

Research Paper

Comparison of the Effectiveness of Unified Transdiagnostic Therapy with Cognitive Behavioral Therapy on Social Adjustment and Self-esteem in Child Labours

Seyedeh Elnaz Mousavi¹ , Jafar Sarani Yaztappeh² , Leila Salek Ebrahimi^{*3} , Gholamreza Ahmadi⁴ 

1. Assistant Professor, Department of Clinical Psychology, Zanjan University of Medical Sciences, Iran

2. Ph.D. Student in Clinical Psychology, School of Medicine, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.



3. Assistant Professor, Department of Clinical Psychology, Research Center of Psychiatry And Behavioral Sciences, Tabriz University of Medical Sciences, Iran

4. M.A. in Psychology, Faculty of Psychology & Educational Sciences, Allameh Tabatabaee University, Tehran, Iran

Citation: Mousavi SE, Sarani Yaztappeh J, Salek Ebrahimi L, Ahmadi G. Comparison of the effectiveness of unified transdiagnostic therapy with cognitive behavioral therapy on social adjustment and self-esteem in child labours. J Child Ment Health. 2023; 9 (4):72-89.



URL: <http://childmentalhealth.ir/article-1-1224-en.html>

 [10.52547/jcmh.9.4.7](https://doi.org/10.52547/jcmh.9.4.7)
 [20.1001.1.24233552.1401.9.4.7.9](https://crossmark.crossref.org/orgs/10.1001.1.24233552.1401.9.4.7.9)

ARTICLE INFO

ABSTRACT

Keywords:

Unified transdiagnostic protocol, cognitive-behavioral therapy, self-esteem, social adjustment, child labours

Background and Purpose: One of the main problems of working children is the problem of social adjustment and self-esteem. One of the available psychotherapies is cognitive-behavioral therapy and unified transdiagnostic therapy. Thus, the present study was conducted with the aim of comparing the effectiveness of unified transdiagnostic protocol with cognitive behavioral therapy on social adjustment and self-esteem in working children.

Method: The current research was a quasi-experimental study with a pre-test-post-test design. The studied population included all the socially disadvantaged girls (working children) of Tehran in 2019, and 30 people were selected as the study sample with the purposeful sampling method and were randomly placed to two groups of Unified Transdiagnostic therapy and cognitive behavioral therapy. First, the social adjustment questionnaire (Sinha and Singh, 1993) and the self-esteem scale (Pope et al., 1998) were administered as a pre-test on both groups. The first experimental group received cognitive behavioral therapy for eighteen 90-minute sessions and the second experimental group received unified transdiagnostic therapy for fifteen 90-minute sessions. The data were analyzed by the method of analysis of variance with repeated measurements and SPSS version 25 software.

Results: The results showed that both treatments managed to significantly increase their social adjustment and self-esteem in the post-test and follow-up stages in working children. However, the comparison of effectiveness between unified Transdiagnostic Protocol and cognitive-behavioral therapies shows that the effectiveness of the in self-esteem (partial $\eta^2=0.34$; $P<0.01$; $F=14.46$) and social adjustment (partial $\eta^2=0.16$; $P<0.05$; $F=11.33$) was more than cognitive behavioral therapy.

Conclusion: Pediatric transdiagnostic therapy was more effective in improving social adjustment and self-esteem than cognitive-behavioral therapy. Although UP-C has shown promising results, more clinical trials are needed to evaluate the effectiveness of UP-C in different communities and other concurrent mental states.

Received: 25 Dec 2021

Accepted: 7 Feb 2023

Available: 13 May 2023



* **Corresponding author:** Leila Salek Ebrahimi, Assistant Professor, Department of Clinical Psychology, Research Center of Psychiatry And Behavioral Sciences, Tabriz University of Medical Sciences, Iran

E-mail: Salekebrahimi@tbzmed.ac.ir

Tel: (+98) 4133357451

2476-5740/ © 2023 The Authors. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Extended Abstract

Introduction

The phenomenon of child labor has been a social problem for more than a decade (1). According to the International Labor Organization, these children are facing many problems (2), such as infectious diseases and behavioral disorders (3, 4). Most children have experienced at least one type of misbehavior (6). Social adjustment refers to the interaction of people and the social environment (8), which is associated with many problems in children (9). Self-esteem is a mental structure that reflects the perception, emotional evaluation, and acceptance of a person about himself (11). The relationship between low self-esteem and psychiatric disorders indicates the important trans-diagnostic structure of self-esteem (12). One of the effective interventions for self-esteem is cognitive behavioral therapy (14), which focuses on negative self-evaluation beliefs (14). Cognitive behavioral therapy at high levels leads to a trans-diagnostic approach (15), which assumes the same etiology for disorders as the dimensional perspective (16).

Also, due to the high comorbidity of emotional problems, transdiagnostic therapy can be highly effective (18) in a wide range of emotional disorders (19, 20), anxiety (21), mood (22, 23), and depression (24).) and increase the quality of life (25), adjustment (26-28), cognitive flexibility (29), and positive metacognitions (30), which is an optimal (31) and comprehensive (32) method in emotional problems. Various studies confirm the effectiveness of trans-diagnostic therapy compared to cognitive-behavioral therapy (33, 34), (35), (36, 37), and (38), which is not consistent with some findings (39). Therefore, due to the novelty of the trans-diagnostic approach, and the contradictory results, it is necessary to research to compare the effectiveness of trans-diagnostic treatment and cognitive behavioral therapy in working children. Therefore, the present study was conducted to compare the effectiveness of unified trans-diagnostic therapy with cognitive behavioral therapy on social adjustment and self-esteem in working children.

Method

The present study was a quasi-experimental study with a pre-test, post-test, and follow-up period (three months). The statistical population was all socially disadvantaged girls of Tehran city, 30 of whom were selected by purposeful sampling and randomly placed in two experimental groups of 15 each. Age range between 8 and 11 years, membership in the centers covered by the Children Working Help Network, interest in participating in the research, having at least one parent and the child's and their caregiver's written consent to participate in the study, Iranian nationality, not suffering from a chronic medical disease, and the lack of history of sexual abuse was the criteria for entering the research. The criteria for exclusion from the study include receiving psychological intervention at the same time as conducting the research, drug therapy at the same time as the intervention or within a month before the intervention, lack of consent to continue the treatment, exacerbation of the individual's problems during the intervention, and absence of more than two sessions. (It should be noted that the entry and exit criteria were examined through interviews with the child and parents, as well as his diagnostic file in the welfare organization).

Social adjustment and self-esteem questionnaires were used to collect data. Self-esteem is a 60-item scale with four subscales: academic, physical, social, and family, which has been standardized in Iran (42). Also, the social adjustment questionnaire of students has three subscales: social, emotional, and educational, which was used from the Iranian standardized version (43). The first experimental group received 18 sessions (90 minutes) of cognitive behavioral therapy based on the protocol of Kendall et al (46). The second group also received Barlow's (35) unified transdiagnostic treatment protocol for 15 sessions of 90 minutes by the first author. After completing the interventions, a post-test and a follow-up test were taken from both groups after three months. Then the research data was analyzed with the analysis of variance test with repeated measurements and SPSS-25 software.

Results

The mean and standard deviation of the pre-test-post-test and follow-up scores for the research variables are presented in Table 1.

Table 1. Descriptive Indicators with results of analysis of variance with repeated measurements

Variable	groups	pre-test	post-test	Follow up	F statistic	p Value	
		Mean +SD	SD +Mean	SD +Mean			
Self-esteem	General	UP-C	9.80±2.75	16.33±10.07	17.20±9.96	19.68	<0.001
		CBT	7.80±2.92	13.53±3.56	11.43±3.02	1.40	0.185
	physical	UP-C	9.06±4.22	16.66±3.49	15.02±6.21	9.81	0.001
		CBT	10.13±3.72	13.53±2.55	11.60±3.39	5.34	0.005
	educational	UP-C	7.20±2.39	15.40±12.41	14.80±12.66	87.23	<0.001
		CBT	8.13±2.47	12.86±2.07	13.80±2.29	6.93	0.004
	family	UP-C	5.60±2.82	17.00±6.05	15.13±3.38	71.64	<0.001
		CBT	8.00±3.11	12.53±2.85	12.80±3.38	12.14	<0.001
	social	UP-C	8.13±3.77	16.73±2.08	13.46±1.64	8.85	<0.001
		CBT	9.40±1.92	12.78±2.68	13.53±1.92	11.33	<0.001

Social adjustment	social	UP-C	8.13±3.77	20.33±8.88	13.46±8.64	13.00	0.001
		CBT	8.33±3.03	11.26±0.08	14.33±2.99	4.43	0.017
	emotional	UP-C	8.60±3.60	15.53±2.58	14.33±1.79	59.63	0.001
		CBT	8.73±2.28	11.33±3.43	13.80±1.69	40.48	0.001
	educational	UP-C	11.46±13.18	14.20±3.02	15.53±1.99	28.96	<0.001
		CBT	7.60±3.20	12.86±2.78	13.93±2.96	1.76	0.181

According to Table 1, it can be said that the participants' scores in self-esteem and social adjustment increased from the pre-test to the follow-up. Also, the main effect of all components of self-esteem is significant, that is, the interventions had significant effects in at least one of the groups from pre-test to follow-up. Also, the examination of the interaction effect of the group with the components of self-esteem shows that, apart from the general self-esteem (partial $\eta^2=0.06$; $p=0.185$; $F=1.40$), physical components (partial $\eta^2=0.17$; $p=0.005$; $F=5.34$), educational (partial $\eta^2=0.20$; $p=0.004$; $F=6.93$), family (partial $\eta^2=0.31$; $p<0.001$; $F=12.14$), and social (partial $\eta^2=0.35$; $p<0.001$; $F=11.33$), they drive significant changes. In line with Table 1, the estimated means also show that the general self-esteem of the transdiagnostic therapy group in the post-test ($M=16.33$) is significantly higher than the cognitive behavioral therapy group, which was stable until the follow-up period. Also, examination of the physical self-esteem shows a significant increase from post-test ($M=16.66$) to follow-up ($M=15.60$) in the UP-C compared to the cognitive-behavioral group ($M=13.53$). The comparison of the educational component also shows that the means of the UP-C group are higher than CBT in the post-test ($M=15.40$) and follow-up ($M=14.80$; $p=0.004$). As well as, the examination of family ($M=17.00$; $p=0.01$) and social ($M=16.73$; $p=0.01$) components in self-esteem shows that the meta-diagnostic group has increased more than the cognitive-behavioral group.

Conclusion

The results of this study showed that trans-diagnostic therapy was more effective than cognitive behavioral therapy in increasing social adjustment and self-esteem. The review of studies also shows that the current research is implicitly consistent with previous findings (17-36). Studies show that the unified protocol is effective in reducing emotional disorders (16), improving quality of life (25), and increasing social adaptation (28). The explanation of these findings can be attributed to the fact that social adjustment is more related to the reduction of common pathology in emotional disorders than to specific diagnostic symptoms. Fernandez-Martinzal et al. (19) describe the long-term effects of trans-diagnostic interventions on children's life skills and emotional problems as promising.

Also, the effectiveness of cognitive-behavioral therapy in increasing self-esteem was confirmed, which is in line with White et al.'s research (14). Unified therapy is more effective compared to cognitive behavioral therapy is implicitly in line with Akbari et al.'s findings (22). The explanation of this finding can be said that trans-diagnostic treatment focuses on changing dysfunctional reactions to emotions by increasing the emotional awareness of the conscious mind as well as cognitive flexibility, reducing avoidance (15) and cognitive components such as cognitive restructuring (23).

The selection of the research sample was among the working children of a certain area of Tehran (Farahzad area), the unisex nature of the sample and the lack of a control group were the limitations of the research, so it is suggested that future researches use random sampling that includes both Gender and control group along with a long follow-up, report more generalizable results. Also, the use of trans-diagnostic interventions in other prevention models (comprehensive and selective) and the use of trans-diagnostic treatment on other populations, including adolescents and the elderly, are other suggestions for the current research.

Ethical Considerations

Compliance with ethical guidelines: This article was taken from the approved plan of Shahid Beheshti University of Medical Sciences, with code of ethics number IR.SBMU.MSP.REC.1396.322 obtained from the National Ethics Committee in Biomedical Research. Also, ethical considerations such as confidentiality, confidentiality of identity information, and informed consent of the participants have been fully observed in this research.

Funding: This research was done with the financial support of Shahid Beheshti University of Medical Sciences.

Authors' contribution: In this research, the first and third authors were involved in writing and conceptualizing the article and collecting data, and the second and fourth authors were involved in collecting the background, analyzing data, and editing the article.

Conflict of interest: Conducting this research has not resulted in any conflict of interest for the authors, and its results have been reported in a completely transparent and unbiased manner.

Acknowledgments: We would like to express our gratitude to all the participants who helped us in this research.

مقاله پژوهشی

مقایسه اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه با درمان شناختی رفتاری بر سازش یافتگی اجتماعی و حرمت خود در کودکان کار

سیده الناز موسوی^۱، جعفر سارانی یازتپه^۲، لیلا سالک ابراهیمی^{۳*}، غلامرضا احمدی^۴

۱. استادیار روان‌شناسی بالینی، گروه روان‌شناسی بالینی، دانشگاه علوم پزشکی زنجان، ایران

۲. دانشجوی دکتری روان‌شناسی بالینی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

۳. استادیار گروه روان‌شناسی بالینی، مرکز تحقیقات روان‌پزشکی و علوم رفتاری، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، ایران

۴. کارشناسی ارشد روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبایی، تهران، ایران

مشخصات مقاله

چکیده

کلیدواژه‌ها:

درمان فراتشخیصی،
درمان شناختی رفتاری،
حرمت خود،
سازش‌یافتگی اجتماعی،
کودکان کار

زمینه و هدف: از جمله مشکلات اصلی کودکان کار مشکل در سازش‌یافتگی اجتماعی و حرمت خود است. یکی از روان‌درمانی‌های موجود، درمان شناختی رفتاری و درمان فراتشخیصی یکپارچه است. بدین ترتیب پژوهش حاضر با هدف مقایسه‌ای اثربخشی پروتکل فراتشخیصی یکپارچه با درمان شناختی رفتاری بر سازش‌یافتگی اجتماعی و حرمت خود در کودکان کار انجام شد.

روش: پژوهش حاضر یک مطالعه شبه‌تجربی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون بود. جامعه مورد مطالعه شامل تمامی دختران آسیب‌دیده اجتماعی (کودکان کار) شهر تهران در سال ۱۳۹۸ بودند که با روش نمونه‌گیری هدفمند، تعداد ۳۰ نفر به‌عنوان نمونه مورد مطالعه انتخاب شده‌اند و به تصادف در دو گروه درمان فراتشخیصی یکپارچه و درمان شناختی رفتاری جایدهی شدند. نخست پرسشنامه سازش‌یافتگی اجتماعی (سینها و سینگ، ۱۹۹۳) و مقیاس حرمت خود (پوپ و همکاران، ۱۹۹۸) به‌عنوان پیش‌آزمون بر روی هر دو گروه اجرا شد. گروه آزمایش یکم، درمان شناختی رفتاری را به مدت هجده جلسه ۹۰ دقیقه‌ای و گروه آزمایش دوم، درمان فراتشخیصی را در پانزده جلسه ۹۰ دقیقه‌ای دریافت کردند. داده‌ها با روش آزمون تحلیل واریانس با تکرار سنجش و نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۵ تحلیل شد.

یافته‌ها: یافته‌ها نشان دادند که هر دو درمان، موفق به افزایش معناداری در سازش‌یافتگی اجتماعی و حرمت خود در مراحل پس‌آزمون و پیگیری در کودکان کار شدند. سپس از هر دو گروه پس‌آزمون به گرفته شد پس از سه ماه، پیگیری انجام شد. با وجود این مقایسه اثربخشی بین دو درمان یکپارچه‌نگر و شناختی رفتاری نشانگر آن است که اثربخشی پروتکل فراتشخیصی یکپارچه در حرمت خود ($F=14/46; P<0/01; \text{partial } \eta^2=0/34$) و سازش‌یافتگی اجتماعی ($F=11/33; P<0/05; \text{partial } \eta^2=0/16$) نسبت به درمان شناختی رفتاری بیشتر بود.

نتیجه‌گیری: درمان فراتشخیصی کودکان در مقایسه با درمان شناختی رفتاری در بهبود میزان سازش‌یافتگی اجتماعی و حرمت خود از اثربخشی بیشتری برخوردار بود. اگرچه درمان فراتشخیصی نتایج امیدوارکننده‌ای را نشان داد، اما کارآزمایی‌های بالینی بیشتری برای ارزیابی اثربخشی در جوامع مختلف و سایر وضعیت‌های روانی همزمان مورد نیاز است.

دریافت شده: ۱۴۰۱/۱۰/۰۴

پذیرفته شده: ۱۴۰۱/۱۱/۱۸

منتشر شده: ۱۴۰۲/۰۲/۲۳

* نویسنده مسئول: لیلا سالک ابراهیمی، استادیار گروه روان‌شناسی بالینی، مرکز تحقیقات روان‌پزشکی و علوم رفتاری، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، ایران

رایانامه: Salekebrahimi@tbzmed.ac.ir

تلفن: ۰۴۱-۳۳۳۵۷۴۵۱

مقدمه

بیش از یک دهه است که پدیده کار کودک^۱ یک معضل اجتماعی در ایران محسوب می شود (۱). بنا بر اعلام سازمان جهانی کار^۲، کودکان کار، در کارهایی به اشتغال گرفته می شوند که این کارها آنها را از دوران کودکی شان محروم می کند، یا امکان حضور منظم آنها در مدرسه تداخل دارد و از نظر روان شناختی و جسمانی بر آنان خطرناک و آسیب رسان است. کار کودک نزد بسیاری از کشورها و سازمان های بین المللی فعالیتی استثماری تلقی می شود (۲). گزارش ها نشان می دهد که پدیده کار کودک با مسائلی مانند پایین بودن میزان بهداشت و سلامتی، سوء تغذیه، بروز بیشتر بیماری های عفونی، و پیامدهای روان شناختی مانند اختلال های رفتاری و هیجانی همراه است (۳). مطالعات نشان می دهند که از ۲۱۸ میلیون کودک کار، بیشتر آنها در معرض مواد شیمیایی خطرناک^۳ قرار گرفته، و مشکلاتی در سلامت روانی و عصبی نشان می دهند (۴).

به گزارش یونیسف^۴، بیش از ۲۵ میلیون کودک کار در آسیا وجود دارد، همچنان که جمعیت دنیا رشد می کند. این پدیده اجتماعی نیز افزایش می یابد (۵). همچنین نتایج مطالعه ای در ایران نشان داد که حدود ۷۷ درصد از کودکان کار حداقل یک نوع سوء رفتار^۵ را تجربه کرده اند و زندگی کردن به تنهایی یا با یک والد، از جمله عوامل خطر ساز تجربه سوء رفتار محسوب می شد (۶). مطالعات نشان داده اند که کودکان خانواده های تک والدی مستعد کاهش پیشرفت آموزشی، خودپنداشت^۶، و سازش یافتگی اجتماعی^۷ هستند (۷). سازش یافتگی اجتماعی به عنوان تعامل بین افراد و محیط اجتماعی آنها تعریف می شود (۸). مطالعات حاکی از این موضوع است که کودکان با مشکلات سازش یافتگی اجتماعی، مشکلات درونی و برونی سازی بیشتری را نشان می دهند (۹).

برخی مطالعات نشان می دهند کودکان کار دارای سطح پایین تری از حرمت خود^۸ نسبت به سایر کودکان هستند (۱۰). حرمت خود، یک ساختار ذهنی است که ادراک، ارزیابی هیجانی و پذیرش فرد از خود را

منعکس می کند (۱۱). ارتباط بین حرمت خود پایین و اختلال های روان پزشکی^۹ نشان می دهد که حرمت خود پایین یک ساختار فراتشخیصی مهم محسوب می شود (۱۲). این مسئله نیز می تواند موجب مشکلات مهمی در زندگی روزمره این کودکان شده و گاهی منجر به ایجاد یا تشدید اختلال های هیجانی شود (۱۳).

از جمله مداخلات روان شناختی برای افزایش و بهبود حرمت خود، درمان شناختی رفتاری است (۱۴). درمان شناختی رفتاری برای بهبود حرمت خود با استفاده از تکنیک های استاندارد برای رسیدگی به چرخه های نگه دارنده فعلی افسردگی^{۱۰} و اضطراب^{۱۱} آغاز می شود و تمرکز آن به باورهای خودارزیابی منفی محدود می شود (۱۴).

از سوی دیگر، تحولات جدید در حوزه رفتاردرمانی شناختی به معرفی الگوی جدیدی به نام درمان فراتشخیصی یا روی آورد یکپارچه توسط بارلو و همکارانش منجر شده است (۱۵). درمان فراتشخیصی با روی آوردی ابعادی (۱۶) مؤلفه های زیربنایی آسیب روانی را هدف قرار می دهد و می تواند برای اختلال ها و مشکلاتی که زیربنای یکسان یا مشابهی دارند، کاربرد داشته باشد (۱۷). از دیگر سو همبودی بین اضطراب و افسردگی نیز به میزان بالایی است، در نتیجه برنامه های درمانی مانند درمان فراتشخیصی که هر دو اختلال را هدف قرار می دهند، می توانند پیشرفت قابل توجهی را در عرصه پیشگیری و درمان ایجاد کنند (۱۸). پژوهش ها نیز نشان دادند که روی آورد فراتشخیصی در درمان طیف وسیعی از اختلال های هیجانی (۱۹ و ۲۰)، اضطرابی (۲۱)، خلقی (۲۲ و ۲۳)، پیشگیری از افسردگی (۲۴) و افزایش کیفیت زندگی (۲۵)، سازش یافتگی (۲۶-۲۸)، انعطاف پذیری شناختی (۲۹) و فراشناخت های مثبت (۳۰) اثربخش بوده و می تواند روشی بهینه (۳۱) و جامع (۳۲) در درمان مشکلات روان شناختی باشد.

در فراتحلیل های اخیر، اثربخشی درمان فراتشخیصی در مقایسه با درمان های شناختی رفتاری برای اختلال های هیجانی به میزان بالایی گزارش شده است (۳۳ و ۳۴). هنریش می و همکارانش نسخه بزرگسال

7. Social adjustment
8. Self-esteem
9. Psychiatric disorders
10. Depression
11. Anxiety

1. Phenomenon of child's labor
2. International Labour Organization
3. Hazardous
4. UNICEF- United nations children's Fund
5. Misbehavior
6. Self-concept

روش

الف) طرح پژوهش و شرکت کنندگان: پژوهش حاضر از نوع شبه تجربی با طرح پیش آزمون-پس آزمون - پیگیری (سه ماهه) و دو گروه آزمایش بود. جامعه آماری در این پژوهش شامل تمامی دختران آسیب دیده اجتماعی (کودکان کار) شهر تهران در سال ۱۳۹۸ بود. نمونه آماری مطالعه، ۳۰ نفر از دختران تحت پوشش شبکه یاری کودکان کار بودند که بر اساس جدول کوهن با توان آزمون ۰/۸۰، سطح آلفای ۰/۰۵ (آزمون دوطرفه) و اندازه اثر ۰/۸ (در هر گروه ۱۰ نفر و با توجه به احتمال ریزش، ۱۵ نفر) بر اساس ملاک‌های ورود به روش هدفمند انتخاب شده، و سپس به صورت تصادفی در دو گروه (درمان شناختی رفتاری و درمان فراتشخیصی یکپارچه) جای دهی شدند.

ملاک‌های ورود آزمودنی‌ها عبارت‌اند از: جنسیت دختر، دامنه سنی ۸ تا ۱۱ سال، عضویت در مراکز تحت پوشش شبکه یاری کودکان کار، علاقه به مشارکت در پژوهش بر اساس مفاد رضایت‌نامه کتبی، داشتن حداقل یک والد و موافقت وی برای حضور در جلسات، ملیت ایرانی، عدم ابتلا به بیماری طبی مزمن، و عدم سابقه سوءاستفاده جنسی (بر اساس پرونده و مصاحبه تشخیصی). همچنین دریافت مداخله روان شناختی مشابه دیگر هم‌زمان با اجرای پژوهش حاضر، دارودرمانی هم‌زمان با مداخله یا طی یک ماه قبل از شروع مداخله، عدم رضایت به ادامه درمان در فرایند مداخله، تشدید مشکلات فرد در حین مداخله و لزوم ارائه مداخله دیگر، و غیبت بیش از دو جلسه از معیارهای خروج آزمودنی‌ها از پژوهش بود. از نظر جنسیت تمامی آزمودنی‌ها دختر بودند و پایگاه اقتصادی اجتماعی پایینی داشتند. همچنین ۶۷ درصد آزمودنی‌ها در گروه درمان فراتشخیصی ۸ تا ۹ سال، و ۵۳ درصد گروه درمان شناختی رفتاری در دامنه سنی ۸ تا ۹ سال بودند. نتایج نشان داد که سن ۱۱ سال در دو گروه کمترین فراوانی را داشت.

پروتکل یکپارچه بارلو را برای کودکان و نوجوانان متناسب‌سازی کرده‌اند (۳۵) که اثربخشی آن در درمان شناختی رفتاری در پژوهش‌های متعددی تأیید شده است (۳۶ و ۳۷). برای مثال سالک ابراهیمی و همکاران (۳۸) با مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری با روی آورد فراتشخیصی، بهبودی بیشتری را برای درمان فراتشخیصی بر علائم افسردگی و اضطراب در کودکان کار مشاهده کردند. از سویی دیگر برخی یافته‌ها تفاوت معنی داری را در اثربخشی روی آورد شناختی رفتاری و درمان فراتشخیصی گزارش نمی‌کنند (۳۹). با وجود این، با توجه به اینکه درمان فراتشخیصی روی آوردی نسبتاً نوین شناخته می‌شود و یافته‌های متضادی در رابطه با اثربخشی آن وجود دارد و با نظر به اینکه برخی از درمان‌ها ممکن است سازش یافتگی بیشتری با برخی از فرهنگ‌ها داشته باشند، بنابراین تعیین ماهیت اثربخشی آن در گروه‌های مختلف نیازمند مطالعات متعددی است.

در مجموع با توجه به موارد مذکور، روشن است که از جمله جمعیت‌های در معرض خطر اختلال‌های هیجانی در ایران، کودکان کار هستند. بر اساس اذعان شورای عالی اجتماعی کشور، در حال حاضر پدیده کودکان کار به‌عنوان یکی از پنج آسیب اجتماعی عمده کشور مطرح است. اهمیت مداخله در این حوزه به حدی است که مجلس شورای اسلامی بر اساس بند ب ماده ۹۵ برنامه ششم توسعه، دولت را مکلف کرد که به منظور پیشگیری و کاهش آسیب‌های اجتماعی، نسبت به تهیه طرح جامع مهارگری و کاهش آسیب‌های اجتماعی در پنج حوزه اعتیاد، طلاق، حاشیه‌نشینی، مفاسد اخلاقی و کودکان کار اقدامات مدونی را انجام دهد، به نحوی که این آسیب‌های اجتماعی در انتهای برنامه به ۲۵ درصد میزان کنونی کاهش یابند. از جمله محورهای در نظر گرفته شده در این برنامه اقدامات پیشگیرانه در زمینه جلوگیری نخستین از بروز آسیب‌های اجتماعی از طریق ارائه آموزش‌های اجتماعی و ارتقای مهارت‌های زندگی به جمعیت در معرض خطر از جمله کودکان کار است (۴۰). لذا انجام مداخله باهدف بررسی مقایسه اثربخشی درمان فراتشخیصی و درمان شناختی رفتاری در کودکان کار ضرورت می‌یابد. از این رو پژوهش حاضر باهدف مقایسه اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه با درمان شناختی رفتاری بر سازش یافتگی اجتماعی و حرمت خود در کودکان کار انجام شد.

(ب) ابزار

۱. مصاحبه تشخیصی نیمه ساختار یافته اختلال های عاطفی و اسکیزوفرنیای کودکان سنین مدرسه^۱: این ابزار مصاحبه نیمه ساختاریافته ای است که توسط کافمن^۲ و همکاران در سال ۱۹۹۷ ساخته شده و به منظور ارزیابی دوره های فعلی^۳ و طول عمر^۴ علائم و اختلال های روان پزشکی در کودکان و نوجوانان بر اساس معیارهای چهارمین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری اختلال های روانی طراحی شده است. ابزار حاضر پنج ضمیمه تشخیصی را شامل می شود که عبارتند از: (۱) اختلال های خلقی (۲) اختلال های سایکوتیک (۳) اختلال های اضطرابی (۴) اختلال های رفتاری و (۵) سوء مصرف مواد و سایر اختلال ها است که تشخیص های نخستین را در رابطه با افسردگی اساسی، کج خلقی، شدیدایی، هیپومانیا، سیکلوتایمیا، اختلال های دوقطبی، اختلال های اسکیزوافکتیو، اسکیزوفرنیا، اختلال اسکیزوفرنی فرم، روان پریشی واکنشی حاد، اختلال هراس، گذر هراسی، اختلال اضطراب جدایی، فوبی ساده، اضطراب اجتماعی، اضطراب منتشر، اختلال وسواسی جبری، اختلال نارسایی توجه/فزون کنشی، اختلال رفتار هنجاری، اختلال رفتار مقابله ای، شب ادرازی، بی اختیاری دفع، بی اشتهایی عصبی، پراشتهایی عصبی، اختلال تیک گذرا، اختلال توره، اختلال تیک حرکتی یا صوتی مزمن، سوء مصرف الکل و مواد، اختلال تنیدگی پس از سانحه و اختلال های سازشی فراهم می سازد. زمان لازم برای انجام این مصاحبه به طور میانگین ۴۵ تا ۹۰ دقیقه برآورده شده است. بررسی شاخص های روان سنجی ابزار نشان می دهد که توافق بالایی بین ارزیاب ها در بین غربالگری و تشخیص ها وجود دارد. میزان اعتبار آزمون به روش بازآزمایی برای اغلب تشخیص های فعلی و طول عمر در دامنه ای از ۰/۷۷ تا ۱ گزارش شده است. همچنین میزان روایی همزمان ابزار با استفاده از سایر مقیاس ها مورد تأیید قرار گرفت که روان سنجی ابزار را نشان می دهد. غنی زاده و همکاران با هدف تعیین شاخص های روان سنجی، روایی همزمان بالایی را بین ابزار حاضر با مصاحبه بالینی روان پزشکی کودک و نوجوان گزارش می کنند. همچنین بررسی اعتبار به روش

بازآزمایی به فاصله چهار هفته، طیفی از ضرایب ۰/۵۶ تا ۰/۸۱ را برای اختلال های مختلف نشان می دهد که گویای کفایت روان سنجی ابزار برای پژوهش های داخلی است (۴۱).

۲. پرسشنامه حرمت خود^۵: این پرسشنامه خود گزارشی توسط آلیس پوپ^۶ و همکاران (۱۹۹۸) باهدف بررسی میزان حرمت خود کودکان طراحی شده است. این مقیاس ۶۰ گویه ای، پنج خرده مقیاس حرمت خود عمومی، بدنی، آموزشی، خانوادگی، و اجتماعی را در کنار یک خرده مقیاس دروغ سنج می سنجد. پاسخ هر یک از موارد در طیف لیکرت سه درجه ای شامل تقریباً همیشه (۲)، گاهی (۱) و تقریباً هرگز (۰) نمره گذاری می شود. نمرات برای هر خرده مقیاس در دامنه ای از ۰ تا ۲۰ قرار دارد. کسب نمره بالا در هر کدام از خرده مقیاس ها و در کل خرده مقیاس ها نشانگر حرمت خود بیشتر آزمودنی است. اعتبار آزمون با محاسبه ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۶ به دست آمده است (۴۲). همچنین ضریب اعتبار ابزار به روش بازآزمایی در مطالعات متعدد داخلی ۰/۷۶، ۰/۷۳ و ۰/۸۵ گزارش شده که نشانگر کفایت شاخص های روان سنجی ابزار است. (نقل از ۴۳). در پژوهش حاضر نیز ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۶ به دست آمد. لازم به ذکر است که در پژوهش حاضر روایی محتوایی و صوری ابزار با نظر متخصصان تأیید شد.

۳. پرسشنامه سازش یافتگی اجتماعی دانش آموزان^۷: این پرسشنامه ۵۵ سوالی در سال ۱۹۹۳ توسط سینها و سینگ^۸ به منظور تعیین سازش یافتگی اجتماعی، هیجانی و آموزشی دانش آموزان طراحی شده است. نمره گذاری این ابزار به صورت بله (۱) و خیر (۰) است که در برخی گویه ها (۱-۲-۳-۴-۵-۶-۷-۸-۹-۱۰-۱۳-۱۴-۱۵-۱۶-۱۹-۲۰-۲۱-۲۵-۲۶-۲۷-۲۹-۳۲-۳۳-۳۴-۳۶-۳۸-۴۰-۴۱-۴۲-۴۴-۴۷-۵۰-۵۳)

به صورت معکوس نمره گذاری می شود. ضرایب پایایی این آزمون توسط سازندگان با روش های دونیمه کردن، بازآزمایی و کودر ریچاردسون به ترتیب ۰/۹۵ و ۰/۹۳ و ۰/۹۴ گزارش شده است (۴۴). نمره ۳۱ و بالاتر در سازش یافتگی کلی و نمره ۱۱ و بالاتر در هر یک از خرده مقیاس ها نشانگر سازش یافتگی ضعیف است. نویدی ضریب آلفای کرونباخ برای

5. Self-esteem test

6. Pope

7. Students' adjustment questionnaire

8. Sinha & Singh

1. Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children

2. Kaufman

3. Present

4. Lifetime

سازش یافتگی کلی را ۰/۸۲، و برای خرده مقیاس‌های آموزشی، هیجانی و اجتماعی به ترتیب ۰/۷۰، ۰/۶۸، ۰/۶۵ گزارش می‌کند (۴۵). همچنین ضرایب آلفای کرونباخ در پژوهش حاضر برای کل مقیاس (۰/۷۶) و خرده‌مقیاس‌های آموزشی (۰/۷۹)، هیجانی (۰/۸۱)، و اجتماعی (۰/۵۹) در حد قابل قبول به دست آمد.

همچنین روایی صوری و محتوایی ابزار بر اساس نظر متخصصان مورد تأیید قرار گرفت.

ج) معرفی برنامه مداخله‌ای: پروتکل درمان شناختی رفتاری (نسخه کودک) ۱۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای است که بر مبنای مدل کندال تهیه، و به صورت گروهی اجرا می‌شود. نیمه نخست پروتکل، شامل تدریس مهارت‌های مقابله‌ای است؛ نیمه دوم مواجهه واقعی با موقعیت‌های برانگیزاننده هیجانات منفی در برمی‌گیرد. به‌طور کلی درمان چهار قسمت

اصلی دارد: (۱) شناخت و نام‌گذاری واکنش‌های جسمی و هیجانی، (۲) شناخت و اصلاح خودگویی‌های منفی، (۳) ایجاد برنامه‌ای برای مقابله با موقعیت‌های برانگیزاننده، (۴) ارزیابی عملکرد و ارائه پاداش (۴۶). همچنین درمان فراتشخیصی یکپارچه، بر اساس پروتکل بارلو که توسط هنریش می و همکاران (۳۵) برای کودکان و نوجوانان متناسب‌سازی شده است، استفاده شد. روی آورد فراتشخیصی مؤلفه‌های زیربنایی آسیب روانی را هدف قرار داده و می‌تواند برای اختلال‌ها و مشکلاتی که زیربنای یکسان یا مشابهی دارند، کاربرد داشته باشد. لازم به ذکر است که نویسنده نخست مقاله، مداخله شناختی رفتاری را به مدت هجده جلسه ۹۰ دقیقه‌ای (هر هفته دو جلسه) و مداخله فراتشخیصی یکپارچه (هر هفته یک جلسه) را به مدت پانزده جلسه ۹۰ دقیقه‌ای در یکی از شعب شبکه یاری کودکان آموزش داد.

جدول ۱: خلاصه جلسات درمان شناختی رفتاری

جلسات	شرح جلسات	تکنیک‌ها
جلسه یکم	برقراری ارتباط و ارائه اطلاعات اساسی در مورد برنامه (۷۰ دقیقه)	معرفی اعضا با یکدیگر، آغاز یادگیری درباره احساسات و نیز انجام هدف‌گذاری
جلسه دوم	آموزش روان‌شناختی در مورد هیجانات و شناسایی احساسات مختلف (۷۰ دقیقه)	آموزش درباره احساسات مختلف، توجه به احساس دیگران با نگاه به حالات چهره و زبان بدن آنها، آموزش درباره تغییر احساسات در طول روز و هم‌روزه.
جلسه سوم	شناسایی پاسخ‌های فردی به هیجانات منفی (۷۰ دقیقه)	آگاهی از تغییرات فیزیکی در بدن، آموزش درباره ارتباط بین نشانه‌های بدنی و شیوه تفکر، احساس و رفتار.
جلسه چهارم	عادی‌سازی تجربه هیجانات و ایجاد سلسله‌مراتب مواجهه (۷۰ دقیقه)	کمک به تشخیص افکار، آموزش درباره چگونگی تأثیر افکار ما بر احساسات و رفتار ما.
جلسه پنجم	جلسه با والدین به منظور کسب اطلاعات بیشتر در رابطه با رفتارهای کودک (۷۰ دقیقه)	ادراک ارتباط بین افکار، احساسات و نشانه‌های بدنی، به همراه آموزش اثرات متقابل آنها به یکدیگر
جلسه ششم	معرفی مفهوم خودگویی و شناسایی خودگویی‌ها در شرایط برانگیزاننده (۷۰ دقیقه)	آموزش امکان وجود شیوه‌های فکری متفاوت با شیوه فکری خود ما، آموزش سوالانی که ما را در فهم بهتر موضوعات نگران‌کننده ذهنمان یاری می‌کنند.
جلسه هفتم	اصلاح خودگویی‌های منفی و تمرین راهبردهای حل مسئله به منظور مدیریت هیجانات (۷۰ دقیقه)	آموزش شیوه‌های جایگزین توجه به مشکلات، آموزش نگاه علمی به شیوه حل مسئله خود با توجه به شواهد
جلسه هشتم	ارزیابی خود و پاداش دهی به خود (۷۰ دقیقه)	ارزیابی خود و پاداش دهی به خود، ایجاد یک طرح ۶ گام برای هدف‌گذاری، تشویق اعضا برای کار با یکدیگر و حمایت از یکدیگر در مشکلات
جلسه نهم	مرور مهارت‌های آموخته‌شده و برنامه‌ریزی برای استفاده از آنها در موقعیت‌های واقعی (۷۰ دقیقه)	مرور مهارت‌های آموخته‌شده به همراه آموزش تفاوت‌های فردی. چگونه برخی از افکار و احساسات می‌توانند باعث تداوم احساس بد در فرد شوند.
جلسه دهم تا هجدهم	تمرین مهارت‌های آموخته‌شده در نیمه نخست درمان در موقعیت‌های واقعی زندگی روزمره و بررسی نقاط ضعف و قوت در گروه (۷۰ دقیقه)	تمرین مهارت‌های آموخته‌شده در نیمه نخست درمان در موقعیت‌های واقعی زندگی روزمره، یادگیری اینکه چگونه مشکلات خود را به گام‌های کوچک‌تر و قابل‌دستیابی تقسیم کنیم.

جدول ۲: خلاصه جلسات درمان فراتشخیصی یکپارچه

اهداف گروه والدین	اهداف گروه کودکان	جلسات
<p>۱. آشنایی والدین با ساختار درمان و مهارت‌های CLUES</p> <p>۲. آشنایی والدین با مدل سه‌بخشی هیجان‌ها</p> <p>۳. بحث در مورد چرخه رفتارهای هیجانی</p>	<p>۱. آشنایی کودکان با مدل و ساختار درمان</p> <p>۲. شناسایی مشکلات اصلی و اهداف درمان</p> <p>۳. ایجاد تفاهم بین اعضای گروه و بین درمانگران و اعضای گروه</p> <p>۴. آشنایی کودکان با اهداف هیجان‌ها و آغاز دستیابی به آگاهی هیجانی</p>	<p>یکم</p> <p>مقدمه‌ای بر پروتکل یکپارچه در اختلال‌های هیجانی کودکان</p>
<p>۱. آشنایی والدین با فرایند ردیابی دو گانه قبل، در حین و بعد</p> <p>۲. آشنایی والدین با رفتارهای فرزندپروری هیجانی و رفتارهای فرزندپروری متضاد با آنها</p> <p>۳. بحث در مورد تقویت مثبت به‌عنوان رفتاری متضاد انتقادگری</p>	<p>۱. یادگیری نحوه شناسایی و درجه‌بندی شدت هیجان‌های مختلف</p> <p>۲. تداوم عادی‌سازی تجارب هیجانی</p> <p>۳. معرفی اجزای سه‌گانه تجربه هیجانی</p> <p>۴. معرفی چرخه اجتناب</p> <p>۵. شناسایی پاداش‌ها برای رفتارهای جدید</p>	<p>دوم</p> <p>آگاهی از هیجان‌ها</p>
<p>۱. معرفی مفهوم آزمایش‌های علمی به والدین</p> <p>۲. بحث در مورد حمایت والدین از کودکان با انجام آزمایش‌های علمی</p> <p>۳. بحث در مورد روش‌های تقویت کودکان</p>	<p>۱. تمرین استفاده از آزمایش‌های علمی برای کمک به رفتار متضاد/رفتارهای هیجانی</p> <p>۲. یادگیری ارتباط بین فعالیت و هیجان</p> <p>۳. معرفی ردیابی هیجان و فعالیت به‌عنوان یک آزمایش</p>	<p>سوم</p> <p>استفاده از آزمایش‌های علمی برای تغییر در هیجان‌ها و رفتارها</p>
<p>۱. معرفی مفهوم جسمانی سازی</p> <p>۲. آموزش مهارت اسکن بدنی به والدین</p> <p>۳. معرفی مواجهه‌های حسی و تمرین آنها به‌عنوان گروه</p> <p>۴. آموزش نحوه همدلی به والدین</p>	<p>۱. توصیف مفهوم نشانه‌های بدنی و ارتباط آنها با هیجان‌های شدید</p> <p>۲. یادگیری شناسایی نشانه‌های بدنی هیجان‌های مختلف</p> <p>۳. آموزش مهارت اسکن بدنی برای آگاهی از نشانه‌های بدنی</p> <p>۴. کمک به کودکان برای انجام آزمایش‌های علمی بدون استفاده از اجتناب/حواس‌پرتی (توجه‌گردانی)</p>	<p>چهارم</p> <p>نشانه‌های بدنی ما</p>
<p>۱. آشنایی والدین با مفهوم انعطاف‌پذیری شناختی</p> <p>۲. آشنایی والدین با چهار تله شناختی رایج</p> <p>۳. بحث در مورد رفتار فرزندپروری هیجانی و فرزندپروری متضاد با آن، تقویت و انضباط باثبات.</p>	<p>۱. معرفی مفهوم تفکر انعطاف‌پذیر</p> <p>۲. آموزش نحوه شناسایی تله‌های فکری به کودکان</p>	<p>پنجم</p> <p>به نگاه کردن به افکارم</p>
<p>۱. معرفی تفکر کارآگاهی</p> <p>۲. تمرین تفکر کارآگاهی</p> <p>۳. معرفی رفتار فرزندپروری هیجانی/بیش مهارگری/بیش حمایتی و رفتار فرزندپروری متضاد با آن، استقلال بخشی سالم.</p>	<p>۱. معرفی تفکر کارآگاهی</p> <p>۲. استفاده از تفکر کارآگاهی</p>	<p>ششم</p> <p>استفاده از تفکر کارآگاهی</p>
<p>۱. معرفی حل مسئله</p> <p>۲. بحث در مورد حل مسئله با محوریت تعارض‌های بین فردی</p> <p>۳. بحث در مورد اطمینان جویی و تطابق</p>	<p>۱. معرفی حل مسئله</p> <p>۲. استفاده از حل مسئله</p>	<p>هفتم</p> <p>حل مسئله و مدیریت تعارض</p>
<p>۱. بحث در مورد اهمیت یادگیری تجارب هیجانی به جای اجتناب از آنها</p> <p>۲. معرفی و تمرین آگاهی از لحظه حال</p> <p>۳. معرفی و تمرین آگاهی غیر قضاوتی</p> <p>۴. آغاز تکمیل فرم رفتار هیجانی</p>	<p>۱. یادگیری مهارت</p> <p>۲. آموزش آگاهی در لحظه به کودکان</p> <p>۳. معرفی آگاهی غیر قضاوتی</p>	<p>هشتم</p> <p>آگاهی از تجارب هیجانی</p>
<p>۱. آشنایی والدین با مفهوم مواجهه هیجانی موقعیتی، نوع دیگری از آزمایش علمی</p> <p>۲. توضیح نقش والدین در تمرین مواجهه در خانه</p> <p>۳. آشنایی والدین با رفتارهای فرزندپروری هیجانی و اجتناب و رفتارهای فرزندپروری متضاد با آن، الگودهی هیجانی سالم.</p> <p>۴. تداوم تکمیل فرم رفتار هیجانی جهت آمادگی برای مواجهه‌های بعدی</p>	<p>۱. مرور مهارت‌های کارآگاه هیجانی که تا به امروز در فراتشخیصی یکپارچه‌نگر آموخته شده است</p> <p>۲. مرور مفاهیم رفتارهای هیجانی و عمل متضاد در آمادگی برای نوع جدیدی از آزمایش علمی به نام مواجهه</p> <p>۳. تکمیل مواجهه با استفاده از یک عروسک یا شی دیگر</p> <p>۴. همکاری با کودکان و والدین برای تکمیل فرم‌های رفتار هیجانی</p>	<p>نهم</p> <p>مقدمه‌ای بر مواجهه هیجانی</p>

۱. مرور مفهوم استفاده از آزمایش‌های علمی برای مواجهه با هیجان‌های شدید.	۱. مرور مفهوم مواجهه هیجانی موقعیتی و بحث در مورد کاربرد مواجهه در انواع نشانه‌ها
۲. معرفی ایده رفتارهای ایمنی و رفتارهای اجتنابی ظریف (مانند توجه گردانی)	۲. معرفی و بحث در مورد مفهوم رفتارهای ایمنی
۳. انجام آزمایش علمی برای مقابله با هیجان‌های شدید در قالب گروه	۳. تبیین نحوه استفاده از رفتارهای فرزندپروری متضاد توسط والدین برای حمایت از مواجهه‌های کودک.
۴. برنامه‌ریزی برای آزمایش‌های علمی در آینده برای مقابله با هیجان‌های شدید (مواجهه هیجانی و موقعیتی فردی شده)	۴. معرفی مفهوم نردبان هیجانی برای مواجهه‌ها و کمک به والدین برای اتمام فرم رفتار هیجانی.
۱. برنامه‌ریزی برای مواجهه موقعیتی هیجانی در جلسه ۱۱	
۲. برنامه‌ریزی و اجرای فعالیت‌های مواجهه موقعیتی هیجانی در جلسات ۱۴-۱۲	
۱. مرور مهارت‌های کارآگاه هیجانی که در برنامه فراتشخیصی یکپارچه نگر آموخته شده‌اند.	۱. مرور مهارت‌های کارآگاه هیجانی و رفتارهای فرزندپروری متضاد
۲. برنامه‌ریزی برای مواجهه با هیجان‌های شدید در آینده	۲. بحث و تجلیل از پیشرفت هر کودک
۳. تجلیل از پیشرفتی که در این برنامه درمانی حاصل آمده است.	۳. برنامه‌ریزی برای حفظ و تقویت پیشرفت بعد از درمان
	۴. تمایز بین عود (سیر فقهرایی) و بازگشت و کمک به والدین برای شناسایی نشانه‌های هشدارآمیز بازگشت.

(د روش اجرا): در این پژوهش، پس از دریافت مجوزهای لازم از دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، پژوهشگر به یکی از شعب وابسته به شبکه یاری کودکان کار در شهر تهران مراجعه کرده و به صورت حضوری با مسئولان این مرکز در مورد اهداف پژوهش صحبت کرد. سپس کودکان بر اساس معیارهای ورود و خروج (که از طریق مصاحبه با کودک، والدین و همچنین پرونده تشخیصی او در سازمان بهزیستی مشخص شد) مورد مصاحبه تشخیصی نیمه‌ساختاریافته اختلال‌های عاطفی و اسکیزوفرنیا برای کودکان در سنین مدرسه قرار گرفتند. در پایان ۳۰ نفر از این کودکان انتخاب شدند. در مرحله بعد، اهداف پژوهش به شرکت‌کنندگان و والدین آنها تشریح و بر محرمانه بودن اطلاعات تأکید شد، سپس رضایت‌نامه کتبی و پیش‌آزمون از آنها دریافت شد. در گام بعدی شرکت‌کنندگان به صورت تصادفی در دو گروه آزمایشی جایدهی شدند. گروه نخست هجده جلسه ۹۰ دقیقه‌ای

درمان شناختی رفتاری، و گروه دوم پانزده جلسه ۹۰ دقیقه‌ای مداخله فراتشخیصی یکپارچه را به صورت گروهی دریافت کردند. پروتکل‌ها توسط نویسنده نخست با مدرک دکتری روانشناسی بالینی در سال ۱۳۹۸ و در مرکز شبکه یاری کودکان اجرا شد. پس از پایان فرایند مداخله، و نیز سه ماه بعد از اتمام، دوباره پس‌آزمون و پیگیری به عمل آمد. در پایان داده‌های جمع‌آوری شده با آزمون تحلیل واریانس با تکرار سنجش و با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۵ تحلیل شد.

یافته‌ها

میانگین و انحراف معیار نمرات پیش‌آزمون-پس‌آزمون و پیگیری در متغیرهای حرمت خود و سازش یافتگی اجتماعی به همراه سطح معنی‌داری آزمون شاپیرو-ویلک در دو گروه شناختی رفتاری و فراتشخیصی یکپارچه در جدول ۳ ارائه شده است.

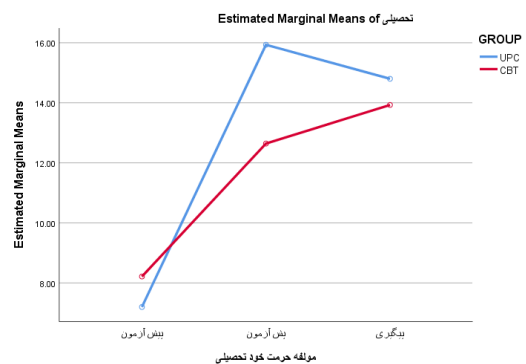
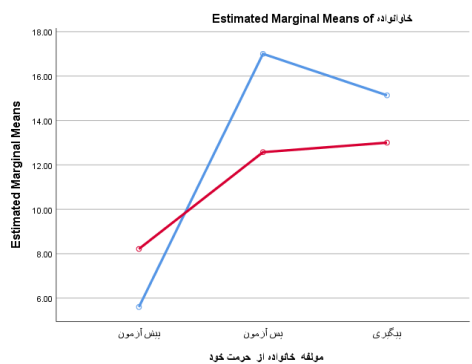
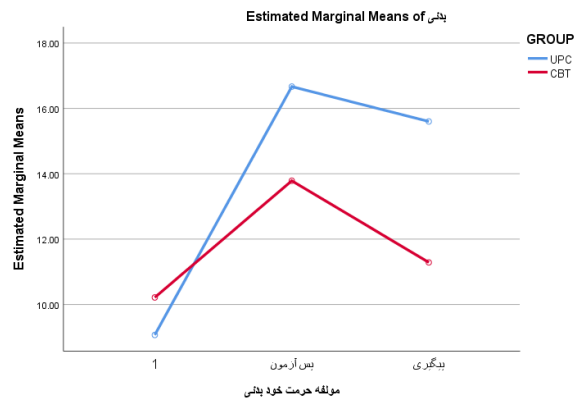
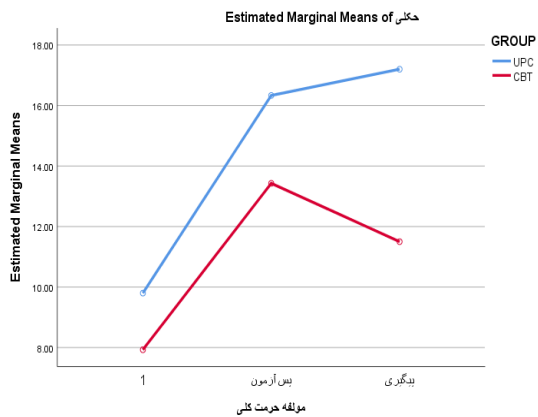
جدول ۳: نتایج آزمون تحلیل واریانس با تکرار سنجش برای بررسی تفاوت گروه‌ها در متغیرهای پژوهش

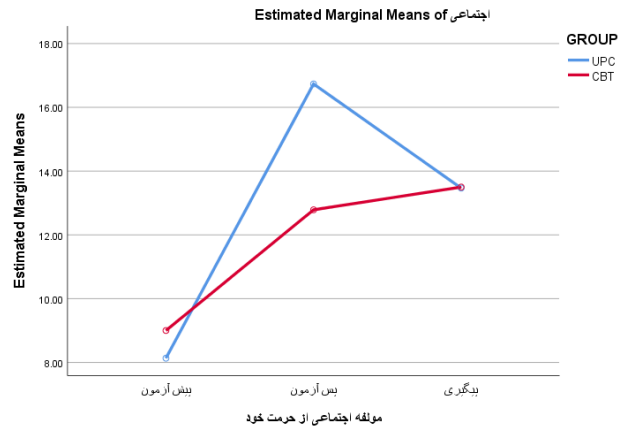
متغیر	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		سطح معنی‌داری	آماره F	مقدار p
		میانگین+SD	میانگین+SD	میانگین+SD	میانگین+SD			
کلی	UP-C	۹/۲+۸۰/۷۵	۱۶/۳۳+۱۰/۰۷	۱۷/۲۰+۹/۹۶	۰/۸۴۱	۱۹/۶۸	۰/۰۰۰	
	CBT	۷/۲+۸۰/۹۲	۱۳/۳+۵۳/۵۶	۱۱/۴۳+۳/۰۲	۰/۱۹۳	۱/۴۰	۰/۱۸۵	
حرمت خود	UP-C	۹/۴+۰۶/۲۲	۱۶/۳+۶۶/۴۹	۱۵/۶+۰۲/۲۱	۰/۲۹۴	۹/۸۱	۰/۰۰۱	
	CBT	۱۰/۳+۱۳/۷۲	۱۳/۲+۵۳/۵۵	۱۱/۳+۶۰/۳۹	۰/۷۱۰	۵/۳۴	۰/۰۰۵	
آموزشی	UP-C	۷/۲۰+۲/۳۹	۱۵/۱۲+۴۰/۴۱	۱۴/۱۲+۸۰/۶۶	۰/۰۹۳	۸۷/۲۳	۰/۰۰۰	

۰/۰۰۴	۶/۹۳	۰/۱۳۶	۱۳/۸۰ + ۲/۲۹	۱۲/۲ + ۸۶/۰۷	۸/۱۳ + ۲/۴۷	CBT	خانوادگی
۰/۰۰۰	۷۱/۶۴	۰/۰۸۲	۱۵/۱۳ + ۳/۳۸	۱۷/۰۰ + ۶/۰۵	۵/۶۰ + ۲/۸۲	UP-C	
۰/۰۰۰	۱۲/۱۴	۰/۰۶۹	۱۲/۸۰ + ۳/۳۸	۱۲/۲ + ۵۳/۸۵	۸/۰۰ + ۳/۱۱	CBT	
۰/۰۰۰	۸/۸۵	۰/۰۵۶	۱۳/۴۶ + ۱/۶۴	۱۶/۲ + ۷۳/۰۸	۸/۱۳ + ۳/۷۷	UP-C	اجتماعی
۰/۰۰	۱۱/۳۳	۰/۰۵۷	۱۳/۵۳ + ۱/۹۲	۱۲/۲ + ۷۸/۶۸	۹/۴۰ + ۱/۹۲	CBT	
۰/۰۰۱	۱۳/۰۰	۰/۰۷۱	۱۳/۸ + ۴۶/۶۴	۲۰/۸ + ۲۳/۸۸	۸/۱۳ + ۳/۷۷	UP-C	اجتماعی
۰/۰۱۷	۴/۴۳	۰/۰۶۳	۱۴/۳۳ + ۲/۹۹	۱۱/۲۶ + ۰/۸	۸/۳ + ۳۳/۰۳	CBT	
۰/۰۰۱	۵۹/۶۳	۰/۰۵۳	۱۴/۳۳ + ۱/۷۹	۱۵/۲ + ۵۳/۵۸	۸/۶۰ + ۳/۶۰	UP-C	سازش یافتگی اجتماعی
۰/۰۰۱	۱۰/۴۸	۰/۰۷۱	۱۳/۸۰ + ۱/۶۹	۱۱/۳ + ۳۳/۴۳	۸/۷۳ + ۲/۲۸	CBT	
۰/۰۰۰	۲۸/۹۶	۰/۰۸۱	۱۵/۵۳ + ۱/۹۹	۱۴/۳ + ۲۰/۰۲	۱۱/۴۶ + ۱۳/۱۸	UP-C	آموزشی
۰/۱۸۱	۱/۷۶	۰/۰۶۱	۱۳/۹۳ + ۲/۹۶	۱۲/۸۶ + ۲/۷۸	۷/۶۰ + ۳/۲۰	CBT	

نرمال بودن داده‌ها برای متغیرها است که همسو با تأیید سایر پیش فرض‌ها مجوز استفاده از آزمون تحلیل واریانس با تکرار سنجش را فراهم می‌سازد. مقدار آماره F و سطح p حاصل از تحلیل واریانس با تکرار سنجش نیز در جدول ۳ قابل مشاهده است.

همچنان که در جدول ۳ قابل مشاهده است، بیشتر مؤلفه‌های حرمت خود و سازش یافتگی اجتماعی در پس‌آزمون و پیگیری افزایش یافته است، با وجود این تحلیل استنباطی ماهیت روشنی از یافته‌ها را نشان می‌دهد. همچنین سطح معنی‌داری آزمون شاپیرو-ویلک نیز نشانگر توزیع

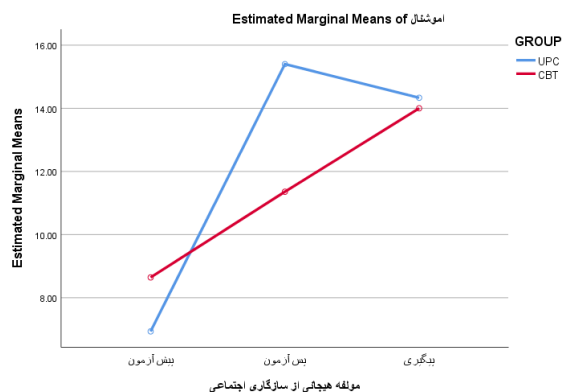
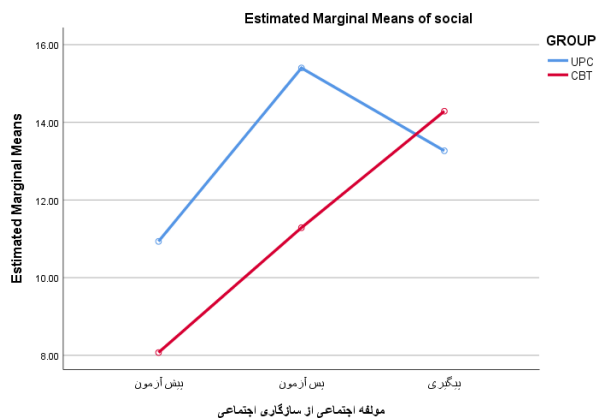


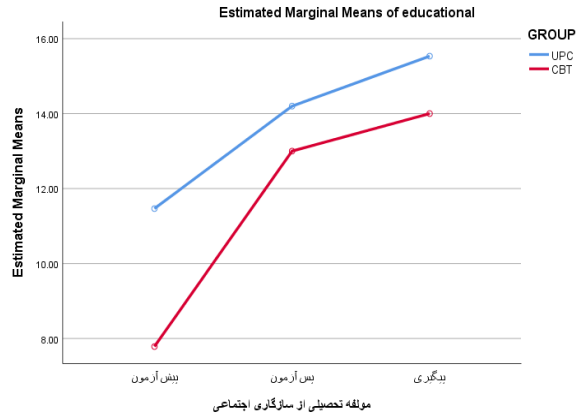


شکل ۱: نمودار میانگین‌های گروه‌های درمان یکپارچه‌نگر و شناختی رفتاری در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون، و پیگیری (مؤلفه‌های حرمت خود)

به‌صورت معنی‌داری بیشتر از گروه درمان شناختی رفتاری است که تا دوره‌ی پیگیری پایدار بود ($p=0/03$). بررسی مؤلفه حرمت بدنی نیز نشانگر افزایش معنی‌دار از پس‌آزمون ($M=16/66$) تا پیگیری ($160/53$) در درمان یکپارچه‌نگر نسبت به گروه شناختی رفتاری ($M=13$) است ($p=0/005$). مقایسه‌ی مؤلفه آموزشی نیز نشان می‌دهد که میانگین‌های گروه UP-C نسبت به CBT در پس‌آزمون ($M=15/40$) و پیگیری ($M=14/80$) بیشتر است ($p=0/004$). همچنین بررسی مؤلفه‌های خانوادگی ($M=17/00$; $p=0/01$) و اجتماعی ($M=16/73$; $p=0/01$) در حرمت خود نیز نشان می‌دهد که همسو با نمره کل ($M=82/40$; $p=0/01$) افزایش گروه UP-C در مقایسه با CBT بیشتر است.

با توجه به جدول ۳ می‌توان گفت که اثر اصلی تمامی مؤلفه‌های حرمت خود معنی‌دار است، یعنی مداخلات حداقل در یکی از گروه‌ها اثرات معنی‌دار را از پیش‌آزمون تا پیگیری داشته است. همچنین بررسی اثر تعاملی گروه با مؤلفه‌های حرمت خود (ردیف دوم هر متغیر) نشان می‌دهد که غیر از حرمت کلی ($F=1/40$; $p=0/185$; $\text{partial } \eta^2=0/06$)، مؤلفه‌های بدنی ($F=5/34$; $p=0/005$; $\text{partial } \eta^2=0/17$)، آموزشی ($F=6/93$; $p=0/004$; $\text{partial } \eta^2=0/20$)، خانوادگی ($F=12/14$; $p<0/001$; $\eta^2=0/35$)، و اجتماعی ($F=11/33$)، تغییرات معنی‌داری را با توان آماری بالا نشان می‌دهند. همسو با جدول توصیفی، شکل ۱ نیز نشان می‌دهد که میانگین مؤلفه حرمت کلی گروه درمان یکپارچه‌نگر در پس‌آزمون ($M=16/33$)





شکل ۲: نمودار میانگین‌های گروه‌های درمان یکپارچه‌نگر و شناختی رفتاری در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری (مؤلفه‌های سازش‌یافتگی اجتماعی)

سازش‌یافتگی اجتماعی را تأیید کرد، ضمن آن که مقایسه نمرات پس‌آزمون تفاوت معناداری را بین درمان فراتشخیصی و درمان شناختی رفتاری نشان داد. به‌طور کلی می‌توان به این نتیجه رسید که درمان فراتشخیصی در افزایش سازش‌یافتگی اجتماعی مؤثرتر از درمان شناختی رفتاری بود که تا دوره پیگیری پایدار بود.

نتایج مطالعه حاضر همسو با یافته‌های بارلو و همکاران (۲۳) است که نشان دادند درمان فراتشخیصی در مقایسه با پروتکل‌های مرتبط با اختلال واحد، اثربخشی بیشتری دارد که این یافته در راستای پژوهش تیتو و همکاران است (۳۹). همچنین پژوهش‌ها نشان می‌دهند که پروتکل یکپارچه در کاهش نشانه‌های اختلال‌های هیجانی (۱۹) بهبود کیفیت زندگی (۲۵) افزایش سازش‌یافتگی اجتماعی (۲۷) مؤثر است، از این رو برخی بر این باورند که درمان‌های فراتشخیصی ممکن است روشی کارآمد و مقرون‌به‌صرفه در درمان افراد با مشکلات روان‌شناختی همبود باشند (۳۱).

نتیجه به‌دست‌آمده را می‌توان این‌گونه تبیین کرد که سازش‌یافتگی اجتماعی بیش از آنکه با علائم تشخیصی خاص مرتبط باشد، با کاهش آسیب‌شناسی مشترک در اختلال‌های هیجانی ریشه دارد. نتایج یافته‌های حاضر به‌طور ضمنی با مطالعه اکبری و همکاران (۲۲)، عظیمی و همکاران (۲۸) و طالبی و همکاران (۲۷) همسو است. فرناندز مارتینز و همکاران (۱۹) نیز بر این باورند که اثرات طولانی‌مدت برنامه پیشگیری فراتشخیصی می‌تواند مهارت‌های زندگی کودکان را بهبود بخشد و این مسئله شاهدی امیدوارکننده برای کودکان خردسال با مشکلات عاطفی

بررسی میانگین‌ها در سازش‌یافتگی اجتماعی نشان می‌دهد که میانگین مؤلفه سازش‌یافتگی اجتماعی در گروه فراتشخیصی افزایش بیشتری داشت که این تفاوت در شکل ۲ و اثر تعاملی ($\text{partial } \eta^2 = 0/14$) بیشتر است. همچنین بر اساس جدول ۱ و شکل ۲، افزایش مؤلفه سازش‌یافتگی اجتماعی در پس‌آزمون گروه یکپارچه‌نگر در مقایسه با گروه دیگر (CBT) بیشتر است ($p=0/01$)، با این وجود افزایش‌ها تا دوره پیگیری پایدار نیست ($p=1/00$). همچنین بررسی مؤلفه هیجانی ($\text{partial } \eta^2 = 0/28$; $p < 0/001$; $F=10/48$) نیز نشان می‌دهد که تفاوت بین دو گروه معنی‌دار است و افزایش گروه یکپارچه‌نگر در مقایسه با درمان شناختی رفتاری در مرحله پس‌آزمون بیشتر است ($p=0/01$)، که تا دوره پیگیری پایدار نیست. با این وجود، برخلاف دو مؤلفه نخست، بررسی مؤلفه آموزشی نشان می‌دهد که تفاوت معنی‌داری بین دو گروه نیست ($p=0/181$)، ولی با مشاهده نمره‌ی کل می‌توان نتیجه گرفت که افزایش در مان یکپارچه‌نگر در سازش‌یافتگی اجتماعی در مقایسه با درمان شناختی رفتاری بیشتر است ($p=0/008$). لازم به ذکر است که یافته‌های فوق با استفاده از مقایسه‌های زوجی و میانگین‌های تعدیل‌یافته نیز تأیید شد.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر ضمن ارزیابی اثربخشی درمان فراتشخیصی به مقایسه آن با درمان شناختی رفتاری به‌عنوان درمان استاندارد در افزایش سازش‌یافتگی اجتماعی و حرمت خود پرداخته است. نتایج فرضیه پژوهش مبنی بر اثربخشی درمان فراتشخیصی در افزایش میزان

است. با وجود این شاید بتوان تبیین این یافته را در روی آورد فراتشخیصی کودکان جستجو کرد که در معرض مازول‌های متعددی از جمله مدیریت تعارض و حل مسئله، آگاهی از تجربه‌های هیجانی، استفاده از آزمایش‌های علمی در تغییر هیجان‌ها و رفتارها، و افزایش آگاهی غیرقضاوتی قرار دارند (۳۵) که این مهارت‌ها احتمالاً برای تعدیل علائم بیرونی‌سازی و مشکلات رفتاری کودکان بهبود بخش است و می‌تواند افزایش میزان سازش‌یافتگی اجتماعی این کودکان را در پی داشته باشد. نتایج مطالعه اوسما و همکاران (۲۰) نیز نشان داد که استفاده از مهارت‌های فراتشخیصی برای تنظیم هیجان‌ها به صورت سازش‌یافته کاهش شدت و فراوانی در احساسات منفی و افزایش میزان و شدت سطوح عاطفه مثبت را به همراه دارد. با وجود این می‌توان گفت که درمان فراتشخیصی به افراد آموزش می‌دهد که چگونه با هیجان‌های نامناسب خود روبه‌رو شوند و به روشی سازش‌یافته به آنها پاسخ دهند. این درمان با تغییر عادت‌های تنظیم هیجانی، شدت و فراوانی به کارگیری از عادت‌های هیجانی سازش‌یافته را کاهش داده و کارکرد روانی-اجتماعی را بهبود و ارتقا داده و تنظیم هیجان سازش‌یافته را سهولت می‌بخشد (۳۶ و ۳۷). با توجه به کارکرد درمان فراتشخیصی در زمینه چرخه تأثیر هیجان بر شناخت و رفتار، با شناسایی این فرایند احتمالاً می‌توان به اثربخشی این درمان بر بهبود سازش‌یافتگی اجتماعی کودکان کار پی برد.

همچنین فرضیه دوم پژوهش در رابطه با اثربخشی درمان فراتشخیصی بر حرمت خود نیز تأیید شد. به‌طور کلی می‌توان به این نتیجه رسید که درمان فراتشخیصی در افزایش حرمت خود مؤثرتر از درمان شناختی رفتاری بود. در مورد این نتیجه ذکر این مطلب لازم است که تا به حال پژوهشی در مورد تأثیر درمان فراتشخیصی کودک بر حرمت خود کودکان انجام نشده است، از این رو می‌توان گفت که این یافته به‌طور ضمنی در راستای یافته اکبری و همکاران (۲۲) است.

بارلو بر این باور است که درمان فراتشخیصی با تغییر در واکنش‌های ناکارآمد نسبت به عواطف، و افزایش آگاهی هیجانی و ذهن آگاهانه، همچنین گسترش انعطاف‌پذیری شناختی و کاهش اجتناب (۲۷) بازسازی شناختی را موجب می‌شود. در تبیین این یافته می‌توان گفت درمان فراتشخیصی کودکان با مازول‌رديابی افکار که بر آگاهی از افکار

خودآیند منفی و تحریف‌های شناختی در قالب تمرین شناسایی تله‌های فکری به کودک اشاره داشته و همچنین در راستای مازول‌های استفاده از تفکر کارآگاهی و مواجهه هیجانی (۳۵) سعی می‌شود تا به کودک آموزش داده شود که چگونه افکار جایگزین فکرای خودکار منفی را در نظر گرفته، و به‌نوعی به سمت انعطاف‌پذیری شناختی پیش رود.

مداخلات فراتشخیصی همچنین با مودال انعطاف‌پذیری شناختی روش‌هایی را به افراد آموزش می‌دهد که می‌توانند شیوه تفکر ناکارآمد خود را اصلاح کرده و اطلاعاتی در مورد افکار مزاحم و نحوه برخورد با آنها نیز به افراد می‌دهند. یکی دیگر از تکنیک‌هایی که در درمان فراتشخیصی بدن پرداخته می‌شود، ارزیابی مجدد شناختی است که از طریق آن فرد از ارتباط متقابل بین افکار و هیجان‌ها آگاه شده و ارزیابی‌های سازش‌یافته خودکار را شناسایی می‌کند که این ارزیابی مجدد شناختی، افزایش انعطاف‌پذیری در تفکر را به همراه خواهد داشت (۲۳). بنابراین می‌توان گفت، استفاده از این تکنیک در درمان فراتشخیصی می‌تواند موجب شود که کودکان کار، انعطاف‌پذیری شناختی بیشتری داشته باشند. از این رو می‌تواند برای موقعیت‌های دشوار جایگزین پیدا کرده، و آنها را قابل مهار و مثبت ادراک می‌کنند. با وجود این می‌توان گفت در این درمان بیشتر ابعاد آسیب‌شناسی و حوزه‌های کارکردی مورد مداخله قرار گرفته که توانسته با برانگیختن انگیزه درمان‌جویان برای تغییر، متعهد کردن آنان به زندگی در مسیر ارزش‌ها، توجه به حال و توجه آگاهانه به هیجان‌ها، اصلاح الگوهای بین فردی، و تسریع رشد فردی به بهبود علائم مراجعین کمک بیشتری نماید (۲۹). همچنین در درمان فراتشخیصی توجه خاصی به بالا بردن میزان خودآگاهی هیجانی-شناختی و شناخت روابط بین هیجان، شناخت و رفتار شده است، و شرکت‌کنندگان می‌آموزند که شناخت‌های ناسالمشان را بشناسند و آنها را اصلاح کنند. با وجود این، درمان تأثیر زیادی در اصلاح هیجان‌های خودآیند ناسالم و نشخوارهای فکری آنها دارد و احتمالاً از این طریق بر حرمت خود کودکان کار نقش مؤثری بر جای می‌گذارد (۳۰).

نسخه کودک پروتکل یکپارچه فراتشخیصی که در پژوهش حاضر به کار برده شده است، علاوه بر فنون شناختی، رفتاری و تنظیم هیجانی، فنون تغییر انگیزشی را نیز به کار می‌برد و بر نقش هیجان‌های مثبت در

پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی با استفاده از حجم نمونه بیشتر و شامل هر دو جنسیت و گروه کنترل، پیگیری‌های طولانی مدت تر (بیشتر از ۳ ماه) انجام شود. مطالعه مکانیسم‌های اثر درمان فراتشخیصی در کودکان طی مطالعات فرایندمدار و مطالعه اثربخشی درمان فراتشخیصی بر روی سایر مشکلات و اختلال‌های کودکان، و مقایسه اثربخشی درمان فراتشخیصی با سایر انواع درمان‌های اختصاصی و اختلال‌محور در کودکان انجام شود. به کارگیری مداخلات فراتشخیصی در سایر انواع اقدامات پیشگیری از جمله پیشگیری جامع و انتخابی و استفاده از درمان فراتشخیصی بر روی سایر جمعیت‌ها از جمله نوجوانان و سالمندان از دیگر پیشنهادها پژوهش حاضر است.

ملاحظات اخلاقی

پیروی از اصول اخلاق پژوهش: این مقاله برگرفته از طرح مصوب دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، با کد اخلاق به شماره IR.SBMU.MSP.REC.1396.322 اخذ شده از کمیته ملی اخلاق در پژوهش‌های زیست پزشکی بوده است. همچنین ملاحظات اخلاقی مانند رازداری، محرمانه ماندن اطلاعات هویتی، و رضایت آگاهانه شرکت‌کنندگان در این پژوهش کاملاً رعایت شده است.

حامی مالی: این پژوهش با حمایت مالی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی انجام شده است.

نقش هر یک از نویسندگان: در پژوهش حاضر نویسندگان یکم و سوم در نگارش و ایده پردازی مقاله و جمع‌آوری داده‌ها و نویسندگان دوم و چهارم در جمع‌آوری پیشینه، تحلیل داده‌ها و ویرایش مقاله نقش داشتند.

تضاد منافع: انجام این پژوهش برای نویسندگان هیچ گونه تعارض در منافع را به دنبال نداشته است و نتایج آن به صورت کاملاً شفاف و بدون سوگیری، گزارش شده است.

تشکر و قدردانی: بر خود لازم می‌دانیم از تمامی شرکت‌کننده‌ها که در این پژوهش ما را یاری کردند، کمال تشکر و قدردانی را به عمل آوریم.

فرایند درمان تأکید ویژه‌ای دارد (۲۱). پروتکل یکپارچه به جای ساختار جلسه به جلسه از روی آورد مبتنی بر مدل‌های درمانی استفاده می‌کند. این سبک انعطاف‌پذیری درمانگر را برای به کارگیری این پروتکل در درمان اختلال‌های مختلف هیجانی بیشتر می‌کند. به این صورت که بسته به نوع اختلال مدل‌های خاصی بیشتر مورد تأکید قرار می‌گیرد و یا ترتیب اجرای آن‌ها برای افراد مختلف با اختلال یکسان تغییر می‌کند.

راهبردهای فراتشخیصی برای افزایش حرمت خود و سازش‌یافتگی اجتماعی در کودکان کار به عنوان یک جمعیت آسیب‌پذیر، اثربخش بود. این نتایج در پیگیری ۳ ماهه نیز تداوم داشت و اندازه اثر قابل قبولی را نیز در مقایسه با درمان شناختی- رفتاری نشان داد. نتایج حاصل از پژوهش حاکی از آن است که می‌توان نسخه کودک پروتکل فراتشخیصی یکپارچه را در مداخلات پیشگیرانه به خصوص روی جمعیت آسیب‌پذیر به کار برد. امید می‌رود با شناخت عوامل آسیب‌پذیری و به کارگیری روی آورد فراتشخیصی در پیشگیری بتوان بر اثربخشی، گسترش و کارایی مداخلات پیشگیرانه افزود. شناسایی عوامل زیربنایی مشترک در شکل‌گیری اختلال‌های هیجانی و به کارگیری مداخلات یکپارچه می‌تواند در پیشگیری از شایع‌ترین مشکلات روانی مؤثر باشد.

این پژوهش دارای محدودیت‌هایی نیز بود. ابتدا، انتخاب نمونه پژوهش از بین کودکان کار منطقه خاصی از تهران (منطقه فرحزاد)، و فقدان گروه کنترل و به تبع آن محدودیت در تعمیم یافته‌های این پژوهش به کودکان کار سایر مناطق تهران و ایران است. همچنین کوتاه بودن مدت زمان پیگیری به دلیل محدودیت‌های مربوط به انجام پژوهش در قالب رساله دکتری، مشارکت کم والدین کودکان کار در جلسات درمان به دلیل داشتن مشغله‌ها و برخی شرایط خاص این قشر و اجرای هر دو شیوه مداخله توسط پژوهشگر و احتمال وقوع سوگیری‌های فردی در اجرای مداخلات از دیگر محدودیت‌های پژوهش حاضر به شمار می‌رود.

References

- Shahraki SZ, Fouladiyan M, Toosifar J. Child labor processes in the city of Mashhad: A narrative study. *Children and Youth Services Review*. 2020;119:105474. <https://doi.org/10.1016/j.chilyouth.2020.105474>. [Link]
- (ILO) ILO. What is child labour 2012. [Link]
- Ibrahim A, Abdalla SM, Jafer M, Abdelgadir J, de Vries N. Child labor and health: a systematic literature review of the impacts of child labor on child's health in low- and middle-income countries. *J Public Health (Oxf)*. 2019;41(1):18-26. <https://doi.org/10.1093/pubmed/fdy018> [Link]
- Scott N B, Pocock NS. The health impacts of hazardous chemical exposures among child labourers in low-and middle-income countries. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(10):5496. <https://doi.org/10.3390/ijerph18105496>. [Link]
- Fund UNCs. Though physically visible, street children are often ignored, shunned and excluded 2006 [Available from: [Link]
- Jalili Moayad S, Mohaqeqi Kamal SH, Sajjadi H, Vameghi M, Ghaedamini Harouni G, Makki Alamdari S. Child labor in Tehran, Iran: Abuses experienced in work environments. *Child Abuse & Neglect*. 2021;117:105054. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2021.105054>. [Link]
- Reifman A, Villa LC, Amans JA, Rethinam V, Telesca TY. Children of divorce in the 1990s: A meta- analysis. *J Divorce Remarriage*. 2001;36(1-2):27-36. https://doi.org/10.1300/J087v36n01_02. [Link]
- Weissman MM. The assessment of social adjustment. A review of techniques. *Arch Gen Psychiatry*. 1975;32(3):357-65. doi:10.1001/archpsyc.1975.01760210091006. [Link]
- Bornstein MH, Hahn CS, Haynes OM. Social competence, externalizing, and internalizing behavioral adjustment from early childhood through early adolescence: developmental cascades. *Dev Psychopathol* 2010;22(4):717-35. <https://doi.org/10.1017/S0954579410000416>. [Link]
- Sharman P, Kiran U. Assessment of the self-esteem of the identified child labour. *Int. J. Home Sci*. 2017;3(2):75-9. [Link]
- Szcześniak M, Mazur P, Rodzeń W, Szpunar K. Influence of Life Satisfaction on Self-Esteem Among Young Adults: The Mediating Role of Self-Presentation. *Psychol Res Behav Manag*. 2021;14:1473-82. <https://doi.org/10.2147/PRBM.S322788>. [Link]
- Hagen R, Havnen A, Hjemdal O, Kennair LEO, Ryum T, Solem S. Protective and Vulnerability Factors in Self-Esteem: The Role of Metacognitions, Brooding, and Resilience. *Front Psychol*. 2020;11:1447. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.01447>. [Link]
- García-Escalera J, Valiente RM, Chorot P, Ehrenreich-May J, Kennedy SM, Sandín B. The Spanish version of the unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders in adolescents (UP-A) adapted as a school-based anxiety and depression prevention program: Study protocol for a cluster randomized controlled trial. *JMIR Res Protoc*. 2017;6(8):e149. <https://doi.org/10.2196/resprot.7934>. [Link]
- Waite P, McManus F, Shafran R. Cognitive behaviour therapy for low self-esteem: A preliminary randomized controlled trial in a primary care setting. *J Behav Ther Exp Psychiatry*. 2012;43(4): 1049-57. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2012.04.006>. [Link]
- Barlow DH, Allen LB, Choate ML. Toward a unified treatment for emotional disorders—republished article. *Behavior therapy*. 2016;47(6): 838-53. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2016.11.005>. [Link]
- Bullis JR, Sauer-Zavala S, Bentley KH, Thompson-Hollands J, Carl JR, Barlow DH. The unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: Preliminary exploration of effectiveness for group delivery. *behav Modif*. 2015;39(2):295-321. DOI: 10.1177/0145445514553094. [Link]
- Mohammadi A, Birashk B, Gharai B. Comparison of the effect of group transdiagnostic therapy and group cognitive therapy on anxiety and depressive symptoms. *Iran J Public Health*. 2013;42(1):48-55. [Persian] [Link]
- Martinsen KD, Kendall PC, Stark K, Neumer S-P. Prevention of anxiety and depression in children: acceptability and feasibility of the transdiagnostic EMOTION program. *Cogn Behav Pract*. 2016;23(1):1-13. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2014.06.005>. [Link]
- Fernández-Martínez I, Orgilés M, Morales A, Espada JP, Essau CA. One-Year follow-up effects of a cognitive behavior therapy-based transdiagnostic program for emotional problems in young children: A school-based cluster-randomized controlled trial. *J Affect Disord*. 2020; 262:258-66. DOI: 10.1016/j.jad.2019.11.002. [Link]
- Osma J, Castellano C, Crespo E, García-Palacios A. The unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders in group format in a spanish public mental health setting. *Psicología Conductual*. 2015;23(3):447. [Link]
- Bilek EL, Ehrenreich-May J. An open trial investigation of a transdiagnostic group treatment for children with anxiety and depressive symptoms. *Behav Ther*. 2012;43(4):887-97. DOI: 10.1016/j.beth.2012.04.007. [Link]
- Akbari M, Roshan R, Shabani A, Fata L, Shairi M R, Zarghami F. The Comparison of the Efficacy of Transdiagnostic Therapy Based on Repetitive Negative Thoughts with Unified Transdiagnostic Therapy in Treatment of Patients with Co-occurrence Anxiety and Depressive Disorders: A Randomized Clinical Trial. *IJPCP* 2015; 21 (2) :88-107. [Persian] [Link]
- Barlow DH, Farchione TJ, Bullis JR, Gallagher MW, Murray-Latin H, Sauer-Zavala S, et al. The unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders compared with diagnosis-specific protocols for anxiety disorders: A randomized clinical trial. *JAMA psychiatry*. 2017;74(9):875-84. doi:10.1001/jamapsychiatry.2017.2164. [Link]

24. Dozois DJ, Seeds PM, Collins KA. Transdiagnostic approaches to the prevention of depression and anxiety. *J Cogn Psychother.* 2009;23(1):44-59. DOI: 10.1891/0889-8391.23.1.44. [Link]
25. Talkovsky AM, Paulus DJ, Kuang F, Norton PJ. Quality of life outcomes following transdiagnostic group cognitive-behavioral therapy for anxiety. *Int J Cogn Ther.y.* 2017;10:93-114. https://doi.org/10.1521/ijct_2017_10_01. [Link]
26. Ellard KK, Fairholme CP, Boisseau CL, Farchione TJ, Barlow DH. Unified Protocol for the Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders: Protocol Development and Initial Outcome Data. *Cognitive and behavioral practice.* 2010;17(1):88-101. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2009.06.002>. [Link]
27. Talebi N, Davarani MN, Koohdasht RN, Yaghoubi L. Effectiveness of transdiagnostic integrated treatment in cognitive emotion regulation strategies and social adjustment among infertile women. *Journal of Fundamentals of Mental Health.* 2017;19(3):160-6. 10.22038/jfmh.2017.8988. [Persian] [Link]
28. Azimi A, Omid A, Shafiei E, Nademi A. The Effectiveness of Transdiagnostic, Emotion- focused Treatment for Emotional Regulation and Individual-social Adjustment in Female Students. *J Arak Uni Me.* 2018;20(10):62-73. [Persian] [Link]
29. Nasri M. The effectiveness of transdiagnostic treatment on cognitive flexibility, emotion regulation and Hb factor in patients with type 2 diabetes. *Journal of psychological achievements.* 2017;24(2):81-100. <https://doi.org/10.22055/psy.2018.20969.1741>. [Persian] [Link]
30. Ashena M, Besharat MA, Malihialzuckerini S, Rafezi Z. The effectiveness of unified transdiagnostic therapy on positive metacognitions and meta-emotions in mothers of children with cancer. *Journal of psychologicalscience.* 2021;20(97):13-22. <http://dorl.net/dor/20.1001.1.17357462.1400.20.97.3.0>. [Persian] [Link]
31. Southward MW, Cassiello-Robbins C, Zerkowitz R, Rosenthal MZ. Navigating the New Landscape of Value-Based Care: An Example of Increasing Access, Improving Quality, and Reducing Costs Using the Unified Protocol. *The behavior therapist.* 2020. [Link]
32. Mansell W, Harvey A, Watkins E, Shafraan R. Conceptual foundations of the transdiagnostic approach to CBT. *J Cogn Psychother.* 2009;23 (1):6-19. DOI: 10.1891/0889-8391.23.1.6 [Link]
33. Andersen P, Toner P, Bland M, McMillan D. Effectiveness of Transdiagnostic Cognitive Behaviour Therapy for Anxiety and Depression in Adults: A Systematic Review and Meta-analysis. *Behav Cogn Psychother.* 2016;44(6):673-90. DOI: <https://doi.org/10.1017/S1352465816000229>. [Link]
34. Sakiris N, Berle D. A systematic review and meta-analysis of the Unified Protocol as a transdiagnostic emotion regulation based intervention. *Clin Psychol Rev.* 2019;72:101751. doi: 10.1016/j.cpr.2019.101751. [Link]
35. Ehrenreich-May J, Kennedy SM, Sherman JA, Bilek EL, Barlow DH. Unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders in children: Workbook: Oxford University Press; 2017. <https://doi.org/10.1093/med-psych/9780190642952.001.0001>. [Link]
36. Soleymani S, Amirfakhraei A, Keramati K, Samavi A. Comparison the Effectiveness of “Cognitive Behavioral Treatment” and “Unified Trans diagnostic Treatment” on Emotional Expression and Fear of Intimacy in Children of Divorce. *Journal of Health Promotion Management.* 2020;9 (6):83-95. [Persian] [Link]
37. Amini M, Lotfi M, Asgharnezhad-Farid AA, Bakhtiyari M. Comparison of the effect of transdiagnostic Therapy and cognitive-behavior therapy on patients with emotional disorders: A randomized clinical trial. *Zahedan J Res Med Sci.* 2014;16(10). [Persian] [Link]
38. Ebrahimi LS, Isfeevajani MS, Mohammadi A, Ghasemzadeh S, Arani AM, Saadat SH. Comparison Of the Effectiveness of Unified Transdiagnostic Therapy (UP-C) with Cognitive Behavioral Therapy (CBT) on Depression Anxiety Symptoms in Child Workers:"Child Labour. *J Res Med Dent Sci,* 2019, 7(2): 122-130. [Link]
39. Titov N, Dear B, Staples L, Terides M, Karin E, Sheehan J, et al. Disorder-specific versus transdiagnostic and clinician-guided versus self-guided treatment for major depressive disorder and comorbid anxiety disorders: a randomized controlled trial. *J Anxiety Disord.* 2015;35:88-102. DOI: 10.1016/j.janxdis.2015.08.002. [Link]
40. The Supreme Social Council is chaired by the president to manage the social damage situation: IRNA Press; 2017. [Link]
41. Ghanizadeh A, Mohammadi MR, Yazdanshenas A. Psychometric properties of the Farsi translation of the Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia-Present and Lifetime Version. *BMC Psychiatry.* 2006; 6:10 doi:10.1186/1471-244X-6-10. [Link]
42. Pope AW, McHale SM, Craighead WE. Self-esteem enhancement with children and adolescents. Pergamon Press; 1988. [Link]
43. Mazaheri A, Baghban I, Fatehizadeh M. Effects of self esteem group training on students' social adjustment. *Clinical Psychology and Personality.* 2006;4(1):49-56. 20.1001.1.23452188.1385.4.1.6.3 [Persian] [Link]
43. Ghiasabadi Farahani E, Jafari Harandi R. Predict cognitive flexibility through social adjustment and responsibility among female students. *Quarterly Social Psychology Research.* 2021;10(40):135-50. [Link]
44. Sinha AK, Singh RP. Manual for adjustment inventory for school students (AISS). National Psychological Corporation, Kacheri Ghat, Agra-2. 1993. [Link]

45. Naveedy A. The Efficacy of Anger Management Training on Adjustment Skills of High School Male Students in Tehran. *IJPCP* 2009; 14 (4) :394-403. [Persian] [\[Link\]](#)
46. Kendall PC, Hudson JL, Gosch E, Flannery-Schroeder E, Suveg C. Cognitive-behavioral therapy for anxiety disordered youth: a randomized clinical trial evaluating child and family modalities. *J Consult Clin Psychol.* 2008;76 (2):282-297. doi:10.1037/0022-006X.76.2.282 [\[Link\]](#)