



The Effect of Unified Transdiagnostic Treatment on the Improvement of Internalizing Behavioral Problems, Emotional Regulation, and Empathy in Children with Anxiety Disorders

Shirin pouladi: Ph.D. student Department of Psychology, Arsanjan Branch, Islamic Azad University, Arsanjan, Iran

shirinpooladi@gmail.com

Mohammad Mehdi Hasanshahi*: Assistant Professor Department of Psychology, Arsanjan Branch, Islamic Azad University, Arsanjan, Iran

MM.Hasanshahi@iau.ac.ir

Mohammad Rabiei: Associate Professor of Consulting, University of Shahrekord, Shahrekord, Iran

mohammad51r@yahoo.com

Naser Baghery: Assistant Professor Department of Psychology, Shahrekord Branch, Islamic Azad University, Shahrekord, Iran

B2naser@yahoo.com

Abstract

This study aimed to investigate the effect of Unified Transdiagnostic treatment on improving internalizing behavioral problems, emotional regulation, and empathy in children with anxiety disorders. The present study was a single case pilot design of multiple baseline designs with different subjects that were performed on three patients (8,9,10 years) in 15 sessions with two follow-up periods of 2 months. Data were analyzed using visual drawing methods, stable change index, and recovery percentage. The instruments used included a Child Behavioral Checklist (parent form), an Emotion Regulation Checklist, and Griffith Empathy Measure. The results of Unified Transdiagnostic treatment showed that all three children with anxiety disorders, during treatment and after treatment, showed a significant reduction in child behavioral scores, emotion regulation, and empathy, and therapeutic achievements were maintained during the two 2-month periods. The results showed the effectiveness of Unified Transdiagnostic treatment in the scores of subscales of internalizing behavioral problems in the child's behavioral list, emotion regulation subscales, and empathy subscales in children with anxiety disorders.

Keywords: anxiety disorders, emotional regulation, Unified Transdiagnostic treatment, internalizing behavioral problems, empathy.

Introduction

One of the most common internalizing disorders of childhood and adolescence is anxiety disorders, which are associated with excessive fear, anxiety, and

behavioral abnormalities (Creswel, Waite, & Hudson, 2020). According to epidemiological studies, one out of every 10 people suffers from one of the anxiety disorders before the age of 16 (Ghandour et al, 2019). Due to the high prevalence,

* Corresponding author



traumatic nature, and meaning of this category of disorders, finding innovative approaches in description, etiology, treatment, and prevention strategies are one of the main lines of research in this field, and the Unified Transdiagnostic approach is one of the newest methods.

The Unified Transdiagnostic approach focuses on the significant overlap in the phenomenology of emotional disorders, etiology or common vulnerability factors in their formation, and the generalization of the therapeutic outcome of one disorder to other disorders (Sauer-Zavala, 2017). Accordingly, the identification of common pathological processes among these disorders has been able to lead to both the explanation of their nature and the development of efficient meta-diagnostic protocols for the treatment of these disorders. One of the most important Transdiagnostic variables of internalizing and externalized childhood disorders is emotional dysregulation and empathy ability. Psychiatrists believe that emotional dysregulation is one of the common vulnerability factors in the formation of many mental disorders, including anxiety disorders. Researchers believe that children with anxiety disorders cannot regulate their emotions well (Melero et al, 2020) and have difficulty with empathy (Battagliese et al, 2015). Various methods have been used to treat the psychological injuries of children suffering from anxiety disorders. One of the newest treatments is the integrated protocol for emotional disorders in children and adolescents. In Unified Transdiagnostic treatment, these common factors as well as emotions and maladaptive strategies of emotion regulation are emphasized, and emotional experience and response to emotions are the main basis of this approach (Barlow et al, 2011). Caiado et al. (2022), in the study

of the efficacy of Unified Transdiagnostic treatment for Portuguese children, reported a significant reduction in children's anxiety and/or depression symptoms and the continuation of the therapeutic effect after 3 months of follow-up. Many other studies also reported that transdiagnostic integrated treatment is effective in improving the symptoms of anxiety disorders, adjusting emotion regulation strategies and empathy in children (Kennedy et al., 2020; Løvaas et al, 2020; Fujisato et al, 2021).

According to the above, this study examines whether Unified Transdiagnostic therapy affects improving internalized behavior problems, emotion regulation, and empathy in children with anxiety disorders.

Research method

The present study was a single-case experimental design of the multiple baseline design type with different subjects and continuous measurement. The statistical population of the present study was all children aged 8 to 10 years who, within the scope of the research, referred to psychiatrists and psychologists' offices in Shahrekord to receive therapeutic interventions. Among them, three children who had received a definitive diagnosis of anxiety disorders based on DSM5 multidimensional evaluations, diagnosis of psychiatrist, psychologist, and parent form of child behavior list, were selected and entered treatment by purposeful sampling method. Subjects were evaluated at the baseline, treatment, post-treatment, and two follow-up periods (2 months) using the child behavior inventory (parent form), Emotion Regulation Checklist, and Griffith Empathy Measure.

Results

Table 1. Mean, Recovery Percent, and Reliable Change Index of the Baseline, Intervention, and Follow-Up Periods in the Child Behavior Checklist

Statistical indicators	Withdrawn			Somatic Complaints			Anxious/Depressed			Internalizing		
	subject	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2
Baseline Mean	10	6	8.33	13.5	14.66	4	14.66	23.66	28	38.33	44.33	40.33
Treatment Mean	6.66	4.33	4.5	8.33	7.16	2.66	8.66	13.83	19.5	23.66	25.33	26.66
Treatment Recovery percentage	%60	%50	%64.7	%85.1	%86.2	%75	%65.5	%83.3	%67.8	%71.4	%79.7	%68
Follow-up Recovery percentage	%60	%50	%64.7	%85.1	%86.2	%87.5	%68.9	%83.3	%67.5	%71.4	%79.7	%57.8
Treatment reliable change index	3.97	1.77	3.66	13.06	12.75	3.4	3.22	7.19	6.44	5.99	8.27	5.66

Table 1 shows the percentage of recovery after treatment and after follow-up of the studied subjects in different subscales of internalized problems. Based on the obtained results, the effectiveness of Unified Transdiagnostic treatment in both intervention and follow-up stages is placed

in the category of successful treatment. The value of the reliable index is also higher than 1.96 in all the subjects, which shows that there is a clinically significant difference between the average of the subscales, before and after the intervention.

Table 2. Mean, Recovery Percent, and Reliable Change Index of the Baseline, Intervention, and Follow-Up Periods in Emotion Regulation and Empathy Variables

Statistical indicators	Emotion regulation			Instability-negativity			Emotional empathy			Cognitive empathy		
	subject	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2
Baseline Mean	14.6	18.3	18	45.6	39.6	51	14	23.6	17.6	22.6	20	21.3
Treatment Mean	22	25.3	23.5	34	26.6	36	22	32.3	24.1	18	14	16
Treatment Recovery percentage	%77.3	%69.1	%61.1	%44.5	%52	%60.7	%92.8	%64.8	%52.8	%55.8	%65	%53.1
Follow-up Recovery percentage	%77.3	%69.1	%66.6	%46.2	%52	%60.7	%89.2	%66.9	%52.8	%65	%65	%60.1
Treatment reliable change index	5.5	6	5.5	7.1	7.8	4.7	5.4	7.5	3.7	5.3	4.9	4.5

Table 2 shows the percentage of recovery after the intervention and follow-up of the studied subjects in emotion regulation and empathy indicators. Based on the results, Unified Transdiagnostic treatment has been successful in regulating emotion and empathy in both intervention and follow-up stages. It should be noted that the value of the reliable change index

in emotion regulation subscales and empathy in all subjects is higher than 1.96, which shows that the changes after the intervention and in the follow-up phase are clinically significant.

Discussion and conclusion

The present study was conducted to investigate the effectiveness of Unified

Transdiagnostic treatment on internalizing behavioral problems, emotion regulation, and empathy of children suffering from anxiety disorders. The results showed that Unified Transdiagnostic treatment was effective in reducing internalized behavioral problems, improving emotion regulation, instability-negativity, and emotional and cognitive empathy of children with anxiety disorders, and statistical and clinical changes in passing from the intervention period to the first and the second follow-up period (2 and 4 months) has continued. These findings are in line with previous research (Kennedy et al, 2020; Løvaas et al, 2019; Løvaas et al, 2020), support the Unified Transdiagnostic model for the treatment of emotional disorders

In explaining the mechanism of the Unified Transdiagnostic treatment effect, it can be said that one of the important parts of this treatment protocol is increasing emotional awareness and understanding the nature of emotions using mindfulness techniques. In therapy sessions, children and their parents were taught about investigating and recognizing emotions so that they can recognize all kinds of emotions and emotional situations, respond to their emotions more consistently, tolerate negative emotions, and face them. From another point of view, this treatment helps children and their parents to have a better understanding of the interaction of thoughts, body sensations, and behaviors in creating emotional experiences and recognizing them. Also, during the

treatment process, parents were taught how to express empathy with their children. Also, during treatment, children learned to gain a better understanding of their emotional experiences, including the triggers of emotions and the consequences of emotional behaviors. In this therapeutic intervention, they learned that avoiding emotions and emotional situations can cause them to escape from emotional situations and not control them. Therefore, they learned how to face emotions and manage them and were able to regulate their emotions in different situations by interacting efficiently with their mothers. All these skills, by correcting the wrong habits of emotional regulation, lead to reducing the intensity of the difficulty in regulating emotions and returning emotions to the level of proper functioning and the ability of proper empathy. The small size of the examined sample and the use of a purposed sampling method can make it difficult to generalize the results. It is suggested to implement this research in the framework of experimental designs with the control group. This research ensures that Unified Transdiagnostic treatment is an efficient protocol with met diagnostic value and stability of achievements over time. Therefore, this method seems to be a flexible and valuable treatment for psychotherapists for clients who internalize a wide range of psychopathologies, while it seems that more research is still needed.

تأثیر درمان یکپارچه فراتشخیصی بر بهبود مشکلات رفتاری درونی‌سازی‌شده، تنظیم هیجان و همدلی کودکان دچار اختلالات اضطرابی^۱

شیرین پولادی: دانشجوی دکتری گروه روان‌شناسی، واحد ارسنجان، دانشگاه آزاد اسلامی، ارسنجان، ایران.

shirinpooladi@gmail.com

محمد مهدی حسن‌شاهی*: استادیار گروه روان‌شناسی، واحد ارسنجان، دانشگاه آزاد اسلامی، ارسنجان، ایران.

MM.Hasanshahi@iaui.ac.ir

محمد ربیعی: دانشیار گروه مشاوره، دانشگاه شهرکرد، شهرکرد، ایران.

mohammad51r@yahoo.com

ناصر باقری: استادیار گروه روان‌شناسی، واحد شهرکرد، دانشگاه آزاد اسلامی، شهرکرد، ایران.

B2naser@yahoo.com

چکیده

پژوهش حاضر با هدف بررسی تأثیر درمان یکپارچه فراتشخیصی بر بهبود مشکلات رفتاری درونی‌سازی‌شده، تنظیم هیجان و همدلی کودکان دچار اختلالات اضطرابی انجام شد. پژوهش حاضر یک طرح آزمایشی تک‌موردی از نوع طرح خط پایه چندگانه با ۳ آزمودنی متفاوت (۸، ۹ و ۱۰ سال) بود که طی ۱۵ جلسه درمانی و دو دوره پیگیری ۲ ماهه اجرا شد. داده‌ها با استفاده از روش‌های ترسیم دیداری، شاخص تغییر پایا و درصد بهبودی تجزیه و تحلیل شدند. ابزارهای استفاده‌شده شامل سیاهه رفتاری کودک (فرم والدین)، چک‌لیست تنظیم هیجان و پرسشنامه همدلی گریفیث بود. نتایج درمان یکپارچه فراتشخیصی نشان داد هر سه کودک مبتلا به اختلالات اضطرابی، در طی درمان و پس از درمان، کاهش درخور ملاحظه‌ای در نمرات سیاهه رفتاری کودک، تنظیم هیجان و همدلی نشان دادند و دستاوردهای درمانی در دو دوره ۲ ماهه پیگیری حفظ شد. یافته‌ها حاکی از اثربخشی درمان یکپارچه فراتشخیصی در نمرات زیرمقیاس‌های مشکلات رفتاری درونی‌سازی‌شده در سیاهه رفتاری کودک، زیرمقیاس‌های تنظیم هیجان و زیرمقیاس‌های همدلی، در کودکان دچار اختلالات اضطرابی بود. طبق یافته‌های این پژوهش می‌توان نتیجه‌گیری کرد که درمان یکپارچه فراتشخیصی در بهبود مشکلات رفتاری درونی‌سازی‌شده، تنظیم هیجان و توانایی همدلی کودکان دچار اختلالات اضطرابی اثربخش است و بر این اساس استفاده از این روش به متخصصان این حوزه درمانی توصیه می‌شود.

واژگان کلیدی: اختلالات اضطرابی، تنظیم هیجان، درمان یکپارچه فراتشخیصی، مشکلات رفتاری درونی‌سازی‌شده، همدلی

۱. این مقاله برگرفته از رساله دکتری است.



مقدمه

تاکنون طبقه‌بندی‌های مختلفی برای مشکلات رفتاری کودکان صورت گرفته است. یکی از مشهورترین، گسترده‌ترین و پرکاربردترین تقسیم‌بندی‌هایی که از رویکرد ابعادی پیروی می‌کند، تقسیم‌بندی آخنباخ و رسکورلا (Achenbach & Raskorela, 2001) است. این تقسیم‌بندی، مشکلات رفتاری کودکان را به دو دسته کلی مشکلات رفتاری درونی‌سازی شده^۱ و برونی‌سازی شده تقسیم می‌کند (Landers et al., 2017). اختلال‌های درونی‌سازی شده از نظر ماهیت، درون‌فردی هستند و به شکل کناره‌گیری از تعامل‌های اجتماعی، بازدارندگی، اضطراب و افسردگی متجلی و در قالب علائم افسردگی و اضطراب، تشخیص بالینی داده می‌شوند (Achenbach, 2019). هسته اصلی این اختلال‌ها، اختلال خلق یا هیجان است (McClintoc, 2005) و بیش از آنکه اطرافیان را آزار دهند، موجب رنج شخصی خود کودک می‌شوند. اختلال‌های درونی‌سازی شده، با مشکلات فراوانی همچون سطح پایین حرمت نفس^۲، مشکلات ارتباطی با همسالان و معلمان، مشکلات تحصیلی و پیامدهای زیان‌بار در بزرگسالی همراه هستند (Boylan et al., 2007).

یکی از رایج‌ترین اختلال‌های درونی‌سازی شده دوران کودکی و نوجوانی، اختلال‌های اضطرابی است که با ترس مفرط، اضطراب و ناهنجاری‌های رفتاری مرتبط همراه است (Creswell, Waite, & Hudson, 2020). مطالعات همه‌گیرشناسی نشان می‌دهد از هر ۱۰ نفر، یک نفر پیش از ۱۶ سالگی به یکی از اختلالات اضطرابی دچار است و از هر ۱۱ کودک پیش‌دستانی یک نفر ملاک‌های تشخیصی یک اختلال اضطرابی را در طی یک سال گذشته داشته است (Ghandour et al., 2019). همچنین، شواهدی وجود دارد که نشان می‌دهد اضطراب‌های دوران

کودکی روندی مزمن‌شونده دارند و تا دوران بزرگسالی ادامه می‌یابند. براساس آمارها، ۶۰ تا ۸۰ درصد از بزرگسالانی که ملاک‌های تشخیص اختلالات اضطرابی را دریافت می‌کنند، اضطراب بیمارگونه در دوران کودکی و نوجوانی را گزارش می‌دهند (Bhatia & Goyal, 2018). بر همین اساس، پژوهشگران معتقدند اختلال‌های اضطرابی دوران کودکی نوعی عامل خطر برای ابتلا به اختلالات خلقی (مانند افسردگی)، اضطرابی، رفتار مخرب^۳، سوء‌مصرف مواد، افزایش خطر خودکشی و مصرف الکل به شمار می‌آیند (Barlow et al., 2017). با توجه به آسیب‌زا بودن، مانایی و شیوع بالای اختلالات اضطرابی (Duprey et al., 2019؛ Olivier et al., 2020) یافتن رهیافت‌های جدید در توصیف، سبب‌شناسی، درمان و راهبردهای پیشگیری از گسترش اختلال‌های درونی‌سازی شده و به‌ویژه اختلال‌های اضطرابی کودکان، از جمله خطوط عمده پژوهشی در این زمینه است؛ از این رو، در سال‌های اخیر روش‌های بسیاری برای توصیف و درمان این اختلال‌ها به کار گرفته شده است که رویکردهای یکپارچه در سبب‌شناسی و درمان فراتشخیصی یکی از جدیدترین این روش‌ها است. رویکرد یکپارچه فراتشخیصی عمدتاً بر همپوشی قابل‌توجه در پدیدارشناسی اختلال‌های هیجانی، سبب‌شناسی یا عوامل آسیب‌پذیری مشترک در شکل‌گیری آنها و تعمیم پیامد درمانی یک اختلال به سایر اختلال‌ها توجه می‌کند و برای توصیف این‌گونه ساختارهای روان‌شناختی که در بین اختلالات روانی مشترک است و همچنین، مکانیسم‌های علی که چگونگی رشد اختلالات روانی را توضیح می‌دهد، استفاده می‌شود (Sauer-Zavala, 2017). بر همین اساس، شناسایی فرایندهای آسیب‌شناسی مشترک در بین این اختلال‌ها توانسته است هم به تبیین ماهیت آنها و هم تدوین پروتکل‌های فراتشخیصی کارآمد برای درمان این اختلال‌ها منجر شود.

1. internalizing disorders
2. externalizing disorders
3. Self-esteem

مناسب نشان دهند، گروه دیگری از کودکان وجود دارند، که قادر هستند احساسات دیگران را درک کنند اما نمی‌دانند چگونه واکنش مناسب نشان دهند (سوتام-گرو، ۲۰۱۳/۳۸). پژوهش‌ها نشان می‌دهند، همدلی در کودکان دارای اختلالات اضطرابی، پایین است (Battagliese et al., 2015).

روش‌های مختلفی برای درمان آسیب‌های روان‌شناختی کودکان دچار اختلالات اضطرابی به کار گرفته شده است. از جدیدترین درمان‌ها می‌توان به درمان یکپارچه فراتشخیصی گروه بارلو (Barlow et al., 2016) و نسخه نهایی آن یعنی پروتکل یکپارچه درمان فراتشخیصی برای اختلالات هیجانی کودکان و نوجوانان اشاره کرد (Ehrenreich-May et al., 2017). درمان یکپارچه فراتشخیصی در پاسخ به محدودیت درمان‌های شناختی - رفتاری از قبیل ناکامی این درمان‌ها در بهبودی بخش قابل‌ملاحظه‌ای از بیماران، وجود راهنماها و پروتکل‌های درمانی متعدد و گذراندن دوره‌های کارورزی طولانی‌مدت و متفاوت برای هریک از اختلال‌ها و ایجاد سردرگمی در انتخاب دستورالعمل مناسب معرفی شده است (Caiado et al., 2022) این روش درمانی، محدودیت‌های درمان‌های سنتی شناختی - رفتاری را با فراتشخیصی بودن (به‌جای اختلال خاص)، یکپارچه‌سازی مجموعه‌ای از تکنیک‌ها (به‌جای خاص بودن تکنیک) و مشارکت قوی در درمان برطرف می‌کند و در آن اصول و پروتکل‌های درمانی یکسانی برای اختلال‌های هیجانی مختلف به کار می‌رود (Talkovsky et al., 2017). در این درمان بر هیجان‌ها و راهبردهای ناسازگارانه تنظیم هیجان‌ها تأکید می‌شود. تجربه هیجانی و پاسخ به هیجان‌ها پایه اصلی در رویکرد فراتشخیصی است (Barlow et al., 2011) و هدف اصلی درمان یکپارچه فراتشخیصی این است که افراد مهارت‌هایی را کسب کنند که بتوانند به‌شیوه موثر هیجان‌های منفی را مدیریت کنند (Caiado et al., 2022).

از مهم‌ترین سازه‌های شناختی که به‌عنوان متغیرهای فراتشخیصی اختلال‌های درونی‌سازی شده و برونی‌سازی شده دوره کودکی از آنها نام برده می‌شود، بدتنظیمی هیجانی و توانایی همدلی است. آسیب‌شناسان روانی معتقدند بدتنظیمی هیجانی ازجمله عوامل آسیب‌پذیری مشترک در شکل‌گیری بسیاری از اختلالات روانی ازجمله اختلال‌های اضطرابی است. بدتنظیمی هیجان، بیش از ۷۵ درصد طبقه‌های تشخیصی موجود در کتابچه راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روان‌شناختی را مشخص می‌کند (Barlow, 2000) و به‌عنوان مجموعه‌ای از فرایندها تعریف می‌شود که به‌وسیله آن، فرد شدت، دفعات یا مدت واکنش‌های عاطفی را ارزیابی، مهار، حفظ یا اصلاح می‌کند تا رفتار اجتماعی مناسبی داشته باشد و یا به اهدافی دست یابد (Thompson, 1991). توانایی تنظیم هیجان، نقش مهمی در مهارت‌های اجتماعی، هیجانی، شناختی و اختلال‌های رفتاری دارد (Sanchis-Sanchis et al., 2020)؛ از این رو، پژوهشگران معتقدند کودکان مبتلا به اختلال‌های اضطرابی، نمی‌توانند به‌خوبی هیجان‌اتشان را تنظیم کنند (Barlow et al., 2017؛ Melero et al., 2020)، نسبت به هم‌کلاسی‌هایشان عصبانیت، ناراحتی، اضطراب و ترس بیشتری دارند، در بزرگسالی با هیجان‌ات منفی بیشتری روبه‌رو می‌شوند و سازگاری‌شان کمتر است (Eisenberg, 2004). از دیگر متغیرهای فراتشخیصی در کودکان، همدلی است (Fahlgren et al., 2019). همدلی را می‌توان به‌عنوان توانایی و تمایل فرد برای درک آنچه شخص دیگری در یک موقعیت معین فکر و احساس می‌کند، تعریف کرد. همدلی یک مفهوم چند بعدی است که با انسجام و یکپارچه‌سازی دانش و مهارت‌های هیجانی متعدد ارتباط دارد؛ بنابراین نقص در همدلی می‌تواند به گونه‌های مختلفی بروز پیدا کند. بر اساس بررسی‌ها، برخی از کودکان در شناخت هیجان‌اتی که اطرافیان تجربه می‌کنند توانمند نیستند، برخی دیگر احساسات دیگران را متوجه می‌شوند اما آنقدر از آن احساسات مضطرب، آشفته و ناآرام می‌شوند که قادر نیستند از خود واکنش

پرتغالی، کاهش قابل توجه نشانه‌های اضطراب و/یا افسردگی کودکان و تداوم اثر درمانی را پس از ۳ ماه پیگیری گزارش نمودند (Caiado et al., 2022). نتایج یک مطالعه درمان یکپارچه فراتشخیصی در درمان افراد دچار اختلالات هیجانی بهبودی قابل توجهی در علائم اضطراب و افسردگی در این بیماران نشان داد (de Ornelas Maia et al, 2015). در پژوهش دیگری نیز بیماران که این درمان را دریافت کرده بودند در مقایسه با گروه کنترل، نه تنها بهبود معنادار و اندازه‌های اثر بزرگتری داشتند، بلکه تداوم اثرات درمانی آنها در دوره پیگیری ۶ ماهه نیز بیشتر بود (Talkovsky et al., 2017). پژوهش‌های متعدد نیز گزارش کردند که درمان یکپارچه فراتشخیصی در بهبود علائم اختلالات اضطرابی، تعدیل راهبردهای تنظیم هیجان و همدلی در کودکان، نوجوانان و بزرگسالان کارآمد است (Dear et al, 2016)؛ (García-Escalera et al, 2016)؛ (Kennedy et al, 2019)؛ (Chu et al., 2016)؛ (Berle & Sakiris, 2019)؛ (Løvaas et al, 2019)؛ (kennedy et al., 2020)؛ (Løvaas et al, 2020)؛ (Fujisato et al, 2021)؛ (ضرغامی و همکاران، ۱۳۹۸)؛ (عثمانی و شکر، ۱۳۹۸).

باتوجه به اینکه پژوهش‌های اندکی در زمینه اثربخشی درمان یکپارچه فراتشخیصی بر علائم اختلالات اضطرابی کودکان انجام شده و اغلب محل اجرای این پژوهش‌ها نیز خارج از ایران بوده است، اجرای پژوهش حاضر با هدف امکان‌سنجی و کارایی اولیه درمان یکپارچه فراتشخیصی در کودکان دارای اختلالات اضطرابی انجام شد. این مطالعه بررسی می‌کند که آیا درمان یکپارچه فراتشخیصی مداخله قابل قبولی برای کودکان ایرانی و والدین آنها است و آیا درمان یکپارچه فراتشخیصی بر بهبود مشکلات رفتاری درونی‌سازی شده، تنظیم هیجان و همدلی کودکان دچار اختلالات اضطرابی تأثیر دارد یا خیر.

پروتکل یکپارچه برای درمان فراتشخیصی اختلالات عاطفی کودکان مداخله‌ای برای کودکان ۷ تا ۱۳ ساله است که عواطف منفی بالا، واکنش‌پذیری هیجانی و کمبودهای تنظیم هیجانی رایج در اختلالات هیجانی را هدف قرار می‌دهد (Kennedy et al., 2019). در این شیوه درمانی مجموعه‌ای از تکنیک‌ها (مانند آموزش روانی، بازسازی شناختی، ذهن آگاهی، آموزش حل مسئله، فعال‌سازی رفتاری، و قرارگرفتن در معرض هیجان) در حوزه‌های هیجانی متعدد (مانند ترس، خشم، غم، اضطراب و اندوه) برای کاهش علائم اضطراب و/یا افسردگی کودکان و ترویج تنظیم احساسات و هیجان‌ها اعمال می‌شوند و همه مهارت‌ها در قالبی تعاملی و دوستانه با کودک، با استفاده از قیاس به یک "کارآگاه هیجان‌ها"، با تکیه بر فعالیت‌ها و بازی‌های تجربی و جذاب به کودکان آموخته می‌شوند (Ehrenreich-May et al., 2017).

باتوجه به این که دشواری در تنظیم هیجان و همدلی به عنوان عوامل مهم فراتشخیصی اختلالات اضطرابی معرفی شده است، درمان فراتشخیصی تلاش دارد تا این عوامل مشترک را درک و مورد آماج قرار دهد. درمانی که این عوامل فراتشخیصی را مورد آماج قرار دهد، ممکن است نسبت به درمان‌هایی که صرفاً بر علائم تمرکز دارند، مؤثرتر باشند. بر این اساس طی سال‌های اخیر رغبت به استفاده از درمان فراتشخیصی در درمان اختلال‌های روانی، از جمله اختلالات اضطرابی کودکان دوچندان شده است. به عنوان مثال کاستلو-روبینز و همکاران در یک فراتحلیل در ۱۱ کشور مختلف به این نتیجه رسیدند که درمان فراتشخیصی در درمان اختلال‌های هیجانی کارآمد است و بیمارانی که این درمان را دریافت کرده بودند، بهبودی معناداری را گزارش کردند (Cassello, Robbins et al, 2020). کایادو و همکاران در بررسی کارآمدی درمان یکپارچه فراتشخیصی برای کودکان

روش پژوهش

جامعه، روش نمونه‌گیری و حجم نمونه

اختلالات اضطرابی دریافت کرده بودند، به‌شيوه نمونه‌گیری هدفمند، انتخاب و وارد درمان شدند. ملاک‌های ورود به پژوهش عبارت بودند از: رضایت آگاهانه والدین از حضور در پژوهش، نداشتن اختلال‌های روان‌پزشکی و نورولوژیکی دیگر، نداشتن عقب‌ماندگی ذهنی و استفاده نکردن از دارو در حین دوره پژوهش. شایان ذکر است که آزمودنی‌های مورد مطالعه از نظر ویژگی‌های جمعیت‌شناختی شامل سن (سنین ۸، ۹ و ۱۰ سال)، جنس و تحصیلات (پایه‌های دوم، سوم و چهارم دبستان) هم‌تاسازی شدند. در جدول ۱ ویژگی‌های جمعیت‌شناختی آزمودنی‌ها نشان داده شده است. همان‌طور که مشاهده می‌شود، آزمودنی‌های مورد بررسی در محدوده سنی ۸ تا ۱۰ سال قرار دارند و دو نفر از آنها پسر و یک نفر دختر است.

جدول ۱: ویژگی‌های جمعیت‌شناختی آزمودنی‌ها

آزمودنی	جنسیت	سن	پایه تحصیلی
اول	پسر	۸	دوم ابتدایی
دوم	دختر	۹	سوم ابتدایی
سوم	پسر	۱۰	چهارم ابتدایی

ابزارهای پژوهش

سیاهه رفتاری کودکان (CBCL): در پژوهش

۰/۹۷ و ضریب بازآزمایی ۰/۹۴ گزارش شده است (Achenbach & Raskorela, 2007). در پژوهش یزدخواستی و عریضی (۱۳۹۰) آلفای کرونباخ ۰/۹۰ برای نسخه پدر/مادر به دست آمده است که یافته‌ها نشان‌دهنده روایی و پایایی خوب این پرسشنامه است و این پرسشنامه توانایی گروه‌بندی کودکان را در سه گروه بهنجار، مرزی و بالینی دارد؛ بنابراین، کاربرد آن در کنار مصاحبه بالینی، امکان تشخیص بدون سوگیری را فراهم می‌آورد. گفتنی است که قبل از اجرای پژوهش، خصوصیات این پرسشنامه، در یک مطالعه مقدماتی بررسی شد. برای بررسی روایی محتوا، چهار نسخه از سیاهه رفتاری کودک (فرم والدین)، در اختیار

حاضر برای تشخیص مشکلات درونی‌سازی شده از سیاهه رفتاری کودکان آخنباخ و رسکورلا استفاده شد. این پرسشنامه را آخنباخ و رسکورلا برای سنجش مشکلات هیجانی و رفتاری کودکان و نوجوانان تهیه کرده‌اند. فرم سیاهه رفتاری کودک (Achenbach & Raskorela, 2001)، برای سنین ۶ تا ۱۸ سال توسط والدین و براساس وضعیت آزمودنی در ۶ ماه گذشته تکمیل می‌شود. نمره‌دهی پاسخ سؤال‌ها به این صورت است: صفر = نادرست، یک = تا حدی، دو = کاملاً یا غالباً درست. ضریب آلفای کرونباخ برای کل آزمون

دو نفر روان‌پزشک و دو نفر روان‌شناس بالینی باتجربه قرار گرفت و ایشان سیاهه را تأیید کردند. همچنین، به‌منظور پایایی آزمون و بررسی ثبات نتایج در طول زمان، سیاهه رفتاری کودک (فرم والدین) با فاصله زمانی دو ماه پس از اجرای آزمون اول، بر روی یک گروه نمونه ۴۰ نفری از والدین کودکان مبتلا به اختلالات درونی‌سازی‌شده و برونی‌سازی‌شده بررسی شد. ضریب آلفای کرونباخ برای خرده‌مقیاس‌های گوشه‌گیری ۰/۷۱، شکایت‌های بدنی ۰/۶۳، اضطراب‌افسردگی ۰/۸۳ و مشکلات درونی‌سازی‌شده ۰/۸۴ و نمره کل مشکلات رفتاری ۰/۹۴ به دست آمد. گفتنی است که در این پژوهش از نمرات خام برای ارزیابی آزمودنی‌ها استفاده شده است.

چک‌لیست تنظیم هیجان (ERC): این چک‌لیست را شیلدز و سیچتی به‌منظور سنجش درک والدین یا دیگر مراقبت‌کنندگان از توانایی کودک برای تنظیم هیجانات خود استفاده کرده‌اند (Shields & Cicchetti, 1997). این پرسشنامه شامل ۲۴ گویه مثبت و منفی است. هر گویه یک جمله است که برای آن چهار گزینه «هرگز = ۱»، «گاهی اوقات = ۲»، «اغلب = ۳» و «همیشه = ۴» ارائه شده است. این پرسشنامه دو خرده‌مقیاس دارد: (۱) خرده‌مقیاس تنظیم هیجان که ۸ گویه دارد. این گویه‌ها، تناسب موقعیتی ابراز هیجانات، همدلی و خودآگاهی هیجانی را می‌سنجند. نمره بالاتر دلالت بر ظرفیت بیشتر در مدیریت و تعدیل برانگیختگی هیجانی فرد دارد؛ (۲) خرده‌مقیاس بی‌ثباتی/منفی‌گرایی که ۱۵ گویه دارد. این گویه‌ها، فقدان انعطاف‌پذیری، بی‌ثباتی خلق و عاطفه منفی تنظیم‌نشده را می‌سنجند. نمره‌های بالاتر بر واکنش‌های هیجانی افراطی و تغییرات خلق فراوان در هیجان نامرتب با وقایع یا محرکات بیرونی دلالت دارد. گویه شماره ۱۲ به‌دلیل اعتبارسنجی نسخه اصلی در هیچ دو خرده‌مقیاس جای نمی‌گیرد. در مطالعه ملینا و همکارانش (Molina et al., 2014) بر روی کودکان

سنین مدرسه در ایتالیا، ویژگی‌های روان‌سنجی این ابزار بررسی شد. آلفای کرونباخ ۰/۹۰ برای بی‌ثباتی/منفی‌گرایی و ۰/۷۹ برای تنظیم هیجان به دست آمده است. در پژوهش محمودی و همکاران (۱۳۹۵) قابلیت اعتماد این سیاهه برای کودکان عادی آلفای کرونباخ ۰/۷۴ و ضریب تنصیف گاتمن ۰/۷۱ گزارش شده است که بر همسانی درونی و قابلیت اعتماد خوب این ابزار بر کودکان ایرانی دلالت دارد. در پژوهش حاضر، قبل از اجرای پژوهش و در یک مطالعه مقدماتی، پایایی بازآزمایی چک‌لیست تنظیم هیجان بر روی یک گروه نمونه ۴۰ نفری از مادران کودکان دچار اختلالات درونی‌سازی و برونی‌سازی بررسی شد که ضرایب پایایی بازآزمایی (با فاصله زمانی دو ماهه) مورد بررسی قرار گرفت. آلفای کرونباخ ۰/۸۸ برای بی‌ثباتی/منفی‌گرایی و ۰/۸۱ برای تنظیم هیجان به دست آمده است.

پرسشنامه همدلی گریفیث (-Guttman split-half): این پرسشنامه را ددز و همکاران (Dadds et al., 2008) به‌منظور سنجش همدلی کودکان و نوجوانان ۴ تا ۱۶ سال، به‌وسیله گزارش والدین ساختند. پرسشنامه همدلی گریفیث شامل ۲۳ گویه است. هر گویه یک جمله است که برای آن ۹ گزینه «کاملاً موافقم»، «موافقم»، «نظری ندارم»، «مخالقم» و «کاملاً مخالفم» ارائه شده است که به‌ترتیب از ۱ تا ۹ نمره‌گذاری می‌شود. این پرسشنامه سه خرده‌مقیاس مجزا دارد: (۱) خرده‌مقیاس همدلی کلی (۲۳ گویه)؛ (۲) خرده‌مقیاس همدلی عاطفی (۹ گویه) و (۳) خرده‌مقیاس همدلی شناختی (۵ گویه). گفتنی است که در خرده‌مقیاس همدلی شناختی نمره پایین‌تر نشان‌دهنده همدلی شناختی بیشتر است. ضریب آلفای کرونباخ برای نمره کل ۰/۸۱، خرده‌مقیاس همدلی عاطفی ۰/۸۳/۹ و برای خرده‌مقیاس همدلی شناختی ۰/۶۲/۶ بوده است (Dadds et al., 2008). در پژوهش عابدی داریونی و بشاش (۱۳۹۲) یکی از گویه‌های همدلی کلی به‌دلیل

برای نمره کل ۰/۸۳، خرده‌مقیاس همدلی عاطفی ۰/۸۵ و برای خرده‌مقیاس همدلی شناختی ۰/۷۷ بوده است. در این پژوهش، از پروتکل یکپارچه درمان فراتشخیصی برای اختلال‌های هیجانی کودکان استفاده شد که اولین بار اهرنریچ‌می و بیلک روی گروهی از کودکان ۷ تا ۱۲ ساله مبتلا به اختلال‌های هیجانی و والدین آنها اجرا کرده بودند (Ehrenreich-May & Bilek, 2011). این پروتکل در ۱۵ جلسه دوساعته (جلسات مشترک کودک و والد) و طی ۱۵ هفته برای کودکان و والدین آنها اجرا شد. خلاصه اهداف جلسات کودکان و والدین در جدول ۲ آورده شده است.

تطابق‌نداشتن با فرهنگ ایرانی حذف شده است و با ۵ گزینه از کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم اجرا شده است. براساس نتایج حاصل از هر دو روش پایایی مقیاس در بعد همدلی عاطفی و نیز همدلی کلی در سطح مطلوب، اما در بعد همدلی شناختی کمی پایین بوده است. ضریب همبستگی بین ابعاد شناختی و عاطفی با یکدیگر برابر با ۰/۹۳ و ضریب همبستگی بین ابعاد و همدلی کلی برابر ۰/۸۱ بوده است که همگی در سطح ۰/۰۱ معنی‌دار بوده‌اند. در پژوهش حاضر پایایی بازآزمایی این آزمون بر روی یک گروه نمونه ۴۰ نفری از مادران کودکان دچار اختلالات درونی‌سازی‌شده و برونی‌سازی‌شده بررسی شد که ضرایب آلفای کرونباخ

جدول ۲: خلاصه پروتکل درمان یکپارچه فراتشخیصی برای اختلال‌های هیجانی کودکان

جلسه	اهداف گروه کودکان	اهداف گروه والدین
۱	برقراری ارتباط بین اعضای گروه و درمانگر، آشنایی با ساختار درمان، شناسایی مشکلات اصلی و آشنایی کودکان با هیجان‌ها.	آشنایی با ساختار درمان و مهارت‌های سرخ، آشنایی با الگوی سه‌بخشی هیجان (فکر، بدن و رفتار)
۲	یادگیری درجه‌بندی شدت هیجان‌ها، آشنایی با سه بخش تجربه هیجانی، آشنایی با چرخه اجتناب، شناسایی پاداش‌هایی برای رفتارهای جدید.	آشنایی با رفتارهای تربیتی هیجانی و رفتارهای تربیتی متضاد، بحث درباره تقویت مثبت.
۳	یادگیری مفهوم رفتار متضاد، تمرین آزمایش‌های علمی، یادگیری ارتباط بین فعالیت و هیجان.	آشنایی با آزمایش‌های علمی، بحث درباره روش‌های تقویت کودکان.
۴	توصیف مفهوم سرخ‌های بدنی، آموزش مهارت اسکن بدن،	آشنایی با مفهوم بدنی‌سازی، آموزش اسکن بدن، آشنایی با مواجهه حسی و آموزش ابراز همدلی.
۵	آشنایی با مفهوم تفکر انعطاف‌پذیر، آموزش تشخیص تله‌های فکری رایج.	آشنایی با انعطاف‌پذیری شناختی و چهار تله فکری رایج، بحث درباره رفتار تربیتی هیجانی بی‌ثباتی.
۶	آشنایی با تفکر کارآگاهی و کاربرد تفکر کارآگاهی.	آشنایی با تفکر کارآگاهی، آشنایی با رفتار تربیتی هیجانی بیش‌کنترل‌گری و بیش‌حمایت‌گری.
۷	آشنایی با حل مسئله و کاربرد حل مسئله.	آشنایی با حل مسئله، بحث درباره حل مسئله و بحث درباره اطمینان‌طلبی و سازگاری.
۸	یادگیری مهارت تجربه کردن هیجان‌ها، آموزش آگاهی از لحظه حال و آشنایی با آگاهی غیر قضاوت‌گرانه.	بحث درباره اهمیت یادگیری تجربه‌های هیجانی، آشنایی با آگاهی از لحظه حال.
۹	مرور مهارت‌های کارآگاهی هیجان و مفاهیم رفتارهای هیجانی و رفتارهای متضاد، انجام مواجهه، نهایی کردن فرم‌های رفتار هیجانی با کودکان و والدین.	آشنایی با مفهوم مواجهه با هیجان‌های موقعیتی، توضیح نقش والدین در تمرین مواجهه در خانه، آشنایی با رفتار تربیتی الگوسازی افراطی هیجان‌های شدید، اجتناب و رفتار تربیتی متضاد با آن.

جلسه	اهداف گروه کودکان	اهداف گروه والدین
۱۱۰	مرور آزمایش‌های علمی، آشنایی با رفتارهای ایمنی‌بخش و اجتنابی نامحسوس، برنامه‌ریزی برای آزمایش‌های علمی آینده.	مرور مفهوم مواجهه با هیجان موقعیتی، آشنایی با مفهوم رفتارهای ایمنی‌بخش، آشنایی با نردبان هیجان.
۱۱ تا ۱۴	برنامه‌ریزی و اجرای اولیه مواجهه در جلسه یازدهم، برنامه‌ریزی و اجرای بیشتر فعالیت‌های مواجهه در جلسه دوازدهم، سیزدهم و چهاردهم.	
۱۵	مرور مهارت‌های کارآگاهی هیجان آموخته‌شده، برنامه‌ریزی برای روبه‌رو شدن با هیجان‌های قوی در آینده، جشن گرفتن برای پیشرفت حاصل از برنامه درمانی.	مرور مهارت‌های کارآگاهی هیجان و رفتارهای تربیتی متضاد، بررسی پیشرفت کودک، برنامه‌ریزی برای تداوم بیشتر بعد از پایان درمان، کمک به والدین در تشخیص علائم هشداردهنده‌ی عود.

روش اجرا

اجرای آزمایشی می‌کردند). روش اجرای برنامه در قالب جلسات هفتگی بود که پژوهشگر با همراهی یکی از استادان راهنما آن را به مدت ۱۲۰ دقیقه در هفته برگزار می‌کرد. بین جلسات حضوری، ارتباط بین والدین و درمانگر به کمک نرم‌افزار واتس‌آپ^۱ برقرار بود و تمرین‌های خانگی و سؤالات والدین بررسی می‌شد؛ به این ترتیب که پس از تشکیل یک گروه واتس‌آپ برای والدین، هر روز در ساعت مشخصی همه اعضا به بحث درباره مسائل مطرح شده در جلسات حضوری و تکالیف خانگی می‌پرداختند و والدین می‌توانستند با چت خصوصی با درمانگر خود در ارتباط باشند. درمانگر از این طریق روند بهبود و تغییر بیماران را به صورت مستمر بررسی می‌کرد. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از ترسیم دیداری^۲ شاخص تغییر پایا^۳ و معنی‌داری بالینی^۴ استفاده شد؛ به این صورت که داده‌های مربوط به آزمودنی‌ها در سه دوره پیش از درمان (خط پایه)، مداخله و دو دوره پیگیری، گردآوری و به کمک آمار توصیفی تحلیل شد. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از تحلیل دیداری (رسم نمودار)، شاخص درصد بهبودی و شاخص تغییر پایا استفاده شد.

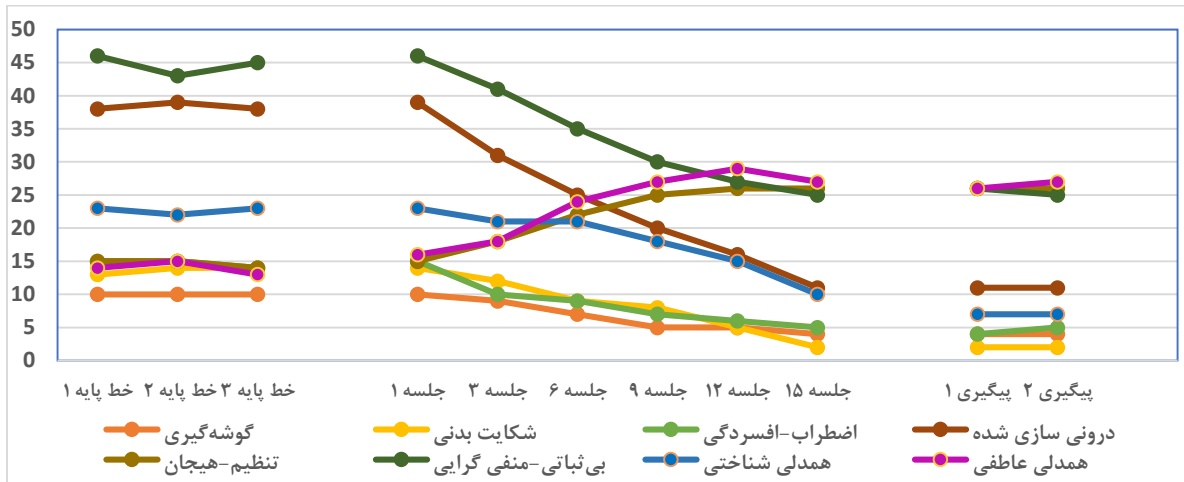
برای اجرای پژوهش حاضر پس از اینکه افراد واجد شرایط با در نظر گرفتن ملاک‌های ورود و خروج انتخاب شدند، آزمون هوش ریون به منظور بررسی توانایی شناختی آزمودنی‌ها انجام شد. سپس جلسه هماهنگی و آموزش والدین، برای انجام همکاری در ارزیابی‌های چندگانه (خط پایه، حین مداخله و پیگیری) مطابق با برنامه تنظیمی و نحوه تشکیل جلسات مداخله و تأیید فرم رضایت از همکاری انجام شد و به آنها درباره آزادی عدم مشارکت در پژوهش، اصول رازداری، محرمانه بودن هویتشان و اطلاعات پرسشنامه اطمینان داده شد. برای تعیین خط پایه، مادران کودکان بررسی شده، پرسشنامه‌های پژوهشی را ۳ مرتبه در مرحله خط پایه به فاصله زمانی ۷ روز، ۶ مرتبه در مرحله مداخله به فاصله ۳ جلسه یک‌بار و ۲ مرتبه در مرحله پیگیری به فاصله زمانی ۲ ماه تکمیل کردند. جلسات درمانی، ۱۵ جلسه هفتگی مطابق با پروتکل یکپارچه درمان فراتشخیصی برای اختلال‌های هیجانی کودکان (Ehrenreich-May et al., 2017) به صورت جلسات انفرادی و به شیوه آموزش، بازی و انجام تکنیک‌های مربوط، انجام تکالیف خانگی و آموزش مادران اجرا شد (گفتنی است که برای اجرای هرچه کارآمدتر پروتکل درمانی، پژوهشگر و یکی از استادان راهنما محتوای هر جلسه درمانی را بازخوانی، بررسی و

1. whats App
2. visual inspection
3. reliable change index
4. Clinical significance

یافته‌ها

نمودارهای ۱، ۲ و ۳، روند تغییر نمرات زیرمقیاس‌های سیاهه رفتاری کودک، تنظیم هیجان و

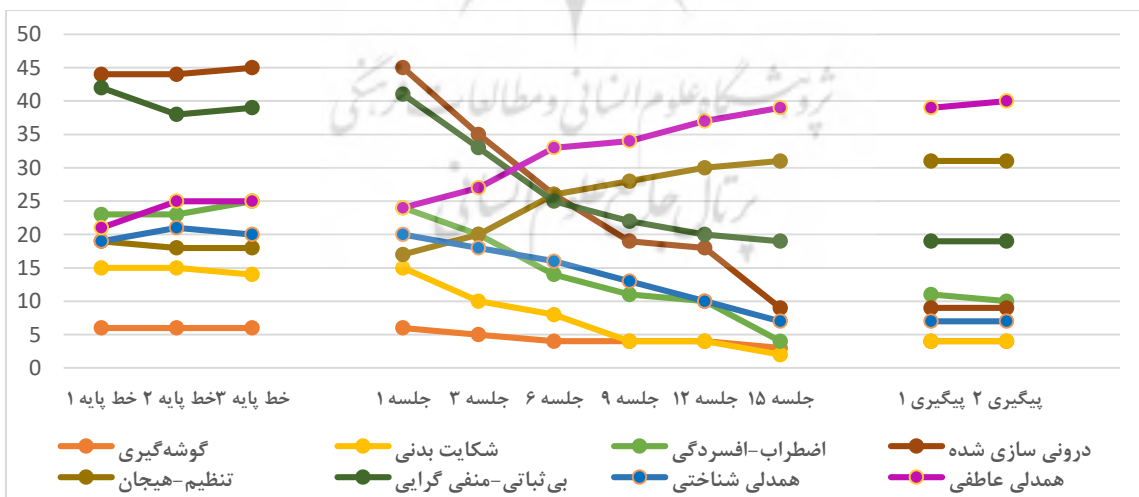
همدلی را طی دوره‌های خط پایه، درمان و پیگیری براساس آزمودنی‌ها نشان می‌دهد.



نمودار ۱: روند تغییر نمرات آزمودنی اول در زیرمقیاس‌های سیاهه رفتاری کودک، تنظیم هیجان و همدلی

نشانه‌های اختلال‌های درونی‌سازی شده و نیز خودتنظیمی هیجان و توانایی همدلی آزمودنی‌های دچار اختلالات اضطرابی را نشان می‌دهد و همچنان که مشاهده می‌شود، تغییرات در مرحله پیگیری نیز مشهود است. این نتایج، نشان‌دهنده مؤثر بودن این برنامه درمانی است.

نمودار ۱، نشان‌دهنده ثابت‌ناتجیح خط پایه آزمودنی اول در زیرمقیاس‌های سیاهه رفتاری کودک، تنظیم هیجان و همدلی است. همچنین، نمایش روند تغییرات نمرات آزمودنی اول، نشان‌دهنده روند مناسب مراحل مداخله و پیگیری نسبت به خط پایه است. نمودار ۱، کارایی نسبی درمان یکپارچه فراتشخیصی در بهبود



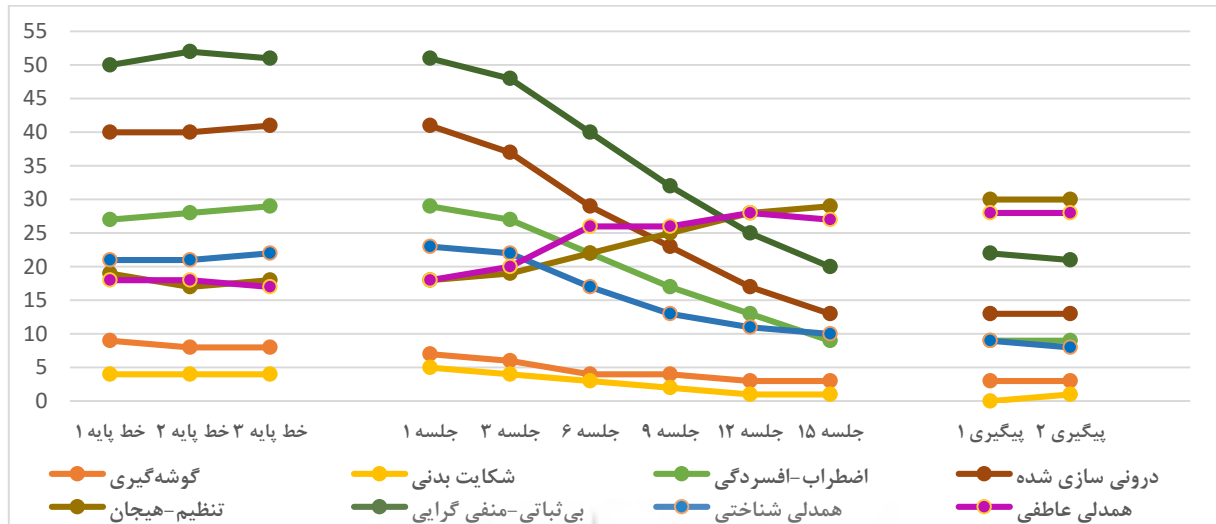
نمودار ۲: روند تغییر نمرات آزمودنی دوم در زیرمقیاس‌های سیاهه رفتاری کودک، تنظیم هیجان و همدلی

تغییرپذیری در مرحله خط پایه وجود نداشت و نمایش نمرات نشان می‌دهد که میانگین و سطح نمرات زیرمقیاس‌های مختلف سیاهه رفتاری کودک،

تحلیل دیداری نمودار خطی نمرات آزمودنی دوم در زیرمقیاس‌های سیاهه رفتاری کودک، تنظیم هیجان و همدلی در نمودار ۲ آورده شده است. براین اساس،

نسبی برنامه درمان یکپارچه فراتشخیصی را در بهبود علائم اختلال‌های درونی‌سازی‌شده، تنظیم هیجان و همدلی نشان می‌دهد.

بی‌ثباتی-منفی‌گرایی و همدلی شناختی نزولی و تنظیم هیجان و همدلی عاطفی صعودی بوده است. در مجموع، نمودار ترسیم‌شده از عملکرد آزمودنی دوم، کارایی



نمودار ۳: روند تغییر نمرات آزمودنی سوم در زیرمقیاس‌های سیاهه رفتاری کودک، تنظیم هیجان و همدلی

همدلی است. به عبارتی، روند تغییر داده‌ها در موقعیت مداخله و پیگیری نسبت به موقعیت خط پایه، نشان‌دهنده روند مناسب مداخله و بهبود عملکرد آزمودنی سوم است.

همان‌طور که در نمودار ۳ ملاحظه می‌شود، روند تغییرات برای آزمودنی سوم مورد مطالعه در مرحله مداخله و پیگیری نشان‌دهنده مؤثر بودن درمان یکپارچه فراتشخیصی بر کاهش علائم مشکلات رفتاری درونی‌سازی‌شده و بهبود راهبردهای تنظیم هیجانی و

جدول ۳: میانه، میانگین، محفظه ثبات، روند، شاخص تغییر پایا و درصد بهبودی دوره‌های خط پایه، مداخله و پیگیری آزمودنی‌های مورد بررسی در سیاهه رفتاری کودک

شاخص‌های آماری	گوشه‌گیری			اضطراب-افسردگی			شکایات بدنی			درونی‌سازی شده		
	اول	دوم	سوم	اول	دوم	سوم	اول	دوم	سوم	اول	دوم	سوم
تعداد جلسه‌ها	۳	۳	۳	۳	۳	۳	۳	۳	۳	۳	۳	۳
میانه	۱۰	۶	۸	۱۳	۱۵	۴	۱۵	۱۵	۴	۲۷	۲۳	۲۷
میانگین	۱۰	۶	۸/۳۳	۱۳/۵	۱۴/۶۶	۴	۱۴/۶۶	۱۳/۵	۱۴/۶۶	۲۸	۲۳/۶۶	۲۸
جهت روند	هم‌سطح	مسطح	هم‌سطح	هم‌سطح	هم‌سطح	هم‌سطح	هم‌سطح	هم‌سطح	هم‌سطح	هم‌سطح	هم‌سطح	هم‌سطح
تعداد جلسه‌ها	۶	۶	۶	۶	۶	۶	۶	۶	۶	۶	۶	۶
میانه	۶	۴	۴	۸/۵	۶	۲/۵	۸	۲/۵	۶	۱۹/۵	۱۲/۵	۱۹/۵
میانگین	۶/۶۶	۴/۳۳	۴/۵	۸/۳۳	۷/۱۶	۲/۶۶	۸/۶۶	۷/۱۶	۲/۶۶	۱۳/۸۳	۱۳/۸۳	۱۹/۵
دامنه تغییرات	۱۰-۴	۶-۳	۷-۳	۱۴-۲	۱۵-۲	۵-۱	۱۵-۲	۱۴-۲	۱۴-۲	۲۴-۴	۱۵-۵	۲۴-۴
محفظه ثبات	-۷/۵	۳-۵	۳-۵	۶-۱۰	-۷/۵	-۳/۵	-۷/۵	۶-۱۰	-۳/۵	-۲۴/۵	۹-۱۵	-۲۴/۵
شاخص تغییر پایا	۳/۹۷	۱/۷۷	۳/۶۶	۱۳/۰۶	۱۲/۷۵	۳/۴	۱۲/۷۵	۱۳/۰۶	۳/۶۶	۶/۴۴	۷/۱۹	۶/۴۴
درصد بهبودی بعد از مداخله	٪۶۰	٪۵۰	٪۶۴/۷	٪۸۵/۱۸	٪۸۶/۲۰	٪۷۵	٪۸۵/۱۸	٪۸۶/۲۰	٪۶۴/۷	٪۶۷/۸۵	٪۸۳/۳۳	٪۶۷/۸۵

شاخص های آماری	گوشه گیری			شکایات بدنی			اضطراب-افسردگی			درونی سازی شده		
	اول	دوم	سوم	اول	دوم	سوم	اول	دوم	سوم	اول	دوم	سوم
درصد بهبودی کلی بعد از مداخله	۵۸/۲۳	۵۸/۲۳	۵۸/۲۳	۸۲/۱۲	۸۲/۱۲	۸۲/۱۲	۷۲/۲۱	۷۲/۲۱	۷۲/۲۱	۷۳	۷۳	۷۳
تعداد جلسه ها	۲	۲	۲	۲	۲	۲	۲	۲	۲	۲	۲	۲
میانه	۴	۳	۳	۲	۲	۲	۴/۵	۴	۴	۹	۱۱	۱۳
میانگین	۴	۳	۳	۲	۲	۲	۴/۵	۴	۴	۹	۱۱	۱۳
دامنه تغییرات	۴-۴	۳-۳	۳-۳	۲-۲	۲-۲	۲-۲	۰-۱	۴-۵	۴-۴	۹-۹	۱۱-۱۱	۱۳-۱۳
محفظه ثبات	۳-۵	-۳/۷۵	-۳/۷۵	-۲/۵	-۲/۵	-۲/۵	-۰/۶۲	-۵/۵	۳-۵	-۱۱/۲۵	-۱۳/۷۵	-۱۶/۲۵
شاخص تغییر پایا	۳/۹۷	۱/۷۷	۳/۶۶	۱۲/۷۵	۱۳/۰۶	۳/۴	۳/۲۲	۷/۱۹	۶/۴۴	۵/۹۹	۸/۲۷	۵/۶۶
درصدبهبودی پیگیری	٪۶۰	٪۵۰	٪۶۴/۷	٪۸۵/۱۸	٪۸۶/۲۰	٪۸۷/۵	٪۶۸/۹۶	٪۸۳/۳۳	٪۶۷/۵	٪۷۱/۴۲	٪۷۹/۷۷	٪۵۷/۸۴
درصد بهبودی کلی پیگیری	٪۶۰	٪۵۸/۲۳	٪۶۴/۷	٪۸۶/۲۹	٪۸۶/۲۹	٪۸۶/۲۹	٪۷۳/۲۶	٪۷۳/۲۶	٪۷۳/۲۶	٪۶۹/۶۷	٪۶۹/۶۷	٪۶۹/۶۷

باتوجه به جدول ۳ و نمایش نمودارهای ۱، ۲ و ۳ می توان استنباط کرد که هر ۳ آزمودنی بعد از درمان یکپارچه فراتشخیصی در زیرمقیاس های سیاهه رفتاری کودک، بهبود پیدا کردند و تغییرات در مرحله پیگیری نیز مشهود است. درصد بهبودی پس از انجام مداخله در زیرمقیاس گوشه گیری برای این سه آزمودنی به ترتیب ۶۰، ۵۰، ۶۴/۷ درصد با درصد بهبودی کلی ۵۸/۲۳ درصد، در زیرمقیاس شکایات بدنی ۸۵/۱۸، ۸۶/۲۰، ۷۵ درصد با درصد بهبودی کلی ۸۲/۱۲ درصد، در اضطراب-افسردگی ۶۵/۵۱، ۸۳/۳۳، ۶۷/۸۵ درصد با درصد بهبودی کلی ۷۲/۲۱ درصد و در نمره کل مشکلات رفتاری درونی سازی شده ۷۱/۴۲، ۷۹/۷۷، ۶۸ درصد با درصد بهبودی کلی ۷۳ درصد به دست آمد.

مقدار شاخص پایا در مرحله مداخله در زیرمقیاس گوشه گیری برای هر سه آزمودنی به ترتیب ۳/۹۷، ۱/۷۷ و ۳/۶۶، در زیرمقیاس شکایات بدنی ۱۳/۰۶، ۱۲/۷۵ و ۳/۴، در اضطراب-افسردگی ۳/۲۲، ۷/۱۹ و ۶/۴۴ و در نمره کل مشکلات درونی سازی شده ۵/۹۹، ۸/۲۷ و ۵/۶۶ به دست آمد. این مقادیر در مرحله پیگیری به ترتیب برای زیرمقیاس گوشه گیری ۳/۹۷، ۱/۷۷ و ۳/۶۶، در زیرمقیاس شکایات بدنی ۱۳/۰۶، ۱۲/۷۵ و ۳/۴، اضطراب-افسردگی ۳/۲۲، ۷/۱۹ و ۶/۴۴ و نمره کل مشکلات درونی سازی شده ۵/۹۹، ۸/۲۷ و ۵/۶۶ به دست آمد که باتوجه به مقدار z، همه مقادیر در سطح آماری ($P < 0/05$) معنی دار است. به عبارت دیگر، مقدار

باتوجه به جدول ۳ و نمایش نمودارهای ۱، ۲ و ۳ می توان استنباط کرد که هر ۳ آزمودنی بعد از درمان یکپارچه فراتشخیصی در زیرمقیاس های سیاهه رفتاری کودک، بهبود پیدا کردند و تغییرات در مرحله پیگیری نیز مشهود است. درصد بهبودی پس از انجام مداخله در زیرمقیاس گوشه گیری برای این سه آزمودنی به ترتیب ۶۰، ۵۰، ۶۴/۷ درصد با درصد بهبودی کلی ۵۸/۲۳ درصد، در زیرمقیاس شکایات بدنی ۸۵/۱۸، ۸۶/۲۰، ۷۵ درصد با درصد بهبودی کلی ۸۲/۱۲ درصد، در اضطراب-افسردگی ۶۵/۵۱، ۸۳/۳۳، ۶۷/۸۵ درصد با درصد بهبودی کلی ۷۲/۲۱ درصد و در نمره کل مشکلات رفتاری درونی سازی شده ۷۱/۴۲، ۷۹/۷۷، ۶۸ درصد با درصد بهبودی کلی ۷۳ درصد به دست آمد. همچنین، مقادیر درصد بهبودی پس از پیگیری در زیرمقیاس گوشه گیری برای آزمودنی های اول، دوم و سوم به ترتیب ۶۰، ۵۰، ۶۴/۷ درصد با درصد بهبودی کلی ۵۸/۲۳ درصد، در زیرمقیاس شکایات بدنی ۸۵/۱۸، ۸۶/۲۰، ۸۷/۵ درصد با درصد بهبودی کلی ۸۲/۱۲ درصد، همچنین، در اضطراب-افسردگی ۶۸/۹۶، ۸۳/۳۳، ۶۷/۵ درصد با درصد بهبودی کلی

در نظر گرفته شده مبنی بر اینکه درمان یکپارچه فراتشخیصی موجب بهبود مشکلات رفتاری درونی‌سازی شده در کودکان دچار اختلالات اضطرابی می‌شود، تأیید شد.

شاخص پایا در همه آزمودنی‌ها از ۱/۹۶ بالاتر است و این امر دلالت بر این دارد که بین میانگین زیرمقیاس‌های سیاهه رفتاری کودک، قبل و بعد از مداخله اختلاف معنی‌داری وجود دارد؛ بنابراین، باتوجه به نتایج به دست آمده می‌توان گفت فرضیه

جدول ۴: نمرات میانه، میانگین، محفظه ثبات، روند، شاخص تغییر پایا و درصد بهبودی در دوره‌های خط پایه، پس از درمان و پیگیری در تنظیم هیجان

مراحل	شاخص‌های آماری	تنظیم هیجان					
		بی‌ثباتی-منفی‌گرایی			سوم		
		اول	دوم	سوم	اول	دوم	سوم
خط پایه	تعداد جلسه‌ها	۳	۳	۳	۳	۳	۳
	میانه	۱۵	۱۸	۱۸	۱۸	۳۹	۵۱
	میانگین	۱۴/۶۶	۱۸/۳۳	۱۸	۴۵/۶۶	۳۹/۶۶	۵۱
مداخله	جهت روند	هم‌سطح	هم‌سطح	هم‌سطح	هم‌سطح	هم‌سطح	هم‌سطح
	تعداد جلسه‌ها	۶	۶	۶	۶	۶	۶
	میانه	۲۳/۵	۲۷	۲۳/۵	۳۲/۵	۲۳/۵	۳۶
پیگیری	میانگین	۲۲	۲۵/۳۳	۲۳/۵	۳۴	۲۶/۶۶	۳۶
	دامنه تغییرات	۱۵-۲۶	۱۷-۳۱	۱۸-۲۹	۴۶-۲۵	۴۱-۱۹	۵۱-۲۰
	محفظه ثبات	۱۷/۵-۲۹/۵	۲۰/۲۵-۳۳/۷۵	۱۷/۵-۲۹/۵	۲۴/۵-۴۰/۵	۱۷/۵-۲۹/۵	۲۷-۴۵
	جهت روند	صعودی	صعودی	صعودی	نزولی	نزولی	نزولی
	شاخص تغییر پایا	۵/۵۵	۶/۰۶	۵/۵۵	۷/۱۶	۷/۸۴	۴/۷۷
	درصد بهبودی مداخله	%۷۷/۳۵	%۶۹/۱۲	%۶۱/۱۱	%۴۴/۵	%۵۲	%۶۰/۷۸
	درصد بهبودی کلی مداخله	%۶۹/۱۹				%۵۲/۴۲	
	تعداد جلسه‌ها	۲	۲	۲	۲	۲	۲
	میانه	۲۶	۳۱	۳۰	۲۵/۵	۱۹	۲۱/۵
	میانگین	۲۶	۳۱	۳۰	۲۵/۵	۱۹	۲۱/۵
دامنه تغییرات	۲۶-۲۶	۳۱-۳۱	۳۰-۳۰	۲۵-۲۶	۱۹-۱۹	۲۱-۲۲	
محفظه ثبات	۱۹/۵-۳۲/۵	۲۲/۲۵-۳۸/۷۵	۲۲/۵-۳۷/۵	۱۹/۵-۳۱/۵	۱۴/۲۵-۲۳/۷۵	۱۶/۵-۲۶/۵	
شاخص تغییر پایا	۵/۵۵	۶/۵۶	۵/۵۵	۷/۱۶	۷/۸۴	۴/۷۷	
درصد بهبودی پیگیری	%۷۷/۳۵	%۶۹/۱۲	%۶۶/۶۶	%۴۶/۲۶	%۵۲	%۶۰/۷۸	
درصد بهبودی کلی پیگیری	%۷۱				%۵۳		

همان‌طور که در جدول ۴ مشاهده می‌شود، شاخص تغییر پایا درمان، در متغیر تنظیم هیجان برای آزمودنی اول ۵/۵۵، آزمودنی دوم ۶/۰۶ و در آزمودنی سوم ۵/۵۵ است که نشان می‌دهد تغییرات منظم بوده است. درصد بهبودی آزمودنی اول ۷۷/۳۵ درصد، آزمودنی دوم ۶۹/۱۲ درصد و آزمودنی سوم ۶۱/۱۱ درصد است که باتوجه به نظر بلانچارد و اسکوارز (Blanchard & Schwars, 1988) هر سه آزمودنی در دامنه بهبودی و موفقیت درمانی قرار می‌گیرند. همچنین، در مرحله پیگیری تغییرات درمانی هر سه آزمودنی به صورت پایدار باقی مانده است. همچنین، شاخص تغییر پایا در متغیر بی‌ثباتی/منفی‌گرایی برای آزمودنی اول ۷/۱۶، آزمودنی دوم ۷/۸۴ و در آزمودنی سوم ۴/۷۷ است که نشان می‌دهد تغییرات ناشی از ناپایایی آزمونها و

همان‌طور که در جدول ۴ مشاهده می‌شود، شاخص تغییر پایا درمان، در متغیر تنظیم هیجان برای آزمودنی اول ۵/۵۵، آزمودنی دوم ۶/۰۶ و در آزمودنی سوم ۵/۵۵ است که نشان می‌دهد تغییرات منظم بوده است. درصد بهبودی آزمودنی اول ۷۷/۳۵ درصد، آزمودنی دوم ۶۹/۱۲ درصد و آزمودنی سوم ۶۱/۱۱ درصد است که باتوجه به نظر بلانچارد و اسکوارز (Blanchard & Schwars, 1988) هر سه آزمودنی در دامنه بهبودی و موفقیت درمانی قرار می‌گیرند. همچنین، در مرحله پیگیری تغییرات درمانی هر سه آزمودنی به صورت پایدار باقی مانده است. همچنین، شاخص تغییر پایا در متغیر بی‌ثباتی/منفی‌گرایی برای آزمودنی اول ۷/۱۶، آزمودنی دوم ۷/۸۴ و در آزمودنی سوم ۴/۷۷ است که نشان می‌دهد تغییرات ناشی از ناپایایی آزمونها و

سه آزمودنی به صورت پایدار باقی مانده است؛ بنابراین، با توجه به نتایج به دست آمده می توان گفت فرضیه در نظر گرفته شده مبنی بر اینکه درمان یکپارچه فراتشخیصی موجب بهبود تنظیم هیجان در کودکان دچار اختلالات اضطرابی می شود، تأیید شد.

تصادفی نیست. همچنین، درصد بهبودی آزمودنی اول ۴۴/۵ درصد، آزمودنی دوم ۵۲ درصد و آزمودنی سوم ۶۰/۷۸ درصد است که نشان می دهد بیمار دوم و سوم در دامنه بهبود کامل و موفقیت درمانی قرار گرفته اند. در بیمار اول درصد بهبودی در دامنه بهبود نسبی قرار دارد. همچنین، در مرحله پیگیری تغییرات درمانی هر

جدول ۵: نمرات میانه، میانگین، محفظه ثبات، روند، شاخص تغییر پایا و درصد بهبودی در دوره های خط پایه، پس از درمان و پیگیری در همدلی

نوع	شاخص های آماری	همدلی عاطفی			همدلی شناختی		
		اول	دوم	سوم	اول	دوم	سوم
مداخله	تعداد جلسه ها	۳	۳	۳	۳	۳	۳
	میانه	۱۴	۲۵	۱۸	۲۱	۲۱	۲۱
	میانگین	۱۴	۲۳/۶۶	۱۷/۶۶	۲۱/۳۳	۲۰	۲۲/۶۶
	جهت روند	هم سطح	هم سطح	هم سطح	هم سطح	هم سطح	هم سطح
	تعداد جلسه ها	۶	۶	۶	۶	۶	۶
	میانه	۲۵/۵	۳۳/۵	۲۶	۱۹/۵	۱۴/۵	۱۵
	میانگین	۲۲	۳۲/۳۳	۲۴/۱۶	۱۸	۱۴	۱۶
	دامنه تغییرات	۱۶-۲۷	۲۴-۳۹	۱۸-۲۷	۲۳-۱۰	۲۰-۷	۲۳-۱۰
	محفظه ثبات	۱۹/۵-۳۱/۵	۲۵/۵-۴۱/۵	۱۹/۵-۳۲/۵	۲۴/۵-۱۴/۵	۱۷/۵-۱۰/۵	۱۸/۲۵-۱۱/۷۵
	جهت روند	صعودی	صعودی	صعودی	نزولی	نزولی	نزولی
شاخص تغییر پایا	۵/۴۱	۷/۵	۳/۷۵	۵/۳۲	۴/۹۱	۴/۵	
درصد بهبودی بعد از مداخله	%۹۲/۸۵	%۶۴/۸۳	%۵۲/۸۸	%۵۵/۸۶	%۶۵	%۵۳/۱۱	
درصد بهبودی کلی بعد از مداخله	%۷۰/۱۸				%۵۷/۹۹		
پیگیری	تعداد جلسه ها	۲	۲	۲	۲	۲	۲
	میانه	۲۶/۵	۳۹/۵	۲۸	۷	۷	۸/۵
	میانگین	۲۶/۵	۳۹/۵	۲۸	۷	۷	۸/۵
	دامنه تغییرات	۲۶-۲۷	۳۹-۴۰	۲۸-۲۸	۷-۷	۷-۷	۸-۹
	محفظه ثبات	۲۰-۳۳	۲۹/۵-۴۰/۵	۲۱-۳۵	۵/۲۵-۸/۷۵	۵/۲۵-۸/۷۵	۶/۵-۱۰/۵
	شاخص تغییر پایا	۵/۴۱	۷/۵	۳/۷۵	۵/۳۲	۴/۹۱	۴/۵
	درصد بهبودی پیگیری	%۸۹/۲۸	%۶۶/۹۴	%۵۲/۸۸	%۶۵	%۶۵	%۶۰/۱۵
	درصد بهبودی کلی پیگیری	%۶۹/۷				%۶۳/۳۸	

درصد بهبودی آزمودنی اول ۵۵/۸۶ درصد، آزمودنی دوم ۶۵ درصد و آزمودنی سوم ۵۳/۱۱ درصد است که با توجه به نظر بلانچارد و اسکوارز (Blanchard & Schwarzs, 1988) هر سه آزمودنی در دامنه بهبودی قرار می گیرند. همچنین، در مرحله پیگیری تغییرات

همچنین، با توجه به نتایج مندرج در جدول ۵، شاخص تغییر پایای درمان، در متغیر همدلی شناختی برای آزمودنی اول ۵/۳۲، آزمودنی دوم ۴/۹۱ و در آزمودنی سوم ۴/۵ است که نشان می دهد تغییرات منظم است و تصادفی نیست. همان طور که مشاهده می شود،

چند نکته اشاره کرد. اول اینکه بسیاری از تکنیک‌های به‌کاربرده‌شده در این پروتکل درمانی، استفاده از راهبردهایی نظیر ارزیابی شناختی، خودکنترلی، افکار مواجهه‌هیجانی ذهنی و واقعی، آگاهی و کنترل احساس‌های بدنی، پیشگیری و مدیریت پاسخ‌های هیجانی نامطلوب بودند. در مطالعات قبلی، این تکنیک‌ها با نتایج خوبی همراه بوده است و سهم چشمگیری در کاهش نشانه‌های مشکلات رفتاری درونی‌سازی‌شده کودکان داشته است. چنین آگاهی از هیجان‌ها و ماهیت آنها امنیت لازم را برای رویارویی با موقعیت‌های اضطراب‌زا و کنترل احساسات و تنش‌های جسمانی منفی در زندگی به بیماران می‌دهد. نکته دوم اینکه درمان یکپارچه فراتشخیصی، به‌جای بازداری یا کنترل هیجان‌های منفی به درک ماهیت انطباقی هیجان‌ها و افزایش آگاهی هیجانی با استفاده از تکنیک‌های ذهن‌آگاهی می‌پردازد و در جلسات درمانی به کودکان آموخته می‌شود که همه عواطف چه مثبت و چه منفی، عادی و مهم و ضروری هستند. هدف، حذف عواطف و هیجان‌ها نیست؛ بلکه هدف، شناسایی تحمل و کنار آمدن با عواطف منفی است و هیجان‌هایی مانند غم و اضطراب ترسناک نیستند؛ بلکه طبیعی هستند و جنبه بقا دارند. بر همین اساس، با یک دیدگاه فراتشخیصی به هیجان‌ها می‌پردازند و یک سطح بالاتر از درمان‌های دیگر در این حیطه است. نکته سوم اینکه درمان فراتشخیصی به‌عنوان یک درمان هیجان‌محور تأکید عمده‌ای بر تجربه و پاسخ‌های هیجانی دارد؛ زیرا تلاش برای تنظیم هیجان موجب افزایش و تداوم احساساتی می‌شود که فرد تلاش می‌کند کاهش دهد. در این درمان، بیمار یاد می‌گیرد فهم بهتری از تجربه‌های هیجانی خود، شامل برانگیزاننده‌های هیجانی و پیامدهای رفتاری کسب کند و از ارزیابی‌های شناختی منفی از جمله تله‌های فکری و

درمانی هر سه آزمودنی به‌صورت پایدار باقی مانده است. شاخص تغییر پایای درمان، در متغیر همدلی عاطفی برای آزمودنی اول ۵/۴۱، آزمودنی دوم ۷/۵ و در آزمودنی سوم ۳/۷۵ است که نشان می‌دهد تغییرات منظم است و ناشی از ناپایداری آزمون‌ها و تصادفی نیست. همان‌طور که مشاهده می‌شود، درصد بهبودی آزمودنی اول ۹۲/۸۵ درصد، آزمودنی دوم ۶۴/۸۳ درصد و آزمودنی سوم ۵۲/۸۸ درصد است که هر سه آزمودنی در دامنه موفقیت درمانی قرار می‌گیرند. همچنین، در مرحله پیگیری، هر سه آزمودنی اثرات درمانی را حفظ کرده‌اند؛ بنابراین، می‌توان نتیجه گرفت که فرضیه مطرح‌شده مبنی بر اینکه درمان یکپارچه فراتشخیصی موجب بهبود همدلی در کودکان دچار اختلالات اضطرابی می‌شود، تأیید شد.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان یکپارچه فراتشخیصی بر مشکلات رفتاری درونی‌سازی‌شده، تنظیم هیجان و همدلی کودکان دچار اختلالات اضطرابی با استفاده از طرح تک‌آزمودنی انجام شد. نتایج بخش اول پژوهش نشان داد که درمان یکپارچه بر کاهش مشکلات رفتاری درونی‌سازی‌شده کودکان مبتلا به اختلالات اضطرابی مؤثر بود و تغییرات آماری و بالینی در گذر از دوره مداخله به دوره پیگیری اول (۲ ماهه) و دوم (۴ ماهه) تداوم یافته است؛ بنابراین، این یافته با حمایت از درمان یکپارچه فراتشخیصی اختلالات هیجانی، با پژوهش‌های پیشین هم‌سو است (Kennedy et al, 2019; Kennedy et al, 2020;) (Løvaas et al, 2020 و ضرغامی و همکاران، ۱۳۹۸) که اثربخشی این درمان را بر مشکلات رفتاری درونی‌سازی‌شده نشان داده‌اند.

در تبیین اثربخشی درمان یکپارچه فراتشخیصی بر مشکلات رفتاری درونی‌سازی‌شده کودکان، می‌توان به

همچنین، احساس‌ها و هیجان‌های جسمی آگاه شود و رفتارهای ناشی از هیجان را شناسایی و اصلاح کند، آگاهی و تحمل احساس‌های جسمی در طی مواجهه درون‌زا را کسب کند و دریافت‌های موقعیتی و درون‌زا با تجربه‌های هیجانی خود مواجه شود. همه این مهارت‌ها با اصلاح عادات تنظیم هیجانی به کاهش شدت دشواری در تنظیم هیجان و برگرداندن هیجان‌ها به سطح کارکردی منجر می‌شود که این عامل تأثیر مستقیمی بر نشانه‌های اختلال‌های رفتاری درونی‌سازی شده دارد.

یافته‌های بخش دوم پژوهش حاکی از آن است که درمان یکپارچه فراتشخیصی بر بهبود تنظیم هیجان و بی‌ثباتی منفی‌گرایی کودکان دارای اختلالات اضطرابی نیز مؤثر بود. نتایج نشان داد تغییرات آماری و بالینی در گذر از درمان به دوره پیگیری اول (۲ ماهه) و دوم (۴ ماهه) تداوم یافته است. این یافته‌ها از مدل یکپارچه فراتشخیصی برای اختلالات هیجانی حمایت می‌کنند و با نتایج پژوهش لوواس و همکاران (Løvaas et al., 2019) هم‌سو است. در تبیین مکانیزم اثر درمان یکپارچه فراتشخیصی بر خودتنظیمی هیجان می‌توان از دو گستره به بحث نشست: گستره اول اینکه یکی از بخش‌های مهم درمان یکپارچه فراتشخیصی، درک ماهیت هیجان‌ها و افزایش آگاهی هیجانی با استفاده از تکنیک‌های ذهن آگاهی است. در جلسات درمانی به کودکان و والدین آنها درباره بررسی و شناخت هیجان‌ها آموزش داده شد تا بتوانند انواع هیجان‌ها و موقعیت‌های هیجانی را بشناسند، با شیوه سازگارتری به هیجان‌های خود پاسخ دهند، هیجان‌های منفی را تحمل کنند و با آنها مواجه شوند. از منظر دیگر، درمان یکپارچه فراتشخیصی تأکید بسیاری بر تجربه پاسخ‌های هیجانی دارد؛ زیرا سرکوب هیجان‌ها موجب افزایش و تداوم احساساتی می‌شود که برای فرد ناخوشایند است.

این درمان به کودکان و والدین آنها کمک می‌کند فهم بهتری از تعامل افکار، حس‌های بدنی و رفتارها در ایجاد تجربه‌های هیجانی داشته باشند تا بتوانند ارزیابی‌های شناختی منفی، احساس‌های بدنی چالش‌برانگیز و رفتارهای ناشی از این هیجان‌ها را اصلاح کنند. همچنین، در طی درمان، کودکان یاد گرفتند تا فهم بهتری از تجربه‌های هیجانی خود شامل برانگیزاننده هیجان‌ها و پیامدهای رفتارهای هیجانی کسب کنند. در این مداخله درمانی علاوه بر اینکه به کودکان آموزش داده شد که از هیجان‌ات خویش آگاهی یابند و دریابند هیجان‌ات امری طبیعی و عادی برای همگان هستند، آنها یاد گرفتند که اجتناب از هیجان‌ات و موقعیت‌های هیجانی می‌تواند موجب فرار از موقعیت هیجانی و عدم کنترل آنها شود؛ بنابراین، نحوه روبه‌رو شدن با هیجان‌ات و مدیریت آنها را یاد گرفتند و توانستند در موقعیت‌های مختلف با تعامل کارآمد با مادر خود انواع هیجان‌ات خود را تنظیم کنند. همه این مهارت‌ها با اصلاح عادت‌های غلط تنظیم هیجانی به کاهش شدت دشواری در تنظیم هیجان و برگرداندن هیجان‌ها به سطح کارکرد مناسب منجر می‌شود.

یافته سوم پژوهش حاضر، حاکی از اثر معنادار درمان یکپارچه فراتشخیصی بر بهبود همدلی عاطفی و شناختی کودکان با اختلالات اضطرابی است. نتایج بخش سوم پژوهش حاکی از آن است که تغییرات آماری و بالینی در گذر از درمان به دوره پیگیری اول (۲ ماهه) و دوم (۴ ماهه) نیز تداوم یافته است. این یافته‌ها با نتایج پژوهش عثمانی و شکری (۱۳۹۸) هم‌سو است. در تبیین اثربخشی درمان یکپارچه تشخیصی بر همدلی کودکان مضطرب می‌توان گفت که همدلی یک مفهوم چندبعدی، متشکل از مؤلفه‌های عاطفی و شناختی است (Hoffman, 2001). مؤلفه عاطفی به تجربه حالت عاطفی شخص دیگر، وابسته است و مؤلفه شناختی به

است. به عبارت دیگر، کاهش شدت علائم و بهبودی، احتمالاً به‌طور غیرمستقیم به‌واسطه تغییرات حاصل شده در این عوامل مشترک است. این امر با توجه به تجمع مهارت‌ها و تکنیک‌های اثربخش بر روی این عوامل مشترک یا فراتشخیصی، برای هدف‌قراردادن علائم کلیدی اختلالات رفتاری انجام می‌پذیرد. در مجموع، با توجه به نتایج این پژوهش می‌توان نتیجه‌گیری کرد که درمان یکپارچه فراتشخیصی، یک درمان مؤثر، مقرون‌به‌صرفه و بدون عوارض جانبی در درمان مشکلات رفتاری درونی‌سازی‌شده، بهبود تنظیم هیجان و همدلی کودکان مضطرب است.

اندک‌بودن نمونه موردبررسی و استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند می‌تواند تعمیم‌پذیری نتایج را با مشکل مواجه کند؛ بنابراین، در تعمیم نتایج باید جانب احتیاط رعایت شود. اگرچه پژوهش‌های تک‌آزمودنی روشی خلاقانه برای بررسی اثربخشی درمان‌های جدید است، برای افزایش تعمیم یافته‌ها و بررسی بیشتر اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه، پیشنهاد اجرای این پژوهش در چهارچوب طرح‌های آزمایش با گروه کنترل داده می‌شود. با وجود محدودیت‌های بالا، مطالعه فعلی جزء نخستین مواردی بود که به‌طور منظم درمان یکپارچه فراتشخیصی را به‌عنوان یک مداخله در بهبود علائم مشکلات درونی‌سازی، تنظیم هیجان و همدلی کودکان مضطرب ارزیابی کرد. این پژوهش، به مجموعه روبه‌رشد منابعی می‌افزاید که فرایندهای فراتشخیصی زیربنای مداخلات بالینی را بررسی می‌کند. این بررسی اطمینان حاصل می‌کند که درمان یکپارچه فراتشخیصی یک پروتکل کارآمد با ارزش فراتشخیصی و ثبات دستاوردها در طول زمان است؛ بنابراین، به نظر می‌سد این شیوه برای روان‌درمانگران، یک درمان منعطف و ارزشمند برای مراجعانی است که طیف وسیعی از آسیب‌شناسی‌های روانی را درونی می‌کنند؛

درک هیجانات شخص دیگر اشاره دارد (Shamay-Tsoory et al., 2009)؛ بنابراین، هیجان‌ها و احساس‌های مثبت و منفی از جمله عوامل مهمی هستند که در همدلی کودکان تأثیر بسزایی دارند (Van Lissa et al., 2017). در درمان یکپارچه فراتشخیصی، کودکان یاد می‌گیرند انواع هیجان‌های مثبت و منفی را بشناسند و آنها را در خود و دیگران تشخیص دهند. از طرف دیگر، در جلسه چهارم درمان به والدین نحوه ابراز همدلی با فرزندانشان آموزش داده شده است و در طی جلسات درمان و پیگیری بعد از آن به کارگیری آنها مورد تأکید قرار گرفته است. جالب اینکه بررسی نمرات مقیاس همدلی بعد از این جلسه، بهبود چشمگیر این متغیر را در کودکان نشان می‌دهد. همچنین، از دیگر دلایل اثربخشی درمان یکپارچه فراتشخیصی بر بهبود همدلی شناختی این است که این درمان آشکارا در سطح شناختی یا سطح پردازش عینی اتفاق می‌افتد. کودکان توانایی شناختی برای فهم هیجان‌های دیگران را پیدا می‌کنند؛ بنابراین، آگاهی هیجانی، آگاهی از عاملیت در تجربه و تغییر پردازش‌ها، این شناخت را در کودکان فراهم می‌کند که دنیای اطراف تهدیدآمیز نیست و می‌توان به افراد دیگر نزدیک شد. یافته‌های بخش دوم و سوم پژوهش مبنی بر بهبود نمرات زیرمقیاس‌های مختلف تنظیم هیجان و همدلی نشان داد که پروتکل یکپارچه فراتشخیصی توانسته است مطابق با منطق پدیدآیی‌اش و هم‌سو با ادعای پدیدآورندگان آن مبنی بر آماج‌قراردادن عوامل فراتشخیصی و مشترک، تغییر معنادار بالینی و آماری در عوامل همدلی و تنظیم هیجان ایجاد کند. بهبود و تغییرات معنادار بالینی کودکان دچار اختلالات اضطرابی می‌تواند نتیجه آماج‌قرارگرفتن عوامل مشترکی همچون تنظیم هیجان و همدلی باشد که در پروتکل‌های درمانی فراتشخیصی بر آنها تأکید شده

کودکان عادی. فصلنامه پژوهش در یادگیری
آموزشگاهی و مجازی، ۴(۱۳)، ۸۴-۶۹.

یزدخواستی، ف. و عریضی سامانی، ح. (۱۳۹۰).

هنجاریابی سه نسخه کودک، پدر/مادر و معلم
سیاهه رفتار کودک در شهر اصفهان. مجله
روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران (اندیشه و
رفتار)، ۱۷(۱)، ۷۰-۶۰.

References

- Abedi Daryooni, Z., & Bashash, L. (2013). The Comparison between Empathy Dimensions in Two Groups of Students with and without Intellectual Disabilities. *Psychology of Exceptional Individuals*, 3(10), 93- 112 (In Persian).
- Achenbach, T. M, Rescorla, L. A. (2007). *Multicultural Understanding of Child and Adolescent Psychopathology: Implications for Mental Health Assessment*. New York: Guilford Press.
- Achenbach, T. M. (2019). International findings with the Achenbach System of Empirically Based Assessment (ASEBA): applications to clinical services, research, and training. *Child and adolescent psychiatry and mental health*, 13(1), 1-10.
- Achenbach, T. M. & Rescorla, L. A. (2001). *Manual for the ASEBA School-Age Forms and Profiles*. Burlington.VT, the University of Vermont, Research Center for Children, Youth and Families.
- Barlow, D. H. (2000). Unraveling the mysteries of anxiety and its disorders from the perspective of emotion theory. *American Psychologist*, 55(11), 1247.
- 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.
- Barlow, D. H., Allen, L. B., & Choate, M. L. (2016). Toward a unified treatment for emotional disorders-republished article. *Behavior therapy*, 47(6), 838-853.
- Barlow, D. H., Farchione, T. J., Fairholme, C. P., Ellard, K. K., Boisseau, C. L., Allen, L. B., & Ehrenreich-May, J. (2011). Treatments that

درحالی که به نظر می‌رسد همچنان پژوهش‌های بیشتری
مورد نیاز است.

تشکر و قدردانی

با سپاس از کودکان و خانواده‌های آنها که در این
پژوهش شرکت کردند و همچنین استادان گرامی،
روان‌پزشکان و روان‌شناسان همکار که بدون همکاری
آنان انجام این پژوهش میسر نبود.

ملاحظات اخلاقی

این پژوهش با کد اخلاق IR.IAU.A.REC.1400.011
در سامانه ملی اخلاق در پژوهش‌های زیست‌پزشکی
ثبت شده است.

منابع

- ضرغامی، ف.؛ شعیری، م. و شهریور، ز. (۱۳۹۸).
درمان فراتشخیصی یکپارچه اختلالات هیجانی
برای کودکان مبتلا به اختلالات اضطرابی و
افسردگی همبود: مطالعه تک‌موردی. مجله
پژوهش‌های روان‌شناختی، ۲۲(۱)، ۹۲-۱۱۸.
- عابدی داریونی، ز. و بشاش، ل. (۱۳۹۲). مقایسه ابعاد
همدلی در دانش‌آموزان با و بدون
کم‌توانی ذهنی. *روان‌شناسی افراد استثنایی*، ۳(۱۰)،
۹۳-۱۱۲.
- عثمانی، ه. و شکری، ل. (۱۳۹۸). اثربخشی درمان
فراتشخیصی یکپارچه بر نظم‌جویی شناختی هیجان
و همدلی شناختی دانش‌آموزان با اختلال رفتار
برونی‌سازی شده. *نشریه توانمندسازی کودکان
استثنایی*، ۱۰(۱)، ۱۳۶-۱۲۵.
- محمودی، م.؛ برجعلی، ا.؛ علیزاده، ح.؛ غباری بناب،
ب.؛ اختیاری، ح. و اکبری زردخانه، س. (۱۳۹۵).
تنظیم هیجان در کودکان با اختلال یادگیری و

- empathy in children using parent ratings. *Child Psychiatry and Human Development*, 39(2), 111-122.
- Dear, B. F., Staples, L. G., Terides, M. D., Fogliati, V. J., Sheehan, J., Johnston, L., ... & Titov, N. (2016). Transdiagnostic versus disorder-specific and clinician-guided versus self-guided internet-delivered treatment for Social Anxiety Disorder and comorbid disorders: A randomized controlled trial. *Journal of Anxiety Disorders*, 42, 30-44.
- Duprey, E. B., Oshri, A., & Liu, S. (2019). Developmental pathways from child maltreatment to adolescent suicide-related behaviors: The internalizing and externalizing comorbidity hypothesis. *Development and Psychopathology*, 1-15.
- Ehrenreich-May, J., & Bilek, E. L. (2011). Universal prevention of anxiety and depression in a recreational camp setting: An initial open trial. *In Child & Youth Care Forum*, 40(6), 435-455.
- Ehrenreich-May, J., Kennedy, S. M., Sherman, J. A., Bilek, E. L., Buzzella, B. A., Bennett, S. M., & Barlow, D. H. (2017). *Unified protocols for transdiagnostic treatment of emotional disorders in children and adolescents: Therapist guide*. Oxford University Press.
- Eisenberg, N., Champion, C., & Ma, Y. (2004). Emotion-related regulation: An emerging construct. *Merrill-Palmer Quarterly (1982-)*, 236-259.
- Fahlgren, M. K., Puhalla, A. A., Sorgi, K. M., & McCloskey, M. S. (2019). Emotion processing in intermittent explosive disorder. *Psychiatry Research*, 273, 544-550.
- Fujisato, H., Kato, N., Namatame, H., Ito, M., Usami, M., Nomura, T., ... & Horikoshi, M. (2021). The Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders Among Japanese Children: A Pilot Study. *Frontiers in Psychology*, 12.
- García-Escalera, J., Chorot, P., Valiente, R. M., Reales, J. M., & Sandín, B. (2016). Efficacy of transdiagnostic cognitive-behavioral therapy for anxiety and depression in adults, children and adolescents: A meta-analysis. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 21(3), 147-175.
- Ghandour, R. M., Sherman, L. J., Vladutiu, C. J., Ali, M. M., Lynch, S. E., Bitsko, R. H., & Blumberg, S. J. (2019). Prevalence and treatment of depression, anxiety, and work. Unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: Therapist guide.
- Battagliese, G., Caccetta, M., Luppino, O. I., Baglioni, C., Cardi, V., Mancini, F., & Buonanno, C. (2015). Cognitive-behavioral therapy for externalizing disorders: A meta-analysis of treatment effectiveness. *Behavior research and therapy*, 75, 60-71.
- Bhatia, M. S., & Goyal, A. (2018). Anxiety disorders in children and adolescents: Need for early detection. *Journal of postgraduate medicine*, 64(2), 75.
- Blanchard, E. B., & Schwarz, S. P. (1988). Clinically significant changes in behavioral medicine. *Behavioral Assessment*.
- Bolm-Lake, T. L. (2007). Predicting internalizing problems in at-risk children and adolescents. A dissertation presented in partial fulfillment of the Ph.D. degree, Capella University.
- Boylan, K., Vaillancourt, T., Boyle, M., & Szatmari, P. (2007). Comorbidity of internalizing disorders in children with the oppositional defiant disorder. *European child & adolescent psychiatry*, 16(8), 484-494.
- Boylan Olivier, E., Morin, A. J., Langlois, J., Tardif-Grenier, K., & Archambault, I. (2020). Internalizing and externalizing behavior problems and student engagement in elementary and secondary school students. *Journal of youth and adolescence*, 49(11), 2327-2346.
- Castello-Robbins, C., Southward, M. W., Tirpak, J. W., & Sauer-Zavala, S. (2020). A systematic review of Unified Protocol applications with adult populations: Facilitating widespread dissemination via adaptability. *Clinical Psychology Review*, 78, 101852.
- Chu, B. C., Crocco, S. T., Esseling, P., Areizaga, M. J., Lindner, A. M., & Skriner, L. C. (2016). Transdiagnostic group behavioral activation and exposure therapy for youth anxiety and depression: an initial randomized controlled trial. *Behav. Res. Ther.* 76, 65-75. DOI: 10.1016/j.brat.2015.11.005
- Creswell, C., Waite, P., & Hudson, J. (2020). Practitioner Review: Anxiety disorders in children and young people—assessment and treatment. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 61(6), 628-643.
- Dadds, M., Hunter, K., Hawes, D., Frost, A., Vassallo, S., Bunn, P., . . . & Masry, Y. E. (2008). A measure of cognitive and affective

- study. *Child and adolescent psychiatry and mental health*, 14, 1-13.
- Mahmoudi, M., Borjali, A., Alizadeh, H., Ghobari-Bonab, B., Ekhtiari, H., & Akbari-Zardkhaneh, S. (2016). Emotion Regulation in Children with Learning Disorders and Normal Children, *Journal of Research in School and Virtual Learning*, 23(2), 33-46 (In Persian).
- McClintock, S. M. (2005). Relationship of internalizing behavior problems to intelligence and executive functioning in children. Master of Science, *University of Texas Southwestern medical center at Dallas*.
- Melero, S., Orgilés, M., Espada, J. P., & Morales, A. (2020). How does depression facilitate psychological difficulties in children? The mediating role of cognitive emotion regulation strategies. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 1-10.
- Molina, P., Sala, M. N., Zappulla, C., Bonfigliuoli, C., Cavioni, V., Zanetti, M. A., ... & Cicchetti, D. (2014). The Emotion Regulation Checklist-Italian translation. Validation of parent and teacher versions. *European Journal of Developmental Psychology*, 11(5), 624-634.
- Osmani, H., & Shokri, L. (2019). Effectiveness of unified trans-diagnostic treatment on emotion's cognitive regulation and cognitive empathy of students with externalized behavior disorder, *Journal of Empowering Exceptional Children*, 10(1), 125-136 (In Persian).
- Sakiris, N., & Berle, D. (2019). A systematic review and meta-analysis of the Unified Protocol as a transdiagnostic emotion regulation-based intervention. *Clinical psychology review*, 72, 101751.
- Sanchis-Sanchis, A., Grau, M. D., Moliner, A. R., & Morales-Murillo, C. P. (2020). Effects of Age and Gender in Emotion Regulation of Children and Adolescents. *Frontiers in Psychology*, 11.
- Sauer-Zavala, S., Gutner, C. A., Farchione, T. J., Boettcher, H. T., Bullis, J. R., & Barlow, D. H. (2017). Current definitions of "transdiagnostic" in treatment development: A search for consensus, *Behavior Therapy*, 48(1), 128-138.
- Shamay-Tsoory, S. G., Aharon-Peretz, J., & Perry, D. (2009). Two systems for empathy: A double dissociation between emotional and cognitive empathy in inferior frontal gyrus conduct problems in US children. *The Journal of pediatrics*, 206, 256-267.
- Jacobson N.S., & Truax P. (1991). Clinical significance: A statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *J Consulting and Clinical Psychology*, 59, 12-19.
- Hoffman, M. L. (2001). *Empathy and moral development: Implications for caring and justice*. Cambridge University Press.
- Kennedy, S. M., Bilek, E. L., & Ehrenreich-May, J. (2019). A randomized controlled pilot trial of the unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders in children. *Behavior modification*, 43(3), 330-360.
- Kennedy, S. M., Lanier, H., Salloum, A., Ehrenreich-May, J., & Storch, E. A. (2020). Development and Implementation of a Transdiagnostic, Stepped-Care Approach to Treating Emotional Disorders in Children via Telehealth. *Cognitive and Behavioral Practice*.
- Kim, J., & Cicchetti, D. (2010). Longitudinal pathways linking child maltreatment, emotion regulation, peer relations, and psychopathology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 51(6), 706-716.
- Landers, A. L., Bellamy, J. L., Danes, S. M., & Hawk, S. W. (2017). Internalizing and externalizing behavioral problems of American Indian children in the child welfare system. *Children and Youth Services Review*, 81, 413-421.
- Levin, M. E., MacLane, C., Dafflos, S., Seeley, J. R., Hayes, S. C., Biglan, A., & Pistorello, J. (2014). Examining psychological inflexibility as a transdiagnostic process across psychological disorders. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 3(3), 155-163.
- Loevaas, M. E. S., Sund, A. M., Lydersen, S., Neumer, S. P., Martinsen, K., Holen, S., & Reinfjell, T. (2019). Does the transdiagnostic EMOTION intervention improve emotion regulation skills in children?. *Journal of Child and Family Studies*, 28(3), 805-813.
- Løvaas, M. E. S., Lydersen, S., Sund, A. M., Neumer, S. P., Martinsen, K. D., Holen, S., ... & Reinfjell, T. (2020). A 12-month follow-up of a transdiagnostic indicated prevention of internalizing symptoms in school-aged children: the results from the EMOTION

- Van Lissa, C. J., Hawk, S. T., & Meeus, W. H. (2017). The effects of affective and cognitive empathy on adolescents' behavior and outcomes in conflicts with mothers. *Journal of Experimental Child Psychology*, 158, 32-45.
- Yazdkhasti, F., & Oreyzi, H. (2011). Standardization of Child, Parent and Teacher's Forms of Child Behavior Checklist in the City of Isfahan. *Iranian Journal of Psychiatry & Clinical Psychology*, 17 (1), 60-70 (In Persian).
- Zarghami, F., Shaeiri, M. R., & Shahrivar. Z. (2020). Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders in Children with Comorbid Anxiety and Depressive Disorders: A Case Study. *Journal of Psychological Research*, 22(1), 92-118 (In Persian).
- versus ventromedial prefrontal lesions. *Brain*, 132(3),617-627.
- Shields, A., & Cicchetti, D. (1997). Emotion regulation among school-age children: The development and validation of a new criterion Q-sort scale. *Developmental Psychology*, 33, 906-916.
- Southam- Gerow, M. A. (2013). Emotions regulation in children and Adolescents: a practitioner Guide. Guilford publications.
- Talkovsky, A. M., Green, K. L., Osegueda, A., & Norton, P. J. (2017). Secondary depression in transdiagnostic group cognitive behavioral therapy among individuals diagnosed with anxiety disorders. *Journal of anxiety disorders*, 46, 56-64.
- Thompson R.A., 1991. Emotional regulation and emotional development. *Educational Psychology Review*. 3, 269-307.

