

**اثربخشی گروه درمانی شناختی- رفتاری در افزایش  
ادراک کنترل اضطراب دختران ۱۱-۱۳ ساله  
دچار اختلال اضطراب فراگیر**

زهرا غمخوار فرد<sup>✉</sup>، مریم بختیاری<sup>\*\*</sup>، کارینه طهماسیان<sup>\*\*\*</sup>، نغمه ترابی  
مزرعه ملکی<sup>\*\*\*\*</sup> و مونا امراللهی‌نیا<sup>\*\*\*\*\*</sup>

**چکیده**

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی گروه‌درمانی شناختی- رفتاری در افزایش ادراک کنترل اضطراب کودکان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر اجرا شد. این مطالعه از نوع پیش‌آزمون- پس‌آزمون دوگروهی بود. نمونه پژوهش شامل ۳۲ نفر از دختران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر بود که براساس ملاک‌های راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی واجد تشخیص اختلال اضطراب فراگیر بودند. افراد گروه نمونه به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل جایگزین شدند. درمان شامل ۱۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای بود که به‌صورت یک جلسه در هفته و بر مبنای درمان شناختی- رفتاری بر روی گروه آزمایش انجام شد. یافته‌های پژوهش نشان داد که درمان شناختی- رفتاری در افزایش ادراک کنترل هیجان و استرس به‌طور معناداری مؤثرتر از عدم دریافت درمان است. این درحالی است که درمان مذکور در مقایسه با گروه کنترل، اثربخشی معناداری در افزایش ادراک کنترل تهدید کودکان نداشت. درمان شناختی- رفتاری با مجموعه راهبردهای شناختی و رفتاری خود، قادر به افزایش ادراک کنترل هیجان و استرس در کودکان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر است. با وجود این توجه ویژه بر افزایش ادراک کنترل تهدید، می‌تواند به عنوان درمانی مؤثرتر در درمان این کودکان تلقی شود.

**کلید واژه‌ها**

گروه درمانی شناختی- رفتاری؛ ادراک کنترل اضطراب؛ اختلال اضطراب فراگیر

\*<sup>✉</sup> دانشجوی دکتری روان‌شناسی بالینی، گروه روان‌شناسی بالینی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.  
ghamkharfard@yahoo.com

\*\* استادیار دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، مرکز تعالی بالینی، گروه روانشناسی بالینی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی.

\*\*\* استادیار دانشگاه شهید بهشتی، پژوهشکده خانواده، دانشگاه شهید بهشتی.

\*\*\*\* کارشناس ارشد خانواده درمانی، دانشگاه علم و فرهنگ.

\*\*\*\*\* کارشناس ارشد روانشناسی عمومی، دانشگاه تربیت مدرس.

تاریخ دریافت: ۹۲/۶/۲۱ تاریخ پذیرش: ۹۲/۷/۱۹

### مقدمه

اضطراب هیجان بهنجاری است که در سراسر زندگی تجربه شده و در زندگی روزانه افراد نقش حفاظتی دارد. اگرچه اضطراب در کودک قسمتی از رشد بهنجار او را تشکیل می‌دهد، اما در صورت افزایش شدت و طول مدت آن، به مشکل جدی و تهدید واقعی تبدیل می‌شود (وایت ساید و براون<sup>۱</sup>، ۲۰۰۸)، به گونه‌ای که اگر بدون درمان رها شود، به طور معکوس بر عملکرد روزانه تأثیر گذاشته و کودک را در معرض عزت نفس پایین، روابط اجتماعی ضعیف و شکست تحصیلی قرار می‌دهد (مارتین و ولکمار<sup>۲</sup>، ۲۰۰۴). این کودکان پریشانی شدید و ناخوشایندی را گزارش کرده و آرام کردن خود را در این زمان دشوار ارزیابی می‌کنند (گراس و تامسون<sup>۳</sup>، ۲۰۰۷). علاوه بر این کودکان دارای اختلالات اضطرابی، واکنش‌های هیجانی شدید به محرک‌ها نشان می‌دهند و این واکنش‌ها را به عنوان حالات تنشی و پاسخ‌های هیجانی منفی و پی در پی قلمداد می‌کنند (منین<sup>۴</sup> و همکاران، ۲۰۰۷). این امر حاکی از آن است که کودکان مبتلا به اختلالات اضطرابی دچار نقص‌هایی در نظم‌دهی به هیجان‌ها<sup>۵</sup> خود هستند (هنستدیر و اولندیک<sup>۶</sup>، ۲۰۰۷). بک<sup>۷</sup> و همکاران (امری و گرین برگ<sup>۸</sup>، ۱۹۸۵؛ حسن زاده، شریفی درآمدی و سهرابی، ۱۳۹۲) علت اصلی این واکنش‌ها را تحریف در پردازش اطلاعات می‌دانند. به عبارت دیگر کودکان مبتلا به اختلالات اضطرابی محرکی را که به طور بالقوه تهدیدآور است، خطرناک ارزیابی می‌کنند. از این رو است که دچار اضطراب شده و پریشانی شدیدی را تجربه می‌کنند.

در میان اختلالات اضطرابی، اختلال اضطراب فراگیر به لحاظ نقش مهم نگرانی در ایجاد پردازش هیجانی ناکارآمد، مورد توجه است (بورکووک و اینز<sup>۹</sup>، ۱۹۹۰؛ منصوری و همکاران؛ ۱۳۹۰). از آنجا که هیجان‌ها، کارکرد مثبت درون فردی و بین فردی دارند، افراد مبتلا به

- 
1. Whiteside & Brown
  2. Martin & Volkmar
  3. Gross & Thompson
  4. Mennin
  5. emotion regulation deficits
  6. Hannesdottir & Ollendick
  7. Beck
  8. Emery & Greenberg
  9. Borkovec & Inz

GAD، به دلیل پردازش اطلاعات هیجانی ناکارآمد و اجتناب هیجانی، به نظم‌دهی به هیجانات خود قادر نیستند (هاپرت و آلی<sup>۱</sup>، ۲۰۰۴)، که این امر به افزایش مشکلات بین فردی در این افراد منجر می‌شود.

بارلو<sup>۲</sup> (۲۰۰۲) در تبیین سبب‌شناسی این اختلال بر دو عامل اصلی به نام‌های آسیب‌پذیری روان‌شناختی و آسیب‌پذیری زیستی اشاره می‌کند. او هنگام توصیف عامل آسیب‌پذیری روان‌شناختی بر کنترل‌پذیری اشاره می‌کند. ادراک کنترل‌ناپذیری وقایع باعث می‌شود به تدریج در ذهن فرد باورهایی مبنی بر عدم توانایی در تأثیرگذاری بر وقایع شکل گیرد (کورپیتا<sup>۳</sup> و بارلو، ۱۹۹۸). چنین باورهایی افراد را مستعد ابتلا به اختلالات اضطرابی از جمله GAD می‌کند. وقایع کنترل‌ناپذیر دوران اولیه زندگی، به تدریج در حافظه افراد باور عدم توانایی تأثیرگذاری بر وقایع زندگی را شکل می‌دهد. از دیگر سو رفتار ناهمخوان والدین، به کاهش توانایی کودک در پیش‌بینی واکنش‌های والدین منجر می‌شود. این امر به طور تدریجی به بازداری رفتاری کودکان منجر می‌شود. این بازداری که حاصل تعامل ساختارهای هیپوتالاموس و لیمبیک است، برون‌دادهای جسمی نامتمایز را تولید می‌کند.

بارلو (۲۰۰۲) معتقد است آسیب‌پذیری روان‌شناختی و زیستی به آسیب‌پذیری افراد هنگام تجربه رویدادهای استرس‌زا منجر می‌شود. در این زمان سیستم‌های هشدار دهنده به طور اشتباه به کار می‌افتد و وقایع بی‌خطر را به گونه‌ای تهدیدکننده ارزیابی می‌کند. افزایش احساس تهدید در فرد، به افزایش تنش عضلانی و گوش به زنگی او منجر می‌شود. در این حالت فرایند نگرانی برای حل مشکل و مقابله با تهدید خیالی به کار می‌افتد. با وجود این، نگرانی، اجتناب از تصویرسازی ذهنی تهدیدآمیز و افزایش فشار بر سیستم پردازش شناختی، فرایند حل مسئله و مقابله با تهدید را دچار مشکل می‌کند. مجموعه این عوامل به مهارت‌های ناکارآمد حل مسئله، بازداری پاسخ‌های خودکار و در نتیجه آن بروز GAD در فرد منجر می‌شود. به طور کلی می‌توان این‌گونه نتیجه گرفت که نقص در ادراک کنترل تهدیدات بیرونی (نظیر رویدادها، اشیاء و موقعیت‌های ترس‌آور)، و/یا نقص در ادراک کنترل تهدیدات درونی

- 
1. Huppert & Alley
  2. Barlow
  3. Chorpita

(نظیر واکنش‌های بدنی و هیجانی)، مشکل اصلی در هنگام اضطراب است (بارلو، ۱۹۸۸، ۲۰۰۲). به همین دلیل است که به نظر می‌رسد ادراک کنترل اضطراب در اختلال مذکور نقشی مهم ایفا می‌کند.

از آنجا که تشخیص و درمان اختلال مذکور در کودکی، در امر پیشگیری و بهداشت عمومی مسئله‌ای ضروری است، ارائه درمانی که با مجموعه راهبردهای خود، ادراک کنترل اضطراب را در این اختلال افزایش دهد، مهم و ضروری به نظر می‌رسد. در طی سال‌های گذشته، درمان‌های روان‌شناختی به کار گرفته شده از سوی روان‌شناسان برای درمان اختلالات اضطرابی، شامل روان تحلیل‌گری، درمان حمایتی، درمان شناختی - رفتاری، خانواده درمانی و بازی درمانی بود (بزمی و نرسی، ۱۳۹۱؛ زکی، ۱۳۹۰). در میان درمان‌های ذکر شده، درمان شناختی - رفتاری توجه زیادی را به خود جلب کرده است. در این روش 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 خود کنترلی و خود کارآمدی استفاده می‌شود (کندال و پانیچلی - میندل<sup>۱</sup>، ۱۹۹۵؛ لبلارت<sup>۲</sup> و همکاران، ۱۹۹۹). با وجود این پژوهشی انجام نشده است که منحصراً به بررسی اثربخشی درمان شناختی - رفتاری بر روی ادراک کنترل اضطراب کودکان اقدام کرده باشد. لذا با توجه به شیوع بالای اختلال مورد نظر در ایران (قمری گیوی، ابوالقاسمی و فلاح زاده، ۱۳۸۸) و پژوهش‌اندک در زمینه بررسی اثربخشی درمان شناختی - رفتاری در افزایش ادراک کنترل اضطراب دختران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر، پژوهش‌های پیش‌تر در این مورد لازم و ضروری به نظر می‌رسد. به همین دلیل پژوهش حاضر با هدف پاسخ‌گویی به این سؤال مطرح شده است که آیا گروه درمانی شناختی - رفتاری در افزایش ادراک کنترل اضطراب دختران مبتلا به GAD به طور معناداری مؤثرتر از گروه کنترل است یا خیر؟ به عبارت دیگر، آیا بین گروه آزمایش (گروه درمانی شناختی - رفتاری) در مقایسه با گروه کنترل (عدم دریافت درمان) در ادراک کنترل هیجان، استرس و تهدید، در دختران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر، تفاوت معنادار وجود دارد یا خیر؟

---

1. Kendall & Panichelli-Mindel  
2. Labellarte

## روش

پژوهش حاضر از نظر هدف، آینده‌نگر و بنیادی- کاربردی، از نظر روش شناختی، شبه آزمایشی و از لحاظ طرح، طرح پیش آزمون پس آزمون دو گروهی بود. جامعه آماری شامل دختران با دامنه سنی ۱۱-۱۳ سال مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر در شهر تهران بود. دلیل انتخاب جامعه آماری با دامنه سنی محدود بین ۱۱-۱۳ سال، کنترل هر چه بیش تر عامل سن در فرایند پژوهش و درمان و شیوع بیش تر این اختلال در کودکان دارای میانگین سنی ۱۲ سال بود (تریسی<sup>۱</sup> و همکاران، ۱۹۹۷). جمعیت مورد نظر در پژوهش حاضر نیز شامل دانش آموزان دختر با دامنه سنی ۱۱-۱۳ سال بود که در یکی از مقاطع اول یا دوم راهنمایی در سال تحصیلی ۹۱-۱۳۹۰، در مدارس راهنمایی واقع در سطح شهر تهران مشغول به تحصیل بوده و بر اساس ملاک‌های راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-IV-TR؛ انجمن روان پزشکی آمریکا، ۲۰۰۰) واجد ملاک‌های GAD بودند. در این پژوهش نمونه مورد مطالعه به شیوه غربالگری و به صورت در دسترس انتخاب شد، به این صورت که در ابتدا از بین ۲۲ منطقه آموزش پرورش در سطح شهر تهران، منطقه هفت تهران انتخاب شد. سپس از بین مدارس راهنمایی دخترانه موجود در منطقه مورد نظر، یک مدرسه دولتی به صورت در دسترس انتخاب شد. لازم به توضیح است در صورت تکمیل نشدن ظرفیت مورد نیاز برای جایگزینی در گروه نمونه، مدارس دیگری نیز برای انجام دادن پژوهش مدنظر پژوهشگر قرار می‌گرفتند. پس از انتخاب مدرسه و انجام دادن هماهنگی‌های لازم با مسئولان مدرسه مورد نظر، از مجموع ۲۵۲ دانش آموز پایه اول و دوم راهنمایی در مدرسه، آن دسته از افرادی که داوطلب شرکت در پژوهش بودند، با پرسشنامه غربالگری اختلالات هیجانی مرتبط با اضطراب دوران کودکی<sup>۲</sup> (بیرماهر و همکاران، ۱۹۹۷)، بررسی شدند. از میان افراد مورد بررسی افرادی که نمراتی برابر با تشخیص بالینی کسب کردند، توسط روان‌شناس بالینی و بر اساس ملاک‌های راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-IV-TR؛ انجمن روان پزشکی آمریکا، ۲۰۰۰) بیش تر ارزیابی خواهند شد. ۳۲ نفر از افرادی که شرایط حضور در پژوهش را احراز کردند و بر اساس ملاک‌های راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی

---

1. Tracey  
2. SCARED

(DSM-IV-TR؛ انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۰۰) تشخیص GAD را دریافت کردند، به عنوان نمونه مورد مطالعه وارد مرحله اصلی پژوهش شده و در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند. به‌طور خلاصه معیارهای ورود به پژوهش شامل این موارد است: داشتن ملاک‌های تشخیص GAD بر مبنای راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-IV-TR؛ انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۰۰)، داشتن سن بین ۱۳-۱۱ سال، اختلال اصلی در کودک، GAD باشد، نمره بالاتر از ۲۵ در پرسشنامه غربال‌گری اختلالات هیجانی مرتبط با اضطراب دوران کودکی (بیرماهر و همکاران، ۱۹۹۷)، نمره بالاتر از ۲۱ در پرسشنامه نگرانی پن استیت-فرم کودکان<sup>۱</sup> (کورپیتا و بارلو، ۱۹۹۸) و موافقت کودک و والدین برای شرکت در پژوهش و امضای رضایت‌نامه کتبی. معیارهای خروج نیز شامل شرکت در درمان‌های دیگر به‌طور همزمان، ابتلا به اختلال روان‌پزشکی شدید دیگر که نیاز به درمان فوری دارد، وجود بیماری جسمانی در کودک که به اضطراب در او منجر می‌شود، مصرف دارو برای درمان اختلالات اضطرابی و تجربه رویداد استرس‌زا در دو سال گذشته است. گروه آزمایش درمان شناختی-رفتاری به مدت ۱۸ جلسه دریافت کرد و گروه کنترل مداخله‌ای دریافت نکرد. درمان شناختی-رفتاری به عنوان متغیر مستقل، ادراک کنترل اضطراب به عنوان متغیر وابسته در نظر گرفته شد. متغیرهای جمعیت‌شناختی نمونه شامل سن، تحصیلات و جنسیت است که به عنوان متغیرهای مداخله‌گر کنترل شدند.

ابزار اندازه‌گیری پژوهش به شرح زیر بود:

#### پرسشنامه غربال‌گری اختلالات هیجانی مرتبط با اضطراب دوران کودکی (SCARED)؛

بیرماهر و همکاران، ۱۹۹۷): این پرسشنامه (بیرماهر و همکاران، ۱۹۹۷) شامل ۴۱ گویه است و نشانه‌های اختلال اضطرابی در کودکان و نوجوانان سنین ۸-۱۸ سال را می‌سنجد. خرده مقیاس‌های پرسشنامه شامل موارد زیر است: اختلال وحشت‌زدگی، اختلال اضطراب فراگیر، اختلال اضطراب جدایی، جمعیت هراسی و هراس از مدرسه. هر گویه به کمک ۳ 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). نمره کل بالاتر از ۲۵ احتمال وجود اضطراب

در کودک پیش‌بینی می‌کند. کسب نمره بالاتر از ۳۰ تشخیص حداقل یکی از اختلالات اضطرابی را در فرد بیش از پیش محتمل می‌کند. نمره برش در خرده مقیاس اختلال اضطراب فراگیر، برابر با ۹ است. پرسشنامه مذکور، دارای ویژگی‌های روان‌سنجی مطلوب در سطح تشخیص بالینی (بیرماهر و همکاران، ۱۹۹۹) و زیر آستانه بالینی (هیل<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۰۵) است، به گونه‌ای که موریس، مرکل باخ<sup>۲</sup> و همکاران، (۲۰۰۲)، روایی پرسشنامه را با استفاده از روش‌های روایی همگرا و افتراقی آزمودند و در نتیجه آن، روایی مقبولی را برای پرسشنامه مذکور به دست آورد. پایایی پرسشنامه از طریق روش‌های بازآزمایی و نیز آلفای کرونباخ مقبول گزارش شده است (بیرماهر و همکاران، ۱۹۹۷). در پژوهش قمری گیوی و همکارانش در ایران (۱۳۸۸)، آلفای کرونباخ در خرده مقیاس اختلال اضطراب فراگیر ۰/۷۱ به دست آمد. پایایی پرسشنامه در پژوهش حاضر 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.

**پرسشنامه کنترل اضطراب - فرم کودک (ACQ-C)؛ ویمز و همکاران، (۲۰۰۳): فرم** کودک پرسشنامه کنترل اضطراب شامل ۳۰ گویه است که ویمز<sup>۳</sup> و همکاران (۲۰۰۳) آن را تهیه کردند و بر مبنای پرسشنامه کنترل اضطراب بزرگسال (راپی<sup>۴</sup> و همکاران، ۱۹۹۶) طرح‌ریزی شده است. فرم کودک پرسشنامه کنترل اضطراب با هدف سنجش ادراک کنترل در کودکان ۱۶-۷ ساله طراحی شده است و به دو شیوه نمره‌گذاری می‌شود. در روش اول نمره‌گذاری، دو عامل سنجیده می‌شود و در نتیجه پرسشنامه دارای دو خرده مقیاس به نام‌های کنترل واکنش‌های درونی<sup>۵</sup> (۱۴ گویه) و کنترل رویدادهای بیرونی<sup>۶</sup> (۱۶ گویه) است. در روش دوم نمره‌گذاری، ۳ عامل سنجیده می‌شود. عامل اول کنترل هیجان<sup>۷</sup> نام دارد و شامل پنج گویه از ۱۴ گویه خرده مقیاس واکنش‌های درونی است. این عامل توانایی فرد را در کنترل مؤثر هیجانات خود می‌سنجد. عامل دوم کنترل تهدید<sup>۸</sup> نام دارد. این عامل شامل ۶ گویه از ۱۶ گویه

- 
1. Hale
  2. Merckelbach
  3. Weems
  4. Rapee
  5. internal reaction
  6. external events
  7. emotion control
  8. threat control

خرده مقیاس رویدادهای بیرونی است و به توانایی فرد در مقابله با رویدادهای ترس‌آور اشاره دارد. عامل سوم کنترل استرس<sup>۱</sup> نام دارد. این عامل شامل دو گویه از ۱۴ گویه خرده مقیاس واکنش‌های درونی و ۲ گویه از ۱۶ گویه خرده مقیاس رویدادهای بیرونی است و به توانایی فرد در مقابله مؤثر با مشکل ادراک شده و تنظیم هیجانات فرد در موقعیت‌های استرس‌آور اشاره دارد. کودکان با مطالعه هر گویه، دیدگاه خود را با بر حسب مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت (۰ = هیچ وقت، ۱ = به ندرت، ۲ = گاهی اوقات، ۳ = اکثر اوقات، و ۴ = همیشه) مشخص می‌کنند. نمره کل آزمون بین ۱۲۰-۰ قرار دارد و نمره کل بالاتر نشان‌دهنده کنترل بالاتر اضطراب در کودک است. پرسشنامه مذکور به‌طور گسترده‌ای به منظور بررسی میزان کنترل ادراک شده هنگام مواجهه با تهدیدات بیرونی و بروز اضطراب در کودکان استفاده می‌شود، به طوری که میزان کنترل ادراک شده واکنش‌های بدنی و هیجانی فرد را هنگام بروز اضطراب می‌سنجد. پژوهش‌های متعدد ویژگی‌های روان‌سنجی مطلوبی را برای پرسشنامه مذکور گزارش کرده‌اند. پایایی پرسشنامه از طریق روش‌های بازآزمایی و نیز آلفای کرونباخ محاسبه شده است. ویمز و همکاران (۲۰۰۳) در پژوهش خود آلفای کرونباخ را برای خرده مقیاس کنترل واکنش‌های درونی ۰/۸۹، کنترل رویدادهای بیرونی ۰/۸۶، و برای کل آزمون ۰/۹۳ به دست آوردند. پایایی کل آزمون از طریق روش بازآزمایی در یک فاصله ۱۲ ماهه ۰/۵۹ گزارش شد (ویمز و همکاران، ۲۰۰۷). علاوه بر این تیلور و ویمز (۲۰۱۱)، در پژوهش خود آلفای کرونباخ را برای پرسشنامه ۰/۸۵ به دست آورد که حاکی از همسانی درونی مقبول عوامل مورد مطالعه است. پایایی پرسشنامه در پژوهش حاضر از طریق نرم افزار R محاسبه شد، به طوری که در نمونه آزمایشی، تنای ترتیبی در کل آزمون ۰/۸۴ و در خرده مقیاس‌های کنترل واکنش‌های درونی و کنترل رویدادهای بیرونی، به ترتیب ۰/۷۹ و ۰/۷۶ به دست آمد.

**مصاحبه تشخیصی:** در پژوهش حاضر فرم مصاحبه‌ای برای تشخیص‌گذاری بر روی کودکان تهیه و تدوین شد. این مصاحبه با اقتباس از الگوی مصاحبه کتاب درسی جامع روان‌پزشکی (سادوک و سادوک، ۲۰۰۷) و راهنمای بالینی مصاحبه روان‌پزشکی کودکان و نوجوانان (سپدا<sup>۲</sup>، ۲۰۱۰) و با هدف تشخیص آن دسته از افرادی انجام شد که شرایط حضور

---

1. stress control  
2. Cepeda

در پژوهش را احراز کرده و بر اساس ملاک‌های راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-IV-TR؛ انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۰۰) تشخیص GAD را دریافت کرده‌اند. روش انتخاب نمونه به این ترتیب بود که افراد داوطلب از میان کودکانی انتخاب شدند که در مرحله غربال‌گری با پرسشنامه غربال‌گری اختلالات هیجانی مرتبط با اضطراب دوران کودکی (SCARED؛ بیرماهر و همکاران، ۱۹۹۷)، شرکت کرده و واجد ملاک‌های ورود به پژوهش بودند، به سایر پرسشنامه‌های پژوهش پاسخ گفتند و در صورت واجد شرایط بودن، مورد مصاحبه تشخیصی قرار گرفتند. چنانچه داوطلبی ملاک‌های شرکت در پژوهش را نداشت، فرایند نمونه‌گیری در همانجا متوقف می‌شد. آن دسته از دختران بیماری که بر مبنای ملاک‌های راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-IV-TR؛ انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۰۰) تشخیص GAD را گرفته و شرایط پژوهش را احراز کرده بودند، به طور تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل جایگزین شدند. کودکان دو گروه آزمایش و کنترل، بر اساس نمرات به دست آمده در پرسشنامه SCARED و پایه تحصیلی، دو به دو هم‌تا شدند. پس از انجام دادن مصاحبه، تکمیل پرسشنامه‌ها، و به دست آوردن داده‌های پیش‌آزمون، پژوهشگر مراحل درمان را به طور مختصر برای کودکان توضیح می‌داد. علاوه بر این کودکان داوطلب رضایت‌نامه را در حضور پژوهشگر خوانده و در صورت موافقت، فرم رضایت‌نامه مخصوص والدین را به همراه توضیح کتبی روند درمان، به منزل بردند. بازپس‌دهی فرم رضایت‌نامه به همراه درج امضاء والدین و کودک در فرم مربوطه به منزله موافقت کودک و والدین برای شرکت در پژوهش قلمداد شد.

پس از انجام دادن مراحل فوق، مداخله درمانی بر روی گروه آزمایش انجام شد. به منظور نائل شدن به این هدف، ابتدا افراد گروه آزمایش به دو گروه ۸ نفره تقسیم شدند. جلسات درمانی طی ۱۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به صورت یک روز در هفته در مدرسه دولتی مربوطه، با حضور درمانگر، کمک درمانگر و افراد گروه آزمایش، به صورت گروهی و بر مبنای پروتکل درمانی «کپینگ کت<sup>۱</sup>» اقتباس شده از راهنمای عملی گروه درمانی شناختی- رفتاری برای کودکان دارای اختلالات اضطرابی اثر فلنری اسکرودر<sup>۲</sup> و کندال (۱۹۹۶)، به همراه کتاب

- 
1. Coping cat
  2. Flannery-Schroeder

تمرین کودک (کندال و هدک<sup>۱</sup>، ۲۰۰۶ب) پیش رفت. ۹ جلسه اول درمان بر راهبردهای آموزشی مدیریت اضطراب از قبیل تشخیص برانگیختگی بدنی، آرام‌سازی عضلانی، تشخیص افکار اضطرابی و حل مسئله تأکید شد و در ۹ جلسه دوم تمرکز درمان بر مواجهه‌سازی کودک با موقعیت‌های اضطراب‌زا و تمرین مهارت‌های آموخته شده در محیط واقعی بود (پودل و همکاران، ۲۰۱۰). علاوه بر ۱۸ جلسه ویژه کودکان، ۲ جلسه ویژه والدین بود. این جلسات بین جلسات چهارم و پنجم کودکان برگزار شد 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. 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. لازم به توضیح است که آزمون‌گیری بر روی افراد گروه آزمایش و کنترل پیش از مداخله و به منظور تعیین خط پایه (پیش‌آزمون) و جلسه هجدهم (پس‌آزمون)، با هدف بررسی تأثیر متغیر مستقل بر متغیر وابسته انجام شد.

در پژوهش حاضر به منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش‌های آماری توصیفی و استنباطی استفاده شد. از روش نقاط افتراقی و تحلیل واریانس چند متغیره (MANOVA)، به منظور بررسی اثربخشی درمان شناختی - رفتاری در تغییر ادراک کنترل اضطراب گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل استفاده شد.

### یافته‌ها

همان‌گونه که پیش از این عنوان شد، در پژوهش حاضر کودکان مبتلا به GAD در دو موقعیت متفاوت شامل یک موقعیت آزمایش و یک موقعیت کنترل جای گرفتند. موقعیت اول شامل درمان شناختی - رفتاری بود که به مدت ۱۸ جلسه انجام شد. موقعیت دوم گروه کنترل بود که مداخله‌ای برای آن‌ها انجام نشد. درمان شناختی - رفتاری به عنوان متغیر مستقل، ادراک کنترل اضطراب به عنوان متغیرهای وابسته در نظر گرفته شد.

از بین ۳۲ شرکت‌کننده در پژوهش، یک آزمودنی از گروه آزمایش و یک آزمودنی از گروه

کنترل به دلیل فقدان 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 خرده مقیاس 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، ۸ 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 - ۱۳ بود. در میان افراد گروه آزمایش ۹ نفر (۵۶/۲۵٪)، و در میان افراد گروه کنترل نیز ۹ نفر (۵۶/۲۵٪)، فرزند اول خانواده یا تک فرزند بودند. از نظر وجود بیماری‌های جسمانی توأم، هیچ یک از آزمودنی‌ها اختلالی به همراه نداشتند. علاوه بر این، بررسی ویژگی‌های جمعیت‌شناختی 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 ابتدا به منظور درک روند تغییرات ادراک کنترل اضطراب در دو گروه آزمایش و کنترل، شاخص‌های آمار توصیفی در دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون در مقیاس‌های مذکور ارائه شده است (جدول ۱).

جدول ۱: شاخص‌های توصیفی مربوط به تفاوت نمرات پرسشنامه ACQ-C و خرده مقیاس‌های آن در دو مرحله آزمون‌گیری در دو گروه آزمایش و کنترل

	پس‌آزمون (n = ۲۸)		پیش‌آزمون (n = ۲۸)		خرده مقیاس
	گروه کنترل	گروه آزمایش	گروه کنترل	گروه آزمایش	
	M (SD)	M (SD)	M (SD)	M (SD)	ACQ-C
	(۱۵/۷۳) ۴۳/۵۶	(۲۴/۹۸) ۶۲/۳۰	(۱۰/۰۳) ۵۳/۳۷	(۱۳/۲۰) ۴۶/۴۳	
	(۴/۲۱) ۵/۲۷	(۴/۹۳) ۱۰/۹۲	(۳/۲۷) ۸/۲۱	(۴/۵۲) ۸/۰۳	کنترل هیجان
	(۵/۶۸) ۸/۸۵	(۵/۵۴) ۱۲/۱۵	(۴/۱۵) ۹/۵۹	(۵/۱۵) ۷/۹۳	کنترل تهدید
	(۲/۱۵) ۴/۱۳	(۴/۷۱) ۸/۲۰	(۲/۱۶) ۴/۸۹	(۲/۰۷) ۴/۱۴	کنترل استرس

یادداشت. ACQ-C = پرسشنامه کنترل اضطراب - فرم کودک؛ M = میانگین؛ SD = انحراف معیار.

به منظور مقایسه تغییرات در میانگین‌های دو گروه آزمایش و کنترل، در خرده مقیاس‌های پرسشنامه ACQ-C در دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون، از روش نقاط افتراقی و تحلیل واریانس چند متغیره (MANOVA) استفاده شد (جدول ۲).

جدول ۲: یافته‌های حاصل از تحلیل واریانس چند متغیره در مورد خرده مقیاس‌های پرسشنامه ACQ-C، به منظور بررسی اثر گروه‌های آزمایش و کنترل

توان آزمون	$\beta$	$\eta^2$	P	F	میانگین مجدورات	df	منبع تغییرات
۰/۸۲	۰/۱۸	۰/۲۵	۰/۰۰۶	۸/۸۷	۲۳۷/۱۰	۱	کنترل هیجان
۰/۴۱	۰/۵۹	۰/۱۱	۰/۰۸	۳/۲۱	۱۷۱/۳۳	۱	کنترل تهدید
۰/۸۸	۰/۱۲	۰/۲۹	۰/۰۰۳	۱۰/۵۰	۱۰۱/۷۲	۱	کنترل استرس

یادداشت. ACQ-C = پرسشنامه کنترل اضطراب - فرم کودک

با توجه به جدول ۲ و با تأکید بر میزان F به دست آمده، می‌توان مطرح کرد که بین دو گروه آزمایش و کنترل، در میزان ادراک کنترل هیجان و استرس در دو سطح اندازه‌گیری پیش‌آزمون و پس‌آزمون تفاوت معناداری وجود دارد. این در حالی است که در خرده مقیاس کنترل تهدید تفاوت معناداری بین دو گروه آزمایش و کنترل در دو سطح اندازه‌گیری پیش‌آزمون و پس‌آزمون وجود ندارد.

### بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان شناختی - رفتاری در افزایش ادراک کنترل اضطراب کودکان گروه آزمایش در مقایسه با کودکان گروه کنترل انجام شد. از این رو ۳۲ نفر از افرادی که شرایط حضور در پژوهش را احراز کردند و بر اساس ملاک‌های راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-IV-TR؛ انجمن روان‌پزشکی امریکا، ۲۰۰۰) تشخیص GAD را دریافت کردند، به عنوان نمونه مورد مطالعه وارد مرحله اصلی پژوهش شده و در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند. یافته‌های حاصل از پژوهش نشان داد که درمان شناختی - رفتاری در مقایسه با گروه کنترل در افزایش ادراک کنترل هیجان و کنترل استرس

موفق و در افزایش ادراک کنترل تهدیدات بیرونی ناموفق بوده است. در نگاه اول این نتایج اندکی تعجب‌انگیز به نظر می‌رسد، زیرا طبق پژوهش ویمز و سیلورمن (۲۰۰۶)، کودکان بایستی پس از دریافت درمان در زمینه ادراک کنترل تغییر کرده باشند. این در حالی است که با نگاهی دقیق‌تر و موشکافانه‌تر به یافته‌های حاصل از خرده مقیاس‌های پرسشنامه ACQ-C می‌توان اظهار داشت که نتایج حاصل دور از انتظار نبوده است. همان‌گونه که اشاره شد در پژوهش حاضر کودکان مبتلا به GAD پس از دریافت درمان شناختی - رفتاری در کنترل واکنش‌های هیجانی خود، در مقایسه با گروه کنترل به میزان قابل ملاحظه‌ای پیشرفت کردند. در تبیین این یافته به مدل زمان<sup>۱</sup> و همکاران (۲۰۰۶) اشاره می‌شود. زمان و همکارانش (۲۰۰۶) در مدل پیشنهادی خود اظهار کردند که افراد مضطرب از واکنش‌های هیجانی ناخوشایند و شدید در رنج هستند و به نقص‌هایی در نظم‌دهی به هیجانات خود دچار هستند. به نظر می‌رسد این واکنش‌ها که اغلب به صورت پاسخ‌های هیجانی منفی و تقریباً شدید در مقابل تهدیدات ادراک شده بروز می‌کند، به دلیل سوگیری در پردازش اطلاعات مربوط به تهدید باشد (ویلسون<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۰۶). بنابراین، زمانی که افراد مضطرب با موقعیت‌های مبهم مواجه می‌شوند، محرک بالقوه تهدیدکننده را به صورت خطرناک ارزیابی کرده و در نتیجه هیجان منفی و شدیدی را گزارش می‌کنند (ویمز و همکاران، ۲۰۰۵).

به عبارت دیگر می‌توان اظهار داشت کودکان مبتلا به اختلالات اضطرابی در تنظیم هیجانات خود و به‌کارگیری راهبردهای مدیریت هیجان دچار مشکل هستند. تنظیم هیجانی به فرایندی اشاره دارد که بر شدت، طول مدت، نحوه بروز هیجان اثر می‌گذارد (گراس و تامسون، ۲۰۰۷). در تنظیم هیجانی مؤثر فرد قادر به کاهش شدت پاسخ‌های هیجانی منفی خود در موقعیت‌های بالقوه تهدیدکننده است. سالترز- پدنیلت<sup>۳</sup> و همکاران (۲۰۰۶)، علت اصلی ناتوانی در نظم بخشیدن به هیجانات را ناکارآمدی فرد در ارزیابی مجدد حالات خلقی منفی می‌دانند. ارزیابی مجدد مفهومی شناختی است و به معنی در نظر گرفتن موقعیت تهدیدکننده به

---

1. Zeman  
2. Wilson  
3. Salters-Pedneault

گونه‌ای که کم‌تر برای فرد اضطراب‌زا باشد و واکنش‌های هیجانی کم‌تری را در او تولید کند (کارتی<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۱۰). در پژوهش‌های گوناگون ارزیابی مجدد به عنوان راهبرد مؤثر در نظم بخشیدن به هیجانات در نظر گرفته شده است (گلدین<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۰۹). ارزیابی مجدد همچنین به عنوان راهبردی برای افزایش هیجانات سازگارانه در نظر گرفته می‌شود، به گونه‌ای که به‌کارگیری آن با تجربه و بروز هیجانات مثبت و سطوح بالایی از بهزیستی همراه است (گراس، ۲۰۰۲؛ جان<sup>۳</sup> و گراس، ۲۰۰۷). با توجه به اینکه افراد مضطرب در تفسیر رویدادهای تهدیدکننده دچار سوگیری هستند و به دلیل داشتن گرایش شدید به بروز واکنش‌های هیجانی منفی، انتظار می‌رود که ارزیابی مجدد در چنین افرادی تقریباً دشوار باشد (ویلسون و همکاران، ۲۰۰۶). به نظر می‌رسد درمان شناختی - رفتاری کپینگ‌کت با کار مداوم و پیوسته بر روی سازه‌های شناختی، ذهن فرد را برای تغییرات شناختی هموار می‌کند (کندل و هدک، ۲۰۰۶الف). و به این دلیل است که کودک پس از دریافت درمان، در نظم بخشی به هیجانات و کنترل واکنش‌های هیجانی منفی خود توانمند می‌شود.

کنترل هیجان از طریق نظریه درماندگی آموخته شده نیز تبیین‌پذیر است (ویمز و سیلورمن، ۲۰۰۶). طبق این دیدگاه تجارب دوران اولیه زندگی درباره شکست، به شکل‌گیری اسنادهای پایدار، کلی و درونی درباره کنترل شکست منجر می‌شود. در این حالت فرد خود را ملزم به کنترل تمام رویدادهای منفی می‌داند و علاوه بر این موقعیت‌های بالقوه تهدیدکننده را نیز به صورت گریزناپذیر قلمداد می‌کنند، به همین دلیل واکنش‌های هیجانی در فرد شدت یافته و اضطراب در او نمایان می‌شود (ویمز و سیلورمن، ۲۰۰۶).

درمان شناختی - رفتاری کپینگ‌کت از طریق به‌کارگیری راهبردهایی از جمله ارزیابی مجدد افکار و اسنادهای اضطراب‌زا، ارائه افکار مقابله‌ای و انجام دادن مواجهه سازی تدریجی، زمینه را برای رویارویی با موقعیت‌هایی فراهم می‌کند که به صورت استرس‌زا ادراک می‌شوند. کسب تجارب جدید و مثبت، احساس درماندگی را هنگام مواجهه با رویدادهای زندگی کاهش می‌دهد و توانایی فرد را در نظم‌دهی به هیجانات و تولید پیامدهای مثبت افزایش

---

1. Carthy  
2. Goldin  
3. John

می‌دهد (ویمز و سیلورمن، ۲۰۰۶).

با وجود آن‌که کودکان گروه آزمایش پس از دریافت درمان شناختی - رفتاری، در کنترل واکنش‌های هیجانی خود در مقایسه با گروه کنترل به میزان قابل ملاحظه‌ای پیشرفت کردند، اما در زمینه کنترل تهدید، تغییر محسوسی نیافتند. این یافته با پژوهش کارتی و همکاران (۲۰۱۰) مبنی بر بررسی اثر بخشی ارزیابی مجدد در نظم بخشی به هیجانات همخوانی دارد. پژوهش کارتی و همکاران (۲۰۱۰) نیز نشان داد که تفاوت معناداری بین کودکان مضطرب و بهنجار، در میزان استفاده از ارزیابی مجدد وجود دارد. به عبارت دیگر، با وجود آن‌که کودکان مضطرب در استفاده از راهبرد ارزیابی مجدد تقریباً به طور کارآمد و همانند کودکان بهنجار عمل می‌کنند، اما به نظر می‌رسد که به میزان کم‌تری از راهبرد مذکور استفاده می‌کنند و در اغلب موارد قادر به تعمیم و استفاده از آن راهبردها در موقعیت‌های مبهم نیستند. یک احتمال برای این حالت این است که کودکان مضطرب هنگام رویارویی با موقعیت‌های بالقوه تهدیدکننده، بروز نقص جزئی در ارزیابی مجدد را به صورت نقصی شدید و قابل ملاحظه تفسیر می‌کنند و در این هنگام گرایش شدید به استفاده مجدد از راهبردهای ناکارآمد در تنظیم هیجانات خود دارند (از جمله اجتناب از رویارویی با موقعیت تهدیدکننده و یا حواس پرتی) (کارتی و همکاران، ۲۰۱۰). از این رو پیشنهاد می‌شود در درمان کودکان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر تأکید بیشتری بر باقی ماندن در موقعیت تهدید کننده و تلاش در جهت درک معانی تهدیدکنندگی موقعیت شود.

عامل دیگری که می‌تواند به استفاده کم‌تر از راهبرد ارزیابی مجدد در زندگی روزانه منجر شود، احساس خودکارآمدی پایین در نظم بخشیدن به امور است. با وجود آن‌که در پژوهش حاضر به سنجش ادراک فرد نسبت به کارآمدی در تنظیم هیجانات خود، توجه نشده است، اما پژوهش‌های اخیر گویای آن است که افراد مضطرب از احساس خودکارآمدی پایین در تنظیم هیجانات خود رنج می‌برند (ویمز، سیلورمن، ۲۰۰۶؛ سووگ<sup>۱</sup> و زمان، ۲۰۰۴). این در حالی است که احساس خودکارآمدی در تنظیم هیجانات، به طور مستقیم با استفاده بیش‌تر ارزیابی مجدد رابطه دارد. بنابراین، به نظر می‌رسد سطح اضطراب کودکان مضطرب هنگام استفاده از

راهبرد ارزیابی مجدد در موقعیت‌های بالقوه تهدیدکننده به دلیل احساس خودناکارآمدی در تنظیم هیجانات، با وجود کاهش قابل ملاحظه همچنان بالاتر از کودکان بهنجار باشد (کارتی و همکاران، ۲۰۱۰).

از دیگر سو پریشانی باقی مانده پس از به‌کارگیری راهبرد ارزیابی مجدد ممکن است به این ادراک منجر شود که راهبردهای نظم بخشی به هیجانات سودمند نیست و به یک ادراک کلی دربارهٔ فقدان توانایی کافی در مدیریت اضطراب خود و احساس خودکارآمدی پایین در این زمینه تبدیل شود. و شاید به همین علت است که کودکان مضطرب به میزان کم‌تر از ارزیابی مجدد استفاده می‌کنند. از این رو به نظر می‌رسد توجه به خودکارآمدی و افزایش آن، در درمان‌های ویژه کودکان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر ضروری باشد.

تبیین احتمالی دیگر دربارهٔ این یافته، اثربخشی متفاوت درمان بر سوگیری در تفسیر اطلاعات مربوط به موقعیت تهدیدکننده و سوگیری در توجه به موقعیت تهدیدکننده باشد (واترز<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۰۸). یافته‌های حاصل از پژوهش (واترز و همکاران، ۲۰۰۸) نشان داد، با وجود آن‌که سوگیری در تفسیر اطلاعات مربوط به موقعیت تهدیدکننده در کودکان مبتلا به اختلالات اضطرابی، پس از درمان شناختی - رفتاری به میزان ملاحظه‌پذیری کاهش می‌یابد، با وجود این، سوگیری کودکان در توجه به محرک تهدیدکننده تغییر معناداری نیافت. از این رو از آنجا که این کودکان در توجه به محرک‌های تهدیدکننده به طور انتخابی عمل می‌کنند (ماگ و بردلی، ۱۹۹۸)، و از طرف دیگر وقایع استرس‌زای بیشماری را در زندگی خود تجربه می‌کنند (بوجلز و برکمن - توشیانت<sup>۲</sup>، ۲۰۰۶)، بنابراین، به نظر می‌رسد توجه به چنین رویدادهای تهدیدکننده، دستاوردهای درمان را بالا ببرد. از این رو واترز و کرسک (۲۰۰۵) پیشنهاد می‌کنند درمانگران در هر جلسه، زمانی را به بحث و تبادل نظر و چاره‌اندیشی پیرامون چنین وقایعی اختصاص دهند.

تبیین احتمالی دیگر این است که به نظر می‌رسد یافته‌های به دست آمده، به دلیل اضطراب باقی مانده در کودک باشد. اگرچه نمرات اضطراب کودکان گروه آزمایش، کاهش فاحشی را نشان می‌دهد و نمرات پس‌آزمون، آن‌ها را در دامنهٔ کودکان غیر بالینی قرار می‌دهد، با وجود

- 
1. Waters
  2. Bogels & Brechman-Toussaint

این نشانه‌هایی از اضطراب در این افراد باقی مانده است و به نظر می‌رسد تنها پس از حذف نشانه‌های باقی مانده است که سوگیری توجه نسبت به تهدید کاهش و ادراک کنترل افزایش می‌یابد.

این یافته تلویحات بالینی و درمانی منحصر به فرد دارد که در ادامه به آن‌ها توجه خواهد شد. تلویح درمانی اول این است که به نظر می‌رسد بین جنبه‌های پنهان اضطراب (واکنش هیجانی شدید و منفی) و جنبه‌هایی که به اختیار و خواست کودک است (کنترل تهدید) فاصله‌ای وجود دارد. این فاصله به درمانگر و بیمار این پیغام را می‌رساند که به انواع موقعیت‌ها یا محرک‌هایی که واکنش هیجانی منفی شدید را در کودک ایجاد می‌کند، با دید موشکافانه‌تری بنگرد.

علاوه بر این، این مفهوم که تحت شرایط خاص، کودکان مضطرب راهبردهای تنظیم هیجانی را به کار می‌برند و در خود آرامش هیجانی پایدار ایجاد می‌کنند، اما اغلب در زندگی روزانه آن راهبردها را به میزان کافی به کار نمی‌برند، این تلویح را دارد که به نظر می‌رسد ارزیابی مجدد و استفاده از افکار مقابله‌ای در مواقعی که شدت هیجانی خیلی سخت و تهدیدکننده نیست، انتخاب بهتری باشد (کارتی و همکاران، ۲۰۱۰).

همان‌گونه که پیش از این مطرح شد، احساس خودکارآمدی پایین در نظم بخشیدن به هیجانات، با احساس ناتوانی در رویارویی با موقعیت‌های بالقوه تهدیدکننده و افزایش اضطراب مرتبط است (تامیر<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۰۷). لذا به نظر می‌رسد احساس خودکارآمدی به عنوان متغیر تعدیل کننده است که میزان اثر بخشی درمان و کنترل تهدید را تحت تأثیر قرار می‌دهد. به همین دلیل به نظر می‌رسد آگاهی یافتن از این ادراکات ضمنی، مرحله نخست برای تغییر آن‌ها باشد.

تلویح درمانی دیگر این است که به نظر می‌رسد پروتکل‌های درمانی مخصوص کودکان مبتلا به اختلالات اضطرابی و از جمله آن پروتکل درمانی کپینگ کت نیاز به این دارد که به طور خاص فرایندهای توجه را در سوگیری نسبت به تهدید مورد هدف قرار دهد (کارتی و همکاران، ۲۰۱۰).

از دیگر سو، با توجه به اینکه کاهش نشانه‌های باقی مانده اضطرابی نیازمند گذشت زمان است و به نظر می‌رسد تنها در طی زمان و پس از خاتمه جلسات درمانی روند رو به کاهش می‌گیرد (کارتی و همکاران، ۲۰۱۰)، اجرای مرحله پیگیری ضروری است. به عبارت دیگر به نظر می‌رسد ادراک کنترل تهدید تنها پس از تجمع بیش‌تر شواهد، مبنی بر مقابله موفقیت‌آمیز در موقعیت‌های مختلف به دست می‌آید.

نکته شایان ذکر دیگر آن است که نحوه تعاملات والدین در کودک و نقش والدین در ادراک کنترل تهدید کودکان همچنان مورد سؤال است. این مسئله از آنجا مهم است که به گفته بارلو (۲۰۰۲)، رفتار ناهمخوان والدین به کاهش توانایی کودک در پیش‌بینی واکنش والدین منجر می‌شود، که این امر به‌طور تدریجی به بازداری رفتاری و کاهش ادراک کنترل منتهی می‌شود.

با وجود آن که پژوهش حاضر حاوی تلویحات بالینی منحصر به فرد است، با این حال با محدودیت‌هایی مواجه بود که در ادامه به آن اشاره می‌شود. پژوهش حاضر از طریق روش غربال‌گری اجرا شد. بنابراین، تعمیم نتایج می‌بایست بسیار با احتیاط انجام شود، زیرا امکان دارد متغیرهایی نظیر تحصیلات، سن، طبقه اجتماعی - اقتصادی و سایر عوامل، در نتایج پژوهش تداخل ایجاد کند. از این رو پیشنهاد می‌شود که در پژوهش‌های آتی در زمینه مداخله‌های اختلال اضطراب فراگیر، به منظور کاهش سوگیری‌های احتمالی و کنترل متغیرهای مزاحم، مداخله‌گر و تعدیل‌کننده، نمونه مورد مطالعه از مراکز درمانی مختلف انتخاب شود. از محدودیت‌های دیگر پژوهش می‌توان به محدودیت نمونه‌گیری اشاره کرد. با وجود آن که در پژوهش‌های آزمایشی و شبه آزمایشی می‌توان در هر گروه آزمایش و کنترل ۱۵ آزمودنی جایگزین کرد (دلاور، ۱۳۹۱)، با وجود این اجرای مجدد پژوهش بر روی گروه نمونه بزرگ‌تر پیشنهاد می‌شود. یکی دیگر از محدودیت‌های اصلی در پژوهش حاضر می‌تواند عدم پیگیری باشد. با وجود آن که در پژوهش‌های آزمایشی و شبه آزمایشی لزوماً پیگیری انجام نمی‌شود (دلاور، ۱۳۹۱)، با این حال در پژوهش‌های آینده، اجرای مرحله پیگیری با هدف کسب اطلاعات دقیق‌تر درباره روند تغییرات نشانه‌های اضطرابی در طی زمان ضروری به نظر می‌رسد.

## منابع

- بزمی، نعیمه و نرسی، مهرنوش (۱۳۹۱). اثر تکنیک‌های بازی درمانی در کاهش اضطراب و افزایش احساسات مثبت و سطح سازگاری عمومی در کودکان ۹ - ۱۲ ساله مبتلا به سرطان خون. *مطالعات روان‌شناختی*، ۸(۴)، ۱۳۰-۱۰۷.
- حسن‌زاده، احمد، شریفی درآمدی، پرویز و سهرابی، فرامرز (۱۳۹۲). مقایسه مؤلفه‌های فراشناخت در نوجوانان مبتلا و غیرمبتلا به اختلال وسواس فکری - عملی. *مطالعات روان‌شناختی*، ۳۳(۱)، ۹۱-۱۰۸.
- دلاور، علی (۱۳۹۱). روش تحقیق در روان‌شناسی و علوم تربیتی، تهران: ویرایش. زکی، محمدعلی (۱۳۹۰). نگرش دانش‌آموزان به درس ریاضی و رابطه آن با اضطراب امتحان (مورد: دانش‌آموزان دختر و پسر سال دوم دبیرستان‌های شهرستان‌های شهر اصفهان). *مطالعات روان‌شناختی*، ۷(۳)، ۱۵۳-۱۸۱.
- قمری گیوی، حسین، ابوالقاسمی، عباس و فلاح زاده، محمود (۱۳۸۸). بررسی میزان شیوع اختلال اضطراب منتشر در میان دانش‌آموزان پایه پنجم و اثربخشی روش‌های خودگویی درونی و بیرونی و کاهش آن. *مطالعات روان‌شناختی*، ۴(۲)، ۲۶-۹.
- منصوری، احمد، بخشی پور رودسری، عباس، علیلو، مجید محمود، فرنام؛ علیرضا و فخاری، علی (۱۳۹۰). مقایسه نگرانی، وسواس فکری و نشخوار فکری در افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر، اختلال وسواس- اجبار، اختلال افسردگی عمده و افراد بهنجار. *مطالعات روان‌شناختی*، ۷(۴)، ۷۴-۵۵.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, text revision* (4th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Barlow, D. H. (1988). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic*. New York: Guilford Press.
- Barlow, D.H. (2002). *Anxiety and its Disorders: the Nature and Treatment of Anxiety and Panic*, 2nd edition. The Guilford Press, New York.
- Beck, A. T., Emery, G., & Greenberg, R. L. (1985). *Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective*. New York: Basic Books.
- Birmaher, B., Brent, D. A., Chiappetta, L., Bridge, J., Monga, S., & Baugher, M. (1999). Psychometric properties of the screen for child anxiety related emotional disorders (SCARED): a replication study. *Journal of the American Academy of*

- Child and Adolescent Psychiatry*, 38, 1230–1236.
- 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.
- Bogels, S. M., & Brechman-Toussaint, M. L. (2006). Family issues in child anxiety: Attachment, family functioning, parental rearing and beliefs. *Clinical Psychology Review*, 26, 834–856.
- Borkovec, T. D., & Inz, T. (1990). The nature of worry in generalized anxiety disorder: A prominence of thought activity. *Behavior Research and Therapy*, 28, 153-158.
- Carthy, T., Horesh, 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.
- Chorpita, B. F., & Barlow, D. H. (1998). The development of anxiety: The role of control in the early environment. *Psychological Bulletin*, 124, 3-21.
- Flannery-Schroeder, E. C., & Kendall, P. C. (1996). *Cognitive-behavioral therapy for anxious children: Therapist manual for group treatment*, PA: Workbook Publishing.
- Goldin, P. R., Manber, T., Hakimi, S., Canli, T., & Gross, J. J. (2009). Neural bases of social anxiety disorder: emotional reactivity and cognitive regulation during social and physical threat. *Archives of General Psychiatry*, 66, 170–180.
- Gross, J. J. (2002). Emotion regulation: affective, cognitive, and social consequences. *Psychophysiology*, 39, 281–291.
- Gross, J. J., & Thompson, R. A. (2007). Emotion regulation: conceptual foundations. In J. J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation* (pp. 3–24). New York: Guilford.
- Hale, W. W., Raaijmakers, Q., Muris, P., & Meeus, W. (2005). Psychometric properties of the screen for child anxiety related emotional disorders (SCARED) in the general adolescent population. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 44, 283–290.
- Hannesdottir, D. K., & Ollendick, T. H. (2007). The role of emotion regulation in the treatment of child anxiety disorders. *Clinical Child and Family Psychological Review*, 10, 275–293.
- Huppert, J. D., & Alley, A. C. (2009). The application of emotion research in generalized anxiety disorder: Some proposed procedure. *Cognitive and Behavioral Practice*, 11, 387-392.
- John, O. P., & Gross, J. J. (2007). Individual differences in emotion regulation strategies: links to global trait, dynamic, and social cognitive constructs. In J. J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation* (pp. 351–372). New York: Guilford Press.
- 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.
- Kendall, P. C., & Panichelli-Mindel, S. M. (1995). Cognitive-behavioral treatments. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 23, 107-124.
- Labellarte, M. J., Ginsburg, G. S., Walkup, J. T., & Riddle, M. A. (1999). The Treatment of Anxiety Disorders in Children and Adolescents. *Journal of Society of Biological Psychiatry*, 46, 1567-1578.
- Martin, A. & Volkmar, F. R. (2007). *Lewis's child and adolescent psychiatry a comprehensive textbook* (4th ed.). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.
- Mennin, S. D., Holaway, R. M., Fresco, D. M., Moore, M., & Heimberg, R. G. (2007). Delineating components of emotion and its dysregulation in anxiety and mood psychopathology. *Behavior Therapy*, 38, 284-302.
- Mogg, K., & Bradley, B. P. (1998). A cognitive-motivational analysis of anxiety. *Behavior Research & Therapy*, 36, 809-848.
- Muris, P., Merckelbach, H., Ollendick, T., King, N., & Bogie, N. (2002). Three traditional and three new childhood anxiety questionnaires: Their reliability and validity in a normal adolescent sample. *Behaviour Research and Therapy*, 40, 753-772.
- Podell, J. L., Mychailyszyn, M., Edmunds, J., Puleo, C. M., & Kendall, P. C. (2010). The Coping Cat Program for Anxious Youth: The FEAR Plan Comes to Life. *Journal of Cognitive and Behavioral Practice*, 17, 132-141.
- Rapee, R. M., Craske, M. G., Brown, T. A., & Barlow, D. H. (1996). Measurement of perceived control over anxiety related events. *Behavior Therapy*, 27, 279-293.
- Sadock, B. J., & Sadock, V. A. (2007). *Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry* (10th Eds). New York.
- Salters-Pedneault, K., Roemer, L., Tull, M. T., Rucker, L., & Mennin, D. S. (2006). Evidence of broad deficits in emotion regulation associated with chronic worry and generalized anxiety disorder. *Cognitive Therapy and Research*, 30, 469-480.
- Suveg, C., & Zeman, J. (2004). Emotion regulation in children with anxiety disorders. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 33, 750-759.
- Tamir, M., John, O. P., Srivastava, S., & Gross, J. J. (2007). Implicit theories of emotion: affective and social outcomes across a major life transition. *Journal of Personality and Social Psychology*, 92, 731-744.
- Taylor, L. K., & Weems, C. F. (2011). Cognitive-Behavior Therapy for Disaster-Exposed Youth With Posttraumatic Stress: Results From a Multiple-Baseline Examination. *Behavior Therapy*.
- Waters, A. M., Wharton, T. A., Zimmer-Gembeck, M. J., & Craske, M. G. (2008). Threat-based cognitive biases in anxious children: Comparison with non-anxious children before and after cognitive behavioral treatment. *Behavior Research and Therapy*, 46, 358-374.
- Wathers, A. M., & Crask, M. G. (2005). Generalized anxiety disorder. In, M. M. Antony, D. R. Ledley, & R. G. Heimberg. (eds). *Improving out comes and preventing relapse in cognitive-behavior therapy*. (P.P. 77-127). New York.
- Weems, C. F., Costa, N. M., Watts, S. E., Taylor, L. K., & Cannon, M. F. (2007).

- Cognitive errors, anxiety sensitivity and anxiety control beliefs: their unique and specific associations with childhood anxiety symptoms. *Behavior Modification*, 31(2), 174-201.
- Weems, C. F., & Silverman, W. K. (2006). An integrative model of control: implications for understanding emotion regulation and dysregulation in childhood anxiety. *Journal of Affective Disorders*, 91, 113-124.
- Weems, C. F., Silverman, W. K., Rapee, R. M., & Pina, A. A. (2003). The role of control in childhood anxiety disorders. *Cognitive Therapy and Research*, 27(5), 557-568.
- Weems, C. F., Zakem, A., Costa, N. M., Cannon, M. F., & Watts, S. E. (2005). Physiological response and childhood anxiety: association with symptoms of anxiety disorders and cognitive bias. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 34, 712-723.
- 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 Original Research Article. *Journal of Anxiety Disorders*, 22(8), 1440-1446.
- Wilson, J. E., MacLeod, C., Mathews, A., & Rutherford, E. (2006). The causal role of interpretive bias in anxiety reactivity. *Journal of Abnormal Psychology*, 115, 103-111.
- Zeman, J., Cassano, M., Perrt-Parrish, C., & Stegall, S. (2006). Emotion regulation in children and adolescents. *Developmental and Behavioral Pediatrics*, 27, 155-168.