

Research
Article

The Effectiveness of Unified Transdiagnostic Treatment on Intolerance of Uncertainty and Self-Control in Adolescent Boys with Predisposition to Addiction

Esmaeil Soleimani¹, Mahdi Chitsaz²

Received: 2025/04/03

Accepted: 2025/12/27

Abstract

Objective: The present study aimed to determine the effectiveness of unified transdiagnostic treatment on intolerance of uncertainty and self-control in adolescent boys with a predisposition to addiction. **Method:** This was a quasi-experimental study utilizing a pretest-posttest design and a two-month follow-up period with a control group. The statistical population consisted of all male second-grade high school students in Azarshahr during the first half of the 2024-2025 academic year. The sample for this study comprised 30 adolescent boys susceptible to addiction, who were selected using convenience sampling and based on their cutoff scores on the addiction susceptibility questionnaire. They were then randomly assigned to either the control group (15 participants) or the experimental group (15 participants). Data were collected using the intolerance of uncertainty scale and the self-control scale. The unified transdiagnostic treatment developed by Barlow et al. was administered in 10 weekly 90-minute sessions, while the control group received no intervention. Data were analyzed using repeated measures analysis of variance. **Results:** The unified transdiagnostic treatment had a significant effect on self-control and intolerance of uncertainty in participants in the experimental group. Specifically, the treatment led to a significant increase in self-control and a significant decrease in intolerance of uncertainty. The follow-up results also indicated the stability of the treatment effects. **Conclusion:** By enhancing self-control and reducing intolerance of uncertainty, the unified transdiagnostic treatment may serve as an effective interventional approach in preventing substance use tendencies in adolescents with an addiction predisposition.

Keywords: Unified transdiagnostic treatment, Intolerance of uncertainty, Self-control, Predisposition to addiction

1. Corresponding Author: Associate Professor, Department of Psychology, Urmia University, Urmia, Iran. Email: soleymany.psy@gmail.com

2. Ph.D. Student, Department of Psychology, Urmia University, Urmia, Iran.

اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه بر عدم تحمل بلاتکلیفی و خود مهارگری در نوجوانان پسر دارای استعداد اعتیاد

اسماعیل سلیمانی^۱، مهدی چیت ساز^۲

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۱۰/۰۶

تاریخ دریافت: ۱۴۰۴/۰۲/۱۰

چکیده

هدف: هدف از پژوهش حاضر تعیین اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه بر عدم تحمل بلاتکلیفی و خود مهارگری در نوجوانان پسر دارای استعداد اعتیاد به مواد مخدر بود. **روش:** پژوهش حاضر نیمه-آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و دوره پیگیری دو ماهه با گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل تمامی دانش‌آموزان پسر متوسطه دوم شهر آذرشهر در نیمه اول سال تحصیلی ۱۴۰۳-۱۴۰۴ بود. نمونه این پژوهش شامل ۳۰ نفر از نوجوانان پسر مستعد اعتیاد بود که به روش نمونه‌گیری در دسترس و بر اساس نمره برش مقیاس استعداد اعتیاد انتخاب شدند و به طور تصادفی در گروه کنترل (۱۵ شرکت‌کننده) و در گروه آزمایش (۱۵ شرکت‌کننده) جایگزین شد. داده‌ها با استفاده از مقیاس عدم تحمل بلاتکلیفی و خود مهارگری جمع‌آوری شد. درمان فراتشخیصی یکپارچه بارلو و همکاران طی ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای یکبار انجام شد، اما گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد. داده‌های پژوهش با روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر تحلیل شدند. **یافته‌ها:** درمان فراتشخیصی یکپارچه تأثیر معناداری بر خودمهارگری و عدم تحمل بلاتکلیفی در شرکت‌کنندگان گروه آزمایش داشت. به طور خاص، این درمان باعث افزایش خودمهارگری و کاهش عدم تحمل بلاتکلیفی شد. نتایج مرحله پیگیری نیز نشان‌دهنده پایداری اثرات درمان بود. **نتیجه‌گیری:** درمان فراتشخیصی یکپارچه با افزایش خودمهارگری و کاهش عدم تحمل بلاتکلیفی ممکن است به عنوان یک رویکرد مداخله‌ای مؤثر در پیشگیری از گرایش به مصرف مواد در نوجوانان دارای استعداد اعتیاد باشد.

کلیدواژه‌ها: درمان فراتشخیصی یکپارچه، عدم تحمل بلاتکلیفی، خود مهارگری، استعداد اعتیاد

۱. نویسنده مسئول: دانشیار، گروه روان‌شناسی، دانشگاه ارومیه، ارومیه، ایران. پست الکترونیک:

soleymany.psy@gmail.com

۲. دانشجوی دکتری، گروه روان‌شناسی، دانشگاه ارومیه، ارومیه، ایران.

مقدمه

نوجوانی به عنوان یکی از مهم‌ترین و بحرانی‌ترین دوره‌های تحول در زندگی انسان شناخته می‌شود (ساکو^۱ و همکاران، ۲۰۲۵). در این دوران فرآیندهای پیچیده‌ای از تغییرات جسمی، شناختی، عاطفی و اجتماعی رخ می‌دهد که هویت و شخصیت فرد را شکل می‌دهد (سنگیز^۲ و همکاران، ۲۰۲۵). این تغییرات همزمان با افزایش نیاز به استقلال، جستجوی هویت شخصی، و میل به تجربه‌های جدید همراه است که می‌تواند فرد را نسبت به شرایط محیطی بسیار حساس و آسیب‌پذیر کند (گلد^۳ و همکاران، ۲۰۲۵). نوجوانان به دلیل ناپایداری عاطفی و هیجانی، عدم بلوغ کامل شناختی، و تمایل به ریسک‌پذیری بیش از هر گروه دیگری در معرض خطرات و مخاطرات گوناگون مانند ترک تحصیل (مور و استودارد^۴، ۲۰۲۵)، خشونت (جیانگ^۵ و همکاران، ۲۰۲۵)، بزهکاری (روسادو و آلمیدا^۶، ۲۰۲۵) و اعتیاد^۷ (ژیا^۸ و همکاران، ۲۰۲۵) قرار دارند و این عوامل دوره نوجوانی را به دوره‌ای حیاتی تبدیل می‌کند که نحوه مدیریت و مقابله با مسائل آن نقش بسیار مهمی در پیشگیری از رفتارهای آسیب‌زا خواهد داشت (چانگ و لی^۹، ۲۰۲۴).

اعتیاد به مواد مخدر است می‌تواند یکی از چالش‌های جدی در دوران نوجوانی باشد. رایش به مصرف مواد مخدر در حالتی آغاز می‌شود که نوجوانان برای کنترل هیجانات منفی، کاهش اضطراب یا پاسخ به فشارهای اجتماعی و گروهی از این راه‌حل‌های ناسازگارانه استفاده می‌کنند (جیانگ، ۲۰۲۴). در بسیاری از موارد، این مسئله نه تنها منجر به بروز وابستگی جسمی به مواد مخدر می‌شود، بلکه آسیب‌های جدی روانی و اجتماعی برای فرد و خانواده او نیز به همراه دارد (دو^{۱۰}، ۲۰۲۴). نوجوانانی که در معرض خطر اعتیاد قرار دارند، اغلب ویژگی‌های روان‌شناختی خاصی مانند ناتوانی در مدیریت استرس (گارسیا-کابریزو و کریان^{۱۱}، ۲۰۲۴)، تحمل پایین نسبت به موقعیت‌های نامشخص یا

1. Sacco
2. Cengiz
3. Glad
4. Moore & Stoddard
5. Jiang
6. Rosado & Almeida

7. addiction
8. Xia
9. Chang & Lee
10. Do
11. García-Cabrerizo & Cryan

دشوار (درمان و لاتال^۱، ۲۰۲۴) و ضعف خودمهارگری^۲ (هافمن^۳، ۲۰۲۴) دارند که آن‌ها را بیشتر به سوی مصرف مواد سوق می‌دهد. بنابراین، شناسایی این ویژگی‌ها و تلاش برای مداخله زود هنگام در پیشگیری و درمان این نوجوانان امری ضروری است.

عدم تحمل بلا تکلیفی^۴ یکی از ویژگی‌های شایع در نوجوانان مستعد اعتیاد است (بی^۵ و همکاران، ۲۰۲۴). تحمل بلا تکلیفی به توانایی فرد برای تحمل موقعیت‌های نامشخص، مبهم و استرس‌زا اشاره دارد (دانیشمن و ایسپیر^۶، ۲۰۲۴). نوجوانانی که تحمل پایینی نسبت به بلا تکلیفی دارند به سختی می‌توانند موقعیت‌هایی که نتیجه آن مشخص نیست را تحمل کنند (چن^۷ و همکاران، ۲۰۲۵). این افراد ممکن است برای فرار از احساسات منفی و استرس ناشی از شرایط نامطمئن به رفتارهای پرخطر مانند مصرف مواد روی بیاورند (آنبرین^۸ و همکاران، ۲۰۲۴). عدم تحمل بلا تکلیفی به عنوان یک عامل مهم در گرایش به اعتیاد (ابراهیم‌زاده و سهرابی، ۱۴۰۰) خصوصاً در نوجوانان شناخته شده است، زیرا ناتوانی در مدیریت استرس و مواجهه با مشکلات آنان را به سمت رفتارهای ناسازگارانه سوق می‌دهد (شیپ^۹ و همکاران، ۲۰۲۵).

ضعف در خودمهارگری یکی دیگر از عوامل مرتبط با گرایش به اعتیاد است (پن^{۱۰} و همکاران، ۲۰۲۴). خودمهارگری به توانایی فرد برای کنترل تکانه‌ها، هیجانانگامی و رفتارهای ناسازگارانه تعریف می‌شود (مائو^{۱۱} و همکاران، ۲۰۲۵). نوجوانانی که سطح پایینی از خودمهارگری دارند برای مقابله با وسوسه‌ها، فشارهای اجتماعی و هیجانانگامی شدید توانایی محدودی دارند و این موضوع به افزایش احتمال گرایش به رفتارهای پرخطر مانند مصرف مواد منجر می‌شود (زو^{۱۲} و همکاران، ۲۰۲۴). در واقع، خودمهارگری به فرد این امکان را می‌دهد که در برابر محرک‌های منفی و لحظه‌ای که ممکن است سلامت روانی، اجتماعی یا جسمی او را تهدید کند مقاومت کرده و رفتارهای سازگارانه را انتخاب

1. Derman & Lattal
2. self-control
3. Hoffmann
4. intolerance of uncertainty
5. Ye
6. Danişman & İspir

7. Chen
8. Unbrin
9. Shipp
10. Pan
11. Mao
12. Xu

کند (رویلی و کونولی^۱، ۲۰۲۴). نتایج پژوهش عامری و نجفی (۱۴۰۴) نیز نشان داد که خودمهارگری نقش مهمی در گرایش به عود مصرف مواد دارد.

با توجه به تأثیر مستقیم عدم تحمل بلا تکلیفی و ضعف خودمهارگری بر گرایش به اعتیاد، هدف قرار دادن این عوامل در نوجوانان مستعد اعتیاد اهمیت دارد. درمان فراتشخیصی یکپارچه^۲ یکی از روش‌های درمانی نوین است که می‌تواند در زمینه کاهش مشکلات مرتبط با مصرف مواد موثر باشد (باقری و همکاران، ۱۴۰۲). این روش درمانی به طور خاص بر مشکلات روان‌شناختی مشترک در افراد مختلف متمرکز است و به جای تمرکز بر اختلالات خاص به بررسی و درمان فرایندهای زیربنایی و مشترک میان آن‌ها می‌پردازد (پلائیز^۳ و همکاران، ۲۰۲۴). در واقع، درمان فراتشخیصی یکپارچه بر این باور استوار است که بسیاری از مشکلات روانی، از جمله گرایش به اعتیاد، ریشه‌های زیربنایی مشابهی مانند ناتوانی در مدیریت هیجانات، تحمل پایین نسبت به استرس و مشکلات مربوط به تنظیم رفتار دارند. این درمان با استفاده از مداخلات روان‌شناختی نظیر آموزش تنظیم هیجانی، توانمندسازی تحمل بلا تکلیفی (میلر و مک‌گویر^۴، ۲۰۲۳) و تقویت خودمهارگری (موریس^۵ و همکاران، ۲۰۱۶) موجب بهبود توانایی نوجوانان در مواجهه با موقعیت‌های پرچالش و کاهش رفتارهای ناسازگارانه می‌شود (گیلبرت^۶ و همکاران، ۲۰۲۰). یکی از ویژگی‌های کلیدی درمان فراتشخیصی انعطاف‌پذیری آن است که می‌تواند متناسب با نیازهای خاص هر فرد طراحی شود. این درمان با آموزش تکنیک‌هایی مانند شناخت و مدیریت هیجانات، ایجاد تفکر انعطاف‌پذیر، مدیریت افکار استرس‌زا و تقویت رفتارهای جایگزین نوجوانان را به سمت رفتارهای سالم هدایت می‌کند (کیم و هودگینز^۷، ۲۰۱۸).

اثر بخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه در تقویت تحمل بلا تکلیفی به این دلیل است که این رویکرد نوجوانان را آموزش می‌دهد تا موقعیت‌های نامشخص و استرس‌زا را نه به

1. Royle & Connolly
2. unified transdiagnostic therapy
3. Peláez
4. Miller & McGuire

5. Morris
6. Gilbert
7. Kim & Hodgins

عنوان تهدید، بلکه به عنوان بخشی از واقعیت زندگی پذیرند (لیکو^۱، ۲۰۲۲). این درمان از طریق تمرینات شناختی و رفتاری به نوجوانان کمک می‌کند تا واکنش‌های ناسازگارانه خود در برابر بلا تکلیفی را شناسایی و آن‌ها را با پاسخ‌های سازگارانه و هدفمند جایگزین کنند که این فرآیند خصوصاً در کاهش استرس‌های مرتبط با تصمیم‌گیری و موقعیت‌های دشوار اجتماعی مؤثر است و منجر به کاهش گرایش به رفتارهای پرخطر^۲ مانند مصرف مواد می‌شود (سولیوان^۳ و همکاران، ۲۰۱۵). همچنین، این درمان تأثیر قابل توجهی بر تقویت خودمهارگری دارد (ریتسچل^۴ و همکاران، ۲۰۱۵) و از طریق تمرکز بر تقویت آگاهی هیجانی و شناختی به نوجوانان آموزش داده می‌شود که چگونه با وسوسه‌ها و تکنانه‌های منفی مقابله کنند (فارچيون^۵ و همکاران، ۲۰۲۱). تکنیک‌هایی مانند تمرین صبر، تقویت خویش‌داری و برنامه‌ریزی رفتاری نوجوانان را قادر می‌سازد تا کنترل بیشتری بر رفتارهای خود داشته باشند و در برابر فشارهای اجتماعی یا هیجانات منفی مقاومت کنند. نوجوانان با یادگیری این تکنیک‌ها می‌توانند بین محرک‌های خارجی و رفتارهای خود فاصله ایجاد کرده و تصمیمات آگاهانه‌تری اتخاذ کنند (پدرو^۶ و همکاران، ۲۰۲۴).

درمان فراتشخیصی یکپارچه به عنوان یک رویکرد نوین در حوزه روان‌شناسی، ظرفیت بالایی در مدیریت سازه‌های روان‌شناختی مشترک میان اختلالات مختلف دارد. این مدل درمانی می‌تواند بر سازه‌هایی همچون عدم تحمل بلا تکلیفی و خودمهارگری تمرکز کند که از جمله عوامل کلیدی در پیشگیری از بروز رفتارهای مخرب مانند گرایش به مصرف مواد مخدر در نوجوانان هستند. نوجوانانی که استعداد برای اعتیاد به مواد مخدر را دارند، علاوه بر فشارهای روانی و اجتماعی، با چالش‌هایی همچون ناتوانی در تحمل بلا تکلیفی و ضعف در خودمهارگری مواجه هستند، دو سازه‌ای که مستقیماً در رفتارهای پرخطر و گرایش به مصرف مواد مخدر نقش دارند. با این حال، مطالعات اندکی چون پدرو و همکاران (۲۰۲۴)، لیکو و همکاران (۲۰۲۲) به بررسی اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه در این جمعیت خاص پرداخته‌اند و خلأ پژوهشی در این زمینه وجود دارد.

1. Licu
2. risky behaviors
3. Sullivan

4. Ritschel
5. Farchione
6. Pedro

پژوهش‌های گذشته غالباً بر درمان‌های سنتی مانند درمان شناختی-رفتاری یا مداخلات متمرکز بر اختلالات خاص تکیه کرده‌اند و کمتر به مدل‌های جامع و فراتشخیصی که بر ترکیب سازه‌های مشترک و کلیدی روان‌شناختی تأکید دارند، توجه نشان داده‌اند. علاوه بر این، اکثر مطالعات موجود بر جمعیت بزرگسال یا افراد دارای اختلالات روانی متمرکز بوده‌اند و گروه نوجوانان به عنوان گروهی که در حساس‌ترین مرحله رشدی قرار دارند و مستعدترین افراد برای شکل‌گیری اعتیاد به مواد مخدر محسوب می‌شوند کمتر به عنوان جمعیت هدف در تحقیقات مرتبط مورد بررسی قرار گرفته‌اند. این خلأ پژوهشی نشان‌دهنده ضرورت تحقیقاتی است که نه تنها اثربخشی مدل درمان فراتشخیصی یکپارچه را بر عدم تحمل بلا تکلیفی و خودمهارگری بررسی کنند، بلکه تأثیر آن را بر کاهش استعداد اعتیاد به مواد مخدر در نوجوانان نیز نشان دهند و به عنوان یک گام تحول‌آفرین در پیشگیری از اعتیاد به شمار روند. بنابراین، هدف از پژوهش حاضر پاسخ به این سوال بود که آیا درمان فراتشخیصی یکپارچه بر عدم تحمل بلا تکلیفی و خودمهارگری در نوجوانان دارای استعداد اعتیاد به مواد مخدر موثر است؟

روش

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

پژوهش حاضر نیمه-آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و دوره پیگیری دو ماهه با گروه کنترل با بود. جامعه آماری پژوهش حاضر متشکل از همه دانش‌آموزان پسر متوسطه دوم شهر آذرشهر در در سال تحصیلی ۱۴۰۳-۱۴۰۴ بود که از این جامعه تعداد ۳۰ نفر به روش نمونه‌گیری غیر تصادفی در دسترس (بر اساس نرم‌افزار تعیین حجم نمونه $G\ Power$ و با در نظر گرفتن پارامترهای اندازه اثر = ۰/۳۶؛ ضریب آلفا = ۰/۰۵؛ توان آزمون = ۰/۹۵) انتخاب شدند و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۵) شرکت‌کننده و کنترل (۱۵ شرکت‌کننده) جایگذاری شدند. معیارهای ورود به مطالعه شامل کسب نمره نشان‌دهنده استعداد اعتیاد بر اساس پرسش‌نامه استعداد اعتیاد (کسب نمره ۷۰ و بیشتر)، زندگی مشترک با والدین؛ رضایت کتبی والدین و تمایل دانش‌آموز به همکاری و شرکت در جلسات بود. ملاک‌های خروج شامل شرکت در گروه‌های درمانی

دیگر به صورت همزمان، مصرف دارو و غیبت بیش از دو جلسه در حین مداخلات بود. از شرکت کنندگان رضایت آگاهانه دریافت شد و به آنها دادن اطمینان داده شد که اطلاعات آنها محرمانه باقی خواهد ماند. در این پژوهش، به منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۶ استفاده شد.

ابزار

۱- پرسش‌نامه استعداد اعتیاد نوجوانان^۱: این پرسش‌نامه توسط زینالی (۱۳۹۳) ساخته شده است. این پرسش‌نامه دارای ۵۰ ماده با ۱۰ عامل (نارضایتی درونی، رفتارهای مخاطره‌آمیز، غیر قابل اعتماد بودن، خود نمایی، افکار مثبت نسبت به مواد، نارضایتی از خانواده، ایمان و معنویت پایین، انحراف از هنجار، خودمحوری، روابط مخاطره‌آمیز با دوستان) است که شیوه نمره‌گذاری آن بر اساس مقیاس سه درجه‌ای لیکرت (هیچ = ۰، کمی = ۱ و زیاد = ۲) نمره‌گذاری می‌شود. سازنده پرسش‌نامه برای این ابزار نمره برش تعیین نکرده است، اما نقطه ۷۰٪ (امتیاز = ۷۰) برای تشخیص نمونه آماری انتخاب گردید. بنابراین، دانش‌آموزانی که نمره‌ی ۷۰ به بالا کسب کردند، به عنوان نمونه انتخاب گردیدند. آیتم‌ها با بارهای عاملی بین ۰/۳۰ تا ۰/۸۱ روی ۱۰ عامل به خوبی بارگذاری شده است. همچنین روایی ملاکی از طریق اجرای همزمان با مقیاس استعداد اعتیاد برابر با ۰/۶۲ برآورد شده است. پایایی پرسش‌نامه نیز به روش آلفای کرونباخ و تنصیف گاتمن به ترتیب ۰/۸۷ و ۰/۸۲ برآورد شده است (زینالی، ۱۳۹۳). آلفای کرونباخ این مقیاس در پژوهش حاضر ۰/۸۴ بود.

۲- پرسش‌نامه عدم تحمل بلا تکلیفی^۲: این پرسش‌نامه دارای ۲۷ ماده است که توسط فریستون^۳ و همکاران (۱۹۹۴) برای ارزیابی واکنش‌های هیجانی، شناختی و رفتاری افراد به موقعیت‌های مبهم و غیر قطعی تدوین شد. این مقیاس در طیف لیکرت ۵ درجه‌ای (کاملاً درست = ۵ تا کاملاً نادرست = ۱) نمره‌گذاری می‌شود. نمره کل مقیاس بین ۲۷ تا ۱۳۵ بدست می‌آید که نمره بالاتر نشان‌دهنده عدم تحمل بلا تکلیفی می‌باشد. اعتبار این

1. addiction susceptibility questionnaire (ASQ)

2. intolerance of uncertainty scale (IUS)
3. Freeston

آزمون را فریستون و همکاران (۱۹۹۴) رضایت‌بخش گزارش کرده‌اند. باهر و داگاس^۱ (۲۰۰۲) ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۴ را برای این مقیاس گزارش کردند. در ایران، روایی سازه، همگرا و تشخیصی (افتراقی) مقیاس توسط بشارت مورد تایید قرار گرفته است. بشارت (۱۳۸۹) ضرایب آلفای کرونباخ مقیاس را ۰/۸۹ گزارش کرده است (به نقل از بشارت و همکاران، ۱۳۹۴). در پژوهش حاضر، آلفای کرونباخ ۰/۸۸ بدست آمد.

۳- پرسش‌نامه خودمهارگری^۲: این پرسش‌نامه توسط تانجنی^۳ و همکاران (۲۰۰۴) جهت سنجش میزان کنترل افراد بر خود طراحی شد و شامل ۳۶ گویه است. نمره گذاری پرسش‌نامه در قالب لیکرت پنج درجه‌ای و از عبارت به‌هیچ وجه در مورد من صدق نمی‌کند = ۱ تا همیشه در مورد من صدق می‌کند = ۵ نمره گذاری می‌شود. امتیاز کلی پرسش‌نامه بین ۳۶ تا ۱۸۰ در نوسان است و کسب نمره بالاتر در این پرسش‌نامه بیانگر سطح خودمهارگری بالاتر است (تانجنی و همکاران، ۲۰۰۴). تانجنی و همکاران (۲۰۰۴) روایی ملاکی این مقیاس را تایید کرده‌اند و آلفای کرونباخ مقیاس را بر روی دو نمونه آماری ۰/۸۳ و ۰/۸۵ به دست آورده‌اند. آزادمنش و همکاران (۱۳۹۹) از طریق تحلیل عاملی اکتشافی دو عامل منسجم تحت عنوان کنترل تکانه و قدرت ایگو را مشخص کردند و آلفای کرونباخ دو عامل را به ترتیب ۰/۸۱ و ۰/۷۵ گزارش کرده‌اند (به نقل از بینا و اجارگاهی و همکاران، ۱۴۰۳). آلفای کرونباخ در مطالعه حاضر برای نمره کل ۰/۸۸ به دست آمد.

درمان فراتشخیصی یکپارچه نگر: جلسات مداخله‌ای درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر برگرفته از پروتکل درمان فراتشخیصی یکپارچه نگر بارلو^۴ و همکاران (۲۰۱۱) بود. این پروتکل در ایران نیز توسط قاسم‌زاده و سالک ابراهیمی (۱۴۰۰) مورد ترجمه و کیفیت آن در پژوهش قاسم‌زاده و همکاران (۱۴۰۰) تأیید شده است.

جدول ۱: خلاصه جلسات درمان فراتشخیصی یکپارچه (بارلو و همکاران؛ به نقل از قاسم‌زاده و همکاران، ۱۴۰۰)

جلسه	هدف	محتوا	تکلیف
اول	ایجاد انگیزه و مشارکت نوجوان در درمان و تعیین چارچوب اهداف	مصاحبه انگیزشی، توضیح منطق درمان، و تعریف اهداف درمانی	نوشتن اهداف شخصی از درمان و بیان انتظارات
دوم	شناخت هیجان‌های اولیه و ثانویه و درک مدل سه مؤلفه‌ای تجربه هیجان	ردیابی تجارب هیجانی، آموزش مدل سه مؤلفه‌ای، و بررسی رفتار	ثبت یک روزنامه هیجانی (لیست هیجان‌ها و واکنش‌ها)
سوم	افزایش توان مشاهده هیجان‌ها و واکنش‌ها با ذهن آگاهی	تمرین‌های ذهن آگاهی و استفاده از استعاره‌های متناسب سن نوجوان	انجام یک تمرین تنفس آگاهانه روزانه و ثبت تجربه
چهارم	درک ارتباط افکار و هیجان‌ها و اصلاح ارزیابی‌های ناسازگار	شناسایی افکار اتوماتیک، آموزش ارزیابی مجدد شناختی، و استفاده از بازی‌های فکری	ثبت سه موقعیت روزانه و تحلیل افکار و هیجان‌ها مرتبط
پنجم	شناخت راهبردهای پرهیز از هیجان و پیامدهای آن	بررسی اثر اجتناب و آموزش تاثیر انکار هیجان بر سلامت روان	نوشتن نمونه‌هایی از لحظه‌هایی که هیجان نادیده گرفته شده و پیامد آن
ششم	شناسایی رفتارهای ناشی از هیجان در تعامل با همسالان	بررسی اثر رفتار بر هیجان، شناسایی هیجان‌های ناسازگار، و ایجاد رفتار مثبت	تمرین یک گفت‌وگو یا فعالیت مثبت با همسالان و ثبت بازخورد
هفتم	افزایش آگاهی از احساسات بدنی و تحمل علائم	تمرین‌های تمرکز بر بدن و تکنیک‌های تحمل هیجان	تمرین اسکن بدن روزانه و نوشتن تجربه
هشتم	آشنایی با منطبق مواجهه هیجانی و اجتناب‌زدایی	تهیه سلسله مراتب ترس و آموزش پذیرش هیجان‌های مخرب	تهیه لیست سلسله مراتب ترس شخصی و شروع از سطح ساده
نهم	اصلاح راهبرد بازداری، ابراز هیجان و اصلاح رفتار	آموزش مواجهه، ابراز هیجان، تخلیه هیجانی، آرام‌سازی، و عمل معکوس	انجام یک تمرین آرام‌سازی و نوشتن تفاوت احساس قبل و بعد
دهم	مرور و ارزیابی پیشرفت درمان	بحث درباره پیشرفت و جمع‌بندی مفاهیم	نوشتن گزارشی کوتاه از مسیر درمان و برنامه ادامه پس از جلسات

یافته‌ها

میانگین سنی گروه درمان فراتشخیصی یکپارچه ۱۶/۷۰ و گروه کنترل ۱۷/۹۰ بود. حداقل سن شرکت کنندگان در این پژوهش ۱۴ و حداکثر سن ۱۸ گزارش شد. همچنین، تفاوت معناداری بین دو گروه از نظر میانگین سنی وجود نداشت. نتیجه یافته‌های توصیفی پژوهش به تفکیک سه مرحله پژوهش در دو گروه در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲: میانگین و انحراف معیار نمرات خودمهارگری و عدم تحمل بلا تکلیفی در دو گروه

گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
آزمایش خودمهارگری	۴۹/۴۰	۴/۸۶	۵۶/۶۰	۴/۱۹	۵۵/۳۰	۴/۰۲
عدم تحمل بلا تکلیفی	۹۳/۱۰	۵/۵۶	۸۱/۶۰	۶/۶۷	۸۰/۶۰	۶/۳۹
کنترل خودمهارگری	۴۸/۰۸	۳/۵۵	۴۷/۸۰	۳/۴۴	۴۸/۴۰	۳/۶۴
عدم تحمل بلا تکلیفی	۹۳/۶۰	۶/۸۶	۹۲/۴۰	۵/۷۰	۹۲/۹۰	۶/۴۰

قبل از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر، جهت بررسی پیش‌فرض‌ها از آزمون شاپیرو-ویلک برای بررسی نرمال بودن توزیع متغیرها، آزمون لوین برای بررسی برابری واریانس گروه‌ها، آزمون ام‌باکس برای برآورد برابری ماتریس واریانس-کوواریانس و آزمون کرویت موجلی^۱ برای آزمودن پیش‌فرض برابری کرویت استفاده شد. نتایج نشان داد دو متغیر خودمهارگری و عدم تحمل بلا تکلیفی در هر سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری دارای توزیع نرمال بودند و همگنی واریانس و ماتریس واریانس-کوواریانس تایید شد. نتایج آزمون موجلی معنادار بود که نشان‌دهنده عدم تایید پیش‌فرض کرویت بود و در نتیجه نتایج بر حسب آزمون اصلاحی گرین‌هاوس-گایزر^۲ ارائه شد. نتایج آماره لامبدای ویلکز ($F = ۳۵۲/۸۳$, $p < ۰/۰۰$) هم نشان داد که بین دو گروه حداقل در یکی از متغیرها تفاوت معناداری وجود دارد و برای بررسی بیشتر تفاوتها تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای خودمهارگری و عدم تحمل بلا تکلیفی در جدول ۳

ارائه شده است که در این جدول به خاطر نقض پیش فرض کرویت آماره گرین هاوس-گایزر گزارش شده است.

جدول ۳: نتایج تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر برای خودمهارگری و عدم تحمل بلا تکلیفی

مقیاس	منبع اثر	مجموع مجذورات میانگین مجذورات	F	معناداری	اندازه اثر
خودمهارگری	مرحله	۵۸۴/۸۷	۲۹۷/۰۳	۰/۰۰۱ *	۰/۹۰
	مرحله* گروه	۲۴۰/۴۷	۱۲۲/۱۳	۰/۰۰۱ *	۰/۷۹
	خطا	۶۴/۶۷	۱/۱۷		
عدم تحمل بلا تکلیفی	مرحله	۵۴۲/۶۰	۳۲۹/۵۷	۰/۰۰۱ *	۰/۹۰
	مرحله* گروه	۲۸۱/۴۰	۱۷۰/۹۲	۰/۰۰۱ *	۰/۸۳
	خطا	۵۹/۳۳	۱/۲۹		

* $p < 0/001$.

با توجه به جدول ۳ نتایج این آزمون حاکی از آن است که بین دو گروه آزمایش و کنترل پس از مداخله در رابطه با متغیرهای خودمهارگری ($F=140/12$) و عدم تحمل بلا تکلیفی ($F=132/80$) تفاوت معنی داری وجود داشت ($p < 0/001$). همچنین اندازه اثر به دست آمده برای خودمهارگری ۰/۷۹ و برای عدم تحمل بلا تکلیفی ۰/۸۳ بود. نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی جهت مقایسه زوجی میانگین نمرات متغیرهای وابسته در جدول ۴ ارائه شده است.

جدول ۴: نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی برای مقایسه زوجی میانگین نمرات متغیرهای وابسته پژوهش در

مراحل سه گانه

متغیر	مرحله	تفاوت میانگین	معناداری
خودمهارگری	پیش آزمون در برابر پس آزمون	-۸/۸۶	۰/۰۰۱ ***
	پیش آزمون در برابر پیگیری	۶/۳۴	۰/۰۰۱ ***
	پس آزمون در برابر پیگیری	۱/۸۹	۰/۰۹
عدم تحمل بلا تکلیفی	پیش آزمون در برابر پس آزمون	۷/۷۵	۰/۰۲ *
	پیش آزمون در برابر پیگیری	۵/۰۶	۰/۰۰۴ **
	پس آزمون در برابر پیگیری	۰/۵۳	۱/۰۰

* $p < 0/05$. ** $p < 0/01$. *** $p < 0/001$.

بر اساس جدول ۴، بین میانگین نمرات در متغیر خودمهارگری و عدم تحمل بلا تکلیفی در پیش‌آزمون در مقایسه با پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری وجود داشت، ولی بین پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری وجود نداشت ($p > 0/05$). به عبارت دیگر، درمان فراتشخیصی یکپارچه باعث کاهش عدم تحمل بلا تکلیفی و افزایش خودمهارگری در گروه آزمایش شد و نتایج در مرحله پیگیری نیز پایدار باقی ماند.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر باهدف تعیین اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه بر عدم تحمل بلا تکلیفی و خودمهارگری در نوجوانان پسر دارای استعداد اعتیاد به مواد مخدر انجام شد. پژوهش حاضر نشان داد درمان فراتشخیصی یکپارچه در کاهش عدم تحمل بلا تکلیفی در نوجوانان پسر دارای استعداد اعتیاد به مواد مخدر مؤثر بود. این نتیجه با نتایج پژوهش پلانیز و همکاران (۲۰۲۴)، یلر و مک‌گویر (۲۰۲۳)، لیکو و همکاران (۲۰۲۲) و سولیوان و همکاران (۲۰۱۵) همسو بود. در تبیین یافته حاصل می‌توان گفت که این درمان با ترکیب رویکردهای متنوع روان‌شناختی تلاش می‌کند تا عوامل متعدد مؤثر بر رفتارهای اعتیادی و حالت‌های روانی ناشی از بلا تکلیفی را مورد بررسی قرار دهد. با توجه به اینکه نوجوانان در دوران بلا تکلیفی و جستجوی هویت خود قرار دارند، ارائه یک درمان جامع که به صورت همزمان به مسائل شناختی، هیجانی و اجتماعی آنان پردازد می‌تواند به تقویت تاب‌آوری روانی و بهبود توانمندی‌های مقابله‌ای آنان کمک کند. این امر نه تنها می‌تواند از بروز مشکلات بیشتر در آینده پیشگیری کند، بلکه به بهبود کیفیت زندگی آنان و کاهش خطرات ناشی از اعتیاد نیز منجر خواهد شد (میلر و مک‌گویر، ۲۰۲۳). از سوی دیگر، می‌توان افزود که با توجه به اینکه نوجوانان در مراحل مختلف زندگی خود به شدت تحت تأثیر محیط اجتماعی و خانوادگی قرار دارند، تطبیق درمان فراتشخیصی با نیازهای خاص این گروه سنی می‌تواند باعث افزایش مؤثر بودن آن شود. این نوع درمان با تاکید بر فراهم کردن حمایت‌های اجتماعی و ایجاد ارتباطات مثبت با اعضای خانواده می‌تواند به نوجوانان کمک کند تا در مواجهه با بلا تکلیفی‌ها و چالش‌های زندگی بهتر عمل کنند و اعتماد به نفس بیشتری پیدا کنند (سولیوان و همکاران، ۲۰۱۵).

درمان فراتشخیصی یکپارچه نه تنها رویکرد درمانی را از درگیری با علائم مجزا به سطحی عمیق‌تر از درک علل بنیادی سوق می‌دهد، بلکه با تقویت انعطاف‌پذیری روان‌شناختی توانایی نوجوانان را در مقابله با پیچیدگی‌ها و چالش‌های زندگی افزایش می‌دهد. نوجوانانی که استعداد اعتیاد دارند اغلب در مواجهه با ناکامی‌ها و شرایط غیرمنتظره احساس عدم کنترل و اضطراب شدید را تجربه می‌کنند. این احساسات ممکن است آنها را به سمت مصرف مواد به عنوان راه‌حلی برای تسکین موقتی سوق دهد (پلائیز و همکاران، ۲۰۲۴). درمان فراتشخیصی یکپارچه با ارائه ابزارهای روان‌شناختی جامع مانند آموزش تنظیم هیجان، تکنیک‌های ذهن‌آگاهی، و مهارت‌های حل مسئله به نوجوانان کمک می‌کند تا مسیرهای سالم‌تر و سازنده‌تری را برای کاهش این احساسات انتخاب کنند. همچنین، این درمان با ایجاد بینش عمیق‌تر نسبت به ساختارهای فکری و رفتاری ناسازگار آنان را قادر می‌سازد تا باورهای ناکارآمد در مورد بلاتکلیفی و ابهام را به چالش بکشند و جایگزین‌های معرفی‌شده را آزموده و به کار بگیرند (لیکو و همکاران، ۲۰۲۲). تأثیر این روش درمانی بر روی عدم تحمل بلاتکلیفی به عنوان یک بخش اساسی از بهداشت روانی می‌تواند نقش مهمی در کاهش گرایش نوجوانان به اعتیاد و کمک به ارتقای کیفیت زندگی آنها ایفا کند. در نهایت، این یافته‌ها تأکیدی بر اهمیت به‌کارگیری رویکردهای نوین و جامع برای پیشگیری و درمان اختلالات روان‌شناختی مرتبط با اعتیاد در سنین حساس نوجوانی هستند.

در تبیین دیگر می‌توان افزود که درمان فراتشخیصی یکپارچه بر پایه شناسایی و تعدیل فرآیندهای مشترک و زیربنایی اختلالات هیجانی عمل می‌کند و به جای تمرکز صرف بر نشانه‌های خاص بر مهارت‌های کلی تنظیم هیجان، انعطاف‌پذیری شناختی و پذیرش هیجانات ناخوشایند تأکید دارد. نوجوانان پسر دارای استعداد اعتیاد به مواد مخدر معمولاً در مواجهه با موقعیت‌های مبهم یا غیرقابل پیش‌بینی دچار اضطراب، واکنش‌های تکانشی و تلاش برای اجتناب می‌شوند که این موضوع تحمل بلاتکلیفی را کاهش می‌دهد و زمینه را برای رفتارهای پرخطر یا گرایش به سمت مواد فراهم می‌سازد (لیکو و همکاران، ۲۰۲۲). این مداخله با آموزش ذهن‌آگاهی، ارتقای توانایی شناسایی و برچسب‌گذاری هیجان‌ها،

ایجاد ارتباط بین افکار و احساسات، و توسعه راهبردهای مواجهه بدون اجتناب باعث می‌شود نوجوانان بتوانند وضعیت‌های نامعلوم را بهتر درک کرده و بدون نیاز به رفتارهای مخرب آن‌ها را مدیریت کنند. همچنین، تکنیک‌های شناخت‌درمانی و مواجهه تدریجی در این رویکرد ظرفیت فرد برای پذیرش شرایط نامطمئن را بالا برده و از واکنش‌های هیجانی افراطی می‌کاهد و نتیجتاً توان مقابله با بلا تکلیفی و مقاومت در برابر کشش به سمت مصرف مواد را افزایش می‌دهد (میلر و مک‌گویر، ۲۰۲۳).

نتیجه پژوهش حاضر نشان داد که درمان فراتشخیصی یکپارچه در افزایش خودمهارگری در نوجوانان پسر دارای استعداد اعتیاد به مواد مخدر مؤثر بود. نتیجه حاصل با نتایج پژوهشگرانی چون پدرو و همکاران (۲۰۲۴)، فارچیون و همکاران (۲۰۲۱)، گیلبرت و همکاران (۲۰۲۰)، کیم و هودگینز (۲۰۱۸)، موریس و همکاران (۲۰۱۶) و ریتسچل و همکاران (۲۰۱۵) همسو است. در تبیین یافته حاصل می‌توان گفت که درمان فراتشخیصی یکپارچه با یک رویکرد جامع بر جنبه‌های مختلف روان‌شناختی تمرکز می‌کند و مهارت‌های لازم را به افراد می‌آموزد تا بتوانند در مواجهه با چالش‌های زندگی واکنش‌های سالم‌تری از خود نشان دهند. از طریق این درمان، نوجوانان یاد می‌گیرند چگونه تکانه‌ها و هیجانات لحظه‌ای خود را مدیریت کنند و با بهره‌گیری از تکنیک‌های خودآگاهی و تنظیم شناختی رفتاری منطقی‌تر و متعادل‌تر از خود بروز دهند (فارچیون و همکاران، ۲۰۲۱).

این نوع درمان با پرداختن به ریشه‌های مشترک مشکلات روان‌شناختی زمینه‌ای فراهم می‌کند تا نوجوانانی که در کنترل رفتارهای خود مشکل دارند به سطح بالاتری از کارآمدی روانی دست یابند. در واقع، درمان فراتشخیصی یکپارچه با تمرکز بر توسعه مهارت‌های کارآمد در خودکنترلی، انعطاف‌پذیری شناختی و توانمندی هیجانی نوجوانان را برای مقابله مؤثرتر با وسوسه‌ها و فشارهای محیطی آماده می‌کند (موریس و همکاران، ۲۰۱۶). نوجوانانی که در معرض خطر اعتیاد هستند اغلب به دلیل ضعف در مهارت‌های خودمهارگری با مشکلاتی نظیر واکنش‌های تکانه‌ای یا تسلیم‌شدن سریع در برابر خواسته‌های غیرمنطقی مواجه‌اند، اما با انجام این درمان قادر خواهند بود تا قدرت انتخاب

و تصمیم‌گیری آگاهانه خود را بهبود بخشند. این توانایی به آنان کمک می‌کند تا در موقعیت‌های وسوسه‌برانگیز از رفتارهای مخاطره‌آمیز دوری کنند و به جای واکنش‌های هیجانی تصمیمات مبتنی بر منطق و ارزش‌های خود بگیرند (کیم و هودگینز، ۲۰۱۸). تأثیر مثبت این درمان روی خودمهارگری نه تنها به کاهش تمایل نوجوانان به اعتیاد کمک می‌کند، بلکه باعث می‌شود آنها بتوانند در سایر عرصه‌های زندگی نیز موفق‌تر ظاهر شوند و با تقویت اعتماد به نفس و ارتقای کیفیت روابط بین فردی مسیر سالم‌تر و سازنده‌تری را در زندگی دنبال کنند (پدرو و همکاران، ۲۰۲۴).

درمان فراتشخیصی یکپارچه با تمرکز بر فرآیندهای مشترک اختلالات هیجانی رویکردی ساختارمند برای تقویت این توانایی ارائه می‌دهد. این درمان با آموزش راهبردهای تنظیم هیجان، شناسایی محرک‌های درونی و بیرونی رفتارهای تکانشی، و تمرین مواجهه‌ی تدریجی با موقعیت‌های وسوسه‌انگیز به نوجوانان کمک می‌کند تا پیش از واکنش قادر باشند زمان و فضای ذهنی برای ارزیابی پیامدهای رفتار ایجاد کنند (پدرو و همکاران، ۲۰۲۴). همچنین، استفاده از تکنیک‌های مبتنی بر ذهن آگاهی و افزایش آگاهی بدنی باعث می‌شود فرد زودتر نشانه‌های فیزیولوژیک هیجانات شدید را تشخیص دهد و برای مهار آنها اقدام کند، که این امر مستقیماً از بروز رفتارهای پرخطر و مصرف مواد جلوگیری می‌کند. این رویکرد با ترکیب آموزش مهارت‌های مقابله‌ای فعال، بازبینی الگوهای فکری ناسازگار و ایجاد انعطاف شناختی زمینه را برای تقویت تصمیم‌گیری سنجیده و کنترل کردن تکانه فراهم می‌سازد (کیم و هودگینز، ۲۰۱۸).

از محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به روش نمونه‌گیری در دسترس و عدم استفاده از نوجوانان دختر اشاره کرد. پیشنهاد می‌گردد در پژوهش‌های آتی از نمونه‌گیری تصادفی استفاده شود و این مطالعه بر روی دختران نوجوان مستعد اعتیاد نیز انجام شود. پیشنهاد می‌شود آموزش مهارت‌های فراتشخیصی مانند تحمل بلا تکلیفی، خودمهارگری، و تنظیم هیجان در قالب کارگاه‌های روان‌آموزشی مدرسه‌محور برای نوجوانان در مدارس متوسطه اول و دوم اجرا شود. این آموزش‌ها می‌تواند توسط مشاوران و روان‌شناسان آموزش و

پرورش طراحی گردد و به صورت جلسات گروهی کوتاه مدت برگزار شود تا از شکل‌گیری گرایش‌های اعتیاد‌گونه و رفتارهای پرخطر جلوگیری شود.

منابع

- ابراهیم‌زاده، شهین و سهرابی، فائزه (۱۴۰۰). پیش‌بینی گرایش به اعتیاد بر اساس متغیرهای سرسختی روان‌شناختی و عدم تحمل ابهام در دانشجویان. *فصلنامه اعتیادپژوهی*، ۱۵ (۶۱)، ۳۰۲-۲۸۳.
- باقری، فاطمه؛ غضنفری، فیروزه و میردریگوند، فضل‌الله (۱۴۰۲). اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه بر باورهای فراشناختی و الکسیتمیا در افراد مبتلا به مصرف مواد در مراکز سرپایی. *فصلنامه اعتیادپژوهی*، ۱۷ (۶۷)، ۷۸-۵۵.
- بشارت، محمدعلی؛ دهقانی، سپیده؛ غلامعلی لواسانی، مسعود و ملک‌زاده، رضا (۱۳۹۴). نقش واسطه‌ای تحمل‌ناپذیری بلا تکلیفی در رابطه بین روان‌سازده‌های ناسازگار اولیه و شدت نشانه‌ها در بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر. *روانشناسی معاصر*، ۱۰ (۱)، ۸۴-۷۳.
- بیلک، امیلی؛ بوزلا، برایان؛ شرم، جمیه؛ بارلو، دیوید؛ کندی، سارا؛ بنت، شانون و اهرنریش‌می، ژیل (۱۴۰۰). پروتکل یکپارچه برای درمان فراتشخیصی اختلالات هیجانی نوجوانان: راهنمای درمانگر. ترجمه سحر قاسم‌زاده و لیلا سالک ابراهیمی، انتشارات ابن‌سینا.
- بینا و اجارگاهی، اندیشه؛ اکبری، بهمن و حمزه پور حقیقی، طاهره (۱۴۰۳). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اهمال‌کاری تحصیلی و خود‌مهارگری دانش‌آموزان دختر دارای اعتیاد به اینترنت. *رویش روان‌شناسی*، ۱۳ (۹)، ۱۱۰-۱۰۲.
- زینالی، علی (۱۳۹۳). رواسازی پرسشنامه استعداد اعتیاد برای نوجوانان ایران. *مجله روانشناسی بالینی*، ۳ (۳)، ۹۳-۸۱.
- عامری، نرجس و نجفی، محمود (۱۴۰۴). مدل‌یابی گرایش به عود مصرف مواد بر اساس ذهن‌آگاهی با نقش میانجی خود‌مهارگری و شفقت به خود در افراد وابسته به مواد. *فصلنامه اعتیادپژوهی*، ۱۹ (۷۶)، ۲۴۳-۲۱۹.
- قاسم‌زاده، سوگند؛ نقش، زهرا؛ غلامی فشارکی، محمد و شفیعی، الهام (۱۴۰۰). اثربخشی برنامه درمان فراتشخیصی بر بهبود کیفیت زندگی و کاهش افسردگی کودکان مبتلا به دیابت نوع یک: یک مطالعه تجربی. *مجله علوم اعصاب شفای خاتم*، ۹ (۴)، ۸۰-۷۱.

References

- Barlow, D. H., Ellard, K. K., Fairholme, C. P., Farchione, T. J., Boisseau, C. L., Allen, L. B., & Ehrenreich-May, J. (2011). *The unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: Client workbook*. New York: Oxford University Press.

- Buhr, K., & Dugas, M. J. (2002). The intolerance of uncertainty scale: Psychometric properties of the English version. *Behaviour Research and Therapy*, 40(8), 931-945.
- Cengiz, S., Turan, M. E., & Çelik, E. (2025). Attitudes of Adolescents Toward Addictive Substances: Hope and Self-Control as Protective Factors. *Children*, 12(1), 106.
- Chang, M. L., & Lee, I. O. (2024). Functional connectivity changes in the brain of adolescents with internet addiction: A systematic literature review of imaging studies. *PLOS Mental Health*, 1(1), e0000022.
- Chen, R., Ming, D., Hao, X., Hu, Z., Zhao, M., & Fan, C. (2025). Cyber victimization experience, uncertainty stress, and internet self-efficacy as predictors of negative bystander behavior in cyberbullying among adolescents: a moderated mediation model. *BMC Psychology*, 13, 1270.
- Danışman, M., & İspir, G. Z. (2024). Decision-making styles, magical thinking, and intolerance of uncertainty in opioid use disorder. *Indian Journal of Psychiatry*, 66(6), 545-552.
- Derman, R. C., & Lattal, K. M. (2024). Sex-dependent effects of acute stress in adolescence or adulthood on appetitive motivation. *Psychopharmacology*, 241(8), 1645-1662.
- Do, J. (2024). The role of epigenetics and contributing impact of stress, multigenerational, and developmental factors in Opiate Addiction. *Cureus*, 16(2), e53788
- Farchione, T. J., Tirpak, J. G. W., & Olesnycky, O. S. (2021). *The unified protocol: A transdiagnostic treatment for emotional disorders*. In A. Wenzel (Ed.), *Handbook of cognitive behavioral therapy: Overview and approaches* (pp. 701–730). American Psychological Association.
- Freeston, M.H., Rhéaume, J., Letarte, H., Dugas, M.J., & Ladouceur, R. (1994). Why do people worry? *Personality and Individual Differences*, 17, 791-802.
- García-Cabrerizo, R., & Cryan, J. F. (2024). A gut (microbiome) feeling about addiction: Interactions with stress and social systems. *Neurobiology of Stress*, 30, 100629.
- Gilbert, K., Hall, K., & Codd, R. T. (2020). Radically open dialectical behavior therapy: Social signaling, transdiagnostic utility and current evidence. *Psychology Research and Behavior Management*, 13, 19-28.
- Glad, J., Berlin, M., Bäckman, O., Forkby, T., & Wallin, G. H. (2025). Rehabilitative measures as a legal response for adolescents convicted for drug offences: The Swedish system. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 42(1), 57-79.
- Hoffmann, J. P. (2024). Self-control, peers, and adolescent substance use: an international analysis. *Journal of Substance Use*, 29(2), 246-251.
- Jiang, C., Wan, G., Shi, J., & Mei, Y. (2025). The Cycle of Violence: Childhood Abuse, Illicit Drug Use and Adult Intimate Partner Violence Perpetration. *Child & Family Social Work*. <https://doi.org/10.1111/cfs.13272>
- Jiang, M. (2024). *A General Overview on How Brain Mechanisms, Environmental Factors, and Personality Traits Affect the Development of*

- Drug Addiction and Substance Abuse*. In SHS Web of Conferences (Vol. 193, p. 03010). EDP Sciences.
- Kim, H. S., & Hodgins, D. C. (2018). Component model of addiction treatment: A pragmatic transdiagnostic treatment model of behavioral and substance addictions. *Frontiers in Psychiatry, 9*, 406.
- Licu, M. (2022). Transdiagnostic emotion-focused therapy and its role in stress management. *Brain Aging International Journal, 8*(2).
- Mao, Y., Hu, B., & Kim, K. J. (2025). Is the Internet to blame for problem behaviours in early adolescents? The effects of different types of Internet use, depression, and self-control. *Behaviour & Information Technology, 44*(9), 1975-1989.
- Miller, M. L., & McGuire, J. F. (2023). Targeting intolerance of uncertainty in treatment: A meta-analysis of therapeutic effects, treatment moderators, and underlying mechanisms. *Journal of Affective Disorders, 341*, 283-295.
- Moore, C. R., & Stoddard, S. A. (2025). Associations between adverse childhood experiences, adolescent behavioral health challenges, and high school dropout. *Journal of School Health, 95*(2), 162-171.
- Morris, L., Mansell, W., & McEvoy, P. (2016). The take control course: Conceptual rationale for the development of a transdiagnostic group for common mental health problems. *Frontiers in Psychology, 7*, 99.
- Pan, Y., Motevalli, S., & Yu, L. (2024). The relationship between game addiction and aggression among adolescents with mediating role of narcissism and self-control. *Iranian Journal of Psychiatry, 19*(3), 274-284
- Pedro, L. M. R., de Oliveira, M. F., Pereira, M. D., da Fonseca, A. D., & Canavarro, M. C. (2024). Factors Associated with Prospective Acceptability and Preferences for Unified Transdiagnostic Cognitive-Behavioral Treatments and Group Therapy in the Portuguese General Population. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research, 51*(6), 857-876.
- Peláez, T., López-Carrilero, R., Espinosa, V., Balsells, S., Ochoa, S., & Osmá, J. (2024). Efficacy of the unified protocol for transdiagnostic treatment of comorbid emotional disorders in patients with ultra high risk for psychosis: Results of a randomized controlled trial. *Journal of Affective Disorders, 367*, 934-943.
- Ritschel, L. A., Lim, N. E., & Stewart, L. M. (2015). Transdiagnostic applications of DBT for adolescents and adults. *American Journal of Psychotherapy, 69*(2), 111-128.
- Rosado, J. I., & Almeida, T. C. (2025). A study with adolescents with delinquent behavior: impact of juvenile victimization and resilience on empathy. *Estudos de Psicologia (Campinas), 42*, e210154.
- Royle, M. L., & Connolly, E. J. (2024). Changes in restless sleep, self-control, and alcohol-related problems with police from late adolescence to adulthood. *Journal of Youth and Adolescence, 53*(8), 1728-1742.

- Sacco, M. A., Gualtieri, S., Santos, A., Mendes, B., Aquila, I., & Santos, A. (2025). Adolescent Fentanyl Use: Toxicological Risks, Epidemiological Trends, and Public Health Strategies. *Cureus*, *17*(2), e79558.
- Shipp, L., Leigh, E., Laverton, A., Percy, R., & Waite, P. (2025). Cognitive Processes in Adolescents with Generalised Anxiety Disorder: Exploring Intolerance of Uncertainty, Cognitive Avoidance, and Positive Beliefs About Worry. *Child Psychiatry & Human Development*.
<https://doi.org/10.1007/s10578-025-01809-3>
- Sullivan, P. J., Keller, M., Paternostro, J., & Friedberg, R. D. (2015). Treating emotionally dysregulated and perfectionistic youth with transdiagnostic cognitive behavioral procedures. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, *45*(3), 151-158.
- Tangney, J. P., Baumeister, R. F., & Boone, A. L. (2004). High self-control predicts good adjustment, less pathology, better grades, and interpersonal success. *Journal of Personality*, *72*(2), 271-324.
- Unbrin, A., Khanum, S., Shahzadi, M., & Imtiaz, M. (2024). Associates of Distress Tolerance among Adolescents: Role of Anger, Worry and Sadness. *Pakistan Journal of Humanities and Social Sciences*, *12*(1), 79-86.
- Xia, Y., Villanueva, C., & Vieira, V. M. (2025). Association between residence at birth and addiction service utilization: a spatial analysis of the Massachusetts birth record cohort. *Frontiers in Epidemiology*, *5*, 1567257
- Xu, Y., Yang, B., & Guo, C. (2024). Cumulative ecological risk and Chinese adolescent internet addiction during the COVID-19 pandemic: the mediating role of self-control and the moderating role of negotiable fate. *Deviant Behavior*, *45*(11), 1521-1534.
- Ye, H., Liu, Y., Cai, Z., Jiang, N., He, S., Yu, W., ... & Fan, F. (2024). The Asymmetric Moderating Role of Intolerance of Uncertainty in the Longitudinal Reciprocal Associations between Sleep Disturbance and Internalizing Symptoms: A Two-wave Study among 54,240 Adolescents. *International Journal of Mental Health and Addiction*.
<https://doi.org/10.1007/s11469-024-01420-y>