



The effectiveness of barlow's transdiagnostic treatment on the emotional well-being of adolescents with nomophobia

Fatemeh Karbasizadeh¹, Ahmad Abedi², MohammadReza Abedi³

1. Ph.D Candidate in Counselling, Khomeinishahr Branch, Islamic Azad University, Khomeinishahr, Iran. E-mail: fatemeh.karbasizadeh@iaukhsh.ac.ir

2. Associate Professor, Department of Psychology and Education of Children with Special Needs, Faculty of Educational Sciences and Psychology, University of Isfahan, Isfahan, Iran. E-mail: a.abedi@edu.ui.ac.ir

3. Professor, Department of Counselling, Faculty of Educational Sciences and Psychology, University of Isfahan, Isfahan, Iran. E-mail: m.r.abed@edu.ui.ac.ir

ARTICLE INFO

Article type:

Research Article

Article history:

Received 03 October 2023

Received in revised form 01 November 2023

Accepted 05 December 2023

Published Online 22 December 2023

Keywords:

Barlow's transdiagnostic treatment, emotional well-being, adolescents with nomophobia

ABSTRACT

Background: One of the psychological interventions that can target the emotional well-being of adolescents with nomophobia is Barlow's transdiagnostic intervention. transdiagnostic interventions emerged against single-diagnosis treatments. The review of previous studies did not find any specific research that investigated the effectiveness of Barlow's transdiagnostic therapy model on the emotional well-being of adolescents with nomophobia.

Aims: The aim of this study was to investigate the effectiveness of Barlow's transdiagnostic treatment on the emotional well-being of 14-18-year-old adolescents with nomophobia.

Method: The method of the current research was a semi-experimental pre-test-post-test type with a control group and a two-month follow-up. The statistical population of the research included all adolescent girls in the city of Isfahan in the age range of 14 to 18 years. The sampling method was available and the statistical sample included 30 people. In this way, 30 adolescent girls who were suffering from nomophobia and had low emotional well-being were randomly selected, were randomly assigned to be Experimental and control in two groups. The experimental group received Barlow et al (2011) metadiagnostic therapy in the form of 12 90-minute sessions, but the control group members did not receive any intervention. The research tools included nomophobia questionnaire (Azadmanesh et al., 2016) and researcher-made emotional well-being questionnaire (2023). The data was analyzed using the method of variance analysis with repeated measurements and SPSS-29 software.

Results: The results of analysis of variance with repeated measurements in the present study showed that Barlow's transdiagnostic treatment was effective on the emotional well-being of adolescent girls with nomophobia ($P < 0.001$).

Conclusion: Considering the effectiveness of Barlow's meta-diagnostic treatment program on the emotional well-being of adolescents with nomophobia in the present study, it seems If this therapy protocol is used on adolescents who have strong and intense negative or positive emotion levels, they can experience emotional experiences with less distress.

Citation: Karbasizadeh, F., Abedi, A., & Abedi, M.R. (2023). The effectiveness of barlow's transdiagnostic treatment on the emotional well-being of adolescents with nomophobia. *Journal of Psychological Science*, 22(130), 187-202. [10.52547/JPS.22.130.187](https://doi.org/10.52547/JPS.22.130.187)

Journal of Psychological Science, Vol. 22, No. 130, 2023

© The Author(s). DOI: [10.52547/JPS.22.130.187](https://doi.org/10.52547/JPS.22.130.187)



✉ **Corresponding Author:** Ahmad Abedi, Associate Professor, Department of Psychology and Education of Children with Special Needs, Faculty of Educational Sciences and Psychology, University of Isfahan, Isfahan, Iran.

E-mail: a.abedi@edu.ui.ac.ir, Tel: (+98) 9133162301

Extended Abstract

Introduction

One of the problems that may be caused by smartphones is nomophobia (fear of being without a mobile phone) (Kang & Jung, 2014). Theoretically and practically, the signs and symptoms of nomophobia attack people when they become addicted to their mobile phone and feel that their mobile phone may not be in their possession for any reason. The first function of this automatic attack of fear and worry is that it takes people's ability to regulate their emotions out of the managed state and thus disrupts their ability to regulate their emotions. One of the points that has attracted a lot of attention in recent years is the effect of excessive use of mobile phones on the mood and emotions of people (Elhai et al., 2018). This issue causes an increase in addictive behavior in order to reduce symptoms and negative emotions, and finally, this sequence disturbs the emotional well-being of a person.

Several treatments have been proposed and used for nomophobia. Among the treatments that seem to be useful in this field is Barlow's metadiagnostic treatment, which was used in the present study.

Emotional well-being is a field of positive psychology and an important individual component in the sense of cognitive and emotional evaluation of people from different areas and aspects of life (Sabzi et al., 2015). Emotional well-being has two interrelated cognitive and emotional components. The cognitive dimension means the cognitive assessment of people's level of mental health and quality of life, and the emotional dimension means having maximum positive emotion and minimum negative emotion (Jovanović, 2018). People with a high sense of emotional well-being experience more positive emotions, have a positive evaluation of their past, present and future, others, events and incidents and describe them as pleasant. On the other hand, people with low emotional well-being evaluate the mentioned items as unfavorable and experience more negative emotions such as anxiety and depression (Bernerth & Hirschfeld, 2016).

According to what was reviewed, one of the psychological interventions that can target this

special population (adolescents with nomophobia) is Barlow's transdiagnostic intervention.

The review of previous studies did not find any specific research that investigated the effectiveness of Barlow's transdiagnostic therapy model on the emotional well-being of adolescents with nomophobia, this research gap is one of the other necessities of conducting the present study. Therefore, the present study seeks to answer the basic question of whether Barlow's transdiagnostic intervention is effective in changing the emotional well-being of adolescents with nomophobia.

Method

The method of the current research was a semi-experimental pre-test-post-test type with a control group and a two-month follow-up. The statistical population of the research included all adolescent girls in the city of Isfahan in the age range of 14 to 18 years. The sampling method was available and the statistical sample included 30 people. In this way, 30 adolescent girls who were suffering from nomophobia and had low emotional well-being were randomly selected, were randomly assigned to be Experimental and control in two groups. The experimental group received Barlow et al (2011) metadiagnostic therapy in the form of 12 90-minute sessions, but the control group members did not receive any intervention. The research tools included nomophobia questionnaire (Azadmanesh et al., 2016) and researcher-made emotional well-being questionnaire (2023). The data was analyzed using the method of variance analysis with repeated measurements and SPSS-29 software.

The criteria for entering the present study included having a desire to participate in the research, being in the age range of 14 to 18 years, suffering from nomophobia based on an interview and implementing a nomophobia questionnaire (Azadmanesh et al., 2016) to measure the no mobile phone phobia disorder. Exclusion criteria included reluctance to continue treatment, less than average nomophobia or severe nomophobia requiring psychiatric treatments, taking psychiatric drugs, suffering from acute and chronic mental disorders and treatment through psychiatric treatments, absence in more than two sessions.

Results

According to the demographic information of the participants in this study, in the experimental group (Barlow's meta-diagnostic intervention), the average (standard deviation) age of adolescents with nomophobia is 15.68 (1.35) and the control group is 15.81 (1.51).

In the experimental group, the majority of mothers of adolescents with nomophobia had undergraduate and diploma education equal to 7 people (43.8 percent) and also the majority of mothers participating in the control group, equal to 7 people (43.8 percent) had bachelor's education.

The results of analysis of variance with repeated measurements are presented in Table 1.

Table1. Results of analysis of variance with repeated measurement in emotional well-being variable

	source	sum of squares	df	mean square	F	P	Eta squared	Test power
intragroup	Time	520.563	1.554	334.905	230.083	0.001	0.885	1.000
	Time × group interaction	378.896	1.554	263.763	167.468	0.001	0.848	1.000
	error (time)	67.875	46.631	1.456				
intergroup	group	463.760	1	463.760	9.742	0.004	0.240	0.846
	error	1468.813	30	48.960				

According to the results of Table 1, in the intragroup effect section, the time factor and the interaction between time and group show that there is a significant difference ($P < 0.01$) in the variable of emotional well-being in terms of time and the interaction between time and group. Also, in the group effect section, there is a significant difference ($P < 0.01$) in the group factor.

Conclusion

The present study was conducted with the aim of determining the effectiveness of Barlow's Transdiagnostic treatment on the emotional well-being of adolescents with nomophobia.

The results of the present study showed that Barlow's transdiagnostic treatment is effective on the emotional well-being of adolescents with nomophobia and increases the level of emotional well-being of adolescents participating in the experimental group. Although similar studies were not found on the subject of this research, but the findings of this research are indirectly aligned with the results of some related studies (Kargar et al., 2023; Hosseini & Zandkarimi, 2023; Razavi, 2023; Ahmadzadeh et al., 2022; Ghaderi et al., 2022).

We can consider the success of meta-diagnostic treatment to be higher than the effectiveness of the approach for the following reasons: First of all, we refer to the evidence-based approach or the empirical support of the treatment, which can help the therapist to teach the adolescent self-help methods so that the

adolescent to perform better in life. On the other hand, this approach has specific instructions for the implementation of treatment, which causes the teenager to be encouraged to apply the learned skills. In another explanation, evidence-based strategies provide a general emotion-focused language that refers to the categories of experiencing fear, worry, sadness, anger, etc.

This protocol targets the educational methods of parents and their behaviors in relation to multiple emotional disorders of adolescents and in cases where the behaviors and attitudes of parents are clearly influential in increasing the symptoms of adolescents, for example, over-controlling behaviors, over-supportiveness, lack of positive reinforcement, lack of attention to feelings and lack of understanding.

The unique feature of the Transdiagnostic protocol gives therapists the opportunity to implement the treatment completely or make it more individualized according to the characteristics of the patients, and execute only some parts of it. This approach is both common in individual performance and effective in group performance (Ehrenreich-May et al., 2021).

Another strength of Transdiagnostic treatment is in determining homework. These learning assignments allow adolescents to apply learned concepts to real-life experiences outside of the therapy context, allowing them to generalize skills throughout life. In addition, during the treatment period, monitoring forms (forms before excitement, during excitement, after excitement and follow-up) of weekly activities

are available, which causes the adolescent to focus on emotional experiences and coping behaviors (Frank & Davidson, 2014).

Ethical Considerations

Compliance with ethical guidelines: This article is taken from the doctoral thesis of the first author in the counseling department of Islamic Azad University, Khomeini Shahr Branch. In this research, all ethical considerations, including maintaining the principles of confidentiality, preserving the information obtained from each of the participants, as well as the possibility of their withdrawal at any stage of the research process, have been observed.

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

Authors' contribution: The first author is the main researcher of this study. The second author is the supervisor and the third author are also the advisor of the thesis.

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

Acknowledgments: We would like to express our gratitude to all the participants who participated in this research.



اثربخشی درمان فراتشخیصی بارلو بر بهزیستی هیجانی نوجوانان مبتلا به نوموفوبیا

فاطمه کرباسی زاده^۱، احمد عابدی^۲، محمدرضا عابدی^۳

۱. دانشجوی دکتری مشاوره، واحد خمینی شهر، دانشگاه آزاد اسلامی، خمینی شهر، ایران.

۲. دانشیار، گروه روانشناسی و آموزش کودکان با نیازهای خاص، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران.

۳. استاد، گروه مشاوره، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران.

چکیده

مشخصات مقاله

نوع مقاله:

پژوهشی

تاریخچه مقاله:

دریافت: ۱۴۰۲/۰۷/۱۱

بازنگری: ۱۴۰۲/۰۸/۱۰

پذیرش: ۱۴۰۲/۰۹/۱۴

انتشار برخط: ۱۴۰۲/۱۰/۰۱

کلیدواژه‌ها:

درمان فراتشخیصی بارلو،

بهزیستی هیجانی،

نوجوانان مبتلا به نوموفوبیا

زمینه: یکی از مداخلات روانشناختی که می‌تواند بهزیستی هیجانی نوجوانان مبتلا به نوموفوبیا را هدف قرار دهد، مداخله فراتشخیصی بارلو است. مداخلات فراتشخیصی در مقابل درمان‌های تک تشخیصی به وجود آمدند. مرور مطالعات قبلی، پژوهش خاصی که اثربخشی مدل درمانی فراتشخیصی بارلو بر بهزیستی هیجانی نوجوانان مبتلا به نوموفوبیا را بررسی کرده باشد، یافت نکرد.

هدف: هدف این مطالعه بررسی اثربخشی درمان فراتشخیصی بارلو بر بهزیستی هیجانی نوجوانان ۱۸-۱۴ سال مبتلا به نوموفوبیا بود.

روش: روش پژوهش حاضر، نیمه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه گواه و پیگیری دو ماهه بود. جامعه آماری پژوهش شامل تمامی نوجوانان دختر شهر اصفهان در دامنه سنی ۱۴ تا ۱۸ سال بود. روش نمونه‌گیری در دسترس بود و نمونه آماری نیز پژوهش شامل ۳۰ نفر بود. بدین صورت که از بین نوجوانان دختر که مبتلا به نوموفوبیا بوده و بهزیستی هیجانی پایین داشتند به طور تصادفی ۳۰ نفر انتخاب شده و به صورت تصادفی در دو گروه ۱۵ نفر آزمایش و گواه گمارش شدند. گروه آزمایش، درمان فراتشخیصی بارلو و همکاران (۲۰۱۱)، را در قالب ۱۲ جلسه ۹۰ دقیقه دریافت کردند، اما اعضای گروه گواه هیچ گونه مداخله‌ای دریافت نکردند. ابزارهای پژوهش شامل پرسشنامه نوموفوبیا (آزادمنش و همکاران، ۱۳۹۵) و پرسشنامه محقق ساخته بهزیستی هیجانی (۱۴۰۲) بود. داده‌ها نیز با استفاده از روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و نرم‌افزار SPSS-29 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر در پژوهش حاضر نشان داد، درمان فراتشخیصی بارلو بر بهزیستی هیجانی نوجوانان دختر مبتلا به نوموفوبیا مؤثر بود ($P < ۰/۰۰۱$).

نتیجه‌گیری: با توجه به اثربخشی برنامه درمان فراتشخیصی بارلو بر بهزیستی هیجانی نوجوانان مبتلا به نوموفوبیا در مطالعه حاضر، به نظر می‌رسد اگر این پروتکل درمانی بر روی نوجوانانی که سطح عواطف قوی و شدید منفی یا مثبت دارند به کار گرفته شود، آن‌ها می‌توانند تجارب هیجانی را با پریشانی کمتری تجربه کنند.

استناد: کرباسی زاده، فاطمه؛ عابدی، احمد؛ و عابدی، محمدرضا (۱۴۰۲). اثربخشی درمان فراتشخیصی بارلو بر بهزیستی هیجانی نوجوانان مبتلا به نوموفوبیا. مجله علوم روانشناختی،

دوره ۲۲، شماره ۱۳۰، ۱۸۷-۲۰۲.

مجله علوم روانشناختی، دوره ۲۲، شماره ۱۳۰، ۱۴۰۲. DOI: [10.52547/JPS.22.130.187](https://doi.org/10.52547/JPS.22.130.187)



© نویسنده‌گان.

✉ نویسنده مسئول: احمد عابدی، دانشیار، گروه روانشناسی و آموزش کودکان با نیازهای خاص، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران.

رایانامه: a.abedi@edu.ui.ac.ir | تلفن: ۰۹۱۳۳۱۶۲۳۰۱

مقدمه

پیشرفت انسان در حوزه صنعت اطلاعات و ارتباطات، زندگی بشر را دگرگون ساخته و موجب شکل‌گیری انقلابی در زندگی او شده است. امروزه به دلیل این که استفاده از تلفن همراه (موبایل) در برگیرنده پیامدهای مختلفی برای کاربران است و علاوه بر ایجاد ارتباط با دیگران می‌تواند نیازهای متنوع دیگری را نیز برآورده کند، جایگاه آن به گونه‌ای رشد یافته که دیگر زندگی بدون آن قابل تصور نیست. برآوردهای انجام شده حاکی از آن است که حدود پانصد میلیون نفر از مردم دنیا از تلفن همراه استفاده می‌کنند. بر اساس گزارش‌های موجود، بالاترین میزان استفاده از تلفن همراه به ترتیب در بین مردم چین و هندوستان با تأکید بر افزایش استفاده از آن در میان جوانان رواج دارد. اگرچه گوشی‌های هوشمند از سرویس‌های ارتباطات، اطلاعات و سرگرمی‌ها فراتر رفته‌اند و کاربران را قادر می‌سازند تا نیازهایی مانند یادگیری، توانایی فردی، ایمنی و روابط انسانی و نیازهای اساسی آنان را برآورده سازند، ولی باید به این واقعیت نیز توجه جدی نمود که گسترش فن‌آوری ارتباطات علاوه بر فوایدی که برای کاربران دارند، دارای معایبی نیز هستند که پس از گذشت مدت زمانی با انجام برخی مطالعات آشکار شده‌اند. برای نمونه، برخی شواهد پژوهشی نشان می‌دهد که افزایش استفاده و نفوذ تلفن‌های همراه در عادات و رفتارهای زندگی روزانه تغییراتی را به وجود آورده است و ممکن است مشکلات مهمی را برای افراد ایجاد کند. یکی از مشکلاتی که ممکن است به وسیله گوشی‌های هوشمند ایجاد شود، نوموفوبیا^۱ (ترس از بدون تلفن همراه بودن) است (کانگ و یونگ، ۲۰۱۴). از لحاظ نظری و عملی، وقتی افراد در حالتی از وابستگی به تلفن همراه قرار می‌گیرند و در زمانی که احساس می‌کنند تلفن همراه آن‌ها به هر دلیلی ممکن است در اختیار آن‌ها نباشد، علائم و نشانه‌های بی‌موبایل‌هراسی به افراد هجوم می‌آورد. اولین کارکرد این هجوم خودکار ترس و نگرانی آن است که توان تنظیم هیجان را در افراد از حالت مدیریت شده خارج می‌کند و بدین طریق توانایی تنظیم هیجان را در افراد مختل می‌کند. به همین دلیل است که مطالعات انجام شده در زمینه درمان نوموفوبیا بیانگر آن است که باید در فرآیند درمان به هیجان‌ها و احساسات دردناک مراجعان توجه شود. درمان‌های متعددی

تاکنون برای نوموفوبیا مطرح و به کار گرفته شده است. از جمله درمان‌هایی که به نظر می‌رسد می‌تواند در این زمینه مفید واقع شود، درمان فراتشخیص بارلو^۲ است که در پژوهش حاضر از آن استفاده شده است. شواهد پژوهشی نشان می‌دهد که افزایش استفاده و نفوذ تلفن‌های همراه در عادات و رفتارهای زندگی روزمره افراد تغییراتی را به وجود آورده است (براگازی و دل پونته، ۲۰۱۴) و منجر به مشکلات فردی، اجتماعی و مشکلات روانشناختی از قبیل احساس ناامیدی، اضطراب و افسردگی می‌شود (دی‌سولا گوتیرز و همکاران، ۲۰۱۶؛ لیو و همکاران، ۲۰۱۷). نوموفوبیا (ترس از بدون تلفن همراه بودن)، یکی از مشکلات مهمی است که به وسیله گوشی‌های هوشمند ایجاد شود (کینگ و همکاران، ۲۰۱۰). نوموفوبیا، به مجموعه‌ای از رفتارها یا نشانه‌های مرتبط در استفاده از گوشی‌های تلفن همراه اشاره دارد. در واقع نوموفوبیا یک ترس موقعیتی مرتبط به آگورافوبیا^۳ یعنی ترس افراد از بیمار شدن و نداشتن کمک فوری همراه با اضطراب و نگرانی است (ترن، ۲۰۱۴). با وقوع نوموفوبیا، طیف مشکلات مختلفی در رفتارها، دیدگاه‌ها، هیجانات و عواطف افراد به خصوص نوجوانان و جوانان رخ می‌دهد. یکی از نکاتی که در سال‌های اخیر توجه زیادی را به خود جلب نموده است، تأثیر استفاده افراطی از تلفن همراه بر وضعیت خلقی و هیجانات افراد است (اله‌ای و همکاران، ۲۰۱۸). این موضوع باعث افزایش رفتار اعتیادگونه جهت کاهش علائم و هیجان‌های منفی می‌شود و در نهایت این تسلسل، بهزیستی هیجانی^۴ فرد را مختل می‌سازد.

بهزیستی هیجانی حوزه‌ای از روانشناسی مثبت‌نگر و یک مؤلفه مهم فردی به معنای ارزیابی شناختی و عاطفی افراد از حوزه‌ها و جنبه‌های مختلف زندگی است (سبزی و همکاران، ۱۳۹۴). بهزیستی هیجانی دارای دو مؤلفه شناختی و عاطفی به هم وابسته است. بُعد شناختی به معنای ارزیابی شناختی افراد از میزان سلامت روان و کیفیت زندگی و بُعد عاطفی به معنای برخورداری از حداکثر عاطفه مثبت و حداقل عاطفه منفی است (جوانوئیچ، ۲۰۱۸). افراد با احساس بهزیستی هیجانی بالا، هیجانات مثبت بیشتری را تجربه می‌کنند، از گذشته، حال و آینده خودشان، دیگران، رویدادها و حوادث ارزیابی مثبتی دارند و آن‌ها را خوشایند توصیف می‌کنند. در مقابل

1. nomophobia

2. Barlow's extra diagnostic treatment

3. agoraphobia

4. emotional well-being

افراد با احساس بهزیستی هیجانی پایین، موارد مذکور را نامطلوب ارزیابی کرده و هیجانات منفی مانند اضطراب و افسردگی بیشتری را تجربه می کنند (برنرت و هیرشفلد، ۲۰۱۶). دیریز-هیرچی و همکاران (۲۰۱۷) در پژوهشی نشان دادند که در گروه بیماران افسرده شیوع اعتیاد به اینترنت بیش از سایر گروه ها بود. همچنین بیماران افسرده دارای اعتیاد به اینترنت، بیش از دیگران علائم استرس روانشناختی را بروز می دادند.

نتایج پژوهش کارگر و همکاران (۱۴۰۲) نشان داد که درمان فراتشخیصی بر ابرازگری هیجانی و عملکرد جنسی زنان نابارور تأثیر معنادار دارد. حسینی و زندکری (۱۴۰۲) معناداری تأثیر پروتکل فراتشخیصی یکپارچه بر قلدری و رفتارهای پر خطر نوجوانان را نشان دادند. همچنین مطالعه رضوی (۱۴۰۲) اثربخشی مدل فراتشخیص یکپارچه نگر بارلو بر تنظیم هیجانی زنان دارای پرخوری عصبی را تأیید کرد. پژوهش احمدزاده و همکاران (۱۴۰۱) نشان داد که آموزش تنظیم هیجانی بر مهارت های ارتباطی، سازگاری اجتماعی و بهزیستی هیجانی نوجوانان مؤثر بود. قادری و همکاران (۱۴۰۰) نیز در پژوهش خود به مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری یکپارچه با درمان فراتشخیص بر علائم بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر همبود با افسردگی پرداختند که نتایج آن نشان داد، هر دو درمان تغییرات معناداری از نظر بالینی و آماری در آماج های درمانی ایجاد کرده و تأثیرات درمانی در دوره پیگیری نیز ادامه داشته است، اما درصد بهبودی در شرکت کنندگان گروه درمان شناختی رفتاری یکپارچه نسبت به شرکت کنندگان گروه درمان فراتشخیص بیشتر بود.

با توجه به آن چه مرور شد، یکی از مداخلات روانشناختی که می تواند این جمعیت خاص (نوجوانان مبتلا به نوموفوبیا) را هدف قرار دهد، مداخله فراتشخیصی بارلو است. مداخله فراتشخیصی در مقابل درمان های تک تشخیصی به وجود آمدند و به معنی پرداختن به سازوکارهای زیربنایی مشترک در طیفی از اختلالات هم ابتلا و در حوزه درمان به معنی داشتن پروتکل های درمانی است که صرفاً بر اساس تشخیص های اختصاصی مداخله نمی کنند و این سازوکارهای زیربنایی مشترک را در نظر می گیرند (نورتون و پالاس، ۲۰۱۵). مدل ها و درمان های تشخیص اختصاصی، محدودیت هایی دارند. بدین ترتیب که چالش های مربوط به هم ابتلای اختلالات روان پزشکی (به ویژه همبودی اختلال اضطراب فراگیر و افسردگی اساسی) (کروگر و مارکون، ۲۰۰۶) موجب به وجود آمدن

درمان های موج سوم شدند. در سال های اخیر برخی از پژوهشگران با هدف بسط و گسترش ظرفیت های درمانی، از حلقه های اتصال و امکان تلفیق برخی از درمان های روانشناختی و اجتماعی سخن به میان آورده اند. امکان تلفیق برخی درمان ها با یکدیگر بیشتر از این نظر مطرح شده که امکان استفاده از نقاط قوت درمان ها در کنار یکدیگر را فراهم می سازد (طباطبایی نژاد، گل پرور و آقایی، ۱۳۹۷).

درمان های روانشناختی کارآمد مانند درمان تنظیم هیجان، برای عواطف منفی مثل افسردگی در بهترین حالت، افراد را در وضعیتی نگه می دارند که فقط از علائم این عواطف رنج نمی برند، اما هنوز خلق شاد و بهزیستی در آن ها وجود ندارد. زیرا به اعتقاد واتسون و تلگن (۱۹۸۵) عواطف منفی و مثبت دو ساختار کاملاً متفاوت داشته و عدم حضور عواطف منفی به معنی وجود عواطف مثبت نیست (نوفرستی و همکاران، ۱۳۹۴). بنابراین، درمان های دیگری لازم است تا علاوه بر بهبود علائم و نشانه های عواطف منفی به افزایش بهزیستی هیجانی و شادی آنان کمک نماید. در پژوهش حاضر سعی شده است با مراجعه به منابع بهزیستی هیجانی و فراتشخیصی بارلو به تأمین سلامت جسمانی و ارتقای سطح بهداشت روانی افراد کمک کند و مفیدترین روش برای مقابله با فشارهای روانی و استرس ها را ارائه نماید تا نوجوانان بتوانند به این تغییر نگرش دست یابند و بدانند که کنترل زندگی شان در دست های خود آن ها است و می توانند تغییرات مطلوبی در سبک زندگی خود ایجاد کنند.

درمان فراتشخیصی که توسط بارلو و همکاران (۲۰۱۷) تدوین شده است، در جهت جبران کاستی های درمان های قبلی طراحی شده و نسبتاً موفق بوده است. این درمان به بیماران می آموزد چگونه با هیجانات ناخوشایند خود مواجه شوند، آن ها را تجربه کنند و به شیوه های سازگارانه تری به هیجان های خود پاسخ دهند. درمان فراتشخیصی ضمن اصلاح عادت ها، تنظیم هیجانی بیماران، کاهش شدت و بروز تجربه هیجانی ناسازگارانه، بهبود کارکرد بیماران را هدف قرار می دهد (پین و همکاران، ۲۰۱۴). در پژوهش های مختلف، اثربخشی این نوع درمان در بهبود اختلال های هیجانی نشان داده شده است (صدر و همکاران، ۱۳۹۹).

مرور مطالعات قبلی، پژوهش خاصی که اثربخشی مدل درمانی فراتشخیصی بارلو بر بهزیستی هیجانی نوجوانان مبتلا به نوموفوبیا را بررسی کرده باشد، یافت نکرد که همین خلاء پژوهشی از دیگر ضرورت های انجام مطالعه

حاضر است. از این رو، پژوهش حاضر به دنبال پاسخ گویی به این سؤال اساسی است که آیا مداخله فراتشخیصی بارلو در تغییر بهزیستی هیجانی نوجوانان مبتلا به نوموفوبیا مؤثر است؟

روش

الف) طرح پژوهش و شرکت کنندگان: روش پژوهش حاضر، نیمه آزمایشی از نوع پیش آزمون و پس آزمون با گروه گواه و پیگیری دو ماهه بود. جامعه پژوهش شامل تمامی نوجوانان شهر اصفهان در دامنه سنی ۱۴ تا ۱۸ سال بود. روش نمونه گیری در دسترس بود و نمونه آماری نیز پژوهش شامل ۳۰ نفر بود. بدین صورت که از بین نوجوانانی که مبتلا به نوموفوبیا بوده و بهزیستی هیجانی پایین داشتند به طور تصادفی ۳۰ نفر انتخاب شده و به صورت تصادفی در دو گروه ۱۵ نفر آزمایش و گواه گمارش شدند. معیارهای ورود به پژوهش حاضر شامل داشتن تمایل به شرکت در پژوهش، قرار داشتن در دامنه سنی ۱۴ تا ۱۸ سال، ابتلا به نوموفوبیا (بی موبایل هراسی) بر اساس مصاحبه و اجرای پرسشنامه نوموفوبیا برای سنجش اختلال بی موبایل هراسی (آزادمنش و همکاران، ۱۳۹۵) بود. معیارهای خروج نیز شامل عدم تمایل به ادامه درمان، نوموفوبیای پایین تر از متوسط و یا نوموفوبیا شدید نیازمند به درمان های روان پزشکی، مصرف داروهای روان پزشکی، ابتلا به اختلالات حاد و مزمن روانشناختی و تحت درمان بودن از طریق درمان های روان پزشکی، عدم حضور در بیش از دو جلسه آموزشی-درمانی بود. هم چنین افراد شرکت کننده در انواع آموزش های روانی به طور همزمان با دوره بین سنجش خط پایه و نقطه پس از مداخله (۴۵ روز بعد از خط پایه) نیز از مطالعه خارج شدند.

ب) ابزار

پرسشنامه نوموفوبیا^۱: این پرسشنامه برای سنجش اختلال بی موبایل هراسی به کار می رود و از ۱۴ سؤال تشکیل شده است. نمره گذاری پرسشنامه به صورت طیف لیکرت ۵ درجه ای است که برای به دست آوردن نمره کلی پرسشنامه، مجموع نمرات مربوط به تک تک سؤالات پرسشنامه را با هم جمع می کنند. نمره کل بالاتر نشان دهنده نوموفوبیای بالاتر در فرد پاسخ دهنده خواهد بود. پایایی این پرسشنامه در بین دانشجویان رشته علوم

انسانی در دانشگاه علامه طباطبائی مورد بررسی اولیه واقع شد که مقدار آن ۰/۷۰ به دست آمد که مقدار مناسبی بود. در ارزیابی و اجرای اولیه پرسشنامه که بر روی ۶۰ نفر از دانشجویان دانشکده های حقوق و علوم سیاسی، روانشناسی و علوم تربیتی، مدیریت و حسابداری و اقتصاد انجام شد میزان میانگین محاسبه شده معادل ۳۹/۸۸ و واریانس برابر با ۱۱۹/۷۰ و نیز انحراف استاندارد آن ۱۰/۹۴ برآورد شد. روایی صوری و محتوایی این مقیاس بعد از ارائه به برخی اساتید متخصص در حوزه روان سنجی مورد ارزیابی قرار گرفته و تأیید شد (آزادمنش و همکاران، ۱۳۹۵). لازم به یادآوری است که در مطالعه حاضر از پرسشنامه نوموفوبیا برای غربالگری نوجوانان جهت ورود به نمونه مورد مطالعه استفاده شد.

پرسشنامه بهزیستی هیجانی^۲ (محقق ساخته): با استفاده از منابع مرتبط در زمینه بهزیستی هیجانی، مجموعه ای از سؤالات گردآوری شد و پرسشنامه ای جهت سنجش بهزیستی هیجانی تدوین شد که دارای ۱۴ سؤال است که با مقیاس لیکرتی پنج درجه ای (کاملاً نادرست تا همیشه درست) نمره گذاری می شود. حداقل نمره در این پرسشنامه ۱۴ و حداکثر نمره ۷۰ است. هنجاریابی پرسشنامه در دو فاز مورد بررسی قرار گرفت. در فاز نخست، بر روی ۴۰ نوجوان اجرا شد و در فاز دوم بر روی نمونه پژوهش حاضر به تعداد ۳۰ نفر پس از تشخیص نوموفوبیا اجرا شد. بررسی روایی و پایایی پرسشنامه محقق ساخته بهزیستی هیجانی بر روی گروه نوجوانان مورد مطالعه نشان داد که ضریب آلفای کرونباخ مقیاس ۰/۹۱ بود که نشان دهنده همسانی درونی ابزار بود. ضریب بازآزمایی پرسشنامه بعد از هشت هفته اجرای مجدد در بین ۳۰ نفر، برابر ۰/۸۸ بود. نتایج بررسی روایی محتوای این پرسشنامه نشان داد که نمره نسبت روایی محتوا (CVR) بالاتر از نمره مورد قبول ۰/۶۲ و متوسط شاخص روایی محتوا (CVI) نیز بالاتر از نمره مورد قبول ۰/۷۹ بود. همچنین جهت بررسی روایی همگرا پرسشنامه بهزیستی هیجانی، همبستگی نمرات این پرسشنامه با پرسشنامه بهزیستی هیجانی کیز و ماگیارمو (۲۰۰۳) بررسی شد که نشان دهنده همبستگی معنادار متوسط دو ابزار و روایی همزمان این پرسشنامه بود.

1. nomophobia Questionnaire

2. emotional well-being Questionnaire

ج) روش اجرا

روش پژوهش حاضر به این صورت بود که نوجوانان انتخاب شده با استفاده از یک لیست شمارش تصادفی توسط یک پژوهشگر مستقل به دو گروه ۱۵ نفری آزمایش و گواه جایابی شدند. پیش از شروع مداخله، تمامی شرکت کنندگان فرم رضایت آگاهانه را تکمیل کردند. گروه آزمایش، ۱۲ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای درمان فراتشخیصی بارلو و همکاران (۲۰۱۱) را به صورت هفتگی (هفته‌ای یک جلسه) دریافت کردند اما اعضای گروه گواه

هیچ گونه مداخله‌ای دریافت نکردند. فشرده محتوای مداخله مورد استفاده در مطالعه حاضر در جدول ۱ ارائه شده است. اعضای گروه‌های آزمایش و گواه در مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پس از دو ماه پیگیری به پرسشنامه محقق ساخته بهزیستی هیجانی پاسخ دادند. همچنین برای تحلیل داده‌ها در بخش توصیفی، از میانگین و انحراف معیار و در بخش استنباطی از روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر با استفاده از نسخه ۲۹ نرم‌افزار SPSS استفاده شد.

جدول ۱. خلاصه جلسات مداخله درمان فراتشخیصی بارلو و همکاران (۲۰۱۱)

جلسه	عنوان	محتوی جلسات
اول	معارفه و افزایش انگیزه	معارفه اعضا با یکدیگر، مصاحبه انگیزشی برای مشارکت و درگیری افراد شرکت کننده در طول درمان، ارائه منطق و اهداف درمان
دوم	ارائه آموزش روانی	بازشناسی هیجان‌ها، ردیابی تجارب هیجانی و آموزش مدل سه مؤلفه‌ای تجارب هیجان و مدل ARC
سوم - چهارم	آموزش آگاهی هیجانی	یادگیری مشاهده تجارب هیجانی (هیجان‌ها و واکنش به هیجان‌ها)، به خصوص با استفاده از تکنیک های ذهن آگاهی
پنجم	ارزیابی و ارزیابی مجدد شناختی	ایجاد آگاهی از تأثیر و ارتباط متقابل بین افکار و هیجان‌ها، شناسایی ارزیابی‌های ناسازگارانه خودکار و تله‌های شایع تفکر، ارزیابی مجدد شناختی و افزایش انعطاف‌پذیری در تفکر
ششم	شناسایی الگوهای اجتناب از هیجان	آشنایی با راهبردهای مختلف اجتناب از هیجان، تأثیر آن بر تجارب هیجانی و آگاهی یافتن از اثرات متناقض اجتناب از هیجان
هفتم	بررسی رفتارهای هیجان خاست (EDBs)	آشنایی و شناسایی رفتارهای هیجان خاست روی تجارب هیجانی، شناسایی رفتارهای هیجان خاست ناسازگارانه و ایجاد گرایش‌های عمل جایگزین به واسطه رویارویی با رفتارها
هشتم	آگاهی و تحمل احساسات جسمانی در تجارب هیجانی	انجام تمرینات مواجهه یا رویارویی احشایی به منظور آگاهی از احساس‌های جسمانی و افزایش تحمل این علائم
نهم - دهم - یازدهم	رویارویی احشایی و رویارویی با هیجان مبتنی بر موقعیت	آگاهی یافتن از منطق رویارویی‌های هیجانی، آموزش نحوه تهیه سلسله مراتبی ترس، اجتناب و طراحی تمرین‌های مواجهه هیجانی مکرر و اثربخش به صورت تجسمی، عینی و ممانعت از اجتناب
دوازدهم	پیشگیری از عود و اختتام	پیشگیری از عود، مرور کلی مفاهیم درمان و بحث در مورد بهبودی و پیشرفت‌های درمانی افراد شرکت کننده و آماده‌سازی جهت خاتمه جلسات

یافته‌ها

بر طبق اطلاعات جمعیت شناختی شرکت کنندگان در مطالعه حاضر، در گروه آزمایش (مداخله فراتشخیصی بارلو)، میانگین (انحراف معیار) سن نوجوانان مبتلا به نوموفوبیا برابر با ۱۵/۶۸ (۱/۳۵) و گروه گواه ۱۵/۸۱ (۱/۵۱) به دست آمد. در گروه آزمایش، غالب مادران نوجوانان مبتلا به نوموفوبیا دارای تحصیلات زیردیپلم و دیپلم برابر با ۷ نفر (۴۳/۸ درصد) بودند و همچنین غالب مادران اعضای شرکت کننده در گروه گواه نیز برابر با ۷ نفر (۴۳/۸ درصد) دارای تحصیلات لیسانس بودند.

علاوه بر این، در گروه آزمایش غالب پدران نوجوانان مبتلا به نوموفوبیا دارای تحصیلات زیردیپلم و دیپلم برابر با ۷ نفر (۴۳/۸ درصد) بودند و در گروه گواه نیز غالب پدران نوجوانان شرکت کننده برابر با ۶ نفر (۳۷/۵ درصد) دارای تحصیلات لیسانس و بالاتر بودند. شاخص‌های توصیفی (میانگین و انحراف معیار) متغیر بهزیستی هیجانی گروه‌های آزمایش و گواه در سه مرحله زمانی پژوهش حاضر (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲. شاخص‌های توصیفی (میانگین و انحراف معیار) بهزیستی هیجانی گروه‌های آزمایش و گواه در سه مرحله زمانی

متغیر	زمان	گروه آزمایش		گروه گواه		سطح معناداری آزمون T
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
بهزیستی هیجانی	پیش آزمون	۲۳/۵۰۰	۳/۹۱	۲۲/۲۳۱	۴/۶۹	۰/۵۰۰
	پس آزمون	۳۴/۰۰۰	۳/۸۶	۲۳/۳۷۵	۴/۵۰	۰/۰۰۱
	پیگیری	۲۸/۵۰۰	۴/۰۰	۲۴/۹۳۷	۳/۷۳	۰/۰۰۱

با توجه به نتایج جدول ۲، میانگین بهزیستی هیجانی قبل از مداخله در دو گروه آزمایش و گواه، تفاوت معناداری نداشته است ($P > 0/01$). اما میانگین بهزیستی هیجانی بعد از مداخله در گروه آزمایش، تفاوت معناداری را نشان می‌دهد ($P < 0/01$).

همچنین به منظور بررسی مفروضه نرمال بودن توزیع داده‌ها از آزمون‌های شاپیرو-ویلک، لوین، ام‌باکس و ماچلی در متغیر بهزیستی هیجانی برای هر دو گروه (آزمایش و گواه) در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری استفاده شد که نتایج آن‌ها در جدول ۳ آمده است.

جدول ۳. نتایج آزمون شاپیرو-ویلک، لوین، ام‌باکس و ماچلی در متغیر بهزیستی هیجانی

آزمون	آزمون شاپیرو-ویلک		آزمون لوین	
	آماره	معناداری	آماره	معناداری
پیش آزمون	۰/۹۷	۰/۲۹	۱/۸۴	۰/۰۹
پس آزمون	۰/۹۶	۰/۳۱	۱/۸۱	۰/۰۴
پیگیری	۰/۹۸	۰/۰۸	۰/۶۰	۰/۶۱
آزمون ام‌باکس	آزمون ماچلی			
	آماره	معناداری	آماره	معناداری
		۰/۱۵	۰/۲۴	۰/۰۲۱

چنان که در جدول ۳ مشاهده می‌شود، بهزیستی هیجانی در هر سه مرحله اجرای پژوهش حاضر (پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری)، دارای توزیع نرمال، برابری واریانس خطا و برابری ماتریس واریانس-کوواریانس بوده است. همچنین نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد که آزمون ماچلی معنادار است؛ یعنی پیش فرض کرویت رعایت نشده است. در مواردی که فرض کرویت

رعایت نشده است، بر مبنای اصلاح درجه آزادی بر حسب اپسیلون به آماره گرین هاوس-گیزر در جداول تحلیل نهایی مراجعه شده است. ازاین‌رو با توجه به رعایت مفروضه‌های مذکور، برای بررسی روند تغییرات از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد. نتایج آزمون چندمتغیره نمرات بهزیستی هیجانی در جدول ۴ ارائه شده است.

جدول ۴. نتایج آزمون چند متغیره نمرات بهزیستی هیجانی

متغیر	اثر	ضریب	F	درجه آزادی فرض	درجه آزادی خطا	سطح احتمال	اندازه اثر	توان آماری
اثر زمان	اثر پیلای	۰/۹۶۱	۳۵۲/۶۶۳	۲	۲۹	۰/۰۰۱	۰/۹۶۱	۱/۰۰
	لامبدای ویلکز	۰/۰۳۹	۳۵۲/۶۶۳	۲	۲۹	۰/۰۰۱	۰/۹۶۱	۱/۰۰
اثر زمان × گروه	اثر پیلای	۰/۹۵۵	۳۰۴/۹۵۰	۲	۲۹	۰/۰۰۱	۰/۹۵۵	۱/۰۰
	لامبدای ویلکز	۰/۰۴۵	۳۰۴/۹۵۰	۲	۲۹	۰/۰۰۱	۰/۹۵۵	۱/۰۰

نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد که تحلیل چند متغیره در متغیر بهزیستی هیجانی برای اثر زمان، معنی دار است ($P < 0/001$) و همچنین در تعامل زمان و

عضویت گروهی نیز معنی دار به دست آمده است ($P < 0/001$). به عبارت دیگر، مراحل پژوهش شامل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری به صورت

دارد. نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر در جدول ۵ ارائه شده است.

کلی معنی دار است، همچنین روند مراحل پژوهش، یعنی پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری و یا اثر زمان در دو گروه با هم تفاوت معنی داری

جدول ۵. نتایج تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر در متغیر بهزیستی هیجانی

متغیر	منبع اثر	مجموع مجدورات	DF	میانگین مجدورات	F	معناداری	مجدور انا	توان آزمون
بهزیستی هیجانی	زمان	۵۲۰/۵۶۳	۱/۵۵۴	۳۳۴/۹۰۵	۲۳۰/۰۸۳	۰/۰۰۱	۰/۸۸۵	۱/۰۰۰
	درون گروهی	۳۷۸/۸۹۶	۱/۵۵۴	۲۴۳/۷۶۳	۱۶۷/۴۶۸	۰/۰۰۱	۰/۸۴۸	۱/۰۰۰
	خطا (زمان)	۶۷/۸۷۵	۴۶/۶۳۱	۱/۴۵۶			-	
	گروه	۴۶۳/۷۶۰	۱	۴۶۳/۷۶۰	۹/۴۷۲	۰/۰۰۴	۰/۲۴۰	۰/۸۴۶
بین گروهی	خطا	۱۴۶۸/۸۱۳	۳۰	۴۸/۹۶۰			-	

($P < ۰/۰۱$) وجود دارد. در ادامه مقایسه میانگین نمرات متغیر بهزیستی هیجانی در مراحل سه گانه پژوهش (پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری) در دو گروه آزمایش و گواه با استفاده از آزمون تعقیبی بونفرونی در جدول ۶ ارائه شده است.

مطابق با نتایج جدول ۵ در بخش اثر درون گروهی، عامل زمان و تعامل زمان و گروه نشان می دهد که در متغیر بهزیستی هیجانی از نظر زمانی و تعامل زمان با گروه تفاوت معناداری ($P < ۰/۰۱$) وجود دارد. همچنین در بخش اثر بین گروهی مشاهده می شود در عامل گروه، تفاوت معناداری

جدول ۶. نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی جهت مقایسه میانگین نمرات بهزیستی هیجانی در مراحل سه گانه پژوهش

گروه	مراحل	تفاوت میانگین	معنی داری	گروه	مراحل	تفاوت میانگین	معنی داری
آزمایش	پیش آزمون	پس آزمون	۰/۰۰۱	گواه	پیش آزمون	پس آزمون	۰/۰۰۱
	پیگیری	پیگیری	۰/۰۰۱		پیگیری	پیگیری	۰/۰۰۱
	پس آزمون	پیگیری	۰/۰۰۱		پس آزمون	پیگیری	۰/۰۰۱

اما یافته های این پژوهش به طور غیرمستقیم با نتایج برخی مطالعات مرتبط همسو است (کارگر و همکاران، ۱۴۰۲؛ حسینی و زندکری، ۱۴۰۲؛ رضوی، ۱۴۰۲؛ احمدزاده و همکاران، ۱۴۰۱؛ قادری و همکاران، ۱۴۰۰). موفقیت های درمان فراتشخیصی را می توانیم از اثر بخشی رویکرد به دلایلی که بیان می شود بالاتر بدانیم: در وهله اول به رویکرد مبتنی بر شواهد یا پشتوانه تجربی درمان اشاره می کنیم که می تواند به درمانگر کمک کند که چگونه روش های یاری رسانی به خود را به نوجوان آموزش دهد تا نوجوان در زندگی عملکرد بهتری داشته باشد. از طرف دیگر، این رویکرد دارای دستورالعمل های مشخصی برای پیاده سازی درمان می باشد که همین امر سبب می شود نوجوان در به کارگیری مهارت های آموخته شده ترغیب شود. در تبیین دیگر، راهبردهای مبتنی بر شواهد، یک زبان کلی متمرکز بر هیجان را ارائه می دهند که به مقوله های تجربه ترس، نگرانی، غم، خشم و... اشاره دارد. این پروتکل شیوه های تربیتی والدین و رفتارهای آن ها را در رابطه با اختلال های هیجانی چندگانه نوجوانان مورد هدف قرار می دهد و

بر اساس نتایج جدول ۶، تفاوت میانگین نمرات بهزیستی هیجانی در گروه آزمایش، در مرحله پیش آزمون با پس آزمون و همچنین پیش آزمون با پیگیری و پس آزمون و پیگیری معنی دار است ($P < ۰/۰۰۱$)، اما تفاوت میانگین نمرات بهزیستی هیجانی در هر سه مرحله پیش آزمون با پس آزمون و پیگیری، همچنین مرحله پس آزمون با پیگیری در گروه گواه معنی دار به دست نیامده است ($P > ۰/۰۵$).

بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی درمان فراتشخیصی بارلو بر بهزیستی هیجانی نوجوانان مبتلا به نوموفوبیا انجام شد.

نتایج مطالعه حاضر نشان داد درمان فراتشخیصی بارلو بر بهزیستی هیجانی نوجوانان مبتلا به نوموفوبیا (بی موبایل هراسی) اثربخش است و باعث افزایش سطح بهزیستی هیجانی نوجوانان شرکت کننده در گروه آزمایش می شود. هر چند مطالعات مشابه در مورد موضوع پژوهش حاضر یافت نشد،

در مواردی که رفتارها و نگرش والدین به طور واضح در بیشتر شدن علائم نوجوانان تأثیرگذار بوده و کارایی دارد، برای مثال، رفتارهای بیش کنترلی، بیش حمایت گری، عدم تقویت مثبت، عدم توجه به احساسات و عدم درک آن‌ها. ویژگی منحصر به فرد پروتکل فراتشخیصی این فرصت را در اختیار درمانگران قرار می‌دهد که بتوان درمان را به صورت کامل اجرا کند و یا متناسب با ویژگی درمانجویان آن را فردی‌تر کرده و فقط برخی از بخش‌های آن را اجرا کند. این رویکرد هم در اجرای انفرادی رایج است و هم در اجرای گروهی اثرگذاری دارد (اهرنچ می و همکاران، ۲۰۲۱). دیگر نقطه قوت درمان فراتشخیصی در تعیین تکالیف خانگی است. این تکالیف یادگیری به نوجوانان اجازه می‌دهد که مفاهیم آموخته شده را در تجربه‌های زندگی واقعی خارج از بافت درمانی به کار گیرند و باعث تعمیم دادن مهارت‌ها در جریان زندگی شود. به علاوه در طول مدت درمان، فرم‌های نظارتی (فرم قبل از هیجان، در طول هیجان، بعد از هیجان و پیگیری) فعالیت‌های هفتگی در دسترس است که سبب می‌شود تمرکز نوجوان بر روی تجربه‌های هیجانی و رفتارهای مواجهه‌ای حفظ شود (فرانک و دیویدسون، ۲۰۱۴).

در ادامه تبیین می‌توان به طول و هزینه کلی درمان اشاره کرد و نیز می‌توان اذعان کرد که از طریق آموزش راهبردها، درمان ساده و در دسترس می‌شود که در نتیجه درمان قابل لمس می‌باشد (لایکزنرینگ و اشتاینر، ۲۰۱۸). ناگفته نماند که در اجرای گام به گام مراحل درمانی ابتدا مفهوم‌سازی و فرمول‌بندی مسئله را داریم و در حین اجرا از انعطاف‌پذیری و خلاقیت درمانی به جای مداخلات رباتیک استفاده می‌شود. در رویکردهای فرمول‌بندی که برگرفته از نظریه‌های شناختی، یادگیری و هیجانی است بر مشکلات و مکانیسم‌های روانی زیربنایی مشکلات تأکید دارد و متغیرهای محیطی و فیزیولوژیکی را نیز در بر می‌گیرد و به منظور تقویت خود پنداره درمانجویان، نقاط قوت شخصی در برنامه گنجانده می‌شود که می‌تواند پریشانی هیجانی و اختلالات عملکردی را کاهش دهد و در عین حال پیشگیری از عود و تاب‌آوری در برابر عوامل استرس‌زای آینده را افزایش دهد. در فرمول‌بندی، فرضیه‌های مختلفی از نظر گزینه‌های درمانی مدنظر قرار می‌گیرد که آیا یک سازه منفرد در یک اختلال دخیل است یا چند سازه (منفرد-همبودی یا تک‌سازه-چندسازه) (ماز و چلی و ساندروز، ۲۰۱۰).

برجستگی دیدگاه فراتشخیصی، توجه به همبودی‌های روان‌پزشکی به جای رویکردهای علامت محور و اختلال ویژه می‌باشد (ایگان، هاتاوی و کان، ۲۰۱۳). این رویکرد به جای ایجاد مدل‌های درمانی جدید، بر عصاره‌گیری از اصول درمان‌های موجود استوار است و از محدودیت‌های طبقه‌بندی مقوله‌ای مانند راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی^۱ (انجمن روان‌پزشکی آمریکا) فراتر می‌رود و به ترکیب اشتراکات سازه‌های نظری مدل‌های درمانی و تشخیصی در یک سیستم منسجم، یکپارچه و به صرفه کمک می‌کند (فرانک و دیویدسون، ۲۰۱۴).

علی‌رغم اثرگذاری رویکرد فراتشخیصی، نباید از معایب این رویکرد غافل شد. یکی از این معایب آن، ارائه یک پروتکل واحد برای همه افراد است که تناقض چشمگیری با شخصی‌سازی در روان‌درمانی دارد (شاوئوفله و همکاران، ۲۰۲۱). حتی می‌توان چنین بیان کرد که درمان فراتشخیصی، تفاوت‌های فردی و انواع اختلالات را نادیده گرفته است که نتیجه نهایی درمان را با فهرست نامنظمی از عوامل فراتشخیصی، کامل می‌کند که هدف درمان را با چالش مواجه خواهد کرد (اهرنچ می و همکاران، ترجمه ضرغامی، اکبری و سروری، ۱۳۹۸) با لفظ تبیینی دیگر می‌توانیم به مکانیسم‌های فراتشخیصی که شامل مکانیسم‌های آسیب‌پذیری و پاسخ هستند، اشاره کرد. به این معنی که فراتشخیص فقط هیجان را مورد توجه قرار داده است و به عوامل زیربنایی مانند بدتنظیمی کارکردهای اجرایی، پردازش، ذخیره و بازیابی اطلاعات، طرحواره‌های منفی، عدم تحمل پریشانی، مسئولیت‌پذیری افراطی، راهبردهای اجتناب-فرار و... توجهی نشان نداده است (فرانک و دیویدسون، ۲۰۱۴). همچنین لازم است عوامل استرس‌زای محیطی، نقص‌های پزشکی و سایر عواملی که ممکن است مشکلات را بدتر کنند یا مانع درمان شوند، در نظر گرفته شوند تا اثر بخشی درمان فراتشخیصی کارا تر شود.

این پژوهش مانند سایر پژوهش‌ها، دارای محدودیت‌هایی بود. از جمله محدودیت‌ها این بود که پژوهش حاضر فقط روی نوجوانان دختر شهر اصفهان در بازه سنی ۱۸-۱۴ سال اجرا شده است، بنابراین بایستی در تعمیم یافته‌ها به دیگر گروه‌های سنی نوجوانان و سایر مناطق جغرافیایی احتیاط کرد. همچنین در استای این محدودیت‌ها، پیشنهاد می‌شود تأثیر آموزش درمان فراتشخیص بارلو را در گروه‌های خاص (معلولین جسمی، حرکتی،

¹. Diagnostic and Statistical Manual of Psychiatric Disorders

ملاحظات اخلاقی

پیروی از اصول اخلاق پژوهش: این مقاله برگرفته از رساله دکتری نویسنده اول در رشته مشاوره دانشگاه آزاد اسلامی، واحد خمینی شهر است. در این مطالعه، تمامی ملاحظات اخلاقی از جمله حفظ اصول رازداری، محفوظ ماندن اطلاعات به دست آمده از شرکت کنندگان و همچنین امکان خروج آزادانه آن‌ها در هر مرحله از فرآیند پژوهش، رعایت شده است.

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

نقش هر یک از نویسندگان: نویسنده اول پژوهشگر اصلی این پژوهش است. نویسنده دوم، استاد راهنما و نویسنده سوم نیز استاد مشاور رساله می‌باشند.

تضاد منافع: نویسندگان هیچ تضاد منفعی در رابطه با این پژوهش اعلام نمی‌نمایند.

تشکر و قدردانی: بدین وسیله از تمامی شرکت کنندگان که در انجام این پژوهش همکاری داشتند، تشکر و قدردانی می‌نمایم.

بیماران صعب‌العلاج مانند سرطان و ام‌اس)، کودکان و حتی در خانواده درمانی بررسی شود. انجام چنین پژوهش‌هایی در گروه پسران و مقایسه نتایج آن با یافته‌های پژوهش حاضر ضروری است و در نهایت، از آنجایی که مداومت در آموزش، تکرار و تمرین آموخته‌ها باعث تغییر رفتار و نگرش فرد می‌شود. علاوه بر این، لازم است این مطالعه در مدت زمان طولانی‌تری انجام گیرد و امکاناتی فراهم شود که بتوان حداقل تا شش ماه پس از پایان دوره آموزشی-درمانی ماندگاری آثار آموزش و درمان بررسی شود. همچنین کاربرد این نوع درمان می‌تواند برای نوجوانانی که دشواری در تنظیم هیجان‌های خاص مانند رفتارهای خودزنی، رفتارهای تخریبی مانند اختلال نافرمانی مقابله‌ای یا اختلال شخصیت مرزی دارند، استفاده شود. افزون بر این لازم است این پروتکل درمانی بر روی نوجوانانی که سطح عواطف قوی و شدید منفی یا مثبت دارند به کار گرفته شود تا بتوانند تجارب هیجانی را با پریشانی کمتری تجربه کنند. در نهایت، پیشنهاد می‌شود از نسخه بزرگسالان برای درمان اختلال‌های هیجانی بزرگسالان و والدین استفاده شود.

منابع

آزادمنش، حمیرا؛ احدی، حسن و منشی، غلامرضا (۱۳۹۵). ساخت و اعتباریابی پرسشنامه بی‌مویایل هراسی. *فصلنامه اندیشه‌گیری تربیتی*، ۶(۲۳)، ۱-۲۲.

<https://doi.org/10.22054/jem.2016.6150>

احمدزاده، طاهره؛ شریفی، طیه؛ احمدی، رضا و غضنفری احمد (۱۴۰۱). اثربخشی آموزش تنظیم هیجان بر مهارت‌های ارتباطی، سازگاری اجتماعی و بهزیستی هیجانی دختران نوجوان شهر گچساران با پیگیری دوماهه. *رویش روانشناسی*، ۱۱(۱)، ۱۴۳-۱۵۴.

<http://frooyesh.ir/article-1-3263-fa.html>

حسینی، محدثه و زند کرمی، غزاله (۱۴۰۲). تاثیر پروتکل فراتشخیص یکپارچه بر قلدری و رفتارهای پر خطر نوجوانان. *هفتمین همایش بین‌المللی مطالعات دینی، علوم/انسانی و اخلاق زیستی در جهان اسلام*. تهران.

<https://en.civilica.com/doc/1713080/>

رضوی، محمد (۱۴۰۲). مدل فراتشخیص یکپارچه‌نگر بارلو بر تنظیم هیجانی زنان دارای پرخوری عصبی. *اولین همایش ملی زیستن با کیفیت از منظر روانشناسی، مشاوره و مددکاری اجتماعی*. دانشگاه آزاد اسلامی، واحد خمینی‌شهر.

<https://civilica.com/doc/1689734/>

سبزی، زهرا؛ منجری، حمیده؛ رویانی، زهرا؛ آریایی، محمد؛ جعفری، یعقوب؛ احمدی، قربانعلی. (۱۳۹۴). احساس ذهنی بهزیستی در دانشجویان پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی گلستان. *توسعه پژوهش در پرستاری و مامایی*، ۱۲(۱)، ۷۶-۸۴.

<http://nmj.goums.ac.ir/article-1-709-fa.html>

صدر، علی؛ دوستکام، محسن؛ شاره، حسین؛ بلقان‌آبادی، مصطفی (۱۳۹۹). مقایسه اثربخشی درمان فراتشخیصی بارلو و درمان نظم‌جویی هیجانی منین و فراسکو بر علائم اختلال اضطراب فراگیر (گزارش موردی). *تحقیقات علوم رفتاری*، ۱۸(۱)، ۱۱-۲۵.

<http://rbs.mui.ac.ir/article-1-758-fa.html>

طباطبایی‌نژاد، فاطمه‌السادات؛ گل‌پرور، محسن و آقایی، اصغر (۱۳۹۷). تاثیر درمان ذهن‌آگاهی مثبت محور، شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و درمان شناختی-رفتاری بر پرخاشگری و حالات خلقی دانش‌آموزان دختر افسرده. *تحقیقات علوم رفتاری*، ۱۶(۳)، ۲۸۵-۲۹۸.

<https://doi.org/10.52547/rbs.16.3.285>

قادری، فرزاد؛ اکرمی، ناهید؛ نامداری، کورش و عابدی، احمد (۱۴۰۰). مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری یکپارچه با درمان فراتشخیص بر علائم بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر همبود با افسردگی. *مجله روان پزشکی و روانشناسی بالینی ایران*، ۲۷(۴)، ۴۵۷-۴۴۰.

<https://doi.org/10.32598/ijpcp.27.4.3067.3>

کارگر، کیمیا؛ وزیری، شهرام؛ لطفی کاشانی، فرح؛ نصری، مریم و شهابی‌زاده، فاطمه (۱۴۰۲). اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر بر ابرازگری هیجانی و عملکرد جنسی زنان ناباور. *نشریه علمی روانشناسی سلامت*، ۱۲(۲)، ۴۰-۲۳.

<https://doi.org/10.30473/hjpj.2023.64543.5580>

نوفرستی، اعظم؛ روشن، رسول؛ فتی، لادن؛ حسن‌آبادی، حمیدرضا؛ پسندیده، عباس و شعیری، محمدرضا (۱۳۹۴). اثربخشی روان‌درمانی مثبت‌گرا بر شادکامی و بهزیستی روانشناختی افراد دارای نشانه‌های افسردگی: مطالعه تک‌آزمودنی با چند خط پایه. *پژوهشنامه روانشناسی مثبت*، ۱(۱)، ۱-۱۸.

https://ppls.ui.ac.ir/article_18992.html?lang=fa

References

- Ahmadzadeh, T., Sharifi, T., Ahmadi, R., & Ghazanfari, A. (2022). Effectiveness of emotion regulation training on communication skills, social adjustment and emotional wellbeing among adolescent girls of Gachsaran city with two months' follow-up. *Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal (RRJ)*, 11(1), 143-154. [Persian] <http://frooyesh.ir/article-1-3263-fa.html>
- Azadmanesh, H., Ahadi, H., & Manshaee, G. (2016). Developing and Standardization of the nomobophobia Questionnaire. *Quarterly of Educational Measurement*, 6(23), 1-22. [Persian] <https://doi.org/10.22054/jem.2016.6150>
- Barlow DH, Farchione TJ, Bullis JR, Gallagher MW, Murray-Latin H, Sauer-Zavala S, Bentley KH, Thompson-Hollands J, Conklin LR, Boswell JF, Ametaj A, Carl JR, Boettcher HT, Cassiello-Robbins C (2017). The Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders Compared with Diagnosis-Specific Protocols for Anxiety Disorders: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Psychiatry*, 174(9), 875-884. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2017.2164>
- Bernerth, J. B., & Hirschfeld, R. R. (2016). The subjective well-being of group leaders as explained by the quality of leader-member exchange. *The Leadership Quarterly*, 27(4), 697-710. <https://doi.org/10.1016/j.leaqua.2016.04.003>
- Bragazzi, N. L., & Del Puente, G. (2014). A proposal for including nomophobia in the new DSM-V. *Psychology research and behavior management*, 155-160. <https://doi.org/10.2147/PRBM.S41386>

- De-Sola Gutiérrez, J., Rodríguez de Fonseca, F., & Rubio, G. (2016). Cell-phone addiction: A review. *Frontiers in psychiatry*, 7, 175. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2016.00175>
- Dieris-Hirche, J., Bottel, L., Bielefeld, M., Steinbuechel, T., Kehyayan, A., Dieris, B., & te Wildt, B. (2017). Media use and Internet addiction in adult depression: A case-control study. *Computers in Human Behavior*, 68, 96-103. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2016.11.016>
- Ehrenreich-May, J., & Kennedy, S. M. (Eds.). (2021). *Applications of the unified protocols for transdiagnostic treatment of emotional disorders in children and adolescents*. Oxford University Press.
- Egan, S. J., Hattaway, M., & Kane, R. T. (2014). The relationship between perfectionism and rumination in post traumatic stress disorder. *Behavioural and cognitive psychotherapy*, 42(2), 211-223. <https://doi.org/10.1017/S1352465812001129>
- Elhai, J. D., Tiamiyu, M. F., Weeks, J. W., Levine, J. C., Picard, K. J., & Hall, B. J. (2018). Depression and emotion regulation predict objective smartphone use measured over one week. *Personality and Individual Differences*, 133, 21-28. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2017.04.051>
- Frank, R. I., & Davidson, J. (2014). *The transdiagnostic road map to case formulation and treatment planning: Practical guidance for clinical decision making*. New Harbinger Publications.
- Ghaderi, F., Akrami, N., Namdari, K., & Abedi, A. (2022). Comparing the effects of integrated cognitive-behavioral therapy and transdiagnostic treatment on symptoms of patients with generalized anxiety disorder comorbid with depression. *Iranian journal of psychiatry and clinical psychology*, 27(4), 440-457. [Persian] <https://doi.org/10.32598/ijpcp.27.4.3067.3>
- Hosseini, M., & Zandkarimi, GH (2023). The effect of the integrated metadiagnostic protocol on bullying and high-risk behaviors of adolescents. *7th International Conference on Religious Studies, Humanities and Bioethics in the Islamic World*, Tehran. [Persian] <https://en.civilica.com/doc/1713080/>
- Jovanović, V. (2016). Trust and subjective well-being: The case of Serbia. *Personality and Individual Differences*, 98, 284-288. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2016.04.061>
- Kang, S., & Jung, J. (2014). Mobile communication for human needs: A comparison of smartphone use between the US and Korea. *Computers in Human Behavior*, 35, 376-387. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2014.03.024>
- Kargar, K., Vaziri, S., Lotfi Kashani, F., Nasri, M., & Shahabizadeh, F. (2023). Efficacy of Unified Trans-Diagnostic Treatment on the Emotional Expression and Sexual Function in Infertile Women's. *Health Psychology*, 12(46), 23-40. <https://doi.org/10.30473/hpj.2023.64543.5580>
- Kring, A. M., & Sloan, D. M. (Eds.). (2009). *Emotion regulation and psychopathology: A transdiagnostic approach to etiology and treatment*. Guilford Press.
- Krueger, R. F., & Markon, K. E. (2006). Reinterpreting comorbidity: A model-based approach to understanding and classifying psychopathology. *Annu. Rev. Clin. Psychol.*, 2, 111-133. <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.2.022305.095213>
- Leichsenring, F., & Steinert, C. (2018). Towards an evidence-based unified psychodynamic protocol for emotional disorders. *Journal of affective disorders*, 232, 400-416. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.11.036>
- Lopez-Fernandez, O., Kuss, D. J., Romo, L., Morvan, Y., Kern, L., Graziani, P., ... & Billieux, J. (2017). Self-reported dependence on mobile phones in young adults: A European cross-cultural empirical survey. *Journal of behavioral addictions*, 6(2), 168-177. <https://doi.org/10.1556/2006.6.2017.020>
- Mazzucchelli, T. G., & Sanders, M. R. (2010). Facilitating practitioner flexibility within an empirically supported intervention: Lessons from a system of parenting support. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 17(3), 238-252. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2850.2010.01215.x>
- Noferesty, A., Roshan, R., Fata, L., Hassan Abadi, H. R., Pasandideh, A., & Shaeiri, M. R. (2015). The Effectiveness of Positive Thinking Intervention Program on Happiness and Irrational Beliefs of Delinquent Adolescents. *Positive Psychology Research*, 1(1), 1-18. https://pppls.ui.ac.ir/article_18992.html?lang=fa
- Norton, P. J. (2012). A randomized clinical trial of transdiagnostic cognitive-behavioral treatments for anxiety disorder by comparison to relaxation training. *Behavior Therapy*, 43(3), 506-517. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2010.08.011>
- Norton, P. J., & Paulus, D. J. (2016). Toward a unified treatment for emotional disorders: update on the science and practice. *Behavior Therapy*, 47(6), 854-868. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2015.07.002>

- Norton, P. J. (2008). An open trial of transdiagnostic cognitive-behavioral group therapy for anxiety disorders. *Behavior Therapy*, 39(3), 242–250. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2007.08.002>
- Norton, P. J., & Hope, D. A. (2005). Preliminary evaluation of a broad-spectrum cognitive-behavioral group therapy for anxiety. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 36(2), 79-97. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2004.07.002>
- Norton, P. J., & Philipp, L. M. (2008). Transdiagnostic approaches to the treatment of anxiety disorders: A quantitative review. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 45(2), 214-226. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.45.2.214>
- Norton, P. J., & Whittal, M. L. (2004). Thematic similarity and clinical outcome in obsessive-compulsive disorder group treatment. *Depression and anxiety*, 20(4), 195-197. <https://doi.org/10.1002/da.20035>
- Norton, P. J., Hayes, S. A., & Hope, D. A. (2004). Effects of a transdiagnostic group treatment for anxiety on secondary depression. *Depression and anxiety*, 20(4), 198-202. <https://doi.org/10.1002/da.20045>
- Norton, P. J., Hayes, S. A., & Springer, J. R. (2008). Transdiagnostic cognitive-behavioral group therapy for anxiety: Outcome and process. *International Journal of Cognitive Therapy*, 1(3), 266-279. <https://doi.org/10.1521/ijct.2008.1.3.266>
- Payne, L. A., Ellard, K. K., Farchione, T. J., Fairholme, C. P., & Barlow, D. H. (2014). Emotional disorders: A unified transdiagnostic protocol. In D. H. Barlow (Ed.), *Clinical handbook of psychological disorders: A step-by-step treatment manual* (pp. 237–274). The Guilford Press. <https://psycnet.apa.org/record/2014-05860-008>
- Razavi, M (2023). Barlow's integrative meta-diagnostic model on emotional regulation of women with bulimia nervosa. *The first national conference of living with quality in terms of psychology, counseling and social work, Islamic Azad University, Khomeyni Shahr branch*. [Persian]
- Sabzi, Z., Mancheri, H., Royani, Z., Aryaie, M., Jafari, S., & Ahmadi, G. (2015). Subjective well-being in nursing and midwifery students of Golestan university of medical sciences. *Journal of Research Development in Nursing and Midwifery*, 12(1), 76-84. [Persian] <http://nmj.goums.ac.ir/article-1-709-fa.html>
- Sadr, A., Doustkam, M., Shareh, H., & Bolghan-Abadi, M. (2020). Comparison of Effectiveness of Barlow's Transdiagnostic, and Mennin and Fresco's Emotion Regulation Therapy in the Symptoms of Generalized Anxiety Disorder (case study). *Journal of Research in Behavioural Sciences*, 18(1), 11-25. [Persian] <http://rbs.mui.ac.ir/article-1-758-fa.html>
- Schaeuffele, C. Schulz, A. Knaevelsrud, C. Renneberg, B, Boettcher, J. (2021). CBT at the crossroads: The rise of transdiagnostictreatment. *International Journal of Cognitive Therapy*. 14(1): 86- 113. <https://doi.org/10.1007/s41811-020-00095-2>
- Singh, B., Gupta, R., & Garg, R. (2013). Mobile phones; A boon or bane for mankind? –Behavior of medical students. *International journal of innovative research and development*, 2(4), 196-205. https://internationaljournalcorner.com/index.php/ijird_ojs/article/view/133303
- Tabatabaiejad, F., Golparvar, M., & Aghaei, A. (2019). The effect of positive mindfulness therapy, mindfulness based cognitive therapy and cognitive-behavioral therapy on aggression and mood States of female students with depression. *Journal of Research in Behavioural Sciences*, 16(3), 285-298. <https://doi.org/10.52547/rbs.16.3.285>
- Tran, D. (2016). Classifying nomophobia as smart-phone addiction disorder. *UC Merced Undergraduate Research Journal*, 9(1), 237-275. <https://doi.org/10.5070/M491033274>