

اثربخشی درمان شناختی-رفتاری متمرکز بر واحد پردازش‌های (MCBT) بر کاهش علائم اضطراب جدایی کودکان ۶ و ۷ ساله

زهرا عباسی^۱، شعله امیری^{۲*}، هوشنگ طالبی^۳

۱. دانشجوی دکتری روانشناسی عمومی دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران.
۲. استاد روانشناسی دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران. (نویسنده مسئول)
۳. دانشیار آمار دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران.

چکیده

مقدمه: اضطراب جدایی کودکان یکی از اختلالاتی است که تأثیر منفی در سازگاری اجتماعی، روابط با همسالان و پیشگویی کننده اختلالات روان‌پزشکی در دوران نوجوانی است و در صورت عدم درمان این اختلال تا سنین بزرگسالی ادامه پیدا می‌کند و از این رو مشکلات بسیاری فراروی فرد قرار می‌گیرد؛ بنابراین شناسایی درمان مؤثر برای این اختلال، از جمله اثربخشی درمان شناختی-رفتاری متمرکز بر واحد پردازش‌های بر اضطراب جدایی کودکان، هدف پژوهش بود.

روش: پژوهش حاضر از نوع آزمایشی با پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری (دو و سه‌ماهه) همراه با گروه کنترل بود. نمونه آماری پس از غربالگری از بین ۳۸۸ کودک پیش‌دبستان و کلاس اول دبستان شهر قم که با علائم اختلال اضطراب جدایی با روش نمونه‌گیری چندمرحله‌ای خوشه‌ای به تعداد ۷۶ نفر بودند؛ در هر دو گروه آزمایش و کنترل ۳۳ کودک ۶ و ۷ ساله با روش نمونه‌گیری تصادفی در دو گروه گمارده شدند. گروه آزمایش تحت درمان شناختی-رفتاری متمرکز بر واحد پردازش‌های و گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نکردند. برای جمع‌آوری داده‌ها در چهار مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری دو و سه‌ماهه از «پرسشنامه علائم مرضی کودکان» استفاده شد.

نتایج: تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر تفاوت معنی‌داری بین دو گروه آزمایش و کنترل نشان داد. علاوه بر این نتایج نشان داد که اثرات متغیرهای جنس و سن و اثرات متقابل روش درمان و جنس و سن معنادار بودند.

بحث و نتیجه‌گیری: به‌طور کلی نتایج حاصل از پژوهش حاضر مؤید مؤثر بودن درمان شناختی-رفتاری متمرکز بر واحد پردازش‌های در کاهش علائم اضطراب جدایی کودکان دختر و پسر ۶ و ۷ ساله هست و با توجه به اثربخش‌تر بودن این روش درمانی برای پسران، استفاده از این پروتکل را برای ایشان پیشنهاد می‌شود.

کلید واژه‌ها: اضطراب جدایی، کودکان، درمان شناختی-رفتاری، رویکرد واحد پردازش‌های، ام. سی. بی. تی.

*Email: s.amiri@edu.ui.ac.ir

دوفصلنامه علمی - پژوهشی

روانشناسی بالینی و شخصیت

(دانشور رفتار)

دوره ۱۳، شماره ۲، پیاپی ۲۵
پاییز و زمستان ۱۳۹۴
صص: ۵۱-۶۴

تاریخ دریافت: ۱۳۹۳/۱۰/۱۷

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۴/۰۳/۰۶

Biannual Journal of

Clinical Psychology & Personality

(Daneshvar-e-Raftar)

Vol. 13, No. 2, Serial 25

Autumn & Winter
2015-2016

pp.: 51-64

مقدمه

اصرار می‌کنند که مراقبت‌کنندگان کنار آن‌ها بمانند و زمان جدایی، عصبانی و آشفته شده، یا بیماری جسمی می‌گیرند و اکثراً از رفتن به مدرسه، اردوهای تابستانی و فعالیت با دوستان به دلیل اجتناب از جدایی امتناع می‌ورزند [۱۱]. در معرفی و پیشنهاد پروتکل‌های درمانی برای اختلال اضطراب جدایی کودکان، یافته‌ها نشان داده‌اند این اختلال که اغلب با افسردگی و اختلالات برونی‌سازی و با شروع زودرس در دوران کودکی مشخص می‌شود، بدون درمان مناسب ممکن است در طول زمان منجر به اختلالات اضطرابی دیگر و عملکرد منفی در جنبه‌های مختلف در بزرگسالی گردد [۱۲]. لذا برای داشتن بزرگسالانی سالم و کمک به پیشگیری [۱۳] و درمان اختلال اضطراب جدایی، باید این موضوع از دوره کودکی جدی‌تر گرفته شود. در این راستا راهبردهای درمانی گوناگونی چون درمان فردی [۱۴]، رفتاردرمانی [۱۵]، درمان شناختی-رفتاری [۱۶] مشاوره با والدین و خانواده [۱۷]، گروه‌درمانی [۱۵] و یا ترکیبی از این راهبردها [۱۸] برای درمان کودکان مبتلابه این اختلال به کار گرفته شده‌اند؛ اما از یک طرف همه این راهبردها گاهی فقط به لحاظ بالینی و کوتاه‌مدت سودمندی نشان داده‌اند و از طرف دیگر سایر عوامل از جمله اختلالات برونی‌سازی شده همراه با این اختلال [۱۵]، اختلالات رفتاری [۱۶] عدم مهارت‌های اجتماعی و حساسیت کودکان به تغییر در روش درمان [۱۹] موجب شده در این گستره سودمندترین درمان برای این اختلال همچنان مورد تردید باشد. از جمله پژوهش‌های انجام‌شده می‌توان به بررسی اثربخشی کتاب‌درمانی گروهی بر میزان اضطراب جدایی در کودکان طلاق و عدم تأثیر روش درازمدت را اشاره نمود [۲۰]، بانکی، امیری و اسعدی در سال ۱۳۸۸ در این مقاله دلیل این امر را کوتاه‌مدت بودن دوره مداخله از یک طرف و از طرف دیگر عمیق و ریشه‌دار بودن اختلال اضطراب جدایی در سازمان روانی و شخصیت کودکان دانسته‌اند. رویکرد شناختی-رفتاری یکی از درمان‌های متعارف در مواجهه با اختلالات مانند اضطراب و افسردگی در کودکان است که از آن به‌عنوان یک روش درمانی برای اختلال اضطراب جدایی نیز استفاده شده است [۲۱]. با اینکه بسیاری از پژوهش‌ها از این روش برای درمان اختلالات اضطرابی مختلف حمایت می‌کنند [۲۲، ۲۳، ۲۴] اما نتایج پژوهش‌های انجام‌شده روی اختلال اضطراب جدایی به‌طور کلی نشان از حداقل نتیجه مورد انتظار را دارند [۲۵]. برخی پژوهش‌ها در بررسی بهبود کودکان تحت درمان با اختلالات اضطرابی، با روش درمان شناختی رفتاری آعدم موفقیت را گزارش داده‌اند؛ البته موفقیت این روش در شرایط عادی و بدون مشکلات دیگر و در کودکان بزرگ‌تر نیز مشاهده شده است [۲۵، ۱۶]؛ به‌عنوان مثال تحقیقی در ارزیابی پس از درمان به روش درمان شناختی رفتاری، ۴۷ درصد بهبود را گزارش دادند و برخی دیگر ۴۳ درصد از کودکانی که به روش درمان شناختی رفتاری، تحت درمان قرار گرفته بودند را با علائم اولیه تشخیص دادند. اگرچه نرخ بهبود در این تحقیقات نزدیک

اختلال اضطرابی کلاسیک دوران کودکی، اختلال اضطراب جدایی^۱ است. در یکی از اولین مطالعاتی که با استفاده از ملاک‌های دی. اس. ام. روی کودکان کم‌سن‌وسال انجام گرفت، ۲۱ کودک از ۱۰۰ کودک ۳ ساله واجد ملاک‌های دی. اس. ام. بودند و بیشترین اختلال آن‌ها را اختلال اضطراب جدایی تشکیل می‌داد [۱]. اختلال اضطراب جدایی که مبنی بر اختلال‌های دل‌بستگی تعریف شده است [۲] در کودکی ممکن است افراد را برای اختلال اضطرابی در نوجوانی و اوایل بزرگسالی مستعد کند [۳]. در نتایج ارزیابی طولی اضطراب جدایی کودکان بین ۱/۵ تا ۶ سال بررسی‌ها نشان داد اغلب کودکان مبتلابه اختلال اضطراب جدایی به تدریج در سنین ۴-۵ سالگی بهبود می‌یابند؛ اما عواملی مانند اضطراب، افسردگی و سیگار کشیدن مادر در دوران بارداری و بیکاری والدین باعث پایداری این اختلال می‌شود؛ که در صورت عدم درمان تا سنین بزرگسالی ادامه پیدا می‌کند و از این رو مشکلات بسیاری فرا روی فرد قرار می‌گیرد. با توجه به همه موارد فوق، تأکید بر جلوگیری از ادامه و رشد اختلال اضطراب جدایی تا سنین قبل از مدرسه ضرورت می‌یابد [۴]. شیوع اختلالات اضطراب جدایی در ۴ درصد کودکان و در دختران بیشتر از پسران گزارش شده است [۵]؛ که به جز در فعالیت‌های تحصیلی، تأثیر منفی در سازگاری اجتماعی، روابط با همسالان و پیشگویی‌کننده اختلالات روان‌پزشکی در دوران نوجوانی است [۶]. کودکان مبتلابه اختلال اضطراب جدایی درباره‌ی ترک مراقبت‌کنندگان و افراد دیگری که به آن‌ها دل‌بستگی هیجانی دارند، اضطراب افراطی نشان می‌دهند لذا هسته‌ی اصلی و زمینه‌ی این اختلال، اضطراب و نگرانی شدیدی است که کودک شدیداً به آن‌ها دل‌بستگی دارد که به‌طور عمده شامل مادر و پدر می‌گردد. دل‌مشغولی ذهنی این کودکان، ترس‌هایی بر این اساس است که در حین دوره‌ی جدایی، صدمه‌ای برای خود یا مراقبت‌کنندگان اتفاق می‌افتد. البته این بیماری باید حداقل ۴ هفته طول کشیده باشد و اختلال واضحی در عملکرد شخص از جمله امتناع از رفتن به مدرسه، به وجود آورده باشد [۷]. این اختلال در بچه‌های شیرخوار به‌طور طبیعی روی می‌دهد که به‌عنوان یک پاسخ بارزش دوام‌دهنده به زندگی و بخشی از رشد طبیعی ظاهر می‌شود و به‌طور طبیعی نیز فروکش می‌کند [۸]؛ اما این اختلال در سنین پیش‌دبستانی و در کودکانی که نخستین بار وارد مدرسه می‌شوند بروز می‌کند؛ و زمانی تشخیص داده می‌شود که اضطراب مفرط نامتناسب، به هنگام جدایی از منبع دل‌بستگی ظاهر می‌گردد و کودک را شدیداً برانگیخته و بر آن می‌دارد تا از موقعیت‌هایی که مستلزم جدایی هستند، اجتناب - کند [۹]. تحقیقات نشان داده است؛ اضطراب امتناع از رفتن به مدرسه در کودکان ۶ تا ۱۶ ساله نیز با اختلال اضطراب جدایی در ارتباط است [۱۰]. این کودکان معمولاً در حین دوره‌ی جدایی،

¹ Separation Anxiety Disorder (SAD)

² Diagnostic and statistical manual of mental disorders

³ Cognitive Behavior Therapy (CBT)

به ۵۰ درصد می‌باشد اما می‌توان در نظر گرفت که این سقف می‌تواند بیشتر به دلیل سازگاری با پروتکل‌های درمان شناختی رفتاری باشد [۱۶]. می‌توان نتیجه گرفت یکی از دلایل ناکارآمدی روش درمان شناختی رفتاری در بعضی شرایط خاص ممکن است عدم انعطاف این روش باشد [۲۶]. اگرچه این استراتژی باید با توجه به افراد متعادل شود، اما عدم وجود راهکارهایی در این زمینه، باعث خروجی‌های ضعیف در پروتکل درمان شناختی رفتاری شده است [۲۷].

با توجه به اختلالات اضطرابی ناشی از مشکلات رشدی در کودکان، محققین مختلفی سعی در ارائه راه‌حل‌های مناسب برای درمان این اختلالات داشته‌اند [۱۹، ۲۸، ۲۹، ۳۰]. در این راستا، توجه به عوامل مؤثر تعدیل‌کننده درونی و بیرونی همچنین فردی‌سازی مداخلات تاکنون مورد توجه پژوهشگران بوده است. افشاری، امیری، نشاط دوست و رضایی نشان دادند درمان شناختی رفتاری هیجان مدار^۱ از نظر تأثیرگذاری بر اضطراب و تنظیم نایافتگی غم، با دستیابی به این‌که درمان هیجان مدار منجر به بهبود مدیریت هیجانات منفی (خشم و غم) می‌شود و از این جهت، نسبت به درمان شناختی رفتاری، خصوصاً در مواردی که کودک علاوه بر اضطراب، در مدیریت سایر هیجانات منفی نیز مشکل دارد، ارجحیت دارد [۳۱].

چورپیتا نیز یک روش الگودار بر اساس درمان شناختی رفتاری ارائه نموده است [۳۲، ۳۰]. روش درمان شناختی-رفتاری با رویکرد واحد پردازش‌های^۲ برای پاسخ به این چالش‌ها مطرح گردید. این رویکرد را ایسن و سیلورمن^۳ برای کودکان با اضطراب فراگیر گسترش دادند و دوران^۴ نیز برای کودکان با اضطراب اجتناب از مدرسه که عملکرد رفتاری‌شان اجتناب است تجویز نمود [۱۵].

این روش الگوی عملی از مشکل فرد و عوامل مؤثر تعدیل‌کننده درونی و بیرونی ارائه می‌دهد و برای مشخص ساختن مشکل اساسی به‌طور منظم به عوامل می‌پردازد و با فردی‌سازی مداخلات با مشکل فرد هماهنگ می‌شود. تفاوت پروتکل درمان شناختی-رفتاری با رویکرد واحد پردازش‌های با درمان شناختی رفتاری در تعداد جلسات، طول مدت جلسه، سرعت، حرکت درمان و مکان جلسات است [۳۰]. تعداد جلسات بستگی به کودک دارد. در مواردی ممکن است درمان بیش از ۱۲ تا ۱۶ جلسه ادامه یابد درحالی‌که غالب درمان‌های شناختی رفتاری با راهنمای عملی در یک پروسه زمانی محدود پایان می‌یابد. در این پروتکل گاهی جلسه تا زمانی ادامه می‌یابد که درمانگر و مراجع یا کودک و درمانگر هر دو بپذیرند که با این رویکرد، اهداف، دست-یافتنی نیستند. در این روش مشارکت والدین کاملاً متغیر است یعنی اگر والدین در دسترس نباشند در فرمول‌بندی نقشی ندارند و حذف می‌شوند. طول مدت جلسات با توجه به گستره توجه کودک و دشواری تمرین از ۱۵ دقیقه به ۴ ساعت متغیر است. در

این روش سرعت و حرکت درمان توسط کودک تعیین می‌شود و زمانی که به تمرین مسلط شود تمرین جدید آغاز می‌گردد. جلسات درمانی نیز می‌تواند در خانه، مدرسه، زمین‌بازی و یا کلینیک باشد؛ که مکان جلسات با نوع تمرین هماهنگ است. با توجه به این‌که یک کودک مضطرب با رفتارهای مقابله‌ای چالش‌انگیز احتمالاً تمایلی به مشارکت و همکاری در یک برنامه‌ی درمان شناختی رفتاری را نداشته و نیاز به روش‌هایی جهت کنترل رفتارهای مخرب دارد؛ همچنین اغلب کودکان بیش از یک نوع اختلال اضطرابی دارند و این به معنای نیاز به دستور کار مختلف است و مواجهه‌ی کامل یک کودک با موقعیت‌های ترس‌آور با تهیه‌ی فهرستی از موقعیت‌های ترس‌آور نیاز به مهارت‌های خاص دارد؛ در این روش درمانی، با ایجاد این مهارت‌ها و فردی‌سازی مشکل، می‌توان به کودک در مواجهه با موقعیت‌های ترس‌آور و کاهش اضطراب کمک کرد [۱۳]. این الگو را چورپیتا، تایلر، فرانسیس، مفیت و آستین^۵ برای کودکان ۷ تا ۱۳ ساله با اختلالات اضطرابی به‌کاربرده که پس از انجام پیگیری ۶ ماهه این کودکان کاهش چشمگیری در علائم اضطراب و بهبود در عملکرد زندگی را نشان دادند [۳۳]. اگرچه چورپیتا تاریخچه‌ی مثبتی برای این رویکرد ارائه داده است اما حمایت یکپارچه‌ای مبنی بر این نوع درمان بر اضطراب جدایی وجود ندارد؛ لذا پژوهش حاضر تعیین اثربخشی درمان شناختی-رفتاری با رویکرد واحد پردازش‌های را بر کاهش علائم اضطراب جدایی کودکان ۶ و ۷ ساله دختر و پسر در دستور کار خود قرار داده است. بدین خاطر مسئله اساسی پژوهش حاضر این است که آیا درمان شناختی-رفتاری با رویکرد واحد پردازش‌های باعث بهبود یا کاهش علائم اضطراب جدایی کودکان در طولانی‌مدت می‌شود؟ این سؤال ایجادکننده این فرضیه است که "روش درمان شناختی-رفتاری با رویکرد واحد پردازش‌های با توجه به اثرات مثبت روی سایر اختلالات، روش مؤثری در درمان اختلال اضطراب جدایی در کودکان در طولانی‌مدت می‌باشد".

روش

نوع پژوهش

پژوهش، از نوع آزمایشی با پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری (دو و سه‌ماهه) همراه با گروه کنترل بود.

آزمودنی

جامعه مورد مطالعه ۲۶۷۴۰ نفر دانش‌آموز پسر و دختر ۶ و ۷ ساله پیش‌دبستان و کلاس اول دبستان شهر قم که در سال تحصیلی ۱۳۹۳-۱۳۹۲ مشغول به تحصیل بوده‌اند؛ جهت غربالگری ۳۸۸ نفر، در سه مرحله با روش نمونه‌گیری چندمرحله‌ای خوشه‌ای و تصادفی ساده انتخاب شدند. با توجه به این‌که تعداد دانش‌آموزانی که دارای اضطراب جدایی بودند ۷۶ نفر بودند؛ ۳۳ نفر از آنان به تصادف انتخاب و به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل گمارده شدند. با استفاده از اجرای

¹ Emotionally Focused Cognitive Behavioral Therapy

² Modular Cognitive Behavioral Therapy (MCBT)

³ Eisen & Silverman

⁴ Durand

⁵ Chorpita, Taylor, Francis, Moffitt & Austin

استفاده از روش تصنیف برای فهرست معلمان ۹۱٪ و برای فهرست والدین ۸۵٪ محاسبه شد. اعتبار این پرسشنامه به روش آلفای کرونباخ ۰/۷۴۸ می‌باشد [۳۴]. روایی محتوایی پرسشنامه «سی. اس. آی. - چهار» در پژوهش محمداسماعیل [۳۴] مورد تأیید ۹ نفر از روان‌پزشکان قرار گرفته است. این پرسشنامه به دو شیوه «نمره غربال شده» و روش «نمره شدت علامت» نمره-گذاری می‌گردد. در این پژوهش از روش «نمره شدت علامت» استفاده می‌شود بدین‌صورت که گزینه‌های «هیچ‌گاه»، «بندرت»، «گاهی اوقات» و «بیشتر اوقات» به ترتیب کدهای ۳، ۲، ۱، ۰ نمره‌گذاری می‌شود. فهرست شدت علائم اضطرابی کودکان نیز بخشی از پرسشنامه علائم مرضی کودکان «سی. اس. آی. - چهار» است که به ارزیابی علائم اضطراب جدایی کودکان می‌پردازد و دارای ۱۰ ماده در گروه I (د) است. در این پرسشنامه، شماره سؤال‌هایی که اضطراب جدایی را می‌سنجند شامل سؤالات (۸۸-۸۹-۹۰-۹۱-۹۲-۹۳-۹۴-۹۵-۹۶-۹۷) است که گروه اختلال اضطرابی پرسشنامه را در برمی‌گیرد. ضریب آلفای کرونباخ در پژوهش انجام شده برای پیش‌آزمون و پس-آزمون به ترتیب برابر با ۰/۸۸۴ و ۰/۸۹۵ می‌باشد. بالاتر بودن این اعداد از ۰/۷ دلیلی بر اعتبار پرسشنامه در تحقیق موردنظر است. (۲) فرم بررسی عوامل جمعیت شناختی: این فرم را پژوهشگر به‌منظور بررسی عوامل جمعیت شناختی ساخته است. در این فرم عواملی نظیر سن، جنس، پایه تحصیلی و ناحیه آورده شده است.

شیوه انجام پژوهش

در این پژوهش پس از انجام هماهنگی‌های لازم با آموزش‌وپرورش اقدام به نمونه‌گیری گردید. بر این اساس برای انتخاب نمونه ۳۸۸ نفر با توجه به فرمول کوکران، N حجم جمعیت آماری ۲۶۷۴۰ نفر، t یا Z درصد خطای معیار ضریب اطمینان ۰/۰۵، p نسبتی از جمعیت فاقد اضطراب جدایی، $q=1-p$. طبق فرمول زیر اگر بخواهیم حجم نمونه را با شکاف جمعیتی ۰/۵ (بدین معنی که نیمی از جمعیت، حائز صفت معین و نیمی دیگر فاقد آن هستند)، p را ۰/۵ در نظر گرفته، مقدار Z، ۱/۹۶ و d، ۰/۰۵ است [۳۵].

$$n = \frac{\frac{z^2 pq}{d^2}}{1 + \frac{1}{N} (\frac{z^2 pq}{d^2} - 1)}$$

برای غربالگری، نمونه‌ای به‌صورت چندمرحله‌ای خوشه‌ای انتخاب شد. برای این منظور از میان ۴ ناحیه آموزش‌وپرورش شهر قم به تصادف دو ناحیه و سپس ۴ مدرسه انتخاب شد. در هر مدرسه به نسبت دانش‌آموزان پیش‌دبستان و اول دبستان به حجم جامعه و نمونه، به‌تناسب، نمونه‌ی هر مدرسه مشخص و به‌صورت تصادفی ساده دانش‌آموزان در هر کلاس انتخاب شدند. با همکاری مدیریت و معلم مربوطه، پس از دعوت و گرفتن رضایت از مادران و تکمیل پرسشنامه علائم مرضی کودکان توسط

پیش‌آزمون از هم‌سطح بودن دو گروه کنترل و آزمایش اطمینان حاصل گردید و سپس گروه آزمایش طبق جلسات مشخص شده تحت درمان شناختی-رفتاری متمرکز بر واحد پردازش‌های قرار گرفته و گروه کنترل هیچ مداخله‌ی مشخصی دریافت نکردند. ملاک‌های ورود به پژوهش عبارت بودند از: داشتن علائم اختلال اضطراب جدایی و کسب بیشترین نمره در پرسشنامه علائم مرضی کودکان از این اختلال، داشتن سن ۶ و ۷ سال، تمایل به شرکت در پژوهش توسط والدین کودک و ملاک‌های خروج از پژوهش عبارت بودند از: وجود هرگونه اختلال رشدی، غیبت بیشتر از ۳ جلسه در گروه آزمایش و داشتن مادران بی‌سواد، مطلقه یا بیوه. متغیرهای پژوهش شامل:

- ۱- متغیر وابسته: اضطراب جدایی کودکان
- ۲- متغیر مستقل: درمان شناختی-رفتاری متمرکز بر واحد پردازش‌های
- ۳- متغیر کنترل: جنس و سن.

ابزارهای پژوهش

۱) پرسشنامه علائم مرضی کودکان (سی. اس. آی. - چهار):^۱ که از ابزارهای غربالگری رایج برای شایع‌ترین انواع اختلالات روان‌پزشکی در کودکان بوده است. نسخه اولیه پرسشنامه با نام فهرست اسپرافکین^۲، لانی^۳، یونیتات^۴ و گادو^۵ (اس. ال. یو. جی.) را اسپرافکین، لانی، یونیتات و گادو در سال ۱۹۸۴ بر اساس طبقه‌بندی سومین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری اختلال-های روانی تهیه کردند و بعدها به دنبال تجدیدنظر در سومین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی در سال ۱۹۸۷ نسخه «سی. اس. آی. - سه - آر» آن نیز ساخته شد تا اینکه «سی. اس. آی. - چهار» در سال ۱۹۹۴ با انتشار چاپ چهارم راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی، توسط گادو و اسپرافکین تجدیدنظر شد. آخرین ویرایش آن دارای دو فرم والد و معلم است. در پژوهش حاضر از چک‌لیست والدین استفاده شده‌است که این فهرست دارای ۷۹ عبارت است. این سیاهه شامل فهرست علائم ۲۱ اختلال رفتاری و هیجانی است. اعتبار ملاک‌های این پرسشنامه توسط متخصصان انجمن روان‌پزشکی آمریکا تعیین شده است. پرسشنامه علائم مرضی کودکان در پژوهش‌های متعددی موردبررسی قرار گرفته و اعتبار، پایایی، حساسیت و ویژگی آن، محاسبه شده است. در پژوهشی که گرایسون و کارلسون بر روی «سی. اس. آی. - سه - آر» انجام گرفت حساسیت آن ۰/۹۳ گزارش شد. «حساسیت» و «ویژگی» این پرسشنامه با یک نمونه ایرانی به شیوه موافقت تشخیصی روان‌پزشک بر پایه نمرات برش مختلف و بهترین نمره برای هر اختلال تعیین شد. حساسیت برای این آزمون بین ۰/۷۵ تا ۰/۸۹ و ویژگی بین ۰/۹۱ تا ۰/۹۷، به دست آمد. پایایی این پرسشنامه با

¹ Child Abnormal Symptoms Inventory (CSI-4)

² Sprafkin

³ Loney

⁴ Unita

⁵ Gadow

⁶ Screening cut-off score method

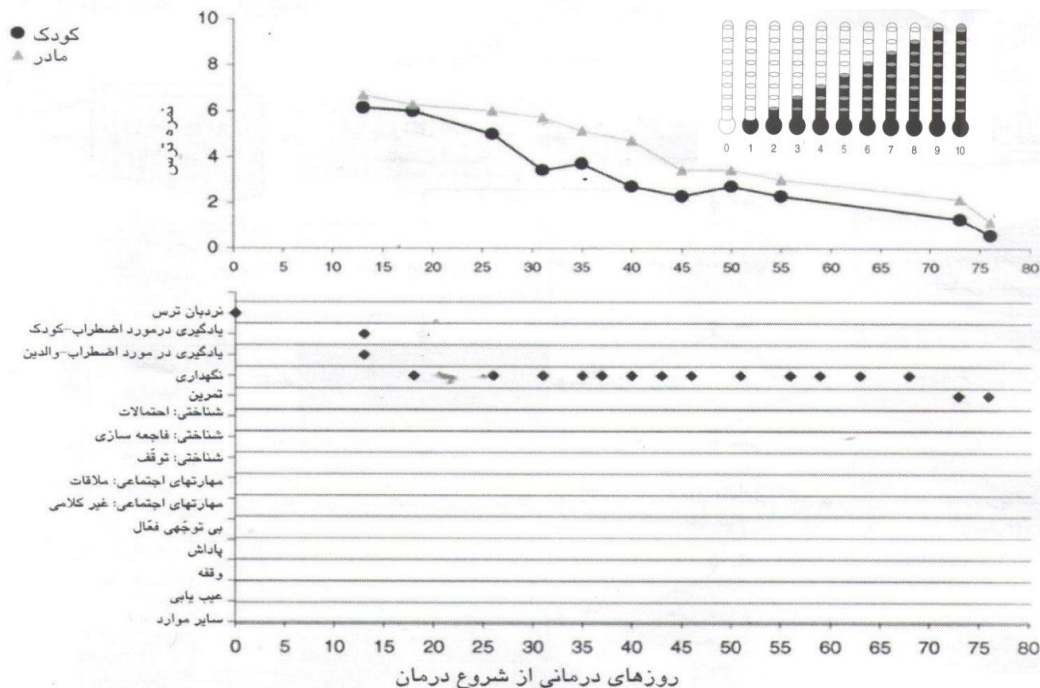
⁷ Symptom severity score method

آخرین جلسه نیز پرسشنامه اضطراب جدایی توسط مادران دو گروه تکمیل شد. هم‌چنین پس از دومین و سومین ماه بعد از آخرین جلسه، ضمن تماس تلفنی و تعیین قرار حضوری مجدداً از آزمودنی‌های دو گروه ارزیابی (پیگیری) به عمل آمد. پس از نمره‌گذاری پرسشنامه‌ها بر اساس اهداف پژوهش، تحلیل آماری انجام شد.

بدین ترتیب درمان در یک گروه با روش درمان شناختی-رفتاری با رویکرد واحد پردازش‌ای و به‌صورت فردی با تعداد جلسات با توجه به نیاز هر کودک به‌صورت متغیر اجرا شد. قابل‌ذکر است این انعطاف در تعداد جلسات با توجه به ماهیت روش درمان شناختی-رفتاری با رویکرد واحد پردازش‌ای است. در پروتکل واحد پردازش‌ای تعداد جلسات بستگی به کودک دارد. واحدها در درمان با توجه به مشکل هر کودک انتخاب شدند؛ لذا هیچگونه تجویزی برای مدت‌زمان و تعداد جلسه به‌جز آنچه در کار کلینیکی احساس می‌شود وجود ندارد. استفاده از هر واحد خاص هر کودک است و مدت‌زمان ثابتی را به خود اختصاص نمی‌دهد؛ بدین معنی که ممکن است بعضی واحدها در یک جلسه تمام نشوند و واحدهای دیگر ممکن است کمتر از یک جلسه به طول بینجامند؛ واحدها نیز می‌توانند با یکدیگر همراه شوند [۱۳]. در شکل ۱ نمونه‌ای از نمودار نمره ترس، هم‌چنین با توجه به نیاز کودک، واحدهای انتخاب‌شده و تعداد روز، ثبت‌شده است [۱۲].

مادر و پس از نظر روان‌پزشک مبنی برداشتن علائم اختلال اضطراب جدایی، از بین دانش‌آموزانی که این اختلال را داشتند، به‌صورت تصادفی به دو گروه آزمایش و گروه کنترل گمارده شدند. نظر روان‌پزشک با توجه به ملاک‌های تشخیص دی. اس. ام. - پنج برای تشخیص اختلال اضطراب جدایی شامل موارد زیر بود:

- ۱- تنیدگی و پریشانی بیش‌ازحد و تکرارشونده در فرد هنگام جدایی از خانه یا افراد اصلی مورده‌علاقه.
 - ۲- نگرانی شدیدی در کودک مبنی بر اینکه حادثه ناگواری رخ می‌دهد و او را از محل یا افراد محبوبش جدا می‌سازد.
 - ۳- امتناع از رفتن به مدرسه یا جای دیگر به دلیل بیم از جدایی از افراد مورده‌علاقه .
 - ۴- بدون حضور افراد محبوب خود در خانه یا در نزدیکی خود به رختخواب نرود یا دور از آن‌ها ن خوابد.
 - ۵- پی‌درپی کابوس‌هایی حاکی از جدایی او از افراد محبوبش، ببیند.
 - ۶- هنگام جدایی یا شنیدن خبر جدایی از افراد مورده‌علاقه، دچار عوارض جسمانی یا دردهایی شود.
 - ۷- نگرانی شدید و تشویش بیش‌ازحد درباره از دست دادن یا آسیب رسیدن به فرد یا افراد محبوب خود [۳۶].
- در این مدت آزمودنی‌های گروه کنترل مداخله‌ای از جانب پژوهشگر دریافت نمی‌کردند. البته از تمامی آزمودنی‌ها در گروه آزمایش و کنترل، در جلسه اول پیش‌آزمون به عمل آمد و در



شکل ۱. نمودار نمره ترس، ثبت و ترسیم واحدهای مورد استفاده برای هر فرد در جلسات درمانی (منبع: [۱۲])

مدت‌زمان یا ترتیب محرک‌ها است.

۴- حفظ دستاوردها و جلوگیری از بازگشت: اهداف این واحد عبارت‌اند از نشان دادن موفقیت‌ها به کودک و بررسی مهارت‌هایی که بیشترین تأثیر را داشته‌اند و حصول اطمینان از این که بعد از پایان ملاقات با درمانگر نیز تمرینات ادامه خواهند یافت.

۵- بازسازی شناختی (بیش‌برآورد احتمالات): اهداف این واحد عبارت است از معرفی افکار و ارتباط آن‌ها با اضطراب و نشان دادن تکنیکی جهت اصلاح افکار منفی. اهمیت این واحد به خصوص هنگامی است که افکار منفی یا بدبینانه با توانایی کودک در مشارکت و یا استفاده از تمرین مواجهه تداخل نمایند.

۶- بازسازی شناختی (فکر فاجعه‌آمیز): هدف این واحد شامل ادامه بازسازی شناختی، به‌عنوان روشی برای اصلاح طرز فکر منفی است. این واحد به دنبال بیش‌برآورد احتمالات آمده و در کودکان بزرگ‌تر که قدرت تکلم بیشتری داشته و غالباً افکار خود را به‌صورت بدبینانه و منفی بیان می‌کنند استفاده می‌شود.

این واحد در مواقعی که بخش مهمی از افکار کودک درگیر پیامدهای ترس‌آور مبالغه‌آمیز بوده و با احساس عدم توانایی مقابله با پیامدهای منفی همراه شده باشد حائز اهمیت است.

۷- بازسازی شناختی (ایست): هدف این واحد عبارت است از معرفی بازسازی شناختی به‌عنوان روشی جهت اصلاح طرز فکر منفی. این واحد نوعاً برای کودکان کم‌سن‌تر یا نوجوانانی که قدرت تکلم یا بلوغ کمتری داشته و دارای افکار بیش‌ازحد منفی و یا بدبینانه هستند استفاده می‌شود.

اهمیت این واحد علی‌الخصوص در مواقعی است که افکار منفی و بدبینانه کودک با توانایی وی جهت مشارکت و استفاده از تمرینات مواجهه تداخل کند.

۸- مهارت‌های اجتماعی (ملاقات با افراد جدید و ارتباط غیرکلامی): گاه ممکن است کودک از نقطه‌نظر هیجانی، آماده انجام برخی تمرینات بوده ولی فاقد مهارت‌های لازم باشد؛ لذا استرس او در طول مدت‌زمان، بیشتر می‌شود.

از آنجاکه تمرینات اولیه‌ی مواجهه شامل ایفای نقش بین درمانگر و کودک است لذا لازم است بررسی شود که آیا نیازی به اجرای این واحد وجود دارد یا خیر.

۹- بی‌توجهی فعال: این واحد زمانی به‌کار می‌رود که احتمال دارد کودک با استفاده از رفتارهای ناسازگارانه (مانند، نق‌نق، قشقرق به راه انداختن و درخواست اطمینان خاطر) موفق به کسب توجه، حمایت و یا فرار از موقعیت شود. این واحد به والدین می‌آموزد که شیوه‌ی خود را تغییر دهند، به شکلی که مواجهه بتواند در مسیر صحیح خود اجرا شود.

۱۰- پاداش: واحد پاداش در دو صورت مورد استفاده قرار می‌گیرد، شکل اول زمانی است که بی‌میلی و بی‌علاقگی کودک برای مشارکت در مواجهه است یا هنگامی که مواجهه اصولاً با موقعیت‌های نامطلوب پیوند داشته باشد.

تحت این شرایط کاربرد یک برنامه تشویقی که موجب افزایش انگیزه و موفقیت گردد، می‌تواند بسیار مؤثر باشد. حالت دوم که کمبود انگیزه دیده می‌شود، صرفاً حالت شدید مورد قبلی

در این رویکرد مشارکت والدین کاملاً متغیر بود. در صورت نیاز این مشارکت، شدید و در صورت در دسترس نبودن والدین و یا هنگامی که در فرمول‌بندی نقش معناداری نداشتند این مشارکت حذف شد. طول جلسات درمان را گستره توجه کودک و دشواری تمرین مشخص می‌کرد که می‌تواند شامل ۱۵ دقیقه مرور و یا ۴ ساعت مواجهه زنده باشد. سرعت حرکت توسط کودک تعیین می‌شد؛ شروع تمرین جدید هنگامی بود که تمرین‌های قبلی به‌خوبی آموخته‌شده و یا مشخصاً تسلط بر آن امکان‌پذیر نبود. مکان جلسات در کلینیک، مدرسه، زمین‌بازی، خانه که بستگی به مشکل کودک و تمرین انتخابی داشت. کودکان تنها تکنیک‌هایی را دریافت می‌نمودند که بهترین تناسب را با نیازهایشان داشت. به کودکان به‌صورت انتخابی روش‌هایی را از دستور کار که مربوط به رفتار مزاحم است آموزش داده می‌شد. زمانی مداخله پایان می‌یافت که به اهداف رسیده و یا کودک و درمانگر باهم می‌پذیرفتند که با این رویکرد اهداف دست‌یافتنی نمی‌باشند [۱۵]. در این روش انواع مداخلات و روش‌های کمکی درمان شامل: "پاداش، روندهای شناختی، بی‌توجهی فعال، مهارت‌های اجتماعی و وقفه" است.

مطابق شکل ۱ در این پروتکل، واحدها بر مبنای نمودار راهنمای جامع، موردبندی شده‌اند که نه‌تنها محور برنامه درمانی را معرفی می‌کند بلکه برحسب نیاز، استفاده‌های مشروط از سایر روندها را در برمی‌گیرد. واحدها در روش درمان شناختی-رفتاری متمرکز بر واحد پدازه‌های شامل موارد زیر می‌باشند. "نردبان ترس، یادگیری در مورد اضطراب، تمرین برای مواجهه و حفظ دستاوردها و جلوگیری از بازگشت" از واحدهای اصلی به‌شمار می‌روند.

نردبان ترس همراه با درجه‌بندی: هدف از این واحد تهیه‌ی فهرستی از موارد ترس‌آور بوده که اساس تمرین مواجهه را تشکیل می‌دهند. درواقع، نردبان ترس تنها به‌عنوان وسیله‌ای برای اندازه‌گیری اضطراب یا ترس تعریف می‌شود. در صورتی که کودک با این تمرین مشکل داشته باشد، نردبان ترس می‌تواند به‌آرامی و در خلال جلسات متعدد تکمیل شود.

۱- دماسنج ترس: طبق شکل ۱ این واحد روشی کلاسیک جهت انجام نمره‌گذاری ترس با استفاده از سیستم‌های واحد ذهنی رنج و ناراحتی است. استفاده از استعاره دما، به طرز جالبی در کودکان مفید بوده است، چراکه تجارب قابل‌ملاحظه‌ای با دماسنج در سنین اولیه داشته‌اند. در اینجا مقیاس بین ۰ تا ۱۰ است که صفر نماینده عدم ترس (هیچ) و ۱۰ نماینده حداکثر ترسی است که فرد می‌تواند تصور کند.

۲- یادگیری در مورد اضطراب: اهداف این واحد عبارت‌اند از تعلیم دادن کودک در مورد نحوه عملکرد اضطراب به‌منظور بنا کردن مبنای منطقی جهت تمرینات مواجهه و القای خوش‌بینی در مورد وضعیت کودک و تشویق به مشارکت در درمان است.

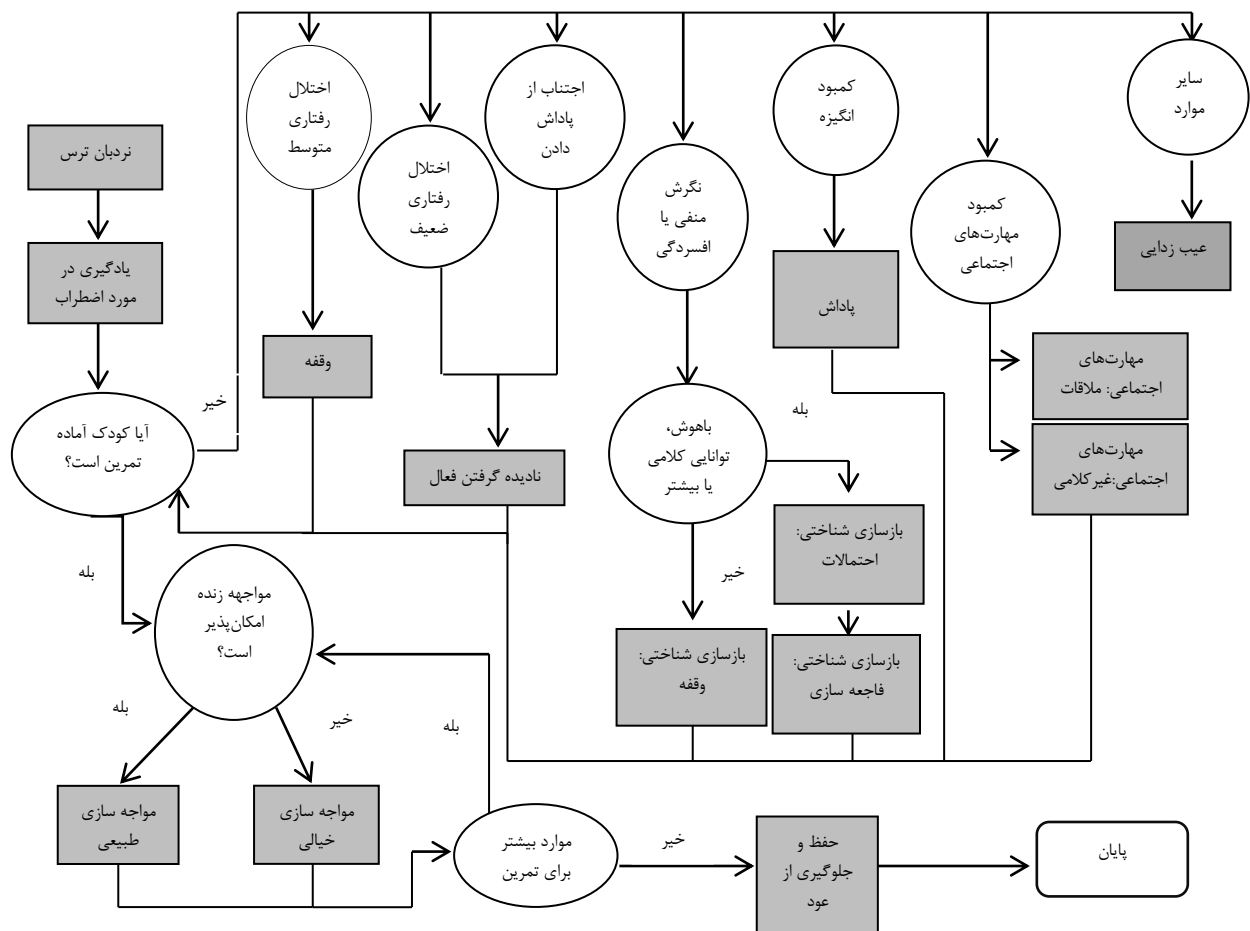
۳- تمرین برای مواجهه زنده و خیالی: روش مواجهه، نوعاً شامل رویارویی واقعی یا خیالی کودک با یک محرک ترس‌آور است. متغیرهای مختلف مواجهه شامل: تعدیل در شدت،

اصلی این است که آیا کودک برای تمرین آماده است یا خیر؟ قابل توجه است که نمی‌توان سریعاً وارد حوزه ارزیابی دایره‌های موجود در بالای تصویر شد. گرچه ممکن است بسیاری از کودکان رفتار مخرب خفیفی بروز داده یا باورهای منفی داشته باشند اما این موارد تنها زمانی باید هدف درمان قرار گیرند که با اجرای موفقیت‌آمیز مواجهه، تداخل نمایند [۳۲].

است؛ یعنی اجتناب کامل از شرکت در مواجهه. لذا باید با پاداش‌های کوچک و مکرر شروع می‌کنیم.

۱۱- وقفه: در درمان اضطراب، واحد وقفه چندین کاربرد چشمگیری ندارد (تنها ۱۰٪ از موارد اضطرابی در تحقیقات دانشگاهی). وقفه هنگامی استفاده می‌شود که روش‌های اجتنابی کودک شامل خشونت یا قشقرق‌های شدیدی است که به‌سختی می‌توان مورد بی‌توجهی قرار داد [۱۳].

شکل ۲ نشان می‌دهد که واحدهای مختلف جهت رویارویی با موقعیت‌هایی است که مواجهه انتخاب ایده‌آل نیست و سؤال



شکل ۲. نمودار واحد پردازش‌ای برای طرح درمان (منبع: ۱۲)

شیوه تحلیل داده‌ها

در این پژوهش برای مقایسه متغیرهای پژوهش در دو گروه کنترل و آزمایش ابتدا با استفاده از آزمون کولموگروف-اسمیرنوف، طبیعی بودن توزیع فراوانی‌ها بررسی شد و سپس اندازه‌گیری مکرر برای مقایسه گروه‌های آزمایش و کنترل جهت بررسی اثر مداخله در درمان شناختی-رفتاری با رویکرد واحد پرده‌های استفاده شد.

در بررسی نرمالیتی سطوح اندازه‌گیری در زمان‌های مختلف، نتایج حاصل از آزمون کلموگروف-اسمیرنوف و شاپیرو-ویلک مطابق جدول (۱) نشان می‌دهد با توجه به مقدار سطح معنی‌اری (p-value) همه گروه‌های شرکت داده‌شده در تحلیل واریانس با مقادیر تکرارشونده دارای توزیع نرمال هستند.

$$sig \geq 0.05, \alpha = 0.05$$

نتایج

پس از ورود داده‌های به‌دست‌آمده از پرسش‌نامه‌ها، به نرم‌افزار «اس. پی. اس. اس.» محاسبات انجام و مورد بررسی قرار گرفتند. طرح آزمایش بکار رفته در این پژوهش، تحلیل واریانس عاملی برای اندازه‌گیری‌های مکرر می‌باشد. از آنجاکه پایداری درمان در بلندمدت اهمیت دارد، در این پژوهش گروه‌های آزمایشی در دو سطح گروه درمان با روش درمان شناختی-رفتاری با رویکرد واحد پرده‌های و گروه کنترل، در چهار زمان اندازه‌گیری اضطراب جدایی (پیش‌آزمون، پس‌آزمون، پیگیری ۱ و پیگیری ۲) و جهت بررسی اثر جنسیت و سن (در دو سطح ۶ و ۷ سال) بر نتایج نهایی، هرکدام از این عوامل، به‌صورت یک فاکتور مؤثر در نظر گرفته شد. دو شرط اولیه برای چنین آزمونی عبارت‌اند از: (۱) وجود توزیع نرمال برای گروه‌های آزمایشی و (۲) همگنی واریانس‌های گروه‌های آزمایشی. دو آزمون کالموگروف-اسمیرنوف و شاپیرو-ویلک برای آزمون نرمالیتی و آزمون لوین آبرای همگنی واریانس‌ها مورد استفاده قرار گرفتند. جداول ۱ و ۲ به ترتیب نتایج آزمون‌های فوق را نمایش می‌دهد.

طبق جدول (۲)، سطح معنی‌داری در آزمون لوین به‌جز گروه پیگیری ۲، بیشتر از ۰/۰۵ است، پس می‌توان گفت واریانس گروه‌ها تقریباً از تجانس برخوردار بوده و شرایط آزمون تحلیل واریانس با مقادیر تکرارشونده برقرار است. نتایج حاصل از اجرای تحلیل در جدول (۳) آمده است.

نتایج حاصل از تحلیل واریانس با اندازه‌های مکرر نشان می‌دهد فرض صفر در مورد ۴ منبع تغییر (۱) زمان‌های اندازه‌گیری، (۲) اثر متقابل زمان‌های اندازه‌گیری و گروه‌ها، (۳) اثر متقابل سه فاکتور زمان‌های اندازه‌گیری، گروه‌ها و سن کودکان و (۴) اثر متقابل زمان، گروه، جنسیت و سن در سطح خطای ۵٪ رد شده و اثر این عوامل معنی‌دار است.

نتایج مندرج در جدول (۴) نشان می‌دهد بین دو گروه آزمایش و کنترل تفاوت معنی‌داری در سطح $\alpha = 0.05$ وجود دارد. بدین معنا که درمان شناختی-رفتاری با رویکرد واحد پرده‌های روشی اثربخش در درمان اضطراب جدایی بوده است. علاوه بر این، اثرات متغیر جنس ($p\text{-value} = 0.048$) و اثرات متقابل روش درمان و سن ($p\text{-value} = 0.028$) و جنس و سن ($p\text{-value} = 0.19$) معنادار هستند؛ و اثر متقابل سه متغیر روش درمان (درمان شناختی-رفتاری با رویکرد واحد پرده‌های و کنترل)، جنسیت و سن معنی‌دار هستند ($\alpha = 0.05$ و $p = 0.047$).

مؤثر بودن یک اثر، به معنای نابرابری میانگین‌های بین گروهی است. برای آنکه میانگین‌های با تفاوت معنی‌دار را مشخص کنیم، لازم است آزمون‌های تعقیبی انجام دهیم. آزمون‌های تعقیبی با روش بانفرونی بین منابع تغییر معنی‌دار در سطح $\alpha = 0.05$ انجام شد. جداول ۴ تا ۷ آزمون‌های تعقیبی را نشان می‌دهند.

جدول ۱. بررسی نرمالیتی سطوح اندازه‌گیری در زمان‌های مختلف

	کلموگروف-اسمیرنوف		شاپیروویلک	
	آمار	df	معنی‌داری	df
پیش‌آزمون	۰/۲۲	۳۳	۰/۹۱۷	۳۳
پس‌آزمون	۰/۱۵	۳۳	۰/۹۳۶	۳۳
پیگیری ۱	۰/۰۴۷	۳۳	۰/۹۰۴	۳۳
پیگیری ۲	۰/۰۵	۳۳	۰/۸۴۱	۳۳

جدول ۲. آزمون همگنی واریانس‌ها (آزمون لوین)

	df2	df1	آزمون لوین	معنی‌داری
MCBT پیش‌آزمون	۳۱	۱	۴/۲۸۲	۰/۰۵۶
MCBT پس‌آزمون	۳۱	۱	۰/۴۳۷	۰/۵۱۸
MCBT پیگیری ۱	۳۱	۱	۱/۸۰۲	۰/۱۹۹
MCBT پیگیری ۲	۳۱	۱	۴/۷۰۲	۰/۰۳۸

¹ SPSS

² Levene

جدول ۳. تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر

منابع تغییر	مجموع مربعات	df	میانگین مربعات	F	معنی‌داری	ضریب جزئی مربع اتا
زمان	۱۸۴/۰۰۵	۱	۱۸۴/۰۰۵	۳۹/۴۴۶	۰/۰۰۰	۰/۶۱۲
زمان * گروه‌ها	۸۰/۶۶۷	۱	۸۰/۶۶۷	۱۷/۲۹۳	۰/۰۰۰	۰/۴۰۹
زمان * جنس	۳/۱۸۱	۱	۳/۱۸۱	۰/۶۸۲	۰/۴۱۷	۰/۰۲۷
زمان * سن	۰/۴۱۷	۱	۰/۴۱۷	۰/۰۸۹	۰/۷۶۷	۰/۰۰۴
زمان * گروه‌ها * جنس	۰/۶۹۰	۱	۰/۶۹۰	۰/۱۴۸	۰/۷۰۴	۰/۰۰۶
زمان * گروه‌ها * سن	۲۱/۲۹۹	۱	۲۱/۲۹۹	۴/۵۶۶	۰/۰۴۳	۰/۱۵۴
زمان * جنس * سن	۶/۶۷۱	۱	۶/۶۷۱	۱/۴۳۰	۰/۲۴۳	۰/۰۵۴
زمان * گروه‌ها * جنس * سن	۲۳/۸۱۲	۱	۲۳/۸۱۲	۵/۱۰۵	۰/۰۲۳	۰/۱۷۰
خطا (زمان)	۱۱۶/۶۱۸	۲۵	۴/۶۶۵			

جدول ۴. تحلیل واریانس برای عوامل گروهی درمان با روش درمان شناختی-رفتاری با رویکرد واحد پردازش‌های

منبع	مجموع مربعات	df	میانگین مربعات	F	سطح معنی‌داری
عرض از مبدأ	۶۸۵۴/۹۰۴	۱	۶۸۵۴/۹۰۴	۵۷۴/۹۳۱	۰/۰۰۰
گروه‌ها	۸۱۰/۷۶۱	۱	۸۱۰/۷۶۱	۶۸/۰۰۰	۰/۰۰۰
جنس	۳۷/۲۹۱	۱	۳۷/۲۹۱	۳/۱۲۸	۰/۰۴۸
سن	۲۰/۳۳۱	۱	۲۰/۳۳۱	۱/۷۰۵	۰/۲۰۴
گروه‌ها * جنس	۸/۴۷۶	۱	۸/۴۷۶	۰/۷۱۱	۰/۴۰۷
گروه‌ها * سن	۶۴/۹۵۳	۱	۶۴/۹۵۳	۵/۴۴۸	۰/۰۲۸
جنس	۷۴/۴۳۲	۱	۷۴/۴۳۲	۶/۲۴۳	۰/۰۱۹
گروه‌ها * جنس * سن	۵۱/۹۴۴	۱	۵۱/۹۴۴	۴/۳۵۷	۰/۰۴۷
خطا	۲۹۸/۰۷۵	۲۵	۱۱/۹۲۳		

جدول ۵. آزمون تعقیبی برای مقایسه میانگین‌های زمان‌های اندازه‌گیری (پیش‌آزمون ۱، پس‌آزمون ۲، پیگیری یک ۳، پیگیری دو ۴)

(I) زمان	(J) زمان	تفاوت میانگین‌های (I-J)	خطا	معنی‌داری	حد پایین	حد بالا
	۲	۲/۷۵۲*	۰/۵۴۲	۰/۰۰۰	۱/۱۹۸	۴/۳۰۶
۱	۳	۲/۸۵۶*	۰/۴۹۷	۰/۰۰۰	۱/۴۳۲	۴/۲۸۱
	۴	۳/۵۲۵*	۰/۵۵۷	۰/۰۰۰	۱/۹۳۰	۵/۱۲۰
۱	۳	-۲/۲۷۵*	۰/۵۴۲	۰/۰۰۰	-۴/۳۰۶	-۱/۱۹۸
۲	۳	۰/۱۰۴	۰/۲۱۳	۱/۰۰۰	-۰/۵۰۷	۰/۷۱۶
	۴	۰/۷۷۳	۰/۵۳۸	۰/۹۷۹	-۰/۷۶۸	۲/۳۱۴
۱	۳	-۲/۸۵۶*	۰/۴۹۷	۰/۰۰۰	-۴/۲۸۱	-۱/۴۳۲
۲	۳	-۰/۱۰۴	۰/۲۱۳	۱/۰۰۰	-۰/۷۱۶	۰/۵۰۷
	۴	۰/۶۶۹	۰/۴۷۲	۱/۰۰۰	-۰/۶۸۴	۲/۰۲۲
۱	۳	-۳/۵۲۵*	۰/۵۵۷	۰/۰۰۰	-۵/۱۲۰	-۱/۹۳۰
۲	۳	-۰/۷۷۳	۰/۵۳۸	۰/۹۷۹	-۲/۳۱۴	۰/۷۶۸
	۴	-۰/۶۶۹	۰/۴۷۲	۱/۰۰۰	-۲/۰۲۲	۰/۶۸۴

نتایج مندرج در جدول (۵) نشان می‌دهد که میانگین پیش‌آزمون با میانگین هر سه اندازه‌گیری بعدی (پس‌آزمون، پیگیری ۱ و پیگیری ۲) تفاوت معنی‌داری در سطح خطای ۰/۰۵ است. این نکته بدین معناست که درمان به روش درمان شناختی-رفتاری با رویکرد واحد پردازش‌های در طول زمان پایدار بوده است.

نتایج مندرج در جدول (۵) نشان می‌دهد که میانگین پیش‌آزمون با میانگین هر سه اندازه‌گیری بعدی (پس‌آزمون، پیگیری ۱ و پیگیری ۲) تفاوت معنی‌داری دارد، این نکته به معنی مؤثر بودن روش درمانی درمان شناختی-رفتاری با رویکرد واحد پردازش‌های است. نکته حائز اهمیت آن است که بین

جدول ۶. اثر متقابل جنسیت کودک و درمان به روش درمان شناختی-رفتاری با رویکرد واحد پردازش‌های

گروه‌ها	جنس	میانگین	خطای استاندارد	حد پایین	حد بالا
درمان شناختی-رفتاری با رویکرد واحد پردازش‌های	پسر	۴/۵۰۰	۰/۶۱۰	۳/۲۴۳	۵/۷۵۷
	دختر	۵/۶۳	۰/۵۷۹	۳/۱۷۰	۶/۲۵۵
گروه کنترل	پسر	۹/۰۰۰	۰/۶۵۹	۷/۶۴۲	۱۰/۳۵۸
	دختر	۱۰/۵۸۸	۰/۵۷۹	۹/۳۹۵	۱۱/۷۸۰

کنترل برای پسران ۹ و برای درمان شناختی-رفتاری با رویکرد واحد پردازش‌های برابر ۴/۵ است و این در حالی است که میانگین نمره گروه کنترل برای دختران ۱۰/۵۸۸ و برای گروه درمان ۵/۰۶۳ می‌باشد.

نتایج مشاهده‌شده در جدول (۶) تحلیل واریانس حاکی از وجود تفاوت معنی‌دار بین دو جنس در عملکرد درمانی روش درمان شناختی-رفتاری با رویکرد واحد پردازش‌های است. میانگین نمره اضطراب پسران در کل کمتر از دختران است. اثر متقابل بین روش درمان و جنسیت نیز معنی‌دار است. میانگین نمره گروه

جدول ۷. اثر متقابل سن کودک و درمان به روش درمان شناختی-رفتاری با رویکرد واحد پردازش‌های

گروه‌ها	سن	میانگین	فاصله اطمینان ۹۵٪	
			خطای استاندارد	حد پایین / حد بالا
درمان شناختی-رفتاری با رویکرد واحد پردازش‌های	۶ سال	۴/۴۶۹	۰/۶۱۰	۳/۳۱۲ - ۵/۷۲۶
	۷ سال	۵/۰۹۴	۰/۵۷۹	۳/۹۰۱ - ۶/۲۸۶
گروه کنترل	۶ سال	۱۰/۹۰۰	۰/۶۳۰	۹/۶۰۲ - ۱۲/۱۹۸
	۷ سال	۸/۶۸۸	۰/۶۱۰	۷/۴۳۰ - ۹/۹۴۵

بالتری را نشان می‌دهد. با مقایسه نتایج اثر متقابل جنسیت کودک و درمان به روش درمان شناختی-رفتاری با رویکرد واحد سن کودک با این درمان، مشخص می‌شود؛ بالاتر بودن پردازش‌های نمره اضطراب کودکان ۷ ساله مربوط به نمره دخترانی است که در این رده سنی قرار دارند.

بررسی جدول (۷) نشان می‌دهد میانگین نمره اضطراب گروه کنترل برای کودکان ۶ ساله ۱۰/۹ و برای همین رده سنی در افرادی که تحت درمان شناختی-رفتاری با رویکرد واحد پردازش‌های قرار گرفته‌اند ۴/۴۶۹ است؛ و میانگین نمره اضطراب برای کودکان ۷ ساله ۵/۰۹۴ گزارش می‌شود که اگرچه نسبت گروه کنترل پایین‌تر است ولی نسبت به کودکان ۶ ساله مقدار

جدول ۸. اثر متقابل متغیر گروه درمان به روش درمان شناختی-رفتاری با رویکرد واحد پردازش‌های، جنسیت و سن کودک

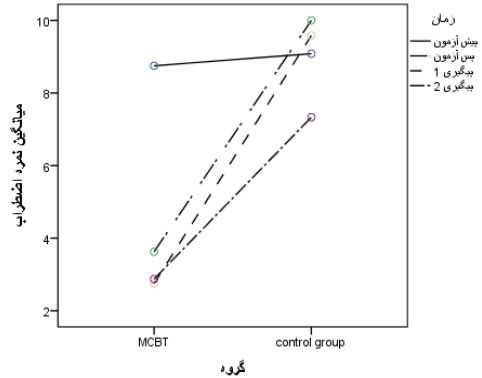
گروه‌ها	جنس	زمان آزمون	میانگین	فاصله اطمینان ۹۵٪	
				خطای استاندارد	حد پایین / حد پایین
درمان شناختی-رفتاری با رویکرد واحد پردازش‌های	پسر	۱	۸/۷۵۰	۰/۹۰۸	۶/۸۸۰ - ۱۰/۶۲۰
		۲	۳/۶۲۵	۰/۸۷۰	۱/۸۳۲ - ۵/۴۱۸
		۳	۲/۷۵۰	۰/۷۶۱	۱/۱۸۳ - ۴/۳۱۷
		۴	۲/۸۷۵	۰/۸۶۷	۱/۰۹۰ - ۴/۶۶۰
	دختر	۱	۱۰/۲۰۰	۰/۸۶۱	۸/۴۲۶ - ۱۱/۹۷۴
		۲	۲/۵۰۰	۰/۸۲۶	۰/۷۹۹ - ۴/۲۰۱
		۳	۳/۲۷۵	۰/۷۲۲	۱/۷۸۹ - ۴/۷۶۱
		۴	۴/۲۷۵	۰/۸۲۲	۲/۵۸۲ - ۵/۹۶۸
گروه کنترل	پسر	۱	۹/۰۸۳	۰/۹۸۱	۷/۰۶۴ - ۱۱/۱۰۳
		۲	۱۰/۰۰۰	۰/۹۴۰	۸/۰۶۴ - ۱۱/۹۳۶
		۳	۹/۵۸۳	۰/۸۲۲	۷/۸۹۱ - ۱۱/۲۷۵
		۴	۷/۳۳۳	۰/۹۳۶	۵/۴۰۶ - ۹/۲۶۱
	دختر	۱	۱۰/۳۵۰	۰/۸۶۱	۸/۴۷۶ - ۱۲/۰۲۴
		۲	۱۱/۱۵۰	۰/۸۲۶	۹/۴۴۹ - ۱۲/۸۵۱
		۳	۱۱/۲۵۰	۰/۷۲۲	۹/۷۶۴ - ۱۲/۷۳۶
		۴	۹/۷۰۰	۰/۸۲۲	۸/۰۰۷ - ۱۱/۳۹۳

رویکرد واحد پردازش‌های در کاهش اضطراب جدایی کودکان پسر است. بررسی مشابه در مورد دختران نیز نشان می‌دهد این روش درمانی برای دختران نیز کاربرد مؤثری داشته است. کاهش نمره اضطراب جدایی دختران به‌طور متوسط از ۱۰/۲ با انحراف معیار ۰/۸۶۱ به ۲/۵ با انحراف معیار ۰/۸۶ که نمره عدم اضطراب کودک است، تأییدی بر اثربخش بودن این درمان می‌باشد. نکته قابل تأمل در جدول ۸ آن است که افزایش نمره اضطراب دختران در پیگیری ۲ می‌باشد. با توجه به تغییر حدوداً یک نمره‌ای حد

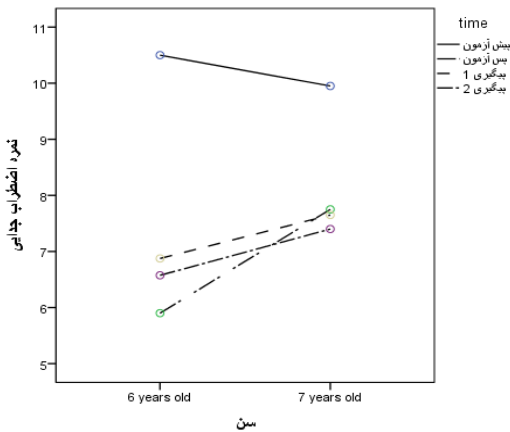
در بررسی جدول (۸)، اثر متقابل متغیر گروه درمان به روش درمان شناختی-رفتاری با رویکرد واحد پردازش‌های، جنسیت و سن کودک، میانگین نمره اضطراب پسران در ۴ مرحله آزمایش (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری ۱ و ۲ به ترتیب ۸/۷۵ با انحراف معیار ۰/۹۰۸، ۳/۶۲، ۰/۸۷۰، ۲/۷۵۰ با انحراف معیار ۰/۷۶۱ و ۲/۸۷۵ با انحراف معیار ۰/۸۶۵ است. مقایسه این اعداد با نمره استاندارد آزمون برای پسران (۱/۸۳) با انحراف معیار ۲/۲۹ مؤید مؤثر بودن درمان شناختی-رفتاری با

نمودار شکل (۴) وضعیت میانگین‌های اضطراب جدایی دختران را قبل و بعد از اعمال درمان همراه با دو پیگیری ۱ و ۲ با استفاده از نمره به‌دست‌آمده از پرسشنامه مرضی کودکان، نمایش می‌دهد. به‌طور کلی در روش درمان شناختی-رفتاری با رویکرد واحد پردازش‌ای در هر ۳ زمان اندازه‌گیری، پس از پیش-آزمون کاهش اضطراب جدایی مشاهده می‌گردد در حالی که در گروه کنترل کاهش چشمگیری مشاهده نمی‌شود. در پیش‌آزمون تفاوت فاحشی بین گروه درمان شناختی-رفتاری با رویکرد واحد پردازش‌ای و گروه کنترل مشاهده نمی‌شود. پس‌آزمون در گروه درمان شناختی-رفتاری با رویکرد واحد پردازش‌ای کاهش خیلی زیادی داشته است و این در حالی است که در گروه کنترل اضطراب جدایی حتی افزایش هم نشان می‌دهد. نکته حائز اهمیت آن است که دختران پس از دوره درمان، نتیجه مناسبی از درمان دریافت نمودند، اما این نتیجه در دوره پیگیری ثابت نداشت.

پایین و حد بالای فاصله اطمینان برای دختران در این پیگیری، این افزایش به لحاظ آماری معنی‌دار است.

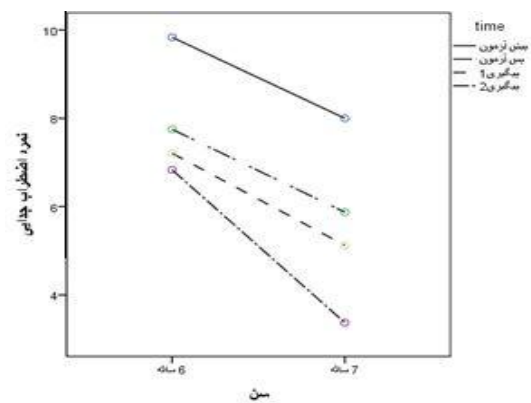


شکل ۳. میانگین نمرات تکرار شونده برای کودکان پسر در دو گروه کنترل و درمان شناختی-رفتاری با رویکرد واحد پردازش‌ای



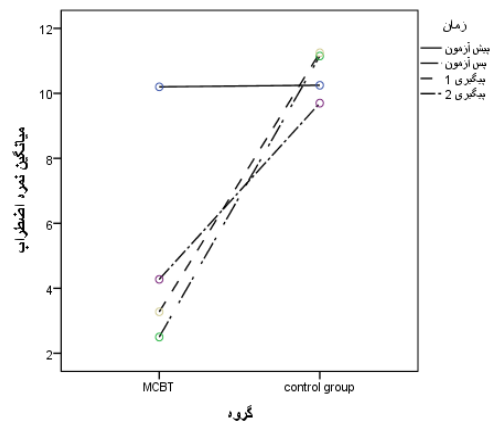
شکل ۵. بررسی نمره اضطراب جدایی دختران بر اساس سن

نمودار شکل (۳) وضعیت میانگین‌های اضطراب جدایی پسران، با استفاده از نمره به‌دست‌آمده از پرسشنامه مرضی کودکان را (۱ پیش‌آزمون، ۲ پس‌آزمون، ۳ پیگیری مرحله اول و ۴ پیگیری مرحله دوم) نمایش می‌دهد. به‌طور کلی در روش درمان شناختی-رفتاری با رویکرد واحد پردازش‌ای در هر ۳ زمان اندازه‌گیری، پس از پیش‌آزمون کاهش اضطراب جدایی را شاهد هستیم در حالی که در گروه کنترل کاهش چشمگیری مشاهده نمی‌شود. در پیش‌آزمون تفاوت فاحشی بین گروه درمان شناختی-رفتاری با رویکرد واحد پردازش‌ای و گروه کنترل مشاهده نمی‌شود. پس‌آزمون در گروه درمان شناختی-رفتاری با رویکرد واحد پردازش‌ای کاهش خیلی زیادی داشته است و این در حالی است که در گروه کنترل اضطراب جدایی حتی افزایش هم نشان می‌دهد. دو خط مربوط به پیگیری ۱ و ۲ ثابت اثر روش درمان شناختی-رفتاری با رویکرد واحد پردازش‌ای را در دوره ۲ ماهه و ۳ ماهه نشان می‌دهد.



شکل ۶. بررسی نمره اضطراب جدایی پسران بر اساس سن

از نظر متغیر سن در پسران در همه اندازه‌گیری‌ها نمره اضطراب جدایی در ۷ ساله‌ها کمتر از ۶ ساله‌هاست. در حالی که در دختران و در گروه کنترل شرایط مانند پسران است اما پس از درمان وضعیت تفاوت کرده و اضطراب ۷ ساله‌ها از ۶ ساله‌ها بیشتر است.



شکل ۴. میانگین نمرات تکرار شونده برای کودکان دختر در دو گروه کنترل و درمان شناختی-رفتاری با رویکرد واحد پردازش‌ای

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر باهدف بررسی اثربخشی و پایداری روش درمان شناختی-رفتاری متمرکز بر واحد پردازش‌های بر کاهش علائم اضطراب جدایی کودکان ۶ و ۷ ساله صورت گرفت. نتایج، تفاوت معنی‌داری را بین دو گروه آزمایش و کنترل نشان داد. بدین معنا که درمان شناختی-رفتاری با رویکرد واحد پردازش‌های روشی اثربخش در درمان اضطراب جدایی بوده و این روش در مقایسه با گروه کنترل که درمانی دریافت نکردند، باعث کاهش علائم و بهبود اضطراب جدایی در کودکان شده است. یافته‌های این پژوهش با یافته‌های پژوهش‌های ایسن و سیلورمن، دوراند چورپیتا همسواست.

نتایج به‌دست‌آمده در پیگیری‌های ۱ و ۲ در بازه زمانی ۳ ماهه که این پژوهش شکل گرفت، نشان از بلندمدت بودن این رویکرد درمانی دارد. این یافته با تحقیقات بودن و همکاران^۱ و ویس و چورپیتا هم‌راستا است.

در بررسی مقایسه دو گروه شرکت‌کننده در پژوهش با روش درمان شناختی-رفتاری با رویکرد واحد پردازش‌های در هر ۳ زمان اندازه‌گیری بعد از پیش‌آزمون، کاهش اضطراب جدایی را شاهد هستیم درحالی که در گروه کنترل تغییر چشمگیری مشاهده نمی‌شود. لذا با توجه به این‌که در پس‌آزمون گروه درمان شناختی-رفتاری با رویکرد واحد پردازش‌های اضطراب جدایی کاهش خیلی زیادی مشهوداست و در گروه کنترل افزایش نیز داشته است؛ این نتایج بر اثربخشی روش شناختی-رفتاری با رویکرد واحد پردازش‌های برای درمان اضطراب جدایی کودکان صحت می‌گذارد. این یافته با یافته‌های چورپیتا، تایلر، فرانسیس، مفیت و آستین همسوست و درواقع پژوهش حاضر در راستای پژوهش ایشان انجام شد.

قابل ذکر است پژوهش چورپیتا و همکاران، این درمان را برای کلیه اختلالات اضطرابی به‌کاربرده است درحالی که پژوهش حاضر با محدود کردن این موضوع و استفاده از این الگو برای درمان اضطراب جدایی با حمایت از این روش بر اثر این نوع درمان در کاهش علائم اختلالات اضطرابی، صحت گذاشته است.

همان‌طور که در مقدمه این پژوهش ذکر شد، این روش الگوی عملی از مشکل مراجع و عوامل مؤثر تعدیل‌کننده درونی و بیرونی ارائه می‌دهد و برای مشخص ساختن مشکل اساسی فرد به‌طور منظم به این عوامل می‌پردازد و با فردی سازی مداخلات با مشکل فرد هماهنگ می‌شود. لذا بررسی عوامل مختلف مؤثر بر ویژگی‌های یک کودک در تحلیل اثر این روش ضروری است. در این پژوهش از بین عوامل مختلف، اثر دو عامل جنس و سن موردبررسی قرار گرفت. یافته‌ها نشان داد بااینکه میانگین نمره اضطراب پسران در کل، کمتر از دختران است، اثرمتغیر جنس بر نمره اضطراب جدایی معنی‌دار می‌باشد.

یافته‌های این پژوهش با یافته‌های باتاگلیا و همکاران^۲ که بیان می‌کنند شیوع اختلال اضطراب جدایی در دختران بیشتر از

پسران است همسو می‌باشد.

نتایج نشان داد نمره پس‌آزمون پسران در گروه درمان شناختی-رفتاری با رویکرد واحد پردازش‌های کاهش زیادتری نسبت به دختران داشته است. در مورد دختران باید گفت، بااینکه پس از دوره درمان، نتیجه مناسبی از درمان دریافت نمودند، اما این نتیجه در دوره پیگیری ثبات کمتری نسبت به پسران داشته و اضطراب مقداری افزایش یافته است. برای تبیین این موضوع می‌توان به نحوه کارکرد روش درمان شناختی-رفتاری با رویکرد واحد پردازش‌های اشاره نمود.

وقتی اضطراب جدایی کاهش می‌یابد و به‌صورت بالینی درمان می‌شود، کودک آموخته است که افکار منفی را از خود دور نموده، ترس از تنهایی نداشته باشد و نگران تنهایی در محیط خانه و مدرسه نباشد. نکته حائز اهمیت در روش درمان شناختی-رفتاری با رویکرد واحد پردازش‌های عدم توجه به سبک دل‌بستگی کودک و اصلاح آن است [۲]؛ لذا مواجهه با این شرایط با توجه به سبک دل‌بستگی دختران نسبت به پسران موجب برگشت اضطراب در ایشان می‌شود و آن‌ها را مجدداً دچار ترس می‌کند [۱۳]. لذا در این پژوهش با توجه به اثربخش‌تر بودن این روش درمانی برای پسران، استفاده از این پروتکل را برای ایشان پیشنهاد می‌کند.

در بررسی اثرات متقابل جنس و سن نتایج مشاهده‌شده حاکی از مؤثر بودن متغیر جنس و سن بر عملکرد درمانی روش درمان شناختی-رفتاری با رویکرد واحد پردازش‌های است؛ از نظر متغیر سن در پسران در همه اندازه‌گیری‌ها نمره اضطراب جدایی در ۷ ساله‌ها کمتر از ۶ ساله‌هاست. درحالی که در دختران و در گروه کنترل شرایط مانند پسران است اما پس از درمان وضعیت تفاوت کرده و اضطراب ۷ ساله‌ها از ۶ ساله‌ها بیشتر است.

یافته‌های به‌دست‌آمده با پژوهش‌های ایگر همخوان است. ایشان معتقد است این اختلال در سنین پیش‌دبستانی و در کودکانی که نخستین بار وارد مدرسه می‌شوند بروز می‌کند؛ و زمانی تشخیص داده می‌شود که اضطراب مفرط نامتناسب، به هنگام جدایی از منبع دل‌بستگی ظاهر می‌گردد؛ و کودک را شدیداً برانگیخته و بر آن می‌دارد تا از موقعیت‌هایی که مستلزم جدایی هستند، اجتناب کند [۸]. لذا پژوهش حاضر استفاده از این روش درمانی را برای کودکان ۶ ساله پیشنهاد می‌کند.

اثر متقابل سه متغیر روش درمان (درمان شناختی-رفتاری با رویکرد واحد پردازش‌های و کنترل)، جنسیت و سن نیز معنی‌دار هستند. با بررسی نمره میانگین اضطراب کودکان پسر و دختر ۶ و ۷ ساله در ۴ مرحله آزمایش (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری ۱ و پیگیری ۲) و مقایسه با نمره استاندارد آزمون، مؤثر بودن درمان شناختی-رفتاری با رویکرد واحد پردازش‌های در کاهش اضطراب جدایی کودکان پسر و دختر تأیید می‌شود؛ که با همخوان بودن این یافته با یافته‌های چورپیتا، تایلر، فرانسیس، مفیت و آستین، پژوهش‌های کنترل‌شده دیگری به‌منظور پیگیری و گسترش نتایج این پژوهش و بررسی اثربخشی این رویکرد درمانی بر اختلالات اضطرابی دیگر را پیشنهاد می‌کند. همچنین

¹ Booden & et.al.

² Battaglia & et.al.

- 133-144.
- ۷- ویس، ری (۲۰۰۸). اختلالات اضطرابی در کودکان و نوجوانان بر اساس (DSM-IVTR)، ترجمه حسین ابراهیمی مقدم. تهران: انتشارات مدبّر.
- 8- Gruner, K Muris, & Merckelbach, H. (1999). The relationship between anxious rearing behaviors and anxiety disorders symptomatology in normal children. *BehavTherExpPsychiat*: vol 30: pp 27-35.
- 9- Mychailyszyn, M. P, Mendez, J. L, & Kendall, P. C. (2010). School functioning in youth with and without anxiety disorders: Comparisons by diagnosis and comorbidity. *School Psychology Review*: vol39: pp 106-121
- 10- Egger, L.H. (2003). School Refusal and Psychiatric Disorders: A Community Study. *American Academy of child & Adolescent psychiatry*: vol 30: pp42-7.
- ۱۱- دادستان، پریخ. (۱۳۸۲). روانشناسی مرضی تحولی از کودکی تا بزرگسالی. تهران: سمت.
- ۱۲- چورپیتا، بروس (۲۰۰۷). درمان شناختی-رفتاری اضطراب در کودکان (رویکرد واحد پردازش‌ای)، ترجمه کنایون حلمی. تهران: انتشارات ارجمند.
- ۱۳- تبعه امامی، شیرین؛ نوری، ابوالقاسم؛ ملک‌پور، مختار و عابدی، احمد (۱۳۹۰). اثربخشی آموزش شناختی رفتاری مادران بر تغییر رفتار مادرانه و دل‌بستگی نایمن کودک. *مجله روانشناسی بالینی*، سال ۳، شماره ۳، صص ۷-۱۶.
- 14- Walsh, M. E, Barrett, J. G, & DePaul, J. (2007). Day-to-day activities of school counselors: Alignment with new directions in the field and the ASCA national model. *Professional School Counseling*: vol 10: pp 370-378.
- 15- Weisz, J. R., & Chorpita, B. F. (2012). Mod squad for youth psychotherapy: Restructuring evidence-based treatment for clinical practice. In P. C. Kendall (Ed.), *Child and adolescent therapy. Cognitive-behavioral procedures*: vol 4: pp379-397.
- 16- Bodden DH, Bögels SM, Nauta MH, De Haan E, Ringrose J, Appelboom C, Brinkman AG, Appelboom-Geerts KC. (2008). Child versus family cognitive-behavioral therapy in clinically anxious youth: an efficacy and partial effectiveness study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*: vol 47: pp 1384-94.
- ۱۷- موسوی، رقیه؛ فرزاد، ولی‌الله و نوایی‌نژاد، شکوه (۱۳۸۹). تعیین اثر خانواده‌درمانی ساختاری در درمان اختلالات اضطرابی کودکان. *روانشناسی بالینی و شخصیت (دانشور رفتار)*، سال ۱۷، شماره ۴۰، صص ۱-۱۰.
- پیشنهاد می‌شود که مراکز مشاوره، بالینگران کودک و برنامه‌ریزان مسائل مربوط به کودکان به استفاده از این روش مداخله‌ای در فرایند درمان، توجه بیشتری نشان دهند.
- هر پژوهش با محدودیت‌هایی روبه‌رو است و پژوهش حاضر نیز از این امر مستثنا نیست. این پژوهش برای اولین بار در داخل کشور انجام شده و برای مقایسه‌ی نتایج آن با یافته‌های پژوهش‌های انجام شده، پیشینه‌ی داخلی وجود ندارد که با توجه به اهمیت مسئله و اثربخشی بالای این درمان، استفاده از آن در مورد سایر اختلالات اضطرابی پیشنهاد می‌گردد. هم‌چنین از آنجاکه در این پژوهش، از روش درمان فردی استفاده شد، پیشنهاد می‌شود این شیوه‌ی درمانی به صورت گروهی نیز مورد بررسی واقع گردد و نتایج با یکدیگر مقایسه شوند. به علاوه با توجه به ریشه‌دار بودن اهداف این درمان، انجام پیگیری طولانی‌تر در پژوهش‌های آتی توصیه می‌گردد. با توجه به این‌که پژوهش حاضر بر روی نمونه‌ای از دانش‌آموزان پسر و دختر ۶ و ۷ ساله شهر قم انجام شده است، بنابراین باید در تعمیم نتایج به سایر افراد احتیاط شود. پژوهش‌هایی با بررسی اثربخشی درمان شناختی رفتاری با رویکرد واحد پردازش‌ای در جمعیت گسترده‌تر و در سنین دیگر، برای درمان اختلالات رفتاری و ارتقای سطح سلامت روان کودکان لازم است.

منابع

- ۱- ساراسون، ایرون جیو ساراسون، باربارا آر (۲۰۱۰). روانشناسی مرضی. ترجمه بهمن نجاریان، محسن دهقانی و ایران داودی. تهران: انتشارات رشد.
- ۲- ذوالفقاری مطلق، مصطفی؛ جزایری، علیرضا؛ خوشایبی، کنایون؛ مظاهری، محمدعلی و کریملو، مسعود (۱۳۸۷). اثربخشی درمان مبتنی بر دل‌بستگی بر کاهش علائم اختلال اضطراب جدایی. *مجله روان‌پزشکی و روانشناسی بالینی ایران*، سال ۱۴، شماره ۴، صص ۳۸۰-۳۸۸.
- 3- Starr, L.R; Davila, J. (2012). Temporal Patterns of anxious and depressed mood in generalized anxiety disorder: A Daily diary study. *Behavior Research and Therapy*: vol 50: pp 131-141.
- 4-Sunday, B; Fakunmoju, F& Bammeke, O. (2015). Anxiety disorders and depression among high school adolescents and youths in Nigeria: Understanding differential effects of physical abuse at home and school. *Journal of Adolescence*: vol 42: pp 1-10.
- 5- Battaglia, M; Touchette, É; Garon-Carrier, G; Dionne, G; Sylvana, M; Vitaro, C; Richard, E; Tremblay & Boivin, M. (2015). Distinct trajectories of separation anxiety in the preschool years: persistence at school entry and early-life associated factors. *Child Psychology and Psychiatry*: vol 10. pp.: 12-24.
- 6- Boelena, P; Reijntjesb, A & Carletonc, N. (2014). Intolerance of Uncertainty and Adult Separation Anxiety. *Cognitive Behaviour Therapy*: vol 43: pp

- therapy for anxiety disordered youth: a randomized clinical trial evaluating child and family modalities. *J Consult Clin Psychol*: vol 76: pp 282-97.
- 29- Weisz, J. R, Chorpita, B. F, Palinkas, L. A, Palin-kas, L. A, Schoenwald, S. K, Miranda, J. (2012). Testing standard and modular designs for psychotherapy treating depression, anxiety, and conduct problems in youth: A randomized effec-tiveness trial. *Archives of General Psychiatry*: vol 69: pp 274-282.
- 30- Angela W. Chiu and David A. Langer -Bryce D. McLeod-Kim Har, Amy Drahota, Brian M. Galla, Jeffrey Jacobs, Muriel Ifekwunigwe, and Jeffrey J. Wood. (2013). Effectiveness of Modular CBT for Child Anxiety in Elementary Schools. *School Psychology Quarterly American Psychological Association*: vol 28: pp 141-153.
- ۳۱- اقشاری، افروز؛ امیری، شعله؛ نشاط دوست، حمیدطاهر؛ رضایی، فاطمه (۱۳۹۴). مقایسه اثربخشی گروه‌درمانی شناختی رفتاری هیجان مدار (ECBT) و گروه‌درمانی شناختی-رفتاری (CBT) بر اختلال اضطراب اجتماعی کودکان. *مجله پزشکی ارومیه*. سال ۲۶ شماره ۳(۱۳۳)، صص ۱۹۴-۲۰۴
- 32- Sabine Wilhelm,a Katharine A. Phillips,b Elizabeth Didie,b Ulrike Buhlmann,c Jennifer L. Greenberg,a Jeanne M. Fama,a Aparna Keshaviah,a and Gail Steketee.(2014) Modular Cognitive-Behavioral Therapy for Body Dysmorphic Disorder: A Randomized Controlled Trial. *Behavior Therapy*: vol 45: pp 314-327.
- 33- Chorpita, B; Taylor, A; Francis, S; Moffitt, C & Austin, A. (2004). Efficacy of modular cognitive Behavior therapy for childhood anxiety disorders. *Behavior therapy*: vol 35: pp 263-287.
- ۳۴- محمداسماعیل، الهه؛ علی‌پور، احمد (۱۳۸۰). بررسی اعتبار، روایی و تعیین نقاط برش اختلال‌های پرسشنامه علامت مرضی کودکان (CSI-4) بر روی دانش‌آموزان ۱۴-۶ ساله مدارس ابتدایی و راهنمایی تهران. تهران: پژوهشکده کودکان استثنایی. سال ۲، شماره ۳، صص ۲۳۹-۲۵۴.
- ۳۵- هومن، حیدرعلی (۱۳۹۳). استنباط آماری در پژوهش رفتاری. تهران: سازمان مطالعه و تدوین کتب علوم انسانی دانشگاه‌ها (سمت).
- ۳۶- انجمن روان‌پزشکی آمریکا (۲۰۱۳). راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (ویراست پنجم DSM5). ترجمه یحیی سید محمدی. تهران: نشر روان.
- 18- Silverman, W. K, Pina, A. A., & Viswesvaran, C. (2009). Evidence-based psychosocial treatments for phobic and anxiety disorders in children and adolescents. *Journal of Clinical Child and Adoles-cent Psychology* vol 37: pp 105-130.
- 19- Silvia, A; Meyer, S & Andrea.K. (2013). Separation Anxiety Avoidance Inventory- Child and Parent Version: Psychometric Properties and Clinical Utility in a Clinical and School Sample. *Child Psychiatry & Human Development*: vol 44: pp 689-697.
- ۲۰- بانکی، یاسمن؛ امیری، شعله؛ اسعدی، سمانه (۱۳۸۸). اثربخشی کتاب‌درمانی گروهی بر میزان اضطراب جدایی و افسردگی در کودکان والدین طلاق گرفته. *روانشناسی بالینی و شخصیت (دانشور رفتار)*، سال ۱۶، شماره ۳، صص ۸-۱.
- 21- Silverman WK, Saavedra LM, Pina AA. (2001). Test-retest reliability of anxiety symptoms and diagnoses with the Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV: child and parent versions: vol 40: pp937-44.
- 22-Barrett, P.M, Dadds, M.R, & Rapee, R.M. (1996). Family treatment of childhood anxiety: A controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*: vol 64: pp 333-342.
- 23- Dadds, M.R, Holland, D.E, Laurens, L.R, Mullins, M, Barrett, P.M, Spence, S.H. (1999). Early intervention and prevention of anxiety disorders in children: results at 2- year follow-up. *J Couns Clin Psychiat*: vol 67: pp 145-50.
- 24- 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 random- ized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*: vol 65: pp 366-380.
- 25- Victor, A, M; Bernat, D.H; Bernstein, GA, & Layne, A.E. (2007). Effect of parent and family characteristics on treatment outcome of anxious children. *Journal of Anxiety Disorder*: vol 25: pp 835-848.
- 26- Neville J. King, B J. Tonge, P. M, Nicole Myerson, D Heyne, S Rollings, R Martin, TH Ollendick.(2000) . Treating Sexually Abused Children with Posttraumatic Stress Symptoms: A Randomized Clinical Trialn. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. Vol 39: pp 1347-1355.
- 27- Chiu, Angela W. Langer, David A; McLeod, Bryce D; Har, Kim; Drahota, Amy; Galla, Brian M; Jacobs, Jeffrey; Ifekwunigwe, Muriel; Wood, Jeffrey J. (2013). Effectiveness of modular CBT for child anxiety in elementary schools. *School Psychology Quarterly*: vol 28: pp 141-153.
- 28- Kendall PC, Hudson JL, Gosch E, Flannery-Schroeder E, Suveg C, J Consult. (2008). Cognitive-behavioral