



The Effectiveness of Unified Transdiagnostic Therapy on Depression, Anxiety, and Stress in Female Adolescent

Parisa Sahebzamani¹, Maryam Kazemzadeh Mamghani², Paria Lotfi³,
Samira Safari dizaj^{4*}, Maryam Izadi Mazidi⁵

1- Master of Clinical Psychology, Semnan Medical Branch, Islamic Azad University, Semnan, Iran.

2-Master of Family Counseling, Shandiz Institute of Higher Education, Mashhad, Iran.

3-Master of Clinical Psychology, Tabriz University, Tabriz, Iran.

4- Master of Clinical Psychology, Tabriz Branch, Islamic Azad University, Tabriz, Iran.

5-Assistant Professor of Psychology, Semnan Branch, Islamic Azad University, Semnan, Iran.

Corresponding Author: Samira Safari dizaj, Master of Clinical Psychology, Tabriz Branch, Islamic Azad University, Tabriz, Iran.

Email: samirasafari@yahoo.com

Received: 2023/5/24

Accepted: 2024/1/7

Abstract

Introduction: Adolescence is associated with rapid biological, cognitive, and social changes, which can affect the mental health of adolescents. The present study was conducted investigating the effectiveness of integrative meta-diagnostic treatment (adolescent version) on depression, anxiety, and stress of adolescent girls in Sabzevar city.

Methods: The current experimental research was of semi-experimental type with a pre-test-post-test design with a control group. The statistical population included all teenage female students of Sabzevar city in the academic year 2021-2022, from which 44 people were selected by cluster sampling method. The experimental group received 10 sessions of group therapy intervention and the control group did not receive any intervention. Both groups completed the depression, anxiety, and stress scale (DASS-21) in the pre-test and post-test stages. To analyze the data, SPSS-25 software was used using the covariance analysis method.

Results: The results of the research showed that the integrated meta-diagnostic treatment caused a significant decrease in the post-test scores of anxieties, depression, and stress of the experimental group - compared to the control group ($P < 0.001$).

Conclusions: It seems that integrative meta-diagnostic therapy is one of the effective psychotherapies in the treatment of mental disorders in adolescent girls, so this therapy can help improve the mental health of adolescent girls.

Keywords: Anxiety, Depression, Female adolescent, Stress, Unified Transdiagnostic.



اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه نگر بر افسردگی، اضطراب و استرس دختران نوجوان

پریسا صاحب زمانی^۱، مریم کاظم زاده ممقانی^۲، پریا لطفی^۳، سمیرا صفری دیزج^{۴*}، مریم ایزدی مزیدی^۵

۱- کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، واحد علوم پزشکی سمنان، دانشگاه آزاد اسلامی، سمنان، ایران.

۲- کارشناسی ارشد مشاوره خانواده، موسسه آموزش عالی شانددیز، مشهد، ایران.

۳- کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران.

۴- کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، واحد تبریز، دانشگاه آزاد اسلامی، تبریز، ایران.

۵- استادیار گروه روانشناسی، واحد سمنان، دانشگاه آزاد اسلامی، سمنان، ایران.

نویسنده مسئول: سمیرا صفری دیزج، کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، واحد تبریز، دانشگاه آزاد اسلامی، تبریز، ایران.
ایمیل: samirasafari@yahoo.com

پذیرش مقاله: ۱۷ / ۱۰ / ۱۴۰۲

دریافت مقاله: ۳ / ۳ / ۱۴۰۲

چکیده

مقدمه: دوره نوجوانی با تغییرات سریع زیستی، شناختی و اجتماعی همراه می‌باشد، که این تغییرات می‌تواند بر سلامت روان نوجوانان تاثیر داشته باشد. پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر (نسخه نوجوان) بر افسردگی، اضطراب و استرس دختران نوجوان شهرستان سبزوار انجام شد.

روش کار: پژوهش حاضر نیمه تجربی از نوع نیمه آزمایشی و با طرح پیش آزمون- پس آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل کلیه دانش‌آموزان نوجوان دختر شهر سبزوار در سال تحصیلی ۱۴۰۱-۱۴۰۰ بود، که از بین آنها تعداد ۴۴ نفر با روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند. گروه آزمایش ۱۰ جلسه مداخله درمانی گروهی دریافت کردند و گروه کنترل هیچ مداخله ای دریافت نکردند. هر دو گروه مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس (DASS-21)، را در مرحله پیش آزمون و پس آزمون تکمیل کردند. جهت تجزیه و تحلیل داده ها از نرم افزار SPSS-25 با استفاده از روش تحلیل کوواریانس چند متغیری استفاده شد.

یافته ها: نتایج حاصل از پژوهش نشان داد که درمان فراتشخیصی یکپارچه باعث کاهش معنی داری در نمرات پس آزمون افسردگی، اضطراب و استرس گروه آزمایش - در مقایسه با گروه کنترل شده است ($P < 0/001$).

نتیجه گیری: به نظر می‌رسد که درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر یکی از روان‌درمانی‌های موثر در درمان اختلالات روانی نوجوانان دختر می‌باشد، پس این درمان می‌تواند به بهبود بهداشت روانی دختران نوجوان کمک کند.

کلیدواژه ها: افسردگی، اضطراب، استرس، دختران نوجوان، فراتشخیصی یکپارچه نگر.

مقدمه

است (۳-۴). در نوجوانان و بزرگسالان مبتلا به دوره‌های افسردگی اساسی، فقدان احساس لذت، ناامیدی، کندی روانی- حرکتی و هذیان شایع‌تر از کودکان مبتلاست (۵). متأسفانه افسردگی بر طیف وسیعی از زندگی نوجوانان اثر منفی دارد، به طوری مشکلات تحصیلی مانند افت نمرات و استرس تحصیلی نیز ممکن است مشاهده شود (۶)، که این خود ممکن است جو روانی و عاطفی خانواده را تحت تاثیر منفی خود قرار دهد و موجب تنش در خانواده شود

بنابراین با افزایش سن کودک و گذر از دوره کودکی به نوجوانی، اختلالات خلقی نوجوانان افزایش می‌یابد (۱)، که یکی از رایج‌ترین اختلالات خلقی افسردگی می‌باشد (۲). افسردگی عبارت است از مجموعه ای از رفتارها که ویژگی مشخص آن کندی در حرکات و کلام است و دارای علائمی مانند غمگینی، گریه کردن، فقدان واکنش‌های فعال، فقدان علاقه، احساس کم ارزشی، بیخوابی و بی اشتها

درمان فراتشخیصی یکپارچه نگر است (۱۶). پروتکل یکپارچه برای درمان فراتشخیصی اختلالات هیجانی- نسخه نوجوان (AUP؛ بارلو، ۲۰۱۷)، برنامه شناختی- رفتاری است که دارای رویکردی انعطاف پذیر و چند وجهی است. در این درمان، آسیب پذیری های سرشتی زیربنایی در اختلالات هیجانی، با پرداختن به جنبه های کلیدی پردازش و تنظیم هیجان هدف قرار می گیرد. این پروتکل شامل پنج مهارت درمانی اصلی است که عبارتند از: ۱) آگاهی هیجانی مبتنی بر حال، ۲) انعطاف پذیری شناختی، ۳) آگاهی به اجتناب هیجانی و رفتارهای ناشی از هیجان، ۴) آگاهی و تحمل احساس های بدنی و ۵) مواجهه هیجانی درون زاد و مبتنی بر موقعیت (۱۷). نسخه نوجوان پروتکل یکپارچه برای اختلالات هیجانی (UP-A)، توسط اهرنریچ- می (۲۰۱۸)، که یکی از اعضای تیم پژوهشی بارلو است، منطبق با نسخه اصلی UP، برای نوجوانان ۱۲-۱۸ سال تدوین شده است (۱۸).

با ورود به دوره نوجوانی میزان اختلالات رایج روانی مانند اختلالات شخصیت، افسردگی و اضطراب رشد زیادی را نشان می دهند. از طرفی نوجوانی دوره ای است که فرد خود را می شناسد و شروع به کسب هویت می کند، استعدادهای خود را شناسایی و ابراز می کند. بنابراین هرچقدر زمینه برای رشد و خودشکوفایی نوجوانان فراهم باشد، آنها نه تنها راحت تر به خودشکوفایی دست می یابند و بهداشت روانی جامعه بهبود پیدا می کند، از طرفی چون نوجوانان دختر مادران آینده نیز خواهند بود و وظیفه تعلیم و تربیت را بر عهده خواهند داشت، بنابراین اهمیت تشخیص و درمان اختلالات روانی در دختران باید اهمیت ویژه ای داشته باشد. بنابراین هدف از پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه نگر بر افسردگی، اضطراب و استرس در دختران نوجوان شهر سبزوار است.

روش کار

روش پژوهش کمی و از نوع نیمه تجربی و با استفاده از طرح پیش آزمون- پس آزمون با گروه کنترل انجام گرفت. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه دانش آموزان دختر مشغول به تحصیل در مقطع متوسطه دوم در شهر سبزوار در سال تحصیلی ۱۴۰۱-۱۴۰۰ بود. نمونه پژوهش شامل ۴۴ نفر از دانش آموزان واجد شرایط بودند که به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند و به صورت تصادفی

(۷). افسردگی در نوجوانان ممکن است به اشکال دیگری خود را نشان دهد مثلاً نوجوانان ممکن است نسبت به ظاهر خود بی توجه بوده و تهییج پذیری آنها افزایش یابد و به ویژه نسبت به طرد شدن در روابط عاشقانه و عاطفی حساس باشند (۸). شدت افسردگی یکی از عوامل مهمی است که همواره باید مورد توجه متخصصان سلامت روان قرار گیرد چرا که موارد شدید آن ممکن است حیات نوجوانان را نیز با خطر مواجه کند و منجر به خودکشی در نوجوانان شود (۹). نوجوانان افسرده با مشکلات روانشناختی متعددی دیگری نیز روبرو هستند که از جمله آنها می توان به اضطراب و استرس اشاره کرد.

مطالعات قبلی نشان داده اند که میان افسردگی با اضطراب و استرس همبستگی بالایی وجود دارد (۱۰). از طرفی نوجوانی به دلایل مختلف می تواند دوره ای پرتنش و استرس زا باشد. در این دوره نوجوانان معمولاً شروع به مقایسه خود با بقیه به خصوص گروه همسالان می کنند و فشار گروه همسالان می تواند، موجب ایجاد تنش میان نوجوانان و خانواده شود. از طرفی میزان استفاده از شبکه های اجتماعی در نوجوانان بیش از سایر گروه های سنی است، به طوری که مطالعه اخیر نشان داده که میزان اعتیاد به اینترنت و استفاده بیش از حد از شبکه های اجتماعی در میان نوجوانان رو به افزایش است (۱۱)، از طرفی میان استفاده ناسالم از اینترنت و شبکه های اجتماعی با اختلالات روانی به خصوص اضطراب و استرس ارتباط معناداری وجود دارد و موجب مشکلات تحصیلی در آنها نیز می شود (۱۲).

نوجوانانی که مشکلات تحصیلی دارند معمولاً با خانواده خود دچار تنش و درگیری می شوند و میزان اضطراب در آنها بالا می رود (۱۳). از طرفی هرچقدر افسردگی در نوجوانان بیشتر باشد و کشمکش میان نوجوان و خانواده افزایش یابد، نه تنها نوجوانان احساس حقارت و اضطراب اجتماعی بیشتری می کنند، بلکه رفتارهای خودتخریبی، احتمال سوء مصرف مواد و اضطراب تحصیلی نیز افزایش می یابد (۱۴). اضطراب و تنش تحصیلی نه تنها می تواند بر عملکرد تحصیلی فرد اثر منفی داشته باشد، بلکه می تواند سبب تنش در فضای خانواده شود و صمیمیت بین اعضای خانواده را خدشه دار کند (۱۵). بنابراین نوجوانانی که دارای مشکلات روانشناختی هستند باید مورد توجه و درمان قرار بگیرند. یکی از درمان هایی که در سال های اخیر محبوبیت زیادی در میان درمانگران حیطه کودک و نوجوانان پیدا کرده است،

ساده در دو گروه آزمایش و کنترل جایگذاری شدند. گروه آزمایش ۱۰ جلسه مداخله درمانی گروهی (هر هفته یک جلسه و هر جلسه ۹۰ دقیقه؛ جدول ۱) دریافت کردند و گروه کنترل هیچ مداخله ای دریافت نکردند. هر دو گروه مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس (DASS-21) را در مرحله پیش آزمون و پس آزمون تکمیل کردند. پس از پایان مطالعه، گروه کنترل نیز برابر تعداد ساعات و جلسات گروه آزمایش، از مداخله درمانی بهره گرفتند.

از مهم ترین ملاک های ورود به مطالعه می توان به دختر بودن، سکونت در شهر سبزوار، دانش آموز مقطع تحصیلی دوم متوسطه، عدم دریافت برنامه درمانی دارویی یا روان درمانی، کسب نمرات متوسط به بالا در آزمون افسردگی، اضطراب و استرس و همچنین مصاحبه بالینی توسط روانپزشک و عدم ابتلا به بیماری روانپزشکی حاد منجر به بستری، اشاره کرد. همچنین از دست دادن هر کدام از ملاک های ورود به مطالعه، غیبت بیش از ۲ جلسه در طی برنامه درمانی، عدم پاسخ دهی دقیق و مناسب به

سوالات پرسشنامه و انصراف از ادامه همکاری از جمله مهم ترین ملاک های خروج از مطالعه بود. همچنین به منظور رعایت اصول اخلاقی، توضیحات لازم در مورد اهداف پژوهش به دانش آموزان ارائه گردید. شرکت در پژوهش با رضایت و آگاهی شرکت کنندگان بود و در هر مرحله ای از پژوهش آزمودنی ها می توانستند از ادامه همکاری انصراف دهند. به شرکت کنندگان اطمینان خاطر داده شد که کلیه اصول اخلاقی از جمله عدم افشا اسامی و رازداری رعایت می شود. دانش آموزان و والدین فرم رضایت آگاهانه جهت شرکت در پژوهش را تکمیل کردند و پژوهش هیچ گونه بار مالی را برای دانش آموز به همراه نداشت. طرح پژوهش حاضر در کمیته اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی با کد IR.IAU.SEMNAN.REC.1401.022 مورد تأیید قرار گرفت. جهت تجزیه و تحلیل داده ها از روش تحلیل کوواریانس چندمتغیری با استفاده از نرم افزار SPSS-25 بهره گرفته شد.

جدول ۱. شرح جلسات پروتکل فراتشخیصی یکپارچه نگر براساس رویکرد بارلو و همکاران (۱۹)

جلسه اول: افزایش انگیزه برای مشارکت و درگیری بیماران در درمان، ارائه منطق درمان و تعیین اهداف درمان
جلسه دوم: آموزش جهت شناخت و تعریف هیجانات، اهداف هیجانات، اجزای هیجان، رفتارهای ناشی از هیجان و تاثیر آنها بر تجارب هیجانی، آشنایی با چرخه اجتناب و اثرات متناقض اجتناب از هیجان
جلسه سوم: معرفی و بررسی رفتارهای هیجان خواست، ارائه دلیل لزوم مقابله با رفتارهای هیجان خواست ناسازگار، کمک به مراجع برای شناسایی و مقابله با این رفتارها
جلسه چهارم: آموزش ارتباط بین حس های بدنی و هیجانات شدید، انجام اسکن بدنی برای آگاهی بیشتر از نشانه های بدنی، تجربه نشانه های بدنی و تحمل آن ها بدون اجتناب از آنها
جلسه پنجم و ششم: ارزیابی و ارزیابی مجدد شناختی؛ ایجاد آگاهی از تاثیر و ارتباط متقابل بین افکار و هیجان ها، شناسایی ارزیابی های ناسازگارانه اتوماتیک و تله های فکری رایج، و آموزش ارزیابی مجدد شناختی و افزایش انعطاف پذیری در تفکر، و مهارت حل مسئله
جلسه هفتم: آموزش آگاهی بیشتر نسبت به تجارب هیجانی خود با یک رویکرد معطوف به حال و غیرقضوای نسبت به این تجارب هیجانی
جلسه هشتم و نهم: مرور مهارت هایی که از ابتدای درمان تا کنون آموخته شده است، تهیه سلسله مراتب هیجانی برای تجزیه موقعیت هایی که هیجانات قوی را برمی انگیزند، و طراحی تمرین های مواجهه با هیجان ها به طور موثر و مکرر به صورت تجسمی و عینی، و ممانعت از اجتناب
جلسه دهم: پیشگیری از عود؛ مرور کلی مفاهیم درمان، و بحث در مورد بهبودی و پیشرفت های درمانی بیمار

مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس (DASS-۲۱): این مقیاس توسط لایباند و لایباند (۱۹۹۵)، برای ارزیابی پریشانی روانشناختی شامل افسردگی، اضطراب و استرس (در طی یک هفته گذشته) طراحی شده است. این مقیاس شامل ۲۱ گویه می باشد که به هر کدام از خرده مقیاس های افسردگی، اضطراب و استرس، ۷ گویه تعلق می گیرد. برای نمره گذاری این ابزار از مقیاس لیکرت (صفر: اصلاً درباره من صدق نمی کند تا ۳: کاملاً درباره

من صادق است) استفاده می شود. برای کسب نمره نهایی نمره هر مقیاس در ۲ ضرب می شود. بنابراین مجموع نمرات هر خرده مقیاس از ۰ تا ۴۲ و کل پرسشنامه از ۰ تا ۱۲۶ متغیر است. نمرات بالاتر نشان دهنده پریشانی روانشناختی بالاتر در فرد می باشد. آنتونی (۱۹۹۸)، در مطالعه خود نشان دادند که نتایج تحلیل عاملی شامل سه خرده مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس با ارزش ویژه به ترتیب ۰/۹، ۲/۸۹ و ۱/۲۳ است. همچنین ضرایب آلفای

شاخص‌های توصیفی به دست آمده از متغیرهای پژوهش در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون، به تفکیک در جدول ۲ گزارش شده است. همانطور که مشاهده می‌گردد، میانگین متغیرهای افسردگی، اضطراب و استرس در گروه آزمایش، در مرحله پس‌آزمون، نسبت به پیش‌آزمون کاهش یافته است. به طوری که نمرات گروه آزمایش در مقیاس افسردگی از ۱۰٫۹۵ به ۸٫۳۶ رسیده است. همچنین نمرات اضطراب و استرس به ترتیب از ۱۰٫۷۷ و ۱۲٫۵۹ به ۷٫۲۵ و ۸٫۵۴ کاهش یافته است. از طرفی آماره شاپیرو-ویلک گروه آزمایش و کنترل در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون در زیر مقیاس‌های افسردگی، اضطراب و استرس معنادار نیست. بنابراین توزیع متغیرهای پژوهش در پیش‌آزمون و پس‌آزمون نرمال است ($P > ۰/۰۵$ ، جدول ۲).

کرونباخ این سه خرده مقیاس به ترتیب ۰/۹۷، ۰/۹۲ و ۰/۹۵ بود (۲۰). صاحبی و همکاران (۱۳۸۴)، در نسخه فارسی این مقیاس، پایایی بازآزمایی سه عامل افسردگی، اضطراب و استرس را به ترتیب ۰/۸۱، ۰/۷۴ و ۰/۷۸ و میزان آلفای کرونباخ را به همان ترتیب ۰/۸۱، ۰/۷۴ و ۰/۷۸ گزارش دادند. همچنین آنها نشان دادند که ضرایب همبستگی بین گویه‌ها ۰/۷۲ است که نشان دهنده روایی همگرایی این مقیاس است (۲۱). چرا شما در مطالعه خودتان پایایی را انجام ندادید؟

یافته‌ها

میانگین سنی شرکت کنندگان دو گروه آزمایش و کنترل به ترتیب $(\pm ۰/۹۶)$ ۱۶/۸۲ سال و $(\pm ۰/۶)$ ۱۶/۵۰ سال بود. همچنین تعداد ۱۷ (۳۸٪) نوجوانان فرزندان طلاق بودند و مابقی یعنی تعداد ۲۷ (۶۲٪) نوجوانان والدین باهم زندگی می‌کردند.

جدول ۲. آماره‌های توصیفی متغیر افسردگی، اضطراب و استرس در گروه‌های آزمایش و کنترل در هر یک از خرده مقیاس‌ها

متغیر	مرحله	شاخص‌های آماری گروه	میانگین	انحراف معیار	آماره شاپیرو-ویلک	سطح معناداری
افسردگی	پیش‌آزمون	آزمایش	۱۰/۹۵	۱/۹۹	۰/۹۳	۰/۱۳
		کنترل	۹/۲۳	۱/۰۲	۰/۹۲	۰/۰۸
	پس‌آزمون	آزمایش	۸/۳۶	۱/۸۱	۰/۹۲	۰/۰۷
		کنترل	۹/۷۷	۱/۱۹	۰/۹۲	۰/۰۷
اضطراب	پیش‌آزمون	آزمایش	۱۰/۷۷	۲/۲۲	۰/۹۶	۰/۴۸
		کنترل	۱۲/۵۰	۱/۹۵	۰/۹۰	۰/۰۳
	پس‌آزمون	آزمایش	۷/۲۵	۲/۱۵	۰/۹۳	۰/۱۰
		کنترل	۱۲/۰۵	۱/۷۹	۰/۹۳	۰/۱۱
استرس	پیش‌آزمون	آزمایش	۱۲/۵۹	۲/۰۶	۰/۹۰	۰/۰۲
		کنترل	۱۲/۱۴	۱/۴۲	۰/۹۳	۰/۱۱
	پس‌آزمون	آزمایش	۸/۵۴	۱/۷۱	۰/۹۳	۰/۱۱
		کنترل	۱۱/۹۵	۱/۴۹	۰/۹۲	۰/۰۷

و آزمایش در مرحله پس‌آزمون در افسردگی ($F=۱/۱۱$) و $P=۰/۳۰$ ، اضطراب ($F=۲/۰۴$ و $P=۰/۱۶$) و استرس ($F=۰/۹۶$) و $P=۰/۳۳$ با هم برابر هستند ($P < ۰/۰۵$).

همچنین برای بررسی همگنی واریانس‌های گروه‌های آزمایش و کنترل در نمرات پس‌آزمون خرده مقیاس‌های افسردگی، اضطراب و استرس، از آزمون لوین استفاده شد. نتایج جدول ۳ نشان داد که واریانس‌های دو گروه کنترل

جدول ۳. نتایج آزمون لوین برای بررسی همگنی واریانس‌ها در زیرمقیاس‌های افسردگی، اضطراب و استرس گروه‌های آزمایش و کنترل

مؤلفه‌ها	F	DF1	DF2	P
افسردگی	۱/۱۱	۱	۴۲	۰/۳۰
اضطراب	۲/۰۴	۱	۴۲	۰/۱۶
استرس	۰/۹۶	۱	۴۲	۰/۳۳

جدول ۴. آزمون ام باکس فرض همگنی ماتریس- کوواریانس دو گروه کنترل و آزمایش در متغیرهای پژوهش را تایید می‌کند ($\text{BoxM}=۸/۰۵$, $P=۰/۶۸$). و این بدان معناست که

جدول ۴. نتایج آزمون ام باکس برای بررسی ماتریس همگنی واریانس- کوواریانس گروه‌های آزمایش و کنترل

M باکس	F	DF1	DF2	P
۸/۰۵	۱/۲۴	۶	۱۲۷۸۰/۶۸	۰/۶۸

نتایج مربوط به شاخص‌های اعتباری تحلیل کوواریانس چند متغیری برای زیر مقیاس‌های افسردگی، اضطراب و استرس، در جدول ۵ گزارش شده است. طبق نتایج مندرج در این جدول، اثر گروه بر مجموع مؤلفه‌های مورد مطالعه معنی دار است ($F=۱۶/۱۸$, $P<۰/۰۰۱$). بر این اساس، مجذور اتا نشان می‌دهد که تفاوت بین دو گروه با توجه

جدول ۵. نتایج مربوط به شاخص‌های اعتباری تحلیل کوواریانس چند متغیری زیر مقیاس‌های افسردگی، اضطراب و استرس

شاخص‌های اعتباری	V	F	df	Df	P	Eta
اثر پیلایی	۰/۵۷	۱۶/۱۸	۳	۳۷	<۰/۰۰۱	۰/۵۷
لامبدای ویلکز	۰/۴۳	۱۶/۱۸	۳	۳۷	<۰/۰۰۱	۰/۵۷
اثر هاتلینگ	۱/۳۱	۱۶/۱۸	۳	۳۷	<۰/۰۰۱	۰/۵۷
بزرگترین ریشه روی	۱/۳۱	۱۶/۱۸	۳	۳۷	<۰/۰۰۱	۰/۵۷

همچنین نتایج MANCOVA در جدول ۶ نشان می‌دهد بین دو گروه آزمایش و کنترل در زیر مقیاس‌های افسردگی، اضطراب و استرس تفاوت معنادار وجود دارد. مجذور اتا نشان می‌دهد که ۳۷/۶ درصد از واریانس نمرات متغیر افسردگی،

جدول ۶. نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیری (مانکوا) زیر مقیاس‌های افسردگی، اضطراب و استرس

منبع	مؤلفه‌ها	SS	DF	MS	F	P	Eta
گروه	افسردگی	۳۶/۸۳	۱	۳۶/۸۳	۲۳/۴۷	<۰/۰۰۱	۰/۳۷۶
	اضطراب	۷۹/۴۹	۱	۷۹/۴۹	۳۲/۴۸	<۰/۰۰۱	۰/۴۵۴
	استرس	۸۴/۸۸	۱	۸۴/۸۸	۳۸/۵۹	<۰/۰۰۱	۰/۴۹۷

یکپارچه نگر بر افسردگی، اضطراب و استرس دختران نوجوان شهرستان سبزوار بود. نتایج پژوهش نشان داد که هدف از پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان فراتشخیصی

بحث

توانسته به صورت معناداری بر کاهش اضطراب و استرس افراد دارای دیابت ۱ موثر باشد (۲۸). همچنین در مطالعه هلاکویی و همکاران (۱۴۰۱)، نتایج نشان داد که درمان فراتشخیصی یکپارچه نگر نه تنها بر کاهش استرس و اضطراب موثر است، بلکه بر کاهش افسردگی و افزایش تعامل مثبت میان نوجوانان با والدین اثربخشی دارد (۲۹). در تبیین نتایج فوق می‌توان گفت که یکی از تکنیک‌های درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر مواجهه فرد با علائم اضطرابی است. به این صورت که فرد به صورت سلسله مراتبی با رویدادهای اضطراب‌زا و عوامل بدنی و روانی که اضطراب و استرس را ایجاد می‌کنند، مواجه می‌شود و این مواجهه تا اندازه‌ای ادامه پیدا می‌کند که حساسیت فرد به رویداد استرس‌زا و سوءتعبیر فرد از علائم اضطراب که به صورت بدنی و روانی تجربه می‌شود، کاهش می‌یابد (۳۰). در واقع درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر با به کارگیری پذیرش هیجان‌ها، اعتبار بخشیدن به هیجان‌های بیمار و همچنین تغییر باورهای فراشناختی غلط و آموزش به بیماران برای قضاوت نکردن هیجان‌ها و صرفاً مشاهده آنها، به کاهش نشانه‌های آنها منجر می‌شود (۳۱).

در مجموع، پروتکل یکپارچه برای درمان فراتشخیصی اختلالات هیجانی - فرم نوجوان (اهرنریچ می و همکاران، ۲۰۱۸)، با استفاده از تکنیک‌های آموزش روانشناختی، آموزش آگاهی هیجانی، افزایش انعطاف پذیری شناختی و مواجهه هیجانی که به آن اشاره شد به درمان افسردگی، اضطراب و استرس می‌پردازد. این مداخله علاوه بر تکنیک‌های شناختی، رفتاری و تنظیم هیجانی، تکنیک‌های تغییر انگیزشی را نیز به کار می‌برد. با توجه به این که افسردگی باعث کاهش انرژی و انگیزه پائین برای پیگیری درمان و درگیر شدن در فرایند درمان در فرد می‌شود، UP-A در مازول اول خود به افزایش آمادگی و انگیزه بیماران برای تغییر رفتار تاکید دارد. بیمار در این مرحله از درمان فرصتی می‌یابد تا منافع و هزینه‌های تغییر را در مقابل روش قبلی خود بسنجد. آن‌ها همچنین اهداف درمانی را ارزیابی کرده و اهداف عینی تری را برنامه‌ریزی می‌کنند. این اصول برای افزایش میزان مشارکت درمانی و حفظ انگیزه بیمار برای تغییر رفتاری کاربرد دارند (۳۲). این پژوهش همچون هر مطالعه دیگری دارای یکسری محدودیت‌ها بود. از جمله مهم‌ترین محدودیت‌ها می‌توان به انتخاب نمونه‌ها تنها از میان جنسیت دختر اشاره کرد،

این مداخله منجر به کاهش افسردگی در شرکت کنندگان گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل شده است. این یافته‌ها با یافته‌های مطالعه مارتین و همکاران (۲۰۲۲) و زاوالا و همکاران (۲۰۲۱)، که در پژوهش‌های خود نشان دادند که در فراتشخیصی در درمان افسردگی نوجوانان اثربخشی دارد، همسو است (۲۲-۲۳). در مطالعات داخلی نیز مطالعه زیربخش و همکاران (۱۴۰۰)، نشان داد که درمان فراتشخیصی در درمان افسردگی نوجوانانی که اختلال شخصیت نیز دارد موثر است، که با یافته‌های این مطالعه همسو است (۲۴).

در تبیین نتایج فوق می‌توان گفت که با توجه به منطق پدیدایی روش درمانی فراتشخیصی یکپارچه، بهبودی و تغییرات معنادار آشفته‌گی روانشناختی می‌تواند به واسطه آماج قرار گرفتن عوامل مشترکی همچون تنظیم هیجانی، افکار تکرار شونده و عاطفه منفی باشد که در مدل‌های این پروتکل درمانی روی آنها تاکید می‌شود. به عبارتی دیگر کاهش آشفته‌گی روانشناختی دانش‌آموزان دارای علائم افسردگی احتمالاً به طور غیر مستقیم به واسطه تغییرات حاصل شده در این عوامل مشترک باشد و این موضوع با توجه به تجمیع مهارت‌ها و تکنیک‌های اثربخش بر درمان فراتشخیصی برای مورد هدف قرار دادن علائم کلیدی آسیب‌های بالینی همچون افسردگی انجام می‌شود. زیرا این شیوه نامه به دانش‌آموزان مبتلا به افسردگی کمک می‌کند تا بیاموزند چگونه با هیجانات نامناسب خود روبرو شده و به شیوه سازگارانه تری به هیجانات و خلق منفی افسرده خود پاسخ دهند (۲۵). از طرف دیگری، درمان فراتشخیصی یکپارچه نگر تاکید زیادی بر بازسازی شناختی دارد. یکی از عوامل شناختی که نقش مهمی در افسردگی دارد، خطاهای شناختی است. این درمان با تکیه بر ارزیابی شناختی مجدد پدیده‌ها و رویدادها می‌تواند خطاهای شناختی را نیز تسهیل کند که به نوبه خود می‌تواند موجب کاهش افسردگی در نوجوانان شود (۲۶).

یکی دیگر از نتایج حاصل از پژوهش حاضر کاهش نمرات اضطراب و استرس در گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل بود. این نتایج با مطالعه ایتو و همکاران (۲۰۲۲)، که در پژوهش خود نشان دادند که درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر سبب کاهش اضطراب در میان نوجوانان دختر شده بود، همسو است (۲۷). مطالعه قاسم زاده و نقاش (۱۳۹۹)، نیز نشان داد که درمان فراتشخیصی یکپارچه نگر

این درمان یکی از درمان‌های اثربخش در زمینه اختلالات می‌باشد. بنابراین توصیه می‌شود که متخصصان سلامت روان، به ویژه روان‌درمانگران، در درمان اختلالات روانی نوجوانان این درمان را مد نظر داشته باشند. تا با کاهش مشکلات روانشناختی نوجوانان، شاهد افزایش بهداشت روانی نوجوانان در جامعه باشیم و این به نوبه خود سبب افزایش خودکارآمدی و بروز استعدادهای نوجوانان به صورت سالم و در خدمت جامعه خواهد شد.

سیاسگزاری

نویسندگان بر خود لازم می‌دانند که از کلیه افرادی که در این پژوهش به آنها کمک کرده‌اند، به ویژه آزمودنی‌های مشارکت کننده، مراتب سپاس و قدردانی خود را اعلام کنند.

تعارض منافع

در این مطالعه هیچ تضاد منافی وجود نداشت.

References

1. Orben A, Tomova L, Blakemore SJ. The effects of social deprivation on adolescent development and mental health. *The Lancet Child & Adolescent Health*. 2020;4(8):634-40. [https://doi.org/10.1016/S2352-4642\(20\)30186-3](https://doi.org/10.1016/S2352-4642(20)30186-3)
2. Dick AS, Lopez DA, Watts AL, Heeringa S, Reuter C, Bartsch H, Fan CC, Kennedy DN, Palmer C, Marshall A, Haist F. Meaningful associations in the adolescent brain cognitive development study. *NeuroImage*. 2021;239(2):1-14. <https://doi.org/10.1016/j.neuroimage.2021.118262>
3. Turban JL, King D, Kobe J, Reisner SL, Keuroghlian AS. Access to gender-affirming hormones during adolescence and mental health outcomes among transgender adults. *PLoS one*. 2022;17(1):55-63. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0261039>
4. Pacchiarotti I, Kotzalidis GD, Murru A, Mazarini L, Rapinesi C, Valentí M, Anmella G, Gomes-da-Costa S, Gimenez A, Llach C, Perugi G. Mixed features in depression: the unmet needs of diagnostic and statistical manual of mental disorders fifth edition. *Psychiatric Clinics*. 2020;43(1):59-68. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2019.10.006>
5. Scott K, Lewis CC, Marti CN. Trajectories

چرا که ممکن است در گروه‌های جنسیتی دیگر، نتایج متفاوتی بدست بیاید. همچنین آزمودنی‌ها تنها از میان گروه سنی نوجوانان انتخاب شده بودند، بنابراین تعمیم نتایج به سایر گروه‌های سنی باید با احتیاط صورت بپذیرد. همچنین شرکت کنندگان تنها از یک شهر انتخاب شده بودند، بنابراین نمی‌توانند نماینده سایر شهرها با بافت اجتماعی، مذهبی و زبانی متفاوت باشند. جهت رفع محدودیت‌های موجود پیشنهاد می‌شود مطالعات آینده از گروه پسران نوجوان نیز استفاده کند. همچنین در سایر گروه‌های سنی نیز اجرا شود. جهت تعمیم بیشتر نتایج پیشنهاد می‌شود در سایر شهرهای ایران با بافت فرهنگی و مذهبی متفاوت اجرا شود.

نتیجه‌گیری

نتایج حاصل از مطالعه نشان داد که درمان فراتشخیصی یکپارچه نگر توانسته بر بهبود علائم افسردگی، اضطراب و استرس در نوجوانان دختر موثر باشد. می‌توان گفت

- of symptom change in the treatment for adolescents with depression study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2019;58(3):319-28. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2018.07.908>
6. Henriksen M, Skrove M, Hoftun GB, Lydersen S, Stover C, Calvin CB, Sukhodolsky DG. Sex Differences and Similarities in Risk Factors of Physical Aggression in Adolescence. *Journal of Child and Family Studies*. 2022. 29(2):1-5.
 7. Feng T, Jia X, Pappas L, Zheng X, Shao T, Sun L, Weisberg C, Li ML, Rozelle S, Ma Y. Academic performance and the link with depressive symptoms among rural Han and minority Chinese adolescents. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2022;19(10):6026-6037. <https://doi.org/10.3390/ijerph19106026>
 8. Kinsky J, Allen JP, Diener E. The young adult love lives of happy teenagers: The role of adolescent affect in adult romantic relationship functioning. *Journal of research in personality*. 2019;80:1-9. <https://doi.org/10.1016/j.jrp.2019.03.006>
 9. Rice F, Riglin L, Lomax T, Souter E, Potter R, Smith DJ, Thapar AK, Thapar A. Adolescent and adult differences in major depression symptom profiles. *Journal of affective disorders*. 2019;243:175-181.

- <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.09.015>
10. Wang D, Zhao J, Ross B, Ma Z, Zhang J, Fan F, Liu X. Longitudinal trajectories of depression and anxiety among adolescents during COVID-19 lockdown in China. *Journal of Affective Disorders*. 2022;299(2):628-35. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.12.086>
 11. Onukwuli, V. O., Onyinye, E. N., Udigwe, I. B., Umeh, U. M., Enebe, J. T., & Umerah, A. T. Internet addiction during the COVID-19 pandemic among adolescents in southeast Nigeria and implications for adolescent care in the post-pandemic era: A cross-sectional study. *SAGE Open Medicine*. 2023, 11(5),205-214 <https://doi.org/10.1177/20503121231152763>
 12. Tras Z, Gökçen G. Academic Procrastination and Social Anxiety as Predictive Variables Internet Addiction of Adolescents. *International Education Studies*. 2020;13(9):23-35. <https://doi.org/10.5539/ies.v13n9p23>
 13. You M, Laborde S, Vaughan RS, Salinas A. Influence of personality and emotional competences on academic performance: direct and indirect pathways mediated by perceived stress. *Current Issues in Personality Psychology*. 2022;9(1).124-141 <https://doi.org/10.5114/cipp.2021.111423>
 14. Salmon S, Taillieu TL, Fortier J, Stewart-Tufescu A, Afifi TO. Pandemic-related experiences, mental health symptoms, substance use, and relationship conflict among older adolescents and young adults from Manitoba, Canada. *Psychiatry Research*. 2022;311(1):11-19. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2022.114495>
 15. Dickson SJ, Kuhnert RL, Lavell CH, Rapee RM. Impact of psychotherapy for children and adolescents with anxiety disorders on global and domain-specific functioning: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Child and Family Psychology Review*. 2022;25(4):720-736. <https://doi.org/10.1007/s10567-022-00402-7>
 16. 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(1):1019-1030. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2021.101999>
 17. Barlow DH, Farchione TJ, Sauer-Zavala S, Latin HM, Ellard KK, Bullis JR, Bentley KH, Boettcher HT, Cassiello-Robbins C. Unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: Therapist guide. Oxford University Press; 2017.1-293 <https://doi.org/10.1093/med-psych/9780190686017.003.0001>
 18. Ehrenreich-May J, Rosenfield D, Queen AH, Kennedy SM, Remmes CS, Barlow DH. An initial waitlist-controlled trial of the unified protocol for the treatment of emotional disorders in adolescents. *Journal of Anxiety Disorders*. 2017;46(3):46-55. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2016.10.006>
 19. Farchione TJ, Fairholme CP, Ellard KK, Boisseau CL, Thompson-Hollands J, Carl JR, Gallagher MW, Barlow DH. Unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: a randomized controlled trial. *Behavior therapy*. 2012 Sep 1;43(3):666-78. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2012.01.001>
 20. Antony MM, Bieling PJ, Cox BJ, Enns MW, Swinson RP. Psychometric properties of the 42-item and 21-item versions of the Depression Anxiety Stress Scales in clinical groups and a community sample. *Psychological assessment*. 1998;10(2):176-181. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.10.2.176>
 21. Sahebi A, Asghari MJ, Salari RS. Validation of Depression Anxiety and Stress Scale (DASS-21) for an Iranian Population. *Dev Psychol*.2006;1(4):36- 54
 22. Martin MR, Bolden J, Walton J. A Socially Distanced Case Study: Implementing the Unified Protocol-Adolescent in the Treatment of Comorbid Depression and Anxiety via Telehealth. *Clinical Case Studies*. 2022;21(6):516-32. <https://doi.org/10.1177/15346501221099651>
 23. Sauer-Zavala S, Fournier JC, Steele SJ, Woods BK, Wang M, Farchione TJ, Barlow DH. Does the unified protocol really change neuroticism? Results from a randomized trial. *Psychological medicine*. 2021; 51 (14):2378-2387. <https://doi.org/10.1017/S0033291720000975>
 24. ZirakbashA,NaderiF,MarashianFS,MakvandiB. Designing unified trans-diagnostic interventions and their efficacy on the common mechanisms of the comorbid obsessive personality disorder with anxiety, depression, and obsessive-compulsive disorder: A protocol study. *Journal of Education and Health Promotion*. 2023;12(1):35-47. https://doi.org/10.4103/jehp.jehp_1254_22
 25. Sakiris, N., & Berle, DA systematic

- review and meta-analysis of the Unified Protocol as a transdiagnostic emotion regulation-based intervention. *Clinical psychology review*. 2019, 72, 101751. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2019.101751>
26. Akbari, M., Rezaeian, M., Helm, P. J., & Becker, K. How existential therapy may help people who are suicidal. *European Journal of Psychotherapy & Counselling*. 2023;25(1): 1-15.
 27. Ito M, Horikoshi M, Kato N, Oe Y, Fujisato H, Nakajima S, Kanie A, Miyamae M, Takebayashi Y, Horita R, Usuki M. Transdiagnostic and transcultural: pilot study of unified protocol for depressive and anxiety disorders in Japan. *Behavior therapy*. 2016;47(3):416-30. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2016.02.005>
 28. Ghasemzadeh S, Naghsh Z. Effectiveness of Unified Protocols for Transdiagnostic Treatment in Emotion Regulation of Mothers and Anxiety of Children with Type I Diabetes. *Iran Red Crescent Med J*. 2020;22(11): 145-152.
 29. Holakouee A, Ghasemzadeh S, Arjmandnia A A.(2022). The Effectiveness of unified protocol of trans-diagnostic treatment on Adolescent Anxiety and maternal parenting methods. *RJMS*. 2022. 29 (4) :150-159
 30. Lin Z, Zhang J, Wu F, Xu K, Peng M, Wang C, Yang C, Yang X, Shen X, Wang W, Liu Y. Internet-based cognitive behavioural therapy combined with attentional bias modification training in generalized anxiety disorder: a randomized, controlled multi-session experiment. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*. 2023;51(1):32-45. <https://doi.org/10.1017/S1352465822000480>
 31. Lavaf Arani MJ, Sadeghi S, Laki M, Dehghani Sanij N, Rajabi F. The effectiveness of unified trans-diagnostic treatment on anxiety sensitivity, sleep quality and emotion regulation in patients with post-traumatic stress disorder. *Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal (RRJ)*. 2022;11(10):193-202.
 32. Newby JM, McKinnon AC. 10 Transdiagnostic Approaches to the Treatment of Anxiety Disorders in Children and Adolescents. *Innovations in CBT for childhood anxiety, OCD, and PTSD: Improving access and outcomes*. 2019;27(2).226-234. <https://doi.org/10.1017/9781108235655.011>