

Research Article

## The Effective of unified transdiagnostic treatment on emotional awareness, cognitive emotion regulation and positive and negative affect in anxious children

Authors

Monir Rahimi<sup>1</sup>, Mansore Bahramipour<sup>2\*</sup>

1. Master student, Department of Psychology, Isfahan Branch (Khorasgan), Islamic Azad University, Isfahan, Iran.
2. Assistant Professor, Department of Psycholog, Isfahan Branch (Khorasgan), Islamic Azad University, Isfahan, Iran.

Abstract

Receive Date:  
00/00/0000

Accept Date:  
00/00/0000



**Introduction:** The current research was conducted with the aim of the effectiveness of integrated trans diagnostic treatment on emotional awareness, cognitive regulation of emotions and positive and negative emotions of anxious children

**Method:** : The research method was semi-experimental with experimental and control groups and pre-test-post-test and a 45-day follow-up phase, which was selected by multi-stage random sampling among anxious children aged 8-12 years in the academic year of 2019-2019, and randomly selected in Two experimental and control groups (15 people each) were assigned. The experimental group received Ehrenreich (2019) integrated meta diagnostic treatment during 15 sessions of 40 minutes, while the control group did not receive any intervention. Research tools included anxiety questionnaire (SCAS), emotional awareness (EAQ-30), cognitive regulation of emotion (CERQ), positive and negative emotions scale (PANAS). The research data were analyzed through analysis of variance with repeated measurements and by SPSS-26 software.

**Result:** The results of the research showed that integrated meta-diagnostic treatment is effective on emotional awareness cognitive regulation of emotion and negative affect in anxious children aged 8 to 12 years, but the findings of the research are useful in relation to the effect of this treatment on improving the average score of positive affect in anxious children. , did not show.

**Discussion and conclusion:** It is concluded from the research that paying special attention to the interventions of anxious children and providing the necessary training to control anxiety in children that is within the framework of an appropriate approach (integrated transdia gnostic therapy) can improve emotional awareness, cognitive regulation of emotions and positive and negative emotions of anxious children. forgive Finally, according to the findings, integrated transdiagnostic treatment can be used as an effective treatment in the interventions of anxious children.

Keywords

emotional awareness, anxiety, cognitive regulation of emotion, integrated transdiagnostic treatment, positive and negative emotion.

Corresponding  
Author's E-mail

Bahramipourisfahani@yahoo.com

# اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه بر آگاهی هیجانی، تنظیم شناختی هیجان و عاطفه مثبت و منفی کودکان مضطرب

نویسندگان

منیر رحیمی<sup>۱</sup>، منصوره بهرامی پور<sup>۲\*</sup>

۱. دانشجوی کارشناسی ارشد، گروه روانشناسی، واحد اصفهان (خوراسگان)، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران.

۲. استادیار گروه روانشناسی، واحد اصفهان (خوراسگان)، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران. (نویسنده مسئول)

چکیده

**مقدمه:** پژوهش حاضر با هدف اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه بر آگاهی هیجانی، تنظیم شناختی هیجان و عاطفه مثبت و منفی کودکان مضطرب انجام شد.

تاریخ دریافت:  
..../../..

**روش:** روش پژوهش نیمه آزمایشی با گروه آزمایش و کنترل و پیش آزمون- پس آزمون و مرحله پیگیری ۴۵ روزه بود که به شیوه نمونه گیری تصادفی چند مرحله ای از بین کودکان مضطرب ۸-۱۲ ساله در سال تحصیلی ۱۴۰۰-۱۳۹۹ تعداد ۳۰ نفر انتخاب و به طور تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل (هر کدام ۱۵ نفر) گمارده شدند. گروه آزمایش درمان فراتشخیصی یکپارچه اهرنریج (۲۰۱۹) در طی ۱۵ جلسه ۴۰ دقیقه‌ای دریافت نمودند در حالی که گروه کنترل مداخله‌ای دریافت نمودند. ابزارهای پژوهش شامل پرسشنامه اضطراب (SCAS)، آگاهی هیجانی (EAQ-30)، تنظیم شناختی هیجان (CERQ)، مقیاس عواطف مثبت و منفی (PANAS) بود. داده‌های پژوهش از طریق تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر و به وسیله نرم افزار SPSS-26 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

تاریخ پذیرش:  
..../../..



**نتایج:** نتایج پژوهش نشان داد که درمان فراتشخیصی یکپارچه بر آگاهی هیجانی، تنظیم شناختی هیجان و عاطفه منفی کودکان مضطرب ۸ تا ۱۲ ساله موثر است ولی یافته‌های پژوهش سودمندی در رابطه با تاثیر این درمان بر بهبود میانگین نمره عاطفه مثبت در کودکان مضطرب، نشان نداد.

**بحث و نتیجه گیری:** ز پژوهش اینگونه نتیجه گیری میشود که توجه ویژه به مداخلات کودکان مضطرب و ارائه آموزشهای لازم جهت کنترل اضطراب در کودکان که در چارچوب رویکرد مناسب باشد (درمان فراتشخیصی یکپارچه) میتواند آگاهی هیجانی، تنظیم شناختی هیجان و عاطفه مثبت و منفی کودکان مضطرب را بهبود بخشد. در نهایت با توجه به یافته‌ها می‌توان درمان فراتشخیصی یکپارچه را به عنوان درمان موثر در مداخلات کودکان مضطرب به کار برد.

کلیدواژه‌ها

## مقدمه

هیجانی می نامند [۸]. برای مثال ابعاد مهمی چون شناخت نقاط قوت و ضعف روانی، شناخت درست و دقیق احساسات، آشنایی با نیازهای روانی، ترسیم اهداف واقعی به جای اهداف تخیلی، کمال گرایانه و ایجاد احساس ارزشمندی را در مهارت خودآگاهی هیجانی مدنظر قرار داده است [۹]. توجه به هیجان ها، آگاهی از هیجان ها و نحوه واکنش فیزیولوژیکی بدن، شناخت تصویرهای هیجانی در ذهن و شناخت افکار و هیجان هایی که بسیار استرس زا هستند، زمینه ای فراهم می آورند تا فرد آگاهی مواجهه ی مطلوب و موثر با آنها را داشته باشد و با کنترل هیجان ها، لحظه های شروع استرس را تشخیص داده و با آن مبارزه نماید [۱۰].

تنظیم هیجانی با فعال کردن شناخت های منفی در حافظه می تواند منجر به گوشه گیری از روابط بین فردی و در نتیجه مشکلات هیجانی از قبیل اضطراب گردد [۱۱]. از این رو، تنظیم هیجان فرآیندی است که توسط آن، افراد هیجان های خود (موقعی که هیجانی هستند) و چگونگی تجربه یا ابراز این هیجان ها را تحت نفوذ خود قرار می دهند. در واقع، تنظیم هیجان شکل خاصی از خودنظم بخشی است و به عنوان فرآیندهای بیرونی و درونی دخیل در بازبینی، ارزشیابی و تعدیل ظهور، شدت و طول مدت واکنش های هیجانی تعریف شده است که در سطوح ناهشیار، نیمه هشیار و هشیار به کار گرفته می شود [۱۲]. تنظیم هیجانی، شامل استفاده از استراتژی های رفتاری و شناختی برای تغییر در مدت زمان یا شدت تجربه یک هیجان است [۱۱] و مشخص شده است که افراد در مواجهه با رویدادهای استرس زا، از راهبردهای تنظیم هیجان متفاوتی برای اصلاح یا تعدیل تجربه هیجانی خود استفاده می کنند [۱۳]. یکی از متداول ترین این راهبردها، تنظیم هیجان با استفاده از

سال های ابتدای کودکی مهم ترین سال های حیات در زندگی کودک بوده و تجربیات این سال ها زیربنای زندگی آینده هر انسانی را رقم می زند. لذا اگر در راستای این سال ها به نیازها و حیطه های تکاملی کودکان پاسخ مناسبی داده شود، آن ها سالم تر بوده، از قدرت تفکر و تعقل بیشتری برخوردار می گردند و مهارت های عاطفی و اجتماعی بهتری خواهند داشت [۱]. اضطراب<sup>۱</sup>، جز جدایی ناپذیر زندگی طبیعی دوران کودکی بوده و به روشنی نشانگر روند رشد طبیعی کودک است [۲]. در واقع اضطراب ها ممکن است اثر سودمندی روی رشد کودکان داشته باشند؛ زیرا فرصت های مناسبی را برای رشد سازوکارهای مقابله ای جهت مواجهه با عوامل فشارزا و اضطراب آور آتی مهیا می سازند [۳]. از این رو اختلالات اضطرابی از رایج ترین اختلالات روان پزشکی و روان شناختی در کودکان و نوجوانان هستند و نرخ شیوع آن ها در هر سال بین ۲۱ الی ۱۰ درصد تخمین زده می شود [۴]. همچنین اختلالات اضطرابی در کودکان منجر به افزایش تخریب کارکردهای تحصیلی، اجتماعی و افزایش احتمال تداوم و گسترش این اختلالات در دوره های بعدی رشد می شود [۴].

از شاخص های نشان دهنده مشکلات رفتاری در کودکان و نوجوانان مضطرب، هوش هیجانی است و مهم ترین مؤلفه هوش هیجانی، آگاهی هیجانی<sup>۲</sup> [۵]، تنظیم شناختی هیجان<sup>۳</sup> [۶] و عاطفه مثبت و منفی<sup>۴</sup> [۷] است. از این رو می توان بیان داشت توانایی شخص در شناخت دقیق هیجان های خود هنگام روی دادن آن ها و درک شیوه های مناسب برای نشان دادن واکنش منطقی به افراد در وضعیت های گوناگون را خودآگاهی

<sup>۲</sup> Cognitive regulation of emotion.  
<sup>۴</sup> Positive and negative effect.

<sup>۱</sup> anxiety  
<sup>۲</sup> emotional awareness

پاسخ‌های خلاق یا جدیدی ایجاد می‌کند و می‌تواند موجب استفاده بهینه از منابع ذهنی مان شود [۱۸]. هارمون، نیلسن، لوریدگ و ویلیامس [۱۹] نیز بیان داشتند که عاطفه مثبت نشان می‌دهد که محیط ایمن است و بهای یک تصمیم‌گیری غلط ناچیز است، در نتیجه فرد را به سوی تلاش برای رسیدن به هدف ترغیب می‌کند. در حالی که عاطفه منفی بیانگر آن است که خطر در نزدیکی است، در نتیجه فرد را از حرکت به سوی اهداف خود باز می‌دارد. در طی چند دهه گذشته که رویکردهای شناختی-رفتاری برای درمان اضطراب و سایر اختلال‌های هیجانی مرتبط، رشد و گسترش یافتند جایگاه بالایی در درمان‌های اثربخش پیدا کردند که هر روز نیز با پذیرش بیشتری روبه‌رو بود [۲۰]. با این وجود، این پروتکل‌ها و دستورالعمل‌ها متعدد و تا حدی پیچیده هستند و همچنین آموزش مؤثر آن‌ها نیز محدود است [۲۱]. از طرف دیگر در پژوهش‌های متعددی مشخص شده است که هم‌ابتلایی گسترده‌ای در میان اختلال‌های روانی و به خصوص میان اختلال‌های اضطرابی و افسردگی وجود دارد، طوری که گاهی این هم‌ابتلایی به ۶۰ درصد می‌رسد. این امر باعث پدیدآیی پروتکل درمانی یکپارچه یا درمان فراتشخیصی شده، که به منظور هدف قرار دادن عناصر یا مؤلفه‌های مشترک چندین اختلال با یک پروتکل واحد ابداع شده است [۲۲]. یک دلیل دیگر برای به کارگیری یک رویکرد یکپارچه یا فراتشخیصی برای کودکان این است که تکنیک‌های این رویکرد، نقص‌هایی را مورد هدف قرار می‌دهند که می‌توانند پایه و اساس اختلال‌های هیجانی باشند [۲۳].

با اینکه درمان فراتشخیصی یکپارچه نگر ریشه در سنت شناختی-رفتاری دارد، ولی بر هیجان‌ها و راهبردهای ناسازگارانه تنظیم هیجان‌ها تأکید می‌کند [۲۴]. تجربه هیجانی و پاسخ به هیجان‌ها پایه اصلی در رویکرد فراتشخیصی است. در واقع هدف اصلی در درمان فراتشخیصی یکپارچه نگر این است که بیماران مهارت‌هایی را کسب کنند که بتوانند به شیوه مؤثر هیجانات منفی را مدیریت نمایند [۲۴]. این درمان کمک می‌کند تا بیماران فهم بهتری از تعامل افکار، احساس‌ها و رفتارها در ایجاد تجربه‌های هیجانی درونی

راهبردهای شناختی است. شناخت‌ها یا فرآیندهای شناختی به افراد کمک می‌کند که هیجان‌ها و احساس‌های خود را تنظیم نموده و توسط شدت هیجان‌ها مغلوب نشود. تنظیم شناختی هیجان، به شیوه شناختی مدیریت و دستکاری ورود اطلاعات فراخواننده هیجان، اشاره دارد [۱۴]. مفهوم کلی تنظیم شناختی هیجان دلالت بر شیوه شناختی دستکاری ورود اطلاعات فراخواننده هیجان دارد. به عبارت دیگر، راهبردهای تنظیم شناختی هیجان، به نحوه تفکر افراد پس از بروز یک تجربه منفی یا واقعه آسیب‌زا برای آن‌ها اطلاق می‌گردد [۱۳].

عاطفه یا تجربیات هیجانی، یک نشانگر عملکرد روان شناختی محسوب می‌شود. عاطفه مثبت که شامل شادی، لذت، علاقه، اعتماد و ذوق است نقش مهمی در مواجهه افراد با فشار روانی و اضطراب دارد و در مقابل، عاطفه منفی که شامل خشم و خصومت و غمگینی است منجر به اضطراب می‌گردد [۱۵]. براساس الگوی دو عاملی که توسط واتسون، کلاک و تلگان [۱۶] مطرح شده، عاطفه دارای دو بعد مستقل عاطفه مثبت و عاطفه منفی است. این دو بعد به عنوان عوامل کلی در تجربه‌های هیجانی توصیف می‌شوند. عاطفه مثبت گرایش به احساسات خوب است در حالی که برعکس عاطفه منفی به میزانی که افراد هیجان منفی، سمپتوم‌های روان شناختی و واکنش‌های منفی نسبت به موقعیت‌های پراسترس را تجربه می‌کنند، اشاره دارد. عاطفه مثبت نشان دهنده فعالیت‌ها و دل مشغولی‌های لذت بخش با محیط است. بالا بودن عاطفه مثبت حاکی از مصمم، علاقه مند، هشیار، مشتاق و شاد بودن است در حالیکه عاطفه مثبت پایین نشان دهنده غمگینی، خستگی و بی‌قراری است. برعکس عاطفه منفی، پریشانی ذهنی و دل مشغولی‌های ناخوشایند فرد را منعکس می‌کند. بالا بودن عاطفه منفی با احساس‌هایی چون خشم، گناه، ترس، غم، حقارت و نفرت مشخص می‌شود. پایین بودن عاطفه منفی نشان دهنده آرام و با وقار بودن است [۱۷].

برخی گزارشات علمی نشان می‌دهند که تأثیر عاطفه مثبت سازمان‌بندی شناختی به گونه‌ای است که

در نظر گرفته شد. سپس با توجه به شیوع کرونا لینک پرسشنامه اضطراب اسپنس (نسخه کودکان) که شامل ابعاد اضطراب جدایی، اضطراب فراگیر، اضطراب اجتماعی، حمله هراس و ترس از فضای باز، وسواس فکری-عملی و فوبی و ترس از جراحی بدنی بود به صورت آنلاین در گروه واتس آپ که زیر نظر مدیریت مدرسه تشکیل گردید فرستاده شد و دانش‌آموزان به آن پاسخ دادند. سپس از میان دانش‌آموزان پسر واجد تشخیص اختلال اضطرابی (نمره برش ۷۰ به بالا) از بین ۶۲ نفر تعداد ۳۰ نفر دانش‌آموز به عنوان نمونه انتخاب و به شیوه تصادفی (هرکدام ۱۵ نفر) در دو گروه آزمایش و گواه جایگزین شدند. معیارهای ورود به پژوهش عبارت بود از: تمایل و رضایت آزمودنی (یا والدین او) برای شرکت در پژوهش، دامنه سنی ۸ الی ۱۲ سال و دریافت تشخیص ابتلای کودک به اختلالات اضطرابی با توجه به نظر روانپزشک و متخصص بالینی در راهنمای تشخیصی اختلالات بالینی (نمره برش ۷۰ به بالاتر)، عدم ابتلای کودک به هر یک از بیماری‌های مزمن و عدم مصرف داروی پزشکی یا روان‌پزشکی خاص معیارهای خروج از پژوهش عبارت بود از: عدم تمایل به مشارکت و یا انصراف از شرکت در جلسات مداخله، عدم همکاری یا عدم تمایل به ادامه شرکت در جلسات، غیبت بیش از ۲ جلسه. سپس پروتکل پژوهش طی ۱۵ جلسه ۴۰ دقیقه‌ای بر روی گروه آزمایش اجرا و مجدداً ابزار پژوهش، بر روی دو گروه آزمایش و کنترل به اجرا درآمد. مجدداً پس از گذشت ۴۵ روز ابزار پژوهش بر روی گروه‌ها به اجرا درآمد. لازم به ذکر است از آنجایی که درمان فراتشخیصی یکپارچه [۲۵] برای نخستین بار توسط پژوهشگر در بازه سنی ۸-۱۲ سال به اجرا درآمد، ابتدا توسط پنج نفر از متخصصین حوزه روانشناسی کودک و نوجوان (اساتید و هیئت علمی دانشگاه خوراسگان) از نظر ساختار، محتوا، زمان و فرایند مورد ارزیابی و تایید قرار گرفت و به طور مقدماتی بر روی ۲۰ کودک توسط استاد راهنما در کلینیک راه برتر به اجرا درآمد و نهایتاً جلسات درمانی تحت نظارت استاد راهنما از طریق آموزش برخط و در بستر اسکای روم با توجه به دوران کرونا روی گروه آزمایش اجرا گردید.

داشته باشند. بیماران یاد می‌گیرند تا آگاهی بهتری از تجربه‌های هیجانی خود شامل برانگیزاننده‌ها و پیامدهای رفتاری کسب کنند، با ارزیابی‌های شناختی منفی از احساس‌ها و هیجان‌های جسمی چالش کنند، رفتارهای ناشی از هیجان را شناسایی و اصلاح کنند، آگاهی و تحمل احساس‌های جسمی در طی مواجهه درون‌زاد را کسب کنند و در بافت‌های موقعیتی و درون‌زاد با تجربه‌های هیجانی خود مواجه شوند. همه این مهارت‌ها، با اصلاح عادات تنظیم هیجانی منجر به کاهش شدت تجربه‌های هیجانی ناسازگارانه و برگرداندن هیجان‌ها به سطح کارکردی می‌شود [۲۴]. بنابراین با توجه به آن چه بیان گردید و با نظر به کارآمدی درمان فراتشخیصی یکپارچه در کاهش مشکلات ناشی از اضطراب کودکان و با توجه به اهمیت پرداختن به مولفه‌های روانشناختی و هیجانی کودکان مضطرب و همچنین با توجه به خلاء دانش پژوهشی موجود در رابطه با اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه بر روی کودکان مضطرب و عدم بررسی همزمان متغیرها با یکدیگر هدف از اجرای این پژوهش یافتن پاسخ برای این پرسش زیر است که،

آیا درمان فراتشخیصی یکپارچه بر آگاهی هیجانی، تفکر کارآگاهی، تنظیم شناختی هیجان و عاطفه مثبت و منفی کودکان مضطرب مؤثر است؟

## روش

### نوع پژوهش

روش پژوهش از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری همراه با گروه گواه بود.

### آزمودنی‌ها (جامعه آماری و نمونه پژوهش)

جامعه آماری شامل کلیه کودکان مضطرب ۸ تا ۱۲ ساله شهر اصفهان در سال تحصیلی ۱۳۹۹-۱۴۰۰ بود که در این پژوهش از روش نمونه‌گیری تصادفی چندمرحله‌ای استفاده شد. به این ترتیب که از بین نواحی آموزش و پرورش شهر اصفهان به طور تصادفی یک ناحیه (ناحیه ۵ آموزش و پرورش) انتخاب و سپس از این ناحیه سه دبستان دوره اول و دوم (دبستان امامت، دبستان مادر، دبستان سعدی) به صورت تصادفی

نتیجه ارزیابی این پروتکل که توسط ۵ ارزیاب متخصص حوزه روان شناسی انجام گرفت، بر اساس فرمول زیر و از نقطه نظر آماری معادل با عدد ۰/۹۹ گردید. بدین ترتیب قابلیت اجرایی پروتکل به اثبات رسید.

$$CVR = \frac{ne - N/2}{N/2}$$

N: تعداد کل متخصصین  
Ne: تعداد متخصصینی که گزینه ضروری را انتخاب کرده اند.

جدول ارزیابی بسته آموزشی درمان فراتشخیصی یکپارچه به شرح ذیل می باشد

متغیر	۵ عالی	۴	۳	۲	۱ ضعیف
تطابق محتوایی جلسات تنظیم شده با بسته آموزشی درمان فراتشخیصی یکپارچه برای اضطراب کودکان					
تناسب جلسات با ساختار و گام های مورد نیاز در بسته آموزشی درمان فراتشخیصی یکپارچه برای غلبه بر اضطراب کودکان					
کفایت زمان اختصاص یافته برای هر یک از گام ها و مراحل تدوین بسته آموزشی درمان فراتشخیصی یکپارچه برای غلبه بر اضطراب کودکان					
کفایت بسته آموزشی درمان فراتشخیصی یکپارچه برای غلبه بر کودکان مضطرب					
ارزیابی کلی بسته آموزشی درمان فراتشخیصی یکپارچه برای غلبه بر اضطراب کودکان					

به اجرا در آمد (جدول ۱)

و سپس جلسات آموزشی تحت نظارت استاد راهنما و توسط پژوهشگر بر روی کودکان مضطرب گروه آزمایش

#### ۱. محتوای جلسات مداخله به شیوه درمان فراتشخیصی یکپارچه [۲۵]

جلسه	هدف	شرح جلسات
۱	معرفی پروتکل یکپارچه درمان فراتشخیصی اختلالات هیجانی کودکان	آشناسازی کودکان با الگو و ساختار درمان، شناسایی مشکلات اصلی، برقراری ارتباط، آشنایی کودکان با هدف هیجانها و شروع شکل گیری آگاهی هیجانی
۲	شناسایی هیجانها	یادگیری شناسایی و درجه بندی شدت هیجانهای مختلف، عادی سازی تجربه های هیجانی، آشنایی با سه بخش تجربه هیجانی و چرخه اجتناب، شناسایی پاداشهایی برای رفتارهای جدید
۳	استفاده از آزمایش های علمی در تغییر هیجانها و رفتارها	یادگیری مفهوم رفتار متضاد، تمرین آزمایش های علمی برای کمک به شکل گیری رفتار متضاد با رفتار هیجانی، یادگیری ارتباط بین فعالیت و هیجان، آشنایی با پیگیری رشته هیجان و فعالیت در قالب یک آزمایش
۴	سرنخ های بدنی	توصیف مفهوم سرنخ های بدنی و ارتباط آنها با هیجان های قوی، یادگیری شناسایی سرنخ های بدنی هیجان های مختلف، آموزش مهارت اسکن کردن بدن، تمرین تجربه کردن سرنخ های بدنی بدون استفاده از اجتناب و پرت کردن حواس
۵	ردیابی کردن فکرها	آشنایی با مفهوم تفکر انعطاف پذیر، آموزش تشخیص تله های فکری رایج به کودکان
۶	استفاده از تفکر کار آگاهی	آشنایی با تفکر کار آگاهی، کاربرد تفکر کار آگاهی
۷	حل مساله و مدیریت تعارض	آشنایی با حل مساله، کاربرد حل مساله
۸	آگاهی از تجربه های هیجانی	یادگیری درباره مهارت "ن"، آموزش درباره آگاهی از لحظه حال، آشنایی با آگاهی غیر قضاوت گرانه
۹	آشنایی با مواجهه هیجانی	مرور مهارت های کار آگاهی هیجان، مرور مفاهیم رفتارهای هیجانی و



رفتار متضاد، انجام مواجهه با استفاده از یک اسباب‌بازی یا شیء دیگر، نهایی کردن فرم‌های رفتار هیجانی با کودکان و والدین		
مرور مفهوم استفاده از آزمایش‌های علمی برای روبرو شدن با هیجان‌های قوی، آشنایی با رفتارهای ایمنی بخش و رفتارهای اجتنابی نامحسوس، تمرین برای روبرو شدن با هیجان‌های قوی در گروه، برنامه‌ریزی برای آزمایش‌های علمی آینده جهت روبرو شدن با هیجان‌های قوی	روبرو شدن با هیجان‌ها	۱۰
برنامه‌ریزی و اجرای اولیه مواجهه با هیجان‌های موقعیتی در جلسه ۱۱، برنامه‌ریزی و اجرای بیشتر فعالیت‌های مواجهه با هیجان‌های موقعیتی در جلسات ۱۲ تا ۱۴	روبرو شدن با هیجان‌ها	۱۱- ۱۴
مرور مهارت‌های کارآگاهی هیجان آموخته شده، برنامه‌ریزی برای روبرو شدن با هیجان‌های قوی در آینده، جشن گرفتن پیشرفته حاصل از برنامه درمانی	خلاصه برنامه و پیگیری و پیشگیری از عود	۱۵

## ابزارها

## پرسشنامه آگاهی هیجانی:

به منظور سنجش اضطراب در کودکان ۸ الی ۱۵ ساله طراحی شده است و این ابزار شامل دو فرم مخصوص کودک با ۴۵ سوال و فرم مخصوص والدین با ۳۸ سوال است. در پژوهش حاضر از فرم مخصوص کودکان ۴۵ سوالی استفاده گردید که شامل زیرمقیاس‌های اضطراب جدایی (با ۶ سوال)، اضطراب فراگیر (با ۶ سوال)، اضطراب اجتماعی (با ۶ سوال)، حمله هراس و ترس از فضای باز (با ۹ سوال)، وسواس فکری-عملی (با ۶ سوال) و فوبی و ترس از جراحت بدنی (با ۵ سوال) می‌شود و بقیه سوالات آن خنثی هستند. نمره‌گذاری این ابزار در طیف لیکرت ۴ درجه‌ای (هرگز با نمره صفر تا همیشه با نمره ۴) انجام می‌شود. در این ابزار اضطراب با توجه به طبقه‌بندی DSM-IV تقسیم‌بندی و مشخص می‌گردد. سارنده ابزار اعتبار آن را برای کل ابزار ۰/۹۲ و زیرمقیاس‌های آن را در دامنه‌ای بین ۰/۶۰ تا ۰/۸۲ گزارش نموده است [۲۸]. در پژوهش شهنی، داوودی، مهرابی زاده، زرگر [۲۹] نیز ضریب آلفای کرونباخ کل ابزار برابر با ۰/۸۲ و زیرمقیاس‌های آن در دامنه‌ای بین ۰/۶۹ الی ۰/۷۴ محاسبه شد و نیز در پژوهش حاضر ضریب اعتبار پرسشنامه ۰/۸۲ گزارش شد.

## پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان

این ابزار خودگزارشی توسط گارفنسکی و همکاران [۳۰] به منظور سنجش راهبردهای تنظیم شناختی هیجان تدوین شده است. این ابزار دو فرم ۳۶ سوالی و ۱۸ سوالی دارد که هر دو فرم شامل ۹ زیرمقیاس می‌باشد. در فرم ۱۸ سوالی ۹

این پرسشنامه خودگزارشی به وسیله ریفی و همکاران [۲۶] به منظور سنجش چگونگی احساس یا ادراک کودکان و نوجوانان و براساس پرسشنامه ناگویی هیجانی تورنتو طراحی شده است. این ابزار دارای ۳۰ سوال با ۶ زیرمقیاس توانایی تمایز قائل شدن میان هیجان‌ها (با ۷ سوال)، توانایی به اشتراک گذاشتن احساسات (با ۳ سوال)، توانایی پنهان نکردن هیجان‌ها (با ۵ سوال)، خودآگاهی بدنی (با ۵ سوال)، توجه کردن به هیجان‌ها دیگران (با ۵ سوال) و توانایی تحلیل هیجان‌ها (با ۵ سوال) می‌باشد. نمره‌گذاری این ابزار در طیف لیکرت ۳ درجه‌ای (درست است با نمره ۱ تا نادرست با نمره ۳) انجام می‌شود. ریفی و همکاران [۲۶] همسانی درونی گویه‌های پرسشنامه را در دامنه‌ای بین ۰/۷۴ تا ۰/۷۷ گزارش کرده‌اند. یوسفی و طغیانی [۲۷] نیز ضریب اعتبار این ابزار را به روش بازآزمایی برای کل پرسشنامه ۰/۸۲ و برای زیرمقیاس‌های آن در دامنه‌ای بین ۰/۶۶ تا ۰/۷۹ گزارش کرده‌اند. همچنین، محاسبه ضرایب همبستگی بین ابعاد این مقیاس با مقیاس ناگویی هیجانی و هوش هیجانی نشان داد که پرسشنامه فوق از روایی ملاکی بالایی برخوردار است. در این پژوهش پایایی پرسشنامه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برابر با ۰/۷۸ به دست آمد.

## پرسشنامه اضطراب اسپنس - نسخه کودکان

این ابزار خودگزارشی به وسیله اسپنس و همکاران [۲۸]

می شود. واتسون و همکاران [۱۶] ضریب آلفای کرونباخ عاطفه مثبت را ۰/۸۸ و ضریب آلفای کرونباخ عاطفه منفی را ۰/۸۷ گزارش داده اند. همچنین، اعتبار آزمون را از راه بازآزمایی با فاصله ۸ هفته‌ای برای عاطفه مثبت برابر با ۰/۶۸ و برای عاطفه منفی برابر با ۰/۷۱ گزارش کرده اند. در ایران نیز ضریب آلفای کرونباخ این ابزار برای عاطفه مثبت ۰/۸۵ و برای عاطفه منفی ۰/۸۲ برآورد شده است [۳۳]. در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ عاطفه مثبت ۰/۷۴ و عاطفه منفی ۰/۷۱ به دست آمد.

### شیوه تحلیل داده‌ها

برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش‌های آمار توصیفی شامل فراوانی، درصد، میانگین و انحراف استاندارد و در سطح آمار استنباطی از تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر استفاده شد. تمامی این داده‌ها به وسیله نرم افزار تحلیل آماری SPSS-26 مورد تحلیل قرار گرفت.

### نتایج

براساس یافته‌های پژوهش در گروه کنترل، ۵ نفر (معادل ۳۳/۳ درصد) در گروه ۷ و ۸ سال، ۳ نفر (معادل ۲۰ درصد) در گروه ۹ سال، ۳ نفر (معادل ۲۰ درصد) در گروه ۱۰ سال و ۴ نفر (معادل ۲۶/۷ درصد) در گروه ۱۱ و ۱۲ سال بوده‌اند. در گروه درمان فراتشخیصی یکپارچه، ۳ نفر (معادل ۲۰ درصد) در گروه ۷ و ۸ سال، ۷ نفر (معادل ۴۶/۶۷ درصد) در گروه ۹ سال، ۰ نفر (معادل ۰ درصد) در گروه ۱۰ سال و ۵ نفر (معادل ۳۳/۳۳ درصد) در گروه ۱۱ و ۱۲ سال بوده اند. در جدول ۲ نتایج مربوط به نرمال بودن توزیع متغیرها، برابری واریانس‌های خطا، برابری ماتریس واریانس-کوواریانس و نتایج آزمون ماکلی (پیش فرض کروییت) برای آگاهی هیجانی، تنظیم شناختی هیجان، عاطفه مثبت و عاطفه منفی ارائه شده است.

جدول ۲. نتایج آزمون پیش فرض‌های تحلیل واریانس اندازه‌های مکرر در آگاهی هیجانی، تنظیم شناختی هیجان، عاطفه

### مثبت و عاطفه منفی

ردی ف	متغیر	آزمون	آزمون شاپیرو-ویلک		آزمون لوین		آزمون کروییت و برابری واریانس ها
			آماره ی	معنادار	آماره ه	معنادار ری	
			آماره	معنادار	آماره	معنادار	آماره (معناداری)

زیرمقیاس عبارتند از سرزنش خود (با ۲ سوال)، پذیرش (با ۲ سوال)، نشخوار فکری (با ۲ سوال)، تمرکز مجدد مثبت (با ۲ سوال)، تمرکز مجدد بر برنامه ریزی (با ۲ سوال)، ارزیابی مجد مثبت (با ۲ سوال)، دیدگاه‌گیری (با ۴ سوال)، ی (با ۲ سوال) و سرزنش دیگران (با ۲ سوال). از مجموع نمره مربوط به زیرمقیاس‌های دیدگاه‌گیری، تمرکز مجدد مثبت، ارزیابی مجدد مثبت، پذیرش و تمرکز مجدد بر برنامه ریزی راهبردهای سازش یافته و از مجموع زیر مقیاس‌های سرزنش خود، سرزنش دیگران، نشخوارگری و فاجعه‌نمایی راهبردهای سازش نیافته به دست می‌آید. روش نمره‌گذاری به صورت ۵ درجه‌ای لیکرت (همیشه با نمره ۵ تا هرگز با نمره ۱) می‌باشد. سازندگان ابزار ضرایب اعتبار کل ابزار را ۰/۸۷ و زیرمقیاس‌های آن را در دامنه‌ای بین ۰/۷۳ تا ۰/۸۸ گزارش کرده اند [۳۰]. در ایران اعتبار پرسشنامه با آلفای کرونباخ در یک پژوهش ۰/۸۳ برای کل سوالات به دست آمده است [۳۱]. در پژوهشی دیگر در داخل ایران، ضریب آلفای کرونباخ کل سوالات ۰/۸۹ محاسبه شده است [۳۲]. در پژوهش حاضر نیز ضریب آلفای کرونباخ کل ابزار برابر با ۰/۸۱ و دو راهبر سازگار و ناسازگار هیجانی به ترتیب برابر با ۰/۷۹ و ۰/۷۶ به دست آمد.

### پرسشنامه عواطف مثبت و منفی

این ابزار خودگزارشی برای اندازه گیری دو بعد خلقی یعنی عاطفه منفی و مثبت در سال ۱۹۸۸ توسط واتسون و همکاران [۱۶] تدوین شده است. این ابزار دارای ۲۰ سوال و ۲ زیرمقیاس عاطفه مثبت (با ۱۰ سوال) و عاطفه منفی (با ۱۰ سوال) می‌باشد. نمره‌گذاری ابزار در طیف لیکرت ۵ درجه ای (بسیار کم با نمره ۱ تا بسیار زیاد با نمره ۵) انجام می‌شود. اگر چارچوب زمانی به حالت جاری خلق و هفته جاری اشاره نماید، بخش عاطفه سنجیده می‌شود و اگر زمان طولانی‌تر در نظر گرفته شود، بخش خصیصه‌ای سنجیده



۰/۸۳ (p=۰/۰۸)	(p=۰/۰۰۱) ۴۲/۲۲	۰/۳۴	۰/۹۵	۰/۶۹	۰/۹۷	پیش‌آزمون	آگاهی هیجانی	۱
		۰/۰۶	۳/۶۹	۰/۲۳	۰/۹۵	پس‌آزمون	آگاهی هیجانی	۲
		۰/۲۳	۱/۵۳	۰/۴۸	۰/۹۷	پیگیری	آگاهی هیجانی	۳
۰/۰۹ (p=۰/۰۰۱)	(p=۰/۰۸) ۱۲/۸۳	۰/۰۷	۳/۴۷	۰/۰۱	۰/۹	پیش‌آزمون	تنظیم شناختی هیجان‌سازش یافته	۱
		۰/۰۱۲	۷/۲۶	۰/۰۱	۰/۹	پس‌آزمون	تنظیم شناختی هیجان‌سازش یافته	۲
		۰/۰۱	۸/۱۳	۰/۱	۰/۹۴	پیگیری	تنظیم شناختی هیجان‌سازش یافته	۳
۰/۲۱ (p=۰/۰۰۱)	(p=۰/۰۱۷) ۱۰/۱۹	۰/۷۱	۰/۱۴	۰/۲	۰/۹۵	پیش‌آزمون	تنظیم شناختی هیجان‌سازش نایافته	۴
		۰/۴۵	۰/۶۰	۰/۲۱	۰/۹۵	پس‌آزمون	تنظیم شناختی هیجان‌سازش نایافته	۵
		۰/۲۵	۱/۳۹	۰/۱	۰/۹۴	پیگیری	تنظیم شناختی هیجان‌سازش نایافته	۶
۰/۱۹ (p=۰/۰۰۱)	(p=۰/۰۰۵) ۱۴/۲۶	۰/۶۳	۰/۲۳	۰/۱۷	۰/۹۵	پیش‌آزمون	عاطفه مثبت	۱
		۰/۶۰	۰/۲۸	۰/۲۱	۰/۹۵	پس‌آزمون	عاطفه مثبت	۲
		۰/۸۶	۰/۰۳	۰/۵۷	۰/۹۷	پیگیری	عاطفه مثبت	۳
۰/۲۱ (p=۰/۰۰۱)	(p=۰/۰۵۵) ۵/۵۹	۰/۰۹	۳/۱۱	۰/۰۰۳	۰/۸۸	پیش‌آزمون	عاطفه منفی	۱
		۰/۰۹	۳/۱۰	۰/۰۶	۰/۹۳	پس‌آزمون	عاطفه منفی	۲
		۰/۰۶	۳/۸۰	۰/۰۸	۰/۹۴	پیگیری	عاطفه منفی	۳

چنان‌که در جدول ۲ مشاهده می‌شود، آگاهی هیجانی، در هر سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری دارای توزیع نرمال و برابری واریانس خطا بوده است ( $p > ۰/۰۵$ ) و یا ( $p \geq ۰/۰۱$ )، پس‌آزمون ( $p \geq ۰/۰۱$ ) و پیگیری دارای توزیع نرمال و برابری واریانس خطا بوده است ( $p > ۰/۰۵$ ) و یا ( $p \geq ۰/۰۱$ )، تنظیم شناختی هیجان (سازش یافته و سازش نایافته)، در هر سه مرحله پیش‌آزمون ( $p \geq ۰/۰۱$ )، پس‌آزمون ( $p \geq ۰/۰۱$ ) و پیگیری دارای توزیع نرمال و برابری واریانس خطا (در مرحله پیگیری تنظیم سازش یافته برابری واریانس خطا وجود نداشته و رعایت نشده است) بوده است ( $p > ۰/۰۵$ ) و یا ( $p \geq ۰/۰۱$ )، عاطفه مثبت، در هر سه مرحله پیش‌آزمون و پیگیری دارای توزیع نرمال و برابری واریانس خطا بوده است ( $p > ۰/۰۵$ ) و یا ( $p \geq ۰/۰۱$ )، عاطفه منفی، در هر سه مرحله پیش‌آزمون و پیگیری دارای توزیع نرمال و برابری واریانس خطا بوده است ( $p > ۰/۰۵$ ) و یا ( $p \geq ۰/۰۱$ )، تنظیم شناختی هیجان، عاطفه مثبت و عاطفه منفی گروه آزمایش و گروه کنترل ارائه شده است.

جدول ۳. میانگین و انحراف معیار آگاهی هیجانی، تنظیم شناختی هیجان، عاطفه مثبت و عاطفه منفی گروه‌های پژوهش در

سه مرحله زمانی

درمان فرا تشخیصی یکپارچه		گروه کنترل		زمان	متغیر
SD	M	SD	M		
۱۰/۴۶	۵۸/۴۰	۸/۶۰	۵۰/۴۰	پیش‌آزمون	آگاهی هیجانی
۱۰/۷۴	۷۰/۸۷	۷/۹۹	۵۰/۲۰	پس‌آزمون	
۱۱/۲۵	۶۹/۲۷	۹/۰۷	۴۹/۵۳	پیگیری	
۰/۸۶	۲/۵۹	۰/۴۸	۲/۰۹	پیش‌آزمون	تنظیم شناختی هیجان‌سازش یافته
۱	۳/۱۵	۰/۵۲	۲/۲۹	پس‌آزمون	
۰/۹۶	۳/۱۸	۰/۵۱	۲/۳۰	پیگیری	



تنظیم شناختی هیجان سازش نایافته	پیش آزمون	۳/۳۳	۰/۶۲	۲/۹۹	۰/۶۵
	پس آزمون	۳/۲۲	۰/۵۱	۲/۳۶	۰/۵۸

عاطفه مثبت	پیگیری	۳/۲۷	۰/۴۸	۲/۳۳	۰/۶۰
	پیش آزمون	۲۷/۷۳	۶/۳۹	۲۷/۴۰	۷/۲۲
	پس آزمون	۲۷/۹۳	۵/۹۲	۳۲/۴۰	۵/۲۹
عاطفه منفی	پیگیری	۲۷/۵۳	۵/۶۳	۳۲/۸۷	۵/۴۱
	پیش آزمون	۳۸/۲۷	۴/۱۰	۳۴/۶۷	۶/۴۲
	پس آزمون	۳۷/۴۰	۳/۶۰	۲۸/۲۷	۵/۱۷
	پیگیری	۳۸/۳۳	۳/۶۸	۲۸/۲۰	۵/۲۳

نشان داده است. نتایج تحلیل واریانس اندازه‌های تکرار شده برای آگاهی هیجانی، تنظیم شناختی هیجان، عاطفه مثبت و عاطفه منفی در جدول ۴ ارائه شده است.

چنان که در جدول ۳ مشاهده می‌شود، در آگاهی هیجانی، تنظیم شناختی هیجان، عاطفه مثبت و عاطفه منفی گروه درمان فراتشخیص یکپارچه در مرحله پس‌آزمون و مرحله پیگیری نسبت به گروه کنترل تغییرات بیشتری را

جدول ۴. نتایج تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر برای آگاهی هیجانی، تنظیم شناختی هیجان، عاطفه مثبت و عاطفه منفی

متغیر	منبع اثر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	ضریب F	معناداری	مجدور سهمی اتا	توان آزمون
آگاهی هیجانی	درون-گروهی	زمان	۲	۳۱۹/۵۱	۲۳/۵۴	۰/۰۰۱	۰/۴۶	۱
	گروهی	تعامل زمان×گروه	۲	۳۷۳/۷۳	۲۷/۵۳	۰/۰۰۱	۰/۵۰	۱
		خطا (زمان)	۵۶	۳/۵۷	-	-	-	-
تنظیم شناختی هیجان سازش یافته	بین-گروهی	گروه	۱	۵۸۵۶/۴۰	۲۲/۶۶	۰/۰۰۱	۰/۴۵	۰/۹۹۶
	گروهی	خطا	۲۸	۲۵۸/۴۹	-	-	-	-
		درون-گروهی	زمان	۱/۰۵۱	۲/۹۱	۱۲/۶۸	۰/۰۰۱	۰/۳۱
تنظیم شناختی هیجان سازش نایافته	گروهی	تعامل زمان×گروه	۱/۰۵	۰/۶۴	۲/۸۰	۰/۱۰	۰/۰۹	۰/۳۷
		خطا (زمان)	۲۹/۳۰	۰/۲۳	-	-	-	-
	بین-گروهی	گروه	۱	۱۲/۶۹	۸/۶۱	۰/۰۰۷	۰/۲۳	۰/۸۱
تنظیم شناختی هیجان سازش نایافته	گروهی	خطا	۲۸	۱/۴۷	-	-	-	-
		درون-گروهی	زمان	۱/۱۲	۲/۴۰	۱۵/۵۰	۰/۰۰۱	۰/۳۶
	گروهی	تعامل زمان×گروه	۱/۱۲	۱/۴۱	۹/۰۸	۰/۰۰۴	۰/۲۴	۰/۸۶
خطا (زمان)		۳۱/۳۶	۰/۱۵	-	-	-	-	

۰/۹۵	۰/۳۳	۰/۰۰۱	۱۳/۹۵	۱۱/۴۷	۱	۱۱/۴۷	گروه	بین-گروهی	
-	-	-	-	۰/۸۲	۲۸	۲۳/۰۱	خطا		
۰/۹۹	۰/۴۲	۰/۰۰۱	۲۰/۲۵	۱۲۳/۹۷	۱/۱۰	۱۳۶/۹۶	زمان	درون-گروهی	عاطفه مثبت
۰/۹۹	۰/۴۲	۰/۰۰۱	۲۰/۶۷	۱۲۶/۵۰	۱/۱۰	۱۳۹/۷۶	تعامل زمان × گروه		
-	-	-	-	۳۰/۹۳	۳۰/۹۳	۱۸۹/۲۹	خطا (زمان)		
۰/۳۰	۰/۰۷	۰/۱۵	۲/۲۰	۲۲۴/۰۴	۱	۲۲۴/۰۴	گروه	بین-گروهی	
-	-	-	-	۱۰۱/۶۹	۲۸	۲۸۴۷/۲۴	خطا		
۱	۰/۶۵	۰/۰۰۱	۵۱/۷۱	۲۱۰/۹۹	۱/۱۲	۲۳۶/۲۹	زمان	درون-گروهی	عاطفه منفی
۱	۰/۵۹	۰/۰۰۱	۴۰/۶۵	۱۶۵/۸۷	۱/۱۲	۱۸۵/۷۶	تعامل زمان × گروه		
-	-	-	-	۴/۰۸	۳۱/۳۶	۱۲۷/۹۶	خطا (زمان)		
۰/۹۹	۰/۴۲	۰/۰۰۱	۲۰/۱۹	۱۳۰۷/۲۱	۱	۱۳۰۷/۲۱	گروه	بین-گروهی	
-	-	-	-	۶۴/۷۳	۲۸	۱۸۱۴/۵۸	خطا		

تنظیم شناختی هیجان سازش نیافته بین پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری و تعامل زمان با گروه (دو گروه پژوهش) تفاوت معناداری ( $p > 0.01$ ) وجود دارد. در متغیر عاطفه مثبت در بخش اثر درون گروهی، عامل زمان ( $F = 20.25$ ,  $df = 1/10$ ,  $p < 0.01$ ) و تعامل عامل زمان و گروه ( $F = 20.67$ ,  $df = 1/10$ ,  $p > 0.05$ ) معنادار است. معناداری زمان و تعامل زمان و گروه نشان می‌دهد که در متغیر عاطفه مثبت و بین پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری تفاوت معناداری وجود دارد. در متغیر عاطفه منفی در بخش اثر درون گروهی، عامل زمان ( $F = 51.71$ ,  $df = 1/12$ ,  $p < 0.01$ ) و تعامل عامل زمان و گروه ( $F = 40.65$ ,  $df = 1/12$ ,  $p < 0.01$ ) معنادار است. معناداری زمان و تعامل زمان و گروه نشان می‌دهد که در متغیر عاطفه منفی و بین پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری بین دو گروه تفاوت معناداری وجود دارد. نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی برای مقایسه گروه آزمایش و کنترل در آگاهی هیجانی، تنظیم شناختی هیجان، عاطفه مثبت و عاطفه منفی در عامل زمان در جدول (۵) آمده است.

چنان که در جدول ۴ مشاهده می‌شود در متغیر آگاهی هیجانی در بخش اثر درون گروهی، عامل زمان ( $F = 23.54$ ,  $df = 2$ ,  $p < 0.01$ ) و تعامل عامل زمان و گروه ( $F = 27.53$ ,  $df = 2$ ,  $p < 0.05$ ) معنادار هستند. این معناداری نشان می‌دهد که در متغیر آگاهی هیجانی بین پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری و تعامل زمان با گروه (دو گروه پژوهش) تفاوت معناداری ( $p > 0.01$ ) وجود دارد. در متغیر تنظیم شناختی هیجان سازش یافته در بخش اثر درون گروهی، عامل زمان ( $F = 12.68$ ,  $df = 1/0.5$ ) و معنادار ولی تعامل عامل زمان و گروه ( $F = 2/80$ ,  $df = 1/0.5$ ) معنادار نیست. عدم معناداری تعامل زمان و گروه نشان می‌دهد که در متغیر تنظیم شناختی هیجان سازش یافته و بین پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری تفاوت معناداری وجود دارد ولی تعامل زمان با گروه (دو گروه پژوهش) تفاوت معناداری نیست. همچنین در متغیر تنظیم شناختی هیجان سازش نیافته در بخش اثر درون گروهی، عامل زمان ( $F = 15.50$ ,  $df = 1/12$ ,  $p < 0.01$ ) و تعامل عامل زمان و گروه ( $F = 9/0.8$ ,  $df = 1/12$ ,  $p < 0.01$ ) معنادار هستند. این معناداری نشان می‌دهد که در متغیر

جدول ۵. آزمون تعقیبی بونفرونی برای مقایسه گروه آزمایش و کنترل در آگاهی هیجانی، تنظیم شناختی هیجان، عاطفه

مثبت و عاطفه منفی در عامل زمان

متغیر	زمان مینا	زمان مورد مقایسه	تفاوت میانگین‌ها	خطای استاندارد	معناداری
آگاهی هیجانی	پیش آزمون	پس آزمون	-۶/۱۳	۱/۰۶	۰/۰۰۱
	پیش آزمون	پیگیری	-۵	۱/۰۳	۰/۰۰۱
	پس آزمون	پیگیری	۱/۱۳	۰/۷۳	۰/۳۹
تنظیم شناختی هیجان سازش یافته	پیش آزمون	پس آزمون	-۰/۳۸	۰/۱۱	۰/۰۰۵
	پیش آزمون	پیگیری	-۰/۴۰	۰/۱۱	۰/۰۰۳
	پس آزمون	پیگیری	-۰/۰۲	۰/۰۲	۰/۹۱
تنظیم شناختی هیجان سازش نیافته	پیش آزمون	پس آزمون	-۰/۳۷	۰/۰۹	۰/۰۰۱
	پیش آزمون	پیگیری	-۰/۳۶	۰/۰۹	۰/۰۰۱
	پس آزمون	پیگیری	-۰/۰۰۸	۰/۰۳	۱
عاطفه مثبت	پیش آزمون	پس آزمون	-۲/۶۰	۰/۵۲	۰/۰۰۱
	پیش آزمون	پیگیری	-۲/۶۳	۰/۶۱	۰/۰۰۱
	پس آزمون	پیگیری	-۰/۰۳	۰/۱۸	۱
عاطفه منفی	پیش آزمون	پس آزمون	۳/۶۳	۰/۴۴	۰/۰۰۱
	پیش آزمون	پیگیری	۳/۲۰	۰/۵۰	۰/۰۰۱
	پس آزمون	پیگیری	-۰/۴۳	۰/۱۵	۰/۰۲

معناداری وجود ندارد ( $p > 0/05$ ). در متغیر عاطفه مثبت، بین پیش‌آزمون و پس‌آزمون ( $p < 0/01$ ) و بین پیش‌آزمون و پیگیری ( $p < 0/05$ ) تفاوت معناداری وجود دارد، ولی بین پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری وجود ندارد ( $p > 0/05$ ). همچنین در متغیر عاطفه منفی، بین پیش‌آزمون و پس‌آزمون ( $p < 0/01$ ) و بین پیش‌آزمون و پیگیری ( $p < 0/05$ ) و در نهایت بین پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری وجود دارد ( $p < 0/05$ ).

چنان‌که در جدول ۵ مشاهده می‌شود در متغیر آگاهی هیجانی، بین پیش‌آزمون و پس‌آزمون ( $p < 0/01$ ) و بین پیش‌آزمون و پیگیری ( $p < 0/05$ ) تفاوت معناداری وجود داشته، اما بین پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری وجود ندارد ( $p > 0/05$ ). در متغیر تنظیم شناختی هیجان (سازش یافته و سازش نیافته)، بین پیش‌آزمون و پس‌آزمون ( $p < 0/01$ ) و بین پیش‌آزمون و پیگیری ( $p < 0/05$ ) تفاوت معناداری وجود دارد، ولی بین پس‌آزمون و پیگیری تفاوت

### بحث و نتیجه گیری.

مداخله در دوره پیگیری نیز پایدار مانده است. در راستای تطبیق و انطباق یافته حاضر با نتایج دیگر پژوهش‌ها یافته حاضر با یافته‌های مینگوزو و همکاران [۳۴] مبنی بر آن که درمان فراتشخیصی یکپارچه موجب بهبود آگاهی هیجانی مراجعان و کاهش شدت نشخوار فکری و اجتناب شناختی شده است. ریلی و همکاران [۳۵] مبنی بر اثربخشی درمان فراتشخیصی بر ناگویی هیجانی و بهبود باور خودکارآمدی در مبتلایان به اضطراب اجتماعی،

پژوهش حاضر با هدف اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه بر آگاهی هیجانی، تنظیم شناختی هیجان و عاطفه مثبت و منفی کودکان مضطرب ۸ تا ۱۲ ساله انجام شد. یافته‌های پژوهش حاکی از این بوده است که درمان فراتشخیصی یکپارچه بر بهبود میانگین نمره آگاهی هیجانی در کودکان مضطرب گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون سودمند بوده است و این اثر مثبت

جدید پیدا کنند. تمرکز بر ذهن آگاهی باعث می‌شود که فرد مضطرب از درهم آمیختگی با افکار خود مصون بماند [۳۷]. در یک نگاه کلی میتوان گفت از آنجا که این درمان، یک رویکرد درمانی مبتنی بر هیجان است؛ بنابراین آشنایی با بازشناسی هیجانها، آموزش آگاهی هیجانی، یادگیری مشاهده هیجانی، ارزیابی مجدد شناختی، همچنین آگاهی یافتن از اثرات منفی اجتناب از هیجان، آشنایی و شناسایی رفتارهای ناشی از هیجان و تأثیر ارتباط متقابل بین افکار و هیجانها به کودکان مضطرب کمک میکند تا ارزیابی‌های ناسازگارانه‌ی اتوماتیک را شناسایی کنند، با هیجان‌های ناخوشایند خود مواجه شده و آنها را تجربه نمود و به شیوه سازگارانه تری به هیجانهای خود پاسخ دهند؛ در نتیجه تسلط بیشتری در شناسایی، تشخیص و تنظیم هیجانها و آگاهی هیجانی خود پیدا میکنند [۳۸].

یافته‌های دیگر پژوهش حاکی از بوده است که درمان فراتشخیصی یکپارچه بر بهبود میانگین نمره تنظیم شناختی هیجانی در کودکان مضطرب گروه آزمایش در مرحله پس از آزمون اثربخش بوده است و این اثر مثبت مداخله در دوره پیگیری نیز پایدار مانده است. یافته حاضر با یافته‌های طالبی و همکاران [۳۹] مبنی بر اثرگذاری مثبت درمان فراتشخیصی بر تنظیم هیجان، برینینگ و همکاران [۴۰] مبنی بر اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه در بیماران دارای علائم وسواسی-اجباری بر تنظیم مهارت شناختی هیجانی و کاهش نشخوار فکری، عطارد، میکائیلی، مهاجر اول و وجودی [۴۱] مبنی بر آن که مراجعان دارای مشکلات خلقی و اضطرابی با دریافت تمرینات درمان فراتشخیصی یکپارچه نگر به صورت انفرادی در تنظیم هیجانها و استفاده از راهبردهای مثبت ناشی از آن موفق عمل کرده‌اند، عثمانی، شکری [۴۲] مبنی بر اثرگذاری درمان فراتشخیصی بر تنظیم هیجانها و گارسیا و همکاران [۴۳] مبنی بر آن که اجرای پروتکل یکپارچه با درمان فراشناختی بر کاهش علائم اضطراب و افسردگی و بهبود نمره راهبرد تنظیم هیجانی اثربخش می‌باشد، مهدیون و همکاران [۴۴] نشان دادند درمان فراتشخیصی موجب کاهش اضطراب اجتماعی، بهبود کفایت و تنظیم هیجان دانشجویان

ضرغامی و همکاران [۳۶] مبنی بر اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه بر کودکان مبتلا به اختلالات اضطرابی و افسردگی در راستای اثربخشی درمان فراتشخیصی بر آگاهی هیجانی همسو می‌باشد.

در تبیین یافته حاضر می‌توان بیان نمود که درمان فراتشخیصی به افراد مضطرب می‌آموزد چگونه با هیجانها نامناسب خود روبه‌رو شوند و به شیوه سازگارانه تری پاسخ دهند. این رویکرد با یک برنامه درمانی به تفکیک جلسات می‌پردازد که به مراجع دارای اضطراب در شناخت هر چه بهتر افکار، احساسات و هیجانهاش کمک می‌کند. این فرایند سبب می‌شود که فرایندهای هیجانی آنها همچون مهارت شناسایی احساسات خود، جرأت در بیان و به اشتراک نهادن احساسات ادراک شده، آگاهی نسبت به تغییرات بدنی و نیز همزمان درک هیجانها دیگران و عدم قضاوت نسبت به برداشت دیگران از احساسات خود در فرد دچار تغییر و دگرگونی گردد [۳۶]. علاوه بر این در تبیین تغییر و بهبود نمرات آگاهی هیجانی مراجعان مضطرب به عنوان یکی از آماج‌های کلیدی درمان فراتشخیصی یکپارچه می‌توان به وجود برخی تکنیک‌ها و مهارت‌ها در تعدادی از جلسات درمانی پروتکل مذکور اشاره نمود. چنان که در طی جلسات این رویکرد درمانی تلاش گردید تا فرد مراجع با اختلال اضطرابی و رفتاری الگوهای اجتناب از احساسات و عواطف را آموخته و با راهبردهای مختلف اجتناب از این احساسات و تأثیر آن بر تجارب احساسی و هیجانی و آگاهی یافتن از اثرات متناقض اجتناب از هیجان آشنا شوند. مواجهه و استفاده از راهبردهای مختلف آشنایی با تجارب هیجانی سبب می‌شود تا فرایندهای هیجانی فرد مضطرب همچون شناسایی مناسب احساسات، مهارت در تحلیل احساسات خود و تمایز قائل شدن بین آنچه فکر و درک می‌کند و آنچه در دنیای واقعی وجود دارد افزایش یابد و به این ترتیب آگاهی هیجانی بهبود نشان می‌دهد [۳۵]. علاوه بر این در طی جلسات درمان فراتشخیصی یکپارچه به فرد مضطرب آموزش داده می‌شود که با یادگیری مشاهده تجارب هیجانی (هیجانها و واکنش‌های مرتبط با آن) خصوصاً با استفاده از تکنیک‌ها و تمرینات ذهن آگاهی نگرشی



می‌شود همسو است.

افراد مبتلا به اختلال‌های هیجانی از راهبردهای تنظیم هیجانی ناسازگارانه مانند اجتناب و سرکوبی، پنهان نمودن یا نادیده گرفتن هیجان‌ها استفاده می‌کنند. تلاش برای کنترل هیجانی موجب افزایش و تداوم احساساتی می‌شود که فرد تلاش می‌کند کاهش دهد. درمان فراتشخیصی یکپارچه به مراجعان می‌آموزد که چگونه با هیجان‌ها ناخوشایند خود مواجه شده و به شیوه سازگارانه‌تری به هیجان‌ها پاسخ دهند. در تبیین یافته‌ها باید بیان کرد که این درمان کمک می‌کند تا مراجعان فهم بهتری از تعامل افکار، احساسات و رفتارها در ایجاد تجارب هیجانی درونی داشته باشند. مراجعان یاد می‌گیرند تا آگاهی بهتری از تجارب هیجانی خود شامل برانگیزاننده‌ها و پیامدهای رفتاری کسب کنند، با ارزیابی‌های شناختی منفی از احساسات و هیجان‌ها جسمی چالش کنند، رفتارهای ناشی از هیجان را شناسایی و اصلاح کنند، آگاهی و تحمل احساس‌های جسمی در طی مواجهه درون‌زاد را کسب کنند و در بافت‌های موقعیتی و درون‌زاد با تجارب هیجانی خود مواجه گردند. همه این مهارت‌ها با اصلاح عادات تنظیم هیجانی و نحوه به کارگیری راهبردهای مرتبط با آن در شرایط مناسب منجر به کاهش شدت تجارب هیجانی ناسازگارانه و برگرداندن هیجان‌ها به سطح مطلوب و رضایت‌بخش و کارکردی می‌شود [۴۳]. شرکت کنندگان در پژوهش با انجام تمرینات آموزش آرمیدگی عضلانی و تصویرسازی ذهنی مثبت شامل هیجان‌های مثبت و منفی، افزایش آگاهی غیرقضاوتی و لحظه‌ای از تجارب هیجانی، جهت دهی به سمت «اینجا و اکنون»، اجتناب از سرکوبی هیجانی و اجتناب تجربی، انعطاف‌پذیری شناختی، پذیرش روانی و سایر آموزش‌های مربوط به درمان فراتشخیصی یکپارچه به سازگاری روانی رسیده و یاد گرفتند که هیجان‌ها، احساسات و افکار منفی خود را پذیرفته و از اجتناب و نشخوار فکری دست بردارند. ارائه تمرینات ذهن آگاهی، پذیرش و تجربه هیجان‌ها به مراجعان در این شیوه مداخلاتی باعث شد که آن‌ها از راهبردهای سازگارانه تنظیم هیجان از جمله تمرکز مثبت مجدد، برنامه‌ریزی، ارزیابی مثبت، دیدگاه وسیع‌تر و پذیرش در مواجهه با

رویدادهای ناگوار و اضطراب‌زا استفاده نموده و کمتر به راهبردهای ناسازگارانه مانند خودسرزنی و یا فاجعه‌پنداری متوسل شوند [۳۹]. بنابراین می‌توان گفت آموزش فراتشخیصی با تکیه بر تکنیک‌های تنظیم هیجان موجب می‌شود که کودکان مضطرب به ارزیابی مجدد هیجان‌ها و مخصوصاً هیجانات منفی خود بپردازند و این هیجان‌ها را در درون خویش بپذیرند که این امر موجب افزایش راهبرد ارزیابی مجدد شناختی در آنان خواهد شد [۴۴].

یافته‌ها نیز حاکی از این بود که درمان فراتشخیصی یکپارچه بر بهبود میانگین نمره عاطفه مثبت در کودکان مضطرب گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون اثربخش نبوده است. یافته حاضر با نتایج مطالعات کروپس و همکاران [۴۵] مبنی بر آن که درمان فراتشخیصی یکپارچه بر بهبود عواطف مثبت و کاهش عواطف منفی اثربخش است، رینهولت و همکاران [۴۶] نیز به مقایسه اثربخشی درمان شناختی-رفتاری با درمان فراتشخیصی یکپارچه بر تجارب عاطفی و شدت علائم بیماران با علائم افسردگی و اضطراب پرداخته و نشان دادند هر دو رویکرد مؤثر هستند، ناهمسو بوده است و با یافته هویونا و همکاران [۴۷] مبنی بر آن که این پروتکل درمانی به دلیل درگیر کردن مراجع در کاهش الگوهای رفتاری ناشی از هیجان و جایگزینی آن با رفتارهای لذت‌بخش، عملکرد بهتری در افزایش شناسایی، ابراز و تجربه عواطف مثبت نسبت به عواطف منفی دارد همسو است.

در تبیین این ناهمخوانی یافته حاضر می‌توان به دشواری فهم این پروتکل و تمرینات آن برای مراجعان ۸ تا ۱۲ سال برخلاف سایر پروتکل‌ها، متفاوت بودن جمعیت مورد مطالعه در این تحقیق با سایر مطالعات، نامفهوم بودن برخی از سوالات برای مراجعان و همچنین طولانی بودن سوالات ابزارهای پژوهش اشاره کرد. در ادامه می‌توان بیان کرد که در درمان فراتشخیصی مبتنی بر افکار تکرار شونده منفی دو ماژول یعنی جلسه چهارم درمانی به وضوح بخشی این تکنیک و اجرای آن به صورت‌های مختلف که قابل فهم رای افراد کم سن و سال باشد و همراه با استعاره‌های فراوان پرداخته می‌شود و انعطاف‌پذیری توجه، لزوم آن

عواطف منفی را کاهش دهد [۴۸]. علاوه بر این، تمرکز ماژول پنجم درمان فراتشخیصی یکپارچه بر شناسایی و کاهش رفتارهای ناسازگارانه ناشی از عواطف و هیجانات است که در کاهش خلق افسرده مؤثر است.

### محدودیت‌ها و پیشنهادات پژوهش (در صورت وجود)

بنابر آن چه بیان گردید پژوهش حاضر همچون همانند سایر پژوهش‌ها دارای محدودیت‌هایی چون همزمان شدن دوره آموزشی با دوره کرونا و عدم برگزاری دوره‌ها به صورت حضوری، پایین بودن حجم گروه‌ها، استفاده از پرسشنامه‌های خودگزارشی برای سنجش اثربخشی برنامه درمان فراتشخیصی یکپارچه و نداشتن سنجش‌های پیگیری طولانی مدت (۶ ماه و یا بیشتر) برای ارزیابی میزان ماندگاری اثربخشی این برنامه مداخلاتی در طول زمان و زیاد بودن تعداد پرسشنامه‌های مورد استفاده برای این سن بوده است. از این رو پیشنهاد می‌گردد با توجه به اثربخش بودن این مداخله آموزشی در کاهش هیجانات و عواطف منفی و بهبود نمرات آگاهی هیجانی و تفکر کارآگاهی از این روش درمانی در مراکز آموزشی، مدارس و سایر مراکزی که با کودکان مضطرب و مراجعان کودک و نوجوان درگیر هستند نه تنها در مورد متغیرهای وابسته در این پژوهش بلکه برای متغیرهای خلقی، شناختی، شخصیتی و خانوادگی دیگر آن اجرا و مورد استفاده قرار گیرد. همچنین، برگزاری کارگاه‌های درمان فراتشخیصی یکپارچه برای معلمان و مشاوران مدارس جهت آشنایی بیشتر با این رویکرد و ارجاع دانش آموزان مضطرب جهت دریافت خدمات روان‌شناختی حرفه‌ای پیشنهاد می‌گردد.

### سیاسگزاری (در صورت وجود)

این پژوهش حاصل پایان‌نامه کارشناسی ارشد نویسنده مسئول این مقاله است که با همکاری مراکز مشاوره راه برتر و مدارس منطقه ۵ آموزش و پرورش شهر اصفهان انجام شده است. موضوع پژوهش جزو دغدغه‌های شخصی نویسنندگان مقاله بوده است و پژوهش را با علاقه شخصی به انجام رسانیده و هیچگونه تعارضی در نوع علایق خود نداشته‌اند. از زحمات استاد معظم

و نحوه دستیابی به آن آموزش داده می‌شود و از این نظر درمان فراتشخیصی یکپارچه غافل بوده و نتوانسته بر عواطف مثبت تأثیرگذار باشد.

همچنین یافته‌ها حاکی از این بود که درمان فراتشخیصی یکپارچه بر بهبود میانگین نمره عاطفه منفی در کودکان مضطرب گروه آزمایش در مرحله پس از موزون اثربخش بوده است و این اثر مثبت مداخله در دوره پیگیری نیز پایدار مانده است. بنابراین، فرضیه پنجم پژوهش تأیید می‌شود. یافته حاضر مبنی بر اثربخش بودن درمان فراتشخیصی بر عاطفه منفی با نتایج مطالعه [۴۱، ۴۸، ۴۹ و ۵۰] مبنی بر آن که درمان فراتشخیصی یکپارچه‌ای موجب بهبود در ادراک عاطفه را می‌گردد همسو است.

در تبیین این نتیجه باید گفت رویکرد درمانی فراتشخیصی یکپارچه عمدتاً شامل بازسازی مجدد واقعه اضطراب‌زا از طریق تصویرسازی ذهنی و واقعیت‌آزمایی برخی از باورهای تحریف شده بیمار درباره خودش و تهدیدآمیز بودن دنیای پیرامون است. این رویکرد نمونه‌ای از کار در سطح شناختی به شمار می‌رود زیرا هدف عمدتاً تغییر ماهیت خاطرات بیمار (شناخت) و محتوای باورهای او درباره خودش و جهان پیرامون (شناخت) است. در این شیوه مداخلاتی بیشتر بر اجتناب بیرونی (همان موقعیت‌ها، افراد و مکان‌های ناخوشایند) و مواجهه با آن‌ها تمرکز می‌شود [۵۰]. در واقع درمان مطرح شده از سوی بارلو و همکاران، بیشتر روی اجتناب رفتاری کار می‌کند و سایر جنبه‌های اجتناب یعنی اجتناب شناختی را نادیده می‌گیرد. بنابراین، با مواجهه بیشتر فرد با خاطرات اضطرابی می‌تواند بر تعدیل عواطف منفی مؤثر واقع شود. این شیوه مداخلاتی علاوه بر تکنیک‌های شناختی، رفتاری و تنظیم هیجانی، تکنیک‌های تغییر انگیزش را نیز به کار می‌گیرد. انگیزش نقش قابل توجهی در حرکت و فعالیت و کاهش ترس و هیجانات منفی دارد [۴۹]. همچنین درمان فراتشخیصی یکپارچه در ماژول اول خود به افزایش آمادگی و انگیزه مراجعان برای تغییر رفتاری و تقویت مهارت خودکارآمدی یا باور به توانایی‌های شخصی برای دستیابی موفقیت‌آمیز به تغییر موردنظر تأکید دارد و به این ترتیب می‌تواند

- Intelligence, 9(3), 42.
- 10- Guzman, E., & Bruegge, B. (2013). Towards emotional awareness in software development teams. In Proceedings of the 2013 9th joint meeting on foundations of software engineering. 671-674.
- ۱۱- بشارت، محمدعلی، & فرهمند، هادی. نقش واسطه‌ای دشواری تنظیم هیجان در رابطه بین آسیب‌های دلبستگی و نشانه‌های افسردگی و اضطراب. اندیشه و رفتار در روان شناسی بالینی، ۱۳۹۶، ۱۲(۴۴)، ۷-۱۶.
- ۱۲- دهقانی بنادکی، روح‌الله، روشن چسلی، رسول، عباسی، روح‌الله، & فراهانی، حجت‌اله. ۱۴۰۱. پیش‌بینی تعهد زناشویی براساس طرحواره‌های ناسازگار اولیه (حیطه جدایی/ طرد): نقش واسطه‌ای تنظیم شناختی هیجان و اعتیاد به شبکه‌های اجتماعی مبتنی بر گوشی هوشمند. روانشناسی بالینی و شخصیت، ۲۰(۲)، ۳۳-۴۸.
- 13- McLaughlin K. A, Garrad M. C, Somerville L. H. (2022). What develops during emotional development? A component process approach to identifying sources of psychopathology risk in adolescence. *Dialogues in clinical neuroscience*.
- 14- Neacsiu A. D, Beynel L, Graner J. L, Szabo S. T, Appelbaum L. G, Smoski M. J, LaBar K. S. (2022). Enhancing cognitive restructuring with concurrent fMRI-guided neurostimulation for emotional dysregulation—A randomized controlled trial. *Journal of affective disorders*. 301, 378-389.
- 15- 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.
- 16- Watson D, Clark L. A, Tellegen A. (1988). Development and validation of a brief measure of positive and negative affect: The PANAS scales. *Journal of Personality and Social Psychology*. 54(6), 1063-1070
- 17- Behnke M, Buchwald M, Bykowski A, Kupiński S, Kaczmarek L. D. (2022). Psychophysiology of positive and negative emotions, dataset of 1157 cases and 8 biosignals. *Scientific Data*. 9(1), 1-15.
- 18- Akca A, Ayaz-Alkaya S. (2022). (Media use, positive and negative emotions, and stress levels of adults during COVID-19 pandemic in Turkey: A cross-sectional study. *International journal of nursing practice*. 28(2), e13035.
- 19- Harmon T. G, Nielsen C, Loveridge C, Williams C. (2022). Effects of Positive and Negative Emotions on Picture Naming for People With Mild-to-Moderate Aphasia: A Preliminary Investigation. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*. 65(3), 1025-1043.
- راهنما و مدیران مدارس و دانش آموزان و والدین آنان به خاطر راهنمائیها و همکاریهایشان صمیمانه تشکر و قدردانی به عمل می آید.
- منابع**
- 1- Zhang Y, Zhan N, Long M, Xie D, Geng F. (2022). Associations of childhood neglect, difficulties in emotion regulation, and psychological distresses to COVID-19 pandemic: An intergenerational analysis. *Child Abuse & Neglect*, 105674.2022.
  - 2- Thümmler R, Engel E. M, Bartz J. (2022). (Strengthening Emotional Development and Emotion Regulation in Childhood—As a Key Task in Early Childhood Education. *International Journal of Environmental Research and Public Health*.2022. 19(7) 3978.
  - ۳- ذکایی آشتیانی، الهه، سامانی، سیامک، سهرابی شگفتی، نادره، & امیدوار، بنفشه. ۱۴۰۱. بررسی اثربخشی بازی درمانی تعاملی با مدل تراپلی بر اضطراب کودکان با آسیب‌های دلبستگی (مطالعه موردی). روانشناسی بالینی و شخصیت، ۲۰(۲)، ۱۸۹-۲۰۵.
  - 4- Giffort D.(2022). Review of Unnerved: Anxiety, Social Change, and the Transformation of Modern Mental Health. *Social Forces*.2022.
  - 5- Schensul J J, Salvi A, Ha T, Grady J, Li J, Reisine S.(2022). Evaluating cognitive/emotional and behavioral mediators of oral health outcomes in vulnerable older adults. *Journal of Applied Gerontology*. 41(1) 187-197
  - 6- Megreya, A. M., Al-Attayah, A. A., Moustafa, A. A., & Hassanein, E. E.(2020). Cognitive emotion regulation strategies, anxiety, and depression in mothers of children with or without neurodevelopmental disorders. *Research in Autism Spectrum Disorders*. 76, 101600.
  - 7- Uhl, K., Halpern, L. F., Tam, C., Fox, J. K., & Ryan, J. L. (2019). Relations of emotion regulation, negative and positive affect to anxiety and depression in middle childhood. *Journal of Child and Family Studies*, 28, 2988-2999.
  - 8- Smith, R., Killgore, W. D., & Lane, R. D. (2018). The structure of emotional experience and its relation to trait emotional awareness: A theoretical review. *Emotion*, 18(5), 670.
  - 9- Lane, R. D., & Smith, R.(2021). Levels of emotional awareness: Theory and measurement of a socio-emotional skill. *Journal of*

- ۳۱- خواستاری، سهیلا؛ عسگری، پرویز. رابطه بین تنظیم هیجانی، انعطاف پذیری کنشی و خودکارآمدی با خلاقیت هیجانی هنرمندان نقاش شهر اهواز. مجله سلامت اجتماعی. ۱۳۹۸، ۶(۲)، ۱۵۶-۱۴۹.
- ۳۲- رضائی، فرزانه؛ رضاخانی، سیمین دخت. سهم راهبردهای شناختی تنظیم هیجان و سبک های مقابله ای در پیش بینی میزان نشخوار فکری زنان (مراجعه کننده به خانه های سلامت منطقه ۱۴ تهران). دانش و پژوهش در روانشناسی کاربردی. ۱۳۹۸، ۲۰(۲)، ۹۹-۹۰.
- ۳۳- لطفی، مژگان؛ بهرامپور، لیلا؛ امینی، مهدی؛ فاطمی تبار، ریحانه؛ بیرشک، بهروز. اعتباریابی مقیاس عاطفه مثبت و منفی برای کودکان. مجله روان پزشکی و روان شناسی بالینی ایران. ۱۳۹۸، ۲۵(۴)، ۴۵۳-۴۴۰.
- 34- Meneguzzo P, Garolla A, Bonello E, Todisco P. (2022). Alexithymia, dissociation and emotional regulation in eating disorders: Evidence of improvement through specialized inpatient treatment. *Clinical Psychology & Psychotherapy*. 29(2), 718-724.
- 35- Reilly E. E, Brown T. A, Arunagiri V, Kaye W. H, Wierenga C. E, (2022). Exploring changes in alexithymia throughout intensive dialectical behavior therapy for eating disorders. *European Eating Disorders Review*. 30(3), 193-205.
- ۳۶- زرغامی، فیروزه؛ شعیری، محمدرضا؛ شهریور، زهرا. درمان فراتشخیصی یکپارچه اختلالات هیجانی برای کودکان مبتلا به اختلالات اضطرابی و افسردگی همبود: مطالعه تک موردی. پژوهش های روانشناختی. ۱۳۹۸، ۱۱(۲۲)، ۱۱۴-۹۲.
- 37- Bernstein, E. E., LeBlanc, N. J., Bentley, K. H., Barreira, P. J., & McNally, R. J. (2021). A single-session workshop to enhance emotional awareness and emotion regulation for graduate students: A pilot study. *Cognitive and Behavioral Practice*. 28(3), 393-409.
- 38- Bullis, J. R., Sauer-Zavala, S., Bentley, K. H., Thompson-Hollands, J., Carl, J. R., & Barlow, D. H. (2015). The unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: Preliminary exploration of effectiveness for group delivery. *Behavior Modification*, 39(2), 295-321.
- ۳۹- طالبی، نجمه؛ داورانی، مهسا؛ نوروزی کوهدهشت، رضا؛ یعقوبی، لیلا. اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه نگر بر بهبود راهبردهای تنظیم شناختی هیجان و سازگاری اجتماعی زنان ناباور. مجله اصول بهداشت روانی. ۱۳۹۷، ۱۹(۲)، ۱۶۶-۱۶۰.
- 40- Brenning K, Soenens B, Vansteenkiste M, De Clercq B, Antrop I. (2021) Emotion regulation
- ۲۰- بارکلی، راسل؛ ماش، اریک. روانشناسی مرضی کودک، آسیب شناسی روانی کودک. ۲۰۱۰. ترجمه حسن توزنده جانی، نسرين کمال پور و جهانشير توکلی زاده. (۱۳۹۳). تهران، نشر مرنديز.
- ۲۱- ویلسون، راب؛ برنج، رنا. درمان رفتاری شناختی به زبان ساده. ۱۴۰۰. ترجمه زهره خسروی و سمیه رضایی. تهران: نشر ارجمند. (سال نشر اثر به زبان اصلی ۲۰۰۶)
- 22- Vasiliou V. S, Karademas E. C, Christou Y, Papacostas S, Karekla M. (2022). Mechanisms of change in acceptance and commitment therapy for primary headaches. *European Journal of Pain*. 26(1), 167-180.
- 23- Strawn J. R, Mills J. A, Suresh V, Peris, T. S, Walkup J. T, Croarkin P. E. (2022). Combining selective serotonin reuptake inhibitors and cognitive behavioral therapy in youth with depression and anxiety. *Journal of affective disorders*. 298, 292-300.
- 24- Byrne G, Ghráda Á. N, O'Mahony T, Brennan E. (2021). A systematic review of the use of acceptance and commitment therapy in supporting parents. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*. 94, 378-407.
- 25- Ehrenreich-May, J., & Bilek, E. L. (2012). The development of a transdiagnostic, cognitive behavioral group intervention for childhood anxiety disorders and co-occurring depression symptoms. *Cognitive and Behavioral Practice*. 19(1), 41-55.
- 26- Rieffe C, Meerum Terwogt M, Petrides K.V, Cowan C, Miers A.C, Tolland A. (2007). Psychometric properties of the Emotion Awareness Questionnaire for children. *Personality and Individual Differences*. 43, 95-105.
- ۲۷- یوسفی، رحیم؛ طغیانی، الهه. مقایسه تاب آوری روانی و مکانیزم های دفاعی در افراد نظامی و غیر نظامی. مجله طب نظامی. ۱۳۹۷، ۱۸(۲).
- 28- Spence SH. (1998). A measure of anxiety symptoms among children. *Behaviour research and therapy*. 1;36(5):545-66. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(98\)00034-5](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(98)00034-5)
- ۲۹- شهینی، راضیه؛ داوودی، ایران؛ مهرابی زاده، مهناز؛ زرگر، یداله. اثربخشی مداخله والد مخور بر نشانه های اضطراب و مشکلات برون سازی کودکان ۶ تا ۹ ساله. مجله روان شناسی بالینی سمنان. ۱۳۹۶، ۹(۱)، ۲۶-۱۴.
- 30- Garnefski N, Kraaij V, Spinhoven P. (2002). CERQ: Manual for the use of cognitive Emotion Regulation Questionnaire. Leiderdorp, The Netherlands: DATEC.

a transdiagnostic effectiveness and feasibility study in a mental health hospital setting. *Clinical Psychologist*. 26(2), 108-118.

- 50- Braga C, Ferreira H, Sousa I, Gonçalves M. M. (2022). Ambivalence resolution in the Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders: An exploratory case study. *Psychotherapy Research*. 1-13.

الف. فایل کامل مقاله به همراه چکیده انگلیسی با نام و مشخصات کامل انگلیسی و فارسی نویسندگان، با فورمت معمولی

ب. فایل کامل مقاله به همراه چکیده انگلیسی با نام و مشخصات کامل انگلیسی و فارسی نویسندگان، با فورمت معمولی همراه با تغییرات برجسته شده

ج. فایل کامل مقاله به همراه چکیده انگلیسی با نام و مشخصات کامل انگلیسی و فارسی نویسندگان، با فورمت زودآیند (فایل پیوست)

as a transdiagnostic risk factor for (non) clinical adolescents' internalizing and externalizing psychopathology: Investigating the intervening role of psychological need experiences. *Child Psychiatry & Human Development*. 53(1), 124-136.

- ۴۱- عطارد، نسترن؛ میکائیلی، نیلوفر؛ مهاجری اول، نسترن؛ وجودی، بابک. اثر درمان فراتشخیصی یکپارچه نگر بر اختلالات اضطرابی و افسردگی همایند: طرح تک موردی. *مجله طنین سلامت*. ۱۳۹۶. ۴(۴)، ۶۱-۵۶.

- ۴۲- عثمانی، هلاله؛ شکری، لیلیا. اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه بر نظم جویی شناختی هیجان و همدلی شناختی دانش آموزان با اختلال رفتار برونی سازی شده. *نشریه توانمند سازی کودکان استثنایی*. ۱۳۹۸. ۱(۲)، ۱۳۶-۱۲۵.

- 43- García Escalera J, et al.(2018). An Open Trial Applying the Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders in Adolescents (UP A) Adapted as a School Based Prevention Program. *Child & Youth Care Forum*.

- ۴۴- مهدیون، زهرا السادات، فروغی، علی اکبر، احمدیان، حمزه، & اکبری، مریم. اثربخشی درمان فراتشخیصی بر تنظیم هیجان و کفایت هیجان در دانشجویان مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی. *روان شناسی بالینی*، ۱۴۰۱. ۱۴(۱)، ۴۹-۵

- 45- Corpas J, Moriana J. A, Venceslá J. F, Gálvez-Lara M. (2018). Effectiveness of brief group transdiagnostic therapy for emotional disorders in primary care: a randomized controlled trial identifying predictors of outcome. *Psychotherapy Research*. 32(4), 456-469.

- 46- Reinholt N, Hvenegaard M, Christensen A. B, Eskildsen A, Hjorthøj C, Poulsen, S, Arnfred S. (2022). MTransdiagnostic versus diagnosis-specific group cognitive behavioral therapy for anxiety disorders and depression: A randomized controlled trial. *Psychotherapy and psychosomatics*. 91(1), 36-49.

- 47- Huynh A. T, Gaboury I, Provencher M. D, Norton P. J, Roberge P. (2022). Patient acceptability of group transdiagnostic cognitive behavior therapy for the treatment of anxiety disorders in community-based care: a qualitative study. *Clinical Psychologist*. 26(2), 119-128.

- ۴۸- بخشی پور، عباس؛ وجودی، بابک؛ علیلو، مجید م؛ عبدی، رضا. اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه در کاهش علائم اختلال افسردگی اساسی. *مجله اندیشه و رفتار*. ۱۳۹۵. ۱۱(۴۱)، ۸۷-۶۷.

- 49- Plamondon J, Provencher M. D.(2022). Integrated group treatment for anxiety disorders: