

کارآمدی پروتکل یکپارچه برای اختلال اضطراب اجتماعی همبود با نشانه‌های افسردگی: مطالعه آزمایشی تک‌آزمودنی

Efficacy of A Unified Protocol for Social Anxiety Disorder Comorbid with Depressive Symptoms: A Single-Subject Pilot Study

Zeynab Lashani

Assistant Professor, Department of Psychiatry,
Faculty of Medicine, Mazandaran University of
Medical Sciences, Sari, Iran

Mohammad Reza Shaeiri

Associate Professor, Department of
Psychology, Faculty of Humanities,
Shahed University, Tehran, Iran.

محمدرضا شعیری *

دانشیار، گروه روانشناسی،
دانشگاه شاهد، تهران، ایران.

زینب لشنی

استادیار، گروه روانپزشکی، دانشکده
پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی
مازندران، ساری، ایران.

Hojjatollah Farahani

Assistant Professor, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran

حجت‌اله فراهانی

استادیار، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران.

چکیده

این پژوهش با هدف تعیین کارآمدی پروتکل یکپارچه فراتشخیصی برای نوجوانان انجام شد. روش پژوهش، آزمایشی تک‌آزمودنی بود و نمونه پژوهش را نوجوانان دختر مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی همراه با نشانه‌های افسردگی تشکیل می‌دادند. نمونه‌برداری ابتدا به صورت در دسترس از میان دانش‌آموزان یک مدرسه متوسطه اول در تهران انجام شد و سپس بر اساس ملاک‌های ورود و خروج، یک نمونه به روش انتخاب تصادفی تک‌نمونه برگزیده شد. برای جمع‌آوری داده‌ها، پرسشنامه‌های هراس اجتماعی (کانور و همکاران، ۲۰۰۰) و افسردگی، اضطراب و تنیدگی (لوی-باند و لوی-باند، ۱۹۹۵) اجرا شد. یافته‌ها نشان داد که میانگین نمرها از مرحله خطاپایه به مرحله درمان از ۵/۴۴ به ۵/۳۵ کاهش یافته است و روند نزولی اضطراب اجتماعی از مرحله درمان تا پیگیری از ۵/۳۵ به ۱۰ ادامه داشته است. درصد داده‌های محفظه ثبات در مرحله خطاپایه ۱۰۰ و در مرحله درمان ۶۱/۷ بود که بیانگر تغییر کاهشی بیشتر در پایان مرحله درمان بود. همچنین درصد داده‌های غیرهمپوش ۵۰ بود که نشان‌دهنده کارآمدی متوسط در مرحله درمان است. افزون بر این، روند نزولی اضطراب اجتماعی در دوره پیگیری نیز ادامه داشت. به طور کلی، اضطراب اجتماعی در مراحل مداخله و پیگیری روند کاهشی خود را حفظ کرد. این نتایج نشان می‌دهد که پروتکل یکپارچه در درمان اختلال اضطراب اجتماعی از کارآمدی مناسبی برخوردار است.

واژه‌های کلیدی: اضطراب اجتماعی، افسردگی، فراتشخیص، کارآمدی

Abstract

The protocol for adolescents. A single-case experimental design was implemented with a teenage girl diagnosed with social anxiety disorder accompanied by depressive symptoms. Sampling was first carried out using a convenience method among students of a lower secondary school in Tehran, and then a single eligible participant was randomly selected based on predefined inclusion and exclusion criteria. The Social Phobia Inventory (Connor et al., 2000) and the Depression, Anxiety, and Stress Scales (Lovibond & Lovibond, 1995) were administered. The findings indicated that the mean scores decreased from 44.5 at baseline to 35.5 at the treatment stage, and the downward trend in social anxiety continued from the treatment phase to the follow-up, decreasing from 35.5 to 10. The percentage of stability envelope data was 100% at baseline and 61.7% during treatment, reflecting greater reduction toward the end of the treatment phase. Additionally, the percentage of non-overlapping data was 50%, indicating moderate efficacy at the treatment stage. Moreover, the downward trend in social anxiety persisted during the follow-up period. Overall, social anxiety continued to decrease during the intervention and follow-up phases. These results suggest that the unified protocol demonstrates appropriate efficacy in treating social anxiety disorder.

Keywords: social anxiety, depression, transdiagnosis, efficiency

received: 01 September 2024

accepted: 25 February 2024

دریافت: ۱۴۰۳/۰۶/۰۱

پذیرش: ۱۴۰۳/۱۰/۰۶

*Contact information: shairigm@gmail.com

این مقاله برگرفته از رساله دکتری روان‌شناسی است.

مقدمه

پژوهش‌ها حاکی از اثرگذاری درمان‌های شناختی- رفتاری بر اختلال‌های هیجانی است (مؤس و بارلو، ۲۰۰۶) و ۵۰ تا ۸۰ درصد افراد بزرگسال دارای اختلال هیجانی، به درمان با پروتکل خاص برای یک اختلال هیجانی یا بیشتر، پاسخ دادند که میزان امیدبخشی است. در اغلب بررسی‌ها در بین افراد با اختلال‌های هیجانی، افراد به‌طور معناداری بهبود یافته‌اند، حتی اگر به‌طور کامل درمان نشده باشند، یا به‌عبارتی بدون نشانه^۱ نشده باشند؛ این یافته‌ها به‌طور معناداری از درمان‌های جایگزین مانند پلاسبو یا دارودرمانی در اختلالات اضطرابی، مؤثرتر بوده است، اگرچه در اختلالات خلقی با اطمینان کمتری همراه است (بارلو، ۲۰۰۱؛ ناتان و گورمن، ۲۰۰۲). یافته‌ها بیانگر آن است که علاوه بر تأثیر عوامل مشترک درمان^۲ از جمله تجربه مثبت و اتحاد درمانی نیرومند، عوامل موجود در درمان‌های روانشناختی، می‌تواند موجب افزایش اثربخشی درمان شود. همچنین، درمان‌های روانشناختی و دارودرمانی بلافاصله بعد از درمان، تقریباً تأثیری یکسان داشتند (به جز اختلال وسواسی- عملی که درمان روانشناختی آن، تأثیر بیشتری داشت، با این تفاوت که تأثیر درمان روانشناختی اختلال‌های هیجانی پس از پایان درمان، در پیگیری‌های بعدی بیشتر باقیمانده است (بارلو، ۲۰۰۱؛ ناتان و گورمن، ۲۰۰۲).

با اینحال، محدودیت‌هایی در درمان‌های جاری وجود داشته است (مؤس و بارلو، ۲۰۰۶). به‌طور آشکاری، هنوز بیمارانی هستند که پاسخ خوبی به این نوع درمان‌ها نمی‌دهند (بین ۲۰ تا ۵۰ درصد)، و دلایل این عدم پاسخ‌ها نیز چندان مشخص نیست (بارلو، آلن و کوئت، ۲۰۰۴). یک مرور سیستماتیک بر روی فراتحلیل‌های انجام‌شده، نشان داده است که این درمان‌ها در ۵۴ درصد افراد دارای اختلال اضطراب فراگیر، و در ۵۰ تا ۶۲ درصد افراد دارای اختلال وسواسی- اجباری، و ۲۳

درصد از افراد دارای اختلال وحشتزدگی، منجر به بهبود کامل نشده است (هافمن، استانی، ونک، سویر، و فانگ، ۲۰۱۲). در اختلال اضطراب اجتماعی حدود ۵۵ درصد افراد به درمان شناختی- رفتاری پاسخ نمی‌دهند (لورینک، مورت، توهیگ، روزنفیلد، بلوت و کراسک، ۲۰۱۵) و این افراد نیاز به درمان‌های جایگزین^۳ دارند (استونسون، متیسک و نیکسون، ۲۰۱۹). درمان‌های مبتنی بر تشخیص، دارای دستنامه‌های^۴ بسیار متعددی است. بالینی‌گران باید از دستنامه‌ها، کتاب‌های کار و پروتکل‌های درمانی متعددی برای هر اختلال استفاده کنند. این امر، به‌ویژه، در زمان همبودی اختلال‌ها مشکلات بیشتری ایجاد می‌کند (مک کوید، ۲۰۲۱؛ بارلو، آلن، کوئت، ۲۰۰۴) به‌طوری که، همبودی با پیامدهای درمان ضعیف‌تر در تشخیص اولیه و ثانویه همراه است (آلن، اهرنریچ- می و بارلو، ۲۰۰۵). اشتراک در سبب‌شناسی و ساختارهای نهفته در بین بسیاری از طبقه‌های اختلال‌های روانی وجود دارد، اختلال‌ها در یک طبقه خاص، عملکرد مغزی مشابهی دارند و اغلب افراد نیز معمولاً در همان طبقه اختلال خود، اختلال دیگری نیز دارند (بارلو، فارچیون، فیرهولم، الارد، بویسو، آلن و اهرنریچ، ۲۰۱۱)، و در اختلال‌های همبود، تصمیمگیری درباره ترتیب درمان اختلال‌های متعدد، دشوار است (مکایووی، ۲۰۲۱). بدین ترتیب، مقرونه صرفه نیستند و به میزان آموزش‌های زیادی، برای رسیدن به دقتی مشابه در پروتکل‌های متمایز، نیاز است. در این بین، پیچیدگی برخی پروتکل‌ها، برای متخصصین در اتاق درمان و نیز برای پژوهشگران، یک مانع محسوب می‌گردد (بارلو، لویت و بوفکا، ۱۹۹۹). جدا از تاریخچه طولانی درمان‌های مبتنی بر شواهد برای اختلال‌های هیجانی در بزرگسالان، و اینکه این درمان‌ها هنوز کفایت لازم را ندارند؛ درمان‌های کودکان و نوجوان نیز با این مسائل همراه بوده است، و علاوه بر آن، منابع مناسب

1 - symptom-free
2 - common factors

3 - alternative
4 - Handbooks

بهداشت روانی برای کودک و نوجوان کمبودهای بیشتری نیز داشته است.

شیوع بالای اختلال‌های هیجانی، در طول دوره کودکی و نوجوانی با میزان دسترسی مناسب به درمان، منطبق نیست و این عدم انطباق یک نگرانی بزرگ محسوب می‌شود. درحالی که ضعف در مراقبت سلامت روانی برای کودکان و نوجوانان بسیار است، یکی از علل این ضعف دشواری انتشار درمان‌های مبتنی بر شواهد تجربی، برای بالینگران است (آلن، اهرنریچ و بارلو، ۲۰۰۵). میزان همبودی در ابتلای کودکان و نوجوانان به اختلال‌های افسردگی و اضطرابی بین ۲۵ تا ۵۰ درصد در جمعیت عمومی (انگولد، کاستلو و اریکانلی، ۱۹۹۹) و بالای ۷۰ درصد در جمعیت بالینی است (برماهر، رین، ویلیامسون، برنت، کافمن، داهل و دیگران، ۱۹۹۶؛ ویرسینگ، برنت، روزنمن، گنزالز، جفریز، دیکرسون و دیگران، ۲۰۱۷). پژوهش‌ها در سال‌های اخیر نیز حاکی از تایید این همبودی‌ها در جهان و ایران بوده است (روبرتز، بائو، کو، موس، کیم، یی-فریزر و دیگران، ۲۰۲۱؛ محمدی، احمدی، هوشیاری، خالقی، ریسمانیان یزدی، مهرپرور، ۲۰۲۱). نوجوانانی که دارای اختلال‌های همبود افسردگی و اضطرابی هستند، میزان بالاتری از خطر همبودی با سایر اختلال‌های روانپزشکی؛ و کارکرد روانی اجتماعی پایینتری دارند که می‌تواند باعث طولانی شدن دوره درمان (ویربک، مولر، لارسون و انگستروم، ۲۰۲۱) و پاسخ کمتر به درمان در آنها گردد (ویربک، مولر، لارسون و انگستروم، ۲۰۲۱؛ اولندیک، جرت، گرپلز-تاکوچل، هوی و ولف، ۲۰۰۸؛ نیلسون، آیزمن و کورنمو، ۲۰۱۳). مطالعه مروری در ایران، نشان داده است که بسیاری از برنامه‌های رواندرمانی برای نوجوانان ایرانی، فردی و متمرکز بر خودِ نوجوان است و این امر یک چالش مهم در درمان نوجوانان ایرانی با توجه به شرایط فرهنگی و اجتماعی ایران است و پیشنهاد شده است که درمان‌هایی همراه با مداخلات خانواده، در

نوجوانان به کارگرفته شود (صالحزاده، ۱۳۹۲).

برای کاهش محدودیت‌ها و مشکلات مطرح شده در اختلال‌هایی با ویژگی‌های مشترکی، درمان فراتشخیصی راهگشا و مناسب است و در توافقی با درمان‌های فراتشخیصی برای بزرگسالان، این درمان‌ها برای کودکان و نوجوانان نیز گسترش یافته است (بارلو، فارچیون، فیهولم، الارد، بویسو، آلن و اهرنریچ، ۲۰۱۱؛ ضرغامی، حیدری نسب، شعیری و شهرپور، ۲۰۱۴؛ سور-زوالا، گاتنر، فارچیون، بوچر، بولیز و بارلو، ۲۰۱۷؛ کارلسی، ساگینو و بلسامو، ۲۰۲۱؛ کاسیلو-رابینز، سور-زوالا، برودی و بارلو، ۲۰۲۰). نسخه کودک و نوجوان این پروتکل فراتشخیصی یکپارچه^۱ با نسخه بزرگسال آن تفاوت‌هایی در زبان، جلسات والدین، و محتوا دارد (اهرنریچ، روزنفیلد، کوپین، کندی، ریمز و بارلو، ۲۰۱۷). به‌طوریکه، برای کاربرد در نوجوانان یک اصلاح اندک در زبان برای فهم جمعیت نوجوان و راهبردهایی برای تسهیل درک والدین درباره سودمندی راهبردهایی که لازم است پیروی را افزایش دهد، انجام شده است. بر این اساس، دو جلسه ۳۰-۴۰ دقیقه‌ای والدینی به درمان افزوده شد تا مفاهیم درمانی را بهتر درک کنند (اهرنریچ، گلدشتاین، رایت و بارلو، ۲۰۰۹).

اهرنریچ، کندی، شرم، بیلک، بازلا، بنت و بارلو (۲۰۱۸) رویکرد ماژولار^۲ مبتنی بر درمان انفرادی و با قابلیت اجرای گروهی را به‌طور مجزا، برای درمان کودکان^۳ و نوجوانان^۴ برای ۱۲ تا ۲۱ جلسه ارائه و منتشر کرده‌اند که ۸ ماژول اساسی یا اصلی، و یک ماژول اضافی به نام والدین، برای جلوگیری از رفتارهای تربیتی هیجانی، تشدید و تداوم علایم ناشی از آسیب‌های والدینی را دربرگرفته است. کاسیلو-رابینز، سور-زوالا، برودی و بارلو (۲۰۲۰) برخی از عناصر این مداخله را در دانشجویان با حداقل ۱۸ سال سن بررسی کردند،

1 - The Unified Protocol for the Treatment of Emotional Disorders in Youth
2 - Modular approach

3 - The Unified Protocol for the Treatment of Emotional Disorders in child (UP-C)
4 - The Unified Protocol for the Treatment of Emotional Disorders in Adolescents (UP-A)

و بیانگر کاهش اختلالات هیجانی و خشم بوده است. شرمین و اهرنریچ-می (۲۰۲۰) این مداخله را در ۱۶ جلسه، برای نوجوانان ۱۳ تا ۱۷ سال دارای اختلال‌های هیجانی در کاهش عوامل خطر اختلال‌های هیجانی و اضطرابی، مؤثر دانستند. گارسیا-اسکالرا، ولینته، سندین، اهرنریچ-می، پریته و کروت (۲۰۲۰) آن را با ۹ جلسه ۵۵ دقیقه‌ای در گروه‌های ۳۰-۳۲ نفری در نوجوانان مدرسه‌های ۱۲ تا ۱۷ سال و بدون اختلال و برای پیشگیری از اختلال اجرا کردند. در این بررسی مداخلات والدین و مودولار ۵ و بخشی از مودولار ۲ و ۷، حذف شده بودند، و نتایج حاکی از تفاوت معناداری بین گروه مداخله و گروه در انتظار درمان نبوده است. همچنین، یک مطالعه موردی بر روی دختر ۸ ساله دارای اختلال اضطراب جدایی، اضطراب فراگیر و اختلال نافرمانی مقابله‌جویانه توسط گروسمن و اهرنریچ-می (۲۰۲۰) نشان می‌دهد که این مداخله توانسته است هیجان‌های منفی متنوعی از جمله خشم را کاهش دهد. این نسخه جدید تاکنون در ایران بررسی نشده است. اما، کاربرد نسخه کودکان (اهرنریچ-می، کندی، شرمین، بیلک و بارلو، ۲۰۱۸) در ایران توسط ضرغامی، شعیری و شهرپور (۲۰۲۰) در کاهش اختلال‌های اضطرابی و افسردگی همبود مؤثر بوده است.

به دلیل نارسایی‌های موجود در درمان‌ها و نیز تفاوت‌هایی که نوجوانی در آسیب‌شناسی و درمان با سایر دوره‌های تحولی دارد، این پژوهش واجد ضرورت و اهمیت است (آلن و اهرنریچ، ۲۰۰۵؛ اوی و گالوان، ۲۰۲۰؛ اهرنریچ، روزنفلد، کویین، کندی، ریمز و بارلو، ۲۰۱۷؛ بارلو، آلن و کوئت، ۱۹۹۹؛ برماهر، رین، ویلیامسون، برنت، کافمن، داهل و دیگران، ۱۹۹۶؛ صالحزاده، ۲۰۱۲؛ مک‌هاف و بارلو، ۲۰۱۰؛ مک‌کوید، ۲۰۲۱؛ مک‌ایووی، ۲۰۲۱؛ ویرسینگ، برنت، روزنمن، گونزالز، جفریز، دیکرسون و دیگران، ۲۰۱۷؛ واترز، ترسیانا، نومن و کرسک، ۲۰۱۷؛ ویربک،

مولر، لارسون و انگستروم، ۲۰۲۱؛ یانگ و دنگ، ۲۰۲۱). افزون بر این، عدم به‌کارگیری نسخه نوجوانان در نوجوانان ایرانی اهمیت این پژوهش را برجسته می‌سازد؛ در نظر گرفتن تأثیر فرهنگ و قومیت‌های متفاوت بر پدیدایی، آسیب‌شناسی و درمان اختلال‌های روانشناختی در نوجوانان نیازمند واری‌اولیه امکان‌سنجی است و کارآمدی درمان به‌عنوان بخشی از مطالعات امکان‌سنجی در گستره فرهنگی جدید ضرورت دارد (جورجیاداس، پکسرین، رودولف و مریکانگاس، ۲۰۱۸). بر این اساس، مسئله پژوهش حاضر این است که آیا پروتکل یکپارچه برای درمان فراتشخیصی اختلال‌های هیجانی نوجوان، از کارآمدی مناسب برای درمان نوجوانان مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی همبود با افسردگی، برخوردار است یا خیر؟

روش

پژوهش حاضر به‌روش طرح آزمایشی تک‌آزمودنی^۱ از نوع A-B-A بود. طرح‌های پژوهشی تک‌آزمودنی، طرح‌های پژوهشی آزمایشی است که در آن‌ها تنها از یک آزمودنی برای بررسی تأثیر شرایط متغیر مستقل استفاده می‌شود (گراوتر و والنائو، ۲۰۱۱). جامعه این پژوهش دختران نوجوان ۱۳ تا ۱۶ ساله مدارس متوسطه منطقه ۱۲ آموزش و پرورش شهر تهران بود که خود و یکی از والدین آن‌ها به اختلال اضطراب اجتماعی همبود با نشانه‌های افسردگی مبتلا بود. تک‌نمونه پژوهش، با روش نمونه‌برداری در دسترس، از بین دانش‌آموزان داوطلب، از مدرسه دخترانه شهید مطهری تهران به همراه والد (مادر) وی، انتخاب شد. ملاک‌های ورود به پژوهش عبارت بود از: قراردادن در دامنه سنی ۱۳ تا ۱۶ سال، سکونت در شهر تهران، تشخیص اختلال اضطراب اجتماعی بر اساس مصاحبه بالینی اختلال‌های عاطفی و روان‌گسستگی برای کودکان و نوجوانان^۲ (کافمن، بیرماهر، برنت، راو، فلین، موری و دیگران، ۱۹۹۷)، کسب نمره بالاتر از یک انحراف

اعتبار بازآزمایی آن را ۰/۶۸ و اعتبار زیرمقیاسهای آن را با نمره کل مقیاس بین ۰/۶۴ تا ۰/۷۸ گزارش کرده‌اند. همچنین، خزایی، شعیری، عطریفرد، جلالی و حیدرینسب (۲۰۱۴) در ۳۱۱ دانش‌آموز دختر و پسر مقطع تحصیلی دوم و سوم دبیرستان مناطق مختلف تهران، با تحلیل عاملی اکتشافی به چهار عامل (۱) ترس و اجتناب از انتقاد و خجالت کشیدن، (۲) ترس از بروز نشانه‌های جسمانی در موقعیتهای تعاملی، (۳) ترس و اجتناب غریبه‌ها و مراجع قدرت، و (۴) ترس و اجتناب از گردهماییها و مرکز توجه بودن دست یافتند. نتایج بیانگر برآزش مطلوب ساختارهای ۳، ۴ و ۵ عاملی بود اما شاخصهای مدل ۴ عاملی حاصل از تحلیل اکتشافی مطلوبیت بیشتری داشت و نتایج شواهدی برای صحت ساختار عاملی پرسشنامه هراس اجتماعی، در نوجوانان ایرانی ارائه داده است. میانگین نمره دختران نوجوان در بررسی خزایی و دیگران (۲۰۱۴) برابر با ۱۸/۸۴ و انحراف استاندارد ۱۱/۸۶ بود. در این پژوهش، مدل سه عاملی در بزرگسالان برای هماهنگی با دیگر پژوهش‌های بالینی مدنظر قرار گرفته است.

مقیاس افسردگی، اضطراب و تنیدگی

(لوپیانند و لوپیانند، ۱۹۹۵). این مقیاس متشکل از سه زیرمقیاس خودگزارش‌دهی برای اندازه‌گیری حالت‌های هیجانی منفی افسردگی، اضطراب و تنیدگی است و هر زیرمقیاس ۷ ماده دارد. روایی و اعتبار این مقیاس در پژوهش اصغریمقدم و دیگران (۲۰۰۸)، در جمعیت ایرانی بررسی و نتایج تحلیل عاملی اکتشافی ساختار سه عاملی افسردگی، اضطراب و تنیدگی را تایید کرد. اعتبار آن نیز با محاسبه ضرایب همسانی درونی و ضرایب بازآزمایی رضایت بخش بود؛ همبستگیهای بین زیرمقیاس افسردگی در پرسشنامه افسردگی، اضطراب و تنیدگی، با مقیاس افسردگی بک^۱ (۱۹۶۱) و ۰/۶۹ و زیرمقیاس اضطراب با پرسشنامه

بالا‌تر از میانگین در پرسشنامه هراس اجتماعی^۱ (کانور، دیویدسون، چورچیل، شروود، فوا و وسلر، ۲۰۰۰)، دارای نمره بین میانگین تا یک انحراف استاندارد بالا‌تر از میانگین در زیرمقیاس افسردگی از پرسشنامه افسردگی، اضطراب و تنیدگی^۲ (لوپیانند و لوپیانند، ۱۹۹۵) بود. ملاک خروج: ۱. دریافت همزمان درمان روانشناختی و یا دارویی ۲. فکر خودکشی یا دیگرکشی فعال^۳، ۳. تشخیص اولیه اختلال مصرف مواد فعال و یا تشخیص یک اختلال روانگسستگی، ۴. شکست تحصیلی عمده شامل ماندن در یک مقطع تحصیلی در دو سال گذشته بر مبنای پرونده تحصیلی، ۵. دارای والدین روان گسسته با سابقه بستری روانپزشکی در ۶ ماه اخیر، سواد زیر ۹ کلاس، ۶. عدم شرکت در حداقل ۳ پودمان از جلسات. ابزارهای پژوهش عبارت است:

پرسشنامه هراس اجتماعی^۴ (کانور،

دیویدسون، چورچیل، شروود، فوا و وسلر، ۲۰۰۰). این پرسشنامه ۱۷ ماده‌ای به منظور ارزیابی سه بعد اضطراب اجتماعی، دارای ۳ زیرمقیاس ترس^۵ (۶ ماده)، اجتناب^۶ (۷ ماده) و ناراحتی فیزیولوژیک^۷ (۴ ماده) است. افراد بر اساس مقیاس لیکرت پنج درجه‌ای از صفر (به هیچ وجه) تا ۴ (بینهایت) به هر ماده پاسخ می‌دهند. حداقل نمره صفر و حداکثر نمره ۶۸ است. ضریب اعتبار این پرسشنامه به روش بازآزمایی در گروههایی با تشخیص اختلال اضطراب اجتماعی در دامنه ۰/۷۸ تا ۰/۸۹ و همسانیدرونی (آلفای کرونباخ) در گروهی از افراد بهنجار، برای کل مقیاس ۰/۹۴ و برای مقیاسهای فرعی ترس ۰/۸۹، اجتناب ۰/۹۱ و برای زیرمقیاس ناراحتی فیزیولوژیک ۰/۸۰ گزارش شده است (کانور، دیویدسون، چورچیل، شروود، فوا و وسلر، ۲۰۰۰). در ایران، حسنوند عموزاده، باقری و شعیری (۲۰۰۹) ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه را بین ۰/۷۴ تا ۰/۸۹ و

1 - social phobia inventory (SPIN)

2 - Depression, Anxiety and Stress inventory (DASS)

3 - Active suicidal or homicidal ideation

4 - Social Phobia questionnaire

5 - Phobia

6 - avoidance

7 - Physiological distress

8 - Beck Depression Inventory (BDI)

چهار سامانه‌های اضطراب^۱ (FSAQ) کوکسال و پاور (۱۹۹۰)، ۰/۶۲ بوده‌است. نتایج تحلیل عاملی نشان داد مدل سه عاملی (افسردگی، اضطراب و تنیدگی) بهتر از سایر مدل‌ها، توانایی تبیین داده‌های مرا دارد. در کل مدل سه عاملی ۵۴/۰۴ درصد از واریانس را تبیین کرده است. این مقیاس توسط حیدری (۲۰۱۶) در جمعیت نوجوانان ۱۳ تا ۱۸ سال بررسی و مدل دو عاملی و سه عاملی دارای برآزش قابل قبول و مناسبی بوده است و ضرایب آلفای کرونباخ بالاتر از ۰/۷۰ و قابل قبول، و ضرایب بازآزمایی دو هفته‌ای نیز مناسب بوده است. در پژوهش حاضر، زیرمقیاس افسردگی این مقیاس اجرا شد.

سیاهه اختلال‌های عاطفی و روان‌گسستگی^۲ برای کودکان و نوجوانان
^۳ (اندیکوت و اشیپتزر، ۱۹۷۸). این سیاهه یک مصاحبه تشخیصی نیمه ساختاریافته برای کودکان و نوجوانان ۶ تا ۱۸ سال است و نسخه چهارم آن مربوط به تشخیص بر مبنای طبقه‌بندی اختلال‌های روانشناختی بر اساس چهارمین نسخه راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (کافمن، بیرماهر، برنت، راو، فلین، موری و دیگران، ۱۹۹۷) ، و نسخه پنجم آن مربوط به تشخیص بر مبنای پنجمین نسخه راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی است. این ابزار دارای ۳ بخش است که شامل ۱) اطلاعات کلی درباره وضعیت جمعیتشناختی، وضعیت عمومی ارتباط با همسالان، خانواده و مدرسه، ۲) سوالات غربالگری و تعیین معیارهای علایم روانپزشکی خاص و تکمیلی، و

حضور و شدت علایم از طریق ترکیب گزارش بالینگر، والدین و کودک است. اختلال‌های خلقی، روان‌گسستگی، اضطرابی، رفتار مخرب، سوء مصرف مواد، خوردن و تیک توسط این پرسشنامه ارزیابی می‌شود، و ۳) ارزیابی کلی برای تعیین سطح عملکرد کودک در زمان ارزیابی است. لازم است حداقل یک والد سالم که بتواند اطلاعات صحیح درباره کودک ارایه دهد در مصاحبه شرکت کند (کافمن، بیرماهر، برنت، راو، فلین، موری و دیگران، ۱۹۹۷). در ایران، غنیزاده و محمدی (۲۰۰۶) اعتبار نسخه فارسی آن را ۰/۸۱ و اعتبار بین مشاهده‌کنندگان را بر اساس بازآزمایی چهار هفته‌ای، ۰/۶۹ گزارش کردند. در پژوهش حاضر، از نسخه چهارم مصاحبه استفاده شد.

پروتکل فراتشخیصی یکپارچه برای درمان اختلالات هیجانی نوجوانان^۴:
این پروتکل برای درمان اختلال‌های هیجانی نوجوانان و در دو فرم راهنمای درمانگر و کتاب تمرین توسط اهرنریچ و دیگران (۲۰۱۸) طراحی شده است. این نسخه در مطالعه شرم و اهرنریچ (۲۰۲۰) برای کاهش عوامل خطر اختلال‌های هیجانی و اضطرابی، و نیز در مطالعه گروسمن و اهرنریچ-می (۲۰۲۰) برای کاهش خشم مؤثر بوده است. نسخه کودکان آن در ایران توسط زرغامی، شعیری و شهريور (۲۰۲۰) در کاهش اختلال‌های اضطرابی و افسردگی همبود مؤثر بوده است اما نسخه نوجوان آن تاکنون بررسی نشده است. خلاصه پودمانی پروتکل یکپارچه نوجوان در جدول ۱ ارائه شده است.

1 - Four System Anxiety Questionnaire (FSAQ)

2 - Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia (K-SADs-PL)

3 - از آنجایی که ویژگی‌های روانسنجی نسخه پنجم این ابزار در ایران بررسی نشده - تفاوتی نداشته DSM است و نیز، معیارهای اختلال اضطراب اجتماعی در نسخه 4 و 5 است، در بررسی حاضر از نسخه چهارم این ابزار استفاده شده است

4 - The Unified Protocol for the Treatment of Emotional Disorders in Adolescents (UP-A)

جدول ۱

خلاصه مازول‌های پروتکل یکپارچه نوجوانان (اقتباس از اهرنریچمی، کندی، شرمین، بیلک، بازلا، بنت و دیگران، ۲۰۱۸)

پودمان	عنوان	تعداد جلسه	محتوای پودمان
۱	ایجاد انگیزه و حفظ کردن آن	۱ یا ۲	ایجاد رابطه دوستانه با مراجع نوجوان گفت‌وگو در مورد مشکلات کلیدی و هدفگذاری ترغیب نوجوان به تغییر با استفاده از چیزهایی مختلف آموزش هیجان‌های مختلف به او
۲	شناسایی هیجان‌ها و رفتارهای آن	۲ یا ۳	صحبت کردن در مورد هدف هیجان‌ها معرفی سه بخش هر هیجان معرفی چرخه اجتناب و دیگر رفتارهای هیجانی
۳	معرفی آزمایش‌های رفتاری متمرکز بر هیجان	۱ یا ۲	معرفی مفاهیم رفتار متضاد و آزمایش‌های رفتاری متمرکز بر هیجان آموزش چگونگی ثبت سطح هیجان‌ها و فعالیتها به نوجوان انجام آزمایش‌های رفتاری متمرکز بر هیجان برای غمگینی یا دیگر هیجان‌ها
۴	آگاهی از حس‌های بدنی	۱ یا ۲	بررسی ارتباط بین احساس‌های بدنی و هیجان‌های قوی کمک به رشد آگاهی نوجوان از احساس‌های بدنی خود اجرای تمرینهای مواجهه حسی برای کمک به نوجوان در یادگیری تحمل کردن احساس‌های بدنی ناخوشایند
۵	انعطاف‌پذیری در تفکر	۲ یا ۳	رشد توانایی نوجوان برای تفکر انعطاف‌پذیر در مورد موقعیتهای هیجانی معرفی «تله‌های فکری» (یا تحریفهای شناختی) رایج برقراری ارتباط بین فکرها و رفتارها از طریق آموزش تفکر کارآگاهی و مهارتهای حل مسئله
۶	آگاهی از تجربه‌های هیجانی	۱ یا ۲	معرفی و تمرین آگاهی از لحظه حال معرفی و تمرین آگاهی غیرقضاوت‌گراییانه اجرای مواجهه‌های هیجانی کلی، به این صورت که از نوجوان بخواهید در هنگام مواجهه با راهاندازهای هیجانی کلی، مهارتهای آگاهی را تمرین کند.
۷	مواجهه با هیجان‌های موقعیتی	+۲	مرور مهارتهای آموخته شده نوجوان در این درمان بحث درباره منطق مواجهه با هیجان‌های موقعیتی، به عنوان یک نوع آزمایش رفتاری دیگر برای نوجوان. انجام مواجهه با هیجان‌های موقعیتی در طی جلسه و تعیین کردن مواجهه‌های دیگر برای یادگیری خانگی
۸	پیشبرود- حفظ دستاوردهایتان	۱	مرور مهارتها و پیشروی به سوی اهداف طراحی یک برنامه پیشگیری از عود
والدین	تربیت یک نوجوان هیجانی	۱ تا ۳	آگاه کردن والدین از نحوه واکنش نشان دادن به پریشانی نوجوان معرفی چهار رفتار تربیتی هیجانی رایج و رفتارهای تربیتی متضاد آن‌ها (رفتارهای متضاد والدین).

تشخیصی نیمه‌ساختاریافته اختلال‌های عاطفی و روان‌گسستگی کودکان و نوجوانان به مدرسه شهید مطهری دعوت شدند. گام سوم: انتخاب نهایی تک نمونه شرکت کننده در پژوهش، بر اساس ملاک های ورود و خروج، تکمیل پرسشنامه هراس اجتماعی و مصاحبه تشخیصی نیمه‌ساختاریافته و تکمیل فرم رضایت نامه، به طور تصادفی از افراد واجد شرایط که ۵ نفر بودند، انجام شد. چهار نفر دیگر در لیست انتظار قرار گرفتند. گام چهارم: مراحل درمان مبتنی بر پروتکل فراتشخیصی یکپارچه توسط پژوهشگر

به منظور انجام پژوهش گام‌های زیر انجام شده است گام اول: در بین افراد داوطلب در پایه‌های هفتم، هشتم و نهم دبیرستان دخترانه شهید مطهری تهران پرسشنامه‌های هراس اجتماعی و زیرمقیاس افسردگی از مقیاس افسردگی، اضطراب و تئیدی، به همراه فرم رضایت خود و والدین جهت شرکت در پژوهش اجرا شد. گام دوم: افرادی که در زیرمقیاس افسردگی از مقیاس افسردگی، اضطراب و تئیدی و پرسشنامه هراس اجتماعی نمره بالاتر از یک انحراف استاندارد داشتند، برای اجرای مصاحبه

طرح حاضر و تحت نظارت استاد راهنمای طرح، بر روی آزمودنی اجرا شد. نمونه بالینی مورد نظر، در جلسات درمان فراتشخیصی یکپارچه نوجوانان که شامل ۸ پودمان است و هر مازول امکان اجرا در چند جلسه را دارد، شرکت کرد. ابتدای پودمان ۱، پایان پودمان ۴ و پایان پودمان ۸ و نیز دوره پیگیری ۱/۵ ماهه پرسشنامه‌های امکانسنجی، هراس اجتماعی و زیرمقیاس افسردگی از مقیاس افسردگی، اضطراب و تنیدگی، توسط درمانجو و درمانگر تکمیل شد. همچنین، یکی از والدین (مادر) در ۳ جلسه مداخله‌های ویژه والدین (که هر جلسه یک ساعت و حداقل با یک هفته فاصله با جلسه قبل بود) در محل مدرسه ولایت مطهر تهران (جلسات درمان در مدرسه ولایت مطهر تشکیل شد)، شرکت کرد. گام پنجم: استخراج داده‌ها، وارد کردن به برنامه نرم افزاری و سپس، تحلیل نتایج پژوهش توسط روشهای آماری در مطالعات تک آزمودنی، انجام شد.

یافته‌ها

شرکت کننده دختر نوجوان ۱۴ ساله، فرزند اول خانواده، دارای یک برادر ۹ ساله، کلاس نهم، معدل ۱۶/۵۰، ساکن منطقه ۱۲ تهران، با احساس اضطراب اجتماعی شدید، خودانتقادگری بالا، غمگینی، مشکل در شروع خواب، اجتناب از روابط اجتماعی، ترس از موقعیت اجتماعی، حساسیت به طرد، نوعی وسواس در صحبت و نوشتن، ارسال صدا از طریق رسانه‌های الکترونیکی و نظم، بود. تشخیص اولیه بر اساس راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی، اختلال اضطراب اجتماعی و اختلال وسواس فکری- عملی

جدول ۲

موقعیتها و تعداد جلسات هر موقعیت در یک طرح آزمایشی تک آزمودنی

بود و در مصاحبه بالینی، اولویت تشخیصی با اضطراب اجتماعی بود. آزمودنی در ۲۵ جلسه درمان و مادر در ۳ جلسه جداگانه درمانی شرکت داشتند. نمره‌های مراجع در پرسشنامه‌های هراس اجتماعی و زیرمقیاس افسردگی از مقیاس افسردگی، اضطراب و تنیدگی، برای نمره کل در ۲ ارزیابی خط پایه قبل از درمان و جلسه اول درمان، ۲ ارزیابی حین و پایان درمان، و یک ارزیابی ۱/۵ ماهه پیگیری درمان، در جدول ۲ آمده است. همان طور که مشاهده می‌شود، میانه نمره‌های از خط پایه به درمان از ۴۴/۵ به ۳۵/۵ کاهش یافته است و حرکت نزولی اضطراب اجتماعی از مرحله درمان به پیگیری بر اساس شکل ۱، از ۳۵/۵ به ۱۰ بوده است. شکل ۲ و ۳ بیانگر میزان تغییرپذیری خط روند، و محفظه ثبات خط روند است. ۶۶٪ درصد داده‌ها در مرحله درمان در محفظه ثبات قرار دارد و بنابراین بر اساس قانون ۸۰-۲۰ درصدی روند تغییر داده‌ها در مرحله درمان بیش‌تر بوده است. یعنی آهنگ تغییر داده‌ها در جلسات انتهایی درمان بیشتر از ابتدا و اواسط درمان بود. همانطور که در شکل ۳ نشان داده شده است، روند تغییر داده‌ها در موقعیت خط پایه صعودی و در موقعیت درمان نزولی است. تحلیل بین موقعیتی بیانگر جهت رو به افزایش روند اضطراب اجتماعی یا وخیم شدن آن در مرحله خط پایه، و جهت رو به کاهش روند اضطراب اجتماعی یا بهبود آن در مرحله درمان است. تحلیل درون موقعیتی آزمودنی در جدول ۲ ارائه شده است.

خط پایه SPIN

$$44/5 = 51 + 38 \div 2 = \text{میانگین}$$

$$44/5 = 51 + 38 = \text{میانه}$$

$$13 = 51 - 38 = \text{دامنه}$$

$$8/9 = 0/20 \times 44/5 = \text{انحراف استاندارد}$$

$$35/6 \text{ و } 53/4$$

درمان SPIN

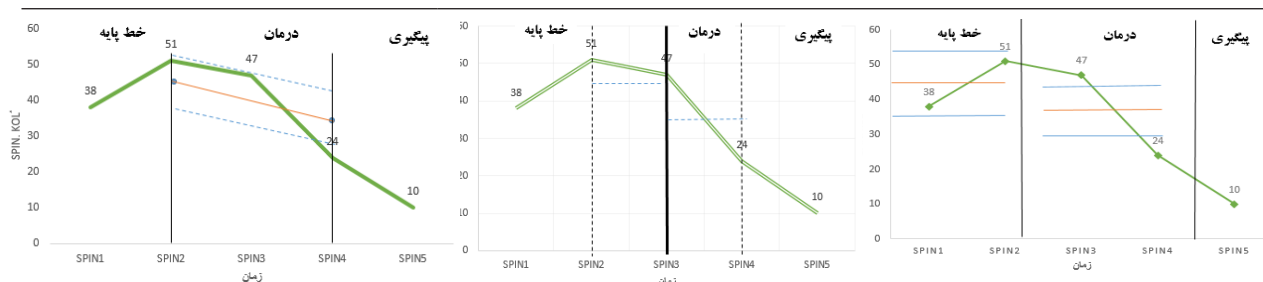
$$35/5 = 47 + 24 \div 2 = \text{میانگین}$$

$$35/5 = 47 + 24 = \text{میانه}$$

$$23 = 47 - 24 = \text{دامنه}$$

$$7/1 = 0/20 \times 35/5 = \text{انحراف استاندارد}$$

$$28/4 \text{ و } 42/6$$



شکل ۳. تحلیل درون موقعیتی: محفظه ثبات خط روند اضطراب اجتماعی

شکل ۲. تحلیل درون موقعیتی اضطراب اجتماعی

شکل ۱. تحلیل درون موقعیتی اضطراب اجتماعی

که در درون جلسات درمان داده‌ها ثبات نداشتند و در اواخر درمان بهبود بیشتری نسبت به اواسط درمان، داشته است. بررسی روند داده‌ها در هر موقعیت به روش محاسبه طراز نسبی و مطلق داده‌ها انجام شده است و بیانگر کاهش اضطراب اجتماعی است (جدول ۳ و ۴).

با توجه به شکل ۱، ۱۰۰ درصد داده‌ها در مرحله خط پایه در درون محفظه ثبات قرار دارند. بنابراین می‌توان گفت با توجه به این که بیش از ۸۰ درصد داده‌ها در این محفظه قرار دارد، داده‌ها در خط پایه باثبات است. داده‌های مرحله درمان در درون محفظه ثبات قرار ندارند و بیانگر آن است

جدول ۳

تحلیل درون موقعیتی: محاسبه طراز نسبی اضطراب اجتماعی

مراحل	مرحله خط پایه	مرحله درمان
میان نیمه اول	۴۱/۲۵	۴۹
میان نیمه دوم	۴۷/۷۵	۳۵/۵
طراز نسبی	+۶/۵	-۱۳/۵
تفسیر طراز نسبی	افزایش اضطراب اجتماعی	کاهش اضطراب اجتماعی

جدول ۴

تحلیل درون موقعیتی: محاسبه طراز مطلق اضطراب اجتماعی

مراحل	مرحله خط پایه	مرحله درمان
اولین داده	۳۸	۴۷
آخرین داده	۵۱	۲۴
طراز مطلق	+۱۳	-۲۳
تفسیر طراز مطلق	افزایش اضطراب اجتماعی	کاهش اضطراب اجتماعی

آمده است. همانطور که ملاحظه می‌شود، نمره کل اضطراب اجتماعی از ۳۸ به ۱۰ کاهش یافته است (جدول ۵).

نمره‌های درمان‌جو در متغیرهای اضطراب اجتماعی، ترس، اجتناب و ناراحتی جسمانی در سه مرحله خط پایه و درمان و پیگیری در جدول ۵

جدول ۵

نمره‌های مراجع در پرسشنامه اضطراب اجتماعی در مرحله خط پایه، جلسات درمان و پیگیری

مرحله سنجش	خط پایه اول (قبل از درمان)	خط پایه دوم (جلسه ۱)	درمان (جلسه ۹)	درمان (جلسه ۲۵)	پیگیری ۱/۵ ماهه
نمره کل اضطراب اجتماعی	۳۸	۵۱	۴۷	۲۴	۱۰
ترس	۱۲	۱۹	۱۵	۹	۴
اجتناب	۱۳	۱۹	۲۰	۹	۴
ناراحتی جسمانی	۱۳	۱۳	۱۲	۶	۲

تحلیل بین موقعیتی متغیر اضطراب اجتماعی
توسط محاسبه تغییر طراز نسبی و مطلق (از ۵۱
به ۴۷) و نیز تغییر طراز میانه و میانگین (از ۴۵/۵
به ۳۵/۵) در جدول ۶ ارائه شده است که بیانگر

کاهش اضطراب اجتماعی و بهبودی درمانجو است. همچنین، درصد داده‌های غیرهمپوش برابر است با ۵۰ و بیانگر کارآمدی متوسط درمان است (جدول ۶).

جدول ۶
متغیرهای تحلیل دیداری درون موقعیتی برای مراجع در آزمون اضطراب اجتماعی

توالی موقعیت	مرحله خط پایه	مرحله درمان
تعداد جلسه	۲	۲
میان	۴۴/۵	۳۵/۵
میانگین	۴۴/۵	۳۵/۵
دامنه تغییرات	۱۳	۲۳
محفظه ثبات	۸/۶	۷/۱
درصد داده‌های محفظه ثبات	۱۰۰	۸/۱۶
دامنه تغییرات محفظه ثبات	با ثبات	متغیر
تغییر طراز نسبی و مطلق	۸۴-۱۵	
تغییر طراز میانه و میانگین	۴۴/۵-۳۵/۵	
جهت	صعودی	نزولی
ثبات روند	با ثبات	با ثبات
تغییر طراز نسبی	از ۶/۵ به ۱۳/۵ -	
تغییر طراز مطلق	از ۱۳ به ۲۳ -	
درصد داده‌های غیر همپوش درمان	۵	
درصد داده‌های همپوش درمان	۵	

پژوهش آزمایشی تک‌آزمودنی حاضر بیانگر کارآمدی پروتکل درمان فراتشخیصی برای اختلال‌های هیجانی نوجوان، بر روی یک نوجوان دختر ۱۴ ساله است. نشانه‌های اضطراب اجتماعی از مرحلهٔ خط پایه به مرحلهٔ درمان کاهش یافته و حرکت نزولی اضطراب اجتماعی از مرحلهٔ درمان تا پیگیری نیز ادامه یافته است. همچنین، میزان تغییرات در انتهای درمان تغییر کاهش بیشتری داشته است. سه دلیل برای این مسئله فرض می‌شود، ابتدا، مراحل درمان در این مراجع به دلیل توصیه پروتکل برای مراجعانی که نیاز به مواجهه‌های بیشتری دارند، با جلوتر آمدن پودمان ۷ که مواجهه با هیجان‌های موقعیتی است جایگزین شده است و در شرکت‌کننده حاضر نیز این امر تحقق یافته

است، اما بیشترین تغییرات در پودمان انعطافپذیری شناختی که در نیمهٔ دوم درمان یعنی بعد از ارزیابی دوم در مداخله اجرا شده است و به گفته درمانجو در جلسه پایانی، پودمان انعطافپذیری شناختی تأثیر بسیار بیشتری از سایر پودمانها در درمانجو داشته است. دوم اینکه، مداخلهٔ مواجهه که به عنوان پودمان چهارم اجرا شده است و اجرای آن تا مرحلهٔ پایان درمان تا حدی ادامه داشته است، مربوط به زمان ارزیابی ۲ است (نیمهٔ درمان) که با توجه به ماهیت اضطراب آورِ مواجهه، در ابتدا باعث افزایش اجتناب و ناراحتی فیزیولوژیک شده است و این اجتناب و ناراحتی فیزیولوژیک، تا انتهای درمان رو به کاهش، بوده است. سوم اینکه، مراجع در نیمهٔ اول مداخلهٔ حاضر، هیجانهای غم زیادی را که ناشی از مرگ پدر بزرگ و فاصلهگیری از دوستی که

علاقه بسیاری به وی داشته، تجربه کرده است. همچنین، به موازات آن غم و خشمی ناشی از تغییرات اجتماعی- سیاسی ایران در شهرپور، مهر و آبان ۱۴۰۱ داشته است که این عوامل در نیمه دوم درمان کاهش بیشتری داشته است. بنابراین، به نظر می‌رسد که دلایل فوق عدم ثبات در پایان روند مداخله را تبیین می‌کند. می‌توان گفت که با وجود متغیرهای مداخله‌گر در طی جلسات نیمه اول، پروتکل یکپارچه برای درمان فراتشخیصی اختلال‌های هیجانی نوجوانان موفقیت خوبی در ادامه و تکمیل ۲۵ جلسه درمان، و کارآمدی در کاهش اضطراب اجتماعی داشته است. همچنین، در مرحله خط پایه اول آزمودنی در خط پایه ۱ به ۲ جهت صعودی داشته است. بنابر گزارش شفاهی مراجع، در ارزیابی ۲ با آرامش بیشتری نشانه‌های اضطراب اجتماعی را افشا کردند. در حالی که قبل از آن سعی در بهتر نشان دادن خود داشته است. نتایج به دست آمده در پژوهش حاضر، همسو با مطالعات در پیشینه پژوهشی فراتحلیل درمان یکپارچه (۲۰۱۱) در اختلال‌های اضطرابی و افسردگی کودک، نوجوان و بزرگسال (کارلسی، ساگینو و بلسامو، ۲۰۲۱)، و با پیشینه پژوهشی درمان یکپارچه فراتشخیصی برای اختلال‌های هیجانی نوجوان (۲۰۱۸) در کاهش اختلالات هیجانی و خشم (کاسیلو-رایینز، سور-زوالا، برودی و بارلو، ۲۰۲۰)، اضطراب جدایی، اضطراب فراگیر و اختلال نافرمانی مقابله‌جویانه (گروسمن و اهرنریچ-می، ۲۰۲۰)، است. بنابراین، می‌توان گفت که نسخه نوجوان پروتکل یکپارچه فراتشخیصی برای اختلال اضطراب اجتماعی در ایران بر اساس مطالعه آزمایشی تک آزمودنی، کارایی داشته است. البته، مطالعه گارسیا-اسکالرا، ولینته، سندین، اهرنریچ-می، پریو و کروت (۲۰۲۰) پروتکل را با ۹ جلسه ۵۵ دقیقه‌ای در گروه‌های ۳۰-۳۲ نفری در بین نوجوانان مدرسه‌ای ۱۲ تا ۱۷ سال و بدون اختلال و برای پیشگیری از اختلال اجرا کردند و مداخلات والدین و پودمان ۵ و بخشی از پودمان

۲ و ۷، حذف شده بودند، و نتایج حاکی از تفاوت معناداری بین گروه مداخله و گروه در انتظار درمان نبوده است، بنابراین، یک ناهم‌سویی با تحقیق حاضر به شمار می‌رود. از دیدگاه نظری، پروتکل یکپارچه (۲۰۱۸) در بررسی حاضر، مبتنی بر نظریه درمانی فراتشخیصی بوده است که مکانیزم‌های اصلی تغییرات هیجانی را هدف قرار داده است (سور-زوالا، گاتنر، فارچیون، بوچر، بولیز و بارلو، ۲۰۱۷). این پروتکل ۸ پودمان درمانی فراتشخیصی را پوشش می‌دهد که ناظر بر راهبردهای ۵ گانه در این درمان هستند (۱. آگاهی هیجانی، ۲. انعطاف پذیری شناختی توسط، چالش با ارزیابی‌های منفی بیش تخمین احتمالی و فاجعه‌انگاری، ۳. اصلاح رفتار مبتنی بر هیجان، ۴. افزایش آگاهی و تحمل احساس بدنی، و ۵. تمرین‌های مواجهه و برانگیختن هیجان بدون اجتناب و رفتار ایمنی) و بدینوسیله، موجب تنظیم اختلال هیجانی اضطرابی و نشانه‌های خلقی شده است. بر این اساس، یافته‌های پژوهش حاضر همسو با مبانی نظری زیربنایی پروتکل یکپارچه بیانگر کاهش اختلال اضطراب اجتماعی در نمونه پژوهشی است. لازم به ذکر است که پژوهش حاضر دارای محدودیت‌هایی از قبیل تک آزمودنی بودن حجم نمونه و انتخاب غیرتصادفی در نمونه‌برداری، دوسوکور نبودن پژوهش است. پیشنهاد می‌شود که پژوهش‌های آتی با درمانجویان بیشتر، جنسیت متفاوت، بررسی‌های مقایسه‌ای، تصادفی و دوسوکور، انجام شود.

منابع

- Abdi, R., Bakshi, A., & Mahmoud Alilou, M. (2012). The efficacy of unified transdiagnostic treatment in reducing the severity of transdiagnostic factors and symptoms of emotional disorders. *Psychological Methods and Models*, 3(13), 1-27. [In Persian]
- Allen, L. B., Ehrenreich-May, J., & Barlow, D. H. (2005). A unified treatment for emotional disorders: Applications with adults and adolescents. *Japanese Journal of Behavior Therapy*, 31, 3-31.
- Angold, A., Costello, E. J., & Erkanli, A. (1999). Co-

- Bilek, E. L., Buzzella, B. A., Bennett, S. M., & Barlow, D. H. (2018). Unified protocols for transdiagnostic treatment of emotional disorders in children and adolescents: *Therapist guide*. New York, NY, US: Oxford University Press.
- Ehrenreich-May, J., Rosenfield, D., Queen, A. H., Kennedy, S. M., Remmes, C. S., & Barlow, D. H. (2017). An initial waitlist-controlled trial of the unified protocol for the treatment of emotional disorders in adolescents. *Journal of Anxiety Disorders*, 46, 46-55.
- Endicott J, spitzer LR. (1978). A diagnostic interview the Schedulc for Affective Disorders and Schizophrenia. *Archives of General Psychiatry* 1978; 35:837-844.
- Garcia-Escalera, J., Valiente, R. M., Sandin, B., Ehrenreich-May, J., Prieto, A., & Chorot, P. (2020). The Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders in Adolescents (UP-A) Adapted as a School-Based Anxiety and Depression Prevention Program: An Initial Cluster Randomized Wait-List-Controlled Trial. *Behavior Therapy*, 51(3), 461-473.
- Georgiades, K., Paksarian, D., Rudolph, K. E., & Merikangas, K. R. (2018). Prevalence of Mental Disorder and Service Use by Immigrant Generation and Race/Ethnicity Among U.S. Adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 57(4), 280-287.
- Ghanizadeh A, Mohammadi MR . (2006). A Psychometric properties of the Farsi translation of the Kiddie schedule for Affective Disorder and Schizophrenia- Present and Lifetime Version. *BioMed Central Psychiatry (BMC Psychiatry)*, 2006;15:6-10. [In Persian]
- Gravetter, F. J. & Wallnau, L. B. (2011). Statistics for the behavioral sciences. cen 9th edition. *Library of Congress Control number*: 2015940372.
- Grossman, R. A., & Ehrenreich-May, J. (2020). Using the Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders With Youth Exhibiting Anger and Irritability. *Cognitive and Behavioral Practice*, 27(2), 184-201. doi:10.1016/j.cbpra.2019.05.004
- Hassanvand Amuzadeh, M., Shairi, M. R. & Bagheri, A. (2009). Checking the validity and reliability of the SPIN social phobia inventory on Iranian non-clinical morbidity. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 40(1), 57-87.
- Asghari Moghadam, M. A., Saed, F., Dibajnia, P. and Zanganeh, J. (2008). Preliminary investigation of validity and reliability of depression, anxiety and stress scales (DASS) in non-clinical samples. *Daneshwar Raftar*, 15(31 (11), 23-38. [In Persian]
- Barlow, D. H. (2001). Clinical handbook of psychological disorders: A step-by-step treatment manual, 3rd ed. New York, NY, US: The Guilford Press.
- Barlow, D. H., Allen, L. B., & Choate, Molly, L. (2004). Toward a unified treatment for emotional disorders. *Behavior Therapy*, 35(2), 205-230.
- Barlow, D. H., Farchione, T. J., Fairholme, C. P., Ellard, K. K., Boisseau, C. L., Allen, L. B., & Ehrenreich-May, J. (2011). Unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: *Therapist guide*. New York, NY, US: Oxford University Press.
- Barlow, D. H., Levitt, J. T., & Bufka, L. F. (1999). The dissemination of empirically supported treatments: a view to the future. *Behaviour, Research and Therapy*, 37 Suppl 1, S147-162.
- Birmaher, B., Ryan, N. D., Williamson, D. E., Brent, D. A., Kaufman, J., Dahl, R. E., Perel, R. E. & Nelson, B. (1996). Childhood and adolescent depression: A review of the past 10 years. Part I. *Journal of the American Academy of Child Adolescent Psychiatry*, 35(11), 1427-1439.
- Cassiello-Robbins, C., Southward, M. W., Tirpak, J. W. & Sauer-Zavala, Sh. (2020). *Clinical psychology review*, volum 78, 101852. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2020.101852>
- Connor, K., Davidson, J., Churchill, L., Sherwood, A., Weisler, R., & Foa, E. (2000). Psychometric properties of the Social Phobia Inventory (SPIN): New self-rating scale. *The British Journal of Psychiatry*, 176(4), 379-386.
- 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 and Family Behavior Therapy*, 31(1), 20-37.
- Ehrenreich-May, J., Kennedy, S. M., Sherman, J. A.,

ture of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour research and therapy*, 33(3), 335 - 343

McEvoy, P. M. (2021). Transdiagnostic Approaches to Mental Disorders. *Reference Module in Neuroscience and Biobehavioral Psychology*: Elsevier.

McHugh, R. K. & Barlow, D. H. (2010). The dissemination and implementation of evidence-based psychological treatments. A review of current efforts. *American Psychology*, 65(2), 73-84. doi:10.1037/a0018121

McQuaid, R. J. (2021). Transdiagnostic biomarker approaches to mental health disorders: Consideration of symptom complexity, comorbidity and context. *Brain, Behavior, & Immunity - Health*, 16, 100303. doi:10.1016/j.bbih.2021.100303.

Mohammadi, R., Nahang, A. A., & Hoseini, M. A. (2020). The Effectiveness of Unified Transdiagnostic Therapy on Self-Concept and Psychological Disorder of the Students with Depression Symptoms. *Quarterly Journal of Child Mental Health*, 6(4), 108-118. [In Persian]

Mohammadi, M. R., Ahmadi, N., Hooshyari, Z., Khaleghi, A., Rismanian Yazdi, F., & Mehrparvar, A. H. (2021). Prevalence, comorbidity, and predictors of obsessive-compulsive disorder in Iranian children and adolescents. *Journal of Psychiatric Research*, 141, 192-198. [In Persian]

Moses, E. B., & Barlow, D. H. (2006). A New Unified Treatment Approach for Emotional Disorders Based on Emotion Science. *Current Directions in Psychological Science*, 15(3), 146-150. doi:10.1111/j.0963-7214.2006.00425.x.

Nathan, P. E., & Gorman, J. M. (2002). *A guide to treatments that work*, 2nd ed. New York, NY, US: Oxford University Press.

Nilsen, T. S., Eisemann, M., & Kvernmo, S. (2013). Predictors and moderators of outcome in child and adolescent anxiety and depression: a systematic review of psychological treatment studies. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 22(2), 69-87. doi:10.1007/s00787-012-0316-3

Ollendick, T. H., Jarrett, M. A., Grills-Tauchel, A. E., Hovey, L. D., & Wolff, J. C. (2008). Comor-

cal samples. Summary of articles of the fifth national seminar on mental health of students. Tehran: *Ministry of Science, Research and Technology*, Student Vice-Chancellor, Shahed University. [In Persian]

Herbert, J. D., Gaudiano, B. A., Rheingold, A. A., Moitra, E., Myers, V. H. Dalrymple, K. L. & Brandma, L. L. (2009). "Cognitive behavior therapy for generalized social anxiety disorder in adolescents: a randomized controlled trial." *Journal of Anxiety Disorder* 23(2): 167-177.

Heydari, T. (2016). Examining the factor structure and other psychometric properties of depression, anxiety and stress scales (DASS-21) for adolescents aged 13 to 18 years in Kermanshah city. Supervisor: Nainian, Mohammad Reza. Master's thesis in psychology, *Shahed University*, Tehran, iran. [In Persian]

Hofmann, S. G., Asnaani, A., Vonk, I. J. J., Sawyer, A. T., & Fang, A2012). The Efficacy of Cognitive Behavioral Therapy: A Review of Meta-analyses. *Cognitive Therapy and Research*, 36(5), 427-440. doi:10.1007/s10608-012-9476-1

Kaufman, J., Birmaher, B., Brent, D., Rao, U., Flynn, C., Moreci, P. & Ryan, D. W. N. (1997). Schedule for affective disorders and schizophrenia for school-age children-present and lifetime version (K-SADS-PL): initial reliability and validity data. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 1997;36(7):980-8.

Khazaei, F., Shoaeri, M. R., Atarifar, M., Jalali, M. R., & Heydari Nasab, L. (2014). Social anxiety questionnaire in adolescents: exploratory and confirmatory factor structure. *Clinical Psychology and Personality (Behavioral Sciences)*, 13(12), 121-132. SID. <https://sid.ir/paper/208771/fa> (in Persian).

Koksal, F., & Power, K. G. (1990). Four Systems Anxiety Questionnaire (FSAQ): a self-report measure of somatic, cognitive, behavioral and feeling components. *Journal of Personality Assessment*. 54(3 & 4): 534-545.

Loerinc, A. G., Meuret, A. E., Twohig, M. P., Rosenfield, D., Bluett, E. J. & Craske, M. G. (2015). "Response rates for CBT for anxiety disorders: Need for standardized criteria." *Clinical Psychology Review* 42: 72-82.

Lovibond, P. F., & Lovibond, S. H. (1995). The struc-

- developmental Cognitive Neuroscience*, 45, 100859.
- Waters, A. M., Theresiana, C., Neumann, D. L., & Craske, M. G. (2017). Developmental differences in aversive conditioning, extinction, and reinstatement: A study with children, adolescents, and adults. *Journal of Experimental Child Psychology*, 159, 263-278. doi:https://doi.org/10.1016/j.jecp.2017.02.012
- Weersing, V. R., Brent, D. A., Rozenman, M. S., Gonzalez, A., Jeffreys, M., Dickerson, J. F., Lynch, F. L., Porta, G. & Iyengar, S. (2017). Brief Behavioral Therapy for Pediatric Anxiety and Depression in Primary Care: A Randomized Clinical Trial. *Journal of Archives of General Psychiatry (JAMA Psychiatry)*, 74(6), 571-578. doi:10.1001/jamapsychiatry.2017.0429.
- Wirback, T., Moller, J., Larsson, J. O., & Engstrom, K. (2021). Social and sex differences in psychiatric comorbidity and psychosocial functioning among adolescents with depression. *Journal of Affective Disorders*, 282, 1132-1142.
- Zarghami, F. (2019). Feasibility and efficiency evaluation of the unified ultra-diagnostic protocol of emotional disorders (UP-C) in reducing the symptoms of children suffering from anxiety disorders and comorbid depression symptoms in Iran. Supervisor: Shairi, Mohammadreza. Doctoral thesis in clinical psychology, *Shahed University*. [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. *Psychological Research*, 22(1), 92. [In Persian]
- Zarghami, F., Heydari Nesab, L., Shairi, M. R. and Shahrivar, Z.. (2014). The effectiveness of cognitive behavioral therapy based on Kendall's coping program on anxiety disorders: a transdiagnostic approach. *Journal of Evolutionary Psychology: Iranian Psychologists*, Year 12, Number 45, 37-49. [In Persian]
- Zhang, L., & Deng, X. (2021). Age-Related Differences in Emotional Conflict Control Between Adolescents and Adults: A Behavioral and ERP Study. *International Journal of Psychophysiology*, 168, S150.
- bidity as a predictor and moderator of treatment outcome in youth with anxiety, affective, attention deficit/hyperactivity disorder, and oppositional/conduct disorders. *Clinical Psychology Review*, 28(8), 1447-1471.
- Osmani, H. & Shukri, L. (2018). The effectiveness of unified transdiagnostic treatment on cognitive regulation of emotion and cognitive empathy of students with externalizing behavior disorder. *Empowerment of exceptional children*, 10(1), 125-136. [In Persian]
- Roberts, A. J., Bao, H., Qu, P., Moss, A., Kim, G., Yi-Frazier, J. P., Pihoker, C. & Malik, F. (2021). Mental health comorbidities in adolescents and young adults with type 2 diabetes. *Journal of Pediatric Nurse*, 61, 280-283. doi:10.1016/j.pedn.2021.07.028
- Salehzadeh, M. (2012). A review of 18 family-focused intervention programs aimed at reducing behavioral disorders in children and adolescents. *National Congress of Child and Adolescent Psychology*, Shahid Beheshti University, period 1. [In Persian]
- Sherman, J. A., & Ehrenreich-May, J. (2020). Changes in risk factors during the unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders in adolescents. *Behavior Therapy*, 51(6), 869-881. https://doi.org/10.1016/j.beth.2019.12.002
- 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).
- Sherman, J. A., & Ehrenreich-May, J. (2020). Changes in Risk Factors During the Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders in Adolescents. *Behavior Therapy*, 51(6), 869-881. doi:10.1016/j.beth.2019.12.002
- Stevenson, J., Mattiske, J. K. & Nixon, R. D. V. (2019). "The effect of a brief online self-compassion versus cognitive restructuring intervention on trait social anxiety." *Behavior Research Therapy*, 123: 103492.
- Uy, J. P. & Galván, A. (2020). Individual differences in accumbens-frontal tract integrity relate to risky decisions under stress in adolescents and adults. *De-*