

Research Paper

The effect of unified transdiagnostic treatment on anxiety and emotion regulation of Boy children with stutteringMohammad Reza Zoghi Paidar^{۱*}, Parya Hosseini^۲, Abolghasem Yaghoobi^۳, Mehran Farhadi^۴

Citation Zoghi Paydar M R, Hosseini P, yaghoobi A, Farhadi M. The effect of unified transdiagnostic treatment on anxiety and emotion regulation of Boy children with stuttering. 3 2022; 3 (3) URL: <http://jeche.ir/article-1-105-fa.html>



ARTICLE INFO

ABSTRACT

Keywords:

Anxiety,
Emotion regulation,
Stuttering,
Unified Transdiagnostic
Treatment

Introduction: Childhood is considered as the most important developmental stage in everyone's life. Most children may experience behavioral and emotional problems in this stage. Children who suffer from speech disorder are more sensitive and therefore experience more emotional problems. This research aimed to examine the effect of unified transdiagnostic treatment on anxiety and the regulation of children's emotion who have stuttering.

Research Method: This research was a semi-experimental (pre-test-post-test-follow-up) type of ABA single-subject designs. The research population consisted of 8-12-year-old boys with stuttering, 6 of them were purposefully selected from speech therapy centers, but due to the drop of 2 of the subjects, 4 of them were examined in the study. The tools of this research included Riley's (1994) stuttering severity questionnaires, Reynolds' and Richmond's (1978) manifest anxiety, and Garnevsy and Craig's (2007) cognitive regulation of emotion. The treatment sessions of this research were conducted by the researcher in 12 sessions. For data analysis, visual analysis, effect size in the method of reduction from the baseline and repeated measurement analysis were used.

Results: The results indicated that unified transdiagnostic treatment can reduce the 12% to 27% stuttering and it can reduce the 17% to 33% anxiety and it can also improve 10% to 21% positive strategies for emotion regulation and it can improve 9% to 16% negative strategies for emotion regulation. The results of repeated measurement analysis also showed that the effect of unified transdiagnostic treatment on stuttering, anxiety, positive and negative emotion regulation strategies was significant.

Discussion: Transdiagnostic integrated treatment can be effective in reducing the severity of stuttering and anxiety symptoms, as well as reducing the use of negative emotion regulation strategies and increasing and improving positive emotion regulation strategies.

Received: 21 Sep 2022

Accepted: 16 Dec 2022

Available: 21 Dec 2022

1. ***Corresponding Author:** Associate Professor, Department of Psychology, Faculty of Economic and Social Sciences, Bu-Ali Sina University, Hamedan, Iran Email: m.r.zoghipaidar@basu.ac.ir

2. MA Student in Psychology, Faculty of Economic and Social Sciences, Bu-Ali Sina University, Hamedan, Iran

3. Professor, Department of Psychology, Faculty of Economic and Social Sciences, Bu-Ali Sina University, Hamedan, Iran

4. Assistant Professor, Department of Psychology, Faculty of Economic and Social Sciences, Bu-Ali Sina University, Hamedan, Iran

مقاله پژوهشی

اثربخشی درمان یکپارچه فراتشخیصی بر اضطراب و تنظیم هیجان کودکان پسر دارای لکنت زبان

محمد رضا ذوقی پایدار^{۱*}، پریا حسینی^۲ ابوالقاسم یعقوبی^۳، مهرا ن فرهادی^۴

| مشخصات مقاله | چکیده |
|--|---|
| <p>واژگان کلیدی</p> <p>اضطراب، تنظیم هیجان، لکنت زبان، درمان یکپارچه فراتشخیصی</p> | <p>مقدمه: دوران کودکی از مهم‌ترین دوره‌های رشدی در افراد است. بیشتر کودکان در دوران رشد دچار مشکلات رفتاری و هیجانی می‌شوند. معمولاً کودکانی که اختلالات گفتاری دارند حساسیت بیشتری دارند و مشکلات هیجانی بیشتری را تجربه می‌کنند. هدف از پژوهش حاضر بررسی تأثیر درمان یکپارچه فراتشخیصی بر اضطراب و تنظیم هیجان کودکان دارای لکنت زبان بود.</p> <p>روش پژوهش: این پژوهش به صورت نیمه‌آزمایشی (پیش‌آزمون-پس‌آزمون-پیگیری) و از نوع طرح‌های تک‌آزمودنی ABA بود. جامعه پژوهش پسران ۸ تا ۱۲ سال دارای لکنت زبان بودند که به صورت هدفمند ۶ نفر آن‌ها از مراکز گفتاردرمانی انتخاب شدند، اما به علت افت ۲ نفر از آزمودنی‌ها تعداد ۴ نفر از آن‌ها در پژوهش مورد بررسی قرار گرفتند. ابزار این پژوهش شامل پرسشنامه‌های شدت لکنت رایلی (۱۹۹۴)، اضطراب آشکار رینولدز و ریچموند (۱۹۷۸) و نظم‌جویی شناختی هیجان کارنفسکی و همکاران (۲۰۰۷) بود. جلسات درمان این پژوهش در ۱۲ جلسه توسط پژوهشگر اجرا شد. برای تحلیل داده‌ها از تحلیل بصری و اندازه اثر به شیوه کاهش از خط پایه و همچنین تحلیل اندازه‌گیری مکرر استفاده شد.</p> <p>یافته‌ها: نتایج این پژوهش حاکی از تأثیر درمان یکپارچه فراتشخیصی در کاهش ۰/۱۲ تا ۰/۲۷ درصدی شدت لکنت زبان و کاهش ۰/۱۷ تا ۰/۳۳ درصدی اضطراب و بهبود ۰/۰۹ تا ۰/۱۶ درصدی راهبردهای منفی تنظیم هیجان و همچنین افزایش ۰/۱۰ تا ۰/۲۱ درصدی بهبود راهبردهای مثبت تنظیم هیجان بود. نتایج تحلیل اندازه‌گیری مکرر نیز نشان داد اثر درمان یکپارچه فراتشخیصی بر لکنت زبان، اضطراب و راهبردهای مثبت و منفی تنظیم هیجان معنادار بود.</p> <p>بحث و نتیجه‌گیری: درمان یکپارچه فراتشخیصی می‌تواند در کاهش شدت لکنت زبان و نشانه‌های اضطراب همچنین در کاهش استفاده از راهبردهای منفی تنظیم هیجان و افزایش و بهبود راهبردهای مثبت تنظیم هیجان مؤثر باشد.</p> |
| <p>دریافت شده: ۱۴۰۱/۰۶/۳۰</p> <p>پذیرفته شده: ۱۴۰۱/۰۹/۲۵</p> <p>منتشر شده: ۱۴۰۱/۰۹/۳۰</p> | |

^۱ نویسنده مسئول: دانشیار گروه روانشناسی، دانشکده علوم اقتصادی و اجتماعی، دانشگاه بوعلی سینا، همدان، ایران. ایمیل: m.r.zoghipaidar@basu.ac.ir

^۲ کارشناسی ارشد روانشناسی، دانشکده علوم اقتصادی و اجتماعی، دانشگاه بوعلی سینا، همدان، ایران.

^۳ استاد گروه روانشناسی، دانشکده علوم اقتصادی و اجتماعی، دانشگاه بوعلی سینا، همدان، ایران.

^۴ استادیار گروه روانشناسی، دانشکده علوم اقتصادی و اجتماعی، دانشگاه بوعلی سینا، همدان، ایران.

مقدمه

کودکان در جریان رشد دچار مشکلات هیجانی و رفتاری^۱ می‌شوند که ناشی از فشارهای رشدی، انطباق یا انتظارات اجتماع و خانواده است. کودکان از جهت رشد و نمو سریع جمعیت منحصر به فرد هستند. تغییر رشدی (مثبت و منفی)، ناشی از ارتباط کودک با ترکیبات شناختی یا ژنتیکی، محیط فیزیکی، فرهنگی و اجتماعی است (کندی و همکاران^۲، ۲۰۱۸). معمولاً کودکان در برابر مشکلات عکس‌العمل‌های متفاوتی از خود نشان می‌دهند و به‌طور معمول کودکانی که دارای اختلالات گفتاری هستند نسبت به مسائل حساسیت بیشتری نشان می‌دهند. این حساسیت‌ها منجر به سلب آرامش روانی، آشفتگی روانی^۳، تنش عضلانی^۴، اضطراب^۵ و همچنین تشدید اختلالات گفتاری^۶ در کودکان می‌شود (توزنده جانی و همکاران، ۲۰۱۱). از رایج‌ترین اختلالات گفتاری لکنت زبان^۷ است که در دوره خردسالی و در سنین دو تا پنج سالگی بروز می‌یابد. لکنت، زمانی به‌وجود می‌آید که در جریان طبیعی گفتار، وقفه‌ای ناگهانی و غیرطبیعی به واسطه تکرار، کشیده‌گویی و به میان اندازی صداها و کلمات و قفل شدن دهان ایجاد شود؛ لکنت، گاهی نیز با رفتارهای وابسته همراه می‌شود (بارلو و کندی^۸، ۲۰۱۶). افراد دارای لکنت زبان با چالش‌های بسیاری در دوران زندگی روبه‌رو هستند. این افراد معمولاً وقتی در موقعیت‌های اجتماعی قرار می‌گیرند، دچار اضطراب می‌شوند و وقتی که مجبور به گفتگو با دیگران هستند دچار حالت عصبی و احساس نامطلوب می‌شوند. این افراد دارای ضعف در مهارت‌های اجتماعی نیز هستند و در رفتارهای اجتماعی و ارتباط با دیگران مشکل دارند (لطیفی و همکاران، ۲۰۱۲). معمولاً افراد دارای لکنت زبان مبتلا به اختلال‌های اضطرابی می‌شوند (علی‌پور و همکاران، ۲۰۱۶). نتایج یافته‌های پژوهشی در زمینه‌ی لکنت زبان نشان داده است که عوامل هیجانی و تنظیم هیجان^۹ در این اختلال نقش دارند (والدن^{۱۰} و همکاران، ۲۰۱۲). پژوهش‌ها حاکی از آن است که اضطراب باعث تشدید لکنت زبان می‌شود و همراه بودن اضطراب با لکنت زبان باعث ایجاد سرخوردگی، کاهش عزت نفس و معلولیت در کنش‌وری اجتماعی^{۱۱} می‌شود (کاسسیلو-راینر و بارلو^{۱۲}، ۲۰۱۶). بنابراین افرادی که لکنت زبان دارند اضطراب را نیز تجربه می‌کنند و در تعاملات اجتماعی مشکلات ویژه‌ای دارند و این افراد اوضاع و احوال اجتماعی را به صورت صحیح تفسیر نمی‌کنند و همین عامل مشکل در تنظیم هیجانات را در این افراد نشان می‌دهد (شرر^{۱۳}، ۲۰۱۶). تنظیم هیجان به مجموعه‌ای از فرآیندهایی گفته می‌شود که از طریق آن افراد می‌توانند بر این که چه هیجاناتی داشته باشند و چه وقت هیجاناتشان را تجربه و ابراز کنند تأثیر می‌گذارد (اهرنریچ-می و همکاران، ۲۰۱۷^{۱۴}؛ تامسن^{۱۵}، ۲۰۰۹). بر اساس دیدگاه تنظیم هیجانی، سیستم عصبی بر اثر مشکلات هیجانی ناهماهنگ عمل می‌کند و گفتار نیز از همین ناهماهنگی پیروی می‌کند و سبب تلفظ‌های غلط، تکرار و مکث می‌شود. کودکی که دچار مشکلات هیجانی است دچار تنش شده و لکنت زبان می‌تواند از عوارض این فشار و تنش وارد شده باشد. ساختار گفتار می‌تواند در اثر هیجانات شدید مانند ترس یا اضطراب مختل شود که این اختلال می‌تواند به صورت بی‌صدایی، اختلال صوتی، لالی یا لکنت بروز یابد (کندی و همکاران، ۲۰۱۸). برای درمان اضطراب کودکان دارای اختلال لکنت روش‌های متعددی به کار گرفته شده است. از درمان‌های جدیدی که برای اختلالات هیجانی طراحی شده است، پروتکل یکپارچه درمان فراتشخیصی کودکان برای کاهش شدت و فراوانی علائم شایع کودکان مبتلا به اختلالات هیجانی است (گروسمن و اهرنریچ-می^{۱۶}، ۲۰۱۹). پروتکل یکپارچه کودکان^{۱۷} این کار را با استفاده از راهبردهای درمانی مبتنی بر شواهد و به روشی گسترده انجام می‌دهد به‌طوری‌که برای طیف وسیعی از تجربه‌های هیجانی آزارنده (مانند اضطراب، افسردگی و سایر اختلالات درونی سازی شده^{۱۸}) که از ویژگی‌های اصلی اختلالات هیجانی کودکان و نوجوانان هستند، کارآمد است (کندی و همکاران، ۲۰۲۱). این درمان لزوماً مشکلات رفتاری اولیه کودکان همانند رفتارهای مخالف‌جویانه و ناسازگارانه را هدف قرار نمی‌دهد. هدف اصلی پروتکل یکپارچه کودکان، پرداختن به مشکلات هیجانی اولیه از طریق خاموش کردن پریشانی و

1. Emotional And Behavioral Problems
2. Kennedy, S. M.
3. Mental Confusion
4. Muscle Tension
5. Anxiety
6. Speech Disorders
7. Stuttering
8. Barlow, D. H., & Kennedy, K.A
9. Emotional Regulation
10. Walden, T.A., & Colleagues
11. Social Activity
12. Cassiello-Robbins C., & Barlow D. H.
13. Scherer, K. R
14. Ehrenreich-May. J & Colleagues
15. Tampsen, S.T
16. Grossman, R. A., & Ehrenreich-May, J.
17. Children Unified Protocol
18. Internalized Disorders

اضطراب در پاسخ به حالت‌های هیجانی آزارنده و قوی است (کارلوویچ و همکاران^۱، ۲۰۲۳). در پژوهشی که در سال ۲۰۱۲ تا ۲۰۱۳ توسط بیلک و اهرنریچ-می بر روی کودکان ۷ تا ۱۲ ساله مبتلا به اختلال اضطراب و افسردگی انجام شد نتایج نشان داد مراجعان بهبود قابل ملاحظه‌ای در علائم بالینی و همه تشخیص‌های مرتبط نشان دادند. همچنین بهبودهایی در عدم تنظیم در عاطفه (شامل نگرانی، غمگینی و خشم) گزارش کردند. نتایج نشان داد پروتکل یکپارچه درمان فراتشخیصی^۲ هم برای درمان اختلالات اضطرابی بالینی^۳ و هم نشانه‌های اضطراب و افسردگی خود گزارشی^۴ و یا گزارش شده توسط والدین سودمند است. در پژوهشی دیگر که توسط فارچوین^۵ و همکاران (۲۰۱۲) با عنوان پروتکل درمان یکپارچه فراتشخیصی بر اختلالات هیجانی انجام شد، نتایج نشان داد افرادی که درمان فراتشخیصی دریافت کردند در مقایسه با گروه کنترل بهبود معنادار و اندازه‌های اثر بزرگتری داشتند، و تداوم اثر درمانی آن‌ها در دوره پیگیری شش ماهه بیشتر بوده است. عطارد، میکائیلی، مهاجری و وجودی (۲۰۱۷) اثر درمان فراتشخیصی یکپارچه بر اختلالات اضطرابی و افسردگی را بررسی کردند که نتایج نشان داد درمان فراتشخیصی یکپارچه موجب کاهش شدت علائم اضطراب و افسردگی در مرحله پس از درمان شد. در پژوهشی دیگر که زمستانی و ایمانی (۲۰۱۶) نشان دادند که درمان فراتشخیصی در کاهش نشانه‌های افسردگی، اضطراب و نیز تعدیل راهبردهای تنظیم هیجان اثر بخش است. یافته‌های پژوهش زارعی فسخودی و همکاران (۲۰۲۱) نیز اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه بر کاهش مؤلفه‌های دشواری در تنظیم هیجان بزرگسالان دارای لکنت زبان را تأیید کرد. با توجه به بررسی‌های انجام شده پژوهشی که اثربخشی این درمان را بر اضطراب و تنظیم هیجان کودکان مبتلا به اختلال لکنت مورد بررسی قرار داده باشد، یافت نشد. همچنین با توجه به سطح بالای اضطراب و اختلال‌های هیجانی که کودکان دارای لکنت زبان تجربه می‌کنند (بالیس و همکاران^۶، ۲۰۱۴)، درمانی که بتواند در کنار گفتاردرمانی بر اختلالات هیجانی و اضطرابی این کودکان مؤثر باشد می‌تواند بر بهبود عملکرد این کودکان در کنار گفتاردرمانی تأثیر داشته باشد. از این‌رو هدف این پژوهش بررسی این مسأله است که آیا درمان یکپارچه فراتشخیصی بر اضطراب و تنظیم هیجان کودکان مبتلا به اختلال لکنت مؤثر است؟

روش پژوهش

الف) طرح پژوهش و شرکت‌کنندگان

پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی و از نوع طرح‌های تک‌آزمودنی ABA است که شامل (۱) دوره اندازه‌گیری قبل از مداخله؛ (۲) دوره مداخله و (۳) دوره اندازه‌گیری پس از مداخله است. جامعه پژوهش شامل کودکان پسر دارای لکنت زبان است که به مراکز گفتار درمانی ژیرا و بهزیستی شهر سمنان مراجعه کرده‌اند. نمونه‌گیری به صورت هدفمند انجام شد و از تعداد مراجعه‌کنندگان پسر دارای لکنت زبان شش نفر انتخاب شدند. در طرح‌های تک‌آزمودنی تعداد افراد نمونه می‌تواند بین ۱ تا ۲۰ نفر باشد که با توجه به شرایط و ملاک‌های مورد نظر انتخاب می‌شوند (باکتی و همکاران^۷، ۲۰۱۱). ملاک ورود شرکت‌کنندگان در پژوهش بدین شرح بود: تشخیص لکنت زبان بر اساس نظر گفتار درمانگر، تشخیص بدتنظیمی هیجان بر اساس پرسشنامه تنظیم هیجان، دامنه سنی ۸-۱۲ سال، جنسیت پسر، نداشتن کم‌توانی ذهنی و سایر اختلالات روانی، عدم استفاده از مداخلات روانشناختی و مشاوره‌ای دیگر در جریان پژوهش بود و ملاک خروج غیبت بیش از دو جلسه در روند درمان بود.

ب) ابزار

پرسشنامه نظم‌جویی شناختی هیجان نسخه کودکان (CERQ-K)^۸: این پرسشنامه توسط گارنفسکی و همکاران^۹ (۲۰۰۷) از روی نسخه اصلی پرسشنامه نظم‌جویی شناختی هیجان CERQ^{۱۰} (گارنفسکی و کرایچ^{۱۱} ۲۰۰۷) به منظور استفاده در جامعه‌ی کودکان ۹ تا ۱۱ سال تدوین شده است. نسخه‌ی کودکان این پرسشنامه از نظر شیوه‌ی نمره‌گذاری، تعداد سؤال و خرده‌مقیاس شبیه نسخه‌ی اصلی است ولی محتوای سؤالات به گونه‌ای طراحی شده‌اند که برای کودکان قابل درک باشند. نسخه کودکان پرسشنامه نظم‌جویی شناختی هیجان یک پرسشنامه چندبعدی است که جهت شناسایی راهبردهای مقابله‌ای شناختی

1. Karlovich, A.R.
2. Unified Transdiagnostic Treatment Protocol
3. Clinical Anxiety Disorders
4. Self-Reported Depression
5. Farchoin, T.J & Colleagues
6. Bullis J. R.
7. Bacchetti, P.,
8. Cognitive Emotion Regulation Questionnaire Child Version (CERQ-K)
9. Garnefsky, N., & Colleagues
10. Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (CERQ)
11. Garnefsky, N., & Kraaij, V.

کودکان پس از تجربه وقایع رویدادهای منفی مورد استفاده قرار می‌گیرد و یک ابزار خودگزارشی است و دارای ۳۶ ماده بوده و از ۹ خرده‌مقیاس تشکیل شده است. دامنه نمرات مقیاس از ۱ (تقریباً هرگز) تا ۵ (تقریباً همیشه) و هر خرده‌مقیاس شامل ۴ ماده است. نمره کل هر یک از خرده‌مقیاس‌ها از طریق جمع نمرات ماده‌ها به دست می‌آید و بنابراین دامنه نمرات هر خرده‌مقیاس بین ۴ تا ۲۰ خواهد بود. نمرات بالا در هر خرده‌مقیاس بیانگر میزان استفاده بیشتر راهبرد مذکور در مقابله و مواجهه با وقایع تنش‌زا و منفی می‌باشد. از بین ۹ خرده‌مقیاس‌های این پرسشنامه جمع نمرات ۴ خرده‌مقیاس؛ ملامت خویش (۱ و ۱۰ و ۱۹، ۲۸)، ملامت دیگران (۹ و ۱۸ و ۲۷ و ۳۶) نشخوارگری (۳ و ۱۲ و ۲۱ و ۳۰)، فاجعه‌سازی (۸ و ۱۷ و ۲۷ و ۳۶)، راهبردهای تنظیم شناختی منفی و جمع نمرات ۵ خرده‌مقیاس؛ دیدگاه‌پذیری (۷ و ۱۶ و ۲۵ و ۳۴)، پذیرش (۲ و ۱۱ و ۲۰ و ۲۹)، تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی (۵ و ۱۴ و ۲۳ و ۳۲)، ارزیابی مجدد مثبت (۶ و ۱۵ و ۲۴ و ۳۳)، تمرکز مجدد مثبت (۴ و ۱۳ و ۲۲ و ۳۱)، راهبردهای تنظیم شناختی مثبت را ارزیابی می‌کند. مشهدی، حسنی و میردورقی (۲۰۱۲) نسخه‌ی انگلیسی این پرسشنامه را پس از آماده‌سازی با روش ترجمه‌ی مضاعف بر روی ۵۳۱ نفر (۲۵۸ نفر پسر و ۲۷۳ نفر دختر) از دانش‌آموزان پایه‌های سوم، چهارم و پنجم ابتدایی شهر مشهد در سال تحصیلی ۹۰-۱۳۸۹ اجرا کردند و پایایی به روش آلفای کرونباخ برای کل این آزمون ۰/۸۶ به دست آمد. همچنین همبستگی خرده‌مقیاس‌های این پرسشنامه با مقیاس اضطراب چندبعدی کودکان و مقیاس افسردگی بررسی گردید و نتایج همبستگی این سه پرسشنامه حاکی از روایی ملاکی همزمان خوب این پرسشنامه بود. یوسفی (۲۰۰۷) پایایی این پرسشنامه را در نوجوانان ایرانی بررسی کرد در این پژوهش پایایی به روش آلفای کرونباخ برای راهبردهای تنظیم هیجان منفی ۰/۷۸ و برای راهبردهای تنظیم هیجان مثبت ۰/۸۳ به دست آمد.

پرسشنامه اضطراب آشکار کودکان^۱ (RCMAS): این پرسشنامه در سال ۱۹۷۸ توسط رینولدز و ریچموند^۲ طراحی شد یک ابزار خودگزارشی دارای ۳۷ سؤال بوده که ۲۸ گویه‌ی آن اضطراب را می‌سنجد و ۹ گویه‌ی دیگر شامل (۴، ۸، ۳۶، ۳۲، ۲۴، ۲۰، ۱۶، ۱۲، ۹) مقیاس دروغ‌سنج می‌باشد. هدف این پرسشنامه بررسی اضطراب آشکار کودکان ۸ تا ۱۶ سال بود. سطح خواندن گویه‌ها برای کودک ۸ سال و بالاتر تنظیم شده است و در مورد کودکان ۶ و ۷ ساله و کسانی که از نظر خواندن ضعیف هستند به صورت قرائت شفاهی عملی می‌گردد. این پرسشنامه دارای سه بعد؛ عوامل فیزیولوژیکی (۱، ۵، ۹، ۱۳، ۱۷، ۲۱، ۲۵، ۲۹، ۳۳)، حساسیت افراطی و تمرکز (۲، ۶، ۱۰، ۱۴، ۱۸، ۲۲، ۲۶، ۳۰، ۳۴، ۳۷)، نگرانی (۳، ۷، ۱۵، ۱۹، ۲۳، ۲۷، ۳۱، ۳۵) می‌باشد. نمره‌گذاری پرسشنامه بدین صورت است که به هر گزینه بلی یک نمره و به هر گزینه‌ی خیر صفر نمره تعلق می‌گیرد. برای به‌دست آوردن امتیاز مربوط به هر بعد، مجموع امتیازات سؤالات مربوط به آن بعد را با هم جمع و برای به‌دست آوردن امتیاز کلی پرسشنامه، مجموع امتیازات همه سؤالات را با هم جمع می‌شود. نمرات بالاتر نشان‌دهنده اضطراب آشکار بالاتر در فرد پاسخ دهنده خواهد بود و برعکس. در پژوهش تقوی و علیشاهی (۲۰۰۳) که این آزمون جهت بررسی پایایی و روایی روی دانش‌آموزان ۸ الی ۱۸ ساله شهر شیراز اجرا گردید، پایایی به روش بازآزمایی این مقیاس ۰/۶۷ و پایایی به روش دونیمه کردن ۰/۶۶ گزارش شده است. همچنین بررسی روایی تفکیکی بین دو گروه بیماران اضطرابی و افراد بهنجار نشان داد که مقیاس اضطراب آشکار کودکان، قادر است بین دو گروه تفکیک قائل شود در پژوهش مفرد، عاطف‌وحید و بیان‌زاده (۲۰۰۲) پایایی آزمون به روش بازآزمایی این مقیاس برای بیماران ۰/۸۷ و برای گروه بهنجار ۰/۸۱ به دست آورده‌اند.

آزمون شدت لکنت ویرایش سوم (SSI-3): این ابزار توسط رایلی^۴ (۱۹۹۴) تدوین شده و یکی از شناخته‌شده‌ترین ابزارها جهت سنجش لکنت روی طیف‌های سنی مختلف (کودکان پیش دبستانی، کودکان مدرسه‌ای و بزرگسالان) استاندارد شده است. این آزمون بر مبنای دفعات بروز لکنت، مدت زمان اسپاسم‌های کلامی و دفعات بروز حرکات اضافه در سایر اندام‌ها هنگام لکنت می‌تواند شدت لکنت را ارزیابی کند. بر طبق این مقیاس، نمره ۶ تا ۱۰ به لکنت خیلی خفیف، نمره ۱۱ تا ۱۲ به لکنت خفیف، نمره ۲۰ تا ۲۷ به لکنت متوسط، نمره ۲۸ تا ۳۵ به لکنت شدید و نمره ۳۶ به بالا به لکنت خیلی شدید اطلاق می‌گردد. سومین نسخه ویرایش شده این آزمون به زبان فارسی برگردانده شده و طبق بررسی به عمل آمده دارای پایایی بالایی (۰/۸۰) در سنجش شدت لکنت کودکان مدرسه‌رو می‌باشد (نقل از زمانی و لطیفی (۲۰۱۱). آزمون شدت لکنت کودکان از روایی محتوایی مناسب (۰/۸۱) و پایایی به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۴ برخوردار است.

ج) معرفی برنامه مداخله‌ای

1. Revised Children's Manifest Anxiety Scale (Rcmass)

2. Reynolds, C.R., & Richmond, B.O.

3. Stuttering Severity Instrument Third Revision (Ssi-3)

4. Riley, G.D.

پروتکل درمان یکپارچه فراتشخیصی شامل ۱۲ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای بود که در جلسه اول آشنایی کودکان با الگوی درمان، اهداف درمان، ارتباط با درمانگر و شروع آگاهی هیجانی بود. در ادامه، به شرح جلسات آموزشی که بر مبنای طرح درمان بلیک و اهرینریچ-می^۱ (۲۰۱۲) تدوین شده پرداخته شد.

جدول ۱. خلاصه پروتکل درمان یکپارچه فراتشخیصی

| جلسات | هدف |
|--|--|
| جلسه اول: اجرای پیش‌آزمون، برقراری ارتباط، معرفی پروتکل | اهداف گروه کودکان: آشنایی با الگو ساختار درمان، شناسایی مشکلات اصلی و اهداف درمان، ارتباط با درمانگر و اعضای گروه، آشنایی با هیجان‌ها |
| جلسه دوم: شناسایی هیجان‌ها | اهداف گروه والدین: آشنایی با ساختار درمان، آشنایی با الگوی هیجان، آشنایی در مورد چرخه رفتارهای هیجانی. |
| جلسه سوم: استفاده از آزمایش‌های علمی در تغییر هیجان‌ها و رفتارها | اهداف گروه کودکان: شناسایی و درجه‌بندی شدت هیجان‌های مختلف، عادی‌سازی تجربه هیجانی، آشنایی با سه بخش تجربه هیجانی، آشنایی با چرخه اجتناب، شناسایی پاداش‌ها برای رفتارهای جدید. |
| جلسه چهارم: آموزش سرخ‌های بدنی | اهداف گروه والدین: آشنایی والدین با فرایند پیگیری هیجان، آشنایی با رفتارهای تربیتی هیجانی و رفتارهای تربیتی متضاد، بحث درباره تقویت مثبت به‌عنوان رفتار متضاد سرزنشگری. |
| جلسه پنجم: ردیابی کردن فکرها | اهداف گروه کودکان: یادگیری درباره مفهوم رفتار متضاد، تمرین برای شکل‌گیری رفتار متضاد با رفتار هیجانی، یادگیری ارتباط بین فعالیت و هیجان، آشنایی با پیگیری سطح هیجان و فعالیت در قالب یک آزمایش. |
| جلسه ششم: استفاده از تفکر کارآگاهی | اهداف گروه والدین: آشنایی با آزمایش‌های علمی، بحث درباره حمایت والدین در انجام آزمایش‌های علمی کودکان، بحث در مورد روش‌های تقویت کودکان |
| جلسه هفتم: حل مساله و مدیریت تعارض | اهداف گروه کودکان: توصیف مفهوم سرخ‌های بدنی و ارتباط آن با هیجان‌های قوی، یادگیری شناسایی سرخ‌های بدنی هیجان‌های مختلف، آموزش مهارت اسکن کردن بدن برای افزایش آگاهی از سرخ‌های بدنی، کمک به کودکان برای تمرین تجربه کردن سرخ‌های بدنی بدون استفاده از اجتناب و پرت کردن حواس. |
| جلسه هشتم: آگاهی از تجربه‌های هیجانی | اهداف گروه والدین: آشنایی با مفهوم جسمانی‌سازی، آموزش مهارت اسکن کردن بدن به والدین، آشنایی با مواجهه حسی و تمرین آن در گروه، آموزش نحوه ابراز همدلی به والدین. |
| جلسه نهم: آشنایی با مواجهه هیجانی | اهداف گروه کودکان: آشنایی با مفهوم تفکر انعطاف‌پذیر، آموزش تشخیص تله‌های فکری رایج به کودکان. |
| جلسه دهم: آشنایی با مواجهه هیجانی | اهداف گروه والدین: آشنایی با انعطاف‌پذیری شناختی، آشنایی با ۴ تله فکری رایج، بحث درباره رفتار تربیتی هیجانی بی‌ثباتی و رفتار تربیتی متضاد آن یعنی استفاده از قوانین و تقویت با ثبات. |
| جلسه یازدهم: آشنایی با مواجهه هیجانی | اهداف گروه کودکان: آشنایی با تفکر کارآگاهی، کاربرد تفکر کارآگاهی |
| جلسه بیستم: آشنایی با مواجهه هیجانی | اهداف گروه والدین: آشنایی و تمرین تفکر کارآگاهی، آشنایی با رفتار تربیتی هیجانی بیش‌کنترل‌گری و بیش‌حمایت‌گری و رفتار تربیتی متضاد آن یعنی استقلال دادن. |
| جلسه بیست‌و یکم: آشنایی با مواجهه هیجانی | اهداف گروه کودکان: آشنایی با حل مساله، کاربرد حل مساله |
| جلسه بیست‌و دوم: آشنایی با مواجهه هیجانی | اهداف گروه والدین: آشنایی با حل مساله، بحث در مورد حل مساله برای تعارضات بین فردی، بحث درباره اطمینان‌طلبی و سازگاری. |
| جلسه بیست‌و سوم: آشنایی با مواجهه هیجانی | اهداف گروه کودکان: یادگیری درباره مهارت (ن)، آموزش به کودکان درباره آگاهی از لحظه حال و تمرین آن، آشنایی با آگاهی غیرقضاوت‌گرانه |
| جلسه بیست‌و چهارم: آشنایی با مواجهه هیجانی | اهداف گروه والدین: بحث درباره اهمیت یادگیری تجربه‌های هیجانی به‌جای اجتناب از آن‌ها، آشنایی با آگاهی از لحظه حال و تمرین آن، آشنایی با آگاهی غیرقضاوت‌گرانه و تمرین آن، شروع تکمیل فرم رفتار هیجانی |
| جلسه بیست‌و پنجم: آشنایی با مواجهه هیجانی | اهداف گروه کودکان: مرور مهارت‌های کارآگاهی که تا این جلسه آموخته شده است، مرور مفاهیم رفتارهای هیجانی و رفتار متضاد جهت آمادگی برای نوع جدیدی از آزمایش علمی که مواجهه نامیده می‌شود، انجام مواجهه با استفاده از یک اسباب‌بازی یا شی دیگر، نهایی کردن فرم‌های رفتار هیجانی با کودکان و والدین. |
| جلسه بیست‌و ششم: آشنایی با مواجهه هیجانی | اهداف گروه والدین: آشنایی والدین با گروه مواجهه با هیجان‌های موقعیتی که نوع دیگری از آزمایش‌های علمی هستند، توضیح دادن درباره نقش والدین در تمرین مواجهه در خانه، آشنایی والدین با رفتار تربیتی هیجانی الگو‌سازی |

| | |
|---|---|
| افراطی هیجان‌های شدید و اجتناب و رفتار تربیتی متضاد با آن یعنی الگوسازی هیجانی سالم، ادامه دادن به گسترش فرم رفتار هیجانی در جهت آمادگی برای تمرین‌های مواجهه پیش‌رو. | |
| اهداف گروه کودکان: مرور مفهوم استفاده از آزمایش‌های علمی برای روبرو شدن با هیجان‌های قوی، آشنایی با رفتارهای ایمنی‌بخش و رفتارهای اجتنابی نامحسوس، تمرین یک آزمایش علمی برای روبرو شدن با هیجان‌های قوی در گروه، برنامه‌ریزی برای آزمایش‌های علمی آینده جهت روبرو شدن با هیجان‌های قوی. | جلسه دهم: روبه رو شدن با هیجان‌ها |
| اهداف گروه والدین: مرور مفهوم مواجهه با هیجان موقعیتی و بحث درباره کاربرد مواجهه برای علائم مختلف، آشنایی با مفهوم رفتارهای ایمنی‌بخش، توضیح دادن به والدین درباره این که چگونه می‌توانند برای حمایت از مواجهه کودکان از همه رفتارهای تربیتی متضاد استفاده کنند، آشنایی با نردبان هیجان برای مواجهه و کمک به والدین برای نهایی کردن فرم رفتار هیجانی. | |
| اهداف گروه کودکان: برنامه‌ریزی و اجرای اولیه مواجهه با هیجان‌های موقعیتی در جلسات با هیجان‌ها | جلسه یازدهم: روبرو شدن با هیجان‌ها |
| اهداف گروه کودکان: مرور مهارت‌های کارآگاهی هیجان آموخته شده در برنامه پروتکل یکپارچه کودکان، برنامه‌ریزی برای روبرو شدن با هیجان‌های قوی در آینده، جشن گرفتن پیشرفت حاصل از برنامه درمانی. | جلسه دوازدهم: خلاصه برنامه و پیشگیری از عود، اجرای پس آزمون |
| اهداف گروه والدین: مرور مهارت‌های کارآگاهی هیجان و رفتارهای تربیتی متضاد، بحث درباره پیشرفت هر کودک و قدرانی از آن، برنامه‌ریزی برای تداوم و پیشرفت بیشتر بعد از پایان درمان، تمایز لغزش از عود و کمک به والدین در تشخیص علائم هشداردهنده عود | |

د) روش اجرا

روش اجرا در این پژوهش بدین شرح بود که ابتدا در مرحله اول به کودکانی که با تشخیص لکنت زبان به مراکز گفتاردرمانی ژیرا و بهزیستی شهر سنجند مراجعه می‌کردند، پرسشنامه تنظیم هیجان و اضطراب آشکار اجرا و شدت لکنت زبان آن‌ها براساس پرسشنامه شدت لکنت کودکان (SSI-3) توسط گفتاردرمانگر سنجیده شد. سپس براساس نمرات دریافت شده از پرسش‌نامه‌ها ۶ نفر از کودکان پسر به‌عنوان نمونه انتخاب شدند. بعد از انتخاب آزمودنی‌ها، شرایط و مراحل درمان به والدین توضیح داده شده و رضایت‌نامه کتبی از آن‌ها گرفته شد. قبل از شروع درمان در مرحله خط پایه نمرات آزمودنی‌ها ثبت شد. در مرحله درمان آزمودنی‌ها دوازده جلسه درمان یکپارچه فراتشخیصی دریافت کردند (اجرا در بازه زمانی ۴۲ روزه در جلسات ۶۰ دقیقه‌ای انجام شد) و در جلسه ششم دوباره اندازه‌گیری انجام شد و نمرات جهت ارزیابی ثبت شد و پس از اتمام مداخله نیز دوباره پرسشنامه‌ها تکمیل شدند. لازم به ذکر است که در هر سه مرحله، پرسشنامه‌های اضطراب و تنظیم هیجان توسط کودکان (در موارد مورد نیاز با همکاری والدین) و پرسشنامه شدت لکنت زبان توسط گفتاردرمانگر تکمیل شد. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از شاخص‌های توصیفی مانند فراوانی، در صد و تحلیل بصری و اندازه اثر به شیوه کاهش از خط پایه و همچنین روش استنباطی تحلیل اندازه‌گیری مکرر استفاده شد. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS-22 و اکسل مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها

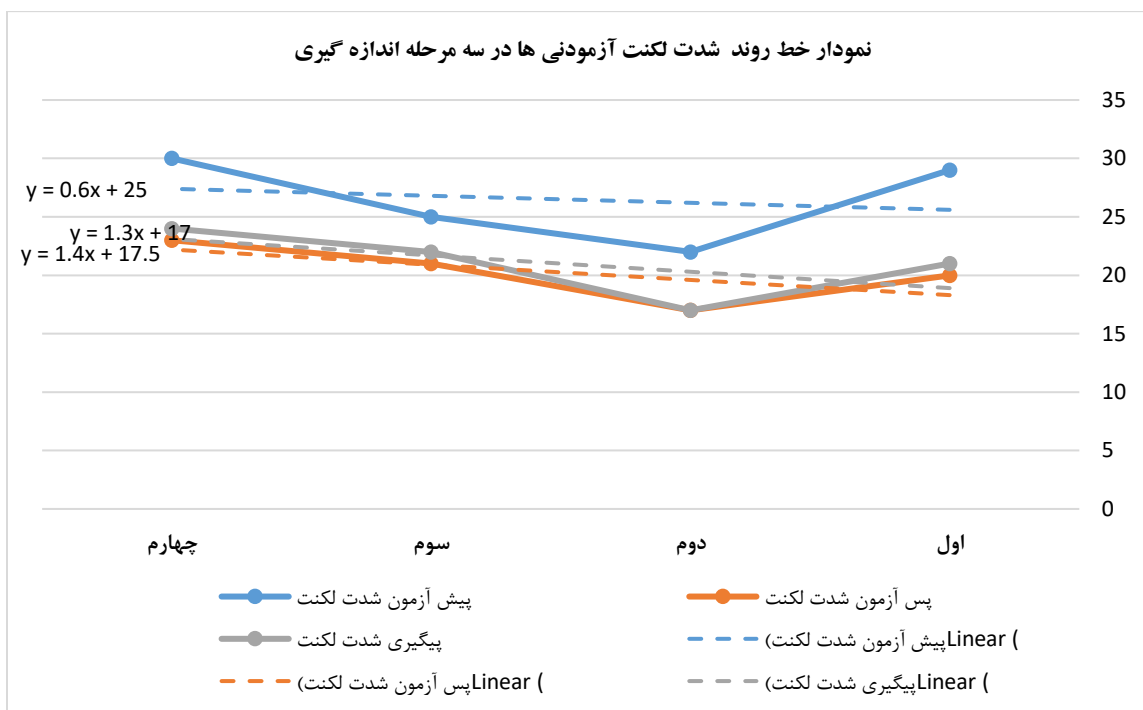
اطلاعات جمعیت‌شناختی آزمودنی‌های پژوهش در جدول شماره ۱ آورده شده است.

جدول ۱: اطلاعات جمعیت‌شناختی آزمودنی‌های مورد پژوهش

| آزمودنی | سن آزمودنی | پایه تحصیلی | ترتیب تولد |
|------------------|------------|-------------|------------|
| آزمودنی اول: ب | ۸ | سوم | فرزند دوم |
| آزمودنی دوم: س | ۱۰ | چهارم | فرزند اول |
| آزمودنی سوم: م | ۹ | سوم | فرزند دوم |
| آزمودنی چهارم: ه | ۹ | سوم | تک فرزند |

داده‌های جدول ۱ گزارش می‌دهد که آزمودنی اول پژوهش ۸ و آزمودنی دوم ۱۰ ساله، آزمودنی سوم و چهارم ۹ ساله هستند. آزمودنی اول فرزند دوم خانواده، آزمودنی دوم فرزند اول، آزمودنی سوم فرزند دوم و آزمودنی چهارم تک‌فرزند است. همچنین نتایج نشان می‌دهد که آزمودنی اول، سوم و چهارم پایه سوم دبستان و آزمودنی دوم پایه چهارم هستند.

اثربخشی درمان یکپارچه فراتشخیصی بر تنظیم هیجان، شدت لکنت زبان و اضطراب کودکان مبتلا به لکنت زبان به منظور بررسی اثربخشی درمان یکپارچه فراتشخیصی بر شدت لکنت زبان پژوهش، نمودار خطی مربوط به نمرات پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری آزمودنی‌ها در متغیر شدت لکنت زبان در ادامه آمده است.



نمودار ۱: تأثیر درمان یکپارچه فراتشخیصی بر شدت لکنت زبان کودکان

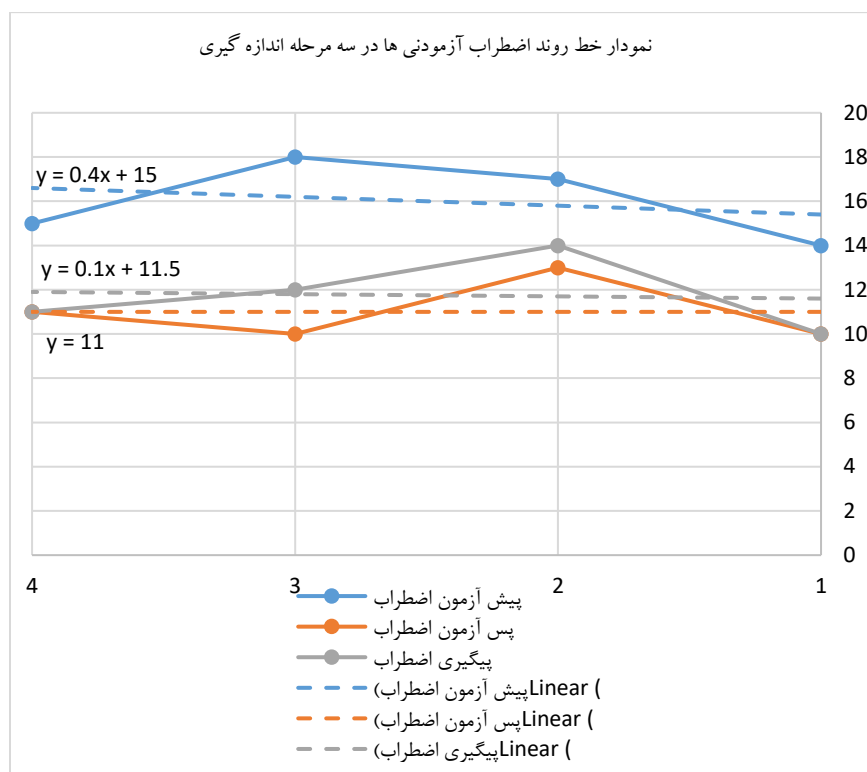
با توجه به نمودار ۱، نتایج حاکی از این است درمان یکپارچه فراتشخیصی، در کاهش نمرات شدت لکنت زبان مؤثر بوده است. خط روند در پیش‌آزمون بالاتر از خط روند پس‌آزمون و مرحله پیگیری قرار دارد و این حالت نشان می‌دهد که همه آزمودنی‌ها در مرحله پس‌آزمون و پیگیری نمرات پایین‌تری در لکنت زبان به دست آورده‌اند. بنابراین روش درمان به صورت کلی بر شدت لکنت آزمودنی‌های پژوهش مؤثر بوده و میزان آن را کاهش داده است. در ادامه نمرات مربوط به این تغییرات در جدول ۲ آمده است.

جدول ۲: نتایج درمان یکپارچه فراتشخیصی در کاهش شدت لکنت زبان کودکان

| پیش‌آزمون | پس‌آزمون | پیگیری | میزان بهبودی |
|-----------|----------|--------|--------------|
| ۲۹ | ۲۰ | ۲۱ | ۰/۲۷ |
| ۲۲ | ۱۷ | ۱۷ | ۰/۳۳ |
| ۲۵ | ۲۱ | ۲۲ | ۰/۱۲ |
| ۳۰ | ۲۳ | ۲۴ | ۰/۲۰ |

با توجه به داده‌های جدول ۲ و با توجه به این که میزان بهبودی برای آزمودنی‌های اول تا چهارم به ترتیب ۰/۲۷، ۰/۳۳ و ۰/۱۲ و ۰/۲۰ است، این نتیجه حاصل می‌شود که درمان یکپارچه فراتشخیصی در کاهش شدت لکنت زبان کودکان مبتلا به لکنت تأثیر داشته است.

به‌منظور بررسی اثر درمان یکپارچه فراتشخیصی بر اضطراب، نمودار خطی مربوط به نمرات پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری اضطراب کودکان مبتلا به لکنت زبان در ادامه آمده است:



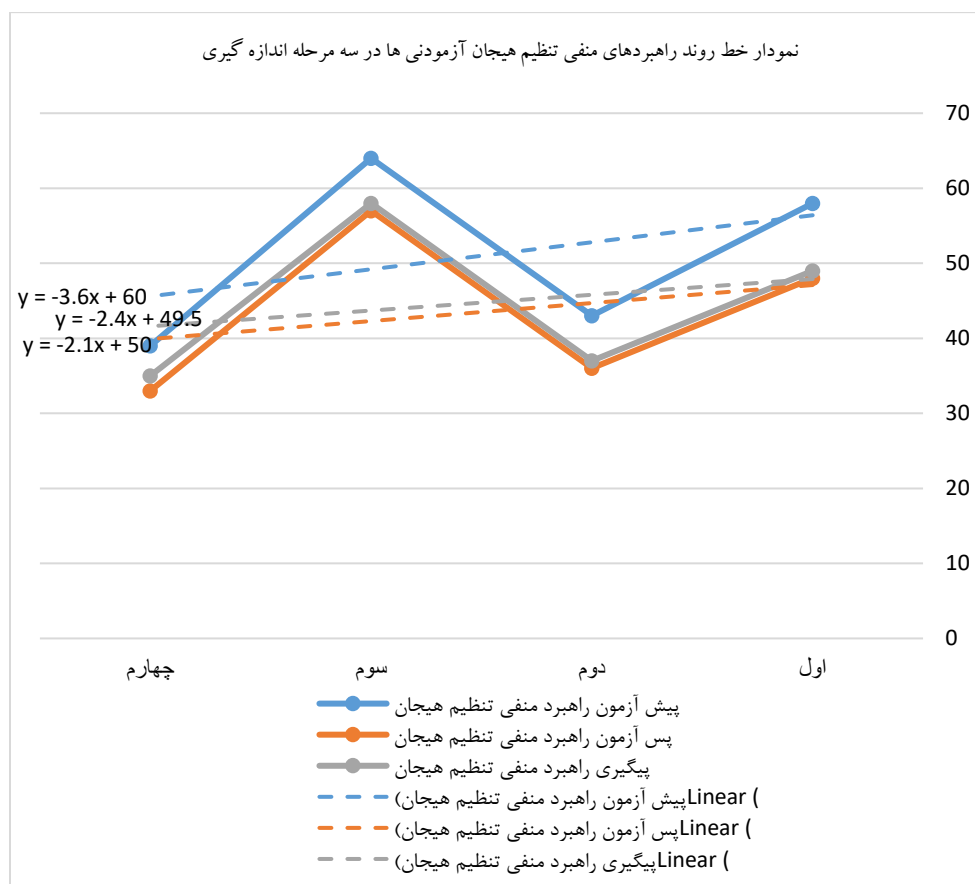
نمودار ۲: تأثیر درمان یکپارچه فراتشخیصی بر اضطراب کودکان

با توجه به نمودار ۲، نتایج حاکی از این است درمان یکپارچه فراتشخیصی، در کاهش نمرات اضطراب مؤثر بوده است. خط روند در پیش آزمون بالاتر از خط روند پس آزمون و مرحله پیگیری قرار دارد و این حالت نشان می‌دهد که همه آزمودنی‌ها در مرحله پس آزمون و پیگیری نمرات پایین‌تری در اضطراب به دست آورده‌اند. بنابراین روش درمان به صورت کلی بر میزان اضطراب آزمودنی‌های پژوهش مؤثر بوده و میزان آن را کاهش داده است. در ادامه نمرات مربوط به این تغییرات در جدول ۳ آمده است.

جدول ۳: نتایج درمان یکپارچه فراتشخیصی در کاهش اضطراب کودکان

| آزمودنی اول | آزمودنی دوم | آزمودنی سوم | آزمودنی چهارم | |
|-------------|-------------|-------------|---------------|--------------|
| ۱۴ | ۱۷ | ۱۸ | ۱۵ | پیش آزمون |
| ۱۰ | ۱۳ | ۱۰ | ۱۱ | پس آزمون |
| ۱۰ | ۱۴ | ۱۲ | ۱۱ | پیگیری |
| ۰/۲۸ | ۰/۱۷ | ۰/۳۳ | ۰/۲۶ | میزان بهبودی |

با توجه به داده‌های جدول ۳ و با توجه به این که میزان بهبودی برای آزمودنی‌های اول تا چهارم به ترتیب ۰/۲۸، ۰/۱۷، ۰/۳۳، ۰/۲۶ است، این نتیجه حاصل می‌شود که درمان یکپارچه فراتشخیصی در کاهش اضطراب کودکان مبتلا به لکنت تأثیر داشته است. به منظور بررسی اثر درمان یکپارچه فراتشخیصی بر بهبود تنظیم هیجان، نمودار خطی مربوط به نمرات پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری تنظیم هیجان کودکان مبتلا به لکنت زبان در ادامه آمده است:



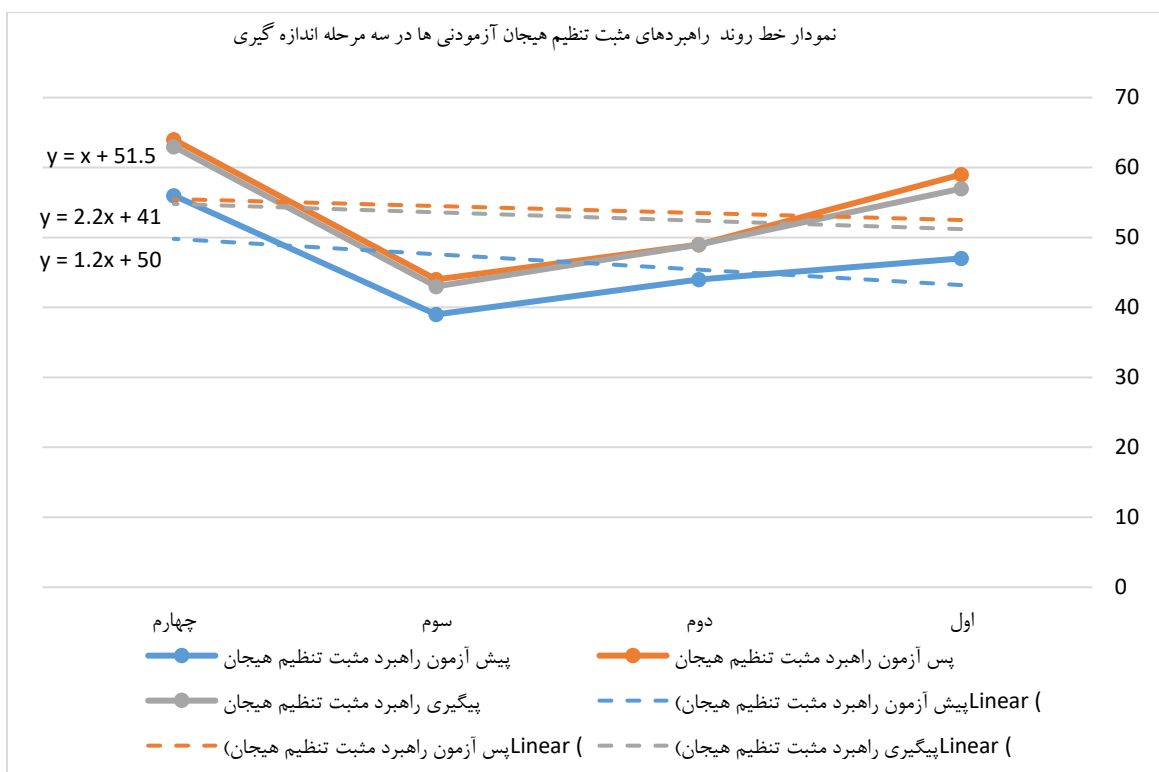
نمودار ۳: تأثیر درمان یکپارچه فراتشخیصی بر راهبردهای منفی تنظیم هیجان کودکان

با توجه به نمودار ۳، نتایج حاکی از این است درمان یکپارچه فراتشخیصی، در کاهش نمرات راهبرد منفی تنظیم هیجان مؤثر بوده است. خط روند در پیش آزمون بالاتر از خط روند پس آزمون و مرحله پیگیری قرار دارد و این حالت نشان می‌دهد که همه آزمودنی‌ها در مرحله پس آزمون و پیگیری نمرات پایین‌تری در راهبرد منفی تنظیم هیجان به دست آورده‌اند. بنابراین روش درمان به صورت کلی بر کاهش راهبردهای منفی تنظیم هیجان آزمودنی‌های پژوهش مؤثر بوده و میزان آن را کاهش داده است. در ادامه نمرات مربوط به این تغییرات در جدول ۴ آمده است.

جدول ۴: نتایج تأثیر درمان یکپارچه فراتشخیصی بر راهبردهای منفی تنظیم هیجان کودکان

| پیش آزمون | پس آزمون | پیگیری | میزان بهبودی |
|-----------|----------|--------|--------------|
| ۵۸ | ۴۷ | ۴۹ | ۰/۱۶ |
| ۴۳ | ۳۶ | ۳۷ | ۰/۱۴ |
| ۶۴ | ۵۷ | ۵۸ | ۰/۰۹ |
| ۳۹ | ۳۳ | ۳۵ | ۰/۱۰ |

با توجه به داده‌های جدول ۴ و با توجه به این که میزان بهبودی برای آزمودنی‌های اول تا چهارم به ترتیب ۰/۱۶، ۰/۱۴، ۰/۰۹، ۰/۱۰ است، می‌توان گفت که درمان یکپارچه فراتشخیصی در بهبود (کاهش) راهبردهای منفی تنظیم هیجان کودکان مبتلا به لکنت تأثیر داشته است. به منظور بررسی تأثیر درمان یکپارچه فراتشخیصی بر تنظیم هیجان، نمودار خطی مربوط به نمرات پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری راهبردهای مثبت تنظیم هیجان کودکان مبتلا به لکنت زبان بررسی شد که نتایج آن در ادامه ارائه شده است:



نمودار ۴: تأثیر درمان یکپارچه فراتشخیصی بر راهبردهای مثبت تنظیم هیجان کودکان

با توجه به نمودار ۴، نتایج حاکی از این است درمان یکپارچه فراتشخیصی، در افزایش نمرات راهبرد مثبت تنظیم هیجان مؤثر بوده است. خط روند در پیش‌آزمون پایین‌تر از خط روند پس‌آزمون و مرحله پیگیری قرار دارد و این حالت نشان می‌دهد که همه آزمودنی‌ها در مرحله پس‌آزمون و پیگیری نمرات بالاتری در راهبرد مثبت تنظیم هیجان به دست آورده‌اند. بنابراین روش درمان به صورت کلی بر افزایش راهبردهای مثبت تنظیم هیجان آزمودنی‌های پژوهش مؤثر بوده و میزان آن را افزایش داده است. در ادامه نمرات مربوط به این تغییرات در جدول ۵ آمده است.

جدول ۵: نتایج تأثیر درمان یکپارچه فراتشخیصی بر راهبردهای مثبت تنظیم هیجان کودکان

| پیش‌آزمون | پس‌آزمون | پیگیری | میزان بهبودی |
|-----------|----------|--------|--------------|
| ۴۷ | ۵۹ | ۵۷ | ۰/۲۱ |
| ۴۴ | ۴۹ | ۴۹ | ۰/۱۱ |
| ۳۹ | ۴۴ | ۴۳ | ۰/۱۰ |
| ۵۶ | ۶۴ | ۶۳ | ۰/۱۲ |

با توجه به داده‌های جدول ۵ و با توجه به این که میزان بهبودی برای آزمودنی‌های اول تا چهارم به ترتیب ۰/۲۱، ۰/۱۱، ۰/۱۰، ۰/۱۲ است، می‌توان گفت که درمان یکپارچه فراتشخیصی در بهبود (افزایش) راهبردهای مثبت تنظیم هیجان کودکان مبتلا به لکنت تأثیر داشته است. در کل نتایج نشان داد که درمان یکپارچه فراتشخیصی در بهبود راهبردهای تنظیم هیجان کودکان تأثیر دارد. در ادامه برای بررسی اثربخشی درمان یکپارچه فراتشخیصی بر لکنت زبان، اضطراب و تنظیم هیجان کودکان از تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر نیز استفاده شد. ابتدا جهت بررسی پیش‌فرض کرویت^۱ آزمون موخلی^۲ به کار رفت که نتایج نشان داد سطح معناداری آزمون موخلی در مورد همه متغیرها بالاتر از ۰/۰۵ بدست آمد که نشان از تأیید این پیش‌فرض داشت. نتایج اندازه‌گیری مکرر در جدول ۶ ارائه شده است.

¹. Sphericity

². Mauchly's Test

جدول ۶: نتایج اندازه‌گیری مکرر تأثیر درمان یکپارچه فراتشخیصی بر متغیرهای پژوهش

| متغیر | شاخص | مجموع مجزورات | درجه آزادی | میانگین مجزورات | F | p | اندازه اثر |
|------------|-----------|---------------|------------|-----------------|-------|-------|------------|
| لکنت زبان | عامل زمان | ۶۰/۵۰ | ۱ | ۶۰/۵۰ | ۲۷/۹۲ | ۰/۰۱۳ | ۰/۹۰ |
| | خطا | ۶/۵۱ | ۳ | ۲/۱۶ | | | |
| اضطراب | عامل زمان | ۴۰/۵۱ | ۱ | ۴۰/۵۱ | ۸۱/۰۰ | ۰/۰۰۳ | ۰/۹۶ |
| | خطا | ۱/۵۰ | ۳ | ۰/۵۰ | | | |
| هیجان مثبت | عامل زمان | ۲۱/۱۲ | ۱ | ۲۱/۱۲ | ۱۸/۷۷ | ۰/۰۲۳ | ۰/۸۶ |
| | خطا | ۳/۳۷ | ۳ | ۱/۱۳ | | | |
| هیجان منفی | عامل زمان | ۸۴/۵۰ | ۱ | ۸۴/۵۰ | ۳۹/۰۱ | ۰/۰۰۸ | ۰/۹۲ |
| | خطا | ۶/۵۰ | ۳ | ۲/۱۶ | | | |

نتایج جدول ۶ نشان می‌دهد اثر درمان یکپارچه فراتشخیصی بر لکنت زبان ($F=27/92, p<0/05$) و اندازه اثر ۰/۹۰، بر اضطراب ($F=81/00, p<0/01$) و اندازه اثر ۰/۹۶، بر تنظیم هیجان مثبت ($F=18/77, p<0/05$) و اندازه اثر ۰/۸۶، و بر تنظیم هیجان منفی ($F=39/01, p<0/01$) و اندازه اثر ۰/۹۲ معنادار است. بر این اساس نتایج اندازه‌گیری مکرر نیز نتایج نمودارهای خط روند را تأیید می‌کند.

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج به دست آمده از تجزیه و تحلیل داده‌ها نشان داد که درمان یکپارچه فراتشخیصی برای متغیرهای تنظیم هیجان و اضطراب در کودکانی که دارای لکنت زبان بودند، مؤثر بوده است. این یافته پژوهش، با یافته‌هایی که از پژوهش‌های به‌دست آمد از شرر (۲۰۱۶)، بارلو و همکاران (۲۰۱۸)، بیلک و اهرنریچ-می (۲۰۱۲)، زمستانی و ایمانی (۲۰۱۶)، عطارد و همکاران (۲۰۱۷) هم سو بوده است. در جهت تبیین این یافته در ابتدا می‌توان به نظریه روانکاوی در مورد لکنت زبان اشاره کرد که لکنت زبان، یک روان‌آزردگی یا نوعی واپس‌روی است که بین هیستری تبدیل و در چهارچوب یک سازمان‌یافتگی پارانویایی که فرد لکنتی بر اساس دفاع‌های وسواسی و هیستریکی خویشتن بنا می‌کند، قرار دارد و هر کسی می‌تواند یک یا چند نشانه‌ی واپس‌روی را در وهله‌ای از زندگی خود نشان دهد؛ بنابراین، درمان‌هایی که بر روی این بخش از دفاع‌ها و رفتارهای افراد تمرکز داشته باشد، می‌تواند اثرگذاری بالایی در لکنت زبان این افراد داشته باشد (بیلک و اهرنریچ-می، ۲۰۱۲). از طرف دیگر، از فرآیندهای مشترک در برخی از اختلال‌ها می‌توان به اجتناب یا بازداری رفتاری، افکار تکرارشونده منفی مثل نگرانی و نشخوار ذهنی، عاطفه منفی، مشکل در تنظیم هیجانی و عدم تحمل هیجان منفی، پاسخ‌های مقابله ناسازگارانه، محتوای شناختی منفی، رفتارهای ایمنی‌جویانه، نشخوار ذهنی، اختلال خواب، کمال‌گرایی اشاره کرد. برخی از افراد به‌ویژه افراد دارای اختلال‌های گفتاری نسبت به این مسائل حساسیت بیشتری نشان می‌دهند. این حساسیت‌ها و فشارها مانع آرامش روانی فرد شده، آشفتگی روانی، تنش عضلانی، اضطراب و تشدید اختلال‌های گفتاری را موجب می‌شود. از آنجایی که رویکرد فراتشخیصی فرض می‌کند که طیفی از فرآیندهای تداوم‌بخش شناختی و رفتاری مشترک در بین اختلال‌های روانشناختی وجود دارد، یعنی فرآیندهایی که در طیف وسیعی از اختلال‌های روانشناختی در مقایسه با گروه کنترل غیرروانپزشکی برافراشته است از نظر سبب شناختی در پدیدآوری و تداوم نشانه‌ها نقش دارند، به این ترتیب، رویکرد فراتشخیصی یکپارچه، ضمن پذیرش سیستم تشخیصی پذیرفته شده عمومی نسبت به طراحی و تدوین پروتکل‌های درمانی اقدام می‌کند. در واقع این رویکرد معتقد است ارزش مضاعفی در تأکید بر عوامل مشترک و یکپارچه اختلال‌ها نهفته است (عطارد و همکاران، ۲۰۱۷). به این ترتیب اثربخشی درمان یکپارچه فراتشخیصی برای تنظیم هیجان و اضطراب کودکان مبتلا به لکنت زبان بر شدت لکنت زبان آنان، قابل تبیین است.

پس از تجزیه و تحلیل داده‌های به دست آمده از اجرای درمان یکپارچه فراتشخیصی بر روی کودکان دارای لکنت زبان، یافته دیگری در پژوهش حاضر به دست آمد که این یافته حاکی از آن است که درمان یکپارچه فراتشخیصی باعث کاهش اضطراب کودکان دارای لکنت زبان می‌شود. این نتیجه، هم سو با نتایج است که پژوهشگران دیگر از جمله والدن و همکاران (۲۰۱۲)، زارعی فسخودی و همکاران (۱۴۰۰)، بارلو و کندی (۲۰۱۶) از پژوهش‌های خود به دست آورده‌اند. به‌منظور تبیین این یافته پژوهش، در ابتدا لازم است به این تعریف از لکنت زبان اشاره کرد که لکنت زبان، در کودکان و بزرگسالان باعث ظهور مشکلات گفتار هم از نظر زبان گفتاری و ظاهری و هم از نظر زبان ذهنی می‌شود و هر دو نوع این لکنت‌ها، زمانی که فرد احساس کند که در شرایطی قرار گرفته است که مخاطب او را پایین‌تر از خود می‌بیند و احساس اعتماد به نفسش مخدوش شود، دست و پای خود را گم می‌کند و در نتیجه آن، درگیر اختلالات عاطفی از قبیل تشویش کشمکش درونی و احساسات حقارت و ناامنی و ترس از رویه‌رو شدن با اجتماع می‌شود (شرر، ۲۰۱۶) و بالعکس این جریان نیز محتمل است به این صورت که ممکن است اضطراب و استرس سبب بروز لکنت در کودکان شود. وقتی کودکان برای گفتن جمله یا کلمه مناسب تحت فشار محیط و یا مورد سرزنش قرار می‌گیرند، اضطراب و در نتیجه

لکنتش افزایش پیدا می‌کند. در واقع این چرخه ادامه پیدا می‌کند و شدت اضطراب و به دنبال آن شدت لکنت و به شکل چرخه‌ای مجدد، اضطراب، در فرد افزایش پیدا می‌کند، در این موقعیت، به منظور قطع کردن این چرخه، نیاز است که یک روش درمانی مداخله کند. رویکردهای روان‌شناختی مانند درمان یکپارچه فراتشخیصی، به تجزیه و تحلیل عوامل تشدیدکننده لکنت زبان همچون اضطراب‌ها و هیجانات، ترس‌های موقعیتی و نگرش‌های منفی پیرامون لکنت زبان می‌پردازند، در این رویکردها درمانگر سعی می‌کند با رفع چنین مواردی، از لکنت زبان فرد بکاهد (توزنده جانی و همکاران، ۲۰۱۱).

در تبیین دیگر برای این یافته اشاره به این نکته لازم است که اضطراب، یکی از مهم‌ترین علت‌های لکنت زبان است، در همین راستا، بالیس و همکاران (۲۰۱۴) به رابطه قوی بین اضطراب و لکنت زبان اشاره می‌کنند که بیشترین اضطراب مربوط به اضطراب اجتماعی، انتظارات از آسیب‌های اجتماعی و ترس از ارزیابی‌های منفی در افراد دارای اختلال لکنت زبان است. در طرف مقابل، استرس و اضطراب علاوه بر این که از ویژگی‌های شرایط بروز اختلال لکنت هستند سبب تشدید آن نیز می‌شوند. همان‌طور که از دیدگاه دیس پرت^۱ نیز اگر در مبتلایان به لکنت زبان اضطراب دیده می‌شود بر اثر لکنت زبان نیست بلکه این لکنت زبان است که بر اضطراب بروز کرده است و این افراد در جریان صحبت کردن همیشه منتظر هستند که دچار لکنت زبان بشوند و در واقع بخش قابل توجهی از افرادی که دچار لکنت زبان می‌شوند در موقعیت‌های اجتماعی و گفتاری اضطراب را تجربه می‌کنند. از طرف دیگر، افراد دچار لکنت اعم از کودک و بزرگسال معمولاً درونگرا و دچار کمبود اعتماد به نفس هستند و از احساس بی‌کفایتی رنج می‌برند آن‌ها مانند سایر افراد عصبی مستعد رنج بردن از ترس‌ها، نگرانی‌ها و اضطراب‌ها هستند، فرد مبتلا ممکن است از ترسی که باعث لکنتش شده آگاه نباشد اما در وجود خویش درگیری گسترده‌ای با آن دارد که در تنش سراسری بدنش آشکار است (والدن و همکاران، ۲۰۱۲). در نتیجه روش درمانی همچون درمان یکپارچه فراتشخیصی که در نتیجه آموزش‌ها و راهکارهایی که در فرآیند درمان به فرد ارائه می‌دهد، این اعتماد به نفس را در فرد بالاتر برده، نگرانی‌ها و اضطراب را در فرد کم می‌کنند، برای حل مشکلات ارتباطی فرد، به او کمک می‌کنند و باعث کاهش لکنت زبان ناشی از این مشکلات می‌شود (زمستانی و ایمانی، ۲۰۱۶). بدین ترتیب اثر درمان یکپارچه فراتشخیصی در کاهش اضطراب کودکان دارای لکنت زبان قابل تبیین است.

نتایج به‌دست آمده از تجزیه و تحلیل داده‌های پژوهش که از اجرای درمان یکپارچه فراتشخیصی بر روی افراد گروه نمونه به‌دست آمده بود، نشان داد که درمان یکپارچه فراتشخیصی باعث بهبود تنظیم هیجان کودکان دارای لکنت زبان می‌شود. این یافته، همسو با پژوهش‌های کندی و همکاران (۲۰۲۱)، اهرنچ - می و همکاران (۲۰۱۷)، فارچوین و همکاران (۲۰۱۲) است. در راستای تبیین این یافته، می‌توان گفت که به‌طور معمول انسان‌ها در برابر مشکلات هیجانی - عاطفی، محدودیت‌ها و فشارهای محیطی، اختلال‌های رفتاری و روانی و حتی معلولیت‌های جسمی، عکس‌العمل‌های متفاوتی نشان می‌دهند. ولی بهترین روش در جهت مواجهه با این شرایط تنظیم هیجان است. تنظیم هیجان یک نوع از خودنظم‌دهی است که در فرآیندهای درونی و بیرونی در بازبینی و ارزشیابی و شدت واکنش‌های هیجانی تعریف شده است که در سطوح ناهشیار، نیمه‌هشیار و هشیار برای به انجام رساندن یک هدف به کار می‌رود. از آنجایی که نتایج پژوهش‌های متفاوت نشان می‌دهد که کودکان دارای اختلال لکنت در مقایسه با کودکان بدون لکنت در تنظیم هیجان مشکلات بیشتری دارند (والدن و همکاران، ۲۰۱۲) که این اختلاف می‌تواند به این علت باشد که آشفتگی‌ها در این کودکان در مواقعی که فشار و هیجان و اضطراب وجود دارد بیشتر است (مانند خواندن مطلب در مدرسه). در اوایل شروع اختلال ممکن است کودک از مشکل خویش آگاه نباشد اما به تدریج که بیماری پیشرفت می‌کند اختلال لکنت شدیدتر و مزاحم‌تر می‌شود. هنگامی که کودک از مشکل خویش آگاه می‌شود شروع به استفاده از سازوکارهایی برای دوری از اختلال و پاسخ‌های هیجانی مربوط می‌نماید مانند پرهیز از صحبت کردن در مکان‌های عمومی و استفاده از جملات کوتاه و ساده؛ که این واکنش‌ها، مجدداً باعث افزایش مشکلات هیجانی، افزایش لکنت زبان می‌شود که به منظور از بین بردن این چرخه، روش درمانی یکپارچه فراتشخیصی می‌تواند مؤثر است؛ زیرا هدف اصلی پروتکل رویکرد یکپارچه فراتشخیصی در کودکان، پرداختن به مشکلات هیجانی اولیه از طریق خاموش کردن پریشانی و اضطراب در پاسخ به حالت‌های هیجانی آزارنده و قوی است. رویکرد یکپارچه فراتشخیصی این کار را با استفاده از راهبردهای درمانی مبتنی بر شواهد و به روشی گسترده انجام می‌دهد، به‌طوری‌که برای طیف و سببی از تجربه‌های هیجانی آزارنده که از ویژگی‌های اصلی اختلالات هیجانی کودکان و نوجوانان هستند، کارآمد است و نهایتاً می‌تواند تنظیم هیجان را در این افراد بهبود بخشد (کندی و همکاران، ۲۰۱۸). در تبیین دیگری برای این یافته می‌توان به این نکته اشاره کرد که در زمینه اختلال لکنت زبان لازم است که در اختلالات اکتسابی زبان، از جمله لکنت، فرد در نتیجه نوعی ضایعه مغزی و یا بیماری عصبی دچار اختلال زبانی می‌شود (گرو سمن و اهرنچ - می، ۲۰۱۹). از آنجایی که تنظیم هیجان به حالت فیزیکی و روان‌شناختی در پاسخ به تقاضاهای درونی یا بیرونی مربوط می‌شود و در کل، فرآیند منحصر به فردی است که تجربه هیجان را جهت رسیدن به پذیرش اجتماعی تعدیل می‌کند. پروتکل یکپارچه فراتشخیصی اختلال‌های هیجانی را کلی‌تر مورد هدف قرار داده‌اند. این درمان تکنیک‌های درمان شناختی رفتاری و دیگر تکنیک‌های مبتنی بر شواهد، مانند مهارت‌های مبتنی بر آگاهی و ذهن‌آگاهی را به شکل منعطفی به کار می‌گیرد که به درمانگر اجازه می‌دهد راهبردها را متناسب با هیجان‌ها و نوع مشکلی که کودک یا نوجوان در حال حاضر تجربه می‌کند تغییر داده و شخصی سازی کند. در واقع هر جلسه پروتکل یکپارچه کودکان به‌طور واضح برای هدف قرار دادن مکانیزم‌هایی طراحی شده‌اند که اختلال‌های هیجانی را تداوم می‌بخشند مثل کاهش پریشانی یا پاسخ‌های اجتنابی به هیجان‌های شدید بنابراین، نتیجه بخش بودن اجرای این پروتکل‌ها در نهایت منجر به بهبود

^۱. Dispert

تنظیم هیجان کودکان دارای لکنت زبان می‌شود. از آنجایی که جامعه آماری پژوهش کودکان محدوده سنی ۸ تا ۱۲ سال دارای لکنت زبان بودند، لذا در تعمیم نتایج برای سایر مقاطع باید جانب احتیاط را مدنظر داشت. محدود بودن پژوهش به پسران و عدم کنترل و مشخص ساختن نوع لکنت زبان در نمونه‌ها از دیگر محدودیت‌ها بود. پیشنهاد می‌شود درمان یکپارچه فراتشخیصی بر اضطراب نوجوانان و بزرگسالان دارای لکنت زبان انجام شود. در پژوهش‌های آینده نمونه بیشتری به صورت دو گروه مورد بررسی قرار گیرد که از لحاظ آماری نتایج قویتری حاصل گردد. پیشنهاد می‌شود نوع لکنت زبان در پژوهش‌های بعدی کنترل شود تا نتایج دقیق‌تری حاصل شود.

پیروی از اصول اخلاق پژوهش: این مقاله برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد نویسنده دوم در رشته روان‌شناسی دانشگاه بوعلی سینا همدان می‌باشد. شرکت‌کنندگان آگاهانه و داوطلبانه در پژوهش مشارکت نمودند و اصل رازداری و ملاحظات اخلاقی در پژوهش رعایت شد.

حامی مالی: این پژوهش در قالب پایان‌نامه کارشناسی ارشد و بدون حمایت مالی می‌باشد.

نقش هر یک از نویسندگان: نویسنده دوم محقق اصلی این پژوهش است. نویسنده اول استاد راهنما و نویسنده‌گان سوم و چهارم استادان مشاور پایان‌نامه می‌باشند.

تضاد منافع: نویسندگان اعلام می‌نمایند که هیچ تضاد منافی در رابطه با این پژوهش ندارند.

تشکر و قدردانی: نویسندگان بدین وسیله از کلیه شرکت‌کنندگان در این پژوهش کمال قدردانی را دارند.

References

- Alipour, F., Hasani, J., Bodaghi, E., Mohtashmirad, F., Saeidpour, S. (2016). Cognitive Emotion Regulation Strategies, Metacognition, and Early Maladaptive Schemas in Students with Stuttering and Normal Students. *J Child Ment Health*, 3 (2): 41-54 [Persian].
- Bacchetti, P., Deeks, S.G., & McCune, J.M. (2011). Breaking free of sample size dogma to perform innovative translational research, *Sci. Transl. Med*, 3, : 54-68.
- Barlow, D. H., & Kennedy, K. A. (2016). New approaches to diagnosis and treatment in anxiety and related emotional disorders: A focus on temperament. *Canadian Psychology*, 57(1): 8–20.
- Barlow, D. H., Farchione, T. J., Sauer-Zavala, S., Latin, H. M., Bullis, J. R., Bentley, K. HCassiello-Robbins, C. (2018). *Unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: Therapistguide*, (2 nd ed.). New York, NY Oxford University Press.
- Bilek E. L., Ehrenreich-May J. (2012). An open trial investigation of a transdiagnostic group treatment for children with anxiety and depressive symptoms. *Behavior Therapy*: 43, 887-897.
- Bullis J. R., Fortune M. R., Farchione T. J., Barlow D. H. (2014). A preliminary investigation of the long-term outcome of the Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders. *Comprehensive Psychiatry*, 55: 1920-1927
- Cassiello-Robbins C., Barlow D. H. (2016). Anger: The unrecognized emotion in emotional disorders. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 23, 66-85.
- Ehrenreich-May J., Rosenfield D., Queen A. H., Kennedy S. M., Remmes C. S., Barlow D. H. (2017). An initial waitlist-controlled trial of the unified protocol for treatment of emotional disorders in adolescents. *Journal of Anxiety Disorders*, 46, : 46-55.
- Farchione, T.J. Fairholme, C.P. Ellard, K.K. Boisseau, C.L. Thompson-Hollands, J. Carl, J.R. Gallagher, M.W. & Barlow, D.H. (2012). Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders: A Randomized Controlled Trial. *Behavior Therapy*, 43(3): 666-678.
- Garnefsky, N., & Kraaij, V. (2007). The Cognitive Emotion Regulation Questionnaire: Psychometric features and prospective relationships with depression and anxiety in adults. *European Journal of Psychological Assessment*, 23(3): 141-149.
- Garnefski N, Rieffe C, Jellesma F, Terwogt MM, Kraaij V. Cognitive emotion regulation strategies and emotional problems in 9-11-year-old children: The development of an instrument. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2007; 16: 1-9.
- Grossman, R. A., & Ehrenreich-May, J. (2019). Using the Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders with Youth Exhibiting Anger and Irritability, *Cognitive and Behavioral Practice*, 4: 1-18, <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2019.05.004>

- Karloovich, A.R., Halliday, E.R., Ehrenreich-May, J. (2023). *Transdiagnostic Treatment Models for Child and Adolescent Anxiety Disorders*. In: McKay, D., Storch, E.A. (eds) *Handbook of Child and Adolescent Anxiety Disorders*. Springer, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-031-14080-8_9
- Kennedy, S. M., Halliday, E.R., & Ehrenreich-May, J. (2021). Trajectories of Change and Intermediate Indicators of Non-Response to Transdiagnostic Treatment for Children and Adolescents, *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 50(6): 904-918.
- Kennedy, S. M., Tonarely, N. A., Sherman, J. A., & Ehrenreich-May, J. (2018). Predictors of treatment outcome for the unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders in children (UP-C). *Journal of Anxiety Disorders*, 57: 66-75.
- Latifi, S.M., Zamani, P., & Naderifar, E. (2012). Efficacy of Prolonged Speech Technique in Persian Persons with Severe Stuttering. *Med J Tabriz Uni Med Sciences Health Services*, 34(3): 64-68 [Persian].
- Mashhadi.A., Hasani. J., & Mirdoraghi. M. (2012). Factor structure, reliability and validity of Persian version of the cognitive emotion regulation questionnaire-children form (CERQ-K-P) *Journal of Fundamentals of Mental Health*.55: 246-259[Persian].
- Mofrad. S., Atefvahid, M. K., & Bayanzadeh, S. A.(2002). Comparison of the Worries of Anxious and Normal Children in the Schools of Dashtestan. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology (IJPCP)* (Previous title: Andeshah Va Raftar) 8(2) : 65-72
- Otared, N, Mikaeili N, Mohajeri N, Vojoudi B. (2017). The Effect of Unified Transdiagnostic Treatment on Anxiety Disorders and Comorbid Depression: Single-Case Design. *Journal of Torbat Heydariyeh University of Medical Sciences*, 4 (4): 54-62 [Persian].
- Riley, G. D. (1994). *Stuttering severity instrument for children and adults (SSI-3)* (3rd ed.). Austin, TX: Pro-Ed, Inc.
- Reynolds, C.R., & Richmond, B.O. (1978). What i think and feel: A revised measure of children's manifest anxiety. *J Abnorm Child Psychol*, 6: 271-280.
- Scherer, K. R. (2016). Appraisal considered as a process of multilevel sequential checking. In K. R. Scherer, A. Schorr, & T. Johnstone (Eds.), *Appraisal processes in emotion*. New York: Oxford University Press.: 92-120.
- Tamsen, S.T. (2009). Unhelpful thoughts and beliefs linked to social anxiety in stuttering: development of a measure. *International Journal of Language and Communication Disorders* 44(3): 338 351.
- Taqvi, S.M.R., & Alishahi, M.J. (2003). Examining the reliability and validity of children's manifest anxiety scale. *Journal of Psychological*, 7(4): 342-357 [Persian].
- Toozandehjani, H., Naaimi, H., & Ahmadpoor, M. (2011). An investigation on the efficacy of confrontation cognitive-behavioral skills through group training on the anxiety and adjustment of children with stuttering. *Journal of Research in Rehabilitation Sciences*, 7(2):171-182 [Persian].
- Yousefi F. The Relationship of Cognitive Emotion Regulation Strategies with depression and Anxiety in Students of Special Middle Schools for Talented Students in Shiraz. *Journal of Exceptional Children*. 2007; 6 (4):871-892[Persian].
- Walden, T.A., Frankel, C.B., Buhr, A.P., Gohnson, K.N., Conture, E.G., & Karras, G.M. (2012). Dual Diathesis- stressor Model of Emotional and Linguistic contrieutions to Develop stuttering. *J Abnorm child psychol*; 40(4):33-644.
- Zamani P, Latifi S M. (2011).The efficacy of prolonged speech technique in boys with mild stuttering. *J Shahrekord Univ Med Sci*, 13 (5): 20-26
- Zareie Faskhudi, B., Karbalaee Mohammad Meigouni, A., Rezabakhsh, H., & Ghelichi, L. (2021). Comparison of the Effect of Unified Transdiagnostic Treatment from Emotional Disorders and Emotion Efficacy Therapy on Emotion Regulation among Adults with Stuttering. *Journal of Applied Psychological Research*, 12(2): 185-209 [Persian].
- Zemestani, M., & Mehdi Imani, M. (2016). Effectiveness of transdiagnostic treatment on depression/anxiety symptoms and emotion regulation. *Contemporary Psychology*, 11(1): 21-32 [Persian].