



(DOI): 10.22059/japr.2021.312232.643672

## مقایسه اثربخشی درمان یکپارچه فراتشخیص اختلالات هیجانی و درمان فراتشخیص کارآمدی هیجانی بر تنظیم هیجان بزرگسالان دارای لکنت زبان

### Comparison of the Effect of Unified Transdiagnostic Treatment from Emotional Disorders and Emotion Efficacy Therapy on Emotion Regulation among Adults with Stuttering

Bentolhoda Zarei Fashkodi

Ahmad Karbalaee Mohammad Meygouni

Hoseyn Rezabakhsh

Leila Ghelichi

بنت‌الهدی زارعی فسخودی \*

احمد کربالایی محمد میگونی \*\*

حسین رضابخش \*\*\*

لیلا قلیچی \*\*\*\*

#### Abstract

The main aim of the present study is to compare the effectiveness of unified transdiagnostic treatment of emotional disorders and emotion efficacy therapy on emotion regulation in adults with stuttering and anxiety disorder. The research method is applied purposively and the research design is a quasi-experimental with pre-test-post-test design and control group with a follow-up period. The statistical population includes all stuttering adults who visited speech therapy clinics in Tehran and the Iranian Stuttering Association in 2018-2019. 36 individuals (27 males and 9 females) who stutter were selected using an available sample and based on inclusion criteria such as a structured clinical interview. They were then randomly assigned to the experimental groups and the control group. For the treatment groups, each intervention was based on two-hour sessions, and for the control group, no intervention was conducted. The tools used in the present study included the Gratz and Roemer's Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS). According to the nature of the study and measurement in three stages, repeated measures analysis was used to analyze the data using SPSS 18. From the remarkable results, we can mention the effectiveness of EET on reducing all six components of emotion regulation difficulties ( $P < 0.01$ ) and the effectiveness of UP on reducing the four components of emotion regulation difficulties ( $P < 0.01$ ). In general, stuttering therapists can use these two methods for better emotion regulation.

**Keywords:** Emotion Regulation, Emotion Efficacy Therapy, Unified Transdiagnostic Treatment, Anxiety.

#### چکیده

هدف اصلی پژوهش حاضر، بررسی اثربخشی و مقایسه درمان یکپارچه فراتشخیص اختلالات هیجانی و درمان فراتشخیص کارآمدی هیجانی بر تنظیم هیجان بزرگسالان دارای لکنت‌زبان مبتلا به اختلال اضطرابی است. این پژوهش کاربردی و طرح آن از نوع شبه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون-گروه گواه و دوره پیگیری است. جامعه آماری شامل تمامی بزرگسالان دارای لکنت‌زبان مراجعه‌کننده به کلینیک‌های گفتاردرمانی دانشگاه علوم پزشکی ایران شهر تهران و انجمن لکنت ایران در سال ۱۳۹۸ است. تعداد نمونه ۳۶ فرد (۲۷ مرد و ۹ زن) واجد شرایط داوطلب است که براساس نمونه‌گیری از نوع در دسترس انتخاب و براساس ملاک‌های ورود به پژوهش مانند مصاحبه بالینی ساختاریافته وارد مطالعه شدند و به‌صورت تصادفی در گروه درمان یکپارچه فراتشخیص اختلالات هیجانی، گروه درمان فراتشخیص کارآمدی هیجانی و یک گروه گواه قرار گرفتند. برای گروه‌های درمانی، مداخله‌ها ۱۲ جلسه دوساعته بود و برای گروه گواه مداخله‌ای صورت نگرفت. ابزار پژوهش، پرسشنامه دشواری در تنظیم هیجان گراتز و روئمر (DERS) بود. برای تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار SPSS با توجه به نوع مطالعه و اندازه‌گیری در سه مرحله از تحلیل واریانس با رویکرد اندازه‌گیری مکرر استفاده شد. از یافته‌های قابل توجه پژوهش می‌توان به اثربخشی درمان فراتشخیص کارآمدی هیجانی بر کاهش هر شش مؤلفه دشواری در تنظیم هیجان ( $P < 0.01$ ) و اثربخشی درمان یکپارچه فراتشخیص اختلالات هیجانی بر کاهش چهار مؤلفه دشواری در تنظیم هیجان ( $P < 0.01$ ) اشاره کرد. در مجموع درمانگران حیطه لکنت می‌توانند با به‌کارگیری این دو روش زمینه را برای تنظیم هیجان فراهم کنند.

**واژه‌های کلیدی:** تنظیم هیجان، کارآمدی هیجانی، فراتشخیص اختلالات هیجانی، اضطراب.

\* دانشجوی دکتری گروه روان‌شناسی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران

\*\* نویسنده مسئول: استادیار گروه روان‌شناسی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران

\*\*\* استادیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه الزهراء، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، تهران، ایران

\*\*\*\* استادیار گروه گفتاردرمانی، دانشکده علوم توانبخشی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران

Email: dr.karbalaee1335@gmail.com

Received: 20 Oct 2020

Accepted: 19 Dec 2020

پذیرش: ۹۹/۰۹/۲۹

دریافت: ۹۹/۰۷/۲۹

## مقدمه

لکنت<sup>۱</sup> اختلالی ارتباطی است که با تکرار<sup>۲</sup>، کشش غیرارادی<sup>۳</sup>، وقفه یا گیر غیرارادی<sup>۴</sup> در صداها، هجاها و کلمه‌ها جریان آهنگین و نرم گفتار را مختل می‌کند (برینگل و همکاران، ۲۰۲۰). این اختلال ارتباطی<sup>۵</sup> چندوجهی است و می‌تواند تأثیر چشمگیری بر توانایی‌های ارتباطی فرد داشته باشد (آمستر و کلین، ۲۰۱۸). دشواری در تنظیم هیجان یکی از پیامدهای لکنت است که تداوم آن می‌تواند بسیاری از مشکلات روان‌شناختی را به همراه بیاورد (کلمبو و همکاران، ۲۰۱۹). در این باره، پژوهش‌های تجربی متعددی نشان داده‌اند که افراد با لکنت‌زبان یا بدون آن، در تنظیم هیجان تفاوت‌های معناداری دارند (تریلیون، بوهر، کوچارسکی و کالسون، ۲۰۱۸)؛ برای مثال افراد مبتلا به لکنت در مقایسه با افرادی که دچار لکنت نیستند، در تکالیف پیچیده خشم و ناکامی بیشتری نشان می‌دهند و زمانی که فعالیتی خوشایند را پیش‌بینی می‌کنند، با هیجان مثبت بیشتری مواجه می‌شوند (ایگر، دنیل و وان‌دن برگ، ۲۰۱۲). تنظیم هیجان، فرایندی است که در آن اعمال به‌گونه‌ای جهت داده می‌شوند که هیجان‌های نامطلوب به سمت هیجان‌های مطلوب می‌روند (تمیر، ویشکین و گوتنتگ، ۲۰۲۰). زمانی که این فرایند دچار اختلال می‌شود، هیجان‌ها یا بیش‌ازحد انتظار یا کمتر از حد معمول جهت‌دهی می‌شوند و بدین ترتیب فرد در رسیدن به هیجان متناسب دچار اشکال می‌شود و به‌دنبال آن پیامدهایی مانند رفتارهای تکانشی، خشم، اضطراب بیش‌ازحد و موارد دیگر را به همراه می‌آورد (لهنر، میلر و استیت، ۲۰۱۶). این فرایند مکانیسم مهمی در شکل‌گیری و تداوم اختلال‌های اضطرابی و هیجانی است (کمپل سیل، بارلو، براون و هافمن، ۲۰۰۶؛ ساکیریز و برل، ۲۰۱۹). در بخش نظریه‌های علمی لکنت، همیشه بر اهمیت تنظیم هیجان<sup>۶</sup> تأکید شده است (آمستر و کلین، ۲۰۱۸). در الگوی دوگانه حساسیت-استرسور<sup>۷</sup> فرض بر این است که افراد دارای لکنت‌زبان به دلیل آسیب‌پذیری سیستم گفتارشان، در برابر محرک‌های جدید واکنش‌پذیرتر هستند و به دلیل اینکه در موقعیت‌های مختلف امکان مواجهه با محرک‌های جدید همیشه وجود دارد، این بزرگسالان دچار اضطراب بیشتری می‌شوند که تنظیم هیجان آن‌ها را دچار مشکل می‌کند (والدن و همکاران، ۲۰۱۱).

برای لکنت که اختلالی رشدی-عصبی<sup>۸</sup> است و پیامدهای آن مانند دشواری در تنظیم هیجان، درمان قطعی وجود ندارد. درمان‌هایی که به مداخلات رفتاری محدود هستند، نتایج بسیار تغییرپذیری دارند و معمولاً دارای نرخ بازگشت بالایی به‌ویژه در بزرگسالان هستند (اوراد و هابل، ۲۰۱۸) و حتی در موارد خاصی می‌توانند موجب کاهش روانی گفتار<sup>۹</sup> در شرایطی شوند که گوینده می‌کوشد خود را با نشانه‌های ریتمیک بیرونی<sup>۱۰</sup> مانند

1. stuttering
2. repetition
3. involuntary prolongations
4. involuntary repetitions
5. speech disorder
6. emotion regulation
7. dual diathesis-stressor model
8. neurodevelopmental disorder
9. speech fluency
10. external rhythmic cues

مترونوم<sup>۱</sup> همگام کند که این مطلب به دشواری در تنظیم هیجان فرد مبتلا دامن می‌زند. همچنین موفقیت ابزارهای الکترونیکی و بازخورد آن‌ها معمولاً نتایج کوتاه‌مدتی به همراه دارند و درمان‌های دارویی نیز دارای عوارض جانبی هستند که کاربست این روش را دچار اشکال می‌کنند (گارت، چوی، چو و چانگ، ۲۰۱۹). همچنین درمان استاندارد بازسازی گفتار<sup>۲</sup> جنبه‌های شناختی و هیجانی اختلال لکنت را شامل نمی‌شود و درمان شناختی رفتاری<sup>۳</sup> نیز برای همه افراد مبتلا به لکنت اثربخشی لازم را ندارد و با محدودیت‌هایی مواجه است (اسچریا، بیدلا و وانریکمب، ۲۰۱۹). با توجه به مطالب گفته‌شده برای بهبود دشواری در تنظیم هیجان، موسز و بارلو (۲۰۰۶) معتقدند راه‌حل چنین مشکلی ایجاد رویکرد درمانی مشترک است (موسز و بارلو، ۲۰۰۶). درمان فراتشخیص کارآمدی هیجانی<sup>۴</sup> و درمان فراتشخیص اختلال‌های هیجانی<sup>۵</sup> (پروتکل یکپارچه) از جمله رویکردهای درمانی مشترکی هستند که با هدف قراردادن مکانیسم‌های زیربنایی و مشترک این اختلال‌ها زمینه را برای کاهش دشواری در تنظیم هیجان افراد مبتلا به لکنت که اختلال‌های هیجانی همبود<sup>۶</sup> دارند، فراهم می‌کنند. درمان فراتشخیص کارآمدی هیجانی یافته‌های حاصل از درمان شناختی رفتاری سنتی، علوم عواطف<sup>۷</sup>، درمان‌های موج سوم<sup>۸</sup> و نظریه‌های مرتبط با یادگیری انسان را ترکیب می‌کند. در واقع این روش درمانی براساس چندین درمان شناختی رفتاری توسعه می‌یابد و مؤلفه‌های درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد<sup>۹</sup> (ACT) و رفتاردرمانی دیالکتیک<sup>۱۰</sup> (DBT) را با درمان مبتنی بر مواجهه<sup>۱۱</sup> یکپارچه می‌کند. در این روش درمانی بر پایه رفتاردرمانی دیالکتیکی از طیف گسترده‌ای از روش‌های درمان شناختی و رفتاری برای گسترش مهارت‌های تنظیم هیجانی استفاده می‌شود (فاسیندر، شوایگر، مارتیوس، برند دی وایلد و آرتز، ۲۰۱۶). در این میان، درمان جوین بر پایه رویکرد ACT می‌آموزند به‌جای تلاش برای کنترل پریشانی آن را بپذیرند و متعهد شوند تا براساس ارزش‌های خود عمل کنند (هیز، استروسال، بنتینگ، توهینگ و ویلسون، ۲۰۱۰). نتایج حاصل از پژوهش بر درمان کارآمدی هیجانی نشان می‌دهد، این رویکرد درمانی در افزایش کارآمدی در مقابله با هیجان‌های منفی، افزایش تحمل پریشانی که نوعی توانایی مقاومت در برابر رویدادهای ناخوشایند درونی است (گالگوآ، مک هیوگ، ویلاتک و لاپالینا، ۲۰۲۰) و کاهش اجتناب هیجانی اثربخش است (مک‌کی و وست، ۲۰۱۶). همچنین درمان فراتشخیص یکپارچه اختلال‌های هیجانی<sup>۱۲</sup> مبتنی بر نظریه‌های شناختی رفتاری است

۱. Metronome: ابزاری که با فاصله‌های منظم تولید صدا می‌کند.

2. speech restructuring treatment
3. cognitive behavioral therapy
4. emotion efficacy therapy
5. the unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders
6. comorbid emotional disorder
7. emotion sciences
8. third waves therapies
9. acceptance and commitment therapy
10. dialectical behavior therapy
11. exposure therapy
12. unified transdiagnostic treatment of emotional disorders

و از ترکیب و تجمیع اصول مشترک روان‌درمانی‌های مبتنی بر حمایت‌تجربی ایجاد شده است. این رویکرد درمانی بر بازسازی ارزیابی‌های شناختی ناسازگارانه<sup>۱</sup>، پیشگیری از اجتناب هیجانی<sup>۲</sup> و استفاده از روندهای مواجهه با هیجان‌ها<sup>۳</sup> تأکید می‌کند. همچنین از حوزه علم هیجان تأثیر می‌گیرد و بر نقش نقص تنظیم هیجان<sup>۴</sup> تأکید دارد؛ بدین صورت که در این رویکرد درمانی تلاش می‌شود با استفاده از تکنیک‌های مختلف بر نحوه پاسخ‌دهی افراد به هیجان‌هایشان تأثیر گذاشته شود (بارلو و همکاران، ۲۰۱۱).

درباره درمان یکپارچه فراتشخیص اختلالات هیجانی و درمان فراتشخیص کارآمدی هیجانی و مؤلفه‌های اصلی و تشکیل‌دهنده آن، یعنی رفتاردرمانی دیالکتیک، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان‌های ذهن‌آگاهانه<sup>۵</sup> تاکنون پژوهش‌های مختلفی انجام نشده و اثربخشی آن‌ها بر متغیرهای مختلف تأیید شده است. نصری، درتاج و احدی (۱۳۹۶) اثربخشی درمان یکپارچه فراتشخیص اختلال‌های هیجانی را بر تنظیم هیجان تأیید کرده‌اند. در پژوهش‌های انصاری (۱۳۹۷)، علیپور، حسنی، بدقی، محتشمی‌راد و سعیدپور (۱۳۹۵)، سعیدمنش و بابایی (۱۳۹۶)، امامی میبیدی، بنی‌جمالی، یزدی، شفیع و مؤذن (۱۳۹۴) و عبدی، بخشی و علیلو (۱۳۹۲) اثربخشی درمان‌های فراتشخیص به‌نحوی تأیید شده است. همچنین نکسیو، ابرلی، کرامر، ویسمن و لینهان (۲۰۱۴) و فیتزپاتریک، بیلی و ریزوی (۲۰۱۹) نشان دادند، مهارت‌های رفتاردرمانی دیالکتیک بر بدتنظیمی هیجانی مؤثر است. پژوهش‌های هربرت و همکاران (۲۰۱۸)، استیل و همکاران (۲۰۱۸)، وب، برد، کرتز، هسو و بجورگیوسن (۲۰۱۶)، بویل (۲۰۱۱)، بیلبی، بیرنس و یاروس (۲۰۱۲) و ساین، هانکوک، هاینورث و بومن (۲۰۱۳) از دیگر پژوهش‌های مؤید این مطلب هستند.

با وجود شواهد تحقیقاتی از مشارکت واکنش‌پذیری هیجانی<sup>۶</sup> شدید و تنظیم هیجان در اختلال لکنت (اسمیت و وبر، ۲۰۱۷)، مرور پیشینه پژوهشی بیانگر نبود پژوهش درباره درمان تنظیم هیجان و اثربخشی این دو روش در کاهش دشواری در تنظیم هیجان بزرگسالان دارای لکنت است که انجام این پژوهش را ضروری می‌کند. همچنین کاربست این دو روش درمانی از این حیث ضروری است که بزرگسالان دارای لکنت مبتلا به اختلال اضطرابی را هدف قرار می‌دهد. مرور پیشینه پژوهشی نشان می‌دهد، اضطراب، وضعیتی متداول در بزرگسالان دارای لکنت‌زبان است و به‌منزله مؤلفه‌ای از عوامل تشدیدکننده آن در نظر گرفته می‌شود (گیتار، ۲۰۱۹). درواقع در میان افرادی که لکنت دارند، وجود اضطراب انتظاری درباره پیش‌بینی لکنت و تفکر تکراری درباره تجربه‌های گذشته لکنت متداول است (گاوریک، مسکوئیت، راوا و مک‌کابی، ۲۰۱۷). از دیگر ضرورت‌های پژوهش حاضر ناکافی و طولانی‌بودن درمان‌های موجود و تنوع اختلالات هیجانی همراه با لکنت است که گاهی همبودی آن‌ها و نیاز به پروتکل اختصاصی برای هر اختلال، درمان را پیچیده و طولانی می‌کند.

1. restructuring maladaptive cognitive appraisals
2. preventing emotion avoidance
3. utilizing emotion exposure procedures
4. lack of emotion regulation
5. mindful therapies
6. emotional reactivity

کند. در این میان، کاربست درمان یکپارچه فراتشخیص اختلالات هیجانی و درمان فراتشخیص کارآمدی هیجانی ضروری است؛ زیرا سازوکارهای زیربنایی و مشترک این اختلال‌ها را پوشش داده و در عین کوتاه‌بودن بیشتر ابعاد روان‌شناختی اختلال لکنت را کاهش می‌دهد؛ بنابراین در حیطه نظری، نتایج پژوهش حاضر می‌تواند نیاز به کاربست دو روش درمانی مؤثر، فراتشخیص، یکپارچه و کوتاه‌مدت را مرتفع کند و در حیطه کاربردی به درمانگران کمک می‌کند تا بستر را برای تنظیم هیجان بزرگسالان مضطرب دارای لکنت فراهم کنند. در مجموع و با توجه به مطالب گفته‌شده، هدف اصلی پژوهش بررسی اثربخشی درمان یکپارچه فراتشخیص اختلالات هیجانی و درمان فراتشخیص کارآمدی هیجانی در تنظیم هیجان بزرگسالان دارای لکنت مبتلا به اختلال اضطرابی و مقایسه این دو روش با یکدیگر بود. هدف از مقایسه این دو روش، چالش درمانگران در انتخاب یکی از این دو روش درمانی با توجه به هم‌پوشی‌های مختلف میان آن‌ها در درمان بزرگسالان دارای لکنت و نیز تفاوت اثر هر یک از روش‌ها در اختلالات مختلف است.

### روش‌شناسی

پژوهش حاضر از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون- گروه گواه و دوره پیگیری بود. جامعه آماری همه بزرگسالان دارای لکنت‌زبان مراجعه‌کننده به کلینیک‌های گفتاردرمانی شهر تهران و انجمن لکنت ایران در سال ۱۳۹۸ را شامل می‌شد که درمان‌های بازسازی گفتار را دریافت کرده بودند. از میان این بزرگسالان با استفاده از نمونه‌گیری از نوع دردسترس، ۴۷ فرد واجد شرایط ابتدایی لازم یعنی داشتن لکنت رشدی، داشتن ۱۸ سال و داشتن حداقل تحصیلات سوم راهنمایی بودند و برای شرکت در آزمایش داوطلب شدند که از این تعداد ۱۱ نفر شرط ثانویه ورود به پژوهش، یعنی وجود اختلال اضطرابی براساس مصاحبه بالینی ساختاریافته برای اختلال‌های روانی DSM-5 را نداشتند؛ بنابراین ۳۶ فرد مطابق با نظر ونورهیس و مورگان درباره حجم نمونه وارد پژوهش شدند (ونورهیس و مورگان، ۲۰۰۷). این بزرگسالان به‌صورت تصادفی در گروه درمان یکپارچه فراتشخیص اختلالات هیجانی، گروه درمان فراتشخیص کارآمدی هیجانی و یک گروه گواه گمارش شدند. نمونه‌های گروه گواه در صورت تمایل، در فهرست انتظار برای درمان قرار گرفتند. ملاک‌های خروج از پژوهش در بردارنده عقب‌ماندگی ذهنی و بیماری‌های جسمانی مزمن، دریافت روان‌درمانی یا دارو یا گفتاردرمانی در طول دوره درمان و غیبت بیش از دو جلسه بود.

### روش اجرا

در مرحله اول، از میان نمونه‌های واجد شرایط مراجعه‌کننده به کلینیک‌های گفتاردرمانی دانشگاه علوم پزشکی ایران در شهر تهران و انجمن‌های لکنت ایران و تهران، بزرگسالان داوطلب انتخاب شدند و وجود لکنت‌زبان رشدی آن‌ها با مصاحبه و ارزیابی متخصص گفتاردرمانی تشخیص داده شد. در مرحله دوم، پس از کسب رضایت آگاهانه از مراجعان، با استفاده از مصاحبه بالینی ساختاریافته برای اختلال‌های راهنمای تشخیصی و

آماري بیماری‌های روانی<sup>۱</sup> (DSM-5) توسط روان‌شناس بالینی، بزرگسالان دارای اختلال اضطراب فراگیر و اضطراب اجتماعی مشخص شدند. سپس ارزیابی‌های لازم از مراجعان صورت گرفت و در پرونده آن‌ها ثبت و نگهداری شد؛ بدین ترتیب که فرد دیگری غیر از درمانگران به آن دسترسی نداشته باشند. در مرحله سوم، مراجعان به صورت گمارش کاملاً تصادفی به سه گروه دوازده نفره تقسیم شدند و پس از آشنایی با مجری پژوهش، فواید و مضرات تحقیق و ارائه توصیه‌های ایمنی لازم، اهداف پژوهش، ارائه دستورالعمل‌های یکسان درباره شرکت در پژوهش، کسب رضایت آگاهانه و در نظر گرفتن ملاک‌های ورود و خروج وارد پژوهش شدند و در سه گروه به صورت تصادفی قرار گرفتند. جلسات درمان به صورت گروه‌های سه نفره برگزار و پیش‌آزمون یک روز قبل از آغاز جلسات درمانی از شرکت‌کنندگان پژوهش گرفته شد. در مرحله چهارم هر یک از درمان‌ها به مدت دوازده جلسه دوساعته اجرا شد (در هر هفته تنها یک جلسه برگزار می‌شد). هر دو برنامه درمانی را دو روان‌شناس اجرا کردند. گروه گواه مداخله‌ای دریافت نکردند و اگر تمایل داشتند در لیست انتظار قرار داده می‌شدند. نتایج در سه مرحله قبل از درمان، بعد از درمان و پیگیری (سه ماه) اندازه‌گیری و ثبت شد. دلیل انتخاب پیگیری سه‌ماهه بنا به گفته لولین بنت، بومن و بولبیللا (۲۰۱۶) نشان دادن مزایای بالقوه و کارآمدی‌های روش‌های درمانی در گذر زمان بود. در پژوهش حاضر، ملاحظات اخلاقی که شامل رضایت آگاهانه، تضمین حریم خصوصی و رازداری می‌شد، کاملاً رعایت شد. در ادامه گزیده‌ای از مطالب آموزش داده شده در جدول‌های ۱ و ۲ آمده است.

### درمان فراتشخیص کارآمدی هیجانی (EET)

این برنامه درمانی براساس پروتکل یکپارچه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و رفتاردرمانی دیالکتیک که مک‌کی و وست (۲۰۱۶) ارائه کرده‌اند، اجرا شد. این برنامه درمانی شامل دوازده جلسه دوساعته بود که گزیده‌ای از جلسات آن در جدول ۱ آمده است.

#### جدول ۱. گزیده‌ای از جلسات درمان فراتشخیص کارآمدی هیجانی (EET)

شماره جلسه	شرح جلسه
جلسه اول و دوم	خوشامدگویی و تکمیل ابزارهای اندازه‌گیری پیش از درمان، معرفی رهبر و اعضای گروه، معرفی مختصر درمان فراتشخیص کارآمدی هیجانی و ساختار آن، آموزش روانی درباره هیجان‌ها و آگاهی از هیجان، تمرین تماشای هیجان، معرفی تمرین مهارت‌ها و ثبت نتایج مهارت‌ها و تکلیف مهارت‌ها
جلسه سوم	مرور تمرین مهارت‌ها، آموزش روانی درباره پذیرش ذهن آگاهانه، تمرین پذیرش ذهن آگاهانه، معرفی اجتناب هیجانی، آموزش درباره چرخه عمر نسبتاً کوتاه هیجان، بدون اجتناب و نشخوار فکری و عملی مبتنی بر هیجان، آموزش روانی درباره مواجهه و تمرین، تکلیف خانگی تمرین مهارت‌ها
جلسه چهارم	تمرین پذیرش ذهن آگاهانه و بازخورد، مرور تمرین مهارت‌ها، آموزش روانی درباره لحظه انتخاب، معرفی عمل مبتنی بر ارزش‌ها، تمرین وایت‌برد با ارزش‌ها و موانع هیجانی، تمرین عمل مبتنی بر ارزش‌ها با استفاده از مواجهه تصویری و بازخورد، تعیین تکلیف تمرین مهارت‌ها

شماره جلسه	شرح جلسه
جلسه پنجم	تمرین پذیرش ذهن آگاهانه و بازخورد، مرور تمرین مهارت‌ها، تمرین هیولا در اتوبوس، عمل مبتنی بر ارزش‌ها با استفاده از مواجهه تصویری و بازخورد، تعیین تکلیف تمرین مهارت‌های جلسه چهارم
جلسه ششم و هفتم	تمرین پذیرش ذهن آگاهانه و بازخورد، مرور تمرین مهارت‌ها، آموزش روانی درباره مقابله ذهن آگاهانه، معرفی تن آرامی و خودتن آرامی، تمرین مهارت‌های تن آرامی همراه با مواجهه هیجانی و بازخورد، تمرین مهارت‌های خودآرام‌سازی همراه با مواجهه هیجانی و بازخورد، تعیین تکلیف تمرین مهارت
جلسه هشتم و نهم	تمرین پذیرش ذهن آگاهانه و بازخورد، مرور تمرین مهارت‌ها، آموزش روانی در ارتباط با افکار مقابله‌ای، تمرین افکار مقابله‌ای از طریق مواجهه با هیجان و بازخورد، آموزش روانی درباره پذیرش بنیادین، تمرین پذیرش بنیادین از طریق مواجهه با هیجان و بازخورد، تعیین تکلیف
جلسه دهم	تمرین پذیرش ذهن آگاهانه و بازخورد، مرور تمرین مهارت‌ها، آموزش روانی درباره توجه برگردانی و وقت استراحت، توجه برگردانی همراه با مواجهه تصویری یا هیجانی و بازخورد، معرفی طرح کارآمدی هیجان فردی، تعیین تکلیف
جلسه یازدهم و دوازدهم	تمرین پذیرش ذهن آگاهانه و بازخورد، مرور تمرین مهارت‌ها، مرور برنامه کارآمدی هیجانی شخصی، دریافت بازخورد و رفع اشکال، مواجهه تصویری یا هیجانی با استفاده از مهارت درمان فراتشخیص کارآمدی هیجانی و دریافت بازخورد، درجه‌بندی کارآمدی هیجانی، سخنان پایانی و قدردانی، اجرای پرسشنامه‌های پس از درمان

### درمان یکپارچه فراتشخیص اختلال‌های هیجانی

این برنامه درمانی براساس پروتکلی که بارلو و همکاران (۲۰۱۱) ارائه دادند، صورت گرفت. تعداد جلسات دوازده جلسه پنجاه دقیقه‌ای بود. شرح جلسات در جدول ۲ آمده است.

#### جدول ۲. گزیده‌ای از جلسات درمان یکپارچه فراتشخیص اختلال‌های هیجانی

شماره جلسه	شرح جلسه
جلسه اول	آشنایی با شرکت‌کنندگان، افزایش انگیزه، مصاحبه انگیزشی برای مشارکت و درگیری مراجعان در طول درمان، ارائه منطق درمان و تعیین اهداف درمان
جلسه دوم	ارائه آموزش روانی، بازشناسی هیجان‌ها و ردیابی تجارب هیجانی و آموزش مدل سه مؤلفه‌ای تجارب هیجان و مدل پیشامد، پاسخ و پیامد <sup>۱</sup> (ARC)
جلسه سوم و چهارم	آموزش آگاهی هیجانی، یادگیری مشاهده تجارب هیجانی، به‌ویژه با استفاده از تکنیک‌های ذهن آگاهی
جلسه پنجم	ارزیابی و ارزیابی مجدد شناختی، ایجاد آگاهی از تأثیر و ارتباط متقابل میان افکار و هیجان‌ها، شناسایی ارزیابی‌های ناسازگارانه اتوماتیک و دام‌های شایع تفکر و ارزیابی مجدد شناختی و افزایش انعطاف‌پذیری در تفکر
جلسه ششم و هفتم	شناسایی الگوهای اجتناب از هیجان، آشنایی با راهبردهای مختلف اجتناب از هیجان و تأثیر آن بر تجارب هیجانی و آگاهی‌یافتن از اثرات متناقض اجتناب از هیجان
جلسه هشتم	بررسی رفتارهای هیجانی یا ناشی از هیجان <sup>۲</sup> (EDBs) آشنایی و شناسایی رفتارهای ناشی از هیجان و درک تأثیر آن‌ها بر تجارب هیجانی، شناسایی ناسازگارانه و ایجاد گرایش‌های عمل جایگزین به‌دلیل روبه‌رو شدن با رفتارها

1. Antecedents-Responses-Consequences Model (ARC)

2. Emotion Driven Behaviors (EDBS)

شماره جلسه	شرح جلسه
جلسه نهم و دهم	آگاهی و تحمل احساس‌های جسمانی، افزایش آگاهی از نقش احساس‌های جسمانی در تجارب هیجانی، انجام تمرین‌های مواجهه یا رویارویی احشایی به منظور آگاهی از احساس‌های جسمانی و افزایش تحمل این علائم
جلسه یازدهم	رویارویی احشایی و رویارویی با هیجان مبتنی بر موقعیت، آگاهی‌یافتن از منطق رویارویی‌های هیجانی، آموزش نحوه تهیه سلسله‌مراتب ترس و اجتناب و طراحی تمرین‌های مواجهه هیجانی مکرر و اثربخش به صورت تجسمی و عینی و ممانعت از اجتناب
جلسه دوازدهم	پیشگیری از عود، مرور کلی مفاهیم درمان و بحث درباره بهبودی و پیشرفت‌های درمانی مراجع

## ابزارهای پژوهش

**پرسشنامه دشواری در تنظیم هیجان<sup>۱</sup> (DERS):** پرسشنامه دشواری در تنظیم هیجان گراتز و روئمر (۲۰۰۴) شامل ۳۶ عبارت است که شش خرده‌مقیاس عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی<sup>۲</sup>، دشواری در انجام رفتار هدفمند<sup>۳</sup>، دشواری در کنترل تکانه<sup>۴</sup>، فقدان آگاهی هیجانی<sup>۵</sup>، دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجانی<sup>۶</sup> و عدم وضوح هیجانی<sup>۷</sup> را در یک مقیاس لیکرت پنج‌درجه‌ای «۱= خیلی به‌ندرت» تا «۵= تقریباً همیشه» ارزیابی می‌کند. گراتز و روئمر (۲۰۰۴) برای این ابزار ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۳ و ضریب بازنمایی ۰/۸۷ را به‌عنوان شاخصی از همسانی درونی<sup>۸</sup> و روایی سازه<sup>۹</sup> و پیش‌بین رضایت‌بخشی برای این ابزار گزارش کردند. سؤالات شماره ۱-۲-۳-۴-۵-۶-۷-۸-۱۰-۱۱-۱۲-۱۳-۱۴-۱۵-۱۶-۱۷-۱۸-۱۹-۲۰-۲۱-۲۲-۲۳-۲۴-۲۵-۲۶-۲۷-۲۸-۲۹-۳۰-۳۱-۳۲-۳۳-۳۴-۳۵-۳۶-۳۷-۳۸-۳۹-۴۰-۴۱-۴۲-۴۳-۴۴-۴۵-۴۶-۴۷-۴۸-۴۹-۵۰-۵۱-۵۲-۵۳-۵۴-۵۵-۵۶-۵۷-۵۸-۵۹-۶۰-۶۱-۶۲-۶۳-۶۴-۶۵-۶۶-۶۷-۶۸-۶۹-۷۰-۷۱-۷۲-۷۳-۷۴-۷۵-۷۶-۷۷-۷۸-۷۹-۸۰-۸۱-۸۲-۸۳-۸۴-۸۵-۸۶-۸۷-۸۸-۸۹-۹۰-۹۱-۹۲-۹۳-۹۴-۹۵-۹۶-۹۷-۹۸-۹۹-۱۰۰-۱۰۱-۱۰۲-۱۰۳-۱۰۴-۱۰۵-۱۰۶-۱۰۷-۱۰۸-۱۰۹-۱۱۰-۱۱۱-۱۱۲-۱۱۳-۱۱۴-۱۱۵-۱۱۶-۱۱۷-۱۱۸-۱۱۹-۱۲۰-۱۲۱-۱۲۲-۱۲۳-۱۲۴-۱۲۵-۱۲۶-۱۲۷-۱۲۸-۱۲۹-۱۳۰-۱۳۱-۱۳۲-۱۳۳-۱۳۴-۱۳۵-۱۳۶-۱۳۷-۱۳۸-۱۳۹-۱۴۰-۱۴۱-۱۴۲-۱۴۳-۱۴۴-۱۴۵-۱۴۶-۱۴۷-۱۴۸-۱۴۹-۱۵۰-۱۵۱-۱۵۲-۱۵۳-۱۵۴-۱۵۵-۱۵۶-۱۵۷-۱۵۸-۱۵۹-۱۶۰-۱۶۱-۱۶۲-۱۶۳-۱۶۴-۱۶۵-۱۶۶-۱۶۷-۱۶۸-۱۶۹-۱۷۰-۱۷۱-۱۷۲-۱۷۳-۱۷۴-۱۷۵-۱۷۶-۱۷۷-۱۷۸-۱۷۹-۱۸۰-۱۸۱-۱۸۲-۱۸۳-۱۸۴-۱۸۵-۱۸۶-۱۸۷-۱۸۸-۱۸۹-۱۹۰-۱۹۱-۱۹۲-۱۹۳-۱۹۴-۱۹۵-۱۹۶-۱۹۷-۱۹۸-۱۹۹-۲۰۰-۲۰۱-۲۰۲-۲۰۳-۲۰۴-۲۰۵-۲۰۶-۲۰۷-۲۰۸-۲۰۹-۲۱۰-۲۱۱-۲۱۲-۲۱۳-۲۱۴-۲۱۵-۲۱۶-۲۱۷-۲۱۸-۲۱۹-۲۲۰-۲۲۱-۲۲۲-۲۲۳-۲۲۴-۲۲۵-۲۲۶-۲۲۷-۲۲۸-۲۲۹-۲۳۰-۲۳۱-۲۳۲-۲۳۳-۲۳۴-۲۳۵-۲۳۶-۲۳۷-۲۳۸-۲۳۹-۲۴۰-۲۴۱-۲۴۲-۲۴۳-۲۴۴-۲۴۵-۲۴۶-۲۴۷-۲۴۸-۲۴۹-۲۵۰-۲۵۱-۲۵۲-۲۵۳-۲۵۴-۲۵۵-۲۵۶-۲۵۷-۲۵۸-۲۵۹-۲۶۰-۲۶۱-۲۶۲-۲۶۳-۲۶۴-۲۶۵-۲۶۶-۲۶۷-۲۶۸-۲۶۹-۲۷۰-۲۷۱-۲۷۲-۲۷۳-۲۷۴-۲۷۵-۲۷۶-۲۷۷-۲۷۸-۲۷۹-۲۸۰-۲۸۱-۲۸۲-۲۸۳-۲۸۴-۲۸۵-۲۸۶-۲۸۷-۲۸۸-۲۸۹-۲۹۰-۲۹۱-۲۹۲-۲۹۳-۲۹۴-۲۹۵-۲۹۶-۲۹۷-۲۹۸-۲۹۹-۳۰۰-۳۰۱-۳۰۲-۳۰۳-۳۰۴-۳۰۵-۳۰۶-۳۰۷-۳۰۸-۳۰۹-۳۱۰-۳۱۱-۳۱۲-۳۱۳-۳۱۴-۳۱۵-۳۱۶-۳۱۷-۳۱۸-۳۱۹-۳۲۰-۳۲۱-۳۲۲-۳۲۳-۳۲۴-۳۲۵-۳۲۶-۳۲۷-۳۲۸-۳۲۹-۳۳۰-۳۳۱-۳۳۲-۳۳۳-۳۳۴-۳۳۵-۳۳۶-۳۳۷-۳۳۸-۳۳۹-۳۴۰-۳۴۱-۳۴۲-۳۴۳-۳۴۴-۳۴۵-۳۴۶-۳۴۷-۳۴۸-۳۴۹-۳۵۰-۳۵۱-۳۵۲-۳۵۳-۳۵۴-۳۵۵-۳۵۶-۳۵۷-۳۵۸-۳۵۹-۳۶۰-۳۶۱-۳۶۲-۳۶۳-۳۶۴-۳۶۵-۳۶۶-۳۶۷-۳۶۸-۳۶۹-۳۷۰-۳۷۱-۳۷۲-۳۷۳-۳۷۴-۳۷۵-۳۷۶-۳۷۷-۳۷۸-۳۷۹-۳۸۰-۳۸۱-۳۸۲-۳۸۳-۳۸۴-۳۸۵-۳۸۶-۳۸۷-۳۸۸-۳۸۹-۳۹۰-۳۹۱-۳۹۲-۳۹۳-۳۹۴-۳۹۵-۳۹۶-۳۹۷-۳۹۸-۳۹۹-۴۰۰-۴۰۱-۴۰۲-۴۰۳-۴۰۴-۴۰۵-۴۰۶-۴۰۷-۴۰۸-۴۰۹-۴۱۰-۴۱۱-۴۱۲-۴۱۳-۴۱۴-۴۱۵-۴۱۶-۴۱۷-۴۱۸-۴۱۹-۴۲۰-۴۲۱-۴۲۲-۴۲۳-۴۲۴-۴۲۵-۴۲۶-۴۲۷-۴۲۸-۴۲۹-۴۳۰-۴۳۱-۴۳۲-۴۳۳-۴۳۴-۴۳۵-۴۳۶-۴۳۷-۴۳۸-۴۳۹-۴۴۰-۴۴۱-۴۴۲-۴۴۳-۴۴۴-۴۴۵-۴۴۶-۴۴۷-۴۴۸-۴۴۹-۴۵۰-۴۵۱-۴۵۲-۴۵۳-۴۵۴-۴۵۵-۴۵۶-۴۵۷-۴۵۸-۴۵۹-۴۶۰-۴۶۱-۴۶۲-۴۶۳-۴۶۴-۴۶۵-۴۶۶-۴۶۷-۴۶۸-۴۶۹-۴۷۰-۴۷۱-۴۷۲-۴۷۳-۴۷۴-۴۷۵-۴۷۶-۴۷۷-۴۷۸-۴۷۹-۴۸۰-۴۸۱-۴۸۲-۴۸۳-۴۸۴-۴۸۵-۴۸۶-۴۸۷-۴۸۸-۴۸۹-۴۹۰-۴۹۱-۴۹۲-۴۹۳-۴۹۴-۴۹۵-۴۹۶-۴۹۷-۴۹۸-۴۹۹-۵۰۰-۵۰۱-۵۰۲-۵۰۳-۵۰۴-۵۰۵-۵۰۶-۵۰۷-۵۰۸-۵۰۹-۵۱۰-۵۱۱-۵۱۲-۵۱۳-۵۱۴-۵۱۵-۵۱۶-۵۱۷-۵۱۸-۵۱۹-۵۲۰-۵۲۱-۵۲۲-۵۲۳-۵۲۴-۵۲۵-۵۲۶-۵۲۷-۵۲۸-۵۲۹-۵۳۰-۵۳۱-۵۳۲-۵۳۳-۵۳۴-۵۳۵-۵۳۶-۵۳۷-۵۳۸-۵۳۹-۵۴۰-۵۴۱-۵۴۲-۵۴۳-۵۴۴-۵۴۵-۵۴۶-۵۴۷-۵۴۸-۵۴۹-۵۵۰-۵۵۱-۵۵۲-۵۵۳-۵۵۴-۵۵۵-۵۵۶-۵۵۷-۵۵۸-۵۵۹-۵۶۰-۵۶۱-۵۶۲-۵۶۳-۵۶۴-۵۶۵-۵۶۶-۵۶۷-۵۶۸-۵۶۹-۵۷۰-۵۷۱-۵۷۲-۵۷۳-۵۷۴-۵۷۵-۵۷۶-۵۷۷-۵۷۸-۵۷۹-۵۸۰-۵۸۱-۵۸۲-۵۸۳-۵۸۴-۵۸۵-۵۸۶-۵۸۷-۵۸۸-۵۸۹-۵۹۰-۵۹۱-۵۹۲-۵۹۳-۵۹۴-۵۹۵-۵۹۶-۵۹۷-۵۹۸-۵۹۹-۶۰۰-۶۰۱-۶۰۲-۶۰۳-۶۰۴-۶۰۵-۶۰۶-۶۰۷-۶۰۸-۶۰۹-۶۱۰-۶۱۱-۶۱۲-۶۱۳-۶۱۴-۶۱۵-۶۱۶-۶۱۷-۶۱۸-۶۱۹-۶۲۰-۶۲۱-۶۲۲-۶۲۳-۶۲۴-۶۲۵-۶۲۶-۶۲۷-۶۲۸-۶۲۹-۶۳۰-۶۳۱-۶۳۲-۶۳۳-۶۳۴-۶۳۵-۶۳۶-۶۳۷-۶۳۸-۶۳۹-۶۴۰-۶۴۱-۶۴۲-۶۴۳-۶۴۴-۶۴۵-۶۴۶-۶۴۷-۶۴۸-۶۴۹-۶۵۰-۶۵۱-۶۵۲-۶۵۳-۶۵۴-۶۵۵-۶۵۶-۶۵۷-۶۵۸-۶۵۹-۶۶۰-۶۶۱-۶۶۲-۶۶۳-۶۶۴-۶۶۵-۶۶۶-۶۶۷-۶۶۸-۶۶۹-۶۷۰-۶۷۱-۶۷۲-۶۷۳-۶۷۴-۶۷۵-۶۷۶-۶۷۷-۶۷۸-۶۷۹-۶۸۰-۶۸۱-۶۸۲-۶۸۳-۶۸۴-۶۸۵-۶۸۶-۶۸۷-۶۸۸-۶۸۹-۶۹۰-۶۹۱-۶۹۲-۶۹۳-۶۹۴-۶۹۵-۶۹۶-۶۹۷-۶۹۸-۶۹۹-۷۰۰-۷۰۱-۷۰۲-۷۰۳-۷۰۴-۷۰۵-۷۰۶-۷۰۷-۷۰۸-۷۰۹-۷۱۰-۷۱۱-۷۱۲-۷۱۳-۷۱۴-۷۱۵-۷۱۶-۷۱۷-۷۱۸-۷۱۹-۷۲۰-۷۲۱-۷۲۲-۷۲۳-۷۲۴-۷۲۵-۷۲۶-۷۲۷-۷۲۸-۷۲۹-۷۳۰-۷۳۱-۷۳۲-۷۳۳-۷۳۴-۷۳۵-۷۳۶-۷۳۷-۷۳۸-۷۳۹-۷۴۰-۷۴۱-۷۴۲-۷۴۳-۷۴۴-۷۴۵-۷۴۶-۷۴۷-۷۴۸-۷۴۹-۷۵۰-۷۵۱-۷۵۲-۷۵۳-۷۵۴-۷۵۵-۷۵۶-۷۵۷-۷۵۸-۷۵۹-۷۶۰-۷۶۱-۷۶۲-۷۶۳-۷۶۴-۷۶۵-۷۶۶-۷۶۷-۷۶۸-۷۶۹-۷۷۰-۷۷۱-۷۷۲-۷۷۳-۷۷۴-۷۷۵-۷۷۶-۷۷۷-۷۷۸-۷۷۹-۷۸۰-۷۸۱-۷۸۲-۷۸۳-۷۸۴-۷۸۵-۷۸۶-۷۸۷-۷۸۸-۷۸۹-۷۹۰-۷۹۱-۷۹۲-۷۹۳-۷۹۴-۷۹۵-۷۹۶-۷۹۷-۷۹۸-۷۹۹-۸۰۰-۸۰۱-۸۰۲-۸۰۳-۸۰۴-۸۰۵-۸۰۶-۸۰۷-۸۰۸-۸۰۹-۸۱۰-۸۱۱-۸۱۲-۸۱۳-۸۱۴-۸۱۵-۸۱۶-۸۱۷-۸۱۸-۸۱۹-۸۲۰-۸۲۱-۸۲۲-۸۲۳-۸۲۴-۸۲۵-۸۲۶-۸۲۷-۸۲۸-۸۲۹-۸۳۰-۸۳۱-۸۳۲-۸۳۳-۸۳۴-۸۳۵-۸۳۶-۸۳۷-۸۳۸-۸۳۹-۸۴۰-۸۴۱-۸۴۲-۸۴۳-۸۴۴-۸۴۵-۸۴۶-۸۴۷-۸۴۸-۸۴۹-۸۵۰-۸۵۱-۸۵۲-۸۵۳-۸۵۴-۸۵۵-۸۵۶-۸۵۷-۸۵۸-۸۵۹-۸۶۰-۸۶۱-۸۶۲-۸۶۳-۸۶۴-۸۶۵-۸۶۶-۸۶۷-۸۶۸-۸۶۹-۸۷۰-۸۷۱-۸۷۲-۸۷۳-۸۷۴-۸۷۵-۸۷۶-۸۷۷-۸۷۸-۸۷۹-۸۸۰-۸۸۱-۸۸۲-۸۸۳-۸۸۴-۸۸۵-۸۸۶-۸۸۷-۸۸۸-۸۸۹-۸۹۰-۸۹۱-۸۹۲-۸۹۳-۸۹۴-۸۹۵-۸۹۶-۸۹۷-۸۹۸-۸۹۹-۹۰۰-۹۰۱-۹۰۲-۹۰۳-۹۰۴-۹۰۵-۹۰۶-۹۰۷-۹۰۸-۹۰۹-۹۱۰-۹۱۱-۹۱۲-۹۱۳-۹۱۴-۹۱۵-۹۱۶-۹۱۷-۹۱۸-۹۱۹-۹۲۰-۹۲۱-۹۲۲-۹۲۳-۹۲۴-۹۲۵-۹۲۶-۹۲۷-۹۲۸-۹۲۹-۹۳۰-۹۳۱-۹۳۲-۹۳۳-۹۳۴-۹۳۵-۹۳۶-۹۳۷-۹۳۸-۹۳۹-۹۴۰-۹۴۱-۹۴۲-۹۴۳-۹۴۴-۹۴۵-۹۴۶-۹۴۷-۹۴۸-۹۴۹-۹۵۰-۹۵۱-۹۵۲-۹۵۳-۹۵۴-۹۵۵-۹۵۶-۹۵۷-۹۵۸-۹۵۹-۹۶۰-۹۶۱-۹۶۲-۹۶۳-۹۶۴-۹۶۵-۹۶۶-۹۶۷-۹۶۸-۹۶۹-۹۷۰-۹۷۱-۹۷۲-۹۷۳-۹۷۴-۹۷۵-۹۷۶-۹۷۷-۹۷۸-۹۷۹-۹۸۰-۹۸۱-۹۸۲-۹۸۳-۹۸۴-۹۸۵-۹۸۶-۹۸۷-۹۸۸-۹۸۹-۹۹۰-۹۹۱-۹۹۲-۹۹۳-۹۹۴-۹۹۵-۹۹۶-۹۹۷-۹۹۸-۹۹۹-۱۰۰۰-۱۰۰۱-۱۰۰۲-۱۰۰۳-۱۰۰۴-۱۰۰۵-۱۰۰۶-۱۰۰۷-۱۰۰۸-۱۰۰۹-۱۰۱۰-۱۰۱۱-۱۰۱۲-۱۰۱۳-۱۰۱۴-۱۰۱۵-۱۰۱۶-۱۰۱۷-۱۰۱۸-۱۰۱۹-۱۰۲۰-۱۰۲۱-۱۰۲۲-۱۰۲۳-۱۰۲۴-۱۰۲۵-۱۰۲۶-۱۰۲۷-۱۰۲۸-۱۰۲۹-۱۰۳۰-۱۰۳۱-۱۰۳۲-۱۰۳۳-۱۰۳۴-۱۰۳۵-۱۰۳۶-۱۰۳۷-۱۰۳۸-۱۰۳۹-۱۰۴۰-۱۰۴۱-۱۰۴۲-۱۰۴۳-۱۰۴۴-۱۰۴۵-۱۰۴۶-۱۰۴۷-۱۰۴۸-۱۰۴۹-۱۰۵۰-۱۰۵۱-۱۰۵۲-۱۰۵۳-۱۰۵۴-۱۰۵۵-۱۰۵۶-۱۰۵۷-۱۰۵۸-۱۰۵۹-۱۰۶۰-۱۰۶۱-۱۰۶۲-۱۰۶۳-۱۰۶۴-۱۰۶۵-۱۰۶۶-۱۰۶۷-۱۰۶۸-۱۰۶۹-۱۰۷۰-۱۰۷۱-۱۰۷۲-۱۰۷۳-۱۰۷۴-۱۰۷۵-۱۰۷۶-۱۰۷۷-۱۰۷۸-۱۰۷۹-۱۰۸۰-۱۰۸۱-۱۰۸۲-۱۰۸۳-۱۰۸۴-۱۰۸۵-۱۰۸۶-۱۰۸۷-۱۰۸۸-۱۰۸۹-۱۰۹۰-۱۰۹۱-۱۰۹۲-۱۰۹۳-۱۰۹۴-۱۰۹۵-۱۰۹۶-۱۰۹۷-۱۰۹۸-۱۰۹۹-۱۱۰۰-۱۱۰۱-۱۱۰۲-۱۱۰۳-۱۱۰۴-۱۱۰۵-۱۱۰۶-۱۱۰۷-۱۱۰۸-۱۱۰۹-۱۱۱۰-۱۱۱۱-۱۱۱۲-۱۱۱۳-۱۱۱۴-۱۱۱۵-۱۱۱۶-۱۱۱۷-۱۱۱۸-۱۱۱۹-۱۱۲۰-۱۱۲۱-۱۱۲۲-۱۱۲۳-۱۱۲۴-۱۱۲۵-۱۱۲۶-۱۱۲۷-۱۱۲۸-۱۱۲۹-۱۱۳۰-۱۱۳۱-۱۱۳۲-۱۱۳۳-۱۱۳۴-۱۱۳۵-۱۱۳۶-۱۱۳۷-۱۱۳۸-۱۱۳۹-۱۱۴۰-۱۱۴۱-۱۱۴۲-۱۱۴۳-۱۱۴۴-۱۱۴۵-۱۱۴۶-۱۱۴۷-۱۱۴۸-۱۱۴۹-۱۱۵۰-۱۱۵۱-۱۱۵۲-۱۱۵۳-۱۱۵۴-۱۱۵۵-۱۱۵۶-۱۱۵۷-۱۱۵۸-۱۱۵۹-۱۱۶۰-۱۱۶۱-۱۱۶۲-۱۱۶۳-۱۱۶۴-۱۱۶۵-۱۱۶۶-۱۱۶۷-۱۱۶۸-۱۱۶۹-۱۱۷۰-۱۱۷۱-۱۱۷۲-۱۱۷۳-۱۱۷۴-۱۱۷۵-۱۱۷۶-۱۱۷۷-۱۱۷۸-۱۱۷۹-۱۱۸۰-۱۱۸۱-۱۱۸۲-۱۱۸۳-۱۱۸۴-۱۱۸۵-۱۱۸۶-۱۱۸۷-۱۱۸۸-۱۱۸۹-۱۱۹۰-۱۱۹۱-۱۱۹۲-۱۱۹۳-۱۱۹۴-۱۱۹۵-۱۱۹۶-۱۱۹۷-۱۱۹۸-۱۱۹۹-۱۲۰۰-۱۲۰۱-۱۲۰۲-۱۲۰۳-۱۲۰۴-۱۲۰۵-۱۲۰۶-۱۲۰۷-۱۲۰۸-۱۲۰۹-۱۲۱۰-۱۲۱۱-۱۲۱۲-۱۲۱۳-۱۲۱۴-۱۲۱۵-۱۲۱۶-۱۲۱۷-۱۲۱۸-۱۲۱۹-۱۲۲۰-۱۲۲۱-۱۲۲۲-۱۲۲۳-۱۲۲۴-۱۲۲۵-۱۲۲۶-۱۲۲۷-۱۲۲۸-۱۲۲۹-۱۲۳۰-۱۲۳۱-۱۲۳۲-۱۲۳۳-۱۲۳۴-۱۲۳۵-۱۲۳۶-۱۲۳۷-۱۲۳۸-۱۲۳۹-۱۲۴۰-۱۲۴۱-۱۲۴۲-۱۲۴۳-۱۲۴۴-۱۲۴۵-۱۲۴۶-۱۲۴۷-۱۲۴۸-۱۲۴۹-۱۲۵۰-۱۲۵۱-۱۲۵۲-۱۲۵۳-۱۲۵۴-۱۲۵۵-۱۲۵۶-۱۲۵۷-۱۲۵۸-۱۲۵۹-۱۲۶۰-۱۲۶۱-۱۲۶۲-۱۲۶۳-۱۲۶۴-۱۲۶۵-۱۲۶۶-۱۲۶۷-۱۲۶۸-۱۲۶۹-۱۲۷۰-۱۲۷۱-۱۲۷۲-۱۲۷۳-۱۲۷۴-۱۲۷۵-۱۲۷۶-۱۲۷۷-۱۲۷۸-۱۲۷۹-۱۲۸۰-۱۲۸۱-۱۲۸۲-۱۲۸۳-۱۲۸۴-۱۲۸۵-۱۲۸۶-۱۲۸۷-۱۲۸۸-۱۲۸۹-۱۲۹۰-۱۲۹۱-۱۲۹۲-۱۲۹۳-۱۲۹۴-۱۲۹۵-۱۲۹۶-۱۲۹۷-۱۲۹۸-۱۲۹۹-۱۳۰۰-۱۳۰۱-۱۳۰۲-۱۳۰۳-۱۳۰۴-۱۳۰۵-۱۳۰۶-۱۳۰۷-۱۳۰۸-۱۳۰۹-۱۳۱۰-۱۳۱۱-۱۳۱۲-۱۳۱۳-۱۳۱۴-۱۳۱۵-۱۳۱۶-۱۳۱۷-۱۳۱۸-۱۳۱۹-۱۳۲۰-۱۳۲۱-۱۳۲۲-۱۳۲۳-۱۳۲۴-۱۳۲۵-۱۳۲۶-۱۳۲۷-۱۳۲۸-۱۳۲۹-۱۳۳۰-۱۳۳۱-۱۳۳۲-۱۳۳۳-۱۳۳۴-۱۳۳۵-۱۳۳۶-۱۳۳۷-۱۳۳۸-۱۳۳۹-۱۳۴۰-۱۳۴۱-۱۳۴۲-۱۳۴۳-۱۳۴۴-۱۳۴۵-۱۳۴۶-۱۳۴۷-۱۳۴۸-۱۳۴۹-۱۳۵۰-۱۳۵۱-۱۳۵۲-۱۳۵۳-۱۳۵۴-۱۳۵۵-۱۳۵۶-۱۳۵۷-۱۳۵۸-۱۳۵۹-۱۳۶۰-۱۳۶۱-۱۳۶۲-۱۳۶۳-۱۳۶۴-۱۳۶۵-۱۳۶۶-۱۳۶۷-۱۳۶۸-۱۳۶۹-۱۳۷۰-۱۳۷۱-۱۳۷۲-۱۳۷۳-۱۳۷۴-۱۳۷۵-۱۳۷۶-۱۳۷۷-۱۳۷۸-۱۳۷۹-۱۳۸۰-۱۳۸۱-۱۳۸۲-۱۳۸۳-۱۳۸۴-۱۳۸۵-۱۳۸۶-۱۳۸۷-۱۳۸۸-۱۳۸۹-۱۳۹۰-۱۳۹۱-۱۳۹۲-۱۳۹۳-۱۳۹۴-۱۳۹۵-۱۳۹۶-۱۳۹۷-۱۳۹۸-۱۳۹۹-۱۴۰۰-۱۴۰۱-۱۴۰۲-۱۴۰۳-۱۴۰۴-۱۴۰۵-۱۴۰۶-۱۴۰۷-۱۴۰۸-۱۴۰۹-۱۴۱۰-۱۴۱۱-۱۴۱۲-۱۴۱۳-۱۴۱۴-۱۴۱۵-۱۴۱۶-۱۴۱۷-۱۴۱۸-۱۴۱۹-۱۴۲۰-۱۴۲۱-۱۴۲۲-۱۴۲۳-۱۴۲۴-۱۴۲۵-۱۴۲۶-۱۴۲۷-۱۴۲۸-۱۴۲۹-۱۴۳۰-۱۴۳۱-۱۴۳۲-۱۴۳۳-۱۴۳۴-۱۴۳۵-۱۴۳۶-۱۴۳۷-۱۴۳۸-۱۴۳۹-۱۴۴۰-۱۴۴۱-۱۴۴۲-۱۴۴۳-۱۴۴۴-۱۴۴۵-۱۴۴۶-۱۴۴۷-۱۴۴۸-۱۴۴۹-۱۴۵۰-۱۴۵۱-۱۴۵۲-۱۴۵۳-۱۴۵۴-۱۴۵۵-۱۴۵۶-۱۴۵۷-۱۴۵۸-۱۴۵۹-۱۴۶۰-۱۴۶۱-۱۴۶۲-۱۴۶۳-۱۴۶۴-۱۴۶۵-۱۴۶۶-۱۴۶۷-۱۴۶۸-۱۴۶۹-۱۴۷۰-۱۴۷۱-۱۴۷۲-۱۴۷۳-۱۴۷۴-۱۴۷۵-۱۴۷۶-۱۴۷۷-۱۴۷۸-۱۴۷۹-۱۴۸۰-۱۴۸۱-۱۴۸۲-۱۴۸۳-۱۴۸۴-۱۴۸۵-۱۴۸۶-۱۴۸۷-۱۴۸۸-۱۴۸۹-۱۴۹۰-۱۴۹۱-۱۴۹۲-۱۴۹۳-۱۴۹۴-۱۴۹۵-۱۴۹۶-۱۴۹۷-۱۴۹۸-۱۴۹۹-۱۵۰۰-۱۵۰۱-۱۵۰۲-۱۵۰۳-۱۵۰۴-۱۵۰۵-۱۵۰۶-۱۵۰۷-۱۵۰۸-۱۵۰۹-۱۵۱۰-۱۵۱۱-۱۵۱۲-۱۵۱۳-۱۵۱۴-۱۵۱۵-۱۵۱۶-۱۵۱۷-۱۵۱۸-۱۵۱۹-۱۵۲۰-۱۵۲۱-۱۵۲۲-۱۵۲۳-۱۵۲۴-۱۵۲۵-۱۵۲۶-۱۵۲۷-۱۵۲۸-۱۵۲۹-۱۵۳۰-۱۵۳۱-۱۵۳۲-۱۵۳



روان‌سنجی مقیاس دشواری در تنظیم هیجان شامل همسانی درونی، پایایی بازآزمایی و روایی سازه و پیش‌بین در نمونه‌های بالینی و غیربالینی در پژوهش‌های خارجی و داخلی تأیید شده است (گراتز و تول، ۲۰۱۰؛ بشارت و بزازیان، ۱۳۹۳)؛ برای مثال، نیومن، ون لیر، گراتز و کوت (۲۰۱۰) برای این ابزار در نمونه‌ای شامل نوجوانان ۱۱ تا ۱۷ سال ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۰ گزارش کردند و به همان عوامل و ساختار عاملی دست یافتند که گراتز و روئمر (۲۰۰۴) دست یافته بودند. این مقیاس از همسانی درونی بالای ۰/۹۳ برخوردار است. هر شش مقیاس آلفای کرونباخ بیش از ۰/۸۰ دارند. همچنین DERSS هم‌بستگی بالایی با مقیاس تنظیم خلق منفی<sup>۱</sup> (NMR) و پرسشنامه پذیرش و عمل<sup>۲</sup> (AAQ) (هایز و همکاران، ۲۰۰۲) دارد (گراتز و روئمر، ۲۰۰۴). در جامعه ایرانی، براساس داده‌های حاصل از پژوهش عزیزی، میرزایی و شمس (۱۳۸۹) میزان آلفای کرونباخ این پرسشنامه ۰/۹۲ برآورد شده است.

**مصاحبه بالینی ساختاریافته برای اختلال‌های روانی (DSM-5):** به‌منظور تشخیص وجود اختلال اضطراب فراگیر و اضطراب اجتماعی که یکی از معیارهای ورود به پژوهش بود، مصاحبه بالینی ساختاریافته برای اختلال‌های روانی DSM-5 توسط یک روان‌شناس بالینی صورت گرفت. این مصاحبه، مصاحبه‌ای نیمه‌ساختاریافته برای تشخیص‌های اصلی DSM-5<sup>۳</sup> است که آخرین نسخه آن در آگوست ۲۰۱۴ به انجمن روان‌پزشکی آمریکا به‌منظور چاپ تحویل داده شد. با توجه به پوشش تشخیصی و زبان استفاده‌شده در مصاحبه بالینی ساختاریافته<sup>۴</sup> (SCID-5)، این مصاحبه برای افراد بالای ۱۸ سال مناسب است. SCID-5 برای پاسخ‌گویی به نیازهای متعدد، به سه نسخه تقسیم‌بندی شده است؛ نسخه بالینی<sup>۵</sup>، نسخه تحقیقاتی<sup>۶</sup> و نسخه کارآزمایی بالینی<sup>۷</sup>. نسخه بالینی در بردارنده تشخیص‌های معمول در محیط‌های بالینی است که به ده حیطه تشخیصی نسبتاً خودکفا تقسیم می‌شود (فرست، ویلیامز، کرگ و اسپیتزر، ۱۳۹۶). در این پژوهش از حیطه اختلال‌های اضطرابی به‌منظور تشخیص وجود اختلال اضطراب فراگیر (سؤال ۴۲ تا سؤال ۵۴) و اضطراب اجتماعی (سؤال ۳۲ تا سؤال ۴۱) استفاده شد که از معیارهای ورود به پژوهش بودند.

### شیوه تجزیه و تحلیل داده‌ها

برای تحلیل داده‌ها با در نظر گرفتن نوع پژوهش و اندازه‌گیری در سه مرحله از تحلیل واریانس با رویکرد اندازه‌گیری مکرر با استفاده از نرم‌افزار SPSS استفاده شد. قبل از اجرای تحلیل آماری، همه پیش‌فرض‌های

1. Negative Mood Regulation Scale (NMR)
2. Acceptance and Action Questionnaire (AAQ)

۳. این مصاحبه در گذشته برای محور یک داده می‌شد.

4. Structured Clinical Interview For Dsm-5 (SID-5)
5. clinician version
6. research version
7. clinical trials version

تحلیل با استفاده از آزمون‌های لوین، کولموگروف - اسمیرنوف، M باکس و کرویت موخلی بررسی و نتایج آن‌ها در قسمت یافته‌ها گزارش شد. همچنین برای بررسی تفاوت در میانگین سنی شرکت‌کنندگان در گروه‌های مختلف پژوهش از تحلیل واریانس و به‌منظور بررسی تفاوت‌های جنسیتی از آماره کای دو استفاده شد. سطح معناداری در پژوهش حاضر کمتر از ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

## یافته‌ها

### الف) توصیف جمعیت‌شناختی

مشارکت‌کنندگان در پژوهش حاضر ۳۶ آزمودنی بودند که از این تعداد در گروه آزمایشی اول، یعنی درمان فراتشخیص کارآمدی هیجانی ۹ مرد (۲۵ درصد) و ۳ زن (۸/۳ درصد)، در گروه آزمایشی دوم، یعنی درمان یکپارچه فراتشخیص اختلالات هیجانی ۸ مرد (۲۲/۲ درصد) و ۴ زن (۱۱/۱ درصد) و در گروه گواه ۱۰ مرد (۲۷/۷ درصد) و ۲ زن (۵/۵ درصد) بودند. نتیجه آزمون کای دو نشان داد که توزیع جنسیت در این سه گروه اختلاف معناداری نداشت ( $P=0/300$ ). همچنین میانگین سنی شرکت‌کنندگان در گروه‌ها و انحراف معیار آن‌ها به ترتیب برابر با  $33/4 \pm 11/30$ ،  $33/4 \pm 7/99$  و  $33/3 \pm 9/05$  بود که نتایج تحلیل واریانس نشان داد، تفاوت معناداری در میانگین سنی شرکت‌کنندگان پژوهش در گروه‌های مختلف نبود ( $P=0/900$ ).

### ب) توصیف شاخص‌ها

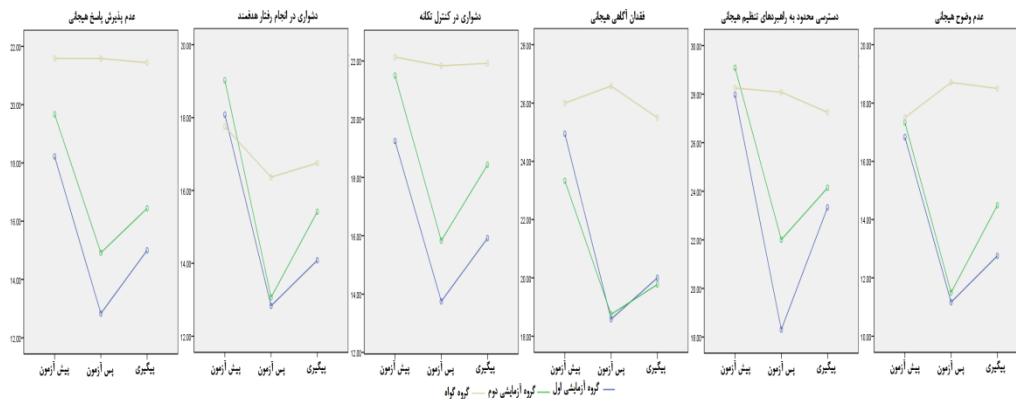
قبل از اجرای تحلیل اندازه‌گیری مکرر اطلاعات توصیفی بررسی شد. جدول ۳ میانگین و انحراف معیار نمرات مؤلفه‌های دشواری در تنظیم هیجان را به تفکیک گروه آزمایشی اول (درمان فراتشخیص کارآمدی هیجانی)، گروه آزمایشی دوم (درمان یکپارچه فراتشخیص اختلالات هیجانی) و گروه گواه نشان می‌دهد.

جدول ۳. میانگین و انحراف معیار نمرات مؤلفه دشواری در تنظیم هیجان  
به تفکیک دو گروه آزمایشی و یک گروه گواه

مرحله	گروه	میانگین	انحراف معیار	مرحله	گروه	میانگین	انحراف معیار	مرحله	گروه	میانگین	انحراف معیار	دوره پیش از
												دوره پیش از
پیش‌آزمون	آزمایش ۱	۱۸/۲۲	۵/۷۶	پیش‌آزمون	آزمایش ۱	۱۸/۰۸	۲/۵۷	پیش‌آزمون	آزمایش ۱	۱۸/۰۸	۲/۵۷	دوره پیش از
	آزمایش ۲	۱۹/۶۶	۳/۳۹		آزمایش ۲	۱۹/۰۲	۲/۷۳		آزمایش ۲	۱۹/۰۲	۲/۷۳	
	گواه	۲۱/۵۸	۲/۷۱		گواه	۱۷/۷۵	۳/۳۸		گواه	۱۷/۷۵	۳/۳۸	
پس‌آزمون	آزمایش ۱	۱۲/۸۳	۵/۱۴	پس‌آزمون	آزمایش ۱	۱۲/۸۳	۳/۰۹	پس‌آزمون	آزمایش ۱	۱۲/۸۳	۳/۰۹	دوره پس از
	آزمایش ۲	۱۴/۹۱	۳/۲۳		آزمایش ۲	۱۳/۰۶	۲/۵۳		آزمایش ۲	۱۳/۰۶	۲/۵۳	
	گواه	۲۱/۵۸	۲/۲۵		گواه	۱۶/۳۶	۳/۱۱		گواه	۱۶/۳۶	۳/۱۱	
پیگیری	آزمایش ۱	۱۵/۰۰	۳/۳۳	پیگیری	آزمایش ۱	۱۴/۰۸	۲/۶۴	پیگیری	آزمایش ۱	۱۴/۰۸	۲/۶۴	دوره پیگیری
	آزمایش ۲	۱۶/۴۴	۳/۹۰		آزمایش ۲	۱۵/۴۱	۳/۲۰		آزمایش ۲	۱۵/۴۱	۳/۲۰	
	گواه	۲۱/۴۴	۲/۰۴		گواه	۱۶/۷۵	۳/۰۷		گواه	۱۶/۷۵	۳/۰۷	

انحراف معیار	میانگین	گروه	مرحله	نوع مقیاس	انحراف معیار	میانگین	گروه	مرحله	نوع مقیاس		
۴/۵۱	۲۴/۹۴	آزمایش ۱	پیش‌آزمون	فقدان اقلی هیجان	۳/۴۹	۱۹/۲۵	آزمایش ۱	پیش‌آزمون	دشواری در کنترل تکانه		
۴/۴۷	۲۳/۳۳	آزمایش ۲			۳/۲۰	۲۱/۵۰	آزمایش ۲				
۲/۹۵	۲۶/۰۰	گواه			۲/۴۹	۲۲/۱۳	گواه				
۳/۶۷	۱۸/۵۸	آزمایش ۱	پس‌آزمون		۳/۴۴	۱۳/۷۵	آزمایش ۱	پس‌آزمون			
۴/۸۶	۱۸/۷۵	آزمایش ۲			۴/۳۰	۱۵/۸۳	آزمایش ۲				
۳/۶۵	۲۶/۵۸	گواه			۳/۰۴	۲۱/۸۳	گواه				
۳/۸۸	۲/۰۰	آزمایش ۱	پیگیری		۴/۹۲	۱۵/۹۱	آزمایش ۱	پیگیری			
۵/۷۴	۱۹/۷۷	آزمایش ۲			۲/۸۷	۱۸/۴۳	آزمایش ۲				
۴/۱۴	۲۵/۵۰	گواه			۲/۵۷	۲۱/۹۱	گواه				
۳/۴۳	۱۶/۸۳	آزمایش ۱	پیش‌آزمون		عدم وضع هیجان	۶/۰۹	۲۷/۹۷	آزمایش ۱		پیش‌آزمون	دشواری محدود به راهبردهای تنظیم هیجانی
۴/۱۱	۱۷/۳۳	آزمایش ۲				۴/۲۳	۲۹/۰۸	آزمایش ۲			
۲/۸۴	۱۷/۵۰	گواه				۴/۰۰	۲۸/۲۵	گواه			
۳/۶۶	۱۱/۱۶	آزمایش ۱	پس‌آزمون	۶/۷۳		۱۸/۳۰	آزمایش ۱	پس‌آزمون			
۳/۲۸	۱۱/۵۰	آزمایش ۲		۷/۶۸		۲۲/۰۰	آزمایش ۲				
۲/۷۰	۱۸/۷۰	گواه		۲/۸۰		۲۸/۰۸	گواه				
۳/۳۸	۱۲/۷۵	آزمایش ۱	پیگیری	۳/۷۷		۲۳/۳۳	آزمایش ۱	پیگیری			
۳/۶۱	۱۴/۴۸	آزمایش ۲		۶/۵۷		۲۴/۱۴	آزمایش ۲				
۳/۴۵	۱۸/۵۰	گواه		۳/۷۹		۲۷/۲۵	گواه				

جدول ۳ نشان می‌دهد که در شش مؤلفه دشواری در تنظیم هیجان بین گروه آزمایش ۱، آزمایش ۲ و گروه گواه در هر سه مرحله اندازه‌گیری، تفاوت‌هایی وجود دارد. در حالت کلی می‌توان گفت در مرحله پس‌آزمون، میانگین نمرات گروه آزمایش ۱ و ۲ در هر شش مؤلفه پایین‌تر از گروه گواه بود و بین میانگین نمرات گروه آزمایش ۱ و ۲ تفاوت‌هایی وجود داشت. شکل ۱ چگونگی این تفاوت‌ها را به تفکیک گروه‌ها و مراحل اندازه‌گیری به ترتیب برای هریک از مؤلفه‌ها نشان داد.



شکل ۱. چگونگی تغییرات میانگین نمرات مؤلفه‌های دشواری در تنظیم هیجان به تفکیک گروه‌ها و مراحل اندازه‌گیری

شکل ۱ نشان می‌دهد، در هر شش مؤلفه دشواری در تنظیم هیجان برای دو گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون میانگین نمرات کاهش داشت، اما در مرحله بعد یعنی پیگیری میانگین نمرات مقداری افزایش داشته است.

#### ج) آزمون فرضیه‌ها

قبل از اجرای تحلیل اندازه‌گیری مکرر به منظور آزمون فرضیه‌ها برای بررسی همگنی واریانس گروه‌ها (دو گروه آزمایشی و گروه گواه) از آزمون لوین و برای بررسی نرمال بودن توزیع نمرات از آزمون کولموگروف - اسمیرنف استفاده شد. نتایج این دو آزمون برای هر یک از مؤلفه‌ها در سطح معناداری ۰/۰۵۰ معنادار نبود؛ بنابراین همگنی واریانس نمرات و نیز نحوه توزیع داده‌ها به صورت نرمال در هر سه مرحله اندازه‌گیری در گروه‌های درمان یکپارچه فراتشخیص اختلالات هیجانی، درمان فراتشخیص کارآمدی هیجانی و گروه گواه برای استفاده در تحلیل اندازه‌گیری مکرر پذیرفته شد. همچنین برای بررسی همگنی کوواریانس‌ها از آزمون M باکس استفاده شد، اما نتیجه معنادار نبود ( $F=۰/۹۲$ ،  $M=۶۲/۲۳$ )؛ بنابراین فرض همگنی کوواریانس‌ها رد نشد. همچنین براساس نتیجه آزمون کرویت موخلی با توجه به اینکه مقادیر احتمال هر یک از مؤلفه‌ها بیشتر از ۰/۰۱ بود، فرض کرویت رد نشد و پذیرفته شد. جدول ۴ نتایج تحلیل اندازه‌گیری مکرر برای عامل درون آزمودنی‌ها، بین آزمودنی‌ها و اثر متقابل را نشان می‌دهد.

جدول ۴. نتایج تحلیل اندازه‌گیری مکرر برای عامل درون آزمودنی‌ها،  
بین آزمودنی‌ها و تعامل آن‌ها

اثر	آزمون	ارزش	نسبت F	درجه آزادی فرضیه	درجه آزادی خطا	سطح معناداری
بین آزمودنی‌ها (دو گروه آزمایشی و گواه)	اثر پیلایی	۰/۹۷	۴/۶۰	۱۲	۵۸	۰/۰۰۱
	لامبدای ویکلز	۰/۱۹	۶/۰۰	۱۲	۵۶	۰/۰۰۱
	اثر هتلینگ	۳/۳۵	۷/۵۵	۱۲	۵۴	۰/۰۰۱
	بزرگ‌ترین ریشه روی	۳/۰۷	۴/۸۵	۶	۲۹	۰/۰۰۱
درون آزمودنی‌ها (زمان)	اثر پیلایی	۰/۷۷	۶/۳۴	۱۲	۲۲	۰/۰۰۱
	لامبدای ویکلز	۰/۲۲	۶/۳۴	۱۲	۲۲	۰/۰۰۱
	اثر هتلینگ	۳/۴۶	۶/۳۴	۱۲	۲۲	۰/۰۰۱
	بزرگ‌ترین ریشه روی	۳/۴۶	۶/۳۴	۱۲	۲۲	۰/۰۰۱
تعامل زمان و گروه	اثر پیلایی	۰/۸۴	۱/۴۰	۲۴	۴۶	۰/۱۶
	لامبدای ویکلز	۰/۲۷	۱/۶۹	۲۴	۴۴	۰/۰۶
	اثر هتلینگ	۲/۲۶	۱/۹۸	۲۴	۴۲	۰/۰۲
	بزرگ‌ترین ریشه روی	۲/۰۵	۳/۹۴	۱۲	۲۳	۰/۰۲

جدول ۴ نشان می‌دهد، تأثیر عامل درون آزمودنی‌ها یعنی زمان، تأثیر عامل بین آزمودنی‌ها یعنی اثربخشی دو روش درمانی رد نشد و در سطح آلفای ۰/۰۱ معنادار بود.

برای بررسی معناداری میزان اثربخشی هریک از روش‌های درمانی، مقایسه دو روش درمان با یکدیگر و نیز مقایسه گروه‌های آزمایش با گروه گواه در هریک از خرده‌مقیاس‌های دشواری در تنظیم هیجان از آزمون زوجی بن‌فرونی استفاده شد. جدول ۵ نشان‌دهنده نتایج این تحلیل است. در این جدول، منظور از گروه آزمایش ۱ گروهی است که درمان فراتشخیص کارآمدی هیجانی و منظور از گروه آزمایش ۲ گروهی است که درمان یکپارچه فراتشخیص اختلالات هیجانی را دریافت کرده بودند.

جدول ۵. نتایج آزمون زوجی بن‌فرونی برای  
دو گروه آزمایش و یک گروه گواه

خرده‌مقیاس	گروه	گروه	تفاوت میانگین‌ها	خطای استاندارد	سطح معناداری
عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی	آزمایش ۱	آزمایش ۲	-۱/۶۵	۱/۰۳	۰/۳۵
	آزمایش ۲	گواه	-۶/۱۸	۱/۰۳	۰/۰۰۱
	آزمایش ۱	گواه	-۴/۵۲	۱/۰۳	۰/۰۰۱
دشواری در انجام رفتار هدفمند	آزمایش ۱	آزمایش ۲	-۰/۸۳	۰/۷۰	۰/۷۳
	آزمایش ۲	گواه	-۱/۹۵	۰/۷۰	۰/۰۲
	آزمایش ۱	گواه	-۱/۱۱	۰/۷۰	۰/۳۶

سطح معناداری	خطای استاندارد	تفاوت میانگین‌ها	گروه	گروه	خرده‌مقیاس
۰/۰۳	۰/۸۶	-۲/۲۸	آزمایش ۲	آزمایش ۱	دشواری در کنترل تکانه
۰/۰۰۱	۰/۸۶	-۵/۶۵	گواه		
۰/۰۰۱	۰/۸۶	۳/۳۷	گواه	آزمایش ۲	
۱/۰۰	۱/۱۵	۰/۵۵	آزمایش ۲	آزمایش ۱	فقدان آگاهی هیجانی
۰/۰۰۱	۱/۱۵	-۴/۸۵	گواه		
۰/۰۰۱	۱/۱۵	-۵/۴۰	گواه	آزمایش ۲	
۰/۵۶	۱/۳۹	-۱/۸۷	آزمایش ۲	آزمایش ۱	دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجانی
۰/۰۰۶	۱/۳۹	-۴/۶۵	گواه		
۰/۱۶	۱/۳۹	-۲/۷۸	گواه	آزمایش ۲	
۱/۰۰	۰/۸۹	-۰/۸۵	آزمایش ۲	آزمایش ۱	عدم وضوح هیجانی
۰/۰۰۱	۰/۸۹	-۴/۶۵	گواه		
۰/۰۰۱	۰/۸۹	۳/۷۹	گواه	آزمایش ۲	

جدول ۵ نشان می‌دهد اثربخشی درمان فراتشخیص کارآمدی هیجانی در هر شش مؤلفه دشواری در تنظیم هیجان در سطح آلفای ۰/۰۵ و ۰/۰۱ معنادار است. همچنین اثربخشی درمان یکپارچه فراتشخیص اختلالات هیجانی برای مؤلفه‌های عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی، دشواری در کنترل تکانه، فقدان آگاهی هیجانی و عدم وضوح هیجانی تأیید و اثربخشی این درمان برای مؤلفه‌های دشواری در انجام رفتار هدفمند و دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجان رد شد. به‌منظور بررسی تأثیر و اثربخشی دو روش درمانی در گذر زمان نیز از آزمون زوجی بن‌فرونی استفاده شد. نتایج جدول ۶ نشان‌دهنده نتایج این تحلیل است.

### جدول ۶. نتایج آزمون زوجی بن‌فرونی برای بررسی

#### اثربخشی دو روش درمانی در گذر زمان

سطح معناداری	خطای استاندارد	تفاوت میانگین‌ها	مرحله	مرحله	خرده‌مقیاس
۰/۰۰۱	۰/۷۹	۳/۳۷	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی
۰/۰۳	۰/۸۲	۲/۱۹	پیگیری		
۰/۳۶	۰/۷۴	-۱/۱۸	پیگیری	پس‌آزمون	
۰/۰۰۱	۰/۶۹	۴/۱۹	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	دشواری در انجام رفتار هدفمند
۰/۰۰۱	۰/۷۴	۲/۸۶	پیگیری		
۰/۱۲	۰/۶۲	-۱/۳۲	پیگیری	پس‌آزمون	
۰/۰۰۱	۰/۷۴	۳/۸۲	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	دشواری در کنترل تکانه
۰/۰۲	۰/۷۷	۲/۲۰	پیگیری		
۰/۱۹	۰/۸۴	-۱/۶۱	پیگیری	پس‌آزمون	
۰/۰۰۰	۰/۷۰	۳/۴۵	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	فقدان آگاهی هیجانی
۰/۰۲	۱/۰۸	۳/۰۰	پیگیری		
۱/۰۰	۰/۹۶	-۰/۴۵	پیگیری	پس‌آزمون	

خرده‌مقیاس	مرحله	مرحله	تفاوت میانگین‌ها	خطای استاندارد	سطح معناداری
دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجانی	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۵/۶۳	۰/۸۹	۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	پیگیری	۳/۵۲	۱/۱۴	۰/۰۱
	پس‌آزمون	پیگیری	-۲/۱۱	۱/۴۳	۰/۴۵
عدم وضوح هیجانی	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۳/۴۳	۰/۶۵	۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	پیگیری	۱/۹۷	۰/۸۶	۰/۰۸
	پس‌آزمون	پیگیری	-۱/۴۵	۰/۷۳	۰/۱۶

جدول ۶ نشان می‌دهد که میانگین نمرات پیش‌آزمون در هر شش مؤلفه با میانگین نمرات پس‌آزمون تفاوت معناداری دارد. همچنین در پنج خرده‌مقیاس اول، یعنی عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی، دشواری در انجام رفتار هدفمند، دشواری در کنترل تکانه، فقدان آگاهی هیجانی و دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجانی تفاوت معناداری میان نمرات پیش‌آزمون و نمرات پیگیری وجود دارد که نشان‌دهنده حفظ اثربخشی روش‌های درمانی در گذر زمان است، اما این تفاوت برای خرده‌مقیاس عدم وضوح هیجانی با وجود گرایش به معناداری، معنادار تشخیص داده نشد؛ به عبارت دیگر روش‌های درمانی در گذر زمان نتوانسته‌اند اثربخشی خود را برای این مؤلفه حفظ کنند. به‌منظور بررسی اندازه اثر هر یک از روش‌های درمانی در مقایسه با گروه گواه از تحلیل اندازه‌گیری مکرر استفاده شد که نتایج آن در جدول ۷ آمده است.

جدول ۷. اندازه اثر روش‌های درمانی برای مؤلفه‌های دشواری در تنظیم هیجان

اثر	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	نسبت F	سطح معناداری	اندازه اثر
درمان فراتشخیص کارآمدی هیجانی	۶۸۸/۵۷	۱	۶۸۸/۵۷	۳۱/۴۱	۰/۰۰۱	۰/۵۸
	۶۸/۸۱	۱	۶۸/۸۱	۶/۵۳	۰/۰۱۸	۰/۲۲
	۵۷۵/۵۰	۱	۵۷۵/۵۰	۴۰/۶۲	۰/۰۰۱	۰/۶۴
	۴۲۳/۵۵	۱	۴۲۳/۵۵	۲۱/۶۱	۰/۰۰۱	۰/۴۹
	۳۹۰/۵۰	۱	۳۹۰/۵۰	۸/۳۷	۰/۰۰۸	۰/۳۷
درمان یکپارچه فراتشخیص اختلالات هیجانی	۳۸۹/۳۴	۱	۳۸۹/۳۴	۲۵/۹۹	۰/۰۰۱	۰/۵۴
	۳۶۹/۰۱	۱	۳۶۹/۰۱	۳۲/۵۴	۰/۰۰۱	۰/۵۹
	۲۲/۵۶	۱	۲۲/۵۶	۳/۳۹	۰/۰۷۹	۰/۱۳
	۲۰۴/۴۲	۱	۲۰۴/۴۲	۲۱/۴۸	۰/۰۰۱	۰/۴۹
	۵۲۶/۶۰	۱	۵۲۶/۶۰	۲۶/۳۵	۰/۰۰۱	۰/۵۴
عدم وضوح هیجانی	۱۳۹/۴۱	۱	۱۳۹/۴۱	۸/۰۶	۰/۰۱۰	۰/۲۶
	۲۵۹/۲۷	۱	۲۵۹/۲۷	۲۳/۲۶	۰/۰۰۱	۰/۵۱

جدول ۷ نشان می‌دهد اندازه اثر درمان فراتشخیص کارآمدی هیجانی در خرده‌مقیاس‌های دشواری در انجام رفتار هدفمند، دشواری در کنترل تکانه، دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجانی و عدم وضوح هیجانی

بیشتر از درمان یکپارچه فراتشخیص اختلالات هیجانی بود. همچنین اندازه اثر درمان یکپارچه فراتشخیص اختلالات هیجانی در خرده‌مقیاس‌های عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی و فقدان آگاهی هیجانی بیشتر از درمان فراتشخیص کارآمدی هیجانی است.

## بحث و نتیجه‌گیری

بزرگسالان مبتلا به لکنت‌زبان که دچار اختلال اضطرابی هستند، معمولاً به این صورت با آن سازگار می‌شوند که شغل و دوستانشان را محدود و خود را با موقعیت‌ها و افرادی مشغول می‌کنند که مطالبات کلامی زیادی را بر آن‌ها تحمیل نمی‌کنند (گیتار، ۲۰۱۹). از جمله پیامدهای لکنت و اختلال اضطرابی که به صورت همبود در برخی موارد روی می‌دهد، می‌توان به کاهش پیشرفت تحصیلی، محدودیت‌های مختلف کاری و کاهش مشارکت فعال در حوزه اجتماعی اشاره کرد (بویلی، ۲۰۱۷). در واقع لکنت و اضطراب، تجربه‌های اجتماعی و سازگاری‌های روان‌شناختی را در بسیاری از بزرگسالان تحت تأثیر قرار می‌دهد (بویلی و فرون، ۲۰۱۸). اگرچه این مطلب از فردی به فرد دیگر و از جامعه‌ای به جامعه دیگر متفاوت است، می‌توان گفت در حالت کلی، لکنت و اضطراب تأثیری منفی بر زندگی اجتماعی، زندگی شغلی و زندگی تحصیلی افراد دارد و بدین ترتیب کیفیت زندگی آن‌ها را کاهش می‌دهد (استیلوئیس و همکاران، ۲۰۱۷). بزرگسالانی که لکنت می‌کنند و دچار اضطراب هستند، لکنت را نوعی از کنترل‌نداشتن در نظر می‌گیرند که توأم با ناامیدی و افکار منفی است. این عوامل گاهی رفتارهای اجتنابی و کناره‌گیری‌های مختلف اجتماعی را به همراه دارد (سونسترود، فراگن، کرمس، هالوورسن و وارد، ۲۰۱۹). پژوهش حاضر به منظور بهبود پیامدهای لکنت و اضطراب با تأثیرگذاری بر مؤلفه‌های دشواری در تنظیم هیجان و با هدف مقایسه و بررسی اثربخشی درمان یکپارچه فراتشخیص اختلالات هیجانی و درمان فراتشخیص کارآمدی هیجانی بر مؤلفه‌های دشواری در تنظیم هیجان بزرگسالان دارای لکنت‌زبان مبتلا به اختلال اضطرابی انجام شد؛ زیرا لکنت اختلالی چندبعدی و ناهمگون است که می‌تواند مشکلات مختلفی برای فرد مبتلا ایجاد کند و بدین ترتیب موجب کاهش کیفیت زندگی فرد شود (مینینگ و دایلولو، ۲۰۱۷).

مقایسه دو درمان و بررسی اثربخشی آن‌ها می‌تواند زمینه را برای درک و تأثیرگذاری بر سازوکارهای مشترک مرتبط با دشواری در تنظیم هیجان فراهم کند و الگویی کارآمد و کوتاه‌تر از درمان‌های شناختی رفتاری سنتی ارائه دهد. از آنجا که هر دو روش درمانی رویکردی فراتشخیصی دارند و عامل‌های زیربنایی اختلال را هدف قرار می‌دهند، برای دامنه وسیعی از اختلالات کاربرد دارند. هر دو روش، مزیت سهولت اجرا برای درمانگر، اقتصادی و مقرون‌به‌صرفه بودن برای مراجع و پیشینه پژوهشی را که مؤید اثربخشی هریک از دو روش است، دارد. با این حال تفاوت‌ها و ضعف‌های هریک از این دو روش زمینه را برای اجرای پژوهش و مقایسه اثربخشی هریک از دو روش درمانی فراهم می‌کند؛ بدین صورت که درمان مبتنی بر کارآمدی هیجانی با استفاده از پنج مؤلفه آگاهی از هیجان، پذیرش ذهن آگاهانه، عمل مبتنی بر ارزش‌ها، مقابله ذهن آگاهانه و تمرین مهارت‌های مبتنی بر مواجهه بر افزایش تحمل پریشانی و کاهش اجتناب از هیجان تمرکز می‌کند (مک‌کی و وست، ۲۰۱۶)؛



درحالی که در درمان یکپارچه فراتشخیص اختلالات هیجانی بر کنترل تجارب ذهنی، آگاهی روانی در زمان حال، جداسازی تجارب ذهنی، تلاش برای کاهش تمرکز مفرط بر خودتجسمی داستان زندگی، شناسایی ارزش‌های شخصی و عملیاتی‌سازی آن‌ها و درنهایت انجام عمل متعهدانه تأکید می‌شود (بارلو و همکاران، ۲۰۱۱). همچنین بعد شناختی و بازارزیایی شناختی در درمان با پروتکل یکپارچه قوی‌تر است؛ درحالی که مؤلفه ارزش‌ها که می‌تواند انگیزه‌بخش و راهنمای تغییر باشد، در درمان کارآمدی هیجانی برجسته‌تر است.

یافته‌های پژوهش حاضر نشان می‌دهد که درمان فراتشخیص کارآمدی هیجانی بر هر شش مؤلفه دشواری در تنظیم هیجان و درمان یکپارچه فراتشخیص اختلالات هیجانی بر چهار مؤلفه دشواری در تنظیم هیجان (عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی، دشواری در کنترل تکانه، فقدان آگاهی هیجانی و عدم وضوح هیجانی) تأثیری معنادار دارد. این یافته با جنبه‌هایی از پژوهش‌های هربرت و همکاران (۲۰۱۸)، وب و همکاران (۲۰۱۶)، بویل (۲۰۱۱)، بیلبی، بیرنس و یاروس (۲۰۱۲) ساین و همکاران (۲۰۱۳)، مک‌کی و وست (۲۰۱۶) و بارلو و همکاران (۲۰۱۱) مطابق است؛ زیرا در این پژوهش‌ها اثربخشی یکی از مؤلفه‌های بنیادین و تشکیل‌دهنده دو روش درمانی به کار گرفته شده در پژوهش مانند درمان‌های شناختی-رفتاری، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) یا رفتاردرمانی دیالکتیک (DBT) بر تنظیم هیجان در نمونه‌های مختلف آماری تأیید شده است؛ درحالی که در این باره، پژوهش ناهمسویی در ادبیات پژوهشی مشاهده نشد. درباره این یافته‌ها مطابق با نظریه‌های لکنت مانند مدل دوگانه حساسیت-استرسور و مدل دوعاملی وبستر<sup>۱</sup> (۱۹۸۹) می‌توان گفت دشواری در تنظیم هیجان یکی از عواملی است که در اختلال لکنت مشارکت می‌کند و معمولاً خود را در قالب واکنش‌پذیری هیجانی و خودگویی‌های منفی<sup>۲</sup> در حوزه تنظیم هیجان نشان می‌دهد (آمستر و کلین، ۲۰۱۸). نظر به اینکه درمان فراتشخیص اختلال‌های هیجانی (پروتکل یکپارچه) و درمان فراتشخیص کارآمدی هیجانی براساس تأثیرگذاری بر تعدیل و تنظیم هیجان‌ها هستند، آن‌چنان که یافته‌های پژوهش حاضر نشان می‌دهد، می‌توانند موجب تنظیم هیجان بهتر در بزرگسالان دارای لکنت‌زبان شوند.

باید توجه داشت که درمان یکپارچه فراتشخیص اختلالات هیجانی بر دو مؤلفه دشواری در انجام رفتار هدفمند و دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجان تأثیر معناداری ندارد؛ درحالی که تأثیر درمان فراتشخیص کارآمدی هیجانی بر این دو مؤلفه معنادار است؛ از این رو می‌توان گفت به نظر می‌رسد درمان کارآمدی هیجانی با هدف قراردادن دو فرایند فراتشخیصی، یعنی عدم تحمل پریشانی و اجتناب تجربه‌ای به افزایش کارآمدی هیجانی می‌پردازد (مک‌کی و وست، ۲۰۱۶) و بدین ترتیب با افزایش تحمل پریشانی زمینه را برای دسترسی به راهبردهای تنظیم هیجان تسهیل می‌کند؛ درحالی که در درمان یکپارچه فراتشخیص اختلالات هیجانی، به صورت مستقیم عدم تحمل پریشانی هدف قرار نمی‌گیرد. افراد دارای تحمل پریشانی پایین، هیجان را تحمل‌پذیر نمی‌دانند و نمی‌توانند به آشفتگی و پریشانی خود رسیدگی کنند. همچنین هیجان را نمی‌پذیرند و از وجود آن احساس شرم و آشفتگی می‌کنند؛ زیرا توانایی‌های مقابله‌ای خود را دست‌کم می‌گیرند و تلاش

1. Webster's two-factor model

2. negative self-talk

فراوانی برای جلوگیری از تجربه هیجان می‌کنند (لازاروس، ۱۹۹۱). این افراد ممکن است از هیجان‌های منفی و حالت‌های آزارنده اجتناب کنند. مطالعات فلندر و همکاران (۲۰۰۶)، ویلیامز (۲۰۱۲) و زتل و همکاران (۲۰۰۵) نشان می‌دهد، افرادی که تحمل پریشانی کمتری دارند، سطوح بالاتر اجتناب تجربی را گزارش می‌کنند (کالگوآ و همکاران، ۲۰۲۰)؛ از این رو می‌توان نتیجه گرفت این امر نمی‌تواند بر دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجان و دشواری در انجام رفتار هدفمند تأثیر داشته باشد. همچنین درباره مؤلفه دشواری در انجام رفتار هدفمند می‌توان گفت، وجود بعد شفاف‌سازی ارزش‌ها در درمان کارآمدی هیجانی به افزایش در انجام رفتار هدفمند منجر می‌شود؛ زیرا ارزش‌های هر فرد می‌تواند محرک رفتار هدفمند و رفتار مبتنی بر ارزش باشد (بیلی، بیرنس و بوروس، ۲۰۱۲؛ آمستر و کلین، ۲۰۱۸؛ هیز و همکاران، ۲۰۱۰). تأکید بر این عامل در درمان یکپارچه فراتشخیص اختلالات هیجانی کم‌رنگ بود؛ بنابراین آن‌چنان که یافته‌های پژوهش نشان می‌دهد، تأثیر درمان کارآمدی هیجانی معنادار و درمان یکپارچه فراتشخیص اختلالات هیجانی برای مؤلفه دشواری در انجام رفتار هدفمند غیرمعنادار به دست آمد. همچنین درباره تفاوت‌نداشتن معنادار نتایج درمان بین دو گروه آزمایشی در پنج مؤلفه باقی‌مانده می‌توان گفت هر دو درمان وجوه مشترکی مانند آگاهی هیجانی، ذهن‌آگاهی و کاهش اجتناب دارند. به نظر می‌رسد این عامل‌های مشترک موجب شده است که هر دو روش درمانی مؤلفه‌های دشواری در تنظیم هیجان را به‌گونه‌ای کاهش دهند که تفاوت معناداری میان آن‌ها به‌وجود نیاید که این امر با پژوهش‌های کوتولسمس، فرناندز رودریگز و گونزالز فرناندز (۲۰۲۰) همسویی دارد. درمان یکپارچه فراتشخیص اختلال‌های هیجانی مبتنی بر نظریه‌های شناختی-رفتاری است که از ترکیب و تجمیع اصول مشترک آن حاصل شده است (بارلو و همکاران، ۲۰۱۱) و می‌توان آن را رویکرد یکپارچه از درمان‌های شناختی رفتاری دانست. بسیاری از پژوهش‌ها که به مقایسه اثربخشی درمان‌های فراتشخیص با درمان شناختی رفتاری پرداختند، تفاوت معناداری میان اثربخشی درمان‌ها به‌دست نیاوردند (برای مثال کوتولسمس، فرناندز رودریگز و گونزالز فرناندز، ۲۰۲۰؛ هربرت و همکاران، ۲۰۱۸).

همچنین درباره اندازه اثر متفاوت دو روش درمانی برای مؤلفه‌های دشواری در تنظیم هیجان می‌توان گفت ریشه اصلی تفاوت در وجوه متفاوت این دو نوع روش درمانی است. بدین ترتیب که درمان فراتشخیص یکپارچه اختلال‌های هیجانی، مؤلفه‌هایی مانند ارزیابی مرتب افکار، تغییر شناختی و افزایش انگیزه‌های تغییر در طول دوره درمان را دارد که با توجه به وجود افکار و باورهای نادرست و ناکارآمد افراد دارای لکنت و تغییر انگیزه مراجعان در روند درمان ضروری به نظر می‌رسد (بولیس و همکاران، ۲۰۱۵). از سوی دیگر، درمان کارآمدی هیجانی علاوه بر موارد مشترک دارای مؤلفه‌های پذیرش، عمل مبتنی بر ارزش‌ها و آموزش مقابله‌های مؤثر است. پذیرش لکنت عامل مهمی در مدیریت موفق لکنت است (دناردو، گابلب، تنتوسکی و سوارتز، ۲۰۱۶). پذیرش لکنت پتانسیلی برای کاهش تمایل به پنهان کردن لکنت و فشار همیشگی روان‌بودن است که به افراد کمک می‌کند به لکنت با روشی مثبت و مستقیم و بدون کاسته‌شدن از ارزش‌شان نزدیک شوند (پلکسیکو، ارت، شورز و بوروس، ۲۰۱۹). مؤلفه پذیرش می‌تواند در پذیرش هیجان‌ها، کاهش تلاش برای اجتناب یا تغییر تجارب هیجانی آزارنده و به‌کمک انتخاب پاسخ مؤثر به هیجان‌های خود در مسیری سازگار با بافت و همسو

با ارزش‌ها مؤثر باشد (مک‌کی و وست، ۲۰۱۶). همچنین بین پذیرش خود و تنظیم هیجان و سطوح کمتر خصومت، ارتباط وجود دارد (دناردو و همکاران، ۲۰۱۶). این روش درمانی دربردارنده آموزش مقابله‌های مؤثر است. افراد دارای لکنت علاوه بر مقابله با چالش‌های معمول زندگی، مجبور به مقابله با پیامدهای رفتاری، شناختی و عاطفی ناشی از لکنت نیز هستند. این امر عامل استرس‌زای بالفعل دیگری را به زندگی‌شان اضافه می‌کند (پلکسیکو و همکاران، ۲۰۱۹) و در این میان، آموزش مقابله‌های مؤثر در درمان کارآمدی هیجانی مفید واقع می‌شود؛ بنابراین با توجه به مشخصه‌های گفته‌شده، آن چنان که یافته‌های پژوهش حاضر نشان می‌دهد، می‌توان نتیجه گرفت که اندازه اثر درمان فراتشخیص کارآمدی هیجانی در خرده‌مقیاس‌های دشواری در انجام رفتار هدفمند، دشواری در کنترل تکانه، دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجانی و عدم وضوح هیجانی بیشتر از درمان یکپارچه فراتشخیص اختلالات هیجانی باشد و اندازه اثر درمان یکپارچه فراتشخیص اختلالات هیجانی در خرده‌مقیاس‌های عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی و فقدان آگاهی هیجانی بیشتر از درمان فراتشخیص کارآمدی هیجانی باشد.

یافته مهم دیگر در پژوهش حاضر، حفظ اثربخشی دو روش درمانی در گذر زمان برای همه مؤلفه‌های دشواری در تنظیم هیجان به جز فقدان وضوح هیجانی بود. در این باره می‌توان گفت در درمان فراتشخیص کارآمدی هیجانی مهارت‌های مقابله‌ای کلیدی، رفتاردرمانی دیالکتیکی با مؤلفه‌های پذیرش، ذهن‌آگاهی و فرایندهای شفاف‌سازی ارزش‌ها در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و در بافت مواجهه هیجانی ترکیب می‌شوند (مک‌کی و وست، ۲۰۱۶). همچنین در درمان یکپارچه فراتشخیص اختلالات هیجانی، رویکرد شناختی رفتاری با رویکرد هیجان‌مدار ترکیب می‌شوند و در عین حال بر مشخصه‌های ذهن‌آگاهی تأکید می‌شود (بارلو و همکاران، ۲۰۱۱). از آنجا که این دو روش درمانی تکنیک‌ها و روش‌های مختلف را با هم ترکیب می‌کنند، به نظر می‌رسد موجب شده‌اند در گذر زمان افراد دارای لکنت در مواجهه با رویدادهای مختلف بتوانند از تکنیک‌های آموزش‌دیده استفاده کنند. این یافته با جنبه‌هایی از پژوهش بارلو و همکاران (۲۰۱۷) و استیل و همکاران (۲۰۱۸) هم‌خوانی دارد؛ زیرا در این دو پژوهش، درمان یکپارچه فراتشخیص اختلالات هیجانی و درمان فراتشخیص کارآمدی هیجانی توانسته‌اند در گذر زمان و در یک دوره پیگیری شش و دوازده‌ماهه اثربخشی خود را حفظ کنند؛ درحالی‌که در این زمینه پژوهش ناهم‌سویی در ادبیات پژوهشی مشاهده نشد. درباره عدم معناداری مؤلفه عدم وضوح هیجانی در گذر زمان می‌توان گفت به نظر می‌رسد این مؤلفه تحت تأثیر جامعیت تکنیک‌های متنوع دو روش درمانی قرار گرفته و موجب شده است که فرد نتواند با توجه به گستردگی تکنیک‌های فراگرفته شده در گذر زمان به وضوح هیجان خود را متمایز کند.

یافته‌های این پژوهش به درمانگران حیطة لکنت کمک می‌کند تا با کاربردها و میزان اثربخشی دو روش درمانی یکپارچه آشنا شوند و زمینه را برای تنظیم هیجان مراجعان مبتلا به لکنت فراهم کنند. همچنین این پژوهش می‌تواند به سایر پژوهشگران کمک کند تا اثربخشی این دو نوع روش درمانی را بر سایر متغیرها بررسی کنند. از جمله محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به این نکته اشاره کرد که جامعه مورد بررسی در پژوهش حاضر شامل همه بزرگسالان دارای لکنت‌زبان مراجعه‌کننده به کلینیک‌های گفتاردرمانی شهر تهران

و انجمن لکنت ایران می‌شد؛ بنابراین در تعمیم نتایج به سایر شهرها و سایر مراجعان باید احتیاط‌های لازم صورت بگیرد. همچنین ابزار جمع‌آوری اطلاعات در پژوهش حاضر پرسشنامه خودگزارشی بود که گاهی می‌تواند با سوگیری از سوی مراجع توأم باشد. پیشنهاد می‌شود این دو روش درمان فراتشخیص در ترکیب با روش‌های بازسازی گفتار به کار رود و نتایج درمان مجدد بار دیگر بررسی شود.

## سپاسگزاری

بر خود لازم می‌دانیم که از انجمن لکنت ایران، همه شرکت‌کنندگان پژوهش و نیز استادان گران‌قدر نهایت تقدیر و قدردانی را داشته باشیم.

## بیانیه‌ها

این مقاله برگرفته از رساله دکتری دانشگاه آزاد واحد کرج با کد ۱۱۵۲۰۷۰۵۹۷۱۰۰۷ است. همچنین مجوز اجرای این پژوهش روی گروه مورد مطالعه از کمیته اخلاق دانشگاه آزاد واحد کرج با کد IR.IUA.K.REC.1398.069 صادر شده است. نویسندگان هیچ‌گونه تضاد منافی ندارند و منابع مالی توسط آنان تأمین شده است.

## منابع

- امامی میبیدی، آ.، بنی جمالی، ش.، یزدی، س.، شفیعی، م.، و مؤذن، ع. (۱۳۹۴). اثربخشی آموزش روش ذهن‌آگاهی مبتنی بر کاهش استرس بر بهبود واکنش‌های شناختی، عاطفی، رفتاری در افراد دارای لکنت زبان. *مجله مطالعات ناتوانی*، ۱۱(۵)، ۱۱۸-۱۰۹.
- انصاری، ه. (۱۳۹۷). اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر انعطاف‌پذیری روانی و تنظیم هیجان و سازگاری روان در افراد دارای لکنت زبان. *مجله پیشرفت‌های نوین در علوم رفتاری*، ۳(۳)، ۹۸-۸۳.
- بشارت، م. ع.، و بزازیان، س. (۱۳۹۳). بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان در نمونه‌ای از جامعه ایرانی. *مجله دانشکده پرستاری و مامایی*، ۱۴(۲۴)، ۷۰-۶۱.
- سعیدمنش، م.، و بابایی، ز. (۱۳۹۶). اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اضطراب و عزت‌نفس نوجوانان ۱۴ تا ۱۸ سال دارای لکنت. *مجله مطالعات ناتوانی*، ۳(۳)، ۷-۱.
- عبدی، ر.، بخشی، ع.، و محمود علیلو، م. (۱۳۹۲). بررسی کارایی درمان فراتشخیصی یکپارچه در کاهش شدت عوامل فراتشخیصی و نشانه‌های اختلالات هیجانی. *مجله روش‌ها و مدل‌های روان‌شناختی*، ۱۳(۳)، ۲۷-۲۱.
- عزیزی، ع.، میرزایی، آ.، و شمس، ج. (۱۳۸۹). بررسی رابطه تحمل آشفتگی و تنظیم هیجانی با میزان وابستگی دانشجویان به سیگار. *مجله پژوهشی حکیم*، ۱۳(۱)، ۱۱-۱۸.

علیپور، ف.، حسنی، ج.، بدافی، ا.، محتشمی‌راد، ف.، و سعیدپور، ص. (۱۳۹۵). مقایسه راهبردهای تنظیم شناختی هیجان، باورهای فراشناختی، و روان‌بنه‌های سازش‌نیافته اولیه دانش‌آموزان مبتلا و غیرمبتلا به لکنت‌زبان. *مجله سلامت روان کودک*. ۳(۲)، ۴۲-۵۵.

فرست، م.، ویلیامز، ج.، کرگ، ر.، و اسپیتزر، ر. (۱۳۹۶). *مصاحبه بالینی ساختاریافته برای اختلال‌های روانی دی اس ام فایو (راهنمای نسخه بالینگر)*. ترجمه تینا شادلو، سمانه کریمان و بهرنگ شادلو. تهران: انتشارات ابن‌سینا.

نصری، م.، احدی، ح.، و درتاج، ف. (۱۳۹۶). اثربخشی درمان فراتشخیصی بر انعطاف‌پذیری شناختی، تنظیم هیجان و عامل hb در بیماران دیابتی. *مجله دستاوردهای روان‌شناختی (علوم تربیتی و روان‌شناسی) دانشگاه شهید چمران اهواز*. ۲۴(۲)، ۸۱-۱۰۰.

## References

- Amester, J., & Klein, R. (2018). *More than fluency: The social, emotional, and cognitive dimensions of stuttering*. San Diego: Plural Publishing.
- Barlow, D. H., Todd, J. F., Bullis, J. R., Gallagher, M. W., Murray, H., Bentley, K. H., ..., & 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.
- Barlow, D. H., Fairholme, C. P., Ellard, K. K., Boisseau, C. L., Allen, L. B., & Ehrenreich-May, J. (2011). *Unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: Therapist guide*. Oxford: New York.
- Beilby, J. M., Byrnes, M. L., & Yuruss, J. S. (2012). Acceptance and commitment therapy for adults who stutter: Psychosocial adjustment and speech fluency. *Journal of Fluency Disorders*. 37(4), 289-299.
- Boyle, M. P. (2017). Personal perceptions and perceived public opinion about stuttering in the United States: Implications for anti-stigma campaigns. *The American Journal of Speech-Language Pathology*. 26(3), 921-938.
- Boyle, M. P., & Fearon, AN. (2018). Self-stigma and its associations with stress, physical health, and health care satisfaction in adults who stutter. *Journal of Fluency Disorders*. 56(14), 112-121.
- Boyle, M. P. (2011). Mindfulness training in stuttering therapy: Atutorial for speech-language pathologists. *Jornal of fluency Disorders*. 36(9), 122-129.
- Brignell, A., Krahe, M., Downes, M., Kefalianos, E., Reilly, S., & Morgan, A. T. (2020). A systematic review of interventions for adults who stutter. *Journal of Fluency Disorders*. 64(16), 18-35.
- Bullis, J. R., Suaer-Zavala, S., Bentley, K. H., Thompson-Hollands, J., Carl, J. R., & Barlow, D. H. (2015). The unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders. *Behavior Modification*. 39(2), 295-321.

- Campbell-Sills, L., Barlow, D. H., Brown, T. A., & Hofmann, S. G. (2006). Acceptability and suppression of negative emotion in anxiety and mood disorders. *Emotion*, 6(4), 587-595.
- Colombo, D., Fernández-Álvarez, J., García Palacios, A., Cipresso, P., Botella, C., & Riva, G. (2019). New technologies for the understanding, assessment, and intervention of emotion regulation. *Frontiers in Psychology*, 10(2), 1261-1273.
- Coto-Lesmes, R., Fernández-Rodríguez, C., & González-Fernández, S. (2020). Acceptance and commitment therapy in group format for anxiety and depression. A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 263(15), 107-120.
- DeNardo, T., Gabel, R. M., Tetnowskic, J. A., & Swartz, E. R. (2016). Self-acceptance of stuttering: A preliminary study. *Journal of Communication Disorders*, 60(13), 27-38.
- Eggers, K., De Nil, L. F., & Van den Bergh, B. R. (2012). The efficiency of attentional networks in children who stutter. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 55(3), 946-959.
- Everard, R. A., & Howell, P. (2018). We have a voice: Exploring participants' experiences of stuttering modification therapy. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 27(3), 1273-1286.
- Fassbinder, E., Schweiger, U., Martius, D., Brand-de Wilde, O., & Arntz, A. (2016). Emotion regulation in schema therapy and dialectical behavior therapy. *Frontiers in Psychology*, 7(2), 1373-1386.
- Fitzpatrick, S., Bailey, K., & Rizvi, S. L. (2019). Changes in emotions over the course of dialectical behavior therapy and the moderating role of depression, anxiety, and posttraumatic stress disorder. *Behavior Therapy*, 51(6), 946-957.
- Feldner, M. T., Hekmat, H., Zvolensky, M. J., Vowles, K. E., Secrist, Z., & Leen-Feldner, E. W. (2006). The role of experiential avoidance in acute pain tolerance: A laboratory test. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 37(2), 146-158.
- Garnett, E. O., Chow, H. M., Choo, A. L., & Chang, S. E. (2019). Stuttering severity modulates effects of non-invasive brain stimulation in adults who stutter. *Frontiers in Human Neuroscience*, 13(2), 411-425.
- Gratz, K. L., & Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26(1), 41-55.
- Gratz, K. L., & Tull, M. T. (2010). Emotion regulation as a mechanism of change in acceptance- and mindfulness-based treatments. In R. Baer (Ed.), *Assessing mindfulness and acceptance processes in clients: Illuminating the theory and process of change* (pp. 107-133). Oakland, CA: New Harbinger Publications.

- Gavric, D., Moscovitch, D. A., Rowa, K., & McCabe, R. E. (2017). Post-event processing in social anxiety disorder: Examining the mediating roles of positive metacognitive beliefs and perceptions of performance. *Behaviour. Research and Therapy*. 44(8), 1177–1185.
- Gallegoa, A., McHughb, L., Villattec, M., & Lappalainena, R. (2020). Examining the relationship between public speaking anxiety, distress tolerance and psychological flexibility. *Journal of Contextual Behavioral Science*. 16(4), 128–133.
- Guitar, B. (2019). *Stuttering an integrated approach to its nature and treatment*. Baltimore: Wolters Kluwer.
- Hayes, S. C., Bissett, R. T., Strosahl, K., Follette, W. C., Polusney, M. A., Pistorello, J., Toarmino, D., Batten, S.V., Dykstra, T. A., Stewart, S. H., Zvolensky, M. J., Eifert, G. H., Bond, F. W., & Bergan, J. (2002). *Psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire (AAQ)*. Manuscript submitted for publication.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., Bunting, K., Twohig, M., & Wilson, K. G. (2010). *What is acceptance and commitment therapy?* In S. C. Hayes, & K. D. Strosahl (Eds.), *A practical guide to acceptance and commitment therapy*. New York, NY: Springer Science-Business Media.
- Herbert, J. D., Forman, E. M., Kaye, J. L., Gershkovich, M., Goetter, E., Yuen, E. K., Glassman, L., Goldstein, S., Hitchcock, P., Tronieri, J. S., Berkowitz, S., & Marando-Blanck, S. (2018). Randomized controlled trial of acceptance and commitment therapy versus traditional cognitive behavior therapy for social anxiety disorder: Symptomatic and behavioral outcomes. *Journal of Contextual Behavioral Science*. 9(2), 88-96.
- Lazarus, R. (1991). Cognition and motivation in emotion. *American Psychologist*. 46(4), 352–367.
- Lehner, T., Miller, B. L., & State, M. W. (2016). *Genomics, circuits, and pathways in clinical neuropsychiatry*. New York: Elsevier Science.
- Llewellyn-Bennett, R., Bowman, L., & Bulbulia, R. (2016). Post-trial follow-up methodology in large randomized controlled trials: A systematic review protocol. *Systematic Reviews*, 5(1), 214-220.
- Manning, W. H., & DiLollo, A. (2017). *Clinical decision making in fluency disorders* (4th ed.). San Diego, CA: Plural.
- McKay, M., & West, A. (2016). *Emotion efficacy therapy: A brief, exposure-based treatment for emotion regulation integrating ACT & DBT*. Oakland: New Harbinger.
- Moses, E. B., & Barlow, D. H. (2006). A new unified treatment approach for emotional disorders based on emotion science. *Current Directions in Psychological Science*. 15(3), 146-150
- Neumann, A., van Lier, P. A., Gratz, K. L., & Koot, H. M. (2010). Multidimensional

- assessment of emotion regulation difficulties in adolescents using the Difficulties in Emotion Regulation Scale. *Assessment*. 17(1), 138-149.
- Neacsu, A. D., Eberle, J. W., Kramer, R., Wiesmann, T., & Linehan, M. M. (2014). Dialectical behavior therapy skills for transdiagnostic emotion dysregulation: A pilot randomized controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*. 59(12), 40-51.
- Plexico, L. W., Erath, S., Shores, H., & Burrus, E. (2019). Self-acceptance, resilience, coping and satisfaction of life in people who stutter. *Journal of Fluency Disorders*. 59(13), 52-63.
- Swain, J., Hancock, K., Hainsworth, C., & Bowman, J. (2013). Acceptance and commitment therapy in the treatment of anxiety: A systematic review. *Clinical Psychology Review*. 33(8), 965-978.
- Steele, S. J., Farchione, T. J., Cassiello-Robbins, C., Ametaj, A., Sbi, S., Sauer-Zavala, S., & Barlow, D. H. (2018). Efficacy of the unified protocol for transdiagnostic treatment of comorbid psychopathology accompanying emotional disorders compared to treatments targeting single disorders. *Journal of Psychiatric Research*. 104(36), 211-216.
- Smith, A., & Weber, C. (2017). How stuttering develops: The multifactorial dynamic pathways theory. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*. 60(9), 2483-2505.
- Tamir, M., Vishkin, A., & Gutentag T. (2020). Emotion regulation is motivated. *Emotion*. 20(1), 115-119.
- Treleven, S., Buhr, A., Kucharski, B., & Coalson, G. (2018). Daily emotions and stuttering: What is the relation? *Clinical Archives of Communication Disorders*. 3(3), 246-252.
- Sakiris, N., & Berle, D. (2019). A systematic review and meta-analysis of the Unified Protocol as a transdiagnostic emotion regulation based intervention. *Clinical Psychology Review*, 72, 101751.
- Scheuricha, J. A., Beidela, D. C., & Vanryckeghemb, M. (2019). Exposure therapy for social anxiety disorder in people who stutter: An exploratory multiple baseline design. *Journal of Fluency Disorders*. 59(8), 21-32.
- St. Louis, K. O., Irani, F., Gabel, R. M., Hughes, S., Langevin, M., & Rodriguez, M. (2017). Evidence-based guidelines for being supportive of people who stutter in North America. *Journal of Fluency Disorders*. 53(6), 1-13.
- Sønsterud, H., Feragen, K. B., Kirmess, M., Halvorsen, M. S., & Ward, D. (2019). What do people search for in stuttering therapy: Personal goal-setting as a gold standard? *Journal of Communication Disorders*. 85(24), 1-8.
- VanVoorhis, C. R. W., & Morgan, B. L. (2007). Understanding power and rules of thumb for determining sample sizes. *Tutor Quantitative*



- Methods for Psychology*. 3(2), 43-50.
- Webster, W. G. (1989). Sequence initiation performance by stutterers under conditions of response competition. *Brain and Language*. 36(4), 286-300.
- Webb, C. H. A., Beard, C., Kertz, S. J., Hsu, K., & Björgvinsson, T. H. (2016). Differential role of CBT skills, DBT skills and psychological flexibility in predicting depressive versus anxiety symptom improvement. *Behaviour Research and Therapy*. 81(2), 12-20.
- Walden, T. A., Frankel, C. B., Buhr, A. P., Johnson, K. N., Conture, E. G., & Karrass, J. M. (2011). Dual diathesis-stressor model of emotional and linguistic contributions to developmental stuttering. *Journal of Abnormal Child Psychology*. 40(4), 33-644.
- Williams, A. D. (2012). Distress tolerance and experiential avoidance in compulsive acquisition behaviours. *Australian Journal of Psychology*. 64(4), 217-224.
- Zettle, R. D., Hocker, T. R., Mick, K. A., Scofield, B. E., Petersen, C. L., Song, H., & Sudarjanto, R. P. (2005). Differential strategies in coping with pain as a function of level of experiential avoidance. *The Psychological Record*. 55, 511-524.

