

مقاله اصلی

اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه نگر کودک محور بر نشانگان سوگ و ابرازگری هیجانی کودکان ۷ تا ۱۱ سال دارای تجربه سوگ

تاریخ دریافت: ۱۴۰۴/۰۵/۰۴ - تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۰۹/۱۰

خلاصه

مقدمه: سوگ برای کودکان تجربه‌ای است که آنان را با بحران‌های روانی، هیجانی، اجتماعی و تحصیلی فراوانی مواجه می‌سازد. بر این اساس پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه نگر کودک محور بر نشانگان سوگ و ابرازگری هیجانی کودکان ۷ تا ۱۱ سال دارای تجربه سوگ انجام شد.

روش کار: پژوهش حاضر از نظر هدف کاربردی، از نوع آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه و دوره پیگیری دوماهه بود. جامعه آماری پژوهش شامل کودکان ۷ تا ۱۱ سال دارای تجربه سوگ بود که در سال تحصیلی ۱۴۰۳-۱۴۰۴ در شهر اصفهان مشغول به تحصیل بودند. در این پژوهش تعداد ۳۶ کودکان با روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و با شیوه تصادفی در گروه‌های آزمایش و گواه جایدهی شدند (۱۸ کودک در گروه آزمایش و ۱۸ کودک در گروه گواه). کودکان حاضر در گروه آزمایش درمان فراتشخیصی یکپارچه-نگر کودک محور را طی ده هفته در ده جلسه ۷۵ دقیقه‌ای دریافت نمودند. در این پژوهش از پرسشنامه سوگ کودکان (CGQ) و مقیاس ابرازگری هیجانی کودکان (EESC) استفاده شد. داده‌های با تحلیل واریانس آمیخته با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS23 تجزیه و تحلیل شد.

نتایج: نتایج نشان داد که درمان فراتشخیصی یکپارچه نگر کودک محور بر نشانگان سوگ ($P < 0/0001$) و ابرازگری هیجانی ($P < 0/0001$) کودکان دارای تجربه سوگ تأثیر معنادار دارد.

نتیجه‌گیری: بر اساس یافته‌های پژوهش درمان فراتشخیصی یکپارچه نگر کودک محور با بکارگیری با شناسایی هیجان‌ها، آموزش آگاهی هیجانی، ارزیابی مجدد شناختی، شناسایی الگوهای اجتناب از هیجان و بررسی رفتارهای ناشی از هیجان قادر است به عنوان یک روش کارآمد جهت کاهش نشانگان سوگ و افزایش ابرازگری هیجانی کودکان دارای تجربه سوگ مورد استفاده قرار گیرد.

کلمات کلیدی: درمان فراتشخیصی یکپارچه نگر، تجربه سوگ، ابرازگری هیجانی

زهرا نریمان^۱

طیبه شریفی^{۲*}

محمد قاسمی پیربلوطی^۳

^۱ دانشجوی دکتری، گروه روانشناسی، واحد شهرکرد، دانشگاه آزاد اسلامی، شهرکرد، ایران.

^۲ استاد تمام گروه روانشناسی، واحد شهرکرد، دانشگاه آزاد اسلامی، شهرکرد، ایران. (نویسنده مسئول)

^۳ استادیار گروه روان شناسی، واحد شهرکرد، دانشگاه آزاد اسلامی، شهرکرد، ایران.

Email: ta.sharifi@iaou.ac.ir

مقدمه

فقدان والدین به هر دلیلی که اتفاق بیفتد، رویدادی فاجعه‌آمیز به شمار آمده و مهم‌ترین عامل به وجود آورنده سوگ در کودکان است. بسیاری از هیجان‌ات مربوط به سوگ بزرگسالان نظیر غمگینی، ناامیدی، خشم، دلتنگی و تنهایی را کودکانی که والدین خود را از دست دادند نیز تجربه می‌کنند (۱). ولی با این حال کودکان در مقایسه با بزرگسالان به نحوی متفاوت فقدان و سوگ را تجربه و تأویل می‌کنند. به نظر می‌رسد که تعدادی از کودکان پس از پشت سر گذاشتن دوره‌ای کوتاه و بروز واکنش‌های داغدیدگی همچون با سن و سطح تحول‌شان، به روال عادی زندگی باز می‌گردند ولی برخی دیگر قادر نیستند با از دست دادن والدین به خوبی و سازگارانه کنار بیایند (۲)، بنابراین مشکلات رفتاری و هیجانی در آنان ظاهر می‌شود که عبارتند از: اضطراب و افسردگی (۳)، رفتارهای دلبستگی اضطرابی مانند قشوق راه انداختن و پرخاشگری، رفتارهای بازگشت به کودکی مانند مکیدن شست، شب‌ادراری، از دست دادن برخی مهارت‌های آموخته شده پیشین، همچنین بروز علائم جسمانی مانند بی‌اشتهایی، کاهش یا افزایش وزن، فقدان انرژی، سردرد و حالت تهوع، بی‌خوابی و پرخوابی (۴). در جریاناتی از این دست، احتمال همبودی سوگ با نشانه‌های افسردگی یا استرس پس از سانحه وجود دارد که متعاقب آن، در عملکرد روزانه کودکان اختلال ایجاد می‌شود که در این صورت به درمان نیاز پیدا می‌کنند (۵). بنابراین هرگاه کودکان نتوانند با سوگ و فقدان والد یا والدین کنار بیایند و سازگاری در آنان صورت نگیرد، آنگاه مشکلات رفتاری مختلفی در آن‌ها ظاهر شده و سایر مشکلات نیز شدت می‌یابند (۶). آمارهای موجود نشان می‌دهد که ۳/۵ درصد از کودکان ۵ تا ۱۶ ساله در طول زندگی، مرگ والدین یا همشیرها را تجربه می‌کنند (۴). سوگ آسیب‌زای ناشی از مرگ ناگهانی که به دلیل خشونت و یا حوادث غیرمنتظره پیش می‌آید، موجب مشکلات زیادی در کودکان می‌شود؛ مرگ‌هایی مانند تصادف، قتل، خودکشی و بلایای طبیعی یا جنگ از این دسته حوادث هستند. سوگ آسیب‌زای کودکان به معنای تحت تأثیر قرار گرفتن کودکان در

اثر علائم تروما^۱ می‌باشد (۱). کودکان و نوجوانان با علائم سوگ، تغییرات عمیقی را در نگاه‌شان به دنیا، مردم و خویشان تجربه می‌کنند. همچنین رشد روان‌شناختی و زیستی کودکان و نوجوانان توسط این شرایط و علائم تحت تأثیر قرار می‌گیرد (۴).

علاوه بر بروز مشکلات روان‌شناختی و زیستی در کودکان دارای تجربه سوگ، آنان با مشکلات در پردازش، مدیریت و ابراز هیجانی نیز مواجه می‌شوند که این روند زمینه را برای بروز مشکلات در ابرازگری هیجانی^۲ آنان نیز فراهم می‌سازد. ابرازگری هیجان به‌عنوان یکی از مؤلفه‌های اصلی هیجان، به نمایش بیرونی هیجان، بدون توجه به ارزش (مثبت یا منفی) یا شیوه تجلی آن (چهره‌ای، کلامی، بدنی یا رفتاری) اطلاق می‌شود (۷). ابرازگری هیجانی شامل تغییرات رفتاری همراه هیجان نظیر تغییرات چهره، صدا، ژست‌ها و حرکات بدن است (۸). برخی از کودکان هیجان‌هایشان را آزادانه و بدون نگرانی از پیامدهای آن ابراز می‌کنند. این کودکان دارای شیوه ابراز هیجان از نوع ابرازگری هیجانی هستند. برخی دیگر گرایش به بازداری در ابراز پاسخ‌های هیجانی خود دارند. این کودکان دارای شیوه ابراز هیجان از نوع بازداری هیجانی هستند (۹). ابرازگری هیجانی را سه بعد ابراز هیجان مثبت^۳، ابراز هیجان منفی^۴ و ابراز صمیمیت^۵ مفهوم‌سازی شده است (۱۰). منظور از ابرازگری منفی، درجه‌ای است که گرایش به پاسخ‌های هیجانی منفی مثل نفرت، خشم، بیزاری و شرمساری در رفتار ابراز می‌شود. ابرازگری مثبت بیانگر درجه‌ای است که گرایش به پاسخ‌های هیجانی مثبت مثل شادمانی، خشنودی، علاقه‌مندی و دوست داشتن در رفتار ابراز می‌شود و ابراز صمیمیت، بیانگر داشتن رفتار صمیمانه با دیگران است (۱۱). ابرازگری هیجانی به تنظیم هیجان کمک می‌کند. چنان که در طی این فرایند ابراز هیجان‌ها به صورت سازنده به کاهش استرس و بهبود سلامت

1. trauma

2. emotional expressiveness

3. expressing positive emotion

4. expressing negative emotion

5. expressing intimacy

و در صورت لزوم اصلاح کنند و در موقعیت‌های اجتماعی تجربه‌های هیجانی مناسبی از خود نشان دهند (۱۸) و درمان فراتشخیصی یکپارچه تأکید بارزی بر ماهیت سازگارانه و کارکردی هیجان‌ها، افزایش آگاهی بیمار از نقش شناخت‌ها و هیجان‌ها و احساسات بدنی و رفتاری دارد و به جای اینکه فقط روی یک اختلال خاص تمرکز کند، با ارائه روش‌ها و فنونی جامع و کارآمد در تلاش است تمام مسائل مراجع، صرف‌نظر از تشخیص مطرح شده پیردازد (۱۳).

در خصوص ضرورت پژوهش حاضر می‌توان گفت فقدان والدین به هر دلیلی که اتفاق بیفتد، رویدادی فاجعه‌آمیز به شمار آمده و مهم‌ترین عامل به وجود آورنده سوگ در کودکان است. بسیاری از هیجان‌ها مربوط به سوگ بزرگسالان نظیر غمگینی، ناامیدی، خشم، دلتنگی و تنهایی را کودکانی که والدین خود را از دست دادند نیز تجربه می‌کنند (۲)، ولی با این حال کودکان در مقایسه با بزرگسالان به نحوی متفاوت فقدان و سوگ را تجربه و تأویل می‌کنند (۱). به نظر می‌رسد که تعدادی از کودکان پس از پشت سر گذاشتن دوره‌ای کوتاه و بروز واکنش‌های داغدیدگی همخوان با سن و سطح تحول‌شان، به روال عادی زندگی باز می‌گردند ولی برخی دیگر قادر نیستند با از دست دادن والدین به خوبی و سازگارانه کنار بیایند، بنابراین مشکلات رفتاری و هیجانی در آنان ظاهر می‌شود که عبارتند از: اضطراب و افسردگی (۳)، رفتارهای دلبستگی اضطرابی مانند قشقرق راه انداختن و پرخاشگری، رفتارهای بازگشت به کودکی مانند مکیدن شست، شب‌اداری، از دست دادن برخی مهارت‌های آموخته شده پیشین، همچنین بروز علائم جسمانی مانند بی‌اشتهایی، کاهش یا افزایش وزن، فقدان انرژی، سردرد و حالت تهوع، بی‌خوابی و پرخوابی (۶). بنابراین هرگاه کودکان نتوانند با سوگ و فقدان والدین کنار بیایند و سازگاری در آنان صورت نگیرد، آنگاه مشکلات رفتاری مختلفی در آنها ظاهر شده و سایر مشکلات نیز شدت می‌یابند. توجه به این روند پژوهشگر را به این نتیجه رساند که ضرورت مداخله برای این کودکان واقعیتی اجتناب‌ناپذیر است. چرا که عدم توجه به مشکلات کودکان دارای تجربه سوگ آنان را به شکلی

روان می‌انجامد. از طرفی ابرازگری هیجانی با گسترش ارتباطات اجتماعی سبب بیان هیجان‌ها در ایجاد صمیمیت، همدلی و حل تعارضات بین‌فردی می‌شود (۸).

تاکنون روش‌های درمانی گسترده‌ای برای کودکان با تجربه سوگ به کار گرفته نشده است. یکی از روش‌های درمانی جدید که کارآیی آن بر بهبود مولفه‌های ارتباطی، هیجانی و روان‌شناختی کودکان مختلف مورد تأیید قرار گرفته است، درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر^۱ است. این درمان توسط اهرنریچ-مای و همکاران (۱۲) برای کودکان تدوین شده است. نتایج پژوهش پان و همکاران (۱۳)؛ کایادو و همکاران (۱۴)، کندی و همکاران (۱۵)، شاو، هالییدی و اهرنریچ-مای (۱۶)؛ ساندین و همکاران (۱۷)؛ شرمان و اهرنریچ-مای (۱۸)؛ اخهارت و همکاران (۱۹)؛ کندی، بیلک و اهرنریچ-مای (۲۰)؛ گوهری، حسینی‌المدنی و افکاری (۲۱)؛ شرفی، جعفری و بهرامی (۲۲)؛ قاسم‌زاده و همکاران (۲۳) و محمدی، نهنگ و حسینی (۲۴) بیانگر آن است که درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر برای جامعه آماری کودکان و نوجوانان با مشکلات هیجانی و رفتاری نیز دارای اثربخشی موثر است. درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر با آن‌که ریشه در درمان شناختی-رفتاری دارد، ولی بر هیجان‌ها و راهبردهای ناسازگارانه تنظیم هیجان‌ها تأکید می‌کند. تجربه هیجانی و پاسخ به هیجان‌ها پایه اصلی در رویکرد فراتشخیصی است. هدف اصلی در درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر این است که مراجعان مهارت‌هایی را کسب کنند که بتوانند به شیوه موثر هیجان‌ها منفی را مدیریت نمایند (۱۶). این رویکرد درمانی مکانیسم‌های سبب‌ساز مشترک اختلالات هیجانی را مورد هدف قرار می‌دهد و به افراد می‌آموزد چگونه با هیجان‌ها ناخوشایندشان مواجه شوند و به شیوه‌ای مناسب به آنها پاسخ دهند (۱۷). بدین ترتیب به افراد کمک می‌کند تا درک بهتر و مناسب‌تری از تعامل افکار، احساسات و رفتارهای خود و نقش برانگیزاننده‌ها در ایجاد تجربه‌های هیجانی داشته باشند، بتوانند پیامدهای تجربه‌های هیجانی خود را پیش‌بینی نمایند، رفتارهای نشأت گرفته از هیجان‌ها را تشخیص دهند

¹. Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment

صورت پذیرفت. سپس کودکان حاضر در گروه آزمایش مداخلات درمانی مربوط به درمان فرانتشخیصی یکپارچه‌نگر کودک‌محور را به صورت هفته‌ای یک جلسه ۷۵ دقیقه‌ای دریافت نمودند. این در حالی بود که کودکان حاضر در گروه گواه و والدین آنان هیچگونه مداخله‌ای را در طول پژوهش دریافت نکرده و در انتظار دریافت مداخلات حاضر بودند. پس از اتمام جلسات پس از آزمون اجرا و برای اطمینان از ثبات نتایج مرحله پیگیری اجرا شد. پس از شروع مداخله تعداد ۲ کودک در گروه آزمایش و ۲ کودک در گروه گواه از ادامه حضور در پژوهش انصراف دادند. بر این اساس تعداد ۳۶ کودک در پژوهش باقی ماندند (۱۸ کودک در گروه آزمایش و ۱۸ کودک در گروه گواه). ملاک‌های ورود به پژوهش شامل از دست داده یکی از اعضای خانواده اصلی در طی یک سال گذشته، کسب نمره بالاتر از ۱۰۲ در پرسشنامه سوگ کودکان، داشتن سن ۷-۱۱ سال، رضایت کودک و والد جهت شرکت فرزند خود در پژوهش، نداشتن بیماری جسمی و روان‌شناختی حاد و مزمن دیگر (با توجه به پرونده سلامت و مشاوره‌ای آنان)، عدم دریافت مداخله روان‌شناختی همزمان و عدم مصرف داروی روان‌پزشکی در طی شش ماه اخیر بود. همچنین ملاک‌های خروج از پژوهش داشتن بیش از دو جلسه غیبت، عدم همکاری و انجام ندادن تکالیف مشخص شده در کلاس، عدم تمایل به ادامه حضور در فرایند انجام پژوهش، وقوع حادثه پیش‌بینی نشده موثر و عدم پاسخگویی به پرسشنامه‌های پژوهش در یکی از مراحل پس از آزمون یا پیگیری بود.

ابزارهای سنجش

پرسشنامه سوگ کودکان (CGQ)^۱: پرسشنامه سوگ کودکان توسط بارت و اسکات (۲۵) طراحی شده است. این پرسشنامه دارای ۳۴ عبارت می‌باشد. پرسشنامه حاضر توسط یکی از والدین تکمیل می‌شود. پاسخ دهندگان فراوانی نشانه‌های علائم سوگ را در هر یک از عبارت‌های مقیاس را بر مبنای مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت از ۱ (هرگز) تا ۵ (همیشه) ذکر می‌کنند. دامنه نوسان نمره بین ۳۴ تا ۱۷۰ می‌باشد و نمره بالاتر از

تصاعدی در معرض آسیب‌های روانی و هیجانی قرار داده و در انتها آنان با اختلالات روانی و هیجانی مواجه می‌سازد. بنابراین با توجه به موضوعات و تحقیقات بیان شده در مورد اثربخشی درمان فرانتشخیصی یکپارچه‌نگر در جهت کاستن مشکلات رفتاری، شناختی، هیجانی و روانی افراد (به خصوص کودکان) و از سوی دیگر با توجه به خلاء پژوهشی موجود به علت عدم وجود تحقیقات مشابه، هدف این پژوهش بررسی اثربخشی درمان فرانتشخیصی یکپارچه‌نگر کودک‌محور بر نشانگان سوگ و ابرازگری هیجانی کودکان ۷ تا ۱۱ سال دارای تجربه سوگ است.

روش کار

پژوهش حاضر از نظر هدف کاربردی، از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه و دوره پیگیری دو ماهه بود. جامعه آماری پژوهش شامل کودکان ۷ تا ۱۱ سال دارای تجربه سوگ بود که در سال تحصیلی ۱۴۰۳-۱۴۰۴ در شهر اصفهان مشغول به تحصیل بودند. جهت انتخاب حجم نمونه از روش نمونه‌گیری هدفمند استفاده شد. بدین صورت که یکی از نواحی شش‌گانه شهر اصفهان (آموزش و پرورش ناحیه شش اصفهان) انتخاب و با مراجعه به ۲۰ آموزشگاه ابتدایی این ناحیه، کودکان ۷ تا ۱۱ ساله‌ای که طی یکسال گذشته یکی از اعضای خانواده اصلی خود را از دست داده بودند، مورد شناسایی قرار گرفتند. سپس به والدین این کودکان، پرسشنامه سوگ کودکان ارائه شد تا بدین وسیله از وجود تجربه سوگ در نزد این کودکان اطمینان حاصل گردد. بدین صورت که در صورتی که کودکانی که نمره بالاتر از ۱۰۲ در پرسشنامه سوگ کودکان (نمره برش پرسشنامه) به دست آوردند، به عنوان کودکانی قلمداد شدند که دارای تجربه سوگ هستند. سپس از بین این کودکانی که با این پرسشنامه دارای تجربه سوگ تشخیص داده شده بودند (نمره بالاتر از ۱۰۲ در پرسشنامه سوگ کودکان)، تعداد ۴۰ کودک را به ترتیب نمره کسب شده در پرسشنامه انتخاب و به صورت تصادفی در گروه‌های آزمایش و گواه گمارده شدند (۲۰ کودک در گروه و ۲۰ کودک در گروه گواه). لازم به ذکر است که با این کودکان مصاحبه بالینی نیز

1. Children's Grief Questionnaire

روند اجرای پژوهش

جهت انجام پژوهش ابتدا هماهنگی‌های لازم با مسئولان آموزش و پرورش ناحیه منتخب (آموزش و پرورش ناحیه شش) انجام و مجوز حضور در مدارس دریافت شد. سپس با مراجعه به مدارس دوره ابتدایی این ناحیه، کودکان با تجربه سوگ جهت شرکت در پژوهش مورد شناسایی قرار گرفتند. سپس با رضایت کتبی از کودکان و والدین آنها و گمارش کودکان انتخاب شده در گروه‌های آزمایش و گواه (۲۰ کودک در گروه آزمایش و ۲۰ کودک در گروه گواه)، پرسشنامه‌های پژوهش اجرا شد. در نهایت، بر روی کودکان حاضر در گروه آزمایش مداخلات درمانی درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر کودک محور (۱۰ جلسه ۷۵ دقیقه‌ای به صورت هفته‌ای یک جلسه) در طی ده هفته انجام شد، در حالی که کودکان حاضر در گروه گواه مداخلات درمانی را دریافت نکردند. پس از اتمام مداخلات مرحله پس‌آزمون و پس از دوره‌ای دو ماهه، مرحله پیگیری نیز اجرا شد. پس از شروع مداخله تعداد ۲ کودک در گروه آزمایش و ۲ کودک در گروه گواه از ادامه حضور در پژوهش انصراف دادند. بر این اساس تعداد ۳۶ کودک در پژوهش باقی ماندند (۱۸ کودک در گروه آزمایش و ۱۸ کودک در گروه گواه). جلسات مداخله‌ای درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر کودک محور برگرفته از پروتکل اهرنریچ - مای و همکاران (۱۲) است که توسط ضرغامی، اکبری و سروری در سال ۱۳۹۸ ترجمه شده است. همچنین در پژوهش گوهری و همکاران (۲۱) از این پروتکل استفاده و کارآیی بالینی آن برای کودکان تایید شده است. به منظور رعایت اخلاق تحقیق، رضایت کودکان دارای تجربه سوگ و والدین آنان برای شرکت در مداخله درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر کودک محور دریافت شد. همچنین آنان از تمامی مراحل انجام پژوهش اطلاع یافتند. علاوه بر این، به کودکان حاضر در گروه گواه و والدین آنان اطمینان داده شد که پس از تکمیل فرآیند تحقیق، مداخله درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر کودک محور را دریافت خواهند کرد. همچنین به کودکان حاضر در هر دو گروه آزمایش و گواه و والدین آنان اطمینان داده شد که اطلاعات آنها به شکل محرمانه

۱۰۲ بیانگر وجود تجربه سوگ در کودک است. بارت و اسکات (۱۹۸۹) روایی سازه این پرسشنامه را مطلوب و به میزان ۰/۹۱ گزارش کردند. پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ بر روی ۱۰۵۴ نمونه ۰/۸۷ گزارش شد (۲۵). در پژوهش جزینی، گل پرور و سجادیان (۲۶) روایی سازه به روش تحلیل عاملی تاییدی، ساختار تک عاملی آن را تایید نمود. پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه و ضریب آلفا کرونباخ این ابزار ۰/۸۸ به دست آمد (۲۶). در پژوهش حاضر نیز پایایی با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۶ محاسبه شد.

مقیاس ابرازگری هیجانی کودکان (EESC): مقیاس

ابرازگری هیجان کودکان توسط پنزا-کلیو و زیمن در سال ۲۰۰۲ با هدف ارزیابی ابرازگری هیجانی کودکان طراحی شد (۲۷). این مقیاس دارای ۱۶ سؤال و توسط یکی از والدین تکمیل می‌شود. نمره گذاری این پرسشنامه استفاده از طیف لیکرت ۵ درجه‌ای است به این صورت که به پاسخ اصلاً درست نیست نمره ۱، کمی درست نمره ۲، تا حدی درست نمره ۳، خیلی درست نمره ۴ و بسیار درست نمره ۵ تعلق می‌گیرد. کمترین نمره ۱۶ و بیشترین نمره ۸۰ است. در این پرسشنامه نمره‌های بالا نشانگر مشکل در ابرازگری هیجانی است. در پژوهش پنزا-کلیو و زیمن (۲۷) پایایی این پرسشنامه با استفاده از روش همسانی درونی ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۳ و همچنین با استفاده از یک فاصله ۲ هفته‌ای ضریب پایایی آزمون بازآمون ۰/۵۶ بوده است. در پژوهش آنها برای بررسی روایی از روایی ملاکی استفاده شد و نتایج نشان داد بین این مقیاس با مقیاس افسردگی کودکان، پرسشنامه اضطراب صفت کودکان و پرسشنامه جسمانی سازی کودکان رابطه منفی معنی‌دار وجود دارد. همچنین آنها درصد واریانس کل مقیاس را ۴۶/۴ و عامل اول ۶/۰۶ و عامل دوم ۸/۵ درصد گزارش دادند (۲۷). در پژوهش آریاپوران (۲۸) میزان آلفای کرونباخ این مقیاس ۰/۷۹ و میزان روایی محتوایی آن ۰/۸۱ گزارش شد. در پژوهش حاضر نیز ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه توسط ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۰ محاسبه شد.

1. Emotion Expression Scale for Children

در نزد پژوهشگر باقی خواهد ماند و نیاز نیست در پرسشنامه‌ها مشخصات فردی خود را درج نمایند. پژوهش حاضر با کد اخلاق IR.IAU.SHK.REC.1404.001 در دانشگاه آزاد اسلامی واحد شهرکرد ثبت گردیده است.

جدول ۱. خلاصه جلسات درمان فرانتشخیصی یکپارچه کودک‌محور (۱۲)

جلسه	هدف	محتوا
اول	افزایش انگیزه کودکان	مصاحبه انگیزشی برای مشارکت و مشارکت کودکان در طول درمان، ارائه منطق درمان و تعیین اهداف درمانی. آشنایی اعضای گروه با یکدیگر
دوم	ارائه آموزش روانی و هیجانی	بازشناسی هیجان‌های اولیه و ثانویه و ردیابی تجارب هیجانی و آموزش مدل سه مولفه‌ای تجارب هیجان و مدل مربوط به درک هیجان‌ها و رفتارهای برخاسته از آنها.
سوم	آموزش آگاهی هیجانی	مشاهده تجارب هیجانی (هیجان‌ها و واکنش به هیجان‌ها) به ویژه با استفاده از تکنیک‌های ذهن آگاهی و استفاده از استعاره‌های متناسب با سطح شناختی کودک
چهارم	ارزیابی مجدد شناختی و هیجانی	ایجاد آگاهی از تأثیر و روابط متقابل افکار و هیجان‌ها، شناسایی ارزیابی‌های ناسازگارانه اتوماتیک‌های و زمینه‌های مشترک تفکر و ارزیابی مجدد شناختی، و افزایش انعطاف‌پذیری تفکر با استفاده از تکنیک‌های بازی فکری و گروهی و استفاده از استعاره‌های خاص کودک.
پنجم	شناسایی الگوهای اجتناب از هیجان	آشنایی با راهبردهای مختلف پرهیز از هیجان و تأثیر آنها بر تجربیات عاطفی و تأثیرات متناقض اجتناب از هیجان. آشنایی با تأثیر انکار هیجانی بر کاهش سلامت روانی، شناختی و هیجانی.
ششم	بررسی رفتارهای ناشی از هیجان	آشنایی، شناسایی رفتارهای ناشی از عواطف در تعامل با همسالان و درک تأثیر آنها بر تجارب هیجانی، شناسایی هیجان‌های ناسازگارانه و ایجاد زمینه برای بروز هیجان‌ها و رفتارهای مثبت در تعامل با همسالان.
هفتم	آگاهی و تحمل احساس‌های جسمانی	افزایش آگاهی از نقش احساسات بدنی در تجارب عاطفی و تمرینات مقابله‌ای عمیق برای آگاهی از احساسات بدنی و افزایش تحمل نسبت به این علائم.
هشتم و نهم	رویاریابی احساسی و رویاریابی با هیجان مبتنی بر موقعیت	آگاهی یافتن از منطق رویاریابی‌های هیجانی، آموزش نحوه تهیه سلسله مراتب ترس و اجتناب‌های مقابله‌ای هیجانی تکراری و موثر به صورت بصری و عینی و ممانعت از اجتناب. آموزش مقابله و پذیرش احساسات و عواطف مخرب.
دهم	پیشگیری از عود	مروری بر مفاهیم درمان و بحث در مورد بهبودی و پیشرفت‌های درمانی. پایان جلسات.

بیشتر از ۰/۰۵)، آزمون لوین^۲ برای بررسی برابری واریانس‌ها (بهینه) برای بررسی فرضیه کرویت داده‌های تحقیق از آنالیز موجلی^۳ (حد بهینه بیشتر از ۰/۰۵) و برای آزمون فرضیه‌ها از

در این تحقیق برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از دو سطح آمار توصیفی و استنباطی استفاده شده است. در سطح آمار توصیفی، میانگین و انحراف معیار و در سطح آمار استنباطی از آزمون شاپیرو ویلک^۱ برای بررسی نرمال بودن توزیع متغیرها (حد بهینه

2. Levine test

3. Mauchly's Test

1. Shapiro-Wilk test

هیجانی ش

گروه ۴۴/۵۰ ۸/۴۳ ۴۳/۸۳ ۸/۶۰ ۴۴/۲۸ ۷/۸۸

گواه

تحلیل واریانس آمیخته^۱ و آزمون تعقیبی بونفرونی^۲ استفاده شد. نتایج آماری با بهره گیری از نرم افزار آماری SPSS-23 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

نتایج

یافته‌های حاصل از داده‌های دموگرافیک نشان داد که میانگین سن کودکان ۷ تا ۱۱ سال دارای تجربه سوگ در گروه ۹/۲۵ و در گروه گواه ۹/۶۵ سال بوده است. نتایج تحلیل واریانس بیانگر آن بود که بین میانگین سنی گروه‌های آزمایش و گواه تفاوت معناداری وجود نداشته و نیاز به تفکیک اثر آن در پژوهش حاضر احساس نمی‌شود. همچنین نتایج نشان داد در گروه آزمایش ۹ نفر (معادل ۵۰ درصد) پسر و ۹ نفر (معادل ۵۰ درصد) نیز دختر بودند. در گروه گواه نیز ۷ نفر (معادل ۳۸/۳۹) پسر و ۱۱ نفر (معادل ۶۱/۱۱ درصد) نیز دختر بودند. نتایج تحلیل خی دو بیانگر آن بود که بین فراوانی جنسیت گروه‌های آزمایش و گواه تفاوت معناداری وجود نداشته و نیاز به تفکیک اثر آن در پژوهش حاضر احساس نمی‌شود. میانگین و انحراف استاندارد نشانگان سوگ و ابرازگری هیجانی در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲. میانگین و انحراف استاندارد نشانگان سوگ و

ابرازگری هیجانی در دو گروه آزمایش و گواه

گروه‌ها	مرحله	مرحله	مرحله	مرحله	مرحله	مرحله	مرحله
	پیش‌آزمون	پس‌آزمون					
	میانگین	انحرا	میانگین	انحرا	میانگین	انحرا	میانگین
	ف	ف	ف	ف	ف	ف	ف
	معیار	معیار	معیار	معیار	معیار	معیار	معیار
نشانگان سوگ	۳۳	۱۱/۴۳	۹۶/۶۱	۱۷/۰۸	۹۷/۶۱	۱۶/۴۲	۱۰۹
ش							
گروه	۸۳	۱۲/۴۵	۳۳	۳۱/۱۹	۶۱	۱۲/۸۴	
گواه	۱۱۱		۱۱۳		۱۱۲		
ابرازگر	۴۸/۲۲	۸/۶۹	۵۷/۸۳	۹/۹۹	۵۶/۳۹	۹/۷۲	
ی							

نتایج جدول توصیفی در جدول شماره ۲ حاکی از آن است که میزان نشانگان سوگ کودکان دارای تجربه سوگ که در گروه آزمایش حضور داشته، در اثر دریافت درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر کودک محور نسبت به گروه گواه کاهش و ابرازگری هیجانی آنان افزایش یافته است که در ادامه، معناداری آن با استفاده از آمار استنباطی مورد بررسی قرار می‌گیرد. قبل از ارائه نتایج تحلیل واریانس آمیخته، پیش‌فرض‌های آزمون‌های پارامتریک مورد سنجش قرار گرفت. بر همین اساس نتایج آزمون شاپیرو ویلک بیانگر آن بود که پیش‌فرض نرمال بودن توزیع نمونه‌ای داده‌ها در نشانگان سوگ ($F=0/93$; $P=0/49$) و ابرازگری هیجانی ($F=0/91$; $P=0/33$) برقرار است. همچنین پیش‌فرض همگنی واریانس نیز توسط آزمون لوین مورد سنجش قرار گرفت که یافته مربوط به آن نشان می‌داد پیش‌فرض همگنی واریانس‌ها در نشانگان سوگ ($F=1/21$; $P=0/19$) و ابرازگری هیجانی ($F=0/99$; $P=0/25$) رعایت شده است. این در حالی بود که نتایج آزمون موچلی بیانگر آن بود که پیش‌فرض کرویت داده‌ها در نشانگان سوگ ($P=0/25$) و ابرازگری هیجانی ($P=0/36$; $Mauchlys W=0/92$) رعایت شده است.

1. Mixed variance analysis

2. Bonferroni follow-up test

جدول ۳. تحلیل واریانس آمیخته جهت بررسی تاثیرات درون و بین گروهی متغیرهای نشانگان سوگ و ابرازگری هیجانی

متغیر	مجموع	درجه	میانگین	مقدار f	مقدار p	اندازه	توان
	مجذورات	آزادی	مجذورات			اثر	آزمون
زمان	۷۳۷/۳۹	۲	۳۶۸/۶۹	۳۵/۷۷	۰/۰۰۰۱	۰/۵۱	۱
نشانگان سوگ							
عضویت گروهی	۳۵۱۲/۴۸	۱	۳۵۱۳/۴۸	۳۱/۶۶	۰/۰۰۰۱	۰/۴۷	۱
تعامل زمان و گروه	۱۰۸۴/۴۶	۲	۵۴۲/۲۳	۵۲/۶۱	۰/۰۰۰۱	۰/۶۱	۱
خطا	۷۰۰/۸۱	۶۸	۱۰/۳۰				
ابرازگری							
زمان	۳۷۳/۹۰	۲	۱۸۶/۹۵	۵۰/۰۴	۰/۰۰۰۱	۰/۵۹	۱
هیجانی							
عضویت گروهی	۲۴۶۵/۳۳	۱	۲۴۶۵/۳۳	۴۰/۳۷	۰/۰۰۰۱	۰/۵۳	۱
تعامل زمان و گروه	۴۷۳/۷۲	۲	۲۳۶/۳۶	۶۳/۲۷	۰/۰۰۰۱	۰/۶۵	۱
خطا	۲۵۴/۰۳	۶۸	۳/۷۳				

جدول ۴. تفاوت زوجی نمرات متغیرهای وابسته بر اساس

مراحل ارزیابی				
متغیر	مرحله مبنا	مرحله	تفاوت	معناداری
	(میانگین)	مورد	میانگین	خطای
		مقایسه	ها	انحراف
		(میانگین)		معیار
نشانگان	پیش-	پس آزمون	۵/۶۱	۰/۹۵
سوگ	آزمون	پیگیری	۵/۴۷	۰/۸۷
	پس آزمون	پیش آزمون	-۵/۶۱	۰/۹۵
		پیگیری	۰/۱۴	۰/۱۸
ابرازگری	پیش-	پس آزمون	-۴/۱۴	۰/۵۶
هیجانی	آزمون	پیگیری	-۳/۷۲	۰/۵۲
	پس آزمون	پیش آزمون	۴/۱۴	۰/۵۶
		پیگیری	۰/۴۲	۰/۱۶

نتایج حاصل از آزمون تعقیبی بونفرونی در جدول ۴ حاکی از آن است که نمرات متغیرهای وابسته پژوهش (نشانگان سوگ و ابرازگری هیجانی) در مرحله پس آزمون و پیگیری در مقایسه با ابتدای پژوهش (مرحله پیش آزمون) تفاوت دارد. بدان معنا که مداخله به کار گرفته شده در این پژوهش (درمان فرانتشخیصی یکپارچه‌نگر کودک‌محور) میانگین نمرات متغیر نشانگان سوگ را در دو مرحله پس از مداخله (پس آزمون و پیگیری) نسبت به مرحله پیش آزمون کاهش و میانگین نمرات متغیر ابرازگری هیجانی افزایش معنادار داده است. اما این تغییرات در مقایسه

نتایج حاصل جدول شماره ۳ بیانگر آن بود که عامل زمان یا مراحل ارزیابی (پیش آزمون- پس آزمون و پیگیری) توانسته اثر معناداری بر نمرات نشانگان سوگ و ابرازگری هیجانی کودکان دارای تجربه سوگ داشته و به ترتیب ۵۱ و ۵۹ درصد از تفاوت در واریانس‌های نمرات نشانگان سوگ و ابرازگری هیجانی را تبیین می‌کند. علاوه بر این، عامل عضویت گروهی (درمان فرانتشخیصی یکپارچه‌نگر کودک‌محور) یا نوع درمان دریافتی هم بر نشانگان سوگ و ابرازگری هیجانی کودکان دارای تجربه سوگ تاثیر معنادار داشته و به ترتیب ۴۷ و ۵۳ درصد از تفاوت در نمرات این متغیرها را تبیین می‌کند. از طرفی نتایج نشان داد که نوع درمان دریافتی (درمان فرانتشخیصی یکپارچه‌نگر کودک‌محور) در مراحل مختلف ارزیابی هم بر نشانگان سوگ و ابرازگری هیجانی کودکان دارای تجربه سوگ تاثیر معنادار داشته و به ترتیب ۶۱ و ۶۵ درصد از تفاوت در نمرات این متغیرها را تبیین می‌کند. جهت بررسی کفایت حجم نمونه نیز توان آماری ۱۰۰ درصدی نشانگر آن بود که دقت آماری و کافی بودن حجم نمونه در این پژوهش و نتایج وجود دارد. جدول ۴ نشان دهنده تفاوت زوجی نمرات متغیرهای وابسته بر اساس مراحل ارزیابی (پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری) با بهره‌گیری از آزمون تعقیبی بونفرونی است.

مراحل پس از آزمون با پیگیری وجود ندارد. چرا که اثر مداخله توانسته ماندگار باشد.

بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر کودک محور بر نشانگان سوگ و ابرازگری هیجانی کودکان دارای تجربه سوگ انجام شد. نتایج نشان داد که درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر کودک محور بر نشانگان سوگ و ابرازگری هیجانی کودکان دارای تجربه سوگ تأثیر معنادار داشته است. اولین یافته مطالعه حاضر مبنی بر اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر کودک محور بر نشانگان سوگ کودکان دارای تجربه سوگ با نتایج پژوهش گوهری و همکاران (۲۱) مبنی بر اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر کودک محور بر ناگویی هیجانی کودکان طلاق با دشواری در خودنظم‌دهی هیجانی؛ با گزارش ساندین و همکاران (۱۷) مبنی بر تأثیر درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر کودک محور بر کاهش مشکلات هیجانی کودکان و نوجوانان؛ و در نهایت با نتایج پژوهش کندی، بیلک و ارنریچ-مای (۲۰) مبنی بر اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر کودک محور بر مشکلات ارتباطی و هیجانی کودکان همسو بود. در تبیین یافته حاضر مبنی بر اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر کودک محور بر کاهش نشانگان سوگ در کودکان دارای تجربه سوگ باید گفت، یکی از تکنیک‌های اصلی درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر ارزیابی مجدد شناختی و هیجانی است که از طریق آن کودک از تأثیر ارتباط متقابل بین افکار و هیجان‌ها آگاه می‌شود و ارزیابی‌های ناسازگارانه اتوماتیک شناسایی می‌شوند (۱۸)؛ بنابراین می‌توان گفت که این تکنیک در درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر می‌تواند باعث شود که کودکان دارای تجربه سوگ نسبت به پردازش‌های شناختی و هیجانی ناکارآمدی که منجر به تخریب پردازش سازگارانه هیجان‌ها و بروز مشکلات فیزیولوژیکی همانند نشانگان سوگ می‌شود، آگاهی یافته و با تجدیدنظر در فرایندهای شناختی و کنار نهادن افکار و هیجان‌های نشخوارگونه، نشانگان سوگ کمتری را

تجربه نمایند. همچنین درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر به کودکان می‌آموزد که چگونه با هیجان‌ها و شناخت‌های ناخوشایند خود مواجه شده و به شیوه سازگارانه‌تری به هیجان‌ها و شناخت‌های خود پاسخ دهند (۱۶). این درمان کمک می‌کند تا کودکان دارای تجربه سوگ فهم بهتری از تعامل افکار، احساس‌ها و هیجان‌ها در ایجاد تجربه‌های هیجانی درونی داشته باشند. این کودکان یاد می‌گیرند تا آگاهی بهتری از تجربه‌های هیجانی و شناختی خود کسب کنند، با ارزیابی‌های شناختی منفی از احساس‌ها و هیجان‌های منفی خود چالش کنند، رفتارهای ناشی از هیجان را شناسایی و اصلاح کنند، آگاهی و تحمل احساس‌های منفی در طی مواجهه درون‌زاد را کسب کنند و در بافت‌های موقعیتی و درون‌زاد با تجربه‌های هیجانی خود مواجه شوند. همه این مهارت‌ها، با اصلاح عادات شناختی و هیجانی ناکارآمد منجر به کاهش شدت تجربه‌های شناختی و هیجانی ناسازگارانه و برگرداندن پردازش‌های شناختی و هیجانی به سطح کارکردی می‌شود. این فرایند نیز سبب می‌شود تا با تغییر در پردازش‌های شناختی و هیجانی با شواهد ناقص، کودکان دارای تجربه سوگ بتوانند آرامش ذهنی، هیجانی و روانی بیشتری را تجربه کرده و در نتیجه از میزان نشانگان سوگ آنان کاسته شود. **علاوه بر این باید گفت** این درمان بر درک فردی کودک و تجربیات عاطفی او از سوگ تأکید دارد. با توجه به تفاوت‌های کودکان در پردازش سوگ، رویکرد کودک محور به آنها کمک می‌کند تا احساسات خود را به شیوه‌ای امن بیان کنند، که می‌تواند تنش‌های روانی عامل نشانگان سوگ را کاهش دهد. همچنین باید گفت نشانگان سوگ در کودکان داغ‌دیده اغلب ناشی از اضطراب، افسردگی، یا ترس از جدایی است که ممکن است به صورت رسمی تشخیص داده نشوند. این درمان با هدف قرار دادن عوامل مشترک زیربنایی (مانند تنظیم هیجان، کاهش نشخوار فکری و بهبود احساس امنیت) به آرامش ذهنی و روانی کمک می‌کند. در نهایت باید اشاره کرد سوگ می‌تواند حس امنیت کودک را مختل کند و منجر به کابوس یا بی‌خوابی شود. این درمان با ایجاد رابطه درمانی ایمن و حمایتگر، به کودک کمک می‌کند

تا اعتماد از دست‌رفته را بازسازی کند، که برای کاهش نشانگان سوگ حیاتی است.

یافته دوم مبنی بر اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر کودک‌محور بر ابرازگری هیجانی کودکان دارای تجربه سوگ، با نتایج پژوهش محمدی، نهنگ و حسینی (۲۴) مبنی بر تاثیر درمان فراتشخیص یکپارچه بر خودپنداشت و آشفتگی روان‌شناختی دانش‌آموزان دارای علائم افسردگی؛ با یافته شاو، هالیدی و ارنریچ- مای (۱۶) مبنی بر اثر درمان فراتشخیصی یکپارچه کودک‌محور بر کاهش نشانه‌های اختلال وسواس فکری- عملی و بهبود سلامت روان کودکان؛ و در نهایت با گزارش اخهارت و همکاران (۱۹) مبنی بر اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه کودک‌محور بر مشکلات هیجانی کودکان همسو بود. در تبیین احتمالی یافته دوم مبنی بر اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر کودک‌محور بر ابرازگری هیجانی کودکان دارای تجربه سوگ، باید گفت درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر لبریز از تکنیک‌هایی است که هیجانان افراد را تعدیل می‌کنند؛ به عنوان نمونه می‌توان به بازشناسی هیجان‌ها، آموزش آگاهی هیجانی، یادگیری مشاهده هیجانی، آشنایی با راهبردهای مختل اجتناب تجربه‌ای و آگاهی یافتن از اثرات منفی اجتناب تجربه‌ای، آشنایی و شناسایی رفتارهای ناشی از هیجان و رویارویی با هیجان مبتنی بر موقعیت اشاره کرد (۱۵). بنابراین می‌توان گفت درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر با تکیه بر تکنیک‌های تنظیم هیجان موجب می‌شود که کودکان دارای تجربه سوگ به بازاریابی هیجانان و مخصوصاً هیجان‌ها و شناخت‌های منفی خود پردازند و این هیجان‌ها را در درون خویش مورد پذیرش قرار دهند که این امر موجب افزایش راهبرد بازاریابی هیجانی و کاهش آشفتگی روانی و هیجانی در آنان می‌شود. این فرایند باعث می‌شود تا این کودکان چرخه هیجانی و روانی خود را مورد ارزیابی مجدد قرار داده و با رفع گره‌های عاطفی و نقیصه‌های هیجانی، تعاملات اجتماعی سازگارانه‌تری را برقرار نموده و به میزان ابرازگری هیجانی آنان نیز افزوده شود. همچنین در این روش درمانی به کودکان دارای تجربه سوگ آموزش داده شد که از

هیجان‌های مثبت و منفی خود آگاهی یابند، آنها یاد گرفتند که اجتناب از هیجان‌ها می‌تواند موجب دور شدن از هیجان‌ها و کنترل یا بازداري آنان شود؛ بنابراین نحوه روبرو شدن با هیجان‌ها از جمله هیجان‌های منفی و آگاهی از آثار منفی اجتناب هیجانی از آنها باعث شد تا کودکان دارای تجربه سوگ هیجان‌های منفی خود را بازداري نکرده و با انتقال آن به بافت آگاهی ذهنی به ابزار به موقع آنها پردازند. پردازش مناسب، مدیریت و ابراز درست هیجانان سبب شد تا از میزان تلنبار هیجان‌های منفی نسبت به رخدادهای محیطی و افکار و پردازش‌های شناختی و هیجانی نشخوارگونه حاصل از آن کاسته شود که این روند نیز با بهبود پردازش، مدیریت و ابراز هیجان‌ها، سبب بهبود تعاملات اجتماعی و ابرازگری هیجانی در نزد این کودکان شد. **در تبیین دیگر باید گفت** درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر بر هیجانان و نیازهای اساسی کودک **تمرکز دارد** (۲۴). این درمان با محوریت کودک، به او فضایی امن برای بیان هیجانان پیچیده ناشی از سوگ (مانند غم، خشم، یا احساس رها شدگی) می‌دهد. از آنجا که ابرازگری هیجانی اغلب ناشی از عدم درک یا پذیرش هیجانان توسط اطرافیان است، این رویکرد به کودک کمک می‌کند تا احساس دیده شدن و شنیده شدن را تجربه کند. علاوه بر این، درمان حاضر **توجه ویژه‌ای به رابطه درمانی دارد**. در این روش، رابطه درمانگر- کودک به عنوان عامل اصلی تغییر در نظر گرفته می‌شود. ایجاد یک دلبستگی ایمن با درمانگر می‌تواند جایگزینی موقت برای رابطه از دست‌رفته کودک باشد و بدکارکردی هیجانی ناشی از فقدان را تسکین دهد.

دامنه محدود پژوهش به کودکان ۷ تا ۱۱ سال دارای تجربه سوگ محصل در شهر اصفهان، عدم کنترل متغیرهای شخصیتی، هیجانی، محیطی، خانوادگی و اجتماعی مؤثر بر نشانگان سوگ و ابرازگری هیجانی کودکان دارای تجربه سوگ، عدم استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی و عدم برگزاری مرحله پیگیری طولانی (شش ماهه و یک ساله) از محدودیت‌های پژوهش حاضر بود. پیشنهاد می‌شود برای افزایش قدرت تعمیم‌پذیری، در سطح پژوهشی، این پژوهش در شهرها و مناطق و جوامع با

نشانگان سوگ و ابرازگری هیجانی صورت پذیرد تا از مزمن تر شدن این علائم پیشگیری گردد.

تشکر و قدردانی

مقاله حاضر برگرفته از رساله دوره دکتری تخصصی نویسنده اول مقاله در دانشگاه آزاد اسلامی واحد شهرکرد بود. بدین وسیله از تمام کودکان حاضر در پژوهش، والدین آنان و مسئولین آموزش و پرورش ناحیه شش شهر اصفهان و همچنین مسئولین مراکز مشاوره این ناحیه که همکاری کاملی جهت اجرای پژوهش داشتند، قدردانی به عمل می آید.

حمایت مالی

هیچ سازمان دولتی و خصوصی از این پژوهش حمایت مالی نکرده است.

تعارض منافع

در این پژوهش هیچ تعارض منافی توسط نویسندگان گزارش نشده است.

فرهنگ‌های مختلف، دیگر گروه‌های سنی، سایر جامعه کودکان همانند کودکان دارای اختلال رفتار درونی و برونی‌سازی شده، کودکان دارای بیماری‌های فیزیولوژیک مزمن و کودکان طلاق، مهار عوامل ذکر شده و اجرای مرحله پیگیری طولانی‌تر اجرا گردد. با توجه به درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر کودک محور بر نشانگان سوگ و ابرازگری هیجانی کودکان دارای تجربه سوگ، پیشنهاد می‌شود در سطح عملی درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر کودک محور با تهیه برشور و کتابچه‌های علمی به مشاوران، روان‌شناسان و درمانگران مراکز مشاوره (به خصوص مراکز مشاوره اداره آموزش و پرورش) ارائه شود تا با استفاده از محتوای این مداخله در جهت کاهش نشانگان سوگ و بهبود ابرازگری هیجانی کودکان دارای تجربه سوگ گام‌های عملی بردارند. همچنین پیشنهاد می‌شود که کارشناسان مشاوره و مدیران مراکز مشاوره ادارت آموزش و پرورش با همکاری معاونت پرورشی و همچنین معاون آموزش ابتدایی نواحی، نسبت به شناسایی این کودکان و همچنین شناسایی متغیرهای همپود و موثر بر سوگ کودکان اقدام نمایند. پس از مرحله شناسایی لازم است آموزشی عمومی برای دانش‌آموزان سوگوار در جهت کاهش

Reference

- Ouyang N, Baker JN, Ananth PJ, Knobf MT, Snaman JM, Feder SL. Parent-Clinician Communication and Prolonged Grief in Parents Whose Child Died From Cancer. *Journal of Pain and Symptom Management*, 2024; 68(5): 516-524.
- Boelen PA, Spuij M, Lenferink LIM. Comparison of DSM-5 criteria for persistent complex bereavement disorder and ICD-11 criteria for prolonged grief disorder in help-seeking bereaved children. [Journal of Affective Disorders](#), 2019; 250: 71-78.
- Fitzgerald DA, Nunn K, Isaacs D. What we have learnt about trauma, loss and grief for children in response to COVID-19. [Paediatric Respiratory Reviews](#), In Press, Corrected Proof, 2021.
- Cohen JA, Mannarino AP. Trauma-focused cognitive behavioral therapy for childhood traumatic separation. *Child abuse & neglect*, 2019; 92: 179-195.
- Tolahunase MR, Sagar R, Chaurasia P, Dada R. Impact of yoga- and meditation-based lifestyle intervention on depression, quality of life, and cellular aging in infertile couples. [Fertility and Sterility](#), 2018; 110(4): 67-74.
- Hanauer C, Telaar B, Rosner R, Doering BK. The efficacy of psychosocial interventions for grief symptoms in bereaved children and adolescents: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 2024; 350: 164-173.
- Pinks D, Warren-James M, Katsikitis M. Does a peer social support group intervention using the cares skills framework improve emotional expression and emotion-focused coping in paramedic students? [Australasian Emergency Care](#), 2021; 24(4): 308-313.
- Yu X, He T, Tan Y, Chi P, Lin X. Intergenerational effects of childhood maltreatment: The relationships among parental childhood emotional neglect, emotional expressiveness and children's problem behaviors. *Child Abuse & Neglect*, 2023; 140: 1061-1066.
- Milojevich HM, Haskett ME. Longitudinal associations between physically abusive parents' emotional expressiveness and children's self-regulation. *Child Abuse & Neglect*, 2018; 77: 144-154.

10. Riley TN, Sullivan TN, Hinton TS, Kliever W. Longitudinal relations between emotional awareness and expression, emotion regulation, and peer victimization among urban adolescents. *Journal of Adolescence*, 2019; 72: 42-51.
11. Brodahl K, Finset A, Storøy HE, Pedersen R. Medical students' expressions of empathy: A qualitative study of verbal interactions with patients expressing emotional issues in a medical interview. *Patient Education and Counseling*. 2021; 104(12): 2936-2943.
12. Ehrenreich-May J, Kennedy SM, Sherman P, Bielick S, Bazla J, Bent D, Barlow DH. **Unified Transdiagnostic Treatment Protocols for Emotional Disorders in Children and Adolescents**. Translated by Firouzeh Zarghami, Mehdi Akbari, and Fatemeh Sarvari. Arjmand Publications. 2018. (In Persian)
13. Pan M, Liu X, Gao X, Fu X, Liu L, Li H, Wang Y, Qian Q. Feasibility, Acceptability, and Preliminary Efficacy of the Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders in Adolescents in China: A Pilot Study. *Behavior Therapy*, 2025; 55(1): 145-161.
14. Caiado B, Guiomar R, Gomes-Pereira B, Góis AC, Sousa B, Canavarro MC, Ehrenreich-May J, Moreira H. Is the Unified Protocol for Children (UP-C) Effective for the Transdiagnostic Treatment of Children's Emotional Disorders? A Randomized Controlled Trial. *Behavior Therapy*, In Press, Journal Pre-proof. 2024.
15. Kennedy SM, Wilkie DP, Henry L, Moe-Hartman J, President K, Townson K, Anthony LG, Hawks, JL. The Unified Protocols for Children and Adolescents in Partial Hospitalization: Using Implementation Science Frameworks to Guide Adaptation. *Cognitive and Behavioral Practice*, 2023; 30(3): 367-383.
16. Shaw AM, Halliday ER, Ehrenreich-May J. The effect of transdiagnostic emotion-focused treatment on obsessive-compulsive symptoms in children and adolescents. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 2020; 26: 1005-1009.
17. Sandín B, Julia G, Valiente M, Espinosa V. Clinical Utility of an Internet-Delivered Version of the Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders in Adolescents (iUP-A): A Pilot Open Trial. *Int J Environ Res Public Health*, 2020; 10(6): 1-17.
18. Sherman JA, Ehrenreich-May J. Changes in Risk Factors During the Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders in Adolescents. *Behavior Therapy*, 2020; 51(6): 869-881.
19. Eckhardt S, Martell C, Lowe KD, Grange D, Ehrenreich-May J. An ARFID case report combining family-based treatment with the unified protocol for Transdiagnostic treatment of emotional disorders in children. *Journal of Eating Disorder*, 2019; 34: 154-165.
20. Kennedy SM, Bilek EL, Ehrenreich-May J. A Randomized Controlled Pilot Trial of the Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders in Children. *Behavior Modification*, 2019; 43(3): 330-360.
21. Gohari S, Hosseini Almadani, SA, Afkari F. Efficacy of Child-Oriented Unified Trans-Diagnostic Treatment for Alexithymia in Divorce-Engaged Children with Emotional Self-Regulation Difficulties. *Journal of Applied Psychological Research*, 2023; 14(2): 179-194. (In Persian)
22. Sharafi M, Jafari D, Bahrami M. Comparison of the Effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy and Unified Transdiagnostic Therapy on the Depression and Anxiety Symptoms of Adolescents with Generalized Anxiety Disorder. *RBS*, 2023; 21 (1): 138-150. (In Persian)
23. Ghasemzadeh S, Naghsh Z, Gholami Fesharaki M, Shafiee E. The Effectiveness of Transdiagnostic Treatment Program on Improving the Quality of Life and Reducing Depression in Children with Type 1 Diabetes: An Experimental Study. *Shefaye Khatam* 2021; 9(4): 71-80. (In Persian)
24. Mohammadi R, Nahang A A, Hoseini M A. The Effectiveness of Unified Transdiagnostic Therapy on Self-Concept and Psychological Disorder of the Students with Depression Symptoms. *J Child Ment Health*, 2020; 6(4): 108-118. (In Persian)
25. Barrett, T.W., Scott, T.B. (1989). Development of the Grief Experience Questionnaire. *Journal of Suicide and Life Threatening Behavior*, 19(2), 201- 215.
26. Jazini S, Golparvar M, Sajjadian E. Investigating the Effectiveness of "Combined Package" (Play Therapy and Story Therapy) on Bereavement and Depression Symptoms of 5-10-year-Old Children Suffering From Bereavement. *JHPM*, 2023; 12(6): 39-52. (In Persian)
27. Penza-Clyve S, Zeman J. *Initial Validation of Emotion Expression Scale for Children (EESC)*. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 2002; 31(4): 540-547.
28. Ariapooran S. *Comparing the emotion expression, emotional literacy and social self-efficacy in children with and without learning disabilities*. *Journal of Learning Disabilities*, 2016; 5(2): 7-26. (In Persian)

Original Article

The Effectiveness of Child Oriented Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment on Grief Symptoms and Emotional Expression in 7- to 11-Year-Old Children with Grief Experience

Received: 26/07/2025 - Accepted: 01/12/2025

Zahra Nariman¹
Tayyebeh Sharifi^{2*}
Mohammad Ghasemi Pirbaloti³

¹ PhD student, Department of Psychology, Shk. C., Islamic Azad University, Shahrekord, Iran.

² Full Professor, Department of Psychology, Shk. C., Islamic Azad University, Shahrekord, Iran.

³ Assistant Professor, Department of Psychology, Shk. C., Islamic Azad University, Shahrekord, Iran.

Email: ta.sharifi@iau.ac.ir

Abstract

Introduction: Grief in childhood is an experience that exposes children to numerous psychological, emotional, social, and academic crises. Based on this the present study was conducted to investigate the effectiveness of child oriented unified protocol for transdiagnostic treatment on grief symptoms and emotional expression in 7- to 11-year-old children with grief experience.

Methods: The current study was a experimental application with a pre-test-post-test design with a control group and a two-month follow-up period. The statistical population of the study included children aged 7 to 11 who had experienced grief and were studying in Isfahan during the 2024-2025 academic year. In this research, 36 children were selected by purposeful sampling and randomly assigned to experimental and control groups (18 children in the experimental group and 18 children in the control group). The children in the experimental group received the unified protocol for transdiagnostic treatment during ten weeks in ten 75-minute sessions. Children's Grief Questionnaire (CGQ), and Emotion Expression Scale for Children (EESC) were used in the present study. The data were analyzed through mixed ANOVA via SPSS23 software.

Results: The results showed that child oriented unified protocol for transdiagnostic treatment has significant effect on the grief symptoms ($p < 0.0001$) and emotional expression ($p < 0.0001$) in children with grief experience.

Conclusion: According to the findings of the study it can be concluded that unified protocol for transdiagnostic treatment can be used as an efficient method to decrease grief symptoms and increase emotional expression in children with grief experience through identifying emotions, teaching emotional awareness, cognitive reevaluation, identifying emotion avoidance models and investigating behaviors resulting from emotions.

Keywords: Unified Protocol For Transdiagnostic Treatment, Emotional Expression, Grief Experience