مجله علوم پزشکی رازی دوره ۳۲، شماره پیوسته ۱۲۰، ۱۱ آبان ۱۴۰۴ https://doi.org/10.47176/rjms.32.120

مقاله پژوهشی

بررسی اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه بر آشفتگی هیجانی و دشواری تنظیم هیجان در بیماران دارای سابقه اقدام به خودکشی

افسانه امیری: کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، واحد سمنان، دانشگاه آزاد اسلامی، سمنان، ایران

مریم ایزدی مزیدی: استادیار، گروه روانشناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه یاسوج، یاسوج، ایران (* نویسنده مسئول) maryam.izadi.psy@gmail.com

سحر عشرتی: استادیار، گروه اعتیاد، دانشکده علوم رفتاری و سلامت روان (انستیتو روانپزشکی تهران)، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران

امیرحسین جعفری: استادیار، گروه روانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، بیمارستان روزبه، تهران، ایران

چکیده

زمینه و هدف: رفتار خودکشی یکی از مهم‌ترین فوریت های روانپزشکی است که از دیرباز، همواره گریبان‌گیر انسان بوده و تبعات بسیاری را برای جوامع به همراه داشته است. افراد دارای سابقهٔ اقدام به خودکشی اغلب دچار آشفتگی هیجانی و دشواری در تنظیم هیجان هستند. درمان فراتشخیصی یکپارچه یکی از رویکردهای درمانی است که بر هیجان و تنظیم هیجانی تمرکز دارد. پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه بر آشفتگی هیجانی و دشواری در تنظیم هیجان بیماران دارای سابقه اقدام به خودکشی مراجعه‌کننده به بیمارستان های اعصاب و روان تهران انجام شد.

روش کار: جامعه آماری پژوهش حاضر شامل بیماران دارای طیف سنی ۱۸ تا ۴۰ سال، مراجعه کننده به بیمارستان‌های اعصاب و روان شهر تهران با سابقه حداقل یکبار اقدام به خودکشی و مبتلا به حداقل یک تشخیص در حوزه اختلال‌های هیجانی در سال ۱۴۰۲بود. حجم نمونه این پژوهش برابر با ۴۴ نفر با گمارش تصادفی در ۲ گروه ۲۲ نفری کنترل و آزمایش بود؛ افراد گروه نمونه به شیوه نمونه گیری هدفمند انتخاب شدند. ابزار گردآوری اطلاعات شامل دو پرسشنامه دشواری در تنظیم هیجان و آشفتگی هیجانی بود. گروه مداخله علاوه بر مداخلات معمول، طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای تحت درمان فراتشخیصی یکپارچه قرار گرفتند، در حالی که در این مدت گروه کنترل مداخلات معمول را دریافت می کردند. داده ها با استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیره تجزیه و تحلیل شد.

یافته ها: نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیری نشان داد که درمان فراتشخیصی یکپارچه باعث کاهش دشواری در تنظیم هیجان (F=۱۸۸/۹۱۲) و آشفتگی هیجانی (F =۲۰۷/۱۹۹) بیماران دارای سابقه اقدام به خودکشی مراجعه کننده به بیمارستان‌های اعصاب و روان تهران شده است و این کاهش به لحاظ آماری معنی‌دار است (P<۰/۰۵).

نتیجه‌گیری: درمان فراتشخیصی یکپارچه با استفاده از آموزش آگاهی هیجانی، یادگیری مشاهده تجارب هیجانی، بازشناسی هیجان‌ها، شناسایی الگوهای اجتناب از هیجان و ارزیابی مجدد شناختی منجر به کاهش آشفتگی هیجانی و بهبود در تنظیم هیجان بیماران دارای سابقه اقدام به خودکشی گردیده است.

تعارض منافع: گزارش نشده است.

منبع حمایت‌کننده: حامی مالی ندارد.

کلیدواژه‌ها

درمان فراتشخیصی یکپارچه،
آشفتگی هیجان،
دشواری تنظیم هیجان،
خودکشی

تاریخ دریافت: ۱۴۰۴/۰۵/۱۱

تاریخ چاپ: ۱۴۰۴/۰۸/۱۱

شیوه استناد به این مقاله:

Amiri A, Izadi-Mazidi M, Eshrati S, Jafari A. Effectiveness of Unified Transdiagnostic Treatment on Emotional Distress, and Difficulty in Emotion Regulation in Patients with History of Suicide Attempt. Razi J Med Sci. 2025(2 Nov);32.120.

Copyright: ©2024 The Author(s); Published by Iran University of Medical Sciences. This is an open-access article distributed under the terms of the CC BY-NC-SA 4.0 (https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/deed.en).

*انتشار این مقاله به‌صورت دسترسی آزاد مطابق با CC BY-NC-SA 4.0 صورت گرفته است.

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-19]

[DOI: 10.47176/rjms.32.120]

Razi Journal of Medical Sciences. 2025(2 Nov);32.120. https://doi.org/10.47176/rjms.32.120

Original Article

Effectiveness of Unified Transdiagnostic Treatment on Emotional Distress, and Difficulty in Emotion Regulation in Patients with History of Suicide Attempt

Afsane Amiri: MSc. of Clinical Psychology, Semnan Branch, Islamic Azad University, Semnan, Iran
Maryam Izadi-Mazidi: Assistant Professor, Department of Psychology, Faculty of Literature and Humanities, Yasoug University, Yasoug, Iran (* Corresponding Author) maryam.izadi.psy@gmail.com
Sahar Eshrati: Assistant Professor, Department of Addiction, School of Behavioral Sciences and Mental Health (Tehran Institute of Psychiatry), Iran University of Medical Sciences,Tehran, Iran
Amirhossein Jafari: Assistant Professor of Psychiatry, Tehran University of Medical, Sciences, Tehran, Iran

Abstract

Background & Aims: Suicide and suicide-related behaviors constitute major psychiatric emergencies and represent a significant public health concern worldwide. Suicide attempts are associated with substantial psychological, social, and economic burdens for individuals, families, and healthcare systems. Research has consistently demonstrated that emotional distress and deficits in emotion regulation are among the most important psychological factors associated with suicidal thoughts and behaviors. Individuals with a history of suicide attempts often experience intense negative emotions, including anxiety, depression, stress, fear, and hopelessness, and frequently struggle to regulate these emotional experiences effectively. Difficulties in emotion regulation may increase vulnerability to emotional distress and contribute to maladaptive coping strategies such as avoidance, suppression, rumination, and self-harming behaviors. The Unified Transdiagnostic Treatment (UTT), developed within the cognitive-behavioral framework, focuses on common emotional processes underlying a wide range of emotional disorders rather than targeting disorder-specific symptoms. This treatment emphasizes emotional awareness, cognitive flexibility, reduction of emotional avoidance, and adaptive emotion regulation strategies. Given the central role of emotional dysregulation in suicidal behavior, the present study aimed to investigate the effectiveness of the Unified Transdiagnostic Treatment in reducing emotional distress and improving emotion regulation among patients with a history of suicide attempts attending psychiatric hospitals in Tehran, Iran.

Methods: This study employed a quasi-experimental design with a pretest-posttest control group. The statistical population consisted of patients aged between 18 and 40 years who attended psychiatric hospitals in Tehran during 2023 and had a documented history of at least one suicide attempt as well as at least one diagnosis within the spectrum of emotional disorders. Participants were recruited through purposive sampling. Initially, 50 eligible individuals were enrolled in the study; however, six participants withdrew during the intervention period, resulting in a final sample of 44 participants. The remaining participants were randomly assigned to either an experimental group (n = 22) or a control group (n = 22). Data were collected using two standardized instruments: the Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS) developed by Gratz and Roemer and the Depression, Anxiety, and Stress Scale-21 (DASS-21), which was used as a measure of emotional distress. After obtaining ethical approval, informed consent was secured from all participants. Baseline assessments were administered before the intervention. Participants in the experimental group received the Unified Transdiagnostic Treatment protocol in addition to routine psychiatric care. The intervention consisted of eight weekly individual sessions, each lasting approximately 90 minutes, based on the treatment protocol developed by Barlow and colleagues. The sessions focused on psychoeducation about emotions, increasing emotional awareness, identifying emotional triggers and maladaptive behavioral responses, enhancing cognitive flexibility, modifying automatic maladaptive appraisals, reducing emotional avoidance, and developing adaptive emotion regulation skills. Participants in the control group received only the usual psychiatric and psychological services provided by the hospitals. Following completion of the intervention, both groups completed the posttest assessments.

Keywords
Unified Transdiagnostic Treatment,
Emotional Distress,
Emotion Regulation,
Suicide

Received: 02/08/2025
Published: 02/11/2025

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-19]

[DOI: 10.47176/rjms.32.120]

Data were analyzed using descriptive statistics and multivariate analysis of covariance (MANCOVA) through SPSS version 26. Assumptions of normality, homogeneity of variances, and homogeneity of covariance matrices were examined and confirmed prior to conducting the main analyses.

Results: The mean age of participants was 27.20 years (SD = 7.88), and approximately 65.9% of the sample were female. Descriptive findings indicated a noticeable reduction in emotional distress and difficulties in emotion regulation among participants in the experimental group at posttest, whereas changes in the control group were minimal. The results of multivariate analysis of covariance revealed a statistically significant overall difference between the experimental and control groups on the combined dependent variables following the intervention ($F = 139.06$, $p < .001$). The effect size was substantial, with the intervention accounting for approximately 87% of the variance in the combined outcome variables.

Follow-up univariate analyses demonstrated significant differences between groups on both emotional distress and difficulties in emotion regulation. Specifically, participants who received the Unified Transdiagnostic Treatment showed significantly lower levels of emotional distress compared with those in the control group ($F = 207.199$, $p < .001$). Likewise, significant improvements were observed in emotion regulation, with participants in the treatment group reporting markedly fewer difficulties in emotion regulation than those in the control group ($F = 188.912$, $p < .001$). Effect size estimates indicated that approximately 82% of the variance in emotional distress scores and 83% of the variance in emotion regulation difficulties were attributable to the intervention. These findings suggest that the Unified Transdiagnostic Treatment produced robust and clinically meaningful improvements in emotional functioning among individuals with a history of suicide attempts.

Conclusion: The findings of the present study provide strong evidence for the effectiveness of the Unified Transdiagnostic Treatment in reducing emotional distress and improving emotion regulation among patients with a history of suicide attempts. The intervention appears to achieve these outcomes through several interrelated mechanisms, including enhancing emotional awareness, facilitating nonjudgmental observation of emotional experiences, increasing recognition and understanding of emotions, identifying patterns of emotional avoidance, promoting cognitive reappraisal, and fostering greater psychological flexibility. By helping individuals modify maladaptive emotional and cognitive responses and adopt more adaptive coping strategies, the treatment reduces vulnerability to intense emotional suffering and emotional dysregulation, both of which are recognized risk factors for suicidal behavior. Given its transdiagnostic nature and emphasis on core emotional processes shared across various emotional disorders, the Unified Transdiagnostic Treatment may serve as an effective therapeutic option for patients with a history of suicide attempts and co-occurring emotional difficulties. Mental health professionals are encouraged to consider this intervention as part of comprehensive treatment programs aimed at reducing psychological distress and improving emotional functioning in this high-risk population. Future research should examine the long-term effectiveness of this treatment, its impact on suicidal ideation and recurrent suicide attempts, and its applicability across diverse age groups and clinical settings.

Conflicts of interest: None
Funding: None

Cite this article as:
Amiri A, Izadi-Mazidi M, Eshrati S, Jafari A. Effectiveness of Unified Transdiagnostic Treatment on Emotional Distress, and Difficulty in Emotion Regulation in Patients with History of Suicide Attempt. Razi J Med Sci. 2025(2 Nov);32.120.

Copyright: ©2024 The Author(s); Published by Iran University of Medical Sciences. This is an open-access article distributed under the terms of the CC BY-NC-SA 4.0 (https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/deed.en).

*This work is published under CC BY-NC-SA 4.0 licence.

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-19]

[DOI: 10.47176/rjms.32.120]

مقدمه

رفتار خودکشی یکی از مهمترین فوریت های روانپزشکی است که تظاهر اساسی آن، اقدام به خودکشی است؛ رفتاری که فرد حداقل تا حدی با قصد مردن به آن دست می زند، این رفتار می‌تواند به صدمه‌دیدگی یا پیامدهای طبی جدی منجر شود یا نشود (۱). عوامل متعددی در بروز خودکشی و تکرار آن نقش دارند، از جمله آن‌ها می توان به آشفتگی هیجانی و دشواری در تنظیم هیجان اشاره کرد (۲).

فرد دچار آشفتگی‌های هیجانی، عواطف و هیجانات منفی، ناراحت کننده، شدید و عمیقی مثل اضطراب، افسردگی یا ترس را در پاسخ به محرک‌های محیطی تجربه می‌کند. این تجربه‌هایِ هیجانی توسط فرد مضر و آسیب‌زا تفسیر می‌شوند. تجربهٔ این هیجانات، زندگی فرد را دچار مشکل می‌کند و ممکن است در برابر آنها رفتارهایِ دفاعی انجام دهد یا از موقعیت‌های خاصی اجتناب کند (۳). آشفتگی هیجانی با اختلال در عملکرد اجتماعی، تحصیلی و شغلی، افزایش مشکلات جسمانی و استفاده از خدمات بهداشتی در جامعه همراه است (۴). شواهد فراوانی دال بر این ادعا است که همه افراد در مقاطعی از زندگی خود آشفتگی را تجربه می‌کنند، اما شدت، فراوانی و قابلیت کنترل این پدیده در افراد مختلف، متفاوت است (۵). اشکال و نقص در تنظیم هیجان می‌تواند فرد را در برابر آشفتگی هیجانی آسیب پذیر کند (۶). افراد دارای سطح پایینی از تحمل آشفتگی، معمولاً به دلیل تلاش‌های نامناسب در مواجهه با هیجان‌های منفی، درگیر نوعی بی‌نظمی رفتاری می‌شوند و با پرداختن به رفتارهای اجتنابی به دنبال تسکین درد هیجانی خود هستند (۷).

برخی پژوهش‌ها به این نتیجه دست یافته‌اند که مطالعه تجارب هیجانی و تنظیم هیجانی، مخصوصاً تنظیم شناختی هیجان، در مطالعه خودکشی، مهم تر از تحلیل نقش ساختارهای مغزی، اختلال های روانی، عوامل اجتماعی و سایر عوامل حفاظت کننده و خطرساز در بروز خودکشی خواهد بود (۸). راهبردهای ناکارآمد تنظیم شناختی هیجان، مانند خودسرزنشگری، نشخوار فکری و فاجعه‌سازی، رابطه قوی‌تری را با شاخص‌های مشکلات هیجانی مانند تمایل به خودکشی و پرخاشگری نشان می‌دهند (۹، ۱۰).

درمان فراتشخیصی یکپارچه یکی از درمان های مبتنی بر نظریه شناختی-رفتاری است که به ایجاد راهبردهای تنظیم هیجانی، اصلاح و بازسازی شناختی و تغییر رفتارهای اجتنابی می‌پردازد. این رویکرد التقاطی از ادغام اصول مشترک موجود در برخی روان‌درمانی‌های مبتنی بر حمایت تجربی طراحی شده است. افراد ممکن است در مواجهه با هیجانات و نگرانی از تجربه و یا ابراز هیجان ها، از راهبردهای ناسازگارانه تنظیم هیجانی مانند سرکوب یا اجتناب، یا نادیده گرفتن هیجان استفاده کنند. استفاده از این راهبردهای ناسازگارانه، می‌تواند با پیامد های نامناسب و ناخواسته‌ای همراه باشد. درمان فراتشخیصی یکپارچه به افراد در مدیریت مؤثر هیجانات منفی خود کمک می‌کند (۱۱). درمان فراتشخیصی یکپارچه با اصلاح این عادتها، شدت و بروز تجارب هیجانی ناسازگار را کاهش می دهد و عملکرد بیمار را بهبود می بخشد (۱۱).

منطق شکل‌گیری درمان‌های فراتشخیصی مبتنی بر مفاهیم نظری و نتایج تجربی در خصوص وجود عوامل مشترک بین اختلال های هیجانی بوده است که عمدتاً با هدف مورد آماج قرار دادن این عوامل سبب ساز طراحی شدند (۱۲،۱۳) و تأکید عمدهٔ آن بر تجربه و واکنش‌های هیجانی است (۱۴). در درمان فراتشخیصی، اصول و پروتکل درمانی یکسانی برای اختلال های هیجانی مختلف به کار می رود.

اثربخشی این رویکرد درمانی در بهبود مؤلفه‌های شناختی، هیجانی، ارتباطی و فیزیولوژیک افراد، در پژوهش‌هایی از جمله سلیمانی و همکاران (۱۳۹۹؛ ۱۵)، علوی و همکاران (۱۳۹۹؛ ۱۶)، گروسمان و ارنریچ مای (۲۰۲۰؛ ۱۷)، و ساکیریس و برله (۲۰۱۹؛ ۱۸) نشان داده شده است. به صورت خاص، اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه در پژوهش گله‌گیریان و همکاران (۱۴۰۰؛ ۱۹) بر کاهش اجتناب تجربه ای و فکر خودکشی در دختران قربانی خشونت خانگی، در پژوهش رضایی و همکاران (۱۳۹۴؛ ۲۰) برکاهش نشخوار ذهنی و افکار خودکشی، و در پژوهش ایزدی (۱۳۹۸؛ ۲۱)، بر کاهش آشفتگی هیجانی و بدتنظیمی

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-19]

[DOI: 10.47176/rjms.32.120]

هیجانی و میل و اقدام به رفتارهای خودآسیب رسان نشان داده شده است. پژوهش‌های دیگری نیز نشان داده‌اند که درمان فراتشخیصی یکپارچه اثر معنی داری در کاهش آشفتگی هیجانی (۲۲)، حساسیت اضطرابی و بازداری هیجان (۲۳) و افزایش ارزیابی مجدد شناختی (۱۴) در بیماران دچار اختلالات اضطرابی دارد. با این حال، بررسی اثربخشی این پروتکل درمانی بر بیماران دارای سابقه اقدام به خودکشی در جامعه ایرانی، نیازمند مطالعه بیشتر است. حاتمیان و همکاران (۱۴۰۱؛ ۲۴) طی یک مطالعه کیفی دریافته‌اند که درمان فراتشخیصی با فرهنگ ایرانی تناسب دارد.

روش کار

پژوهش حاضر، نیمه آزمایشی و از نوع پیش آزمون-پس آزمون با گروه کنترل است. جامعه آماری شامل بیماران مراجعه کننده به بیمارستانهای اعصاب و روان شهر تهران در سال ۱۴۰۲، و نمونه پژوهش شامل ۴۴ نفر از این این افراد بود که به صورت هدفمند انتخاب شدند. لازم به توضیح است که با در نظر گرفتن احتمال افت آزمودنی، ۵۰ نفر وارد مطالعه شدند. در طول مطالعه، ۶ نفر (۴ نفر از گروه آزمایش و ۲ نفر از گروه کنترل) از ادامه همکاری منصرف شدند. ملاکهای ورود به مطالعه عبارت بودند از: طیف سنی ۱۸ تا ۴۰ سال، سابقه حداقل یک بار اقدام به خودکشی، و وجود حداقل یک تشخیص در حوزه اختلال‌های هیجانی بر اساس مصاحبه بالینی.

در این مطالعه، پس از کسب کد اخلاق و مجوزهای لازم، به دو بیمارستان بهارلو و روزبه مراجعه شد. پس از ارائه توضیحات لازم در خصوص پژوهش و اخذ رضایت نامه آگاهانه از بیماران، ابزارهای پژوهش شامل مقیاس های دشواری در تنظیم هیجان و آشفتگی هیجانی همراه با توضیحات لازم در اختیار آن‌ها قرار گرفت. افراد شرکت‌کننده به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند. گروه آزمایش، علاوه بر مداخلات معمول، طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای و هفتگی تحت درمان فراتشخیصی یکپارچه قرار گرفتند، در حالی که در این مدت گروه کنترل مداخلات معمول را دریافت می‌کردند. مداخله به صورت انفرادی انجام شد. پس از اتمام جلسات مداخله، پس آزمون در مورد شرکت‌کنندگان هر دو گروه اجرا شد.

تجزیه و تحلیل داده‌ها: در این پژوهش، برای تجزیه و تحلیل داده‌ها در سطح آمار توصیفی از میانگین و انحراف استاندارد، و در سطح آمار استنباطی از آزمون کمولوگروف اسمیرنف جهت بررسی نرمال بودن توزیع داده ها، آزمون لوین برای بررسی برابری واریانس ها، و تحلیل کوواریانس چند متغیری برای آزمون فرضیه‌های پژوهش استفاده شد. نتایج آماری با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۲۶ تجزیه و تحلیل شدند.

ابزار

پرسشنامه دشواری در تنظیم هیجان (DERS): این مقیاس شامل ۳۶ گویه است که توسط گراتز و روئمر (۲۰۰۴) طراحی شده است و دارای یک نمره کلی و ۶ زیر مقیاس است که مربوط به ابعاد مختلف دشواری در تنظیم هیجانی است. در مطالعه گراتز و روئمر (۲۰۰۴؛ ۲۵)، همسانی درونی برای کل سوالات برابر با ۰/۹۳ و برای زیرمقیاس‌ها بالای ۰/۸ بود. پایایی بازآزمایی آن در یک دوره زمانی ۲-۸ هفته ای، ۰/۸۸ گزارش شد. در مطالعه خانزاده و همکاران (۱۳۹۱؛ ۲۶) ، ضریب الفای کرونباخ برای کل سوالات ۰/۹۳ و برای خرده‌مقیاس‌ها بین ۰/۸۰ تا ۰/۸۹ به دست آمد.

پرسشنامه آشفتگی هیجانی (DASS-21): فرم اصلی این پرسشنامه دارای ۴۲ سوال و فرم کوتاه شامل ۲۱ سوال است که توسط لوی‌باند و همکاران (۱۹۹۵) ساخته شده و دارای سه خرده-مقیاس افسردگی، اضطراب، استرس است. لوی باند و لوی باند (۱۹۹۵؛ ۲۷)، ضرایب همسانی درونی (آلفای کرونباخ) سه خرده مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس را به ترتیب ۰/۹۱، ۰/۸۱ و ۰/۸۹ گزارش کرده اند. نتایج تحلیل عامل تاییدی نیز در این مطالعه وجود سه عامل افسردگی، اضطراب و استرس را تایید کرده است.

در ایران، اصغری مقدم و همکاران (۱۳۸۷؛ ۲۸)، ضریب الفای کرونباخ را برای افسردگی ۰/۹۳، برای

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-19]

[DOI: 10.47176/rjms.32.120]

جدول ۱- ماژول‌های پروتکل یکپارچه درمان فراتشخیصی

ماژول	اهداف	جلسات
اول	افزایش انگیزه و درگیری با درمان	افزایش انگیزه برای مشارکت و درگیری بیماران در درمان، ارائه منطق درمان و تعیین اهداف درمان.
دوم	آموزش روانی و ردیابی تجارب هیجانی	آموزش و تعریف هیجانات، اهداف هیجانات، اجزای هیجان، رفتارهای ناشی از هیجان و تاثیر آنها بر تجارب هیجانی، آشنایی با چرخه اجتناب و اثرات متناقض اجتناب از هیجان. معرفی و بررسی رفتارهای هیجانی، ارائه دلیل لزوم مقابله با رفتارهای هیجانی ناسازگار، کمک به مراجع برای شناسایی و مقابله با این رفتارها.
سوم	آموزش آگاهی هیجانی	آموزش ارتباط بین حسهای بدنی و هیجانات شدید، انجام اسکن بدنی برای آگاهی بیشتر از نشانه های بدنی، تجربه نشانه های بدنی و تحمل آنها بدون اجتناب از آنها.
چهارم	ارزیابی مجدد شناختی	ارزیابی و ارزیابی مجدد شناختی؛ ایجاد آگاهی از تاثیر و ارتباط متقابل بین افکار و هیجانها، شناسایی ارزیابی های ناسازگارانه اتوماتیک و تله های فکری رایج، و آموزش ارزیابی مجدد شناختی و افزایش انعطاف پذیری در تفکر، و مهارت حل مسئله.
پنجم	اجتناب هیجانی و رفتارهای ناشی از هیجان (EDBS)	آشنایی با راهبردهای مختلف اجتناب از هیجان و تأثیر آن بر تجارت هیجانی و آگاهی از اثرات متناقض اجتناب از هیجان.
ششم	آگاهی و تحمل احساس‌های جسمانی	آموزش آگاهی بیشتر نسبت به تجارب هیجانی خود با یک رویکرد معطوف به حال و غیرقضاوتی نسبت به این تجارب هیجانی.
هفتم	رویارویی احشایی و هیجانی مبتنی بر موقعیت	مرور مهارتهایی که از ابتدای درمان تا کنون آموخته شده است، تهیه سلسله مراتب هیجانی برای تجزیه موقعیت هایی که هیجانات قوی را برمی انگیزند، و طراحی تمرینهای مواجهه با هیجانها به طور موثر و مکرر به صورت تجسمی و عینی، و ممانعت از اجتناب.
هشتم	پیشگیری از عود	پیشگیری از عود؛ مرور کلی مفاهیم درمان، و بحث در مورد بهبودی و پیشرفتهای درمانی بیمار.

اضطراب ۰/۹۰، و استرس ۰/۹۲ به دست آوردند. ضرایب پایایی بازآزمایی (با فاصله سه هفته) افسردگی، اضطراب و استرس به ترتیب ۰/۸۴، ۰/۸۹ و ۰/۹۰ بود. بین جمعیت عمومی و نمونه بالینی شامل افراد مبتلا به اختلال افسردگی (افسردگی اساسی، اختلال افسرده خویی) و اختلال اضطراب منتشر و وسواس جبری در نمره های این پرسشنامه تفاوت معنی داری وجود داشت که حاکی از روایی افتراقی این ابزار بود.

برنامه مداخله: برنامه مداخله‌ای در پژوهش حاضر برگرفته از برنامه درمان فراتشخیصی یکپارچه بارلو و همکاران (۲۰۱۷؛ ۲۹) بود (جدول ۱). این درمان در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه ای هفتگی به شرح زیر اجرا شد.

یافته‌ها

میانگین سنی شرکت‌کنندگان (۷/۸۸±) ۲۷/۲۰ بود. حدود ۶۵/۹٪ از آن‌ها زن و بقیه مرد بودند. میانگین متغیرهای آشفتگی هیجانی و دشواری در تنظیم هیجان در گروه آزمایش و گروه کنترل در مرحله پیش آزمون و پس آزمونمدر جدول ۲ گزارش شده است.

اطلاعات جدول ۲ حاکی از کاهش نمره‌های آشفتگی هیجانی و دشواری در تنظیم هیجان در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل در مرحله پس آزمون است.

آزمون تحلیل کواریانس دارای پیش فرض هایی از جمله نرمال بودن توزیع نمرات، همگنی واریانس های گروه ها و همگنی کوواریانس است. برای بررسی پیش فرض نرمال بودن توزیع داده‌ها از آزمون کولموگروف اسمیرنف استفاده شد که نتایج حاکی از رعایت این پیش فرض برای هر دو متغیر آشفتگی هیجان و دشواری درتنظیم هیجان است ($p<۰/۰۵$؛ جدول ۳).

برای بررسی همگنی واریانس‌ها از آزمون لوین استفاده شد (جدول۴). نمره F در متغیرهای آشفتگی هیجان و دشواری در تنظیم هیجان به ترتیب ۸/۹۱ و ۱/۹۶ بود، که عدم معنا داری ($P>۰.۰۰۱$) آن‌ها نشان از برقراری این پیش فرض است.

بررسی پیش فرض همگنی ماتریس واریانس-کوواریانس، با استفاده از آزمون ام باکس، نشان داد که ماتریس های کوواریانس مشاهده شده متغیرهای

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-19]

[DOI: 10.47176/rjms.32.120]

پژوهش در دو گروه کنترل و آزمایش برابر هستند (Box M=۱۷/۳۳؛ F=۵/۴۸؛ P<۰/۰۰۱؛ جدول ۵).

همان طور که جدول ۲ نشان داد، در گروه آزمایش، میانگین نمرات در هر یک از متغیرهای آشفتگی هیجانی و دشواری در تنظیم هیجان، در مرحله پس آزمون نسبت به مرحله پیش آزمون کاهش نشان می‌دهد. در حالی که تغییر چندانی در گروه کنترل مشاهده نمی‌شود. برای آزمون معنی داری این تفاوت

جدول ۲- شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش به تفکیک گروه آزمایش و کنترل

متغیر	مرحله	پیش آزمون		پس آزمون	
		میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
آشفتگی هیجانی	آزمایش	۴۰	۱۲/۷۰	۱۷/۷۲	۴/۸۷
	کنترل	۳۷/۷۲	۱۱/۳۰	۳۹/۴۵	۱۰/۶۰
دشواری در تنظیم هیجان	آزمایش	۱۱۹/۵۹	۱۹/۸۲	۸۸/۷۷	۶/۵۷
	کنترل	۱۱۳/۴۰	۱۴/۱۱	۱۱۷/۲۲	۱۲/۴۰

جدول ۳- آزمون کولموگروف اسمیرنف برای بررسی نرمال بودن توزیع متغیرهای پژوهش

متغیرها	گروه	آماره		معنی داری
		آزمایش	کنترل	
آشفتگی هیجانی	پیش آزمون	۰/۱۵	۰/۱۱	۰/۱۷
	پس آزمون	۰/۱۳	۰/۱۰	۰/۱۱
دشواری در تنظیم هیجان	پیش آزمون	۰/۱۸	۰/۱۶	۰/۲۱
	پس آزمون	۰/۱۲	۰/۱۴	۰/۱۳

جدول ٤- نتایج آزمون لوین برای بررسی همگنی واریانس ها در متغیرهای پژوهش

متغیرهای وابسته	F	df_1	df_2	معنی داری آماری
آشفتگی هیجان	۸.۹۱۰	۱	۴۲	۰.۰۰۵
دشواری تنظیم هیجان	۱.۹۶۳	۱	۴۲	۰.۱۶۸

جدول ۵- آزمون ام باکس برای بررسی همگنی ماتریس واریانس_کوواریانس گروه های آزمایش و کنترل

ام باکس	F	df_1	df_2	سطح معنی‌داری
۱۷/۳۳	۵/۴۸	۳	۳۱۷۵۲۰.۰۰۰	۰/۰۰۱

جدول ٦- نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری بر روی میانگین نمره‌های پس آزمون آزمودنی‌های گروه آزمایش و کنترل در متغیرهای آشفتگی هیجانی و دشواری در تنظیم هیجان

شاخص های اعتباری	V	F	df	Df	P	Eta
اثر پیلایی	۰/۸۷	۱۳۹/۰۶	۲	۳۹	<۰/۰۰۱	۰/۸۷
لامبدای ویلکز	۰/۱۲	۱۳۹/۰۶	۲	۳۹	<۰/۰۰۱	۰/۸۷
اثر هاتلینگ	۷/۱۳	۱۳۹/۰۶	۲	۳۹	<۰/۰۰۱	۰/۸۷
بزرگترین ریشه روی	۷/۱۳	۱۳۹/۰۶	۲	۳۹	<۰/۰۰۱	۰/۸۷

جدول ۷- نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیری (مانکووا) مقیاس‌های آشفتگی هیجانی و دشواری در تنظیم هیجان

منبع	متغیرهای وابسته	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	مجذور اتا	سطح معنی داری
گروه	آشفتگی هیجان	۵۴۶۱/۹۱	۱	۵۴۶۱/۹۱	۱۸۸/۹۱	۰/۸۲	۰/۰۰۱
	دشواری در تنظیم هیجان	۱۰۲۳۹/۹۱	۱	۱۰۲۳۹/۹۱	۲۰۷/۱۹	۰/۸۳	۰/۰۰۱

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-19]

[DOI: 10.47176/rjms.32.120]

ها یک تحلیل کوواریانس چندمتغیری انجام شد که نتایج در جدول ۶ آمده است.

نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری نشان داد که تفاوت بین دو گروه از نظر متغیرهای وابسته معنی‌دار است (P<۰/۰۰۱ ، F =۱۳۹/۰۶) و بر اساس مقدار مجذور اتا، میزان این تفاوت برای مجموع متغیرهای وابسته برابر با ۰/۸۷ است یعنی ۸۷ درصد از واریانس نمرات آشفتگی هیجانی و دشواری در تنظیم هیجان، ناشی از اثر آزمایشی است (جدول ۶).

بر اساس جدول ۶، بین دو گروه آزمایش و کنترل از لحاظ حداقل یکی از متغیرهای وابسته، در سطح p < ۰/۰۰۱ تفاوت معنی داری وجود دارد. جهت پی بردن به این تفاوت، دو تحلیل کوواریانس در متن مانکوا انجام گرفت (جدول ۷). نتایج این تحلیل نشان داد که بین دو گروه آزمایش و کنترل در متغیرهای آشفتگی هیجانی (F=۱۸۸/۹۱) و دشواری در تنظیم هیجان (F=۲۰۷/۱۹) تفاوت معنی‌داری وجود دارد (p<۰/۰۰۱). مقادیر مجذور اتا نشان می‌دهد که ۸۲ درصد از واریانس نمرات آشفتگی هیجانی و ۸۳ درصد از واریانس نمرات متغیر دشواری در تنظیم هیجان ناشی از شرایط آزمایشی است.

بحث

هدف از پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه نگر بر آشفتگی هیجان و دشواری در تنظیم هیجان در بیماران دارای سابقه اقدام به خودکشی مراجعه کننده به بیمارستان‌های اعصاب و روان تهران بود. نتایج نشان داد که درمان فراتشخیصی یکپارچه بر آشفتگی هیجان و تنظیم هیجان بیماران دارای سابقه اقدام به خودکشی تأثیر معناداری داشته، و منجر به کاهش آشفتگی هیجانی گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل شده است. این یافته با مطالعه ایزدی (۱۳۹۸؛ ۲۱) ، ضرغامی (۱۳۹۷؛ ۳۰) ، و اکبری و همکاران (۱۳۹۳؛ ۳۱)، قاسم‌زاده و همکاران (۱۴۰۰؛ ۳۲) ، لله دادیان فلاورجانی و گرجی (۱۴۰۰؛ ۳۳) ، محمدی، نهنگ و حسینی (۱۳۹۸؛ ۳۴) ، ارنریج، گلدستین، رایت و بارلو (۲۰۰۹؛ ۳۵) شرمن و همکاران (۲۰۰۹؛ ۳۶) همسو است که دریافتند پروتکل فراتشخیصی باعث کاهش اضطراب، افسردگی و مشکلات هیجانی و روانشناختی در شرکت‌کنندگان می‌شود. البته در مطالعه ضرغامی (۱۳۹۷)، و ایزدی (۱۳۹۸)، به ترتیب نسخه کودک و نوجوان این پروتکل به کار رفته است.

در تبیین این یافته می‌توان چنین بیان داشت که پروتکل یکپارچه به آموزش روانی درباره ماهیت هیجان ها و مؤلفه های اصلی تجارب هیجانی می پردازد و به بیماران کمک می کند تا بتوانند تجارب هیجانی خود را ردیابی کنند، یعنی بتوانند راه اندازهای تجارب هیجانی، پاسخ خود به این هیجانات و پیامدهای این پاسخ ها را شناسایی کنند (۳۷)، در واقع، هستهٔ اصلی این مداخله آگاهی، مخصوصاً آگاهی هیجانی و شناختی و شناسایی و کنترل هیجانات مختلف است. آگاهی می‌تواند با درگیر ساختن عملکردهای سطح بالای مغز به خصوص لوب پیشانی از قبیل توجه، هوشیاری، انعطاف‌پذیری، و از طریق ممانعت از عملکرد سیستم لیمبیک به طرز مؤثری عکس العمل‌های تکانشی و هیجانی را کنترل کند و در نتیجه تجربه هیجان منفی را کاهش می‌دهد (۲۹).

تمرکز بر هیجان و به چالش کشیدن آنچه فرد به صورت مبهم از آن به عنوان حال بد یاد می کند به فرد این آگاهی را می دهد که اولا آنچه او تجربه می کند مجموعه ای از احساسات بدنی است که سیستم سمپاتیک برای محافظت از وی برانگیخته است و نه یک موقعیت ناشناخته مبهم که باعث دغدغه و نگرانی او شده است، ثانیا تمرکز بر احساسات بدنی و چالش با احساسات به شکل درجه بندی این احساس، فرد را از ادراک یک موقعیت بحرانی به درک یک وضعیت قابل تحمل و تحت کنترل می رساند. لذا فرد متوجه می شود که آنچه او را در موقعیت هیجانی نامطلوب در حالت ناخوشایندی قرار می داده است اصل آن هیجان نبوده بلکه عدم آگاهی او از ماهیت آن هیجان و بزرگنمایی ناآگاهانه آن و نیز دست کم گرفتن توان خود برای رویارویی با اصل هیجان و در نتیجه اجتناب و سردرگمی و احساس انفعال بوده است. افراد می

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-19]

[DOI: 10.47176/rjms.32.120]

توانند آگاهی غیرقضاوتی و متمرکز بر حال را در تجربه هیجانی خود تمرین کرده و ضمناً مهارتهای مشاهده عینی تجربه های هیجانی خود را در هنگام وقوع کسب کنند. این مهارت ها با تمرین ذهن آگاهی و القای هیجانی، باعث رشد توانایی آنها در شناسایی افکار، احساس های جسمی و رفتارهایی که در ناراحتی آنها نقش دارند، شد. تمرینات تن آرامی و انقباض و انبساط ارادی، به مرور باعث درک این واقعیت می شود که بخش زیادی از شدت ادراک این هیجانات حتی توسط خود فرد نیز قابل دستکاری و تنظیم است، این واقعیت نقش مهمی در افزایش جرات ورزی بیماران در مواجهه با هیجانات دارد. همچنین تمرین القای حس های بدنی ناخوشایند به صورت آگاهانه و مواجهه به صورت علائم بدنی، باعث تقویت حس کنترل و کاهش انتظار فاجعه آمیز بودن شرایط بروز هیجان می شود. تمرینات حضور در لحظه و ذهن آگاهی، استفاده از راهبرداهایی از قبیل باز ارزیابی مثبت، اتخاذ دیدگاه و توجه مجدد مثبت را پس از تجربه هیجانات ناخوشایند افزایش می دهد و از طریق تغییر زمینه بروز این هیجانات منفی به افزایش انعطاف پذیری روانشناختی و کاهش آشفتگی هیجان کمک می کند (۲۹).

بر اساس نتایج پژوهش حاضر، درمان فراتشخیصی یکپارچه منجر به بهبود تنظیم هیجان در افراد گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل شده است. این یافته، با نتایج سایر مطالعات از جمله تالکوسکی و همکاران (۳۸؛۲۰۱۷)، زمستانی و ایمانی (۱۳۹۵؛ ۳۹)، تروسپر، بوزلا و بنت (۲۰۰۹؛ ۴۰)، الارد و همکاران (۲۰۱۱؛ ۴۱)، رشید و رشید (۱۴۰۰؛ ۴۲)، داودی و همکاران (۱۳۹۸؛ ۴۳)، فدایی و همکاران (۱۳۹۷؛ ۴۴)، ساکیریس و برله (۲۰۱۹؛ ۱۸)، علوی و همکاران (۱۳۹۷؛ ۱۶)، بولیس و همکاران (۲۰۱۵؛ ۴۵)، محمدی، بیرشک و غرایی (۱۳۹۲؛ ۴۶) و وارکوویتزکی، شریل و رگر(۲۰۱۷؛ ۴۷) که دریافتند پروتکل یکپارچه درمان فراتشخیصی موجب بهبود در تنظیم هیجانی افراد می شود، همسو است اگرچه شرکت‌کنندگان این مطالعات، بیماران دارای رفتار خودکشی نبودند.

در تبیین این یافته می‌توان چنین بیان کرد یکی از مکانیسم‌هایی که این پروتکل درمانی از طریق آن تغییر ایجاد می‌کند تنظیم هیجان است، یکی از رایجترین راهبردهای تنظیم هیجان استفاده از راهبردهای شناختی می باشد (۴۸)، که ماژول پنجم پروتکل یکپارچه که به ارزیابی شناختی و تغییر آن می‌پردازد، به بیماران کمک می‌کند تا نسبت به نحوه تفسیر و ارزیابی خود از موقعیت‌ها آگاهی بیشتری پیدا کنند و بدانند که افکار چگونه بر چرخه‌های واکنش هیجانی تاثیر دارد. هدف از تغییر در ارزیابی شناختی افزایش انعطاف‌پذیری در موقعیت‌های ارزیابی است، در این ماژول بیماران می‌آموزند که ارزیابی‌های خودآیند ناسازگارانه خود (تله‌های فکری) را شناسایی کنند، تاثیر این ارزیابی‌ها بر حلت‌های خلقی یا هیجانی خود و همینطور تاثیر خلقیات یا هیجانات بر چگونگی ارزیابی موقعیت را تشخیص دهند، و با استفاده از تکنیک های شناختی مختلف این ارزیابی‌ها را مورد سنجش قرار داده، و به انعطاف‌پذیری بیشتری در طرز فکر خود دست یابند (۴۹). درمان فراتشخیصی یکپارچه نگر تأکید زیادی بر بازسازی شناختی دارد. این درمان با تکیه بر ارزیابی شناختی مجدد پدیده ها و رویداد ها و تغییر باورهای فراشناختی غلط و با به کارگیری پذیرش هیجانها، اعتبار بخشیدن به هیجان های بیمار و آموزش به بیماران برای قضاوت نکردن هیجان ها و صرفاً مشاهده آن‌ها، سبب تنظیم هیجان بیمار می شود (۵۰). در واقع، تأکید درمان فراتشخیصی یکپارچه بر حذف و یا سرکوبی افکار و ارزیابیهای منفی و همچنین جایگزینی آنها با افکار سازگارانه و واقع بینانه نیست بلکه بر افزایش انعطاف پذیری شناختی به عنوان راهبرد تنظیم هیجان سازگارانه تاکید دارد. بیماران شرکت کننده در این رویکرد درمانی تشویق می شوند تا راهبردهای ارزیابی مجدد شناختی را نه فقط قبل از موقعیت های هیجانی بلکه در خلال و بعد از وقوع آنها نیز مورد استفاده قرار دهند. به علاوه، این درمان بر تعامل پویا بین رفتارها، شناختها و احساس‌های

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-19]

[DOI: 10.47176/rjms.32.120]

جسمانی تاکید دارد که مولفه های مهم در ایجاد تجربه‌های هیجانی‌اند (۵۱).

یکی دیگر از مهارت‌های اصلی در درمان فراتشخیصی، مهارت شناسایی و اصلاح تمایلات رفتاری ناسازگارانه یا رفتارهای کنترل نشده ناشی از هیجان است. یادگیری این مهارت، موجب تنظیم هیجان افراد می شود. با توجه به تجمیع مهارتها و تکنیکهای اثربخش در درمان فراتشخیصی یکپارچه برای مورد هدف قرار دادن عوامل کلیدی آسیب ها در اختلالات هیجانی، بیمار می آموزد چگونه با هیجانات نامناسب خود روبرو شده و به شیوه سازگارانه تری به هیجانات خود پاسخ دهد (۱۸). به بیماران آموزش داده می شود تا نقش ارزیابی‌های خودکار ناسازگارانه را در ایجاد تجربه های هیجانی بشناسند و الگوهای تفکر خود را شناسایی کنند و روش‌های اصلاح تفکر ناسازگارانه را تمرین کنند، همچنین به تدریج انعطاف پذیری در ارزیابی‌های خود را در موقعیت‌های مختلف افزایش دهند.

این مطالعه، دارای برخی محدودیت ها است، از جمله اینکه نمونه پژوهش از بین بیماران مراجعه‌کننده به بیمارستان اعصاب و روان، و دارای سابقه اقدام به خودکشی انتخاب شدند و در طیف سنی ۱۸-۴۰ سال قرار داشتند، بنابراین تعمیم نتایج به افرادی با زیرگروه‌های سنی دیگر، افراد اقدام کننده به رفتارهای خودآسیب‌رسان بدون قصد خودکشی، و افرادی از سایر جوامع آماری باید با احتیاط صورت گیرد.

با توجه به افزایش رو به رشد شیوع خودکشی به عنوان یک راهبرد اجتنابی در مواجهه با آشفتگی هیجانی، یافته‌های این پژوهش می تواند در مراکز درمانی و مشاوره‌ای توسط متخصصین بهداشت روانی به کار گرفته شود.

با عنایت به این که رفتار خودکشی در اواخر نوجوانی و اوایل بزرگسالی نسبت به سایر زیرگروه‌های سنی شایعتر است، پیشنهاد می‌شود که این مداخله، در قالب پروتکل‌های آموزش روانی و به منظور پیشگیری از رفتارهای خودآسیب‌رسان، برای عموم دانشجویان و دانش‌آموزان به کار رود.

نتیجه‌گیری

در مجموع، پروتکل یکپارچه برای درمان فراتشخیصی اختلالات هیجانی، با استفاده از تکنیک‌های آموزش روانشناختی، آموزش آگاهی هیجانی، افزایش انعطاف‌پذیری شناختی و مواجهه هیجانی و اصلاح عادت‌های تنظیم هیجانی بیماران می‌پردازد (۲۹). این درمان یکی از درمان‌های اثربخش در زمینه اختلالات هیجانی است، بنابراین توصیه می شود که متخصصان بهداشت روان، این مداخله را به عنوان یک گزینه درمانی برای بیماران دچار اختلالات هیجانی و دارای سابقه اقدام به خودکشی مد نظر قرار دهند.

تقدیر و تشکر

بدین وسیله از ریاست محترم بیمارستان‌های روزبه و بهارلو و همینطور کلیه کارکنان بخش‌های مسمومیت، اورژانس و کلنیک بیمارستان‌های بهارلو و روزبه که در انجام این پژوهش همکاری نمودند صمیمانه تشکر و قدردانی می‌گردد.

ملاحظات اخلاقی

شرکت در این پژوهش به صورت داوطلبانه و با رضایت آگاهانه بود؛ تمامی اطلاعات مربوط به شرکت کنندگان در پژوهش به صورت محرمانه نگهداری شده و کلیه ملاحظات اخلاقی در مورد عدم اشاره به نام و هویت شرکت‌کنندگان در پژوهش، به هنگام گزارش نتایج پژوهش رعایت گردد. ضمناً پس از طی مراحل اداری و گرفتن مجوز برای نمونه گیری و داده یابی، کد اخلاق IR.IAU.SEMNAN.REC.1402.005 و کد IRCTبا شماره IRCT20230627058601N1 از مرکز بین المللی ثبت کارآزمایی های بالینی ایران ، عضو مراکز بین المللی مورد تایید سازمان جهانی بهداشت، دریافت شد.

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-19]

[DOI: 10.47176/rjms.32.120]

مشارکت نویسندگان

نویسنده اول از همکاری و مشارکت سایر نویسندگان مقاله در مراحل مختلف به صـــورت یکســـان بهره مند بوده است.

References

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5. 5th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2013.
2. Rusu PP, Bodenmann G, Kayser K. Cognitive emotion regulation and positive dyadic outcomes in married couples. J Soc Pers Relat. 2019;36(1):359-376.
3. Barlow DH, Farchione TJ, Fairholme CP, Ellard KK, Boisseau CL, Allen LB, et al. The Unified Protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: therapist guide. New York: Oxford University Press; 2011.
4. Elhai JD, Levine JC, O'Brien KD, Armour C. Distress tolerance and mindfulness mediate relations between depression and anxiety sensitivity with problematic smartphone use. Comput Human Behav. 2018;84:477-484.
5. Nolen-Hoeksema S. The response styles theory. In: Papageorgiou C, Wells A, editors. Depressive rumination: nature, theory and treatment. Chichester: Wiley; 2004. p. 107-123.
6. Garnefski N, Van Den Kommer T, Kraaij V, Teerds J, Legerstee J, Onstein E. The relationship between cognitive emotion regulation strategies and emotional problems: comparison between a clinical and a non-clinical sample. Eur J Pers. 2002;16(5):403-420.
7. Matheny NL, Summers BJ, Macatee RJ, Harvey AM, Okey SA, Cougle JR. A multi-method analysis of distress tolerance in body dysmorphic disorder. Body Image. 2017;23:50-60.
8. Hasani J, Miraghaei AM. The relationship between cognitive emotion regulation strategies and suicidal ideation. Contemp Psychol. 2012;7(2):61-72.
9. Chester DS, Merwin LM, DeWall CN. Maladaptive perfectionism's link to aggression and self-harm: emotion regulation as a mechanism. Aggress Behav. 2015;41(5):443-454.
10. Brausch AM, Woods SE. Emotion regulation deficits and nonsuicidal self-injury prospectively predict suicide ideation in adolescents. Suicide Life Threat Behav. 2019;49(3):868-880.
11. Barlow DH, Farchione TJ, Bullis JR, Gallagher MW, Murray-Latin H, Sauer-Zavala S, et al. The Unified Protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders compared with diagnosis-specific protocols for anxiety disorders: a randomized clinical trial. JAMA Psychiatry. 2017;74(9):875-884.
12. Ashena M, Besharat MA, Malihialzuckerini S, Rafezi Z. The effectiveness of unified transdiagnostic therapy on positive metacognitions and meta-emotions in mothers of children with cancer. J Psychol Sci. 2021;20(97):13-22.
13. Boisseau CL, Rasmussen SA. Unified protocol for the discontinuation of long-term serotonin reuptake inhibitors in obsessive-compulsive disorder: study protocol and methods. Contemp Clin Trials. 2018;65:157-163.
14. Kennedy SM, Bilek EL, Ehrenreich-May J. A randomized controlled pilot trial of the Unified Protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders in children. Behav Modif. 2019;43(3):330-360.
15. Soleimani S, Amir Fakhraei A, Karamati K, Samavi A. Comparing the effectiveness of cognitive behavioral therapy and integrated transdiagnostic therapy on emotional expressiveness and fear of intimacy in children of divorce. J Health Promot Manag. 2020;9(6):145-155.
16. Alavi SM, Rafiinia S, Makvandi Hosseini S, Sabahi P. Effectiveness of integrated transdiagnostic therapy on symptoms of social anxiety disorder and difficulty in emotion regulation: a single-subject study. J Psychol Stud. 2020;16(2):7-24.
17. Grossman RA, Ehrenreich-May J. Using the Unified Protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders with youth exhibiting anger and irritability. Cogn Behav Pract. 2020;27(2):184-201.
18. Sakiris N, Berle D. A systematic review and meta-analysis of the Unified Protocol as a transdiagnostic emotion regulation based intervention. Clin Psychol Rev. 2019;72:101751.
19. Galehgirian S, Deireh E, Ghamarani A, Poladi Reishahri A. The effect of unified trans-diagnostic treatment on experiential avoidance and suicidal ideation in girls who are victims of domestic violence. Psychol Methods Models. 2022;12(46):69-84.
20. Rezaei M, Hatami S, Hojjat S, Ain Beigi E, Panah M, Monadi H. The effectiveness of metacognitive therapy on suicidal ideation in depressed patients under drug treatment. Clin Psychol Stud. 2015;6(22):1-13.
21. Izadi-Mazidi M. Examining the efficacy of integrated transdiagnostic protocol on nonsuicidal self-injury in adolescent girls [dissertation]. Tehran: Shahed University; 2018.
22. Castro-Camacho L, Rattner M, Quant DM, González L, Moreno JD, Ametaj A. A contextual

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-19]

[DOI: 10.47176/rjms.32.120]

adaptation of the Unified Protocol for the transdiagnostic treatment of emotional disorders in victims of the armed conflict in Colombia. Cogn Behav Pract. 2019;26(2):351-365.

23. Hashemi BM, Mahdian H. Investigating the effectiveness of Barlow's unified transdiagnostic treatment on anxiety sensitivity and emotion regulation in people with panic disorder. In: Proceedings of the 8th International Conference on Psychology, Educational Sciences and Lifestyle; 2021 Sep; Tbilisi, Georgia.

24. Hatamian P, Rasulzadeh Tabatabaei K, Azadfallah P. Transdiagnostic treatment of emotion regulation according to Iranian culture. J Cult Health Promot. 2022;6(3):529-539.

25. Gratz KL, Roemer L. Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. J Psychopathol Behav Assess. 2004;26(1):41-54.

26. Khanzadeh M, Saidian M, Hossein Chari M, Edrisi F. Factorial structure and psychometric properties of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. J Behav Sci. 2012;6(1):87-96.

27. Lovibond PF, Lovibond SH. The structure of negative emotional states: comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. Behav Res Ther. 1995;33(3):335-343.

28. Asghari Moghaddam MA, Saed F, Dibajnia P, Zanganeh J. A preliminary validation of the Depression, Anxiety and Stress Scales (DASS) in a non-clinical sample. Clin Psychol Pers. 2008;6(2):23-38.

29. Barlow DH, Farchione TJ, Bullis JR, Gallagher MW, Murray-Latin H, Sauer-Zavala S, et al. The Unified Protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders compared with diagnosis-specific protocols for anxiety disorders: a randomized clinical trial. JAMA Psychiatry. 2017;74(9):875-884.

30. Zarghami F, Shoairi MR, Shahryvar Z. Unified transdiagnostic treatment of emotional disorders for children with comorbid anxiety and depressive disorders: a single-case study. Psychol Res. 2019;22(1):92-114.

31. Akbari M, Roshan R, Fata L, Shabani A, Zarghami F. The role of cognitive, behavioral, emotional and metacognitive factors in predicting repetitive negative thoughts: a transdiagnostic perspective. Iran J Psychiatry Clin Psychol. 2014;20(3):233-242.

32. Ghasemzadeh S, Naghsh Z, Gholami Fesharaki M, Shafiee E. The effectiveness of a unified transdiagnostic treatment program on anxiety, depression and stress in female adolescents with premenstrual syndrome and their mothers' quality of life. J Sch Public Health Inst Public Health Res. 2021;19(2):185-198.

33. Alah Dadian Flavarjani N, Gorgi Y. The effectiveness of transdiagnostic therapy on reducing attentional focus, avoidance and psychological stress of adolescents with social anxiety disorder. In: Proceedings of the First International Conference on Educational Sciences, Psychology and Humanities; 2021 May 12; Brussels, Belgium.

34. Mohammadi R, Nahang AA, Hoseini MA. Effectiveness of unified transdiagnostic treatment on self-concept and psychological disturbance of students with depressive symptoms. J Child Ment Health. 2020;6(4):108-118.

35. Ehrenreich JT, Goldstein CR, Wright LR, Barlow DH. Development of a Unified Protocol for the treatment of emotional disorders in youth. Child Fam Behav Ther. 2009;31(1):20-37.

36. Sherman JA, Tonarely NA, Ehrenreich-May J. Targeting comorbid anxiety and depression using the Unified Protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders in adolescents. Clin Case Stud. 2018;17(2):59-76.

37. Ehrenreich-May J, Rosenfield D, Queen AH, Kennedy SM, Remmes CS, Barlow DH. An initial waitlist-controlled trial of the Unified Protocol for the treatment of emotional disorders in adolescents. J Anxiety Disord. 2017;46:46-55.

38. Talkovsky AM, Green KL, Osegueda A, Norton PJ. Secondary depression in transdiagnostic group cognitive behavioral therapy among individuals diagnosed with anxiety disorders. J Anxiety Disord. 2017;46:56-64.

39. Zemestani M, Imani M. Effectiveness of transdiagnostic treatment on depression/anxiety symptoms and emotion regulation. Contemp Psychol. 2016;11(1):21-32.

40. Trosper SE, Buzella BA, Bennett SM, Ehrenreich JT. Emotion regulation in youth with emotional disorders: implications for a unified treatment approach. Clin Child Fam Psychol Rev. 2009;12(3):234-254.

41. Ellard KK, Fairholme CP, Boisseau CL, Farchione TJ, Barlow DH. Unified Protocol for the transdiagnostic treatment of emotional disorders: protocol development and initial outcome data. Cogn Behav Pract. 2010;17(1):88-101.

42. Rashid Z, Rashid M. Investigating the effectiveness of unified transdiagnostic treatment on specific symptoms of major depression, high-risk behaviors, emotion regulation and anxiety in methadone-dependent people. New Ideas Psychol Q. 2021;9(13):1-12.

43. Nargesi F, Fathi Ashtiani A, Davoudi I, Ashrafi E. The effectiveness of unified transdiagnostic treatment on anxiety sensitivity, distress tolerance and obsessive-compulsive symptoms in individuals with obsessive-compulsive disorder. Psychol Achiev. 2019;26(2):49-66.

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-19]

[DOI: 10.47176/rjms.32.120]

44. Fadaei M, Ghanbari Hashemabadi BA, Kimiaee SA. The efficacy of integrated meta-diagnosis therapy on self-differentiation and difficulty of emotion regulation in patients with anxiety syndrome. J Mashhad Univ Med Sci. 2018;61(6.1):1-11.

45. Bullis JR, Sauer-Zavala S, Bentley KH, Thompson-Hollands J, Carl JR, Barlow DH. The Unified Protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: preliminary exploration of effectiveness for group delivery. Behav Modif. 2015;39(2):295-321.

46. Mohammadi A, Birashk B, Gharraee B. Comparison of the effect of group transdiagnostic treatment and group cognitive therapy on emotion regulation. Iran J Psychiatry Clin Psychol. 2013;19(3):187-194.

47. Varkovitzky RL, Sherrill AM, Reger GM. Effectiveness of the Unified Protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders among veterans with posttraumatic stress disorder: a pilot study. Behav Modif. 2018;42(2):210-230.

48. Akbari M, Mohammadkhani S. Transdiagnostic cognitive, behavioral and emotional processes in depression and anxiety disorders. Couns Cult Psychother. 2018;9(35):117-146.

49. Barlow DH, Ellard KK, Fairholme CP, Farchione TJ, Boisseau CL, Allen LB, et al. Unified Protocol for the transdiagnostic treatment of emotional disorders: client workbook. New York: Oxford University Press; 2011.

50. Lavaf Arani MJ, Sadeghi S, Laki M, Dehghani Sanij N, Rajabi F. The effectiveness of unified trans-diagnostic treatment on anxiety sensitivity, sleep quality and emotion regulation in patients with post-traumatic stress disorder. Rooyesh-e-Ravanshenasi. 2022;11(10):193-202.

51. Barlow DH, Farchione TJ, Fairholme CP, Ellard KK, Boisseau CL, Allen LB, et al. The Unified Protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: therapist guide. New York: Oxford University Press; 2011.

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-19]

[DOI: 10.47176/rjms.32.120]