

اثربخشی برنامه درمانگری «گره مبارز» بر شکایت‌های جسمانی دانش‌آموزان دختر و پسر دچار اختلال‌های اضطرابی و افسردگی

مریم طهرانی‌زاده^۱، ندا نظر بلند^{۲*}، قاسم کشاورز گرامی^۳

دریافت مقاله: ۹۴/۰۱/۲۰؛ دریافت نسخه نهایی: ۹۴/۰۸/۲۵؛ پذیرش مقاله: ۹۴/۰۸/۳۰

چکیده

هدف: پژوهش تعیین اثربخشی برنامه درمانگری «گره مبارز» بر شکایت‌های جسمانی دختران و پسران دچار اختلال‌های اضطرابی و افسردگی بود. روش: روش پژوهش شبه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و گروه گواه و جامعه آماری شامل ۱۴۰۰ دانش‌آموز سوم تا پنجم ابتدایی شهر تهران در سال ۹۳-۱۳۹۲ بود. از میان آن‌ها، ۴۰ دختر و ۴۰ پسر که بر اساس مصاحبه بالینی دچار یکی از اختلال‌های اضطرابی، افسردگی یا همبندی آن‌ها بودند به تصادف انتخاب و در سه گروه آزمایشی و یک گروه گواه جایگزین شدند. ابزار پژوهش نسخه والد فهرست رفتاری کودک آشناباخ و رسکورا (۲۰۰۱) بود که مادران در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری تکمیل کردند و ۱۴ جلسه درمانگری انفرادی «گره مبارز» کندال و هداک (۲۰۰۶) هفته‌ای یک‌بار و هر جلسه ۴۵ دقیقه برای کودکان و ۲ جلسه برای مادران اجرا شد. برای تحلیل داده‌ها از کوواریانس و تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر استفاده شد. یافته‌ها: نتایج حاکی از کاهش معنادار شکایت‌های جسمانی در گروه‌های آزمایش در مرحله پس‌آزمون و پس از ۶ ماه بود و عامل جنس تاثیری در نتیجه درمان نداشت. نتیجه‌گیری: پیشنهاد می‌شود روان‌شناسان با توجه به اثربخشی روش درمانگری گره مبارز بر شکایت‌های جسمانی کودکان اضطرابی و افسرده، از این راهنمای درمانگری برای کاهش مشکلات رفتاری کودکان استفاده کنند.

کلیدواژه‌ها: اضطراب، افسردگی، برنامه گره مبارز، شکایت‌های جسمانی، همبندی

۱. استادیار گروه روان‌شناسی دانشگاه پیام نور، تهران، ایران

۲*. نویسنده مسئول، استادیار گروه مشاوره، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران

Email: nnazarboland@gmail.com

۳. کارشناس ارشد سنجش و اندازه‌گیری، دانشگاه علامه طباطبایی، تهران، ایران

مقدمه

اختلال‌های اضطرابی^۱ از شایع‌ترین بیماری‌های روان‌شناختی در کودکان محسوب می‌شود (اسبجورن، هویر، دیربورگ و لثوکندال، ۲۰۱۰؛ نقل از مشهدی، ۱۳۹۱). پژوهش‌های جمعیت‌شناختی شیوع آن را بین ۱۵ درصد تا ۲۲ گزارش کرده‌اند (ویلاب، کامینگ، گر، تورگرسن و کندال، ۲۰۱۳). این مشکل‌ها گذرا نیست و سیر پیوسته و عود مجدد آن‌ها آثار درازمدتی بر سطوح کنش‌وری رفتاری، جسمانی، شناختی و هیجانی کودکان در خانه، مدرسه و اجتماع بر جای می‌گذارد (کلمن، وودودث، کرودیس و جونز، ۲۰۰۷) و در نهایت احتمال ابتلا به سایر اختلال‌های روان‌شناختی نظیر افسردگی (گر، ویلاب، تورگرسن و کندال، ۲۰۱۲)، سوء مصرف مواد و افت تحصیلی (سوندسن، کانوی، دگنهارت، گلانتز، مرکانگاز و همکاران، ۲۰۱۰) را زیاد می‌کند.

در گستره اختلال‌های اضطرابی دوران کودکی، همبندی زیادی بین اضطراب، افسردگی و شکایت‌های جسمانی به چشم می‌خورد (هاگز، لورا-ویدل و کندال، ۲۰۰۷؛ کراولی، ۲۰۱۱؛ ویجی، آواستی و گروور، ۲۰۱۴؛ بکوئیس، باچلو، رزمالن و شوورز، ۲۰۱۵). شیوع شکایت‌های جسمانی نظیر سردرد، دل‌درد، انقباض‌های ماهیچه‌ای، تعرق، دشواری در بلع، گُر گرفتگی، لرز و خستگی در جامعه عادی بین ۱۰ تا ۲۶ درصد (استورچ، مرلو، کیلی، گرابیل، میلیسون و همکاران، ۲۰۰۸)؛ در کودکان دارای ملاک‌های افسردگی ۷۰ درصد در مقابل ۳۴ درصد افراد گروه گواه و بیش از ۵۰ درصد در کودکان واجد اختلال‌های اضطرابی (گینسبرگ، ریدل و دیویس، ۲۰۰۶) حداقل یک شکایت جسمانی گزارش شده است.

هافلچ، هاگز و کندال (۲۰۰۶) به تجلی متفاوت شکایت‌های جسمانی در دختران و پسران اشاره کرده‌اند. بدین ترتیب که به نظر می‌رسد پسران بیشتر از دل‌درد و دردهای سینه‌ای شکایت می‌کنند. کینگرلی، گینسبرگ و آلفانو (۲۰۰۷) نیز در پژوهشی که در مورد کودکان ۱۴ تا ۱۹ ساله آمریکایی انجام دادند، تجلی شکایت‌های جسمانی را در دختران بیش از پسران دیدند. استورچ و همکاران (۲۰۰۸) نیز شکایت‌های جسمانی ویژه‌ای را در دختران بیش از پسران یافتند. همچنین پژوهش‌های بسیاری به نقش تعدیل‌کنندگی جنس در فرایند شکل‌گیری و همبندی اضطراب و افسردگی و پاسخ‌دهی به درمان (کراولی، ۲۰۱۱؛ ورسینگ و رزمن، ۲۰۱۲) اشاره کرده‌اند.

با توجه به آنچه گفته شد بهره‌گیری از برنامه‌هایی که به‌منظور درمان مجموعه‌ای از علایم و همبندی اضطراب، افسردگی و شکایت‌های جسمانی طراحی شده باشد، ضروری است؛ مداخله‌ها زیرا عمدتاً بر درمان اضطراب و افسردگی متمرکز بوده‌اند (کندال، هودسان، گاش، فلانری-شرودر

1. anxiety disorders

2. Esbjørn, Hoeyer, Dyrborg, Leth & Kendall

اثربخشی برنامه درمانگری «گره مبارز» بر...

و سوچ، ۲۰۰۸) و کمتر به بررسی تأثیر روش درمانگری بر تعامل و همبندی این اختلال‌ها پرداخته‌اند. برنامه درمانگری گره مبارز از سودمندترین و پرکاربردترین برنامه‌های مبتنی بر رفتار درمانگری شناختی است (کامپتون، مارچ، برنت، آلبانو، ورسینگ و کری، ۲۰۰۴) که در آن از فنون سودمندی نظیر سرمشق‌دهی، ایفای نقش، حل‌مساله، تنش‌زدایی و تقویت برای مواجهه کارآمد با موقعیت‌های تنیدگی‌زا و برطرف کردن مشکلات روان‌شناختی نظیر اضطراب (کندال و هدک، ۲۰۰۶ a) استفاده شده است. همچنین این برنامه قابلیت انطباق با نیازهای کودکان ایرانی دارد (طهرانی‌زاده، ۱۳۸۹). دادستان، طهرانی‌زاده، طباطبایی، آزادفلاح و فتحی (۱۳۸۹) نیز تأثیرگذاری این روش درمانی را در کاهش نشانگان درونی‌سازی شده نمونه‌ای از دانش‌آموزان دختر و پسر شهر تهران و گذار از طیف بالینی به بهنجار مورد تأیید قرار داده‌اند.

بر این اساس، با توجه به اهمیت کسب اطلاعات کافی در زمینه اثربخشی درمانگری‌های رفتاری شناختی در کاهش نشانه‌های جسمانی و همبندی آن‌ها با اضطراب و افسردگی از یک‌سو، و با توجه به تأثیر عامل جنس در تجلی و پاسخ‌دهی به درمان در مبتلایان به شکایت‌های جسمانی از سوی دیگر، این پژوهش اجرا و فرضیه‌های زیر آزمون شد.

۱. برنامه درمانگری گره مبارز شکایت‌های جسمانی کودکان دچار اضطراب و افسردگی را کاهش می‌دهد.
۲. برنامه درمانگری گره مبارز شکایت‌های جسمانی کودکان دچار همبندی اضطراب و افسردگی را کاهش می‌دهد.
۳. تأثیر برنامه درمانگری گره مبارز در تغییر شکایت‌های جسمانی دختران و پسران متفاوت است.
۴. تأثیر برنامه درمانگری گره مبارز در کاهش شکایت‌های جسمانی کودکان دچار اضطراب و افسردگی در مرحله پیگیری پایدار می‌ماند.

روش

روش مطالعه شبه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و گروه گواه و جامعه آماری ۱۴۰۰ دانش‌آموز مقطع سوم تا پنجم ابتدایی مشغول به تحصیل در سال ۹۳-۱۳۹۲ در ۸ مدرسه منطقه ۶ تهران بود. مادران این دانش‌آموزان به کمک نسخه والد فهرست رفتاری کودک آشنباخ و رسکورلا (۲۰۰۱) فرزندان خود را ارزیابی کردند. بر مبنای نقطه‌برش، یعنی نمره T بالاتر از ۶۳، از میان ۱۲۲۰ پرسشنامه که اطلاعات کاملی داشت، ۲۹۵ دانش‌آموز در مرز بالینی اختلال‌های درونی‌سازی شده قرار داشتند. از افراد مذکور، پس از مصاحبه بالینی توسط روان‌شناس و تشخیص وجود یکی از اختلال‌های اضطرابی، افسردگی و یا هر دو اختلال

در آن‌ها، تعداد ۴۰ دختر و ۴۰ پسر که مایل به شرکت در ۱۶ جلسه برنامه درمانگری بودند، هم‌تاسازی شدند و به تصادف در سه گروه آزمایشی کودکان دچار اضطراب، افسردگی و همایندی و یک گروه گواه اختصاص یافتند. نمره شکایت‌های جسمانی حاصل از نسخه فهرست رفتاری کودک به‌منظور مطالعه اثر برنامه درمانگری بر شکایت‌های جسمانی بررسی شد. با در نظر گرفتن این مطلب که روش درمانگری انفرادی بود و کلیه والدین موافقت خود را با حضور دانش‌آموزان در برنامه اعلام کردند و مسئولین مدرسه پیگیری جدی در مورد شرکت دانش‌آموزان در این برنامه داشتند، افت آزمودنی دیده نشد. در نهایت با هدف بررسی ماندگاری اثر مداخله، کلیه آزمودنی‌های گروه آزمایشی، پس از طی مدت شش ماه از پایان مداخله، مجدداً بر اساس نسخه فهرست رفتاری کودک بررسی شد. معیار ورود مادران و کودکان در پژوهش نمره شکایت‌های جسمانی، اضطراب و افسردگی کودکان بود که ابتدا در فهرست رفتاری کودک و سپس مصاحبه‌های تشخیصی مبتنی بر چهارمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی توسط متخصص روان‌شناسی کسب شد و نشان می‌داد که کودکان واجد شکایت‌های جسمانی به‌صورت همزمان دچار اضطراب، افسردگی یا همایندی آن دو هستند.

ابزار پژوهش

۱. نسخه والد فهرست رفتاری کودک! نسخه والد فهرست رفتاری کودک آشنباخ و رسکورلا (۲۰۰۱) از دو بخش کنش‌وری و مشکلات کودک در شش مقوله مشکلات عاطفی، اضطرابی، بدنی، فزون‌کنشی/ بی‌توجهی، تضادورزی و رفتار هنجاری تشکیل شده است. وضعیت کودک در هر گویه با انتخاب یکی از سه گزینه نادرست = ۰، تاحدی درست = ۱ و کاملاً درست = ۲ مشخص می‌شود که هم بر مبنای مقوله‌های تشخیصی و هم بر اساس نتایج مبتنی بر تجربه، قابل نمره‌گذاری و تفسیر است. در پژوهش حاضر، بخش اول پرسشنامه حذف و نمره T متناظر با نمره خام مشکلات عاطفی با سوال‌های ۴، ۱۳، ۱۷، ۳۴، ۵۱، ۵۳؛ مشکلات اضطرابی با سوال‌های ۱۰، ۲۸، ۲۹، ۴۴، ۴۹، ۱۱۱ و مشکلات جسمانی با سوال ۵۶ الف تا ز؛ با مراجعه به جدول هنجاری دو جنس استخراج و مشخص شد کودک در کدام‌یک از سه قلمرو بالینی، مرزی یا بهنجار جای دارد. در انطباق و هنجاریابی نسخه‌های نظام سنجش مبتنی بر تجربه آشنباخ، ضرایب آلفای کرونباخ در دامنه ۰/۶۵ تا ۰/۸۵ و

1. child behavior checklist (CBCL)

اثربخشی برنامه درمانگری «گره مبارز» بر...

ضرایب زیرمقیاس‌های فهرست رفتاری کودک بین ۰/۷۳ و ۰/۸۷ قرار دارند. اعتبار آزمون-بازآزمون در فاصله ۵ تا ۸ هفته نیز نشان داد که همه ضرایب همبستگی در سطح $P < 0/05$ معنا دارند (آشنباخ و رسکورا، ۲۰۰۱؛ نقل از مینایی، ۱۳۸۴). در پژوهش حاضر، اعتبار نسخه والد فهرست رفتاری کودک در پیش‌آزمون، ۰/۹۳۵ و در پس‌آزمون، ۰/۹۴۳ به‌دست آمد.

۲. مصاحبه‌های تشخیصی مبتنی بر راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی.

برای سنجش مشکلات درونی‌سازی شده کودکان، علاوه بر اجرای نسخه فهرست‌رفتاری کودک توسط مادر، وجود افسردگی مه‌اد، افسرده‌خویی، اضطراب تعمیم‌یافته، اضطراب جدایی و هراس خاص کودکان از طریق یک مصاحبه تشخیصی مبتنی بر مقوله‌های راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی، ویرایش چهارم (۱۳۸۹) ارزیابی شد. کودکان با شرایط هم‌بند به‌شرطی پذیرفته شدند که تشخیص اصلی آن‌ها یکی از ۵ اختلال فوق‌الذکر بود.

۳. برنامه درمانگری گره مبارز. این طرح به‌عنوان درمانی نسبتاً جدید و مؤثر برای درمان

اختلال‌های اضطرابی کودکان شناخته شده است و راهنمای قابل انعطافی دارد که می‌تواند با نیازهای مراجعان منطبق شود. همچنین راهبردها و اسامی ویژه‌ای برای کار با کودکان در جوامع مختلف دارد. در آمریکا از عنوان گره مبارز (کندال، ۱۹۹۴ و کندال و ه‌دک، ۲۰۰۶ a b)، در استرالیا از عنوان کوالای مبارز^۱ و در کانادا از عنوان خرس مبارز^۲ (کندال، ه‌ودسان، گاش، فلانری-شرودر و سووچ، ۲۰۰۸) برای آن استفاده می‌شود. نیمه اول درمان شامل آموزش مهارت‌هایی نظیر بازسازی شناختی، تنش‌زدایی، حل مساله و خود‌پاداش‌دهی و نیمه دوم شامل درگیری فعال با مهارت‌های یادگرفته شده در موقعیت‌های برانگیزاننده اضطراب است. خلاصه ۱۶ جلسه درمانگری انفرادی هفته‌ای ۱ بار و هر جلسه ۴۵ دقیقه به‌ترتیبی است که در پی می‌آید. *جلسه اول.* با توجه به نگرانی و احتیاطی که کودکان اضطرابی دارند، هدف جلسه اول آشنایی کودکان با محیط درمان بود، لذا زمان جلسه صرف یافتن اسباب بازی مورد علاقه کودک، بازی "اطلاعات شخصی"، داستان‌ها و شخصیت‌های مورد علاقه و جوایزی که کودک می‌تواند با انجام دادن تکالیف به‌دست آورد، شد.

جلسه دوم. در این جلسه به کمک تصاویری احساس‌های مختلف برچسب زده شد و تفاوت‌هایی که این احساس‌ها در وضع و حالت بدن به‌وجود می‌آورند، مشخص گردید. همچنین به کمک کاربرد ترموستر احساسات، نردبان ترس کودک تهیه شد.

1. coping koala
2. coping bear

جلسه سوم. در این جلسه درمانگر برای توضیح واکنش‌های جسمانی از مقیاس هشداردهنده آتش استفاده کرد و با بازی "پس فرستادن کامیون آتش‌نشانی" توضیح داد که گاهی هیچ خطری وجود ندارد.

جلسه چهارم. در جلسه‌ای ساختارنایافته نگرانی‌های والدین، موقعیت‌های برانگیزاننده اضطراب کودک، توقعات والدین از درمان و روند خودافشایی‌های کودک مشخص شد.

جلسه پنجم. در این جلسه مطرح شد که احساسات جسمی نظیر تنش عضلانی با نگرانی همراه است، نشانه‌های جسمانی اضطراب کودک به کمک ایفای نقش یا عروسک خیمه شب بازی مرور، همچنین روش تنش‌زدایی در قالب ایده‌هایی نظیر آب‌لیمو گرفتن و بادکردن بادکنک معرفی شد.

جلسه ششم. در این جلسه چگونگی تأثیر افکار بر پاسخ‌های اضطرابی کودک بررسی و به کودک کمک شد تا با فعالیت‌هایی نظیر حباب فکر خودگویی‌های درونی خود را تشخیص دهد.

جلسه هفتم. در این جلسه خودگویی‌های کودک و تمرین تنش‌زدایی مرور و با کمک شخصیت‌های کارتونی مفهوم مهارت‌های مقابله‌ای معرفی شد. همچنین در قالب بازی، کودک تشویق شد با تغییر کارت‌های داستانی، پایان داستان‌ها را تغییر دهد.

جلسه هشتم. در این جلسه تکالیف جلسه‌های قبل فرمول‌بندی شد تا کودک بتواند این مراحل زیر را در موقعیت‌های اضطراب برانگیز مرور کند. آیا احساس ترس می‌کند؟ آیا منتظر وقوع یک اتفاق بد است؟ چه کارهایی می‌تواند انجام دهد؟ و چه پاداشی به خود می‌دهد؟

جلسه نهم. این جلسه مشابه جلسه چهارم بود و تعیین شد که چگونه والدین می‌توانند به شیوه فعال‌تری درگیر شوند.

جلسه‌های دهم تا شانزدهم تکالیف جلسه‌های قبل مرور شد تا کودک بتواند در سلسله مراتبی از موقعیت‌های برانگیزاننده اضطراب نظیر تصویرسازی حالت‌های نگرانی زیاد تا تمرین در موقعیت‌های شبیه‌سازی‌شده، گام‌های فرمول‌بندی شده را تمرین کند. درمانگر نقش الگو را ایفا کرد تا از یک‌سو حل مساله را به کودکان آموزش دهد و از سوی دیگر افکاری نظیر انحراف توجه و تمرکز مجدد بر محرکی که خشم و برانگیختگی را فرامی‌خواند، در آن‌ها گسترش دهد؛ تا کودکان بتوانند به تدریج با موقعیت‌های برانگیزاننده اضطراب مقابله کنند. همچنین از تکلیف‌های خانگی برای تقویت یادگیری و تعمیم مهارت‌ها به دنیای واقعی و خارج از محیط درمانی استفاده شد. در موقعیت‌های شبیه‌سازی شده کودک اضطراب خود را قبل، حین و بعد از اجرا ارزیابی کرد و آسان‌ترین و سخت‌ترین چیزها به

اثربخشی برنامه درمانگری «گره مبارز» بر...

بحث گذاشته شد. کودک تشویق شد خلاصه تجربه‌ها را در یک کتابچه کوچک ثبت کند و یا از کارتون‌ها و شعرهایی که در طول جلسه استفاده شده بود و در نظر کودک گویای مشکل وی بود، مجموعه‌ای تهیه شد تا در مواقع نیاز از آن بهره‌مند شود. در آخرین جلسه یک جایزه اجتماعی مثل بیرون رفتن با درمانگر یا یک بازی دو نفره نیز برای کودک در نظر گرفته شد.

شیوه اجرا. پس از هماهنگی‌های لازم با آموزش و پرورش استان تهران و انتخاب تصادفی مدارس، والدین تمام کودکان آزمون فهرست رفتاری کودک را تکمیل کردند. از میان کودکانی که در مرز اختلال‌های درونی‌سازی شده قرار داشتند، از طریق مصاحبه بالینی، کودکان گروه آزمایش و گواه انتخاب شدند. در گروه آزمایش ملاحظه‌های اخلاقی همچون محرمانه ماندن اطلاعات و نام افراد، صداقت و جلب رضایت اعضا و نظایر آن رعایت و سپس جلسه‌های مداخله برگزار شد. آزمون فهرست رفتاری کودک و مصاحبه بالینی پس از اتمام جلسه‌ها و ۶ ماه بعد در مرحله پیگیری انجام شد. لازم به ذکر است گروه گواه نیز از اردیبهشت سال ۱۳۹۴، با پایان یافتن مرحله پیگیری، تحت درمان قرار گرفت.

یافته‌ها

میانگین سنی و انحراف معیار گروه آزمایش $10/4 \pm 1/1$ و گروه گواه $10/5 \pm 1/03$ بود. دختران ۵۵ درصد از گروه آزمایش و ۴۵ درصد از گروه گواه را تشکیل می‌دادند. $18/8$ کل دانش‌آموزان در پایه سوم، $20/7$ در پایه چهارم و $21/9$ در پایه پنجم تحصیل می‌کردند. کودکان طی شش‌ماه گذشته نگرانی‌های خود را تجربه کرده و هیچ‌گونه خدمات روان‌پزشکی را دریافت نکرده بودند. میانگین سنی و انحراف معیار مادران $2/14 \pm 28/2$ و پدران $3/87$ $30/4 \pm$ بود. ۲۷ درصد مادران شاغل و مابقی خانه‌دار بودند و ۶۳ درصد خانواده‌ها درآمدی بین ۲ تا ۴ میلیون تومان داشتند و ۳۱ درصد از سطح اقتصادی پایین‌تر برخوردار بودند. همچنین ۵ کودک (۳ دختر و ۲ پسر) در گروه آزمایش تک سرپرست بودند.

جدول ۱. نتایج آزمون کولموگروف-اسمیرنوف در سه مرحله اندازه‌گیری به تفکیک گروه

مراحل	گروه آزمایش		گروه گواه	
	ارزش Z	سطح معنی داری	ارزش Z	سطح معنی داری
پیش‌آزمون	1/06	0/204	0/787	0/565
پس‌آزمون	0/73	0/64	0/92	0/366
پیگیری	1/01	0/25	0/927	0/365

نتایج جدول ۱ نشان می‌دهد داده‌ها در سه مرحله اندازه‌گیری از توزیع طبیعی برخوردارند.

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار نمره‌های شکایت‌های جسمانی به تفکیک گروه‌ها

گروه	مرحله	دختران		پسران	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
مشکلات خلقی	پیش‌آزمون	۵/۶	۳/۲۱	۷/۰	۲/۰
	پس‌آزمون	۱/۲۰	۱/۱۰	۳/۶۷	۰/۵۸
	پیگیری	۲	۱/۲۲	۴/۳۳	۰/۵۸
	پیش‌آزمون	۵/۲۹	۲/۵	۷	۳/۹۲
	پس‌آزمون	۸	۶/۳۶	۶/۸۶	۳/۶۳
	پیگیری	۶/۷۱	۲/۶۳	۷	۲/۶۵
مشکلات اضطرابی	پیش‌آزمون	۷/۳۳	۳/۰۱	۵/۲۲	۲/۳۹
	پس‌آزمون	۴/۶۷	۳/۵	۲/۸۹	۱/۹۶
	پیگیری	۴/۸۳	۲/۳۲	۳/۷۸	۲/۵۹
	پیش‌آزمون	۶	۴/۶۹	۴/۶	۳/۰۵
	پس‌آزمون	۶	۴/۶	۷	۳/۲۴
	پیگیری	۷	۵/۶	۷/۸	۲/۷۷
هماپندگی	پیش‌آزمون	۸	۱/۸	۶/۱۳	۲/۹
	پس‌آزمون	۴/۶۷	۲/۴	۳/۵	۰/۹۳
	پیگیری	۵	۱/۷	۳/۵	۱/۳
	پیش‌آزمون	۷/۱۳	۳/۱۴	۶/۷۱	۲/۴۳
	پس‌آزمون	۷/۸۸	۵/۱۹	۷/۸۶	۲/۹۷
	پیگیری	۷/۶۳	۲/۵۰	۸/۴۳	۲/۹۳

جدول ۲ کاهش محسوس نمره‌های شکایت‌های جسمانی در مرحله پس‌آزمون و پیگیری گروه آزمایش را نسبت به پیش‌آزمون نشان می‌دهد. در گروه گواه تغییر محسوسی در نمره‌های شکایت‌های جسمانی در سه مرحله به چشم نمی‌خورد.

جدول ۳. نتایج آزمون لوین و کرویت موخلی در سه مرحله اندازه‌گیری

بین گروهی	ارزش F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	سطح معنی داری
پیش‌آزمون	۰/۰۴۵	۱	۷۸	۰/۸۳۲
پس‌آزمون	۱/۲۵	۱	۷۸	۰/۲۶۶
پیگیری	۰/۵۵	۱	۷۸	۰/۴۵۹
درون گروهی	ضریب موخلی	ارزش X2	درجه آزادی	سطح معنی داری
تکرار سنجش	۰/۹۲۶	۲/۹۳	۲	۰/۲۳

در جدول ۳ بر اساس نتایج آزمون لوین پیش‌فرض همگنی بین واریانس‌های خطا و پیش‌فرض کرویت و همگنی ماتریس واریانس-کوواریانس در گروه‌های مورد مقایسه برقرار است.

جدول ۴. نتایج تحلیل کوواریانس اثر درمانگری شناختی رفتاری بر شکایت‌های جسمانی کودکان دچار اختلال‌های اضطرابی و افسردگی

منابع تغییر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	مجذور اتا
پیش‌آزمون	۳۵۲/۶۹	۱	۳۵۲/۶۹	۶۳/۵۵۴**	۰/۴۵۹
گروه	۳۲۳/۶۵	۱	۳۲۳/۶۵	۵۸/۳۲۲**	۰/۴۲۷
جنس	۰/۲۱۳	۱	۰/۲۱۳	۰/۰۳۸	۰/۰۰۱
خطا	۴۱۶/۲۱	۷۵	۵/۵۴۹		
کل	۱۰۸۴/۰	۷۹			

* $P < 0.05$ ** $P < 0.01$

جدول ۴ نشان می‌دهد با حذف تأثیر پیش‌آزمون تفاوت معنی‌داری بین گروه‌ها وجود دارد و روش درمانگری بر شکایت‌های جسمانی کودکان دچار اختلال‌های اضطرابی و خلقی تأثیر داشته است. جنس تأثیر معنی‌داری در روند آزمایش نداشته است.

جدول ۵. نتایج تحلیل کوواریانس مقایسه اثر درمانگری شناختی رفتاری بر شکایت‌های جسمانی کودکان دچار همبندی اختلال‌های اضطرابی با مشکلات خلقی

منابع تغییر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	مجذور اتا
پیش‌آزمون	۳۲/۷۱۵	۱	۳۲/۷۱۵	۹/۲۲۹**	۰/۲۱۹
گروه	۱۱/۰۸۵	۲	۵/۵۴۳	۱/۵۶۴	۰/۰۸۷
جنس	۰/۲۴۰	۱	۰/۲۴۰	۰/۰۶۸	۰/۰۰۲
خطا	۱۱۶/۹۷۴	۳۳	۳/۵۴۵		
کل	۶۹۷/۰۰۰	۴۰			

* $P < 0.05$ ** $P < 0.01$

نتایج جدول ۵ نشان می‌دهد روش گربه مبارز تأثیر متفاوتی بر شکایت‌های جسمانی کودکان دچار اضطراب، افسردگی و همبندی نداشته و جنس در روند آزمایش بی‌اثر بوده است.

جدول ۶. نتایج تحلیل واریانس آمیخته اثر درمانگری شناختی رفتاری بر شکایت‌های جسمانی کودکان دچار اختلال‌های اضطرابی و خلقی در مرحله پیگیری

منابع تغییر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	ارزش F	مجذور اتا
مرحله	۲۱/۰۲	۱	۲۱/۰۲	۱۰/۸۱**	۰/۱۲۲
مرحله*گروه	۱۳۳/۲۳	۱	۱۳۳/۲۳	۶۸/۴۸**	۰/۴۷۶
خطا	۱۵۱/۷۵	۷۸	۱/۹۵		
گروه	۳۶۵/۰۷	۱	۳۶۵/۰۷	۱۷/۸۶**	۰/۱۸۶
خطا	۱۵۹۴/۲۵	۷۸	۲۰/۴۴		

* $P < 0.05$ ** $P < 0.01$

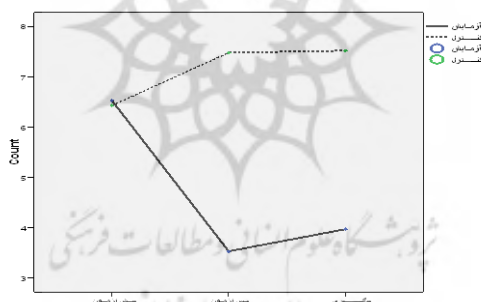
نتایج جدول ۶ تفاوت معنی‌دار بین سه مرحله اندازه‌گیری، تعامل مراحل اندازه‌گیری با گروه و بین گروه‌ها را نشان می‌دهد. حجم اثر این معنی‌داری قوی به‌دست آمد. برای مشخص ساختن تغییرات در سه مرحله، از آزمون تعقیبی بن‌فرونی استفاده شد.

جدول ۷. نتایج آزمون تعقیبی بن‌فرونی برای مقایسه نمره متغیرها در سه مرحله اندازه‌گیری

عامل ۱	عامل ۲	میانگین ۱	میانگین ۲	تفاوت میانگین‌ها	انحراف معیار
پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۶/۴۷	۵/۵۰	۰/۹۷۵**	۰/۲۷۴
پیش‌آزمون	پیگیری	۶/۴۷	۵/۷۵	۰/۷۲۵**	۰/۲۲۱
پس‌آزمون	پیگیری	۵/۵۰	۵/۷۵	-۰/۲۵۰	۰/۱۹۹

* $P < 0.05$ ** $P < 0.01$

جدول ۷ نشان می‌دهد تغییرات پیش‌آزمون با پس‌آزمون و پیگیری معنی‌دار است، اما تغییرات پس‌آزمون با پیگیری معنی‌دار نیست. بنابراین روش گربه مبارز اثر ماندگاری بر شکایت‌های جسمانی کودکان دچار اختلال‌های اضطرابی و خلقی داشته و باعث کاهش با ثبات شکایت‌های جسمانی در گروه‌های آزمایش شده است.



نمودار ۱. روند تغییرات شکایت‌های جسمانی در مراحل مختلف به تفکیک گروه

در نمودار ۱ مشاهده می‌شود در پیش‌آزمون هر دو گروه نمره‌های شکایت‌های جسمانی تقریباً یکسان ولی در پس‌آزمون نمره‌های شکایت‌های گروه آزمایش کاهش و نمره‌های شکایت‌های گروه گواه افزایش داشته است، در مطالعات پیگیری نمره‌های گروه آزمایش مقداری بازگشت به میانگین داشته و نمره‌های گروه گواه در همان سطح پیش‌آزمون باقی مانده است که جمع‌بندی این فرایند کاهش شکایت‌های جسمانی و ماندگاری اثر درمان را نشان می‌دهد.

بحث و نتیجه گیری

یافته‌های این پژوهش نشان داد برنامه درمانگری «گربه مبارز» که برنامه‌ای مبتنی بر رفتار درمانگری شناختی، چند فرهنگی و پربازده است در کاهش شکایت‌های جسمانی کودکان اضطرابی و افسرده و همایندی اضطراب و افسردگی مؤثر بوده و اثربخشی آن پس از شش ماه نیز پایدار مانده است. هم‌سو با این یافته صاحب‌نظران بسیاری از جمله کوبی (۲۰۰۸)؛ ریچادا، فیشر، کاتلر و ماسیاوارنر (۲۰۰۸)؛ ماسیاوارنر، کولوگنوری، ریگاتا، کلین، برونر-الہانا و همکاران (۲۰۱۱)، برنامه‌های درمانگری رفتاری شناختی «گربه مبارز» را روش مناسبی برای درمان اختلال‌های درونی‌سازی شده دوران کودکی ذکر کرده‌اند.

در این‌جا اثربخشی را می‌توان ناشی از فرایندهایی دانست که بهبود نشانه‌ها را در پی دارند. برای مثال، بخشی از فنون درمانگری نظیر خودآگاهی جسمانی و تنش‌زدایی به‌کار رفته در برنامه درمانگری «گربه مبارز» همانند مداخله‌های که بر نشانگان جسمانی و دردها تمرکز دارند (حسین، براون و چالدر، ۲۰۰۷)، نشانگان جسمانی اضطراب و دردها را هدف قرار می‌دهد و به شرکت‌کنندگان آموزش می‌دهد که نشانگان جسمانی اضطراب را تشخیص دهند، افکار سازش‌نیافته مرتبط با درد را به چالش بکشند، و از واکنش‌های مناسب برای مقابله با این نشانگان استفاده کنند. همچنین این شیوه درمانگری، در قالب فن تنش‌زدایی و تصویرسازی ذهنی، به‌صورت مستقیم درمان شکایت‌های جسمانی را هدف قرار می‌دهد. اما، شاید بتوان فرایند برون‌ریزی احساس‌ها و پالایش هیجانی را اثربخش‌ترین فرایند این برنامه درمانگری دانست؛ زیرا در بسیاری از موارد مشکلات کودکانی را که به شکایت‌های جسمانی متوسل می‌شوند، به ناتوانی آن‌ها در برون‌ریزی هیجان‌های خود می‌توان نسبت داد. طی این برنامه درمانگری، کودکان می‌توانند درک عمیق‌تری از هیجان‌ها و عواطف گوناگون خود به‌دست آورند و این فرصت در اختیار آن‌ها قرار می‌گیرد تا بتوانند پرخاشگری قابل ملاحظه‌ای را که در ارتباط با افراد یا موضوع‌ها تجربه می‌کنند بدون نگرانی از تنبیه شدن و مورد ارزیابی قرار گرفتن، در چهارچوب فرایند درمانگری برون‌ریزی کنند، و درنهایت، مشارکت والدین در روند درمانگری کودکان را که منجر به تغییر الگوی تقویت نشانگان درد، خاموش کردن رفتارهای سازش‌نیافته و نظم‌دهی هیجانی کودک می‌شوند (بلالی و آقاییوسفی، ۱۳۹۰) می‌توان از جمله عوامل مؤثر در اثربخشی برنامه درمانگری «گربه مبارز» بر شکایت‌های جسمانی دانست.

می‌توان به این مطلب اشاره کرد که با توجه به همایندی اختلال‌های اضطرابی، خلقی و شکایت‌های جسمانی، دور از ذهن به‌نظر نمی‌رسد که در علت‌شناسی این اختلال‌ها نیز عوامل

مشترک زیادی وجود داشته باشد که همین امر موجب می‌شود تا به مداخله‌های درمانی نیز به صورت مشابهی پاسخ دهند و گرچه این اختلال‌ها در محتوا و شکل متفاوت هستند، اما برخی از نارسا کنش‌وری‌های شناختی از جمله توجه زیاد به خود، در این اختلال‌ها وجود دارد (ماسیوارنر و همکاران، ۲۰۱۱) و روش درمانگری "گره مبارز" در جهت اصلاح نگرش‌ها و افکار ناکارآمد، افزایش مجموعه‌ای از مهارت‌ها و تغییر الگوهای رفتار اجتنابی و تقویت کننده‌ها به خوبی گام برمی‌دارد و حتی فنون رفتاری که در درمان این اختلال‌ها به کار برده می‌شود نیز از فنون یادگیری و اصول شرطی سازی مشابهی استفاده می‌کند.

در مورد تأثیر برنامه درمانگری بر چگونگی تغییر شکایت‌های جسمانی دختران و پسران نیز اثر تعاملی جنس در هیچ‌یک از متغیرهای پژوهش معنادار نشد. به بیان دیگر روش مداخله‌ای «گره مبارز» صرف‌نظر از جنس منجر به کاهش شکایت‌های جسمانی دختران و پسران دچار اختلال‌های اضطرابی، خلقی و همایندی آن‌ها شد. در بررسی پیشینه پژوهش، گرچه پژوهشگران به مطالعه اثر جنس بر تحول اختلال‌های درونی‌سازی شده‌ای نظیر جسمانی‌کردن پرداخته‌اند و احتمال ابتلای دختران به اختلال‌های درونی‌سازی شده را بیش از پسران گزارش کرده‌اند (هافلچ، هاگز و کندال، ۲۰۰۶؛ گریس، مارویچ، اوپن، وندر هورست و پنینکس، ۲۰۱۳)؛ اما پژوهش‌های اندکی به منظور بررسی اثر جنس در حساسیت به درمان صورت گرفته است. نتایج این پژوهش مغایر با پژوهش‌های کاستلو و همکاران (۱۹۹۶)، برمن و همکاران (۲۰۰۰)؛ استلو، اپستین، بالدوین و بیشاپ (۱۹۹۶) و برمن، ویمز، سیلورمنو کورتینز (۲۰۰۰)؛ نقل از کلمن، وودورث، کروداس و جونز، ۲۰۰۷) است که پاسخ‌گویی دو جنس به روند رفتار دمانگری‌های شناختی را متفاوت ذکر کرده‌اند. همسو با این پژوهش تریدول، فلانری، شرودر و کندال (۱۹۹۵)؛ نقل از کندال، ۲۰۰۹) و دادستان و همکاران (۱۳۸۹) نیز تفاوتی بین دختران و پسران در پاسخگویی به روش درمانی "گره مبارز" یافت نکردند.

پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی شیوع، تعدد و شدت شکایت‌های جسمانی در جامعه کودکان مضطرب افسرده و ارتباط میان این شکایت‌ها با پیامدهای درمانی بررسی شود تا بتوان گامی کوچک در التیام شکایت‌های جسمانی کودکان دچار اختلال‌های درونی‌سازی شده برداشت.

منابع

- آشنباخ، توماس، و رسکورلا، ریک. (۱۳۸۴). *کتابچه راهنمای نسخه‌های سن مدرسه نظام سنجش مبتنی بر تجربه آشنباخ (ASEBA)*، ترجمه اصغر مینایی. تهران: پژوهشکده کودکان استثنایی (تاریخ انتشار اثر به زبان اصلی: ۲۰۰۱).
- بلالی، رقیه، و آقاییوسفی، علیرضا. (۱۳۹۰). اثربخشی برنامه آموزش والدین بر کاهش مشکلات رفتاری کودکان. *فصلنامه روان‌شناسی کاربردی*. زمستان، ۵(۴ پیاپی ۲۰): ۷۳-۵۹.
- دادستان، پریرخ، طهرانی زاده، مریم، کاظم زاده طباطبائی، رسول، آزادفلاح، پرویز، و فتیحی آشتیانی، علی (۱۳۸۹). اثربخشی برنامه درمانگری مقابله‌ای در کاهش نشانه‌های درونی سازی شده کودکان ایرانی، *فصلنامه روان‌شناسان ایرانی*، ۷(۲۸): ۳۱۳-۳۲۳.
- گراث-مارنات، گری. (۱۳۸۹). *راهنمای سنجش روانی برای روان‌شناسان بالینی، مشاوران و روان‌پزشکان*، ترجمه حسن پاشا شریفی و محمدرضا نیکخو. تهران: انتشارات رشد و انتشارات سخن (تاریخ انتشار اثر به زبان اصلی، ۲۰۰۵).
- طهرانی‌زاده، مریم. (۱۳۸۹). *اثربخشی برنامه درمانگری کندال بر راهبردهای مقابله‌ای کودکان ایرانی دچار اختلال‌های درونی‌سازی شده*، پایان‌نامه دکترای تخصصی روان‌شناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه تربیت مدرس.
- مشهدی، علی، سلطانی شال، رضا، میردورقی، فاطمه، و بهرامی، بتول. (۱۳۹۱). ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس چندبعدی اضطراب کودکان. *فصلنامه روان‌شناسی کاربردی*. بهار، ۶(پیاپی ۲۱): ۸۷-۷۰.

- Achenbach, T. M., & Rescorla, L. A. (2001). *ASEBA school age forms profiles*. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth & Families.
- Beidel, D. C., Christ, M. G., & Long, P. J., (1991). Somatic complaints in anxious children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 19(2): 659-670.
- Bekhuis, E. Boschloo, L. Rosmalen, G. M. Schoevers, R. A. (2015). Differential associations of specific Depressive and Anxiety Disorders with Somatic Symptoms. *Journal of Psychosomatic Research*, 78 (2): 104-111.
- Colman, I., Wodsworth, M. E. J. Croudace, T. J., & Jones, P. B. (2007). Forty-year psychiatric outcomes following assessment for Internalizing disorder in adolescence. *The American Journal of Psychiatry*, 164(1): 126-133.
- Compton, S. March, J., Brent, D., Albano, A., Weersing, R., Curry, j. (2004). Cognitive behavioral psychotherapy for anxiety and depressive disorders in children and adolescents: an evidence based medicine review. *American academy of child and adolescent psychiatry*, 43(8): 930-959.

- Crawley, S. A. (2011). Somatic complaints in anxious youth. Doctoral dissertation. Temple University.
- Freonna, G. L. (2006). *Diversity counts: an examination of the Coping Cat from a multicultural treatment perspective*. Doctoral dissertation. Chicago University.
- Gere, M., Villabe, M. A., Torgersen, S., & Kendall, P. C. (2012): Overprotective parenting and child anxiety: The role of co-occurring child behavior problems. *Journal of Anxiety Disorders*, 26(6): 642-649.
- Gerrits, M. J. G. VanMarwijk, W. J., VanOppen, P, VanDer Horst, H. & Penninx, B. (2013). The role of somatic health problems in the recognition of depressive and anxiety disorders by general practitioners. *Journal of Affective Disorders*, 151(3): 341-348.
- Ginsburg, G. S., Riddle, M. A., & Davies, M. (2006). Somatic symptoms in children and adolescents with anxiety disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 45(1): 1179-1187.
- Hofflich, S. A., Hughes, A. A., & Kendall, P. C. (2006). Somatic complaints and childhood anxiety disorders. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 6(2): 229-242.
- Hughes, A. A., Lourea-Waddell, B., & Kendall, P. C. (2007). Somatic complaints in children with anxiety disorders and their unique prediction of poorer academic performance. *Child Psychiatry and Human Development* 39: 211-220.
- Husain, K., Browne, T., & Chalder, T. (2007). A review of psychological models and interventions for medically unexplained somatic symptoms in children. *Child and Adolescent Mental Health*, 12(1): 2° 7.
- Kendall, p. c. (1994). Behavioral assessment and methodology. In G. T. Wilson, C. M., Franks, K. D., Brownell & p. c. Kendall (Eds). *Annual review of behavior therapy: theory and practice* (9, 39-94). New York. The Guilford Press.
- Kendall, P. C. & Hedtke, M. A. (2006 a). *Cognitive Behavior Therapy for Anxious Children, therapist manual (third edition)*. Ardmore, PA, workbook publishing.
- Kendall, P. C. & Hedtke, K. (2006 b). *Coping Cat Workbook (2nd Ed.)*. Ardmore, PA: Workbook Publishing.
- Kendall, P. C. (2009). *Cognitive-behavioral therapy for anxiety-disordered youth: Secondary outcomes from a randomized clinical trial evaluating child and family modalities*. [Online]. www. Science direct. Com.
- Kendall, P. C., Ingram, R. E. (1987). The future for cognitive assessment of anxiety: ltt s ttt eeii fic. In L. Michelson and M. Ascher (Eds.). *Anxiety and stress disorders: cognitive behavioral assessment and treatment*. (3-25). New York. Guilford press
- Kendall, P. C., Hudson, J. L., Gosch, E., Flannery-Schroeder, E., & Suveg, C. (2008). Cognitive behavioral therapy for anxiety disordered youth: A randomized clinical trial evaluating child and family modalities. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(2): 282- 297.

- Kingery, J. N., Ginsburg, G. S., & Alfano, C. A. (2007). Somatic symptoms and anxiety among African American adolescents. *Journal of Black Psychology*, 33(2): 363-378.
- Koby D. G. (2008). *Somatic symptoms in adult anxiety disorders and response to cognitive behavioral therapy*, University of Connecticut, A dissertation submitted in partial fulfillment of the requirements. Doctoral dissertation. University of Connecticut.
- Masia Warner, C., Colognori, D., Kim, R. E., Reigata, L. C., Klein, R. G., Browner-Elhanan, K. J., et al. (2011). Cognitive-behavioral treatment of persistent functional somatic complaints and pediatric anxiety: an initial controlled trial. *Depression and Anxiety*, 0, 1-9.
- Reigada L. C., Fisher, P. H., Cutler, C., & MasiaWarner, C. (2008). An Innovative Treatment Approach for Children with Anxiety Disorders and Medically Unexplained Somatic Complaints. *Cognitive and Behavioral Practice*, 15, 140° 147.
- Storch, E. A., Merlo, L. J., Keeley, M. L., Grabill, K., Milsom, V. A., Geffken, G. R., et al. (2008). Somatic symptoms in children and adolescents with obsessive-compulsive disorder: associations with clinical characteristics and cognitive-behavioral therapy response. *Behavioral and Cognitive Psychotherapy*, 36(2): 283-293.
- Swendsen, J., Conway, K. P., Degenhardt, L., Glantz, M., Jin, R., Merikangas, K. R. et al. (2010). Mental disorders as risk factors for substance use, abuse, and dependence: results from the 10-year survey follow-up of the National Comorbidity Survey. *Addiction*, 105(2): 1117-1128.
- Villabe, M. A., Cummings, C. M., Gere, M. K., Torgersen, S., Kendall, P. C. (2013). Anxious youth in research and service clinics. *Journal of Anxiety Disorders*. 27(1):16-24.
- Vijay, K. G. Avasthi, A. Grover, S (2014). A study of worry and functional somatic symptoms in generalized anxiety disorder. *Asian Journal of Psychiatry*, 11(1): 278-289
- Weersing, V. R., Rozenman, M. S. (2012). Anxiety, Depression, and Somatic Distress: Developing a Transdiagnostic Internalizing Toolbox for Pediatric Practice. *Cognitive and Behavioral Practice*, 19(2): 68-82

فهرست رفتاری کودک/ نوجوان

در صورتی که در حال حاضر یا طی ۶ ماه گذشته هر یک از ماده‌ها در مورد کودک/ نوجوان کاملاً یا معمولاً صادق است، عدد ۲ را انتخاب کنید و یا در صورتی که تا حدی در زمان‌هایی در مورد او صادق است عدد ۱ را و در صورتی که اصلاً در مورد او صدق نمی‌کند عدد ۰ را انتخاب کنید. لطفاً به تمام پرسش‌ها، حتی اگر برخی از آن‌ها برای او مناسب نیستند پاسخ دهید. ۰ = (از وقتی که من می‌دانم) نادرست؛ ۱ = تا حدی درست یا در برخی اوقات؛ ۲ = کاملاً درست یا اغلب اوقات.

ماده‌ها	گزینه‌ها	ماده‌ها	گزینه‌ها
۱ خیلی بچگانه تر از سنش رفتار می‌کند.	۰ ۱ ۲	۵ خارش یا مشکلات پوستی دیگر	۰ ۱ ۲
۲ زیاد جروبوت می‌کند.	۰ ۱ ۲	۶ دل درد	۰ ۱ ۲
۳ کارهایی را که شروع کرده تمام نمی‌کند.	۰ ۱ ۲	۷ بالا آوردن، استفراغ	۰ ۱ ۲
۴ از چیزهای کمی لذت می‌برد.	۰ ۱ ۲	۸ سایر موارد. . . .	۰ ۱ ۲
۵ خارج از توالت ادرار می‌کند.	۰ ۱ ۲	۹ به مردم حمله می‌کند.	۰ ۱ ۲
۶ پز می‌دهد، لاف می‌زند.	۰ ۱ ۲	۱۰ بینی و پوست بدنش را می‌کند.	۰ ۱ ۲
۷ نمی‌تواند تمرکز کند.	۰ ۱ ۲	۱۱ در ملاعام با اندام تناسلی‌اش بازی می‌کند.	۰ ۱ ۲
۸ نمی‌تواند بعضی فکرها را از سرش بیرون کند.	۰ ۱ ۲	۱۲ با اندام تناسلی‌اش خیلی ور می‌رود.	۰ ۱ ۲
۹ بی‌قرار یا فزون کنش است.	۰ ۱ ۲	۱۳ درس‌هایش ضعیف است.	۰ ۱ ۲
۱۰ خیلی وابسته است.	۰ ۱ ۲	۱۴ هماهنگی حرکتی‌اش ضعیف است.	۰ ۱ ۲
۱۱ از تنهایی شکایت می‌کند.	۰ ۱ ۲	۱۵ ترجیح می‌دهد با بچه‌های بزرگ‌تر باشد.	۰ ۱ ۲
۱۲ گیج و سردرگم است.	۰ ۱ ۲	۱۶ ترجیح می‌دهد با بچه‌های کوچک‌تر باشد.	۰ ۱ ۲
۱۳ زیاد گریه می‌کند.	۰ ۱ ۲	۱۷ از صحبت کردن خودداری می‌کند.	۰ ۱ ۲
۱۴ نسبت به حیوانات بی‌رحم است.	۰ ۱ ۲	۱۸ فعالیت‌های خاصی را تکرار می‌کند	۰ ۱ ۲
۱۵ نسبت به دیگران بی‌رحم است	۰ ۱ ۲	۱۹ از خانه فرار می‌کند.	۰ ۱ ۲
۱۶ خیالپرداز است.	۰ ۱ ۲	۲۰ خیلی داد و فریاد می‌کند	۰ ۱ ۲
۱۷ عمدتاً به خود آسیب می‌رساند.	۰ ۱ ۲	۲۱ تودار است.	۰ ۱ ۲
۱۸ توجه زیادی را می‌طلبد.	۰ ۱ ۲	۲۲ چیزهایی می‌بیند که وجود ندارد.	۰ ۱ ۲
۱۹ وسایل شخصی‌اش را خراب می‌کند.	۰ ۱ ۲	۲۳ حساس و زودرنج است.	۰ ۱ ۲
۲۰ وسایلی به دیگران را خراب می‌کند.	۰ ۱ ۲	۲۴ آتش افروزی می‌کند.	۰ ۱ ۲
۲۱ در خانه نافرمانی می‌کند.	۰ ۱ ۲	۲۵ مشکلات جنسی دارد.	۰ ۱ ۲
۲۲ در مدرسه نافرمانی می‌کند.	۰ ۱ ۲	۲۶ خودنمایی می‌کند.	۰ ۱ ۲
۲۳ معمولاً خوب (کافی) غذا نمی‌خورد.	۰ ۱ ۲	۲۷ خیلی خجالتی یا کم رو است.	۰ ۱ ۲
۲۴ با بچه‌های دیگر کنار نمی‌آید.	۰ ۱ ۲	۲۸ از همه بچه‌ها کمتر می‌خوابد.	۰ ۱ ۲
۲۵ پس از رفتار اشتباه احساس گناه نمی‌کند.	۰ ۱ ۲	۲۹ نسبت به اکثر بچه‌ها بیشتر می‌خوابد.	۰ ۱ ۲
۲۶ زود حسادت می‌کند.	۰ ۱ ۲	۳۰ حواسش به آسانی پرت می‌شود.	۰ ۱ ۲
۲۷ قوانین خانه و مدرسه را رعایت نمی‌کند.	۰ ۱ ۲	۳۱ مشکلات گفتاری دارد.	۰ ۱ ۲

اثربخشی برنامه درمانگری «گربه مبارز» بر...

۲	۱	۰	بی هدف (به جایی) خیره می‌شود.	۷۹	۲	۱	۰	از حیوانات و موقعیت‌های خاص می‌ترسد.	۲۸
۲	۱	۰	در خانه دزدی می‌کند.	۸۰	۲	۱	۰	از مدرسه رفتن می‌ترسد.	۲۹
۲	۱	۰	در خارج از خانه دزدی می‌کند.	۸۱	۲	۱	۰	از اینکه کار بدی انجام دهد، می‌ترسد.	۳۰
۲	۱	۰	چیزهایی که لازم ندارد، انبار می‌کند.	۸۲	۲	۱	۰	احساس می‌کند که باید کامل باشد.	۳۱
۲	۱	۰	رفتارهای عجیب دارد.	۸۳	۲	۱	۰	احساس می‌کند هیچ کس دوستش ندارد.	۳۲
۲	۱	۰	افکار عجیب دارد	۸۴	۲	۱	۰	احساس می‌کند دیگران می‌خواهند به او صدمه بزنند.	۳۳
۲	۱	۰	لجباز، یک دنده و تند خو است.	۸۵	۲	۱	۰	احساس حقارت یا بی ارزش بودن می‌کند.	۳۴
۲	۱	۰	خلق یا احساسش ناگهان تغییر می‌کند.	۸۶	۲	۱	۰	به خودش زیاد صدمه می‌زند.	۳۵
۲	۱	۰	بد عنق است.	۸۷	۲	۱	۰	در خیلی از دعاها درگیر می‌شود.	۳۶
۲	۱	۰	بدبین است.	۸۸	۲	۱	۰	سر به سر دیگران می‌گذارد.	۳۷
۲	۱	۰	فحش می‌دهد.	۸۹	۲	۱	۰	با بچه‌هایی در درس ساز پرسه می‌زند.	۳۸
۲	۱	۰	درباره کشتن خود صحبت می‌کند.	۹۰	۲	۱	۰	صداهایی می‌شنود که وجود ندارند	۳۹
۲	۱	۰	در خواب صحبت می‌کند یا راه می‌رود.	۹۱	۲	۱	۰	حساب نشده یا بدون فکر عمل می‌کند.	۴۰
۲	۱	۰	خیلی حرف می‌زند.	۹۲	۲	۱	۰	تنهایی را به بودن در جمع ترجیح می‌دهد.	۴۱
۲	۱	۰	سر به سر دیگران می‌گذارد.	۹۳	۲	۱	۰	دروغ می‌گوید، تقلب می‌کند.	۴۲
۲	۱	۰	قشقرق راه می‌اندازد یا بدقلق است.	۹۴	۲	۱	۰	ناخن‌هایش را می‌جود.	۴۳
۲	۱	۰	درباره مسائل جنسی زیاد فکر می‌کند.	۹۵	۲	۱	۰	عصبی، هیجان زده، فزون تنیده است.	۴۴
۲	۱	۰	مردم را تهدید می‌کند.	۹۶	۲	۱	۰	پرش‌های عضلانی دارد.	۴۵
۲	۱	۰	شست دستش را می‌مکد.	۹۷	۲	۱	۰	شب‌ها کابوس می‌بیند.	۴۶
۲	۱	۰	سیگار می‌کشد.	۹۸	۲	۱	۰	بچه‌های دیگر دوستش ندارند.	۴۷
۲	۱	۰	مشکل خواب دارد	۹۹	۲	۱	۰	مدفوعش را (برای مدتی) نگه می‌دارد.	۴۸
۲	۱	۰	از مدرسه یا آموزشگاه فرار می‌کند.	۱۰۰	۲	۱	۰	خیلی ترسو یا مضطرب است.	۴۹
۲	۱	۰	کم فعالیت می‌کند، یا کم انرژی است.	۱۰۱	۲	۱	۰	احساس گیجی و منگی می‌کند.	۵۰
۲	۱	۰	ناراحت، غمگین یا افسرده است.	۱۰۲	۲	۱	۰	احساس گنهکاری شدیدی دارد.	۵۱
۲	۱	۰	به طور غیر معمول پر سرو صدا است.	۱۰۳	۲	۱	۰	پرخور است.	۵۲
۲	۱	۰	تخریب‌گر است.	۱۰۵	۲	۱	۰	بی دلیل خسته است.	۵۳
۲	۱	۰	در طول روز خود را خیس می‌کند.	۱۰۶	۲	۱	۰	اضافه وزن دارد.	۵۴
۲	۱	۰	رختخوابش را خیس می‌کند.	۱۰۷	۲	۱	۰	بدون علت پزشکی مشخص دچار مشکلات جسمی است:	۵۵
۲	۱	۰	نق می‌زند.	۱۰۸	۲	۱	۰	ناراحتی و درد (به جز دل درد و سردرد)	الف
۲	۱	۰	دلش می‌خواهد از جنس مخالف باشد.	۱۰۹	۲	۱	۰	فقط سردرد	ب
۲	۱	۰	منزوی است، با دیگران نمی‌جوشد.	۱۱۰	۲	۱	۰	تهوع	ج
۲	۱	۰	نگران است.	۱۱۱	۲	۱	۰	مشکلی که با عینک زدن رفع نشده است.	د
