

The Effectiveness of Kendall's Coping Cat Protocol on Coping Strategies of Iranian Children Afflicted with Internalized Disorders

Maryam Tehranizadeh, PhD., Parirokh Dadsetan, PhD., Kazem Rasolzadeh Tabatabaye, PhD., Parviz Azadfallah, PhD., Ali Fathi- Ashtiany, PhD

پذیرش نهایی: ۸۹/۱۰/۱۹

تاریخ بازنگری: ۸۹/۹/۲۳

تاریخ دریافت: ۸۹/ ۸/۱۵

اثربخشی برنامه درمانگری کندال بر سبک‌های مقابله‌ای کودکان ایرانی مبتلا به اختلال‌های درونی سازی شده

پریرخ دادستان^۱، مریم طهرانی زاده^۲، کاظم رسول زاده طباطبایی^۳، پرویز آزاد فلاح^۴، علی فتحی آشتیانی^۵

Abstract

The purpose of the present study was to investigate the effectiveness of coping cat protocol on the coping strategies of children, aged 9 to 11 years old, afflicted with internalized disorder. This study was a true experimental research including pretest, posttest and a control group. The population of the study was all the children afflicted with internalized disorder in Tehran, Iran, and the sample of the study consisted of 80 children (40 children in the experimental group and 40 children in the control group) who were randomly selected based on the parents and teacher's reports and interviews and the subjects received 16 sessions of coping cat program. Child Behavior check list (CBCL), Teacher Report Form (TRF) of Achenbach system of Empirically Based Assessment (Achenbach & Rescorla, 2001), clinical Diagnosis Interview and Frydenberg & Luise's (1992) coping strategies Questionnaire were used to evaluate the two groups before and after receiving treatment protocol. The factorial analysis of covariance revealed that there was significant difference between experimental and control groups in terms of adjusted, unadjusted and solicited coping strategies after posttest stage and gender factor did not moderate the outcomes.

Keywords

Coping cat protocol, Internalized disorders & coping strategies

چکیده

پژوهش حاضر با هدف مطالعه اثربخشی برنامه درمانگری Coping cat بر سبک‌های مقابله‌ای کودکان (۹ تا ۱۱ ساله) مبتلا به اختلال‌های درونی سازی شده انجام گرفت. روش پژوهش، تجربی واقعی و در قالب یک طرح پیش آزمون - پس آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش کلیه کودکان مبتلا به اختلال‌های درونی سازی شده شهر تهران و نمونه پژوهش مشتمل بر ۸۰ کودک (۴۰ کودک گروه آزمایش و ۴۰ کودک گروه کنترل) بود که بر اساس ارزیابی مادران، معلمان و مصاحبه تشخیصی به شیوه تصادفی از جمعیت عادی انتخاب شده بودند و مدت ۱۶ جلسه برنامه درمانگری Coping cat را دریافت کردند. ابزار پژوهش فرم‌های فهرست رفتاری کودک (CBCL) و فرم گزارش معلم (TRF) نظام سنجش مبتنی بر تجربه آشنباخ (آشنباخ و رسکورلا، ۲۰۰۱)، مصاحبه تشخیصی درمانگر و پرسش نامه راهبردهای مقابله‌ای فرایدنبرگ و لویس (۱۹۹۲) بود که کودکان هر دو گروه قبل و بعد از برنامه درمانگری توسط آنها مورد ارزیابی قرار گرفتند. نتایج تحلیل کوواریانس عاملی نشان داد که بین گروه آزمایش و کنترل در سبک‌های مقابله‌ای سازش یافته، سازش نایافته و انزوای مایوسانه در مرحله پس آزمون تفاوت معنی‌داری وجود دارد و عامل جنس تاثیر تعدیل کننده‌ای بر نتایج نداشت.

کلیدواژه‌ها

برنامه درمانگری COPING CAT، اختلال‌های درونی‌سازی شده، سبک‌های مقابله‌ای

۱- استاد دانشگاه آزاد اسلامی

۲- (نویسنده پاسخگو) دانشجوی دکتری روانشناسی، Tehranizadeh_maryam@yahoo.com

۳- دانشیار دانشگاه تربیت مدرس تهران

۳- دانشیار دانشگاه تربیت مدرس تهران

۴- استاد دانشگاه علوم پزشکی بقیه ا...، مرکز تحقیقات علوم رفتاری



مقدمه

طبقه بندی اختلال های دوران کودکی در قالب مشکلات درونی سازی شده^۱ و برونی سازی شده^۲ از گسترده ترین و پرکاربردترین پژوهش ها در زمینه طبقه بندی اختلال های دوران کودکی است که از روی آورد ابعادی پیروی می کند (آشنباخ و رسکورلا، ۲۰۰۱) و به واسطه پیوستگی پدیده های بالینی در دوران کودکی، وجود موارد مرزی فراوان و رگه های بالینی که در حد زیر آستانه ای هستند؛ در طبقه بندی اختلال های دوران کودکی مناسب تر از طبقه بندی مقوله ای محسوب می شود (کورپیتا و همکاران، ۱۹۹۶؛ کندال، ۲۰۰۰ و سیلورمن و ساودرا، ۲۰۰۴).

اختلال های درونی سازی شده، الگوهای رفتاری سازش نیافته ای هستند که بیش از آنکه اطرافیان را آزار دهند، موجب رنجش خود کودک می شوند؛ هسته اصلی آنها اختلال خلق یا هیجان است (کواکز و دولین، ۱۹۹۸؛ نقل از مک کلینتوک، ۲۰۰۵) و طیف گسترده ای از اختلال های نظام تشخیصی مبتنی بر DSM (اختلال اضطراب تعمیم یافته^۳، هراسهای اجتماعی^۴، اختلال اضطراب جدایی^۵، افسردگی مهدا^۶ و افسرده خوبی^۷، بدنی سازی^۸ و بدنی شکل^۹) را در بر می گیرد. پژوهشگران میزان شیوع آنها در خلال کودکی را در حدود ۱۰ تا ۲۰ درصد تخمین زده اند (هانکین و همکاران، ۱۹۹۸؛ ماناسیس، ۲۰۰۰؛ کاستلو و همکاران، ۲۰۰۳؛ کسلر و همکاران، ۲۰۰۵) و به نظر می رسد که از حدود ۸ سالگی می توانیم شاهد تجلی آشکار مشکلات درونی سازی شده در کودکان باشیم (هایمل و همکاران، ۱۹۹۰).

علاوه بر شیوع بالای اختلال های درونی سازی شده و تأثیر مخرب آنها بر کنش وری کودکان، عاملی

که اهمیت بررسی این اختلال ها را بیشتر می کند؛ این است که این مشکلات گذرا نیستند و سیر پیوسته و عود مجدد این اختلال ها آثار دراز مدتی بر سطوح کنش وری رفتاری، جسمانی، شناختی و هیجانی کودکان بر جای می گذارند (ایساو، کنراد و پترمن، ۲۰۰۲؛ هودسان، داوونسی و تیلور، ۲۰۰۵؛ کندال و همکاران، ۲۰۰۴؛ کلمن و همکاران، ۲۰۰۷) و در نهایت احتمال ابتلا به سایر اختلال های روان شناختی را زیاد می کند (اولندیک و کینگ، ۱۹۹۴؛ رادولف و کلارک، ۲۰۰۰).

با توجه به اهمیت اختلال های درونی سازی شده در دوره کودکی و نوجوانی، پژوهش های متعددی به شناسایی مجموعه عوامل خطر سازی نظیر عوامل مربوط به کودک، عوامل بافتاری و عوامل اجتماعی پرداخته اند (ریدل و دیویس، ۲۰۰۶). در این میان برخی از مطالعات مطرح کرده اند که عوامل خانوادگی و محیطی ارتباط بین رگه های خلقی نظیر واکنش پذیری هیجانی و رفتارهای درونی سازی شده را میانجی گری می کنند. بدین معنا که کودکانی که به لحاظ مزاجی و ژنتیکی پر خطر هستند، اگر در معرض عواملی نظیر محیط خانوادگی پرتعارض و آسیب های روان شناختی والدین قرار گیرند، احتمال بروز نشانه های اختلال های اضطرابی و عاطفی در آنان افزایش می یابد (موریس و همکاران، ۲۰۰۲).

با این حال، پژوهش ها گویای آنند که همه کودکان واکنش پذیری که در معرض محیط نامناسب قرار می گیرند، دارای مشکلات اضطرابی و عاطفی نیستند و اگر این کودکان، راهبردهای مؤثر تنظیم هیجان هایشان را یاد بگیرند، احتمال آسیب پذیری آنها در برابر مشکلات اضطرابی به شدت کاهش می یابد (واری، ۱۹۹۸؛ نقل از وود، ۲۰۰۳).

در همین راستا، پژوهشگران به نقش راهبردهای مقابله ای به عنوان میانجی بین رویدادهای تنیدگی زا با هستی روان شناختی^{۱۰} فرد اشاره کرده اند (فلکمن و لازاروس، ۱۹۸۵؛ نقل از وارمن، ۱۹۹۹) و چگونگی ادراک فرد از موقعیت های تنیدگی زای زندگی و ناتوانی در تنظیم راهبردهای هیجانی و مقابله ای مؤثر را در شکل گیری اختلال های درونی سازی شده حائز

1. Internalized Disorder
2. Externalized Disorder
3. Generalized anxiety disorder
4. Social phobia
5. Separation anxiety disorder
6. Major depression
7. Dysthemia
8. Somatization
9. Somatoform



است ولی بررسی های انجام گرفته بر کودکان مبتلا به اختلال های خلقی و اضطرابی گویای استفاده گسترده این کودکان از سبک های سازش نایافته ای نظیر پرخاشگری، خشم، انفجارهای اشکبار، فاصله گیری و اجتناب، مشکلات خواب و اشتها و رفتارهای واپس رونده ای نظیر مکیدن انگشت، ادرار بی اختیاری و بیماری های جسمی (لست، ۲۰۰۶) است که خود مانع گسترش خزانه مقابله ای کودکان و چگونگی متناسب کردن راهبردهای مقابله ای با ماهیت عوامل تنیدگی زا می شود و زمینه بروز مشکلات روان شناختی نظیر اختلال های اضطرابی و افسردگی را فراهم می آورند. این تأثیرات دو جانبه از سودمندی درمانگری های رفتاری - شناختی که فرایندهای شناختی را محور اصلی رفتار، فکر و هیجان تلقی می کنند، در چهارچوب اختلال های درونی سازی شده حمایت می کنند.

با مروری جامع بر درمانگری های کودکان می توان گفت که رفتار درمانگری شناختی یکی از شاخص ترین و پرکاربردترین روش های درمان است که برای افزایش رفتارهای سازش یافته و کاهش مشکلات رفتاری کودکان مورد استفاده قرار می گیرد (برای مرور منابع مراجعه کنید به کامپتون و همکاران، ۲۰۰۴). با این حال در بررسی اثربخشی برنامه های درمانگری مبتنی بر CBT اختلال های افسردگی و اضطرابی، پژوهش ها گویای تأثیرات گسترده برنامه های درمانگری بر فرایندهای رفتاری و جسمانی کودکان و نوجوانان است؛ و به نظر می رسد که بر عوامل مقابله ای اثرات معناداری بر جای نمی گذارد (چو و هریسون، ۲۰۰۷).

بر این اساس با توجه به فقدان اطلاعات کافی در زمینه راهبردهای مقابله ای کودکان مبتلا به اختلال های درونی سازی شده و تأثیر آموزش راهبردهای مقابله ای بر افزایش سطح کنش وری کودکان و با توجه به نقش واسطه ای راهبردهای مقابله ای در شکل گیری اختلال های درونی سازی شده این پژوهش بر آن است تا تأثیر برنامه Coping Cat را که برنامه جامعی برای درمان اختلال های اضطرابی (بالاخص اختلال اضطراب تعمیم یافته، اضطراب جدایی و هراسهای خاص) دوران کودکی است و در کشورهای مختلفی اثربخشی آن در درمان

اهمیت دانسته اند (لست، ۲۰۰۶).

نظریه تعاملی^۱ به مقابله نه به عنوان یک سبک شخصیتی ثابت بلکه به عنوان رفتارها و شناخت های خاصی که در پاسخ به موقعیت های خاص تنیدگی زا ارایه می شوند، می نگرد. برحسب این دیدگاه، مقابله یک فرایند پویا است که طی زمان در پاسخ به نیازهای عینی و ارزیابی ذهنی موقعیت تغییر می کند و بر ارزیابی مسئله و مقابله های بعدی تأثیر می گذارد و نتیجه یک فرایند ممکن است فرایند قبلی را برانگیزد. بدین ترتیب، ارزیابی موقعیت، اعمال مقابله ای و ارزیابی پیامدها تعیین کننده راهبردی است که در چهارچوب شیوه های مقابله ای فرد قرار می گیرد (کامپاس و همکاران، ۲۰۰۱).

در زمینه راهبردهای مقابله کودکان، نظریه های خاصی برای تشریح مقابله کودکان وضع نشده اند و مطالعات موجود مبتنی بر نظریه های بزرگسالان در مورد مقابله است. در این میان، حجم عمده ای از پژوهش های صورت گرفته بر روی مقابله ها توسط فلکمن و لازاروس (۱۹۸۰)، شکل گرفته است. لازاروس و فلکمن (۱۹۸۴) تمایز مفهومی بین شیوه های مقابله ای سازش یافته "مسئله- محور"^۲ و "هیجان- محور"^۳، و روش های ناکارآمدی که برای تغییر منابع تنیدگی زا یا بهبود احساس های ناشی از موقعیت تنیدگی زا وجود دارند و به مقابله های "غیرسازنده"^۴ معروفند، مطرح می کنند و معتقدند که استفاده مکرر از این راهبردها، افراد را به انجام برخی از فعالیت های نامؤثر (مانند مصرف الکل یا مواد) یا به سوی حالت های روانی ناپهنجار (مانند انزوا) سوق می دهند، از مواجهه مستقیم با رویداد تنیدگی زا باز می دارند (هولاهان و موس، ۱۹۸۷) و در نهایت، خطر بروز مشکلات شناختی- اجتماعی- هیجانی را افزایش می دهند (هولاهان و موس، ۱۹۸۷؛ کنال، ۱۹۹۳؛ فلکمن و لازاروس، ۱۹۸۰؛ فرایدنبرگ و لویس، ۱۹۹۳).

در زمینه راهبردهای مقابله ای کودکان در قالب طبقه بندی ابعادی، پژوهش های اندکی صورت گرفته

2. Transactional theory
3. Problem- Focus
4. Emotion-focus
5. Nonproductive



در مرحله دوم از بین ۱۹۶ نفری که از جامعه اول با تشخیص اختلال های درونی سازی شده متمایز شده بودند، تعداد ۸۰ نفر به صورت تصادفی انتخاب و به تصادف در دو گروه آزمایش و کنترل جایگزین شدند تا اثر برنامه درمانگری بر آنها مورد بررسی قرار گیرد. اطلاعات توصیفی مربوط به دو گروه آزمایش و کنترل و نتایج مربوط به همسانی آنها در متغیرهای گروه، جنس و مقطع تحصیلی در جدول ۱ آورده شده است.

ابزار پژوهش

۱- فرم گزارش معلم (TRF) و فرم فهرست رفتاری کودک (CBCL): در این پژوهش برای سنجش اختلال های درونی سازی شده کودکان در بافت های مختلف، از فرم های گزارش معلم (TRF) و فهرست رفتاری کودک (CBCL) نظام آشنباخ (آشنباخ و رسکورلا، ۲۰۰۱) که یک نظام تشخیصی مبتنی بر طبقه بندی ابعادی است، استفاده شد. این پرسشنامه ها شامل ۱۱۲ ماده درباره مشکلات خاص کودکان است، و وضعیت کودک در هر ماده با انتخاب یکی از سه گزینه نادرست (+)، تا حدی درست (۱) و کاملاً درست (۲) مشخص می شود که هم بر مبنای مقوله های DSM و هم بر اساس نتایج مبتنی بر تجربه، قابل نمره گذاری و تفسیر است. نمره خام مشکلات درونی سازی شده با جمع کردن نمره خام مقیاس های اضطراب/ افسردگی، گوشه گیری/ افسردگی و شکایت ها به دست می آید و نمره T متناظر با نمره خام با مراجعه به جدول هنجاری دو جنس استخراج می شود. برای مشکلات درونی سازی شده نمره T بالاتر از ۶۳ در دامنه بالینی قرار دارد.

در انطباق و هنجاریابی فرم های نظام سنجش مبتنی بر تجربه آشنباخ، ضرایب آلفای کرونباخ در دامنه ۰/۶۵ تا ۰/۸۵ جای گرفته و ضرایب آلفای مقیاس ها و زیر مقیاس های CBCL نیز بین ۰/۷۳ و

اختلال های اضطرابی و نشانه های همبندی نظیر افسردگی و آسیب های جسمی و جنسی کودکان به اثبات رسیده است (فریکونا، ۲۰۰۶)؛ بر تغییر سبک های مقابله ای کودکان مبتلا به اختلال های درونی سازی استفاده کند و با توجه به نقش واسطه ای جنس در فرایند شکل گیری و پاسخدهی به درمان، تأثیر این برنامه درمانگری را در هر دو جنس مورد مطالعه قرار دهد. بر این اساس فرضیه های زیر مورد بررسی قرار گرفته است:

۱- روش درمانگری Coping Cat می تواند سبک های سازش نیافته کودکان مبتلا به اختلال های درونی سازی شده را به سبک های سازش یافته تبدیل کند.

۲- تأثیر برنامه Coping Cat در تغییر سبک های مقابله ای دختران و پسران متفاوت است.

روش

این مطالعه با روش تجربی واقعی و طرح پیش آزمون - پس آزمون با گروه کنترل اجرا شد. با توجه به اینکه در این پژوهش نمونه مبتلا به اختلال های درونی سازی از جمعیت عادی انتخاب شد، جامعه آماری اول پژوهش حاضر را همه دانش آموزان پایه های تحصیلی سوم، چهارم و پنجم مشغول به تحصیل در سال تحصیلی ۱۳۸۹-۱۳۸۸ شهر تهران تشکیل دادند که از میان آن در ابتدا یکی از نواحی ۲۲ گانه شهر تهران انتخاب و سپس ۸ دبستان از این ناحیه به گونه تصادفی برگزیده شدند و همه کودکان پایه های سوم، چهارم و پنجم این مدارس به کمک فرم CBCL توسط مادر، معلم و درمانگر مورد ارزیابی قرار گرفتند. سپس پرسشنامه ۱۲۲۰ نفر که اطلاعات کاملی داشتند، بررسی شد که از این تعداد ۱۹۶ نفر بر اساس ارزیابی های درمانگر، معلم و مادران شان در مرز بالینی اختلال های درونی سازی شده قرار داشتند.

جدول ۱- میانگین، انحراف استاندارد و خلاصه آزمون تحلیل واریانس یکراه برای سبک های مقابله ای در موقعیت پیش آزمون

سبکها	آزمایش				کنترل						
	دختر		پسر		دختر		پسر				
	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M			
سازش یافته	۱۱۲/۵	۱۴/۷۳	۱۰۷/۷	۱۳/۴۶	۱۰۷/۱۵	۱۰/۹۱	۱۰۴/۶	۱۲/۶۷	۲/۱	۱/۵	۰/۶
سازش نیافته	۷۵/۶۵	۵/۷۵	۷۴/۳	۸/۸۳	۷۵/۱۵	۳/۹۷	۷۲/۹	۹/۷۷	۰/۳	۱/۱	۱/۲
انزوی مایوسانه	۳۷/۸	۶/۱۶	۳۷/۹۵	۷/۱	۳۸/۹۵	۵/۸۵	۳۸/۹	۵/۹۱	۰/۵	۰/۰۰۱	۰/۵



برنامه درمانگری

مفاهیم مهمی که در طول جلسات درمانگری به کودکان آموزش داده می شود با آگاهی از واکنش های بدنی و بازشناسی نشانه های اضطرابی که مختص هر کودک است، آغاز می شود تا کودک فراگیرد که واکنش های بدنی اش را به عنوان نشانه هایی از حضور اضطراب تلقی کند. دومین مفهومی که در طول جلسات درمانگری معرفی می شود، بازشناسی و اصلاح خودگویی های مرتبط با آنچه اتفاق خواهد افتاد است و به اصلاح انتظاراتی که کودک در مورد نقش خود در موقعیت های برانگیزاننده اضطراب قایل است، پرداخته می شود. مفهوم سوم، اصلاح خودگویی های اضطرابی و طراحی نقشه ای برای مواجهه با اضطراب در موقعیت های مختلف است و در نهایت به کودک یاد داده می شود که رفتارهای خود را ارزیابی کند و حتی در موفقیت های نسبی به خود پاداش دهد؛ که این چهار مفهوم در قالب طرح FEAR که شامل آگاهی از علایم جسمانی^۱، انتظار وقوع رویدادهای بد^۲، بازخوردها و اعمالی که می بایست به حل آنها کمک شود^۳، و نتایج و پاداشها^۴ است به کودک معرفی می گردد.

نیمه دوم فرایند درمانی به کاربرد دانش ها و مهارت های کسب شده و مواجهه تدریجی با موقعیت های برانگیزاننده اضطراب به صورت سلسله مراتبی می پردازد که شامل اصلاح مقابله، ایفای نقش و تمرین های ترنم^۵ است. موقعیت های آرایه شده نیز به صورت اختصاصی و با توجه به نگرانی ها و ترس های هر کودک آماده می شود. پس از مواجهه کودکان در فضای درمان با موقعیت هایی که سطوح اندکی از اضطراب را برمی انگیزد، به تدریج مهارت ها به سطوح بالاتر اضطراب و در موقعیت های واقعی تعمیم می یابد و در نهایت کودک به شکل یک کتابچه کوچک، کارتون، شعر یا آهنگ، خلاصه تجربه هایش را که به کمک آنها می تواند با اضطراب مقابله کند، ثبت می کند. به علاوه شاهد درگیری والدین در طول درمان هستیم که طی این جلسات

۰/۸۷ قرار دارد. اعتبار آزمون - باز آزمون (در فاصله بین ۵ تا ۸ هفته) نیز نشان داد، همه ضرایب همبستگی در سطح $P < 0/05$ معنا دارند و بین دامنه ۰/۹۷ (برای مقیاس برونی سازی شده) و ۰/۳۸ (برای مقیاس مشکلات تفکر) قرار دارند (مینایی، ۱۳۸۴). در پژوهش حاضر، اعتبار فرم فهرست رفتاری کودک در پیش آزمون، ۰/۹۳۵ و در پس آزمون معادل ۰/۹۴۳ است.

۲- پرسشنامه راهبردهای مقابله ای: این مقیاس را که فرایدنبیگ و لویس در سال ۱۹۹۳ در استرالیا بر اساس داده های حاصل از گروه های سنی مختلف با اجرای تحلیل عاملی، طراحی کرده اند، قادر است تفاوت های درون فردی و بین فردی را در ساختار کلی مقابله ها و منطبق با فرم ویژه متمایز کند. در فرم ویژه از فرد خواسته می شود تا با تمرکز بر یک مشکل خاص به پرسش ها پاسخ دهد اما در فرم کلی، راهبردهای متداولی که فرد در مجموعه ای از شرایط اتخاذ می کند تا با مشکلاتش مقابله کند، تعیین می شود. مقیاس فرم ویژه که در این پژوهش به کار رفته است، شامل ۸۰ سوال است و ۱۸ راهبرد مقابله ای را تحت سه سبک مقابله ای "حل مسئله"، "مراجعه به دیگران" و "راهبردهای غیر سازنده" می سنجد (فرایدنبیگ و لویس، ۲۰۰۴). هر یک از ۱۸ راهبرد شامل سه تا پنج سوال است و نمره گذاری آنها بر اساس مقیاس لیکرت به صورت همیشه، اغلب، گاهی اوقات، به ندرت و هرگز انجام می شود (فرایدنبیگ و لویس، ۲۰۰۴).

اعتبار همه مقیاسها با آلفای کرونباخ در جامعه استرالیا ۰/۷ و ثبات آن مطابق با اندازه گیری پیوستار ضریب همبستگی بازآزمایی، ۰/۴۴ تا ۰/۸۱ (فرایدنبیگ و لویس، ۲۰۰۴) بوده است. در جامعه ایرانی، حاجی زادگان (۱۳۸۵) به اعتبار یابی و روا سازی آزمون راهبردهای مقابله ای فرایدنبیگ و لویس (۱۹۹۳) در جامعه نوجوانان شهر تهران پرداخت. نتایج تحلیل عاملی مواد سه سبک مقابله ای سازش یافته (کمک طلبی، پیوند جویی، تلاش و پیشاپیش نگری، مثبت نگری و مذهب گرایی) و سازش نایافته (نگرانی پذیری، انکار، پرخاشگری فعل پذیر و فعالیت بدنی) و انزوای مایوسانه را متمایز کرد.

1. Feeling Frightened
2. Expecting Bad Things to Happen
3. Attitudes and actions that will help
4. Results and Rewards
5. Show That I Can (STIC Task)



جدول ۲- محتوای برنامه درمانگری coping cat

جلسه ها	هدف
اول	ایجاد رابطه و فراهم کردن بازخورد نسبت به درمان
دوم	مشخص کردن هیجانهای کودک و متمایز کردن اضطراب از دیگر احساسهای او به منظور آماده کردن کودک برای فراهم کردن سلسله مراتبی از موقعیت‌های برانگیزاننده اضطراب.
سوم	مرور مطالب جلسه دوم، یادگیری بیشتر درباره پاسخهای جسمانی به تنیدگی
چهارم	جلسه والدین
پنجم	معرفی روش تنش‌زدایی، مرور نشانه‌های جسمانی اضطراب کودک
ششم	بررسی چگونگی تاثیر شناخت بر پاسخهای اضطرابی کودک در موقعیت‌های برانگیزاننده اضطراب و کمک به کودک برای شناسایی خودگوییهای درونی منفی
هفتم	مرور مفاهیم خودگوییهای اضطراب‌برانگیز کودک و تشویق وی برای تبدیل این خودگوییها به مقابله‌های موثر، مرور تمرین تنش‌زدایی، معرفی مفهوم مهارت‌های مقابله‌ای برای مدیریت اضطراب
هشتم	ارزیابی عملکردهای درجه بندی شده و رفتارهای پاداش داده شده مبتنی بر عملکرد، مرور مطالب قبلی با فرمول بندی طرح FEAR برای کودک به منظور به کار بردن آنها به هنگام تجربه اضطراب.
نهم	جلسه والدین(مشابه جلسه چهارم)
دهم تا شانزدهم	تمرین گامهای طرح FEAR در سلسله مراتبی از موقعیت‌های برانگیزاننده اضطراب، تمرین طرح‌های مقابله با تنیدگی هم به صورت تصویرسازی و هم در موقعیت‌های واقعی و ایجاد موقعیتی که در خلال آن کودک بتواند تجربه درمانی خود را نشان دهد.

ساختار نایافته درمانگر به کلیه پرسش‌های والدین پاسخ می‌دهد و والدین را آماده می‌کند تا راه‌های مؤثری را برای مدیریت اضطراب فرزندشان فرا گیرند.

یافته‌ها

در پژوهش حاضر به منظور آزمون این فرضیه که روش coping cat به تغییر سبک‌های مقابله‌ای از سازش‌نایافته به سازش‌یافته می‌شود، نمره‌های مقیاس سبک‌های مقابله‌ای در دو موقعیت پیش‌آزمون و پس‌آزمون با استفاده از مدل تحلیل کوواریانس چندمتغیری دوره‌ای تحلیل شد. میانگین و انحراف‌استاندارد سبک‌های مقابله‌ای در سه سطح مرتبه‌دوم سازش‌یافته، سازش‌نایافته و انزوای مایوسانه در دو گروه آزمایشی و کنترل برای دو موقعیت پیش‌آزمون و پس‌آزمون در جدول ۳ نشان داده شده است.

چنانکه در جدول ۳ دیده می‌شود میانگین نمره‌های سبک مقابله‌ای سازش‌یافته در پس‌آزمون گروه آزمایش ($M = 148/6$) به میزان قابل‌ملاحظه‌ای بیشتر از این میانگین در پیش‌آزمون ($M = 110/1$) است. این مطلب در باره میانگین سبک‌های مقابله‌ای سازش‌نایافته و انزوای مایوسانه معکوس است. بدین ترتیب که در پیش‌آزمون گروه آزمایش، میانگین سبک‌های سازش‌نایافته ($M = 74/97$) و انزوای مایوسانه ($M = 37/87$) بیشتر از میانگین‌های این سبک‌ها در پس‌آزمون همان گروه (به ترتیب $65/2 = M$ ، $29/4 = M$) به دست آمده است. این مطلب در مورد مقایسه میانگین پس‌آزمون گروه‌های آزمایش و کنترل نیز صادق است.

مقادیر انحراف‌استاندارد نمره‌ها نیز نشان می‌دهد که آزمودنی‌های گروه آزمایشی پس از اجرای روش مداخله coping cat همگونی بیشتری نسبت به

جدول ۳- خلاصه آزمون تحلیل واریانس چندمتغیری برای سبک‌های مقابله‌ای در موقعیت پیش‌آزمون و پس‌آزمون

متغیرها	آزمایش		کنترل		پس‌آزمون		پیش‌آزمون	
	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M
سازش یافته	۱۴/۶۳	۱۱۰/۱	۱۱/۷۴	۱۰۵/۹	۱۴/۱۴	۱۴۸/۶	۹/۱۵	۱۰۱/۳
سازش نایافته	۷/۳۸	۷۴/۹۷	۷/۴۵	۷۴/۰۲	۵/۸۹	۶۵/۲	۵/۲۹	۷۲/۷۲
انزوای مایوسانه	۶/۵۶	۳۷/۸۷	۵/۸۱	۳۸/۹۲	۵/۹۶	۲۹/۴	۴/۱۰	۴۱/۵۷

* F تک‌متغیری محاسبه شده، مربوط به مقایسه میانگین‌های پیش‌آزمون دو گروه در سبک‌های مقابله‌ای است و هیچ‌کدام از مقادیر از لحاظ آماری معنادار نیست.



جدول ۴- خلاصه اطلاعات تحلیل واریانس شاخص «تعداد خطا» در آزمون زمان واکنش در بافت مثبت

منبع تغییرات	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	f شاخص
بین گروهی	۱۳/۸۵۳	۳	۴/۶۱۸	۲/۰۰۱
درون گروهی	۱۷۵/۳۹۸	۷۶	۲/۳۰۸	
کل	۱۸۹/۲۵۱	۷۹	-	

نتایج آزمون تحلیل کوواریانس عاملی چند متغیری به منظور مقایسه میانگین های پس آزمون دو گروه در سبک های مقابله ای (جدول ۴) نشان می دهد که در بین پیش آزمون ها، تنها اثر پیش آزمون انزوای مایوسانه افزون بر این، اثر مداخله نیز بر هر سه سبک سازش یافته ($F=311/92$, $P=0/001$)، سازش نیافته ($F=38/22$, $P=0/001$) و انزوای مایوسانه ($F=123/97$, $P=0/001$) معنادار به دست آمده است. چنانکه پیش تر بیان شد، ملاحظه میانگین های دو گروه (جدول ۳) نشان می دهد میانگین سبک

یکدیگر پیدا کرده اند. اما میزان پراکندگی نمره ها در گروه کنترل نسبت به گروه آزمایشی کمتر به دست آمده است.

مقادیر F تک متغیری که بر اساس مشخصه لاندا و ویلکز به منظور مقایسه میانگین های پیش آزمون دو گروه در سبک های مقابله ای محاسبه شده است نشان می دهد که هر دو گروه از لحاظ میزان به کارگیری سبک های مقابله ای سازش یافته ($F=0/211$)، سازش نیافته ($F=0/328$, $P=0/569$) و انزوای مایوسانه ($F=0/574$, $P=0/451$) پیش از اجرای روش مداخله یکسان هستند.

جدول ۵- خلاصه تحلیل کوواریانس عاملی چند متغیری برای مقایسه میانگین سبک های مقابله ای گروه آزمایش و کنترل در دو موقعیت پیش آزمون و پس آزمون

متغیر و منبع	df	SS	MS	F	P	η^2
پیش آزمون						
سازش یافته	۱	۱۰/۶۹۲	۱۰/۶۹۲	۱۰/۸۱	۰/۷۷۷	۰/۰۰۱
سازش نیافته	۱	۲/۱۲۵	۲/۱۲۵	۰/۷۳	۰/۷۸۸	۰/۰۰۲
انزوای مایوسانه	۱	۲۹۱/۳۱	۲۹۱/۳۱	۱۳/۵۲	۰/۰۰۱	۰/۱۶
گروه						
سازش یافته	۱	۴۱۰۶۸/۴۷	۴۱۰۶۸/۴۷	۳۱۱/۹۲	۰/۰۰۱	۰/۸۱
سازش نیافته	۱	۱۱۱۵/۸۴	۱۱۱۵/۸۴	۴۸/۲۳	۰/۰۰۱	۰/۳۴
انزوای مایوسانه	۱	۲۶۶۹/۵۳	۲۶۶۹/۵۳	۱۲۳/۹۷	۰/۰۰۱	۰/۶۳
جنس						
سازش یافته	۱	۱۳۲/۶۷	۱۳۲/۶۷	۱	۰/۳۱	۰/۰۰۱
سازش نیافته	۱	۱/۳۸	۱/۳۸	۰/۰۴	۰/۸۲	۰/۰۱
انزوای مایوسانه	۱	۹۲/۱۹	۹۲/۱۹	۴/۲۸	۰/۰۴	۰/۰۵
گروه . جنس						
سازش یافته	۱	۰/۸۳	۰/۸۳	۰/۰۶	۰/۹۳	۰/۰۰۱
سازش نیافته	۱	۳۰۶/۷	۳۰۶/۷	۱۰/۵	۰/۰۰۲	۰/۱۲
انزوای مایوسانه	۱	۰/۱	۰/۱	۰/۰۵	۰/۸۴	۰/۰۰۱
خطا						
سازش یافته	۷۳	۹۶۲۷/۷۳	۹۶۲۷/۷۳			
سازش نیافته	۷۳	۲۱۳۰/۹۶	۲۱۳۰/۹۶			
انزوای مایوسانه	۷۳	۱۵۷۱/۸۹	۱۵۷۱/۸۹			

توجه: η^2 = اندازه اثرمشخصه Box 'M ($F_{3,410,81/8} = 1/82$) در سطح ۰/۰۵ معنادار بود.



هریسون، ۲۰۰۷) حاکی از قدرتمندی این روش درمانی تلقی می‌شود. بر این اساس با توجه به نقش واسطه‌ای فرایندهای مقابله‌ای بر سطوح سازگاری و سلامت روان شناختی می‌توان اینگونه استدلال کرد که هرگونه تغییر در فرایندهای شناختی، رفتاری و جسمانی مقابله، می‌تواند تأثیرات قابل ملاحظه‌ای بر پاسخ‌های مقابله‌ای و تغییر سبک‌های مقابله‌ای سازش‌نا یافته کودکان مبتلا و افزایش استفاده از راهبردهای سازش‌نا یافته و فعالانه بر جای گذارد. با توجه به این مطلب، آگاهی کودکان از علایم جسمانی (نظیر ضربان قلب و سرگیجه)، امکان درک برانگیختگی‌های حاصل از عوامل تنگی‌زا و متمایز کردن آنها از حالت‌های دیگر و اسناد تدابیری نظیر تنفس دیافراگمی و آرامش عضلانی پیشرونده می‌تواند ادراک اغراق‌آمیز تهدید و تحریف شناختی واقعیت را که بر پایه تجربه‌های اولیه کودک استوارند، اصلاح کند، می‌تواند یکی از عوامل مؤثر در اصلاح فرایندهای جسمانی زیربنایی مقابله‌ها تلقی گردد.

از سوی دیگر کودکان می‌آموزند که چگونه فرایندهای ارزیابی اولیه و ثانویه خود را که ریشه در باورهای نادرست آنها در ارزیابی ضعیف توانمندی‌های خود و میزان بالای تهدیدکننده بودن موقعیت‌ها دارد را با یادگیری مهارت‌های متعدد روان‌شناختی در فضای درمانی، طرح برنامه‌ای برای مواجهه، تفکر در مورد راه‌های موجود، بازسازماندهی شناختی و اجتناب از تفکر آرزومندانه و اجتناب‌های شناختی اصلاح کنند و به واسطه اصلاح این خودگویی‌ها توانایی‌های خود را با ماهیت موقعیت‌های تنیدگی‌زا همانگ سازند و در نهایت با مواجهه (به جای اجتناب) به تقویت اعتماد به نفس و احساس توانمندی‌های خود کمک کنند.

فرایند برون‌ریزی احساس‌ها و تخلیه هیجانی را نیز می‌توان جزئی اثربخشی از فرایند برنامه درمانگری دانست که به درک عمیق‌تر کودکان از هیجان‌ها و عواطف گوناگون خود و استفاده از راهبردهای هیجان‌محور کمک می‌کند.

حضور درمانگر نیز در نقش الگو در مواجهه تدریجی با موقعیت‌ها و استفاده از فونونی نظیر ایفای نقش، امکان یادگیری مهارت‌های مقابله‌ای جدید را فراهم کرده و به انحراف توجه کودک از موقعیت‌های

سازش‌یافته گروه آزمایش در مقایسه با میانگین گروه کنترل افزایش و میانگین سبک‌های سازش‌نا یافته و انزوای مایوسانه نسبت به میانگین‌های این دو سبک در گروه کنترل کاهش یافته است.

تفاوت دو جنس نیز در هیچ‌کدام از سبک‌های مقابله‌ای از لحاظ آماری معنادار نیست. بنابراین، نمی‌توان گفت که میانگین‌های دو گروه دختران و پسران تفاوت قابل ملاحظه‌ای با یکدیگر دارند. اما اثر تعاملی جنس و گروه در سبک‌های مقابله‌ای سازش‌نا یافته ($F=10/5$) معنادار به دست آمد که نشان می‌دهد با آنکه در هر دو جنس میانگین سبک‌های سازش‌نا یافته کمتر شده است اما میزان کاهش نمرات در گروه دختران بیش از پسران است.

بحث

پژوهش حاضر به دنبال بررسی اثربخشی برنامه درمانگری coping cat بر تغییر سبک‌های مقابله‌ای کودکان مبتلا به اختلال‌های درونی‌سازی شده و تعیین نقش تعدیل‌کننده جنس در این رابطه بود. نتایج این پژوهش حاکی از اثربخشی برنامه درمانگری در گروه آزمایش بر هر سه سبک سازش‌یافته، سازش‌نا یافته و انزوای مایوسانه بود و نشان داد که میانگین سبک سازش‌یافته گروه آزمایش در مقایسه با میانگین گروه کنترل افزایش و میانگین سبک‌های سازش‌نا یافته و انزوای مایوسانه نسبت به میانگین‌های این دو سبک در گروه کنترل کاهش یافته است. بر این اساس با توجه به ماهیت تجربی طرح پژوهشی و با در نظر گرفتن مشابهت سبک‌های مقابله‌ای کودکان گروه کنترل و آزمایش قبل از اعمال کاربردی می‌توان تغییرات مشاهده شده را ناشی از برنامه درمانگری Coping Cat دانست و نتیجه گرفت که روش درمانگری Coping Cat توانسته است کاربرد سبک‌های سازش‌نا یافته کودکان مبتلا به اختلال‌های درونی‌سازی شده، را کاهش دهد و راهبردهای مقابله‌ای کودکان را به سمت سبک‌های سازش‌یافته هدایت کند؛ که در مقایسه با نتایج پژوهش‌های پیشین مبنی بر تأثیر برنامه‌های مبتنی بر رفتار درمانگری شناختی بر فرایندهای رفتاری، جسمانی و شناختی کودکان و نوجوانان مضطرب و افسرده و عدم تأثیر معنادار بر عوامل مقابله‌ای (چو و



231.

Freonna, G. L. (2006). Diversity counts: an examination of the Coping Cat from a multicultural treatment perspective. Doctoral Dissertation. Chicago University.

Frydenberg, E. & Lewis, R. (1993). "The coping strategies used by capable adolescents". Australian Journal of Guidance & Counseling, 3 (1), 1-9.

Hankin, B.L., Abramson, L.Y., Moffitt, T.E., Silva, P.A., McGee, R., & Angell, K.E. (1998). Development of depression from preadolescence to young adulthood: Emerging gender differences in a 10-year longitudinal study. Journal of Abnormal Psychology, 107, 128-140.

Holohan, C. J., & Moos, R. S. (1987). "Personal and contextual determinant of coping strategies". Journal of personality and social psychology. 52, 946-955.

Hudson, J. Deveny, C. & Taylor, L. (2005). Nature, assessment and treatment of general anxiety disorder in children. Pediatric annals, 34(2),97-106.

Hymel, S. , Rubin, K. H.,Rowden, L.,& Le Mare, L.(1990). Children's peer relationships: longitudinal prediction of internalizing and externalizing problems from middle to late childhood. Child development, 61, 2004-2021.

kazdin, A. E. , & weisz, J. R.(1998). Identifying and developing empirically supported child and adolescent treatments. Journal of consulting and clinical psychology,66(1), 19-36

Kendall, P. C. (2000). childhood disorders. East sussex: Psychology press Ltd.

Kendall, p. c. (1994). Treating anxiety disorders in children: results of a randomize clinical trial. Treatment Of Anxiety Disorders in children: long term(6 yr) follow up. Journal Consulting and Clinical Psychology, 69, 135-141.

Kendall, p. c.,& Hedtke, M. A.(2006). Cognitive Behavior Therapy For Anxious Children" therapist manual(third edition). Ardmore, PA, workbook publishing.

Kendall, p. c., & suveg, C. (2006). Treating Anxiety Disorders in Youth. In P. C. Kendall (Ed.), child and adolescent therapy: cognitive behavioral procedures (pp. 243-294). New York: the Guilford press.

Kendall, P.C., Safford, S. , Flannery – Schroder, E., & Webb, A.(2004). Child anxiety treatment: outcomes in adolescence and impact on substance abuse and depression at a 7.4 year follow up. Journal of consulting and clinical psychology, 72, 276-287.

Kessler, R.C., Chiu, W.T., Demler, O., & Walters, E.E. (2005). Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. Archives of General Psychiatry, 62, 617-627.

Last, C. G. (2006). Help for worried kids: How

برانگیزاننده و تمرکز مجدد بر محرکی که خشم و برانگیختگی را فرا نمی خواند، نقش تسهیل کننده‌ای در تغییر سبک های مقابله ای کودکان دارد که به واسطه وجود آسیب های روان ساختی والدین و الگوهای ارتباطی ناکارآمدی که بین کودک و والدین وجود دارد، اهمیت آن پررنگ تر به نظر می رسد. و در نهایت می توان مشارکت والدین در روند درمانگری کودکان را که منجر به تغییر الگوی ارتباطی آسیب دیده والد - فرزندی و تسهیل فرایند یادگیری کودکان می گردد؛ از جمله عوامل مؤثر در اثربخشی برنامه درمانگری Coping Cat بر اختلال های درونی سازی شده دانست.

References

Achenbach, T. M., Rescorla, L. A. (2001). ASEBA school age forms profiles. Burlington, VT: university of vermont, Research Center for Children, Youth & Families.

Barret, P. M, & ollendick, T. H. (2004). Handbook Of Interventions that work with children and adolescents: from prevention to treatment. London. John Wiley & Sons.

Chorpita, B., Albino, A. M., Barlow, D. H. (1996). Cognitive processing in children: relation to anxiety and family influence. Journal of clinical child psychology, 25(2), 170-176.

Chu, B. C., Harrison, T. L. (2007). " Disorder specific effects of CBT for anxious and depressed youth: A Meta- analysis of candidate mediators of change". Clinical child and family psychological review, 10, 352-372.

Colman, I., Wadsworth, 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, 126-133.

Compton, S. March, J., Brent, D., Albano, A., Weersing, R., Curry, j. (2004). "Cognitive behavioral psychoteraphy for anxiety and depressive disorders in children and adolescents: an evidence based medicin review". American academy of child and adolescent psychiatry,43(8), 930-959.

Costello, E. J. , Mustillo, S., Erkanli, A., Keeler, G., & Angold, A.(2003). Prevalence And development of psychiatric disorders in childhood and adolesce. Archives of general psychiatry,60, 837-844.

Essau, C. A., Conradt, J.& Peterman, F.(2002). Frequency, comorbidity and psychosocial impairment of specific phobia in adolescents. Journal of clinical child psychology, 29(2), 221-



your child can conquer anxiety and fear. New York: Guildford Press.

Manassis, K. (2000). Childhood Anxiety Disorders : lessons from the literature. Canadian journal of psychiatry. 45, 724-730.

Mc clintock, S. M.(2005). Relationship of internalizing behavior problems to intelligence and executive functioning in children. Master of science. The University of Texas southwestern medical center at Dallas.

Morris, A. S., Silk, J. S., Steinberg, L., Sessa, F. M., Avenevoli, S., & Essex, M. J. (2002). "Temperamental vulnerability and negative parenting as interacting of child adjustment". Journal of Marriage & the Family. 64, 461-471.

Ollendick, T. H. & King, N. J. (1994). Diagnosis, assessment and treatment of internalizing problems in children: the role of longitudinal data. Journal of counseling and clinical psychology, 6(5), 917-928.

Rudolph, K. D., Denny, M. D., Weisz J. R. (1995). determinant and consequence of children s coping in the medical setting: conceptualization, review and critique. Psychological bulletin. 118, 328-357.

Riddle, M. A., & Davies, M. (2006). " Somatic symptoms in children and adolescents with anxiety disorders". Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 45, 1179-1187.

Silverman, W. K., Saavedra, L. M.(2004). Assessment and diagnosis in Evidence- based practice. In. P. M. Barrett. & T. H. Ollendick (Ed), handbook of interventions that work with children and adolescent (pp. 49-69). West Sussex: John Wiley & Sons Ltd.

Warman, M. J. (1999). Ideas about coping among anxiety disordered and non anxiety disordered youth: the role of controllability. Unpublished doctoral Dissertation. Temple University.

Wood, J. J. (2003). Child anxiety disorders. Unpublished Ph.D. Dissertation. University of California.

