

بررسی اثربخشی درمان شناختی رفتاری مبتنی بر برنامه "Coping cat" در کاهش اضطراب کودکان ۸-۱۰ ساله مبتلا به اضطراب

فیروزه ضرغامی^۱، لیلا حیدری نسب^۲، محمدرضا شعیری^۳، زهرا شهریور^۴

تاریخ وصول: ۹۴/۰۲/۰۲

تاریخ پذیرش: ۹۴/۰۴/۳۰

چکیده

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان شناختی رفتاری مبتنی بر برنامه "Coping cat" در کاهش علائم اضطراب کودکان ۸-۱۰ ساله ایرانی مبتلا به اضطراب صورت گرفته است. این پژوهش، بر اساس یک طرح نیمه‌آزمایشی با پیش‌آزمون-پس‌آزمون و گروه کنترل انجام شده است. ۲۰ کودک ۸ تا ۱۰ ساله با تشخیص اختلال اضطراب فراگیر، اضطراب جدایی، و یا اضطراب اجتماعی پس از مصاحبه بالینی توسط روان‌پزشک کودک و نوجوان، ارزیابی با مصاحبه تشخیصی نیمه‌ساختاریافته اختلالات خلقی و اسکیزوفرنیا برای کودکان و نوجوانان (K-SADS-PL) و قرار گرفتن در سطح بالینی بر اساس مقیاس اضطراب مبتنی بر DSM آزمون فهرست مشکلات رفتاری کودکان (CBCL)، با روش نمونه‌گیری در دسترس مبتنی بر هدف به طور تصادفی در دو گروه ۱۰ نفری (گروه درمان و گروه انتظار) جایگزین شدند. مداخله درمانی مبتنی بر برنامه شناختی رفتاری انفرادی "Coping cat" به مدت ۱۶ جلسه برای شرکت‌کنندگان گروه درمان اجرا شد. تحلیل داده‌ها بر اساس آزمون ناپارامتریک من‌ویتنی، فریدمن و همچنین بررسی معناداری بالینی نشان داد درمان شناختی رفتاری "Coping cat" از نظر آماری ($Z = -3/335$ ، $p < 0/001$) و بالینی به طور معناداری علائم اضطراب گروه درمان را در مقایسه با گروه انتظار کاهش داده که در پیگیری‌های یک و نیم ماهه و سه ماهه نیز تداوم داشته است.

واژگان کلیدی: درمان شناختی رفتاری، برنامه "Coping cat"، اضطراب، کودکان.

۱. کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی Firouzeh_zarghami@yahoo.com

۲. استادیار گروه روانشناسی دانشکده علوم انسانی دانشگاه شاهد lhpsy@gmail.com

۳. دانشیار گروه روانشناسی دانشکده علوم انسانی دانشگاه شاهد shairigm@gmail.com

۴. دانشیار گروه روانپزشکی دانشگاه تهران - بیمارستان روزبه sharivar@sina.tums.ac.ir

مقدمه

ترس و اضطراب واکنشی طبیعی در مقابل خطر است و در سیر تحول کودکان، بخشی از تحول بهنجار به شمار می‌آید، اما زمانی که سطح آشفتگی برانگیخته شده نسبت به همسالان کودک بیشتر باشد و سبب پریشانی غیرقابل مهار در او گردد، نابهنجار تلقی شده و با عنوان اختلال اضطراب شناخته می‌شود (مور و میجرز^۱، ۲۰۰۹؛ مارتین و ولکماری^۲، ۲۰۰۷). اختلال‌های اضطرابی از شایع‌ترین اختلال‌های روانشناختی در دوره کودکی و نوجوانی است و شیوع آن بین افراد زیر ۱۸ سال بین ۸/۳٪ تا ۲۷٪ است (سادوک^۳، ۲۰۰۷؛ کلیکیلو^۴، ۲۰۰۵). شایع‌ترین اختلال‌های اضطرابی در کودکان عبارتند از هراس^۴، اضطراب فراگیر^۵، هراس اجتماعی^۶، و اضطراب جدایی^۷ (گینزبورگ و نیومن کینگری^۸، ۲۰۰۷). اختلالات اضطرابی همپوشی بالایی با سایر اختلالات از جمله اختلال نقص توجه-بیش‌فعالی (حدود ۱۰/۰۴٪ همپوشی)، اختلال نافرمانی (حدود ۹/۴۳٪ همپوشی)، و اختلال وسواس فکری-عملی (حدود ۸/۶۱٪ همپوشی) دارند، (کندال^۹ و همکاران، ۲۰۱۰؛ کندال و فلانری^{۱۰}، ۱۹۹۸). سیر مزمن اختلال‌های اضطرابی، تداوم آن‌ها در سیر رشد بدون مداخله درمانی به دلیل تعدد عوامل موثر در آن (زمینه ژنتیکی، تاریخچه خانوادگی، اضطراب والد، نحوه دلبستگی به مراقب کننده، یادگیری و تجربه و سبک فرزندپروری)، همبودی با اختلال‌های دیگر و زمینه‌سازی بروز اختلال‌هایی در بزرگسالی همچون افسردگی، مصرف مواد، اضطراب، افسردگی اساسی و تلاش برای خودکشی، اهمیت تشخیص و درمان آن‌ها را در دوران کودکی برجسته‌تر می‌کند (مارتین و ولکماری^۲، ۲۰۰۷؛ جیمز^{۱۱} و همکاران، ۲۰۰۷).

1. Mor, Meijers
2. Martin, Volkmar
3. Sadock, Klykylo
4. Specific phobia
5. generalized anxiety disorder
6. social phobia
7. separation anxiety disorder
8. Ginsburg, Newman Kingery
9. Kendall
00. Flannery
11. James

از بین درمان‌های به کار گرفته شده برای کاهش اضطراب کودکان، درمان‌های چندوجهی (مداخلات روانشناختی فردی، گروه درمانی، دارودرمانی) از اثربخشی بیشتری برخوردار است، اما با توجه به پرهزینه بودن امکان به کارگیری آن‌ها در همه شرایط وجود ندارد. از میان مداخلات روانشناختی، نتایج کارآزمایی‌های بالینی تصادفی، از اثربخشی درمان شناختی رفتاری در بهبود علائم اضطرابی حمایت می‌کنند. علاوه بر پاسخ مثبت به درمان، پایداری اثرات درمان نیز در پیگیری‌های طولانی‌مدت (پیگیری ۶ ساله) تایید شده است (ادموند^۱ و همکاران، ۲۰۱۱؛ تولین^۲، ۲۰۱۰؛ سادوک^۳، ۲۰۰۷؛ جیمز و همکاران، ۲۰۰۷؛ بارت^۴، ۲۰۰۰).

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 (کندال، ۱۹۹۴). این برنامه بر اساس 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 (ادموندز و همکاران، ۲۰۱۱؛ گراهام^۴، ۲۰۰۵؛ پادل^۵ و همکاران، ۲۰۱۰).

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 علائم اختلال در کودکان تحت درمان شناختی رفتاری (۶۴٪) نسبت به گروه کنترل (۵٪) بود و این نتایج در دوره‌های پیگیری نیز حفظ شد (جیمز و همکاران، ۲۰۰۷). در دومین کارآزمایی بالینی تصادفی که روی ۹۴ کودک ۹ تا ۱۱ ساله انجام شد، درمان

-
1. Edmunds
 2. Tolin
 3. Barrett
 4. Graham
 5. Podell

شناختی رفتاری با ۵۳٪ بهبودی و گروه انتظار با ۶٪ بهبودی نتایجی همسو با پژوهش قبلی نشان دادند (کندال و همکاران، ۱۹۹۷). در پیگیری ۷ ساله نیز، در ۹۱٪ شرکت‌کنندگان، پایداری درمان گزارش شد (جیمز و همکاران، ۲۰۰۷). در سومین کارآزمایی تصادفی بالینی، روی ۱۶۱ نفر از کودکان ۷ تا ۱۳ ساله نیز اثربخشی این روش درمانی، تأیید شد (کندال و همکاران، ۲۰۰۸). کارآزمایی بالینی تصادفی دیگری، روی ۴۸۸ کودک و نوجوان ۷ تا ۱۷ ساله در شش شهر انجام شد. نتایج این پژوهش نیز نشان داد که درمان شناختی رفتاری با نرخ بهبودی ۶۰٪ یک درمان تأیید شده^۱ برای اختلال اضطرابی کودکان است (والک آپ^۲ آپ^۲ و همکاران، ۲۰۰۸).

در پژوهش‌هایی که در استرالیا (روی یک گروه ۷۹ نفری از کودکان ۷ تا ۱۴ ساله) و هلند (روی یک گروه ۷۹ نفری از کودکان ۷ تا ۱۸ ساله) انجام شد، نیز درمان شناختی رفتاری مبتنی بر برنامه "Coping cat" با نتایجی مشابه با پژوهش‌های قبلی نرخ بهبودی بالایی داشت (بارت و همکاران، ۱۹۹۶؛ نایوتا^۳ و همکاران، ۲۰۰۳). پژوهشی در کشور چین نیز، اثربخشی این برنامه را در یک جامعه آسیایی نشان داده است (لاو^۴، ۲۰۱۰).

مرور پژوهش‌های مداخله‌ای در ایران نیز نشان داد که تاکنون، در ایران، اضطراب کودکان دبستانی بر اساس الگوی درمان انفرادی "Coping cat" مورد واریسی قرار نگرفته است. تنها یک پژوهش به بررسی درمان گروهی مبتنی بر درمان شناختی رفتاری "Coping cat" روی ۳۰ دختر ۱۱ تا ۱۳ ساله مبتلا به اضطراب، در شهر خرم‌آباد انجام شده است که از اثربخشی این برنامه در کاهش اضطراب نمونه ایرانی حکایت می‌کند (بساک نژاد و همکاران، ۱۳۸۹).

اگرچه نتایج اکثر پژوهش‌های حاکی از اثربخشی درمان شناختی رفتاری مبتنی بر برنامه "Coping cat" برای اضطراب کودکان است. اما آیا این درمان با توجه به ماهیت شناختی که دارد، برای کودکان ایرانی هم از اثربخشی قابل قبولی برخوردار است یا نه، باید مورد

-
1. Well Established
 2. Walkup
 3. Nauta
 4. Lau

بررسی قرار گیرد. بنابراین با توجه به این مسأله، هدف اساسی پژوهش حاضر این است که آیا برنامه درمان شناختی رفتاری مبتنی بر برنامه "Coping cat" می تواند میزان اضطراب کودکان ایرانی ۱۰-۸ ساله مبتلا به اضطراب را کاهش دهد.

روش پژوهش

شرکت کنندگان: جامعه‌ی آماری این پژوهش را کودکان ۸ تا ۱۰ ساله‌ی مبتلا به اختلال-های اضطرابی تشکیل داده‌اند که با شکایت اختلال اضطراب فراگیر، اضطراب جدایی یا اضطراب اجتماعی در سال ۹۱-۹۰ به مراکز درمانی شهر تهران مراجعه کرده‌اند. جمعیت مورد نظر پژوهش شامل کودکان مبتلا به اختلال اضطرابی است که از طرف روانپزشک بیمارستان روزبه به پژوهشگر ارجاع داده شدند. در پژوهش حاضر، برای انتخاب نمونه از روش نمونه‌گیری هدفمند استفاده شد. نحوه گردآوری به این صورت بود که از دی ماه ۱۳۹۰ از متخصصان روان‌پزشکی کودک و نوجوان بیمارستان روزبه درخواست شد کودکان ۱۰-۸ ساله‌ای را که بر اساس معیارهای تشخیصی DSM-IV-TR (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۰۰) به یک یا چند مورد از اختلال‌های اضطراب فراگیر، اضطراب جدایی و یا اضطراب اجتماعی مبتلا هستند و تمایل به شرکت در پژوهش را دارند به پژوهشگر معرفی کنند. در طول مدت نزدیک به دو ماه، ۲۹ داوطلب به پژوهشگر ارجاع داده شد و در نهایت از بین داوطلبین ارجاع داده شده، ۲۲ کودک ۱۰-۸ ساله مبتلا به اختلال‌های اضطرابی بر اساس معیارهای تشخیصی DSM-IV-TR (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۰۰) که ملاک‌های ورود و خروج پژوهش را احراز کرده بودند، به عنوان نمونه پژوهش انتخاب شدند. نمونه انتخاب شده پس از امضای رضایت‌نامه کتبی، به طور تصادفی در یکی از گروه‌های درمان و لیست انتظار (۱۱ نفر در هر گروه) جایگزین شدند. ملاک‌های ورود پژوهش عبارت بودند از: دارا بودن ملاک‌های تشخیصی یک یا چند مورد از اختلال‌های اضطراب فراگیر، اضطراب جدایی و یا اضطراب اجتماعی به تشخیص روانپزشک بر پایه مصاحبه تشخیصی نیمه ساختاریافته K-SADS-PL و قرار گرفتن در گروه بالینی بر اساس مقیاس اضطراب مبتنی بر DSM آزمون CBCL، دامنه سنی ۸ تا ۱۰ سال. ملاک‌های خروج پژوهش عبارت بودند از: داشتن اختلال‌های خلقی، اختلال‌های سایکوتیک، عقب‌ماندگی

ذهنی و جسمی، اختلال‌های فراگیر رشد، دریافت هر نوع روان‌درمانی در چارچوب درمان‌های شناختی رفتاری قبل از ورود به پژوهش، مصرف داروهای ضد اضطراب.

لازم به ذکر است که پس از شروع درمان شناختی رفتاری بر مبنای برنامه "Coping cat"، یک نفر از افراد گروه درمان در پنجمین جلسه به دلیل لزوم مصرف دارو از پژوهش حذف شد و یکی از آزمودنی‌های گروه لیست انتظار نیز در مرحله دوم ارزیابی شرکت نکرد و در نهایت داده‌های مربوط به ۲۰ آزمودنی (۱۰ نفر در هر گروه) به عنوان نمونه پژوهش مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

طرح پژوهش: پژوهش حاضر که با کد IRCT2013090414565N1 در مرکز کارآزمایی بالینی ایران ثبت شده است، در چهارچوب یک طرح نیمه‌آزمایشی پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل و دوره پیگیری است. در این طرح، درمان شناختی رفتاری مبتنی بر برنامه "Coping cat" به عنوان متغیر مستقل و سطح اضطراب کودکان به عنوان متغیر وابسته در نظر گرفته شده است.

ابزارهای پژوهش: ۱. مصاحبه تشخیصی نیمه ساختاریافته اختلالات خلقی و اسکیزوفرنیا برای کودکان و نوجوانان، تشخیص فعلی و طول عمر^۱ (K-SADS-PL): این مصاحبه تشخیصی برای ارزیابی دوره‌های کنونی و پیشین آسیب‌شناسی روانی در کودکان و نوجوانان ۶ تا ۱۸ بر پایه‌ی معیارهای DSM-III-R (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۱۹۸۷) و DSM-IV (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۱۹۹۴) تدوین شده است. پرسشنامه شامل ۳ بخش است: در بخش اول اطلاعات کلی مانند خصوصیات جمعیت‌شناختی کودک، جمع‌آوری می‌گردد. بخش دوم شامل سؤالات غربالگری و تعیین معیارهای اختلال‌های روان‌پزشکی است و بخش سوم یک ارزیابی کلی برای تعیین سطح عملکرد کودک می‌باشد. اعتبار و پایایی این پرسشنامه برای ارزیابی و تشخیص اختلالات روانپزشکی در کودکان و نوجوانان ایرانی تأیید شده است (غنی زاده و همکاران، ۲۰۰۶؛ شهریور و همکاران ۲۰۰۸).

1. Kiddie schedule for Affective Disorder and Schizophrenia- Present and Lifetime Version (K-SADS-PL)

۱. فهرست مشکلات رفتاری کودک^۱ (CBCL): این پرسشنامه با ۱۱۳ ماده، بخشی از نظام مبتنی بر ارزشیابی آخنباخ^۲ است که برای سرند شایع‌ترین اختلال‌های روان‌پزشکی کودکان و نوجوانان ۶-۱۸ ساله تنظیم شده است. این نظام شامل سه فرم ویژه والدین (CBCL)، خودسنجی نوجوان^۳ و گزارش معلم^۴ است. هر فرم از دو بخش تشکیل شده است، بخش اول «صلاحیت» نام دارد و به بررسی سه مقیاس فعالیت، روابط اجتماعی و پیشرفت تحصیلی می‌پردازد. بخش دوم مربوط به «تشخیص مشکلات رفتاری» است و بر اساس دو ملاک مبتنی بر DSM-IV و تحلیل عاملی نمره گذاری می‌شود. در نمره گذاری مبتنی بر DSM شش زیرمقیاس (مشکلات عاطفی، مشکلات اضطرابی، مشکلات بدنی، مشکلات مربوط به بیش‌فعالی/نقص تمرکز، مشکلات تضادورزی و مشکلات رفتار هنجاری) وجود دارد. نقطه برش‌های این پرسشنامه عبارتند از بالینی، مرزی و زیرآستانه بالینی. بیشترین میزان آلفای کرونباخ نسخه والدین در یک نمونه ایرانی ۰/۹۰ گزارش شده که نشانگر اعتبار سازه و پایایی مناسب این ابزار برای ارزیابی مهارت‌ها و مشکلات رفتاری کودکان است (مینایی، ۱۳۸۵؛ یزدخواستی و همکاران، ۱۳۹۰؛ تهرانی دوست و همکاران، ۲۰۱۱).

۱. مقیاس اضطراب کودکان اسپنس^۵ (SCAS): این پرسشنامه برای ارزیابی اضطراب کودکان ۸-۱۵ ساله بر اساس 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 ۴ درجه‌ای لیکرتی (هرگز (۰)، گاهی اوقات (۱)، اغلب (۲)، همیشه (۳) تنظیم شده و ۶ مقیاس اضطراب جدایی، اضطراب اجتماعی،

1. Child Behavior Checklist (CBCL)
2. Achenbach System of Empirically Based Assessment (ASEBA)
3. Youth s Self s Report (YSR)
4. Teacher s Report Form (TRF)
5. Spence Children Anxiety Scale (SCAS)

وسواس فکری-عملی، پنیک-بازار هراسی، 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.

شیوه اجرای پژوهش: شرکت کنندگان پس از انجام ارزیابی‌های اولیه وارد پژوهش شدند، افرادی که به طور تصادفی در گروه درمان قرار می‌گرفتند، پس از اجرای آزمون CBCL و پرسشنامه اسپنس به عنوان پیش‌آزمون، طی ۱۶ جلسه به صورت انفرادی تحت درمان شناختی رفتاری مبتنی بر برنامه "Coping cat" قرار می‌گرفتند. این جلسات هفته‌ای یک‌بار به مدت یک ساعت توسط پژوهشگر در درمانگاه کودک و نوجوان بیمارستان روزبه اجرا شد. پژوهشگر قبل از اجرای پژوهش، این برنامه درمانی را به صورت مقدماتی در پشت آینه یک‌طرفه با نظارت درمانگران باتجربه روی ۱ کودک ۸ ساله و با سوپرویزن روی دو کودک ۱۰-۸ ساله اجرا کرده و مورد تأیید قرار گرفته بود.

درمان شناختی رفتاری مبتنی بر برنامه "Coping cat" در سال ۱۹۹۴ توسط فیلیپ کندال برای کاهش علائم اختلال اضطراب جدایی، اضطراب فراگیر و اضطراب اجتماعی طراحی شد (گراهام ۲۰۰۵؛ پادل و همکاران ۲۰۰۹) که محتوای هر یک از جلسات در جدول ۱ ارائه شده است:

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی

جدول ۱. محتوای جلسات درمان شناختی رفتاری مبتنی بر برنامه "Coping cat" برای اضطراب کودکان

| جلسات | محتوای جلسات |
|--------------|---|
| جلسه ۱ | برقراری ارتباط با مراجع، تعیین اهداف درمان، شناسایی موقعیت‌های اضطراب‌زا و واکنش کودک به آن‌ها |
| جلسه ۲ | آموزش احساسات مختلف، شناسایی علائم ایجاد شده در موقعیت اضطراب‌زا |
| جلسه ۳ | آموزش علائم جسمانی اضطراب، شناسایی واکنش‌های جسمانی اضطراب |
| جلسه ۴ | ملاقات حضوری اول با والدین جهت افزایش همکاری آن‌ها در روند درمان و پاسخ‌گویی به سؤالات احتمالی |
| جلسه ۵ | آموزش تنفس دیافراگمی و آرام‌نگی |
| جلسه ۶ | آشنایی با خودگویی‌ها در موقعیت‌های اضطرابی، تمایز بین خودگویی‌های اضطرابی و سازگارانه |
| جلسه ۷ | کمک به مراجع برای تبدیل خودگویی‌های اضطرابی به خودگویی‌های سازگارانه، آموزش مهارت حل مسئله برای مدیریت اضطراب |
| جلسه ۸ | آشنایی مراجع با مفهوم پاداش و آموزش نمره دادن به خود بر اساس عملکرد |
| جلسه ۹ | ملاقات حضوری دوم با والدین، جهت افزایش همکاری آن‌ها در روند درمان و پاسخ‌گویی به سؤالات |
| جلسه ۱۱ و ۱۰ | آشنایی سازی مراجع با منطق مواجهه، طراحی سلسله مراتب ترس و اجرای تمرین مواجهه در موقعیت‌هایی که اضطراب کمی ایجاد می‌کنند |
| جلسه ۱۳ و ۱۲ | اجرای تمرین مواجهه در موقعیت‌هایی که اضطراب متوسطی ایجاد می‌کنند |
| جلسه ۱۵ و ۱۴ | اجرای تمرین مواجهه در موقعیت‌هایی که اضطراب زیادی ایجاد می‌کنند |
| جلسه ۱۶ | تمرین مواجهه در بیک موقعیت اضطرابی شدید، طراحی خلاصه جلسات درمانی در قالب یک روزنامه دیواری، فیلم یا آگهی تبلیغاتی. |

افراد گروه درمان در چهار نوبت پیش‌آزمون، پس‌آزمون، پیگیری یک و نیم ماهه و سه ماهه فهرست مشکلات رفتاری کودک (CBCL) و مقیاس اضطراب کودکان اسپنس (SCAS) را تکمیل کردند و گروه انتظار نیز در دو نوبت پیش‌آزمون و پس‌آزمون پرسشنامه‌های مذکور را تکمیل کردند. با توجه به مسائل اخلاقی و لزوم شروع درمان برای کودکان گروه انتظار، امکان اجرای پیگیری یک و نیم ماهه و سه ماهه برای آن‌ها میسر نبود، بنابراین بلافاصله پس از ارزیابی دوم، مداخلات روانشناختی برای آن‌ها شروع شد.

شیوه تحلیل داده‌ها: برای تحلیل داده‌ها، علاوه بر روش‌های آمار توصیفی، از آزمون ناپارامتریک خی‌دو و من‌ویتنی برای مقایسه برخی ویژگی‌های جمعیت‌شناختی دو گروه، از آزمون ناپارامتریک من‌ویتنی برای مقایسه تفاضل نمره پیش‌آزمون-پس‌آزمون دو گروه، از آزمون فریدمن برای مقایسه نمره‌های پیش‌آزمون، پس‌آزمون، پیگیری یک و نیم ماهه و پیگیری سه ماهه گروه درمان به صورت گروهی و از آزمون ویل کاکسون برای مقایسه دو به دو نمره پیش‌آزمون با پس‌آزمون و پیگیری یک و نیم ماهه با پیگیری سه‌ماهه گروه درمان استفاده شد. علاوه بر آزمون‌های یاد شده، ملاک‌های معناداری بالینی نیز محاسبه گردید.

یافته‌ها پژوهش

قبل از ورود به نتایج اصلی پژوهش باید اشاره نمود که بر اساس نتایج به دست آمده از آزمون‌های ناپارامتریک، بین ویژگی‌های جمعیت‌شناختی (جنس: $\chi^2=0/001$ ، $p<0/7$ ، سن: $Z=-0/152$ ، $p<0/88$ ، پایه تحصیلی: $\chi^2=952$ ، $p<0/621$ ، تشخیص اصلی: $\chi^2=2/234$ ، $p<0/525$ و اختلال‌های همراه: $\chi^2=7$ ، $p<0/321$) آزمودنی‌ها در دو گروه درمان و انتظار تفاوت معناداری وجود ندارد. لازم به ذکر است که برای اطمینان از تناسب واریانس دو گروه درمان و انتظار، نمرات پیش‌آزمون دو گروه با آزمون من‌ویتنی مورد بررسی قرار گرفتند و تفاوت معناداری بین نمرات آن‌ها دیده نشد.

یافته‌های ارائه شده در جدول ۲ نشان می‌دهند که تفاضل نمرات پیش‌آزمون پس‌آزمون دو گروه درمان و انتظار در شدت اضطراب بر اساس اندازه‌گیری‌های سه‌گانه بر پایه آزمون من‌ویتنی معنادار است.

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار آزمودنی‌های دو گروه درمان و انتظار در متغیرهای پژوهش و مقایسه آن‌ها با آزمون من‌ویتنی

| Z | من- ویتنی | تفاضل پیش‌آزمون و پس‌آزمون | | | گروه | ابزار اندازه- گیری |
|-------------|--------------|-------------------------------|---------------------------------------|--|--------|-----------------------|
| | | میانگین (انحراف معیار) | پس‌آزمون میانگین (انحراف معیار) | پیش‌آزمون میانگین (انحراف معیار) | | |
| -۳/۳۳۵ * | ۶/۵ | (۲/۵۳)۴/۲ | (۱/۵)۳/۶ | (۲/۰۵)۷/۸ | درمان | CBCL |
| | | (۱/۲۷)۰/۵ | (۲/۱۶)۷/۷ | (۱/۷)۸/۲ | انتظار | |
| -۳/۷۱۲ * | ۱ | (۱۰/۲۲)۲۱/۲ | (۱۰/۷۶)۱۷/۴ | (۱۱/۸)۳۶ | درمان | اسپنس |
| | | (۶/۲۸)-۲/۱ | (۱۷/۲۷)۴۰/۴ | (۱۸/۹)۳۸/۳ | انتظار | والدین |
| -۲/۶۵ ** | ۱۵ | (۱۶/۲۴)۲۰/۶ | (۶/۸۸)۱۲ | (۱۷/۷۲)۳۲/۶ | درمان | اسپنس |
| | | (۱۷/۷۱)-۰/۶ | (۱۷/۲۷)۴۴/۱ | (۱۰/۲۹)۴۳/۵ | انتظار | کودک |

* P<۰/۰۰۱

** P<۰/۰۰۸

جدول ۳ نشان می‌دهد که مقایسه میانگین نمرات پیش‌آزمون، پس‌آزمون، پیگیری یک و نیم ماهه و پیگیری سه ماهه گروه درمان با توجه به اندازه‌گیری‌های سه‌گانه بر پایه آزمون فریدمن معنادار است.

جدول ۳. مقایسه میانگین نمرات پیش‌آزمون، پس‌آزمون، پیگیری یک ماهه و سه ماهه گروه درمان بر اساس آزمون فریدمن

| ابزار اندازه‌گیری | گروه | پیش‌آزمون | پس‌آزمون | پیگیری یک و نیم ماهه | پیگیری سه ماهه |
|-------------------|-------|------------------------|------------------------|------------------------|------------------------|
| | | میانگین (انحراف معیار) | میانگین (انحراف معیار) | میانگین (انحراف معیار) | میانگین (انحراف معیار) |
| CBCL | درمان | ۷/۸ (۲/۰۵) | ۳/۶ (۱/۵) | ۳ (۰/۹۵) | ۲/۲ (۱/۰۳) |
| اسپنس والدین | درمان | ۳۶ (۱۱/۸) | ۱۷/۴ (۱۰/۷۶) | ۱۸/۰۲ (۸/۸) | ۹/۹ (۷/۴) |
| اسپنس کودک | درمان | ۳۲/۶ (۱۷/۷۲) | ۱۲ (۶/۸۸) | ۱۱/۲ (۷/۹۷) | ۱۵/۱ (۷/۳) |

* P < ۰/۰۰۱

مقایسه دوتایی نتایج گروه درمان نشان می‌دهد که تفاوت‌های معنادار در کدام مرحله از درمان به وقوع پیوسته است. بر این اساس، جدول ۴ نتایج مقایسه دوتایی اندازه‌گیری‌های پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری را با آزمون ویل کاکسون نشان می‌دهد.

جدول ۴. مقایسه میانگین نمرات پیش‌آزمون- پس‌آزمون، پیش‌آزمون- پیگیری و پس‌آزمون- پیگیری گروه درمان

| ابزار اندازه‌گیری | پیش-آزمون | پیش-پیگیری | پس-پیگیری | پس-آزمون |
|-------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|
| | Z (سطح معناداری) | Z (سطح معناداری) | Z (سطح معناداری) | Z (سطح معناداری) |
| CBCL | ۲/۸۲۳ (۰/۰۰۵) | -۲/۸۱۲ (۰/۰۱۲) | -۲/۸۰۷ (۰/۰۰۵) | -۱/۶۳۸ (۰/۱۰۱) |
| اسپنس والدین | -۲/۸۰۷ (۰/۰۰۵) | -۲/۸۰۷ (۰/۰۰۵) | -۲/۸۰۵ (۰/۰۰۵) | -۰/۸۹ (۰/۳۷۳) |
| اسپنس کودک | -۲/۸۰۳ (۰/۰۰۵) | -۲/۸۰۳ (۰/۰۰۵) | -۲/۸۰۵ (۰/۰۰۵) | -۱/۲۴۷ (۰/۲۱۲) |

علاوه بر جدول‌های ارائه شده در جدول‌های ۲ تا ۴، در ادامه نتایج به محاسبه اندازه اثر درمانی و برآورد تغییرات معنادار بالینی (*Sdiff*) پرداخته می‌شود. بنابراین جدول ۵ نشان می‌دهد که محاسبه اندازه اثر درمانی در گروه درمان شناختی رفتاری بر میزان اضطراب حاکی از تأثیر قوی یا موفق^۱ کارآزمایی بالینی است.

جدول ۵. نتایج مربوط به اندازه اثر بر کاهش علائم اضطراب در گروه درمان و گروه انتظار

| ابزار اندازه‌گیری | گروه | پس‌آزمون | | میزان تأثیر |
|-------------------|--------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------|
| | | پیش‌آزمون میانگین (انحراف معیار) | پس‌آزمون میانگین (انحراف معیار) | |
| CBCL | درمان | ۷/۸ (۲/۰۵) | ۳/۶ (۱/۵) | ۲/۳ |
| | انتظار | ۸/۲ (۱/۷) | ۷/۷ (۲/۱۶) | ۰/۲۶ |
| اسپنس والدین | درمان | ۳۶ (۱۱/۸) | ۱۷/۴ (۱۰/۷۶) | ۱/۶۴ |
| | انتظار | ۳۸/۳ (۱۸/۹) | ۴۰/۴ (۱۷/۲۷) | -۰/۱۱ |
| اسپنس کودک | درمان | ۳۲/۶ (۱۷/۷۲) | ۱۲ (۶/۸۸) | ۱/۵۳ |
| | انتظار | ۴۳/۵ (۱۰/۲۹) | ۴۴/۱ (۱۷/۲۷) | -۰/۰۴ |

جدول ۶ نشان می‌دهد بر اساس برآورد تغییرات معنادار بالینی (*Sdiff*) تغییرات ۸۰-۷۰ درصد آزمودنی‌ها از نظر بالینی معنادار می‌باشد که این امر از لحاظ بالینی مناسب و خوب است. برآورد (تغییرات معنادار بالینی *Sdiff*) نخست بر مبنای پیشنهاد کندال و دیگران (۱۹۹۹) محاسبه می‌گردد و سپس مقایسه تغییر معنادار بالینی بر اساس این تغییر انجام می‌شود).

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی

۱. میزان تأثیر با توجه به مقدار اندازه اثر بر اساس نظر کوهن (۱۹۸۳) به شرح مقابل می‌باشد: کمتر از ۰/۲۰ = عدم تأثیر، ۰/۴۹ = ۰/۲۰° = تأثیر ضعیف، ۰/۷۹ = ۰/۵۰° = تأثیر متوسط، بیشتر از ۰/۸۰ = تأثیر قوی

جدول ۶. نتایج مربوط به تغییر معناداری بالینی در کاهش علائم اضطراب در گروه درمان شناختی رفتاری و گروه انتظار

| ابزار اندازه‌گیری | گروه | پیش‌آزمون | | پس‌آزمون | |
|-------------------|--------|------------------------|------------------------|------------------------|------------------------|
| | | میانگین (انحراف معیار) | میانگین (انحراف معیار) | میانگین (انحراف معیار) | میانگین (انحراف معیار) |
| CBCL | درمان | ۷/۸ (۲/۰۵) | ۳/۶ (۱/۵) | ۲/۰۴ | ۸ نفر = ۸۰٪ |
| | انتظار | ۸/۲ (۱/۷) | ۷/۷ (۲/۱۶) | ۲/۳ | ۱ نفر = ۱۰٪ |
| اسپنس والدین | درمان | ۳۶ (۱۱/۸) | ۱۷/۴ (۱۰/۷۶) | ۹/۶ | ۸ نفر = ۸۰٪ |
| | انتظار | ۳۸/۳ (۱۸/۹) | ۴۰/۴ (۱۷/۲۷) | ۱۵/۳۶ | ۰ |
| اسپنس کودک | درمان | ۳۲/۶ (۱۷/۷۲) | ۱۲ (۶/۸۸) | ۱۱/۴ | ۷ نفر = ۷۰٪ |
| | انتظار | ۴۳/۵ (۱۰/۲۹) | ۴۴/۱ (۱۷/۲۷) | ۱۲/۰۶ | ۱ نفر = ۱۰٪ |

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر نشان داد که درمان شناختی رفتاری انفرادی مبتنی بر برنامه "Coping cat"، علائم اضطراب کودکان ۱۰-۸ ساله ایرانی مبتلا به اختلال اضطراب را بر اساس ارزیابی خود کودکان و والدین آن‌ها کاهش داده است، در حالی که در علائم اضطراب کودکان گروه کنترل در طول دوره انتظار تغییری حاصل نشده است. پیگیری ۱/۵ ماهه و ۳ ماهه نیز نشان می‌دهد که اثرات درمان حداقل به مدت ۳ ماه پایدار باقی‌مانده است. لازم به ذکر است که این روش درمانی بر پایه ویژگی‌های بالینی اختلالات اضطرابی و با توجه به شرایط فرهنگی، آموزشی، نژادی متفاوت با فرهنگ مبدأ، تأثیر سودمند خود را نشان داده است که گویای اثربخشی آن در فراسوی ویژگی‌های فرهنگی و اجتماعی آزمودنی‌ها است.

در تبیین نتایج به دست آمده از یک سو باید اشاره کرد که یافته‌های استنباطی مبنی بر اثربخشی درمان شناختی رفتاری "Coping cat" در کاهش علائم اضطراب کودکان مبتلا به اختلال‌های اضطرابی در جامعه ایرانی و حفظ کارایی درمان در پیگیری‌های یک و نیم ماهه و سه‌ماهه، با یافته‌های پژوهش کندال و همکاران (۱۹۹۴، با ۵۳٪ بهبودی)؛ بارت و همکاران (۱۹۹۶، با ۵۷٪ بهبودی)؛ کندال و همکاران (۱۹۹۷، با ۵۵٪ بهبودی)؛ فلانری و کندال (۲۰۰۰، با ۷۳٪ بهبودی)؛ ماناسیس و همکاران (۲۰۰۲)؛ نایوتا و همکاران (۲۰۰۳، با

۵۴٪ بهبودی)؛ کندال و همکاران (۲۰۰۸، ۵۳٪/۲)؛ والک آپ و همکاران (۲۰۰۸، با ۵۹٪ بهبودی) همسو است.

از سوی دیگر می‌توان به جهت‌گیری کلی درمان‌های شناختی رفتاری و مؤلفه‌های درمانی آن‌ها پرداخت. درمان‌های شناختی رفتاری بر این فرض استوار هستند که احساس و رفتار تا حد زیادی محصول شناخت هستند، بنابراین با مداخله‌های شناختی و رفتاری می‌توان تغییراتی در تفکر، احساس و رفتار ایجاد کرد. بنابراین، درمان‌های شناختی رفتاری، در بر گیرنده عناصر اصلی نظریه‌های شناختی و رفتاری هستند. کاربرد رویکرد شناختی رفتاری در کودکان، نخستین بار در اواخر دهه هشتم توسط کندال و هالون مطرح شد (مور و میجر، ۲۰۰۹). بر اساس مفروضه‌های زیربنایی این رویکرد، تجربه‌های اولیه و رفتار والدین در رشد شیوه‌های تفکر عامل تعیین‌کننده‌ای هستند. اطلاعات و تجربه‌های جدید بر اساس این باورهای اصلی ارزشیابی می‌شوند و اطلاعاتی که آن‌ها را تقویت و حفظ می‌کنند، انتخاب و جذب می‌شوند. باورهای اساسی، توسط حوادث مهم فعال و راه‌اندازی می‌شوند و منجر به ایجاد مفروضاتی می‌شوند. این امر منتج به شکل‌گیری جریانی از افکار خودکار می‌شود که مربوط به خود شخص، عملکرد او و آینده هستند و به عنوان سه جنبه‌ی شناخت، معروف هستند. این افکار خودکار نیز منجر به تغییرات هیجانی، رفتاری و جسمی می‌شوند (کندال و همکاران، ۱۹۹۷). کودکان مبتلا به اضطراب، اتفاقات مبهم را به عنوان رویدادهایی تهدیدکننده درک می‌کنند. آنها تمایل زیادی برای عیب‌جویی و خودمحوری دارند و میزان خودگویی و انتظارات منفی در آن‌ها بالا است (کندال و همکاران، ۲۰۰۸). بر اساس این مفروضه‌ها، درمان شناختی رفتاری با چگونگی تعبیر حوادث و تجربه‌ها و همچنین با شناسایی و تغییر نقص‌ها یا تحریف‌های شناختی سروکار دارد، زیرا بر اساس پیش‌فرض این روش، الگوهای شناختی نادرست، آموخته و فعال می‌شوند و به دنبال آن رفتار و احساس را تحت تأثیر قرار می‌دهند (استالارد، ۲۰۰۸). هر درمانی از طریق مؤلفه‌های اختصاصی خود می‌تواند منجر به اثربخشی شود. مؤلفه‌های زیر به عنوان عوامل واسطه‌ای درمان در برنامه coping cat منجر به اثربخشی می‌شوند: آموزش الگوی درمان (آموزش رابطه بین افکار، احساسات و رفتار)؛ شناسایی الگوهای فکری (تشخیص و شناسایی افکار در موقعیت‌های مختلف)؛

تشخیص تحریف‌های شناختی (آگاهی از وجود تحریف‌های شناختی و شناخت انواع آن‌ها مانند بزرگ‌نمایی و پیش‌گویی منفی)؛ ارزیابی افکار و بهبود فرآیند تغییر شناختی (تشخیص اشکال در فرآیند شناختی و تشویق برای بازسازی شناختی، شامل فرایند جستجو برای اطلاعات جدید، فکر کردن از زاویه‌ای که شخص دیگر فکر می‌کند، یا جستجو برای مدارک متناقض که منتهی به اصلاح و تجدیدنظر شناخت‌های مخرب می‌شود)؛ آموختن مهارت‌های شناختی جدید (آموزش خودگویی مثبت و حل مسأله) آموزش هیجانی (آموزش هیجانی برای تشخیص و تمایز هیجان‌های اصلی و شناسایی تغییرات فیزیولوژیکی همراه با این احساسات مانند خشک شدن دهان، عرق کردن دست‌ها، افزایش ضربان قلب، به منظور تسهیل آگاهی کودک از حالت‌ها و هیجان‌ها و روشی عینی برای کمک به کودک جهت مراقبت از عملکرد خود و ارزیابی تغییر) مدیریت هیجانی (آموزش آرمیدگی و تنفس عمیق کنترل‌شده)؛ تعیین هدف و زمان‌بندی (توافق بین مراجع و درمانگر بر سر اهداف کلی درمان و راه‌های ارزیابی آن‌ها، انتقال مهارت‌ها از جلسات درمان به زندگی واقعی با ارائه تکالیف برنامه‌ریزی شده)؛ مواجهه (موقعیت‌ها با توجه به سطح دشواری به صورت سلسله مراتب در جدول قرار می‌گیرند، کار با پایین‌ترین سطح دشواری شروع می‌شود و مراجع به شکل خیالی یا به طور واقعی در معرض موقعیت‌ها قرار می‌گیرد. هر گاه مرحله‌ای به‌طور موفقیت آمیز انجام شود وارد مرحله بعدی می‌شود) ایفای نقش سرمشق‌گیری و تمرین (ایفای نقش فرصتی را مهیا می‌کند تا کنار آمدن با موقعیت‌های سخت و چالش‌زا تمرین شود و مهارت‌های مثبت شناسایی شوند. مشاهده رفتار یا مهارت‌های مناسب دیگران منجر به شکل‌گیری رفتارهای جدید می‌شود. فرایند تمرین مهارت‌ها، تسلط بر مهارت‌ها و رفتارهای جدید را تسهیل می‌کند) تقویت و پاداش (تقویت مثبت رفتار مناسب به شکل تقویت کلامی، مادی یا فعالیت‌های خاص). این مؤلفه‌ها با تغییراتی که در تفکر و رفتار فرد ایجاد می‌کنند، زمینه‌سازی با شرایط جدید و ایجاد مهارت‌های جدید برای کودک را فراهم می‌سازند.

نتایج پژوهش حاضر و سایر پژوهش‌های همسو نشان می‌دهند همان گونه که فیلیپ کندال (۱۹۹۴) مطرح می‌کند، آماج اساسی این درمان فراسوی مسائل فرهنگی و متوجه

وجوه مشترک اختلال‌های اضطرابی در کودکان است. بنابراین در تبیین تأثیر برنامه درمانی "Coping cat" باید به دو گستره توجه کرد: گستره نخست، به وجوه مشترک اختلال‌های اضطرابی کودکان در همه‌ی فرهنگ‌ها و گستره دوم، به مولفه‌های درمانی برنامه "Coping cat" که هسته‌های اساسی اختلالات اضطرابی در کودکان را نشان گرفته است. اما به هر حال اجرای این برنامه‌های درمانی در فرهنگ‌های مختلف، درمانگر یا پژوهشگر را با چالش‌ها و تمایزهایی روبرو می‌کند که توجه به آن‌ها زمینه را برای بومی‌سازی و به‌کارگیری برنامه‌ی مورد نظر در یک بستر فرهنگی خاص فراهم می‌کند. بنابراین هنگام به‌کارگیری برنامه‌های درمانی در فرهنگ‌های دیگر ضمن توجه به اهداف زیربنایی هر برنامه، باید میزان همسانی ساختار و محتوای آن، با شرایط فرهنگی، اجتماعی، آموزشی و اقتصادی جامعه هدف نیز در نظر گرفته شود. برخی از این چالش‌ها در کودکان ایرانی عبارتند از: ناکافی بودن آشنایی کودکان ایرانی با روش آموزش اکتشافی، در حالی که تاکید درمان‌های شناختی رفتاری و نیز برنامه درمانی "Coping cat" بر این نوع آموزش است و همچنین به نظر می‌رسد با توجه به نظارت مستقیم والدین بر عملکرد فرزندان خود در خانواده‌های ایرانی، افزایش میزان مشارکت والدین و آگاهی آن‌ها از فرایند درمان باید بیش از آنچه در دستور کار برنامه "Coping cat" ذکر شده، در نظر گرفته شود زیرا در خانواده‌های ایرانی والدین نقش مستقیم و محوری در فرایند آموزش کودکان دارند و در جلسات درمان نیز علاقمند هستند که پس از هر جلسه برای آن‌ها توضیحات مناسبی داده شود. البته بررسی تأثیر این مؤلفه‌ها در پیامدهای درمانی، نیازمند طراحی پژوهش‌های فرآیند محور است. این پژوهش‌ها زمینه را برای شناخت تمایزهای فرهنگی در اجرای این درمان رهنمون می‌سازد و شرایط را برای بومی‌سازی آن فراهم می‌کند. جدا از این احتیاط‌ها، این پژوهش شواهد تجربی زیادی را برای کارایی استفاده از درمان شناختی رفتاری انفرادی روی کودکان مبتلا به اضطراب نشان می‌دهد. به علاوه این شواهد تجربی جزو نخستین شواهد تجربی درباره‌ی این موضوع در زمینه‌ی فرهنگ ایرانی است و فاصله بین پژوهش‌های بالینی و تجارب بالینی را کاهش می‌دهد.

علی‌رغم تصادفی بودن و در نظر گرفتن گروه کنترل محدودیت‌هایی نیز وجود دارند که عبارت‌اند از حجم نمونه محدود، عدم توجه به ویژگی‌های اجتماعی، اقتصادی، فرهنگی نمونه‌ها. بنابراین با توجه به محدودیت‌های یادشده پیشنهاد می‌شود در طرح‌های آتی این پژوهش روی نمونه وسیع‌تری اجرا شود تا فرضیات با قوت بیشتری مورد بررسی قرار گیرند. همچنین اجرای این برنامه درمانی روی گستره سنی وسیع‌تر اثربخشی آن را بر سایر گروه‌های سنی نشان خواهد داد و امکان مقایسه نتایج در گروه‌های سنی مختلف را فراهم خواهد کرد. کمک گرفتن از ۲ یا ۳ درمانگر برای اجرای برنامه درمانی با کاهش میزان سوگیری‌ها و تداخل تفاوت‌های فردی بالینگران اعتبار نتایج را افزایش خواهد داد. ابزارهای هنجاریابی شده برای سنجش کودکان مبتلا به اختلالات اضطرابی در جامعه ایرانی بسیار محدود است در حالی که به کارگیری ابزارهای اندازه‌گیری دقیق‌تر، توان تعمیم یافته‌ها را بالاتر خواهد برد و افق‌های تازه‌ای را در این زمینه آشکار خواهد ساخت.

منابع

- اصغری مقدم، محمدعلی. (۱۳۸۸). معناداری آماری، معناداری بالینی: تعامل یا تباین. بازتاب دانش، دوره چهارم، ۱۳، ۲۴-۱۵.
- بساکن‌نژاد، سودابه، نیازی، زهرا و داوودی، ایران. (۱۳۸۹). اثربخشی گروه درمانی شناختی-رفتاری به روش کندال بر اضطراب دختران نوجوان. تحقیقات علوم رفتاری، ۹ (۴)، ۲۴۹-۲۴۱.
- مینایی، اصغر. (۱۳۸۵). انطباق و هنجاریابی سیاهه رفتاری کودک آخنباخ، پرسشنامه خودسنجی و فرم گزارش معلم. پژوهش در حیطه کودکان استثنایی، ۱۹ (۱)، ۵۵۸-۵۲۹.
- یزدخواستی، فریبا و عریضی، حمیدرضا (۱۳۹۰). هنجاریابی سه نسخه کودک، پدر/مادر و معلم سیاهه رفتار کودک در شهر اصفهان. مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران، ۱۷ (۱)، ۶۰-۷۰.

American Psychiatric Association (2000). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Text Revision). Washington, DC: Author.

- Barrett, P. M. (2000). Treatment Of Childhood Anxiety: Developmental Aspects. *Clinical Psychology Review*, 20 (4): 479° 494.
- Barrett, P. M., Dadds, M. R., & Rapee, R. M. (1996). Family treatment of childhood anxiety: A controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64: 333° 342.
- Edmunds, J. M., O Neil, K. A., & Kendall, P. C. (2011). A review of cognitive-behavioral therapy for anxiety disorders in children and adolescents: Current status and future directions. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 48: 26° 33.
- Ginsburg, G. S., & Newman, K. J. (2007). Evidence-based Practice for Childhood Anxiety Disorders. *Journal Contemporary Psychotherapy*, 37: 123° 132.
- Ghanizadeh, A., Mohammadi, M. R., & Yazdanshenas, A. (2006). Psychometric properties of the Farsi translation of the kiddie schedule for affective disorders and schizophrenia present and lifetime version. *BMC Psychiatry*.
- Graham, P. J. (2005). *Cognitive Behaviour Therapy for Children and Families*, Second Edition. New York: Cambridge University Press.
- James, A., Soler, A., & Weatherall, R. (2007). *Cognitive behavioural therapy for anxiety disorders in children and adolescents*. Cochrane Library, Issue 3.
- Kendall, P. C., Compton, S. N., Walkup, J. T., Birmaher, B., Albano, A. M., Sherrill, J., Ginsburg, G., Rynn, M., McCracken, J., Gosch, E., Keeton, C., Bergman, L., Sakolsky, D., Suveg, C., Iyengar, S., March, J., & Piacentini, J. (2010). Clinical characteristics of anxiety disordered youth. *Journal of Anxiety Disorders*, 24: 360° 365.
- Kendall, P. C., Flannery-Schroeder, E., Panichelli- Mindel, S M., Southam-Gerow, M., Henin, A., & Warman, M. (1997). Therapy for youths with anxiety disorders: A second randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65: 366° 380.
- Kendall, P. C., Gosch, E., Furr, J., & Sood, E. (2008). Flexibility within fidelity. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 47: 987° 993.
- Klykylo, W. M., Kay, J. L. (2005). *Clinical Child Psychiatry*, Second Edition, London: British Library.
- 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.
- Martin, A., & Volkmar, F. R. (2007). *Lewis's Child and Adolescent Psychiatry: A Comprehensive Textbook*. Fourth Edition. New York: Lippincott Williams & Wilkins.

- Mor, N., & Meijers, J. (2009). Cognitive Behavioral Therapy in Childhood Anxiety. *Journal Psychiatry Relate Science*, 46 (4): 282° 289.
- Mousavi, R., Moradi, A., Farzad, V. M. S., Spence. S., & Navabinejad, S. (2007). Psychometric Properties of the Spence Children's Anxiety Scale with an Iranian Sample. *International journal of psychology*, 1: 17-26.
- Nauta, M. H., Scholing, A., Emmelkamp, P. M. G., & Minderaa, R. B. (2003). Cognitive-behavioral therapy for children with anxiety disorders in a clinical setting: No additional effect of a cognitive parent training. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42: 1270° 1278.
- Podell, J. L., Mychailyszyn, M., Edmunds, J., Connor, M., & Kendall, P. C. (2010). The Coping Cat Program for Anxious Youth: The FEAR Plan Comes to Life. *Journal of Cognitive and Behavioral Practice*, 17: 132° 140.
- Sadock, B. J., & Sadock, V. A. (2007). *Kaplan & Sadock's Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry*, 10th Edition. New York: Lippincott Williams & Wilkins.
- Shahrivar, Z., Kousha, M., Moallemi, S., Tehrani-Doost, M., & Alaghband-Rad, J. (2008). The Reliability and Validity of Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia ° Present and Life-time Version ° Persian Version. *Journal of Child and Adolescent Mental Health Volume*, 15 (2): 97-102.
- Spence, S. H., Barrett, P. M., & Turner, C. (2003). Psychometric properties of the Spence Children Anxiety Scale with young adolescents. *Journal of anxiety disorders*, 17: 605-625.
- Tolin, D. F. (2010). Is cognitive ° behavioral therapy more effective than other therapies? A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 30: 710-720.
- Tehrani-Doost, M., Shahrivar, Z., Pakbaz, B., Rezaie, A., & Ahmadi, F. (2011). Normative Date and Psychometric Properties of the Child Behavior Checklist and Teacher Rating Form in an Iranian Community Sample. *Iranian Journal of Pediatric*, 21 (3): 331-342.
- Teubert, D., & Pinquart, M. (2011). A meta-analytic review on the prevention of symptoms of anxiety in children and adolescents. *Journal of Anxiety Disorders*, 25: 1046° 1059.
- Walkup, J., Albano, A. M., Piacentini, J., Birmaher, B., Compton, S., Sherrill, J., & Kendall, P. C. (2008). *Cognitive behavioral therapy, sertraline, or a combination in childhood anxiety*. *New England Journal of Medicine*, 359: 2753° 2766.