Research in Clinical Psychology and Counseling

https://tpccp.um.ac.ir Vol. 16, No 2, 2026 OPEN ACCESS
ISSN(Online): 2423-4265 ISSN(Print): 2251-6352 Research Article

The Effectiveness of Transdiagnostic Psychotherapy on Problem-Solving Skills and Self-Awareness in Women with Symptoms of Depression

Zeinab Cheraghchi Masjedy
MA in Psychology, Hakim Toos University, Mashhad, Iran.
Hamidreza Aghamohamadian Sharbaf
Professor, Department of Psychology, Ferdowsi University of Mashhad, Mashhad, Iran. (Corresponding Author), Email: aghamohammadian@um.ac.ir
Mohammadreza Khodabakhsh
Assistant Professor, Department of Psychology, Hakim Toos University, Mashhad, Iran.

Extended Abstract

Introduction

Depression is a widespread psychological disorder that may undermine cognitive, emotional, and interpersonal functioning (Sadock & Sadock, 2010; Li et al., 2023). Women who exhibit depressive symptoms may also face difficulties in emotion regulation, decision-making, problem-solving, and awareness of their internal experiences (Li et al., 2023; Yeo et al., 2023). Rather than concentrating on a specific diagnosis, the transdiagnostic approach addresses processes that are shared across various emotional problems, with an emphasis on the cognitive, emotional, and behavioral patterns linked to these disorders (Barlow et al., 2017; Carlucci et al., 2021). Existing research suggests that the transdiagnostic protocol can affect psychological outcomes by strengthening skills, cognitive flexibility, and emotion regulation, while decreasing avoidance (Andersen et al., 2016; Sauer-Zavala et al., 2021; Antuña-Camblor et al., 2024). Problem-solving is linked to adaptive coping and lower susceptibility to depression (Michelson et al., 2022). Awareness of internal states and emotional clarity have been connected to mental health and coping processes (Yeo et al., 2023; Cho & Choi, 2024). Accordingly, the current study was carried out to investigate the effectiveness of transdiagnostic psychotherapy on problem-solving and self-awareness in women with depressive symptoms.

Method

This quasi-experimental study used a pretest-posttest design that included a control group. The study population consisted of women aged 25 to 65 who showed symptoms of depression and sought services at the Aramesh Clinic in Mashhad. From among 65 individuals seeking treatment, 24 women with mild to moderate depression were chosen through convenience sampling after the inclusion and exclusion criteria were applied and screening was conducted using the Beck Depression Inventory–II (BDI-II). The participants were then randomly allocated to either an experimental group or a control group, with 12 individuals in each. The experimental group received the Unified Protocol (UP) (Barlow et al., 2017) across eight sessions, while the control group was placed on a waiting list. The measures administered in this study were the Heppner Problem-Solving Inventory (PSI), the Fenigstein Self-Consciousness Scale (SCS), and the Beck Depression Inventory-II (BDI-II) (Beck et al., 1996; Ghassemzadeh et al., 2005; Khosravi et al., 1998; Rastgoo et al., 2011; Sarmad, 2023). Data were gathered at pretest and posttest and analyzed with multivariate analysis of

©2026 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 source are cited. No permission is required from the authors or the publishers.

covariance (MANCOVA), with pretest scores controlled for, using IBM SPSS Statistics version 27.

Findings

In the experimental group, the mean problem-solving score rose from 120.83 at pretest to 145.25 at posttest, while the control group's mean changed only slightly, from 130.07 to 131.67. Similarly, the experimental group's mean self-awareness score increased from 47.00 to 63.92, whereas the control group showed a modest increase from 47.60 to 48.87. After controlling for pretest scores, the MANCOVA indicated a statistically significant difference between the two groups across the combined dependent variables (Wilks' $\lambda = 0.08$, $F = 121.01$, $p < .0001$). Transdiagnostic psychotherapy led to a significant improvement in problem-solving skills ($F = 162.77$, $p < .0001$, $\eta^2 = 0.88$), with adjusted mean scores of 149.42 in the experimental group and 127.66 in the control group ($\Delta M = 21.76$, $p < .0001$). Self-awareness likewise showed a significant increase in the experimental group ($F = 109.11$, $p < .0001$, $\eta^2 = 0.83$), with adjusted means of 63.92 and 48.87 for the experimental and control groups, respectively ($\Delta M = 14.05$, $p < .0001$).

Discussion

The findings of this study showed that transdiagnostic psychotherapy can improve self-awareness in women with depressive symptoms. This result is consistent with the existing literature that connects self-awareness and emotional clarity to mental health and coping strategies (Yeo et al., 2023; Cho & Choi, 2024). The finding also agrees with research reviews that emphasize the contribution of emotion regulation and metacognitive processes in transdiagnostic treatments (Antuña-Camblor et al., 2024; Schaeuffele et al., 2024). A comprehensive review of the available literature found no studies that explicitly contradict an increase in self-awareness following the Unified Protocol. Nevertheless, more direct evidence is needed before a definitive conclusion about this outcome can be drawn. From an explanatory standpoint, the Unified Protocol's focus on emotional awareness, attention to internal experiences, and reduction of experiential avoidance may help individuals identify and differentiate internal states more effectively (Antuña-Camblor et al., 2024; Schaeuffele et al., 2024). Future research is encouraged to explore the roles of self-awareness and emotional clarity as possible mechanisms underlying therapeutic change. On the whole, the results support the effectiveness of transdiagnostic psychotherapy in enhancing problem-solving skills and self-awareness. However, the study's limitations—including its small sample, its conduct at a single site, and its focus on women aged 25 to 65—limit the generalizability of the findings. Accordingly, further research is recommended in a multicenter setting with larger samples and longer follow-up periods.

Keywords: Unified Protocol, Transdiagnostic Psychotherapy, Problem Solving, Self-Awareness, Depression, Women

پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره

مقاله پژوهشی https://tpccp.um.ac.ir دسترسی آزاد

اثربخشی روان‌درمانی فراتشخیصی بر مهارت‌های حل مسئله و خودآگاهی در زنان دارای نشانه‌های افسردگی

زینب چراغچی مسجدی

کارشناسی ارشد روان شناسی، دانشگاه حکیم طوس، مشهد، ایران.

حمیدرضا آقامحمدیان شعرباف

استاد، گروه روانشناسی، دانشگاه فردوسی مشهد، مشهد، ایران. (نویسنده مسئول)، aghamohammadian@um.ac.ir

محمدرضا خدابخش

استادیار، گروه روانشناسی، دانشگاه حکیم طوس، مشهد، ایران.

چکیده

هدف: هدف این پژوهش بررسی اثربخشی روان‌درمانی فراتشخیصی در بهبود مهارت حل مسئله و افزایش خودآگاهی در زنان دارای نشانه‌های افسردگی بود.

روش: این مطالعه با طرح شبه‌آزمایشی پیش‌آزمون–پس‌آزمون با گروه کنترل انجام شد. جامعه پژوهش شامل زنان ۲۵ تا ۶۵ ساله دارای نشانه‌های افسردگی مراجعه‌کننده به کلینیک آرامش مشهد بود. از میان ۶۵ نفر از مراجعان، پس از بررسی ملاک‌های ورود و خروج و انجام غربالگری با استفاده از پرسشنامه افسردگی بک(BDI-II) ، ۲۴ نفر که بر اساس نمره این پرسشنامه در دامنه افسردگی خفیف تا متوسط قرار داشتند، به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. سپس افراد به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل، هر گروه شامل ۱۲ نفر، گمارده شدند. ابزارهای پژوهش شامل پرسشنامه حل مسئله هپنر، مقیاس خودآگاهی فنیگستین و پرسشنامه افسردگی بک بود. گروه آزمایش در هشت جلسه، پروتکل یکپارچه فراتشخیصی براساس راهنمای استاندارد بارلو را دریافت کرد و گروه کنترل در فهرست انتظار قرار گرفت. داده‌ها با استفاده از تحلیل کوواریانس چندمتغیری (MANCOVA)و با کنترل نمرات پیش‌آزمون در SPSS نسخه ۲۷ تحلیل شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که درمان فراتشخیصی موجب بهبود معنادار مهارت حل مسئله و خودآگاهی در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل شد این تفاوت‌ها با اندازه‌های اثر بسیار بزرگ(حل مسئله ۰/۸۸= η^2 ؛ خودآگاهی ۰/۸۳= η^2)همراه بود.

نتیجه‌گیری: بر اساس یافته‌ها، پروتکل یکپارچه فراتشخیصی یک مداخله مؤثر و مبتنی بر شواهد برای تقویت سازوکارهای تنظیم هیجان و ارتقای فرآیندهای شناختی–هیجانی، به‌ویژه حل مسئله و خودآگاهی در زنان دارای نشانه‌های افسردگی است.

واژه‌های کلیدی: پروتکل یکپارچه فراتشخیصی، خودآگاهی، حل مسئله، افسردگی، زنان .

مقدمه

ظهور نشانه‌های افسردگی[1]، که اغلب با رخوت، کاهش انگیزه و افت کارکردی همراه است، جنبه‌های مختلف زندگی فردی و اجتماعی زنان را تحت تأثیر قرار می‌دهد. افراد مبتلا معمولاً احساساتی همچون غمگینی، ناامیدی، کاهش ارزشمندی و نیز تغییرات شناختی و جسمانی را تجربه می‌کنند که می‌تواند عملکرد روزمره آنان را مختل سازد(Sadock & Sadock, 2010). علاوه بر این، یافته‌های همه‌گیرشناختی نشان داده‌اند که شیوع افسردگی در زنان به‌طور معناداری بالاتر از مردان است؛ بنابراین توجه به راهبردهای پیشگیرانه و مداخله‌ای در این گروه جمعیتی ضرورتی اساسی به شمار می‌رود (Li et al., 2023).

از منظر شناختی، ضعف در راهبردهای مقابله‌ای و ناتوانی در مدیریت مؤثر چالش‌ها، یکی از عوامل تعیین‌کننده در بروز و تداوم افسردگی به شمار می‌رود. نظریه‌پردازان شناختی بر این باورند که الگوهای فکری منفی و راهبردهای ناکارآمد پردازش اطلاعات نقش مهمی در شکل‌گیری و تداوم این اختلال دارند(Bajestani & Abedi, 2013). شواهد پژوهشی جدید نیز تأکید می‌کنند که نقص در مهارت حل مسئله[2] و استفاده از سبک‌های مقابله‌ای ناکارآمد، از عوامل کلیدی در شدت‌یافتن نشانه‌های افسردگی بوده و می‌توانند الگوی آسیب‌پذیری افراد را پیش‌بینی کنند(Michelson et al., 2022) . علاوه بر این، یافته‌ها نشان می‌دهد که علائم جسمانی مرتبط با افسردگی قادر است توانایی حل مسئله و کارکردهای شناختی را به‌طور معناداری تضعیف کند(Sönmez & Bahçeci, 2025) .

از سوی دیگر، شواهد به‌دست‌آمده از مرورهای نظام‌مند اخیر نشان می‌دهد که اختلال در تنظیم هیجان و ناتوانی در به‌کارگیری راهبردهای مؤثر برای مدیریت چالش‌ها، از مهم‌ترین شاخص‌های آسیب‌پذیری در افسردگی به شمار می‌روند(Atta et al., 2024؛ Hybelius et al., 2024). چنین آسیب‌پذیری‌هایی می‌تواند به کاهش توانایی فرد در حل مسئله و ضعف در حفظ سلامت روانی بینجامد؛ به‌گونه‌ای که افراد برخوردار از مهارت‌های کارآمدتر در حل مسئله، مقاومت بیشتری در برابر ابتلا به افسردگی نشان می‌دهند (Metz et al., 2023). افزون بر این، یافته‌های جدید بیانگر آن است که مداخلات مبتنی بر حل مسئله و فعال‌سازی رفتاری، به‌ویژه در میان زنان جوان، در کاهش افسردگی و اضطراب اثربخشی قابل‌توجهی دارند (Bere et al., 2025).

[1] Depression
[2] Problem solving

یکی دیگر از مؤلفه‌های اساسی در درک و مدیریت هیجان[1]، خودآگاهی[2] است. افرادی که از سطح بالاتری از خودآگاهی برخوردارند، احساسات و افکار خود را با دقت بیشتری شناسایی کرده و توانایی بالاتری در تنظیم و مدیریت آن‌ها دارند؛ مهارتی که به انتخاب راهبردهای مقابله‌ای سازگارانه‌تر و در نتیجه کاهش پیامدهای منفی هیجانی منجر می‌شود (Sharma & Kumra, 2022; Yeo et al., 2023). شواهد پژوهشی اخیر نیز نشان می‌دهد که وضوح هیجانی و آگاهی از حالات درونی می‌تواند از طریق تقویت مقابله متمرکز بر حل مسئله، به کاهش علائم افسردگی کمک کند(Cho et al., 2024).

در سال‌های اخیر، درمان فراتشخیصی به‌عنوان رویکردی جامع، انعطاف‌پذیر و مبتنی بر سازوکارهای مشترک هیجانی، برای مداخله در اختلالات هیجانی مطرح شده است. پژوهش‌های متعدد اثربخشی این درمان را در کاهش نشانه‌های اضطراب و افسردگی تأیید کرده‌اند (Shahriari et al., 2021; Rashid & Rashid, 2021). در همین راستا، مطالعات عطارد و همکاران (Otared et al., 2017) و بخشی‌پور و همکاران (Bakhshipour et al., 2016) نیز کاهش معنادار اضطراب، افسردگی و تداوم اثرات درمان را گزارش کرده‌اند. علاوه بر این، مرورها و فراتحلیل‌های اخیر نشان می‌دهد که پروتکل فراتشخیصی، چه به‌صورت حضوری و چه در قالب مداخلات آنلاین، در کاهش اختلالات هیجانی بسیار اثربخش است (Carlucci et al., 2021; Andersen et al., 2016). یافته‌های جدید نیز بیانگر آن است که این پروتکل در طیف وسیعی از اختلالات هیجانی، عملکرد درمانی قدرتمند و پایداری دارد (Schaeuffele et al., 2024).

افزون بر این، شواهد به‌دست‌آمده از مرورهای نظام‌مند اخیر نشان می‌دهد که نسخه‌های آنلاین و مبتنی بر اینترنت درمان فراتشخیصی[3] نیز در کاهش نشانه‌های اضطراب و افسردگی اثربخشی قابل‌توجهی دارند. این نتایج بیانگر آن است که مداخلات فراتشخیصی، چه به‌صورت عمومی و استاندارد و چه در قالب نسخه‌های سازگارشده و شخصی‌سازی‌شده، در بهبود کارکرد هیجانی اثربخش هستند و می‌توانند الگوهای پاسخ‌دهی متفاوتی را در میان زنان پدید آورند (Jiménez-Orenga et al., 2025; Liu et al., 2025; Ferreres-Galán et al., 2024)

با وجود این پشتوانه پژوهشی، اغلب مطالعات پیشین تمرکز خود را بر کاهش مستقیم نشانه‌های هیجانی معطوف کرده‌اند و پیامدهای شناختی، از جمله مهارت حل مسئله و خودآگاهی، کمتر مورد توجه قرار گرفته

---

[1] Emotion regulation

[2] Self-awareness

[3] Transdiagnostic psychotherapy

است. برای نمونه، پژوهش مظفری و همکاران (Mozaffari et al., 2020) عمدتاً بر نظم‌جویی شناختی هیجان تمرکز داشته و مطالعه قادری و همکاران (Ghaderi et al., 2023) نیز با وجود بررسی اثربخشی درمان فراتشخیصی بر مؤلفه‌هایی همچون هیجانات، صفات شخصیتی و پردازش شناختی، به حوزه‌های اختصاصی‌تری مانند *مهارت حل مسئله* و *خودآگاهی* نپرداخته است؛ ازاین‌رو، چنین پژوهش‌هایی نمی‌توانند مبنای دقیقی برای تبیین اثرات مستقیم درمان فراتشخیصی بر این دو مؤلفه شناختی بنیادین فراهم کنند. افزون بر این، مرورهای جدید نیز بیان کرده‌اند که باوجود اثربخشی گسترده پروتکل فراتشخیصی، بررسی اثرات آن بر شاخص‌های شناختی اصلی همچنان ناکافی باقی مانده است(Carlucci et al., 2021) .

با وجود انباشت قابل‌توجه شواهد در حمایت از اثربخشی درمان‌های فراتشخیصی در کاهش نشانه‌های هیجانی، یافته‌های اخیر نشان می‌دهد که مؤلفه‌های شناختی ـ به‌ویژه مهارت حل مسئله و خودآگاهی ـ نقش بسیار اساسی‌تری در فرایندهای تغییر هیجانی دارند؛ نقشی که در ادبیات پیشین کمتر به‌صورت نظام‌مند مورد واکاوی قرار گرفته است. پژوهش‌های جدید نشان می‌دهند که تقویت این دو مؤلفه نه‌تنها با کاهش افسردگی همراه است، بلکه می‌تواند پایداری و تداوم اثرات درمانی را نیز پیش‌بینی کند؛ با این حال، هیچ‌یک از مطالعات اخیر به‌طور اختصاصی کارآمدی رویکرد فراتشخیصی را در ارتقای هم‌زمان این دو مؤلفه شناختی بررسی نکرده‌اند، به‌ویژه در جمعیت زنان که الگوهای پردازش هیجانی و پاسخ‌دهی متفاوتی را نسبت به مردان نشان می‌دهند. این مسئله، خلأ نظری و تجربی قابل‌توجهی ایجاد کرده است؛ زیرا همچنان مشخص نیست که آیا پروتکل یکپارچه فراتشخیصی قادر است این دو سازه شناختی بنیادین را به‌صورت هم‌زمان و هدفمند تقویت کند یا خیر.

بر همین اساس، یک نیاز پژوهشی مشهود شکل می‌گیرد: مطالعات اندکی تاکنون اثرگذاری این پروتکل را بر بهبود هم‌زمان مهارت حل مسئله و خودآگاهی در زنان دارای نشانه‌های افسردگی بررسی کرده‌اند. با توجه به نقش محوری این دو مؤلفه در تنظیم هیجان، پیشگیری از عود و کاهش آسیب‌پذیری روان‌شناختی، پژوهش حاضر با هدف ارزیابی اثربخشی درمان فراتشخیصی بر ارتقای مهارت حل مسئله و خودآگاهی در زنان دارای نشانه‌های افسردگی انجام شد.

روش

پژوهش حاضر از نوع کاربردی و بر اساس طرح شبه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون–پس‌آزمون با گروه کنترل انجام شد. جامعه آماری شامل زنان ۲۵ تا ۶۵ سال دارای نشانه‌های افسردگی بود که به‌منظور دریافت خدمات روان‌شناختی به کلینیک آرامش مشهد مراجعه کرده بودند. برای شناسایی وجود نشانه‌های

افسـردگی، پرسـشـنامه افسـردگی بک (BDI-II)[1] اجرا شـد و افرادی که در طبقه «افسـردگی خفیف تا متوسـط» قرار گرفتند وارد پژوهش شـدند؛ بنابراین، دارا بودن تشـخیص رسـمی افسـردگی ملاک ورود محسوب نمی‌شد.

پس از مرحله غربالگری، ۲۴ نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۲ نفر) و کنترل (۱۲ نفر) گمارده شـدند. گروه کنترل هیچ‌گونه خدمت درمانی دریافت نکرد و در فهرسـت انتظار قرار گرفت تا اثر مداخله در گروه آزمایش به‌صـورت خالص و بدون مداخله هم‌زمان ارزیابی شود.

در بخش ابزارها، از پرسشنامه افسردگی بک(BDI-II) ، پرسشنامه مهارت حل مسئله هپنر (PSI) و مقیاس خودآگاهی فنیگستین و شیر استفاده شد. پرسشنامه‌ها به‌صورت آنلاین و با هماهنگی کلینیک توزیع گردید و شرکت‌کنندگان با اطمینان از حفظ محرمانگی اطلاعات، آن‌ها را تکمیل کردند.

ابزارها

پرسشنامه افسردگی بک (BDI-II)[2]

برای سنجش علائم افسردگی، از پرسشنامه افسردگی بک نسخه دوم (BDI-II) استفاده شد. این پرسشنامه شامل ۲۱ گویه است که نشانه‌های عاطفی، شناختی و جسمانی افسردگی را بر اساس مقیاس ۴ درجه‌ای از ۰ تا ۳ اندازه‌گیری می‌کند؛ بنابراین نمره کل در دامنه ۰ تا ۶۳ قرار می‌گیرد. پرسشنامه برای افراد ۱۳ سال به بالا طراحی شده و دارای روایی و پایایی مطلوب است. پایداری درونی این ابزار در مطالعه بک و همکاران (۱۹۹۶) با میانگین آلفای ۰/۸۶ گزارش شده است. در ایران نیز نسخه فارسی توسط قاسم‌زاده و همکاران (۲۰۰۵) اعتباریابی شده و آلفای کرونباخ ۰/۸۷ و پایایی بازآزمایی ۰/۷۴ برای آن گزارش شده است که روایی سازه و همگرای آن را تأیید می‌کند.

پرسشنامه حل مسئله هپنر[3] (PSI)

پرسشنامه حل مسئله هپنر شامل ۳۵ سؤال بر اساس مقیاس ۶ گزینه‌ای لیکرت است و سه زیر مقیاس اعتماد به حل مسائل (PSC)، سبک گرایش – اجتناب (AA)، و کنترل شخصی (PC) را ارزیابی می‌کند. این پرسشنامه برای اولین بار توسط رفعتی و با راهنمایی خسروی ترجمه و اجرا شده است(Khosravi et al., 1998). پایایی این پرسشنامه در مطالعات مختلف، از جمله راستگو و همکاران (Rastgoo et al.,

[1] Beck's depression inventory
[2] Beck's depression inventory
[3] Problem solving inventory

2011)، با دامنه آلفای کرونباخ ۰/۸۳ تا ۰/۸۹ گزارش شده است.

پرسشنامه خودآگاهی فنیگستین[1]

برای ارزیابی مؤلفه‌های خودآگاهی، از پرسشنامه‌ای شامل ۲۳ گویه استفاده شد که به سنجش سه بعد اصلی می‌پردازد: خودآگاهی خصوصی، خودآگاهی عمومی و اضطراب. این ابزار مبتنی بر طیف لیکرت طراحی شده است تا میزان خودآگاهی را بسنجد. روایی این پرسشنامه از طریق محاسبه ضریب آلفای کرونباخ، مقداری بالاتر از ۰/۷۰ را نشان داده است که گویای پایایی مطلوب آن است. علاوه بر این، قابلیت اعتماد این ابزار در سنجش‌های مکرر در شرایط یکسان نیز تأیید شده است (Sarmad, 2023).

این ابزارهای استاندارد به دلیل اعتبار و پایایی بالا، انتخاب مناسبی برای پژوهش‌های بالینی و روان‌شناختی در حوزه‌های مرتبط هستند.

شیوه اجرا و جمع آوری داده ها

به‌منظور جمع‌آوری داده‌ها، ابتدا مجموعه‌ای از پرسشنامه‌های پژوهش در قالب یک لینک آنلاین طراحی و پس از اخذ کد اخلاق، لینک مربوطه در اختیار مراجعان زن کلینیک آرامش مشهد قرار گرفت. پیش از شروع پرسشنامه‌ها، هدف پژوهش و نحوه تکمیل فرم‌ها به‌صورت شفاف توضیح داده شد و بر محرمانگی کامل اطلاعات تأکید گردید. شرکت‌کنندگان پاسخ‌های خود را بر اساس تجربیات اخیر ثبت کردند.

در مرحله غربالگری، پرسشنامه افسردگی بک (BDI-II) به‌منظور شناسایی افراد دارای نشانه‌های افسردگی اجرا شد و زنانی که در طبقه «افسردگی خفیف تا متوسط» قرار گرفتند، واجد شرایط ورود به مطالعه شناخته شدند. پس از تأیید شرایط ورود، ابزارهای اصلی پژوهش شامل پرسشنامه حل مسئله هپنر و مقیاس خودآگاهی فنیگستین، شِیر و باس نیز در مرحله پیش‌آزمون برای هر دو گروه اجرا شد تا نقطه مبنای سنجش متغیرهای وابسته مشخص گردد. شرکت‌کنندگان واجد شرایط به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و سپس به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۲ نفر) و کنترل (۱۲ نفر) گمارده شدند. گروه کنترل در طول دوره پژوهش هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد و تنها در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون شرکت کرد تا امکان ارزیابی اثر خالص مداخله فراهم شود.

مداخله درمانی در گروه آزمایش براساس پروتکل درمان فراتشخیصی یکپارچه[2] طراحی‌شده توسط

[1] Self-awareness questionnaire

[2] Unified protocol; UP

بارلو و همکاران (Barlow et al., 2017) در قالب هشت جلسه حضوری هفتگی ۶۰ تا ۹۰ دقیقه‌ای اجرا شد. این پروتکل مطابق دستورالعمل استاندارد و نسخه اصلی آن پیاده‌سازی گردید. پروتکل UP شامل هشت واحد درمانی است که پنج واحد آن هسته مرکزی مداخله را تشکیل می‌دهند و هدف آن‌ها تقویت مهارت‌های تنظیم هیجان از طریق افزایش آگاهی هیجانی، ارتقای انعطاف‌پذیری شناختی، کاهش رفتارهای اجتنابی، مواجهه تدریجی با هیجانات و بهبود راهبردهای تنظیم هیجان است. بر اساس دستورالعمل اصلی UP، جلسات شامل مجموعه‌ای از واحدهای آموزشی و مهارتی بودند که از شناخت هیجان‌ها آغاز شده و به افزایش انعطاف‌پذیری شناختی، بازنگری در افکار ناکارآمد، تمرین‌های ذهن‌آگاهی و آموزش گام‌های حل مسئله ختم می‌شدند. ساختار جلسات مطابق جدول استاندارد پروتکل درمان فراتشخیصی به شرح زیر اجرا شد.

جدول۱- خلاصه جلسات پروتکل آموزشی درمان فردی یکپارچه فراتشخیصی

جلسه	محتوا
اول	آشنایی، معرفی شرکت‌کنندگان، تبیین ساختار درمان فراتشخیصی، بیان اهداف و انتظارات، تمرین‌های مقدماتی افزایش خودآگاهی
دوم	آموزش شناسایی افکار و احساسات، تکنیک‌های ثبت افکار، تمرین نوشتاری و بحث درباره تجربیات
سوم	آموزش بازنگری شناختی، چالش باورهای ناکارآمد، تمرین عملی با افکار منفی و تدوین فهرست افکار جایگزین
چهارم	آموزش مراحل حل مسئله، تمرین گروهی بر اساس مسائل واقعی و تحلیل استراتژی‌های مؤثر
پنجم	آموزش مهارت‌های مدیتیشن و ذهن‌آگاهی، تمرین‌های عملی ذهن آگاهی و گفت‌وگو درباره اثرات تمرین‌ها
ششم	فعالیت‌های عملی ارتقای خودآگاهی، تکنیک‌های خودآزمایی، تعیین اهداف شخصی و تمرین‌های مرتبط
هفتم	ارزیابی پیشرفت فردی، بررسی تغییرات در مهارت حل مسئله و خودآگاهی، ارائه بازخورد و شناسایی چالش‌ها
هشتم	جمع‌بندی نهایی، مرور اهداف، برنامه‌ریزی برای آینده، تدوین طرح تداوم مهارت‌ها و بحث پایانی

این مراحل به‌طور کامل مطابق دستورالعمل استاندارد UP اجرا و کیفیت اجرای مداخله در طول فرایند

پایش شد.

یافته‌ها

پیش از اجرای تحلیل‌های استنباطی، شاخص‌های توصیفی شامل میانگین و انحراف معیار نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون برای دو متغیر حل مسئله و خودآگاهی در دو گروه آزمایش و کنترل محاسبه شد. جدول ۱ خلاصه این داده‌ها را نشان می‌دهد. این جدول امکان مقایسه اولیه الگوهای تغییر را فراهم می‌کند و مشخص می‌سازد که گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل در مرحله پس‌آزمون افزایش بیشتری در نمرات هر دو متغیر داشته است.

جدول۲- میانگین و انحراف معیار نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون در دو گروه

شاخص‌های آماری / متغیرها	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
حل مسئله	آزمایشی	۱۲۰/۸۳	۵/۰۴	۱۴۵/۲۵	۶/۵۸
	گواه	۱۳۰/۰۷	۶/۲۴	۱۳۱/۶۷	۵/۴۵
خودآگاهی	آزمایشی	۴۷/۰۰	۷/۷۰	۶۳/۹۲	۶/۵۸
	گواه	۴۷/۶۰	۶/۵۸	۴۸/۸۷	۷/۴۲

پیش از اجرای تحلیل کوواریانس چندمتغیری(MANCOVA) ، مفروضه‌های مربوط به نرمالیت، همگنی واریانس‌ها، وجود/عدم وجود نقاط پرت چندمتغیری و همگنی شیب رگرسیون بررسی شد و برای ارزیابی نرمال بودن توزیع نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون، آزمون شاپیرو–ویلک اجرا شد.

بر اساس مقادیر p در جدول ۳، هیچ‌یک از متغیرها انحراف معناداری از نرمالیت نشان ندادند (p>۰/۰۵)و بنابراین مفروضه نرمالیت تک‌متغیری برقرار است.

جدول ۳ - نتایج آزمون شاپیرو–ویلک برای نرمال بودن متغیرها

متغیر	گروه	S–Wپیش	p	S–Wپس	p
حل مسئله	آزمایش	۰/۹۸	۰/۸۹۲	۰/۹۵	۰/۵۰۳
حل مسئله	کنترل	۰/۹۷	۰/۷۵۶	۰/۹۹	۱/۰۰
خودآگاهی	آزمایش	۰/۹۶	۰/۴۵۳	۰/۹۴	۰/۱۴۳
خودآگاهی	کنترل	۰/۹۱	۰/۰۷۹	۰/۹۲	۰/۰۹۹

فاصله ماهالانوبیس[1] برای شناسایی نقاط پرت چندمتغیری بررسی شد. بیشینه مقدار ماهالانوبیس کمتر از مقدار بحرانی (χ^2 (df=۲, p=۰/۰۵) بود و هیچ داده پرت چندمتغیری شناسایی نشد.

آزمون لوین برای بررسی همگنی واریانس‌ها اجرا شد. بر اساس مقادیر(p>۰/۰۵)، واریانس خطا برای هر دو متغیر در دو گروه همگن بود. نتایج در جدول۴ ارائه شده است.

جدول ۴ - نتایج آزمون لوین برای همگنی واریانس خطا

متغیر	F	df1	df2	p
حل مسئله	۲/۱۶	۱	۲۲	۰/۰۷۹
خودآگاهی	۰/۲۰	۱	۲۲	۰/۸۱۷

برای بررسی همسانی شیب رگرسیون در گروه‌ها، تعامل گروه × پیش‌آزمون آزمون شد. از آنجا که هیچ‌یک از تعامل‌ها معنادار نبودند (p>۰/۰۵)، مفروضه همگنی شیب رگرسیون برقرار است. نتایج در جدول ۵ آمده است.

جدول ۵. آزمون همگنی شیب رگرسیون

متغیر	SS	df	MS	F	p
حل مسئله	۳/۱۳	۳	۱/۰۴	۱/۳۸	۰/۲۶۱
خودآگاهی	۰/۲۴	۳	۰/۰۸	۰/۲۵	۰/۸۶۱

آزمون Box's M جهت بررسی همسانی ماتریس‌های واریانس–کوواریانس انجام شد. با توجه به غیرمعنادار بودن مقدار (۰/۱۲) p، مفروضه همگنی ماتریس‌های واریانس–کوواریانس تأیید شد. نتایج در جدول ۶آمده است

جدول ۶. آزمونBox's M

Box's M	F	df1	df2	p
۶/۷۲	۱/۱۴	۳	۱/۲۴۵	۰/۱۲

پس از تأیید مفروضه‌ها، تحلیل کوواریانس چندمتغیری اجرا شد تا اثر گروه بر ترکیب خطی متغیرهای

[1] Mahalanobis distance

حل مسئله و خودآگاهی بررسی شود. مقادیر شاخص‌های مختلف لامبدای ویلکز[1] ، اثر پیلایی[2]، اثر هتلینگ[3] و بزرگ‌ترین ریشه[4] همگی معنادار بودند($p<۰/۰۰۰۱$) ، که نشان‌دهنده تفاوت چندمتغیری معنادار بین دو گروه است. این نتایج در جدول ۷ارائه شده است.

جدول ۷. نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری

شاخص	مقدار	F	df فرضیه	df خطا	p
اثر پیلایی	۰/۹۲	۱۲۱/۰۱	۲	۲۲	<۰/۰۰۰۱
لامبدای ویلکز	۰/۰۸	۱۲۱/۰۱	۲	۲۲	<۰/۰۰۰۱
اثر هتلینگ	۱۱/۰۱	۱۲۱/۰۱	۲	۲۲	<۰/۰۰۰۱
بزرگ‌ترین ریشه	۱۱/۰۱	۱۲۱/۰۱	۲	۲۲	<۰/۰۰۰۱

برای بررسی مجزای اثر گروه بر هر متغیر، ANCOVA اجرا شد. هر دو متغیر حل مسئله و خودآگاهی تفاوت معنادار بین دو گروه نشان دادند($p<۰/۰۰۰۱$) ، که نشان‌دهنده اثر مستقل گروه بر هر متغیر است. همچنین، اندازه اثر (η^2) بسیار بزرگ بود. نتایج در جدول ۸گزارش شده است.

جدول ۸. نتایج تحلیل کوواریانس تک‌متغیری

متغیر	SS	df	MS	F	p	η^2
حل مسئله	۱۷۹۹/۷۳	۱	۱۷۹۹/۷۳	۱۶۲/۷۷	<۰/۰۰۰۱	۰/۸۸
خودآگاهی	۸۱۸/۳۴	۱	۸۱۸/۳۴	۱۰۹/۱۱	<۰/۰۰۰۱	۰/۸۳

برای مقایسه دقیق عملکرد دو گروه پس از کنترل پیش‌آزمون، میانگین‌های تعدیل‌شده محاسبه شدند. مقادیر ارائه‌شده نشان می‌دهد که میانگین‌های تعدیل‌شده در گروه آزمایش به‌طور قابل‌توجهی بالاتر از گروه کنترل بوده‌اند. ین اطلاعات در جدول ۹ ارائه شده است

[1] Wilks' lambda
[2] Pillai's trace
[3] Hotelling's trace
[4] Roy's largest root

جدول ۹. میانگین تعدیل‌شده (Adjusted Means)

متغیر	گروه	میانگین تعدیل‌شده	SE
حل مسئله	آزمایش	۱۴۹/۴۲	۱/۲۱
حل مسئله	کنترل	۱۲۷/۶۶	۱/۱۸
خودآگاهی	آزمایش	۶۳/۹۲	۱/۰۹
خودآگاهی	کنترل	۴۸/۸۷	۱/۱۴

یافته‌های توصیفی و استنباطی به طور کلی نشان دادند که تفاوت‌های مشاهده‌شده میان دو گروه از نظر آماری معنادار بودند.

بحث ونتیجه گیری

یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که روان‌درمانی فراتشخیصی یکپارچه منجر به بهبود چشمگیر مهارت‌های حل مسئله و افزایش خودآگاهی هیجانی در زنان دارای نشانه‌های افسردگی شد. اندازه اثر بسیار بزرگ برای (حل مسئله ۰/۸۸= η^2 ؛ خودآگاهی ۰/۸۳= η^2) بیانگر آن است که UP توانایی تقویت فرآیندهای شناختی–هیجانی بنیادین را دارد؛ فرآیندهایی که نقش مهمی در تداوم آسیب‌شناسی افسردگی ایفا می‌کنند. این یافته با نتایج مرورهای نظام‌مند و فراتحلیل‌های اخیر همخوان است؛ به‌ویژه کارلوچی و همکاران (Carlucci et al., 2021)و ساوت‌وارد و همکاران (Southward et al., 2023) که نشان داده‌اند UPاز طریق ارتقای انعطاف‌پذیری شناختی، کاهش اجتناب، تعدیل پردازش هیجانی و آموزش مهارت‌های هیجانی، بستر بازسازی شناختی عمیق را فراهم می‌کند. مطالعه اندرسن و همکاران (Andersen et al., 2016) نیز گزارش کرد که UP ارزیابی‌های منفی و واکنش‌پذیری هیجانی ناسازگار را تعدیل می‌کند و توانایی مقابله‌ای افراد را افزایش می‌دهد.

تحلیل‌های گسترده شاوفل و همکاران (Schaeuffele et al., 2024) و آنتونا-کامبلور و همکاران (Antuña-Camblor et al., 2024) نشان داده‌اند که UP به‌عنوان یک مداخله مبتنی بر فرآیند، به‌طور هم‌زمان بر سازوکارهای فراشناختی، وضوح هیجانی و تنظیم هیجان اثر می‌گذارد؛ سازوکارهایی که در ارتقای حل مسئله و خودآگاهی نقش میانجی دارند. این هم‌پوشانی سازوکارها بیانگر آن است که UP نه تنها به کاهش نشانه‌ها می‌پردازد، بلکه به سطح «بازآرایی سیستم تنظیم هیجان» وارد می‌شود که در مدل‌های فرآیندمحور هسته اصلی تغییر محسوب می‌شود. افزون بر این، یافته‌های سائر-زاوالا و همکاران (Sauer-

(Zavala et al., 2021) نشان داد که آموزش مهارت‌ها و افزایش انعطاف‌پذیری شناختی از طریق UP منجر به کاهش نشخوار فکری و افزایش توانایی حل مسئله می‌شود.

بهبود معنادار مهارت حل مسئله در گروه آزمایش—که در تحلیل کواریانس با تفاوت میانگین تعدیل‌شده (ΔM = ۲۱/۷۶، p < ۰/۰۰۰۱) تأیید شد—بیانگر آن است که تأثیر UP محدود به کاهش نشانه‌های افسردگی نیست، بلکه توانایی‌های مقابله‌ای بنیادین نیز تقویت می‌شوند. این یافته‌ها با نتایج بِر و همکاران (Bere et al., 2025) همخوان است؛ آنان نشان دادند که مهارت حل مسئله و فعالیت رفتاری، مؤلفه‌های کلیدی هستند که می‌توانند آسیب‌پذیری در برابر افسردگی را کاهش دهند. برای مثال، آموزش مهارت حل مسئله در موقعیت‌های واقعی زندگی، مانند مواجهه با چالش‌های شغلی یا خانوادگی، توانایی فرد را برای مدیریت استرس و کاهش احساس درماندگی افزایش می‌دهد. در این چارچوب، UPبا هدف قرار دادن الگوهای رفتاری–شناختی ناکارآمد، ظرفیت فرد برای انتخاب پاسخ‌های مسئله‌گشا را افزایش می‌دهد.

UPعلاوه بر تقویت حل مسئله، موجب افزایش آگاهی هیجانی و کاهش اجتناب تجربی می‌شود؛ سازوکارهایی که در نظریه‌های نوین تنظیم هیجان به‌عنوان عناصر بنیادین تغییر مطرح‌اند. افزایش چشمگیر خودآگاهی در گروه آزمایش (ΔM = ۱۴/۰۵ ؛ p < ۰/۰۰۰۱) نشان‌دهنده تقویت توانایی مشاهده‌گری هیجانی و تمایز دقیق حالات درونی است. یافته‌های یو و همکاران (Yeo et al., 2023) و چو و همکاران (Cho et al., 2024) تأکید می‌کند که افزایش آگاهی هیجانی و وضوح هیجانی، از طریق تقویت مقابله متمرکز بر حل مسئله، می‌تواند بازسازی شناختی را تسهیل کرده و واکنش‌پذیری هیجانی را کاهش دهد؛ این یافته‌ها با نتایج حاضر کاملاً سازگار است و نشان می‌دهد UP سازوکارهای پایه‌ای مقابله‌ای را تقویت و تثبیت می‌کند. این تقویت هم‌زمان سطح «خودنظارتی هیجانی» و «آمادگی شناختی» را بالا می‌برد که هر دو از مولفه‌های اصلی مدل UP هستند.

همچنین، UPمی‌تواند مهارت‌های اجتماعی و کارآمدی بین‌فردی را نیز تقویت کند. برای مثال، جلسات گروهیUP ، همانند رویکردی که آیوسو-بارتول و همکاران (Ayuso-Bartol et al., 2024) بررسی کردند، به شرکت‌کنندگان فرصت می‌دهد تا مهارت‌های حل مسئله و تنظیم هیجان خود را در تعامل با دیگران تمرین کنند، بازخورد دریافت کنند و توانمندی خود در مدیریت تعارض‌های بین‌فردی را افزایش دهند. این افزوده نشان می‌دهد که UP می‌تواند از سطح فردی به سطح بین‌فردی نیز گسترش یابد و این هم‌راستا با شواهدی است که نقش روابط اجتماعی را در تداوم یا کاهش افسردگی برجسته می‌کنند.

بهبود مشاهده‌شده در زنان نیز اهمیت نظری و بالینی دارد. شواهد گسترده نشان می‌دهد که زنان نسبت به مردان الگوهای پیچیده‌تری در پردازش هیجان تجربه می‌کنند (Li et al., 2023) و این مسأله می‌تواند موجب تفاوت در پاسخ‌دهی درمانی شود .فررس-گالان وهمکاران (Ferreres-Galán et al., 2024) گزارش کردند که UP برای زنان به‌طور ویژه اثربخش است و الگوهای هیجانی این گروه را به‌خوبی هدف قرار می‌دهد. همچنین، شاپرمایر و همکاران (Schäpermeier et al., 2025) نشان دادند که UP در نوجوانان و گروه‌های سنی جوان نیز می‌تواند به‌طور قابل توجهی مهارت‌های حل مسئله و خودآگاهی را ارتقا دهد. علاوه بر این، اوسما و همکاران (Osma et al., 2021) گزارش کرده‌اند که UP می‌تواند در شرایط پزشکی یا زنان دارای مشکلات سلامت خاص نیز موثر باشد و انعطاف‌پذیری شناختی و هیجانی را افزایش دهد.

این نتایج با چارچوب درمان مبتنی بر فرآیند[1] نیز هم‌راستا است .هییز و همکاران (Hayes et al., 2012) تأکید کرده‌اند که درمان‌های اثربخش باید بر سازوکارهای بنیادینی همچون انعطاف‌پذیری شناختی، آگاهی هیجانی و کاهش اجتناب تجربی تمرکز کنند .کارلوچی و همکاران (Carlucci et al., 2021) و شاوفل و همکاران (Schaeuffele et al., 2024) نیز در فراتحلیل‌های خود نشان داده‌اند که UP از طریق ارتقای مهارت‌های فراشناختی، تحمل هیجانی و کاهش اجتناب، تأثیر گسترده‌ای بر طیف وسیعی از اختلالات هیجانی دارد. به‌طور خلاصه، الگوی سازوکارهای فعال UP با مدل‌های فرآیندمحور کاملاً منطبق است؛ یعنی تغییر در سطوح عمیق‌تر شناختی–هیجانی، نه فقط سطح نشانه‌ها. مجموعه این شواهد بیانگر آن است که UP رویکردی چندسازه‌ای و مبتنی بر فرآیند است که می‌تواند هم‌زمان سطح مهارت حل مسئله، خودآگاهی، انعطاف‌پذیری شناختی و وضوح هیجانی را ارتقا دهد؛ سازوکارهایی که به‌عنوان عوامل محافظتی در برابر تداوم و عود افسردگی شناخته می‌شوند.

محدودیت‌ها و پیشنهادها

با وجود یافته‌های ارزشمند، پژوهش حاضر چند محدودیت دارد که باید مورد توجه قرار گیرد. نخست، نمونه پژوهش تنها شامل زنان بود؛ بنابراین تعمیم نتایج به مردان یا گروه‌های دیگر باید با احتیاط انجام شود. دوم، حجم نمونه محدود و اجرای مداخله در یک کلینیک خاص دامنه تعمیم‌پذیری را کاهش می‌دهد. سوم، نبود دوره پیگیری بلندمدت مانع از بررسی پایداری تغییرات شناختی–هیجانی می‌شود. علاوه بر این، استفاده از ابزارهای خودگزارشی می‌تواند با خطر سوگیری پاسخ همراه باشد.

[1] Process-based therapy

پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های آتی از نمونه‌های بزرگ‌تر، چندمرکزی و ناهمگون استفاده کنند تا امکان تعمیم‌پذیری افزایش یابد. همچنین مقایسه UP با درمان‌های دیگراز جمله درمان پذیرش و تعهد[1]، درمان شناختی–رفتاری[2] و مداخلات مبتنی بر ذهن‌آگاهی[3] که می‌تواند مزیت‌های نسبی هر درمان را روشن کند. به‌کارگیری طرح‌های طولی با دوره‌های پیگیری چندماهه و چندساله برای بررسی ماندگاری اثرات درمان ضروری است. علاوه بر این، استفاده از شاخص‌های زیستی، عصب‌روان‌شناختی و نشانگرهای عینی تنظیم هیجان مانند کورتیزول، شبکه‌های پیش‌پیشانی و فعالیت آمیگدال می‌تواند به شفاف‌تر شدن مکانیسم‌های تغییر کمک کند.

[1] Acceptance and commitment therapy; ACT
[2] Cognitive–behavioral therapy; CBT
[3] Mindfulness-based interventions; MBIs

References

Andersen, P., Toner, P., Bland, M., & McMillan, D. (2016). Effectiveness of Transdiagnostic Cognitive Behaviour Therapy for Anxiety and Depression in Adults: A Systematic Review and Meta-analysis. *Behav Cogn Psychother*, *44*(6), 673–690. https://doi.org/10.1017/S1352465816000229

Antuña-Camblor, C., Gómez-Salas, F. J., Burgos-Julián, F. A., González-Vázquez, A., Juarros-Basterretxea, J., & Rodríguez-Díaz, F. J. (2024). Emotional regulation as a transdiagnostic process of emotional disorders in therapy: A systematic review and Meta-Analysis. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, *31*(3), e2997. https://doi.org/10.1002/cpp.2997

Atta, M. H. R., El-Gueneidy, M. M., & Lachine, O. A. R. (2024). The influence of an emotion regulation intervention on challenges in emotion regulation and cognitive strategies in patients with depression. *BMC psychology*, *12*(1), 496. https://doi.org/10.1186/s40359-024-01949-6

Ayuso-Bartol, A., Gómez-Martínez, M. Á., Riesco-Matías, P., Yela-Bernabé, J. R., Crego, A., & Buz, J. (2024). Systematic review and meta-analysis of the efficacy and effectiveness of the unified protocol for emotional disorders in group format for adults. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 1-27. https://doi.org/10.1007/s11469-024-01330-z

Bajestani, H. S., & Abedi, F. (2013). Effects of Life Skills Training on Anxiety, Depression, and Happiness: A Case Study of Karaj Secondary Schooler's Mothers. *Quarterly of Clinical Psychology Studies*, *4*(11), 29–. https:/www.magiran.com/p1188791

Bere, C. T., Mushonga, R. H., Beji-Chauke, R., Smith, P., Dambi, J., Attah, D. A., ... & Abas, M. (2025). Problem-Solving and Behavioural Activation for Young Mothers with Depression in Harare, Zimbabwe: A Mixed-Methods Case Series. Epidemiologia, 6(4), 72. https://doi.org/10.3390/epidemiologia6040072

Bakhshipour, A., Vojodi, B., Alilo, M. M., & Abdi, R. (2016). The effectiveness of integrated Transdiagnostic Treatment in reducing the symptoms of major depressive disorder. *Thoughts and Behavior in Clinical Psychology*, *11*(41), 67–76. https:/sanad.iau.ir/Journal/jtbcp/Article/1118356/FullText

Barlow, D. H., Farchione, T. J., Bullis, J. R., Gallagher, M. W., Murray-Latin, H., Sauer-Zavala, S., Bentley, K. H., Thompson-Hollands, J., Conklin, L. R., Boswell, J. F., Ametaj, A., Carl, J. R., Boettcher, H. T., & 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

Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. (1996). Beck depression inventory–II. *Psychological assessment*. https:/psycnet.apa.org/doi/10.1037/t00742-000

Carlucci, L., Saggino, A., & Balsamo, M. (2021). On the efficacy of the unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: A systematic review and meta-analysis. *Clin Psychol Rev*, *87*, 101999. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2021.101999

Cho, M. H., & Choi, K. H. (2024). The mediating effect of problem-focused coping on the relationship between emotional clarity and mental health among older adults. *Frontiers in Behavioral Neuroscience*, *18*, 1465254. https://doi.org/10.3389/fnbeh.2024.1465254

D'Zurilla, T. J., & Goldfried, M. R. (1971). Problem solving and behavior modification. *J Abnorm Psychol*, *78*(1), 107–126. https://doi.org/10.1037/h0031360

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

Ferreres-Galán, V., Peris-Baquero, Ó., Moreno-Pérez, J.D. *et al.* Is the Unified Protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders equally effective for men and women?. *Curr Psychol* **43**, 24581–24594 (2024). https://doi.org/10.1007/s12144-024-06159-2

Ghaderi, F., Akrami, N., Namdari, K., & Abedi, A. (2023). Investigating the effectiveness of transdiagnostic treatment on maladaptive personality traits and mentalized affectivity of patients with generalized anxiety disorder comorbid with depression: A case study. *Practice in Clinical Psychology*, *11*(2), 117-130. http://dx.doi.org/10.32598/jpcp.11.2.862.1

Goleman, D. P. (1995). *Emotional intelligence: Why it can matter more than IQ for character, health and lifelong achievement*. Bantam Books.

Ghassemzadeh, H., Mojtabai, R., Karamghadiri, N., & Ebrahimkhani, N. (2005). Psychometric properties of a Persian-language version of the Beck Depression Inventory-Second edition: BDI-II-PERSIAN. Depression and anxiety, 21(4), 185-192. https://doi.org/10.1002/da.20070

Hayes, S. C., Barnes-Holmes, D., & Wilson, K. G. (2012). Contextual behavioral science: Creating a science more adequate to the challenge of the human condition. *Journal of Contextual Behavioral Science*, *1*(1-2), 1–16. https:/doi.org/10.1016/j.jcbs.2012.09.004%20

Hybelius, J., Kosic, A., Salomonsson, S., Wachtler, C., Wallert, J., Nordin, S., & Axelsson, E. (2024). Measurement properties of the patient health Questionnaire–15 and somatic symptom Scale–8: A systematic review and Meta-Analysis. *JAMA Network Open*, *7*(11), e2446603-e2446603. https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2024.46603

Jiménez-Orenga, N., Miguel, C., González-Robles, A., Fernández-Álvarez, J., Grimaldos, J., Bretón-López, J., ... & Díaz-García, A. (2025). Transdiagnostic psychological interventions for emotional disorders: A comprehensive meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 119537. https://doi.org/10.1016/j.jad.2025.119537

Khosravi, z., Darvizeh, z., & Rafatti, m. (1998). The Role of Mood State on Self – Appraisal of Problem [Original Research]. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*, *4*(1), 35–46. https:/ijpcp.iums.ac.ir/article-1-1721-fa.html

Li, S., Zhang, X., Cai, Y., Zheng, L., Pang, H., & Lou, L. (2023). Sex difference in incidence of major depressive disorder: an analysis from the Global Burden of Disease Study 2019. *Annals of General Psychiatry*, *22*(1), 53. https:/doi.org/10.1186/s12991-023-00486-7%20

Liu, J., Li, C., Qiu, Y., Yu, Y., Zeng, L., Wu, M., ... & Yang, F. (2025). Efficacy of internet-delivered universal and tailored transdiagnostic interventions for anxiety and depression: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Psychiatry Research*, *344*, 116324. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2024.116324

Metz, K., Lewis, J., Mitchell, J., Chakraborty, S., McLeod, B. D., Bjorndal, L., Mildon, R., & Shlonsky, A. (2023). Problem-solving interventions and depression among adolescents and young adults: A systematic review of the effectiveness of problem-solving interventions in preventing or treating depression. *PLoS One*, *18*(8), e0285949. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0285949

Michelson, D., Hodgson, E., Bernstein, A., Chorpita, B. F., & Patel, V. (2022). Problem solving as an active ingredient in indicated prevention and treatment of youth depression and anxiety: An integrative review. *Journal of Adolescent Health*, *71*(4), 390-405. https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2022.05.005

Mirshekari, H., Kahrazei, F., & Shirazi, M. (2021). The Effects of Problem-Solving Skills Training on Quality of Work Life and Job Satisfaction in Employees [Original Research Article]. *Middle Eastern Journal of Disability Studies*, *11*(0), 83–83. https:/jdisabilstud.org/article-1-2556-fa.html%20

Mozaffari, V., Shiiroudi, S. G., & Shafiabadi, A. (2020). Effectiveness of Integrated Meta-Diagnostic Therapy on Cognitive Emotion Regulation and Psychological Resilience of Veterans' Spouses. *Iranian Journal of War and Public Health*, *12*(48), 149–155. https:/doi.org/10.22038/mjms.2022.66761.3943%20

Newby, J. M., McKinnon, A., Kuyken, W., Gilbody, S., & Dalgleish, T. (2015). Systematic review and meta-analysis of transdiagnostic psychological treatments for anxiety and depressive disorders in adulthood. *Clinical psychology review*, *40*, 91–110. https:/doi.org/10.1016/j.cpr.2015.06.002%20

otared, n., mikaeili, n., mohajeri, n., & vojoudi, b. (2017). The Effect of Unified Transdiagnostic Treatment on Anxiety Disorders and Comorbid Depression: Single-Case Design [Research]. *Journal of Torbat Heydariyeh University of Medical Sciences*, *4*(4), 54–62. https:/jms.thums.ac.ir/article-1-383-fa.html%20

Osma, J., Martinez-Garcia, L., Quilez-Orden, A., & Peris-Baquero, Ó. (2021). Unified protocol for the transdiagnostic treatment of emotional disorders in medical conditions: A systematic review. *International journal of environmental research and public health*, *18*(10), 5077. https://doi.org/10.3390/ijerph18105077

Rashid, Z., & Rashid, M. (2021). The Effectiveness of Integrated Meta-Diagnostic Therapy on Specific Symptoms of Major Depression, High Risk Behaviors, Emotion Regulation, and Anxiety in Methadone Dependents [Research]. *journal of Psychology new Ideas*, *9*(13), 1–12. https:/jnip.ir/article-1-571-en.html

Rastgoo, A., Naderi, E., Shariatmadari, A., & Seifnaraghi, M. (2011). The Impact of Internet Information Literacy Training on University Student's Problem Solving Skills. *Journal of New Approaches in Educational Administration*, *1*(4), 1–22. https:/dorl.net/dor/20.1001.1.20086369.1389.1.4.1.6%20

Sadock, B. J., & Sadock, V. A. (2010). *Kaplan and Sadock's pocket handbook of clinical psychiatry*. Lippincott Williams & Wilkins. https:/books.google.com/books/about/Kaplan_and_Sadock_s_Pocket_Handbook_of_C.html?id=EYWyr37ubwsC%20

Sauer-Zavala, S., Rosellini, A. J., Bentley, K. H., Ametaj, A. A., Boswell, J. F., Cassiello-Robbins, C., ... & Barlow, D. H. (2021). Skill acquisition during transdiagnostic treatment with the Unified Protocol. *Behavior Therapy*, *52*(6), 1325-1338. https://doi.org/10.1016/j.beth.2021.03.001

Sarmad, Z., Bazargan, A., & Hejazi, E. (2023). *Research methods in behavioral sciences. Tehran:* . Agah Publishing. https:/agahpub.com/%D8%B1%D9%88%D8%B4%E2%80%8C%D9%87%D8%A7%D9%8A-%D8%AA%D8%AD%D9%82%D9%8A%D9%82-%D8%AF%D8%B1-%D8%B9%D9%84%D9%88%D9%85-%D8%B1%D9%81%D8%AA%D8%A7%D8%B1%D9%8A_202

Schäpermeier, M., Jesussek, A. L., Kirchherr, J., Monninger, M., Feneberg, A. C., & Hechler, T. (2025). The efficacy of the unified protocol for emotional disorders in children and adolescents: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders Reports*, *22*, 100970. https://doi.org/10.1016/j.jadr.2025.100970

Shahriari, Y., Ghasemzadeh, S., Kashani Vahid, L., & Vakili, S. (2021). The effectiveness of group Transdiagnostic Treatment on anxiety in adolescents with type 1 diabetes and their parenting stress in Tehran [Research]. *Research in psychological health*, *15*(1), 82–94. https:/doi.org/10.22070/daneshmed.2022.15423.1148%20

Sharma, P. K., & Kumra, R. (2022). Relationship between mindfulness, depression, anxiety and stress: Mediating role of self-efficacy. *Personality and Individual Differences*, *186*, 111363. https:/doi.org/10.1016/j.paid.2021.111363%20

Schaeuffele, C., Meine, L. E., Schulz, A., Weber, M. C., Moser, A., Paersch, C., ... & Kleim, B. (2024). A systematic review and meta-analysis of transdiagnostic cognitive behavioural therapies for emotional disorders. *Nature Human Behaviour*, *8*(3), 493-509. https://doi.org/10.1038/s41562-023-01787-3

Southward, M. W., Lane, S. P., Shroyer, S. E., & Sauer-Zavala, S. (2023). Do Unified Protocol modules exert general or unique effects on anxiety, depression, and transdiagnostic targets?. *Journal of Mood & Anxiety Disorders*, *3*, 100022. https://doi.org/10.1016/j.xjmad.2023.100022

Sönmez, D., & Bahçeci, B. (2025). The Mediating Role of Somatic Symptoms in the Effect of Depression on Problem-Solving Skills. *Psychiatry and Clinical Psychopharmacology*, *35*(3), 216.https://doi.org/10.5152/pcp.2025.241056

Yeo, G., Tan, C., Ho, D., & Baumeister, R. F. (2023). How do aspects of selfhood relate to depression and anxiety among youth? A meta-analysis. *Psychological medicine*, *53*(11), 4833–4855. https:/doi.org/10.1017/S0033291723001083%20