



The Effectiveness of Unified Transdiagnostic Therapy in Alleviating Symptoms of Depression and Alexithymia Among of Adolescents with self-injury Behaviors

Aylar Kolahdouzipour¹ , Shokouh Gharouni^{*2} 

1. Ph.D. in Counseling, University lecturer, Faculty of Education and Humanities, Islamic Azad University of Tabriz Branch, Tabriz, Iran.
E-mail: aylar_kolahdoz@yahoo.com
2. M.Sc. graduate University, Department of Counseling, Faculty of Education & Psychology, Al-zahra University, Tehran, Iran.
E-mail: Shokouhgharouni@gmail.com

ARTICLE INFO

Article type:
Research Article

Article history:
Received: 24 Mars 2025
Received in revised form: 26 June 2025
Accepted: 26 June 2025
Published Online: 0 September 0

Keywords:
adolescents, alexithymia, depression, self-harm behaviors, unified transdiagnostic Treatment.

ABSTRACT

Introduction: The present study aimed to determine the effectiveness of the Unified Transdiagnostic Treatment on depressive symptoms and alexithymia in adolescents with self-injurious behaviors.

Method: This research employed a quasi-experimental design with a pretest-posttest control group. The population consisted of all female students in the first grade of secondary schools in District 3 of Tehran during the 2023-2024 academic year (approximately 14,500 individuals). A purposive sample of 30 students was selected and randomly assigned into experimental and control groups (15 participants each). Research instruments included the Kutcher Adolescent Depression Scale (KADS-II), the Toronto Alexithymia Scale (TAS-20), and the Inventory of Statements About Self-Injury (ISAS). The experimental group received 12 sessions of Unified Transdiagnostic Treatment based on Barlow et al. (2011), while the control group received no intervention. Data were analyzed using multivariate and univariate ANCOVA.

Findings: After controlling for pretest effects, there were significant differences between the experimental and control groups in depressive symptoms, alexithymia, and self-injurious behaviors (both intrapersonal and interpersonal) among adolescents ($P < 0.01$).

Conclusion: Unified Transdiagnostic Treatment can be an effective intervention for reducing depressive symptoms, alexithymia, and self-injurious behaviors in adolescents and may be utilized by clinicians and mental health professionals in psychological centers for individuals exhibiting self-injurious behaviors.

Citation: Kolahdouzipour, A. & Gharouni, S. (2026). The Effectiveness of Unified Transdiagnostic Therapy in Alleviating Symptoms of Depression and Alexithymia Among of Adolescents with self-injury Behaviors. *Clinical Psychology: Research and Practice Innovations*, 18(2), 1-19.

DOI: 10.22075/jcp.2025.36957.3134



© 2025 The Author(s): This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution (CC BY 4.0), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, As long as the original authors and sources are cited. No permission is required from the authors or the publishers

✉ **Corresponding Author:** M.Sc. graduate University, Department of Counseling, Faculty of Education & Psychology, Al-zahra University, Tehran, Iran.
E-mail: Shokouhgharouni@gmail.com, Tel: (+98) 09128704174

Extended Abstract

Introduction

Adolescence is a period marked by major cognitive, emotional, and social transitions—a phase that, despite its significance, is often considered one of the most challenging and turbulent stages of life. One of the serious and increasingly prevalent concerns during this stage is self-injurious behavior, which is associated with a range of psychological and social harms, including an elevated risk of suicide. Pathological investigations suggest that depression and alexithymia are two key intrapersonal factors contributing to the emergence of self-injurious behaviors in adolescents. Among adolescents who engage in self-harm, depression is often accompanied by persistent rumination, profound hopelessness, and impaired impulse control—a combination that increases the likelihood of using self-injury as a temporary coping strategy to relieve psychological distress. Alexithymia in these adolescents is frequently manifested as emotional confusion, affective silence, and the expression of unprocessed emotions through physical actions such as self-injury. Given the pivotal role of depression and alexithymia in the development and maintenance of self-injurious behaviors, there is a critical need for interventions that simultaneously address these intrapersonal variables. Since traditional therapeutic approaches often fall short of adequately addressing this complexity, the Unified Transdiagnostic Treatment—a novel and integrative approach focused on emotional regulation and shared cognitive-emotional components—may offer a more effective alternative in reducing self-harming behaviors. Accordingly, the present study aimed to investigate the effectiveness of Unified Transdiagnostic Treatment in reducing depressive symptoms and alexithymia among adolescents exhibiting self-injurious behaviors.

Method

This quasi-experimental study employed a pretest-posttest control group design. The statistical population included ninth-grade female students in middle schools located in District 3 of Tehran during the 2023–2024 academic year. Using purposive sampling and based on inclusion criteria, 30 participants were selected and randomly assigned to experimental and control groups (15 in each). After randomly selecting six schools, 135 students with a history of self-injury were identified, and the following instruments were administered: the Inventory of Statements About Self-Injury (ISAS), the Kutcher Adolescent Depression Scale (KADS-II), and the Toronto Alexithymia Scale (TAS-20). Following scoring and initial screening, 44 students with high scores on all three measures were invited to participate in a structured interview. Fourteen individuals were excluded based on exclusion criteria (e.g., psychiatric medication use, diagnosis of severe mental disorders, or lack of parental consent), and the final sample included 30 eligible participants. Inclusion criteria were: age 16–17, a history of self-injury, high scores on depression and alexithymia scales, and no use of psychiatric medications or substances. Exclusion criteria included missing more than two intervention sessions and lack of cooperation. The experimental group received 12 weekly sessions (70 minutes each) of Unified Transdiagnostic Treatment, while the control group received no intervention. Data were analyzed using SPSS version 26 with appropriate statistical tests. Informed consent was obtained from both students and their parents, and ethical considerations such as confidentiality and voluntary participation were fully observed.

Findings

In total, 30 adolescents with self-injurious behavior were randomly assigned to experimental and control groups (15 per

group). The mean age in the experimental group was 16.34 (SD = 1.15) and in the control group 16.62 (SD = 1.72).

Posttest results indicated that depressive symptoms, alexithymia, and self-injurious behaviors (intrapersonal and interpersonal) decreased in the experimental group following the intervention, while no such change was observed in the control group.

Prior to conducting the main analyses, the assumptions of ANCOVA—including normality of data distribution, homogeneity of variances, and homogeneity of regression slopes—were tested and confirmed. Subsequently, univariate ANCOVA was used to examine the effectiveness of the Unified Transdiagnostic Treatment. A summary of the results is presented in the corresponding table.

Table 1. ANCOVA Results for Posttest Scores of Depression, Alexithymia, and Intrapersonal/Interpersonal Self-Injurious Behaviors in Experimental and Control Groups (Pretest Scores Controlled)

Variable	Source	Sum of Squares	df	Mean Square	F	p-value	Effect Size (η^2)
Depression	Group	474.894	1	474.894	163.737	< .0001	0.858
	Error	78.31	27	2.9			
Alexithymia	Group	313.738	1	313.738	62.605	< .0001	0.699
	Error	135.307	27	5.011			
Intrapersonal Self-Injury	Group	517.798	1	517.798	118.814	< .0001	0.815
	Error	117.668	27	4.358			
Interpersonal Self-Injury	Group	790.334	1	790.334	209.010	< .0001	0.886
	Error	102.096	27	3.781			

As shown in the table, after controlling for pretest scores, the mean posttest scores for depression, alexithymia, and both intrapersonal and interpersonal self-injurious behaviors were significantly lower in the experimental group compared to the control group. The Unified Transdiagnostic Treatment led to a substantial reduction in these symptoms, with large effect sizes across all variables, whereas no significant changes were observed in the control group.

Discussion and Conclusion

This study investigated the effectiveness of Unified Transdiagnostic Treatment (UTT) in reducing symptoms of depression, alexithymia, and self-injurious behaviors in adolescents. The results demonstrated that UTT, by focusing on the modification of dysfunctional emotion regulation patterns and teaching coping skills, led to a significant reduction in these symptoms in the experimental group compared to the control group. Unlike many previous studies that have mainly focused on adults or adolescents with specific psychiatric disorders, this research specifically addressed adolescents with self-

injurious behaviors and showed that UTT can also be effective for this population. The Unified Transdiagnostic approach targets underlying mechanisms of mood and emotional disorders—particularly maladaptive emotion regulation—rather than focusing solely on disorder-specific symptoms. This therapy helps adolescents move away from maladaptive strategies such as avoidance, suppression, or denial of unpleasant emotions, and instead, fosters emotional awareness, acceptance, and adaptive coping. The intervention incorporates skills such as cognitive restructuring, emotional exposure, and mindfulness to help adolescents better understand the relationship between thoughts, emotions, and behaviors, recognize and manage unpleasant emotions, and gradually build emotional resilience. Moreover, the treatment teaches adolescents that emotional experiences are transient and manageable, and that impulsive or self-injurious behaviors are emotional reactions that can diminish through improved emotion regulation. Ultimately, this approach reduces symptoms of depression, alexithymia, and self-injurious behaviors in adolescents,

thereby enhancing their emotional well-being and social adjustment.

Ethical Considerations

- **Ethics Code:** This study was conducted in accordance with ethical research principles, including obtaining informed consent from participants, maintaining confidentiality, and ensuring participants' right to withdraw at any time without penalty.
- **Funding:** This research received no external funding.

- **Authors' Contributions:**

- **A.K.:** Methodology, intervention implementation, manuscript editing.
- **Sh. Gh.:** Data collection, intervention implementation, statistical analysis, manuscript writing.
- **Conflict of Interest:** The authors declare no conflict of interest related to this study.
- **Acknowledgements:** The authors express their sincere gratitude to all participants for their patience and cooperation throughout the study.



روانشناسی بالینی: نوآوری‌ها در پژوهش و عمل

شاپا چاپی: 2008-501X شاپا الکترونیکی: 2228-5180

Homepage: <https://jcp.semnan.ac.ir>



اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه بر نشانگان افسردگی و ناگویی هیجانی نوجوانان دارای رفتارهای خودآسیب‌رسان

آیلار کلاه‌دوزی پور^۱ و شکوه قارونی^{۲*}

۱. دکتری مشاوره، مدرس دانشگاه، دانشکده علوم انسانی و تربیتی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تبریز، تبریز، ایران. ایمیل: aylar_kolahdoz@yahoo.com
 ۲. کارشناسی ارشد، گروه مشاوره، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه الزهراء، تهران، ایران. ایمیل: Shokouhgharooni@gmail.com

مشخصات مقاله	چکیده
نوع مقاله: پژوهشی تاریخچه مقاله: دریافت: ۱۴۰۴/۰۱/۰۴ بازنگری: ۱۴۰۴/۰۴/۰۵ پذیرش: ۱۴۰۴/۰۴/۰۵ انتشار برخط: ۱۴۰۴/۰۷/۰۱ کلیدواژه‌ها: افسردگی، درمان فراتشخیصی یکپارچه، رفتارهای خودآسیب‌رسان، ناگویی هیجانی، نوجوانان.	مقدمه: پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه بر نشانگان افسردگی و ناگویی هیجانی نوجوانان دارای رفتارهای خودآسیب‌رسان انجام شد. روش: روش پژوهش، نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعه آماری شامل تمامی دانش‌آموزان دختر دوره متوسطه اول منطقه ۳ شهر تهران در سال تحصیلی ۱۴۰۲-۱۴۰۳ بود (۱۴/۵۰۰ نفر)؛ نمونه مورد نظر نیز شامل ۳۰ نفر بصورت هدفمند بعنوان نمونه انتخاب و به‌طور تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه (هر گروه ۱۵ نفر) قرار گرفتند. ابزار پژوهش شامل مقیاس‌های افسردگی نوجوانان کوئچر (KADS-II) ناگویی هیجانی تورنتو (TAS-20)، و فهرست اظهارات مربوط به خودآسیبی (ISAS) بود. اعضای گروه آزمایش طی ۱۲ جلسه تحت مداخله‌ی درمان فراتشخیصی یکپارچه بارلو و همکاران (۲۰۱۱) قرار گرفتند. گروه گواه مداخله‌ای دریافت نکردند. تحلیل داده‌ها با آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیری و تک متغیره انجام شد. یافته‌ها: پس از حذف اثر پیش‌آزمون، بین نشانه‌های افسردگی، ناگویی هیجانی و رفتارهای خودآسیب‌رسان (درون فردی و بین فردی) نوجوانان دو گروه آزمایش و گواه تفاوت معناداری وجود دارد ($P < ۰/۰۱$). نتیجه‌گیری: درمان فراتشخیصی یکپارچه می‌تواند یک مداخله کارآمد در جهت کاهش نشانه‌های افسردگی، ناگویی هیجانی و رفتارهای خودآسیب‌رسان در نوجوانان باشد و در مراکز روان‌شناختی برای افراد مبتلا به رفتارهای خودآسیب‌رسان مورد استفاده متخصصان و درمانگران بالینی قرار گیرد.
استناد: کلاه‌دوزی پور، آیلار. و قارونی، شکوه. (۱۴۰۴). اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه بر نشانگان افسردگی و ناگویی هیجانی نوجوانان دارای رفتارهای خودآسیب‌رسان. <i>مجله روان‌شناسی بالینی: نوآوری‌ها در پژوهش و عمل</i>، ۱۸ (۲)، ۱-۱۹. DOI: 10.22075/jcp.2025.36957.3134	



© 2025 The Author(s): This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution (CC BY 4.0), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, As long as the original authors and sources are cited. No permission is required from the authors or the publishers

✉ نویسنده مسئول: شکوه قارونی، کارشناسی ارشد، گروه مشاوره، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه الزهراء، تهران، ایران.

رایانامه: Shokouhgharooni@gmail.com تلفن: ۰۹۱۲۸۷۰۴۱۷۴

مقدمه

نوجوانی دوره‌ای از مراحل رشد که با تغییرات عمده شناختی، زیستی، اجتماعی و عاطفی همراه است. دوره‌ای که سخت‌ترین، آشفته‌ترین و استرس‌آورترین و در عین حال یکی از شیرین‌ترین مراحل زندگی هر شخصی به شمار می‌رود؛ چرا که فرد برای نخستین بار با مفاهیم، رفتارها و الگو و فرضیه‌های ذهنی جدیدی مواجه می‌شود که در سایر مراحل تجربه نکرده است (۱). برسین و شونتلیبر (۲) نیز بر گستردگی این تغییرات تأکید دارند و آن‌ها را عامل مؤثری بر عملکرد فرد در حوزه‌های مختلف می‌دانند. یکی از مشکلات جدی و فزاینده رو به رشد در این دوره، رفتارهای خودآسیب‌رسانی^۱ است که با آسیب‌های روانی و اجتماعی بسیار و پیامدهای منفی متعددی همراه است (۳). در ویرایش متنی پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی^۲ (DSM-5-TR) رفتارهای خودآسیب‌رسان به عنوان آسیب عمدی، مستقیم و مکرر به سطح بدن خود (مانند بریدن یا سوزاندن) تعریف می‌شوند که بدون قصد مرگ و عمدتاً برای کاهش تنش روانی یا تنظیم هیجانی انجام می‌گیرند. این رفتار معمولاً با ناراحتی روان‌شناختی قابل توجه یا اختلال در عملکرد روزمره همراه است (۴). به عبارتی دیگر، شکلی از رفتار که شامل تخریب یا تغییر عمدی در بافت بدن بصورت آگاهانه و عمدی، بدون هیچ گونه تمایل به پایان دادن زندگی انجام می‌شود (۵) و دربرگیرنده رفتارهایی چون ایجاد بریدگی در بدن، ضربه زدن به سر، خراش پوست، سوزاندن، خاراندن تا حد خونریزی و تداخل در بهبود زخم است؛ که از نظر اجتماعی مورد تأیید نیست (۶). این رفتارها در گذر زمان به یک مشکل سلامتی رو به رشد در سراسر جهان تبدیل شده است بطوری که نتایج یک مطالعه فراتحلیل نشان داد که شیوع رفتارهای خودآسیب در طول زندگی نوجوانان ۱۷/۲ درصد، بزرگسالان جوان ۱۳/۴ درصد و بزرگسالان ۵/۵ درصد بود، و بسیاری از مطالعات در سایر کشورها شیوع مشابهی را نشان دادند (۷). در ایران نیز شیوع رفتارهای خودآسیبی ۲۲-۱۳ درصد برآورد شده است (۸). همچنین برآورد شده است که بیشترین شیوع خودآسیبی براساس جنسیت در دختران ۲۴-۱۶ سال صورت می

گیرد (۹). فراتحلیل مطالعات طولی حاکی از آن است که افراد خودآسیب، ۴/۲۷ درصد بیش از دیگران احتمال خودکشی دارند (۱۰).

بررسی‌ها در زمینه آسیب‌شناسی رفتارهای خودآسیب نشان می‌دهد عوامل گوناگونی در بروز رفتارها این رفتارها نقش دارند که در دو دسته اصلی عوامل درون فردی و میان فردی قرار می‌گیرند. افسردگی^۳ و ناگویی هیجانی^۴ دو عامل درون فردی مؤثر در بروز رفتارهای خودآسیب‌رسان دوره نوجوانی است (۱۱).

افسردگی یکی از هشداردهنده‌ترین عوامل روانشناختی در میان اختلالات سلامت روان نوجوانی در نظر گرفته می‌شود (۱۲). حالتی از خلق منفی، بی‌انگیزگی و خودانتقادی که به‌ویژه در دوره نوجوانی می‌تواند زمینه‌ساز بروز رفتارهای خودآسیبی شود. بر اساس DSM-5-TR، افسردگی در نوجوانان با نشانه‌هایی همچون خلق افسرده یا تحریک‌پذیر، کاهش علاقه، تغییرات خواب و اشتها، احساس گناه یا بی‌ارزشی، و افکار مرگ یا خودکشی مشخص می‌شود و در صورت تداوم به مدت حداقل دو هفته، می‌تواند عملکرد تحصیلی، خانوادگی یا اجتماعی نوجوان را مختل سازد (۴). طبق گزارش‌های موسسه ملی سلامت روان^۵ در آمریکا، در سال ۲۰۱۹، ۱۵/۷ درصد از نوجوانان کشور حداقل یک دوره افسردگی اساسی داشته‌اند (۱۴). نشخوارهای فکری و عواطف منفی ناشی از افسردگی می‌تواند منجر به افزایش رفتارهای تکانشی (مانند خودآسیبی) شوند (۱۵). در نوجوانان دارای رفتارهای خودآسیب‌رسان، افسردگی معمولاً با نشخوارهای ذهنی، ناامیدی شدید و ناتوانی در مهار تکانه‌های منفی همراه است که این مجموعه، احتمال استفاده از راهبردهایی چون آسیب به خود برای تسکین موقت رنج روانی را افزایش می‌دهد (۴) نوجوانان با قرارگیری در گروه همسالان با واکنش‌های ناسازگارانه نسبت به هیجانات منفی زیادی مواجه می‌شوند که خطر رفتارهای خودآسیبی را افزایش می‌دهد (۱۷)؛ اما نوجوانانی که با دوستان و والدین خود رابطه مثبتی دارند، توانایی مقابله با هیجانات منفی چون افسردگی را داشته و در نتیجه با احتمال کمتری از رفتارهای خودآسیبی استفاده می‌کنند (۱۸).

³. depression

⁴. Alexithymia

⁵. National Institute of Mental Health

¹. self-harm behaviors

². Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – Fifth Edition, Text Revision (DSM-5-TR).

رفتاری هیجانی به منظور پوشش دادن به مشکلات ناشی از درمان های اختصاصی مورد استفاده قرار گرفته درمان فراتشخیصی یکپارچه است (۲۴). یک درمان شناختی-رفتاری فراتشخیصی متمرکز بر هیجان است؛ در این درمان با تأکید بر هیجان ها و ماهیت انطباقی و کارکردی هیجان ها، سعی در شناسایی و اصلاح کوشش های غیرانطباقی برای تنظیم تجرب هیجانی می شود (۲۸). هدف اصلی در درمان فراتشخیصی یکپارچه این است که فرد مهارت هایی را کسب کند که بتواند به شیوه مؤثر هیجانات منفی را مدیریت نماید (۲۹). درمان فراتشخیصی یکپارچه، شامل پنج بخش درمانی اصلی آگاهی هیجانی مبتنی بر حال، انعطاف پذیری شناختی، اجتناب هیجانی و رفتارهای برخاسته از هیجان، آگاهی از احساس های بدنی و تحمل آنها، مواجهه هیجانی درون زاد (ذهنی) و مبتنی بر موقعیت می شود (۲۷). این رویکرد درمانی با هدف قرار دادن مکانیسم های سبب ساز مشترک اختلالات هیجانی به شخص می آموزد چگونه با هیجانات ناخوشایندش مواجه شود و به شیوه ای مناسب به آنها پاسخ دهد. بدین ترتیب به درک بهتر و مناسب تری از تعامل افکار، احساسات و رفتارهای خود و نقش برانگیزاننده ها در ایجاد تجربه های هیجانی کمک می کند، تا بتوانند پیامدهای تجرب هیجانی خود را پیش بینی نمایند، رفتارهای نشأت گرفته از هیجان ها را تشخیص دهند و در صورت لزوم اصلاح کنند و در موقعیت های اجتماعی هیجان مناسبی از خود ابراز دارند (۳۰). این رویکرد با تغییر عادات خودنظم جویی هیجانی، فراوانی و شدت استفاده از عادت های هیجانی ناسازگارانه را کاهش داده و میزان آسیب را کم می کند و کارکرد اجتماعی، ارتباطی، رفتاری و روان شناختی را افزایش می دهد (۳۱). در سال های اخیر، شواهد متعددی اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه در کاهش اختلالات مبتنی بر هیجان تأیید کرده اند. بعنوان نمونه، برخی پژوهش ها نشان داده اند که این روش مداخله می تواند موجب کاهش نشانه های هیجانی و بهبود تنظیم هیجانی در گروه های مختلف شود (۳۲-۳۹، ۲۸).

با توجه به مطالب و پژوهش های فوق، و با در نظر گرفتن پیامدهای شدید روان شناختی رفتارهای خودآسیب رسان در نوجوانان، اهمیت مداخله مؤثر در این حوزه دوچندان می شود. این موضوع نه تنها به دلیل رنج شخصی نوجوانان، بلکه به سبب جایگاه حساس آنان در آینده سازی جامعه، از اولویت های پژوهشی و بالینی است. در سال های اخیر، درمان فراتشخیصی یکپارچه به عنوان رویکردی نوین، توجه بسیاری را در زمینه اختلالات هیجانی به

ناگویی هیجانی یک عامل شخصیتی که به عنوان فقدان توانایی شناسایی و تنظیم هیجانات به روش سازگارانه معرفی می شود (۷). هرچند در DSM-5-TR به عنوان یک اختلال مجزا مطرح نشده، اما به عنوان یک سبک پردازش هیجانی آسیب زاء، با ناتوانی در شناسایی، نام گذاری و بیان هیجان ها مشخص می شود و در افراد با اختلالات روان شناختی مختلف، از جمله رفتارهای خودآسیب رسان، شیوع بالاتری دارد (۴). رفتارهای خودآسیبی با تنظیم هیجان مرتبط است و ناگویی هیجانی یک نقص چندبعدی در تشخیص هیجان و خودتنظیمی هیجانی است (۱۷). افراد دارای رفتارهای خودآسیب در شناسایی، توصیف، درک و بیان هیجانات شان مشکلات بیشتری نشان می دهند که این مسئله آن ها را در معرض خطر روی آوردن به راهبردهای سازش نایافته ای چون خودآسیبی به عنوان راهی برای تنظیم هیجانات قرار می دهد (۲۰). ناگویی هیجانی در نوجوانان دارای رفتارهای خودآسیب رسان، اغلب به صورت سردرگمی هیجانی، سکوت هیجانی، و استفاده از رفتارهای بدنی (مثل خودجرحی) برای تخلیه هیجان ها دیده می شود. پژوهش ها نشان می دهند نوجوانانی که از سطح بالایی از ناگویی هیجانی رنج می برند، بیشتر در معرض استفاده از راهبردهای ناسازگارانه تنظیم هیجان همچون خودآسیبی قرار دارند؛ چراکه فاقد ابزارهای شناختی-هیجانی مؤثر برای مواجهه با فشارهای درونی هستند (۲۱-۲۲) مطالعات نیز حاکی از آن هستند که سطوح بالایی از ناگویی هیجانی منجر به رفتارهای خودآسیبی با هدف تنظیم هیجانات منفی و فرار از تجربیات هیجانی می شود (۲۱-۲۵، ۱۹).

با توجه به نقش کلیدی متغیرهای افسردگی و ناگویی هیجانی در بروز و تداوم رفتارهای خودآسیب رسان در نوجوانان، توجه به درمان هایی که بتوانند به طور همزمان این مؤلفه های درون فردی را هدف قرار دهند، ضروری به نظر می رسد. مداخلات سستی که مبتنی بر تشخیص های خاص طراحی شده اند، در مواجهه با اختلالات هیجانی هم پوشان یا علائم مشترک مانند افسردگی، اضطراب و دشواری در تنظیم هیجان، کارایی محدودی داشته اند. از این رو، نیاز به رویکردهایی وجود دارد که به جای تمرکز صرف بر یک اختلال، بتوانند به زیربنای مشترک اختلالات هیجانی بپردازند (۲۶). یکی از این رویکردهای نوین و اثربخش، درمان فراتشخیصی یکپارچه است که در سال های اخیر به عنوان الگویی انعطاف پذیر و جامع برای مداخله در مشکلات روان شناختی نوجوانان مورد توجه قرار گرفته است یکی از مداخلات اثربخش در حیطه اختلالات

آن هستند که: [SS1] Commented

روان‌پزشکی شدید بررسی شد. پس از این مرحله ۱۴ نفر به دلیل داشتن ملاک‌های خروج (مانند مصرف دارو، تشخیص اختلالات شدید روان‌پزشکی، یا عدم رضایت والدین) از پژوهش حذف شدند و در نهایت، ۳۰ دانش‌آموز که واجد شرایط بودند، انتخاب و به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه (هر گروه ۱۵ نفر) قرار گرفتند. سپس نوجوانان گروه آزمایش طی ۱۲ جلسه ۷۰ دقیقه‌ای تحت مداخله‌ی درمان فراتشخیصی یکپارچه قرار گرفتند. این جلسات به‌صورت هفتگی و گروهی برگزار شد. گروه گواه در این مدت هیچ‌گونه مداخله‌ای دریافت نکرد. در پایان درمان، هر دو گروه مجدداً به مورد نظر با هدف اجرای پس‌آزمون پاسخ دادند.

ملاک‌های ورود به پژوهش عبارت بود از: دامنه سنی ۱۷-۱۶ سال، عدم استفاده از داروهای روان‌پزشکی و ماده مخدر که از طریق مصاحبه با دانش‌آموز و معاونین مدرسه بررسی شد. سابقه رفتارهای خودآسیب رسان براساس گزارش مشاوران و پرونده تربیتی، کسب نمره بالاتر از میانگین و نقطه برش در سه ابزار مقیاس افسردگی کوتچر (میانگین نمره = ۱۶)، ناگویی هیجانی تورنتو (میانگین نمره = ۴۰) و پرسشنامه رفتارهای خودآسیب‌رسان (نمره برش = ۳۹)، رضایت آگاهانه و کتبی جهت شرکت در پژوهش. همچنین ملاک‌های خروج غیبت بیش از دو جلسه و عدم تمایل به ادامه همکاری و شرکت در پژوهش در نظر گرفته شد.

بمنظور رعایت اصول اخلاقی پژوهش، فرم رضایت آگاهانه توسط شرکت‌کنندگان و والدین آنها امضا شد. در حفظ رازداری و محرمانه ماندن اطلاعات از سوی درمانگر اطمینان داده شد. همچنین پژوهشگران به شرکت‌کنندگان گروه گواه مبنی بر اینکه پس از پایان جلسات مداخلات در مورد آنها نیز جلسات مداخله برگزار شود متعهد گردیدند.

ابزار پژوهش

مقیاس افسردگی نوجوانان کوتچر (KADS-II): این مقیاس توسط لیبلانس و همکاران (۲۰۰۲) تهیه شده است. یک ابزار خودگزارشی که دارای ۱۱ آیتم است. پاسخ به آیتم‌ها براساس طیف لیکرتی چهارگزینه‌ای تنظیم شده است و به هر عبارت صفر تا ۳ امتیاز تعلق می‌گیرد. بنابراین دامنه نمره در این مقیاس صفر تا ۳۳ می‌باشد. در این نسخه نمره برش مشخصی تعیین نشده است، و نمره کل باید نسبت به وضعیت پایه هر فرد تفسیر شود؛ به‌طوری‌که نمرات بالاتر نشان‌دهنده شدت بیشتر افسردگی و نمرات پایین‌تر

خود جلب کرده و شواهدی مبنی بر اثربخشی آن در جمعیت‌های نوجوان، به‌ویژه در کاهش افسردگی و بهبود تنظیم هیجانی گزارش شده است. با این حال، خلأ مهمی در زمینه کاربرد این درمان در جمعیت نوجوانان ایرانی دارای رفتارهای خودآسیب‌رسان وجود دارد. تاکنون پژوهشی با تمرکز بر تأثیر درمان فراتشخیصی بصورت هم‌زمان بر دو متغیر کلیدی ناگویی هیجانی و افسردگی در این جمعیت خاص انجام نشده است. بنابراین، نوآوری پژوهش حاضر در تمرکز هم‌زمان بر دو متغیر آسیب‌زا و بنیادین در این گروه و آزمودن اثربخشی یک رویکرد درمانی جدید و ساختاریافته در بستر فرهنگی ایران است. از این رو، این پژوهش با هدف تعیین اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه بر نشانگان افسردگی و ناگویی هیجانی نوجوانان دارای رفتارهای خودآسیب‌رسان انجام شد.

روش‌شناسی پژوهش

روش پژوهش بصورت نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه انجام شد. جامعه آماری شامل تمامی دانش‌آموزان دختر در مدارس دوره متوسطه اول منطقه ۳ شهر تهران بود در سال تحصیلی ۱۴۰۳-۱۴۰۲. از آنجا که در پژوهش‌هایی با روش آزمایشی حداقل ۱۵ نفر برای هر گروه توصیه شده است (۴۰)، و با احتمال افت و ریزش آزمودنی، نمونه آماری شامل ۳۰ نفر از دانش‌آموزان بود که با روش نمونه‌گیری هدفمند براساس ملاک‌های ورود به پژوهش به عنوان نمونه انتخاب و به طور تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه (هر گروه ۱۵ نفر) قرار گرفتند. به این صورت که پس از کسب مجوزهای لازم، ۶ مدرسه بصورت تصادفی انتخاب شد. سپس با همکاری مسئولین مدارس و مشاوران، (۱۳۵ نفر از دانش‌آموزانی که سابقه رفتارهای خودآسیب‌رسان داشتند شناسایی و جهت شرکت در غربالگری اولیه دعوت شدند. در مرحله بعد، به منظور بررسی شدت نشانگان افسردگی و ناگویی هیجانی، پرسشنامه افسردگی یک-نسخه دوم و پرسشنامه ناگویی هیجانی تورنتو، بین این ۱۳۵ دانش‌آموز توزیع شد. نمره‌دهی پرسشنامه‌ها براساس راهنمای ابزار و معیارهای ورود انجام گرفت؛ در ادامه، ۴۴ نفر از شرکت‌کنندگان که نمره بالا در هر دو پرسشنامه‌ها، و سابقه خودآسیب‌رسانی داشتند، وارد مرحله مصاحبه شدند. در این مصاحبه (ساختاریافته)، سابقه مصرف داروهای روان‌پزشکی، مواد مخدر، و ابتلا به بیماری‌های

Commented [SS2]: ؟؟؟؟

۱۱ آیتم نمره ۴ = ۴۴

اگر طیف ۴ تایی ایست می‌شود ۳۰- نه ۴

¹. Kutcher Adolescent Depression Scale (KADS-II)

نسخه فارسی این مقیاس (بشارت، ۲۰۰۷) ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۸۵ گزارش شده است که نشان دهنده همسانی درونی^{۱۲} مطلوب آن است. پایایی بازآزمایی^{۱۳} در یک نمونه ۶۷ نفری با فاصله چهار هفته بین ۰/۷۰ تا ۰/۷۷ گزارش شده است. روایی همزمان^{۱۴} مقیاس نیز از طریق همبستگی معنادار آن با مقیاس‌های هوش هیجانی^{۱۵}، بهزیستی روانشناختی^{۱۶} و درماندگی روانشناختی^{۱۸} تأیید شده است. همچنین بین نمره کل ناگویی هیجانی با هوش اجتماعی (P<۰/۰۰۱، r=۰/۴۴) همبستگی معنادار وجود دارد. ضرایب همبستگی زیرمقیاس‌ها با متغیرهای فوق نیز معنادار بودند. تحلیل عاملی تأییدی^{۱۹} نیز سه عامل اصلی مقیاس شامل دشواری در شناسایی احساسات، دشواری در توصیف احساسات، و تفکر عینی را تأیید کرد (۴۶). در پژوهش حاضر آلفای کرونباخ مقیاس ۰/۷۵ به دست آمد.

فهرست اظهارات مربوط به خودآسیبی: توسط کلونسکی و گلن^{۲۰} (۲۰۰۹) تهیه شده است. یک ابزار خودگزارشی است که فراوانی و کارکرد رفتارهای خودآسیب‌رسان به قصد غیرخودکشی (NSSI) را ارزیابی می‌کند. این سیاهه ۱۳ کارکرد رفتارهای خودآسیب‌رسان را به وسیله ۳۹ سؤال مورد ارزیابی قرار می‌دهد. این ۱۳ کارکرد زیر دو عامل کلی طبقه‌بندی شده‌اند: کارکردهای درون‌فردی^{۲۱} (تنظیم عاطفی^{۲۲}، ضدکسستگی^{۲۳}، ضدخودکشی^{۲۴}، نشان‌پریشانی^{۲۵}، خودتنبیهی^{۲۶}) و کارکردهای بین‌فردی^{۲۸} (استقلال^{۲۹}، حریم‌های بین‌فردی^{۳۰}، تأثیر بین‌فردی^{۳۱}، وابستگی به همسالان^{۳۲}، انتقام^{۳۳}، مراقبت از خود^{۳۴}، هیجان‌خواهی^{۳۵}، سرسختی^{۳۶}). نمرات براساس طیف لیکرت سه‌گزینه‌ای به صورت (صفر=کاملاً غیرمرتبط، ۱=تا حدی مرتبط) و (۲=کاملاً مرتبط)

نشان‌دهنده بهبود وضعیت هستند. ضریب آلفای کرونباخ کل مقیاس ۰/۹۰ و اعتبار آن با استفاده از روش دونیمه‌سازی ۰/۸۷ گزارش شده است (۴۱). ساختار عاملی این مقیاس در پژوهش حبیبی و همکاران (۴۲) روی ۴۰۰ دانش‌آموز تهرانی تأیید شد. این مقیاس با مقیاس افسردگی نوجوانان رینولدز^۱ (۱۹۸۷)، مقیاس افسردگی کودکان^۲ (کواس^۳، ۱۹۹۷) و مقیاس ناامیدی کودکان^۴ (کازدین^۵ و همکاران، ۱۹۸۶) رابطه مثبت معنادار و با مقیاس خودکارآمدی کودکان و نوجوانان^۶ (موریس^۷، ۲۰۰۱) رابطه منفی دارد که نشان دهنده روایی همگرا و واگرایی مطلوب آن است. همچنین ضریب آلفای کرونباخ کل نیز بیش از ۰/۷۰ (۴۲) در پژوهش مهدی‌زاده از دین و همکاران (۴۳) برابر با ۰/۷۶ و در پژوهش حاضر ۰/۷۲ به دست آمد.

مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو^۸ (TAS-20): توسط بگبی^۹ و همکاران (۱۹۹۴) تهیه شده و شامل ۲۰ سؤال است که سه زیرمقیاس دشواری در شناسایی احساسات، دشواری در توصیف احساسات، و تفکر عینی را بررسی می‌کند. پاسخ به سؤال‌ها براساس طیف لیکرتی پنج‌گزینه‌ای است و به هر سؤال یک تا ۵ نمره تعلق می‌گیرد. یک نمره کل نیز از جمع نمره‌های سه زیرمقیاس برای ناگویی هیجانی کلی به دست می‌آید. بنابراین حداقل و حداکثر نمره کل پرسشنامه ۲۰-۱۰۰ می‌باشد. نمره ۵۱ یا کمتر به معنی عدم وجود ناگویی هیجانی، نمره ۵۲ تا ۶۰ به معنی وجود ناگویی هیجانی و نمره ۶۱ یا بیشتر به معنی ناگویی هیجانی بالا تفسیر می‌شود. ویژگی‌های روانسنجی این مقیاس در پژوهش‌های (پارکر^{۱۰} و همکاران، ۲۰۰۳؛ پالمر^{۱۱} و همکاران، ۲۰۰۴؛ پندی^{۱۲} و همکاران، ۱۹۹۶) بررسی و تأیید شده است (۴۵). در

19. confirmatory factor analysis

20. Inventory of Statements About Self-injury

21. Klonsky, & Glenn

22. Intrapersonal

23. Affect Regulation

24. Anti-Dissociation

25. Anti-Suicide

26. Marking Distress

27. Self-Punishment

28. functions of interpersonal

29. Autonomy

30. Interpersonal Boundaries

31. Interpersonal Influence

32. Peer-Bonding

33. Revenge

34. Self-Care

35. Sensation-Seeking

36. Toughness

1. Reynolds Adolescent Depression Scale

2. Children Depression Scale

3. Kovacs

4. Children Hopelessness Scale

5. Kazdin

6. Self-Efficacy Questionnaire-Children

7. Muris

8. Toronto Alexithymia Scale

9. Bagby

10. Parker

11. Palmer

12. Pandey

13. internal consistency

14. test-retest reliability

15. concurrent validity

16. emotional intelligence

17. psychological well-being

18. psychological distress

درجه‌بندی شده است. همچنین میانگین کلی رفتارهای خودآسیب- رسان از جمع نمرات خرده مقیاس‌ها (کارکرد درون فردی و کارکرد برون فردی) به دست می‌آید. دامنه نمره این پرسشنامه صفر تا ۷۸ و میانگین نمره ۳۹ می‌باشد (۴۷). سیاهه از اعتبار سازه بالایی برخوردار است و در مطالعات پیگیری همسانی درونی بالایی را نشان می‌دهد (برای بخش درون فردی آلفای کرونباخ ۰/۸۹ و برای بخش بین فردی آلفای ۰/۷۵ به دست آمده است (۴۷). در ایران صفاری‌نیا و همکاران پایایی مقیاس را برای اولین بار محاسبه و ۰/۷۶ گزارش کردند (۴۸). در پژوهش پیمان‌نیا و همکاران نیز پایایی سیاهه با روش آلفای کرونباخ ۰/۷۱ گزارش شده است (۴۹).

در پژوهش حاضر نیز آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه ۰/۷۶ به دست آمد.

جلسات مداخله درمان فراتشخیصی یکپارچه با استفاده از برنامه‌ی درمانی بارلو و دوراند^۱ (۲۰۱۱) که توسط بخشی‌پور و همکاران (۵۰) مورد استفاده قرار گرفته است، برای نوجوانان گروه آزمایش طی ۱۲ جلسه ۷۰ دقیقه‌ای (بصورت هفتگی) بصورت گروهی استفاده شد. خلاصه محتوای جلسات مداخله در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱. خلاصه جلسات درمان فراتشخیصی یکپارچه

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

یافته‌ها

میانگین، انحراف معیار پیش‌آزمون-پس‌آزمون نشانه‌های افسردگی، ناگویی هیجانی و رفتارهای خودآسیب‌رسان (درون فردی، بین فردی) نوجوانان شرکت‌کننده در گروه آزمایش و گواه در جدول ۲ ارائه شده است.

در پژوهش حاضر ۳۰ نوجوان دارای رفتارهای خودآسیب‌رسان در دو گروه آزمایش و گواه (هر گروه ۱۵ نفر) شرکت کردند. میانگین و انحراف معیار سنی نوجوانان دارای رفتارهای خودآسیب‌رسان در گروه آزمایش دختران $1/15 \pm 16/34$ ، در گروه گواه $1/23 \pm 16/62$ بود.

¹. Barlow, & Durand

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار نمرات نشانه‌های افسردگی، ناگویی هیجانی و رفتارهای خود آسیب

متغیر	گروه	پیش آزمون		پس آزمون	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
افسردگی	آزمایش	۲۳/۷۳	۲/۸۴	۱۶/۴	۲/۷۷
	گواه	۲۴/۸	۳/۱۶	۲۵/۲۶	۲/۷۳
ناگویی هیجانی	آزمایش	۵۲/۶	۶/۲۸	۴۴/۶۶	۵/۷۷
	گواه	۵۴/۰۶	۵/۳۹	۵۲/۶	۶/۳۱
خودآسیب درون فردی	آزمایش	۳۲/۲	۳/۱۶	۱۵/۶۶	۲/۹۹
	گواه	۲۳/۶	۲/۶۹	۲۴/۲۶	۲/۷۱
خودآسیب بین فردی	آزمایش	۳۴/۲۶	۴/۳۱	۲۴/۵۳	۳/۵۴
	گواه	۳۵/۷۳	۴/۰۷	۳۶/۱۳	۴/۱۳

لویین برای نشانه‌های افسردگی ($P > 0.05$, $F = 0.151$)، ناگویی هیجانی ($P > 0.05$, $F = 1.391$)، رفتارهای خودآسیب درون فردی ($P > 0.05$, $F = 0.302$)، رفتارهای خودآسیب بین فردی ($P > 0.05$, $F = 0.166$) نشان داد مفروضه واریانس‌های مشابه برای متغیرهای وابسته رعایت شده است. مفروضه همگونی یکسانی شیب رگرسیون با آزمون F اثرات تعاملی بررسی شد. نتایج حاصل از F محاسبه شده برای متغیرهای نشانه‌های افسردگی ($P > 0.05$, $F = 0.061$)، ناگویی هیجانی ($P > 0.05$, $F = 1.838$)، رفتارهای خودآسیب درون فردی ($P > 0.05$, $F = 0.180$) و بین فردی ($P > 0.05$, $F = 1.359$) نشان داد مفروضه شیب رگرسیون رعایت شده است.

با توجه به برقراری پیش فرض‌های آزمون کوواریانس، به منظور بررسی اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه بر نشانه‌های افسردگی، ناگویی هیجانی، رفتارهای خودآسیب درون فردی و نوجوانان از آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیری و تک متغیری استفاده شد. خلاصه نتایج در جدول ۳ و ۴ ارائه شده است.

جدول ۳. نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیری برای بررسی اثر گروه بر متغیرهای افسردگی، ناگویی هیجانی، و رفتارهای

خودآسیب‌رسان

مقدار آماره	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	مقدار F	سطح معناداری
۰/۰۲۴	۴	۲۵	۲۵۴/۸۷۳	۰/۰۰۱ >
۰/۹۷۶	۴	۲۵	۲۵۴/۸۷۳	۰/۰۰۱ >
۴۰/۳۷۳	۴	۲۵	۲۵۴/۸۷۳	۰/۰۰۱ >
۴۰/۳۷۳	۴	۲۵	۲۵۴/۸۷۳	۰/۰۰۱ >

نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری نشان داد که بین دو گروه آزمایش و کنترل در مجموعه متغیرهای وابسته شامل افسردگی، ناگویی هیجانی و مؤلفه‌های درون فردی و بین فردی رفتارهای خودآسیب، تفاوت معناداری وجود دارد ($P < 0.001$)،

جدول ۴. مقایسه پس‌آزمون نمرات افسردگی، ناگویی هیجانی، رفتارهای خودآسیب (درون فردی و بین فردی) در دو گروه با کنترل اثر پیش‌آزمون

متغیر	تغییرات	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	سطح معناداری	اندازه اثر
افسردگی	گروه	۴۷۴/۸۹۴	۱	۴۷۴/۸۹۴	۱۶۲/۷۳۷	۰/۰۰۰۱	۰/۸۵۸
	خطا	۷۸/۳۱	۲۷	۲/۹			
ناگویی هیجانی	گروه	۳۱۳/۷۳۸	۱	۳۱۳/۷۳۸	۶۲/۶۰۵	۰/۰۰۰۱	۰/۶۹۹
	خطا	۱۳۵/۳۰۷	۲۷	۵/۰۱۱			
رفتارهای خودآسیب درون فردی	گروه	۵۱۷/۷۹۸	۱	۵۱۷/۷۹۸	۱۱۸/۸۱۴	۰/۰۰۰۱	۰/۸۱۵
	خطا	۱۱۷/۶۶۸	۲۷	۴/۳۵۸			
رفتارهای خودآسیب بین فردی	گروه	۷۹۰/۳۳۴	۱	۷۹۰/۳۳۴	۲۰۹/۰۱	۰/۰۰۰۱	۰/۸۸۶
	خطا	۱۰۲/۰۹۶	۲۷	۳/۷۸۱			

آموزان گروه آزمایش و گواه در نشانه‌های افسردگی، ناگویی هیجانی و رفتارهای خودآسیب‌رسان تفاوت معناداری وجود دارد. به عبارت دیگر درمان فراتشخیصی یکپارچه بر کاهش نشانه‌های افسردگی و ناگویی هیجانی اثربخش بوده است؛ همچنین موجب کاهش رفتارهای خودآسیب‌رسان نوجوانان شده است.

نتایج نشان داد درمان فراتشخیصی یکپارچه موجب کاهش نشانه‌های افسردگی نوجوانان دارای رفتارهای خودآسیب‌رسان شده است. این یافته با نتایج پژوهش رینهولت^۱ و همکاران (۳۷)، ایتو^۲ و همکاران (۳۸)، کارلوچی^۳ و همکاران (۲۸) همسو و با نتایج مطالعه محمدیگی سلحشور (۳۲)، شرفی و همکاران (۳۳) همخوان است. این مطالعات نیز تأثیر مثبت مداخله فراتشخیصی را بر اختلالات خلقی و هیجانی، نشانگان افسردگی و تنظیم هیجان نشان داده‌اند. با این حال، تفاوت این پژوهش با برخی مطالعات ذکر شده در سطح بین‌المللی و داخلی اینکه روی بزرگسالان یا مراجعان کلینیکی با اختلالات خاص انجام شده‌اند. اما پژوهش حاضر با تمرکز بر نوجوانان درگیر با خودآسیب‌رسانی بعد دیگری از اثربخشی این درمان را آشکار می‌سازد که در بسیاری از پژوهش

با توجه به یافته‌های جدول ۴، تفاوت بین میانگین نمرات نشانه‌های افسردگی، ناگویی هیجانی، رفتارهای خودآسیب‌رسان درون فردی و بین فردی در مرحله پس‌آزمون بعد از کنترل نمرات پیش‌آزمون معنادار است. به عبارت دیگر پس از کنترل نمرات پیش‌آزمون، تفاوت معناداری بین دو گروه آزمایش در متغیر نشانه‌های افسردگی با میانگین (۱۶/۷) و گواه با میانگین (۲۴/۸)، ناگویی هیجانی با میانگین (۴۵/۳) و گواه با میانگین (۵۱/۸)، رفتارهای خودآسیب درون فردی با میانگین (۱۵/۸) و گواه با میانگین (۲۴/۱) و بین فردی با میانگین (۲۵/۱) و گواه با میانگین (۳۵/۵) وجود دارد. بدین معنا که درمان فراتشخیصی یکپارچه به ترتیب با اندازه اثر ۰/۸۵۸، ۰/۶۹۹، ۰/۸۱۵ و ۰/۸۸۶ موجب کاهش نشانه‌های افسردگی، ناگویی هیجانی و رفتارهای خودآسیب‌رسان نوجوانان شده است. در حالی که در گروه کنترل تغییر معنی‌داری مشاهده نشد.

نتیجه‌گیری و پیشنهادها

این پژوهش با هدف بررسی اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه بر نشانگان افسردگی و ناگویی هیجانی نوجوانان دارای رفتارهای خودآسیب‌رسان انجام شد. نتایج نشان داد که بین دانش

زیر نویس شود: [SS3] Commented

³ Carlucci

¹ Reinholt

² Ito

های پیشین کمتر به آن توجه شده بود. در تبیین یافته به دست آمده می‌توان گفت: درمان فراتشخیصی یکپارچه با تمرکز بر شناسایی و اصلاح الگوهای ناکارآمد تنظیم هیجان، به جای تمرکز صرف بر علائم خاص، عوامل زیربنایی اختلالات خلقی را مورد هدف قرار می‌دهد (۵۱). مطابق با چارچوب نظری بارلو، افراد دارای اختلالات هیجانی غالباً از راهبردهای ناسازگارانه‌ای نظیر اجتناب، سرکوب، فاجعه‌سازی، پنهان کردن یا نادیده گرفتن برای مواجهه با هیجانات ناخوشایند استفاده می‌کنند (۵۲). هر اندازه فرد برای کنترل هیجانات خود تلاش کند، هیجانات و احساساتش افزایش و تداوم بیشتری می‌یابد. به کمک درمان فراتشخیصی یکپارچه بیمار چگونگی مواجهه با هیجانات ناخوشایند خود و پاسخ هیجانی سازش یافته‌تر را می‌آموزد (۵۱). درمان فراتشخیصی یکپارچه به افراد کمک می‌کند تا درک بهتری از ارتباط و نقش افکار، هیجانات و رفتارها در شکل‌گیری تجرب هیجانی درونی (از جمله برانگیزاننده‌ها و پیامدهای رفتاری) کسب کند، و با بررسی‌های شناختی منفی نسبت به هیجانات جسمانی، رفتارهای نشأت گرفته از هیجان را مورد شناسایی قرار داده و اصلاح کنند. پیش و بردباری در مورد هیجانات جسمانی را در زمان مواجهه درونی یاد بگیرند و در بافت موقعیتی و درونی با تجرب هیجانی شان روبرو شوند (۵۳). تمامی مهارت‌های فوق با بازسازی عادات تنظیم هیجانی به کاهش شدت تجرب هیجانی سازش نایافته و بازگشت هیجان‌ها به سطح مطلوب کارکردی می‌شود. در این پژوهش، تکنیک‌ها و مهارت‌های درمانی پروتکل یکپارچه توانست با آماج قرار دادن غیرمستقیم این عوامل مشترک باعث بهبود علائم افسردگی شوند. البته نحوه تأثیرگذاری درمان ممکن است تحت تأثیر عوامل زمینه‌ای نظیر سن، شدت نشانه‌ها و محیط خانوادگی قرار گیرد؛ عواملی که بررسی آن‌ها نیازمند مطالعات مکمل در آینده است.

نتیجه دیگر پژوهش نشان داد درمان فراتشخیصی یکپارچه موجب کاهش ناگویی هیجانی نوجوانان دارای رفتارهای خودآسیب رسان شده است. این یافته با نتایج پژوهش اوسما^۱ و همکاران (۳۹) همسو است که اثربخشی این درمان را بر تنظیم هیجان و بیان هیجانی گزارش کرده‌اند. همچنین در راستای نتایج پژوهش شرفی و همکاران (۳۳) است که کاهش ناگویی هیجانی و بهبود عملکرد هیجانی را در نوجوانان با اضطراب منتشر پس از مداخله فراتشخیصی نشان داده‌اند. با این حال، تفاوت بارز پژوهش حاضر

در جامعه هدف خاص آن است؛ در حالی که بسیاری از مطالعات پیشین بر مراجعین بالغ یا نوجوانان با اختلالات مشخص مانند اضطراب تمرکز داشته‌اند، این پژوهش بر نوجوانان با رفتارهای خودآسیب‌رسان تمرکز دارد که بیان هیجانی پایین، یکی از عوامل مهم در شکل‌گیری یا تداوم این رفتارها به شمار می‌رود. از این منظر، یافته حاضر، شواهد جدیدی درباره نقش درمان فراتشخیصی در افزایش آگاهی و ابراز هیجانات در گروه‌های پرخطر ارائه می‌دهد. در تبیین یافته به دست آمده می‌توان گفت: درمان فراتشخیصی یکپارچه تأکید ویژه‌ای بر نقش هیجانات و سبک‌های ناسازگار تنظیم آن‌ها وجود دارد. فرض اصلی این رویکرد آن است که افراد مبتلا به اختلال هیجانی، معمولاً هیجانات ناخوشایند را سرکوب یا انکار می‌کنند و از راهبردهایی مانند اجتناب، فاصله‌گیری شناختی یا کنترل بیش از حد استفاده می‌کنند که نه تنها مؤثر نیست، بلکه موجب تداوم نشانه‌ها می‌شود (۵۴). این درمان تلاش می‌کند به مراجع بیاموزد که به جای فرار از هیجان، آن را بشناسد، بپذیرد و به شیوه‌ای سازگارانه با آن مواجه شود (۵۵). همچنین، در این رویکرد افکار، رفتار و هیجان به صورت منظم و روشمند با یکدیگر در ارتباط قرار می‌گیرند (۳۰). به گونه‌ای که نوجوان یاد می‌گیرد چگونه شناخت‌های منفی مرتبط با تجربه هیجانی را شناسایی کرده، به جای اجتناب از آن‌ها، به تدریج در مواجهه با هیجان‌ها تاب‌آوری بیشتری پیدا کند. تکنیک‌هایی نظیر مواجهه درونی، ذهن‌آگاهی و بازسازی شناختی، در خدمت بازسازی عادات تنظیم هیجانی قرار می‌گیرند و به نوجوان کمک می‌کنند تا نه تنها هیجاناتش را بهتر درک کند، بلکه بتواند آن‌ها را به شکلی سازگارانه ابراز و تجربه کند. در نهایت باید در نظر داشت که در بافت فرهنگی نوجوانان ایرانی، که ابراز هیجان ممکن است کمتر مورد تشویق قرار گیرد، درمان فراتشخیصی می‌تواند فضایی امن و نظام‌مند فراهم سازد تا نوجوانان یاد بگیرند به جای سرکوب هیجان، آن را مدیریت و ابراز کنند. این موضوع می‌تواند نقش مهمی در کاهش رفتارهای خودآسیب‌رسان ایفا سازد و کیفیت زندگی هیجانی نوجوانان را به شکل محسوسی بهبود بخشد.

همچنین نتایج نشان داد درمان فراتشخیصی یکپارچه موجب کاهش رفتارهای خودآسیب‌رسان نوجوانان دارای شده است. این یافته با نتایج پژوهش محمدیگی سلحشور (۳۲)، گله‌گیران و همکاران (۳۴) همسو است که اثربخشی درمان را بر کاهش رفتارهای پرخطر و افزایش تاب‌آوری نوجوانان در معرض آسیب

^۱ Osma

عملی بهره برد. در سطح نظری نتایج پژوهش حاضر می‌تواند نتایج مطالعات و پژوهش‌های پیشین را تأیید نموده و در غنی‌تر شدن مبانی نظری کمک بسیار ناچیز داشته باشد. در سطوح عملی، یافته‌های پژوهش می‌تواند در جهت تدوین برنامه‌های مداخله‌ای مورد استفاده درمانگران بالینی کودک و نوجوان قرار گیرد.

از محدودیت‌های پژوهش حاضر، اجرای آن در یک منطقه خاص و با نمونه‌ای از نوجوانان دختر در دامنه سنی محدود بود که تعمیم‌پذیری نتایج را کاهش می‌دهد؛ بنابراین، پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آینده از نمونه‌های متنوع‌تری از نظر جنس، سن و منطقه جغرافیایی استفاده شود. همچنین به‌دلیل هم‌زمانی با امتحانات، امکان اجرای مرحله پیگیری فراهم نشد؛ پیشنهاد می‌شود اثربخشی درمان در بازه‌های بلندمدت‌تری (۶-۲ ماه یا بیشتر) بررسی شود. استفاده صرف از ابزارهای خودگزارشی نیز از دیگر محدودیت‌ها بود که می‌تواند باعث سوگیری شود؛ از این‌رو، پیشنهاد می‌شود در آینده از روش‌های مکمل مانند مصاحبه‌های بالینی یا سنجش‌های فیزیولوژیکی نیز استفاده شود. افزون بر این، بخشی از اثربخشی درمان ممکن است ناشی از ویژگی‌های زمینه‌ای مانند مشارکت داوطلبانه، ساختار جلسات یا حمایت خانواده‌ها باشد؛ لذا در مطالعات آتی بررسی متغیرهایی چون سبک فرزندپروری، شدت اولیه نشانه‌ها و حمایت اجتماعی به‌عنوان عوامل مداخله‌گر ضروری است. همچنین با توجه به نقش مهم فرهنگ و روابط خانوادگی در اثربخشی درمان، پیشنهاد می‌شود این عوامل در بافت‌های فرهنگی گوناگون بررسی شوند. از نظر کاربردی، با توجه به یافته‌های پژوهش توصیه می‌شود درمان فراتشخیصی یکپارچه در مدارس و مراکز مشاوره‌ای که با نوجوانان مواجه هستند، گسترش یابد. همچنین آموزش مشاوران و روان‌شناسان مدرسه در استفاده از فنون این درمان می‌تواند به بهبود سلامت روانی دانش‌آموزان کمک شایانی نماید. علاوه بر این، طراحی برنامه‌های پیشگیرانه با هدف افزایش آگاهی و مهارت‌های تنظیم هیجانی در بین نوجوانان، می‌تواند از بروز رفتارهای خودآسیب‌رسان جلوگیری کند. در نهایت، توجه به نیازهای روان‌شناختی و هیجانی نوجوانان در بستر خانواده و مدرسه، و ایجاد همکاری میان این دو محیط، برای حمایت بهتر از سلامت روانی آنان ضروری است.

ملاحظات اخلاقی

کد اخلاق: این مطالعه با رعایت اصول اخلاقی پژوهش، از جمله دریافت رضایت آگاهانه از شرکت‌کنندگان، حفظ

تأیید کرده‌اند. با این حال، اکثر مطالعات داخلی مشابه بر جمعیت‌های عموماً غیربالینی یا گروه‌هایی با مشکلات عمومی تمرکز داشته‌اند، در حالی که پژوهش حاضر با تمرکز مستقیم بر نوجوانان دارای رفتارهای خودآسیب‌رسان، گامی فراتر در **درک** نقش مداخلات فراتشخیصی در گروه‌های بالینی برداشته است. در تبیین یافته‌ها به دست آمده می‌توان گفت که درمان فراتشخیصی یکپارچه به عنوان درمانی با محوریت هیجان، با تمرکز بر تجارب هیجانی ناخوشایند، راهبردهای مقابله‌ای ناسازگار و شناخت‌های منفی مرتبط با آن‌ها را هدف قرار می‌دهد. در این رویکرد، به جای تلاش برای حذف هیجان‌ها، به بیمار آموخته می‌شود که هیجان‌ها را بشناسد، بپذیرد و به شکل سازگارانه‌تری با آن‌ها مواجه شود (۵۶). این فرآیند از طریق تکنیک‌هایی مانند ذهن‌آگاهی، مواجهه درونی، بازسازی شناختی و شناسایی چرخه افکار-هیجان-رفتار صورت می‌گیرد و به نوجوان کمک می‌کند تا نسبت به محرک‌های درونی خودآگاهی بیشتری کسب کند و واکنش‌های هیجانی خود را تنظیم کند (۵۷). از آنجا که بسیاری از رفتارهای خودآسیب‌رسان پاسخی هیجانی به تنش، شرم یا درماندگی‌اند، ایجاد درکی تازه از ماهیت هیجان‌ها، و جایگزین‌سازی واکنش‌های رفتاری سالم‌تر، نقش کلیدی در کاهش این رفتارها دارد (۲۷). افزون بر آن، این رویکرد با ایجاد پیوند بین احساسات بدنی، افکار خودکار و رفتارهای تکانشی، به نوجوانان می‌آموزد که احساسات آن‌ها صرفاً پدیده‌هایی گذرا نیستند، بلکه مؤلفه‌هایی قابل شناسایی، پیش‌بینی و مدیریت اند (۵۸). بطور کلی درمان فراتشخیصی یکپارچه باعث می‌شود نوجوانان یاد بگیرند چطور با هیجان‌های سخت و ناراحت‌کننده به شکلی سالم‌تر و مؤثرتر کنار بیایند و به جای سرکوب یا فرار از احساسات، آن‌ها را بشناسند و مدیریت کنند. همین آگاهی و کنترل بهتر هیجانات باعث کاهش رفتارهای خودآسیب‌رسان می‌شود و در نتیجه کیفیت زندگی و سازگاری اجتماعی آن‌ها بهبود می‌یابد. بنابراین، این رویکرد نه تنها به کاهش مشکلات فعلی کمک می‌کند، بلکه با توانمندسازی هیجانی، تقویت خودآگاهی و آموزش پاسخ‌های سازگارانه به هیجانات شدید، مهارت‌های مقابله‌ای ارزشمندی برای آینده نوجوان فراهم می‌سازد که احتمال بازگشت به رفتارهای خودآسیب‌رسان را کاهش می‌دهد.

بطور کلی نتایج پژوهش حاضر حکایت از آن داشت که این رویکرد مداخله‌ای توانسته است به کاهش نشانه‌های افسردگی و ناگویی هیجانی نوجوانان دارای رفتارهای خودآسیب‌رسان کمک کند. از دست‌آوردهای پژوهش حاضر می‌توان در سطوح نظری و

- Young adults and Adolescents. Clinical Excellence. 2018; 8(2): 14-25. [In Persian]
9. McManus S, Gunnell D, Cooper C, Bebbington P E, Howard LM, Brugha T, & Appleby L. Prevalence of non-suicidal self-harm and service contact in England, 2000–14: repeated cross-sectional surveys of the general population. The Lancet Psychiatry. 2019; 6(7): 573-581.
 10. Kothgassner O D, Goreis A, Robinson K, Huscsava M M, Schmahl C, & Plener PL. Efficacy of dialectical behavior therapy for adolescent self-harm and suicidal ideation: a systematic review and metaanalysis. Psychological Medicine. 2021; 51: 1057–1067.
 11. Zhang B, Zhang W, Sun L, Jiang C, Zhou Y, & He K. Relationship between alexithymia, loneliness, resilience and non-suicidal self-injury in adolescents with depression: a multi-center study. BMC psychiatry. 2023; 23(1): 445.
 12. Petito A, Pop, T L, Namazova-Baranova L, Mestrovic J, Nigri L, Vural M, Sacco M, Giardino I, Ferrara P, Pettoello-Mantovani M. The burden of depression in adolescents and the importance of early recognition. The Journal of pediatrics. 2020; 218: 265–267.
 13. American Psychiatric Association. (2022). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed., text rev.; DSM-5-TR). Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
 14. Serra M, Presicci A, Quaranta L, Caputo E, Achille M, Margari F, & Margari L. Assessing clinical features of adolescents suffering from depression who engage in non-suicidal self-injury. Children. 2022; 9(2): 201.
 15. Hasegawa A, Kunisato Y, Morimoto H, Nishimura H, & Matsuda Y. Depressive rumination and urgency have mutually enhancing relationships but both predict unique variance in future depression: A longitudinal study. Cogent Psychology. 2018; 5(1): 1450919.
 16. Taylor P J, Jomar K, Dhinra K, Forrester R, Shahmalak U, & Dickson JM. A meta-analysis of the prevalence of different functions of non-suicidal self-injury. Journal of Affective Disorders. 2018; 227, 759–769.
 17. Raudales A M, Darosh A G, Contractor A A, Schatten H T, Dixon-Gordon K L, & Weiss NH. Positive emotion dysregulation identifies trauma-exposed community individuals at risk for suicide and nonsuicidal self-injury. The Journal of nervous and mental disease. 2021; 209(6): 434-442.
 18. Lee WK. Psychological characteristics of self-

محرم‌انگی اطلاعات، و تضمین حق شرکت‌کنندگان برای انصراف از پژوهش در هر مرحله بدون هیچ‌گونه پیامد یا خسارتی انجام شد.

• **حمایت مالی:** این مطالعه فاقد حمایت مالی بود.

• **نقش نویسندگان:**

○ الف.ک: روش‌شناسی، اجرای مداخله، ویرایش مقاله.

○ ش.ق: جمع‌آوری داده، اجرای مداخله، تحلیل آماری، نگارش مقاله.

• **تعارض منافع:** نویسندگان هیچ گونه تضاد منافی در ارتباط با این مطالعه بیان نمی‌کنند.

• **سپاس‌گزاری:** از همه شرکت‌کنندگانی که صبورانه در انجام پژوهش همکاری کردند، تشکر و قدردانی می‌شود.

منابع

1. Rice P. *The human development: Psychology of growth from birth to death*. (M. Foroughan, Trans.). Tehran: Arjmand. (Published in Persian, 2024). [In Persian]
2. Bresin K, & Schoenleber M. The prevalence of non-suicidal self-injury in adolescents: A systematic review and meta-analysis. Psychiatry Res. 2024;328:115644.
3. Coelho J L, Silva D F, & Gama CS. Non-suicidal self-injury behavior in adolescents and neuropsychology: An integrative review from 2015 to 2022. ResearchGate. 2023;
4. Association Psychiatric Association. *Understanding mental disorders: Your guide to DSM-5-TR®*. American Psychiatric Pub. 2022.
5. Widiastini M A, & Moeliono MF. Teknik “Get Out”, “Let It Out”, dan “Think It Out”: Intervensi regulasi emosi untuk remaja dengan perilaku menyakiti diri. Procedia: Studi Kasus dan Intervensi Psikologi. 2024; 12(2): 71-78.
6. Suwignyo Y H, Usnawati N, Herlina T, & Sumaningsih R. The Relationship Between Parenting Styles and Self-Harm Behavior in Adolescents. International Journal of Advanced Health Science and Technology. 2024; 4(3).
7. Tang WC, Lin MP, Wu J, Lee YT, You J. The mediating role of depression in the association between alexithymia and nonsuicidal self-injury in a representative sample of adolescents in Taiwan. Child Adolesc Psychiatry Ment Health. 2022; 16: 43.
8. Ezakian S, Mirzaian B, & Hosseini SH. A review on Non-Suicidal Self-Injury in Iranian

- psychology review. 2021; 87: 101999.
29. 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.
 30. Barlow D H, Harris BA, Eustis EH, & Farchione TJ. Можем ли мы помочь больше?. Center for Anxiety and Related Disorders (CARD), Boston University, Boston MA, USA. 2020.
 31. Bullis J R, Eustis E H, Curreri A J, Cardona N D, Woods B K, Rosellini A J, & Farchione TJ. The Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders compared with diagnosis-specific protocols for anxiety disorders: A three-year follow-up. *Journal of Mood & Anxiety Disorders*. 2023; 3: 100024.
 32. Mohammad Beigi Selahshor H. The Effectiveness of Integrated Transdiagnostic Treatment on High-Risk Behaviors and Feelings of Self-Worth in Adolescents. *Iranian Society of Sociology of Education*. 2022; 1(3): 1-10. [In Persian]
 33. Sharafi M, Jafari D, & Bahrami M. The effects of cognitive behavioral therapy and unified transdiagnostic therapy on the emotional regulation of adolescents with generalized anxiety disorder. *Rooyesh-e-Ravanshenasi*. 2023; 11(12):183-194. [In Persian]
 34. Galehgirian S, Deyre E, Ghamarani A, & PoladeiRishahri A. The Effect of Unified Trans-Diagnostic Treatment on the Experiential Avoidance and Suicidal Ideation in the Girls Victim of Domestic Violence. *Quarterly Journal of Psychological Methods and Models*. 2022; 12(46): 69-84. [In Persian]
 35. Mahdian Z, Foroughi A, Ahmadian H, & Akbari M. Effectiveness of Transdiagnostic Treatment on the Emotion Regulation and Emotion Adequacy of Students with Social Anxiety Disorder. *Journal of Clinical Psychology*. 2022;14(1):49-58. [In Persian]
 36. Askari Z, Zandkarimi G. The Effectiveness of Unified Trans diagnostic Therapy on Cognitive Errors, Rumination and Cognitive Avoidance in Social Anxiety Disorder Patients: A Case Study. *Journal of Clinical Psychology*. 14(4):65–76. [In Persian]
 37. Reinholt N, Hvenegaard M, Christensen AB, Eskildsen A, Hjorthøj C, Poulsen S, Arendt MB, Rosenberg NK, Gryesten JR, Aharoni RN, Alrø AJ, Christensen CW, & Arnfred SM. Transdiagnostic versus diagnosis-specific group harming behavior in Korean adolescents. *Asian J psychiatry*, 2016; 23: 119-24.
 19. Cerutti R, Zuffianò A, & Spensieri V. The role of difficulty in identifying and describing feelings in non-suicidal self-injury behavior (NSSI): associations with perceived attachment quality, stressful life events, and suicidal ideation. *Frontiers in psychology*. 2018; 9: 318.
 20. Bordalo F, & Carvalho IP. The role of alexithymia as a risk factor for self-harm among adolescents in depression–A systematic review. *Journal Of Affective Disorders*. 2022; 297: 130-144.
 21. Lüdtke J, In-Albon T, & Schmeck K. The role of emotional awareness and regulation in nonsuicidal self-injury in adolescence. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 2021; 15(1), 1–9.
 22. Gatta M, Dal Santo F, Rago A, Spoto A, & Battistella PA. Alexithymia, impulsivity, and psychopathology in nonsuicidal self-injured adolescents. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2016; 12: 2307–17.
 23. Lüdtke J, In-Albon T, Michel C, & Schmid M. Predictors for DSM-5 non-suicidal self-injury in female adolescent inpatients: the role of childhood maltreatment, alexithymia, and dissociation. *Psychiatry Res*. 2016; 239: 346–52.
 24. Gatta M, Dal Santo F, Rago A, Spoto A, & Battistella PA. Alexithymia, impulsiveness, and psychopathology in nonsuicidal self-injured adolescents. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2016; 12: 2307–17.
 25. Garisch JA, & Wilson MS. Prevalence, correlates, and prospective predictors of non-suicidal self-injury among New Zealand adolescents: cross-sectional and longitudinal survey data. *Child Adolesc PsychiatryMent Health*. 2015; 9(1): 28.
 26. Brose D. Integrated Transdiagnostic Therapy for Emotional Disorders. Ravan Negar Publishing.; 2020.
 27. 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. *AMA psychiatry*. 2017; 74(9): 875-884.
 28. Carlucci L, Saggino A, & Balsamo M. On the efficacy of the unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: A systematic review and meta-analysis. *Clinical*

- Statements About Self-injury (ISAS). *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*. 2009; 31: 215-219.
48. Saffarinia M, Nikoogoftar M, Damavandian A. The Effectiveness of Dialectical Behavior Therapy (DBT) on Reducing Self-Harming Behaviors in Juvenile Offenders in Tehran's Juvenile Correction and Rehabilitation Centre. *Clin Psychol Stud*. 2015;15(4):141-58.[In Persian]
 49. Peymannia B, Hamid N, & Mahmoud Alilo M. The Effectiveness of ACT Matrix with compassion on self-injury behaviors and quality of life of Students with symptoms of Borderline Personality Disorders. *Psychological Achievements*. 2018; 25(1): 23-44. [In Persian]
 50. Bakhshipour A, Vojoodi B, Mahmoud Alilo M, & Abdi R. The effectiveness of integrated Transdiagnostic Treatment in reducing the symptoms of major depressive disorder. *Thought & Behavior in Clinical Psychology*. 2016; 11(41): 67-76. [In Persian]
 51. Meidlinger PC, & Hope DA. The new transdiagnostic cognitive behavioral treatments: Commentary for clinicians and clinical researchers. *Journal of anxiety disorders*. 2017; 46: 101-109.
 52. Vujanovic AA, Meyer TD, Heads AM, Stotts AL, Villarreal YR, & Schmitz JM. Cognitive-behavioral therapies for depression and substance use disorders: An overview of traditional, third-wave, and transdiagnostic approaches. *The American Journal of drug and alcohol abuse*. 2017; 43(4): 402-415.
 53. Meier MA, & Meier MH. Clinical implications of a general psychopathology factor: A cognitive-behavioral transdiagnostic group treatment for community mental health. *Journal of Psychotherapy Integration*. 2018; 28(3): 253-268.
 54. Timulak L, Richards D, Bhandal-Griffin L, Healy P, Azevedo J, Connon G, & Farchione TJ. Effectiveness of the internet-based Unified Protocol transdiagnostic intervention for the treatment of depression, anxiety and related disorders in a primary care setting: a randomized controlled trial. *Trials*. 2022; 23(1): 1-11.
 55. Sakiris N, & Berle D. A systematic review and meta-analysis of the Unified Protocol as a transdiagnostic emotion regulation based intervention. *Clinical psychology review*. 2019; 72: 101751.
 56. Kivity Y, Sela M S, Yariv A, Koubi M, Saad A, Fennig S, & Bloch Y (2020). Transdiagnostic cognitive behavioral therapy for anxiety disorders and depression: A randomized controlled trial. 2022; *Psychotherapy and Psychosomatics*. 2022; 91(1): 36-49.
 38. Ito M, Horikoshi M, Kato N, Oe Y, Fujisato H, Yamaguchi K, & Takebayashi Y. Efficacy of the unified protocol for transdiagnostic cognitive-behavioral treatment for depressive and anxiety disorders: a randomized controlled trial. *Psychological Medicine*. 2022; 53: 3009-3020.
 39. Osma J, Peris-Baquero O, Suso-Ribera C, Farchione TJ, & Barlow DH. effectiveness of the Unified Protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders in group format in Spain: Results from a randomized controlled trial with 6-months follow-up. *Psychotherapy Research*. 2022; 32(3): 329-342.
 40. Delavar A. Theoretical and practical foundations of research in humanities and social sciences. Tehran: Roshd; 2018. [In Persian]
 41. LeBlanc J C, Almudevar A, Brooks S J, & Kutcher S. Screening for adolescent depression: comparison of the Kutcher Adolescent Depression Scale with the Beck Depression Inventory. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*. 2002; 12(2): 113-126.
 42. Habibi M, Hamediniya E, Asgarnejad F, Kholghi H. Psychometric Properties of Kutcher Adolescents Depression Scale. *Applied Research in Educational Psychology*. 2015; 2(2): 15-28. [In Persian]
 43. Mahdizadeh Azdin S, Musavi AM, Jalali M, & Kakavand A. The Effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive Therapy on Social Self-efficacy and Depression. *Developmental Psychology: Iranian Psychologists*. 2018; 15(55): 305-314. [In Persian]
 44. Bagby R M, Taylor G J, & Parker JD. The twenty-item Toronto Alexithymia Scale—II. Convergent, discriminant, and concurrent validity. *Journal of psychosomatic research*. 1994; 38(1): 33-40.
 45. Besharat MA. Reliability and factorial validity of a Farsi version of the 20-item Toronto Alexithymia Scale with a sample of Iranian students. *Psychological reports*. 2007; 101(1): 209-220.
 46. Besharat MA. Toronto Alexithymia Scale: Questionnaire, Instruction and Scoring (Persian Version). *Developmental Psychology: Iranian Psychologists*. 2013; 10: 90-92. [In Persian]
 47. Klonsky ED, & Glenn CG. Assessing the functions of non-suicidal self-injury: Psychometric properties of the Inventory of

J, Sheehan J, Johnston L, & Titov N (2016). Transdiagnostic versus disorder-specific and clinician-guided versus self-guided internet-delivered treatment for social anxiety disorder and comorbid disorders: a randomized controlled trial. *Journal of anxiety disorders*. 2016; 42: 30-44.

Treatment of Anxiety Disorders in a Group Format Based on the Principles of the Unified Protocol: a Preliminary Intensive Measurement Examination of Process and Outcome. *International Journal of Cognitive Therapy*. 2020; 13(2): 127-145.

57. De Paul N F, & Caver KA (2021). A pilot study of a brief group adaptation of the Unified Protocol in integrated primary care. *Psychological Services*. 2021; 18(3): 416-425.

58. Dear B F, Staples L G, Terides M D, Fogliati V