

Research Paper

The Effectiveness of Unified Transdiagnostic Therapy on Self-Concept and Psychological Disorder of the Students with Depression Symptoms



Roya Mohammadi*¹, Ali Akbar Nahang², Maryam Alsadat Hoseini³

1. M.A. in General Psychology, Science and Research Branch, Islamic Azad University, Fars, Iran

2. M.A. in Clinical Psychology, Science and Research Branch, Islamic Azad University, Saveh, Iran

3. M.A. in Counseling, Yazd Research Branch, Islamic Azad University, Yazd, Iran

Citation: Mohammadi R, Nahang AA, Hoseini MA. The effectiveness of unified transdiagnostic therapy on self-concept and psychological disorder of the students with depression symptoms. Quarterly Journal of Child Mental Health. 2020; 6(4): 108-118.

doi <http://dx.doi.org/10.29252/jcmh.6.4.11>

ARTICLE INFO

ABSTRACT

Keywords:

Unified transdiagnostic therapy, self-conception, psychological distress, depression, students

Background and Purpose: Depression as a psychological disorder can negatively affect one's important functions in various dimensions. As a result, not paying attention to the psychological and emotional problems of people with depression can aggravate their problems and in some cases suicidal thoughts. Therefore, the purpose of this study was to evaluate the effectiveness of unified transdiagnostic therapy on self-concept and psychological distress in students with depression symptoms.

Method: The research method was semi-experimental with pre-test and post-test with control group. The statistical population consisted of all high school students with depressive symptoms in Shiraz in the academic year 2017-2018. The study sample consisted of 30 students with depressive symptoms who were selected by convenient sampling and were randomly assigned to experimental and control groups. The experimental group received the unified transdiagnostic therapy in 10 sessions of 90 minutes for three months, while the control group did not receive the intervention during the research process. Data were collected using the Mental Disorders Questionnaire (Drogatis et al., 1994), Self-concept Questionnaire (Pierce-Harris, 1969) and Depression Scale (Beck et al., 1994). Data were analyzed using univariate analysis of covariance and statistical software SPSS23.

Results: The results of data analysis showed that the unified transdiagnostic therapy was effective on level of self-concept ($F = 35.33$ $P < 0.001$) and psychological distress ($F = 71.16$ $P < 0.001$) in students with depressive symptoms.

Conclusion: Based on the results of this study, it can be concluded that unified transdiagnostic therapy using techniques such as training emotional awareness, learning to observe emotional experiences, emotion recognition, identifying avoidance patterns, and cognitive reevaluation can improve psychological self-concept and reduce psychological distress symptoms in students with depression symptoms.

Received: 20 Apr 2018

Accepted: 3 Oct 2018

Available: 4 Mar 2020

* **Corresponding author:** Roya Mohammadi, M.A. in General Psychology, Science and Research Branch, Islamic Azad University, Fars, Iran.
E-mail addresses: Rmohammadi.09@gmail.com

2476-5740/ © 2019 The Authors. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/>).

مقاله پژوهشی

اثربخشی درمان فراتشخیص یکپارچه بر خودپنداشت و آشفتگی روان‌شناختی دانش‌آموزان با علائم افسردگی

رویا محمدی*^۱، علی اکبر نهنک^۲، مریم‌السادات حسینی^۳

۱. کارشناسی ارشد روان‌شناسی عمومی، واحد علوم تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، فارس، ایران

۲. کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، واحد علوم تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، ساوه، ایران

۳. کارشناسی ارشد راهنمایی و مشاوره، واحد علوم تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، یزد، ایران

مشخصات مقاله

چکیده

کلیدواژه‌ها:

درمان فراتشخیص یکپارچه،
خودپنداشت،
آشفتگی روان‌شناختی،
افسردگی،
دانش‌آموزان

زمینه و هدف: افسردگی به‌عنوان یک آسیب روانی می‌تواند بر کنش‌های مهم فرد در ابعاد مختلف تأثیر منفی بگذارد. در نتیجه عدم توجه به مشکلات روان‌شناختی و هیجانی افراد با اختلال افسردگی می‌تواند باعث تشدید مشکلات آنها و در برخی موارد بروز افکار خودکشی در آنها شود؛ بنابراین هدف این پژوهش، بررسی اثربخشی درمان فراتشخیص یکپارچه بر خودپنداشت و آشفتگی روان‌شناختی دانش‌آموزان دارای علائم افسردگی بود.

روش: روش پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه بود. در این پژوهش جامعه آماری را تمامی دانش‌آموزان دارای علائم افسردگی دوره اول متوسطه شهر شیراز در سال تحصیلی ۹۶-۱۳۹۵ تشکیل می‌دادند. نمونه مورد مطالعه شامل ۳۰ دانش‌آموز دارای علائم افسردگی با روش نمونه‌گیری غیرتصادفی هدفمند انتخاب شدند و در گروه‌های آزمایش و گواه به صورت تصادفی جایدهی شدند. گروه آزمایش مداخله درمان فراتشخیص یکپارچه را طی سه ماه در ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای دریافت کرد، این در حالی بود که گروه گواه این مداخله را در طول فرایند انجام پژوهش دریافت نکرد. برای جمع‌آوری داده‌ها در این مطالعه از پرسشنامه اختلال‌های روانی (دروگاتیس و همکاران، ۱۹۷۳)، پرسشنامه خودپنداشت (پیرز - هریس، ۱۹۶۹) و مقیاس افسردگی (بک و همکاران، ۱۹۹۴) استفاده شد. داده‌های حاصل از پژوهش با روش تحلیل کوواریانس تک‌متغیره و نرم‌افزار آماری SPSS23 تجزیه و تحلیل شد.

یافته‌ها: نتایج حاصل از تحلیل داده‌ها نشان داد که درمان فراتشخیص یکپارچه بر خودپنداشت ($F=35/33$; $P<0/001$) و آشفتگی روان‌شناختی ($F=71/16$; $P<0/001$) دانش‌آموزان دارای علائم افسردگی مؤثر بوده است؛ بدین صورت که این درمان به بهبود خودپنداشت و کاهش آشفتگی روان‌شناختی دانش‌آموزان دارای علائم افسردگی منجر شده است.

نتیجه‌گیری: بر اساس نتایج مطالعه حاضر می‌توان نتیجه گرفت که درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر با بهره‌گیری از فنونی مانند آموزش آگاهی هیجانی، یادگیری مشاهده تجارب هیجانی، بازشناسی هیجان‌ها، شناسایی الگوهای اجتناب از هیجان، و ارزیابی مجدد شناختی می‌تواند به بهبود خودپنداشت و کاهش آشفتگی روان‌شناختی دانش‌آموزان دارای علائم افسردگی منجر شود.

دریافت شده: ۹۷/۰۱/۳۱
پذیرفته شده: ۹۷/۰۷/۱۱
منتشر شده: ۹۸/۱۲/۱۴

* نویسنده مسئول: رویا محمدی، استاد گروه علوم تربیتی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه تبریز، ایران.

رایانامه: Rmohammadi.09@gmail.com

تلفن تماس: ۰۹۱۲۰۷۱۱۰۲۵

مقدمه

نوجوان فردی است که نه بزرگسال است و نه کودک؛ موجودی است در برزخ کودکی از دست رفته و بزرگسالی هنوز به دست نیامده. او فردی است که از تقلید نقش در شکل کودکانه دست کشیده، اما هنوز در نقش واقعی خود تثبیت نشده است. نوجوانی بی تردید یکی از پرماجرترین دوره‌های زندگی آدمی است. دگرگونی‌های بی‌سابقه و سریعی که در جنبه‌های جسمانی، شناختی، هیجانی، و اجتماعی در این دوره رخ می‌دهد، نوجوانی را به موقعیتی دوگانه برای تحول یا آسیب بدل ساخته است (۱). نوجوانی یک دوره انتقالی است که در طی آن تغییرات کیفی زیادی در ابعاد زیستی، روانی، و اجتماعی رخ می‌دهد (۲).

تمامی متخصصان روان‌شناسی بر این باورند که دوره نوجوانی حساس‌ترین، بحرانی‌ترین، و مهم‌ترین دوره تحول هر انسان است. در این دوره فرد به بلوغ می‌رسد، در پی کشف هویت خود تلاش می‌کند، و به دنبال استقلال و جدایی از وابستگی‌های دوره کودکی است. به همین دلایل است که در این دوره نوجوانان دارای وضعیت روانی باثباتی نیستند و معمولاً بیشترین مشکلات رفتاری برای آنان به وجود می‌آید (۳). در دوره نوجوانی ویژگی‌های اجتماعی، روان‌شناختی، و زیستی فرد از حالت کودکی خارج شده و به بزرگسالی شبیه می‌شود؛ در این دوره فرد با کشاکش‌های بسیاری مواجه است؛ از یک سو باید با تغییرات درونی خود و از سوی دیگر با خانواده و گروه همسالان سازش پیدا کند. هرچند اندیشه غالب بر آن است که بیشتر افراد از این طوفان و تنیدگی به سلامت می‌گذرند، اما مطالعاتی که در دهه اخیر انجام گرفته نشان می‌دهد روز به روز بر تعداد نوجوانانی که نشانه‌های آسیب‌شناسی رفتاری یا هیجانی را در خویش حمل می‌کنند، افزوده می‌شود (۴ و ۵). دوره نوجوانی دوره‌ای بحرانی تلقی می‌شود که فرد در طی این دوران با آسیب‌های مختلف روان‌شناختی همچون افسردگی مواجه می‌شود (۶). لازم به ذکر است که برای تشخیص افسردگی طبق پنجمین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی انجمن روانپزشکی آمریکا^۱ پنج نشانه یا بیشتر باید در قسمت اعظم روز، تقریباً همه روزه به مدت حداقل دو هفته متوالی در

فرد وجود داشته باشد و مشکلات قابل ملاحظه بالینی را در زمینه‌های اجتماعی، شغلی، و سایر زمینه‌های کنش‌وری مهم ایجاد کند (۷).

مطالعات نشان داده است که نوجوانان مبتلا به افسردگی دارای آشفتگی روان‌شناختی^۲ بیشتری نسبت به افراد دیگر هستند (۸). آشفتگی روان‌شناختی، با نشانه‌هایی مانند خلق پایین، اضطراب، افسردگی، و حالت‌های روان‌پزشکی دیگر مشخص می‌شود (۹). پژوهش‌ها نشان داده است افرادی که از آشفتگی روان‌شناختی کمتری برخوردارند میزان امیدواری و سلامت روان بیشتری را گزارش می‌کنند (۱۰). افزایش سطح آشفتگی روان‌شناختی با افزایش شدت نشانه‌ها و احتمال ابتلای بیشتر به بیماری‌های روانی در ارتباط است (۱۱). چنانکه تانگ، بایرن و کین (۱۲) نشان داده‌اند آشفتگی روان‌شناختی می‌تواند افزایش احتمال خودکشی را در پی داشته باشد. بنابر یافته نودا، تاکاهاشی و مارای (۱۳) آشفتگی روان‌شناختی سطح همدلی را در افراد کاهش می‌دهد و بر این اساس، این عامل خطر شناخته شده‌ای برای دوره‌های نامطلوب بیماری‌های پزشکی است و با کیفیت زندگی پایین، هزینه‌های بالاتر، و مراقبت‌های بهداشتی همبسته است. از آنجا که آشفتگی روان‌شناختی قابل درمان است (۱۴)، شناسایی عوامل خطر و عوامل محافظت‌کننده در برابر آن به منظور پیشگیری بسیار مهم است (۱۵).

نوجوانان دارای افسردگی به دلیل افکار خودآیند منفی و تصویر غیرواقعی از خود، دارای خودپنداشت^۳ آسیب‌دیده هستند (۱۶). خودپنداشت تصویری است که کودکان و نوجوانان درباره خودشان دارند. این سازه محصول پس‌خوراندهایی است که همسالان کودک و نوجوان، والدین و معلمان ارائه می‌کنند و همچنین حاصل ارزیابی فرد از تجارب ذهنی خودش است (۱۷). خودپنداشت، آموختنی بوده که نشان از آن دارد اگر در فرایند آسیب روان‌شناختی، خودپنداشت نوجوانان دچار آسیب شود، می‌توان با به کارگیری روش‌های آموزشی صحیح، آن را افزایش داد (۱۸).

روش‌های مختلفی برای درمان آسیب‌های روان‌شناختی دانش آموزان با علائم افسردگی به کار گرفته شده است. به عنوان یکی از این درمان‌ها می‌توان به درمان فراتشخیصی یکپارچه^۴ گروه بارلو (۱۹، ۲۰) و نسخه

3. Self-concept
4. Unified treatment

1. Diagnostic and statistical manual of mental disorders fifth revised edition
2. Psychological disturbance

دارای علائم افسردگی، مسئله اصلی پژوهش حاضر این است که آیا درمان فراتشخیصی یکپارچه نگر بر آشفتگی روان‌شناختی و خودپنداشت دانش آموزان دارای علائم افسردگی، تأثیر دارد؟

روش

الف) طرح پژوهش و شرکت کنندگان: روش پژوهش از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه بود. متغیر مستقل درمان فراتشخیصی یکپارچه نگر و متغیرهای وابسته آشفتگی روان‌شناختی و خودپنداشت دانش آموزان دارای علائم افسردگی بود. در این پژوهش جامعه آماری را تمامی دانش آموزان دارای علائم افسردگی مشغول به تحصیل در مدارس دوره اول متوسطه شهر شیراز در سال تحصیلی ۹۶-۱۳۹۵ تشکیل می‌دادند. جهت انتخاب حجم نمونه از روش نمونه‌گیری غیر تصادفی هدفمند استفاده شد؛ بدین صورت که با مراجعه به ۱۰ مدرسه دوره اول متوسطه ناحیه یک آموزش و پرورش شهر شیراز، از مشاوران این مدارس درخواست شد دانش‌آموزانی که به دلیل داشتن علائم افسردگی دارای پرونده مشاوره‌ای بودند را معرفی کنند. از این تعداد مدارس تعداد ۴۹ دانش‌آموز معرفی شد. در گام بعد با اجرای پرسشنامه افسردگی بک، تعداد ۳۰ نفر از این دانش‌آموزان که نمرات بالاتری به دست آوردند و دارای علائم افسردگی تشخیص داده شدند به عنوان نمونه مورد مطالعه انتخاب شده و به صورت تصادفی در گروه‌های آزمایش و گواه جایدهی شدند (۱۵ دانش‌آموز در گروه آزمایش و ۱۵ دانش‌آموز در گروه گواه). ملاک‌های ورود به پژوهش شامل داشتن پرونده مشاوره‌ای به دلیل داشتن علائم افسردگی، کسب نمره بالاتر از میانگین در پرسشنامه افسردگی بک (نمره بالاتر از ۳۱/۵)، برخوردار بودن از سلامت جسمی، و تحصیل در دوره اول متوسطه بود. همچنین ملاک‌های خروج از پژوهش نیز شامل غیبت در دو جلسه آموزشی، عدم همکاری و انجام ندادن تکالیف مشخص شده در دوره آموزشی، و وقوع حادثه و رویداد پیش‌بینی نشده بود. بررسی داده‌های جمعیت‌شناختی نشان داد که افراد نمونه این پژوهش دارای دامنه سنی ۱۲ تا ۱۶ سال بودند که در این بین دامنه سنی ۱۴ سال دارای بیشترین فراوانی بود (۴۱ درصد). همچنین افراد نمونه در دوره اول متوسطه مشغول به تحصیل بودند که بیشترین تعداد مربوط به کلاس هشتم بود (۴۰ درصد).

نهایی آن یعنی درمان فراتشخیصی یکپارچه بارلو و همکاران اشاره کرد که به منظور آماج قرار دادن عوامل مشترک و فراتشخیصی سبب‌ساز، طراحی شده و برای افراد دارای اختلال‌های اضطرابی، خلقی، و سایر اختلال‌های هیجانی و روان‌شناختی قابل کاربرد است (۲۱). نتایج یافته‌های پژوهش‌های گوناگون مانند پژوهش‌های بخشی‌پور، محمودعلیلو، فرنام و عبدی (۲۲)، زمستانی و ایمانی (۲۳)، عطارد، میکائیلی، مهاجری و وجودی (۲۴)، فارکونه و همکاران (۲۵)، بولیس، فورتون، فارچیونه، بارلو (۲۶)، دی اورنلاس مایا، ناردی و کاردوسو (۲۷)، و تالکوسکی، گرین، اسگادا و نورتون (۲۸) نشان داده است که این درمان، جهت بهبود مؤلفه‌های روان‌شناختی و هیجانی افراد با آسیب‌های بالینی از کارایی لازم برخوردار است.

در پاسخ به محدودیت درمان‌های شناختی-رفتاری مانند ناموفق بودن این درمان‌ها در بهبودی بخش قابل ملاحظه‌ای از بیماران، وجود راهنماها و پروتکل‌های درمانی متعدد برای هر یک از اختلال‌ها، گذراندن دوره‌های کارورزی طولانی مدت و متعدد برای هر یک از اختلال‌ها، و ایجاد سردرگمی در انتخاب دستورالعمل مناسب، درمان فراتشخیصی یکپارچه نگر معرفی شده است (۲۴). در این شیوه اصول و پروتکل‌های درمانی یکسانی برای اختلال‌های هیجانی مختلف به کار می‌رود. با اینکه این درمان ریشه در سنت شناختی-رفتاری دارد، ولی بر هیجان‌ها و راهبردهای سازش‌نا یافته تنظیم هیجان‌ها تأکید می‌کند. تجربه هیجانی و پاسخ به هیجان‌ها پایه اصلی در روی آورد فراتشخیصی است (۲۱). هدف اصلی در درمان فراتشخیصی یکپارچه نگر این است که بیماران مهارت‌هایی را کسب کنند که بتوانند به شیوه مؤثر، هیجان‌های منفی را مدیریت کنند (۲۳).

حال از یک سو با توجه به آسیب‌روان‌شناختی در نوجوانان دارای علائم افسردگی مانند وجود آشفتگی روان‌شناختی و ضعف در خودپنداشت (۸، ۱۶) و همچنین ضرورت به کارگیری درمان روان‌شناختی مناسب برای این افراد به جهت نقش برجسته نوجوانان در ساختن آینده کشور، و از سویی دیگر با نظر به کارایی درمان فراتشخیصی یکپارچه نگر در بهبود مؤلفه‌های روان‌شناختی گروه‌های مختلف (۲۸-۲۲)، و سرانجام عدم انجام پژوهشی در راستای بررسی اثربخشی این شیوه درمان بر شاخص‌های روانی خاص دانش‌آموزان

(ب) ابزار

۱. فهرست نشانه‌های اختلال‌های روانی^۱: این آزمون شامل ۹۰ سؤال برای ارزیابی نشانه‌های روانی است و توسط دروگاتیس، لیپمن و کووی^۲ در سال ۱۹۷۳ معرفی شده است. هر یک از سؤال‌های آزمون در یک طیف لیکرت پنج درجه‌ای (از ۰ تا ۴) نمره‌گذاری می‌شود. با توجه به شیوه نمره‌گذاری این پرسشنامه، نمره برش عدد ۱۸۰ است. نمره‌های به دست آمده بیانگر ۹ بعد شکایت جسمانی، وسواس، حساسیت بین فردی، افسردگی، اضطراب، پرخاشگری، ترس مرضی، افکار پارانوئیدی، و روان‌گسستگی و ۳ شاخص کلی شاخص شدت کلی^۳، «شاخص ناراحتی نشانه‌های مثبت، و جمع نشانه‌های مثبت را برآورد می‌کند (۲۹). دروگاتیس، ریکلز و راک^۳ ضریب آلفای کرونباخ را در دامنه‌ای از ۰/۷۷ تا ۰/۹۵ و روایی همگرا این پرسشنامه را مناسب گزارش کردند (به نقل از ۱۵). در پژوهش تقی‌لو و لطیفی ضریب آلفای کرونباخ برای شکایت جسمانی، وسواس حساسیت بین فردی، افسردگی، اضطراب، پرخاشگری، ترس مرضی، افکار پارانوئیدی، و روان‌گسستگی به ترتیب ۰/۸۶، ۰/۸۲، ۰/۸۰، ۰/۸۶، ۰/۸۲، ۰/۷۳، ۰/۷۱، ۰/۷۰ و ۰/۷۷ به دست آمد (به نقل از ۲۹).

۲. پرسشنامه افسردگی^۴: پرسشنامه افسردگی توسط بک^۵ و همکاران در سال ۱۹۹۴ تهیه شد. این پرسشنامه شامل ۲۱ سؤال است که پاسخ‌دهندگان به این آزمون، به هر گویه بر مبنای یک مقیاس لیکرت چهار درجه‌ای از صفر تا سه پاسخ می‌دهند. حداقل نمره در این آزمون ۰ و حداکثر آن ۶۳ است. با جمع کردن نمرات فرد در هر یک از گویه‌ها، نمره فرد به‌طور مستقیم به دست می‌آید (۳۰). نمره برش این پرسشنامه ۳۱/۵ است و کسب نمره بالاتر، نشان‌دهنده افسردگی بیشتر است. اعتبار و روایی این آزمون از هنگام تدوین تاکنون مورد ارزیابی‌های متعدد قرار گرفته است که عمدتاً نتایج مطلوبی داشته‌اند. در پژوهش‌های متعدد روایی ملاکی این آزمون از $I=0/73$ تا $I=0/93$ با میانگین $I=0/86$ به دست آمده است. درجه روایی همزمان با درجه‌بندی‌های بالینی برای بیماران روانی نشانگر ضریب همبستگی متوسط تا بالا است ($I=0/55$) تا

$I=0/96$). همچنین این آزمون با آزمون‌های دیگری که افسردگی را می‌سنجند، همبستگی بالایی داشته است که شاخص روایی همگرا است. از جمله همبستگی این آزمون با خرده‌مقیاس افسردگی آزمون چندوجهی شخصیتی مینه‌سوتا، $I=0/74$ به دست آمده است (۳۱). اعتبار پرسشنامه حاضر در این پژوهش به وسیله ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۲ محاسبه شد که مطلوب است.

۳. پرسشنامه خودپنداشت کودکان و نوجوانان^۶: مقیاس خودپنداشت کودکان و نوجوانان توسط پیرز-هریس^۷ در سال ۱۹۶۹ تهیه شده است. این مقیاس جهت سنجش میزان خودپنداشت کودکان و نوجوانان طراحی شده است و در جهت نگرش و احساس فرد نسبت به خود، خلاصه می‌شود. این پرسشنامه شامل ۸۰ سؤال است که سؤالات آن به صورت گزارش شخصی درباره این که کودکان و نوجوانان درباره خودشان چه احساسی دارند، تدوین شده‌اند. هر عبارت پرسشنامه به صورت دوجهی بلی یا خیر طرح‌ریزی شده است. این مقیاس ۶ بعد دارد: رفتار، وضعیت مدرسه و وضعیت شناختی و ذهنی، ظاهر و ویژگی فیزیکی، اضطراب، جامعه‌پسندی (محبوبیت)، و شادی. نمره بالا در این مقیاس نشان‌دهنده خودسنجی مثبت و نمره پایین، نشان‌دهنده خودسنجی منفی است. روش نمره‌گذاری برای مقیاس خودپنداشت به این گونه است که سؤالات، مطابق الگوی نمره‌گذاری در جهت خودپنداشت بالا (کافی)، نمره داده می‌شوند و از مجموع نمرات ۶ حوزه، نمره کل به دست می‌آید (۳۲). شیوه نمره‌گذاری این پرسشنامه بر اساس دو گزینه‌ای است، به طوری که به پاسخ بلی، نمره یک و پاسخ خیر، نمره صفر تعلق می‌گیرد. حداقل نمره پرسشنامه ۰ و حداکثر نمره ۸۰ است و نمره برش پرسشنامه ۴۰ است. همچنین در این پرسشنامه، کسب نمره بالاتر نشان‌دهنده سطح خودپنداشت بیشتر است. ضریب پایایی این آزمون در پژوهش مارش بین ۰/۹۰ تا ۰/۹۳ گزارش شده است. علاوه بر این در یک مطالعه میزان روایی محتوایی این پرسشنامه را مطلوب و ۰/۸۱ گزارش کرده است (۳۳). همچنین کمپبل و همکاران همسانی درونی مقیاس را ۰/۹۳ گزارش کردند (۳۴). اعتبار پرسشنامه حاضر در این

5. Beck

6. Children and Adolescents Self-concept Questionnaire

7. Piers-Harris

1. List of symptoms of mental disorders

2. Derogatis, Lipman, & Covi

3. Rickels, & Rock

4. Depression questionnaire

پژوهش به وسیله ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۰ محاسبه شد که مطلوب است.

ج) برنامه مداخله‌ای: برنامه مداخله‌ای در پژوهش حاضر برگرفته از برنامه درمان فراتشخیصی یکپارچه بارلو و همکاران (۲۱) بود که از

پژوهش بخشی پور و همکاران (۲۲) اقتباس شده است. این درمان در ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به صورت گروه‌های ۵ نفر، هفته‌ای یک جلسه در طی سه ماه توسط نویسنده مسئول پژوهش به شرح زیر اجرا شد.

جدول ۱: خلاصه جلسات آموزشی درمان فراتشخیصی یکپارچه بارلو و همکاران (به نقل از ۲۲)

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

د) روش اجرا

جهت انجام این پژوهش، ابتدا هماهنگی‌های لازم با مدیران مدارس منتخب آموزش و پرورش ناحیه یک شهر شیراز انجام شد. سپس با مراجعه به مدارس انتخاب شده، افراد نمونه مورد مطالعه به شرحی که در بخش روش توضیح داده شد انتخاب شده و به تصادف در گروه‌های آزمایش و گواه جایدهی شدند. لازم به ذکر است که برای جمع‌آوری داده‌ها در این مطالعه، پرسشنامه‌های پژوهش به صورت گروهی بر روی افراد نمونه در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون اجرا شد. در نهایت، بر روی گروه‌های آزمایش مداخله درمان فراتشخیصی یکپارچه بارلو و همکاران (۲۲) در ۱۰ جلسه آموزشی یک و نیم ساعته، هفته‌ای یک جلسه در طی سه ماه اجرا شد، در حالی که گروه گواه، درمانی را دریافت نکرد.

جهت رعایت اخلاق در پژوهش رضایت دانش آموزان برای شرکت در برنامه مداخله کسب شد و آنها طی یک جلسه توجیهی از تمامی مراحل مداخله آگاه شدند و به افراد گروه گواه اطمینان داده شد که آنها نیز پس از اتمام فرایند پژوهشی، این مداخلات را دریافت خواهند کرد. همچنین به هر دو گروه اطمینان داده شد که اطلاعات آنها محرمانه باقی می‌ماند و نیازی به درج نام نیست.

در این پژوهش برای تجزیه و تحلیل داده‌ها در سطح آمار توصیفی از میانگین و انحراف استاندارد و در سطح آمار استنباطی از آزمون شاپیرو-ویلک جهت بررسی نرمال بودن توزیع متغیرها، آزمون لوین برای بررسی برابری واریانس‌ها، همچنین از تحلیل کوواریانس برای بررسی فرضیه پژوهش استفاده شد. نتایج آماری با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS-۲۳ تجزیه و تحلیل قرار شد.

یافته‌ها

در جدول ۲ میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای آشفتگی روان‌شناختی و خودپنداشت در دو گروه آزمایش و گواه در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون گزارش شده است.

جدول ۲: میانگین و انحراف استاندارد آشفتگی روان‌شناختی و خودپنداشت در دو گروه آزمایش و گواه در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون

نرمالیتی داده‌ها	پس‌آزمون		نرمالیتی داده‌ها		پیش‌آزمون		گروه‌ها	مولفه‌ها
	انحراف معیار	میانگین	P Value	انحراف معیار	میانگین	P Value		
۰/۳۲	۱۵/۹۶	۱۸۰/۳۳	۰/۲۳	۱۸/۷۴	۲۰۷/۲۶		گروه آزمایش	آشفتگی روان‌شناختی
۰/۱۱	۲۰/۱۲	۱۸۸/۵۳	۰/۱۹	۲۰/۶۶	۱۹۳/۰۶		گروه گواه	
۰/۱۷	۴/۱۲	۴۱/۸۶	۰/۱۷	۵/۱۰	۳۶/۴۶		گروه آزمایش	خودپنداشت
۰/۳۹	۴/۶۳	۳۵/۸۰	۰/۳۰	۴/۹۷	۳۶/۵۳		گروه گواه	

نتایج آزمون t نشان داد که پیش‌آزمون گروه‌های آزمایش و گروه گواه در متغیرهای وابسته (آشفتگی روان‌شناختی و خودپنداشت) معنادار نبوده است ($p > 0/05$). همچنین باید اشاره کرد که در بررسی پیش‌فرض همگنی شیب خط رگرسیون، نتایج نشان داد که تعامل پیش‌آزمون با متغیر گروه‌بندی در مرحله پس‌آزمون در متغیرهای آشفتگی روان‌شناختی و خودپنداشت معنادار نبوده است. این نکته بدین معناست که فرض همگنی شیب خط رگرسیون در متغیرهای آشفتگی روان‌شناختی و خودپنداشت برقرار بوده است.

قبل از ارائه نتایج تحلیل آزمون کوواریانس، پیش‌فرض‌های آزمون‌های پارامتریک مورد سنجش قرار گرفت. بر این اساس نتایج آزمون شاپیرو ویلک بیانگر آن بود که پیش‌فرض نرمال بودن توزیع نمونه‌ای داده‌ها در متغیرهای آشفتگی روان‌شناختی و خودپنداشت در دانش‌آموزان دارای علائم افسردگی در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون در گروه‌های آزمایش و گواه برقرار بوده است ($F=0/24$; $P>0/05$). همچنین پیش‌فرض همگنی واریانس نیز توسط آزمون لوین مورد سنجش قرار گرفت که نتایج آن معنادار نبود که این یافته نشان می‌دهد پیش‌فرض همگنی واریانس‌ها رعایت شده است ($p>0/05$). از طرفی

جدول ۳: تحلیل کوواریانس تأثیر عضویت گروهی بر آشفتگی روان‌شناختی و خودپنداشت دانش‌آموزان دارای علائم افسردگی

متغیرها	شاخص‌های آماری متغیرها	مجموع مجدورات	درجه آزادی	میانگین مجدورات	F	سطح معناداری	اندازه اثر	توان آزمون
آشفتگی روان‌شناختی	پیش‌آزمون	۸۱۸۶/۲۸	۱	۸۱۸۶/۲۸	۲۱۰/۳۴	۰/۰۰۰۱	۰/۸۸	۱
	عضویت گروهی	۲۷۶۹/۵۰	۱	۲۷۶۹/۵۰	۷۱/۱۶	۰/۰۰۰۱	۰/۷۲	۱
خودپنداشت	خطا	۱۰۵۰/۷۸	۲۷	۳۸/۹۱				
	پیش‌آزمون	۲۰۸/۰۸	۱	۲۰۸/۰۸	۲۶/۲۴	۰/۰۰۱	۰/۴۹	۰/۹۹
خطا	عضویت گروهی	۲۸۰/۱۲	۱	۲۸۰/۱۲	۳۵/۳۳	۰/۰۰۰۱	۰/۵۶	۱
	خطا	۲۱۴/۰۴	۲۷	۷/۹۳				

مرحله پس‌آزمون در سطح خطای ۰/۰۵ شده است، بنابراین این نتیجه حاصل می‌شود که با کنترل متغیرهای مداخله‌گر، میانگین نمرات متغیرهای آشفتگی روان‌شناختی و خودپنداشت دانش‌آموزان دارای

با توجه به نتایج جدول بالا، آموزش متغیر مستقل (درمان فراتشخیصی یکپارچه) باعث تفاوت معنادار میانگین نمرات متغیرهای وابسته (آشفتگی روان‌شناختی و خودپنداشت دانش‌آموزان دارای علائم افسردگی) در

عطار و همکاران (۲۴) بر این عقیده‌اند که تأکید عمده درمان فراتشخیصی یکپارچه بر تجربه و پاسخ‌های هیجانی است. افراد مبتلابه اختلال‌های هیجانی و روان‌شناختی همچون افسردگی از راهبردهای تنظیم هیجانی سازش‌نا یافته مانند اجتناب و سرکوبی، پنهان کردن، یا نادیده گرفتن هیجانات استفاده می‌کنند. تلاش برای مهار هیجانی موجب افزایش و تداوم احساساتی می‌شود که فرد تلاش می‌کند کاهش دهد؛ درمان فراتشخیصی یکپارچه به افراد می‌آموزد که چگونه با هیجانات ناخوشایند خود مواجه شده و به شیوه سازش‌یافته‌تری به هیجان‌های خود پاسخ دهند. این درمان کمک می‌کند تا بیماران فهم بهتری از تعامل افکار، احساس‌ها، و رفتارها در ایجاد تجربه‌های هیجانی درونی داشته باشند. افراد در این روش درمان یاد می‌گیرند تا آگاهی بهتری از تجربه‌های هیجانی خود (شامل برانگیزاننده‌ها و پیامدهای رفتاری) کسب کنند، ارزیابی‌های شناختی منفی از احساس‌ها و هیجان‌های جسمی مورد تردید قرار دهند، رفتارهای ناشی از هیجان را شناسایی و اصلاح کنند، آگاهی و تحمل احساس‌های جسمی در طی مواجهه درون‌زاد را کسب کنند، و در بافت‌های موقعیتی و درون‌زاد با تجربه‌های هیجانی خود مواجه شوند. همه این مهارت‌ها، با اصلاح عادات تنظیم هیجانی منجر به کاهش شدت تجربه‌های هیجانی سازش‌نا یافته و برگرداندن هیجان‌ها به سطح کارکردی و کاهش ناراحتی و آشفتگی روان‌شناختی می‌شود.

در تبیین دیگر می‌توان گفت که با توجه به منطق پدیدایی روش درمانی فراتشخیصی یکپارچه، بهبودی و تغییرات معنادار آشفتگی روان‌شناختی می‌تواند به واسطه آماج قرار گرفتن عوامل مشترکی همچون تنظیم هیجانی، افکار تکرار شونده، و عاطفه منفی باشد که در مدل‌های پروتکل روی آنها تأکید می‌شود (۲۶)؛ به عبارتی دیگر کاهش آشفتگی روان‌شناختی دانش آموزان دارای علائم افسردگی احتمالاً به‌طور غیرمستقیم به واسطه تغییرات حاصل شده در این عوامل مشترک باشد و این موضوع با توجه به تجمع مهارت‌ها و تکنیک‌های اثربخش بر درمان فراتشخیصی برای مورد هدف قرار دادن علائم کلیدی آسیب‌های بالینی همچون افسردگی انجام می‌شود. زیرا این شیوه درمان به دانش آموزان مبتلا به افسردگی کمک می‌کند تا بیاموزند چگونه با هیجان‌های نامناسب خود روبرو شده و به شیوه سازش‌یافته‌تری به هیجان‌های خود پاسخ دهند. این روش همچنین سعی دارد تا با تنظیم عادات‌های نظم‌بخشی

علائم افسردگی با ارائه درمان فراتشخیصی یکپارچه تغییر کرده است. مقدار تأثیر درمان فراتشخیصی یکپارچه بر میزان آشفتگی روان‌شناختی و خودپنداشت دانش آموزان دارای علائم افسردگی به ترتیب ۰/۷۲ و ۰/۵۶ بوده است. این یافته بدان معناست که به ترتیب ۷۲ و ۵۶ درصد تغییرات متغیرهای آشفتگی روان‌شناختی و خودپنداشت دانش آموزان دارای علائم افسردگی توسط عضویت گروهی (درمان فراتشخیصی یکپارچه) تبیین می‌شود. در جدول ۴ نتایج بررسی میانگین‌های تعدیل شده متغیرهای وابسته گزارش شده است.

جدول ۴: میانگین‌های تعدیل شده متغیرهای وابسته

متغیرها	گروه‌ها	میانگین	خطای استاندارد
پس‌آزمون متغیر آشفتگی	گروه آزمایش	۱۷۴/۱۸	۱/۶۶
روان‌شناختی	گروه گواه	۱۹۴/۶۸	۱/۶۶
پس‌آزمون متغیر خودپنداشت	گروه آزمایش	۴۱/۸۸	۰/۷۲
	گروه گواه	۳۵/۷۷	۰/۷۲

چنانکه از نتایج جدول ۴ مشخص است نمرات میانگین تعدیل شده متغیر آشفتگی روان‌شناختی در گروه آزمایش از میانگین نمرات گروه گروه گواه کمتر و در متغیر خودپنداشت بیشتر است.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی درمان فراتشخیصی یکپارچه بر خودپنداشت و آشفتگی روان‌شناختی دانش آموزان دارای علائم افسردگی انجام شد. نتایج حاصل از تحلیل داده‌ها نشان داد که این درمان بر خودپنداشت و آشفتگی روان‌شناختی دانش آموزان دارای علائم افسردگی مؤثر بوده است ($p < 0.001$)؛ بدین صورت که این درمان به بهبود خودپنداشت و کاهش آشفتگی روان‌شناختی دانش آموزان دارای علائم افسردگی منجر شده است. این نتیجه با یافته‌های پژوهش عطار و همکاران (۲۴) و بولیس و همکاران (۲۶) همسو است. بدین صورت که این پژوهشگران نیز در پژوهش خود با موضوع بررسی اثر درمان فراتشخیصی یکپارچه بر اختلالات اضطرابی، افسردگی، و هیجانی، نشان دادند که این شیوه درمان می‌تواند به کاهش اضطراب، افسردگی، و مشکلات هیجانی و روان‌شناختی، منجر شود.

هیجانی، شدت و وقوع آسیب‌ها و آشفتگی‌های روان‌شناختی را کاهش دهد.

بخشی‌پور و همکاران (۲۲)، دی‌اورنلاس مایا و همکاران (۲۷) و تالکوسکی و همکاران (۲۸) نیز در پژوهش‌هایی تأثیر درمان فراتشخیصی یکپارچه را بر علائم اضطراب و افسردگی همایند بررسی کردند. آنها نشان دادند که درمان فراتشخیصی یکپارچه می‌تواند با بهبود علائم اضطراب، افسردگی، و مشکلات هیجانی سبب شود که فرد خودپنداشتی مثبت‌تر از خود داشته باشد. نتایج این پژوهش‌ها نیز به نوعی در راستای یافته‌های این مطالعه است. بر همین اساس باید اشاره کرد که درمان فراتشخیصی یکپارچه به خاطر آماج قرار دادن مستقیم عواطف منفی نتوانسته منجر به تغییر در حالات هیجانی و خودپنداشت افراد شود، بلکه این روش تجارب منفی هیجانی را متزجرکننده نپنداشته و نیازی به کاهش دادن آن نیز نمی‌بیند. همچنین آنها را دارای ارزش انطباقی و کارکردی می‌داند و به‌جای کاهش واکنش‌های عاطفی نسبت به هیجان‌های منفی، به کاهش خود هیجان‌های منفی از طریق فرایند تنظیم هیجانی تأکید دارد (۲۱)؛ بنابراین تغییرات به وجود آمده در عاطفه منفی بیشتر نه با هدف کاهش یا افزایش خود این عواطف، بلکه به‌واسطه کاهش اجتناب و واکنش منفی به این عواطف بوده است. به‌علاوه این برنامه درمان تأکید ویژه‌ای روی کاهش اجتناب از هیجان‌های مثبت و ترغیب به گرایش بیشتر به تجارب هیجانی مثبت دارد (۲۵) که این موضوع سبب تجربه بیشتر هیجان‌های مثبت در افراد افسرده می‌شود. این فرایند سبب می‌شود که فرد باورهای تقویت شده‌ای از خود پیدا کرده و بتواند خودپنداشت بالاتری را تجربه و ادراک کند.

لازم به ذکر است که وجود برخی متغیرهای کنترل نشده مانند وضعیت هوشی نوجوانان حاضر در پژوهش، وضعیت مالی خانواده‌ها،

تعداد فرزندان، تحصیلات والدین و موقعیت اجتماعی آنها، عدم استفاده از روش‌های نمونه‌گیری تصادفی، و عدم پیگیری نتایج به دست آمده در بلندمدت از محدودیت‌های این پژوهش بوده است؛ بنابراین پیشنهاد می‌شود برای افزایش قدرت تعمیم‌پذیری نتایج، این پژوهش در سایر مناطق و جوامع دارای فرهنگ‌های متفاوت، روی دیگر نوجوانان گروه‌های مختلف با کنترل عوامل ذکر شده، با روش نمونه‌گیری تصادفی، و با اجرای مرحله پیگیری، انجام شود. علاوه بر این پیشنهاد می‌شود که طی پژوهش‌های دیگر کارایی درمان فراتشخیصی یکپارچه در نوجوانان دارای دیگر آسیب‌های بالینی همچون پرخاشگری، اختلال وسواسی-بی‌اختیاری، اختلال رفتار هنجاری، و نافرمانی مقابله‌ای نیز انجام شود. با توجه به اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه بر خودپنداشت و آشفتگی روان‌شناختی دانش‌آموزان دارای علائم افسردگی، در سطح به‌کار بسته پیشنهاد می‌شود درمان فراتشخیصی یکپارچه طی دوره‌های تخصصی به مشاوران مدارس آموزش داده شود تا این برنامه در مراکز آموزشی و درمانی آموزش و پرورش برای بهبود فرایندهای روان‌شناختی و ارتقای سلامت روانی دانش‌آموزان، به کار گرفته شود.

تشکر و قدردانی: این مطالعه به‌صورت مستقل اجرا شده است. مجوز اجرای آن از سوی آموزش و پرورش ناحیه ۱ شیراز به شماره نامه ۱۴۲۸-۱-۱۰-۰۹-۹۵ در تاریخ ۱۳۹۵/۰۹/۱۰ صادر و این پژوهش تحت نظارت گروه مشاوره این ناحیه انجام شده است. بدین وسیله از دانش‌آموزان حاضر در پژوهش و مسئولین آموزش و پرورش جهت صدور مجوز، تقدیر و تشکر شود.

تضاد منافع: در این پژوهش هیچ‌گونه تضاد منافع توسط نویسندگان گزارش نشده است.

Reference

1. Roberts RE, Duong HT. Is there an association between short sleep duration and adolescent anxiety disorders? *Sleep Med.* 2017; 30: 82-87. [\[Link\]](#)
2. Bahreini M, Akaberian SH, Ghodsbin F, Yazdankhah Fard MR, Mohammadi Baghmollaei M. The effects of parental bonding on depression and self-esteem in adolescence. *Pars Journal of Medical Sciences (Jahrom Medical Journal).* 2012; 10(1): 7-12. [Persian]. [\[Link\]](#)
3. Sun X, Chan DW, Chan L-K. Self-compassion and psychological well-being among adolescents in Hong Kong: exploring gender differences. *Pers Individ Dif.* 2016; 101: 288-292. [\[Link\]](#)
4. Ophir Y, Asterhan CSC, Schwarz BB. Unfolding the notes from the walls: adolescents' depression manifestations on Facebook. *Comput Human Behav.* 2017; 72: 96-107. [\[Link\]](#)
5. McKee-Lopez G, Robbins L, Provencio-Vasquez E, Olvera H. The relationship of childhood adversity on burnout and depression among BSN students. *J Prof Nurs.* 2019; 35(2): 112-119. [\[Link\]](#)
6. McKetta S, Keyes KM. Oral contraceptive use and depression among adolescents. *Ann Epidemiol.* 2019; 29: 46-51. [\[Link\]](#)
7. Seki T, Hamazaki K, Natori T, Inadera H. Relationship between internet addiction and depression among Japanese university students. *J Affec Disord.* 2019; 256: 668-672. [\[Link\]](#)
8. Sidheek KPF, Satyanarayana VA, Sowmya HR, Chandra PS. Using the Kannada version of the Connor Davidson resilience scale to assess resilience and its relationship with psychological distress among adolescent girls in Bangalore, India. *Asian J Psychiatr.* 2017; 30: 169-172. [\[Link\]](#)
9. Egan M, Daly M, Delaney L. Adolescent psychological distress, unemployment, and the great recession: evidence from the national longitudinal study of youth 1997. *Soc Sci Med.* 2016; 156: 98-105. [\[Link\]](#)
10. Duggleby WD, Williams A, Holstlander L, Thomas R, Cooper D, Hallstrom LK, et al. Hope of rural women caregivers of persons with advanced cancer: guilt, self-efficacy and mental health. *Rural Remote Health.* 2014; 14: 2561. [\[Link\]](#)
11. Stockbridge EL, Wilson FA, Pagán JA. Psychological distress and emergency department utilization in the United States: evidence from the medical expenditure panel survey. *Acad Emerg Med.* 2014; 21(5): 510-519. [\[Link\]](#)
12. Tang F, Byrne M, Qin P. Psychological distress and risk for suicidal behavior among university students in contemporary China. *J Affec Disord.* 2018; 228: 101-118. [\[Link\]](#)
13. Noda T, Takahashi Y, Murai T. Coping mediates the association between empathy and psychological distress among Japanese workers. *Pers Individ Dif.* 2018; 124: 178-183. [\[Link\]](#)
14. Midouhas E, Flouri E, Papachristou E, Kokosi T. Does general intelligence moderate the association between inflammation and psychological distress? *Intelligence.* 2018; 68: 30-36. [\[Link\]](#)
15. Choi NG, Sullivan JE, DiNitto DM, Kunik ME. Associations between psychological distress and health-related behaviors among adults with chronic kidney disease. *Prev Med.* 2019; 126: 105749. [\[Link\]](#)
16. Lourinho I, Loureiro E, Ferreira MA, Severo M. Self-concept and obsessive-compulsiveness as moderators of anxiety and depression: a Portuguese prospective study. *Porto Biomed J.* 2016; 1(1): 36-39. [\[Link\]](#)
17. Danesh E, Manavi Shad M, Khoushabi K, Hasanzadeh Tavakoli MR. The impact anger level and childrearing styles of mothers on self-concept of their children with or without ld. *Journal of Family Research.* 2014; 10(2): 175-196. [Persian]. [\[Link\]](#)
18. Cheong SK, Lang CP, Johnston LM. Self-concept of children with cerebral palsy measured using the population-specific my TREEHOUSE self-concept assessment. *Res Dev Disabil.* 2018; 73: 96-105. [\[Link\]](#)
19. Barlow DH, Allen LB, Choate ML. Toward a unified treatment for emotional disorders. *Behav Ther.* 2004; 35(2): 205-230. [\[Link\]](#)
20. Allen JP, Porter M, McFarland C, McElhaneey KB, Marsh P. The relation of attachment security to adolescents' paternal and peer relationships, depression, and externalizing behavior. *Child Dev.* 2007; 78(4): 1222-1239. [\[Link\]](#)
21. Barlow DH, Ellard KK, Fairholme CP, Farchione CP, Boisseau CL, Allen LB, et al. The unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: Client workbook. New York: Oxford University Press; 2011, pp: 211-219. [\[Link\]](#)
22. Bakhshipour A, Mahmood-Alilou M, Farnam A, Abdi R. Efficacy evaluation of unified transdiagnostic treatment in Patients with generalized anxiety disorder. *Journal of Research in Behavioral Sciences.* 2014; 11(5): 245-251. [Persian]. [\[Link\]](#)
23. Zemestani M, Imani M. Effectiveness of transdiagnostic treatment on depression/anxiety

- symptoms and emotion regulation. *Contemporary Psychology*. 2016; 11(1): 21–32. [Persian]. [\[Link\]](#)
24. Otared N, Mikaeili N, Mohajeri N, Vojoudi B. The effect of unified transdiagnostic treatment on anxiety disorders and comorbid depression: single-case design. *Journal of Torbat Heydariyeh University of Medical Sciences*. 2017; 4(4): 54–62. [Persian]. [\[Link\]](#)
 25. 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. *Behav Ther*. 2012; 43(3): 666–678. [\[Link\]](#)
 26. Bullis JR, Fortune MR, Farchione TJ, Barlow DH. A preliminary investigation of the long-term outcome of the unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders. *Compr Psychiatry*. 2014; 55(8): 1920–1927. [\[Link\]](#)
 27. de Ornelas Maia ACC, Nardi AE, Cardoso A. The utilization of unified protocols in behavioral cognitive therapy in transdiagnostic group subjects: A clinical trial. *J Affect Disord*. 2015; 172: 179–183. [\[Link\]](#)
 28. Talkovsky AM, Green KL, Osegueda A, Norton PJ. Secondary depression in transdiagnostic group cognitive behavioral therapy among individuals diagnosed with anxiety disorders. *J Anxiety Disord*. 2017; 46: 56–64. [\[Link\]](#)
 29. Seyed Askari SM, Kamyabi M, Beigzadeh A, Narimisa F. The relationship between personality features and psychosocial distress among nurses of Shafa hospital in Kerman. *Iranian Journal of Psychiatric Nursing*. 2018; 5(6): 53–60. [Persian]. [\[Link\]](#)
 30. Fathi E, Farhadi T. The effectiveness of self-forgiveness group counseling based on Quranic concepts on depression in high school boy students. *The Journal of New Thoughts on Education*. 2016; 12(3): 109–126. [Persian]. [\[Link\]](#)
 31. Raesian AS, Golzari M, Borjali A. Effectiveness of hope therapy on reducing depressive symptoms and preventing of relapse in cure-seeker women with dependency to narcotic drugs. *Research on Addiction*. 2011; 5(17): 21–40. [Persian]. [\[Link\]](#)
 32. Nakamura BJ, Ebesutani C, Bernstein A, Chorpita BF. A psychometric analysis of the child behavior checklist DSM-oriented scales. *J Psychopathol Behav Assess*. 2009; 31(3): 178–189. [\[Link\]](#)
 33. Marsh HW. Influences of internal and external frames of reference on the formation of math and English self-concepts. *J Educ Psychol*. 1990; 82(1): 107-116. [\[Link\]](#)
 34. Campbell JD, Trapnell PD, Heine SJ, Katz IM, Lavalley LF, Lehman DR. Self-concept clarity: Measurement, personality correlates, and cultural boundaries. *J Pers Soc Psychol*. 1996; 70(1): 141–156. [\[Link\]](#)