



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

دانشجوی دکتری، گروه روانشناسی، واحد بجنورد، دانشگاه آزاد اسلامی، بجنورد، ایران
استادیار، گروه روانشناسی، واحد ساری، دانشگاه آزاد اسلامی، ساری، ایران
استادیار، گروه علوم تربیتی، واحد مشهد، دانشگاه آزاد اسلامی، مشهد، ایران

زینب کیانوش^{ib}
بهرام میرزائیان*^{ib}
حمید نجات^{ib}

دریافت: ۱۴۰۱/۰۱/۳۰ | پذیرش: ۱۴۰۱/۰۸/۲۶ | ایمیل نویسنده مسئول: bahrammirzaian@gmail.com

فصلنامه علمی پژوهشی
خانواده درمانی کاربردی

شاپا (الکترونیکی) ۲۷۱۷-۲۴۳۰

<http://Aftj.ir>

دوره ۴ | شماره ۲ پیاپی ۱۵ | ۹۵-۷۹

تابستان ۱۴۰۲

نوع مقاله: پژوهشی

به این مقاله به شکل زیر استناد کنید:
درون متن:

(کیانوش و همکاران، ۱۴۰۲)

در فهرست منابع:

کیانوش، زینت، میرزائیان، بهرام، و نجات، حمید. (۱۴۰۲). مقایسه اثربخشی درمان شناختی- رفتاری و درمان تعامل والد-کودک بر اضطراب و تنهایی کودکان مبتلا به اختلال اضطراب جدایی. *خانواده درمانی کاربردی*. ۷۹-۹۵، (۲).

چکیده

هدف: هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی درمان شناختی- رفتاری و درمان تعامل والد - کودک بر اضطراب و تنهایی کودکان مبتلا به اختلال اضطراب جدایی بود. روش پژوهش: پژوهش حاضر از نوع طرح‌های کاربردی و شبه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون- پس‌آزمون و پیگیری همراه با گروه گواه بود. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه کودکان (دختر و پسر) مبتلا به اختلال اضطراب جدایی شهر ساری در شش ماه نخست سال ۱۴۰۰ بود. نمونه این پژوهش شامل ۴۵ نفر از مراجعه‌کننده به مرکز مشاوره بامداد و مرکز مشاوره باور که با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و به طور تصادفی در دو گروه آزمایشی درمان شناختی- رفتاری و درمان تعامل والد-کودک و گروه گواه در لیست انتظار جای داده شدند. داده‌ها با استفاده از پرسشنامه، مقیاس اضطراب کودکان اسپنس (۱۹۹۷) و پرسشنامه تنهایی آشر و همکاران (۱۹۸۴) به دست آمد. داده‌ها با استفاده از روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و نرم افزار SPSS-26 به اجرا درآمد. یافته‌ها: نتایج نشان داد که بین دو گروه درمان شناختی- رفتاری و درمان تعامل والد-کودک بر اضطراب و تنهایی در کودکان مبتلا به اختلال اضطراب جدایی تفاوت معناداری وجود دارد و درمان شناختی- رفتاری سبب ایجاد تغییرات بیشتر در اضطراب در کودکان مبتلا به اختلال اضطراب جدایی شد و این درمان قوی‌تر از درمان تعامل والد-کودک در این گروه از بیماران است. اما با توجه به شاخص‌های میانگین و اندازه اثر بدست آمده در درمان تعامل والد-کودک سبب ایجاد تغییرات بیشتر در تنهایی در کودکان مبتلا به اختلال اضطراب جدایی شد و این درمان قوی‌تر از درمان شناختی- رفتاری در این گروه از کودکان مبتلا به اختلال اضطراب جدایی بود ($P < 0/001$). نتیجه‌گیری: بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که درمان شناختی- رفتاری بر اضطراب در کودکان مبتلا به اختلال اضطراب جدایی و درمان تعامل والد-کودک می‌تواند به عنوان روش مداخله‌ای موثری برای بهبود تنهایی کودکان مبتلا به اختلال اضطراب جدایی باشد.

کلیدواژه‌ها: درمان شناختی- رفتاری، درمان تعامل والد-کودک، اضطراب، تنهایی، اختلال اضطراب جدایی

مقدمه

اضطراب شایع‌ترین اختلال روان‌پزشکی در میان کودکان بوده و از لحاظ علت مراجعه به مراکز مراکز سلامت روان در مقام اول قرار دارد (لئوکی و همکاران، ۲۰۲۱). اختلال اضطرابی کلاسیک دوران کودکی، اختلال اضطراب جدایی است (ماتیس و همکاران، ۲۰۱۸). این اختلال در کودکان کمتر از ۱۲ سال بیشتر شیوع دارد، تشخیص این اختلال در دوران کودکی از نظر خطر سلامت روان در سراسر عمر قابل توجه است. اضطراب جدایی در کودکان به عنوان یکی از شاخص‌ترین علت رفتارهای ناسالم در رفتار، می‌تواند آسیب‌های ناگواری را برای کودک به دنبال داشته باشد. همچنین موجب اختلال در عملکرد اجتماعی و تحصیلی دیگر زمینه‌های مهم زندگی فرد خواهد شد. کودکان مبتلا به اختلال اضطراب جدایی اکثراً از رفتن به مدرسه، اردوهای تابستانی و فعالیت با دوستان امتناع می‌ورزند (مئونیدیل و همکاران، ۲۰۲۰). ویژگی اصلی اختلال اضطراب جدایی، ترس یا اضطراب بسیار زیاد در هنگام جدایی از خانه یا اشخاص دلبسته است و شدت آن بیش از آن است که از سطح رشد فرد انتظار می‌رود (ایل‌بای و همکاران، ۲۰۲۱). علاوه بر ترس برخی از پیامدهای منفی اضطراب جدایی در کودکان شامل، پرخاشگری، از دست دادن توانایی مهارگری، احساس گناه، تنهایی و مشکلات در سلامت روان و زندگی اجتماعی کودکان است (باسی و همکاران، ۲۰۲۲).

اضطراب حالتی است که بر عملکرد شناختی اثر گذاشته و موجب تحریف‌های ادراکی می‌شود. وجه افتراق آن از ترس این است که ترس، پاسخ مشابهی به یک تهدید شناخته شده است در صورتی که اضطراب پاسخ به تهدیدی است که ناشناخته، مبهم، یا متعارض می‌باشد. اغلب پیامدهای اضطراب شامل احساس وحشتی می‌شود که علائم جسمی بیانگر افزایش فعالیت سیستم اعصاب خودکار (تپش قلب و تعریق) همراه است (ریس و همکاران، ۲۰۱۹). یکی از موضوعاتی که در زمینه‌ی روابط بین فردی در دهه‌های گذشته مورد توجه بسیاری از روان‌شناسان قرار گرفته است، احساس تنهایی^۱ است. احساس تنهایی مجموعه‌ای پیچیده از احساس‌ها، شناخت‌ها، پریشانی‌ها و تجربه‌ی هیجان‌های منفی و نیز هسته‌ی اصلی بسیاری از اختلال‌های عاطفی است (لوادیس و همکاران، ۲۰۲۰). تنهایی، احساس ناخوشایندی است که در نتیجه‌ی کاستی در روابط اجتماعی فرد به صورت کمی و کیفی و دسترسی نداشتن به روابط نزدیک و مطلوب با دیگران به وجود می‌آید (دیویس و همکاران، ۲۰۱۹). تنهایی به عنوان یک تجربه منفی و درونی تعریف شده است که در کیفیت و کمیت شبکه‌های و گروه‌های اجتماعی ریشه دارد و احتمالاً بر سلامت و تندرستی فرد نیز تاثیر می‌گذارد. تنهایی توسط محققان مختلف به عنوان شاخصی مهم از رفاه اجتماعی فرد مورد بحث قرار گرفته است (کائو و همکاران، ۲۰۲۰). تنهایی دارای ابعاد اجتماعی و عاطفی است و حضور یکی به معنای حضور دیگری نیست. مفهوم تنهایی اجتماعی و احساسی ابتدا توسط وایس پیشنهاد شد و از سوی دیگر محققان حمایت شد. تنهایی اجتماعی به عنوان فقدان یک گروه اجتماعی توصیف شده است، که باعث می‌شود یک فرد احساس پوچی و عدم احساس تعلق به یک گروه یا جامعه را داشته باشد (مایس و همکاران، ۲۰۱۹).

در سال‌های اخیر پژوهش‌های زیادی درباره عوامل خانوادگی موثر در رفتار و طرز فکر کودک صورت گرفته است. این پژوهش‌ها نشان می‌دهد در بین عوامل مختلفی که در پرورش شخصیت سالم در کودکان و نوجوانان موثرند، نحوه ی ارتباط والدین و کودک از اساسی‌ترین عوامل محسوب می‌شود (گئورویتچ و همکاران، ۲۰۲۰). رابطه فرزند و والدین، هم‌چنان که این دو با یکدیگر کنش متقابل دارند رشد می‌کنند. رفتار فرزندان هم‌مانند رفتار و نگرش والدین به این کنش متقابل کمک می‌کند. هیچ پدر و مادری در پی آن نیست که زندگی فرزند خود را تباه کند و هیچ پدر و مادری قصد نمی‌کند که کودک ترسو، کمرو، لجباز، سهل‌انگار یا بی‌حوصله بار آورد، با این حال اغلب این رفتارهای نامطلوب، محصول روش‌های تربیتی و برخوردهای ناشیانه والدین با کودکان است. به نظر می‌رسد که درمان تعامل والد-کودک مستقیماً سبک والدینی را اصلاح می‌کند. از سوی دیگر در تحقیقات مختلف اثبات شده که سبک والدگری والدین با اختلالات رفتاری از جمله اضطراب جدایی مرتبط است؛ در نتیجه به نظر می‌آید درمان تعامل والد-کودک، درمان بالقوه موثری برای اختلال رفتاری در کودکان باشد (کیمونیس و همکاران، ۲۰۱۹). تعامل والد-کودک یک پدیده ی پیچیده و چند بعدی است و در اثر تعامل عوامل کلیدی متعددی از قبیل نگرش و میزان پذیرش والدین، نحوه ی مدیریت و کنترل رفتار، حس شایستگی اجتماعی، میزان دانش و مهارت والدگری، اعتماد به نفس و خوش فکری والدین در تربیت کودک و ایجاد محیطی با حداقل تعارض، مشکلات کلی روابط والد-کودک با حداقل تعارض، مشکلات کلی روابط والد-کودک و مراقبت عاطفی مادر از کودک، شکل می‌گیرد (لینمن و همکاران، ۲۰۱۹). بارلو و کورن (۲۰۱۸) در تحقیقی به بررسی اثربخشی برنامه والدگری مثبت در اصلاح شیوه‌های فرزندپروری پرداخته است. نتایج نشان داده این برنامه در درمان و پیشگیری از اختلالات کودکی، تاثیر معنی داری داشته است. این برنامه واکنش‌های عاطفی مضطرب کننده را که شامل افسردگی، عصبانیت، اضطراب و سطح بالای استرس است را کاهش می‌دهد. یکی از روش‌های درمانی و آموزشی متمرکز بر کودک، روش شناختی-رفتاری است. رویکرد شناختی-رفتاری با دسته‌ای از روش‌ها مشخص می‌شود که در آنها تأکید بر سازگاری درونی فرد است (سیلک و همکاران، ۲۰۲۰). کائوفمن و همکاران (۲۰۱۹) اساس این رویکرد را بدین صورت شرح داده‌اند: شناخت (افکار)، عواطف (هیجان‌ها) و رفتار (اعمال) کودک را نمی‌توان به صورت مجزا رسیدگی کرد، زیرا آن‌ها فرایندهای هم‌پوش هستند. در سال‌های اخیر رویکرد شناختی رفتاری با مراجعان کودک، توجه و حمایت چشمگیری را از زاویه محققین و روان‌درمانگران دریافت کرده است. این روش تاکنون در مشکلات و اختلالات مختلف کودک از جمله افسردگی، اضطراب، خشم و پرخاشگری، اختلالات خوردن و غیره به کار گرفته شده است سیلک و همکاران نشان دادند که رویکرد شناختی-رفتاری، باعث کاهش اختلالات اضطرابی کودکان شد (سیلک و همکاران، ۲۰۱۸). همچنین ویگیرلند و همکاران اثربخشی درمان شناختی-رفتاری بر اضطراب کودکان بد سرپرست را بررسی کرده‌اند که نتایج نشان دهنده کاهش اضطراب در این کودکان بود (ویگیرلند و همکاران، ۲۰۱۷). درمان شناختی-رفتاری نه تنها در مورد مشکلات و اختلالات بسیاری به کار گرفته شده، بلکه در محیط‌های مختلفی نیز استفاده گردیده است (سیلک و همکاران، ۲۰۲۰). پژوهش‌ها، ابعاد مختلفی را مرتبط با مشکلات اضطرابی در کودکان بررسی کرده‌اند و اثربخشی روش‌های مختلف بر این مشکلات را سنجیده‌اند، ولی بر طبق بررسی پژوهشگر، تاکنون پژوهشی در حوزه خانواده‌های بازساختاریافته انجام نگرفته و میزان تاثیر مداخلات شناختی-

رفتاری بر اضطراب در این نوع ساختار، به صورت علمی سنجیده نشده است. متأسفانه، بسیاری از پیشینه موجود، ارزیابی مشکلات اعضای خانواده بازساختاریافته را به عنوان یک خیابان "یک طرفه" می‌بیند، که بیشتر مداخلات بر روی بزرگسالان خانواده‌های بازساختاریافته توجه دارد و محققان بر اهمیت پیگیری مداخلات مبتنی بر کودکان در مطالعه زندگی خانوادگی بازساختاریافته تأکید کرده‌اند (جینسین و همکاران، ۲۰۱۸). با توجه به کمبود پژوهش مداخله‌گرانه بر روی کودکان در خانواده بازساختاریافته، لزوم پژوهش‌های بیشتر در این زمینه احساس می‌گردد.

از آنجایی که ریشه بسیاری از اختلال‌های کودکی در تعاملات منفی والدین و کودک است، درمانی برای اختلال اضطراب جدایی در کودک که هدفش بازسازی تعاملات والدین-کودک باشد می‌تواند در درمان اختلالات کودکی مفید باشد. این پژوهش به دنبال این است که اثربخشی درمان شناختی-رفتاری و درمان تعامل والد-کودک در کودکان مبتلا به اختلال اضطراب جدایی را مقایسه کرده و تأثیر هر کدام را به صورت جداگانه برای متغیرهایی مثل راهبردهای تنظیم شناختی هیجان، تعارض والد-فرزند، اضطراب و تنهایی کودکان بررسی شود. با توجه به اهمیت و تأثیر پیامدهای روانی اختلال اضطراب جدایی، در صورت تأثیر مشخص خواهد شد کدام روش درمان موثرتر است و می‌توان از آن جهت درمان بهره جست. کارآمدی دارو درمانی در مورد اختلال‌های اضطرابی به وضوح روشن نیست و بسیاری از والدین از دارو درمانی به دلیل عوارض جانبی آن امتناع می‌ورزند. این رویکردهای درمانی (درمان شناختی-رفتاری و درمان تعامل والد-کودک) تا به حال در ایران در حیطه اختلال اضطراب جدایی کودکان، کارآزمایی بالینی نشده است. پژوهشگر در این پژوهش در پی پاسخ به سئوالات زیر است:

۱. آیا مداخله درمان شناختی-رفتاری و درمان تعامل والد-کودک بر اضطراب و تنهایی کودکان مبتلا به اختلال اضطراب جدایی در مرحله پس‌آزمون موثر است؟
۲. آیا مداخله درمان شناختی-رفتاری و درمان تعامل والد-کودک بر اضطراب و تنهایی کودکان مبتلا به اختلال اضطراب جدایی در مرحله پیگیری پایدار است؟
۳. آیا بین اثربخشی درمان شناختی-رفتاری و درمان تعامل والد-کودک بر اضطراب و تنهایی کودکان مبتلا به اختلال اضطراب جدایی تفاوتی وجود دارد؟

روش پژوهش

پژوهش حاضر از نوع طرح‌های کاربردی و شبه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون و پیگیری همراه با گروه کنترل بود. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه کودکان (دختر و پسر) مبتلا به اختلال اضطراب جدایی شهر ساری در شش ماه نخست سال ۱۴۰۰ بود. نمونه این پژوهش شامل ۴۵ نفر از مراجعه‌کننده به مرکز مشاوره بامداد و مرکز مشاوره باور که با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و به طور تصادفی در دو گروه آزمایشی درمان شناختی-رفتاری و درمان تعامل والد-کودک و یک گروه لیست انتظار جای داده شدند. معیارهای ورود عبارت بودند از: دریافت تشخیص اختلال اضطراب جدایی توسط یک متخصص روان‌پزشکی یا یک متخصص روان‌شناسی؛ سن بین ۹ الی ۱۱ سال؛ داروی اعصاب و روان در طول سه ماهه گذشته مصرف نکرده است؛ به بیماری صعب‌العلاج جسمی مانند سرطان و نظیر

آن مبتلا نباشند؛ به اختلال روان پزشکی جدی مانند سایکوتیک و نظیر آن مبتلا نباشند؛ حداقل کلاس سوم ابتدایی باشند؛ تکمیل موافقت‌نامه‌ی رضایت آگاهانه در خصوص شرکت در طرح پژوهش توسط والدین. غیبت بیش از دو جلسه در درمان؛ ابتلا به یک اختلال پسیکوتیک نیز به عنوان معیارهای خروج از طرح در نظر گرفته شدند.

ابزار پژوهش

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

۲. **پرسشنامه تنهایی.** این پرسشنامه که توسط آشر، هایمل و رنشاو (۱۹۸۴) احساس تنهایی کودک از تنهایی و نارضایتی اجتماعی وی را ارزیابی می‌کند. دارای ۲۴ سوال است که ۸ سوال آن انحرافی است و به موضوعات مورد علاقه آزمودنی‌ها مربوط است، اما در نمره گذاری مقیاس احساس تنهایی از آنها استفاده نمی‌شود بنابراین سوال‌های انحرافی این است که آزمودنی‌ها با احساس آرامش و راحتی بیشتری نگرش‌های خود را ابراز و از بروز پاسخ‌های جهت‌دار جلوگیری شود. به ۱۶ ماده نمره تعلق می‌گیرد و دامنه آن بین ۱۶ تا ۸۰ است. نمره گذاری سوال‌ها بر اساس مقیاس رتبه‌بندی لیکرت است و روی یک مقیاس ۵ درجه‌ای قرار دارد (اصلا در مورد من درست نیست=۱، کمی در مورد من درست است=۲، گاهی در مورد من درست است=۳، غالباً در مورد من درست است=۴، کاملاً در مورد من درست است=۵). عبارات (۳،۶،۹،۱۲،۱۴،۱۷،۱۸،۲۰،۲۱،۲۴) باید به صورت معکوس نمره گذاری شود. در محاسبات مربوط به پایایی (حسین چاری، ۱۳۸۱) مشخص شد که مقیاس مورد بحث از ثبات درونی منافی برخوردار است. ضریب آلفای کرونباخ برابر با ۰/۸۱ است و نیز همسانی درونی آن با توجه به همبستگی ۰/۶۶ بین دو نیمه آزمون و با استفاده از روش تنصیف در سطح قابل قبولی است که این مقدار پس از اصلاح به روش اسپیرمن- براون، برای محاسبه ضریب پایایی کل مقیاس، برابر با ۰/۷۹ است. ضریب پایایی گاتمن نیز ۰/۷۹ به دست آمده که همه در سطح قابل قبول است.

۳. **درمان شناختی- رفتاری.** در این پژوهش از درمان شناختی- رفتاری مبتنی بر برنامه مقابله‌ای کندال (۱۹۹۴) برای اجرای درمان شناختی- رفتاری استفاده شد که خلاصه محتوای آن در جدول زیر آورده شده است.

جدول ۱. شرح مختصر جلسات درمان شناختی- رفتاری مبتنی بر برنامه مقابله‌ای کندال (۱۹۹۴)

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

۴. درمان تعامل والد کودک. در این پژوهش از بسته تهیه شده توسط مک نیل و همبری-کیگین (۲۰۱۰) برای اجرای درمان تعامل والد کودک استفاده شد که خلاصه محتوای آن در جدول زیر آورده شده است.

جدول ۲. خلاصه جلسات درمان تعامل والد-کودک (مک نیل و همبری-کیگین، ۲۰۱۰)

جلسه	هدف	فرایند جلسه
اول	ارزیابی اولیه و تعیین جهت گیری درمان	در قالب یک مصاحبه اطلاعات تاریخچه‌ای درباره کودک و مشکل کنونی گردآوری شده و درمانگر فرصت آشنایی با کودک و شرایط خانواده را به دست آورد. درمانگر در مورد اهداف، مراحل، فرایند درمان و توضیح اولین تکالیف منزل به والدین آگاهی الزم را می‌دهد. مرحله اول: تعامل کودک محور
دوم	آموزش مهارت- های تعامل کودک	در این جلسه به والدین منطق استفاده از جلسات بازی درمانی مختصر روزانه در خانه توصیف می‌شود. پس از آن مجموعه‌ای از مهارت‌هایی را که

	محور (بدون حضور کودک)	نباید انجام شود "پرهیزی" و مجموعه‌ای از مهارت‌هایی را که باید انجام شود "انجام دادنی" ارائه می‌شود و هر مهارت با منطقتش توصیف می‌شود. درمانگر مفهوم "توجه راهبردی" و "چشم پوشی انتخابی" را به منظور شکل‌دهی رفتار ارائه می‌دهد. در پایان جلسه جزوه‌های مهارت‌ها و برگه تکلیف منزل داده می‌شود.
سوم	جلسه هدایت و تمرین مهارت‌های تعامل کودک (با حضور کودک)	مرور و واریسی تکالیف، تقویت رابطه درمانی با خانواده و ارائه حمایت از اهداف این جلسه است. در حین هدایتگری بیشتر بر توصیفات رفتاری تمرکز می‌شود و صرفاً بازخورد مثبت بدون اشاره به خطاها ارائه می‌شود. در انتها بیشتر بر نقاط قوت والدین تأکید می‌شود و از آنها خواسته می‌شود در تکلیف خانگی بیشتر برای کاهش تعداد سؤالات و افزایش بازخوردها تلاش کنند
چهارم	جلسه هدایتگری همراه با توضیح موضوع الگوگیری کودکان از والدین (با حضور کودک)	مرور و واریسی تکالیف، درباره این که شکل‌گیری بسیاری از رفتارهای نامطلوب در نتیجه الگوگیری کودکان از رفتارهای بزرگترهای خودشان است، توضیحاتی داده می‌شود. در حین هدایت والدین بیشتر بر عدم استفاده از سؤال تأکید می‌شود. آموزش‌هایی در زمینه کنترل خشم ارائه می‌شود. در تکلیف منزل، والدین تشویق می‌شوند که روی افزایش تمجید عنوان‌دار تمرکز کنند.
پنجم	جلسه هدایتگری همراه با تأکید بر موضوع دریافت حمایت (با حضور کودک)	مرور و واریسی تکالیف، «دریافت حمایت» موضوعی است که با والدین درمیان گذاشته می‌شود و آنها ترغیب می‌شوند که از سایر افرادی که در محیط اطرافشان هستند در مواقع ضروری به شیوه مناسبی حمایت دریافت کنند. در تکلیف منزل، والدین تشویق می‌شوند که روی مهارت‌هایی که هنوز مسلط نشده‌اند تمرکز کنند.
ششم	جلسه هدایتگری با تأکید بر موضوع استرس کودکان (با حضور کودک)	مرور و واریسی تکالیف، در این جلسه با والدین درباره تأثیر استرس بر کودکان و درک هیجانی کودکان صحبت می‌شود. در فرآیند هدایتگری نیز توجه ویژه‌ای به استفاده از مهارت‌ها به صورت ترکیبی می‌شود. از این جلسه به بعد اگر والدین بر مهارت‌ها مسلط شده بودند درمان وارد مرحله دوم می‌شود.
هفتم	آموزش مهارت-های تعامل والدمحور (بدون حضور کودک)	در این جلسه مهارت‌های تعامل والدمحور که شامل بحث بر سر چگونگی دستورالعمل مؤثر، تحسین فرمان‌پذیری کودک و اجرای صحیح فرآیند محرومیت در صورت نافرمانی کودک به والدین آموزش داده می‌شود.
هشتم	جلسه هدایتگری (با حضور کودک)	در ابتدای جلسه کل فرآیند با والدین مرور می‌شود و سپس متناسب با سطح رشد کودک رویه‌ی محروم‌سازی برای او توضیح داده می‌شود. اگر فرآیند کار در این جلسه به خوبی اجرا شود و جلسه با فرمان‌پذیری کودک به پایان برسد از والدین خواسته می‌شود تا اولین تکلیف خانگی مرحله دوم درمان را در خانه انجام دهند.
نهم	جلسه هدایتگری	مرین مهارت‌های این مرحله ادامه پیدا می‌کند. برای والدین ملاک‌های

<p>کسب مهارت توضیح داده می‌شود. از این پس به دنبال تعمیم‌دهی مهارت‌ها به محیط‌هایی غیر از اتاق بازی هستیم از این‌رو از والدین خواسته می‌شود در صورت نیاز از مهارت‌ها در اتاق انتظار یا پس از پایان هر جلسه استفاده نمایند. اگر والدین اولین تکلیف خانگی را با موفقیت انجام داده باشند، تکلیف خانگی دیگری که شامل موقعیت جمع‌آوری اسباب بازی‌هاست به آنها داده می‌شود.</p>	<p>همراه با آغاز تعمیم‌دهی مهارت‌ها به خارج از اتاق بازی (با حضور کودک)</p>
<p>تأثیرات درمان بر رفتار کودک با والدین مرور می‌شود و ارتقاء مهارت‌های هر دو مرحله درمان ادامه می‌یابد. از این پس از والدین خواسته می‌شود از مهارت‌های این مرحله برای مسائلی استفاده کنند که فرمان‌پذیری کودک در آن موارد برای والدین مهم است و برای سایر مسائل، از تکنیک‌های آموزش داده شده دیگر استفاده نمایند.</p>	<p>دهم جلسه هدایت‌گری (با حضور کودک)</p>
<p>بعد از هدایت تعامل والدمحور، مشکلات رفتاری باقیمانده با والدین مرور خواهد شد. برای هر مشکل معین می‌شود که چه شیوه‌ای مناسب است. فرآیند تعیین قوانین خانگی و چگونگی اجرای آن به والدین آموزش داده می‌شود.</p>	<p>یازدهم جلسه هدایت‌گری همراه با آموزش تنظیم قوانین خانگی (با حضور کودک)</p>
<p>فرآیند هدایت‌گری ادامه می‌یابد و در صورتی که والدین فاصله زیادی از ملاک‌های تسلط بر مهارت‌ها داشته باشند زمان بیشتری صرف هدایت تعامل خواهد شد. در صورت تثبیت قوانین خانگی قبلی در صورت نیاز با همکاری والدین قوانین جدیدی تعیین می‌شود. به رفتار کودک در اماکن عمومی پرداخته می‌شود و نکات لازم برای کنترل رفتار او در این اماکن گفته خواهد شد.</p>	<p>دوازدهم جلسه هدایت‌گری همراه با آموزش مدیریت رفتار در اماکن عمومی (با حضور کودک)</p>
<p>آماده‌سازی خانواده برای اتمام درمان از طریق هدایت تعامل در ابتدای این جلسه در اتاق بازی انجام خواهد شد. سپس نکات آموزش داده شده درباره کنترل رفتار کودک در مکان عمومی با والدین مرور می‌شود. بخش میانی جلسه برای تمرین همین نکات در یک مکان عمومی ادامه می‌یابد.</p>	<p>سیزدهم در یک مکان عمومی (با حضور کودک)</p>
<p>در حالی که به منظور آماده‌سازی خانواده برای اتمام درمان بر مهارت‌های ضعیف‌تر تمرکز بیشتری می‌شود، به مسائلی که مانع به تسلط رسیدن در مهارت‌ها هستند نیز توجه خواهد شد. در صورت نیاز والدین با درمانگر بازی نقش مهارت‌های ضعیف‌تر را انجام می‌دهند. اگر بخشی از مشکلات باقیمانده به رابطه کودک با خواهر یا برادرش مربوط است، می‌توان تکلیف خانگی بازی دو نفره کودکان را به آنها داد و حتی جلسه‌ای را با حضور خواهر یا برادر کودک هدایت نمود. اهداف و برنامه این جلسه تا زمان تسلط یافتن والدین بر مهارت‌ها می‌تواند ادامه داشته باشد.</p>	<p>چهاردهم جلسه هدایت‌گری و حل مسائلی که مانع اتمام درمان هستند (با حضور کودک)</p>
<p>ارزیابی ملاک‌های اتمام آموزش همراه با معرفی تکنیک‌های دیگر مدیریت رفتار در این جلسه انجام می‌شود. باید بر اهمیت ادامه دادن استفاده از</p>	<p>پانزدهم جلسه فارغ التحصیلی (با)</p>

مهارت‌ها تأکید شود و درمانگر رضایت خود را از موفقیت والدین در فرآیند درمان نشان دهد. به خانواده‌ها گفته می‌شود که در هر زمان با مشکلی مواجه شدند می‌توانند با درمانگر در تماس باشند و در صورت نیاز برای آنها جلسه فوق العاده‌ای برگزار خواهد شد.

شیوه اجرا. ملاحظات اخلاقی در این پژوهش به این صورت بود که شرکت در این پژوهش کاملاً اختیاری بود. قبل از شروع طرح، مشارکت‌کنندگان با مشخصات طرح و مقررات آن آشنا شدند. نگرش و عقاید افراد مورد احترام بود. اعضای گروه آزمایش و گواه، اجازه خروج از پژوهش در هر مرحله‌ای داشتند. علاوه بر این، اعضای گروه گواه در صورت علاقه‌مندی می‌توانستند بعد از اتمام طرح، مداخله انجام شده برای گروه آزمایش را در جلسات درمانی مشابه، عیناً دریافت کنند. کلیه مدارک و پرسشنامه‌ها و سوابق محرمانه، تنها در اختیار مجریان بود. رضایت نامه کتبی آگاهانه از همه داوطلبان اخذ گردید. در بررسی توصیفی داده‌ها شاخص‌های آماری مربوط به هر یک از متغیرهای پژوهش محاسبه گردید. در بخش آمار استنباطی از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و نرم افزار SPSS-22 استفاده گردیده است.

یافته‌ها

یافته‌ها نشان داد که میانگین (انحراف معیار) سن در گروه تعامل والد- کودک (PCIT) ۱۰/۲ (۱/۴۶)، درمان شناختی- رفتاری (CBT) ۱۰/۵ (۱/۵۳) و گروه گواه ۱۰/۰ (۱/۴۲) بود. سه گروه از نظر سن شرکت‌کنندگان، تفاوت معناداری با هم نداشتند. اطلاعات جمعیت شناختی سه گروه نمونه در شاخص‌های سن، وضعیت تحصیلی، جنسیت نشان داده می‌شود. با توجه به اینکه بالاتر از $P > 0.05$ بدست آمده بنابراین بین متغیرهای جمعیت شناختی در سه گروه در آزمون خی دو تفاوت معناداری وجود ندارد. بنابراین متغیرهای جمعیت شناختی معرف متغیر کنترل در پژوهش هستند.

جدول ۳. میانگین و انحراف استاندارد نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون اضطراب در گروه آزمایش و گواه

متغیر وابسته	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری
		میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	
اضطراب	آزمایش (CBT)	۵۳/۲۱	۱۱/۸۱	۳۹/۸۶	۶/۴۴	۳۹/۴۳
	آزمایش (PCIT)	۵۳	۸/۴۰	۴۵/۴۳	۳/۷۷	۴۵/۳۶
	گواه	۵۳/۵۰	۵/۲۵	۵۳/۳۶	۸/۲۵	۵۳/۲۹
تنهایی	آزمایش (CBT)	۴۶/۲۹	۳/۷۹	۴۰/۵۰	۳/۱۳	۴۰/۲۹
	آزمایش (PCIT)	۴۶/۷۱	۵/۲۹	۳۴/۵۷	۶/۳۹	۳۴/۲۹
	گواه	۴۶/۲۱	۵/۱۳	۴۶	۳/۸۸	۴۵/۸۶

چنانکه در جدول ۳ مشاهده می‌شود، میانگین نمرات پیش‌آزمون اضطراب و تنهایی در دو گروه آزمایش (CBT و PCIT) و گواه تقریباً با هم برابر بوده اما، در پس‌آزمون میانگین نمرات اضطراب و تنهایی گروه

آزمایش (PCIT و CBT) به مراتب متفاوت از میانگین نمرات گروه گواه بوده و همچنین در جدول فوق به تناسب مقادیر پیگیری در دو گروه آزمایش (PCIT و CBT) و گواه نیز قابل مشاهده می‌باشد.

جدول ۴. نتایج آزمون توزیع طبیعی نمره‌ها و آزمون همگنی واریانس‌ها

متغیر	گروه	کولموگروف-اسمیرنف		آزمون لوین		موخلی	
		درجه آزادی	آماره	درجه آزادی	آماره	موخلی	معناداری
اضطراب	آزمایش	۱۵	۰/۶۳۸	۴۰	۱/۵۰	۰/۸۴	۰/۱۶
	آزمایش	۱۵	۰/۵۹۲				
	گواه	۱۵	۰/۶۱۸				
تنهایی	آزمایش	۱۵	۰/۸۲۱	۴۰	۲/۳۳	۰/۹۱	۰/۲۷
	آزمایش	۱۵	۱/۱۲				
	گواه	۱۵	۰/۷۸۱				

نتایج تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر چند متغیری در بین گروه‌های مورد مطالعه در متغیرهای اضطراب و تنهایی نشان داد اثر بین آزمودنی (گروه) معنادار می‌باشد و این اثر بدین معنی است که حداقل یکی از گروه‌ها با یکدیگر در حداقل یکی از متغیرهای اضطراب و تنهایی تفاوت دارند. اثر درون آزمودنی (زمان) برای متغیرهای پژوهش نیز معنادار بود که بدین معنی است که در طی زمان از پیش آزمون تا پیگیری حداقل در یکی از متغیرهای میانگین با تغییر همراه بوده است.

جدول ۵. خلاصه نتایج تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر با گروه بندی، مراحل درمانی و تعامل متقابل

منابع تغییر	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	F	معنی داری	اندازه اثر	تفسیر
گروه	۱۸۰۲/۹۶۸	۲	۹۰۱/۴۸۴	۱۲/۵۵۱	۰/۰۱	۰/۳۹۲	اضطراب
مراحل درمان	۱۰۹۲/۹۶۴	۱	۱۰۹۲/۹۶۴	۲۷/۲۹۰	۰/۰۱	۰/۴۱۲	
تعامل گروه و مراحل درمان	۶۴۶/۵۷۱	۲	۳۲۳/۲۸۶	۸/۰۷۲	۰/۰۱	۰/۲۹۳	
گروه	۱۱۸۲/۱۴۳	۲	۵۹۱/۰۷۱	۱۷/۸۲۷	۰/۰۱	۰/۴۷۸	تنهایی
مراحل درمان	۸۳۲/۴۴۰	۱	۸۳۲/۴۴۰	۵۲/۵۳۲	۰/۰۱	۰/۵۷۴	
تعامل گروه و مراحل درمان	۵۱۰/۷۳۸	۲	۲۵۵/۳۶۹	۱۶/۲۹۲	۰/۰۱	۰/۴۵۵	

نتایج جدول ۵ نشان می‌دهد مقدار F محاسبه شده برای اثر مراحل (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) در سطح ۰/۰۱ معنی دار است. به طور مشخص در تعامل گروه و مراحل درمان برای اضطراب ($\eta^2 = ۰/۲۹۳$)، نتیجه بین میانگین نمرات پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری نمرات اضطراب و تنهایی کودکان مبتلا به اختلال اضطراب جدایی در مراحل سه‌گانه پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری درمانی تفاوت معنی دار وجود دارد. نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی به منظور بررسی تفاوت بین میانگین‌ها در مراحل درمانی محاسبه شد.

جدول ۶. خلاصه نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی جهت تعیین تفاوت پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری

پیش آزمون	مرحل ۱	مرحله ۲	تفاوت میانگین ها	خطای استاندارد	معنی داری
اضطراب	پیش آزمون	پس آزمون	۷/۰۲۴	۱/۳۷۸	۰/۰۰۱
	پیش آزمون	پیگیری	۷/۲۱۴	۱/۳۸۱	۰/۰۰۱
	پس آزمون	پیگیری	۰/۱۹۰	۱/۲۶۶	۰/۸۸۱
تنهایی	پیش آزمون	پس آزمون	۶/۳۱۰	۰/۹۴۵	۰/۰۰۱
	پیش آزمون	پیگیری	۶/۲۶۲	۰/۸۶۴	۰/۰۰۱
	پس آزمون	پیگیری	۰/۰۴۸	۱/۰۰۳	۰/۹۶۲

نتایج جدول ۶ نشان می‌دهد بین نمرات اضطراب و تنهایی کودکان مبتلا به اختلال اضطراب جدایی در مراحل پیش‌آزمون با پس‌آزمون، پیش‌آزمون با پیگیری تفاوت معنی دار وجود دارد. تفاوت بین پس‌آزمون با پیگیری معنی دار نمی‌باشد که ناشی از ثبات درمان است. مقایسه میانگین‌های نشان می‌دهد که اضطراب و تنهایی کودکان مبتلا به اختلال اضطراب جدایی در مرحله پس‌آزمون و مرحله پیگیری نسبت به مرحله پیش‌آزمون به طور معنی دار متفاوت است.

جدول ۷. خلاصه نتایج آزمون تعقیبی توکی برای دو گروه آزمایش

متغیر	گروه ها	تفاوت میانگین ها	خطای استاندارد	معنی داری
اضطراب	گروه PCIT- گروه CBT	۳/۷۶۲	۱/۸۴۹	۰/۰۴
تنهایی	گروه PCIT- گروه CBT	۳/۵۷۱	۱/۲۵۷	۰/۰۱

نتایج جدول ۷ نشان می‌دهد بین نمرات اضطراب و تنهایی در کودکان مبتلا به اختلال اضطراب جدایی در گروه آزمایشی PCIT با گروه آزمایشی CBT تفاوت معنی دار وجود دارد و با توجه به شاخص‌های میانگین و اندازه اثر بدست آمده درمان CBT سبب ایجاد تغییرات بیشتر در اضطراب در کودکان مبتلا به اختلال اضطراب جدایی شد و این درمان قوی تر از درمان PCIT در این گروه از بیماران است. اما با توجه به شاخص‌های میانگین و اندازه اثر بدست آمده در درمان PCIT سبب ایجاد تغییرات بیشتر در تنهایی در کودکان مبتلا به اختلال اضطراب جدایی شد و این درمان قوی تر از درمان CBT در این گروه از کودکان مبتلا به اختلال اضطراب جدایی است.

بحث و نتیجه گیری

هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی درمان شناختی- رفتاری و درمان تعامل والد- کودک بر اضطراب و تنهایی کودکان مبتلا به اختلال اضطراب جدایی بود. با توجه به یافته‌های به دست آمده ملاحظه می‌شود که بین دو گروه درمان شناختی- رفتاری و درمان تعامل والد- کودک بر اضطراب و تنهایی کودکان مبتلا به اختلال اضطراب جدایی تفاوت معناداری وجود دارد و درمان شناختی- رفتاری سبب ایجاد تغییرات بیشتر در اضطراب در کودکان مبتلا به اختلال اضطراب جدایی شد و این درمان قوی تر از درمان

تعامل والد-کودک در این گروه از بیماران است. اما با توجه به شاخص‌های میانگین و اندازه اثر بدست آمده، درمان تعامل والد-کودک سبب ایجاد تغییرات بیشتر در تنهایی در کودکان مبتلا به اختلال اضطراب جدایی شد و این درمان قوی‌تر از درمان شناختی-رفتاری در این گروه از کودکان مبتلا به اختلال اضطراب جدایی بود. نتایج این یافته با یافته پژوهش اولادیان (۲۰۲۳)، طالب پور و همکاران (۱۳۹۲)، عباسی (۱۳۸۸)، سالک ابراهیمی، عباسی، قاسم زاده، محمدی، صابری (۲۰۱۹)، واکیمیزو و همکاران (۲۰۱۴) همسو بود.

در تبیین اثربخشی بیشتر درمان تعامل والد-کودک نسبت به درمان شناختی رفتاری بر تنهایی کودکان مبتلا به اختلال اضطراب جدایی می‌توان گفت که درمان تعامل والد-کودک به والدین کمک می‌کند تا مشکلات رفتاری و هیجانی از جمله احساس تنهایی کودک خود را درک کرده و آنها را به خوبی کنترل و مهار کنند (نصرتی و نعمت‌طاوسی، ۲۰۲۰)؛ علاوه بر این، درمان تعامل والد-کودک از طریق فراهم آوردن اطلاعات مناسب درباره شرایط کودک و نحوه رفتار با او، مکانیسم سازگاری والدین را بهبود می‌بخشد و موجب می‌شود والدین مسیر دشوار رشد کودک خود را بهتر بپذیرند و در پیشرفت کودکشان نقش موثرتری داشته باشند (کیمونیس و همکاران، ۲۰۱۹). همین امر موجب بهبود تنهایی کودکان مبتلا به اختلال اضطراب جدایی می‌شود. همچنین در درمان تعامل والد-کودک سعی می‌شود به والدین آموزش داده شود تا در صورت مواجهه با علائم اضطراب جدایی در کودکانشان آشفته نشوند و واکنشی نشان ندهند که باعث تقویت رفتارهای اجتناب و متعاقباً دوام این علائم در کودک گردد. والدین باید نسبت به ساختار و ماهیت شکل‌گیری علائم اضطراب آگاهی کسب کنند و بفهمند که چگونه رفتار خودشان باعث ماندگاری علائم کودک می‌گردد. همچنین در این رویکرد به والدین آموزش داده می‌شود تا در صورت مواجهه با نشانگان بالینی و هیجانات منفی در کودکانشان آشفته نشود و واکنشی نشان ندهند که باعث تقویت رفتارهای اجتنابی و متعاقباً دوام این علائم در کودک گردد. مکانیسم عمل و منطقی که آموزش-های فوق براساس آن طرح‌ریزی شده‌اند، بر این اعتقاد استوار است که تجربه استرس‌ورهای عمده باعث بازداری از موقعیت‌های ارتباطی می‌شود و بازداری از فهم و جذب تجربه جلوگیری می‌کند. واداشتن کودک به رویارویی با تجربه آسیب‌زا باعث تسهیل فرایند جذب می‌شود و کودک از مشکل رهایی می‌یابد. در این دیدگاه اعتقاد بر این است.

در تبیین اثربخشی بیشتر درمان شناختی رفتاری نسبت به درمان تعامل والد-کودک بر اضطراب کودکان مبتلا به اختلال اضطراب جدایی می‌توان به ارکان و مدل اصلی درمان شناختی رفتاری یعنی چرخه تأثیرگذاری شناخت، احساس و رفتار اشاره کرد. درمان شناختی رفتاری معتقد است که تجربه‌های اولیه و رفتار والدین شکل‌دهنده باورهای اساسی این کودکان هستند، که انتخاب و جذب اطلاعات جدید براساس این باورها شکل می‌گیرد. با حادث شدن اتفاقات مهم، باورهای اساسی فعال و باعث شکل‌گیری افکار خودکار می‌شود که این افکار نیز به نوبه خود منجر به تغییرات فیزیولوژیکی، رفتاری و هیجانی می‌شوند (سیلک و همکاران، ۲۰۲۰). کندال و همکاران (۱۹۹۴) کودکان اضطرابی به هنگام روبه‌رو شدن با حوادث مبهم آن را به تهدیدهای بالقوه نسبت می‌دهند، تمایل زیادی برای عیب‌جویی دارند و خودگویی منفی و انتظارات نابجا در آنها بالا می‌رود. درمان شناختی-رفتاری به کودکان در درک تعبیر صحیح حوادث و

تجارب، شناسایی و تغییر تحریف‌های شناختی کمک می‌کند، زیرا این درمان معتقد است که رفتار و احساسات، تحت تأثیر یادگیری این الگوهای شناختی نادرست قرار می‌گیرد و حالت‌های اضطرابی را در کودکان به وجود می‌آورد. بهره‌گیری از تکنیک‌هایی مانند به چالش کشیدن و تغییر باورهای ناکارآمد در کاهش اضطراب کودکان مبتلا به اختلال اضطراب جدایی تأثیر بسزایی دارد؛ زیرا بر اساس رویکرد شناختی، حالت‌های هیجانی مانند اضطراب به وسیله تفکر افراطی تداوم و از طریق تحریف در پردازش اطلاعات، شدت می‌یابند. بر طبق این رویکرد، اطلاعاتی که همخوان با باورهای قبلی آنها باشند مورد توجه قرار می‌گیرند. محدودیت‌های این پژوهش عبارت بود از: روش نمونه‌گیری در دسترس که نمونه ممکن بود معرف کاملی از جامعه آماری نباشد، بهتر است نتایج تنها به جامعه‌ای که نمونه از آن انتخاب شده است، تعمیم داده شود. وجود متغیرهای مداخله‌گر مانند بار فرهنگی بعضی از جملات و کلمات پرسشنامه‌ها و همچنین امتناع افراد از پاسخگویی به همه سؤالات پرسشنامه که پژوهشگر به منظور جمع‌آوری پرسشنامه‌ها زمان زیادی صرف کرد. پیشنهاد می‌شود این پژوهش در گروه‌های دیگر و به روش‌های نمونه‌گیری تصادفی انجام شود.

موازن اخلاقی

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

سپاسگزاری

از همه افراد شرکت‌کننده در پژوهش و همه افرادی که در اجرای این پژوهش همکاری داشتند؛ تشکر و قدردانی می‌شود.

مشارکت نویسندگان

پژوهش حاضر حاصل اقتباس از رساله دکتری نویسنده اول بود. همه نویسندگان این پژوهش در طراحی، مفهوم‌سازی، روش‌شناسی، گردآوری داده‌ها، تحلیل آماری داده‌ها، پیش‌نویس، ویراستاری و نهایی‌سازی نقش یکسانی داشتند.

تعارض منافع

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

منابع

طالب پور نیسی، عبدالکاسم، مهربابی زاده هنرمند، شهین، و بیلاق، منیجه سودابه. (۱۳۹۲). اثربخشی درمان گروهی تعامل والد-کودک بر کاهش نشانه‌های اختلال اضطراب جدایی دانش‌آموزان. مجله دست‌آوردهای روان‌شناختی، ۲۰(۱)، ۶۱-۷۸.

عباسی، مرضیه، نشاط دوست، حمیدطاهر، و آقامحمدیان شرباف، حمیدرضا. (۱۳۸۹). اثربخشی درمان تعامل والد-کودک بر کاهش نشانه‌های اختلال اضطراب جدایی. *مجله روانشناسی بالینی*، ۲ (۶)، ۵۷-۴۷.

References

- Abbasi, M., Neshat Doust, H., & Agha Mohammadian Sherbaf, H. (2010). The effectiveness of parent-child interaction therapy on reducing the symptoms of separation anxiety disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 2 (6), 47-57. (In Persian)
- Barlow, J., & Coren, E. (2018). The effectiveness of parenting programs: a review of Campbell reviews. *Research on Social Work Practice*, 28(1), 99-102.
- Bassi, G., Mancinelli, E., Spaggiari, S., Lis, A., Salcuni, S., & Di Riso, D. (2022). Attachment Style and Its Relationships with Early Memories of Separation Anxiety and Adult Separation Anxiety Symptoms among Emerging Adults. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(14), 8666.
- Cao, Q., Xu, X., Xiang, H., Yang, Y., Peng, P., & Xu, S. (2020). Bullying victimization and suicidal ideation among Chinese left-behind children: Mediating effect of loneliness and moderating effect of gender. *Children and youth services review*, 111, 104848.
- Davis, S. K., Nowland, R., & Qualter, P. (2019). The role of emotional intelligence in the maintenance of depression symptoms and loneliness among children. *Frontiers in psychology*, 1672.
- Dewald-Kaufmann, J., de Bruin, E., & Michael, G. (2019). Cognitive behavioral therapy for insomnia (CBT-i) in school-aged children and adolescents. *Sleep medicine clinics*, 14(2), 155-165.
- Elbay, R. Y., Görmez, A., Kılıç, A., & Avcı, S. H. (2021). Separation anxiety disorder among outpatients with major depressive disorder: Prevalence and clinical correlates. *Comprehensive Psychiatry*, 105, 152219.
- Gurwitsch, R. H., Salem, H., Nelson, M. M., & Comer, J. S. (2020). Leveraging parent-child interaction therapy and telehealth capacities to address the unique needs of young children during the COVID-19 public health crisis. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 12(S1), S82.
- Kimonis, E. R., Fleming, G., Briggs, N., Brouwer-French, L., Frick, P. J., Hawes, D. J., ... & Dadds, M. (2019). Parent-child interaction therapy adapted for preschoolers with callous-unemotional traits: An open trial pilot study. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 48(sup1), S347-S361.
- Lieneman, C. C., Quetsch, L. B., Theodorou, L. L., Newton, K. A., & McNeil, C. B. (2019). Reconceptualizing attrition in Parent-Child Interaction Therapy: "dropouts" demonstrate impressive improvements. *Psychology Research and Behavior Management*, 12, 543.
- Loades, M. E., Chatburn, E., Higson-Sweeney, N., Reynolds, S., Shafran, R., Brigden, A., ... & Crawley, E. (2020). Rapid systematic review: the impact of social isolation and loneliness on the mental health of children and adolescents in the context of COVID-19. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 59(11), 1218-1239.
- Lücke, J., Sabihi, M., Zhang, T., Bauditz, L. F., Shiri, A. M., Giannou, A. D., & Huber, S. (2021, August). The good and the bad about separation anxiety: roles of IL-22 and IL-22BP in liver pathologies. In *Seminars in immunopathology* (Vol. 43, No. 4, pp. 591-607). Springer Berlin Heidelberg.

- Maes, M., Nelemans, S. A., Danneel, S., Fernández-Castilla, B., Van den Noortgate, W., Goossens, L., & Vanhalst, J. (2019). Loneliness and social anxiety across childhood and adolescence: Multilevel meta-analyses of cross-sectional and longitudinal associations. *Developmental psychology*, 55(7), 1548.
- Matthies, S., Schiele, M. A., Koentges, C., Pini, S., Schmahl, C., & Domschke, K. (2018). Please don't leave me—Separation anxiety and related traits in borderline personality disorder. *Current Psychiatry Reports*, 20(10), 1-10.
- McNeil, Ch. B., Hembree- Kigin, T. (2010). *Parent-child Interaction Therapy*, Tehran: Arjmand Publication. (In Persian)
- Mundell, P., Liu, S., Guérin, N. A., & Berger, J. M. (2020). An automated behavior-shaping intervention reduces signs of separation anxiety-related distress in a mixed-breed dog. *Journal of veterinary behavior*, 37, 71-75.
- Nosrati, M., & Nemattavosi, M. (2020). The Effectiveness of Parent-Child Relationship-Based Play Therapy in Improving Parent-Child Conflict and Maternal Parenting Self-Efficacy. *Journal of Assessment and Research in Applied Counseling*, 2(2), 87-104.
- Rees, S., Channon, S., & Waters, C. S. (2019). The impact of maternal prenatal and postnatal anxiety on children's emotional problems: a systematic review. *European child & adolescent psychiatry*, 28(2), 257-280.
- Oladian, S. (2023). The effectiveness of parent-child interaction training on behavioral problems and aggression of children with ADHD symptoms. *Journal of Assessment and Research in Applied Counseling*, 5(2): 1-9.
- Salek Ebrahimi, L., Mousavi, S. E., Gharraee, B., Mohammadi Bytamar, J., & Saberi Isfeedvajani, M. (2019). Cognitive errors and psychological resilience in patients with social anxiety and obsessive-compulsive disorder: a cross-sectional study. *Hospital Practices and Research*, 4(1), 25-30. (In Persian)
- Silk JS, Pramana G, Sequeira SL, Lindhiem O, Kendall PC, Rosen D, et al. Using a Smartphone App and Clinician Portal to Enhance Brief Cognitive Behavioral Therapy for Childhood Anxiety Disorders. *Behavior Therapy* 2020; 51(1):69-84.
- Silk JS, Tan PZ, Ladouceur CD, Meller S, Siegle GJ, McMakin DL, et al. A randomized clinical trial comparing individual cognitive behavioral therapy and child-centered therapy for child anxiety disorders. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology* 2018;47(4):542-54.
- Spence, S. H. (1998). A measure of anxiety symptoms among children. *Behaviour research and therapy*, 36(5), 545-566.
- Talibpour Nisi, A., Mehrabizadeh Honarmand, S., & Yeylagh, M. (2013). Effectiveness of parent-child interaction group therapy in reducing students' separation anxiety disorder symptoms. *Journal of Psychological Achievements*, 20(1), 61-78. (In Persian)
- Vigerland S, Serlachius E, Thulin U, Andersson G, Larsson J-O, Ljótsson B. Long-term outcomes and predictors of internet-delivered cognitive behavioral therapy for childhood anxiety disorders. *Behaviour research and therapy* 2017;90:67-75.
- Wakimizu, R., Fujioka, H., Iejima, A., & Miyamoto, S. (2014). Effectiveness of the group-based Positive Parenting Program with Japanese families raising a child with developmental disabilities: A longitudinal study. *Journal of Psychological Abnormalities*

پرسشنامه اضطراب کودک

۲. از تاریکی می‌ترسم.
۳. وقتی مشکلی دارم در دلم احساس عجیبی پیدا می‌شود.
۴. من می‌ترسم.
۵. از تنها بودن در خانه می‌ترسم.
۶. عزمانی که باید امتحان بدهم می‌ترسم.
۷. زمانی که مجبورم از توالت عمومی استفاده کنم می‌ترسم.
۸. هنگامی که از والدینم دور هستم نگران می‌شوم.
۹. من می‌ترسم جلوی مردم مسخره به نظر بیایم.
۱۰. نگرانم که کار مدرسه ام را بد انجام دهم.
۱۱. هم کلاسی‌هایم مرا دوست دارند.
۱۲. نگرانم که برای یکی از اعضای خانواده ام اتفاق وحشتناکی بیفتد.
۱۳. احساس می‌کنم که نمی‌توانم نفس بکشم بدون این که دلیلی وجود داشته باشد.
۱۴. من مجبورم همه چیز را دائما کنترل کنم که درست انجام داده باشم. (مثلا چراغ را خاموش کنم).
۱۵. از تنها خوابیدن می‌ترسم.
۱۶. من سختم است که صبح‌ها به مدرسه بروم چون اعصابم ناراحت است و می‌ترسم.
۱۷. خوب ورزش می‌کنم.
۱۸. از سگ می‌ترسم.
۱۹. به نظر نمی‌رسد که بتوانم افکار بد و احمقانه را از سرم بیرون کنم.
۲۰. هر موقع مشکلی داشته باشم، قلبم تند می‌زند.
۲۱. ناگهان بدون دلیل می‌ترسم.
۲۲. من نگرانم که اتفاق بدی برایم بیفتد [بیفتد].
۲۳. از رفتن به دکتر یا دندانپزشک می‌ترسم.
۲۴. هر موقع مشکلی داشته باشم، احساس می‌کنم خرد می‌شوم.
۲۵. از مکان‌های مرتفع و آسانسور می‌ترسم.
۲۶. من آدم خوبی هستم.
۲۷. مجبورم فکرای خاصی بکنم تا از اتفاق‌های بد جلوگیری بکنم. (مثل شمارش اعداد یا تکرار کلمات).
۲۸. از مسافرت با ماشین، یا اتوبوس یا قطار می‌ترسم.
۲۹. نگرانم که دیگران راجع به من چه فکری می‌کنند.
۳۰. من از جاهای شلوغ می‌ترسم. (مانند مراکز خرید، سینما، اتوبوس، زمین بازی)
۳۱. احساس خوشحالی می‌کنم.
۳۲. ناگهان بی دلیل می‌ترسم.
۳۳. از حشرات مثل سوسک می‌ترسم.
۳۴. ناگهان بدون هیچ دلیلی احساس غش و سرگیجه می‌کنم.
۳۵. از این که جلوی کلاس صحبت کنم می‌ترسم.
۳۶. ناگهان بدون هیچ دلیلی قلبم شروع به تند زدن می‌کند.
۳۷. نگرانم که ناگهان بترسم بدون اینکه دلیلی برای ترس وجود داشته باشد.
۳۸. خودم را دوست دارم.
۳۹. از این که در جاهای کوچک و بسته باشم می‌ترسم. (مثل تونل‌ها یا اتاق‌های کوچک)
۴۰. مجبور هستم بعضی کارها را به طور تکراری انجام دهم (مثل شستن دستهایم یا تمیز کردن یا قراردادن چیزها به ترتیب خاص).

۴۱. افکار یا تصاویر احمقانه در ذهنم مرا آزار می دهد.

۴۲. باید بعضی کارها را دقیقا به شیوه‌ای درست انجام دهم تا اتفاق بدی نیفتد [نیفتند].

۴۳. به کارها و موفقیت‌های مدرسه ام افتخار می کنم.

۴۴. اگر مجبور شوم در طول شب از خانه دور باشم احساس ترس می کنم.

۴۵. آیا چیز دیگری هست که واقعا شما از آن می ترسید؟ آری / خیر

لطفا بنویسی که از چه چیزی دیگری می ترسید.

چند وقت به چند وقت از این چیزها می ترسید؟



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

Zainab. Kianoosh¹, Bahram. Mirzaian^{2*} & Hamid. Nejat³

Abstract

Aim: The purpose of this study was to compare the effectiveness of cognitive-behavioral therapy and parent-child interaction therapy on the anxiety and loneliness of children with separation anxiety disorder. **Methods:** The current research was of the type of practical and quasi-experimental designs of pre-test-post-test and follow-up with a control group. The statistical population of this research included all children (girls and boys) suffering from separation anxiety disorder in Sari city in the first six months of 2021. The sample of this research includes 30 people who referred to Bammad Counseling Center and Bawar Counseling Center who were selected using available sampling method and randomly divided into two experimental groups of cognitive-behavioral therapy and parent-child interaction therapy and the control group in the list. They waited. The data were obtained using the Spence Children's Anxiety Scale (1997) and Asher et al.'s (1984) Loneliness Questionnaire. The data was analyzed using the method of analysis of variance with repeated measurements and SPSS-26 software. **Results:** The results showed that there is a significant difference between the two groups of cognitive-behavioral therapy and parent-child interaction therapy on anxiety and loneliness in children with separation anxiety disorder, and cognitive-behavioral therapy causes more changes in anxiety in children. He was diagnosed with separation anxiety disorder and this treatment is stronger than parent-child interaction therapy in this group of patients. However, according to the average indices and the effect size obtained in the treatment of parent-child interaction, it caused more changes in loneliness in children with separation anxiety disorder, and this treatment is stronger than cognitive-behavioral therapy in this group of children with separation anxiety disorder. It was separation anxiety disorder ($P < 0.001$). **Conclusion:** Therefore, it can be concluded that cognitive-behavioral treatment of anxiety in children with separation anxiety disorder and parent-child interaction therapy can be an effective intervention method to improve the loneliness of children with separation anxiety disorder.

Keywords: *cognitive-behavioral therapy, parent-child interaction therapy, anxiety, Loneliness, Separation anxiety disorder.*

1. Ph.D. student, Department of Psychology, Bojnourd Branch, Islamic Azad University, Bojnourd, Iran

2. ***Corresponding author:** Assistant Professor, Department of Psychology, Sari Branch, Islamic Azad University, Sari, Iran

Email: bahrammirzaian@gmail.com

3. Assistant Professor, Department of Educational Sciences, Mashhad Branch, Islamic Azad University, Mashhad, Iran