

Research Article

The Effective of Unified Transdiagnostic Treatment on Emotional Awareness, Cognitive Emotion Regulation and Positive and Negative Affect in Anxious Children

Authors

Monir Rahimi¹, Mansore Bahramipour^{2*}

1. M.A, Department of Psychology, Isfahan Branch (Khorasgan), Islamic Azad University, Isfahan, Iran. Isfahan, Iran. monirrahimi74@gmail.com

2. Assistant Professor, Department of Psychology, Isfahan Branch (Khorasgan), Islamic Azad University, Isfahan, Iran. (Corresponding Author)

Abstract

Receive Date:
04/08/2023

Accept Date:
07/02/2024



Introduction: The current research was conducted to assess the effectiveness of integrated transdiagnostic treatment on emotional awareness, cognitive regulation of emotions, and positive and negative emotions in anxious children.

Method: The research method was semi-experimental, involving experimental and control groups, pre-test, post-test, and a 45-day follow-up phase. The participants were anxious children aged 8-12 years, selected through multi-stage random sampling in the academic year of 2019-2020. Two experimental and control groups, each consisting of 15 individuals, were randomly assigned. The experimental group underwent Ehrenreich's (2019) integrated met diagnostic treatment over 15 sessions lasting 40 minutes each, while the control group did not receive any intervention. The research tools included the Anxiety Questionnaire (SCAS), Emotional Awareness Questionnaire (EAQ-30), Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (CERQ), and Positive and Negative Affect Schedule (PANAS). The research data were analyzed using analysis of variance with repeated measurements and SPSS-26 software.

Results: 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. However, the findings of the research do not provide evidence regarding the impact of this treatment on enhancing the average score of positive affects in anxious children.

Discussion and conclusion: It is concluded from the research that paying special attention to interventions for anxious children and providing necessary training to control anxiety within the framework of an appropriate approach (integrated transdiagnostic therapy) can enhance emotional awareness, cognitive regulation of emotions, and positive and negative emotions in anxious children. Finally, based on the findings, integrated transdiagnostic treatment can be considered an effective intervention for 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^۱، منصوره بهرامی پور^{۲*}

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

monirrahimi74@gmail.com

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.

روش: روش پژوهش، نیمه آزمایشی با گروه آزمایش، کنترل، پیش‌آزمون - پس‌آزمون اجرا شد. مرحله پیگیری ۴۵ روز و به شیوه نمونه‌گیری تصادفی چند مرحله‌ای از بین کودکان مضطرب ۸-۱۲ سال در سال تحصیلی ۱۳۹۹-۱۴۰۰ بود و در ادامه تعداد ۳۰ نفر تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل (هر کدام ۱۵ نفر) انتخاب شدند. گروه آزمایش، درمان فراتشخیصی یکپارچه اهرنریچ (۲۰۱۹) را در 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 اندازه‌گیری مکرر و به وسیله نرم‌افزار SPSS-26 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

نتایج: نتایج پژوهش نشان داد، درمان فراتشخیصی یکپارچه بر آگاهی هیجانی، تنظیم شناختی هیجان و عاطفه منفی کودکان مضطرب ۸ تا ۱۲ ساله مؤثر است، ولی یافته‌های پژوهش در تأثیر این درمان بر بهبود میانگین نمره عاطفه مثبت در کودکان مضطرب سودمند نبود.

بحث و نتیجه‌گیری: از پژوهش اینگونه نتیجه‌گیری می‌شود؛ 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 مؤثر در مداخلات کودکان مضطرب به کار برد.

تاریخ دریافت:

۱۴۰۲/۰۵/۱۳

تاریخ پذیرش:

۱۴۰۲/۱۱/۱۸



کلیدواژه‌ها

آگاهی هیجانی، اضطراب، تنظیم شناختی هیجان، درمان فراتشخیصی یکپارچه، عاطفه مثبت و منفی.

پست الکترونیکی

نویسنده مسئول

bahramipourisfahani@yahoo.com

مقدمه

سال‌های ابتدایی کودکی مهم‌ترین سال‌های حیات در زندگی کودک است و تجربیات این سال‌ها زیربنای زندگی آینده هر انسانی را رقم می‌زند. لذا، اگر در راستای این سال‌ها به نیازها و حیطه‌های تکاملی کودکان پاسخ مناسبی داده شود، آن‌ها سالم‌تر و از قدرت تفکر بیشتری برخوردار می‌گردند و مهارت‌های عاطفی و اجتماعی بهتری خواهند داشت [۱]. اضطراب^۱، جزء جدایی‌ناپذیر زندگی طبیعی دوران کودکی بوده و به روشنی نشانگر روند رشد طبیعی کودک است [۲]. در واقع اضطراب‌ها ممکن است اثر سودمندی روی رشد کودکان داشته باشند؛ زیرا فرصت‌های مناسبی را برای رشد سازوکارهای مقابله‌ای جهت مواجهه با عوامل فشارزا و اضطراب‌آور آتی مهیا می‌سازند [۳]. از این رو اختلالات اضطرابی از رایج‌ترین اختلالات روان‌پزشکی و روان‌شناختی در کودکان و نوجوانان هستند و نرخ شیوع آن‌ها در هر سال بین ۱۰ - ۲۱ درصد تخمین زده می‌شود [۴]. همچنین اختلالات اضطرابی در کودکان منجر به افزایش تخریب کارکردهای تحصیلی، اجتماعی و افزایش احتمال تداوم و گسترش این اختلالات در دوره‌های بعدی رشد می‌شود [۴].

از شاخص‌های نشان دهنده مشکلات رفتاری در کودکان و نوجوانان مضطرب، هوش هیجانی است و مهم‌ترین مؤلفه هوش هیجانی، آگاهی هیجانی^۲ [۵]، تنظیم شناختی هیجان^۳ [۶] و عاطفه مثبت و منفی^۴ [۷] است. از این رو می‌توان بیان داشت، توانایی شخص در شناخت دقیق هیجان‌های خود هنگام روی دادن آن‌ها و درک شیوه‌های مناسب برای نشان دادن واکنش منطقی به افراد در وضعیت‌های گوناگون را خودآگاهی هیجانی می‌نامند [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، کمال‌گرایانه و ایجاد احساس ارزشمندی در مهارت خودآگاهی هیجانی مدنظر قرار داده است [۹]. توجه به هیجان‌ها، آگاهی از هیجان‌ها و نحوه واکنش فیزیولوژیکی

بدن، شناخت تصویرهای هیجانی در ذهن و شناخت افکار و هیجان‌هایی که بسیار استرس‌زا هستند، زمینه‌ای فراهم می‌آورند تا فرد آگاهی مواجهه مطلوب و مؤثر با آنها را داشته باشد و با کنترل هیجان‌ها، لحظه‌های شروع استرس را تشخیص داده و با آن مبارزه نماید [۱۰].

تنظیم هیجانی با فعال کردن شناخت‌های منفی در حافظه می‌تواند منجر به گوشه‌گیری 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 هیجان‌های خود (موقعی که هیجانی هستند) و چگونگی تجربه یا ابراز این هیجان‌ها را تحت نفوذ خود قرار می‌دهند. در واقع، تنظیم هیجان شکل خاصی از خودنظم‌بخشی است و به عنوان فرآیندهای بیرونی و درونی دخیل در بازبینی، ارزشیابی و تعدیل ظهور، شدت و طول مدت واکنش‌های هیجانی تعریف شده است که در سطوح ناهشیار، نیمه‌هشیار و هشیار به کار گرفته می‌شود [۱۲]. تنظیم هیجانی، شامل استفاده از استراتژی‌های 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 استرس‌زا، از راهبردهای تنظیم هیجان متفاوتی برای اصلاح یا تعدیل تجربه هیجانی خود استفاده می‌کنند [۱۳]. یکی از متداول‌ترین این راهبردها، تنظیم هیجان با استفاده از 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 اطلاق می‌گردد [۱۳].

عاطفه یا تجربیات هیجانی، یک نشانگر عملکرد روان‌شناختی 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

- 1 . Anxiety.
- 2 . emotional awareness.
- 3 . Cognitive regulation of emotion.
- 4 . Positive and negative effect.

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 یکپارچه‌نگر 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 یکپارچه‌نگر 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 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 شد و با نظر به کارآمدی درمان فراتشخیصی یکپارچه در کاهش مشکلات ناشی از اضطراب کودکان و با توجه به اهمیت پرداختن به مؤلفه‌های 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 بررسی نشدن 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؟

منجر به اضطراب می‌گردد [۱۵]. براساس الگوی دو عاملی که توسط واتسون، کلازک و تلگان [۱۶] مطرح شد، 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 روان‌شناختی و واکنش‌های منفی نسبت به موقعیت‌های پراسترس را تجربه می‌کنند، اشاره دارد. عاطفه مثبت نشان دهنده فعالیت‌ها و دل مشغولی‌های لذت‌بخش با محیط است. بالا بودن عاطفه مثبت حاکی از مصمم، علاقه‌مند، هشیار، مشتاق و شاد بودن است در حالی که 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، تأثیر عاطفه مثبت سازمان‌بندی شناختی به گونه‌ای است که پاسخ‌های خلاق یا جدیدی ایجاد می‌کند و می‌تواند موجب استفاده بهینه از منابع ذهنی‌مان 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 دیگر 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

روش

نوع پژوهش

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

آزمودنی‌ها

بیماری‌های مزمن و مصرف‌نکردن داروی پزشکی یا روان‌پزشکی خاص. معیارهای خروج از پژوهش عبارت بود از: بی‌تمایلی به مشارکت و یا انصراف از شرکت در جلسات مداخله، همکاری نکردن یا بی‌تمایلی به ادامه شرکت در جلسات، غیبت بیش از ۲ جلسه. سپس پروتکل پژوهش در 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 گروه سنی ۸-۱۲ سال به اجرا درآمد، نخست توسط پنج نفر از متخصصین حوزه روانشناسی کودک و نوجوان (اساتید و هیئت علمی دانشگاه خواراسگان) از نظر ساختار، محتوا، زمان و فرایند مورد ارزیابی و تأیید 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.

نتیجه ارزیابی این پروتکل که توسط ۵ ارزیاب متخصص حوزه روان‌شناسی 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.

جدول ۱. ارزیابی بسته آموزشی درمان فراتشخیصی یکپارچه

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 گام‌های مورد نیاز در بسته آموزشی درمان فراتشخیصی یکپارچه برای غلبه بر اضطراب کودکان					
کفایت زمان اختصاص یافته برای هر یک از گام‌ها 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					

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 شکل‌گیری آگاهی هیجانی
۲	شناسایی هیجان‌ها	یادگیری شناسایی و درجه‌بندی شدت هیجان‌های مختلف، عادی‌سازی تجربه‌های هیجانی، آشنایی با سه بخش تجربه هیجانی و چرخه اجتناب، شناسایی پاداش‌هایی برای رفتارهای جدید
۳	استفاده از آزمایش‌های علمی در تغییر هیجان‌ها و رفتارها	یادگیری مفهوم رفتار متضاد، تمرین آزمایش‌های علمی برای کمک به شکل‌گیری رفتار متضاد با رفتار هیجانی، یادگیری ارتباط بین فعالیت و هیجان، آشنایی با پیگیری رشته هیجان و فعالیت در قالب یک آزمایش
۴	سرنخ‌های بدنی	توصیف مفهوم سرنخ‌های بدنی و ارتباط آنها با هیجان‌های قوی، یادگیری شناسایی سرنخ‌های بدنی هیجان‌های مختلف، آموزش مهارت اسکن کردن بدن، تمرین تجربه کردن سرنخ‌های بدنی بدون استفاده از اجتناب و پرت کردن حواس
۵	ردیابی کردن فکرها	آشنایی با مفهوم تفکر انعطاف‌پذیر، آموزش تشخیص تله‌های فکری رایج به کودکان
۶	استفاده از تفکر کارآگاهی	آشنایی با تفکر کارآگاهی، کاربرد تفکر کارآگاهی
۷	حل مساله و مدیریت تعارض	آشنایی با حل مسئله، کاربرد حل مسئله
۸	آگاهی از تجربه‌های هیجانی	یادگیری درباره مهارت «ن»، آموزش درباره آگاهی از لحظه حال، آشنایی با آگاهی غیرقضاوت‌گرانه
۹	آشنایی با مواجهه هیجانی	مرور مهارت‌های کارآگاهی 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
۱۰	روبرو شدن با هیجان‌ها	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
۱۱-۱۴	روبرو شدن با هیجان‌ها	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
۱۵	خلاصه برنامه و پیگیری و پیشگیری از عود	مرور مهارت‌های کارآگاهی هیجان آموخته شده، برنامه‌ریزی برای روبرو شدن با هیجان‌های قوی در آینده، جشن گرفتن پیشرفته حاصل از برنامه درمانی

کودکان و نوجوانان و براساس پرسشنامه ناگویی هیجانی تورنتو طراحی شده است. این ابزار دارای ۳۰ پرسش با ۶ زیرمقیاس توانایی تمایز قائل شدن میان هیجان‌ات (با ۷ پرسش)، توانایی به اشتراک گذاشتن احساسات (با ۳ پرسش)، توانایی پنهان نکردن هیجان‌ات (با ۵ پرسش)، خودآگاهی بدنی (با ۵ پرسش)، توجه کردن به هیجان‌ات دیگران (با ۵ پرسش) و توانایی تحلیل هیجان‌ات (با ۵

و سپس جلسات آموزشی تحت نظارت استاد راهنما و توسط پژوهشگر بر روی کودکان مضطرب گروه آزمایش به اجرا در آمد (جدول ۱)

ابزارها

پرسشنامه آگاهی هیجانی

این پرسشنامه خودگزارشی به وسیله ریفی و همکاران [۲۶] به منظور سنجش چگونگی احساس یا ادراک

دارد که هر دو فرم شامل ۹ زیرمقیاس می‌باشد. در فرم ۱۸ پرسش ۹ زیرمقیاس عبارتند از سرزنش خود (با ۲ پرسش)، پذیرش (با ۲ پرسش)، نشخوار فکری (با ۲ پرسش)، تمرکز مجدد مثبت (با ۲ پرسش)، تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی (با ۲ پرسش)، ارزیابی مجد مثبت (با ۲ پرسش)، دیدگاه‌گیری (با ۴ پرسش)، (با ۲ پرسش) و سرزنش دیگران (با ۲ پرسش). از مجموع نمره مربوط به زیرمقیاس‌های دیدگاه‌گیری، تمرکز مجدد مثبت، ارزیابی مجدد مثبت، پذیرش و تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی راهبردهای سازش یافته و از مجموع زیرمقیاس‌های سرزنش خود، سرزنش دیگران، نشخوارگری و فاجعه‌نمایی راهبردهای سازش نیافتاده 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 کرده‌اند [۳۰]. در ایران اعتبار پرسشنامه با آلفای کرونباخ در یک پژوهش ۰/۸۳ برای کل پرسش‌ها به دست آمده است [۳۱]. در پژوهشی دیگر در داخل ایران، ضریب آلفای کرونباخ کل پرسش‌ها 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 اندازه‌گیری دو بعد خلقی یعنی عاطفه منفی و مثبت در سال ۱۹۸۸ م. توسط واتسون و همکاران [۱۶] تدوین شده است. این ابزار دارای ۲۰ پرسش و ۲ زیرمقیاس عاطفه مثبت (با ۱۰ پرسش) و عاطفه منفی (با ۱۰ پرسش) می‌باشد. نمره‌گذاری ابزار در طیف لیکرت ۵ درجه‌ای (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 می‌شود. واتسون و همکاران [۱۶] ضریب آلفای کرونباخ عاطفه مثبت را ۰/۸۸ و ضریب آلفای کرونباخ عاطفه منفی را ۰/۸۷ گزارش داده‌اند. 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

پرسش) 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، 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] به منظور سنجش اضطراب در کودکان ۸ تا ۱۵ سال طراحی شده است و این ابزار شامل دو فرم مخصوص کودک با ۴۵ پرسش و فرم مخصوص والدین با ۳۸ پرسش است. در پژوهش حاضر از فرم مخصوص کودکان ۴۵ پرسش استفاده گردید و شامل زیرمقیاس‌های اضطراب جدایی (با ۶ پرسش)، اضطراب فراگیر (با ۶ پرسش)، اضطراب اجتماعی (با ۶ پرسش)، حمله هراس و ترس از فضای باز (با ۹ پرسش)، وسواس فکری - عملی (با ۶ پرسش) و فوبی و ترس از جراحی بدن (با ۵ پرسش) می‌شود و بقیه پرسش‌ها 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. سازنده 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، مهربانی 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 گارنفسکی و همکاران [۳۰] به منظور سنجش راهبردهای تنظیم شناختی هیجان تدوین شده است. این ابزار دو فرم ۳۶ پرسش و ۱۸ پرسش

(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 بوده‌اند. در جدول ۲، نتایج مربوط به نرمال بودن توزیع متغیرها، برابری واریانس‌های خطا، برابری ماتریس واریانس-کوواریانس و نتایج آزمون ماکلی (پیش فرض کرویت) برای آگاهی هیجانی، تنظیم شناختی هیجان، عاطفه مثبت و عاطفه منفی ارائه شده است.

گزارش کرده‌اند. 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 اندازه‌گیری مکرر استفاده شد. تمامی این داده‌ها به وسیله نرم‌افزار تحلیل آماری SPSS-26 مورد تحلیل قرار گرفت.

نتایج

براساس یافته‌های پژوهش در گروه کنترل، ۵ نفر

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

ردیف	متغیر	آزمون	آزمون شاپیرو - ویلک		آزمون لوین		آزمون ام باکس	آزمون کرویت موچلی و برابری واریانس‌ها
			آماره	معناداری	آماره	معناداری		
۱	آگاهی هیجانی	پیش‌آزمون	۰/۹۷	۰/۶۹	۰/۹۵	۰/۳۴	۴۲/۲۲ (p=۰/۰۰۱)	۰/۸۳ (p=۰/۰۰۸)
			۰/۹۵	۰/۲۳	۳/۶۹	۰/۰۶		
			۰/۹۷	۰/۴۸	۱/۵۳	۰/۲۳		
۲	تنظیم شناختی	پیش‌آزمون	۰/۹	۰/۰۱	۳/۴۷	۰/۰۷	۱۲/۸۳ (p=۰/۰۰۸)	۰/۰۹ (p=۰/۰۰۱)
			۰/۹	۰/۰۱	۷/۲۶	۰/۰۱۲		
			۰/۹۴	۰/۱	۸/۱۳	۰/۰۱		
۳	هیجان سازش یافته	پیش‌آزمون	۰/۹۵	۰/۲	۰/۱۴	۰/۷۱	۱۰/۱۹ (p=۰/۰۱۷)	۰/۲۱ (p=۰/۰۰۱)
			۰/۹۵	۰/۲۱	۰/۶۰	۰/۴۵		
			۰/۹۴	۰/۱	۱/۳۹	۰/۲۵		
۴	هیجان سازش نیافتده	پیش‌آزمون	۰/۹۵	۰/۱۷	۰/۲۳	۰/۶۳	۱۴/۲۶ (p=۰/۰۰۵)	۰/۱۹ (p=۰/۰۰۱)
			۰/۹۵	۰/۲۱	۰/۲۸	۰/۶۰		
			۰/۹۷	۰/۵۷	۰/۰۳	۰/۸۶		
۵	عاطفه مثبت	پیش‌آزمون	۰/۸۸	۰/۰۰۳	۳/۱۱	۰/۰۹	۵/۵۹ (p=۰/۰۵۵)	۰/۲۱ (p=۰/۰۰۱)
			۰/۹۳	۰/۰۶	۳/۱۰	۰/۰۹		
			۰/۹۴	۰/۰۸	۳/۸۰	۰/۰۶		
۶	عاطفه منفی	پیش‌آزمون	۰/۹۷	۰/۱۷	۰/۲۳	۰/۶۳	۱۴/۲۶ (p=۰/۰۰۵)	۰/۱۹ (p=۰/۰۰۱)
			۰/۹۵	۰/۲۱	۰/۲۸	۰/۶۰		
			۰/۹۷	۰/۵۷	۰/۰۳	۰/۸۶		

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 ($p > 0.05$) و یا ($p \geq 0.01$). تنظیم شناختی هیجان (سازش یافته و سازش نایافته)، در هر سه مرحله پیش‌آزمون ($p \geq 0.01$)، پس‌آزمون ($p \geq 0.01$) 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 ($p > 0.05$) و یا ($p \geq 0.01$). عاطفه مثبت، در هر سه مرحله پیش‌آزمون و پیگیری دارای توزیع نرمال و برابری واریانس خطا بوده است ($p \geq 0.01$) و نتایج آزمون ماکلی نیز کوواریانس (آزمون ام باکس) بوده، و نتایج آزمون ماکلی نیز حاکی از برقرارنبودن پیش فرض کرویت و استقلال است. در جدول ۳، میانگین و انحراف معیار مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در آگاهی هیجانی، تنظیم شناختی هیجان، عاطفه مثبت و عاطفه منفی برای گروه آزمایش و گروه کنترل ارائه شده است.

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 ($p > 0.05$) و یا ($p \geq 0.01$). تنظیم شناختی هیجان (سازش یافته و سازش نایافته)، در هر سه مرحله پیش‌آزمون ($p \geq 0.01$)، پس‌آزمون ($p \geq 0.01$) 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 ($p > 0.05$) و یا ($p \geq 0.01$). عاطفه مثبت، در هر سه مرحله پیش‌آزمون و پیگیری دارای توزیع نرمال و برابری واریانس خطا بوده است ($p \geq 0.01$) و نتایج آزمون ماکلی نیز کوواریانس (آزمون ام باکس) بوده، و نتایج آزمون ماکلی نیز حاکی از برقرارنبودن پیش فرض کرویت و استقلال است. در جدول ۳، میانگین و انحراف معیار مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در آگاهی هیجانی، تنظیم شناختی هیجان، عاطفه مثبت و عاطفه منفی برای 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 فراتشخیصی 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 هیجان سازش‌یافته
۱	۳/۱۵	۰/۵۲	۲/۲۹	پس‌آزمون	
۰/۹۶	۳/۱۸	۰/۵۱	۲/۳۰	پیگیری	
۰/۶۵	۲/۹۹	۰/۶۲	۳/۳۳	پیش‌آزمون	تنظیم شناختی هیجان سازش‌نایافته
۰/۵۸	۲/۳۶	۰/۵۱	۳/۲۲	پس‌آزمون	
۰/۶۰	۲/۳۳	۰/۴۸	۳/۲۷	پیگیری	
۷/۲۲	۲۷/۴۰	۶/۳۹	۲۷/۷۳	پیش‌آزمون	عاطفه مثبت
۵/۲۹	۳۲/۴۰	۵/۹۲	۲۷/۹۳	پس‌آزمون	
۵/۴۱	۳۲/۸۷	۵/۶۳	۲۷/۵۳	پیگیری	
۶/۴۲	۳۴/۶۷	۴/۱۰	۳۸/۲۷	پیش‌آزمون	عاطفه منفی
۵/۱۷	۲۸/۲۷	۳/۶۰	۳۷/۴۰	پس‌آزمون	
۵/۲۳	۲۸/۲۰	۳/۶۸	۳۸/۳۳	پیگیری	

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.

چنان‌که در جدول ۳ مشاهده می‌شود، در آگاهی هیجانی، تنظیم شناختی هیجان، عاطفه مثبت و عاطفه منفی گروه درمان فراتشخیصی 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	مجذور سهمی اتا	توان آزمون
	درون گروهی	بین گروهی							
آگاهی هیجانی	درون گروهی	زمان	۶۳۹/۰۲	۲	۳۱۹/۵۱	۲۳/۵۴	۰/۰۰۱	۰/۴۶	۱
		تعامل زمان×گروه	۷۴۷/۴۷	۲	۳۷۳/۷۳	۲۷/۵۳	۰/۰۰۱	۰/۵۰	۱
		خطا (زمان)	۴۶۰/۱۱۸	۵۶	۳/۵۷	-	-	-	-
	بین گروهی	گروه	۵۸۵۶/۴۰	۱	۵۸۵۶/۴۰	۲۲/۶۶	۰/۰۰۱	۰/۴۵	۰/۹۹۶
		خطا	۷۲۳۷/۸۲	۲۸	۲۵۸/۴۹	-	-	-	-
		خطا (زمان)	-	-	-	-	-	-	-
تنظیم شناختی هیجان سازش یافته	درون گروهی	زمان	۳/۰۵	۱/۰۵	۲/۹۱	۱۲/۶۸	۰/۰۰۱	۰/۳۱	۰/۹۴
		تعامل زمان×گروه	۰/۶۷	۱/۰۵	۰/۶۴	۲/۸۰	۰/۱۰	۰/۰۹	۰/۳۷
		خطا (زمان)	۶/۷۳	۲۹/۳۰	۰/۲۳	-	-	-	-
	بین گروهی	گروه	۱۲/۶۹	۱	۱۲/۶۹	۸/۶۱	۰/۰۰۷	۰/۲۳	۰/۸۱
		خطا	۴۱/۲۷	۲۸	۱/۴۷	-	-	-	-
		خطا (زمان)	-	-	-	-	-	-	-
تنظیم شناختی هیجان سازش نایافته	درون گروهی	زمان	۲/۶۹	۱/۱۲	۲/۴۰	۱۵/۵۰	۰/۰۰۱	۰/۳۶	۰/۹۸
		تعامل زمان×گروه	۱/۵۷	۱/۱۲	۱/۴۱	۹/۰۸	۰/۰۰۴	۰/۲۴	۰/۸۶
		خطا (زمان)	۴/۸۶	۳۱/۳۶	۰/۱۵	-	-	-	-
	بین گروهی	گروه	۱۱/۴۷	۱	۱۱/۴۷	۱۳/۹۵	۰/۰۰۱	۰/۳۳	۰/۹۵
		خطا	۲۳/۰۱	۲۸	۰/۸۲	-	-	-	-
		خطا (زمان)	-	-	-	-	-	-	-
عاطفه مثبت	درون گروهی	زمان	۱۳۶/۹۶	۱/۱۰	۱۲۳/۹۷	۲۰/۲۵	۰/۰۰۱	۰/۴۲	۰/۹۹
		تعامل زمان×گروه	۱۳۹/۷۶	۱/۱۰	۱۲۶/۵۰	۲۰/۶۷	۰/۰۰۱	۰/۴۲	۰/۹۹
		خطا (زمان)	۱۸۹/۲۹	۳۰/۹۳	۳۰/۹۳	-	-	-	-
	بین گروهی	گروه	۲۲۴/۰۴	۱	۲۲۴/۰۴	۲/۲۰	۰/۱۵	۰/۰۷	۰/۳۰
		خطا	۲۸۴۷/۲۴	۲۸	۱۰۱/۶۹	-	-	-	-
		خطا (زمان)	-	-	-	-	-	-	-
عاطفه منفی	درون گروهی	زمان	۲۳۶/۲۹	۱/۱۲	۲۱۰/۹۹	۵۱/۷۱	۰/۰۰۱	۰/۶۵	۱
		تعامل زمان×گروه	۱۸۵/۷۶	۱/۱۲	۱۶۵/۸۷	۴۰/۶۵	۰/۰۰۱	۰/۵۹	۱
		خطا (زمان)	۱۲۷/۹۶	۳۱/۳۶	۴/۰۸	-	-	-	-
	بین گروهی	گروه	۱۳۰/۷/۲۱	۱	۱۳۰/۷/۲۱	۲۰/۱۹	۰/۰۰۱	۰/۴۲	۰/۹۹
		خطا	۱۸۱۲/۵۸	۲۸	۶۴/۷۳	-	-	-	-
		خطا (زمان)	-	-	-	-	-	-	-

تنظیم شناختی هیجان سازش‌نایافته بین پیش‌آزمون، پس‌آزمون 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 ($F=20/25$ ، $df=1/10$ و $p < 0.01$) و تعامل عامل زمان و گروه ($F=20/67$ ، $df=1/10$ و $p > 0.05$) معنادار است. معناداری زمان و تعامل زمان و گروه نشان می‌دهد، در متغیر عاطفه مثبت و بین پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری وجود دارد. در متغیر عاطفه منفی در بخش اثر درون گروهی، عامل زمان ($F=51/71$ ، $df=1/12$ و $p < 0.01$) و تعامل عامل زمان و گروه ($F=40/65$ ، $df=1/12$ و $p < 0.01$) معنادار است. معناداری زمان و تعامل زمان و گروه نشان می‌دهد که در متغیر عاطفه منفی و بین پیش‌آزمون، پس‌آزمون 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.

چنان‌که در جدول ۴ مشاهده می‌شود، در متغیر آگاهی هیجانی در بخش اثر درون گروهی، عامل زمان ($F=23/54$ ، $df=2$ و $p < 0.01$) و تعامل عامل زمان و گروه ($F=27/53$ ، $df=2$ و $p < 0.05$) معنادار هستند. این معناداری نشان می‌دهد، در متغیر آگاهی هیجانی بین پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری و تعامل زمان با گروه (دو گروه پژوهش) تفاوت معناداری ($p > 0.01$) وجود دارد.

در متغیر تنظیم شناختی، هیجان سازش‌یافته در بخش اثر درون گروهی، عامل زمان ($F=12/68$ ، $df=1/05$ و $p < 0.01$) معنادار ولی تعامل عامل زمان و گروه ($F=2/80$ ، $df=1/05$ و $p > 0.05$) معنادار نیست. نبود معناداری تعامل زمان و گروه نشان می‌دهد، در متغیر تنظیم شناختی هیجان سازش یافته و بین پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری وجود دارد ولی تعامل زمان با گروه (دو گروه پژوهش) تفاوت معناداری نیست. همچنین در متغیر تنظیم شناختی هیجان سازش‌نایافته در بخش اثر درون گروهی، عامل زمان ($F=15/50$ ، $df=1/12$ و $p < 0.01$) و تعامل عامل زمان و گروه ($F=9/08$ ، $df=1/12$ و $p < 0.01$) معنادار هستند. این معناداری نشان می‌دهد، 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 مبنا	زمان مورد مقایسه	تفاوت میانگین‌ها	خطای استاندارد	معناداری
آگاهی هیجانی	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	-۶/۱۳	۱/۰۶	۰/۰۰۱
	پیش‌آزمون	پیگیری	-۵	۱/۰۳	۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	پیگیری	۱/۱۳	۰/۷۳	۰/۳۹
تنظیم شناختی هیجان سازش یافته	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	-۰/۳۸	۰/۱۱	۰/۰۰۵
	پیش‌آزمون	پیگیری	-۰/۴۰	۰/۱۱	۰/۰۰۳
	پس‌آزمون	پیگیری	-۰/۰۲	۰/۰۲	۰/۹۱
تنظیم شناختی هیجان سازش نایافته	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	-۰/۳۷	۰/۰۹	۰/۰۰۱
	پیش‌آزمون	پیگیری	-۰/۳۶	۰/۰۹	۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	پیگیری	-۰/۰۰۸	۰/۰۳	۱
عاطفه مثبت	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	-۲/۶۰	۰/۵۲	۰/۰۰۱
	پیش‌آزمون	پیگیری	-۲/۶۳	۰/۶۱	۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	پیگیری	-۰/۰۳	۰/۱۸	۱
عاطفه منفی	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۳/۶۳	۰/۴۴	۰/۰۰۱
	پیش‌آزمون	پیگیری	۳/۲۰	۰/۵۰	۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	پیگیری	-۰/۴۳	۰/۱۵	۰/۰۲

نامناسب خود روبه‌رو شوند و به شیوه سازگارانه‌تری 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 هیجاناتش 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 هیجانات دیگران و قضاوت‌نداشتن 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 روند 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 جلسات درمان فراتشخیصی یکپارچه، به فرد مضطرب آموزش داده می‌شود که با یادگیری مشاهده تجارب هیجانی (هیجانات و واکنش‌های مرتبط با آن) خصوصاً با استفاده از تکنیک‌ها و تمرینات ذهن آگاهی نگرشی جدید پیدا کنند. تمرکز بر ذهن آگاهی باعث می‌شود، 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

چنان که 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 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؛ اما 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 ($p < 0/05$).

بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر با هدف اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه بر آگاهی هیجانی، تنظیم شناختی هیجان و عاطفه مثبت و منفی کودکان مضطرب ۸ تا ۱۲ سال 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 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. 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 هیجانات

تجاری هیجانی خود شامل برانگیزاننده‌ها و پیامدهای رفتاری کسب کنند، با ارزیابی‌های شناختی منفی از احساسات و هیجانات جسمی چالش کنند، رفتارهای ناشی از هیجان را شناسایی و اصلاح کنند، آگاهی و تحمل احساس‌های جسمی در 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 هیجانات به سطح مطلوب و رضایت‌بخش و کارکردی می‌شود [۴۳]. شرکت‌کنندگان در پژوهش با انجام تمرینات آموزش آرمیدگی عضلانی و تصویرسازی ذهنی مثبت شامل هیجانات مثبت و منفی، افزایش آگاهی غیرقضوتی 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 یادگرفتند که هیجانات، احساسات و افکار منفی خود را پذیرفته و از اجتناب و نشخوار فکری دست بردارند. ارائه تمرینات ذهن آگاهی، پذیرش و تجربه هیجانات 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 خودسرزنشی و یا فاجعه‌پنداری متوسل شوند [۳۹]. بنابراین، می‌توان گفت: آموزش فراتشخیص با تکیه بر تکنیک‌های تنظیم هیجان موجب می‌شود، کودکان مضطرب به ارزیابی دوباره هیجانات و مخصوصاً هیجان 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 پس از مداخلت اثربخش نبوده است. یافته حاضر با نتایج مطالعات کروپس و همکاران [۴۵] که درمان فراتشخیصی یکپارچه بر بهبود عواطف مثبت و کاهش عواطف منفی اثربخشی دارد؛ پژوهش رینهلوت و

ارزیابی‌های ناسازگارانه خودکار را شناسایی کنند، با هیجان‌های ناخوشایند خود مواجه شده و آنها را تجربه نمود و به شیوه سازگارانه‌تری به هیجان‌های خود پاسخ دهند؛ در نتیجه تسلط بیشتری در شناسایی، تشخیص و تنظیم هیجانات و آگاهی هیجانی خود پیدا می‌کنند [۳۸].

یافته‌های دیگر پژوهش حاکی از آن است که درمان فراتشخیصی یکپارچه بر بهبود میانگین نمره تنظیم شناختی هیجانی در کودکان مضطرب گروه آزمایش در مرحله پس از مداخلت 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 و همکاران [۴۱]، مبنی بر آن که مراجعان دارای مشکلات خلقی و اضطرابی با دریافت تمرینات درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر به صورت انفرادی در تنظیم هیجانات و استفاده از راهبردهای مثبت ناشی از آن موفق عمل کرده‌اند، عثمانی و شکری [۴۲] مبنی بر اثرگذاری درمان فراتشخیصی بر تنظیم هیجانات و نیز گارسیا و همکاران [۴۳]، مبنی بر آن که اجرای پروتکل یکپارچه با درمان فرانشناختی 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 می‌شود همسو است.

افراد مبتلا به اختلال‌های هیجانی از راهبردهای تنظیم هیجانی ناسازگارانه مانند اجتناب و سرکوبی، پنهان نمودن یا نادیده گرفتن هیجانات 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 هیجانات ناخوشایند خود مواجه شده و به شیوه سازگارانه‌تری به هیجانات خود پاسخ دهند. در تبیین یافته باید بیان کرد، 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

همکاران [۴۶] که 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 ناهمخوانی یافته حاضر، می‌توان به دشواری فهم این پروتکل و تمرینات آن برای مراجعان ۸ تا ۱۲ سال برخلاف سایر پروتکل‌ها اشاره داشت. متفاوت بودن جمعیت مورد مطالعه این پژوهش با سایر مطالعات، نامفهوم بودن برخی از پرسش‌ها برای مراجعان و طولانی بودن پرسش‌های پژوهش اشاره کرد. در ادامه می‌توان گفت: در درمان فراتشخیصی مبتنی بر افکار تکرار شونده منفی دو مازول، یعنی جلسه چهارم درمانی به تبیین این تکنیک و اجرای آن به صورت‌های مختلف که قابل فهم برای افراد کم سن و سال باشد همراه با استعاره‌های فراوان توضیح داده شد تا انعطاف‌پذیری توجه، لزوم آن و نحوه دستیابی به آن آموزش داده شود؛ اما از این نظر درمان فراتشخیصی یکپارچه 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 پس‌آزمون 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، فعالیت، کاهش ترس و هیجانات منفی دارد [۴۹]. همچنین درمان فراتشخیصی یکپارچه در مازول نخست 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 عواطف منفی را کاهش دهد [۴۸]. علاوه بر این، تمرکز مازول 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

بنابر آن چه بیان گردید، پژوهش حاضر همانند سایر پژوهش‌ها دارای محدودیت‌هایی چون همزمان شدن دوره آموزشی با دوره کرونا و برگزار نکردن 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 مراکز که با کودکان مضطرب و مراجعان کودک و نوجوان درگیر هستند، نه تنها در مورد متغیرهای وابسته در این پژوهش

- 5- Schensul J J, Salvi A, Ha T, Grady J, Li J, Reisine S. Evaluating cognitive/emotional and behavioral mediators of oral health outcomes in vulnerable older adults. *Journal of Applied Gerontology*. 2020; 41(1): 187-197.
<https://doi.org/10.1177/0733464820974920>
- 6- Megreya AM, Al-Attayah A. A, Moustafa A. A, & Hassanein E. E. Cognitive emotion regulation strategies, anxiety, and depression in mothers of children with or without neurodevelopmental disorders. *Research in Autism Spectrum Disorders*. 2020; 76: 101600.
<https://doi.org/10.1016/j.rasd.2020.101600>
- 7- Uhl K, Halpern L F, Tam C, Fox J K, & Ryan J L. Relations of emotion regulation, negative and positive affect to anxiety and depression in middle childhood. *Journal of Child and Family Studies*. 2019; 28: 2988-2999.
<https://doi.org/10.1007/s10826-019-01474-w>
- 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*, 2018; 18(5): 670.
<https://doi.org/10.1037/emo0000376>
- 9- Lane R D. & Smith R. (2021). Levels of emotional awareness: Theory and measurement of a socio-emotional skill. *Journal of Intelligence*. 2021; 9(3): 42.
<https://doi.org/10.3390/jintelligence9030042>
- 10-Guzman, E, Bruegge B. Towards emotional awareness in software development teams. In Proceedings of the 2013 9th joint meeting on foundations of software engineering. 2013. 671-674. <https://doi.org/10.1145/2491411.2494578>
- ۱۱- بشارت، محمدعلی؛ فرهمند، هادی. نقش واسطه‌ای دشواری تنظیم هیجان در رابطه بین آسیب‌های دلبستگی و نشانه‌های افسردگی و اضطراب. *اندیشه و رفتار در روان‌شناسی بالینی*،
[https://www.sid.ir/.۱۶-۷:\(۴۴\)۱۲:۱۳۹۶](https://www.sid.ir/.۱۶-۷:(۴۴)۱۲:۱۳۹۶)

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.

این پژوهش حاصل پایان‌نامه کارشناسی/ارشد نویسنده مسئول این مقاله با همکاری مراکز مشاوره راه برتر و مدارس منطقه ۵ آموزش و پرورش شهر اصفهان است. موضوع پژوهش جزو دغدغه شخصی نویسندگان مقاله بوده است و پژوهش را با علاقه شخصی به انجام رسانیده و هیچگونه تعارضی در نوع علائق خود نداشته‌اند. از زحمات استاد معظم راهنما و مدیران مدارس و دانش آموزان والدین آنان به خاطر راهنمایی‌ها و همکاری‌هایشان صمیمانه تشکر و قدردانی به عمل می‌آید.

منابع

- 1- Zhang Y, Zhan N, Long M, Xie D, Geng F. Associations of childhood neglect, difficulties in emotion regulation, and psychological distresses to COVID-19 pandemic: An intergenerational analysis. *Child Abuse & Neglect*. 2020; 105674.2022.
<https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2022.105674>
- 2- Thümmler R, Engel E. M, Bartz J. (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.
<https://doi.org/10.3390/ijerph19073978>
- ۳- ذکایی آشتیانی، الهه؛ سامانی، سیامک؛ سهرابی شگفتی، نادره؛ امیدوار، بنفشه. بررسی اثربخشی بازی درمانی تعاملی با مدل تراپلی بر اضطراب کودکان با آسیب‌های دلبستگی (مطالعه موردی). *روانشناسی بالینی و شخصیت*، ۱۴۰۱؛ ۲۰(۲)، ۱۸۹-۲۰۵.
10.22070/cpap.2022.14780.1112
- 4- Giffort D. (2022). Review of Unnerved: Anxiety, Social Change, and the Transformation of Modern Mental Health. *Social Forces*. 2022.
<https://doi.org/10.1093/sf/soab155>

- 18-Akca A, Ayaz-Alkaya S. (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*. 2022; 28(2): e13035. <https://doi.org/10.1111/ijn.13035>
- 19-Harmon TG, Nielsen C, Loveridge C, Williams C. 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*. 2022; 65(3), 1025-1043. https://doi.org/10.1044/2021_JSLHR-21-00190
- ۲۰- بارکلی، راسل؛ ماش، اریک. روانشناسی مرضی کودک، آسیب شناسی روانی کودک. ترجمه حسن توننده جانی، نسرین کمال پور و جهان شیر توکلی زاده. تهران: نشر مرنديز؛ ۱۳۹۳.
- ۲۱- ویلسون، راب؛ برنج، رنا. درمان رفتاری شناختی به زبان ساده. ترجمه زهره خسروی و سمیه رضایی. تهران: نشر ارجمند؛ ۱۴۰۰. (سال نشر اثر به زبان اصلی ۲۰۰۶)
- 22-Vasilioiu V. S, Karademas E. C, Christou Y, Papacostas S, Karekla M. Mechanisms of change in acceptance and commitment therapy for primary headaches. *European Journal of Pain*. 2022; 26(1): 167-180. <https://doi.org/10.1002/ejp.1851>
- 23-Strawn J. R, Mills J. A, Suresh V, Peris, T. S, Walkup J. T, Croarkin P. E. Combining selective serotonin reuptake inhibitors and cognitive behavioral therapy in youth with depression and anxiety. *Journal of affective disorders*. 2020; 298: 292-300. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.10.047>
- 24-Byrne G, Ghráda Á. N, O'Mahony T, Brennan E. A systematic review of the use of acceptance and commitment therapy in supporting parents. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*. 2021; 94: 378-407. <https://doi.org/10.1111/papt.12282>
- ۱۲-دهقانی بنادکی، روح الله؛ روشن چسلی، رسول؛ عباسی، روح الله؛ فراهانی، حجت‌اله. پیش‌بینی تعهد زناشویی براساس طرحواره‌های ناسازگار اولیه (حیطه جدایی/ طرد): نقش واسطه ای تنظیم شناختی هیجان و اعتیاد به شبکه‌های اجتماعی مبتنی بر گوشی هوشمند. *روانشناسی بالینی و شخصیت*. ۱۴۰۱؛ ۲۰(۲): ۳۳-۴۸. <https://doi.org/10.22070/cpap.2023.16390.1242>
- 13-McLaughlin K. A, Garrad M. C, Somerville L. H. What develops during emotional development? A component process approach to identifying sources of psychopathology risk in adolescence. *Dialogues in clinical neuroscience*. 2020. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2015.17.4/kmclaughlin>
- 14-Neacsu AD, Beynel L, Graner JL, Szabo ST, Appelbaum LG, Smoski MJ, LaBar KS. Enhancing cognitive restructuring with concurrent fMRI-guided neurostimulation for emotional dysregulation—A randomized controlled trial. *Journal of affective disorders*. 2022; 301: 378-389. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.01.053>
- 15-Young KS, Sandman, CF, Craske MG. Positive and negative emotion regulation in adolescence: links to anxiety and depression. *Brain sciences*, 2019; 9(4): 76. <https://doi.org/10.3390/brainsci9040076>
- 16-Watson D, Clark LA, Tellegen A. Development and validation of a brief measure of positive and negative affect: The PANAS scales. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1988; 54(6): 1063-1070 <https://doi.org/10.1037/0022-3514.54.6.1063>
- 17-Behnke M, Buchwald M, Bykowski A, Kupiński S, Kaczmarek LD. Psychophysiology of positive and negative emotions, dataset of 1157 cases and 8 biosignals. *Scientific Data*. 2022; 9(1), 1-15. <https://doi.org/10.1038/s41597-021-01117-0>

۳۲-رضائی، فرزانه؛ رضاخانی، سیمین دخت. سهم راهبردهای شناختی تنظیم هیجان و سبک‌های مقابله‌ای در پیش‌بینی میزان نشخوار فکری زنان (مراجعه‌کننده به خانه‌های سلامت منطقه ۱۴ تهران). *دانش و پژوهش در روانشناسی کاربردی*. ۱۳۹۸؛ ۲۰(۲): ۹۰-۹۹. برگرفته از <https://sid.ir>

۳۳-لطفی، مژگان؛ بهرامپور، لیلا؛ امینی، مهدی؛ فاطمی‌تبار، ریحانه؛ بیرشک، بهروز. اعتباریابی مقیاس عاطفه مثبت و منفی برای کودکان. *مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران*. ۱۳۹۸؛ ۲۵(۴): ۴۴۰-۴۵۳. برگرفته از <https://ijpcp.iums.ac.ir>

34-Meneguzzo P, Garolla A, Bonello E, Todisco P. Alexithymia, dissociation and emotional regulation in eating disorders: Evidence of improvement through specialized inpatient treatment. *Clinical Psychology & Psychotherapy*. 2022; 29(2): 718-724. <https://doi.org/10.1002/cpp.2665>

35-Reilly EE, Brown TA, Arunagiri V, Kaye WH, Wierenga CE. Exploring changes in alexithymia throughout intensive dialectical behavior therapy for eating disorders. *European Eating Disorders Review*. 2022; 30(3): 193-205. <https://doi.org/10.1002/erv.2887>

۳۶-ضرغامی، فیروزه؛ شعیری، محمدرضا؛ شهریور، زهرا. درمان فرانتشخیصی یکپارچه اختلالات هیجانی برای کودکان مبتلا به اختلالات اضطرابی و افسردگی همبود: مطالعه تک موردی. *پژوهش‌های روانشناختی*. ۱۳۹۸؛ ۱(۲۲): ۹۲-۱۱۴. برگرفته از <https://psychological-research.com>

37-Bernstein EE, LeBlanc N J, Bentley K H, Barreira PJ, McNally RJ. A single-session workshop to enhance emotional awareness and emotion regulation for graduate students: A pilot study. *Cognitive and Behavioral Practice*. 2021; 28(3): 393-409. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2020.09.008>

38-Bullis JR, Sauer-Zavala S, Bentley KH, Thompson-Hollands J, Carl JR, Barlow DH. The unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: Preliminary exploration of effectiveness for group delivery. *Behavior Modification*. 2015; 39(2): 295-321. <https://doi.org/10.1177/0145445514553094>

25-Ehrenreich-May J, & Bilek, E. L. The development of a transdiagnostic, cognitive behavioral group intervention for childhood anxiety disorders and co-occurring depression symptoms. *Cognitive and Behavioral Practice*. 2012; 19(1): 41-55. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2011.02.003>

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*. 2007; 43: 95-105. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2006.11.015>

۲۷-یوسفی، رحیم؛ طغیانی، الهه. مقایسه تاب‌آوری روانی و مکانیزم‌های دفاعی در افراد نظامی و غیرنظامی. *مجله طب نظامی*. ۱۳۹۷؛ ۱۸(۲): ۲۰۷-۲۱۴. <https://civilica.com/doc/1735413>

28-Spence SH. A measure of anxiety symptoms among children. *Behaviour research and therapy*. 1998; 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-شهنی، راضیه؛ داوودی، ایران؛ مهرابی‌زاده، مهناز؛ زرگر، یداله. اثربخشی مداخله والد مخور بر نشانه‌های اضطراب و مشکلات برون‌سازی کودکان ۶ تا ۹ ساله. *مجله روان‌شناسی بالینی سمنان*. ۱۳۹۶؛ ۱۹(۱): ۱۴-۲۶. <https://doi.org/10.22075/JCP.2017.9805>

30-Garnefski N, Kraaij V, Spinhoven P. CERQ: Manual for the use of cognitive Emotion Regulation Questionnaire. Leiderdorp, The Netherlands: DATEC; 2002. (Date of publication) datec.nl

۳۱-خواستاری، سهیلا؛ عسگری، پرویز. رابطه بین تنظیم هیجانی، انعطاف‌پذیری کنشی و خودکارآمدی با خلاقیت هیجانی هنرمندان نقاش شهر اهواز. *مجله سلامت اجتماعی*. ۱۳۹۸؛ ۲(۲): ۱۴۹-۱۵۶. <https://doi.org/10.22037/ch.v6i2.21967>

۴۵- 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. *روان‌شناسی بالینی*. ۱۴۰۱؛ ۱۴(۱): ۴۹-۵۵
10.22075/JCP.2022.23251.2145

46-Corpas J, Moriana JA, Venceslá J F, Gálvez-Lara M. Effectiveness of brief group transdiagnostic therapy for emotional disorders in primary care: a randomized controlled trial identifying predictors of outcome. *Psychotherapy Research*. 2018; 32(4): 456-469.
<https://doi.org/10.1080/10503307.2021.1952331>

47-Reinholt N, Hvenegaard M, Christensen A. B, Eskildsen A, Hjorthøj C, Poulsen, S, Arnfred S. MTransdiagnostic versus diagnosis-specific group cognitive behavioral therapy for anxiety disorders and depression: A randomized controlled trial. *Psychotherapy and psychosomatics*. 2022; 91(1): 36-49.
<https://doi.org/10.1159/000516380>

48-Huynh AT, Gaboury I, Provencher MD, Norton P J, Roberge P. Patient acceptability of group transdiagnostic cognitive behavior therapy for the treatment of anxiety disorders in community-based care: a qualitative study. *Clinical Psychologist*. 2022; 26(2): 119-128.
<https://doi.org/10.1080/13284207.2022.2041363>

۴۹- بخشی‌پور، 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): ۶۷-۸۷

۵۰- بخشی‌پور، عباس؛ وجودی، بابک؛ محمودعلی‌لو، مجید؛ و عبدی، رضا. اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه در کاهش علائم اختلال افسردگی اساسی. *اندیشه و رفتار*. ۱۳۹۵؛ ۱۱(۴۱): ۶۷-۷۶.
SID. <https://sid.ir/paper/505748/fa>

۳۹- طالبی، نجمه؛ داورانی، مهسا؛ نوروزی کوهدهشت، رضا؛ یعقوبی، لیلا. اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر بر بهبود راهبردهای تنظیم شناختی هیجان و سازگاری اجتماعی زنان ناباور. *مجله اصول بهداشت روانی*. ۱۳۹۷؛ ۱۹(۲): ۱۶۰-۱۶۶

<https://doi.org/10.22038/jfmh.2017.8988>

40-Brenning K, Soenens B, Vansteenkiste M, De Clercq B, Antrop I. Emotion regulation 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*. 2011; 53(1): 124-136.
<https://doi.org/10.1007/s10578-020-01107-0>

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

۴۲- عطارد، نسترن، میکائیلی، نیلوفر، مهاجری اول، نسترن، و وجودی، بابک. اثر درمان فراتشخیصی یکپارچه بر اختلالات اضطرابی و افسردگی همایند: طرح تک موردی. *مجله دانشگاه علوم پزشکی تربت حیدریه*. ۱۳۹۵؛ ۴(۴): ۵۴-۶۲.
SID. <https://sid.ir/paper/244666/fa>

۴۳- عثمانی، هلاله؛ شکری، لیلا. اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه بر نظم جویی شناختی هیجان و همدلی شناختی دانش‌آموزان با اختلال رفتار برونی‌سازی شده. *نشریه توانمندسازی کودکان استثنایی*. ۱۳۹۸؛ ۱(۲): ۱۲۵-۱۳۶.
10.22034/CECIRANJ.2019.91938

44-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*.
<https://doi.org/10.1016/j.beth.2019.08.003>

52-Braga C, Ferreira H, Sousa I, Gonçalves M. M. Ambivalence resolution in the Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders: An exploratory case study. *Psychotherapy Research*. 2022. 1-13.
<https://doi.org/10.1080/10503307.2022.2062267>

51-Plamondon J, Provencher M. D. Integrated group treatment for anxiety disorders: a transdiagnostic effectiveness and feasibility study in a mental health hospital setting. *Clinical Psychologist*. 2022; 26(2): 108-118.
<https://doi.org/10.1080/13284207.2022.2061341>