

فصلنامه پژوهش‌های نوین روانشناختی

سال دوازدهم شماره ۴۷ پاییز ۱۳۹۶

## اثربخشی مدل اصلاح شده درمان تعامل والد- کودک بر علائم اضطراب جدایی کودکان پیش‌دبستانی: یک مطالعه موردی

خلیل اسماعیل پور<sup>۱\*</sup>

محمد محمدپور<sup>۲</sup>

زینب خاندانی<sup>۳</sup>

### چکیده

هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی مدل اصلاح شده درمان تعامل والد- کودک، مشهور به برنامه درمانی CALM (مربیگری روش رفتار و هدایت کردن از طریق مدل‌سازی)، بر کاهش علائم اضطراب جدایی کودکان ۴ تا ۶ سال بود. پژوهش حاضر یک مطالعه تک‌آزمودنی بود که در آن برای شرکت‌کنندگان از طرح A-B-A استفاده شده است. در این مطالعه ۵ کودک پیش‌دبستانی دارای علائم اضطراب جدایی به همراه مادرانشان شرکت داشتند. طرح درمانی یک مداخله ۱۲ جلسه‌ای بود که برای هر یک از شرکت‌کنندگان به صورت انفرادی اجرا شد و اندازه‌گیری‌های چندگانه شامل پیش‌آزمون، طول درمان، پس‌آزمون و پی‌گیری سه ماهه انجام شد. برای سنجش علائم اختلال اضطراب جدایی از مقیاس اضطراب کودکان اسپنس (نسخه والدین) استفاده شد. داده‌ها با تجزیه و تحلیل نمودار و درصد بهبودی تحلیل گردید. نتایج نشان داد که مداخله مبتنی بر برنامه درمانی CALM در کاهش نشانه‌های اختلال اضطراب جدایی کودکان پیش‌دبستانی مؤثر بود. با توجه به نتایج، اثربخشی برنامه درمانی CALM در درمان اختلال اضطراب جدایی کودکان پیش‌دبستانی تأیید می‌شود.

**واژگان کلیدی:** اضطراب جدایی؛ آموزش والدینی؛ درمان تعامل والد کودک؛ برنامه CALM

Email: Khalil\_sma@yahoo.com

۱- دانشیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه تبریز (نویسنده مسئول)

۲- کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی کودک و نوجوان، دانشگاه تبریز

۳- استاد گروه روان‌شناسی، دانشگاه تبریز

## مقدمه

اختلالات اضطرابی از شایع‌ترین اختلالات روانی و عاطفی در بین کودکان است، به طوری که بر اساس گزارش مطالعات شیوع‌شناسی حدود ۸٪ تا ۱۲٪ کودکان با یکی از معیارهای تشخیص اختلال اضطرابی، تا اندازه‌ای که روند زندگی عادی و عملکرد روزانه آن‌ها را مختل نماید، مواجه هستند (اسپنس<sup>۱</sup>، ۱۹۹۸؛ اسپنس، بارت<sup>۲</sup> و ترنر<sup>۳</sup>، ۲۰۰۳). اختلالات اضطرابی اثرات منفی قابل توجهی بر عملکرد تحصیلی، روابط با همسالان و عملکرد خانوادگی کودکان می‌گذارد (گریلس<sup>۴</sup> و اولندیک<sup>۵</sup>، ۲۰۰۲). یکی از شایع‌ترین اختلالات اضطرابی در بین کودکان، اختلال اضطراب جدایی است. در خصوص میزان شیوع اختلال اضطراب جدایی آمارهای گوناگونی ارائه شده است. نتایج مطالعه شیپیر<sup>۶</sup>، جین<sup>۷</sup>، راسیو<sup>۸</sup>، والترز<sup>۹</sup> و کسلر<sup>۱۰</sup> (۲۰۰۶) در خصوص میزان شیوع اختلال اضطراب جدایی نشان داد که ۴٪/۱ از کودکان سطوح بالینی اضطراب جدایی را داشته و حدود یک سوم این موارد (۳۶٪/۱) تا بزرگسالی باقی می‌ماند.

ویژگی اصلی اختلال اضطراب جدایی، ترس یا اضطراب شدید درباره جدایی از نمادهای دلبستگی یا پیش‌بینی جدایی است (انجمن روانپزشکی آمریکا<sup>۱۱</sup>، ۲۰۱۳). کودکان دچار این اختلال از این می‌ترسند که یکی از افراد نزدیکشان در طول جدایی و در غیاب آن‌ها، دچار صدمه شده یا اتفاق وحشتناکی به هنگام دوری از مراقبان مهم‌شان رخ بدهد (پینکاس<sup>۱۲</sup>، آیرگ<sup>۱۳</sup> و کوت<sup>۱۴</sup>، ۲۰۰۵). ترس از گم شدن، دزدیده شدن و هرگز پدر و مادر را ندیدن از ترس‌های شایع کودکان مبتلا به اختلال اضطراب جدایی است (لطفی‌کاشانی و وزیری، ۱۳۸۳). به همین دلیل کودکان مبتلا به اختلال اضطراب جدایی ممکن است تلاش زیادی برای حفظ تماس و رابطه با والدین انجام دهند (پینکاس،

1- Spence

3- Turner

5- Ollendick

7- Jin

9- Walters

11- American Psychiatric Association

13- Eyberg

2- Barrett

4- Grills

6- Shear

8- Ruscio

10- Kessler

12- Pincus

14- Choate

سانتاچی<sup>۱</sup>، اهرنریچ<sup>۲</sup> و آبرگ، (۲۰۰۸).

با توجه به نتایج مطالعات، چنانچه اضطراب جدایی دوران کودکی درمان نشود، ممکن است سیری مزمن پیدا کند (کلر<sup>۳</sup> و همکاران، ۱۹۹۲؛ بودن<sup>۴</sup>، فرگوسن<sup>۵</sup> و هاروود<sup>۶</sup>، ۲۰۰۷). همچنین مطالعات متعدد نشان داده است که اختلال اضطراب جدایی یک عامل خطر قوی برای تشخیص‌های همراه دیگر از قبیل سایر اختلالات اضطرابی و عاطفی در دوران کودکی و همچنین زمینه‌ای برای پیدایش اختلالات روانی در بزرگسالی است (هرن<sup>۷</sup>، این-آلبون<sup>۸</sup> و اشنایدر<sup>۹</sup>، ۲۰۱۳). تحقیقات نشان داده‌اند که وجود اضطراب جدایی در دوران کودکی زمینه ابتلا به اختلال وحشت‌زدگی<sup>۱۰</sup> در دوره نوجوانی و اوایل دوره بزرگسالی را فراهم می‌آورد (کسلر<sup>۱۱</sup> و همکاران، ۲۰۰۵). همچنین نتایج تحقیقات گذشته نگر بیانگر این است که بسیاری از بزرگسالان مبتلا به اختلال وحشت‌زدگی در دوره کودکی یا نوجوانی به اختلال اضطراب جدایی مبتلا بوده‌اند (کسلر و همکاران، ۲۰۰۵؛ بیدرمن<sup>۱۲</sup> و همکاران، ۲۰۰۷). لذا با توجه به اینکه دوران کودکی به‌عنوان یک دوره حساس در جریان رشد در نظر گرفته می‌شود و همچنین با در نظر گرفتن این نکته که اختلال اضطراب جدایی با آسیب‌های روانی در مراحل بعدی زندگی همراه است، توجه به روش‌های درمانی مؤثر برای اختلال اضطراب جدایی به‌خصوص در سنین پیش از مدرسه اهمیت دوچندانی پیدا می‌کند.

علی‌رغم حمایت‌های تجربی خوبی که از درمان‌های شناختی رفتاری برای درمان اختلالات اضطرابی کودکان ۷ ساله و بالاتر (سیلورمن<sup>۱۳</sup>، پاین<sup>۱۴</sup> و وایسوسواران<sup>۱۵</sup>، ۲۰۰۸) وجود دارد، تحقیق در مورد کودکان زیر ۷ سال توجه کمی به‌خود جلب کرده است

1- Santucci  
3- Keller  
5- Fergusson  
7- Herren  
9- Schneider  
11- Kessler  
13- Silverman  
15- Viswesvaran

2- Ehrenreich  
4- Boden  
6- Horwood  
8- In-Albon  
10- Panic disorders  
12- Biederman  
14- Pina

(کارترایت- هاتون<sup>۱</sup>، روبرتس<sup>۲</sup>، چیتسابسان<sup>۳</sup>، فوترگیل<sup>۴</sup> و هارینگتون<sup>۵</sup>، ۲۰۰۴). این مسأله ممکن است ناشی از این واقعیت باشد که روش‌های درمان شناختی رفتاری موجود به احتمال زیاد فراتر از توانایی‌های شناختی یک کودک خردسال (زیر ۷ سال) مبتلا به اختلال اضطراب جدایی است (پینکاس و همکاران، ۲۰۰۵). همچنین اثربخش بودن درمان‌های شناختی رفتاری نیازمند مشارکت فعالانه کودک در جلسات درمانی و همکاری فعالانه بین درمانگر و کودک است؛ درجه‌ای از مشارکت و همکاری که معمولاً در کودکان زیر ۷ سال دست یافتنی نیست (کریس<sup>۶</sup> و هیمن<sup>۷</sup>، ۲۰۱۰). از این رو درمان‌هایی که به‌جای خود کودک بر والدین به‌عنوان عناصر درمانی تمرکز می‌کنند، می‌توانند یک جایگزین خوب برای درمان‌های شناختی رفتاری در درمان اختلالات اضطرابی کودکان خردسال باشند (لبوویتز<sup>۸</sup>، اومر<sup>۹</sup>، هرمس<sup>۱۰</sup> و اسکاهیل<sup>۱۱</sup>، ۲۰۱۴). بر این اساس و با در نظر گرفتن این نکته که ریشه بسیاری از اختلالات کودکی در رفتارهای والدینی نادرست و تعاملات منفی والدین با کودک است (آفرونتی<sup>۱۲</sup> و گینزبورگ<sup>۱۳</sup>، ۲۰۱۲)، می‌توان فرض کرد درمانی که هدفش بازسازی و اصلاح رفتارهای نامناسب والدینی و تعاملات منفی والد-کودک است، می‌تواند در درمان اختلال اضطراب جدایی کودکان خردسال مفید باشد.

درمان تعامل والد-کودک<sup>۱۴</sup> (PCIT) از جمله درمان‌های مؤثر و مبتنی بر شواهد است که بر نظریه دل‌بستگی و یادگیری اجتماعی استوار است. این شیوه درمانی با ترکیب مؤلفه‌های بازی درمانی و آموزش رفتاری والدین برای مشکلات رفتار مخرب کودکان ۲ تا ۸ سال طراحی و اثربخشی آن در درمان مشکلات رفتاری تأیید شده است. این شیوه درمانی با اصلاح رفتار والدینی و تعاملات بین والد-کودک مشکلات رفتاری کودکان

1- Hatton  
3- Chitsabesan  
5- Harrington  
7- Heyman  
9- Omer  
11- Scahill  
13- Ginsburg

2- Cartwright-Roberts  
4- Fothergill  
6- Krebs  
8- Lebowitz  
10- Hermes  
12- Affrunti  
14- parent-child interaction therapy

خردسال را هدف می‌گیرد. از آنجا که کودکان خردسال فاقد توانایی‌های شناختی کافی برای تشخیص و تغییر رفتارهای مشکل‌دار هستند، این شیوه درمانی به جای درگیری مستقیم با کودکان، بر شکل‌دهی بافت اولیه تأکید دارد (آیبرگ و فاندربورک<sup>۱</sup>، ۲۰۱۱). برنامه درمانی PCIT در دو مرحله تعامل کودک‌محور و والد‌محور اجرا می‌گردد. درمانگر در حین مهارت‌های بازی والد-کودک راهنمایی‌های لازم را در طی مرحله اول برای بهبود کیفیت رابطه والد و کودک و افزایش رفتارهای مثبت کودک و در مرحله دوم با هدف افزایش والدگری مثبت ارائه می‌دهد (آیبرگ و فاندربورک، ۲۰۱۱). مدل اصلاح شده تعامل والد-کودک برای اختلالات اضطرابی و از آن جمله برای اختلال اضطراب جدایی گسترش یافته است. برنامه درمانی «مربیگری روش رفتار و هدایت از طریق مدل‌سازی»<sup>۲</sup> (CALM)، نیز برگرفته از کار پینکاس و همکاران (۲۰۰۸) در انطباق و سازگار کردن درمان تعامل والد-کودک برای درمان اختلال اضطراب جدایی می‌باشد و همسو با آن به صورت رضایت‌بخشی از هدایت و مدیریت والدین (توسط درمانگر) به صورت آنی و دادن بازخورد در همان لحظه به‌وسیله دستگاه شنیداری در درمان اختلال اضطراب جدایی حمایت می‌کند. این برنامه درمانی یک نسخه ۱۲ جلسه‌ای اصلاح‌شده از PCIT است که برای درمان کودکان خردسال ۳ تا ۸ ساله مبتلا به اختلالات اضطرابی به‌کار می‌رود. این درمان بر والدین تمرکز کرده و به آن‌ها مجموعه‌ای از مهارت‌ها را برای تقویت مناسب رفتارهای شجاعانه کودک آموزش می‌دهد (پالیافیکو<sup>۳</sup>، کومر و آلبانو<sup>۴</sup>، ۲۰۱۳).

برنامه درمانی CALM همانند درمان تعامل والد-کودک، آموزش‌های رفتاری والدین را در همان جلسه مشاوره و در زمانی که درمانگر از طریق یک نمایشگر و از یک اتاق دیگر بر تعاملات والد کودک نظارت می‌کند فراهم می‌نماید (کومر و همکاران، ۲۰۱۲). این برنامه درمانی بر اساس منطقی است که از توجه مثبت والدین برای افزایش رفتارهای شجاعانه کودک (روبرو شدن با محرک اضطراب‌زا) استفاده می‌کند. همچنین با

1- Funderburk  
3- Puliafico

2- Coaching Approach behavior and Leading by Modeling  
4- Albano

توجه به این‌ه اختلال اضطراب جدایی طیف وسیعی از رفتارهای اجتنابی را شامل می‌شود (مش<sup>۱</sup> و وولف<sup>۲</sup> ۱۳۸۹)، برنامه درمانی CALM به لحاظ کاهش تمرکز والدین بر رفتارهای مربوط به اضطراب و با کاهش توجه والدین به رفتارهای اجتنابی کودک (پالیافیکو و همکاران، ۲۰۱۳) تکامل یافته‌تر از PCIT بوده و برای اختلال اضطراب جدایی مناسب‌تر به نظر می‌رسد. مطالعات نیز شواهدی در زمینه اثربخشی مدل اصلاح شده درمان تعامل والد-کودک عرضه کرده‌اند. پینکاس و همکاران (۲۰۰۸) در مطالعه‌ای آزمایشی تأثیر این شیوه درمانی را روی ۱۰ کودک ۴ تا ۸ ساله مبتلا به اختلال اضطراب جدایی مورد بررسی قرار دادند. نتایج نشانگر کاهش چشمگیر میزان اضطراب جدایی کودکان بود. همچنین پژوهش عباسی، نشاطدوست و آقامحمدیان شریاف (۱۳۸۹) اثربخشی درمان تعامل والد-کودک را بر بهبود اختلال اضطراب جدایی کودکان مهدهای کودک شهر مشهد نشان دادند. البته درخصوص برنامه درمانی CALM مطالعات خیلی کمی انجام شده است. مطالعه‌ی آزمایشی کومر<sup>۳</sup> و همکاران (۲۰۱۲) با عنوان سنجش مقدماتی اثربخشی برنامه درمانی CALM بر روی ۹ کودک ۴ تا ۸ ساله مبتلا به اختلالات اضطرابی، اثربخشی آن را در کاهش قابل ملاحظه سطح اضطراب ۸ نفر از این کودکان نشان داد.

بنابراین، با توجه به حمایت تحقیقات پیشین از درمان تعامل- والد کودک اصلاح شده برای اختلالات اضطرابی و اضطراب جدایی کودکان، و محدود بودن مطالعات مربوط به برنامه درمانی CALM، این پژوهش با هدف تأیید اثربخشی برنامه CALM قصد دارد اثربخشی مداخله مبتنی بر CALM را بر کاهش نشانه‌های اضطراب جدایی کودکان پیش‌دبستانی بررسی نماید.

### طرح پژوهش

این پژوهش از نوع مطالعات تک آزمودنی است و در آن از طرح A-B-A در میان آزمودنی‌ها بهره گرفته شده است. بدین ترتیب که پس از گردآوری داده‌ها در خط پایه

1- Mash  
3- Comer

2- Wolfe

برای هر آزمودنی (مرحله A)، مرحله مداخله (مرحله B) به اجرا درآمد. پس از آن نیز پس‌آزمون (مرحله A) گرفته شد. در این پژوهش علاوه بر پیش‌آزمون و پس‌آزمون، در بین جلسات آموزشی (جلسات سوم، هفتم و دهم) و همچنین در جلسه پیگیری سه ماهه نیز گردآوری داده‌ها برای شرکت‌کنندگان صورت گرفت.

### شرکت‌کنندگان، مواد و روش کار

انتخاب شرکت‌کنندگان از بین افراد مشکوک به اختلال اضطراب جدایی و با استفاده از غربال‌گری صورت گرفت. به این ترتیب که از مهدهای کودک شهر تبریز، تعداد ۶ مهد کودک انتخاب شد. نخست به کمک مسئولان مهدهای کودک، کودکان مشکوک به اختلال اضطراب جدایی شناسایی و از طریق مدیران مهد با والدین آن‌ها تماس تلفنی برقرار شد. سپس جلسه‌ای با حضور مادران این کودکان برگزار شد و کودکانی که والدینشان برای مشارکت در درمان رضایت داشتند با استفاده از نسخه والدین پرسشنامه علائم مرضی کودک (CSI-4) و نسخه والدین پرسشنامه مقیاس اضطراب کودکان اسپنس از نظر وجود و میزان اضطراب جدایی مورد بررسی قرار گرفتند. پس از تکمیل پرسشنامه‌ها ۷ نفر از کودکان که معیارهای ورود را داشتند، انتخاب شدند. ملاک‌های ورود عبارت بود از داشتن ملاک‌های تشخیصی اختلال اضطراب جدایی با توجه پرسشنامه CSI-4، حضور کودک در مهد کودک در طی دوره پژوهش، داشتن سن بین ۴ تا ۶ سال، موافقت مادر برای شرکت در درمان. ملاک‌های خروج عبارت بودند از طلاق پدر و مادر، بیماری روانی پدر و مادر، وجود بیماری‌های بدنی مزمن و ناتوان کننده در کودک و وجود اختلال خلقی، اختلال نارسایی توجه بیش‌فعالی<sup>۱</sup> (ADHD) یا اختلال سلوک<sup>۲</sup> به‌صورت همزمان در کودک. اهداف و فرایند درمان، و مکان و نحوه برگزاری جلسات برای مادران شرح داده شد. یکی از شرکت‌کننده‌ها به‌دلیل عدم موافقت والدین با فرایند مدت‌دار درمان و جلسات آن و یک نفر نیز به‌دلیل وجود ملاک‌های اختلال بیش‌فعالی همزمان با اختلال اضطراب جدایی از مطالعه کنار گذاشته شدند. نهایتاً ۵ کودک

1- attention deficit hyperactivity disorder

2- conduct disorder

مبتلا به اضطراب جدایی به‌همراه مادرشان به‌صورت زوج والد- کودک به‌عنوان واحد پژوهش، در ۱۲ جلسه انفرادی درمان (به‌صورت هر هفته ۲ جلسه یک و نیم ساعته) شرکت داده شدند.

**طرح درمان:** راهنمای مداخله مبتنی بر برنامه CALM که در این پژوهش به کار برده شد بر پایه کار (پالیافیکو و همکاران، ۲۰۱۳) تهیه گردید که شرح مختصری از جلسات به شرح زیر است.

جلسه اول: این جلسه درمانی صرفاً با حضور مادر و بدون مشارکت کودک تشکیل می‌شود. در مورد سبب شناسی و عوامل مؤثر در ایجاد و ماندگار شدن اضطراب کودک و نقش والدین در این فرآیند، آموزش‌هایی به مادر ارائه می‌گردد. مهارت‌های تعامل کودک محور<sup>۱</sup> (CDI) به مادران آموزش داده می‌شود که به‌وسیله آن والدین یاد می‌گیرند رفتارهای مناسب و شجاعانه کودک را تشویق کرده و رفتارهای منفی کودک را در هنگام روبه رو شدن با اضطراب نادیده بگیرند. همچنین سلسله مراتبی از اضطراب کودک تهیه می‌شود.

جلسه دوم و سوم: کودک به فرآیند درمان وارد شده و مادر و کودک هر دو در جلسه درمان شرکت می‌کنند. درمانگر از طریق دوربین و به وسیله مانیتور شخصی از یک اتاق دیگر تعامل بین مادر و کودک را در طول بازی مشاهده کرده و در مورد نحوه استفاده از مهارت‌های CDI که در جلسه اول آموزش داده شد بازخوردهایی را به صورت آنی و به وسیله دستگاه شنیداری به مادر می‌دهد. همچنین درمانگر خانواده را برای مواجهه کردن کودک با موقعیت‌های سطح پایین از سلسله مراتب تهیه‌شده در جلسه اول آماده می‌کند.

جلسه چهارم و پنجم: همانند جلسه قبل نحوه استفاده والدین از مهارت‌های CDI در طول بازی درمانی مورد توجه قرار می‌گیرد. همچنین مواجهه درمانی شروع شده و کودک با موقعیت‌های اضطراب‌زا سطح پایین از سلسله مراتب تهیه‌شده در جلسه اول روبه‌رو می‌شود.

---

1- child directed interactions



جلسه ششم: این جلسه نیز صرفاً با حضور مادر تشکیل شده و کودک در فرآیند درمان شرکت ندارد. در این جلسه به منظور افزایش رفتارهای شجاعانه کودک، مهارت‌های چهارگانه توصیف موقعیت<sup>۱</sup>، نزدیک شدن به موقعیت<sup>۲</sup>، دادن دستور مستقیم از طرف والدین به کودک برای مواجه شدن به موقعیت<sup>۳</sup> و توجه انتخابی بر پایه عملکرد کودک<sup>۴</sup> (که به صورت مخفف DADS STEP نامیده می‌شوند) به مادران آموزش داده می‌شود. همچنین مادران برای مواجه کردن کودک با موقعیت‌های اضطراب‌آور سطح متوسط و سطح بالای سلسله مراتب تهیه شده در جلسات بعدی آماده می‌شوند.

جلسه هفتم تا دوازدهم: در جلسات باقی مانده مهارت‌های چهارگانه DADS که در جلسه قبلی آموزش داده شد، به منظور افزایش رفتارهای شجاعانه کودک توسط مادران در محیط درمان و در طول بازی تمرین می‌شود. همچنین کودک با موقعیت‌های اضطراب‌آور سطح متوسط و بالا روبه‌رو می‌گردد. همزمان با مواجهه کودک با موقعیت‌های اضطراب‌زا درمانگر تعامل والد کودک را مشاهده کرده و بازخوردهایی را در مورد نحوه استفاده از مهارت‌های DADS به والدین می‌دهد.

لازم به ذکر است که در هر جلسه به منظور افزایش تسلط والدین بر مهارت‌هایی که تدریس می‌شود تکالیفی برای والدین در نظر گرفته می‌شود تا در محیط خانه انجام دهند. در ابتدای هر جلسه نیز تکالیف جلسه گذشته مورد بررسی قرار می‌گیرد.

### ابزار پژوهش

در این پژوهش برای غربالگری و انتخاب کودکان دارای نشانه‌های اختلال اضطراب جدایی از پرسشنامه علائم مرضی کودکان (CSI-4) و برای اندازه‌گیری‌های چندگانه در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون، پیگیری و همچنین در طول جلسات مداخله (جلسات سوم، هفتم و دهم) از مقیاس اضطراب کودکان اسپنس نسخه والدین (SCAS-P) استفاده شد.

1- Describe Situation

3- give Direct command for child to join situation

2- Approach Situation

4- provide Selective attention based on child performance

پرسشنامه علائم مرضی کودکان (CSI-4): این ابزار برای سرند شایع‌ترین اختلالات روانپزشکی کودکان بر پایه ملاک‌های تشخیصی DSM-IV ساخته شده است. این پرسشنامه یک مقیاس درجه‌بندی رفتار است که اولین بار در سال ۱۹۸۴ توسط اسپیرافکین و گادو بر اساس طبقه‌بندی DSM-III به منظور غربال ۱۸ اختلال رفتاری و هیجانی در کودکان ۵ تا ۱۲ ساله طراحی شد. بعدها در سال ۱۹۸۷ فرم CSI-3R به دنبال طبقه‌بندی DSM-III R ساخته شد و در سال ۱۹۹۴ با چاپ چهارم DSM-IV با تغییرات اندکی مورد تجدید نظر قرار گرفت و با نام CSI-4 منتشر شد که دارای دو فرم ویژه والدین و آموزگاران می‌باشد. فرم والدین دارای ۱۱۲ سؤال است که برای ۱۱ گروه عمده و یک گروه اضافی از اختلالات تنظیم شده است. فرم معلم دارای ۷۷ سؤال است که ۹ گروه عمده از اختلالات رفتاری را در برمی‌گیرد. هر یک از این گروه‌ها زیرمجموعه خاص خود را داشته و شامل سؤالات مربوط به خود است. فهرست شدت علائم اضطرابی کودکان بخشی از پرسشنامه علائم مرضی کودکان (CSI-4) است که اختصاصاً به ارزیابی علائم اضطراب جدایی کودکان می‌پردازد و دارای ۸ ماده است و سؤالات آن در گروه اختلال اضطرابی (گروه J) پرسشنامه گنجانده شده است (عباسی و همکاران، ۱۳۸۹). در این پژوهش از این ۸ ماده برای غربالگری افراد دارای اضطراب جدایی استفاده شده است. در پژوهش حاضر از شیوه نمره گذاری شدت اختلال در یک مقیاس ۴ امتیازی (هرگز=۱، بعضی اوقات=۲، اغلب اوقات=۳، بیشتر اوقات=۴) نمره‌گذاری شد. در مطالعه‌ای که توسط اسپیرافکین و گادو در سال ۱۹۹۷ انجام شد، اعتبار بازآزمایی در مورد شدت و نمره‌های غربال‌کننده سؤالات اضطراب جدایی به ترتیب ۰/۷۲ و ۰/۵۰ بود (محمداسماعیل، ۱۳۸۱). در مطالعه انجام شده توسط توکلی‌زاده بولپه‌ری، مهریار و دژکام (۱۳۷۶) پایایی فرم‌های والدین و آموزگاران به شیوه بازآزمایی به ترتیب ۰/۹۰ و ۰/۹۳ گزارش شده است.

مقیاس اضطراب کودکان اسپنس نسخه والدین (SCAS-P): نسخه والدین این مقیاس در سال ۱۹۹۹ به وسیله اسپنس به منظور اندازه‌گیری و ارزیابی اضطراب کودکان بر اساس طبقه‌بندی تشخیصی و آماری DSM-IV طراحی و ساخته شده است (اسپنس،

۱۹۹۹). این ابزار دارای ۳۷ سؤال ۴ گزینه‌ای به شیوه لیکرت (هرگز=۰، گاهی اوقات=۱، اغلب=۲، همیشه=۳) و یک سؤال باز است. مجموع نمرات پرسشنامه حداکثر ۱۱۴ می‌باشد. این ابزار ۶ زیر مؤلفه هراس از فضای باز (با ۹ سؤال)، اضطراب جدایی (با ۶ سؤال)، ترس از آسیب فیزیکی (با ۵ سؤال)، ترس اجتماعی و هراس (با ۶ سؤال)، وسواس عملی فکری (با ۶ سؤال)، اضطراب عمومی (با ۶ سؤال) را اندازه‌گیری می‌کند. مقیاس SCAS-P از روایی و پایایی نسبتاً بالایی برخوردار است. این ابزار در مطالعات قبلی دارای روایی همگرایی ۰/۷۱ با مقیاس اضطراب مانیفست کودکان و همسانی درونی آلفای کرونباخ ۰/۸۴ می‌باشد (وایتساید<sup>۱</sup> و براون<sup>۲</sup>، ۲۰۰۸). همچنین همبستگی بین دو فرم کودک و والد در خرده‌مقیاس‌های مختلف از ۰/۴۱ تا ۰/۶۶ گزارش شده است (نایوتا<sup>۳</sup> و همکاران، ۲۰۰۴).

### روش تجزیه و تحلیل داده‌ها

در طرح‌های تک آزمودنی برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از تحلیل نموداری و ترسیمی استفاده می‌شود و بر اساس صعود و نزول متغیر وابسته، قضاوت صورت می‌گیرد (بارلو<sup>۴</sup> و هرسن<sup>۵</sup>، ۱۹۷۶). برای عینی‌سازی میزان بهبود در اهداف درمانی، از فرمول درصد بهبودی استفاده می‌شود (اوگلز<sup>۶</sup>، لونر<sup>۷</sup> و بونستیل<sup>۸</sup>، ۲۰۰۱). در فرمول درصد بهبودی نمره فرد در پیش‌آزمون از آخرین نمره فرد در پس‌آزمون کم شده و حاصل بر نمره‌ی پیش‌آزمون تقسیم و در صد ضرب می‌شود. اگر درصد بهبودی حداقل ۵۰ باشد می‌توان نتایج را از نظر بالینی معنی‌دار قلمداد کرد. برای محاسبه اندازه اثر نیز تفاضل میانگین جلسات درمان از خط پایه، بر انحراف استاندارد کل تقسیم شد.

### یافته‌ها

شرکت‌کنندگان پژوهش شامل ۵ کودک با دامنه سنی ۴ سال تا ۵ سال و ۷ ماه (با میانگین

1- Whiteside  
3- Nauta  
5- Hersen  
7- Lunner

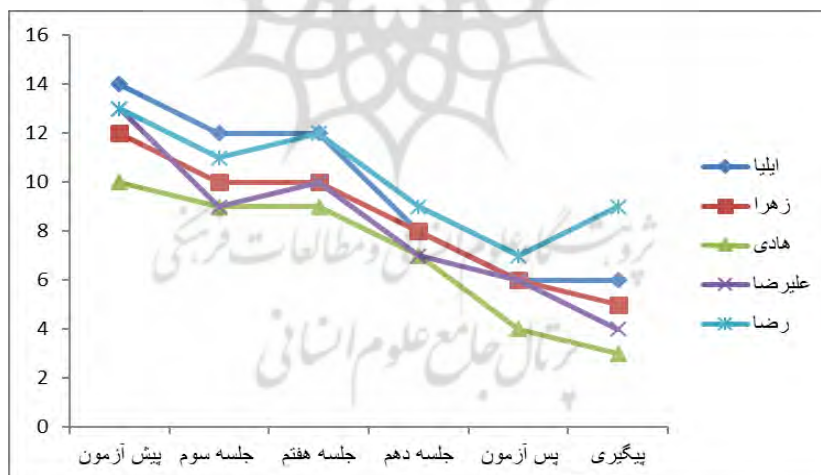
2- Brown  
4- Barlow  
6- Ogles  
8- Bonesteel

سنی ۴ سال و ۹ ماه) بودند. سایر اطلاعات جمعیت‌شناختی مربوط به شرکت‌کنندگان در جدول (۱) آورده شده است

جدول (۱) مشخصات جمعیت شناختی شرکت‌کنندگان

شرکت کننده	سن	تحصیلات پدر	تحصیلات مادر	شغل پدر	شغل مادر	تعداد فرزندان	ترتیب تولد
ایلیا	۴ سال	دکترای حرفه‌ای	لیسانس	دامپزشک	خانه‌دار	۱	تک فرزند
زهرا	۴ سال و ۶ ماه	لیسانس	لیسانس	معلم	پرستار	۲	فرزند دوم
هادی	۴ سال و ۸ ماه	لیسانس	دیپلم	کارمند شهرداری	خانه‌دار	۱	تک فرزند
علیرضا	۵ سال و ۴ ماه	دیپلم	دیپلم	آزاد (مغازه‌دار)	خانه‌دار	۱	تک فرزند
رضا	۵ سال و ۷ ماه	دیپلم	سیکل	آزاد (مغازه‌دار)	خانه‌دار	۲	فرزند اول

برای تحلیل سؤال پژوهش، نمرات مربوط به کل شرکت‌کنندگان در پیش‌آزمون، پس‌آزمون، پیگیری ۳ ماهه و همچنین در طول جلسات مداخله (جلسات سوم، هفتم و دهم) جمع‌آوری و نمودار مربوط به تغییر شدت علائم (متغیر وابسته) ترسیم گردید.



نمودار (۱) نمرات اضطراب جدایی شرکت‌کنندگان در مراحل مختلف ارزیابی

همان‌طور که در نمودار (۱) مشاهده می‌شود، با شروع جلسات مداخله، کاهش شدت علائم اختلال اضطراب جدایی درباره همه شرکت‌کننده‌ها دیده می‌شود. این روند در جلسات بعد نیز همواره ادامه داشته است. در مرحله پی‌گیری نیز برای سه نفر از شرکت‌کننده‌ها روند کاهشی ادامه یافته و درمورد شرکت‌کننده اول (ایلیا) نمره فرد در مرحله پیگیری ثابت باقی مانده است. تنها درمورد شرکت‌کننده پنجم (رضا) افزایش نمره پیگیری وجود دارد، اما باز به حد خط پایه نرسیده است. در کل، کاهش نمرات از پیش-آزمون تا مرحله پیگیری بین ۶ الی ۸ نمره بوده است و این میزان قابل ملاحظه ارزیابی می‌شود.

جدول (۲) درصد بهبودی و اندازه اثر شرکت‌کنندگان

شرکت‌کننده	درصد بهبودی پس‌آزمون	درصد بهبودی پیگیری	اندازه اثر
ایلیا	۵۷/۱۴	۵۷/۱۴	۱/۶۵
زهرا	۵۰	۵۸/۳۳	۱/۷۶
هادی	۶۰	۷۰	۱/۱۸
علیرضا	۵۳/۸۴	۶۹/۲۳	۱/۹۹
رضا	۴۶/۱۵	۳۰/۷۶	۱/۶۵

با توجه به جدول (۲) و از آنجایی که درصد بهبودی در پس‌آزمون و پیگیری درمورد ۴ نفر از ۵ شرکت‌کننده بالاتر از ۵۰ است، نتایج درمان برای این ۴ نفر، از نظر بالینی معنی‌دار قلمداد می‌شود. این امر همسو با تغییرات نمودار، نشان‌دهنده روند کاهشی در علائم اختلال اضطرابی جدایی در اثر برنامه درمانی CALM است. در کل، بیشترین درصد بهبودی مربوط به آزمودنی سوم و کم‌ترین آن مربوط به آزمودنی پنجم است. تنها برای آزمودنی پنجم (رضا) درصد بهبودی مربوط به تأثیر مداخله بر اساس پس‌آزمون برابر ۴۶/۱۵ (تا حدی پایین‌تر از سطح معنی‌داری بالینی) است و در جلسه پیگیری فقط درمورد این شرکت‌کننده درصد بهبودی پایین آمده و به ۳۰/۷۶ رسیده است. مقایسه درصد بهبودی مرحله پیگیری این ۴ نفر با درصد بهبودی پس‌آزمون و بالاتر رفتن درصد

بهبودی (درمورد سه نفر از شرکت‌کننده‌ها) و ثبات درصد بهبودی (در مورد شرکت‌کننده اول) تأییدی بر روند کاهش علائم و اثربخشی درمان است.

از آنجایی که اندازه اثر مربوط به همه شرکت‌کننده‌ها (حتی درمورد شرکت‌کننده پنجم نیز) بین ۱/۱۵ و ۲/۷۰ است، اندازه اثر درمان در حد بزرگ تلقی می‌شود و این امر گویای اثربخشی بالای این شیوه درمانی برای کاهش علائم اضطراب جدایی کودکان پیش‌دبستانی است. بنابراین، با توجه به نمودار شماره ۱ و روند کاهش مربوط به نمودار و معنی‌داری درصد بهبودی و بزرگ بودن اندازه اثر درمان، می‌توان گفت که مداخله مبتنی بر برنامه CALM (مدل اصلاح شده درمان تعامل والد-کودک) توانسته است علائم اختلال اضطراب جدایی کودکان را کاهش دهد.

### بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی برنامه درمانی CALM بر کاهش نشانه‌های اختلال اضطراب جدایی انجام شد. یافته پژوهش حاضر حاکی از اثربخش بودن برنامه درمانی CALM بر کاهش نشانه‌های این اختلال در کودکان خردسال (زیر ۷ سال) بود. این یافته با نتایج پژوهش کومر و همکاران (۲۰۱۲)، کوت و همکاران (۲۰۰۶)، پینکاس و همکاران (۲۰۰۵، ۲۰۰۸) همسو است. در تبیین اثربخشی درمان تعامل والد-کودک سنتی و برنامه CALM بر اضطراب جدایی کودکان این پیش‌فرض مورد تأیید قرار می‌گیرد که سیستم خانواده و تعامل والد-کودک به عنوان عامل اصلی در ایجاد، گسترش و پایدار ماندن اختلال اضطراب جدایی کودکان در نظر گرفته شده است. مطالعات نشان داده‌اند که والدین کودکان مضطرب به طور ناخواسته و سهوی پاسخ‌های مضطربانه را در کودکان تسهیل می‌کنند و این کار را از طریق الگوهای ترس یا اجتناب، تلاش برای کنترل رفتار کودک (که باعث محدود شدن خودمختاری کودک می‌شود) و حمایت بیش از حد از کودک یا تسهیل پاسخ‌های اجتنابی وی انجام می‌دهند (عباسی و همکاران، ۱۳۸۹). از منظر آسیب‌شناختی نیز تأیید شده است که اختلال اضطراب جدایی دامنه وسیعی از رفتارهای اجتنابی را شامل می‌شود (مش و وولف، ۱۳۸۹). از این رو

اثربخشی برنامه درمانی CALM در کاهش اختلال اضطراب جدایی کودکان خردسال به منطبق این برنامه درمانی درباره توجه مثبت والدین برای افزایش رفتارهای شجاعانه کودک با روبه‌رو شدن وی با محرک اضطراب‌زا (پالیافیکو و همکاران، ۲۰۱۳) برمی‌گردد.

برنامه درمانی CALM مثل سایر پروتکل‌های آموزش والدینی و مثل درمان تعامل والد-کودک سنتی، بر بهبود ارتباط، توجه مثبت به کودک و حل مسأله تأکید دارد (کارپنتر<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۱۴). از این رو فضای ارتباطی امنی برای کودک فراهم می‌گردد. البته آنچه برنامه درمانی CALM را از سایر درمان‌های مربوط به اختلالات اضطرابی کودکان خردسال متمایز می‌کند، مداخله‌ی سیستماتیک (منظم) در حین جلسات از طریق گوشی و آموزش به والدین در طول جلسات مواجهه‌ای است. درمانگر به‌صورت غیرآشکار و از داخل یک اتاق مخصوص نظارت، والدین و کودک را در طول تعامل و مواجهه با محرک‌های اضطراب‌زا مورد نظارت قرار داده و بازخوردهایی را به صورت مستقیم و در لحظه برای والدین فراهم می‌کند (کومر و همکاران، ۲۰۱۲). نقطه تمایز دیگر این برنامه در مقایسه با برنامه مرسوم درمان تعامل والد-کودک این است که مدیریت و هدایت والدین را که در جلسات درمان به صورت مستقیم و آنی توسط درمانگر و به وسیله دستگاه شنیداری صورت می‌پذیرد را با جلسات مواجهه درمانی که در آن کودک با سلسله مراتب موقعیت‌های اضطراب‌زا مواجه می‌شود، ترکیب می‌کند. برنامه درمانی CALM با کاهش تمرکز والدین بر رفتارهای اضطرابی و کاهش توجه آن‌ها بر رفتارهای اجتنابی کودک در برابر محرک‌های اضطراب‌زا، به خاموشی این رفتارها کمک می‌کند (پالیافیکو و همکاران، ۲۰۱۳).

تحلیل نمودار مربوط به روند کاهشی نشانه‌های اضطراب جدایی شرکت‌کننده‌های پژوهش، بیانگر این بود که این شیوه درمانی خیلی سریع و از مرحله اول درمان، کاهش نشانه‌های اضطراب جدایی را در کودکان نشان داد. همان‌طوری که آبی‌رگ و فاندربورک (۲۰۱۱) معتقدند در طول مرحله اول (یعنی تعامل کودک محور) و در اثر یادگیری

---

1- Carpenter

مهارت‌های کودک‌محور، تعامل مثبتی بین والد و کودک ایجاد می‌شود. بنابراین می‌توان دلیل کاهش نشانه‌ها در جلسات اولیه را ناشی از ایجاد تعامل مثبت والد-کودک دانست. در تعامل کودک‌محور، والدین یاد می‌گیرند به رفتارهای مثبت و شجاعانه کودک توجه کرده و کودک را تشویق کنند و در نقطه مقابل آن از رفتارهای منفی کودک مانند اجتناب از محرک اضطراب‌زا و گریه و قشقرق و سایر رفتارهای منفی چشم‌پوشی کرده و به آن‌ها توجه ننمایند (پالیافیکو و همکاران، ۲۰۱۳). استفاده از این اصول در جلسات اولیه می‌تواند اساسی برای افزایش رفتارهای مثبت (هرچند اندک)، و به تبع آن کاهش رفتارهای اجتنابی کودک در هنگام مواجهه با جدایی باشد. از طرف دیگر، از آنجایی که سبک فرزندپروری نادرست به خصوص سبک والدینی مداخله‌گرایانه، عامل خطر اختصاصی برای اختلال اضطراب جدایی می‌باشد (وود<sup>۱</sup>، ۲۰۰۶)، می‌توان بیان کرد که تکنیک‌های فرزندپروری مربوط به تعامل کودک‌محور، بنیانی اساسی برای کاهش کنترل و حمایت بیش از حد والدین و افزایش استقلال و خودمختاری و کاهش اضطراب در کودک می‌شود. به دنبال آن، مجموعه مهارت‌های مرحله والد‌محور در افزایش فرمانبرداری کودک و کاهش رفتارهای نامطلوب نقش دارد (مکنیل<sup>۲</sup> و همبری-کیگین<sup>۳</sup>، ۲۰۱۰). از این‌رو فرض می‌شود که بهبود اختلال و کاهش نشانه‌های اضطراب جدایی در کودکانی که در این پژوهش تحت درمان با برنامه CALM قرار گرفتند، تا حدود زیادی ناشی از تغییرات در سبک‌های فرزندپروری و اصلاح رفتارهای نادرست والدینی بوده است. علاوه بر این تمرکز کردن بر والدین به عنوان عناصر درمان و شرکت کردن فعالانه والدین در جلسات درمانی و فراهم نمودن آموزش والدینی می‌تواند از طرفی توجیه‌کننده نتایج مثبت این پژوهش بوده و از طرف دیگر بیانگر نقش مهم والدین در درمان اختلالات اضطرابی کودکان خردسال (زیر ۷ سال) باشد. البته ارزیابی کنترل شده با نمونه‌های بزرگ‌تر می‌تواند بیش از پیش روشن‌کننده مکانیسم‌های درمان‌بخش این برنامه درمانی باشد. این نوع تحقیقات همچنین می‌توانند تعیین کنند که تا چه میزان

1- Wood

2- McNeil

3- Hembree-Kigin



تغییرات در باورها و سبک والدینی احتمالاً تغییرات رفتاری این کودکان را پیش‌بینی خواهد کرد.

مسأله دیگر که می‌تواند قابل تأمل باشد این است که به احتمال زیاد، تعدادی از کودکان شرکت‌کننده در این مطالعه، اولین تجربه جدایی از والدین و منبع دل‌بستگی را تجربه می‌کردند، لذا نمی‌توان اثرات گذشت زمان و خوگیری با محیط مهد را در طول درمان نادیده گرفت. به منظور اندازه‌گیری و در نظر گرفتن اثرات گذشت زمان، خوگیری با مهد کودک و رشد می‌توان از طرح‌های گروهی کنترل شده با گروه لیست انتظار استفاده کرد. استفاده از طرح‌های گروهی با لیست انتظار می‌تواند با حذف یا کنترل اثرات نام‌برده شده، اطمینان بیشتری در مورد اثرات درمان به دست دهد.

لازم به ذکر است کم‌ترین میزان درصد بهبودی و کاهش نشانه‌های اختلال مربوط به کودکی بود که از لحاظ سنی بالاترین سن (۵ سال و ۷ ماه) را در نمونه مطالعه حاضر داشت. اگرچه حجم نمونه در مطالعه حاضر اجازه ارزیابی دقیق اثرات درمانی به عنوان تابعی از رشد و سن را به ما نمی‌دهد، ممکن است بهتر باشد درباره کودکان بزرگ‌تر، از مداخلاتی استفاده شود که در فرآیند درمان در کنار مشارکت دادن والدین، بر خود کودک نیز تمرکز می‌کنند (کندال<sup>۱</sup>، فیور<sup>۲</sup> و پودل<sup>۳</sup>، ۲۰۱۰). همچنین علاوه بر عامل سن می‌توان میزان مشارکت و انگیزه والدین در انجام تکالیف مربوط به خانه (خارج از محیط درمان) و همچنین رابطه نامطلوب والدین با یکدیگر را نیز به عنوان یک عامل تأثیرگذار فرض کرد. پایین بودن انگیزه مادر در انجام تکالیف خارج از جلسات درمان (تکالیف مربوط به خانه) درباره شرکت‌کننده پنجم مشهود بود و او مشکلات زناشویی را دلیل بی‌انگیزگی در انجام تکالیف خارج از درمان عنوان می‌کرد.

به‌طور کلی، می‌توان نتیجه گرفت که نتایج این پژوهش بیانگر نقش بسیار مهم والدین در درمان اختلالات اضطراب جدایی کودکان زیر ۷ سال است. نتایج این پژوهش

1- Kendall  
3- Podell

2- Furr

ضمن تأیید برنامه درمانی CALM در درمان اختلال اضطراب جدایی کودکان پیش‌دبستانی، نقش همکاری مادر در درمان این اختلال در مهدکودک‌ها را نشان داده است. به این ترتیب علاوه بر تشخیص اختلال اضطراب جدایی در سنین پایین می‌توان از طریق ایجاد جلسات آموزشی و درمانی برای والدین در مهدکودک‌ها از یک طرف موجب کاهش نشانگان اختلال در کودک شده و از طرف دیگر به تبع کاهش نشانه‌های اختلال کودک موجب کاهش تنیدگی‌های روان‌شناختی در والدین شد.

تاریخ دریافت نسخه اولیه مقاله:

۱۳۹۵/۱۲/۱۵

تاریخ دریافت نسخه نهایی مقاله:

۱۳۹۶/۰۶/۱۲

تاریخ پذیرش مقاله:

۱۳۹۶/۰۷/۱۵

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی  
پرتال جامع علوم انسانی

## منابع

- توکلی‌زاده، جهانشیر؛ بوالهروی، جعفر؛ مهریار، امیرهوشنگ و محمود دژکام (۱۳۷۶). همه گیرشناسی اختلالات رفتار ایدایی و کمبود توجه در دانش‌آموزان دبستانی شهر گناباد. *اندیشه و رفتار*، ۱(۳)، صص ۴۰-۵۱.
- مش، اریک جی و وولف دیوید ای. (۱۳۸۹). *روانشناسی مرضی کودک*، ترجمه اصغر فروغ‌الدین عدل و محمد مظفری مکی‌آبادی. تهران: انتشارات رشد.
- عباسی، مرضیه؛ نشاط‌دوست، حمیدطاهر و حمیدرضا آقامحمدیان شعرباف (۱۳۸۹). اثربخشی درمان تعامل والد- کودک بر کاهش نشانه‌های اختلال اضطراب جدایی، *روانشناسی بالینی*، ۲(۲)، صص ۴۷-۵۷.
- لطفی کاشانی، فرح و شهرام وزیری (۱۳۸۳). *روانشناسی مرضی کودک*. تهران: انتشارات ارسباران.
- محمداسماعیل، الهه و احمد علی‌پور (۱۳۸۱). بررسی مقدماتی اعتبار و روایی و تعیین نقاط برش اختلال‌های پرسشنامه علائم مرضی کودکان CSI-4، *پژوهش در حیطه کودکان استثنائی*، ۳(۲)، صص ۲۵۴-۲۳۹.
- Affrunti, N.W. & Ginsburg, G.S. (2012). Maternal overcontrol and child anxiety: The mediating role of perceived competence, *Child Psychiatry & Human Development*, 43(1), PP.102-112.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th. Ed.)*. Washington, DC., Kurtz, S. M.S.
- Barlow, D.H. & Hersen, M. (1979). *Single case experimental designs strategies for studying behavior change*, New York: Pergamon Press.
- Biederman, J., Petty, C.R., Hirshfeld-Becker, D.R., Henin, A., Faraone, S. V., Fraire, M., Henry, B., McQuade, J. & Rosenbaum, J.F. (2007). Developmental trajectories of anxiety disorders in offspring at high risk for panic disorder and major depression, *Psychiatry Research*, 153(3), PP.245-252.

- Boden, J.M., Fergusson, D.M. & Horwood, L.J. (2007). Anxiety disorders and suicidal behaviours in adolescence and young adulthood: findings from a longitudinal study, *Psychological Medicine*, 37(3), PP.431-440.
- Carpenter, A.L., Puliafico, A.C., Kurtz, S.M. S., Pincus, D.B. & Comer, J.S. (2014). Extending Parent° Child Interaction Therapy for Early Childhood Internalizing Problems: New Advances for an Overlooked Population, *Clinical Child and Family Psychology Review*, 17(4): PP.340° 356.
- Cartwright-Hatton, S., Roberts, C., Chitsabesan, P., Fothergill, C. & Harrington, R. (2004). Systematic review of the efficacy of cognitive behaviour therapies for childhood and adolescent anxiety disorders, *British Journal of Clinical Psychology*, 43(4), PP 421-436.
- Choate, M. L., Pincus, D. B., Eyberg, S. M. & Barlow, D. H. (2006). Parent-child interaction therapy for treatment of separation anxiety disorder in young children: A pilot study, *Cognitive and Behavioral Practice*, 12(1), PP.126-135.
- Comer, J. S., Puliafico, A. C., Aschenbrand, S. G., McKnight, K., Robin, J. A., Goldfine, M. E. & Albano, A. M. (2012). A pilot feasibility evaluation of the CALM Program for anxiety disorders in early childhood. *Journal of Anxiety Disorders*, 26(1), PP.40-49.
- Eyberg, S. & Funderburk, B. (2011). *Parent-Child Interaction Therapy Protocol*, Gainesville, FL: PCIT International Publishing.
- Grills, A. E. & Ollendick, T. H. (2002). Peer victimization, global self-worth, and anxiety in middle school children, *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 31(1), PP.59-68.
- Herren, C., In-Albon, T. & Schneider, S. (2013). Beliefs regarding child anxiety and parenting competence in parents of children with separation anxiety disorder, *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 44(1), PP.53-60.
- Keller, M.B., Lavori, P.W., Wunder, J., Beardslee, W.R., Schwartz, C.E. & Roth, J. (1992). Chronic course of anxiety disorders in

- children and adolescents, *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 31(4), PP.595-599.
- Kendall, P.C., Furr, J.M. & Podell, J.L. (2010). Child-focused treatment of anxiety, In: J. R. Weisz, & A. E. Kazdin (Eds.). *Evidence-based psychotherapies for children and adolescents*, New York, NY: Guilford Press.
- Kessler, R.C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R. & Walters, E.E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication, *Archives of General Psychiatry*, 62(6), PP. 593-602.
- Krebs, G. & Heyman, I. (2010). Treatment-resistant obsessive-compulsive disorder in young people: Assessment and treatment strategies, *Child and Adolescent Mental Health*, 15(1), PP.2-11.
- Lebowitz, E. R., Omer, H., Hermes, H. & Scahill, L. (2014). Parent Training for Childhood Anxiety Disorders: The SPACE Program, *Cognitive and Behavioral Practice*, 21(4), PP.456-469.
- McNeil, C.B. & Hembree-Kigin, T.L. (2010). Parent-child interaction therapy (2 ed). Springer.
- Nauta, M.H., Scholing, A., Rapee, R. M., Abbott, M., Spence, S. H. & Waters, A. (2004). A parent-report measure of children s anxiety: psychometric properties and comparison with child-report in a clinic and normal sample, *Behaviour Research and Therapy*, 42(7), PP.813-839.
- Ogles, B.M., Lunner, K.M & Bonesteel, K.(2001). Clinical significance: history, application and current practice, *Clinical psychological Review*, 21(3), PP.421-446.
- Puliafico, A.C., Comer, J.S. & Albano, A.M. (2013). Coaching Approach Behavior and Leading by Modeling: Rationale, Principles, and a Session-by-Session Description of the CALM Program for Early Childhood Anxiety, *Cognitive and Behavioral Practice*, 20(4), PP.517-528.

- 
- Pincus, D.B., Eyberg, S.M. & Choate, M.L. (2005). Adapting parent-child interaction therapy for young children with separation anxiety disorder, *Education and Treatment of Children*, 28(2), PP.163-181.
- Pincus, D.B., Santucci, L.C., Ehrenreich, J.T. & Eyberg, S.M. (2008). The implementation of modified parent-child interaction therapy for youth with separation anxiety disorder, *Cognitive and Behavioral Practice*, 15(2), PP.118-125.
- Shear, K., Jin, R., Ruscio, A., Walters, E. & Kessler, R. (2006). Prevalence and correlates of estimated DSM-IV child and adult separation anxiety disorder in the National Comorbidity Survey Replication, *American Journal of Psychiatry*, 163(6), PP.1074-1083.
- Silverman, W.K., Pina, A.A. & Viswesvaran, C. (2008). Evidence-based psychosocial treatments for phobic and anxiety disorders in children and adolescents, *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 37(1), PP.105-130.
- Spence, S.H. (1998). A measure of anxiety symptoms among children, *Behavior Research and Therapy*, 36(5), 545-566.
- Spence, S.H. (1999). Spence Children's Anxiety Scale (parent version), Brisbane: University of Queensland.
- Spence, S.H., Barrett, P.M. & Turner, C.M. (2003). Psychometric properties of the Spence Children's Anxiety Scale with young adolescents, *Journal of Anxiety Disorders*, 17(6), PP.605-625.
- Whiteside, S.P. & Brown, A.M. (2008). Exploring the utility of the Spence Children's Anxiety Scales parent-and child-report forms in a North American sample, *Journal of Anxiety Disorders*, 22(8), PP.1440-1446.
- Wood, J.J. (2006). Parental intrusiveness and children's separation anxiety in a clinical sample, *Child Psychiatry and Human Development*, 37(1), PP.73-87.
-