

Effectiveness of Transdiagnostic Treatment on the Emotion Regulation and Emotion Adequacy of Students with Social Anxiety Disorder

Mahdiun, Z.S., Foroughi, *A.A., Ahmadian, H., Akbari, M.

اثربخشی درمان فراتشخیصی بر تنظیم هیجان و کفایت هیجان در دانشجویان مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی

زهراسادات مهدیون^۱، علی اکبر فروغی^۲، حمزه احمدیان^۳، مریم اکبری^۴

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۱۲/۱۱

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۰۲/۱۲

Abstract

Introduction: Social anxiety disorder is a type of anxiety disorder. Recent research has shown that difficulty in emotion regulation is the underlying mechanism of anxiety and mood disorders. The aim of this study was to evaluate the effectiveness of transdiagnostic treatment on the social anxiety of students.

Method: The study design was a randomized controlled trial. A sample of 24 participants was selected with inclusion/exclusion criteria by the available sampling method and randomly divided into experimental and control groups. The study instruments were the Cognitive Regulation Questionnaire (CERQ), Difficulties in Emotion Regulation Scale (DRES), and Social Phobia Inventory (SPIN). After data collection, statistical a repeated-measures analysis was performed by SPSS-24 software.

Results: The study results showed that the transdiagnostic treatment can improve emotion-based symptoms in people with social anxiety. Transdiagnostic treatment could explain 59.8% of the variance of post-test changes compared to the pre-test. Therefore, the use of this unified protocol improved emotional adequacy and emotion regulation in students with social anxiety at Kermanshah University of Medical Sciences ($p > 0.05$).

Conclusion: It could be concluded that transdiagnostic treatment reduces social anxiety, improves adequacy, and regulates emotion in students and can be considered a helpful method for students with social anxiety and emotional problems.

Keywords: social anxiety, transdiagnostic treatment, emotion regulation, emotion adequacy.

چکیده

مقدمه: اختلال اضطراب اجتماعی، یکی از انواع اختلالات اضطرابی است. تحقیقات اخیر نشان داده است که نارسایی در تنظیم هیجان مکانیسم زیربنایی اختلال‌های خلقی و اضطرابی می‌باشد. هدف این پژوهش بررسی اثربخشی درمان فراتشخیصی بر اضطراب اجتماعی دانشجویان است.

روش: طرح مطالعه حاضر کاربندی تصادفی کنترل شده بود. ۲۴ نفر از شرکت‌کنندگان واجد شرایط ملاک‌های ورود با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به شکل تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل تقسیم شدند. ابزارهای مورد استفاده این پژوهش پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان (CERQ)، مقیاس دشواری در تنظیم هیجان‌ها (DRES)، پرسشنامه هراس اجتماعی (SPIN) بود. پس از جمع‌آوری اطلاعات تحلیل آماری با روش اندازه‌گیری مکرر توسط نرم‌افزار SPSS-24 انجام شد.

یافته‌ها: نتایج پژوهش حاضر نشان داد که اجرای درمان فراتشخیصی می‌تواند علائم هیجان محور را در افراد مبتلاء به اضطراب اجتماعی بهبود بخشد. درمان فراتشخیصی ۵۹/۸ درصد از واریانس تغییرات پس از آزمون نسبت به پیش‌آزمون را تبیین کرد. بنابراین استفاده از این پروتکل یکپارچه‌نگر موجب بهبود کفایت هیجانی و تنظیم هیجان در دانشجویان مبتلا به اضطراب اجتماعی دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه شد ($p > 0.05$).

نتیجه‌گیری: با توجه به نتایج می‌توان گفت که درمان فراتشخیصی موجب کاهش اضطراب اجتماعی، بهبود کفایت و تنظیم هیجان دانشجویان می‌شود و می‌تواند آنرا روش مناسبی برای دانشجویان با اضطراب اجتماعی و مشکلات هیجانی تلقی کرد.

واژه‌های کلیدی: اضطراب اجتماعی، درمان فراتشخیصی، تنظیم هیجان، کفایت هیجان.

مقدمه

اختلال اضطراب اجتماعی، یکی از انواع اختلالات اضطرابی است. ترس یا اضطراب شدید و قابل توجه از موقعیت‌های اجتماعی، شرم اجتماعی و نگرانی از قضاوت دیگران درباره خود، از ویژگی‌های اصلی آن است. در چنین مواقعی فرد نسبت به اینکه در مورد او برداشت منفی صورت گیرد، می‌ترسد. بیمار نگران است او را مضطرب، ضعیف، احمق، کسالت‌آور، کنیف یا ناخوشایند تصور نمایند. نگرانی دیگر بیمار این است که به‌گونه‌ای رفتار نماید که غیرعادی به نظر برسد (۱، ۲). این اختلال، سومین اختلال روان‌پزشکی شایع با شیوع طول عمر ۱۳٪ می‌باشد (۳).

اضطراب اجتماعی بویژه در دختران دانشجو، یکی از عواملی است که می‌تواند سلامت روانی آنان را با اثرگذاری بر روابط اجتماعی و عملکرد تحصیلی به خطر بیندازد. در موقعیت‌های اجتماعی، افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی از اینکه چیزی بگویند یا عملی انجام دهند که توجه منفی دیگران را به خود جلب کند، بیمناک هستند و این مشکل بر مهارت‌های کلامی، سخن گفتن و حضور در جمع، ارتباط کلامی با دیگران و نیز پایین بودن کنترل اجتماعی، بیانگری اجتماعی و در نتیجه آسیب بر عملکرد تحصیلی می‌گردد (۴، ۵). تحقیقات اخیر نشان داده است که نارسایی در تنظیم هیجان مکانیسم زیربنایی اختلال‌های خلقی و اضطرابی می‌باشد (۶) از آنجایی که افراد دارای اختلال اضطراب اجتماعی تجارب غیرمنتظره و متوالی هیجان‌ها را تجربه می‌کنند، واکنش‌های بدنی و هیجانی خود را غیر قابل کنترل می‌دانند و در نتیجه به اجتناب از موقعیت‌های اجتماعی روی می‌آورند (۷). یکی از عوامل مؤثر بر اضطراب اجتماعی ادراک شده؛ فرآیندهای مربوط به تنظیم هیجان است. تنظیم هیجان سازگاران مستلزم آگاهی و تجربه هیجان‌ها، ارزیابی سالم و کارآمد از تجارب هیجانی و واکنش‌های رفتاری مناسب به هیجان‌ها است (۸، ۹).

آگاهی از هیجان‌ها، یکی از فرآیندهای اساسی در تنظیم هیجان است. افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی ممکن است فاقد توانایی آگاهی نسبت به هیجان‌های خود و شناسایی آن‌ها باشند. یک مطالعه نشان داد که افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی کمتر قادر به توجه به هیجان‌ها خود هستند و احساسات خود را نسبت به گروه کنترل، با

دشواری بیشتری توصیف می‌کنند (۱۰). شواهد جدید مربوط به اختلال‌های اضطرابی نشان دهنده‌ی این مسأله است که تنظیم هیجان، می‌تواند یک عامل مهم و کلیدی در این اختلال‌ها باشد (۱۱)، به عنوان مثال نقص در تنظیم هیجان و عدم استفاده از راهبردهای سازگاران تنظیم هیجان، می‌تواند منجر به بدتنظیمی هیجانی گردد، و این بدتنظیمی هیجانی^۱ از طریق ایجاد اختلال در فرآیند پردازش هیجانی، سبب بروز و تداوم اختلالات بالینی همانند اضطراب اجتماعی شود (۱۲). در همین راستا، تاشکه و بازانی در پژوهشی نشان دادند که مهارت تنظیم شناختی هیجان در دانشجویان دختر و پسر در ابتلا به اختلال اضطراب اجتماعی نقش قابل توجهی دارد (۱۳).

طبق آنچه گفته شد و با توجه به ضرورت درمان این اختلال، روش‌های درمانی متنوعی برای درمان این اختلال در نظر گرفته شده است، اما بررسی‌ها نشان می‌دهد که هر کدام از این درمان‌ها اثر ویژه‌ای در بهبود اختلال اضطراب اجتماعی دارد و فقط تا حدودی در درمان این اختلال موفق بوده‌اند، بیشتر مراجعین بخشی از علائم را پس از درمان هم تجربه می‌کنند (۱۴).

بنابراین شواهد حاضر حاکی از آن است که جهت پیروی از اصل ایجاز در علم، رویکردهای درمانی بایستی بیشتر متمرکز بوده، هم‌زمان چندین اختلال را مورد هدف قرار دهند، علاوه بر موارد اشتراک به تفاوت‌های اختلالات نیز توجه کنند و آموزش آن‌ها آسان و کم‌هزینه باشد. در این راستا رویکردهای فراتشخیصی به‌منظور مورد هدف قرار دادن ویژگی‌های مشترک و مرکزی اختلال‌های هیجانی به‌جای دستورالعمل‌های متنوع موجود کنونی برای تشخیص‌های بالینی خاص پدید آمدند و می‌تواند گزینه‌ای اقتصادی و شاید قدرتمند باشد (۱۵). بر همین اساس، بارلو و همکاران با تأکید بر نقش "تنظیم هیجانی" به‌عنوان فرآیند شناختی - رفتاری اصلی در اختلال‌های هیجانی، گام اساسی در طراحی پروتکل‌های فراتشخیصی نظری - عملی برداشتند و براین اساس، پروتکل فراتشخیصی یکپارچه‌نگر (UP)^۲ خود را تدوین کردند (۱۶). درمان فراتشخیصی یکپارچه در پاسخ به محدودیت درمان‌های شناختی -

1. emotion dysregulation

2. Unified Protocol (UP)

آزمودنی‌ها: جامعه آماری پژوهش حاضر شامل کلیه افراد مراجعه‌کننده به مرکز مشاوره دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه در پاییز ۱۴۰۰ بودند که برای درمان به این مرکز مراجعه کرده بودند.

حجم نمونه: به منظور تعیین حجم نمونه‌ی مورد نیاز از فرمول تعیین حجم نمونه برای مطالعات کارآزمایی بالینی استفاده شد. با در نظر گرفتن افت شرکت‌کنندگان در مجموع تعداد نمونه‌ی مورد نیاز برای هر گروه ۱۵ نفر برآورد شد (۲۰).

$$\frac{(Z_{1-\alpha/2} + Z_{1-\beta})^2 (S_1^2 + S_2^2)}{(\mu_1 - \mu_2)^2}$$

ملاک‌های ورود نمونه‌ها به پژوهش عبارت بود از الف. تشخیص اختلال اضطراب اجتماعی؛ ب. عدم وجود علائم روان‌پزشکی شدیدی از جمله توهم، هذیان یا نقص در واقعیت‌سنجی بر اساس مصاحبه بالینی؛ ج. اخذ رضایت آگاهانه برای شرکت در پژوهش. همچنین ملاک‌های خروج از پژوهش عبارت بودند از الف. عدم انجام تمرین‌ها؛ ب. غیبت بیش از دو جلسه در فرآیند روان‌درمانی داشته باشد؛ ج. اعتیاد مواد مخدر؛ د. در ۶ ماه گذشته در جلسات روان‌درمانی شرکت کرده باشد.

ابزار

۱. پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان (CERQ): این پرسشنامه در سال ۲۰۰۱ توسط گارنفسکی، کرایچ و اسپین هوون ۲ به منظور ارزیابی راهبردهای شناختی که هر فرد بعد از تجربه رخداد‌های تهدیدکننده یا استرس‌های زندگی ساخته شد. پرسشنامه دارای ۳۶ سؤال بوده و هدف آن سنجش خرده مقیاس‌های نظم‌جویی شناختی هیجان (ملامت خویش، پذیرش، نشخوارگری، تمرکز مجدد مثبت، تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی، ارزیابی مجدد مثبت، دیدگاه‌گیری، فاجعه‌سازی، ملامت دیگران) است. در بررسی مشخصات روان‌سنجی آزمون گارنفسکی و همکاران پایایی آزمون را با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ به ترتیب برابر ۰/۹۱، ۰/۸۷، ۰/۹۳ به دست آوردند. در ایران نیز روایی آزمون از طریق همبستگی نمره کل با نمرات خرده مقیاس

رفتاری اختصاصی معرفی شده است و در آن اصول و پروتکل‌های درمانی یکسانی برای انواع اختلال‌های مختلف هیجانی به کار می‌رود. از مزایای رویکرد فراتشخیصی می‌توان به موارد زیر اشاره کرد: رویکرد فراتشخیصی موارد همبودی را به خوبی می‌تواند تبیین کند، باعث انتقال پیشرفت‌های نظری و درمانی در بین اختلالات مختلف شود (۱۶، ۱۷).

هدف اصلی در درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر، کسب مهارت‌هایی است که بیماران بتوانند از طریق آن به شیوه‌ی مؤثر هیجان‌ات منفی خود را مدیریت نمایند (۱۵). در زمینه اثربخشی پژوهش‌های فراتشخیصی رو جامعه‌های متفاوت انجام گرفته است از جمله پژوهش کیوتی و همکاران ۵ با هدف بررسی اثربخشی فراتشخیصی بر علائم اضطراب ۱۳ بیمار مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی نشان دادند که درمان فراتشخیصی در کاهش علائم و نشانگان‌های اختلالات اضطرابی مؤثر می‌باشد (۱۸). همچنین چوی، کیم و جئون در پژوهشی تحت عنوان «اضطراب و افسردگی همبود: ملاحظه بالینی و مفهومی و درمان فراتشخیصی» نشان دادند که درمان فراتشخیصی استراتژی مناسبی برای درمان اختلال همبود اضطراب و افسردگی بود (۱۹).

شیوع بالای اختلال اضطراب اجتماعی با اختلال در مشکلات مرتبط با هیجان و تنظیم هیجان به عنوان یکی از عوامل فراتشخیصی همراه است و همچنین قابلیت کاربرد پروتکل درمان فراتشخیصی یکپارچه درمان فراتشخیصی یکپارچه در مقابل درمان‌های اختصاصی برای اختلال‌های هیجانی تدوین شده است و مؤلفه‌های زیربنایی آسیب‌روانی را مورد هدف قرار می‌دهد، بنابراین با توجه به اینکه کمتر پژوهشی به درمان اضطراب اجتماعی و تنظیم هیجان مرتبط با آن از جمله کفایت هیجان و هراس اجتماعی پرداخته است، پژوهش حاضر به دنبال بررسی اثر پروتکل درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر در کاهش علائم اختلال اضطراب اجتماعی و بهبود مهارت‌های تنظیم هیجان است.

روش

طرح پژوهش: پژوهش حاضر از نظر روش نیمه‌آزمایشی (شبه‌آزمایشی) است. طرح آزمایشی مورد استفاده در تحقیق، به صورت پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل است.

روند اجرای پژوهش: فرآیند مداخله بدین طریق بود که ابتدا از طریق اعلان آگهی مداخله مورد نظر، غربالگری بیمارانی که در پرسشنامه هراس اجتماعی نمره بالا گرفته‌اند (افرادی که به سایر روان‌شناسان مرکز مراجعه کرده‌اند) یا ارجاع از سوی روان‌پزشک انتخاب شدند. سپس، درمانگر بر اساس مصاحبه بالینی ساختار یافته برای اختلال‌های اضطرابی، تشخیص اختلال اضطراب اجتماعی بر اساس DSM-5 و سایر اختلال‌های همبود را مشخص کردند. در ادامه، تعداد ۲۴ فرد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی بر اساس ملاک‌های ورود و خروج انتخاب و در دو گروه آزمایش فراتشخیصی یکپارچه و گروه فهرست انتظار به صورت تصادفی قرار داده شدند. پرسشنامه‌های مورد استفاده برای بررسی نتایج اثربخشی درمان شامل پرسشنامه هراس اجتماعی، پرسشنامه کفایت در تنظیم هیجان، پرسشنامه دشواری در نظم‌بخشی به هیجان بود. در گروه مداخله پروتکل درمان فراتشخیصی برای ۱۲ جلسه که هر جلسه ۹۰ دقیقه انجام شد. در حالی که برای گروه لیست انتظار در این مدت مداخله‌ای انجام نشد. سپس پس‌آزمون از هر دو گروه گرفته شد و دوره پیگیری دو ماهه برای بررسی نتایج درمان انجام شد. در انتها برای رعایت مسائل اخلاقی در پژوهش، پس از اتمام پژوهش گروه کنترل پکیج آموزش روانی - اجتماعی دریافت کردند.

خلاصه جلسات درمان فرا تشخیصی: به منظور تعیین اثربخشی روش درمان فراتشخیصی یکپارچه از دستورالعمل جدید درمان فراتشخیصی یکپارچه استفاده شد (۱۶). درمان فراتشخیصی یکپارچه شامل هشت بخش است. پنج بخش آن اجزای اصلی درمان را تشکیل می‌دهند و عبارتند از: ۱. آگاهی هیجانی متمرکز بر حال، ۲. انعطاف‌پذیری شناختی، ۳. اجتناب هیجانی و رفتارهای ناشی از هیجان، ۴. آگاهی و تحمل احساس‌های بدنی، ۵. مواجهه هیجانی درون‌زا و مبتنی بر موقعیت. به غیر از پنج بخش اصلی، سه بخش فرعی نیز وجود دارد. یک بخش مقدماتی، که ماهیت هیجان‌ها را به بیمار آموزش می‌دهد و چهارچوبی برای فهم تجربیات هیجانی فراهم می‌سازد. بخش دیگر بر افزایش انگیزه مشارکت در درمان و اشتیاق بر تغییر تأکید دارد و بخش نهایی نیز شامل مرور پیشرفت درمانی و راهبردهای پیشگیری از عود است. درمان در پژوهش حاضر در طی ۱۲

ها آزمون بررسی شد که دامنه‌ای از ۰/۴۰ تا ۰/۶۸ با میانگین ۰/۵۶ را در بر می‌گرفت که همگی آن‌ها معنادار بودند. در سال ۱۳۸۲ پایایی پرسشنامه در فرهنگ ایرانی توسط یوسفی با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس‌های شناختی ۰/۸۲ گزارش شده است (۵، ۲۱).

۲. مقیاس دشواری در تنظیم هیجان‌ها^۱ (DRES): این مقیاس در سال ۲۰۰۴ توسط گراتز و رومر ساخته شده است که شامل ۳۶ گویه است که نمره‌گذاری گویه‌ها از طریق یک مقیاس درجه‌بندی لیکرتی ۵ درجه‌ای صورت می‌گیرد. نمره‌های بالاتر نشان‌دهنده دشواری‌های بیشتر در نظم‌بخشی هیجانی است. ضریب اعتبار کل مقیاس با استفاده از روش همسانی درونی ۰/۹۳ و برای هر کدام از شش زیرمقیاس دشواری تنظیم هیجان، ضرایب آلفای کرونباخ بیشتر از ۰/۸۰، به دست آمد. نتایج تحلیل عاملی اکتشافی در نمونه ایرانی هشت مقیاس را برای این مقیاس آشکار ساخت که شش عامل آن با زیرمقیاس‌های، مقیاس دشواری در نظم‌بخشی به هیجان‌ها هماهنگ بود و دو عامل دیگر، به دلیل بارگذاری تنها یک گویه حذف شدند. همچنین، همبستگی‌های درونی و همبستگی کلیه زیرمقیاس‌های این مقیاس با سیاهه‌های افسردگی و اضطراب یک نیز نشان از روایی سازه و ملاکی مطلوب این مقیاس بود (۲۲، ۲۳).

۳. پرسشنامه هراس اجتماعی^۲ (SPIN): این پرسشنامه یک مقیاس خودسنجی ۱۷ آیتمی است که در سال ۲۰۰۰ توسط کانور و دیودسون، چرچیل و شروود (۲۳) به منظور ارزیابی اضطراب یا هراس اجتماعی ساخته شده است. این پرسشنامه دارای سه خرده مقیاس ترس (۶ ماده)، اجتناب (۷ ماده) و ناراحتی فیزیولوژیکی (۴ ماده) است و هر یک از آیتم‌ها با استفاده از یک مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای، در دامنه ۱ (به‌هیچ وجه) تا ۵ (بسیار زیاد) نمره‌گذاری شدند و نمره ۱۹ برای غربال افراد مبتلا به فوبی اجتماعی به‌عنوان نقطه برش در نظر گرفته شد. پایایی این مقیاس به روش بازآزمایی در گروه‌های با تشخیص اختلال هراس اجتماعی ۰/۷۸ تا ۰/۸۹ و همسانی درونی آن در گروهی از افراد سالم ۰/۹۴ گزارش شده است. همچنین روایی همگرایی این پرسشنامه ۰/۵۷ تا ۰/۸۰ گزارش شده است (۲۴، ۲۵).

1. Difficulties in emotion regulation scale (DERS)
2. Social phobia inventory (SPIN)

جلسه گروهی تقریباً ۹۰ دقیقه‌ای انجام شد. خلاصه جلسات درمان فراتشخیصی یکپارچه در جدول ۱ ذکر شده است.

جدول (۱) پروتکل درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر

تعداد جلسات	محتوی جلسات
جلسه اول	اول افزایش انگیزه؛ مصاحبه انگیزشی برای ایجاد انگیزه مشارکت و درگیری بیماران در جریان درمان، ارائه منطق درمانی و تعیین اهداف درمانی
جلسه دوم	ارائه آموزش روانی؛ بازشناسی هیجان‌ها و ردیابی تجارب هیجانی و آموزش مدل سه مؤلفه‌ای تجارب هیجانی و مدل ARC
جلسه سوم و چهارم	سوم و چهارم آموزش آگاهی هیجانی؛ یادگیری مشاهده تجارب هیجانی (هیجان‌ها و واکنش به هیجان‌ها) به ویژه با استفاده از تکنیک‌های ذهن آگاهی
جلسه پنجم	ارزیابی مجدد شناختی؛ ایجاد آگاهی از ارتباط متقابل بین افکار و هیجان‌ها، شناسایی ارزیابی‌های ناسازگارانه
جلسه ششم	شناسایی الگوهای اجتناب از هیجان؛ خودکار و دام‌های شایع تفکر، ارزیابی مجدد شناختی و افزایش انعطاف‌پذیری در تفکر
جلسه هفتم	آشنایی با راهبردهای مختلف اجتناب از هیجان و تأثیر آن بر تجارب هیجانی و آگاهی یافتن از اثرات متناقض اجتناب از هیجان؛ شناسایی رفتارهای ناشی از هیجان و درک تأثیر آن‌ها روی تجارب هیجانی
جلسه هشتم	آگاهی و تحمل احساس‌های جسمانی؛ افزایش آگاهی از نقش احساس‌های جسمانی در تجارب هیجانی، انجام تمرین‌های مواجهه یا رویارویی احشایی به منظور آگاهی از احساس‌های جسمانی و افزایش تحمل این علائم
جلسه نهم تا یازدهم	رویایی احشایی و رویایی با هیجان مبتنی بر موقعیت؛ آگاهی یافتن از احساس‌های جسمانی و افزایش تحمل این علائم منطق رویایی‌های هیجانی، آموزش نحوه تهیه سلسله مراتب ترس و اجتناب، طراحی تمرین‌های مواجهه هیجانی به صورت تجسمی و عینی و ممانعت از اجتناب
جلسه دوازدهم	مرور کلی مفاهیم درمان و بحث در مورد پیشرفت‌های درمانی بیمار؛ پیشگیری از عود

میانگین و انحراف استاندارد بر اساس نتایج آزمون t مستقل برای سن شرکت‌کنندگان در گروه درمان فراتشخیصی $21/83 \pm 2/48$ و برای لیست انتظار $23/17 \pm 2/40$ است. اطلاعات توصیفی در مورد متغیر دشواری در تنظیم هیجان، کفایت هیجانی و هراس اجتماعی در سه گروه و به تفکیک مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در جدول ۲ ارائه شده است.

بر اساس اطلاعات حاصل از جدول ۳، تمام آزمون‌های چند متغیری مربوط به تعامل دشواری در تنظیم هیجان کفایت هیجانی و هراس اجتماعی معنادار است ($p < 0/05$). به عبارت دیگر، این اطلاعات نشان می‌دهد که میان سه مرحله ارزیابی در دو گروه درمان فراتشخیصی و لیست انتظار تفاوت معنی‌داری وجود دارد. پیش از بررسی دقیق‌تر این تفاوت‌ها، نیاز به بررسی فرض کرویت است که بدین منظور از آزمون موخلی استفاده شد.

نتایج آزمون موخلی در متغیر دشواری هیجان $W = 0/175$ ، کفایت هیجانی $W = 0/246$ و هراس اجتماعی $W = 0/471$ شد. پس از عدم برقراری فرض کرویت در متغیر هراس اجتماعی تصحیح اسپیلن گرین هاوس-گایزر ($0/655$) استفاده شد.

روش تجزیه و تحلیل داده‌ها؛ در این پژوهش برای توصیف متغیرهای کمی از میانگین (انحراف معیار) و برای متغیرهای کیفی، از فراوانی (درصد) استفاده شد. در بخش آمار استنباطی این پژوهش که مقایسه بین گروهی در طی زمان مورد نیاز بود، از روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر، آزمون‌های گولومگروف و اسمیرنوف و لوین استفاده شد. برای تحلیل نتایج از نسخه ۲۴ نرم افزار SPSS استفاده شد و در تمام موارد، $P < 0/05$ معنادار تلقی شد.

یافته‌ها

در ابتدا اطلاعات مربوط به ویژگی‌های جمعیت شناختی مورد بررسی قرار گرفته است. در بین شرکت‌کنندگان ۱۲ نفر در درمان فراتشخیصی و ۱۲ نفر در گروه لیست انتظار (شاهد) قرار داشتند.

بر اساس مشخصات دموگرافیک ۵۸/۳۳ درصد از شرکت‌کنندگان زن و ۴۱/۶۷ درصد از آنان مرد بودند.

برای بررسی معناداری یا عدم معناداری سن شرکت‌کنندگان در بین دو گروه، از آزمون t مستقل استفاده شد. نتایج آزمون t مستقل نشان داد بین دو گروه درمان فراتشخیصی و لیست انتظار تفاوت معنی‌داری وجود ندارد ($p > 0/05$).

1. Repeated Measure ANOVA

جدول ۲) اطلاعات توصیفی متغیر دشواری در تنظیم هیجان عدم کفایت در تنظیم هیجان و هراس اجتماعی در دو گروه و به تفکیک مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

متغیر	گروه	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیگیری
دشواری در تنظیم هیجان	گروه آزمایش	میانگین (انحراف استاندارد)	میانگین (انحراف استاندارد)	میانگین (انحراف استاندارد)
	گروه کنترل	۵۹/۳۳ (۱۳/۰۵)	۴۵/۱۷ (۸/۸۶)	۴۶/۴۲ (۸/۷۳)
کفایت هیجانی	گروه آزمایش	۸۰/۵۰ (۸/۷۷)	۶۴/۵۰ (۵/۴۰)	۶۶/۰۸ (۵/۷۹)
	گروه کنترل	۸۰/۹۲ (۹/۷۲)	۸۱/۲۵ (۱۰/۸۵)	۸۲/۳۳ (۱۰/۳۴)
هراس اجتماعی	گروه آزمایش	۱۹/۹۲ (۴/۲۷)	۱۴/۰۸ (۳/۰۳)	۱۴/۳۳ (۲/۹۳)
	گروه کنترل	۱۹/۸۳ (۳/۸۱)	۱۹/۳۳ (۳/۳۹)	۱۸/۹۲ (۲/۷۴)

جدول ۳) نتایج آزمون‌های چندمتغیری در مراحل ارزیابی (پیش‌آزمون، پس‌آزمون، پیگیری)

منبع تغییرات	آزمون	ارزش	Df	F	Sig.	اندازه اثر	توان آزمون
دشواری در تنظیم هیجان	اثر پیلایی	۰/۵۹۷	۲	۱۵/۵۴۴	۰/۰۰۱	۰/۵۹۷	۰/۹۹۸
	لامبدای ویلکز	۰/۴۰۳	۲	۱۵/۵۴۴	۰/۰۰۱	۰/۵۹۷	۰/۹۹۸
کفایت هیجانی	اثر پیلایی	۰/۵۵۴	۲	۱۳/۰۴۶	۰/۰۰۱	۰/۵۵۴	۰/۹۹۳
	لامبدای ویلکز	۰/۴۴۶	۲	۱۳/۰۴۶	۰/۰۰۱	۰/۵۵۴	۰/۹۹۳
هراس اجتماعی	اثر پیلایی	۰/۶۳۳	۲	۱۸/۱۲۱	۰/۰۰۱	۰/۶۳۳	۰/۹۹۹
	لامبدای ویلکز	۰/۳۶۷	۲	۱۸/۱۲۱	۰/۰۰۱	۰/۶۳۳	۰/۹۹۹

جدول ۴) نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای اثرهای درون‌گروهی و بین‌گروهی زمان با نوع درمان (درمان فراتشخیصی و لیست انتظار)

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجزورات	Df	میانگین مجزورات	F	Sig.	اندازه اثر	توان آزمون
دشواری در تنظیم هیجان	زمان	۱۱۱/۸۴۳	۱/۱۴۰	۷۳۹/۴۳۹	۱۹/۷۴۴	۰/۰۰۱	۰/۴۷۳	۰/۹۹۴
	زمان * گروه درمان	۱۰۳۵/۴۴۴	۱/۱۴۰	۹۰۸/۱۲۲	۲۴/۲۴۸	۰/۰۰۱	۰/۵۲۴	۰/۹۹۹
	خطا	۹۳۹/۴۴۴	۲۵/۰۸۴	۳۷/۴۵۱	-	-	-	-
کفایت هیجانی	زمان	۱۱۱/۸۴۳	۱/۱۴۰	۷۳۹/۴۳۹	۱۹/۷۴۴	۰/۰۰۱	۰/۴۷۳	۰/۹۹۴
	زمان * گروه درمان	۱۰۳۵/۴۴۴	۱/۱۴۰	۹۰۸/۱۲۲	۲۴/۲۴۸	۰/۰۰۱	۰/۵۲۴	۰/۹۹۹
	خطا	۹۳۹/۴۴۴	۲۵/۰۸۴	۳۷/۴۵۱	-	-	-	-
هراس اجتماعی	زمان	۱۶۴/۷۸۸	۱/۳۱۱	۱۲۵/۷۰۷	۳۲/۷۹۰	۰/۰۰۱	۰/۵۹۸	۱/۰۰۰
	زمان * گروه درمان	۱۰۱/۳۳۳	۱/۳۱۱	۷۱/۳۰۶	۲۰/۱۶۵	۰/۰۰۱	۰/۴۷۸	۰/۹۹۹
	خطا	۱۱۰/۵۵۶	۲۸/۸۳۸	۳/۸۳۴	-	-	-	-

نتایج حاصل از جدول ۴ نشان می‌دهد که تأثیر زمان * گروه درمان بر نمرات دشواری در تنظیم هیجان معنی‌دار است ($F=۳۶/۲۵۶$, $Sig=۰/۰۰۱$). با این شرایط می‌توان بیان کرد که صرف نظر از گروه‌های مورد مطالعه، بین میانگین نمرات مشکلات در تنظیم هیجان در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معنی‌داری وجود دارد. همینطور اثر تعاملی زمان و گروه درمان معنادار است ($F=۱۹/۷۴۴$, $Sig=۰/۰۰۱$). با این شرایط می‌توان بیان کرد که صرف نظر از گروه‌های مورد مطالعه، بین میانگین نمرات عدم کفایت تنظیم هیجان در

به عبارت دیگر تفاوت میانگین نمرات دشواری در تنظیم هیجان در زمان‌های مختلف با توجه به گروه درمان فراتشخیصی و لیست انتظار متفاوت است. در مورد متغیر کفایت تنظیم هیجان، اثر زمان * گروه درمان معنی‌دار است ($F=۱۹/۷۴۴$, $Sig=۰/۰۰۱$). با این شرایط می‌توان بیان کرد که صرف نظر از گروه‌های مورد مطالعه، بین میانگین نمرات عدم کفایت تنظیم هیجان در

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که درمان فراتشخیصی منجر به کاهش هراس اجتماعی افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی گردید. این یافته با یافته پژوهش‌های کیویتی و همکاران؛ چوی و همکاران؛ بهادری و همکاران همسو می‌باشد (۱۸، ۱۹، ۲۷).

در تبیین این یافته می‌توان گفت، پروتکل درمان فراتشخیصی با استفاده از راهبردهایی مثل ارزیابی شناختی، خودکنترلی افکار، مواجهه هیجانی ذهنی و واقعی، آگاهی و کنترل احساسات بدنی، پیشگیری و مدیریت پاسخ‌های هیجانی نامطلوب در کاهش نشانه‌های اضطراب اجتماعی نقش قابل توجهی دارد. زیرا با شناسایی هیجانات تأثیرگذار در اختلال، رفتارهایی که مولد اضطراب و همراه با این هیجانات بودند، را تسهیل می‌کند. این آگاهی از هیجانات و ماهیت آن‌ها به بیمار امنیت لازم برای رویارویی با موقعیت‌های استرس‌آور و کنترل احساسات و تنش‌های جسمانی منفی در حضور در اجتماع زندگی را می‌دهد (۱۶، ۲۸).

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که درمان فراتشخیصی منجر به بهبود کفایت در تنظیم هیجان افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی گردید. این یافته با یافته پژوهش‌های فرناندز، جزایری و گراس؛ فارچیون و همکاران؛ فیروزی و بیرانوندی همسو می‌باشد (۱۷، ۲۹، ۳۰).

در تبیین این یافته می‌توان گفت این پروتکل بر هیجان و راهبردهای ناسازگارانه تنظیم هیجان‌ها تمرکز دارد و مکانیزم‌های سبب‌ساز مشترک اختلال‌های هیجانی را مورد آماج قرار می‌دهد (۳۱).

درمان فراتشخیصی یکپارچه به منظور آماج قرار دادن عوامل مشترک بین اختلال‌های هیجانی طراحی شده است و تأکید عمده‌ی آن بر تجربه و پاسخ‌های هیجانی است. افراد مبتلا به اختلال‌های هیجانی از راهبردهای تنظیم هیجانی ناسازگارانه مانند اجتناب و سرکوبی، پنهان کردن یا نادیده گرفتن هیجانات استفاده می‌کنند. تلاش برای کنترل هیجانی موجب افزایش و تداوم احساساتی می‌شود که فرد تلاش می‌کند کاهش دهد. درمان فراتشخیصی یکپارچه به بیماران می‌آموزد که چگونه با هیجانات ناخوشایند خود مواجه شده و به شیوه سازگارانه‌تری به هیجان‌های خود پاسخ دهند (۳۲).

پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معنی‌داری وجود دارد. همینطور اثر تعاملی زمان و گروه درمان معنادار است ($F=24/248$, $Sig=0/001$). به عبارت دیگر تفاوت میانگین نمرات عدم کفایت تنظیم هیجان در زمان‌های مختلف با توجه به گروه درمان فراتشخیصی و لیست انتظار متفاوت است.

در مورد متغیر شدت هراس اجتماعی، اثر زمان * گروه درمان معنی‌دار است ($F=32/790$, $Sig=0/001$). با این شرایط می‌توان بیان کرد که صرف‌نظر از گروه‌های مورد مطالعه، بین میانگین نمرات شدت هراس اجتماعی در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معنی‌داری وجود دارد. همچنین اثر تعاملی زمان و گروه درمان نیز معنادار است ($F=20/165$, $Sig=0/001$). به عبارت دیگر تفاوت میانگین نمرات شدت هراس اجتماعی در زمان‌های مختلف با توجه به گروه درمان فراتشخیصی و لیست انتظار متفاوت است.

بحث

افراد دارای مشکل در تنظیم هیجان در تجربه هیجان‌های مثبت و منفی و تمایز دچار مشکل هستند. در موقعیت‌های اجتماعی افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی به هنگام قرارگیری در موقعیت‌های اجتماعی به جای تجربه هیجانات خود از قبیل شرم، از تجربه آن اجتناب می‌کنند. این راهبردها باعث می‌شوند فرد در برخورد با هیجانات مثبت و منفی، توانایی لازم برای آگاهی از هیجانات، پذیرش هیجانات، رفتار کردن مطابق با اهداف مطلوب، به کارگیری انعطاف‌پذیر تدابیر تنظیم هیجان متناسب با موقعیت را نداشته باشد و همه این موارد منجر به عدم کفایت هیجان و دشواری در تنظیم هیجان وی می‌گردد (۲۶).

این پژوهش قصد داشت به بررسی اثر پروتکل فراتشخیصی که به صورت یکپارچه‌نگر برای اختلالات هیجانی تعیبه شده بر روی نمونه‌ی دانشجویان علوم پزشکی کرمانشاه همراه با تشخیص اضطراب اجتماعی بپردازد.

نتایج این پژوهش نشان داد که در مقایسه با گروه کنترل، در گروه مداخله درمان فراتشخیصی به طور قابل توجهی منجر به کاهش اضطراب اجتماعی و بهبود تنظیم هیجان و کفایت هیجانی در مرحله پس‌آزمون می‌شود. نتایج در پیگیری ۲ ماهه تکرار شد.

موجب بهبود کفایت هیجانی، ارتقاء تنظیم هیجان و کاهش هراس اجتماعی در دانشجویان مبتلا به اضطراب اجتماعی دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه شود.

یکی از محدودیت‌های پژوهش حاضر انجام پژوهش در قالب طرح مقطعی و در یک منطقه از کشور انجام شده است. از همین رو، نتیجه‌گیری در مورد جهت‌گیری یا علیت در روابط باید با احتیاط انجام شود. محدودیت دیگر ناظر بر استفاده از پرسشنامه خودگزارشی شرکت‌کنندگان است که ممکن است سبب سوگیری در نتایج گردد. همچنین پژوهش حاضر بر روی دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه انجام شده است، بنابراین در تعمیم نتایج حاضر به سایر جوامع آماری باید احتیاط کرد.

از جمله پیشنهادات پژوهشی می‌توان به استفاده از سایر شیوه‌های جمع‌آوری اطلاعات همچون مصاحبه‌های ساختاریافته یا نیمه‌ساختاریافته نیز اشاره کرد. همچنین در پژوهش‌های آتی به منظور بررسی آثار بلندمدت درمان فراتشخیصی یکپارچه از پیگیری‌های بلندمدت یک‌ساله و مطالعات طولی نیز استفاده شود. همچنین با توجه به تفاوت‌های فرهنگی در کشور، توصیه می‌شود در مناطق و در خرده فرهنگ‌های مختلف کشور نیز مطالعات مشابه اجرا و تأثیر تفاوت‌های فرهنگی در اثربخشی این رویکرد درمانی مطالعه شود.

تعارض منافع: بین نویسندگان مقاله تعارض منافی وجود ندارد.

ملاحظات اخلاقی: طرح پژوهش حاضر مورد تأیید کمیته اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی واحد سنجند با کد IR.IAU.SDJ.REC.1400.016 می‌باشد. از تمام مراجعین رضایت‌نامه جهت شرکت در فرآیند درمان اخذ شد. در انتها برای رعایت مسائل اخلاقی در پژوهش، پس از اتمام پژوهش، گروه کنترل پکیج آموزش روانی - اجتماعی دریافت کردند.

منابع

- Stein MB, Stein DJ. Social anxiety disorder. The lancet. 2008;371(9618):1115-25.
- Morrison AS, Heimberg RG. Social anxiety and social anxiety disorder. Annual review of clinical psychology. 2013;9:249-74.
- Heimberg RG, Hofmann SG, Liebowitz MR, Schneier FR, Smits JA, Stein MB, et al. Social anxiety disorder in DSM-5. Depression and anxiety. 2014;31(6):472-9.

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که درمان فراتشخیصی منجر به کاهش مشکلات تنظیم هیجان افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی گردید. این یافته با یافته پژوهش‌های بوسول و همکاران؛ سائور - زاوالا و همکاران؛ علوی و همکاران همسو می‌باشد (۳۳-۳۵).

در تبیین این یافته می‌توان گفت با توجه به اینکه مبتلایان به اختلال‌های هیجانی، راهبردهای تنظیم هیجانی نادرستی را به کار می‌برند و معمولاً تلاش می‌کنند از هیجانات ناخوشایند اجتناب کنند یا به روش‌هایی شدتشان را به طور موقت کاهش دهند، این تلاش‌ها نتیجه‌ی معکوسی در بردارد و تداوم علائم را به همراه دارد (۳۵).

درمان فراتشخیصی یک رویکرد درمانی مبتنی بر هیجان است. به این معنا که، درمان طوری طراحی شده است که به بیماران می‌آموزد چگونه با هیجان‌های ناخوشایند خود مواجه شده و آن‌ها را تجربه کنند و به شیوه سازگارانه‌تری به هیجان‌های خود پاسخ دهند (۳۱). این درمان ضمن اصلاح عادت‌های تنظیم هیجانی بیماران، منجر به کاهش شدت و بروز تجربه هیجانی ناسازگارانه و بهبود کارکرد بیماران می‌گردد (۱۶).

درمان فراتشخیصی دارای تکنیک‌های زیادی است که هیجانات افراد را تعدیل می‌کنند؛ به عنوان نمونه می‌توان به بازشناسی هیجان‌ها، آموزش آگاهی هیجانی، یادگیری مشاهده هیجانی، آشنایی با راهبردهای مختل اجتناب از هیجان و آگاهی یافتن از اثرات منفی اجتناب از هیجان، آشنایی و شناسایی رفتارهای ناشی از هیجان و رویارویی با هیجان مبتنی بر موقعیت اشاره کرد (۱۵). بنابراین می‌توان گفت آموزش فراتشخیصی با تکیه بر تکنیک‌های تنظیم هیجان موجب می‌شود که بیماران دچار اختلالات اضطرابی به ارزیابی مجدد هیجانات و مخصوصاً هیجانات منفی خود بپردازند و این هیجانات را در درون خویش بپذیرند که این امر موجب افزایش راهبرد ارزیابی مجدد شناختی در آنان خواهد شد؛ از طرفی، در پروتکل درمان فراتشخیصی یکپارچه توجه ویژه‌ای به بالا بردن خودآگاهی هیجانی - شناختی و شناخت روابط بین هیجان، شناخت و رفتار می‌شود (۳۶).

در یک نتیجه‌گیری نهایی، نتایج این پژوهش نشان داد، درمان فراتشخیصی می‌تواند به عنوان درمانی یکپارچه‌نگر

- Protocol development and initial outcome data. *Cognitive and Behavioral Practice*. 2010;17(1):88-101.
17. Farchione TJ, Fairholme CP, Ellard KK, Boisseau CL, Thompson-Hollands J, Carl JR, et al. Unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: a randomized controlled trial. *Behavior Therapy*. 2012;43(3):666-78.
18. Kivity Y, Sela MS, Yariv A, Koubi M, Saad A, Fennig S, et al. Transdiagnostic Treatment of Anxiety Disorders in a Group Format Based on the Principles of the Unified Protocol: a Preliminary Intensive Measurement Examination of Process and Outcome. *International Journal of Cognitive Therapy*. 2020;13(2):127-45.
19. Choi KW, Kim Y-K, Jeon HJ. Comorbid anxiety and depression: Clinical and conceptual consideration and transdiagnostic treatment. *Anxiety Disorders*. 2020:219-35.
20. Kirby A, Gebiski V, Keech AC. Determining the sample size in a clinical trial. *Medical journal of Australia*. 2002;177(5):256-7.
21. Abdi S, Taban S, Ghaemian A. Cognitive emotion regulation questionnaire: Validity and reliability of Persian translation of CERQ-36 item. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*. 2012;32:2-7.
22. Victor SE, Klonsky ED. Validation of a brief version of the difficulties in emotion regulation scale (DERS-18) in five samples. *Journal of psychopathology and Behavioral Assessment*. 2016;38(4):582-9.
23. Kermani Mamazandi Z, Tale Pasand S. Psychometric characteristics of difficulties in emotion regulation scale in Semnan University students. *Journal of Instruction and Evaluation*. 2018;11(42):117-42.
24. Connor KM, Davidson JR, Churchill LE, Sherwood A, Weisler RH, Foa E. Psychometric properties of the Social Phobia Inventory (SPIN): New self-rating scale. *The British Journal of Psychiatry*. 2000;176(4):379-86.
25. Rezian S, Fathi-Ashtiani A, Hassanabadi H, Ashrafi E. Reliability and Validity Measurement of the Persian Version of Social Phobia Scale Assessing the Reliability and Validity of Social Phobia Scale. *Journal of Clinical Psychology*. 2019;11(3):1-10.
26. Hanin V, Colognesi S, Van Nieuwenhoven C. From perceived competence to emotion regulation: assessment of the effectiveness of an intervention among upper elementary students. *European Journal of Psychology of Education*. 2020:1-31.
27. Bahadori Z, Robatmili S, Ghorban JR. The effectiveness of transdiagnostic treatment by Unified Protocol on Symptoms of anxiety and depression comorbidity in housewives mothers. 2020.
28. Bakhshipour Roodsari A, Mahmood Aliloo M, Farnam A, Abdi R. Efficacy evaluation of unified
4. Hofmann SG, Anu Asnaani M, Hinton DE. Cultural aspects in social anxiety and social anxiety disorder. *Depression and anxiety*. 2010;27(12):1117-27.
5. Bögels SM, Alden L, Beidel DC, Clark LA, Pine DS, Stein MB, et al. Social anxiety disorder: questions and answers for the DSM-V. *Depression and anxiety*. 2010;27(2):168-89.
6. Ghayour Kazemi F, Sepehri Shamloo Z, Mashhadi A, Ghanaei Chamanabad A, Pasalar F. A Comparative Study Effectiveness of Metacognitive Therapy with Neurofeedback Training on Anxiety Symptoms, Emotion Regulation and Brain wave activity in Female Students with Social Anxiety Disorder (Single Subject Study). *Neuropsychology*. 2018;4(12):77-100.
7. Ghazanfari F, Nadri M. Developing of the etiology model of adolescent social anxiety disorder based on anxiety sensitivity, negative emotional regulation and anxiety and ambivalent attachment style with mediating role of emotional-focused coping strategy. *Clinical Psychology Studies*. 2019;9(35):97-130.
8. Tamir M, Vishkin A, Gutentag T. Emotion regulation is motivated. *Emotion*. 2020;20(1):115.
9. Pruessner L, Barnow S, Holt DV, Joormann J, Schulze K. A cognitive control framework for understanding emotion regulation flexibility. *Emotion*. 2020;20(1):21.
10. Turk CL, Heimberg RG, Luterek JA, Mennin DS, Fresco DM. Emotion dysregulation in generalized anxiety disorder: A comparison with social anxiety disorder. *Cognitive Therapy and Research*. 2005;29(1):89-106.
11. Rodebaugh TL, Heimberg RG. Emotion regulation and the anxiety disorders: Adopting a self-regulation perspective. *Emotion Regulation: Springer*; 2008. p. 140-9.
12. Seligowski AV, Lee DJ, Bardeen JR, Orcutt HK. Emotion regulation and posttraumatic stress symptoms: A meta-analysis. *Cognitive behaviour therapy*. 2015;44(2):87-102.
13. Tashkeh M, Barani M. Prediction of social anxiety by cognitive emotional regulation and emotional schema in boys and girls students. 2015.
14. Norton AR, Abbott MJ, Norberg MM, Hunt C. A systematic review of mindfulness and acceptance-based treatments for social anxiety disorder. *Journal of clinical psychology*. 2015;71(4):283-301.
15. 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.
16. Ellard KK, Fairholme CP, Boisseau CL, Farchione TJ, Barlow DH. Unified protocol for the transdiagnostic treatment of emotional disorders:

- transdiagnostic treatment in symptoms reduction of patients with generalized anxiety disorder and a comorbid emotional disorder. *Journal of Modern Psychological Researches*. 2014;8(32):41-74.
29. Fernandez KC, Jazaieri H, Gross JJ. Emotion regulation: a transdiagnostic perspective on a new RDoC domain. *Cognitive therapy and research*. 2016;40(3):426-40.
30. Firoozi M, Biranvandi M. Integrate Metacognition for cognitive emotional regulation in patients with cardiovascular disease. *Yafteh*. 2018;20(2):93-102.
31. Zemestani M, Imani M. Effectiveness of transdiagnostic treatment on depression/anxiety symptoms and emotion regulation. *Contemporary Psychology*. 2016;11(1):21-32.
32. 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. *Behavior Modification*. 2015;39(2):295-321.
33. Boswell JF, Farchione TJ, Sauer-Zavala S, Murray HW, Fortune MR, Barlow DH. Anxiety sensitivity and interoceptive exposure: A transdiagnostic construct and change strategy. *Behavior therapy*. 2013;44(3):417-31.
34. Sauer-Zavala S, Boswell JF, Gallagher MW, Bentley KH, Ametaj A, Barlow DH. The role of negative affectivity and negative reactivity to emotions in predicting outcomes in the unified protocol for the transdiagnostic treatment of emotional disorders. *Behaviour research and therapy*. 2012;50(9):551-7.
35. Alavi SM, Rafieinia P, Makvand Hosseini S, Sabahi P. The Effectiveness of Unified Trans diagnostic Treatment on Social anxiety symptoms and Difficulty in Emotion Regulation: Single-Subject Design. *Journal of Psychological Studies*. 2020;16(2):7-24.
36. Nasri M. The Effectiveness of Transdiagnostic Treatment on Cognitive Flexibility, Emotion Regulation and Hb Factor in Patients with Type 2 Diabetes. *Journal of psychological achievements*. 2017;24(2):81-100.

