

The Effectiveness of Unified Transdiagnostic Treatment on Emotion Regulation and Improving Symptoms of Children with a Disruptive Mood Disorder

Shirin Pouladi*

Mohammad Mehdi Hasanshahi**

Mohammad Rabiei***

Naser Baghery****

Introduction

Disruptive Mood Dysregulation Disorder is a childhood condition characterized by extreme irritability, anger, and intense temper outbursts. This disorder significantly impacts a child's quality of life, school performance, and relationships with family and peers. Psychopathologists now recognize that emotion dysregulation plays a crucial role in DMDD. Scientific findings suggest that individuals with DMDD experience difficulties processing emotions. Despite increased research attention, treatment options for DMDD remain limited. Consequently, integrated approaches that consider etiology and transdiagnostic treatment represent promising avenues for further investigation. The central question of our current research is whether unified Transdiagnostic treatment effectively reduces irritability and improves emotional regulation in children with DMDD.

Method

This study employed a single-case experimental design using the multiple baseline design type with different subjects and continuous measurement. The statistical population consisted of children aged 8–10 years who sought

* Ph.D. Student, Department of Psychology, Arsanjan Branch, Islamic Azad University, Arsanjan, Iran.

** Assistant Professor, Department of Psychology, Arsanjan Branch, Islamic Azad University, Arsanjan, Iran. *Corresponding Author:* MM.Hasanshahi@iau.ac.ir

*** Associate Professor of Consulting, University of Shahrekord, Shahrekord, Iran.

**** Assistant Professor, Department of Psychology, Shahrekord Branch, Islamic Azad University, Shahrekord, Iran.

therapeutic interventions from psychiatrists and psychologists in Shahrekord. Among them, three children met the criteria for a definitive diagnosis of DMDD based on multidimensional evaluations, structured diagnostic interviews, and emotional irritability scales. These three participants were purposefully selected and entered the treatment phase. We evaluated the subjects at various time points: baseline, during treatment, post-treatment, and two follow-up periods (2 months each). We used the Emotion Regulation Checklist (ERC) and the emotional irritability scale for assessment.

Results

Specifically, the percentage of recovery after the intervention in the emotion regulation subscale for the three subjects was as follows: Subject 1: 81.6%; Subject 2: 72.5%; and Subject 3: 58.2%. In the instability-negativity subscale: Subject 1: 53.8%, Subject 2: 52%, Subject 3: 54.7%. The recovery percentages after follow-up were as follows: Emotion regulation subscale: Subject 1: 77.7%, Subject 2: 65%, and Subject 3: 60.9%. Instability-negativity subscale: Subject 1: 54.8%, Subject 2: 50%, Subject 3: 51.1%.

Discussion

Our findings indicate that unified Transdiagnostic treatment effectively enhances emotion regulation, reduces emotional instability and negativity, and ameliorates the symptoms of disruptive mood disorder during the intervention phase. Furthermore, these positive effects persist over time, extending from the treatment period to the first (2 months) and second (4 months) follow-up assessments.

Keywords: disruptive mood disorder, emotional regulation, Unified Transdiagnostic treatment

Author Contributions: In the current research, Shirin Pouladi was in collecting, analyzing, and interpreting the findings, editing the content, analyzing, and writing the article. Mohammad Mehdi Hasan Shahi and Mohammad Rabiei, as supervisors, have been in charge of supervising the overall research process, selecting approaches, and finalizing the corrections of the article. Nasser Bagheri, as a consultant professor, supervised the implementation of the intervention and compared the approaches and conclusions.

Acknowledgments: The authors thank all dear colleagues and professors who have helped in this research.

Conflict of Interest: The authors declare there is no conflict of interest in this article.

Funding: This article did not receive financial support.

اثربخشی درمان یکپارچه فراتشخیصی بر تنظیم هیجان و بهبود علائم کودکان دچار اختلال بی‌نظمی خلق اخلاص گر^۱

شیرین پولادی*

محمد مهدی حسن‌شاهی**

محمد ربیعی***

ناصر باقری****

چکیده

پژوهش حاضر با هدف بررسی تأثیر درمان یکپارچه فراتشخیصی بر تنظیم هیجان و بهبود علائم اختلال بی‌نظمی خلق اخلاص‌گر انجام شد. پژوهش حاضر یک طرح آزمایشی تک‌موردی از نوع طرح خط پایه چندگانه با ۳ آزمودنی متفاوت (۸، ۹ و ۱۰ سال) بود که طی ۱۵ جلسه درمانی و دو دوره پیگیری ۲ ماهه اجرا شد. داده‌ها با استفاده از روش‌های ترسیم دیداری، شاخص تغییر پایا و درصد بهبودی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. ابزارهای مورد استفاده شامل چک لیست تنظیم هیجان Shields and Cicchetti و مقیاس تحریک‌پذیری عاطفی Stringaris et al. بود. یافته‌های به دست آمده، نشان داد که هر سه کودک مبتلا به اختلال بی‌نظمی خلق اخلاص‌گر، درمان یکپارچه فراتشخیصی باعث کاهش هیجانات منفی، افزایش هیجانات مثبت، تنظیم هیجان انطباقی و نیز بهبود علائم اختلال بی‌نظمی خلق اخلاص‌گر در مرحله مداخله گردید و دستاوردهای درمانی در دو دوره ۲ ماهه پیگیری حفظ شد. بر اساس نتایج این پژوهش، درمان‌گران کودک برای کمک به تنظیم هیجان و بهبود علائم کودکان دچار اختلال بی‌نظمی خلق اخلاص‌گر می‌توانند از این پروتکل مؤثر درمانی استفاده نمایند.

کلید واژگان: اختلال بی‌نظمی خلق اخلاص‌گر، تنظیم هیجان، درمان یکپارچه فراتشخیصی

۱. این مقاله برگرفته از رساله دکتری است.

* دانشجوی دکتری، گروه روان‌شناسی، واحد ارسنجان، دانشگاه آزاد اسلامی، ارسنجان، ایران.

** استادیار گروه روان‌شناسی، واحد ارسنجان، دانشگاه آزاد اسلامی، ارسنجان، ایران.

MM.Hasanshahi@iaau.ac.ir

*** دانشیار گروه مشاوره، دانشگاه شهرکرد، شهرکرد، ایران.

**** استادیار گروه روان‌شناسی، واحد شهرکرد، دانشگاه آزاد اسلامی، شهرکرد، ایران.

مقدمه

اختلال بی‌نظمی خلق‌احلال‌گر (Disruptive Mood Dysregulation Disorder) اولین‌بار در پنجمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM5, 2013) به‌عنوان یک اختلال خلقی معرفی شد. ویژگی اصلی این اختلال از کوره دررفتن مکرر کلامی (برای مثال خشم کلامی) یا رفتاری (پرخاشگری فیزیکی علیه دیگران یا وسایل) است که شدت یا مدت‌ش با وضعیت و یا میزان تحریک تناسب ندارد. از کوره دررفتن‌ها به‌طور متوسط ۳ بار یا بیشتر در هفته اتفاق می‌افتد و حداقل یک سال طول می‌کشد (Mürner-Lavanchy et al., 2021). همچنین علائم این اختلال، با علائم اختلال نارسایی توجه-بیش‌فعالی، اختلال نافرمانی مقابله‌ای، اختلال دوقطبی و غیره مشترک است که این مسئله تشخیص دقیق را برای این اختلال بسیار چالش‌برانگیز می‌کند (Bruno et al., 2019). شیوع اختلال بی‌نظمی خلق‌احلال‌گر در اکثر گزارش‌ها نامشخص است و مطالعات موجود نیز در ارزیابی‌های خود از مصاحبه‌های تشخیصی معتبر استفاده نکرده‌اند (Sabri, 2022). با این حال، اختلال بی‌نظمی خلق‌احلال‌گر در کلینیک‌های روان‌پزشکی شایع‌تر است. ۲۲ درصد از کودکانی که به دلیل اختلالات خلقی به یک کلینیک سرپایی مراجعه داشتند، مبتلا به اختلال بی‌نظمی خلق‌احلال‌گر بودند (Benares et al., 2020).

پژوهش در مورد سبب‌شناسی اختلال بی‌نظمی خلق‌احلال‌گر و به‌ویژه ویژگی‌های روان‌شناختی آن محدود است. آسیب‌شناسان روانی معتقدند، بدتنظیمی هیجان که بیش از ۷۵٪ طبقه‌های تشخیصی موجود در DSM را مشخص می‌کند (Barlow, 2000) و نقش مهمی در مهارت‌های اجتماعی، هیجانی، شناختی و اختلال‌های رفتاری دارد (Sanchis-Sanchis et al., 2020)، در افراد دارای اختلال بی‌نظمی خلق‌احلال‌گر نیز مختل است (Fida et al., 2012). بدتنظیمی هیجان به‌عنوان مجموعه‌ای از فرایندها تعریف می‌شود که به‌وسیله آن فرد شدت، دفعات یا مدت واکنش‌های عاطفی را ارزیابی، مهار، حفظ یا اصلاح می‌کند تا رفتار اجتماعی مناسبی داشته باشد یا به اهدافی دست یابد (Thompson, 1991). بر همین اساس، یافته‌های علمی حاکی از این است که افراد تحریک‌پذیر در پردازش هیجان‌ها مشکل دارند، به‌شدت تحت تأثیر هیجانات منفی قرار می‌گیرند و در نتیجه، بیشتر رفتارهای خصمانه از خود نشان می‌دهند (Waxmonsky et al., 2017; Pourmaveddat et al., 2021; Leibenluft & Stoddard, 2013). (2017) al. بیان می‌کنند، این کودکان، تمایل به تفسیر خصمانه نیات دیگران دارند و در مقایسه

با کودکان معمولی، به‌طور چشمگیری در پردازش حسی و رفتار ادراکی دچار مشکل هستند (Benarous et al., 2020)، بیش از حد به محرک‌های عاطفی منفی مثل خشم توجه می‌کنند (Dopfner et al., 2019) و در صورت داشتن خلق افسرده، محرک‌های شادمانه را خشم و ترس تفسیر می‌کنند (Vidal-Ribas et al., 2018). بنابراین مشخص می‌شود که افراد اختلال بی‌نظمی خلق اختلال‌گر در تنظیم هیجان‌ات خود با مشکلات عمده‌ای روبه‌رو هستند، اما متأسفانه در مورد جزئیات آن پژوهش صورت نگرفته است.

اگرچه DSM5 یک سری معیارهای تشخیصی اطلاعاتی برای شیوع و بیماری‌های همراه اختلال بی‌نظمی خلق اختلال‌گر اضافه می‌کند، اما این اطلاعات درمان را شامل نمی‌شود. از این‌رو، تجربه و شواهد پژوهشی برای درمان مؤثر اختلال بی‌نظمی خلق اختلال‌گر بسیار محدود است. یکی از مهم‌ترین درمان‌ها که به‌طور وسیعی مورد استفاده قرار می‌گیرد، درمان دارویی است (Hatchett, 2022) و از آنجایی که هیچ استاندارد درمانی وجود ندارد، درمان دارویی بر علائم اولیه اختلال بی‌نظمی خلق اختلال‌گر مانند، تحریک شدید مزمن، طغیان خلق‌وخوی و بیماری‌های همراه مانند اختلال نارسایی توجه-بیش‌فعالی تمرکز دارد (Chen et al., 2016). به‌موازات پژوهش در مورد مداخلات دارویی، مطالعات بسیار کمی در مورد مداخلات روان‌شناختی با افرادی که معیارهای تشخیصی اختلال بی‌نظمی خلق اختلال‌گر را دارند، منتشر شده است. (2017) Waxmonsky et al. رویکرد ترکیبی (شناختی-رفتاری و آموزش مدیریت والدین) بر روی تحریک‌پذیری را، مثبت ارزیابی کردند. (2017) Perepletchikova et al. گزارش کردند که یک نسخه اصلاح‌شده از رفتاردرمانی دیالکتیکی که شامل آموزش والدین نیز می‌شود، در بهبود تحریک‌پذیری، طغیان‌های خلقی و عملکرد کلی در بین جوانان مبتلا به اختلال بی‌نظمی خلق اختلال‌گر مؤثرتر از درمان معمول بود. در مطالعه بعدی، (2018) Miller et al. گزارش دادند که نسخه اصلاح‌شده روان‌درمانی بین‌فردی برای اختلالات خلقی و رفتاری در کاهش تحریک‌پذیری و طغیان خشم مؤثر بود. در یک مطالعه موردی دختری ۱۷ جلسه درمان شناختی-رفتاری دریافت کرد و علائم او (کج‌خلقی و رفتار پرخاشگرانه) به‌طور قابل توجهی کاهش یافت (Tudor et al., 2016). در مطالعه موردی دیگری، (2020) Linke et al. گزارش دادند که یک مدل رفتاری-شناختی مبتنی بر مواجهه در درمان یک پسر ۱۱ساله با تشخیص اختلال بی‌نظمی خلق اختلال‌گر و اختلال نارسایی توجه-بیش‌فعالی مؤثر بود.

در حال حاضر بسیاری از پژوهشگران در حال توسعه پروژه‌های درمان شناختی-رفتاری در جهات مختلف برای اختلال بی‌نظمی خلق اخلاک‌گر هستند (Perepletchikova et al., 2017). این در حالی است که تمرکز بر درمان شناختی-رفتاری خاص یک اختلال با همبودی بالا و علائم مشترک بین اختلالات در تضاد است. برای رسیدگی به این مشکلات عملی، درمان فراتشخیصی (transdiagnostic) که با استفاده از یک پروتکل درمانی، به چندین اختلال یا مجموعه مشکلات رسیدگی می‌کند، توسعه یافته است (García-Escalera et al., 2016; cho et al., 2023). درمان فراتشخیصی از جمله درمان‌های جدید است که تأثیر آن بر بسیاری از متغیرهای روان‌شناسی به اثبات رسیده است (Nasri et al., 2017; Fonseca-Pedrero et al., 2023). روش درمان فراتشخیصی شامل مجموعه‌ای از استراتژی‌ها (به‌عنوان مثال، آموزش روانی، فعال‌سازی رفتاری، بازسازی شناختی، حل مسئله، خود نظارتی و همچنین آموزش آرام شدن و مهارت‌های اجتماعی) است و اختلال در تنظیم احساسات و عاطفه منفی را هدف قرار می‌دهد (Barlow et al., 2017). این روش درمان با تکیه بر تکنیک‌های تنظیم هیجان به افراد کمک می‌کند به ارزیابی مجدد هیجان‌ها و مخصوصاً هیجانات منفی خود بپردازند و هیجان‌ها را در درون خویش بپذیرند که این امر موجب افزایش تحمل پریشانی در آنان خواهد شد (Nargesi et al., 2019). درمانی که اثربخشی آن در اختلالات افسردگی، پرخاشگری و اضطراب بزرگسالان به‌خوبی نشان داده شده است (Cassielo-Robbins et al., 2020; Sakiris & Berle, 2019). در مجموع با مطالعه ادبیات موجود در زمینه اختلال بی‌نظمی خلق اخلاک‌گر مشخص گردید که پژوهش‌های اندکی در این زمینه انجام شده است و جامعه دانشگاهی و درمانگران به‌طور خاص، درمان مؤثر برای اختلال بی‌نظمی خلق اخلاک‌گر ندارند. لذا این پژوهش با هدف امکان‌سنجی و بررسی کارایی اولیه آن برای کودکان مبتلا به اختلال بی‌نظمی خلق اخلاک‌گر انجام شد. این مطالعه بررسی می‌کند که آیا درمان یکپارچه فراتشخیصی یک مداخله قابل‌قبول برای کودکان ایرانی و والدین آنها است و آیا درمان یکپارچه فراتشخیصی بر بهبود تنظیم هیجان و علائم کودکان دچار اختلال بی‌نظمی خلق اخلاک‌گر تأثیر دارد؟

روش

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

پژوهش حاضر یک طرح آزمایشی تک موردی از نوع طرح خط پایه چندگانه با آزمودنی‌های

متفاوت و سنجش پیوسته بود که طی آن آزمودنی‌ها به ترتیب در مراحل خط پایه، درمان، پس از درمان و دو دوره پیگیری (۲ ماهه) شرکت کردند. جامعه آماری پژوهش حاضر را کلیه کودکان ۸ تا ۱۰ سال که در محدوده اجرای پژوهش از اردیبهشت تا تیرماه ۱۴۰۰، جهت دریافت مداخلات درمانی به مطب روان‌پزشکان و روان‌شناسان شهرکرد مراجعه کرده بودند، تشکیل داد که از میان آنها ۳ کودک که بر اساس ارزیابی‌های چندبعدی مصاحبه تشخیصی ساختاریافته بر اساس معیارهای راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی انجمن روان‌پزشکی آمریکا (ویرایش پنجم)، تشخیص روان‌پزشک و روان‌شناس و مقیاس تحریک‌پذیری عاطفی تشخیص قطعی اختلال بی‌نظمی خلق اخلاص‌گر دریافت کرده بودند، به شیوه نمونه‌گیری هدفمند، انتخاب و وارد درمان شدند. ملاک‌های ورود به پژوهش عبارت بودند از: رضایت آگاهانه والدین از حضور در پژوهش، عدم وجود اختلال‌های روان‌پزشکی و نورولوژیکی دیگر، نداشتن عقب‌ماندگی ذهنی و هیچ یک از بیماران در حین دوره پژوهش نباید از دارو استفاده کنند.

ابزارهای پژوهش

چک‌لیست تنظیم هیجان (Emotion Regulation Checklist): این چک‌لیست توسط Shields and Cicchetti (1997) به منظور سنجش درک والدین یا دیگر مراقبت‌کنندگان از توانایی کودک برای تنظیم هیجانات خود، استفاده می‌شود. این چک‌لیست شامل ۲۴ گویه مثبت و منفی است، هر گویه یک جمله است که برای آن چهار گزینه «هرگز = ۱»، «گاهی اوقات = ۲»، «اغلب = ۳» و «همیشه = ۴» ارائه شده است. این چک‌لیست دو خرده‌مقیاس دارد: ۱) خرده‌مقیاس تنظیم هیجان که ۸ گویه دارد و ۲) خرده‌مقیاس بی‌ثباتی-منفی‌گرایی که ۱۵ گویه دارد. نمره‌های بالاتر بر واکنش‌های هیجانی افراطی و تغییرات خلق فراوان در هیجان نامرتب با وقایع یا محرک‌های بیرونی دلالت دارد. گویه ۱۲ به دلیل اعتبارسنجی نسخه اصلی در هیچ دو خرده‌مقیاس جای نمی‌گیرد. در مطالعه Molina et al. (2014) بر روی کودکان سنین مدرسه در ایتالیا، ویژگی‌های روان‌سنجی این ابزار مورد بررسی قرار گرفت. آلفای کرونباخ ۰/۹۰ برای بی‌ثباتی/منفی‌گرایی و ۰/۷۹ برای تنظیم هیجان به دست آمده است. در پژوهش Mahmoudi et al. (2016) سه نفر از متخصصان روانشناسی روایی محتوا و صوری ابزار را تأیید کردند. همچنین، ضریب آلفای کرونباخ این چک‌لیست برای کودکان عادی ۰/۷۴ و ضریب تنصیف ۰/۷۱ گزارش شده است که

بر همسانی درونی و قابلیت اعتماد خوب این ابزار بر کودکان ایرانی دلالت دارد. در پژوهش حاضر، پیش از اجرای پژوهش و در یک مطالعه مقدماتی پایایی چکلیست تنظیم هیجان بر روی یک نمونه ۴۰ نفری از مادران کودکان دچار اختلالات درون‌سازی و برون‌سازی مورد بررسی قرار گرفت که ضرایب آلفای کرونباخ ۰/۸۸ برای بی‌ثباتی-منفی‌گرایی و ۰/۸۱ برای تنظیم هیجان به‌دست آمده است.

مقیاس تحریک‌پذیری عاطفی (The Affective Reactivity Index): این مقیاس توسط Stringaris et al. (2012) برای بررسی تحریک‌پذیری در کودکان و نوجوانان ساخته شد. به دلیل وجود مشکلاتی در ابزارهایی که این شاخص را می‌سنجیدند، محققان این مقیاس را در دو گروه نمونه که شامل کودکان و نوجوانان دارای اختلال دوقطبی، سندرم بی‌نظمی خلق مخرب، فرزندان خانواده‌هایی که در خطر اختلال دوقطبی بودند و کودکان عادی مورد سنجش و آزمون قرار دادند. یافته‌های حاصل از پایایی این مقیاس به واسطه روش همسانی درونی نشان می‌دهد که این مقیاس از پایایی قابل‌ملاحظه‌ای برخوردار است. ضریب پایایی این مقیاس را سازندگان آن با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ در نمونه آمریکایی ۰/۸۸ و در نمونه بریتانیایی ۰/۹۰ گزارش کردند. علاوه بر پایایی، روایی این مقیاس با استفاده از چند روش شامل روایی محتوا، همگرا و سازه مورد بررسی قرار گرفته است. با تحلیل روایی همگرا مشخص گردید که پرسشنامه مذکور همبستگی معنی‌داری با افسردگی، اضطراب و استرس دارد (Stringaris et al., 2012). این آزمون به دو شیوه خودگزارشی و سؤال از والدین ساخته شده است. والدین باید به ۶ سؤال بر اساس این که "در شش ماهه گذشته در مقایسه با سایر کودکان همسن، چگونه هر یک از سؤالات رفتار و احساسات فرزندشان را توصیف می‌کند؟" پاسخ بدهند. در پژوهش Sheybani et al. (2020) پایایی این مقیاس با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۸۹ و روایی همگرای آن با افسردگی ۰/۵۶ به دست آمد. قابل ذکر است، در این پژوهش از نسخه گزارش والدین استفاده شد. همچنین، پیش از اجرای پژوهش و در یک مطالعه مقدماتی پایایی این مقیاس بر روی یک نمونه ۴۰ نفری از مادران کودکان دچار اختلالات درون‌سازی و برون‌سازی مورد بررسی قرار گرفت که ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۶ به‌دست آمده است.

در این پژوهش، از پروتکل یکپارچه درمان فراتشخیصی برای اختلال‌های هیجانی کودکان که اولین بار توسط Ehrenreich-May and Bilek (2011) روی گروهی از کودکان ۷ تا ۱۲ ساله

مبتلا به اختلال‌های هیجانی و والدین آنها اجرا شده بود، استفاده شد. این پروتکل در ۱۵ جلسه دوساعته (جلسات مشترک کودک و والد) و طی ۱۵ هفته برای کودکان و والدین آنها اجرا شد. خلاصه اهداف جلسات کودکان و والدین در جدول ۱ آورده شده است.

Table 1.
Summary of the content of children's and parents' sessions of Unified Transdiagnostic treatment for children

جلسه	اهداف گروه کودکان	اهداف گروه والدین
۱	برقراری ارتباط اعضای گروه و درمانگر، آشنایی با ساختار درمان، شناسایی مشکلات اصلی و آشنایی کودکان با هیجان‌ها.	آشنایی با ساختار درمان و مهارت‌ها، آشنایی با الگوی سه‌بخشی هیجان (فکر، بدن و رفتار).
۲	یادگیری درجه‌بندی شدت هیجان‌ها، آشنایی با سه بخش تجربه هیجان، آشنایی با چرخه اجتناب، شناسایی پاداش‌هایی برای رفتارهای جدید.	آشنایی با رفتارهای تربیتی هیجان، و رفتارهای تربیتی متضاد، بحث درباره تقویت مثبت.
۳	یادگیری مفهوم رفتار متضاد، تمرین آزمایش‌های علمی، یادگیری ارتباط بین فعالیت و هیجان.	آشنایی با آزمایش‌های علمی، بحث در مورد روش‌های تقویت کودکان.
۴	توصیف مفهوم سرنخ‌های بدنی، آموزش مهارت اسکن بدن.	آموزش مفهوم بدنه‌سازی، اسکن بدن، مواجهه حسی و ابراز همدلی.
۵	آشنایی با مفهوم تفکر انعطاف‌پذیر، آموزش تشخیص تله‌های فکری رایج.	آشنایی با انعطاف‌پذیری شناخته، تله‌های فکری رایج، رفتار تربیتی هیجانی بی‌ثباتی.
۶	آشنایی با تفکر کارآگاهی و کاربرد آن.	آشنایی با تفکر کارآگاهی، رفتار تربیتی هیجانی پیش‌کنترل‌گری و بیش‌حمایت‌گری.
۷	آشنایی با حل مسئله و کاربرد حل مسئله.	آشنایی با حل مسئله و بحث درباره اطمینان‌طلبی و سازگاری.
۸	یادگیری مهارت تجربه کردن هیجان‌ها، آگاهی از لحظه حال و آشنایی با آگاهی غیر قضاوت‌گرانه.	بحث درباره اهمیت یادگیری تجربه‌های هیجانی، آشنایی با آگاهی از لحظه حال.
۹	مرور مهارت‌ها و مفاهیم رفتارهای هیجان، و رفتارهای متضاد، انجام نهایی کردن فرم‌های رفتار هیجانی با کودکان و والدین.	آشنایی با مفهوم مواجهه با هیجان‌های موقعیتی، نقش والدین در تمرین مواجهه در خانه، رفتار تربیتی الگوسازی افراطی هیجان‌های شدید، اجتناب و رفتار تربیتی متضاد با آن.
۱۰	مرور آزمایش‌های علمی، آشنایی با رفتارهای ایمنه بخش و اجتناب نامحسوس، برنامه‌ریزی برای آزمایش‌های علمی آینده.	مرور مفهوم مواجهه با هیجان موقعیتی، آشنایی با مفهوم رفتارهای ایمنی بخش و نردبان هیجان.
۱۱ تا ۱۴	برنامه‌ریزی و اجرای اولیه مواجهه در جلسه یازدهم، دوازدهم، سیزدهم و چهاردهم.	
۱۵	مرور مهارت‌های هیجان، آموخته‌شده، برنامه‌ریزی برای روبه‌رو شدن با هیجان‌های قوی در آینده، جشن گرفتن برای پیشرفت حاصل از برنامه درمانی.	مرور مهارت‌ها و رفتارهای تربیتی متضاد، بررسی پیشرفت کودک، برنامه‌ریزی برای تداوم بیشتر بعد از پایان درمان، کمک به تشخیص علائم هشدار دهنده عود.

روش اجرا

جهت اجرای پژوهش حاضر پس از این‌که افراد واجد شرایط با در نظر گرفتن ملاک‌های ورود و خروج انتخاب شدند، آزمون هوش ریون به‌منظور بررسی توانایی شناختی آزمودنی‌ها انجام شد. سپس جلسه هماهنگی و آموزش والدین، جهت انجام همکاری در ارزیابی‌های چندگانه (خط پایه، حین مداخله و پیگیری) مطابق با برنامه تنظیمی و نحوه تشکیل جلسات مداخله و تأیید فرم رضایت از همکاری انجام شد و به آنها درباره آزادی عدم مشارکت در پژوهش، اصول رازداری، محرمانه بودن هویتشان و اطلاعات پرسشنامه اطمینان داده شد. برای تعیین خط پایه، مادران کودکان مورد بررسی، پرسشنامه‌های پژوهشی را ۳ مرتبه در مرحله خط پایه به فاصله زمانی ۷ روز، ۶ مرتبه در مرحله مداخله به فاصله ۳ جلسه یک‌بار و ۲ مرتبه در مرحله پیگیری به فاصله زمانی ۲ ماه تکمیل کردند. جلسات درمانی، ۱۵ جلسه هفتگی مطابق با پروتکل یکپارچه درمان فراتشخیصی برای اختلال‌های هیجانی کودکان (Ehrenreich-May et al., 2017) به‌صورت جلسات انفرادی و به شیوه آموزش، بازی و انجام تکنیک‌های مربوط، انجام تکالیف خانگی و آموزش مادران اجرا شد (لازم به ذکر است که جهت اجرای هرچه کارآمدتر پروتکل درمانی، محتوای هر جلسه درمانی توسط پژوهشگر و یکی از اساتید راهنما مورد بازخوانی، بررسی و اجرای آزمایشی قرار می‌گرفت). روش اجرای برنامه در قالب جلسات هفتگی بود که به مدت ۱۲۰ دقیقه در هفته توسط پژوهشگر و همراهی یکی از اساتید راهنما برگزار شد. بین جلسات حضوری، ارتباط بین والدین و درمانگر به کمک نرم‌افزار whats App برقرار بود و تمرین‌های خانگی و سؤالات والدین بررسی می‌شد. به این ترتیب که پس از تشکیل یک گروه واتس‌آپ برای والدین، هرروزه در ساعت مشخصی همه اعضا به بحث در مورد مسائل مطرح‌شده در جلسات حضوری و تکالیف خانگی می‌پرداختند و والدین می‌توانستند با چت خصوصی با درمانگر خود در ارتباط باشند. درمانگر از این طریق روند بهبود و تغییر بیماران را به‌صورت مستمر بررسی می‌کرد.

جهت تجزیه و تحلیل داده‌های مربوط به آزمودنی‌ها در سه دوره پیش از درمان (خط پایه)، مداخله و دو دوره پیگیری علاوه بر استفاده از آمار توصیفی، از ترسیم دیداری (visual inspection)، شاخص تغییر پایا (reliable change index) و معنی‌داری بالینی (Clinical significance) نیز استفاده شد.

یافته‌ها

نمودارهای ۱، ۲ و ۳، روند تغییر نمرات زیرمقیاس‌های تنظیم هیجان و مقیاس تحریک‌پذیری عاطفی را طی دوره‌های خط پایه، درمان و پیگیری بر اساس آزمودنی‌های مورد بررسی نشان می‌دهد.

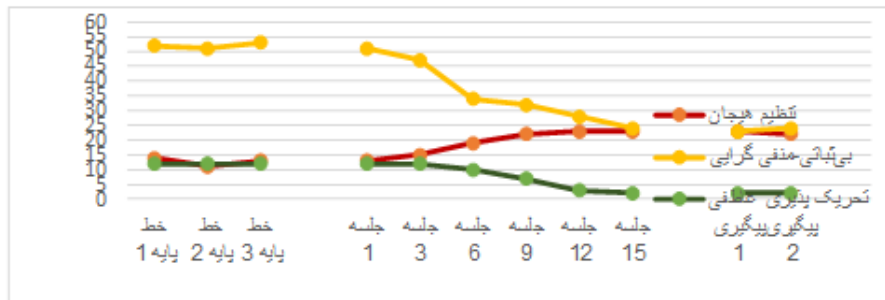


Chart 1. The change process of the first subject's scores in the subscales of Emotion Regulation Checklist and The affective reactivity index

نمودار ۱، عملکرد آزمودنی اول پژوهش در مراحل خط پایه، مداخله و پیگیری را نشان می‌دهد. داده‌های به‌دست‌آمده از آزمودنی اول نشانگر ثبات نتایج خط پایه در زیرمقیاس‌های تنظیم هیجان و مقیاس تحریک‌پذیری عاطفی است. همچنین نمایش روند تغییرات، نشان‌دهنده روند مناسب مراحل مداخله و پیگیری نسبت به خط پایه است. بر اساس نمودار ۱، کارایی نسبی درمان یکپارچه فراتشخیصی در بهبود خودتنظیمی هیجان و علائم اختلال بی‌نظمی خلق اخلاص‌گر قابل مشاهده است و نتایج، نشانگر مؤثر بودن این برنامه درمانی است.

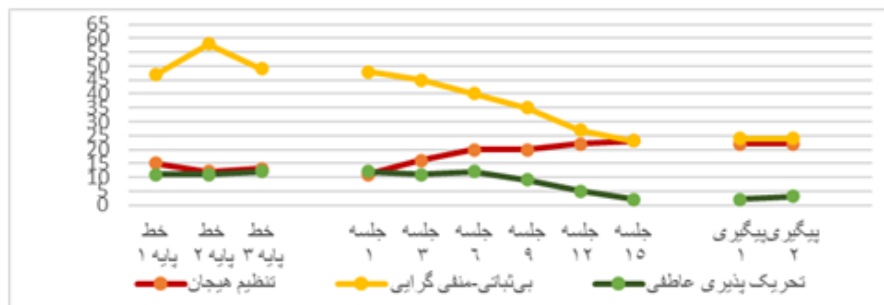


Chart 2. The change process of the second subject's scores in the subscales of Emotion Regulation Checklist and The affective reactivity index

تحلیل دیداری نمودار خطی نمرات آزمودنی دوم در زیرمقیاس‌های تنظیم هیجان و مقیاس تحریک‌پذیری عاطفی در نمودار ۲ آورده شده است. بر این اساس، تغییرپذیری در مرحله خط پایه وجود نداشت و نمایش نمرات نشان می‌دهد که میانگین و سطح نمرات زیر مقیاس بی‌ثباتی-منفی‌گرایی و مقیاس تحریک‌پذیری عاطفی نزولی و در زیرمقیاس تنظیم هیجان صعودی بوده است. در مجموع نمودار ترسیم شده از عملکرد آزمودنی دوم، کارایی نسبی برنامه درمان یکپارچه فراتشخیصی را در بهبود تنظیم هیجان و علائم اختلال بی‌نظمی خلق اخلاص‌گر و استمرار آن در مرحله پیگیری را نشان می‌دهد.

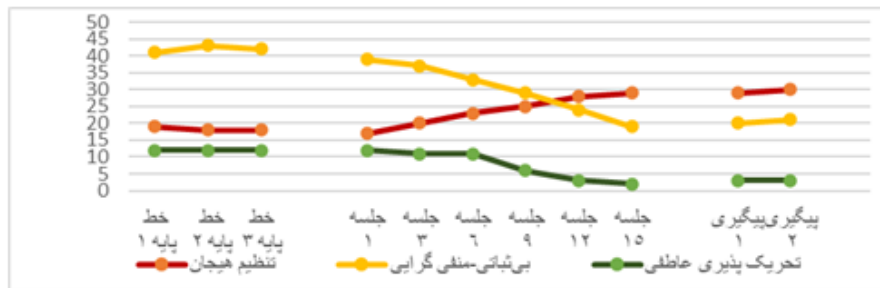


Chart 3. The change process of the third subject's scores in the subscales of Emotion Regulation Checklist and The affective reactivity index

همان‌طور که در نمودار ۳ ملاحظه می‌شود، روند تغییرات برای سوم مورد مطالعه در مرحله مداخله و پیگیری نشانگر مؤثر بودن درمان یکپارچه فراتشخیصی بر راهبردهای تنظیم هیجانی و علائم اختلال بی‌نظمی خلق اخلاص‌گر است. به عبارتی، روند تغییر داده‌ها در موقعیت مداخله و پیگیری نسبت به موقعیت خط پایه نشان‌دهنده افزایش تنظیم هیجان و کاهش بی‌ثباتی-منفی‌گرایی و تحریک‌پذیری عاطفی است. این روند نشانگر تأثیر مداخله و بهبود عملکرد آزمودنی سوم است.

با توجه به جدول ۲ و نمایش نمودارهای ۱، ۲ و ۳ می‌توان استنباط نمود که نمرات هر ۳ آزمودنی بعد از دریافت درمان یکپارچه فراتشخیصی در زیرمقیاس‌های تنظیم هیجان، بهبود پیدا کرده است و روند بهبود تغییرات در مرحله پیگیری نیز مشهود است. بر اساس نتایج جدول درصد بهبودی پس از انجام مداخله در زیرمقیاس تنظیم هیجان برای این سه آزمودنی به ترتیب (۸۱/۶، ۷۲/۵، ۵۸/۲ درصد) با درصد بهبودی کلی (۷۰/۷ درصد) و در زیرمقیاس

Table 2.

Middle, mean, stability envelope, trend, reliable change index, recovery percentage baseline, intervention, and follow-up of the studied subjects in emotion regulation

Step	Statistical indicators	Emotion regulation			Instability-Negativity		
Baseline	Subject	1	2	3	1	2	3
	Number of sessions	3	3	3	3	3	3
	Middle	13	13	18	52	48	42
	Mean	12.66	13.33	18.33	52	48	42
	Trend direction	Same level	Same level	Same level	Same level	Same level	Same level
Intervention	Number of sessions	6	6	6	6	6	6
	Middle	20.5	20	24	33	37.5	31
	Mean	19.16	18.66	23.66	35.83	36.33	30.16
	variation range	13-23	11-23	17-29	51-24	48-23	39-19
	Stability Envelope	15.3-25.6	15-25	18-30	41.2-24.7	46.8-28.1	38.7-23.2
	Trend direction	Ascending	Ascending	Ascending	Descending	Descending	Descending
	Reliable change index	3.5	4.9	5.4	9.7	8.6	7.9
	Recovery percentage	%81.6	%72.5	%58.2	%83.8	%52	%54.7
	Percentage of the total recovery		%70.7			%53.5	
Follow- up	Number of sessions	2	2	2	2	2	2
	Middle	22.5	22	29.5	23.5	24	20.5
	Mean	22.5	22	29.5	23.5	24	20.5
	variation range	22-23	22-22	29-30	23-24	24-24	20-21
	Stability Envelope	17-28	16.5-27.5	22.13-36.8	29.5-17.5	18-30	25.6-15.3
	Reliable change index	5	4.4	5.6	9.8	8.3	7.4
	Recovery percentage	%77.7	%65	%60.9	%54.8	%50	%51.1
	Percentage of the total recovery		%67.8			%51.9	

بی‌ثباتی-منفی‌گرایی (۵۳/۸، ۵۲، ۵۴/۷ درصد) با درصد بهبودی کلی (۵۳/۵ درصد) به دست آمد. همچنین مقادیر درصد بهبودی پس از پیگیری در زیرمقیاس تنظیم هیجان برای آزمودنی‌های اول، دوم و سوم به ترتیب (۷۷/۷، ۶۵، ۶۰/۹ درصد) با درصد بهبودی کلی (۶۷/۸ درصد) و در زیرمقیاس بی‌ثباتی-منفی‌گرایی (۵۴/۸، ۵۰، ۵۱/۱ درصد) با درصد بهبودی کلی (۵۱/۹ درصد) به دست آمد. که بر اساس طبقه‌بندی (Blanchard and Schwarz, 1988)، میزان اثربخشی درمان یکپارچه فراتشخیصی هم در مرحله مداخله و هم در مرحله پیگیری در طبقه درمان موفق (بالاتر از ۵۰ درصد) قرار می‌گیرد.

مقدار شاخص پایا در مرحله مداخله در زیرمقیاس تنظیم هیجان برای هر سه آزمودنی به ترتیب (۳/۵، ۴/۹ و ۵/۴) و در زیرمقیاس بی‌ثباتی-منفی‌گرایی (۹/۷، ۸/۶ و ۷/۹) به دست آمد. این مقادیر در مرحله پیگیری به ترتیب برای زیرمقیاس تنظیم هیجان (۵، ۴/۴ و ۵/۶) و در زیرمقیاس بی‌ثباتی-منفی‌گرایی (۹/۸، ۸/۳ و ۷/۴) است. که با توجه به مقدار Z ، همه مقادیر در سطح آماری ($p < 0.05$) معنی‌دار است. به عبارت دیگر، مقدار شاخص پایا در همه آزمودنی‌ها از ۱/۹۶ بالاتر است و این امر دلالت بر این دارد که بین میانگین زیرمقیاس‌های تنظیم هیجان، قبل و بعد از مداخله اختلاف معنی‌داری وجود دارد، بنابراین با توجه به نتایج به دست آمده می‌توان گفت فرضیه در نظر گرفته شده مبنی بر اینکه درمان یکپارچه فراتشخیصی موجب بهبود تنظیم هیجان در کودکان دچار اختلال بی‌نظمی خلق اختلال‌گر می‌شود، تأیید شد.

با توجه به جدول ۳ و نمایش نمودارهای ۱، ۲ و ۳ می‌توان استنباط نمود که نمرات هر ۳ آزمودنی بعد از انجام درمان یکپارچه فراتشخیصی در مقیاس تحریک‌پذیری عاطفی کاهش پیدا کردند و تغییرات حاصله در مرحله پیگیری نیز مشهود است. درصد بهبودی پس از انجام مداخله در مقیاس تحریک‌پذیری عاطفی برای این سه آزمودنی به ترتیب (۸۳/۳، ۸۲/۳، ۸۳/۳ درصد) با درصد بهبودی کلی (۸۲/۹ درصد) به دست آمد. همچنین مقادیر درصد بهبودی پس از پیگیری برای آزمودنی‌های اول، دوم و سوم به ترتیب (۸۳/۳، ۷۷/۹، ۷۵ درصد) با درصد بهبودی کلی (۷۸/۸ درصد) به دست آمد که بر اساس طبقه‌بندی (Blanchard and Schwarz, 1988)، میزان اثربخشی درمان یکپارچه فراتشخیصی هم در مرحله مداخله و هم در مرحله پیگیری در طبقه درمان موفق (بالاتر از ۵۰ درصد) قرار می‌گیرد.

Table 3.

Middle, mean, stability envelope, trend, reliable change index, recovery percentage baseline, intervention, and follow-up of the studied subjects in the affective reactivity.

Step	Statistical indicators	Affective Reactivity		
Baseline	Subject	1	2	3
	Number of sessions	3	3	3
	Middle	12	11	12
	Mean	12	11.3	12
	Trend direction	Same level	Same level	Same level
Intervention	Number of sessions	6	6	6
	Middle	8.5	10.5	8.5
	Mean	7.6	8.5	7.5
	variation range	12-2	12-2	12-2
	Stability Envelope	6.3-10.6	7.9-13.1	6.3-10.6
	Trend direction	Ascending	Ascending	Ascending
	Reliable change index	13.5	12.6	13.5
	Recovery percentage	%83.3	%82.3	%83.3
Percentage of the total recovery		%82.9		
Follow-up	Number of sessions	2	2	2
	Middle	2	2.5	3
	Mean	2	2.5	3
	variation range	2-2	2-3	3-3
	Stability Envelope	1.5-2.5	1.9-3.1	2.25-3.75
	Reliable change index	13.5	11.9	12.1
	Recovery percentage	%83.3	%77.9	%75
	Percentage of the total recovery		%78.7	

مقدار شاخص پایا در مرحله مداخله در مقیاس تحریک‌پذیری عاطفی برای هر سه آزمودنی به ترتیب (۱۳/۵، ۱۲/۶ و ۱۳/۵) و در مرحله پیگیری نیز به ترتیب (۱۳/۵، ۱۱/۹ و ۱۲/۱) است. که با توجه به مقدار Z ، همه مقادیر در سطح آماری ($p < 0.05$) معنی‌دار است. به عبارت دیگر، مقدار شاخص پایا در همه آزمودنی‌ها از ۱/۹۶ بالاتر است و این امر دلالت بر این دارد که بین میانگین مقیاس تحریک‌پذیری عاطفی، قبل و بعد از مداخله اختلاف معنی‌داری وجود دارد، بنابراین با توجه به نتایج به دست آمده می‌توان گفت فرضیه در نظر گرفته شده مبنی بر این‌که درمان یکپارچه فراتشخیصی موجب کاهش نرخ علائم اختلال بی‌نظمی خلق اخلاص‌گر و بهبودی کودکان می‌شود، تأیید شد.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از انجام این پژوهش بررسی اثربخشی درمان یکپارچه فراتشخیصی بر تنظیم هیجان

و بهبود علائم اختلال بی‌نظمی خلق اخلاص‌گر در کودکان مبتلا به این اختلال بود. یافته‌های به‌دست‌آمده نشان داد که درمان یکپارچه فراتشخیصی باعث افزایش تنظیم هیجان، کاهش بی‌ثباتی-منفی‌گرایی هیجانی و نیز بهبود علائم اختلال بی‌نظمی خلق اخلاص‌گر در مرحله مداخله گردید. همچنین بر اساس نتایج، تغییرات آماری و بالینی در گذر از دوره درمان به دوره پیگیری اول (۲ماهه) و دوم (۴ماهه) تداوم یافته است؛ بنابراین، این یافته با حمایت از درمان یکپارچه فراتشخیصی اختلالات هیجانی، اثربخشی این درمان را بر بهبود تنظیم هیجان و علائم اختلال بی‌نظمی خلق اخلاص‌گر، تصریح کرد.

یافته اول پژوهش حاضر حاکی از اثربخشی درمان یکپارچه فراتشخیصی بر تنظیم هیجان کودکان دچار اختلال بی‌نظمی خلق اخلاص‌گر بود. این یافته با نتایج پژوهش‌های Loevaas et al. (2019) و (Osmani and Shokri, 2019) که معتقدند، درمان یکپارچه فراتشخیصی بر بهبود عاطفه مثبت و تنظیم هیجانی مؤثر است، همخوان می‌باشد. در تبیین یافته حاضر می‌توان گفت، با استناد به نظریه‌ها و مطالعات انجام شده، افراد دچار اختلال، برای تنظیم هیجان خود از دو راهکار معیوب استفاده می‌کنند: اجتناب از تجربه کنونی و درگیری بیش از حد با تجربه. در هر دو حالت، نقش افزایش توجه متمرکز بر برانگیختگی‌های درونی و کاهش توجه به واقعیت محیط بیرونی، مختل شدن واقعیت‌سنجی و اجتناب از موقعیت‌های تهدیدآمیز، مشهود است. مسئله دیگر این‌که، امروزه این اجماع علمی وجود دارد که مهارت مدیریت هیجانی، به کودکان اجازه می‌دهد تا تکانه‌های نامناسب را مهار کنند، رفتار خود را به‌صورت سازنده هدایت کنند و بتوانند مشکلات هیجانی خود را کنترل کنند. با توجه به مطالب گفته شده، می‌توان گفت این درمان با طراحی فعالیت‌هایی که تأثیر مستقیم بر مشکلات هیجانی و با مؤلفه‌های شناختی، رفتاری و باورهای انگیزشی و تعامل آنها با یکدیگر (Martin et al., 2018)، توانسته است مطابق با پیش‌بینی پژوهش، موجب تنظیم هیجان، کاهش بی‌ثباتی-منفی‌گرایی هیجانی در کودکان مورد بررسی شود. به عبارتی؛ در طی درمان یکپارچه فراتشخیصی، کودکان مبتلا به اختلال بی‌نظمی خلق اخلاص‌گر یاد گرفتند تا فهم بهتری از تجربه‌های هیجانی خود شامل برانگیزاننده هیجان‌ها و پیامدهای رفتارهای هیجانی کسب کنند و به‌جای بازداری یا کنترل هیجان‌های منفی به درک ماهیت انطباقی هیجان‌ها و افزایش آگاهی هیجانی با استفاده از تکنیک‌های ذهن‌آگاهی بپردازند. همچنین به کودکان و والدین آنها آموزش داده شد تا همه عواطف مثبت و منفی را بشناسند، برای آنها اسم بگذارند، راجع به آنها فکر کنند،

صحبت کنند، از هیجان‌ات خویش آگاهی یابند، دریابند هیجان‌ات امری طبیعی و عادی هستند، نحوه روبه‌رو شدن با هیجان‌ات و مدیریت آنها را یاد گرفتند و توانستند در موقعیت‌های مختلف با تعامل کارآمد با مادر خود انواع هیجان‌ات خود را تنظیم کنند. آگاهی و تحمل احساس‌های جسمی در طی مواجهه درون‌زا را کسب کردند. همه این مهارت‌ها با اصلاح عادات تنظیم هیجانی، منجر به کاهش شدت دشواری در تنظیم هیجان می‌شود. در مجموع آموزش، مواجهه و استفاده از راهبردهای مختلف آشنایی با تجارب هیجانی، سبب می‌شود تا فرایندهای تنظیم هیجان کودکان دارای اختلال بی‌نظمی خلق اخلاک‌گر دچار تغییر و بهبود گردد.

یافته دوم پژوهش حاضر حاکی از اثربخشی درمان یکپارچه فراتشخیصی بر بهبود علائم اختلال بی‌نظمی خلق اخلاک‌گر بود. در بررسی ادبیات پژوهش، پژوهش‌های مشابهی که به بررسی اثربخشی این شیوه درمانی بر بهبود علائم کودکان دچار اختلال بی‌نظمی خلق اخلاک‌گر پرداخته باشند، یافت نشد. لذا مقایسه نتایج این بخش از پژوهش با نتایج پژوهش‌های دیگر مقدور نگردید. در تبیین یافته حاضر می‌توان گفت که یکی از دلایل اثربخشی درمان فراتشخیصی این است که این درمان آشکارا در سطح شناختی (سبک پردازش عینی) اتفاق می‌افتد. زیرا به‌جای تأکید بر چگونگی شکل‌گیری فراشناخت‌واره‌ها و آزمودن آنها، بر واقعیت‌آزمایی شناخت‌واره‌های متداول متمرکز می‌شود. رویکرد درمانی یکپارچه فراتشخیصی عمدتاً شامل بازسازی مجدد واقعه از طریق واقعیت‌آزمایی برخی از باورهای تحریف‌شده افراد درباره خود و تهدیدآمیز بودن دنیای پیرامون است. این رویکرد، نمونه‌ای از کار در سطح شناختی به شمار می‌رود (Kennedy et al., 2020). درمان یکپارچه فراتشخیصی با تغییر نگرش، تفکر منعطف و توانایی دوباره فکر کردن و تفکر کارآگاهی در زمینه پرخاشگری و تحریک‌پذیری، باعث می‌شود که افراد تکانشی به حوادث پاسخ ندهند و میزان تحریک‌پذیری، پرخاشگری و رفتارهای تکانشی آزمودنی‌ها که جزء علائم محوری اختلال بی‌نظمی خلق اخلاک‌گر است، به میزان قابل‌توجهی کاهش پیدا می‌کند و بهبود اختلال را هم در مرحله مداخله درمانی و هم در مراحل پیگیری به دنبال داشته باشد. از سوی دیگر، تکنیک‌های این پروتکل درمانی همچون راهبردهای ارزیابی شناختی، خودکنترلی، مواجهه هیجان ذهنی و واقعی، آگاهی و کنترل احساس‌های بدنی، پیشگیری و مدیریت پاسخ‌های هیجانی نامطلوب، تکنیک‌هایی هستند که در مطالعات قبلی، با نتایج خوبی همراه بوده و سهم قابل‌توجهی در

کاهش نشانه‌های مشکلات رفتاری درونی‌سازی شده کودکان داشته است. آموزش‌ها و تمرین‌های انجام‌شده در این پروتکل درمانی، توجه را به سمت تمرکز روی محرک هدایت کرده و از فرایندهای مختلف مثل تنفس به‌عنوان لنگری برای ماندن در لحظه اکنون استفاده می‌کند. این پروتکل درمانی اغلب تمرین‌هایی را آموزش و تسهیل می‌کند که باعث افزایش آگاهی از افکار، هیجان‌ها و حس‌های بدنی و مشاهده تغییرات این سه (افکار، هیجان‌ها و حس‌های بدنی) با گذشت زمان می‌شود. تمرین‌هایی مانند تجسم هدایت‌شونده در آن وجود دارد که سبب تقویت نگرش توأم با همدلی و مهربانی برای خود و دیگران می‌شود و با تدارک طیف وسیع و متنوع تمرین‌های درمان فراتشخیصی و استفاده از همراهی والدین و آموزش آنها، کمک شایانی به توانایی‌های خود نظارتی و خودکنترلی می‌کند؛ لذا هیجان‌های بروزیافته، انطباق و تناسب بیشتری با محرک برانگیزاننده آن پیدا می‌کند. این توانایی‌ها می‌تواند نشانه‌های مرکزی اختلال بی‌نظمی خلق‌اخلال‌گر را مورد هدف قرار داده و کودک با تمرین مستمر به‌ویژه با همراهی والدین، بهره‌گیری از همکاری، مساعدت و دریافت بازخوردهای مناسب، آن‌ها را درونی‌سازی کرده و منجر به بهبود علائم اختلال بی‌نظمی خلق‌اخلال‌گر شود.

در مجموع یافته‌های پژوهش مبنی بر بهبود نمرات زیرمقیاس‌های مختلف تنظیم هیجان و علائم اختلال بی‌نظمی خلق‌اخلال‌گر نشان داد که پروتکل یکپارچه فراتشخیصی توانسته است مطابق با منطق پدیدآیی‌اش و همسو با ادعای پدیدآورندگان آن مبنی بر آماج قرار دادن عوامل فراتشخیصی و مشترک، تغییر معنی‌دار بالینی و آماری در علائم اختلال و تنظیم هیجان ایجاد کند. در مجموع، مطالعه فعلی جزء اولین مواردی بود که به‌طور منظم درمان یکپارچه فراتشخیصی را به‌عنوان یک مداخله در بهبود تنظیم هیجان و علائم اختلال بی‌نظمی خلق‌اخلال‌گر ارزیابی کرد. این بررسی اطمینان حاصل می‌کند که درمان یکپارچه فراتشخیصی یک پروتکل کارآمد، باارزش و باثبات در طول زمان است. بر اساس نتایج این پژوهش درمان یکپارچه فراتشخیصی با بسته آموزشی حاضر سبب می‌شود تا در مدت زمانی کوتاه و با صرف هزینه کم، کودک توانایی بیشتری برای خودتنظیمی هیجان و کاهش علائم اختلال بی‌نظمی خلق‌اخلال‌گر به دست آورد و افزون بر این سبب می‌شود که کودک توانایی بیشتری برای کنترل رفتارها، تفکرات و هیجان‌ها داشته باشد و راهبردهای بهتری را مورد استفاده قرار دهد. درحالی‌که به نظر می‌رسد همچنان پژوهش‌های بیشتری مورد نیاز است.

پژوهش حاضر در زمره پژوهش‌های تک آزمودنی است و اگرچه این پژوهش‌ها روشی خلاقانه برای بررسی اثربخشی درمان‌های جدید است، اما برای افزایش تعمیم یافته‌ها و بررسی بیشتر اثربخشی درمان یکپارچه فراتشخیصی، پیشنهاد اجرای این پژوهش در چارچوب طرح‌های آزمایشی با گروه گواه داده می‌شود.

سهم مشارکت نویسندگان: در پژوهش حاضر، شیرین پولادی در گردآوری، تحلیل و تفسیر یافته‌ها، تدوین محتوا، تحلیل مطالب و نگارش مقاله را برعهده داشت. محمدمهدی حسن‌شاهی و محمد ربیعی به عنوان اساتید راهنما، نظارت بر روند کلی پژوهش، انتخاب رویکردها، نتیجه‌گیری و نهایی‌سازی اصلاحات مقاله را برعهده داشته‌اند. ناصر باقری به عنوان استاد مشاور، نظارت بر اجرای مداخله، مقایسه رویکردها و نتیجه‌گیری را برعهده داشته.

سپاسگزاری: نویسندگان مراتب تشکر خود را از تمامی همکاران و اساتید عزیز که در این تحقیق یاری کرده اند اعلام می‌دارند.

تضاد منافع: نویسندگان اذعان می‌کنند که در این مقاله هیچ نوع تعارض منافی وجود ندارد

منابع مالی: این مقاله از حمایت مالی برخوردار نبوده است.

References

- Barlow. D. H. (2000). Unraveling the mysteries of anxiety and its disorders from the perspective of emotion theory. *American Psychologist*, 55(11), 1247- 1263. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.55.11.1247>
- Barlow. D. H., Farchione. T. J., Bullis, J. R., Gallagher. M. W., Murray-Latin. H., Sauer-Zavala. S., ... & Cassiello-Robbins. C. (2017). The unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders compared with diagnosis-specific protocols for anxiety disorders: A randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry*, 74(9), 875-884 <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2017.2164.gf>

- Benarous. X., Renaud. J., Breton. J. J., Cohen. D., Labelle. R., & Guilé. J. M. (2020). Are youths with disruptive mood dysregulation disorder different from youths with major depressive disorder or persistent depressive disorder? *Journal of Affective Disorders*, 265, 207-215. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.01.020>
- Blanchard. E. B., & Schwarz. S. P. (1988). Clinically significant changes in behavioral medicine. *Behavioral Assessment*, 10(2), 171-188. <https://psycnet.apa.org/record/1989-19665-001>.
- Bruno. A., Celebre. L., Torre. G., Pandolfo. G., Mento. C., Cedro. C., ... & Muscatello. M. R. A. (2019). Focus on Disruptive Mood Dysregulation Disorder: A review of the literature. *Psychiatry Research*, 279, 323-330. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2019.05.043>
- Caprara, G. V., Barbaranelli, C., & Zimbardo, P. G. (1996). Understanding the complexity of human aggression: Affective, cognitive, and social dimensions of individual differences in propensity toward aggression. *European Journal of Personality*, 10(2), 133-155. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1099-0984\(199606\)10:2<133::AID-PER252>3.0.CO;2-E](https://doi.org/10.1002/(SICI)1099-0984(199606)10:2<133::AID-PER252>3.0.CO;2-E)
- Cassielo-Robbins. C., Southward. M. W., Tirpak. J. W., & Sauer-Zavala. S. (2020). A systematic review of Unified Protocol applications with adult populations: Facilitating widespread dissemination via adaptability. *Clinical Psychology Review*, 78, 101852. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2020.101852>
- Cho. Y., Nam. S., Seo. W., & Kim. H. (2023). Effects of a Unified Transdiagnostic Treatment for University Students with Emotional Disorders. *Cognitive Behavior Therapy in Korea*, 23(1), 123-152. <https://doi.org/10.33703/cbtk.2023.23.1.123>
- Copeland. W. E., Angold. A., Costello. E. J., & Egger. H. (2013). Prevalence, comorbidity, and correlates of DSM-5 proposed disruptive mood dysregulation disorder. *American Journal of Psychiatry*, 170(2), 173-179. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2012.12010132>
- Döpfner. M., Katzmann. J., Hanisch. C., Feiert. J. M., Kölch. M., Ritschel. A., ... & Görtz-Dorten. A. (2019). Affective dysregulation in childhood: optimizing prevention and treatment: protocol of three randomized controlled trials in the ADOPT study. *BMC Psychiatry*, 19(264), 1-20. <https://doi.org/10.1186/s12888-019-2239-8>.
- Ehrenreich-May. J., & Bilek. E. L. (2011). Universal prevention of anxiety and depression in a recreational camp setting: An initial open trial. *Child & Youth Care Forum*, 40(6), 435-455. <https://doi.org/10.1007/s10566-011-9148-4>
- Ehrenreich-May. J., & Bilek. E. L. (2012). The development of a transdiagnostic, cognitive behavioral group intervention for childhood anxiety disorders and co-occurring depression symptoms. *Cognitive and Behavioral Practice*, 19(1), 41-55. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2011.02.003>.

- Fida, R., Paciello, M., Barbaranelli, C., Tramontano, C., & Fontaine, R. G. (2012). The role of irritability in the relation between job stressors, emotional reactivity, and counterproductive work behavior. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 23(1), 31-47. <https://doi.org/10.1080/1359432X.2012.713550>.
- Fonseca-Pedrero, E., Pérez-Albéniz, A., Al-Halabí, S., Lucas- Molina, B., Ortuño-Sierra, J., Díez-Gómez, A., Pérez-Sáenz, J., Inchausti, F., Valero García, A.V., Gutiérrez García, A., Aritio Solana, R., Ródenas-Perea, G., De Vicente Clemente, M.P., Ciarreta López, A., & Debbané, M. (2023). PSICE Project Protocol: Evaluation of the Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment for Adolescents with Emotional Symptoms in School Settings. *Clinica y Salud*, 34(1), 15-22. <https://doi.org/10.5093/clysa2023a3>
- García-Escalera, J., Chorot, P., Valiente, R. M., Reales, J. M., & Sandín, B. (2016). Efficacy of transdiagnostic cognitive-behavioral therapy for anxiety and depression in adults, children and adolescents: A meta-analysis. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 21(3), 147-175. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.21.num.3.2016.17811>
- Hatchett, G. T. (2022). Treatment Planning Strategies for Youth With Disruptive Mood Dysregulation Disorder. *Professional Counselor*, 12(1), 36- 48. <https://doi.org/10.15241/gth.12.1.36>
- Hubbard, J. A., Dodge, K. A., Cillessen, A. H., Coie, J. D., & Schwartz, D. (2001). The dyadic nature of social information processing in boys' reactive and proactive aggression. *Journal of Personality and Social Psychology*, 80(2), 268-280. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.80.2.268>
- Jun, C. H. E. N., Zuowei, W. A. N. G., & Yiru, F. A. N. G. (2016). The history, diagnosis and treatment of disruptive mood dysregulation disorder. *Shanghai archives of psychiatry*, 28(5), 289. <https://doi.org/10.11919/j.issn.1002-0829.216071>
- Kennedy, S. M., Lanier, H., Salloum, A., Ehrenreich-May, J., & Storch, E. A. (2021). Development and implementation of a transdiagnostic, stepped-care approach to treating emotional disorders in children via telehealth. *Cognitive and Behavioral Practice*, 28(3), 350-363. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2020.06.001>
- Leibenluft, E., & Stoddard, J. (2013). The developmental psychopathology of irritability. *Development and Psychopathology*, 25(4), 1473-1487. <https://doi.org/10.1017/S0954579413000722>
- Linke, J., Kircanski, K., Brooks, J., Perhamus, G., Gold, A. L., & Brotman, M. A. (2020). Exposure-based cognitive-behavioral therapy for disruptive mood dysregulation disorder: An evidence-based case study. *Behavior Therapy*, 51(2), 320-333. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2019.05.007>
- Loevaas, M. E. S., Sund, A. M., Lydersen, S., Neumer, S. P., Martinsen, K., Holen, S., & Reinfjell, T. (2019). Does the transdiagnostic EMOTION

- intervention improve emotion regulation skills in children? *Journal of Child and Family Studies*, 28(3), 805-813. <https://doi.org/10.1007/s10826-018-01324-1>
- Mahmoudi, M., Borjali, A., Alizadeh, H., Ghobari-Bonab, B., Ekhtiari, H., & Akbari-Zardkhaneh, S. (2016). Emotion regulation in children with learning disorders and normal children. *Journal of Research in School and Virtual Learning*, 23(2), 33-46. <https://doi.org/20.1001.1.23456523.1395.4.13.6.2> [Persian]
- Martin, P., Murrav, L. K., Darnell, D., & Dorsev, S. (2018). Transdiagnostic treatment approaches for greater public health impact: Implementing principles of evidence based mental health interventions. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 25(4). <https://doi.org/10.1111/cpsp.12270>
- Miller, L., Hlastala, S. A., Mufson, L., Leibenluft, E., Yenokyan, G., & Riddle, M. (2018). Interpersonal psychotherapy for mood and behavior dysregulation: A pilot randomized trial. *Depression and Anxiety*, 35(6), 574-582. <https://doi.org/10.1002/da.22761>
- Mitchell, R. H., Timmins, V., Collins, J., Scavone, A., Iskric, A., & Goldstein, B. I. (2016). Prevalence and correlates of disruptive mood dysregulation disorder among adolescents with bipolar disorder. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 26(2), 147-153. <https://doi.org/10.1089/cap.2015.00>
- Molina, P., Sala, M. N., Zappulla, C., Bonfigliuoli, C., Cavioni, V., Zanetti, M. A., ... & Cicchetti, D. (2014). The Emotion Regulation Checklist—Italian translation. Validation of parent and teacher versions. *European Journal of Developmental Psychology*, 11(5), 624- 634. <https://doi.org/10.1080/17405629.2014.898581>
- Mürner-Lavanchv, I., Kaess, M., & Koenig, J. (2021). Diagnostic instruments for the assessment of disruptive mood dysregulation disorder: A systematic review of the literature. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 30(7), 1-23. <https://doi.org/10.1007/s00787-021-01840-4>
- Nargesi, F., Fathi-Ashtiani, A., Davoudi, I., & Ashrafi, E. (2019). The effect of unified transdiagnostic treatment on anxiety sensitivity, distress tolerance and obsessive-compulsive symptoms in individuals with obsessive-compulsive disorder. *Journal of Psychological Achievements*, 26(2), 49-66. <https://doi.org/10.22055/psy.2019.26369.2121> [Persian]
- Nasri, M., Ahadi, H., & Dortai, F. (2017). The effectiveness of transdiagnostic treatment on cognitive flexibility, emotion regulation and Hb factor in patients with type 2 diabetes. *Journal of Psychological Achievements*, 24(2), 81-100. <https://doi.org/10.22055/psy.2018.20969.1741> [Persian]
- Osmani, H., & Shokri, L. (2019). Effectiveness of unified trans-diagnostic treatment on emotion's cognitive regulation and cognitive empathy of students with externalized behavior disorder. *Journal of Empowering*

- Exceptional Children*, 10(1), 125-136. <https://doi.org/10.22034/CECIRANJ.2019.91938> [Persian]
- Perepletchikova, F., Nathanson, D., Axelrod, S. R., Merrill, C., Walker, A., Grossman, M., ... & Walkup, J. (2017). A randomized clinical trial of dialectical behavior therapy for preadolescent children with disruptive mood dysregulation disorder: Feasibility and outcomes. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 56(10), 832-840. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2017.07.789>
- Pourmaveddat, Kh., Neshat Doost, H. T., Kajbaf, M. B., & Talebi, H. (2021). Comparison of social information processing based on Crick & Dodge's social cognitive model in children with and without disruptive mood dysregulation disorder. *Journal of Advances in Cognitive Sciences*, 12(2), 41-50. <https://doi.org/10.30514/icss.23.2.3>. [Persian]
- Sabri, Y. (2022). Diagnosis of disruptive mood dysregulation disorder in offsprings of bipolar parents. *Middle East Current Psychiatry*, 29(20), 1-7. <https://doi.org/10.1186/s43045-022-00186-0>
- Sakiris, N., & Berle, D. (2019). A systematic review and meta-analysis of the Unified Protocol as a transdiagnostic emotion regulation-based intervention. *Clinical Psychology Review*, 72, 101751. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2019.101751>.
- Sanchis-Sanchis, A., Grau, M. D., Moliner, A. R., & Morales-Murillo, C. P. (2020). Effects of age and gender in emotion regulation of children and adolescents. *Frontiers in Psychology*, 11, 1-13. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.00946>.
- Sheybani, H., Mikaeili, M., & Narimani, M. (2020). The effectiveness of cognitive-behavioral therapy and emotion regulation training on irritability, depression, anxiety, and emotion regulation in adolescents with disruptive mood dysregulation disorder. *Journal of Clinical psychology*, 12(2), 41-50. <https://doi.org/10.22075/JCP.2020.19250.1778> [Persian]
- Shields, A., & Cicchetti, D. (1997). Emotion regulation among school-age children: The development and validation of a new criterion Q-sort scale. *Developmental Psychology*, 33, 906-916. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.33.6.906>.
- Stringaris, A., Goodman, R., Ferdinando, S., Razdan, V., Muhrer, E., Leibenluft, E., & Brotman, M. A. (2012). The Affective Reactivity Index: A concise irritability scale for clinical and research settings. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 53(11), 1109-1117. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2012.02561.x>
- Thompson R. A. (1991). Emotional regulation and emotional development. *Educational Psychology Review*, 3, 269-307. <https://doi.org/10.1007/BF01319934>

- Tudor. M. E., Ibrahim. K., Bertschinger. E., Piasecka. J., & Sukhodolsky. D. G. (2016). Cognitive-behavioral therapy for a 9-year-old girl with disruptive mood dysregulation disorder. *Clinical Case Studies, 15*(6), 459-475. <https://doi.org/10.1177/153465011666943>
- Vidal Ribas. P., Brotman. M. A., Salum. G. A., Kaiser. A., Meffert. L., Pine. D. S., ... & Stringaris. A. (2018). Deficits in emotion recognition are associated with depressive symptoms in youth with disruptive mood dysregulation disorder. *Depression and Anxiety, 35*(12), 1207-1217. <https://doi.org/10.1002/da.22810>
- Waxmonsky. J. G., Waschbusch. D., Babocsai. L., & Belin. P. (2017). Assessment and treatment of hostile attribution bias in children with disruptive mood dysregulation disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 56*(10), S246. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2017.09.267>

