رویش روان شناسی، سال۱۳، شماره ۹، شماره پیاپی ۱۰۲، آذر ۱۴۰۳
Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal(RRJ),13(9), 2024

مقایسه اثربخشی بسته فراتشخیصی یکپارچه و درمان شناختی‌رفتاری بر کارکردهای اجرایی کودکان اضطرابی

Comparing the effectiveness of unified transdiagnostic package and cognitive behavioral therapy on the executive functions of anxiety children

سیما السادات سجادی
دانشجوی دکترا، گروه روان‌شناسی، واحد نائین، دانشگاه آزاد اسلامی، نائین، ایران.
فاطمه سادات طباطبائی نژاد (نویسنده مسئول)
استادیار، گروه روان‌شناسی، واحد نائین، دانشگاه آزاد اسلامی، نائین، ایران.
الهام فروزنده
دانشیار، گروه روان‌شناسی، واحد نائین، دانشگاه آزاد اسلامی، نائین. ایران.
فهیمه دهقانی
دانشیار، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه یزد، یزد، ایران.

Sima alsadat Sajadi
PhD student, Department of psychology, Naein Branch, Islamic Azad University, Naein, Iran.
Fatemeh sadat Tabatabaeinejad*
Assistant Professor, Department of psychology, Naein Branch, Islamic Azad university, Naein, Iran.
f.tabatabaei49@yahoo.com
Elham Foroozandeh
Associate Professor, Department of psychology, Naein Branch, Islamic Azad university, Naein, Iran.
Fahimeh Dehghani
Associate Professor, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Yazd University, Yazd, Iran.

چکیده

پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی بسته فراتشخیصی یکپارچه و درمان شناختی‌رفتاری بر کارکردهای اجرایی کودکان اضطرابی انجام شد. روش پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه کنترل و پیگیری دو ماهه بود. جامعه آماری پژوهش شامل تمامی دختران ۱۰ تا ۱۲ساله مضطرب مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره آموزش و پرورش شهر یزد در سال تحصیلی ۱۴۰۲ بود که ۴۵ نفر به صورت هدفمند و بر اساس پرسشنامه اضطراب آشکار و مصاحبه بالینی انتخاب و بصورت تصادفی در دو گروه آزمایش و یک گروه گواه (هر گروه ۱۵ نفر) قرار گرفتند. گروه آزمایش اول و دوم هر یک به ترتیب طی ۱۶ جلسه بصورت دو بار در هفته تحت مداخله فراتشخیصی یکپارچه و مداخله شناختی‌رفتاری قرار گرفتند. شرکت کنندگان پژوهش قبل و بعد مداخله و همچنین در دوره ی پیگیری توسط پرسشنامه کارکردهای اجرایی (EFQ، کولیج، ۲۰۰۲) ارزیابی شدند. تحلیل داده‌ها با روش تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر و آزمون بونفرونی انجام شد. نتایج بدست آمده نشان داد که نمرات کارکردهای اجرایی در هر دو گروه مداخله در مقایسه با گروه گواه به طور معناداری افزایش یافته است P<۰/۰۵ تأثیر هر دو روش مداخله تا مرحله پیگیری دارای ماندگاری اثر بود. همچنین بین میزان اثربخشی دو روش تفاوت معناداری وجود نداشت (p>۰/۰۵). بطور کلی هر دو مداخله برای بهبود کارکردهای اجرایی کودکان اضطرابی مناسب است.

واژه‌های کلیدی: *کارکردهای اجرایی، اضطراب، بسته فراتشخیصی یکپارچه، درمان شناختی‌رفتاری.*

Abstract

The present study was conducted to compare the effectiveness of the unified transdiagnostic package and Cognitive behavioral therapy on the executive functions of anxiety children. The research method was semi-experimental with a pre-test-post-test design with a control group and a two-month follow-up group. The statistical population of the research included all anxious girls aged 10 to 12 who were referred to education counseling centers in Yazd in the academic year of 1402, of which 45 were purposefully selected based on the manifest anxiety questionnaire and clinical interview and randomly divided into two experimental groups and one group. Witnesses (15 people in each group) were included. The first and second experimental groups were each subjected to unified transdiagnostic and cognitive behavioral intervention during 16 sessions twice a week. Research participants were evaluated before and after the intervention and also during the follow-up period by the Executive Functions Questionnaire (EFQ) (Coolidge, 2002). Data analysis was done with the variance analysis method with repeated measurements and the Bonferroni test. The obtained results showed that the scores of executive functions in both intervention groups increased significantly compared to the control group ($p<0.05$). The effect of both intervention methods had a lasting effect until the follow-up stage. Also, there was no significant difference between the effectiveness of the two methods ($p>0.05$). In general, both interventions are suitable for improving the executive functions of anxious children.

Keywords: *Executive Functions, Anxiety, Unified Transdiagnostic Package, Cognitive Behavioral Therapy.*

نوع مقاله : پژوهشی **دریافت : خرداد ۱۴۰۳** **پذیرش: مرداد ۱۴۰۳** **ویرایش نهایی: آذر ۱۴۰۳**

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-31]

مقدمه

اختلالات اضطرابی یکی از شایع‌ترین اختلال‌های روانی در دوران کودکی است که حدود ۱۰ تا ۲۷ درصد کودکان و نوجوانان را مبتلا می‌کند (مسگینا و ریچلند[1]، ۲۰۲۰). مشکلات همراه با اختلالات اضطرابی کارکردهای میان فردی، شغل و زندگی فرد را مختل می‌کند. درکودکان و نوجوانان اضطراب‌های افراطی، اثـر بـارز خـود را در ابعاد مختلف تحصـیلی، ارتبـاط بـا همسالان و عملکرد اجتماعی نشان می‌دهد و می‌تواند روی عملکردهای عالی مغز به ویژه برکارکردهـای اجرایی[2] تأثیرات مخربی بگذارد (مجد[3]و همکاران، ۲۰۲۳؛ فرناندز[4]و همکاران، ۲۰۲۳). مطالعات عصب روانشناختی نشان داده‌اند که اختلالات اضطرابی باعث نقص در برخی از عملکردهای شناختی مانند کارکردهای اجرایی می‌شود چرا که اختلال اضطرابی دارای مبنای عصبی زیستی است و نتیجه بدکارکردی مدارهای خاص مغزی است و این مدارها نقش اساسی در کارکردهای اجرایی دارند (مجد و همکاران، ۲۰۲۳). کارکردهای اجرایی فرایندهای شناختی نظارتی است که از افکار و رفتارهای هدفمند پشتیبانی می‌کند (اینگلهارت[5] و همکاران، ۲۰۱۹) و مهارت‌هایی هستند که به فرد کمک می‌کنند تا تصمیم بگیرد چه نوع فعالیت‌هایی را باید مورد توجه قرار بدهد، کدام یک انتخاب و چگونه رفتارها سازماندهی و برنامه‌ریزی گردند. به همین منظور می‌توان گفت که کارکردهای اجرایی نقش حیاتی در عملکردهای شناختی، رفتاری و تعاملات اجتماعی کودکان ایفا می‌کنند. کارکردهای اجرایی مغز به عنوان یک سازه نظری با ایجاد ارتباط بین ساختارهای مغزی به ویژه نواحی جلوی پیشانی با کارکردهای روان‌شناختی مانند حل مسئله، تفکر انتزاعی و تغییر راهبردها کمک زیادی در تبیین آسیب‌شناسی روانی بسیاری اختلالات به ویژه اختلال اضطرابی دارد. در واقع، فرضیه نارسایی کارکردهای اجرایی در تبیین بسیاری از اختلالات روانی مورد استفاده قرار گرفته است (فرناندز و همکاران، ۲۰۲۳؛ ارم[6]و همکاران، ۲۰۲۳). براساس نظریه کنترل توجه[7] اضطراب منابع شناختی را اشغال و منجر به اختلال در عملکرد اجرایی می‌شود (ایزنک[8] و همکاران، ۲۰۰۷). افرادی که اضطراب بالایی را دارند، زمان برنامه‌ریزی بیشتری را در مقایسه با افراد با حداقل علائم اضطراب از خود نشان می‌دهند (مورفی[9] و همکاران، ۲۰۱۸). کودکان مضطرب به خوبی نمی‌توانند برنامه‌ریزی کرده و تصمیم‌گیری کنند. همچنین تلاش برای اجتناب از رویدادها و موقعیت‌هایی که ممکن است اضطراب را آشکار و فعال سازند، باعث افزایش واکنش‌های دفاعی و بازداری شده و بدین ترتیب نگرانی مضاعفی را در فرد ایجاد می‌کند (مجد و همکاران، ۲۰۲۳).

در این زمینه درمان شناختی‌رفتاری به عنوان یکی از درمان‌های تثبیت شده و خط اول بشمار می‌رود که نتایج مثبتی در کاهش اضطراب‌ها دارد (بهرامی و سپهوند، ۱۴۰۲؛ کربلایی و همکاران، ۱۴۰۳). فنونی که در درمان شناختی‌رفتاری به منظور کاهش اضطراب کودکان به کار می‌رود شامل کشف تحریف‌های شناختی و افکار اضطراب‌آور، بازسازی شناختی و تقویت خودگویی‌های مقابله ای مؤثر، الگوبرداری، ایفای نقش، آرام‌سازی عضلانی و آموزش مهارت‌های مقابله‌ای است (نیکورا[10] و همکاران، ۲۰۲۳). رفتار درمانی شناختی به این دلیل در کمک به افراد اضطرابی مؤثر است چون اغلب این افراد باورهای نادرست و ناامیدکننده، رفتارهای مقابله ای ناموثر و حالات خلقی منفی را در شکل‌گیری و تداوم مشکلات اضطرابی خود دارند و این نوع مداخله با شناسایی افکار خودآیند منفی و به چالش کشیدن آن‌ها به مراجع کمک می‌کند تا رفتار مناسب‌تری از خود بروز دهد. نوروزی و همکاران (۱۴۰۳)، بدیعی و همکاران (۱۴۰۲)، بارون[11]و همکاران (۲۰۲۱) نیز اثربخشی درمان شناختی‌رفتاری بر مؤلفه‌های مختلف کارکردهای اجرایی مانند حافظه فعال، بازداری پاسخ و انعطاف‌پذیری شناختی را بررسی کردند و نشان دادند درمان شناختی‌رفتاری موجب افزایش کارکردهای اجرایی می‌شود. اما با وجود پیشرفت‌های مهمی که دیده می‌شود، نتایج نشان می‌دهد که این درمان‌ها فقط تا حدی موفق بوده‌اند و بیشتر مراجعان، بخشی از علایم را پس از درمان نیز تجربه کرده‌اند (اولندیک و همکاران[12]، ۲۰۱۹). همچنین چالش‌های هم ابتلایی بالای اختلال اضطرابی با سایر اختلالات از دیگر محدودیت‌های درمان‌های اختصاصی همچون درمان شناختی‌رفتاری است (طاهری‌فر، ۱۳۹۸). از این رو، نیاز به انجام پژوهش‌های گسترده برای بررسی و مقایسه کارایی و نحوه اثرگذاری درمان‌های نو ظهور مانند فراتشخیصی احساس می‌گردد. بسته فراتشخیصی یکپارچه مؤلفه‌های زیربنایی آسیب روانی را هدف قرار می‌دهد و می‌تواند برای اختلال ها و مشکلاتی که زیربنای یکسان یا مشابهی دارند، کاربرد داشته باشد (محمدی و همکاران، ۱۳۹۲). مداخله فراتشخیصی یکپارچه با تمرکز بر نشانگان مشترک اختلالات اضطرابی و خلقی طرح‌ریزی شده و بر هیجان و راهبردهای ناسازگارانه تنظیم هیجان‌ها تمرکز دارد و مکانیسم‌های سبب ساز

1. Mesghina & Richland
2. Executive functions
3. Majeed
4. Fernandes
5. Engelhardt
6. Orm
7. Attention Control Ttheory (ACT)
8. Eysenck
9. Murphy
10. Nicoară
11. Barron
12. Ollendick

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-31]

مشترک اختلالات هیجانی را مورد هدف قرار می‌دهد و به افراد می آموزد چگونه با احساسات ناخوشایند خود مواجه شوند و به شیوه مناسب به آن‌ها پاسخ دهند (گروسمن و اهرنریش-می[1]، ۲۰۲۰). از مزایای قابل ملاحظه بسته فراتشخیصی یکپارچه می‌توان به اثرات درمانی بر اختلالات همایند، فرآیند درمانی ساده و آموزش اشاره کرد که می‌تواند به شکل گیری درمان‌های تجربی بیشتر نیز کمک کند (بارلو[2] و همکاران، ۲۰۲۰) و از آنجایی که همبودی‌های اختلالات را مورد هدف قرار می‌دهد، بنابراین می‌توانند پیشرفت قابل توجهی را در عرصه پیشگیری و درمان ایجاد کند (مارتینز[3] و همکاران، ۲۰۱۶). پژوهش ها نیز نشان دادند که روی آورد فراتشخیصی در درمان طیف وسیعی از اختلال‌های هیجانی، انعطاف‌پذیری شناختی، نظم‌جویی شناختی هیجانی و فراشناخت مثبت اثربخش بوده است (فرناندز و همکاران،۲۰۲۰؛ نصری و همکاران، ۱۳۹۶؛ سپهری و همکاران، ۱۴۰۲؛ آشنا و همکاران، ۱۴۰۰). همچنین الیاس[4] و همکاران (۲۰۱۹)، حسن‌پور و همکاران (۱۳۹۷)، عبدی و همکاران (۱۳۹۲)، نیز اثربخشی مداخله فراتشخیصی یکپارچه بر کارکردهای اجرایی را تأیید کردند و نشان دادند مداخله فراتشخیصی یکپارچه، موجب افزایش مؤلفه‌های مختلف کارکردهای اجرایی مانند دقت، زمان و بازداری رفتاری می‌شود. اما این نوع مداخله هم با محدودیت‌هایی روبه‌رو است. بسته فراتشخیصی یکپارچه تفاوت بین افراد و اختلالات را نادیده می‌گیرد و برای همه افراد و اختلالات هیجانی پروتکل واحد ارائه می‌کند (شاوفله[5] و همکاران، ۲۰۲۱).

همان‌طور که ملاحظه می‌شود، پژوهش‌های پیشین تأثیر درمان شناختی‌رفتاری و بسته فراتشخیصی یکپارچه را بر اضطراب و متغیر کارکردهای اجرایی تأیید نموده‌اند. با این حال، همواره محققان و متخصصان مختلف آسیب‌شناسی روانی، به دنبال مقایسه و شناسایی درمان‌هایی با پشتوانه پژوهش بیشتر و کارآمدتر و اثربخش‌تر بوده‌اند. این درحالی است که بر اساس پژوهش‌های قبلی می‌بایست نقش عوامل شناختی و هیجانی در بروز و تداوم نقایص کارکردهای اجرایی در نظر گرفته شود (داودی و همکاران، ۱۳۹۶) و پیامد درمان‌های روان‌شناختی بر مشکلات همبود با آن مورد مطالعه قرار گیرد. اگرچه هر دو روش مستلزم کار با الگوهای فکری و کمک به کودکان اضطرابی برای کنترل بهتر افکار و احساسات و در نتیجه پاسخ‌دهی مناسب به آن‌ها هستند، اما در مقایسه با درمان شناختی‌رفتاری، بسته فراتشخیصی یکپارچه بیشتر مبتنی بر هیجانات است و می‌کوشد تا به افراد بیاموزد که آن‌ها چیزی فراتر از افکار و احساساتشان هستند. از این‌رو ابزارهای مورد استفاده در این روش نیز با روش مورد استفاده در درمان شناختی‌رفتاری بسیار متفاوت است. همچنین بسته فراتشخیصی یکپارچه برای درمان اختلالات هیجانی کودکان به تازگی توسعه یافته است و پژوهش‌های کمی را به خود اختصاص داده است. با نظر به اینکه برخی از درمان‌ها ممکن است سازش یافتگی بیشتری با برخی از فرهنگ‌ها داشته باشند، بنابراین تعیین ماهیت اثربخشی آن‌ها در گروه‌های مختلف نیازمند مطالعات متعددی است. بدین ترتیب با توجه به بررسی پیشینه پژوهش‌های انجام شده در داخل و خارج و کمبود انجام پژوهش در این زمینه پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی بسته فراتشخیصی یکپارچه و درمان شناختی‌رفتاری بر کارکردهای اجرایی کودکان اضطرابی انجام شد.

روش

روش پژوهش حاضر نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون و گروه کنترل با دوره پیگیری دو ماهه بود. جامعه آماری شامل تمامی دختران ۱۰ تا ۱۲ ساله مضطرب مراجعه کننده به مراکز مشاوره آموزش و پرورش شهر یزد در سال تحصیلی ۱۴۰۲بود که ۴۵ نفر بصورت هدفمند و بر اساس پرسشنامه اضطراب آشکار (نمره بیشتر از ۱۴ با توجه به نقطه برش پرسشنامه) و مصاحبه بالینی انتخاب و بصورت تصادفی در دو گروه آزمایش و یک گروه گواه قرار گرفتند. نمونه بر اساس جدول‌کوهن، با توان آزمون ۰/۸، اندازه اثر ۰/۸ و سطح آلفای ۰/۰۵ در هر گروه ۱۵ نفر در نظر گرفته شد. کودکان هر دو گروه آزمایش اول و دوم به ترتیب طی ۱۶جلسه ۹۰ دقیقه‌ای (دو جلسه در هفته) تحت مداخله‌ی بسته فراتشخیصی یکپارچه و درمان شناختی‌رفتاری قرار گرفتند. گروه گواه در این مدت مداخله‌ای دریافت نکردند. ملاک‌های ورود به پژوهش عبارت‌اند از: جنسیت دختر، دامنه سنی ۱۰ تا ۱۲ سال، دارا بودن نشانه‌های اضطراب، عدم دریافت مداخله روان‌شناختی یا دارویی غیر از مداخلات پژوهش و عدم ابتلا به هر نوع بیماری روانپزشکی یا جسمانی. همچنین ملاک‌های خروج شامل عدم تمایل به همکاری در طی پژوهش، غیبت بیش از دو جلسه و عدم انجام تکالیف بود. اخذ رضایت نامه کتبی از کودکان و والدین آن‌ها، رعایت اصل رازداری، اختیار بودن شرکت در مطالعه، حق انصراف از مطالعه در هر زمان از اصول اخلاقی بود. همچنین پژوهشگر به شرکت‌کنندگان گروه گواه مبنی بر اینکه پس از پایان جلسات مداخلات در مورد آن‌ها نیز جلسات مداخله برگزار شود متعهد گردید. تحلیل داده‌ها با استفاده از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و آزمون بونفرونی در نرم افزار SPSS نسخه ۲۵ انجام شد.

1. Grossman & Ehrenreich-May
2. Barlow
3. Martinsen
4. Elias
5. Schaeuffele

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-31]

ابزار سنجش

پرسشنامه اضطراب آشکار کودکان[1] (RCMAS): این ابزار توسط رینولدز و ریچموند[2] (۱۹۷۸) با هدف سنجش اضطراب برای کودکان و نوجوانان در دامنه ی سنی ۶ الی ۱۲ سال طراحی و اعتبار یابی شده است. این ابزار دارای ۳۷ سوال می‌باشد که سه عامل فیزیولوژیکی، حساسیت افراطی- تمرکز و نگرانی را می‌سنجد. در مجموع این مقیاس دارای ۲۸ ماده برای ارزیابی اضطراب و ۹ ماده دیگر شامل گویه‌های شماره ۴-۸-۱۲-۱۶-۲۰-۳۲ مقیاس دروغ‌سنج را تشکیل می‌دهد. که در نمره گذاری محاسبه نمی‌شوند. پاسخ دهی به سؤال‌ها به صورت بله و خیر است که به هر پاسخ بله نمره۱و به هر پاسخ خیر نمره صفر داده می‌شود. نمره کل این مقیاس از مجموع تمام پاسخ‌های بله محاسبه می‌شود. دامنه نمره در این ابزار بین صفر تا ۲۸ می‌باشد و نمرات بیشتر نشان دهنده اضطراب بالا می‌باشد (رینولدزو ریچموند، ۱۹۷۸). این مقیاس توسط لی[3] و همکاران (۱۹۸۸) در گروه سنی نوجوانان نیز اجرا و اعتباریابی شد. پایایی به روش همسانی درونی۰/۷۸کودر ریچاردسون و روایی به روش تحلیل عاملی تأییدی بررسی با توجه به نتایج حاصل از شاخص‌های برازش سه عامل این پرسشنامه تایید شد. در ایران دهقانی و همکاران (۲۰۱۳) این مقیاس را ترجمه و اعتباریابی کردند. پایایی به روش همسانی درونی برای کل مقیاس به روش کودر ریچاردسون ۰/۷۹ و روایی به روش تحلیل عاملی تأییدی بررسی و سه عامل تأیید شد. در این مطالعه روایی این پرسشنامه بر اساس نظر سه نفر از اساتید قبل از اجرا به روش محتوایی مورد تایید قرار گرفته است و پایایی با استفاده از آزمون کودر ریچاردسون۰/۷۸محاسبه شده است.

پرسشنامه کارکردهای اجرایی[4] (EFQ): آزمون کارکردهای اجرایی کولیج (۲۰۰۲) آزمونی است که چندین اختلال عصب شناختی و رفتاری را در کودکان و نوجوانان ۵ تا ۱۷ ساله تشخیص می‌دهد. سوالات این آزمون بر اساس معیارهای انجمن روان پزشکی آمریکا (APA) ساخته شده و بر روی ۳۲۹ کودک ۵ تا ۷ ساله (۱۶۹ پسر، ۱۶۰ دختر هنجاریابی شده است. هر اختلال دارای خرده‌مقیاسی مشخص و مجزاست که سه مورد از این خرده‌مقیاس‌ها با ۱۹ گویه به ارزیابی کارکردهای اجرایی می‌پردازد. این آزمون دارای مقیاس ۴ درجه ای است: ۱- هیچ وقت، ۲- گاهی اوقات، ۳- معمولاً، ۴- همیشه. بطوریکه برای پاسخ هیچ وقت نمره صفر، گاهی اوقات نمره ۱، معمولاً نمره ۲ و همیشه نمره ۳ تعلق می‌گیرد. سؤالات ۱ تا ۸ کارکرد تصمیم‌گیری برنامه‌ریزی، سؤالات ۹ تا ۱۶ سازمان دهی و سؤالات ۱۷ تا ۱۹ بازداری را مورد سنجش قرار می‌دهند. آزمون به وسیله والدین پاسخ داده می‌شود. این مقیاس توسط ویت (۲۰۱۳) در گروه سنی کودک و نوجوان نیز اجرا و اعتباریابی شد. پایایی به روش همسانی درونی ۰/۸۰آلفای کرونباخ و روایی به روش تحلیل عاملی تأییدی بررسی و تأیید شد. در ایران روایی به روش تحلیل عاملی بررسی و تأیید شد. پایایی بدست آمده برای خرده‌مقیاس سازمان‌دهی و تصمیم‌گیری – برنامه‌ریزی ۰/۸۵ و برای خرده‌مقیاس بازداری ۰/۶۶ گزارش شده است. همسانی درون دو خرده‌مقیاس با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۹۱ بدست آمده است. همسانی درونی بدست آمده به طور جداگانه برای سازمان دهی۰/۸۱، تصمیم‌گیری- برنامه‌ریزی ۰/۸۲ و بازداری ۰/۵۲ گزارش شده است (علیزاده و زاهدی‌پور، ۱۳۸۳). میزان آلفای کرونباخ در پژوهش حاضر ۰/۷۳ بود.

بسته فراتشخیصی یکپارچه[5] (UTP): این مداخله مبتنی بر پروتکل بارلو (اهرنریچ‌می[6] و همکاران، ۲۰۱۸، ترجمه ضرغامی و همکاران، ۱۳۹۸) در قالب جلسات گروهی استفاده شد. خلاصه محتوای جلسات در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول۱. خلاصه جلسات فراتشخیصی یکپارچه

جلسات	شرح جلسات
اول	برقراری ارتباط، آشنایی کودکان با الگو و ساختار درمان، شناسایی مشکلات اصلی و اهداف، آشنایی کودکان با هدف هیجان‌ها/ آشنایی والدین با مدل سه بخشی هیجان‌ها، بحث در مورد چرخه رفتارهای هیجانی
دوم	یادگیری شناسایی شدت هیجان‌های مختلف، معرفی اجزای سه گانه تجربه هیجانی، معرفی چرخه اجتناب، شناسایی پاداش‌ها برای رفتارهای جدید/ آشنایی والدین با فرآیند ردیابی دوگانه قبل، در حین و بعد، آشنایی با فرزندپروری متضاد
سوم	یادگیری مفهوم عمل متضاد، تمرین استفاده از آزمایش‌های علمی برای کمک به رفتار متضاد و رفتار هیجانی، یادگیری ارتباط بین فعالیت و هیجان، معرفی ردیابی هیجان و فعالیت به عنوان یک آزمایش برای کودکان/ معرفی مفهوم آزمایش علمی به والدین
چهارم	توصیف مفهوم نشانه‌های بدنی، یادگیری شناسایی نشانه‌های بدنی هیجان‌های مختلف، آموزش مهارت اسکن بدنی، کمک به کودکان برای انجام رفتارهایی بدون اجتناب یا حواس پرتی/ معرفی مفهوم جسمانی سازی، آموزش مهارت اسکن بدنی، معرفی مواجهه‌های حسی و تمرین و آموزش همدلی به والدین

1. Children's Manifest Anxiety Scale (RCMAS)
2. Reynolds & Richmond
3. Lee
4. Questionnaire of executive functions (EFQ)
5. Unified transdiagnostic package (UTP)
6. Ehrenreich-May

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-31]

پنجم	معرفی مفهوم تفکر انعطاف پذیر و آموزش شناسایی تله فکری به کودکان/ آشنایی والدین با مفهوم انعطاف پذیری شناختی، آشنایی با تله‌های فکری، بحث در مورد رفتار فرزندپروری هیجانی و فرزندپروری متضاد
ششم	آشنایی و تمرین تفکر کارآگاهی به کودکان/ آشنایی و تمرین تفکر کارآگاهی به والدین
هفتم	معرفی و استفاده از حل مسئله به کودکان/ معرفی و بحث در مورد حل مسئله با والدین
هشتم	آموزش آگاهی در لحظه به کودکان/ بحث در مورد اهمیت یادگیری تجارب هیجانی به والدین، معرفی و آگاهی از حال
نهم	مرور مهارت‌های کارآگاه هیجانی، تکمیل مواجهه، همکاری با کودک برای تکمیل فرم رفتار هیجانی/ آشنایی والدین با مفهوم مواجهه هیجانی، توضیح نقش والدین در تمرین مواجهه، آشنایی با فرزندپروری هیجانی و اجتناب، تداوم تکمیل فرم رفتار هیجانی
دهم	مرور استفاده از آزمایش‌های علمی برای مواجهه، انجام آزمایش علمی برای مقابله با هیجان‌های شدید، برنامه‌ریزی برای مواجهه در جلسات بعدی/ مرور و بحث در مورد کاربرد مواجهه در انواع نشانه‌ها به والدین،تبیین فرزندپروری و معرفی نردبان هیجانی
یازدهم تا شانزدهم	برنامه‌ریزی و اجرای فعالیت‌های مواجه در جلسات بعدی کودکان، مرور مهارت‌های کارآگاهی، برنامه‌ریزی برای مواجهه در آینده/ مرور مفاهیم و مهارت‌ها، بحث و تجلیل از پیشرفت هر کودک، برنامه‌ریزی برای حفظ و تقویت پیشرفت بعد از مداخله

درمان شناختی‌رفتاری[1] (**CBT**): برای جلسات شناختی‌رفتاری از بسته آموزشی مبتنی بر مدل کندال[2] (۱۹۸۳)، به شکل گروهی استفاده شد (ترجمه طهرانی‌زاده، ۱۴۰۱) که خلاصه محتوای جلسات در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول۲. خلاصه جلسات شناختی‌رفتاری

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

یافته ها

در این پژوهش ۴۵ دختر اضطرابی در دو گروه آزمایش و یک گروه گواه (هر گروه ۱۵ نفر) شرکت کردند؛ میانگین و انحراف معیار سنی دختران و به تفکیک گروه‌ها عبارت بود از: گروه مداخله اول (فراتشخیصی یکپارچه) برابر با ۱۰/۷ و انحراف معیار برابر با ۰/۷۰ و در گروه مداخله دوم (شناختی‌رفتاری) میانگین برابر ۱۰/۹ و انحراف معیار ۰/۶۵ و در گروه گواه میانگین برابر ۱۱ و انحراف استاندارد برابر ۰/۷۵ بود. همچنین میانگین و انحراف استاندارد اضطراب آشکار در گروه فراتشخیصی یکپارچه برابر با ۳/۶۴±۲۳/۶، در گروه شناختی‌رفتاری برابر با ۲/۱۵± ۲۳/۴۶ و در گروه کنترل برابر با ۲/۳۶±۲۴/۸ بوده است. میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش به تفکیک پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری درگروه‌ها در جدول ۳ آمده است.

جدول۳. میانگین و انحراف معیار متغیر کارکردهای اجرایی و مؤلفه‌های آن در سری‌های زمانی به تفکیک گروه

گروه	متغیر	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
گروه	تصمیم‌گیری	۲۵/۹۳	۴/۲۳	۲۹/۵۶	۳/۴۷	۲۹/۲۶	۱/۹۴
فراتشخیصی	سازماندهی	۲۵/۲	۳/۵۴	۲۹/۸۶	۲/۶۱	۲۸/۲۶	۳/۷۳
یکپارچه	بازداری	۸/۸۶	۱/۳	۱۱/۲	۰/۹۴	۱۰/۹۳	۱/۲۲

1. Cognitive behavioral therapy
2. Kendall

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-31]

	نمره کل	۶۰	۷/۵۳	۷۰/۶۳	۶/۲	۶۸/۴۶	۵/۰۶
گروه	تصمیم‌گیری	۲۵/۷۳	۳/۰۵	۲۹/۴۶	۲/۲۹	۲۹/۰۶	۱/۳۸
شناختی	سازماندهی	۲۵/۴۶	۲/۳۵	۲۹/۵۳	۲/۵۳	۲۸/۶	۲/۳۲
رفتاری	بازداری	۸/۹۳	۱/۲۷	۱۱/۱۳	۰/۷۴	۱۰/۸۶	۱/۰۶
	نمره کل	۶۰/۱۳	۴/۶۱	۷۰/۱۳	۴/۵	۶۸/۵۳	۳/۶
گروه	تصمیم‌گیری	۲۵/۴۶	۳/۳۳	۲۶/۰۶	۳/۷۶	۲۵/۹۳	۳/۳۲
کنترل	سازماندهی	۲۵/۵۳	۲/۵۱	۲۵/۸	۲/۵۴	۲۵/۸۳	۲/۳۸
	بازداری	۸/۹۳	۱/۶۲	۹/۱۳	۱/۳۵	۸/۹۳	۱/۴۳
	نمره کل	۵۹/۹۳	۵/۹۳	۶۱	۵/۲۸	۶۰/۷	۵/۵۴

با توجه به نتایج جدول۳، میانگین و انحراف معیار کارکردهای اجرایی و مؤلفه‌های آن در دو گروه آزمایش در مقایسه با گروه گواه، در مرحله پس‌آزمون و پیگیری نسبت به مرحله پیش‌آزمون تغییر داشته است.

جهت بررسی فرضیه اصلی پژوهش از روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد. قبل از بکارگیری این روش پیش‌فرض‌های آن مورد بررسی قرار گرفت. برای بررسی نرمال بودن مؤلفه‌های کارکردهای اجرایی از آزمون کولموگروف‌اسمیرنف استفاده شد. بر اساس نتایج این آزمون فرض نرمال بودن تأیید شد. علاوه بر این فرض همگنی ماتریس‌های واریانس-کوواریانس بر اساس آزمون باکس و فرض همگنی واریانس‌ها بر اساس آزمون لوین تأیید شدند (P<۰/۰۵).

جدول۴ خلاصه نتایج تحلیل واریانس مختلط با عوامل درون گروهی و بین گروهی در مؤلفه‌های کارکردهای اجرایی

متغیر	عوامل	منابع تغییر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معناداری	اندازه اثر
تصمیم‌گیری	عامل	مراحل	۱۹۱/۷۴	۲	۹۵/۸۷	۲۳/۱۷	۰/۰۰۱	۰/۳۶
	درون‌گروهی	تعامل مراحل*گروه	۵۹/۲۸	۴	۱۴/۸۲	۳/۵۸	۰/۰۱	۰/۱۵
		خطا	۳۴۷/۴۶	۸۴	۴/۱۳			
	عامل	گروه	۱۶۶/۳	۲	۸۳/۱۵	۴/۰۲	۰/۰۲	۰/۱۶
	بین‌گروهی	خطا	۸۶۷/۰۳	۴۲	۲۰/۶۴			
سازماندهی	عامل	مراحل	۲۱۵/۸۳	۱/۶۱	۱۳۳/۲۷	۳۶/۵	۰/۰۰۱	۰/۴۷
	درون‌گروهی	تعامل مراحل*گروه	۸۹/۸۲	۳/۲۳	۲۷/۷۳	۷/۵۹	۰/۰۰۱	۰/۲۷
		خطا	۲۴۸/۳۴	۶۸/۰۱	۳/۶۵			
	عامل	گروه	۱۳۲/۴۷	۲	۶۶/۲۳	۳/۸۶	۰/۰۶	۰/۱۶
	بین‌گروهی	خطا	۷۲۰/۷۵	۴۲	۱۷/۱۶			
بازداری	عامل	مراحل	۶۴/۹	۲	۳۲/۴۵	۴۲/۹۸	۰/۰۰۱	۰/۵۱
	درون‌گروهی	تعامل مراحل*گروه	۲۷/۶۷	۴	۶/۹۱	۹/۱۶	۰/۰۰۱	۰/۳۰
		خطا	۶۳/۴۲	۸۴	۰/۷۵			
	عامل	گروه	۵۲/۴۵	۲	۲۶/۲۳	۸/۳۶	۰/۰۰۱	۰/۲۹
	بین‌گروهی	خطا	۱۳۱/۶۴	۴۲	۳/۱۳			
نمره کل	عامل	مراحل	۱۳۳۰/۶	۱/۶۳	۸۱۵/۲۵	۶۸/۳۸	۰/۰۰۱	۰/۶۲
کارکردهای اجرایی	درون‌گروهی	تعامل مراحل*گروه	۴۹۱/۳	۳/۲۶	۱۵۰/۵۱	۱۲/۶۲	۰/۰۰۱	۰/۳۸
		خطا	۸۱۷/۲۵	۶۸/۵۵	۱۱/۹۲			
	عامل	گروه	۹۹۹/۷۸	۲	۴۹۹/۸۹	۷/۱۱	۰/۰۰۲	۰/۲۵
	بین‌گروهی	خطا	۲۹۵۲/۷۴	۴۲	۷۰/۳			

خلاصه نتایج تحلیل واریانس مختلط برای عوامل درون‌گروهی و بین‌گروهی کارکردهای اجرایی و مؤلفه‌های آن در جدول ۴ نشان می‌دهد در رابطه با عامل درون‌گروهی مقدار F محاسبه شده برای اثر مراحل (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) در مؤلفه‌های کارکرد اجرایی و نمره کل معنادار است (P <۰/۰۱)، در نتیجه بین میانگین نمرات پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری مؤلفه‌های کارکردهای اجرایی و نمره کل کارکردهای

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-31]

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

جدول ۵ خلاصه آزمون تعقیبی بونفرنی مقایسه‌های چندگانه در متغیر کارکردهای اجرایی و مؤلفه‌های آن

متغیر	منبع تغییر	مراحل/گروه‌ها	تفاوت میانگین‌ها	خطای استاندارد	معناداری
تصمیم‌گیری	مراحل	پیش‌آزمون- پس‌آزمون	-۲/۶۵	۰/۴۶	۰/۰۰۱
		پیش‌آزمون- پیگیری	-۲/۳۷	۰/۴۶	۰/۰۰۱
		پس‌آزمون-پیگیری	۰/۲۷	۰/۳۴	۱
	گروه	فراتشخیصی یکپارچه- شناختی‌رفتاری	۰/۱۶	۰/۹۵	۱
		فراتشخیصی یکپارچه-گواه	۲/۴۳	۰/۹۵	۰/۰۴
		شناختی‌رفتاری-گواه	۲/۲۶	۰/۹۵	۰/۰۶
سازماندهی	مراحل	پیش‌آزمون- پس‌آزمون	-۳	۰/۴۲	۰/۰۰۱
		پیش‌آزمون- پیگیری	-۲/۱۶	۰/۳۷	۰/۰۰۱
		پس‌آزمون-پیگیری	۰/۸۳	۰/۲۶	۰/۰۱
	گروه	فراتشخیصی یکپارچه- شناختی‌رفتاری	-۰/۰۸	۰/۸۷	۱
		فراتشخیصی یکپارچه-گواه	۲/۰۵	۰/۸۷	۰/۰۷
		شناختی‌رفتاری-گواه	۲/۱۴	۰/۸۷	۰/۰۶
بازداری	مراحل	پیش‌آزمون- پس‌آزمون	-۱/۵۷	۰/۱۷	۰/۰۰۱
		پیش‌آزمون- پیگیری	-۱/۳۳	۰/۱۹	۰/۰۰۱
		پس‌آزمون-پیگیری	۰/۲۴	۰/۱	۰/۵۵
	گروه	فراتشخیصی یکپارچه- شناختی‌رفتاری	۰/۰۲	۰/۳۷	۱
		فراتشخیصی یکپارچه-گواه	۱/۳۳	۰/۳۷	۰/۰۰۳
		شناختی‌رفتاری-گواه	۱/۳۱	۰/۳۷	۰/۰۰۳
کارکردهای اجرایی	مراحل	پیش‌آزمون- پس‌آزمون	-۷/۲۳	۰/۷۷	۰/۰۰۱
		پیش‌آزمون- پیگیری	-۵/۸۷	۰/۶۶	۰/۰۰۱
		پس‌آزمون-پیگیری	۱/۳۵	۰/۴۹	۰/۰۳
	گروه	فراتشخیصی یکپارچه- شناختی‌رفتاری	۰/۱	۱/۷۶	۱
		فراتشخیصی یکپارچه-گواه	۵/۸۲	۱/۷۶	۰/۰۰۶
		شناختی‌رفتاری-گواه	۵/۷۲	۱/۷۶	۰/۰۰۷

با توجه به یافته‌های جدول ۵ نتایج نشان می‌دهد بین نمرات کارکردهای اجرایی و تمامی مؤلفه‌های آن در مراحل پیش‌آزمون با پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری وجود دارد همچنین تفاوت بین نمرات پس‌آزمون با پیگیری در مورد سازماندهی و نمره کل کارکردهای اجرایی معنادار است. مقایسه میانگین‌های تعدیل شده نشان می‌دهد که نمرات هر سه مؤلفه و نمره کل کارکردهای اجرایی در مرحله پیش‌آزمون پایین‌تر از مرحله پس‌آزمون و پیگیری است.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی بسته فراتشخیصی یکپارچه و درمان شناختی‌رفتاری بر کارکردهای اجرایی کودکان اضطرابی انجام شد. نتایج نشان داد بین میزان اثربخشی دو روش مداخله تفاوت معناداری وجود ندارد. همچنین اثربخشی هر دو روش در طی زمان دارای ماندگاری است.

یافته به دست آمده مبنی بر اثربخشی بسته فراتشخیصی یکپارچه بر کارکردهای اجرایی با نتایج مطالعات الیاس و همکاران (۲۰۱۹) و حسن‌پور و همکاران (۱۳۹۷) همسو است. در تبیین یافته فوق می‌توان گفت در تبیین اثربخشی بسته فراتشخیصی یکپارچه می‌توان گفت که از

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-31]

آنجایی که کودکان اضطرابی، تحت شرایط پیچیده بیشتر به جستجوی اطلاعات حمایتی (تأییدی) گرایش دارند (هیلن [1]و همکاران، ۲۰۱۷) و به دلیل بالا بودن سطح اضطراب خود نمی‌توانند به خوبی سازمان‌دهی کرده و تصمیم‌گیری کنند. در بسته فراتشخیصی یکپارچه با تمرکز بر هیجانات ناکارآمد، مواجهه با موقعیت‌ها، احساسات اضطراب‌زا، پذیرش هیجانات و افکار منع شده سعی شد تا کودکان اضطرابی به جای اجتناب رفتاری، تعلل‌پذیری، سرکوبی و انکار هیجانات خود با آن‌ها مواجهه شده و مورد پذیرش قرار دهند و به کودکان اضطرابی کمک شد تا پیچیدگی و ابهامات رویدادهایی که با آن‌ها مواجهه می‌شوند را به جای تفسیر فاجعه بار و تهدیدآمیز آن‌ها مورد مشاهده و پذیرش قرار دهند و با تکنیک‌های کارآگاه هیجان راه حل‌های موجود را برای انتخاب و ارائه پاسخی سازگارانه در نظر بگیرند. از این رو، بسته فراتشخیصی یکپارچه با استفاده از برنامه‌ریزی اهداف، خودگردانی، انعطاف‌پذیری و رفتار آینده مدار به تقویت مؤلفه‌های کارکردهای اجرایی کمک کرد. به عبارتی کودکانی که تنظیم احساسات را یاد می‌گیرند می‌توانند بهتر بر فعالیت‌های روزمره خود نظارت داشته و می‌توانند بهتر برنامه‌ریزی و تصمیم‌گیری کنند چرا که مواجهه با موقعیت‌های جدید از جمله مجموعه توانایی‌های مرتبط با کارکردهای اجرایی بوده و تصمیم‌گیری، سازمان‌دهی و بازداری پاسخ نیز از اصلی‌ترین مؤلفه‌های کارکردهای اجرایی است (قائمی و همکاران، ۱۴۰۰). همچنین اضطراب و برانگیختگی فیزیولوژیک ناشی از آن خود عامل اثرگذار بر کارکردهای اجرایی است (شارپ[2]، ۲۰۱۵) که با کاهش نشانه‌های اضطراب به واسطه اجرای مداخله فراتشخیصی یکپارچه منجر به بهبود مؤلفه‌های کارکردهای اجرایی در کودکان اضطرابی شد.

یافته دیگر پژوهش نشان داد درمان شناختی رفتاری بر کارکردهای اجرایی مؤثر است و میزان اثربخشی در طی زمان دارای ماندگاری اثر است. این یافته با نتایج پژوهش نوروزی و همکاران (۱۴۰۲)، بدیعی و همکاران (۱۴۰۲) همسو می‌باشد. در تبیین اثربخشی یافته فوق می‌توان گفت که درمان شناختی رفتاری بر مؤلفه‌های کارکردهای اجرایی می‌توان گفت که مداخله‌ی شناختی‌رفتاری می‌تواند تغییراتی در تفکر، احساس و رفتار ایجاد کند. کودکان اضطرابی، اتفاقات مبهم را به عنوان رویدادهایی تهدید کننده درک می‌کنند. آن‌ها تمایل زیادی برای عیب‌جویی و خودمحوری دارند و میزان خودگویی و انتظارات منفی در آن‌ها بالا است (کازانتیز[3]و همکاران، ۲۰۱۸). بسته شناختی‌رفتاری با آموزش شناسایی الگوهای شناختی نادرست، چگونگی تغییر تجربه‌ها و همچنین با شناسایی تحریف‌های شناختی بر روی رفتار و احساس تأثیر می‌گذارد و از آنجایی که مؤلفه‌های کارکردهای اجرایی مثل تصمیم‌گیری و بازداری جز کنش‌های عالی کرتکس پیشانی هستند. این نوع مداخله با دادن آگاهی نسبت به جریان هشیاری، با افزایش دقت و تمرکز، انعطاف‌پذیری و قدرت حل مسئله، کارکردهای اجرایی کودکان را افزایش می‌دهد (بدیعی و همکاران، ۱۴۰۲).

در نهایت یافته‌های پژوهش نشان داد که تفاوتی میان اثربخشی هر دو بسته آموزشی برکارکردهای اجرایی کودکان اضطرابی وجود نداشت. که این یافته با پژوهش محسنی و همکاران (۱۴۰۲) و الیاس و همکاران (۲۰۱۹)، به طور غیرمستقیم همسو است. برای تبیین این یافته می‌توان گفت که درمان شناختی‌رفتاری با آموزش حل مسئله که توسط خود فرد هدایت می‌شود سعی می‌کند تا با درگیر کردن ذهن کودکان به فکر کردن برای راه‌حل‌های مختلف برای مسئله خود یک برنامه‌ریزی و سازمان‌دهی اصولی انجام داده و راه‌حل‌های سازگارانه و اصولی موثری برای زندگی خود پیدا کنند. استفاده بیشتر از راهبرد مسئله محور باعث شد کمتر از مشکلات خود اجتناب کرده و درنهایت کارکردهای اجرایی در ایشان بهبود یابد. همچنین بسته فراتشخیصی یکپارچه منجر به افزایش فراشناخت افراد می‌شود (بدیعی و همکاران، ۱۴۰۲) که باعث می‌شود افراد از جریان هوشیاری خودآگاهی پیدا کنند. افزایش آگاهی شناختی امکان سازمان‌دهی و برنامه‌ریزی بهتر بر فرآیندهای هیجانی و شناختی خودکار را فراهم می‌کند. بسته فراتشخیصی یکپارچه همچنین پذیرش هیجانات را بدون قضاوت آن‌ها افزایش می‌دهد. وقتی افراد تمرین‌های بسته فراتشخیصی یکپارچه را انجام می‌دهند، یاد می‌گیرند که هیجانات را باید پذیرفت و نباید دست به اجتناب، سرکوب یا فرار زد. بنابراین با افزایش تمرکز، تحمل آشفتگی و انعطاف‌پذیری، عناصر کارکردهای اجرایی افزایش پیدا می‌کند. بنابراین هر دو مسیر مداخله‌ای از سمتی موضوع کارکردهای اجرایی کودکان اضطرابی را مورد هدف قرار داده است که در نتیجه باعث یکسانی نتیجه شد.

یکی از محدودیت‌های پژوهش حاضر استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند بود به دلیل اینکه استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی امکان‌پذیر نبود، محدودیت دیگر پژوهش جامعه و نمونه یک شهر و دو مرکز مشاوره آموزش و پرورش بود. همچنین محدودیت دیگر پژوهش جامعه محدود به دختران گروه سنی ده تا دوازده سال بود که پیشنهاد می‌شود به منظور تعمیم‌پذیری نتایج پژوهش از این رویکردهای درمانی در نمونه‌های متفاوت، در بین پسران و رده‌های سنی مختلف و در شهرها با فرهنگ‌های مختلف جهت مقایسه انجام شود. با توجه به نتایج به دست آمده در پژوهش حاضر مشاوران و درمانگران بالینی می‌تواند از هر دو رویکرد در جهت بهبود کارکردهای اجرایی کودکان استفاده مؤثری نمایند.

1 . Hillen
2. Sharp
3 . Kazantzis

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-31]

منابع

آشنا، م؛ ص، بشارت، م.ع؛ ملیحی‌الذاکرینی، س؛ و رافضی، ز. (۱۴۰۰). اثربخشی گروه‌درمانی فراتشخیصی یکپارچه بر فراشناخت‌ها و فراهیجان‌های مثبت مادران کودکان مبتلا به سرطان. *مجله علوم روانشناختی*، ۲۰(۹۷)، ۲۲-۱۳.http://psychologicalscience.ir/article-1-806-fa.html

اهرنریچ‌می، ج؛ کندی، س؛ شرمن، ج؛ بیلک، ا؛ بارلو، د. (۱۳۹۸). *پروتکل یکپارچه درمان فراتشخیصی برای اختلالات هیجانی کودکان* (ترجمه؛ ضرغامی، فیروزه، اکبری، مهدی، سروری، فاطمه؛ ویرایش اول). نشر ارجمند. https://www.arjmandpub.com

بدیعی، س؛ تیزدست، ط؛ و احدی، ح. (۱۴۰۲). مقایسه اثربخشی درمان شناختی‌رفتاری و درمان ذهن‌آگاهی بر عملکرد اجرایی بیماران مصرف‌کننده مت‌آمفتامین. *رویش روان شناسی*، ۱۲(۱۰)، ۱۶۱-۱۷۰. http://frooyesh.ir/article-1-4851-fa.html

بهرامی، ز؛ و سپهوند، ت. (۱۴۰۲). اثربخشی درمان شناختی‌رفتاری هیجان‌مدار بر افسردگی و مؤلفه‌های آن در کودکان دارای اضطراب اجتماعی. *مجله پزشکی بالینی ابن سینا*، ۲۹(۴)، ۲۱۱-۲۱. http://dx.doi.org/10.32592/ajcm.29.4.211

تقوی، س. (۱۳۸۴). هنجاریابی مقیاس اضطراب آشکار کودکان (RCMAS) برای دانش آموزان مقاطع مختلف تحصیلی در شیراز. *علوم اجتماعی و انسانی دانشگاه شیراز*، ۲۲(۴)، ۱۸۸-۱۷۹. https://sid.ir/paper/13367/fa

جوادی، و؛ و ساعد، ا. (۱۴۰۱). اثربخشی درمان شناختی‌رفتاری بر اختلال‌های اضطرابی کودکان و نوجوانان در ایران: یک مطالعه مروری سیستماتیک. *مجله دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی*، ۱۴(۱)، ۹-۱۸. http://dx.doi.org/10.52547/nkums.14.1.9

حسن‌پور، پ؛ آقایوسفی، ع؛ علیپور، ا؛ و ضمیر، م. (۱۳۹۷). اثربخشی درمان فراتشخیصی بر بهبود تحمل ابهام، کارکرد اجرایی (دقت و زمان) و حافظه در بیماران با اختلال وسواسی-جبری. *مجله علوم روانشناختی*، ۱۷(۷۱)، ۸۴۸-۸۳۷. http://dorl.net/dor/20.1001.1.17357462.1397.17.71.4.

سپهری‌پیام، س؛ قاسمیان، ا؛ و رجب‌پور، س. (۱۴۰۲). اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه بر نظم‌جویی شناختی هیجان در افراد مبتلا به اختلالات اضطرابی. *رویش روان شناسی*، ۱۲(۷)، ۱۳۲-۱۲۳.http://dorl.net/dor/20.1001.1.2383353.1402.12.7.13.9

شرفی، م؛ جعفری، د؛ و بهرامی، م. (۱۴۰۱). مقایسه اثربخشی درمان شناختی‌رفتاری و درمان فراتشخیصی یکپارچه بر تنظیم هیجانی نوجوانان دارای اختلال اضطراب فراگیر. *نشریه علمی رویش‌روان‌شناسی*، ۱ (۱۲)، ۱۸۳-۱۹۴. http://dorl.net/dor/20.1001.1.2383353.1401.11.12.17.6

داوودی، ا؛ نیسی، ع؛ خزایی، ح؛ ارشدی، ن؛ و زکی‌یی، ع. (۱۳۹۶). بررسی نقش برخی از عوامل شناختی و هیجانی در پیش‌بینی اختلال بی‌خوابی. *مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران (نامه دانشگاه)*، ۲۷(۱۵۰)، ۱۲۱-۱۰۷. SID. https://sid.ir/paper/45955/fa

طاهری‌فر، ز. (۱۳۹۸). اهمیت رویکرد فراتشخیصی در آسیب شناسی و روان درمان. *رویش روان‌شناسی*، (۹)، ۱۰-۱. http://frooyesh.ir/article-1-1862-fa.html

عبدی، ر؛ بخشی، ع؛ و محمود علیلو، م. (۱۳۹۲). کارایی درمان فراتشخیصی یکپارچه در کاهش شدت عوامل فراتشخیصی و نشانه‌های اختلالات هیجانی. *فصلنامه علمی روش‌ها و مدل‌های روانشناختی*، ۴(۱۳)، ۲۷-۱. https://dorl.net/dor/20.1001.1.22285516.1392.4.13.1.0

فیاضی، ن؛ دهقانی آرانی، ف؛ فراهانی، ح؛ روشن‌چسلی، ر؛ و زاهد، غ. (۱۴۰۲). اثربخشی بسته راهنمای اجرای درمان شناختی‌رفتاری توسط والدین بر اضطراب کودکان. *فصلنامه خانواده و پژوهش*، ۲۰(۱)، ۶۴-۵۱. http://qjfr.ir/article-1-1509-fa.html

قادری، ف؛ اکرمی، ن؛ نامداری، ک؛ و عابدی، ا. (۱۴۰۰). مقایسه اثربخشی درمان شناختی‌رفتاری یکپارچه با درمان فراتشخیصی بر علایم بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر همبود با افسردگی. *مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران*، ۱۰۷(۲۷)، ۴۵۷-۴۴۳. http://dx.doi.org/10.32598/ijpcp.27.4.3067.3

قائمی، ف؛ رستمی، ر؛ میرکمالی، س؛ و صالحی، ک. (۱۴۰۰). مروری نظام‌مند و تحلیلی بر نظریه‌ها، مولفه‌ها و مدل‌های کارکردهای اجرایی مغز. *نشریه علمی رویش روان‌شناسی*، ۱۰(۶)، ۲۲۶-۲۱۱. http://dorl.net/dor/20.1001.1.2383353.1400.10.6.3.3

کربلایی، م؛ یزدانبخش،ک؛ و مرادی، آ. (۱۴۰۳). بررسی اثربخشی گروه‌درمانی شناختی‌رفتاری هیجان مدار (ECBT) بر نگرانی و حساسیت اضطرابی کودکان مضطرب. *فصلنامه پژوهش‌های نوین روانشناختی*. ۱۹(۷۳)،-. https://doi.org/10.22034/jmpr.2022.54361.5295

کندال، ف؛ هدک، ک. (۱۴۰۱). *درمان شناختی‌رفتاری برای کودکان مضطرب* (ترجمه؛ طهرانی‌زاده، مریم؛ ویرایش سوم). نشر رشد.https://roshdpress.ir

محسنی، م؛ کلانتری، م؛ نامداری، ک؛ و عابدی، ا. (۱۴۰۲). مقایسه اثربخشی درمان ترکیبی فراتشخیصی، ذهن‌آگاهی، رفتاردرمانی دیالکتیکی با CBT بر انعطاف‌ناپذیری روانشناختی درد افراد مبتلا به درد مزمن. *فصلنامه روان‌شناسی کاربردی*، ۱۷(۴)، ۱۹۳-۱۶۹. https://doi.org/10.48308/apsy.2023.232064.1503

محمدی، ا؛ بیرشک، ب؛ و غرایی، ب. (۱۳۹۲). تاثیر مقایسه ای گروه درمانی فراتشخیصی در کاهش علائم اضطراب و افسردگی؛ پیگیری ۳ ماهه. *پژوهش‌های روان‌شناختی*، ۱۶ (۱)، (پیاپی ۳۱)، ۷-۲۳. SID. https://sid.ir/paper/66335/fa

نصری، م؛ احدی، ح؛ درتاج، ف. (۱۳۹۶). اثربخشی درمان فراتشخیصی بر انعطاف‌پذیری شناختی، تنظیم هیجان و عامل hb در بیماران دیابتی. *دست‌آوردهای روان‌شناختی*، ۲۴(۲)، ۸۱-۱۰۰. https://dorl.net/dor/20.1001.1.22286144.1396.24.2.5.8

نوروزی، ه؛ حاتمی‌نژاد، م؛ و دمیرچی، ص. (۱۴۰۲). اثربخشی درمان گروهی سایکودراما و بازی‌درمانی شناختی‌رفتاری بر روی کارکردهای اجرایی (حافظه فعال، بازداری پاسخ، انعطاف‌پذیری شناختی و خودتنظیمی هیجانی) در دانش‌آموزان پسر دارای اختلال اضطراب اجتماعی. *عصب روان‌شناسی*، ۹ (۳۵)، -. https://doi.org/10.30473/clpsy.2024.68482.1710

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-31]

نوری، ح؛ انصاری‌شهیدی، م؛ راه‌نجات، ؛ رئیسی، م؛ و خانزاده، م. (۱۴۰۲). اثربخشی درمان گروهی فراتشخیصی بر شدت علائم و ادراک بیماری افراد مبتلا به سندروم روده تحریک‌پذیر. *نشریه علمی رویش روان‌شناسی*. ۱۲ (۴)، ۱۵۸-۱۴۹ http://dorl.net/dor/20.1001.1.2383353.1402.12.4.15.5

وفوری، ج. (۱۳۹۶). تأثیرآموزش مهارت‌های مطالعه (روش برنامه‌ریزی و مدیریت زمان و روش تمرکز و حافظه) بر میزان پیشرفت تحصیلی و انگیزش پیشرفت دانش‌آموزان ایرانی ساکن کشور تاجیکستان. *روان‌شناسی مدرسه و آموزشگاه*، ۶ (۲)، ۱۶۳-۱۴۶. https://doi.org/10.22098/jsp.2017.572

Arani, A. M., Hosseini, S., Lotfinia, S., Ebrahimi, L. S., Mousavi, S. E., Mohammadzadeghan, R., & Hosseini, S. M. (2023). The Comparative Efficacy of Unified Transdiagnostic Protocol (UP) and Mindfulness-Based Stress Reduction Protocol (MBSR) on Emotion Regulation and Uncertainty Intolerance in Infertile Women Receiving IVF. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, *30*(3), 578-588. https://doi.org/10.1007/s10880-022-09917-1

Barlow, D. H., Harris, B. A., Eustis, E. H., & Farchione, T. J. (2020). The unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders. *World Psychiatry*, *19*(2), 245. https://doi.org/10.1002%2Fwps.20748

Barron, J. M., & Storch, E. A. (2021). cognitive behavior therapy and executive function in neurodegenerative disorders, psychiatric disorders, and injury research. *Frontiers in Psychiatry*, *12*, 780748. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2021.780748

Dehghani, F., Amiri, S., Molavi, H., & Neshat-Doost, H. T. (2013). Psychometric properties of the Persian version of the screen for child anxiety-related emotional disorders (SCARED). *Journal of anxiety disorders*, *27*(5), 469-474. https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2013.06.003

Elias, R., Murphy, H. G., Turner, K. A., & White, S. W. (2019). Feasibility and preliminary efficacy of an adapted transdiagnostic treatment for children with executive function deficits. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, *33*(4), 343-356. https://doi.org/10.1891/0889-8391.33.4.343

Engelhardt, L. E., Harden, K. P., Tucker-Drob, E. M., & Church, J. A. (2019). The neural architecture of executive functions is established by middle childhood. *NeuroImage*, *185*, 479-489. https://doi.org/10.1016/j.neuroimage.2018.10.024

Fernández-Martínez, I., Orgilés, M., Morales, A., Espada, J. P., & Essau, C. A. (2020). One-Year follow-up effects of a cognitive behavior therapy-based transdiagnostic program for emotional problems in young children: A school-based cluster-randomized controlled trial. Journal of Affective Disorders, 262, 258-266. https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.11.002

Eysenck, M. W., Derakshan, N., Santos, R., & Calvo, M. G. (2007). Anxiety and cognitive performance: attentional control theory. *Emotion*, *7*(2), 336. https://doi.org/10.1037/1528-3542.7.2.336

Fernandes, B., Wright, M., & Essau, C. A. (2023). The Role of Emotion Regulation and Executive Functioning in the Intervention Outcome of Children with Emotional and Behavioural Problems. *Children*, *10*(1), 139. https://doi.org/10.3390/children10010139

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

Hillen, M. A., Gutheil, C. M., Strout, T. D., Smets, E. M., & Han, P. K. (2017). Tolerance of uncertainty: Conceptual analysis, integrative model, and implications for healthcare. *Social science & medicine*, *180*, 62-75. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2017.03.024

Kazantzis, N., Luong, H. K., Usatoff, A. S., Impala, T., Yew, R. Y., & Hofmann, S. G. (2018). The processes of cognitive behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Cognitive Therapy and Research*, *42*, 349-357. https://psycnet.apa.org/doi/10.1007/s10608-018-9920-y

Lee, S. W., Piersel, W. C., Friedlander, R., & Collamer, W. (1988). Concurrent validity of the Revised Children's Manifest Anxiety Scale (RCMAS) for adolescents. *Educational and Psychological Measurement*, *48*(2), 429-433. https://doi.org/10.1177/0013164488482015

Majeed, N. M., Chua, Y. J., Kothari, M., Kaur, M., Quek, F. Y., Ng, M. H., ... & Hartanto, A. (2023). Anxiety disorders and executive functions: A three-level meta-analysis of reaction time and accuracy. *Psychiatry Research Communications*, *3*(1), 100100. https://doi.org/10.1016/j.psycom.2022.100100

Mesghina, A., & Richland, L. E. (2020). Impacts of expressive writing on children's anxiety and mathematics learning: Developmental and gender variability. *Contemporary Educational Psychology*, *63*, 101926. https://doi.org/10.1016/j.cedpsych.2020.101926

Martinsen, K. D., Kendall, P. C., Stark, K., & Neumer, S. P. (2016). Prevention of anxiety and depression in children: acceptability and feasibility of the transdiagnostic EMOTION program. *Cognitive and Behavioral Practice*, *23*(1), 1-13. https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2014.06.005

Murphy, Y. E., Luke, A., Brennan, E., Francazio, S., Christopher, I., & Flessner, C. A. (2018). An investigation of executive functioning in pediatric anxiety. *Behavior modification*, *42*(6), 885-913. https://doi.org/10.1177/0145445517749448

Nicoară, N. D., Marian, P., Petriș, A. O., Delcea, C., & Manole, F. (2023). A Review of the Role of Cognitive-Behavioral Therapy on Anxiety Disorders of Children and Adolescents. *Pharmacophore*, *14*(4), 35-39. https://doi.org/10.51847/lKULo5pB1T

Ollendick, T. H., White, S. W., Richey, J., Kim-Spoon, J., Ryan, S. M., Wieckowski, A. T., ... & Smith, M. (2019). Attention bias modification treatment for adolescents with social anxiety disorder. Behavior therapy, 50(1), 126-139. https://doi.org/10.1016/j.beth.2018.04.002

Orm, S., Andersen, P. N., Teicher, M. H., Fossum, I. N., Øie, M. G., & Skogli, E. W. (2023). Childhood executive functions and ADHD symptoms predict psychopathology symptoms in emerging adults with and without ADHD: A 10 year longitudinal study. *Research on Child and Adolescent Psychopathology*, *51*(2), 261-271. https://doi.org/10.1007/s10802-022-00957-7

Reynolds, C. R., & Richmond, B. O. (1978). What I think and feel: A revised measure of children's manifest anxiety. Journal of abnormal child psychology, 6, 271-280. https://doi.org/10.1007/BF00919131

Sharp, P. B., Miller, G. A., & Heller, W. (2015). Transdiagnostic dimensions of anxiety: Neural mechanisms, executive functions, and new directions. *International Journal of Psychophysiology*, *98*(2), 365-377. https://doi.org/10.1016/j.ijpsycho.2015.07.001

Waite, M. (2013). Executive functions and social interactions: Developing social scenarios.

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-31]