اختلال اضطراب و افسردگی همبود دارد.

**جدول 6: نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیره برای بررسی اثربخشی درمان در متغیر نشانگان اضطراب**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| منبع تغییرات | مجموع مجذورات (SS) | درجه آزادی (df) | میانگین مجموع مجذورات (MS) | F | سطح معناداری (Sig) | اندازه اثر (Eta) |
| پیش آزمون | 33/1372 | 1 | 33/1372 | 34/96 | 000/0 | 814/0 |
| گروه | 13/496 | 1 | 13/496 | 83/34 | 000/0 | 613/0 |
| خطا | 36/313 | 27 | 24/14 |  |  |  |
| کل | 00/23217 | 30 |  |  |  |  |

نتایج ارائه شده در جدول 6 نشان می دهد که با توجه به اینکه مقدار F محاسبه شده برای تأثیر گروه ها (83/34=F) معنادار بود، پس می توان گفت که بین دو گروه آزمایش و کنترل در نمرات پس آزمون متغیر نشانگان اضطراب بعد از تعدیل نمرات پیش آزمون، تفاوت معناداری وجود دارد. به عبارت دیگر بر اساس نتایج جدول6، برنامه یکپارچه درمانی اختلالات هیجانی در گروه آزمایش باعث کاهش معنادار نشانگان اضطراب در مقایسه با گروه کنترل که هیچ مداخله ای دریافت نکرده اند، شده است که نشان از اثربخشی این روش درمانی در بهبود نشانگان اضطراب در بیماران دارای اختلال اضطراب و افسردگی همبود دارد.

**بحث و نتیجه‌گیری**

این پژوهش با هدف تعیین اثربخشی برنامه یکپارچه درمان فراتشخیصی اختلالات هیجانی بر بیماران دارای اختلال افسردگی و اضطرابی همبود، انجام گرفت. نتایج این پژوهش نشان داد که ارائه مداخله بوسیله برنامه یکپارچه درمان فراتشخیصی اختلالات هیجانی، در کاهش نشانگان افسردگی و کاهش نشانگان اضطراب بیماران بیماران دارای اختلال افسردگی و اضطرابی همبود، مؤثر بوده است.

تا به امروز مطالعات فراوانی در زمینه اثربخشی برنامه یکپارچه درمانی بر اختلال های مختلف انجام شده است. عمده این مطالعات بر اثربخشی این رویکرد در کاهش نشانگان افسردگی و اختلال های اضطرابی استوار بوده است. در پژوهش(بولیس و همکاران ، 2014) اثربخشی اجرای گروه درمانی برنامه درمانی یکپارچه بر بیماران اضطرابی و افسردگی مورد مطالعه قرار گرفت. نتایج حاکی از آثربخشی متوسط تا قوی این پروتکل بر علائم اضطراب و افسردگی، اختلال عملکرد، کیفیت زندگی، و مهارت های تنظیم هیجان و همچنین میزان بالای رضایت از جلسات در بین مراجعین بود. اثر بخشی برنامه یکپارچه بر اختلال های هیجانی افرادی که تشخیص سومصرف مواد نیز می گیرند توسط سیرالیو و همکاران در سال ۲۰۱۳ حاکی از اثربخشی برنامه درمانی یکپارچه بر اضطراب و اقدامات مربوط به مصرف مواد بود. در یک کارآزمایی تصادفی بالینی اثربخشی برنامه درمانی یکپارچه در مقایسه با مداخلات تشخیصی بخصوص برای هر اختلال اضطرابی توسط بارلو و همکاران مورد مطالعه قرار گرفت(بارلو و همکاران، 2017)، در میان 223 بیمار (124 زن و 99 مرد ؛ میانگین سنی 31سال) ،88 نفر برنامه درمانی یکپارچه ، 91 نفر مداخله مخصوص اختلال و 44 نفر گروه کنترل را تشکیل دادند. بیماران بااحتمال بیشتری در مقایسه با مداخلات مخصوص اختلال درمان با برنامه درمانی یکپارچه را کامل می کردند.

در پژوهش حاضر، مداخله با برنامه درمانی یکپارچه، توانست علايم افسردگی بیماران راکاهش دهد. این یافته میتواند با پژوهشهای پیشین که در بالا به آن اشاره شد همراستا باشد. به نظر میرسد که این برنامه درمانی با هدف قرار دادن زیربناهای این اختلالات، منجر به کاهش معنا دار علایم هر کدام از این اختلالات با برنامه ی واحدی در درمان می گردد. که به عنوان مثال (عبدی و همکاران، 1398) در پژوهش بررسی کارایی درمان فراتشخیصی یکپارچه در کاهش شدت عوامل فراتشخیصی سبب ساز و نشانه های آسیب شناختی در افراد دارای نشانه های افسردگی و اضطراب، به نتیجه ی اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه در کاهش شدت عوامل فراتشخیصی سبب ساز و نشانه های آسیب شناختی نایل گشته است. که همسو با پژوهش حاضر می باشد.

دومین یافته پژوهش به اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه در کاهش شدت علائم اضطراب اشاره داشت: این یافته با پژوهش‌های انجام شده، همراستا است؛ به طور مثال، در یک کارآزمایی تصادفی بالینی اثربخشی برنامه درمانی یکپارچه در مقایسه با مداخلات تشخیصی بخصوص برای هر اختلال اضطرابی مورد مطالعه قرار گرفت (بارلو و همکاران، 2017)، در میان 223 بیمار (124 زن و 99 مرد؛ میانگین سنی 31سال) ،88 نفر برنامه درمانی یکپارچه ، 91 نفر مداخله مخصوص اختلال و 44 نفر گروه کنترل را تشکیل دادند. بیماران بااحتمال بیشتری در مقایسه با مداخلات مخصوص اختلال درمان با برنامه درمانی یکپارچه را کامل می کردند.

امکان‌سنجی و کارآمدی برنامه درمانی فراتشخیصی یکپارچه اختلالات هیجانی کودکان (UP-C)در کاهش علائم کودکان ایرانی مبتلا به اختلالات اضطرابی و علائم افسردگی همبود(ضرغامی، 1397) توسط ضرغامی، حاکی از کاهش معنادار علایم در بیماران بود. که پژوهش حاضر را تایید می نمایند.

از مهمترین محدودیت‌های پژوهش، می‌توان از تعداد جلسات نام برد. برای رفع مشکلی بخصوص برای مراجعی، نیاز است تا برخی جلسات ادامه پیدا کند؛ خصوصا جلسات مواجهه. درمان یکپارچه تا ۱۸ جلسه درمانی می تواند بطول بیانجامد، ولیکن بخاطر محدودیت زمانی در پژوهش تعداد جلسات به ۱۰ جلسه تقلیل یافت، دیگر محدودیت مهم، کم بودن حجم نمونه است که تعمیم یافته ها را با مشکل مواجه می کند. به علاوه، ابزار مورد استفاده در این پژوهش پرسشنامه بوده است، لذا محدودیت های مربوط به این ابزار را باید در نظر گرفت، مانند اینکه علی رغم تأکیدات و توضیحات لازم از سوی درمانگر، ممکن است برخی افراد پاسخگو از ارائه پاسخ واقعی خودداری کرده، پاسخ سطحی و بدون دقت لازم داده باشند. همچنین عدم وجود فرصت کافی، امکان سنجش در مرحله پیگیری را با محدودیت مواجه ساخته است.

پیشنهاد می‌شود یک فراتحلیل از مجموع مطالعاتی که به هر نحوی توسط برنامه یکپارچه درمانی روی بیماران دارای همبودی افسردگی و اضطرابی صورت گرفته است، انجام شود. فراتحلیل می تواند در درک ما از اثربخشی روشهای یکپارچه مداخله ای روی این بیماران، مفید باشد. همچنین برای درک صحیح تر چگونگی اثربخشی، می توان برنامه یکپارچه را با رویکرهایی نظیر ذهن آگاهی و رویکرهای هیجان مدار که می توانند علایم افسردگی و اضطراب را توامان مورد مداخله قرار دهند، مورد مقایسه قرار داد.

**منابع**

ضرغامی، فیروزه. (1397). امکان‌سنجی و بررسی کارآمدی پروتکل فراتشخیصی یکپارچهِ اختلالات هیجانی (UP-C) در کاهش علائم کودکان مبتلا به اختلالات اضطرابی و علائم افسردگی همبود در ایران. رساله دکتری. دانشگاه شاهد.

عبدی رضا، بخشی پور رودسری عباس، محمودعلیلو مجید، فرنام علیرضا. (1392). ارزیابی کارایی درمان فراتشخیصی یکپارچه در کاهش شدت نشانه های زنان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر. تحقیقات علوم رفتاری، ۱۱ (۵) :۳۷۵-۳۹۰.

Barlow, D. H., Farchione, T. J., Bullis, J. R., Gallagher, M. W., Murray-Latin, H., Sauer-Zavala, S., . . . Boswell, J. F. (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.

Barlow, D. H., Allen, L. B., & Choate, M. L. (2004). Toward a unified treatment for emotional disorders. *Behavior therapy, 35*(2), 205-230.

Beck, A. T. (1988). *Cognitive therapy and the emotional disorders*: Penguin.

Bullis, J. R., Fortune, M. R., Farchione, T. J., & Barlow, D. H. (2014). A preliminary investigation of the long-term outcome of the Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders. *Comprehensive psychiatry, 55*(8), 1920-1927.

Brown, T. A. (2007). Temporal course and structural relationships among dimensions of temperament and DSM-IV anxiety and mood disorder constructs. *Journal of abnormal psychology, 116*(2), 313.

Cameron, O. G. (2007). Understanding comorbid depression and anxiety. *Psychiatric Times, 24*(14), 51-51.

Carney, C. (1998). Diabetes mellitus and major depressive disorder: an overview of prevalence, complications, and treatment. *Depression and anxiety, 7*(4), 149-157.

Coplan, J. D., Aaronson, C. J., Panthangi, V., & Kim, Y. (2015). Treating comorbid anxiety and depression: Psychosocial and pharmacological approaches. *World journal of psychiatry, 5*(4), 366.

Dold, M., & Kasper, S. (2017). Evidence-based pharmacotherapy of treatment-resistant unipolar depression. International journal of psychiatry in clinical practice, 21(1), 13–23.

Hirschfeld, R. M. (2001). The comorbidity of major depression and anxiety disorders: recognition and management in primary care. *Primary care companion to the Journal of clinical psychiatry, 3*(6), 244.

Kessler, R. C., Birnbaum, H. G., Shahly, V., Bromet, E., Hwang, I., McLaughlin, K. A., . . . Demyttenaere, K. (2010). Age differences in the prevalence and co‐morbidity of DSM‐IV major depressive episodes: results from the WHO World Mental Health Survey Initiative. *Depression and anxiety, 27*(4), 351-364.

Titov, N., Dear, B. F., Staples, L. G., Terides, M. D., Karin, E., Sheehan, J., Johnston, L., Gandy, M., Fogliati, V. J., Wootton, B. M., & McEvoy, P. M. (2015). Disorder-specific versus transdiagnostic and clinician-guided versus self-guided treatment for major depressive disorder and comorbid anxiety disorders: A randomized controlled trial. Journal of anxiety disorders, 35, 88–102.

Wassertheil-Smoller, S., Applegate, W. B., Berge, K., Chang, C. J., Davis, B. R., Grimm, R., . . . Schron, E. (1996). Change in depression as a precursor of cardiovascular events. *Archives of internal medicine, 156*(5), 553-561.

Watson, D. (2009). Differentiating the mood and anxiety disorders: A quadripartite model. *Annual Review of Clinical Psychology, 5*, 221-247.

Zhiguo, W., & Yiru, F. (2014). Comorbidity of depressive and anxiety disorders: challenges in diagnosis and assessment. *Shanghai archives of psychiatry, 26*(4), 227.

1. Kessler [↑](#footnote-ref-1)
2. comorbidity [↑](#footnote-ref-2)
3. Coplan, Aaronson, Panthangi, Kim [↑](#footnote-ref-3)
4. subthreshold [↑](#footnote-ref-4)
5. Hirschfeld [↑](#footnote-ref-5)
6. Dold [↑](#footnote-ref-6)
7. major depression disorder(MDD) [↑](#footnote-ref-7)
8. generalized anxiety disorder(GAD) [↑](#footnote-ref-8)
9. panic disorder(PD) [↑](#footnote-ref-9)
10. agouraphobia [↑](#footnote-ref-10)
11. sosial anxiety disorder(SAD) [↑](#footnote-ref-11)
12. Titov [↑](#footnote-ref-12)
13. diagnostic and statistical manual of mental disorders, fifth edition (DSM-5) [↑](#footnote-ref-13)
14. Zhiguo, Yiru [↑](#footnote-ref-14)
15. Wassertheil [↑](#footnote-ref-15)
16. Carney [↑](#footnote-ref-16)
17. risk factor [↑](#footnote-ref-17)
18. Cameron [↑](#footnote-ref-18)
19. Beck, A. T [↑](#footnote-ref-19)
20. Watson [↑](#footnote-ref-20)
21. Brown [↑](#footnote-ref-21)