Journal of Research in Behavioral Sciences

Year 2023, Volume 21, Issue 1

Comparison of the Effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy and Unified Transdiagnostic Therapy on the Depression and Anxiety Symptoms of Adolescents with Generalized Anxiety Disorder

Mahmoudreza Sharafi [1], Davood Jafari [2], Mohsen Bahrami [3]

1. PhD Student, Department of Psychology, Borujerd Branch, Islamic Azad University, Borujerd, Iran.
2. (Corresponding author)* Assistant Professor, Department of Psychology, Malayer Branch, Islamic Azad University, Malayer, Iran.
3. Assistant Professor, Department of Psychology, Malayer Branch, Islamic Azad University, Malayer, Iran.

Abstract

Aim and Background: The incidence of generalized anxiety disorder causes serious damage to people's cognitive, communication, and social processes and increases anxiety and depression. The current study aimed to compare the cognitive-behavioral and integrated transdiagnostic therapies effectiveness on depression and anxiety symptoms in adolescents with generalized anxiety disorder.

Methods and Materials: The current research was quantitative and semi-experimental with a pre-test-post-test design and a 2-month follow-up with the control group. The statistical population consisted of all adolescents with a generalized anxiety disorder who were referred to the counseling centers of Khorramabad city. Among them, 45 eligible adolescents were included in the study with the convenience sampling method and randomly divided into two cognitive-behavioral therapy, unified transdiagnostic therapy groups, and a control group. To collect data, the depression, anxiety, and stress scale (DASS) (Laviband and Laviband, 1995) was used. Likewise, analysis of variance with repeated measures and Bonferroni's post hoc test were used for data analysis.

Findings: The results of data analysis revealed that cognitive-behavioral therapy had a significant effect on reducing depression and anxiety ($p<0.01$), however, unified transdiagnostic therapy was effective in reducing depression and anxiety symptoms ($p<0.001$). Likewise, no significant difference was observed between the two groups of cognitive-behavioral therapy and unified transdiagnostic therapy on the reduction of depression and anxiety symptoms.

Conclusions: Based on the findings, there is no significant difference between the effectiveness of the two methods. These two treatment approaches can be used as effective interventions for depression and anxiety of adolescents with generalized anxiety disorder.

Keywords: Adolescents, cognitive behavioral therapy, depression and anxiety symptoms, generalized anxiety disorder, unified transdiagnostic therapy.

Citation: Sharafi M, Jafari D, Bahrami M. **Comparison of the Effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy and Unified Transdiagnostic Therapy on the Depression and Anxiety Symptoms of Adolescents with Generalized Anxiety Disorder**. Res Behav Sci 2023; 21(1): 138-150.

*** Davood Jafari,**
Email: davood_jafari5361@yahoomail.com

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-12]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1402.21.1.12.3]

[DOI: 10.48305.21.1.138]

مقایسه اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه و درمان شناختی رفتاری بر علائم افسردگی و اضطراب نوجوانان دارای اختلال اضطراب فراگیر

محمودرضا شرفی[۱]، داود جعفری[۲]، محسن بهرامی[۳]

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

۲- (نویسنده مسئول)* استادیار، گروه روانشناسی، واحد ملایر، دانشگاه آزاد اسلامی، ملایر، ایران.

۳- استادیار، گروه روانشناسی، واحد ملایر، دانشگاه آزاد اسلامی، ملایر، ایران.

چکیده

زمینه و هدف: بروز اختلال اضطراب فراگیر، فرآیندهای شناختی، ارتباطی و اجتماعی افراد را با آسیب جدی مواجه ساخته و موجب افزایش اضطراب و افسردگی می‌شود. پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان شناختی-رفتاری و درمان فراتشخیصی یکپارچه بر علائم افسردگی و اضطراب نوجوانان دارای اختلال اضطراب فراگیر انجام شد.

مواد و روش‌ها: روش پژوهش حاضر کمی و از نوع مطالعه نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و پیگیری ۲ ماهه با گروه گواه بود. جامعهٔ آماری پژوهش را تمامی نوجوانان با اختلال اضطراب فراگیر مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره شهر خرم‌آباد تشکیل می‌دادند که از میان آن‌ها ۴۵ نفر نوجوانان واجد شرایط داوطلب با روش نمونه‌گیری در دسترس وارد مطالعه شدند و به‌طور تصادفی در دو گروه درمان شناختی-رفتاری، گروه درمان فراتشخیصی یکپارچه و گروه گواه جایگزین شدند (هر گروه ۱۵ نفر). به‌منظور جمع‌آوری داده‌ها از مقیاس افسردگی، اضطراب، استرس (لاوی‌باند و لاوی‌باند، ۱۹۹۵) استفاده شد. همچنین جهت تجزیه‌وتحلیل داده‌ها از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج تجزیه‌وتحلیل داده‌ها نشان داد که درمان شناختی-رفتاری بر کاهش افسردگی و اضطراب تأثیر معناداری داشته است ($p<۰/۰۱$)، از سویی دیگر درمان فراتشخیصی یکپارچه بر کاهش علائم افسردگی و اضطراب نتیجه‌بخش بوده است ($p<۰/۰۰۱$)، همچنین بین دو گروه درمان شناختی-رفتاری و درمان فراتشخیصی یکپارچه بر کاهش علائم افسردگی و اضطراب تفاوت معناداری مشاهده نشد.

نتیجه‌گیری: با توجه به یافته‌ها بین میزان اثربخشی دو روش تفاوت معناداری وجود ندارد؛ می‌توان از این دو رویکرد درمانی به‌عنوان مداخلات مؤثر بر افسردگی و اضطراب نوجوانان دارای اختلال اضطراب فراگیر بهره گرفت.

واژه‌های کلیدی: اختلال اضطراب فراگیر، درمان شناختی-رفتاری، درمان فراتشخیصی یکپارچه، علائم افسردگی و اضطراب، نوجوانان.

ارجاع: شرفی محمودرضا، جعفری داود، بهرامی محسن. **مقایسه اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه و درمان شناختی رفتاری بر علائم افسردگی و اضطراب نوجوانان دارای اختلال اضطراب فراگیر**. مجله تحقیقات علوم رفتاری ۱۴۰۲؛ ۲۱(۱): ۱۳۸-۱۵۰.

* **داود جعفری،**

رایانامه: davood_jafari5361@yahoomail.com

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-12]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1402.21.1.12.3]

[DOI: 10.48305.21.1.138]

مقدمه

اختلالات اضطرابی در دوران نوجوانی و جوانی به دلیل بار بالای بیماری که دارند، یکی از نگرانی‌های سلامت عمومی در سراسر جهان هستند (۱). اختلال اضطراب فراگیر از مهم‌ترین و شایع‌ترین نوع اختلالات اضطرابی بوده و فرایندهای اساسی آن، فرایندهای اصلی دخیل در همه اختلالات اضطرابی است؛ که بارزترین نشانه آن نگرانی مداوم درباره رویدادهای آینده است (۲). شیوع این اختلال در پسران نوجوان ۲۶/۱٪ و در دختران ۳۸ درصد گزارش شده است (۳). از مشکلات همبود با اختلال اضطراب فراگیر که به‌عنوان رایج‌ترین مسائل روانی و عاطفی در دوره نوجوانی نیز به شمار می‌آیند افسردگی و اضطراب است که اغلب بر کنش‌های هیجانی فرد اثر می‌گذارد (۴). اضطراب یک احساس و هیجان منفی، فراگیر و ناخوشایند با منشأ ناشناخته است که فرد تجربه می‌کند و شامل عدم اطمینان، درماندگی و برانگیختگی فیزیولوژیکی است (۵). افسردگی نیز رایج‌ترین مشکل دوران نوجوانی است؛ که در آن شخص به‌صورت مداوم، ناراحتی عمیق و کاهش علاقه را در تمام فعالیت‌ها در طول دوره زمانی حداقل دوهفته‌ای تجربه می‌کند (۶). اختلال اضطراب فراگیر همبودی بالا و آسیب‌پذیری ژنتیکی مشابهی با اختلالات اضطرابی و افسردگی دارد (۸،۷).

در زمینه درمان مشکلات روان‌شناختی افراد دارای اختلال اضطراب فراگیر تا به امروز پژوهش‌ها و اقدامات درمانی بسیاری انجام شده است. درمان شناختی-رفتاری اولین و مهم‌ترین درمان و الگوی اختصاصی برای درمان این اختلال در جمعیت‌های بالینی است (۹). بر اساس درمان شناختی-رفتاری، باورهای نادرست و ناامیدکننده، رفتارهای مقابله‌ای ناموثر و حالات خلقی منفی در شکل‌گیری و تداوم مشکلات مؤثرند و افراد با بازسازی افکار می‌توانند با فشارهای روانی مقابله کنند. درواقع در این رویکرد افراد تشویق می‌شوند تا با توجه به افکار خودآیند منفی با شناسایی تحریف‌های شناختی و به چالش کشیدن آنها و در ادامه با بازسازی افکار، احساسات بهتری را تجربه کنند و رفتارهای مناسب‌تری از خود بروز دهند (۱۰). این رویکرد درمانی هم از راهبردهای شناختی شامل کشف تحریف‌های شناختی و افکار اضطراب‌آور، بازسازی شناختی و تقویت خودگویی‌های مقابله‌ای مؤثر و هم از راهبردهای رفتاری شامل الگوبرداری، مواجه‌سازی، ایفای نقش، آرام‌سازی عضلانی، آموزش مهارت‌های مقابله‌ای و افزایش خودکنترلی و خودکارآمدی استفاده می‌کند (۱۱). براساس این رویکرد، افراد این توانایی را دارند که به شیوه‌های متناسب با موقعیت بیندیشند و عمل کنند، اما به دلیل درک و انتظاراتشان از موقعیت، به‌گونه‌ای دیگر رفتار می‌کنند؛ بنابراین می‌توان با ترکیبی از نظریه‌ها و تکنیک‌های رفتاردرمانی و شناخت درمانی، ناپایداری تفکر تحریف‌شده که به رفتار ناکارآمد منجر می‌شود را با استفاده از فنون گفتگوهای منظم، تکنیک‌های شناختی و تکالیف رفتاری سازمان‌یافته تغییر داد (۱۲). نتایج پژوهش‌های پیشین ازجمله پژوهش راینهولت و همکاران (۱۳)، ویلا و همکاران (۱۴)، ساندین و همکاران (۱۵)، رایزینگ و همکاران (۱۶)، شیبانی و همکاران (۱۷)، بهرامی و همکاران (۱۸)، اثربخشی درمان شناختی-رفتاری را بر افسردگی و اختلالات اضطرابی و افسردگی همایند بررسی و تأیید نموده‌اند.

از مداخلات دیگری که در حیطه اختلالات خلقی و اضطرابی برای پوشش دادن به مشکلات ناشی از درمان‌های اختصاصی مورداستفاده قرارگرفته و بیشترین توجه پژوهشی را به خود جلب نموده درمان فراتشخیصی یکپارچه است. این رویکرد درمانی مکانیسم‌های سبب‌ساز مشترک اختلالات هیجانی را مورد هدف قرار می‌دهد و به افراد می‌آموزد چگونه با هیجانات ناخوشایندشان مواجه شوند و به شیوه‌ای مناسب به آنها پاسخ دهند (۱۹). بدین ترتیب به افراد کمک می‌کند تا درک بهتر و مناسب‌تری از تعامل افکار، احساسات و رفتارهای خود و نقش برانگیزاننده‌ها در ایجاد تجربه‌های هیجانی داشته باشند، بتوانند پیامدهای تجربه‌های هیجانی خود را پیش‌بینی نمایند، رفتارهای نشأت گرفته از هیجان‌ها را تشخیص دهند و در صورت لزوم اصلاح کنند و در موقعیت‌های اجتماعی تجربه‌های هیجانی مناسبی از خود نشان دهند (۲۰). درمان فراتشخیصی یکپارچه تأکید بارزی بر ماهیت سازگارانه و کارکردی هیجان‌ها، افزایش آگاهی بیمار از نقش شناخت‌ها و هیجان‌ها و احساسات بدنی و رفتاری دارد و به‌جای اینکه فقط روی یک اختلال خاص تمرکز کند، با ارائه‌ی روش‌ها و فنونی جامع و کارآمد در تلاش است به تمام مسائل مراجع، صرف‌نظر از تشخیص مطرح‌شده بپردازد (۲۰). رشید و رشید (۲۱)، کندی و همکاران (۲۲)، راینهولت و همکاران (۱۳)، ایتو و همکاران (۲۳)، کارلوچی و همکاران (۲۴) زمستانی و همکاران (۲۵)، اولیویرا و همکاران (۲۶)، اوسما و همکاران (۲۷) اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه را بر اضطراب و افسردگی، استرس، اختلالات هیجانی نوجوانان بررسی و تأیید نموده‌اند. فرزندان و توانایی نظم دادن به

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-12]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1402.21.1.12.3]
[DOI: 10.48305.21.1.138]

واکنش‌های آنان در قبال فرزندان می‌شود، می‌توانـد بـه والـدین کمک کند نسبت به واکنش‌های خـود و هیجانـات همـراه آن و سـهم خـود در تعامـل بـا کـودک آگـاهی پیـدا کننـد و بتواننـد همدلانه‌تر و هشـیارانه‌تـر عمـل کننـد (۱۵). پژوهش‌هـا نشـان می‌دهند هرچقدر مهارت‌هـای فرزنـد پـروری ذهـن آگاهانـه در والـدین کمتـر باشـد، میـزان افسـردگی و اضـطراب (۱۶)، اختلال‌های رفتاری (۱۷)، مشکلات ارتباطی در مدرسه و انزوای کودکان (۱۸) افزایش می‌یابد. همچنـین نتـایج مطالعـات نشـان داده اسـت کـه فرزنـد پـروری ذهـن‌آگاهانـه باعـث کـاهش پرخاشگری و نیز افزایش خودکارآمدی در کودکان می‌شود (۱۹) و به آن‌ها کمک می‌کند هیجانات خود را به‌طور مؤثرتری کنترل کنند (۲۰).

علاوه بر رویکرد نسبتاً نوین ذهن‌آگاهی بـه فرزنـد پـروری، آموزش مدیریت والدین نیـز رویکـرد دیگـری اسـت کـه بـرای پیشگیری و کاهش مشکلات رفتـاری و روان‌شـناختی کودکـان طراحی‌شده است. آموزش مدیریت والدین، شیوه‌ای است کـه در آن‌ها والدین در خصوص تعامل صـحیح بـا کودکشـان آمـوزش می‌بینند (۲۱). این برنامه روشی بسیار ارزشمند و چندبعدی است کـه توانـایی مـدیریت آشـفتگی‌هـای رفتـاری کودکـان سـن پیش‌دبستانی را به‌خوبی دارد. آموزش مدیریت والدین مداخلـه‌ای روانی–اجتماعی است که در آن والدین روش‌هایی را یـاد مـی–گیرند تا رفتارهای اخـلال‌گرانـه کـودک را کـاهش و رفتارهـای اجتماعی آن‌ها را افزایش دهند (۲۲). این برنامه کـه مبتنـی بـر اصول یادگیری است، به والدین می‌آموزد که با شـناخت پـیش–آمدها و پیامدهای رفتارهای نامطلوب فرزنـدان خـود، مشـخص نمودن آن‌ها، شیوه نظارت بر این رفتارها، نادیده انگاشتن عمدی و برنامه‌ریزی‌شده، محرومیـت موقـت و دیگـر فنـون رفتارهـای فرزندان را تغییر دهند و رفتارهـای مناسـب را بـا توجـه کـردن، تشویق و پاداش تقویت کنند تا به رفتار دلخواه دست یابند (۲۳). همچنین بیان‌شده است که این برنامه برافزایش کیفیـت روابـط والد–کودک تأکید دارد و مستلزم یادگیری مهارت‌هـای جدیـد و تمرین‌هایی است که تأثیر بسزایی در اصلاح رفتـار کـودک دارد. اهداف ایـن برنامـه آموزشـی، افـزایش مهـارت و خودبسـندگی والدین، ارتقای کیفیت فرزند پروری، فراهم نمودن محیطی غیـر خشـونت‌آمیز و بـا تعـارض پـایین بـرای کودکـان و ارتقـای عملکردهای چندجانبـه کودکـان اسـت (۲۴). شـواهد پژوهشـی حاکی از آن است که آموزش مدیریت والدین، یک مداخله مـؤثر برای بدرفتاری و مشکلات رفتاری کودکان اسـت و بـه والـدین آموزش می‌دهد که تعاملات مثبت خود را با کودکشـان افـزایش دهنـد و از تعـاملات ناسـازگار و ناهماهنـگ بپرهیزنـد (۲۵). همچنین پژوهش‌ها نشان داده‌اند کـه برنامـه آمـوزش مـدیریت والدین در اصلاح رفتـار کودکـان، خصوصـاً کودکـان بـا سـنین پایین‌تـر بسـیار کارآمـد اسـت و در کـاهش مشـکلات رفتـاری درونی‌سازی و برونی‌سازی‌شده کودکان مؤثر است (۲۶) و باعـث ارتقای سلامت روان کودک می‌شود (۲۷). باوجود پژوهش‌هـای زیادی که در مورد اثربخشی برنامه‌های آموزشی فرزند پروری، از قبیل برنامه‌های شناختی و رفتاری وجـود دارد، امـا بـازهم ایـن برنامه‌ها ممکن است در برخی مواقع برای والدین کارآمد نباشـند یا اثربخشی کوتاه‌مدتی داشـته باشـند (۲۸). یکـی از مهم‌تـرین عواملی که می‌تواند باعـث عـدم کارآمـدی شـیوه‌هـای تربیتـی والدین در امر فرزند پروری شود این است کـه در موقعیـت‌هـای دشوار فرزند پروری، والدین غالباً چنان درگیر افکار و هیجان‌های منفی درون خود می‌شوند که نمی‌توانند رابطه مـؤثری بـا فرزنـد خود برقرار کنند و مهارت‌هـای والـدگری تحـت شـرایط دشـوار هیجانی، از دسترس خـارج مـی‌شـوند (۲۹). وجـه تمـایز فرزنـد پروری ذهن آگاهانه از دیگر برنامه‌های والدگری، تأکید زیـاد آن بر سواد هیجانی و دلسوزی است. ازآنجایی‌که رفتارهای والـدین در اغلب اوقات توسط باورهای مشـروط و انتظـاراتی کـه ریشـه درگذشته دارند هدایت می‌شود، فرزند پروری ذهن‌آگاهانـه مـی–تواند توجه و آگاهی متمرکز بر لحظه حال، واکنش‌پذیری انـدک و نگرش پذیرا نسبت به تفکـرات و احساسـات و رفتارهـا را بـه ارمغان بیاورد. فرزنـد پـروری ذهـن‌آگاهانـه بیشـتر متمرکـز بـر روش‌هایی برای آگاهی والدین از تنیدگی‌ها و واکنش‌هایی است که در ارتباط آن‌ها با کودک تأثیرگذار است (۳۰). ایـن در حـالی است که برنامه‌های دیگر مانند آموزش مدیریت والدین، بیشتر بر اصلاح رفتارهای نامناسب کودک تمرکز دارد. به عبارتی می‌توان گفت فرزند پروری ذهن آگاهانه حـاوی مؤلفـه‌هـای شـناختی و هیجانی و روش‌های دیگر دربردارنده مؤلفه‌های رفتاری هسـتند. بدین ترتیب هریک از دو روش مـذکور دارای مزایـای جداگانـه است که می‌توانند مکمل یکدیگر باشند و احتمالاً ترکیب آن‌هـا باهم می‌تواند اثربخشی بالاتری بر کیفیت فرزند پـروری داشـته باشد. همچنـین بـاوجود حمایـت‌هـای روزافـزون در اسـتفاده از ذهن‌آگاهی در فرزند پروری، هنوز هم تحقیقات زیادی در حـوزه غیر بالینی و پیشگیرانه صورت نگرفته است و اکثر پژوهش‌هـای

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-12]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1402.21.1.12.3]
[DOI: 10.48305.21.1.138]

محققان و درمانگران بالینی در تلاش برای ارائه مداخلاتی که به‌طور تجربی حمایت و تأیید شده، برای بیماران دارای مشکلات پیچیده و یا بیمارانی که درمانشان دشوار است، مداخلات تک رویکردی برایشان اثربخش نبوده و به رویکردهای روان‌درمانی یکپارچه متوسل شده‌اند (۲۸). درنتیجه، انتخاب و پالایش تکنیک‌های درمان‌های شناختی-رفتاری که فرایندهای اساسی نگرانی آسیب‌شناسی را برطرف می‌کنند، می‌تواند یکی از راه‌حل‌های موجود و ضروری برای افزایش اثربخشی درمان در اختلال اضطراب فراگیر باشد (۲۹). پژوهشگران بر این عقیده‌اند که ترکیب رویکردهای مبتنی بر درمان شناختی-رفتاری برای درمان اختلال اضطراب فراگیر نتایج بهتری را در پی دارد (۳۰). از سویی بسیاری از درمانگران در این مسئله اتفاق‌نظر دارند که اشتراک رویکردهای مختلف شناختی-رفتاری نوین بیش از تفاوت‌ها و تمایز آنها است. این درمان‌ها بر نحوه مدیریت، مشاهده و پردازش تجربیات تأکید دارند و رویکردی آگاهانه و پذیرنده نسبت به این تجربیات را ترویج می‌کنند (۳۱). ضرورت، اهمیت و سودمندی تدوین مدل‌های یکپارچه و فرایندمدار، مؤثر و اقتصادی‌تر اختلال اضطراب فراگیر نیز موردتوجه پژوهشگران واقع شده است (۳۲)؛ اما با توجه به بررسی‌های انجام شده و کاستی‌های پژوهشی که احساس گردید، پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه و درمان شناختی-رفتاری بر علائم افسردگی و اضطراب در نوجوانان دارای اختلال اضطراب فراگیر انجام شد.

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر با روش نیمه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون-پیگیری (۲ ماهه) با گروه گواه انجام شد. جامعه آماری شامل تمامی نوجوانان مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره شهر خرم‌آباد بود؛ با استفاده از فرمول حجم نمونه کوکران به‌وسیله نرم‌افزار تعیین حجم نمونه با انحراف معیار ۰/۵ و میزان خطا ۰/۰۵، z برابر ۱/۹۶ و p=q برابر ۰/۰۵ (۳۳)، تعداد ۴۵ نفر نوجوان واجد شرایط و داوطلب با روش نمونه‌گیری غیرتصادفی به شیوه در دسترس وارد مطالعه شدند و به‌صورت تصادفی در سه گروه (دو گروه مداخله و یک گروه گواه/ هر گروه ۱۵ 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 و با انجام هماهنگی‌های لازم به مدت ۱۰ ماه، برای ۵۶ نفر از نوجوانان مراجعه‌کننده با تشخیص قطعی اختلال اضطراب فراگیر که دارای ملاک‌های ورود به پژوهش (دامنه سنی ۱۷-۱۵ سال، تشخیص قطعی اختلال اضطراب فراگیر توسط روانشناس و روان‌پزشک مرکز، عدم دریافت درمان روان‌شناختی دیگر به‌صورت همزمان با درمان، نداشتن درمان دارویی ثابت برای حداقل ۳ ماه گذشته، عدم وجود مشکلات جسمی و اختلالات روان‌شناختی دیگر) بودند یک جلسه مشاوره فردی در نظر گرفته شد و اهداف و ملاحظات اخلاقی پژوهش برای هر نوجوان و والدین وی شرح داده شد.

جهت شرکت در پژوهش، از نوجوانان و والدین رضایت‌نامه کتبی به‌صورت آگاهانه دریافت و مقیاس افسردگی، اضطراب، استرس (DASS-۲۱) (لاوی‌باند و لاوی‌باند، ۱۹۹۵) به‌عنوان پیش‌آزمون و غربالگری نهایی اجرا شد. سپس ۴۵ نفر از نوجوانان که جهت شرکت در پژوهش رضایت داشتند و نمره بالاتری در مقیاس افسردگی، اضطراب، استرس (لاوی‌باند و لاوی‌باند، ۱۹۹۵) کسب کردند، به‌صورت تصادفی وارد مطالعه شده و در دو گروه مداخله (درمان شناختی-رفتاری و درمان فراتشخیصی یکپارچه) و یک گروه گواه قرار گرفتند (هر گروه ۱۵ نفر). پس از انتخاب گروه نمونه و قرار گرفتن نوجوانان در گروه‌های مداخله و گواه، نوجوانان گروه‌های مداخله اول و دوم هر یک طی ۱۲ جلسه در قالب جلسات مشاوره گروهی، توسط نویسنده اول پژوهش تحت مداخله‌ی درمان فراتشخیصی یکپارچه و درمان شناختی-رفتاری قرار گرفتند. گروه گواه در این مدت مداخله‌ای دریافت نکردند. پس از پایان جلسات درمانی و همچنین ۲ ماه بعد از آخرین جلسه درمانی شرکت‌کنندگان هر سه گروه مجدداً به مقیاس افسردگی، اضطراب، استرس (لاوی‌باند و لاوی‌باند، ۱۹۹۵)، در مراحل پس آ پیگیری پاسخ گفتند.

جهت رعایت اصول اخلاقی در پژوهش، فرم رضایت آگاهانه در جلسات توسط شرکت‌کنندگان گروه نمونه و والدین آنها امضا شد. به آنها در زمینه حفظ رازداری و محرمانه ماندن اطلاعات اطمینان داده شد و پژوهشگران متعهد شدند که در صورت انصراف از ادامه همکاری در هر مقطعی از پژوهش، هیچ‌گونه خسارت و زیانی در ارائه خدمات متداول نسبت به مراجع وارد نخواهد شد. پژوهشگران به شرکت‌کنندگان و والدین آنها در گروه گواه متعهد شدند تا جهت رعایت اصل اخلاقی عدالت

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-12]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1402.21.1.12.3]
[DOI: 10.48305.21.1.138]

پژوهشی، پس از پایان جلسات، مداخلات در مورد افراد متقاضی اجرا شود.

داده‌ها در دو بخش آماری توصیفی و استنباطی با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۵ مورد تجزیه‌وتحلیل قرار گرفت. بخش توصیفی شامل میانگین و انحراف معیار موردبررسی در مراحل پیش‌آزمون-پس‌آزمون و پیگیری بود و در بخش استنباطی، آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیبی بونفرونی مورداستفاده قرار گرفت. به‌منظور بررسی پیش‌فرض‌های آزمون ابتدا آزمون شاپیرو-ویلکز (برای بررسی نرمال بودن متغیرهای وابسته) و آزمون لون (برای یکسانی واریانس‌ها و نرمال بودن توزیع) استفاده شد.

مقیاس افسردگی، اضطراب، استرس (DASS-21): یک مقیاس خودگزارش‌دهی توسط لاوی‌باند و لاوی‌باند (۱۹۹۵) تهیه شده است. شامل ۲۱ عبارت و سه زیرمقیاس افسردگی، اضطراب و استرس می‌شود. در این پژوهش دو زیرمقایس افسردگی و اضطراب موردنظر بود. پاسخ به عبارت به‌صورت چهاردرجه‌ای لیکرت (نمره صفر=اصلاً در مورد من صدق نمی‌کند تا ۳=کاملاً در مورد من صدق می‌کند) تنظیم شده است. حداقل و حداکثر نمره در هر زیرمقیاس به ترتیب صفر و ۲۱ می‌باشد (۳۴). به گزارش لوی‌باند و لوی‌باند این مقیاس از روایی همگرا و تشخیصی (افتراقی) کافی برخوردار است. همبستگی زیرمقیاس اضطراب در DASS با پرسشنامه افسردگی بک ۰/۸۱ و همبستگی زیرمقیاس افسردگی در DASS با پرسشنامه اضطراب بک ۰/۷۴ گزارش شده است. آنها همچنین آلفای کرونباخ پرسشنامه را در زیرمقیاس افسردگی ۰/۹۱، اضطراب ۰/۸۴ و استرس ۰/۹۰ گزارش نمودند (۳۴). این پرسشنامه در ایران توسط صاحبی و همکاران هنجاریابی و همسانی درونی آن با استفاده از روش آلفای کرونباخ در زیرمقیاس افسردگی ۰/۷۷، زیرمقیاس اضطراب ۰/۷۹ و زیرمقیاس استرس ۰/۷۸ گزارش شده است. روایی ملاکی با استفاده از اجرای همزمان پرسشنامه‌های افسردگی بک، اضطراب زانگ و استرس ادراک‌شده بررسی و همبستگی زیرمقیاس افسردگی در DASS با آزمون افسردگی بک ۰/۷۰، همبستگی زیرمقیاس اضطراب DASS با آزمون اضطراب زانگ ۰/۶۷ و همبستگی مقیاس استرس DASS با آزمون تنیدگی ادراک‌شده ۰/۴۹ گزارش شده است (۳۵).

پروتکل درمان فراتشخیصی یکپارچه: این برنامه مداخله با استفاده از برنامه‌ی درمانی بارلو و دوراند (۲۰۱۱) که در ایران توسط بخشی‌پور و همکاران (۳۶) مورداستفاده قرارگرفته، پس از اعمال تغییرات جزئی روایی آن توسط پنج نفر از اساتید متخصص مورد تأیید قرار گرفت، سپس برای نوجوانان گروه مداخله اول طی ۱۲ جلسه ۷۰-۶۰ دقیقه‌ای (به‌صورت دو جلسه در هفته) در قالب جلسات مشاوره گروهی استفاده شد. خلاصه محتوای جلسات عبارت بود از: جلسه اول: افزایش انگیزه؛ مصاحبه انگیزشی برای ایجاد انگیزه مشارکت و درگیری بیماران در جریان درمان، ارائه منطق درمانی و تعیین اهداف درمانی. جلسه دوم: ارائه آموزش روانی؛ بازشناسی هیجان‌ها و ردیابی تجارب هیجانی و آموزش مدل سه مؤلفه‌ای تجارب هیجانی و مدل ARC. جلسه سوم و چهارم: آموزش آگاهی هیجانی؛ یادگیری مشاهده تجارب هیجانی (هیجان‌ها و واکنش به هیجان‌ها) به‌ویژه با استفاده از تکنیک‌های ذهن آگاهی. جلسه پنجم: ارزیابی مجدد شناختی؛ ایجاد آگاهی از ارتباط متقابل بین افکار و هیجان‌ها، شناسایی ارزیابی‌های ناسازگارانه خودکار و دام‌های شایع تفکر، ارزیابی مجدد شناختی و افزایش انعطاف‌پذیری در تفکر. جلسه ششم: شناسایی الگوهای اجتناب از هیجان؛ آشنایی با راهبردهای مختلف اجتناب از هیجان و تأثیر آن بر تجارب هیجانی و آگاهی یافتن از اثرات متناقض اجتناب از هیجان. جلسه هفتم: بررسی رفتارهای ناشی از هیجان EDBS، شناسایی رفتارهای ناشی از هیجان و درک تأثیر آنها روی تجارب هیجانی، شناسایی EDBS ناسازگارانه و ایجاد گرایش‌های عمل جایگزین از طریق مواجه‌شدن با رفتارها. جلسه هشتم: آگاهی و تحمل احساس‌های 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. جلسه نهم تا یازدهم: رویایی احشایی و رویایی با هیجان مبتنی بر موقعیت؛ آگاهی یافتن از منطق رویایی‌های هیجانی، آموزش نحوه تهیه سلسله‌مراتب ترس و اجتناب، طراحی تمرین‌های مواجهه هیجانی به‌صورت تجسمی و عینی و ممانعت از اجتناب. جلسه دوازدهم: پیشگیری از عود، مرور کلی مفاهیم درمان و بحث در مورد پیشرفت‌های درمانی بیمار.

پروتکل درمان شناختی-رفتاری: این برنامه مداخله با استفاده از برنامه درمانی اختلال اضطراب فراگیر داگاس و

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-12]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1402.21.1.12.3]
[DOI: 10.48305.21.1.138]

رابی‌چاود (۳۷) تدوین و در پژوهش حاضر پس از اعمال تغییرات جزئی روایی آن توسط پنج نفر از اساتید متخصص مورد تأیید قرار گرفت، طی ۱۲ جلسه ۷۰-۶۰ دقیقه‌ای (به‌صورت دو جلسه در هفته) در قالب جلسات مشاوره گروهی استفاده شد. خلاصه محتوای جلسات عبارت بود از: جلسه اول: معارفه و آشنایی، برقراری ارتباط و توضیح درباره منطق درمان، توضیح درباره ماهیت اضطراب، شناسایی افکار اضطراب‌زا و عوامل و نشانه‌های آن، مفهوم‌سازی درمان شناختی رفتاری. جلسه دوم: مشاهده و ارزیابی آزمودنی‌ها بر اساس توانایی تمرکز بر تجربیات درونی، شناسایی هیجان‌های اساسی که زیربنای موقعیت‌های اضطرابی هستند. توانمندسازی اعضاء در زمینه خودآگاهی و شناخت خصوصیات، نیازها، خواسته‌ها، اهداف، ارزش‌ها و هویت خود. جلسه سوم: آشنایی اعضا با رابطه بین فکر، احساس و رفتار و آشنایی با افکار خودآیند، تحریف‌های شناختی و به چالش کشیدن تحریف‌های شناختی. ارتباط افکار، هیجانات و حس‌های بدنی و ارائه مثال‌های متعدد در موقعیت‌های مختلف، توضیح خطاهای تفکر و افکار خودآیند منفی، توصیف ماهیت استرس، مطرح کردن سه مؤلفه مهم اضطراب و استرس (فیزیکی، شناختی، رفتاری) و تعامل میان این سه مؤلفه. جلسه چهارم: نشانه‌های احساسی شامل بررسی چگونگی وقوع احساس‌ها و بیان چگونگی ثبت احساس‌ها 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، مواجه واقعی با موقعیت هیجانی و ایفای نقش، تکنیک‌های شناختی برای به چالش کشیدن افکار اضطراب‌زا، ایجاد تفسیرها یا پیش‌بینی‌های جایگزین، بررسی شواهد و احتمالات، هراس‌زدایی. جلسه پنجم: تهیه سلسله‌مراتب موقعیت‌های اجتنابی، حساسیت‌زدایی، کاربرگ سلسله‌مراتب موقعیت‌های اجتنابی، کار برگ مواجهه با موقعیت‌های اجتنابی، تصویرسازی موقعیت‌های اجتنابی، همراه کردن مواجهه با آرمیدگی. جلسه ششم: به چالش کشیدن افکار منفی رایج و تحریفات شناختی و جایگزینی افکار منطقی به‌جای افکار غیرمنطقی، آموزش و بحث درباره مدیریت خشم، قاطعیت، مدیریت زمان، ثبت وقایع روزانه آموزش استفاده از مهارت حل مسئله در مورد تعارض‌ها، بحث درباره مهارت‌های نه گفتن، تفویض اختیار. جلسه هفتم: مدیریت نگرانی‌ها؛ شناسایی شایع‌ترین نگرانی‌های مراجع، تعیین و ثبت نگرانی‌ها، کاربرگ ثبت نگرانی، شناخت تحریفات شناختی. جلسه هشتم: فنون شناختی، راهبرد کارآمد سود و زیان، فاجعه‌آمیز کردن نتایج، تمایز بین امکان و احتمال، عوامل محافظت‌کننده در دسترس، افکار خودآیند تحریف‌شده برچسب زدن، فاجعه‌سازی، پیش‌بینی منفی. جلسه نهم: پرسش‌های بدون پاسخ چرا ...اگر باورهای کمال‌طلبانه در مورد کنترل اضطراب، نشخوارهای ذهنی و چگونگی اثر، تکنیک فعال‌سازی رفتاری، آموزش تکنیک‌های آرمیدگی. جلسه دهم: آموزش، تمرین و اجرای راهبردهای مقابله‌ای مؤثر، مقابله با عوامل راه‌انداز بین فردی، آموزش مهارت‌های ارتباطی و ابراز وجود، آرامش‌آموزی جسمانی، مسئولیت‌پذیری فعالانه، شناسایی و ثبت خودگویی‌های منفی و نحوه جایگزینی خودگویی‌های مثبت با آنها. جلسه یازدهم: تمرین و اجرای راهبردهای مقابله‌ای مؤثر، آموزش مدیریت استرس، نحوه تغییر و اصلاح باورهای نادرست از طریق زیر سؤال بردن باورها، یافتن باورهای درست و شفاف‌سازی باورها. آموزش شناخت واکنش‌های بدن به احساسات مختلف. جلسه دوازدهم: آموزش اهمیت و درک مزایای حمایت اجتماعی و ارائه خلاصه‌ای از جلسات درمانی و مرور کلی مهارت‌های آموزش داده شده، بحث درباره نکات مثبت و نقطه‌ضعف‌های درمانگر و طرح درمانی و دریافت بازخورد از شرکت‌کنندگان، اجرای پس‌آزمون و اتمام جلسات درمانی.

یافته‌ها

در مطالعه حاضر ۴۵ نوجوان دارای اختلال اضطراب فراگیر در دو گروه مداخله و یک گروه گواه (هر گروه ۱۵ نفر) شرکت کردند؛ که ۶۰ درصد نوجوانان گروه مداخله اول (درمان شناختی – رفتاری) دختر و ۴۰ درصد پسر بودند، در گروه مداخله دوم (درمان فراتشخیصی یکپارچه) ۵۳ درصد دختر و ۴۷ درصد پسر بودند. همچنین گروه گواه را ۴۷ درصد دختران و ۵۳ درصد پسران تشکیل دادند. میانگین و انحراف معیار سن در گروه مداخله درمانی شناختی-رفتاری ۱/۳۲±۱۶/۰۴ در گروه مداخله درمان فراتشخیصی یکپارچه ۹۰/۸۷±۱۶/۱ و در گروه گواه ۵۴/۶۸±۱۶/۱ سال بود. در جدول زیر شاخص‌های توصیفی مربوط به متغیرهای پژوهش ارائه شده است.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-12]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1402.21.1.12.3]
[DOI: 10.48305.21.1.138]

جدول ۱. شاخص‌های توصیفی مربوط به متغیرهای پژوهش

متغیرها	گروه	پیش‌آزمون (انحراف معیار± میانگین)	پس‌آزمون (انحراف معیار± میانگین)	پیگیری (انحراف معیار± میانگین)
افسردگی	درمان فراتشخیصی یکپارچه	۹/۲۰ ± ۳/۶۲	۶/۳۳ ± ۱/۶۷	۶/۵۹ ± ۲/۰۲
	درمان شناختی-رفتاری	۸/۲۶ ± ۲/۹۳	۵/۶۶ ± ۱/۶۳	۶/۴۰ ± ۱/۷۲
	گواه	۹/۴۰ ± ۳/۹۷	۱۰/۴۰ ± ۴/۱۰	۹/۴۶ ± ۳/۳۹
اضطراب	درمان فراتشخیصی یکپارچه	۱۴/۳۳ ± ۳/۹۰	۹/۴۶ ± ۱/۴۵	۸/۳۳ ± ۲/۳۵
	درمان شناختی-رفتاری	۱۲/۸۶ ± ۲/۹۹	۸/۴۶ ± ۱/۵۹	۷/۰۶ ± ۱/۶۶
	گواه	۱۴/۵۳ ± ۳/۶۸	۱۳/۶۰ ± ۳/۵۰	۱۱/۶۶ ± ۳/۱۹

میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش برای هر سه گروه در هر سه مرحله آزمون در جدول فوق ارائه شده است. افزون بر آن در این پژوهش برای تحلیل داده‌ها از روش تحلیل واریانس چندمتغیری اندازه‌گیری مکرر استفاده شد. لذا قبل از انجام تحلیل، مفروضات آزمون موردبررسی قرار گرفت. به‌منظور بررسی نرمال بودن نمرات افسردگی و اضطراب آزمون شاپیرو-ویلکز مربوط به نرمال بودن افسردگی و اضطراب در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری نشان داد که توزیع نمره‌ها با توزیع نرمال تفاوت نداشت (P>۰/۰۵). همچنین از آزمون لون به‌منظور بررسی یکسانی واریانس‌های دو گروه استفاده شد و نتایج نشان داد واریانس‌ها برای نمرات افسردگی و اضطراب یکسان بود (P>۰/۰۵) بدین معنا که مفروضه واریانس‌های مشابه در گروه‌های مداخله و گواه برقرار است. به‌منظور بررسی مفروضه کرویت از آزمون موچلی استفاده شد که نتایج نشان داد این مفروضه برای متغیر افسردگی (p=۰/۰۰۱ و W=۰/۶۹۶ موچلی) و اضطراب (p=۰/۰۰۰۱ و W=۰/۶۲۱ موچلی) برقرار نبود. با توجه به برقراری مفروضات تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر، در ادامه نتایج حاصل از این آزمون ارائه‌شده است.

جدول ۲. نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای اضطراب و افسردگی

متغیر	منبع تغییر		مقدار F	مقدار احتمال	اندازه اثر	توان آزمون
افسردگی	درون‌گروهی	اثر زمان	۱۰/۵۹۹	< ۰/۰۰۱	۰/۲۰۲	۰/۹۹۵
		اثر متقابل زمان و گروه	۵/۷۷۴	< ۰/۰۰۱	۰/۲۱۶	۰/۹۹۸
	بین گروهی	اثر گروه	۵/۸۱۶	< ۰/۰۰۱	۰/۲۱۷	۰/۹۹۹
اضطراب	درون‌گروهی	اثر زمان	۹۰/۹۸۶	< ۰/۰۰۱	۰/۶۸۴	۱
		اثر متقابل زمان و گروه	۶/۳۲۷	< ۰/۰۰۱	۰/۲۳۲	۰/۹۹۸
	بین گروهی	اثر گروه	۹/۲۷۸	< ۰/۰۰۱	۰/۳۰۶	۰/۹۹۹

جدول ۳. نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی مبنی بر مقایسه زوجی سه گروه درمان شناختی-رفتاری، درمان فراتشخیصی یکپارچه و گواه

متغیر	گروه	گروه	تفاوت میانگین	خطای معیار	مقدار احتمال
افسردگی	درمان شناختی-رفتاری	درمان فراتشخیصی یکپارچه	-۰/۵۱۱	۰/۹۳۴	۱
		گواه	-۲/۴۶۷*	۰/۹۳۴	<۰/۰۱
	درمان فراتشخیصی یکپارچه	درمان شناختی-رفتاری	-۰/۵۱۱	۰/۹۳۴	۱
		گواه	-۲/۹۷۸*	-۰/۹۳۴	<۰/۰۰۱
اضطراب	درمان شناختی-رفتاری	درمان فراتشخیصی یکپارچه	-۱/۲۴۴	۰/۸۹۹	۰/۵۲۱
		گواه	-۲/۵۵۶*	۰/۸۹۹	<۰/۰۵
	درمان فراتشخیصی یکپارچه	درمان شناختی-رفتاری	-۱/۲۴۴	۰/۸۹۹	۰/۵۲۱
		گواه	-۳/۸۰۰*	۰/۸۹۹	<۰/۰۰۱

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-12]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1402.21.1.12.3]
[DOI: 10.48305.21.1.138]

جدول ٤. نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی برای مقایسه زوجی متغیرهای افسردگی و اضطراب در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

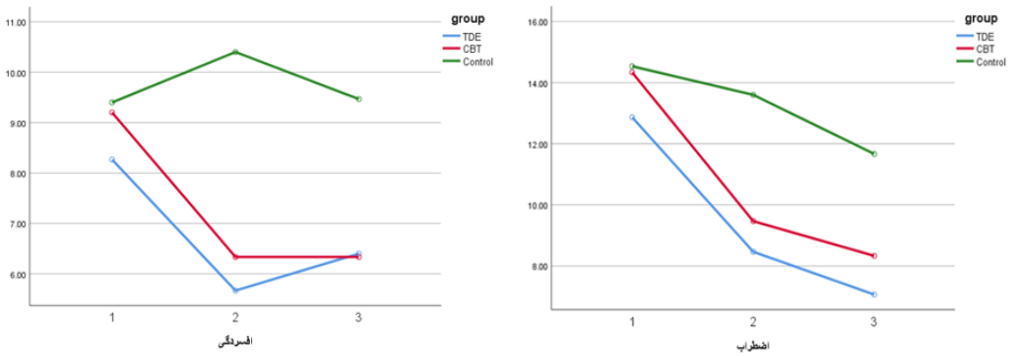
متغیر	مرحله آزمون	مرحله آزمون	تفاوت میانگین‌ها	خطای معیار	مقدار احتمال
افسردگی	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۱/۴۸۹*	۰/۴۰۲	< ۰/۰۱
	پیش‌آزمون	پیگیری	۱/۵۵۶*	۰/۴۵۴	< ۰/۰۱
	پس‌آزمون	پیگیری	۰/۰۶۷	۰/۲۶۴	۱
اضطراب	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۳/۴۰۰*	۰/۳۸۶	< ۰/۰۰۱
	پیش‌آزمون	پیگیری	۴/۸۸۹*	۰/۴۵۳	< ۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	پیگیری	۱/۴۸۹*	۰/۲۴۴	< ۰/۰۱

براساس یافته‌های جدول ۲، تأثیر زمان اندازه‌گیری بر میانگین نمرات علائم افسردگی و اضطراب معنادار بود (P<۰/۰۰۱) همچنین اثر متقابل بین زمان اندازه‌گیری و گروه بر میانگین نمرات علائم افسردگی و اضطراب معنادار به دست آمد (P<۰/۰۰۱) تأثیر گروه نیز بر میانگین نمرات علائم افسردگی و اضطراب معنادار شد (P<۰/۰۰۱). بدین معنا که بین دو گروه آزمایش و گروه گواه در علائم افسردگی و اضطراب در طی مراحل پژوهش اختلاف معناداری وجود داشت که نشان از تأثیر مداخله بود.

با توجه به جدول ۳، براساس آزمون تعقیبی بونفرونی، میانگین نمرات افسردگی و اضطراب در گروه درمان شناختی–رفتاری با درمان فراتشخیصی یکپارچه تفاوت معناداری نداشت. همچنین میانگین نمرات افسردگی در گروه درمان شناختی–رفتاری (p<۰/۰۱) و گروه درمان فراتشخیصی یکپارچه (p<۰/۰۰۱) و اضطراب در گروه درمان شناختی–رفتاری (p<۰/۰۵) و گروه درمان فراتشخیصی یکپارچه (p<۰/۰۰۱) به‌طور معناداری کمتر از گروه گواه بود.

براساس نتایج جدول ۴، در دو گروه آزمایش تفاوت معناداری در میانگین نمرات افسردگی در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون (p<۰/۰۱) و پیش‌آزمون و پیگیری (p<۰/۰۱) و نمرات اضطراب در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون (p< ۰/۰۰۱) و پیش‌آزمون و پیگیری (p<۰/۰۰۱) وجود داشت.

در ادامه نمودارهای پراکنش متغیرهای افسردگی و اضطراب در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری ارائه شده است.



شکل ۱. نمودار اثرات درمان شناختی–رفتاری و درمان فراتشخیصی یکپارچه بر افسردگی و اضطراب به تفکیک گروه‌ها و مراحل زمان

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان شناختی–رفتاری با درمان فراتشخیصی یکپارچه بر علائم افسردگی و اضطراب نوجوانان دارای اختلال اضطراب فراگیر انجام شد. نتایج نشان داد، بین میانگین نمرات دو گروه مداخله درمان شناختی–رفتاری و درمان فراتشخیصی یکپارچه با میانگین نمرات گروه گواه در کاهش علائم افسردگی و اضطراب تفاوت معنادار وجود داشت؛ به‌طوری‌که هر دو گروه مداخله‌ای در پس‌آزمون اثربخشی داشت؛ و بین میزان اثربخشی دو روش مداخله‌ی درمان شناختی–رفتاری و درمان فراتشخیصی یکپارچه تفاوت معناداری وجود نداشت. همچنین بین مراحل پس‌آزمون با پیگیری

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-12]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1402.21.1.12.3]
[DOI: 10.48305.21.1.138]

تفاوت معنادار مشاهده نشد که نشان از ماندگاری هر دو روش مداخله در دوره پیگیری بود. یافته به‌دست‌آمده با نتایج پژوهش‌های ذیل مبنی بر اثربخشی درمان شناختی رفتاری همسو است. راینهولت و همکاران طی پژوهشی به این نتیجه دست یافتند که هر دو روش مداخله بر اضطراب و افسردگی بیماران مبتلا به اختلالات افسردگی، اضطراب اجتماعی و هراس اثربخش است (۱۳). ساندین و همکاران طی پژوهشی اثربخشی درمان فراتشخیصی را بر اختلالات هیجانی نوجوانان تأیید کردند (۱۵). ویلا و همکاران به این نتیجه دست یافتند که درمان شناختی رفتاری بر کاهش علائم و نشانه‌های اختلال افسردگی اساسی در هر دو گروه بزرگسالان و نوجوانان اثربخش است (۱۴). پژوهش بهرامی و همکاران حاکی از آن شد درمان شناختی–رفتاری می‌تواند به عنوان درمانی مؤثر برای کاهش افسردگی کودکان مورداستفاده قرار گیرد (۱۸). نتایج مطالعه شیبانی و همکاران اثربخشی CBT را بر افسردگی، اضطراب و تحریک‌پذیری نوجوانان دارای اختلالات بدتنظیمی خلق مخرب بررسی و تأیید کردند (۱۷). همچنین با یافته‌های پژوهشی که اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه را بررسی کردند همسو است، ازجمله نتایج پژوهش ایتو و همکاران که دریافتند درمان فراتشخیصی یک مداخله مؤثر برای بیماران مبتلا به علائم افسردگی و اضطرابی است (۲۳). کندی و همکاران در یک کارآزمایی بالینی دریافتند درمان فراتشخیصی یکپارچه بر اختلالات هیجانی (علائم افسردگی، غم و اندوه و ارزیابی مجدد شناختی) اثربخش است (22). کارلوچی و همکاران در یک مطالعه سیستماتیک و متاآنالیز دریافتند پروتکل یکپارچه فراتشخیصی بر شدت علائم افسردگی و اضطراب نوجوانان مؤثر است (۲۴). نتایج پژوهش اولیویرا و همکاران اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه را بر روی بیماران مبتلا به افسردگی و اختلالات اضطرابی تأیید کردند (۲۶). اوسما و همکاران در یک مطالعه دریافتند درمان فراتشخیصی یکپارچه بر بهبود افسردگی، اضطراب و کیفیت زندگی اثربخش است (۲۷).

درمان شناختی–رفتاری با تغییر افکار و باورهای آگاهانه به ناکامی، اتفاقات دردناک و حس درماندگی به کاهش و بهبود افسردگی کمک می‌کند. در این رویکرد درمانی ابتدا به افکار ناخودآگاه ناشی از شرایط دشوار و دردناک توجه نموده که بی‌درنگ به ذهن فرد رخنه می‌کنند توجه می‌شود و فرد یاد می‌گیرد که چگونه از تفکرات ناخودآگاهش در شرایط دشوار آگاهی یابد و آنها را مورد شناسایی قرار دهد و سپس برای مقابله با آن افکار از طرق مخالف برخورد کند (۳۸). درمان شناختی روشی مؤثر به‌منظور پیشگیری از بروز افکار منفی و ناامیدکننده است. از این روش درمانی مانند یک ابزار سنجش به‌منظور به چالش کشیدن تفکرات منفی، مأیوس‌کننده و دردناک برای کاهش افسردگی استفاده می‌شود (۱۳). به کمک این رویکرد درمانی به بیمار آموخته می‌شود در زمان افسردگی، مراحل گوناگون تفکرات خود را به‌دقت موردبررسی قرار دهد و خطاهای فکری که موجب افسردگی او می‌شود را پیدا کند و برای تصحیح آن اقدام نماید. به‌مرورزمان بیمار به این توانایی می‌رسد تا اعتقادات عمیق خود را که افسردگی را موجب می‌شود شناسایی و تصحیح کند یا از بین ببرد (۳۹). همچنین درمان شناختی–رفتاری به‌وسیله تکنیک‌های بازسازی شناختی موجب توجه شخص به افکار غیرمنطقی می‌شود که باعث اضطرابش شده‌اند (۱۱). افکار و تصورات غیرمنطقی شخص مراجع به کمک درمانگر بررسی و مورد تجدیدنظر قرار می‌گیرد. در طی جلسات تلاش می‌شود مراجع این مهم را درک کند که چگونه باورهای غیرمنطقی، رفتار و هیجانات وی را تحت تأثیر قرار می‌دهند. همچنین دریابد که او چگونه می‌تواند از خود، پیرامون و دیگران ارزیابی واقع‌گرایانه‌تری داشته باشد (۱۰). در درمان شناختی–رفتاری برای آگاه ساختن مراجع از شیوه‌های متفاوت تفکر، همواره از فنون مواجهه، تقویت مثبت و آرمیدگی استفاده می‌شود و منظور کاهش اضطراب بیمار در کنار آموزش تکنیک‌های مواجهه، فنون دیگری چون سرمشق‌گیری و تعیین نقش نیز جهت مقابله با تفکر مشکل‌ساز و رفتار اجتنابی تداوم‌بخش اضطراب مورداستفاده قرار می‌گیرد.

در درمان فراتشخیصی یکپارچه بر نقش هیجانات تأکید بسیار و ویژه‌ای می‌شود و فنون خاصی به‌منظور مدیریت هیجانات مورداستفاده قرار می‌گیرد. فرض اصلی این رویکرد درمانی این است که فرد مبتلا به اختلال هیجانی سبک‌های ناسازگارانه‌ای را برای تنظیم هیجان استفاده می‌کند، اغلب تلاش می‌کند از هیجانات ناخوشایند دوری کند و یا از شدت آن بکاهد که موجب بروز نتیجه عکس و تداوم نشانه‌های آنها می‌شود (۴۰). درنتیجه، درمان فراتشخیصی رویکرد درمانی است که به بیمار چگونگی مواجهه با هیجانات ناخوشایند را می‌آموزد، همچنین می‌آموزد که چگونه به روش سازگارانه‌ای به هیجانات خود پاسخ نشان دهد. در کنار اصلاح عادات تنظیم هیجانی، هدف درمان کاهش شدت و ابراز تجربه هیجانی سازش نایافته و درنتیجه بهبود عملکرد است (۲۰). در درمان فراتشخیصی هدف حذف هیجانات ناخوشایند نیست بلکه تأکید به بازگرداندن هیجانات به سطح عملکردی است به‌صورتی که هیجانات ناخوشایند سازش یافته شوند. این رویکرد درمانی در تلاش است تا با نظم‌دهی عادات هیجانی از شدت و حدّت آن‌ها بکاهد تا از میزان آسیب کاسته شود و کارکرد فرد بهبود یابد. در این رویکرد یکپارچه، افکار، رفتار و هیجانات با هم در ارتباط مداوم هستند و هر یک تجربه ناشی از هیجان را تحت تأثیر قرار می‌دهند (۴۱). این رویکرد درمانی به بیمار کمک می‌کند تا درک بهتری از ارتباط و نقش افکار،

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-12]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1402.21.1.12.3]
[DOI: 10.48305.21.1.138]

هیجانات و رفتارها در شکل‌گیری تجارب هیجانی درونی (ازجمله برانگیزاننده‌ها و پیامدهای رفتاری) کسب کند و با بررسی‌های شناختی منفی نسبت به هیجانات جسمانی، رفتارهای نشأت گرفته از هیجان را مورد شناسایی قرار داده و اصلاح کنند، بینش و بردباری در مورد هیجانات جسمانی را در زمان مواجهه درونی یاد بگیرند و در بافت موقعیتی و درونی با تجارب هیجانی‌شان روبرو شوند (۲). تمامی مهارت‌های فوق با بازسازی عادات تنظیم هیجانی به کاهش شدت تجارب هیجانی سازش نایافته و بازگشت هیجان‌ها به سطح مطلوب کارکردی می‌شود. در این پژوهش، تکنیک‌ها و مهارت‌های درمانی پروتکل یکپارچه توانستند با آماج قرار دادن غیرمستقیم این عوامل مشترک باعث بهبود علائم افسردگی و اضطراب شوند.

به‌طورکلی نتایج پژوهش حاضر نشان داد بین درمان شناختی–رفتاری و درمان فراتشخیصی یکپارچه بر کاهش علائم افسردگی و اضطراب نوجوانان دارای اختلال اضطراب فراگیر تفاوت معناداری وجود ندارد؛ بنابراین با به‌کارگیری هر یک از رویکردهای درمان فراتشخیصی یکپارچه و درمان شناختی–رفتاری برای نوجوانان دارای اختلال اضطراب فراگیر می‌توان گام مهمی در کاهش آسیب‌ها و پیامدهای مضاعف ناشی از افسردگی و اضطراب در این اختلال برداشت.

با توجه به یافته‌های پژوهش حاضر به مشاوران و درمانگران حوزه کودک و نوجوان پیشنهاد می‌شود از دو روش موردنظر در جهت کاهش علائم افسردگی و اضطراب و ارتقای سلامت روان‌شناختی نوجوانان–بویژه نوجوانان دارای اختلال اضطراب فراگیر– بهره گیرند. پژوهش حاضر محدود به جامعه و نمونه یک شهر و دو مرکز مشاوره بود که در بازه زمانی محدود اجرا شد، پیشنهاد می‌شود به‌منظور تعمیم‌پذیری نتایج پژوهش، در پژوهش‌های آتی از نمونه‌های متفاوت و در سطوح سنی گوناگون استفاده شود و میزان اثربخشی در هر دو جنس مورد مقایسه قرار گیرد. به دلیل شرایط ناشی از ویروس کرونا در پژوهش حاضر جلسات به‌صورت انفرادی برگزار شد، لذا پیشنهاد می‌شود پژوهشگران در پژوهش‌های آتی از مزایای آموزش و درمان گروهی بهره‌مند شوند.

تقدیر و تشکر

نویسندگان بر خود لازم می‌دانند از تمامی نوجوانان شرکت‌کننده در پژوهش به جهت اعتماد، صبر و بردباری؛ همچنین از مدیریت دو مرکز مشاوره و خدمات روانشناسی بهین و پیوند کمال امتنان و قدردانی را داشته باشند. شایان‌ذکر است که این مقاله برگرفته از رسالهٔ دکترای تخصصی روانشناسی عمومی نویسنده اول مقاله است که در دانشگاه آزاد اسلامی واحد بروجرد تصویب و با کد اخلاق IR.IAU.B.REC.1401.007 به ثبت رسیده است. نویسندگان هیچ تضاد منافعی در رابطه با این پژوهش اعلام نمی‌نمایند.

References

1. Vos T, Lim S S, Abbafati C, Abbas K M, Abbasi M, Abbasifard M., & Bhutta ZA. Global burden of 369 diseases and injuries in 204 countries and territories, 1990-2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. Lancet. 2020; 396(10258): 1204-22.
2. Antony M M, & Barlow D H. (Eds.). Handbook of assessment and treatment planning for psychological disorders. Guilford Publications; 2020.
3. Sheldon E, Simmonds-Buckley M, Bone C, Mascarenhas T, Chan N, Wincott M, Gleeson H, Sow K, Hind D, & Barkham M. Prevalence and risk factors for mental health problems in university undergraduate students: A systematic review with meta-analysis. Journal of Affective Disorders. 2021; 287: 282–292.
4. Crockett M A, & Martínez V. Depresión, ansiedad generalizada y riesgo de consumo problemático de sustancias en estudiantes secundarios. Andes Pediatrica. 2023; 94(2): XX-XX.
5. Vander Giessen D, & Bögels S M. Father-Child and Mother-Child Interactions with Children with Anxiety Disorders: Emotional Expressivity and Flexibility of Dyads. Journal of abnormal child psychology. 2018; 46(2): 331–342.
6. Martinsen K D, Rasmussen L, Wentzel-Larsen T, Holen S, Sund A M, Løvaas M, Patras J, Kendall P C, Waaktaar T, & Neumer S P. Prevention of anxiety and depression in school children: Effectiveness of the transdiagnostic EMOTION program. Journal of consulting and clinical psychology. 2019; 87(2): 212–219.
7. Price M, Legrand A C, Brier Z M, & Hébert-Dufresne L. The symptoms at the center: Examining the comorbidity of posttraumatic stress disorder, generalized anxiety disorder, and depression with network analysis. Journal of psychiatric research. 2019; 109: 52-58.
8. Goodwin G M. Revisiting Treatment Options for Depressed Patients with Generalised Anxiety Disorder.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-12]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1402.21.1.12.3]
[DOI: 10.48305.21.1.138]

Advances in Therapy. 2021; 38(2): 61-68.
9. Aguilera A, Bruehlman-Senecal E, Demasi O, & Avila P. Automated text messaging as an adjunct to cognitive behavioral therapy for depression: a clinical trial. Journal of medical Internet research. 2017; 19(5): e6914.
10. McFarlane F A, Allcott-Watson H, Hadji-Michael M, McAllister E, Stark D, Reilly C, Bennett S D, McWilliams A, & Heyman I. Cognitive-behavioural treatment of functional neurological symptoms (conversion disorder) in children and adolescents: a case series. European Journal of Paediatric Neurology.2019; 23(2): 317-328.
11. Shortis E, Warrington D, & Whittaker P. The efficacy of cognitive behavioral therapy for the treatment of antenatal depression: a systematic review. Journ https al of affective disorders. 2020; 272: 485-495.
12. Peters L, Romano M, Byrow Y, Gregory B, McLellan LF, Brockveld K, Baillie A, Gaston J, Rapee R M. Motivational interviewing prior to cognitive behavioural treatment for social anxiety disorder: A randomised controlled trial. Journal of Affective Disorders. 2019; 256(15): 70-8.
13. Reinholt N, Hvenegaard M, Christensen A B, Eskildsen A, Hjorthøj C, Poulsen S, Arendt M B, Rosenberg N K, Gryesten J R, Aharoni R N, Alrø A J, Christensen C W, & Arnfred S M. Transdiagnostic versus diagnosis-specific group cognitive behavioral therapy for anxiety disorders and depression: A randomized controlled trial. Psychotherapy and Psychosomatics. 2022; 91(1): 36-49.
14. Villa L M, Goodyer I M, Tait R, Kelvin R, Reynolds S, Wilkinson P O, & Suckling J. Cognitive behavioral therapy may have a rehabilitative, not normalizing, effect on functional connectivity in adolescent depression.*Journal of Affective Disorders*, 2020, 268: 1-11.
15. Sandín B, García-Escalera J, Valiente R M, Espinosa V, & Chorot P. Clinical utility of an internet-delivered version of the Unified Protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders in adolescents (IUP-A): A Pilot Open Trial. International Journal of Environmental Research and Public Health. 2020;17(22): 8306.
16. Rasing S P, Stikkelbroek Y A, Riper H, Dekovic M, Nauta M H, Dirksen C D, ... & Bodden D H. Effectiveness and cost-effectiveness of blended cognitive behavioral therapy in clinically depressed adolescents: Protocol for a pragmatic quasi-experimental controlled trial. *JMIR research protocols*, 2019, *8*(10): e13434.
17. Sheybani H, Mikaeili N, & Narimani M. 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. 2020; 12(2): 41-50. [Persian]
18. Bahrami M, Khayatan F, Farhadi H, Aghaei A. The Effectiveness of Cognitive-Behavioral Therapy on Children's depression in Restructured Families: an Experimental Study. IJPN. 2021;9(2):11-19. [Persian]
19. Grossman R A, & Ehrenreich-May J. Using the unified protocol for Transdiagnostic treatment of emotional disorders with youth exhibiting anger and irritability. Cognitive and Behavioral Practice. 2020; 27(2):184-201.
20. Barlow D H, Harris B A, Eustis E H, & Farchione T J. Можем ли мы помочь больше?. Center for Anxiety and Related Disorders (CARD), Boston University, Boston MA, USA; 2020. pdf
21. Rashid Z, Rashid M. The Effectiveness of Integrated Meta-Diagnostic Therapy on Specific Symptoms of Major Depression, High Risk Behaviors, Emotion Regulation, and Anxiety in Methadone Dependents. JNIP. 2021; 9(13):1-12. [Persian]
22. Kennedy S M, Bilek E L, & Ehrenreich-May J. A randomized controlled pilot trial of the unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders in children. *Behavior modification*. 2019; *43*(3): 330-360.
23. Ito M, Horikoshi M, Kato N, Oe Y, Fujisato H, Yamaguchi K, ... & Takebayashi Y. Efficacy of the unified protocol for transdiagnostic cognitive-behavioral treatment for depressive and anxiety disorders: a randomized controlled trial. Psychological Medicine. 2022; 1-12.
24. 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. Clinical Psychology Review. 2021; 87: 101999.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-12]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1402.21.1.12.3]
[DOI: 10.48305.21.1.138]

25. Zemestani M, Ommati P, Rezaei F, & Gallagher M W. Changes in neuroticism-related constructs over the Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders in patients on an optimal dose of SSRI. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*. 2022, *13*(2): 171.

26. Oliveira J T, Faustino D, Machado P P, Ribeiro E, Gonçalves S, & Gonçalves M M. Sudden gains and ambivalence in the unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorder. *International Journal of Cognitive Therapy*. 2021, *14*(3): 592-611.

27. Osma J, Peris-Baquero O, Suso-Ribera C, Farchione T J, & Barlow D H. 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. *Psychotherapy Research*. 2022, *32*(3): 329-342.

28. Koenigsberg J Z. Anxiety disorders: Integrated psychotherapy approaches. London: Routledge; 2020.

29. Hirsch C R, Beale S, Grey N, & Liness S. Approaching cognitive behavior therapy for generalized anxiety disorder from a cognitive process perspective. Frontiers in psychiatry. 2019; 10: 796.

30. Olatunji B O, Cisler J M, & Deacon B J. Efficacy of cognitive behavioral therapy for anxiety disorders: a review of meta-analytic findings. Psychiatric Clinics. 2010; 33(3): 557-577.

31. Schaeuffele C, Schulz A, Knaevelsrud C, Renneberg B, & Boettcher, J. CBT at the crossroads: The rise of transdiagnostic treatments. International Journal of Cognitive Therapy. 2021;14(1): 86-113.

32. Leichsenring F, & Steinert C. Towards an evidence-based unified psychodynamic protocol for emotional disorders. Journal of affective disorders. 2018; 232: 400-416.

33. Sharifi HP. Research methods in behavioral sciences. Tehran: Sokhan Pub; 2020. [Persian]

34. Lovibond P F, & Lovibond S H. The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. Behaviour research and therapy. 1995; 33(3): 335-343.

35. Sahebi A, Asghari M J, & Salari R S. Validation of Depression Anxiety and Stress Scale (DASS-21) for an Iranian Population. Journal of Developmental Psychology.2005; 4(1): 36-54. [Persian]

36. 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]

37. Dugas M, & Robichaud M. Cognitive Behavioral Treatment for Generalized Anxiety Disorder from Science to Practice. Translated by: Akbari M, Chinifaroushan M, & Abedian A. (Persian translator). Tehran: Arjmand; 2016. [Persian]

38. Mootabi F, & Fata L. On Becoming A Cognitive Behavioral Therapist. Tehran: Danjeh; 2020. [Persian]

39. Rostami R, Bidadian M, & Bahramizadeh H. Cognitive Behavioral Therapy for Depression (a practical Guide for Therapists). Tehran: Arjmand; 2021. [Persian]

40. Timulak L, Richards D, Bhandal-Griffin L, Healy P, Azevedo J, Connon G, Martin E, Kearney A, O'Kally C, Enrique A, Eilert N, O'Brien S, Harty S, González-Robles A, Eustis E H, Barlow D H, & Farchione T J. Effectiveness of the internet-based Unified Protocol transdiagnostic intervention for the treatment of depression, anxiety and related disorders in a primary care setting: a randomized controlled trial. Trials. 2022; 23(1): 1-11.

41. Barlow D H, Farchione T J, Bullis J R., Gallagher M W, Murray-Latin H, Sauer-Zavala S, Bentley K H, Thompson-Hollands J, Conklin L R, Boswell J F, Ameraj A, Carl J R, Boettcher H T, Cassiello-Robbins C. The unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: Therapist guide. compared with diagnosis-specific protocols for anxiety disorders: A randomized clinical trial. JAMA psychiatry. 2017; 74(9): 875-884

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-12]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1402.21.1.12.3]

[DOI: 10.48305.21.1.138]