

## **The Effectiveness of Transdiagnostic, Emotion- focused Treatment for Emotional Regulation and Individual-social Adjustment in Female Students**

Atefe Azimi<sup>1</sup>, Abdollah Omid<sup>2</sup>, Elham Shafiei<sup>3\*</sup>, Arash Nademi<sup>4</sup>

1. MSc of Clinical Psychology, Department of Psychology, Isfahan Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran.

2. Associate Professor, Department of Clinical Psychology, Kashan University of Medical Sciences, Kashan, Iran.

3. PhD of Epidemiology, Psychosocial Injuries Research Centre, Ilam University of Medical Sciences, Ilam, Iran.

4. Assistant Professor, Department of Statistics, Ilam Branch, Islamic Azad University, Ilam, Iran.

Received: 6 Sep 2017, Accepted: 29 Nov 2017

---

### **Abstract**

**Background:** Students face a lot of emotional problems and psychological stress that affect their individual and social adaptation as well as their quality of life. Therefore, examining treatment models for these problems is very important. One of these models, the Fractal Diagnostic Treatment Model, is based on emotional regulation skills for a wide range of emotional disorders that can be used properly. The purpose of this study was to investigate the effectiveness of integrated diagnostic therapy on individual and social adaptations and emotional adjustment.

**Materials and Methods:** A total of 70 female students were selected and assigned into two diagnostic groups (35 patients) and control (35 people). The experimental group received 12 sessions of diagnostic diagnosis weekly. Data were gathered in this study by Social Compliance Scale and Graz's Regulatory Emotion Questionnaire. Data were analyzed using descriptive statistics and multivariate covariance analysis (MANCOVA).

**Results:** The results showed that transdiagnostic treatment focused on the dimensions of emotional regulation, including: refusal of emotional responses ( $F = 120.69, p < 0.01$ ), impulse control problems ( $F = 14.57, p < 0.01$ ), lack of emotional awareness ( $F = 104.82, p < 0.01$ ), lack of emotional resolution ( $F = 42.64, p < 0.01$ ), participation problems ( $F = 41.00, p < 0.01$ ), and limitations in achieving emotional regulation ( $F = 85.33, p < 0.01$ ) is effective. Also, the results showed that exacerbation-based fetal diagnostic therapy was effective on individual adaptations ( $F = 146.76, p < 0.01$ ) and social ( $F = 85.02, p < 0.01$ ).

**Conclusion:** Regarding the effect of Fract-Intervention therapy based on emotional adjustment on personal and social adaptation and student's emotional adjustment dimensions, these results are applicable to clinical practitioners, counselors and practitioners in academic counseling centers.

**Keywords:** Transdiagnostic treatment, Emotional regulation, Individual and social adjustment

\*Corresponding Author:

Address: Psychosocial Injuries Research Centre, Ilam University of Medical Sciences, Ilam, Iran.

Email: eshafiei1524@gmail.com

## اثربخشی درمان فراتشخیصی مبتنی بر تنظیم هیجانی بر ابعاد تنظیم هیجانی و سازگاری فردی و اجتماعی در دانشجویان دختر

عاطفه عظیمی<sup>۱</sup>، عبدالله امیدی<sup>۲</sup>، الهام شفیعی<sup>۳\*</sup>، آرش نادمی<sup>۴</sup>

۱. کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، گروه روان‌شناسی، واحد اصفهان، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران
۲. دانشیار، گروه روان‌شناسی بالینی، دانشگاه علوم پزشکی کاشان، کاشان، ایران
۳. دکتری تخصصی اپیدمیولوژی، مرکز تحقیقات آسیب‌های روانی-اجتماعی، دانشگاه علوم پزشکی ایلام، ایلام، ایران
۴. استادیار، گروه آمار، واحد ایلام، دانشگاه آزاد اسلامی، ایلام، ایران

تاریخ دریافت: ۹۶/۶/۱۵، تاریخ پذیرش: ۹۶/۹/۸

### چکیده

**زمینه و هدف:** دانشجویان با مشکلات هیجانی و استرس‌های روان‌شناختی زیادی روبه‌رو هستند که سازگاری فردی و اجتماعی و همچنین کیفیت زندگی آنان را تحت تاثیر قرار می‌دهد. بنابراین بررسی مدل‌های درمان برای این‌گونه مشکلات از اهمیت بالایی برخوردار است. یکی از این مدل‌ها، مدل درمان فراتشخیصی، مبتنی بر مهارت‌های تنظیم هیجان برای دامنه گسترده‌ای از اختلال‌های هیجانی است که قابلیت کاربرد مناسبی دارد. پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان یکپارچه فراتشخیصی بر سازگاری‌های فردی و اجتماعی و تنظیم هیجان انجام شد.

**مواد و روش‌ها:** تعداد ۷۰ نفر از دانشجویان دختر، پس از ارزیابی بالینی اولیه و احراز شرایط پژوهش، انتخاب و در دو گروه درمان فراتشخیصی (۳۵ نفر) و کنترل (۳۵ نفر) گماشته شدند. گروه آزمایشی، ۱۲ جلسه درمان هفتگی فراتشخیصی را دریافت کرد. در این پژوهش، ابزار گردآوری اطلاعات مقیاس سازگاری اجتماعی و پرسش‌نامه تنظیم هیجانی گراتز بود. داده‌های پژوهش به کمک روش‌های آمار توصیفی و تحلیل کواریانس چند متغیره (مانکوا) تجزیه و تحلیل شدند.

**یافته‌ها:** تحلیل نتایج نشان داد که درمان فراتشخیصی بر ابعاد تنظیم هیجان شامل عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی ( $F=120/69$ ،  $p < 0/01$ )، مشکلات کنترل تکانه ( $F=14/57$ ،  $p < 0/01$ )، کمبود آگاهی هیجانی ( $F=104/82$ ،  $p < 0/01$ )، کمبود وضوح هیجانی ( $F=42/64$ ،  $p < 0/01$ )، مشکلات مشارکت ( $F=41/00$ ،  $p < 0/01$ ) و محدودیت در دست‌یابی به راه‌کارهای تنظیم هیجانی ( $F=85/33$ ،  $p < 0/01$ )، اثر بخش است. همچنین نتایج نشان داد که درمان فراتشخیصی مبتنی بر تنظیم هیجانی بر سازگاری‌های فردی ( $F=146/76$ ،  $p < 0/01$ ) و اجتماعی ( $F=85/02$ ،  $p < 0/01$ ) اثربخش بوده است.

**نتیجه‌گیری:** با توجه به تاثیر مداخله درمان فراتشخیصی مبتنی بر تنظیم هیجان بر سازگاری‌های فردی و اجتماعی و ابعاد تنظیم هیجان دانشجویان، این نتایج برای متخصصان بالینی و مشاوران دست‌اندرکار در مراکز مشاوره دانشگاهی تلویحات کاربردی دارد.

**واژگان کلیدی:** درمان فراتشخیصی، تنظیم هیجان، سازگاری فردی و اجتماعی

\*نویسنده مسئول: ایران، ایلام، دانشگاه علوم پزشکی ایلام، مرکز تحقیقات آسیب‌های روانی-اجتماعی

Email: eshafiei1524@gmail.com

## مقدمه

هیجان یک آشفتنگی زودگذر و مداوم در ذهن است که به علت تفاوت بین واقعیت ادراک شده و تمایلات فردی ایجاد می‌شود (۱، ۲). هیجان‌ها در هر لحظه می‌توانند پاسخ‌های فیزیولوژیکی، تعامل‌های اجتماعی و فرآیندهای ذهنی مانند توجه، تصمیم‌گیری و حافظه‌ی ما را تحت تاثیر قرار دهند (۳). آن‌ها به ما کمک می‌کنند تا بتوانیم به مشکلات و فرصت‌هایی که در زندگی با آن‌ها روبه‌رو می‌شویم، سازگارانه پاسخ دهیم (۴). البته هیجان‌ها همیشه مفید نیستند، بلکه می‌توانند برای ما آسیب‌زا باشند و زمینه‌ی مشکلات یا اختلالات هیجانی را فراهم کنند، به طوری که پاسخ‌های هیجانی مشکل‌زا در بیش از نیمی از اختلالات محور I و تمام اختلالات شخصیتی محور II اتفاق می‌افتد (۵). هروینگ و همکاران بر این باورند که تلاش برای اجتناب از تجارب درونی (مانند احساسات مزاحم و ناخواسته) زمینه‌ی اختلالات روان‌شناختی بسیاری است (۶). از این رو، افرادی که در مدیریت پاسخ‌های هیجانی خود مشکل دارند، دوره‌های طولانی‌تر و شدیدتری از ناراحتی را تجربه می‌کنند و احتمال بیشتری وجود دارد که این افراد افسرده باشند (۷). یافته‌های به دست آمده نشان می‌دهد که استفاده‌ی بیشتر از برخی راهبردها مانند سرکوب کردن هیجان و نشخوار ذهنی و استفاده‌ی کمتر از سایر راهبردها مانند ارزیابی مجدد با علایم افسردگی در ارتباط است (۸). بر طبق اظهار جرمین و گوتلیب، عواطف منفی مداوم، ویژگی دوره‌های افسردگی است و توانایی تنظیم پاسخ‌های هیجانی نسبت به حوادث منفی می‌تواند نقش حیاتی در فهم این اختلال ناتوان‌کننده داشته باشد (۹). تنظیم هیجان برای فهم شروع، حفظ و درمان اختلالات اضطرابی مانع انتخاب یک پاسخ هیجانی سازگارانه و با مهارت یک پاسخ هیجانی ناسازگارانه می‌شوند (۱۰). از طرفی مشکلات در تنظیم هیجان (بدتنظیمی هیجانی) در اضطراب منتشر، وضعیت‌های مشابه اضطراب منتشر (۱۱)، شدت علایم استرس پس از سانحه، اختلال هراس و ترس از

فضای باز (۱۲) و همچنین در اختلالات اضطرابی تاثیر معنی‌داری دارد (۱۳). از طرف دیگر، تنظیم هیجان به عنوان یک واسطه در زمینه‌ی سازگاری با استرس مطرح می‌شود (۱۴). افرادی که از راهبردهای مقابله‌ی شناختی، ناسازگارانه استفاده می‌کنند بیشتر از افرادی که درگیر راهبردهای سازگارانه می‌شوند، استرس را تجربه می‌کنند (۱۵). سیلور و همکاران نشان دادند که راهبردهای ناسازگارانه‌ی نشخوار ذهنی، ناتوانی در ارزیابی مثبت و سرزنش خود، پیش‌بینی‌کننده‌ی استرس هستند (۱۶).

بر اساس یافته‌های استیکبروک و همکاران، استفاده از راهبردهای ناسازگارانه‌ی فاجعه‌آمیز تلقی کردن و نشخوار فکری در برخورد با استرس‌ها منجر به بروز مشکلات هیجانی بیشتر می‌شود. بدین ترتیب، برخی از خصوصیات تنظیم هیجان می‌تواند سطوح کلی استرس را تحت تاثیر قرار دهد و تنظیم شناختی هیجان، فرد را در مدیریت هیجان‌های پس از تجربه‌ی وقایع استرس‌زا یاری کند (۱۷).

بخشی‌پور رودسری و همکاران (۱۸) در مطالعه‌ای با عنوان ارزیابی کارایی درمان فراتشخیصی یکپارچه در کاهش شدت نشانه‌های افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر همراه با اختلال هیجانی همایند، نشان دادند تاثیر درمان فراتشخیصی یکپارچه در کاهش شدت آماج‌های درمان‌نگرانی، عاطفه منفی، نشانه‌های اختلال اضطراب فراگیر و اختلال هیجانی همایند و آسیب عملکردی بیماران هم از نظر آماری و هم از نظر بالینی معنادار است.

با توجه به این‌که انسان موجودی اجتماعی است که همواره سعی می‌کند تا مهارت‌هایی جهت تسهیل روابط خود با دیگران کسب نمایند (۱۹)، تحقیقات نشان داده است که کمبود مهارت‌های اجتماعی باعث بروز اختلال‌های رفتاری مانند نقص در عملکرد تحصیلی و شناختی، فرار از مدرسه و رفتارهای ضد اجتماعی و اختلال‌های روانی در آینده شود (۲۰). همچنین پژوهش‌ها نشان داده است که ۶۰ درصد دانشجویان در ابراز وجود ناتوان و دچار کم‌رویی هستند و این

قرار گرفتند. گروه اول در معرض درمان فراتشخیصی مبتنی بر تنظیم هیجان قرار گرفته و گروه دوم هیچ درمانی را دریافت نکردند. معیارهای ورود به مطالعه عبارت بود از: دانشجویان در حال تحصیل، مؤنث بودن دانشجویان، مجرد، سن بین ۱۹ تا ۲۵ سال و عدم حضور در گروه‌های درمانی دیگر. معیارهای خروج نیز عبارت بود از: نداشتن انگیزه برای درمان‌های روان‌شناختی، نداشتن انگیزه برای انجام تکالیف و عدم شرکت در جلسات به‌طور منظم و پیوسته (غیبت بیش از ۲ جلسه).

هم‌چنین بعد از تعیین گروه مداخله و کنترل و کسب رضایت از آن‌ها، اطلاعاتی در مورد اهداف و مداخلات، نحوه حضور آن‌ها در جلسات، تعداد و زمان جلسات به‌تمامی دانشجویان ارائه شد. هم‌چنین رازداری به‌عنوان اصل اساسی درمان توضیح داده شد تا افراد از محرمانه نگه‌داشته شدن اطلاعات شخصی اطمینان حاصل نمایند. سپس هر دو گروه آزمایش و کنترل پرسشنامه تنظیم هیجان و سازگاری اجتماعی را تکمیل نمودند (پیش‌آزمون).

محتوای جلسات: شامل ۱۲ جلسه‌ی مداخله‌ی مبتنی بر تنظیم هیجان (EDBs) برگرفته از پروتکل یکپارچه‌ی UP می‌باشد که طی جلسات ۶۰ دقیقه‌ای و در طی ۱۲ هفته‌ی متوالی به شیوه‌ی گروهی اجرا گردید؛ به‌جز جلسه پایانی که با فاصله‌ی ۲ هفته برگزار شد تا درمان‌جو بتواند زمان بیشتری برای غلبه بر مسائل باقی‌مانده خود داشته باشد (۲۴). محتوای جلسات بر اساس دستورالعمل فارشیو و بارلو با تغییراتی تنظیم و بر روی گروه آزمایش اجرا شد.

گروه آزمایش در تعداد جلسات تعیین‌شده شرکت کرده که البته با توجه به ملاک خروج تعداد ۵ نفر از آن‌ها از تحلیل آماری در پس‌آزمون حذف شدند و پس از پایان جلسات پرسش‌نامه‌های پس‌آزمون را تکمیل کردند. گروه کنترل نیز دارای ریزش بود و تعداد ۳ نفر در مرحله پس‌آزمون همکاری لازم را نداشتند. پس از دو ماه که جلسات به پایان رسیده بود پرسش‌نامه‌های پس‌آزمون را تکمیل کردند.

عدم توانایی در ۴۰ درصد موارد بر یادگیری و کارایی عملی آن‌ها تاثیر می‌گذارد. عدم صراحت در بیان باعث ایجاد رفتارهایی چون دروغ‌گویی، چاپلوسی، غیبت و تعارضات غیر واقعی می‌شود و جرات و رزی سلامت روان افراد را دچار آسیب می‌کند و اضطراب درماندگی و کاهش عزت نفس، افسردگی و بیماری‌های روان‌تنی و عدم سازگاری را دامن می‌زند (۲۱). در مقابل، رفتار جرات‌مندانه می‌تواند سازگاری فرد را با خود و با محیط اطراف افزایش دهد. جرات و رزی، به انسان احساس خودکارآمدی و کنترل درونی می‌بخشد و این احساسات نیز روابط متقابل با دیگران، اعتماد به نفس و عزت نفس فرد را تقویت می‌کند و باعث سازگاری فرد می‌شود (۲۲). پژوهش میکائیلی منبع نیز مبین آن بود که در تمام مؤلفه‌های سازگاری با دانشگاه (سازگاری تحصیلی، اجتماعی، شخصی، هیجانی) بین دختران و پسران تفاوت معنادار وجود داشته و میانگین دختران بالاتر از پسران است (۲۳).

بر این اساس، مسئله پژوهش این بود که درمان مبتنی بر هیجان تا چه حد می‌تواند بر علائم هیجانی و ناسازگاری فردی و اجتماعی دانشجویان دختر موثر باشد؟ از این رو، این مطالعه به منظور بررسی اثربخشی مداخلات مبتنی بر تنظیم هیجان بر مشکلات هیجانی و ناسازگاری فردی و اجتماعی صورت گرفت تا مشخص گردد که این نوع درمان تا چه حد می‌تواند مشکلات هیجانی دانشجویان دختر را کاهش و سازگاری فردی و اجتماعی را ارتقا بخشد.

## مواد و روش‌ها

این پژوهش با توجه به اهداف و نیز نوع مداخلاتی که به‌عمل آمده از طرح‌های نیمه تجربی است و از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه خواهد بود. نمونه‌های این پژوهش را دانشجویان دختر دانشگاه قم تشکیل داده است. از بین دانشجویان، تعداد ۷۰ دانشجو که همگی معیارهای ورود به پژوهش را داشتند انتخاب شده و به‌طور تصادفی ساده به دو گروه ۳۵ نفری تقسیم شده و در دو گروه آزمایش و کنترل

## ابزار پژوهش

در این پژوهش پرسشنامه ویژگی‌های جمعیت-شناختی شامل پرسشنامه اطلاعات جمعیت‌شناختی وهم‌چنین از پرسشنامه‌های تنظیم شناختی هیجان و پرسشنامه سازگاری فردی و اجتماعی با مشخصات زیر استفاده گردید.

الف) پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان: در اینجا تنظیم هیجانی با پرسشنامه‌ی تنظیم هیجانی سنجیده شد. این پرسشنامه در سال ۲۰۰۴ توسط گرا تر (۲۵) ساخته شده است و یک پرسشنامه‌ی ۳۶ آیتمی چندبعدی خود گزارشی است که الگوهای تنظیم هیجانی افراد را مورد ارزیابی قرار می‌دهد و از شش خرده مقیاس تشکیل شده است که عبارت‌اند از: عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی، اشکال در مشارکت در رفتارهای منتهی به هدف، مشکلات کنترل تکانه، کمبود آگاهی هیجانی، محدودیت در دستیابی به راه کارهای تنظیم هیجانی و کمبود وضوح هیجانی. این مقیاس بر اساس کارهای تجربی و مفهومی ساخته شده است که تنظیم هیجانی را متشکل از موارد زیر تعریف کرده‌اند: الف) آگاهی و درک هیجان‌ات، ب) پذیرش هیجان‌ات، پ) توانایی کنترل رفتارهای تکانشورانه و رفتارکردن بر اساس اهداف موردنظر در زمانی که فرد هیجان‌ات منفی را تجربه می‌کند و ت) توانایی استفاده از راهبردهای تنظیم هیجانی متناسب با موقعیت به شیوه‌ای انعطاف‌پذیر به منظور تعدیل پاسخ‌های هیجانی به گونه‌ای که فرد را در دستیابی به اهداف و مطالبات موقعیتی یاری کند. مشکل در هر کدام از این حوزه‌ها می‌تواند بیان‌گر اختلال در تنظیم هیجانی باشد.

این پرسشنامه از همسانی درونی بسیار خوبی برخوردار است (۰/۹۳) و پایایی خرده مقیاس‌های آن با آلفای کرونباخ بیش از ۰/۸ برای هر خرده مقیاس بسیار مناسب است. ایزدپناه و همکاران در سال ۱۳۹۵ (۲۶) پایایی پرسشنامه‌ی تنظیم هیجانی را با روش آلفای کرونباخ محاسبه کردند که برای کل پرسشنامه به ترتیب برابر ۰/۸۶ به دست آمد که بیان‌گر ضرایب قابل قبول پرسشنامه‌ی یادشده است.

## ب) پرسشنامه سازگاری فردی و اجتماعی

پرسشنامه شخصیت سنج کالیفرنیا CTP به عنوان یکی از معتبرترین آزمون‌های شخصیتی در جهت سنجش خصوصیات بین فردی مورد مطالعه قرار گرفته است. CTP دارای ۱۲ مقیاس استاندارد شده است. هر مقیاس برای شناخت یک خصیصه مهم از ابعاد روان‌شناسی بین فردی مناسب است و تمامی مجموعه CTP، شناخت عمیق را از تعاملات اجتماعی و بین فردی مهیا می‌سازد. کلارک و همکاران این پرسشنامه را در سال (۱۹۵۳) ساختند (۲۷). این پرسشنامه دو قطب سازگاری (فردی و اجتماعی) را اندازه‌گیری می‌کند. در نتیجه اجرای آزمون، یک نمره کلی به عنوان سازگاری فردی، یک نمره کلی به عنوان سازگاری اجتماعی و نمره کل که از ترکیب دو نمره سازگاری فردی و اجتماعی به دست می‌آید (۲۸) را شامل می‌شود. برای نمره‌گذاری هر مقیاس پس از تکمیل پرسشنامه، توسط آزمودنی، کلیدهای مربوط به هر مقیاس به صورت مجزا بر روی پاسخنامه تکمیل شده قرار گرفته و تعداد عبارات درست شمارش می‌گردد و نمرات خام در هر خرده آزمون محاسبه می‌شود.

نتایج مطالعه برادرشاد و همکاران نشان داد ضریب اعتبار پرسشنامه از طریق فرمول کلی آلفای کرونباخ ۰/۹۴۴ است. روایی سازه با تحلیل عاملی گردآوری شد. مقدار KMO برابر ۰/۶۱۸ و سطح معنادار بودن مشخصه آزمون کروییت بارتلت نیز (۰/۰۰) است (۲۹).

## تحلیل آماری

برای تحلیل داده‌های پژوهش از آزمون‌های تی و تحلیل کوواریانس چند متغیره استفاده گردید و برای انجام استنتاج آماری از نرم‌افزار Stata استفاده گردید.

## یافته‌ها

از آزمون تی مستقل برای بررسی تفاوت‌های بین دو گروه کنترل و آزمایش در مرحله پیش‌آزمون استفاده شد. تفاوت معنی‌داری در هیچ یک از متغیرهای پژوهش در مرحله

پیش‌آزمون مشاهده نشد ( $p > 0/05$ ) و این موضوع بیان‌گر تخصیص تصادفی مناسب پیش از اجرای مداخله بود. میانگین و انحراف معیار متغیرهای وابسته به صورت تفکیک شده برای دو گروه آزمایش و کنترل در جدول ۱ آورده شده است.

جدول ۱. یافته‌های توصیفی مقیاس‌های مورد مطالعه در دو گروه آزمایش و کنترل

مقیاس	زیر مقیاس	مرحله	آزمایش		کنترل	
			میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی		پیش‌آزمون	۱۵/۵۳	۶/۳۵	۱۵/۰۳	۵/۳۶
		پس‌آزمون	۱۲/۵۰	۴/۱۹	۱۶/۳۱	۴/۷۴
مشکلات کنترل تکانه		پیش‌آزمون	۱۴/۳۳	۴/۹۶	۱۳/۲۵	۵/۲۷
		پس‌آزمون	۱۰/۰۰	۲/۹۴	۱۴/۷۵	۴/۱۷
کمبود آگاهی هیجانی		پیش‌آزمون	۱۴/۶۶	۴/۲۹	۱۶/۳۷	۴/۹۷
		پس‌آزمون	۹/۰۰	۳/۶۱	۱۶/۹۰	۴/۴۹
کمبود وضوح هیجانی		پیش‌آزمون	۱۲/۰۶	۳/۶۳	۱۳/۲۱	۴/۱۳
		پس‌آزمون	۷/۵۶	۲/۸۰	۱۳/۰۶	۵/۰۶
اشکال در مشارکت در رفتارهای منتهی به هدف		پیش‌آزمون	۱۴/۹۰	۴/۶۲	۱۵/۹۶	۴/۲۸
		پس‌آزمون	۱۲/۷۰	۳/۲۹	۱۶/۲۱	۴/۱۸
محدودیت در دستیابی به راهکارهای تنظیم هیجانی		پیش‌آزمون	۱۸/۲۳	۴/۵۰	۱۹/۹۳	۵/۷۹
		پس‌آزمون	۱۳/۵۶	۳/۲۶	۲۰/۵۳	۵/۶۴
سازگاری فردی		پیش‌آزمون	۵۰/۱۰	۶/۳۵	۴۵/۰۰	۷/۵۹
		پس‌آزمون	۵۹/۶۳	۵/۵۴	۴۵/۱۵	۶/۸۲
سازگاری اجتماعی		پیش‌آزمون	۶۰/۶۶	۶/۶۰	۵۳/۰۳	۸/۹۱
		پس‌آزمون	۶۴/۸۶	۴/۹۶	۵۸/۷۱	۵/۷۸

تنظیم هیجانی

سازگاری

مفروضه زیربنایی تحلیل کوواریانس شامل فاصله‌ای و نسبی بودن متغیرهای هم پراش و وابسته است. همان‌طور که در شیوه

برای انجام تحلیل کوواریانس چند متغیره (مانکوا)، ابتدا پیش‌فرض‌های آن بررسی شد. بدین منظور، اولین

همپراش و وابسته تأیید شد و تمامی این زوج گروه‌ها با یکدیگر تجانس دارند. در نتیجه فرض مشروط دیگر برای انجام تحلیل کوواریانس برقرار بود. بر این اساس، می‌توان اطمینان حاصل کرد که داده‌های این پژوهش، مفروضه‌های زیربنایی تحلیل کوواریانس را برآورد می‌کنند و می‌توان داده‌های پژوهش را توسط این روش آماری تجزیه و تحلیل کرد.

برای بررسی تفاوت گروه‌های شاهد و آزمایش از نظر ابعاد تنظیم هیجان (پس‌آزمون)، تحلیل کوواریانس یک‌راهه با کنترل ابعاد متغیر تنظیم هیجان (پیش-آزمون) انجام شد. نتایج این تحلیل در جدول ۲ ارائه شده است. نتایج مندرج در جدول ۲ نشان می‌دهد که تفاوت بین دو گروه در متغیرهای عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی ( $F = 120/69$ ،  $p < 0/01$ )، کمبود آگاهی هیجانی ( $F = 104/82$ ،  $p < 0/01$ )، کمبود وضوح هیجانی ( $F = 42/64$ ،  $p < 0/01$ )، مشکلات مشارکت ( $F = 41/00$ ،  $p < 0/01$ ) و محدودیت در دست‌یابی به راه-کارهای تنظیم هیجانی ( $F = 85/33$ ،  $p < 0/01$ ) در مرحله پس‌آزمون اثربخش بوده است.

نمره‌گذاری پرسشنامه آورده شد، مقیاس‌ها از نوع فاصله‌ای هستند. به همین جهت، مفروضه‌ی اول تحلیل واریانس حاصل شده است. جهت بررسی نرمال بودن توزیع‌های پیش‌آزمون و پس‌آزمون به بررسی نرمال بودن توزیع‌ها با استفاده از آزمون کولموگروف و اسمیرنوف پرداخته شد. مقادیر  $p$  در آزمون کولموگروف و اسمیرنوف از  $0/05$  بزرگ‌تر بود و بنابراین حاکی از نرمال بودن توزیع داده‌ها بود. مفروضه‌ی دوم تحلیل واریانس رعایت شد. فرض سوم شامل عدم همبستگی کامل میان هم‌پراش‌ها است، بدین معنا که نباید ضرایب همبستگی میان هم‌پراش‌ها بیش‌تر از  $0/80$  باشد. ضرایب همبستگی پیرسون متغیرهای هم‌پراش ضرایب بالای  $0/25$  در سطح پنج درصد معنادار است. با وجود همبستگی بین برخی از متغیرهای هم‌پراش، هیچ‌یک از ضرایب همبستگی بالاتر از  $0/80$  را نداشتند. به همین جهت مفروضه سوم تحلیل واریانس به‌عنوان عدم همبستگی کامل میان هم‌پراش‌ها برقرار است. مفروضه چهارم شامل همگنی واریانس‌ها است. بدین منظور برای بررسی این مفروضه از آزمون آماری لوین استفاده شد. نتایج این مطالعه نشان داد که هیچ‌یک از مقادیر در سطح پنج درصد معنادار نیست، بنابراین فرضیه‌ی صفر آزمون لوین مبتنی بر همگنی بین گروه‌های

جدول ۲. تحلیل کوواریانس یک‌طرفه درمان مبتنی بر تنظیم هیجانی بر ابعاد تنظیم هیجانی با کنترل پیش-آزمون

منبع	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	p	اتا	توان آزمون
عدم پذیرش	۶۰۳/۱۱	۱	۶۰۳/۱۱	۱۲۰/۶۹	۰/۰۰۱	۰/۶۹	۱/۰۰
مشکلات کنترل	۱۲۰/۹۱	۱	۱۲۰/۹۱	۱۴/۵۷	۰/۰۰۱	۰/۲۲	۰/۹۶
کمبود آگاهی	۵۰۷/۶۷	۱	۵۰۷/۶۷	۱۰۴/۸۲	۰/۰۰۱	۰/۶۶	۱/۰۰
کمبود وضوح	۳۵۴/۲۲	۱	۳۵۴/۲۲	۴۲/۶۴	۰/۰۰۱	۰/۴۴	۱/۰۰
مشکلات مشارکت	۲۶۷/۷۰	۱	۲۶۷/۷۰	۴۱/۰۰	۰/۰۰۱	۰/۴۳	۱/۰۰
محدودیت هیجانی	۷۱۹/۳۳	۱	۷۱۹/۳۳	۸۵/۳۳	۰/۰۰۱	۰/۶۲	۱/۰۰

با توجه به نتایج به دست آمده، اثربخشی درمان فراتشخیصی مبتنی بر تنظیم هیجانی بر ابعاد تنظیم هیجانی

مورد تأیید است.

جدول ۳. تحلیل کوواریانس یک طرفه درمان مبتنی بر تنظیم هیجانی بر سازگاری فردی و اجتماعی با کنترل پیش‌آزمون

منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	p	تا	توان آزمون
سازگاری فردی	۱۶۵۴/۷۷	۱	۱۶۵۴/۷۷	۱۴۶/۷۶	۰/۰۱	۰/۷۱	۱/۰۰
سازگاری اجتماعی	۱۰۳۹/۸۸	۱	۱۰۳۹/۸۸	۸۵/۰۲	۰/۰۱	۰/۵۹	۱/۰۰

جدول ۳ به تحلیل کوواریانس یک طرفه درمان مبتنی بر تنظیم هیجانی بر سازگاری فردی و اجتماعی می‌پردازد. با توجه به نتایج به دست آمده، تفاوت بین دو گروه شاهد و آزمایش از نظر سازگاری‌های فردی و اجتماعی (پس‌آزمون) به ترتیب با مقادیر آماره فشر مبتنی بر سازگاری‌های فردی ( $F = 146/76$ ،  $p < 0/01$ ) و اجتماعی ( $F = 85/02$ ،  $p < 0/01$ ) مورد پذیرش قرار می‌گیرد.

## بحث

مدل درمان فراتشخیصی بر مبنای مهارت‌های تنظیم هیجان پایه ریزی شده است و برای دامنه گسترده‌ای از اختلالات هیجانی کاربرد دارد. پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی پروتکل درمان فراتشخیصی اختلالات هیجانی انجام شد. نتایج پژوهش حاضر نشان داد که مداخله‌ی تنظیم هیجان برگرفته از پروتکل درمانی یکپارچه بر روی دانشجویان دختر موثر است و توانست علایم هیجانی را در آن‌ها به طور قابل ملاحظه‌ای کاهش و میزان سازگاری فردی و اجتماعی آن‌ها را افزایش دهد.

هر چند مطالعات انجام شده در رابطه با درمان‌های مبتنی بر تنظیم هیجان به خصوص بر اساس پروتکل درمانی یکپارچه محدود است، اما نتایج این مطالعه با یافته‌های مطالعه انجام شده توسط الارد و همکاران (۳۰) هم‌سو است که در آن درمان فراتشخیصی تأثیر معناداری بر عواطف مثبت و منفی

داشت. هم‌چنین یافته‌های پژوهش محمدی و همکاران (۳۱) نیز با یافته‌های این پژوهش مبنی بر اثر بخشی درمان فراتشخیصی همسو است. گامورا و همکاران (۳۲) در پژوهشی عنوان کرد یکی از عواملی که در عملکرد تحصیلی و بهداشت روانی دانشجویان اثرگذار است، واکنش‌های هیجانی آنان در قبال منابع فشارزا و راهبردهای تنظیم آن‌ها است. در این راستا پژوهش‌های دیگر نشان داده‌اند که برنامه‌ریزی و تنظیم هیجانی به‌طور مثبت با عملکرد فرد در ارتباط است (۳۳).

بنابراین اثربخشی درمان فراتشخیصی مبتنی بر تنظیم هیجان بر ابعاد تنظیم هیجان تأیید می‌شود. در تبیین تأیید احتمالی تأثیر مداخله‌ی مبتنی بر تنظیم هیجان بر ابعاد تنظیم هیجان می‌توان چنین استدلال کرد که بر طبق نظر بارلو، درمان UP یک درمان فراتشخیصی بر پایه شناسایی رفتارهای ناشی از هیجان است و در آن فرایندهای هیجانی هدف اصلی درمان است. بدین ترتیب، شناسایی این رفتارها، فرد را در مدیریت هیجان‌ها پس از تجربه‌ی وقایع استرس‌زا یاری می‌کند. افرادی که در زمان تجربه‌ی استرس از راهبردهای سازگاران‌ه‌ی تنظیم هیجان استفاده می‌کنند، با تغییر ارزیابی‌های خود قادر به مدیریت موثر شدت هیجان‌های منفی خویش می‌باشند. وقتی این هیجان‌های منفی به طور موثر و سازگاران‌ه‌ی تنظیم می‌شوند، تاب‌آوری فرد احتمالاً افزایش می‌یابد.

هم‌چنین نتایج این مطالعه نشان داد که ابعاد سازگاری فردی و اجتماعی در گروه آزمایش در مقایسه با

گروه کنترل از پیش‌آزمون به پس‌آزمون افزایش معناداری دارد. نتایج پژوهش حاضر نشان داد جلسات مداخله درمان فراتشخیصی مبتنی بر تنظیم هیجان بر ابعاد سازگاری فردی و اجتماعی دانشجویان دختر مؤثر بوده است. در مورد این نتیجه ذکر این مطلب لازم است که تا به حال پژوهشی در مورد تأثیر درمان فراتشخیصی مبتنی بر تنظیم هیجان بر سازگاری فردی و اجتماعی صورت نگرفته است. نتایج حاصل از این پژوهش تقریباً با یافته‌های برزونسکی و همکاران (۳۴) همسو بوده است، مطالعه وی مبین آن بود که در تمام مؤلفه‌های سازگاری (سازگاری تحصیلی، اجتماعی، شخصی-هیجانی)، خصوصیات شخص (مهارت‌ها، نگرش‌ها، ارزش‌ها و حالات بدنی) و حساسیت موقعیت‌هایی که فرد با آن روبه‌رو می‌شود از جمله عواملی هستند که بر سازگاری با محیط و تغییرات آن مؤثرند و از آن‌جا که شخص و محیط همواره در حال تغییرند، این دو عامل در تعیین سازگاری، خشنودی و کامیابی فرد تأثیر می‌گذارند، زیرا سازگاری همواره باید بین دو عامل خاص صورت پذیرد. از طرفی، در پژوهشی تسای و همکاران (۳۵) بیان کردند که سطح هوش فرهنگی می‌تواند بر سازگاری مؤثر باشد. این پژوهش صرفاً روی دانشجویان دختر صورت گرفته است، بنابراین در تعمیم نتایج به کل دانشجویان باید دقت کافی مبذول شود. از این رو با توجه به نتایج به دست آمده پیشنهاد می‌شود متغیرهای این پژوهش بین دانشجویان پسر هم اجرا گردد. هم‌چنین پژوهش‌های آینده می‌توانند اثربخشی روش‌های درمانی مختلف را بر ابعاد هیجانی دانشجویان دختر مورد بررسی قرار دهند.

#### محدودیت‌های پژوهش

پژوهش حاضر محدودیت‌هایی را به همراه داشت که عبارت بودند از: اجرای پژوهش روی دانشجویان، حجم پایین نمونه، استفاده از پرسشنامه خودگزارشی به عنوان ابزار جمع‌آوری داده‌ها و کوتاه مدت بودن زمان پی‌گیری. براین اساس در تعمیم نتایج آن به دانشجویان سایر دانشگاه‌ها و جنسیت مذکور و سایر اقسام جامعه با سنین مختلف باید جانب

#### نتیجه‌گیری

نتایج این مطالعه نشان داد بسیاری از دانشجویان شرکت‌کننده براین باور بودند که علاوه بر آموزش و محتوای جلسات درمانی و اثربخشی آن، حضور خود آن‌ها در گروه تأثیرات خوبی در خلق، شناخت هیجان‌ها و نحوه برخورد مؤثر و مناسب با این هیجان‌ها دارد. هم‌چنین حضور در گروه و مشارکت با سایر اعضا باعث شده نگرش آن‌ها نسبت به خود و مشکلاتشان تغییر کند. از آن‌جا که درمان صورت گرفته در این پژوهش مبتنی بر تنظیم هیجان بوده، افراد نسبت به تأثیر هیجان‌ها در مشکلاتشان آگاه شده و احساس بهتری نسبت به قبل داشتند. افراد با این باور و تصور که دارای مشکلات متعددی هستند که تنها آن‌ها را درگیر کرده، در حین جلسات و آموزش‌ها به این نتیجه رسیدند که ریشه اصلی و مشترک

4. Mathews BL, Kerns KA, Ciesla JA. Specificity of emotion regulation difficulties related to anxiety in early adolescence. *Journal of adolescence*. 2014;37(7):1089-97. Epub 2014/08/26.
5. Neumann A, van Lier PA, Gratz KL, Koot HM. Multidimensional assessment of emotion regulation difficulties in adolescents using the Difficulties in Emotion Regulation Scale. *Assessment*. 2010;17(1):138-49. Epub 2009/11/17.
6. Herwig U, Kaffenberger T, Jancke L, Bruhl AB. Self-related awareness and emotion regulation. *NeuroImage*. 2010;50(2):734-41. Epub 2010/01/05.
7. Bardeen JR, Kumpula MJ, Orcutt HK. Emotion regulation difficulties as a prospective predictor of posttraumatic stress symptoms following a mass shooting. *Journal of anxiety disorders*. 2013;27(2):188-96. Epub 2013/03/05.
8. Westermann S, Lincoln TM. Emotion regulation difficulties are relevant to persecutory ideation. *Psychology and psychotherapy*. 2011;84(3):273-87. Epub 2012/08/21.
9. Joormann J, Gotlib IH. Emotion regulation in depression: relation to cognitive inhibition. *Cognition & emotion*. 2010;24(2):281-98. Epub 2010/03/20.
10. Kneeland ET, Dovidio JF, Joormann J, Clark MS. Emotion malleability beliefs, emotion regulation, and psychopathology: Integrating affective and clinical science. *Clinical psychology review*. 2016;45:81-8. Epub 2016/04/18.
11. Kovacs M, Joormann J, Gotlib IH. Emotion (Dys)regulation and Links to Depressive Disorders. *Child development perspectives*. 2008;2(3):149-55. Epub 2008/12/01.
12. Bakhshipour A DM. Confirmatory factor analyses of positive and negative affects. *Journal of Psychology* 2006;9:351-65.
13. D'Avanzato C JJ, Siemer M, Gotlib IH. Emotion Regulation in Depression and Anxiety: Examining Diagnostic Specificity and Stability of Strategy Use. *Cogn Ther Res* 2013;37:968-80.

مسائشان مربوط به عدم آگاهی و نبود اطلاعات لازم در مورد هیجان‌اتشان بوده است و فهمیدن همین نکته آن‌ها را در رسیدن به احساس مطلوب یاری کرده است.

با توجه به نتایج به دست آمده از تحقیق حاضر، می‌توان در زمینه‌های روابط بین فردی و پیش‌گیری از آسیب‌های احتمالی و ارائه راه‌کارهای تنظیم هیجانی و پاسخ‌های متناسب با موقعیت، راهبردهایی را با کمک متخصصین در این حوزه فراهم نمود. این راهبردها را می‌توان در سایر حوزه‌های بین فردی و خانواده مورد استفاده قرارداد و هم‌چنین می‌توان از این روش درمانی در سنین نوجوانی جهت ارتقاء سطح مهارت‌های اجتماعی و حتی ایجاد تغییرات در روند تحصیلی استفاده کرد.

### تشکر و قدردانی

در پایان از مسئولین دانشگاه آزاد اسلامی واحدهای اصفهان، قم و کلیه شرکت کنندگانی که ما را در انجام این پژوهش حمایت کردند، صمیمانه تشکر و قدردانی می‌شود.

### منابع

1. Galang JN, Babson KA, Boden MT, Bonn-Miller MO. Difficulties in emotion regulation are associated with panic symptom severity following a quit attempt among cannabis dependent veterans. *Anxiety, stress, and coping*. 2015;28(2):192-204. Epub 2014/07/19.
2. Gardner FL, Moore ZE, Dettore M. The relationship between anger, childhood maltreatment, and emotion regulation difficulties in intimate partner and non-intimate partner violent offenders. *Behavior modification*. 2014;38(6):779-800. Epub 2014/06/20.
3. Kuo JR, Khoury JE, Metcalfe R, Fitzpatrick S, Goodwill A. An examination of the relationship between childhood emotional abuse and borderline personality disorder features: The role of difficulties with emotion regulation. *Child abuse & neglect*. 2015;39:147-55. Epub 2014/09/07.

14. Fox HC, Axelrod SR, Paliwal P, Sleeper J, Sinha R. Difficulties in emotion regulation and impulse control during cocaine abstinence. *Drug and alcohol dependence*. 2007;89(2-3):298-301. Epub 2007/02/06.
15. Phillips LH, Henry JD, Nouzova E, Cooper C, Radlak B, Summers F. Difficulties with emotion regulation in multiple sclerosis: Links to executive function, mood, and quality of life. *Journal of clinical and experimental neuropsychology*. 2014;36(8):831-42. Epub 2014/10/03.
16. Silvers JA, Insel C, Powers A, Franz P, Helion C, Martin RE, et al. vIPFC-vmPFC-Amygdala Interactions Underlie Age-Related Differences in Cognitive Regulation of Emotion. *Cereb Cortex*. 2017;27(7):3502-14. Epub 2016/06/28.
17. Stikkelbroek Y, Bodden DH, Kleinjan M, Reijnders M, van Baar AL. Adolescent Depression and Negative Life Events, the Mediating Role of Cognitive Emotion Regulation. *PloS one*. 2016;11(8):e0161062. Epub 2016/08/30.
18. Roodsari: AB, Aliloo: MM, Farnam A, Abdi R. Efficacy Evaluation of Unified Transdiagnostic Treatment in Symptoms Reduction of Patients with Generalized Anxiety Disorder and a Comorbid Emotional Disorder. 2015:41-74.
19. Din S, Shah M, Asadullah, Jamal H, Bilal M. Rehabilitation and social adjustment of people with burns in society. *Burns : journal of the International Society for Burn Injuries*. 2015;41(1):106-9. Epub 2014/06/18.
20. Campbell R, Riggs SA. The Role of Psychological Symptomatology and Social Support in the Academic Adjustment of Previously Deployed Student Veterans. *Journal of American college health : J of ACH*. 2015;63(7):473-81. Epub 2015/05/06.
21. Pan PY, Yeh CB. Mood disturbance in adolescents screened by the Mood Disorder Questionnaire predicts poorer social adjustment. *The Journal of adolescent health : official publication of the Society for Adolescent Medicine*. 2015;56(6):652-7. Epub 2015/05/25.
22. McGarvey A, Brugha R, Conroy RM, Clarke E, Byrne E. International students' experience of a western medical school: a mixed methods study exploring the early years in the context of cultural and social adjustment compared to students from the host country. *BMC medical education*. 2015;15:111. Epub 2015/07/03.
23. F MM. Relationship of identity styles, identity commitment and gender with students' adaptation with college. *Psychological studies*. 2008;6(2):51-74.
24. Barlow DH, Allen LB, ML C. Toward a unified treatment for emotional disorder. *Behave Ther*. 2004;35(2):205-30.
25. Gratz KL, Roemer L. The relationship between emotion dysregulation and deliberate self-harm among female undergraduate students at an urban commuter university. *Cognitive behaviour therapy*. 2008;37(1):14-25. Epub 2008/03/28.
26. Izadpanah S, Barnow S, Neubauer AB, Holl J. Development and Validation of the Heidelberg Form for Emotion Regulation Strategies (HFERST): Factor Structure, Reliability, and Validity. *Assessment*. 2017:1073191117720283. Epub 2017/07/22.
27. Clark JH. Interest variability on the California test of mental maturity in relation to the Minnesota multiphasic personality inventory. *Journal of consulting psychology*. 1950;14(1):32-4. Epub 1950/02/01.
28. Blair GM, Clark RW. Personality adjustments of ninth-grade pupils as measured by the multiple choice Rorschach test and the California test of personality. *Journal of educational psychology*. 1946;37:13-20. Epub 1946/01/01.
29. Baradarshad N, Manavi Pour D, Baghdasaryans A. Psychometric Properties of the Short Form of the California Psychological Inventory (CPI) amongst the Staff of Abadan Oil Refinery. *Journal of Modern Industrial/Organization Psychology*. 2011;2(8).
30. Ellard KK, Bernstein EE, Hearing C, Baek JH, Sylvia LG, Nierenberg AA, et al.

Transdiagnostic treatment of bipolar disorder and comorbid anxiety using the Unified Protocol for Emotional Disorders: A pilot feasibility and acceptability trial. *Journal of affective disorders*. 2017;219:209-21. Epub 2017/06/04.

31. Mohammadi A, Birashk B, Gharaie B. Comparison of the effect of group transdiagnostic therapy and group cognitive therapy on anxiety and depressive symptoms. *Iranian journal of public health*. 2013;42(1):48-55. Epub 2013/03/22.

32. Gumora G, Arsenio WF. Emotionality emotion regulation, and school performance in

middle school children. *Journal of school psychology*. 2002;40:397-416.

33. Zins JE, Weissberg RD, Wang MC. Social and Emotional learning. 2006(9):28-41.

34. Berzonsky MD, Kuk LS. Identity style, psychosocial maturity, and academic performance. *Personality and individual differences*. 2005;39:235-47.

35. Tsai T, Lawrence N. The relationship between cultural intelligence and cross-cultural adaptation of international students in Taiwan. *International conference on management (ICM)*. 2011.