



اثربخشی پروتکل یکپارچه درمان فراتشخیصی بر مهارت‌های اجتماعی دانش‌آموزان مضطرب و خودکارآمدی مادران آن‌ها

The Effectiveness of the Unified Transdiagnostic Treatment Protocol on the Social Skills of Students with Anxiety Disorders and the Self-Efficacy of their Mothers

zahra Alavi
Sogand Ghasemzadeh
Ali Akbar Arjmandnia
Masoud Gholamali Lavasani
Samira Vakili

زهرا علوی*
سوگند قاسم زاده**
علی اکبر ارجمندنیا***
مسعود غلامعلی لواسانی****
سمیرا وکیلی****

Abstract

The purpose of this study was to evaluate the effectiveness of the unified protocol for transdiagnostic treatment on the social skills of students with anxiety disorders and the self-efficacy of their mothers. This study was a quasi-experimental study with a pretest-posttest design and a control group with one-month and three-month follow-up, which was practical in purpose. The statistical population included all female students aged 8 to 10 years in the academic year 2020-2021 in Tehran and their mothers. Using the available sampling method, 30 anxious schoolgirls were identified and randomly divided into two groups (15 in the control group and 15 in the experimental group). The instrument used in this study was Gresham and Elliott's Social Skills Questionnaire (SSRS), Spence Children's Anxiety Questionnaire (SCAS), Teacher Report Form (TRF), and Dumka Patents Self-Efficacy Questionnaire (PSAM), which were completed by the students and mothers before and after the intervention, and after the follow-ups. Then, the experimental group participated in the intervention for 15 sessions of 60 minutes each. Finally, data were analyzed using SPSS software (version 24) and ANOVA with repeated measures. The results showed that the unified protocol for transdiagnostic treatment had a significant effect on improving social skills, reducing children's behavior problems, and increasing mothers' self-efficacy. It appears that the unified protocol for transdiagnostic treatment can be used as a means to improve students' social skills and their mothers' self-efficacy.

Keywords: Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment, Social Skills, Self-Efficacy, Anxiety Disorders.

چکیده

هدف از انجام پژوهش حاضر بررسی اثربخشی پروتکل یکپارچه درمان فراتشخیصی بر مهارت‌های اجتماعی دانش‌آموزان مضطرب و خودکارآمدی مادران آن‌ها بود. این پژوهش از نوع شبه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه به همراه پیگیری یک‌ماهه و سه‌ماهه و از لحاظ هدف کاربردی بود. جامعه آماری شامل تمامی دانش‌آموزان دختر ۸ تا ۱۱ ساله در سال تحصیلی ۱۴۰۰-۱۳۹۹ شهر تهران و مادران آن‌ها بود. با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس ۳۰ نفر از دانش‌آموزان دختر مضطرب شناسایی شدند و به‌صورت تصادفی در دو گروه (۱۵ نفر گروه گواه و ۱۵ نفر گروه آزمایش) قرار گرفتند. ابزار استفاده‌شده در این پژوهش شامل پرسشنامه مهارت‌های اجتماعی گرشام و الیوت (SSRS)، پرسشنامه اضطراب کودکان اسپنس (SCAS)، فرم گزارش معلم (TRF) و پرسشنامه خودکارآمدی والدین دومکا (PSAM) بود که دانش‌آموزان و مادرانشان قبل و بعد از مداخله و بعد از جلسه‌های پیگیری تکمیل کردند. گروه آزمایش در ۱۵ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای مداخله شرکت کردند. درنهایت نیز داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS (نسخه ۲۴) و روش تحلیل واریانس عاملی با اندازه‌گیری مکرر تجزیه و تحلیل شدند. یافته‌ها نشان می‌دهد پروتکل یکپارچه درمان فراتشخیصی بر افزایش مهارت‌های اجتماعی و کاهش مشکلات رفتاری کودکان و همچنین بر افزایش خودکارآمدی مادران اثر معنادار دارد ($P < 0.05$). به‌نظر می‌رسد می‌توان پروتکل یکپارچه درمان فراتشخیصی را روشی برای بهبود مهارت‌های اجتماعی دانش‌آموزان مضطرب و خودکارآمدی مادران آنها دانست.

واژه‌های کلیدی: پروتکل یکپارچه درمان فراتشخیصی، مهارت‌های اجتماعی، خودکارآمدی، اختلالات اضطرابی.

* دانشجوی دکتری روان‌شناسی و آموزش کودکان استثنایی، دانشکده ادبیات، علوم انسانی و اجتماعی، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران
** نویسنده مسئول: استادیار گروه روان‌شناسی و آموزش کودکان استثنایی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران، تهران، ایران
*** دانشیار گروه روان‌شناسی و آموزش کودکان استثنایی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران، تهران، ایران
**** دانشیار گروه روان‌شناسی تربیتی و مشاوره، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران، تهران، ایران
***** استادیار گروه روان‌شناسی و آموزش کودکان استثنایی، دانشکده ادبیات، علوم انسانی و اجتماعی، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران

مقدمه

یکی از رایج‌ترین مشکلات روان‌پزشکی در دوران کودکی و نوجوانی اختلالات اضطرابی^۱ است (هالی، پاسکار و ترهورست، ۲۰۱۱) که در ویژگی‌های ترس مفرط، اضطراب و ناهنجاری‌های رفتاری مرتبط با این علائم اشتراک دارند (انجمن روان‌پزشکی آمریکا^۲، ۲۰۱۳). علائم و نشانه‌های فیزیولوژیک اضطراب شامل تغییر اشتها، سردرد، کشش عضلانی، خستگی، تپش قلب، بی‌قراری، اختلال خواب، علائم عاطفی کاهش قدرت تمرکز، فراموشی، بی‌حوصلگی، ناامیدی، تحریک‌پذیری و علائم رفتاری شامل انزوا، تحمل‌نکردن، میل به تنهایی، ضعف در دوست‌یابی، رنجش و صمیمیت‌نداشتن است (اسملترز، بئر، چویئر و هینکل، ۱۳۹۰). اضطراب می‌تواند سبب تداخل بارزی در زندگی اجتماعی کودکان شود. کودکان مضطرب در مقایسه با دیگر همسالان خود به داشتن دوستان کمتری گرایش دارند. همچنین این از کلام برای برقراری ارتباط با دیگران کمتر استفاده می‌کنند و از این واهمه دارند که افراد آنان را قضاوت کنند (گینزبرگ، بکر، درزدوسکی و تین، ۲۰۱۲) که این مسئله می‌تواند در آینده تأثیر مهمی بر مهارت‌های فردی و اجتماعی آن‌ها داشته باشد (راپی، ویگنال، اسپنس، کابهم و لینهام، ۱۳۹۴).

پژوهش‌های بسیاری به رابطه میان دو مؤلفه اضطراب و مهارت اجتماعی^۳ اشاره کرده‌اند (گنجه‌ای و باباپور، ۱۴۰۰؛ هالدرسن، کاستلین و کرسول، ۲۰۱۸). مهارت‌های اجتماعی به مهارت‌های ضروری برای انطباق با نیازهای اجتماعی و حفظ روابط بین‌فردی رضایت‌بخش گفته می‌شود. یادگیری مهارت‌های اجتماعی بخشی از مسئله اجتماعی شدن در کودکان است. اجتماعی شدن نیز جریانی محسوب می‌شود که در آن هنجارها، مهارت‌ها، انگیزه‌ها، نگرش‌ها و رفتار فرد شکل می‌گیرد (سرچشمه، کریمی، شقاقی و آبکنار، ۲۰۱۷).

موضوع اجتماعی شدن و مهارت‌های اجتماعی بخش مهمی از حوزه رشد فردی و مجموعه پیچیده‌ای از مهارت‌هاست که برای تطابق و کنار آمدن با موقعیت‌های متعدد اجتماعی ضروری است و ارتباطات سالم را پرورش می‌دهد (ماتسون، نیل، فودست و ماهان، ۲۰۱۰). همچنین وجود نشانه‌های اضطرابی در کاهش این عملکرد نقش بسزایی دارد (هالدرسن، کاستلین و کرسول، ۲۰۱۸). یکی از ویژگی‌های مهم افرادی که رشد اجتماعی کافی و عملکرد مناسب دارند، این است که آن‌ها واجد مهارت‌های اجتماعی هستند. به باور بسیاری از روان‌شناسان، رشد ناکافی مهارت‌های اجتماعی نقش بسزایی در ناکامی و شکست‌های پیش رو و ایجاد اضطراب دارد (قناعت‌پیشه و صالحی، ۱۳۹۷).

افزون بر این، پژوهش‌ها نشان می‌دهند مهارت‌ها و شایستگی‌های اجتماعی کودکان با خودکارآمدی^۴ والدین آن‌ها مرتبط هستند (جاتیلا، وارس و لاکونن، ۲۰۰۷). وجود مشکلات رفتاری در کودکان پیش‌بینی

-
1. anxiety disorders
 2. American Psychiatric Association (APA)
 3. social skill
 4. self-efficacy

کننده مهمی در خودکارآمدی والدینی مادران به‌شمار می‌رود (طهماسیان، اناری و فتح‌آبادی، ۱۳۸۹) و سبب می‌شود والدین به‌ویژه مادران در انتظارات و ادراک خود از این موضوع که تا چه حد می‌توانند به‌عنوان یک والد به‌گونه‌ای شایسته و مؤثر عمل کنند و چه اندازه تأثیر مثبتی بر رفتار و رشد و سازگاری فرزندشان بگذارند، احساس خودکارآمدی پایینی داشته باشند (ویور، شاو، دیشن و ملوین، ۲۰۰۸). خودکارآمدی والدینی قضاوت و احساس والدین از توانایی‌های آن‌ها برای انجام وظایف والدینی است (پینل، ویتینگام، بوید، سندرز و کلدویتز، ۲۰۱۲)؛ بنابراین ادراک والدین از رابطه خود با فرزندانشان بر توانایی واکنش دلسوزانه و قابل پیش‌بینی آنان به کودکان تأثیر می‌گذارد (حرفتی، ۱۳۸۹). خودکارآمدی والدینی ضعیف به مشکلات رفتاری، تعامل اجتماعی ضعیف، اضطراب و مشکلات تحصیلی در کودکان منجر خواهد شد (کلمن و کاراکر، ۲۰۰۰؛ جونز و پرینز، ۲۰۰۵؛ سالو و همکاران، ۲۰۰۹)؛ از این‌رو همواره پژوهشگران بیان می‌کنند مراقبت‌های عاطفی و روانی والدین از کودکان به کاهش مشکلات روانی در آنان منجر خواهد شد (رجو و اسنیر، ۲۰۱۵؛ کودچاپوا، سابو و زیونگ، ۲۰۱۶).

طی سال‌های اخیر، درمان‌های مؤثر گوناگونی برای اختلال‌های هیجانی به‌ویژه اضطراب و افسردگی معرفی شده است. یکی از این درمان‌ها که در پاسخ به محدودیت درمان‌های شناختی-رفتاری معرفی شده است و در آن اصول و پروتکل‌های درمانی یکسانی برای انواع اختلال‌های هیجانی به‌کار می‌رود، پروتکل یکپارچه درمان فراتشخیصی^۱ است (ویلاموسکا، تامپسون، فایرهولم، الارد و بارلو، ۲۰۱۰). از جمله پروتکل‌های درمان فراتشخیصی پروتکل یکپارچه‌نگر است (بارلو، فایرهولم، الارد، فارچیون و بویسی، ۲۰۱۱) که در مقابل درمان‌های اختصاصی اختلال‌محور تدوین شده است. این پروتکل با وجود زمان نسبتاً کمی که از معرفی آن می‌گذرد، توجه ویژه‌ای به خود جلب کرده است و پژوهش‌های روبه‌رشدی نیز اثربخشی آن را نشان می‌دهند. پروتکل یکپارچه درمان فراتشخیصی از مداخلات نوین درمانی در حیطه اختلالات هیجانی محسوب می‌شود که با ارائه روش‌ها و فنونی جامع و کارآمد به تمام مشکلات بیمار صرف‌نظر از تشخیص مطرح‌شده می‌پردازد.

در این رویکرد تأکید بر ارتباط کارکردی عناصر فراتشخیصی (مانند افکار، رفتارها، هیجان‌ها و فیزیولوژی) است. این رویکرد با افزایش انعطاف‌پذیری به مراجعان کمک می‌کند تا طیف وسیعی از مشکلات رفتاری و شناختی را که ممکن است موجب پاسخ‌های هیجانی مشابه مثل اضطراب با علل متفاوت شوند، بشناسند و با آن‌ها چالش کنند (بارلو، اهرنریش می، کندی، شرمین و بیلک، ۱۳۹۸). منطق زیربنایی درمان‌های فراتشخیصی این است که اشتراکات میان اختلال‌ها بیشتر از تفاوت آن‌هاست و همین امر نشان می‌دهد هدف قراردادن ارتباطات کارکردی مشترک در کودکان و نوجوانان می‌تواند فواید مهمی در مقایسه با درمان‌های اختصاصی داشته باشد. از دیگر مزیت‌های این رویکرد نگاه خانواده‌محور آن است. همه فنون موجود در کشتزار شکل‌گیری اختلالات جاری می‌شود و همسو با فرزندان، والدین نیز به بازسازی هیجان‌ات و

1. unified protocol transdiagnostic

بهبود مهارت‌های فرزندپروری خود می‌پردازند. اختلالاتی که می‌توانند به کمک راهبردهای مطرح‌شده در این پروتکل هدف مداخله‌های درمانی قرار بگیرند، عبارت‌اند از: انواع اختلالات اضطرابی (مانند اضطراب فراگیر، اضطراب اجتماعی، اضطراب جدایی، هراس خاص) و اختلالات خلقی.

نکته مهم دیگر این است که به دلیل انعطاف‌پذیری بالا این نوع از درمان درباره سایر اختلالات از جمله اختلالات طیف تروما و وسواس نیز استفاده می‌شود. گفتنی است انواع مختلف اختلالات هیجانی در کودکان و نوجوانان معمولاً هم‌زمان و هم‌بود دیده می‌شود و از سوی دیگر این اختلالات معمولاً ریشه‌های مشترک ژنتیکی عصبی و روان‌شناختی دارند؛ از این‌رو فنون مطرح‌شده در این درمان طوری طراحی شده است که این بدکارکردی‌های بنیادین و مشترک را هدف مداخله قرار می‌دهد و می‌تواند در کمک به این کودکان و نوجوانان تا حد زیادی اثربخش باشد. با نگاهی به پژوهش‌های انجام‌شده در این حوزه درمی‌یابیم مطالعات متعددی در این زمینه صورت نگرفته است؛ به طوری که اثربخشی این پروتکل در موارد زیر تأیید شده است: کاهش شدت نگرانی، عاطفه منفی، نشانه‌های اختلال اضطراب فراگیر (عبدی، بخشی‌پور، محمود و فرنام، ۱۳۹۲)، سازگاری اجتماعی (عظیمی، امیدی، شفیع و نادمی، ۱۳۹۶)، تنظیم هیجان و سازگاری اجتماعی (طالبی، نایینی، نوروزی و یعقوبی، ۱۳۹۶)، حساسیت اضطرابی، علائم وسواسی اجباری و افزایش تحمل پریشانی در افراد دارای اختلال وسواسی اجباری (نرگسی، فتحی، داوودی و اشرفی، ۱۳۹۸)، اختلالات اضطرابی (بارلو و همکاران، ۲۰۱۷) و علائم اضطرابی و افسردگی (ایمانی و زمستانی، ۱۳۹۵)؛ بیلک و اهرنریش می، ۲۰۱۲؛ مارتینس، کندال، استارک و نئومر، ۲۰۱۶) و مشکلات رفتاری (لاپوزا، مانجوسو، آبراهام و لولی دانو، ۲۰۱۷؛ گروسمن و اهرنریش می، ۲۰۱۹)، تنظیم هیجان و اضطراب (قاسم‌زاده و نقش، ۲۰۲۰).

با توجه به تأثیر منفی اختلالات اضطرابی در دوران کودکی بر عملکرد تحصیلی، اجتماعی و فردی کودکان، خطر ابتلا به دیگر اختلالات روان‌شناختی در بزرگسالی در صورت درمان نکردن آن، تحمیل هزینه‌های سنگین بر فرد، خانواده و اجتماع (کوپلند، آنگولد و شاناهان، ۲۰۱۴) و نبود پیشینه کافی در این باره، مطالعه حاضر این فرضیه‌ها را دارد که پروتکل یکپارچه درمان فراتشخیصی اثر معناداری بر مهارت‌های اجتماعی دانش‌آموزان مضطرب و خودکارآمدی مادرانشان دارد.

روش

جامعه، نمونه و روش اجرا

پژوهش حاضر از نوع شبه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه به همراه پیگیری یک‌ماهه و سه‌ماهه و از لحاظ هدف کاربردی است. جامعه آماری پژوهش شامل تمامی دانش‌آموزان دختر ۱۱-۸ ساله شهر تهران است که در سال تحصیلی ۱۳۹۹-۱۴۰۰ مشغول به تحصیل بودند. با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس یک مدرسه انتخاب شد. همچنین به کمک سیاهه رفتاری کودک فرم معلم (TRF) از میان ۱۲۷ دانش‌آموز پایه دوم تا پنجم ابتدایی، دانش‌آموزان دارای مشکلات اضطرابی (کسب نمره T بالاتر از ۶۹)

شناسایی شدند. برای تأیید وجود این مشکلات نیز روان‌شناس بالینی با والدین آن‌ها مصاحبه تشخیصی انجام داد و مواردی که تشخیص قطعی اختلال اضطرابی (اضطراب عمومی، اضطراب اجتماعی، اضطراب جدایی، پنیک و وسواس عملی-فکری) براساس ملاک DSM-۵ گرفتند، وارد پژوهش شدند. سپس با استفاده از جدول آماری کوهن (سرمد، بازرگان و حجازی، ۱۳۸۳) ۳۰ نفر از این دانش‌آموزان برای در پژوهش انتخاب شدند و به‌صورت تصادفی در دو گروه گواه و آزمایش قرار گرفتند. ملاک‌های ورود شامل دختران ۱۱-۸ سال، دارای اختلالات اضطرابی و والدینی با تحصیلات حداقل دیپلم و ملاک‌های خروج از پژوهش شامل غیبت بیش از دو جلسه و انجام‌ندادن تکالیف مشخص‌شده (والدین و دانش‌آموزان) و درنهایت شرکت هم‌زمان والدین در سایر جلسه‌های آموزشی و مداخله‌ای بود. گفتنی است تمامی شرکت‌کنندگان در جلسات مداخله حضور داشتند و ریزشی وجود نداشت.

پس از هماهنگی‌های لازم، شرح کامل پژوهش و اعلام رضایت شرکت‌کنندگان، گروه آزمایش براساس محتوای ذکرشده در پروتکل یکپارچه درمان فراتشخیصی (بارلو و همکاران، ۱۳۹۸) به شرح زیر تحت آموزش قرار گرفت؛ درحالی‌که گروه گواه هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد. در هر جلسه تکالیفی مرتبط با محتوای آموزشی و پروتکل درمانی برای دانش‌آموزان و مادران به‌صورت مجزا مشخص شد. همه جلسات مداخله به‌صورت گروهی، آنلاین (به‌دلیل شیوع ویروس کرونا و حضورنداشتن در زمان انجام پژوهش)، هم‌زمان و موازی برای دانش‌آموزان و والدین در ۱۵ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای و طی ۱۵ هفته برگزار شد. همه پرسشنامه‌ها در چهار نوبت (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری اول و دوم) برای گروه آزمایش و دو نوبت (پیش‌آزمون و پس‌آزمون) برای گروه گواه تکمیل شد.

مهارت‌های پروتکل یکپارچه درمان فراتشخیصی برای کودکان به‌صورت سازمان‌یافته ارائه می‌شوند که شامل توجه به این موارد است که چه احساسی دارم، بررسی کردن افکارم، استفاده از تفکر کارآگاهی و حل مسئله، تجربه‌کردن هیجان‌اتم و سالم و شادماندن. بخش گروهی والدین نیز دارای سه کارکرد اصلی آشنایی والدین با مهارت‌های کارآگاهی هیجان، آشنایی والدین با مهارت‌های فرزندپروری هیجانی نه‌چندان کمک‌کننده و مؤثر و افزایش حمایت و همکاری والدین است؛ بنابراین می‌توان گفت یکی دیگر از ویژگی‌های منحصربه‌فرد پروتکل یکپارچه درمان فراتشخیصی برای کودکان مشارکت گسترده و حداکثری والدین در آن است.

ملاحظات اخلاقی مرتبط با این پژوهش شامل محرمانه‌بودن اطلاعات شرکت‌کنندگان، آموزش به گروه گواه پس از اتمام پژوهش و اجازه خروج به شرکت‌کنندگان در صورت تمایل نداشتن به ادامه حضور در جلسات مداخله است.

جدول ۱. محتوای جلسات آموزشی کودکان و والدین

جلسه	اهداف گروه کودکان	اهداف گروه والدین	محتوا
اول	آشنایی کودکان با مدل و ساختار درمان شناسایی مشکلات اصلی و اهداف ایجاد تفاهم میان اعضای گروه آشنایی کودکان با هدف هیجان‌ها	آشنایی والدین با ساختار درمان آشنایی والدین با مدل سه‌بخشی هیجان‌ها بحث دربارهٔ چرخه رفتارهای هیجانی	معرفی پروتکل یکپارچه برای درمان فرانتشخیصی
دوم	یادگیری نحوهٔ شناسایی و رتبه‌بندی شدت هیجان‌ها تداوم عادی‌سازی تجارب هیجانی معرفی اجزای سه‌گانهٔ تجربهٔ هیجانی معرفی چرخهٔ اجتناب شناسایی پاداش‌ها برای رفتارهای جدید	آشنایی والدین با فرایند ردیابی دوگانهٔ قبل، حین و بعد آشنایی والدین با رفتارهای فرزندپروری هیجانی بحث دربارهٔ تقویت مثبت به‌عنوان رفتاری متضاد با انتقادگری	آگاهی از هیجان‌ها
سوم	یادگیری مفهوم عمل متضاد تمرین استفاده از آزمایش‌های علمی یادگیری ارتباط میان فعالیت و هیجان معرفی ردیابی هیجان و فعالیت به‌عنوان یک آزمایش	معرفی مفهوم آزمایش‌های علمی به والدین بحث دربارهٔ حمایت والدین از کودکان برای انجام آزمایش‌های علمی بحث دربارهٔ روش‌های تقویت کودکان	استفاده از آزمایش‌های علمی برای تغییر در هیجان‌ها و رفتارها
چهارم	توصیف مفهوم نشانه‌های بدنی یادگیری شناسایی نشانه‌های بدنی هیجان‌های مختلف آموزش مهارت اسکن بدنی کمک به کودک برای انجام آزمایش علمی	معرفی مفهوم جسمانی‌سازی آموزش مهارت اسکن بدنی به والدین معرفی مواجهه‌های حسی و تمرین آن‌ها آموزش نحوهٔ همدلی	نشانه‌های بدنی ما
پنجم	معرفی مفهوم تفکر انعطاف‌پذیر آموزش نحوهٔ شناسایی تله‌های فکری	آشنایی والدین با مفهوم انعطاف‌پذیری شناختی آشنایی والدین با چهار تلهٔ شناختی رایج در کودکان بحث دربارهٔ رفتار فرزندپروری هیجانی با محوریت بی‌ثباتی	بررسی کردن افکارم
ششم	معرفی تفکر کارآگاهی استفاده از تفکر کارآگاهی	معرفی و تمرین تفکر کارآگاهی معرفی رفتار فرزندپروری هیجانی کنترل‌بیشینه/ حمایت بیشینه	استفاده از تفکر کارآگاهی
هفتم	معرفی حل مسئله استفاده از حل مسئله	معرفی حل مسئله بحث دربارهٔ حل مسئله بحث دربارهٔ اطمینان‌جویی و تطابق	حل مسئله و مدیریت تعارض
هشتم	آموزش آگاهی در لحظه به کودکان معرفی آگاهی غیرقضاوتی	بحث دربارهٔ اهمیت یادگیری تجارب هیجانی به‌جای اجتناب از آن معرفی و تمرین آگاهی از لحظهٔ حال معرفی و تمرین آگاهی غیرقضاوتی	آگاهی از تجارب هیجانی
نهم	مرور مهارت‌های کارآگاه هیجان مرور مفاهیم رفتارهای هیجانی و عمل متضاد به‌منظور آمادگی برای نوع جدیدی از آزمایش علمی به نام مواجهه تکمیل اجرای مواجهه با استفاده از یک عروسک یا شیء همکاری با کودکان و والدین برای تکمیل فرم‌های رفتار هیجانی	آشنایی والدین با مفهوم مواجههٔ هیجانی توضیح نقش والدین در تمرین مواجهه در خانه آشنایی والدین با استفاده از رفتارهای فرزندپروری مدل سازی افراطی هیجان‌های شدید تداوم تکمیل فرم رفتار هیجانی	مقدمه‌ای بر مواجههٔ هیجانی
دهم	مرور مفهوم استفاده از آزمایش‌های علمی برای مواجهه معرفی ایدهٔ رفتارهای ایمنی و رفتارهای اجتنابی ظریف (مانند توجه‌گردانی) انجام آزمایش علمی برای مقابله با هیجان‌های شدید برنامه‌ریزی برای آزمایش‌های علمی در آینده به‌منظور مقابله با هیجان‌های شدید (مواجههٔ هیجانی و موقعیتی فردی شده)	مرور مفهوم مواجههٔ موقعیتی با هیجان‌ها و بحث دربارهٔ کاربرد مواجهه در انواع نشانه‌ها معرفی و بحث دربارهٔ مفهوم رفتارهای ایمنی تبیین نحوهٔ استفاده از رفتارهای فرزندپروری متضاد معرفی مفهوم نردبان هیجانی برای مواجهه‌ها	مواجهه با هیجان‌ها
یازدهم تا چهاردهم	برنامه‌ریزی برای مواجههٔ موقعیتی هیجانی اولیه در جلسهٔ ۱۱ برنامه‌ریزی و اجرای فعالیت‌های مواجههٔ موقعیتی هیجانی در جلسات ۱۲-۱۴	یادگیری نحوهٔ مدیریت چالش‌های رایج در مواجهه	برنامه‌ریزی برای مواجههٔ موقعیتی
پانزدهم	مرور مهارت‌های کارآگاه هیجان برنامه‌ریزی برای مواجهه با هیجان‌های شدید در آینده تجلیل از پیشرفتی که در این برنامهٔ درمانی حاصل آمده است.	مرور مهارت‌های کارآگاه هیجان و رفتارهای فرزندپروری متضاد بحث و تجلیل از پیشرفت هر کودک برنامه‌ریزی برای حفظ پیشرفت بعد از درمان تمایز بین عود و بازگشت	پایان و جلوگیری از عود

ابزار

مقیاس مهارت‌های اجتماعی^۱ (SSRS)

مقیاس مهارت‌های اجتماعی (نسخه والدین) را گرشام و الیوت طراحی و اعتباریابی کرده‌اند (گرشام و الیوت، ۱۹۹۰). این پرسشنامه شامل ۵۷ گویه بسته پاسخ است که دو بعد مهارت اجتماعی شامل خرده‌مقیاس‌های همیاری، جرئت‌ورزی، مسئولیت‌پذیری، خویشنداری و مشکلات رفتاری شامل خرده‌مقیاس‌های مشکلات درونی‌شده و برونی‌شده را در مقیاس سه‌درجه‌ای هرگز (۰)، گاهی اوقات (۱) و اغلب (۲) می‌سنجد. پایایی این پرسشنامه را گرشام و الیوت (۱۹۹۰) با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۹۴ گزارش کردند. در ایران، طی پژوهشی که شهیم در سال ۱۳۷۸ روی ۸۹ دانش‌آموز ۱۶-۸ ساله کم‌توان ذهنی انجام داد، پایایی پرسشنامه (فرم والدین) را برای دو بخش مهارت‌های اجتماعی و مشکلات رفتاری با استفاده از فرمول اسپیرمن-براون محاسبه کرد که ضرایب به‌دست‌آمده به‌ترتیب ۰/۸۶ و ۰/۷۸ گزارش شد. همچنین به‌منظور بررسی روایی مقیاس، ضریب همبستگی میان دو بخش مذکور نیز بررسی شد و این ضریب ۰/۵۲- به‌دست آمد که مؤید روایی مقیاس است (شهیم، ۱۳۷۸). حداقل نمره در این مقیاس صفر (به معنای پایین‌بودن میزان مهارت اجتماعی دانش‌آموز و وجود مشکلات رفتاری برونی و درونی‌سازی‌شده) و حداکثر نمره کسب‌شده ۱۰۴ (به معنای مهارت اجتماعی بالا و نبود مشکلات رفتاری برونی و درونی‌سازی‌شده) است. این مقیاس را مادران به‌منظور ارزیابی مهارت‌های اجتماعی دانش‌آموزان تکمیل کرده‌اند.

مقیاس اضطراب کودکان اسپنس^۲ (SCAS)

این ابزار را اسپنس برای ارزیابی اضطراب کودکان ۱۵-۸ ساله براساس طبقه‌بندی تشخیصی و آماری DSM-4 در سال ۱۹۹۸ در استرالیا طراحی کرد (اسپنس، ۱۹۹۸). این پرسشنامه دارای دو نسخه کودک (۴۵ ماده) و والد (۳۸ ماده) است. نمره‌گذاری براساس مقیاس چهاردرجه‌ای لیکرتی هرگز (۰)، گاهی اوقات (۱)، اغلب (۲) و همیشه (۳) تنظیم شده است. همچنین شش مقیاس اضطراب جدایی، اضطراب اجتماعی، وسواس فکری-عملی، پنیک-بازارهراسی^۳، اضطراب فراگیر و ترس از صدمات جسمانی^۴ را می‌سنجد. پایایی این مقیاس برای اضطراب عمومی ۰/۹۲ و برای خرده‌مقیاس‌ها ۰/۶۰ تا ۰/۸۲ گزارش شده است. پایایی این مقیاس برای اضطراب عمومی ۰/۹۲ و برای سایر مؤلفه‌ها ۰/۶۰ و ۰/۸۲ گزارش شده است (اسپنس، ۱۹۹۸). به‌طور کلی در این آزمون نمرات ۵۸-۳۹ اضطراب کم، نمرات ۷۸-۵۹ اضطراب متوسط پایین، نمرات ۹۷-۷۹ اضطراب متوسط بالا و نمرات ۹۸ به بالا اضطراب شدید را گزارش می‌کنند. براساس پژوهش موسوی و همکاران (۲۰۰۷) فرم کودک که ۴۵ ماده دارد، ۳۸ مورد نشانگان اضطراب خاص را نشان می‌دهد و شش

1. Social Skill Rating System (SSRS)
2. Spence Children's Anxiety Scale (SCAS)
3. panic-agorophobia
4. fears of physical injury

مورد به صورت مثبت بیان شده و برای جلوگیری از جهت‌گیری کودک به سمت اضطراب برنامه‌ریزی شده است. پایایی این پرسشنامه به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۹-۰/۶۲ گزارش شده و با تحلیل عاملی تأییدی، تأیید شده است (موسوی و همکاران، ۲۰۰۷). این پرسشنامه را دانش‌آموزان به منظور ارزیابی میزان و نوع اضطراب آنان تکمیل کرده‌اند.

فرم گزارش معلم^۱ (TRF)

سیاهه رفتاری کودک^۲ (CBCL) یکی از مشهورترین و پرکاربردترین مقیاس‌های همه‌جانبه در بررسی رفتار کودکان است که آخنباخ در سال ۱۹۹۱ ساخته است (آخنباخ، ۱۹۹۱). این ابزار مهارت‌ها و مشکلات رفتاری کودک را در دو گروه پسر و دختر و از سه نقطه‌نظر کودک^۳ (YSR)، پدر و مادر (CBCL) و معلم (TRF) یا سایر کارکنان مدرسه مانند مشاوران، مدیر یا معاون، دستیار معلم و مربی ویژه که با عملکرد کودک در مدرسه آشناست می‌سنجد. در بخش اول این فرم که از ۱۲ سؤال تشکیل شده است، شایستگی‌ها، ناتوانی‌ها و بیماری‌های کودک مورد سنجیده می‌شود. همچنین عمده‌ترین نگرانی پاسخ‌دهنده درباره کودک و نظر او در مورد بهترین ویژگی‌های کودک مدنظر قرار می‌گیرد. بخش دوم این فرم ۱۱۳ سؤال دارد و از پاسخ‌دهنده خواسته می‌شود مشکلات رفتاری، عاطفی و اجتماعی را با نمرات ۰، ۱ یا ۲ درجه‌بندی کند. شیوه به دست آوردن نمره مشکلات رفتاری-هیجانی سه نسخه متفاوت و بر پایه جمع نمره‌های برخی گویه‌ها است. آخنباخ با استفاده از آلفای کرونباخ پایایی ۰/۹۶-۰/۴۶ را گزارش کرده است (آخنباخ، ۱۹۹۱). یزدخواستی و عریضی (۱۳۹۰) ضریب اعتبار آلفای کرونباخ این پرسشنامه را برای پسران در بخش مشکلات رفتاری-هیجانی بین ۰/۹۳-۰/۷۰ و برای دختران ۰/۹۱-۰/۶۰ به دست آورده است.

نمره T پایین‌تر از ۵۹، بالاتر از ۶۲ و بین ۶۲-۵۹ به ترتیب مشخص‌کننده افراد بهنجار، بالینی (دچار مشکل رفتاری-هیجانی) و مرزی است. در خرده‌مقیاس‌ها نیز نمره T پایین‌تر از ۶۵ بالاتر از ۶۹ و بین ۶۹-۶۵ به ترتیب مشخص‌کننده افراد بهنجار، بالینی (دچار مشکل خاص) و مرزی است. این پرسشنامه را معلم به منظور جداسازی و غربال دانش‌آموزان مبتلا به اختلالات اضطرابی تکمیل کرده است.

پرسشنامه خودکارآمدی والدینی^۴ (PSAM)

این پرسشنامه را در سال ۱۹۹۶ دومکا و همکاران برای ارزیابی خودکارآمدی والدینی استفاده کردند (دومکا، استورزینگر، جکسون و روزا، ۱۹۹۶). این پرسشنامه شامل ۱۰ آیتم است، پنج عبارت مثبت و پنج عبارت منفی دارد و حس کلی والدین از اطمینان در نقش پدر یا مادر را می‌سنجد. نمره‌گذاری آن نیز براساس مقیاس لیکرت از ۱ (به ندرت) تا ۷ (همیشه) است. بالاترین و پایین‌ترین نمره اکتسابی در این پرسشنامه

1. Teacher's Report Form (TRF)
2. Child Behavior Checklist (CBCL)
3. Youth Self-Report (YSR)
4. Parental Self-Efficacy Measure (PSAM)

به ترتیب ۷۰ و ۱۰ است که خودکارآمدی بالا و پایین والدین را نشان می‌دهد. دومکا و همکاران (۱۹۹۶) همسانی درونی این مقیاس را در مادران انگلیسی‌زبان که سطح اقتصادی متوسطی داشتند، ۰/۷۰ گزارش کرده‌اند. کولمن و کاراکر (۲۰۰۰) نیز در بررسی خود آلفای کرونیخ این سنجش را ۰/۸۱ گزارش داده‌اند. در ایران روایی این سازه با استفاده از تحلیل عاملی اکتشافی بررسی و مشخص شد که همه ماده‌های آن روی یک عامل بارگذاری می‌شود. اعتبار آن نیز با استفاده از ضریب آلفای کرونیخ ۰/۷۶ و با استفاده از روش دونیمه کردن برابر ۰/۷۳ بود (طهرانچی، ۱۳۹۴). آلفای کرونیخ به‌دست‌آمده در پژوهش حاضر ۰/۶۸ است. این پرسشنامه را مادران به‌منظور ارزیابی خودکارآمدی والدینی آن‌ها تکمیل کرده‌اند.

روش تجزیه و تحلیل اطلاعات

برای بررسی داده‌ها از تحلیل واریانس عاملی با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد و اجرای آزمون با استفاده از نرم‌افزار SPSS (نسخه ۲۴) صورت گرفت.

یافته‌ها

الف) توصیف جمعیت شناختی

در پژوهش حاضر ۳۰ دانش‌آموز دختر دارای اختلال اضطرابی شرکت کردند که میانگین سنی آن‌ها ۹/۳ سال بود. ۸ نفر از شرکت‌کنندگان در پایه تحصیلی دوم، ۱۱ نفر در پایه تحصیلی سوم و ۱۳ نفر در پایه تحصیلی چهارم مشغول بودند.

ب) توصیف شاخص‌ها

در جدول ۲ میانگین و انحراف استاندارد دانش‌آموزان مضطرب به تفکیک متغیرهای پژوهش (مهارت اجتماعی و خودکارآمدی والدین) و آزمون‌ها (پیش‌آزمون، پس‌آزمون، پیگیری ۱ و پیگیری ۲) در دو گروه گواه و آزمایش ارائه شده است.

جدول ۲. میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش به تفکیک گروه و آزمون

متغیرها	آزمون‌ها	شاخص	آزمایش	گواه	
مهارت اجتماعی	پیش‌آزمون	میانگین	۶۱/۳۰	۶۱/۷۰	
		انحراف معیار	۵/۱۳	۳/۴۶	
	پس‌آزمون	میانگین	۷۸/۷۰	۶۰/۴۰	
		انحراف معیار	۶/۴۲	۲/۷۵	
	پیگیری ۱	میانگین	۸۲/۵۰	۶۰/۳۰	
		انحراف معیار	۴/۹۴	۲/۸۶	
پیگیری ۲	میانگین	۷۹/۴۰	۵۹/۸۰		
	انحراف معیار	۴/۳۳	۱/۸۷		

ادامه جدول ۲. میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش به تفکیک گروه و آزمون

متغیرها	آزمون‌ها	شاخص	آزمایش	گواه
مشکلات رفتاری	پیش‌آزمون	میانگین	۲۶/۷۰	۲۸/۳۰
		انحراف معیار	۲/۷۹	۲/۴۰
	پس‌آزمون	میانگین	۲۱/۰۰	۲۷/۸۰
		انحراف معیار	۵/۴۰	۲/۹۷
	پیگیری ۱	میانگین	۱۸/۵۰	۲۸/۷۰
		انحراف معیار	۱/۰۵	۲/۳۵
پیگیری ۲	میانگین	۱۸/۷۰	۲۸/۲۰	
	انحراف معیار	۱/۲۱	۳/۱۵	
خودکارآمدی والدینی	پیش‌آزمون	میانگین	۲۱/۵۰	۱۸/۴۰
		انحراف معیار	۴/۴۰	۴/۳۵
	پس‌آزمون	میانگین	۵۵/۹۰	۱۷/۲۰
		انحراف معیار	۳/۵۰	۲/۶۹
	پیگیری ۱	میانگین	۵۰/۵۰	۱۷/۵۰
		انحراف معیار	۱/۸۴	۴/۴۲
پیگیری ۲	میانگین	۴۹/۵۰	۱۷/۹۰	
	انحراف معیار	۳/۱۲	۳/۷۲	

ج) توصیف نرمال شاخص‌ها

به منظور بررسی پیش فرض‌های مورد نیاز برای اجرای آزمون‌های آماری به بررسی نرمال بودن توزیع با استفاده از آزمون شاپیرو-ویلک^۱ پرداخته شده است. نتایج این آزمون نشان می‌دهد همه مقادیر مربوط به شاخص آماری به دست آمده درباره توزیع متغیرها در همه متغیرها به تفکیک آزمون‌ها در سطح $P \leq 0.05$ معنادار نیست؛ بنابراین توزیع متغیرها با توزیع نرمال تفاوت معناداری ندارد و توزیع متغیرها نرمال است. مقدار آزمون باکس^۲ در هر سه متغیر در سطح $P \leq 0.05$ معنادار نیست. بدین ترتیب ماتریس کوواریانس دو گروه آزمایش و گواه، همگن است. مقدار خی‌دو به دست آمده در آزمون کروویت ماخلی در مؤلفه مهارت اجتماعی $30/86$ و در متغیر خودکارآمدی والدین $11/02$ است که معنادار نیست. در این دو متغیر از ضریب اسفربسیتی استفاده شده است. در مؤلفه مشکلات رفتاری شاخص خی‌دو $26/10$ است که در هر دو مؤلفه در سطح $P \leq 0.01$ معنادار است. با توجه به اینکه واریانس تفاوت میان ترکیب ماتریس واریانس-کوواریانس مربوط به مشکلات رفتاری در گروه‌های بررسی شده یکسان نیست، از ضریب اصلاح شده گرین هاوس-گیسر^۳ استفاده شده است.

د) آزمون فرضیه‌ها

1. shapiro-wilk test
2. box's m test
3. greenhouse-geisser

جدول ۳. تحلیل واریانس عاملی با اندازه‌گیری مکرر در بررسی تأثیر پروتکل یکپارچه درمان فراتشخیصی بر مهارت اجتماعی

مؤلفه‌ها	مشخصه آماری	مجموع مجدورات	درجه آزادی	میانگین مجدورات	مقدار F	سطح معناداری	اندازه اثر
مهارت اجتماعی	آزمون	۱۵۶۷/۲۵	۳	۵۲۲/۴۱	۷/۹۱	۰/۰۰۰۱	۰/۲۲
	درمان	۵۹۴۰/۱۵	۱	۵۹۴۰/۱۵	۸۹/۶۹	۰/۰۰۰۱	۰/۷۶
مشکلات رفتاری	آزمون * درمان	۲۱۴۰/۱۸	۳	۷۱۳/۳۹	۱۰/۸۰	۰/۰۰۰۱	۰/۲۷
	آزمون	۲۸۵/۲۵	۱/۹۰	۱۴۹/۵۵	۱۳/۵۸	۰/۰۰۰۱	۰/۳۲
مشکلات رفتاری	درمان	۱۳۱۶/۰۱	۱	۱۳۱۶/۰۱	۸۴/۳۳	۰/۰۰۰۱	۰/۷۵
	آزمون * درمان	۳۰۴/۵۸	۱/۹۰	۱۵۹/۶۸	۱۴/۵۰	۰/۰۰۰۱	۰/۳۴

جدول ۴. آزمون بنفرونی (مقایسه دو به دو درون گروه آزمایش در مهارت‌های اجتماعی)

مقایسه‌ها	مهارت اجتماعی		مشکلات رفتاری	
	تفاوت میانگین‌ها	سطح معناداری	تفاوت میانگین‌ها	سطح معناداری
پیش‌آزمون و پس‌آزمون	۱۷/۴۰	۰/۰۰۰۱	-۵/۷۰	۰/۰۰۰۱
پیش‌آزمون و پیگیری ۱	۲۱/۲۰	۰/۰۰۰۱	-۸/۲۰	۰/۰۰۰۱
پیش‌آزمون و پیگیری ۲	۱۸/۱۰	۰/۰۰۱	-۸/۰۰	۰/۰۰۱
پس‌آزمون و پیگیری ۱	۳/۸۰	۰/۰۱۶	-۲/۵۰	۰/۱۹
پس‌آزمون و پیگیری ۲	۰/۷۰	۰/۳۱	-۲/۳۰	۰/۲۲

براساس نتایج جدول ۳ بین گروه‌های آزمایش و گواه در مؤلفه‌های مهارت اجتماعی تفاوت معناداری وجود دارد ($P \leq 0/01$). همچنین مقایسه‌های دو به دو درباره تفاوت درون گروهی، با استفاده از نتایج آزمون بنفرونی^۱ در جدول ۴ نشان می‌دهد تفاوت نمرات پیش‌آزمون با پس‌آزمون و هر دو آزمون پیگیری در سطح $P \leq 0/01$ معنادار است. به عبارت دیگر این درمان بر افزایش مهارت‌های اجتماعی و کاهش مشکلات رفتاری دانش‌آموزان مضطرب، اثر معنادار دارد و این اثر در طول آزمون‌های پیگیری حفظ شده است.

جدول ۵. تحلیل واریانس عاملی با اندازه‌گیری مکرر در بررسی تأثیر پروتکل یکپارچه درمان فراتشخیصی بر خودکارآمدی

مشخصه آماری	مجموع مجدورات	درجه آزادی	میانگین مجدورات	مقدار F	سطح معناداری	اندازه اثر
آزمون	۴۵۱۱/۶۰	۳	۱۵۰۳/۸۶	۲۷۱/۶۶	۰/۰۰۰۱	۰/۹۰
درمان	۱۸۸۶۸/۲۶	۱	۱۸۸۶۸/۲۶	۵۷۱/۰۲	۰/۰۰۰۱	۰/۹۵
آزمون * درمان	۵۰۹۷/۴۶	۳	۱۶۹۹/۱۵	۳۰۶/۹۴	۰/۰۰۰۱	۰/۹۱

1. bonferroni test

جدول ۶. آزمون بنفرونی (مقایسه دو به دو درون گروه آزمایش در متغیر خودکارآمدی)

مقایسه‌ها	تفاوت میانگین‌ها	سطح معناداری
پیش‌آزمون و پس‌آزمون	۳۴/۴۰	۰/۰۰۰۱
پیش‌آزمون و پیگیری ۱	۲۹/۰۰	۰/۰۰۰۱
پیش‌آزمون و پیگیری ۲	۲۸/۰۰	۰/۰۰۰۱
پس‌آزمون و پیگیری ۱	-۵/۴۰	۰/۰۹
پس‌آزمون و پیگیری ۲	-۶/۴۰	۰/۰۷

براساس نتایج جدول ۵، بین نمرات خودکارآمدی والدین در گروه‌های آزمایش و گواه تفاوت معناداری وجود دارد ($P \leq 0/01$). همچنین مقایسه‌های دو به دو درباره تفاوت درون گروهی با استفاده از نتایج آزمون بنفرونی نشان می‌دهد تفاوت نمرات پیش‌آزمون با پس‌آزمون و هر دو آزمون پیگیری در سطح $P \leq 0/01$ نیز معنادار است؛ بنابراین درمان یکپارچه فراتشخیصی بر افزایش خودکارآمدی والدینی مؤثر بوده و این اثر در طول آزمون‌های پیگیری حفظ شده است.

بحث و نتیجه‌گیری

ترس و اضطراب واکنشی طبیعی در مقابل خطر است و در سیر تحول کودکان بخشی از تحول بهنجار به‌شمار می‌رود، اما زمانی که سطح آشفته‌گی برانگیخته‌شده در مقایسه با همسالان کودک بیشتر باشد و سبب پریشانی مهارنشده‌ی در او شود، نابهنجار به‌شمار می‌آید و اختلال اضطراب شناخته می‌شود (مارتین و ولکومار، ۲۰۰۷). با توجه به اثرات مخرب و ویرانگر اضطراب بر کودکان، پژوهش حاضر با هدف بررسی اثر پروتکل یکپارچه درمان فراتشخیصی بر مهارت‌های اجتماعی دانش‌آموزان دارای اختلالات اضطرابی و خودکارآمدی مادرانشان انجام گرفت. براساس یافته‌های به‌دست‌آمده، تفاوت معناداری در میزان مهارت‌های اجتماعی و مشکلات رفتاری دانش‌آموزان در دو گروه گواه و آزمایش وجود دارد؛ بنابراین می‌توان گفت پروتکل یکپارچه درمان فراتشخیصی بر مؤلفه‌های مهارت‌های اجتماعی و مشکلات رفتاری مؤثر است. این نتیجه با یافته‌های پژوهشگرانی چون لاپوزا و همکاران (۲۰۱۷)، عبدی، بخشی‌پور، محمود و فرنام (۱۳۹۲)، عظیمی، امید، شفیع و نادمی (۱۳۹۶)، طالبی و همکاران (۱۳۹۶)، بارلو و همکاران (۲۰۱۷) همسویی دارد. در تبیین این یافته می‌توان استدلال کرد که براساس نظر بارلو (۲۰۱۱) درمان فراتشخیصی درمانی متمرکز بر هیجان است و در آن فرایندهای هیجانی هدف اصلی درمان برای اختلالات اضطرابی و افسردگی و احتمالاً سایر اختلالاتی که مؤلفه‌های هیجانی قوی دارند، اجرا می‌شود (بارلو و همکاران، ۲۰۱۱). در واقع افرادی که پس از رویارویی با یک موقعیت اضطرابی از راهبردهای مؤثر تنظیم هیجان بهره می‌گیرند با تغییر ارزیابی‌های خود توانایی مدیریت هیجان‌های منفی خود را خواهند داشت و در نتیجه مشکلات هیجانی در آن‌ها کاهش می‌یابد. این درمان کمک می‌کند افراد فهم بهتری از تعامل افکار، احساس و رفتارهای خود در ایجاد تجربه‌های هیجانی درونی داشته باشند. آن‌ها یاد می‌گیرند آگاهی بهتری از تجربه‌های هیجانی خود

به‌دست بیاورند، با ارزیابی‌های شناختی منفی از احساس‌ها و هیجان‌های جسمی چالش کنند، رفتارهای ناشی از هیجان را شناسایی و اصلاح کنند. همه این مهارت‌ها با اصلاحات تنظیم هیجانی به کاهش شدت تجربه‌های هیجانی ناسازگارانه و برگرداندن هیجان‌ها به سطح کارکردی منجر می‌شود. این امر می‌تواند به آن‌ها کمک کند تا قدرت ارزیابی‌شان از محرک‌های محیطی در موقعیت‌های اضطرابی بالا رود که این مسئله به عملکرد بهتر آن‌ها و درنهایت افزایش تعاملات عاطفی و اجتماعی‌شان به‌جای برگزیدن انزوای اجتماعی منجر می‌شود.

کلید فهم اضطراب کودکان به طرز تفکر و رفتار آن‌ها در موقعیت‌های مختلف برمی‌گردد؛ چراکه افکار آن‌ها بر پایه تفسیر نادرست از رویدادهای مبهم و توجه بیش‌ازحد بر خطرهای احتمالی و رفتار آن‌ها بر پایه اجتناب و دوری‌گزینی از تجربه موقعیت‌های جدید و اضطراب‌زاست. کودکان مضطرب از همه‌چیز اجتناب می‌کنند و فرارکردن بخش اساسی و خودکار شخصیت آنان است. آن‌ها قادر به کنترل اضطراب خود نیستند؛ بنابراین در تعاملات اجتماعی‌شان با مشکل مواجه می‌شوند، نمی‌توانند احساسات خود را به‌درستی بروز دهند، نمی‌توانند جرئت‌مندانه تقاضاهایشان را بیان کنند، در بازی با همسالان خود تعامل برقرار نمی‌کنند و قادر به برقراری ارتباط مؤثر و همدلانه نیستند (راپی و همکاران، ۱۳۹۴). بدین ترتیب آموزش مهارت‌های مبتنی بر تنظیم هیجان به این افراد کمک می‌کند تا بتوانند هم در موقعیت‌های اضطراب‌زا عملکرد درستی نشان دهند و هم در ارتباط با گروه همسالان پخته‌تر رفتار کنند.

از سوی دیگر این پژوهش نشان می‌دهد خودکارآمدی والدینی نیز تحت تأثیر پروتکل یکپارچه درمان فراتشخیصی افزایش یافته و میان این دو متغیر رابطه معناداری وجود دارد. این یافته با یافته‌های حاصل از پژوهش نرگسی و همکاران (۱۳۹۸)، گروسمن و اهرنریش می (۲۰۱۹)، مارتینسن و همکاران (۲۰۱۶) و لاپوزا و همکاران، (۲۰۱۷)، قاسم‌زاده و نقش (۲۰۲۰)، ایمانی و زمستانی (۱۳۹۵) و بیلک و اهرنریش می (۲۰۱۲) همخوانی دارد.

در تبیین این یافته می‌توان چنین بیان کرد که وجود مشکلات رفتاری در کودکان پیش‌بینی‌کننده مهم خودکارآمدی والدین به‌شمار می‌رود و سبب می‌شود والدین به‌ویژه مادران در انتظارات و ادراک خود از اینکه تا چه حد می‌توانند به‌عنوان یک والد به‌گونه‌ای شایسته و مؤثر عمل کنند، دچار ضعف شوند و احساس خودکارآمدی پایین داشته باشند (ویور و همکاران، ۲۰۰۸). مادران و پدران با سطح خودکارآمدی والدینی بالا درصدد کسب سبک مهارت والدگری مناسب هستند و به‌شکل مناسب‌تری با مشکلات مرتبط با تحول فرزندان خود کنار می‌آیند؛ درحالی‌که والدین دارای سطح خودکارآمدی والدینی پایین در موقعیت‌های مشکل‌ساز قادر به مهار اوضاع نیستند (جونز و پرینز، ۲۰۰۵). سطوح پایین خودکارآمدی والدینی سبب می‌شود آن‌ها گرایش بیشتری به استفاده از رفتارهای فرزندپروری هیجانی و دیگر شیوه‌های منفی در تعامل با فرزندشان داشته باشند که این موضوع می‌تواند در طولانی‌مدت اثرات مخربی داشته باشد. پروتکل یکپارچه درمان فراتشخیصی با تأکید بر رفتارهای فرزندپروری سالم به‌جای رفتارهای فرزندپروری هیجانی تلاش می‌کند تا رفتارهایی مانند استقلال‌بخشی سالم، ابراز همدلی، انضباط باثبات و تشویق و الگوبرداری هیجانی

سالم را جایگزین رفتارهای مانند بیش‌حمایت‌گری و کنترل‌گری، سرزنش‌گری، نبود ثبات و ارائه الگویی از تجربه مفراط هیجانات شدید و اجتناب کند. هریک از این رفتارهای فرزندپروری هیجانی می‌توانند آسیب‌زا و مخرب باشند. کودکانی که با هیجانات منفی شدید مواجه هستند، در برابر سرزنش حساس‌تر هستند و احتمال بیشتری وجود دارد که نظرات یا رفتارهای خنثی را به‌صورت سرزنش و انتقاد برداشت کنند. با وجود اینکه بیشتر والدینی که چنین فرزندانی دارند، سعی می‌کنند مراقب گفتار و رفتار خود باشند، از بیشتر رفتارهای ظریف و بیاناتی که ممکن است فرزند آن‌ها سرزنش قلمداد کند، بی‌اطلاع هستند. در این میان واکنش‌های رفتاری فرزندان می‌تواند غافلگیرکننده باشد و آن‌ها را در تنگنا و احساس ناکارآمدی قرار دهد. استفاده‌نکردن این والدین از جملات همدلانه و انکار، نادیده‌گرفتن و طرد احساسات فرزند خود از دیگر رفتارهای شایع آنان است که به عواقب ناخواسته منفی مانند افزایش هیجانات منفی فرزندشان منجر می‌شود و این امر والدین را مستأصل می‌کند (بارلو و همکاران، ۱۳۹۸)؛ بنابراین کاهش مشکلات رفتاری گزارش‌شده در این پژوهش که حاصل پروتکل یکپارچه درمان فراتشخیصی است، بهبود روابط والد-کودک را به‌کمک آگاهی والدین از چگونگی تعامل مطلوب و سازگارانه با فرزند خود در مواقعی که اضطراب حمله‌ور می‌شود، در پی دارد. همچنین انتخاب رفتاری سالم مانند استقلال‌بخشی، همدلی، انضباط باثبات و تشویق در برابر رفتارهای فرزندپروری هیجانی از سوی والدین می‌تواند به افزایش احساس خودکارآمدی آنان منجر شود.

در پایان از محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به این موضوع اشاره کرد که به‌دلیل شیوع ویروس کرونا در زمان انجام پژوهش و اضطراب مضاعف واردشده بر کودکان به نظر لازم است این مطالعه مجدد تکرار شود تا بتوان قابلیت تعمیم را افزایش داد. همچنین پیشنهاد می‌شود با توجه به اینکه پروتکل یکپارچه درمان فراتشخیصی از حضور هم‌زمان والدین استقبال می‌کند، می‌توان در مطالعات بعدی تغییرات عملکردی پدران در مقایسه با مادران بررسی شود و از جلسات تقویتی به‌منظور تمرین حل مسئله در فواصل جلسات پیگیری استفاده شود.

منابع

- اسملتر، س.، و بئر، ب.، هینکل، ج.، و چوپر، ک. (۱۳۹۰). *مفاهیم بیوفیزیکی و روانی-اجتماعی*. ترجمه ژیلایا عابد سعیدی. تهران: سالمی.
- ایمانی، م.، و زمستانی، م. (۱۳۹۵). *اثربخشی درمان فراتشخیصی بر نشانه‌های افسردگی، اضطراب و تنظیم هیجان*. *دوفصلنامه روان‌شناسی معاصر*. ۱۱(۳۲)، ۱-۲۱.
- بارلو، د.، اهرنریش-می، ژ.، کندی، س.، شرم، ج.، و بیلک، ا. (۱۳۹۸). *پروتکل یکپارچه برای درمان فراتشخیصی اختلالات هیجانی کودکان*. ترجمه سوگند قاسم زاده و لیلا سالک ابراهیمی. تهران: ابن‌سینا.
- سرمد، ز.، بازرگان، ع.، و حجازی، ا. (۱۳۸۳). *روش‌های تحقیق در علوم رفتاری*. تهران: آگاه.
- حرفتی، ر. (۱۳۸۹). *بررسی اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر کاهش علائم اختلال استرس پس از سانحه و میزان پرخاشگری در کودکان آزاردیده جسمی*. *پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی عمومی*. دانشکده علوم تربیتی و

- روان‌شناسی. دانشگاه محقق اردبیلی.
- راپی، ر.، ویگنال، آ.، اسپنس، س.، کایم، و.، و لینهام، ه. (۱۳۹۴). کمک به کودک مضطرب: راهنمای گام‌به‌گام والدین و درمانگران. ترجمه سمیرا رستمی. تهران: ارجمند.
- شهیم، س. (۱۳۷۸). بررسی مهارت اجتماعی در گروهی از کودکان عقب‌مانده ذهنی آموزش‌پذیر با استفاده از مقیاس درجه‌بندی مهارت اجتماعی. *مجله روان‌شناسی و علوم تربیتی*. ۴(۱)، ۳۷-۱۸.
- طالبی، ن.، نایینی، م.، نوروزی، ر.، و یعقوبی، ل. (۱۳۹۶). اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه بر بهبود راهبردهای تنظیم شناختی هیجان و سازگاری اجتماعی زنان ناباور. *مجله اصول بهداشت روانی*. ۱۹(۳)، ۱۶۶-۱۶۰.
- طهرانچی، ف. (۱۳۹۴). تأثیر برنامه آموزش والدینی مؤثر بر خودکارآمدی مادر و تعارض مادر نوجوان در خانواده‌های مادر سرپرست. *پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی خانواده‌درمانی*. پژوهشکده خانواده. دانشگاه شهید بهشتی.
- طهماسبیان، ک.، اناری، آ. و فتح‌آبادی، م. (۱۳۸۹). عوامل مؤثر در خودآزمایی والدینی مادران کودکان ۲-۶ ساله. *فصلنامه خانواده‌پژوهی*. ۶(۴)، ۴۹۵-۴۸۳.
- عبدی، ر.، بخشی‌پور، ع.، محمودعلیلو، م.، و فرنام، ع. (۱۳۹۲). ارزیابی کارایی درمان فراتشخیصی یکپارچه در کاهش شدت نشانه‌های زنان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر. *مجله تحقیقات علوم رفتاری*. ۱۱(۵)، ۳۹۰-۳۷۵.
- عظیمی، ع.، امید، ع.، شفیعی، ا.، و نادمی، آ. (۱۳۹۶). اثربخشی درمان فراتشخیصی مبتنی بر تنظیم هیجانی بر ابعاد تنظیم هیجانی و سازگاری فردی و اجتماعی در دانشجویان دختر. *مجله دانشگاه علوم پزشکی اراک*. ۲۰(۱۰)، ۶۲-۷۳.
- قناعت‌پیشه، م.، و صالحی، م. (۱۳۹۷). مقایسه مهارت‌های اجتماعی و یادگیری خودراهبر دانش‌آموزان مدارس هوشمند و سنتی دوره متوسطه دوم. *فصلنامه علمی-پژوهشی رهیافتی نو در مدیریت آموزشی*. ۱(۳۳)، ۷۳-۸۸.
- گنجه‌ای، ن.، و باباپور، ج. (۱۴۰۰). پیش‌بینی اضطراب اجتماعی براساس باورهای فراشناختی و مهارت اجتماعی نوجوانان. *فصلنامه پژوهش‌های نوین روان‌شناختی*. ۱۵(۶۰)، ۴۵-۳۱.
- نرگسی، ف.، فتحی، ع.، داوودی، ا.، و اشرفی، ع. (۱۳۹۸). اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه بر حساسیت اضطرابی، تحمل پریشانی و علائم وسواسی-اجباری در افراد دچار اختلال وسواسی اجباری. *مجله دستاوردهای روان‌شناختی (علوم تربیتی و روان‌شناسی)*. ۲۶(۲۲)، ۶۶-۴۹.
- یزدخواستی، ف.، و عریضی، ح. (۱۳۹۰). هنجاریابی سه نسخه کودک، پدر/مادر و معلم: سیاهه رفتاری کودک در شهر اصفهان. *مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران (اندیشه و رفتار)*. ۱۷(۱)، ۷۰-۶۰.

References

- Achenbach, T. M. (1991). *Integrative guide for the 1991 CBCL/4-18, YSR, and TRF profiles*. Burlington, VT: University of Vermont, Department of Psychiatry.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5)*. Washington: American Psychiatric Publishing.
- Barlow, D. H., Ellard, K. K., Fairholme, C. P., Farchione, T. J., Boisseau, C. L., Allen, L. B., & Ehrenreich-May, J. (2011). *The unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: Therapist guide*. New York: Oxford University Press.
- Barlow, D. H., Farchione, T. J., Bullis, J. R., Gallagher, M.W., Murray-Latin, H.,

- Sauer-Zavala, S.H., Bentley, K. H., Tompson-Hollands, J., Conklin, L. R., Boswell, J. F., Ametaj, A., Carl, J. R., Boettcher, H. T., & 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.
- Bilek, E. L., & Ehrenreich-May, J. (2012). An open trial investigation of a transdiagnostic group treatment for children with anxiety and depressive symptoms. *Behavior Therapy*, 43(4), 887-897.
- Coleman, P. K., & Karraker, K. H. (2000). Parenting self-efficacy among mothers of school-age children: Conceptualization, measurement, and correlates. *Family Relations*, 49(1), 13-24.
- Copeland, W. E., Angold, A., Shanahan, L., & Costello, E. J. (2014). Longitudinal patterns of anxiety from childhood to adulthood: The great smoky mountains study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 53(1), 21-33.
- Dumka, L. E., Stoerzinger, H. D., Jackson, K. M., & Roosa, M. W. (1996). Examination of the cross cultural and cross-language equivalence of the parenting self-age measure. *Family Relations*, 45(2), 216-222.
- Ghasemzadeh, S., & Naghsh, Z. (2020). Effectiveness of unified protocol for transdiagnostic treatment in emotion regulation of mothers and anxiety of children with type I diabetes. *Iranian Red Crescent Medical Journal*, 22(11), 145-152.
- Ginsburg, G. S., Becker, K. D., Drazdowski, T. K., & Tein, J. (2012). Treating anxiety disorders in inner city schools: Results from a pilot randomized controlled trial comparing CBT and usual care. *Child & Youth Care Forum*, 41(1), 1-19.
- Gresham, F. M., & Elliot, S. N. (1990). *Manual Social Skills Rating System*. Minnesota: American Guidance Service.
- Grossman, R. A., Ehrenreich-May, J. (2019). Using the unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders with youth exhibiting anger and irritability. *Cognitive and Behavioral Practice*, 27(2), 184-201.
- Haley, T., Puskar, K., & Terhorst, L. (2011). Psychometric properties of the screen for child anxiety related emotional disorders in a rural high school population. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 24(1), 23-32.
- Halldorsson, B., Castelijns, S., & Creswell, C. (2018). Are children with social anxiety disorder more likely than children with other anxiety disorders to anticipate poor social performance and reflect negatively on their performance? *Journal of Affective Disorders*, 245(2), 561-568.
- Jones, T. L., & Prinz, R. J. (2005). Potential roles of parental self-efficacy in parent and child adjustment: A review. *Clinical Psychology Review*, 25(3), 341-363.
- Junttila, N., Vauras, M., & Laakkonen, E. (2007). The role of parenting self-efficacy in children's social and academic behavior. *European Journal of Psychology of Education*, 22(1), 41-61.
- Kodjebacheva, G., Sabo, T., & Xiong, J. (2016). Interventions to improve child-parent medical provider communication: A systematic review. *Social Science & Medicine*, 166(1), 120-127.

- Laposa, J. M., Mancuso, E., Abraham, G., Loli-Dano, L. (2017). Unified protocol transdiagnostic treatment in group format: A preliminary investigation with anxious individuals. *Behavior Modification*, 41(2), 253-268.
- Martinsen, K. D., Kendall, P. C., Stark, K., & Neumer, S. P. (2016). Prevention of anxiety and depression in children: acceptability and feasibility of the transdiagnostic EMOTION program. *Cognitive and Behavioral Practice*, 23(1), 1-13.
- Martin, A., & Volkmar, F. R. (2007). *Lewis's child and adolescent psychiatry: A comprehensive textbook*. New York: Lippincott Williams & Wilkins.
- Matson, J. L., Neal, D., Fodstad, J. C., Hess, J. A., Mahan, S., & Taylor, T. (2010). Reliability and validity of the Motson evaluation of social skills with youngsters. *Behavior Modification*, 34(6), 539-558.
- Mousavi, R., Moradi, A., Farzad, V. Mahdavi, E., Spence. S., & Navabinejad, S. (2007). Psychometric properties of the Spence Children's Anxiety Scale with an Iranian sample. *International Journal of Psychology*, 1(1), 17-26.
- Pennell, C., Whittingham, K., Boyd, R., Sanders, M., & Colditz, P. (2012). Prematurity and parental self efficacy: The preterm parenting & self-efficacy checklist. *Infant Behavior and Development*, 35(4), 678-688.
- Regev, D., & Snir, S. (2015). Objectives, interventions and challenges in parent-child art psychotherapy. *The Arts in Psychotherapy*, 42(1), 50-56.
- Salo, S., Kivistö, K., Korja, R., Biringen, Z., Tupola, S., Kahila, H., & Kivitie-Kallio, S. (2009). Emotional availability, parental self-efficacy beliefs, and child development in caregiver-child relationships with buprenorphine-exposed 3-year-olds. *Parenting: Science and Practice*, 9(3-4), 244-259.
- Sarcheshmeh, S., Karimi, M., Mahmoudi, F., Shaghghi, P., Abkenar, S. (2017). Effect of training of life skills on social skills of high school students with intellectual disabilities. *Practice in Clinical Psychology*, 5(3), 177-186.
- Spence, S.H. (1998). A measure of anxiety symptoms among children. *Behaviour Research and therapy*, 36(5), 545-566.
- Wilamowska, Z. A., Thompson Hollands, J., Fairholme, C. P., Ellard, K. K., Farchione, T. J., & Barlow, D. H. (2010). Conceptual background, development, and preliminary data from the unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders. *Depression and Anxiety*, 27(10), 882-890.
- Weaver, C. M., Shaw, D. S., Dishion, T. J., & Melvin, N. (2008). Parenting self-efficacy and problem behavior in children at high risk for early conduct problems: The mediating role of maternal depression. *Infant Behavior and Development*, 31(4), 594-605.