



Comparison of the Effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy with a Unified Transdiagnostic Package on the Social Competence of Anxious Children

SimaAlsasat Sajadi¹, FatemehSadat TabatabaeiNejad^{2*}, Elham Foruzandeh³,

Fahimeh Dehghani⁴

1- Phd Student, Department of Psychology, Naein Branch, Islamic Azad University, Naein, Iran.

2- Assistant Professor, Department of Psychology, Naein Branch, Islamic Azad University, Naein, Iran.

3- Associate Professor, Department of Psychology, Naein Branch, Islamic Azad University, Naein, Iran.

4- Associate Professor, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Yazd University, Yazd, Iran.

Corresponding author: FatemehSadat TabatabaeiNejad, Assistant Professor, Department of Psychology, Naein Branch, Islamic Azad university, Naein, Iran.

Email: f.tabatabaei49@yahoo.com

Received: 9 July 2024

Accepted: 17 Dec 2024

Abstract

Introduction: One of the common problems faced by children with anxiety symptoms is reduced social competence. Social competence includes the ability to take care of oneself, assist others, and provide support. Various interventions are employed to improve children's social competence, including Cognitive Behavioral Therapy (CBT), which aims to correct dysfunctional beliefs and cognitive restructuring, and the Unified Transdiagnostic Package, which targets the underlying components of dysfunction. Therefore, the aim of this study is to compare the effectiveness of CBT with the Unified Transdiagnostic Package in improving the social competence of anxious children.

Methods: This quasi-experimental study used a pre-test, post-test design with a control group and a two-month follow-up. The statistical population included all anxious girls aged 10 to 12 years old who sought counseling at the educational centers in Yazd during the 2023 school year. The research sample comprised 45 participants who were purposefully selected based on their scores on the Reynolds and Richmond (1997) Revised Children's Manifest Anxiety Scale. They were randomly assigned through lottery by a professional psychologist into two experimental groups (CBT and Unified Transdiagnostic Package) and a control group, with 15 participants in each group. The participants were assessed using a demographic information form and the Felner (1990) Social Competence Scale. Data were analyzed using repeated measures ANOVA and the Bonferroni test in SPSS-25.

Result: Data analysis showed that social competence scores significantly increased in both experimental groups compared to the control group ($p < 0.05$). The effects of both experimental interventions persisted at the follow-up stage. Additionally, there was no significant difference in the effectiveness between the two experimental groups ($p > 0.05$).

Conclusions: Both Cognitive Behavioral Therapy and the Unified Transdiagnostic Package are effective in improving the social competence of anxious children.

Keywords: Anxiety, Social Competence, Cognitive Behavioral Therapy, Unified Transdiagnostic Package, Children.



مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری با بسته فراتشخیصی یکپارچه بر شایستگی اجتماعی کودکان اضطرابی

سیما السادات سجادی^۱، فاطمه سادات طباطبایی نژاد^{۲*}، الهام فروزنده^۳، فهیمه دهقانی^۴

۱- دانشجوی دکترا، گروه روان شناسی، واحد نائین، دانشگاه آزاد اسلامی، نائین، ایران

۲- استادیار، گروه روان شناسی، واحد نائین، دانشگاه آزاد اسلامی، نائین، ایران.

۳- دانشیار، گروه روان شناسی، واحد نائین، دانشگاه آزاد اسلامی، نائین، ایران.

۴- دانشیار، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه یزد، یزد، ایران.

نویسنده مسئول: فاطمه سادات طباطبایی نژاد، استادیار، گروه روان شناسی، واحد نائین، دانشگاه آزاد اسلامی، نائین، ایران.
ایمیل: f.tabatabaei49@yahoo.com

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۹/۲۷

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۴/۱۹

چکیده

مقدمه: یکی از مشکلات رایج کودکان با نشانه های اضطراب، کاهش شایستگی اجتماعی است. شایستگی اجتماعی توانایی مراقبت از خویش، کمک به دیگران و مراقبت از آنها است. مداخلات متفاوتی جهت بهبود شایستگی اجتماعی کودکان بکار می رود. از جمله درمان شناختی رفتاری که هدف آن اصلاح باورهای ناکارآمد و بازسازی شناختی است و درمان فراتشخیصی یکپارچه که مؤلفه های زیربنایی آسیب را مورد هدف قرار می دهد. از اینرو هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری با بسته فراتشخیصی یکپارچه بر شایستگی اجتماعی کودکان اضطرابی است.

روش کار: روش پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون- پس آزمون با گروه شاهد و پیگیری دو ماهه بود. جامعه آماری شامل تمامی دختران ۱۰ تا ۱۲ ساله مضطرب مراجعه کننده به مراکز مشاوره آموزش و پرورش شهر یزد در سال تحصیلی ۱۴۰۲ بودند. نمونه پژوهش ۴۵ نفر از این افراد بود که به صورت هدفمند با کسب نمره در پرسشنامه اضطراب آشکار رینولدز و ریچموند (۱۹۹۷) انتخاب و بصورت تصادفی و با روش قرعه کشی توسط یک روانشناس متخصص در دو گروه آزمایش (درمان شناختی رفتاری و بسته فراتشخیصی یکپارچه) و یک گروه شاهد گمارش شدند (هر گروه ۱۵ نفر) و مشارکت کنندگان با فرم اطلاعات جمعیت شناختی و پرسشنامه شایستگی اجتماعی فلنر (۱۹۹۰) مورد ارزیابی قرار گرفتند. تجزیه و تحلیل داده ها با روش تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر و آزمون بونفرونی با بسته آماری SPSS-25 استفاده شد.

یافته ها: نتایج تجزیه و تحلیل داده ها نشان داد که نمرات شایستگی اجتماعی در هر دو گروه آزمایش در مقایسه با گروه شاهد به طور معناداری افزایش یافته است ($p < 0.05$). تأثیر هر دو گروه آزمایش تا مرحله پیگیری دارای ماندگاری اثر بود. همچنین بین میزان اثربخشی دو گروه آزمایش تفاوت معناداری وجود نداشت ($p > 0.05$).

نتیجه گیری: هر دو درمان شناختی رفتاری و بسته فراتشخیصی یکپارچه برای بهبود شایستگی اجتماعی کودکان اضطرابی مناسب است.

کلیدواژه ها: اضطراب، شایستگی اجتماعی، درمان شناختی رفتاری، بسته فراتشخیصی یکپارچه، کودکان.

است (۱۴). رفتار درمانی شناختی به این دلیل در کمک به افراد اضطرابی مؤثر است چون اغلب این افراد باورهای نادرست و رفتارهای مقابله‌ای نامؤثر و حالات خلقی منفی را در برابر مشکلات اضطرابی خود دارند، این نوع مداخله با شناسایی افکار خودآیند منفی و به چالش کشیدن آن‌ها به مراجع کمک می‌کند تا رفتار مناسب‌تری از خود بروز دهد. همچنین پژوهش‌ها نشان داده است که اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر مؤلفه‌های مختلف شایستگی اجتماعی مؤثر است (۱۵، ۱۶). با این حال، نتایج نشان می‌دهد که این درمان‌ها فقط تا حدی موفق بوده اند و بیشتر مراجعان، بخشی از علایم را پس از درمان نیز تجربه کرده‌اند (۱۸، ۱۸). از این رو، بسته فراتشخیصی یکپارچه یکی دیگر از مداخلاتی است که در سال‌های اخیر بیشترین توجه پژوهشی را به خود جلب نموده است (۱۹، ۲۰، ۲۱). رویکرد فراتشخیصی بر پایه تجارب درمانی و تکنیک‌های مشابه و مشترک درمان‌های شناختی رفتاری خاص با تمرکز بر نشانگان مشترک اختلالات اضطرابی و افسردگی طرح ریزی شده و مکانیسم‌های سبب ساز مشترک اختلالات هیجانی را مورد هدف قرار می‌دهد و به افراد می‌آموزد چگونه با هیجانات ناخوشایندشان مواجهه شوند و به شیوه‌های مناسب به آن‌ها پاسخ دهند (۲۲). بسته فراتشخیصی یکپارچه مؤلفه‌های زیربنایی آسیب روانی را هدف قرار می‌دهد و می‌تواند برای اختلال‌ها و مشکلاتی که زیربنای یکسان یا مشابهی دارند، کاربرد داشته باشد (۲۳). این رویکرد درمانی با ارائه‌ی روش‌ها و فنونی جامع و کارآمد در تلاش است به تمام مسائل مراجع، صرف نظر از تشخیص مطرح شده بپردازد (۲۴). همچنین از آنجایی که اختلالات اضطرابی هم ابتلایی بالایی با سایر اختلالات دارد (به ویژه اختلال افسردگی)، بنابراین این درمان می‌تواند پیشرفت قابل توجهی را در عرصه پیشگیری و درمان ایجاد کند (۲۵). پژوهش‌ها نیز نشان دادند که رویکرد فراتشخیصی در درمان طیف وسیعی از اختلال‌های اضطرابی، افزایش کیفیت زندگی و سازش یافتگی اثربخش بوده است (۲۶، ۲۷، ۲۸). همچنین پژوهش‌های دیگری نشان دادند مداخله فراتشخیصی یکپارچه بر سازگاری اجتماعی، همدلی و بهبود مشکلات رفتاری مؤثر است و موجب بهبود مهارت‌های شناختی، هیجانی، و اجتماعی کودکان می‌شود (۲۹، ۳۰). اما این نوع مداخله هم با محدودیت‌هایی روبه رو است. بسته فراتشخیصی یکپارچه تفاوت بین افراد و اختلالات را نادیده می‌گیرد و برای همه افراد و اختلالات هیجانی پروتکل واحد ارائه می‌کند (۳۱).

اختلالات اضطرابی یکی از شایع‌ترین اختلال‌های روانی در دوران کودکی است که شیوع آن تا ۳۰ درصد گزارش شده است (۱). در ایران در پژوهش‌های مختلف میزان شیوع اختلالات اضطرابی متفاوت بیان شده است. از جمله پژوهش احمدی و همکاران (۱۴۰۳)، میزان شیوع اختلال‌های اضطرابی در کودکان ۲۲/۲ درصد و در پژوهش نصیری و همکاران (۱۳۹۸)، میزان شیوع ۱۰/۴ درصد گزارش شده است (۲، ۳). در کودکان و نوجوانان اضطراب‌های افراطی، اثر بارز خود را در ابعاد مختلف تحصیلی، ارتباط با همسالان و عملکرد اجتماعی نشان می‌دهد (۴) که همه‌ی این مسائل نشان از تأثیر عمیق اضطراب بر عملکرد کودک است که موجب بروز نتایج منفی می‌شود (۵). همچنین داشتن اضطراب سبب می‌شود مهارت‌های اجتماعی کودک تحت تأثیر قرار بگیرد؛ چرا که کودکان اضطرابی به علت انزوا و گوشه‌گیری، مشکلات زیادی در ایجاد و حفظ دوستی‌های خود دارند و کنش‌وری اجتماعی کمتری از خود نشان می‌دهند (۴) که در نهایت شایستگی اجتماعی آن‌ها هم به عنوان یکی از نشانه‌های تعاملات اجتماعی سازنده کم می‌شود. شایستگی اجتماعی، توانایی عملکرد انسان در اجرای استقلال و پذیرش مسئولیت اجتماعی است به بیان دیگر، شایستگی اجتماعی توانایی مراقبت از خویش، کمک به دیگران و مراقبت از آن‌ها است (۷). Felner, Lease & Phillips معتقدند که شایستگی اجتماعی چهار بعد دارد: مهارت شناختی، مهارت رفتاری، مهارت هیجانی عاطفی و مهارت انگیزشی (۸). نتایج مطالعات نشان داده است کودکانی که اضطراب بالاتری دارند شایستگی اجتماعی کمتری نسبت به همسالانی که علائم اضطرابی کمی را دارند دارا می‌باشند (۹) و کودکانی که با شایستگی اجتماعی کمتری وارد مدرسه می‌شوند، غالباً کمرو بوده و بیشتر احتمال دارد از سمت دوستان یا اطرافیان خود طرد شوند (۱۰) رابطه‌ی کمتری دارند و از حضور در مدرسه لذت نمی‌برند (۱۱) عملکرد تحصیلی آن‌ها ضعیف‌تر و از خلاقیت کافی بر خوردار نیستند (۱۲).

پیشینه بالینی مربوط به درمان اضطراب حاکی از آن است که مداخله شناختی رفتاری، یکی از درمان‌های مناسب اضطراب است (۱۳). فنونی که در درمان شناختی رفتاری به منظور کاهش اضطراب کودکان به کار می‌رود شامل کشف تحریف‌های شناختی و افکار اضطراب‌آور، بازسازی شناختی و تقویت خودگویی‌های مقابله‌ای مؤثر، الگوبرداری، ایفای نقش، آرام سازی عضلانی و آموزش مهارت‌های مقابله‌ای

دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان (خوراسگان) اخذ گردید. اخذ رضایت نامه کتبی از کودکان و والدین آن‌ها، رعایت اصل رازداری، اختیار بودن شرکت در مطالعه، حق انصراف از مطالعه در هر زمان از اصول اخلاقی بود. همچنین پژوهشگر به شرکت‌کنندگان گروه شاهد مبنی بر اینکه پس از پایان جلسات مداخلات در مورد آن‌ها نیز جلسات مداخله برگزار شود متعهد گردید. تحلیل داده‌ها با استفاده از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و آزمون بونفرونی (Bonfironi) در نرم افزار SPSS نسخه ۲۵ انجام شد.

پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک (DIQ): در پژوهش حاضر، پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک شامل سن و پایه تحصیلی بوده است.

مقیاس اضطراب آشکار کودکان (RCMAS): این ابزار توسط Reynolds & Richmond (۱۹۹۷) با هدف سنجش اضطراب برای کودکان و نوجوانان در دامنه‌ی سنی ۶ الی ۱۲ سال طراحی و اعتبار یابی شده است (۳۲). این ابزار توسط خود کودکان تکمیل می‌شود و دارای ۳۷ سوال می‌باشد که سه عامل فیزیولوژیکی اضطراب، نگرانی و حساسیت بیش از حد و عدم تمرکز را می‌سنجد. در مجموع این مقیاس دارای ۲۸ ماده برای ارزیابی اضطراب و ۹ ماده دیگر شامل گویه‌های شماره ۴-۸-۱۲-۱۶-۲۰-۳۲ مقیاس دروغ‌سنج را تشکیل می‌دهد. که در نمره گذاری محاسبه نمی‌شوند. پاسخ دهی به سؤال‌ها به صورت بله و خیر است که به هر پاسخ بله نمره ۱ و به هر پاسخ خیر نمره صفر داده می‌شود. نمره کل این مقیاس از مجموع تمام پاسخ‌های بله محاسبه می‌شود. دامنه نمره در این ابزار بین صفر تا ۲۸ می‌باشد و نمرات بیشتر نشان دهنده اضطراب بالا می‌باشد. این مقیاس توسط لی و همکاران (۱۹۸۸) در گروه سنی نوجوانان نیز اجرا و اعتباریابی شد (۳۳). در بررسی روایی با استفاده از روش تحلیل عامل تأییدی، سه عامل این مقیاس تأیید شد و در بررسی پایایی، همسانی درونی مقیاس با روش کودریچاردسون ۰/۷۸ گزارش شد. در ایران دهقانی و همکاران (۱۳۹۲) این مقیاس را ترجمه و اعتباریابی کردند. در بررسی پایایی همسانی درونی این مقیاس با روش کودریچاردسون برابر ۰/۷۹ گزارش شد. همچنین در بررسی روایی با روش تحلیل عاملی تأییدی، سه عامل این مقیاس تأیید شد. در این مطالعه روایی این پرسشنامه بر اساس نظر سه نفر از اساتید قبل از اجرا به روش محتوایی مورد تأیید قرار گرفته است و پایایی با استفاده از آزمون کودریچاردسون ۰/۷۸ محاسبه شده است.

مقیاس شایستگی اجتماعی (SCS): این مقیاس ۴۷ سؤالی

همچنانکه ذکر شد هر دو مداخله در کمک به طیف وسیعی از اختلالات مؤثر بوده‌اند اما مطالعات کمی به مقایسه اثربخشی این دو رویکرد بر شایستگی اجتماعی کودکان اضطرابی پرداخته‌اند؛ در نتیجه، با توجه به خلاء پژوهشی و کمبود پژوهش در زمینه اثربخشی این دو نوع مداخله، پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری و بسته فراتشخیصی یکپارچه بر شایستگی اجتماعی کودکان اضطرابی انجام شد. سؤال پژوهش حاضر با توجه به آن چه بیان شد، شامل این است که آیا اثربخشی درمان شناختی رفتاری با بسته فراتشخیصی یکپارچه بر شایستگی اجتماعی کودکان اضطرابی متفاوت است؟

روش کار

روش پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و گروه شاهد با دوره پیگیری دو ماهه بود. جامعه آماری شامل تمامی دختران ۱۰ تا ۱۲ ساله مضطرب مراجعه کننده به مراکز مشاوره آموزش و پرورش شهر یزد (مرکز مشاوره دکتر تاهری و امام حسین) در سال تحصیلی ۱۴۰۲ بودند. از بین افراد مراجعه کننده در هنگام حضور پژوهشگر در مراکز مشاوره ای ۴۵ نفر بصورت هدفمند و بر اساس پرسشنامه اضطراب آشکار (نمره بیشتر از ۱۴ با توجه به نقطه برش پرسشنامه) و مصاحبه بالینی انتخاب و بصورت تصادفی و با روش قرعه کشی توسط یک روانشناس متخصص در گروه های آزمایش و شاهد گمارش شدند و خود کودکان پرسشنامه شایستگی اجتماعی Felner (۱۹۹۰) را در مراحل پیش- پس آزمون و پیگیری تکمیل کردند. نمونه بر اساس جدول کوهن، با توان آزمون ۰/۸، اندازه اثر ۰/۸ و سطح آلفای ۰/۰۵ در هر گروه ۱۵ نفر در نظر گرفته شد. کودکان هر دو گروه آزمایش اول و دوم به ترتیب طی ۱۶ جلسه ۴۵ دقیقه‌ای (دو جلسه در هفته) تحت مداخله بسته فراتشخیصی یکپارچه و درمان شناختی رفتاری قرار گرفتند. گروه شاهد در این مدت مداخله‌ای دریافت نکرد. لازم به ذکر است که در روند مطالعه، ریزشی در تعداد نمونه‌ها در گروه‌های آزمایش و شاهد رخ نداد. ملاک‌های ورود به پژوهش عبارت اند از: جنسیت دختر، دامنه سنی ۱۰ تا ۱۲ سال، دارا بودن نشانه‌های اضطراب، عدم دریافت مداخله روان‌شناختی یا دارویی غیر از مداخلات پژوهش و عدم ابتلا به هر نوع بیماری روانپزشکی یا جسمانی بصورت خودگزارشی. همچنین ملاک‌های خروج شامل عدم تمایل به همکاری در طی پژوهش، غیبت بیش از دو جلسه و عدم انجام تکالیف بود. کد اخلاق با شناسه IR.IAU.KHUISF.REC.1402.066 از

مقیاس، از روش آلفا کرونباخ برای بررسی همسانی درونی مقیاس و خرده مقیاس ها استفاده گردیده است. ضریب آلفای بدست آمده از حذف سؤالاتی که همبستگی کمی با نمره کل داشتند برابر $0/884$ می باشد که نشان می دهد پرسشنامه از ضریب همسانی درونی قابل قبول و مطلوبی برخوردار است. برای بررسی پایایی علاوه بر ضریب آلفا، از باز آزمایی هم استفاده شده است پرسشنامه بر روی ۳۰ نفر آزمودنی در فاصله زمانی ۴ هفته اجرا گردید. ضریب همبستگی بین دو بار آخر در باز آزمایی $0/899$ به دست آمد. همچنین ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس در مطالعه حاضر $0/89$ می باشد.

درمان شناختی رفتاری مبتنی بر مدل Kendall (۳۵) و بسته فرانتشخیصی یکپارچه بر اساس مداخله مبتنی بر پروتکل Ehrenreich-May و همکاران (۳۶) در قالب جلسات گروهی طی ۱۶ جلسه ۴۵ دقیقه ای به صورت دو بار در هفته در مراکز مشاوره آموزش و پرورش شهر یزد توسط نویسنده اول که دانشجوی دکتری روانشناسی بود، به صورت جداگانه در صبح روزهای شنبه و سه شنبه برای گروه آزمایش ۱ و صبح روزهای یکشنبه و چهارشنبه برای گروه آزمایش ۲ مداخلات آموزشی ارائه گردید. گروه شاهد در انتظار دریافت مداخله (رعایت اخلاق پژوهشی) تا اتمام مراحل پژوهش بود. هر سه گروه در مرحله پس آزمون و پیگیری با پرسشنامه مطرح شده مورد ارزیابی قرار گرفتند. جهت آزمون فرضیه ها، از روش تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر و آزمون یونفرونی با بسته آماری SPSS-25 استفاده شد. خلاصه محتوای جلسات به ترتیب در جداول ۱ و ۲ ارائه شده است.

توسط پرندین (۱۳۸۵) بر اساس مدل چهار بعدی Felner (۱۹۹۰) ساخته و هنجار شده است (۸). پرسشنامه شایستگی اجتماعی توسط خود کودکان تکمیل می شود که شامل چهار بعد مهارت رفتاری، مهارت شناختی، مهارت های هیجانی و آمیبه های انگیزشی است. در این پرسشنامه. هر سوالی دارای ۷ گزینه شامل: کاملاً موافقم. موافقم. تا حدی موافقم، نظری ندارم، تا حدی مخالفم، مخالفم و کاملاً مخالفم می باشد و آزمودنی باید گزینه ای را انتخاب کند که بیشتر بیانگر احساسات و نظرات او باشد. روش نمره گذاری به شیوه لیکرتی می باشد و از سیستم ۱ تا ۷ پیروی می کند؛ به این ترتیب که اگر آزمودنی گزینه کاملاً مخالفم را انتخاب کند نمره ۱، مخالفم نمره ۲، تا حدی مخالفم نمره ۳، نظری ندارم ۴، تا حدی موافقم ۵، موافقم ۶ و کاملاً موافقم نمره ۷ می گیرد. همچنین سوالات ۳، ۶، ۸، ۹، ۱۱، ۱۲، ۱۵، ۱۶، ۲۱، ۲۵، ۲۶، ۲۸، ۳۲، ۳۶، ۳۷، ۳۸، ۴۳، ۴۴، ۴۵، به صورت معکوس نمره گذاری می شود، به این صورت که به کاملاً موافقم نمره ۱ و به کاملاً مخالفم نمره ۷ تعلق می گیرد. مجموع این چهار خرده مقیاس، نمره کل شایستگی اجتماعی نمره آزمودنی ها در این آزمون بین ۴۷ تا ۳۲۹ متغیر است. کودکانی که در این پرسشنامه از نمره ۱۵۰ پایین تر می گیرند، بچه هایی هستند که در شایستگی اجتماعی مشکل دارند. در بررسی روایی سازه و تحلیل عاملی، همبستگی کل مقیاس با خرده مقیاس ها بسیار بالا و در سطح ۹۹ درصد معنادار بود و مقدار کفایت نمونه گیری برابر با $0/826$ گزارش شده است (۳۴). روایی و پایایی این آزمون توسط پرندین (۱۳۸۵)، در استان تهران، بر روی ۵۰ نفر صورت گرفته است. جهت برآورد ضریب پایایی

جدول ۱: خلاصه جلسات شناختی رفتاری

جلسات	شرح جلسات
اول	برقراری ارتباط و ارائه اطلاعات اساسی در مورد برنامه، آغاز یادگیری درباره احساسات و نیز انجام هدف گذاری
دوم	آموزش روان شناختی در مورد هیجانات و شناسی احساسات، توجه به احساس های دیگران با حالت چهره و زبان بدن
سوم	شناسایی پاسخ های فردی به هیجانات منفی، آموزش درباره ارتباط بین نشانه های بدنی و شیوه تفکر، احساس و رفتار
چهارم	عادی سازی تجربه هیجانات و ایجاد سلسله مراتب مواجهه، آموزش درباره چگونگی تأثیر افکار بر احساس و رفتار ما
پنجم	جلسه با والدین به منظور کسب اطلاعات بیشتر در رابطه با رفتارهای کودک
ششم	معرفی مفهوم خودگویی و شناسایی خودگویی ها در شرایط برانگیزاننده
هفتم	اصلاح خودگویی های منفی و تمرین راهبردهای حل مسئله به منظور مدیریت هیجانات
هشتم	ارزیابی خود و پاداش دهی به خود، ایجاد یک طرح شش گام برای هدف گذاری، تشویق اعضا برای کار با یکدیگر
نهم	مرور مهارت های آموخته شده، آموزش تفاوت های فردی و برنامه ریزی برای استفاده از آن ها در موقعیت های واقعی
دهم تا شانزدهم	تمرین مهارت های آموخته شده در نیمه نخست درمان در موقعیت های واقعی زندگی روزمره و بررسی نقاط ضعف و قوت در گروه، یادگیری اینکه چگونه مشکلات خود را به گام های کوچکتر و قابل دستیابی تقسیم کنیم.

جدول ۲: خلاصه جلسات فراتشخیصی یکپارچه

جلسات	شرح جلسات
اول	برقراری ارتباط، آشنایی کودکان با الگو و ساختار درمان، شناسایی مشکلات اصلی و اهداف، آشنایی کودکان با هدف هیجان‌ها/ آشنایی والدین با مدل سه بخشی هیجان‌ها، بحث در مورد چرخه رفتارهای هیجانی
دوم	یادگیری شناسایی شدت هیجان‌های مختلف، معرفی اجزای سه‌گانه تجربه هیجانی، معرفی چرخه اجتناب، شناسایی پاداش‌ها برای رفتارهای جدید/ آشنایی والدین با فرآیند ردیابی دوگانه قبل، در حین و بعد، آشنایی با فرزندپروری متضاد
سوم	یادگیری مفهوم عمل متضاد، تمرین استفاده از آزمایش‌های علمی برای کمک به رفتار متضاد و رفتار هیجانی، یادگیری ارتباط بین فعالیت و هیجان، معرفی ردیابی هیجان و فعالیت به عنوان یک آزمایش برای کودکان/ معرفی مفهوم آزمایش علمی به والدین
چهارم	توصیف مفهوم نشانه‌های بدنی، یادگیری شناسایی نشانه‌های بدنی هیجان‌های مختلف، آموزش مهارت اسکن بدنی، کمک به کودکان برای انجام رفتارهایی بدون اجتناب یا حواس پرتی/ معرفی مفاهیم جلسه کودک به والدین و آموزش همدلی به والدین
پنجم	معرفی مفهوم تفکر انعطاف پذیر و آموزش شناسایی تله فکری به کودکان/ آشنایی والدین با مفاهیم جلسه کودک، بحث در مورد فرزندپروری
ششم	آشنایی و تمرین تفکر کارآگاهی به کودکان/ آشنایی و تمرین تفکر کارآگاهی به والدین
هفتم	معرفی و استفاده از حل مسئله به کودکان/ معرفی و بحث در مورد حل مسئله با والدین
هشتم	آموزش آگاهی در لحظه به کودکان/ بحث در مورد اهمیت یادگیری تجارب هیجانی به والدین، معرفی و آگاهی از لحظه
نهم	مرور مهارت‌های کارآگاه هیجانی، تکمیل مواجهه، همکاری با کودک برای تکمیل فرم رفتار هیجانی/ آشنایی والدین با مفهوم مواجهه هیجانی، توضیح نقش والدین در تمرین مواجهه، آشنایی با فرزندپروری هیجانی و اجتناب، تداوم تکمیل فرم رفتار هیجانی
دهم	مرور استفاده از آزمایش‌های علمی برای مواجهه با هیجان‌های شدید، انجام آزمایش علمی در قالب گروه/ مرور مواجهه هیجانی موقعیتی و بحث در مورد کاربرد مواجهه به والدین، تبیین نحوه استفاده از رفتارهای فرزندپروری متضاد، معرفی مفهوم نردبان هیجانی
یازدهم تا شانزدهم	برنامه‌ریزی و اجرای فعالیت‌های مواجهه موقعیتی هیجانی در جلسات بعدی کودکان، مرور مهارت‌های کارآگاهی هیجانی، برنامه‌ریزی برای مواجهه با هیجان‌های شدید در آینده، تجلیل از پیشرفتی که حاصل آمده است/ مرور مفاهیم، بحث و تجلیل از پیشرفت هر کودک

یافته‌ها

ارائه شده است.

یافته‌های توصیفی متغیرهای جمعیت شناختی در جدول ۳

جدول ۳: اطلاعات دموگرافیک

متغیر	سن پایه تحصیلی	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد
سن	۱۰ ساله	۵	۳۳/۳	۶	۴۰	۴	۲۶/۶
	۱۱ ساله	۶	۴۰	۶	۴۰	۷	۴۶/۶
	۱۲ ساله	۴	۲۶/۶	۳	۲۰	۴	۲۶/۶
پایه تحصیلی	چهارم	۲	۱۳/۳	۴	۲۶/۶	۵	۳۳/۳
	پنجم	۶	۴۰	۵	۳۳/۳	۶	۴۰
	ششم	۷	۴۶/۶	۶	۴۰	۴	۲۶/۶

فراوانی و درصد فراوانی در متغیرهای جمعیت شناختی در نمونه پژوهش در جدول ۳ ارائه شده است. شایان ذکر است که میانگین سن در گروه فراتشخیصی ۱۰/۹ سال و انحراف معیار ۰/۷۵ بوده است. یافته‌های توصیفی متغیرهای پژوهش در جدول ۴ ارائه شده است.

فراوانی و درصد فراوانی در متغیرهای جمعیت شناختی در نمونه پژوهش در جدول ۳ ارائه شده است. شایان ذکر است که میانگین سن در گروه فراتشخیصی ۱۰/۹ سال و انحراف معیار ۰/۷۰ و گروه شناختی رفتاری میانگین برابر

سیما السادات سجادی و همکاران

جدول ۴: میانگین و انحراف معیار متغیر شایستگی اجتماعی و مؤلفه های آن در سری های زمانی به تفکیک گروه

گروه	متغیر	پیش آزمون		پس آزمون		پیگیری
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
فراتشخیصی	توانایی شناختی	۳۲/۲۶	۶/۷۵	۳۸/۴	۵/۲۲	۴/۷
	مهارت رفتاری	۷۸/۲۶	۷/۷۶	۸۳/۴۶	۹/۲۶	۹/۹۲
	شایستگی هیجانی	۵۰/۸	۴/۲۹	۶۱/۲۶	۶/۰۴	۵۹/۷۳
	آمایه انگیزشی	۴۷/۷۳	۷/۶۵	۶۳/۲۶	۷/۸۷	۵/۶۴
	نمره کل	۲۰۹/۰۶	۱۹/۸۷	۲۴۷/۶۶	۱۹/۸۷	۱۲/۹۲
	توانایی شناختی	۳۳/۰۶	۶/۳	۳۹	۵/۳	۵/۵۳
شناختی رفتاری	مهارت رفتاری	۷۸/۴۶	۶/۷۵	۸۴/۷۳	۷/۷۵	۷/۷۴
	شایستگی هیجانی	۵۱/۲۶	۵/۳۶	۶۲/۴	۶/۱	۶/۴
	آمایه انگیزشی	۴۷/۸۶	۶/۶۷	۶۱/۲	۵/۴۶	۵/۱۱
	نمره کل	۲۱۰/۶۶	۱۸/۵۱	۲۴۶/۰۶	۱۳/۹۶	۱۴/۶۷
	توانایی شناختی	۳۲/۶۶	۴/۶	۳۱/۸۶	۴/۹۲	۳/۸۸
	مهارت رفتاری	۷۸/۸۶	۷/۱۸	۷۷/۸	۸/۹۶	۷/۱۴
شاهد	شایستگی هیجانی	۵۱/۳۳	۸/۳۸	۵۲/۸۶	۸/۷۶	۶/۶۷
	آمایه انگیزشی	۴۷	۶/۳۶	۴۶/۴	۶/۲۳	۶/۷۳
	نمره کل	۲۰۹/۸۶	۱۸/۳۲	۲۰۸/۹۳	۱۹/۸۶	۱۴/۳۹
	توانایی شناختی	۳۲/۶۶	۴/۶	۳۱/۸۶	۴/۹۲	۳/۸۸

روش پیش فرض های آن مورد بررسی قرار گرفت. برای بررسی نرمال بودن مؤلفه های شایستگی اجتماعی از آزمون کولموگروف اسمیرنوف استفاده شد. بر اساس نتایج این آزمون فرض نرمال بودن تأیید شد. علاوه بر این فرض همگنی ماتریس های واریانس-کوارینانس بر اساس آزمون باکس و فرض همگنی واریانس ها بر اساس آزمون لوین تأیید شدند ($P < 0.05$).

نتایج جدول ۴ نشان می دهد که میانگین نمرات شایستگی اجتماعی و مؤلفه های آن در دوره های پس آزمون و پیگیری نسبت به پیش آزمون این متغیرها در گروه های آزمایش افزایش داشته است. اما در گروه شاهد تفاوت محسوسی بین میانگین متغیر شایستگی اجتماعی و مؤلفه های آن در دوره های زمانی مختلف دیده نمی شود. جهت بررسی فرضیه اصلی پژوهش از روش تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر استفاده شد. قبل از بکارگیری این

جدول ۵: خلاصه نتایج تحلیل واریانس مختلط با عوامل درون گروهی و بین گروهی در مؤلفه های شایستگی اجتماعی

متغیر	عوامل	منابع تغییر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معناداری	اندازه اثر
توانایی شناختی	عامل درون گروهی عامل بین گروهی	مراحل	۴۶۹/۹۷	۱/۴۴	۳۲۵/۰۹	۲۱/۴۷	۰/۰۰۱	۰/۳۴
		تعامل مراحل*گروه	۲۷۴/۷۸	۳/۱۱	۸۸/۳۶	۶/۲۷	۰/۰۰۱	۰/۲۳
		خطا	۹۱۹/۲۴	۶۰/۷۱	۱۵/۱۴			
مهارت رفتاری	عامل درون گروهی عامل بین گروهی	گروه	۵۵۰/۴۵	۲	۲۷۵/۲۳	۴/۳۷	۰/۰۱	۰/۱۷
		خطا	۲۶۳۹/۶۸	۴۲	۶۲/۸۵			
		مراحل	۳۳۴/۹۳	۱/۵۸	۲۱۰/۹۹	۵/۸۵	۰/۰۰۸	۰/۱۲
شایستگی هیجانی	عامل درون گروهی عامل بین گروهی	تعامل مراحل*گروه	۲۶۱/۹۵	۳/۱۷	۸۲/۵۱	۲/۲۸	۰/۰۸	۰/۰۹
		خطا	۳۱۲۵/۶۴	۶۳/۶۵	۴۹/۱۰	۱/۳۵	۰/۲۶	۰/۰۶
		گروه	۳۷۸/۱۷	۲	۱۸۹/۰۸			
شایستگی هیجانی	عامل درون گروهی عامل بین گروهی	خطا	۵۱۲۴/۲۲	۴۲	۱۲۲			
		مراحل	۱۵۴۵/۹۱	۱/۸۰	۸۵۴/۹۲	۴۰/۶۵	۰/۰۰۱	۰/۴۹
		تعامل مراحل*گروه	۴۹۵/۱۱	۴	۱۲۳/۷۷	۶/۵۱	۰/۰۰۱	۰/۳۴
شایستگی هیجانی	عامل درون گروهی عامل بین گروهی	خطا	۱۵۹۶/۹۷	۷۵/۹۴	۲۱/۰۲	۴۳/۸۲	۰/۰۱	۰/۱۹
		گروه	۸۷/۶۴	۲	۴۳/۸۲	۴/۸۶	۰/۰۱	۰/۱۹
		خطا	۳۷۹۱/۹۵	۴۲	۹۰/۲۸			

۰/۵۴	۰/۰۰۱	۴۸/۴۸	۱۵۶۸/۳۱	۱/۷۱	۲۶۸۲/۳۲	مراحل		
۰/۳۷	۰/۰۰۱	۱۲/۲۲	۳۹۵/۴۳	۳/۴۲	۱۳۵۲/۶۵	تعامل مراحل* گروه	عامل درون گروهی	آمایه
			۳۲/۳۸۴	۷۱/۸۳	۲۳۲۳/۶۸	خطا	عامل بین گروهی	انگیزشی
۰/۵۱	۰/۰۰۱	۲۲/۱۲	۱۵۶۲/۰۵	۲	۳۱۲۲۴/۱	گروه		
			۷۰/۶۱۱	۴۲	۲۹۶۵/۶۴	خطا		
۰/۶۹	۰/۰۰۱	۹۲/۲۱	۱۰۴۴۴/۰۸	۱/۶۳	۱۷۰۶۵/۳۷	مراحل		
۰/۵۲	۰/۰۰۱	۲۲/۵۵	۲۵۵۵/۰۲	۳/۲۶	۸۳۴۹/۶۸	تعامل مراحل* گروه	عامل درون گروهی	نمره کل
			۱۱۳/۲۶	۶۸/۶۲	۷۷۷۲/۹۳	خطا	عامل بین گروهی	شایستگی اجتماعی
۰/۳۶	۰/۰۰۱	۱۱/۶۴	۸۱۲۱/۸۶	۲	۱۶۲۴۳/۷۳	گروه		
			۶۹۷/۶۴	۴۲	۲۹۳۰۱/۲۰	خطا		

برای عامل بین گروهی مقدار F محاسبه شده برای تمامی متغیرها در سطح کوچکتر از ۰/۰۵ معنادار است. در نتیجه بین میانگین کلی مؤلفه‌های شایستگی اجتماعی و نمره کل شایستگی اجتماعی در سه گروه تفاوت معنادار وجود دارد. به منظور بررسی تفاوت بین میانگین‌های مراحل آزمون تعقیبی بونفرنی انجام شد.

نتایج جدول ۵ نشان می‌دهد در رابطه با عامل درون گروهی مقدار F محاسبه شده برای اثر مراحل (پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری) در مؤلفه‌های شایستگی اجتماعی و نمره کل معنادار است ($P < 0/01$)، در نتیجه بین میانگین نمرات مراحل مؤلفه‌های شایستگی اجتماعی و نمره کل شایستگی اجتماعی در سه گروه تفاوت معنادار وجود دارد؛ و

جدول ۶: خلاصه آزمون تعقیبی بونفرنی مقایسه های چندگانه در متغیر شایستگی اجتماعی و مؤلفه های آن

متغیر	منبع تغییر	مراحل/گروه‌ها	تفاوت میانگین‌ها	خطای استاندارد	معناداری
		پیش آزمون-پس آزمون	-۳/۷۵	۰/۸۳	۰/۰۰۱
	مراحل	پیش آزمون-پیگیری	-۴/۱۳	۰/۷۵	۰/۰۰۱
توانایی شناختی		فراشخصی یکپارچه- شناختی رفتاری	-۰/۶۶	۱/۶۷	۱
	گروه	فراشخصی یکپارچه- شاهد	۳/۹۱	۱/۶۷	۰/۰۷
		شناختی رفتاری- شاهد	۴/۵۷	۱/۶۷	۰/۰۳
	مراحل	پیش آزمون-پس آزمون	-۳/۴۶	۱/۰۴	۰/۰۰۶
		پیش آزمون-پیگیری	-۳/۲	۱/۴۱	۰/۰۸
مهارت رفتاری		فراشخصی یکپارچه- شناختی رفتاری	۰/۶۸	۲/۴۸	۱
	گروه	فراشخصی یکپارچه- شاهد	۳/۸۴	۲/۴۸	۰/۳۸
		شناختی رفتاری- شاهد	۳/۱۵	۲/۴۸	۰/۶۳
	مراحل	پیش آزمون-پس آزمون	-۷/۷۱	۰/۹۹	۰/۰۰۱
		پیش آزمون-پیگیری	-۶/۴۸	۰/۹۸	۰/۰۰۱
شایستگی هیجانی		فراشخصی یکپارچه- شناختی رفتاری	-۰/۷۷	۲/۰۱	۱
	گروه	فراشخصی یکپارچه- شاهد	۴/۹۷	۲/۰۱	۰/۰۰۶
		شناختی رفتاری- شاهد	۵/۷۵	۲/۰۱	۰/۰۰۳
	مراحل	پیش آزمون-پس آزمون	-۹/۴۲	۱/۲۷	۰/۰۰۱
		پیش آزمون-پیگیری	-۹/۴۸	۱/۱۴	۰/۰۰۱
آمایه انگیزشی		فراشخصی یکپارچه- شناختی رفتاری	۱/۱۵	۱/۷۷	۱
	گروه	فراشخصی یکپارچه- شاهد	۱۰/۷۳	۱/۷۷	۰/۰۰۱
		شناختی رفتاری- شاهد	۹/۵۷	۱/۷۷	۰/۰۰۱
	مراحل	پیش آزمون-پس آزمون	-۲۴/۳۵	۲/۴	۰/۰۰۱
		پیش آزمون-پیگیری	-۲۳/۳۱	۲/۰۳	۰/۰۰۱
نمره کل شایستگی اجتماعی		فراشخصی یکپارچه- شناختی رفتاری	۰/۴	۵/۵۶	۱
	گروه	فراشخصی یکپارچه- شاهد	۲۳/۴۶	۵/۵۶	۰/۰۰۱
		شناختی رفتاری- شاهد	۲۳/۰۶	۲۳/۰۶	۰/۰۰۱

بر تأثیر آموزش مداخله فراتشخیصی یکپارچه بر شایستگی اجتماعی کودکان با نشانه‌های اضطراب باید گفت که اهداف بسته فراتشخیصی یکپارچه این است که به کودک اجازه داده می‌شود هیجان‌های قوی یا شدید خود را با پریشانی کمتری تجربه کند و برای مدیریت این تجربه‌ها از راهکارهای مفیدتر و کم اجتناب‌تر استفاده کند. کودکی که دچار مشکلات اجتماعی است و در عملکرد اجتماعی خود ناتوان است هیچگونه تمایلی به آغاز ارتباط با دیگران ندارد این نوع مداخله موجب می‌شود کودکان با نشانه‌های اضطراب بالا، ضمن پذیرش هیجان‌های خود به دنبال تسکین فوری هیجان‌های منفی یا اجتناب از آن‌ها نباشند. به بیان دیگر، هرچند افراد نمی‌توانند مشکلات و چالش‌های محیطی و ارتباطی خود را به نحوه دلخواه تغییر دهند، می‌توانند شدت واکنش‌های هیجانی خود را در برابر موقعیت‌های تنش‌زا و رویدادهای محیطی تنظیم کنند (۴۲). بر این اساس این روش به کودکان اضطرابی می‌آموزد که می‌توان هیجان‌ها را تا حد زیادی تحمل کرد و آن‌ها توانایی مقابله با هیجان‌ها و پردازش شناختی منفی و ناکارآمد را دارند این فرآیند سبب می‌شود واکنش هیجانی نامطلوبی از خود بروز ندهند، پیامد چنین عملی بهبود تعاملات جمعی و ادراک شایستگی اجتماعی بالاتر است (۴۳).

همچنین نتایج نشان داد که بین اثربخشی درمان شناختی‌رفتاری و بسته فراتشخیصی یکپارچه بر شایستگی اجتماعی کودکان اضطرابی تفاوت معناداری وجود ندارد. این یافته با نتایج پژوهش سلیمانی و همکاران (۴۴)، شرفی و همکاران (۴۵) به طور غیرمستقیم همسو است. و با نتایج پژوهش امیرخانلو و همکاران (۴۶) و طباطبایی‌نژاد و همکاران (۴۷) ناهمسو است. که در تبیین آن می‌توان گفت هر دو روش اشتراکاتی در اهداف و مسیر مداخله‌ای دارند (۴۸). در هر دو مداخله ویژگی‌هایی همچون تاب‌آوری، صبر و خوش‌بینی را در کودکان افزایش دادند که باعث شد کودکان اضطرابی در تعاملات اجتماعی و همچنین مواقع چالش برانگیز، رفتارهای اجتماعی بهنجارتری را از خود نمایان سازند و شایستگی اجتماعی بیشتری را ادراک کنند. لذا کودکان توانستند کنترل بیشتری بر رخدادهای محیطی و اجتماعی داشته و با بروز رفتارهای اجتماعی سازنده، شایستگی اجتماعی بیشتری را نیز ادراک کنند. بنابراین کودکان یاد گرفتند افکار و هیجانات خود را در تعاملات خانوادگی و اجتماعی مدیریت و با پرهیز

نتایج جدول ۶ نشان می‌دهد بین نمرات شایستگی اجتماعی و تمامی مؤلفه‌های آن در مراحل پیش‌آزمون با پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری وجود دارد. مقایسه میانگین‌های تعدیل شده نشان می‌دهد که نمرات هر سه مؤلفه و نمره کل شایستگی اجتماعی در مرحله پیش‌آزمون پایین‌تر از مرحله پس‌آزمون و پیگیری است.

بحث

پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان شناختی‌رفتاری و بسته فراتشخیصی یکپارچه بر شایستگی اجتماعی کودکان اضطرابی انجام شد. نتایج نشان داد بین میزان اثربخشی دو روش مداخله تفاوت معناداری وجود ندارد. همچنین اثربخشی هر دو روش در طی زمان دارای ماندگاری است. یافته اول به دست آمده مبنی بر اثربخشی درمان شناختی‌رفتاری بر شایستگی اجتماعی با نتایج مطالعات سالمی و همکاران (۳۷)، ظلی و تقریه (۱۶)، Koerne و همکاران (۳۸) همسو است. در تبیین یافته فوق می‌توان گفت که با به کار بردن تکنیک‌های مختلفی مثل انجام فعالیت‌هایی نظیر بیان احساس خود، خواندن داستان و ایفای نقش در کنار یکدیگر و بحث در مورد آن‌ها؛ هر کدام از این تکنیک‌ها می‌تواند با هدف قرار دادن مهارت‌های اجتماعی کودکان بر شایستگی اجتماعی این کودکان مؤثر باشد. آموختن مهارت‌های شناختی جدید (آموزش خودگویی مثبت و حل مسئله)، تعیین هدف، انتقال مهارت‌ها از جلسات آموزشی به زندگی واقعی با ارائه تکالیف برنامه‌ریزی شده، ایفای نقش و تمرین این مؤلفه‌ها با تغییراتی که در تفکر و رفتار فرد ایجاد می‌کنند، زمینه‌سازگاری با شرایط جدید و افزایش شایستگی اجتماعی برای کودک را فراهم می‌سازند. همچنین کودکان با نشانه‌های اضطراب پس از دریافت این مداخله، از راهبردهای فعالانه حل مسئله بیشتر استفاده کرده‌اند که باعث شد مشکلات رفتاری و اجتماعی کاهش یابد و به دنبال ترمیم رابطه خود با دیگران، پایگاه اجتماعی بهتری را برای خودشان بسازند و شایستگی اجتماعی بیشتری کسب کنند.

یافته دوم به دست آمده مبنی بر اثربخشی بسته فراتشخیصی یکپارچه بر شایستگی اجتماعی با نتایج موسوی و همکاران (۲۹)، علوی و همکاران (۲۱)، سپهری پیام و همکاران (۳۹)، Loevaas و همکاران (۴۰)، حسین‌زاده و همکاران (۴۱) به طور غیرمستقیم مطابقت دارد؛ چنانکه در تبیین نتایج مبتنی

خودگزارشی، خستگی ناشی از طولانی بودن تعداد جلسات و کمبود فضا برای جمع کردن تمام افراد در یک مرکز مشاوره از دیگر محدودیت های این پژوهش بود.

نتیجه گیری

درمان شناختی رفتاری و بسته فراتشخیصی یکپارچه هر دو روش مناسبی برای بهبود شایستگی اجتماعی کودکان اضطرابی هستند، بنابراین با توجه به اقتضای شرایط می توان از هر دو روش مطرح شده استفاده کرد. لذا به همکاران و مراکز مشاوره تخصصی توصیه می شود از روش های مطرح شده جهت بهبود شایستگی اجتماعی کودکان با نشانه های اضطراب استفاده شود.

سیاسگزاری

پژوهشگران این مطالعه بر خود لازم می دانند از کلیه مشارکت کنندگان این پژوهش صمیمانه قدردانی و تشکر کنند.

تضاد منافع

هیچ گونه تضاد منافی بین نویسندگان مقاله وجود ندارد.

از درآمیختگی با افکار و هیجانات مخرب و اضطراب آمیز، شایستگی اجتماعی بیشتری را تجربه کنند. همچنین یکی از علل بالا بودن میزان همزمانی اختلال های هیجانی، در این است که این اختلال ها یک ویژگی مشترک به نام روان رنجوری دارند (۴۹) که این روان رنجوری می تواند روی مهارت های اجتماعی کودکان تأثیر سوء بگذارد؛ بنابراین هر دو روش با استفاده از تکنیک های مناسب مسیره های مداخله ای را در جهت کاهش روان رنجوری برداشتند که در نتیجه باعث یکسانی نتیجه شد. همچنین دلیل ناهمسو بودن نتایج پژوهش با برخی از پژوهش ها متفاوت بودن نوع درمان هایی است که مقایسه انجام شده و همچنین بررسی فقط یکی از متغیرهای شایستگی اجتماعی (مهارت های رفتاری-ارتباطی) بوده است.

محدودیت ها

از محدودیت های پژوهش حاضر استفاده از روش نمونه گیری هدفمند بود به دلیل اینکه استفاده از روش نمونه گیری تصادفی امکان پذیر نبود. علاوه بر این نمونه پژوهش محدود به مراکز مشاوره ای آموزش و پرورش شهر یزد بود. همچنین در این پژوهش جامعه محدود به دختران گروه سنی ده تا دوازده ساله بود. استفاده از ابزارهای

References

1. Merikangas KR, Nakamura EF, Kessler RC. Epidemiology of mental disorders in children and adolescents. *Dialogues in clinical neuroscience*. 2009; 11(1):7-20. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2009.11.1/krmerikangas>
2. Ahmadi N, Mohammadi MR, Bafghi SMS, Ardekani SMY, Mirzaei M, Hooshyari Z, et al. Epidemiology of Psychiatric Disorders and the Relevant Comorbidities in Children and Adolescents in Yazd Province in 2016. *Journal of Shahid Sadoughi University of Medical Sciences*. 6086-6096:(11)30 ;2022 <https://doi.org/10.18502/ssu.v30i11.11783>
3. Nasiri M, Mohammadi M, Ahmadi N, Alavi S, Rezazade H, Oštovar roštami F, et al . The Epidemiology of Psychiatric Disorders in Children and Adolescents in Mazandaran Province . *J Babol Univ Med Sci* 2019; 21(1):314-319. URL: <http://jbums.org/article-1-7989-fa.html>
4. Kalogeratos G, Anastasopoulou E, Tsagri A, Tseremegklis C, Kriparopoulou, A. Psychotraumatic Childhood Experiences and Anxiety in Educational Setting. *Technium Education and Humanities*, 2024; 7:29-41. <https://doi.org/10.47577/teh.v7i.10548>
5. Khankosh M, Amini Rarani M, Nosratabadi M. Effect of anger management training on aggression and anxiety of working children. *Koomesh*. 2020; 22(2):255-262. <http://childmentalhealth.ir/article-1-1119-en.html> <https://doi.org/10.29252/koomesh.22.2.255>
6. Huijbregts S, Swaab-Barneveld H. Internalizing and Externalizing Behaviour in Early Childhood: Relative Contribution of Executive Functioning, Social Cognition and Verbal Ability. *European Psychiatry*. 2009; 24(S1):24-E927. [https://doi.org/10.1016/S0924-9338\(09\)71160-5](https://doi.org/10.1016/S0924-9338(09)71160-5)
7. Romppanen E, Korhonen M, Salmelin RK, Puura K, Luoma I. The significance of adolescent social competence for mental health in young adulthood. *Mental Health & Prevention*. 2021; 21:200198. <https://doi.org/10.1016/j.mhp.2021.200198>
8. Felner RD, Lease AM, Phillips RS. Social competence and the language of adequacy as a

- subject matter for psychology: A quadripartite tri-level framework. In T. P. Gullota, G. R. Adams, & R. Montemayor (Eds.), *The development of social competence in adolescence* (pp. 254-264). Beverly Hills, CA: Sage. 1990; pp. 254-264.
9. Collie RJ, Martin AJ, Renshaw L, Caldecott-Davis K. Students' perceived social-emotional competence: The role of autonomy-support and links with well-being, social-emotional skills, and behaviors. *Learning and Instruction*. 2024; 90:101866. <https://doi.org/10.1016/j.learninstruc.2023.101866>
 10. Thomas S, Kågström A, Eichas K, Inam A, Ferrer-Wreder L, Eninger L. Children's social emotional competence in Pakistan and Sweden: factor structure and measurement invariance of the social competence scale (teacher edition). *Frontiers in Psychology*. 2023; 13:1020963. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.1020963>
 11. Dougherty D, Sharkey J. Reconnecting Youth: Promoting emotional competence and social support to improve academic achievement. *Children and Youth Services Review*. 2017; 74:28-34. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2017.01.021>
 12. Sakız H, Mert A, Sarıçam H. Self-esteem and perceived social competence protect adolescent students against ostracism and loneliness. *Journal of Psychologists and Counsellors in Schools*. 2021; 31(1):94-109. <https://doi.org/10.1017/jgc.2020.25>
 13. Javadi V, Saed O. The Effectiveness of Cognitive-Behavioral Therapy on Anxiety Disorders in Iranian Children and Adolescents: A Systematic Review. *North Khorasan University of Medical Sciences*. 2022; 14 (1):9-18. <https://doi.org/10.52547/nkums.14.1.9>
 14. Nicoară ND, Marian P, Petriș AO, Delcea C, Manole F. A Review of the Role of Cognitive-Behavioral Therapy on Anxiety Disorders of Children and Adolescents. *Pharmacophore*. 2023; 14(4):35-39. <https://doi.org/10.51847/IKULo5pB1T>
 15. Brimani P, Eslami A, Došt Mohammad S, Mardanzadeh I. The effectiveness of cognitive behavioral therapy on the social competence of primary school students, the 6th National Conference on New Approaches in Education and Research, Mahmoudabad. 2021. <https://civilica.com/doc/1391625>
 16. Zelli MH, Nafariye P. The effectiveness of play therapy Based on cognitive-behavioral approach on the social competence and anxiety of children. *medical journal of mashhad university of medical sciences*. 2020; 62(5.1):1925-1933.
 17. Ollendick TH, White S. W, Richey J, Kim-Spoon J, Ryan SM, Wieckowski AT, et al. Attention bias modification treatment for adolescents with social anxiety disorder. *Behavior therapy*. 2019; 50(1):126-139. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2018.04.002>
 18. Fresco DM, Mennin DS, Heimberg RG, Ritter M. Emotion regulation therapy for generalized anxiety disorder. *Cognitive and Behavioral Practice*. 2013; 20(3):282-300. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2013.02.001>
 19. McMahon K, Cassiello-Robbins C, Greenleaf A, Guetta R, Frazer-Abel E, Kelley L, et al. The unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders for misophonia: a pilot trial exploring acceptability and efficacy. *Frontiers in Psychology*. 2024; 14:1294571. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1294571>
 20. Paul S, Zhu L, Mizevich J, Slater L. Depression, anxiety, and personal recovery outcomes after group vs individual transdiagnostic therapy: a brief report. *Scientific Reports*. 2024; 14(1):48-55. <https://doi.org/10.1038/s41598-024-55093-7>
 21. Alavi Z, Ghasemzadeh S, Arjmandnia AA, Lavasani MG, Vakili S. The Effectiveness of Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment on Emotion Regulation in Anxious Pupils and Parenting Methods of Their Mothers. *Journal of Psychological Studies*. 2022; 18(2):21-34.
 22. Pishdar S, Kalantari S, Kalantari S, Sheikhi HR, Kuchaki Z, Kuchali Z. Impact of the Integrated Program of Transdiagnostic Treatment and Parent Education on the Social Anxiety of Female Students. *Cureus*. 2024; 16(2): <https://doi.org/10.7759/cureus.55299>
 23. Mohammadi A, Birashk B, Gharaie B. Comparison of the effect of group transdiagnostic therapy and group cognitive therapy on anxiety and depressive symptoms. *Iranian journal of public health*. 2013; 42(1):48.
 24. Farchione TJ, Long LJ, Spencer-Laitt D, Moreno J, Barlow DH. State of the Science: The Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders. *Behavior Therapy*. 2024. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2024.04.007>

25. Martinsen KD, Kendall PC, Stark K, Neumer SP. Prevention of anxiety and depression in children: acceptability and feasibility of the transdiagnostic EMOTION program. *Cognitive and Behavioral Practice*. 2016; 23(1):1-13. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2014.06.005>
26. Bilek EL, Ehrenreich-May J. An open trial investigation of a transdiagnostic group treatment for children with anxiety and depressive symptoms. *Behavior therapy*. 2012; 43(4):887-897. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2012.04.007>
27. Talkovsky AM, Paulus DJ, Kuang F, Norton PJ. Quality of life outcomes following transdiagnostic group cognitive-behavioral therapy for anxiety. *International Journal of Cognitive Therapy*. 2017; 10(2):93-114. https://doi.org/10.1521/ijct_2017_10_01
28. Azimi A, Omidi A, Shafiei E, Nademi A. The effectiveness of transdiagnostic, emotion-focused treatment for emotional regulation and individual-social adjustment in female students. *J Arak Univ Med Sci*. 2018; 20(10):62-73. <http://jams.arakmu.ac.ir/article-1-5304-en.html>
29. Mousavi SE, Sarani Yaztappeh J, Salek Ebrahimi L, Ahmadi G. Comparison of the Effectiveness of Unified Transdiagnostic Therapy with Cognitive Behavioral Therapy on Social Adjustment and Self-esteem in Child Labours. *J Child Ment Health*. 2023; 9(4):72-89. <http://childmentalhealth.ir/article-1-1224-en.html> <https://doi.org/10.61186/jcmh.9.4.7>
30. Pouladi S, Hasanshahi MM, Rabiei M, Baghery N. The Effect of Unified Transdiagnostic Treatment on the Improvement of Internalizing Behavioral Problems, Emotional Regulation, and Empathy in Children with Anxiety Disorders. *Research in Cognitive and Behavioral Sciences*. 2022; 12(1):141-164.
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. <https://doi.org/10.1007/s41811-020-00095-2>
32. Taqvi SMR, Alishahi MJ. Investigating the reliability and validity of children's overt anxiety scale. *Journal of psychology*. 2003; 7(4(28)):342-357. <https://sid.ir/paper/419822/fa>
33. Lee SW, Piersel WC, Friedlander R, Collamer W. Concurrent validity of the Revised Children's Manifest Anxiety Scale (RCMAS) for adolescents. *Educational and Psychological Measurement*. 1998; 48(2): 429-433. <https://doi.org/10.1177/0013164488482015>
34. Parandin, Sh. Normization of Felner's social self-empowerment questionnaire. *Education Quarterly*. 2006; 2(4), 76-90. <https://ekeshoo.ir/parandin-social-satisfaction-questionnaire>
35. Kendall PC, Hedtke KA. *Cognitive-behavioral therapy for anxious children: Therapist manual*. Workbook Publishing; 2006. 10.1016/j.cbpra.2012.07.003.
36. Zarghami F, Akbari M, Sarvari F. *Integrated protocols of transdiagnostic treatment for emotional disorders of children and adolescents*. 1st edition, Tehran: Arjmand Publications; 2019. <https://www.arjmandpub.com>
37. Salemi S, Naami A, Zargar Y, Davoodi I. The Effect of Trauma-Focused Cognitive-Behavioral Therapy on Social Competence and Emotion Regulation in Abused Children. *Social Psychology Research*. 2016; 6(23):65-76. 10.4103/jehp.jehp_380_19
38. Koerner N, Antony MM, Young L, McCabe RE. Changes in beliefs about the social competence of self and others following group cognitive-behavioral treatment. *Cognitive Therapy and Research*. 2013; 37:256-265. <https://doi.org/10.1007/s10608-012-9472-5>
39. Sepehri Payam S, Ghasemiyani A, Rajabpour S. (2023). The effectiveness of unified transdiagnostic therapy on cognitive emotional regulation in patients with anxiety disorders. *Rooyesh*. 12(7), 123-132. <http://dorl.net/dor/20.1001.1.2383353.1402.12.7.13.9>
40. Loevaas MES, Sund AM, Lydersen S, Neumer SP, Martinsen K, Holen S, et al. Does the transdiagnostic EMOTION intervention improve emotion regulation skills in children? *Journal of child and family studies*. 2019; 28:805-813. <https://doi.org/10.1007/s10826-018-01324-1>
41. Hosseinzadeh M, Khademi A, Mahmoud Alilou M, Farshbaf Manisefat F. The Effectiveness of Meta-Diagnostic Treatment on behavioral adaptation, anxiety and Fear Dentistry Childrens. *Rooyesh*. 2023; 11 (11):73-82. <http://dorl.net/dor/20.1001.1.2383353.1401.11.11.7.4>
42. Safaei Naeini K, Narimani M, Kazemi R, Mousazadeh T. Effectiveness of Motivational Interview and Emotion Regulation Training

- on Reduction Bulling Behavior and Academic Burnout Juveniles User Virtual Social Networking. *Educational Psychology*. 2019; 15(51):95-126.
43. Adili H, Sardary B. Effectiveness of Emotion Regulation Training on Reducing Bullying Behaviors and Increasing Empathy Among Middle-School Bully Students. *JOEC*. 2021; 20(4):118-105. <http://joec.ir/article-1-1267-en.html>
44. Soleymani S, Amirfakhraei A, Keramati K, Samavi A. Comparison the effectiveness of “cognitive behavioral treatment” and “unified trans diagnostic treatment” on emotional expression and fear of intimacy in children of divorce. *Journal of Health Promotion Management*. 2020; 9(6): 83-95. <http://childmentalhealth.ir/article-1-1224-en.html>
45. Sharafi M, Jafari D, Bahrami M. The effects of cognitive behavioral therapy and unified transdiagnostic therapy on the emotional regulation of adolescents with generalized anxiety disorder. *Rooyesh*. 2023; 11(12):17. <http://frooyesh.ir/article-1-4351-en.html>
46. Amir Khanlou A, Doosti, YA, Dinavi, R. Comparing the effectiveness of cognitive-behavioral therapy with emotional intelligence training on the social adjustment of adolescents with conduct disorder. *Applied Family Therapy*. 2022; 3(4), 217-242. <https://doi.org/10.61838/kman.aftj.3.4.13>
47. Tabatabaienejad FS, Aghaie A, Golparvar M. Compare effectiveness of positive mindfulness therapy, mindfulness-based cognitive therapy and cognitive-behavioral therapy on social anxiety and communication skills of female students with depression. *Quarterly journal of social work*. 2018; 7(3):5-16. <http://socialworkmag.ir/article-1-422-en.html>
48. Ellis AJ, Sturm A, Rozenman M, Smith E, Olabinjo I. thinkSMART: A pilot study of a transdiagnostic cognitive-behavioral treatment for adolescents with executive functioning weaknesses. *Journal of Behavioral and Cognitive Therapy*. 2022; 32(2):124-135. <https://doi.org/10.1016/j.jbct.2022.01.002>
49. Bullis JR, Eustis EH, Curreri AJ, Cardona ND, Woods BK, Rosellini AJ, et al. The Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders compared with diagnosis-specific protocols for anxiety disorders: A three-year follow-up. *Journal of Mood & Anxiety Disorders*. 2023; 3:100024. <https://doi.org/10.1016/j.xjmad.2023.100024>