

چاپ دوم

پروتکل‌های یکپارچه درمان فراتشخیصی برای

اختلالات هیجانی کودکان و نوجوانان



راهنمای درمانگر

فهرست مطالب

مقدمه ۷

بخش اول: پروتکل یکپارچه درمان فراتشخیصی برای اختلالات هیجانی نوجوانان

- فصل ۱: ماژول اصلی ۱: ایجاد انگیزه و حفظ کردن آن ۲۷
- فصل ۲: ماژول اصلی ۲: شناسایی هیجان‌ها و رفتارهایشان ۵۵
- فصل ۳: ماژول اصلی ۳: معرفی آزمایش‌های رفتاری متمرکز بر هیجان ۷۵
- فصل ۴: ماژول اصلی ۴: آگاهی از حس‌های بدنی ۹۱
- فصل ۵: ماژول اصلی ۵: انعطاف‌پذیری در تفکرتان ۱۰۱
- فصل ۶: ماژول اصلی ۶: آگاهی از تجربه‌های هیجانی ۱۲۱
- فصل ۷: ماژول اصلی ۷: مواجهه با هیجان‌های موقعیتی ۱۳۷
- فصل ۸: ماژول اصلی ۸: مرور دستاوردها و برنامه‌ریزی برای آینده ۱۵۳
- فصل ۹: ماژول والدین: تربیت نوجوانان هیجانی ۱۶۳

بخش دوم: پروتکل یکپارچه درمان فراتشخیصی برای اختلالات هیجانی کودکان

- فصل ۱۰: معرفی پروتکل یکپارچه درمان فراتشخیصی برای اختلالات هیجانی کودکان (پروتکل یکپارچه کودکان) ۱۸۷
- فصل ۱۱: جلسه ۱ پروتکل یکپارچه کودکان: آشنایی با پروتکل یکپارچه درمان فراتشخیصی برای اختلالات هیجانی کودکان ۱۹۹
- فصل ۱۲: جلسه ۲ پروتکل یکپارچه کودکان: شناسایی هیجان‌هایشان ۲۲۳
- فصل ۱۳: جلسه ۳ پروتکل یکپارچه کودکان: استفاده از آزمایش‌های رفتاری برای تغییر هیجان‌ها و رفتارهایشان ۲۴۱
- فصل ۱۴: جلسه ۴ پروتکل یکپارچه کودکان: سرنخ‌های بدنی ما ۲۵۹
- فصل ۱۵: جلسه ۵ پروتکل یکپارچه کودکان: ردیابی کردن فکرها ۲۷۵
- فصل ۱۶: جلسه ۶ پروتکل یکپارچه کودکان: استفاده از تفکر کارآگاهی ۲۹۱

فصل ۱۷:	جلسه ۷ پروتکل یکپارچه کودکان: حل مسئله و مدیریت تعارض.....	۳۰۹
فصل ۱۸:	جلسه ۸ پروتکل یکپارچه کودکان: آگاهی از تجربه‌های هیجانی.....	۳۲۵
فصل ۱۹:	جلسه ۹ پروتکل یکپارچه کودکان: آشنایی با مواجهه هیجانی.....	۳۴۵
فصل ۲۰:	جلسه ۱۰ پروتکل یکپارچه کودکان: روبرو شدن با هیجان‌های مان- بخش ۱.....	۳۶۳
فصل ۲۱:	جلسه ۱۱ تا ۱۴ پروتکل یکپارچه کودکان: روبرو شدن با هیجان‌های مان- بخش ۲.....	۳۸۱
فصل ۲۲:	جلسه ۱۵ پروتکل یکپارچه کودکان: جمع‌بندی و پیشگیری از عود.....	۳۹۵

بخش سوم: متغیرها و انطباق‌ها

فصل ۲۳:	تغییرپذیری برای اجرای گروهی پروتکل یکپارچه نوجوانان و اجرای انفرادی پروتکل یکپارچه کودکان و سایر انطباق‌ها.....	۴۱۳
منابع.....		۴۲۳

یک مقدمه کلی برای پروتکل‌های یکپارچه درمان فراتشخیصی اختلال‌های هیجانی کودکان و پروتکل یکپارچه درمان فراتشخیصی برای اختلال‌های هیجانی نوجوانان

راهنماهای درمانی که در این کتاب - پروتکل‌های یکپارچه درمان فراتشخیصی برای اختلال‌های هیجانی کودکان و نوجوانان - آورده شده‌اند، ممکن است با روش‌هایی که قبلاً برای جوانان مبتلا به اختلال‌های اضطرابی، وسواس، افسردگی، اختلال‌های مرتبط به سانحه و عوامل استرس به کار برده‌اید، متفاوت باشند. البته، بین این راهنما و سایر روش‌های درمان بالینی که قبلاً از آن‌ها استفاده کرده‌اید شباهت‌هایی وجود دارد:

- پروتکل یکپارچه کودکان و پروتکل یکپارچه نوجوانان هر دو شامل راهبردهای درمانی مبتنی بر شواهدی هستند که به شما کمک می‌کنند مراجع کودک یا نوجوان خود را یاری کنید که در زندگی‌اش عملکرد بهتری داشته باشد.
- پروتکل یکپارچه کودکان و پروتکل یکپارچه نوجوانان هر دو شامل دستورالعمل‌های مشخصی برای پیاده‌سازی درمان هستند.
- پروتکل یکپارچه کودکان و پروتکل یکپارچه نوجوانان هر دو حاوی اطلاعاتی در مورد نحوه استفاده از مداخله والدین در فرایند درمان و معرفی راهبردهایی به آن‌ها برای ترغیب کودکان و نوجوانان‌شان در به کارگیری مهارت‌های درمانی آموخته‌شده، هستند.

پروتکل‌های یکپارچه کودکان و نوجوانان نیز مانند پروتکل یکپارچه درمان فراتشخیصی برای اختلال‌های هیجانی بزرگسالان (بارلو و همکاران، ۲۰۱۳)، از این جهت منحصر به فرد است که به شما به عنوان درمانگر اجازه می‌دهد مهارت‌های درمانی مبتنی بر شواهد را برای کودکان و نوجوانان مبتلا به طیف وسیعی از اختلال‌های هیجانی به کار بگیرید. در واقع، مطالب راهنمای درمانگر پروتکل یکپارچه کودکان و پروتکل یکپارچه نوجوانان و کتاب‌های تمرین آن‌ها بر روی یک اختلال هیجانی خاص تمرکز نمی‌کنند، بلکه راهبردهای مداخله مبتنی بر شواهد را با استفاده از یک زبان کلی متمرکز بر هیجان‌ها، ارائه می‌دهند و از مثال‌هایی استفاده می‌کنند که به تجربه ترس، نگرانی، غم و خشم اشاره دارند. به عبارت دیگر، این دستورالعمل درمانی یک رویکرد فراتشخیصی را برای درمان اختلال‌های

هیجانی اتخاذ می‌کند. بعضی از اختلال‌هایی که می‌توانند توسط پروتکل یکپارچه کودکان و پروتکل یکپارچه نوجوانان مورد هدف قرار گیرند، عبارت‌اند از اختلال‌های اضطرابی (به عنوان مثال اختلال اضطراب فراگیر، اختلال اضطراب اجتماعی، اختلال اضطراب جدایی، هراس‌های خاص، اختلال وحشت‌زدگی، اختلال اضطراب بیماری، بازارهراسی) و اختلال‌های افسردگی (به عنوان مثال اختلال افسردگی مزمن، اختلال افسردگی حاد)، اما به این موارد محدود نمی‌شوند. این درمان به اندازه‌ای منعطف است که می‌توان آن را برای بعضی از اختلال‌های مرتبط به سانحه و عوامل استرس (شامل اختلال‌های سازگاری)، اختلال‌های نشانه جسمانی، اختلال‌های تیک و اختلال وسواس و اختلال‌های مرتبط نیز به کار برد. در واقع، در این درمان‌ها ارائه فراتشخیصی تکنیک‌های مداخله‌ای مبتنی بر شواهد می‌تواند اختصاصاً برای کودکان و نوجوانانی مفید باشد که اختلال‌های هیجانی چندگانه یا ترکیبی از علائم چندین اختلال هیجانی را نشان می‌دهند و یا علائم آن‌ها از نظر شدت و تعداد، زیرآستانه بالینی^۱ است. در مجموع، این کتاب راهنما برای کودکان یا نوجوانانی تدوین شده که مشکل اصلی آن‌ها- به تشخیص شما و خانواده- یک اختلال هیجانی است و هدف اصلی درمان کاهش تعداد و شدت رفتارهای هیجانی مشکل‌زا می‌باشد.

کاربردهای پروتکل‌های یکپارچه

ما با پژوهش در حوزه پروتکل‌های یکپارچه بزرگسالان، نوجوانان و کودکان دریافته‌ایم که اتخاذ یک رویکرد فراتشخیصی برای درمان اختلال‌های هیجانی، می‌تواند برای مراجعینی که با انواعی از اختلال‌ها که یکی از ویژگی‌های اصلی آن‌ها تجربه کردن هیجان‌های خاصی با فراوانی و شدت قابل-توجه و همچنین دشواری در تنظیم مؤثر آن هیجان‌ها است، دست‌وپنجه نرم می‌کنند نیز مفید باشد. این اختلال‌ها عبارت‌اند از علائم اختلال خوردن؛ خودزنی؛ دشواری در تنظیم خلق که بیشتر در ویژگی‌های شخصیت مرزی یا بعضی از انواع اختلال دوقطبی دیده می‌شود؛ مشکلات مربوط به رفتارهای تخریبی مانند اختلال نافرمانی مقابله‌جویانه هنگامی که همراه با اختلال‌های هیجانی دیگر رخ می‌دهد. اما به طور ایده‌آل زمانی می‌توانید از این پروتکل‌ها استفاده کنید که با نحوه استفاده از آن‌ها آشنا باشید یا در استفاده از آن‌ها تجربه داشته باشید، زیرا آنها هنوز تحت بررسی هستند و ممکن است لازم باشد مهارت‌های پروتکل یکپارچه کودکان و پروتکل یکپارچه نوجوانان با دیگر رویکردهای درمانی مبتنی بر شواهد ادغام شوند. البته، در این راهنمای درمانگر به تفصیل به این کاربردها (ادغام مهارت‌های رویکردهای مختلف) پرداخته نمی‌شود، اما خوانندگانی که به کاربردهای پیشرفته پروتکل یکپارچه علاقه دارند می‌توانند مقاله مرتبط با کاربرد پروتکل یکپارچه بزرگسالان روی انواعی از جمعیت‌های بالینی را مطالعه کنند (فارچيون و بارلو، ۲۰۱۷).

مواردی که در این مقدمه مطرح می‌شوند

در این مقدمه، منطق استفاده از پروتکل یکپارچه کودکان و پروتکل یکپارچه نوجوانان بررسی خواهد شد و خلاصه‌ای از شواهد پژوهشی پروتکل‌های یکپارچه آورده می‌شود. همچنین در بخش‌های پایانی مقدمه، یک مرور کلی بر پروتکل یکپارچه نوجوانان و یک راهنمایی مختصر درباره نحوه اجرای این درمان خواهیم داشت. مقدمه مفصل پروتکل یکپارچه کودکان و راهنمای استفاده از آن در فصل ۱۰ این کتاب آورده شده است. فصل‌های ۱ تا ۹ این راهنمای درمانگر به شرح جزئیات کاربرد پروتکل یکپارچه نوجوانان می‌پردازد. در انتهای فصل‌های پروتکل یکپارچه نوجوانان یادداشت‌هایی برای والدین آورده شده‌اند که حاوی خلاصه هر فصل است و ارتباط بین مراجعان نوجوان و والدین آن‌ها را در مورد محتوای جلسات تسهیل می‌کند. فصل‌های ۱۱ تا ۲۲ این راهنمای درمانگر، جزئیات جلسه به جلسه پروتکل یکپارچه کودکان را بیان می‌کنند. فصل ۲۳، فصل آخر این راهنمای درمانگر، شامل دستورالعمل‌هایی برای انطباق و اجرای این درمان‌ها به شکل‌های مختلف و برای کودکان و نوجوانان مبتلا به علائم اختلال‌های هیجانی مختلف از جمله وسواس، تیک، مشکلات مرتبط به سانه و عوامل استرس است. امیدواریم این مطالب در کنار هم به شما کمک کنند که برای اجرای این درمان‌ها روی کودکان و نوجوانانی که علائم مختلفی دارند، با انعطاف بیشتری فکر کنید.

منطق استفاده از پروتکل یکپارچه کودکان و پروتکل یکپارچه نوجوانان برای مراجعان کودک و نوجوان

این پروتکل‌های یکپارچه ابزارهایی را برای هدف قرار دادن مشابهت‌های اختلال‌های هیجانی در اختیار ما قرار می‌دهند

یک دلیل برای به کارگیری یک رویکرد یکپارچه یا فراتشخیصی برای مراجعان کودک و یا نوجوان این است که تکنیک‌های این رویکرد، نقص‌هایی را مورد هدف قرار می‌دهند که می‌توانند پایه و اساس اختلال‌های هیجانی باشند (مارچت و ویسز، ۲۰۱۷). اختلال‌های اضطراب و افسردگی، عوامل خطر ساز ژنتیکی، عصب‌شناختی و محیطی مشترک دارند (بومسما، ون بیجستروولد و هودزیکا، ۲۰۰۵؛ الی و همکاران، ۲۰۰۳؛ میدل‌دراپ، کچ، ون‌دیک و بومسما، ۲۰۰۵؛ ویلاموسکا و همکاران، ۲۰۱۰). همچنین اختلال‌های هیجانی مانند اضطراب و افسردگی معمولاً با درصد بالایی به‌طور همزمان و متوالی رخ می‌دهند. کودکی که یک اختلال هیجانی را نشان می‌دهد به احتمال زیاد یک یا چند اختلال هیجانی دیگر را نیز تجربه می‌کند (آنگولد، کاستلو و ارکانلی، ۱۹۹۹؛ لیفر، گالو، کوپر-وینس و پینکاس، ۲۰۱۳) و کودکی که علائم اضطراب را نشان می‌دهد، در آینده برای ابتلا به اختلال‌های اضطرابی و دیگر اختلال‌های هیجانی مانند افسردگی، نسبتاً در معرض خطر بیشتری قرار دارد (برادی و کندال، ۱۹۹۲؛ کامینگز، کاپورینو و کندال، ۲۰۱۴؛ کینن و هیپول، ۲۰۰۵).

بارلو و کالگیو (۲۰۱۴) معتقدند که علت بالا بودن میزان همزمانی اختلال‌های هیجانی، در این است که این اختلال‌ها یک ویژگی مشترک به نام **روان‌رنجوری** دارند. روان‌رنجوری یک سبک خلق‌وخو، یا یک الگو برای رویارویی با جهان از طریق روش‌های نسبتاً پایدار و شخصی است که از سال‌های اولیه زندگی وجود دارد (بارلو، الارد، ساور-زاوالا و کارل، ۲۰۱۴؛ بارلو و کندی، ۲۰۱۶). کودکان، نوجوانان و بزرگسالانی که روان‌رنجوری بالایی دارند، اغلب سطوح بالایی از عواطف منفی را نشان می‌دهند که به موجب آن، هیجان‌های قوی مثل ترس، اضطراب، غم و یا خشم را بیشتر از دیگران تجربه می‌کنند. افرادی که روان‌رنجوری بالایی دارند، در پاسخ به این هیجان‌های قوی یا شدید دچار پریشانی، اضطراب و ناراحتی می‌شوند. ممکن است یک کودک لزوماً این پریشانی را به زبان نیاورد، اما کارها یا نحوه ابراز هیجان‌هایش نشان می‌دهند که تحمل این تجربه‌های هیجانی برای او بسیار دشوار است. افراد برای رهایی از این پریشانی، معمولاً سعی می‌کنند این هیجان‌های ناراحت‌کننده را سرکوب کنند، از آن‌ها اجتناب یا فرار کنند، حواس خود را از آن‌ها پرت کنند یا آن‌ها را به گونه‌ای کنترل کنند. این رفتارها به مرور زمان با تقویت منفی بیشتر می‌شوند زیرا وقتی که فرد از هیجان‌های قوی و موقعیت‌هایی که این هیجان‌ها را ایجاد می‌کنند، اجتناب کرده یا از آن‌ها فرار می‌کند، احساس ناراحتی او از بین می‌رود! متأسفانه به کارگیری راهبرد اجتناب برای رهایی از پریشانی، در بلندمدت مانع یادگیری راه‌های مؤثرتر و مفیدتر برای مقابله با هیجان‌های قوی می‌شود. کودکان یا نوجوانانی که روان‌رنجوری بالایی دارند ممکن است این الگوی رفتاری را در مقابل راه‌اندازهای مختلفی که در محیط‌شان وجود دارد و همچنین در مقابل طیفی از حالت‌های هیجانی نشان دهند که این امر آن‌ها را در معرض خطر ابتلا به اختلال‌های هیجانی مختلفی قرار می‌دهد.

اگر شک دارید که آیا می‌توانید پروتکل‌های یکپارچه را برای مراجع کودک یا نوجوان خود به کار گیرید، لطفاً دقت داشته باشید که هدف کلی در اینجا حذف هیجان‌های قوی یا شدید نیست! داشتن چنین هدفی نه تنها غیرممکن است، بلکه به معنی درست نفهمیدن قصد ما از تدوین پروتکل‌های یکپارچه است. اهداف اصلی در پروتکل یکپارچه کودکان و پروتکل یکپارچه نوجوانان این هستند که به جوانان اجازه داده شود هیجان‌های قوی یا شدید خود را با پریشانی کمتری تجربه کنند و برای مدیریت این تجربه‌ها از راهکارهای مفیدتر و کم‌اجتناب‌تر استفاده کنند.

پروتکل‌های یکپارچه شیوه‌های تربیتی والدین و رفتارهای آن‌ها را در ارتباط با اختلال‌های هیجانی چندگانه مورد هدف قرار می‌دهند

علاوه بر خطرها و عوامل آسیب‌پذیری اختلال‌های هیجانی که مختص خود کودک یا نوجوان هستند، والدین کودکان یا نوجوانان مبتلا به اختلال‌های هیجانی نیز ممکن است در الگوهای رفتاری یا الگوهای پاسخ‌دهی درگیر شوند که به مرور زمان، به طور غیرعمد منجر به تقویت تجربه هیجان‌های قوی و به کارگیری راهبردهای مقابله‌ای نامؤثر توسط کودک یا نوجوان می‌شوند (گینزبورگ، سیکولند،

ماسیا-وارنر و هدک، ۲۰۰۴؛ دراک و گینزبورگ، ۲۰۱۲). به طور خاص، والدین کودکانی که علائم اختلال‌های هیجانی مختلف را دارند، ممکن است در مدیریت مؤثر پریشانی هیجانی کودک یا نوجوان خود دچار مشکل شوند، ممکن است وقتی کودک یا نوجوان‌شان با هیجان‌های قوی خود درگیر است، نسبت به او بی‌طاقت یا سرزنشگر شوند و ممکن است برای مدیریت پریشانی خود در مقابل کودک از شیوه‌های نامؤثر یا ناکارآمد استفاده کنند. بنابراین، رفتارهای تربیتی هیجانی اصلی (مثل سرزنش کردن، بیش‌کنترل‌گری/ بیش‌حمایتگری، الگوسازی اجتناب و بی‌ثباتی) که معمولاً باعث بدتر شدن یا تداوم پیدا کردن علائم اختلال‌های هیجانی در کودک یا نوجوان می‌شوند نیز در پروتکل یکپارچه کودکان و پروتکل یکپارچه نوجوانان مورد هدف قرار گرفته‌اند. اما مهم است به یاد داشته باشید که این درمان‌ها در درجه اول روی کودکان و نوجوانان متمرکز هستند و اگر آسیب روانی والدین در دستیابی کودک یا نوجوان به اهداف درمانی اختلال ایجاد کند، شاید لازم باشد در مورد مراجعه والدین برای دریافت درمان مخصوص به خودشان صحبت شود.

پروتکل‌های یکپارچه، اصول تغییر مبتنی بر شواهد را در یک درمان واحد گردآوری کرده‌اند

از آنجایی که مشکل‌ها یا اختلال‌های هیجانی نقاط مشترک زیادی دارند، ممکن است به راهبردهای مداخله‌ای مشابه، مانند آن‌هایی که در پروتکل‌های یکپارچه ارائه می‌شوند، پاسخ دهند. در واقع بسیاری از کتاب‌های راهنمای درمان شناختی رفتاری (CBT) موجود برای اختلال‌های هیجانی در جوانان، حاوی مجموعه مشترکی از مؤلفه‌های درمانی از قبیل آموزش هیجانی، تکنیک‌های بازسازی شناختی و راهبردهای تغییر رفتار هستند. یک تفاوت بین این کتاب‌های راهنما و پروتکل‌های یکپارچه این است که بیشتر کتاب‌های راهنمای درمان شناختی رفتاری موجود، نحوه به کارگیری این مهارت‌ها را روی یک حوزه خاص از مشکلات مانند اختلال‌های افسردگی، اضطراب، یا وسواس توصیف می‌کنند، در حالی که پروتکل‌های یکپارچه، اختلال‌های هیجانی را کلی‌تر مورد هدف قرار داده‌اند. پروتکل‌های یکپارچه، تکنیک‌های درمان شناختی رفتاری و دیگر تکنیک‌های مبتنی بر شواهد، مانند مهارت‌های آگاهی و ذهن‌آگاهی را به شکل منعطفی به کار می‌گیرند که به درمانگر اجازه می‌دهند راهبردها را متناسب با هیجان و نوع مشکلی که کودک/نوجوان در حال حاضر تجربه می‌کند، تغییر داده و شخصی‌سازی کند. در واقع هر ماژول پروتکل یکپارچه نوجوانان یا هر جلسه پروتکل یکپارچه کودکان واضحاً برای هدف قرار دادن مکانیزم‌هایی طراحی شده‌اند که اختلال‌های هیجانی توصیف شده در بالا را تداوم می‌بخشند (مثل کاهش پریشانی یا پاسخ‌های اجتنابی به هیجان‌های شدید). ویژگی منحصر به فرد دیگر پروتکل یکپارچه بزرگسالان و پروتکل یکپارچه نوجوانان (که در ادامه معرفی می‌شود)، ساختار ماژولار آن‌ها است که این فرصت را در اختیار شما قرار می‌دهد که بتوانید درمان را به صورت کامل اجرا کنید و یا متناسب با ویژگی‌های مراجع‌تان آن را شخصی‌تر کرده و فقط برخی از قسمت‌های آن را اجرا کنید.

شواهد رویکرد یکپارچه درمان فراتشخیصی برای اختلال‌های هیجانی

شواهد حمایت‌کننده از پروتکل یکپارچه بزرگسالان

پروتکل یکپارچه بزرگسالان (بارلو و همکاران، ۲۰۱۱) یک روش درمانی است که برای بزرگسالان مبتلا به اضطراب و اختلال‌های هیجانی همزمان به کار می‌رود. کارآزمایی‌های تصادفی کنترل شده و همچنین چندین مطالعهٔ کمکی، کارآمدی پروتکل یکپارچه را تأیید می‌کنند. در یکی از کارآزمایی‌های تصادفی کنترل شده اولیه، محققان پس از درمان به یک اندازهٔ اثر بزرگ در کاهش شدت اختلال‌های هیجانی اصلی و همبود دست یافتند (فارچيون و همکاران، ۲۰۱۲). به طور کلی بزرگسالانی که تحت درمان با پروتکل یکپارچه قرار گرفته بودند علاوه بر بهبودی که بلافاصله پس از درمان گزارش کرده بودند، شش ماه بعد نیز این علائم بهبود را حفظ کرده بودند (بولیز و همکاران، ۲۰۱۴). یک کارآزمایی بالینی پنج ساله که با بودجه فدرال روی پروتکل یکپارچه انجام شده، نشان می‌دهد که این رویکرد می‌تواند به اندازه درمان‌های اختصاصی مبتنی بر شواهد برای درمان اختلال‌های هیجانی مؤثر باشد و نسبت به راهنماهایی که اختلال‌های اختصاصی را مورد هدف قرار می‌دهند نرخ ریزش کمتری را به همراه دارد (بارلو و همکاران، ۲۰۱۷). محققان پروتکل یکپارچه همچنان در حال مطالعه بر روی چندین ویژگی فراگیر و مشترک روان‌رنجوری هستند که از لحاظ نظری زیربنای اختلال‌های هیجانی مورد هدف در پروتکل یکپارچه می‌باشند. تا به اینجا شواهد نشان می‌دهند که تغییر در عوامل زیربنایی که از لحاظ نظری با اختلال‌های هیجانی مرتبط دانسته شده‌اند، مانند راهبردهای ناهنجار تنظیم هیجان، عاطفه منفی، ترس از هیجان‌های منفی و حساسیت اضطرابی، به طور قابل توجهی بر تغییر علائم اختلال‌های هیجانی در طول درمان تأثیر می‌گذارند (کنکلین و همکاران، ۲۰۱۵، فارچيون و همکاران، ۲۰۱۲؛ ساور-زاوالا و همکاران، ۲۰۱۲). یک پژوهش نشان می‌دهد که پس از اجرای مؤلفه‌های درمانی اصلی پروتکل یکپارچه روی یک فرد بزرگسال، در ویژگی‌های فراگیر و مشترک اختلال‌های هیجانی (یعنی ذهن‌آگاهی و ارزیابی مجدد) و نیز در نشانه‌های اضطراب و افسردگی، تغییر به وجود می‌آید (یعنی تغییر در ذهن‌آگاهی نتیجه استفاده از تکنیک‌های آگاهی هیجانی و تغییر در ارزیابی مجدد نتیجه استفاده از مهارت‌های انعطاف‌پذیری شناختی/ارزیابی مجدد شناختی است) (باسول، اندرسون و بارلو، ۲۰۱۴). کارآمدی بالقوه پروتکل یکپارچه برای افرادی که انواع مختلفی از مشکلات هیجانی اصلی را دارند، از جمله افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی یا اختلال دوقطبی، در حال ظهور است (امرمن و همکاران، ۲۰۱۲؛ الارد، دیکرسباچ، سیلویا، نیرنبرگ و بارلو، ۲۰۱۲؛ لویز و همکاران، ۲۰۱۵). کاربرد پروتکل یکپارچه به عنوان یک درمان کمکی در مورد بیمارانی که همراه با انواعی از مشکلات هیجانی، افکار خودکشی دارند نیز رضایت‌بخش و قابل قبول به نظر می‌رسد (بتلی، ۲۰۱۷؛ بتلی و همکاران، ۲۰۱۷). کارهای مقدماتی همچنین نشان داده‌اند که پروتکل یکپارچه هم در اجرای انفرادی که رایج‌تر است و هم در اجرای گروهی، اثرگذار است (بولیس و همکاران، ۲۰۱۵).

شواهد حمایت‌کننده از پروتکل یکپارچه نوجوانان

در طی پژوهش‌های خط پایه چندگانه، کارآزمایی‌های بالینی و کارآزمایی‌های تصادفی کنترل شده مشخص شده است که پروتکل یکپارچه نوجوانان می‌تواند به نوجوانان مبتلا به اختلال‌های هیجانی مثل اضطراب و افسردگی کمک کند (اهرنریچ-می، گلدستین، رایت و بارلو، ۲۰۰۹؛ اهرنریچ-می و همکاران، ۲۰۱۷؛ کوین، بارلو و اهرنریچ-می، ۲۰۱۴). در اولین پژوهش‌های خط پایه چندگانه و مطالعات کارآزمایی بالینی روی پروتکل یکپارچه نوجوانان، نوجوانان مبتلا به اختلال اضطراب یا افسردگی، پس از درمان نسبت به قبل از آن بهبودی قابل توجهی را در این علائم نشان دادند (اهرنریچ و همکاران، ۲۰۰۹؛ تروسپر، بوزلا، بنت و اهرنریچ، ۲۰۰۹). نتایج حاصل از یک کارآزمایی تصادفی کنترل شده با گروه انتظار (اهرنریچ-می و همکاران، ۲۰۱۷) حاکی از شواهدی است که نشان می‌دهند، پروتکل یکپارچه نوجوانان برای نوجوانان مبتلا به اختلال‌های هیجانی مختلف، روش درمانی کارآمدی است. شرکت‌کننده‌های نوجوانی که در کارآزمایی تصادفی کنترل شده حضور داشتند، بعد از درمان در مقایسه با قبل از آن، کاهش چشمگیری در علائم اضطراب و افسردگی و همچنین در شدت کلی علائم تجربه کردند و در یک پیگیری شش ماهه نیز به این پیشرفت ادامه دادند، هر چند سرعت آن کمتر بود (اهرنریچ-می و همکاران، ۲۰۱۷؛ کوین، بارلو و اهرنریچ-می، ۲۰۱۴). علاوه بر کارآزمایی‌هایی که به بررسی کارآمدی پروتکل یکپارچه نوجوانان می‌پردازند، در حال حاضر چندین تحقیق دیگر بر روی پروتکل یکپارچه نوجوانان در محیط‌های غیرپژوهشی مثل مراکز عمومی سلامت روان و بیمارستان‌های کودکان نیز در دست انجام می‌باشد. همچنین کاربردهای پروتکل یکپارچه نوجوانان تحت عنوان یک برنامه همگانی به منظور پیشگیری از اختلال‌های هیجانی و با هدف مداخله، در چندین کشور مورد مطالعه قرار گرفته‌اند.

شواهد حمایت‌کننده از پروتکل یکپارچه کودکان

پروتکل یکپارچه کودکان در ابتدا به شکل یک برنامه همگانی پیشگیری از اضطراب و افسردگی برای خردسالان شکل گرفت (اهرنریچ-می و بیلک، ۲۰۱۱). اهرنریچ-می و بیلک (۲۰۱۲) با دیدن نتایج امیدوارکننده این رویکرد پیشگیرانه گروهی، این برنامه را به یک درمان گروهی متناسب با ویژگی‌های رشدی کودکان مبتلا به اختلال‌های هیجانی و والدین آن‌ها تبدیل کرده و کارآمدی اولیه آن را در یک کارآزمایی بالینی با گروه کوچکی از کودکان ۷ تا ۱۲ ساله بررسی نمودند. نتایج این بررسی اولیه، بهبود علائم اضطراب، افسردگی و اختلال‌های مرتبط را بعد از درمان نسبت به قبل از آن تأیید کرد (اهرنریچ-می و بیلک، ۲۰۱۲). کندی، بیلک و اهرنریچ (تحت‌بازبینی) برای مقایسه پروتکل یکپارچه کودکان با یک روش درمان شناختی رفتاری گروهی تأییدشده برای اضطراب کودکان روی کودکان مبتلا به اختلال‌های اضطرابی، یک کارآزمایی تصادفی کنترل شده انجام داده‌اند. ۴۷ کودکی که در این

کارآزمایی شرکت کرده بودند نیز بین ۷ تا ۱۲ سال بودند و انواعی از اختلال‌های هیجانی، از جمله اختلال‌های اضطرابی، افسردگی و وسواس داشتند. پس از درمان بین علائم اضطراب کودکان در گروه پروتکل یکپارچه کودکان و گروه درمان شناختی رفتاری اختصاصی اضطراب، تفاوتی دیده نشد، به طوری که بر اساس علائم اضطراب گزارش شده توسط کودک و والد هر دو درمان بهبود قابل توجهی را به همراه داشتند و اکثر تشخیص‌های اصلی در پایان درمان برداشته شدند. جالب توجه است که گزارش والدین از علائم افسردگی کودکان پس از پایان درمان در گروه پروتکل یکپارچه کودکان به طور قابل توجهی کمتر از گروه درمان شناختی رفتاری اختصاصی اضطراب بود که این نتیجه می‌تواند ارزش تمرکز فراتشخیصی پروتکل یکپارچه کودکان را برجسته‌تر کند. همچنین پروتکل یکپارچه کودکان (در مقایسه با برنامه درمان شناختی رفتاری اختصاصی اضطراب) در طول دوره درمان بهبود بیشتری در بدتنظیمی غمگینی و ارزیابی مجدد شناختی حاصل کرد (کندی، بیلک و اهرنریچ-می، تحت بازبینی). پژوهشگران این کارآزمایی، معادل بودن اثر این دو رویکرد را در ایجاد اعتمادبه‌نفس در افراد دارای اضطراب چنین تفسیر کردند که به کارگیری پروتکل یکپارچه کودکان به معنی قربانی کردن اثرات خوب روش رایج‌تر درمان شناختی رفتاری برای اختلال‌های اضطرابی در کودکان نیست، بلکه رویکرد یکپارچه می‌تواند در برطرف کردن علائم اختلال‌های هیجانی دیگر نیز مؤثر باشد.

مقدمه‌ای بر ساختار و کارکرد پروتکل یکپارچه نوجوانان

مقدمه‌ای بر پروتکل یکپارچه نوجوانان

پروتکل یکپارچه نوجوانان یک رویکرد فراتشخیصی برای درمان نوجوانان (سنین ۱۳ تا ۱۸ سال) مبتلا به اختلال‌های هیجانی است. این درمان ممکن است برای افراد خارج از این رده سنی نیز بسته به سطح رشد آن‌ها مناسب باشد، اما شاید بهتر باشد برای کسانی که از نظر سنی یا سطح توانایی شناختی کمی پایین‌تر یا بالاتر از این گروه هستند، استفاده از پروتکل یکپارچه کودکان (که در این کتاب آورده شده است) یا نسخه بزرگسالان پروتکل یکپارچه را به عنوان گزینه‌های دیگر در نظر بگیرید. پروتکل یکپارچه نوجوانان در این کتاب به شکل یک رویکرد ماژولار مبتنی بر درمان انفرادی برای درمان اختلال‌های هیجانی ارائه شده است، البته تغییرات و اصلاحات پیشنهادی برای اجرای این درمان به صورت گروهی نیز در فصل ۲۳ این راهنمای درمانگر آورده شده است. بخش‌هایی که در ادامه می‌آیند، به طور خلاصه به محتوای کلی این درمان، ساختار ماژولار آن و ملاحظات مهمی برای درمانگرانی که این درمان را برای نوجوانان و خانواده‌هایشان اجرا می‌کنند، می‌پردازند.

یادداشت درمانگر

اگر می‌خواهید از پروتکل یکپارچه کودکان استفاده کنید، لطفاً برای بررسی دقیق‌تر ملاحظات مهم ساختاری و عملی در به کارگیری این درمان برای کودکان، به فصل ۱۰ مراجعه کنید.

توصیف ماژول‌های مختلف درمانی پروتکل یکپارچه نوجوانان

پروتکل یکپارچه نوجوانان به طور منحصربه‌فردی از یک رویکرد منعطف و ماژولار بهره می‌جوید. در این پروتکل هشت ماژول اساسی یا اصلی و یک ماژول اضافی به نام ماژول والدین وجود دارد که در جدول الف-۱ (بررسی اجمالی پروتکل یکپارچه نوجوانان) مشخص شده‌اند. توجه داشته باشید که در بیشتر ماژول‌ها بازه‌ای را برای تعداد جلسات تعیین کرده‌ایم. این‌ها فقط در حد پیشنهاد هستند، اما با پیروی از این پیشنهادها می‌توانید پروتکل یکپارچه نوجوانان را بین ۱۲ تا ۲۱ جلسه اجرا کنید (میانگین کارآزمایی‌های پژوهشی قبلی ما تقریباً ۱۶ جلسه است). بهتر است از تمام ماژول‌های اصلی به همان ترتیبی که ارائه شده‌اند استفاده کنید (مثلاً از ۸-۱) و در صورت لزوم از ماژول والدین نیز استفاده کنید. همچنین می‌توانید ماژول‌های درمان را به‌طور انتخابی به کار ببندید، اما توصیه می‌شود فقط وقتی این کار را انجام دهید که حداقل یک‌بار ماژول‌های اصلی را به‌طور کامل و به همان ترتیب مشخص، اعمال کرده باشید، زیرا این مطالب در محتوا و ترتیب ارائه، از یک روند و ساختار منطقی پیروی می‌کنند. با توجه به درجه انعطافی که این درمان در اختیار ما قرار داده است، ضروری است که درمانگر قبل از شروع کار با اولین مراجع نوجوان، بر اصول زیربنایی ساختار درمان و نقاط انعطاف آن مسلط باشد.

اطلاعات درباره مراجع نوجوان (به عنوان مثال سطح شناختی، آگاهی هیجانی، انگیزه)، داده‌های جمع‌آوری شده از درجه‌بندی هفتگی مشکلات اصلی مراجع (که در بخش زیر و در فصل ۱ این راهنمای درمانگر توصیف شده است) و یا هر ابزار جمع‌آوری اطلاعات دیگری که برای نظارت بر علائم هفتگی و تکالیف یادگیری خانگی به کار می‌برید، می‌توانند در تعیین طول مدت یا تعداد جلسات هر ماژول به شما کمک کنند. در هر ماژول، قسمت‌هایی وجود دارند که تکالیف یادگیری خانگی را که می‌توانید برای مراجع خود تعیین کنید، مشخص و توصیف کرده‌اند. برای ماژول‌هایی که ممکن است اجرای آن‌ها چند جلسه طول بکشد، می‌توانید این قسمت‌ها را به عنوان نقاط توقف برای پایان دادن به یک جلسه در نظر بگیرید. به طور کلی توصیه می‌کنیم تکالیف یادگیری خانگی انتهای ماژول اول را حتماً در در پایان هر جلسه به مراجع بدهید، حتی اگر ترتیب ماژول‌ها را عوض کرده‌اید.

جدول الف-۱ بررسی اجمالی پروتکل یکپارچه نوجوانان

ماژول	عنوان	تعداد جلسات توصیه شده	محتوای ماژول
۱	ایجاد انگیزه و حفظ کردن آن (فصل ۱ این راهنمای درمانگر)	۱ یا ۲	<ul style="list-style-type: none"> ■ با مراجع نوجوان خود رابطه دوستانه برقرار کنید. ■ در مورد مشکلات کلیدی گفتگو کرده و هدف‌گذاری کنید. ■ از چیزهایی استفاده کنید که نوجوان را ترغیب به تغییر می‌کند.
۲	شناسایی هیجان‌ها و رفتارهای تان (فصل ۲ این راهنمای درمانگر)	۲ یا ۳	<ul style="list-style-type: none"> ■ درباره هیجان‌های مختلف به او آموزش دهید. ■ در مورد هدف هیجان‌ها صحبت کنید. ■ سه بخش هر هیجان را معرفی کنید. ■ چرخه اجتناب و دیگر رفتارهای هیجانی را معرفی کنید.
۳	معرفی آزمایش‌های رفتاری متمرکز بر هیجان (فصل ۳ این راهنمای درمانگر)	۱ یا ۲	<ul style="list-style-type: none"> ■ مفاهیم رفتار متضاد و آزمایش‌های رفتاری متمرکز بر هیجان را معرفی کنید. ■ چگونگی ثبت سطح هیجان‌ها و فعالیت‌ها را به نوجوان آموزش دهید. ■ آزمایش‌های رفتاری متمرکز بر هیجان را برای غمگینی (و یا دیگر هیجان‌ها) انجام دهید.
۴	آگاهی از حس‌های بدنی (فصل ۴ این راهنمای درمانگر)	۱ یا ۲	<ul style="list-style-type: none"> ■ ارتباط بین احساس‌های بدنی و هیجان‌های قوی را بررسی کنید. ■ کمک به رشد آگاهی نوجوان از احساس‌های بدنی خود. ■ اجرای تمرین‌های مواجهه حسی برای کمک به نوجوان در یادگیری تحمل کردن احساس‌های بدنی ناخوشایند.
۵	انعطاف‌پذیری در تفکرتان (فصل ۵ این راهنمای درمانگر)	۲ یا ۳	<ul style="list-style-type: none"> ■ رشد توانایی نوجوان برای تفکر انعطاف‌پذیر در مورد موقعیت‌های هیجانی. ■ معرفی «تله‌های فکری» (یا تحریف‌های شناختی) رایج. ■ برقراری ارتباط بین فکرها و رفتارها از طریق آموزش تفکر کارآگاهی و مهارت‌های حل مسئله.
۶	آگاهی از تجربه‌های هیجانی (فصل ۶ این راهنمای درمانگر)	۱ یا ۲	<ul style="list-style-type: none"> ■ معرفی و تمرین آگاهی از لحظه حال. ■ معرفی و تمرین آگاهی غیرقضاوتگرانه. ■ اجرای مواجهه‌های هیجانی کلی، به این صورت که از نوجوان بخواهید در هنگام مواجهه با راه‌اندازهای هیجانی کلی، مهارت‌های آگاهی را تمرین کند.

جدول الف-۱ (ادامه)

ماژول	عنوان	تعداد جلسات توصیه شده	محتوای ماژول
۷	مواجهه با هیجان‌های موقعیتی (فصل ۷ این راهنمای درمانگر)	+۲	<ul style="list-style-type: none"> ■ مرور مهارت‌هایی که نوجوان در این درمان یاد گرفته است. ■ بحث درباره منطق مواجهه با هیجان‌های موقعیتی، به عنوان یک نوع آزمایش رفتاری دیگر برای نوجوان. ■ انجام مواجهه با هیجان‌های موقعیتی در طی جلسه و تعیین کردن مواجهه‌های دیگر برای یادگیری خانگی.
۸	پیش بروید- حفظ دستاوردهای تان (فصل ۸ این راهنمای درمانگر)	۱	<ul style="list-style-type: none"> ■ مرور مهارت‌ها و پیشروی به سوی اهداف. ■ طراحی یک برنامه پیشگیری از عود.
والدین	تربیت یک نوجوان هیجانی (فصل ۹ این راهنمای درمانگر)	۱ تا ۳	<ul style="list-style-type: none"> ■ آگاه کردن والدین از نحوه واکنش نشان دادن به پریشانی نوجوان. ■ معرفی چهار رفتار تربیتی هیجانی رایج و رفتارهای تربیتی متضاد آن‌ها (رفتارهای متضاد والدین).

مشارکت والدین در درمان

ماژول والدین: جلسات تربیت نوجوان هیجانی را می‌توان به صورت جداگانه و مختص والدین اجرا کرد یا آن‌ها را به صورت اختصاصی برای والدین اما به دنبال جلسه نوجوان برگزار کرد، بنابراین در هر زمان که لازم باشد، می‌توان آن‌ها را با هر یک از جلسات هفتگی ترکیب کرد. جلسات کامل یا بخشی از جلسه که معطوف به والدین است، می‌تواند برای هر پدر و مادری مفید باشند، اما این جلسات به طور خاص در مواردی حائز اهمیت هستند که رفتارها و نگرش‌های والدین واضحاً در بیشتر شدن علائم نوجوان تأثیرگذار هستند یا در توانایی او برای مشارکت کامل در جلسات درمانی یا اجرای راهبردهای درمانی در خانه مداخله می‌کنند. چنین مواردی می‌تواند شامل سطوح بالای تطبیق والدین با علائم اختلال هیجانی، رفتارهای بیش‌کنترل‌گری یا بیش‌حمایتگری که باعث محدود شدن استقلال نوجوان می‌شوند، عدم تقویت مثبت رفتارهای مناسب نوجوان، مشکلات کوچک در مدیریت رفتار نوجوان، عدم توجه به احساسات یا پیشرفت نوجوان و عدم درک اهداف درمان باشند. بنا به تجربه ما از کار کردن با پروتکل یکپارچه نوجوانان، حداقل یک جلسه اختصاصی برای والدین یا جلسه‌ای که بخش عمده‌ای از آن معطوف به والدین باشد در برنامه‌ریزی و اجرای آزمایش‌های رفتاری متمرکز بر هیجان و یا مواجهه با هیجان‌های موقعیتی مفید است، مخصوصاً اگر برای ترتیب دادن این موارد به کمک پدر یا مادر نیاز باشد یا آن‌ها تجربه کمک کردن به رفتارهای هیجانی فرزندشان را داشته باشند.

به علاوه، می‌توانید در انتهای هر جلسه نیز والدین را در مرور مطالب شرکت دهید (اگر در دسترس باشند). در ابتدای مازول اصلی ۱، شما و نوجوان در مورد بهترین شیوه شرکت دادن والدین در درمان بحث و تصمیم‌گیری می‌کنید.

ساختار جلسات درمانی پروتکل یکپارچه نوجوانان

پس از اولین جلسه شما با نوجوان (همان‌طور که در مازول اصلی ۱ توضیح داده شده است)، بیشتر جلسات باید ساختار کلی یکسانی را دنبال کنند:

۱. **درجه‌بندی هفتگی مشکلات اصلی.** درجه‌بندی هفتگی مشکلات اصلی می‌تواند در ابتدای هر جلسه، سریع و راحت توسط نوجوان در فرم پیگیری هفتگی مشکلات اصلی وارد شود (برای راهنمایی بیشتر فصل ۱ را ببینید). می‌توانید درجه‌بندی هفتگی مشکلات اصلی -نسخه والدین را قبل از شروع جلسه، در انتهای جلسه هنگامی که والدین دوباره به اتاق درمان بازمی‌گردند، یا در هر موقعیت مناسب دیگری که با پدر یا مادر دارید از آن‌ها بگیرید. اگر در هر جلسه مشکلات اصلی درجه‌بندی شوند، این فعالیت به درستی انجام شده است.
۲. **برقراری ارتباط دوستانه با انجام یک فعالیت یا هر کاری که می‌تواند به نوجوان مربوط باشد.** مراقب باشید که زمان زیادی را صرف صحبت در مورد تنش‌ها یا رویدادهای شخصی یا خانوادگی که کمتر مربوط به اهداف درمان هستند (مانند بحث و دعوا با یک دوست یا اختلاف با والدین) و فقط در آن لحظه مشکل‌ساز به نظر می‌رسند، نکنید. اغلب می‌توان صحبت درباره این رویدادهای رایج در زندگی یک نوجوان را در چارچوب اهداف پروتکل یکپارچه نوجوانان جای داد و در یک جلسه به آن‌ها پرداخت. در این موارد، یک راهبرد خوب این است که بحران یا مشکل فعلی را یادداشت کرده و به نوجوان (یا والدین) بگویید که بعداً در مورد این موضوع با او صحبت خواهید کرد. سپس می‌توانید هنگامی که یک مفهوم یا مهارت را آموزش می‌دهید، از آن مشکل به عنوان مثال استفاده کنید. این موضوع در مورد یک الگوی تغییر علائم یا یک مشکل رفتاری یا هیجانی نیز صدق می‌کند. نگرانی یا مشکل مطرح‌شده را خلاصه کنید و توضیح دهید که مدیریت این مشکلات از طریق مهارت‌هایی که در این مازول آمده، به مراجع آموزش داده خواهد شد. گاهی اوقات لازم است که برای یک بحران جدید یا مشکل اضطراری یک جلسه جداگانه اختصاص داده شود، اما اگر این اتفاق به طور مداوم رخ می‌دهد یا به طور کامل جلوی پیشروی راهنمای پروتکل یکپارچه نوجوانان را می‌گیرد، شاید بهتر باشد بررسی کنید که آیا وقوع مکرر این اتفاق به این دلیل است که مشکلات این نوجوان در حیطه پروتکل یکپارچه نوجوانان نمی‌گنجد یا اینکه در آن جلسه متمرکز کردن نوجوان یا والدینش بر روی مهارت‌های پروتکل یکپارچه نوجوانان دشوار است. دلیل آن هر چه باشد، باید مسئله را فوراً و مستقیماً با نوجوان و والدین او در میان بگذارید.

۳. مرور تکالیف یادگیری خانگی که نوجوان انجام داده است برای تصدیق و تقویت تلاش‌های نوجوان در انجام آن‌ها. اگر نوجوان به‌طور مستقل تکالیف یادگیری خانگی را انجام نمی‌دهد، رویدادها و تعاملات هیجان‌برانگیز آن هفته را (اگر نوجوان نمی‌تواند اطلاعات لازم را به شما بدهد، از والدین به عنوان منبع اطلاعاتی استفاده کنید) پیدا کرده و با استفاده از این رویدادها به نوجوان کمک کنید تکالیف یادگیری خانگی را در جلسه انجام دهد. همچنین می‌توانید با راهنمایی کردن نوجوان برای استفاده از مهارت‌های حل مسئله (ماژول ۵ پروتکل یکپارچه نوجوانان)، موانع انجام تکالیف یادگیری خانگی را شناسایی و برطرف کنید. با اینکه اختصاص دادن زمان قابل توجهی از جلسه برای بررسی و تکمیل تکالیف یادگیری خانگی ایده‌آل نیست، اما لازم است برای پیشگیری از تقویت اجتناب و یا سرپیچی از انجام این تکالیف، حداقل برای انجام بخشی از تکالیف یادگیری خانگی در طول جلسه به نوجوان کمک کنید. اگر انجام دادن تکالیف هفتگی یادگیری خانگی مشکل‌ساز است، در ماژول ۱ می‌توانید درباره گام‌هایی که باید برای حل این مشکل بردارید اطلاعات بیشتری کسب کنید. در هنگام مرور این تکالیف، با استفاده از مثال‌هایی که در کاربرد تکلیف خانگی «قبل از هیجان، در طول هیجان و بعد از هیجان» (ماژول ۲ پروتکل یکپارچه را ببینید) وجود دارند به نوجوان کمک کنید که روابط میان هیجان‌ها، واکنش‌ها و پیامدهای آن‌ها را درک کند. وقتی متوجه شدید که نوجوان مفاهیم درمانی را درک کرده و از آن‌ها استفاده می‌کند، با تشویق‌های خاص، رفتارهای مرتبط در خارج از جلسات را نیز تقویت کنید.
۴. معرفی مهارت‌های جدید. زمانی که صرف معرفی یا مرور یک مهارت می‌شود بسته به ماژول مربوطه متغیر است. به عنوان مثال، ماژول ۲ پروتکل یکپارچه نوجوانان مطالب آموزشی فوق‌العاده زیادی در مورد هیجان‌ها و رفتارها دارد که احتمالاً نیازمند آموزش نظری بیشتری است، در حالی که ماژول‌های بعدی تمرین‌های عملی‌تری را دربرمی‌گیرند.
۵. تمرین مهارت‌های جدید در طی جلسه با استفاده از یک مثال خنثی یا فرضی که مستقیماً به هیجان‌ها و رفتارهای نوجوان مربوط نمی‌شود. معمولاً گفتگو کردن در مورد تجربه‌های هیجانی خود سخت‌تر از حرف زدن در مورد تجربه‌های دیگران است. ما توصیه می‌کنیم در پروتکل یکپارچه نوجوانان تا جایی که ممکن است، هر مهارت جدید را با یک فعالیت یا مثال لذت‌بخش معرفی کنید تا به جلب توجه و تمرکز نوجوان و درک بهتر او از آن تکنیک یا مفهوم کمک کنید. همچنین در هنگام آموزش یک مهارت جدید به نوجوانانی که آگاهی هیجانی محدودتر، حساسیت بین‌فردی بالا، یا چالش‌های شناختی دارند، علاوه بر توضیح دادن آن مفهوم، قبل از حرکت به سوی مثال‌های حساس‌تر یا شخصی برای تمرین مهارت، از یک مثال کلی‌تر استفاده کنید («بعضی از نوجوان‌هایی که احساس خشم زیادی می‌کنند می‌توانند برای رسیدن به راه‌حل‌های مفید، از حل مسئله کمک بگیرند. بگذار یک مثال برایت بزنم...»).

۶. **تمرین مهارت جدید در طی جلسه و به کارگیری آن برای تجربه‌های هیجانی نوجوان.** هنگامی که مهارت به طور کامل معرفی و فهمیده شد، نوجوان راحت‌تر می‌تواند آن مفهوم را در مورد تجربه‌های خودش به کار گیرد. استفاده از مثال‌ها و فعالیت‌های شخصی مرتبط، برای تقویت دانش مهارتی نوجوان از طریق برانگیختگی هیجان او در طی جلسه، به شدت توصیه می‌شود. در بعضی مازول‌ها این تمرین‌های شخصی در جلسه‌ای جدا از جلسه معرفی مهارت اتفاق می‌افتند.
۷. **تعیین تکلیف(های) یادگیری خانگی.** تکلیف‌های یادگیری خانگی باید تا حد امکان به طور مستقیم مربوط به محتوای جلسه باشند. تمرین این مهارت‌ها در خانه به نوجوانان اجازه می‌دهد که مفاهیم آموخته‌شده را در تجربه‌های زندگی واقعی خارج از بافت درمانی به کار ببرند که این امر باعث تعمیم دادن مهارت‌ها می‌شود. انتظار می‌رود که نوجوان بتواند مهارت‌هایی را که در هنگام درمان فراگرفته است، در زندگی خود به کار گیرد. به علاوه، می‌توان همواره در طول مدت درمان فرم‌های نظارتی (فرم قبل از هیجان، در طول هیجان و بعد از هیجان و فرم پیگیری هفتگی فعالیت‌ها) را به عنوان تکلیف یادگیری خانگی تعیین کرد تا تمرکز نوجوان بر روی تجربه‌های هیجانی و رفتارهای مواجهه‌ای حفظ شود.

ملزومات جلسات

ملزومات جلسات هر مازول بستگی به محتوا یا تمرین‌های مواجهه هیجانی برنامه‌ریزی شده برای آن جلسه دارند. شما باید در هر جلسه ابزارهای لازم برای آموزش مطالب را در دسترس داشته باشید (به عنوان مثال چیزی که بتوان مطالب را به صورت بصری روی آن ارائه داد، مثل یک تخته‌سفید، کاغذ، ماژیک یا خودکار و یا کتاب تمرین پروتکل یکپارچه نوجوانان). به طور کلی دسترسی به یک کامپیوتر رومیزی یا لپ‌تاپ و ارتباط با اینترنت/وای‌فای در بعضی مازول‌ها برای تولید ایده‌های مواجهه هیجانی یا تمرین مواجهه هیجانی در طی جلسه مفید است. یک تلویزیون، تبلت یا هر دستگاه پخش رسانه دیگر نیز می‌تواند در صورت عدم دسترسی به کامپیوتر یا اینترنت مفید باشد.

شما می‌توانید امکان انجام آزمایش‌های رفتاری متمرکز بر هیجان و جلسات مواجهه با هیجان‌های موقعیتی را در خارج از اتاق درمان (مثل مدرسه، ایستگاه‌های قطار، فروشگاه‌ها، کتاب‌فروشی‌ها) قبل از این جلسات با دقت بررسی کنید که در صورت امکان و مناسب بودن برای مراجع نوجوانان، می‌تواند در اجرای مواجهه‌های هیجانی مفید باشد (ماژول ۳ و ۷ پروتکل یکپارچه نوجوان را ببینید).

پروتکل یکپارچه درمان فراتشخیصی برای اختلال‌های هیجانی نوجوانان: محتوای کتاب تمرین، درک نوجوان را از مفاهیم این درمان افزایش خواهد داد. این کتاب تمرین شامل توضیحات نظری و مثال‌هایی از مهارت‌ها، کاربرگ‌های مازول اصلی و فرم‌ها و کاربرگ‌هایی برای تکالیف یادگیری خانگی است. درمانگرهایی که برای استفاده از این راهنمای درمانگر آماده می‌شوند، باید ملزومات کتاب تمرین را نیز از قبل مرور کنند تا بتوانند از فرم‌ها، کاربرگ‌ها و دیگر مطالبی که در آن وجود

دارد، در طی جلسه استفاده نمایند. شما می‌توانید این کتاب تمرین را به مراجع نوجوان خود داده و از او بخواهید به طور مستقل آن را مرور کند، شاید هم ترجیح بدهید که در هر جلسه مطالب کتاب تمرین را به‌طور مختصر با مراجع نوجوانان مرور کرده و با دقت تکالیف یادگیری خانگی را بررسی کنید تا از درک این مفاهیم اطمینان حاصل کرده و زحمت نوجوان را کم کنید. خلاصه مازول‌های پروتکل یکپارچه نوجوانان نیز به صورت فرم‌هایی برای والدین موجود هستند؛ در انتهای هر یک از مازول‌های پروتکل یکپارچه نوجوانان در این راهنمای درمانگر می‌توانید آن‌ها را ببینید. در طول مدت آموزش هر مازول اصلی، این برگه‌ها باید توزیع شوند تا به افزایش آگاهی والدین از مهارت‌های پروتکل یکپارچه نوجوانان و همدلی بیشتر آن‌ها با نوجوانان کمک کنند.

اهمیت تکالیف یادگیری خانگی

ویژگی منحصر به فرد تکالیف یادگیری خانگی در این درمان این است که آن‌ها مبتنی بر مازول‌ها طراحی شده‌اند. از آنجایی که جلسات هر مازول ممکن است طول مدت و تعداد اهداف متفاوتی داشته باشند، باید پس از رسیدن به یک هدف مشخص در هر مازول، یک تکالیف یادگیری خانگی تعیین شود، فارغ از این که در کدام جلسه به این هدف می‌رسیم. بنابراین، به دنبال ارائه مطالب درمانی مربوط به هر هدف، یک تمرین برای خانه پیشنهاد می‌شود. هنگام مشخص کردن این تمرین‌ها مراقب سنگین شدن تکالیف نوجوان باشید، مخصوصاً برای نوجوان‌هایی که در طی یک جلسه تعدادی از هدف‌های یک مازول را پشت سر می‌گذارند، در صورت لزوم تکالیف آن‌ها را اصلاح کرده یا با هم ترکیب کنید. یک استثنا برای این قانون، فرم قبل از هیجان، در طول هیجان و بعد از هیجان است که از مازول اصلی ۲ به بعد باید در انتهای هر جلسه توزیع شود تا به نظارت بر آگاهی هیجانی و تمرین رفتار متضاد در طول مدت درمان کمک کند. علاوه بر این، از زمان اتمام مازول اصلی ۳ به بعد، برای نوجوانانی که به طور مداوم در آزمایش‌های رفتاری متمرکز بر هیجان شرکت می‌کنند، پیگیری فعالیت‌ها با استفاده از فرم پیگیری هفتگی فعالیت‌ها که در هر جلسه داده می‌شود نیز صورت می‌گیرد. در مجموع، هر هفته با توجه به انگیزه، آمادگی و چالش‌های خاص مرتبط با اختلال هیجانی هر نوجوان، با دقت بررسی کنید که کدام یک از تکالیف یادگیری خانگی برای او مناسب‌تر هستند.

ملاحظات کلی در استفاده از پروتکل یکپارچه نوجوانان

به دلیل ماهیت فراتشخیصی این درمان، بعضی از اصطلاحات استفاده شده در این راهنمای درمانگر ممکن است برای شما ناآشنا باشند یا کاربرد آن‌ها با چیزی که قبلاً در دیگر کتاب‌های راهنمای درمان‌های مبتنی بر شواهد دیده‌اید متفاوت باشد. در ادامه چند نکته دیگر در مورد چگونگی شکل‌دهی برخی مفاهیم درمانی خاص و مواردی که بهتر است هنگام آماده‌سازی شرایط برای اجرای این درمان در نظر داشته باشید، آورده می‌شود.

۱. باید به طور کلی از کاربرد واژه «منفی» برای توصیف هیجان‌ها و حالت‌های هیجانی نوجوان اجتناب کنید، هرچند معمولاً خودداری از کاربرد این واژه دشوار است. به منظور تشریح این موضوع، ما در این راهنمای درمانگر نیز همین کار را می‌کنیم. همان‌طور که در طی خواندن این کتاب متوجه خواهید شد، ما معمولاً برای توصیف این هیجان‌ها یا حالت‌ها، واژه‌های «شدید»، «قوی» یا «ناراحت‌کننده» را توصیه می‌کنیم. نکته اصلی این است که باید تلاش کنید به تجربه‌های هیجانی نوجوان برچسب خیلی منفی یا برچسب خیلی مثبت نزنید، بلکه توصیه می‌کنیم فارغ از نوع هیجان مورد بحث، به شدت و سطح راحتی هیجان‌های تجربه‌شده اشاره کنید.
۲. به طور مشابه، وقتی به بخش فیزیولوژیکی یک هیجان خاص اشاره می‌کنید، استفاده از عبارت‌هایی مثل «احساس‌های درون بدن من»، «سرنخ‌های بدنی» یا «حس‌های بدنی» را توصیه می‌کنیم زیرا کاربرد واژه «احساس‌ها» به تنهایی ممکن است به راحتی با مفاهیم وسیع‌تر هیجان اشتباه شوند.
۳. ما در طول این راهنمای درمانگر از واژه «والدین» برای توصیف مراقب یا مراقب‌هایی که نوجوان را در جلسه درمان همراهی می‌کنند، استفاده کردیم. ما همه افرادی که نقش والدین را ایفا می‌کنند (مثل پدر بزرگ و مادر بزرگ، پدر و مادر ناتنی، سرپرست‌ها، دیگر اقوام، برادر یا خواهر بزرگتر) خواه سرپرست اصلی نوجوان باشند و یا اعضای دیگر خانواده که ممکن است در طی کار خود با آن‌ها مواجه شوید و حتی حضور چندین سرپرست اصلی را نیز قبول داریم. ما از واژه «والدین» صرفاً به عنوان یک کلمه اختصاری برای اشاره به سرپرست (یا سرپرست‌های) اصلی که در طول درمان در کنار نوجوان حاضر هستند اشاره می‌کنیم.
۴. در این کتاب راهنما به فرم‌ها، کاربرگ‌ها و تصویرهای بسیار زیادی اشاره شده است. به طور کلی، واژه «فرم» به برگه‌ای اشاره دارد که باید در چندین و چند موقعیت در طول درمان توسط نوجوان پر شود. «کاربرگ» یعنی مطلبی که باید به طور کامل در یک موقعیت یا برای یک تکلیف یادگیری خانگی تکمیل شود. «تصویرها» همان عکس‌ها، نمودارها، یا فرم‌ها/کاربرگ‌های نمونه‌ای هستند که برای کمک به توصیف مفاهیم یا مهارت‌های خاص در کتاب تمرین آورده شده‌اند. در هنگام معرفی و توضیح مفاهیم و مهارت‌های مختلف، ارجاع دادن نوجوان به شکل مربوطه در طی جلسه می‌تواند مفید باشد.

پایان خوب پروتکل یکپارچه نوجوانان

یک چالش ویژه در رویکردهای ماژولار و منعطف درمانی مثل این رویکرد، انتخاب زمان مناسبی برای پایان درمان است. هرچند این چالش در بسیاری از شکل‌های درمان وجود دارد، طبیعت منعطف هر ماژول پروتکل یکپارچه نوجوان، مخصوصاً ماژول ۷، می‌تواند تصمیم‌گیری در مورد زمان پایان درمان را پیچیده کند. آمادگی برای خاتمه درمان را می‌توان با شیوه‌های مختلفی ارزیابی کرد، اما ما برای

کمک به تصمیم‌گیری شما چند پیشنهاد داریم. کاهش درجه‌بندی مشکلات اصلی در طیفی از کم تا متوسط برای هر مسئله (مثلاً «۳-۰») می‌تواند نشانه این باشد که مشکلات اولیه اکنون به طور قابل توجهی مداخله‌گر یا پریشان‌کننده نیستند و می‌توان حرکت به سوی پایان درمان را توصیه کرد. این موضوع مخصوصاً وقتی درست است که نوجوان همه یا اکثر موارد ثبت‌شده در فرم رفتار هیجانی را تمرین کرده باشد و درجه همه یا بیشتر موارد به طور قابل توجهی کاهش یافته باشد. این نکات حائز اهمیت هستند که لازم نیست تمام موارد آورده شده در فرم رفتار هیجانی قبل از پایان درمان مورد تمرین قرار گیرند و ماژول ۸ حاوی ملزوماتی است که در برنامه‌ریزی مواجهه‌ها یا دیگر مهارت‌هایی که نوجوان می‌تواند پس از پایان درمان در خانه از آن‌ها استفاده کند، نوجوان و شما را یاری می‌کند. پیش از شروع فرآیند خاتمه درمان، حداقل توصیه ما این است که تمام ماژول‌های پروتکل یکپارچه نوجوانان را پوشش داده و به تعداد جلسات پیشنهادی که در جدول الف-۱ برای هر ماژول مشخص شده، پایبند باشید. البته بعضی خانواده‌ها به دلیل فشار زندگی، محدودیت‌های مالی یا عوامل دیگر تصمیم می‌گیرند درمان را زودتر از زمان توصیه شده پایان دهند. در این موارد، ما به طور جدی استفاده از حل مسئله (ماژول ۵) را برای رسیدگی به موانع احتمالی درمان و استفاده از راهبردهای تقویت انگیزه (ماژول ۱) را برای بخشیدن جانی تازه به انگیزه او برای ادامه درمان توصیه می‌کنیم. اگر نوجوان یا خانواده او همچنان قصد اتمام درمان را دارند، مؤکداً توصیه می‌کنیم که صرف‌نظر از اینکه در کدام قسمت از درمان هستید، حتماً جلسه پایانی را به بررسی مطالب ماژول ۸ اختصاص دهید.

زمان شروع فرارسیده است

از این که زمان خود را صرف آشنایی بیشتر با پروتکل یکپارچه کودکان و پروتکل یکپارچه نوجوانان می‌کنید متشکریم! هرچند، یادگیری یک رویکرد درمانی جدید می‌تواند طاقت‌فرسا باشد، اما ما امیدواریم این درمان‌ها مجموعه‌ای از ابزارهای منعطف و کاربردی را در اختیار شما بگذارند که بتوانند برای هر مراجع کودک یا نوجوانی که با اختلال‌های هیجانی دست‌وپنجه نرم می‌کند، مفید واقع شوند. ما می‌دانیم که انعطاف این مطالب یک نکته مثبت است و همچنین قبول داریم که تسلط بر اصول بنیادی تغییر که در هر ماژول پروتکل یکپارچه نوجوانان و یا در هر جلسه پروتکل یکپارچه کودکان ارائه شده و یادگیری نحوه یکپارچه‌سازی این مطالب با ویژگی‌های مراجع و خانواده او نیاز به زمان دارد. به این منظور، در ابتدای هر فصل پروتکل یکپارچه نوجوانان قسمتی وجود دارد که نه تنها به شما کمک می‌کند با ملزومات عملی و اهداف آن بخش آشنا شوید، بلکه زیربنای نظری آن ماژول و قابلیت استفاده آن برای طیفی از نشانه‌های اختلال‌های هیجانی را نیز در اختیار شما قرار می‌دهد. به تدریج، با مرور هدف کلیدی هر ماژول و به خاطر سپردن آن، یاد می‌گیرید که چگونه به‌شیوه‌ای منعطف و متعهدانه از ملزومات پروتکل‌های یکپارچه استفاده کنید تا بتوانید تأثیرات خیلی خوبی روی تعداد زیادی از مراجعان کودک و نوجوان خود بگذارید.

بخش اول

پروتکل یکپارچه درمان فراتشخیصی
برای اختلالات هیجانی نوجوانان

ماژول اصلی ۱: ایجاد انگیزه و حفظ کردن آن

(تعداد جلسات توصیه شده: ۱ یا ۲ جلسه)

ملزومات این ماژول

- ماژول ۱: ایجاد انگیزه و حفظ کردن آن - ملزومات کتاب تمرین:
 ۱. شناسایی مشکلات اصلی (کاربرگ ۱-۱)
 ۲. سبک سنگین کردن گزینه‌ها (کاربرگ ۱-۲)
- شناسایی مشکلات اصلی - نسخه والدین (پیوست ۱-۲ در انتهای این فصل)
- فرم پیگیری هفتگی مشکلات اصلی (پیوست ۱-۳ در انتهای این فصل)
- فرم خلاصه ماژول والدین در انتهای این فصل آمده تا به والدین مراجع نوجوانان کمک کند ملزومات موردنیاز این جلسه را مرور کنند. شما همچنین می‌توانید برای کمک به درک بهتر این مباحث از موارد فصل ۹ (ماژول والدین) نیز استفاده کنید.

هدف‌های کلی ماژول اصلی ۱

در طی ماژول اصلی ۱، شما هدف و ساختار درمان را توصیف خواهید کرد و همراه با نوجوانان و والدین، میزان مشارکت والدین در درمان را تعیین می‌کنید. با استفاده از کاربرگ ۱-۱ (شناسایی مشکلات اصلی) از کتاب تمرین نوجوانان و پیوست ۱-۲ (شناسایی مشکلات اصلی - نسخه والدین) در انتهای این فصل، از نوجوانان و والدین بخواهید به شناسایی و درجه‌بندی شدت سه مشکل اصلی که آن‌ها را به این درمان سوق داده‌اند، بپردازند. این مشکلات اصلی باید جهت ارزیابی و ایجاد انگیزه برای تغییر به کار گرفته شوند. راهبردهای تقویت انگیزشی در این ماژول به عنوان اولین مفهوم در ایجاد انگیزه تغییر در نوجوانان و والدین معرفی می‌شوند، اما میزان به کارگیری آن‌ها در طول جلسه

بستگی به آمادگی اولیه نوجوان برای تغییر و میزان سرمایه‌گذاری خانواده در درمان دارد. ایده‌ها و مفاهیم ارائه شده در این ماژول (به پیوست ۱-۱) (عناوین تقویت انگیزشی بیشتر) نیز نگاهی بیاندازید) می‌توانند در طول درمان نیز به کار گرفته شوند یعنی می‌توان در طول درمان هرگاه لازم بود دوباره به آن‌ها بازگشت، اما این راهبردها در برقراری اولین ارتباط و هنگامی که نوجوان در تلاش برای درگیر ماندن و حرکت بر اساس پروتکل یکپارچه نوجوان می‌باشد، خیلی مفید است. علاوه بر فراهم کردن یک مقدمه برای ساختار اصلی درمان و بحث درباره محرمانه بودن و شیوه تمرین، اهداف این ماژول به شرح زیر می‌باشند:

- **هدف ۱:** آگاهی دادن به نوجوان و خانواده درباره مفاهیم و ساختار درمان (از جمله، سطح مشارکت والدین).
- **هدف ۲:** تعیین سه مشکل اصلی نوجوان و نیز درجه‌بندی شدت هر مشکل اصلی. تعیین هدف‌های مرتبط با مشکلات اصلی.
- **هدف ۳:** تقویت انگیزه نوجوان برای تغییر از طریق شناسایی گام‌های اولیه دستیابی به اهداف با استفاده از تکنیک‌های انگیزشی و تمرین تعادل در تصمیم‌گیری. نوجوانانی که دلبستگی ایمن دارند، نسبت به درمان متعهد هستند.
- **هدف ۴:** بحث درباره انگیزه والدین برای درمان؛ درجه‌بندی مشکلات اصلی نوجوان توسط والدین و کشف موانع تنظیم میزان مشارکت در درمان و ادامه آن؛ تقویت انگیزه والدین برای تغییر استفاده از راهبردهای تقویت انگیزشی در این ماژول (هر اندازه لازم است از عوامل انگیزشی استفاده کنید). والدینی که دلبستگی ایمن دارند، نسبت به درمان متعهد هستند.

یادداشت درمانگر - نظریه پروتکل یکپارچه

در شروع هر ماژول پروتکل یکپارچه، یک **یادداشت درمانگر** وجود دارد که در واقع یک یادآوری مختصر درباره ارتباط محتوای آن ماژول با نظریه کلی و الگوی مفهوم‌سازی موردی پروتکل‌های یکپارچه است. در ماژول ۱، شما چندین تکلیف را انجام خواهید داد که برای آن‌ها به خاطر داشتن نظریه زیربنایی پروتکل یکپارچه و الگوی مفهوم‌سازی موردی همان‌گونه که در مقدمه توصیف شده، ضروری است. اول، شما همان‌طور که ارتباط و انگیزه اولیه را شکل می‌دهید، نوجوان را درگیر بحث درباره **کارکرد** هیجان‌های قوی در زندگی‌اش می‌کنید. به بیان دیگر، از او می‌پرسید در پاسخ به هیجان‌های قوی‌اش چه کاری انجام داده است؟ آن کار برای او مؤثر بوده؟ آن کار برای او چه عوارضی داشته؟ دوم، هنگامی که در این ماژول، مشکلات اصلی و اهداف را همراه با نوجوانان و والدین می‌نویسید، باید بررسی کنید که آیا این مشکلات و هدف‌ها با چهارچوب پروتکل یکپارچه منطبق هستند. آیا ما انتظار داریم که این مشکلات با این مداخله تغییر کنند؟ اگر این‌طور است، چگونه؟ آیا می‌توانید با اصلاح مشکلات یا هدف‌ها، سعی کنید آن‌ها را با نظریه مذکور یا الگوی مفهوم‌سازی موردی این رویکرد تنظیم کنید؟ اگر چنین چیزی امکان‌پذیر است، حتماً این کار را انجام دهید؟

تقویت انگیزشی نوجوانان در پروتکل یکپارچه نوجوانان - بخش آغازین*

قبل از اینکه محتوای اختصاصی ماژول را توصیف کنیم، داشتن درک اولیه از راهبردهای تقویت انگیزشی که در پروتکل یکپارچه نوجوانان به کار گرفته شده‌اند، چهارچوب مفیدی را برای فهم اینکه چگونه در این ماژول و در کل درمان، انگیزه را در نوجوانان ایجاد و تقویت کنیم، فراهم می‌کنند. این ماژول تعدادی از راهبردهای تقویت انگیزشی را توصیف می‌کند که می‌تواند برای کمک به افزایش انگیزه نوجوانان و والدین در ایجاد تغییر و تعهد به درگیر شدن در فرایند درمان به کار گرفته شوند. تقویت انگیزشی یک راهبرد درمانی است که می‌تواند دوسوگرایی نوجوانان و مقاومت آن‌ها را برای تغییر رفتارهای مشکل‌ساز و مداخله‌گرانه کاهش دهد. مهم است که تأکید کنیم، راهبردهای تقویت انگیزشی مهارت‌هایی نیستند که آن‌ها را مستقیماً به مراجعان آموزش دهیم (هرچند در پروتکل یکپارچه نوجوان، کاربرگ‌هایی برای این منظور وجود دارند که برای کمک به تنظیم اهداف و تعهد درمانی مورداستفاده قرار می‌گیرند)؛ عموماً این یک سبک مکالمه است که نه فقط در اولین ماژول بلکه باید در سراسر درمان هرگاه که تردید و دوسوگرایی ایجاد می‌شود، مورداستفاده قرار گیرد. راهبرد تقویتی اصلی که در اینجا معرفی می‌شود، **مصاحبه انگیزشی** است که به درمانگران می‌آموزد چگونه انتخاب‌های مختلف را به نوجوانان پیشنهاد دهند و آن‌ها را تشویق می‌کند که انتخاب‌های نوجوانان را بدون اجبار یا قضاوت ارزیابی کنند. مصاحبه انگیزشی همچنین از طریق پررنگ کردن تفاوت بین رفتارهای کنونی نوجوانان و اهداف مطلوب آن‌ها و به‌طور همزمان کاهش مقاومت آن‌ها، به برطرف کردن تردید نوجوانان کمک می‌کند. همچنین این راهبردها اختصاصاً، **اجتناب هیجانی و تعهد به انجام تکالیف یادگیری خانگی** را هدف قرار می‌دهند که شما می‌توانید برای کمک به مشارکت نوجوانان در طول ماژول‌های بعدی، در شروع درمان از آن‌ها استفاده کنید. تقویت انگیزشی در پروتکل یکپارچه نوجوانان اهمیت دارد زیرا نوجوانان اغلب درباره اینکه آیا می‌خواهند تغییر کنند یا نه در تعارض هستند یا درباره شرکت در درمان تردید دارند. از دیدگاه رشدی این موضوع قابل فهم است که نوجوانان اغلب درباره رفتارهای‌شان از قبیل انواع رفتارهای اجتنابی و هیجان‌های قوی که ما آن‌ها را در پروتکل یکپارچه نوجوانان هدف قرار می‌دهیم، با یک چشم‌انداز بلندمدت فکر نمی‌کنند. این نیز معمول است که یک نوجوان برای درمان مراجع نکند. بسیاری از نوجوانان توسط شخص دیگری (مثلاً والدین یا درمانگران دیگر) برای مراجعه به درمان ترغیب می‌شوند. به همین دلیل، این درمان فرض را بر این می‌گذارد که ممکن است بسیاری از نوجوانان و خانواده‌های‌شان در شروع درمان، آماده کار کردن روی تغییر رفتارهای‌شان نباشند.

* تکنیک‌های مصاحبه انگیزشی توصیف شده در این ماژول، اساساً متعلق به پروتکل یکپارچه نوجوانان نیستند. آن‌ها از کارهای میلر و رولنیک (۲۰۰۲) و سوبل و سوبل (۲۰۰۳) اقتباس شده‌اند. تکنیک‌هایی که درباره چگونگی هدف قرار دادن عدم تعهد به انجام تکالیف درمانی و اجتناب هیجانی در پایان این ماژول توصیف شده‌اند نیز از لیهی (۲۰۰۳) گرفته شده‌اند.

علائم اختلال‌های هیجانی معمولاً با دوسوگرایی در درمان همراه هستند. خصوصاً نوجوانانی که از علائم افسردگی رنج می‌برند، ممکن است برای بسیاری از فعالیت‌ها از جمله درمان انگیزه کمی داشته باشند. علاوه بر این، رفتارهای اجتنابی که عموماً با اختلالات اضطرابی و افسردگی همراه هستند، می‌توانند منجر به دوسوگرایی در درمان شوند زیرا ممکن است این‌گونه به نظر بیاید که این رفتارها در کوتاه‌مدت برای نوجوانان ضروری یا سودمند هستند. ضروری است که شما همواره زاویه دید نوجوانان را در نظر بگیرید و یاد بگیرید که برای انگیزه دادن به آن‌ها جهت ادامه درمان، چه چیزی لازم و مهم است. درمانگر باید دقت داشته باشد از تکنیک‌هایی که مقاومت را افزایش می‌دهند استفاده نکند، بعضی از این راهبردها که مخالفت نوجوانان را با فرایند درمان افزایش و پتانسیل آن‌ها را برای تغییرات درمانی کاهش می‌دهند، در پایان این مازول توصیف شده‌اند.

تغییر در انگیزه نوجوانان ممکن است زمان ببرد. البته معنای آن، این نیست که شما باید در این درمان بیش از یک یا دو جلسه روی این مازول بمانید، بلکه ممکن است لازم باشد که در جلسات آینده نیز به این موضوعات توجه بیشتری داشته باشید. انگیزه مانند موم است و ممکن است در طول درمان کاهش یابد یا تغییر کند. این امری شایع است که درمانگران در انجام آزمایش‌های رفتاری متمرکز بر هیجان (خصوصاً در نوجوانانی که افسردگی معناداری را تجربه می‌کنند)، در اجرای مازول مواجهه با هیجان‌های موقعیتی و در انجام تکالیف یادگیری خانگی در مازول‌های مختلف (برای همه نوجوانان)، با بعضی دوسوگرایی‌ها روبرو شوند. هریک از ملزومات درمانی می‌توانند جرقه‌ای برای شروع مقاومت باشند، یا به احتمال زیاد، عوامل استرس‌زای بیرونی یا موضوعات خانوادگی نیز ممکن است در طول درمان منجر به مقاومت شوند.

دوسوگرایی می‌تواند آشکار باشد مانند مراجعی که مدام دیر به جلسات می‌آید، با درمانگر بحث می‌کند، یا برای استفاده از راهبردهای جدید تلاش نمی‌کند، گاهی نیز دوسوگرایی نامحسوس است مانند اجتناب از بحث کردن درباره دلایل تنش با تغییر موضوع بحث یا قطع کردن صحبت درمانگر. اگر این اتفاق‌ها رخ دهد، شما باید برای بازگرداندن تمرکز مؤثر درمان روی مشکلات کنونی و درک بهتر عواملی که پیشرفت درمان را به تأخیر می‌اندازد، در طول مازول‌ها یا در بین آن‌ها از ابزارهای خودنظارتی و درجه‌بندی مشکلات اصلی استفاده کنید. همچنین مهم است که حواس‌تان به احساس ناامیدی خودتان از نوجوانان که یک پاسخ معمول در مقابل دوسوگرایی مراجع نسبت به درمان است، باشید. اگر شما از تلاش برای پیش بردن نوجوان ناامید شوید یا فکر کنید که به سختی پیش می‌روید، ممکن است باعث شود به نوجوان برچسب «بی‌انگیزه» یا «مقاوم» بزنید که می‌تواند رابطه شما را عمیقاً تحت تأثیر قرار دهد. بنابراین راهبردهای توصیف‌شده در زیر نه تنها در کاهش دوسوگرایی نوجوانان مفید هستند بلکه احساس درماندگی و ناامیدی شما را نیز کاهش می‌دهند.