

Research Paper

The efficacy of unified transdiagnostic treatment on distress tolerance and emotion regulation of students with internalized behavioral problems

Mehdi Ghezelseflo¹, Sara Nejatifar², Ali Aghaziarati²

1. Assistant Professor, Department of Psychology, Faculty of Humanities, Gonbad Kavous University, Gonbad Kavous, Iran.
2. Ph.D Student of Psychology and Education of People with Special Needs, Faculty of Education and Psychology, University of Isfahan, Isfahan, Iran.

Citation: Ghezelseflo M, Nejatifar S, Aghaziarati A. The efficacy of unified transdiagnostic treatment on distress tolerance and emotion regulation of students with internalized behavioral problems. J of Psychological Science. 2022; 21(111): 525-541.

URL: <https://psychologicalscience.ir/article-1-1448-fa.html>



ORCID



doi 10.52547/JPS.21.111.525

ARTICLE INFO

ABSTRACT

Keywords:

Unified transdiagnostic therapy, distress tolerance, emotion regulation, internalized behavioral problems

Background: Research shows that students with internalizing behavioral problems suffer from actions such as distress intolerance and inability to regulate emotion. Previous research has also shown that unified transdiagnostic treatment affects different variables. Therefore, according to the research background, there was a research gap in the effectiveness of unified transdiagnostic treatment in distress tolerance and emotion regulation of students with internalizing behavioral problems.

Aims: The present study aimed to investigate the effectiveness of unified transdiagnostic treatment on distress tolerance and emotion regulation of students with internalizing behavioral problems.

Methods: The present study was quasi-experimental with pre-test, post-test, and a control group. The statistical population of this study included first-grade high school female students with internalizing behavioral disorders in Tehran schools in 2019-2020. Thirty students with internalizing behavioral problems were selected by purposive non-random sampling and assigned into experimental (n = 15) and control (n = 15) groups. The experimental group received unified transdiagnostic treatment (Barlow et al., 2017) in ten 90-minute sessions over three months. The data were collected by the Youth Self- Report (Achenbach & Rescorla (2003), Distress Tolerance Scale (Simmons & Gaher, 2005), and Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (Garnefsky, Kraaij & Spinhoven, 2001), and were analyzed by the multivariate analysis of covariance (MANCOVA).

Results: The results showed that unified transdiagnostic treatment increased distress tolerance and improved students' emotion regulation (p= 0.01). Also, the results of MANCOVA showed that the effect of unified transdiagnostic treatment on distress tolerance (F= 106.23), self-blame (F= 17.84), other-blame (F= 37.22), rumination (F= 36.12), catastrophizing (F= 38.67), acceptance (F= 18.86), refocusing on planning (F= 21.06), positive refocusing (F= 35.26), positive reappraisal (F= 29.69), and putting into perspective (F= 33.59) was significant (p= 0.01).

Conclusion: According to the findings of this study, it can be stated that unified transdiagnostic treatment using emotional awareness training, learning to observe emotional experiences, re-identifying emotions, identifying patterns of emotion avoidance, and cognitive reappraisal increased distress tolerance and improved emotion regulation in students with internalizing behavioral problems.

Received: 16 Oct 2021

Accepted: 16 Nov 2021

Available: 22 May 2022

* **Corresponding Author:** Sara Nejatifar, Ph.D Student of Psychology and Education of People with Special Needs, Faculty of Education and Psychology, University of Isfahan, Isfahan, Iran.

E-mail: sara.njt1373@gmail.com

Tel: (+98) 2129902669

2476-5740/ © 2021 The Authors. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license

(<https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>).



Extended Abstract

Introduction

Emotional-behavioral disorders of children and adolescents refer to conditions in which emotional-behavioral responses in the school and home environment differ from social norms (Jiao et al., 2020) and negatively influence the individual's adjustment, academic performance, self-care and social interactions (Reddy & Deutsch, 2020). Among the behavioral disorders in childhood and adolescence, we might refer to depression and anxiety disorders, categorized as internalizing behavioral disorders. Numerous studies have shown that a significant percentage of internalizing behavioral disorders continue into adulthood, and have detrimental consequences (Takahashi & Honda, 2021).

Research has shown that cognitive-behavioral components play an important role in internalizing behavioral problems (Priestley, 2016). Distress tolerance is one of the cognitive-behavioral components associated with internalizing behavioral disorders. Distress tolerance is defined as the perceived capacity to endure a physical or emotional state and perform behaviors to cope with the distressing state caused by certain types of stressors (Qi et al., 2021). Failure to regulate emotion is another problem experienced by individuals with internalizing behavioral problems. Maladaptive emotion regulation strategies play a key role in the formation or persistence of psychological disorders (Garnefski & Kraaij, 2007).

The unified transdiagnostic treatment of Barlow, Ellard & Fairholme (2010) is one of the most effective psychological therapies that significantly influenced a wide range of emotional disorders. unified transdiagnostic cognitive-behavioral treatment seeks to identify and correct maladaptive attempts to regulate emotional experiences (Barlow et al., 2017) by emphasizing emotions and the adaptive and functional nature of emotions. Unified transdiagnostic treatment consists of five main therapies: 1) mood-based emotional awareness, 2) cognitive flexibility, 3) emotional avoidance and emotion-based behaviors, and 4) awareness and

tolerance of physical sensations, and 5) endogenous (mental) and situation-based emotional exposure (Barlow et al., 2017).

Due to the high prevalence of internalizing behavioral problems in adolescents and also the need to use appropriate psychological treatment for these adolescents to prevent the possible effects of these problems to spread to other functional areas, also, considering the effectiveness of unified transdiagnostic treatment in improving the psychological components of different groups, and finally, the lack of research to evaluate the effectiveness of this therapeutic approach in specific psychological characteristics of adolescents with internalizing behavioral problems, the main question posed for the present study was whether the unified transdiagnostic treatment was effective in distress tolerance and emotion regulation of students with internalizing behavioral problems

Method

The present study was quasi-experimental with pre-test, post-test, and a control group. The statistical population consisted of all first-grade high school female students with internalizing behavioral disorders studying in Tehran schools in the academic year of 2019-2020. The sample was selected by purposive, non-random sampling. By referring to seven schools, the counselors of these schools were requested to introduce the students who had counseling records due to behavioral problems. Sixty students were introduced by these schools. In the next step, by administering the Achenbach and Rescorla (2003) Youth Self- Report (YSR), whose reliability was 0.95, thirty of these students who obtained higher scores were selected as the sample and randomly assigned to experimental (n = 15) and control (n = 15) groups. The Simmons and Gaher (2005) Distress Tolerance Scale, with the reliability of 0.69, was used to assess distress tolerance, and the Garnefski, Kraaij, and Spinhoven (2001) Cognitive Emotion Regulation Questionnaire, with the reliability of 0.91, was used to assess cognitive emotion regulation. After the pre-test, the experimental group received unified transdiagnostic treatment intervention by Barlow et al. (2017) during ten one-and-a-half-hour training sessions, one session per week for three months, and

then both groups were post-tested. For ethical considerations, informed consent was obtained from the participants. They were assured that they could leave the intervention at any time, and the research results would be reported without mentioning the name.

Mean and standard deviation were used to analyze the data at the level of descriptive statistics. At the level of inferential statistics, the Shapiro-Wilk test was used to check the normality of data distribution; Levene's test was used to check the equality of variances, and analysis of covariance was used to test

the research hypothesis. The statistical results were analyzed by SPSS23.

Results

The mean age of female students in the experimental group was 13.05 with the standard deviation of 1.24, and the mean age of female students in the control group was 13.23 years with the standard deviation of 1.32. Descriptive findings revealed that the scores of the experimental group decreased compared to the control group in the variables of distress tolerance and subscales of cognitive emotion regulation in the post-test stage.

Table 1. Descriptive statistics of experimental and control group scores in pre-test and post-test (n = 24)

Statistical indexes		Pre-test		Post-test	
Variable	Group	M	SD	M	SD
Distress tolerance	Experimental	34.33	4.27	36.83	4.36
	Control	33.75	5.02	33.33	5.1
Self-blame	Experimental	13.75	1.13	11.41	1.31
	Control	13.58	1.31	13.66	1.37
Other-blame	Experimental	13.25	1.35	11.25	1.35
	Control	13.83	.93	13.58	.9
Rumination	Experimental	13.58	1.16	11.25	1.21
	Control	13.75	1.21	13.25	1.35
Catastrophizing	Experimental	13.08	1.24	11	1.27
	Control	12.25	.75	12.08	.66
Acceptance	Experimental	6.75	1.48	9	1.41
	Control	7.75	1.28	7.83	.83
Refocusing on planning	Experimental	7.33	1.07	9.83	.83
	Control	7.58	1.31	7.65	1.31
positive refocusing	Experimental	7.66	1.23	10.41	1.24
	Control	7.33	1.15	7.75	1.05
Positive reappraisal	Experimental	8	1.04	10.16	.93
	Control	7.41	.9	7.83	.83
Putting into perspective	Experimental	6.83	1.33	9	1.47
	Control	7.91	1.16	8.05	.96

Shapiro-Wilk test was used to check the assumption of normal distribution of scores, whose results revealed that the assumption was met ($p < 0.05$). Levene's test was used to check the homogeneity of variances; the lack of significance ($p < 0.05$) indicated that the assumption was met. In addition, the homogeneity of regression coefficients was checked by the interaction of the pre-test, distress tolerance, and cognitive emotion regulation components and independent variables in the post-test stage. The interaction of these pre-tests with the independent variable was not significant ($p < 0.05$), so the assumption of homogeneity of regression coefficients was also met. Finally, the Box's M test was used to

check the assumption of the homogeneity of the variance-covariance matrix, whose result was ($p < 0.05$, $F = 1.3$, $\text{Box} = 156.41$).

Distress tolerance scores and cognitive emotion regulation components of the experimental and control groups were compared using multivariate analysis of covariance by removing the pre-test effect from the post-test scores of the experimental and control groups. The values of Pillai's Trace (.99), Wilk's lambda (.00), Hotelling's Trace (302.32), and Roy's Largest Root (302.32) were significant ($p = 0.05$). The significance of these tests showed a difference between the mean of the post-test scores of experimental and control groups in at least one of the

variables of distress tolerance and components of cognitive emotion regulation. Therefore, multivariate

analysis of covariance was performed to investigate this significance.

Table 2. Results of multivariate analysis of covariance for the effect of educational intervention on distress tolerance scores and cognitive emotion regulation components

Sources of variance		Sum of squares	df	Mean square	F	Sig.	Partial Eta Squared
Distress tolerance	Pre-test	16.86	1	16.86	98.01	.000	.76
	Post-test	18.79	1	18.79	106.23	.000	.83
Self-blame	Pre-test	14.81	1	14.81	22.35	.000	.65
	Post-test	11.82	1	11.82	17.84	.000	.59
Other-blame	Pre-test	12.75	1	12.75	46.49	.000	.79
	Post-test	10.2	1	10.2	37.22	.000	.75
Rumination	Pre-test	25.73	1	25.73	58.48	.000	.83
	Post-test	15.89	1	15.89	36.12	.000	.75
Catastrophizing	Pre-test	11.58	1	11.58	40.52	.000	.77
	Post-test	11.31	1	11.31	38.67	.000	.76
Acceptance	Pre-test	7.37	1	7.37	15.17	.002	.55
	Post-test	9.17	1	9.17	18.86	.000	.61
Refocusing on planning	Pre-test	7.60	1	7.60	16.02	.002	.57
	Post-test	9.99	1	9.99	21.06	.000	.63
Positive refocusing	Pre-test	12.71	1	12.71	30.76	.000	.71
	Post-test	14.57	1	14.57	35.26	.000	.74
Positive reappraisal	Pre-test	6.80	1	6.80	20.49	.001	.63
	Post-test	9.85	1	9.85	29.69	.000	.71
Putting into perspective	Pre-test	19.92	1	19.92	67.17	.001	.84
	Post-test	9.96	1	9.96	33.59	.000	.73

Table 2 shows the results of the multivariate analysis of covariance. According to this table, the values of F are as follows: tolerance of distress 106.23, self-blame 17.84, other-blame 37.22, rumination 36.12, catastrophizing 38.67, acceptance 18.86, refocusing on planning 21.06, positive refocusing 35.26, positive reappraisal 29.69 and putting into perspective 33.59, all of which are significant. According to the partial eta squared values, distress tolerance.73, self-blame.59, other-blame.75, rumination.75, catastrophizing.76, acceptance.61, refocusing on planning.63, positive refocusing.74, Positive reappraisal.71, and putting into perspective.73 were due to the effect of independent variable ($p = 0.05$).

Conclusion

The results of data analysis demonstrated that unified transdiagnostic treatment was effective on distress tolerance and emotion regulation of students with internalizing behavioral problems ($p < 0.01$). The findings of this study are somehow consistent with those of Dear et al (2016), Talkovsky, Green, Osegueda & Norton (2017), Bullis et al (2014), Zemestani & Imani (2016), Otared et al (2017) and Abdi et al (2014). In their research on the

effectiveness of unified transdiagnostic treatment on anxiety, depression, and emotional-behavioral disorders, these researchers showed that this treatment reduced anxiety, depression, and emotional and psychological problems. According to the rationale of unified transdiagnostic treatment, significant improvement and changes in distress tolerance and emotion regulation can be due to targeting common factors such as repetitive thoughts and negative affect that are emphasized in protocol models (Bullis et al., 2014). In other words, increasing distress tolerance and improving emotion regulation in students with internalizing behavioral problems might be indirectly due to changes in these common factors, realized by integrating effective skills and techniques of unified transdiagnostic treatment to target key symptoms of clinical issues such as emotional-behavioral disorders.

Ethical Considerations

Compliance with ethical guidelines: In the present study, participants participated in the research consciously and voluntarily and the principle of confidentiality was observed.

Funding: This research has been done at the personal expence of the authors.

Author's contribution: The first author is responsible for guiding, directing and collaborating in teaching and implementing the present research protocol, and the second and third authors are the senior authors of the research.

Conflict interest: The authors do not express any conflict of interest in this study.

Acknowledgments: We would like to thank the school principals and counselors who assisted in this research.

اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه بر تحمل پریشانی و تنظیم هیجان دانش‌آموزان با مشکلات رفتاری درونی‌شده

مهدی قزلسفلو^۱، سارا نجاتی‌فر^۲، علی آقازیارتی^۲

۱. استادیار، گروه روانشناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه گنبد کاووس، گنبد کاووس، ایران.

۲. دانشجوی دکتری روانشناسی و آموزش افراد با نیازهای خاص، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران.

چکیده

مشخصات مقاله

زمینه: پژوهش‌ها نشان می‌دهند دانش‌آموزان با مشکلات رفتاری درونی‌شده از کنش‌هایی مانند عدم تحمل پریشانی و نارسایی در تنظیم هیجان رنج می‌برند، همچنین پژوهش‌های پیشین نشان داده‌اند درمان فراتشخیصی یکپارچه بر متغیرهای مختلفی تأثیر دارد. بنابراین با توجه به پیشینه پژوهش، در زمینه اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه بر تحمل پریشانی و تنظیم هیجان دانش‌آموزان با مشکلات رفتاری درونی‌شده شکاف تحقیقاتی وجود داشت.

هدف: هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه بر تحمل پریشانی و تنظیم هیجان دانش‌آموزان با مشکلات رفتاری درونی‌شده بود.

روش: روش پژوهش حاضر شبه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری این پژوهش شامل دانش‌آموزان دختر متوسطه اول دارای اختلالات رفتاری درونی‌شده در مدارس تهران در سال ۱۳۹۹-۱۳۹۸ بود که ۳۰ دانش‌آموز دارای مشکلات رفتاری درونی‌شده با روش نمونه‌گیری غیرتصادفی هدفمند انتخاب شدند و در گروه‌های آزمایش (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) جایگزین شدند. گروه آزمایش مداخله درمان فراتشخیصی یکپارچه (بارلو و همکاران، ۲۰۱۷) را طی سه ماه در ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای دریافت کرد. برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه خودسنجی نوجوانان (آخنباخ و ریسکولا، ۲۰۰۳)، پرسشنامه تحمل پریشانی (سیمونز و گاهر، ۲۰۰۵) و پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان (گارنفسکی، کرایچ و اسپینهاون، ۲۰۰۱) استفاده شد. داده‌ها با استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیره تجزیه و تحلیل شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که درمان فراتشخیصی یکپارچه در افزایش تحمل پریشانی و بهبود تنظیم هیجان دانش‌آموزان تأثیر داشته است ($P=0/01$). همچنین نتایج تحلیل کوواریانس نشان داد که میزان تأثیر درمان فراتشخیصی یکپارچه بر تحمل پریشانی ($F=106/23$)، ملامت خویش ($F=17/84$)، ملامت دیگران ($F=37/22$)، نشخوارگری ($F=36/12$)، فاجعه‌انگاری ($F=38/67$)، پذیرش ($F=18/86$)، تمرکز مجدد بر برنامه ریزی ($F=21/06$)، تمرکز مجدد مثبت ($F=35/26$)، ارزیابی مجدد مثبت ($F=29/69$) و دیدگاه‌پذیری ($F=33/59$) معنادار بوده است ($P=0/01$).

نتیجه‌گیری: بر اساس یافته‌های حاصل از این پژوهش می‌توان گفت درمان فراتشخیصی یکپارچه با استفاده از آموزش آگاهی‌هیجانی، یادگیری مشاهده تجارب هیجانی، بازشناسی هیجان‌ها، شناسایی الگوهای اجتناب از هیجان و ارزیابی مجدد شناختی منجر به افزایش تحمل پریشانی و بهبود تنظیم هیجان در دانش‌آموزان با مشکلات رفتاری درونی‌شده می‌شود.

کلیدواژه‌ها:

درمان فراتشخیصی یکپارچه، تحمل پریشانی، تنظیم هیجان، مشکلات رفتاری درونی‌شده

دریافت شده: ۱۴۰۰/۰۷/۲۴

پذیرفته شده: ۱۴۰۰/۰۸/۲۵

منتشر شده: ۱۴۰۱/۰۳/۰۱

* نویسنده مسئول: سارا نجاتی‌فر، دانشجوی دکتری روانشناسی و آموزش افراد با نیازهای خاص، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران.

رایانامه: sara.njt1373@gmail.com

تلفن: ۰۲۱۲۹۹۰۲۶۶۹

مقدمه

اختلال‌های هیجانی - رفتاری^۱ کودکان و نوجوانان به شرایطی اطلاق می‌گردد که در آن پاسخ‌های هیجانی - رفتاری در محیط مدرسه و خانه با هنجارهای اجتماعی متفاوت است (جیانو و همکاران، ۲۰۲۰). به طوری که بر سازگاری فرد، عملکرد تحصیلی، مراقبت از خود و تعاملات اجتماعی تأثیر منفی می‌گذارد (ردی و دویچ، ۲۰۲۰). از جمله اختلال‌های رفتاری دوران کودکی و نوجوانی، اختلال افسردگی و اضطراب^۲ می‌باشد که در دسته اختلال‌های رفتاری درونی‌شده^۳ قرار می‌گیرد. میزان شیوع اختلال‌های رفتاری درونی‌شده از جمله اضطراب و افسردگی، به ترتیب ۸-۹ درصد گزارش شده است (کاپلان و سادوک، ۲۰۱۷). اختلالات رفتاری درونی‌شده بیشتر درون‌فردی و شامل مشکلاتی همچون کناره‌گیری از تعامل‌های اجتماعی، بازداری، اضطراب و افسردگی است (کریستتر، اسلر، هزام و پائولوس، ۲۰۲۱). پژوهش‌های متعددی حاکی از آن است که همچنان درصد قابل توجهی از اختلالات رفتاری درونی‌شده در طول تحول و تا سال‌های بزرگسالی پایدار می‌مانند و پیامدهای زیان‌باری برای فرد به همراه می‌آورند (تاکاهاشی و هوندا، ۲۰۲۱).

اضطراب، یک احساس فراگیر و ناخوشایند با منشأ ناشناخته است که فرد تجربه می‌کند و آن شامل عدم اطمینان، درماندگی و برانگیختگی فیزیولوژیکی است. اضطراب دارای هیجان منفی است و یک احساس نگرانی را در مورد خطری که احتمال بروز دارد، در بر می‌گیرد. نشانه‌های اضطراب در کودکان، نوجوانان و بزرگسالان تقریباً مشابه است، اما تظاهرات آن در سنین گوناگون متفاوت می‌باشد (ون‌درگیسن و بوگلز، ۲۰۱۸). اختلال افسردگی نیز از جمله رایج‌ترین مشکلات دوران کودکی و نوجوانی است؛ که در آن شخص به صورت مداوم، ناراحتی عمیق و کاهش علاقه را در تمام فعالیت‌ها در طول دوره زمانی حداقل دو هفته‌ای تجربه می‌کند (مارتینسن و همکاران، ۲۰۱۹).

پژوهش‌ها نشان داده‌اند که مؤلفه‌های شناختی - رفتاری در مشکلات رفتاری درونی‌شده، نقش مهمی دارند (پرستلی، ۲۰۱۶). یکی از مؤلفه‌های شناختی - رفتاری مرتبط با اختلال‌های رفتاری درونی‌شده، تحمل پریشانی^۴

می‌باشد. تحمل پریشانی به عنوان ظرفیت درک شده جهت تحمل کردن حالت فیزیکی یا هیجانی و انجام رفتارهایی جهت مقاومت در برابر وضعیت پریشانی که به وسیله بعضی از انواع استرسورها به وجود می‌آید، تعریف شده است (چی و همکاران، ۲۰۲۱). همچنین تحمل پریشانی به عنوان توانایی شخص برای تحمل حالات درونی ناخوشایند تعریف شده است (کوزاک و فوت، ۲۰۱۱). تحمل پریشانی به عنوان یک ساختار اساسی مشکل از تحمل، جذب، ارزیابی و تنظیم تجارب احساسی منفی و به‌ویژه پیشگیری از اقدام به اجتناب یا واکنش هیجانی در نظر گرفته شده است (موسوی، خواجه‌وند خوشلی، اسدی و عبدالله‌زاده، ۱۴۰۰). مطابق دیدگاه سیمونز و گاهر (۲۰۰۵) افراد دارای تحمل پریشانی پایین به این حقیقت آگاهی دارند که نمی‌توانند احساس ناراحتی را تحمل کرده و احساس می‌کنند که دیگران امکانات بهتری برای مقابله با هیجان‌های منفی دارند، در نتیجه آن‌ها بیشتر اوقات احساس سرافکنندگی می‌کنند. این افراد همچنین برای اجتناب از تجربه هیجان‌های منفی به سختی تلاش می‌کنند. در صورتی که اجتناب مقدور نباشد آن‌ها در تلاش برای برطرف کردن حالت هیجانی آزارنده، به روش‌های نامناسب روی می‌آورند؛ این راهبردهای نامناسب به احتمال قوی، انرژی آن‌ها را کاهش داده و این کار در نهایت، کارکردهای جسمانی، روانی و اجتماعی آن‌ها را مختل خواهد ساخت.

تمام فرآیندهای روانشناختی اولیه به‌طور اجتناب‌ناپذیری از وجود اضطراب و افسردگی تأثیر می‌پذیرند. از آنجایی که تنظیم هیجان^۵ یک متغیر واسطه‌ای مهم در روابط بین فردی و سازگاری اجتماعی - عاطفی افراد است، لذا برای هر فردی مهم است (پروسن و جندریکو، ۲۰۱۸). بر اساس نظر گارنفسکی و همکاران (۲۰۰۱) تنظیم هیجان، دامنه وسیعی از فرآیندهای شناختی هشیار و ناهشیار، فیزیولوژیکی، اجتماعی و رفتاری را در بر می‌گیرد و یک اصل اساسی در شروع، ارزیابی و سازماندهی رفتار ناسازگارانه و نیز جلوگیری از هیجان‌های منفی و رفتار ناسازگارانه محسوب می‌گردد. نارسایی در این زمینه، از جمله مشکلات مشاهده شده در افراد با مشکلات رفتاری درونی‌شده می‌باشد. تنظیم هیجان یک ساختار چندبُعدی است که راهکارهای تلفیقی انعطاف‌پذیری همچون مهار رفتاری، هشیاری نسبت به هیجان‌ات و تحمل آشفتگی را در بر می‌گیرد (عبدالکریمی، قربان شیرودی،

1. Emotional- Behavioral Disorder

2. Depression & Anxiety

3. Internalized Behavioral Disorder

4. Distress Tolerance

5. Emotion regulation

خلعتری و زربخش، ۱۳۹۷). کویم و پینا (۲۰۱۰) تنظیم هیجان را 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 انجام رساندن اهداف فرد تعریف کرده‌اند. راهبردهای تنظیم هیجان ممکن است انطباقی یا غیرانطباقی باشند. راهبردهای غیرانطباقی تنظیم هیجان در شکل‌گیری و یا تداوم اختلال‌های روان‌شناختی، نقش اساسی دارند (گارنفسکی و کرایچ، ۲۰۰۷).

در چند دهه اخیر برای کاهش اضطراب و افسردگی یا به عبارتی کاهش شدت مشکلات رفتاری درونی شده در نوجوانان از شیوه‌های متعددی نظیر درمان شناختی - رفتاری و تکنیک‌هایی مانند تن‌آرامی، حساسیت‌زدایی منظم و غرقه‌سازی استفاده شده است (هافمن و اوتو، ۲۰۱۷). با این حال، نتایج نشان می‌دهد که این درمان‌ها فقط تا حدی موفق بوده‌اند و بیشتر مراجعان، بخشی از علائم را پس از درمان نیز تجربه کرده‌اند (اولندیگف و همکاران، ۲۰۱۹).

یکی از درمان‌های مؤثر روانشناختی که روی طیف وسیعی از اختلال‌های رفتاری هیجانی اثربخش می‌باشد، درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر^۱ بارلو، الارد و پرلهولم (۲۰۱۰) است که جدیدترین نسخه آن در سال ۲۰۱۷ ارائه شده است (بارلو و همکاران، ۲۰۱۷). درمان مذکور، یک درمان شناختی - رفتاری فراتشخیصی متمرکز بر هیجان است؛ در این درمان با تأکید بر هیجان‌ها و ماهیت انطباقی و کارکردی هیجان‌ها، سعی در شناسایی و اصلاح کوشش‌های غیرانطباقی برای تنظیم تجارب هیجانی (بارلو و همکاران، ۲۰۱۷) می‌شود. منطبق شکل‌گیری درمان‌های فراتشخیصی مبتنی بر مفاهیم نظری و نتایج تجربی در خصوص وجود عوامل مشترک بین اختلال‌های هیجانی بوده است که عمدتاً با هدف مورد آماج قرار دادن این عوامل سبب‌ساز طراحی شدند (آشنا، بشارت، ملیحی‌الذاکرینی و رافضی، ۱۴۰۰). درمان فراتشخیصی یکپارچه، شامل پنج بخش درمانی اصلی است که عبارتند از: ۱. آگاهی هیجانی مبتنی بر حال، ۲. انعطاف‌پذیری شناختی، ۳. اجتناب هیجانی و رفتارهای برخاسته از هیجان، ۴. آگاهی از احساس‌های بدنی و تحمل آن‌ها و ۵. مواجهه هیجانی درون‌زاد (ذهنی) و مبتنی بر موقعیت (بارلو و همکاران، ۲۰۱۷).

¹. Barlow's unified transdiagnostic (UP)

نتایج برخی پژوهش‌ها (دیر و همکاران، ۲۰۱۶؛ تالکووسکی، گرین، اوسیکوودا و نورتون، ۲۰۱۷ و زمستانی و ایمانی، ۱۳۹۵) بیان‌کننده اثربخشی این پروتکل بر بهبود علائم اختلال‌های هیجانی و مخصوصاً اختلال‌های اضطرابی است. تالکووسکی و همکاران (۲۰۱۷) در پژوهشی نشان دادند که دوازده جلسه درمان فراتشخیصی موجب کاهش معنادار علائم اضطراب و افسردگی، عاطفه منفی، بازداری رفتاری و مشکلات تنظیم هیجانی در بیماران مبتلا به اختلال اضطرابی شده است. همچنین نتایج پژوهش زمستانی و ایمانی (۱۳۹۵) نشان داد که درمان فراتشخیصی یکپارچه در کاهش نشانه‌های افسردگی، اضطراب و نیز تعدیل راهبردهای تنظیم هیجان در افراد مبتلا به حداقل یک اختلال اضطرابی و یک اختلال افسردگی (به صورت همبود) اثربخش است. همچنین عطارد و همکاران (۱۳۹۵) و بولیس و همکاران (۲۰۱۴) در پژوهش خود با موضوع بررسی اثر درمان فراتشخیصی یکپارچه بر اختلالات اضطرابی، افسردگی و هیجانی نشان دادند که این شیوه درمان می‌تواند به کاهش اضطراب، افسردگی و مشکلات هیجانی و روانشناختی منجر شود. عبدی، بخشی‌پور رودسری، محمودعلیلو و فرنام (۱۳۹۲) نیز در پژوهشی تأثیر درمان فراتشخیصی یکپارچه را بر علائم اضطراب و افسردگی همایند بررسی کردند و نشان دادند که درمان فراتشخیصی یکپارچه می‌تواند با بهبود علائم اضطراب، افسردگی و مشکلات هیجانی سبب شود که فرد خودپنداشتی مثبت‌تر از خود داشته باشد.

علی‌رغم انجام پژوهش‌های متعدد در خصوص اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه بر حوزه‌های مختلف و به خصوص تنظیم هیجان و مشکلات ناشی از آن، پژوهشگران در بررسی انتقادی پیشینه پژوهش به این نتیجه رسیدند که اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه بر مشکلات و مسائل نوجوانانی که دارای مشکلات رفتاری درونی شده هستند، مورد بررسی قرار نگرفته است. حال از یک سو با توجه به شیوع بالای مشکلات رفتاری درونی شده در نوجوانان و همچنین ضرورت به کارگیری درمان روانشناختی مناسب برای این نوجوانان در جهت جلوگیری از گسترش اثرات احتمالی این مشکلات به سایر حوزه‌های عملکردی، و از سوی دیگر با نظر به کارایی درمان فراتشخیصی یکپارچه در بهبود مؤلفه‌های روانشناختی گروه‌های مختلف، و سرانجام عدم انجام پژوهشی در راستای

بررسی اثربخشی این رویکرد درمانی بر شاخص‌های روانی خاص نوجوانان دارای مشکلات رفتاری درونی‌شده، سؤال اصلی پژوهش این است که آیا درمان فراتشخیصی یکپارچه بر تحمل پریشانی و تنظیم هیجان دانش‌آموزان با مشکلات رفتاری درونی‌شده مؤثر است؟

روش

الف) طرح پژوهش و شرکت‌کنندگان: طرح پژوهش و شرکت‌کنندگان: روش پژوهش حاضر، شبه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری این پژوهش را تمامی دانش‌آموزان دختر متوسطه اول دارای اختلالات رفتاری درونی‌شده مشغول به تحصیل در مدارس شهر تهران در سال تحصیلی ۱۳۹۹-۱۳۹۸ تشکیل می‌دادند. جهت انتخاب نمونه از روش نمونه‌گیری غیر تصادفی هدفمند استفاده شد؛ بدین صورت که با مراجعه به ۷ مدرسه از مشاوران این مدارس درخواست شد دانش‌آموزانی که دلیل داشتن مشکلات رفتاری دارای پرونده مشاوره‌ای بودند را معرفی کنند. از این تعداد مدارس، تعداد ۶۰ دانش‌آموز معرفی شد. در گام بعد با اجرای پرسشنامه خودسنجی نوجوانان آخنباخ و ریسکولا (۲۰۰۳) تعداد ۳۰ نفر از این دانش‌آموزان که نمرات بالاتری به دست آوردند به عنوان نمونه انتخاب شده و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) جایدهی شدند. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل تشخیص مشکلات رفتاری درونی‌شده، نداشتن سایر اختلالات روانشناختی، نداشتن درمان دارویی ثابت برای حداقل ۱۲ هفته، برخورداری از سلامت جسمانی بود. همچنین ملاک‌های خروج از پژوهش شامل غیبت در دو جلسه آموزشی، دریافت درمان‌های روانشناختی همزمان و عدم تمایل به ادامه درمان بود.

ب) ابزار

پرسشنامه خودسنجی نوجوانان آخنباخ (YSR): این پرسشنامه توسط آخنباخ و ریسکولا (۲۰۰۳) ساخته شده است. که مشکلات عاطفی / رفتاری و همچنین توانمندی‌ها و شایستگی‌های تحصیلی و اجتماعی کودکان ۱۱-۱۸ سال را از دیدگاه دانش‌آموز مورد سنجش قرار می‌دهد (کاکابرابی، حبیبی عسگرآبادی و فدایی، ۱۳۸۷). مینایی (۱۳۸۵) فرم‌های نظام آخنباخ را به فارسی ترجمه نموده و برای جمعیت ایرانی هنجار کرده

است. دو دسته مقیاس کلی را می‌توان بر اساس این پرسشنامه ارزیابی نمود که عبارت هستند از مقیاس‌های سندرمی مبتنی بر تجربه و مقیاس‌های سندرمی مبتنی بر DSM. مقیاس‌های مبتنی بر DSM شامل مشکلات عاطفی (مطابق با اختلال افسردگی اساسی و افسرده‌خویی)، مشکلات اضطرابی (مطابق با اختلالات اضطرابی تعمیم‌یافته، اضطراب جدایی و هراس خاص)، مشکلات جسمانی (مطابق با اختلالات جسمانی کردن و جسمانی شکل)، مشکلات عدم توجه و بیش‌فعالی، مشکلات رفتار مقابله‌ای و مشکلات سلوک هستند. این مقیاس‌ها محقق را قادر می‌سازد تا سنجش‌های استاندارد و کمی شده از مشکلات رفتاری - عاطفی را به طبقه‌بندی DSM مرتبط نماید. سه مقیاس اضطراب / افسردگی، گوشه‌گیری / افسردگی و شکایات جسمانی گروه‌بندی درونی‌سازی را تشکیل داده و سندرم رفتار مقابله‌ای، سلوک و بیش‌فعالی، گروه‌بندی برون‌سازی را تشکیل می‌دهند. نمرات سؤالات به صورت لیکرت درجه‌بندی شده است به این ترتیب که آزمودنی به هر سؤال یکی از سه نمره صفر (درست نیست)، یک (تاحدی یا گاهی درست است) و ۲ (کاملاً یا غالباً غلط است) را می‌تواند بدهد. ضرایب همسانی درونی برای اکثر مقیاس‌های سندرمی مبتنی بر تجربه و مبتنی بر DSM در سطح مطلوب و رضایت‌بخش قرار دارد به طوری که ضرایب همسانی از طریق ضریب آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس کفایت کلی ۰/۴۶ و برای مشکلات رفتاری کلی ۰/۹۵ و متوسط همسانی درونی برای مشکلات رفتاری درونی‌سازی و برون‌سازی ۰/۸۹ و ضریب آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس‌های سندرم‌ها دامنه‌ای از ۰/۵۹ (کناره‌گیری) تا ۰/۸۶ (رفتار پرخاشگرانه و افسردگی - اضطراب) گزارش شده است (آخنباخ، دامنسی و ریسکولا، ۲۰۰۳). در مطالعه حبیبی، بشارت، فدایی و نجفی (۱۳۸۸) میزان اعتبار آزمون با استفاده از آزمون آلفای کرونباخ در دو قلوهای همسان ۰/۹۴ و در دو قلوهای ناهمسان ۰/۹۰ و در کل نمونه ۰/۹۳ و میزان اعتبار دو نیمه کردن در دو قلوهای همسان ۰/۹۱ و در دو قلوهای ناهمسان ۰/۸۶ و در کل نمونه ۰/۸۹ به دست آمد.

مقیاس تحمل پریشانی^۱: مقیاس تحمل پریشانی که به وسیله سیمونز و گاهر (۲۰۰۵) ساخته شده یک ابزار خودگزارشی ۱۵ گویه‌ای است. گویه‌های این مقیاس براساس مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت کاملاً موافقم = ۱ تا کاملاً مخالفم = ۵ نمره‌گذاری می‌شوند. نمره بالاتر در این مقیاس، تحمل بالای

¹. Disturbance Tolerance Scale

عبدی، بخشی پور رودسری، محمودعلیلو و فرنام (۱۳۹۲) اقباس شده است. این درمان در ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای، هفته‌ای یک جلسه در طی سه ماه به شرح زیر اجرا شد.

روش اجرا: جهت انجام این پژوهش، ابتدا هماهنگی‌های لازم با مدیران مدارس منطقه هشت شهر تهران انجام شد. سپس با مراجعه با مدارس انتخاب شده، افراد نمونه مورد مطالعه به شرحی که در بخش روش توضیح داده شد انتخاب شده و به تصادف در گروه‌های آزمایش و کنترل قرار گرفتند. پس از انجام پیش‌آزمون، گروه آزمایش مداخله درمان فراتشخیصی یکپارچه بارلو و همکاران (۲۰۱۷) در ۱۰ جلسه آموزشی یک و نیم ساعته، هفته‌ای یک جلسه در طی سه ماه دریافت کردند و سپس از هر دو گروه آزمایش و کنترل، پس‌آزمون به عمل آمد. به منظور رعایت اخلاق در پژوهش از شرکت‌کنندگان رضایت گرفته شد و به آن‌ها اطمینان داده شد در هر زمان تمایل داشته باشند می‌توانند از مداخله خارج شوند و نتایج پژوهش بدون ذکر نام گزارش می‌شود. در این پژوهش برای تجزیه و تحلیل داده‌ها در سطح آمار توصیفی از میانگین و انحراف استاندارد و در سطح آمار استنباطی از آزمون شاپیرو - ویلک جهت بررسی نرمال بودن توزیع داده‌ها، آزمون لوین برای بررسی برابری واریانس‌ها، همچنین از تحلیل کوواریانس برای بررسی فرضیه پژوهش استفاده شد. نتایج آماری با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS-۲۳ تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها

میانگین سنی دانش‌آموزان دختر در گروه آزمایش ۱۳/۰۵ با انحراف معیار ۱/۲۴ و میانگین سنی دانش‌آموزان دختر گروه کنترل ۱۳/۲۳ سال با انحراف معیار ۱/۳۲ بود. اطلاعات جدول ۱ حاکی از کاهش نمره‌های گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل در متغیرهای تحمل پریشانی و خرده مقیاس‌های تنظیم شناختی هیجان در مرحله پس‌آزمون است.

پریشانی را نشان می‌دهد. همچنین مؤلفه‌های تحمل پریشانی که به وسیله این مقیاس ارزیابی می‌شود عبارت است از: ۱. تحمل، ۲. ارزیابی، ۳. جذب و ۴. تنظیم. سیمونز و گاهر (۲۰۰۵) ضرایب آلفای کرونباخ خرده‌آزمون‌های تحمل، ارزیابی، جذب و تنظیم را به ترتیب ۰/۷۳، ۰/۶۶، ۰/۷۴ و ۰/۸۷ به دست آوردند. این مقیاس دارای روایی ملاکی و همگرایی اولیه خوبی است و ضریب روایی آن ۰/۶۱ گزارش شده است (سیمونز و گاهر، ۲۰۰۵). عزیزی، میرزایی و شمس (۱۳۸۹) ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس را ۰/۸۱ و برای خرده مقیاس‌های تحمل، جذب، تنظیم و ارزیابی به ترتیب ۰/۷۱، ۰/۷۳، ۰/۷۷ و ۰/۶۹ گزارش کردند (عزیزی، میرزایی و شمس، ۱۳۸۹).

پرسشنامه راهبردهای تنظیم شناختی هیجان^۱: این پرسشنامه توسط گارنفسکی، کرایچ و اسپینهاون (۲۰۰۱) ساخته شد، یک ابزار ۳۶ سؤالی است و راهبردهای تنظیم شناختی هیجان را در پاسخ به حوادث تهدید کننده و تیدگی زای زندگی در طیف لیکرت از هرگز = ۱ تا همیشه = ۵ برحسب ۹ زیر مقیاس به این شرح می‌سنجد: ملامت خویش؛ ملامت دیگران؛ نشخوارگری؛ فاجعه‌انگاری؛ پذیرش؛ تمرکز مجدد بر برنامه ریزی؛ تمرکز مجدد مثبت؛ ارزیابی مجدد مثبت؛ کم‌اهمیت شماری. حداقل نمره در هر خرده مقیاس ۵ و حداکثر ۲۰ است. در بررسی مشخصات روان‌سنجی آزمون گارنفسکی و همکاران (۲۰۰۱) پایایی آزمون را با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ به ترتیب برابر با ۰/۹۱ به دست آوردند. نسخه فارسی این پرسشنامه در فرهنگ ایرانی توسط حسنی (۱۳۸۹) مورد هنجاریابی قرار گرفته است. اعتبار این مقیاس بر اساس روش‌های همسانی درونی و بازآزمایی، و روایی آن از طریق تحلیل مؤلفه اصلی با استفاده از چرخش واریماکس محاسبه شد و همبستگی بین خرده مقیاس‌ها و روایی ملاکی (۰/۸۵-۰/۶۲) گزارش شده است (حسنی، ۱۳۸۹). همچنین روایی محتوای و روایی همگرا و تشخیصی از طریق اجرای هم‌زمان مقیاس افسردگی، اضطراب، استرس و مقیاس سلامت‌روانی مورد تأیید قرار گرفت و نتایج نشان داد این پرسشنامه از روایی کافی برخوردار است.

برنامه مداخله‌ای: برنامه مداخله‌ای در پژوهش حاضر برگرفته از برنامه درمان فراتشخیصی یکپارچه بارلو و همکاران (۲۰۱۷) بود که از پژوهش

1. Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (CERQ)

جدول ۱. خلاصه جلسات آموزشی درمان فراتشخیصی یکپارچه بارلو و همکاران (۲۰۱۷؛ به نقل از عبدی، بخشی پور رودسری، محمودعلیلو و فرنام، ۱۳۹۲)

جلسه	هدف	شرح جلسه
اول	معارفه	معارفه افراد نمونه پژوهش به یکدیگر، افزایش انگیزه، مصاحبه انگیزشی برای مشارکت و درگیری شرکت کنندگان در طول درمان، ارائه منطق درمان و تعیین اهداف درمان.
دوم	شناسایی هیجان‌ها	ارائه آموزش روانی، بازشناسی هیجان‌ها و ردیابی تجارب هیجانی و آموزش مدل سه مؤلفه‌ای تجارب هیجان، و مدل ARC
سوم	آموزش آگاهی هیجانی	یادگیری مشاهده تجارب هیجانی (هیجان‌ها و واکنش به هیجان‌ها به خصوص با استفاده از فنون ذهن آگاهی)
چهارم	ارزیابی مجدد شناختی	ایجاد آگاهی از تأثیر و ارتباط متقابل بین افکار و هیجان‌ها، شناسایی ارزیابی‌های سازش‌نا یافته خودکار و دام‌های شایع تفکر و ارزیابی مجدد شناختی و افزایش انعطاف‌پذیری در تفکر.
پنجم	شناسایی الگوهای اجتناب از هیجان	آشنایی با راهبردهای مختلف اجتناب از هیجان و تأثیر آن بر تجارب هیجانی و آگاهی یافتن از اثرات متناقض اجتناب از هیجان.
ششم	بررسی رفتارهای ناشی از هیجان	آشنایی و شناسایی رفتارهای ناشی از هیجان و درک تأثیر آن‌ها روی تجارب هیجانی، شناسایی و ایجاد گرایش‌های عمل جایگزین به واسطه رویارویی با رفتارها.
هفتم	آگاهی و تحمل احساس‌های جسمانی	افزایش آگاهی از نقش احساس‌های جسمانی در تجارب هیجانی، انجام تمرین‌های مواجهه با رویارویی احساسی به منظور آگاهی از احساس‌های جسمانی و افزایش تحمل این علائم.
هشتم و نهم	رویارویی احساسی و رویارویی با هیجان مبتنی بر موقعیت	آگاهی یافتن از منطق رویارویی‌های هیجانی، آموزش نحوه تهیه سلسله مراتب ترس و اجتناب و طراحی تمرین‌های مواجهه هیجانی مکرر و اثربخش به صورت تجسمی و عینی و ممانعت از اجتناب.
دهم	اختتام	پیشگیری از عود، مرور کلی مفاهیم درمان و بحث در مورد بهبودی و پیشرفت‌های درمانی.

جدول ۲. شاخص‌های توصیفی نمره‌های گروه آزمایش و گواه در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون (n=۲۴)

شاخص‌های آماری	پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
تحمل پریشانی	۳۴/۳۳	۴/۲۷	۳۶/۸۳	۴/۳۶
ملاحت خویش	۳۳/۷۵	۵/۰۲	۳۳/۳۳	۵/۱۰
ملاحت دیگران	۱۳/۷۵	۱/۱۳	۱۱/۴۱	۱/۳۱
نشخوارگری	۱۳/۵۸	۱/۳۱	۱۳/۶۶	۱/۳۷
فاجعه‌انگاری	۱۳/۲۵	۱/۳۵	۱۱/۲۵	۱/۳۵
پذیرش	۱۳/۸۳	۰/۹۳	۱۳/۵۸	۰/۹۰
تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی	۱۳/۵۸	۱/۱۶	۱۱/۲۵	۱/۲۱
تمرکز مجدد مثبت	۱۳/۷۵	۱/۲۱	۱۳/۲۵	۱/۳۵
ارزیابی مجدد مثبت	۱۳/۰۸	۱/۲۴	۱۱/۰۰	۱/۲۷
دیدگاه‌پذیری	۱۲/۲۵	۰/۷۵	۱۲/۰۸	۰/۶۶
	۶/۷۵	۱/۴۸	۹/۰۰	۱/۴۱
	۷/۷۵	۱/۲۸	۷/۸۳	۰/۸۳
	۷/۳۳	۱/۰۷	۹/۸۳	۰/۸۳
	۷/۵۸	۱/۳۱	۷/۶۵	۱/۳۱
	۷/۶۶	۱/۲۳	۱۰/۴۱	۱/۲۴
	۷/۳۳	۱/۱۵	۷/۷۵	۱/۰۵
	۸/۰۰	۱/۰۴	۱۰/۱۶	۰/۹۳
	۷/۴۱	۰/۹۰	۷/۸۳	۰/۸۳
	۶/۸۳	۱/۳۳	۹/۰۰	۱/۴۷
	۷/۹۱	۱/۱۶	۸/۰۵	۰/۹۶

وابسته، عدم وجود داده‌های پرت و همگنی ماتریس واریانس - کوواریانس است. برای بررسی پیش‌فرض نرمال بودن توزیع نمرات از آزمون شاپیرو -

آزمون تحلیل کواریانس دارای پیش‌فرض‌هایی از جمله نرمال بودن توزیع نمرات، همگنی واریانس‌های گروه‌ها، خطی بودن رابطه متغیر همگام و

همگونی ضرایب رگرسیون از طریق تعامل پیش‌آزمون، تحمل پریشانی و مؤلفه‌های تنظیم شناختی هیجان و متغیر مستقل در مرحله پس‌آزمون نیز مورد بررسی قرار گرفت. تعامل این پیش‌آزمون‌ها با متغیر مستقل معنادار نبود ($P < 0/05$). بنابراین مفروضه همگنی ضرایب رگرسیون نیز برقرار است. در نهایت برای بررسی فرض همگنی ماتریس واریانس - کوواریانس از آزمون باکس استفاده شد که نتایج آن ($P < 0/05$)، $F=1/309$ ، $F=156/41$ (Box).

با استفاده از تحلیل کواریانس چندمتغیری و با حذف تأثیر پیش‌آزمون از نمرات پس‌آزمون گروه‌های آزمایش و گواه، نمرات تحمل پریشانی و مؤلفه‌های تنظیم شناختی هیجان گروه آزمایش و کنترل با یکدیگر مقایسه شد که مقادیر آزمون‌های اثر پیلایی (0/997)، لامبدای ویکلز (0/03)، اثر هتلینگ (302/32) و بزرگترین ریشه‌روی (302/32) معنادار است ($P=0/05$). معناداری این آزمون‌ها نشان می‌دهد که حداقل در یکی از متغیرهای تحمل پریشانی و مؤلفه‌های تنظیم شناختی هیجان، بین میانگین نمرات پس‌آزمون گروه‌های آزمایش و کنترل تفاوت وجود دارد. لذا جهت بررسی این معناداری به تحلیل کواریانس چندمتغیری پرداخته شد.

ویلیک استفاده شد که عدم معناداری این آزمون برای متغیرهای تحمل پریشانی ($Z=0/95$)، ملامت خود ($Z=0/86$)، ملامت دیگران ($Z=0/91$)، نشخوارگری ($Z=0/85$)، فاجعه‌انگاری ($Z=0/91$)، پذیرش ($Z=0/87$)، تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی ($Z=0/86$)، تمرکز مجدد مثبت ($Z=0/91$)، ارزیابی مجدد مثبت ($Z=0/89$) و دیدگاه‌پذیری ($Z=0/90$) حاکی از رعایت این پیش‌فرض داشت ($P < 0/05$). برای بررسی همگنی واریانس‌ها از آزمون لوین استفاده شد، که نمره F متغیرهای تحمل پریشانی ($F=0/01$)، ملامت خود ($F=0/24$)، ملامت دیگران ($F=0/13$)، نشخوارگری ($F=0/36$)، فاجعه‌انگاری ($F=0/28$)، پذیرش ($F=2/61$)، تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی ($F=1/49$)، تمرکز مجدد مثبت ($F=0/47$)، ارزیابی مجدد مثبت ($F=2/12$) و دیدگاه‌پذیری ($F=3/19$) به دست آمد که عدم معناداری ($P < 0/05$) آن نشان از برقراری این پیش‌فرض داشت. بررسی داده‌های پرت با استفاده از نمودار جعبه‌ای صورت گرفت که داده پرتی بین داده‌ها وجود نداشت. مفروضه دیگر، خطی بودن همبستگی متغیر همگام و متغیر مستقل است که در این پژوهش برای اثبات خطی بودن، مقدار F متغیر همگام محاسبه شد که در این شاخص معنادار بود ($P < 0/05$)؛ بنابراین این پیش‌فرض نیز رعایت شده است. به علاوه آزمون

جدول ۳. نتایج تحلیل کواریانس چند متغیره تأثیر مداخله آموزشی بر نمرات تحمل پریشانی و مؤلفه‌های تنظیم شناختی هیجان

منابع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	مجذورات
تحمل پریشانی	۱۶/۸۶	۱	۱۶/۸۶	۹۸/۰۱	۰/۰۰۰	۰/۷۶
پیش‌آزمون	۱۸/۷۹	۱	۱۸/۷۹	۱۰۶/۲۳	۰/۰۰۱	۰/۸۳
پس‌آزمون	۱۴/۸۱	۱	۱۴/۸۱	۲۲/۳۵	۰/۰۰۰	۰/۶۵
ملامت خویش	۱۱/۸۲	۱	۱۱/۸۲	۱۷/۸۴	۰/۰۰۱	۰/۵۹
پس‌آزمون	۱۲/۷۵	۱	۱۲/۷۵	۴۶/۴۹	۰/۰۰۰	۰/۷۹
ملامت دیگران	۱۰/۲۰	۱	۱۰/۲۰	۳۷/۲۲	۰/۰۰۱	۰/۷۵
پس‌آزمون	۲۵/۷۳	۱	۲۵/۷۳	۵۸/۴۸	۰/۰۰۰	۰/۸۳
نشخوارگری	۱۵/۸۹	۱	۱۵/۸۹	۳۶/۱۲	۰/۰۰۱	۰/۷۵
پس‌آزمون	۱۱/۵۸	۱	۱۱/۵۸	۴۰/۵۲	۰/۰۰۰	۰/۷۷
پیش‌آزمون	۱۱/۳۱	۱	۱۱/۳۱	۳۸/۶۷	۰/۰۰۱	۰/۷۶
پس‌آزمون	۷/۳۷	۱	۷/۳۷	۱۵/۱۷	۰/۰۰۲	۰/۵۵
پذیرش	۹/۱۷	۱	۹/۱۷	۱۸/۸۶	۰/۰۰۱	۰/۶۱
پس‌آزمون	۷/۶۰	۱	۷/۶۰	۱۶/۰۲	۰/۰۰۲	۰/۵۷
پیش‌آزمون	۹/۹۹	۱	۹/۹۹	۲۱/۰۶	۰/۰۰۱	۰/۶۳
تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی	۱۲/۷۱	۱	۱۲/۷۱	۳۰/۷۶	۰/۰۰۰	۰/۷۱
پس‌آزمون	۱۴/۵۷	۱	۱۴/۵۷	۳۵/۲۶	۰/۰۰۱	۰/۷۴
تمرکز مجدد مثبت	۶/۸۰	۱	۶/۸۰	۲۰/۴۹	۰/۰۰۱	۰/۶۳
پس‌آزمون						
ارزیابی مجدد مثبت						
پیش‌آزمون						

منابع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	مجذوراتا
پس‌آزمون	۹/۸۵	۱	۹/۸۵	۲۹/۶۹	۰/۰۰۱	۰/۷۱
پیش‌آزمون	۱۹/۹۲	۱	۱۹/۹۲	۶۷/۱۷	۰/۰۰۰	۰/۸۴
دیدگاه پذیری	۹/۹۶	۱	۹/۹۶	۳۳/۵۹	۰/۰۰۱	۰/۷۳

جدول ۳ نتایج آزمون تحلیل کواریانس چندمتغیره را نشان می‌دهد. با توجه به مندرجات جدول، مقدار F متغیر تحمل پریشانی ۱۰۶/۲۳، ملامت خویش ۱۷/۸۴، ملامت دیگران ۳۷/۲۲، نشخوارگری ۳۶/۱۲، فاجعه‌انگاری ۳۸/۶۷، پذیرش ۱۸/۸۶، تمرکز مجدد بر برنامه ریزی ۲۱/۰۶، تمرکز مجدد مثبت ۳۵/۲۶، ارزیابی مجدد مثبت ۲۹/۶۹ و دیدگاه پذیری ۳۳/۵۹ به دست آمد که همگی در سطح معناداری قرار دارد. با توجه به اندازه اثر محاسبه شده تحمل پریشانی ۰/۷۳، ملامت خویش ۰/۵۹، ملامت دیگران، نشخوارگری ۰/۷۵، فاجعه‌انگاری ۰/۷۶، پذیرش ۰/۶۱، تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی ۰/۶۳، تمرکز مجدد مثبت ۰/۷۴، ارزیابی مجدد مثبت ۰/۷۱ و دیدگاه پذیری ۰/۷۳ ناشی از تأثیر متغیر مستقل بوده است ($P=0/05$).

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه بر تحمل پریشانی و تنظیم هیجان دانش‌آموزان دارای مشکلات رفتاری درونی شده انجام شد. نتایج حاصل از تحلیل داده‌ها نشان داد که این رویکرد درمانی بر تحمل پریشانی و تنظیم هیجان دانش‌آموزان دارای مشکلات رفتاری درونی شده مؤثر بوده است ($P < 0/01$). نتایج این پژوهش با یافته‌های پژوهش دیر و همکاران (۲۰۱۶)، تالکووسکی، گرین، اوسکیودا و نورتون (۲۰۱۷)، بولیس و همکاران (۲۰۱۴)، زمستانی و ایمانی (۱۳۹۵)، عطارد و همکاران (۱۳۹۵) و عبدی و همکاران (۱۳۹۲) به نوعی همسو است. بدین صورت که این پژوهشگران نیز در پژوهش خود با موضوع بررسی اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه بر اختلالات اضطرابی، افسردگی و هیجانی - رفتاری نشان دادند که این شیوه درمان می‌تواند به کاهش اضطراب، افسردگی، مشکلات هیجانی و روانشناختی منجر شود.

بر همین اساس باید اشاره کرد که درمان فراتشخیصی یکپارچه با آماج قرار دادن مستقیم عواطف منفی می‌تواند در حالات هیجانی افراد تغییر ایجاد کند. این رویکرد درمانی، تجارب منفی هیجانی را منجر کننده

نپنداشته و نیازی به کاهش آن نمی‌بیند. همچنین آن‌ها را دارای ارزش انطباقی و کارکردی می‌داند و به جای کاهش واکنش‌های عاطفی نسبت به هیجان‌های منفی، به کاهش خود هیجان‌های منفی از طریق فرآیند تنظیم هیجانی تأکید دارد (عبدی و همکاران، ۱۳۹۲). این رویکرد درمانی تأکید ویژه‌ای بر کاهش اجتناب از هیجان‌های مثبت و ترغیب به گرایش بیشتر به تجارب هیجانی مثبت دارد (فرشیون و همکاران، ۲۰۱۲) که این موضوع سبب تجربه بیشتر هیجان‌های مثبت در افراد با اختلال‌های هیجانی - رفتاری می‌شود.

عطارد و همکاران (۱۳۹۵) معتقدند که تأکید عمده درمان فراتشخیصی یکپارچه بر تجربه و پاسخ‌های هیجانی است. افراد دارای اختلال‌های هیجانی - رفتاری مانند افسردگی و اضطراب از راهبردهای تنظیم هیجانی سازش‌نا یافته مانند اجتناب و سرکوبی، پنهان کردن یا نادیده گرفتن هیجان‌ها استفاده می‌کنند. درمان فراتشخیصی یکپارچه به افراد می‌آموزد که چگونه با هیجان‌های ناخوشایند خود مواجه شده و به شیوه سازش‌یافته‌تری به هیجان‌های خود پاسخ دهند. این درمان کمک می‌کند تا بیماران، ادراک بهتری از تعامل افکار، احساس‌ها و رفتارها در ایجاد تجربه‌های هیجانی درونی داشته باشند. افراد در این روش درمان یاد می‌گیرند تا آگاهی بهتری از تجربه‌های هیجانی خود (شامل برانگیزاننده‌ها و پیامدهای رفتاری) کسب کنند، ارزیابی‌های شناختی منفی از احساس‌ها و هیجان‌های جسمی را مورد تردید قرار دهند، رفتارهای ناشی از هیجان را شناسایی و اصلاح کنند، آگاهی و تحمل احساس‌های جسمی در طی مواجهه درون‌زاد را کسب کنند و در بافت‌های موقعیتی و درون‌زاد با تجربه‌های هیجانی خود مواجه شوند. همه این مهارت‌ها، با اصلاح عادات تنظیم هیجانی منجر به کاهش شدت تجربه‌های هیجانی سازش‌نا یافته و برگرداندن هیجان‌ها به سطح کارکردی و کاهش ناراحتی و آشفته‌گی روانشناختی می‌شود.

در تبیین دیگر می‌توان گفت که با توجه به منطق پدیدآیی رویکرد درمانی فراتشخیصی یکپارچه، بهبودی و تغییرات معنادار تحمل پریشانی و تنظیم هیجان می‌تواند به واسطه آماج قرار گرفتن عوامل مشترکی همچون افکار

تکرار شونده و عاطفه منفی باشد که در مدل‌های پروتکل روی آن‌ها تأکید می‌شود (بولیس و همکاران، ۲۰۱۴)؛ به عبارت دیگر افزایش تحمل پریشانی و بهبود تنظیم هیجان در دانش‌آموزان دارای مشکلات رفتاری درونی‌شده، احتمالاً به طور غیرمستقیم به واسطه تغییرات حاصل شده در این عوامل مشترک باشد و این موضوع با توجه به تجمع مهارت‌ها و تکنیک‌های اثربخش بر درمان فراتشخیصی برای مورد هدف قرار دادن علائم کلیدی آسیب‌های بالینی همچون اختلالات هیجانی - رفتاری انجام می‌شود.

یافته نخست این پژوهش نشان داد که اختلاف معناداری بین میانگین درمان فراتشخیصی یکپارچه بر افزایش تحمل پریشانی در دانش‌آموزان با اختلالات رفتاری درونی‌شده در دو گروه آزمایش و کنترل وجود دارد. در تبیین این یافته می‌توان گفت درمان فراتشخیصی شامل راهبردهایی مانند آموزش آگاهی هیجانی، یادگیری مشاهده هیجانی، آشنایی با راهبردهای مختل اجتناب از هیجان، آگاهی یافتن از اثرات منفی اجتناب از هیجان و شناسایی رفتارهای ناشی از هیجان است که موجب تعدیل هیجان‌های افراد می‌شود. بنابراین آموزش فراتشخیص با تکیه بر تکنیک‌های تنظیم هیجان موجب می‌شود افراد به بازیابی هیجان‌ها و مخصوصاً هیجان‌های منفی خود پردازند و این امر باعث می‌شود افراد، هیجان‌ها را در درون خویش بپذیرند (بارلو و همکاران، ۲۰۱۷). در نهایت این امر موجب افزایش تحمل پریشانی در افراد خواهد شد. نظریه سیمونز و گاهر (۲۰۰۵) که تحمل پریشانی را به عنوان یک ساختار احساسی متشکل از تحمل، توجه و جذب، ارزیابی و تنظیم تجارب احساسی منفی، و به‌ویژه پیشگیری از اقدام به اجتناب یا واکنش هیجانی، در نظر گرفته شده است و از طرفی با در نظر گرفتن این حقیقت که داشتن زندگی با کیفیت، راحت، آرام و سرشار از احساس سلامتی در گرو پذیرش احساسات منفی و مثبت در قدم اول، و تعهد به کاهش احساسات منفی به شیوه‌ای متعادل و آرام در قدم دوم است (تحمل پریشانی از همین فرآیند شکل می‌گیرد)، می‌توان انتظار داشت تا درمان فراتشخیصی یکپارچه بر تحمل پریشانی حاصل از اضطراب و افسردگی در دانش‌آموزان دارای مشکلات رفتاری درونی‌شده مفید باشد. در حقیقت تحمل پریشانی، مانند پذیرش اضطراب، نشانه سازش‌یافتگی مطلوب در شخص است و فرد سالم یاد می‌گیرد که پریشانی را به عنوان یک واقعیت زندگی بپذیرد (کیو و همکاران، ۲۰۱۰).

دیگر نتایج این پژوهش نشان داد که درمان فراتشخیصی یکپارچه توانسته بر افزایش تنظیم هیجانی در دانش‌آموزان با مشکلات رفتاری درونی‌شده تأثیرگذار باشد. همان‌طور که قبلاً ذکر شد، مدل درمان فراتشخیصی بر مبنای مهارت‌های تنظیم هیجان پایه‌ریزی شده است و برای دامنه گسترده‌ای از اختلال‌های هیجانی کاربرد دارد. در تبیین این یافته پژوهش می‌توان چنین استدلال کرد که براساس نظر بارلو، درمان UP یک درمان فراتشخیصی بر پایه شناسایی رفتارهای ناشی از هیجان است و در آن فرآیندهای هیجانی، هدف اصلی درمان است (بارلو و همکاران، ۲۰۱۷).

بدین ترتیب، شناسایی این رفتارها، فرد را در مدیریت و تنظیم هیجان‌ها یاری می‌کند. طبق نظر بیسیک عقاید منفی درباره خود، عامل محوری در افسردگی است و نگرش‌های منفی، بخش اصلی تغییرات خلق محسوب می‌شوند. از طرفی تغییر در هر کدام از بخش‌های مختلف عملکرد سیستم‌های شناختی، از قبیل حافظه، توجه و هشیاری موجب تغییر خلق می‌شود؛ بنابراین نمی‌توان نقش تنظیم هیجان را نادیده گرفت. در نتیجه علت اختلال‌های هیجانی به نارسایی در کنترل‌های شناختی نسبت داده می‌شود، به طوری که ناتوانی در مهار هیجان منفی ناشی از وجود افکار و باورهای منفی درباره نگرانی و استفاده از شیوه‌های ناکارآمد مقابله‌ای است. سبک‌های مقابله‌ای مشتمل بر کوشش‌هایی از نوع عملی و درون‌روانی برای مهار مقتضیات درونی و محیطی و تعارض‌های میان آن‌ها است؛ بنابراین مفهوم تنظیم هیجان به دقت مرتبط با مفهوم مقابله است.

لازم به ذکر است که وجود برخی متغیرهای کنترل نشده مانند وضعیت هوشی دانش‌آموزان حاضر در پژوهش، وضعیت مالی خانواده‌ها، تحصیلات والدین و موقعیت اجتماعی آن‌ها و عدم پیگیری نتایج به دست آمده در بلندمدت از محدودیت‌های این پژوهش بوده است؛ بنابراین پیشنهاد می‌شود برای افزایش قدرت تعمیم‌پذیری نتایج، این پژوهش در سایر مناطق و جوامع دارای فرهنگ‌های متفاوت، روی دیگر دانش‌آموزان گروه‌های مختلف با کنترل عوامل ذکر شده و با اجرای مرحله پیگیری انجام شود. پیشنهاد می‌شود که در پژوهش‌های آتی، کارایی درمان فراتشخیصی یکپارچه در دانش‌آموزان دارای مشکلات رفتاری برون‌یافته همچون پرخاشگری، اختلال نافرمانی مقابله‌ای و سلوک نیز انجام شود. با توجه به تأیید اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه در این پژوهش، در سطح کاربردی پیشنهاد می‌شود درمان فراتشخیصی یکپارچه طی دوره‌های

حامی مالی: این پژوهش با هزینه شخصی نویسندگان انجام شده است.
نقش هر یک از نویسندگان: نویسندگان اول، راهنمایی و جهت‌دهی و همکاری در آموزش و اجرای پروتکل پژوهش حاضر را بر عهده داشته و نویسندگان دوم و سوم، محققان اصلی پژوهش هستند.

تضاد منافع: نویسندگان هیچ تضاد منافی در رابطه با این پژوهش اعلام نمی‌نمایند.
تشکر و قدردانی: بدین وسیله از مدیران و مشاوران مدارس که در انجام این پژوهش یاری نمودند، تشکر و قدردانی می‌گردد.

تخصصی به مشاوران مدارس آموزش داده شود تا این برنامه در مراکز آموزشی و درمانی آموزش و پرورش برای بهبود فرآیندهای روانشناختی و ارتقای سلامت روانی دانش آموزان به کار گرفته شود.

ملاحظات اخلاقی

پیروی از اصول اخلاق پژوهش: در پژوهش حاضر، مشارکت کنندگان به صورت آگاهانه و داوطلبانه در پژوهش مشارکت نمودند و اصل رازداری رعایت شد.

References

- Abdi, R., Bakhsipour, A., Mahmood Alilou, M., & Farnam, A. (2014). Efficacy evaluation of unified transdiagnostic treatment in patients with generalized anxiety disorder. *Journal of Research in Behavioral Sciences*, 11(5), 375-390. (Persian). [Link]
- Abdolkarimi, M., Ghorban Shirodi, S., Khalatbari, J., & Zarbakhsh, M. R. (2018). Effectiveness of meta diagnosis package of acceptance and commitment therapy, Self-Compassion therapy and dialectic behavioral therapy on emotion regulation and eating behavior of overweight and obese women. *Journal of Psychological Science*, 17(70), 651-662. (Persian). [Link]
- Achenbach, T. M., & Rescorla, L. A. (2003). Manual for the ASEBA adult forms & profiles. [Link]
- Achenbach, T. M., Dumenci, L., & Rescorla, L. A. (2003). DSM-oriented and empirically based approaches to constructing scales from the same item pools. *Journal of clinical child and adolescent psychology*, 32(3), 328-340. [Link]
- Achenbach, T.M., & Rescorla, L.A. (2001). ASEBA school age forms profiles. Burlington: University of Vermont, research center for children, youth & families. [Link]
- Ashena, M., Besharat, M, A., Malihialzuckerini, S., & Rafezi, Z. (2021). The effectiveness of unified transdiagnostic therapy on positive metacognitions and meta-emotions in mothers of children with cancer. *Journal of Psychological Science*, 20(97), 13-22. (Persian). [Link]
- Azizi, A., Mirzaei, A., & Shams, J. (2010). Correlation between distress tolerance and emotion regulation with students smoking dependence. *Hakim Research Journal*, 13(1), 11-18. (Persian). [Link]
- Barlow, D. H., Ellard, K. K. & Fairholme, C. P. (2010). Unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: Workbook. Oxford University Press. [Link]
- Barlow, D. H., Farchione, T. J., Sauer-Zavala, S., Latin, H. M., Ellard, K. K., Bullis, J. R. & Cassiello-Robbins, C. (2017). Unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: Therapist guide. Oxford University Press. [Link]
- Barlow, D.H., Farchione, T. J., Bullis, J. R., Gallagher, M.W., Murray-Latin, H., Sauer-Zavala, S. and et al. (2017). The Unified Protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders compared with diagnosis-specific protocols for anxiety disorders: A randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry*, 74(9), 875-884. [Link]
- Bullis, J.R., Fortune, M.R., Farchione, T.J., & Barlow, D.H. (2014). A preliminary investigation of the long-term outcome of the unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders. *Comprehensive Psychiatry*, 55(8), 1920-1927. [Link]
- Christner, N., Essler, S., Hazzam, A., & Paulus, M. (2021). Children's psychological well-being and problem behavior during the COVID-19 pandemic: An online study during the lockdown period in Germany. *PloS one*, 16(6), 52-68. [Link]
- Dear, B. F., Staples, L. G., Terides, M. D., Fogliati, V. J., Sheehan, J., Johnston, L. and Titov, N. (2016). Transdiagnostic versus disorder-specific and clinicianguided versus self-guided internet-delivered treatment for social anxiety disorder and comorbid disorders: A randomized controlled trial. *Journal of Anxiety Disorders*, 42 (5), 30-44. [Link]
- Farchione, T.J. Fairholme, C.P., Ellard, K.K., Boisseau, C.L., Thompson-Hollands, J., Carl, J.R., & et al. (2012). Unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: a randomized controlled trial. *Behavior Therapy*, 43(3), 666-678. [Link]
- Garnefski, N., & Kraaij V. (2007). The cognitive emotion regulation questionnaire. *European Journal of Psychological Assessment*, 23(3), 141-149. [Link]
- Garnefski, N., Kraaij, V., & Spinhoven, P. (2001). Negative life events, cognitive emotion regulation and emotional problems. *Personality and Individual Differences*, 30(8), 1311-27. [Link]
- Garnefski, N., Kraaij, V., & Spinhoven, P. (2001). Negative life events, cognitive emotion regulation and emotional problems. *Personality and Individual Differences*, 30(8), 1311-1327. [Link]
- Habibi-Asgarabad, M., Besharat, M., Fadaei, Z., & Najafi, M. (2009). Confirmatory factorial structure, reliability and validity of the Achenbach youth self-report scale (YSR): Monozygotic and Dizygotic twins. *Journal of Clinical Psychology*, 1(1), 1-18. (Persian). [Link]
- Hasani, J. (2011). The psychometric properties of the cognitive emotion regulation questionnaire (CERQ). *Journal of Clinical Psychology*, 2(3), 73-84. (Persian). [Link]
- Hofmann, S. G. & Otto, M. W. (2017). Cognitive behavioral therapy for social anxiety disorder: Evidence-based and disorder specific treatment techniques. London Routledge. [Link]

- Ivanova, M. Y., Achenbach, T. M., Rescorla, L. A., Dumenci, L., Almqvist, F., Bilenberg, N., & Verhulst, F. C. (2007). The generalizability of the Youth Self-Report syndrome structure in 23 societies. *Journal of consulting and clinical psychology, 75*(5), 729. [Link]
- Jiao, W. Y., Wang, L. N., Liu, J., Fang, S. F., Jiao, F. Y., Pettoello-Mantovani, M., & Somekh, E. (2020). Behavioral and Emotional Disorders in Children during the COVID-19 Epidemic. *The Journal of pediatrics, 221*, 264–266.e1. [Link]
- Kakaberaie, K., Asgar Abad, M., & Fedaei, Z. (2008). Validation of Achenbakh's behavioral problems: Performing the youth self-report scale (YSR) for 11-18 years old adolescents on high school students. *Journal of Research in Psychological Health, 1*(4), 50-66. (Persian) [Link]
- Keough, M.E., Riccardi, C.J., Timpano, K.R., Mitchell, M.A., & Schmidt, N.B. (2010). Anxiety symptomatology: the association with distress tolerance and anxiety sensitivity. *Behavior Therapy, 41*(4), 567–574. [Link]
- Kozak A.T, & Fought, A. (2011). Beyond alcohol and drug addiction. Does the negative trait of low distress tolerance have an association with overeating? *Appetite, 57*(3), 578-581. [Link]
- Martinsen, K. D., Rasmussen, L., Wentzel-Larsen, T., Holen, S., Sund, A. M., Løvaas, M., Patras, J., Kendall, P. C., Waaktaar, T., & Neumer, S. P. (2019). Prevention of anxiety and depression in school children: Effectiveness of the transdiagnostic EMOTION program. *Journal of consulting and clinical psychology, 87*(2), 212–219. [Link]
- Minaei, A. (2006). Adaptation and standardization of Child Behavior Checklist, Youth Self-report, and Teacher's Report Forms. *Research on Exceptional Children, 19*(1), 529-558. (Persian). [Link]
- Mousavi, S. M., Khajevand Khoshli, A., Asadi, J., & Abdollahzadeh, H. (2021). Comparison of the effectiveness of compassion-focused therapy and acceptance and commitment therapy on distress tolerance in women with systemic lupus erythematosus. *Journal of Psychological Science, 20*(99), 453-460. (Persian). [Link]
- Ollendick, T. H., White, S. W., Richey, J., Kim-Spoon, J., Ryan, S. M., Wieckowski, A. T., & Smith, M. (2019). Attention bias modification treatment for adolescents with social anxiety disorder. *Behavior therapy, 50*(1), 126-139. [Link]
- Otared, N., Mikaeili, N., Mohajeri Aval, N., Vojoudi, B. (2017). The effect of unified Tran treatment on anxiety disorders and comorbid depression: Single-Case Design. *Journal of Health Chimes, 4*(4), 54-62. (Persian). [Link]
- Priestley J. (2016). *Acceptance and commitment therapy for public speaking anxiety: a case series study of effects on self-reported, implicit, imaginal, and in-vivo outcomes*. Doctoral thesis. Lincoln, England: University of Lincoln. [Link]
- Prosen, S., & Jendriko, T. (2018). A Pilot study of emotion regulation strategies in a psychodrama group of psychiatric patients. *Journal of Creativity in Mental Health, 1*(1), 1-8. [Link]
- Qi, J., Rappaport, L. M., Cecilione, J., Hetteima, J. M., & Roberson-Nay, R. (2021). Differential Associations of Distress Tolerance and Anxiety Sensitivity with Adolescent Internalizing Psychopathology. *Journal of clinical child and adolescent psychology: the official journal for the Society of Clinical Child and Adolescent Psychology, American Psychological Association, Division, 53, 50*(1), 97–104. [Link]
- Reddy, S., & Deutsch, N. (2020). Behavioral and Emotional Disorders in Children and Their Anesthetic Implications. *Children, 7* (12). [Link]
- Simons, J.S., & Gaher, R. M. (2005). The distress tolerance scale: development and validation of a self-report measure. *Motivation and Emotion, 29*(2), 83-102. [Link]
- Takahashi, F., & Honda, H. (2021). Prevalence of clinical-level emotional/behavioral problems in schoolchildren during the coronavirus disease 2019 pandemic in Japan: A prospective cohort study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 1*(1). [Link]
- Talkovsky, A. M., Green, K. L., Osegueda, A., & Norton, P. J. (2017). Secondary depression in transdiagnostic group cognitive behavioral therapy among individuals diagnosed with anxiety disorders. *Journal of Anxiety Disorders, 46*(9), 56-64. [Link]
- Van der Giessen, D., & Bögels, S. M. (2018). Father-Child and Mother-Child Interactions with Children with Anxiety Disorders: Emotional Expressivity and Flexibility of Dyads. *Journal of abnormal child psychology, 46*(2), 331–342. [Link]
- Vim Z. B. S., & pina, W. (2010). The assessment of Emotion regulation improving construct validity in research on psychopathology in youth. *Journal of psychopathology Behavioral Assessment, 32*, 1-7. [Link]
- Zemestani, M., & Imani, M. (2016). Effectiveness of transdiagnostic treatment on depression/ anxiety symptoms and emotion regulation. *Contemporary Psychology, 11*(1), 21-32. (Persian). [Link]