



## Comparing the effectiveness of cognitive-behavioral therapy and parent-child interaction therapy on parent-child conflict in children with separation anxiety disorder

Zeinab. Kianoosh<sup>1</sup>, Bahram. Mirzaian\*<sup>2</sup> & Hamid. Nejat<sup>3</sup>

1. Ph.D. student, Department of Psychology, Bojnourd Branch, Islamic Azad University, Bojnourd, Iran.
2. \*Corresponding author: Assistant Professor, Department of Psychology, Sari Branch, Islamic Azad University, Sari, Iran.
3. Assistant Professor, Department of Educational Sciences, Mashhad Branch, Islamic Azad University, Mashhad, Iran.

### ARTICLE INFORMATION

### ABSTRACT

#### Article type

Original research

Pages: 58-69

#### Corresponding Author's Info

Email:

bahrammirzaian@gmail.com

#### Article history:

Received: 2022/10/08

Revised: 2022/03/02

Accepted: 2022/10/17

Published online:

2023/05/07

#### Keywords:

*cognitive-behavioral therapy, parent-child interaction therapy, parent-child conflict, separation anxiety disorder.*

**Background and Aim:** Anxiety disorders have significant negative effects on children's academic performance, relationships with peers, and family functioning. The purpose of the present study was to compare the effectiveness of cognitive-behavioral therapy and parent-child interaction therapy on parent-child conflict in children with separation anxiety disorder. **Methods:** The current research was of the type of practical and quasi-experimental designs of pre-test-post-test and follow-up with a control group. The statistical population of this research included all children (girls and boys) suffering from separation anxiety disorder in Sari city in the first six months of 2021. The sample of this research includes 30 people who referred to Bamdad Counseling Center and Bavar Counseling Center who were selected using available sampling method and randomly divided into two experimental groups of cognitive-behavioral therapy and parent-child interaction therapy and the control group in the list. They waited. The data were obtained using the Strauss Parent-Child Conflict Questionnaire (1990), Spence Children's Anxiety Scale (1997). The data was analyzed using the method of analysis of variance with repeated measurements and SPSS-26 software. **Results:** The results showed that there is a significant difference between the two groups of cognitive-behavioral therapy and parent-child interaction therapy on parent-child conflict in children with separation anxiety disorder ( $F=14.09$ ;  $P<0.001$ ). And cognitive behavioral therapy had a greater effect than parent-child interaction therapy on parent-child conflict in children with separation anxiety disorder ( $P<0.001$ ). **Conclusion:** Therefore, it can be concluded that cognitive behavioral therapy can be an effective intervention method to improve parent-child conflict in children with separation anxiety disorder.



This work is published under CC BY-NC 4.0 licence.

© 2023 The Authors.

#### How to Cite This Article:

Kianoosh, Z., Mirzaian, B., & Nejat, H. (2023). Comparing the effectiveness of cognitive-behavioral therapy and parent-child interaction therapy on parent-child conflict in children with separation anxiety disorder. *Jayps*, 4(2): 58-69.



## مقایسه اثربخشی درمان شناختی- رفتاری و درمان تعامل والد- کودک بر تعارض والد- فرزند کودکان مبتلا به اختلال اضطراب جدایی

زینب کیانوش<sup>۱</sup>، بهرام میرزائیان<sup>۲\*</sup> و حمید نجات<sup>۳</sup>

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

۲. استادیار، گروه روانشناسی، واحد ساری، دانشگاه آزاد اسلامی، ساری، ایران.

۳. استادیار، گروه علوم تربیتی، واحد مشهد، دانشگاه آزاد اسلامی، مشهد، ایران.

اطلاعات مقاله	چکیده
نوع مقاله: پژوهشی صفحات: ۵۸-۶۹ اطلاعات نویسنده مسئول ایمیل: bahrammirzaian@gmail.com سابقه مقاله	زمینه و هدف: اختلال‌های اضطرابی اثرات منفی قابل توجهی بر عملکرد تحصیلی، روابط با همسالان و عملکرد خانواده کودکان می‌گذارد. هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی درمان شناختی- رفتاری و درمان تعامل والد- کودک بر تعارض والد- فرزند کودکان مبتلا به اختلال اضطراب جدایی بود. روش پژوهش: پژوهش حاضر از نوع طرح‌های کاربردی و شبه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون- پس‌آزمون و پیگیری همراه با گروه گواه بود. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه کودکان (دختر و پسر) مبتلا به اختلال اضطراب جدایی شهر ساری در شش ماه نخست سال ۱۴۰۰ بود. نمونه این پژوهش شامل ۳۰ نفر از مراجعه‌کننده به مرکز مشاوره بامداد و مرکز مشاوره باور که با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و به طور تصادفی در دو گروه آزمایشی درمان شناختی- رفتاری و درمان تعامل والد- کودک و گروه گواه در لیست انتظار جای داده شدند. داده‌ها با استفاده از پرسشنامه تعارض والد- فرزند اشتراوس (۱۹۹۰)، مقیاس اضطراب کودکان اسپنس (۱۹۹۷) به دست آمد. داده‌ها با استفاده از روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و نرم افزار SPSS-۲۶ به اجرا درآمد. یافته‌ها: نتایج نشان داد که بین دو گروه درمان شناختی- رفتاری و درمان تعامل والد- کودک بر تعارض والد- فرزند در کودکان مبتلا به اختلال اضطراب جدایی تفاوت معناداری وجود دارد ( $F=14/09$ ; $P<0/001$ ) و درمان شناختی رفتاری تاثیر بیشتری نسبت به درمان تعامل والد- کودک بر تعارض والد- فرزند در کودکان مبتلا به اختلال اضطراب جدایی داشت ( $P<0/001$ ). نتیجه‌گیری: بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که درمان شناختی رفتاری می‌تواند به عنوان روش مداخله‌ای موثری برای بهبود تعارض والد- فرزند در کودکان مبتلا به اختلال اضطراب جدایی باشد.
واژگان کلیدی درمان شناختی- رفتاری، درمان تعامل والد- کودک، تعارض والد- فرزند، اختلال اضطراب جدایی.	

انتشار این مقاله به‌صورت دسترسی آزاد مطابق با CC BY-NC 4.0 صورت گرفته است. تمامی حقوق انتشار این مقاله متعلق به نویسنده است.



شیوه استناد به این مقاله

کیانوش، زینب؛ میرزائیان، بهرام؛ و نجات، حمید. (۱۴۰۲). مقایسه اثربخشی درمان شناختی- رفتاری و درمان تعامل والد- کودک بر تعارض والد- فرزند کودکان مبتلا به اختلال اضطراب جدایی. *مطالعات روان‌شناختی نوجوان و جوان*، ۲(۴): ۵۸-۷۳.

## مقدمه

اختلال‌های اضطرابی، از شایع‌ترین اختلال‌های روانی و عاطفی بین کودکان است، به طوری که بر اساس گزارش مطالعات شیوع شناسی حدود ۸ تا ۱۲ درصد کودکان با یکی از ملاک‌های تشخیص اختلال اضطرابی، تا اندازه‌ای که روند زندگی عادی و عملکرد روزانه آن‌ها را مختل نماید، مواجه هستند (ریس، چانون و واترز، ۲۰۱۹). اختلال‌های اضطرابی اثرات منفی قابل توجهی بر عملکرد تحصیلی، روابط با همسالان و عملکرد خانواده کودکان می‌گذارد (بئویک و همکاران، ۲۰۲۱). یکی از شایع‌ترین اختلال اضطرابی دوران کودکی، اختلال اضطراب جدایی است. ویژگی اصلی اختلال اضطراب جدایی، ترس یا اضطراب افراطی و نامتناسب درباره جدایی از نمادهای دلبستگی یا یا پیش‌بینی جدایی است (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۱۹).

تعارض والد-فرزند، تعاملی است ناراحت‌کننده بین دوفردی که تمایل یا توانایی گوش کردن به ناراحتی‌های یکدیگر را ندارند و رفتار آنها با تنش، خصومت و پرخاشگری همراه باشد و از چالش‌های ارتباطی و تعارضی که در حین رشد و تغییر اعضای خانواده ایجاد می‌شود، زمینه را برای بروز تعارض والد-نوجوان مساعد می‌کند. واژه تعارض به ناتوانی در حل تفاوت‌ها اشاره داشته و بیشتر با تنش، خصومت و پرخاشگری همراه است (اسمیت و همکاران، ۲۰۱۹). تعارض حالت یا کنشی است که در معارضه بین افکار، منافع با اشخاصی گوناگون رخ می‌دهد (آلیسون، ۲۰۰۴). با توجه به اینکه تعارض امری اجتناب‌ناپذیر در روابط خانوادگی محسوب می‌شود و نتایج نشان می‌دهند درگیری و خشونت بین اعضای خانواده خطر ابتلاء فرزندان به بسیاری از مشکلات رفتاری و افسردگی را در آینده افزایش می‌دهد. به کارگیری شیوه‌های موثر و کارآمد جهت حل آن ضروری است (هررینکول و همکاران، ۲۰۰۹). به عبارت دیگر، تعارض والد - فرزند می‌تواند سازنده یا مخرب باشد؛ زمانی تعارض والد - فرزند می‌تواند مخرب باشد که منجر به اضطراب در والدین و فرزندان حرمت پایین فرزندان، و

کاهش سازگاری فرزندان در مدرسه شود (رستمی و سعادت، ۲۰۱۸؛ زارب، ۲۰۱۴؛ علی، ۲۰۱۰). اولین برنامه گام به گام منسجمی که بر اساس رویکرد شناختی-رفتاری جهت کاهش اضطراب جدایی، اضطراب فراگیر و اضطراب اجتماعی کودکان و نوجوانان تدوین شد، درمان شناختی رفتاری مبتنی بر برنامه "Coping cat" بود (وان استارینئورگ و همکاران، ۲۰۱۳). این برنامه براساس دیدگاه نظری شناختی رفتاری، اصول خود را در ۱۶ جلسه یک ساعته و در دو بخش آموزش مهارت‌های روان‌شناختی شناسایی احساس اضطراب و واکنش‌های بدنی، اصلاح خودگویی‌های اضطرابی، حل مسئله، ارزیابی عملکرد و پاداش دادن به خود و تمرین مواجهه سلسله مراتبی با موقعیت‌های اضطراب‌زا با کمک این مهارت‌ها به کودکان مضطرب آموزش می‌دهد (مک‌نالی کریهن و همکاران، ۲۰۱۳) جهت ارزیابی اثربخشی برنامه "Coping cat" چند کارآزمایی بالینی تصادفی در آمریکا انجام شده است. نتایج نخستین کارآزمایی بالینی تصادفی که در سال ۱۹۹۴ توسط کندال روی ۴۷ کودک ۹ تا ۱۳ ساله مبتلا به اختلالات اضطرابی انجام شد، حاکی از نرخ بالای بهبودی علایم اختلال در کودکان تحت درمان شناختی رفتاری ۰/۶۴ نسبت به گروه گواه ۰/۵ بود و این نتایج در دوره‌های پیگیری نیز حفظ شد (برناردت، ۲۰۱۹). همانطور که گفته شد یکی از درمان‌های موثر در درمان اختلال اضطراب جدایی، درمان شناختی - رفتاری است (پروندی و همکاران، ۲۰۲۲). یکی از درمان‌های نسبتاً نوین هم اختلال‌های بیرونی شده و هم در اختلال‌های درونی شده، درمان تعامل والد-کودک است. درمان تعامل والد-کودک یکی از برنامه‌های رفتاری آموزش والدین مبتنی بر شواهد پژوهشی است. در این برنامه دو دسته از مهارت‌ها در دو مرحله متوالی درمان مورد توجه قرار می‌گیرد. در مرحله تعامل کودک محور، والدین استفاده از مهارت‌ها معمول بازی درمانی را به منظور ارتقاء ارتباط والد-کودک می‌آموزند. در مرحله تعامل والدمحور، والدین برای افزایش فرمان‌پذیری و کاهش رفتارهای مخل کودک‌شان، مهارت‌های

گواه بود. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه کودکان (دختر و پسر) مبتلا به اختلال اضطراب جدایی شهر ساری در شش ماه نخست سال ۱۴۰۰ بود. نمونه این پژوهش شامل ۳۰ نفر از مراجعه‌کننده به مرکز مشاوره بامداد و مرکز مشاوره باور که با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و به طور تصادفی در دو گروه آزمایشی درمان شناختی- رفتاری و درمان تعامل والد-کودک و یک گروه لیست انتظار جای داده شدند. معیارهای ورود عبارت بودند از: دریافت تشخیص اختلال اضطراب جدایی توسط یک متخصص روان‌پزشکی یا یک متخصص روان‌شناسی؛ سن بین ۹ الی ۱۱ سال؛ داروی اعصاب و روان در طول سه ماهه گذشته مصرف نکرده است؛ به بیماری صعب‌العلاج جسمی مانند سرطان و نظیر آن مبتلا نباشند؛ به اختلال روان‌پزشکی جدی مانند سایکوتیک و نظیر آن مبتلا نباشند؛ حداقل کلاس سوم ابتدایی باشند؛ تکمیل موافقت‌نامه‌ی رضایت آگاهانه در خصوص شرکت در طرح پژوهش توسط والدین. غیبت بیش از دو جلسه در درمان؛ ابتلا به یک اختلال پسیکوتیک نیز به عنوان معیارهای خروج از طرح در نظر گرفته شدند.

### ابزار پژوهش

۱. پرسشنامه تعارض والد-فرزند: پرسشنامه تعارض والد- فرزند اشتراوس (۱۹۹۰) شامل ۱۵ سؤال است که ۳ مقیاس استدلال، پرخاشگری کلامی و فیزیکی را در دو بخش خودم و مادرم می‌سنجد. نمره‌گذاری آن از طریق مقیاس لیکرت و در ۵ گزینه است. نمره‌ی ۰ به معنای هرگز، به جواب یک بار در سال نمره (۱)، دو یا سه بار در سال نمره (۲)، اغلب اما کمتر از یک بار در ماه نمره‌ی (۳)، حدوداً یک بار در ماه نمره‌ی (۴) و ماهی بیش از یک بار نمره‌ی (۵) تعلق می‌گیرد. پاسخ دهنده در جواب به هر پرسش دفعات بروز هر رفتار توسط خودش و طرف دیگر تعارض را ارزیابی می‌کند. نمره بالاتر نشان دهنده تعارض بیشتر است. اشتراوس (۱۹۹۰) به نقل از ثنایی (۱۳۸۹) همسانی درونی زیر مقیاس‌های استدلال، پرخاشگری کلامی و پرخاشگری فیزیکی را تأیید می‌کند که بدین شرح‌اند: ۱۲ ضریب آلفا برای مقیاس پرخاشگری کلامی، ضریب آلفای ۰/۶۲ تا ۰/۸۸ و ضریب

لازم را فرامی‌گیرند (لینیمین و همکاران، ۲۰۱۷). در درمان تعامل والد- کودک عمدتاً اهدافی همچون بهبود کیفیت روابط والد- کودک، کاهش مشکلات و مسائل رفتاری و افزایش رفتارهای اجتماعی، افزایش مهارت‌های والدینی شامل انضباط مثبت و کاهش استرس والدینی دنبال می‌شود. همچنین در روند این درمان والدین یاد می‌گیرند تا شیوه‌های سازنده‌های برای کنار آمدن با احساساتی همچون ناکامی را شکل داده و تقویت کنند (آیبرگ، فاندبارک، همبری- کاین، مک نیل، کریدو و هود، ۲۰۰۱). مک دیارمید و بگنز (۲۰۰۵) تأکید می‌کنند که درمان تعامل والد- کودک باعث می‌شود والدین رفتارهای کودک را به شیوه مؤثرتری مدیریت کنند و از این طریق رفتارهای مطلوب کودک افزایش یافته و رفتارهای نامطلوب کاهش می‌یابد. بوگز، آیبرگ، ادواردز، ریفلد، جکوبز، بگنز و هود (۲۰۰۵) تأکید می‌کنند درمان تعامل والد- کودک به وسیله تشویق تعاملات مثبت والد- کودک و آموزش والدین به اینکه چطور باثبات باشند و تکنیک‌های انضباطی غیرخشونت‌آمیز را به کار گیرند، کمک می‌کند تا رفتارهای چرخ‌های منفی والد- کودک شکسته شود.

چالشی ذهنی که مدت‌هاست اذهان درمانگران کودک را به خود معطوف ساخته است، وجود نوعی دوگانه‌نگری در تبیین ابعاد سبب شناختی اختلال اضطرابی است. دو بعد شناختی کودک و تعامل والد کودک هر یک به میزانی تبیین‌کننده نشانگان اضطرابی در کودکان هستند. درمانگران شناختی، وجود شناخت‌های ناکارآمد را از دلایل شکل‌گیری نشانگان مذکور بر می‌شمارند، حال آنکه طرفداران رویکرد تعاملی، نوک تیز انتقادات خود را نسبت به درمان‌های شناختی در کودکان پیش‌دبستانی، به ناتوانی شناختی کودکان در بهره‌گیری از درمان‌ها معطوف می‌سازند. هدف پژوهش حاضرین است که مقیاسه اثربخشی درمان شناختی- رفتاری و درمان تعامل والد-کودک بر تعارض والد-فرزند کودکان مبتلا به اختلال اضطراب جدایی بود.

### روش پژوهش

پژوهش حاضر از نوع طرح‌های کاربردی و شبه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون- پس‌آزمون و پیگیری همراه با گروه

آلفا برای پرخاشگری فیزیکی از ۰/۴۲ تا ۰/۹۶ گزارش شده است. در پژوهش زابلی (۱۳۸۳) از مقیاس تعارضات دختران با مادرانشان استفاده شده است. در این پژوهش ضریب آلفا برای دختران و مادران به ترتیب در زیر مقیاس استدلال ۰/۵۸ و ۰/۴۹ در زیر مقیاس پرخاشگری کلامی ۰/۶۵ و ۰/۶۵ و در زیر مقیاس پرخاشگری فیزیکی ۰/۸۲ و ۰/۷۴ و در کل ۰/۷۴ و ۰/۷۳ به دست آمده است. روایی محتوایی این مقیاس در پژوهش زابلی (۱۳۸۳) مورد تأیید قرار گرفته است. در این پژوهش نیز ضریب پایایی با استفاده از آلفای کرانباخ ۰/۷۸ بدست آمد.

**۲. مقیاس اضطراب کودکان اسپنس<sup>۱</sup> (SCAS):** این پرسشنامه برای ارزیابی اضطراب کودکان ۱۵-۸ ساله براساس طبقه بندی تشخیصی و آماری DSM-IV در سال ۱۹۹۷ توسط اسپنس در استرالیا طراحی شد. پرسشنامه اسپنس دارای دو نسخه کودک (۴۵ ماده) و والد (۳۸ ماده) است. نمره گذاری بر اساس مقیاس ۹ درجه‌ای لیکرتی هرگز (۰)، گاهی اوقات (۱)، اغلب (۲)، همیشه (۳) تنظیم شده و ۶ مقیاس اضطراب جدایی، اضطراب اجتماعی، وسواس فکری-عملی، پنیک-بازارهراسی، اضطراب فراگیر و ترس از صدمات جسمانی را می‌سنجد. پایایی این مقیاس برای اضطراب عمومی برابر با ۰/۹۲ و برای خرده مقیاس‌ها ۰/۶۰ تا ۰/۸۲ گزارش شده است (اسپنس، ۱۹۹۸). در پژوهش موسوی و همکاران (۲۰۰۷) پایایی این پرسشنامه به روش آلفای کرونباخ بین ۰/۶۲ تا ۰/۸۹ گزارش شده، و شش عامل پرسشنامه، با تحلیل عامل تأییدی مورد تأیید قرار گرفته است.

**۳. درمان شناختی-رفتاری و درمان تعامل والد-کودک:** در پژوهش حاضر مداخلات شناختی رفتاری مبتنی بر برنامه مقابله‌ای کندال (۱۹۹۴) و درمان تعامل والد-کودک بر اساس پروتکل مک‌نیل و همبری کیکین (۲۰۱۰) انجام شد که خلاصه محتوای جلسات این دو مداخله به شرح زیر است:

1 Spence Children Anxiety Scale (SCAS)



جدول ۱. شرح مختصر جلسات درمان شناختی- رفتاری مبتنی بر برنامه مقابله‌ای کندال (۱۹۹۴)		
جلسه	فرایند جلسه	
اول	برقراری ارتباط با مراجع، تعیین هدف‌های درمانگری، شناسایی موقعیت‌های اضطراب‌زا و واکنش کودک به آنها	
دوم	شناسایی احساسات مختلف، شناسایی نشانه‌های ایجاد شده در موقعیت اضطراب‌زا	
سوم	آموزش نشانه‌های جسمانی اضطراب، شناسایی واکنش‌های جسمانی به اضطراب	
چهارم	ملاقات اول با والدین، به منظور افزایش مشارکت آنها در فرایند درمانگری و پاسخ به سوالهای احتمالی	
پنجم	آموزش تنفس دیافراگمی و تنش زدایی	
ششم	آشنایی با خود گویی‌ها در موقعیت‌های اضطرابی، تمایز بین خودگویی‌های اضطرابی و سازش یافته	
هفتم	کمک به مراجع برای تغییر خودگویی‌های اضطرابی به خود گویی‌های سازش یافته، آموزش مهارت حل مسئله برای مدیریت اضطراب	
هشتم	آشنایی مراجع با مفهوم پاداش و آموزش نمره دادن به خود بر اساس عملکرد	
نهم	ملاقات دوم با والدین، به منظور مشارکت آنها در فرآیند درمانگری و پاسخ به پرسش‌ها	
دهم و یازدهم	آشنایی مراجع با منطق مواجهه، طراحی سلسله مراتب ترس و اجرای تمرین مواجهه در موقعیت‌هایی با اضطراب کم	
دوازدهم و سیزدهم	اجرای تمرین مواجهه در موقعیت‌های با اضطراب متوسط	
چهاردهم و پانزدهم	اجرای تمرین مواجهه در موقعیت‌های با اضطراب بالا	
شانزدهم	تمرین مواجهه در موقعیت اضطراب‌زای شدید، طراحی خلاصه جلسات درمانگری در قالب یک روزنامه دیواری، تهیه فیلم کوتاه توسط کودک	

جدول ۲. خلاصه جلسات درمان تعامل والد- کودک (مک نیل و همبری- کیگین، ۲۰۱۰)		
جلسه	هدف	فرایند جلسه
اول	ارزیابی اولیه و تعیین جهت گیری درمان	در قالب یک مصاحبه اطلاعات تاریخچه‌ای درباره کودک و مشکل کنونی گردآوری شده و درمانگر فرصت آشنایی با کودک و شرایط خانواده را به دست آورد. درمانگر در مورد اهداف، مراحل، فرآیند درمان و توضیح اولین تکالیف منزل به والدین آگاهی الزم را می‌دهد. مرحله اول: تعامل کودک محور
دوم	آموزش مهارت‌های تعامل کودک محور (بدون حضور کودک)	در این جلسه به والدین منطق استفاده از جلسات بازی درمانی مختصر روزانه در خانه توصیف می‌شود. پس از آن مجموعه‌ای از مهارت‌هایی را که نباید انجام شود "پرهیزی" و مجموعه‌ای از مهارت‌هایی را که باید انجام شود "انجام دادنی" ارائه می‌شود و هر مهارت با منطقش توصیف می‌شود. درمانگر مفهوم "توجه راهبردی" و "چشم پوشی انتخابی" را به منظور شکل‌دهی رفتار ارائه می‌دهد. در پایان جلسه جزوه‌های مهارت‌ها و برگه تکلیف منزل داده می‌شود.
سوم	جلسه هدایت و تمرین مهارت‌های تعامل کودک محور (با حضور کودک)	مرور و واریسی تکالیف، تقویت رابطه درمانی با خانواده و ارائه حمایت از اهداف این جلسه است. در حین هدایتگری بیشتر بر توصیفات رفتاری تمرکز می‌شود و صرفاً بازخورد مثبت بدون اشاره به خطاها ارائه می‌شود. در انتها بیشتر بر نقاط قوت والدین تأکید می‌شود و از آنها خواسته می‌شود در تکلیف خانگی بیشتر برای کاهش تعداد سؤالات و افزایش بازخوردها تلاش کنند
چهارم	جلسه هدایتگری همراه با توضیح موضوع الگوگیری	مرور و واریسی تکالیف، درباره این که شکل گیری بسیاری از رفتارهای نامطلوب در نتیجه الگوگیری کودکان از رفتارهای بزرگترهای خودشان است، توضیحاتی داده می‌شود. در حین هدایت والدین بیشتر بر عدم استفاده از سؤال تأکید می‌شود. آموزش‌هایی در زمینه کنترل

	کودکان از والدین (با حضور کودک)	خشم ارائه میشود. در تکلیف منزل، والدین تشویق می‌شوند که روی افزایش تمجید عنوان‌دار تمرکز کنند.
پنجم	جلسه هدایتگری همراه با تأکید بر موضوع دریافت حمایت (با حضور کودک)	مرور و وارسی تکالیف، «دریافت حمایت» موضوعی است که با والدین در میان گذاشته می‌شود و آنها ترغیب می‌شوند که از سایر افرادی که در محیط اطراف‌شان هستند در مواقع ضروری به شیوه مناسبی حمایت دریافت کنند. در تکلیف منزل، والدین تشویق می‌شوند که روی مهارت‌هایی که هنوز مسلط نشده‌اند تمرکز کنند.
ششم	جلسه هدایتگری با تأکید بر موضوع استرس کودکان (با حضور کودک)	مرور و وارسی تکالیف، در این جلسه با والدین درباره تأثیر استرس بر کودکان و درک هیجانی کودکان صحبت می‌شود. در فرآیند هدایتگری نیز توجه ویژه‌ای به استفاده از مهارت‌ها به صورت ترکیبی می‌شود. از این جلسه به بعد اگر والدین بر مهارت‌ها مسلط شده بودند درمان وارد مرحله دوم می‌شود.
هفتم	آموزش مهارت‌های تعامل والدمحور (بدون حضور کودک)	در این جلسه مهارت‌های تعامل والدمحور که شامل بحث بر سر چگونگی دستورالعمل مؤثر، تحسین فرمان‌پذیری کودک و اجرای صحیح فرآیند محرومیت در صورت نافرمانی کودک به والدین آموزش داده می‌شود.
هشتم	جلسه هدایتگری (با حضور کودک)	در ابتدای جلسه کل فرآیند با والدین مرور می‌شود و سپس متناسب با سطح رشد کودک رویه‌ی محروم سازی برای او توضیح داده می‌شود. اگر فرآیند کار در این جلسه به خوبی اجرا شود و جلسه با فرمان‌پذیری کودک به پایان برسد از والدین خواسته می‌شود تا اولین تکلیف خانگی مرحله دوم درمان را در خانه انجام دهند.
نهم	جلسه هدایتگری همراه با آغاز تعمیم-دهی مهارت‌ها به خارج از اتاق بازی (با حضور کودک)	مرین مهارت‌های این مرحله ادامه پیدا می‌کند. برای والدین ملاک‌های کسب مهارت توضیح داده می‌شود. از این پس به دنبال تعمیم‌دهی مهارت‌ها به محیط‌هایی غیر از اتاق بازی هستیم از این رو از والدین خواسته می‌شود در صورت نیاز از مهارت‌ها در اتاق انتظار یا پس از پایان هر جلسه استفاده نمایند. اگر والدین اولین تکلیف خانگی را با موفقیت انجام داده باشند، تکلیف خانگی دیگری که شامل موقعیت جمع‌آوری اسباب بازی‌هاست به آنها داده می‌شود.
دهم	جلسه هدایتگری (با حضور کودک)	تأثیرات درمان بر رفتار کودک با والدین مرور می‌شود و ارتقاء مهارت‌های هر دو مرحله درمان ادامه می‌یابد. از این پس از والدین خواسته می‌شود از مهارت‌های این مرحله برای مسائلی استفاده کنند که فرمان‌پذیری کودک در آن موارد برای والدین مهم است و برای سایر مسائل، از تکنیک‌های آموزش داده شده دیگر استفاده نمایند.
یازدهم	جلسه هدایتگری همراه با آموزش تنظیم قوانین خانگی (با حضور کودک)	بعد از هدایت تعامل والدمحور، مشکلات رفتاری باقیمانده با والدین مرور خواهد شد. برای هر مشکل معین می‌شود که چه شیوه‌ای مناسب است. فرآیند تعیین قوانین خانگی و چگونگی اجرای آن به والدین آموزش داده می‌شود.
دوازدهم	جلسه هدایتگری همراه با آموزش مدیریت رفتار در اماکن عمومی (با حضور کودک)	فرآیند هدایتگری ادامه می‌یابد و در صورتی که والدین فاصله زیادی از ملاک‌های تسلط بر مهارت‌ها داشته باشند زمان بیشتری صرف هدایت تعامل خواهد شد. در صورت تثبیت قوانین خانگی قبلی در صورت نیاز با همکاری والدین قوانین جدیدی تعیین می‌شود. به رفتار کودک در اماکن عمومی پرداخته می‌شود و نکات لازم برای کنترل رفتار او در این اماکن گفته خواهد شد.
سیزدهم	جلسه هدایتگری در یک مکان عمومی (با حضور کودک)	آماده سازی خانواده برای اتمام درمان از طریق هدایت تعامل در ابتدای این جلسه در اتاق بازی انجام خواهد شد. سپس نکات آموزش داده شده درباره کنترل رفتار کودک در مکان عمومی با والدین مرور می‌شود. بخش میانی جلسه برای تمرین همین نکات در یک مکان عمومی ادامه می‌یابد.
چهاردهم	جلسه هدایتگری و	در حالی که به منظور آماده‌سازی خانواده برای اتمام درمان بر مهارت‌های ضعیف‌تر تمرکز

حل مسائلی که مانع بیشتری می‌شود، به مسائلی که مانع به تسلط رسیدن در مهارت‌ها هستند نیز توجه خواهد اتمام درمان هستند (با حضور کودک) شد. در صورت نیاز والدین با درمانگر بازی نقش مهارت‌های ضعیف‌تر را انجام می‌دهند. اگر بخشی از مشکلات باقیمانده به رابطه کودک با خواهر یا برادرش مربوط است، می‌توان تکلیف خانگی بازی دو نفره کودکان را به آنها داد و حتی جلسه‌ای را با حضور خواهر یا برادر کودک هدایت نمود. اهداف و برنامه این جلسه تا زمان تسلط یافتن والدین بر مهارت‌ها می‌تواند ادامه داشته باشد.

**پانزدهم** جلسه فارغ ارزیابی ملاک‌های اتمام آموزش همراه با معرفی تکنیک‌های دیگر مدیریت رفتار در این جلسه التحصیلی (با حضور خود را از موفقیت والدین در فرآیند درمان نشان دهد. به خانواده‌ها گفته می‌شود که در هر زمان با مشکلی مواجه شدند می‌توانند با درمانگر در تماس باشند و در صورت نیاز برای آنها جلسه فوق العاده‌ای برگزار خواهد شد.

آگاهانه از همه داوطلبان اخذ گردید. در بررسی توصیفی داده‌ها شاخص‌های آماری مربوط به هر یک از متغیرهای پژوهش محاسبه گردید. در بخش آمار استنباطی از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و نرم افزار SPSS-22 استفاده گردیده است.

### یافته‌ها

یافته‌ها نشان داد که میانگین (انحراف معیار) سن در گروه تعامل والد- کودک (PCIT) ۱۰/۲ (۱/۴۶)، درمان شناختی- رفتاری (CBT) ۱۰/۵ (۱/۵۳) و گروه گواه ۱۰/۰ (۱/۴۲) بود. سه گروه از نظر سن شرکت‌کنندگان، تفاوت معناداری با هم نداشتند.

### روش اجرا

ملاحظات اخلاقی در این پژوهش به این صورت بود که شرکت در این پژوهش کاملاً اختیاری بود. قبل از شروع طرح، مشارکت‌کنندگان با مشخصات طرح و مقررات آن آشنا شدند. نگرش و عقاید افراد مورد احترام بود. اعضای گروه آزمایش و گواه، اجازه خروج از پژوهش در هر مرحله ای داشتند. علاوه بر این، اعضای گروه گواه در صورت علاقه‌مندی می‌توانستند بعد از اتمام طرح، مداخله انجام شده برای گروه آزمایش را در جلسات درمانی مشابه، عیناً دریافت کنند. کلیه مدارک و پرسشنامه‌ها و سوابق محرمانه، تنها در اختیار مجریان بود. رضایت نامه کتبی

### جدول ۳. اطلاعات جمعیت شناختی به تفکیک هر سه گروه

متغیر	زیر مجموعه	تعامل والد- کودک		درمان شناختی- رفتاری		گواه	تعیین تفاوت
		درصد فراوانی	درصد فراوانی	درصد فراوانی	درصد فراوانی		درسه گروه
سن	۹ سال	۶	۴۲/۹	۵	۳۵/۷	۴	۰/۹۰۰*
	۱۰ سال	۳	۲۱/۴	۴	۲۸/۶	۵	
	۱۱ سال	۵	۳۵/۷	۵	۳۵/۷	۵	
وضعیت تحصیلی	سوم	۵	۳۵/۷	۶	۴۲/۹	۴	۰/۹۲۴*
	چهارم	۴	۲۸/۶	۳	۲۱/۴	۵	
	پنجم	۵	۳۵/۷	۵	۳۵/۷	۵	
جنسیت	دختر	۷	۵۰	۷	۵۰	۷	۰/۹۹۹*
	پسر	۷	۵۰	۷	۵۰	۷	

\* $P > 0.05$

توجه به اینکه بالاتر از  $P > 0.05$  بدست آمده بنابراین بین متغیرهای جمعیت شناختی در سه گروه در آزمون خی

اطلاعات جمعیت شناختی سه گروه نمونه در شاخص‌های سن، وضعیت تحصیلی، جنسیت نشان داده می‌شود. با



دو تفاوت معناداری وجود ندارد. بنابراین متغیرهای جمعیت شناختی معرف متغیر کنترل در پژوهش هستند.

جدول ۴. میانگین و انحراف استاندارد نمرات پیش آزمون و پس آزمون تعارض والد-فرزند در گروه آزمایش و گواه						
متغیر وابسته	گروه	پیش آزمون		پس آزمون		پیگیری
		میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	
تعارض والد-شناختی-رفتاری		۲۶/۶۴	۴/۷۹	۲۱/۷۱	۳/۰۲	۲۱/۶۴
فرزند	تعامل والد-کودک	۲۶/۷۱	۶/۵۲	۱۶/۶۴	۳/۰۳	۱۶/۵۷
	گواه	۲۶/۵۷	۴/۷۹	۲۶/۴۳	۵/۵۰	۲۶/۳۶

اطلاعات جدول ۴ نشان می‌دهد، میانگین نمرات پیش‌آزمون تعارض والد-فرزند در دو گروه آزمایش (تعامل والد-کودک و درمان شناختی-رفتاری) و گواه تقریباً با هم برابر بوده اما، در پس‌آزمون میانگین نمرات تعارض والد-فرزند گروه آزمایش (تعامل والد-کودک و

درمان شناختی-رفتاری) به مراتب متفاوت از میانگین نمرات گروه گواه بوده و همچنین به تناسب مقادیر پیگیری در دو گروه آزمایش (تعامل والد-کودک و درمان شناختی-رفتاری) و گواه نیز قابل مشاهده می‌باشد.

جدول ۵. چولگی و کشیدگی داده‌ها و فرض نرمال بودن متغیرها						
متغیر وابسته	گروه	پیش آزمون		پس آزمون		پیگیری
		کشیدگی	چولگی	کشیدگی	چولگی	
تعارض والد-شناختی-رفتاری		۰/۰۹۲	۰/۴۲۴	۰/۹۴۹	۰/۴۲۴	۰/۰۲۴
فرزند	تعامل والد-کودک	۰/۲۲۹	۰/۴۹۵	-۰/۴۰۲	-۰/۴۶۲	۰/۲۹۹
	گواه	۰/۹۴۵	۰/۰۴۲	۰/۹۹۰	۰/۲۴۲	۰/۳۴۲

با توجه به جدول ۵ تمامی مقادیر به دست آمده از بررسی کشیدگی و چولگی، در بازه (۲ تا -۲) قرار دارد.

بنابراین وضعیت متغیرها کشیده و چوله نمی‌باشد؛ در ادامه نیز آزمون نرمالیت شاپیرو-ویلکز گزارش شده است.

جدول ۶. مقادیر و (سطح معنی داری) متغیرهای پژوهش در آزمون نرمالیت شاپیرو ویلکز						
متغیر وابسته	گروه	پیش آزمون		پس آزمون		پیگیری
		آماره	معنی داری	آماره	معنی داری	
تعارض والد-فرزند	شناختی-رفتاری	۰/۷۰۶	۰/۷۰۱	۰/۷۰۵	۰/۷۰۲	۰/۹۳۳
	تعامل والد-کودک	۰/۶۱۴	۰/۸۴۶	۰/۶۵۵	۰/۷۸۵	۰/۸۴۵
	گواه	۰/۶۱۹	۰/۸۳۸	۰/۵۱۳	۰/۹۵۵	۰/۶۳۰

همانگونه که در جدول ۶ نشان داده شده است مقادیر آماره شاپیرو ویلکز در نمرات پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری، تنظیم شناختی هیجان، اضطراب، تعارض والد-فرزند و تنهایی در کودکان مبتلا به اختلال اضطراب جدایی به تفکیک دو گروه آزمایش (تعامل والد-کودک و درمان شناختی-رفتاری) و گواه در متغیرها معنی دار است که بیانگر نرمال بودن توزیع متغیرها است. مفروضه

کرویت برقرار است و با توجه به نتایج بدست آمده از آزمون همگنی واریانس (کرویت موچلی) مقادیر معنی دار نمی‌باشد، بنابراین همگنی واریانس‌ها در سه نوبت مطالعه تایید می‌گردد. خلاصه نتایج تحلیل واریانس اندازه گیری مکرر برای عوامل درون گروهی و بین گروهی در جدول ۷ ارائه شده است.

جدول ۷. خلاصه نتایج تحلیل واریانس اندازه گیری مکرر (آمیخته) با گروه بندی، مراحل درمانی و تعامل متقابل

منابع تغییر	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	F	معنی داری	اندازه اثر
تعارض والد- گروه	۸۸۱/۱۵۹	۲	۴۴۰/۵۷۹	۱۴/۰۹۱	۰/۰۱	۰/۴۱۹
فرزند مراحل درمان	۵۵۰/۲۹۸	۱	۵۵۰/۲۹۸	۳۶/۶۲۲	۰/۰۱	۰/۴۸۴
تعامل گروه و مراحل درمان	۳۴۵/۱۶۷	۲	۱۷۲/۵۸۳	۱۱/۴۸۵	۰/۰۱	۰/۳۷۱

نتایج جدول ۷ نشان می‌دهد مقدار F محاسبه شده برای اثر مراحل (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) در سطح ۰/۰۱ معنی دار است. به طور مشخص در تعامل گروه و مراحل درمان برای تعارض والد-فرزند ( $\eta^2 = 0/371$ )،  $F=11/485$ ,  $P<0/01$ ) بدست آمده است. در نتیجه

جدول ۸. خلاصه نتایج آزمون تعقیبی بوفرونی جهت تعیین تفاوت پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

پیش‌آزمون	مرحله ۱	مرحله ۲	تفاوت میانگین‌ها	خطای استاندارد	معنی داری
تعارض والد- پیش‌آزمون	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۵/۰۴۸	۰/۹۰۰	۰/۰۰۱
فرزند پیش‌آزمون	پیش‌آزمون	پیگیری	۵/۱۱۹	۰/۸۴۶	۰/۰۰۱
پس‌آزمون	پس‌آزمون	پیگیری	۰/۰۷۱	۰/۹۱۰	۰/۹۳۸

نتایج جدول ۸ نشان می‌دهد بین نمرات تعارض والد-فرزند کودکان مبتلا به اختلال اضطراب جدایی در مراحل پیش‌آزمون با پس‌آزمون، پیش‌آزمون با پیگیری تفاوت معنی دار وجود دارد. تفاوت بین پس‌آزمون با پیگیری معنی دار نمی‌باشد که ناشی از ثبات درمان است. مقایسه

جدول ۹. خلاصه نتایج آزمون تعقیبی توکی برای دو گروه آزمایش

متغیر	گروه‌ها	تفاوت میانگین‌ها	خطای استاندارد	معنی داری
تعارض والد-فرزند	تعامل والد-کودک-شناختی- رفتاری	۳/۳۵۷	۱/۲۲۰	۰/۰۱

نتایج جدول ۹ نشان می‌دهد بین نمرات تعارض والد-فرزند در کودکان مبتلا به اختلال اضطراب جدایی در گروه تعامل والد-کودک با گروه درمان شناختی- رفتاری تفاوت معنی دار وجود دارد. اما با توجه به شاخص‌های میانگین و اندازه اثر بدست آمده در درمان تعامل والد-کودک سبب ایجاد تغییرات بیشتر در تعارض والد-فرزند در کودکان مبتلا به اختلال اضطراب جدایی شد و این درمان قوی تر از درمان شناختی- رفتاری در این گروه از بیماران است.

### بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر تعیین مقایسه اثربخشی درمان شناختی- رفتاری و درمان تعامل والد-کودک بر تعارض والد-فرزند کودکان مبتلا به اختلال اضطراب جدایی بود.

با توجه به یافته‌های به دست آمده ملاحظه می‌شود که

بین دو گروه درمان شناختی- رفتاری و درمان تعامل والد-کودک بر تعارض والد-فرزند در کودکان مبتلا به اختلال اضطراب جدایی تفاوت معناداری وجود دارد و درمان شناختی رفتاری تاثیر بیشتری نسبت به درمان تعامل والد-کودک بر تعارض والد-فرزند در کودکان مبتلا به اختلال اضطراب جدایی داشت. نتایج این یافته با یافته پژوهش ضرغامی، حیدری نسب، شعیری و شهريور (۱۳۹۴)؛ عباسی، طاهر نشاط دوست، آقامحمدیان شعرباف (۱۳۸۹)؛ قاسم زاده و جانی (۱۳۹۲)؛ لائو (۲۰۱۰) همسو بود.

در تبیین این یافته می‌توان گفت که پدر و مادر در درمان کودکان مبتلا به اختلال‌های اضطرابی نقش مهمی بازی

وقایع در نظر گرفته می‌شوند که منجر به رفتار نامتعادل یا اختلالات روان‌شناختی می‌شود. تعامل پیچیده بین حوادث شناختی، فرایندها، ساختارها، نتایج شناختی، عاطفه‌ها، رفتارهای آشکار، تجربیات و بافت‌های محیطی وجود دارد که به شکل‌گیری رفتار مختل کمک می‌کند. در کار با کودکان، بیشتر اوقات یک مشکل مشخص مورد توجه قرار می‌گیرد، و یا از تکنیک‌های ویژه استفاده می‌کند که در آن کودک برای استفاده از راهبردهای شناختی فکری برای هدایت رفتارها و در نتیجه بهبود تعارض والد-فرزند آموزش می‌بیند.

محدودیت‌های این پژوهش عبارت بود از: روش نمونه‌گیری در دسترس که نمونه ممکن بود معرف کاملی از جامعه آماری نباشد، بهتر است نتایج تنها به جامعه‌ای که نمونه از آن انتخاب شده است، تعمیم داده شود. وجود متغیرهای مداخله‌گر مانند بار فرهنگی بعضی از جملات و کلمات پرسشنامه‌ها و همچنین امتناع افراد از پاسخگویی به همه سؤالات پرسشنامه که پژوهشگر به منظور جمع‌آوری پرسشنامه‌ها زمان زیادی صرف کرد. پیشنهاد می‌شود این پژوهش در گروه‌های دیگر و به روش‌های نمونه‌گیری تصادفی انجام شود.

### موازین اخلاقی

در این پژوهش موازین اخلاقی شامل اخذ رضایت آگاهانه، تضمین حریم خصوصی و رازداری رعایت شد. با توجه به شرایط و زمان تکمیل پرسشنامه‌ها ضمن تأکید به تکمیل تمامی سؤالات، شرکت‌کنندگان در مورد خروج از پژوهش مختار بودند. پس از اتمام پژوهش گروه گواه نیز تحت مداخله قرار گرفتند.

### تشکر و قدردانی

نویسندگان پژوهش حاضر بر خود لازم دانستند که از کلیه افرادی که در پژوهش شرکت نمودند و همکاری لازم را جهت اجرای پژوهش نمودند، کمال تشکر و سپاس خود را ابراز نمایند.

### مشارکت نویسندگان

نویسنده این پژوهش در طراحی، مفهوم‌سازی، روش‌شناسی، گردآوری داده‌ها، تحلیل آماری داده‌ها، پیش‌نویس، ویراستاری و نهایی‌سازی نقش داشت.

می‌کنند و وقتی روی رفتار فرزند خود تأثیر می‌گذارند که ترس و اضطراب او را بهتر بفهمند و راه‌های موثری بدانند تا بتوانند فرزندشان راه و رسم کنار آمدن با وضعیت ترسناک را یاد بدهند. پدر و مادر گاهی با تقویت یا تنبیه اضطراب فرزند خود یا با توقعات بیش از حد یا کمتر از حد خود، به اضطراب فرزندشان دامن می‌زنند. در مورد این پدر و مادرها از فنون مدیریت رفتار با تعاملات والد - کودک استفاده می‌شود.

مطالعاتی که در آنها کودکان مضطرب با درمان شناختی-رفتاری درمان شده‌اند، اهمیت درگیری برنامه‌ریزی شده و نظامند والدین در فرایند درمان را اثبات کرده‌اند. پدر و مادرها در عین حال کنار آمدن با ناراحتی‌های خود را یاد می‌گیرند همچنین یاد می‌گیرند در پاسخ‌های اضطرابی خود هنگام فشار روانی واقف شوند و برای فرزندانشان نقش الگوی حل مساله را بازی می‌کنند. در درمان شناختی-رفتاری فرض بر این است که شناخت‌ها واسطه‌های پاسخ‌های رفتاری هستند. بنابراین رفتار ناسازگارانه می‌تواند نتیجه شناخت‌های ناسازگارانه باشد. پس اگر شناخت‌های ناسازگارانه را عوض کنیم، رفتار ناسازگارانه عوض خواهد شد. درمان شناختی - رفتاری اختلالات اضطرابی کودکان بر تغییر ادراکات، افکار، تصورات و باورهای ناسازگارانه از طریق دستکاری و بازسازی این شناخت‌های تحریف شده متمرکز است (وارویک و همکاران، ۲۰۱۷).

درمان شناختی رفتاری برای کودکان نیاز به تطابق مدل شناختی پایه، سطح شناختی و نوع مشکل ارجاعی دارد که می‌تواند در مقام انتخاب مناسب‌ترین شیوه درمانی، کمک بزرگی باشد. درمان شناختی - رفتاری برای کودک و خانواده مستلزم قواعد اصلی درمان شناختی-رفتاری با نیازها و توانایی‌های رشدی و هیجان کودکان است. دخیل کردن خانواده در درمان و توجه به عناصر رشدی، هیجانی و شناختی می‌تواند به عنوان پدیده‌ای قاطع در طرح‌ریزی درمان مناسب برای کودک به عنوان فرد یگانه که دارای مشکل منحصر به فرد است، مدنظر قرار گیرد. شناخت‌ها مبتنی بر نگرش‌ها یا فرضیه‌های رشدیافته از تجربه‌های قبلی است که به عنوان مهمترین اتصال‌ها در زنجیره

- problem children: one and two year maintenance of treatment effects in the family. *J Child Fam Ther.* 2001; 23: 1-20
- Ghasemzadeh, A., & Jani, S. (2013). Effectiveness of cognitive-behavioral group therapy with problem solving skill training on self-regulation of anger and loneliness. *Journal of thought and behavior in clinical psychology*, 8 (29): 76-67.
- Herrenkohl, T. I., Kosterman, R., Hawkins, J. D., & Mason, W. A. (2009). Effects of growth in family conflict in adolescence on adult depressive symptoms: Mediating and moderating effects of stress and school bonding. *Journal of Adolescent Health*, 44(2), 146-152.
- Laua, W., Kwok-ying, C. A. C., Ching-hong Li b, J., & Kitfong, T. (2010). Effectiveness of group cognitive-behavioral treatment for childhood anxiety in community clinics. *Behaviour Research and Therapy*, 48: 1067-1077.
- Lieneman, C. C., Brabson, L. A., Highlander, A., Wallace, N. M., & McNeil, C. B. (2017). Parent-Child Interaction Therapy: Current Perspectives. *Psychology research and behavior management*.
- McDiarmid, M. D., & Bagner, D. M. (2005). Parent child interaction therapy for children with disruptive behavior and developmental disabilities. *Education and Treatment of Children*, 130-141.
- McNally Keehn, R. H., Lincoln, A. J., Brown, M. Z., & Chavira, D. A. (2013). The Coping Cat program for children with anxiety and autism spectrum disorder: a pilot randomized controlled trial. *Journal of autism and developmental disorders*, 43(1), 57-67.
- McNeil, Ch. B., Hembree- Kigin, T. (2010). Parent-child Interaction Therapy, Tehran: Arjmand Publication. (In Persian)
- Parvandi, A., Moradi, A., Amirian, M., & Ahmadi, E. (2022). Effectiveness of Cognitive-Behavioral Therapy Based on "Coping Cat" Program in Treatment of Separation Anxiety Disorder. *Psychological Studies*, 18(2).
- Rees, S., Channon, S., & Waters, C. S. (2019). The impact of maternal prenatal and postnatal anxiety on children's emotional problems: a systematic review. *European child & adolescent psychiatry*, 28(2), 257-280.
- Rostami M, Saadati, N. (2018). Role of maternal parenting styles in predicting oppositional defiant disorders of behavior, manner, disorders mood and separation anxiety among elementary

## تعارض منافع

بنا بر اظهار نویسندگان، این مقاله حامی مالی و تعارض منافع ندارد.

## References

- ثنایی، باقر. (۱۳۸۹). مقیاس‌های سنجش خانواده و ازدواج. تهران: انتشارات بعثت.
- ضرغامی، فیروزه؛ حیدری نسب، لیلا؛ شعیری، محمدرضا؛ و شهریور، زهرا. (۱۳۹۴). بررسی اثربخشی درمان شناختی رفتاری مبتنی بر برنامه "Coping cat" در کاهش اضطراب کودکان ۸-۱۰ ساله مبتلا به اضطراب. *مطالعات روان شناسی بالینی*، ۵(۱۹)، ۱۸۳-۲۰۲.
- عباسی، مرضیه؛ نشاط دوست، حمیدطاهر؛ و آقامحمدیان شهرباف، حمیدرضا. (۱۳۸۹). اثربخشی درمان تعامل والد-کودک بر کاهش نشانه‌های اختلال اضطراب جدایی. *مجله روان‌شناسی بالینی*، شماره ۲(۶)، ۴۷-۵۷.
- قاسم زاده، عظیم؛ و جانی، ستاره. (۱۳۹۲). اثر بخشی گروه درمانی شناختی-رفتاری همراه با آموزش مهارت حل مساله بر خود نظم دهی خشم و احساس تنهایی. *مجله اندیشه و رفتار در روان‌شناسی بالینی*، ۸ (۲۹): ۶۷-۷۶.
- Abbasi, M., Neshat Dost, H. T., & Agha Mohammadian Shearbaaf, H. (2010). The effectiveness of parent-child interaction therapy on reducing the symptoms of separation anxiety disorder. *Journal of Clinical Psychology*, No. 2(6), 47-57.
- Ali, N. M. (2010). Enhancing transformative mediation to address family conflict. New Mexico State University.
- Allison, H. E. (2004). Kant's transcendental idealism. Yale University Press.
- Bernhardt, S. (2019). Anxiety and Behavior: Brief Cognitive Behavioral Therapy in School with a Ten-Year-Old Boy Using the Coping Cat Program.
- Boggs, S. R., Eyberg, S. M., Edwards, D. L., Rayfield, A., Jacobs, J., Bagner, D., & Hood, K. K. (2005). Outcomes of parent-child interaction therapy: A comparison of treatment completers and study dropouts one to three years later. *Child & Family Behavior Therapy*, 26(4), 1-22.
- Buyuk, E. T., Odabasoglu, E., Uzsen, H., & Koyun, M. (2021). The effect of virtual reality on Children's anxiety, fear, and pain levels before circumcision. *Journal of Pediatric Urology*, 17(4), 567-e1.
- Eyberg SM, Funderburk BW, Hambree-kigin TL, McNeil CB, Querido JG & Hood KK. Parentchild interaction therapy with behavior

- school students. *J Research & Health*; 8(5): 418- 424.
- Sanai, B. (2010). *Family and marriage measurement scales*. Tehran: Bethat Publications.
- Smith, O. A., Nelson, J. A., & Adelson, M. J. (2019). Interparental and parent-child conflict predicting adolescent depressive symptoms. *Journal of Child and Family Studies*, 28(7), 1965-1976.
- Spence, S. H. (1998). A measure of anxiety symptoms among children. *Behaviour research and therapy*, 36(5), 545-566.
- Straus, M. A. (1990). New scoring methods for violence and new norms for the conflict tactics scales. In M. A. Straus , & R. J. Gelles (Eds.), *Physical violence in American families: Risk factors and adaptations to violence in 8145 families (Appendix B; pp. 535 -559)*. New Brunswick, NJ: Transaction Books.
- Van Starrenburg, M. L., Kuijpers, R. C., Hutschemaekers, G. J., & Engels, R. C. (2013). Effectiveness and underlying mechanisms of a group-based cognitive behavioural therapy-based indicative prevention program for children with elevated anxiety levels. *BMC psychiatry*, 13(1), 1-7.
- Warwick, H., Reardon, T., Cooper, P., Murayama, K., Reynolds, S., Wilson, C., & Creswell, C. (2017). Complete recovery from anxiety disorders following Cognitive Behavior Therapy in children and adolescents: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 52, 77-91.
- Zarb, J. (2014). *Cognitive-behavioural assessment and therapy with adolescents*. Routledge.
- Zarghami, F., Heidari Nasab, L., Shaeiri, M. R., & Shahrivar, Z. (2015). A Study in the Impact of Coping-Cat-based Cognitive-Behavior Therapy (CBT) on Reduced Anxiety in the Children Aged 8 to 10 with Anxiety Disorder. *Clinical Psychology Studies*, 5(19), 183-202.

