



## The efficacy of the unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders in children on anxiety sensitivity and intolerance of uncertainty in children with anxiety disorders

Mahbobeh Karbalaie<sup>1</sup> , Kamran Yazdanbakhsh<sup>2</sup> , Asieh Moradi<sup>3</sup> 

1. Ph.D Candidate in Psychology, Faculty of Social Sciences, Razi University, Kermanshah, Iran. E-mail: [karbalaie1981@gmail.com](mailto:karbalaie1981@gmail.com)

2. Associate Professor, Department of Psychology, Faculty of Social Sciences, Razi University, Kermanshah, Iran. E-mail: [k.yazdanbakhsh@razi.ac.ir](mailto:k.yazdanbakhsh@razi.ac.ir)

3. Assistant Professor, Department of Psychology, Faculty of Social Sciences, Razi University, Kermanshah, Iran. E-mail: [asie.moradi@razi.ac.ir](mailto:asie.moradi@razi.ac.ir)

### ARTICLE INFO

#### Article type:

Research Article

#### Article history:

Received 12 November 2022

Received in revised form 03 December 2022

Accepted 19 January 2023

Published Online 21 March 2023

#### Keywords:

Anxiety,  
Transdiagnostic  
Treatment,  
Anxiety Sensitivity,  
Intolerance of  
Uncertainty

### ABSTRACT

**Background:** One of the most common psychological problems in children and adolescents is anxiety disorders, which are associated with significant psychopathology. Various psychological factors affect anxiety. Although anxiety sensitivity and intolerance of uncertainty are among the transdiagnostic components in the development of anxiety disorders and transdiagnostic treatment has been effective in these two variables, few kinds of research have been conducted in the researched community.

**Aims:** The purpose of the present study was to investigate the efficacy of the unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders in children on anxiety sensitivity and intolerance of uncertainty in children with anxiety disorders.

**Methods:** The research method was experimental with a pre-test-post-test research design and follow-up with the control group. The research population included all female students in the second year of elementary school who studied in the elementary schools of Kehrizk district (Baqer Shahr, Kehrizk, and forty-five villages of this district) in the academic year of 1401-1400. Through random sampling, 30 students from among students who met at least one of the criteria of anxiety disorders based on the scales of the youth anxiety measure for DSM5 and clinical interview were selected as a sample and randomly selected in Two experimental and control groups were assigned. Research tools included the youth anxiety measure for DSM5, the intolerance of uncertainty index A for children, and the childhood anxiety sensitivity index. Analysis of variance with repeated measures was used to analyze the data.

**Results:** Data analysis showed that the unified protocol for transdiagnostic treatment was effective in anxiety sensitivity and intolerance of uncertainty in children with anxiety disorders ( $p > 0.05$ ).

**Conclusion:** Based on the findings of the research, it can be concluded that the integrated protocol of transdiagnostic treatment for children's emotional disorders leads to the improvement of anxiety sensitivity and intolerance of uncertainty in children with anxiety disorders. It is also suggested to study this protocol in other groups with a larger volume.

**Citation:** Karbalaie, M., Yazdanbakhsh, K., & Moradi, A. (2023). The efficacy of the unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders in children on anxiety sensitivity and intolerance of uncertainty in children with anxiety disorders. *Journal of Psychological Science*, 22(121), 109-126. <https://psychologicalscience.ir/article-1-1869-fa.html>

*Journal of Psychological Science*, Vol. 22, No. 121, April, 2023

© The Author(s). DOI: [10.52547/JPS.22.121.109](https://doi.org/10.52547/JPS.22.121.109)



✉ **Corresponding Author:** Kamran Yazdanbakhsh, Associate Professor, Department of Psychology, Faculty of Social Sciences, Razi University, Kermanshah, Iran.

E-mail: [k.yazdanbakhsh@razi.ac.ir](mailto:k.yazdanbakhsh@razi.ac.ir), Tel: (+98) 9188866617

## Extended Abstract

### Introduction

Anxiety disorders are one of the most common clinical problems in children and adolescents. Various psychological factors play a role in the occurrence of anxiety disorders, anxiety sensitivity and intolerance of uncertainty are among the meta-diagnostic components that play a prominent role in the emergence, maintenance and development of anxiety disorders (Clarke & Kropoulos, 2021; Papefuss et al., 2020). It seems that anxiety sensitivity is a kind of cognitive vulnerability that strengthens the already existing anxiety level so that people who have high anxiety sensitivity, they may misinterpret physical sensations as danger signals, resulting in increased anxiety levels (Olatunji & Wolitzky-Taylor, 2009; Hunt et al., 2019). Low intolerance of uncertainty is another meta-diagnostic component mentioned in the pathology of anxiety disorders. Intolerance of uncertainty is an innate trait that results from a set of negative beliefs about uncertainty and its associated consequences, and includes the tendency to react negatively at the emotional, cognitive, and behavioral levels to uncertain, uncertainty situations, and unexpected events. Regarding the treatment of anxiety disorders, despite the progress that has been made in the field of treating anxiety in young people, almost one third of the treated people still meet the criteria for anxiety disorders. Combined with the potential negative consequences of persistent anxiety in children, research efforts are needed to improve treatment outcomes for anxious minors (Suveg et al., 2006). In this regard, extradiagnostic interventions were expanded. The integrated transdiagnostic treatment protocol for children's emotional disorders (UP-C) is an intervention for 7- to 13-year-old children that targets negative emotions, emotional reactivity, and emotional regulation deficits common in emotional disorders (Kennedy et al., 2019; Halliday & Ehrenreich-May, 2020). This protocol was formed based on evidence-based treatment programs with cognitive-behavioral elements and the third wave of behavioral therapy, with the aim of eliminating distress caused by extreme emotional states and

reducing problematic behaviors among children with emotional disorders (Grossman & Ehrenreich-May, 2020). Given the high prevalence of anxiety in children and the fact that although first-line interventions such as CBT are effective, approximately 35% of patients do not adequately benefit from CBT treatment (Taylor et al., 2012), the need It is felt to carry out extensive research to investigate the efficiency and effectiveness of emerging treatments such as the integrated protocol of transdiagnostic treatment.

### Method

The research method was an experimental type with a pre-test-post-test research design and follow-up with a control group. The research population includes all the female students of the second year of primary school (4th to 6th grade) who study in the primary schools of Kehrizk district (Baqir Shahr, Kehrizk and forty-five villages of this district) in the academic year of 1401-1400 they did. According to the statistics of Kehrizak Department of Education, Kehrizak district has 78 primary schools, of which 45 are rural schools and 33 are urban schools. In the academic year of 1401-1400, the number of female students in the second year of elementary school in Kehrizak district was 4561, of which 2463 students studied in urban schools and 2098 students studied in rural schools. Also, the number of, 1551 female students in the second year of primary school were Afghan nationals. The population of female students by grade included 1533 in the fourth grade, 1548 in the fifth grade, and 1480 in the sixth grade. Finally, a sample of 672 people completed the questionnaires. Among the people who met at least one of the criteria of anxiety disorders based on the scales of the anxiety questionnaire for children and adolescents (YAM-5) and clinical interview, 35 people were randomly invited for treatment. From this number, taking into account the entry criteria and the exit criteria, including parental consent to participate in the research and the subject not visiting a psychiatrist and psychologist in the last three months and taking psychiatric drugs, 30 subjects met the necessary criteria for entry. They were involved in the research, and were randomly assigned to two groups (including a therapeutic intervention group and a control group),

each group including 15 people. It should be noted that three times of non-attendance in treatment sessions was considered as a criterion of failure, and the data of the subjects whose absence was three or more sessions were excluded from the analysis. Due to the drop of the subjects, finally, the data of 12 people for each of the groups were analyzed statistically. After the random assignment of the therapy sessions, it was done as a group, the integrated protocol group of the overdiagnostic treatment for children's emotional disorders (UP-C), had 15 therapy sessions. Every week, 2 treatment sessions were held for the experimental group. In this research, children and adolescents' anxiety questionnaire (YAM-5) by Morris et al. (2017), uncertainty index A Rifkin and Kendall's (2020) and children's anxiety sensitivity questionnaire Silverman et al. Patterson's (1991) were used.

**Results**

In this research, the average age of the subjects was (10.86) years. The mean and standard deviation of anxiety sensitivity and intolerance of ambiguity in the

experimental and control groups in the pre-test, post-test and follow-up situations showed that the score of anxiety sensitivity and intolerance of uncertainty in the experimental group has decreased in the post-test compared to the pre-test. Also, the results showed that mixed analysis of variances with repeated measures are significant in the variable intolerance of uncertainty and anxiety sensitivity. Therefore, it can be stated that there is a significant difference between the average scores intolerance of uncertainty and anxiety sensitivity in the two experimental and control groups. The Bonferroni test was used to compare the measurement times, and the results are presented in the table below.

Based on the data in the table, the results showed that there is a difference between pre-test and post-test intra-group scores (intervention effect). There is no difference between post-test and follow-up (time effect) in variable scores intolerance of uncertainty and anxiety sensitivity. In other words, the intervention in the experimental group has had a constant effect in the post-test and follow-up over time.

**Table 1. The results of the Bonferroni test to compare the pre-test, post-test and follow-up scores of anxiety sensitivity and intolerance of uncertainty in the experimental group**

Variable	Step		Difference of means	SD	P
anxiety sensitivity	pre-test	Post-test	9/41	0/965	P<0/001
		Follow up	9/50	0/802	P<0/001
	Post-test	Follow up	0/083	0/398	1
		pre-test	-9/41	0/965	P<0/001
intolerance of uncertainty	pre-test	Post-test	14/50	2/38	P<0/001
		Follow up	14	2/32	P<0/001
	Post-test	Follow up	-0/500	0/230	0/158
		pre-test	-14/50	2/38	P<0/001

**Conclusion**

The aim of the study was to investigate the effectiveness of the integrated transdiagnostic treatment protocol for children's emotional disorders (UP-C) in reducing the level of anxiety sensitivity and intolerance of uncertainty in children with anxiety disorders. The results of the research showed that the intervention significantly reduced anxiety sensitivity. Also, this treatment was associated with the reduction of intolerance of uncertainty in children suffering from anxiety disorders in the post-test and follow-up. Since anxiety sensitivity stems from dysfunctional beliefs about the meaning and consequences of

feeling anxious (Taylor, 2020), treatments that target cognitively maladaptive beliefs and thoughts are likely to reduce anxiety sensitivity. Considering that one of the techniques available in meta-diagnostic treatment is cognitive reconstruction and cognitive re-evaluation, by which a person becomes aware of the interrelationship between thoughts, emotions and behavior and identifies irrational thoughts and beliefs and corrects them. Its adjustment, as a result, it can be expected that the use of transdiagnostic treatment will reduce anxiety sensitivity by increasing cognitive flexibility. Various studies have shown that intolerance of uncertainty can be considered as a

potential mediator for the results of treatments targeting emotional disorders (McEvoy & Erseghorn, 2016; Boumia et al., 2015). Boswell et al. (2013) believe that considering that the integrated protocol of transdiagnostic treatment is not exclusively focused on intolerance of uncertainty; Rather, the goal is to regulate emotion and the processes of avoidance and control more broadly. The significant reduction in intolerance of uncertainty observed across different diagnostic categories suggests that the integrated transdiagnostic treatment protocol may influence perceived control processes, as an important underlying element of affective disorders. In general, the fact that the integrated transdiagnostic treatment protocol for children's emotional disorders was able to correct two main transdiagnostic variables (i.e., anxiety sensitivity and intolerance of uncertainty) is an important strength of the present study. Core modules of transdiagnostic therapy for children, like core modules of transdiagnostic therapy for adults, are designed to explicitly target maladaptive reactions to emotions (such as anxiety sensitivity) and subsequent emotional avoidance, which are core metadiagnostic processes associated with vulnerability and maintaining disorders are considered emotional.

### Ethical Considerations

**Compliance with ethical guidelines:** This article is taken for the doctoral dissertation of the first author in the field of psychology in the Faculty of Psychology, University of Razi. The current research follows ethical principles, including obtaining a written consent to participate in the research; respecting the principle of confidentiality in the research so that the names and information that identify the identity of the participants were removed for confidentiality; Sufficient information about how the research was conducted was provided to all the parents of the participating children, and they were free to withdraw from the research process.

**Funding:** This study was conducted as a Ph.D. dissertation with no financial support.

**Authors' contribution:** The first author was the senior author, the second were the supervisors and the third was the advisors.

**Conflict of interest:** the authors declare no conflict of interest for this study.

**Acknowledgments:** The researchers are grateful to the General Department of Education of the cities of Tehran province, Kehrizak Department of Education, principals of girls' primary schools in Kehrizak district, students and their families who cooperated in the implementation of this research.



## اثربخشی پروتکل یکپارچه درمان فراتشخیصی اختلالات هیجانی کودکان بر حساسیت اضطرابی و عدم تحمل ابهام کودکان دارای اختلالات اضطرابی

محبوبه کربلایی<sup>۱</sup>، کامران یزدانبخش<sup>۲</sup>، آسیه مرادی<sup>۳</sup>

۱. دانشجوی دکتری روانشناسی، دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه رازی، کرمانشاه، ایران.

۲. دانشیار، گروه روانشناسی، دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه رازی، کرمانشاه، ایران.

۳. استادیار گروه روانشناسی، دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه رازی، کرمانشاه، ایران.

### چکیده

### مشخصات مقاله

#### نوع مقاله:

پژوهشی

#### تاریخچه مقاله:

دریافت: ۱۴۰۱/۰۸/۲۱

بازنگری: ۱۴۰۱/۰۹/۱۲

پذیرش: ۱۴۰۱/۱۰/۲۹

انتشار برخط: ۱۴۰۲/۰۱/۰۱

#### کلیدواژه‌ها:

اضطراب،  
درمان فراتشخیصی،  
حساسیت اضطرابی،  
عدم تحمل ابهام

**زمینه:** یکی از رایج‌ترین مشکلات روانشناختی در کودکان و نوجوانان اختلالات اضطرابی است که با آسیب‌شناسی روانی قابل توجهی همراه است. عوامل روانشناختی مختلفی بر اضطراب تأثیر گذارند. با وجود اینکه حساسیت اضطرابی و عدم تحمل ابهام از جمله مؤلفه‌های فراتشخیصی در رشد اختلالات اضطرابی هستند و درمان فراتشخیصی در این دو متغیر تأثیر گذار بوده است، اما پژوهش‌های اندکی در جامعه مورد تحقیق صورت گرفته است.

**هدف:** هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی پروتکل یکپارچه درمان فراتشخیصی اختلالات هیجانی کودکان بر حساسیت اضطرابی و عدم تحمل ابهام کودکان دارای اختلالات اضطرابی بود.

**روش:** روش پژوهش از نوع آزمایشی با طرح پژوهش از نوع پیش‌آزمون - پس‌آزمون و پیگیری با گروه گواه بود. جامعه پژوهش شامل کلیه دانش‌آموزان دختر دوره دوم دبستان بود که در سال تحصیلی ۱۴۰۰-۱۴۰۱ در دبستان‌های ابتدایی بخش کهریزک (شهرهای باقر شهر، کهریزک و چهل و پنج روستای این بخش) تحصیل می‌کردند. از طریق نمونه‌گیری تصادفی ۳۰ نفر از بین دانش‌آموزانی که براساس مقیاس‌های پرسشنامه اضطراب کودکان و نوجوانان مبتنی بر DSM5 و مصاحبه بالینی حداقل یکی از ملاک‌های اختلالات اضطرابی را برآورده کرده بودند، به عنوان نمونه انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه گماشته شدند. ابزارهای پژوهش شامل پرسشنامه‌های اضطراب کودکان و نوجوانان مبتنی بر DSM5، شاخص A عدم تحمل ابهام برای کودکان و پرسشنامه حساسیت اضطرابی کودکان بود. جهت تحلیل داده‌ها از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۵ انجام شد.

**یافته‌ها:** تحلیل داده‌ها نشان داد پروتکل یکپارچه درمان فراتشخیصی بر حساسیت اضطرابی و عدم تحمل ابهام کودکان دارای اختلالات اضطرابی اثر گذار بود (سطح معناداری ۰/۰۵).

**نتیجه‌گیری:** براساس یافته‌های پژوهش، می‌توان نتیجه گرفت که پروتکل یکپارچه درمان فراتشخیصی برای اختلالات هیجانی کودکان منجر به بهبود حساسیت اضطرابی و عدم تحمل ابهام کودکان دارای اختلالات اضطرابی می‌گردد. همچنین مطالعه این پروتکل در گروه‌های دیگر با حجم بزرگ‌تر پیشنهاد می‌گردد.

**استناد:** کربلایی، محبوبه؛ یزدانبخش، کامران؛ و مرادی، آسیه (۱۴۰۲). اثربخشی پروتکل یکپارچه درمان فراتشخیصی اختلالات هیجانی کودکان بر حساسیت اضطرابی و عدم تحمل ابهام کودکان دارای اختلالات اضطرابی، مجله علوم روانشناختی، دوره بیست‌ودوم، شماره ۱۲۱، ۱۰۹-۱۲۶.

**مجله علوم روانشناختی**، دوره بیست‌ودوم، شماره ۱۲۱، بهار (فروردین) ۱۴۰۲.



## مقدمه

اختلالات اضطرابی یکی از شایع‌ترین مشکلات بالینی در کودکان و نوجوانان است و منجر به اختلال عملکردی قابل توجه در کودکی و نوجوانی و متعاقب با آن در بزرگسالی می‌گردد (اساو و همکاران، ۲۰۱۸؛ بیتسکو و همکاران، ۲۰۱۸)؛ این اختلالات با مشکلات رشدی، روانی - اجتماعی و آسیب‌شناسی روانی قابل توجهی همراه هستند (رینهودل-دان و همکاران، ۲۰۱۹؛ پوپلتون و همکاران، ۲۰۱۹). عوامل روانشناختی مختلفی در بروز اختلالات اضطرابی نقش بازی می‌کنند، حساسیت اضطرابی و عدم تحمل ابهام از جمله مؤلفه‌های فراتشخیصی هستند که در پیدایش، حفظ و گسترش اختلالات اضطرابی نقش برجسته‌ای ایفا می‌کنند (هونکمپ-هرملینک و همکاران، ۲۰۱۹؛ رینز و همکاران، ۲۰۲۰؛ کلارک و کروپولوس، ۲۰۲۱؛ پاپنفوس و همکاران، ۲۰۲۰).

حساسیت اضطرابی را می‌توان به عنوان ترس از ترس یا ترس از علائم مرتبط با اضطراب (مانند تپش قلب، عرق کردن، لرزش و...) به دلیل این باور که این علائم دارای پیامد منفی هستند، توصیف کرد؛ که یک عامل قوی و خطرناک برای اضطراب بالینی محسوب می‌شود (تیلور، ۲۰۲۰؛ هونکمپ-هرملینک و همکاران، ۲۰۱۹). به نظر می‌رسد حساسیت اضطرابی نوعی آسیب‌پذیری شناختی است که سطح اضطراب از قبل موجود را تقویت می‌کند به طوری که افرادی که دارای حساسیت اضطرابی بالا هستند، ممکن است احساسات جسمی را به عنوان سیگنال‌های خطر سوء تعبیر کنند و در نتیجه سطح اضطراب آن‌ها افزایش یابد (اولاتونجی و والیستکی-تیلور، ۲۰۰۹؛ هانت و همکاران، ۲۰۱۹). برخی پژوهشگران معتقدند مواجهه با علائم جسمانی در کاهش حساسیت اضطرابی مؤثر است (اوسر و همکاران، ۲۰۲۱؛ سابورین و همکاران، ۲۰۱۵). مطالعات طولی بیانگر آن است که برخی ابعاد حساسیت اضطرابی در کودکان و نوجوانان می‌تواند وقوع علائم اضطرابی و افسردگی در آینده را پیش‌بینی کند (هو و همکاران، ۲۰۱۸). مرور مطالعات پژوهشی بیانگر آن است که حساسیت اضطرابی ریسک فاکتور فراتشخیصی خطر آفرین مرتبط با انواع اختلالات روانی، مانند اختلالات اضطرابی، افسردگی و اختلالات خواب است (نپ و همکاران، ۲۰۲۰؛ رینز و همکاران، ۲۰۲۰؛ بیلسکی و همکاران، ۲۰۲۰؛ اسمیتس و همکاران، ۲۰۱۹؛ قریب بلوک و همکاران، ۱۴۰۱).

تحمل ابهام پایین مؤلفه فراتشخیصی دیگری است که در آسیب‌شناسی اختلالات اضطرابی عنوان شده است. عدم تحمل ابهام یک ویژگی ذاتی است که از مجموعه باورهای منفی درباره عدم اطمینان و پیامدهای مرتبط با آن ناشی می‌شود، و شامل تمایل به واکنش منفی در سطح عاطفی، شناختی و رفتاری نسبت به موقعیت‌های نامشخص، مبهم و حوادث غیرمنتظره است. عدم تحمل ابهام یک عامل آسیب‌پذیری فراتشخیصی برای طیف گسترده‌ای از اختلالات روانشناختی محسوب می‌گردد (باتیسی و همکاران، ۲۰۲۰؛ کورا و همکاران، ۲۰۱۹؛ بومیا و همکاران، ۲۰۱۵)، همچنین سازه عدم تحمل ابهام یکی از عوامل آسیب‌پذیری شناختی مرتبط با سبب‌شناسی و حفظ اضطراب پاتولوژیک است. از آنجا که اضطراب ناشی از پیش‌بینی وقوع یک رویداد منفی در آینده است، بنابراین ذاتاً شامل درجه‌ای از عدم اطمینان و ابهام است. تصور می‌شود که ناتوانی در تحمل عدم قطعیت منجر به واکنش‌های شناختی، رفتاری و عاطفی ناسازگار مانند نگرانی، اجتناب، پریشانی می‌گردد که مشخصه بسیاری از اختلالات اضطرابی محسوب می‌شوند (ریفکین و کندال، ۲۰۲۰). وجود باورهای منفی در مورد موقعیت‌های غیرمنتظره و انتظار پیامدهای منفی به تبع آن، عدم تحمل ابهام را به برجسته‌ترین پیش‌بینی‌کننده نگرانی تبدیل می‌کند، همچنین تمایل به تفسیر منفی از موقعیت‌های مبهم، به عنوان یک ویژگی شناختی عدم تحمل ابهام در نظر گرفته می‌شود که می‌تواند احتمال ابتلا به اضطراب فراگیر و سایر اختلالات اضطرابی را افزایش دهد (کورنر و داگاس، ۲۰۰۸؛ بیرل و همکاران، ۲۰۱۱).

در بحث درمان اختلالات اضطرابی، با وجود پیشرفت‌هایی که در زمینه درمان اضطراب در جوانان حاصل شده است، تقریباً یک سوم از افراد تحت درمان همچنان معیارهای مربوط به اختلال اضطراب را دارند. در ترکیب با عواقب منفی احتمالی اضطراب مداوم در کودکان، تلاش‌های تحقیقاتی جهت بهبود نتایج درمان برای خردسالان مضطرب مورد نیاز است (سووگ و همکاران، ۲۰۰۶)، در همین راستا مداخلات فراتشخیصی گسترش یافتند. مداخلات فراتشخیصی این مزیت را دارند که همزمان علائم اضطرابی طیف اختلالات اضطرابی را هدف قرار می‌دهند، بنابراین جمعیت بیشتری تحت پوشش قرار می‌گیرند. رویکردهای فراتشخیصی براساس همبودی مشترک این اختلالات و شباهت‌های اختلالات از نظر علل، عوامل خطر و استراتژی‌های درمان ایجاد می‌شوند (لاواس و همکاران، ۲۰۲۰). به علاوه

با توجه به شیوع بالای اضطراب در کودکان و این حقیقت که اگرچه مداخلات خط اول مانند CBT مؤثر هستند، اما حدود ۳۵٪ از بیماران به اندازه کافی از درمان CBT سود نمی‌برند (تیلور و همکاران، ۲۰۱۲)، نیاز به انجام پژوهش‌های گسترده برای بررسی کارایی و نحوه اثرگذاری درمان‌های نوظهور مانند پروتکل یکپارچه درمان فراتشخیصی احساس می‌گردد. از سوی دیگر پژوهشگران با مرور ادبیات تحقیق به این نتیجه رسیدند که اثربخشی پروتکل یکپارچه درمان فراتشخیصی برای اختلالات هیجانی کودکان در زمینه‌ی فرآیندهای مشترک اختلالات هیجانی مانند حساسیت اضطرابی و تحمل ابهام در کودکان مورد بررسی قرار نگرفته است، حال از یک سو با توجه به اینکه این پروتکل برای درمان اختلالات هیجانی کودکان به تازگی توسعه یافته است و در مقایسه با درمان فراتشخیصی بزرگسالان پژوهش‌های کمتری بخود اختصاص داده است، و از سوی دیگر عدم انجام پژوهش در راستای بررسی اثربخشی این رویکرد درمانی بر سازه‌های فراتشخیصی حساسیت اضطرابی و عدم تحمل ابهام کودکان دارای اختلالات اضطرابی، سؤال اصلی پژوهش حاضر این است که آیا پروتکل یکپارچه درمان فراتشخیصی برای اختلالات هیجانی کودکان (UP-C) بر حساسیت اضطرابی و عدم تحمل ابهام دانش‌آموزان مضطرب دوره‌ی ابتدایی مؤثر است؟

## روش

**الف) طرح پژوهش و شرکت کنندگان:** روش پژوهش از نوع آزمایشی با طرح پژوهش از نوع پیش‌آزمون - پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل بود. جامعه پژوهش شامل کلیه دانش‌آموزان دختر دوره دوم دبستان (کلاس چهارم تا ششم ابتدایی) است که در سال تحصیلی ۱۴۰۰-۱۴۰۱ در دبستان‌های ابتدایی بخش کهریزک (شهرهای باقر شهر، کهریزک و چهل و پنج روستای این بخش) تحصیل می‌کردند. بر اساس آمار اداره آموزش و پرورش کهریزک، بخش کهریزک ۷۸ مدرسه ابتدایی دارد، از این تعداد ۴۵ مدرسه روستایی و ۳۳ مدرسه شهری است. در سال تحصیلی ۱۴۰۰-۱۴۰۱ تعداد دانش‌آموزان دختر دوره دوم دبستان بخش کهریزک ۴۵۶۱ نفر بود، از این تعداد ۲۴۶۳ دانش‌آموز در مدارس شهری و ۲۰۹۸ دانش‌آموز در مدارس روستایی تحصیل می‌کردند. همچنین تعداد ۱۵۵۱ دانش‌آموز دختر دوره دوم دبستان جزء اتباع افغانستانی بودند. جمعیت

درمان فراتشخیصی با آماج قرار دادن مستقیم عواطف منفی می‌تواند در حالات هیجانی افراد تغییر ایجاد کند و از شدت واکنش‌های منفی هیجانی بکاهد (فارچیونه و همکاران، ۲۰۱۲؛ قزلسفلو و همکاران، ۱۴۰۱). پروتکل یکپارچه درمان فراتشخیصی برای اختلالات هیجانی کودکان (UP-C) مداخله‌ای برای کودکان ۷ تا ۱۳ ساله است که هیجان‌های منفی، واکنش‌پذیری هیجانی و کمبودهای تنظیم هیجانی معمول در اختلالات هیجانی را مورد هدف قرار می‌دهد (کندی و همکاران، ۲۰۱۹؛ هالیدی و اهنریچ می، ۲۰۲۰)، این پروتکل براساس برنامه‌های درمانی مبتنی بر شواهد با عناصر شناختی - رفتاری و موج سوم رفتار درمانی، با هدف از بین بردن پریشانی ناشی از حالت‌های شدید هیجانی و کاهش رفتارهای مشکل ساز در میان کودکان مبتلا به اختلالات هیجانی، شکل گرفت (گروسمن و اهنریچ می، ۲۰۲۰). UP یک راهنمای شناختی - رفتاری و متمرکز بر هیجان است که مکانیزم‌های مشترک زیربنایی اختلالات هیجانی را هدف قرار می‌دهد (التمن و ارلی‌وین، ۲۰۲۰). کندی و همکاران (۲۰۱۹) شواهد اولیه‌ای را ارائه می‌دهند، مبنی بر اینکه UP-C در درمان اضطراب در مقایسه با پروتکل درمانی دارای حمایت تجربی، به یک اندازه مؤثر است. با این حال، تفاوت‌های مشاهده شده در پاسخ به درمان در یک دوره پیگیری طولانی‌تر، کاهش علائم افسردگی و ارزیابی مجدد شناختی به نفع UP-C بود و این درمان دستاورد بیشتری در تنظیم هیجان ایجاد می‌کرد. شوفل و همکاران (۲۰۲۲) نشان دادند که درمان فراتشخیصی با افزایش انعطاف‌پذیری شناختی و کاهش حساسیت اضطرابی و اجتناب از هیجان همراه است. بطور کلی مرور ادبیات پژوهش نشان دهنده‌ی اثرگذاری درمان فراتشخیصی بر کاهش حساسیت اضطرابی (ساندین و همکاران، ۲۰۲۰؛ علایی و همکاران، ۲۰۲۲؛ زمستانی و همکاران، ۲۰۲۲) و کاهش عدم تحمل ابهام (زمستانی و همکاران، ۲۰۲۲؛ خاکپور و همکاران، ۲۰۱۹؛ مک‌اوی و ارسنگ هورن، ۲۰۱۶؛ بوسول و همکاران، ۲۰۱۳؛ حسن‌پور و همکاران، ۱۳۹۷) است، این رویکرد با پرداختن به مکانیسم‌های مشترک مرتبط با روان رنجورخویی، به طور خاص، ارزیابی منفی و اجتناب از تجربه هیجان‌های شدید، می‌تواند تلاش‌های آموزشی را ساده کند و در عین حال به درمان همزمان اختلالات هیجانی همبود نیز بپردازد (بارلو و همکاران، ۲۰۱۷).

دانش‌آموزان دختر به تفکیک هر پایه شامل، ۱۵۳۳ نفر در پایه چهارم، ۱۵۴۸ نفر در پایه پنجم و ۱۴۸۰ نفر در پایه ششم بود. در نهایت نمونه‌ای شامل ۶۷۲ نفر پرسشنامه‌ها را تکمیل کردند. از بین افرادی که براساس مقیاس‌های پرسشنامه اضطراب کودکان و نوجوانان (YAM-5) و مصاحبه بالینی حداقل یکی از ملاک‌های اختلالات اضطرابی را برآورده می‌کردند ۳۵ نفر به تصادف به درمان دعوت شدند، از این تعداد با در نظر گرفتن ملاک‌های ورودی و ملاک‌های خروجی، از جمله رضایت والدین برای شرکت در پژوهش و عدم مراجعه آزمودنی در سه ماه گذشته به روانپزشک و روانشناس و مصرف داروهای روان‌پزشکی، ۳۰ آزمودنی ملاک‌های لازم برای ورود به پژوهش را داشتند، و به دو گروه (شامل گروه مداخله درمانی و یک گروه کنترل) هر گروه شامل ۱۵ نفر، به صورت تصادفی گماشته شدند. لازم به ذکر است که سه نوبت عدم حضور در جلسات درمانی به عنوان ملاک افت در نظر گرفته شد و داده‌های آزمودنی‌های که غیبت آن‌ها سه جلسه یا بیشتر بود، از تحلیل کنار گذاشته شد. به علت افت آزمودنی‌ها در نهایت داده‌های ۱۲ نفر برای هر کدام از گروه‌ها مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفت.

پس از گمارش تصادفی جلسات درمانی به صورت گروهی انجام پذیرفت، گروه پروتکل یکپارچه درمان فراتشخیصی برای اختلالات هیجانی کودکان (UP-C)، ۱۵ جلسه درمانی بود. هر هفته ۲ جلسه درمانی برای گروه آزمایش برگزار شد. گروه کنترل تا پایان پژوهش هیچ درمانی دریافت نکرد. در آخرین جلسه درمانی مجدداً پرسشنامه‌های اضطراب کودکان و نوجوانان (YAM-5)، عدم تحمل ابهام و حساسیت اضطرابی توسط هر دو گروه تکمیل گردید. پیگیری درمان دو ماه پس از درمان انجام پذیرفت و گروه آزمایش و کنترل پرسشنامه‌های مذکور را مجدداً کامل کردند. جهت تجزیه و تحلیل داده‌های پژوهش از روش‌های آماری توصیفی (میانگین و انحراف معیار) و استنباطی (تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر) استفاده گردید.

### ب) ابزار

پرسشنامه اضطراب کودکان و نوجوانان مبتنی بر DSM5: پرسشنامه اضطراب کودکان و نوجوانان (YAM-5) توسط موریس و همکاران (۲۰۱۷) طراحی شده است. این پرسشنامه مطابق با سیستم دسته‌بندی جدید

DSM-5 برای اندازه‌گیری علائم اضطراب کودکان و نوجوانان ارائه شده است. پرسشنامه اضطراب کودکان و نوجوانان از دو بخش تشکیل شده است. بخش I (۲۸ گویه) علائم اختلالات اضطرابی اصلی را اندازه‌گیری می‌کند و شامل خرده مقیاس‌های اختلال اضطراب جدایی (۶ گویه)، سکوت انتخابی (۴ گویه)، اختلال اضطراب اجتماعی (۶ گویه)، اختلال وحشت (۶ گویه) و اضطراب اختلال تعمیم‌یافته (۶ گویه) است. بخش II (۲۲ گویه) علائم فوبیا را ارزیابی می‌کند و شامل خرده مقیاس‌های فوبیای حیوانات (۵ گویه)، محیط طبیعی (۴ گویه)، جراحی، تزریق، خون (۳ گویه) و فوبیای دیگر (۴ گویه) و فوبیای موقعیتی (۶ گویه) است. همه گویه‌ها در طیف لیکرت ۴ درجه‌ای، از هرگز (۰) تا همیشه (۳) نمره‌گذاری می‌شوند. حداقل نمره‌ی بخش I صفر و حداکثر نمره این بخش ۸۴ است، همچنین حداقل و حداکثر نمره‌ی بخش II به ترتیب صفر و ۶۶ است. نمرات بالاتر، حاکی از سطوح بالای علائم اضطراب است. در مطالعه سیمون، باس، وربون، اسمکینز و موریس (۲۰۱۷) پایایی بازآزمایی بخش I در دامنه ۰/۵۴ و پایایی بازآزمایی بخش II در دامنه ۰/۷۳ تا ۰/۸۹ گزارش گردید، به‌علاوه نتایج این پژوهش نشان‌دهنده روایی محتوایی مناسب دو بخش ابزار بود. در مطالعه گارسیا-لوپز و همکاران (۲۰۱۷) همسانی درونی برای کل پرسشنامه ۰/۸۴ و برای خرده مقیاس‌ها در دامنه ۰/۵۸ تا ۰/۸۵ بود که در سطح مطلوبی قرار دارند (قربانخانی و همکاران، ۱۳۹۹). همچنین در این مطالعه شاخص‌های تحلیل عاملی تأییدی نشان‌دهنده برازندگی مدل بود (به نقل از پیرزاد و آهی، ۱۳۹۷). در مطالعه‌ی پیرزاد و آهی (۱۳۹۷) که شامل ۳۰۰ آزمودنی ۱۲ تا ۱۸ سال بود، ضریب آلفای کرونباخ خرده مقیاس‌های پرسشنامه در دامنه‌ی ۰/۶۵ تا ۰/۸۵ بود، همچنین آلفای کرونباخ کلی آزمون در هر دو بخش به ترتیب ۰/۹۰ و ۰/۹۱ گزارش شده است. میکائیلی منبع و آب‌خیز (۱۳۹۹) ویژگی‌های روانسنجی این پرسشنامه را در ۴۰۰ کودک و نوجوان ۸ تا ۱۵ سال مورد بررسی قرار دادند، نتایج پژوهش آنان آلفای کرونباخ این مقیاس را ۰/۸۹ و دامنه‌ی مقادیر ضرایب همسانی درونی، دونیمه کردن و بازآزمایی مؤلفه‌ها بین ۰/۶۰ تا ۰/۹۰ گزارش کردند و نتایج تحلیل عاملی اکتشافی، ۱۰ عامل با مقدار ویژه بیش‌تر از یک را نشان می‌داد که در مجموع ۴۸/۶۴٪ از واریانس کل را تبیین می‌کردند. شاخص‌های برازش کلی برازش مطلوب مدل ده عاملی را نشان می‌داد. در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ محاسبه و ۰/۹۳ بدست آمد.



کودکان با مقیاس چندبعدی اضطراب کودکان (MASC) همبستگی مثبت (۰/۴۶) و با مقیاس درجه‌بندی کانرز فرم والد همبستگی منفی (۰/۱۵-) معنادار دارد که به ترتیب نشان‌دهنده روایی همگرا و واگرایی مناسب برای مقیاس عدم تحمل ابهام در کودکان می‌باشد. در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ محاسبه ۰/۹۵ بدست آمد.

پرسشنامه حساسیت اضطرابی کودکان (CASI): پرسشنامه حساسیت اضطرابی کودکان یک پرسشنامه خودسنجی است که برای ترس کودکان از احساسات اضطرابی توسط سیلورمن و همکاران (۱۹۹۱) طراحی شده است. این پرسشنامه ۱۸ آیتم دارد که نمره‌گذاری آن بر مبنای طیف لیکرت سه درجه‌ای از هیچ = ۱، برخی اوقات = ۲ و بسیار زیاد = ۳ نمره‌گذاری می‌شود. مجموع نمرات می‌تواند بین ۱۸ تا ۵۴ باشد. در پژوهش سیلورمن و همکاران (۱۹۹۱) آلفای کرونباخ پرسشنامه حساسیت اضطرابی کودکان ۰/۸۷ و پایایی بازآزمایی این پرسشنامه  $r = 0.76$  برآورد شد که حاکی از آن است که پرسشنامه از ثبات درونی و پایایی بالایی برخوردار است. یافته‌های پژوهش ویمز و همکاران (۱۹۹۸) نشان می‌دهد بین پرسشنامه حساسیت اضطرابی کودکان و اضطراب همبستگی بالایی (۰/۶۹ - ۰/۵۲) وجود دارد. یافته‌های پژوهش پورشریفی و همکاران (۱۳۹۶) آلفای کرونباخ این پرسشنامه را ۰/۹۳ به دست آورد. نتایج مطالعه‌ی فلاحی سرشت و همکاران (۱۴۰۱) بر روی ۵۹۲ دانش‌آموز ۱۱ تا ۱۳ ساله، نشان‌دهنده آن بود که مقیاس حساسیت اضطرابی کودکان از پایایی مناسبی برخوردار است، خرده مقیاس نگرانی فیزیکی، نگرانی اجتماعی و نگرانی روانی به ترتیب دارای آلفای کرونباخ ۰/۸۴، ۰/۷۵ و ۰/۷۸ بود و آلفای کرونباخ مقیاس حساسیت اضطرابی کل ۰/۸۵ بود. همچنین بر اساس نتایج این پژوهش میزان همبستگی بین دوبار اجرای آزمون مقیاس حساسیت اضطرابی کودکان در فاصله دو هفته در دامنه ۰/۷۱ تا ۰/۹۲ می‌باشد، که بیانگر پایایی بازآزمایی مناسب آزمون است و در زمینه روایی همزمان یافته‌های آنان مبین همبستگی مثبت و معنادار مقیاس حساسیت اضطرابی و سه خرده مقیاس آن (نگرانی فیزیکی، نگرانی اجتماعی و نگرانی روانی) با مقیاس چند بعدی اضطراب است. در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ محاسبه و ۰/۸۸ بدست آمد.

شاخص A عدم تحمل ابهام برای کودکان (IUI-A-C): این پرسشنامه یک ابزار خودگزارش‌دهی است که توسط ریفکین و کندال (۲۰۲۰)، بر اساس شاخص A عدم تحمل ابهام بزرگسالان (کارلتون و همکاران، ۲۰۱۰؛ گوسلین و همکاران، ۲۰۰۸)، طراحی گردید و زبان مورد استفاده در تهیه هر آیتم برای اینکه توسط کودکان قابل فهم باشد ساده‌سازی گردید (به عنوان مثال، "من احساس می‌کنم نداشتن تضمین در زندگی غیرقابل تحمل است" به "نمی‌توانم تحمل کنم که نمی‌دانم در زندگی چه اتفاقی خواهد افتاد" تغییر پیدا کرد). این پرسشنامه ۱۵ آیتم دارد، که هدف آن ارزیابی گرایش کودکان به در نظر گرفتن غیر قابل تحمل بودن ابهام است. سوالات بر روی طیف لیکرت از ۱ (به هیچ وجه مانند من نیست) تا ۵ (کاملاً مثل من است) نمره‌گذاری می‌شود، حداقل نمره در این مقیاس ۱۵ و حداکثر ۷۵ است. ریفکین و کندال (۲۰۲۰) به بررسی پایایی و روایی این مقیاس در در یک نمونه ۱۴۶ نفری از کودکان و نوجوانان ۷ تا ۱۷ ساله که به دنبال درمان اضطراب بودند، پرداختند. برای بررسی هر آیتم پرسشنامه همبستگی هر آیتم و کل امتیاز به دست آمده از باقی پرسش‌ها را محاسبه کردند، تمام آیتم‌ها همبستگی قوی (بین ۰/۴۰ تا ۰/۷۸) از خود نشان می‌دادند. همسانی درونی پرسشنامه (آلفای کرونباخ) ۰/۹۴ بود و نمره‌های بالاتر در شاخص A عدم تحمل ابهام برای کودکان (UI-A-C) با نمره‌های بالاتر در اضطراب کلی، اختلال عملکردی به دلیل اضطراب و نمره شاخص عدم تحمل ابهامی که توسط ارزیابی متخصص به کودک منصوب می‌گردید، همبستگی داشت؛ که شواهدی برای روایی همگرا این پرسشنامه ارائه می‌دهد، همچنین نمرات IUI-A-C با بیش‌فعالی مرتبط نبود که شواهدی برای اعتبار واگرایی این مقیاس ارائه می‌دهد و پایایی بازآزمایی این پرسشنامه  $r = 0.67$  به دست آمد که نشان‌دهنده پایایی بازآزمایی مناسب این پرسشنامه است (ریفکین و کندال، ۲۰۲۰). نتایج مطالعه‌ی کربلایی و همکاران (۱۴۰۱) بر روی ۵۰۰ دانش‌آموز ۷ تا ۱۶ ساله، نشان‌دهنده آن بود که مقیاس عدم تحمل ابهام کودکان از پایایی مناسبی برخوردار است، ضریب آلفای کرونباخ برابر ۰/۹۲ و پایایی بازآزمایی نشان‌دهنده ضریب همبستگی درون طبقه‌ای در آزمون و بازآزمون بین ۰/۵۳ تا ۰/۷۵ بود، همچنین ضریب همبستگی درون طبقه‌ای مربوط به نمره کل در آزمون و بازآزمون را برابر ۰/۹۶۶ به دست آوردند. به علاوه تحلیل ماتریس همبستگی مربوط به متغیرهای این مطالعه نشان‌دهنده آن بود که مقیاس عدم تحمل ابهام در

### ج) روش اجرا

به منظور اجرای طرح پس از اخذ مجوزهای لازم از آموزش و پرورش، با هماهنگی مسئولان مدرسه ابزارهای پژوهش بر روی نمونه مورد نظر اجرا گردید. برای بررسی میزان اضطراب از روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چند مرحله‌ای استفاده شد، برای این کار ۶ مدرسه ابتدایی دخترانه شهری و ۷ مدرسه ابتدایی روستایی به صورت تصادفی انتخاب گردید و از هر مدرسه ۳ کلاس به تصادف انتخاب شد و پرسشنامه‌های اضطراب کودکان و نوجوانان، پرسشنامه حساسیت اضطرابی کودکان، شاخص A عدم تحمل ابهام برای کودکان را تکمیل کردند. در مرحله دوم از شرکت‌کنندگانی که در هریک از مقیاس‌های پرسشنامه اضطراب کودکان و نوجوانان

(YAM-5)، نمره‌ای بیش از نقطه برش پرسشنامه (پژوهشگر نقطه برش را یک و نیم انحراف معیار بالاتر از میانگین در نظر گرفته است) کسب کردند، مصاحبه بالینی بر اساس شاخص‌های DSM5 به عمل آمد و در نهایت برنامه درمان برای گروه آزمایش اجرا شد. پروتکل یکپارچه درمان فراتشخیصی برای اختلالات هیجانی کودکان توسط اهرنریچ می و همکاران (۲۰۱۸) تدوین شده است، که در ۱۵ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای برگزار می‌شود، هر جلسه شامل یک ساعت آموزش کودک در ابتدا و ۳۰ دقیقه آموزش والدین در انتهاست. ساختار جلسات درمانی در ذیل گزارش شده است.

### جدول ۱. خلاصه جلسات آموزشی درمان فراتشخیصی برای اختلالات هیجانی کودکان اهرنریچ می و همکاران (۲۰۱۸)

عنوان جلسه	هدف	محتوا	تکلیف
جلسه اول	معرفی پروتکل و برقراری ارتباط	برقراری ارتباط بین اعضا گروه و درمانگر، آشنایی کودکان با الگو و ساختار درمان	هیجان‌های من در خانه
جلسه دوم	شناسایی هیجان‌ها	بررسی تکالیف، یادگیری شناسایی و درجه‌بندی شدت هیجان‌های مختلف، ادامه دادن به عادی‌سازی تجربه‌های هیجانی، آشنایی با سه بخش تجربه هیجانی، آشنایی با چرخه اجتناب، شناسایی پاداش‌هایی برای رفتارهای جدید	حل معماهای هیجان‌های ما
جلسه سوم	استفاده از آزمایش‌های علمی در تغییر هیجان‌ها و رفتارها	بررسی تکالیف، یادگیری درباره مفهوم رفتار متضاد، تمرین استفاده از آزمایش‌های علمی برای کمک به شکل‌گیری رفتار متضاد با رفتار هیجانی، یادگیری ارتباط بین فعالیت و هیجان، آشنایی با پیگیری سطح هیجان و فعالیت در قالب یک آزمایش	جدول روزانه هیجان و فعالیت‌های من - برنامه رفتار متضاد
جلسه چهارم	شناسایی و توصیف سرخ‌های بدنی	بررسی تکالیف، توصیف مفهوم سرخ‌های بدنی و ارتباط آن‌ها با هیجان‌های قوی یادگیری شناسایی سرخ‌های بدنی هیجان‌های مختلف، آموزش مهارت اسکن کردن بدن برای افزایش آگاهی از سرخ‌های بدنی، کمک به کودکان برای تمرین تجربه کردن سرخ‌های بدنی بدون استفاده از اجتناب و پرت کردن حواس	پیدا کردن سرخ‌های بدنی تان در خانه
جلسه پنجم	یاددهی ردیابی کردن فکر	بررسی تکالیف، آشنایی با مفهوم تفکر انعطاف‌پذیر، آموزش تشخیص تله‌های فکری رایج به کودکان	ردیابی کردن فکرهایم
جلسه ششم	یاد دهی استفاده از تفکر کارآگاهی	بررسی تکالیف، آشنایی با تفکر کارآگاهی، کاربرد تفکر کارآگاهی	استفاده از تفکر کارآگاهی
جلسه هفتم	مهارت حل مسئله و مدیریت تعارض	بررسی تکالیف، آشنایی با حل مسئله، کاربرد حل مسئله	حل مسئله در خانه با کمک دیگران
جلسه هشتم	آگاهی از تجربه‌های هیجانی	بررسی تکالیف، یادگیری مهارت تجربه کردن هیجان، آموزش به کودکان درباره آگاهی از لحظه حال، آشنایی با آگاهی غیر قضاوت‌گرانه	تمرین آگاهی در خانه
جلسه نهم	آشنایی با مواجهه هیجانی	بررسی تکالیف، مرور مهارت‌های کارآگاهی هیجان که تا این جلسه آموخته شده، مرور مفاهیم رفتارهای هیجانی و رفتار متضاد جهت آمادگی برای نوع جدید آزمایش علمی که مواجهه نامیده می‌شود، انجام مواجهه، نهایی کردن فرم‌های رفتار هیجانی با کودکان و والدین	فرم رفتار هیجانی
جلسه دهم	آموزش روبرو شدن با هیجان‌ها	بررسی تکالیف، مرور مفهوم استفاده از آزمایش علمی برای روبرو شدن با هیجان‌های قوی، آشنایی با رفتارهای ایمنی بخش و رفتارهای اجتنابی نامحسوس، تمرین یک آزمایش علمی برای روبرو شدن با هیجان‌های قوی در گروه، برنامه‌ریزی برای آزمایش‌های علمی آینده جهت روبرو شدن با هیجان‌های قوی (مواجهه با هیجان‌های موقعیتی انفرادی)	نردبان هیجان من برای یادگیری خانگی
جلسه یازدهم	مواجهه با هیجان‌ها	بررسی تکالیف، برنامه‌ریزی و اجرای اولیه مواجهه با هیجان‌های موقعیتی در جلسه ۱۱	نردبان هیجان من برای جلسات ۱۱ تا ۱۴
جلسه چهاردهم		برنامه‌ریزی و اجرای بیشتر فعالیت‌های مواجهه با هیجان‌های موقعیتی در جلسات ۱۲ تا ۱۴	
جلسه پانزدهم	خلاصه برنامه و جشن خداحافظی	مرور مهارت‌های کارآگاهی هیجان‌های آموخته شده در برنامه پروتکل یکپارچه کودکان برنامه‌ریزی برای روبرو شدن با هیجان‌های قوی در آینده، جشن گرفتن پیشرفت حاصل از برنامه درمانی و خداحافظی با کودک	

## یافته‌ها

آزمایش و کنترل در موقعیت‌های پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری آمده است. همان‌طور که نتایج جدول نشان می‌دهد نمره حساسیت اضطرابی و عدم تحمل ابهام در گروه آزمایش در پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون کاهش یافته است.

در این پژوهش میانگین سن آزمودنی‌ها (۱۰/۸۶) سال بوده است. در جدول ۲ میانگین و انحراف معیار حساسیت اضطرابی و عدم تحمل ابهام در گروه

جدول ۲. میانگین و انحراف استاندارد حساسیت اضطرابی و عدم تحمل ابهام در سه موقعیت پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در گروه آزمایش و کنترل

متغیر	گروه آزمایش		گروه کنترل	
	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
پیش‌آزمون حساسیت اضطرابی	۳۶/۳۳	۵/۹۷	۳۲/۸۳	۵/۵۰
پس‌آزمون حساسیت اضطرابی	۳۲/۳۳	۴/۸۱	۳۲/۷۵	۵/۳۷
پیگیری حساسیت اضطرابی	۲۹/۶۶	۴/۲۷	۳۲/۹۱	۴/۸۳
پیش‌آزمون عدم تحمل ابهام	۴۸/۶۶	۱۵/۵۵	۴۷/۲۵	۱۱/۶۳
پس‌آزمون عدم تحمل ابهام	۳۴/۱۶	۱۲/۱۰	۴۶/۷۵	۱۰/۰۱
پیگیری عدم تحمل ابهام	۳۴/۶۶	۱۲/۲۹	۴۳/۷۵	۱۰/۲۳

نمودار جعبه‌ای صورت گرفت که داده پرتی بین داده‌ها وجود نداشت. همچنین مفروضه کرویت از طریق آزمون موچلی بررسی و برای حساسیت اضطرابی، نتایج آزمون موچلی ( $P=0/109$ ؛  $F(2)=4/42$ )، برابر با  $0/818$  و برای عدم تحمل ابهام ( $P<0/001$ ،  $F(2)=24/11$ ) برابر با  $0/334$  بدست آمد که نتایج حاکی از عدم برقراری این مفروضه برای متغیر عدم تحمل ابهام بود و لذا بجای مقدار گرین هاوس گیسر، نتیجه آزمون هوین فلت گزارش خواهد شد. اثرات درون گروهی یافته‌های پژوهش در جدول زیر نشان داده شده است.

آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر دارای پیش‌فرض‌هایی است لذا پیش از انجام تحلیل، مفروضات آزمون بررسی شد. برای بررسی پیش فرض نرمال بودن توزیع نمرات از آزمون کولموگروف-اسمیرنوف استفاده شد که عدم معناداری این آزمون برای متغیرهای حساسیت اضطرابی ( $Z=0/115$ ) و عدم تحمل ابهام ( $Z=0/135$ ) حاکی از رعایت این پیش فرض داشت ( $P<0/05$ ). جهت بررسی همگنی واریانس‌ها از آزمون لوین استفاده شد، که نمره  $F$  متغیرهای حساسیت اضطرابی ( $0/196$ ) و عدم تحمل ابهام ( $0/629$ ) بدست آمد که عدم معناداری ( $P<0/05$ ) آن نشان از برقراری این پیش فرض داشت. بررسی داده‌های پرت با استفاده از

جدول ۳. یافته‌های مربوط به آزمون اثرات درون گروهی چندمتغیره حساسیت اضطرابی و عدم تحمل ابهام

اثرات درون گروهی	اثرات	مقدار	F	درجه آزادی فرضیه	درجه آزادی خطا	P	مجذور اتا
زمان	اثر پیلاپی	۰/۷۵۶	۱۱/۱۲	۵	۱۸	۰/۰۰۱	۰/۷۵۶
	لامبدای ویلکز	۰/۲۴۴	۱۱/۱۲	۵	۱۸	۰/۰۰۱	۰/۷۵۶
	اثر هتلینگ	۳/۰۹۰	۱۱/۱۲	۵	۱۸	۰/۰۰۱	۰/۷۵۶
زمان × گروه	بزرگترین ریشه روی	۳/۰۹۰	۱۱/۱۲	۵	۱۸	۰/۰۰۱	۰/۷۵۶
	اثر پیلاپی	۰/۶۴۰	۶/۳۸	۵	۱۸	۰/۰۰۱	۰/۶۴۰
	لامبدای ویلکز	۰/۳۶۰	۶/۳۸	۵	۱۸	۰/۰۰۱	۰/۶۴۰
	اثر هتلینگ	۱/۷۷	۶/۳۸	۵	۱۸	۰/۰۰۱	۰/۶۴۰
	بزرگترین ریشه روی	۱/۷۷	۶/۳۸	۵	۱۸	۰/۰۰۱	۰/۶۴۰

هستند. بنابراین می‌توان بیان کرد که بین میانگین نمرات عدم تحمل ابهام و حساسیت اضطرابی در دو گروه آزمایش و کنترل، تفاوت معنی‌داری وجود دارد. جهت مقایسه زمان‌های اندازه‌گیری از آزمون بونفرونی استفاده شد که نتایج در جدول زیر ارائه شده است.

با توجه به نتایج جدول ۳، آماره لامبدای ویلکز نشان می‌دهد که اثر اصلی زمان در حالت چندمتغیره معنادار است بدین معنا که حداقل بین میانگین نمره یکی از متغیرها در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری اختلاف معنی‌داری وجود دارد.

نتایج مندرج در جدول ۴ نشان می‌دهند که تحلیل واریانس‌های آمیخته با سنجش‌های تکراری در متغیر عدم تحمل ابهام و حساسیت اضطرابی معنادار

**جدول ۴. اثر درون و بین آزمودنی تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر حساسیت اضطرابی و عدم تحمل ابهام**

متغیر	اثرات	مجموع مجذورات	مجموع مجذورات خطا	F	P	مجذورات
	اثر زمان	۱۳۸/۶۹	۶۹/۳۴	۱۱/۴۵	۰/۰۰۱	۰/۳۴۲
حساسیت اضطرابی	اثر گروه	۱۲۶/۷۵	۶۳/۳۷	۱۱/۶۱	۰/۰۰۱	۰/۴۳۲
	اثر تعاملی گروه × زمان	۱۳۱/۵۸	۶۵/۷۹	۱۰/۸۶	۰/۰۰۱	۰/۳۳۱
	اثر زمان	۱۲۶۱	۶۳۰/۵۰	۵۳/۹۷	۰/۰۰۱	۰/۷۱۰
عدم تحمل ابهام	اثر گروه	۵۹۵/۱۲	۲۹۷/۵۶	۳۰/۱۳	۰/۰۰۱	۰/۶۱۰
	اثر تعاملی گروه × زمان	۴۶۳	۲۳۱/۵۰	۱۹/۸۱	۰/۰۰۱	۰/۴۷۴

**جدول ۵. نتایج آزمون بونفرونی برای مقایسه نمرات پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری متغیر حساسیت اضطرابی و عدم تحمل ابهام در گروه آزمایش**

متغیر	موقعیت	تفاوت میانگین‌ها	SD	P
	پیش‌آزمون	۹/۴۱	۰/۹۶۵	$P \leq 0/001$
حساسیت اضطرابی	پیگیری	۹/۵۰	۰/۸۰۲	$P \leq 0/001$
	پس‌آزمون	۰/۰۸۳	۰/۳۹۸	۱
	پیش‌آزمون	-۹/۴۱	۰/۹۶۵	$P \leq 0/001$
	پس‌آزمون	۱۴/۵۰	۲/۳۸	$P \leq 0/001$
عدم تحمل ابهام	پیش‌آزمون	۱۴	۲/۳۲	$P \leq 0/001$
	پیگیری	-۰/۵۰۰	۰/۲۳۰	۰/۱۵۸
	پس‌آزمون	-۱۴/۵۰	۲/۳۸	$P \leq 0/001$

نشان داد مداخله‌ی صورت گرفته به طور معنی‌داری باعث کاهش حساسیت اضطرابی شد. همچنین، این درمان با کاهش عدم تحمل ابهام کودکان مبتلا به اختلالات اضطرابی در پس‌آزمون و پیگیری همراه بود. یافته‌های پژوهش حاضر در خصوص تأثیر پروتکل یکپارچه درمان فراتشخیصی بر حساسیت اضطرابی با یافته‌های پژوهش شوفل و همکاران (۲۰۲۲)، ساندین و همکاران (۲۰۲۰)، علایی و همکاران (۲۰۲۲)، زمستانی و همکاران (۲۰۲۲) همسو است. از آنجایی که حساسیت اضطرابی از باورهای ناکارآمد در مورد معنا و پیامدهای احساس اضطراب ناشی می‌شود (تیلور، ۲۰۲۰)، درمان‌های که باورها و افکار ناسازگار شناختی را هدف قرار دهند، احتمالاً به کاهش حساسیت اضطرابی منجر خواهند شد. با توجه

براساس داده‌های جدول ۵، نتایج نشان داد که بین نمرات درون گروهی پیش‌آزمون و پس‌آزمون (اثر مداخله) تفاوت وجود دارد. بین پس‌آزمون و پیگیری (اثر زمان) در نمرات متغیر عدم تحمل ابهام و حساسیت اضطرابی تفاوت وجود ندارد. به عبارت دیگر مداخله در گروه آزمایش در پس‌آزمون و پیگیری در طی زمان تأثیر ثابتی را داشته است.

### بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش بررسی اثربخشی پروتکل یکپارچه درمان فراتشخیصی اختلالات هیجانی کودکان (UP-C) در کاهش سطح حساسیت اضطرابی و عدم تحمل ابهام کودکان مبتلا به اختلالات اضطرابی بود. نتایج پژوهش

به این که یکی از تکنیک‌های موجود در درمان فراتشخیصی بازسازی شناختی و ارزیابی مجدد شناختی است که به موجب آن فرد از ارتباط متقابل بین افکار، هیجان و رفتار آگاه می‌گردد و به شناسایی افکار و باورهای غیرمنطقی و اصلاح و تعدیل آن می‌پردازد، در نتیجه می‌توان انتظار داشت بکارگیری درمان فراتشخیصی با افزایش انعطاف‌پذیری شناختی میزان حساسیت اضطرابی را کاهش دهد. مطالعات نشان داده‌اند که درمان فراتشخیصی موجب کاهش باورهای مرتبط با تهدید و افزایش انعطاف‌پذیری شناختی می‌گردد که این تغییرات شناختی پیامدهای درمانی را در پی دارند (شوفل و همکاران، ۲۰۲۲؛ هالیدی و اهنریچ می، ۲۰۲۰). به‌علاوه حساسیت اضطرابی انزجار از تجربیات جسمی را تقویت می‌کند، که در نهایت می‌تواند باعث افزایش رفتارهای اجتنابی و راهبردهای مقابله ناسازگار شود (هانت و همکاران، ۲۰۱۹)، درمان فراتشخیصی به کمک فرآیند مواجهه با علائم اضطرابی و خوگیری با هیجان‌ات قوی موجب کاهش ایجاد انزجار از علائم جسمی اضطراب و حساسیت اضطرابی، کاهش پاسخ ترس شرطی و در نتیجه کاهش رفتارهای اجتنابی ناسازگار می‌گردد (تیلور، ۲۰۲۰) در بین استراتژی‌های درمانی مذکور، پژوهشگران بر نقش کلیدی مواجهه با نشانه‌های بدنی، در کاهش حساسیت اضطرابی تأکید دارند (به عنوان نمونه مراجعه کنید به اوسر و همکاران، ۲۰۲۱؛ سابورین و همکاران، ۲۰۱۵)؛ یکی از تکنیک‌های پروتکل درمان فراتشخیصی کودکان با عنوان تمرین ایجاد عملی سر نخ بدنی، از راهبرد مواجهه با نشانه‌های بدنی بهره می‌برد، هنگامی که استراتژی مواجهه با نشانه‌های بدنی به صورت فراتشخیصی، با هدف خاموش کردن پریشانی ذهنی مرتبط با هیجان، افزایش تحمل درونی و افزایش پاسخ‌های رفتاری انطباقی در حضور فعال‌سازی علائم بدنی اضطراب اعمال می‌شوند، در نهایت منجر به کاهش حساسیت اضطرابی می‌گردد. بطور کلی در پروتکل یکپارچه درمان فراتشخیصی برای اختلالات هیجانی، کودکان با تحمل مواجهه متوجه می‌شوند که علائم بدنی، که اغلب با هیجان‌ات قوی همراه است، در طول زمان کاهش می‌یابد یا قابل تحمل‌تر می‌گردند. برای کودکانی که حساسیت اضطرابی بالایی دارند یا علائم بسیار واکنشی نسبت به سیگنال‌های بدن دارند، به‌ویژه مهم است که به طور جامع رابطه بین افکار و سرخ‌های بدن را درک کنند که با استفاده از تکنیک‌های درمان فراتشخیصی شامل شناسایی سرخ‌های بدنی، اسکن بدن، ردیابی افکار،

تمرین ایجاد عملی سرخ‌های بدنی و ذهن آگاهی به عنوان وسیله‌ای برای فاجعه‌زدایی هرگونه تفسیر منفی از این تجربیات، این امکان فراهم می‌گردد (هالیدی و اهنریچ می، ۲۰۲۰). از طرفی با توجه به منطبق پدیدآیی این روش درمانی، بهبودی و تغییرات معنادار بالینی در متغیر حساسیت اضطرابی می‌تواند به واسطه آماج قرار گرفتن عوامل مشترکی همچون تنظیم هیجان، عاطفه مثبت و منفی که در ماژول‌های پروتکل روی آن‌ها تأکید می‌شود، رخ دهد (فارچونه و همکاران، ۲۰۱۲).

یافته‌ی دیگر این پژوهش در خصوص تأثیر پروتکل یکپارچه درمان فراتشخیصی بر کاهش عدم تحمل ابهام با نتایج پژوهش‌های زمستانی و همکاران (۲۰۲۲)؛ خاکپور و همکاران (۲۰۱۹)؛ مک اوی و ارسنگ هورن (۲۰۱۶)؛ بوسول و همکاران (۲۰۱۳) همخوانی دارد. در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت عدم تحمل ابهام به عنوان گرایش فرد به تفسیر موقعیت‌های مبهم به عنوان تهدیدآمیز توصیف شده است (بیرل و همکاران، ۲۰۱۱). مطالعات مختلف نشان داده‌اند که عدم تحمل ابهام را می‌توان به عنوان یک واسطه بالقوه برای نتایج درمان‌های که اختلالات هیجانی را هدف قرار می‌دهند، در نظر گرفت (مک اوی و ارسنگ هورن، ۲۰۱۶؛ بومیا و همکاران، ۲۰۱۵). بوسول و همکاران (۲۰۱۳) معتقدند با توجه به اینکه پروتکل یکپارچه درمان فراتشخیصی منحصراً بر عدم تحمل ابهام متمرکز نیست؛ بلکه هدف، تنظیم هیجان و فرآیندهای اجتناب و کنترل به طور گسترده‌تر است. کاهش قابل توجه در عدم تحمل ابهام مشاهده‌شده در بین دسته‌های تشخیصی مختلف نشان می‌دهد که پروتکل یکپارچه درمان فراتشخیصی ممکن است بر فرآیندهای کنترل درک شده، به عنوان یک عنصر مهم زیربنایی اختلالات عاطفی، تأثیر بگذارد. عدم تحمل ابهام ممکن است نشان‌دهنده یک "برش" خاص از پریشانی مربوط به درک عدم کنترل باشد. درک عدم کنترل زمانی اتفاق می‌افتد که فرد در مورد توانایی کنترل نتایج عدم اطمینان را تجربه می‌کند، که حالت عاطفی حاصل از آن "اضطراب برانگیخته" است. فقدان کنترل درک شده ممکن است نشان دهنده یک آسیب‌پذیری روانی عمومی برای ایجاد اختلالات عاطفی باشد و عدم تحمل ابهام ممکن است جلوه‌ای از این ساختار وسیع‌تر را به تصویر بکشد (بوسول و همکاران، ۲۰۱۳). شرایط غیرقابل پیش‌بینی از آن جهت ناخوشایند ادراک می‌گردد که افراد با سطوح بالای عدم تحمل ابهام این انتظار را دارند که موقعیت مبهم تهدیدآمیز باشد و آن‌ها نتوانند با

معتقدند تغییر این فرآیندهای مشترک، که در طی درمان فراتشخیصی به وقوع می‌پیوندد، علت اثرگذاری این درمان است (شوفل و همکاران، ۲۰۲۲؛ التمن و ارلی‌وین، ۲۰۲۰).

باید توجه داشت که این پژوهش مانند تمام پژوهش‌ها با محدودیت‌هایی مواجه بود، نخست این که استفاده از روش‌های خود گزارش‌دهی ممکن است سوگیری در پاسخ دادن به سؤالات پرسشنامه را به همراه داشته باشد. همچنین نمونه پژوهش حاضر دانش‌آموزان دختر مبتلا به اختلال‌های اضطرابی بودند، که تعمیم‌پذیری نتایج را محدود می‌کند؛ به همین دلیل پیشنهاد می‌شود اثربخشی این درمان در مردان و سایر گروه‌های سنی نیز مورد مطالعه قرار گیرد. با توجه به تایید اثربخشی پروتکل یکپارچه درمان فراتشخیصی اختلالات هیجانی کودکان در این پژوهش، در سطح کاربردی پیشنهاد می‌شود پروتکل یکپارچه درمان فراتشخیصی توسط متخصصین و درمانگران حوزه کودک برای کاهش عوامل زمینه‌ساز (مانند حساسیت اضطرابی و عدم تحمل ابهام) مرتبط با اختلالات اضطرابی بکار گرفته شود.

### ملاحظات اخلاقی

**پیروی از اصول اخلاق پژوهش:** این مقاله برگرفته از رساله دکتری نویسنده اول در رشته روانشناسی در دانشکده علوم اجتماعی دانشگاه رازی کرمانشاه است. پژوهش حاضر با رعایت اصول اخلاقی از جمله کسب رضایت‌نامه کتبی به منظور شرکت در پژوهش؛ احترام به اصل رازداری در پژوهش به طوری که جهت محرمانه بودن اسامی و اطلاعاتی که موجب شناسایی هویت شرکت‌کنندگان می‌گردید، حذف شد؛ ارائه اطلاعات کافی در مورد چگونگی پژوهش به تمام والدین کودکان شرکت‌کننده و آزاد بودن آن‌ها برای خروج از روند پژوهش انجام شد.

**حامی مالی:** این پژوهش در قالب رساله دکتری و بدون حمایت مالی می‌باشد.

**نقش هر یک از نویسندگان:** این مقاله از رساله دکتری نویسنده اول و به راهنمایی نویسنده دوم و مشاوره نویسنده سوم استخراج شده است.

**تضاد منافع:** نویسندگان همچنین اعلام می‌دارند که در نتایج این پژوهش هیچ گونه تضاد منافی وجود ندارد.

**تشکر و قدردانی:** پژوهشگران از اداره کل آموزش و پرورش شهرستان‌های استان تهران، اداره آموزش و پرورش کهریزک، مدیران دبستان‌های دخترانه بخش کهریزک، دانش‌آموزان و خانواده‌های آنان که در روند اجرای این پژوهش همکاری نمودند کمال قدردانی و تشکر را دارند.

پیامدهای نامطلوب ناشی از عدم قطعیت موقعیت کنار بیابند (ادراک عدم کنترل)، بنابراین آن‌ها ابهام را فاجعه‌آمیز تلقی می‌کنند (باتیسی و همکاران، ۲۰۲۰). می‌توان استنباط کرد که سوگیری تفسیر منفی (تمایل به ارزیابی موقعیت‌های نامعین به روشی منفی) و عدم اطمینان فرد به توانایش در رویارویی با رویدادها و مسائل زندگی (ادراک عدم کنترل) در انزجار از عدم تحمل ابهام نقش دارند. از سوی دیگر درمان فراتشخیصی شامل تکنیک‌های برای شناسایی افکار ناکارآمد، قضاوت‌های قالبی، تله‌های فکری (از جمله نتیجه‌گیری شتاب‌زده، فاجعه‌سازی، منفی‌بافی و ذهن‌خوانی) و آموزش روش‌های تفکر انعطاف‌پذیر است، که احتمال دارد در کاهش سوگیری تفسیر منفی مؤثر باشند. بعلاوه یکی از مازول‌های این درمان آموزش حل مسئله (جلسات ۶ و ۷) است که توانایی کودکان را در مواجهه با رویدادها و حل مسایل مختلف افزایش می‌دهد. این احتمال وجود دارد که تجربه موفق کودکان در پیدا کردن روش مؤثر مواجهه با مشکلات در نهایت منجر به احساس کارآمدی و توانمندی در آن‌ها برای رویارویی با موقعیت‌های مبهم و کاهش انزجار از موقعیت‌های مبهم گردد. از سوی دیگر پروتکل درمان فراتشخیصی با اتخاذ رویکردهای مبتنی بر ذهن‌آگاهی به فرد کمک می‌کند تا پیچیدگی‌ها و ابهامات رویدادهایی که با آن‌ها مواجه می‌شوند را به جای تفسیر فاجعه‌بار و تهدیدآمیز آن‌ها، مورد مشاهده و پذیرش قرار دهند و تمامی امکانات و راه‌حل‌های موجود را برای انتخاب و ارائه پاسخی سازگارانه را در نظر بگیرند (حسن‌پور و همکاران، ۱۳۹۷).

به طور کلی این واقعیت که پروتکل یکپارچه درمان فراتشخیصی برای اختلالات هیجانی کودکان توانست دو متغیر اصلی فراتشخیصی (یعنی حساسیت اضطرابی و عدم تحمل ابهام) را اصلاح کند، نقطه قوت مهم مطالعه حاضر است. مازول‌های اصلی درمان فراتشخیصی برای کودکان، همانند مازول‌های اصلی درمان فراتشخیصی برای بزرگسالان، به جهت هدف قرار دادن صریح واکنش‌های نامناسب نسبت به احساسات (مانند حساسیت اضطرابی) و اجتناب عاطفی بعدی طراحی شده‌اند؛ که فرآیندهای اساسی فراتشخیصی مرتبط با آسیب‌پذیری و حفظ اختلالات عاطفی محسوب می‌شوند. برخی از پژوهشگران معتقدند تغییر فرآیندهای فراتشخیصی مکانیسم‌های مؤثر در درمان‌های فراتشخیصی هستند. آن‌ها

منابع

ابتدایی. مجله مطالعات ناتوانی، ۱۲، ۲۰۵  
[https://jdisabilstud.org/browse.php?a\\_id=2977&sid=1&slc\\_lang=fa&ftxt=0](https://jdisabilstud.org/browse.php?a_id=2977&sid=1&slc_lang=fa&ftxt=0)

References

پورشریفی، حمید؛ باباپور، جلیل؛ علیلو، مجید محمود؛ خانجانی، زینب و زینالی، شیرین (۱۳۹۶). طراحی و آزمون مدلی برای اضطراب کودکان بر اساس متغیرهای والد و کودک. *مجله روانشناسی خانواده*، ۴(۱)، ۱۷ تا ۲۸.  
<https://www.sid.ir/paper/249997/fa>

پیرزاد، علی و آهی، قاسم (۱۳۹۷). بررسی ساختار عاملی، اعتبار و روایی پرسشنامه اضطراب کودکان و نوجوانان (YAM-5) مبتنی بر DSM-5. *اندیشه و رفتار در روانشناسی بالینی*، ۱۳(۵۰)، ۱-۱۶.  
<https://www.sid.ir/paper/366400/en>

حسن پور، پگاه؛ آفایوسفی، علیرضا؛ علیپور، احمد و ضمیر، محسن (۱۳۹۷). اثربخشی درمان فراتشخیصی بر بهبود تحمل ابهام، کارکرد اجرایی (دقت و زمان) و حافظه در بیماران با اختلال وسواسی-جبری. *فصلنامه علمی پژوهشی علوم روانشناختی*، ۱۷(۷۱)، ۸۳۷-۸۴۸.  
<http://dorl.net/dor/20.1001.1.17357462.1397.17.71.4.8>

فلاحی سرشت، شیوا؛ کریمی، پروانه؛ فداکار گیلو، پرویز؛ یزدانبخش، کامران و کربلایی، محبوبه (۱۴۰۱). بررسی ویژگی‌های روان سنجی مقیاس حساسیت اضطرابی کودکان. *فصلنامه سلامت روان کودک*. (در دست چاپ).

قربانخانی، مهدی؛ صالحی، کیوان و مقدم زاده، علی (۱۳۹۹). ساخت پرسشنامه میزان شده برای تشخیص ارزشیابی کاذب در مدارس ابتدایی. *مجله علوم تربیتی*، ۲۷(۲)، ۹۱-۱۱۶.  
<https://doi.org/10.22055/edus.2020.35053.3114>

قریب بلوک، معصومه؛ میکائیلی، نیلوفر و بشرپور، سجاد (۱۴۰۱). پیش‌بینی کیفیت خواب در نوجوانان بر اساس نگرش ناکارآمد درباره خواب، روان‌آزردگی گرای، اعتیاد به اینترنت و حساسیت اضطرابی با میانجی‌گری راهبردهای تنظیم هیجان و ذهن‌آگاهی. *فصلنامه علمی پژوهشی علوم روانشناختی*، ۲۱(۱۱۶)، ۱۵۲۱-۱۵۳۸.  
<http://dx.doi.org/10.52547/JPS.21.116.1521>

قرلسفلو، مهدی؛ نجاتی فر، سارا و آقازارتی، علی (۱۴۰۱). اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه بر تحمل پریشانی و تنظیم هیجان دانش‌آموزان با مشکلات رفتاری درونی شده. *فصلنامه علمی پژوهشی علوم روانشناختی*، ۲۱(۱۱۱)، ۵۲۵-۵۴۲.

<http://dx.doi.org/10.52547/JPS.21.111.525>  
 کربلایی، محبوبه؛ کریمی، پروانه؛ رحیمی، علی؛ دریکوند، فتنه؛ یزدانبخش، کامران و فلاحی سرشت، شیوا (۱۴۰۱). بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی شاخص A عدم تحمل ابهام کودکان در دانش‌آموزان ۱۰ تا ۱۳ ساله دوره

Alaee, E. Q., Saed, O., Khakpoor, S., Ahmadi, R., Mohammadi, M. A., Afrashteh, M. Y., & Morovati, Z. (2022). The efficacy of transdiagnostic cognitive behavioural therapy on reducing negative affect, anxiety sensitivity and improving perceived control in children with emotional disorders-a randomized controlled trial. *Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process, and Outcome*, 25(1), 588. <https://doi:10.4081/ripppo.2022.588>.

Altman, B. R., & Earleywine, M. (2020). Treating a Cluster of Internalizing Disorders with the Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders: A Case Study. *Clinical Case Studies*, 20(2), <https://doi.org/10.1177/1534650120967993>

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. (2017). The unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders compared with diagnosis-specific protocols for anxiety disorders: A randomized clinical trial. *JAMA psychiatry*, 74(9), 875-884. <https://DOI:10.1001/jamapsychiatry.2017.2164>

Bilsky, S. A., Friedman, H. P., Karlovich, A., Smith, M., & Leen-Feldner, E. W. (2020). The interaction between sleep disturbances and anxiety sensitivity in relation to adolescent anger responses to parent adolescent conflict. *Journal of Adolescence*, 84, 69-77. <https://doi:10.1016/j.adolescence.2020.08.005>

Birrell, J., Meares, K., Wilkinson, A., & Freeston, M. (2011). Toward a definition of intolerance of uncertainty: A review of factor analytical studies of the intolerance of uncertainty scale. *Clinical psychology review*, 31(7), 1198-1208. <https://DOI:10.1016/j.cpr.2011.07.009>.

Bitsko, R. H., Holbrook, J. R., Ghandour, R. M., Blumberg, S. J., Visser, S. N., Perou, R., & Walkup, J. T. (2018). Epidemiology and impact of health care provider-diagnosed anxiety and depression among US children. *Journal of developmental and behavioral pediatrics: JDBP*, 39(5), 395-403. <https://doi:10.1097/DBP.0000000000000571>

Bomyea, J., Ramsawh, H., Ball, T. M., Taylor, C. T., Paulus, M. P., Lang, A. J., & Stein, M. B. (2015).

- Intolerance of uncertainty as a mediator of reductions in worry in a cognitive behavioral treatment program for generalized anxiety disorder. *Journal of anxiety disorders*, 33, 90-94. <https://DOI:10.1016/j.janxdis.2015.05.004>
- Boswell, J. F., Thompson-Hollands, J., Farchione, T. J., & Barlow, D. H. (2013). Intolerance of uncertainty: A common factor in the treatment of emotional disorders. *Journal of clinical psychology*, 69(6), 630-645. <https://DOI:10.1002/jclp.21965>
- Bottesi, G., Marchetti, I., Sica, C., & Ghisi, M. (2020). What is the internal structure of intolerance of uncertainty? A network analysis approach. *Journal of anxiety disorders*, 75, 102293. <https://DOI:10.1016/j.janxdis.2020.102293>
- Carleton, R. N., Gosselin, P., & Asmundson, G. J. (2010). The intolerance of uncertainty index: replication and extension with an English sample. *Psychological assessment*, 22(2), 396. <https://DOI:10.1037/a0019230>
- Clarke, E., & Kiropoulos, L. A. (2021). Mediating the relationship between neuroticism and depressive, anxiety and eating disorder symptoms: The role of intolerance of uncertainty and cognitive flexibility. *Journal of Affective Disorders Reports*, 4, 100101. <https://doi.org/10.1016/j.jadr.2021.100101>
- Correa, K. A., Liu, H., & Shankman, S. A. (2019). The role of intolerance of uncertainty in current and remitted internalizing and externalizing psychopathology. *Journal of anxiety disorders*, 62, 68-76. <https://DOI:10.1016/j.janxdis.2019.01.001>
- Essau, C. A., Lewinsohn, P. M., Lim, J. X., Moon-ho, R. H., & Rohde, P. (2018). Incidence, recurrence and comorbidity of anxiety disorders in four major developmental stages. *Journal of affective disorders*, 228, 248-253. <https://DOI:10.1016/j.jad.2017.12.014>
- Falahi Seresht, SH., Karimi, P., Fadakar Gabaloo, P., Yazdanbakhsh, K., & Karbalaie, M. (2022). Evaluation of psychometric properties of pediatric anxiety sensitivity scale. *Child mental health*. In pre. (Persian).
- Farchione, T. J., Fairholme, C. P., Ellard, K. K., Boisseau, C. L., ThompsonHollands, J., Carl, J.R., Gallagher, M. W. & Barlow, D. H. (2012). Unified protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders: A randomized controlled trial. *Behavior Therapy*, 43(3), 666-78. <https://DOI:10.1016/j.beth.2012.01.001>
- Garcia-Lopez, L.-J., Saez-Castillo, A. J., & Fuentes-Rodriguez, G. (2017). Psychometric properties of the Youth Anxiety Measure for DSM-5, Part I (YAM-5-I) in a community sample of Spanish-speaking adolescents. *Journal of affective disorders*, 208, 455-459. <https://DOI:10.1016/j.jad.2016.10.045>
- Gharib Bolouk, M., Mikaeili, N., & Basharpour, S. (2022). Predicting sleep quality in adolescents based on dysfunctional beliefs and attitudes about sleep, neuroticism, internet addiction, and anxiety sensitivity mediated by emotion regulation strategies and mindfulness. *Journal of psychological sciences*, 21(116), 1538-1521. <http://dx.doi.org/10.52547/JPS.21.116.1521>
- Ghezelseflo, M., Nejatifar, S., & Aghaziarati, A. (2022). The efficacy of unified transdiagnostic treatment on distress tolerance and emotion regulation of students with internalized behavioral problems. *Psychological sciences*, 21(111), 542-525. <http://dx.doi.org/10.52547/JPS.21.111.525>
- Ghorbankhani, M., Salehi, K., & Moghaddamzadeh, A. (2020). Construction of a Standardized Questionnaire to Detect the Pseudo Evaluation in Elementary Schools. *Journal of Educational Scinces*, 27(2), 91-116. (Persian) <https://doi.org/10.22055/edus.2020.35053.3114>
- Gosselin, P., Ladouceur, R., Evers, A., Laverdiere, A., Routhier, S., & Tremblay-Picard, M. (2008). Evaluation of intolerance of uncertainty: Development and validation of a new self-report measure. *Journal of Anxiety Disorders*, 22(8), 1427-1439. <https://DOI:10.1016/j.janxdis.2008.02.005>
- Grossman, R. A., & Ehrenreich-May, J. (2020). Using the Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders with Youth Exhibiting Anger and Irritability. *Cognitive and Behavioral Practice*, 27(2), 184-201. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2019.05.004>
- Halliday, E. R., & Ehrenreich-May, J. (2020). *Unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders in children and adolescents*. In *Cognitive behavioral therapy in youth: Tradition and innovation* (pp. 251-283). Humana, New York, NY. <https://www.researchgate.net/deref/https%3A%2F%2Fglobal.oup.com%2Facademic%2Fsearch%3Fq%3DEhrenreichMay%2Bunified%2Bprotocol%26cc%3Dus%26lang%3Den>
- Hasanpoor, P., AghaYousefi, A., Alipoor, A., & Zamir M. (2019). The Effectiveness of Transdiagnostic Treatment on Ambiguity Tolerance, Executive Functions (Accuracy and Time) and Memory in Patients with Obsessive-Compulsive Disorder.



- Journal of psychological sciences*, 17(71), 848-837.  
<http://dori.net/dor/20.1001.1.17357462.1397.17.71.4.8>
- Ho, S. M., Dai, D. W. T., Mak, C., & Liu, K. W. K. (2018). Cognitive factors associated with depression and anxiety in adolescents: A two-year longitudinal study. *International journal of clinical and health psychology*, 18(3), 227-234.  
<https://DOI:10.1016/j.ijchp.2018.04.001>
- Hovenkamp-Hermelink, J. H., Voshaar, R. C. O., Batelaan, N. M., Penninx, B. W., Jeronimus, B. F., Schoevers, R. A., & Riese, H. (2019). Anxiety sensitivity, its stability and longitudinal association with severity of anxiety symptoms. *Scientific reports*, 9(1), 1-7. <https://DOI:10.1038/s41598-019-39931-7>.
- Hunt, C., Cooper, S. E., Hartnell, M. P., & Lissek, S. (2019). Anxiety sensitivity and intolerance of uncertainty facilitate associations between generalized Pavlovian fear and maladaptive avoidance decisions. *Journal of Abnormal Psychology*, 128(4), 315-326.  
<https://doi.org/10.1037/abn0000422>
- Karbalaie, M., Karimi, P., Rahimi, A., Derikvand, F., Yazdanbakhsh, K., & Falahi, Sh. (2020). Investigating the psychometric properties of children's Intolerance of uncertainty scale. *Journal of Disability Studies*, In print. (Persian).
- Kennedy, S. M., Bilek, E. L., & Ehrenreich-May, J. (2019). A randomized controlled pilot trial of the unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders in children. *Behavior modification*, 43(3), 330-360.  
<https://DOI:10.1177/0145445517753940>
- Khakpoor, S., Bytamar, J. M., & Saed, O. (2019). Reductions in transdiagnostic factors as the potential mechanisms of change in treatment outcomes in the Unified Protocol: a randomized clinical trial. *Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process, and Outcome*, 22(3), <https://DOI:10.4081/ripppo.2019.379>
- Knapp, A. A., Feldner, M., Allan, N. P., Schmidt, N. B., Keough, M. E., & Leen-Feldner, E. W. (2020). Test of an Anxiety Sensitivity Amelioration Program for at-risk youth (ASAP-Y). *Behaviour Research and Therapy*, 126, 103544.  
<https://DOI:10.1016/j.brat.2019.103544>
- Koerner, N., & Dugas, M. J. (2008). An investigation of appraisals in individuals vulnerable to excessive worry: The role of intolerance of uncertainty. *Cognitive therapy and research*, 32(5), 619-638.  
<https://doi:10.1007/s10608-007-9125-2>
- Løvaas, M. E. S., Lydersen, S., Sund, A. M., Neumer, S.-P., Martinsen, K. D., Holen, S., Patras, J., Adolfsen, F., Rasmussen, L. P., & Reinfjell, T. (2020). A 12-month follow-up of a transdiagnostic indicated prevention of internalizing symptoms in school-aged children: the results from the EMOTION study. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 14, 1-13. <https://doi:10.1186/s13034-020-00322-w>
- McEvoy, P. M., & Erceg-Hurn, D. M. (2016). The search for universal transdiagnostic and trans-therapy change processes: Evidence for intolerance of uncertainty. *Journal of anxiety disorders*, 41, 96-107. <https://doi:10.1016/j.janxdis.2016.02.002>
- Merikangas, K. R., Nakamura, E. F., & Kessler, R. C. (2009). Epidemiology of mental disorders in children and adolescents. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 11(1), 7-20.  
<https://DOI:10.31887/DCNS.2009.11.1/krmerikangas>.
- Muris, P., Simon, E., Lijphart, H., Bos, A., Hale, W., & Schmeitz, K. (2017). The youth anxiety measure for DSM-5 (YAM-5): development and first psychometric evidence of a new scale for assessing anxiety disorders symptoms of children and adolescents. *Child Psychiatry & Human Development*, 48(1), 1-17.  
<https://DOI:10.1007/s10578-016-0648-1>
- Olatunji, B. O., & Wolitzky-Taylor, K. B. (2009). Anxiety sensitivity and the anxiety disorders: a meta-analytic review and synthesis. *Psychological bulletin*, 135(6), 974.  
<https://DOI:10.1037/a0017428>.
- Oser, M., Khan, A., Kolodziej, M., Gruner, G., Barsky, A. J., & Epstein, L. (2021). Mindfulness and interoceptive exposure therapy for anxiety sensitivity in atrial fibrillation: a pilot study. *Behavior Modification*, 45(3), 462-479.  
<https://doi.org/10.1177/0145445519877619>
- Papenfuss, I., Lommen, M. J., Grillon, C., Balderston, N. L., & Ostafin, B. D. (2020). Responding to Uncertain Threat: A Potential Mediator for the Effect of Mindfulness on Anxiety. *Journal of anxiety disorders*, 102332.  
<https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2020.102332>.
- Pirzad, A., & Ahi, Q. (2017). Examining the factor structure, reliability and validity of the anxiety questionnaire for children and adolescents (YAM-

- 5) based on DSM-5. *Thought and Behavior*, 13(50), 16-7. (Persian). <https://www.sid.ir/paper/366400/en>
- Poppleton, A., Ramkission, R., & Ali, S. (2019). Anxiety in children and adolescents. *InnovAiT*, 12(11), 635-642. <https://doi/abs/10.1177/1755738019869182>.
- Poursharifi, H., Babapour, J., Alilou, M.-M., Khanjani, Z., & Zainali, Sh. (2016). Designing and testing a model for children's anxiety based on parent and child variables. *Journal of Family Psychology*, 4(1), 17-28. <https://www.sid.ir/paper/249997/fa>
- Raines, E. M., Viana, A. G., Trent, E. S., Conroy, H. E., Woodward, E. C., Zvolensky, M. J., & Storch, E. A. (2020). The explanatory role of anxiety sensitivity in the association between effortful control and child anxiety and depressive symptoms. *Cognitive Behaviour Therapy*, 1-17. <https://DOI:10.1080/16506073.2020.1790644>
- Reinholdt-Dunne, M. L., Blicher, A., Nordahl, H., Normann, N., Esbjörn, B. H., & Wells, A. (2019). Modeling the relationships between metacognitive beliefs, attention control and symptoms in children with and without anxiety disorders: A test of the S-REF model. *Frontiers in psychology*, 10, 1205. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.01205>
- Rifkin, L. S., & Kendall, P. C. (2020). Intolerance of uncertainty in youth: Psychometrics of the Intolerance of Uncertainty Index-A for Children. *Journal of anxiety disorders*, 71, 102197. <https://DOI:10.1016/j.janxdis.2020.102197>.
- Sabourin, B. C., Stewart, S. H., Watt, M. C., & Krigolson, O. E. (2015). Running as interoceptive exposure for decreasing anxiety sensitivity: Replication and extension. *Cognitive behaviour therapy*, 44(4), 264-274. <https://doi.org/10.1080/16506073.2015.1015163>
- Sandín, B., García-Escalera, J., Valiente, R. M., Espinosa, V., & Chorot, P. (2020). 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*, 17(22), 8306. <https://DOI:10.3390/ijerph17228306>
- Schaeuffele, C., Bär, J., Buengener, I., Grafiadeli, R., Heuthaler, E., Strieder, J., & Boettcher, J. (2022). Transdiagnostic Processes as Mediators of Change in an Internet-delivered Intervention based on the Unified Protocol. *Cognitive Therapy and Research*, 46(2), 273-286. <https://doi:10.1007/s10608-021-10272-y>.
- Silverman, W. K., Fleisig, W., Rabian, B., & Peterson, R. A. (1991). Childhood anxiety sensitivity index. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 20(2), 162-168. [https://doi.org/10.1207/s15374424jccp2002\\_7](https://doi.org/10.1207/s15374424jccp2002_7)
- Simon, E., Bos, A. E., Verboon, P., Smeekens, S., & Muris, P. (2017). Psychometric properties of the Youth Anxiety Measure for DSM-5 (YAM-5) in a community sample. *Personality and Individual Differences*, 116, 258-264. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2017.04.058>
- Smits, J. A., Otto, M. W., Powers, M. B., & Baird, S. O. (2019). *Anxiety sensitivity as a transdiagnostic treatment target*. In *The Clinician's Guide to Anxiety Sensitivity Treatment and Assessment*, 1-8. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-813495-5.00001-2>
- Suveg, C., Kendall, P. C., Comer, J. S., & Robin, J. (2006). Emotion-focused cognitive-behavioral therapy for anxious youth: A multiple-baseline evaluation. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 36(2), 77-85. <https://DOI:10.1007/s10879-006-9010-4>
- Taylor, S. (2020). *Anxiety sensitivity*. In J. S. Abramowitz & S. M. Blakey (Eds.), *Clinical handbook of fear and anxiety: Maintenance processes and treatment mechanisms* (pp. 65-80). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/0000150-004>.
- Taylor, S., Abramowitz, J. S., & McKay, D. (2012). Non-adherence and non-response in the treatment of anxiety disorders. *Journal of anxiety disorders*, 26(5), 583-589. <https://DOI:10.1016/j.janxdis.2012.02.010>.
- Weems, C. F., Hammond-Laurence, K., Silverman, W. K., & Ginsburg, G. S. (1998). Testing the utility of the anxiety sensitivity construct in children and adolescents referred for anxiety disorders. *Journal of Clinical Child Psychology*, 27(1), 69-77. [https://DOI:10.1207/s15374424jccp2701\\_8](https://DOI:10.1207/s15374424jccp2701_8)
- Zemestani, M., Ommati, P., Rezaei, F., & Gallagher, M. W. (2022). 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*, 13(2), 171. <https://DOI:10.1037/per0000482>