MEJDS. 2022; 12:201.

Published online 2023 Jan. **Original Article**

Comparing of the Effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy and Unified Transdiagnostic Therapy on the Social Adjustment of Adolescents With Generalized Anxiety Disorder

Sharafi M[1], *Jafari D[2], Bahrami M [2]

Author Address
1. PhD Student, Department of Psychology, Borujerd Branch, Islamic Azad University, Borujerd, Iran;
2. Assistant Professor, Department of Psychology, Malayer Branch, Islamic Azad University, Malayer, Iran.
***Corresponding Author's Email:** davood_jafari5361@yahoomail.com

Received: 2022 November 18; **Accepted:** 2022 November 29

Abstract

Background & Objectives: Generalized anxiety disorder is the most common disorder among adolescents and young adults. Children and adolescents suffering from the symptoms of anxiety disorders also show a range of social problems, including social adjustment. This maladjustment results in anti–social and moral deviations, and a decline in cultural values in the person in addition to causing problems in social relationships and relationships with others (family, teachers, friends, relatives, and surrounding environment). Several psychological interventions have been implemented on people with generalized anxiety disorder, such as cognitive behavioral therapy (CBT) and unified transdiagnostic treatment, which have a different and practical look at mental disorders and behavioral problems. Hence, the present study aims to compare the effects of CBT and unified transdiagnostic treatment on the social adjustment of adolescents with generalized anxiety disorder.
Methods: The method of the present study was quasi–experimental with a pretest–posttest and a 2–month follow–up design with a control group. The statistical population included all adolescents referred to counseling centers in Khorramabad City, Iran. A total of 45 eligible adolescents were included in the study using a convenience sampling method and were randomly divided into two intervention groups and one control group (15 people in each group). The first and second intervention groups received 12 sessions (two sessions per week and each session lasted for 60–70 minutes) of CBT and unified transdiagnostic treatment, respectively. However, the control group did not receive any intervention. The data collection tool was the Social Adjustment Subscale in the Adjustment Inventory for School Students (AISS) (Sinha and Singh, 1993). Data were analyzed using descriptive statistics (including frequency indices, mean and standard deviation) and inferential statistics (including analysis of variance with repeated measurements and Bonferroni post hoc test) in SPSS– 25 at a significance level of 0.05.
Results: The results revealed that the variance analysis of social adjustment was significant in terms of time effect ($p<0.001$), group effect ($p<0.001$), and interaction effect of time and group ($p<0.001$). CBT ($p<0.001$) and unified transdiagnostic treatment ($p<0.001$) were effective in improving social adjustment. However, no significant difference was observed in the experimental groups ($p=1.000$). In the two experimental groups, there was a significant difference in the average scores of social adjustment between the pretest and posttest ($p<0.001$) and between the pretest and follow–up ($p<0.001$) stages. However, no significant difference was observed between the posttest and follow–up stages, which indicated the continued effectiveness of the interventions in the follow–up stage ($p=0.667$).
Conclusion: Both intervention methods, including CBT and unified transdiagnostic treatment, improved the social adjustment of adolescents with generalized anxiety disorder. Thus, clinical psychologists and child and adolescent therapists, and other specialists can use these two intervention methods to increase the social adjustment of adolescents with generalized anxiety disorder.
Keywords: Generalized anxiety disorder, Cognitive–Behavioral therapy, Unified transdiagnostic treatment, Social adjustment**,** Adolescents.

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2025-12-09]

Copyright © 2022, MEJDS. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License (http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, provided the original work is properly cited.

مجله مطالعات ناتوانی ۱۴۰۱؛ (۱۲):۲۰۱.

انتشار برخط دی ماه ۱۴۰۱ مقاله پژوهشی اصیل

مقایسهٔ اثربخشی درمان شناختی‌ـ رفتاری و درمان فراتشخیصی یکپارچه بر سازگاری اجتماعی نوجوانان دارای اختلال اضطراب فراگیر

محمودرضا شرفی[۱]، *داود جعفری[۲]، محسن بهرامی[۲]

توضیحات نویسندگان

۱. دانشجوی دکتری، گروه روان‌شناسی، واحد بروجرد، دانشگاه آزاد اسلامی، بروجرد، ایران؛

۲. استادیار، گروه روان‌شناسی، واحد ملایر، دانشگاه آزاد اسلامی، ملایر، ایران.

***رایانامهٔ نویسندهٔ مسئول:** davood_jafari5361@yahoomail.com

تاریخ دریافت: ۲۷ آبان ۱۴۰۱؛ **تاریخ پذیرش:** ۸ آذر ۱۴۰۱

چکیده

زمینه و هدف: اختلال اضطراب فراگیر در نوجوانان با تجربهٔ مشکلاتی همچون نبود سازگاری اجتماعی همراه است که پیامدهای زیان‌باری برای آنان به‌دنبال دارد. پژوهش حاضر با هدف مقایسهٔ اثربخشی درمان شناختی‌ـ رفتاری و درمان فراتشخیصی یکپارچه بر سازگاری اجتماعی نوجوانان دارای اختلال اضطراب فراگیر انجام شد.

روش‌بررسی: روش پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری دوماهه همراه با گروه گواه بود. جامعهٔ آماری را تمامی نوجوانان با اختلال اضطراب فراگیر مراجعه‌کننده به مراکز مشاورهٔ شهر خرم‌آباد تشکیل دادند. از میان آن‌ها ۴۵ نفر از نوجوانان واجد شرایط داوطلب به‌شیوهٔ دردسترس وارد مطالعه شدند و به‌طور تصادفی در دو گروه مداخله و یک گروه گواه (هرگروه پانزده نفر) قرار گرفتند. ابزار جمع‌آوری داده‌ها، خرده‌مقیاس سازگاری اجتماعی در پرسش‌نامهٔ سازگاری دانش‌آموزان (سینها و سینگ، ۱۹۹۳) بود. گروه‌های مداخله، درمان شناختی‌ـ رفتاری و درمان فراتشخیصی یکپارچه را هرکدام به‌مدت دوازده جلسه دریافت کردند؛ اما برای گروه گواه هیچ مداخلهٔ درمانی ارائه نشد. تحلیل داده‌ها با روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیبی بونفرونی در نرم‌افزار SPSS نسخهٔ ۲۵ در سطح معناداری ۰/۰۵ صورت گرفت.

یافته‌ها: اثر زمان، اثر گروه و اثر متقابل زمان و گروه بر متغیر سازگاری اجتماعی معنادار بود (p<۰/۰۰۱). میانگین نمرات متغیر سازگاری اجتماعی در گروه درمان شناختی‌ـ رفتاری (p=۰/۰۱۰) و گروه درمان فراتشخیصی یکپارچه (p=۰/۰۴۰) به‌طور معناداری بیشتر از گروه گواه بود؛ اما بین گروه‌های آزمایش تفاوت معناداری مشاهده نشد (p=۱/۰۰۰). در دو گروه آزمایش تفاوت معناداری در میانگین نمرات سازگاری اجتماعی در مراحل پیش‌آزمون‌ـ پس‌آزمون (p<۰/۰۰۱) و پیش‌آزمون‌ـ پیگیری (p<۰/۰۰۱) وجود داشت؛ اما تفاوت معناداری در میانگین نمرات متغیر سازگاری اجتماعی در مراحل پس‌آزمون‌ـ پیگیری مشاهده نشد (p=۰/۶۶۷).

نتیجه‌گیری: باتوجه به یافته‌های پژوهش، بین میزان اثربخشی درمان شناختی‌ـ رفتاری و درمان فراتشخیصی یکپارچه تفاوت معناداری وجود ندارد؛ ازاین‌رو می‌توان از این دو رویکرد درمانی به‌عنوان مداخلات مؤثر بر سازگاری نوجوانان دارای اختلال اضطراب فراگیر بهره‌مند شد.

کلیدواژه‌ها: اختلال اضطراب فراگیر، درمان شناختی‌ـ رفتاری، درمان فراتشخیصی یکپارچه، سازگاری اجتماعی، نوجوانان.

حق انتشار محفوظ است © ۱۴۰۱، مجله مطالعات ناتوانی. این یک مقاله با دسترسی آزاد است که تحت مجوز اختیار‌ـ غیرتجاری ۴/۰ بین‌المللی (https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.fa) منتشر شده است که به شما اجازه می‌دهد که مواد منتشر شده در این مقاله را با شرط ارجاع مناسب به نسخهٔ اصلی، به‌طور غیرتجاری نسخه‌برداری و توزیع کنید.

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2025-12-09]

۱ مقدمه

اختلالات اضطرابی[1]، اختلالات شایع‌تر روانی در طول عمر هستند (۱). از میان انواع اختلالات اضطرابی، اختلال اضطراب فراگیر[2] اختلال رایج‌تر در بین نوجوانان و جوانان به‌شمار می‌رود؛ چنان‌که نتایج پژوهشی شیوع دوازده‌ماههٔ آن را براساس معیارهای تشخیصی خودگزارش‌شده در سراسر جهان ۱۶/۷ درصد تخمین زده است (۲). مؤسسهٔ ملی بهداشت روان[3] (۲۰۱۷) در کانادا نیز شیوع اختلال را براساس جنسیت در بین نوجوانان دختر ۳۸درصد و پسر ۲۶/۱ درصد گزارش کرده است (به‌نقل از ۳). نوجوانان در سراسر جهان اغلب با فشارهای تحصیلی و استرس اجتماعی[4] مواجه هستند که هریک از این فشارها ممکن است جمعیت مذکور را دربرابر مشکلات سلامت روانی مانند اختلال اضطراب فراگیر آسیب‌پذیرتر سازد (۳). انجمن روان‌پزشکی آمریکا ویژگی‌های کلیدی اختلال اضطراب فراگیر را نگرانی شدید و مداوم دربارهٔ تعدادی از مسائل در حوزه‌های مختلف زندگی ازجمله روابط و کار و عملکرد مدرسه معرفی می‌کند (۴) که خارج از کنترل فرد تصور می‌شود. همچنین افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر، علائم فیزیکی مثل بی‌قراری، خستگی، مشکل در توجه، تحریک‌پذیری، تنش عضلانی و مشکلات خواب را تجربه می‌کنند (۱). کودکان و نوجوانانی که دارای تجربهٔ علائم اختلالات اضطرابی هستند، طیفی از مشکلات اجتماعی مانند سازگاری اجتماعی[5] نیز نشان می‌دهند (۵) و توانایی برآورده‌کردن استانداردهای اجتماعی را ندارند (۶). سازگاری اجتماعی مجموعهٔ کنش و رفتارهایی است که فرد در موقعیت‌ها و شرایط جدید به‌منظور ارائهٔ پاسخ‌های مناسب به محرک‌های موجود بروز می‌دهد (۷). وجود ناسازگاری[6] علاوه‌بر ایجاد مشکل در روابط اجتماعی و در ارتباط با دیگران (خانواده، معلمان، دوستان، بستگان، محیط اطراف) باعث گرایش به انحرافات ضداجتماعی و اخلاقی و همچنین افول ارزش‌های فرهنگی در فرد می‌شود (۸). افراد دارای مهارت‌های اجتماعی سطح بالا، از حمایت اجتماعی بیشتری برخوردار هستند و مشکلات رفتاری و روانی کمتری دارند؛ همچنین دارای روابط شخصی بسیار رضایت‌بخشی هستند و رضایت بیشتری از زندگی اجتماعی دارند و در زمان وقوع مشکلات به‌تنهایی یا به‌یاری دیگران بر مسئلهٔ پیش‌آمده غلبه می‌کنند (۹).

مداخلات روان‌شناختی بسیاری روی افراد دارای اختلال اضطراب فراگیر انجام شده است؛ ازجمله درمان شناختی‌ـ رفتار ی[7] و درمان فراتشخیصی یکپارچه[8] که نگاه متفاوت و درعین‌حال کاربردی به اختلالات روانی و مشکلات رفتاری دارند. مداخلات شناختی‌ـ رفتاری همواره به‌عنوان روش‌های اثربخش در درمان اختلالات اضطرابی استفاده شده است. این درمان‌ها مجموعه‌ای از مداخلات را در بر می‌گیرند که در این عقیدهٔ بنیادی اشتراک دارند؛ مبنی‌بر اینکه شناخت‌ها تأثیر عمیق و علّی بر هیجان‌ها و رفتارها می‌گذارند و به همین دلیل باعث تداوم مشکلات روان‌شناختی می‌شوند (۱۰). درمان شناختی‌ـ رفتاری چرخهٔ معیوب اضطراب فراگیر را در فضای درمان و نیز در دنیای مراجع ازطریق بازسازی شناختی و تکنیک‌های مواجهه درهم می‌شکند و اکثر تکنیک‌های رفتاری آن بدین‌منظور طراحی شده‌اند که به فرد کمک کنند تا ضمن درهم‌شکستن الگوهای اجتنابی یا ناامیدی در خود، به‌تدریج بتواند با موقعیت‌های ترسناک مواجه شود و با ایجاد مهارت‌های مقابله‌ای قادر باشد هیجانات دردناک یا برانگیختگی خودکار را در خود کاهش دهد (۱۱). گاف و همکاران (۱۲)، مارکو و همکاران (۱۳)، فلوکیگر و همکاران (۱۴)، مارکو و همکاران (۱۵)، سووگ و همکاران (۵) و پیمان‌پاک و همکاران (۱۶)، اثربخشی درمان شناختی‌ـ رفتاری را در نوجوانان و سایر گروه‌های بالینی دارای اختلال اضطراب فراگیر و اختلالات هیجانی بررسی و تأیید کردند.

انتخاب نوع مدل و فنون درمانی در مداخلات شناختی‌ـ رفتاری وابسته به اختلال مدنظر و متناسب با نوع اختلال، راهنماها و دستورعمل‌های خاص انتشار یافته است. درمان فراتشخیصی یکپارچه[9] از درمان‌هایی به‌شمار می‌رود که طی سال‌های اخیر در میان تحولات جدید در حوزهٔ درمان‌های شناختی‌ـ رفتاری درمقابل درمان‌های اختصاصی اختلالات هیجانی تدوین شده است. درمان فراتشخیصی یکپارچه از چندین درمان مبتنی‌بر شواهد[10] یعنی درمان شناختی‌ـ رفتاری و روان‌درمانی بین‌فردی[11] برای ارائهٔ مؤلفه‌های درمانی مشترک که می‌تواند در درمان طیف گسترده‌ای از مشکلات مؤثر باشد، استفاده می‌کند (۱۷). درمان فراشناختی یکپارچه دراصل مجموعه‌ای از قوانین درمانی است که دربارهٔ همهٔ اختلال‌های هیجانی به‌کار برده می‌شود. فرض اساسی درمان مذکور این است که اختلال‌های هیجانی با فرایندهای روان‌شناختی هسته‌ای و مشترکی همبسته است و برای درمان باید به تغییر این سازه‌های زیربنایی پرداخت (۱۸). انتظار می‌رود این رویکرد فراتر از تشخیص‌های طبقه‌بندی‌شدهٔ موجود باشد و درمقایسه با سیستم استاندارد، طبقه‌بندی بهتری را ایجاد کند. این رویکرد یکپارچه درمانگران روان‌شناختی را قادر می‌سازد تا چندین مشکل را با یک درمان حل کنند (۱۹). اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه بر سازگاری اجتماعی، تنظیم هیجان، افکار تکرارشوندهٔ منفی در نوجوانان دارای اختلال اضطراب فراگیر (۲۰) و نیز بر اختلالات هیجانی در پژوهش‌های اوسما و همکاران (۲۱)، کارلوچی و همکاران (۲۲)، شرمن و ارنرایک‌ـ می (۲۳) و قادری و همکاران (۲۴) بررسی و تأیید شد.

الگوهای درمانی جدید در اضطراب فراگیر مستلزم یکپارچه‌سازی تکنیک‌های درمانی است (۲۵). همچنین کاستی‌های پژوهشی به‌منظور معرفی و بررسی کارایی درمان‌های جدید به‌ویژه درمان‌های یکپارچه در ارتباط با اختلال اضطراب فراگیر وجود دارد و ازسویی سازگاری

[1]. Anxiety Disorders
[2]. Generalized Anxiety Disorder
[3]. National Institute of Mental Health
[4]. Social stress
[5]. Social adjustment
[6]. Maladjustment
[7]. Cognitive Behavioral Therapy
[8]. Unified Transdiagnostic Treatment
[9]. Unified Transdiagnostic Treatment
[10]. Evidence-Based Therapy (EBT)
[11]. Interpersonal Psychotherapy (IPT)

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2025-12-09]

اجتماعی در نوجوانان به‌خصوص نوجوانان دارای اختلال اضطراب فراگیر اهمیت دارد؛ بنابراین پژوهش حاضر با هدف مقایسهٔ اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه و درمان شناختی‌ـ رفتاری بر سازگاری اجتماعی نوجوانان دارای اختلال اضطراب فراگیر انجام شد.

۲ روش‌بررسی

پژوهش حاضر با روش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری دوماهه همراه با گروه گواه انجام شد. جامعهٔ آماری را تمامی نوجوانان مراجعه‌کننده به مراکز مشاورهٔ شهر خرم‌آباد تشکیل دادند. با استفاده از فرمول حجم نمونهٔ کوکران[1] به‌وسیلهٔ نرم‌افزار تعیین حجم نمونه با انحراف معیار ۰/۵ و میزان خطا ۰/۰۵، z برابر۱/۹۶ و p=q برابر ۰/۰۵ (۲۶)، ۴۵ نفر نوجوان واجد شرایط و داوطلب با روش نمونه‌گیری غیرتصادفی به‌شیوهٔ دردسترس وارد مطالعه شدند. سپس به‌صورت تصادفی در سه گروه (دو گروه مداخله و یک گروه گواه) و هر گروه پانزده نفر قرار گرفتند. به این صورت که پس از اعلام موافقت و همکاری، از دو مرکز مشاوره و خدمات روان‌شناسی بهین و پیوند مجوز دریافت شد. در ادامه با انجام هماهنگی‌های لازم به‌مدت ده ماه، برای ۵۶ نفر از نوجوانان مراجعه‌کننده با تشخیص قطعی اختلال اضطراب فراگیر دارای ملاک‌های ورود به پژوهش، یک جلسهٔ مشاورهٔ فردی در نظر گرفته شد و اهداف و ملاحظات اخلاقی پژوهش برای هر نوجوان و والدین وی شرح داده شد. ملاک‌های ورود آزمودنی‌ها به پژوهش عبارت بود از: دامنهٔ سنی ۱۵تا۱۷سال؛ تشخیص قطعی اختلال اضطراب فراگیر توسط روان‌شناس و روان‌پزشک مرکز؛ دریافت‌نکردن درمان روان‌شناختی دیگر به‌صورت هم‌زمان با درمان؛ نداشتن درمان دارویی ثابت برای حداقل سه ماه گذشته؛ نداشتن مشکلات جسمی و اختلالات روان‌شناختی دیگر.

به‌منظور رعایت اصول اخلاقی در پژوهش، شرکت‌کنندگان گروه نمونه و والدین آن‌ها فرم رضایت آگاهانه در جلسات را امضا کردند. همچنین به آن‌ها در زمینهٔ حفظ رازداری و محرمانه‌ماندن اطلاعات، اطمینان داده شد و پژوهشگران متعهد شدند، در صورت انصراف از ادامهٔ همکاری در هر مقطعی از پژوهش، هیچ‌گونه خسارت و زیانی در ارائهٔ خدمات متداول به مُراجع وارد نخواهد شد. پژوهشگران به شرکت‌کنندگان و والدین آن‌ها در گروه گواه متعهد شدند، برای رعایت اصل اخلاقی عدالت پژوهشی، پس از پایان جلسات، مداخلات دربارهٔ افراد متقاضی اجرا شود.

به‌منظور شرکت در پژوهش، از نوجوانان و والدین رضایت‌نامهٔ کتبی به‌صورت آگاهانه دریافت شد و اجرای خرده‌مقیاس سازگاری اجتماعی در پرسش‌نامهٔ سازگاری دانش‌آموزان[2] (۲۷)، به‌عنوان پیش‌آزمون و غربالگری صورت گرفت. در ادامه ۴۵ نفر از نوجوانانی که برای شرکت در پژوهش رضایت داشتند و نمرهٔ کمتری در خرده‌مقیاس سازگاری اجتماعی از پرسش‌نامهٔ سازگاری دانش‌آموزان (۲۷) کسب کردند، به‌طور تصادفی وارد مطالعه شدند. سپس در دو گروه مداخله (درمان شناختی‌ـ رفتاری و درمان فراتشخیصی یکپارچه) و یک گروه گواه قرار گرفتند (هر گروه پانزده نفر). پس از انتخاب گروه نمونه و قرارگرفتن نوجوانان در گروه‌های مداخله و گواه، نوجوانان گروه‌های مداخلهٔ اول و دوم هریک طی دوازده جلسه در قالب جلسات مشاورهٔ گروهی، توسط نویسندهٔ اول پژوهش، درمان فراتشخیصی یکپارچه و درمان شناختی‌ـ رفتاری را دریافت کردند؛ اما برای گروه گواه در این مدت مداخله‌ای ارائه نشد. پس از پایان جلسات درمانی و نیز دو ماه بعد از آخرین جلسهٔ درمانی، شرکت‌کنندگان هر سه گروه مجدد به خرده‌مقیاس سازگاری اجتماعی در پرسش‌نامهٔ سازگاری دانش‌آموزان (۲۷)، در مراحل پس‌آزمون و پیگیری پاسخ دادند.

جدول ۱. خلاصهٔ جلسات درمان فراتشخیصی یکپارچه

جلسات	محتوای جلسات
اول	افزایش انگیزه: مصاحبهٔ انگیزشی برای ایجاد انگیزهٔ مشارکت و درگیری بیماران در جریان درمان، ارائهٔ منطق درمانی و تعیین اهداف درمانی
دوم	ارائهٔ آموزش روانی: بازشناسی هیجان‌ها و ردیابی تجارب هیجانی و آموزش مدل سه‌مؤلفه‌ای تجارب هیجانی و مدل ARC[3]
سوم و چهارم	آموزش آگاهی هیجانی: یادگیری مشاهدهٔ تجارب هیجانی (هیجان‌ها و واکنش به هیجان‌ها) به‌ویژه با استفاده از تکنیک‌های ذهن‌آگاهی
پنجم	ارزیابی مجدد شناختی: ایجاد آگاهی از ارتباط متقابل بین افکار و هیجان‌ها، شناسایی ارزیابی‌های ناسازگارانهٔ خودکار و دام‌های شایع تفکر، ارزیابی مجدد شناختی و افزایش انعطاف‌پذیری در تفکر
ششم	شناسایی الگوهای اجتناب از هیجان: آشنایی با راهبردهای مختلف اجتناب از هیجان و تأثیر آن بر تجارب هیجانی و آگاهی‌یافتن از اثرات متناقض اجتناب از هیجان
هفتم	بررسی رفتارهای ناشی‌از هیجان EDBs[4]: شناسایی رفتارهای ناشی‌از هیجان و درک تأثیر آن‌ها روی تجارب هیجانی، شناسایی EDBs ناسازگارانه و ایجاد گرایش‌های عمل جایگزین ازطریق مواجه‌شدن با رفتارها
هشتم	آگاهی و تحمل احساسات جسمانی: افزایش آگاهی از نقش احساسات جسمانی در تجارب هیجانی، انجام تمرین‌های مواجهه یا رویارویی احشایی به‌منظور آگاهی از احساسات جسمانی و افزایش تحمل این علائم
نهم تا یازدهم	رویایی احشایی و رویایی با هیجان مبتنی‌بر موقعیت: آگاهی‌یافتن از منطق رویایی‌های هیجانی، آموزش نحوهٔ تهیهٔ سلسله‌مراتب ترس و اجتناب، طراحی تمرین‌های مواجهه هیجانی به‌صورت تجسمی و عینی و ممانعت از اجتناب
دوازدهم	پیشگیری از عود، مرور کلی مفاهیم درمان و بحث دربارهٔ پیشرفت‌های درمانی بیمار

1. Cochran
2. Adjustment Inventory for School Students (AISS)
3. Antecedents Responses Consequences
4. Emotion-Driven Behaviors

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2025-12-09]

ابزار و جلسات درمانی زیر در پژوهش به‌کار رفت.

ـ پرسش‌نامهٔ سازگاری دانش‌آموزان: این پرسش‌نامه توسط سینها و سینگ در سال ۱۹۹۳ با هدف سنجش سطوح سازگاری دانش‌آموزان ۱۴ تا ۱۸ سال تهیه شد (۲۷). پرسش‌نامه دارای شصت گویه است و سه حوزهٔ سازگاری اجتماعی و عاطفی و آموزشی را بررسی می‌کند. در پژوهش حاضر بیست گویهٔ اول برای سنجش سازگاری اجتماعی استفاده شد. پاسخ‌گویی به گویه‌ها به‌صورت دوگزینه‌ای بله و خیر تنظیم شده است و به هر گویه براساس کلید نمره‌گذاری، صفر=خیر یا یک=بله نمره تعلق می‌گیرد؛ بنابراین حداقل و حداکثر نمره در هر مقیاس به‌ترتیب صفر تا ۲۰ است. نمرهٔ بیشتر نشان‌دهندهٔ سازگاری بیشتر است (۲۸). سازندگان پرسش‌نامه ضریب پایایی آن را با روش‌های دونیمه‌کردن[1] و بازآزمایی[2] و فرمول کودرریچاردسون[3] به‌ترتیب ۰/۹۵ و ۰/۹۳ و ۰/۹۴ به‌دست آوردند (۲۷). ضریب اعتبار خرده‌مقیاس سازگاری اجتماعی در ایران توسط کرمی (۱۳۷۷) برای دانش‌آموزان کلاس‌های اول تا سوم دبیرستان با روش‌های دونیمه‌کردن ۰/۹۳ و بازآزمایی ۰/۹۰ و کودرریچاردسون ۰/۹۲ گزارش شد (به‌نقل از ۲۸).

ـ جلسات مداخلهٔ درمان فراتشخیصی یکپارچه براساس برنامهٔ درمانی بارلو و دوراند (۲۹) که در ایران بخشی‌پور و همکاران (۳۰) از آن استفاده کردند، پس از اعمال تغییرات جزئی روایی آن توسط پنج نفر از اساتید متخصص به‌تأیید رسید. این درمان برای نوجوانان گروه مداخلهٔ اول در دوازده جلسهٔ ۶۰تا۷۰دقیقه‌ای، به‌صورت دو جلسه در هفته، در قالب جلسات مشاورهٔ گروهی اجرا شد (جدول ۱).

ـ جلسات مداخلهٔ درمان شناختی‌ـ رفتاری براساس برنامهٔ درمانی اختلال اضطراب فراگیر داگاس و رابی‌چاود (۳۱) تدوین شد و در پژوهش حاضر پس از اعمال تغییرات جزئی روایی آن توسط پنج نفر از اساتید متخصص به‌تأیید رسید. این درمان طی دوازده جلسهٔ ۶۰تا۷۰دقیقه‌ای، به‌صورت دو جلسه در هفته، در قالب جلسات مشاورهٔ گروهی اجرا شد (جدول ۲).

جدول ۲. خلاصهٔ جلسات درمان شناختی‌ـ رفتاری

جلسه	محتوای جلسات
اول	معارفه و آشنایی، برقراری ارتباط و توضیح دربارهٔ منطق درمان، توضیح دربارهٔ ماهیت اضطراب، شناسایی افکار اضطراب‌زا و عوامل و نشانه‌های آن، مفهوم‌سازی درمان شناختی رفتار
دوم	مشاهده و ارزیابی آزمودنی‌ها براساس توانایی تمرکز بر تجربیات درونی، شناسایی هیجان‌های اساسی زیربنای موقعیت‌های اضطرابی، توانمندسازی اعضا در زمینهٔ خودآگاهی و شناخت خصوصیات، نیازها، خواسته‌ها، اهداف، ارزش‌ها و هویت خود
سوم	آشنایی اعضا با رابطهٔ بین فکر، احساس و رفتار، آشنایی با افکار خودآیند، تحریف‌های شناختی و به‌چالش کشیدن تحریف‌های شناختی، ارتباط افکار، هیجانات و حس‌های بدنی و ارائهٔ مثال‌های متعدد در موقعیت‌های مختلف، توضیح خطاهای تفکر و افکار خودآیند منفی، توصیف ماهیت استرس، مطرح‌کردن سه مؤلفهٔ مهم اضطراب و استرس (فیزیکی، شناختی، رفتاری) و تعامل میان این سه مؤلفه
چهارم	نشانه‌های احساسی شامل بررسی چگونگی وقوع احساسات و بیان چگونگی ثبت احساسات و افکار مرتبط با آن‌ها، معرفی و شناسایی انواع افکار منفی رایج و تحریفات شناختی، بررسی آگاهی از تأثیر وقایع خوشایند و ناخوشایند بر احساس، افکار و حس‌های بدنی، مواجههٔ واقعی با موقعیت هیجانی و ایفای نقش، تکنیک‌های شناختی برای به‌چالش کشیدن افکار اضطراب‌زا، ایجاد تفسیرها یا پیش‌بینی‌های جایگزین، بررسی شواهد و احتمالات، هراس‌زدایی
پنجم	تهیهٔ سلسله‌مراتب موقعیت‌های اجتنابی، حساسیت‌زدایی، کاربرگ سلسله‌مراتب موقعیت‌های اجتنابی، کاربرگ مواجهه با موقعیت‌های اجتنابی، تصویرسازی موقعیت‌های اجتنابی، همراه‌کردن مواجهه با آرمیدگی
ششم	به‌چالش کشیدن افکار منفی رایج و تحریفات شناختی و جایگزینی افکار منطقی به‌جای افکار غیرمنطقی، آموزش و بحث دربارهٔ مدیریت خشم، قاطعیت، مدیریت زمان، ثبت وقایع روزانه، آموزش استفاده از مهارت حل مسئله در زمینهٔ تعارض‌ها، بحث دربارهٔ مهارت‌های نه‌گفتن، تفویض اختیار
هفتم	مدیریت نگرانی‌ها، شناسایی نگرانی‌های شایع‌تر مُراجع، تعیین و ثبت نگرانی‌ها، کاربرگ ثبت نگرانی، شناخت تحریفات شناختی
هشتم	تکنیک‌های شناختی، راهبرد کارآمد سود و زیان، فاجعه‌آمیزکردن نتایج، تمایز بین امکان و احتمال، عوامل محافظت‌کنندهٔ دردسترس، افکار خودآیند تحریف‌شده، برچسب‌زدن، فاجعه‌سازی، پیش‌بینی منفی
نهم	پرسش‌های بدون پاسخ چرا... اگر، باورهای کمال‌طلبانه دربارهٔ کنترل اضطراب، نشخوارهای ذهنی و چگونگی اثر، تکنیک فعال‌سازی رفتاری، آموزش تکنیک‌های آرمیدگی
دهم	آموزش، تمرین و اجرای راهبردهای مقابله‌ای مؤثر، مقابله با عوامل راه‌انداز بین‌فردی، آموزش مهارت‌های ارتباطی و ابراز وجود، آرامش‌آموزی جسمانی، مسئولیت‌پذیری فعالانه، شناسایی و ثبت خودگویی‌های منفی و نحوهٔ جایگزینی خودگویی‌های مثبت با آن‌ها
یازدهم	تمرین و اجرای راهبردهای مقابله‌ای مؤثر، آموزش مدیریت استرس، نحوهٔ تغییر و اصلاح باورهای نادرست ازطریق زیر سؤال بردن باورها، یافتن باورهای درست و شفاف‌سازی باورها، آموزش شناخت واکنش‌های بدن به احساسات مختلف
دوازدهم	آموزش اهمیت و درک مزایای حمایت اجتماعی، ارائهٔ خلاصه‌ای از جلسات درمانی و مرور کلی مهارت‌های آموزش داده‌شده، بحث دربارهٔ نکات مثبت و ضعف‌های درمانگر و طرح درمانی و دریافت بازخورد از شرکت‌کنندگان، اجرای پس‌آزمون و اتمام جلسات درمانی

داده‌ها در دو بخش آماری توصیفی و استنباطی در نرم‌افزار SPSS نسخهٔ ۲۵، با درنظرگرفتن سطح معناداری α=۰/۰۵ تجزیه‌وتحلیل شد. بخش آمار

[1]. Split-half

[2]. Test-retest

[3]. Kuder-Richardson formula-20

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2025-12-09]

توصیفی شامل بررسی میانگین و انحراف معیار متغیر پژوهش در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری بود. در بخش آمار استنباطی، روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیبی بونفرونی به‌کار رفت. به‌منظور بررسی پیش‌فرض‌های روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر ابتدا آزمون شاپیرو_ویلک (برای ارزیابی نرمال‌بودن متغیرهای وابسته) و آزمون لون (برای ارزیابی یکسانی واریانس‌ها و نرمال‌بودن توزیع) استفاده شد.

۳ یافته‌ها

در این مطالعه، ۴۵ نوجوان دارای اختلال اضطراب فراگیر در دو گروه مداخله و یک گروه گواه (هر گروه پانزده نفر) شرکت کردند که ۶۰درصد نوجوانان گروه مداخلهٔ اول (درمان شناختی_رفتاری) دختر و ۴۰درصد پسر و در گروه مداخلهٔ دوم (درمان فراتشخیصی یکپارچه) ۵۳درصد دختر و ۴۷درصد پسر بودند. همچنین گروه گواه را ۴۷درصد دختران و ۵۳درصد پسران تشکیل دادند. میانگین و انحراف معیار سن در گروه مداخلهٔ درمانی شناختی_رفتاری ۱/۳۲±۱۶/۰۴ سال و در گروه مداخلهٔ درمان فراتشخیصی یکپارچه ۱۶/۱±۹۰/۸۷ سال و در گروه گواه ۱/۶۸±۱۶/۵۴ سال بود.

شاخص‌های آمار توصیفی گروه‌ها قبل و بعد از مداخله در جدول ۳ آمده است. آماره‌های توصیفی (میانگین و انحراف معیار) سه گروه در جدول ۳ نشان می‌دهد، در گروه‌های مداخلهٔ اول و دوم، سازگاری اجتماعی نوجوانان از پیش‌آزمون تا پیگیری افزایش یافته است. معناداری این تغییرات در طول زمان در بین گروه‌ها باید آزمون شود.

جدول ۳. شاخص‌های توصیفی (میانگین و انحراف معیار) متغیرهای پژوهش در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری به‌تفکیک گروه‌ها (n=۴۵)

متغیر	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
سازگاری اجتماعی	مداخلهٔ اول (درمان شناختی_رفتاری)	۷/۰۰	۳/۰۹	۱۰/۹۳	۴/۰۷	۱۰/۵۳	۳/۵۶
	مداخلهٔ دوم (درمان فراتشخیصی یکپارچه)	۷/۶۶	۳/۱۰	۱۱/۴۰	۴/۳۸	۱۱/۲۰	۴/۵۲
	گواه	۶/۳۳	۲/۷۱	۶/۵۳	۲/۱۳	۶/۶۰	۲/۰۲

براساس نتایج توصیفی به‌دست‌آمده از جدول ۳، در مرحلهٔ پیش‌آزمون میانگین نمرات افراد نمونه در گروه‌های مداخلهٔ اول (درمان شناختی_رفتاری) و مداخلهٔ دوم (درمان فراتشخیصی یکپارچه) و گروه گواه تقریباً نزدیک به‌هم بود؛ درحالی‌که در مراحل پس‌آزمون و پیگیری در میانگین نمرات شرکت‌کنندگان گروه‌های مداخله تغییر درخورتوجهی ایجاد شد.

به‌منظور بررسی معناداری این تغییرات، روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر به‌کار رفت. قبل از انجام آن، پیش‌فرض‌های این آزمون ارزیابی شد. برای بررسی نرمال‌بودن نمرات سازگاری اجتماعی، آزمون شاپیرو_ویلک مربوط به نرمال‌بودن سازگاری اجتماعی در سه مرحلهٔ پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری نشان داد، توزیع نمره‌ها نرمال بود ($p>۰/۰۵$). همچنین از آزمون لون به‌منظور بررسی یکسانی واریانس‌های دو گروه استفاده شد و نتایج مشخص کرد، واریانس‌ها برای نمرات متغیر سازگاری اجتماعی یکسان بود ($p>۰/۰۵$)؛ بدین‌معنا که مفروضهٔ واریانس‌های مشابه در گروه‌های مداخله و گواه برقرار بود.

به‌منظور بررسی تفاوت معنادار بین میانگین‌های نمرات متغیر سازگاری اجتماعی در گروه‌های مداخله و گواه در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری، روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر (یک عامل درون‌آزمودنی و یک عامل بین‌آزمودنی) به‌کار رفت. مراحل سه‌گانهٔ پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری به‌عنوان عامل درون‌آزمودنی و گروه‌بندی آزمودنی‌ها در دو گروه به‌عنوان عامل بین‌آزمودنی در نظر گرفته شد. ابتدا مفروضهٔ کرویت با آزمون کرویت موخلی برای عامل درون‌گروهی بررسی شد. نتایج در جدول ۴ ارائه شده است.

جدول ۴. نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای بررسی تأثیر درمان شناختی_رفتاری و درمان فراتشخیصی یکپارچه بر سازگاری اجتماعی نوجوانان

منبع تغییر		مقدار F	مقدار احتمال	اندازهٔ اثر	توان
درون‌گروهی	اثر زمان	۴۲/۳۰۲	<۰/۰۰۱	۰/۵۰۲	۱
	اثر متقابل زمان و گروه	۸/۷۸۰	<۰/۰۰۱	۰/۲۹۵	۱
بین‌گروهی	اثر گروه	۵/۵۴۱	<۰/۰۰۱	۰/۲۰۹	۰/۹۹۶

براساس یافته‌های جدول ۴، تأثیر زمان اندازه‌گیری بر میانگین نمرات متغیر سازگاری اجتماعی معنادار بود ($p<۰/۰۰۱$). همچنین اثر متقابل بین زمان اندازه‌گیری و گروه بر میانگین نمرات متغیر سازگاری اجتماعی معنادار به‌دست آمد ($p<۰/۰۰۱$). تأثیر گروه نیز بر میانگین نمرات متغیر سازگاری اجتماعی معنادار شد ($p<۰/۰۰۱$)؛ بدین‌معنا که بین دو گروه آزمایش و گروه گواه در متغیر سازگاری اجتماعی در طی مراحل پژوهش اختلاف معناداری وجود داشت که نشان‌دهندهٔ تأثیر مداخله بود.

باتوجه به جدول ۵، براساس آزمون تعقیبی بونفرونی، میانگین نمرات متغیر سازگاری اجتماعی در گروه درمان شناختی_رفتاری با درمان فراتشخیصی یکپارچه تفاوت معناداری نداشت ($p=۱/۰۰۰$). همچنین میانگین نمرات متغیر سازگاری اجتماعی در گروه درمان شناختی_رفتاری ($p=۰/۰۱۰$) و گروه درمان فراتشخیصی یکپارچه ($p=۰/۰۴۰$) به‌طور معناداری بیشتر از گروه گواه بود.

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2025-12-09]

جدول ۵. نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی مبنی‌بر مقایسهٔ زوجی سه گروه درمان شناختی‌ـ رفتاری و درمان فراتشخیصی یکپارچه و گواه در متغیر سازگاری اجتماعی

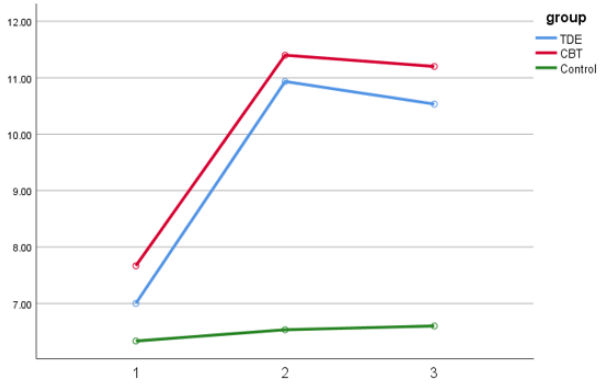
گروه	گروه	تفاوت میانگین	خطای معیار	مقدار احتمال
درمان شناختی‌ـ رفتاری	درمان فراتشخیصی یکپارچه	۰/۶۰۰ـ	۱/۱۵۹	۱/۰۰۰
	گواه	۳/۶۰*	۱/۱۵۹	۰/۰۱۰
درمان فراتشخیصی یکپارچه	درمان شناختی‌ـ رفتاری	۰/۶۰۰ـ	۱/۱۵۹	۱/۰۰۰
	گواه	۳/۰۰*	۱/۱۵۹	۰/۰۴۰

جدول ۶. نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی برای مقایسهٔ زوجی متغیر سازگاری اجتماعی در پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری

متغیر	مرحلهٔ آزمون	مرحلهٔ آزمون	تفاوت میانگین‌ها	خطای معیار	مقدار احتمال
سازگاری اجتماعی	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۲/۶۲۲ـ*	۰/۳۸۹	< ۰/۰۰۱
	پیش‌آزمون	پیگیری	۲/۴۴۴ـ*	۰/۳۶۴	< ۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	پیگیری	۰/۱۷۸	۰/۱۴۴	۰/۶۶۷

براساس نتایج جدول ۶، در دو گروه آزمایش تفاوت معناداری در میانگین نمرات متغیر سازگاری اجتماعی بین مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون (p<۰/۰۰۱) و بین مراحل پیش‌آزمون و پیگیری (p<۰/۰۰۱) وجود داشت؛ اما تفاوت معناداری در میانگین نمرات متغیر سازگاری اجتماعی بین مراحل پس‌آزمون و پیگیری مشاهده نشد که نشان‌دهندهٔ ماندگاری اثربخشی هر دو روش مداخله در مرحلهٔ پیگیری بود (p=۰/۶۶۷).

در شکل ۱ نمودار پراکنش متغیر سازگاری اجتماعی در سه مرحلهٔ پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری ارائه شده است.



شکل ۱. نمودار اثرات درمان شناختی‌ـ رفتاری و درمان فراتشخیصی یکپارچه به‌تفکیک گروه‌ها و مراحل زمان

۴ بحث

پژوهش حاضر با هدف مقایسهٔ اثربخشی درمان شناختی‌ـ رفتاری با درمان فراتشخیصی یکپارچه بر سازگاری اجتماعی نوجوانان دارای اختلال اضطراب فراگیر انجام شد. یافته‌ها نشان داد، بین میانگین‌های نمرات دو گروه مداخلهٔ درمان شناختی‌ـ رفتاری و درمان فراتشخیصی یکپارچه با میانگین نمرات گروه گواه در افزایش سازگاری اجتماعی تفاوت معناداری مشاهده شد؛ به‌طوری‌که هر دو درمان مداخله‌ای در پس‌آزمون اثربخشی داشت و بین میزان اثربخشی دو روش مداخلهٔ درمان شناختی‌ـ رفتاری و درمان فراتشخیصی یکپارچه تفاوت معناداری وجود نداشت. همچنین بین مراحل پس‌آزمون با پیگیری تفاوت معناداری مشاهده نشد که بیانگر ماندگاری اثربخشی هر دو روش مداخله در دورهٔ پیگیری بود.

دربارهٔ اثربخشی درمان شناختی‌ـ رفتاری بر افزایش سازگاری اجتماعی در گروه مداخله درمقایسه با گروه گواه، این یافته با نتایج پژوهش‌های زیر همسوست: گاف و همکاران مشخص کردند، درمان شناختی‌ـ رفتاری می‌تواند موجب کاهش معنادار مشکلات روانی‌ـ اجتماعی در نوجوانان دارای اختلالات همبود افسردگی، اضطراب فراگیر، کمبود توجه و بیش‌فعالی و افکار خودکشی درمقایسه با گروه کنترل شود (۱۲)؛ مارکو و همکاران نشان دادند، درمان شناختی‌ـ رفتاری بر کاهش علائم اضطراب و افسردگی در شرکت‌کنندگان مبتلا به اختلالات سازگاری مؤثر است (۱۳)؛ در پژوهشی دیگر مارکو و همکاران دریافتند، درمان شناختی‌ـ رفتاری در افراد مبتلا به اختلالات سازگاری اثربخش است (۱۵)؛ سووگ و همکاران اثربخشی درمان شناختی‌ـ رفتاری را بر افزایش سازگاری اجتماعی نوجوانان دارای اختلال اضطراب اجتماعی تأیید کردند (۵).

در تبیین این یافته می‌توان گفت، درمان شناختی‌ـ رفتاری به‌دلیل تأکید بر فرایندهای شناختی و تغییر افکار و نگرش افراد می‌تواند هیجان آن‌ها را تنظیم کند. درمان شناختی‌ـ رفتاری شامل چندین راهبرد مانند آموزش

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2025-12-09]

تنفس، تمرین آرامش، آزمایش‌های رفتاری، مدیریت استرس و اضطراب و تغییر ساختار شناختی است (۳۲). در طول درمان درمان شناختی‌ـ‌رفتاری، تکنیک‌های حل مسئله به بیماران کمک می‌کند تا کارآمدی خود را افزایش دهند. همچنین بازسازی شناختی مستلزم تشخیص شناخت‌های ناسازگار جاری است که بیمار با آن‌ها درگیری دارد و اصلاح افکار به‌منظور جایگزین‌کردن شناخت و افکار سازگارانه است. ازطریق تمرینات بازسازی شناختی، بیماران به‌طور فزاینده‌ای در شناخت اینکه تفسیرهای آن‌ها از بیماری یا محیط موجب سازش‌نیافتن هیجاناتشان می‌شود، مهارت کسب می‌کنند (۳۳).

در زمینهٔ اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه بر افزایش سازگاری اجتماعی در گروه مداخله درمقایسه با گروه گواه، این یافته با پژوهش جوادی همسوست. او به این نتیجه دست یافت که درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر بر تنظیم هیجان، افکار تکرارشوندهٔ منفی و سازگاری اجتماعی نوجوانان دارای علائم پیش‌بالینی اختلالات هیجانی اثربخش است (۲۰). همچنین یافتهٔ مطالعهٔ حاضر در راستای نتایج پژوهش‌های اوسما و همکاران (۲۱)، کارلوچی و همکاران (۲۲)، شرمن و ارنرایک‌ـ‌می (۲۳) و قادری و همکاران (۲۴) است که اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه را بر اختلالات هیجانی نوجوانان تأیید کردند.

در تبیین این یافته می‌توان گفت، درمان فراتشخیصی یکپارچه به‌عنوان درمانی هیجان‌محور، تأکید عمده‌ای بر تجربه و پاسخ‌های هیجانی می‌کند؛ زیرا تلاش برای تنظیم هیجانی موجب افزایش و تداوم احساساتی می‌شود که فرد تلاش می‌کند آن‌ها را کاهش دهد. در این درمان به بیماران آموخته شد که چگونه با هیجانات ناخوشایند خود مواجه شوند و به‌شیوهٔ سازگارانه‌تری به هیجاناتشان پاسخ دهند. این روش سعی دارد تا با تنظیم عادات نظم‌بخشی هیجانی، شدت و وقوع عادات هیجانی را کاهش دهد و میزان آسیب را کم کند و کارکرد را ارتقا بخشد. در رویکرد یکپارچه‌نگر، افکار و رفتارها و احساسات باهم تعامل پویایی دارند و هریک از آن‌ها در تجربهٔ هیجانی دارای نقش است و بر آن تأثیر می‌گذارد (۱۷). درمان فراتشخیصی یکپارچه موجب می‌شود بیمار فهم بهتری از تعامل افکار، احساسات و رفتارها در ایجاد تجربه‌های هیجانی درونی داشته باشد. یکی از بخش‌های مهم درمان فراتشخیصی، درک ماهیت انطباقی هیجان‌ها و افزایش آگاهی هیجانی با استفاده از تکنیک‌های ذهن‌آگاهی بود (۲۲). در جلسات درمان به بیماران آموخته شد که همهٔ هیجان‌ها مهم و ضروری هستند، هدف حذف نیست؛ بلکه هدف شناسایی، تحمل و کنارآمدن با هیجانات منفی است و همهٔ هیجان‌ها طبیعی بوده و جنبهٔ بقا دارند. به‌طورکلی می‌توان به این نکته اشاره کرد که بخشی از تکنیک‌ها در درمان فراتشخیصی یکپارچه به‌کارگیری فنونی چون ارزیابی شناختی، خودکنترلی افکار، مواجههٔ هیجانی ذهنی و واقعی، آگاهی و کنترل هیجانات بدنی، پیشگیری و مدیریت پاسخ‌های هیجانی نامطلوب است که استفاده می‌شوند (۳۴). این تکنیک‌ها سهم درخورتوجهی در کاهش اضطراب و درنتیجه افزایش سازگاری اجتماعی بیماران دارند؛ چراکه با شناخت هیجانات مؤثر بر اختلال، رفتارهایی که مولد اضطراب هستند و هم‌زمان با هیجانات بروز می‌کنند، شناسایی می‌شوند. چنین آگاهی از احساسات و ماهیت آن‌ها، به بیمار امنیت لازم را به‌منظور مواجهه با موقعیت‌های استرس‌زا و کنترل هیجانات و تنش‌های جسمانی منفی، می‌دهد (۲۳).

پیشنهاد می‌شود مشاوران و درمانگران بالینی از دو رویکرد درمان شناختی‌ـ‌رفتاری و درمان فراتشخیصی یکپارچه درجهت کاهش افزایش سازگاری به‌ویژه سازگاری اجتماعی نوجوانان دارای اختلال اضطراب فراگیر استفاده کنند. پژوهش حاضر محدود به جامعه و نمونهٔ یک شهر و دو مرکز مشاوره بود که در بازهٔ زمانی محدود اجرا شد. توصیه می‌شود به‌منظور تعمیم‌پذیری نتایج پژوهش، در تحقیقات آتی از نمونه‌های متفاوت و در سطوح سنی گوناگون استفاده شود و مقایسهٔ میزان اثربخشی در هر دو جنس صورت گیرد. به‌دلیل شرایط ناشی‌از شیوع ویروس کرونا، در پژوهش حاضر جلسات به‌صورت انفرادی برگزار شد؛ ازاین‌رو پیشنهاد می‌شود پژوهشگران در پژوهش‌های آتی از مزایای آموزش و درمان گروهی بهره‌مند شوند.

۵ نتیجه‌گیری

براساس یافته‌های این پژوهش، بین درمان شناختی‌ـ‌رفتاری و درمان فراتشخیصی یکپارچه بر افزایش سازگاری اجتماعی نوجوانان دارای اختلال اضطراب فراگیر تفاوت معناداری وجود ندارد. سازگاری اجتماعی در نوجوانان دارای اختلال اضطراب اجتماعی موجب افزایش عملکرد کلی آن‌ها می‌شود و بر بهزیستی روان آن‌ها تأثیرگذار است؛ بنابراین می‌توان از این دو رویکرد درمانی به‌عنوان مداخلات مؤثر بر سازگاری نوجوانان دارای اختلال اضطراب فراگیر بهره‌مند شد.

۶ بیانیه‌ها

تأییدیهٔ اخلاقی و رضایت‌نامه از شرکت‌کنندگان

به‌منظور رعایت اصول اخلاقی در پژوهش، فرم رضایت آگاهانه در جلسهٔ اول توسط شرکت‌کنندگان و والدین آن‌ها امضا شد؛ همچنین به آن‌ها در زمینهٔ حفظ رازداری و محرمانه‌ماندن اطلاعات اطمینان داده شد.

رضایت برای انتشار

این امر غیرقابل اجرا است.

تضاد منافع

این مقاله برگرفته از رسالهٔ دکترای تخصصی روان‌شناسی عمومی نویسندهٔ اول مقاله است که در دانشگاه آزاد اسلامی واحد بروجرد تصویب شد و با کد اخلاق IR.IAU.B.REC.1401.007 به‌ثبت رسید . نویسندگان هیچ تضاد منافعی در رابطه با این پژوهش اعلام نمی‌کنند.

منابع مالی

همهٔ هزینه‌های مالی توسط نویسندهٔ اول تأمین شده است.

References

1. Essau CA, Lewinsohn PM, Lim JX, Ho M ho R, Rohde P. Incidence, recurrence and comorbidity of anxiety disorders in four major developmental stages. J Affect Disord. 2018;228:248–53.

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2025-12-09]

https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.12.014
2. Auerbach RP, Mortier P, Bruffaerts R, Alonso J, Benjet C, Cuijpers P, et al. WHO world mental health surveys international college student project: prevalence and distribution of mental disorders. Journal of Abnormal Psychology. 2018;127(7):623–38. https://doi.org/10.1037/abn0000362
3. Sheldon E, Simmonds-Buckley M, Bone C, Mascarenhas T, Chan N, Wincott M, et al. Prevalence and risk factors for mental health problems in university undergraduate students: a systematic review with meta-analysis. J Affect Disord. 2021;287:282–92. https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.03.054
4. American Psychiatric Association, editor. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5. 5th ed. Washington, D.C: American Psychiatric Association; 2013.
5. Suveg C, Kingery JN, Davis M, Jones A, Whitehead M, Jacob ML. Still lonely: social adjustment of youth with and without social anxiety disorder following cognitive behavioral therapy. J Anxiety Disord. 2017;52:72–8. https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2017.10.005
6. Grant DM, Beck JG. Attentional biases in social anxiety and dysphoria: does comorbidity make a difference? J Anxiety Disord. 2006;20:520-9. https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2005.05.003
7. Sujana SA, Jaya HP, Fiftinova F. Social adjustment and academic achievement of EFL students at higher education. The Journal of English Literacy Education. 2021;8(2):138–49. https://doi.org/10.36706/jele.v8i2.14328
8. Agbaria Q. Predictors of personal and social adjustment among Israeli-Palestinian teenagers. Child Ind Res. 2020;13(3):917–33. https://doi.org/10.1007/s12187-019-09661-3
9. Curran T. An actor-partner interdependence analysis of cognitive flexibility and indicators of social adjustment among mother-child dyads. Pers Individ Dif. 2018;126:99–103. https://doi.org/10.1016/j.paid.2018.01.025
10. Stallard P. Cognitive behavioral therapy with children and adolescents. Alizadeh A, Roohi A. Goodarzi AM. (Persian translator). Tehran: Danzheh; 2010.
11. Wright J, Basco MR, Thase M. Learning cognitive-behavior therapy an IIIustrated guide. Ghassemzadeh H, Hamidpour H. (Persian translator). Tehran: Arjmand Pub; 2022.
12. Goff TM, Moody ME, Acosta LL, Joyce-Beaulieu D. School-based cognitive-behavioral therapy in an inclusion model for an adolescent with comorbid major depressive disorder, generalized anxiety disorder, and attention deficit hyperactivity disorder: a case study. Clinical Case Studies. 2022;21(5):457–73. https://doi.org/10.1177/15346501221078329
13. Marco JH, Alonso S, Baños R. Meaning-making as a mediator of anxiety and depression reduction during cognitive behavioral therapy intervention in participants with adjustment disorders. Clin Psychol Psychother. 2021;28(2):325–33. https://doi.org/10.1002/cpp.2506
14. Flückiger C, Carratta K, Del Re AC, Probst G, Vîslă A, Gómez Penedo JM, et al. The relative efficacy of bona fide cognitive behavioral therapy and applied relaxation for generalized anxiety disorder at follow-up: a longitudinal multilevel meta-analysis. J Consult Clin Psychol. 2022;90(4):339–52. https://doi.org/10.1037/ccp0000717
15. Marco JH, Alonso S, Andani J. Early intervention with cognitive behavioral therapy reduces sick leave duration in people with adjustment, anxiety and depressive disorders. J Ment Health. 2020;29(3):247–55. https://doi.org/10.1080/09638237.2018.1521937
16. Peimanpak F, Pourshahriari M, Abdollahi A. Comparison of the effectiveness of paradoxical timetable therapy and cognitive behavioral therapy on reducing symptoms in women with generalized anxiety disorder. Journal of Woman & Study of Family. 2022. [Persian] https://jwsf.tabriz.iau.ir/article_691954.html?lang=en
17. Barlow DH, Allen LB, Choate ML. Toward a unified treatment for emotional disorders – republished article. Behav Ther. 2016;47(6):838–53. https://doi.org/10.1016/j.beth.2016.11.005
18. Falahat K, Baradarn Eftekhari M, Dejman M, Forouzan AS, Mahmoodi Z, Padyab M, et al. Determining the effectiveness of cognitive behavioral therapy interventions based on the transdiagnostic approach in the treatment of common mental health problems: presenting an experience from the Islamic Republic of Iran. Brain Behav. 2022;12(5):e2551. https://doi.org/10.1002/brb3.2551
19. Fusar-Poli P, Solmi M, Brondino N, Davies C, Chae C, Politi P, et al. Transdiagnostic psychiatry: a systematic review. World Psychiatry. 2019;18(2):192–207. https://doi.org/10.1002/wps.20631
20. Javadi V. Efficacy of transdiagnostic unified protocol on emotion regulation, repetitive negative thought and social adjustment in adolescents with sub-clinical symptoms of emotional disorders. [Dissertation for PhD]. [Zanjan, Iran]: Zanjan University of Medical Sciences; 2008. [Persian]
21. Osma J, Peris-Baquero O, Suso-Ribera C, Farchione TJ, Barlow DH. Effectiveness of the unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders in group format in Spain: results from a randomized controlled trial with 6-months follow-up. Psychother Res. 2022;32(3):329–42. https://doi.org/10.1080/10503307.2021.1939190
22. Carlucci L, Saggino A, Balsamo M. On the efficacy of the unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: a systematic review and meta-analysis. Clin Psychol Rev. 2021;87:101999. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2021.101999

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2025-12-09]

23. Sherman JA, Ehrenreich-May J. Changes in risk factors during the unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders in adolescents. Behav Ther. 2020;51(6):869–81. https://doi.org/10.1016/j.beth.2019.12.002
24. Ghaderi F, Akrami N, Namdari K, Abedi A. Comparing the effects of integrated cognitive-behavioral therapy and transdiagnostic treatment on symptoms of patients with generalized anxiety disorder comorbid with depression. Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology. 2022;27(4):440–57. [Persian] http://dx.doi.org/10.32598/ijpcp.27.4.3067.3
25. Koenigsberg JZ. Anxiety disorders: integrated psychotherapy approaches. First edition. New York, NY: Routledge, 2020. https://doi.org/10.4324/9780429023637
26. Pasha Sharifi H. Ravesh haye tahghigh dar oloome raftari [Research methods in behavioral sciences]. Tehran: Sokhan Pub; 2020. [Persian]
27. Sinha AP, Singh RP. The Adjustment Inventory for School Students (AISS). Agra. National Psychological Corporation; 1993.
28. Saatchi M, Kamkari K, Askarian M. Azmoon haye ravan shenakhti [Psychological tests]. Tehran: Virayesh Pub; 2010. [Persian]
29. Barlow D H, Durand V M. Abnormal psychology: an integrative approach. 6th edition. Wadsworth/Cengage Learning; 2012.
30. Bakhshipour A, Vojoodi B, Mahmoud Alilo M, Abdi R. The effectiveness of integrated Transdiagnostic Treatment in reducing the symptoms of major depressive disorder. Thought & Behavior in Clinical Psychology. 2016;11(41):67–76. [Persian] https://jtbcp.riau.ac.ir/article_1023.html?lang=en
31. Dugas M, Robichaud M. Cognitive behavioral treatment for generalized anxiety disorder from science to practice. Akbari M, Chiniforoushan M, Abedian A. (Persian translator). Tehran: Arjmand Pub; 2016.
32. Carpenter JK, Andrews LA, Witcraft SM, Powers MB, Smits JAJ, Hofmann SG. Cognitive behavioral therapy for anxiety and related disorders: a meta-analysis of randomized placebo-controlled trials. Depress Anxiety. 2018;35(6):502–14. https://doi.org/10.1002/da.22728
33. Salama AM, Abdel-Latif S, Omar T, El Wafa HA. Neurofeedback training and cognitive behavior therapy for treatment of generalized anxiety disorder in children and adolescents: a comparative study. Neuro Regulation. 2022;9(1):29–38. https://doi.org/10.15540/nr.9.1.29
34. De Paul NF, Caver KA. A pilot study of a brief group adaptation of the Unified Protocol in integrated primary care. Psychol Serv. 2021;18(3):416–25. http://doi.org/10.1037/ser0000406

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2025-12-09]