

The effectiveness of group cognitive-behavioral therapy in anxiety and boredom proneness in generalized anxiety disorder girls

Zahra GhamkharFard, PhD Student

clinical psychology, Behzisti university, Tehran, Iran.

Maryam Bakhtiyari, Ph.D.

Associate professor clinical psychology, Shahid Beheshti university of medical sciences, Tehran, Iran.

Zahra Hajiheydari, M.A

family counselling, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran.

Minoo Pouravari, PhD Student

counselling, Al-Zahra University, Tehran, Iran.

Karineh Tahmasian, PhD

Clinical Psychology, University of Social Welfare and Rehabilitation Science, Tehran, Iran.

بررسی اثربخشی درمان گروهی شناختی- رفتاری در میزان اضطراب و خستگی‌پذیری دختران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر

زهره غمخوارفرد*

کاندید دکتری روان‌شناسی بالینی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران.

مریم بختیاری

دانشیار گروه روان‌شناسی بالینی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.

زهره حاجی حیدری

کارشناس ارشد مشاوره خانواده، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران.

مینو پوراوری

کاندید دکتری مشاوره، دانشگاه الزهراء، تهران، ایران.

کارینه طهماسیان

دکتری روان‌شناسی بالینی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران.

Abstract

This study was carried out to investigate the effectiveness of group cognitive behavioral therapy in anxiety and boredom proneness in children who suffer from general anxiety disorder (GAD). The Statistical population included all of the girls who suffer GAD in Tehran (aged 11-13 years). The research method was two-group pretest-posttest design with repeated measure. The sample included 32 middle school girls who had major diagnosis of GAD based on DSM5. The samples were selected by available sampling and assigned to two groups (one experimental and one control group) by randomized allocation. The experimental group received group cognitive behavioral therapy in 18 sessions and one time in a week, with duration of 90 minutes. The scales were used in this study included of Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED), Revised Children's Manifest Anxiety Scale (RCMAS), and Boredom Proneness Scale (BPS). One way ANOVA repeated measure was used for data analysis. The results of the study showed the effectiveness of group cognitive behavioral therapy on anxiety reduction ($p < 0/05$).
Keywords: variation, generalized anxiety disorder, group cognitive behavioral therapy, boredom proneness, middle school girls.

چکیده

این پژوهش با هدف بررسی اثربخشی درمان گروهی شناختی رفتاری در میزان اضطراب و همچنین خستگی‌پذیری کودکان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر (GAD) انجام شد. جامعه مورد نظر شامل تمامی دختران ۱۱-۱۳ ساله مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر در شهر تهران بود. روش پژوهش شبه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون پس‌آزمون دو گروهی با اندازه‌گیری مکرر بود. نمونه پژوهش شامل ۳۲ نفر از دختران ۱۱-۱۳ ساله مبتلا به GAD بود که بر اساس ملاک‌های تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM5) واجد ملاک‌های GAD باشند. افراد گروه نمونه به صورت در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۶ نفر) و کنترل (۱۶ نفر) جایگزین شدند. درمان شامل ۱۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای بود که به صورت یک جلسه در هفته و بر مبنای درمان گروهی شناختی رفتاری بر روی گروه آزمایش انجام گرفت. در این پژوهش از پرسشنامه غربالگری اختلالات هیجانی مرتبط با اضطراب دوران کودکی (SCARED؛ بیرماهر و همکاران، ۱۹۹۷)، پرسشنامه تجدید نظر شده اضطراب آشکار کودکان (RCMAS؛ رینولدز و ریچموند، ۱۹۷۸)، پرسشنامه میزان گرایش به خستگی (BPS؛ فارمر و ساندبرگ، ۱۹۸۶)، استفاده گردید. به منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها از تحلیل واریانس یک راهه اندازه‌گیری مکرر استفاده شد. یافته‌های پژوهش نشان داد تغییرات معنی‌داری در اثر درمان شناختی رفتاری در میزان اضطراب افراد گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل به وجود آمده است ($p < 0/05$).

واژه‌های کلیدی: اثربخشی، اختلال اضطراب فراگیر، درمان شناختی رفتاری، خستگی‌پذیری، دختران راهنمایی.

* نویسنده مسئول: ghamkharfard@yahoo.com

مقدمه

خطر ابتلا به بیماری‌های جسمی و انواع دیگر اختلالات روان‌شناختی به‌خصوص اختلال افسردگی را در این سن افزایش می‌دهد (هیل، ویت و کرسول^۱، ۲۰۱۶). این در حالی است که درمان اضطراب در کودکی، نه تنها نشانه‌های اضطرابی را کاهش می‌دهد، بلکه درمان آن، به درمان نشانه‌های افسردگی و رفتارهای بیرونی‌سازی^۲ در کودک تعمیم پیدا کرده (هادسون و اشنیرینگ^۳، ۲۰۱۵) و در نتیجه عملکرد سازگارانۀ کودک را تقویت می‌کند. این نکته از آنجا مهم است که اختلالات اضطرابی در اغلب موارد با اختلالات دیگر و به‌ویژه اختلال افسردگی همبود است. در بین اختلالات اضطرابی، GAD هزینه‌گزافی را بر جامعه و خانواده تحمیل می‌کند (بهرا، دی‌مارکو، هکلر، مهلمن و استیپلز^۴، ۲۰۰۹). طبق ملاک‌های DSM5 (سادوک و سادوک، ۲۰۱۵)، GAD اضطراب و نگرانی مفرط (انتظار توأم با تشویش) به خاطر چند واقعه با فعالیت است که حداقل به مدت شش ماه در اکثر روزها پیدا می‌شود.

به گفتهٔ کودال^۵ و همکاران (۲۰۱۸) کودکان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر به ندرت یک تشخیص دریافت می‌کنند، بلکه اغلب به اختلال دیگر از جمله اختلالات اضطراب جدایی، جمعیت‌هراسی، افسردگی و جسمانی‌کردن نیز مبتلا می‌شوند. به‌طور کلی در ۳۰ درصد موارد، کودک مبتلا به GAD به‌طور همزمان مبتلا به اختلال اضطراب جدایی، جمعیت‌هراسی نیز است (سادوک و سادوک، ۲۰۱۵).

این کودکان موقعیت‌های مبهم را به‌صورت منفی ارزیابی کرده، ادراک مورد تهدید واقع شدن و احساس خودکارآمدی پایین دارند (آسمن گوگلو، کرسول و داد^۶، ۲۰۱۸)، چرا که کنترل‌نگرانی خود را دشوار و عملکرد روزانه خود را مختل شده تلقی می‌کنند (موریس، مننز، پیترز و میسترز^۷، ۲۰۱۷).

افراد بزرگسال مبتلا به GAD بیشترین میزان مراجعه را به پزشکان دارند، اما جالب اینکۀ تنها ۱۴ درصد از آن‌ها به متخصصان حوزه بهداشت روانی مراجعه می‌کنند (استریچ،

اختلالات اضطرابی^۱ با شیوعی به میزان ۲۷-۵ درصد در جمعیت عمومی، شایع‌ترین اختلال روان‌شناختی در دوران کودکی (سادوک^۲ و سادوک، ۲۰۱۵) و علت اصلی اختلال در عملکرد تحصیلی، روابط خانوادگی، کارکرد اجتماعی و روابط با همسالان است (میشل زین، مندز و کندال^۳، ۲۰۱۱).

در پژوهش‌های مختلف، شیوع این اختلال در دختران بیشتر و با نشانه‌های بیشتری گزارش شده است (واترز، ماگ و بردلی^۴، ۲۰۱۲). شواهد موجود نشان می‌دهد نشانه‌های فرعی اختلالات اضطرابی در میان کودکان و نوجوانان بهنجار نیز وجود دارد، به‌عنوان نمونه کندال و همکارانش (۲۰۱۰) در پژوهش خود دریافتند که نشانه‌های اختلالات اضطراب فراگیر^۵، اضطراب جدایی و هراس خاص در بین ۲۰-۳۰ درصد از کودکانی که تشخیص اختلال روان‌پزشکی را دریافت نکرده‌اند، وجود دارد. این در حالی است که به علت ماهیت پنهان اضطراب در دوران کودکی، نشانه‌های این اختلال در مقایسه با سایر اختلالات کمتر مورد توجه قرار می‌گیرد (سیمون، سوارز و کانولی^۶، ۲۰۱۲). از این‌رو است که در اغلب موارد تشخیص چنین اختلالی، با وجود شیوع بالای آن در دوران کودکی صورت نمی‌گیرد، به‌طوری‌که تنها ۳۰ درصد از کودکان مبتلا، درمان مناسب دریافت می‌کنند (کلاین^۷، ۲۰۰۹). اگرچه تعدادی از کودکان مبتلا به اختلالات اضطرابی پس از گذشت سه تا چهار سال تا حدی بهبود می‌یابند، با وجود این در اکثر قریب به اتفاق این کودکان، سطوح بالای ترس، شکایات بدنی و رفتارهای اجتنابی تا مدت‌ها باقی می‌ماند. از این‌رو است که عدم توجه به درمان اختلالات اضطرابی در کودکی، عملکرد روزانه کودک را مختل و کیفیت زندگی او را کاهش می‌دهد. این امر منجر به کاهش حرمت خود کودک شده و عملکرد سازگارانۀ او را در ابعاد مختلف زندگی از جمله عملکرد تحصیلی، روابط با همسالان و روابط خانوادگی کاهش می‌دهد. علاوه بر این، عدم درمان اختلالات اضطرابی در دوران کودکی،

1. anxiety disorders

3. Mychailyszyn, Mendez & Kendal

5. Generalized anxiety disorder

7. Klein

9. externalizing

11. Behra, DiMarco, Hekler, Mohlman & Staples

13. Osmanegaoglu, Creswell & Dodd

2. Sadock

4. Waters, Mogg & Bradley

6. Simpson, Suarez & Connolly

8. Hill, Wait & Creswell

10. Hudson & Schniering

12. Kodak

14. Muris, Mannens, Peters & Meesters

اسبورن، دان و استالارد^۱، ۲۰۱۲)، درمانگران توجه ویژه‌ای به آن دارند. به نظر می‌رسد پرداختن به چنین روش درمانی مؤثر و مقرون‌به‌صرفه، در مورد کودکان مبتلا به این اختلال و بررسی اثربخشی این درمان در کاهش میزان اضطراب و خستگی‌پذیری کودکان مفید و ضروری باشد. با توجه به کمبود پژوهش در زمینه درمان نشانه‌های اضطرابی و از جمله آن خستگی‌پذیری، در کودکان مبتلا به GAD و همچنین شیوع بالای این اختلال در کودکان ایرانی (غمخوارفرد و همکاران، ۲۰۱۴)، لزوم اهمیت پژوهش در این زمینه بیش از پیش مطرح می‌شود. از این رو این پژوهش با هدف بررسی اثربخشی درمان گروهی شناختی- رفتاری در میزان اضطراب و خستگی‌پذیری دختران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر انجام گردید و در این راستا دو فرضیه ذیل تدوین شد:

۱. گروه درمانی شناختی رفتاری در کاهش اضطراب

دختران مبتلا به GAD به‌طور معناداری مؤثر است.

۲. گروه درمانی شناختی رفتاری در کاهش

خستگی‌پذیری دختران مبتلا به GAD به‌طور معناداری مؤثر است.

روش

روش پژوهش، جامعه آماری و نمونه: این پژوهش شبه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون پس‌آزمون دو گروهی با اندازه‌گیری مکرر بود. شرکت‌کنندگان مورد نیاز برای انجام پژوهش به صورت نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. جامعه مورد نظر در این پژوهش شامل تمامی دختران ۱۳- ۱۱ ساله مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر در شهر تهران بود. دلیل انتخاب نمونه تک جنسیتی آن بود که در پژوهش همه‌گیرشناسی در ایران (غمخوارفرد و همکاران، ۲۰۱۴)، شیوع این اختلال به‌طور معنی‌داری در دختران بیشتر و با نشانه‌های بیشتری گزارش شده است. نمونه مورد مطالعه در این پژوهش به شیوه غربالگری انتخاب شد، به این صورت که در ابتدا از بین ۲۲ منطقه آموزش پرورش در سطح شهر تهران، منطقه هفت تهران انتخاب شد. از بین مدارس راهنمایی دخترانه موجود در منطقه مورد نظر، یک مدرسه

لمرز، اسپین هون، داز و پنیکس^۱، ۲۰۱۸). از آنجا که درمان اختلالات اضطرابی در دوران کودکی، تداوم این اختلال را در دوران بزرگسالی کاهش می‌دهد، بنابراین به نظر می‌رسد توجه به درمان اختلالات اضطرابی در این سن، مسئله‌ای مهم و ضروری در امر پیشگیری و سلامت عمومی باشد.

از دیگر سو با وجود آنکه یکی از نشانه‌های GAD خستگی‌پذیری^۲ است؛ اما در پژوهش‌های انجام گرفته در زمینه درمان کودکان مبتلا به اختلالات اضطرابی، توجه کمی به آن شده است. به‌طور کلی خستگی به حالت ذهنی بی‌زاری اشاره دارد که به دلیل نارضایتی از محرک‌های مزاحم محیط، در فرد ایجاد می‌شود و با احساساتی از جمله ناخشنودی، احساس فشار و اضطراب و ناکامی در فرد و همچنین احساس تکراری بودن و یکنواختی محیط همراه است (لپرا^۳، ۲۰۱۱). در این حالت فرد در نگهداری توجه خود به موضوعی خاص و درگیر شدن موفقیت‌آمیز با موقعیت ناتوان است. عوامل موقعیتی و فردی افراد را مستعد زود خسته شدن می‌کند. در مواردی که خستگی در نتیجه عوامل فردی ایجاد شود، ویژگی‌های شخصیتی و شناختی اهمیت پیدا می‌کند (تادمن^۴، ۲۰۰۷). خستگی‌پذیری چه به‌عنوان رگه^۵ شخصیتی در نظر گرفته شود و چه به‌عنوان حالتی^۶ از شخصیت، به‌طور واضح مشخص است که با عاطفه منفی^۷ مرتبط است. به‌گونه‌ای پژوهش‌های بسیاری نشان داده است خستگی‌پذیری با انواع اختلالات روان‌شناختی از جمله افسردگی و اضطراب مرتبط است (لپرا، ۲۰۱۱).

در میان درمان‌های مختلف در زمینه درمان اختلالات اضطرابی دوران کودکی، درمان شناختی رفتاری^۸ از ویژگی‌های منحصربه‌فردی برخوردار است. درمان به کار رفته در این پژوهش برگرفته از درمان شناختی رفتاری بک است. از آنجا که در درمان مذکور از دو راهبرد شناختی از قبیل کشف تحریفات شناختی و افکار اضطراب‌زا، بازسازی شناختی و تقویت خودگویی‌های مقابله‌ای ثمربخش و راهبرد رفتاری از قبیل الگوبرداری، مواجهه‌سازی، ایفای نقش، آرام‌سازی عضلانی، آموزش مهارت‌های مقابله‌ای و افزایش خودکنترلی و خود کارآمدی استفاده می‌شود (برین هولست،

1. Struijs, Lamers, Spinhoven, Does & Penninx

3. LePera

5. trait

7. negative affect

9. Breinholst, Esbjorn, Dunne & Stallard

2. boredom proneness

4. Todman

6. state

8. Cognitive Behavioral Therapy

گروه آزمایش نه نفر (۵۶/۲۵ درصد) و در میان افراد گروه کنترل نیز نه نفر (۵۶/۲۵ درصد)، فرزند اول خانواده و یا تک‌فرزند بودند. علاوه بر این بررسی ویژگی‌های جمعیت شناختی کودکان گروه آزمایش و کنترل نشان می‌دهد که عوامل زیر به ترتیب در کودکان گروه نمونه یافت می‌شود: جدایی والدین، فوت والد، زندگی با غیر از والدین، مشاجرات خانوادگی و اعتیاد پدر، فقر مالی و بیماری مادر. در این پژوهش درمان شناختی رفتاری به‌عنوان متغیر مستقل و اضطراب و خستگی پذیری به‌عنوان متغیرهای وابسته در نظر گرفته شد. متغیرهای جمعیت شناختی نمونه شامل سن، تحصیلات و جنسیت بود که به‌عنوان متغیرهای مداخله‌گر کنترل شدند.

ابزار سنجش

پرسشنامه غربال‌گری اختلالات هیجانی مرتبط با اضطراب دوران کودکی (SCARED): پرسشنامه SCARED توسط بیرماهر و همکاران، در سال ۱۹۹۷ تهیه شد. این پرسشنامه شامل ۴۱ گویه است و نشانه‌های اختلال اضطرابی در کودکان و نوجوانان سنین ۸-۱۸ سال را می‌سنجد. خرده مقیاس‌های پرسشنامه شامل موارد ذیل است: اختلال وحشت‌زدگی، اختلال اضطراب فراگیر، اختلال اضطراب جدایی، جمعیت هراسی و هراس از مدرسه. هر گویه به کمک سه گزینه و به سبک لیکرت درجه‌بندی می‌شود (۰ = صحیح نیست یا به ندرت صحیح است، ۱ = گاهی صحیح است، ۲ = صحیح یا اغلب صحیح است). کسب نمره بالاتر از ۳۰ تشخیص حداقل یکی از اختلالات اضطرابی را در فرد بیش از پیش محتمل می‌سازد. نمره برش در خرده مقیاس اختلال اضطراب فراگیر نیز نه است. فوآ و همکارانش (کولز و هاپرت^۱، ۲۰۱۰)، روایی پرسشنامه را با استفاده از روش‌های روایی همگرا و افتراقی مورد آزمون قرار داد و در نتیجه آن، روایی قابل قبولی را برای پرسشنامه مذکور به دست آورد. در پژوهش رانیان و همکارانش (چسنت و برلی^۲، ۲۰۱۸)، آلفای کرونباخ برای خرده‌مقیاس اختلال اضطراب فراگیر بین ۰/۸۶-۰/۷۸ به دست آمد که این یافته همسانی درونی مناسب پرسشنامه اسکاراد را بیان می‌کند

دولتی به‌صورت در دسترس انتخاب شد. لازم به توضیح است در صورت عدم تکمیل ظرفیت مورد نیاز برای جایگزینی در گروه نمونه، مدارس دیگری نیز برای انجام پژوهش مدنظر پژوهشگر قرار می‌گرفتند. پس از انتخاب مدرسه و انجام هماهنگی‌های لازم با مسئولین مدرسه مورد نظر، از مجموع ۲۵۲ دانش‌آموز پایه اول و دوم راهنمایی در مدرسه، آن دسته از افرادی که داوطلب شرکت در پژوهش بودند، توسط پرسشنامه غربال‌گری اختلالات هیجانی مرتبط با اضطراب دوران کودکی (SCARED؛ بیرماهر^۱ و همکاران، ۱۹۹۷)، مورد بررسی قرار گرفتند.

ملاک‌های ورود به پژوهش عبارت بودند از: داشتن ملاک‌های تشخیص GAD بر مبنای راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM5؛ انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳)، داشتن سن بین ۱۱-۱۳ سال، اختلال اصلی در کودک، GAD باشد، نمره بالاتر از ۹ در خرده مقیاس پرسشنامه غربال‌گری اختلالات هیجانی مرتبط با اضطراب دوران کودکی (SCARED؛ بیرماهر و همکاران، ۱۹۹۷)، نمره بالاتر از ۲۵ در پرسشنامه غربال‌گری اختلالات هیجانی مرتبط با اضطراب دوران کودکی (SCARED؛ بیرماهر و همکاران، ۱۹۹۷) و موافقت کودک و والدین برای شرکت در پژوهش و امضای رضایت‌نامه کتبی. ملاک خروج از پژوهش شامل شرکت در درمان‌های دیگر به‌طور همزمان بود. ۳۲ نفر از افرادی که شرایط حضور در پژوهش را احراز نمودند، به‌عنوان نمونه مورد مطالعه وارد مرحله اصلی پژوهش شدند. از بین ۳۲ شرکت‌کننده در پژوهش، یک آزمودنی از گروه آزمایش و یک آزمودنی از گروه کنترل به دلیل عدم تمایل به شرکت در ادامه جلسات، درمان را ترک گفتند. علاوه بر این، دو آزمودنی از گروه کنترل نیز به دلیل کسب نمره بالا در خرده‌مقیاس دروغ‌سنج از پژوهش کنار گذاشته شدند. نمونه نهایی شامل ۲۸ آزمودنی (۱۵ نفر در گروه آزمایش و ۱۳ نفر در گروه کنترل) بود.

در گروه مورد مطالعه، هشت کودک در پایه اول راهنمایی و ۲۴ کودک در پایه دوم راهنمایی مشغول به تحصیل بودند. میانگین سنی کودکان ۱۲/۵۰ با انحراف استاندارد ۰/۶۲ و دامنه سنی ۱۱ تا ۱۳ بود. در میان افراد

1. Birmaher
3. Runyon, Chesnut & Burley

2. Foa, Coles & Huppert

با هدف شناسایی میزان خستگی‌پذیری در افراد بالای ۱۷ سال تنظیم شد اما پس از مدتی با انجام اصلاحاتی در آن برای کودکان نیز به کار می‌رود. نمره کلی آزمون بین ۱۹۶-۲۸ قرار داشته و نمره کل بالاتر گرایش بیشتر کودک را به زود خسته شدن نشان می‌دهد. پایایی بازآزمایی پرسشنامه در پژوهش ودناویچ^۵ (۲۰۰۳) بین ۰/۷۱ تا ۰/۹۱ به دست آمده است. علاوه بر این روایی سازه پرسشنامه مذکور از طریق همبستگی معنی‌دار و مثبت با پرسشنامه‌های مرتبط با انواع مختلف عواطف منفی از جمله اضطراب، افسردگی، خشم، خصومت، ناامیدی و نارضایتی زندگی، به دست آمده است (لیرا، ۲۰۱۱). در این پژوهش آلفای کرونباخ در نمونه آزمایشی ۰/۶۴ برای کل آزمون به دست آمد.

یک نمونه از سؤالات پرسشنامه به این شرح است: "بیشتر کارهایی که مجبورم انجام دهم، تکراری و یکنواخت هستند."

مصاحبه تشخیصی: در این پژوهش فرم مصاحبه‌ای جهت تشخیص‌گذاری بر روی کودکان تهیه و تدوین شد. این مصاحبه با اقتباس از الگوی مصاحبه کتاب درسی جامع روان‌پزشکی (سادوک و سادوک، ۲۰۱۵) و راهنمای بالینی مصاحبه روان‌پزشکی کودکان و نوجوانان (سپدا، ۲۰۱۰) و با هدف تشخیص آن دسته از افرادی که در پرسشنامه غربال‌گری اختلالات هیجانی مرتبط با اضطراب دوران کودکی (SCARED)، نمرات بالاتر از نمره برش کسب کرده و بر اساس ملاک‌های راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM5؛ انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳) تشخیص GAD را دریافت کردند، انجام گرفت. در فرم مصاحبه مذکور نکات اصلی بالینی با هدف تحت پوشش قرار دادن موارد تشخیصی لحاظ شد. لازم به توضیح است مصاحبه تشخیصی توسط دانشجوی دکتری روان‌شناسی بالینی انجام گرفت.

روش اجرای پژوهش و تحلیل داده‌ها

روند اجرای پژوهش از پنج قسمت اصلی به نام‌های؛ پیش‌آزمون، آغاز اجرای مداخله درمانی (برگزاری نه جلسه اول درمان)، اجرای میان‌آزمون پس از برگزاری جلسه نهم،

پایایی پرسشنامه در این پژوهش نیز ارزیابی شد، به طوری که آلفای کرونباخ در نمونه غربال‌گری، در کل آزمون ۰/۹۱ و در خرده مقیاس اختلال اضطراب فراگیر، ۰/۸۱ به دست آمد. یک نمونه از سؤالات پرسشنامه به این شرح است: "وقتی می‌ترسم، نفس کشیدن برایم سخت می‌شود."

پرسشنامه تجدید نظر شده اضطراب آشکار کودکان

(RCMAS): پرسشنامه RCMAS که توسط رینولدز و ریچموند^۱ در سال ۱۹۷۸ تهیه شده است؛ پرسشنامه‌ای خود گزارشگر و مخصوص کودکان ۱۹-۶ ساله است. این پرسشنامه دارای ۳۷ گویه بوده و به صورت بله-خیر پاسخ داده می‌شود. خرده مقیاس‌های پرسشنامه شامل این موارد است: علائم جسمانی اضطراب، نگرانی-حساسیت بیش از اندازه، تمرکز و مقیاس دروغ‌سنج. پیشنهاد می‌شود نمره اضطراب آن دسته از افرادی که نمره آن‌ها در خرده مقیاس دروغ‌سنج بالاتر از دو انحراف استاندارد نمونه هنجاری است با احتیاط تفسیر شود. اضطراب کلی در هر فرد از حاصل جمع خرده مقیاس‌ها حاصل می‌شود. نمره کلی آزمون بین ۳۷-۰ است و نمره بالاتر از ۲۰، اضطراب در فرد را بازگو می‌کند. یافته‌های منتشر شده در مورد روایی این پرسشنامه شامل روایی محتوا، روایی همزمان، روایی ساخت و روایی پیش‌بین است (وایت ساید و برون، ۲۰۰۸). در پژوهش دویی و اشنایدر^۳ (۲۰۰۹)، آلفای کرونباخ برای کل آزمون ۰/۸۹ به دست آمد که این یافته همسانی درونی مناسب پرسشنامه RCMAS را بیان می‌کند. پایایی پرسشنامه در این پژوهش نیز ارزیابی شد، به طوری که در نمونه آزمایشی، آلفای کرونباخ در مقیاس اضطراب، ۰/۶۱ به دست آمد. یک نمونه از سؤالات پرسشنامه به این شرح است: "بیشتر وقت‌ها نگران هستم که اتفاق بدی برایم بیفتد."

پرسشنامه میزان گرایش به خستگی (BPS): پرسشنامه

BPS توسط فارمر و ساندبرگ^۴ در سال ۱۹۸۶ تهیه شد. این پرسشنامه شامل ۲۸ گویه است که برحسب مقیاس لیکرت از یک (کاملاً مخالفم) تا هفت (کاملاً موافقم)، درجه‌بندی شده است. نمره بالا در این پرسشنامه شدت بیشتر گرایش کودک را به زود خسته شدن نشان می‌دهد. پرسشنامه BPS در ابتدا

1. Reynolds & Richmond
3. Dubi & Schneider
5. Vodanovich

2. Whiteside & Brown
4. Farmer & Sundberg
6. Cepeda

انجام گرفت. علاوه بر اینکه گروه کنترل پس از انجام پژوهش تحت درمان شناختی رفتاری قرار گرفت.

یافته‌ها

در این پژوهش به منظور تجزیه تحلیل داده‌ها از روش‌های آماری توصیفی از قبیل جداول، نمودارها و پراکندگی و آمار استنباطی از قبیل تحلیل واریانس یک راهه اندازه‌گیری مکرر، آزمون موشلی^۴ و شدت اثر استفاده گردید. به منظور درک روند تغییرات میزان اضطراب و خستگی پذیری در دو گروه آزمایش و کنترل، شاخص‌های آمار توصیفی در سه مرحله پیش‌آزمون، میان‌آزمون و پس‌آزمون در مقیاس‌های مذکور ارائه شده است (جدول ۲).

به منظور بررسی تغییرات در میانگین‌های پیش‌آزمون، میان‌آزمون و پس‌آزمون نیز از تحلیل واریانس یک راهه اندازه‌گیری مکرر استفاده شد. در ابتدا به منظور بررسی کرویت توزیع از آزمون موشلی استفاده شد. با توجه به میزان W موشلی و با رجوع به پایه لگاریتم مجذور X ی، آزمون موشلی معنی‌دار نبود (در مورد پرسشنامه BPS، $P=0/07$ و پرسشنامه RCMAS، $P=0/86$). از این‌رو توزیع نظری تقریبی نمرات پرسشنامه‌های از لحاظ آماری نرمال بوده و مفروضه کرویت به دست آمد. به منظور مقایسه تغییرات در میزان اضطراب و خستگی‌پذیری در سه مرحله پیش‌آزمون، میان‌آزمون و پس‌آزمون، تغییرات درون‌آزمودنی‌ها با استفاده از تحلیل واریانس یک راهه اندازه‌گیری مکرر محاسبه شد (جدول ۳ و ۴).

با توجه به جدول ۳ و ۴ و با تأکید بر میزان F به دست آمده از بررسی اثربخشی مداخله بر روی گروه آزمایش، می‌توان مطرح نمود که تفاوت معنی‌داری در میزان اضطراب و خستگی‌پذیری، در سه سطح اندازه‌گیری وجود دارد؛ به عبارت دیگر روند تغییر میانگین نمرات گروه آزمایش رو به کاهش بوده است.

به منظور بررسی اثربخشی درمان شناختی رفتاری و مقایسه آن با گروه کنترل، تغییرات بین‌آزمودنی‌ها با استفاده از تحلیل واریانس یک راهه اندازه‌گیری مکرر محاسبه شد (جدول ۵ و ۶).

ادامه اجرای مداخله درمانی (برگزاری نه جلسه پایانی درمان) و پس‌آزمون تشکیل شده بود.

پس از انتخاب افراد گروه نمونه، کودکان دو گروه آزمایش و کنترل، بر اساس نمرات به دست آمده در پرسشنامه غربالگری اختلالات هیجانی مرتبط با اضطراب دوران کودکی و پایه تحصیلی، دو به دو هم‌تا شدند.

پس از انجام مراحل فوق، مداخله درمانی بر روی گروه آزمایش انجام شد. به منظور نائل شدن به این هدف، ابتدا افراد گروه آزمایش به دو گروه هشت نفره تقسیم شدند. جلسات درمانی طی ۱۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به صورت یک روز در هفته با حضور درمانگر، کمک درمانگر و افراد گروه آزمایش، به صورت گروهی و بر مبنای پروتکل درمانی "کپینگ کت"^۱ اقتباس شده از راهنمای عملی گروه درمانی شناختی رفتاری برای کودکان دارای اختلالات اضطرابی اثر فلنری اسکرودر و کندال (۱۹۹۶)، به همراه کتاب تمرین کودک (کندال و هدک^۲، ۲۰۰۶) پیش رفت. علاوه بر ۱۸ جلسه ویژه کودکان، دو جلسه ویژه والدین بود. این جلسات بین جلسات چهارم و پنجم کودکان برگزار گشت و با زمان جلسات کودکان جایگزین نشد. هدف اصلی از برگزاری این دو جلسه تشویق والدین به همکاری با برنامه درمانی و جمع‌آوری اطلاعات بیشتر درباره هر کودک بود. فلنری اسکرودر^۳ و کندال (۱۹۹۶). خلاصه اهداف جلسات، در جدول ۱ آمده است. اگر کودکی طبق برنامه در جلسه حاضر نمی‌شد، در صورتی که مایل به ادامه مشارکت بود، قرار ملاقاتی با او به صورت انفرادی ترتیب داده می‌شد. آن دسته از کودکانی که به هر دلیلی درمان را تا به آخر ادامه نمی‌دادند، از نمونه حذف شدند. آزمون‌گیری بر روی افراد گروه آزمایش و کنترل پیش از مداخله و به منظور تعیین خط پایه (پیش‌آزمون)، پس از برگزاری جلسه نهم (میان‌آزمون) و جلسه هجدهم (پس‌آزمون)، با هدف بررسی تأثیر متغیر مستقل بر متغیرهای وابسته انجام گرفت. لازم به توضیح است ارزیابی، مصاحبه و برگزاری جلسات، توسط کارشناس ارشد روان‌شناس بالینی که به مدت دو سال در زمینه درمان اختلالات اضطرابی کودک و نوجوان فعالیت داشتند و زیر نظر دو تن از روان‌شناسان بالینی در مقطع دکتری تخصصی

1. Coping cat
3. Flannery-Schroeder

2. Hedtke
4. Mauchly

جدول ۱. خلاصه دستورالعمل درمانی به صورت جلسه به جلسه

اهداف درمانی	جلسات درمان
توجه بر اهداف اساسی برنامه. برقراری ارتباط بین گروه و درمانگر و نیز بین اعضای گروه با یکدیگر	جلسه اول
شناسایی انواع مختلف احساسات و تشخیص تفاوت بین احساس نگرانی از دیگر احساسات.	جلسه دوم
مرور تشخیص تفاوت بین حالات اضطرابی و نگرانی از سایر احساسات.	جلسه سوم
معمولی جلوه دادن تجربه اضطراب. ایجاد سلسله مراتب موقعیت‌های اضطراب‌زا برای اعضای گروه.	جلسه چهارم
آشنایی بیشتر با والدین و توضیح برنامه آموزشی به آن‌ها.	جلسه پنجم
تشویق والدین به همکاری با برنامه درمانی و جمع‌آوری اطلاعات بیشتر درباره هر کودک.	جلسه ششم
معرفی آموزش آرام‌سازی عضلانی و کاربرد آن در کنترل تنش‌های بدنی مرتبط با اضطراب.	جلسه هفتم
معرفی نقش افکار شخص و تأثیر آن بر پاسخ‌ها و حالات بدنی در موقعیت‌های اضطراب‌زا.	جلسه هشتم
مرور مفهوم خودگویی اضطرابی و اصلاح خودگویی‌های اضطرابی به خودگویی مقابله‌ای.	جلسه نهم
مرور آموزش آرام‌سازی عضلانی، معرفی مفهوم خود-ارزیابی و درجه‌بندی عملکرد خود و ارائه پاداش به خود.	جلسه دهم
مرور تمام مهارت‌هایی که تاکنون معرفی شده‌اند از طریق فرموله کردن برنامه چهار مرحله‌ای.	جلسه یازدهم
بیان تغییرات در نوع فعالیت‌ها به سبب پایان بخش آموزشی درمان و ورود به بخش تمرینی درمان.	جلسه دوازدهم
تمرین برنامه چهار مرحله مقابله با اضطراب در موقعیتی که اضطراب کمی تولید می‌کند.	جلسه سیزدهم
به‌کارگیری مهارت‌های مقابله با اضطراب در موقعیت‌های واقعی که اضطراب پایین یا متوسطی را تولید می‌کند.	جلسه چهاردهم
به‌کارگیری مهارت‌های مقابله با اضطراب در موقعیت‌های واقعی که سطوح بالایی از اضطراب را تولید می‌کند.	جلسه پانزدهم
ارزیابی شخصی فرد از عملکرد خود هنگام استفاده از مهارت‌های مقابله با اضطراب در موقعیت‌های واقعی که سطوح پایین تا متوسطی از اضطراب را در هر عضو گروه ایجاد می‌کند.	جلسه شانزدهم
ادامه تمرین مهارت‌های مقابله با اضطراب در موقعیت‌های واقعی که سطح بالایی از اضطراب را ایجاد می‌کند.	جلسه هفدهم
ادامه تمرین مهارت‌های مقابله با اضطراب در موقعیت‌های واقعی که سطوح بالایی از اضطراب را تولید می‌کند.	جلسه هجدهم
ادامه تمرین مهارت‌های مقابله با اضطراب در موقعیت‌های واقعی که سطوح بالایی از اضطراب را تولید می‌کند.	جلسه نوزدهم
مرور و خلاصه برنامه آموزشی و تقویت ارتباطات درمانی.	جلسه بیستم

جدول ۲. شاخص‌های توصیفی مربوط به نمرات پرسشنامه‌های RCMAS و BPS در سه مرحله آزمون‌گیری در دو گروه

آزمایش و کنترل						گروه	متغیر
پس‌آزمون		میان‌آزمون		پیش‌آزمون			
انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین		
۴/۴۰	۱۵/۰۸	۵/۹۱	۲۳/۰۸	۴/۷۳	۲۳/۴۷	گروه آزمایش	RCMAS
۳/۹۳	۲۲/۷۲	۳/۷۲	۲۳/۷۳	۴/۰۰	۲۳/۹۴	گروه کنترل	
۱۵/۵۰	۱۰۵/۱۷	۱۴/۲۸	۱۱۵/۸۲	۱۷/۹۱	۱۲۲/۴۴	گروه آزمایش	BPS
۱۷/۰۷	۱۱۶/۶۴	۱۳/۱۴	۱۱۳/۲۴	۱۵/۵۷	۱۱۲/۷۸	گروه کنترل	

RCMAS = پرسشنامه تجدید نظر شده اضطراب آشکار کودکان؛ BPS = پرسشنامه میزان گرایش به خستگی.

جدول ۳. یافته‌های حاصل از تحلیل واریانس یک راهه با اندازه‌گیری مکرر در مورد پرسشنامه RCMAS، به منظور بررسی تغییرات درون آزمودنی‌ها

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	F	P	مجذور اتا
اثر زمان	۴۰۴/۰۱	۲	۲۰۲/۰۰	۲۰/۲۵	< ۰/۰۰۱	۰/۴۴
اثر مداخله	۲۳۲/۳۵	۲	۱۱۶/۱۷	۱۱/۶۵	< ۰/۰۰۱	۰/۳۱
خطا	۵۱۸/۶۶	۵۲	۹/۹۷			

RCMAS = پرسشنامه تجدید نظر شده اضطراب آشکار کودکان

جدول ۴. یافته‌های حاصل از تحلیل واریانس یک راهه با اندازه‌گیری مکرر در مورد پرسشنامه BPS، به منظور بررسی تغییرات درون آزمودنی‌ها

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	F	P	مجذور اتا
اثر زمان	۶۲۷/۷۴	۲	۳۱۳/۸۷	۲/۱۲	۰/۱۳	۰/۰۸
اثر مداخله	۱۶۱۱/۴۳	۲	۸۰۵/۷۲	۵/۴۵	۰/۰۰۷	۰/۱۷
خطا	۷۶۸۳/۱۶	۵۲	۱۴۷/۷۵			

BPS = پرسشنامه میزان گرایش به خستگی

جدول ۵. یافته‌های حاصل از تحلیل واریانس یک راهه با اندازه‌گیری مکرر در مورد پرسشنامه RCMAS، به منظور بررسی تغییرات بین آزمودنی‌ها

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	F	P	مجذور اتا
بین آزمودنی	۱۷۸/۶۵	۱	۱۷۸/۶۵	۴/۲۳	۰/۰۵	۰/۱۴
خطا	۱۰۹۸/۸۸	۲۶	۴۲/۲۶			

RCMAS = پرسشنامه تجدید نظر شده اضطراب آشکار کودکان

جدول ۶. یافته‌های حاصل از تحلیل واریانس یک راهه با اندازه‌گیری مکرر در مورد پرسشنامه BPS، به منظور بررسی تغییرات بین آزمودنی‌ها

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	F	P	مجذور اتا
بین آزمودنی	۱/۴۰	۱	۱/۴۰	۰/۰۰۳	۰/۹۶	۰/۰۰
خطا	۱۱۵۰۳/۴۱	۲۶	۴۴۲/۴۴			

یادداشت. BPS = پرسشنامه میزان گرایش به خستگی

میزان اضطراب تجربه شده، تفاوت معنی‌داری بین دو گروه آزمایش و کنترل در سه سطح اندازه‌گیری وجود دارد ($p < ۰/۰۵$). در نتیجه، فرضیه اول پژوهش تأیید و فرضیه دوم رد شد.

با توجه به جدول ۵ و ۶ و با تأکید بر میزان F به دست آمده، می‌توان مطرح نمود که تفاوت معنی‌داری در میزان خستگی‌پذیری بین دو گروه آزمایش و کنترل در سه سطح اندازه‌گیری وجود ندارد ($p = ۰/۹۶$). این در حالی است که در

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش می‌تواند تأییدی باشد بر این گفته که درمان‌های شناختی رفتاری از طریق سناریوهای رویارویی به‌خوبی می‌تواند بر اجتناب و خنثی‌سازی‌های افراد مبتلا به GAD غلبه کند (برین هولست و همکاران، ۲۰۱۲؛ پیترز، تاد، نویل، کارتر^۲، ۲۰۱۲).

یافته‌ی دیگر در این پژوهش عدم اثربخشی درمان شناختی رفتاری در مقایسه با گروه کنترل در کاهش خستگی‌پذیری کودکان مبتلا به GAD بود. در نگاه اول شاید این یافته اندکی تعجب‌انگیز به نظر رسد، اما با نگاهی دقیق‌تر و موشکافانه‌تر به یافته‌های حاصل از تغییرات درون آزمودنی و بین آزمودنی و تفاوت معنی‌داری که بین دو گروه آزمایش و کنترل در نمرات پرسشنامه BPS در پیش‌آزمون یافت شد، می‌توان نتایج حاصل را تبیین نمود. با توجه به اینکه نمرات پیش‌آزمون در پرسشنامه BPS در گروه آزمایش به‌طور معنی‌داری بالاتر از گروه کنترل بوده است و با تأکید بر اینکه تغییرات درون آزمودنی در گروه آزمایش به‌طور معنی‌داری کاهش خستگی‌پذیری را در این گروه نشان می‌دهد، می‌توان عنوان نمود که درمان شناختی رفتاری، منجر به تغییرات معنی‌دار در گروه آزمایش شده است. این یافته را با گفته کریستال^۳ (۲۰۱۲) می‌توان تبیین نمود که اظهار کرد؛ نگرانی از سوی افراد مضطرب به‌عنوان روشی برای ایجاد محرک درونی و افزایش برانگیختگی استفاده می‌گردد تا در نتیجه آن احساس خستگی و کسلی را کاهش دهند. از این‌رو است که در اغلب موارد احساس نگرانی از سوی کسانی که احساس خستگی و کسلی مزمن دارند گزارش می‌شود؛ بنابراین می‌توان اظهار داشت که با کاهش نگرانی، کاهش علائم خستگی نیز دور از انتظار نباشد (ویت کویتز، باون، داگلاس و سو^۴، ۲۰۱۳).

با وجود آنکه درمان شناختی رفتاری، به تغییرات معنی‌دار در گروه آزمایش منجر شده است، اما در مقایسه با گروه کنترل اثربخشی معنی‌داری نداشته است. تبیین احتمالی این یافته می‌تواند این باشد که درمان شناختی رفتاری Coping Cat به‌طور مستقیم خستگی‌پذیری کودک را مورد آماج درمانی خود قرار نمی‌دهد؛ به‌عبارت‌دیگر با وجود آنکه کندال و هدک (۲۰۰۶)، معتقدند پروتکل درمانی شناختی

این پژوهش با هدف بررسی اثربخشی درمان گروهی شناختی- رفتاری در میزان اضطراب و خستگی‌پذیری دختران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر، به کار رفت. یافته‌های حاصل از پژوهش نشان داد که بین دو گروه آزمایش و کنترل در میزان اضطراب تجربه شده، تفاوت معنی‌داری در سه سطح اندازه‌گیری وجود دارد. این یافته می‌تواند تأییدی باشد بر یافته‌های کندال و هدک (۲۰۰۶) که تأکید دارند درمان شناختی رفتاری در کاهش اضطراب پاتولوژیک مؤثر است. به نظر می‌رسد درمان شناختی رفتاری به دلیل آماج قرار دادن مکانیسم‌های تداوم‌بخش اضطراب در طول درمان قادر به کاهش اضطراب پاتولوژیک بوده است. مکانیسم‌های تداوم‌بخش اضطراب در افراد مبتلا به اختلالات اضطرابی شامل افکار و خودگویی‌های نگران‌کننده و راهبردهای کنترل افکار ناکارآمد (از جمله اجتناب شناختی) است؛ به‌عبارت‌دیگر افرادی که از GAD رنج می‌برند و یا نگرانی شدیدی را تجربه می‌کنند معتقدند که نگرانی به آن‌ها کمک می‌کند تا راه‌حل‌هایی را برای مشکل خود یافته و در نتیجه از وقوع رویداد منفی جلوگیری کنند. این امر منجر به تقویت اجتناب شناختی می‌شود. به نظر می‌رسد این مسئله عامل اصلی در بقای نگرانی است (بهره و همکاران، ۲۰۰۹؛ واترز و همکاران، ۲۰۱۲). از این‌رو با توجه به اهمیت فرایندهای شناختی در سبب‌شناسی اضطراب، درمان شناختی رفتاری Coping Cat با مجموعه راهبردهای شناختی (نظیر کشف تحریفات شناختی و افکار اضطراب‌زا، بازسازی شناختی و تقویت خودگویی‌های مقابله‌شمربخش) و رفتاری (نظیر مواجهه‌سازی، ایفای نقش، آموزش مهارت‌های مقابله‌ای، افزایش خودکنترلی و حل مسئله) به کمک کودک می‌آید؛ به‌عبارت‌دیگر اهداف اصلی درمان اختلالات اضطرابی شامل تلاش در جهت تشخیص و تعدیل خودگویی‌های اضطراب‌زا و بی‌ثمر، جایگزین و اصلاح کردن آن‌ها با خودگویی‌های مقابله‌ای است. وقوع این امر، مستلزم رویارویی تدریجی با شرایط مبهم و بالقوه تهدیدکننده است که در درمان شناختی رفتاری Coping Cat محقق می‌گردد (کارتی، هورش، آپتر، آج و گراس^۱، ۲۰۱۰). یافته‌های این

1. Carthy, Horesh, Apter, Edge & Gross
3. Krystal

2. Pieterse, Todd, Neville & Carter
4. Witkiewitz, Bowen, Douglas & Hsu

پژوهش عدم پیگیری می‌تواند باشد. با توجه به آنکه روند تغییرات پایدار نشانه‌های اضطرابی تنها در طول زمان نمایان می‌گردد. از این‌رو اجرای مرحله پیگیری در درمان‌های مربوط به کودک ضروری به نظر می‌رسد.

منابع

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, text revision (5th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.

Behra, E., DiMarco, I. D., Hekler, E. B., Mohlman, J., & Staples, A. M. (2009). Current theoretical models of generalized anxiety disorder (GAD): conceptual review and treatment implications. *Journal of anxiety disorders*, 23(8), 1011-1023.

Birmaher, B., Khetarpal, S., Brent, D., Cully, M., Balach, L., Kaufman, J., et al. (1997). The Screen for child anxiety related emotional disorders (SCARED): Scale construction and psychometric characteristics. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 36, 545-553.

Breinholst, S., Esbjorn, B. H., Reinholdt-Dunne, M. L., & Stallard, P. (2012). CBT for the treatment of child anxiety disorders: A review of why parental involvement has not enhanced outcomes. *Journal of Anxiety Disorders*, 26, 416-424.

Carthy, T., Hosh, N., Apter, A., Edge, M. D., Gross, J. J. (2010). Emotional reactivity and cognitive regulation in anxious children. *Behavior Research and Therapy*, 48, 384-393.

Cepeda, C. (2010). *Clinical manual for the psychiatric interview of children and adolescents*. Washington, DC, American Psychiatric Association.

Dubi, K., Schneider, S. (2009). The Picture Anxiety Test (PAT): A new pictorial assessment of anxiety symptoms in young children. *Journal of Anxiety Disorders*, 23, 1148-1157.

Farmer, R., & Sundberg, N.D. (1986). Boredom proneness—The development and correlates of a new scale. *Journal of Personality Assessment*, 50(1), 4-17.

Flannery-Schroeder, E. C., & Kendall, P. C. (1996). *Cognitive-behavioral therapy for anxious children: Therapist manual for group treatment*, PA: Workbook Publishing.

Foa, E. B., Coles, M., & Huppert, J. D. (2010). Development and validation of a child version of the obsessive compulsive inventory. *Behavior Therapy*, 41, 121-132.

Ghamkhar Fard, Z., Schneider, S., Hudson, J. L., Habibi, M., Pooravari, M., & Haji Heidari, Z. (2014). Early maladaptive schemas as predictors of child anxiety: the role of child and mother schemas. *Behavioral Research Center*, 1(2).

Hill, C., Wait, P. & Creswell, C. (2016). Anxiety disorders in children and adolescent. *Pediatrics and Child Health*, 26(12), 548-553.

Hudson, J. L., & Schniering, C. A. (2015). Comparing outcomes for children with different anxiety disorders following cognitive behavioral therapy. *Behavior Research and Therapy*, 72, 30-37.

رفتاری Coping Cat برای رفع نشانه‌های اضطرابی کودکان مبتلا به اختلالات اضطرابی طرح‌ریزی شده است، اما پروتکل مذکور برنامه‌ای را برای کاهش خستگی‌پذیری در کودکان مبتلا به GAD پیشنهاد نداده است. علاوه بر این، با توجه به اینکه این نشانه در اختلال افسردگی نیز به چشم می‌خورد و درمان آن در پروتکل‌های مربوط به افسردگی کودک از اهمیت بالاتری برخوردار است، از این‌رو استفاده از مجموعه راهبردهای پروتکل‌های مربوط به درمان افسردگی که درمان خستگی‌پذیری را آماج اصلی درمان قرار می‌دهند، مفید به نظر می‌رسد. علاوه بر این با توجه به روند رو به کاهش نشانه خستگی‌پذیری در گروه آزمایش و تغییرات معنی‌دار درون آزمودنی ناشی از اثر مداخله در این گروه می‌توان ادعا کرد که کاهش نشانه‌های باقی‌مانده نیازمند گذشت زمان است. در پژوهشی که توسط کاترتی و همکارانش (۲۰۱۰) نیز به انجام رسید، به این مسئله تأکید شده است که درمان کامل نشانه‌های اضطرابی نیازمند گذشت زمان بوده و تنها در طول زمان و خاتمه جلسات درمانی است که روند تغییر به صورت پایدار نمایان می‌گردد.

با وجود آنکه این پژوهش حاوی تلویحات بالینی منحصر به فرد است، معهذاً دارای محدودیت‌هایی بود که در ادامه به آن اشاره می‌شود. این پژوهش از طریق روش غربال‌گری اجرا شد؛ بنابراین تعمیم نتایج می‌بایست بسیار با احتیاط انجام شود. از این‌رو پیشنهاد می‌شود که در پژوهش‌های آتی، نمونه مورد مطالعه از مراکز درمانی مختلف انتخاب شود. علاوه بر این با توجه به عدم دسترسی پژوهشگر به مصاحبه ساختاریافته جهت تشخیص اختلال اضطراب GAD در کودکان، در این پژوهش از مصاحبه بدون ساخت در تشخیص GAD استفاده گردید که این امر تعمیم یافته‌های پژوهش را با محدودیت مواجه می‌کند. از این‌رو با توجه به تأکیدی که در پژوهش‌های بالینی بر اجرای مصاحبه ساختاریافته می‌شود، پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی از مصاحبه بالینی ساختاریافته در جهت تشخیص اختلالات اضطرابی کودکان استفاده گردد. از طرف دیگر، نمونه مورد مطالعه در این پژوهش را دختران مبتلا به GAD تشکیل داده‌اند؛ بنابراین جنسیت پژوهش می‌تواند به عنوان یک متغیر تعدیل‌کننده، بر اثربخشی این درمان و نتایج حاصله از آن تأثیر داشته باشد. یکی دیگر از محدودیت‌های اصلی در این

specificity of psychological vulnerability markers for the course of affective disorders. *Journal of Psychiatric Research*, 103, 10-17

Todman, M. (2007, July). *Psychopathology and boredom: A neglected association. Paper presented at the International Conference on Psychology*, Athens, Greece.

Vodanovich, S. J. (2003). Psychometric measures of boredom: a review of the literature. *The Journal of Psychology*, 137(6), 569-595.

Waters, A. M., Mogg, K., Bradley, B. P. (2012). Direction of threat attention bias predicts treatment outcome in anxious children receiving cognitive-behavioral therapy. *Behavior Research and Therapy*, 50(6):428-34.

Whiteside, S. P., & Brown, A. M. (2008). Exploring the utility of the Spence Children's Anxiety Scales parent- and child-report forms in a North American sample. *Journal of Anxiety Disorders*, 22, 1440-1446.

Witkiewitz, K., Bowen, S., Douglas, H., & Hsu, Sh. H. (2013). Mindfulness-Based Relapse Prevention for Substance Craving. *Addictive Behaviors*, 38(2), 1563-1571.

Osmanegaoglu, N., Creswell, C& Dodd, H. F. (2018) Intolerance and uncertainty, anxiety, and worry in children and adolescent: A meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 225, 80-90.

Kendall, P. C., Compton, S. N. Walkup, J.T., Birmaher, B., Albano, A. N., Sherrill, J., Ginsburg, G., Rynn, M., McCracken, J., Gosch, E., Keeton, C., Bergman, L., Sakolskym, D., Suveg, C., Iyengar, S., March, J., & Piacentini, J. (2010). Clinical characteristics of anxiety disordered youth. *Journal of Anxiety Disorders*, 24, 360-365

Kendall, P. C., & Hedtke, K. A. (2006a). *Cognitive-behavioral therapy for anxious children: Therapist manual*, 3rd ed. Ardmore, PA: Workbook Publishing.

Kendall, P. C., & Hedtke, K. A. (2006b). *The Coping Cat Workbook*, 2nd ed. Ardmore, PA: Workbook Publishing.

Klein, R. G. (2009). Anxiety disorders. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 50(1-2): 153-162.

Kodal, A., Fjermestad, K., Bjelland, I., Gjestad, R., Ost, L., Bjaastad, J. F., Haujlan, B. S.M., Havic, O. E., Heiervanf, E. & Wergeland, G. J. (2018). Long-term effectiveness of cognitive behavioral therapy for youth with anxiety disorders. *Journal of Anxiety Disorders*, 53, 58-67.

Krystal, A. D. (2012). Psychiatric Disorders and Sleep. *Neurologic clinics*, 30(4): 1389-1413.

LePera, N. (2011). Relationships Between Boredom Proneness, Mindfulness, Anxiety, Depression, and Substance Use. *The New School for Social Research*, 8(2), 15-25.

Muris, P., Mannens, J., Peters, L., & Meesters, C. (2017). The youth anxiety measure for DSM-5 (YAM-5): Correlations with anxiety, fear, and depression scales in non-clinical children. *Journal of Anxiety Disorders*, 53, 72-78.

Mychailyszyn, M. P., Mendez, J. L., & Kendall, P. C. (2011). Anxiety disorders and school functioning in youth: Comparisons by diagnosis and comorbidity. *School Psychology Review*.

Pieterse, A. L., Todd, N. R., Neville, H. A., & Carter, R. T. (2012). Received racism and mental health among Black American adults: a meta-analytic review. *Journal of counselling psychology*, 59(1): 1-9.

Reynolds, C. R., & Richmond, B. O. (1978). What I think and feel: A revised measure of child's manifest anxiety. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 6, 271-280.

Runyon, K. Chesnut, S. R., & Burley, H. (2018). Screening for childhood anxiety: A meta-analysis of the screen for child anxiety related emotional disorders. *Journal of affective Disorders*, 240, 220-229.

Sadock, B. J., Sadock, V. A., & Ruiz (2015). *Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry* (11th Eds). New York: Walters Kulwer.

Simpson, D., Suarez, L, Connolly, S. (2012). Treatment and outcomes for anxiety disorders among children and adolescents: a review of coping strategies and parental behaviors. *Current psychiatry*, 14(2): 87-95.

Struijs, S. Y., Lamers, F., Spinhoven, Ph., Does, W., & Penninx, B. W.J.H. (2018). The predictive

