



Positive Psychology Research

Positive Psychology Research

E-ISSN: 2476-3705

Vol. 12, Issue 1, No.45, 2026, P:51-80

Received: 07/01/2026 Accepted: 21/09/2026

Research Article

Development and validation of an Emotion Regulation-Based Intervention and Comparison of Its Effectiveness with Mindfulness-Based Cognitive Therapy in Improving Emotion Regulation and Communication Skills in Women with ADHD

Mansoureh Rastaun^{ID}: Department of Psychology, Faculty of Education and Psychology, University of Isfahan, Isfahan, Iran

mansoureh.rastaun@gmail.com

Maryam Esmaili^{ID*}: Department of Psychology, Faculty of Education and Psychology, University of Isfahan, Isfahan, Iran

m.esmaili@edu.ui.ac.ir

Kourosh Namdari^{ID}: Department of Psychology, Faculty of Education and Psychology, University of Isfahan, Isfahan, Iran

k.namdari@edu.ui.ac.ir

Ahmad Abedi^{ID}: Department of Psychology and Education of Children with Special Needs,, Faculty of Education and Psychology, University of Isfahan, Isfahan, Iran

a.abedi@edu.ui.ac.ir

Abstract

The present study aimed to develop and validate an emotion regulation-based intervention package for women with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder, predominantly inattentive presentation (ADHD-I), and to compare its effectiveness with Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT) in improving emotion regulation and communication skills. An exploratory sequential mixed-methods design (qualitative-quantitative-quantitative) was employed. In the qualitative phase, therapeutic components were identified through a systematic review and content analysis of evidence-based treatment protocols and were integrated into a 12-session treatment package. The content validity of the package was assessed and confirmed through expert evaluation using the Content Validity Ratio and Content Validity Index. In the quantitative phase, a quasi-experimental pretest–posttest design with a control group and follow-up was employed. Thirty women with ADHD-I, were screened and clinically diagnosed and then randomly assigned to one of three groups: the emotion regulation–based intervention, MBCT, or the control group (n = 10 per group). Emotion regulation and communication skills were assessed using the Emotion Regulation Questionnaire and the Communication Skills Test–Revised and analyzed with repeated-measures analysis of variance and Bonferroni-corrected post hoc comparisons. Both interventions produced higher emotion regulation and communication skills scores than the control group, with gains maintained at the two-month follow-up. The emotion regulation–based intervention, however, outperformed MBCT across most components, including cognitive reappraisal, expressive suppression, and several communication

*. Corresponding author

* نویسنده مسئول:

skills. These findings suggest that directly targeting emotion regulation processes may offer an advantage over mindfulness-based approaches for improving emotion regulation and communication skills in women with ADHD-I, and support the package's potential as an evidence-based intervention for this population.

Keywords: attention-deficit/hyperactivity disorder, emotion regulation, communication skills, mindfulness-based cognitive therapy

Introduction

Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) is a common neurodevelopmental disorder characterized by persistent patterns of inattention and/or hyperactivity-impulsivity that can impair academic, occupational, and social functioning. In adulthood, particularly among women, ADHD is frequently characterized by predominantly inattentive symptoms, which may be accompanied by emotional dysregulation and interpersonal difficulties and may contribute to delayed recognition and diagnosis. Emotion dysregulation has increasingly been recognized as an important clinical feature of adult ADHD and has been associated with maladaptive emotion regulation strategies and difficulties in interpersonal functioning and communication. Although Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT) has shown beneficial effects in adults with ADHD, its primary emphasis is on mindfulness, present-moment awareness, and acceptance rather than direct training in emotion regulation and communication skills. Comparative evidence regarding emotion regulation-focused interventions and mindfulness-based approaches, particularly among women with ADHD-I, remains limited. Accordingly, the present study aimed to develop and validate an emotion regulation-based intervention and to compare its effectiveness with MBCT in improving emotion regulation and communication skills in women with ADHD-I.

Method

This study employed an exploratory sequential mixed-methods design comprising a qualitative phase and two quantitative phases. In the qualitative phase, a systematic

review and qualitative content analysis of four evidence-based treatment protocols, informed by Barkley's model of executive functions, Gross's process model of emotion regulation, dialectical behavior therapy, and mindful self-compassion, identified four core categories that were integrated into a 12-session emotion regulation-based intervention. In the first quantitative phase, the content validity of the intervention was evaluated by eight experts in clinical psychology and ADHD treatment using the Content Validity Ratio and Content Validity Index. All sessions met the acceptable validity criteria, and the intervention was revised accordingly. In the second quantitative phase, a quasi-experimental pretest posttest design with a control group and a two-month follow-up was employed. Thirty women meeting screening and diagnostic criteria for ADHD-I were randomly assigned to three groups: the emotion regulation-based intervention, MBCT, and a control group (10 participants per group). Emotion regulation and communication skills were assessed at pretest, posttest, and two-month follow-up using the Emotion Regulation Questionnaire and the Communication Skills Test-Revised. Data were analyzed using repeated-measures analysis of variance and Bonferroni-corrected post hoc comparisons.

Results

The assumptions for repeated-measures analysis of variance were examined before the main analyses. The Shapiro-Wilk test indicated that the variables were generally normally distributed, Levene's test confirmed homogeneity of variances across groups, and the Greenhouse-Geisser correction was

applied when Mauchly's test indicated a violation of sphericity.

The repeated-measures analyses revealed significant main effects of time and group, as well as significant time $\times$ group interactions, for all components of emotion regulation and communication skills ($p < 0.001$). Bonferroni-corrected pairwise comparisons of mean scores across the three assessment phases indicated significant between-group differences in several components. For cognitive reappraisal, the emotion regulation-based intervention had significantly higher scores than MBCT ($p = .004$), and both intervention groups had significantly higher scores than the control group ($p < .001$). For expressive suppression, the emotion regulation-based intervention showed significantly lower scores than MBCT ($p = .002$), and both intervention groups differed significantly from the control group ($p < .001$). The emotion regulation-based intervention also had significantly higher scores than MBCT on understanding verbal and nonverbal messages ($p = .002$), emotion regulation ($p = .008$), listening ($p = .006$), and assertive communication ($p = .016$). No significant difference was observed between the two interventions in insight into the communication process ($p = .504$). MBCT did not differ significantly from the control group in understanding verbal and nonverbal messages ($p = .102$) or listening ($p = .583$), whereas the emotion regulation-based intervention differed significantly from the control group on both components ($p < .001$). Overall, both interventions were associated with better emotion regulation and communication outcomes than the control group, while the emotion regulation-based intervention showed significantly greater between-group differences than MBCT across a broader range of components.

Conclusion

The findings indicate that both the emotion regulation-based intervention and MBCT were associated with improvements in emotion regulation and communication skills compared with the control group. However,

the emotion regulation-based intervention showed significantly greater between-group differences than MBCT across most of the assessed components, particularly in cognitive reappraisal, expressive suppression, emotion regulation, and several communication skills. The significant time $\times$ group interactions observed across all outcomes further indicate differential changes over the assessment period among the three groups, while the descriptive findings indicated that the improvements associated with the interventions were maintained at the two-month follow-up. The broader pattern of between-group differences observed for the emotion regulation-based intervention may be related to its direct emphasis on emotion regulation, impulse control, self-monitoring, interpersonal skills, and self-compassion, whereas MBCT primarily emphasizes mindfulness, present-moment awareness, and acceptance. Nevertheless, the two interventions did not differ significantly in insight into the communication process, and MBCT did not differ significantly from the control group in understanding verbal and nonverbal messages or listening. These findings should therefore be interpreted with consideration of the modest sample size. The study is also limited by its focus on women with predominantly inattentive ADHD, its quasi-experimental design, its reliance on self-report measures, and its two-month follow-up period. Future research with larger and more diverse samples and longer follow-up periods is warranted to further examine the effectiveness and generalizability of the intervention. Overall, the findings support the potential utility of the emotion regulation-based intervention as an evidence-based psychological intervention for improving emotion regulation and communication skills in women with ADHD, predominantly inattentive presentation.

Ethical Consideration

Compliance with Ethical Guidelines: This study was approved by the Research Ethics Committee of the

University of Isfahan (IR.UI.REC.1402.060). All participants were fully informed about the aims and procedures of the study and provided informed consent prior to participation, and the confidentiality of their data was maintained throughout the study.

Authors' Contributions: The first and second authors were responsible for data collection, statistical analysis, and writing the initial draft under the supervision of the advisor (the third and fourth authors).

Conflict of Interest: The authors declare that they have no conflict of interest.

Funding The present research did not receive any financial support from any organization.

Acknowledgment: The authors wish to thank the women who participated in this study and the experts who contributed to the content validation of the intervention package.

تدوین و اعتباریابی بسته درمانی مبتنی بر تنظیم هیجان و مقایسه اثربخشی آن با درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی در بهبود تنظیم هیجان و مهارت‌های ارتباطی زنان مبتلا به اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی^۱

منصوره رستان: گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران

mansoureh.rastaun@gmail.com

دکتر مریم اسماعیلی^{ID}: گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران

m.esmaili@edu.ui.ac.ir

دکتر کوروش نامداری: گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران

k.namdari@edu.ui.ac.ir

دکتر احمد عابدی^{ID}: گروه کودکان با نیازهای خاص، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران.

a.abedi@edu.ui.ac.ir

چکیده

پژوهش حاضر با هدف تدوین و اعتباریابی بسته درمانی مبتنی بر تنظیم هیجان برای زنان مبتلا به اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی از نوع نقص توجه و مقایسه اثربخشی آن با درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر تنظیم هیجان و مهارت‌های ارتباطی انجام شد. این پژوهش با استفاده از طرح آمیخته اکتشافی متوالی (کیفی-کمی-کمی) اجرا شد. در مرحله کیفی، مؤلفه‌های درمانی از طریق مرور نظام‌مند و تحلیل محتوای پروتکل‌های مبتنی بر شواهد استخراج و در قالب یک بسته ۱۲ جلسه‌ای تدوین شدند. روایی محتوایی بسته با نظر متخصصان و نسبت روایی محتوا و شاخص روایی محتوا بررسی و تأیید شد. در مرحله مداخله، با روش شبه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل، ۳۰ زن مبتلا به اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی از نوع نقص توجه، پس از غربالگری و تشخیص بالینی، به صورت تصادفی در سه گروه مداخله مبتنی بر تنظیم هیجان، درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی و کنترل گمارده شدند. داده‌ها با استفاده از پرسشنامه تنظیم هیجان گراس و جان و پرسشنامه مهارت‌های ارتباطی کوئین‌دام در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری دوماهه جمع‌آوری و با تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیبی بنفرونی تحلیل شدند. هر دو مداخله نسبت به گروه کنترل نمرات بالایی در تنظیم هیجان و مهارت‌های ارتباطی کسب کردند. با این حال، مداخله مبتنی بر تنظیم هیجان در مقایسه با درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی، نمرات بالاتری در راهبردهای تنظیم هیجان و مهارت‌های ارتباطی نشان داد. همچنین، اثرات درمان در پیگیری دوماهه حفظ شد. یافته‌ها نشان داد بسته درمانی مبتنی بر تنظیم هیجان می‌تواند مداخله‌ای مؤثر برای ارتقای تنظیم هیجان و مهارت‌های ارتباطی در زنان مبتلا به اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی از نوع نقص توجه باشد. یافته‌ها از کاربرد این بسته به عنوان یک مداخله مبتنی بر شواهد در کنار درمان‌های روان‌شناختی موجود برای این گروه حمایت می‌کنند.

واژه‌های کلیدی: اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی، تنظیم هیجان، مهارت‌های ارتباطی، درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی.

^۱ این پژوهش مستخرج از پایان‌نامه دکتری است.

* نویسنده مسئول:



مقدمه

اختلال نقص‌توجه/بیش‌فعالی (ADHD)^۱ یکی از شایع‌ترین اختلالات عصب‌رشدی است که با نشانه‌هایی قابل ملاحظه از بی‌توجهی، بیش‌فعالی و تکانشگری مشخص و سبب افت عملکرد تحصیلی، شغلی و اجتماعی افراد می‌شود (American Psychiatric Association, 2022). شیوع اختلال نقص‌توجه/بیش‌فعالی در بزرگسالان ۲/۵ درصد برآورد شده و زیرنوع نقص‌توجه شایع‌ترین زیرنوع در بزرگسالی است (Ayano et al., 2023). اهمیت این یافته در آن است که تظاهر اختلال نقص‌توجه/بیش‌فعالی در بزرگسالی، به ویژه در زنان، با دوران کودکی تفاوتی قابل ملاحظه دارد و همین موضوع موجب شده است نیاز به مداخلات اختصاصی برای این گروه بیش از گذشته مورد توجه قرار گیرد. اگرچه شیوع اختلال نقص‌توجه/بیش‌فعالی در مردان بیشتر گزارش شده است (Amiri et al., 2014; London & Landes, 2019; Quinn & Madhoo, 2014)، این اختلال در زنان به دلیل غلبه نشانه‌های درونی‌سازی‌شده (Quinn & Madhoo, 2014)، آشفتگی شناختی، حساسیت هیجانی و ضعف در سازمان‌دهی (Hinshaw et al., 2022)، معمولاً دیرتر یا کمتر تشخیص داده می‌شود (Barkley, 2015). افزون بر این، زیرنوع نقص‌توجه که در بزرگسالی شیوع بیشتری دارد، با مشکلاتی پایدارتر در خودتنظیمی هیجانی و روابط بین‌فردی همراه است (Willcutt et al., 2012).

پیامدهای این اختلال در بزرگسالی چندبعدی است و حوزه‌های شغلی (Pelham et al., Gjervan et al., 2012; Arnold, 2020; Soler-Gutiérrez et al., 2023)، تحصیلی (Gordon & Fabiano, 2019 et al., 2020)، روابط زناشویی و بین‌فردی (Katzman et al., 2017) و سلامت جسمانی (Instanes et al., 2018) را تحت تأثیر قرار می‌دهد. در

سال‌های اخیر، شواهدی فزاینده نشان داده‌اند بدتنظیمی هیجانی یکی از مهم‌ترین ابعاد بالینی اختلال نقص‌توجه/بیش‌فعالی در بزرگسالان است و نقش اساسی در تداوم ناتوانی‌های فردی و اجتماعی آنان دارد (Shaw et al., 2014; Soler-Gutiérrez et al., 2023). بدتنظیمی هیجانی با دشواری در تعدیل شدت و مدت پاسخ‌های هیجانی، استفاده بیشتر از راهبردهای ناسازگارانه تنظیم هیجان و مشکلات پایدار در روابط بین‌فردی همراه است و می‌تواند بخشی قابل ملاحظه از افت عملکرد روزمره افراد مبتلا را تبیین کند (Beheshti et al., 2020; Groves et al., Barkley, 2015; Zelazo, 2020; Shaw et al., 2014). پژوهش‌ها نشان داده‌اند دشواری در تنظیم هیجان سهمی مهم در تبیین پیامدهای اجتماعی، تحصیلی و شغلی این اختلال دارد (Soler-Gutiérrez et al., 2023) و مستقیماً با آسیب‌های بین‌فردی در این جمعیت مرتبط است (Beheshti et al., 2020). زنان مبتلا به اختلال نقص‌توجه/بیش‌فعالی در مقایسه با مردان، سطوحی بالاتر از اضطراب، احساس طرد بین‌فردی و افت کیفیت روابط اجتماعی را تجربه می‌کنند (Rucklidge, 2010). این مشکلات در زنان مبتلا به زیرنوع نقص‌توجه شدیدتر نیز گزارش شده است؛ زیرا این افراد بیشتر با پردازش ناکارآمد نشانه‌های اجتماعی، بی‌ثباتی هیجانی و دشواری در حفظ روابط پایدار مواجه هستند (Solanto, 2011). بنابراین، تنظیم هیجان و مهارت‌های ارتباطی را می‌توان از مهم‌ترین پیامدهای بالینی اختلال نقص‌توجه/بیش‌فعالی در زنان بزرگسال دانست که به طور مستقیم بر عملکرد اجتماعی و کیفیت زندگی آنان اثر می‌گذارند.

از دیدگاه فرایند تنظیم هیجان، نحوه ارزیابی موقعیت‌های هیجانی و انتخاب راهبردهای تنظیم هیجان ممکن است پیامدهایی متفاوت برای سازگاری فرد داشته باشد. در مدل فرایندی تنظیم هیجان، ارزیابی مجدد شناختی به عنوان راهبردی پیش‌بین‌محور و سرکوب ابرازگری به عنوان

¹ Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder

هیجان و مشکلات بین فردی کافی نیست (Knouse et al., 2008). از این رو، طی سال‌های اخیر، توجهی فزاینده به مداخلات روان‌شناختی معطوف شده است (Friedman & Robbins, 2022). در پژوهش‌های جدید، علاوه بر کاهش نشانه‌های اصلی اختلال، پیامدهایی مانند تنظیم هیجان، خودشفقتی، کیفیت زندگی، عملکرد بین فردی و بهزیستی روان‌شناختی نیز به طریقی فزاینده در مطالعات مداخلات روان‌شناختی اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی بزرگسالان ارزیابی شده‌اند (Heng et al., 2025; Beaton et al., 2022; Paley et al., 2025). این تغییر نشان‌دهنده توجه روزافزون پژوهشگران به پیامدهای عملکردی و کیفیت زندگی در کنار کاهش نشانه‌های بالینی است. بر همین اساس، پژوهش حاضر نیز تنظیم هیجان و مهارت‌های ارتباطی را به عنوان دو پیامد عملکردی اصلی بررسی کرد.

در میان مداخلات روان‌شناختی، درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی (MBCT)^۱ یکی از درمان‌های مبتنی بر شواهد است که اثربخشی آن در کاهش علائم اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی و بهبود عملکرد هیجانی و بین فردی گزارش شده است (Cairncross & Bachmann et al., 2016; Miller, 2020; Hepark et al., 2019; Janssen et al., 2019). این یافته‌ها در مطالعات ایرانی نیز تأیید شده است (عافی و همکاران، ۱۳۹۹؛ عبدالله‌زاده و همکاران، ۱۴۰۰؛ کاظمی و همکاران، ۱۴۰۱؛ کیانی و هادیان‌فرد، ۱۳۹۵). بنابراین، درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی می‌تواند معیاری مناسب برای مقایسه اثربخشی یک مداخله جدید باشد. با این حال، این درمان عمدتاً از طریق افزایش آگاهی و پذیرش تجربه‌های درونی عمل می‌کند و آموزش مستقیم و ساختاریافته راهبردهای تنظیم هیجان و مهارت‌های ارتباطی در آن محور اصلی درمان محسوب نمی‌شود.

راهبردی پاسخ‌محور از یکدیگر متمایز می‌شوند (Gross, 2015). ارزیابی مجدد شناختی مستلزم بازتفسیر موقعیت پیش از شکل‌گیری کامل پاسخ هیجانی است و ممکن است در کاهش پاسخ‌های هیجانی نامطلوب نقش داشته باشد؛ در حالی که سرکوب ابرازگری بیشتر به مهار نشانه‌های بیرونی هیجان پس از شکل‌گیری پاسخ مربوط می‌شود (Gross, 2015). همچنین، ارزیابی مجدد شناختی با فرایندهایی مانند انعطاف‌پذیری شناختی و کنترل توجه ارتباط دارد و ممکن است بر کیفیت تعاملات بین فردی اثرگذار باشد (Ford & Troy, 2019). از سوی دیگر، استفاده مکرر از سرکوب هیجان با پیامدهایی مانند فشار روانی بیشتر، کاهش صمیمیت و کاهش کیفیت روابط همراه گزارش شده است (Dryman & Heimberg, 2018). از آنجا که تنظیم هیجان و کارکردهای اجرایی با کیفیت تعاملات اجتماعی ارتباط دارند، ضعف در خودنظارتی، کنترل تکانش‌گری و پردازش نشانه‌های اجتماعی ممکن است به دشواری در برقراری ارتباط مؤثر منجر شود. شایستگی ارتباطی شامل توانایی پردازش و تفسیر مناسب نشانه‌های اجتماعی، گوش‌دادن مؤثر، آگاهی از نقش خود در تعاملات و بیان مناسب خواسته‌ها و احساسات است (Snyder & Riggio, 2017; Lopez, 2011). همچنین، توانایی تنظیم هیجان و کنترل توجه ممکن است با پردازش دقیق‌تر نشانه‌های اجتماعی و عملکرد ارتباطی مناسب‌تر همراه باشد (Kofler et al., 2019; Thorell et al., 2020; Speed et al., 2018). برخی از پژوهش‌ها نیز بر نقش تنظیم هیجان، کیفیت تعامل و مهارت‌های ارتباطی در کاهش تعارض‌های بین فردی و ارتقای کیفیت روابط تأکید کرده‌اند (Ames et al., 2017; Kluger & Itzchakov, 2022; Martella et al., 2020).

اگرچه درمان دارویی در کاهش علائم اصلی اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی مؤثر است، شواهد نشان می‌دهد به‌تنهایی برای بهبود نقایص پایدار کارکردهای اجرایی، تنظیم

¹ Mindfulness-based Cognitive Therapy

خودنظارتی و کارکردهای اجرایی هیجانی، اثربخشی بیشتری نسبت به درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی نشان دهد.

روش

روش پژوهش، جامعه آماری و نمونه: پژوهش حاضر با طرح آمیخته اکتشافی متوالی^۱ در سه مرحله کیفی، کمی اول و کمی دوم انجام شد. در مرحله کیفی، با استفاده از مرور نظام‌مند و تحلیل محتوا^۲، مؤلفه‌های درمانی مرتبط با تنظیم هیجان و مهارت‌های ارتباطی در بزرگسالان مبتلا به اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی شناسایی شدند و بر اساس آن بسته درمانی تدوین شد. در مرحله کمی اول، روایی محتوایی بسته با استفاده از قضاوت خبرگان^۳ و شاخص‌های نسبت روایی محتوا (CVR)^۴ و شاخص روایی محتوا (CVI)^۵ بررسی شدند. در مرحله کمی دوم، اثربخشی بسته درمانی تدوین‌شده در مقایسه با درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر تنظیم هیجان و مهارت‌های ارتباطی زنان مبتلا به اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی از نوع نقص توجه، در قالب مطالعه‌ای شبه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون، گروه کنترل و پیگیری دوماهه ارزیابی شد.

در مرحله کیفی، جست‌وجوی نظام‌مند در پایگاه‌های اطلاعاتی ایرانداک^۶، پورتال علوم انسانی، نورمگز^۷، مگ‌ایران^۸، گوگل اسکالر^۹، ساینس دایرکت^{۱۰}، ریسرچ گیت^{۱۱}، اسکوپوس^{۱۲} و پاب‌مد^{۱۳} و با استفاده از ترکیب کلیدواژه‌های ADHD، adult، treatment protocol، emotion

مرور پژوهش‌های پیشین نشان می‌دهد تنظیم هیجان در بزرگسالان مبتلا به اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی با ویژگی‌ها و پیامدهای بالینی این اختلال ارتباط دارد؛ با این حال، مطالعات مداخله‌ای که تنظیم هیجان را به طور مستقیم به عنوان هدف درمان دنبال کرده‌اند، همچنان محدود و ناهمگون هستند (Turhan Soler-Gutiérrez et al., 2023; Arslan & Sarıot Ertürk, 2026). از سوی دیگر، شواهد موجود درباره تفاوت‌های جنسیتی در اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی بزرگسالان نشان می‌دهد زنان ممکن است الگویی متفاوت از نشانه‌ها و پیامدهای عملکردی و هیجانی را تجربه کنند؛ با این حال، مطالعات اختصاصی درباره زنان مبتلا به اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی همچنان محدود است (Williams et al., 2025). افزون بر این، با وجود شواهدی درباره اثربخشی مداخلات مبتنی بر ذهن‌آگاهی و درمان‌های شناختی-رفتاری در بزرگسالان مبتلا به اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی، پژوهش‌های مقایسه‌ای مستقیم درباره مداخلات اختصاصی مبتنی بر تنظیم هیجان در برابر درمان‌های مبتنی بر ذهن‌آگاهی، به ویژه در زنان بزرگسال مبتلا به اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی، محدود به نظر می‌رسد (Ostinelli et al., 2025). از این رو، بررسی اثربخشی مداخلات اختصاصی با تمرکز بر تنظیم هیجان در زنان مبتلا به اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی می‌تواند به پرکردن بخشی از این خلأ پژوهشی کمک کند.

بر این اساس، پژوهش حاضر با هدف تدوین و اعتباریابی یک بسته درمانی مبتنی بر تنظیم هیجان و مقایسه اثربخشی آن با درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر تنظیم هیجان و مهارت‌های ارتباطی زنان مبتلا به اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی از نوع نقص توجه انجام شد. انتظار می‌رفت هر دو مداخله موجب بهبود متغیرهای پژوهش شوند، اما بسته درمانی مبتنی بر تنظیم هیجان، به دلیل تمرکز مستقیم بر آموزش راهبردهای خودتنظیمی هیجانی، بازداري پاسخ،

¹ exploratory sequential mixed methods design

² systematic review with content analysis

³ expert judgement

⁴ Content Validity Ratio

⁵ Content Validity Index

⁶ Irandoc

⁷ NoorMags

⁸ Magiran

⁹ Google Scholar

¹⁰ ScienceDirect

¹¹ ResearchGate

¹² Scopus

¹³ PubMed

intervention, communication skills, regulation manual و معادل‌های فارسی آنها انجام شد. جست‌وجو به مطالعات منتشرشده از سال ۲۰۰۰ تا زمان اجرای پژوهش محدود بود. معیارهای ورود شامل ارائه پروتکل درمانی مبتنی بر شواهد برای بزرگسالان مبتلا به اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی، پوشش دست‌کم یکی از مؤلفه‌های تنظیم هیجان، قابلیت اجرای گروهی و انتشار به زبان فارسی یا انگلیسی بودند. پروتکل‌های ویژه کودکان و نوجوانان، مطالعات فاقد شواهد تجربی، مداخلات صرفاً متمرکز بر علائم رفتاری و پروتکل‌های دارای هم‌پوشانی کامل با درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی از مطالعه خارج شدند. مطالعات شناسایی‌شده بر اساس معیارهای ورود و خروج غربال و پروتکل‌های واجد شرایط با روش تحلیل محتوای کیفی بررسی شدند. مؤلفه‌های مرتبط با تنظیم هیجان و مهارت‌های ارتباطی از اهداف درمانی، فنون، تمرین‌ها، تکالیف و ساختار جلسات استخراج و پس از کدگذاری و مقایسه، سازمان‌دهی شدند. بر اساس نتایج تحلیل محتوا، بسته درمانی با تلفیق هدفمند مؤلفه‌های منتخب و با در نظر گرفتن انسجام نظری، قابلیت اجرای گروهی، ویژگی‌های بالینی زنان بزرگسال مبتلا به اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی از نوع نقص توجه و امکان آموزش مهارت‌ها به صورت مرحله‌ای تدوین شد.

در مرحله کمی اول، به منظور بررسی روایی محتوایی بسته درمانی، از روش قضاوت خبرگان استفاده شد. جامعه این مرحله را متخصصان حوزه روان‌شناسی بالینی و درمان اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی تشکیل می‌دادند. برای شناسایی خبرگان واجد شرایط، ابتدا مقالات منتشرشده در مجلات علمی-پژوهشی داخلی در زمینه اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی بررسی شدند. برای این منظور، با استفاده از کلیدواژه‌های «اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی»، «نارسایی توجه/فزون کنشی»، «کم‌توجهی/بیش‌فعالی» و "ADHD" در

پایگاه‌های اطلاعات علمی (SID)^۱ و مگ‌ایران بررسی شد و سپس، طی جلسه‌ای با نویسنده دوم، سوابق علمی و حرفه‌ای نویسندگان این مطالعات شامل رشته و مقطع تحصیلی، سوابق پژوهشی، عضویت هیئت علمی، تجربه فعالیت بالینی و رویکرد درمانی آنان ارزیابی شد. معیارهای ورود به گروه خبرگان شامل داشتن دست‌کم یک مقاله علمی-پژوهشی مرتبط با اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی در نمونه بزرگسالان، تجربه فعالیت بالینی با مراجعان مبتلا به اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی و برخورداری از رویکرد درمانی مبتنی بر تنظیم هیجان به عنوان رویکرد غالب درمانی بود. ۸ متخصص با روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند. پس از انتخاب، از طریق اطلاعات تماس حرفه‌ای موجود در مقالات، صفحات دانشگاهی یا حرفه‌ای و سایر راه‌های ارتباطی رسمی در دسترس، با افراد منتخب تماس گرفته شد. در این تماس، اهداف پژوهش، ماهیت بسته درمانی، فرایند داوری و نحوه تکمیل فرم‌های ارزیابی برای آنان توضیح داده شد و پس از اعلام آمادگی، بسته درمانی و فرم‌های ارزیابی در اختیار آنان قرار گرفت. خبرگان علاوه بر ارائه پیشنهادها اصلاحی به صورت کیفی، هر یک از جلسات درمانی را از نظر ضرورت، تناسب محتوا با اهداف جلسه، کفایت ساختار و زمان‌بندی ارزیابی کردند. برای محاسبه نسبت روایی محتوا (CVR)، ضرورت هر جلسه بر اساس سه گزینه «ضروری است»، «مفید ولی غیرضروری است» و «غیرضروری است» ارزیابی شد. همچنین، برای محاسبه شاخص روایی محتوا (CVI)، میزان ارتباط محتوای هر جلسه با اهداف همان جلسه بر اساس مقیاس چهاردرجه‌ای «کاملاً مرتبط»، «مرتبط اما نیازمند بازبینی»، «نیازمند بازبینی جدی» و «کاملاً نامرتبط» تعیین شد. مطابق معیار لاوشه، در مطالعات روایی محتوایی استفاده از ۵ تا ۱۰ متخصص برای محاسبه CVI و CVI کافی تلقی می‌شود (Lawsh, 1975) و حداقل مقدار قابل

¹ Scientific Information Database

قبول CVR برای هشت متخصص ۰/۷۵ و حداقل مقدار قابل قبول CVI نیز ۰/۷۹ است (Polit & Beck, 2006).

در مرحله کمی دوم، جامعه پژوهش شامل زنان مبتلا به اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی از نوع نقص توجه بود که در سال ۱۴۰۳ به کلینیک‌های روان‌شناسی منطقه ۸ شهر تهران مراجعه کرده بودند. از میان ۳۷ فرد داوطلب، ۳ نفر به دلیل نداشتن معیارهای ورود از مطالعه کنار گذاشته شدند و ۴ نفر نیز در جریان هماهنگی‌های مربوط به انجام مصاحبه تشخیصی از ادامه همکاری انصراف دادند. در نهایت، ۳۰ نفر واجد شرایط وارد مطالعه شدند. پیش از ورود به پژوهش، تشخیص اختلال توسط روان‌پزشک و بر اساس ملاک‌های DSM-5 تأیید شده بود و برای غربالگری، تعیین زیرنوع اختلال و بررسی توانایی شناختی، به ترتیب از مقیاس خودسنجی اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی بزرگسالان (ASRS)، مصاحبه تشخیصی DIVA-5 و آزمون ماتریس‌های پیش‌رونده پیشرفته ریون (APM) استفاده شد. معیارهای ورود شامل تشخیص اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی از نوع نقص توجه در DIVA-5، کسب نمره بالاتر از نقطه برش^۱ ۱۴ در ASRS، کسب بهره هوشی بالاتر از ۹۰ در APM بودند. معیارهای خروج شامل ابتلا به اختلالات شدید روان‌پزشکی هم‌بود، سابقه آسیب مغزی یا تشنج، غیبت در بیش از دو جلسه درمانی و انصراف از ادامه همکاری بودند. پس از احراز شرایط ورود، ارائه توضیحات کامل درباره اهداف پژوهش و اخذ رضایت آگاهانه^۲، ۳۰ شرکت‌کننده به صورت تصادفی در سه گروه بسته درمانی مبتنی بر تنظیم هیجان، درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و گروه کنترل، هر گروه شامل ۱۰ نفر، تخصیص یافتند. حجم نمونه با توجه به ماهیت مقدماتی پژوهش و توصیه‌های

موجود برای مطالعات مداخله‌ای اولیه، ۱۰ نفر برای هر گروه تعیین شد (Whitehead et al., 2016). برای کاهش موانع حضور، زمان جلسات با شرایط شرکت‌کنندگان هماهنگ و یادآوری‌های لازم پیش از جلسات انجام شد. در صورت وجود تعارض زمانی، تا حد امکان انعطاف لازم در تعیین زمان برگزاری جلسات اعمال شد. افزون بر این، ماهیت گروهی مداخلات و شکل‌گیری تعامل و احساس تعهد متقابل میان اعضای گروه به ایجاد فضای منظم و حمایت‌کننده برای استمرار حضور کمک می‌کرد. از این رو، هیچ یک از شرکت‌کنندگان پس از ورود نهایی به مطالعه بیش از ۲ جلسه غیبت نداشتند و همه مراحل پس‌آزمون و پیگیری را تکمیل کردند. هر دو مداخله توسط روان‌شناس بالینی آموزش‌دیده و دارای تجربه در اجرای درمان‌های گروهی و بر اساس پروتکل‌های از پیش تعیین‌شده اجرا شدند. گروه کنترل طی دوره اجرای پژوهش هیچ مداخله روان‌شناختی دریافت نکرد و پس از پایان مطالعه، بسته آموزشی در اختیار آنان قرار گرفت. اجرای مرحله مداخله از خرداد تا آبان ۱۴۰۳ انجام شد.

ابزارهای سنجش: مقیاس خودسنجی اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی بزرگسالان (ASRS)^۳: به منظور غربالگری اولیه شرکت‌کنندگان، از مقیاس خودسنجی اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی بزرگسالان استفاده شد که توسط سازمان بهداشت جهانی^۴ تدوین شده است. این ابزار شامل ۱۸ گویه در دو بُعد بی‌توجهی و بیش‌فعالی/تکانشگری است و بر اساس طیف لیکرت پنج‌درجه‌ای نمره‌گذاری می‌شود. در پژوهش حاضر، این مقیاس صرفاً برای غربالگری اولیه و بررسی معیارهای ورود به مطالعه به کار رفت و تشخیص نهایی بر اساس ارزیابی روان‌پزشک و مصاحبه DIVA-5 انجام شد. نسخه فارسی ASRS توسط مختاری و همکاران

^۱ cut-off

^۲ این پژوهش با تأیید کمیته اخلاق دانشگاه اصفهان انجام شد (IR.UI.REC.1402.060).

^۳ Adult ADHD Self-Report Scale

^۴ WHO

پرسشنامه تنظیم هیجان (ERQ)^۳ گراس و جان: تنظیم هیجان با استفاده از پرسشنامه تنظیم هیجان گراس و جان ارزیابی شد (Gross & John, 2003). این ابزار شامل ۱۰ گویه و دو خرده‌مقیاس ارزیابی مجدد شناختی (۶ گویه) و سرکوب ابرازگری (۴ گویه) است که بر اساس طیف لیکرت هفت‌درجه‌ای نمره‌گذاری می‌شوند. ERQ یکی از پرکاربردترین ابزارهای سنجش راهبردهای تنظیم هیجان در پژوهش‌های بالینی و تجربی است. در مطالعه اصلی گراس و جان، آلفای کرونباخ ۰/۷۹ برای ارزیابی مجدد شناختی و ۰/۷۳ برای سرکوب ابرازگری گزارش شد (Gross & John, 2003). نسخه فارسی این پرسشنامه توسط فروغی و همکاران اعتبارسنجی شده و آلفای کرونباخ ارزیابی مجدد ۰/۷۶ و سرکوب ۰/۷۲ به دست آمده است (Foroughi et al., 2021). در پژوهش حاضر، آلفای کرونباخ برای خرده‌مقیاس ارزیابی مجدد شناختی ۰/۷۹ و برای سرکوب ابرازگری ۰/۷۵ به دست آمد.

پرسشنامه مهارت‌های ارتباطی (CSTR)^۴: برای سنجش مهارت‌های ارتباطی، از پرسشنامه مهارت‌های ارتباطی کوئین‌دام استفاده شد (Queendom, 2004). این ابزار شامل ۳۴ گویه در پنج خرده‌مقیاس درک پیام‌های کلامی و غیرکلامی، تنظیم عواطف، مهارت گوش‌دادن، بینش نسبت به فرایند ارتباط و ارتباط توأم با قاطعیت است و بر اساس طیف لیکرت پنج‌درجه‌ای نمره‌گذاری می‌شود. نسخه فارسی این پرسشنامه توسط حسین‌چاری و فداکار داورانی (۱۳۸۴) اعتباریابی شده و آلفای کرونباخ کل ۰/۶۹ گزارش شده است. آلفای کرونباخ کل ابزار در پژوهش حاضر ۰/۷۲ محاسبه شد. پس از انجام پیش‌آزمون، گروه نخست بسته درمانی مبتنی بر تنظیم هیجان را طی ۱۲ جلسه هفتگی ۹۰ دقیقه‌ای دریافت کرد. گروه دوم درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی را بر

(۱۳۹۴) هنجاریابی شده و روایی و پایایی آن بررسی و آلفای کرونباخ کل پرسشنامه ۰/۸۷ گزارش شده است. آلفای کرونباخ این ابزار در پژوهش حاضر ۰/۹۲ به دست آمد. ماتریس‌های پیش‌رونده پیشرفته ریون (APM)^۱: به منظور کنترل توانایی شناختی عمومی و همگن‌سازی نمونه، از آزمون ماتریس‌های پیش‌رونده پیشرفته ریون استفاده شد. این آزمون یکی از معتبرترین ابزارهای سنجش هوش سیال و استدلال انتزاعی غیرکلامی است و در پژوهش‌های بالینی و عصب‌روان‌شناختی کاربردی گسترده دارد. ملاک ورود به پژوهش کسب نمره متناظر با بهره هوشی بالاتر از ۹۰ بود. نسخه فارسی آزمون توسط رحمانی (۱۳۸۶) روی دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان هنجاریابی و شواهدی مناسب از روایی و پایایی آن (۰/۷۳) گزارش شده است.

مصاحبه تشخیصی (DVA-5)^۲: برای تأیید تشخیص بالینی و تعیین زیرنوع اختلال، از نسخه پنجم مصاحبه تشخیصی اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی در بزرگسالان توسط روان‌شناس بالینی آموزش‌دیده استفاده شد. این مصاحبه نیمه‌ساختاریافته بر اساس ملاک‌های DSM-5TR تدوین شده است و تمام ۱۸ نشانه اختلال را در دو حیطه بی‌توجهی و بیش‌فعالی/تکانش‌گری، در دوران کودکی و بزرگسالی، ارزیابی می‌کند. در موارد عدم انطباق احتمالی، نظر روان‌پزشک ملاک نهایی ورود به مطالعه قرار گرفت. نسخه فارسی این ابزار توسط زمانی و همکاران ترجمه و اعتبارسنجی شده و توافق تشخیصی با SCID-5 حدود ۸۱/۶۶ درصد و توافق با مقیاس‌های خودگزارشی (CAARS) حدود ۷۱-۸۰ درصد گزارش شده است (Zamani et al., 2021).

³ Emotion Regulation Questionnaire

⁴ Communication Skills Test-Revised

¹ Raven's Advanced Progressive Matrices

² Diagnostic Interview for ADHD in Adults

اساس پروتکل استاندارد سگال و همکاران با انطباق‌های ویژه
 بزرگسالان مبتلا به اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی (Segal et al., 2012) برگرفته از برنامه زایلوفسکا و میچل دریافت کرد
 (Zylowska & Mitchell, 2021). این پروتکل در ایران
 توسط عافی و همکاران (۱۳۹۹)، عبدالله‌زاده و همکاران
 (۱۴۰۰)، کاظمی و همکاران (۱۴۰۱) و کیانی و هادیان‌فرد
 (۱۳۹۵) اجرا و خلاصه‌ای از آن در در جدول ۱ ارائه شده
 است. هر سه گروه، بلافاصله پس از پایان مداخلات و دو ماه
 بعد در مرحله پیگیری، مجدداً پرسشنامه‌های ERQ و CSTR
 را تکمیل کردند.

جدول ۱

پروتکل درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی تطبیق‌یافته برای بزرگسالان مبتلا به اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی

Table 1

Adapted Mindfulness-Based Cognitive Therapy Treatment Protocol for Adults with Attention Deficit/Hyperactivity Disorder

مرحله	جلسه	عنوان	محتوا
پایه‌سازی	۱	آشنایی، معرفی اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی و ذهن‌آگاهی	معارفه گروهی، قرارداد گروهی، آموزش اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی، معرفی مفهوم ذهن‌آگاهی و تفاوت آن با تمرکز اجباری، تمرین اولیه توجه به نفس (۵ دقیقه)، تکمیل پیش‌آزمون ERQ و CSTR
	۲	توجه به بدن و لحظه حال	مرور تمرین هفته گذشته، تمرین اسکن بدن (۲۰ دقیقه)، بحث: «ذهن من کجاست؟»، آموزش توجه به حس‌های پنج‌گانه، تمرین خوردن آگاهانه
	۳	توجه به نفس و آگاهی از پراکندگی ذهن	مرور اسکن بدن، تمرین نفس‌آگاهانه (۱۵ دقیقه)، بحث: «پراکندگی ذهن عیب نیست. بازگشت مهارت است»، معرفی فضای تنفسی سه‌دقیقه‌ای
مهارت آموزی ذهن‌آگاهی	۴	ذهن‌آگاهی در حرکت و یوگای ذهن‌آگاهانه	یوگای ذهن‌آگاهانه سبک (۲۰ دقیقه)، راه‌رفتن آگاهانه، بحث: تفاوت بین حرکت ناآگاهانه و حرکت آگاهانه، ادغام ذهن‌آگاهی با فعالیت روزانه
	۵	ذهن‌آگاهی نسبت به افکار	تمرین مشاهده افکار (۲۰ دقیقه)، استعاره برگ روی رودخانه، بحث: «من فکر نیستم، من فکرکننده هستم»، شناسایی الگوهای فکری رایج در اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی (خودانتقادی، فراموشی، نگرانی)
	۶	ذهن‌آگاهی نسبت به هیجانات	تمرین نشستن با هیجان (۲۰ دقیقه)، چرخه هیجان در اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی: سریع، شدید، دشوار برای بازگشت، «هیجان در بدن کجاست؟»، شناسایی نشانه‌های بدنی، پاسخ آگاهانه در برابر واکنش خودکار، فضای تنفسی در موقعیت هیجانی
	۷	شفقت به خود و کاهش خودانتقادی	بحث: «آیا با خودت مثل یک دوست رفتار می‌کنی؟»، مدیتیشن شفقت به خود (۱۵ دقیقه)، نوشتن نامه شفقت‌آمیز به خود، ارتباط شفقت به خود با بهبود تنظیم هیجان
ذهن‌آگاهی در روابط و زندگی روزانه	۸	ذهن‌آگاهی در ارتباط و گوش‌دادن آگاهانه	تمرین گوش‌دادن آگاهانه دوتایی (۱۵ دقیقه)، بحث: «ذهنم در گفت‌وگو کجاست؟»، ارتباط توجه‌پراکندگی با مشکلات مهارت‌های ارتباطی، تمرین صحبت آگاهانه: «قبل از گفتن، یک نفس»
	۹	ذهن‌آگاهی و مدیریت زمان در اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی	آموزش کوری زمانی در اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی، تمرین تخمین زمان آگاهانه (۱۵ دقیقه)، ذهن‌آگاهی به عنوان «ساعت درونی»، برنامه‌ریزی آگاهانه برای هفته با حضور کامل

مرحله	جلسه	عنوان	محتوا
	۱۰	ذهن آگاهی در موقعیت‌های چالش برانگیز	تمرین SOBER: Stop - Observe - Breathe - Expand - Respond, اجرای SOBER در سناریوهای واقعی گروه، بحث: «چه زمانی راحت ترم که واکنش نشان دهم؟»، نقشه موقعیت‌های چالش برانگیز شخصی
تثبیت و پیشگیری	۱۱	برنامه ذهن آگاهی شخصی و پیشگیری از عود	مرور کلی: «چه تمرینی برایم بیشترین اثر را داشت؟»، طراحی برنامه ذهن آگاهی شخصی بلندمدت، شناسایی نشانه‌های هشدار: «چه زمانی می‌فهمم که دارم از ذهن آگاهی فاصله می‌گیرم؟»، طراحی برنامه عمل فردی
از عود	۱۲	جمع‌بندی، ارزیابی نهایی و اتمام گروه	ارائه برنامه ذهن آگاهی شخصی توسط هر عضو، تکمیل پس‌آزمون CSTR و ERQ، تمرین نهایی گروهی: مدیتیشن محبت‌آمیز برای همه اعضا، آیین اتمام گروه، اطلاع‌رسانی

معناداری اثرات، مقایسه‌های زوجی^۵ با اصلاح بنفرونی^۶ انجام شد. سطح معناداری ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

در مرحله کیفی، فرایند انتخاب مطالعات مطابق دستورالعمل PRISMA 2020 انجام شد. در جست‌وجوی اولیه، ۲۱۸ رکورد شناسایی شدند که پس از حذف ۴۱ رکورد تکراری، ۱۷۷ عنوان و چکیده غربالگری شدند. از این میان، ۱۵۲ مطالعه به دلیل عدم انطباق با معیارهای ورود حذف شدند و متن کامل ۲۵ مطالعه بررسی شد. در نهایت، چهار پروتکل درمانی که بیشترین انطباق را با اهداف پژوهش داشتند، وارد مرحله تحلیل محتوای کیفی شدند: برنامه شناختی-رفتاری بزرگسالان مبتلا به اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی (Safren et al., 2017) مبتنی بر مدل بارکلی (Barkley, 2015)، برنامه آموزش تنظیم هیجان^۷ (Whitley & Berking, 2014) مبتنی بر مدل فرایندی تنظیم هیجان گراس (Gross, 2015)، برنامه آموزش مهارت‌های رفتاردرمانی دیالکتیکی^۸ (Linehan, 2015) و برنامه آموزش شفقت به خود ذهن آگاهانه^۹

روش اجرا و تحلیل: داده‌های پژوهش در سه مرحله گردآوری شدند: در مرحله کیفی، از طریق مطالعه و کدگذاری متن پروتکل‌های منتخب؛ در مرحله کمی اول، از طریق تکمیل فرم‌های ارزیابی روایی محتوا توسط خبرگان؛ و در مرحله کمی دوم، از طریق تکمیل پرسشنامه‌های ERQ و CSTR توسط شرکت‌کنندگان در سه نوبت پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری. کدگذاری متون پروتکل‌های منتخب در مرحله کیفی به طور مستقل توسط دو پژوهشگر انجام و میزان توافق آنان با ضریب کاپای کوهن^۱ محاسبه شد؛ اختلاف‌نظرها از طریق بحث و اجماع برطرف شد. داده‌های کمی با استفاده از نرم‌افزار IBM SPSS Statistics نسخه ۲۵ تحلیل شد. پیش از تحلیل استنباطی، مفروضه‌های نرمال‌بودن توزیع داده‌ها، همگنی واریانس‌ها و کرویت به‌ترتیب با آزمون‌های شاپیرو-ویلک^۲، لوین^۳ و ماچلی^۴ بررسی شدند. برای بررسی اثرات زمان، گروه و تعامل زمان × گروه از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد و در موارد

^۵ paired t-test

^۶ Bonferroni

^۷ Affect Regulation Training

^۸ DBT Skills Training Manual

^۹ Mindful Self-Compassion

^۱ Cohen's Kappa

^۲ Shapiro-Wilk

^۳ Levene

^۴ Mauchly

(Neff & Germer, 2018). در تحلیل محتوای کیفی این چهار پروتکل، ضریب کاپای کوهن به منظور بررسی میزان توافق، برای مؤلفه‌های تنظیم هیجان ۰/۸۳ و برای مهارت‌های ارتباطی ۰/۷۹ به دست آمد که بر اساس معیارهای لن‌دیس و کوخ نشان‌دهنده توافق بسیار بالا بود (Landis & Koch, 1977). در مجموع، ۲۵ کد اولیه استخراج شدند که پس از ادغام مفهومی در ۴ مقوله اصلی سازمان‌دهی شدند. این مقوله‌ها چارچوب محتوایی بسته درمانی را تشکیل دادند و خلاصه آنها در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲

کدبوک نهایی بسته درمانی مبتنی بر تنظیم هیجان در زنان مبتلا به اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی

Table 2

Final Codebook of the Emotion Regulation-Based Treatment Package for Women with ADHD

مقوله	کد	تعریف عملیاتی	جلسات	منبع	کمی‌سازی
آگاهی و پایش هیجانی ^۱	EA1	شناسایی هیجان، توانایی تشخیص و نام‌گذاری هیجان‌ها	۲	(Barkley, 2015);	۵ کد
				(Gross, 2015)	۲۰ درصد
	EA2	آگاهی بدنی هیجان، تشخیص نشانه‌های جسمانی هیجان	۲ و ۶	(Barkley, 2015);	
				(Gross, 2015)	
	EA3	مشاهده بدون قضاوت، مشاهده تجربه هیجانی بدون ارزیابی منفی	۳	(Barkley, 2015);	
تعدیل و بازسازی هیجان ^۲				(Gross, 2015)	
	EA4	خودنظارتی هیجانی، ثبت و پایش محرک‌ها و پاسخ‌های هیجانی	۲ و ۱۱	(Barkley, 2015);	
				(Gross, 2015)	
	EA5	حساسیت به طرد، شناسایی واکنش‌های هیجانی مرتبط با طرد	۶	(Barkley, 2015)	
	ER1	توقف پاسخ هیجانی، ایجاد مکث پیش از واکنش هیجانی	۳، ۵	(Barkley, 2015);	۹ کد
				(Gross, 2015)	۳۶ درصد
	ER2	هدایت توجه تغییر کانون توجه از محرک هیجانی	۳	(Barkley, 2015);	
				(Gross, 2015)	
	ER3	انتخاب موقعیت انتخاب یا اجتناب از موقعیت‌های هیجانی	۳	(Barkley, 2015);	
				(Gross, 2015)	
	ER4	ارزیابی مجدد شناختی، بازتفسیر موقعیت‌های هیجانی	۴	(Gross, 2015)	
	ER5	تحمل پریشانی، تحمل هیجان‌های منفی بدون رفتار تکانشی	۵	(Linehan, 2015)	
	ER6	مهار تکانه هیجانی، کاهش واکنش‌های فوری و تکانشی	۵	(Linehan, 2015)	

¹ emotional awareness and monitoring

² emotion modulation and reappraisal

مقوله	کد	تعریف عملیاتی	جلسات	منبع	کمی سازی
تنظیم هیجان در روابط بین فردی ^۱	ER7	پذیرش هیجان، تجربه هیجان بدون اجتناب یا سرکوب	۵ و ۱۰	(Linehan, 2015)	۶ کد ۲۴ درصد
	ER8	تعدیل پاسخ فیزیولوژیک	۵	(Linehan, 2015)	
	ER9	برنامه ریزی هیجانی، پیش بینی و مدیریت موقعیت های هیجانی آینده	۹	(Barkley, 2015)	
	IP1	ابراز سازگارانۀ هیجان، بیان هیجان ها به شیوه ای مناسب	۷	(Barkley, 2015)	
	IP2	جرئت ورزی، بیان نیازها و خواسته ها با احترام	۷	(Barkley, 2015)	
	IP3	مرز گذاری هیجانی، تنظیم حدود هیجانی در روابط	۶	(Barkley, 2015)	
	IP4	درک هیجان دیگران، تشخیص هیجان ها و نشانه های اجتماعی	۶	(Barkley, 2015)	
خود شفقتی و تثبیت ^۲	IP5	حل تعارض مدیریت اختلافات بین فردی	۸	(Barkley, 2015)	۵ کد ۲۰ درصد
	IP6	ارتباط مؤثر، استفاده از مهارت های ارتباطی سازگارانۀ	۷ و ۸	(Barkley, 2015)	
	SC1	شفقت به خود، پاسخ مهربانانه به رنج و خطاهای فردی	۱۰	(Neff & Germer, 2018)	
	SC2	کاهش خود انتقادی، تعدیل ارزیابی های منفی نسبت به خود	۱۰	(Neff & Germer, 2018)	
	SC3	پیشگیری از عود، شناسایی عوامل خطر و برنامه مقابله	۱۱	(Barkley, 2015)	
	SC4	تثبیت هویت جدید، یکپارچه سازی مهارت های آموخته شده	۱۲	(Barkley, 2015)	
	SC5	درک رنج شخصی به عنوان بخشی از تجربه انسانی مشترک	۱۰	(Neff & Germer, 2018)	

^۱ emotion regulation in interpersonal context^۲ self-compassion and maintenance

بر اساس نتایج تحلیل محتوای پروتکل‌های منتخب، بسته درمانی تدوین شد. چارچوب نظری بسته بر رویکردهای نظری پروتکل‌های منتخب استوار بود؛ ذهن‌آگاهی در این بسته به عنوان فن کمکی برای تقویت آگاهی هیجانی و خودشفقتی به کار رفت و بر خلاف درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی، هسته اصلی مداخله نبود. بسته درمانی در قالب ۱۲ جلسه هفتگی ۹۰ دقیقه‌ای تنظیم شد. یک جلسه پیگیری با فاصله ۲ ماه بعد از جلسات درمانی در نظر گرفته شد. خلاصه ساختار جلسات در **جدول ۳** ارائه شده است.

جدول ۳

بسته درمانی تدوین‌شده مبتنی بر تنظیم هیجان برای زنان مبتلا به اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی

Table 3

Emotion Regulation-Based Intervention Package Developed for Women with ADHD

مرحله	جلسه	عنوان	هدف	تکنیک
پایه سازی	۱	آشنایی، ارزیابی اولیه و معرفی اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی	ایجاد انسجام گروهی، ارزیابی پیش‌آزمون، و آشنایی اعضا با مفهوم اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی و چارچوب تنظیم هیجان	آموزش ساختاریافته، بحث گروهی هدایت‌شده، ارزیابی استاندارد
	۲	آگاهی هیجانی و مدل فرآیندی تنظیم هیجان	افزایش آگاهی هیجانی، معرفی مدل گراس و درک رابطه تنظیم هیجان با واکنش‌پذیری هیجانی	آموزش مدل گراس، کارت‌های هیجانی، خودنظارتی ساختاریافته (SIERA)
	۳	ذهن‌آگاهی، توجه‌گردانی و انتخاب موقعیت	آموزش اولین راهبردهای تنظیم هیجان: توقف آگاهانه، توجه‌گردانی هدفمند و انتخاب موقعیت	تکنیک STOP: اسکن بدن، تحلیل موقعیت‌های هیجانی، انتخاب موقعیت گراس
مهارت آموزی هسته‌ای	۴	ارزیابی مجدد شناختی	آموزش مؤثرترین راهبرد تنظیم هیجان مبتنی بر شواهد و تمایز آن از سرکوب هیجانی	ارزیابی مجدد شناختی گراس، ستون‌های سه‌گانه، چالش با تحریف‌های شناختی
	۵	تحمل پریشانی و مهارت‌های هیجانی	ارتقای ظرفیت تحمل هیجانات شدید و کاهش تکانه‌های هیجانی ناکارآمد	تنفس ریتمیک، ACCEPTS، DBT-TIPP، سلسله‌مراتب مداخله بر اساس شدت
	۶	آگاهی هیجانی بین‌فردی و مرزگذاری هیجانی	افزایش توانایی درک هیجانات در بافت روابط و آموزش مرزگذاری مبتنی بر آگاهی هیجانی	آموزش حساسیت به طرد ^۱ دادسون ^۲ (RSD)، شناسایی نشانه‌های بدنی، نقش‌بازی هدایت‌شده، مرزگذاری هیجانی
روابط بین‌فردی	۷	ارتباط مؤثر و ابراز سازگاران هیجان	آموزش بیان سازگاران هیجان در روابط بین‌فردی با محوریت مهارت DEAR MAN	DBT DEAR MAN، نقش‌بازی ساختاریافته، داربست شناختی-هیجانی

¹ ejection sensitive dysphoria

² Dodson

مرحله	جلسه	عنوان	هدف	تکنیک
تثبیت و انتقال	۸	مدیریت تعارض هیجانی و حل مسئله بین فردی	ارتقای مهارت‌های حل تعارض با ادغام تنظیم هیجان و مهارت‌های اجرایی	اجرای مدل SODA برای یک تعارض فعال در روابط + گزارش کامل
	۹	برنامه‌ریزی هیجانی	ادغام مهارت‌های تنظیم هیجان با ساختار برنامه‌ریزی اجرایی روزانه	نقشه هیجانی شخصی، برنامه‌ریزی پیش‌آینده، ساختاردهی محیطی
	۱۰	شفقت به خود و کاهش خودانتقادی مزمن	کاهش شرم و خودانتقادی مزمن مرتبط با اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی و تقویت شفقت به خود به عنوان تنظیم‌کننده هیجانی	تمرین روزانه ۵ دقیقه مدیتیشن شفقت به خود + یادداشت یک لحظه خودانتقادی و پاسخ شفقت‌آمیز
	۱۱	پیشگیری از عود و تقویت منابع بلندمدت	آمادگی برای پایان درمان، شناسایی نشانه‌های هشداردهنده و تدوین برنامه بلندمدت	پیشگیری از عود، برنامه حمایتی شخصی مارلات، شبکه‌سازی
	۱۲	جمع‌بندی، ارزیابی نهایی و اتمام گروه درمانی	ارزیابی پیامدهای درمانی، تثبیت هویت جدید و اتمام آیین‌مند گروه	ارزیابی پیامد استاندارد، آیین اتمام یالوم، پیگیری دوماهه

محتوای بسته با استفاده از قضاوت خبرگان ارزیابی شد. برای تعیین خبرگان واجد شرایط، در جست‌وجوی اولیه در پایگاه‌های اطلاعاتی، در مجموع ۲۹۵ مقاله شناسایی شدند. پس از بررسی عنوان و چکیده مقالات، ۲۴ مطالعه انجام‌شده بر روی نمونه‌های بزرگسال غربال شدند. پس از بررسی معیارهای ورود، در نهایت ۸ متخصص با روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند. مقادیر CVI و CVR طبق نظر خبرگان محاسبه شدند. تمامی جلسات مقادیر CVR بالاتر از ۰/۷۵ و CVI بالاتر از ۰/۷۹ داشتند و شاخص کل CVI و CVR نیز به ترتیب برابر ۰/۹۱ و ۰/۹۶ به دست آمد. بنابراین، هیچ یک از جلسات بر اساس شاخص‌های کمی نیازمند حذف نبودند. با این حال، بر اساس پیشنهادهای خبرگان، اصلاحاتی محدود شامل ویرایش نگارشی، افزودن مثال‌های بالینی، تقویت تمرین‌های خودشفقتی، شفاف‌سازی تمرین‌های تحمل‌پریشانی و مهار تکانه، افزایش تمرین‌های ایفای نقش و تکمیل برنامه پیشگیری از بازگشت در جلسات مربوط اعمال شدند. پس از

اعمال اصلاحات، نسخه بازنگری‌شده بسته مجدداً در اختیار همان متخصصان قرار گرفت تا میزان توافق آنان درباره کیفیت نهایی بسته بر اساس مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای بررسی شود. در این مرحله، میزان توافق خبرگان در شاخص‌های مختلف بین ۰/۹۸ تا ۰/۱۰۰ بود؛ توافق درباره تناسب ساختار جلسات و ارزیابی کلی بسته ۰/۱۰۰ به دست آمد و میانگین توافق کلی خبرگان نیز ۹۸ درصد بود.

به منظور بررسی اثربخشی بسته درمانی، ۳۰ زن مبتلا به اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی از نوع نقص توجه، پس از احراز معیارهای ورود، به صورت تصادفی در سه گروه بسته درمانی مبتنی بر تنظیم هیجان، درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی و گروه کنترل، هر گروه ۱۰ نفر قرار گرفتند. میانگین سنی شرکت‌کنندگان در گروه بسته درمانی ۴/۲ ± ۲۹/۴ سال، در گروه درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی ۳/۹ ± ۳۰/۱ سال و در گروه کنترل برابر ۴/۶ ± ۲۸/۹ سال بود. نتایج آزمون تحلیل واریانس یک‌راهه برای مقایسه سن سه گروه نشان داد بین گروه‌ها

به لحاظ سن تفاوتی معنادار وجود ندارد. همچنین، به‌ترتیب ۷۰، ۶۰ و ۷۰ درصد از آزمودنی‌های سه گروه دارای تحصیلات کارشناسی یا بالاتر بودند و نتایج آزمون خردی‌دو نشان داد گروه‌ها از نظر سطح تحصیلات نیز تفاوتی معنادار ندارند.

میانگین و انحراف معیار نمرات متغیرهای پژوهش در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در **جدول ۴**

جدول ۴

شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش به تفکیک سه گروه در سه مرحله پژوهش

Table 4

Descriptive Statistics of the Research Variables Scores for the Three Groups Across Three Phases

متغیر	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری	
		میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
ارزیابی مجدد شناختی	بسته تدوینی	۲۸	۲/۳	۳۹/۵	۱/۲	۳۹/۶	۱/۲
	درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی	۲۸/۱	۲/۶	۳۴/۸	۱/۸	۳۴/۸	۱/۷
	کنترل	۲۸/۵	۲/۲	۲۸/۵	۲/۲	۲۸/۴	۲/۲
	بسته تدوینی	۱۹/۸	۱/۲	۱۱/۴	۱/۹	۱۲	۲/۲
	درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی	۱۹/۹	۱/۳	۱۴/۵	۱/۵	۱۴/۴	۱/۲
	کنترل	۱۹/۸	۱/۲	۱۹/۵	۱/۳	۱۹/۵	۱/۱
درک پیام‌های کلامی و غیرکلامی	بسته تدوینی	۲۴/۵	۲/۱۷	۳۱/۶	۱/۹۵	۳۱/۳	۲/۱۱
	درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی	۲۴/۵	۱/۵۸	۲۶/۸	۲/۲۹	۲۶/۴	۲/۲۷
	کنترل	۲۴	۱/۸۲	۲۴/۳	۱/۷	۲۳/۷	۱/۶۳
	بسته تدوینی	۱۴/۵	۱/۲	۲۰/۴	۱/۰۵	۲۰/۳	۱/۱
	درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی	۱۴/۴	۱/۱۷	۱۷/۱	۰/۹۱	۱۷/۲	۱/۰۵
	کنترل	۱۴/۶	۰/۹۶	۱۴/۸	۰/۹۶	۱۴/۸	۰/۸۴
تنظیم عواطف	بسته تدوینی	۱۹/۷	۱/۱۵	۲۴	۰/۹۴	۲۳/۹	۰/۸۷
	درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی	۱۹/۵	۱/۵۸	۲۱/۱	۱/۴۴	۲۰/۸	۱/۶۸
	کنترل	۱۹/۵	۱/۵۸	۲۱/۱	۱/۴۴	۲۰/۸	۱/۶۸

متغیر	گروه	پیش آزمون		پس آزمون		پیگیری
		انحراف میانگین	انحراف استاندارد	انحراف میانگین	انحراف استاندارد	انحراف میانگین استاندارد
بینش نسبت به فرایند ارتباط	کنترل	۱۹/۵	۱/۵۸	۱۹/۷	۱/۶۳	۱۹/۸
	بسته تدوینی	۱۶/۶	۱/۱۷	۲۰/۲	۱/۲۲	۱۹/۸
	درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی	۱۶/۷	۱/۲۵	۱۸/۸	۰/۹۱	۱۸/۸
ارتباط توأم با قاطعیت	کنترل	۱۶/۶	۱/۴۲	۱۶/۷	۱/۴۱	۱۶/۵
	بسته تدوینی	۱۶/۷	۱/۰۵	۲۱/۵	۲۱/۱	۲۱/۱
	درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی	۱۶/۷	۱/۲۵	۱۸/۸	۱۸/۸	۱۸/۸
	کنترل	۱۶/۶	۱/۴۲	۱۶/۷	۱/۴۲	۱۶/۵
	کنترل	۱۶/۶	۱/۴۲	۱۶/۷	۱/۴۲	۱۶/۵

پیش از اجرای تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر، مفروضه‌های زیربنایی آن بررسی شدند. نتایج آزمون شاپیرو-ویلک برای هفت زیرمقیاس پژوهش به تفکیک سه گروه در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری نشان داد در بیشتر موارد، توزیع نمرات با فرض نرمال بودن سازگار بود ($p > 0/05$)؛ فقط در گروه بسته تدوینی، توزیع نمرات زیرمقیاس «مهارت گوش‌دادن» در مراحل پس‌آزمون ($p = 0/025$) و پیگیری ($p = 0/008$)، در گروه درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی در مرحله پیگیری ($p = 0/001$) و در زیرمقیاس «بینش نسبت به فرایند ارتباط» در مرحله پس‌آزمون در گروه درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی ($p = 0/043$) انحراف از نرمال بودن نشان داد. با توجه به برابری حجم گروه‌ها، نبود داده‌های پرت شدید و مقاومت شناخته‌شده تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر در برابر نقض خفیف این مفروضه، ادامه تحلیل بر همین مبنا منطقی تشخیص داده شد. آزمون لوین برای بررسی همگنی واریانس نمرات پیش‌آزمون ($df_1 = 2$, $df_2 = 27$) برای ارزیابی مجدد شناختی ($F = 0/441$, $p = 0/648$)، سرکوب ابرازگری ($F = 0/409$, $p = 0/668$)، درک پیام‌های کلامی و غیرکلامی

($F = 0/078$, $p = 0/942$)، تنظیم عواطف ($F = 0/059$, $p = 0/942$)، مهارت گوش‌دادن ($F = 0/947$, $p = 0/4$)، بینش نسبت به فرایند ارتباط ($F = 0/396$, $p = 0/677$) و ارتباط توأم با قاطعیت ($F = 0/348$, $p = 0/709$) مؤید همگنی واریانس‌های بین‌گروهی در مرحله پیش‌آزمون بود. آزمون ماچلی نشان داد فرض کرویت^۱ در زیرمقیاس‌های سرکوب ابرازگری ($w = 0/74$, $\chi^2 = 7/55$, $p = 0/023$)، مهارت گوش‌دادن ($w = 0/74$, $\chi^2 = 7/63$, $p = 0/022$) و بینش نسبت به فرایند ارتباط ($w = 0/66$, $\chi^2 = 10/68$, $p = 0/005$) نقض شده است؛ در حالی که در زیرمقیاس ارزیابی مجدد شناختی ($w = 0/92$, $\chi^2 = 3/01$, $p = 0/42$)، درک پیام‌های کلامی و غیرکلامی ($w = 0/52$, $\chi^2 = 16/97$, $p = 0/38$)، تنظیم عواطف ($w = 0/13$, $\chi^2 = 51/48$, $p = 0/48$)، ارتباط توأم با قاطعیت ($w = 0/92$, $\chi^2 = 2/06$, $p = 0/35$) فرض کرویت برقرار بود؛ بر این اساس، برای سه زیرمقیاس نخست از اصلاح گرین‌هاوس-گایزر^۲ در تعدیل درجات آزادی اثرات درون‌گروهی استفاده شد. به این ترتیب، استفاده از

1 sphericity

2 Greenhouse-Geisser

تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر بلامانع شد. نتایج این تحلیل در **جدول ۵** ارائه شده است.

جدول ۵

طرح اندازه‌گیری‌های مکرر برای بررسی اثرات بین‌گروهی و درون‌گروهی زیرمقیاس‌های تنظیم هیجان و مهارت‌های ارتباطی

Table 5
Repeated Measures Design for Examining Between-Group and Within-Group Effects of Emotion Regulation and Communication Skills Subscales

زیرمقیاس	منبع	SS	df	MS	F	p	η^2
ارزیابی مجدد شناختی	زمان	۷۳۶/۰۸	۲	۳۶۸/۰۴	۶۱۳/۴۰۷	۰/۰۰۱	۰/۹۵۸
	گروه	۷۷۵/۰۸	۲	۳۸۷/۵۴	۳۳/۹۵	۰/۰۰۱	۰/۷۱۵
	زمان × گروه	۴۴۴/۸۴	۴	۱۱۱/۲۱	۱۸۵/۳۵	۰/۰۰۱	۰/۹۳۲
	خطا (زمان)	۳۲/۴	۵۴	۰/۶			
	خطا (گروه)	۳۰۸/۲	۲۷	۱۱/۴۱			
سرکوب ابرازگری	زمان	۴۲۶/۶	۱/۲۸	۳۳۱/۵۲	۲۰۵/۲۳	۰/۰۰۱	۰/۸۸۴
	گروه	۴۱۶/۳۵	۲	۲۰۸/۱۷	۴۳/۱۴	۰/۰۰۱	۰/۷۶۲
	زمان × گروه	۲۱۱/۱	۲/۵۷	۸۲/۰۳	۵۰/۷۸	۰/۰۰۱	۰/۷۹۰
	خطا (زمان)	۵۶/۱	۴۳/۱۳	۱/۰۴			
	خطا (گروه)	۱۳۰/۲۶	۲۷	۴/۸۲			
درک پیام‌های کلامی و غیرکلامی	زمان	۱۸۴/۸۲۲	۲	۱۶۳/۷۱	۲۴۷/۰۴	۰/۰۰۱	۰/۹۰۱
	گروه	۴۰۴/۱۵۶	۲	۲۰۲/۰۷	۱۸/۵۹	۰/۰۰۱	۰/۵۷۹
	زمان × گروه	۱۶۹/۶۴۴	۴	۶۲/۷۴	۱۱۳/۳۷	۰/۰۰۱	۰/۸۹۴
	خطا (زمان)	۲۰/۲۰	۵۴	۰/۵۵			
	خطا (گروه)	۲۹۳/۵۰	۲۷	۱۰/۸۷			
تنظیم عواطف	زمان	۶۸۴/۴۶	۲	۳۴۲/۲۳	۱۴۹۰/۳۷	۰/۰۰۱	۰/۹۸۲
	گروه	۸۸۹/۴	۲	۴۴۴/۷	۲۲/۲۹	۰/۰۰۱	۰/۶۲۳
	زمان × گروه	۴۲۳/۱۳	۴	۱۰۵/۷۸	۴۶۰/۶۶	۰/۰۰۱	۰/۹۷۲
	خطا (زمان)	۱۲/۴	۵۴	۰/۲۳			
	خطا (گروه)	۵۳۸/۶	۲۷	۱۹/۹۴			
گوش‌دادن	زمان	۷۸/۸۲	۱/۵۹	۴۹/۴۳۴	۱۳۳/۵۶	۰/۰۰۱	۰/۸۳۲
	گروه	۱۳۱/۲۸	۲	۶۵/۶۴	۱۲/۱۱	۰/۰۰۱	۰/۴۷۳
	زمان × گروه	۵۶/۵۷	۳/۱۸	۱۷/۷۴	۴۷/۹۳	۰/۰۰۱	۰/۷۸۰
	خطا (زمان)	۱۵/۹۳	۴۳/۰۵	۰/۳۷			
	خطا (گروه)	۱۴۶/۲۶	۲۷	۵/۴۱			
بینش نسبت به فرایند ارتباط	زمان	۶۷/۸۲	۱/۴۹	۳۳/۹۱	۱۳۸/۷۲	۰/۰۰۱	۰/۸۳۷
	گروه	۷۹/۷۵	۲	۳۹/۸۷	۹/۰۷	۰/۰۰۱	۰/۴۰۲
	زمان × گروه	۳۹/۶۴	۲/۹۹	۱۳/۲۵	۴۰/۵۴	۰/۰۰۱	۰/۷۵
	خطا (زمان)	۱۳/۲	۴۰/۳۸	۰/۳۲			
	خطا (گروه)	۱۱۸/۷	۲۷	۴/۳۹			

زیرمقیاس	منبع	SS	df	MS	F	p	η^2
ارتباط توأم	زمان	۹۸/۶۸	۲	۵۳/۱۱۷	۲۴۹/۸	۰/۰۰۱	۰/۹۰۲
با قاطعیت	گروه	۱۵۳/۶۸	۲	۷۶/۸۴	۱۶/۸	۰/۰۰۱	۰/۵۵
	زمان × گروه	۷۲/۶۴۴	۴	۱۹/۵۴۹	۹۱/۹۴	۰/۰۰۱	۰/۸۷۲
	خطا (زمان)	۱۰/۶۶۷	۵۴	۱۹۸			
	خطا (گروه)	۱۳۷/۵	۲۷	۰/۲۱			

در مؤلفه ارزیابی مجدد شناختی، اثر گروه ($F(2, 27)=33/95, p<0.001$)، اثر زمان ($F(2, 54)=613/417, p<0.001$) و اثر تعاملی ($F(4, 54)=185/35, p<0.001$) معنادار بود. در مؤلفه سرکوب ابرازگری، اثر گروه ($F(2, 27)=43/14, p<0.001$)، اثر زمان ($F(1/28, 34/75)=331/52, p<0.001$) و تعامل زمان × گروه ($F(2/57, 34/75)=82/03, p<0.001$) معنادار گزارش شد. در مؤلفه درک پیام‌های کلامی و غیرکلامی، اثر گروه ($F(2, 27)=18/59, p<0.001$)، اثر زمان ($F(2, 27)=18/59, p<0.001$) و تعامل زمان × گروه ($F(4, 54)=247/04, p<0.001$) معنادار بود. در مؤلفه تنظیم عواطف نیز اثر گروه ($F(2, 27)=22/29, p<0.001$)، اثر زمان ($F(2, 27)=22/29, p<0.001$) و تعامل زمان × گروه ($F(4, 54)=1490/37, p<0.001$) معنادار گزارش شد. در مؤلفه مهارت گوش‌دادن، اثر گروه ($F(2, 27)=12/11, p<0.001$)،

اثر زمان ($F(1/59, 43/05)=133/56, p<0.001$) و تعامل زمان × گروه ($F(3/18, 43/05)=47/93, p<0.001$) معنادار بود. در مؤلفه بینش نسبت به فرایند ارتباط، اثر گروه ($F(2, 27)=9/07, p<0.001$)، اثر زمان ($F(1/49, 40/38)=138/72, p<0.001$) و تعامل زمان × گروه ($F(2/99, 40/38)=40/54, p<0.001$) معنادار گزارش شد. در مؤلفه ارتباط توأم با قاطعیت نیز اثر گروه ($F(2, 27)=16/8, p<0.001$)، اثر زمان ($F(4, 54)=249/8, p<0.001$) و تعامل زمان × گروه ($F(2, 54)=249/8, p<0.001$) معنادار بود. در مجموع، معناداری تعامل زمان × گروه در تمامی مؤلفه‌ها نشان داد روند تغییر نمرات در طول زمان بین سه گروه متفاوت بوده است. بنابراین، برای تعیین محل تفاوت‌های بین‌گروهی، مقایسه زوجی گروه‌ها با اصلاح بنفرونی انجام شد که نتایج آن در **جدول ۶** ارائه شده است.

جدول ۶

آزمون تعقیبی بنفرونی

Table 6
Bonferroni Post Hoc Test

زیرمقیاس	گروه (I)	گروه (J)	(I-J)	خطای استاندارد	p	سطح اطمینان ۹۵٪ حد پایین	حد بالا
ارزیابی مجدد شناختی	بسته تدوینی	درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی	۳/۱	۰/۸۷	۰/۰۰۴	۰/۸۷	۵/۳۲
		گروه کنترل	۷/۱۶	۰/۸۷	۰/۰۰۰۱	۴/۹۴	۹/۳۹
	درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی	بسته تدوینی	-۳/۱	۰/۸۷	۰/۰۰۴	-۵/۳۲	-۰/۸۷
		گروه کنترل	۴/۰۶	۰/۸۷	۰/۰۰۰۱	۱/۸۴	۶/۲۹
سرکوب	گروه کنترل	بسته تدوینی	-۷/۱۶	۰/۸۷	۰/۰۰۰۱	-۹/۳۹	-۴/۹۴
		درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی	-۴/۰۶	۰/۸۷	۰/۰۰۰۱	-۶/۲۹	-۱/۸۴
	بسته تدوینی	درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی	-۱/۸	۰/۵۶	۰/۰۰۸	-۳/۳	-۰/۴

زیرمقیاس	گروه (I)	گروه (J)	(I-J)	خطای استاندارد	p	سطح اطمینان ۹۵٪	
						حد پایین	حد بالا
ابرازگری	درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی	گروه کنترل	-۵/۲	۰/۵۶	۰/۰۰۰۱	-۶/۶	-۳/۷
		بسته تدوینی	۱/۸	۰/۵۶	۰/۰۰۸	۰/۴۱	۳/۳
		گروه کنترل	-۳/۳	۰/۵۶	۰/۰۰۰۱	-۴/۷	-۱/۸
		بسته تدوینی	۵/۲	۰/۵۶	۰/۰۰۰۱	۳/۷	۶/۶
		درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی	۳/۳	۰/۵۶	۰/۰۰۰۱	۱/۸	۴/۷
درک	بسته تدوینی	درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی	۳/۲۳	۰/۸۵	۰/۰۰۲	۱/۰۶	۵/۴
		گروه کنترل	۵/۱۳	۰/۸۵	۰/۰۰۰۱	۲/۹۶	۷/۳
		بسته تدوینی	-۳/۲۳	۰/۸۵	۰/۰۰۲	-۵/۴	-۱/۰۶
		گروه کنترل	۱/۹	۰/۸۵	۰/۱۰۲	-۰/۲۷	۴/۰۷
		بسته تدوینی	-۵/۱۳	۰/۸۵	۰/۰۰۰۱	-۷/۳	-۲/۹۶
پیام‌های کلامی و غیرکلامی	گروه کنترل	درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی	-۱/۹	۰/۸۵	۰/۱۰۲	-۴/۰۷	۰/۲۷
		درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی	۳/۸	۱/۱۵	۰/۰۰۸	۰/۸۵	۶/۷۴
		گروه کنترل	۷/۷	۱/۱۵	۰/۰۰۰۱	۴/۷۵	۱۰/۶۴
		بسته تدوینی	-۳/۸	۱/۱۵	۰/۰۰۸	-۶/۷۴	-۰/۸۵
		گروه کنترل	۳/۹	۱/۱۵	۰/۰۰۷	۰/۹۵	۶/۸۴
تنظیم عواطف	گروه کنترل	بسته تدوینی	-۷/۷	۱/۱۵	۰/۰۰۰۱	-۱۰/۶۴	-۴/۷۵
		درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی	-۳/۹	۱/۱۵	۰/۰۰۷	-۶/۸۴	-۰/۹۵
		درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی	۲/۰۶	۰/۶۰	۰/۰۰۶	۰/۵۳	۳/۶
		گروه کنترل	۲/۸۶	۰/۶۰	۰/۰۰۰۱	۱/۳۳	۴/۴
		بسته تدوینی	-۲/۰۶	۰/۶۰	۰/۰۰۶	-۳/۶	-۰/۵۳
گوش‌دادن	ذهن آگاهی	گروه کنترل	۰/۸	۰/۶۰	۰/۵۸۳	-۰/۷۳	۲/۳۳
		بسته تدوینی	-۲/۸۶	۰/۶۰	۰/۰۰۰۱	-۴/۴۰	-۱/۳۳
		درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی	-۰/۸	۰/۶۰	۰/۵۸۳	-۲/۳۳	۰/۷۳
		درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی	۰/۷۶	۰/۵۴	۰/۵۰۴	-۰/۶۱	۲/۱۴
		گروه کنترل	۲/۲۶	۰/۵۴	۰/۰۰۱	۰/۸۸	۳/۶۴
بینش نسبت به فرایند ارتباط	ذهن آگاهی	بسته تدوینی	-۰/۷۶	۰/۵۴	۰/۵۰۴	-۲/۱۴	۰/۶۱
		گروه کنترل	۱/۵	۰/۵۴	۰/۰۳	۰/۱۱	۲/۸۸
		بسته تدوینی	-۲/۲۶	۰/۵۴	۰/۰۰۱	-۳/۶۴	-۰/۸۸
		گروه کنترل	-۱/۵	۰/۵۴	۰/۰۳	-۲/۸۸	-۰/۱۱
		درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی	۱/۶۶	۰/۵۵	۰/۰۱۶	۰/۲۵	۳/۰۷
ارتباط توأم با قاطعیت	گروه کنترل	درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی	۳/۲	۰/۵۵	۰/۰۰۰۱	۱/۷۹	۴/۶
		بسته تدوینی	-۱/۶۶	۰/۵۵	۰/۰۱۶	-۳/۰۷	-۰/۲۵
		گروه کنترل	۱/۵۳	۰/۵۵	۰/۰۳	۰/۱۲	۲/۹۴
		بسته تدوینی	-۳/۲	۰/۵۵	۰/۰۰۰۱	-۴/۶	-۱/۷۹
		درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی	-۱/۵۳	۰/۵۵	۰/۰۳	-۲/۹	-۰/۱۲

بحث

پژوهش حاضر با هدف تدوین و بررسی اثربخشی یک بسته درمانی مبتنی بر تنظیم هیجان و مقایسه آن با درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی در بهبود تنظیم هیجان و مهارت‌های ارتباطی زنان مبتلا به اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی از نوع نقص توجه انجام شد. یافته‌ها نشان داد هر دو مداخله در مقایسه با گروه کنترل موجب نمرات بالاتر تنظیم هیجان و مهارت‌های ارتباطی شدند، اما بسته درمانی تدوین‌شده در بیشتر مؤلفه‌ها اثربخشی بیشتری نسبت به درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی داشت و این تفاوت در مرحله پیگیری نیز حفظ شد. این الگوی یافته‌ها نشان می‌دهد مداخلات هدفمند مبتنی بر تنظیم هیجان می‌توانند علاوه بر کاهش مشکلات هیجانی، پیامدهای بین‌فردی اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی را نیز به شکلی پایدارتر بهبود بخشند.

این یافته با دیدگاه‌های مطرح‌شده درباره اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی هم‌سو است که بدتنظیمی هیجانی را صرفاً یک پیامد ثانویه نمی‌دانند و بر نقش آن در تبیین بخشی از مشکلات این اختلال تأکید دارند (Barkley, 2015; Beheshti et al., 2020). مطابق این دیدگاه، افراد مبتلا به نقص توجه/بیش‌فعالی در شناسایی، تعدیل و ابراز هیجان با دشواری بیشتری مواجه هستند و همین امر ممکن است با واکنش‌های هیجانی شدیدتر، استفاده بیشتر از راهبردهای ناسازگارانه تنظیم هیجان و تضعیف روابط بین‌فردی همراه باشد (Zelazo, 2020; Groves et al., 2020). بنابراین، انتظار می‌رود مداخله‌ای که به طور مستقیم این فرایندها را هدف قرار می‌دهد، در بهبود سازگاری هیجانی و عملکرد بین‌فردی اثربخش باشد؛ الگویی که در پژوهش حاضر نیز مشاهده شد.

یافته‌ها نشان داد در مؤلفه ارزیابی مجدد شناختی، هر سه مقایسه بین بسته تدوینی و درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی ($p=0.004$)، بسته تدوینی و کنترل ($p<0.001$) و درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و کنترل ($p<0.001$) معنادار بود. در سرکوب ابرازگری، هر سه مقایسه بین بسته تدوینی و درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی ($p=0.008$)، بسته تدوینی و کنترل ($p<0.001$) و درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و کنترل ($p<0.001$) معنادار بود. در درک پیام‌های کلامی و غیرکلامی، تفاوت بسته تدوینی با درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی ($p=0.002$) و کنترل ($p<0.001$) معنادار بود، اما تفاوت درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و کنترل معنادار نبود ($p=0.102$). در تنظیم عواطف، هر سه مقایسه شامل بسته تدوینی با درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی ($p=0.008$)، بسته تدوینی با کنترل ($p<0.001$) و درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی با کنترل ($p=0.007$) معنادار بود. در گوش‌دادن، تفاوت بسته تدوینی با درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی ($p=0.006$) و کنترل ($p<0.001$) معنادار بود، اما تفاوت درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و کنترل معنادار نبود ($p=0.583$). در بیش‌نسبت به فرایند ارتباط، تفاوت بسته تدوینی با کنترل ($p=0.001$) و درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی با کنترل ($p=0.030$) معنادار بود، اما تفاوت بسته تدوینی و درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی معنادار نشد ($p=0.504$). در ارتباط توأم با قاطعیت، تفاوت بسته تدوینی با درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی ($p=0.016$) و کنترل ($p<0.001$) و نیز تفاوت درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی با کنترل ($p=0.030$) معنادار بود.

تفاوت اصلی بسته درمانی تدوین‌شده با درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی در هدف و ساختار مداخله است. درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی با تکیه بر تمرین‌های ذهن‌آگاهی، افزایش آگاهی لحظه‌ای و پذیرش غیرقضاوتی تجربه‌های درونی را دنبال می‌کند (Segal et al., 2012)؛ در حالی که بسته حاضر بر آموزش مستقیم راهبردهای تنظیم هیجان، مهارت‌های ارتباطی و خودشفقتی تمرکز دارد. به عبارت دیگر، ذهن‌آگاهی در درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی هسته اصلی درمان است، اما در پروتکل حاضر صرفاً به عنوان یکی از فنون کمکی برای تسهیل یادگیری مهارت‌های تنظیم هیجان استفاده شد. این تفاوت در ساختار درمان می‌تواند یکی از دلایل اثربخشی بیشتر بسته تدوین‌شده در بهبود تنظیم هیجان و مهارت‌های ارتباطی باشد.

یافته‌های مربوط به زیرمقیاس‌های تنظیم هیجان نیز این تبیین را تأیید می‌کند. در مؤلفه ارزیابی مجدد شناختی، هر دو درمان موجب افزایش استفاده از این راهبرد سازگاران‌ه شدند، اما میزان این افزایش در گروه دریافت‌کننده بسته درمانی بیشتر بود. ارزیابی مجدد شناختی مستلزم بازتفسیر موقعیت پیش از بروز پاسخ هیجانی است و به فرایندهایی مانند انعطاف‌پذیری شناختی کنترل، توجه ارتباط دارد (Gross, 2015). آموزش مستقیم این مهارت‌ها می‌تواند توانایی شرکت‌کنندگان را در ارزیابی مجدد شناختی موقعیت‌های تنش‌زا افزایش دهد. چنین تغییری می‌تواند به کاهش واکنش‌های هیجانی افراطی، سوءبرداشت‌های بین‌فردی و تعارض‌های ارتباطی کمک کند (Ford & Troy, 2019). در مقابل، کاهش معنادار سرکوب ابرازگری نشان می‌دهد شرکت‌کنندگان پس از مداخله، کمتر از راهبردهای ناسازگاران‌ه برای مدیریت هیجان استفاده کرده‌اند.

سرکوب هیجان اگرچه ممکن است در کوتاه‌مدت از بروز واکنش هیجانی جلوگیری کند، در بلندمدت با افزایش فشار روانی، کاهش صمیمیت و افت کیفیت روابط همراه است (Dryman & Heimberg, 2018)؛ Gross, 2015). آموزش مستقیم شناسایی، پذیرش و ابراز سازگاران‌ه هیجان در بسته تدوین‌شده نیاز به استفاده از این راهبرد ناسازگار را کاهش داده است؛ در حالی که درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی عمده‌تاً از مسیر افزایش پذیرش تجربه‌های هیجانی چنین تغییری را ایجاد می‌کند. (Segal et al., 2012).

در حوزه مهارت‌های ارتباطی نیز الگوی نتایج نشان داد بسته تدوینی در بیشتر مؤلفه‌ها با عملکردی مطلوب‌تر همراه بود. این یافته ممکن است ناشی از تمرکز مستقیم بسته بر تنظیم هیجان، کنترل تکانه، خودپایشگری و مهارت‌های ارتباطی باشد؛ فرایندهایی که می‌توانند پردازش نشانه‌های کلامی و غیرکلامی، گوش‌دادن، درک نقش خود در تعاملات و بیان قاطعانه خواسته‌ها و احساسات را تسهیل کنند. این تبیین با شواهد مربوط به ارتباط میان تنظیم هیجان، کنترل توجه، پردازش نشانه‌های اجتماعی و شایستگی ارتباطی هم‌سو است (Kofler et al., 2019; Kluger & Itzchakov, 2022)؛ Martella et al., 2020; Riggio, 2017; Snyder & Lopez, 2011; Speed et al., 2018; Thorell et al., 2020).

با این حال، برتری بسته تدوینی در همه مؤلفه‌ها یکسان نبود. در بینش نسبت به فرایند ارتباط، تفاوت بین بسته تدوینی و درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی معنادار نشد ($p=0.504$)؛ در حالی که هر دو مداخله در مقایسه با گروه کنترل تفاوتی معنادار داشتند (به‌ترتیب $p=0.001$ و $p=0.030$). این الگو می‌تواند نشان دهد افزایش خودآگاهی و توجه به تجربه‌های هیجانی و

الگوهای ارتباطی از فرایندهای مشترک دو درمان است و الزاماً به مداخله اختصاصی مبتنی بر تنظیم هیجان وابسته نیست. همچنین در درک پیام‌های کلامی و غیرکلامی ($p=0/102$) و گوش‌دادن ($p=0/583$)، تفاوت درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی با گروه کنترل معنادار نبود؛ در حالی که بسته تدوینی در هر دو مؤلفه با گروه کنترل تفاوتی معنادار داشت ($p<0.001$). بنابراین، به نظر می‌رسد افزایش آگاهی و توجه که در درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی مورد تأکید است، اگرچه می‌تواند زمینه لازم برای بهبود تعاملات را فراهم کند، لزوماً برای تغییر مستقیم برخی از مهارت‌های ارتباطی کافی نیست؛ در مقابل، بسته تدوینی این مهارت‌ها را به صورت مستقیم‌تر آموزش و تمرین کرده است.

معنادارنشدن برخی از مقایسه‌ها نباید به معنای بی‌اثری مداخله تلقی شود. در گوش‌دادن، برای مثال، اختلاف میانگین درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی و کنترل ۰/۸۰ بود، اما این تفاوت از نظر آماری معنادار نشد ($p=0.583$). در درک پیام‌های کلامی و غیرکلامی نیز اختلاف میانگین ۱/۹۰ مشاهده شد، اما تفاوت به سطح معناداری نرسید ($p=0.102$). چنین نتایجی می‌تواند تحت تأثیر اندازه تفاوت، پراکندگی نمرات، خطای استاندارد و حجم محدود نمونه قرار گیرند. علاوه بر این، تصحیح بنفرونی روشی محافظه‌کارانه برای کنترل خطای نوع اول در شرایط انجام چندین مقایسه است و در مقایسه با آزمون بدون اصلاح، احتمال معنادارشدن تفاوت‌های کوچک‌تر را کاهش می‌دهد. بنابراین، وجود تفاوت عددی میان میانگین‌ها بدون معناداری آماری صرفاً جهت تفاوت مشاهده‌شده را نشان می‌دهد و نباید به عنوان شواهد قطعی اثربخشی یا برتری یک مداخله تفسیر شود. از سوی دیگر، ناهمگونی الگوی معناداری‌ها

نشان می‌دهد اثر مداخلات بر همه ابعاد تنظیم هیجان و ارتباطات به یک اندازه نیست. برای نمونه، در بینش نسبت به فرایند ارتباط، تفاوت دو مداخله معنادار نبود؛ در حالی که بسته تدوینی در مقایسه با درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی در ارزیابی مجدد شناختی، سرکوب ابرازگری، درک پیام‌های کلامی و غیرکلامی، تنظیم عواطف، گوش‌دادن و ارتباط توأم با قاطعیت تفاوتی معنادار نشان داد. این الگو می‌تواند نشان‌دهنده حساسیت متفاوت مؤلفه‌های ارتباطی به نوع مداخله باشد. به بیان دیگر، بخشی از تغییرات احتمالاً از فرایندهای مشترک درمانی مانند افزایش خودآگاهی و توجه ناشی شده و بخشی دیگر به هدف‌گیری مستقیم تنظیم هیجان، کارکردهای اجرایی و مهارت‌های رفتاری در بسته تدوینی مربوط است.

همگرایی برخی از مؤلفه‌های بسته تدوینی با مفاهیم محوری روان‌شناسی مثبت‌نگر، از جمله خودشفقتی، تنظیم هیجان سازگارانه و روابط بین‌فردی مؤثر، نیز جالب توجه است. پژوهش‌های اخیر نشان داده‌اند خودشفقتی با سلامت روان و کیفیت زندگی بهتر در بزرگسالان مبتلا به اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی ارتباط دارد (Paley et al., 2025; eaton et al., 2022). بنابراین، گنجاندن خودشفقتی و مهارت‌های سازگارانه تنظیم هیجان در مداخلات اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی می‌تواند فراتر از کاهش نشانه‌های اصلی اختلال، ابعادی گسترده‌تر از سازگاری روان‌شناختی و بین‌فردی را هدف قرار دهد.

از نظر بالینی، یافته‌های این پژوهش نشان می‌دهد مداخلات مبتنی بر تنظیم هیجان می‌توانند به عنوان یک رویکرد مؤثر برای بهبود مشکلات هیجانی و بین‌فردی زنان مبتلا به اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی از نوع نقص

توجه استفاده شود. بنابراین، استفاده از این بسته درمانی در مراکز درمانی، کلینیک‌های روان‌شناسی و برنامه‌های بازتوانی بزرگسالان مبتلا به اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی می‌تواند به ارتقای عملکرد هیجانی و بین‌فردی این افراد کمک کند.

پژوهش حاضر با چند محدودیت روش‌شناختی همراه بود که در تفسیر یافته‌ها باید مدنظر قرار گیرند. نخست، تمرکز انحصاری بر زنان مبتلا با زیرنوع نقص‌توجه، اگرچه همگنی بالینی نمونه را افزایش می‌دهد، امکان تعمیم نتایج به مردان یا سایر زیرنوع‌های بیش‌فعالی/نقص توجه را محدود می‌کند. دوم، طرح شبه‌آزمایشی به جای کارآزمایی تصادفی‌سازی‌شده کنترل‌شده، احتمال سوگیری‌های انتخابی را افزایش می‌دهد. سوم، اتکای صرف به ابزارهای خودگزارشی، بدون استفاده از ارزیابی‌های چندمنبعی یا عینی، ممکن است تحت تأثیر سوگیری‌های پاسخ‌دهی قرار گرفته باشد. چهارم، دوره پیگیری دوماهه برای ارزیابی پایداری بلندمدت اثر درمان کافی نیست. پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های آینده این بسته درمانی را در نمونه‌های بزرگ‌تر، در مردان و سایر زیرنوع‌های اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی، با دوره‌های پیگیری طولانی‌تر و با استفاده از شاخص‌های عصب‌روان‌شناختی، ارزیابی‌های عملکردی، گزارش اطرافیان و بررسی نقش میانجی تنظیم هیجان در رابطه بین مداخله و بهبود مهارت‌های ارتباطی، از طریق مدل‌های تحلیل میانجی بررسی کنند.

در مجموع، یافته‌های این پژوهش نشان داد بسته درمانی مبتنی بر تنظیم هیجان، علاوه بر بهبود راهبردهای تنظیم هیجان، موجب ارتقای ابعاد مختلف مهارت‌های ارتباطی زنان مبتلا به اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی از نوع نقص توجه شد و در بیشتر مؤلفه‌ها اثربخشی

بیشتری نسبت به درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی نشان داد. این نتایج از این دیدگاه حمایت می‌کنند که هدف قرار دادن مستقیم فرایندهای تنظیم هیجان می‌تواند یکی از مسیرهای مؤثر برای کاهش مشکلات هیجانی و بین‌فردی در بزرگسالان مبتلا به اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی باشد. از این رو، بسته درمانی تدوین‌شده می‌تواند به عنوان یکی از گزینه‌های درمان روان‌شناختی در برنامه‌های درمانی زنان مبتلا به بیش‌فعالی/نقص توجه از نوع نقص توجه مورد استفاده قرار گیرد؛ هرچند تأیید نهایی اثربخشی آن مستلزم انجام کارآزمایی‌های تصادفی‌سازی‌شده با نمونه‌های بزرگ‌تر و دوره‌های پیگیری طولانی‌تر است.

منابع

حسین‌چاری، م.، و فداکار داورانی، م. (۱۳۸۴). بررسی تأثیر دانشگاه بر مهارت‌های ارتباطی بر اساس مقایسه دانش‌آموزان و دانشجویان. *دانشور رفتار*، ۱۲(۵)، ۲۱-۳۲.

<https://sid.ir/paper/46387/fa>

رحمانی، ج. (۱۳۸۶). پایایی، روایی و هنجاریابی آزمون ماتریس‌های پیش‌رونده ریون پیشرفته در دانشجویان دانشگاه آزاد واحد خوراسگان. *دانش و پژوهش در روان‌شناسی کاربردی*، ۹(۴)، ۷۴-۶۱.

<https://sid.ir/paper/163785/fa>

عافی، ا.، استکی، م.، مداحی، م.، و حسنی، ف. (۱۳۹۹). مقایسه اثربخشی شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و کاربرد نوروفیدبک بر خودتنظیمی هیجانی کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی. *مطالعات ناتوانی*، ۱۰(۱).

<http://jdisabilstud.org/article-1-1858-fa.html>

عبدالله‌زاده، ز.، مشهدی، ع.، بیگدلی، ا. ا. و طیبی، ز. (۱۴۰۰). اثربخشی درمان ذهن‌آگاهی کودک بر نشانه

- <http://jdisabilstud.org/article-1-1858-fa.html> [In Persian]
- American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-V-TR*.
<https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787>
- Ames, D. R., Lee, A., & Wazlawek, A. S. (2017). Interpersonal assertiveness: Inside the balancing act. *Social and Personality Psychology Compass*, 11(6).
<https://doi.org/10.1111/spc3.12317>
- Amiri, S., Ghoreishizadeh, M. A., Sadeghi-Bazargani, H., Jonggoo, M., Golmirzaei, J., Abdi, S., Safikhanlo, S., & Asadollahi, A. (2014). Prevalence of Adult Attention Deficit Hyperactivity Disorder (Adult ADHD): Tabriz. *Iran Journal of Psychiatry*, 9(2), 83-88.
<https://ijps.tums.ac.ir/index.php/ijps/article/view/112>
- Arnold, L. E., Hodgkins, P., Kahle, J., Madhoo, M., & Kewley, G. (2020). Long-term outcomes of ADHD: Academic achievement and performance. *Journal of Attention Disorders*, 24(1), 73-85.
<https://doi.org/10.1177/1087054714566076>
- Ayano, G., Tsegay, L., Gizachew, Y., Necho, M., Yohannes, K., Abraha, M., ..., & Alati, R. (2023). Prevalence of attention deficit hyperactivity disorder in adults: Umbrella review of evidence generated across the globe. *Psychiatry Res*, 328, 115449.
<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2023.115449>
- Bachmann, K., Lam, A. P., & Philipsen, A. (2016). Mindfulness-based cognitive therapy and the adult ADHD brain: A neuropsychotherapeutic perspective. *Frontiers in Psychiatry*, 7.
<https://doi.org/10.3389/fpsy.2016.00117>
- Barkley, R. A. (2015). *Attention deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment* (4th ed.). Guilford Press.
- Beaton, D., Sirois, F., & Milne, E. (2022). The role of self-compassion in the mental health of adults with ADHD. *Journal of Clinical Psychology*, 78(12), 2497-2512.
<https://doi.org/10.1002/jclp.23354>
- Beheshti, A., Chavanon, M. L., & Christiansen, H. (2020). Emotion dysregulation in adults with attention deficit hyperactivity disorder: A meta-analysis. *BMC Psychiatry*, 20(1), 120.
<https://doi.org/10.1186/s12888-020-2442-7>
- Cairncross, M., & Miller, C. J. (2020). The effectiveness of mindfulness-based therapies for
- های اصلی و نارسایی کنش‌های اجرایی کودکان مبتلا به اختلال کم‌توجهی-بیش‌فعالی. پژوهش‌های علوم شناختی و رفتاری، ۱۱(۱)، ۱۰۷-۱۲۴.
<https://doi.org/10.22108/cbs.2022.129077.1546>
- کاظمی، ن.، کوشکی، ش.، و امامی‌پور، س. (۱۴۰۱). اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و بازی درمانی شناختی رفتاری بر توجه پایدار و حافظه فعال در کودکان با نقص توجه بیش‌فعالی. مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد، ۶۵(۱)، ۲۵۷-۲۶۹.
<https://doi.org/10.22038/mjms.2021.56346.3280>
- کیانی، ب.، و هادیان‌فرد، ح. (۱۳۹۵). تأثیر مداخله مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر برنامه‌ریزی نوجوانان با علایم زیر آستانه تشخیص اختلال نقص توجه-بیش‌فعالی در آزمون برج لندن. روش‌ها و مدل‌های روان‌شناختی، ۲۳(۷)، ۱۱۵-۱۳۳.
<https://sid.ir/paper/227425/fa>
- مختاری، ح.، ربیعی، م.، و سلیمی، س. (۱۳۹۴). ویژگی‌های روان‌سنجی نسخه فارسی مقیاس خودسنجی بیش‌فعالی و نقص توجه بزرگسالان. روان‌پزشکی و روانشناسی بالینی ایران (اندیشه و رفتار)، ۲۱(۳)، ۲۴۴-۲۵۳.
<https://www.sid.ir/paper/17099/fa>

References

- Abdolahzadeh, Z., Mashhadi, A., Bigdeli, I., & Tabibi, Z. (2021). The effectiveness of child mindfulness therapy on the main symptoms and Executive dysfunctions of children with attention deficit/hyperactivity disorder. *Research in Cognitive and Behavioral Sciences*, 11(1), 107-124.
<https://doi.org/10.22108/cbs.2022.129077.1546> [In Persian]
- Afi, E., Esteki, M., Madahi, M., & Hasani, F. (2020). Comparing the effects of mindfulness-based cognitive therapy and neurofeedback on emotional self-regulation in children with attention deficit/hyperactivity disorder. *Middle Eastern Journal of Disability Studies*, 10(1).

- Abnormal Child Psychology*, 48(4), 525–537.
<https://doi.org/10.1007/s10802-019-00612-8>
- Heng, H., Zheng, Y., Zheng, F., Su, H., Tang, L., Zhao, Y., ..., & Yang, G. (2025). The role of self-compassion in mental health among early adulthood with ADHD symptoms: A network psychometric approach. *BMC Psychology*, 13, 777. <https://doi.org/10.1186/s40359-025-03120-1>
- Hepark, S., Janssen, L., de Vries, A., Schoenberg, P., Donders, R., Kan, C., & Speckens, A. (2019). The efficacy of adapted MBCT on core symptoms and executive functioning in adults with ADHD: A preliminary randomized controlled trial. *Journal of Attention Disorders*, 23(4), 351–362.
<https://doi.org/10.1177/1087054715613587>
- Hinshaw, S. P., Nguyen, P. T., O'Grady, S. M., & Rosenthal, E. A. (2022). Annual research review: Attention-deficit/hyperactivity disorder in girls and women. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 63(4), 484–510.
<https://doi.org/10.1111/jcpp.13480>
- Hosseinchari, M., & Fadakar, M. M. (2006). Investigating the effects of higher education on communication skills based on a comparison of college and high school students. *Danshvar Raftar*, 12(5), 21–32.
<https://sid.ir/paper/46387/en> [In Persian]
- Instanes, J. T., Klungsøyr, K., Halmøy, A., Fasmer, O. B., & Haavik, J. (2018). Adult ADHD and comorbid somatic disease: A systematic literature review. *Journal of Attention Disorders*, 22(3), 203–228.
<https://doi.org/10.1177/1087054716669589>
- Janssen, L., Kan, C. C., Carpentier, P. J., Sizoo, B., Hepark, S., Schellekens, M. P., ..., & Speckens, A. E. (2019). Mindfulness-based cognitive therapy v. treatment as usual in adults with ADHD: A multicentre, single-blind, randomised controlled trial. *Psychological Medicine*, 49(1), 55–65.
<https://doi.org/10.1017/S0033291718000429>
- Katzman, M. A., Bilkey, T. S., Chokka, P. R., Fallu, A., & Klassen, L. J. (2017). Adult ADHD and comorbid disorders: Clinical implications of a dimensional approach. *BMC Psychiatry*, 17, 302. <https://doi.org/10.1186/s12888-017-1463-3>
- Kazemi, N., Kooshki, S., & Emamipour, S. (2022). Effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy and cognitivebehavioral play therapy on sustained attention and working memory in ADHD: A meta-analytic review. *Journal of Attention Disorders*, 24(5), 627–643.
<https://doi.org/10.1177/1087054715625301>
- Dryman, M. T., & Heimberg, R. G. (2018). Emotion regulation in social anxiety and depression: A systematic review of expressive suppression and cognitive reappraisal. *Clinical Psychology Review*, 65, 17–42.
<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2018.07.004>
- Ford, B. Q., & Troy, A. S. (2019). Reappraisal reconsidered: A closer look at the costs of an acclaimed emotion-regulation strategy. *Current Directions in Psychological Science*, 28(2), 195–203. <https://doi.org/10.1177/0963721419827526>
- Foroughi, A. A., Parvizifard, A., Sadeghi, K., & Parsa Moghadam, A. (2021). Psychometric properties of the Persian version of the Emotion Regulation Questionnaire. *Trends in Psychiatry and Psychotherapy*, 43(2), 101–107.
<https://doi.org/10.47626/2237-6089-2018-0106>
- Friedman, N. P., & Robbins, T. W. (2022). The role of prefrontal cortex in cognitive control and executive function. *Neuropsychopharmacology*, 47(1), 72–89. <https://doi.org/10.1038/s41386-021-01132-0>
- Gjervan, B., Torgersen, T., Nordahl, H. M., & Rasmussen, K. (2012). Functional impairment and occupational outcome in adults with ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 16(7), 544–552.
<https://doi.org/10.1177/1087054711413074>
- Gordon, C. T., & Fabiano, G. A. (2019). The transition of youth with ADHD into the workforce: Review and future directions. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 22(3), 316–347. <https://doi.org/10.1007/s10567-019-00274-4>
- Gross, J. J. (2015). Emotion regulation: Current status and future prospects. *Psychological Inquiry*, 26(1), 26–21.
<https://doi.org/10.1080/1047840x.2014.940781>
- 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), 348–362.
<https://doi.org/10.1037/0022-3514.85.2.348>
- Groves, N. B., Kofler, M. J., Wells, E. L., Day, T. N., & Chan, S. M. E. (2020). An examination of relations among working memory, ADHD symptoms, and emotion regulation. *Journal of*

- Mokhtari, H., Rabiei, M., & Salimi, S. H. (2015). Psychometric properties of the Persian version of adult attention-deficit/hyperactivity disorder self-report scale. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*, 21(3), 244-253. <https://sid.ir/paper/17099/en> [In Persian]
- Neff, K. D., & Germer, C. K. (2018). *The mindful self-compassion workbook*. Guilford Press.
- Ostinelli, E. G., Schulze, M., Zangani, C., Farhat, L. C., Tomlinson, A., Del Giovane, C., ..., & Cortese, S. (2025). Comparative efficacy and acceptability of pharmacological, psychological, and neurostimulatory interventions for ADHD in adults :A systematic review and component network meta-analysis. *Lancet Psychiatry*, 12(1), 32-43. [https://doi.org/10.1016/s2215-0366\(24\)00360-2](https://doi.org/10.1016/s2215-0366(24)00360-2)
- Paley, T., Maeir, A., & Shor, R. (2025). Comprehending self-compassion manifestations and their relationships among adults diagnosed with ADHD: A foundation for recovery-based interventions. *British Journal of Occupational Therapy*, 88(3), 142-148. <https://doi.org/10.1177/03080226241296684>
- Pelham, W. E., Page, T. F., Altszuler, A. R., Gnagy, E. M., & Molina, B. S. (2020). The long-term financial outcome of children diagnosed with ADHD. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 88(2), 160-171. <https://doi.org/10.1037/ccp0000461>
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2006). The content validity index: Are you sure you know what's being reported? Critique and recommendations. *Research in Nursing & Health*, 29(5), 489-497. <https://doi.org/10.1002/nur.20147>
- Queendom. (2004). *Communication Skills Test-Revised*. <http://www.queendom.com/cgi-bin/tests/transsfer.cgi>
- Quinn, P. O., & Madhoo, M. (2014). A review of attention-deficit/hyperactivity disorder in women and girls: Uncovering this hidden diagnosis. *Primary Care Companion for CNS Disorders*, 16(3). <https://doi.org/10.4088/PCC.13r01596>
- Rahmani, J. (2008). The reliability and validity of Raven's Progressive Matrices Test among the students of Azad Khorasgan University. *Knowledge & Research in Applied Psychology*, 9(4), 61-74. <https://sid.ir/paper/163785/en> [In Persian]
- Riggio, R. E. (2017). *Social Skills Inventory Manual* (2nd ed.). Mind Garden.
- children with Attention deficit-hyperactivity disorder. *Medical Journal of Mashhad University of Medical Sciences*, 65(1), 257-269. <https://doi.org/10.22038/mjms.2021.56346.3280> [In Persian]
- Kiani, B., & Hadianfard, H. (2016). The impacts of intervention based on mindfulness on planning of adolescents with subthreshold symptoms of attention deficit-hyperactivity disorder in the Tower of London Test. *Journal of Psychological Models and Methods*, 23(7), 115-133. https://jpmm.marvdasht.iau.ir/article_1908.html [In Persian]
- Kluger, A. N., & Itzchakov, G. (2022). The power of listening at work. *Annual Review of Organizational Psychology and Organizational Behavior*, 9, 121-146. <https://doi.org/10.1146/annurev-orgpsych-012420-091013>
- Knouse, L. E., Cooper-Vince, C., Sprich, S., & Safren, S. A. (2008). Recent developments in the psychosocial treatment of adult ADHD. *Expert Rev Neurother*, 8(10), 1537-1548. <https://doi.org/10.1586/14737175.8.10.1537>
- Kofler, M. J., Irwin, L. N., Soto, E. F., & Groves, N. B., Harmon, Sh. L., & Sarver, D. E. (2019). Executive functioning heterogeneity in pediatric ADHD. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 47(2), 273-286. <https://doi.org/10.1007/s10802-018-0438-2>
- Landis, J. R., & Koch, G. G. (1977). The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics*, 33(1), 159-174. <https://doi.org/10.2307/2529310>
- Lawshe, C. H. (1975). A quantitative approach to content validity. *Personnel Psychology*, 28(4), 563-575. <https://doi.org/10.1111/j.1744-6570.1975.tb01393.x>
- Linehan, M. M. (2015). *DBT skills training manual* (2nd ed.). Guilford.
- London, A. S., & Landes, S. D. (2019). Cohort change in the prevalence of ADHD among U.S. adults: Evidence of a gender-specific historical period effect. *Journal of Attention Disorders*. <https://doi.org/10.1177/1087054719855689>
- Martella, D., Aldunate, N., Fuentes, L. J., & Sánchez-Pérez, N. (2020). Arousal and executive alterations in ADHD. *Frontiers in Psychology*, 11, 1991. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.01991>

- systematic review. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 18(4), 1507-1523.
<https://doi.org/10.18863/pgy.1830705>
- Whitehead, A. L., Julious, S. A., Cooper, C. L., & Campbell, M. J. (2016). Estimating the sample size for a pilot randomised trial to minimize the overall trial sample size for the external pilot and main trial for a continuous outcome variable. *Statistical Methods in Medical Research*, 25(3), 1057–1073.
<https://doi.org/10.1177/0962280215588241>
- Whitley, B., & Berking, M. (2014). *Affect regulation training: A practitioner's manual*. Springer.
- Willcutt, E. G., Nigg, J. T., Pennington, B. F., Solanto, M. V., Rohde, L. A., Tannock, R., ..., & Lahey, B. B. (2012). Validity of DSM-IV attention deficit/hyperactivity disorder symptom dimensions and subtypes. *Journal of Abnormal Psychology*, 121(4), 991-1010.
<https://doi.org/10.1037/a0027347>
- Williams, T., Horstmann, L., Kayani, L., Lim, A. X. H., Russell, A., Ford, T., ..., & Martin, J. (2025). An item-level systematic review of the presentation of ADHD in females. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 171, 106064.
<https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2025.106064>
- Zamani, L., Shahrivar, Z., Alaghband-Rad, J., Sharifi, V., Davoodi, E., Ansari, S., ..., & Asherson, P. (2021). Reliability, criterion and concurrent validity of the Farsi translation of DIVA-5: A semi-structured diagnostic interview for adults with ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 25(12), 1712–1723.
<https://doi.org/10.1177/1087054720930816>
- Zelazo, P. D. (2020). Executive function and psychopathology: A neurodevelopmental perspective. *Annual Review of Clinical Psychology*, 16, 431–454.
<https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-072319-024242>
- Zylowska, L., & Mitchell, J. T. (2021). *Mindfulness for adult ADHD: A clinician's guide*. Guilford Press.
- Rucklidge, J. J. (2010). Gender differences in attention-deficit/hyperactivity disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 33(2), 357–373.
<https://doi.org/10.1016/j.psc.2010.01.006>
- Safren, S. A., Sprich, S. E., Perlman, C. A., & Otto, M. W. (2017). *Mastering your adult ADHD: A cognitive-behavioral treatment program* (2nd ed.). Oxford University Press.
- Segal, Z. V., Williams, J. M. G., & Teasdale, J. D. (2012). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression* (2nd ed.). Guilford Press.
- Shaw, P., Stringaris, A., Nigg, J., & Leibenluft, E. (2014). Emotion dysregulation in attention-deficit hyperactivity disorder. *American Journal of Psychiatry*, 171(3), 276-293.
<https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2013.13070966>
- Snyder, C. R., & Lopez, S. J. (2011). *Positive psychology: The scientific and practical explorations of human strengths*. Sage.
- Solanto, M. V. (2011). *Cognitive-behavioral therapy for adult ADHD: Targeting executive dysfunction*. Guilford Press.
<https://doi.org/10.1093/arclin/acs091>
- Soler-Gutiérrez, A. M., Pérez-González, J. C., & Mayas, J. (2023). Evidence of emotion dysregulation as a core symptom of adult ADHD: A systematic review. *PLoS One*, 18(1).
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0280131>
- Speed, B. C., Goldstein, B. L., & Goldfried, M. R. (2018). Assertiveness training: A forgotten evidence-based treatment. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 25(1).
<https://doi.org/10.1111/cpsp.12216>
- Thorell, L. B., Tilling, H., & Sjöwall, D. (2020). Emotion dysregulation in adult ADHD: Introducing the Comprehensive Emotion Regulation Inventory (CERI). *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 42(7), 747–758.
<https://doi.org/10.1080/13803395.2020.1800595>
- Turhan Arslan, H. S., & Sarıot Ertürk, Ö. (2026). Effect of psychotherapy interventions on emotion regulation in adults with ADHD: A