



Investigation and comparing the effect of deactivation therapy and emotion regulation on reducing emotional dysregulation problems in girl adolescents

Rashin Rajaei¹ , Mahdi Zare Bahramabadi² , MohamadReza Abedi³

1. Ph.D Candidate in Counseling, Science & Research Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran. E-mail: r.rajaei1@yahoo.com
2. Associate Professor, Department of Counseling, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran. E-mail: Mz.bahramabadi@gmail.com
3. Professor, Department of Counseling, University of Isfahan, Isfahan, Iran. E-mail: science.M.r.abedi@edu.ui.ac.ir

ARTICLE INFO

Article type:
Research Article

Article history:
Received 15 November 2022
Received in revised form 11 December 2022
Accepted 17 January 2023
Published Online 22 June 2023

Keywords:
Adolescence,
emotional dysregulation,
emotional regulation
therapy,
Mode deactivation therapy

ABSTRACT

Background: Adolescents mainly have problems coping with the changes of adolescence, and in the meantime, most of them suffer from emotional dysregulation.

Aims: The purpose of this study was to investigate and compare the effect of mode deactivation therapy and emotion regulation on reducing the problems of disordered emotion seeking among adolescent girls.

Methods: The method of this research was semi-experimental with a pre-test, post-test design with the control group, among the adolescents who visited Bahroyan, Rayin, and Golestan clinics in Isfahan city, 30 of them who, using the Emotional Regulation Difficulty Questionnaire (Gertz and Romer, 2004) and clinical interview were diagnosed with emotional dysregulation and met the conditions to enter the research, they were selected and placed in three groups (10 people) mode deactivation therapy, emotion regulation and control. They received 8 weeks and the people of the control group were placed on the waiting list and did not receive any intervention during this period. The people present in the research answered the above questionnaire again at the end. After that, the data was analyzed using multivariate covariance analysis.

Results: The findings showed that both emotion regulation and mode deactivation interventions were effective on the emotional dysregulation of adolescent girls, but the effect of emotion regulation therapy on reducing emotional dysregulation was greater than mode deactivation therapy ($P < 0.05$).

Conclusion: The results of the research show that emotion regulation therapy was probably more effective than mode deactivation therapy due to its educational content and concreteness.

Citation: Rajaei, R., Zare Bahramabadi, M., & Abedi, M.R. (2023). Investigation and comparing the effect of deactivation therapy and emotion regulation on reducing emotional dysregulation problems in girl adolescents. *Journal of Psychological Science*, 22(124), 703-721. [10.52547/JPS.22.124.703](https://doi.org/10.52547/JPS.22.124.703)

Journal of Psychological Science, Vol. 22, No. 124, 2023

© The Author(s). DOI: [10.52547/JPS.22.124.703](https://doi.org/10.52547/JPS.22.124.703)



✉ **Corresponding Author:** Mahdi Zare Bahramabadi, Associate Professor, Department of Counseling, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran.

E-mail: Mz.bahramabadi@gmail.com, Tel: (+98) 9135707655

Extended Abstract

Introduction

Adolescence is a period that is characterized by huge changes in the emotional/emotional, cognitive, identity, social and moral areas during adolescence, therefore their mental state is often not stable and usually the most behavioral/emotional problems for them in this period. It happens (Rapieh et al., 2019). One of the common problems in this period is related to emotional disorder. Emotion regulation generally refers to a heterogeneous set of processes through which emotions are regulated and by using which people can influence what emotion they have and how they feel or express it (Gross, 2015).

Emotional regulation is somehow related to the behavioral inhibition system of the frontal region, and it requires the use of different cognitive, metacognitive and behavioral strategies, which ultimately leads to emotion regulation and behavior adjustment according to the situation. Therefore, several researches have considered emotional regulation as an important basis in the occurrence of emotional and behavioral disorders in adolescence (Cole, Hall and Hajal, 2017). In this regard, research results show that negative emotion regulation can be a predictor of problems related to adolescent social functioning (Griffin et al., 2020). In addition, research findings show that personality and emotional factors such as difficulty in regulating emotions, suppressing emotions, and expressing negative emotions (Qurbani et al., 2017) play a significant role in the occurrence of high-risk behaviors in adolescence. Therefore, the expression of emotions and how to manage it can be considered as one of the most important factors affecting the occurrence or non-occurrence of high-risk behaviors in this period (Azhar et al., 2019).

The research background related to emotional regulation in adolescence also indicates that teenagers have not been successful in regulating their emotions (Lee et al., 2014) and they need to learn skills in this regard (Seyed Sharifi, Navabinejad and Farzad, 1400). Even the results of some other researches show that a large number of teenagers use uncompromising

strategies to respond to their emotions (Brit et al., 2014).

The importance of this issue is doubled when the findings show that the problems related to emotional dysregulation are not transient and can have a continuous course and recurrence, which can have long-term effects on different emotional levels, especially during childhood and After that have (Salavera, Usan, Teruel, 2019)

In this regard, one of the third-wave treatment methods that especially emphasizes emotion is Emotion Regulation Therapy (ERT), which was designed by Mennin et al (2002-2005). It focuses on emotion regulation, which emphasizes the comprehensive understanding of the nature of emotional experience and emotion regulation in the therapeutic environment (Newman & Lyra, 2011). ERT is based on the emotion dysregulation model and is focused on the conceptual framework and emphasizes functional, motivational, and emotional emotions. This treatment begins with psychoeducation about the emotion regulation model and then balances emotions using defocusing and emotion management exercises.

Among the other treatments that were used exclusively for teenagers, we can mention the treatment based on Mode Deactivation Therapy (MDT). The basic element of state-based therapy or MDT is derived from cognitive behavioral therapy, but it combines elements of other approaches such as dialectical behavior therapy, functional analytic psychotherapy (FAP), and acceptance-based commitment therapy (ACT) (Apsche and et al, 2005). This therapy has been effective for working with maladaptive emotional behaviors such as anxiety and post-traumatic stress, and physical aggression (Apsche, Bass, Jennings, & Siv, 2005). The focus of MDT is on providing and creating a new understanding of beliefs that lead to the continuation of unhealthy and wrong behaviors. Accordingly, MDT can reduce the intensity and frequency of internalized disorders and reduce the resulting destructive externalized behaviors.

Considering that emotion regulation therapy (ERT) and mode deactivation therapy (MDT) integrate other therapies such as cognitive behavioral therapy,

dialectical behavior therapy, acceptance and commitment therapy, functional analysis, and experiential therapy. Now they consider the use of a special basis (emotional disorder model in ERT and attention to personal efficiency in MDT) in this regard, considering that these treatments have two different educational approaches in terms of dealing with existing problems (ERT) and experiential/processual (MDT) so comparing their effects on adolescent problems, for this propose this research compares the effect of Mode deactivation therapy (MDT) and emotion regulation therapy (ERT) on emotion dysregulation of adolescent as the aim of the research.

Method

this is semi-experimental research with a pre-test, post-test design with a control group, for its implementation, it was conducted among female adolescents aged 14-19 years who were referred to selected counseling centers in Isfahan(Bahroyan, Rayin, and Golestan) in the year 2021 using From the available sampling, 30 of them, after meeting the conditions for entering the research, using a clinical interview by a specialized consultant for children and adolescents were randomly selected into three groups of 10 people (treatment based on emotion regulation, state relaxation, and control) were placed. Before starting the intervention process, all the participants answered the Difficulty in Emotion Regulation Questionnaire (DERS). After that, the people of the two intervention groups based on the treatment of mood relaxation and emotion regulation were treated individually in 8 sessions (every week). one session) of 90 minutes, but the people of the control group

were placed on the waiting list during this time and did not receive any treatment, after the completion of the research, they participated in a combined group intervention, after the completion of the intervention of the two groups, all the participants once Others answered the research questionnaire.

Results

The demographic findings of the participants in the research indicate that the average age of the participants in the control group (10 people) is 17.80 (1.81), and in the emotion regulation group (10 people) it is 16.20. (1.54) and the treatment group based on state relaxation (10 people) is equal to 18.20 (1.03). The average education (standard deviation) of the participants in the control group, emotion regulation, and treatment based on state relaxation, respectively, is equal to; 12/20 (2/20); 10/40 (1/42); and 12 (0.66). To test the hypothesis of the research, first, the assumptions of homogeneity of variances (Levin's test) and normal distribution of data (Shapiro-Wilk test) and finally the assumption of homogeneity of covariance matrix were examined. As the findings of the above table show, after controlling the effect of the pre-test interventions based on ERT and MDT on the participants compared to the control group, emotion dysregulation variable and related components have The difference is significant ($P<0.05$). Therefore, it can be acknowledged that treatments based on ERT and MDT have been effective in emotion dysregulation of adolescent girls, and therefore the research hypothesis was confirmed.

Table 1. The results of multivariate covariance test for emotional dysregulation variables, its components between two groups by controlling the effect of pre-test

	variable	Wilks' lambda (F)	sum of squares	df	mean of squares	F	P value	statistica l power
Pertest	Total emotional dysregulation	4654/68*	4283/18	1	4283/18	53/11	0/01	0/99
	Failure to accept negative emotions	11477/72*	42/76	1	42/76	12/36	0/02	0/91
	Difficulty in purposeful behavior	116/63*	24/71	1	24/71	1/75	0/2	0/24
	Difficulty controlling impulsive behavior	33627/43*	34/71	1	34/71	3/22	0/08	0/40
	Limited access to strategies	1455/15*	132/99	1	132/99	24/78	0/01	0/99
	Lack of emotional awareness	9096/89	0/018	1	0/018	0/002	0/96	0/05
	Lack of emotional clarity	6872/16	1/40	1	1/40	0/21	0/64	0/07

	variable	Wilks' lambda (F)	sum of squares	df	mean of squares	F	P value	statistical power
Group	Total emotional dysregulation	195/18*	4511/88	2	2255/94	27/97	0/01*	0/99
	Failure to accept negative emotions		72/99	2	36/49	10/55	0/01*	0/97
	Difficulty in purposeful behavior		354/95	2	177/47	12/59	0/01*	0/99
	Difficulty controlling impulsive behavior		137/32	2	68/66	6/38	0/01*	0/85
	Limited access to strategies		234/48	2	117/24	21/84	0/01*	0/99
	Lack of emotional awareness		50/58	2	25/29	2/93	0/07	0/50
	Lack of emotional clarity		57/44	2	28/72	4/46	0/02*	0/69

Conclusion

As the findings of the research showed, the intervention based on emotional regulation and Mode deactivation therapy was able to reduce the emotional dysregulation of adolescent girls, and this therapeutic effect is consistent with the research findings (Imani Moghadam, & Izadi, 2018; Geravand, & Manshaee, 2015). In explaining the recent findings regarding the effect of emotion regulation treatment on emotional dysregulation in teenage girls, it can be said that the emotion regulation approach based on skill training tries to remove the obstacles that lead to dysregulation in adolescents. For example, this treatment increases people's awareness of what is happening inside them by using techniques related to mindfulness such as mindful breathing or being here and now by focusing on the five senses. It also keeps the person in touch with the situation here and now. On the other hand, in explaining the findings related to the effect of Mode Deactivation Therapy on emotional dysregulation in adolescent girls, it can be mentioned that MDT is a therapeutic approach that relies on the individual background and personal experiences of people and seeks to identify states and situations. are those in the individual that are aroused and activated by fears and beliefs related to the past and lead to experiential avoidance in the individual. By examining the individual background, this treatment accesses the fundamental fears and beliefs of the adolescent and due to the experimental approach of this treatment, during the treatment

period, it allows the adolescent to experience them and thus his awareness and insight. Therefore, the effectiveness of MDT on the emotional dysregulation of adolescent girls can be understood and explained. One of the limitations of this research is the lack of follow-up within three months after treatment. It is suggested that the results of this research be examined on the group of adolescent boys and compared with the recent results. It is also suggested that according to the research results, the centers and institutions that target the adolescent age group should use emotion regulation methods and interventions related to it in order to educate this age group.

Ethical Considerations

Compliance with ethical guidelines: This article is taken from the doctoral dissertation of the first author in the field of Counseling and education of Counseling in University of Islamic Azad university science & research branch in Tehran. In order to maintain the observance of ethical principles in this study, an attempt was made to collect information after obtaining the consent of the participants. Participants were also reassured about the confidentiality of the protection of personal information and the presentation of results without mentioning the names and details of the identity of individuals

Funding: This study was conducted as a PhD thesis with no financial support.

Authors' contribution: the first author is the main researcher of this research, and the second and third authors are supervisors and research advisors.

Conflict of interest: the authors declare no conflict of interest for this study.

Acknowledgments: We hereby thank and appreciate all the people who help in conducting this research, including the participants, and respected professors.



بررسی و مقایسه تأثیر درمان آرام‌سازی حالت و نظم‌جویی هیجان بر کاهش مشکلات بدنظم‌جویی هیجانی نوجوانان

راشین رجایی^۱، مهدی زارع بهرام‌آبادی^۲، محمدرضا عابدی^۳

۱. دانشجوی دکتری تخصصی رشته مشاوره، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

۲. دانشیار، گروه مشاوره، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران.

۳. استاد، گروه مشاوره، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران.

چکیده

مشخصات مقاله

نوع مقاله:

پژوهشی

تاریخچه مقاله:

دریافت: ۱۴۰۱/۰۸/۲۴

بازنگری: ۱۴۰۱/۰۹/۲۰

پذیرش: ۱۴۰۱/۱۰/۲۷

انتشار برخط: ۱۴۰۲/۰۴/۰۱

کلیدواژه‌ها:

بدنظم‌جویی هیجانی،

درمان آرام‌سازی حالت،

درمان تنظیم هیجان،

نوجوان

زمینه: نوجوانان به طور عمده در کنار آمدن با تغییرات دوره نوجوانی دچار مشکل می‌شوند و در این میان اغلب آنان دچار بدنظم‌جویی هیجانی می‌گردند.

هدف: هدف از پژوهش حاضر بررسی و مقایسه تأثیر درمان آرام‌سازی حالت و نظم‌جویی هیجان بر کاهش مشکلات بدنظم‌جویی هیجانی نوجوانان بود.

روش: روش این پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون با گروه گواه بود که از بین نوجوانان مراجعه‌کننده به کلینیک‌های به‌رویان، رایین، و گلستان شهر اصفهان، ۳۰ نفر از آنان که با استفاده از پرسشنامه دشواری تنظیم هیجانی (گرتز و رومر، ۲۰۰۴) و مصاحبه بالینی دچار بدنظم‌جویی هیجانی تشخیص داده شدند و شرایط ورود به پژوهش را داشتند انتخاب و در سه گروه (۱۰ نفری) درمان آرام‌سازی حالت، تنظیم هیجان و گواه به صورت تصادفی قرار داده شدند افراد گروه‌های مداخله ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای در طی ۸ هفته دریافت نمودند و افراد گروه گواه در لیست انتظار قرار گرفتند و در این مدت مداخله‌ای دریافت نمودند. افراد حاضر در پژوهش مجدداً در انتها به به پرسشنامه فوق پاسخ دادند. پس از آن داده‌ها با استفاده از تحلیل کواریانس چند متغیری مورد تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: یافته‌ها نشان داد هر دو مداخله تنظیم هیجان و آرام‌سازی حالت توانست بر بدنظم‌جویی هیجانی نوجوانان دختر مؤثر واقع شود ولی تأثیر مداخله تنظیم هیجان بر کاهش بدنظم‌جویی هیجانی بیشتر از مداخله آرام‌سازی حالت بود ($P < 0/05$).

نتیجه‌گیری: نتایج پژوهش نشان می‌دهد که درمان تنظیم هیجان نسبت به درمان آرام‌سازی حالت به دلیل محتوای آموزشی و ملموس بودن احتمالاً بیشتر مؤثر بوده است.

استناد: رجایی، راشین؛ زارع بهرام‌آبادی، مهدی؛ و عابدی، محمدرضا (۱۴۰۲). بررسی و مقایسه تأثیر درمان آرام‌سازی حالت و نظم‌جویی هیجان بر کاهش مشکلات بدنظم‌جویی

هیجانی نوجوانان. مجله علوم روانشناختی، دوره ۲۲، شماره ۱۲۴، ۷۰۳-۷۲۱.

مجله علوم روانشناختی، دوره ۲۲، شماره ۱۲۴، ۱۴۰۲. DOI: [10.52547/JPS.22.124.703](https://doi.org/10.52547/JPS.22.124.703)



مقدمه

نوجوانان به طور عمده در برهه نوجوانی با تغییرات عظیم در حیطه‌های عاطفی/هیجانی، شناختی، هویتی، اجتماعی و اخلاقی روبرو می‌گردند از این جهت وضعیت روانی آنان اغلب دارای ثبات نیست و معمولاً بیشترین مشکلات رفتاری/هیجانی برای آنان در این دوره اتفاق می‌افتد (رایبه و همکاران، ۲۰۱۹). یکی از مشکلات رایج در این دوره مسائل مرتبط با بدنظم‌جویی هیجان است. در واقع در فرد نوجوان همزمان با تغییرات بدنی، تغییرات وضعیتی در مناطق قشری و زیرقشری ساختار مغز رخ می‌دهد بخصوص منطقه پیشانی و دستگاه لیمبیک که مسئول نظم‌جویی هیجانات هستند دستخوش تغییرات اساسی می‌گردند ازاین‌رو محتمل است که وی در نظم‌جویی هیجاناتش با کاستی مواجه گردد (دتوز و همکاران، ۲۰۲۰؛ سباستین، ۲۰۱۶).

نظم‌جویی هیجان به طور کلی به مجموعه ناهمگونی از فرآیندهایی اشاره دارد که از طریق آن، هیجان‌ها تنظیم می‌شود و با استفاده از آن افراد می‌توانند بر اینکه چه هیجانی داشته باشند و چگونه آن را احساس یا ابراز کنند تأثیر بگذارند (گراس، ۲۰۱۵). به عبارتی بهتر نظم‌جویی هیجان به عنوان فرآیند آغاز، حفظ، تعدیل و یا تغییر در بروز، شدت و یا استمرار احساس درونی و هیجان مرتبط با فرآیندهای اجتماعی - روانی و فیزیکی در به انجام رساندن اهداف فرد، توصیف می‌شود و مکانیسمی است که افراد از طریق آن (آگاهانه یا غیرآگاهانه) هیجاناتشان را برای رسیدن به پیامدهای مورد نظر تغییر می‌دهند (گراوند و منشئی، ۱۳۹۴).

برهمن اساس نظم‌جویی هیجان به نوعی با سیستم بازداری رفتاری ناحیه پیشانی مرتبط است، و نیازمند به کارگیری راهبردهای مختلف شناختی، فراشناختی و رفتاری است که در نهایت موجب تعدیل هیجان و تنظیم رفتار متناسب با موقعیت مدنظر می‌گردد. ازاین‌رو پژوهش‌های متعددی نظم‌جویی هیجان را مبنای مهمی در بروز اختلالات هیجانی و رفتاری در دوره نوجوانی بر شمرده‌اند (کول، هال و هاجال، ۲۰۱۷). در همین راستا نتایج پژوهشی نشان می‌دهد که نظم‌جویی هیجان منفی می‌تواند پیش‌بینی‌کننده مشکلات مرتبط با عملکرد اجتماعی نوجوان باشد (گریفن و همکاران، ۲۰۲۰؛ ویسی، ارجمندنیا، و کیلی و غلامعلی لواسانی، ۱۴۰۰). علاوه بر این یافته‌های پژوهشی نشان می‌دهد عوامل شخصیتی و هیجانی همچون مشکل در نظم‌جویی هیجان، فرونشانی هیجان و ابراز عاطفه منفی (قربانی و

همکاران، ۲۰۱۷) در بروز رفتارهای پرخطر در دوره نوجوانی نقش به سزایی دارند. ازاین‌رو ابراز هیجان‌ها و نحوه مدیریت آن را می‌توان یکی مهمترین مؤلفه‌های مؤثر در بروز یا عدم بروز رفتارهای پرخطر در این دوره برشمرد (دماوندیان، گلشنی، صفاری‌نیا و باغداساریانس، ۱۴۰۱؛ ازهر و همکاران، ۲۰۱۹). از این جهت یکی از عمده‌ترین مسائلی که نوجوانان با آن مواجه‌اند، مشکلات مربوط به بدنظم‌جویی هیجان است (قائم‌پور، اسماعیلیان و سرفراز، ۱۳۹۸).

پیشینه پژوهشی مرتبط با نظم‌جویی هیجان در دوره نوجوانی نیز حاکی از آن است که نوجوانان عمدتاً در نظم‌جویی هیجاناتشان موفق نبوده‌اند (لی و همکاران، ۲۰۱۴) و در این باره نیازمند آموزش مهارت‌هایی هستند (سید شریفی، نوایی‌نژاد و فرزاد، ۱۴۰۰) حتی نتیجه برخی دیگر از پژوهش‌ها گویای آن است که تعداد بالایی از نوجوانان راهبردهای سازش نایافته‌ای را برای پاسخدهی به هیجاناتشان به کار می‌گیرند (بریت و همکاران، ۲۰۱۴) بر همین اساس همچنان می‌توان گفت افراد نوجوانان در نظم‌جویی هیجان با دشواری‌های عدیده‌ای روبرو هستند (صالحی، باغبان، بهرامی و احمدی، ۱۳۹۱).

اهمیت این موضوع زمانی دوچندان می‌شود که یافته‌ها نشان می‌دهد مشکلات مرتبط با بدنظم‌جویی هیجان، گذرا نیستند و می‌تواند سیر پیوسته و عود مجدد داشته باشد (سالورا، اوسمن و ترول، ۲۰۱۹). مطالعات پژوهشی در این باره نشان می‌دهد که نظم‌جویی هیجان یکی از عوامل اساسی در بهزیستی و کنش‌ورزی موفق بوده است (میرسمیعی، آتش‌پور و آقایی، ۱۳۹۸)، و سهم مؤثری در سازگاری با وقایع تنش‌زای زندگی نوجوان به طور کلی ایفا می‌کند (گلپور، ابولقاسمی، احمدی و نریمانی، ۱۳۹۳). مطالعات نشان می‌دهد که نظم‌جویی هیجان عامل مهمی در تعیین سلامتی و داشتن عملکرد موفق در تعامل اجتماعی است و نقص در آن با مشکلات سلامت روان و خودپنداره در ارتباط است (صبری، جبین و اقبال؛ ۲۰۲۱ زانگ، میاو و وانگ، ۲۰۲۲).

در همین راستا با توجه به اینکه بخش عمده‌ای از مشکلات و آسیب‌های نوجوانان به اشکالاتی در هیجان و چگونگی تنظیم آن برمی‌گردد، بنابراین می‌تواند به عنوان عنصری بنیادی و مهم در سلامت روانشناختی افراد در این دوره شناخته گردد به طوری که می‌تواند زندگی فردی، اجتماعی، تحصیلی آنان را با مشکل مواجه گرداند در این زمینه مداخلات بسیاری نیز

انجام شده است (ویسی و همکاران، ۱۴۰۰؛ میرسمیعی و همکاران، ۱۳۹۸، دماوندیان و همکاران، ۱۴۰۱)، اما با توجه به اینکه نتایج مداخلات صورت گرفته در حیطه نوجوانی ضد و نقیض است، همچنین رویکردهای درمانی همچون شناختی - رفتاری بیشتر بر اصل تغییر متمرکز هستند و متعاقب آن به دنبال ایجاد تغییر از طریق محتوای شناخت‌ها (افکار ناکارآمد، نگرش‌ها و باورها) هستند در حالی که فرد نوجوان در برهه نوجوانی، بیشتر نیازمند کنار آمدن با تغییرات (پذیرش) این دوره و بدست آوردن ثبات نسبی است تا بتواند حداقل احساس کنترل بر خود و محیط را تاحدی مجدداً به دست آورد. با توجه به این موضوع که بیشتر مشکلات در این دوره ماهیت هیجانی دارد و سیستم شناختی نیز در حال بسط و تحول می‌باشد بنابراین بهره‌مندی از روش‌های درمانی که این مقوله‌ها را در بطن درمانی خود مدنظر قرار داده باشند حس می‌گردد.

در این راستا یکی از شیوه‌های درمانی موج سوم که هیجان را به طور اخص مورد تأکید قرار می‌دهد، درمان نظم‌جویی هیجان (ERT)^۱ می‌باشد که توسط منین و همکاران (۲۰۰۲-۲۰۰۵) بر مبنای مدل شناختی بورواک (۱۹۸۵) طراحی شد و بر درک جامع ماهیت تجربه هیجانی و نظم‌جویی هیجان در درمان‌جو تأکید دارد (نیومن و لیرا، ۲۰۱۱). درمان ERT در واقع درمان‌های شناختی - رفتاری، درمان تجربه‌ای، درمان رفتاری مبتنی بر پذیرش، دیالکتیک و ذهن‌آگاهی را یکپارچه نموده است (منین، ۲۰۰۴). این درمان (ERT) ابتدا برای درمان اضطراب فراگیر به کار برده شد و سپس برای اختلالاتی همچون اضطراب فراگیر، افسردگی، اختلال اضطراب اجتماعی، و اختلال استرس پس از ضربه (تروما) نیز مؤثر گزارش شد (منین و همکاران، ۲۰۰۹). در این مدل درمانی، نظم‌جویی هیجانی در مبتلایان در چهار دسته اصلی از فرآیندهای نظم‌پیرشی شامل ۱) شدت هیجانی بالا (تجربه مکرر و شدید عاطفه منفی، و واکنش‌های هیجانی شدید و سریع) ۲) درک هیجانی ضعیف (عدم تشخیص درست و برچسب زدن به هیجانات) ۳) واکنش منفی به هیجانات و باورهای منفی (حتما پس از وقوع این هیجان، پیامدهای منفی رخ می‌دهد) و ۴) مدیریت ناسازگار هیجانات (اشکال در افزایش یا کاهش تجربه هیجانی متناسب با رفتاری خاص) قرار می‌گیرد. به همین خاطر ابداع‌کنندگان این درمان نیز چهار راهبرد نظم

جویی هیجان مطرح نموده‌اند که نارساکنش‌وری آن‌ها منجر به شکل‌گیری اختلال می‌شود و راهبردهای نظم‌جویی هیجانی مؤثر همچون توجه نشان دادن، اجازه دادن، فاصله گرفتن و ارزیابی مجدد می‌تواند بهبود آن را به همراه داشته باشد (فرسکو و همکاران، ۲۰۱۳).

از این جهت می‌توان گفت درمان ERT بر اساس مدل نظم‌پیرشی هیجان شکل گرفته است و بر چهارچوب مفهومی متمرکز است و بر هیجانات کارکردی، انگیزشی و هیجانی تأکید دارد. این درمان با آموزش روانی درباره مدل نظم‌جویی هیجان آغاز می‌شود و سپس با استفاده از تمرینات تمرکززدایی و مدیریت هیجان به متعادل کردن هیجان‌ها می‌پردازد. این درمان با ایجاد تعهد پیش‌گستر برای اجرای اعمال مرتبط با انگیزش‌های پیش‌برد و پیشگیری که از دیگر فرآیندهای مهم در این درمان است ادامه می‌یابد و در مرحله پایانی درمان با تحکیم مهارت‌ها، گام برداشتن بیشتر به سمت عمل ارزشمند، گواه لغزش‌ها و عودها به درمان خاتمه می‌دهد (محمودی و همکاران، ۱۳۹۳). در مجموع می‌توان اذعان داشت که جلسات ERT ساختار مرحله‌ای دارد و شامل دو بخش کلی است که بخش اول بر ایجاد مهارت‌های لازم و بخش دوم بر کاربرد این مهارت‌ها تمرکز دارد. انتظار می‌رود پس از درمان موفقیت‌آمیز از طریق ERT کاهش معناداری در واکنش‌های انجام شده برای گواه هیجانات (مثل نگرانی یا سرکوبی) رخ دهد و توانایی فرد برای پذیرش تجربه هیجانی و تعادل در هیجانات برحسب انتظارات و محدودیت‌های بافتی، افزایش یابد (منین و فرسکو، ۲۰۱۳).

از دیگر درمان‌ها که به طور انحصاری برای نوجوانان به کار برده شد می‌توان به درمان آرام‌سازی حالت (MDT)^۲ اشاره داشت. این درمان نیز جزو درمان‌های نسل سوم محسوب می‌شود و شروع آن به سال ۱۹۹۰ باز می‌گردد. آپشه پدیدآور این درمان متوجه احساس ناامیدی درمان‌گران شناختی - رفتاری و مهارت‌های اجتماعی در فرآیند درمان نوجوانان مذکر با مشکلات و جرائم جنسی گردید (آپشه و وارد و بیلی، ۲۰۰۴). گرچه عنصر اساسی درمان مبتنی بر حالت از درمان شناختی رفتاری^۳ به دست آمده است اما عناصر درمانی رویکردهای دیگر همچون رفتار درمانی دیالکتیک^۴

^۳. Cognitive behavioral therapy

^۴. Dialectical behavior therapy

^۱. Emotion regulation therapy

^۲. Mode Deactivation Therapy

روش

(الف) طرح پژوهش و شرکت‌کنندگان: روش این پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون با گروه گواه می‌باشد که به منظور اجرای آن از بین نوجوانان دختر ۱۴-۱۹ سال مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره به رویان، رایین و گلستان زندگی شهر اصفهان در سال ۱۴۰۰ با استفاده از نمونه‌گیری در دسترس ۳۰ نفر از آنان که در مصاحبه اولیه بالینی دچار بدتنظیمی هیجانی تشخیص داده شدند و شرایط ورود به پژوهش را داشتند، و نیز نمره بالاتر از میانگین را در پرسشنامه دشواری نظم‌جویی هیجانی (گرتز و روئمر، ۲۰۰۴) کسب نمودند به صورت تصادفی در سه گروه ۱۰ نفره (ERT، MDT و گواه) قرار داده شدند. پس از آن، افراد دو گروه مداخله مبتنی بر درمان آرام‌سازی حالت و نظم‌جویی هیجان تحت درمان به صورت فردی در ۸ جلسه (هر هفته یک جلسه) ۹۰ دقیقه‌ای قرار گرفتند و افراد گروه گواه در این مدت در لیست انتظار قرار گرفتند و هیچ درمانی دریافت نمودند. در پایان جلسات نیز همه افراد شرکت‌کننده مجدداً به پرسشنامه دشواری در نظم‌جویی هیجانی (DRES) پاسخ دادند. پس از آن داده‌های بدست آمده با استفاده از نرم‌افزار SPSS-24، از طریق آزمون تحلیل کواریانس چندمتغیره مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

بدین منظور در ابتدای شروع پژوهش شرایط ورود و خروج از پژوهش مورد بررسی قرار گرفت که از شرایط ورود به پژوهش می‌توان به دختر بودن، داشتن سن ۱۴ تا ۱۹ سال، عدم دریافت درمان همزمان با شرکت در این پژوهش، ارائه رضایت کتبی از طرف والدین و ایشان جهت شرکت در پژوهش، و پذیرش مفاد قرارداد پژوهشی و رعایت آن (همچون توافق بر سر پاسخگویی به پرسشنامه‌ها در پیش از درمان، پس از درمان، تعهد به حضور در جلسات درمانی در زمان مقرر حتی‌المکان، آزادانه بودن در خروج از جلسات هر زمان برحسب نظر شخصی و توافق بر حضور در ۸ جلسه درمانی هفته‌ای یکبار، اشاره داشت همچنین از ملاک‌های خروج از پژوهش می‌توان به عدم شرکت در بیش یک چهارم جلسات، کمتر یا بالاتر بودن سن ایشان، عدم تعهد به شرکت در پژوهش به طور مقرر و عدم اعلام رضایت کتبی از سمت والدین و خود فرد و عدم پاسخگویی به پرسشنامه مورد نظر در هر یک از مراحل ذکر شده اشاره نمود. پس از آن افراد در

تحلیل مبتنی بر عملکرد^۱ و درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش^۲ را با یک دیگر تلفیق نموده است (آپشه و همکاران، ۲۰۰۵).

تمرکز MDT بر ارائه و ایجاد یک درک جدید از باورهای است که منجر به ادامه دادن رفتارهای ناسالم و اشتباه می‌شود. این درمان با مفهوم‌سازی برای نوجوان آغاز می‌شود و پس از آن مراحل بعدی همچون ذهن‌آگاهی، پذیرش، گسلش هیجانی، گسلش شناختی، اعتباربخشی - تصریح - جهت دهی مجدد باورهای جایگزین کاربردی (ایجاد تعادل در باورهای نوجوان)، و تنفس ذهن‌آگاهانه انجام می‌شود. در واقع فرآیند درمان MDT برای نوجوانان بیش از هر چیزی دستیابی به تعادل و ایجاد هماهنگی در زندگی را مورد تأکید قرار می‌دهد (آپشه و دی‌مو، ۱۳۹۷).

با توجه به اینکه این درمان به طور کلی بیشتر برای مشکلاتی همچون افسردگی، اضطراب، تروما در نوجوانان خشمگین، پرخاشگر و مخالفت جو به کار برده شده است (ایزدی و ایمانی‌مقدم، ۱۳۹۸). باور بر این است این افراد زمانی که در مدیریت هیجان‌ها و احساسات خود موفق نمی‌گردند برای اجتناب از تجارب آسیب‌زای ناشی از احساسات و باورهایشان، با راه اندازی مکانیسم اجتناب دست به انجام رفتارهایی همچون پرخاشگری، ژست خودکشی، رفتارهای خودآسیب‌زن و سوءمصرف مواد می‌زنند تا احساسات ناخوشایند درونی خود را از میان بردارند (آپشه و دی‌مو، ۱۳۹۷).

از همین رو با توجه به آنچه که ذکر شد بخش عمده‌ای از مشکلات و آسیب‌های نوجوانان به اشکالاتی در هیجان و چگونگی تنظیم آن بر می‌گردد، به طوری که می‌تواند عملکرد کلی آنان را مختل گرداند با توجه به اینکه نتایج مداخلات صورت گرفته در حوزه پژوهشی و بالینی در حیطه سنی نوجوانان ضد و نقیض است و نیازمند ظرافت و ویژه‌ای از سوی متخصصان است از این جهت به کارگیری از روش‌های درمانی کارآمدتر و اختصاصی‌تر ضروری است بنابراین این پژوهش بررسی دو شیوه درمانی ERT و MDT را بر روی مشکلات بدنظم‌جویی هیجانی نوجوانان مدنظر قرار داد و به همین منظور در قالب یک فرضیه پژوهش حاضر به بررسی و مقایسه تأثیر درمان آرام‌سازی حالت و نظم‌جویی هیجان بر کاهش مشکلات بدنظم‌جویی هیجانی نوجوان پرداخت.

^۱. Functionah analytic psychotherapy

^۲. Acceptance and commitment therapy

طی هشت هفته، هفته‌ای یک جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به صورت فردی در مرکز مشاوره منتخب مداخله مرتبط با گروه خود را دریافت نمودند که در ادامه به طور مختصر پروتکل ERT و آرام‌سازی حالت در جداول (۱) و (۲) آورده شده است.

جدول ۱. محتوای جلسات درمان مبتنی بر بدن‌نظم‌جویی هیجان (ERT) (منین و همکاران، ۲۰۰۲؛ محمدی و همکاران، ۱۳۹۳؛ ص ۳۱۶-۳۲۲)

جلسه	عنوان جلسه	هدف (اهداف) جلسه	محتوای جلسه	تکلیف پایانی
اول	آشنایی و معرفی کلیات طرح	۱. آشنایی با مشکلات نوجوان، بررسی اهداف شرکت در جلسات درمان. انجام قرارداد درمانی ۲. آشنایی کلی با دنیای هیجان ۳. اجرای پیش‌آزمون	برقراری ارتباط اولیه و آشنایی با مراجع و والدین او در جلسات جداگانه/ بررسی شکایت اصلی از زبان مراجع و والدین و اهداف و انتظارات آنان از جلسات مشاوره/ معرفی کلی هیجانات بعنوان بخش طبیعی و جدایی‌ناپذیر انسان و اهمیت آن در عملکرد افراد/ ارتباط دادن مشکل نوجوان با موضوع هیجان/ شرح چگونگی ساختار جلسات و برخی از اهداف درمانی آن	خودپایی (یادداشت موقعیت‌های برانگیزاننده هیجان)
دوم	هیجان و تنظیم هیجان	۱. تبیین و معرفی شیوه‌های مختلف تنظیم هیجان ۲. شناسایی شیوه‌های ناسالم و غیرمؤثر برای تنظیم هیجان و تأثیرات آن بر زندگی	تجارب مراجع از شیوه‌های او برای تنظیم هیجان/ دسته‌بندی شیوه‌های تنظیم هیجان به دو نوع شیوه‌های مؤثر (کارآمد، مثبت) و شیوه‌های غیرمؤثر (ناکارآمد، منفی)/ توجه دادن مراجع به تأثیرات شیوه‌های غیرمؤثر و ناکارآمد تنظیم هیجان با استفاده از تجربه‌های شخصی مراجع/ نامگذاری شیوه‌های ناکارآمد تنظیم هیجان با عنوان "بدتنظیمی هیجان"	خودپایی (یادداشت شیوه‌های تنظیم هیجان و نتایج آن در موقعیت‌های برانگیزاننده)
سوم	معرفی ذهن آگاهی (حسی/بدنی/هیجانی)	۱. افزایش شناخت و آگاهی نسبت به منبع هیجان و مؤلفه‌های آن ۲. افزایش آگاهی و توجه در اینجا و اکنون نسبت به هیجان، بدن و حواس پنج‌گانه	بررسی تجربه مراجع از تأثیرات کوتاه مدت و بلندمدت شیوه‌های تنظیم هیجان خویش/ معرفی فرآیندهای دخیل در بدتنظیمی هیجانی (شامل: ۱. شدت هیجانی بالا ۲. درک هیجانی ضعیف ۳. واکنش منفی نسبت به هیجانات ۴. مدیریت ناسازگارانه هیجانات با در نظر نگرفتن بافت و زمینه خاص)/ معرفی ذهن بعنوان منبع تولیدکننده هیجانات، احساسات و افکار با طرح این پرسش که هیجانات از کجا تولید و هدایت می‌شوند؟/ اجرای یک تمرین ذهن آگاهی حواس پنجگانه/ معرفی ذهن آگاهی و اهمیت آن در سلامت هیجانی	تمرینات ذهن آگاهی برای حواس پنج‌گانه بصورت روزانه یادداشت موقعیت‌های خاصی در هفته که باعث تولید هیجانات تند، علائم بدنی و افکار اذیت‌کننده می‌شود.
چهارم	تنظیم هیجان قسمت اول: گسلش	معرفی و شناسایی راهبردهای سالم و کارآمد تنظیم هیجان: گسلش (آموزش مهارت‌های پاسخ‌مدار)	اجرای تمرین تنفس دیافراگمی/ توضیح در مورد شیوه‌های مؤثر تنظیم هیجان با طرح این سوال که با هیجان چه باید کرد؟ معرفی اولین نوع مهارت متعادل کردن پاسخ یعنی گسلش (فاصله گرفتن از هیجانات و افکار هیجانی و قرار گرفتن در موضع مشاهده‌گری) بعنوان یکی از شیوه‌های سالم و مؤثر تنظیم هیجان/ ارتباط دادن تمرینات ذهن آگاهی آموزش داده شده به مفهوم گسلش/ معرفی و اجرای تمرین گسلش هیجانی	تمرین گسلش هیجانی در مورد هیجانات آزار دهنده تلاش برای انجام یکی از تمرینات ذهن آگاهی معرفی شده بصورت روزانه
پنجم	تنظیم هیجان قسمت دوم: پذیرش	معرفی و شناسایی راهبردهای سالم و کارآمد تنظیم هیجان: پذیرش (آموزش مهارت‌های پاسخ‌مدار)	اجرای یک تمرین ذهن آگاهی (اسکن بدن)/ معرفی پذیرش بعنوان راهبرد کارآمد دیگر برای تنظیم هیجان و متعادل‌کننده پاسخ؛ در قالب استعاره جشن تولد (که در قالب استعاره مفهوم پذیرش و خوشامدگویی به مهمان دوستداشتنی بیان میشود)/ گفتگو در مورد سه روش مطرح شده در استعاره یعنی کنترل، تحمل و پذیرش، بیان تفاوت این سه روش در عمل و جای دادن آنها در دسته‌بندی قبلی شیوه‌های کارآمد و ناکارآمد تنظیم هیجان/ بررسی لیست شیوه‌های بدتنظیمی هیجانی نوجوان و انتخاب یک یا دو مورد از آسان‌ترین آنها برای کنار گذاشتن و تجربه پذیرش بشکل تمرینی	تمرین و تجربه پذیرش هیجان (بجای بدتنظیمی آن) در قالب دو رفتار انتخاب شده در جلسه (تجربه خوش‌آمدگویی به مهمان ناخوانده)
ششم	ارزش‌های زندگی	۱. معرفی حوزه‌های مهم زندگی و ارزش‌ها و اهداف (آموزش مهارت‌های پیش‌بین‌مدار) ۲. تأکید بر توانایی انتخاب عمل توسط افراد	ورود به بحث ارزشهای زندگی با طرح این پرسش: چرا باید بسوی تجربه رنج ناشی از پذیرش و گسلش حرکت کرد؟ چرا خوشامدگویی به مهمان ناخوانده باعث رضایت بلندمدت خواهد شد؟/ معرفی حوزه‌های مهم زندگی و ارزش‌ها بعنوان خواسته‌های عمیق قلبی/ برقرار کردن ارتباط بین استعاره جشن تولد و بحث ارزش‌ها با اشاره به هدف خوش گذشتن در مهمانی/ رتبه‌بندی حوزه‌های مهم زندگی براساس اهمیت و اولویت شخصی مراجع/ شناسایی اهداف بعنوان نقاط مشخص در مسیر ارزش‌ها/ تأکید بر مدیریت ذهن آگاهانه هیجانات شدید بدین معنا که در موقعیت‌های برانگیزاننده هیجانات آزاردهنده و شدید بجای تلاش صرف برای کاهش پریشانی و رنج در آن لحظه؛ تلاش شود از پیام و اطلاعات احتمالی که از این تجربه هیجانی در مورد ارزش‌ها و اهمیت‌های ما برداشت یا دریافت می‌شود نیز استفاده شود	تمرین گسلش هیجانی و پذیرش در مورد سایر رفتارهای موجود در لیست بدتنظیمی‌های هیجانی خویش یادداشت ارزش‌های شخصی خود در هریک از حوزه‌های مهم زندگی

جلسه	عنوان جلسه	هدف (اهداف) جلسه	محتوای جلسه	تکلیف پایانی
هفتم	موانع موجود در مسیر ارزش‌ها	۱. شناسایی انواع موانع در رسیدن به اهداف و حرکت در مسیر ارزش‌ها (معرفی زمینه‌های تعارض) ۲. افزایش آگاهی مراجع نسبت به قابل کنترل و انتخابی بودن اعمال خویش ۳. تقویت مهارت‌های گسلش و پذیرش	معرفی دو دسته از موانع بیرونی (محیطی) و درونی (ذهنی) با عنوان دست‌اندازه‌های جاده ارزش‌ها/ معرفتی شیوه حل مساله بعنوان راه حلی برای موانع بیرونی و تأکید بر مهارت‌های هیجانی آموخته شده بعنوان راه حلی برای موانع درونی بویژه افکار، احساسات، علائم بدنی و انگیزه‌های ایمنی بخش/ معرفتی تمرین گفتگوی بین دو صندلی و اجرای یک نمونه از آن بعنوان راه حلی برای مانع درونی امور و احساسات دردناک ناتمام/ توضیح در مورد توانایی کنترل و قدرت انتخاب افراد در نوع پاسخ به هیجانات// تأکید بر اهمیت ارزش محوری بجای هدف محوری	تجربه گسلش و پذیرش در حین انجام یکی از اعمال ارزشی تعیین شده تمرین گفتگوی بین دو صندلی (در صورت درگیری هیجانی با امر ناتمام درباره اشخاص مهم زندگی)
هشتم	دو بخش: ۱. والدین ۲. نوجوان	۱. تأکید، تحکیم و تعمیم مفاهیم فراگرفته شده در جلسات فردی ۲. ترغیب مراجع به کاربرد بیشتر و توسعه مهارت‌های آموخته شده از جلسات در زندگی روزمره و آینده ۳. اجرای پس‌آزمون	بخش اول: مرور جلسات قبلی و دریافت بازخورد/ انجام تمرین تنفس ذهن آگاهانه/ بررسی میزان تغییرات هیجانی و شیوه‌های تنظیمی آن در مراجع/ انجام تمرین تصویری یک روز ایده آل مبتنی بر ارزش مراجع/ تشویق مراجع برای تلاش‌ها و گام‌های هرچند کوچک در راستای حرکت بسوی ارزش‌ها و تعادل هیجانی/ مورد توجه قرار دادن احساسات مرتبط با خاتمه درمان/ اجرای پس‌آزمون/ بخش دوم: بررسی مشکلات و شرایط نوجوان در حال حاضر از زبان والدین/ بررسی تغییرات احتمالی نوجوان طی دو ماه شرکت در جلسات فردی از نظر والدین/ بیان خلاصه ای‌ای از محتوای جلسات فردی به‌زبانی ساده و مختصر برای والدین	مرور هفتگی مباحث کلیدی طرح شده در جلسات تلاش برای افزایش و توسعه اعمال ارزشی چه بصورت برنامه‌ریزی شده چه بصورت ناگهانی و در لحظه تمرین تنفس ذهن آگاهانه و اسکن بدنی بصورت روزانه

جدول ۲. محتوای جلسات (MDT) (آپشه و دمنو، ۲۰۱۸؛ ترجمه ربانی، ۱۳۹۷)

جلسه	عنوان جلسه	اهداف جلسه	محتوای جلسه	تکلیف پایانی
اول شامل دو بخش: ۱. نوجوان ۲. والدین	سنجش تیپ شناسی (قسمت اول)	۱. اجرای پیش‌آزمون ۲. اجرای قسمت اول سنجش تیپ شناسی ۳. تجربه شدن ذهن آگاهی و اعتباربخشی در جلسه	بخش اول: اجرای تمرین تنفس ذهن آگاهانه توسط مشاور قبل از شروع جلسه با مراجع/ آماده کردن نوجوان برای اجرای سنجش تیپ شناسی با اجرای تمرین تنفس ذهن آگاهانه/ سنجش تیپ شناسی بشکل مصاحبه ای با بررسی شش موضوع اول تیپ شناسی: شامل: اطلاعات هویتی، خانوادگی، تحصیلی و هیجانی، پیشینه سومصرف مواد، پیشینه جسمی و پزشکی نوجوان، دریافت تعهد کتبی از نوجوان و والدینش برای حضور منظم در جلسات بخش دوم: بررسی مشکلات نوجوان/ توضیح در مورد چگونگی طرح درمانی و ساختار جلسات/ اجرای تمرین تنفس ذهن آگاهانه و سنجش تیپ شناسی بطور کامل با والدین در دوازده موضوع مورد بررسی در این سنجش	-----
دوم	سنجش تیپ شناسی (بخش دوم) و مقیاس پرخاشگری واکنشگری-کنشگری پرخاشگری	۱. اجرای قسمت دوم سنجش تیپ شناسی با نوجوان ۲. اجرای مقیاس پرخاشگری واکنشگری-کنشگری ۳. تجربه ذهن آگاهی و گسلش هیجانی	اجرای تمرین تنفس ذهن آگاهانه در ابتدا (مشاور و مراجع) و بررسی تجربه مراجع از این تمرین/ انجام قسمت دوم سنجش تیپ شناسی با بررسی شش مقوله دیگر: پیشینه روانشناختی، بین فردی و اجتماعی، رفتاری، سوءاستفاده جنسی و جسمی، دیگر سوابق تروما، انتظارات درمانی/ اجرای مقیاس پرخاشگری (واکنشگری-کنشگری) بشکل مصاحبه برای تعیین فرم سنجش ترس در جلسه آینده/ تسهیل تجربه گسلش هیجانی مراجع با جسمانی و فیزیکی کردن هیجان/ توصیه به انجام تمرین تنفس ذهن آگاهانه و جسمانی کردن هیجان در طول هفته در صورت امکان.	تنفس ذهن آگاهانه تمرین گسلش هیجانی با جسمانی کردن هیجان
سوم	سنجش ترس و اجرای پرسشنامه باورهای هسته‌ای ترکیبی (CCBQ-S)	۱. بررسی زمینه‌های ترس و تروماهای اساسی در زندگی نوجوان ۲. شناسایی باورهای تأثیرگذار بر درمان و زندگی نوجوان با اجرای پرسشنامه (CCBQ-S) ۳. تجربه ذهن برای ورود به سنجش باورهای هسته ای/ تکمیل پرسشنامه باورهای هسته ای فرم کوتاه بشکل مصاحبه	۱. ایجاد فرآیندهای ذهن آگاهی، توضیح درمورد هدف سنجش‌ها و اطمینان به نوجوان در مورد محرمانه ماندن اطلاعات/ بررسی یک موقعیت آزاردهنده اخیر برای مراجع و پیشنهاد پذیرش و گشودگی به تجربه کردن افکار و احساسات دردناک همانطور که هستند/ تکمیل مصاحبه ارزیابی ترس همراه با فرآیند ذهن آگاهی و اعتباربخشی از سوی مشاور/ تمرین تنفس هوشیارانه همراه با ریلکسیشن عضلانی پرسشنامه (CCBQ-S) ۳. تجربه ذهن برای ورود به سنجش باورهای هسته ای/ تکمیل پرسشنامه باورهای هسته ای فرم کوتاه بشکل مصاحبه تحلیل، تعمق و ارائه مثال؛ شناسایی ۸ نوع باور در نوجوان	تمرین تنفس ذهن آگاهانه تجربه پذیرش و گشودگی نسبت به افکار و احساسات
چهارم	شروع مفهوم‌سازی و اجرای پرسشنامه اتحاد درمانی	۱. تلفیق داده‌های حاصل از سنجش تیپ شناسی، مقیاس واکنشگری-کنشگری، ارزیابی ترس و باورهای بنیادی در قالب جدول مفهوم‌سازی ۲. بررسی میزان اتحاد درمانی بین مراجع و درمانگر ۳. تجربه ذهن آگاهی و گسلش	انجام تمرین ذهن آگاهی "تصورسازی اقیانوس" در ابتدای جلسه توسط نوجوان و مشاور و بررسی - تجربه مراجع و مشاور بعد تمرین/ انجام مراحل ۱ تا ۳ مفهوم سازی و تکمیل ۳ قسمت جدول (داده‌های رفتاری دوره کودکی؛ سو استفاده‌ها و تشخیص‌های احتمالی)/ ایجاد ارتباط بین ترس‌ها و باورهای هسته ای نوجوان (شناسایی هدایت کننده رفتار با تمرکز بر مراحل ۴ و ۵ مفهوم سازی (بررسی ارتباط بین محرکها، ترسها، اجتنابها و باورهای هسته ای ترکیبی (TFAB)، بررسی آمیختگی و همجوشانی باورها و رفتارها (COBB))	تمرین ذهن آگاهی "تصورسازی اقیانوس"

جلسه	عنوان جلسه	اهداف جلسه	محتوای جلسه	تکلیف پایانی
پنجم	ادامه مفهوم‌سازی (با تمرکز بر مراحل شش و هفت)	۱. شناخت مُد و چگونگی فعال شدن آن ۲. افزایش آگاهی در نوجوان نسبت به چگونگی و چرایی مشکل خویش ۳. تجربه ذهن آگاهی، پذیرش و اعتباربخشی	ارائه خلاصه ای از داده های حاصل از سنجش ها با بررسی تجربیات مراجع/بررسی یک موقعیت آزاردهنده اخیر مراجع و پیشنهاد گشودگی به تجربه کردن افکار و احساسات دردناک بدون تلاش برای حذف یا تغییر آنها/نمره دهی (۱ تا ۱۰) به میزان پذیرش احتمالی در طول هفته /تکمیل مراحل آخر سنجش/معرفی مد و ابعاد شناختی، هیجانی، انگیزشی و رفتاری آن با استفاده از واژه ها و ادبیات نوجوان/ارائه توضیح درباره چگونگی فعال شدن مدها در موقعیت های مشابه در کاربرگ تحلیل موقعیت و تشریح مکانیسم عمل مد و سایر رفتارهای متعاقب آن/اجرای تمرین ذهن آگاهی "مه و دره" با بررسی افکار و احساسات مراجع پیشنهاد اجرای تمرینات ذهن آگاهی در هفته و رصد موقعیت های مشابه فعال شدن مد (حالت)	تجربه ذهن آگاهی و پذیرش با تمرین "مه و دره" کشف موقعیت های فعال کننده مد در زندگی روزانه
		۱. ایجاد نقشه درمانی با تکمیل فرم ایجاد و توسعه درمان کارآمد (تکمیل شش ستون جدول FTDF) ۲. مفهوم سازی به زبان نوجوان ۳. آشنایی با درمان مبتنی بر آرام سازی مدها	ارتباط با نوجوان همراه با توجه /ارائه مفهوم سازی به زبان ساده به نوجوان در این قالب که: "اتفاقاتی مانند... در زندگی تو افتاده که این اتفاقات به تو خیلی فشار وارد کرده و یا به تو آسیب زده و این ها باعث شده وقتی در موقعیتی مثل... قرار میگیری، اگر کمی شباقت و رنگو بویی از آن موقعیتهای قبلی داشته باشه، این حالت (این فاز) در تو فعال می شه". /بررسی دیدگاه و احساسات مراجع در مورد مشکل و علت ایجاد آن/ اشاره به هدف درمان؛ غیرفعال سازی مد/کمک به گسلش شناختی مراجع و دیدن افکارآزاردهنده در اکنون با استفاده از استعاره رادیو	تمرین گسلش شناختی با استفاده از استعاره رادیو
هفتم	درک خود	۱. تحکیم و تعمیق مفهوم سازی خاص نوجوان ۲. اعتباربخشی به افکار، احساسات و رفتار مراجع (توجه به بافت) و تصریح رفتار ناکارآمد مراجع ۳. جهت دهی مجدد (VCR)	تحکیم و تعمیق مفهوم سازی خاص نوجوان با بررسی موقعیت فعال کننده مد در موقعیت اخیر (گوش دادن به تجارب مراجع و اعتباربخشی آن)/ تصریح رفتارهای مراجع در مواقع فعال شدن مد و پیامدهای آن/انجام تمرین ذهن آگاهانه تصویر سازی یک مکان امن با تأکید بر جایگزین کردن باور کارآمد/گفتگو در مورد جدول FTDF نوجوان، بررسی چند باورناکارآمد که قبلاً مشخص شده با هدف طرح یک باور جایگزین کارآمد/ فرصت به نوجوان برای انتخاب باور جایگزین کارآمد حتی خارج از جلسه و در طول هفته/پیشنهاد انجام تمرین ذهن آگاهی	تمرین تصویر سازی مکان امن با تمرکز بر باور جایگزین کارآمد، تأمل بر باورهای جایگزین کارآمد (با توجه به جداول COBB, TFAB و FTDF)
		۱. تحکیم و تعمیق مفاهیم و ترغیب مراجع به کاربرد و تعمیم مهارت های تعویض باورها و تغییر رفتار در زندگی نوجوان/ مروری بر تغییرات حاصل از جلسات، بررسی چگونگی تجربه شده جلسات در زندگی روزمره ۲. اجرا و مرور تمامی فرآیندهای درمانی (ذهن آگاهی، پذیرش، گسلش و VCR) ۳. انجام پس آزمون	۱. اجرای تمرین تنفس ذهن آگاهانه توسط مشاور قبل از شروع جلسه / گفتگو در مورد تأثیرات مراجع به کاربرد و تعمیم مهارت های تعویض باورها و تغییر رفتار در زندگی نوجوان/ مروری بر تغییرات حاصل از جلسات، بررسی چگونگی تجربه شده جلسات در زندگی روزمره ۲. اجرا و مرور تمامی فرآیندهای درمانی (ذهن آگاهی، پذیرش، گسلش و VCR) ۳. انجام پس آزمون	تمرینات ذهن آگاهی، تلاش برای توانمندی در جهت آینده
هشتم	شامل دو بخش: ۱. نوجوان ۲. والدین	۱. تحکیم و تعمیق مفاهیم و ترغیب مراجع به کاربرد و تعمیم مهارت های تعویض باورها و تغییر رفتار در زندگی نوجوان/ مروری بر تغییرات حاصل از جلسات، بررسی چگونگی تجربه شده جلسات در زندگی روزمره ۲. اجرا و مرور تمامی فرآیندهای درمانی (ذهن آگاهی، پذیرش، گسلش و VCR) ۳. انجام پس آزمون	۱. اجرای تمرین تنفس ذهن آگاهانه توسط مشاور قبل از شروع جلسه / گفتگو در مورد تأثیرات مراجع به کاربرد و تعمیم مهارت های تعویض باورها و تغییر رفتار در زندگی نوجوان/ مروری بر تغییرات حاصل از جلسات، بررسی چگونگی تجربه شده جلسات در زندگی روزمره ۲. اجرا و مرور تمامی فرآیندهای درمانی (ذهن آگاهی، پذیرش، گسلش و VCR) ۳. انجام پس آزمون	تمرینات ذهن آگاهی، تلاش برای توانمندی در جهت آینده

ب) ابزار

پرسشنامه دشواری در تنظیم هیجان^۱: این مقیاس که توسط گرتز و روئمر (۲۰۰۴) تدوین شد که در ابتدا دارای ۴۱ گویه بود که در تحلیل عاملی ۵ گویه آن به خاطر بارعاملی پایین یا مشترک در انتها حذف شد و در نهایت ۳۶ گویه آن باقی ماند که شامل ۶ زیرمقیاس؛ عدم پذیرش پاسخ های هیجانی (۶ گویه)، دشواری در انجام رفتار هدفمند (۵ گویه)، دشواری در کنترل تکانه ای (۶ گویه)، فقدان آگاهی هیجانی (۶ گویه)، دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجان (۸ گویه) و عدم وضوح هیجانی (۵ گویه) می باشد که به صورت ۵ درجه ای (۱ تا ۵) نمره گذاری می شود به طوری که حداقل نمره در این پرسشنامه ۳۶ و حداکثر آن ۱۸۰ می باشد و

1. Difficult Emotion Regulation Scale

کسب نمرات بالاتر در این پرسشنامه نشان دهنده دشواری بیشتر در نظم جویی هیجان می باشد که در این پژوهش نیز نمرات بالای میانگین معیار بدنظم جویی هیجانی محسوب گردید. پایایی درونی این پرسشنامه به میزان ۰/۹۳ گزارش شده است و خرده مقیاس های آن نیز به وسیله آلفای کرونباخ بالای ۰/۸۰ بدست آمده است (گرتز و روئمر، ۲۰۰۴). در ایران نیز عزیزی و همکاران (۱۳۸۸)، میزان آلفای کرونباخ این پرسشنامه به را طور کلی ۰/۹۲ گزارش نمودند در این پژوهش نیز پایایی پرسشنامه حاضر از طریق آلفا کرونباخ ۰/۸۱ بدست آمد.

یافته‌ها

با توجه یافته‌های جمعیت شناختی افراد شرکت‌کننده در پژوهش حاکی از آن است که میانگین سنی افراد شرکت‌کننده در گروه گواه (۱۰ نفر) برابر با ۱۷/۸۰ (۱/۸۱)، در گروه ERT (۱۰ نفر) برابر با ۱۶/۲۰ (۱/۵۴) و گروه MDT (۱۰ نفر) برابر با ۱۸/۲۰ (۱/۰۳) می‌باشد. میانگین تحصیلی (انحراف

معیار) افراد شرکت‌کننده در گروه گواه، ERT و MDT ترتیب برابر با؛ ۱۲/۲۰ (۲/۲۰)؛ ۱۰/۴۰ (۱/۴۲)؛ و ۱۲ (۰/۶۶) می‌باشد. در ادامه میانگین و انحراف استاندارد افراد شرکت‌کننده در متغیر بدنظم‌جویی هیجانی کلی و زیرمقیاس‌های آن برحسب گروه در دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون در جدول (۳) آورده شده است.

جدول ۳. میانگین و انحراف استاندارد متغیر بدنظم‌جویی هیجانی و زیرمقیاس‌های آن برحسب گروه

متغیر	مرحله	ERT		MDT		گواه
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
بدنظم‌جویی هیجانی کل	پیش‌آزمون	۱۱۰/۸۰	۲۴/۱۴	۱۴۱/۴۰	۲۲/۲۵	۹۷/۱۰
	پس‌آزمون	۸۱/۶۰	۲۳/۱۲	۱۱۳/۲۰	۱۹/۵۵	۱۰۰/۶۰
عدم پذیرش هیجان منفی	پیش‌آزمون	۱۶/۴۰	۵/۲۳	۲۵	۵/۴۱	۱۷/۲۰
	پس‌آزمون	۱۲/۶۰	۴/۱۴	۱۹/۴۰	۳/۸۶	۱۶/۱۰
دشواری رفتار هدفمند	پیش‌آزمون	۱۹/۸۰	۴/۳۹	۲۳/۲۰	۱/۲۲	۱۸/۳۰
	پس‌آزمون	۱۳/۸۰	۶/۶۴	۱۸/۴۰	۴/۱۹	۲۰/۱۰
دشواری مهار رفتار تکانه‌ای	پیش‌آزمون	۱۵/۲۰	۶/۹۷	۲۳/۶۰	۴/۵۵	۱۴/۶۰
	پس‌آزمون	۱۰/۴۰	۲/۷۱	۱۷	۵/۲۰	۱۶
دستیابی محدود به راهبردها	پیش‌آزمون	۱۷/۲۰	۴/۳۴	۱۷/۸۰	۲/۲۵	۲۰/۳۰
	پس‌آزمون	۱۴/۶۰	۴/۱۴	۱۶/۲۰	۲/۳۴	۲۰/۸۰
فقدان آگاهی هیجانی	پیش‌آزمون	۲۲/۸۰	۶/۸۱	۳۲/۸۰	۴/۹۱	۱۴
	پس‌آزمون	۱۹/۲۰	۶/۳۷	۲۶/۴۰	۵/۱۰	۱۶/۵۰
فقدان شفافیت هیجانی	پیش‌آزمون	۱۴	۵/۰۳	۱۹	۵/۱۶	۱۱/۵۰
	پس‌آزمون	۱۱	۲/۸۲	۱۵/۸۰	۳/۷۹	۱۱/۱۰

همانطور که یافته‌های پژوهشی جدول فوق نشان می‌دهد نمرات میانگین و انحراف معیار افراد شرکت‌کننده در بدنظم‌جویی هیجانی کلی در پیش‌آزمون در گروه مداخله ERT ۱۱۰/۸۰ (۲۴/۱۴)، در گروه مداخله MDT ۱۴۱/۴۰ (۲۲/۲۵) و در گروه گواه ۹۷/۱۰ (۶/۶۲) بود که در پس‌آزمون نیز به ترتیب به میزان ۸۱/۶۰ (۲۳/۱۲)، ۱۱۳/۲۰ (۱۹/۵۵) و ۱۰۰/۶۰ (۱۱/۹۲) بدست آمد. در ادامه نتایج بررسی پیش‌فرض‌های همسانی واریانس‌ها (آزمون لوین) و توزیع نرمال داده‌ها (شاپیروویلک) نشان داد که این پیش‌فرض‌ها برای متغیر بدنظم‌جویی هیجانی با میزان آماره لوین برابر با ۰/۳۷ و شاپیروویلک برابر با ۰/۹۴ برقرار است ($P > ۰/۰۵$). همچنین بررسی شیب خط رگرسیون و نمودار جعبه نیز آن را تأیید نمودند بررسی آزمون باکس نیز حاکی از برقراری پیش‌فرض همسانی کواریانس‌ها بود

($P > ۰/۰۵$). در ادامه نتایج بررسی فرضیه پژوهش در جدول ۳ آورده شده است. همانطور که یافته‌های جدول فوق نشان می‌دهد مداخله صورت گرفته به غیر از زیرمقیاس فقدان آگاهی هیجانی در بقیه زیرمقیاس‌ها و بدنظم‌جویی هیجانی کلی نسبت به گروه گواه، دارای تفاوت معنی‌دار بوده است ($P < ۰/۰۵$) و بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که مداخلات ERT و MDT بر کاهش بدنظم‌جویی هیجانی نوجوان دختر شرکت‌کننده در پژوهش مؤثر بوده است و بنابراین فرضیه پژوهش تأیید گردید. در ادامه برای مشخص نمودن اینکه تفاوت مشاهده شده بین کدام یک از گروه‌ها می‌باشد با استفاده از روش تعقیبی مقایسه دوجه دو صورت گرفت و نتایج آن در جدول ۵ گزارش کردید.

جدول ۴. نتایج آزمون کواریانس چند متغیره برای متغیرهای بدنظم‌جویی هیجانی، مؤلفه‌های آن در بین دو گروه با گواه اثر پیش‌آزمون

متغیر	آماره F	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	مقدار آماره	سطح معنی‌داری	توان آماری
بدنظم‌جویی هیجانی کل	۴۶۵۴/۶۸*	۴۲۸۳/۱۸	۱	۴۲۸۳/۱۸	۵۳/۱۱	*۰/۰۱	۰/۹۹
عدم پذیرش هیجان منفی	۱۱۴۷۷/۷۲*	۴۲/۷۶	۱	۴۲/۷۶	۱۲/۳۶	۰۰۲	۰/۹۱
دشواری رفتار هدفمند	۱۱۶/۰۶۳	۲۴/۷۱	۱	۲۴/۷۱	۱/۷۵	۰/۲	۰/۲۴
پیش‌آزمون دشواری مهار رفتار تکانه‌ای	۳۳۶۲۷/۴۳*	۳۴/۷۱	۱	۳۴/۷۱	۳/۲۲	۰/۰۸	۰/۴۰
دستیابی محدود به راهبردها	۱۴۵۵/۱۵*	۱۳۲/۹۹	۱	۱۳۲/۹۹	۲۴/۷۸	*۰/۰۱	۰/۹۹
فقدان آگاهی هیجانی	۹۰۹۶/۸۹*	۰/۰۱۸	۱	۰/۰۱۸	۰/۰۰۲	۰/۹۶	۰/۰۵
فقدان شفافیت هیجانی	۶۸۷۲/۱۶	۱/۴۰	۱	۱/۴۰	۰/۲۱	۰/۶۴	۰/۰۷
بدنظم‌جویی هیجانی کل	۴۵۱۱/۸۸	۴۵۱۱/۸۸	۲	۲۲۵۵/۹۴	۲۷/۹۷	*۰/۰۱	۰/۹۹
عدم پذیرش هیجان منفی	۷۲/۹۹	۷۲/۹۹	۲	۳۶/۴۹	۱۰/۵۵	*۰/۰۱	۰/۹۷
دشواری رفتار هدفمند	۳۵۴/۹۵	۳۵۴/۹۵	۲	۱۷۷/۴۷	۱۲/۵۹	*۰/۰۱	۰/۹۹
گروه دشواری مهار رفتار تکانه‌ای	۱۹۵/۱۸*	۱۳۷/۳۲	۲	۶۸/۶۶	۶/۳۸	*۰/۰۱	۰/۸۵
دستیابی محدود به راهبردها	۲۳۴/۴۸	۲۳۴/۴۸	۲	۱۱۷/۲۴	۲۱/۸۴	*۰/۰۱	۰/۹۹
فقدان آگاهی هیجانی	۵۰/۵۸	۵۰/۵۸		۲۵/۲۹	۲/۹۳	۰/۰۷	۰/۵۰
فقدان شفافیت هیجانی	۵۷/۴۴	۵۷/۴۴	۲	۲۸/۷۲	۴/۴۶	*۰/۰۲	۰/۶۹

جدول ۵. مقایسه دو به دو میانگین‌ها با استفاده از روش تعقیبی LSD

متغیر	گروه یک	گروه دو	اختلاف میانگین	خطای انحراف استاندارد	سطح معنی‌داری
بدنظم‌جویی هیجانی کلی	MDT	ERT	۱۵/۴۱	۵/۴۸	۰/۰۱
	ERT	گواه	-۴۵/۹۲	۶/۴۱	۰/۰۱
	گواه	MDT	۳۰/۵۱	۸/۰۵	۰/۰۱
عدم پذیرش هیجان منفی	MDT	ERT	۱/۵۴	۱/۱۳	۰/۱۹
	ERT	گواه	-۵/۹۷	۱/۳۲	۰/۰۱
	گواه	MDT	۴/۴۳	۱/۶۶	۰/۰۱
دشواری رفتار هدفمند	MDT	ERT	۲/۹۶	۲/۲۹	۰/۲۱
	ERT	گواه	-۱۳/۲۶	۲/۶۸	۰/۰۱
	گواه	MDT	۱۰/۳۰	۳/۳۶	۰/۰۱
دشواری مهار رفتار تکانه‌ای	MDT	ERT	۲/۹۹	۲	۰/۱۵
	ERT	گواه	-۷/۸۸	۲/۳۴	۰/۰۱
	گواه	MDT	۴/۸۹	۲/۹۴	۰/۱۱
دستیابی محدود به راهبردها	MDT	ERT	۱/۴۷	۱/۴۱	۰/۳۰
	ERT	گواه	-۱۰/۹۱	۱/۶۵	۰/۰۱
	گواه	MDT	۹/۴۳	۲/۰۷	۰/۰۱
فقدان آگاهی هیجانی	MDT	ERT	۳/۴۴	۱/۷۹	۰/۰۶
	ERT	گواه	-۳/۴۵	۲/۰۹	۰/۱۱
	گواه	MDT	۰/۰۱	۲/۶۳	۰/۹۹
فقدان شفافیت هیجانی	MDT	ERT	۲/۹۹	۱/۵۴	۰/۰۶
	ERT	گواه	-۴/۴۲	۱/۸۱	۰/۰۲
	گواه	MDT	۱/۴۳	۲/۲۷	۰/۵۳

کمتری را تجربه نماید و بتواند بین آنچه که در ذهن در حال وقوع است و آنچه که در واقعیت در حال رخ دادن است تفکیک قائل شود. انجام این مهارت در حین جلسات درمان موجب می‌شود تا فرد بتواند افکار و احساساتش را مشاهده کند و برحسب آن‌ها اقدام نکند، از این جهت فرد توانایی ماندن با افکار و احساسات ناخوشایند خود را می‌آموزد بدون آنکه بخواهد برای رفع آن‌ها دست به اقدامی بزند یا طبق آن‌ها رفتار کند. از این نظر یافته اخیر مبنی بر تأثیر ERT بر کاهش بدنظم‌جویی هیجانی نوجوانان دختر قابل درک و تبیین است.

در تبیین دیگر می‌توان اشاره داشت که ERT با راهبرد آموزشی خود (محتوا محور) با استفاده از مراحل نظم‌جویی هیجانی همچون ایجاد آگاهی هیجانی با استفاده از تنفس آگاهی، تمرکززدایی، و پذیرش موجب ایجاد فضای روانشناختی و تسهیل نظارت بر افکار و احساسات به مثابه اینکه فقط افکار و احساسات هستند منجر می‌شود تا فرد از آمیختگی با آنان دست بردارد و با توجه به اینکه در گام بعدی تعهد پیش‌گستر به اهداف و ارزش‌های مهم زندگی فردی مورد نظر است (محمدی و همکاران، ۱۳۹۳). بنابراین فرد نوجوان ابتدا به صورت تصویری و پس از آن در زندگی واقعی در جهت قدم برداشتن به سوی اهداف ارزشمند ترغیب می‌گردد تمامی این مسائل موجب می‌گردد که فرد موانع رفتاری را کنار بزند و جهت مقابله با موقعیت‌های چالش برانگیز زندگی دست به اقدام بزند که متعاقب آن خزانه رفتاری و مهارتی فرد نوجوان در موقعیت‌های مختلف زندگی بهبود و ارتقاء می‌یابد. به همین جهت می‌توان ERT را جزو درمان‌های برانگیزاننده رفتار در نظر داشت.

از سوی دیگر در تبیین یافته‌های مرتبط با تأثیر MDT بر بدنظم‌جویی هیجانی نوجوانان دختر می‌توان اشاره داشت که MDT یک رویکرد درمانی متکی بر پیشینه فردی و تجارب شخصی افراد است و درصدد شناسایی حالات و وضعیت‌هایی در فرد است که به وسیله ترس‌ها و باورهای مرتبط با گذشته برانگیخته و فعال می‌شود و منجر به اجتناب تجربی در فرد می‌گردد. این درمان با بررسی پیشینه فردی، به ترس‌ها و باورهای بنیادی فرد نوجوان دسترسی می‌یابد و با توجه به رویکرد تجربی که این درمان دارد در طول دوره درمانی اجازه می‌دهد که فرد نوجوان آنان را تجربه کند و از این طریق آگاهی و بینش وی را درباره این مسأله و نحوه واکنش‌پذیری نسبت به این موقعیت‌ها افزایش می‌دهد. بدین طریق نوجوان

همانطور که در یافته‌های جدول فوق مشاهده می‌گردد بدنظم‌جویی هیجانی کلی در بین گروه مداخله مبتنی بر نظم‌جویی هیجانی و گواه، همچنین بین مداخله MDT و گروه گواه تفاوت معنی‌دار مشاهده می‌گردد ($P < 0/05$). علاوه بر آن بین گروه‌های ERT و MDT نیز با یکدیگر تفاوت مشاهده می‌گردد. این یافته اخیر نشان می‌دهد که گرچه مداخله MDT بر کاهش بدنظم‌جویی هیجانی مؤثر بوده است اما مداخله ERT بیشتر از این مداخله توانسته بدنظم‌جویی هیجانی را در افراد شرکت‌کننده کاهش دهد ($P < 0/05$). یافته‌های دیگر حاکی از آن است که هردو مداخله در زیر مقیاس‌های عدم پذیرش هیجان‌های منفی، دشواری در رفتار هدفمند و دستیابی محدود به راهبردها مؤثر بوده‌اند ($P < 0/05$) و تفاوتی نیز بین میزان تأثیر آن مشاهده نمی‌گردد ($P > 0/05$). همچنین یافته‌ها نشان می‌دهد که در زیر مقیاس فقدان شفافیت هیجانی و دشواری مهار رفتارهای تکانه‌ای مداخله ERT نسبت به دو گروه گواه مؤثر بوده است درحالی که مداخله MDT در این باره نتوانسته مؤثر واقع شود ($P > 0/05$).

بحث و نتیجه‌گیری

همانطور که یافته‌های پژوهش نشان داد، مداخله ERT و MDT توانست بدنظم‌جویی هیجانی نوجوانان دختر را کاهش بدهد که این تأثیر درمانی با یافته‌های پژوهشی گلپور و همکاران (۱۳۹۳)، صالحی و همکاران (۱۳۹۱)، سالوادور و همکاران (۲۰۱۹)، قائم‌پور و همکاران (۱۳۹۸)، و سیدشریفی و همکاران (۱۳۹۸)، میرسمیعی و همکاران (۱۳۹۸)؛ دماندیان و همکاران (۱۴۰۱) و ویسی و همکاران (۱۴۰۰) همسو می‌باشد.

در تبیین یافته‌های اخیر مبنی بر تأثیر ERT بر بدنظم‌جویی هیجانی نوجوانان دختر می‌توان گفت که رویکرد نظم‌جویی هیجان با تکیه بر مهارت آموزی سعی در برطرف‌سازی موانعی دارد که منجر به بدتنظیمی در افراد نوجوان می‌گردد. به طور نمونه این درمان با استفاده از تکنیک‌های مرتبط با ذهن آگاهی همچون تنفس ذهن آگاهانه و یا بودن اینجا و اکنون با تمرکز بر حواس پنجگانه، آگاهی افراد را نسبت به آنچه که در درون آن‌ها در حال وقوع است افزایش می‌دهد همزمان با آن نیز فرد ارتباطش با موقعیت اینجا و اکنون حفظ می‌کند. در واقع درمان نظم‌جویی هیجان علاوه بر آن که منجر به برقراری ارتباط فرد با بدنش می‌گردد بلکه فرد را در موقعیت اینجا و اکنون بودن حفظ می‌کند که این خود موجب می‌شود تا فرد اجتناب

چرخه فعال‌سازی رفتارهای واکنشی خود را می‌بیند و پس از آن با استفاده از روش‌هایی که در طول دوره مداخله نسبت به مشاهده موقعیت و عدم واکنش به آن آموخته است همچون ناظر صرف بودن، پذیرش و امثالهم، چرخه رفتار باطل را متوقف می‌سازد و از این طریق نسبت به آنچه در حال وقوع است به ویژه در بدن و احساساتش، آگاه‌تر می‌شود به عبارتی دیگر این درمان با استفاده از گسلش هیجانی، درد و کرختی نهفته در نوجوانان را هدف قرار می‌دهد و از طریق آن نوجوان راهنمایی می‌شود تا معین کند در کدام بخش از بدن خود درد هیجانی را تجربه می‌کند. این کار با راهنمایی کلامی به نوجوان برای ترغیب او به جست‌وجوی این احساسات در بدن خودش انجام می‌شود. این تکنیک به نوجوان اجازه می‌دهد تا هیجانات دردناک خودش را در لحظه حال تجربه کند به او یاد داده می‌شود تا با رفتارهای ناکارآمد و واکنش‌های فیزیولوژیکی از آن‌ها اجتناب نکند (آپشه و دی‌مو، ۱۳۹۷).

از این جهت در MDT تلاش می‌شود تا ارتباط بین درد هیجانی یا کرختی نوجوان با دردهای روانشناختی در بدن وی قطع گردد. همچنین لازمه حرکت به سمت پذیرش، نائل شدن به پذیرش هیجانی است. در حقیقت می‌توان گفت تا وقتی نوجوان در حالت اجتناب از دردها و کرختی باقی بماند، نخواهد توانست به سمت پذیرش حرکت کند و وی از طریق گسلش هیجانی، راهکارهای سازنده‌تری برای مدیریت دردها به دست می‌آورد. البته باید اشاره داشت که در این درمان همزمان با توجه به هیجانات، عناصر شناختی را نیز مورد توجه قرار می‌دهد از این رو می‌توان گفت که MDT به نوجوان کمک می‌کند تا بفهمد چگونه در حالات، هیجانات و خشم‌هایی که زندگی او را به زندان تبدیل کرده و درمان وی را با مشکل مواجه ساخته است وقفه ایجاد کند بنابراین مؤثر بودن MDT بر بدن‌نظم‌جویی هیجانی نوجوانان دختر قابل درک و تبیین است (آپشه و دی‌مو، ۱۳۹۷).

در تبیین یافته اخیر مبنی بر تأثیر بیشتر ERT بر کاهش بدن‌نظم‌جویی هیجانی نسبت به MDT می‌توان اشاره داشت رویکردهای فراتشخیصی همچون نظم‌جویی هیجان بر محتوا درمانی و مهارت آموزی، تأکید دارند بنابراین بیشتر با اضافه کردن رفتار مطلوب به خزانه رفتاری فرد نوجوان موجب بهبود عملکرد رفتاری فرد در موقعیت‌های متعدد می‌گردد که متعاقب آن منجر به بهبود خودابرازگری و جرأت‌مندی فردی می‌گردد (تأکید بر تعهد پیش‌گستر و ارزش‌ها) درحالی‌که MDT بیشتر بر مدیریت احساسات ناخوشایند

که برخاسته از تجارب پیشین است می‌پردازد بنابراین بیشتر بر عدم واکنش‌پذیری (ایجاد وقفه بین تجربه ناخوشایند قبلی و موقعیت مشابه کنونی) و صرفاً آگاهی بخشی از چگونگی مکانیسم عمل بکار افتادن تجربه قبلی در موقعیت کنونی (بررسی ترس‌ها، باورهای بنیادی، الگوی واکنش‌گری/کنش) تمرکز می‌یابد که ایجاد این وقفه خود می‌تواند فرد را وادار به دستیابی به علل رفتار مخرب خود گرداند و از شدت برانگیختگی رفتاری فرد بکاهد. از این جهت فرد در مداخله مبتنی بر نظم‌جویی هیجانی، به طور شفاف یک رفتار جدید را به صورت آموزش می‌آموزد درحالی‌که در رویکرد مبتنی بر آرام‌سازی حالت فرد آموزشی دریافت نمی‌کند بلکه به تجربه کردن آنان می‌پردازد و با قرار گرفتن در یک فرآیند پردازشی، متناسب با پیشینه فردیشان (چگونگی واکنش‌پذیری نسبت به ترس‌ها)، نحوه مدیریت و نظم‌جویی هیجانات خود را یاد می‌گیرند بنابراین رویکرد مبتنی بر آرام‌سازی حالت با کلیت فرد سروکار دارد درحالی‌که رویکرد نظم‌جویی هیجان مبتنی بر هدف پیش‌روی می‌کند. از این لحاظ MDT نیازمند زمان و فردنگر است درحالی‌که رویکرد نظم‌جویی هیجان این گونه نیست و در بازه زمانی کوتاه نیز می‌تواند تغییرات به وجود آمده را در عملکرد فرد نمایان سازد و بنابراین در بازاریابی که فرد از خودش دارد تأثیر بگذارد از این منظر نتایج بدست آمده مبتنی بر تأثیر بهتر ERT نسبت به MDT در نوجوانان دختر قابل تبیین و درک است.

یکی از محدودیت‌های پژوهش را می‌توان بازه ۸ هفته جهت بررسی نتایج این درمان برشمرد چرا که درمان‌های مبتنی بر پیشینه فردی همچون MDT نسبت به افراد تحت درمان پیشرفت درمانی یکسانی ندارد و گرچه فرآیند درمانی رعایت می‌شود اما روند درمان فرد ویژه است بنابراین ممکن است در بازه زمانی ۸ هفته تغییرات درمانی با پراکندگی از فرد به فردی دیگر مواجه باشد. پیشنهاد می‌گردد که در مراکز و مؤسساتی که مخاطب گروه سنی نوجوان دارند برحسب نتایج پژوهشی از شیوه‌های نظم‌جویی هیجان و مداخلات مرتبط با آن جهت آموزش به این قشر بهره ببرند و همچنین با توجه به آنکه نتایج حاضر حاکی از مؤثرتر بودن درمان تنظیم هیجان نسبت به MDT می‌باشد از این جهت پیشنهاد می‌گردد که درمانگران مرتبط با حیطه نوجوان استفاده از شیوه‌های مبتنی بر آموزش و محتوای درمانی را در کنار رویکرد درمانی خود به عنوان افزایش خزانه رفتار و مهارت برای این قشر از افراد در نظر داشته باشند.

ملاحظات اخلاقی

پیروی از اصول اخلاق پژوهش: این مقاله برگرفته از رساله دکتری نویسنده اول در

رشته مشاوره در دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات تهران است. به جهت حفظ

رعایت اصول اخلاقی در این پژوهش سعی شد تا جمع‌آوری اطلاعات پس از جلب

رضایت شرکت‌کنندگان انجام شود. همچنین به شرکت‌کنندگان درباره رازداری در حفظ

اطلاعات شخصی و ارائه نتایج بدون قید نام و مشخصات شناسنامه افراد، اطمینان داده شد.

حامی مالی: این پژوهش در قالب رساله دکتری و بدون حمایت مالی می‌باشد.

نقش هر یک از نویسندگان: این مقاله از رساله دکتری نویسنده اول و به راهنمایی

نویسنده دوم و مشاوره نویسنده سوم استخراج شده است.

تضاد منافع: نویسندگان همچنین اعلام می‌دارند که در نتایج این پژوهش هیچ‌گونه تضاد

منافعی وجود ندارد.

تشکر و قدردانی: بدین وسیله از تمامی افرادی که در انجام این پژوهش یاری رسانند

از جمله شرکت‌کنندگان، و اساتید محترم تشکر و قدردانی می‌گردد.

منابع

- عزیزی، علیرضا؛ میرزایی، آزاده؛ شمس، جمال. (۱۳۸۹). بررسی رابطه تحمل آشفتگی و تنظیم هیجانی با میزان وابستگی دانشجویان به سیگار. *تحقیقات نظام سلامت حکیم (حکیم)*، ۱۳ (۱)، ۱۱-۱۸.
- دماوندیان، ارمان؛ گلشنی، فاطمه؛ صفاری‌نیا، مجید؛ باغداساریانس، آنتیا. (۱۴۰۱). بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر پرخاشگری، رفتارهای خودآسیب‌رسان و خودتنظیمی هیجانی نوجوانان بزه‌کار. *مجله علوم روانشناختی*، ۲۱ (۱۱۲)، ۷۹۷-۸۱۸.
- گراوند، پیروش؛ منشی، غلامرضا. (۱۳۹۴). اثربخشی آموزش تنظیم هیجان و مهارت‌های اجتماعی بر پرخاشگری ارتباطی، آشکار و رفتار جامعه‌پسند نوجوانان پرخاشگر شهر خرم‌آباد. *مجله مطالعات ناتوانی*، ۵ (۱۱)، ۱۹۰-۱۹۹.
- قایم‌پور، زینب؛ اسماعیلیان، مرضیه؛ و سرافراز، مهدی‌رضا. (۱۳۹۸). تنظیم هیجان در نوجوانان: نقش پیش‌بینی‌کننده کارکرد خانواده و دلبستگی. *اندیشه و رفتار در روانشناسی بالینی (اندیشه و رفتار)*، ۱۳ (۵۱)، ۱-۱۶.
- گل‌پور، رضا؛ ابوالقاسمی، عباس؛ احدی، بتول؛ و نریمانی، محمد. (۱۳۹۳). اثر بخشی آموزش خوددلسوزی شناختی و درمان متمرکز بر هیجان بر بهبود کیفیت زندگی دانش‌آموزان مبتلا به افسردگی. *فصلنامه روانشناسی بالینی*، ۶ (۱)، ۶۴-۵۱.
- حسینی‌یزدی، سیده عاطفه؛ مشهدی، علی؛ کیمیایی، سیدعلی؛ و عاصمی، زهرا. (۱۳۹۴). اثربخشی برنامه مداخله‌ای ویژه کودکان طلاق بر مشکلات برونی‌سازی و درونی‌سازی شده کودکان طلاق. *روانشناسی خانواده*، ۲ (۱)، ۱۴-۳.
- میرسمیعی، مرضیه؛ آتش‌پور، حمید؛ آقایی، اصغر. (۱۳۹۸). اثربخشی آموزش نظم‌جویی هیجان پیشرفت بر هیجان‌های منفی و بهزیستی روانشناختی در دانش‌آموزان دختر دوره اول متوسطه شهر تهران. *مجله علوم روانشناختی*، ۱۸ (۷۷)، ۵۴۶-۵۳۹.
- محمدی، ابوالفضل؛ زرگر، فاطمه؛ امیدی، عبدالله؛ محرابی، علی؛ اکبری، مهدی؛ همکاران. (۱۳۹۳). مقدمه‌ای بر نسل سوم درمان‌های شناختی - رفتاری، تهران: انتشارات ارجمند.
- صالحی، اعظم؛ باغبان، ایران؛ بهرامی، فاطمه؛ احمدی، سید احمد. (۱۳۹۱). تأثیر دو روش آموزش تنظیم هیجان مبتنی بر مدل فرآیند گراس و رفتاردرمانی دیالکتیک بر علائم مشکلات هیجانی. *مجله تحقیقات علوم پزشکی زاهدان*، ۱۴ (۲)، ۵۵-۴۹.

سیدشریفی، منصوره؛ نوابی‌نژاد، شکوه؛ فرزاد، ولی‌اله. (۱۳۹۸). مقایسه اثربخشی رویکرد هیجان‌مدار و طرحواره‌درمانگری بر خودکارآمدی والدگری مادران سرپرست خانواده. *مجله علوم روانشناختی*، ۱۸ (۷۶)، ۴۱۵-۴۰۷.

ویسی، نصرالله؛ ارجمندنیا، علی‌اکبر؛ و کیلی، سمیرا، غلامعلی لواسانی، مسعود. (۱۴۰۰). مقایسه اثربخشی آموزش راهبردهای خودتنظیمی هیجانی و والدگری بارکلی بر بهبود شایستگی اجتماعی، عملکرد تحصیلی و کاهش مشکلات رفتاری دانش‌آموزان مبتلا به ناتوانی‌های یادگیری با همبودی کمبود توجه/فزون‌کنشی. *مجله علوم روانشناختی*، ۲۰ (۱۰۱)، ۷۸۷-۷۹۸.

References

- Aldao, A., & Nolen-Hoeksema, S. (2010). Specificity of cognitive emotion regulation strategies: A transdiagnostic examination. *Behaviour Research and Therapy*, 48, 974-983. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2010.06.002>
- Apache, J, Di Meo, LR. (2018). *Tutorial for step-by-step relaxation therapy*. Rabbani, Mojtaba. Tehran: Jangal Publications. (Persian). https://opac.nlai.ir/opac-prod/search/briefListSearch.do?command=FULL_VIEW&id=5292200&pageStatus=0&sortKeyValu e1=sortkey_title&sortKeyValue2=sortkey_author
- Apsche, J.A. and Ward Bailey, S.R. (2004c). Mode deactivation therapy: A theoretical case analysis (Part III). *The Journal of the Behavior Analyst Today*, 5(3), 314-332. <https://doi.org/10.1037/h0100038>
- Apsche, J.A., Bass, C.K., Jennings, J.L., Siv, A.M. (2005). *International Journal of Behavior Consultation and Therapy*, 1(1), pp. 27-25. <https://doi.org/10.1037/h0100765>
- Azhar, H., Baig, Z., Koleth, Sh., Mohamad, K., & Petkari, E. (2019). Psychosocial associations of emotion-regulation strategies in young adults residing in the United Arab Emirates. *PsyCh Jornal*. 1-8. <https://doi.org/10.1002/pchj.272>
- Azizi, A., & Mirzaei, A., & Shams, J. (2010). Correlation between distress tolerance and emotional regulation with students smoking dependence. *Hakim research journal*, 13(1), 11-18. (Persian). <https://www.sid.ir/en/journal/ViewPaper.aspx?id=186015>
- Borkovec, T. D. (1985). Worry: A potentially content. *Behavior Research and Therapy*, 481-482. [10.1016/0005-7967\(85\)90178-0](https://doi.org/10.1016/0005-7967(85)90178-0)

- Braet, C., Theuwis, L., Van Durme K., Vandewalle, J., Vandeviver, E., Wante, L., Moens, E., Verbenken, S., & Goossens, L. (2014). Emotion regulation in children with emotional problems. *Cognitive therapy and research*, 38, 493-504. <https://doi.org/10.1007/s10608-014-9616-x>
- Cole, P.M., Hall, S.E., & Hajal, N. (2017). Emotion dysregulation as a risk factor for psychopathology. In book: *Child and Adolescent Psychopathology* (pp.341-373), Edition: 3rd, Chapter: 11. Publisher: Wiley & Sons. <https://www.wiley.com/en-us/Child+and+Adolescent+Psychopathology%2C+3rd+Edition-p-9781119169956>
- Damavandian, A., Golshani, F., Saffarinia, M., Baghdasarians, A. (2022). Effectiveness of compassion-focused therapy on aggression, self-harm behaviors, and emotional self-regulation in delinquent adolescents. *Psychologicalscience Journal*. 21(112): 797-818. (Persian). <http://psychologicalscience.ir/article-1-1474-fa.html>
- Deutz, M., Geeraerts, S., Belsky, J. Dekovic, M. and et al. (2020). General Psychopathology and Dysregulation Profile in a Longitudinal Community Sample: Stability, Antecedents and Outcomes *Child Psychiatry & Human Development*. 51(8). DOI:10.1007/s10578-019-00916-2
- Fresco, D, Mennin, DS, Heimberg, RG, Ritter M. (2013). Emotion Regulation Therapy for Generalized Anxiety Disorder. *Cogn Behav Pract*. 20:282-300. Dio:10.1016/j.cbpra.2013.02.001
- Geravand, P., Manshaee, GR. (2015). The Effectiveness of emotion regulation and social skills training on overt and relational aggression and pro-social behaviors in aggressive adolescents in Khorramabad. *MFJDS*. 5(11): 190-199. (Persian). <https://www.sid.ir/FileServer/SF/9851398H0350>
- ghaempour, Z., esmailian, M., Sarafranz, M. (2019). Emotion regulation in adolescents: the predicting role of family function and attachment. *Thoughts and Behavior in Clinical Psychology*, 13(51), 1-16. https://jtbcpr.riau.ac.ir/article_1479.html?lang=en
- Ghorbani, f., Khosravani, V., Sharifi Bastan, F., & Jamaati, R. (2017). The alexithymia, emotion regulation, emotion regulation difficulties, positive and negative affects, and suicidal risk in alcohol-dependent outpatients. *Psychiatry Research*, 252; 223-230. DOI:10.1016/j.psychres.2017.03.005
- Golpour, R., Abolghasemi, A., Ahadi, B., Narimani, M. (2014). The Effectiveness of Cognitive Self-Compassion Training and Emotion-Focused Therapy on Quality of Life with Depression Disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 6(1), 53-64. doi:10.22075/JCP.2017.2154
- Gratz, K.L. & Roemer, E. (2004). Multidimensional Assessment of Emotion regulation and dysregulation: Development, Factor Structure, and Initial validation of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26:1, pp. 41-54. <https://link.springer.com/article/10.1023/B:JOBA.000007455.08539.94>
- Griffin, E., McMahon, E. (2020). Adolescent mental health: Global data informing opportunities for prevention. *EClinicalMedicine*, 24, 100413. DOI:10.1016/j.eclinm.2020.100413
- Gross, J. (2015). *Handbook-of-Emotion-Regulation*, Second edition, Guilford Press, <https://libgen.rocks/ads.php?md5=4100815D555DCC9566DD59781E61131C>.
- Hoseini Yazdi, S., & Mashhadi, A., & Kimiaee, S., & Asemi, Z. (2015). Effectiveness of children of divorce intervention program (CODIP) on Externalized and internalized Problems in children of divorce. *Family Psychology*, 2(1), 3-14. (Persian). <https://www.sid.ir/fa/journal/ViewPaper.aspx?id=253418>
- Lee, E. H., Zhou, Q., Ly, J., Main, A., Tao, A., & Chen, S. H. (2014). Neighborhood characteristics, parenting styles, and children's behavioral problems in Chinese American immigrant families. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology*, 20(2), 202-212. <https://doi.org/10.1037/a0034390>
- Mennin, D. S. (2004). Emotion regulation therapy for generalized anxiety disorder. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 11, 17-29. <https://doi.org/10.1002/cpp.389>
- Mennin, D. S., & Fresco, D. M. (2009). Emotion regulation as an integrative framework for understanding and treating psychopathology. In A. M. Kring & D. M. Sloan, *Emotion regulation and psychopathology: A transdiagnostic approach to etiology and treatment* (pp. 256-379). New York, NY: Guilford Press. <http://library.lol/main/1DFC6E1573A31BBEA4C1033D3C620EF4>
- Mennin, D. S., & Fresco, D. M. (2013b). Emotion regulation therapy. In J. J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation* (pp. 469-490). New York, NY: Guilford. <https://www.guilford.com/books/Handbook-of->

- Emotion-Regulation/James-Gross/9781462520732/contents
- Mennin, D. S., Heimberg, R. G., Turk, C. L., & Fresco, D. M. (2005). Preliminary evidence for an emotion dysregulation model of generalized anxiety disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 43, 1281-1310. DOI: [10.1016/j.brat.2004.08.008](https://doi.org/10.1016/j.brat.2004.08.008)
- Mennin, D. S., Heimberg, R. G., Turk, C. L., & Fresco, D. M. (2002). Applying an emotion regulation framework to integrative approaches to generalized anxiety disorder. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9, 85-90. <https://doi.org/10.1093/clipsy.9.1.85>
- Mirsamiee, M., Atashpour, H., Aghaei, A. (2019). The effectiveness of achievement emotion regulation training on negative emotions and psychological well - being of female middle school students in Tehran. *Psychologicalscience Journal*. 18(77): 539-546. (Persian). <http://psychologicalscience.ir/article-1-332-fa.html>
- Mohammadi, A., Zargar, F., Omidi, A., Mehrabi, A., Akbari, M., Baquli, H., Tuyserkani Ravari, M., Amiri, M., Mirzaei, M., Nonhal, S., and Taherifard, Z. (2015). *Third generation therapies Cognitive behavioral*, Tehran: Arjmand Publications. (Persian). https://opac.nlai.ir/opac-prod/search/briefListSearch.do?command=FULL_VIEW&id=3896329&pageStatus=0&sortKeyValue1=sortkey_title&sortKeyValue2=sortkey_author
- Newman, M.G. & Llera, S.J. (2011). A novel theory of experiential avoidance in generalized anxiety disorder: A review and synthesis of research supporting a contrast avoidance model of worry. *Clinical Psychology Review*. 371-382. Doi:[10.3390/ijerph17145195](https://doi.org/10.3390/ijerph17145195)
- Rapee RM., Oar E L., Forbes, M K., Fardouly J., Magson NR., Rishardson CE. (2019). Adolescent development and risk for the onset of social-emotional disorders: A review and conceptual model. *Behaviour Research and Therapy*, 0005-7967(19)30187-1. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2019.103501>
- Salavera, C., Usan, P., Teruel, P. (2019). The relationship of internalizing problems with emotional intelligence and social skills in secondary education students: gender differences. *Psicologia: Reflexao e critica*. 32,4:2-9. <https://doi.org/10.1186/s41155-018-0115-y>
- Salehi, A., & Bachban, I., & Bahrami, F., & Aamadi, A. (2012). The effect of emotion regulation training based of dialectical behavior therapy and Gross process model on symptoms of emotional problems. *Zahedan journal of research in medical sciences(TABIB-E-SHARGH)*, 14(2), 49-55. (Persian). <https://www.sid.ir/en/Journal/ViewPaper.aspx?ID=261428>
- Sebastian, C. L. (2015). Social cognition in adolescence: Social rejection and theory of mind. *Psicología Educativa*. 21(2). DOI:[10.1016/j.pse.2015.08.004](https://doi.org/10.1016/j.pse.2015.08.004)
- Seyed Sharifi M, Navabinejad, S, Farzad, V. (2021)A Comparison of the Effectiveness of Emotionally Focused and Schema Therapies in Reducing Externalizing Problems of Children in Female-Headed Households. *QJFR*. 18 (2):73-88. (Persian). <http://qjfr.ir/article-1-1912-fa.html>
- Veisiy, N., Arjmandnia, A. A., Vakili. S., Gholamali Lavasani, M. (2022). The effect of training emotional self-regulation strategies on social competence, academic performance and behavioral problems of students with learning disabilities with comorbidity of attention deficit / hyperactivity disorder. *Psychologicalscience Journal*. 21(116):1613-1630.(Persian). <http://psychologicalscience.ir/article-1-1632-fa.html>