

مقایسه اثربخشی درمان شناختی-رفتاری و درمان فراتشخیصی یکپارچه بر تنظیم هیجانی نوجوانان دارای اختلال اضطراب فراگیر

The effectiveness of cognitive behavioral therapy and unified transdiagnostic therapy on the emotional regulation of adolescents with generalized anxiety disorder

Mahmoudreza Sharafi

PhD Student. Department of Psychology, Borujerd Branch, Islamic Azad University, Borujerd, Iran.

Dr. Davood Jafari*

Assistant Professor. Department of Psychology, Malayer Branch, Islamic Azad University, Malayer, Iran. davood_jafari5361@yahoo.com

Mohsen Bahrami

Assistant Professor. Department of Psychology, Malayer Branch, Islamic Azad University, Malayer, Iran.

محمودرضا شرافعی

دانشجوی دکترا، گروه روانشناسی، واحد بروجرد، دانشگاه آزاد اسلامی، بروجرد، ایران.

دکتر داود جعفری (نویسنده مسئول)

استادیار، گروه روانشناسی واحد ملایر، دانشگاه آزاد اسلامی، ملایر، ایران.

دکتر محسن بهرامی

استادیار، گروه روانشناسی واحد ملایر، دانشگاه آزاد اسلامی، ملایر، ایران.

Abstract

The present study aimed to compare the effectiveness of cognitive-behavioral therapy (CBT) and unified transdiagnostic treatment on the cognitive-emotional regulation of adolescents with generalized anxiety disorder. The quasi-experimental study was carried out with a pre-test-post-test design, with a control group and a two-month follow-up. The statistical population included all teenagers who were referred to Khorramabad counseling centers between December 1400 and July 1401, and who received a definitive diagnosis of GAD from the psychologist and psychiatrist of the center. 45 people were purposive sampling method selected and placed in two experimental groups and one control group (15 people in each group). The first and second experimental groups, respectively, received unified transdiagnostic treatment and CBT during 12 sessions. The research tools were cognitive emotion regulation questionnaire (GERQ) (Gamefski & et al, 2006). The data were analyzed by the method of analysis of variance with repeated measurements and Bonferroni's post hoc test. The results showed that both unified transdiagnostic treatment and cbt significantly increased adaptive emotion regulation and decreased maladaptive emotion regulation compared to the control group ($P < 0.01$) and the effect of both intervention methods remained until the follow-up stage (2 months). Also, there is no significant difference between the effects of the two methods ($P > 0.01$). Thus, an important step can be taken in reducing the consequences caused by the lack of emotion cognitive regulation in GAD by using any of the therapeutic approaches of CBT and unified transdiagnostic for emotion regulation in adolescents with GAD.

Keywords: generalized anxiety disorder, emotional regulation, unified transdiagnostic treatment, cognitive-behavioral therapy (CBT), adolescents.

چکیده

پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری و درمان فراتشخیصی یکپارچه بر تنظیم هیجانی نوجوانان دارای اختلال اضطراب فراگیر انجام شد. روش پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون-پس آزمون، با گروه کنترل و پیگیری دو ماهه بود. جامعه آماری پژوهش شامل تمامی نوجوانان مراجعه کننده به مراکز مشاوره شهر خرم آباد در بازه زمانی آذر ماه ۱۴۰۰ تا تیرماه ۱۴۰۱ بود که توسط روان شناس و روان پزشک تشخیص قطعی اختلال اضطراب فراگیر دریافت کردند. ۴۵ نفر به صورت هدفمند انتخاب و بطور تصادفی در دو گروه آزمایش و یک گروه گواه (هر گروه ۱۵ نفر) قرار گرفتند. گروه آزمایش اول و دوم هریک به ترتیب طی ۱۲ جلسه بصورت دو بار در هفته تحت مداخله درمان فراتشخیصی یکپارچه، و درمان شناختی رفتاری قرار گرفتند. ابزار پژوهش پرسشنامه‌ی تنظیم شناختی هیجان (CERQ) (گارفسکی و کرایچ، ۲۰۰۶) بود. تحلیل داده‌ها با روش تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر و آزمون بونفرونی انجام شد. یافته‌های بدست آمده نشان داد که هر دو مداخله‌ی درمان فراتشخیصی یکپارچه و درمان شناختی رفتاری در مقایسه با گروه گواه به طور معنی داری باعث افزایش تنظیم هیجان سازش یافته و کاهش تنظیم هیجان سازش نایافته می شوند ($P < 0.01$)؛ و تأثیر هر دو روش مداخله تا مرحله پیگیری (۲ ماهه) دارای ماندگاری اثر است. همچنین بین میزان اثربخشی دو روش تفاوت معناداری وجود ندارد ($P > 0.01$). بطور کلی با بکارگیری هر یک از رویکردهای درمان شناختی-رفتاری و درمان فراتشخیصی یکپارچه می توان گام مهمی در کاهش آسیب‌ها و پیامدهای ناشی از عدم تنظیم هیجان برداشت.

واژه‌های کلیدی: اضطراب فراگیر، تنظیم هیجانی، درمان فراتشخیصی یکپارچه، درمان شناختی-رفتاری، نوجوانان.

اختلال اضطراب فراگیر^۱ یکی از مشکلات شایع که در دهه دوم زندگی یعنی نوجوانی به تدریج آغاز می‌شود (پوتری^۲ و همکاران، ۲۰۲۱). معمولاً به دوره‌ای طولانی مدت از ناتوانی می‌انجامد و افراد مبتلا از آسیب‌های چشمگیری در عملکرد روزانه، روابط اجتماعی و شغلی رنج می‌برند (لینواتی^۳ و همکاران، ۲۰۲۱). شیوع اختلال در نوجوانان ۳ تا ۶ درصد گزارش شده است (کروم^۴ و همکاران، ۲۰۱۵) و مشخصه بارز آن رنج و نگرانی است که فرد نمی‌تواند دلیل خاصی برای نگرانی بیش از حد خود داشته باشد. این اختلال شامل اضطراب اجتماعی و اضطراب پیش‌بینی می‌شود و اغلب می‌تواند به نگرانی‌های مربوط به سلامت، مشاغل، روابط و عدم اطمینان در مورد آینده، اعم از منطقی بودن یا نبودن نگرانی‌ها، ردیابی شود (بریل^۵، ۲۰۲۲). از ویژگی‌های دوره نوجوانی که در حفظ نگرانی بیش از حد اختلال اضطراب فراگیر نقش بارزی ایفا می‌کند تنظیم هیجان^۶ است (اوئل^۷ و همکاران، ۲۰۱۹). تنظیم هیجان به همه سبک‌های شناختی گفته می‌شود که افراد برای افزایش، کاهش یا حفظ تجربیات عاطفی-هیجانی استفاده می‌کنند و شیوه‌های کنار آمدن با موقعیت‌های استرس‌زا و حوادث آسیب‌زا را نشان می‌دهند (روسو^۸ و همکاران، ۲۰۱۹). بطور کلی تنظیم هیجان مجموعه‌ای از صلاحیت‌ها را که به شخص اجازه می‌دهد نظارت، ارزیابی و اصلاح فرآیندهای ایجاد شده در پیدایش احساسات را انجام دهد در بر می‌گیرد (لاسا-آریستو^۹ و همکاران، ۲۰۱۹). راهبردهای تنظیم هیجان به دو دسته مثبت و منفی تقسیم می‌شوند. راهبردهای منفی شامل سرزنش خود^{۱۰}، سرزنش دیگران^{۱۱}، فاجعه‌پنداری^{۱۲}، و نشخوار فکری^{۱۳} است و راهبردهای مثبت شامل پذیرش^{۱۴}، تمرکز مجدد مثبت^{۱۵}، برنامه‌ریزی^{۱۶}، باز ارزیابی مثبت^{۱۷} و اتخاذ دیدگاه^{۱۸} است (وو^{۱۹} و همکاران، ۲۰۲۰). افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر دارای واکنش‌های هیجانی قوی و مشکلاتی در درک احساسات خود هستند که موجب نگرانی بیش از حد و در نتیجه استفاده از راهبردهای ناکارآمد در جهت کنترل، اجتناب یا محدود ساختن تجارب هیجانی می‌شود (اوئل^۷ و همکاران، ۲۰۱۹). این افراد به منظور اجتناب و دوری از هیجانات منفی و نظم‌جویی هیجان، راهبردهای مقابله‌ای ناسازگار و نامناسب را استفاده قرار می‌دهند (ولز^{۲۰}، ۲۰۰۵). در این راستا نتایج پژوهش‌ها میلان و نابلسی^{۲۱} (۲۰۲۲)، اوتول^{۲۲} و همکاران (۲۰۱۹)، نصراللهی و آقایی (۱۴۰۱)، حاکی از آن است که افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر بیشتر از راهبردهای منفی تنظیم هیجان استفاده می‌کنند. تاکنون مداخلات روانشناختی بسیاری بر روی افراد دارای اختلال اضطراب فراگیر انجام شده است. از جمله درمان شناختی-رفتاری^{۲۳} و درمان فراتشخیصی یکپارچه^{۲۴} که نگاه متفاوت و در عین حال کاربردی به اختلالات روانی و مشکلات رفتاری دارند. درمان شناختی-رفتاری بعنوان یکی از درمان‌های تثبیت شده و خط اول به شمار می‌رود که نتایج مثبتی به همراه دارد (هابز^{۲۵} و همکاران، ۲۰۱۷) و بر این فرض استوار است که باورهای نادرست و نامیدکننده، رفتارهای مقابله‌ای نامؤثر و حالات خلقی منفی در شکل‌گیری و تداوم مشکلات

1 generalized anxiety disorder

2 Putri

3 Linawati

4 Crome

5 Brail

6 emotional regulation

7 Ouellet

8 Rusu

9 Lasa-Aristu

10 self-blame

11 other-blame

12 catastrophizing

13 rumination

14 acceptance

15 positive refocusing

16 planning

17 positive reappraisal

18 putting into perspective

19 Wu

20 Wells

21 Milam, & Nabulsi

22 O'Toole

23 Cognitive Behavioral Therapy

24 Unified Transdiagnostic Treatment

25 Hobbs

مؤثرند (مک‌فارلین^۱ و همکاران، ۲۰۱۹) و افراد، این توانایی را دارند که به شیوه‌های متناسب با موقعیت بیاندیشند و عمل کنند، اما به دلیل درک و انتظارشان از موقعیت، به گونه‌ای دیگر رفتار می‌کنند. درمان شناختی-رفتاری دارای رویکردی آموزشی است که در آن هم از راهبردهای شناختی چون کشف تحریف‌های شناختی و افکار اضطراب‌آور، بازسازی شناختی و تقویت خودگویی‌های مقابله‌ای مؤثر و هم راهبردهای رفتاری شامل الگوبرداری، مواجهه‌سازی، ایفای نقش، آرام‌سازی عضلانی، آموزش مهارت‌های مقابله‌ای و خودکارآمدی استفاده می‌کند (سلوآپندیان^۲، ۲۰۱۹). هسته اصلی درمان شناختی-رفتاری عمدتاً براساس خودیاری استوار است و هدف درمانگر کمک به بیمار است تا بتواند مهارت‌های لازم را نه تنها برای حل مسائل جاری، بلکه حل مسائل مشابه در آینده رشد دهد؛ از این نظر درمان شناختی-رفتاری نسبت به سایر مداخلات روانشناختی از برتری نسبی برخوردار است (مک‌فارلین و همکاران، ۲۰۱۹). همچنین این رویکرد درمانی یک روش درمانی کوتاه مدت و معمولاً مقرون به صرفه‌تر از سایر روش‌های درمانی است که نتایج حاکی از اثربخشی آن در انواع گسترده‌ای از رفتارهای ناسازگارانه بوده و به همین دلیل مورد توجه بسیاری از درمانگران قرار دارد (پیترز^۳ و همکاران، ۲۰۱۹). نتایج پژوهش ویلا^۴ و همکاران (۲۰۲۰)، راسینگ^۵ و همکاران (۲۰۱۹) و شیبانی و همکاران (۱۳۹۹) بر روی کودکان و نوجوانان اثربخشی درمان شناختی-رفتاری را مورد بررسی و تأیید قرار داده‌اند. اما از سویی دیگر نتایج مطالعات فرسکو^۶ و همکاران (۲۰۱۳) و راپگی^۷ و همکاران (۲۰۱۱) نشان می‌دهد که ۵۰ درصد افرادی که تحت مداخله شناختی رفتاری قرار می‌گیرند، در انتهای درمان هنوز دارای علائم و نرخ عود بالایی هستند و در رسیدن به نتیجه مطلوب با شکست مواجه می‌شوند.

درمان فراتشخیصی یکپارچه یکی از مداخلاتی است که در سال‌های اخیر در حیطه اختلالات خلقی و اضطرابی برای پوشش دادن به مشکلات ناشی از درمان‌های اختصاصی به کار گرفته شده است و بیشترین توجه پژوهشی را به خود جلب نموده است (بارلو^۸ و همکاران، ۲۰۲۰). درمان فراتشخیصی یکپارچه بر پایه تجارب درمانی و تکنیک‌های مشابه و مشترک درمان‌های شناختی-رفتاری خاص با تمرکز بر نشانگان مشترک اختلالات اضطرابی و افسردگی طرح‌ریزی شده و بر هیجان و راهبردهای ناسازگارانه تنظیم هیجان‌ها تمرکز دارد و مکانیسم‌های سبب‌ساز مشترک اختلالات هیجانی را مورد هدف قرار می‌دهد. به افراد می‌آموزد چگونه با هیجانات ناخوشایندشان مواجه شوند و به شیوه‌ای مناسب به آنها پاسخ دهند (گروسمن^۹ و همکاران، ۲۰۲۰). این رویکرد درمانی تأکید بارزی بر ماهیت سازگارانه و کارکردی هیجان‌ها، افزایش آگاهی بیمار از نقش شناخت‌ها و هیجان‌ها و احساسات بدنی و رفتاری دارد و به جای اینکه فقط روی یک اختلال خاص تمرکز کند، با ارائه‌ی روش‌ها و فنونی جامع و کارآمد در تلاش است به تمام مسائل مراجع، صرف نظر از تشخیص مطرح شده بپردازد (بارلو و همکاران، ۲۰۲۰). درمان‌های فراتشخیصی مزایای متعدد و پشتوانه نظری و عملی مناسبی دارند و ممکن است مزایایی فراتر از اثربخشی را ارائه دهند (شیئفله^{۱۰} و همکاران، ۲۰۲۱). اما این درمان نیز مانند سایر درمان‌ها و برای اختلال مزمن و فراگیری همچون اختلال اضطراب فراگیر ممکن است با محدودیت‌هایی روبه‌رو باشد (فرناندز^{۱۱} و همکاران، ۲۰۱۶). درمان فراتشخیصی تفاوت‌های بین افراد و اختلالات را نادیده می‌گیرد و برای همه افراد و اختلالات هیجانی پروتکلی واحد ارائه می‌کند (تضادی چشمگیر با روند شخصی‌سازی بیشتر در روان‌درمانی) (شیئفله و همکاران، ۲۰۲۱). نتایج پژوهش اوسما^{۱۲} و همکاران (۲۰۲۲)، اودونل^{۱۳} و همکاران (۲۰۲۱)، کارلوچی^{۱۴} و همکاران (۲۰۲۱)، زارعی فسخودی و همکاران (۱۴۰۰)، قادری و همکاران (۱۴۰۰) اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه را بر تنظیم هیجانی در افراد دارای اختلالات اضطرابی مورد بررسی و تأیید قرار داده‌اند.

بطور کلی درمان فراتشخیصی یکپارچه و درمان شناختی-رفتاری در کمک به طیف وسیعی از اختلالات روانشناختی بر روی جوامع آماری متعدد از جمله نوجوانان مؤثر بوده است و مطالعات اندکی (دیئر^{۱۵} و همکاران، ۲۰۱۵؛ نورتون و باررا^{۱۶}، ۲۰۱۲) به مقایسه اثربخشی این دو رویکرد درمانی

1 McFarlane

2 Selvapandian

3 Peters

4 Villa

5 Rasing

6 Fresco

7 Rapgay

8 Barlow

9 Grossman

10 Schaeuffele

11 Fernandez

12 Osma

13 O'donnell

14 Carlucci

15 Dear

16 Norton, & Barrera

پرداخته و به این نتیجه دست یافته‌اند که بین میزان اثربخشی این دو رویکرد درمانی تفاوت معناداری وجود ندارد. در نتیجه، هنوز به تلاش‌های پژوهشی و درمانی بیشتری برای دستیابی به درمان مؤثر برای این اختلال نیاز است. از سویی از آنجا که الگوهای درمانی جدید در اضطراب فراگیر مستلزم یکپارچه‌سازی تکنیک‌های درمانی هستند (کونیگزبرگ^۱، ۲۰۲۰) به منظور بررسی کارایی و معرفی درمان‌های جدید بویژه درمان‌های یکپارچه در ارتباط با اختلال اضطراب فراگیر، پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان شناختی-رفتاری و درمان فراتشخیصی یکپارچه بر تنظیم هیجانی نوجوانان دارای اختلال اضطراب فراگیر انجام شد.

روش

روش پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون و گروه کنترل با دوره پیگیری دو ماهه بود. جامعه آماری شامل تمامی نوجوانان مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره شهر خرم‌آباد در بازه زمانی آذر ماه ۱۴۰۰ تا تیرماه ۱۴۰۱ بود که توسط روان‌شناس و روان‌پزشک مرکز تشخیص قطعی اختلال اضطراب فراگیر دریافت کردند. با توجه به این که برای تحقیقات مداخله‌ای نمونه‌ای بین ۱۰ تا ۳۰ نفر کافی است (حسن‌زاده، ۱۴۰۰)، ۴۵ نوجوان واجد شرایط از دو مرکز مشاوره و خدمات روانشناسی بهین و پیوند به شیوه هدفمند انتخاب و بطور تصادفی در سه گروه (گروه آزمایش و یک گروه گواه/ هر گروه ۱۵ نفر) قرار گرفتند. نوجوانان گروه آزمایش اول و دوم هر یک طی ۱۲ جلسه ۶۰-۷۰ دقیقه‌ای تحت مداخله‌ی درمان فراتشخیصی یکپارچه و درمان شناختی-رفتاری قرار گرفتند. گروه گواه در این مدت مداخله‌ای دریافت نکردند. پس از پایان جلسات درمانی مجدد به پرسشنامه‌ی مورد نظر طی دو مرحله پس‌آزمون و پیگیری دوماهه پاسخ گفتند. ملاک‌های ورود به پژوهش عبارت بود از: دامنه سنی ۱۷-۱۵ سال، تشخیص اختلال اضطراب فراگیر، عدم دریافت درمان روان‌شناختی دیگر بصورت همزمان با درمان، نداشتن درمان دارویی ثابت برای حداقل ۳ ماه گذشته، عدم وجود مشکلات جسمی و اختلالات روانشناختی دیگر از طریق بررسی پرونده و گزارشات ارائه شده از سوی روان‌شناس و روان‌پزشک مرکز. همچنین ملاک‌های خروج شامل عدم تمایل به ادامه همکاری در طی پژوهش، عدم حضور بیش از ۲ جلسه متوالی از ۱۲ جلسه درمانی، و عدم تمایل به انجام تکالیف بود. جهت رعایت اصول اخلاقی پژوهش، فرم رضایت آگاهانه توسط شرکت‌کنندگان و والدین آنها امضا شد. در حفظ رازداری و محرمانه ماندن اطلاعات از سوی درمانگر به آنها اطمینان داده شد. همچنین پژوهشگر به شرکت‌کنندگان گروه گواه مبنی بر اینکه پس از پایان جلسات مداخلات در مورد آنها نیز جلسات مداخله برگزار شود متعهد گردید. تحلیل داده‌ها با استفاده از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و آزمون بونفرونی در نرم‌افزار SPSS۲۵، انجام شد.

ابزار سنجش

پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان (CERQ):^۲ این پرسشنامه گارنفسکی و کرایچ (۲۰۰۶) تنظیم شده است. دارای ۱۸ ماده می‌باشد و راهبردهای تنظیم هیجان را در پاسخ به حوادث تهدید کننده و تنیدگی‌زای زندگی در دو دسته کلی (۱) راهبردهای انطباقی (سازش یافته) با ۱۰ سؤال و راهبردهای غیرانطباقی (سازش نایافته) با ۸ سؤال ارزیابی می‌کند. پاسخ به ماده‌ها به صورت ۵ درجه‌ای لیکرت (هرگز=۱، گاهی=۲، معمولاً=۳، اغلب=۴، همیشه=۵) تنظیم شده است. حداقل و حداکثر نمره در راهبردهای سازش یافته ۱۰ و ۵۰ و در راهبردهای سازش نایافته ۱۰ و ۴۰ می‌باشد. نمره بالاتر نشان دهنده استفاده بیشتر فرد از آن راهبرد شناختی به شمار می‌رود (گارنفسکی و کرایچ، ۲۰۰۶). روایی محتوای با روش ضرایب توافق کندال برای زیرمقیاس‌ها از ۰/۸۱ تا ۰/۸۲ محاسبه و گزارش شده است. جهت تعیین روایی همگرا و واگرا همبستگی مؤلفه‌های پرسشنامه با پرسشنامه افسردگی بک نشان داد بین مؤلفه‌های خودسرزنش‌گری، فاجعه‌سازی و سرزنش دیگران در راهبردهای سازش نایافته با افسردگی همبستگی مثبت و معنادار وجود دارد که مقادیر آن به ترتیب ۰/۲۹، ۰/۴۵ و ۰/۳۸ است. همچنین بین مؤلفه‌های پذیرش، تمرکز مجدد مثبت، تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی، ارزیابی مجدد مثبت و دیدگاه‌گیری در راهبردهای سازش یافته با افسردگی همبستگی معکوس و معنادار وجود دارد که مقدار آن به ترتیب برابر با ۰/۲۱، ۰/۲۳، ۰/۱۹، ۰/۲۶ و ۰/۱۷ است (گارنفسکی و کرایچ، ۲۰۰۶). در ایران نیز حسنی (۱۳۹۰) پایایی زیرمؤلفه‌های این پرسشنامه را به روش همسانی درونی و با استفاده از آلفای کرونباخ بین ۰/۷۶ تا ۰/۹۲ گزارش کرده است. روایی محتوایی پرسشنامه در ایران براساس ضریب توافق کندال برای زیرمؤلفه‌ها از ۰/۸۱ تا ۰/۹۲ بدست آمده است (بشارت و بزازیان، ۱۳۹۳). بشارت (۱۳۹۶) ضریب آلفای کرونباخ را برای خرده مقیاس‌ها

1 Koenigsberg

2 cognitive emotion regulation questionnaire (GERQ)

از ۰/۶۷ تا ۰/۸۹ گزارش نمود. ضرایب همبستگی بین نمره‌های تعدادی از شرکت‌کنندگان در پژوهش (۴۳ زن و ۳۶ مرد) در دو نوبت با فاصله دو تا چهار هفته برای زیرمقیاس‌های پرسشنامه از ۰/۵۷ تا ۰/۷۶ محاسبه شد. در پژوهش حاضر آلفای کرونباخ پرسشنامه در راهبردهای سازش یافته ۰/۷۲ و در راهبردهای سازش نیافتاده ۰/۷۶ بدست آمد.

جلسات مداخله درمان فراتشخیصی یکپارچه با استفاده از برنامه‌ی درمانی بارلو و دوراند^۱ (۲۰۱۱) که توسط بخشی پور و همکاران (۱۳۹۶) مورد استفاده قرار گرفته است، برای نوجوانان گروه آزمایش اول طی ۱۲ جلسه ۷۰-۶۰ دقیقه‌ای (بصورت دو جلسه در هفته) در قالب جلسات مشاوره گروهی استفاده شد. خلاصه محتوای جلسات مداخله در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱. خلاصه جلسات درمان فراتشخیصی یکپارچه

جلسه	محتوای جلسات
اول	افزایش انگیزه؛ مصاحبه انگیزشی برای ایجاد انگیزه مشارکت و درگیری بیماران در جریان درمان، ارائه منطق درمانی و تعیین اهداف درمانی.
دوم	ارائه آموزش روانی؛ بازشناسی هیجان‌ها و ردیابی تجارب هیجانی و آموزش مدل سه مؤلفه‌ای تجارب هیجانی و مدل ARC.
سوم و چهارم	آموزش آگاهی هیجانی؛ یادگیری مشاهده تجارب هیجانی (هیجان‌ها و واکنش به هیجان‌ها) به ویژه با استفاده از تکنیک‌های ذهن آگاهی.
پنجم	ارزیابی مجدد شناختی؛ ایجاد آگاهی از ارتباط متقابل بین افکار و هیجان‌ها، شناسایی ارزیابی‌های ناسازگارانه خودکار و دام‌های شایع تفکر، ارزیابی مجدد شناختی و افزایش انعطاف‌پذیری در تفکر.
ششم	شناسایی الگوهای اجتناب از هیجان؛ آشنایی با راهبردهای مختلف اجتناب از هیجان و تأثیر آن بر تجارب هیجانی و آگاهی یافتن از اثرات متناقض اجتناب از هیجان.
هفتم	بررسی رفتارهای ناشی از هیجان EDBS، شناسایی رفتارهای ناشی از هیجان و درک تاثیر آنها روی تجارب هیجانی، شناسایی EDBS ناسازگارانه و ایجاد گرایش‌های عمل جایگزین از طریق مواجهه شدن با رفتارها.
هشتم	آگاهی و تحمل احساس‌های جسمانی؛ افزایش آگاهی از نقش احساسات جسمانی در تجارب هیجانی، انجام تمرین‌های مواجهه یا رویارویی احساسی به منظور آگاهی از احساسات جسمانی و افزایش تحمل این علائم.
نهم تا یازدهم	رویایی احساسی و رویایی با هیجان مبتنی بر موقعیت؛ آگاهی یافتن از منطق رویایی‌های هیجانی، آموزش نحوه تهیه سلسله مراتب ترس و اجتناب، طراحی تمرین‌های مواجهه هیجانی به صورت تجسمی و عینی و ممانعت از اجتناب.
دوازدهم	پیشگیری از عود، مرور کلی مفاهیم درمان و بحث در مورد پیشرفت‌های درمانی بیمار.

جلسات مداخله‌ی درمان شناختی رفتاری بر اساس درمان اختلال اضطراب فراگیر (داگاس و رابی‌چاود^۲، ترجمه اکبری و همکاران، ۱۳۹۹) طی ۱۲ جلسه ۷۰-۶۰ دقیقه‌ای (بصورت دو جلسه در هفته) در قالب جلسات مشاوره گروهی استفاده شد. خلاصه محتوای جلسات مداخله در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲. خلاصه جلسات درمان شناختی-رفتاری

جلسه	محتوای جلسات
اول	معارفه و آشنایی، برقراری ارتباط و توضیح درباره منطق درمان، توضیح درباره ماهیت اضطراب، شناسایی افکار اضطراب‌زا و عوامل و نشانه‌های آن، مفهوم سازی درمان شناختی رفتاری.
دوم	مشاهده و ارزیابی آزمودنی‌ها بر اساس توانایی تمرکز بر تجربیات درونی، شناسایی هیجان‌های اساسی که زیربنای موقعیت‌های اضطرابی هستند. توانمندسازی اعضا در زمینه خودآگاهی و شناخت خصوصیات، نیازها، خواسته‌ها، اهداف، ارزش‌ها و هویت خود.
سوم	آشنایی اعضا با رابطه بین فکر، احساس و رفتار و آشنایی با افکار خودآیند، تحریف‌های شناختی و به چالش کشیدن تحریف‌های شناختی. ارتباط افکار، هیجانات و حس‌های بدنی و ارائه مثال‌های متعدد در موقعیت‌های مختلف، توضیح خطاهای تفکر و افکار خودآیند منفی، توصیف ماهیت استرس، مطرح کردن سه مؤلفه مهم اضطراب و استرس (فیزیکی، شناختی، رفتاری) و تعامل میان این سه مؤلفه.

1 Barlow, & Durand

2 Dugas, & Robichaud

مقایسه اثربخشی درمان شناختی-رفتاری و درمان فراتشخیصی یکپارچه بر تنظیم هیجانی نوجوانان دارای اختلال اضطراب فراگیر
The effectiveness of cognitive behavioral therapy and unified transdiagnostic therapy on the emotional regulation ...

نشانه‌های احساسی شامل بررسی چگونگی وقوع احساس‌ها و بیان چگونگی ثبت احساس‌ها و افکار مرتبط با آنها، معرفی و شناسایی انواع افکار منفی رایج و تحریفات شناختی، بررسی آگاهی از تأثیر وقایع خوشایند و ناخوشایند بر احساس، افکار و حس‌های بدنی، مواجهه واقعی با موقعیت هیجانی و ایفای نقش، تکنیک‌های شناختی برای به چالش کشیدن افکار اضطراب‌زا، ایجاد تفسیرها یا پیش‌بینی‌های جایگزین، بررسی شواهد و احتمالات، هراس‌زدایی.

چهارم

تهیه سلسله مراتب موقعیتهای اجتنابی، حساسیت‌زدایی، کاربرد سلسله مراتب موقعیتهای اجتنابی، کار برگ مواجهه با موقعیتهای اجتنابی، تصویرسازی موقعیتهای اجتنابی، همراه کردن مواجهه با آرمیدگی.

پنجم

به چالش کشیدن افکار منفی رایج و تحریفات شناختی و جایگزینی افکار منطقی به جای افکار غیرمنطقی، آموزش و بحث درباره مدیریت خشم، قاطعیت، مدیریت زمان، ثبت وقایع روزانه آموزش استفاده از مهارت حل مسئله در مورد تعارض‌ها، بحث درباره مهارت‌های نه گفتن، تفویض اختیار.

ششم

مدیریت نگرانی‌ها؛ شناسایی شایع‌ترین نگرانی‌های مراجع، تعیین و ثبت نگرانی‌ها، کاربرد ثبت نگرانی، شناخت تحریفات شناختی.

هفتم

تکنیک‌های شناختی، راهبرد کارآمد سود و زیان، فاجعه‌آمیز کردن نتایج، تمایز بین امکان و احتمال، عوامل محافظت‌کننده در دسترس، افکار خودآیند تحریف شده برچسب زدن، فاجعه‌سازی، پیش‌بینی منفی.

هشتم

پرسش‌های بدون پاسخ چرا... اگر، باورهای کمال‌طلبانه در مورد کنترل اضطراب، نشخوارهای رهنی و چگونگی اثر، تکنیک فعال‌سازی رفتاری، آموزش تکنیک‌های آرمیدگی.

نهم

آموزش، تمرین و اجرای راهبردهای مقابله‌ای مؤثر، مقابله با عوامل راننداز بین فردی، آموزش مهارت‌های ارتباطی و ابراز وجود، آرامش‌آموزی جسمانی، مسئولیت‌پذیری فعالانه، شناسایی و ثبت خودگویی‌های منفی و نحوه جایگزینی خود-گویی‌های مثبت با آنها.

دهم

تمرین و اجرای راهبردهای مقابله‌ای مؤثر، آموزش مدیریت استرس، نحوه تغییر و اصلاح باورهای نادرست از طریق زیر سؤال بردن باورها، یافتن باورهای درست و شفاف‌سازی باورها، آموزش شناخت واکنش‌های بدن به احساسات مختلف.

یازدهم

آموزش اهمیت و درک مزایای حمایت اجتماعی و ارائه خلاصه‌ای از جلسات درمانی و مرور کلی مهارت‌های آموزش داده شده، بحث درباره نکات مثبت و نقطه ضعف‌های درمانگر و طرح درمانی و دریافت بازخورد از شرکت‌کنندگان، اجرای پس‌آزمون و اتمام جلسات درمانی.

دوازدهم

یافته‌ها

در پژوهش حاضر ۴۵ نوجوان دارای اختلال اضطراب فراگیر در دو گروه مداخله و یک گروه گواه (هر گروه ۱۵ نفر) شرکت کردند؛ که ۶۰ درصد نوجوانان گروه مداخله اول (درمان شناختی-رفتاری) دختر و ۴۰ درصد پسران بودند، در گروه مداخله دوم (درمان فراتشخیصی یکپارچه) ۵۳ درصد دختر و ۴۷ درصد پسر بودند. همچنین گروه گواه را ۴۷ درصد دختران و ۵۳ درصد پسران تشکیل دادند. میانگین و انحراف معیار سنی نوجوانان دارای اختلال اضطراب فراگیر به تفکیک گروه‌ها عبارت بود از: در گروه مداخله اول (درمان شناختی-رفتاری) دختران $16/34 \pm 1/15$ و پسران $16/78 \pm 1/48$ ؛ در گروه مداخله دوم (درمان فراتشخیصی یکپارچه) دختران $16/54 \pm 1/35$ و پسران $16/62 \pm 1/72$ ؛ و در گروه گواه دختران $16/54 \pm 1/35$ و پسران $16/62 \pm 1/72$ بود.

جدول ۳. شاخص‌های توصیفی در گروه مداخله اول (درمان فراتشخیصی یکپارچه)، گروه مداخله دوم (درمان شناختی-رفتاری) و گروه گواه

گروه	متغیر	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
آزمایش ۱ (درمان فراتشخیصی یکپارچه)	تنظیم هیجان سازش یافته	۲۳/۲	۳/۷۶	۴۲/۵۳	۱۱/۳۷	۴۰/۴۶	۱۰/۰۵
	تنظیم هیجان سازش نایافته	۵۹/۴	۱۲/۴۸	۳۹/۸۰	۴/۲۲	۴۲/۸۶	۳/۸۱
آزمایش ۲ (CBT)	تنظیم هیجان سازش یافته	۲۲/۴۶	۴/۴۲	۳۷/۸۰	۱۰/۳۶	۳۶/۵۳	۹/۰۲
	تنظیم هیجان سازش نایافته	۵۹/۷۳	۷/۶۸	۴۱/۷۳	۴/۱۳	۴۵/۷۳	۴/۴۷
گواه	تنظیم هیجان سازش یافته	۲۰/۶۶	۲/۲۸	۲۸/۸۰	۷/۱۸	۲۶/۵۳	۶/۶۲
	تنظیم هیجان سازش نایافته	۵۹/۱۵	۱۰/۱۴	۴۵/۱۳	۱۰/۴۶	۵۵/۶۰	۱۳/۷۴

(n=۴۵)

با توجه به یافته‌های جدول ۳، میانگین و انحراف معیار تنظیم هیجان (سازش یافته و سازش نیافته) دو گروه آزمایش در مقایسه با گروه گواه، در مرحله پس آزمون نسبت به مرحله پیش آزمون تغییر داشته است.

برای بررسی نرمال بودن تنظیم هیجانی (سازش یافته و سازش نیافته)، در نوجوانان از آزمون شاپیرو ویلکز استفاده شد. نتایج نشان داد مشخصه Z آزمون مربوط به نرمال بودن تنظیم هیجانی (سازش یافته و سازش نیافته)، در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و کنترل نشان داد که توزیع نمره‌ها با توزیع طبیعی این ابعاد تفاوت ندارد ($F=2/724$ ، $P=0/108$). همچنین به منظور بررسی یکسانی واریانس‌ها و نرمال بودن توزیع از آزمون لوین استفاده شد که نتایج نشان داد واریانس‌های خطا برای تنظیم هیجانی (سازش یافته و سازش نیافته) یکسان است ($F=0/058$ ، $P=0/821$). برای بررسی فرض صفر تساوی کوواریانس در گروه‌ها از آزمون باکس استفاده شد. نتایج نشان داد که پیش فرض برابری ماتریس‌های کوواریانس مشاهده شده متغیر وابسته در گروه‌ها برقرار است ($F=1/342$ ، $P=0/170$). همچنین نتایج حاصل از آزمون کرویت موخلی نشان داد متغیر ترکیبی وارد شده به مدل تحلیل کوواریانس چندمتغیره، بین دو گروه آزمایش و گروه گواه تفاوت آماری معناداری وجود ندارد ($F=2/250$ ، $P=143$).

جدول ۴. خلاصه نتایج تحلیل واریانس مختلط با عوامل درون گروهی و بین گروهی در متغیر تنظیم هیجان سازش یافته و سازش نیافته

متغیر	عوامل	منابع تغییر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معناداری	اندازه اثر
تنظیم هیجان سازش یافته	عامل	مراحل زمان	۵۲۵۳/۷۳۳	۱/۳۴۰	۳۹۲۰/۵۵۷	۱۱۷/۴۷۹	۰/۰۰۰۱	۰/۷۳۷
	درون	تعامل مراحل*گروه	۷۳۴/۶۶۷	۲/۶۸۰	۲۷۴/۱۲۰	۸/۲۱۴	۰/۰۰۰۱	۰/۲۸۱
	گروهی	خطا	۱۸۷۸/۲۶۷	۵۶/۲۸۲	۳۳/۳۷۲			
	عامل بین	گروه	۲۵۶۱/۷۳۳	۲	۱۲۸۰/۸۶۷	۹/۱۵۷	۰/۰۰۱	۰/۳۰۴
تنظیم هیجان سازش نیافته	گروهی	خطا	۵۸۷۴/۹۳۳	۴۲	۱۳۹/۸۷۹			
	عامل	مراحل زمان	۴۹۲۲/۸۵۹	۱/۴۷۵	۳۳۳۸/۵۵۹	۵۲/۵۰۴	۰/۰۰۰۱	۰/۵۵۶
	درون	تعامل مراحل*گروه	۱۲۴۳/۸۵۲	۲/۹۴۹	۴۲۱/۷۷۴	۶/۶۳۳	۰/۰۰۱	۰/۲۴۰
	گروهی	خطا	۳۹۳۷/۹۵۶	۶۱/۹۳۱	۶۳/۵۸۶			
سازش یافته	عامل بین	گروه	۱۸۵۴/۸۵۹	۲	۹۲۷/۴۳۰	۵/۷۴۱	۰/۰۰۶	۰/۲۱۵
	گروهی	خطا	۶۷۸۵/۲۴۴	۴۲	۱۶۱/۵۵۳			

خلاصه نتایج تحلیل واریانس مختلط برای عوامل درون گروهی و بین گروهی تنظیم هیجان سازش یافته و سازش نیافته در جدول ۴ نشان می‌دهد در رابطه با عامل درون گروهی مقدار F محاسبه شده برای اثر مراحل (پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری) در تنظیم هیجان سازش یافته و تنظیم هیجان سازش نیافته معنادار است ($P<0/01$), در نتیجه بین میانگین نمرات پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری تنظیم هیجان سازش یافته و سازش نیافته در سه گروه تفاوت معنادار وجود دارد؛ و برای عامل بین گروهی مقدار F محاسبه شده در سطح کوچکتر از ۰/۰۱ معنادار است. در نتیجه بین میانگین کلی تنظیم هیجان سازش یافته و سازش نیافته در سه گروه مداخله و گواه تفاوت معنادار وجود دارد.

به منظور بررسی تفاوت بین میانگین‌های مراحل آزمون تعقیبی بونفرنی انجام شد.

جدول ۵. خلاصه نتایج آزمون تعقیبی بونفرنی (مقایسه‌های چندگانه) در متغیر تنظیم هیجان سازش یافته و سازش نیافته

متغیر	مراحل/گروه ها	تفاوت میانگین‌ها	خطای استاندارد	Sig
تنظیم هیجان سازش یافته	پیش آزمون- پس آزمون	*۱۳/۹۳۳-	۱/۲۲۴	۰/۰۰۰۱
	پیش آزمون- پیگیری	*۱۲/۴۰۰-	۱/۰۷۷	۰/۰۰۰۱
	پس آزمون- پیگیری	۱/۵۳۳	۰/۵۶۹	۰/۰۵۸
	فرا تشخیصی یکپارچه- شناختی رفتاری	۳/۱۳۳	۲/۴۹۳	۰/۶۴۷
گروه	فرا تشخیصی یکپارچه - گواه	*۱۰/۴۰۰-	۲/۴۹۳	۰/۰۰۰۱
	شناختی- رفتاری - گواه	*۷/۲۶۷-	۲/۴۹۳	۰/۰۱۷

مقایسه اثربخشی درمان شناختی-رفتاری و درمان فراتشخیصی یکپارچه بر تنظیم هیجانی نوجوانان دارای اختلال اضطراب فراگیر
The effectiveness of cognitive behavioral therapy and unified transdiagnostic therapy on the emotional regulation ...

۰/۰۰۰۱	۱/۷۱۰	۱۴/۰۲۲*	پیش‌آزمون- پس‌آزمون	
۰/۰۰۰۱	۱/۵۶۷	۱۱/۰۸۹*	پیش‌آزمون- پیگیری	مراحل
۰/۰۱۹	۰/۹۳۳	-۱/۳۳۳*	پس‌آزمون- پیگیری	تنظیم هیجان
۱	۲/۶۸۰	-۱/۷۱۱	فراشخیصی یکپارچه- شناختی رفتاری	سازش نیافته
۰/۰۰۸	۲/۶۸۰	-۸/۵۷۸*	فراشخیصی یکپارچه- گواه	گروه
۰/۰۴۲	۲/۶۸۰	۶/۸۶۷*	شناختی-رفتاری - گواه	

با توجه به یافته‌های جدول ۵ نتایج نشان می‌دهد بین نمرات تنظیم هیجان سازش یافته و سازش نیافته در مراحل پیش‌آزمون با پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری وجود دارد، همچنین تفاوت بین نمرات پس‌آزمون با پیگیری معنی‌دار است. مقایسه میانگین‌های تعدیل شده نشان می‌دهد که نمرات تنظیم هیجان سازش یافته و سازش نیافته در مرحله پیش‌آزمون پایین‌تر از مرحله پس‌آزمون و پیگیری است. همچنین بین اثر گروه‌های مداخله‌ی اول و دوم و گروه کنترل مقایسه میانگین‌ها نشان می‌دهد که نمرات تنظیم هیجان سازش یافته و سازش نیافته در گروه مداخله‌ی اول و گروه مداخله‌ی دوم، کمتر از گروه گواه است. همچنین در رابطه با تعامل عوامل مراحل و گروه مقدار F محاسبه شده برای اثر مراحل (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) بین سه گروه مداخله و گواه در متغیر تنظیم هیجان سازش یافته و تنظیم هیجان سازش نیافته در سطح ۰/۰۱ معنادار است. در نتیجه بین میانگین نمرات پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری تنظیم هیجان سازش یافته و سازش نیافته در سه گروه تفاوت معنادار وجود دارد.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان شناختی-رفتاری و درمان فراتشخیصی یکپارچه بر تنظیم هیجانی نوجوانان دارای اختلال اضطراب فراگیر انجام شد. نتایج نشان داد بین میزان اثربخشی دو روش مداخله تفاوت معناداری وجود دارد و درمان فراتشخیصی یکپارچه در مقایسه با درمان شناختی رفتاری اثربخش‌تر است. همچنین اثربخشی هر دو روش در طی زمان دارای ماندگاری است. یافته به دست آمده مبنی بر اثربخشی درمان شناختی-رفتاری بر تنظیم هیجان (سازش یافته و سازش نیافته) با نتایج مطالعات ویلا و همکاران (۲۰۲۰)، راسینگ و همکاران (۲۰۱۹)، شیبانی و همکاران (۲۰۲۰) همسو است. در تبیین یافته فوق می‌توان گفت: راهبردهای تنظیم هیجان ممکن است متمرکز بر تغییر رفتار (مانند فرونشانی)، توجه (مانند کنترل توجه، حواس‌پرتی)، شناخت (مانند باز ارزیابی شناخت، پذیرش) و واکنش‌های فیزیولوژیکی (مانند تکنیک‌های تنفس عمیق) باشد (ریپنهازن^۱ و همکاران، ۲۰۲۲). در این بین درمان شناختی-رفتاری با تمرکز بر باز ارزیابی شناخت‌ها و پذیرش جنبه‌های مختلف هیجانی دارد توانسته به این نوجوانان کمک کند تا در موقعیت‌های چالش‌زا تغییرات شناختی سازگارانه ایجاد کنند (کالانسا^۲، ۲۰۲۲). در خصوص تبیین این یافته همسو با پژوهش اولسون^۳ و همکاران (۲۰۲۱) می‌توان گفت که درمان شناختی-رفتاری از طریق تمرکزی که بر تکنیک‌های تغییر شناخت و بهبود هیجانات دارد به افراد کمک می‌کند تا استراتژی‌هایی مانند آگاهی هیجانی، اتخاذ چشم‌انداز، حل مسئله را در خود رشد دهند و از طریق تکالیف خانگی به مراجع کمک می‌کنند تا به شکل انگیزه‌مندتری این مهارت‌ها را در فضای روابط بین فردی و زندگی روزمره‌شان به کار بگیرند، پر واضح است که بالا رفتن این توانایی‌ها به افراد کمک می‌کند تا مدیریت بهتری بر اعمال خود کنند و از مشکلات و چالش‌های درونی و برونی بکاهند. یافته دیگر پژوهش نشان داد درمان فراتشخیصی یکپارچه بر تنظیم هیجان (سازش یافته و سازش نیافته) مؤثر است و میزان اثربخشی در طی زمان دارای ماندگاری اثر است. این یافته با نتایج پژوهش اوسما و همکاران (۲۰۲۲)، اودونل و همکاران (۲۰۲۱)، کارلوچی و همکاران (۲۰۲۱)، زارعی فسخودی و همکاران (۱۴۰۰)، قادری و همکاران (۱۴۰۰) همسو می‌باشد. نگرانی یک ویژگی مهم و آشکار در اختلال اضطراب فراگیر و همچنین یک عامل از عوامل فراتشخیصی مشترک در اختلالات هیجانی است که از اهداف مشخص شیوه‌نامه درمان فراتشخیصی یکپارچه به شمار می‌رود. در جلسات درمانی این موضوع که همه هیجانات سازش یافته (مثبت) و سازش نیافته (منفی) مهم هستند و هدف درمان حذف آنها نیست، بلکه شناخت، شکیبایی و بردباری، و سازگاری با هیجانات سازش نیافته (منفی) است. پایه

1 Riepenhausen

2 Calancea

3 Olsson

اصلی در رویکرد فراتشخیصی یکپارچه تجربه هیجانی و پاسخ به هیجان‌هاست. براساس این رویکرد نقش در تنظیم هیجانات بر اختلالات هیجانی از جمله اضطراب تأثیرگذارند و افرادی که در ابراز هیجانات خود دچار مشکل هستند راهبردهای سازش نیافته تنظیم هیجان را مورد استفاده قرار می‌دهند. این رویکرد درمانی به افراد در جهت آموزش چگونگی مواجهه با هیجانات سازش نیافته و استفاده از روش‌های سازگارانه تر کمک می‌کند و تلاش می‌کند با عادات خودتنظیمی هیجانی را در جهت کاهش شدت و وقوع عادات هیجانی به کار برد، در نتیجه موجب کاهش میزان آسیب و افزایش کارکرد فرد شود (پوپا^۱ و همکاران، ۲۰۲۲). درمان فراتشخیصی یکپارچه علاوه بر استفاده از تکنیک‌های شناختی-رفتاری و تنظیم هیجانی، فنون تغییر انگیزشی را نیز مورد استفاده قرار می‌دهد و در فرایند درمان بیشتر بر تأثیر هیجانات مثبت و سازش یافته تأکید می‌کند (شیئفله و همکاران، ۲۰۲۱). این رویکرد با استفاده از فنونی که مورد استفاده قرار می‌گیرد شناسایی افکار مؤثر بر هیجانات و رفتارهای اضطرابی نقش تسهیل کننده دارد. بطور کلی در این رویکرد درمانی با تأکید بر جوهر سازش یافته و عملکردی هیجانات به منظور تنظیم تجربه‌های هیجانی به دنبال شناخت و اصلاح کوشش‌های سازش نیافته، تسهیل پردازش مناسب و خاموش سازی پاسخ‌های نامتناسب هیجانی به نشانگان درونی و برونی است (اوسما و همکاران، ۲۰۲۱). این رویکرد درمانی با استفاده از فنون تنظیم هیجان به بیمار در ارزیابی مجدد هیجانات، بویژه هیجانات سازش نیافته و منفی و همچنین پذیرش هیجانات مؤثر است (نرگسی و همکاران، ۱۳۹۸).

همچنین نتایج نشان داد که بین اثربخشی درمان شناختی-رفتاری و درمان فراتشخیصی یکپارچه بر تنظیم هیجان نوجوانان دارای اختلال اضطراب فراگیر تفاوت معناداری وجود ندارد. این یافته با نتایج پژوهش دیتر و همکاران (۲۰۱۵) و نورتون و باررا (۲۰۱۲) همسو بود. تنظیم نبودن هیجان، کارکرد مؤثر شناخت را مختل می‌کند و این اختلال در شناخت خود باعث تشدید آشفتگی هیجانی می‌شود. بنابراین، ناتوانی در کنترل هیجان‌های نامناسب ناشی از وجود افکار و باورهای منفی و استفاده از شیوه‌های ناکارآمد مقابله‌ای است و درمان شناختی رفتاری از طریق اصلاح سوگیری‌ها و شناخت‌های ناکارآمد و کاهش خطاهای شناختی و به چالش کشیدن آن‌ها که پاسخ‌های رفتاری و هیجانی دارای کارکرد ناسازگارانه را فعال می‌کنند، باعث کاهش مشکلات هیجانی می‌شوند (اولسون و همکاران، ۲۰۲۱). همچنین، درمان فراتشخیصی یکپارچه از شیوه شناختی رفتاری برای درمان اختلال‌هایی استفاده می‌کند که ریشه هیجانی دارند و در این درمان بر هیجان‌ها و راهبردهای ناسازگارانه تنظیم هیجان تأکید می‌شود. تجربه هیجانی و پاسخ به آنها پایه اصلی این شیوه درمانی است و در درمان فراتشخیصی یکپارچه افراد مهارت‌هایی را کسب می‌کنند تا بتوانند به شیوه مؤثر هیجان‌های منفی خود را مدیریت کنند (پوپا و همکاران، ۲۰۲۲). در نتیجه، از آنجایی که متغیر وابسته در این پژوهش تنظیم هیجان نوجوانان دارای اختلال اضطراب فراگیر بود، می‌توان انتظار داشت که هر دو شیوه بتوانند نقش مؤثری در آن‌ها داشته باشند و تفاوت معناداری بین آن‌ها مشاهده نشود.

بطور کلی می‌توان گفت نتایج این پژوهش حاکی از اثربخشی هر دو رویکرد درمان شناختی-رفتاری و درمان فراتشخیصی یکپارچه بر تنظیم هیجان بود. این مداخلات هر کدام توانستند به تنهایی موجب بهبود تنظیم هیجان سازش یافته و تنظیم هیجان سازش نیافته شوند. این در حالی بود که دو رویکرد درمان شناختی-رفتاری و درمان فراتشخیصی یکپارچه در هیچ یک از مؤلفه‌های تنظیم هیجان با یکدیگر تفاوت معناداری نداشتند و می‌توان گفت هر دو روش تقریباً به یک اندازه در تنظیم هیجان نوجوانان دارای اختلال اضطراب فراگیر اثربخش بودند. بنابراین با بکارگیری هر یک از رویکردهای فوق (درمان شناختی-رفتاری و درمان فراتشخیصی یکپارچه) برای تنظیم هیجان نوجوانان دارای اختلال اضطراب فراگیر می‌توان گام مهمی در کاهش آسیب‌ها و پیامدهای ناشی از عدم تنظیم هیجانی در این اختلال برداشت.

پژوهش حاضر محدود به جامعه و نمونه یک شهر و دو مرکز مشاوره بود که در بازه زمانی محدود اجرا شد، پیشنهاد می‌شود به منظور تعمیم‌پذیری نتایج پژوهش در پژوهش‌های آتی از این رویکردهای درمانی در نمونه‌های متفاوت و در سطوح سنی گوناگون استفاده شود. استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند محدودیت دیگر پژوهش حاضر بود. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی جهت انتخاب گروه نمونه پژوهشی از روش‌های نمونه‌گیری تصادفی استفاده گردد. با توجه به نتایج به دست آمده در پژوهش حاضر پیشنهاد می‌شود مشاوران و درمانگران بالینی از این رویکرد درمانی در جهت کاهش هیجانات سازش نیافته و افزایش هیجانات سازش یافته استفاده مؤثری نمایند.

منابع

- بشارت، م. ع. (۱۳۹۵). پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان: روش اجرا و نمره‌گذاری. *روانشناسی تحولی: روانشناسان ایرانی*، ۱۳(۵۰)، ۲۲۱-۲۲۳.
https://journals.iau.ir/article_529166.html
- بشارت، م. ع.، و بزازیان، س. (۱۳۹۳). بررسی ویژگی‌های روانسنجی پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان در نمونه‌ای از جامعه ایرانی. *پیشرفت در پرستاری و مامایی*، ۲۴(۸۴)، ۶۱-۷۰.
<https://journals.sbmu.ac.ir/en-jnm/article/view/7360>
- بخشی‌پور، ع.، وجودی، ب.، محمودعلیلو، م.، و عبدی، ر. (۱۳۹۵). اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه در کاهش علایم اختلال افسردگی اساسی/اندیشه و رفتار، ۴۱(۱)، ۶۷-۷۶.
https://jtbcp.riau.ac.ir/article_1023.html?lang=fa
- حسن‌زاده، ر. (۱۴۰۰). روش تحقیق کاربردی. تهران: روان.
- حسینی، ج. (۱۳۹۰). بررسی اعتبار و روایی فرم کوتاه پرسشنامه نظم‌جویی شناختی هیجان. *تحقیقات علوم رفتاری*، ۹(۴)، ۲۳۹-۲۴۰.
<https://www.sid.ir/fa/journal/ViewPaper.aspx?id=153288>
- داگلاس، م. و رابی چاود، م. (۱۳۹۹). *درمان شناختی-رفتاری برای اختلال اضطراب فراگیر*. ترجمه اکبری، م.، چینی فروشان، م. و عابدیان، ا. تهران: ارجمند.
- زارعی فسخودی، ب.، کربلایی محمد میگوئی، ا.، رضا بخش، ح.، و قلیچی، ل. (۱۴۰۰). مقایسه اثربخشی درمان یکپارچه فراتشخیص اختلالات هیجانی و درمان فراتشخیص کارآمدی هیجانی بر تنظیم هیجان بزرگسالان دارای لکت زبان. *پژوهش‌های کاربردی روانشناختی*، ۱۲(۲)، ۱۸۵-۲۰۹.
<https://doi.org/10.22059/japr.2021.312232.643672>
- شیبانی، ح.، میکائیلی، ن.، و نیرمانی، م. (۱۳۹۹). مقایسه اثربخشی درمان شناختی-رفتاری و آموزش تنظیم هیجان بر تحریک پذیری، افسردگی، اضطراب، استرس و تنظیم هیجانی نوجوانان دارای اختلال بدتنظیمی خلق مخرب، *روانشناسی بالینی*، ۱۲(۲)، ۴۱-۵۰.
<http://doi.org/10.22075/jcp.2020.19250.1778>
- قادر، فد.، اکرمی، ن.، نامداری، ک.، و عابدی، ا. (۱۴۰۰). مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری یکپارچه با درمان فراتشخیصی بر علایم بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر همبود با افسردگی. *روانشناسی بالینی ایران*، ۲۷(۴)، ۴۴۰-۴۵۷.
<http://ijpcp.iuims.ac.ir/article-1-3224-fa.html>
- نرگسی، ف.، فتحی آشتیانی، ع.، داودی، ا.، و اشرفی، ع. (۱۳۹۸). اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه بر حساسیت اضطرابی، تحمل پریشانی و علائم وسواسی-اجباری در افراد دچار اختلال وسواسی اجباری. *دستاورد‌های روان‌شناختی*، ۲۸(۲)، ۲۶-۳۹.
<https://doi.org/10.22055/psy.2019.26369.2121>
- نصراللهی، ب. و آقایی، و. (۱۴۰۱). مقایسه ناگویی هیجانی و راهبردهای تنظیم شناختی هیجان در افراد دارای نشانه‌های اختلال اضطراب فراگیر و اجتماعی، سوء مصرف مواد و افراد سالم. *رویش روان‌شناسی*، ۱۱(۴)، ۱-۱۲.
<http://frooyesh.ir/article-1-3602-fa.html>
- Barlow, D. H., Harris, B.A., Eustis, E.H., & Farchione, T.J. (2020). *Можем ли мы помочь больные?*. Center for Anxiety and Related Disorders (CARD), Boston University, Boston MA, USA. <http://doi.org/10.1002/wps.20748>
- Brail, E. (2022). What is the Relationship between Marijuana Use and Generalized Anxiety Disorder (GAD) Among Young Adults Aged 18-29 in the United States?. *Vanderbilt Undergraduate Research Journal*, 12, 31-38.
<https://doi.org/10.15695/vurj.v12i1.5293>
- Calancea A. (2022). Developing cognitive-behavioral therapy in relieving the symptoms of depression, generalized anxiety and social anxiety in adolescents. Case study. *Acta et Commentationes Sciences of Education*, 28(2), 87-97. <https://doi.org/10.36120/2587-3636.v28i2.87-97>
- Carlucci, L., Saggino, A., & Balsamo, M. (2021). On the efficacy of the unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: a systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 87, 101999.
<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2021.101999>
- Crome, E., Grove, R., Baillie, A.J., Sunderland, M., Teesson, M., & Slade, T. (2015). DSM-IV and DSM-5 social anxiety disorder in the Australian community. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 49(3), 227-235.
<https://doi.org/10.1177/0004867414546699>
- Dear, B.F., Staples, L.G., Terides, M.D., Karin, E., Zou, J., Johnston, L., Gandy, M., Fogliati, V.J., Wootton, B.M., McEvoy, P.M., & Titov, N. (2015). Transdiagnostic versus disorder-specific and clinician-guided versus self-guided internet-delivered treatment for generalized anxiety disorder and comorbid disorders: a randomized controlled trial. *Journal of anxiety disorders*, 36, 63-77.
<https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2015.09.003>
- Fernandez, K. C., Jazaieri, H., & Gross, J.J. (2016). Emotion regulation: a transdiagnostic perspective on a new RDoC domain. *Cognitive therapy and research*, 40(3), 426-440. <https://doi.org/10.1007/s10608-016-9772-2>
- Fresco, D.M., Mennin, D.S., Heimberg, R.G., & Ritter, M. (2013). Emotion regulation therapy for generalized anxiety disorder. *Cognitive and Behavioral Practice*, 20(3), 282-300. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2013.02.001>
- Gamefski, N., & Kraaij, V. (2006). Relationships between cognitive emotion regulation strategies and depressive symptoms: a comparative study of five specific samples. *Personality and Individual Differences*, 40, 1659-1669.
<https://doi.org/10.1016/j.paid.2005.12.009>
- Grossman, R.A., & Ehrenreich-May, J. (2020). Using the unified protocol for Transdiagnostic treatment of emotional disorders with youth exhibiting anger and irritability. *Cognitive and Behavioral Practice*, 27(2), 184-201.
<https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2019.05.004>

- Hobbs, M.J., Mahoney, A.E., & Andrews, G. (2017). Integrating iCBT for generalized anxiety disorder into routine clinical care: treatment effects across the adult lifespan. *Journal of anxiety disorders*, 51, 47-54. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2017.09.003>
- Koenigsberg, J.Z. (2020). *Anxiety Disorders: Integrated psychotherapy approaches*. London: Routledge; 2020. <https://doi.org/10.4324/9780429023637>
- Lasa-Aristu, A., Delgado-Egido, B., Holgado-Tello, F.P., Amor, P.J., & Domínguez-Sánchez, F.J. (2019). Profiles of cognitive emotion regulation and their association with emotional traits. *Clínica y Salud*, 30(1), 33-39. <https://doi.org/10.5093/clysa2019a6>
- Linawati, L., Siallagan, T., Kartika, R., & Tarigan, B. (2021). Pendekatan Konseling Berbasis Client Centered Ditinjau dari Yohanes 4: 4-40 Bagi Penanganan Kasus Generalized Anxiety Disorder dan Insecure Parents Attachment Pada Remaja. *Jurnal Teologi Cultivation*, 5(2), 1-17. <https://doi.org/10.46965/jtc.v5i2.652>
- McFarlane, F.A., Allcott-Watson, H., Hadji-Michael, M., McAllister, E., Stark, D., Reilly, C., Bennett, S.D., McWilliams, A., & Heyman, I. (2019). Cognitive-behavioural treatment of functional neurological symptoms (conversion disorder) in children and adolescents: a case series. *European Journal of Paediatric Neurology*, 23(2), 317-328. <https://doi.org/10.1016/j.ejpn.2018.12.002>
- Milam, A.L., & Nabulsi, Y.B. (2022). A-195 The Indirect Effects of Repetitive Negative Thinking and Emotion Dysregulation on the Association Between Attentional Control and Anxiety Symptoms. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 37(6), 1350-1350. <https://doi.org/10.1093/arclin/acac060.195>
- Norton, P.J., & Barrera, T.L. (2012). Transdiagnostic versus diagnosis-specific CBT for anxiety disorders: A preliminary randomized controlled noninferiority trial. *Depression and Anxiety*, 29(10), 874-882. <https://doi.org/10.1002/da.21974>
- O'donnell, M.L., Lau, W., Chisholm, K., Agathos, J., Little, J., Terhaag, S., Brand, R., Putica, A., Holmes, A.C.N., Katona, L., Felmingham, K.L., Murray, K., Hosseiny, F., & Gallagher, M.W. (2021). A pilot study of the efficacy of the unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders in treating posttraumatic psychopathology: a randomized controlled trial. *Journal of Traumatic Stress*, 34(3), 563-574. <https://doi.org/10.1002/jts.22650>
- Oliveira, J.T., Faustino, D., Machado, P.P., Ribeiro, E., Gonçalves, S., & Gonçalves, M.M. (2021). Sudden gains and ambivalence in the unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorder. *International Journal of Cognitive Therapy*, 14(3), 592-611. <https://doi.org/10.1007/s41811-021-00106-w>
- Olsson N C, Juth P, Ragnarsson E H, Lundgren T, Jansson-Fröjmark M, & Parling T. (2021). Treatment satisfaction with cognitive-behavioral therapy among children and adolescents with anxiety and depression: A systematic review and meta-synthesis. *Journal of behavioral and cognitive therapy*, 31(2), 147-191. <https://doi.org/10.1016/j.jbct.2020.10.006>
- Osma, J., Martínez-García, L., Quilez-Orden, A., & Peris-Baquero, Ó. (2021). Unified Protocol for the Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders in medical conditions: A systematic review. *International journal of environmental research and public health*; 18(10): 5077. <https://doi.org/10.3390/ijerph18105077>
- Osma, J., Peris-Baquero, O., Suso-Ribera, C., Farchione, T.J., & Barlow, D.H. (2022). Effectiveness of the Unified Protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders in group format in Spain: Results from a randomized controlled trial with 6-months follow-up. *Psychotherapy Research*, 32(3), 329-342. <https://doi.org/10.1080/10503307.2021.1939190>
- O'Toole, M.S., Renna, M.E., Mennin, D.S., & Fresco, D.M. (2019). Changes in decentering and reappraisal temporally precede symptom reduction during Emotion Regulation Therapy for generalized anxiety disorder with and without co-occurring depression. *Behavior therapy*, 50(6), 1042-1052. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2018.12.005>
- Ouellet, C., Langlois, F., Provencher, M.D., & Gosselin, P. (2019). Intolerance of uncertainty and difficulties in emotion regulation: Proposal for an integrative model of generalized anxiety disorder. *European Review of Applied Psychology*, 69(1), 9-18. <https://doi.org/10.1016/j.erap.2019.01.001>
- Peters, L., Romano, M., Byrow, Y., Gregory, B., McLellan, L.F., Brockveld, K., Baillie, A., Gaston, J., & Rapee, R.M.. (2019). Motivational interviewing prior to cognitive behavioural treatment for social anxiety disorder: A randomised controlled trial. *Journal of Affective Disorders*, 256(15), 70-8. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.05.042>
- Popa, C.O., Olah, P., Cojocaru, C., Jakab, Z., Ghiga, D.V., & Schenk, A. (2022). Unified protocols for transdiagnostic treatment versus the Beckian's approach of cognitive behavioral therapy for medical students with emotional disorders. *Acta Marisensis-Seria Medica*, 68(1), 12-16. <https://doi.org/10.2478/amma-2022-0002>
- Putri, S.K., Sarinastiti, W., & Mardaningtyas, C.D. (2021). Media Information of Generalized Anxiety Disorder In Adolescent Through Animation Explainer. In 2021 International Electronics Symposium (IES) 2021 Sep 29 (pp. 488-493). IEEE. <https://doi.org/10.1109/IES53407.2021.9594054>
- Rappag, L., Bystritsky, A., Daft, R.E., & Spearman, M. (2011). New strategies for combining mindfulness with integrative cognitive behavioral therapy for the treatment of generalized anxiety disorder. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 29(2), 92-119. <http://doi.org/10.1007/s10942-009-0095-z>
- Rasing, S.P., Stikkelbroek, Y.A., Riper, H., Dekovic, M., Nauta, M.H., Dirksen, C.D., Creemers, D.H.N., & Bodden, D.H. (2019). Effectiveness and cost-effectiveness of blended cognitive behavioral therapy in clinically depressed adolescents: Protocol for a pragmatic quasi-experimental controlled trial. *JMIR research protocols*, 8(10), e13434. <http://doi.org/10.2196/13434>
- Riepenhausen A, Wackerhagen C, Reppmann Z C, Deter H C, Kalisch R, Veer I M, & Walter H. (2022). Positive cognitive reappraisal in stress resilience, mental health, and well-being: A comprehensive systematic review. *Emotion Review*, 14(4), 310-331. <https://doi.org/10.1177/17540739221114642>
- Rusu, P.P., Bodenmann, G., & Kayser, K. (2019). Cognitive emotion regulation and positive dyadic outcomes in married couples. *Journal of Social and Personal Relationships*, 36(1), 359-376. <https://doi.org/10.1177/0265407517751664>
- Schaeffele, C., Schulz, A., Knaevelsrud, C., Renneberg, B., & Boettcher, J. (2021). CBT at the crossroads: The rise of transdiagnostic treatments. *International Journal of Cognitive Therapy*, 14(1), 86-113. <https://doi.org/10.1007/s41811-020-00095-2>
- Selvapandiyani, J. (2019). Status of cognitive behaviour therapy in India: Pitfalls, limitations and future directions—A

- systematic review and critical analysis. *Asian journal of psychiatry*, 41, 1-4. <https://doi.org/10.1016/j.aip.2019.02.012>
- Villa, L.M., Goodyer, I.M., Tait, R., Kelvin, R., Reynolds, S., Wilkinson, P.O., & Suckling, J. (2020). Cognitive behavioral therapy may have a rehabilitative, not normalizing, effect on functional connectivity in adolescent depression. *Journal of Affective Disorders*, 268, 1-11. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.01.103>
- Wells, A. (2005). Detached mindfulness in cognitive therapy: A metacognitive analysis and ten techniques. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive Behavior Therapy*, 23(4), 55-337.
- Wu, C., Li, S., Cheng, F., Zhang, L., Du, Y., He, S., & Lang, H. (2020). Self-identity and career success of nurses in infectious disease department: The chain-mediating effects of cognitive emotion regulation and social support. *Frontiers in psychology*, 11, 563558. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.563558>