



The Effectiveness of a Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment on Behavioral Problems in Children with Generalized Anxiety Disorder and Emotional Irritability in Children with Disruptive Mood Dysregulation Disorder Aged 8-10 Years

Shirin Pouladi¹, Mohammad Mehdi Hasanshahi^{2*}, Mohammad Rabiei³, Naser Baghery⁴

1. Department of Psychology, Arsanjan Branch, Islamic Azad University, Arsanjan, Iran

2. Department of Psychology, Arsanjan Branch, Islamic Azad University, Arsanjan, Iran

3. Associate Professor, Department of Consulting, University of Shahrekord, Shahrekord, Iran

4. Department of Psychology, Shahrekord Branch, Islamic Azad University, Shahrekord, Iran

Received: 5 Jun 2023

Accepted: 7 Dec 2023

Abstract

One of the most common mental disorders in childhood is emotional disorders. This study aimed to investigate the effect of Unified Protocol Transdiagnostic treatment on improving the behavioral problems of children with generalized anxiety disorder and emotional irritability of children with disruptive mood disorder. The present study was a single-case experimental design of the multiple baseline design with 6 different subjects (3 children with generalized anxiety disorder and 3 children with disruptive mood dysregulation disorder), which was carried out during 15 treatment sessions and two 2-month follow-up periods. The tools used included the Child's Behavior List parent form (CBCL) (Achenbach & Rescorla, 2001) and the Emotional Irritability Scale (Stringaris et al, 2012). The data were analyzed using the methods of visual drawing in Excel software version 2010, index of stable change, and percentage of improvement. The results showed that the effect of integrated transdiagnostic treatment in reducing the severity of the treatment goals (child behavior list scores and emotional irritability scale) in children with generalized anxiety disorder and disruptive mood dysregulation disorder during the treatment period and after treatment is clinically significant and therapeutic gains were maintained in two 2-month follow-up periods. According to the findings of this research, it can be concluded that transdiagnostic integrated treatment is effective in improving children's emotional disorders (internalization), and therefore, the use of this method is recommended to specialists in this field of treatment.

Keywords: Behavioral Problems, Children, DMDD, Emotional Irritability, GAD, UPC.

* Corresponding Author email: MM.Hasanshahi@iau.ac.ir



Extended Abstract

Introduction

Emotional disorders, characterized by internalizing emotions and mood disturbances (e.g., sadness, fear), significantly impair daily life by compelling unwanted behaviors (Barlow et al., 2011). These issues can escalate to severe problems like social withdrawal and suicidal ideation (Smith, 2018). In children under 13, anxiety (6.6%) is common (Canals et al., 2012). Disruptive Mood Dysregulation Disorder, introduced in DSM-5 (2013), is critical childhood emotional disorder, defined by severe emotional irritability (Brotman et al., 2017). DMDD predicts future anxiety and functional impairments (Vidal-Ribas et al., 2016). While general prevalence is unclear (Sabri, 2022), it affects 22% of children in psychiatric clinics (Benares et al., 2020). Irritability, a core feature of DMDD (APA, 2013) and a common reason for seeking mental health services, is linked to significant functional impairment and negative long-term outcomes (Brænden et al., 2023).

Cognitive-behavioral therapy is an established non-pharmacological treatment for childhood emotional disorders (Freeman et al., 2018). However, high comorbidity among disorders (Garber & Weersing, 2010) presents a challenge for disorder-specific CBT. To address this, transdiagnostic unified treatments have emerged, offering benefits like reduced training costs and improved client satisfaction (Marchette & Weisz, 2017). Meta-analyses support their effectiveness for anxiety and depression in adults (García-Escalera et al., 2016) and children (García-Escalera et al., 2016).

The Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders in Children (UP-C) (Ehrenreich-May et al., 2017) is a promising transdiagnostic intervention, with established efficacy in adults (Sakiris & Berle, 2019; Cassiello-Robbins et al., 2020) and promising results for children's anxiety and depressive symptoms (Ehrenreich-May & Bilek, 2012). Recent meta-analyses confirm its effectiveness (Cassiello-Robbins et al., 2020; Caiado et al., 2022), with numerous studies supporting its efficacy across age groups for anxiety, emotion regulation, and empathy (Kennedy et al., 2019; Løvaas et al., 2019, 2020; Fujisato et al., 2021; Osmani & Shokri, 2019). UP-C is more established than other transdiagnostic treatments (García-Escalera et al., 2016).

This study aimed to adapt and evaluate the feasibility and initial efficacy of an Iranian version of the UP-C for children (8-10 years old) with GAD and DMDD. We hypothesized that participants would show clinically significant improvement in behavioral problems and emotional irritability after treatment and during follow-up. This research is significant due to limited studies on transdiagnostic treatment for anxiety and particularly DMDD in children, especially outside Iran. Specifically, we investigated if UP-C affects: 1) behavioral problems in children with GAD, and 2) emotional irritability in children with DMDD.

Methodology

This study utilized a single-case experimental design with a multiple baseline design, continuously measuring outcomes in six purposefully selected children (8-10 years old) from Shahrekord, Iran. Three

participants had GAD, and three had DMDD. Diagnoses were confirmed via multi-dimensional assessments, including DSM-5 (2013) structured diagnostic interviews, psychiatrist and psychologist evaluations, and parent-reported Child Behavior Checklist and Emotional Irritability Scale.

Measurement Instruments included the Child Behavior Checklist (Achenbach & Rescorla, 2001) for internalizing problems and the Emotional Irritability Scale (Stringaris et al., 2012), a parent-report scale for DMDD-related irritability.

Procedure and Data Analysis: After participant selection and cognitive ability assessment (Raven's Progressive Matrices Test), parents attended a training session on collaboration and scheduling, ensuring informed consent and confidentiality. For baseline, mothers completed questionnaires thrice at 7-day intervals. During intervention, they completed them six times (every three sessions). For follow-up, they completed them twice at 2-month intervals. The UP-C (Ehrenreich-May et al., 2017) was adapted for individual, 15-week, 15 two-hour joint child-parent sessions by the first author, incorporating instruction, play, techniques, and homework. Protocol content was rigorously reviewed and pilot-tested for effective delivery. Data analysis used visual inspection, reliable change index, and clinical significance, employing descriptive statistics, graphing, and percentage of improvement across all phases.

Results and Discussion

At baseline, Child Behavior Checklist subscale scores for all three GAD participants were stable. During the intervention phase, a decreasing trend was observed across all subscales, indicating improvement that stably persisted through the follow-up period. This confirms a positive shift from baseline.

The clinical significance of these changes was notable. Post-intervention, the percentage of improvement for Withdrawal ranged from 50% to 64.7%, Bodily Complaints from 75% to 86.20%, and Anxiety-Depression from 65.51% to 83.33%. Total Internalizing Behavioral Problems improved by 68% to 79.77%. These gains were sustained at follow-up (e.g., Bodily Complaints overall 86.29%). According to Blanchard & Schwars' (1988) classification, the UP-C falls into the "successful treatment" category (>50%) during both intervention and follow-up. This indicates that UP-C effectively reduced GAD symptom severity, with therapeutic gains maintained for four months. These findings align with previous research supporting UP-C's effectiveness for anxiety disorders (Kennedy et al., 2019; Løvaas et al., 2020).

UP-C's effectiveness for GAD in children can be attributed to several factors. First, the protocol integrates techniques like cognitive appraisal, self-regulation, emotional exposure, and body sensation awareness, which have consistently reduced internalizing behavioral problems. Second, UP-C fosters emotional awareness through mindfulness, teaching children that all emotions are normal and necessary, rather than suppressing them. Third, Patients learn to identify triggers, consequences, negative cognitive appraisals, and physical sensations. This skill, directly impacting internalizing behavioral disorders.

For children with DMDD, the UP-C significantly reduced emotional irritability. Baseline scores were stable, followed by a decreasing trend during the intervention and sustained improvements at follow-up. Post-intervention, overall improvement on the Emotional Irritability Scale was 84.7%, maintained at 80.8% at follow-up. This places UP-C in the "successful treatment" category (Blanchard & Schwars, 1988), with parents reporting clear psychological improvement.

While direct comparisons for UP-C's effectiveness in DMDD are limited, its efficacy stems from its cognitive focus on reality-testing cognitive distortions rather than just metacognitive beliefs (Kennedy et al., 2020). UP-C fosters flexible thinking, helping children avoid impulsive responses, leading to significant reductions in core DMDD symptoms like irritability and aggression. Crucially, parent training enabled parents to understand and appropriately respond to their children's emotions, fostering empathy and improving the children's self-monitoring and self-control. These collective changes target DMDD's central symptoms, suggesting UP-C is an effective for children with internalizing emotional disorders.

Conclusion

This study provides strong evidence that the Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment is an effective intervention, yielding valuable and sustained improvements over time for children with internalizing emotional disorders. While further research is always beneficial, we recommend that child therapists consider using this transdiagnostic approach for children presenting with a broad spectrum of internalizing psychopathology.

Author Contributions

The first and second authors contributed equally to all aspects of this research and manuscript preparation.

Conflict of Interest

No organization or institution played a role in financially supporting the present study.

Ethical Considerations

This research has been registered with the ethics code **IR.IAU.A.REC.1400.011** in the National System of Ethics in Biomedical Research.

Acknowledgment and Funding

We extend our sincere gratitude to the children, their families, psychiatrists, and psychologists whose cooperation was essential to the completion of this study.

Publisher: Islamic Azad University, Isfahan Branch



اثربخشی پروتکل یکپارچه درمان فراتشخیصی بر مشکلات رفتاری کودکان دارای اختلال اضطراب فراگیر و تحریک‌پذیری عاطفی کودکان دارای اختلال بی‌نظمی خلق اخلاک‌گر در سنین 8 تا 10 سال

شیرین پولادی¹، محمدمهدی حسن‌شاهی^{2*}، محمد ربیعی³، ناصر باقری⁴

1. دانشجوی دکتری روان‌شناسی، واحد ارسنجان، دانشگاه آزاد اسلامی، ارسنجان، ایران.

2. استادیار گروه روان‌شناسی، واحد ارسنجان، دانشگاه آزاد اسلامی، ارسنجان، ایران.

3. دانشیار گروه مشاوره، دانشگاه شهرکرد، شهرکرد، ایران.

4. استادیار گروه روان‌شناسی، واحد شهرکرد، دانشگاه آزاد اسلامی، شهرکرد، ایران.

پذیرش: 1402/09/16

دریافت: 1402/03/15

چکیده

یکی از رایج‌ترین اختلالات روانی در دوران کودکی، اختلالات هیجانی است. این پژوهش با هدف بررسی تأثیر پروتکل یکپارچه درمان فراتشخیصی بر بهبود مشکلات رفتاری کودکان دارای اختلال اضطراب فراگیر و تحریک‌پذیری عاطفی کودکان دارای اختلال بی‌نظمی خلق اخلاک‌گر انجام شد. این پژوهش یک طرح آزمایشی تک‌موردی از نوع طرح خط پایه چندگانه با 6 آزمودنی متفاوت (3 کودک دارای اختلال اضطراب فراگیر و 3 کودک دارای اختلال بی‌نظمی خلق اخلاک‌گر در محدوده سنی 8 تا 10 سال) بود که طی 15 جلسه درمانی و دو دوره پیگیری 2 ماهه اجرا شد. ابزارهای مورد استفاده شامل سیاهه رفتاری کودک فرم والدین (CBCL) (Achenbach & Rescorla, 2001) و مقیاس تحریک‌پذیری عاطفی (Stringaris et al, 2012) بود. داده‌ها با استفاده از روش‌های ترسیم دیداری در نرم‌افزار اکسل نسخه 2010، شاخص تغییر پایا و درصد بهبودی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. نتایج نشان داد که تأثیر درمان یکپارچه فراتشخیصی در کاهش شدت آماج‌های درمان (نمرات سیاهه رفتاری کودک و مقیاس تحریک‌پذیری عاطفی) در کودکان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر و اختلال بی‌نظمی خلق اخلاک‌گر در طی دوره درمان و پس از درمان، از نظر بالینی معنادار بود و دستاوردهای درمانی در دو دوره 2 ماهه پیگیری حفظ شدند.

واژگان کلیدی: مشکلات رفتاری، تحریک‌پذیری عاطفی، اختلال اضطراب فراگیر، اختلال بی‌نظمی خلق اخلاک‌گر، درمان یکپارچه فراتشخیصی، کودکان 8 تا 10 سال.



مقدمه

اختلالات هیجانی (emotional disorders) نشان‌دهنده یک اختلال اصلی در هیجانات و خلق و خوی درون‌گرا، یعنی غم، احساس گناه، ترس و نگرانی است و گروه گسترده‌ای از اختلالات اضطرابی و خلقی از قبیل اختلال وحشت‌زدگی، اختلال اضطراب اجتماعی، اختلال اضطراب فراگیر، اختلال استرس پس از سانحه، اختلال وسواسی - اجبار عملی و اختلالات افسردگی و خلقی را شامل می‌شود. وجه مشترک اختلالات هیجانی، پاسخ‌دهی هیجانی مفرد و نامتناسب است که توانایی فرد را در داشتن زندگی شاداب و طبیعی مختل می‌کند. در تمامی اختلالات هیجانی، هیجانات نیرومند، شدید و یا ناخوشایندی از جمله اضطراب، وحشت‌زدگی، افسردگی یا ترس تجربه می‌شود، که مانعی در مسیر زندگی فرد هستند و فرد را وادار به انجام کارهایی می‌کنند که نمی‌خواهد انجام دهد (Barlow, Farchione, Fairholme, Ellard, Boisseau et al, 2011). درونی کردن مشکلاتی مانند غم، اندوه و اضطراب می‌تواند باعث شود که مشکلات به بارهای بزرگ‌تری مانند کناره‌گیری اجتماعی، رفتارها یا افکار خودکشی و سایر علائم فیزیکی غیرقابل توضیح تبدیل شوند (DiMaria, 2014). ویژگی‌های رفتاری اضافی اختلالات هیجانی شامل عزت‌نفس ضعیف، رفتارهای خودکشی، پیشرفت تحصیلی ضعیف و کناره‌گیری اجتماعی است (Smith, 2018).

اختلالات اضطرابی، افسردگی و وسواسی - اجبار عملی در کودکان به هیچ وجه نادر نیستند. مطالعات همه‌گیرشناسی در اروپا و ایالات متحده نشان داده است که در بین کودکان زیر 13 سال، شیوع اختلالات اضطرابی، افسردگی و وسواسی - اجبار عملی به ترتیب 6/6٪، 2/7٪ (Bittner, Egger, Erkanli, Costello, Foley et. al, 2007) و 1/8٪ است (Canals, Hernández-Martínez, Cosi & Voltas, 2012). مطالعات نشان می‌دهند اختلالات اضطرابی که با ترس مفرد، اضطراب و ناهنجاری‌های رفتاری مرتبط همراه است، شایع‌ترین اختلالات روانی در دوران کودکی و نوجوانی هستند (Creswell, Waite & Hudson, 2020)، براساس یافته‌ها از هر 10 نفر، یک نفر پیش از 16 سالگی به یکی از اختلالات اضطرابی دچار است و از هر 11 کودک پیش‌دبستانی یک نفر ملاک‌های تشخیصی یک اختلال اضطرابی را در طی یک سال گذشته دارا بوده است (Ghandour, Sherman, Vladutiu, Ali, Lynch et al, 2019). علاوه بر این، اختلالات اضطرابی تمایل به مزمن شدن را نشان می‌دهند و همیشه با عوارض رشدی، روانی اجتماعی و آسیب‌شناختی قابل توجهی مرتبط است. بر اساس آمارها، 60 تا 80 درصد از بزرگسالانی که ملاک‌های تشخیص اختلالات اضطرابی را دریافت می‌کنند، اضطراب بیمارگونه در دوران کودکی و نوجوانی را گزارش می‌دهند (Bhatia & Goyal, 2018). بر همین اساس، پژوهشگران معتقدند اختلالات اضطرابی دوران کودکی نوعی عامل خطر برای ابتلا به اختلالات خلقی (مانند افسردگی)، رفتار مخرب، سوءمصرف مواد، افزایش خطر خودکشی و مصرف الکل به شمار می‌آیند (Barlow, Farchione, Bullis, Gallagher, Murray-Latin et al, 2017). برای مثال (Cohen, Andrews, Davis & Rudolph, 2017) نشان دادند که اضطراب دوران کودکی، اضطراب و افسردگی نوجوانان را پیش‌بینی می‌کند.

یکی دیگر از اختلالات هیجانی دوران کودکی، اختلال بی‌نظمی خلق اختلال‌گر (Disruptive Mood Dysregulation Disorder) است که اولین بار در پنجمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM5, 2013) به رسمیت شناخته شد.

(2013) به عنوان یک اختلال خلقی معرفی شد. ویژگی اصلی این اختلال تحریک پذیری هیجانی (emotional irritability) شدید است که به عنوان افزایش میل به خشم تعریف شده (Brotman, Kircanski, Stringaris, Pine, 2017) و پیش بینی کننده اضطراب، افسردگی و اختلالات عملکردی در زندگی بعدی کودکان است (Vidal-Ribas, Brotman, Valdivieso, Leibenluft & Stringaris, 2016). شیوع اختلال بی نظمی خلق اخلال گر در اکثر گزارش ها نامشخص است و محدود مطالعات موجود نیز در ارزیابی های خود از مصاحبه های تشخیصی معتبر استفاده نکرده اند (Sabri, 2022). با این حال، اختلال بی نظمی خلق اخلال گر در کلینیک های روان پزشکی شایع تر است. 22 درصد از کودکانی که به دلیل اختلالات خلقی به یک کلینیک سرپایی مراجعه داشتند، مبتلا به اختلال بی نظمی خلق اخلال گر بودند (Benarous, Renaud, Breton, Cohen, Labelle et al., 2020). در خدمات بهداشت روانی کودکان، اختلال بی نظمی خلق اخلال گر یکی از شایع ترین اختلالات است (Hansen, Oerbeck, Skirbekk, Petrovski & Kristensen, 2018) و علی رغم اینکه با تحریک پذیری هیجانی مرتبط است، مفهوم تحریک پذیری هیجانی به طور گسترده ای در پژوهش های آسیب شناسی روانی کودکان نادیده گرفته شده است. تحریک پذیری یکی از شایع ترین دلایلی است که خانواده ها به دنبال خدمات بهداشت روان کودک هستند (Evans, Corteselli, Edelman, Scott, Weisz, 2023). تحریک پذیری هیجانی یک احساس ناخوشایند است که با آستانه پایین برای تجربه و نشان دادن خشم تعریف می شود (Brotman, Kircanski & Leibenluft, 2017). تحریک پذیری هیجانی می تواند نشانه ای از سایر اختلالات روانی باشد، اما اختلال بی نظمی خلق اخلال گر تنها تشخیصی است که در آن تحریک پذیری یک ویژگی اصلی و یک معیار تشخیصی لازم است. تحریک پذیری با پیامدهای شدیدی مانند سطوح بالای اختلالات عملکردی، سلامت روانی و جسمی ضعیف (Sorcher, Goldstein, Finsaas, Carlson, Klein et al, 2022)، خودکشی و تداوم اختلال در بزرگسالی مرتبط است (Bränden, Coldevin, Zeiner, Stubberud, & Melinder, 2023).

برای بسیاری از اختلالات هیجانی، برنامه های درمان شناختی - رفتاری ویژه اختلال ایجاد شده است و نشان داده شده است که مؤثر هستند (Crowe & McKay, 2017). بنابراین، درمان شناختی - رفتاری به عنوان یک درمان غیردارویی خط اول برای اختلالات هیجانی دوران کودکی توصیه می شود (Higa-McMillan, Francis, Rith-, Freeman, Benito, Weersing, Rozenman, Maher-Bridge & Campo, 2012 Najarian & Chorpita, 2016 Herren, Kemp, Sung et. al, 2018). دارودرمانی ممکن است برای کودکان مناسب نباشد و علائم اختلالات را تنظیم نکند، زیرا اثربخشی بسیاری از داروهای تایید شده برای بزرگسالان، بر روی کودکان ثابت نشده است. علاوه بر این، برخی از داروهای ضد افسردگی که اغلب برای اختلالات هیجانی دوران کودکی استفاده می شوند، ممکن است باعث ایجاد سندرم فعال سازی activation syndrome، به ویژه در کودکان کوچک تر شوند (Luft, Lamy, DelBello, McNamara & Strawn, 2018). بنابراین، نیاز به درمان شناختی - رفتاری ضروری است. با این حال، همبودی همزمان و متوالی بین اضطراب و افسردگی در کودکان و نوجوانان رایج است (Garber & Weersing, 2010). تمرکز بر درمان شناختی - رفتاری خاص اختلال با همبودی بالای بین اختلالات در تضاد است. برای رسیدگی به این مشکلات عملی، درمان یکپارچه فراتشخیصی، درمان هایی که با استفاده از یک پروتکل به چندین اختلال یا مجموعه مشکلات رسیدگی

می‌کنند، توسعه یافته‌اند و پژوهش‌ها روی این رویکرد متمرکز شده است. نقاط قوت بالقوه رویکردهای یکپارچه فراتشخیصی شامل کاهش هزینه‌های آموزش، افزایش کارایی آموزش، انتشار شیوه‌های مبتنی بر شواهد، نظارت بر درمانگران، بهبود عملکرد درمانگران، افزایش رضایت درمانگر و مراجعه کننده و بهبود تناسب درمان با ویژگی‌های کودکان ارجاع شده است (Marchette & Weisz, 2017). برخی از فراتحلیل‌ها نشان دادند که درمان یکپارچه فراتشخیصی برای جمعیت بزرگسال در کاهش اضطراب و افسردگی با اندازه اثر بزرگ مؤثر است (Newby, García-Escalera, Chorot, Valiente, Reales, & Sandín, McKinnon, Kuyken, Gilbody & Dalgleish, 2015, 2016). اگرچه تعداد مطالعات کم است و نتایج اولیه هستند، اما اندازه اثر متوسط در کودکان و نوجوانان نشان داده شده است (García-Escalera, Chorot, Valiente, Reales, & Sandín, 2016).

پروتکل یکپارچه درمان فراتشخیصی برای درمان اختلالات هیجانی کودکان Unified Protocol for Ehrenreich-May, Kennedy,) Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders in Children (UP-C) (Sherman, Bilek, Buzzella et al, 2017) یکی از درمان‌های یکپارچه فراتشخیصی برای کودکان مبتلا به اختلالات هیجانی است. پروتکل یکپارچه در ابتدا برای بیماران بزرگسال ایجاد شد و اختلال در تنظیم هیجانات و عاطفه منفی را هدف قرار داد (Barlow et al, 2017) و اثربخشی آن به طور کامل نشان داده شده است (Sakiris & Berle, 2019). یک کارآزمایی بالینی (Ehrenreich-May & Cassiello-Robbins, Southward, Tirpak, Sauer-Zavala, 2020) و یک کارآزمایی تصادفی کنترل شده (Kennedy, Bilek, & Ehrenreich-May, 2019) امکان سنجی و کارایی درمان پروتکل یکپارچه فراتشخیصی برای کودکان را با نتایج امیدوارکننده‌ای در رابطه با بهبود علائم اضطراب و افسردگی بررسی کرده‌اند. بر همین اساس طی سال‌های اخیر رغبت به استفاده از درمان فراتشخیصی در درمان اختلالات روانی، از جمله اختلالات اضطرابی کودکان دوچندان شده است. به عنوان مثال (Cassiello-Robbins, 2020) Southward, Tirpak, Sauer-Zavala در یک فراتحلیل در 11 کشور مختلف به این نتیجه رسیدند که درمان فراتشخیصی در درمان اختلالات هیجانی کارآمد است و بیمارانی که این درمان را دریافت کرده بودند، بهبودی معناداری را گزارش کردند. (Caiado, Góis, Pereira, Canavarro, & Moreira, 2022) در بررسی کارآمدی درمان یکپارچه فراتشخیصی برای کودکان پرتغالی، کاهش قابل توجه نشانه‌های اضطراب و افسردگی کودکان و تداوم اثر درمانی را پس از 3 ماه پیگیری گزارش نمودند. در پژوهش دیگری نیز بیمارانی که این درمان را دریافت کرده بودند در مقایسه با گروه کنترل، نه تنها بهبود معنادار و اندازه‌های اثر بزرگتری داشتند، بلکه تداوم اثرات درمانی آنها در دوره پیگیری 6 ماهه نیز بیشتر بود (Talkovsky, Green, Osegueda, & Norton, 2017). پژوهش‌های متعدد نیز گزارش کردند که درمان یکپارچه فراتشخیصی در بهبود علائم اختلالات اضطرابی، تعدیل راهبردهای تنظیم هیجان و همدلی در کودکان، نوجوانان و بزرگسالان کارآمد است (Dear, Staples, Terides, Fogliati, Sheehan et al, 2016)؛ (García-Escalera, Chorot, Valiente, Reales, & Sandín, 2016)؛ (Chu, Crocco, Esseling, Areizaga, Lindner et al, 2016)؛ (Kennedy, Bilek, & Ehrenreich-May, 2019)؛ (Sakiris, & Berle, 2019)؛ (Løvaas, Sund, Lydersen, 2019)؛ (Neumer, Martinsen et al, 2019)؛ (Løvaas, Lydersen, Sund, Neumer, Martinsen et al, 2020)؛ (Fujisato et al, 2021)؛ (Osmani, & Shokri, 2019). اگرچه درمان‌های فراتشخیصی دیگری برای اختلالات هیجانی کودکان

وجود دارد (Essau, Lewinsohn, Weersing et al, 2012؛ Chu, Colognori, Weissman, & Bannon, 2009)، اما آنها نسبت به پروتکل یکپارچه درمان فراتشخیصی برای کودکان کمتر تثبیت شده‌اند و یا سمت و سوی آنها بیشتر به سمت اهداف پیشگیرانه بوده است (García-Escalera et. al, 2016).

ارزیابی پروتکل یکپارچه درمان فراتشخیصی کودکان که دارای راهنمای درمانی است و به طور گسترده برای اختلالات هیجانی کودکان کاربرد دارد، می‌تواند به انتشار این شیوه درمانی مبتنی بر شواهد، در ایران کمک کند. از این رو این مطالعه با هدف توسعه نسخه ایرانی پروتکل یکپارچه درمان فراتشخیصی برای کودکان و بررسی امکان‌سنجی و اثربخشی اولیه آن برای کودکان (8 تا 10 سال) با اختلالات هیجانی (اختلال اضطراب فراگیر و اختلال بی‌نظمی خلقی اختلال‌گر) انجام شد. اثربخشی اولیه با آزمایش این فرضیه ارزیابی شد که شرکت‌کنندگان بعد از درمان (هفته پانزدهم) و دو مرحله پیگیری دو ماهه در مقایسه با قبل از درمان، بهبودی معنادار بالینی، در مشکلات رفتاری و تحریک‌پذیری عاطفی نشان می‌دهند. براین اساس، با توجه به این که پژوهش‌های اندکی در زمینه اثربخشی درمان یکپارچه فراتشخیصی بر اختلالات اضطرابی و به خصوص اختلال بی‌نظمی خلقی اختلال‌گر کودکان انجام شده است و اغلب محل اجرای این پژوهش‌ها نیز خارج از ایران بوده است، این پژوهش با هدف امکان‌سنجی و کارایی اولیه درمان یکپارچه فراتشخیصی در کودکان دارای اختلالات هیجانی انجام شد. این مطالعه بررسی می‌کند که:

- 1) آیا درمان یکپارچه فراتشخیصی کودکان، بر مشکلات رفتاری کودکان دارای اختلال اضطراب فراگیر تأثیر دارد؟
- 2) آیا درمان یکپارچه فراتشخیصی کودکان، بر تحریک‌پذیری عاطفی کودکان دارای اختلال بی‌نظمی خلقی اختلال‌گر تأثیر دارد؟

روش

روش پژوهش، جامعه آماری و نمونه: این پژوهش یک طرح آزمایشی تک موردی از نوع طرح خط پایه چندگانه با آزمودنی‌های متفاوت و سنجش پیوسته بود که طی آن آزمودنی‌ها به ترتیب در مراحل خط پایه، درمان و دو دوره پیگیری (۲ ماهه) شرکت کردند. جامعه آماری این پژوهش را کلیه کودکان 8 تا 10 سال که در محدوده اجرای پژوهش، جهت دریافت مداخلات درمانی به مطب روان‌پزشکان و روان‌شناسان شهرکرد (پروین صفوی، فوق تخصص روان‌پزشکی کودک و نوجوان و مرکز مشاوره تخصصی کودک و نوجوان راه نو) مراجعه کرده بودند، تشکیل داد که از میان آنها 6 کودک (3 کودک دارای اختلال اضطراب فراگیر و 3 کودک دارای اختلال بی‌نظمی خلقی اختلال‌گر) که بر اساس ارزیابی‌های چندبعدی مصاحبه تشخیصی ساختاریافته بر اساس DSM5 (2013)، تشخیص روان‌پزشک و روان‌شناس و فرم والدین سیاهه رفتاری کودک و مقیاس تحریک‌پذیری عاطفی تشخیص قطعی دریافت کرده بودند، به شیوه نمونه‌گیری هدفمند، انتخاب و وارد درمان شدند. ملاک‌های ورود به پژوهش عبارت بودند از: رضایت آگاهانه والدین از حضور در پژوهش، عدم وجود اختلال‌های روان‌پزشکی و نورولوژیکی دیگر، نداشتن عقب‌ماندگی ذهنی و هیچ یک از بیماران در حین دوره پژوهش نباید از دارو استفاده کنند. معیارهای خروج از پژوهش شامل این موارد بود: کودکانی که دارودرمانی یا سایر روان‌درمانی‌های ساختاریافته را قبل از مداخله دریافت کرده بودند، یا والدین در حال برنامه‌ریزی برای دریافت آن در طول مداخله بودند، کودکان و مادران دارای ناتوانی ذهنی یا اختلالات یادگیری که در

درک مطالب مشکل داشتند، کودکان و مادرانی که تعهدنامه شرکت در درمان را تکمیل نکردند و والدین مبتلا به اختلالات جسمی یا شناختی که حمایت از کودک برای آنها دشوار بود. شایان ذکر است که آزمودنی‌های مورد مطالعه از نظر ویژگی‌های جمعیت‌شناختی شامل سن (سنین 8 تا 10 سال)، جنس و تحصیلات (پایه‌های دوم، سوم و چهارم دبستان) هم‌تاسازی شدند.

ابزار سنجش

سیاهه رفتاری کودکان (CBCL): در این پژوهش برای تشخیص مشکلات درونی‌سازی شده از سیاهه رفتاری کودکان (Achenbach & Rescorla) استفاده شد. فرم سیاهه رفتاری کودک (Achenbach & Rescorla, 2001)، برای سنین 6 تا 18 سال توسط والدین و بر اساس وضعیت آزمودنی در 6 ماه گذشته تکمیل می‌شود. قابل ذکر است که در این پژوهش، والدین فقط به 27 جمله مربوط به مشکلات رفتاری درونی‌سازی شده پاسخ دادند. نمره‌دهی پاسخ سؤال‌ها به صورت 0= نادرست، 1= تا حدی، 2= کاملاً یا غالباً درست است. نمونه‌ای از جملات عبارت است از: "از تنهایی شکایت می‌کند" و "زیاد گریه می‌کند". ضریب آلفای کرونباخ برای کل آزمون 0/97 و ضریب بازآزمایی 0/94 گزارش شده است (Achenbach & Rescorla, 2007). در پژوهش Yazdkhasti & Oreyzi (2011) آلفای کرونباخ 0/90 برای نسخه پدر/مادر به دست آمده است که یافته‌ها نشانگر روایی و پایایی خوب این پرسش‌نامه است. لازم به ذکر است که قبل از اجرای این پژوهش، خصوصیات این ابزار، در یک مطالعه مقدماتی مورد بررسی قرار گرفت. جهت بررسی روایی محتوای چهار نسخه از سیاهه رفتاری کودک (فرم والدین)، در اختیار دو نفر روان‌پزشک و دو نفر روان‌شناس بالینی باتجربه قرار گرفت و سیاهه توسط ایشان تأیید شد. همچنین، در این پژوهش، به منظور پایایی آزمون و بررسی ثبات نتایج در طول زمان، سیاهه رفتاری کودک (فرم والدین) با فاصله زمانی دو ماه پس از اجرای آزمون اول، بر روی یک گروه نمونه 40 نفری از والدین کودکان مبتلا به اختلالات درونی‌سازی شده بررسی شد که ضریب آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس‌های گوشه‌گیری 0/71، شکایت‌های بدنی 0/63، اضطراب - افسردگی 0/83 و مشکلات درونی‌سازی شده 84/ و نمره کل مشکلات رفتاری 0/94 به دست آمد.

مقیاس تحریک‌پذیری عاطفی: توسط Stringaris, Goodman, Ferdinando, Razdan, Muhre et. al (2012) برای بررسی تحریک‌پذیری در کودکان و نوجوانان دارای اختلال بی‌نظمی خلق اخلاک‌گر ساخته شد. این مقیاس شامل 7 گویه است. هر گویه یک جمله است که برای آن 3 گزینه «بله=2»، «گاهی اوقات=1»، و «خیر=0» ارائه شده است و در مجموع، نمره فرد از 0 تا 12 است. این آزمون به دو شیوه خودگزارشی و سؤال از والدین ساخته شده است. والدین باید بر اساس این که "در ۶ ماه گذشته فرزندشان در مقایسه با سایر کودکان هم سن، چگونه رفتار و احساس کرده‌اند، پاسخ بدهند. نمونه‌ای از جملات این مقیاس عبارت است از: "به آسانی از دیگران رنجیده و عصبانی می‌شود" و "برای مدت زمان طولانی عصبانی و خشمگین می‌ماند". قابل ذکر است که در یک جمله مجزا از والدین پرسیده می‌شود، "روی هم رفته تحریک‌پذیری باعث مشکلاتی در فرزند شده است" که این جمله به آسیب به دلیل تحریک‌پذیری مشهور است و در نمره‌گذاری محاسبه نمی‌شود. ضریب پایایی این مقیاس را سازندگان با استفاده از

محاسبه آلفای کرونباخ در نمونه آمریکایی 0/88 و در نمونه بریتانیایی 0/90 گزارش کردند. علاوه بر پایایی، با تحلیل روایی همگرا مشخص گردید که پرسش‌نامه مذکور همبستگی معنی‌داری با افسردگی، اضطراب و استرس دارد. به نحوی که (DSM5(2013، فرم بیمارگونه تحریک‌پذیری را جزء اختلالات خلقی طبقه‌بندی کرده است و بیان داشته است که تحریک‌پذیری در اختلالات خلقی، اضطرابی، نافرمانی مقابله‌ای حضور داشته و بر آنها تأثیر می‌گذارد (Copeland, Angold, Costello & Egger, 2013). در پژوهش (Sheybani, Mikaeili & Narimani, 2020) پایایی این مقیاس با استفاده از روش آلفای کرونباخ 0/89 و روایی همگرای آن با افسردگی 0/56 به دست آمد. قابل‌ذکر است، در این پژوهش از نسخه گزارش والدین استفاده شد. همچنین، قبل از اجرای پژوهش و در یک مطالعه مقدماتی پایایی این مقیاس بر روی یک گروه نمونه 40 نفری از مادران کودکان دچار اختلالات درونی‌سازی شده مورد بررسی قرار گرفت که ضرایب پایایی بازآزمایی (بافاصله زمانی دوماهه) 0/86 به‌دست‌آمد.

روش اجرا و تحلیل داده‌ها

جهت اجرای این پژوهش پس از این‌که افراد واجد شرایط با در نظر گرفتن ملاک‌های ورود و خروج انتخاب شدند، آزمون هوش ریون به‌منظور بررسی توانایی شناختی آزمودنی‌ها انجام شد. سپس جلسه هماهنگی و آموزش والدین، جهت انجام همکاری در ارزیابی‌های چندگانه (خط پایه، حین مداخله و پیگیری) مطابق با برنامه تنظیمی و نحوه تشکیل جلسات مداخله و تأیید فرم رضایت از همکاری انجام شد و به آنها درباره آزادی عدم مشارکت در پژوهش، اصول رازداری، محرمانه بودن هویتشان و اطلاعات پرسش‌نامه اطمینان داده شد. برای تعیین خط پایه، مادران کودکان مورد بررسی، پرسش‌نامه‌های پژوهشی را 3 مرتبه در مرحله خط پایه به فاصله زمانی 7 روز، 6 مرتبه در مرحله مداخله به فاصله 3 جلسه یک‌بار و 2 مرتبه در مرحله پیگیری به فاصله زمانی 2 ماه تکمیل کردند. در این پژوهش، از پروتکل یکپارچه درمان فراتشخیصی برای اختلالات هیجانی کودکان که اولین بار روی گروهی از کودکان 7 تا 12 ساله مبتلا به اختلالات هیجانی و والدین آنها اجرا شده بود، استفاده شد (Ehrenreich-May et al, 2017). این پروتکل در 15 جلسه 2 ساعته (جلسات مشترک کودک و والد) و طی 15 هفته به‌صورت جلسات انفرادی و به شیوه آموزش، بازی و انجام تکنیک‌های مربوط، انجام تکالیف خانگی و آموزش مادران توسط نویسنده اول و در مرکز مشاوره (راه‌نو) اجرا شد (لازم به ذکر است که جهت اجرای هرچه کارآمدتر پروتکل درمانی، محتوای هر جلسه درمانی توسط پژوهشگر و یکی از اساتید راهنما مورد بازخوانی، بررسی و اجرای آزمایشی قرار می‌گرفت). خلاصه اهداف جلسات کودکان و والدین در جدول 1 آورده شده است.

بین جلسات حضوری، ارتباط بین والدین و درمانگر به کمک نرم‌افزار واتس‌آپ برقرار بود و تمرین‌های خانگی و سؤالات والدین بررسی می‌شد. به‌این‌ترتیب که پس از تشکیل یک گروه واتس‌آپ برای والدین، هر روز در ساعت مشخصی همه اعضا به بحث در مورد مسائل مطرح‌شده در جلسات حضوری و تکالیف خانگی می‌پرداختند و والدین می‌توانستند با چت خصوصی با درمانگر خود در ارتباط باشند. درمانگر از این طریق روند بهبود و تغییر بیماران را به‌صورت مستمر بررسی می‌کرد.

جدول 1: خلاصه پروتکل یکپارچه درمان فراتشخیصی برای اختلال‌های هیجانی کودکان

جلسه	اهداف گروه کودکان	اهداف گروه والدین
1	برقراری ارتباط بین اعضای گروه و درمانگر، آشنایی با ساختار درمان، شناسایی مشکلات اصلی و آشنایی کودکان با هیجان‌ها.	آشنایی با ساختار درمان، مهارت‌های سرخ، الگوی سه‌بخشی هیجان (فکر، بدن و رفتار)
2	آشنایی با سه بخش تجربه هیجانی، چرخه اجتناب، یادگیری درجه‌بندی شدت هیجان‌ها، شناسایی پاداش‌هایی برای رفتارهای جدید.	آشنایی با رفتارهای تربیتی هیجانی و رفتارهای تربیتی متضاد، بحث درباره تقویت مثبت.
3	یادگیری مفهوم رفتار متضاد، تمرین آزمایش‌های علمی، یادگیری ارتباط بین فعالیت و هیجان.	آشنایی با آزمایش‌های علمی، بحث در مورد روش‌های تقویت کودکان.
4	توصیف مفهوم سرخ‌های بدنی، آموزش مهارت اسکن بدن،	آشنایی با مفهوم بدنی‌سازی، آموزش اسکن بدن، آشنایی با مواجهه حسی و آموزش ابراز همدلی.
5	آشنایی با مفهوم تفکر انعطاف‌پذیر، آموزش تشخیص تله‌های فکری رایج.	آشنایی با انعطاف‌پذیری شناختی و چهار تله فکری رایج، بحث درباره رفتار تربیتی هیجانی بی‌ثباتی.
6	آشنایی با تفکر کارآگاهی و کاربرد تفکر کارآگاهی.	آشنایی با تفکر کارآگاهی، آشنایی با رفتار تربیتی هیجانی بیش کنترل‌گری و بیش حمایت‌گری.
7	آشنایی با حل مسئله و کاربرد حل مسئله.	آشنایی با حل مسئله، بحث در مورد حل مسئله و بحث درباره اطمینان‌طلبی و سازگاری.
8	یادگیری مهارت تجربه کردن هیجان‌ها، آموزش آگاهی از لحظه‌ی حال و آشنایی با آگاهی غیر قضاوت‌گرانه.	بحث درباره‌ی اهمیت یادگیری تجربه‌های هیجانی، آشنایی با آگاهی از لحظه حال.
9	مرور مهارت‌های کارآگاهی هیجان و مفاهیم رفتارهای هیجانی و رفتارهای متضاد، انجام مواجهه، نهایی کردن فرم‌های رفتار هیجانی با کودکان و والدین.	آشنایی با مفهوم مواجهه با هیجان‌های موقعیتی، توضیح نقش والدین در تمرین مواجهه در خانه، آشنایی با رفتار تربیتی الگوسازی افراطی هیجان‌های شدید، اجتناب و رفتار تربیتی متضاد با آن.
10	مرور آزمایش‌های علمی، آشنایی با رفتارهای ایمنی‌بخش و اجتنابی نامحسوس، برنامه‌ریزی برای آزمایش‌های علمی آینده.	مرور مفهوم مواجهه با هیجان موقعیتی، آشنایی با مفهوم رفتارهای ایمنی‌بخش، آشنایی با نردبان هیجان.
11، 12، 13 و 4	برنامه‌ریزی و اجرای اولیه مواجهه در جلسه یازدهم، برنامه‌ریزی و اجرای بیشتر فعالیت‌های مواجهه در جلسه دوازدهم، سیزدهم و چهاردهم.	برنامه‌ریزی و اجرای مواجهه در جلسات یازدهم، دوازدهم، سیزدهم و چهاردهم.
15	مرور مهارت‌های کارآگاهی هیجان آموخته‌شده، برنامه‌ریزی برای روبروشدن با هیجان‌های قوی در آینده، جشن‌گرفتن برای پیشرفت حاصل از برنامه درمانی.	مرور مهارت‌های کارآگاهی هیجان و رفتارهای تربیتی متضاد، بررسی پیشرفت کودک، برنامه‌ریزی برای تداوم بیشتر بعد از پایان درمان، کمک به والدین در تشخیص علایم هشداردهنده عود.

جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از ترسیم دیداری (visual inspection)، شاخص تغییر پایا (reliable change index) و معنی‌داری بالینی (Clinical significance) استفاده شد. به این صورت که داده‌های مربوط به آزمودنی‌ها در سه دوره

پیش از درمان (خط پایه)، مداخله و دو دوره پیگیری، گردآوری و به کمک آمار توصیفی تحلیل گردید. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از تحلیل دیداری (رسم نمودار)، شاخص درصد بهبودی و شاخص تغییر پایا استفاده شد.

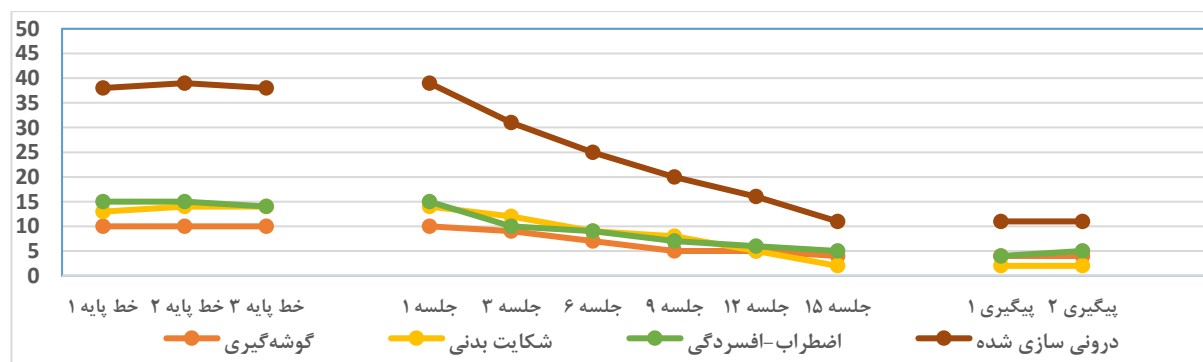
یافته‌ها

در جدول 2 ویژگی‌های جمعیت شناختی آزمودنی‌ها نشان داده شده است. همان‌طور که مشاهده می‌شود، آزمودنی‌های مورد بررسی در محدوده سنی 8، 9 و 10 سال قرار دارند و در هر اختلال دو نفر از آنها پسر و یک نفر دختر است.

جدول 2: ویژگی‌های جمعیت شناختی آزمودنی‌های مورد بررسی

اختلال	آزمودنی	جنسیت	سن	پایه تحصیلی
اختلال اضطراب فراگیر	اول	پسر	8	دوم ابتدایی
	دوم	دختر	9	سوم ابتدایی
	سوم	پسر	10	چهارم ابتدایی
اختلال بی‌نظمی خلق اخلاص‌گر	اول	پسر	8	دوم ابتدایی
	دوم	دختر	9	سوم ابتدایی
	سوم	پسر	10	چهارم ابتدایی

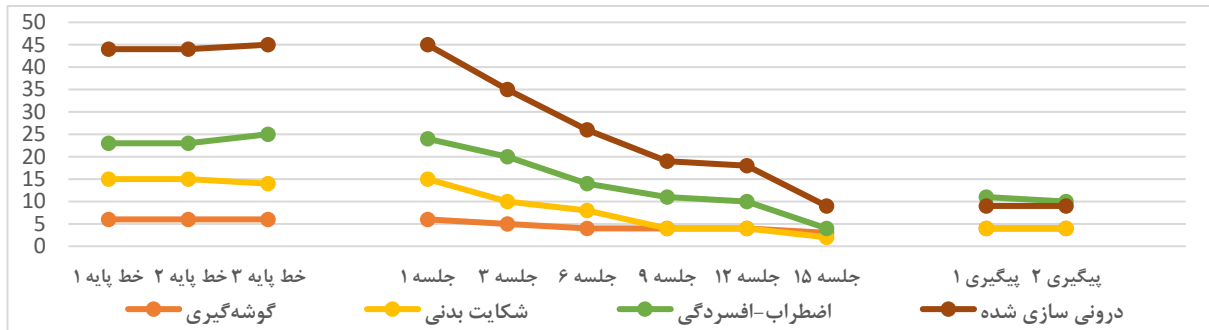
نمودارهای 1، 2 و 3 روند تغییر نمرات آزمودنی‌های دارای اختلال اضطراب فراگیر را در زیرمقیاس‌های سیاهه رفتاری کودک و نمودار شماره 4 روند تغییر نمرات مقیاس تحریک‌پذیری عاطفی آزمودنی‌های دارای اختلال بی‌نظمی خلق اخلاص‌گر را در دوره‌های خط پایه، درمان و پیگیری نشان می‌دهد.



نمودار 1. روند تغییر نمرات اولین آزمودنی دارای اختلال اضطراب فراگیر در زیرمقیاس‌های سیاهه رفتاری کودک

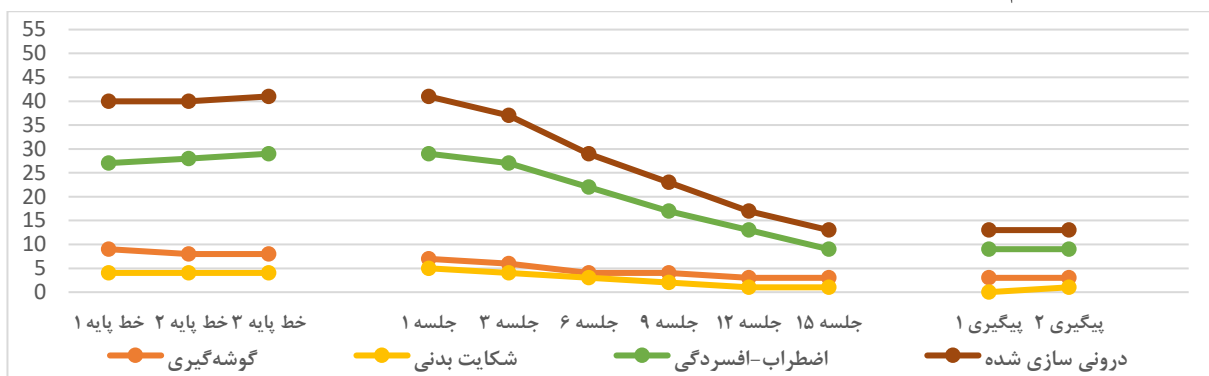
روند تغییر نمرات اولین آزمودنی دارای اختلال اضطراب فراگیر در زیرمقیاس‌های سیاهه رفتاری کودک در نمودار شماره 1 نشان داده شده است. تحلیل درون مرحله‌ای، نشانگر ثبات داده‌ها در خط پایه است که با ثبات کاهشی الگوی داده‌ها و همپوشانی داده‌ها در موقعیت مداخله همراه شده است. بر اساس الگوی ترسیم شده، نمرات آزمودنی اول در زیرمقیاس‌های گوشه‌گیری، شکایات بدنی، اضطراب - افسردگی و مشکلات درونی‌سازی شده به طور یکنواختی کاهش یافته است و تغییرات در سطح در جهت مطلوب و در طول زمان آشکار و مانا است. این تغییرات مثبت در موقعیت پیگیری نیز ادامه یافته است. براین اساس در پاسخ به سؤال اول پژوهش می‌توان نتیجه گرفت که تغییرات رفتاری آزمودنی اول دارای اختلال اضطراب فراگیر در طول موقعیت‌ها، از درمان یکپارچه فراتشخیصی کودکان

به‌دست‌آمده است و نشانگر مؤثر بودن این برنامه درمانی بر بهبود مشکلات رفتاری کودکان دارای اختلال اضطراب فراگیر است.



نمودار 2. روند تغییر نمرات آزمودنی دوم دارای اختلال اضطراب فراگیر در زیرمقیاس‌های سیاهه رفتاری کودک

روند تغییر نمرات دومین آزمودنی دارای اختلال اضطراب فراگیر در زیرمقیاس‌های سیاهه رفتاری کودک، در نمودار شماره 2 آورده شده است. تحلیل درون مرحله‌ای، ثبات داده‌های دومین آزمودنی دارای اختلال اضطراب فراگیر را در موقعیت خط پایه نشان می‌دهد، که باثبات کاهشی الگوی داده‌ها در موقعیت مداخله همراه شده است. بر این اساس تغییرات نمرات گوشه‌گیری، شکایات بدنی، اضطراب - افسردگی و مشکلات درونی‌سازی شده در سطح، در جهت مطلوب و در طول زمان آشکار و مانا بوده است. این نتایج در موقعیت‌های پیگیری اول و دوم نیز استمرار داشته است. از این‌رو در پاسخ به سؤال اول پژوهش می‌توان نتیجه گرفت که درمان یکپارچه فراتشخیصی کودکان، بر بهبود مشکلات رفتاری آزمودنی دوم دارای اختلال اضطراب فراگیر تأثیر داشته است.



نمودار 3. روند تغییر نمرات آزمودنی سوم دارای اختلال اضطراب فراگیر در زیرمقیاس‌های سیاهه رفتاری کودک

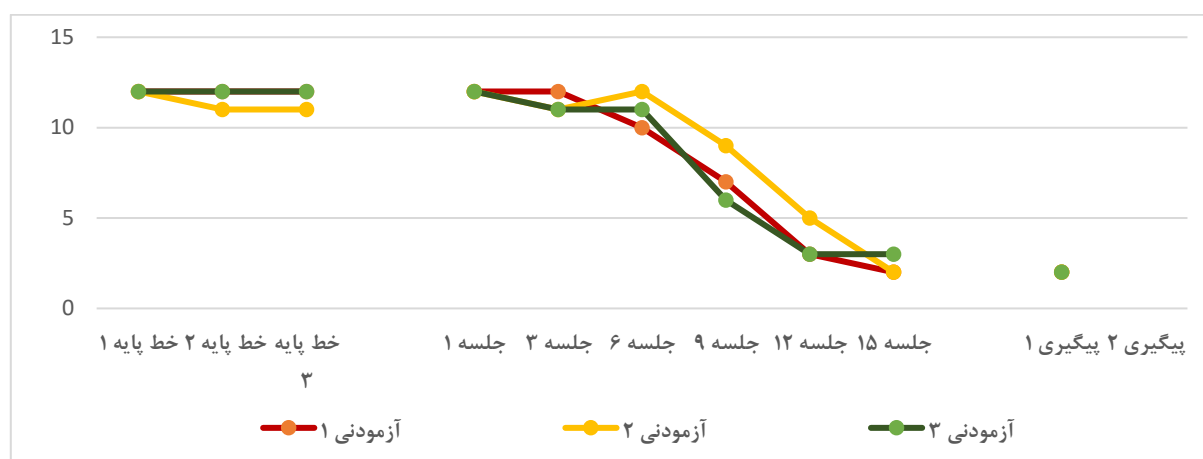
در نمودار 3، ثبات خط پایه آزمودنی سوم دارای اختلال اضطراب فراگیر را در زیرمقیاس‌های سیاهه رفتاری کودک قابل‌مشاهده است. علاوه بر این، نمایش روند تغییرات نمرات آزمودنی سوم، نشان‌دهنده روند مناسب و کاهشی موقعیت‌های مداخله و پیگیری نسبت به خط پایه است. این یافته در پاسخ به سؤال اول پژوهش نشان داد درمان یکپارچه فراتشخیصی کودکان، بر بهبود مشکلات رفتاری آزمودنی سوم دارای اختلال اضطراب فراگیر تأثیر داشته است.

جدول 3: میانه، میانگین، محفظه ثبات، روند، شاخص تغییر پایا و درصد بهبودی دوره‌های خط پایه، مداخله و پیگیری آزمودنی‌های دارای اختلال اضطراب فراگیر در سیاهه رفتاری کودک

شاخص‌های آماری	گوشه‌گیری			شکایات بدنی			اضطراب-افسردگی			درونی‌سازی شده		
	اول	دوم	سوم	اول	دوم	سوم	اول	دوم	سوم	اول	دوم	سوم
تعداد جلسات	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
میانه	10	6	8	13	15	4	15	23	27	38	44	40
میانگین	10	6	8/33	13/5	14/66	4	14/66	23/66	28	38/33	44/33	40/33
جهت روند	هم‌سطح	هم‌سطح	هم‌سطح	هم‌سطح	هم‌سطح	هم‌سطح	هم‌سطح	هم‌سطح	هم‌سطح	هم‌سطح	هم‌سطح	هم‌سطح
تعداد جلسات	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6
میانه	6	4	4	8/5	6	2/5	8	12/5	19/5	22/55	22/5	26
میانگین	6/66	4/33	4/5	8/33	7/16	2/66	8/66	13/83	19/5	23/66	25/33	26/66
دامنه تغییرات	10-4	6-3	7-3	14-2	15-2	5-1	15-5	24-4	29-9	9-11	45-9	41-13
محفظه ثبات	-7/5	3-5	3-5	6-10	-7/5	-3/5	6-10	9-15	-24/5	-27/5	-27/5	-32/5
جهت روند	نزولی	نزولی	نزولی	نزولی	نزولی	نزولی	نزولی	نزولی	نزولی	نزولی	نزولی	نزولی
شاخص تغییر پایا	3/97	1/77	3/66	13/06	12/75	3/4	3/22	7/19	6/44	5/99	8/27	5/66
درصد بهبودی	60%	50%	64/7	85/18	86/20	75%	65/51	83/33	67/85	71/42	79/77	68%
بعد از مداخله												
درصد بهبودی کلی	58/23			82/12			72/21			73		
تعداد جلسات	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
میانه	4	3	3	2	2	0/5	4/5	4	9	11	9	13
میانگین	4	3	3	2	2	0/5	4/5	4	9	11	9	13
دامنه تغییرات	4-4	3-3	3-3	2-2	2-2	0-1	4-5	4-4	9-9	11-11	9-9	13-13
محفظه ثبات	3-5	-	3/75	-2/5	-2/5	-	-5/5	3-5	11/25	13/75	11/25	16/25
جهت روند	2/25	2/25	-	1/5	1/5	0/38	4/5	6/75-	8/25-	6/75-	9/75-	9/75-

شاخص تغییر پایا	3/97	1/77	3/66	13/06	12/75	3/4	3/22	7/19	6/44	5/99	8/27	5/66
درصد بهبودی	60%	50%	64/7	85/18	86/20	87/5	68/96	83/33	67/5	71/42	79/77	57/84
درصد بهبودی کلی پیگیری			58/23	86/29			73/26			69/67		

بر اساس تحلیل‌های آماری جدول شماره 3، نمرات زیرمقیاس‌های مختلف سیاهه رفتاری کودک هر سه آزمودنی دارای اختلال اضطراب فراگیر در موقعیت خط پایه، تغییرپذیری محدودی داشته و روند نمرات آنها، در این موقعیت خط ثابتی را تشکیل داده است. همچنین نمرات زیرمقیاس‌های مختلف آزمودنی‌های مورد بررسی در طول موقعیت مداخله، روند مثبت (کاهشی) را نشان می‌دهد. روند نمرات در موقعیت پیگیری نیز برای هر سه آزمودنی مورد بررسی خطی ثابت بود. براین اساس جهت روند نمرات در خط پایه هم‌سطح و در موقعیت مداخله کاهشی است که بیان‌کننده تغییر مثبت از موقعیت خط پایه به مداخله است. در بررسی معناداری بالینی تغییرات درمانی، درصد بهبودی پس از انجام مداخله در زیرمقیاس گوشه‌گیری برای هر سه آزمودنی به ترتیب (60، 50، 64/7 درصد) با درصد بهبودی کلی (58/23 درصد)، در زیرمقیاس شکایات بدنی (85/18، 86/20، 75 درصد) با درصد بهبودی کلی (82/12 درصد)، در اضطراب - افسردگی (65/51، 83/33، 67/85 درصد) با درصد بهبودی کلی (72/21 درصد) و در نمره کل مشکلات رفتاری درونی‌سازی شده (71/42، 79/77، 68 درصد) با درصد بهبودی کلی (73 درصد) به دست آمد. مقادیر درصد بهبودی پس از پیگیری در زیرمقیاس گوشه‌گیری برای آزمودنی‌های اول، دوم و سوم به ترتیب (60، 50، 64/7 درصد) با درصد بهبودی کلی (58/23 درصد)، در زیرمقیاس شکایات بدنی (85/18، 86/20، 87/5 درصد) با درصد بهبودی کلی (82/12 درصد)، در اضطراب - افسردگی (83/33، 68/96، 67/5 درصد) با درصد بهبودی کلی (72/21 درصد) و در نمره کل مشکلات رفتاری درونی‌سازی شده (71/42، 79/77، 57/84 درصد) با درصد بهبودی کلی (73 درصد) به دست آمد که بر اساس طبقه‌بندی (Blanchard & Schwars, 1988) میزان اثربخشی درمان یکپارچه فراتشخیصی هم در مرحله مداخله و هم در مرحله پیگیری در طبقه درمان موفق (بالا تر از 50 درصد) قرار می‌گیرد. بنابراین باتوجه به نتایج به دست آمده می‌توان در پاسخ به سؤال اول پژوهش بیان کرد که پروتکل یکپارچه درمان فراتشخیصی موجب بهبود مشکلات رفتاری رفتاری کودکان دارای اختلال اضطراب فراگیر شد.



نمودار 4. روند تغییر نمرات آزمودنی‌های اول، دوم و سوم دارای اختلال بی‌نظمی خلق اخلاک‌گر در مقیاس تحریک‌پذیری عاطفی

نمودار 4، روند تغییر نمرات تحریک‌پذیری عاطفی آزمودنی‌های اول، دوم و سوم دارای اختلال بی‌نظمی خلق اخلاک‌گر را در موقعیت‌های خط پایه، مداخله و پیگیری را نشان می‌دهد. نمایش روند تغییرات نمرات آزمودنی‌های مورد بررسی، نشان‌دهنده روند مناسب و کاهش موقعیت‌های مداخله و پیگیری نسبت به خط پایه است که کارایی نسبی درمان یکپارچه فراتشخیصی در بهبود نمرات تحریک‌پذیری عاطفی را نشان می‌دهد. در پاسخ به سؤال دوم پژوهش می‌توان نتیجه گرفت درمان یکپارچه فراتشخیصی بر بهبود تحریک‌پذیری عاطفی کودکان دارای اختلال بی‌نظمی خلق اخلاک‌گر مؤثر است.

جدول 4: میانه، میانگین، محفظه ثبات، روند، شاخص تغییر پایا و درصد بهبودی دوره‌های خط پایه، مداخله و پیگیری آزمودنی‌های دارای اختلال بی‌نظمی خلق اخلاک‌گر در مقیاس تحریک‌پذیری عاطفی

تحریک‌پذیری عاطفی			
مراحل	شاخص‌های آماری	اول	دوم
خط پایه	تعداد جلسه‌ها	3	3
	میانه	12	11
	میانگین	12	11/3
	جهت روند	هم‌سطح	هم‌سطح
مداخله	تعداد جلسه‌ها	6	6
	میانه	8/5	10/5
	میانگین	7/6	8/5
	دامنه تغییرات	2-12	2-12
پیگیری	محفظه ثبات	6/3 - 10/6	7/9 - 13/1
	جهت روند	نزولی	نزولی
	شاخص تغییر پایا	13/5	12/6
	درصد بهبودی مداخله	83/3%	82/3%
درصد بهبودی کل مداخله		82/9%	

تعداد جلسه‌ها	2	2	2
میان‌ه	2	2/5	3
میانگین	2	2/5	3
دامنه تغییرات	2-2	2-3	3-3
محفظه ثبات	1/5 - 2/5	1/9 - 3/1	2/25 - 3/75
شاخص تغییر پایا	13/5	11/9	12/1
درصد بهبودی پیگیری	83/3%	77/9%	75%
درصد بهبودی کل پیگیری		78/7%	

جدول 4، تحلیل‌های آماری برای تعیین میزان اثر درمان یکپارچه فراتشخیصی بر مقیاس تحریک‌پذیری عاطفی را نشان می‌دهد. بر اساس نتایج به‌دست آمده، روند نمرات هر سه آزمودنی دارای اختلال بی‌نظمی خلق اخلاص‌گر در موقعیت خط پایه، تغییرپذیری محدودی داشته و خط ثابتی را تشکیل داده است. در طول موقعیت مداخله نیز نمرات آزمودنی‌ها روند مثبت (کاهش) را نشان می‌دهد که بیان‌کننده تغییر مثبت از موقعیت خط پایه به مداخله است. در بررسی معناداری بالینی تغییرات درمانی، درصد بهبودی پس از انجام مداخله در مقیاس تحریک‌پذیری عاطفی برای این سه آزمودنی به ترتیب (85/7، 84/9، 83/7 درصد) با درصد بهبودی کلی (84/7 درصد) به دست آمد. همچنین مقادیر درصد بهبودی پس از پیگیری برای آزمودنی‌های اول، دوم و سوم به ترتیب (85/7، 81/2، 75/6 درصد) با درصد بهبودی کلی (80/8 درصد) به دست آمد که بر اساس طبقه‌بندی (Blanchard & Schwars, 1988)، میزان اثربخشی پروتکل یکپارچه درمان فراتشخیصی هم در مرحله مداخله و هم در مرحله پیگیری در طبقه درمان موفق (بالاتر از 50 درصد) قرار می‌گیرد. بنابراین با توجه به نتایج به‌دست آمده می‌توان در پاسخ به سؤال دوم پژوهش بیان کرد که درمان یکپارچه فراتشخیصی موجب بهبود علایم اختلال بی‌نظمی خلق اخلاص‌گر در کودکان شد.

بحث و نتیجه‌گیری

این مطالعه با هدف بررسی تأثیر درمان یکپارچه درمان فراتشخیصی برای کودکان دارای اختلالات هیجانی (درونی‌سازی شده) انجام شد. مسئله اساسی پژوهش این بود که پروتکل یکپارچه درمان فراتشخیصی برای کودکان مبتلا به اختلالات هیجانی درونی‌سازی شده (اختلال اضطراب فراگیر و اختلال بی‌نظمی خلق اخلاص‌گر) و والدین آنها، با فقدان عوارض جانبی و رضایت کافی از برنامه قابل اجرا خواهد بود؟ پشتیبانی قوی برای این سؤال یافت شد. در مصاحبه‌های با والدین و کودکان، هیچ عارضه جانبی قابل‌ذکری در طول دوره مداخله و پیگیری مشاهده نشد که نشان دهنده ایمنی بالقوه پروتکل یکپارچه فراتشخیصی است. علاوه بر این، در این مطالعه، حضور آزمودنی‌ها در جلسات درمان کامل بود. همه آزمودنی‌ها و والدین آنها، در حداقل 15 جلسه درمان شرکت کردند و تکالیف درمانی را بر اساس پروتکل خواسته شده اجرا و بازخورد دادند. حضور کامل در مطالعه کنونی از 74٪ گزارش شده در کارآزمایی ایالات متحده (Barlow et al, 2017) فراتر رفت. در مصاحبه‌های انجام شده از کودکان و والدین، رضایت کافی از برنامه و امکان اجرای آن گزارش شد که همسو با سایر کارآزمایی‌ها برای کودکان و والدین (به عنوان مثال

(Lebowitz, Marin, Martino, Shimshoni & Silverman, 2020)، بود. البته ذکر این نکته الزامی است که در محیط درمانی فراتشخیصی تک موردی، درمانگر با یک آزمودنی سر و کار دارد و این امکان وجود دارد که نیازهای کودک به طور نسبتاً کاملی هم در طول جلسات و هم در فواصل زمانی میان جلسات پیگیری برآورده شود و بر همین اساس حضور کامل و انجام تکالیف درمانی جلسات مختلف محقق گردید؛ با این حال، بررسی دقیق رضایت کودکان و والدین در مطالعات گروهی آینده ضروری است.

به طور کلی، این یافته‌ها نشان می‌دهند که پروتکل یکپارچه درمان فراتشخیصی برای کودکان مبتلا به اختلالات هیجانی درونی‌سازی شده و والدین آنها در ایران قابل قبول است. اشاره شده است که دستیابی به تعادل بین انتخاب مداخلات علمی دقیق و یک کارآزمایی فرهنگی هنگام معرفی درمان‌های توسعه یافته در خارج از کشور مهم است (Bernal, Jiménez-Chafey & Domenech Rodríguez, 2009). بنابراین، انطباق پروتکل یکپارچه درمان فراتشخیصی با فرهنگ ایرانی و در قالب درمان موردی موثر بوده است.

سؤال اول پژوهش این بود که آیا درمان یکپارچه فراتشخیصی کودکان، بر مشکلات رفتاری آزمودنی‌های دارای اختلال اضطراب فراگیر تأثیر دارد؟ این سؤال به شدت مورد حمایت قرار گرفت. با توجه به یافته‌های به دست آمده می‌توان استنباط نمود که نمرات هر 3 آزمودنی دچار اختلال اضطراب فراگیر، بعد از مداخله و دو دوره پیگیری 2 ماهه، در زیرمقیاس‌های سیاهه رفتاری کودک، بهبود پیدا کردند. بر اساس یافته‌ها درصد بهبودی پس از انجام مداخله در زیرمقیاس‌های مختلف برای آزمودنی‌های مورد بررسی از 50 تا 86/20 و درصد بهبودی کلی از (58/23 تا 82/12 درصد)، به دست آمد که بر اساس طبقه‌بندی بلانچارد و اسکوارز (Blanchard & Schwars, 1988)، میزان اثربخشی درمان یکپارچه فراتشخیصی هم در مرحله مداخله و هم در مرحله پیگیری در طبقه درمان موفق (بالتر از 50 درصد) قرار می‌گیرد. این نشان می‌دهد که پروتکل یکپارچه درمان فراتشخیصی کودکان توانست شدت کلی اختلال را بهبود بخشد. علاوه بر این، این اثر درمانی در طول دو دوره پیگیری 2 ماه (مجموعاً 4 ماهه) حفظ شد. نتایج به دست آمده از این فرضیه حمایت کردند. نتایج نشان داد که علائم اضطراب فراگیر گزارش شده توسط والدین قبل از درمان تا پیگیری 4 ماهه بهبود یافت. این یافته با حمایت از پروتکل یکپارچه درمان فراتشخیصی اختلالات هیجانی، همسو با پژوهش‌های پیشین (Kennedy, Bilek, & Ehrenreich-May, 2019) و (Løvaas et al, 2020) است که اثربخشی این درمان را بر اختلالات اضطرابی نشان داده‌اند. در تبیین اثربخشی پروتکل یکپارچه درمان فراتشخیصی بر اختلال اضطراب فراگیر کودکان، می‌توان به چند نکته اشاره کرد. اول این که بسیاری از تکنیک‌های به کار برده شده در این پروتکل درمانی، استفاده از راهبردهایی نظیر ارزیابی شناختی، خودکنترلی، افکار مواجهه هیجانی ذهنی و واقعی، آگاهی و کنترل احساس‌های بدنی، پیشگیری و مدیریت پاسخ‌های هیجانی نامطلوب بودند. در مطالعات قبلی، این تکنیک‌ها با نتایج خوبی همراه بوده است و سهم قابل توجهی در کاهش نشانه‌های مشکلات رفتاری درونی‌سازی شده کودکان داشته است. چنین آگاهی از هیجانات و ماهیت آن‌ها به کودکان امنیت لازم را برای رویارویی با موقعیت‌های اضطراب‌زا و کنترل احساسات و تنش‌های جسمانی منفی در زندگی را می‌دهد. نکته دوم اینکه درمان یکپارچه فراتشخیصی، به جای بازداری یا کنترل هیجان‌های منفی به درک ماهیت انطباقی هیجان‌ها و افزایش آگاهی هیجانی با استفاده از

تکنیک‌های ذهن‌آگاهی می‌پردازد و در جلسات درمانی به کودکان آموخته می‌شود که همه عواطف چه مثبت و چه منفی، عادی، مهم و ضروری هستند. هدف، حذف عواطف و هیجان‌ها نیست، بلکه هدف، شناسایی تحمل و کنار آمدن با عواطف منفی است و هیجان‌هایی مانند غم و اضطراب ترسناک نیستند؛ بلکه طبیعی هستند و جنبه بقا دارند. بر همین اساس با یک دیدگاه فراتشخیصی به هیجان‌ها می‌پردازند و یک سطح بالاتر از درمان‌های دیگر در این حیطه است. نکته سوم اینکه درمان فراتشخیصی به عنوان یک درمان هیجان محور تأکید عمده‌ای بر تجربه و پاسخ‌های هیجانی دارد؛ زیرا تلاش برای تنظیم هیجان موجب افزایش و تداوم احساساتی می‌شود که فرد تلاش می‌کند کاهش دهد. در این درمان بیمار یاد می‌گیرد فهم بهتری از تجربه‌های هیجانی خود، شامل برانگیزاننده‌های هیجانی و پیامدهای رفتاری کسب کند و با ارزیابی‌های شناختی منفی از جمله تله‌های فکری و همچنین، احساس‌ها و هیجان‌های جسمی آگاه شود و رفتارهای ناشی از هیجان را شناسایی و اصلاح کند. آگاهی و تحمل احساس‌های جسمی در طی مواجهه درون‌زا را کسب کند و دریافت‌های موقعیتی و درون‌زاد با تجربه‌های هیجانی خود مواجه شود همه این مهارت‌ها با اصلاح عادات تنظیم هیجانی منجر به کاهش شدت دشواری در تنظیم هیجان و برگرداندن هیجان‌ها به سطح کارکردی می‌شود که این عامل تأثیر مستقیمی بر نشانه‌های اختلال‌های رفتاری درونی‌سازی شده دارد.

سؤال دوم پژوهش این بود که آیا درمان یکپارچه فراتشخیصی کودکان، بر تحریک‌پذیری عاطفی کودکان دارای اختلال بی‌نظمی خلق اختلال‌گر تأثیر دارد؟ بر اساس نتایج به دست آمده تغییر علائم اختلال بی‌نظمی خلق اختلال‌گر که توسط والدین گزارش شد، از لحاظ بالینی معنادار بود. به نظر می‌رسد والدین روند تغییر در وضعیت روان‌شناختی فرزندان خود را در طول برنامه مداخله و پس از آن در دوره پیگیری درک کردند. این نشان می‌دهد که پروتکل یکپارچه درمان فراتشخیصی کودکان توانسته است تغییرات قابل آشکاری برای والدین ایجاد کند. در بررسی ادبیات پژوهش، پژوهش‌های مشابهی که به بررسی اثربخشی این شیوه درمانی بر بهبود علائم کودکان دارای اختلال بی‌نظمی خلق اختلال‌گر پرداخته باشند، یافت نشد؛ از این رو مقایسه نتایج این بخش از پژوهش با نتایج پژوهش‌های دیگر مقدور نگردید. در تبیین یافته بدست آمده می‌توان گفت که یکی از دلایل اثربخشی درمان فراتشخیصی این است که این درمان آشکارا در سطح شناختی (سبک پردازش عینی) اتفاق می‌افتد. زیرا به جای تأکید بر چگونگی شکل‌گیری فراشناخت‌واره‌ها و آزمودن آنها، بر واقعیت‌آزمایی شناخت‌واره‌های متداول متمرکز می‌شود. رویکرد درمانی یکپارچه فراتشخیصی عمدتاً شامل بازسازی مجدد واقعه از طریق واقعیت‌آزمایی برخی از باورهای تحریف شده افراد درباره خود و تهدیدآمیز بودن دنیای پیرامون است. این رویکرد، نمونه‌ای از کار در سطح شناختی به شمار می‌رود (Kennedy, Bilek, & Ehrenreich-May, 2019). درمان یکپارچه فراتشخیصی با تغییر نگرش، تفکر منعطف و توانایی دوباره فکرکردن و تفکر کارآگاهی در زمینه پرخاشگری و تحریک‌پذیری، باعث می‌شود که افراد تکانشی به حوادث پاسخ ندهند و میزان تحریک‌پذیری، پرخاشگری و رفتارهای تکانشی آزمودنی‌ها که جزء علائم محوری اختلال بی‌نظمی خلق اختلال‌گر است، به میزان قابل توجهی کاهش پیدا می‌کند و بهبود اختلال را هم در مرحله مداخله درمانی و هم در مراحل پیگیری به دنبال داشته باشد. آموزش‌ها و تمرین‌های انجام شده در این پروتکل درمانی، توجه را به سمت تمرکز روی محرک هدایت کرده و از فرایندهای مختلف مثل تنفس به عنوان لنگری برای ماندن در لحظه اکنون استفاده

می‌کند. این پروتکل درمانی اغلب تمرین‌هایی را آموزش و تسهیل می‌کند که باعث افزایش آگاهی از افکار، هیجانات و حس‌های بدنی و مشاهده تغییرات این سه (افکار، هیجان‌ها و حس‌های بدنی) باگذشت زمان می‌شود. از طرف دیگر، آموزش والدین در این مداخله سبب شد تا آنها با هیجانات و ویژگی‌های آنها آشنا شوند و در موقعیت‌های هیجانی فرزندانشان عکس‌العمل مناسب نشان دهند و همچنین با آگاهی از سبک تربیتی هیجانی و تغییر آن، سبب تقویت نگرش توأم با همدلی و مهربانی برای خود و فرزندانشان شدند و با تدارک طیف وسیع و متنوع تمرین‌های درمان فراتشخیصی، کمک شایانی به توانایی‌های خود نظارتی و خودکنترلی کردند. مجموع این تغییرات می‌تواند نشانه‌های مرکزی اختلال بی‌نظمی خلق‌اخلاق‌گر را مورد هدف قرار داده و کودک با تمرین مستمر به‌ویژه با همراهی والدین، آنها را درونی‌سازی کرده و منجر به بهبود علائم اختلال بی‌نظمی خلق‌اخلاق‌گر شود. در مجموع باتوجه‌به نتایج این پژوهش می‌توان نتیجه‌گیری کرد که درمان یکپارچه فراتشخیصی، یک درمان مؤثر، مقرون‌به‌صرفه و بدون عوارض جانبی برای اختلالات هیجانی (درونی‌سازی) کودکان است.

این پژوهش، اطمینان حاصل می‌کند که پروتکل یکپارچه درمان فراتشخیصی یک پروتکل کارآمد باارزش و باثبات دستاوردها در طول زمان است. درحالی‌که به نظر می‌رسد همچنان پژوهش‌های بیشتری موردنیاز است. اما نتایج نشان داد این شیوه برای روان‌درمانگران، یک درمان منعطف و ارزشمند است؛ بنابراین پیشنهاد می‌شود درمانگران کودک از این درمان برای کودکانی که طیف وسیعی از آسیب‌شناسی‌های روانی را درونی می‌کنند، استفاده کنند. همچنین، این مطالعه بر روی کودکان مراجعه‌کننده به مطب روان‌پزشکان و روان‌شناسان در یک منطقه شهری انجام شد. به این ترتیب، مشخص نیست که آیا نتایج مشابهی در مناطق دیگر به دست می‌آید یا خیر. بنابراین ما انجام مطالعات چند مرکزی در محیط‌های مختلف، با نمونه‌های بزرگ‌تر را در آینده پیشنهاد می‌کنیم. همچنین این پژوهش بر روی کودکان 8 تا 10 سال انجام شد، پیشنهاد می‌شود با توجه به دستورالعمل پروتکل یکپارچه درمان فراتشخیصی کودکان، مداخله بر روی کودکان 7، 11 و 12 سال هم اجرا شود.

تشکر و قدردانی

با سپاس از کودکان و خانواده کودکان که در این پژوهش شرکت نمودند و همچنین اساتید گرامی، روان‌پزشکان و روان‌شناسان همکار که بدون همکاری آنان انجام این پژوهش میسر نبود.

ملاحظات اخلاقی

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

References

Achenbach TM, Rescorla LA. (2007). *Multicultural Understanding of Child and Adolescent Psychopathology: Implications for Mental Health Assessment*. New York: Guilford Press.

- Achenbach, T.M. and Rescorla, L. A. (2001). Manual for the ASEBA School-Age Forms and Profiles. Burlington.VT, the University of Vermont, Research Center for Children, Youth and Families.
- American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5 nd ed). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Barlow, D. H., Farchione, T. J., Bullis, J. R., Gallagher, M. W., Murray-Latin, H., Sauer-Zavala, S., ... & Cassiello-Robbins, C. (2017). The unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders compared with diagnosis-specific protocols for anxiety disorders: A randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry*, 74(9), 875-884.
- Barlow, D. H., Farchione, T. J., Fairholme, C. P., Ellard, K. K., Boisseau, C. L., & Allen, L. B. (2011). *The unified protocol for trans diagnostic treatment of emotional disorders: Therapist guide. Therapist guide*. New York: Oxford University Press.
- Barlow, D. H., Farchione, T. J., Sauer-Zavala, S., Latin, H. M., Ellard, K. K., Bullis, J. R., et al. (2017). *Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders: Therapist Guide*. New York, NY: Oxford University Press.
- Benarous, X., Renaud, J., Breton, J. J., Cohen, D., Labelle, R., & Guilé, J. M. (2020). Are youths with disruptive mood dysregulation disorder different from youths with major depressive disorder or persistent depressive disorder? *Journal of Affective Disorders*, 265, 207-215.
- Bernal, G., Jiménez-Chafey, M. I., and Domenech Rodríguez, M. M. (2009). Cultural adaptation of treatments: a resource for considering culture in evidence-based practice. *Prof. Psychol.* 40, 361–368.
- Bhatia, M. S., & Goyal, A. (2018). Anxiety disorders in children and adolescents: Need for early detection. *Journal of postgraduate medicine*, 64(2), 75.
- Bittner, A., Egger, H. L., Erkanli, A., Costello, E. J., Foley, D. L., and Angold, A. (2007). What do childhood anxiety disorders predict? *J. Child Psychol. Psychiatry* 48, 1174–1183.
- Blanchard, E. B., & Schwarz, S. P. (1988). Clinically significant changes in behavioral medicine. *Behavioral Assessment*.
- Brænden, A., Coldevin, M., Zeiner, P., Stubberud, J., & Melinder, A. (2023). Executive function in children with disruptive mood dysregulation disorder compared to attention-deficit/hyperactivity disorder and oppositional defiant disorder, and in children with different irritability levels. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 1-11.
- Brotman, M. A., Kircanski, K., Stringaris, A., Pine, D. S., & Leibenluft, E. (2017). Irritability in youths: a translational model. *American Journal of Psychiatry*, 174(6), 520-532.
- Brotman, M. A., Kircanski, K., & Leibenluft, E. (2017). Irritability in children and adolescents. *Annual Review of Clinical Psychology*, 13, 317-341.
- Caiado, B., Góis, A., Pereira, B., Canavarro, M. C., & Moreira, H. (2022). The Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders in Children (UP-C) in Portugal: Feasibility Study Results. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(3), 1782.
- Cassiello-Robbins, C., Southward, M. W., Tirpak, J. W., & Sauer-Zavala, S. (2020). A systematic review of Unified Protocol applications with adult populations: Facilitating widespread dissemination via adaptability. *Clinical Psychology Review*, 78, 101852.
- Canals, J., Hernández-Martínez, C., Cosí, S., and Voltas, N. (2012). The epidemiology of obsessive–compulsive disorder in Spanish school children. *J. Anxiety Disord.* 26, 746–752.
- Chu, B. C., Colognori, D., Weissman, A. S., & Bannon, K. (2009). An initial description and pilot of group behavioral activation therapy for anxious and depressed youth. *Cognitive and Behavioral Practice*, 16(4), 408-419.
- Chu, B. C., Crocco, S. T., Esseling, P., Areizaga, M. J., Lindner, A. M., & Skriner, L. C. (2016). Transdiagnostic group behavioral activation and exposure therapy for youth anxiety and depression: Initial randomized controlled trial. *Behaviour research and therapy*, 76, 65-75.
- Cohen, J. R., Andrews, A. R., Davis, M. M., and Rudolph, K. D. (2018). Anxiety and depression during childhood and adolescence: testing theoretical models of continuity and discontinuity. *J. Abnorm. Child Psychol.* 46, 1295–1308.

- Copeland, W. E., Angold, A., Costello, E. J., & Egger, H. (2013). Prevalence, comorbidity, and correlates of DSM-5 proposed disruptive mood dysregulation disorder. *American Journal of Psychiatry*, 170(2), 173-179.
- Creswell, C., Waite, P., & Hudson, J. (2020). Practitioner Review: Anxiety disorders in children and young people—assessment and treatment. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 61(6), 628-643.
- Crowe, K., and McKay, D. (2017). Efficacy of cognitive-behavioral therapy for childhood anxiety and depression. *J. Anxiety Disord.* 49, 76–87.
- Dear, B. F., Staples, L. G., Terides, M. D., Fogliati, V. J., Sheehan, J., Johnston, L., ... & Titov, N. (2016). Transdiagnostic versus disorder-specific and clinician-guided versus self-guided internet-delivered treatment for Social Anxiety Disorder and comorbid disorders: A randomized controlled trial. *Journal of Anxiety Disorders*, 42, 30-44.
- DiMaria, L. (2014). Internalizing behaviors and depression. Retrieved 17 March 2018, from <http://about.com>.
- 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., et al. (2017). *Unified Protocols for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders in Children and Adolescents: Therapist Guide*. New York, NY: Oxford University Press.
- Essau, C., Lewinsohn, P., Olaya, B., & Seeley, J. (2014). Anxiety disorders in adolescents and psychosocial outcomes at age 30. *Journal of Affective Disorders*, 163, 125-132.
- Evans, S. C., Corteselli, K. A., Edelman, A., Scott, H., & Weisz, J. R. (2023). Is irritability a top problem in youth mental health care? A multi-informant, multi-method investigation. *Child Psychiatry & Human Development*, 54(4), 1027-1041.
- Freeman, J., Benito, K., Herren, J., Kemp, J., Sung, J., Georgiadis, C., et al. (2018). Evidence base update of psychosocial treatments for pediatric obsessive-compulsive disorder: evaluating, improving, and transporting what works. *J. Clin. Child Adolesc. Psychol.* 47, 669–698.
- Fujisato, H., Kato, N., Namatame, H., Ito, M., Usami, M., Nomura, T., ... & Horikoshi, M. (2021). The Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders Among Japanese Children: A Pilot Study. *Frontiers in Psychology*, 12.
- Garber, J., and Weersing, V. R. (2010). Comorbidity of anxiety and depression in youth: implications for treatment and prevention. *Clin. Psychol.* 17, 293–306.
- García-Escalera, J., Chorot, P., Valiente, R. M., Reales, J. M., & Sandín, B. (2016). Efficacy of transdiagnostic cognitive-behavioral therapy for anxiety and depression in adults, children and adolescents: A meta-analysis. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 21(3), 147-175.
- Ghandour, R. M., Sherman, L. J., Vladutiu, C. J., Ali, M. M., Lynch, S. E., Bitsko, R. H., & Blumberg, S. J. (2019). Prevalence and treatment of depression, anxiety, and conduct problems in US children. *The Journal of pediatrics*, 206, 256-267.
- Hansen, B. H., Oerbeck, B., Skirbekk, B., Petrovski, B. É., & Kristensen, H. (2018). Neurodevelopmental disorders: prevalence and comorbidity in children referred to mental health services. *Nordic Journal of Psychiatry*, 72(4), 285-291.
- Higa-McMillan, C. K., Francis, S. E., Rith-Najarian, L., and Chorpita, B. F. (2016). Evidence base update: 50 years of research on treatment for child and adolescent anxiety. *J. Clin. Child Adolesc. Psychol.* 45, 91–113.
- Kennedy, S. M., Bilek, E. L., & Ehrenreich-May, J. (2019). A randomized controlled pilot trial of the unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders in children. *Behavior modification*, 43(3), 330-360.
- Lebowitz, E. R., Marin, C., Martino, A., Shimshoni, Y., and Silverman, W. K. (2020). Parent-based treatment as efficacious as cognitive-behavioral therapy for childhood anxiety: a randomized noninferiority study of supportive parenting for anxious childhood emotions. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry* 59, 362–372.

- Lovaas, M. E. S., Sund, A. M., Lydersen, S., Neumer, S. P., Martinsen, K., Holen, S., & Reinfjell, T. (2019). Does the transdiagnostic EMOTION intervention improve emotion regulation skills in children? *Journal of Child and Family Studies*, 28(3), 805-813.
- Løvaas, M. E. S., Lydersen, S., Sund, A. M., Neumer, S. P., Martinsen, K. D., Holen, S., ... & Reinfjell, T. (2020). A 12-month follow-up of a transdiagnostic indicated prevention of internalizing symptoms in school-aged children: the results from the EMOTION study. *Child and adolescent psychiatry and mental health*, 14, 1-13.
- Luft, M. J., Lamy, M., DelBello, M. P., McNamara, R. K., and Strawn, J. R. (2018). Antidepressant-induced activation in children and adolescents: risk, recognition and management. *Curr. Probl. Pediatr. Adolesc. Health Care* 48, 50–62.
- Marchette, L. K., and Weisz, J. R. (2017). Practitioner review: empirical evolution of youth psychotherapy toward transdiagnostic approaches. *J. Child Psychol. Psychiatry* 58, 970–984. doi: 10.1111/jcpp.12747
- Newby, J. M., McKinnon, A., Kuyken, W., Gilbody, S., and Dalgleish, T. (2015). Systematic review and meta-analysis of transdiagnostic psychological treatments for anxiety and depressive disorders in adulthood. *Clin. Psychol. Rev.* 40, 91–110.
- Osmani, H., & Shokri, L (2019). Effectiveness of unified trans-diagnostic treatment on emotion's cognitive regulation and cognitive empathy of students with externalized behavior disorder, *Journal of Empowering Exceptional Children*, 10(1), 125-136. [Persian]
- Sabri, Y. (2022). Diagnosis of disruptive mood dysregulation disorder in offsprings of bipolar parents. *Middle East Current Psychiatry*, 29(1), 1-7.
- Sakiris, N., & Berle, D. (2019). A systematic review and meta-analysis of the Unified Protocol as a transdiagnostic emotion regulation-based intervention. *Clinical psychology review*, 72, 101751.
- Sheybani, H., Mikaeili, M., & Narimani, M (2020). The effectiveness of Cognitive-behavioral Therapy and Emotion Regulation Training on Irritability, Depression, anxiety, and emotion regulation in adolescents with Disruptive Mood Dysregulation Disorder, *Journal of clinical psychology*, 12(2), 41-50. [Persian]
- Smith, D.D. (2018). Emotional or behavioral disorders are defined. Available from [https:// www.education.com](https://www.education.com).
- Sorcher, L. K., Goldstein, B. L., Finsaas, M. C., Carlson, G. A., Klein, D. N., & Dougherty, L. R. (2022). Preschool irritability predicts adolescent psychopathology and functional impairment: A 12-year prospective study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 61(4), 554-564.
- Stringaris, A., Goodman, R., Ferdinando, S., Razdan, V., Muhrer, E., Leibenluft, E., & Brotman, M. A. (2012). The Affective Reactivity Index: a concise irritability scale for clinical and research settings. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 53(11), 1109-1117.
- Talkovsky, A. M., Green, K. L., Osegueda, A., & Norton, P. J. (2017). Secondary depression in transdiagnostic group cognitive behavioral therapy among individuals diagnosed with anxiety disorders. *Journal of anxiety disorders*, 46, 56-64.
- Vidal-Ribas, P., Brotman, M. A., Valdivieso, I., Leibenluft, E., & Stringaris, A. (2016). The status of irritability in psychiatry: a conceptual and quantitative review. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 55(7), 556-570.
- Weersing, V. R., Rozenman, M. S., Maher-Bridge, M., & Campo, J. V. (2012). Anxiety, depression, and somatic distress: Developing a transdiagnostic internalizing toolbox for pediatric practice. *Cognitive and Behavioral Practice*, 19(1), 68-82
- Yazdkhasti F, Oreyzi H. (2011). Standardization of Child, Parent and Teacher's Forms of Child Behavior Checklist in the City of Isfahan. *IJPCP*; 17 (1) :60-70. [Persian]