

درمان فراتشخیصی یکپارچه اختلالات هیجانی برای کودکان  
مبتلا به اختلالات اضطرابی و افسردگی همبود:  
مطالعه تک‌موردی

**Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of  
Emotional Disorders in Children with  
Comorbid Anxiety and Depressive Disorders:  
A Case Study**

**Firouzeh Zarghami, Ph.D.**

Shahed University

**Mohammad Reza Shaeiri, Ph.D. \***

Shahed University

**Zahra Shahrivar, M.D.**

Tehran University of Medical Sciences

دکتر فیروزه زرغامی

دانشگاه شاهد

دکتر محمدرضا شعیری

دانشگاه شاهد

دکتر زهرا شهریار

دانشگاه علوم پزشکی تهران

**Abstract** The purpose of the present study was to evaluate the initial efficacy of the new unified protocol of transdiagnostic treatment for children with emotional disorders (UP-C) on reducing symptoms of anxiety disorders and comorbid depression in Iranian children aged 8 to 11 years. In this study, a 15-session UP-C within a single-case experimental design with pre-test, post-test, and one-month follow-up was conducted on a 9-year-old child with

**چکیده:** هدف از پژوهش حاضر، بررسی اثربخشی اولیه پروتکل جدید درمان فراتشخیصی برای اختلالات هیجانی کودکان (UP-C) بر کاهش علائم اختلالات اضطرابی و افسردگی همبود در کودکان ۸ تا ۱۱ ساله ایرانی است. در این پژوهش، پروتکل فراتشخیصی ۱۵ جلسه‌ای در چهارچوب یک طرح تجربی تک‌موردی با پیش‌آزمون، پس‌آزمون، و پیگیری یک‌ماهه روی یک کودک ۹ ساله مبتلا به اختلال اضطراب جدایی، اختلال اضطراب اجتماعی، و اختلال افسردگی اساسی (به‌عنوان اختلال

\* shairigm@gmail.com

دریافت اصلاح نهایی مقاله: ۹۷/۱۰/۳  
پذیرش مقاله: ۹۸/۴/۳۰

separation anxiety disorder, social anxiety disorder, and major depressive disorder (as comorbid disorder). To collect data, Kiddie Schedule for Affective Disorder and Schizophrenia- Present and Lifetime Version (K SADS-PL), Child Behavior Checklist (CBCL), Screen for Child Anxiety Related Disorders (SCARED) and, Children Depression Inventory (CDI) were used. Results of graph-chart analysis and percentage change index showed that at the end of treatment and one-month follow-up period, there were significant statistical and clinical changes in both anxiety disorders and depression disorder (as comorbid disorder).

همبود) اجرا شد. برای جمع‌آوری داده‌ها از مصاحبه نیمه‌ساختاریافته اختلالات خلقی و اسکیزوفرنیا برای کودکان، (K-SADS-PL) فهرست مشکلات رفتاری کودک، (CBCL) نسخه اصلاح‌شده غربالگری برای اضطراب کودکان مرتبط با اختلالات خلقی (SCARED)، و فهرست افسردگی کودکان (CDI) استفاده شد. نتایج حاصل از تحلیل نموداری - ترسیمی و شاخص درصد تغییرات نشان دادند که بیمار در پایان درمان و دوره پیگیری یک‌ماهه، تغییرات آماری و بالینی معناداری هم در متغیرهای اضطراب و هم افسردگی (به‌عنوان اختلال همبود) پیدا کرد.

**Keywords:** unified protocol; transdiagnostic treatment; anxiety; depression; comorbidity

**کلیدواژه‌ها:** پروتکل یکپارچه؛ درمان فرانتشخیصی؛ اضطراب؛ افسردگی؛ همبودی

اختلالات اضطرابی<sup>۱</sup> و افسردگی<sup>۲</sup> جزو شایع‌ترین تشخیص‌های کودکان و نوجوانان هستند (هورن<sup>۳</sup> و وویک<sup>۴</sup>، ۲۰۱۰) و هرکدام از آنها در آینده کودک، مشکلات قابل توجهی در عملکرد و سلامت روان فرد به‌بار می‌آورند (کندال<sup>۵</sup> و همکاران، ۲۰۱۰). اضطراب و افسردگی اغلب همزمان رخ می‌دهند و در کودکان و نوجوانان همبودی بسیار بالایی دارند (حدود ۷۵٪) (گاربر<sup>۶</sup> و ویرسینگ<sup>۷</sup>، ۲۰۱۰). پژوهش‌ها نشان می‌دهند که اختلال اضطراب جدایی<sup>۸</sup>، وحشت‌زدگی<sup>۹</sup> (پنیک)، اضطراب فراگیر<sup>۱۰</sup>، و افسردگی عوامل خطر ساز ژنتیکی مشترکی دارند (کندال، چو<sup>۱۱</sup>، پیمنتل<sup>۱۲</sup>، و چائودری<sup>۱۳</sup>، ۲۰۰۰). اضطراب اجتماعی<sup>۱۴</sup> نیز همبودی بالایی با افسردگی دارد

1- anxiety disorders  
3- Horn  
5- Kendall  
7- Weersing  
9- panic disorder  
11- Chu  
13- Choudhury

2- depression  
4- Wuyek  
6- Garber  
8- separation anxiety disorder  
10- general anxiety disorder  
12- Pimentel  
14- social anxiety

(کامینگز<sup>۱</sup>، کاپورینو<sup>۲</sup>، و کندال، ۲۰۱۴). این نتایج بیانگر این واقعیت هستند که اختلالات اضطرابی و خلقی<sup>۳</sup>، عوامل خطر ساز زیربنایی و ویژگی‌های هیجانی مشترک دارند، از جمله بدتنظیمی انتقال‌دهنده‌های شیمیایی<sup>۴</sup> و اشکال در کارکرد نورون‌های سازنده این انتقال‌دهنده‌ها (فاکس<sup>۵</sup> و همکاران، ۲۰۰۵؛ ویمز<sup>۶</sup>، زاکیم<sup>۷</sup>، کاستا<sup>۸</sup>، کانن<sup>۹</sup> و واتس<sup>۱۰</sup>، ۲۰۰۵)، اشکال در سیستم بازداری<sup>۱۱</sup> و فعال سازی رفتاری<sup>۱۲</sup> (گلاستون<sup>۱۳</sup>، پارکر<sup>۱۴</sup>، میچل<sup>۱۵</sup>، ویلهلم<sup>۱۶</sup>، و مالهی<sup>۱۷</sup>، ۲۰۰۵؛ پرز-ادگار<sup>۱۸</sup> و فاکس، ۲۰۰۵) و اشتراکاتی در ویژگی‌های عاطفی زیربنایی که به مبحث تنظیم هیجان<sup>۱۹</sup> مربوط می‌شود. در پژوهش‌های حوزه تنظیم هیجان به‌طور کلی دو بعد خلقی را مورد ارزیابی قرار داده‌اند: عاطفه منفی<sup>۲۰</sup> به‌عنوان عامل مشترک، و عاطفه مثبت<sup>۲۱</sup> به‌عنوان عامل متمایزکننده اضطراب و افسردگی. بر این اساس، بالا بودن میزان عاطفه منفی در اضطراب و افسردگی مشترک است، در حالی که پایین بودن میزان عاطفه مثبت برای افسردگی اختصاصی‌تر است، و بُعد سوم با عنوان بیش‌برانگیختگی زیست‌شناختی<sup>۲۲</sup> وجود دارد که یک عامل اختصاصی برای اختلالات اضطرابی به‌شمار می‌آید (چورپیتا<sup>۲۳</sup> و بارلو<sup>۲۴</sup>، ۱۹۹۸). کودکان مبتلا به اختلالات اضطرابی و خلقی علاوه بر تجربه عاطفه منفی شدید، همچنین با مشکلاتی در تنظیم حالت‌های هیجانی خود از قبیل ترس، خشم، و غمگینی مواجه‌اند. شواهد نشان می‌دهند که در کودکان و نوجوانان مبتلا به اضطراب و / یا افسردگی، آگاهی هیجانی<sup>۲۵</sup> بسیار کم (پنزا – کلایو<sup>۲۶</sup> و زمان<sup>۲۷</sup>، ۲۰۰۲)، بازداری (مهاری) هیجانی بسیار زیاد (زمان، شپمن<sup>۲۸</sup>، و سووگ<sup>۲۹</sup>، ۲۰۰۲)، و اجتناب<sup>۳۰</sup> و سرکوب<sup>۳۱</sup> بیشتر هیجان‌های «ناراحت‌کننده»<sup>۳۲</sup> از قبیل غمگینی، خشم، و اضطراب نیز مشاهده می‌شود (کمبل – سِلز<sup>۳۳</sup>، بارلو،

1- Cummings

3- mood disorders

5- Fox

7- Zakem

9- Cannon

11- inhibition system

13- Gladstone

15- Mitchell

17- Malhi

19- emotion regulation

21- positive affect

23- Chorpita

25- emotional awareness

27- Zeman

29- Suveg

31- suppression

33- Campbell-Sills

2- Caporino

4- chemical neurotransmitter

6- Weems

8- Costa

10- Watts

12- behavioral activation

14- Parker

16- Wilhelm

18- Perez-Edgar

20- negative affect

22- physical hyperarousal

24- Barlow

26- Penza-Clyve

28- Shipman

30- avoidance

32- uncomfortable

براون<sup>۱</sup> و هافمن<sup>۲</sup>؛ ۲۰۰۶؛ تیول<sup>۳</sup> و رومر<sup>۴</sup>، ۲۰۰۷). افسردگی علاوه بر سرکوب هیجان‌های منفی، با نشان دادن واکنش ضعیف به هیجان‌های خوشایند نیز همراه است (اسلون<sup>۵</sup>، استراوس<sup>۶</sup>، و ویزنر<sup>۷</sup>، ۲۰۰۱). شواهد موجود دربارهٔ همبودی زیاد و عوامل آسیب‌پذیری مشترک در اختلالات اضطرابی و افسردگی دورهٔ کودکی، زمینه را برای به‌وجود آوردن مداخلات روان‌شناختی که هر دو مشکل را هدف قرار دهند، فراهم می‌کند. اثربخشی پروتکل‌های شناختی-رفتاری<sup>۸</sup> (CBT) اختصاصی در درمان اختلالات اضطرابی و افسردگی کودکان، به‌طور جداگانه، از تأیید نسبتاً قوی برخوردارند (کندال و همکاران، ۲۰۰۰؛ والکاپ<sup>۹</sup> و همکاران، ۲۰۰۸، تومی<sup>۱۰</sup>، اورایلی<sup>۱۱</sup> و برن<sup>۱۲</sup>، ۲۰۱۵؛ کیچپرز<sup>۱۳</sup>، کریستیا<sup>۱۴</sup>، کاریوتاکي<sup>۱۵</sup>، رایندرز<sup>۱۶</sup> و هوی‌برز<sup>۱۷</sup>، ۲۰۱۶)، اما وقتی کودکان مبتلا به اختلالات اضطرابی با همبودی افسردگی، یا کودکان افسرده با همبودی اختلالات اضطرابی وارد درمان‌های شناختی-رفتاری (CBT) اختصاصی می‌شوند، در مقایسه با کودکانی که اختلال همبودی ندارند، پاسخ درمانی ضعیف‌تری نشان می‌دهند (کراولی<sup>۱۸</sup>، بیداس<sup>۱۹</sup>، بنجامین<sup>۲۰</sup>، مارتین<sup>۲۱</sup> و کندال، ۲۰۰۸؛ کاری<sup>۲۲</sup> و همکاران، ۲۰۰۶؛ شافرن<sup>۲۳</sup>، زو<sup>۲۴</sup>، ناگرا<sup>۲۵</sup>، پیساریدو<sup>۲۶</sup> و کوگتری<sup>۲۷</sup>، ۲۰۱۸؛ بلانگر<sup>۲۸</sup> و همکاران، ۲۰۱۸). به‌همین علت، به درمان‌هایی نیاز است که عوامل آسیب‌پذیری مشترک به اضطراب و افسردگی را هدف قرار دهند. اینجاست که لزوم پرداختن به درمان‌های فراتشخیصی برای اختلالات هیجانی، پررنگ می‌شود. یکی از پروتکل‌های فراتشخیصی یکپارچهٔ اختلالات هیجانی<sup>۲۹</sup> (UP) پروتکل بارلو و همکاران و فارچیون<sup>۳۰</sup> و همکاران است (بارلو و همکاران، ۲۰۱۱؛ فارچیون و همکاران، ۲۰۱۲) که بر اساس مدل نظری فراتشخیصی بارلو، آلن<sup>۳۱</sup>، و چوت<sup>۳۲</sup> (۲۰۰۴) طراحی شده است و جزو

- 
- |                      |                                   |
|----------------------|-----------------------------------|
| 1- Brown             | 2- Hofmann                        |
| 3- Tull              | 4- Roemer                         |
| 5- Sloan             | 6- Strauss                        |
| 7- Wisner            | 8- cognitive behavioral protocols |
| 9- Walkup            | 10- Twomey                        |
| 11- O'Reilly         | 12- Byrne                         |
| 13- Cuijpers         | 14- Cristea                       |
| 15- Karyotaki        | 16- Reijnders                     |
| 17- Huibers          | 18- Crawley                       |
| 19- Beidas           | 20- Benjamin                      |
| 21- Martin           | 22- Curry                         |
| 23- Shafren          | 24- Wroe                          |
| 25- Nagra            | 26- Pissaridou                    |
| 27- Coughtrey        | 28- Bélanger                      |
| 29- unified protocol | 30- Farchione                     |
| 31- Allen            | 32- Choate                        |

درمان‌های مبتنی بر شواهد در حوزه درمان اختلالات هیجانی (اضطراب و افسردگی) دوره بزرگسالی قرار گرفته است (بارلو و همکاران، ۲۰۱۱؛ دیویس<sup>۱</sup>، بارلو، و اسمیت<sup>۲</sup>، ۲۰۱۰؛ الارد<sup>۳</sup>، فرهم<sup>۴</sup>، بویسو<sup>۵</sup>، فارچیون، و بارلو، ۲۰۱۰). این پروتکل، یک درمان فراتشخیصی شناختی - رفتاری متمرکز بر هیجان است که در آن هشت ماژول، ضمن تمرکز بر اصول اساسی درمان شناختی - رفتاری سنتی، بر نقش «تنظیم هیجان» به‌منزله فرایند شناختی - رفتاری اصلی در اختلال‌های هیجانی، تأکید می‌شود (بارلو و همکاران، ۲۰۱۱)؛ بنابراین، این درمان، از هدف قراردادن علائم اختصاصی هر اختلال فراتر می‌رود و به مکانیسم‌های زیربنایی «اختلال‌های هیجانی همبود» می‌پردازد (بارلو، ۲۰۰۲؛ براون<sup>۶</sup> و بارلو، ۲۰۰۹). گروه اِهرنریچ - می<sup>۷</sup> بر مبنای نظریه و پروتکل بارلو، پروتکل فراتشخیصی یکپارچه اختلالات هیجانی کودکان<sup>۸</sup> (UP-C) (کارآگاهان هیجان)<sup>۹</sup> را برای درمان همبودی اضطراب و افسردگی در کودکان ۷ تا ۱۲ ساله تدوین کرده‌اند (اِهرنریچ - می و بیلک<sup>۱۰</sup>، ۲۰۱۲) که شامل ۱۵ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای گروهی است که به‌صورت هفتگی برگزار می‌شود. پروتکل فراتشخیصی یکپارچه گروهی کودکان، هم از نظر محتوا و هم از نظر ساختار درمان، منطبق با پروتکل اصلی بارلو و همکاران (۲۰۱۱) است، با این تفاوت که نسخه کودکان برای اجرای گروهی طراحی شده است و والدین نیز در فرایند درمان مشارکت می‌کنند، به‌طوری‌که در هر جلسه، به‌صورت جداگانه، یک گروه برای کودکان و یک گروه برای والدین تشکیل می‌شود که متخصصان بالینی آموزش‌دیده آنها را اداره می‌کنند. در بررسی اثربخشی پروتکل فراتشخیصی یکپارچه کودکان، مشاهده شده که این شیوه، نتایج درمانی مؤثری در کاهش علائم اختلالات اضطرابی و علائم افسردگی کودکان داشته است و همبودی‌ها در نتایج درمان اثری نداشته‌اند (اِهرنریچ - می، کوین<sup>۱۱</sup>، بیلک، رمس<sup>۱۲</sup>، و مارسلی<sup>۱۳</sup>، ۲۰۱۲). هدف اصلی پژوهش حاضر، بررسی اثربخشی اولیه پروتکل یکپارچه فراتشخیصی اختلالات هیجانی کودکان در کاهش علائم اختلالات اضطرابی و افسردگی همبود در قالب یک طرح تجربی تک‌موردی تعیین شد، لازم به توضیح است که محققان پژوهش حاضر به تأسی از روال پژوهشی گروه تدوینگر این پروتکل (اِهرنریچ - می، گلدستین<sup>۱۴</sup>، رایت<sup>۱۵</sup>، و بارلو، ۲۰۰۹)، ابتدا

1- Davis

3- Ellard

5- Boisseau

7- Ehrenreich-May

9- emotion detectives

11- Queen

13- Marciel

15- Wright

2- Smith

4- Fairholme

6- Brown

8- unified protocol of children

10- Bilek

12- Remmes

14- Goldstein

آن را در یک طرح تک‌موردی بررسی کرده‌اند و در ادامه پروژه پژوهشی، کارآیی آن را روی نمونه بزرگ‌تر مورد بررسی قرار خواهند داد.

## روش

مطالعه حاضر از نوع تجربی تک‌موردی<sup>۱</sup> با انجام پیش‌آزمون، پس‌آزمون، و پیگیری یک‌ماهه است. جامعه آماری این پژوهش کودکان ۸ تا ۱۱ ساله مبتلا به اختلال‌های اضطرابی و افسردگی همبود بودند که به مراکز بهداشت منطقه ۱۷ شهر تهران مراجعه کرده بودند. در این پژوهش، از روش نمونه‌گیری هدفمند استفاده شد. نمونه پژوهش شامل یک مراجع بود که بر اساس ملاک‌های تشخیصی DSM-5، به اختلال‌های اضطرابی و افسردگی همبود مبتلا بود. ملاک‌های ورود نمونه به پژوهش عبارت بودند از: سن ۸-۱۱ سال، دارا بودن ملاک‌های تشخیصی DSM-5 در زمینه همبودی اختلال‌های اضطرابی و افسردگی بر اساس مصاحبه تشخیصی نیمه‌ساختاریافته اختلالات خلقی و اسکیزوفرنیا برای کودکان، کسب حداقل نمره ۶ در مقیاس اضطراب مبتنی بر DSM-IV و حداقل نمره ۷ در مقیاس افسردگی مبتنی بر DSM-IV از فهرست مشکلات رفتاری کودک (CBCL)، ارجاع داده نشده از سوی مدرسه به مراکز درمانی به جهت ارزیابی اختلالات یادگیری و هوش، موافقت کودک و والدین برای شرکت در پژوهش و امضاء رضایت‌نامه کتبی. ملاک‌های خروج نمونه از پژوهش عبارت بودند از: ابتلا به اختلالات سایکوتیک و اختلالات فراگیر رشد، دریافت هر نوع درمان روان‌شناختی نظیر درمان‌های رفتاری، درمان‌های شناختی-رفتاری و درمان گروهی قبل از ورود به پژوهش، عدم تمایل بیمار به ادامه فرآیند درمان، و مصرف داروهای ضد اضطراب و ضدافسردگی. پس از توضیح درباره پژوهش و اخذ رضایت آگاهانه کتبی از والدین، مراجع و والد او در مراحل پیش از درمان، پایان درمان، و پیگیری یک‌ماهه، با ابزارهایی که در ادامه معرفی می‌شوند مورد ارزیابی قرار گرفتند. در پژوهش حاضر از روش تحلیل نموداری - ترسیمی و شاخص درصد تغییرات برای تجزیه و تحلیل داده‌های پژوهش استفاده شد.

## ابزار

۱- مصاحبه تشخیصی نیمه ساختاریافته اختلالات خلقی و اسکیزوفرنیا برای کودکان، تشخیص فعلی، و طول عمر (K-SADS-PL)<sup>۲</sup>: این مصاحبه در سال ۲۰۰۰ توسط آمبروسینی<sup>۳</sup>

1- single case study  
2- Kiddie Schedule for Affective Disorder and Schizophrenia-Present and Life time Version  
3- Ambrosini

برای ارزیابی اختلالات روانپزشکی کودکان ۶ تا ۱۸ ساله طراحی شده است که حاوی سؤالات چندگانه است و برای تصریح بیشتر نشانه‌ها تدوین شده است. این ابزار، اطلاعات مربوط به تشخیص فعلی و تشخیص‌های در گسترهٔ عمر را بر اساس DSM-IV ارزیابی می‌کند. مصاحبه شامل ۳ بخش است: در بخش اول، اطلاعات کلی مانند خصوصیات دموگرافیک کودک، وضعیت عمومی نحوه ارتباط او با همسالان و خانواده، و اطلاعاتی در مورد مدرسهٔ او جمع‌آوری می‌گردد. بخش دوم شامل سؤالات غربالگری است و مشتمل بر معیارهایی است که به بررسی علائم روانپزشکی خاص اختصاص دارند. حضور و شدت علائم از طریق ترکیب گزارش مصاحبه‌کننده، والدین، و کودک تعیین می‌گردد. در بخش سوم، درمانگر شدت کلی اختلال و سطح عملکرد کلی کودک در زمان انجام مصاحبه را روی مقیاسی از ۰ تا ۱۰۰ ارزشیابی می‌کند که «مقیاس سنجش کلی کودکان» نامیده می‌شود. اعتبار این ابزار برای ارزیابی و تشخیص اختلالات روانپزشکی در کودکان و نوجوانان ایرانی تأیید شده است: ضریب همسانی درونی اختلال‌های روانپزشکی مورد سنجش در این ابزار از ۰/۶۹ تا ۰/۹۶ (از خوب تا عالی) و ضریب توافق تشخیصی (اعتبار توافقی) برای همهٔ اختلالات روانپزشکی مورد سنجش در این ابزار در دامنهٔ ۰/۴۱ تا ۰/۹۲ به دست آمد. ضریب بازآزمایی در طول چهار هفته برای اختلال‌های روانپزشکی مورد سنجش در این ابزار نیز از ۰/۵۶ تا ۰/۸۱ بوده است (غنی‌زاده، محمدی، و یزدان‌شناس، ۲۰۰۶؛ شهریور، کوشا، معلمی، تهرانی‌دوست، و علاقه‌بندراد، ۲۰۰۸).

**۲- فهرست مشکلات رفتاری کودک (CBCL):**<sup>۱</sup> این فهرست ۱۱۳ ماده دارد که بخشی از نظام مبتنی بر ارزشیابی آکینباک<sup>۲</sup> است که آن را در سال ۱۹۹۱ آکینباک طراحی کرده است و برای کودکان و نوجوانان ۱۸-۶ ساله قابل استفاده است. نظام آکینباک شامل مجموعهٔ جامعی از فرم‌ها به منظور ارزشیابی صلاحیت‌ها<sup>۳</sup>، کنش‌وری‌های سازشی<sup>۴</sup>، و مشکلات رفتاری<sup>۵</sup> کودکان و نوجوانان است. این پرسشنامه که والدین آن را تکمیل می‌کنند از ۲ بخش تشکیل شده است که بخش اول آن «صلاحیت» نام دارد و شامل سه مقیاس فعالیت، مقیاس اجتماعی<sup>۶</sup>، و مقیاس مدرسه<sup>۷</sup> است. بخش دوم به تشخیص مشکلات رفتاری بر اساس دو ملاک نمره‌گذاری مبتنی بر DSM-IV و تحلیل عاملی می‌پردازد و زیرمقیاس‌های متفاوتی دارد. در نمره‌گذاری مبتنی بر DSM-IV، شش زیرمقیاس وجود دارد که شامل مشکلات هیجانی، مشکلات اضطرابی<sup>۸</sup>،

1- Child Behavior Checklist  
3- competencies  
5- behavioral problems  
7- School Scale

2- Achenbach  
4- adaptive  
6- Social Scale  
8- anxiety problems

مشکلات بدنی<sup>۱</sup>، مشکلات مربوط به بیش‌فعالی/نقص تمرکز<sup>۲</sup>، مشکلات تضادورزی<sup>۳</sup>، و مشکلات رفتار هنجاری<sup>۴</sup> هستند. دامنه‌ی روایی مقیاس‌های این پرسشنامه بین ۰/۶۸ تا ۰/۹۴ و پایایی آنها بین ۰/۵۸ تا ۰/۸۸ گزارش شده است. این آزمون در ایران روی ۱۸۸۰ دانش‌آموز ۷ تا ۱۸ ساله هنجاریابی شده است. ضرایب آلفا در سطح نسبتاً بالایی قرار دارند و دامنه آنها از ۰/۶۵ تا ۰/۸۵ برای فهرست مشکلات رفتاری کودکان (CBCL) است. در مورد اعتبار سازه در فرم CBCL، بالاترین و پایین‌ترین ضریب‌های همبستگی به ترتیب ۰/۹۷ (مشکلات برونی‌سازی شده) و ۰/۴۲ (رفتار پرخاشگرانه) بودند. بیشترین میزان آلفای کرونباخ نسخه والدین برابر ۰/۹۰ بود. برای برآورد ثبات زمانی نمره‌های مقیاس‌ها، والدین فرم CBCL را برای بار دوم، با فاصله زمانی ۵ تا ۸ هفته تکمیل کردند. تمام ضریب‌های همبستگی در سطح ۰/۰۵ معنادار بودند (یزدخواستی و عریضی، ۱۳۹۰؛ تهرانی‌دوست، شهرپور، پاکباز، رضایی، و احمدی، ۲۰۱۱).

۳- نسخه اصلاح‌شده غربالگری برای اختلالات مرتبط با اضطراب در کودکان (SCARED)<sup>۵</sup>: این مقیاس، پرسشنامه‌ای خودگزارش‌دهی است و بپرماهر<sup>۶</sup> در سال ۱۹۹۷ تهیه کرده است که علائم DSM-IV مرتبط با اختلالات اضطرابی (اختلال پنیک، اختلال اضطراب فراگیر، اختلال اضطراب جدایی، اختلال وسواس فکری عملی، ترس از مدرسه، اضطراب اجتماعی) را در کودکان ۸ تا ۱۸ ساله ارزیابی می‌کند. این پرسشنامه شامل ۴۱ سؤال است که یک نسخه برای کودکان و یک نسخه برای والدین دارد. همبستگی این مقیاس با مقیاس افسردگی کودکان برابر با ۰/۸۷ بوده است و همسانی درونی پنج خرده‌مقیاس آن بین ۰/۳۸ تا ۰/۶۰ و آلفای کرونباخ آن ۰/۹۳ گزارش شده است (ربیعی، خرم‌دل، زره‌پوش، پالاهنگ، و حجت‌خواه، ۲۰۱۱).

۴- فهرست افسردگی کودکان (CDI)<sup>۷</sup>: این فهرست ساخته کوواکس<sup>۸</sup> (۱۹۹۲) است و علائم افسردگی را به صورت خودگزارش‌دهی ارزیابی می‌کند. نسخه کودک این پرسشنامه ۲۷ سؤال دارد که علائم خلقی<sup>۹</sup>، شناختی<sup>۱۰</sup>، و رفتاری<sup>۱۱</sup> افسردگی را می‌سنجد. این ابزار کودکان افسرده را از کودکان غیرافسرده متمایز می‌کند. پایایی بازآزمایی و روایی کل پرسشنامه افسردگی کودکان به ترتیب ۰/۹۱ و ۰/۸۸ گزارش شده است. این پرسشنامه برای نوجوانان ۱۲ تا ۱۴ ساله در ایران بررسی و کارآیی آن تأیید شده است. ضریب همبستگی این پرسشنامه با

- 
- |   |                     |
|---|---------------------|
| 1- somatic problems                           | 2- ADHD             |
| 3- oppositional behavior problems             | 4- conduct problems |
| 5- Screen for Child Anxiety Related Disorders | 6- Birmaher         |
| 7- Children's Depression Inventory            | 8- Kovacs           |
| 9- mood                                       | 10- cognitive       |
| 11- behavioral                                |                     |



پرسشنامه افسردگی کودکان ۰/۸۷، آلفای کرونباخ این پرسشنامه ۰/۸۳، و ضریب بازآزمایی آن در طی ۳ هفته، ۰/۸۲ گزارش شده است (رجبی، ۱۳۸۶؛ دهشیری، نجفی، شیخی، و حبیبی‌عسگرآباد، ۱۳۸۸).

### پروتکل یکپارچه فراتشخیصی اختلالات هیجانی کودکان

برنامه درمانی «پروتکل یکپارچه فراتشخیصی اختلالات هیجانی کودکان» اولین برنامه درمانی فراتشخیصی گام به گام منسجمی است که در جهت کاهش اختلالات اضطرابی و افسردگی همبود کودکان بر اساس رویکرد شناختی-رفتاری و با عنوان «کارآگاهان هیجان» تدوین شده است. این برنامه را در سال ۲۰۱۲، اِهْرُنْریچ - می و همکاران، منطبق بر نسخه بزرگسال بارلو ساخته‌اند. این برنامه یک نسخه کتاب کار برای کودکان و یک کتاب راهنما برای درمانگر دارد. در این برنامه، تکنیک‌ها که با سَرَوَژَه «سرنخ» نامیده می‌شوند، در ۱۵ جلسه به کودکان و والدین در جلسات جداگانه آموزش داده می‌شوند (اِهْرُنْریچ - می و همکاران، ۱۳۹۸). شرح سرنخ‌ها در جدول ۱ آمده است. در مطالعه حاضر، کودک و والد طی ۱۵ جلسه یک‌ساعته تحت درمان با پروتکل یکپارچه فراتشخیصی اختلالات هیجانی کودکان قرار گرفتند، به این صورت که مطابق دستورالعمل پروتکل، در هر جلسه، کودک ۴۵ دقیقه تحت درمان قرار می‌گرفت و پانزده دقیقه آخر به مادر او اختصاص داشت.

### معرفی بیمار: تاریخچه و مشکلات کنونی

بنیامین ۹ ساله و دانش‌آموز کلاس سوم بود که برای درمان به یکی از همکاران روانشناس منطقه ۱۷ شهر تهران مراجعه کرده و با تشخیص اضطراب و افسردگی به محققان ارجاع شده بود. در طی مصاحبه، مشخص شد که بنیامین هنگام رفتن به مدرسه ابراز دلتنگی، نگرانی، و ناراحتی می‌کند و علائم جسمانی دارد (از قبیل دل‌درد و تهوع). او شب‌ها در کنار والدین خود می‌خوابد، حاضر نیست برای مدت کوتاهی در خانه تنها بماند، کابوس‌هایی با محتوای جدا شدن می‌بیند و این علائم از دوره خردسالی تاکنون در او وجود داشته‌اند و در دوره خردسالی نیز منجر به اجتناب بنیامین از رفتن به مهدکودک می‌شده‌اند. همچنین، بنیامین و مادرش گزارش دادند که او از دوران خردسالی تاکنون در محیط‌های اجتماعی، حتی در جمع همسالان و افراد آشنا، نیز دچار اضطراب می‌شده است. هم‌اکنون نیز انجام برخی کارها از قبیل درس جواب دادن، نوشتن روی تخته کلاس، دوست پیدا کردن، ناهار خوردن در جمع بچه‌ها، شرکت در فعالیت‌های گروهی، خرید کردن از یک فروشگاه، و بازی کردن در زمین‌بازی پارک، برای او دشوار است.

جدول ۱  
محتوای جلسات پروتکل یکپارچه فراتشخیصی کودکان: کارگاهان هیجان

اهدافی که در بخش والدین دنبال می‌شوند:	اهدافی که در بخش کودکان دنبال می‌شوند:	مهارت‌ها
آشنایی با ساختار این درمان و مهارت‌های سرخ آموزش درباره مدل سه مؤلفه‌ی هیجان آموزش درباره چرخه اجتناب کردن و سایر رفتارهای هیجانی آشنایی با ارتباط بین تجارب هیجانی کودک و واکنش‌های والدین آموزش درباره چهار رفتار تربیتی هیجانی مشترک در بین والدین کودکان مبتلا به اختلالات هیجانی و کار کردن روی کاهش سرزنشگری استفاده از تقویت مثبت و حمایت کودک در استفاده از آزمایش‌های علمی برای انجام رفتار متضاد یا متفاوت از یک رفتار هیجانی آموزش درباره اینکه کودکان چگونه هیجان‌ها را در بدن‌شان بروز و تجربه می‌کنند (آگاهی از حس‌های بدنی، اسکن کردن بدن، یادگیری مواجهه حسی)	فراموش کردن آموختن‌شناختی کلی درباره هیجان‌ها آشنایی با فعال‌سازی رفتاری (BA) معرفی تکنیک‌های ذهن‌آگاهی به شرکت‌کنندگان	مهارت «هی» سری به احساساتم بزنم و ببینم چه احساسی دارم (جلسه ۴-۱)
اهدافی که در بخش والدین دنبال می‌شوند:	اهدافی که در بخش کودکان دنبال می‌شوند:	مهارت «ز» ردیابی کردن فکرهایم (جلسه ۵)
آموزش تفکر انتطاف‌پذیر و نحوه استفاده از آن برای کاهش هیجان‌های قوی آموزش درباره تللمهای فکری آموزش درباره انواع مختلف تقویت و تشبیه و شناسایی مشکلات ناشی از قوانین و تشویق‌های بی‌ثبات	آشنا کردن شرکت‌کنندگان با ارزیابی مجدد شناخت‌های قبلی (تجربه کردن تفکر انتطاف‌پذیر، شناسایی خطاهای شناختی یا «لله‌های فکری»)	مهارت «ن» استفاده از تفکر کارآگاهی و حل مسئله (جلسه ۶ و ۷)
آموزش درباره اهمیت تجربه کردن هیجان‌ها به‌جای اجتناب از آنها یا سرکوب آنها آموزش و تمرین درباره آگاهی از لحظه حال و آگاهی غیرقضاوت‌گرانه تجربه فرم رفتارهای هیجانی - نسخه والدین برای آماده شدن جهت مواجهه در جلسات آینده آموزش درباره انجام انواع مختلفی از آزمایش‌های علمی برای مواجهه با موقعیت‌های هیجانی و اهمیت نقش والدین در کمک به کودک برای انجام تمرین مواجهه	آموزش درباره آگاهی از لحظه حال و آگاهی غیرقضاوت‌گرانه به‌کارگیری مهارت‌هایی که تاکنون آموخته‌شده با درست کردن زدن مواجهه سلسله مراتب اجتناب برای موقعیت‌های مختلف	مهارت «ن» نوبت تجربه کردن هیجان‌ها هم است (جلسه ۱۴-۸)
آموزش درباره رفتار تربیتی جابگیرین آموزش درباره رفتارهای ایمنی‌بخش و نحوه کاهش استفاده کودک از آنها آموزش درباره ساختن بردبان هیجان و استفاده از آن برای انجام تمرین مواجهه مرور مهارت‌های کارآگاهی هیجان و رفتارهای تربیتی جابگیرین برنامه‌ریزی برای حفظ و تداوم پیشرفت‌های به دست آمده، پس از پایان درمان آموزش درباره نحوه شناسایی و مدیریت نشانه‌های هشداردهنده عود	مرور پیشرفت‌هایی که در طول درمان داشته‌اند ترغیب کودک به حفظ دستاوردهای درمان برای پیشگیری از عود	مهارت «ج» خب ... حالا باید سالم و شاد بنایم (جلسه ۱۵)

گزارش‌های مادر و کودک نشان می‌داد که علاوه بر اینها، دو ماه است که بنیامین بدخلق، بهانه‌گیر، پرخاشگر، و زودرنج شده و گریه می‌کند، بیشتر اوقات روز، هیچان غالب او غمگینی است، بازی‌ها و سرگرمی‌ها به اندازه قبل برایش لذت‌بخش نیستند، برای نوشتن تکالیف و خواندن درس‌ها ابراز ناتوانی می‌کند، شب‌ها به‌سختی به خواب می‌رود و در طول شب چندین بار از خواب بیدار می‌شود، کم‌اشتها شده و دو کیلو از وزن او کم شده است. سابقه اختلال افسردگی و اختلال اضطراب در پدر و خانواده پدری او وجود دارد.

بر اساس مصاحبه بالینی و تشخیصی K-SADS-PL، مراجع تشخیص اختلال اضطراب جدایی، اضطراب اجتماعی، و اختلال افسردگی اساسی (اختلال همبود) دریافت کرد. مقیاس سنجش کلی عملکرد کودک بر اساس قضاوت بالینی درمانگر ۴۸ بود. پس از انجام مصاحبه، مادر بنیامین پرسشنامه CBCL را تکمیل کرد که نشان داد کودک در مقیاس اضطراب مبتنی بر DSM-IV (با نمره ۹) و مقیاس افسردگی مبتنی بر DSM-IV (با نمره ۱۲) در گروه بالینی قرار می‌گیرد. نتایج تکمیل پرسشنامه نسخه اصلاح‌شده غربالگری برای اختلالات مرتبط با اضطراب در کودکان و فهرست افسردگی کودکان نیز مؤید وجود علائم اضطراب و افسردگی در او بود.

### مفهوم‌سازی بیمار بر اساس رویکرد یکپارچه

از منظر رویکرد یکپارچه، تمرکز مفهوم‌سازی، روی روش‌های بیمار برای پردازش تجربیات هیجانی و مقابله با آنها است تا الگوهایی که باید در طول درمان تغییر کنند، شناسایی و مشخص شوند. (بویس‌یو<sup>۱</sup> و فارچیون، فرهم، الارد، و بارلو، ۲۰۱۰؛ بارلو، ۲۰۰۲). از نگاه این رویکرد، بنیامین یک عامل زمینه‌ساز زیستی (آمدگی زیستی) برای تجربه عاطفه منفی شدید و مقاوم دارد (می‌توان به سابقه خانوادگی قوی و شرح حال او از دوران خردسالی استناد کرد). این عاطفه منفی در پاسخ به (۱) افکار پریشان‌کننده مزاحم درباره جدایی از والدین و عملکرد اجتماعی، و همچنین (۲) برانگیختگی فیزیولوژیک خودکار بدن، در او بروز می‌یابد. از طریق فرایند شرطی‌سازی احشایی، علائم برانگیختگی فیزیولوژیک می‌توانند با تجربیات هیجانی ناراحت‌کننده و شدید همراه شوند و در نهایت، نشانه‌ای برای تهدید یا خطر محسوب گردند. قضاوت بنیامین درباره هیجان منفی خود این‌گونه است که این عاطفه منفی شدید و مقاوم، غیرقابل‌پذیرش است و همین عدم‌پذیرش عاطفه منفی، به تلاش‌های مکرر او برای کنترل تجربیات هیجانی خود یا سرکوب آنها منجر می‌شود. برای مثال، رفتارهای نزدیکی‌جویانه بنیامین با والدین خود تلاشی برای کنترل عاطفه منفی مرتبط با افکار نگران‌کننده او درباره

1- Boisseau

دور شدن از والدین بود (بنیامین فکر می‌کرد اگر از والدینش دور شود، برای خودش یا آنها اتفاق بدی می‌افتد که به آسیب دیدن یا مرگ آنها منجر خواهد شد) و اجتناب رفتاری آشکار بنیامین از برخی موقعیت‌ها (مانند خرید کردن از فروشگاه و یا انجام تکالیف) تلاشی برای کاهش برانگیختگی فیزیولوژیک در او بود. تلاش‌های مکرر بنیامین برای کنترل هیجان‌های منفی و اجتناب از آنها، موفقیت‌آمیز نبود و به افزایش فراوانی هیجان‌های منفی منجر گردیده و در نهایت، به صورت یک تقویت‌کننده، محرک‌های متنوع را به عامل برانگیزاننده هیجان منفی در او تبدیل کرده بود. به این ترتیب، در رویکرد یکپارچه، قضاوت بنیامین درباره واکنش‌های هیجانی اولیه و همچنین تلاش او برای اصلاح یا کنترل هیجان‌ها، هر دو از اهداف مداخله درمانی قرار گرفتند.

### جلسات اجرای درمان پروتکل یکپارچه فراتشخیصی اختلالات هیجانی کودکان روی بیمار

مهارت «س»: سری به احساساتم بزنم و ببینم چه احساسی دارم (جلسه ۴-۱)

**جلسه ۱:** در این جلسه بنیامین با مفهوم کارآگاه آشنا شد. او به کمک درمانگر سه مورد از مهم‌ترین دلایل شرکت کردن خود در برنامه درمانی پروتکل یکپارچه کودکان را یادداشت کرد و برای هر کدام یک هدف تعیین کرد: (۱) دل درد گرفتن در مدرسه (هدف: راحت به مدرسه بروم و دل درد نگیرم)؛ (۲) خوابیدن کنار پدر و مادرم (هدف: خودم به تنهایی در اتاقم یا در مقابل تلویزیون بخوابم)؛ (۳) عصبانی شدن (هدف: عصبانیتم را کنترل کنم). سپس، بنیامین با واژه «سرنخ» و مراحل درمان آشنا شد و تلاش کرد در مورد بعضی از کارهای مفید و غیرمفیدی که می‌توانست در مواقعی که دستخوش هیجان‌های ناخوشایندی مانند وحشت‌زدگی، غمگینی یا خشم، می‌شد انجام دهد، با درمانگر گفتگو کند. در نهایت به او آموزش داده شد که هیجان‌ها طبیعی، عادی، و غیرآسیب‌رسان هستند.

**تکلیف جلسه ۱:** یادداشت کردن احساس خود در هریک از روزهای هفته در کاربرگ مخصوص تکلیف جلسه اول در کتاب کار.

**محتوای جلسه والد:** آشنایی با ساختار درمان، آموزش درباره مدل سه مؤلفه‌ای هیجان، و آموزش درباره چرخه اجتناب و سایر رفتارهای هیجانی.

**جلسه ۲:** مرور تکالیف جلسه قبل: بنیامین تکالیف را به درستی انجام داده بود. در جلسه دوم برای آشنایی بیمار با «هیجان‌سنج» درمانگر سناریوهای مختلفی را مطرح می‌ساخت و بنیامین نام هیجان خود و درجه احتمالی آن را در این موقعیت‌ها مطرح می‌کرد. سپس با تمرکز روی یکی از هیجان‌هایی که در هفته قبل تجربه کرده بود، با بخش‌های مختلف یک هیجان اعم از فکر، احساس، و رفتار آشنا شد. پس از آن پیامدهای کوتاه‌مدت و بلندمدت رفتارهای هیجانی نامناسب را شناسایی کرد تا به تدریج برای انجام رفتارهای شجاعانه آماده شود. در گام بعد، بنیامین یاد گرفت که برای

انجام رفتارهای شجاعانه به خود پاداش دهد (تفنگ، ماشین، توپ، سینما رفتن، استخر رفتن با پدر).  
تکلیف جلسه ۲: حل کردن معماهای هیجان‌هایش با شکستن آنها به بخش‌های تشکیل‌دهنده آنها، و  
ثابت آنها در کتاب کار.

محتوای جلسه والد: یادگیری برقراری ارتباط بین تجارب هیجانی کودک و واکنش‌های والدین،  
یادگیری درباره چهار رفتار تربیتی هیجانی مشترک در بین والدین کودکان مبتلا به اختلالات  
هیجانی، کاهش سرزنشگری و استفاده از تقویت مثبت.

جلسه ۳: مرور تکالیف جلسه قبل: بنیامین در پرکردن ستون فکر کمی مشکل داشت که  
برای رفع آن روی مثال دیگری کار شد. سپس مفهوم «رفتار متضاد» معرفی شد و بنیامین یاد  
گرفت هیجان‌ها گاهی ما را مجبور می‌کنند برای اینکه آنها را از خودمان دور کنیم کارهایی  
انجام دهیم که در بلندمدت واقعاً کمکی به ما نمی‌کنند و ما باید به رفتاری متضاد با آن چیزی  
که هیجان‌های قوی از ما می‌خواهند، اقدام کنیم. سپس از او خواسته شد تا مثال بزند. بنیامین  
به احساس خشم خود اشاره کرد و رفتار هیجانی (فریاد می‌زنم و گریه می‌کنم) و رفتار متضاد  
خود (رفتن به اتاقم) را به درستی نوشت. در گام بعد، بنیامین با آزمایش‌های علمی آشنا شد و  
سعی کرد با کمک درمانگر، برای غلبه بر رفتارهای هیجانی ناشی از احساس غمگینی و انجام  
رفتارهای متضاد، یک آزمایش علمی انجام دهد: یکی از موقعیت‌هایی که باعث غمگینی او  
می‌شد (نوشتن تکالیف)؛ رفتار هیجانی، (به تأخیر انداختن آن)؛ رفتار متضاد (انجام تکالیف با  
کمک دوست یا مادرش). در گام بعد، «هیجان‌سنج شادی» به بنیامین معرفی شد و او یاد  
گرفت که هر روز با انجام بعضی از فعالیت‌ها می‌تواند درجه احساس شادی خود را بالا ببرد و  
برای انجام این کار، فهرستی از ده فعالیت سرگرم‌کننده و یک جدول روزانه برای انجام  
فعالیت‌های خوشایند و سرگرم‌کننده درست کرد تا در هر یک از روزهای هفته آینده بتواند  
یکی از آنها را انجام دهد.

تکالیف جلسه ۳: اول، انجام آزمایش علمی طراحی شده برای انجام تکالیف مدرسه، دوم، انجام  
یک فعالیت خوشایند در هر روز و پر کردن جدول روزانه (ثبت کردن نوع فعالیت و درجه شادی  
خود پس از انجام آن).

محتوای جلسه والد: یادگیری درباره مفهوم رفتار متضاد با رفتار هیجانی، حمایت از کودک در  
استفاده از آزمایش‌های علمی برای انجام رفتار متضاد، و آموزش بیشتر درباره روش‌های مختلف  
تقویت مثبت تلاش‌های کودک برای سازگار شدن با هیجان‌ها.

جلسه ۴: مرور تکالیف جلسه قبل: بنیامین و مادرش جدول روزانه را به‌طور کامل تکمیل  
کرده بودند. آزمایش علمی هم در بیشتر روزهای هفته تکرار شده بود. اولین موضوعی که در

جلسه ۴ آموزش داده شد، شناسایی سرنخ‌های بدنی در هنگام تجربه هیجان‌ها بود. برای این منظور، ابتدا بنیامین با سرنخ‌های بدنی هیجان‌های مختلف آشنا شد و سپس کارآگاه شدن برای یافتن این سرنخ‌ها را تمرین کرد. در گام بعدی، با اسکن کردن بدن به منزلهٔ فعالیتی برای پیدا کردن سرنخ‌های بدنی آشنا شد و برای انجام آن، ۵ گام زیر را تمرین کرد: (۱) چشم‌هایش را بست، از بالای سر شروع کرد و به آرامی به سمت پایین بدن حرکت کرد. به هریک از قسمت‌های بدن که احساس سفتی یا ناراحتی داشت توجه می‌کرد. (۲) هریک از سرنخ‌های بدنی را که پیدا می‌کرد، شدت آنها را روی مقیاسی از ۰-۸ درجه‌بندی می‌کرد. (۳) درباره هر کدام از سرنخ‌های بدنی که احساس می‌کرد، صحبت می‌کرد. (۴) توجه می‌کرد که سرنخ‌های بدنی او در طول زمان چقدر تغییر می‌کنند. (۵) بعد از تمرین، دوباره شدت هریک از سرنخ‌های بدنی را درجه‌بندی می‌کرد.

تکلیف جلسه ۴: انجام یک آزمایش علمی دیگر و اسکن کردن سرنخ‌های بدنی در طول انجام آزمایش. محتوای جلسه والد: یادگیری نحوه تجربه و ابراز هیجان‌ها در بدن، کمک به کودک برای اسکن کردن بدن در جهت آگاه‌تر شدن از حس‌های بدنی، آموزش منطق مواجههٔ حسی، و آموزش درباره ابراز همدلی به‌عنوان یک رفتار تربیتی متضاد در هنگام مواجههٔ کودک با هیجان‌های شدید.

#### مهارت «ر»: ردیابی کردن فکرهایم (جلسه ۵)

جلسه ۵: مرور تکالیف جلسه قبل: آزمایش علمی که بنیامین برای انجام دادن انتخاب کرده بود، آن بود که به‌جای گرفتن دست والدین خود در خیابان، دست‌هایش را در جیب‌اش بگذارد. همچنین او با کمک مادرش، سرنخ‌های بدنی را یادداشت و شدت هر کدام را اندازه‌گیری کرده و متوجه شده بود که پس از چندین بار تکرار آزمایش، تعداد و شدت سرنخ‌های بدنی کاهش می‌یابند. اولین مطلبی که او در این جلسه یادگرفت مفهوم قضاوت‌های فوری بود. برای این منظور، درمانگر سناریوهایی را برای او خوانده و از او خواسته که اولین فکری را که به ذهنش می‌رسد (قضاوت بی‌درنگ و فوری)<sup>۱</sup> بیان کند. سپس، او و درمانگر، درباره سایر فکری که می‌توانند در این موقعیت درست باشند، با هم گفتگو کردند. او یاد گرفت که قضاوت‌های فوری به ما کمک می‌کنند تا چیزهایی را که خیلی سریع برای ما اتفاق می‌افتند، بفهمیم، به‌طوری که مغز ما مجبور نباشد خیلی روی آنها کار کند. وقتی ما هیجان‌های قوی را احساس می‌کنیم، گاهی مغزمان، اول روی فکری غیر مفیدی تمرکز می‌کند که خودشان می‌توانند باعث ایجاد

---

1- snap judgment

هیجان‌های قوی شوند. سپس، با مفهوم «تله‌های فکری»<sup>۱</sup> آشنا شد. گام بعدی، آشنا شدن با انعطاف‌پذیرکردن فکر طی سه گام بود: (۱) شناسایی تله‌های فکری خود، (۲) چه فکرهای دیگری ممکن است درست باشند؟، و (۳) تفکر کارآگاهی (این گام در جلسه ۶ به‌طور کامل آموزش داده می‌شود).

تکلیف جلسه ۵: طی هفته، هرگاه بنیامین هیجان‌های قوی مانند وحشت، غم، یا خشم را تجربه کرد، با والدینش روی پیدا کردن تله‌های فکری خود، کار کند. محتوای جلسه والد: آموزش درباره انعطاف‌پذیری تفکر و تله‌های فکری، آشنایی با انواع مختلف تقویت و تنبیه، شناسایی مشکلات ناشی از قوانین و تشویق‌های بی‌ثبات، و راهبردهای اثبات‌تر کردن آنها.

### مهارت «ا»: استفاده از تفکر کارآگاهی و حل مسئله<sup>۲</sup> (جلسه ۶ و ۷)

جلسه ۶: مرور تکالیف جلسه قبل: بنیامین موفق شده بود با کمک والدین خود، ۸ مورد از هیجان‌های منفی خود را پیدا کند و فکرها و تله‌های فکری خود را یادداشت کند. بیشترین تله‌های فکری او به ترتیب نتیجه‌گیری شتابزده، نادیده گرفتن نکات مثبت، و ذهن‌خوانی بود. نکته آموزشی این جلسه، یادگیری تفکر کارآگاهی برای بیرون آمدن از تله‌های فکری بود. برای این منظور، کار ابتدا از موقعیت‌های آسان‌تر شروع شد. بنیامین یادگرفت درباره موقعیت خریدن بستنی از مغازه، سؤالات کارآگاهی زیر را از خود بپرسد: فکر من در این موقعیت چیست؟ (پاسخ: نمی‌توانم به فروشنده بگویم چه می‌خواهم و ممکن است او با من دعوا کند)؛ چقدر احتمال دارد اتفاقی که به آن فکر می‌کنم رخ دهد (٪۱۰۰-۰)؟ (پاسخ: ٪۵۰)؛ تله فکری من چیست؟ (پاسخ: مثل "تینا منفی‌باف" و "تیام عجول" فکر می‌کنم)؛ در گذشته چه اتفاقی افتاده است، آیا قبلاً با چنین موقعیتی کنار آمده‌ام؟ (پاسخ: تا به حال فقط دوبار آن‌هم در هفته قبل خرید کرده‌ام. با پدرم رفتیم به مغازه اما من به آقای فروشنده گفتم چه می‌خواهیم. فروشنده هم آن چیزها را به ما داد، البته من خیلی آرام پرسیدم)؛ آیا ٪۱۰۰ مطمئن هستم که فکر هیجانی من درست است؟ (پاسخ: نه)؛ چه فکرهای دیگری ممکن است درست باشند؟ (پاسخ: شاید هم بتوانم؛ فروشنده مغازه سر کوچه فامیل ما است و من را دعوا نمی‌کند)؛ آیا هیچ چیز خوبی در این موقعیت وجود دارد؟ (پاسخ: بله می‌توانم برای خودم خرید کنم و پدرم خیلی خوشحال می‌شود)؛ آیا فکر هیجانی من درست است؛ آیا من می‌توانم با استفاده از آن، با این موقعیت کنار بیایم؟ (پاسخ: خیر)؛ پس از پاسخ به این سؤالات، چقدر احتمال دارد اتفاقی که به آن فکر می‌کنم رخ دهد (٪۱۰۰-۰)؟ (پاسخ: ٪۱۰). برای تقویت مهارت بنیامین در

1- thinking traps

2- problem solving

یادگیری استفاده از سؤالات کارآگاهی، از مثال‌های کتاب کار استفاده شد. تکلیف جلسه ۶: طی هفته، با کمک والدین خود یا به‌تنهایی، روی یکی از مواقعی که در تله فکری می‌افتد کار کند و گام‌های تفکر کارآگاهی را طی کند تا از تله‌های فکری خود بیرون بیاید. محتوای جلسه والد: آموزش درباره درک تفکر کارآگاهی، آموزش درباره جمع‌آوری شواهد مخالف با فکرهای هیجانی، شناسایی رفتارهای تربیتی هیجانی بیش‌کنترل‌گری و بیش‌حمایت‌گری، و تمرین استقلال دادن به کودک به‌منزله یک رفتار تربیتی متضاد.

**جلسه ۷:** مرور تکالیف جلسه قبل: بنیامین روی یکی از دعوایی که با خواهرش داشته کار کرده و متوجه شده که در تله ذهن‌خوانی می‌افتد. او با کمک مادرش، سؤالات کارآگاهی را برای پیدا کردن سرنخ‌های لازم و انعطاف‌پذیر شدن تفکرش طی کرده است. در جلسه ۷، بنیامین با مهارت حل مسئله آشنا شد (اول در مسائل ساده، سپس مسائل مرتبط با هیجان‌های قوی). مسئله‌ای که بنیامین روی آن کار کرد: من می‌خواهم درس ریاضی‌ام را قوی کنم، اما نمی‌دانم برای کمک به خودم چه کاری باید انجام دهم.

**تکلیف جلسه ۷:** انتخاب دو مشکل ساده و استفاده از روش حل مسئله برای حل کردن آنها (بنیامین برای این تکلیف دعوا و قهر با دوستش و مشکل بی‌حوصلگی خود پس از بازگشت به خانه را انتخاب کرد).

**محتوای جلسه والد:** آموزش درباره تفاوت بین تفکر کارآگاهی و حل مسئله، یادگیری گام‌های حل مسئله و کمک به کودک در حل تعارض با دیگران با کمک مهارت حل مسئله.

#### **مهارت «ن»: نوبت تجربه کردن هیجان‌هایم است (جلسه ۱۴-۸)**

**جلسه ۸:** مرور تکالیف جلسه قبل: بنیامین با کمک والدینش به‌خوبی مراحل حل مسئله را طی کرده بود، اما در کل، انجام این مراحل را سخت و وقت‌گیر ارزیابی می‌کرد. تمرکز اصلی این جلسه روی آگاهی از لحظه حال بود. بنیامین یادگرفت که آگاهی از لحظه حال یعنی تجربه کردن هیجان‌های مان. ما برای تجربه کردن هیجان‌های مان، توجه مان را روی کاری که قصد داریم همین الان انجام دهیم متمرکز می‌کنیم. او می‌تواند از مهارت آگاهی از لحظه حال برای داشتن آگاهی غیرقضاوت‌گرانه در مواقعی که یک هیجان قوی دارد نیز استفاده کند. بنیامین آگاهی از لحظه حال را با سه گام یاد گرفت: توجه کردن به چیزها، صحبت کردن درباره چیزها با خودش، و تجربه کردن چیزها در اینجا و اکنون. او در ابتدا این سه گام را با انجام دادن چند فعالیت سرگرم‌کننده به نام «بازی حواس پنج‌گانه» با درمانگر تمرین کرد.

**تکلیف جلسه ۸:** طی این هفته تلاش کند یک تمرین آگاهی از لحظه حال را در خانه با والدینش یا به‌تنهایی انجام دهد و آن را در کاربرگ مخصوص آن در کتاب کار یادداشت کند.



**محتوای جلسه والد:** درک اهمیت تجربه کردن هیجان‌ها به جای اجتناب از آنها یا سرکوب آنها، تمرین آگاهی از لحظه حال، تمرین آگاهی غیرقضاوتگرانه، و تهیه فرم رفتارهای هیجانی نسخه والدین. **جلسه ۹:** مرور تکالیف جلسه قبل: بنیامین تمرین آگاهی از لحظه حال را انجام داده بود و عنوان می‌کرد انجام آن در خانه برایش راحت‌تر بوده است. در این جلسه، ابتدا مهارت‌های کارآگاهی هیجانی که بنیامین تاکنون یاد گرفته بود مرور شد: اسکن کردن بدن، فعالیت‌های سرگرم‌کننده، شناسایی تله‌های فکری، تفکر کارآگاهی، حل مسئله، آگاهی از لحظه حال. گام بعدی، ترتیب دادن یک آزمایش علمی بود برای انجام دادن یک رفتار متضاد با کاری که هیجان‌مان از ما می‌خواهد انجام دهیم (بنیامین تنها خوابیدن را انتخاب کرد). منحنی اجتناب/ فرار و منحنی مواجهه به او آموزش داده شدند و همچنین تفهیم شد که چرا تمرینات مواجهه باید بارها و بارها تکرار شوند. در انتهای این جلسه، فرم رفتار هیجانی به کودک معرفی شد و از او خواسته شد تا با کمک والدین خود، آن را تکمیل کند تا بتواند روی موقعیت‌هایی که در آنها هیجان‌های قوی را احساس می‌کند و رفتارهایی را نشان می‌دهد که هیجان‌هایش از او می‌خواهند، کار کند.

**تکلیف جلسه ۹:** انجام آزمایش علمی تنها خوابیدن که در طول این جلسه روی آن کار شد و پر کردن فرم رفتار هیجانی.

**محتوای جلسه والد:** آموزش درباره مواجهه با موقعیت‌های هیجانی، آموزش درباره نحوه کمک به کودک در انجام تمرین‌های مواجهه، یادگیری رفتار تربیتی هیجانی الگوسازی افراطی هیجان‌های قوی و اجتناب از آنها و یادگیری رفتار تربیتی متضاد آن یعنی الگوسازی هیجانی سالم.

**جلسه ۱۰:** مرور تکالیف جلسه قبل: بنیامین سه مورد را در فرم رفتار هیجانی یادداشت کرده بود و آزمایش علمی تنها خوابیدن را چهار شب در اتاق خودش و دو شب در اتاق پذیرایی مقابل تلویزیون انجام داده بود. بنیامین در این جلسه یادگرفت که باید روبرو شدن با هیجان‌هایش را بدون رفتارهای ایمنی‌بخش تمرین کند. برای این منظور، درمانگر از آزمایش علمی هفته گذشته یعنی تنها خوابیدن استفاده کرد و به او توضیح داد که خوابیدن در مقابل تلویزیون یا خوابیدن در اتاق خودش با چراغ روشن هر دو به نوعی استفاده از رفتارهای ایمنی‌بخش است. او در گام بعدی این جلسه، روی طراحی آزمایش‌های علمی برای روبروشدن با هیجان‌های قوی‌تر کار کرد، از جمله پاک کردن تخت کلاس و ناهار خوردن با بچه‌ها در ناهارخوری مدرسه. او یادگرفت که وقتی با هیجان‌های قوی روبرو می‌شود، هیجان خود را قبل از تمرین مواجهه، در طول تمرین مواجهه، و پس از تمرین مواجهه درجه‌بندی کند تا بفهمد هیجان‌های قوی در طول زمان کاهش می‌یابند، حتی اگر او بگذارد که جریان داشته باشند و برای دور کردن آنها از خودش کاری انجام ندهد.

**تکلیف جلسه ۱۰:** با کمک والدین یکی از موقعیت‌های برانگیزاننده هیجان‌های قوی را انتخاب کند، سپس آن را به گام‌های کوچک‌تر بشکند و برای روبرو شدن با هیجان‌های خود در هر مرحله، به خودش پاداش دهد.

**محتوای جلسه والد:** استفاده از مواجهه برای روبروشدن با هیجان‌های موقعیتی، آموزش درباره رفتارهای ایمنی‌بخش و نحوه کاهش استفاده کودک از آنها، یادگیری نحوه استفاده از رفتارهای تربیتی متضاد برای حمایت از تمرین‌های مواجهه کودک، و یادگیری نحوه استفاده از نردبان هیجان برای انجام تمرین مواجهه با کودک.

**جلسه ۱۴-۱۱:** مرور تکالیف جلسه قبل: اشکالات شکستن تمرین مواجهه به گام‌های کوچک‌تر اصلاح شد (هدف اصلی: تنها ماندن در خانه بدون والدین؛ اهداف کوچک‌تر به ترتیب از هیجان کم به زیاد: ماندن در خانه مادربزرگ به مدت یک ساعت بدون والدین، ماندن در خانه مادربزرگ به مدت سه ساعت بدون والدین، ماندن در خانه به تنهایی به مدت ۵ دقیقه، ماندن در خانه به مدت ۱۵ دقیقه، ماندن در خانه به مدت نیم ساعت). از این جلسه تا پایان جلسه ۱۴، در هر جلسه دو سلسله مراتب مواجهه (نردبان مواجهه) طراحی شدند. اولین مرحله از آن با استفاده از مواجهه ساختگی، در مورد مشکلی تخیلی یا واقعی، تمرین می‌شد و برای تمرین سایر مراحل، در خانه به او تکلیف داده می‌شد. درمانگر به بنیامین توضیح داد زمانی که باید به پله بعدی نردبان مواجهه برود که درجه هیجان منفی او کاهش یافته باشد و از انجام تمرین قبلی، بیشتر از اینکه دچار هیجان منفی شود، احساس خستگی کند. اهدافی که طی این جلسات برایشان نردبان مواجهه طراحی شد و پاداش در نظر گرفته شد، عبارت بودند از: پیدا کردن دوستان جدید، درس جواب دادن در کلاس، شرکت کردن در فعالیت‌های گروهی، صحبت کردن با غریبه‌ها، انجام تکالیف در خانه با غلبه بر احساس خستگی و بی‌حوصلگی، حمام رفتن، مسواک زدن و مرتب کردن اتاق با وجود احساس خستگی و بی‌حوصلگی. در هر جلسه، درمانگر استفاده از این مهارت‌های کارآگاهی و نحوه انجام تمرینات مواجهه را الگوسازی می‌کرد و مشکلات کودک را برطرف می‌ساخت.

**محتوای جلسه والد:** حمایت از تمرین‌های مواجهه با هیجان‌های موقعیتی کودک و داشتن انتظارات معقول از او و آموزش درباره نحوه مدیریت چالش‌های رایج در طول مواجهه.

#### **مهارت «خ»: خب، حالا باید سلامت و شاد بمانم (جلسه ۱۵)**

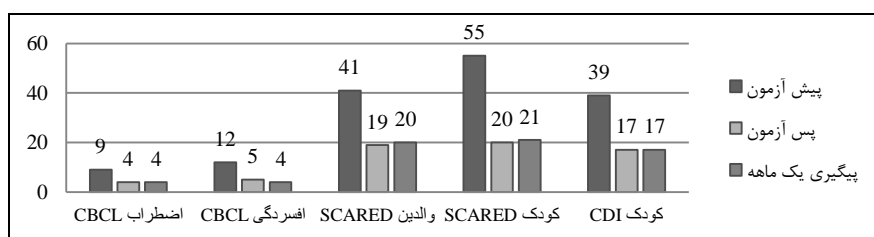
**جلسه ۱۵:** در جلسه آخر، قبل از برپایی جشن، درمانگر جعبه ابزار مهارت‌های کارآگاهی و دستاوردها و موفقیت‌های بنیامین را همراه با او مرور کرد. او درباره علائم عود و روش‌های پیشگیری از آن صحبت کرد. در آخر نیز درباره موقعیت‌های باقی‌مانده و نحوه مقابله با آنها برنامه‌ریزی کرد. بنیامین برای شرکت در جلسات پروتکل یکپارچه یک گواهی موفقیت و جایزه

دریافت کرد. پس از آن با حضور مادرش جشنی برگزار شد. محتوای جلسه والد: مرور مهارت‌های کارآگاهی و رفتارهای تربیتی متضاد، برنامه‌ریزی برای حفظ و تداوم پیشرفت‌های به‌دست‌آمده در درمان، و یادگیری نحوه شناسایی و مدیریت نشانه‌های عود.

### یافته‌ها

تحلیل کیفی (نتایج بالینی): بنیامین پاسخ خوبی به درمان با پروتکل یکپارچه اختلالات هیجانی کودکان داد، زیرا شدت علائم تشخیصی هر دو اختلال اضطراب و افسردگی در او کاهش یافت و عملکرد روانی - اجتماعی او بهبود پیدا کرد. بنیامین اکنون از والدینش جدا می‌شود، وارد موقعیت‌هایی می‌شود که قبلاً از آنها اجتناب می‌کرده، کارهای روزانه و تکالیفش را انجام می‌دهد، زندگی او برنامه منظمی پیدا کرده و همچنین روابط بین‌فردی او بهبود یافته است. بر اساس قضاوت درمانگر از بهبود عملکرد بنیامین در حوزه‌های مختلف طی مدت اخیر، نمره او در مقیاس سنجش کلی عملکرد کودک نیز از ۴۸ به ۷۵ رسیده است.

تحلیل کمی: پس از پایان درمان، مصاحبه تشخیصی نیمه‌ساختاریافته اختلالات خلقی و اسکیزوفرنیا (K-SADS-PL) اجرا شد. این بار، در گفته‌های بنیامین، همه معیارهای اختلال اضطراب جدایی و اضطراب اجتماعی و اختلال افسردگی گزارش نمی‌شد، به‌همین علت، تعداد و شدت علائمی که او گزارش می‌کرد برای گذاشتن این تشخیص‌ها کافی نبود. فهرست مشکلات رفتاری کودک (CBCL) نشان داد که کودک در مقیاس اضطراب مبتنی بر DSM-IV (با نمره ۴) و در مقیاس افسردگی مبتنی بر DSM-IV (با نمره ۵) در گروه زیر آستانه بالینی قرار گرفته است. نتایج پرسشنامه SCARED و CDI نیز مؤید کاهش علائم اضطراب و افسردگی در او بود. در جدول ۲، نمره‌های این آزمودنی در متغیرهای اضطراب و افسردگی در سه مرحله پیش از درمان، پایان درمان، و پیگیری یک‌ماهه، ارائه شده است.



نمودار ۱

نمره‌های آزمودنی در متغیرهای افسردگی و اضطراب بر اساس پرسشنامه‌های CBCL، SCARED، و CDI در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون، و پیگیری یک‌ماهه

در نمودار ۱، نمره‌های آزمودنی در متغیرهای اضطراب و افسردگی بر اساس پرسشنامه CBCL، SCARED و CDI در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون، و پیگیری یک‌ماهه ارائه شده است.

## جدول ۲

داده‌های پرسشنامه‌های پیش‌آزمون، پس‌آزمون، و پیگیری یک‌ماهه برای مشاهده تغییرات اضطراب و افسردگی

متغیرهای پژوهش	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیگیری یک‌ماهه	محاسبه درصد تغییرات پیش‌آزمون - پس‌آزمون
مقیاس اضطراب مبتنی بر DSM-IV از پرسشنامه CBCL	۹	۴	۴	٪۵۵
مقیاس افسردگی مبتنی بر DSM-IV از پرسشنامه CBCL	۱۲	۵	۴	٪۵۸
نمره کل	۴۱	۱۹	۲۰	٪۵۳
نسخه اصلاح‌شده غربالگری برای اختلالات خلقی (SCARED) اضطراب کودکان مرتبط با	۳	۲	۳	٪۳۳
اضطراب فراگیر	۱۳	۷	۶	٪۴۶
اضطراب جدایی	۱۲	۴	۵	٪۶۶
اضطراب اجتماعی	۱۱	۵	۵	٪۵۴
ترس از مدرسه	۲	۱	۱	٪۵۰
نمره کل	۵۵	۲۰	۲۱	٪۶۳
نسخه اصلاح‌شده غربالگری برای اختلالات خلقی (SCARED) اضطراب کودکان مرتبط با	۴	۲	۳	٪۵۰
اضطراب فراگیر	۱۵	۵	۴	٪۶۶
اضطراب جدایی	۱۶	۵	۵	٪۶۸
اضطراب اجتماعی	۱۴	۶	۷	٪۵۷
ترس از مدرسه	۶	۲	۲	٪۶۶
نمره کل	۳۹	۱۷	۱۷	٪۵۶
فهرست افسردگی کودکان (CDI)	۶	۳	۴	٪۵۰
مشکلات بین‌فردی	۷	۳	۳	٪۵۷
ناکارآمدی	۶	۲	۳	٪۶۶
بی‌لذتی	۱۲	۴	۳	٪۶۶
عزت‌نفس منفی	۸	۵	۴	٪۳۷

## بحث و نتیجه‌گیری

نتایج این پژوهش که با طرح تجربی تک‌موردی صورت گرفت، شواهد اولیه‌ای برای تأیید تأثیر پروتکل یکپارچه فراتشخیصی اختلالات هیجانی در کاهش علائم اختلالات اضطرابی و افسردگی همبود در کودکان ایرانی فراهم می‌کند که با نتایج پژوهش اهرنریچ - می و همکاران

(۲۰۱۲) مبنی بر اثربخش بودن پروتکل یکپارچه فراتشخیصی اختلالات هیجانی برای کودکان، و همچنین با پژوهش‌های بارلو و همکاران (۲۰۱۱)، فارچيون و همکاران (۲۰۱۲)، دیویس، بارلو، و اسمیت (۲۰۱۰)، الارد، فیرهولم، بویس‌یو، فارچيون، و بارلو (۲۰۱۰)، محمدی، بیرشک، و غرایبی (۱۳۹۲)؛ اکبری و همکاران (۱۳۹۳)، هومن، مهربانی‌زاده‌هنرمند، زرگر، و داوودی (۱۳۹۴)، بخشی‌پور، محمودعلیلو، فرنام، و عبدی (۱۳۹۲)؛ و زمستانی، ایمانی (۱۳۹۵)، مبنی بر اثربخش بودن پروتکل فراتشخیصی برای درمان اختلال‌های هیجانی همبود در بزرگسالان همسو است.

با اجرای این پروتکل، علائم اضطراب (جدایی و اجتماعی) و افسردگی بیمار در طول ۱۵ جلسه کاهش یافت. در پروتکل یکپارچه اختلالات هیجانی، درمان روی آسیب مشترک اختلالات هیجانی، یعنی بدتنظیمی هیجانی متمرکز می‌شود. این مشکلات به ظاهر جداگانه (اضطراب و افسردگی) را با استفاده از یک زبان و اصول درمانی مشترک، به‌طور همزمان هدف قرار می‌دهند و با کمک به بیمار در شناسایی شباهت بین مشکلات مختلف، بهبود او را تسهیل می‌کنند (اهرنیچ - می و همکاران، ۲۰۱۲). بر این اساس، عامل مؤثر در تغییر علائم مراجع مورد نظر این است که او یاد می‌گیرد با پایش و جستجوی تجربه‌های هیجانی خود، آگاهی بیشتری نسبت به الگوهای پاسخدهی هیجانی خود به‌دست بیاورد و با کمک این آگاهی هیجانی، بتواند نحوه پاسخدهی خود به هیجان‌ها را شناسایی کند و آگاهی غیرقضاوت‌گرانه و متمرکز بر حال را تمرین کند.

برای تبیین اثرگذاری پروتکل یکپارچه فراتشخیصی اختلالات هیجانی باید به هدف، فرایندها، و مکانیسم‌های تغییر آن اشاره کنیم. هدف درمان یکپارچه کودکان «انعطاف‌پذیری روان‌شناختی» است که سعی در آزادسازی منابع توجهی دارد (بارلو و همکاران، ۲۰۱۱) و مکانیسم‌های تغییر آن عبارت‌اند از: تکنیک خودآگاهی هیجانی<sup>۱</sup>، تکنیک ذهن‌آگاهی هیجانی<sup>۲</sup>، تکنیک اسنادسازی مجدد<sup>۳</sup> و تغییر محتوای شناختی ناکارآمد<sup>۴</sup>، تکنیک آزمایش رفتاری<sup>۵</sup>، تکنیک مواجهه<sup>۶</sup>، و تکنیک کاهش الگوهای رفتاری ناشی از هیجان<sup>۷</sup>. در این درمان، درمانگر به بیمار کمک می‌کند تا الگوهای هیجانی و رفتارهای ناسازگارانه ناشی از هیجان را در خودش شناسایی کند و سپس روی تغییر الگوهای فعلی پاسخ‌های هیجانی خود، کار کند. همچنین، در

1- emotional self-awareness  
3- reattribution  
5- behavioral experiment  
7- emotional behavior patterns

2- emotional mindfulness  
4- dysfunctional cognitive content  
6- exposure

این شیوه، به مراجعان کمک می‌کنند تا تحمل خود را درباره هیجان‌ها افزایش دهند. به همین دلیل، در تمرین‌های مواجهه، بر تجربه کردن هیجان تأکید می‌شود. ویژگی منحصر به فرد پروتکل یکپارچه فراتشخیصی، تأکید آن بر نقش هیجان‌های مثبت در فرایند درمان است (فارچین و همکاران، ۲۰۱۲؛ الارد و همکاران، ۲۰۱۰).

پژوهش‌های آینده تعیین خواهند کرد که آیا پروتکل یکپارچه کودکان پتانسیل تبدیل شدن به یک درمان مقرون به صرفه یا قابل دسترس برای کودکان مبتلا به مشکلات هیجانی چندگانه را دارد. برای این منظور باید کارآمدی، اثربخشی، و سودمندی پروتکل یکپارچه اختلالات هیجانی کودکان، مورد مطالعه بیشتر قرار گیرد.

#### محدودیت‌ها:

نداشتن نمونه‌ای برای کنترل (فعال/ غیرفعال) از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر است که تعمیم‌پذیری نتایج آن را با مشکلاتی مواجه می‌کند، به همین سبب، بهتر است نتایج آن با احتیاط تعمیم داده شود.

#### پیشنهادها:

برای بالابردن اعتبار بیرونی یافته‌ها و بررسی دقیق‌تر تأثیر درمان یکپارچه فراتشخیصی اختلالات هیجانی کودکان، پیشنهاد می‌شود که این درمان در چارچوب طرح‌های کارآزمایی بالینی کنترل شده مورد بررسی قرار گیرد. علاوه بر این، پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آینده، کارآمدی و اثربخشی این درمان در مقایسه با گروه‌های کنترل غیرفعال (گروه کنترل در لیست انتظار) و کنترل فعال، مانند درمان‌های تأیید شده شناختی - رفتاری، مورد مطالعه قرار گیرد.

#### References

#### مراجع:

اکبری، مهدی؛ روشن، رسول؛ شعبانی، امیر؛ فتی، لادن؛ شعیری، محمدرضا؛ و ضرغامی، فیروزه (۱۳۹۳). مقایسه اثربخشی درمان فراتشخیصی مبتنی بر افکار تکرار شونده منفی با درمان فراتشخیصی یکپارچه در درمان بیماران مبتلا به اختلال‌های اضطرابی و افسردگی همایند: کارآزمایی بالینی تصادفی. *مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران*، ۲۱ (۲)، ۱۰۷-۸۸.

اِهرنریچ - می، جیل؛ کندی، سارا؛ شرمن، جامی؛ بیلک، امیلی؛ بازلا، برایان؛ بنت، شنون؛ و بارلو،

- دیوید (۱۳۹۸). پروتکل درمان یکپارچه اختلالات هیجانی کودکان و نوجوانان (راهنمای درمانگر، ترجمه فیروزه ضرغامی، مهدی اکبری و فاطمه سروری). تهران: ارجمند، (تاریخ انتشار به زبان اصلی، ۲۰۱۷).
- اِهرنریچ - می. جیل؛ کندی، سارا؛ شرمین، جامی؛ بیلک، امیلی؛ و بارلو، دیوید (۱۳۹۸). پروتکل درمان یکپارچه اختلالات هیجانی کودکان؛ کتاب تمرین کودکان، (ترجمه فیروزه ضرغامی). تهران: ارجمند، (تاریخ انتشار به زبان اصلی، ۲۰۱۷).
- بخشی‌پور، عباس؛ محمودعلیلو، مجید؛ فرنام، علیرضا؛ و عبدی، رضا (۱۳۹۲). ارزیابی کارایی درمان فراتشخیصی در کاهش شدت نشانه‌های افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر همراه با اختلال هیجانی همایند. فصلنامه پژوهش‌های نوین روانشناختی، ۸ (۳۲)، ۴۱-۷۴.
- دهشیری، غلامرضا؛ نجفی، محمود؛ منصوره، شیخی؛ و حبیبی، عسگرآباد، مجتبی (۱۳۸۸). بررسی مقدماتی ویژگی‌های روان‌سنجی پرسشنامه افسردگی کودکان (CDI). خانواده پژوهی، ۵ (۱۸)، ۱۷۷-۱۵۹.
- رجبی، غلامرضا (۱۳۸۶). بررسی اعتبار و روایی پرسشنامه افسردگی (CDI) در نوجوانان ۱۳ تا ۱۵ ساله. مجله روانشناسی و علوم تربیتی (دانشگاه تهران)، (۷۵)، ۴۶-۲۳.
- زمستانی، مهدی؛ و ایمانی، مهدی (۱۳۹۵). اثربخشی درمان فراتشخیصی بر نشانه‌های افسردگی، اضطراب، و تنظیم هیجان. روانشناسی معاصر، ۱۱(۱)، ۳۲-۲۱.
- محمدی، ابوالفضل؛ بهروز، بیرشک؛ و غرابی، بنفشه (۱۳۹۲). مقایسه اثربخشی گروه درمانی فراتشخیصی و گروه درمانی شناختی بر فرایندهای تنظیم هیجان. مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران، ۱۹(۳)، ۱۹۴-۱۸۷.
- هومن، فرزانه؛ مهرابی‌زاده هنرمند، مهناز؛ زرگر، یدا...؛ و داوودی، ایران (۱۳۹۴). اثربخشی درمان فراتشخیصی بر علائم اضطراب، افسردگی، راهبردهای شناختی تنظیم هیجان و عملکرد عمومی زنان مبتلا به اضطراب و افسردگی همبود. مجله دانشگاه علوم پزشکی فسا، ۵(۴)، ۵۶۳-۵۵۱.
- یزدخواستی، فریبا؛ و عریضی، حمیدرضا (۱۳۹۰). هنجاریابی سه نسخه کودک، پدر مادر، و معلم سیاهه رفتار کودک در شهر اصفهان. مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران، ۱۷ (۱)، ۷۰-۶۰.

Achenbach, T. M. (1991). *Integrative guide for the 1991 CBCL/4-18, YSR and TRF profiles*. Burlington: Department of Psychiatry, University of Vermont.

Barlow, D. H. (2002). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of*

- anxiety and panic (2the ed.)*. New York: Guilford Press.
- Barlow, D. H., Farchione, T. J., Fairholme, C. P., Ellard, K. K., Boisseau, C. L., Allen, L. B., & Ehrenreich-May, J. (2011). *The unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: Therapist guide*. New York, NY: Oxford University Press.
- Barlow, D., Allen, L., & Choate, M. (2004). Toward a unified treatment for emotional disorders. *Behavior Therapy, 35*, 205-230.
- Bélanger, L., Harvey, A. G., Fortier-Brochu, É., Beaulieu-Bonneau, S., Eidelman, P., Talbot, L., & Morin, C. M. (2016). Impact of comorbid anxiety and depressive disorders on treatment response to cognitive behavior therapy for insomnia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 84(8)*, 659-667.
- Boisseau, C. L., Farchione, T. J., Fairholme, C. P., Ellard, K. K., & Barlow, D. H. (2010). The development of the Unified Protocol for the Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders: A case study. *Cognitive and Behavioral Practice, 17(1)*, 102-113.
- Brown, T. A., & Barlow, D. H. (2009). A proposal for a dimensional classification system based on the shared features of the DSM-IV anxiety and mood disorders: Implications for assessment and treatment. *Psychological Assessment, 21(3)*, 256-271.
- Chorpita, B. F., & Barlow, D. H. (1998). The development of anxiety: The role of control in the early environment. *Psychological Bulletin, 124(1)*, 3-21.
- Crawley, S. A., Beidas, R. S., Benjamin, C. L., Martin, E., & Kendall, P. C. (2008). Treating socially phobic youth with CBT: Differential outcomes and treatment considerations. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 36(4)*, 379-389.
- Cuijpers, P., Cristea, I. A., Karyotaki, E., Reijnders, M., & Huibers, M. J. H. (2016). How effective are cognitive behavior therapies for major depression and anxiety disorders? A meta-analytic update of the evidence. *World Psychiatry, 15(3)*, 245-258.
- Cummings, C. M., Caporino, N. E., & Kendall, P. C. (2014). Comorbidity of anxiety and depression in children and adolescents: 20 years after. *American Psychological Association, 140(3)*, 816-845.
- Curry, J., Rohde, P., Simons, A., Silva, S., Vitiello, B., Kratochvil, C., & March, J. (2006). Predictors and moderators of acute outcome in the treatment for adolescents with depression study (TADS). *Journal of the*



- American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 45(12), 1427-1439.
- Davis, L., Barlow, D., & Smith, L. (2010). Comorbidity and the treatment of principal anxiety disorders in a naturalistic sample. *Behavior Therapy*, 41(3), 296-305.
- Ehrenreich, J. T., Goldstein, C. M., Wright, L. R., & Barlow, D. H. (2009). Development of a unified protocol for the treatment of emotional disorders in youth. *Child & Family Behavior Therapy*, 31 (1), 20-37.
- Ehrenreich-May, J., & Bilek, E. L. (2012). The development of a transdiagnostic cognitive behavioral group intervention for childhood anxiety disorders and co-occurring depression symptoms. *Cognitive and Behavioral Practice*, 19 (1), 41-55.
- Ehrenreich-May, J., Kennedy, S., M., Sherman, J., A. Bilek, E., L. Buzzella, B., A., Bennett, S., M., & Barlow, D., H. (2018). *Unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders in children and adolescents*. New York: Oxford university Press.
- Ehrenreich-May, J., Kennedy, Sarah, M., Sherman, J., A. Bilek, E., & L. Barlow, D., H. (2018). *Unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders in children*. New York: Oxford university Press.
- Ehrenreich-May, J., Queen, A.H., Bilek, E., Remmes, C., & Marciel, K. (2012). The unified protocols for the treatment of emotional disorders in youth. In J. Ehrenreich-May & B. Chu (Eds.), *Transdiagnostic mechanisms and treatment of youth psychopathology*. New York, NY: Guilford Press.
- Ellard, K. K., Fairholme, C. P., Boisseau, C. L., Farchione, T. J., & Barlow, D. H. (2010). Unified Protocol for the Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders: Protocol development and initial outcome data. *Cognitive and Behavioral Practice*, 17(1), 88-101.
- Farchione, T. J., Fairholme, C. P., Ellard, K. K., Boisseau, C. L., Thompson-Hollands, J., Carl, J. R., Gallagher, M. W., & Barlow, D. H. (2012). The Unified Protocol for the Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders: A randomized controlled trial. *Behavior Therapy*, 43(3), 666-678.
- Fox, N. A., Nichols, K. E., Henderson, H. A., Rubin, K., Schmidt, L., Hamer, D., & Pine, D. S. (2005). Evidence for a gene-environment interaction in predicting behavioral inhibition in middle childhood. *Psychological Science*, 16(12), 921-926.
- Garber, J., & Weersing, V. R. (2010). Comorbidity of anxiety and depression

- in youth: Implications for treatment and prevention. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 17, 293-306.
- Ghanizadeh, A., Mohammadi, M. R., & Yazdanshenas, A. (2006). *Psychometric properties of the Farsi translation of the Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia-Present and Lifetime Version*. *BMC psychiatry*, 6, 10. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-6-10>
- Gladstone, G. L., Parker, G. B., Mitchell, P. B., Wilhelm, K. A., & Malhi, G. S. (2005). Relationship between self-reported childhood behavioral inhibition and lifetime anxiety disorders in clinical sample. *Depression and Anxiety*, 22 (3), 103-113.
- Horn, P. J., & Wuyek, L. A. (2010). Anxiety disorders as a risk factor for subsequent depression. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 14, 244-247.
- Kendall, P. C., Compton, S. N., Walkup, J. T., Birmaher, B., Albano, A. M., Sherrill, J., & Piacentini, J. (2010). Clinical characteristics of anxiety disordered youth. *Journal of Anxiety Disorders*, 24, 360-365.
- Kendall, P. C., Chu, B. C., Pimentel, S. S., & Choudhury, M. (2000). Treating anxiety disorders in youth. In P Kendall, (Ed.), *Child and adolescent therapy: Cognitive-behavioral procedures* (pp. 235-287) (2<sup>nd</sup> ed.). New York, NY Guilford Press.
- Perez-Edgar, K., & Fox, N. A. (2005). Temperament and anxiety disorders. *Child & Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 14, 681-706.
- Rabie, M., Khoramdel, K., Zerehpash, A., Palahang, H., & Hojatkah. M. (2012). Validity of the Questionnaire for the Revised Version of the Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED-41). *Zahedan Journal of Research in Medical Sciences*, 16(5), 67-63
- Shafran, R., Wroe, A., Nagra, S., Pissaridou, E., & Coughtrey, A. (2018). Cognitive behaviour treatment of co-occurring depression and generalised anxiety in routine clinical practice. *PLOS ONE*, 13(7), 1-13.
- Shahrivar, Z., Kousha, M., Moallemi, Sh., Tehrani-Doost, M., & Alaghand-Rad, J. (2008). The reliability and validity of Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia – Present and Life-time Version – Persian Version. *Journal of Child and Adolescent Mental Health*, 15(2), 97-102.
- Tehrani-Doost, M., Shahrivar, Z., Pakbaz, B., Rezaie, A., & Ahmadi, F. (2011). Normative data and psychometric properties of the Child Behavior

Checklist and Teacher Rating Form in an Iranian community sample. *Iranian Journal of Pediatrics*, 21(3), 331-342.

Twomey, C., O'Reilly, G., & Byrne, M. (2015). Effectiveness of cognitive behavioural therapy for anxiety and depression in primary care: a meta-analysis. *Family Practice*, 32(1), 3-15.

Walkup, J. T., Albano, A. M., Piacentini, J., Birmaher, B., Compton, S.N., Sherrill, J. T., Ginsburg, G. S., Rynn M. A., McCracken, J., Waslick, B., Iyengar, S., March, J.S., & Kendall, P.C. (2008). Cognitive behavioral therapy, sertraline, or a combination in childhood anxiety. *The New England Journal of Medicine*, 368(5), 490.

Weems, C. F., Zakem, A. H., Costa, N. M., Cannon, M. F., & Watts, S. E. (2005). Physiological response and child anxiety: Association with symptoms of anxiety disorders and cognitive bias. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 34(4), 712-723.