

Biannual Journal of Applied
Counseling
2013, 3(1), 19-34
Received: 02 March 2013
Accepted: 11 Sep 2013

دو فصلنامه مشاوره کاربردی
۱۳۹۲، ۳(۱)، ۱۹-۳۴
دریافت: ۹۱/۱۲/۱۲
پذیرش: ۹۲/۰۶/۲۰

تأثیر درمان شناختی-رفتاری خانواده محور در کاهش اضطراب کودکان مبتلا به اختلالات اضطرابی

The Effects of Family Cognitive-Behavioral Therapy in the Reduction of Anxiety in Children with Anxiety Disorders

Majid Mahmoud Alilou
Neda Yadegari
Farzin Haghazari
Hamid Poursharifi
Touraj Hashemi Nosratabad

مجید محمود علیلو*
ندا یادگاری**
فرزین حق نظری***
حمید پورشریفی****
تورج هاشمی نصرت آباد*****

Abstract

Anxiety problems are among the most common psychiatric disorders experienced by children. Cognitive Behavioral Therapy (CBT) is an efficacious treatment for youths with anxiety disorders. The aim of this research was to study the effects of Family Cognitive-Behavioral Therapy (FCBT) on the reduction of anxiety in anxious children. This study was carried out based on a multiple baseline. The subjects were 3 female children with anxiety disorders and their mothers who were selected by K-SADS-PL clinical interview. The subjects received the Family Cognitive-Behavioral (FCBT) therapy for 14-16 sessions. The assessment tools included: the Spence Children Anxiety Scale (SCAS) both child and parent forms, as well as the Coping Questionnaire (child and parent forms). The findings showed that the Family Cognitive-Behavioral Therapy (FCBT) was effective in the reduction of anxiety and in increasing coping skills. A follow up study indicated an improvement in the symptoms and coping abilities. It is concluded that the Family Cognitive-Behavioral Therapy can increase the coping abilities and can also result in the reduction of anxiety.

Keywords: Family Cognitive-Behavioral Therapy, anxiety disorders, coping abilities

چکیده

اختلالات اضطرابی از رایج‌ترین مشکلات روانپزشکی است که توسط کودکان تجربه می‌شوند. از طرفی یکی از درمان‌های موثر برای اختلالات اضطرابی کودکان، درمان شناختی رفتاری (CBT) است. پژوهش حاضر با هدف بررسی تأثیر درمان شناختی رفتاری خانواده محور (FCBT) در کاهش اضطراب کودکان انجام گردید. این پژوهش در چارچوب آزمایش تجربی تک موردی با استفاده از خطوط پایه چندگانه اجرا گردید. شرکت کنندگان پژوهش ۳ کودک دختر مبتلا به اختلالات اضطرابی و مادران آن‌ها بودند کودکان با استفاده از مصاحبه بالینی اختلالات عاطفی و اسکیزوفرنیا برای کودکان در سنین مدرسه- در حال حاضر و در طول عمر (K-SADS-PL) برای پژوهش انتخاب گردیدند و برای هر سه شرکت کننده درمان شناختی رفتاری خانواده محور به مدت ۱۴-۱۶ جلسه اجرا شد. برای اندازه‌گیری متغیرهای پژوهش از پرسشنامه‌های اضطراب اسپنس (SCAS) فرم کودک و والد و توانایی مقابله (CQ) فرم کودک و والد استفاده شد. تحلیل داده‌ها نشان داد که درمان شناختی رفتاری خانواده محور در کاهش اضطراب و افزایش توانایی‌های مقابله‌ای کودکان موثرند. پیگیری یک ماهه نیز بهبود علائم و افزایش توانایی مقابله را نشان داد. بر اساس یافته‌های این پژوهش می‌توان نتیجه گرفت که درمان شناختی رفتاری خانواده محور توانایی مقابله‌ای کودکان را افزایش داده و موجب کاهش اضطراب کودکان شده است.

واژه‌های کلیدی: درمان شناختی رفتاری خانواده محور، اختلالات اضطرابی، توانایی مقابله‌ای

* استاد گروه روان‌شناسی دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه تبریز
** کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی کودک و نوجوان، دانشگاه تبریز (نویسنده مسئول) nedayadegari@gmail.com
*** کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشگاه تبریز
**** استادیار گروه روان‌شناسی دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه تبریز
***** دانشیار گروه روان‌شناسی دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه تبریز

مقدمه

اختلالات اضطرابی از جمله مشکلاتی است که در مورد کودکان گزارش می‌شود (متیسون، ۱۹۹۲؛ کارت رایت-هاتون، مک نیکل، دوبل دی، ۲۰۰۶). تحقیقات نشان می‌دهد که اختلالات اضطرابی در کودکان حتی زمانی که معیارهای شدت (مانند داشتن آسیب معنی‌دار برای مداخله) لحاظ می‌شود، رایج‌ترین اختلال در دوره کودکی و نوجوانی است (استراس، ۱۹۹۴؛ کانولی و برنشتاین، ۲۰۰۷). اختلالات اضطرابی در خانواده‌ها شکل می‌گیرد و علاوه بر عوامل ژنتیکی، عوامل والدینی مانند سرمشق دهی اضطراب، بیش‌کنترلی، باورها (برای مثال در مورد آسیب‌پذیری کودک)، تعارض و جنبه‌هایی از عملکرد خانواده (مانند همبستگی پایین خانوادگی) با اضطراب کودک مرتبط هستند (بوگلز، برچمن-توشنت، ۲۰۰۶). این موضوع بیان‌گر این است که اگرچه ماهیت واقعی انتقال به خوبی قابل درک نیست، اما والدین باید در درمان اضطراب کودکان درگیر باشند. یکی از درمان‌های مطرح‌شده در حوزه اختلالات اضطرابی، درمان شناختی-رفتاری خانواده محور^۱ (FCBT) است. گروه تحقیقی وود (۲۰۰۶) بسته‌ی درمانی FCBT را گسترش داده‌اند که درمان شناختی-رفتاری کودک محور^۲ (CBT سنتی) را با تکنیک‌هایی ترکیب کرده‌اند که به طور خاص مداخله‌گری والدین^۳ و پذیرش استقلال^۴ را مورد هدف قرار داده است. مداخله FCBT برنامه «ایجاد اطمینان»^۵ را به کار می‌گیرد. برنامه‌ی ایجاد اطمینان راهبردهای CCBT (رویاریبی در محیط طبیعی و پاداش) را با آموزش والدین ترکیب می‌کند. اهداف این بسته‌ی درمانی با تأکید بر تغییر الگوهای ارتباطی والدین مخصوصاً مداخله‌گری و پذیرش استقلال متمرکز است که فرض می‌شود این الگوهای ارتباطی در حفظ اضطراب کودک موثرند. از این رو اهداف این رویکرد درمانی فراتر از برنامه‌های FCBT قبلی قرار دارد (وود، پیاستینی، ساوتام-گیرو، چو و سیگمن، ۲۰۰۶). والدینی که به صورت مداخله‌گرانه عمل می‌کنند به دلیل ممانعت کودک از مواجهه‌ی واقعی با ترس در فرآیند خوگیری (کاهش ترس) کودک تداخل ایجاد می‌کنند (فاکس، هندرسون و مارشال، ۲۰۰۵). در مقابل والدینی که سطوح مناسبی از استقلال را به فرزندان‌شان واگذار می‌کنند احساس تسلط و خودتوانمندی را در کودکان افزایش داده، بنابراین به تعدیل اضطراب آنها کمک می‌کنند (وود و همکاران، ۲۰۰۶). با توجه به این موضوع که فرآیند تعامل خانواده و شیوه‌های فرزندپروری، رفتارهای اجتنابی را در تعدادی از کودکان اضطرابی افزایش می‌دهد و همچنین درگیری والدین، نتایج درمانی کودکان اضطرابی را تعدیل می‌کند. به همین دلایل به نظر می‌رسد که درگیر کردن والدین به صورت مستقیم در مداخلات مفید است (بارت و دادز و رابی، ۱۹۹۶).

تحقیقات تجربی و نظری اخیر برای مداخله والدینی و پذیرش استقلال در حفظ اضطراب کودکان نقش محوری قائل شده‌اند (وود، و همکاران، ۲۰۰۶). والدینی که مداخله‌گر هستند تمایل دارند کارهایی

1. family-focused cognitive behavioral therapy
2. child-focused cognitive behavioral therapy
3. Parental intrusiveness
4. autonomy granting
5. Building Confidence

را که کودکان می‌توانند یا باید مستقل انجام دهند به عهده بگیرند. در نتیجه سطحی از رشدناپافتگی عملکردی را به کودک تحمیل می‌کنند (کارلسون، ۲۰۰۳؛ ایسپا، ۲۰۰۴؛ به نقل از وود، مک لئود، پیاسنتی و سیگمن، ۲۰۰۹). مداخله‌گری والدین باعث می‌شود تجارب مهارتی کودکان محدود شده و به عزت نفس^۱ آن‌ها آسیب برسد. زمانی که کودکان اضطرابی با تاریخچه مداخله‌گری والدین و با عزت نفس پایین با موقعیت‌های تازه مواجه می‌شوند به احتمال بیشتری در این موقعیت‌ها اضطراب را تجربه می‌کنند، همچنین آن‌ها زمینه‌ی کمی برای قبول توانایی‌شان برای موفقیت و ایمن ماندن (بدون کمک والدین) در چنین موقعیت‌های ناآشنا دارند (وود، مک لئود، سیگمن، هانگ و چو، ۲۰۰۳).

یک ویژگی که برنامه‌های FCBT را از برنامه‌های دیگر متمایز می‌کند، به کار بستن شکل یکپارچه‌ی متمرکز بر خانواده هم با والدین و هم با کودک است که تعدادی از مطالعات برتری FCBT بر CCBT را در یک سال پیگیری نشان داده‌اند (بارت، دادز و راپی، ۱۹۹۶). در کل چنین استنباط می‌شود که FCBT شامل یک فعل‌وانفعال پیچیده از تکنیک‌های شناختی-رفتاری و بازسازی خانواده است که خانواده و کودک را در کنار یکدیگر قرار داده و انگیزه کودکان و والدین آن‌ها را برای بهبود نتیجه‌ی درمان افزایش می‌دهد. با این که CBT به تنهایی موثر است ولی FCBT می‌تواند به بهبودهای بیشتری در اضطراب کودکان در کوتاه مدت منجر شود (وود، و همکاران، ۲۰۰۶). بنابراین برای متخصصان بالینی ارزیابی مداخله‌گری والدین و پذیرش استقلال توسط والدین در مورد کودکان دبستانی مبتلا به اختلالات اضطرابی و توجه به کاربرد راهنمای ساختارمند FCBT که به‌طور ضمنی چنین پویایی‌های خانوادگی را شامل می‌شود مفید خواهد بود.

علی‌رغم این که اختلالات اضطرابی، شایع‌ترین اختلالات دوره‌ی کودکی هستند ولی مطالعات تجربی نسبتاً کمی در مورد اثربخشی رویکردهای درمانی این اختلالات انجام شده است. با این حال مداخلات شناختی-رفتاری از بیشترین پشتوانه‌ی تجربی برخوردارند (اولندیک و کینگ، ۱۹۹۸؛ به نقل از شرودر و گوردون، ۱۳۸۹). هوفمن و ساویر، ویت و او (۲۰۱۰) اثربخشی پروتکل درمان شناختی-رفتاری والد-فرزندی را بر روی کودکان اضطرابی ۴-۷ ساله مورد بررسی قرار دادند. ۶۴ کودک با اختلالات اضطرابی در گروه مداخله CBT والد-فرزندی و گروه انتظار قرار گرفتند. نتایج نشان داد که میزان پاسخ به درمان در گروه مداخله برابر ۶۹٪ در مقابل ۳۲٪ گروه کنترل بود.

گیرلینگ-بوچر و رونان (۲۰۰۹) نسخه کوتاهی از برنامه اثربخش شناختی-رفتاری برای اختلالات اضطرابی کودکان را بر چهار کودک ۸-۱۱ ساله با اختلالات اضطرابی را به همراه والدین آن‌ها اجرا کردند. آن‌ها به صورت هفتگی خصیصه اضطراب و توانایی مقابله کودکان توسط خود کودکان و والدین ارزیابی کردند. هر چهار کودک در مقیاس‌های خودگزارشی، گزارش والدینی و ارزیاب‌های مستقل بهبود نشان دادند. همچنین هر چهار کودک در ارزیابی‌های پس از درمان و پیگیری ۳ و ۱۲ ماهه دیگر تشخیص اختلال اضطرابی نداشتند.

بارت و همکاران (۱۹۹۶) درمان خانواده محور را بر روی کودکان ۷-۱۴ ساله مورد بررسی قرار

1. Self-efficacy

دادند. ۷۹ کودک که معیار تشخیصی اضطراب جدایی، اختلال فراگیر و فوبی اجتماعی را پر می کردند در سه وضعیت درمانی قرار گرفتند: درمان شناختی-رفتاری (CBT)، درمان شناختی-رفتاری به اضافه مدیریت خانواده (ترکیب CBT+FAM) و گروه انتظار. ارزیابی تاثیر مداخلات پس از درمان و در ۶ و ۱۲ ماه پیگیری صورت گرفت. نتایج نشان داد که در وضعیت‌های درمانی ۶۹٪ کودکان معیار تشخیصی برای اختلالات اضطرابی را نداشتند ولی در گروه انتظار این معیار ۲۶٪ بود. در ۱۲ ماه پیگیری ۷۰/۳٪ کودکان گروه CBT و ۹۵/۶٪ گروه ترکیب CBT+FAM دیگر معیار تشخیصی اختلالات را نداشتند.

پژوهش رستمی (۱۳۸۹) با عنوان بررسی تاثیر خانواده درمانی شناختی-رفتاری بر اضطراب کودکان، عملکرد خانواده و شیوه‌های فرزندپروری مادران نشان داد که در ارزیابی کودکان، تفاوت معناداری بین میزان اضطراب کلی، اضطراب جدایی، اضطراب فراگیر، فوبیا، اضطراب اجتماعی، پنیک همراه با گذرهراسی و اختلال وسواسی اجباری در کودکان گروه آزمایش و کنترل وجود دارد و میزان اضطراب به طور معنی‌داری در گروه آزمایش کاهش یافته بود.

با توجه به نرخ شیوع بالای اختلالات اضطرابی و اثرات زیان‌بار آن و اهمیتی که کودکان و دانش آموزان سالم برای جامعه دارند و با توجه به این که تحقیقات انجام گرفته در ایران در زمینه‌ی درمان اضطراب کودکان دبستانی بسیار محدود است، لذا بررسی اثربخشی درمان شناختی-رفتاری کودک محور و خانواده محور در کاهش اضطراب کودکان می‌تواند راه‌گشای عملی در این عرصه باشد و بسترهای جدیدی برای مداخلات بهینه در زمینه اختلالات دوران کودکی بالاخص اختلال اضطرابی ایجاد نماید و زمینه کمک‌رسانی در زمینه کاهش اضطراب در کودکان را مهیا نماید. از سویی، راه را برای پژوهش‌های پیگیر باز نماید و آموزه‌هایی را برای دست‌اندرکاران عرصه‌های آموزشی، تربیتی و درمانی ارایه نماید. بر این اساس فرضیه‌های پژوهش تدوین و مورد بررسی قرار گرفتند: ۱. درمان شناختی-رفتاری خانواده‌محور در کاهش اضطراب کودکان مبتلا به اختلالات اضطرابی موثر است. ۲. درمان شناختی-رفتاری خانواده‌محور در افزایش توانایی مقابله ای کودکان مبتلا به اختلالات اضطرابی موثر است.

روش

جامعه آماری، نمونه و روش اجرای پژوهش

کودکان دبستانی مبتلا به اختلالات اضطرابی و مادران این کودکان در شهر تبریز جامعه‌ی پژوهش حاضر بودند. تعداد نمونه برابر ۳ نفر بود که به صورت نمونه‌گیری هدفمند انتخاب گردید. ملاک‌های ورود شرکت‌کنندگان عبارت بودند از: ۱) کودک براساس مصاحبه بالینی تشخیص یکی از اختلالات اضطرابی را پر کند. ۲) کودک داروی روانپزشکی مصرف نکند. ۳) دارای هر دو والد باشد. ملاک‌های خروج شامل موارد زیر بودند: ۱) خانواده در درمان‌های خانواده یا کلاس‌های فرزندپروری شرکت کرده

باشد. ۲) کودک یا والدین علائم سایکوتیک داشته باشند. ۳) کودک دارو مصرف کند. ۴) به هر دلیل که به نظر برسد کودک یا والد نمی‌تواند در برنامه مداخله شرکت کند. این پژوهش در چارچوب طرح آزمایشی تک موردی با استفاده از طرح خطوط پایه چندگانه^۱ اجرا شده است. شرکت‌کنندگان از بین دانش‌آموزان چند مدرسه به صورت هدفمند انتخاب گردید. به طوری که از مشاوران مدرسه خواسته شد دانش‌آموزانی که اختلالات اضطرابی داشتند را به پژوهشگر معرفی کند. مراجعانی که براساس مصاحبه بالینی شرایط پژوهش را داشتند برای دریافت درمان انتخاب گردیدند. هر سه شرکت‌کننده دانش‌آموز کلاس دوم بودند که به ترتیب تشخیص اختلال فوبی خاص، اضطراب جدایی و اضطراب فراگیر دریافت کردند. مراحل مداخله در ۱۴-۱۶ جلسه به صورت انفرادی بر روی شرکت‌کنندگان اجرا شد. راهنمای درمانی پژوهش حاضر براساس بسته درمانی برنامه‌ی ایجاد اطمینان گروه وود در قالب ۱۶ جلسه توسط کارشناس ارشد روانشناس بالینی کودک و نوجوان اجرا گردید. محتوای برنامه ایجاد اطمینان شامل دو مرحله بود: آموزش مهارت‌ها و رویارویی طبیعی. جلسات FCBT شامل دیدارهای انفرادی با کودک به مدت ۱۵-۳۰ دقیقه، ۲۵-۳۰ دقیقه دیدار با والدین و ۱۰-۱۵ دقیقه نهایی دیدار خانواده بود. پروتکل درمانی جلسات به این شرح بود: جلسه‌ی اول (پذیرش-ارزیابی اضطراب): برقراری رابطه‌ی درمانی، جمع‌آوری توصیفات کودک و والد درباره‌ی علائم اضطرابی. جلسه‌ی دوم (تحلیل کارکردی و برقراری رابطه‌ی درمانی): توصیف اهداف برنامه به کودک و والدین، معرفی مفهوم موقعیت‌های اضطراب‌برانگیز به کودک با استفاده از تصاویر کارتونی، یادگیری درباره‌ی یک روز معمولی کودک، اجرای تحلیل کارکردی بر یکی از نشانه‌های کلیدی اضطراب کودک. جلسه‌ی سوم (برنامه KICK): گام K؛ برنامه مداخله- ادامه برقراری ارتباط، مرور تکلیف چالش با کودک و والد- آموزش به خانواده برای چگونگی شناسایی علائم فیزیولوژیکی اضطراب گام k، ارائه تکلیف چالش کودک. جلسه‌ی چهارم (گام I برنامه KICK؛ تشویق استقلال): مرور تکلیف چالش با کودک و والدین، نشان دادن ارتباط بین فکرهای اضطرابی با احساس‌های اضطرابی با مثال (گام I)، توضیح اهمیت استقلال و مهارت‌های خودیاری به کودک، آموزش ۲ مهارت ارتباطی به والدین: احترام به تلاش‌های کودک و دادن حق انتخاب و ارائه تکلیف چالش به کودک و والدین. جلسه‌ی پنجم (گام C برنامه KICK؛ آرام ماندن): مرور تکلیف چالش با کودک و والدین، معرفی گام C برنامه KICK، آموزش راهبرد آرام بودن به والدین، آموزش اصول توجه انتخابی به والدین، ارائه تکلیف چالش به کودک. جلسه‌ی ششم (گسترش سلسله مراتب رویارویی): مرور تکلیف چالش و پاداش‌ها، آموزش اصول رویارویی به والدین، گسترش سلسله مراتب ترس‌ها و اضطراب‌های کودک. جلسه‌ی هفتم (گام دوم K برنامه KICK؛ پاداش‌ها) معرفی گام K برنامه KICK، آموزش اصول پاداش‌ها به خانواده، فراهم ساختن لیستی از پاداش‌هایی با قدرت انگیزشی بالا، تعیین تکلیف چالش رویارویی به کودک. جلسات هفت تا پانزدهم (درمان رویارویی): مرور تکلیف چالش، فراهم ساختن یک برنامه KICK برای رویارویی، در صورت داشتن زمان، اجرای یک

رویارویی زنده، بارش فکری درباره‌ی تکلیف خانگی رویارویی و چگونگی اجرای آن، گزینه‌های انتخابی تحت عنوان موضوع درمانی خانواده (مدل‌های درمان انتخابی خانوادگی A، B یا C)، ارائه تکالیف چالش رویارویی برای تکلیف خانگی؛ مرتبط با پاداش‌ها/ امتیازها. جلسه‌ی نهایی (خاتمه): کمک به کودک و والدین برای گسترش نگرش مثبت درباره‌ی پیشرفت‌شان در برنامه، مرور مهارت‌های کسب شده در برنامه و برنامه ریزی برای آینده و بحث کردن درباره‌ی موضوع‌های خاتمه.

قبل از شروع مداخله برای تعیین خط پایه، پیش آزمون به عمل آمد و وضعیت فرد از لحاظ متغیرهای مورد نظر مورد ارزیابی قرار گرفت. برای جمع‌آوری اطلاعات از فنون مصاحبه و پرسشنامه خودگزارش‌دهی استفاده شد. برای تحلیل داده‌ها، از روش معنی‌داری بالینی (کازدین، ۱۹۹۲) و فرمول درصد بهبودی (حمیدپور، دولت‌شاهی، پورشهباز و دادخواه، ۱۳۸۹) استفاده شد.

ابزارهای سنجش

مصاحبه تشخیصی K-SADS-PL: پرسش‌نامه‌ی اختلالات عاطفی و اسکیزوفرنیا برای کودکان در سنین مدرسه (۶-۱۸ سال) - در حال حاضر و در طول عمر^۱ (K-SADS-PL) یک مصاحبه‌ی تشخیصی نیمه ساختاریافته است که برای بررسی حملات بیماری (چه فعلی و چه قبلی) در کودکان و نوجوانان بر طبق معیارهای DSM-III-R و DSM-IV طراحی شده است. در این پژوهش از نسخه فارسی K-SADS-PL استفاده شد که پایایی و روایی مطلوبی دارد. ضریب کاپا برای اختلال اضطراب جدایی، اختلال پانیک، اختلال اضطراب فراگیر، اختلال وسواسی جبری، فوبی اجتماعی و فوبی خاص به ترتیب برابر ۰/۶۳، ۱، ۰/۷۸، ۰/۸۹، ۰/۸۷ و ۰/۹۱ گزارش شده است (غنی‌زاده، محمدی و یزدان‌شناس، ۲۰۰۶). شهریور، کوشا، معلمی، تهرانی دوست و علاقبندراد (۲۰۱۰) برای این مقیاس پایایی و روایی قابل قبولی گزارش کردند.

مقیاس اضطراب کودکان اسپنس فرم کودک و والد: مقیاس اضطراب کودکان اسپنس^۲ (SCAS) به منظور اندازه‌گیری و ارزیابی اضطراب کودکان براساس طبقه‌بندی تشخیصی و آماری DSM-IV طراحی و ساخته شده است. نسخه‌ی والدین همچون پرسشنامه‌ی کودک، شش اختلال اضطراب جدایی، هراس اجتماعی، اختلال وسواسی-اجباری، اضطراب فراگیر، ترس از صدمه‌های جسمانی (ترس خاص) و اختلال پانیک با گذرهراسی یا بدون آن را می‌سنجد. سؤالات مثبت مقیاس کودک در مقیاس والدین حذف و مقیاس دارای ۳۸ سؤال است و گزینه‌های آن همچون مقیاس کودک از صفر تا ۳ در نظر گرفته شده است (موسوی، مرادی و مهدوی هرسینی، ۱۳۸۶). این مقیاس توسط موسوی، مرادی و مهدوی هرسینی (۱۳۸۶) بر روی ۴۵۰ نفر دانش‌آموز دختر و پسر، هنجاریابی شده

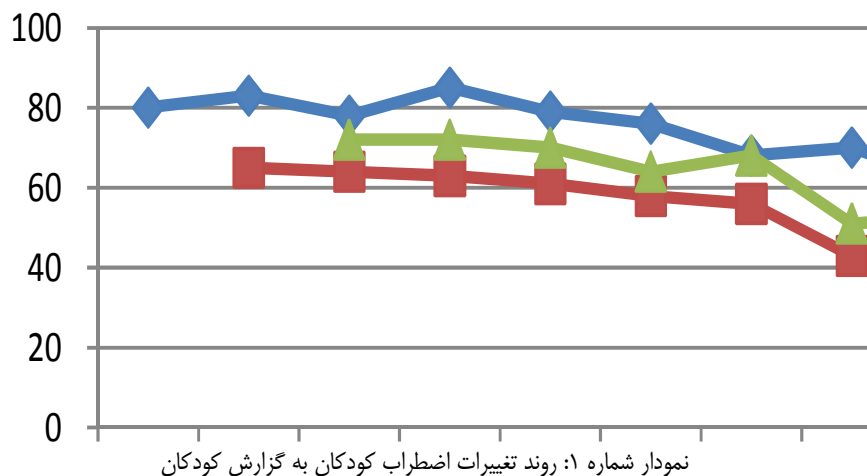
1. Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children-Present and Lifetime Version
2. Spence Children Anxiety Scale

است و مطابق گزارش ارائه شده از پایایی و روایی مناسبی برخوردار است.

پرسشنامه مقابله (CQ) فرم کودک و والد توانایی مقابله کودکان در موقعیت‌های اضطراب برانگیز خاص با استفاده از پرسشنامه‌ی مقابله‌ای فرم کودک^۱ اندازه‌گیری می‌شود (کندال، کورتلندر، چانسکی و بردی، ۱۹۹۲). پرسشنامه مقابله فرم کودک توانایی ادراک خود کودک برای مقابله با موقعیت‌های اضطراب برانگیز را ارزیابی می‌کند که به نظر می‌رسد کودک در آن موقعیت‌ها به طور خاص مشکل دارد. پرسشنامه مقابله فرم والد موازی پرسشنامه مقابله فرم کودک است. در مصاحبه با والد و کودک، سه موقعیت اضطراب‌زا شناسایی شده برای کودک در پرسشنامه مقابله فهرست شده است. کودک هر موقعیت را در مقیاس درجه‌ای ۱ تا ۷ نمره می‌دهد (۱: اصلاً قادر نیستم به خود کمک کنم تا ۷: کاملاً قادرم به خود کمک کنم تا احساس راحتی داشته باشم). میانگین سه ارزیابی اندازه‌ای از توانایی مقابله‌ای ادراک شده کودک را فراهم می‌کند. در فاصله دو ماه پایایی آزمون-بازآزمون برای ۲۰ شرکت کننده با اختلالات اضطرابی ۰/۴۶ گزارش شده است (کندال، ۱۹۹۴). در مطالعه‌ای دیگر پایایی ۰/۷۰ گزارش شد (رونان و جانسون؛ ۱۹۹۹ به نقل از گیرلینگ-بوچر و رونان، ۲۰۰۹).

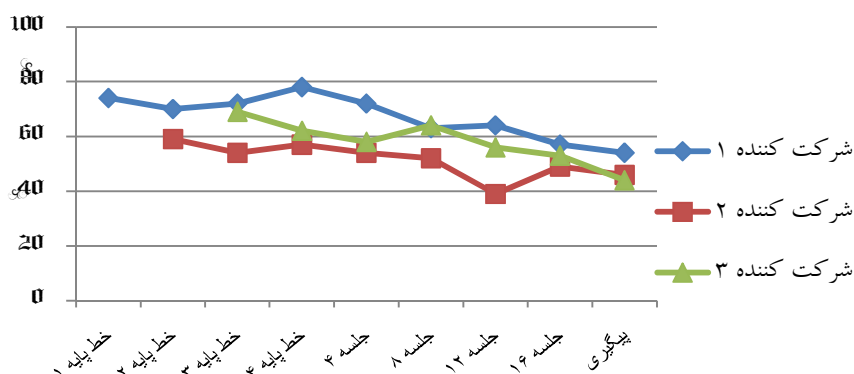
یافته‌ها

بر پایه یافته‌های به دست آمده از مقیاس اضطراب اسپنس که در جلسات اجرا می‌شد، نمودار مربوط به روند تغییر اضطراب بر حسب جلسه‌های خط پایه و مداخله ترسیم گردید. بر پایه فرضیه اول: "درمان شناختی رفتاری خانواده‌محور در کاهش اضطراب کودکان مبتلا به اختلالات اضطرابی موثر است." روند تغییرات علائم اضطرابی کودک در طی جلسه‌های مداخله در نمودارهای ۱ و ۲ نشان داده شده است.



همان گونه که نمودار ۱ (گزارش اضطراب توسط کودکان) نشان می‌دهد، روند کاهش اضطراب از جلسات نخست آغاز شده و در جلسات میانی کاهش نمایان تر شده است. درصدهای بهبودی برای سه شرکت کننده به ترتیب در حین جلسات درمان برابر ۱۰/۱۲، ۱۴/۸۳ و ۱۲/۱۵ و در دوره پیگیری به ترتیب برابر ۲۵/۱۵، ۲۹/۶۸ و ۲۶/۳۸ است.

در نمودار ۲ میزان اضطراب به گزارش مادران در چهار جلسه نخست خط پایه و جلسه‌های پنجم به بعد که مداخله آغاز گردیده، نشان داده شده است. از جلسه پنجم که نخستین جلسه آغاز درمان است، کاهش علائم اضطرابی پدیدار شده و روند کاهش در جلسه‌های بعدی نیز دیده می‌شود. درصدهای بهبودی بین جلسات درمانی به گزارش مادران براساس جدول ۲ برای هر سه شرکت کننده به ترتیب برابر ۱۲/۹۲، ۱۴/۴۰ و ۱۱/۸۳ و در دوره پیگیری به ترتیب برابر ۲۶/۵۳، ۱۸/۸۱ و ۳۲/۸۲ است.



نمودار شماره ۲: روند تغییرات اضطراب کودکان به گزارش مادران

جدول شماره ۱

درصد بهبودی درمان شناختی-رفتاری خانواده محور در کاهش اضطراب

کودکان به گزارش کودکان

شرکت کننده اول	شرکت کننده دوم	شرکت کننده سوم	
۱۰/۱۲	۱۴/۸۳	۱۲/۱۵	درصد بهبودی بین جلسات درمان
۲۵/۱۵	۲۹/۶۸	۲۶/۳۸	درصد بهبودی پیگیری

جدول شماره ۲

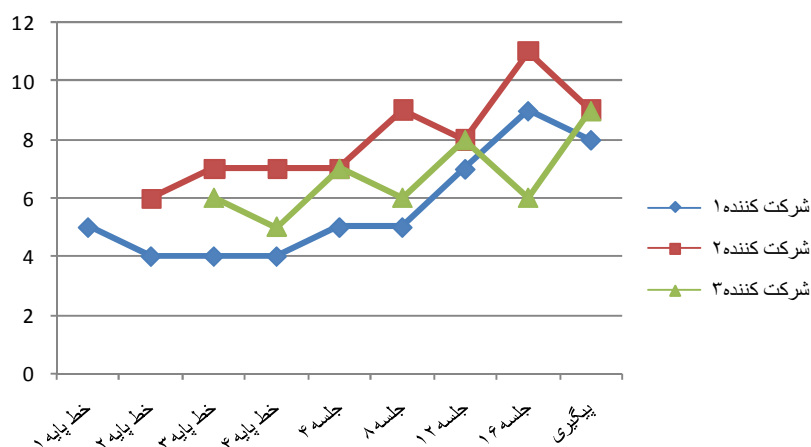
درصد بهبودی درمان شناختی-رفتاری خانواده محور در کاهش اضطراب کودکان

به گزارش مادران

شرکت کننده اول	شرکت کننده دوم	شرکت کننده سوم	
۱۲/۹۲	۱۴/۴۰	۱۱/۸۳	درصد بهبودی بین جلسات درمان
۲۶/۵۳	۱۸/۸۱	۳۲/۸۲	درصد بهبودی پیگیری

درصدهای بهبودی برای شرکت کننده سوم نسبت به دو شرکت کننده اول بالا می‌باشد، که آن را می‌توان افزون بر تفاوت‌های فردی میان شرکت‌کنندگان به تفاوت در تعداد جلسه‌های خط پایه نیز نسبت داد.

بر پایه یافته‌های به دست آمده از پرسشنامه مقابله‌ای که در جلسات اجرا می‌شد، نمودار مربوط به روند تغییر توانایی مقابله‌ای بر حسب جلسه‌های خط پایه و مداخله ترسیم گردید.



نمودار شماره ۳: روند تغییرات توانایی مقابله‌ای کودکان

همان گونه که نمودار ۳ (گزارش کودکان) نشان می‌دهد با آغاز درمان از جلسه ۵ توانایی مقابله‌ای کودکان افزایش یافته است و این روند در جلسه‌های بعدی نیز ادامه می‌یابد. به طوری که در جدول ۳ آمده است، درصدهای بهبودی براساس گزارش کودکان در حین جلسات درمان برای هر سه شرکت کننده به ترتیب برابر ۵۲/۹۴، ۳۱/۳۸ و ۲۲/۷۲ و در پیگیری به ترتیب برابر ۸۸/۲۳، ۳۵/۱۳ و ۶۳/۶۳ می‌باشد. از این رو روند افزایشی از جلسه چهارم می‌تواند نشانگر تاثیر درمان شناختی رفتاری بر افزایش توانایی مقابله‌ای کودکان باشد.

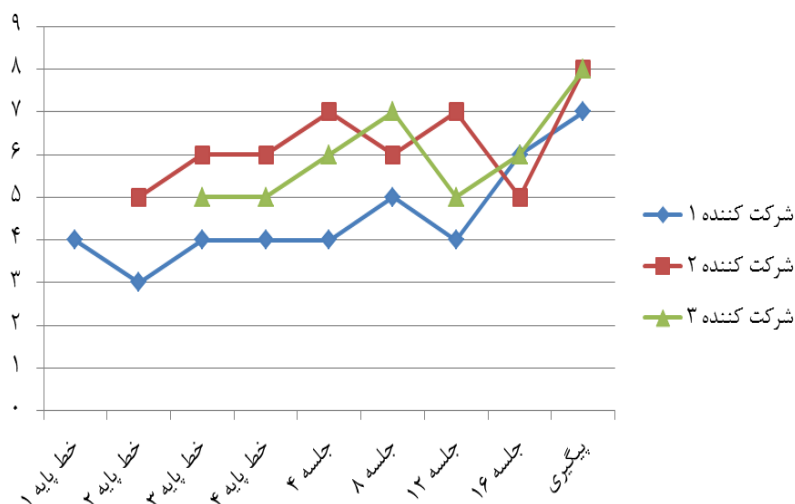
جدول شماره ۳

درصد بهبودی درمان شناختی-رفتاری خانواده محور در افزایش توانایی

مقابله‌ای کودکان به گزارش کودکان

شرکت کننده اول	شرکت کننده دوم	شرکت کننده سوم	
۵۲/۹۴	۳۱/۳۸	۲۲/۷۲	درصد بهبودی بین جلسات درمان
۸۸/۲۳	۵۳/۱۳	۶۳/۶۳	درصد بهبودی پیگیری

همچنین نمودار ۴ (گزارش مادران) نشان می‌دهد که توانایی مقابله‌ای از جلسه چهارم افزایش یافته و این روند در جلسه‌های بعد نیز ادامه داشته است. درصدهای بهبودی مربوط به جلسات درمانی برای شرکت کننده اول، دوم و سوم به ترتیب برابر ۲۶/۶۶، ۱۰/۴۲ و ۲۰ و درصدهای بهبودی در پیگیری یک ماهه برابر ۸۶/۶۶، ۴۱/۳۴ و ۶۰ به دست آمده که همسو با تغییرات نمودار، نشان دهنده روند افزایشی توانایی مقابله‌ای می‌باشد.



نمودار شماره ۴: روند تغییرات توانایی مقابله‌ای کودکان به گزارش والد

جدول شماره ۴

درصد بهبودی درمان شناختی-رفتاری خانواده محور در افزایش توانایی مقابله‌ای کودکان به گزارش مادران

شرکت کننده سوم	شرکت کننده دوم	شرکت کننده اول	
۲۰	۱۰/۴۲	۲۶/۶۶	درصد بهبودی بین جلسات درمان
۶۰	۴۱/۳۴	۸۶/۶۶	درصد بهبودی پیگیری

با توجه به جدول‌های ۳ و ۴ بالاترین درصدهای بهبودی برای شرکت کننده اول می‌باشد که علاوه بر تفاوت‌های فردی می‌توان نوع اختلال را نیز در توجیه این پدیده مطرح کرد. شرکت کننده اول مبتلا به فوبی خاص بوده و مواجهه سازی بیشترین تاثیر را در درمان فوبی خاص دارد، که مواجهه سازی در جلسات پایانی بخش وسیعی از درمان را به خود اختصاص می‌داد. مقایسه درصدهای بهبودی برای هر سه شرکت کننده براساس گزارش کودکان و مادران نشان دهنده بالاتر بودن اثربخشی براساس گزارش

کودکان است. به نظر می‌رسد چون برنامه درمانی بر توانایی خود کودکان کار می‌کند، افزایش مهارت‌ها برای خود کودکان محسوس‌تر باشد.

بحث

بر پایه فرضیه نخست درمان شناختی-رفتاری خانواده محور در کاهش اضطراب کودکان مبتلا به اختلالات اضطرابی موثر است. این یافته بیانگر این مطلب هست که درمان‌های شناختی رفتاری خانواده محور می‌تواند هر سه جزء اضطراب (شناخت، احساس و رفتار) را تحت تأثیر قرار دهد و به کنترل اضطراب و افزایش مهارت‌های مقابله‌ای از طریق آموزش تکنیک‌های روبرویی و پاداش به اضافه آموزش والدین در زمینه والدگری کمک کند.

یافته‌های پژوهش در زمینه کاهش اضطراب کودک همسو با پژوهش‌های هوفمن و همکاران (۲۰۱۰)، گیرلینگ-بوچر و رونان (۲۰۰۹)، وود و همکاران (۲۰۰۹)، بادن و همکاران (۲۰۰۸)، کندال و همکاران (۲۰۰۸)، دگروت و همکاران (۲۰۰۷)، بارت و همکاران (۱۹۹۶)، رستمی (۱۳۸۹) و دودانگه (۱۳۸۸) است. به نظر می‌رسد که برنامه ایجاد اطمینان با ایجاد تغییر در الگوهای تعاملی والدین و پذیرش الگوهای ارتباطی صحیح در والدین (افزایش اولیه در استقلال پذیرفته شده توسط والدین و رفتارهای مستقلانه کودک) توانسته اعتماد به نفس کودک را در مواجهه با موقعیت‌های ترسناک افزایش دهد و موجب کاهش اضطراب کودکان شود. در تأثیرگذاری اضطراب والدین بر اثربخشی درمان‌های خانواده محور در کاهش اضطراب کودکان بحث وجود دارد. به طوری که برخی معتقد هستند که درگیر کردن والدین مخصوصاً اگر آنها مضطرب باشند، ممکن است مناسب نبوده و حتی درمان‌های فردی در این‌گونه موارد، گزینه بهتری برای کودکان اضطرابی باشد (بادن و همکاران، ۲۰۰۸). به همین دلیل در این پژوهش در ابتدا مصاحبه بالینی با والدین صورت گرفت و از مادرانی که اختلالات اضطرابی نداشتند دعوت به همکاری به عمل آمد. انتظار والدین برای بهتر شدن شرایط می‌تواند منجر به گزارش سوگیرانه مبنی بر موثر بودن مداخله شود. لذا برای از بین بردن این سوگیری بر جمع‌آوری اطلاعات فقط از والد تاکید نشد و از فرم‌های کودک نیز برای گزارش اضطراب و توانایی مقابله استفاده شد.

همچنین هماهنگ با مطالعات دیگر (گیرلینگ-بوچر و رونان، ۲۰۰۹، بادن و همکاران، ۲۰۰۸) یافته‌ها نشان دهنده تأثیر درمان شناختی-رفتاری خانواده محور در افزایش توانایی مقابله‌ای کودکان مبتلا به اختلالات اضطرابی بود. یکی از اهداف درمان FCBT آموزش توانایی‌های مقابله و تمرین این توانایی در موقعیت‌های واقعی است. اما در درمان FCBT این هدف به کمک والدین به دست می‌آید. بدین صورت که والدین با اعطای استقلال بیشتر و خودمختاری به کودک عزت نفس و استقلال کودک و در نتیجه توانایی مقابله کودک را افزایش می‌دهند. بخش دوم برنامه درمانی بر خود کودک تمرکز داشت که شامل الگوسازی در مورد مقابله، ایفای نقش و تعیین تکالیف خانگی بود. لذا افزایش توانایی

مقابله را می‌توان به دلیل افزایش استقلال و به کار بردن مهارت های کسب شده در موقعیت‌های واقعی دانست.

نتیجه‌گیری

از دستاوردهای این پژوهش می‌توان در دو سطح نظری و عملی به این شرح نتیجه‌گیری کرد: در سطح نظری، نتایج این پژوهش می‌تواند به شناخت عوامل موثر بر اضطراب و عوامل کاهنده اضطراب کودکان کمک کند. در سطح کاربردی نتایج حاصل از بررسی این پژوهش و تحقیقات دیگر در این زمینه نشان می‌دهد که درمان شناختی رفتاری خانواده محور باعث کاهش اضطراب کودکان مبتلا به اختلالات اضطرابی می‌شود. لذا روانشناسان بالینی، مشاوران و روانپزشکان کودک می‌توانند برای درمان کودکان اضطرابی از درمان شناختی خانواده محور استفاده نمایند. عدم حضور پدران در جلسه‌های درمانی یکی از محدودیت‌های این پژوهش بود. این احتمال وجود داشت که با مشارکت دادن پدر در فرایند درمان، نتایج بهتری از انجام مداخله به دست آید. پژوهش حاضر به دختران گروه سنی ۸ ساله محدود و زمان پیگیری نیز کوتاه مدت بود. با اجرای پژوهش بررسی بر گروه‌های سنی مختلف و در دو جنس و دوره‌های پیگیری طولانی‌تر پیشنهاد می‌شود. مقایسه‌ی رویکرد خانواده‌درمانی شناختی-رفتاری خانواده‌درمانی ساختاری و دلبستگی‌محور و دارو درمانی در درمان اختلالات اضطرابی کودکان از دیگر پیشنهاد‌های پژوهش حاضر است.

منابع

- حمیدپور، حسن. دولتشاهی، بهروز. پورشهباز عباس و دادخواه اصغر (۱۳۸۹). کارآیی طرح واره درمانی در درمان زنان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر. *مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران*، سال شانزدهم، شماره ۴۲۰-۴۳۱.
- دودانگه، بتول (۱۳۸۸). مشاوره گروهی به شیوه شناختی- رفتاری والدین بر کاهش اضطراب کودکان ۷ تا ۱۰ سال شهر تهران. پایان نامه کارشناسی ارشد رشته مشاوره و راهنمایی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد رودهن.
- رستمی، سمیرا (۱۳۸۹). بررسی تاثیر خانواده درمانی شناختی - رفتاری بر اضطراب کودکان، عملکرد خانواده و شیوه های فرزندپروری مادران. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی خانواده درمانی، دانشگاه علم و فرهنگ.
- شرودر، کارولین، و گوردون، بتی ان. (۱۳۸۹). *سنجش و درمان مشکلات دوران کودکی* (ترجمه مهرداد فیروز بخت). تهران: دانژه.
- موسوی، رقیه. مرادی، علیرضا؛ و مهدوی هرسینی، سید اسماعیل (۱۳۸۶). بررسی اثربخشی خانواده درمانی ساختاری در درمان اختلال اضطراب جدایی. *مجله مطالعات روانشناختی*، ۲ و ۳.

Barrett, PM, Dadds, MR, and Rapee, RM.(1996). Family treatment of childhood anxiety: a controlled trial. *J Consult Clin Psychol*, 64, 333-342.

Boögels, SM, and Brechman-Toussaint, ML. (2006). Family Issues in child anxiety: attachment, family functioning, parental rearing and beliefs. *Clin Psychol Rev*, 26, 834Y856.

Bodden, Denise H. M., Bögels, Susan M., Nauta, Maaïke H., De Haan, Else, Ringrose, Jaap, Appelboom, Carla, Brinkman, Andries G., Appelboom-Geerts, Karen C. M. M. J. (2008). Child Versus Family Cognitive- Behavioral Therapy in Clinically Anxious Youth: An Efficacy and Partial Effectiveness Study. *Journal of the American academy of child and adolescent psychiatry*, 47(12).

- Cartwright-Hatton S, McNicol K, and Doubleday E. (2006). Anxiety in a neglected population: prevalence of anxiety disorders in pre-adolescent children. *Clin Psychol Rev*, 26, 817–833.
- Cobham VE, Dadds MR, Spence SH. (1998). The role of parental anxiety in the treatment of childhood anxiety. *J Consult Clin Psychol*, 66, 893-905.
- Connolly, S.D. & Bernstein, G.A. (2007). Practice parameters for the assessment and treatment of children and adolescents with anxiety disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 46, 267–283.
- De Groot, Jules; Cobham, Vanessa; Leong, Joyce; McDermott, Brett. (2007). Individual versus group family-focused cognitive-behaviour therapy or childhood anxiety: pilot randomized controlled trial. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 41(12). 990-997.
- Denise H. M. Bodden, PH.D., Susan M. Bogels, PH.D, Maaïke H. Nauta, PH.D., Else Dehaan, PH.D., Jaap Ringrose, M.SC., Carla Appelboom, M.SC., Andries G. Brinkman, M.SC., and Karen C.M.M.J. Appelboom-geerts, M.SC. (2008). Child Versus Family Cognitive-Behavioral Therapy in Clinically Anxious Youth: An Efficacy and Partial Effectiveness Study. *American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. DOI: 10.1097/CHI.0b013e318189148e
- Fox NA, Henderson HA, Marshall PJ, et al. (2005). Behavioral inhibition: linking biology and behavior within a developmental framework. *Annu Rev Psychol*, 56, 235-262.
- Ghanizadeh A, Mohammadi MR, Yazdanshenas A.(2006). Psychometric properties of the Farsi translation of the Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia-Present and Lifetime Version. *BMC Psychiatry*. 6 (10). 1-54.
- Girling-Butcher, Robyn D; Ronan, and Kevin R. (2009). Brief Cognitive-behavioural Therapy for Children with Anxiety Disorders: Initial Evaluation of a Program Designed for Clinic Settings. *Behaviour Change*, 1, 26, 27-53.
- Hofmann, S. G., Sawyer, A. T., Witt, A. A., and Oh, D. (2010). The effect of mindfulness-based therapy on anxiety and depression: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78(2), 169-183.

- Kazdin, A. E. (1992). *Research design in clinical Psychology*. Boston: Alay and Bacon.
- Kendall PC. (1994). Treating anxiety disorders in children: results of a randomized clinical trial. *J Consult Clin Psychol* 62, 100-110.
- Kendall, P. C., Hudson, J. L., Gosch, E., Flannery-Schroeder, E., Suveg, C. (2008). Cognitive-behavioral therapy for anxiety disordered youth: A randomized clinical trial evaluating child and family modalities. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(2), 282-297.
- Kendall. P.C., Kortlander, E., Chansky, T.E., & Brady, E.U. (1992). Comorbidity of anxiety and depression in youth: Treatment implications. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 869-880.
- Mattison, R. E. (1992). *Anxiety disorders*. In S. R. Hooper, G. W. Hynd, & R. E. Mattison (Eds.), *Child psychopathology: Diagnostic criteria and clinical assessment* Hillsdale, NJ: Erlbaum. 179-202.
- Ogels, B. M., Lunnen, K. M. Q., & Bonesteel, K. (2001). Clinical significance: History, Application and current practice. *Clinical Psychological Review*, 21, 3, 421- 446.
- Shahrivar, Z., Kousha, M., Moallemi, S., Tehrani-Doost, M., & Alaghband-Rad, J. (2010). The reliability and validity of Kiddie-Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia-Present and Life-time Version-Persian Version. *Child and Adolescent Mental Health*, 15, 97-102.
- Strauss, C.C. (1994). *Overanxious disorder*. In T.H. Ollendick, N.J., King & W. Yule (Eds.), *International handbook of phobic and anxiety disorders in children and adolescents*. New York: Plenum Press.
- Wood JJ, Piacentini JC, Southam-Gerow M, Chu B, and Sigman M. (2006). Family cognitive behavioral therapy for child anxiety disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 45, 314-321.
- Wood, JJ, McLeod, BD, Piacentini, JC, and Sigman, M. (2009). One-year follow-up of family versus child CBT for anxiety disorders: Exploring the roles of child age and parental intrusiveness. *Child Psychiatry Hum Dev*, 40, 301-316.

Wood, JJ, McLeod, BD, Sigman M, Hwang, WC, and Chu, BC. (2003). Parenting and childhood anxiety: theory, empirical findings, and future directions. *J Child Psychol Psychiatry*, 44, 134–151.