

Comparing the Effectiveness of Cognitive-Behavior Therapy, Transdiagnostic Psychotherapy, and Pharmacotherapy on Anxiety and Depressive Symptoms in Women with Comorbid Generalized Anxiety Disorder (GAD) and Major Depressive Disorder (MDD)

Karimi H¹, *Mirdrikvand F², Sadeghi M³, Sepahvandi MA³

Author Address

1. Department of Psychology, University of Luristan, Khoramabad, Iran;

2. Associate Professor, University of Luristan, Khoramabad, Iran;

3. Assistant Professor, University of Luristan, Khoramabad, Iran.

Corresponding Author Email: mfmirdrikvand@yahoo.com

Received: 2021 July 31; Accepted: 2021 August 14

Abstract

Background & Objectives: In Iran, women more than men suffer from depressive and anxiety disorders. Comorbid generalized anxiety disorder (GAD) and major depression disorder (MDD) is the most common form of comorbidity involving depression and anxiety. One of the essential problems of this comorbidity is more symptom severity in comparison to MDD and GAD alone, and this might lead to higher illness severity and chronicity. Common interventions for GAD and MDD are cognitive behavior therapy (CBT), transdiagnostic psychotherapy, and pharmacotherapy. However, these two disorders are typically treated separately, and there is a dearth of information on tackling them in comorbid conditions. This study aimed to compare the effectiveness of CBT, transdiagnostic psychotherapy, and pharmacotherapy on depressive and anxiety symptoms in women with comorbid MDD and GAD.

Methods: In this study, a single case study using multiple baseline design with follow-up was implemented. Individual baseline acted as control periods. Following individual baseline, treatments were delivered weekly, with each treatment session lasting up to 50 min. On completion of treatments, the patients were followed up for 1 and 3 months. Six women with comorbid MDD and GAD who came for treatment to counseling centers and psychiatrist's office in Marivan City, Iran from the beginning to the end of autumn 2019, were enrolled in the study and randomly assigned in three treatment groups. All patients met the *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (DSM-5) criteria for MDD and GAD. The inclusion criteria were as follows: having signs and symptoms of both disorders (MDD and GAD), being older than 18 years, and having consent to participate in the research. The exclusion criteria were unwillingness to continue the treatment, not completing the research questionnaires, and identifying any new disorder at each stage of the treatment. The study measures included Beck Depression Inventory (BDI-II) (Beck et al., 1996) and Beck Anxiety Inventory (BAI) (Beck & Steer, 1990). CBT and transdiagnostic psychotherapy consisted of 12 sessions, one session per week. Pharmacotherapy, consisted of a combination of Alprazolam and Sertraline presented. The obtained data were analyzed with reliable change index (RCI) and recovery percentage. Leeds reliable change indicator software was used to calculate the reliable change index.

Results: Results showed that symptoms of depression and anxiety significantly were reduced by all three treatments. Improvements of patient's anxiety were 57% in CBT, 50% in transdiagnostic, and 63% in pharmacotherapy. According to Blanchard and Schwarz's (1988) criteria, the recovery percentage of all patients was higher than 50. Therefore, the improvements in anxiety symptoms have been significant in all six patients. Also, the RCI was higher than the Z value (1.96), so with 95% confidence, we can say that the improvement was due to therapeutic interventions. In the follow-up phase, improvements in anxiety were maintained and improvement percentage of CBT, transdiagnostic, and pharmacotherapy were 50%, 51%, and 60%, respectively. Based on results, improvements in depression symptoms for CBT, transdiagnostic, and pharmacotherapy were 64%, 55%, and 56%, respectively. These results were maintained in the follow-up phase at 57%, 52%, and 50%, respectively. As seen, all improvement percentages in the intervention and follow-up phase were above 50 and therefore, based on Blanchard and Schwarz's criteria, these results were clinically significant. The RCI was greater than 1.96, in the intervention and follow-up phases indicating that improvements in depression symptoms were statistically significant.

Conclusions: Although all three treatments caused significant improvements in anxiety and depression symptoms, pharmacotherapy was slightly more effective in treating anxiety and CBT was slightly more effective in treating depression. Based on these results, when treating comorbid GAD and MDD, if the symptoms of anxiety are more severe, pharmacotherapy is preferred and if the symptoms of depression are more severe, CBT is preferred.

Keywords: Generalized anxiety disorder (GAD), Major depressive disorder (MDD), Transdiagnostic psychotherapy, Cognitive behavior therapy (CBT), Pharmacotherapy.

مقایسه اثربخشی درمان شناختی-رفتاری، درمان فراتشخیصی و درمان دارویی بر علائم اضطراب و افسردگی در زنان مبتلا به اختلالات همبود اضطراب تعمیم یافته و افسردگی اساسی

هیوا کریمی^۱، *فضل الله میردريکوند^۲، مسعود صادقی^۳، محمدعلی سپهوندی^۳

توضیحات نویسندگان

۱. دانشجوی دکتری، رشته روانشناسی، دانشگاه لرستان، لرستان، ایران؛
۲. دانشیار روانشناسی، گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی، دانشگاه لرستان، لرستان، ایران؛
۳. استادیار روانشناسی، گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی، دانشگاه لرستان، لرستان، ایران.
*رأبای نامه نویسنده مسئول: mfmiradrikvand@yahoo.com

تاریخ دریافت: ۹ مرداد ۱۴۰۰؛ تاریخ پذیرش: ۲۳ مرداد ۱۴۰۰

چکیده

زمینه و هدف: همبودی اختلال اضطراب تعمیم یافته و اختلال افسردگی اساسی، بیشتر یک قاعده است تا یک استثنا. این پژوهش با هدف مقایسه اثربخشی درمان شناختی-رفتاری، درمان فراتشخیصی مبتنی بر مکانیسم ها و درمان دارویی بر علائم اضطراب و افسردگی در زنان مبتلا به اختلالات همزمان اضطراب تعمیم یافته و افسردگی اساسی انجام شد.

روش بررسی: در طرحی تک آزمودنی از نوع طرح خط پایه چندانگانه، از بین مراجعان زن در فاصله زمانی ابتدا تا انتهای پاییز ۱۳۹۹ به مرکز مشاوره هستیوار و یکی از مطب های روان پزشکی شهرستان مریوان، شش نفر واجد ملاک های اضطراب تعمیم یافته و افسردگی اساسی به طور همزمان، به صورت داوطلب وارد مطالعه شدند. آزمودنی ها سه نوع درمان شناختی-رفتاری و فراتشخیصی و دارودرمانی را دریافت کردند. مداخلات روان درمانی در دوازده جلسه به مدت سه ماه اجرا شد. شرکت کنندگان پرسش نامه افسردگی بک-ویرایش دوم (بک و همکاران، ۱۹۹۶) و پرسش نامه اضطراب بک (بک و استیر، ۱۹۹۰) را تکمیل کردند. داده ها با استفاده از تحلیل دیداری، شاخص تغییر پایا و درصد بهبودی تحلیل شدند. برای محاسبه شاخص تغییر پایا از نرم افزار شاخص تغییر پایا لیدز استفاده شد.

یافته ها: نتایج نشان داد، درصد بهبودی ایجاد شده در علائم اضطراب در گروه درمان شناختی-رفتاری (۵۷ درصد $RCI=4/9$) و در گروه دارودرمانی (۶۳ درصد $RCI=8/4$) و در گروه درمان فراتشخیصی (۵۰ درصد $RCI=5/5$) بود. همچنین، درصد بهبودی برای علائم افسردگی در گروه شناختی-رفتاری (۶۴ درصد $RCI=1/17$) و در گروه فراتشخیصی (۵۵ درصد $RCI=6$) و در گروه دارودرمانی (۵۶ درصد $RCI=11/2$) بود.

نتیجه گیری: نتایج این پژوهش مشخص کرد، در شرایط همبودی اختلال اضطراب تعمیم یافته و اختلال افسردگی اساسی، دارودرمانی در کاهش علائم اضطراب و درمان شناختی-رفتاری در کاهش علائم افسردگی اثربخشی بیشتری دارد.

کلیدواژه ها: اختلال اضطراب تعمیم یافته، اختلال افسردگی اساسی، درمان فراتشخیصی، درمان شناختی-رفتاری، دارودرمانی.

اختلالات هم‌زمان اضطراب تعمیم‌یافته و افسردگی اساسی از نوعی درمان متوالی به‌ترتیب شدت آن‌ها استفاده می‌کند (۶).

در چند سال اخیر، برخی از پژوهشگران و درمانگران بر مکانیسم‌های مشترک میان اختلالات روان‌شناختی تمرکز کرده‌اند که موجب ظهور درمان‌های فراتشخیصی^۹ شده است. این درمان‌ها انواع مختلفی دارد؛ مانند پروتکل یکپارچه بارلو^{۱۰}، فرایندهای فراتشخیصی هاروی^{۱۱} و درمان براساس مکانیسم‌های فراتشخیصی فرانک و داویدسون^{۱۲} (۷). برخلاف رویکرد شناختی-رفتاری که اختلال‌ها به‌ترتیب شدت و براساس نمایه شناختی منحصربه‌فرد درمان می‌شود، در درمان اختلالات هم‌زمان اضطراب تعمیم‌یافته و افسردگی اساسی براساس مکانیسم‌های فراتشخیصی، شناسایی و اصلاح مکانیسم‌های فراتشخیصی در کانون مداخلات درمانی قرار دارد. مکانیسم‌های فراتشخیصی نوعی آسیب‌پذیری یا الگوی پاسخ‌دهی زیربنایی هستند که فرض می‌شود در ایجاد و تداوم علائم شناختی، رفتاری، هیجانی و جسمانی و تخریب‌کنش‌وری در اختلالات روان‌شناختی نقش داشته باشند. چند نوع از این مکانیسم‌ها شامل کمال‌طلبی، حساسیت به اضطراب و نقص در تنظیم برانگیختگی به‌عنوان مکانیسم‌های آسیب‌پذیر و اجتناب رفتاری، نشخوار فکری و اطمینان‌جویی به‌عنوان مکانیسم‌های پاسخ، است (۷).

به‌موازات و هم‌زمان با پیشرفت‌های رویکردهای روان‌درمانی برای این اختلالات، رویکرد دارودرمانی نیز در سال‌های اخیر موفقیت‌های چشمگیری داشته است. در خط مقدم درمان دارویی، بازدارنده‌های جذب مجدد سروتونین^۹ (SSRI) و بازدارنده‌های جذب مجدد سروتونین و نوراپی‌نفرین^{۱۰} (SNRI) قرار دارد. بازدارنده‌های جذب مجدد سروتونین شامل داروهایی مانند پاروکستین^{۱۱}، سرتالین^{۱۲} و اس‌سیتالوپرام^{۱۳} و بازدارنده‌های جذب مجدد سروتونین و نوراپی‌نفرین شامل داروهایی مثل ونلافاکسین^{۱۴} است. درمجموع تحقیقات اثربخشی بازدارنده‌های جذب مجدد سروتونین را در درمان حالت هم‌زمان این دو اختلال نشان داده است و از حیث تحمل^{۱۵} (کاهش واکنش مصرف‌کننده دارو به‌مرور زمان) درمقایسه با سایر داروها بهتر هستند؛ اما عوارض دارویی رنج‌آور مانند مشکلات جنسی و ایجاد آشفته‌گی دارند. هم‌زمانی اضطراب تعمیم‌یافته و افسردگی بر انتخاب نوع دارو اثر می‌گذارد. در یکی از پژوهش‌ها مشخص شد که هنگام هم‌زمانی این دو اختلال مصرف یک داروی ضدافسردگی درمقایسه با مصرف یک بنزودیازپین^{۱۶} دارای ارجحیت است (۸).

در سال‌های گذشته، درمان‌های مختلف برای این اختلالات مقایسه شده است. در پژوهشی با مقایسه اثربخشی درمان شناختی-رفتاری با دارودرمانی در درمان اختلالات اضطرابی و افسردگی، مشخص شد که هر دو درمان در کاهش علائم اثربخش است؛ اما در مواقعی که علائم افسردگی شدت بیشتری دارد، دارودرمانی درمان ارجح است (۹). مطالعه دیگری با مقایسه اثربخشی درمان فراتشخیصی با درمان

اختلال اضطراب تعمیم‌یافته^۱ با نشانه‌های نگرانی مداوم، کاهش تمرکز، علائم جسمانی اضطراب، تحریک‌پذیری و تغییرات خواب همراه است. اختلال افسردگی اساسی^۲ با نشانه‌های خلق غمگین، بی‌علاقگی و فقدان احساس لذت، تغییرات خواب و اشتها، ناامیدی به آینده، اشکال در تمرکز و تصمیم‌گیری، کمبود انرژی، احساس بی‌ارزشی و گرایش به افکار و رفتارهای خودکشی همراه است (۱). هم‌زمانی این دو اختلال با همبودی حدود ۶۰ درصد، بیشتر یک قاعده است تا یک استثنا. وجود این دو اختلال به‌صورت هم‌زمان، شدت علائم را افزایش می‌دهد که منجر به شدت بیشتر بیماری و مزمن شدن آن و ایجاد اختلال بیشتر در زندگی روزمره می‌شود؛ درنتیجه، افزایش پیچیدگی تصویر بالینی و ایجاد دشواری در درمان را به‌دنبال دارد (۲).

براساس آمارها و شواهد موجود، در تمام جهان، زنان در ابتلا به این دو اختلال آسیب‌پذیرتر از مردان هستند؛ به‌گونه‌ای که میزان ابتلای زنان به افسردگی، ۱/۵ تا ۳ برابر بیشتر از مردان بوده و میزان ابتلا به اضطراب تعمیم‌یافته در زنان دو برابر مردان است (۱). علاوه‌براین، به‌دلیل وجود برخی حالت‌ها و موقعیت‌ها (مانند زایمان و قاعدگی)، ممکن است علائم اضطراب و افسردگی به‌طور اشتباه به این حالت‌ها و موقعیت‌ها ربط داده شود؛ درنتیجه ممکن است از تشخیص و درمان مناسب زنان مبتلا به این اختلالات غفلت شود (۳)؛ بنابراین، ارزیابی و درمان زنان مبتلا اهمیت و ضرورت فراوانی دارد.

درمان اختلال‌های اضطراب تعمیم‌یافته و افسردگی اساسی شامل رویکردهای روان‌درمانی و دارودرمانی است. یکی از رویکردهای پرکاربرد روان‌درمانی، درمان شناختی-رفتاری^۳ است. این درمان دارای حمایت تجربی است؛ همچنین تئوری آسیب‌شناسی آن بر این مبنا قرار دارد که هریک از اختلالات روان‌شناختی دارای نمایه شناختی^۴ منحصربه‌فردی است که براساس محتوای شناخت‌های منفی و جهت‌گیری سوگیری پردازش مرتبط با آن اختلال مشخص می‌شود (۴)؛ بنابراین، در طول دو دهه گذشته، پروتکل‌های خاص هر اختلال تهیه و ارزیابی شده است. هدف اصلی درمان شناختی-رفتاری در اضطراب تعمیم‌یافته، کاهش تعداد، شدت و فاصله زمانی دوره‌های نگرانی است که موجب کاهش افکار اضطرابی خودآیند و اضطراب تعمیم‌یافته مرتبط با آن می‌شود. این هدف با اصلاح ارزیابی‌ها و باورهای ناکارآمد و نیز اصلاح راهبردهای کنترل ناسازگارانه مسئول نگرانی مزمن، صورت می‌پذیرد (۵)؛ اما درمان شناختی-رفتاری در افسردگی بر این اساس استوار است که در افراد مبتلا به افسردگی، سه‌گانه شناختی مربوط به افسردگی وجود دارد که شامل دیدگاه منفی به خود و دنیا و آینده می‌شود. افکار خودکار منفی و تحریف‌یافته در افسردگی ناشی از طرح‌واره‌های مشکل‌دار است. این طرح‌واره‌ها ساختارهای شناختی است که بر شیوه تفسیر و فراخوانی داده‌ها تأثیر می‌گذارد. اغلب درمانگران دارای رویکرد شناختی-رفتاری، در درمان

^۹. Selective serotonin reuptake inhibitors

^{۱۰}. Serotonin-norepinephrine reuptake inhibitors

^{۱۱}. Paroxetine

^{۱۲}. Sertraline

^{۱۳}. Escitalopram

^{۱۴}. Venlafaxine

^{۱۵}. Tolerance

^{۱۶}. Benzodiazepine

^۱. Generalized Anxiety Disorder

^۲. Major Depressive Disorder

^۳. Cognitive Behavior Therapy

^۴. Cognitive profile

^۵. Transdiagnostic Therapies

^۶. Barlow

^۷. Harvey

^۸. Frank & Davidson

پس از سه بار ارزیابی به وسیله پرسش نامه افسردگی بک-ویرایش دوم (۱۲) و پرسش نامه اضطراب بک (۱۳) برای تعیین خط پایه، مداخلات درمانی برای شرکت کنندگان آغاز شد. طول درمان به مدت دوازده جلسه بود. پس از ورود به درمان، پرسش نامه ها در جلسات دوم، چهارم، هفتم، دهم و دوازدهم تکمیل شد. همچنین پس از اتمام جلسات درمان، پیگیری طی دو مرحله و با فاصله یک ماه و سه ماه صورت گرفت. ملاحظات اخلاقی این پژوهش شامل رضایت آگاهانه شرکت کنندگان از شرکت در پژوهش، محرمانه ماندن اطلاعات آن ها و کسب مجوز از دانشگاه بود. در این پژوهش از دو پرسش نامه استفاده شد.

پرسش نامه افسردگی بک^۴-ویرایش دوم: این پرسش نامه شکل بازنگری شده پرسش نامه افسردگی بک است که در سال ۱۹۹۶ توسط بک و همکاران برای سنجش شدت افسردگی تدوین شد (۱۲). این ویرایش دارای ۲۱ گویه است و تمام عناصر افسردگی براساس نظریه شناختی را پوشش می دهد. نمره گذاری سوالات در دامنه صفر تا ۳ انجام می شود و نمره کل پرسش نامه در دامنه ای از صفر تا ۶۳ نوسان دارد. نمرات بیشتر نشان دهنده شدت افسردگی است (۱۲). این پرسش نامه ثبات درونی خوبی دارد (ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۱). بک و همکارانش پایایی بازآزمایی پرسش نامه را در طی یک هفته ۰/۹۳ گزارش کردند (۱۴). فتی و همکاران در ایران ضریب آلفای کرونباخ مقیاس را ۰/۹۱ و پایایی بازآزمایی آن را در طی یک هفته ۰/۹۴ به دست آوردند (۱۵).

پرسش نامه اضطراب بک^۵: این ابزار برای سنجش شدت اضطراب در بزرگسالان و نوجوانان در سال ۱۹۹۰ توسط بک و استیر تدوین شد (۱۳). پرسش نامه ۲۱ گویه دارد و بر مقیاسی چهاردرجه ای از صفر تا سه نمره گذاری می شود؛ بنابراین نمره کل پرسش نامه در دامنه صفر تا ۶۳ قرار دارد و افزایش نمره نشان دهنده شدت اضطراب است (۱۳). بک و همکارانش ضریب آلفای کرونباخ را برای این پرسش نامه ۰/۹۳ و ضریب پایایی بازآزمایی را در فاصله پنج هفته ۰/۸۳ گزارش کردند (۱۴). فتی و همکاران در پژوهش خود روی نمونه ایرانی ضریب آلفای کرونباخ را ۰/۹۲ و ضریب پایایی بین دو نیمه را ۰/۸۱ به دست آوردند (۱۵).

در این پژوهش، برای تجزیه و تحلیل داده ها و ارزیابی کارایی، روش ترسیم دیداری یا تحلیل نمودار گرافیکی به کار رفت. همچنین، به منظور بررسی معناداری آماری از شاخص تغییر پایا^۶ (RCI) و برای بررسی معناداری بالینی از درصد بهبودی استفاده شد. براساس معیار بلانچارد و اسکوارز^۷، اگر درصد بهبودی بیشتر از ۵۰ درصد باشد، تغییرات از لحاظ بالینی معنادار است (به نقل از ۱۶). برای محاسبه شاخص تغییر پایا نمره پس آزمون از نمره پیش آزمون تفریق شد و حاصل بر خطای استاندارد اختلاف نمره ها تقسیم شد. برای محاسبه شاخص تغییر پایا، نرم افزار شاخص تغییر پایای لیدز^۸ به کار رفت.

شناختی- رفتاری نشان داد، تفاوت معناداری میان دو روش درمانی در کاهش علائم اضطراب و افسردگی وجود ندارد (۱۰). در ایران نیز پژوهش صورت گرفته درخصوص مقایسه اثربخشی درمان شناختی- رفتاری با درمان فراتشخیصی مشخص کرد، هر دو روش درمانی بهبود معناداری در علائم اضطراب و افسردگی ایجاد می کند (۱۱)؛ اما پژوهشی یافت نشد که به طور منحصر به بررسی مقایسه ای درمان ها در زنان مبتلا بپر دازد. همچنین، پژوهشی یافت نشد که هر سه رویکرد درمانی را مقایسه کند. علاوه بر این، مقایسه رویکردهای مختلف در انتخاب نوع درمان برای زنان مبتلا به این دو اختلال به صورت هم زمان، اهمیت فراوانی دارد. این اهمیت از یک سو به جمعیت بالینی زیاد زنان مبتلا به این اختلال برمی گردد و از دیگر سو، به پیچیدگی تصویر بالینی به خصوص در زنان مربوط می شود که ممکن است از انتخاب درمان به موقع و مناسب برای آن ها غفلت شود؛ بنابراین، وجود خلأ پژوهشی و ضرورت توجه بیشتر به زنان مبتلا به اختلالات اضطراب تعمیم یافته و افسردگی اساسی، پژوهشگران را بر آن داشت که پژوهش حاضر را با هدف مقایسه اثربخشی درمان شناختی- رفتاری، درمان فراتشخیصی و درمان دارویی بر علائم اضطراب و افسردگی در زنان مبتلا به اختلالات همبود اضطراب تعمیم یافته و افسردگی اساسی انجام دهند.

۲ روش بررسی

در این پژوهش از طرح آزمایشی تک آزمودنی^۱ طرح خط پایه چندگانه^۲ استفاده شد. جامعه آماری را زنانی تشکیل دادند که به دلیل ابتلا به اختلالات هم زمان اضطراب تعمیم یافته و افسردگی اساسی، در فاصله زمانی ابتدا تا انتهای پاییز ۱۳۹۹ به مرکز مشاوره هستیار و یکی از مطب های روان پزشکی شهر مریوان مراجعه کردند. حجم نمونه، شش زن مبتلا به اختلال هم زمان اضطراب تعمیم یافته و افسردگی اساسی بود. شیوه نمونه گیری به این ترتیب بود که از بین مراجعان زن مرکز مشاوره هستیار و یکی از مطب های روان پزشکی شهرستان مریوان، شش نفر که براساس مصاحبه تشخیصی بر مبنای پنجمین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری اختلال های روانی (DSM-5)^۳ واجد ملاک های اضطراب تعمیم یافته و افسردگی اساسی به طور هم زمان بودند، به صورت داوطلب وارد مطالعه شدند. ملاک های ورود آزمودنی ها به پژوهش عبارت بود از: داشتن علائم و نشانه های هر دو اختلال؛ سن بیشتر از هیجده سال؛ موافقت برای شرکت در پژوهش؛ امضای رضایت نامه کتبی. پس از ورود شش شرکت کننده به پژوهش در خلال یک ماه، افراد به صورت تصادفی یکی از سه درمان شناختی- رفتاری، فراتشخیصی و دارودرمانی را دریافت کردند. پس از ورود به مطالعه، اگر شرکت کننده ای یکی از ملاک های خروج را داشت، از مطالعه حذف بود. ملاک های خروج آزمودنی ها از پژوهش، تمایل نداشتن به ادامه درمان، تکمیل نکردن پرسش نامه های پژوهش و شناسایی هر اختلال جدید در هر مرحله از درمان بود.

۶. Reliability change index

۷. Blanchard & Schwarz

۸. Leeds reliable change indicator

۱. Single subject experiment

۲. Multiple baseline

۳. Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders, 5th Edition (DSM-5)

۴. Beck Depression Inventory) BDI-II)

۵. Beck Anxiety Inventory) BAI)

۳ یافته‌ها

در این مطالعه، شش زن شرکت کردند که در فاصله سنی ۲۶ تا ۳۲ سال قرار داشتند. ویژگی‌های جمعیت‌شناختی شرکت‌کنندگان در جدول ۱ آورده شده است.

جدول ۱. ویژگی‌های جمعیت‌شناختی شرکت‌کنندگان در پژوهش

شرکت‌کننده	سن	تحصیلات	وضعیت تأهل	سابقه بیماری	نوع درمان
۱	۳۲	لیسانس	مجرد	نداشت	فراشخیصی
۲	۲۹	لیسانس	متاهل	نداشت	فراشخیصی
۳	۲۶	دیپلم	مجرد	نداشت	شناختی-رفتاری
۴	۳۲	لیسانس	متاهل	نداشت	شناختی-رفتاری
۵	۲۸	دیپلم	متاهل	نداشت	دارودرمانی
۶	۳۰	دیپلم	متاهل	نداشت	دارودرمانی

جدول ۲. روند تغییر مراحل درمان شرکت‌کنندگان در مقیاس اضطراب بک

روند	شناختی-رفتاری						فراشخیصی		دارودرمانی	
	شرکت‌کننده ۱	شرکت‌کننده ۲	شرکت‌کننده ۳	شرکت‌کننده ۴	شرکت‌کننده ۵	شرکت‌کننده ۶	شرکت‌کننده ۴	شرکت‌کننده ۵	شرکت‌کننده ۵	شرکت‌کننده ۶
خط پایه اول	۲۹	۳۹	۳۵	۴۱	۳۸	۴۱				
خط پایه دوم	۲۸	۴۰	۳۳	۳۹	۳۹	۴۰				
خط پایه سوم	۳۰	۳۸	۳۱	۴۰	۳۹	۴۲				
میانگین خط پایه	۲۹	۳۹	۳۳	۴۰	۳۹	۴۱				
جلسه دوم درمان	۲۳	۳۰	۳۲	۳۷	۳۵	۲۷				
جلسه چهارم درمان	۱۹	۳۴	۳۰	۳۵	۳۳	۲۴				
جلسه هفتم درمان	۱۴	۲۳	۲۸	۳۴	۲۷	۱۹				
جلسه دهم درمان	۹	۱۸	۲۳	۳۰	۲۴	۱۶				
جلسه دوازدهم درمان (آخر)	۷	۲۴	۲۱	۱۵	۱۶	۱۳				
میانگین درمان	۱۴/۴	۲۶	۲۷/۸	۳۰	۲۷	۱۹/۸				
شاخص تغییر پایا	۵/۰۸	۴/۸۳	۲/۶	۸/۶۷	۸/۰۵	۸/۸۷				
درصد بهبودی	۷۶	۳۸	۳۷	۶۳	۵۹	۶۸/۵				
درصد بهبودی گروه‌ها در مرحله درمان	۵۷		۵۰		۶۳					
درصد بهبودی کلی درمان			۵۷							
پیگیری ماه اول	۱۳	۲۵	۱۷	۱۵	۱۷	۱۴				
پیگیری ماه سوم	۱۴	۲۵	۱۹	۱۶	۱۷	۱۵				
میانگین پیگیری	۱۳/۵	۲۵	۱۸	۱۵/۵	۱۷	۱۴/۵				
شاخص تغییر پایا	۴/۷۲	۴/۵۶	۳/۴	۸/۳۳	۷/۴۹	۷/۵				
درصد بهبودی	۵۵	۴۵	۴۲	۶۰	۵۶/۵	۶۳/۵				
درصد بهبودی کلی گروه‌ها در مرحله پیگیری	۵۰		۵۱		۶۰					
درصد بهبودی کلی پیگیری			۵۳							

شناختی-رفتاری در مرحله پیگیری کاهش یافت و به ۵۰ درصد رسید. درصد بهبودی شرکت‌کنندگان فراشخیصی در مرحله پیگیری ۵۱ درصد و در دارودرمانی ۶۰ درصد و میانگین کل در این مرحله ۵۳ درصد بود؛ بنابراین، براساس داده‌های موجود تغییرات حاصل در علائم اضطراب و افسردگی در مرحله پیگیری از لحاظ آماری و نیز از لحاظ بالینی معنادار بود.

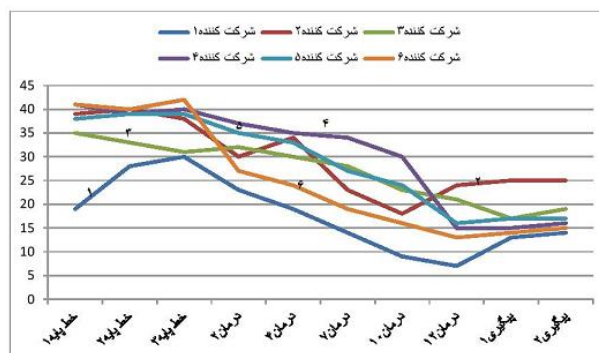
باتوجه به جدول ۲، نمره اضطراب همه شرکت‌کنندگان کاهش یافت. درصد بهبودی اضطراب برای شرکت‌کنندگان شناختی-رفتاری ۵۷ درصد، فراشخیصی ۵۰ درصد، دارودرمانی ۶۳ درصد و در کل ۵۷ درصد به دست آمد. به دلیل اینکه شاخص تغییر پایا بیشتر از ارزش z یعنی ۱/۹۶ بود، با اطمینان ۹۵ درصد می‌توان گفت، بهبودی حاصل‌شده ناشی از مداخلات درمانی بوده است. همچنین، براساس جدول ۱، تغییرات به دست آمده در نمرات اضطراب در شرکت‌کنندگان

جدول ۳. روند تغییر مراحل درمان شرکت‌کنندگان در مقیاس افسردگی بک

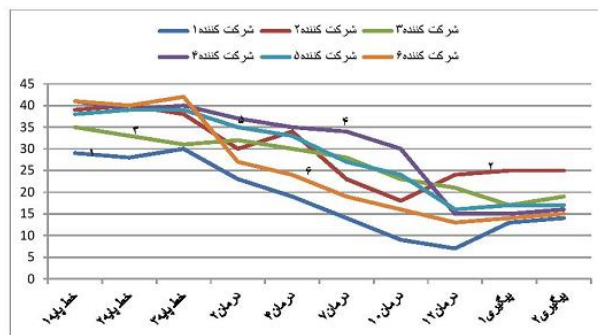
روند	شناختی-رفتاری						فراشخصی		دارودرمانی	
	شرکت‌کننده ۱	شرکت‌کننده ۲	شرکت‌کننده ۳	شرکت‌کننده ۴	شرکت‌کننده ۵	شرکت‌کننده ۶	شرکت‌کننده ۵	شرکت‌کننده ۴	شرکت‌کننده ۵	شرکت‌کننده ۶
خط پایه اول	۳۶	۴۳	۳۵	۴۰	۳۳	۳۳				
خط پایه دوم	۴۲	۳۹	۳۳	۳۹	۳۱	۳۵				
خط پایه سوم	۴۲	۴۴	۳۴	۴۱	۲۹	۳۴				
میانگین خط پایه	۴۰	۴۲	۳۴	۴۰	۳۱	۳۴				
جلسه دوم درمان	۴۱	۲۴	۳۱	۳۸	۲۵	۳۲				
جلسه چهارم درمان	۳۷	۱۸	۲۸	۳۷	۲۱	۳۲				
جلسه هفتم درمان	۳۲	۱۸	۲۷	۳۲	۱۷	۲۰				
جلسه دهم درمان	۲۴	۱۵	۱۹	۲۳	۱۷	۲۳				
جلسه دوازدهم درمان (آخر)	۱۸	۱۲	۱۶	۱۷	۱۱	۱۶				
میانگین درمان	۳۰/۶	۱۷/۶	۲۵/۵	۳۲/۵	۱۹/۵	۲۴/۶				
شاخص تغییر پایا	۸/۶۰	۲۵/۷۰	۸/۳۰	۳/۷۰	۱۹/۸۱	۲/۵				
درصد بهبودی	۵۵	۷۲	۵۳	۵۷	۶۱	۵۳				
درصد بهبودی کلی گروه‌ها در مرحله درمان	۶۴		۵۵		۵۶					
درصد بهبود کلی درمان			۵۸							
پیگیری ماه اول	۱۹	۱۴	۱۷	۱۹	۱۶	۱۷				
پیگیری ماه سوم	۲۱	۱۴	۱۶	۲۰	۱۵	۱۸				
میانگین پیگیری	۲۰	۱۴	۱۶/۵	۱۹/۵	۱۵/۵	۱۷/۵				
شاخص تغییر پایا	۸/۱۸	۲۲/۳۱	۸/۷۸	۳/۳۵	۱۶/۶۶	۲/۲۲				
درصد بهبودی	۴۸	۶۶	۵۳	۵۰	۵۰	۴۶				
درصد بهبودی کلی گروه‌ها در مرحله پیگیری	۵۷		۵۲		۵۰					
درصد بهبود کلی پیگیری			۵۱							

داد. میزان بهبودی افسردگی در مرحله پیگیری در شرکت‌کنندگان شناختی-رفتاری و فراشخصی و دارودرمانی به ترتیب ۵۷ درصد و ۵۲ درصد و ۵۰ درصد و در مجموع ۵۱ درصد بود. با توجه به اینکه شاخص تغییر پایا برای تمام مراجعان در مرحله پیگیری بیشتر از ۱/۹۶ به دست آمد، تغییرات از لحاظ آماری معنادار بود. همچنین به دلیل اینکه مقدار بهبودی در این مرحله در هر سه گروه بیشتر از ۵۰ درصد مشاهده شد، مداخلات از نظر بالینی نیز معنادار بود.

جدول ۳ نمرات افسردگی شرکت‌کنندگان هر سه گروه درمانی را در مراحل خط پایه و درمان و پیگیری نشان می‌دهد. طبق داده‌های این جدول، نمرات افسردگی همه شرکت‌کنندگان کاهش یافت. میزان این کاهش در شرکت‌کنندگان شناختی-رفتاری ۶۴ درصد، فراشخصی ۵۵ درصد، دارودرمانی ۵۶ درصد و در مجموع ۵۸ درصد بود. شاخص تغییر پایا در مرحله درمان برای تمام شرکت‌کنندگان بزرگ‌تر از ۱/۹۶ به دست آمد که معنادار بودن مداخلات درمانی را از لحاظ آماری نشان



نمودار ۱. روند تغییرات مراحل درمان شرکت‌کنندگان در مقیاس اضطراب بک



نمودار ۲. روند تغییرات مراحل درمان شرکت‌کنندگان در مقیاس افسردگی بک

۴ بحث

اضطراب با کاهش گابا همراه است که مهم‌ترین انتقال‌دهندهٔ عصبی مهاری در دستگاه عصبی به‌شمار می‌رود. در این پژوهش، مصرف آلپرازولام^۵ به‌عنوان یک بنزودیازپین باعث افزایش عمل گابا شد و با ایجاد اثر مهاری خود علائم اضطراب را کاهش داد. افزایش علائم افسردگی با کاهش سروتونین در فضای سیناپسی سلول‌های عصبی همراه است. مصرف یک بازدارندهٔ جذب مجدد سروتونین مانند سرتالین در این مطالعه از طریق جلوگیری از بازجذب سروتونین از فضای سیناپسی منجر به کاهش علائم افسردگی شد (۱۸).

یکی از یافته‌های اصلی پژوهش حاضر این بود که در درمان اختلالات همبود اضطراب تعمیم‌یافته و افسردگی اساسی، دارودرمانی درمقایسه با دو درمان دیگر در درمان علائم اضطراب اثربخشی بیشتری داشت؛ درحالی‌که درمان شناختی-رفتاری در درمان علائم افسردگی دارای اثربخشی بیشتری از دو درمان دیگر بود. در تعدادی از مطالعات قبلی مشخص شد، درمان شناختی-رفتاری در درمان علائم اضطراب اثربخش‌تر از درمان علائم افسردگی است (۱۹). در برخی دیگر از مطالعات تفاوت معناداری میان اثربخشی رویکردهای روان‌درمانی (اعم از شناختی-رفتاری و فراتشخیصی) و دارودرمانی مشاهده نشد (۲۰)؛ اما نکتهٔ مهم آن است که این مطالعات درمقایسهٔ اختلالات افسردگی و اضطرابی به بررسی اختلالات همبود نپرداخته‌اند و اختلالات را به‌صورت جداگانه بررسی و مقایسه کرده‌اند. در برخی دیگر از مطالعات مشخص شد، وجود اختلال اضطرابی همبود اختلال افسردگی سبب کاهش اثربخشی داروهای ضدافسردگی می‌شود؛ درحالی‌که وجود اختلال افسردگی همبود اختلال اضطرابی تأثیری بر اثربخشی داروهای ضداضطرابی ندارد (۲۰)؛ بنابراین می‌توان گفت، در درمان اختلالات همبود اضطراب و افسردگی اساسی داروهای ضداضطراب اثربخش است و علائم اضطرابی را کاهش می‌دهد؛ اما از میزان اثربخشی داروهای ضدافسردگی به‌دلیل وجود اختلال اضطرابی کاسته می‌شود و این موضوع با نتایج پژوهش حاضر همسوست.

یکی دیگر از یافته‌های پژوهش حاضر این بود که درمان شناختی-رفتاری درمقایسه با درمان فراتشخیصی مبتنی بر مکانیسم‌ها بر کاهش علائم افسردگی اثربخشی بیشتری داشت. یافته‌های مربوط به پژوهش‌های قبلی اثربخشی درمان فراتشخیصی را در کاهش علائم

هدف از انجام این پژوهش، مقایسهٔ درمان‌های شناختی-رفتاری، فراتشخیصی و دارودرمانی بر علائم اضطراب و افسردگی زنان مبتلا به اختلالات همبود اضطراب تعمیم‌یافته و افسردگی اساسی بود. یافته‌های این پژوهش نشان داد، هر سه درمان اثربخشی معناداری در بهبود علائم اضطراب و افسردگی در زنان مبتلا به اختلالات همبود اضطراب تعمیم‌یافته و افسردگی اساسی داشت و دارودرمانی درمقایسه با دو درمان دیگر در درمان علائم اضطراب دارای اثربخشی بیشتری بود؛ اما در درمان علائم افسردگی، درمان شناختی-رفتاری درمقایسه با دو درمان دیگر اثربخشی بیشتری داشت. نتایج این پژوهش با یافته‌های بسیاری از پژوهش‌ها و فراتحلیل‌ها همسوست (۱۷).

در تبیین نتایج اثربخشی درمان شناختی-رفتاری می‌توان گفت، این رویکرد از طریق شناسایی و اصلاح افکار و باورهای ناکارآمد، براساس نمایهٔ شناختی اختلال و مفهوم‌بندی فرد مبتلا به اختلال و به‌ترتیب شدت اختلال، موجب کاهش علائم اضطراب و افسردگی می‌شود. در جلسات مشاوره به‌وسیلهٔ سؤالات سقراطی و تجربه‌گرایی مشارکتی^۱، شناخت‌های ناکارآمد به‌چالش کشیده شد و با جایگزین‌کردن شناخت‌های کارآمد و واقع‌بینانه‌تر، شدت هیجان‌های منفی مانند اضطراب و افسردگی کاهش پیدا کرد. علاوه بر اصلاح شناخت‌های ناکارآمد از مهارت‌آموزی و شیوه‌های حل مسئله براساس اهداف تعیین‌شده در جلسات استفاده شد (۶).

در تبیین نتایج اثربخشی درمان فراتشخیصی مبتنی بر مکانیسم‌ها می‌توان گفت، در این روش ابتدا شناسایی مکانیسم‌های فراتشخیصی مهم‌تر واقع در زیربنای مشکلات و علائم مرضی، صورت می‌گیرد. سپس اهداف درمانی مشخص می‌شود و به‌دنبال آن، متناسب با نوع مکانیسم، نوعی از مداخله و راهبرد درمانی برای اصلاح یا تغییر مکانیسم به‌کار می‌رود؛ برای مثال استفاده از فعال‌سازی رفتاری^۲ برای مکانیسم اجتناب رفتاری و استفاده از بازسازی شناختی^۳ برای ارزیابی‌های سوگیرانهٔ فرد (۷).

در تبیین نتایج مربوط به اثربخشی دارودرمانی بر کاهش علائم اضطراب و افسردگی می‌توان گفت، در اختلالات اضطراب تعمیم‌یافته و افسردگی اساسی انتقال‌دهندگان عصبی که دچار تغییر می‌شود، به‌ترتیب گابا-آمینوبوتیریک‌اسید (گابا)^۴ و سروتونین است. علائم

۴. Gaba aminobutyric acid
۵. Alprazolam

۱. Collaborative empiricism
۲. Behavioral activation
۳. Cognitive reconstruction

۵ نتیجه‌گیری

براساس یافته‌های این پژوهش، روان‌درمانی و دارودرمانی در درمان اختلالات همبود اضطرابی و افسردگی زنان اثربخش هستند؛ اما در زمان شدیدتر بودن علائم اضطراب، کفه اثربخشی به نفع دارو است و هنگام شدیدتر بودن علائم افسردگی، درمان شناختی-رفتاری تأثیر بیشتری بر بهبودی بیمار دارد؛ بنابراین، نتایج مذکور برای روان‌شناسان و روان‌پزشکانی که با بیماران مبتلا به این اختلالات کار می‌کنند، اهمیت زیادی دارد؛ زیرا انتخاب پروتکل درمانی مناسب و اثربخش منجر به کاهش زودهنگام رنج بیمار و ایجاد آرامش در او می‌شود.

۶ تشکر و قدردانی

از تمام افرادی که در انجام پژوهش یاری رساندند، به‌خصوص از روان‌پزشک محترم خانم دکتر فاطمه عزیزاده و تمامی شش خانمی که به‌عنوان شرکت‌کننده در پژوهش کمک کردند، سپاسگزاریم.

۷ بیانیه‌ها

تأییدیه اخلاقی و رضایت‌نامه از شرکت‌کنندگان

این مقاله برگرفته از رساله دکترای رشته روان‌شناسی مصوب شورای تحصیلات تکمیلی دانشگاه لرستان است. فرم رضایت‌نامه آگاهانه توسط شرکت‌کنندگان تکمیل شد. ملاحظات اخلاقی رعایت شده در این پژوهش عبارت بود از: توضیح کامل اهداف پژوهش به شرکت‌کنندگان؛ در اختیار قرار دادن نتایج پژوهش به شرکت‌کنندگان پس از اتمام پژوهش؛ اطمینان دادن به شرکت‌کنندگان در رابطه با رعایت اصل رازداری؛ تکمیل فرم رضایت آگاهانه توسط شرکت‌کنندگان در پژوهش.

رضایت برای انتشار

این امر غیرقابل اجرا است.

دردسترس بودن داده‌ها و مواد

تمامی داده‌های مربوط به این پژوهش در جداول و نمودارهای موجود در پژوهش آورده شده است.

تضاد منافع

نویسندگان اعلام می‌کنند که هیچ‌گونه تضاد منافی ندارند.

منابع مالی

منابع مالی این پژوهش از هزینه‌های شخصی تأمین شده است.

مشارکت نویسندگان

در پژوهش حاضر نویسنده اول نویسنده اصلی و نویسندگان دوم و سوم اساتید راهنما بودند. نویسنده چهارم استاد مشاور بود. همه نویسندگان نسخه ارسالی به مجله را خوانده و تأیید کردند.

اضطراب و افسردگی نشان داد (۱۰، ۱۱)؛ اما در این پژوهش‌ها نیز اثربخشی درمان شناختی-رفتاری بیشتر از درمان فراتشخیصی بود. به همین دلیل کلارک پیشنهاد کرد، از درمان‌های فراتشخیصی به‌عنوان مکمل درمان شناختی-رفتاری به‌خصوص در گروه درمانی استفاده شود (۲۱). در تبیین این یافته می‌توان گفت، علت اثربخشی بیشتر درمان شناختی-رفتاری در این پژوهش استفاده از نمایه شناختی خاص هرکدام از اختلال‌های اضطراب تعمیم‌یافته و افسردگی اساسی در مداخلات درمانی است. از آنجاکه اختلالات روانی سازه‌های مرضی مجزا و متمایزی هستند و هرکدام از اختلالات ویژگی‌ها و علائم و نشانگان ویژه خود را دارند، درمان شناختی-رفتاری به‌عنوان درمانی اختصاصی که در مواجهه با هر اختلال براساس پروتکل درمانی ویژه آن اختلال به‌کار می‌رود، به‌دلیل اختصاصی بودن، اثربخش‌تر از درمان فراتشخیصی است. در درمان فراتشخیصی به شناسایی و اصلاح مکانیسم‌های مشترک اختلالات پرداخته می‌شود (۲۱).

از یافته‌های دیگر پژوهش حاضر این بود که دو رویکرد روان‌درمانی یعنی شناختی-رفتاری و فراتشخیصی در درمان علائم افسردگی اثربخشی بیشتری از درمان علائم اضطراب داشت. این یافته با برخی پژوهش‌های قبلی همسوست؛ برای مثال مطالعه آینده‌نگر هشت‌ساله‌ای درباره اختلال‌های اضطرابی نشان داد، فقط یک‌سوم تا نیمی از بیماران دارای اختلالات اضطرابی به بهبودی کامل دست یافته‌اند (۲۲). در تبیین این یافته می‌توان گفت، از مؤلفه‌های معنادار کلی این اختلال‌ها ماهیت مزمن شدن آن‌ها است. برعکس اختلال افسردگی اساسی، اختلال‌های اضطرابی غالباً با گذر سال‌ها مزمن می‌شوند و بهبودی کمتری را نشان می‌دهند؛ بنابراین، رویکردهای روان‌درمانی در درمان علائم افسردگی موفق‌تر از درمان علائم اضطراب است.

از نقاط قوت پژوهش حاضر این بود که یافته‌های این پژوهش به تصمیم‌گیری در انتخاب نوع درمان در شرایط همبودی اختلالات افسردگی و اضطراب تعمیم‌یافته کمک می‌کند. به این ترتیب که پس از ارزیابی اختلالات اگر شدت اضطراب بیشتر باشد، انتخاب دارودرمانی یا افزودن دارو به روان‌درمانی کمک‌کننده است و اگر افسردگی شدیدتر باشد، انتخاب درمان شناختی-رفتاری در اولویت تصمیم‌بالینی خواهد بود. این نقطه قوت، پژوهش حاضر را از بسیاری مطالعات قبلی که پیش‌تر به آن‌ها اشاره شد، متمایز می‌کند. از نقاط ضعف پژوهش حاضر، استفاده از طرح تک‌آزمودنی و روش نمونه‌گیری دردسترس بود که تعمیم نتایج را با محدودیت مواجه می‌کند. پیشنهاد می‌شود در تحقیقات آتی کارآزمایی‌های بالینی با نمونه‌های بیشتری در درمان اختلالات همبود افسردگی و اضطرابی صورت گیرد.

References

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th edition. American Psychiatric Association; 2013. <https://doi.org/10.1176/appi.boks.9780890425596>
2. Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Koretz D, Merikangas KR, et al. The epidemiology of major depressive disorder: results from the national comorbidity survey replication (NCS-R). JAMA. 2003;289(23):3095-105. <https://doi.org/10.1001/jama.289.23.3095>
3. Misri S, Swift E. Generalized anxiety disorder and major depressive disorder in pregnant and postpartum women: maternal quality of life and treatment outcomes. J Obstet Gynaecol Can. 2015;37(9):798-803. [https://doi.org/10.1016/s1701-2163\(15\)30150-x](https://doi.org/10.1016/s1701-2163(15)30150-x)

4. Clark DA, Beck AT, Alford BA. Scientific foundations of cognitive theory and therapy of depression. First edition. New York: Wiley; 1999.
5. Clark DA, Beck AT. Cognitive therapy of anxiety disorders; science and practice. New York, London: Guilford Press; 2010.
6. Beck JS, Beck AT. Cognitive behavior therapy: basics and beyond. Third edition. New York, London: Guilford press; 2020.
7. Frank RI, Davidson J, Persons JB. The transdiagnostic road map to case formulation and treatment planning: practical guidance for clinical decision making. Oakland: New Harbinger Publications; 2014.
8. Rickels K, Downing R, Schweizer E, Hassman H. Antidepressants for the treatment of generalized anxiety disorder: a placebo-controlled comparison of imipramine, trazodone, and diazepam. Arch Gen Psychiatry. 1993;50(11):884–95. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1993.01820230054005>
9. Belzer K, Schneier FR. Comorbidity of anxiety and depressive disorders: issues in conceptualization, assessment, and treatment. J Psychiatr Pract. 2004;10(5):296–306. <https://doi.org/10.1097/00131746-200409000-00003>
10. Dear BF, Staples LG, Terides MD, Karin E, Zou J, Johnston L, et al. Transdiagnostic versus disorder-specific and clinician-guided versus self-guided internet-delivered treatment for generalized anxiety disorder and comorbid disorders: a randomized controlled trial. J Anxiety Disord. 2015 Dec;36:63–77. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2015.09.003>
11. Ghaderi F, Akrami N, Namdari K, Abedi A. Comparing the effects of integrated cognitive-behavioral therapy and transdiagnostic treatment on symptoms of patients with generalized anxiety disorder comorbid with depression. Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology. 2022;27(4):440–57. [Persian] <http://dx.doi.org/10.32598/ijpcp.27.4.3067.3>
12. Beck AT, Steer RA, Brown GK. Manual for the Beck Depression Inventory-II. San Antonio, TX: Psychological Corporation; 1996.
13. Beck AT, Steer RA. Manual for the Beck Anxiety Inventory. San Antonio, TX: Psychological Corporation; 1990.
14. Beck AT, Epstein N, Brown G, Steer RA. An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. J Consult Clin Psychol. 1988;56(6):893–7. <https://doi.org/10.1037//0022-006x.56.6.893>
15. Fata L, Birashk B, Atefvahid MK, Dabson KS. Meaning assignment structure/schema, emotional states and cognitive processing of emotional information: comparing two conceptual frameworks. Iranian Journal of Psychiatry & Clinical Psychology. 2005;11(3):312–26. [Persian] <http://ijpcp.iums.ac.ir/article-1-62-en.html>
16. Ogels BM, Lunnen KMQ, Bonesteel K. Clinical significance: history, application and current practice. Clin Psychol Rev. 2001;21:421–46. [https://doi.org/10.1016/S0272-7358\(99\)00058-6](https://doi.org/10.1016/S0272-7358(99)00058-6)
17. Coplan JD, Aaronson CJ, Panthangi V, Kim Y. Treating comorbid anxiety and depression: psychosocial and pharmacological approaches. World J Psychiatry. 2015;5(4):366–78. <https://doi.org/10.5498/wjp.v5.i4.366>
18. Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry: behavioral sciences/clinical psychiatry. 11th edition. Wolters Kluwer; 2014.
19. Chambless DL, Hollon SD. Defining empirically supported therapies. J Consult Clin Psychol. 1998;66(1):7–18. <https://doi.org/10.1037//0022-006x.66.1.7>
20. Roshanaei-Moghaddam B, Pauly MC, Atkins DC, Baldwin SA, Stein MB, Roy-Byrne P. Relative effects of CBT and pharmacotherapy in depression versus anxiety: is medication somewhat better for depression, and CBT somewhat better for anxiety? Depress Anxiety. 2011;28(7):560–7. <https://doi.org/10.1002/da.20829>
21. Clark DA. Cognitive behavioral therapy for anxiety and depression: possibilities and limitations of a transdiagnostic perspective. J Cogn Behav Ther. 2009;38(1):29–34. <https://doi.org/10.1080/16506070902980745>
22. Yonkers KA, Dyck IR, Keller MB. An eight-year longitudinal comparison of clinical course and characteristics of social phobia among men and women. Psychiatr Serv. 2001;52(5):637–43. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.52.5.637>