



The Effectiveness of Unified Transdiagnostic Therapy on Depressive Symptoms and Alexithymia in Adolescents with Social Anxiety Disorder

Nasim Beiranvand¹ , Maryam Rezaee² 

1. Ph.D. of General Psychology, Borujerd Branch, Islamic Azad University, Borujerd, Iran. E-mail: imnasimb@gmail.com

2. M.A in School Counseling, Abhar Branch, Islamic Azad University, Abhar, Iran. E-mail: Maryam.rezai.13531353@gmail.com

ARTICLE INFO

Article type:
Research Article

Article history:

Received: 07 February 2025

Received in revised form: 25 May 2025

Accepted: 14 June 2025

Published Online: 23 July 2025

Keywords:

Alexithymia,
Asocial Anxiety Disorder,
Depressive Symptoms,
Unified Transdiagnostic
Treatment

ABSTRACT

Background: The present study aimed to investigate the effectiveness of the Unified Transdiagnostic Treatment on depressive symptoms and alexithymia in adolescents with social anxiety disorder.

Method: This semi-experimental study employed a pretest-posttest design with a control group. The statistical population consisted of all female adolescents diagnosed with social anxiety disorder attending public secondary schools in Eslamshahr during the winter of 2023. A sample of 30 participants was selected through multi-stage cluster sampling and randomly assigned to experimental ($n=15$) and control ($n=15$) groups. The assessment tools included the Social Phobia Inventory (SPIN), Kutcher Adolescent Depression Scale-II (KADS-II), and Toronto Alexithymia Scale (TAS-20). Only the experimental group received the intervention, consisting of 12 treatment sessions. Data were analyzed using analysis of covariance (ANCOVA).

Results: After controlling for pretest scores, the experimental group showed a statistically significant greater reduction in depressive symptoms and alexithymia compared to the control group ($p < 0.01$), indicating the effectiveness of the Unified Transdiagnostic Treatment in alleviating these symptoms.

Conclusion: The Unified Transdiagnostic Treatment led to significant reductions in depressive symptoms and alexithymia, likely due to its focus on emotional regulation and underlying transdiagnostic processes common across emotional disorders, thereby contributing to the overall psychological improvement of adolescents.

Citation: Beiranvand, N., & Rezaee, M. (2025). The Effectiveness of Unified Transdiagnostic Therapy on Depressive Symptoms and Alexithymia in Adolescents with Social Anxiety Disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 17(2), 85-98.

DOI: <https://doi.org/10.22075/jcp.2025.36758.3116>



© 2025 The Author(s): This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution (CC BY 4.0), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, As long as the original authors and sources are cited. No permission is required from the authors or the publishers

Extended Abstract

Introduction

Social Anxiety Disorder (SAD) is characterized by the avoidance of social situations and an intense fear of negative evaluation. In adolescence, it is often comorbid with other emotional disorders such as depression and alexithymia. Adolescent depression typically manifests as low mood, social withdrawal, and a perceived inability to engage with others. Meanwhile, alexithymia—defined as difficulty in identifying and expressing emotions—impairs emotional regulation and leads to maladaptive avoidance strategies.

Adolescents with SAD frequently struggle to express their emotions, which exacerbates their difficulties in social interactions and increases their susceptibility to negative mood states and emotional avoidance. Evidence suggests that both depression and alexithymia are common outcomes of sustained social anxiety and emotional dysregulation.

Standard disorder-specific treatments may be insufficient to address the complexity of comorbid emotional difficulties. Unified transdiagnostic treatment (UTT), by targeting shared underlying components such as emotional avoidance, cognitive inflexibility, and poor emotional awareness, has emerged as a novel and promising approach to reducing emotional problems in adolescents. UTT incorporates techniques such as emotional awareness training, interoceptive and situational exposure, and emotion-focused behavioral modification, aiming to enhance emotional regulation capacities.

Given the high prevalence of SAD in adolescents and its frequent co-occurrence with depression and alexithymia, this study aimed to investigate the effectiveness of Unified Transdiagnostic Treatment in reducing depressive symptoms and alexithymia in adolescents diagnosed with Social Anxiety Disorder

Method

This study employed a quasi-experimental design with a pretest-posttest control group. The statistical population included all female students in the second level of high school (10th to 12th grade) in public schools of Eslamshahr during the winter of 2023. Using a multistage cluster sampling method, three schools were first randomly selected, followed by three classes from each school. From a total of 285 available students, 42 volunteered and participated in the initial screening with informed consent. Of these, 37 students scored above the cut-off point on the Social Phobia Inventory (SPIN) and were referred for a clinical interview based on the DSM-5-TR. Eventually, 30 adolescent students who simultaneously exhibited symptoms of social anxiety, depression, and alexithymia were deemed eligible and were randomly assigned to experimental and control groups (15 in each group).

The sample size was determined using G*Power software with a medium effect size (0.5), a significance level of 0.05, and a statistical power of 0.80.

Inclusion criteria consisted of: being 15–17 years old, meeting the diagnostic criteria for all three target symptoms, no comorbid psychiatric disorders, and not receiving any concurrent treatment. Exclusion criteria included: use of psychiatric medication, withdrawal from treatment, or missing more than two sessions.

Research instruments included the Social Phobia Inventory (SPIN), the Kutcher Adolescent Depression Scale (KADS-II), and the Toronto Alexithymia Scale (TAS-20). The experimental group received 12 sessions of Unified Transdiagnostic Treatment (based on the localized version of Barlow et al.'s protocol), each lasting 60 to 75 minutes. The control group received no intervention. The post-test was administered after the completion of the sessions.

Data were analyzed using SPSS version 26 and one-way ANCOVA. Statistical assumptions were assessed and confirmed prior to analysis.

Results

A total of 30 adolescents with SAD were randomly assigned to the experimental and control groups (15 per group). The two groups were comparable in terms of age, with no significant differences. Post-intervention analysis showed a significant

reduction in depressive symptoms and alexithymia scores in the experimental group, whereas the control group showed no significant change.

Statistical assumptions for ANCOVA were met. The results are summarized in the following table:

Table 1. ANCOVA Summary for Depression and Alexithymia

Variable	Group	Adjusted Mean	SS	df	MS	F	p-value	Effect Size
Depression	Experimental	16.7	474.89	1	474.894	163.737	0.0001	0.858
	Control	24.8						
Alexithymia	Experimental	45.3	313.74	1	313.738	62.605	0.0001	0.699
	Control	51.8						

The findings indicate that Unified Transdiagnostic Treatment produced significant and clinically meaningful reductions in both depression and alexithymia. The large effect sizes suggest a strong therapeutic impact, highlighting the role of improved emotional processes in reducing symptoms.

Conclusion

This study examined the effectiveness of Unified Transdiagnostic Treatment in reducing depressive symptoms and alexithymia among adolescents with Social Anxiety Disorder. Controlling for pre-test scores, significant differences were observed between the experimental and control groups for both outcomes. The results support the efficacy of UTT in alleviating comorbid emotional symptoms in adolescents with SAD.

These findings align with previous research demonstrating the effectiveness of culturally adapted versions of UTT in treating depression and anxiety. The therapeutic mechanisms likely include emotional acceptance training, cognitive restructuring, and interoceptive exposure, which help participants shift away from maladaptive strategies such as avoidance and suppression. By increasing awareness of the emotion-behavior cycle, reducing automatic negative thoughts, and enhancing emotion expression skills, the intervention may

improve emotional regulation and social functioning.

Furthermore, the focus on modifying dysfunctional emotion regulation patterns—such as experiential avoidance and fear of emotion expression—appears effective in reducing alexithymia. Techniques such as mindfulness, emotional acceptance, and cognitive reappraisal were key mechanisms contributing to this improvement.

Overall, these results highlight the utility of Unified Transdiagnostic Treatment not only in managing anxiety symptoms but also in addressing deeper emotional difficulties like depression and alexithymia in adolescents with SAD.

Ethical Considerations

Ethics Code: This study was approved by the Eslamshahr Department of Education.

Financial support: No financial support was received for this research.

Authors' Contributions: N.B.: Methodology, intervention, data management, statistical analysis, manuscript editing.

M.R.: Data collection, intervention, manuscript drafting

Conflict of Interest: The authors declare no conflict of interest.

Acknowledgments: The authors wish to thank the school staff and students who participated in this study.



اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه بر نشانگان افسردگی و ناگویی هیجانی نوجوانان دارای اختلال اضطراب اجتماعی

نسیم بیرانوند^۱، مریم رضایی^۲

۱. دکتری روانشناسی عمومی، واحد بروجرد، دانشگاه آزاد اسلامی، بروجرد، ایران. ایمیل: imnasimb@gmail.com

۲. کارشناسی ارشد مشاوره مدرسه، واحد ابهر، دانشگاه آزاد اسلامی، ابهر، ایران. ایمیل: Maryam.rezai.13531353@gmail.com

چکیده

مشخصات مقاله

نوع مقاله:

پژوهشی

تاریخچه مقاله:

دریافت: ۱۴۰۳/۱۱/۱۹

بازنگری: ۱۴۰۴/۰۳/۰۴

پذیرش: ۱۴۰۴/۰۳/۲۴

انتشار برخط: ۱۴۰۴/۰۵/۰۱

کلیدواژه‌ها:

اختلال اضطراب اجتماعی،
درمان فراتشخیصی یکپارچه،
ناگویی هیجانی،
نشانگان افسردگی

زمینه: پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه بر نشانگان افسردگی و ناگویی هیجانی در نوجوانان دارای اختلال اضطراب اجتماعی انجام شد.

روش: روش پژوهش، نیمه آزمایشی از نوع پیش آزمون-پس آزمون با گروه گواه بود. جامعه آماری شامل تمامی نوجوانان مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی است که در زمستان ۱۴۰۲ در مدارس دولتی دخترانه‌ای دوره‌ی دوم متوسطه شهرستان اسلامشهر مشغول به تحصیل بودند؛ ۳۰ نفر به شیوه‌ی نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای بعنوان نمونه انتخاب و به‌طور تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه (هرگروه ۱۵ نفر) قرار گرفتند. ابزار پژوهش شامل سیاهه هراس اجتماعی (SPIN)، مقیاس‌های افسردگی نوجوانان کوتچر (KADS-II) و ناگویی هیجانی تورنتو (TAS-20) بود. تنها گروه آزمایش طی ۱۲ جلسه تحت مداخله قرار گرفتند. تحلیل داده‌ها با استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس (ANCOVA) انجام شد.

یافته‌ها: یافته‌ها نشان داد پس از کنترل نمرات پیش آزمون، میزان کاهش افسردگی و ناگویی هیجانی در گروه آزمایش نسبت به گروه گواه معنادار بود ($P < 0/01$)، که بیانگر اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه در کاهش این نشانه‌هاست.

نتیجه‌گیری: درمان فراتشخیصی یکپارچه موجب کاهش نشانه‌های افسردگی و ناگویی هیجانی شد. این اثر احتمالاً به دلیل تمرکز درمان بر تنظیم هیجان و فرآیندهای زیربنایی مشترک در اختلالات هیجانی است که توانست به بهبود کلی وضعیت روانشناختی نوجوانان کمک کند.

استناد: بیرانوند، نسیم؛ و رضایی، مریم (۱۴۰۴). اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه بر نشانگان افسردگی و ناگویی هیجانی نوجوانان دارای اختلال اضطراب اجتماعی. مجله روانشناسی بالینی، ۱۷(۲)، ۸۵-۹۸.

DOI: <https://doi.org/10.22075/jcp.2025.36758.3116>



© 2025 The Author(s): This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution (CC BY 4.0), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, As long as the original authors and sources are cited. No permission is required from the authors or the publishers

✉ نویسنده مسئول: نسیم بیرانوند، دکتری روانشناسی عمومی، واحد بروجرد، دانشگاه آزاد اسلامی، بروجرد، ایران.

رایانامه: imnasimb@gmail.com تلفن: ۰۹۹۱۶۵۳۶۴۲۲

مقدمه

اختلال اضطراب اجتماعی^۱ (SAD) با ترس بیش از حد، خجالت، تحقیر یا طرد شدن به هنگام مواجهه با ارزیابی منفی احتمالی توسط دیگران هنگام درگیر شدن در یک عملکرد عمومی (مانند سخنرانی در جمع) یا تعاملات اجتماعی (مانند گفتگو با یک فرد یا گروهی از افراد) مشخص می‌شود و موجب پریشانی، اختلال در عملکرد شغلی، تحصیل و روابط اجتماعی را به دنبال دارد (۱). افراد مبتلا از رفتاری می‌ترسند که ممکن است به ارزیابی منفی توسط دیگران منجر شود؛ بنابراین، موقعیت‌هایی که در آن دیگران می‌توانند افراد را قضاوت یا ارزیابی کنند، معمولاً از نظر فرد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی به شدت تهدیدکننده و اضطراب‌انگیز دیده می‌شوند (۲). این اختلال در نوجوانان نسبت به کودکان، در دختران نسبت به پسران، همچنین در دامنه سنی ۱۹-۱۶ سال نسبت به ۱۵-۱۳ سال شایع‌تر است (۳). میزان شیوع ۱۲ ماهه اختلال اضطراب اجتماعی را ۶/۸ درصد گزارش نموده‌اند که معمولاً یک دوره مزمن را دنبال می‌کند (۴). اختلال اضطراب اجتماعی می‌تواند به طور قابل توجهی عملکرد افراد را در محیط کاری، مدرسه و روابط مختل کند (۵). در ایران نیز طی پژوهشی شیوع وزنی اختلال اضطراب اجتماعی در کل جمعیت کودکان و نوجوانان ایرانی ۶ تا ۱۸ ساله ۱/۸ درصد گزارش شده است. در گروه سنی ۱۵-۱۸ سال، این میزان به ۲/۲ درصد افزایش یافته که نسبت به سایر گروه‌های سنی بالاتر گزارش شده است (۶).

براساس نتایج برخی مطالعات اختلال اضطراب اجتماعی اغلب با افسردگی^۲ همراه است (۸، ۹). افسردگی یکی از هشداردهنده‌ترین عوامل روانشناختی در میان اختلالات سلامت روان نوجوانی در نظر گرفته می‌شود (۱۰) که با خلق افسرده، از دست دادن علاقه یا لذت و انواع تغییرات شناختی و جسمی، با تأثیر منفی بر عملکرد فردی مشخص می‌شود (۱۱). طبق داده‌های مؤسسه ملی سلامت روان^۳ آمریکا، ۱۵/۷ درصد از نوجوانان ۱۲ تا ۱۷ ساله این کشور در سال ۲۰۱۹ حداقل یک دوره افسردگی اساسی را پشت سر گذاشته‌اند (۱۱). مطالعات نشان می‌دهند اغلب افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی به دلیل دست کم گرفتن توانمندی‌های خود و به تبع لذت نبردن در جمع، دیده شدن و ارزیابی شدن، علائم

افسردگی را تجربه می‌کنند (۸، ۱۲، ۱۳). وجود همزمان اضطراب و افسردگی در کودکان و نوجوانان منجر به افزایش شدت علائم، افزایش ناراحتی روانی، اختلال در عملکرد روزمره و پیش‌آگهی طولانی‌مدت ضعیف‌تر در مقایسه با افرادی می‌شود که تنها یکی از این شرایط را دارند (۱۴).

بررسی‌ها از ساختارهای عاطفی در اختلال اضطراب اجتماعی نشان می‌دهند که افراد مبتلا به این اختلال، در مقایسه با افراد بدون اختلال و افرادی که به سایر اختلالات اضطرابی مبتلا هستند، ممکن است توانایی کمتری برای بیان و درک هیجان‌های خود داشته باشند (۷). بدین ترتیب می‌توان گفت که یکی از ویژگی‌های شخصیتی شایع در میان مبتلایان به اختلال اضطراب اجتماعی، ناگویی هیجانی^۴ است (۱۵). ناگویی هیجانی یک عامل شخصیتی که به عنوان فقدان توانایی شناسایی و تنظیم هیجان‌های به روش سازگارانه تعریف می‌شود و مشکلاتی در شناسایی و بیان هیجان‌ها، تمایز هیجان از احساسات جسمانی و در یک سبک تفکر بیرونی تجلی می‌یابد. افرادی با سطوح بالای ناگویی هیجانی در شناسایی و توصیف احساسات خود دشواری دارند. بنابراین به واسطه محدودیت و ناتوانی این افراد در تنظیم هیجان‌های آن‌ها در شرایط مختلف از جمله موقعیت‌های عملکردی همچون سخنرانی در یک جمع به راحتی از طریق احساسات غیرقابل کنترل درهم شکسته می‌شوند و در نهایت آن‌ها تلاش دارند تا به وسیله رفتارهای اجتنابی و دوری جویی از موقعیت هیجان‌های خود را تنظیم کنند که در طولانی مدت به تشدید اضطراب در آن‌ها منجر خواهد شد (۱۶). سطوح بالایی از ناگویی هیجانی در نوجوانان مضطرب اجتماعی موجب می‌شود تا در تلاش باشند احساسات منفی خود را بوسیله دوری از دیگران مهار کنند و بدین طریق از شدت اضطراب تجربه شده خود بکاهند. کاهش فعالیت اجتماعی و در جمع بودن به عنوان شیوه‌ای به منظور فرار از اضطراب و تجربیات هیجانی و اجتناب از احساسات منفی است که از آن‌ها ترس دارند (۱۷). در همین رابطه تحقیقات نشان می‌دهد بهبود ناگویی هیجانی در افرادی با اختلالات اضطرابی به طور مستقیم با سطح مشکل در شناسایی احساسات در پیش از درمان در ارتباط است و افرادی با ناگویی هیجانی که مشکل بیشتری در

3. National Institute of Mental Health

4. alexithymia

1. social anxiety disorder

2. depression

به عبارت کوتاه‌تر، این رویکرد عادات خودنظم‌جویی هیجانی را تغییر داده و موجب کاهش فراوانی و شدت استفاده از عادات هیجانی ناسازگارانه می‌شود در نتیجه میزان آسیب را کم می‌کند و موجب افزایش عملکرد اجتماعی، ارتباطی، رفتاری و روانشناختی می‌شود (۲۵). نتایج پژوهش‌ها نشان از اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه بر بهبود علائم و مشکلات ناشی از هیجان در اختلالات اضطرابی نوجوانان است (۲۴-۳۱).

با توجه به مطالب فوق و پژوهش‌های انجام شده و نظر به اهمیت دوره نوجوانی، همچنین از آنجایی که هیجان‌ها، در چندین مدل آسیب‌شناسی روانی به منزله‌ی مؤلفه‌ای کلیدی در اختلالات اضطرابی مورد مطالعه قرار گرفته‌اند. اما جستجوهای صورت گرفته نشان داد در پیشینه پژوهش‌های داخلی کاستی‌های بسیاری وجود دارد و مطالعات درباره استفاده از درمان فراتشخیصی یکپارچه در زمینه درمان اختلال اضطراب اجتماعی در سطح اولیه می‌باشد، بنابراین انجام پژوهش‌هایی جهت بررسی اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه در مبتلایان به اختلال اضطراب اجتماعی ضروری به نظر می‌رسد. براین اساس پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه بر نشانگان افسردگی و ناگویی هیجانی در نوجوانان دارای اختلال اضطراب اجتماعی انجام شد.

روش

طرح پژوهش: روش پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه بود.

آزمودنی‌ها: جامعه آماری را تمامی نوجوانان مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی مشغول به تحصیل در زمستان سال ۱۴۰۲ در مدارس دولتی دخترانه‌ی دوره‌ی دوم متوسطه شهرستان اسلامشهر تشکیل دادند. با توجه به این که حجم نمونه در طرح‌های آزمایشی حداقل ۱۵ نفر در هر گروه توصیه می‌شود (۳۲)، لیکن برای جلوگیری از بروز خطاهای آماری ناشی از حجم نمونه نامناسب، حجم نمونه دقیق با استفاده از نرم‌افزار G-Power و با در نظر گرفتن اندازه اثر متوسط (۰/۵)، سطح معناداری ۰/۰۵ و توان آزمون ۰/۸۰ تعیین شد. بر این اساس، حجم نمونه مورد نیاز برای هر گروه ۱۵ نفر (در مجموع ۳۰ نفر) برآورد گردید. نمونه‌گیری به شیوه‌ی خوشه‌ای چندمرحله‌ای انجام شد. در مرحله نخست، از میان مدارس دولتی دخترانه دوره دوم متوسطه شهرستان اسلامشهر، سه مدرسه و از هر مدرسه، سه کلاس به شکل تصادفی انتخاب

شناسایی احساسات خود دارند نشانگان بیشتری را در پیگیری و بهبود کمتری را نشان می‌دهند (۱۸).

از آنجا که سیر اختلال اضطراب اجتماعی بدون مداخله درمان‌گرانه، سیری مزمن و بدون بهبودی است (۱۹)؛ لزوم ارزیابی عینی و مداخلات درمانی مؤثر، بجا و ضروری به نظر می‌رسد. یکی از مداخلات اثربخش در حیطه اختلالات رفتاری-هیجانی که به منظور پوشش دادن به مشکلات ناشی از درمان‌های اختصاصی مورد استفاده قرار می‌گیرد، درمان فراتشخیصی یکپارچه است (۲۰).

درمان فراتشخیصی یکپارچه در مواجهه با محدودیت‌های درمان‌های شناختی-رفتاری اختصاصی معرفی شده است و در آن پروتکل‌های درمانی مشابهی برای انواع اختلال‌های و مشکلات هیجانی بکار می‌رود (۲۱). درمان فراتشخیصی یکپارچه با تأکید بر هیجان‌ها و ماهیت انطباقی و کارکردی‌شان، سعی در شناسایی و اصلاح تلاش‌های غیرانطباقی جهت تنظیم تجارب هیجانی دارد (۲۲). این رویکرد مداخله‌ای شامل پنج بخش درمانی اصلی الف) آگاهی هیجانی مبتنی بر حال، ب) انعطاف‌پذیری شناختی، ج) اجتناب هیجانی و رفتارهای برخاسته از حساسات، د) آگاهی از هیجان‌های جسمانی و تحمل آن‌ها، ه) مواجهه هیجانی درون‌زاد (ذهنی) و مبتنی بر موقعیت می‌شود (۲۰) و شامل فنون و تکنیک‌هایی است که هیجان‌های افراد را تعدیل می‌سازد؛ برای مثال می‌توان به بازشناسی هیجان‌ها، آموزش آگاهی هیجانی، یادگیری مشاهده هیجانی، آشنایی با راهبردهای مختل اجتناب تجربه‌ای و آگاهی یافتن از اثرات منفی اجتناب تجربه‌ای، آشنایی و شناسایی رفتارهای ناشی از هیجان و رویارویی با هیجان مبتنی بر موقعیت اشاره نمود (۲۳). هدف اصلی در درمان فراتشخیصی یکپارچه دستیابی به مهارت‌هایی در جهت مدیریت مؤثر هیجان‌های منفی است (۲۴). درمان فراتشخیصی یکپارچه با هدف قرار دادن مکانیسم‌های سبب‌ساز مشترک اختلالات هیجانی به شخص چگونگی مواجهه و پاسخ مناسب به هیجان‌های ناخوشایندش را می‌آموزد و به او در درک بهتر و متناسب‌تر از تعامل افکار، احساسات و رفتارهای خود و نقش برانگیزاننده‌ها در شکل‌گیری تجارب هیجانی کمک می‌کند تا قادر به پیش‌بینی پیامدهای تجارب هیجانی خود شود، رفتارهای نشأت گرفته از هیجان را تشخیص داده و در صورت لزوم اصلاح نماید و در موقعیت‌های اجتماعی هیجان مناسب از خود ابراز کند (۲۱).

آن‌ها نیز تحت مداخله درمان فراتشخیصی یکپارچه قرار بگیرند.

پس از تعیین و تخصیص تصادفی افراد به گروه‌های آزمایش و گواه، به‌منظور اجرای پیش‌آزمون، تمامی شرکت‌کنندگان به ابزارهای پژوهش که برای سنجش نشانگان افسردگی و ناگویی هیجانی پاسخ گفتند. سپس برنامه‌ی مداخله‌ای درمان فراتشخیصی یکپارچه بارلو و همکاران (۲۰) برای دانش‌آموزان گروه آزمایش اجرا شد؛ در این مدت گروه گواه مداخله‌ای صورت نگرفت. در پایان جلسات مداخله مجدد پرسشنامه‌های موردنظر با هدف پس‌آزمون برای دانش‌آموزان هر دو گروه آزمایش و گواه اجرا شد.

ابزار

۱. سیاهه هراس اجتماعی^۱ (SPIN): به منظور ارزیابی اضطراب اجتماعی توسط کانور و همکاران (۲۰۰۰) تنظیم شده است. شامل ۱۷ ماده و سه مقیاس فرعی (اجتناب، ترس و ناراحتی جسمی) است. پاسخ به ماده‌ها براساس مقیاس پنج درجه‌ای لیکرت (به هیچ‌وجه = صفر تا خیلی زیاد = ۴) درجه‌بندی شده است. دامنه نمره صفر تا ۶۸ قرار می‌گیرد؛ نقطه برش ۴۰ با کارایی دقت تشخیص ۸۰ درصد و نقطه برش ۵۰ با کارایی ۸۹ درصد افراد مبتلا به هراس اجتماعی را از افراد غیرمبتلا متمایز می‌کند. کانور و همکاران (۲۰۰۰) پایایی این سیاهه را به روش بازآزمایی ۰/۸۹ همسانی درونی برای کل مقیاس ۰/۹۴ و برای زیرمقیاس اجتناب ۰/۹۲، ترس ۰/۹۸ و ناراحتی جسمی ۰/۸۰ گزارش کردند (۳۳). حسنوند عموزاده روایی همگرا پرسشنامه را با اضطراب فوبیک از نسخه تجدید نظر شده چک لیست نشانگان SCL-R۹۰ ۰/۷ به دست آورد؛ همچنین سازگاری درونی با روش آلفای کرونباخ ۰/۹۴ و با روش بازآزمایی با فاصله زمانی دو هفته و شاخص ICC^۲ ۰/۹۶ گزارش کرد (۳۴). در پژوهش حاضر پایایی با روش آلفای کرونباخ ۰/۷۳ به دست آمد.

۲. مقیاس افسردگی نوجوانان کوتچر^۳ (KADS-II): این مقیاس توسط لیبلانس و همکاران (۲۰۰۲) تهیه شده است. یک ابزار خودگزارشی که دارای ۱۱ آیتم است. پاسخ به آیتم‌ها براساس طیف لیکرتی چهارگزینه‌ای تنظیم شده است و به هر عبارت صفر تا ۴ امتیاز تعلق می‌گیرد. بنابراین دامنه نمره در این مقیاس صفر تا ۳۳ می‌باشد. نمره بالاتر نشانه شدت

گردید (در مجموع، ۹ کلاس شامل ۲۸۵ نوجوان دانش‌آموز)؛ از میان این، ۴۲ نفر با رضایت آگاهانه به‌صورت داوطلبانه در مرحله غربالگری شرکت کرده و به پرسشنامه هراس اجتماعی کانور و همکاران (۲۰۰۰) پاسخ دادند. از این میان، ۳۷ نفر نمره‌ای بالاتر از نقطه برش (نمره ۴۰) کسب کردند و به مرحله مصاحبه بالینی راه یافتند. مصاحبه بالینی بر اساس راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی-ویرایش پنجم بازبینی شده (DSM-5-TR) انجام شد. ۷ نفر به دلیل عدم برخورداری از ملاک‌های ورود به پژوهش (از جمله تشخیص همزمان اختلال اضطراب اجتماعی، افسردگی و ناگویی هیجانی) حذف شدند. در نهایت، ۳۰ نفر که واجد شرایط ورود بودند، به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه (هر گروه ۱۵ نفر) گمارده شدند.

شایان ذکر است که از آنجا که شرکت در پژوهش داوطلبانه بود، تنها بخشی از دانش‌آموزان حاضر در کلاس‌ها در مرحله غربالگری شرکت کردند؛ بنابراین، نسبت افراد دارای نشانگان اضطراب اجتماعی در این پژوهش، قابل تعمیم به کل جمعیت آماری نیست و صرفاً نشان‌دهنده ویژگی‌های نمونه داوطلب شرکت‌کننده است.

ملاک‌های ورود به پژوهش شامل: کسب نمره بالاتر از نقطه برش در سیاهه هراس اجتماعی و تشخیص قطعی اضطراب اجتماعی براساس مصاحبه بالینی، تشخیص قطعی افسردگی و ناگویی هیجانی بصورت همزمان با اضطراب اجتماعی، عدم ابتلای همزمان به سایر اختلالات بالینی و عدم وابستگی به الکل یا مواد مخدر، دامنه سنی ۱۷-۱۵ سال، توانایی شرکت در جلسات مداخله‌ای گروهی، عدم شرکت همزمان در کلاس‌های آموزشی و مداخله‌ای دیگر. ملاک‌های خروج شامل انصراف از ادامه شرکت در جلسات علی‌رغم رضایت اولیه، مصرف داروهای روان‌پزشکی، غیبت بیش از دو جلسه از جلسات مداخله در نظر گرفته شد. اصول اخلاقی پژوهش شامل: محرمانه بودن اطلاعات، رضایت آگاهانه جهت شرکت در پژوهش و امکان انصراف از ادامه همکاری رعایت شد؛ همچنین به دانش‌آموزان گروه گواه اطمینان داده شد که پس از پایان جلسات گروه آزمایش، در صورت اثربخشی مداخله،

3. Kutcher Adolescent Depression Scale (KADS-II)

1. Social Phobia Inventory (SPI)

2. Intra-class correlation coefficient

همچنین همبستگی معنادار بین نمره کل ناگویی هیجانی و نمرات هوش اجتماعی ($r = 0.44$ ، $P < 0.001$) نیز نشانگر ارتباط این سازه با جنبه‌هایی از عملکرد هیجانی است (۳۹). در پژوهش حاضر آلفای کرونباخ مقیاس ۰/۷۱ به دست آمد.

۴. جلسات مداخله درمان فراتشخیصی یکپارچه: براساس برنامه‌ی درمانی بارلو و همکاران (۲۰) نوجوانان دانش‌آموز گروه آزمایش طی ۱۲ جلسه بصورت دو جلسه هفتگی (هر جلسه ۶۰-۷۵ دقیقه‌ای) در غالب جلسات مداخله گروهی استفاده شد. ساختار اصلی پروتکل با در نظر گرفتن اقتضائات سنی، تحولی و فرهنگی نوجوانان ایرانی بازنگری و متناسب‌سازی شد. همچنین این نسخه‌ی بومی‌شده از پروتکل پیش‌تر در برخی پژوهش‌های داخلی از جمله مطالعات ظهرابی و همکاران (۲۴)، زمستانی و همکاران (۲۶)، و شرفی و همکاران (۲۸)، مورد استفاده و بررسی قرار گرفته و اثربخشی آن در کاهش مشکلات هیجانی نوجوانان ایرانی تأیید شده است. خلاصه محتوای جلسات مداخله در جدول ۱ ارائه شده است.

روند اجرای پژوهش: بمنظور تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۲۶ استفاده شد. ابتدا برای توصیف ویژگی‌های جمعیت‌شناختی و متغیرهای مورد بررسی، آمار توصیفی شامل میانگین، انحراف معیار، محاسبه گردید. سطح معناداری آزمون‌ها برابر با ۰/۰۵ در نظر گرفته شد. پیش‌فرض‌های آزمون‌ها، از جمله نرمال بودن داده‌ها و همگنی واریانس‌ها، شیب رگرسیون قبل از انجام تحلیل‌ها بررسی گردید. سپس بمنظور بررسی فرضیات پژوهش و مقایسه گروه‌های آزمایش و کنترل در پیش‌آزمون و پس‌آزمون، از تحلیل کوواریانس یک‌راهه تک متغیری (ANCOVA) با کنترل نمرات پیش‌آزمون استفاده شد.

بیشتر افسردگی است. ضریب آلفای کرونباخ کل مقیاس ۰/۹۰ و اعتبار آن با استفاده از روش دونیمه‌سازی ۰/۸۷ گزارش شده است (۳۵). ساختار عاملی این مقیاس در پژوهش حبیبی و همکاران روی ۴۰۰ دانش‌آموز دختر و پسر مقطع راهنمایی و دبیرستان شهر تهران تأیید شد (۳۶). این مقیاس با مقیاس افسردگی نوجوانان رینولدز (۱۹۸۷)، دارای همبستگی مثبت معنادار با مقیاس افسردگی کودکان^۱ (کواس، ۱۹۹۷) ($r = 0.78$) و مقیاس ناامیدی کودکان^۲ (کازدین و همکاران، ۱۹۸۶) ($r = 0.48$) و با مقیاس خودکارآمدی کودکان و نوجوانان^۳ (موریس، ۲۰۰۱) ($r = -0.48$) دارای همبستگی منفی معنادار است که روایی همگرا و روایی واگرایی این ابزار را نشان می‌دهد. ضریب آلفای کرونباخ برای نمره کل نیز بیش از ۰/۷۰ گزارش شد (۳۶). در پژوهش مهدی‌زاده‌ازدین و همکاران ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس ۰/۷۶ (۳۷) و در پژوهش حاضر نیز ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۰ به دست آمد.

۳. مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو^۴ (TAS-20): توسط بگبی و همکاران (۱۹۹۴) تهیه شده است و شامل ۲۰ سؤال است که سه زیرمقیاس دشواری در شناسایی احساسات، دشواری در توصیف احساسات، و تفکر عینی را بررسی می‌کند. پاسخ به سؤال‌ها براساس طیف لیکرتی پنج گزینه‌ای است و به هر سؤال یک تا ۵ نمره تعلق می‌گیرد. یک نمره کل نیز از جمع نمره‌های سه زیرمقیاس برای ناگویی هیجانی کلی به دست می‌آید. بنابراین حداقل و حداکثر نمره کل پرسشنامه ۲۰-۱۰۰ می‌باشد و نمرات بالاتر نشان‌دهنده شدت بیشتر ناگویی هیجانی است (۳۸). در نسخه فارسی مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو-۲۰ (بشارت، ۲۰۰۷) ضرایب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۸۵ گزارش شده است که نشانه همسانی درونی^۵ خوب مقیاس است. پایایی بازآزمایی^۶ مقیاس در یک نمونه ۶۷ نفری در دو نوبت با فاصله چهار هفته از $r = 0.70$ تا $r = 0.77$ برای ناگویی هیجانی کل و زیرمقیاس‌های مختلف تأیید شده است. درستی آزمایی همزمان^۷ مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو-۲۰ در نسخه فارسی با استفاده از همبستگی بین زیرمقیاس‌های آن و مقیاس هوش هیجانی^۸، بهزیستی روانشناختی^۹، و درماندگی روانشناختی^{۱۰} تأیید شده است.

6. test-retest reliability

7. concurrent validity

8. emotional intelligence

9. psychological well-being

10. psychological distress

1. Children Depression Scale

2. Children Hopelessness Scale

3. Self-Efficacy Questionnaire-Children

4. Toronto Alexithymia Scale

5. internal consistency

جدول ۱) خلاصه جلسات درمان فراتشخیصی یکپارچه

جلسه	هدف	محتوای جلسات
اول	افزایش انگیزه و ارائه منطق درمان	افزایش انگیزه؛ مصاحبه انگیزشی برای ایجاد انگیزه مشارکت و درگیری بیماران در جریان درمان، ارائه منطق درمانی و تعیین اهداف درمانی.
دوم	شناخت هیجان‌ها	ارائه آموزش روانی؛ بازشناسی هیجان‌ها و ردیابی تجارب هیجانی و آموزش مدل سه مؤلفه‌ای تجارب هیجانی و مدل ARC.
سوم و چهارم	پذیرش و آگاهی از هیجان‌ها	آموزش آگاهی هیجانی؛ یادگیری مشاهده تجارب هیجانی (هیجان‌ها و واکنش به هیجان‌ها) به ویژه با استفاده از تکنیک‌های ذهن‌آگاهی.
پنجم	بازارزیابی هیجان‌ها	ارزیابی مجدد شناختی؛ ایجاد آگاهی از ارتباط متقابل بین افکار و هیجان‌ها، شناسایی ارزیابی‌های ناسازگارانه خودکار و تله‌های شایع تفکر، ارزیابی مجدد شناختی و افزایش انعطاف‌پذیری در تفکر.
ششم	اجتناب هیجانی و تأثیرات آن‌ها	شناسایی الگوهای اجتناب از هیجان؛ آشنایی با راهبردهای مختلف اجتناب از هیجان و تأثیر آن بر تجارب هیجانی و آگاهی یافتن از اثرات متناقض اجتناب از هیجان.
هفتم	شناخت رفتارهای مرتبط با هیجان	بررسی رفتارهای ناشی از هیجان EDBS، شناسایی رفتارهای ناشی از هیجان و درک تأثیر آن‌ها روی تجارب هیجانی، شناسایی (EDB) ناسازگارانه و ایجاد گرایش‌های عمل جایگزین از طریق مواجهه شدن با رفتارها.
هشتم	جستجوی احساسات جسمی	آگاهی و تحمل احساس‌های جسمانی؛ افزایش آگاهی از نقش احساسات جسمانی در تجارب هیجانی، انجام تمرین‌های مواجهه یا رویارویی احشایی به منظور آگاهی از احساسات جسمانی و افزایش تحمل این علائم.
نهم تا یازدهم	منطق رویارویی با هیجان‌ها	رویایی احشایی و رویایی با هیجان مبتنی بر موقعیت؛ آگاهی یافتن از منطق رویایی‌های هیجانی، آموزش نحوه تهیه سلسله مراتب ترس و اجتناب، طراحی تمرین‌های مواجهه هیجانی به صورت تجسمی و عینی و ممانعت از اجتناب.
دوازدهم	جمع‌بندی	پیشگیری از عود، مرور کلی مفاهیم درمان و بحث در مورد بهبودی و پیشرفت‌های درمانی.

یافته‌ها

$\pm 16/5$ سال و گروه گواه $2/1 \pm 16/2$ وجود نداشت؛

بنابراین، از این لحاظ تفاوتی میان گروه‌ها مشاهده نشد. میانگین، انحراف معیار پیش‌آزمون-پس‌آزمون نشانه‌های افسردگی و ناگویی هیجانی نوجوان دانش‌آموز شرکت‌کننده در گروه آزمایش و گواه در جدول ۲ ارائه شده است.

در پژوهش حاضر ۳۰ نوجوان دانش‌آموز دارای اضطراب اجتماعی در دو گروه آزمایش و گواه (هر گروه ۱۵ نفر) شرکت کردند. در بررسی سن شرکت‌کنندگان، نتایج نشان داد که از نظر میانگین سنی، تفاوت معناداری میان گروه آزمایش $2/3$

جدول ۲) آماره توصیفی و مفروضه‌های آماری در متغیرهای نشانه‌های افسردگی و ناگویی هیجانی

متغیر	گروه	مرحله	میانگین	انحراف معیار	Z شاپیرو	Sig شاپیرو	F لون	Sig لون	F شیب رگرسیون	Sig شیب
افسردگی	آزمایش	پیش‌آزمون	۲۳/۷۳	۲/۸۴	۰/۱۲۹	۰/۲۰۰				
		پس‌آزمون	۱۶/۴	۲/۷۷	۰/۱۵۷	۰/۲۰۰	۰/۱۵۱	۰/۷۰۱	۰/۰۶۱	۰/۸۰۶
	گواه	پیش‌آزمون	۲۴/۸	۳/۱۶	۰/۱۳۴	۰/۲۰۰				
		پس‌آزمون	۲۵/۲۶	۲/۷۳	۰/۱۳۹	۰/۲۰۰				
ناگویی هیجانی	آزمایش	پیش‌آزمون	۵۲/۶	۶/۲۸	۰/۱۲۰	۰/۲۰۰				
		پس‌آزمون	۴۴/۶۶	۵/۷۷	۰/۱۷۰	۰/۲۰۰	۱/۳۹۱	۰/۲۴۸	۱/۸۳۸	۰/۱۸۷
	گواه	پیش‌آزمون	۵۴/۰۶	۵/۳۹	۰/۱۶۰	۰/۲۰۰				
		پس‌آزمون	۵۲/۶	۶/۳۱	۰/۱۷۲	۰/۲۰۰				

پیش‌آزمون به پس‌آزمون کاهش یافته است، درحالی‌که در گروه گواه تغییر چشمگیری مشاهده نمی‌شود.

یافته‌های جدول فوق نشان می‌دهد که در گروه آزمایش، میانگین نمرات افسردگی و ناگویی هیجانی از مرحله

نتایج حاصل از F محاسبه شده برای متغیرهای نشانه‌های افسردگی ($F=0/061$, $P>0/05$) و ناگویی هیجانی ($F=1/838$, $P>0/05$) نشان داد مفروضه شیب رگرسیون رعایت شده است.

با توجه به برقراری پیش‌فرض‌های آزمون کوواریانس، به منظور بررسی اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه بر نشانه‌های افسردگی و ناگویی هیجانی نوجوانان دانش‌آموز دارای اختلال اضطراب اجتماعی از آزمون تحلیل کوواریانس یکراهه تک متغیری استفاده شد. خلاصه نتایج در جدول ۳ و ۴ ارائه شده است.

جدول ۳) مقایسه پس‌آزمون نمرات افسردگی در دو گروه با کنترل اثر پیش‌آزمون

متغیر	تغییرات	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	سطح معناداری	اندازه اثر
افسردگی	گروه	۴۷۴/۸۹۴	۱	۴۷۴/۸۹۴	۱۶۳/۷۳۷	۰/۰۰۰۱	۰/۸۵۸
	خطا	۷۸/۳۱	۲۷	۲/۹			

افسردگی با میانگین (۱۶/۷) و گواه با میانگین (۲۴/۸) وجود دارد. بدین معنا که درمان فراتشخیصی یکپارچه با اندازه اثر ۰/۸۵۸ موجب کاهش نشانه‌های افسردگی شده است.

در بررسی مفروضه‌های آزمون جهت بررسی نرمال بودن نمرات نشانه‌های افسردگی، ناگویی هیجانی از آزمون شاپیرو-ویلک استفاده شد که نمرات در دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون نشان داد که توزیع نمره‌ها نرمال است ($P>0/05$) و مفروضه نرمال بودن داده‌ها رعایت شده است. نتایج برابری واریانس از طریق آزمون لون برای نشانه‌های افسردگی ($F=0/151$, $P>0/05$) و ناگویی هیجانی ($F=1/391$, $P>0/05$)، نشان داد مفروضه واریانس‌های مشابه برای متغیرهای وابسته رعایت شده است. مفروضه همگونی یکسانی شیب رگرسیون با آزمون F اثرات تعاملی بررسی شد.

با توجه به یافته‌های جدول ۳، تفاوت بین میانگین نمرات نشانه‌های افسردگی در مرحله پس‌آزمون بعد از کنترل نمرات پیش‌آزمون معنادار است. به عبارت دیگر پس از کنترل نمرات پیش‌آزمون، تفاوت معناداری بین دو گروه در متغیر نشانه‌های

جدول ۴) مقایسه پس‌آزمون نمرات ناگویی هیجانی در دو گروه با کنترل اثر پیش‌آزمون

متغیر	تغییرات	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	سطح معناداری	اندازه اثر
ناگویی هیجانی	گروه	۳۱۳/۷۳۸	۱	۳۱۳/۷۳۸	۶۲/۶۰۵	۰/۰۰۰۱	۰/۶۹۹
	خطا	۱۳۵/۳۰۷	۲۷	۵/۰۱۱			

یافته نخست نشان داد درمان فراتشخیصی یکپارچه موجب کاهش نشانه‌های افسردگی نوجوانان دارای اضطراب اجتماعی شده است.

این یافته با نتایج پژوهش زمستانی و همکاران (۲۶) که دریافتند نسخه فرهنگی‌شده پروتکل یکپارچه برای نوجوانان ایرانی منجر به کاهش معنادار نشانه‌های اضطراب و افسردگی شد. پژوهش پلاژ و همکاران (۲۷) که در یک مطالعه‌ای موردی، بهبود علائم هیجانی از جمله افسردگی را در فردی با ریسک بالای روان‌پریشی و هم‌ابتلائی اضطرابی گزارش کردند. پژوهش رینهولت و همکاران (۳۰) نیز اثربخشی درمان گروهی فراتشخیصی را در مقایسه با درمان‌های خاص-تشخیصی برای اضطراب و افسردگی مقایسه کردند و نتایج مشابهی از نظر کاهش علائم گزارش نمودند. همچنین پژوهش ایتو و همکاران (۳۱) که با استفاده از کارآزمایی

با توجه به یافته‌های جدول ۴، تفاوت بین میانگین نمرات ناگویی هیجانی در مرحله پس‌آزمون بعد از کنترل نمرات پیش‌آزمون معنادار است. به عبارت دیگر پس از کنترل نمرات پیش‌آزمون، تفاوت معناداری بین دو گروه در متغیر ناگویی هیجانی با میانگین (۴۵/۳) و گواه با میانگین (۵۱/۸) وجود دارد. بدین معنا که درمان فراتشخیصی یکپارچه با اندازه اثر ۰/۶۹۹، موجب کاهش ناگویی هیجانی شده است.

بحث

پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه بر نشانگان افسردگی و ناگویی هیجانی نوجوانان دارای اختلال اضطراب اجتماعی انجام شد. نتایج نشان داد پس از کنترل نمرات پیش‌آزمون، تفاوت معناداری بین دو گروه در متغیر نشانه‌های افسردگی و ناگویی هیجانی وجود دارد.

تصادفی شده، اثربخشی پروتکل فراتشخیصی را بر کاهش نشانه‌های هر دو اختلال افسردگی و اضطراب تأیید کردند، همسو است. وجه اشتراک این مطالعات، تمرکز بر عوامل زیربنایی و مشترک اختلالات هیجانی نظیر نقص در تنظیم هیجان، سوگیری شناختی منفی، و اجتناب تجربه‌ای است. درمان فراتشخیصی با هدف قرار دادن این عوامل بنیادی، به جای مداخلات اختصاصی برای هر اختلال، رویکردی کل‌نگر ارائه می‌دهد که می‌تواند منجر به بهبود همزمان در علائم افسردگی و اضطراب شود؛ مشابه آنچه در پژوهش حاضر نیز مشاهده شد. در تبیین یافته به دست آمده می‌توان گفت: درمان فراتشخیصی یکپارچه با تمرکز بر هیجان‌ها و شیوه‌های منفی تنظیم هیجان، عوامل مشترک زیربنایی اختلالات هیجانی می‌شود را هدف قرار می‌دهد (۲۳). یکی از ویژگی‌های بارز افسردگی، استفاده از راهبردهای تنظیم هیجانی منفی مانند اجتناب، سرکوب، نشخوار ذهنی، و نادیده گرفتن هیجانات است (۲۷). افراد افسرده در تلاش برای کنترل یا سرکوب احساسات ناخوشایند خود، در چرخه‌ای از تشدید هیجان‌ها، کاهش انگیزه و بی‌لذتی گرفتار می‌شوند. درمان فراتشخیصی با آموزش مهارت‌هایی مانند پذیرش هیجان، بازسازی شناختی، و مواجهه درونی، به بیمار کمک می‌کند تا پاسخ‌های سازگارانه‌تری نسبت به هیجانات منفی بروز دهد (۲۱). به طور خاص، این رویکرد درمانی با شناسایی و اصلاح افکار منفی خودکار، افزایش آگاهی نسبت به چرخه افکار-هیجان-رفتار، و آموزش پذیرش تجربه‌های هیجانی، به کاهش نشانه‌هایی چون خلق افسرده، احساس بی‌ارزشی، نشخوار ذهنی، و کناره‌گیری اجتماعی کمک می‌کند (۲۳). از آنجا که افسردگی با الگوهای شناختی و هیجانی مخرب همراه است، تقویت تنظیم هیجان می‌تواند نقش مهمی در بازگرداندن هیجان‌ها به سطح کارکردی ایفا کند. در این پژوهش، تکنیک‌ها و مهارت‌های درمانی پروتکل یکپارچه با هدف قرار دادن این مؤلفه‌های مشترک، به صورت غیرمستقیم موجب کاهش علائم افسردگی در نوجوانان مبتلا به اضطراب اجتماعی شدند. بنابراین، می‌توان گفت کاهش علائم افسردگی در این نمونه، نه تنها حاصل تمرکز مستقیم بر خلق منفی، بلکه نتیجه‌ی اصلاح راهبردهای مقابله‌ای و پردازش شناختی منفی از طریق مداخلات فراتشخیصی بوده است؛ که در نهایت به بهبود تجربه هیجانی، افزایش انگیزه، و کاهش

اجتناب هیجانی و اجتماعی در نوجوانان انجامیده است. یافته دیگر پژوهش حاکی از آن شد که یافته نخست نشان داد درمان فراتشخیصی یکپارچه بر کاهش ناگویی هیجانی نوجوانان دارای اضطراب اجتماعی مؤثر است. یافته به دست آمده اگرچه یافته‌های این مطالعه با نتایج پژوهش زمستانی و همکاران (۲۶)، همسو است، اما وجه تمایز پژوهش حاضر در تمرکز آن بر نوجوانان مبتلا به اضطراب اجتماعی است؛ درحالی که در پژوهش زمستانی، دامنه اختلالات هیجانی گسترده‌تر بود و مشخصاً به اضطراب اجتماعی پرداخته نشده بود. از آنجا که اضطراب اجتماعی با الگوهای خاصی از خودنظم‌دهی هیجانی، اجتناب از ابراز هیجان و ترس از قضاوت اجتماعی همراه است، بررسی اثر درمان فراتشخیصی در این زیرگروه خاص، می‌تواند به درک دقیق‌تری از مکانیزم‌های مداخله‌ای منجر شود. بنابراین، یافته‌های حاضر علاوه بر تأیید کارایی عمومی پروتکل یکپارچه، شواهد اختصاصی‌تری درباره اثربخشی آن در کاهش ناگویی هیجانی در نوجوانان با اضطراب اجتماعی فراهم می‌کند. همچنین در راستای نتایج به دست آمده، سلری و همکاران (۲۹)، نیز در بررسی کاربست درمان فراتشخیصی در افراد با اختلال اضطراب، کاهش معناداری در سطوح ناگویی هیجانی گزارش کردند. کارلوی و همکاران (۲۲) نشان دادند که بازسازی شناختی و ذهن‌آگاهی - دو مؤلفه کلیدی در درمان فراتشخیصی - در بهبود ابراز هیجانی و کاهش ناگویی مؤثر هستند. همچنین، مطالعه ظهیری و همکاران (۲۴) اثربخشی درمان فراتشخیصی را بر ترس از ارزیابی مثبت و منفی در نوجوانان مبتلا به اضطراب اجتماعی نشان داده است؛ مؤلفه‌ای که با اجتناب از ابراز هیجانات ارتباط تنگاتنگی دارد. در همین راستا، شرفی و همکاران (۲۸)، نیز تأثیر این درمان را بر بهبود تنظیم هیجان در نوجوانان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر گزارش کرده‌اند. در تبیین این یافته می‌توان گفت: ناگویی هیجانی در نوجوانان دارای اضطراب اجتماعی اغلب ریشه در ترس از قضاوت اجتماعی، سرکوب هیجانات و استفاده از راهبردهای منفی تنظیم هیجان دارد. در چارچوب درمان فراتشخیصی یکپارچه، تلاش می‌شود تا با آموزش مهارت‌هایی همچون مواجهه با هیجان‌های منفی، بازسازی شناختی، پذیرش هیجان و استفاده از تکنیک‌های ذهن‌آگاهی، الگوهای ناسازگار تنظیم هیجانی اصلاح شوند (۲۱). بر این اساس، مداخلات پروتکل یکپارچه از طریق آموزش پذیرش

انتخاب شوند تا بتوان درباره پایداری و تعمیم‌پذیری اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه نتیجه‌گیری دقیق‌تری ارائه داد.

منابع

1. Ferguson R J, Ouimet A J, & Gardam O. Judging others makes me forget: Assessing the cognitive, behavioural, and emotional consequences of other-evaluations on self-evaluations for social anxiety. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*. 2023;1(80):101763.
2. Saint SA, & Moscovitch DA. Effects of mask-wearing on social anxiety: an exploratory review. *Anxiety, Stress, & Coping*. 2021;34(5): 487-502.
3. Aune T, Nordahl HM, & Beidel DC. Social anxiety disorder in adolescents: prevalence and subtypes in the Young-HUNT3 study. *Journal of Anxiety Disorders*. 2022; 87:102546.
4. Jefferies P, & Ungar M. Social anxiety in young people: A prevalence study in seven countries. *Plo S*. 2020;15(9): e0239133.
5. She R, Han Mo, Li J, Liu X, Jiang H, Chen Y, Ma L, & fai Lau JT. The double-edged sword effect of social networking use intensity on problematic social networking use among college students: The role of social skills and social anxiety. *Computers in Human Behavior*, 2023;140:107555.
6. Mohammadi MR, Salehi M, Khaleghi A, Hooshyari Z, Mostafavi SA, Ahmadi N, & Amanat M. Social anxiety disorder among children and adolescents: A nationwide survey of prevalence, socio-demographic characteristics, risk factors and co-morbidities. *Journal of affective disorders*. 2020; 263: 450-457.
7. Sakiris N, & Berle D. A systematic review and meta-analysis of the Unified Protocol as a transdiagnostic emotion regulation based intervention. *Clinical psychology review*. 2019; 1(72):101751.
8. Eres R, Lim M, & Bates G. Loneliness and social anxiety in young adults: The moderating and mediating roles of emotion dysregulation, depression and social isolation risk. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*. 2023; 96(3):793-810.
9. Rozen N, & Aderka IM. Emotions in social anxiety disorder: a review. *Journal of anxiety disorders*, 2023; 95: 102696.
10. Petito A, Pop TL, Namazova-Baranova L, Mestrovic J, Nigri L, Vural M, Sacco M, Giardino I, Ferrara P, Pettoello-Mantovani M. The burden of depression in adolescents and the importance of early recognition. *The Journal of pediatrics*. 2020; 1(218): 265-7.
11. Serra M, Presicci A, Quaranta L, Caputo E, Achille M, Margari F, & Margari L. Assessing clinical features of adolescents suffering from depression who engage in non-suicidal self-injury. *Children*. 2022; 9(2): 201.

هیجانات ناخوشایند، کاهش اجتناب، و استفاده از راهبردهای سازگارانه‌تر، به کاهش ناگویی هیجانی در این گروه از نوجوانان کمک کرده است. از جمله مکانیسم‌های مؤثر، می‌توان به بازاریابی شناختی پیش از تجربه هیجانی اشاره کرد که موجب کاهش شدت هیجانات منفی و افزایش توانایی فرد در ابراز و پردازش آن‌ها می‌شود (۲۲). همچنین، تأکید این رویکرد بر پذیرش هیجان‌ها (به‌ویژه از طریق تکنیک‌های مبتنی بر ذهن‌آگاهی) به افراد کمک می‌کند بدون قضاوت، تجارب هیجانی خود را بپذیرند و از سرکوب یا اجتناب مزمن فاصله بگیرند (۲۰). چنین رویکردی به‌صورت معناداری در کاهش ناگویی هیجانی مؤثر واقع شده است.

در جمع‌بندی نهایی، نتایج پژوهش حاضر بیانگر آن است که درمان فراتشخیصی یکپارچه با تمرکز بر مکانیسم‌های تنظیم هیجانی و فرآیندهای شناختی مشترک، توانسته است به‌طور معناداری نشانه‌های افسردگی و ناگویی هیجانی را در نوجوانان مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی کاهش دهد. این یافته‌ها نشان می‌دهد که هدف‌گیری عوامل زیربنایی مشترک در اختلالات هیجانی می‌تواند راهبردی مؤثر در پیشگیری از تشدید و هم‌پوشانی علائم در این گروه سنی باشد و ظرفیت این رویکرد را برای مداخلات گسترده‌تر در حوزه بهداشت روان نوجوانان برجسته می‌سازد.

از محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به نبود ارزیابی پیگیری اشاره کرد که امکان بررسی ماندگاری اثر درمان را محدود ساخته است. با توجه به شرایط زمانی پژوهش، از جمله هم‌زمانی با تعطیلات رسمی و محدودیت‌های تقویمی مدارس، امکان اجرای مرحله پیگیری پس از پایان جلسات درمان فراهم نشد. این موضوع خارج از کنترل پژوهشگران بود و ممکن است بر تفسیر دقیق اثربخشی بلندمدت مداخله تأثیر گذاشته باشد. از سوی دیگر، اگرچه انتخاب نمونه‌ای همگن از نظر جنس، سن و محل سکونت با هدف کنترل متغیرهای مداخله‌گر انجام شد، اما این ویژگی می‌تواند محدودیت‌هایی در تعمیم‌پذیری یافته‌ها به دیگر گروه‌های جمعیتی، از جمله نوجوانان در گروه‌های سنی دیگر، در مناطق مختلف جغرافیایی و با جنسیت متفاوت ایجاد کند. بر این اساس، پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آینده علاوه بر در نظر گرفتن ارزیابی‌های پیگیری در بازه‌های زمانی مختلف، نمونه‌هایی با تنوع سنی، جنسیتی و جغرافیایی گسترده‌تر

- Unified Protocol on dysregulated anger in the context of emotional disorders. *Behavior Therapy*. 2020; 51(6): 933-45.
24. Zohrabi S, Abolghasemi A, Kafi Masoole M, & Khosrojauid M. Comparing the Effectiveness of Emotion-Oriented Therapy and the Unified Transdiagnostic Treatment on Fear of Negative & Positive Evaluation of Patients with Social Anxiety disorder. *Practice in Clinical Psychology*. 2023;11(4): 329-340. [Persian]
25. Bullis JR, Eustis E H, Curreri AJ, Cardona ND, Woods BK, Rosellini AJ, & Farchione TJ. The Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders compared with diagnosis-specific protocols for anxiety disorders: A three-year follow-up. 2023; *Journal of Mood & Anxiety Disorders*. 2023; 3: 100024.
26. Zemestani M, Ezzati S, Nasiri F, Gallagher MW, Barlow DH, & Kendall PC. A culturally adapted unified protocol for transdiagnostic treatment of anxiety disorders in adolescents (UP-A): a randomized waitlist-controlled trial. *Psychological Medicine*. 2024; 54(2): 385-98.
27. Peláez T, López-Carrillero R, Subirana-Mirete J, Ochoa S, & Osma J. Applying the Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders in a Case of Ultra-High Risk for Psychosis with Emotional Comorbidity. *Clinical Case Studies*. 2024; 23(1): 42-62.
28. 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-e-Ravanshenasi Journal (RRJ)*. 2023;11(12):183-94.
29. Celleri M, Cremades CF, Etchevers MJ, & Garay CJ. Effectiveness of the Unified Protocol for the transdiagnostic treatment of emotional disorders in online and group format in Argentina: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*. 2023; 24(1): 678.
30. Reinholt N, Hvenegaard M, Christensen AB, Eskildsen A, Hjorthøj C, Poulsen S, Arendt MB, Rosenberg NK, Gryesten JR, Aharoni RN, Alrø AJ, Christensen CW, & Arnfred SM. Transdiagnostic versus diagnosis-specific group cognitive behavioral therapy for anxiety disorders and depression: A randomized controlled trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*. 2022; 91(1): 36-49.
31. Ito M, Horikoshi M, Kato N, Oe Y, Fujisato H, Yamaguchi K, & Takebayashi Y. Efficacy of the unfied protocol for transdiagnostic cognitive-behavioral treatment for depressive and anxiety disorders: a randomized controlled trial. *Psychological Medicine*. 2023;53(7): 3009-20.
32. Delavar A. Theoretical and practical foundations of research in humanities and social sciences. Tehran: Roshd; 2018. [Persian]
12. Zhang C, Zhang Q, Zhuang H, & Xu W. The reciprocal relationship between depression, social anxiety and aggression in Chinese adolescents: The moderating effects of family functioning. *Journal of affective disorders*. 2023; 329:379-84.
13. Coles ME, Ravid A, Gibb B, George-Denn D, Bronstein LR MS. Adolescent mental health literacy: young people's knowledge of depression and social anxiety disorder. *Journal of Adolescent Health*. 2016; 58(1):57-62.
14. Zhang B, Zhang W, Sun L, Jiang C, Zhou Y, & He K. Relationship between alexithymia, loneliness, resilience and non-suicidal self-injury in adolescents with depression: a multi-center study. *BMC psychiatry*. 2023; 23(1):445.
15. Radetzki PA, Wrath AJ, Le T, & Adams GC. Alexithymia is a mediating factor in the relationship between adult attachment and severity of depression and social anxiety. *Journal of affective disorders*. 2021; 295: 846-55.
16. Shanshan SU, Wenhui JI, Shuting WA, Mizhen XU, Xueqing RE, & Jianyin QI. Impact of anxiety levels and alexithymia degree on the quality of life in patients with anxiety disorders. *Journal of Shanghai Jiao Tong University (Medical Science)*. 2024;44(5): 584-90.
17. Panayiotou G, Leonidou C, Constantinou E, & Michaelides MP. Self-awareness in alexithymia and associations with social anxiety. *Current Psychology*. 2020; 39: 1600-9.
18. Chu Y, Zhang Y, Yang D, Wang S, Liang C, Wang X, & Dai H. Influence of family function on social anxiety among Chinese nursing students: The mediating role of alexithymia. *Nursing Open*. 2023;10(3):1356-66.
19. Butler RM, O'Day EB, Swee MB, Horenstein A, & Heimberg RG. Cognitive behavioral therapy for social anxiety disorder: Predictors of treatment outcome in a quasi-naturalistic setting. *Behavior therapy*. 2021;52(2):465-77.
20. Barlow DH, Farchione TJ, Bullis JR, Gallagher MW, Murray-Latin H, Sauer-Zavala S, & Cassiello-Robbins C (2017). The unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders compared with diagnosis-specific protocols for anxiety disorders: A randomized clinical trial. *JAMA psychiatry*. 2017; 74(9): 875-84.
21. Barlow DH, Harris BA, Eustis EH, & Farchione TJ. The unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders. *World Psychiatry*. 2020;19(2): 245.
22. Carlucci L, Saggino A, & Balsamo M. On the efficacy of the unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: A systematic review and meta-analysis. *Clinical psychology review*. 2021;87:101999.
23. Cassiello-Robbins C, Sauer-Zavala S, Brody LR, Barlow DH. Exploring the effects of the mindfulness and countering emotional behaviors modules from the

33. Connor K M, Davidson JR, Churchill LE, Sherwood A, Weisler RH, & Foa E. Psychometric properties of the Social Phobia Inventory (SPIN): New self-rating scale. *The British Journal of Psychiatry*. 2000;176(4):379-86.
34. Hassanvand Amouzadeh M. The standardization of social phobia inventory (spin) in nonclinical iranian samples. *Studies in Medical Sciences*. 2015; 26(1):17-30. [persian]
35. LeBlanc JC, Almudevar A, Brooks SJ, & Kutcher S. Screening for adolescent depression: comparison of the Kutcher Adolescent Depression Scale with the Beck Depression Inventory. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*. 2002;12(2):113-26.
36. Habibi M, Hamediniya E, Asgarnejad F, Kholghi H. Psychometric Properties of Kutcher Adole Csent's Depression Scale. *Appkied Research in Educational Psychology*. 2015; 2(2):15-28. [Persian]
37. Mahdizadeh Azdin S, Musavi AM, Jalali M, & Kakavand A. The Effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive Therapy on Social Self-efficacy and Depression. *Developmental Psychology: Iranian Psychologists – V*. 2018,15(55):305-314. [persian]
38. Bagby RM, Taylor G J, & Parker JD. The twenty-item Toronto Alexithymia Scale—II. Convergent, discriminant, and concurrent validity. *Journal of psychosomatic research*.1994; 38(1): 33-40.
39. Besharat MA. Reliability and factorial validity of a Farsi version of the 20-item Toronto Alexithymia Scale with a sample of Iranian students. *Psychological reports*. 2007; 101(1): 209-220. [Persian]