



اثربخشی برنامه یکپارچه درمان فراتشخیصی بر اضطراب نوجوانان و فرزندپروری مادران آنها

آیناز هلاکویی: کارشناسی ارشد، گروه روانشناسی و آموزش کودکان استثنایی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران، تهران، ایران
سوگند قاسم‌زاده: استادیار، گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران، تهران، ایران (* نویسنده مسئول) s.ghasemzadeh@ut.ac.ir
علی‌اکبر ارجمندنیا: دانشیار، گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران، تهران، ایران

چکیده

کلیدواژه‌ها

اضطراب،
درمان فراتشخیصی،
شیوه‌های فرزند پروری،
نوجوان

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۰۲/۱۷

تاریخ چاپ: ۱۴۰۱/۰۴/۱۸

زمینه و هدف: دوره نوجوانی از مهم‌ترین دوره‌های رشدی هر انسانی است. از سویی ریشه بسیاری از مشکلات نوجوانان در چارچوب خانواده شکل می‌گیرد. هدف از انجام پژوهش حاضر تعیین اثربخشی برنامه یکپارچه درمان فراتشخیصی بر نوجوانان مضطرب و فرزند پروری مادران آنها بود.

روش کار: برای انجام پژوهش نیمه آزمایشی حاضر که با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون انجام شد از بین دانش‌آموزان دوره اول متوسطه شهر تهران در سال تحصیلی ۹۸-۹۹ و مادران آنها که مشکلات اضطرابی آنها با استفاده از مصاحبه تشخیصی بالینی و نیز نسخه خودسنجی نوجوانان آنبیخ و رسکولا مشخص شده بود، ۲۰ نفر به صورت در دسترس انتخاب و بطور تصادفی به دو گروه کنترل و آزمایشی تقسیم شدند. سپس گروه آزمایشی ۱۲-۱۶ جلسه و هر جلسه ۵۰ الی ۶۰ دقیقه درمان فراتشخیصی را دریافت کردند. ۲۴ ساعت قبل و ۴۸ ساعت بعد از مداخله هر دو گروه پرسشنامه‌های اضطراب اسپنس و شیوه‌های فرزند پروری ارجمندنیا را تکمیل کردند. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از آزمون تحلیل کوواریانس تک متغیره و چند متغیره استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که بین گروه آزمایش و کنترل در اضطراب نوجوانان و مهارت‌های فرزندپروری مادران تفاوت معناداری وجود دارد ($P \leq 0/01$) و برنامه یکپارچه درمان فراتشخیصی موجب افزایش معنادار کاربرد مهارت‌های مدیریت اضطراب نوجوانان و شیوه‌های فرزندپروری مادران آنها شده است.

نتیجه‌گیری: با توجه به نتایج استفاده از درمان فراتشخیصی جهت کاهش اضطراب نوجوانان و فرزندپروری مادران آنها توصیه می‌شود.

تعارض منافع: گزارش نشده است.

منبع حمایت‌کننده: حامی مالی ندارد.

شیوه استناد به این مقاله:

Holakouee A, Ghasemzadeh S, Arjmandnia AA. The Effectiveness of Unified Protocol of Trans-Diagnostic Treatment on Adolescent Anxiety and Maternal Parenting Methods. Razi J Med Sci. 2022;29(4):150-159.

*انتشار این مقاله به صورت دسترسی آزاد مطابق با [CC BY-NC-SA 3.0](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/) صورت گرفته است.

The Effectiveness of Unified Protocol of Trans-Diagnostic Treatment on Adolescent Anxiety and Maternal Parenting Methods

Ainaz Holakouee: MSc of Psychology and Education of Exceptional Children, Faculty of Psychology and Educational Sciences, University of Tehran, Tehran, Iran

Sogand Ghasemzadeh: Assistant Professor, Department of Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, University of Tehran, Tehran, Iran (* Corresponding author) s.ghasemzadeh@ut.ac.ir

Ali Akbar Arjmandnia: Associate Professor, Department of Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, University of Tehran, Tehran, Iran

Abstract

Background & Aims: Anxiety disorders and depression are the most common emotional disorders in adolescence, which in addition to the direct costs they impose on the community health and care system, also have indirect costs (functional decline) that are higher than other psychological disorders. Allocates the amount to itself (4).

One of the most interesting aspects of anxiety disorders is the subtle interaction that exists between hereditary and environmental factors that cause these disorders (5). For this reason, paying attention to the family environment is very important in explaining and treating anxiety disorders. Each family uses special methods for individual and social upbringing of their children, which are called parenting methods. These methods are patterns of child rearing that are formed from the normal interaction of parents and their response to children's behavior (7).

Since the mother's communication pattern plays an important role in the child's emotional and social development in the future and can improve children's behaviors, it seems that training sessions for parents to manage emotions in interaction with children can improve parents' skills. Equip them with good upbringing, and in these circumstances, parents can better behave decisively towards their children by setting constructive rules in the family and managing their negative emotions (10).

In the meantime, integrated meta-diagnostic therapy in response to the limitations of cognitive-behavioral therapies such as the failure of these therapies to improve a significant portion of patients, the existence of multiple guidelines and treatment plans for each disorder and confusion in choosing the appropriate patient guidelines Has been (14). The main goal of integrated meta-diagnostic therapy is for individuals to acquire skills that can effectively manage their negative emotions (15). Given the above and the impact of anxiety on adolescents' personal, family and social lives and the imposition of heavy costs on the individual and society on the one hand, finding a way to reduce the negative effects of anxiety on the other hand and because reviewed research No research has been found on the subject at home or abroad. The researcher seeks to answer the question of whether an integrated transdiagnostic treatment program affects anxious adolescents and their mothers' parents.

Methods: To conduct the present quasi-experimental research, which was conducted as a pre-test-post-test with the experimental and control groups, among all anxious adolescent girls in the age range of 12-15 years in the first grade of high school in Tehran in the 98-99 academic year, 20 Paying attention to the entry and exit criteria from one of the schools in Tehran were selected and randomly assigned to experimental and control groups.

Then the therapeutic stages of an integrated meta-diagnostic approach, including five main stages of treatment (emotional awareness based on mood 2. cognitive flexibility 3. emotional avoidance and behaviors caused by emotion 4. awareness and tolerance of bodily feelings and 5. endogenous and situational emotional exposure) (16). And 12-16 sessions and ranged approximately 50 to 60 minutes weekly. Also, to collect data, the Spence Anxiety

Keywords

Adolescent,
Anxiety,
Parenting Methods,
Transdiagnostic
Treatment

Received: 07/05/2022

Published: 09/07/2022

Questionnaire was used to assess the anxiety of children aged 8-15 years old in 1997 and the Arjmandnia Parenting Methods Questionnaire 24 hours before and 48 hours after the intervention. Finally, the collected data were analyzed using univariate analysis of covariance (ANCOVA) and multivariate analysis (MANCOVA).

Results: The results of descriptive statistics of children's anxiety showed that the mean obtained for the experimental group in the pretest is 142.70. With a decrease of 16.07 points in the experimental group, the average score in the post-test has reached 126.63.

Regarding the effect of intervention on anxiety, the results of analysis of covariance showed that the integrated meta-diagnostic treatment program had a significant effect on reducing adolescent anxiety ($F = 59.5$). The average score for the experimental group in the pre-test is 27.53. With an increase of 3.96 points in the experimental group, the average score in the post-test has reached 31.49. Also in the component of authoritative behavior: the average achieved for the experimental group in the pre-test is 8.74. With an increase of 4.67 points in the experimental group, the average score in the post-test has reached 13.41. Finally, in the component of parental dependence: the average achieved for the experimental group in the pre-test is 9.53. With a decrease of 3.55 points in the experimental group, the average score in the post-test has reached 6.48.

Regarding the effect of intervention on parenting, it was found that the value of Pillay effect is 0.72 and the value of Lambda Wilkes is 0.28, both of which are significant at the level of $P < 0.001$. Therefore, the dependent variables (parenting components) of the experimental and control groups are significantly different from each other.

Finally, the results of univariate analysis of covariance on the components of parenting show that the value of F obtained in the two components of authoritarian behavior and parental dependence is significant at the level of $P < 0.001$. Therefore, the difference between the experimental and control groups is significant in these components. Considering that in the component of authoritative behavior, the mean post-test score of the experimental group increased compared to the pre-test and in the component of parental dependence, there was a decrease in the component, so it can be said that integrated meta-diagnostic treatment program increased authoritarian and dependent behavior. reduces; But the effect of the independent variable on democratic parenting was not significant.

Conclusion: In general, meta-diagnostic therapies are an emotion-focused meta-diagnostic and cognitive-behavioral therapy that can be used for a wide range of emotional disorders using emotion regulation skills (22). Emotional response management is the core of transdisciplinary practices and seeks to teach individuals to recognize their emotional responses, modify and regulate their emotional habits to reduce the severity of emotional trauma (23). The use of negative cognitive emotion regulation strategies is associated with mental health problems. Among the negative strategies, self-blame, mental rumination and catastrophic captivity, strong correlation with negative emotions such as depression, anxiety, anxiety (24).

In summary, to alleviate the problems associated with anxiety, researchers consider the use of cognitive-behavioral and emotional components in therapy necessary (17) and integrated programs have been used to identify multiple problems and benefit from cost-effective multiple therapies; But if these programs are not effective, it is necessary to reduce the anxiety, should consider the cognitive-emotional schemas of individuals and eliminate cognitive distortions, emotional schemas (24).

Conflicts of interest: None

Funding: None

Cite this article as:

Holakouee A, Ghasemzadeh S, Arjmandnia AA. The Effectiveness of Unified Protocol of Trans-Diagnostic Treatment on Adolescent Anxiety and Maternal Parenting Methods. Razi J Med Sci. 2022;29(4):150-159.

*This work is published under CC BY-NC-SA 3.0 licence.

مقدمه

مدیریت هیجان‌ها به منزله فرآیندهای درونی و بیرونی است که مسئولیت کنترل، ارزیابی و تغییر واکنش‌های عاطفی فرد را در مسیر تحقق یافتن اهداف او بر عهده دارد و هرگونه اشکال و نقص در تنظیم هیجان‌ها می‌تواند، فرد را در برابر اختلال‌های روانی چون اضطراب و افسردگی آسیب‌پذیر سازد. ارتباط نقص تنظیم هیجان‌ها و اختلال‌های بالینی شامل سوءمصرف مواد، اختلال اضطراب فراگیر و اختلال تنیدگی پس از ضربه و اختلال شخصیت مرزی مشخص شده است (۸).

همچنین والدین در تعیین محیط اجتماعی و فیزیکی کودکان به طور مستقیم نقش ایفا می‌کنند و به واسطه فرآیند اجتماعی شدن و مدل‌سازی، رفتارها و نگرش‌های فرزندان را به صورت مستقیم و غیرمستقیم هدایت می‌کنند (۹).

از آنجا که الگوی ارتباطی مادر نقش مهمی در رشد عاطفی و اجتماعی کودک در آینده داشته و می‌تواند زمینه بهبود رفتارهای کودکان را فراهم آورد، به نظر می‌رسد که جلسات آموزش برای والدین برای مهارت مدیریت هیجان‌ها در تعامل با کودکان می‌تواند والدین را به مهارت‌های فرزندپروری مطلوب مجهز سازد و در این شرایط والدین با وضع قوانین سازنده در خانواده و با مدیریت هیجان‌ها منفی خود، بهتر می‌توانند رفتارهای قاطعانه در مقابل فرزندان داشته باشند (۱۰).

به طور کلی ارتباطات درون خانواده و به‌ویژه روابط والدین با فرزندان، بر ابعاد شخصیت، مهارت و توانایی فرزندان مؤثر است. داشتن رابطه انسانی و سالم با کودک و نوجوان، حیاتی‌ترین و اثربخش‌ترین عامل موفقیت در تعلیم و تربیت فرزندان محسوب می‌شود. رابطه انسانی سالم و موفق رابطه‌ای است که تغییرات مطلوب را در فرد ایجاد می‌کند. یعنی والدین احساسات، انتظارات و نگرش‌های خود نسبت به یکدیگر و فرزند را بیان می‌کنند و به‌طور متقابل انتظارات و نگرش‌های دیگر اعضای خانواده را درک می‌کنند (۱۱).

در خانواده‌های دارای فرزندان مضطرب، والدین باید بتوانند به‌طور مؤثری با عوامل پرخطر مقابله و عوامل محافظ را تقویت نمایند و شرایطی را در خانواده ایجاد کنند که خودکارآمدی و سازگاری در کودکان ارتقا یابد اما رفتارهای اضطرابی در فرزندان، توانایی والدین در مهار شرایط سخت را کاهش می‌دهد و این خانواده

نوجوانی دریچه رشدی برای ظهور اختلال‌های هیجانی است که شیوع آن در اوایل نوجوانی تقریباً مانند میزان شیوع در بزرگسالی و اواخر نوجوانی است (۱). بدین دلیل همگام با فرایندهای تحولی نوجوانان، مشکلات پدید آمده در دوران نوجوانی به مرحله بزرگسالی منتقل شده و به مرور زمان، درمان مشکلات عاطفی و روان‌شناختی آنان دشوارتر نیز می‌گردد (۲).

اختلال‌های اضطرابی و افسردگی از شایع‌ترین اختلال‌های هیجانی این دوران محسوب می‌شوند، به طوری که شیوع طول عمر اختلال‌های اضطرابی تا ۲۴ درصد و اختلال‌های افسردگی ۲۳ درصد گزارش شده‌اند (۳). اختلال‌های اضطرابی و مشکلات مرتبط با آن علاوه بر هزینه‌های مستقیمی که بر سیستم بهداشتی و مراقبتی جامعه تحمیل می‌کنند، هزینه‌های غیرمستقیمی (افت عملکرد) نیز دارد که در مقایسه با سایر اختلال‌های روان‌شناختی بیشترین میزان را به خود اختصاص می‌دهد. علاوه بر این نتایج برخی از پژوهش‌ها نیز نشان می‌دهد که افراد مبتلا به اختلال‌های اضطرابی آمار بالای بیکاری، درآمد سالانه‌ی پایین، نرخ بالای طلاق و کیفیت پایین زندگی دارند (۴).

یکی از جنبه‌های بسیار جالب اختلال‌های اضطرابی، تعامل ظریفی است که میان عوامل وراثتی و محیطی مولد این اختلال‌ها وجود دارد (۵). به همین دلیل توجه به محیط خانواده در تبیین و درمان اختلال‌های اضطرابی بسیار حائز اهمیت است. خانواده منبع اصلی مراقبت و حمایت است و اولین و مهم‌ترین نظام ارتباطی برای کودکان به شمار می‌رود و البته همه اعضای خانواده در سلامت روانی نقش دارند (۶). هر خانواده روش‌های ویژه‌ای را در تربیت فردی و اجتماعی فرزندان خویش به کار می‌گیرد که به این روش‌ها شیوه‌های فرزندپروری گفته می‌شود. این شیوه‌ها الگوهایی از پرورش فرزندان است که از تعامل بهنجار والدین و پاسخ آن‌ها به رفتار فرزندان شکل می‌گیرد (۷).

مهارت‌های ارتباطی و رفتارها در درون خانواده تحت تأثیر مهارت‌های افراد است. مهارت تنظیم هیجانی، یکی از ویژگی‌هایی است که در فرد و خانواده می‌تواند بر بروز رفتارهای مختلف در فرزندان مؤثر باشد.

روش کار

برای انجام پژوهش شبه آزمایشی حاضر که به صورت پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه آزمایش و کنترل انجام شد از بین کلیه دختران نوجوان مضطرب در دامنه سنی ۱۵-۱۲ سال مقطع اول متوسطه شهر تهران در سال تحصیلی ۹۹-۹۸ به روش در دسترس ۲۰ نفر با توجه به ملاک‌های ورود (دامنه‌ی سنی ۱۵-۱۲ سال، وجود مشکلات اضطرابی بر اساس آزمون غربالگر و مصاحبه‌ی تشخیصی، توانایی حضور در تمام جلسات، عدم دریافت برنامه‌ی مداخله‌ای مشابه به‌طور هم‌زمان) و خروج (عدم تمایل مادر و نوجوان به حضور در جلسات درمانی، غیبت بیش از یک جلسه از جلسات آموزشی و ابتلا به یکی از اختلال‌های طبی حاد و اختلالات روان‌پزشکی از نوع خلقی) از یکی از مدارس شهر تهران انتخاب و به صورت تصادفی به دو گروه آزمایشی و کنترل قرار داده شدند.

سپس معرفی محتوای کلی و آشنایی والدین و نوجوانان با برنامه‌ی یکپارچه‌ی درمان فراتشخیصی به صورت گروهی و حضوری با رعایت فاصله‌گذاری‌های اجتماعی به دلیل شیوع ویروس کرونا در کلینیک روانشناسی و مشاوره برگزار شد. از جلسات دوم به بعد به دلیل شرایط حاکم بر جامعه و همه‌گیری ویروس کرونا و به دنبال آن تعطیلی مدارس و کلینیک‌های روانشناسی، برنامه‌ی یکپارچه‌ی درمان فراتشخیصی به صورت مجازی در قالب برخط و برون خط صورت گرفت. ابتدا محتوای آموزشی هر جلسه به‌صورت برخط و گروهی برای همه ارائه شد. همچنین ۸ ویدئوی آموزشی متناسب با محتوای آموزش داده شده با ذکر مثال و مصادیق بیشتر به منظور افزایش بهره‌وری از آموزش مجازی محتوا در اختیار شرکت‌کنندگان قرار داده شد. آموزش‌ها در قالب ۸ ویدئوی آموزش برون خط (ویژه نوجوان)، متناسب با اهداف اختصاصی هر جلسه و نیز ۱۵ تماس تصویری برخط صورت گرفت. ۳ محتوای برون خط نیز علاوه بر آموزش‌های برخط که شامل آموزش مهارت‌های فرزندپروری بود، در اختیار مادران قرار داده شد.

مراحل درمانی رویکرد یکپارچه‌ی فراتشخیصی، شامل پنج مرحله‌ی درمانی اصلی است (آگاهی هیجانی مبتنی بر حال ۲. انعطاف‌پذیری شناختی ۳. اجتناب هیجانی و

نمی‌توانند هم‌زمان اضطراب خود و فرزندان را مدیریت کنند و آن‌ها را به سمت خودکارآمدی سوق دهند (۱۲).

در همین راستا برنامه‌ی آموزشی ویژه‌ی والدین با ارائه‌ی اطلاعات درباره‌ی هیجانات، شناخت آن‌ها در موقعیت‌های مختلف و مدیریت آن‌ها در همه‌ی زمان‌ها، به‌ویژه در برخورد با فرزندان، می‌تواند در راستای کاهش مشکلات هیجانی کودک و ارتقای کیفیت رابطه‌ی مادر کودک مؤثر واقع شود. این برنامه‌ی به والدین راهبردهای عملی و مؤثر پرورش مهارت‌های خودتنظیمی هیجانی، استقلال و قابلیت حل مسئله را می‌آموزد. دستیابی به این مهارت‌ها نیز سبب ارتقای هماهنگی خانواده، کاهش تعارضات کودک و والدین و نیز توسعه‌ی روابط موفقیت‌آمیز با فرزندان می‌شود.

محوریت قرار دادن بستر خانواده در برنامه‌های جدید نیز گواهی بر این موضوع است. در واقع از دیگر مزیت‌های این رویکرد نگاه خانواده محور بودن آن است. همه‌ی فنون در کشتزار شکل‌گیری اختلال‌های جاری می‌شوند و همسو با فرزندان، والدین نیز به بازسازی هیجانات خود و بهبود مهارت‌های فرزند پروری خود می‌پردازند (۱۳).

درمان فراتشخیصی یکپارچه‌ی در پاسخ به محدودیت درمان‌های شناختی-رفتاری از قبیل ناکامی این درمان‌ها در بهبودی بخش قابل ملاحظه‌ای از بیماران، وجود راهنماها و برنامه‌های درمانی متعدد برای هریک از اختلال‌ها و ایجاد سردرگمی در انتخاب دستورالعمل مناسب بیمار معرفی شده است (۱۴). هدف اصلی در درمان فراتشخیصی یکپارچه‌ی این است که افراد مهارت‌هایی را کسب کنند که بتوانند به صورت مؤثر هیجانات منفی خود را مدیریت کنند (۱۵). با توجه به مطالب یاد شده و تاثیر اضطراب بر زندگی فردی، خانوادگی و اجتماعی نوجوانان و تحمیل هزینه‌های سنگین بر فرد و جامعه از یک طرف اهمیت یافتن راهی جهت کاهش آثار منفی اضطراب از طرف دیگر و از آنجا که با مرور تحقیقات انجام شده در داخل و خارج از کشور تحقیق در زمینه موضوع مورد نظر یافت نشد محقق درصدد پاسخگویی به این سوال است که آیا برنامه‌ی یکپارچه‌ی درمان فراتشخیصی بر نوجوانان مضطرب و فرزند پروری مادران آن‌ها تاثیر دارد یا خیر؟

همیشه (۳) تنظیم شده و ۶ مقیاس اضطراب جدایی، اضطراب اجتماعی، وسواس فکری-عملی، پنیک-بازار هراسی، اضطراب فراگیر و ترس از صدمات جسمانی را می‌سنجد. از مجموع ۴۵ عبارت پرسشنامه، ۳۹ سؤال آن نمره‌گذاری می‌شود و شش عبارت آن که عبارت‌های پرسشی مثبت هستند که نمرات آن‌ها در نمره‌گذاری محاسبه نمی‌شود. به طور کلی در این آزمون نمرات بین ۳۹ تا ۵۸ اضطراب کم، بین ۵۹ تا ۷۸ اضطراب متوسط پایین، بین ۷۹ تا ۹۷ اضطراب متوسط بالا و ۹۸ به بالا اضطراب شدید را گزارش می‌کنند. پایایی این مقیاس برای اضطراب عمومی ۰/۹۲ و برای سایر مؤلفه‌ها ۰/۶۰ و ۰/۸۲ گزارش شده است (۱۸) و پرسشنامه‌ی شیوه‌های فرزند پروری ارجمندنیا که دارای ۲۸ سوال بوده بر اساس مقیاس چهار درجه‌ای لیکرت تنظیم شده و برای هر گویه چهار گزینه همیشه، اغلب اوقات، گاهی و هیچ وقت نمره‌گذاری می‌شود که پنج مولفه ۱- فرزند پروری دموکراتیک ۲- همکاری با همسر در فرزند پروری ۳- نقش فامیل (پدربزرگ و مادربزرگ) ۴- فرزند پروری مقتدرانه ۵- وابستگی به والدین را بررسی می‌کند. همچنین روایی محتوایی این پرسشنامه توسط چندین تن از صاحب‌نظران به تأیید رسیده است (۷)، ۲۴ ساعت قبل و ۴۸ ساعت بعد از مداخله استفاده شد. لازم به ذکر است که به منظور رعایت ملاحظات اخلاقی در پژوهش حاضر، ضمن رعایت اصل رازداری در فرایند روان‌درمانی، رضایت آگاهانه مراجعین مشارکت کننده در این پژوهش جلب گردید همچنین این پژوهش با کد اخلاق IR.UT.PSYEDU.REC.1399.028 از دانشگاه تهران صورت گرفته است. نهایتاً داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از تحلیل کوواریانس تک متغیره (ANCOVA) و چند متغیره (MANCOVA) مورد تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها

نتایج آمار توصیفی اضطراب کودکان نشان داد میانگین به دست آمده برای گروه آزمایش در پیش‌آزمون، برابر ۱۴۲/۷۰ است. با کاهش ۱۶/۰۷ نمره‌ای در گروه آزمایش، میانگین نمره در پس‌آزمون به ۱۲۶/۶۳ رسیده است.

رفتارهای ناشی از هیجان ۴. آگاهی و تحمل احساس‌های بدنی و ۵. مواجهه هیجانی درون‌زاد و مبتنی بر موقعیت) که جنبه‌های کلیدی پردازش و تنظیم هیجانی تجربه‌های هیجانی را هدف قرار می‌دهد (۱۶). درمان به نحوی طرح‌ریزی شده است که ۱۶-۱۲ جلسه و تقریباً بین ۵۰ تا ۶۰ دقیقه به طول می‌انجامد. جلسات به صورت هفتگی اجرا می‌شوند و در جلسه‌های پایانی درمان، جلسات با فاصله ۲ هفته برگزار می‌شوند تا به بیمار این امکان را بدهد که زمان بیشتری برای غلبه بر مشکلات باقیمانده خود داشته باشند. مدل نهایی ارائه شده توسط بارلو و همکاران (۱۶)، ساختاری متفاوت از رفتاردرمانی شناختی کلاسیک دارد. آخرین نسخه از این شیوه درمانی بر اساس مراحل درمانی به‌جای جلسات درمانی ارائه شده است.

مراحل یکی پس از دیگری و به‌صورت متوالی اجرا می‌شوند. البته، انعطاف‌پذیری در اجرای درمان فراتشخیصی بارلو و همکاران (۱۶)، این امکان را می‌دهد تا هر یک از مراحل بر اساس نیاز جلسات درمانی اجرا شوند؛ بنابراین، تفاوت‌های فردی در نحوه ارائه لحاظ شده است. همانند اغلب پروتکل‌های درمان شناختی-رفتاری، جلسات درمان با مرور تکالیف ارائه شده در جلسات قبلی آغاز می‌شوند. پس از مرور تکالیف مفاهیم کلیدی و قابل اجرا در جلسه ارائه می‌شود تا بیمار نسبت به مهارت‌های درمانی شناختی داشته باشد. آموزش مستقیم و مهارت‌افزایی تعاملی قسمت اصلی جلسه درمان را تشکیل می‌دهد. در پایان هر جلسه درمانی به بیمار کمک می‌شود تا مطالب آموخته شده خود را تحکیم کند. از بیمار خواسته می‌شود تا اطلاعات جلسات و تکالیف درخواستی خود را خلاصه کند و هر نوع بازخورد منفی نسبت به جلسات سؤال می‌شود. در پایان، در مورد تکالیفی که لازم است تا جلسه بعدی تکمیل شود بحث می‌شود. هر یک از مراحل درمان می‌تواند بین ۱ تا چند جلسه را به خود اختصاص دهد و بر اساس نوع اختلال مراحل خاصی مورد تأکید بیشتری قرار بگیرند (۱۷).

همچنین جهت جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه اضطراب اسپنس جهت ارزیابی اضطراب کودکان ۸-۱۵ ساله ۱۹۹۷ که دارای ۴۵ سؤال است و بر اساس مقیاس لیکرتی هرگز (۰)، گاهی اوقات (۱)، اغلب (۲)،

میانگین نمره در پس‌آزمون به ۶/۴۸ رسیده است. در رابطه با تاثیر مداخله بر فرزندپروری مشخص شد که مقدار اثر پیلایی ۰/۷۲ است و مقدار لامبدا و یلکز برابر ۰/۲۸ است که هر دو شاخص در سطح $P \leq 0.01$ معنادار هستند. بنابراین، متغیرهای وابسته (مؤلفه‌های فرزند پروری) دو گروه آزمایش و کنترل با یکدیگر تفاوت معنادار دارد.

نهایتاً اینکه نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیره در مورد مؤلفه‌های فرزندپروری نشان داد مقدار F به دست آمده در دو مؤلفه رفتار مقتدرانه و وابستگی به والدین در سطح $P \leq 0.01$ معنادار است. بنابراین در این مؤلفه‌ها تفاوت دو گروه آزمایش و گواه معنادار است. با توجه به اینکه در مؤلفه رفتار مقتدرانه، میانگین نمره پس‌آزمون گروه آزمایش نسبت به پیش‌آزمون افزایش داشته است و در مؤلفه وابستگی به والدین، کاهش نمره وجود داشته، بنابراین می‌توان گفت که برنامه یکپارچه

در رابطه با تاثیر مداخله بر اضطراب نتایج آزمون تحلیل کوواریانس نشان داد برنامه یکپارچه درمان فراتشخیصی، بر کاهش اضطراب نوجوانان اثر معناداری داشته است ($F=2/59$).

در رابطه با مؤلفه فرزندپروری آمار توصیفی نشان داد در مؤلفه فرزندپروری دموکراتیک: میانگین به دست آمده برای گروه آزمایش در پیش‌آزمون، برابر ۲۷/۵۳ است. با افزایش ۳/۹۶ نمره‌ای در گروه آزمایش، میانگین نمره در پس‌آزمون به ۳۱/۴۹ رسیده است. همچنین در مؤلفه رفتار مقتدرانه: میانگین به دست آمده برای گروه آزمایش در پیش‌آزمون، برابر ۸/۷۴ است. با افزایش ۴/۶۷ نمره‌ای در گروه آزمایش، میانگین نمره در پس‌آزمون به ۱۳/۴۱ رسیده است. نهایتاً اینکه در مؤلفه وابستگی به والدین: میانگین به دست آمده برای گروه آزمایش در پیش‌آزمون، برابر ۹/۵۳ است. با کاهش ۳/۰۵ نمره‌ای در گروه آزمایش،

جدول ۱- میانگین اضطراب نوجوانان به تفکیک گروه و آزمون

شاخص‌ها آزمون‌ها	آزمایش		کنترل	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
پیش‌آزمون	۱۴۲/۷۰	۲۱/۴۳	۱۴۵/۰۹	۲۰/۷۴
پس‌آزمون	۱۲۶/۶۳	۱۶/۲۲	۱۳۹/۱۴	۲۱/۵۱

جدول ۲- تحلیل کوواریانس- بررسی اثر برنامه یکپارچه درمان فراتشخیصی بر اضطراب نوجوانان

مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	سطح معناداری
۳۴۱/۸۵	۱	۳۴۱/۸۵	۲/۵۹	۰/۰۳

جدول ۳- میانگین فرزند پروری به تفکیک گروه و آزمون

شاخص‌ها آزمون‌ها	آزمایش		کنترل	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
فرزند پروری دموکراتیک	۲۷/۵۳	۴/۶۷	۲۶/۳۷	۴/۷۰
پس‌آزمون	۳۱/۴۹	۴/۲۲	۲۶/۹۹	۵/۱۱
فرزند پروری مقتدرانه	۸/۷۴	۲/۴۶	۹/۲۳	۲/۸۹
پس‌آزمون	۱۳/۴۱	۳/۵۳	۱۰/۲۵	۲/۷۳
وابستگی به والدین	۹/۵۳	۲/۱۴	۹/۸۴	۲/۰۳
پس‌آزمون	۶/۴۸	۱/۷۹	۹/۱۵	۲/۲۱

جدول ۴- شاخص‌های تعاملی (آزمون کوواریانس در اثربخشی برنامه یکپارچه درمان فراتشخیصی بر فرزند پروری)

منبع تغییرات	مشخصه آماری	مقدار شاخص	مقدار F	سطح معناداری
اثر پیلایی	۰/۷۲	۷/۱۱	۷/۱۱	۰/۰۰۰۱
لامبدا و یلکز	۰/۲۸	۷/۱۱	۷/۱۱	۰/۰۰۰۱

جدول ۵- تحلیل کوواریانس تک متغیره در خصوص تأثیر برنامه یکپارچه درمان فراتشخیصی بر مؤلفه‌های فرزندپروری

مشخصه آماری	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	مقدار F	سطح معناداری	اندازه اثر
فرزند پروری دموکراتیک	۱۱۹/۹۸	۱	۱۱۹/۹۸	۱/۶۲	۰/۰۹	-
رفتار مقتدرانه	۳۰۱/۵۶	۱	۳۰۱/۵۶	۸/۷۰	۰/۰۰۱	۰/۵۴
وابستگی والدین	۳۲۰/۸۴	۱	۳۲۰/۸۴	۹/۹۶	۰/۰۰۱	۰/۵۹

اضطراب، پژوهشگران، بهره‌گیری از مؤلفه‌های شناختی- رفتاری و هیجانی را در درمان ضروری می‌دانند (۱۷) و برنامه‌های یکپارچه برای شناسایی مشکلات چندگانه و بهره‌گیری از درمان‌های چندگانه مقرون‌به‌صرفه به کار گرفته شده‌اند؛ اما در صورت عدم اثرگذاری این برنامه‌ها، ضروری است که برای کاهش اضطراب، می‌بایست طرح‌واره‌های شناختی-هیجانی افراد را مدنظر قرار داد و بر رفع تحریف‌های شناختی، طرح‌واره‌های هیجانی اقدام نمود (۲۴). البته از آنجایی که انواع مختلف اختلالات هیجانی در کودکان و نوجوانان، معمولاً به طور همزمان و همبود دیده می‌شوند. از طرف دیگر این اختلالات معمولاً ریشه ژنتیکی، عصبی و روانشناختی نیز دارند، فنون مطرح شده در این طرح درمان، طوری طراحی شده است که این بدکارکردی‌های بنیادین و مشترک را هدف مداخله قرار می‌دهند (۲۵).

همچنین برنامه یکپارچه فراتشخیصی موجب افزایش معنی‌دار تنظیم هیجانی مادران و کاهش معنادار اضطراب در کودکان مبتلا به دیابت نوع یک بوده است (۲۶).

از آنجایی که پژوهش حاضر بر تعدادی از نوجوانان مضطرب به دلیل شیوع بالای ویروس کرونا به صورت مجازی و در قالب برخط و برون خط صورت گرفته است، پیشنهاد می‌شود این برنامه به صورت حضوری و گروهی نیز اجرا شود. همچنین از ویژگی‌های بارز و بسیار مؤثر این برنامه نگاه خانواده محور آن است که موجب می‌شود والدین همگام با نوجوانان طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه خویش را بهبود بخشیده و در جهت یادگیری مهارت‌های فرزند پروری درست گام بردارند. البته علاوه بر عوامل خانوادگی، عوامل مدرسه‌ای نیز بر اضطراب نوجوانان مؤثر است؛ بنابراین پیشنهاد می‌شود اجرای بسته‌های آموزشی ویژه معلمان نیز اجرا شده و تأثیر

درمان فراتشخیصی موجب افزایش رفتار مقتدرانه والدین شده و وابستگی به والدین را کاهش می‌دهد؛ اما اثرگذاری متغیر مستقل بر فرزند پروری دموکرات معنادار نبوده است.

بحث

در این پژوهش برنامه یکپارچه درمان فراتشخیصی بر اضطراب و نظم جویی شناختی هیجان مؤثر بوده است. پژوهش‌های گذشته نیز حاکی از اثر مثبت درمان فراتشخیصی بر بهبود مشکلات اضطرابی بوده است (۱۵، ۱۹-۲۱). در رویکرد فراتشخیصی، با بررسی سبک‌های فرزندپروری، طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه و نیز اصلاح نحوه برخورد والدین با مسائل و مشکلات هیجانی نوجوانان، مهارت‌های فرزند پروری را در والدین تقویت می‌کند.

به‌طور کلی، درمان‌های فراتشخیصی یک درمان فراتشخیصی و شناختی-رفتاری متمرکز بر هیجان محسوب می‌شود که با استفاده از مهارت‌های تنظیم هیجان، برای دامنه گسترده‌ای از اختلال‌های هیجانی قابلیت کاربرد دارد (۲۲). مدیریت پاسخ‌های هیجانی، محور اصلی شیوه‌نامه‌های فراتشخیصی است و سعی دارد تا به افراد بیاموزند که پاسخ‌های هیجانی خود را بشناسند، عادت‌های هیجانی خود را اصلاح و تنظیم کنند تا از شدت آسیب‌های هیجانی بکاهند (۲۳).

استفاده از راهبردهای منفی تنظیم شناختی هیجان با مشکلات سلامت روان رابطه دارد. از میان راهبردهای منفی، سرزنش خود، نشخوار ذهنی و فاجعه‌آمیز پنداری همبستگی نیرومندی با هیجان‌ات منفی اعم از افسردگی، اضطراب، استرس و خشم دارند (۲۴).

به طور خلاصه، برای تعدیل مشکلات همراه با

Arch Gen Psychiatry. 2005; 62(6): 593-602.

4. Kessler RC, Petukhova M, Sampson NA, Zaslavsky AM, Wittchen HU. Twelve-month and lifetime prevalence and lifetime morbid risk of anxiety and mood disorders in the United States. *Int J Methods Psychiatr Res.* 2012;21(3):169-184.

5. Sadock BJ, Sadock VA. Pedro Ruiz. *Comprehensive text book of psychiatry.* 9th. P Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2013.

6. Widmer ED, Kempf N, Sapin M, Galli-Carminati G. Family beyond parents? An exploration of family configurations and psychological adjustment in young adults with intellectual disabilities. *Res Dev Disabil.* 2013;34(1):207-217.

7. Arjmandnia AA, Safaee E, Maleki S. Evaluation of psychometric properties of Arjmandnia Parenting Methods Scale. *IJFP.* 2017;4(1):53-64. [Persian]

8. Garnefski N, Koopman H, Kraaij V, ten Cate R. Brief report: Cognitive emotion regulation strategies and psychological adjustment in adolescents with a chronic disease. *J Adolesc.* 2009;32(2):449-454.

9. Ritchie LD, Welk G, Styne D, Gerstein DE, Crawford PB. Family environment and pediatric overweight: what is a parent to do? *J Amer Die Assoc.* 2005;105(5):70-79.

10. Pourmohammadreza-Tajrishi M, A'shouri M, Afrouz G A, Arjmand-nia A A, Ghobari-Bonab B. The Effectiveness of Positive Parenting Program (Triple-P) Training on Interaction of Mother-child with Intellectual Disability. *J Rehabil.* 2015;16(2):128-137. [Persian]

11. Behpajouh A. Principles of establishing a human relationship with children and adolescents. Tehran: Danjeh Publications; 2012. [Persian]

12. Karaer Y, Akdemir D. Parenting styles, perceived social support and emotion regulation in adolescents with internet addiction. *Compr Psychiatry.* 2019;92:22-27.

13. Roushani K., Bassak Nejad S., Arshadi N., Mehrabzadeh Honarmand M., & Fakhri A. Effectiveness of the Unified Transdiagnostic Treatment on Brain-Behavioral Systems and Anxiety Sensitivity in Female Students with Social Anxiety Symptoms. *IPA.* 2018;12(2):46-72 [Persian].

14. Otared N, Mikaeili N, Mohajeri N, Vojoudi B. The effect of unified transdiagnostic treatment on anxiety disorders and comorbid depression: Single-case design. *JMS.* 2017;4(4):54-62. [Persian]

15. Abdi R, Bakhshi A, Alilo M. Efficacy of unified transdiagnostic treatment on reduction of transdiagnostic factors and symptoms severity in emotional disorders. *JPM.* 2013;3(13):1-27. [Persian]

16. Farchione TJ, Fairholme CP, Ellard KK, Boisseau CL, Thompson-Hollands J, Carl JR, Gallagher MW, Barlow DH. Unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: a randomized controlled trial. *Behav Ther.*

آن بر اضطراب دانش آموزان بررسی شود.

با توجه به یافته‌های پژوهش حاضر برنامه یکپارچه فراتشخیصی می‌تواند بر اضطراب و فرزندپروری مادران مؤثر باشد. به این ترتیب با وجود نوین بودن برنامه یکپارچه فراتشخیصی، مقرون به صرفه بودن، کاهش زمان درمان، انعطاف پذیری بالای برنامه درمانی که سبب می‌شود برای طیف وسیعی از اختلال‌های اضطرابی، خلقی، وسواس و تروما مورد استفاده قرار گیرد و نیز اهمیت ویژه‌ای که حل بحران‌های دوران نوجوانی در بزرگسالی و آینده‌ی نوجوانان دارد و همچنین نگاه خانواده محور این برنامه سبب شده است که پژوهش حاضر با در نظر گرفتن اهمیت آموزش مهارت‌های فرزندپروری مادران و مهارت‌های مدیریت و کنترل هیجان‌ها در نوجوانانی که در آستانه انتقال و ورود به دنیای خارج از خانه و محیط مدرسه هستند، گامی هر چند کوچک در این مسیر برداریم.

نتیجه‌گیری

نتایج نشان داد مداخله فراتشخیصی بر اضطراب نوجوانان و فرزندپروری والدین آنها تاثیر معناداری دارد بنابراین و با توجه به نتایج استفاده از درمان فراتشخیصی جهت کاهش اضطراب نوجوانان و فرزندپروری مادران آنها توصیه می‌شود.

تقدیر و تشکر

از نوجوانان و والدین و مسئولین مدارس مرتبط تقدیر و تشکر می‌گردد.

References

1. Kessler RC, Avenevoli S, Merikangas KR. Mood disorders in children and adolescents: an epidemiologic perspective. *Biol Psychiatry.* 2001;49(12):1002-1014.
2. Farmer RF, Gau JM, Seeley JR, Kosty DB, Sher KJ, Lewinsohn PM. Internalizing and externalizing disorders as predictors of alcohol use disorder onset during three developmental periods. *Drug Alcohol Depend.* 2016;1(164): 38-46.
3. Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Merikangas KR, Walters EE. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication.

2012;43(3):666-678.

17. Akbari M, Roshan R. Comorbidity of Depression and Anxiety Disorders: the Emergence of Transdiagnostic Cognitive-Behavioral Therapy. CPAP. 2017;15(1):215-238. [Persian]

18. Spence SH, Barrett PM, Turner CM. Psychometric properties of the Spence Children's Anxiety Scale with young adolescents. J Anxiety Disord. 2003;17(6):605-625.

19. Osmani H, Shokri L. Effectiveness of unified trans-diagnostic treatment on emotion's cognitive regulation and cognitive empathy of students with externalized behavior disorder. CECJ. 2019;10(1):125-36. [Persian]

20. M Mohammadi A, Birashk B, Gharraee B. Comparison of the Effect of Group Transdiagnostic Treatment and Group Cognitive Therapy on Emotion Regulation. IJPCP. 2014;19(3):187-194. [Persian]

21. Zemestani M, Imani M. The Effectiveness of transdiagnostic treatment on depression/anxiety symptoms and emotion regulation. BJCP. 2016;11(1):21-32. [Persian]

22. Rohde P. Applying transdiagnostic approaches to treatments with children and adolescents: Innovative models that are ready for more systematic evaluation. Cognitive and Behavioral Practice. 2012.

23. Capobianco L, Reeves D, Morrison AP, Wells A. Group metacognitive therapy vs. mindfulness meditation therapy in a transdiagnostic patient sample: a randomised feasibility trial. Psychiatry Res. 2018;259:554-561.

24. Carlson JM, Dikecligil GN, Greenberg T, Mujica-Parodi LR. Trait reappraisal is associated with resilience to acute psychological stress. J Res Personal. 2012;46(5):609-13.

25. Ghasemzadeh S, Saleck L, Mousavi E. Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders in Children and Adolescents. 1st ed. Tehran: Ebnesina; 2019.p.152-4.

26. Ghasemzadeh S, Naghsh Z. Effectiveness of Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment in Emotion Regulation of Mothers and Anxiety of Children with Type I Diabetes. Iran Red Crescent Med J. 2020;22(11):145-5. [Persian]