



The Effectiveness of a Unified Protocol of Trans-Diagnostic Treatment on The Emotion Regulation Strategies of Anxious Student Girls

Sogand Ghasemzadeh¹*, Aliakbar Arjmandnia², Faezeh Shabanali Fami³, Aynaz Holakouee⁴

Abstract

The present study aimed to examine the effectiveness of a unified transdiagnostic treatment program on emotion regulation strategies in anxious adolescent girls. A quasi-experimental pretest-posttest design with experimental and control groups was employed. The study population consisted of female middle school students in Tehran, from whom 24 participants were selected through convenience sampling following screening with the Achenbach Youth Self-Report and a semi-structured clinical interview. Participants were randomly assigned to an experimental group ($n = 12$) and a control group ($n = 12$). The experimental group received a 12-session unified transdiagnostic intervention based on Barlow's protocol, while the control group was placed on a waitlist. Emotion regulation strategies were assessed using the Emotion Regulation Questionnaire (Gross & John) and the Difficulties in Emotion Regulation Scale (Gratz & Roemer). Data were analyzed using non-parametric tests, including the Wilcoxon signed-rank test, Mann-Whitney U test, and analysis of covariance. Results indicated a significant increase in cognitive reappraisal and a significant decrease in emotional suppression in the experimental group compared to the control group ($p < .01$). Moreover, all subscales of difficulties in emotion regulation, as well as the total score, showed a significant reduction in the experimental group, whereas no significant changes were observed in the control group. These findings suggest that the unified transdiagnostic treatment is effective in enhancing adaptive emotion regulation strategies and reducing emotion regulation difficulties in anxious adolescent girls. Given its flexibility, cost-effectiveness, and focus on shared emotional mechanisms, this approach appears to be a promising intervention for adolescents with emotional disorders and may be particularly suitable for school-based mental health programs.

Keywords: Adolescent, Anxiety, Emotion Regulation, Emotional Disorders, Transdiagnostic Treatment

¹ Corresponding Author: Associate Professor, Department of Psychology, Faculty of Psychology and Education of Exceptional Children, University of Tehran, Tehran, Iran

Email: s.ghasemzadeh@ut.ac.ir

² Professor, Department of Psychology, Faculty of Psychology and Education of Exceptional Children, University of Tehran, Tehran, Iran

Email: arjmandnia@ut.ac.ir

³ Master of Psychology and Education of Exceptional Children, Department of Psychology, Faculty of Psychology and Education of Exceptional Children, University of Tehran, Tehran, Iran

Email: f.fami.2005@gmail.com

⁴ Master of Psychology and Education of Exceptional Children, Department of Psychology, Faculty of Psychology and Education of Exceptional Children, University of Tehran, Tehran, Iran

Email: holakouee.aynaz@gmail.com



Introduction

Anxiety disorders during adolescence are among the most common mental health problems and are associated with wide-ranging consequences in emotional, academic, social, and familial domains. This developmental period, due to the simultaneous occurrence of biological, cognitive, and social changes, is characterized by increased emotional sensitivity and affective fluctuations, making adolescents more vulnerable to experiencing anxiety and emotional inefficiencies. Research evidence indicates that adolescent girls, compared to boys, report higher levels of anxiety and difficulties in emotion regulation, highlighting the necessity of designing and implementing targeted interventions for this group. From a theoretical perspective, emotion regulation, as one of the key transdiagnostic constructs, plays a central role in explaining the development, maintenance, and comorbidity of emotional disorders. Deficits in emotion regulation can lead to repeated use of maladaptive strategies such as emotional avoidance, suppression, and impulsive reactions; strategies that may reduce distress in the short term but reinforce the cycle of anxiety in the long term. Accordingly, focusing on improving emotion regulation processes, particularly within transdiagnostic approaches, has recently become a research and clinical priority. Unified transdiagnostic treatment, by targeting shared emotional mechanisms, provides a coherent framework for intervention across a broad spectrum of anxiety disorders. The present study aimed to examine the effectiveness of this treatment on emotion regulation strategies among anxious adolescent girls.

Method

The current study employed a quasi-experimental design with a pretest, a posttest and a control group. After initial screening and diagnostic interviews, 24 first-year high school girls, were randomly assigned to experimental and control groups. The experimental group participated in twelve sessions of unified transdiagnostic treatment based on Barlow's protocol, while the control group was placed on a waitlist. Research instruments included the Cognitive Emotion Regulation Questionnaire and the Difficulties in Emotion Regulation Scale. Data were analyzed using non-parametric tests and analysis of covariance. Findings indicated that the unified transdiagnostic intervention had significant, broad, and multidimensional effects on emotion regulation in anxious students. At the level of emotion regulation strategies, results showed a significant increase in the use of cognitive reappraisal in the experimental group compared to the control group ($p < 0.01$). This increase reflects an improvement in adolescents' ability to reinterpret emotionally challenging situations and reduce the perceived threat of events. Simultaneously, scores for emotional suppression in the experimental group significantly decreased, indicating a reduced tendency to suppress emotions and an increased willingness to experience and process feelings.

At the level of emotion regulation difficulties, there was a significant decrease in the total score of the Difficulties in Emotion Regulation Scale in the experimental group. Component analysis revealed that non-acceptance of negative emotions was one of the most prominent components reduced following the intervention. This finding suggests that participants were able to accept unpleasant emotions as a natural part of human experience without exhibiting judgmental or avoidant responses. Such a change plays a crucial role in reducing the intensity of anxiety experiences. Additionally, difficulties in controlling emotional impulses significantly decreased. This finding indicates an improvement in adolescents' ability to inhibit immediate, impulsive, and emotion-driven reactions in stressful situations. Given that impulse control deficits are associated with risky behaviors, academic underperformance, and interpersonal problems in anxious adolescents, this result carries substantial clinical significance. Furthermore, the component of lack of emotional awareness also showed a significant reduction, reflecting an increased ability to identify, label, and differentiate experienced emotions. Another notable finding of the study was a significant reduction in limitations in accessing effective emotion regulation strategies. This result suggests that the unified transdiagnostic intervention was able to expand participants' coping strategy repertoire and enhance their sense of efficacy in managing intense emotions. In contrast, the control group showed no significant changes in emotion regulation strategies or related difficulties, emphasizing the decisive role of the intervention.

Results

In the discussion and interpretation of findings, it can be stated that the observed pattern of changes aligns closely with the theoretical framework of unified transdiagnostic treatment. The increase in cognitive reappraisal indicates enhanced cognitive flexibility, a capacity that allows adolescents to move away from absolutist, catastrophic, and threat-focused interpretations. This cognitive change likely results from training in identifying maladaptive thoughts and practicing cognitive restructuring within an emotional experience context. The decrease in emotional suppression and avoidance can be considered one of the most important outcomes of the intervention. Unified transdiagnostic treatment, with an emphasis on emotion-focused exposure and tolerance, teaches adolescents that experiencing negative emotions is not inherently dangerous and can be managed without avoidance or suppression. This attitudinal shift toward emotions plays a key role in breaking the anxiety–avoidance cycle. The reduction in difficulties in controlling emotional impulses also reflects improved behavioral emotion regulation. This outcome indicates that the intervention not only led to cognitive and emotional changes but also moderated maladaptive behavioral responses. From a clinical perspective, this change may contribute to decreased family conflicts, improved peer relationships, and enhanced academic adjustment.

Overall, the findings of the present study suggest that unified transdiagnostic treatment, by simultaneously targeting cognitive, emotional, and behavioral components of emotion regulation, can produce profound and significant changes in the emotional patterns of anxious adolescents. By focusing on shared underlying processes, this approach becomes an efficient option for preventive and therapeutic interventions in educational and clinical settings. The results support the application of this treatment in school-based mental health programs, and its use may play a critical role in preventing the chronicity of emotional disorders during adolescence.

مقاله پژوهشی

اثربخشی برنامه یکپارچه درمان فراتشخیصی بر راهبردهای تنظیم هیجان دانش‌آموزان دختر مضطرب

سوگند قاسم‌زاد^۱، علی اکبر ارجمندنیا^۲، فائزه شعبانعلی فمی^۳، آیناز هلاکویی^۴

چکیده

هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی برنامه یکپارچه درمان فراتشخیصی بر راهبردهای تنظیم هیجان دانش‌آموزان دختر مضطرب بود. این پژوهش با استفاده از طرح نیمه‌آزمایشی پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه آزمایش و کنترل انجام شد. جامعه آماری شامل دانش‌آموزان دختر دوره اول متوسطه شهر تهران بود که از میان آنان ۲۴ نفر پس از غربالگری با سیاهه رفتاری آخنباخ و مصاحبه تشخیصی بالینی، به صورت در دسترس انتخاب و به طور تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۲ نفر) و کنترل (۱۲ نفر) گمارده شدند. گروه آزمایش در ۱۲ جلسه درمان فراتشخیصی یکپارچه مبتنی بر پروتکل بارلو شرکت کرد، در حالی که گروه کنترل در لیست انتظار قرار گرفت. ابزارهای پژوهش شامل پرسشنامه نظم‌جویی شناختی هیجان گراس و جان و مقیاس دشواری تنظیم هیجان گراتز و رومر بودند. داده‌ها با استفاده از آزمون‌های ناپارامتریک ویلکاکسون، من وایتنی و تحلیل کوواریانس تحلیل شدند. نتایج نشان داد پس از مداخله، در گروه آزمایش افزایش معنادار در راهبرد ارزیابی مجدد شناختی و کاهش معنادار در بازداری هیجانی مشاهده شد ($P \leq 0/01$). همچنین، تمامی مؤلفه‌های دشواری تنظیم هیجان و نمره کل آن در گروه آزمایش به طریقی معنادار کاهش یافتند، در حالی که در گروه کنترل تغییر معنادار مشاهده نشد. یافته‌ها نشان می‌دهد برنامه یکپارچه درمان فراتشخیصی با هدف‌گیری مکانیسم‌های مشترک هیجانی، می‌تواند به طور مؤثر تنظیم هیجان را در نوجوانان دختر مضطرب بهبود بخشد. با توجه به مقرون‌به‌صرفه بودن، انعطاف‌پذیری و کارآمدی این رویکرد، استفاده از آن در مداخلات مدرسه‌محور و درمان اختلالات هیجانی نوجوانان توصیه می‌شود.

واژه‌های کلیدی: اختلالات هیجانی، اضطراب، تنظیم هیجان، درمان فراتشخیصی، نوجوان.

^۱ نویسنده مسئول: دانشیار، گروه روانشناسی و آموزش کودکان استثنایی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران، تهران، ایران

ایمیل: s.ghasemzadeh@ut.ac.ir

^۲ استاد، گروه روانشناسی و آموزش کودکان استثنایی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران، تهران، ایران

ایمیل: arjmandnia@ut.ac.ir

^۳ کارشناسی ارشد روانشناسی و آموزش کودکان استثنایی، گروه روانشناسی و آموزش کودکان استثنایی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران، تهران، ایران

ایمیل: f.fami.2005@gmail.com

^۴ کارشناسی ارشد روانشناسی و آموزش کودکان استثنایی، گروه روانشناسی و آموزش کودکان استثنایی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران، تهران، ایران

ایمیل: holakouee.aynaz@gmail.com



مقدمه

از جمله عوامل متعددی که می‌توانند بر رضایت‌مندی ذهنی و کیفیت زندگی فرد اثربخش باشند هیجان‌ها، به ویژه نوع منفی آنها، هستند (Jovanović & Joshanloo, 2022). هیجان‌ها به ما کمک می‌کنند تا گزینه‌های خود را ارزیابی کنیم و انگیزه لازم برای ایجاد تغییر یا انجام کاری را فراهم می‌آوریم و همچنین، اطلاعاتی درباره نیازهایمان را در اختیارمان داشته باشیم (Brosch & Steg, 2021). همه ما انواعی گوناگون از هیجان را تجربه می‌کنیم و می‌کوشیم تا با توسل به روش‌های کارآمد یا ناکارآمد، با این هیجان‌ها مقابله کنیم (Lincoln et al., 2022). مشکل اصلی تجربه کردن اضطراب نیست (American Psychiatric Association, 2023)، بلکه توانایی ما در شناسایی اضطراب خود، پذیرفتن آن، استفاده از آن در صورت امکان و ادامه دادن به عملکرد خود با وجود اضطراب است (Roemer et al., 2025) که گاهی اضطراب تجربه‌شده شدید برای فرد مشکل‌ساز و ناسازگارانه جلوه می‌کند (گنجی، ۱۳۹۷). اضطراب می‌تواند در ابعاد بدنی، شناختی، عاطفی و بین‌فردی جلوه‌گر شود (Barlow, 2019) و برخلاف ترس که پاسخ به تهدید واقعی است، پیش‌بینی تهدید آینده است (سیدمحمدی، ۱۳۹۲). اضطراب و افسردگی دو مورد از شایع‌ترین اختلال‌های هیجانی هستند (Kalin, 2020). در جمعیت نوجوانان، این اختلالات با عملکرد تحصیلی تداخل می‌کنند، پیچیده‌تر (Khesht-Masjedl et al., 2019) و به مشکلات سازگاری، تحصیلی منجر می‌شوند و در ادامه به اختلال‌های اضطرابی و خلقی جدی‌تر در دوران بزرگسالی تبدیل می‌شوند (Copeland et al., 2014). بنابراین، نوجوانی می‌تواند یکی از بازه‌های زمانی مهم برای ظهور و تشخیص این اختلال‌ها باشد و لزوم توجه به سلامت روانی و هیجانی کودکان و نوجوانان بیشتر احساس می‌شود (Petito et al., 2020)، زیرا این مشکلات ممکن است به مرحله بزرگسالی منتقل شوند و به مرور زمان، درمان مشکلات عاطفی و روان‌شناختی آنان دشوارتر نیز می‌شود (Farmer et al., 2016)؛ بنابراین، نیازمند روش‌های مداخله‌ای مناسب گروه سنی خود هستند (Gump et al., 2017; Kennedy et al., 2018).

پژوهش‌ها نشان می‌دهند افراد مبتلا به اختلال‌های اضطرابی آمار بالای بیکاری، درآمد سالانه کم، نرخ بالای طلاق و سطح کیفیت پایین زندگی دارند (Khansa et al., 2020). ناتوانی در نظم‌جویی هیجان^۱ موجب افزایش عواطف منفی، کاهش عواطف مثبت و کاهش خودکارآمدی در حوزه هیجان‌ها می‌شود (Mesurado et al., 2018). نظم‌جویی هیجان شامل استفاده از راهبردهای رفتاری و شناختی برای تغییر یک هیجان است (Torrence & Connelly, 2019) که افراد آگاهانه یا ناآگاهانه از طریق آن واکنش‌هایشان را به موقعیت‌های هیجانی^۲ تغییر می‌دهند (Drigas et al., 2021). در مجموع، تنظیم هیجان مؤثر شامل مهارت‌های مربوط به آگاهی و ارزیابی هیجان‌ها، تنظیم هیجان‌ها و استفاده انطباقی از هیجان‌هاست (Lincoln et al., 2022). نظریه‌پردازان استدلال کرده‌اند نقص در کاربرد راهبردهای تنظیم هیجان ممکن است عامل فراتشخیصی بسیار مهمی باشد که زیربنای انواع مختلف آسیب‌های روانی از جمله افسردگی و اضطراب را تشکیل دهد (Swingler et al., 2017). بنابراین، راهبردهای نظم‌جویی هیجان ممکن است جایگاه مرکزی در تعلیم و تربیت، مداخله‌های پیشگیرانه، روان‌درمانی، سنجش و توانمندسازی در گستره زندگی و تصمیم‌گیری سازگارانه (Asmamaw, 2024) داشته

¹ Emotion Regulation

² Emotion-Generative Process

باشد و برای درمان نشانه‌های اختلال خلقی و اضطرابی (Cuijpers et al., 2023) و دیگر اختلال‌های هیجانی به کار روند (Mennin & Frescom, 2014). میزان بالای همبودی بین اختلال‌های روانی خاص، به ویژه افسردگی و اضطراب، به پژوهش‌هایی در زمینه مکانیسم‌های مشترک در این همبودها منجر شده است که معمولاً تحت عنوان عوامل فراتشخیصی از آنها یاد می‌شود (Dalglish et al., 2020). در کارگروه پنجمین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی^۱ (American Psychiatric Association, 2023) نیز برای بسیاری از اختلال‌ها که به طور سنتی مجزا در نظر گرفته می‌شدند (مانند اختلال‌های خلقی یا اضطرابی)، رویکرد ابعادی یا فراتشخیصی^۲ پیشنهاد شده است (Fusar-Poli et al., 2019). تحولات اخیر در زمینه پروتکل‌های واحد و درمان‌های یکپارچه پیشنهاد می‌کنند رویکرد فراتشخیصی ممکن است اثربخش‌تر از درمان اختلال‌های همبود به شیوه جداگانه و زنجیره‌وار باشد (Barlow, 2019؛ عطارد و همکاران، ۱۳۹۵).

درمان‌های اختصاصی اختلالات اضطرابی مانند درمان شناختی-رفتاری (CBT)^۳ اختصاصی برای اختلال اضطراب فراگیر (GAD)؛ اختلال استرس پس از سانحه (PTSD)^۴ یا اختلال اضطراب اجتماعی (SAD)^۵ اگرچه اثربخش هستند، به آموزش جداگانه درمانگر برای هر اختلال نیاز دارند که زمان‌بر و پرهزینه است. همچنین، در صورت همبودی زیاد که در اختلالات اضطرابی رایج است، درمان زنجیره‌وار و طولانی‌تر می‌شود. علاوه بر این، با تمرکز بر علائم خاص اختلال، مکانیسم‌های مشترک (مانند اجتناب عاطفی و نقص تنظیم هیجان) نادیده گرفته می‌شوند که این امر ممکن است به عود یا ظهور اختلال دیگر منجر شود و در نهایت، انعطاف‌پذیری کمتر در جمعیت‌های واقعی بالینی با تشخیص‌های چندگانه وجود دارد که تمامی این موارد موجب می‌شوند رویکرد فراتشخیصی با هدف‌گیری این مکانیسم‌های مشترک، این محدودیت‌ها را کاهش دهد (Bullis et al., 2023; Barlow et al., 2020). پروتکل یکپارچه فراتشخیصی (UP)^۶ یک درمان شناختی-رفتاری متمرکز بر هیجان فراتشخیصی است که به منظور کاربرد در همه اختلال‌های اضطرابی و خلقی و احتمالاً دیگر اختلال‌های روانی با مؤلفه‌های هیجانی قوی مانند بسیاری از اختلال‌های شبه‌جسمی و تجزیه‌ای طراحی شده است (Kennedy & Barlow, 2018). به علاوه، پروتکل یکپارچه فراتشخیصی تأکیدی آشکار بر ماهیت کارکرد انطباقی هیجان‌ها، ایجاد آگاهی از نقش شناخت، احساس جسمانی و رفتارها در آشکارسازی در تجربیات هیجانی بیماران و شناسایی و تغییر واکنش‌های ناسازگارانه به این تجربیات دارد (Farchione et al., 2021).

با توجه به این پیشرفت‌ها، بارلو پروتکلی یکپارچه را برای درمان فراتشخیصی اختلال‌های هیجانی وضع کرده است (Barlow, 2004). از لحاظ نظری، درمان‌های فراتشخیصی باید درمانگر را قادر سازند تا فرایندهای تداوم‌بخش مشترک بین اختلال‌ها موجود را مفهوم‌سازی کند. راهبردهای پروتکل یکپارچه یک درمان فراتشخیصی و شناختی-رفتاری متمرکز بر هیجان محسوب می‌شود که با استفاده از مهارت‌های تنظیم هیجان، برای دامنه‌ای گسترده از اختلال‌های هیجانی

¹ DSM-5

² Dimensional or Transdiagnostic

³ Cognitive behavioral therapy

⁴ Generalized Anxiety Disorder

⁵ Post-Traumatic Stress Disorder

⁶ Social Anxiety Disorder

⁷ Unified Protocol

قابلیت کاربرد دارد (Timulak et al., 2020). در مقایسه با درمان شناختی-رفتاری سنتی، درمان فراتشخیصی به‌وضوح بر تعامل بین افکار، احساسات و رفتارها در ایجاد تجربیات عاطفی و همچنین، نقش احساسات در اصلاح این تجربیات تأکید می‌کند (Khakpoor & Saed, 2018). نسخه اولیه این پروتکل شامل جلساتی بود که شامل سه بخش اصلی بودند: تغییر در ارزیابی مجدد شناختی پیشین، پیشگیری از اجتناب عاطفی و اصلاح گرایش‌های کنشی هیجان‌محور و یک بخش فرعی به نام آموزش روانی (Barlow, 2004). این رویکرد که عمدتاً بر فرایندهای شناختی و رفتاری تأکید دارد، بر تجربه هیجانی و پاسخ به هیجان‌ها (چه مثبت و چه منفی) متمرکز است و سعی دارد تا به افراد مهارت‌هایی را بیاموزد (عبدی و همکاران، ۱۳۹۲) که چگونه با هیجان‌های نامناسب خود روبه‌رو شوند و به شیوه‌ای سازگارانه‌تر به هیجان‌های خود پاسخ دهند تا با تنظیم عادت‌های هیجانی، شدت و وقوع عادت‌های هیجانی را کاهش دهند، میزان آسیب را کم کنند و کارکرد را افزایش دهند (Barlow, 2019; Zarate-Guerrero et al., 2022). نسخه جدید پروتکل یکپارچه درمان فراتشخیصی (Barlow et al., 2020) بر اساس ساختار ماژولار و مرحله‌محور (به‌جای جلسه‌محور) طراحی شده است و شامل هشت ماژول اصلی است: ایجاد انگیزه، درک هیجانات، آزمایش‌های رفتاری هیجان‌محور، آگاهی از احساسات بدنی، تفکر منعطف، آگاهی لحظه‌به‌لحظه، مواجهه با موقعیت‌های هیجان‌زا، و مرور و پیشگیری از عود. این نسخه نسبت به نسخه اولیه بارلو در سال ۲۰۰۴ انعطاف‌پذیری بیشتری دارد، تأکید بیشتری بر آگاهی هیجانی و مواجهه بین‌جلسه‌ای می‌کند و ماژولی جداگانه برای فرزندپروری اضافه کرده است.

مرور ادبیات پژوهشی ایران در این زمینه نیز نشان داد در طی یک دهه اخیر، رویکرد فراتشخیصی با توجه در نظر گرفتن هزینه‌های درمانی اختلال‌های چندگانه و همبود در کشور ایران، جایگاهی خاص پیدا کرده است و پژوهشگران زیادی، چه در زمینه آسیب‌شناسی فراتشخیصی و چه در زمینه درمان، به این حوزه علاقه بسیار پیدا کرده‌اند و نتایج پژوهش‌های انجام‌شده در ایران نیز از اثربخشی پروتکل‌های فراتشخیصی، به ویژه پروتکل‌های فراتشخیصی مبتنی بر نظریه حمایت می‌کنند (اکبری و همکاران، ۱۳۹۵؛ بخشی‌پور و همکاران، ۱۳۹۵). البته بررسی و مطالعه پیشینه پژوهشی بیانگر آن است که تا کنون تلاش‌های پژوهشی زیادی برای بررسی تأثیر پروتکل یکپارچه فراتشخیصی بر نظم‌جویی شناختی هیجان در دانش‌آموزان مضطرب انجام نشده است. با توجه به آسیب‌های روان‌شناختی بیان‌شده در نوجوانان دارای اختلال‌های هیجانی و لزوم به‌کارگیری روش‌های مداخله‌ای مناسب و به‌هنگام و از سویی دیگر، با مشاهده کارآمدی درمان فراتشخیصی یکپارچه در بهبود اختلال‌های روان‌شناختی و هیجانی در جوامع آماری مختلف، هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی برنامه یکپارچه درمان فراتشخیصی بر راهبردهای تنظیم هیجان دانش‌آموزان دختر مضطرب نوجوانان بوده است. به طور مشخص‌تر، این پژوهش به دنبال پاسخ به این فرضیه است که برنامه یکپارچه درمان فراتشخیصی بر ارزیابی مجدد و بازداري هیجانی دانش‌آموزان دختر مضطرب اثربخش است یا خیر.

روش پژوهش

جامعه، روش نمونه‌گیری و حجم نمونه

پژوهش حاضر از نوع شبه‌آزمایشی^۱ با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه آزمایش و گروه کنترل است. تخصیص شرکت‌کنندگان به گروه‌ها به صورت تصادفی انجام شد، اما به دلیل محدودیت‌های عملی و اخلاقی (نمونه‌گیری در دسترس و عدم امکان محرومیت دانش‌آموزان نیازمند از مداخله در محیط مدرسه)، طرح به عنوان نیمه‌آزمایشی طبقه‌بندی شد. جامعه آماری این پژوهش کلیه نوجوانان دختر در دامنه سنی ۱۲-۱۶ سال در مقطع اول متوسطه شهر تهران بوده است. نمونه‌گیری به روش در دسترس انجام شد، زیرا اجرا در محیط واقعی مدرسه واقع در شهر تهران بود و دسترسی به شرکت‌کنندگان به همکاری مدارس و رضایت والدین وابسته بود. ابتدا از طریق فراخوان مسئولان مدرسه در کانال ارتباطی والدین، دانش‌آموزانی که با مشکلات تنظیم اضطراب و هیجانات منفی مواجه بودند دعوت شدند. ملاک‌های ورود برای این پژوهش و دوره آموزشی عبارت بودند از: دارای دامنه سنی ۱۲-۱۶ سال؛ داشتن مشکلات تنظیم هیجان و علائم اضطرابی بر اساس آزمون غربالگر (سیاهه آخنباخ) و مصاحبه تشخیصی بالینی با تمرکز بر اضطراب عملکرد و فراگیر؛ توانایی حضور در تمام جلسات و تعهد به عدم دریافت مداخله مشابه هم‌زمان. همبودی‌های خفیف تا متوسط (مانند علائم افسردگی زیرآستانه یا اضطراب اجتماعی) مجاز بودند، زیرا پروتکل فراتشخیصی برای جمعیت‌های با همبودی زیاد در اختلالات هیجانی طراحی شده است، اما همبودی‌های شدید خلقی یا روان‌پریشی طبق ملاک خروج حذف شدند. از جمله ملاک‌های خروج عدم تمایل نوجوان و یا والدین به حضور در جلسات درمانی، غیبت بیش از یک جلسه از جلسات آموزشی و ابتلا به یکی از اختلال‌های طبی حاد و اختلالات روان‌پزشکی از نوع خلقی است که از طریق غربالگری با سیاهه آخنباخ و مصاحبه تشخیصی بالینی ارزیابی شد تا اطمینان حاصل شود نمونه فاقد اختلالات شدید همبود است. پس از غربالگری اولیه با سیاهه آخنباخ و مصاحبه تشخیصی بالینی نیمه‌ساختاریافته، ۲۴ نفر واجد شرایط انتخاب شدند و به طور تصادفی به دو گروه آزمایش (۱۲ نفر) و کنترل (۱۲ نفر) تخصیص یافتند.

ابزار پژوهش

در این پژوهش از سه ابزار سیاهه رفتاری کودکان و نوجوانان فرم خودسنجی، پرسشنامه نظم‌جویی شناختی هیجان و مقیاس دشواری تنظیم هیجان برای گردآوری داده‌ها استفاده شده است که در ادامه، هر یک شرح داده خواهد شد.

سیاهه رفتاری کودکان و نوجوانان فرم خودسنجی (YSR)^۲ (Achenbach et al., 2001): این پرسشنامه ابزاری

استاندارد برای سنجش مشکلات عاطفی/رفتاری و توانمندی‌های تحصیلی و اجتماعی در کودکان و نوجوانان ۱۱ تا ۱۸ سال از دیدگاه خود فرد است. نمرات هر پرسش (۰ = درست نیست، ۱ = تا حدی یا گاهی درست است، ۲ = کاملاً یا غالباً درست است) در سطح فاصله‌ای^۳ قرار می‌گیرند. نسخه استفاده‌شده بر اساس DSM-IV توسعه یافته است، اما خرده‌مقیاس‌های مبتنی بر DSM آن (مانند مشکلات اضطرابی شامل اضطراب فراگیر، اضطراب جدایی و هراس خاص) با معیارهای DSM-V هم‌پوشانی قابل توجهی دارند و تغییرات عمده‌ای در طبقه‌بندی اختلالات اضطرابی بین دو ویرایش وجود نداشته است (American Psychiatric Association, 2023). این ابزار همچنان به طور گسترده در پژوهش‌های

^۱ Quasi-Experimental

^۲ Youth Self-Report Scale

^۳ Interval Scale

بالینی و غربالگری نوجوانان استفاده می‌شود و اعتبار آن برای شناسایی علائم اضطرابی زیر آستانه‌ای تأیید شده است (Achenbach, 2019). نمره خام، نمرات T و Z برای مقیاس‌های سندرمی مبتنی بر تجربه و DSM محاسبه می‌شوند و شرکت‌کنندگان در سه طبقه بالینی، مرزی و نرمال قرار می‌گیرند. مقیاس‌های مبتنی بر DSM شامل مشکلات عاطفی (افسردگی اساسی و افسرده‌خویی)، مشکلات اضطرابی (اضطراب فراگیر، اضطراب جدایی، هراس خاص)، مشکلات جسمانی، عدم توجه/بیش‌فعالی، رفتار مقابله‌ای و سلوک هستند. سه مقیاس اضطراب/افسردگی، گوشه‌گیری/افسردگی و شکایات جسمانی گروه درونی‌سازی و سندرم‌های رفتار مقابله‌ای، سلوک و بیش‌فعالی گروه برون‌ی‌سازی را تشکیل می‌دهند. ضریب همسانی درونی (آلفای کرونباخ) برای مقیاس‌های سندرمی در دامنه ۸۶ درصد (افسردگی-اضطراب) تا ۹۵ درصد (کناره‌گیری) و برای مشکلات درونی‌سازی و برون‌ی‌سازی به طور متوسط ۸۵ درصد گزارش شده است. فرم‌های نظام آخنباخ توسط مینایی (۱۳۸۵) به فارسی ترجمه و برای جمعیت ایرانی هنجار شده‌اند.

پرسشنامه نظم‌جویی شناختی هیجان (ERQ)^۱ (Gross & John, 2003): پرسشنامه نظم‌جویی شناختی هیجانی دارای ۱۰ پرسش و دو خرده‌مقیاس بازداری هیجانی و ارزیابی مجدد شناختی است. شرکت‌کننده به هر گویه این پرسشنامه بر اساس مقیاس هفت‌درجه‌ای لیکرت از کاملاً مخالف تا کاملاً موافق پاسخ می‌دهد. دامنه نمرات در این مقیاس از ۱۰ تا ۷۰ است. این پرسشنامه از مقیاس لیکرت ۷ درجه‌ای استفاده می‌کند و داده‌های آن در سطح فاصله‌ای محسوب می‌شوند. برای نمره‌های بین ۱۰ تا ۲۷ میزان نظم‌جویی هیجان ضعیف، برای نمره‌های بین ۲۷ تا ۴۰ میزان نظم‌جویی هیجان متوسط و برای نمره‌های بالاتر از ۴۰ میزان نظم‌جویی هیجان قوی است. ضریب همسانی درونی در خرده‌مقیاس ارزیابی مجدد شناختی برای مردان ۰/۷۲ و برای زنان ۰/۷۹ است. همچنین، ضریب همسانی درونی در خرده‌مقیاس بازداری هیجانی برای مردان ۰/۶۷ و برای زنان ۰/۶۹ است (Gross, 2014). در ایران، میزان ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۹ برای ارزیابی مجدد گزارش شده است. سلیمانی و حبیبی (۱۳۹۳) در پژوهش خود ضریب آلفای کرونباخ را برای این پرسشنامه ۰/۸۱ گزارش کردند. همچنین، ضریب آلفای کرونباخ در پژوهش محمدی و موسوی (۱۳۹۴) برای پرسشنامه نظم‌جویی شناختی هیجانی گروس و جان ۰/۷۹ به دست آمده است. همچنین، این پژوهشگران روایی محتوایی این پرسشنامه را مطلوب گزارش کرده‌اند. میزان پایایی پرسشنامه در پژوهش حاضر با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۵ به دست آمد.

مقیاس دشواری تنظیم هیجان (DERS)^۲ (Gratz & Roemer, 2004): این پرسشنامه یک ابزار ۳۶ گویه‌ای است که سطوح نقص و نارسایی تنظیم هیجانی فرد را در اندازه‌های پنج‌درجه‌ای از (۱ تقریباً هرگز) تا (۵ تقریباً همیشه) می‌سنجد. این مقیاس از مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای استفاده می‌کند و داده‌های آن در سطح فاصله‌ای در نظر گرفته می‌شوند و نمره‌دهی مستقیم است.^۳ نمره کل از مجموع نمرات تمام گویه‌ها محاسبه می‌شود (دامنه ۳۶ تا ۱۸۰) و همچنین، نمرات شش خرده‌مقیاس جداگانه (عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی، دشواری در انجام رفتار هدفمند، دشواری در کنترل تکانه، فقدان آگاهی هیجانی، دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجان و عدم وضوح هیجانی) محاسبه می‌شوند. نمرات بالاتر

^۱ Emotion Regulation Questionnaire

^۲ Difficulties in Emotion Regulation Scale

^۳ higher scores indicate greater difficulties in emotion regulation

نشان‌دهنده دشواری بیشتر در تنظیم هیجان هستند. این مقیاس گویه‌ها را در شش زمینه به شرح زیر می‌سنجد: عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی، دشواری در انجام رفتار هدفمند، دشواری در کنترل تکانه، فقدان آگاهی هیجانی، دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجانی و عدم وضوح هیجانی. ویژگی‌های روان‌سنجی این مقیاس در پژوهش‌های خارجی تأیید شده‌اند (Gratz & Roemer, 2004). در ایران نیز، در پژوهش بشارت (۱۳۹۳)، ضریب آلفای کرونباخ برای نمره کل مقیاس از ۰/۷۹ تا ۰/۹۲ به دست آمده است.

برنامه مداخله و پروتکل درمانی

پروتکل یکپارچه درمان فراتشخیصی استفاده‌شده در پژوهش حاضر از کتاب پروتکل یکپارچه برای درمان فراتشخیصی اختلالات عاطفی‌انگیزی و بارلو اقتباس شده است (Kennedy & Barlow, 2018). این پروتکل شامل هشت ماژول اصلی است (جدول ۱) و در ۱۲ جلسه (هر جلسه ۵۰ تا ۶۰ دقیقه) اجرا شد. درمان در قالب ترکیبی حضوری (جلسه اول) و مجازی (آنلاین/آفلاین) برگزار شد. ماژول فرزندپروری نیز برای والدین (مادران) گنجانده شد. جلسات به صورت هفتگی برگزار شدند و در جلسات پایانی با فاصله دوهفته‌ای ادامه یافتند تا فرصت بیشتری برای تمرین و غلبه بر مشکلات باقی‌مانده فراهم شود. مدل نهایی این پروتکل ساختاری متفاوت از درمان شناختی-رفتاری کلاسیک دارد و بر اساس مراحل درمانی (به‌جای جلسات ثابت) طراحی شده است. هر جلسه با مرور تکالیف قبلی آغاز می‌شد، مفاهیم کلیدی ارائه می‌شدند، آموزش مستقیم و مهارت‌افزایی تعاملی انجام می‌شد، مطالب آموخته‌شده تثبیت می‌شد، بازخورد منفی بررسی می‌شد و تکالیف بعدی مشخص می‌شدند. هر مرحله می‌توانست ۱ تا چند جلسه را به خود اختصاص دهد و بر اساس نیاز فرد تنظیم می‌شد. تکالیف خانگی به صورت فایل‌های دیجیتال (شامل ویدئو، بروشور و محتوای آموزشی) ارائه شدند و در گروه مجازی در دسترس نوجوانان و مادران قرار گرفتند. محتوای هر جلسه روز قبل از تماس تصویری به صورت آفلاین (ویدئوی ۲ تا ۳ دقیقه‌ای) در گروه مجازی قرار می‌گرفت تا نوجوانان و مادران با محتوای پیش‌رو آشنا شوند. آموزش‌ها در قالب ۸ ویدئوی آفلاین ویژه نوجوان (متناسب با اهداف هر جلسه) و ۱۵ تماس تصویری آنلاین اجرا شدند. سه محتوای آفلاین اضافی نیز برای آموزش مهارت‌های فرزندپروری به مادران ارائه شدند. بعد از معرفی برنامه و ایجاد انگیزه برای ادامه درمان و پیگیری تکالیف خانگی، سه مشکل اصلی از نوجوان اخذ شدند. پس از هم‌فکری و تعیین اولویت، یک مشکل به عنوان مسئله اصلی در صدر درمان قرار گرفت. پس از مشاوره و صحبت با مادر نیز، سه مشکل اصلی که در ارتباط با فرزندش با آنها مواجه بود، گرفته و بر مبنای اولویت و دغدغه اصلی ذهنی در ادامه روند درمان بررسی شدند. در روند درمان، سعی بر آن شد تا از مثال‌ها، علایق و موضوع‌های به‌روز و مورد توجه نوجوان استفاده شود تا روند درمان برای آنان جذاب‌تر شود. در تماس تصویری، اهداف هر جلسه به طور کامل توضیح داده شد و در قالب همان اهداف، مشکلات اصلی که در جلسه نخست از نوجوان و مادران گرفته شده بودند، بررسی شدند. هر جلسه شامل یک‌سری تکالیف خانگی بود که به دلیل مجازی‌بودن پژوهش، در قالب ۹ مجموعه کامل فایل به همراه تصاویر، نمودارها و مطالب

¹ The Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders: An introduction

مربوط به هر بخش در اختیار نوجوانان و مادران قرار گرفتند. نوجوانان تکالیف هر بخش را پیش از شروع محتوای جدید در اختیار درمانگر قرار می‌دادند و در قالب یک تماس تصویری تکالیف بررسی و اشکالات برطرف می‌شدند. تماس‌های تصویری در حدود ۴۵ دقیقه تا یک ساعت به طول می‌انجامیدند که در ابتدای هر جلسه، نوجوانان از خودشان و از تغییراتی که به سبب اجرای اهداف هر جلسه در افکار، احساس و رفتارشان رخ داده بود و نیز موانعی که به علت عدم اجرای مفاهیم ارائه‌شده توسط درمانگر بر سر راهشان قرار گرفته بود، صحبت می‌کردند. همچنین، در رابطه با اهداف درمانی همان بخش به تفصیل مطالبی بیان می‌شد. در انتهای هر جلسه نیز دربارهٔ تکالیف خانگی که در قالب ورد در روز قبل از شروع جلسه در گروه قرار داده شده بودند، توضیحاتی ارائه و زمان جلسهٔ بعدی مشخص می‌شد.

روش اجرا و تحلیل داده

پژوهش با فراخوان در مدارس تهران آغاز شد. ابتدا از طریق مسئولان مدرسه، در کانال ارتباطی والدین، دانش‌آموزانی که با مشکلات تنظیم اضطراب و هیجانات منفی مواجه بودند دعوت شدند. غربالگری اولیه با سیاههٔ رفتاری کودکان و نوجوانان آخنباخ و رسکورلا (فرم خودسنجی YSR) انجام شد تا علائم اضطرابی و مشکلات تنظیم هیجان شناسایی شوند. افراد با نمرات بالاتر از حد مرزی در خرده‌مقیاس‌های اضطرابی برای مصاحبهٔ تشخیصی بالینی نیمه‌ساختاریافته دعوت شدند تا تأیید نهایی ورود انجام شود. از میان واجدان شرایط، ۲۴ نفر به روش در دسترس (به دلیل محدودیت دسترسی به مدارس و نیاز به رضایت والدین/نوجوان در محیط بالینی) انتخاب شدند و به طور تصادفی به دو گروه آزمایش (۱۲ نفر) و کنترل (۱۲ نفر) تخصیص یافتند. پیش‌آزمون با دو مقیاس اصلی (پرسشنامهٔ نظم‌جویی شناختی هیجان گراس و جان و مقیاس دشواری تنظیم هیجان گراتز و رومر) به صورت الکترونیکی برای هر دو گروه اجرا شد. گروه آزمایش مداخلهٔ ۱۲ جلسه‌ای پروتکل یکپارچهٔ فراتشخیصی را دریافت کرد، در حالی که گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد و در لیست انتظار قرار گرفت.

جدول ۱: چارچوب و محتوای کلی این برنامهٔ آموزشی

Table 1: Framework and General Content of This Educational Program

ماژول	عنوان ماژول	تعداد جلسات پیشنهادی	محتوای اصلی و اهداف
۱	ایجاد و حفظ انگیزه	۱-۲	آشنایی با درمان، تعیین اهداف، شناسایی عوامل حفظ‌کنندهٔ انگیزه
۲	آشنایی با هیجانات	۲-۳	درک سه مؤلفهٔ هیجان (افکار، احساسات بدنی، رفتارها)، آموزش کارکرد انطباقی هیجانات
۳	معرفی آزمایش‌های رفتاری هیجان‌محور	۱-۲	ردیابی خلق و فعالیت، انجام اقدامات متضاد برای تغییر الگوهای هیجانی
۴	آگاهی از احساسات بدنی	۱-۲	افزایش آگاهی از نشانه‌های بدنی هیجانات شدید، تمرین‌های برانگیختن احساسات بدنی
۵	داشتن تفکر منعطف	۲-۳	شناسایی تله‌های تفکر، تمرین ارزیابی مجدد شناختی و حل مسئله
۶	آگاهی از تجربیات هیجانی	۱-۲	تمرین ذهن‌آگاهی غیرقضاوتی، آگاهی از برانگیزاننده‌های هیجانی

لحظه به لحظه		
۷	مواجهه با موقعیت‌های هیجان‌زا	+۲
۸	مرور دستاوردها و پیشگیری از عود	۱
۹	فرزندپروری نوجوانان هیجانی	۱-۳
	آموزش والدین برای پاسخ‌های سازگارانه به هیجانات فرزند	

بلافاصله پس از پایان مداخله، پس‌آزمون با همان دو مقیاس برای هر دو گروه اجرا شد. تمام پرسشنامه‌ها به صورت الکترونیکی توزیع و جمع‌آوری شدند. گفتنی است، به منظور رعایت ملاحظات اخلاقی در پژوهش حاضر، ضمن رعایت اصل رازداری در فرایند روان‌درمانی، رضایت آگاهانه مراجعان مشارکت‌کننده در این پژوهش جلب شد. همچنین، این پژوهش با کد اخلاق IR.UT.PSYEDU.REC.1399.028 از دانشگاه تهران انجام شده است. در ادامه، محتوا و چارچوب کلی برنامه آموزشی برای آشنایی با روند کلی برنامه در [جدول ۱](#) قرار داده شده است.

یافته‌ها

یافته‌های جمعیت شناختی نشان داد سن فرزندان شرکت‌کننده در بازه ۱۲ تا ۱۶ سال با میانگین ۱۴/۷۵ سال و انحراف معیار ۰/۶۷ قرار دارد. در مؤلفه ترتیب تولد، ۴۲ درصد فرزند اول، ۴۲ درصد فرزند دوم و ۱۶ درصد فرزند سوم هستند. سن پدران بین ۳۸ تا ۵۷ سال با میانگین ۴۶/۳۳ سال و انحراف معیار ۵/۴۱ و سن مادران بین ۳۵ تا ۵۰ سال با میانگین ۴۲/۰۸ سال و انحراف معیار ۴/۰۷ است. از نظر تحصیلات پدران، ۳۷ درصد دیپلم یا زیر دیپلم، ۴۶ درصد کاردانی یا کارشناسی، و ۱۷ درصد کارشناسی‌ارشد یا بالاتر دارند. برای مادران، ۷۱ درصد دیپلم یا زیر دیپلم، ۱۷ درصد کاردانی یا کارشناسی و ۱۲ درصد کارشناسی‌ارشد یا بالاتر دارند. در ادامه، میانگین و انحراف معیار متغیرهای اندازه‌گیری‌شده در مقیاس‌های نظم‌جویی هیجان گروس و جان و دشواری تنظیم هیجان گرتز و در گروه‌های آزمایش و کنترل در پیش‌آزمون و پس‌آزمون در [جدول ۲](#) ارائه شده‌اند.

سپس، برای بررسی تأثیر برنامه یکپارچه درمان فراتشخیصی بر راهبردهای تنظیم هیجان نوجوانان دختر مضطرب، پیش‌فرض‌های آزمون‌های پارامتریک و تحلیل کوواریانس بررسی شدند. آزمون شاپیرو-ویلک نشان داد با وجود اینکه مقیاس اندازه‌گیری متغیرهای کلیدی فاصله‌ای هستند، تمام متغیرها در پیش‌آزمون و پس‌آزمون در هر دو گروه آزمایش و کنترل توزیع غیرنرمال دارند ($p < ۰/۰۵$). آزمون لون نیز ناهمگنی واریانس‌ها را در برخی از متغیرها (مانند نمره کل دشواری تنظیم هیجان) تأیید کرد ($p < ۰/۰۵$). با توجه به حجم نمونه کوچک ($n=۲۴$ ، ۱۲ نفر در هر گروه) و استقلال مشاهدات، آزمون‌های پارامتریک مناسب مقایسه گروه‌های زوجی نبودند. بنابراین، برای مقایسه گروه‌های زوجی (پیش‌آزمون با پس‌آزمون) از آزمون ویلکاکسون تک‌مرتب‌ای^۱ استفاده شد. برای کنترل اثر پیش‌آزمون از آزمون آنکوا^۲ استفاده شد که معناداری (F) آن برای همه حالات نشان داد پس از کنترل اثر پیش‌آزمون، تفاوت گروه‌ها در پس‌آزمون معنادار شد یا به

^۱ signed-rank

^۲ ANCOVA

عبارتی، مداخله تأثیرگذار بوده است. همچنین، برای مقایسه بین گروهی از آزمون یو من وایتنی^۱ استفاده شد که تفاوت معنادار بین گروه‌ها را نشان داد. در ادامه، شکل ۱ روند نمودار تغییرات پیش‌آزمون-پس‌آزمون‌ها در خرده‌مقیاس‌های گروه آزمایش در مقیاس نظم‌جویی هیجان گروس و جان و مقیاس دشواری تنظیم هیجان گرتز و رومر را نمایش می‌دهد.

جدول ۲: مقایسه شاخص‌های توصیفی مقیاس‌های نظم‌جویی هیجان و دشواری تنظیم هیجان به تفکیک گروه آزمایش و کنترل

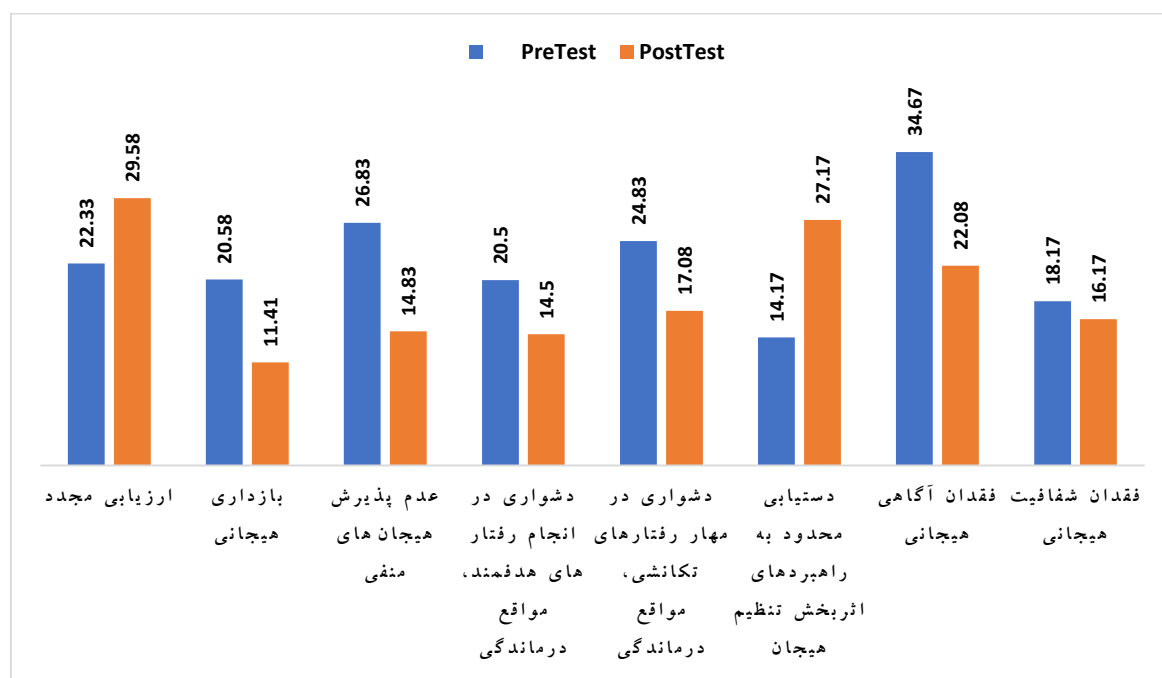
Table 2: Comparison of Descriptive Statistics of the Emotion Regulation Scale and Difficulties in Emotion Regulation Scale by Experimental and Control Groups

مقیاس	متغیرها	آزمایش		کنترل	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
نظم‌جویی هیجان گروس و جان	ارزیابی مجدد	پیش‌آزمون	۲۲/۳۳	۳/۵۲	۲۳/۴۱
		پس‌آزمون	۲۹/۵۸	۱/۶۲	۲۰/۶۶
	بازداری هیجانی	پیش‌آزمون	۲۰/۵۸	۱/۷۲	۲۰/۸۳
		پس‌آزمون	۱۱/۴۱	۱/۶۲	۲۱
	عدم پذیرش هیجان‌های منفی	پیش‌آزمون	۲۶/۸۳	۲/۰۳	۲۶/۵۸
		پس‌آزمون	۱۴/۸۳	۱/۴۰	۲۶/۹۱
مقیاس دشواری تنظیم هیجان گرتز و رومر	دشواری در انجام رفتارهای هدفمند، مواقع درماندگی	پیش‌آزمون	۲۰/۵۰	۱/۰۰	۲۰/۷۵
		پس‌آزمون	۱۴/۵۰	۱/۱۶	۲۰/۵۸
	دشواری در مهار رفتارهای تکانشی، مواقع درماندگی	پیش‌آزمون	۲۴/۸۳	۱/۴۰	۲۵/۱۶
		پس‌آزمون	۱۷/۰۸	۱/۶۲	۲۴/۷۵
	دستیابی محدود به راهبردهای اثربخش تنظیم هیجان	پیش‌آزمون	۱۴/۱۷	۱/۵۲	۱۵/۷۵
		پس‌آزمون	۲۷/۱۷	۱/۱۹	۱۵/۵
	فقدان آگاهی هیجانی	پیش‌آزمون	۳۴/۶۷	۱/۵۵	۳۳/۹۱
		پس‌آزمون	۲۲/۰۸	۱/۵۰	۳۲/۷۵
	فقدان شفافیت هیجانی	پیش‌آزمون	۱۸/۱۷	۱/۱۱	۱۸/۵۰
		پس‌آزمون	۱۶/۱۷	۰/۷۱	۱۸/۶۶
	نمره کل دشواری تنظیم هیجان	پیش‌آزمون	۱۳۹/۱۷	۴/۴۰	۱۴۰/۶۶
		پس‌آزمون	۱۱۱/۸۳	۳/۴۰	۱۳۹/۱۶

جدول ۳ نتایج آزمون ویلکاکسون برای مقیاس نظم‌جویی هیجان گروس و جان و مقیاس دشواری تنظیم هیجان گرتز و رومر را نشان می‌دهد. خرده‌مقیاس‌های ارزیابی مجدد و بازداری هیجانی در گروه آزمایش در سطح $p < ۰/۰۱$ تفاوتی

^۱ Mann-Whitney U

معنادار بین پیش‌آزمون و پس‌آزمون دارند ($r=0/47$ تا $r=0/65$ ، نشان‌دهنده اثر متوسط تا قوی). این نتایج حاکی از تأثیر مثبت برنامه یکپارچه درمان فراتشخیصی بر بهبود نظم‌جویی هیجان است. در گروه کنترل، برای بازداری هیجانی هیچ تفاوت معناداری مشاهده نشد ($r=0/06$ و $p=0/77$)، اما ارزیابی مجدد تفاوتی معنادار نشان داد ($r=0/04$ و $p=0/64$). تمام خرده‌مقیاس‌های مقیاس دشواری تنظیم هیجان گرتز و رومر (عدم پذیرش هیجان‌های منفی، دشواری در انجام رفتارهای هدفمند، دشواری در مهار رفتارهای تکانشی، دستیابی محدود به راهبردهای اثربخش تنظیم هیجان) فقدان آگاهی هیجانی، فقدان شفافیت هیجانی و نمره کل) در گروه آزمایش در سطح $p<0/01$ تفاوتی معنادار دارند ($r=0/65$ تا $r=0/70$ ، نشان‌دهنده اثر قوی). در گروه کنترل، هیچ تفاوت معناداری مشاهده نشد ($p<0/05$). این یافته‌ها تأیید می‌کنند برنامه یکپارچه درمان فراتشخیصی به طور مؤثر دشواری‌های تنظیم هیجان را کاهش داده و راهبردهای انطباقی را تقویت کرده است.



شکل ۱: روند نمودار تغییرات پیش‌آزمون-پس‌آزمون‌ها در خرده‌مقیاس‌های گروه آزمایش در مقیاس نظم‌جویی هیجان و مقیاس دشواری تنظیم هیجان

Fig. 1: Trend of pretest–posttest changes in the subscales of the experimental group on the Emotion Regulation Scale and the Difficulties in Emotion Regulation Scale.

جدول ۳: نتایج آزمون ویلکاکسون برای مقایسه دوه‌دوی پیش‌آزمون-پس‌آزمون‌ها در گروه آزمایش و کنترل در مقیاس نظم‌جویی هیجان و مقیاس دشواری تنظیم هیجان

Table 3: Results of the Wilcoxon Test for Pairwise Comparison of Pre-Test and Post-Test in the Experimental and Control Groups on the Emotion Regulation Scale and the Difficulties in Emotion Regulation Scale

متغیرها	گروه‌های تحقیق	نمره z	سطح معناداری	اثر اندازه (r)
ارزیابی مجدد	آزمایش	-۲/۹۰۶	۰/۰۰۴	۰/۶۵

۰/۶۴	۰/۰۰۴	-۲/۸۴	کنترل	بازداری هیجانی
۰/۴۷	۰/۰۰۲	-۲/۰۸۴	آزمایش	
۰/۰۶	۰/۷۷	-۰/۲۸	کنترل	
۰/۶۹	۰/۰۰۲	-۳/۰۶۸	آزمایش	عدم پذیرش هیجان‌های منفی
۰/۱۰	۰/۶۴	-۰/۴۶۶	کنترل	
۰/۶۹	۰/۰۰۲	-۳/۰۸۱	آزمایش	
۰/۰۶	۰/۷۹	-۰/۲۶	کنترل	دشواری در انجام رفتارهای هدفمند، مواقع درماندگی
۰/۷۰	۰/۰۰۲	-۳/۱۰۸	آزمایش	
۰/۲۱	۰/۳۳	-۰/۹۶	کنترل	
۰/۶۹	۰/۰۰۲	-۳/۰۷۱	آزمایش	دشواری در مهار رفتارهای تکانشی، مواقع درماندگی
۰/۱۰	۰/۶۴	-۰/۴۶	کنترل	
۰/۶۹	۰/۰۰۲	-۳/۰۶۵	آزمایش	
۰/۳۳	۰/۱۳	-۱/۴۹	کنترل	دست‌یابی محدود به راهبردهای اثربخش تنظیم هیجان
۰/۶۵	۰/۰۰۴	-۲/۹۱۳	آزمایش	
۰/۰۸	۰/۷۳	-۰/۳۴	کنترل	
۰/۶۹	۰/۰۰۲	-۳/۰۶۲	آزمایش	فقدان آگاهی هیجانی
۰/۳۴	۰/۱۲	-۱/۵۴	کنترل	
				فقدان شفافیت هیجانی
				نمره کل دشواری تنظیم هیجان

بحث و نتیجه‌گیری

در این پژوهش، اثربخشی برنامه یکپارچه درمان فراتشخیصی بر راهبردهای تنظیم هیجان و دشواری تنظیم هیجان دانش‌آموزان دختر مضطرب نوجوان بررسی شد. نتایج نشان داد این برنامه به طور معنادار راهبردهای انطباقی تنظیم هیجان (مانند ارزیابی مجدد) را تقویت کرد و دشواری‌های تنظیم هیجان (مانند بازداری هیجانی و عدم پذیرش هیجان‌های منفی) را کاهش داد. درمان فراتشخیصی یکپارچه با تمرکز بر به‌کارگیری راهبردهای سازنده در مدیریت هیجانات منفی، به دست‌یابی افراد به تعادل هیجانی کمک می‌کند (عبدی و همکاران، ۱۳۹۲). پژوهش‌های متعدد اثربخشی این رویکرد را در کاهش استرس والدینی و افسردگی نوجوانان مبتلا به دیابت نوع یک (شهریاری و همکاران، ۱۴۰۱)، بهبود مهارت‌های فرزندپروری مقتدرانه مادران و کاهش علائم بالینی کودکان دارای اختلال رفتاری (قاسم‌زاده و همکاران، ۱۴۰۰)، بهبود اضطراب، افسردگی و تنظیم هیجان در کودکان کار (Salek Ebrahimi et al., 2020) و نیز کاهش اضطراب کودکان مبتلا به دیابت نوع یک و بهبود تنظیم هیجانی مادران آنها (Ghasemzadeh & Naghsh, 2020) نشان داده‌اند.

یافته‌های این پژوهش مشخصاً با پژوهش‌های اخیر هم‌سو است؛ برای مثال، رنجبر (۱۴۰۳) بهبود تنظیم هیجان و رابطه والد-کودک را در والدین کودکان مضطرب گزارش کرد، نادرزاده و همکاران (۱۴۰۲) به بهبود نظم‌جویی هیجان و کیفیت ارتباطات خانوادگی در نوجوانان رسیدند، کجباف و آل‌پاران (۱۴۰۴) اثربخشی پروتکل فراتشخیصی را بر اضطراب امتحان دانش‌آموزان دختر پس از کووید-۱۹ تأیید کردند، عثمانی و شکری (۱۳۹۸) کارآمدی درمان فراتشخیصی را در

بهبود نظم‌جویی شناختی هیجان و همدلی شناختی دانش‌آموزان با اختلال رفتار برونی‌سازی شده نشان دادند، و زمستانی و ایمانی (۱۳۹۵) اثر مثبت آن را بر تنظیم هیجان تأیید کردند. همچنین، پژوهش زارعی و همکاران (۱۴۰۰) که اثربخشی دو رویکرد فراتشخیصی را بر کاهش مؤلفه‌های دشواری تنظیم هیجان در بزرگسالان دارای لکنت زبان نشان داد و مطالعه قاسم‌زاده و همکاران (۱۴۰۰) که برنامه یکپارچه فراتشخیصی را روشی مؤثر برای کاهش مشکلات روانی نوجوانان و بهبود کیفیت زندگی مادرانشان معرفی کرد، می‌توانند شواهدی در راستای هم‌سویی با نتایج این پژوهش باشند که تأیید می‌کند درمان فراتشخیصی با هدف‌گیری مکانیسم‌های مشترک هیجانی، می‌تواند به طور مؤثر تنظیم هیجان را در جمعیت‌های مضطرب تقویت کند و راهبردهای منفی (مانند سرکوبی و بازداری هیجانی) را کاهش دهد.

کارلسون و همکاران در پژوهشی نشان دادند افرادی که به طور عادت‌وار از راهبرد ارزیابی مجدد^۱ برای تنظیم هیجانات خود در زندگی روزمره استفاده می‌کنند، تاب‌آوری بیشتری در برابر استرس نشان می‌دهند (Carlson et al., 2012). ارزیابی مجدد شناختی به عنوان یک راهبرد انطباقی شناخته می‌شود که به افراد امکان می‌دهد تا واکنش هیجانی خود را به رویدادهای استرس‌زا تغییر دهند و عملکرد بهتری داشته باشند (Mennin & Frescom, 2014). مطالعات اخیر نیز این ارتباط را تأیید کرده‌اند؛ برای مثال، رینهاسن و همکاران در یک مرور سیستماتیک جامع نشان دادند ارزیابی مجدد مثبت رابطه استرسورها با پیامدهای منفی را تعدیل می‌کند و با نتایج مرتبط با تاب‌آوری (مانند سلامت روان و بهزیستی) همبستگی مثبت دارد (Riepenhausen et al., 2022). همچنین، متاآنالیز استور و همکاران رابطه مثبت و قوی بین ارزیابی مجدد و تاب‌آوری شخصی را تأیید کرد و نشان داد این راهبرد به عنوان یک مکانیسم محافظتی در برابر استرس و ناکامی عمل می‌کند (Stover et al., 2024). هو و همکاران نیز در یک مطالعه طولی بر نوجوانان گزارش کردند ارزیابی مجدد از طریق افزایش عاطفه مثبت و اتصال اجتماعی، به طور غیرمستقیم تاب‌آوری روانی را تقویت می‌کند (Hu et al., 2025). این یافته‌ها نشان می‌دهند استفاده منظم از ارزیابی مجدد نه فقط هیجانات منفی را کاهش می‌دهد، بلکه تاب‌آوری بلندمدت را افزایش می‌دهد و می‌تواند به عنوان یک هدف کلیدی در مداخلات پیشگیری و درمانی مورد توجه قرار گیرد.

در تبیین یافته‌های بالا، می‌توان گفت ارزیابی مجدد شناختی هیجانات ناخوشایند را کاهش می‌دهد و هیجانات مثبت و بهزیستی-روان‌شناختی را افزایش می‌دهد. ارائه آموزش‌ها در خصوص بازآرزیابی و ارزیابی شناختی مثبت موجب می‌شود فرد در یک موقعیت ناراحت‌کننده از طریق ذره‌بین‌های امیدوارکننده‌تر، گذرگاه‌هایی به احساسات خوشایند و کاهش استرس بیابد. چارچوب‌بندی دوباره موقعیت‌های منفی به عنوان فرصت‌هایی برای رشد، تجربه‌های یادگیری یا به عنوان شانس برای ساخت شخصیت، معمولاً می‌تواند به نتایج سالم‌تر منجر شود (Steele et al., 2018). استفاده از این راهبردها در تنظیم هیجان موجب می‌شود فرد از فعالیت‌هایی که انجام می‌دهد، احساس رضایت بیشتری داشته باشد. همچنین، دریافت آموزش مهارت تنظیم هیجانی موجب کاهش افکار ناکارآمد و توجه هیجانی می‌شود.

همچنین، رویکرد فراتشخیصی یک درمان شناختی رفتاری متمرکز بر هیجان محسوب می‌شود که با استفاده از مهارت‌های تنظیم هیجان، برای دامنه‌ای گسترده از اختلال‌های هیجانی قابلیت کاربرد دارد (شهریاری و همکاران، ۱۴۰۱). مدیریت پاسخ‌های هیجانی محور اصلی پروتکل‌های فراتشخیصی است و سعی دارد تا به افراد بیاموزد پاسخ‌های هیجانی

^۱ Cognitive Reappraisal

خود را بشناسند، عادت‌های هیجانی خود را اصلاح و تنظیم کنند تا از شدت آسیب‌های هیجانی بکاهند (Capobianco et al., 2018). یکی از تأکیدات پروتکل استفاده‌شده، تأکید بر هیجانات زمان حال و گسست از هیجانات گذشته است. پژوهش‌های انجام‌شده تأییدی بر این ایده هستند که آموزش تمرکز بر زمان حال ممکن است به کاهش تأثیر تجربه گذشته بر تجربه حاضر کمک کند. تمرکز حواس در زمان حال موجب کاهش تأثیر تجربه گذشته ما بر تفسیر و عمل کردن در زمان حاضر می‌شود (Carpenter et al., 2019).

از سوی دیگر، استیل و همکاران استدلال می‌کنند از آنجا که در طول اجرای برنامه آموزشی در پروتکل فراتشخیصی، توجه از افکار ناخوانده به سوی تمرکزی اختیاری جلب می‌شود، فرد توانا می‌شود تا در رویارویی با مسائل مختلف، از پردازش ثانویه افکار، احساسات و حس‌های بدنی که در جریان رویارویی با مسأله برانگیخته می‌شوند، جلوگیری کند و تمام ظرفیت روانی و شناختی خود را برای انجام بهتر تکلیف به کار برد. به‌علاوه، آموزش انعطاف‌پذیری فکری، از محورهای آموزشی بوده است (Steele et al., 2018). آموزش این تکنیک به درمان‌جویان یاری می‌دهد تا این نکته را درک کنند که هیجان‌های منفی ممکن است رخ دهند، اما اینها جزء ثابت و دائمی شخصیت نیستند. همچنین، به فرد این امکان را می‌دهد تا به‌جای آنکه به رویدادها به طور غیرارادی و بی‌تأمل پاسخ دهد، با تفکر و تأمل پاسخ دهد (Capobianco et al., 2018). افزایش انعطاف فکری موجب یادگیری راهبردهای رفتاری جدید از جمله تمرکز در توجه، جلوگیری از نشخوارهای فکری و گرایش به پاسخ‌های نگران‌کننده می‌شود و همچنین، باعث گسترش افکار جدید و کاهش هیجان‌های ناخوشایند می‌شود (Rehman et al., 2025). یکی از تأکیدات پژوهشگر در جلسات آموزشی، تأکید بر بررسی پاسخ‌های هیجانی به موقعیت‌هاست. استفاده از این راهبردها، علاوه بر کاهش هیجانات منفی از جمله خشم، اضطراب و افسردگی، به افزایش احساسات مثبت نیز منجر می‌شود (Young et al., 2019).

باید توجه داشت، از آنجا که اختلالات هیجانی نیازمند مداخلات مبتنی بر هیجان هستند، درمان فراتشخیصی به عنوان رویکردی مناسب پیشنهاد شده است؛ با این حال، دستیابی به تعادل هیجانی لزوماً به معنای برطرف‌شدن کامل مشکلات شناختی و زمینه‌ای افراد نیست. تنظیم هیجان فرایندی درونی و بیرونی است که هرگونه نقص در آن می‌تواند فرد را در برابر اختلالاتی مانند اضطراب و افسردگی آسیب‌پذیر کند (Gross, 2014). با وجود اسن، بر اساس آموزه‌های درمان شناختی-رفتاری، در صورتی که فرایندهای درونی فرد تحت تأثیر طرح‌واره‌های ناسازگار و تحریف‌های شناختی قرار داشته باشند، تمرکز صرف بر هیجانات و پاسخ‌های هیجانی برای حل کامل مشکلات کافی نخواهد بود؛ بنابراین، با توجه به اینکه مداخلات مربوط به تحریف‌های شناختی و طرح‌واره‌های ناسازگار در پژوهش حاضر مدنظر نبوده‌اند، واکنش‌های هیجانی مخربی مانند سرکوب و بازداری به بهبودی کامل منجر نشده‌اند.

مرور پژوهش‌های مرتبط با اثربخشی پروتکل‌های درمان فراتشخیصی نشان می‌دهد اگرچه پروتکل فراتشخیصی بارلو به عنوان یک رویکرد مبتنی بر نظریه، در مقایسه با پروتکل‌های فراتشخیصی عمل‌گرا، از موفقیت بیشتری در درمان اختلال‌های هیجانی برخوردار است، بررسی دقیق‌تر نتایج حاکی از آن است که این پروتکل در نسخه‌های اولیه ماهیتی عمل‌گرا داشته و با ادغام مؤلفه‌های نظری، از جمله تنظیم هیجانی، اثربخشی آن تقویت شده است (Barlow, 2019). بر این اساس، می‌توان استنباط کرد در صورت برخورداری پروتکل‌های فراتشخیصی عمل‌گرا از پشتوانه نظری هم‌سو با فرایندهای

بنیادین مشترک در اختلال‌های هیجانی، اثربخشی آنها در درمان اختلال‌های همایند اضطرابی و افسردگی افزایش می‌یابد (اکبری و روشن‌چسلی، ۱۳۹۹). افزون بر این، پژوهش‌های نزدیک به این حوزه نشان می‌دهند هم‌سو با یافته‌های رحمانی و هاشمیان (۱۳۹۵)، برنامه تنظیم شناختی هیجان می‌تواند به عنوان یک مداخله نوین در کاهش علائم اختلال‌های هیجانی نوجوانان به کار رود. همچنین، مطابق پژوهش فارچيون و همکاران، درمان شناختی-رفتاری فراتشخیصی در کاهش علائم اضطراب و افسردگی (در تشخیص اصلی و اختلال‌های همبود) و نیز افزایش عملکرد کلی مؤثر بوده است (Farchione et al., 2021). در نهایت، برای تقویت مهارت‌های مدیریت هیجان و کاهش اضطراب در نوجوانان، ضروری است آموزش این مهارت‌ها در بستر خانواده و هم‌سو با آموزش مهارت‌های فرزندپروری مادران ارائه شود تا اثربخشی مداخلات به حداکثر برسد.

به طور کلی، این پژوهش سعی در کاربرد برنامه درمانی یکپارچه درمان فراتشخیصی بر روی دانش‌آموزان مضطرب را داشته است و به دلیل اهمیت آموزش‌هایی مانند مهارت‌های مدیریت اضطراب و هیجانات برای نوجوانان دارای اضطراب و با وجود نقص‌های ارتباطی و اجتماعی که عملکرد آنان را در فرایندهای اجتماعی و شناختی مرتبط با مدرسه، همسالان و خانواده به شدت تحت تأثیر قرار می‌دهد، بسیار حائز اهمیت است. به این ترتیب، با وجود نوین‌بودن پروتکل یکپارچه فراتشخیصی، مقرون به صرفه بودن، کاهش زمان درمان و انعطاف‌پذیری زیاد درمان که سبب می‌شود برای طیفی وسیع از اختلال‌های اضطرابی، خلقی، وسواس و تروما استفاده شود و نیز اهمیت ویژه‌ای که حل بحران‌های دوران نوجوانی در بزرگسالی و آینده جوانان دارد سبب شد تا پژوهش حاضر با در نظر گرفتن اهمیت آموزش مهارت نظم‌جویی شناختی هیجان در نوجوانان که در آستانه انتقال و ورود به دنیای خارج از خانه و محیط مدرسه هستند، در مسیر گسترش این حوزه پژوهشی گام بردارد. در مجموع، یادگیری روش‌هایی در راستای کنترل و نظارت بر افکار، احساسات بدنی و رفتار برای نوجوانان در این پژوهش بسیار کمک‌کننده بود و توانست تا حد بسیار زیادی تاب‌آوری آنان را افزایش دهد و موجب مدیریت و تنظیم مناسب هیجان‌تشان شود. علاوه بر این موارد، وجود چنین دوره آموزشی در این شرایط ویژه باری را از دوش والدین و به ویژه مادران خانواده برداشت و سبب شد تا دغدغه چگونگی کنارآمدن و تحمل این شرایط خاص برای فرزندان‌شان برای آنان به راحتی قابل حل باشد.

محدودیت‌ها و پیشنهادات

از محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به اضطراب، استرس و نگرانی ناشی از دو زلزله‌ای که در زمان اجرای برنامه درمانی در تهران رخ دادند، بهره‌گیری از دو شیوه پژوهش به صورت آنلاین و آفلاین به دلیل شرایط پندمیک کرونا و استفاده از پرسشنامه‌های خودگزارش‌دهی برای اندازه‌گیری متغیرهای وابسته اشاره کرد. یکی از محدودیت‌های این پژوهش، محدودیت در تعمیم‌پذیری یافته‌ها به سایر گروه‌های سنی، جنسیت یا زمینه‌های فرهنگی است؛ زیرا نمونه‌گیری به صورت در دسترس و محدود به دانش‌آموزان دختر مضطرب مقطع اول متوسطه شهر تهران انجام شد و نتایج ممکن است به طور کامل به نوجوانان پسر، سنین بالاتر، مناطق روستایی یا جوامع با ویژگی‌های فرهنگی متفاوت تعمیم داده نشود. همچنین، از پیشنهادهای کاربردی این پژوهش می‌توان به این موضوع اشاره کرد که با توجه به تأثیر مثبت درمان فراتشخیصی در بهبود

مهارت‌های فرزندپروری با سبک مقتدرانه و اجرای راهبرد ارزیابی مجدد، پیشنهاد می‌شود این دسته از آموزش‌ها در برنامه جلسات آموزشی خانواده در مدارس گنجانده شود. همچنین، یکی از نیازهای آموزشی اساسی برای مشاوران مدارس ارائه آموزش‌های ضمن خدمت به آنها بر اساس نیازهای امروزی خانواده‌ها و دانش‌آموزان است. از این رو، پیشنهاد می‌شود بسته‌های درمانی به‌روز و کاربردی به این گروه آموزش داده شوند. در نهایت نیز پیشنهاد می‌شود به این موضوع نیز در پژوهش‌های آینده توجه شود که علاوه بر عوامل خانوادگی، عوامل مدرسه‌ای نیز بر اضطراب دانش‌آموزان مؤثر هستند. از این رو، پیشنهاد می‌شود بسته‌های آموزشی ویژه معلمان نیز اجرا شوند و تأثیر آنها بر اضطراب دانش‌آموزان بررسی شود. در مجموع، نتایج این پژوهش نشان داد مداخله فراتشخیصی بر تنظیم هیجانی نوجوانان تأثیری معنادار دارد و با توجه به نتایج، استفاده از درمان فراتشخیصی برای تنظیم هیجانی نوجوانان توصیه می‌شود.

تشکر و قدردانی

بدین واسطه از اساتید محترم همراه در این طرح به سبب راهنمایی‌های ارزشمندشان و نوجوانان و والدین و مسئولان مدرسه مرتبط که در انجام این پژوهش همکاری لازم را مبذول داشته‌اند، تشکر می‌شود.

تعارض منافع

این مقاله برگرفته‌شده از رساله کارشناسی‌ارشد دانشگاه تهران است و نتایج پژوهش با منافع هیچ فرد، ارگان و سازمان دیگری در تعارض نیست.

منابع

- اکبری، م.، و روشن‌چسلی، ر. (۱۳۹۹). همبودی اختلال‌های اضطرابی و افسردگی: ظهور درمان فراتشخیصی شناختی رفتاری. *روانشناسی بالینی و شخصیت*، ۱۵ (۱)، ۲۳۸-۲۱۵. <https://doi.org/10.22070/cpap.2017.15.1.215>
- اکبری، م.، محمدخانی، ش.، و ضرغامی، ف. (۱۳۹۵). نقش واسطه‌ای آمیختگی شناختی در تبیین ارتباط بین بی‌نظمی هیجانی با اضطراب و افسردگی: یک عامل فراتشخیصی. *روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران*، ۲۲ (۱)، ۲۹-۱۷. <https://www.magiran.com/paper/1611822>
- بخشی‌پور، ع.، وجودی، ب.، محمود علیلو، م.، و عبدی، ر. (۱۳۹۵). اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه در کاهش علایم اختلال افسردگی اساسی. *اندیشه و رفتار در روان‌شناسی بالینی*، ۱۱ (۴۱)، ۷۶-۶۷. <https://sid.ir/paper/505748/fa>
- بشارت، م. ع. (۱۳۹۳). ویژگی‌های روان‌سنجی پرسشنامه دشواری تنظیم هیجان، گزارش پژوهش. دانشگاه تهران.

رحمانی، ف.، و هاشمیان، ک. (۱۳۹۵). اثربخشی برنامه تنظیم شناختی هیجان بر علائم اضطراب و افسردگی نوجوانان دختر. *مطالعات روان‌شناختی*، ۱۲ (۳)، ۶۲-۴۷. <https://doi.org/10.22051/psy.2016.2605>

رنجبر، س. (۱۴۰۳). اثربخشی برنامه مداخله‌ای فراتشخیص یکپارچه‌نگر بر تنظیم هیجان و رابطه والد-کودک والدین کودکان دارای اختلال یادگیری خاص. *ناتوانی‌های یادگیری*، ۱۳ (۴)، ۲۳-۱۲. <https://doi.org/10.22098/jld.2024.15431.2177>

زارعی فسخودی، ب.، کربلایی، م.، میگوئی، ا.، رضابخش، ح.، و قلیچی، ل. (۱۴۰۰). مقایسه اثربخشی درمان یکپارچه فراتشخیص اختلالات هیجانی و درمان فراتشخیص کارآمدی هیجانی بر تنظیم هیجان بزرگسالان دارای لکنت‌زبان. *پژوهش‌های کاربردی روانشناختی*، ۱۲ (۲)، ۱۸۵-۲۰۹. <https://doi.org/10.22059/japr.2021.312232.643672>

زمستانی، م.، و ایمانی، م. (۱۳۹۵). اثربخشی درمان بین‌تشخیصی بر نشانه‌های افسردگی، اضطراب و تنظیم هیجان. *نشریه روانشناسی معاصر*، ۱۱ (۱)، ۲۸-۱۵. <https://www.magiran.com/paper/1593424>

سلیمانی، ا.، و حبیبی، ی. (۱۳۹۳). ارتباط تنظیم هیجان و تاب‌آوری با بهزیستی روان‌شناختی در دانش‌آموزان. *روانشناسی مدرسه و آموزشگاه*، ۳ (۴)، ۷۲-۵۱. http://jsp.uma.ac.ir/article_268_eb8c5b194af0824060b20b7a2f0ead5c.pdf

سیدمحمدی، ی. (۱۳۹۲). *انجمن روان‌پزشکی آمریکا: راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی* (ویرایش پنجم). نشر روان.

شهریاری، ی.، قاسم‌زاده، س.، کاشانی وحید، ل.، و وکیلی، س. (۱۴۰۱). اثربخشی برنامه یکپارچه درمان فراتشخیصی بر استرس والدینی و افسردگی در نوجوانان مبتلا به دیابت نوع یک. *دانشور پزشکی*، ۳۰ (۱)، ۸۳-۷۲. <https://doi.org/10.22070/daneshmed.2022.15423.1148>

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 (۱)، ۲۷-۱. http://jpmm.miau.ac.ir/article_344_73088da9d1449f8e147f3914cfc80e94.pdf

عثمانی، ه.، و شکری، ل. (۱۳۹۸). اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه بر نظم‌جویی شناختی هیجان و همدلی شناختی دانش‌آموزان با اختلال رفتار برونی‌سازی‌شده. *توانمندسازی کودکان استثنایی*، ۱۰ (۱)، ۱۳۶-۱۲۵. <https://doi.org/10.22034/ceciranj.2019.91938>

عطارد، ن.، میکائیلی، ن.، مهاجری، ن.، و وجودی، ب. (۱۳۹۵). اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه بر اختلالات اضطرابی و افسردگی همایند: طرح تک‌موردی. *مجله دانشگاه علوم پزشکی تربت حیدریه*، ۴ (۴)، ۶۲-۵۴. <http://jms.thums.ac.ir/article-1-383-fa.html>

قاسم‌زاده، س.، نقش، ز.، غلامی فشارکی، م.، و شفیع، ا. (۱۴۰۰). اثربخشی برنامه یکپارچه درمان فراتشخیصی بر اضطراب، افسردگی و تنیدگی نوجوانان دختر مبتلا به سندرم پیش از قاعدگی و کیفیت زندگی مادران آنها. *مجله دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی*، ۱۹ (۲)، ۱۸۵-۱۹۸. <http://sjsph.tums.ac.ir/article-1-6026-fa.html>

کجباف، م.، و آلیاران، ب. (۱۴۰۴). تأثیر پروتکل یکپارچه درمان فراتشخیصی اختلالات عاطفی بر اضطراب امتحان دانش‌آموزان دختر پس از همه‌گیری کووید-۱۹. *نشریه روانشناسی بالینی: نوآوری‌های پژوهشی و عملی*، ۱۷ (۱)، ۹۳-۱۰۹. <https://elmnet.ir/doc/2968281-77631>

گنجی، م. (۱۳۹۷). *آسیب‌شناسی روانی بر اساس DSM-5*. نشر ساوالان.

محمدی، ح.، و موسوی، س. و. (۱۳۹۴). مقایسه تنظیم هیجان و خودمهارگری در کودکان با و بدون اختلال نارسایی توجه - فزون‌کنشی. *فصلنامه سلامت روان کودک*، ۲ (۲)، ۲۱-۳۳. <http://childmentalhealth.ir/article-1-52-fa.html>

مینایی، ا. (۱۳۸۵). انطباق و هنجاریابی سیاهه رفتاری کودک آخنباخ، پرسشنامه خودسنجی و فرم گزارش معلم. *فصلنامه کودکان استثنایی*، ۶ (۱)، ۵۲۹-۵۵۸. <http://joec.ir/article-1-416-fa.html>

نادرزاده، س.، زارعی، ا.، و حقیقی، ح. (۱۴۰۲). اثربخشی برنامه یکپارچه درمان فراتشخیصی بر نظم‌جویی هیجان و کیفیت ارتباطات خانوادگی نوجوانان دختر ۱۲ تا ۱۵ سال وابسته به بازی‌های ویدئویی آنلاین. *دستاوردهای روانشناسی بالینی*، ۹ (۳)، ۷۰-۵۵. <https://doi.org/10.22055/jacp.2024.47149.1389>

References

- Abdi, R., Bakhshi, A., & Mahmood Aliloo, M. (2013). Efficacy of unified transdiagnostic treatment on reduction of transdiagnostic factors and severity of symptoms in emotional disorders. *Psychological Methods and Models*, 4, 1-27. http://jpmm.miau.ac.ir/article_344_73088da9d1449f8e147f3914cfc80e94.pdf [In Persian]
- Achenbach, T. M. (2019). International findings with the Achenbach System of Empirically Based Assessment (ASEBA): Applications to clinical services, research, and training. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*, 13, 30. <https://doi.org/10.1186/s13034-019-0291-2>
- Achenbach, T. M., Dumenci, L., & Rescorla, L. A. (2001). Ratings of relations between DSM-IV diagnostic categories and items of the CBCL/6-18, TRF, and YSR. *Burlington, VT: University of Vermont*, 1-9. <https://aseba.org/wp-content/uploads/2019/02/DSM6-18ratings.pdf>
- Akbari, M., & Roshan Chesli, R. (2020). Comorbidity of depression and anxiety disorders: The emergence of transdiagnostic cognitive-behavioral therapy. *Clinical Psychology and Personality*, 15(1), 215-238. <https://doi.org/10.22070/cpap.2017.15.1.215> [In Persian]

- Akbari, M., Mohamadxhani, S., & Zarghami, F. (2016). The mediating role of cognitive fusion in explaining the relationship between emotional dysregulation with anxiety and depression: A transdiagnostic factor. *Iranian Psychiatry and Clinical Psychology*, 22(1), 17-29. <https://www.magiran.com/paper/1611822> [In Persian]
- American Psychiatric Association. (2023). *Understanding mental disorders: Your guide to DSM-5-TR®*. American Psychiatric Pub. <https://www.psychiatry.org/patients-families/understanding-mental-disorders>
- Asmamaw, A. T. (2024). *Emotion regulation across the lifespan: Adapting interventions for children, adults, and older adults*. IntechOpen. <https://doi.org/10.5772/intechopen.1006518>
- Atarod, N., Mikaeili, N., Mohajeri, N., & Vojoudi, b. (2017). The effect of unified transdiagnostic treatment on anxiety disorders and comorbid depression: Single-Case Design [Research]. *Journal of Torbat Heydariyeh University of Medical Sciences*, 4(4), 54-62. <http://jms.thums.ac.ir/article-1-383-fa.html> [In Persian]
- Bakhshipour, A., Vojodi, B., Mahmood Alilo, M., & Abdi, R. (2016). The effectiveness of integrated Transdiagnostic Treatment in reducing the symptoms of major depressive disorder. *Thoughts and Behavior in Clinical Psychology*, 11(41), 67-76. <https://sid.ir/paper/505748/fa> [In Persian]
- Barlow, D. H. (2004). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic*. Guilford Press.
- Barlow, D. H. (2019). The dimensions of anxiety disorders. In *Anxiety and the anxiety disorders* (pp. 479-500). Routledge. <https://www.taylorfrancis.com/chapters/edit/10.4324/9780203728215-35/dimensions-anxiety-disorders-david-barlow>
- Barlow, D. H., Harris, B. A., Eustis, E. H., & Farchione, T. J. (2020). The unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders. *World Psychiatry: Official Journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 19(2), 245–246. <https://doi.org/10.1002/wps.20748>
- Besharat, M. (2014). *Psychometric properties of the emotion regulation difficulty questionnaire, research report*. University of Tehran. [In Persian]
- Brosch, T., & Steg, L. (2021). Leveraging emotion for sustainable action. *One Earth*, 4(3), 1693-1703. <https://doi.org/10.1016/j.oneear.2021.11.006>
- Bullis, J. R., Eustis, E. H., Curreri, A. J., Cardona, N. D., Woods, B. K., Rosellini, A. J., ..., & Farchione, T. J. (2023). The Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders compared with diagnosis-specific protocols for anxiety disorders: A three-year follow-up. *Journal of Mood and Anxiety Disorders*, 3, 100024. <https://doi.org/10.1016/j.xjmad.2023.100024>
- Capobianco, L., Reeves, D., Morrison, A. P., & Wells, A. (2018). Group metacognitive therapy vs. mindfulness meditation therapy in a transdiagnostic patient sample: a randomised feasibility trial. *Psychiatry Research*, 259, 554-561. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.11.045>
- Carlson, J. M., Dikecligil, G. N., Greenberg, T., & Mujica-Parodi, L. R. (2012). Trait reappraisal is associated with resilience to acute psychological stress. *Journal of Research in Personality*, 46(5), 609-613. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1016/j.jrp.2012.05.003>

- Carpenter, J. K., Sanford, J., & Hofmann, S. G. (2019). The effect of a brief mindfulness training on distress tolerance and stress reactivity. *Behavior Therapy*, 50(3), 630–645. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2018.10.003>
- Copeland, W. E., Angold, A., Shanahan, L., & Costello, E. J. (2014). Longitudinal patterns of anxiety from childhood to adulthood: The Great Smoky Mountains Study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 53(1), 21-33. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2013.09.017>
- Cuijpers, P., Miguel, C., Ciharova, M., Ebert, D., Harrer, M., & Karyotaki, E. (2023). Transdiagnostic treatment of depression and anxiety: a meta-analysis. *Psychological medicine*, 53(14), 6535–6546. <https://doi.org/10.1017/S0033291722003841>
- Dalgleish, T., Black, M., Johnston, D., & Bevan, A. (2020). Transdiagnostic approaches to mental health problems: Current status and future directions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 88(3), 179–195. <https://doi.org/10.1037/ccp0000482>
- Drigas, A., Papoutsis, C., & Skianis, C. (2021). Metacognitive and metaemotional training strategies through the nine-layer pyramid model of emotional intelligence. *International Journal of Recent Contributions from Engineering, Science & IT (IJES)*, 9(4), 58-76. <https://doi.org/10.3991/ijes.v9i4.26189>
- Farchione, T. J., Tirpak, J. G. W., & Olesnycky, O. S. (2021). The unified protocol: A transdiagnostic treatment for emotional disorders. In A. Wenzel (Ed.), *Handbook of cognitive behavioral therapy: Overview and approaches* (pp. 701–730). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/0000218-024>
- Farmer, R. F., Gau, J. M., Seeley, J. R., Kosty, D. B., Sher, K. J., & Lewinsohn, P. M. (2016). Internalizing and externalizing disorders as predictors of alcohol use disorder onset during three developmental periods. *Drug and Alcohol Dependence*, 164, 38-46. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2016.04.021>
- Fusar-Poli, P., Solmi, M., Brondino, N., Davies, C., Chae, C., Politi, P., ..., & McGuire, P. (2019). Transdiagnostic psychiatry: a systematic review. *World Psychiatry: Official Journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 18(2), 192–207. <https://doi.org/10.1002/wps.20631>
- Ganji, M. (2018). *Psychopathology based on DSM-5*. Savalan. [In Persian]
- Ghasemzadeh, S., & Naghsh, Z. (2020). Effectiveness of unified protocols for transdiagnostic treatment in emotion regulation of mothers and anxiety of children with Type I Diabetes. *Iranian Red Crescent Medical Journal*, 22(11). <https://doi.org/10.32592/ircmj.2020.22.11.145>
- Ghasemzadeh, S., Naghsh, Z., Gholami Fesharaki, M., & Shafiee, E. (2021). The effectiveness of a transdiagnostic treatment program on anxiety, depression, and stress in female adolescents with premenstrual syndrome and their mothers' quality of life [Research]. *Journal of School of Public Health and Institute of Public Health Research*, 19(2), 185-198. <http://sjsph.tums.ac.ir/article-1-6026-fa.html> [In Persian]
- Gratz, K. L., & Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26(1), 41-54. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1023/B:JOBA.0000007455.08539.94>

- Gross, J. J. (2014). Emotion regulation: Conceptual and empirical foundations. In J. J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation* (2nd ed., pp. 3–20). The Guilford Press. <https://psycnet.apa.org/record/2013-44085-001>
- Gross, J. J., & John, O. P. (2003). Individual differences in two emotion regulation processes: implications for affect, relationships, and well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 85(2), 348. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0022-3514.85.2.348>
- Gump, B. B., Dykas, M. J., MacKenzie, J. A., Dumas, A. K., Hruska, B., Ewart, C. K., ..., & Bendinskas, K. (2017). Background lead and mercury exposures: Psychological and behavioral problems in children. *Environmental Research*, 158, 576-582. <https://doi.org/10.1016/j.envres.2017.06.033>
- Hu, J., Wu, X., & Yu, T. (2025). How does cognitive reappraisal longitudinally contribute to psychological resilience among adolescents: Evidence based on the affect-regulation framework. *Psychological Reports*. <https://doi.org/10.1177/00332941251397333>
- Jovanović, V., & Joshanloo, M. (2022). The contribution of positive and negative affect to life satisfaction across age. *Applied Research in Quality of Life*, 17(2), 511-524. <https://doi.org/10.1007/s11482-020-09903-5>
- Kajbaf, M., & Aleyaran, B. (2025). Effect of the unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders on exam anxiety of girl students after the covid-19 pandemic. *Clinical Psychology: Research and Practice Innovations*, 17(1), 93-109. <https://doi.org/10.22075/jcp.2025.34825.2938> [In Persian]
- Kalin, N. H. (2020). The critical relationship between anxiety and depression. *The American Journal of Psychiatry*, 177(5), 365–367. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2020.20030305>
- Kennedy, K. A., & Barlow, D. H. (2018). *The unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: An introduction*. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1093/med-psych/9780190255541.003.0001>
- Kennedy, S. M., Tonarely, N. A., Sherman, J. A., & Ehrenreich-May, J. (2018). Predictors of treatment outcome for the unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders in children (UP-C). *Journal of Anxiety Disorders*, 57, 66-75. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2018.05.004>
- Khakpoor, S., & Saed, O. (2018). Transdiagnostic cognitive behavioral therapy based on unified protocol: New approach to emotional disorders. *Asia Pac J Clin Trials Nerv Syst Dis*, 3(4), 151. <https://doi.org/10.4103/2542-3932.245225>
- Khansa, W., Haddad, C., Hallit, R., Akel, M., Obeid, S., Haddad, G., ..., & Hallit, S. (2020). Interaction between anxiety and depression on suicidal ideation, quality of life, and work productivity impairment: Results from a representative sample of the Lebanese population. *Perspectives in Psychiatric Care*, 56(2), 270–279. <https://doi.org/10.1111/ppc.12423>
- Khesht-Masjedi, M. F., Shokrgozar, S., Abdollahi, E., Habibi, B., Asghari, T., Ofoghi, R. S., & Pazhooman, S. (2019). The relationship between gender, age, anxiety, depression, and academic achievement among teenagers. *Journal of Family Medicine and Primary Care*, 8(3), 799–804. https://doi.org/10.4103/jfmpc.jfmpc_103_18

- Lincoln, T. M., Schulze, L., & Renneberg, B. (2022). The role of emotion regulation in the characterization, development and treatment of psychopathology. *Nat Rev Psychol*, 1, 272–286. <https://doi.org/10.1038/s44159-022-00040-4>
- Mennin, D. S., & Fresco, D. M. (2014). Emotion regulation therapy. In *Handbook of emotion regulation*, (2nd ed., pp. 469–490). The Guilford Press. <https://psycnet.apa.org/record/2013-44085-028>
- Mesurado, B., Vidal, E. M., & Mestre, A. L. (2018). Negative emotions and behaviour: The role of regulatory emotional self-efficacy. *Journal of Adolescence*, 64, 62–71. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2018.01.007>
- Minaee, A. (2006). Adaptation and standardization of Child Behavior Checklist, Youth Self-report, and Teacher's Report Forms [Applicable]. *Journal of Exceptional Children*, 6(1), 529-558. <http://joec.ir/article-1-416-fa.html> [In Persian]
- Mohammadi, A., Birashk, B., & Gharaie, B. (2014). Comparison of the effect of group transdiagnostic treatment and group cognitive therapy on emotion regulation. *Iranian Psychiatry and Clinical Psychology*, 19(3), 187-194. <https://www.magiran.com/paper/1233334> [In Persian]
- Mohammadi, H., & Mosavi, V. (2015). Comparison of emotional regulation and self-control in children with and without attention deficit/hyperactivity disorder [Research]. *Quarterly Journal of Child Mental Health*, 2(2), 21-33. <http://childmentalhealth.ir/article-1-52-fa.html> [In Persian]
- Naderzadeh, S., Zarei, E., & Haghighi, H. (2023). The effectiveness of unified transdiagnostic treatment protocol on emotional regulation and the quality of family communications among online video game-dependent female adolescents aged between 12 and 15. *Clinical Psychology Achievements*, 9(3), 55-70. <https://doi.org/10.22055/jacp.2024.47149.1389> [In Persian]
- Osmani, H., & Shokri, L. (2019). Effectiveness of unified trans-diagnostic treatment on emotion's cognitive regulation and cognitive empathy of students with externalized behavior disorder. *Empowering Exceptional Children*, 10(1), 125-136. <https://doi.org/10.22034/ceciranj.2019.91938> [In Persian]
- Petito, A., Pop, T. L., Namazova-Baranova, L., Mestrovic, J., Nigri, L., Vural, M., ..., & Pettoello-Mantovani, M. (2020). The burden of depression in adolescents and the importance of early recognition. *The Journal of Pediatrics*, 218, 265-267. <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2019.12.003>
- Rahmani, F., & Hashemniyan, K. (2016). The effectiveness of cognitive emotion regulation on reduction of depression and anxiety symptoms of adolescences. *Journal of Psychological Studies*, 12(3), 47-62. <https://doi.org/10.22051/psy.2016.2605> [In Persian]
- Ranjbar, S. (2024). The effectiveness of unified protocol transdiagnostic treatment on emotion regulation and parent-child relationship of parents of children with learning disabilities. *Journal of Learning Disabilities*, 13(4), 12-23. <https://doi.org/10.22098/jld.2024.15431.2177> [In Persian]
- Rehman, I., Naz, Z., & Mufti, A. A. (2025). Cognitive flexibility and emotional regulation: Predictors of psychological resilience among university students. *The Critical Review of Social Sciences Studies*, 3(4), 1577-1590 <https://doi.org/10.59075/v6gwq674>
- Riepenhausen, A., Wackerhagen, C., Reppmann, Z. C., Deter, H.-C., Kalisch, R., Veer, I. M., & Walter, H. (2022). Positive cognitive reappraisal in stress resilience, mental health, and well-being: A

- comprehensive systematic review. *Emotion Review*, 14(4), 310-331. <https://doi.org/10.1177/17540739221114642>
- Roemer, L., Eustis, E. H., González-Garzón, A. M. (2025). Generalized Anxiety Disorder. In E. M. Goetter (Ed.), *Optimizing treatment engagement processes in CBT for anxiety and related disorders. CBT: Science into practice*. Springer, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-031-91439-3_12
- Salek Ebrahimi, L., Abasi, I., Ghasemzadeh, S., Mohammadi, A., Saberi Isfeedvajani, M., & Masjedi Arani, A. (2020). The effectiveness of cognitive behavioral group therapy on anxiety-depressive symptoms and emotion regulation in child laborers. *Researcher Bulletin of Medical Sciences*, 24(1), e8. <https://journals.sbmu.ac.ir/index.php/rbms/article/view/32161>
- Seyed Mohammadi, Y. (2013). *American psychiatric association: Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Ravan. [In Persian]
- Shahriari, Y., Ghasemzadeh, S., Kashani Vahid, L., & Vakili, S. (2022). The effectiveness of unified transdiagnostic treatment protocols on parental stress and depression in adolescents with type 1 diabetes. *Daneshvar Medicine*, 30(1), 72-83. <https://doi.org/10.22070/daneshmed.2022.15423.1148> [In Persian]
- Soleimani, E., & Habibi, Y. (2015). The relationship between emotion regulation and resiliency with psychological well-being in students. *Journal of School Psychology*, 3(4), 51-72. http://jsp.uma.ac.ir/article_268_eb8c5b194af0824060b20b7a2f0ead5c.pdf [In Persian]
- Steele, S. J., Farchione, T. J., Cassiello-Robbins, C., Ametaj, A., Sbi, S., Sauer-Zavala, S., & Barlow, D. H. (2018). Efficacy of the Unified Protocol for transdiagnostic treatment of comorbid psychopathology accompanying emotional disorders compared to treatments targeting single disorders. *Journal of Psychiatric Research*, 104, 211-216. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2018.08.005>
- Stover, A. D., Shulkin, J., Lac, A., & Rapp, T. (2024). A meta-analysis of cognitive reappraisal and personal resilience. *Clinical Psychology Review*, 110, 102428. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2024.102428>
- Swingler, M. M., Perry, N. B., Calkins, S. D., & Bell, M. A. (2017). Maternal behavior predicts infant neurophysiological and behavioral attention processes in the first year. *Developmental Psychology*, 53(1), 13. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/dev0000187>
- Timulak, L., Keogh, D., McElvaney, J., Schmitt, S., Hession, N., Timulakova, K., ..., & Ward, F. (2020). Emotion-focused therapy as a transdiagnostic treatment for depression, anxiety and related disorders: Protocol for an initial feasibility randomised control trial. *HRB Open Research*, 3, 7. <https://doi.org/10.12688/hrbopenres.12993.1>
- Torrence, B. S., & Connelly, S. (2019). Emotion regulation tendencies and leadership performance: An examination of cognitive and behavioral regulation strategies. *Front. Psychol.* 10,1486. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.01486>
- Young, K. S., Sandman, C. F., & Craske, M. G. (2019). Positive and negative emotion regulation in adolescence: Links to anxiety and depression. *Brain Sciences*, 9(4), 76. <https://doi.org/10.3390/brainsci9040076>

- Zarate-Guerrero, S., Duran, J. M., & Naismith, I. (2022). How a transdiagnostic approach can improve the treatment of emotional disorders: Insights from clinical psychology and neuroimaging. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 29(3), 895–905. <https://doi.org/10.1002/cpp.2704>
- Zareie Faskhudi, B., Karbalaee Mohammad Meigouni, A., Rezabakhsh, H., & Ghelichi, L. (2021). Comparison of the effect of unified transdiagnostic treatment from emotional disorders and emotion efficacy therapy on emotion regulation among adults with stuttering. *Journal of Applied Psychological Research*, 12(2), 185-209. <https://doi.org/10.22059/japr.2021.312232.643672> [In Persian]
- Zemestani, M., & Imani, M. (2016). Effectiveness of transdiagnostic treatment on depression/anxiety symptoms and emotion regulation. *Contemporary Psychology*, 11(1), 15-28. <https://www.magiran.com/paper/1593424> [In Persian]