







مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری خانواده محور (FCBT) و مداخله دلبستگی محور مادر-کودک بر اختلال اضطراب جدایی کودکان ۷ تا ۱۲ سال

دانشجوی دکتری گروه روانشناسی، واحد تهران مرکزی، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران
استادیار گروه روانشناسی، واحد تهران مرکزی، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران
استاد گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران
استادیار گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی، واحد آستارا، دانشگاه آزاد اسلامی، گیلان، ایران

ساحل گرامی 
پروانه قدسی* 
پروانه محمدخانی 
صادق تقی‌لو 

elham_ghodsi@yahoo.com

ایمیل نویسنده مسئول:

پذیرش: ۱۴۰۰/۰۶/۱۲

دریافت: ۱۴۰۰/۰۲/۱۷

فصلنامه علمی پژوهشی خانواده درمانی کاربردی

شاپا (الکترونیکی) ۲۴۳۰-۲۷۱۷
<http://Aftj.ir>

دوره ۲ | شماره ۳ پیاپی ۷ | ۶۱۶-۵۹۰

پاییز ۱۴۰۰

نوع مقاله: پژوهشی

چکیده

هدف: هدف از پژوهش حاضر مقایسه و اثربخشی درمان شناختی رفتاری مبتنی بر خانواده (FCBT) و مداخله دلبستگی محور مادر-کودک بر کاهش اضطراب جدایی کودکان ۷ تا ۱۲ سال بود. روش پژوهش: روش این مطالعه نیمه آزمایشی، از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه و پیگیری سه ماه بود. بدین منظور ۳۶ کودک دارای اختلال اضطراب جدایی به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شده و در سه گروه ۱۲ نفری قرار گرفتند. گروه اول درمان شناختی رفتاری مبتنی بر خانواده گربه سازگار کندال و هتکه (۲۰۰۶) و گوالای سازگار بارت و همکاران (۱۹۹۶)، گروه دوم مداخله دلبستگی محور مادر-کودک پرنل (۲۰۰۴) و کینگ نیونهام (۲۰۰۸) در هشت جلسه ۶۰ دقیقه‌ای دریافت کردند و گروه گواه هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد. ابزار سنجش این پژوهش شامل مصاحبه تشخیصی نیمه ساختار یافته اختلالات خلقی و اسکیزوفرنیا برای کودکان و نوجوانان آرکوالتا، فولیوکس و مارتینز (۲۰۰۶)، مقیاس اضطراب جدایی (فرم والدین) هان، هاجینلیان و ایسن (۲۰۰۳) بود. داده‌ها با استفاده از روش تحلیل واریانس آمیخته همراه با اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیبی بن فرونی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. یافته‌ها: نتایج نشان می‌دهد درمان شناختی رفتاری خانواده محور در مقایسه با مداخله دلبستگی محور مادر-کودک در کاهش اضطراب جدایی ($F=19/68, P=0/001$) کودکان موثر تر بوده است و این تاثیر در مرحله پیگیری پایدار بود ($P<0/05$). نتیجه‌گیری: نتایج پژوهش حاضر نشان می‌دهد که روش‌های درمانی بکار رفته می‌تواند در درمان اختلال اضطراب جدایی توسط روانشناسان و روانپزشکان موثر واقع شود.

کلیدواژه‌ها: اضطراب جدایی، درمان شناختی رفتاری خانواده محور، دلبستگی محور

به این مقاله به شکل زیر استناد کنید:

درون متن:

(گرامی، قدسی، محمدخانی و تقی‌لو، ۱۴۰۰)

در فهرست منابع:

گرامی، ساحل، قدسی، پروانه، محمدخانی، پروانه، و تقی‌لو، صادق. (۱۴۰۰). مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری خانواده محور (FCBT) و مداخله دلبستگی محور مادر-کودک بر اختلال اضطراب جدایی کودکان ۷ تا ۱۲ سال. فصلنامه خانواده‌درمانی کاربردی، ۳(۳): ۵۹۰-۶۱۶.

مقدمه

مشکلات اضطرابی در کودکان پیش دبستانی بیشتر شایع بوده و شیوع جهانی آن حدود ۶/۵ درصد است و اختلال اضطراب جدایی در ۶ تا ۱۸ درصد کودکان یافت می‌شود (ایوانز، هیل و براین، ۲۰۱۹). در سبب‌شناسی اضطراب به علت‌های مختلف از قبیل روان‌شناختی، زیست‌شناختی، رفتار شناختی، ژنتیک و مبانی فرهنگی اشاره شده است (لیوویتز، کارلا مارین و مارتینو، ۲۰۲۰). رویدادهای انتقالی استرس آمیز (مانند شروع مدرسه)، روابط دلبستگی ناامن و تجارب منفی خانوادگی از دیگر عوامل ایجادکننده اضطراب نظریه‌های تحولی اضطراب، بیانگر آن است که پذیرش کودکان توسط والدین، نوع کنترل و رفتارهای آن‌ها با بروز علائم اضطراب در کودکان ارتباط دارد (اسپرویت، گوس و وینیک، ۲۰۲۰). بنابراین نگرانی در مورد سلامت روان کودکان و تاثیر آن بر رشد و عملکرد کودک، همزمان با افزایش میزان شیوع اختلالات روانی قابل تشخیص، در سال‌های اخیر به‌طور چشمگیری افزایش یافته است و بر همین اساس متخصصان بر اهمیت ارزیابی و درمان به موقع اختلالات روان‌شناختی تاکید می‌کنند. مطابق با تحقیقات انجام شده اختلالات اضطرابی در کودکان از جمله رایج‌ترین اختلالات در دوره کودکی و نوجوانی است و شواهد فراوانی وجود دارد که اکثر بزرگسالان مبتلا به این اختلالات در دوره کودکی هم این مشکل را داشته‌اند (ورگلاند، ریس و اوست، ۲۰۲۱). بر اساس متن پنجمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی (۲۰۱۳) برای تشخیص اضطراب جدایی در کودکان لازم است که حداقل سه نشانه در رابطه با نگرانی مفرط در مورد جدایی از شخص مورد دلبستگی و به مدت حداقل ۴ هفته وجود داشته باشد. این نگرانی‌ها ممکن است به‌صورت امتناع از رفتن به مدرسه، ترس و ناراحتی هنگام جدایی از نزدیکان، شکایت مکرر از نشانگان جسمانی نظیر سردرد، دل درد در طی مدت جدایی از افراد مورد دلبستگی و کابوس‌های مکرر با مضمون جدایی بروز کند. بین درمان‌های مورد استفاده برای اختلالات اضطرابی، درمان دارویی از بقیه درمان‌ها رایج‌تر و شناخته شده‌تر است، این در حالی است که علائم اضطراب با وجود مصرف دارو کاملاً برطرف نگردیده و صرفاً تا زمانی که فرد به مصرف دارو ادامه می‌دهد به بهبود نسبی دست می‌یابد (کوئن و استین، ۲۰۲۲).

مداخلات شناختی رفتاری، شیوه‌ای است که در کاهش علائم اضطرابی موفقیت‌های نسبتاً چشم‌گیری حاصل کرده است. این درمان با توجه به سطح توانایی‌های کودکان و نوجوانان به بازسازی نحوه تفکر و همزمان اصلاح ویژگی‌های رفتاری آن‌ها می‌پردازد. هر چند تحقیقات زیادی به مفید بودن این نوع مداخلات صحه گذاشته‌اند، ولی تعداد کودکان و نوجوانانی که به درمان پاسخ نداده یا این که بعد از مدتی مجدداً علائم اضطرابی را تجربه می‌کنند کم نیست (اوت، ۲۰۲۲). درمان شناختی رفتاری مبتنی بر خانواده متفاوت با درمان‌های رایج مورد استفاده برای اضطراب جدایی می‌باشد چرا که درمان‌های مرسوم با نادیده گرفتن نقش خانواده و توانایی آن‌ها در تعامل با کودکان، بعد مهمی را نادیده گرفته‌اند. رویکرد رفتاری شناختی متمرکز بر خانواده با بکار بستن یک سیستم تعاملی، هم با کودک و هم با والدین سر و کار دارد و تعدادی مطالعات از برتری این رویکرد بر رویکرد رفتاری شناختی کودک به تنهایی در یک سال پیگیری خبر داده‌اند (ولجنسینگر، ۲۰۲۲). این رویکرد مجموعه‌ای از تکنیک‌های شناختی- رفتاری و بازسازی خانواده است که کودک و خانواده را در کنار یکدیگر قرار می‌دهد و انگیزه آن‌ها را برای درمان افزایش می‌دهد. با اینکه درمان شناختی رفتاری به تنهایی موثر است ولی درمان شناختی رفتاری متمرکز بر خانواده می‌تواند به بهبودهای بیشتری در زمینه اختلالات اضطرابی منجر شود (وود، ۲۰۰۶). جیانی، کاپوتی، فورسی و میشلینی (۲۰۲۱)

در تحقیق مروری خود با عنوان ارزیابی سودمندی درمان شناختی رفتاری در درمان اختلال اضطراب جدایی کودکان و نوجوانان به این نتیجه رسیدند که کودکان پیش دبستانی منفعت بیشتری از پروتکل درمانی اختصاصی شناختی - رفتاری می‌برند در حالی که کودکان سنین مدرسه و نوجوانان از پروتکل‌های بین تشخیصی بهره بیشتری می‌برند. مک گو و استورچ (۲۰۱۹) در مقاله‌ای فراتحلیلی با عنوان اثربخشی درمان شناختی-رفتاری برای کودکان و نوجوانان دارای اختلال اضطرابی نشان دادند که درمان شناختی-رفتاری فردی تاثیر معناداری بر کاهش اضطراب کودکان در مقایسه با کودکان گروه انتظار دارد ولی این درمان برتری بیشتری نسبت به درمان‌های معمول دیگر ندارد.

به‌منظور کاهش نشانه‌های این اختلال و درمان آن تلاش‌های بسیاری توسط متخصصین مربوطه صورت گرفته است و در این زمینه روش‌های مختلفی بکار گرفته شده است. نتایج مطالعات در این زمینه در این خصوص بیانگر موفقیت درمان‌های روانشناختی در درمان اکثر اختلالات اضطرابی است (پریس، تامرین، و روزنمن، ۲۰۲۱). علاوه بر این اضطراب به عنوان یک پیشاینده و نیز پی‌آمد رشد دلبستگی در مطالعات دلبستگی مورد بررسی قرار گرفته است (سروف، ۱۹۹۷). در این نظریه، اضطراب و رابطه آن با روابط دلبستگی مادر و نوزاد جایگاه خاصی دارد و بر این اساس اضطراب کودک مبتنی بر اختلال‌های دلبستگی تعریف می‌گردد و سبک دلبستگی مادر رابطه مستقیم با اختلال دلبستگی کودک دارد. پژوهشگران تاکید بسیاری بر تاثیر روابط دلبستگی دوران کودکی (اسپریت و همکاران، ۲۰۲۰) و شیوه مراقبت دوران کودکی (گرو، فیرون و آیزندرون، ۲۰۱۷؛ مادیگان، براماریو و ویلانی، ۲۰۱۶) بر رشد اضطراب و خط سیر تحولی اختلال‌های اضطرابی داشته‌اند. نتیجه تداوم دلبستگی ناایمن پیامدهای منفی زیادی برای والد و کودک خواهد داشت (کورکوران و مک نالتی، ۲۰۱۸). رویکرد دلبستگی محور با تمرکز بر تجارب هیجانی مربوط به رابطه دلبستگی گذشته فرد به اصلاح بازنمایی‌های ذهنی مختل آن‌ها درباره خود و دیگران می‌پردازد (کولونسی، دریجر و استمز، ۲۰۱۱). همچنین روش موثری برای بهبود سبک‌های دلبستگی در والدین و فرزندان است که با هدف قرار دادن هر دو بعد مهارت‌های والد و فرزند و عوامل روانشناختی اثرگذار بر رابطه والد و فرزند، سودمندی مداخله را افزایش می‌دهد (کوک، ریسن و پلاموندون، ۲۰۱۹).

با توجه به مطالب گفته شده و شیوع بالای اختلالات اضطراب جدایی و اثرات زیان بار این اختلال و اهمیت فراوان کودکان و دانش‌آموزان برای جامعه، متأسفانه میزان تحقیقات انجام شده بر روی این قشر بسیار محدود می‌باشد، لذا بررسی اثربخشی درمان شناختی-رفتاری مبتنی بر خانواده و مداخله دلبستگی محور مادر - کودک بر اختلال اضطراب جدایی می‌تواند راهگشای عملی در این زمینه بوده و بسترهای جدیدی برای مداخلات بهینه در زمینه اختلالات دوران کودکی ایجاد کند و زمینه کمک رسانی به کاهش نشانه‌های این اختلالات را در کودکان مهیا کند و از سوی دیگر مسیر را برای پژوهش‌های پیگیری باز کرده و برای افراد فعال در عرصه‌های آموزشی، تربیتی و درمانی آموزه‌های لازم را فراهم نماید. بر این اساس، الگوی مداخله‌ای پژوهش حاضر با محوریت عامل دلبستگی با عنوان مثلث مادر - کودک - اضطراب جدایی به منظور ارزیابی اثر بخشی بر میزان اضطراب جدایی کودکان و مقایسه با رویکرد شناختی رفتاری مبتنی بر خانواده صورت می‌گیرد. با توجه به تفاوت اثربخشی دو نوع درمان گفته شده، بنابراین بهتر است در مورد ارزیابی دقیق‌تر تاثیر FCBT و مداخله دلبستگی محور مادر- کودک بر اختلال اضطراب جدایی مطالعات بیشتری صورت بگیرد؛ زیرا اساساً چنین سوالی مطرح می‌شود:

۱. آیا FCBT و مداخله دلبستگی محور مادر-کودک در درمان اختلالات اضطراب جدایی اثربخشی متفاوتی دارند؟
۲. FCBT و مداخله دلبستگی محور مادر-کودک در کاهش نشانه‌های کودکان دارای اضطراب جدایی موثر هستند؟
۳. آیا در زمینه دستیابی به نتایج درمانی متفاوت از یکدیگر عمل می‌کنند و از نظر پایداری نتایج درمانی چه فرقی با یکدیگر دارند؟

روش پژوهش

پژوهش حاضر از لحاظ هدف تحقیق کاربردی بود. تحقیق حاضر طرح نیمه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل و پیگیری سه‌ماهه بود. جامعه آماری پژوهش را کلیه کودکان ۷ تا ۱۲ ساله دبستانی مبتلا به اختلال اضطراب جدایی تشکیل می‌دادند که در سال تحصیلی ۱۴۰۰-۱۴۰۱ در مدارس شهر تهران مشغول به تحصیل بودند. از بین کسانی که معیارهای ورود (معیارهای ورود شامل: کودک بر اساس مصاحبه بالینی دارای نشانگان اضطراب جدایی باشد، کودک داروی روانپزشکی مصرف نکند، دارای هر دو والد باشد، دارای هوش متوسط و بالاتر باشد و معیارهای خروج شامل: کودک اخیراً در روان‌درمانی‌های متمرکز بر کودک شرکت کرده باشد، خانواده در درمان‌های خانواده یا کلاس‌های فرزندپروری شرکت کرده باشد، کودک یا والدین علائم سایکوتیک داشته باشند، عدم شرکت والد یا کودک در برنامه مداخله به هر دلیلی بیش از دو جلسه) به مطالعه را داشتند، افراد واجد شرایط با استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و در نهایت کسانی که معیارهای ورود به پژوهش را داشتند به روش تصادفی به سه گروه ۱۲ نفری (آزمایش و گروه در لیست انتظار) تخصیص داده شدند. با توجه به این احتمال که تمامی مراجعه‌کنندگان تمایل به شرکت در طرح پژوهش را نداشته باشند، نمونه‌گیری به صورت هدفمند انجام شد. حجم نمونه بر اساس نرم‌افزار جی پاور و معیارهای آن شامل دو دامنه بودن فرضیه‌های این پژوهش، اندازه اثر مورد انتظار (۰/۵)، توان آزمون (۰/۰۵) و آلفا (۰/۸)، ۳۶ نفر تعیین شد. بنابراین، حجم در هر گروه ۱۲ نفر به صورت تصادفی جایگزین شدند. معیارهای ورود و خروج به شرح زیر در نظر گرفته شد.

ابزار پژوهش

۱. مصاحبه تشخیصی نیمه ساختاریافته اختلالات خلقی و اسکیزوفرنیا برای کودکان و نوجوانان، تشخیص فعلی و طول عمر^۱. این ابزار جهت برای ارزیابی دوره‌های کنونی و پیشین آسیب‌شناسی روانی در کودکان و نوجوانان ۶ تا ۱۸ ساله و بر اساس ملاک‌های تشخیصی متن تجدیدنظر شده چهارمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی تنظیم شده است. تشخیص‌های اولیه مورد بررسی با این پرسشنامه عبارتند از: افسردگی اساسی، دیس‌تایمی، مانیا، هیپومانیا، سیکلوتایمی، اختلالات دوقطبی، اختلالات اسکیزوافکتیو، اسکیزوفرنی، اختلال اسکیزوفرنی فرم، سایکوز واکنشی گذرا، اختلالات پانیک، آگورافوبیا، اختلال اضطراب جدایی، اختلال اجتنابی کودکی و نوجوانی، فوبی ساده، فوبی اجتماعی، اختلال اضطراب مفرط، اختلال وسواس فکری-عملی، اختلال نقص توجه-بیش‌فعالی، اختلال سلوک، اختلال نافرمانی مقابله‌ای، شب‌ادراری، بی‌اختیاری مدفوع، بی‌اشتهایی عصبی، پراشتهایی عصبی، اختلال تیک گذرا، اختلال

¹ Kiddie schedule for affective disorders and schizophrenia present and life time

توره، اختلال مزمن تیک حرکتی یا صوتی، سوء مصرف الکل، سوء مصرف مواد، اختلال استرس پس از رویداد آسیب‌زا و اختلال سازگاری. داده‌های مقیاس رتبه‌بندی از روایی همزمان غربالگری‌ها و تشخیص‌های پرسشنامه حاضر حمایت می‌کنند. توافق بین ارزیابان در امتیازدهی و تشخیص‌ها بر اساس این ابزار، بالا و در محدوده ۹۳٪ تا ۱۰۰٪ قرار داشت. روایی و پایایی این پرسشنامه قابل قبول و ضرایب کاپا در محدوده خوب تا عالی (۷۶٪ تا ۹۱٪) گزارش شده است (آرکاوالتا، فولیوکس و مارتینز، ۲۰۰۶). روایی و پایایی این پرسشنامه برای ارزیابی و تشخیص اختلالات روانپزشکی در کودکان و نوجوانان ایرانی تایید شده است (شهریور، کوشا و معلمی، ۲۰۱۰). پایایی نسخه فارسی این پرسشنامه ۸۱٪ و پایایی بین مشاهده‌کنندگان را بر اساس بازآزمایی ۶۹٪ گزارش نمودند (غنی زاده، محمدی و یزدان شناس، ۲۰۰۶). این ابزار جهت غربالگری اولیه گروه نمونه مورد استفاده قرار گرفت.

۲. مقیاس سنجش اضطراب جدایی (فرم والدین). مقیاس سنجش اضطراب جدایی^۱ (نسخه والد) توسط هان، هاجینلیان، ایسن، ویندر و پینکاس^۲ در سال ۲۰۰۳ ساخته شده است. این مقیاس دارای دو فرم والد و کودک بوده که هر کدام با ۳۴ ماده، ابعاد خاص اضطراب جدایی دوران کودکی بر اساس ملاک‌های تشخیصی متن تجدیدنظر شده چهارمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی را اندازه‌گیری می‌کند. فرم والدین مقیاس سنجش اضطراب جدایی ابزاری ۳۴ ماده‌ای است که توسط پدر یا مادر تکمیل می‌شود. محدودیت زمانی برای پاسخ به مقیاس وجود ندارد. پاسخ دهندگان فراوانی نشانه‌های اضطراب جدایی در هر یک از ماده‌های مقیاس را بر مبنای مقیاس ۴ درجه‌ای از ۱ (هرگز) تا ۴ (همیشه) درجه‌بندی می‌کنند. چهار بعد اصلی این ابزار ترس از تنها ماندن، ترس از رها شدن، ترس از بیماری جسمی و نگرانی درباره حوادث خطرناک است. علاوه بر این، مقیاس سنجش اضطراب جدایی دو زیر مقیاس پژوهشی فراوانی حوادث خطرناک و فهرست نشانه‌های امنیت را نیز در بر می‌گیرد (طلایی نژاد، ۱۳۹۷). داده‌های اولیه از اعتبار، روایی و کاربرد بالینی این مقیاس حمایت می‌کند (هان و همکاران، ۲۰۰۳؛ هاجینلیان، مسینک و ایسن^۳، ۲۰۰۵). پژوهش‌ها ضریب همسانی درونی آزمون را ۰/۹۱، ضریب بازآزمایی را ۰/۸۳ و روایی مناسبی برای مقیاس سنجش اضطراب جدایی گزارش و این مقیاس را به‌عنوان ابزار مفیدی برای شناسایی نشانه‌های اضطراب جدایی معرفی کرده‌اند (هان و همکاران، ۲۰۰۵). پژوهش در ایران ضریب آلفای کرونباخ نمره کل را ۰/۸۷ و برای زیرمقیاس‌های ترس از تنه بودن ۰/۷۴، ترس از رها شدن ۰/۷۳، ترس از بیماری جسمی ۰/۶۸ و نگرانی درباره حوادث خطرناک ۰/۶۲ گزارش کرد. روایی همزمان مقیاس بر اساس همبستگی با مقیاس اضطراب پیش‌دبستانی اسپنس مورد تأیید قرار گرفت. نتایج تحلیل عاملی اکتشافی و تأییدی از ساختار چهار عاملی این مقیاس حمایت کرد. به منظور بررسی ساختار عاملی مقیاس از روش تحلیل مولفه‌های اصلی با چرخش واریماکس استفاده شد که نشان داد ۴۹/۲۹ درصد قابلیت تبیین واریانس را دارد. در تعیین روایی همبستگی این مقیاس با مقیاس اضطراب جدایی اسپنس ۰/۶۹ به‌دست آمد ضریب آلفای کرونباخ نسخه والدین این ابزار برای نمره کل ۰/۸۶ و زیر مقیاس‌های ترس از تنها بودن ۰/۷۴، ترس از رها شدن ۰/۷۳، ترس از بیماری جسمی ۰/۶۸ و نگرانی درباره حوادث خطرناک ۰/۶۲ به‌دست آمد (طلایی نژاد، قنبری، مظاهری و عسگری، ۱۳۹۵).

¹ Separation Anxiety Assessment Scale

² Hahn, Hajinlian, Eisen, Winder & Pincus

³ Mesnick & Eisen

۳. **مقیاس اضطراب کودکان اسپنس فرم کودکان و والدین.** اولین فرم مقیاس اضطراب کودکان اسپنس (SCAS)^۱ توسط اسپنس (۱۹۹۷) در استرالیا طراحی شد. هدف از ساخت این مقیاس، اندازه‌گیری و ارزیابی اضطراب کودکان ۷ تا ۱۵ ساله بر اساس طبقه‌بندی تشخیصی و آماری DSM-IV است. این پرسشنامه دارای دو نسخه کودک (شامل ۴۵ ماده) و والد (شامل ۳۸ ماده) است. هر دو نسخه ۶ مقیاس را در بر می‌گیرد که اضطراب جدایی، اضطراب اجتماعی، وسواس فکری-عملی، پانیک و بازار هراسی، اضطراب فراگیر و ترس از صدمات جسمانی را می‌سنجد. نمره‌گذاری بر اساس مقیاس ۴ درجه‌ای لیکرتی (هرگز، گاهی اوقات، اغلب، همیشه) تنظیم شده و نمره کلی، حاصل مجموع نمرات زیر مقیاس‌هاست. هرچه نمره کلی بالاتر باشد اضطراب بیشتر است. بر اساس گزارش اسپنس (۱۹۹۸) این پرسشنامه از ویژگی‌های روانسنجی مطلوبی برخوردار است. در بسیاری از کشورها مانند هلند، بلژیک، آلمان و انگلیس از این مقیاس استفاده، و روایی و پایایی آن بالا گزارش شده است، به طوری که پایایی این مقیاس برای اضطراب عمومی برابر با ۰/۹۲ و برای خرده مقیاس‌ها ۰/۶۰ تا ۰/۸۲ گزارش شده است (اسپنس، بارت و ترنر^۲، ۲۰۰۳). همبستگی میان داده‌های این مقیاس و داده‌های به‌دست آمده از مصاحبه ساختاریافته بر اساس DSM-IV توسط مصاحبه‌گران نشان می‌دهد که ضریب روایی برای کل مقیاس برابر با ۰/۵۷ و در سطح ۰/۰۱ معنادار بود. همچنین، توان پیش‌بینی منفی مقیاس ۰/۸۵، توان پیش‌بینی مثبت آن ۰/۷۰ و توان تشخیص کلی‌اش ۰/۷۶ گزارش شد (اسپنس و همکاران، ۲۰۰۱، به نقل از بساک نژاد، پلویی شاپورآبادی و داوودی، ۱۳۹۱). روایی همگرایی مقیاس اضطراب اسپنس با مقیاس تجدیدنظر شده اضطراب آشکار کودکان همبستگی معناداری (۰/۷۱) داشت. روایی افتراقی آن با پرسشنامه افسردگی کودکان همبستگی پایین و کمی داشت. اعتبار همسانی درونی مقیاس نیز با آلفای کرونباخ ۰/۹۲ و اعتبار بازآزمایی آن به مدت شش‌ماه، ۰/۶۰ به‌دست آمد (به نقل از درخشانپور، ایزدیار، شاهینی و وکیلی، ۱۳۹۵). این مقیاس در ایران توسط موسوی، مرادی و مهدوی هرسینی (۱۳۸۶) بر روی ۴۵۰ دانش‌آموز دختر و پسر هنجاریابی شده است. میانگین این آزمون برای کودکان ایرانی برابر ۹۰ محاسبه شده است. روایی و پایایی مقیاس اسپنس فرم والدین نیز در ایران توسط موسوی (۱۳۸۴) به‌دست آمده است، آنها پایایی این پرسشنامه به روش آلفای کرونباخ بین ۰/۶۲ تا ۰/۸۹ گزارش کردند و شش عامل پرسشنامه را با روش تحلیل عاملی تاییدی مورد تایید قرار دادند. این مقیاس پس از ترجمه برای تایید روایی صوری به چهار نفر از اساتید رشته زبان انگلیسی دانشگاه‌ها و آموزشگاه‌های زبان انگلیسی که متاهل بوده و دارای فرزندان سنین ابتدایی بودند اجرا شده است. پس از یک هفته متن ترجمه شده فارسی توسط همان افراد تکمیل شد و پس از جمع‌آوری داده‌ها در دو مرحله آزمون-بازآزمون ضریب همبستگی بین اجرای اول و دوم به‌دست آمد و نتایج حاکی از ضریب همبستگی ۰/۹۷ بود (موسوی، موسوی، محمودی و اکبری، ۱۳۸۷).

۴. **پروتکل درمان شناختی- رفتاری خانواده محور (برنامه Cool Kids).** این برنامه درمانی بر اساس درمان شناختی- رفتاری و برگرفته از برنامه گربه سازگار (کندال و هتکه، ۲۰۰۶، ترجمه شهریور و زرغامی، ۱۳۹۹) و کوالای سازگار (بارت، دادز و رابی، ۱۹۹۶) طراحی شده است (وود، پیاستینی، ساتهام-گرو، چو و سیگمن، ۲۰۰۶). این برنامه برای خانواده‌ها و در قالب گروه‌های کوچکی از خانواده‌ها به کار می‌رود، اما با

^۱ Spence Children Anxiety Scale (SCAS)

^۲ Barrett & Turner

درمان تک خانواده‌ای کودکان و نوجوانان نیز نتایج خوبی به‌دست آمده است. گروه‌های **Cool Kids** از ۵ تا ۷ خانواده تشکیل می‌شوند. هر جلسه با خوشامدگویی به اعضای گروه و مرور جلسه قبل (۱۵-۱۰ دقیقه) شروع می‌شود. سپس درمانگر ادامه جلسه را با کودکان به‌تنهایی سپری می‌کند (۶۰-۴۰ دقیقه)، در ادامه درمانگر فقط با والدین در جلسه حضور خواهد داشت (۶۰-۴۰ دقیقه). در انتهای هر جلسه تمام گروه، برای مرور جلسه و تکالیف تمرینی هفتگی، یکبار دیگر به هم می‌پیوندند (۲۵-۱۰ دقیقه) خلاصه جلسات در جدول ۱ آورده شده است.

جدول ۱. شرح جلسات درمان شناختی رفتاری خانواده محور (برنامه Cool Kids) (وود و همکاران، ۲۰۰۶)

جلسه	هدف	شرح
اول	شناخت اضطراب	توضیح این که چه زمان اضطراب تبدیل به یک مشکل می‌شود؟ میزان شیوع اختلالات اضطرابی در کودکان و تاثیر آن بر کودکان و علل ایجاد اضطراب در کودکان.
دوم	چگونه افکار و احساسات، اضطراب را تحت تاثیر قرار می‌دهند؟	اولین گام‌ها به سوی یادگیری مهارت‌های مدیریت اضطراب، یادگیری اضطراب، اضطراب‌سنج و چگونگی تاثیر اضطراب بر افکار، ارتباط بین موقعیت‌ها، افکار و احساسات.
سوم	یادگیری تفکر واقع‌بینانه	رابطه بین رویدادها، افکار و احساسات، خطاهای شایع تفکر.
چهارم	والدگری کودک مضطرب	اطمینان‌دهی بیش از حد به فرزندان، بی‌طاقتی در مقابل فرزندان، باثبات بودن، مهار هیجان‌ها و تشخیص بین رفتار مضطربانه و شیطنت‌آمیز.
پنجم	مواجهه بودن با ترس برای جنگیدن با ترس	آشنایی با نردبان‌ها، باور والدین برای اینکه کودک قادر به انجام کارهاست، تمرین نردبان‌های ترس.
ششم	ساده کردن تفکر کارآگاهی و نردبان خلاقانه	توسعه نردبان‌های خلاقانه، جلوگیری از پاسخ، مواجه‌شدن با پیامدها، تمرین بیشتر و خود به‌خودی.
هفتم	عیب‌یابی نردبان‌ها	موانع پیشرفت کودک، انجام فعالیت‌های والدین و کودک.
هشتم	جرات‌ورزی و مهارت‌های اجتماعی	اهمیت مهارت‌های اجتماعی، سلسله مراتب مهارت‌های اجتماعی، مهارت‌های مقابله با مسخره شدن و قلدری.
نهم	ارزیابی	کنار هم قرار دادن تمام مهارت‌ها و مروری بر آموخته‌های جلسات قبل.
دهم	برنامه‌ریزی برای آینده	حفظ دستاوردها و برنامه‌ریزی برای آینده.

۵. پروتکل درمان دلبستگی محور مادر-کودک. در پژوهش حاضر از پروتوکل دلبستگی محور مثلث مادر-کودک استفاده شد. این طرح به‌عنوان درمانی نسبتاً جدید و موثر در زمینه اختلال‌های عاطفی و رفتاری شناخته شده و توسط پرنل (۲۰۰۴) و کینگ و نیونهام (۲۰۰۸) آزمون و مورد تایید قرار گرفته است که برداشتی تلفیقی و ترکیبی از روش درمانی اصول حساس‌سازی مادر بریش (۲۰۰۲)، شیوه دلبستگی درمانی کراس (۲۰۰۲)، روش‌های کاهش مشکلات رفتاری کودکان در مدرسه اپستین و روبین (۲۰۱۰)، فن قصه‌گویی برای کودکان دارای اختلال دلبستگی نیکولز (۲۰۰۴)، دلبستگی درمانی تحولی لبر-مک جونووا (۲۰۰۶)، فن مدیریت استرس، بازی درمانی، سناریوسازی و جز آن است. افراد گروه درمان دلبستگی محور طی ۱۰ جلسه (هر هفته یک جلسه ۶۰ دقیقه‌ای) تحت این پروتوکل درمانی قرار گرفتند. خلاصه جلسات در جدول ۲ آورده شده است.

جدول ۲. شرح جلسات درمان دل‌بستگی محور مادر-کودک (پرنل، ۲۰۰۴، و کینگ و نیونهام، ۲۰۰۸)

جلسه	هدف	شرح
اول	معارفه اجمالی و آشنایی روانشناس و مادر	توضیح دل‌بستگی و علائم اضطراب جدایی کودکان و چگونگی ارتباط آن با دل‌بستگی نایمن در کودکان، و روند معیوب شکل‌دهنده اضطراب جدایی در کودک شود؛ توضیح در مورد هیجان‌ها به‌عنوان نقطه مرکزی دل‌بستگی با هدف دستیابی مادر به هیجان‌های افراطی موجود در ارتباطات پریشان خود؛ توضیح دل‌بستگی ایمن و نشانه‌های آن؛ شناسایی و یادداشت نشانه‌های اضطراب کودک، علایم و نحوه ارتباط با فرزند توسط مادر برای ارائه در جلسه بعدی.
دوم	توضیح و تبیین منطق دل‌بستگی درمانی و تعیین اهداف درمان	توضیح و تبیین منطق دل‌بستگی درمانی؛ لزوم پاسخ‌دهی به نیازهای روانی و جسمانی کودک از سوی مادر با استفاده از آموزش فن در دسترس بودن مادر با ذکر مثال و بصورت عملی، پاسخ‌دهی توأم با حساسیت به نشانه‌های کودک نظیر بغل کردن کودک گریبان زمانی که نیاز به تماس جسمی با مادر دارد؛ آموزش و تمرین فن نمایشنامه‌نویسی برای یافتن چگونگی پاسخ‌دهی به نیازهای کودک توسط مادران با هدف کاهش چرخه‌های منفی از قبیل حمله - عقب‌نشینی که به حفظ دل‌بستگی نایمن کمک و پاسخ‌دهی و مشارکت هیجانی ایمن را سد می‌کند.
سوم	اهمیت ارتباط کلامی مثبت مادر و کودک در تحول عاطفی و هیجانی بهنجار کودک	مرور جلسه قبلی، تبیین اهمیت ارتباط کلامی مثبت مادر و کودک در تحول عاطفی و هیجانی بهنجار کودک؛ آموزش فن ارتباط کلامی با کودک، فن قصه‌گویی برای کودک درباره پرسش و پاسخ و نحوه ارتباط کلامی مادر و کودک به مادران با تاکید بر پذیرش غیرمشروط کودک و تقویت احساس ارزشمندی و خویشتن‌پذیری؛ تشریح در چگونگی شکل دادن به چرخه‌های جدید پاسخ‌دهی و در دسترس بودن مادر با هدف کاهش انزوای کودک، و فعالسازی و تقویت توانایی او در بیان نیازها و ترسش‌هایش؛ کمک به مادران در شناسایی الگوهای موجود در فرایند تعامل با کودک و کشف و گسترش فرایندهای مربوط به هیجان‌های دل‌بستگی محور؛ کمک و آموزش به مادران برای کشف تجربه‌های خود و شناسایی الگوهای هیجانی و پاسخ‌دهی خود به کودک در طول هفته بعنوان تکلیف خانگی.
چهارم	مرور جلسات قبلی، شناخت بازنمایی‌های ذهنی والدین از رابطه با مراقبان خود و نقش آن در رابطه با کودک، توضیح سبک‌های دل‌بستگی	توضیح نقش بازنمایی‌های ذهنی والدین از دل‌بستگی در ارتباط با کودک و شناخت بازنمایی‌های ذهنی مادر، شناسایی رابطه دل‌بستگی مادر با مراقبان/ والدین خود و نقش آن در رابطه با کودک؛ توضیح در مورد سه سبک حساس به ایمنی، به پیشرفت و به رابطه بین مادر و کودک، و نحوه شناخت رفتارهای دل‌بستگی و اکتشافی جهت تفهیم، فرمول‌بندی و شکل‌دادن مجدد هیجان‌های اساسی؛ آموزش شیوه پاسخ‌دهی موثر و اهمیت ارتباط مثبت با کودک و لزوم تداوم و ثبات رفتار مثبت به منظور ترمیم حس اعتماد مختل شده کودک و با استفاده از استعاره کودک درون (با استفاده از عروسک خرسی)؛ تشریح اهمیت ارتباط مثبت با کودک و لزوم تداوم و ثبات رفتار مثبت به منظور ترمیم حس اعتماد مختل شده در کودک، پرهیز از تظاهر و رفتارهای غیرواقعی در ارتباط با کودک، آموزش و تمرین فن تماس (جسمی و بویژه چشمی)، نمایشنامه‌نویسی درباره چگونگی ابراز محبت واقعی به کودک، در آغوش کشیدن، نوازش کردن و بوسیدن کودک.
پنجم	آموزش فن بازی والد-کودک	آموزش فن بازی والد-کودک و ایجاد شرایط بازی و تفریح گروهی برای کودک، تسهیل روابط دوستی کودک با همگنان و تشویق او به ایجاد ارتباط، فراهم کردن

زمینه مشارکت فعال کودک در وظایف گروهی در مدرسه، نمایشنامه‌نویسی درباره همراهی فعال با کودک، شوخی با کودک و خنداندن وی.	ششم	مرور جلسات قبل، ایجاد بینش چند بعدی در کودک، ترغیب مادر برای تغییر نگاه خود نسبت به کودک، ترغیب مادر برای تغییر نگاه خود نسبت به کودک
مرور آموزه های جلسه قبل جهت ایجاد بینش چند بعدی در کودک، ترغیب مادر برای تغییر نگاه خود نسبت به کودک با توجه به تجربه‌های جدید و فراهم آوردن بستری برای اطمینان بخشی به کودک؛ کمک به ایجاد تصویری واقعی و کامل از یک رابطه اطمینان‌بخش بین مادر و کودک (فن عصای جادویی) با هدف گذر از عصبانیت و درد و اجتناب از کنترل رابطه با استفاده از عواطف و خاطرات منفی؛ اجرای چندین باره فن عصای جادویی در منزل در طول هفته؛ آموزش اهمیت همکاری فعال در امور کودک به منظور افزایش تعامل مثبت مادر - کودک، نمایشنامه‌نویسی درباره چگونگی همکاری و تعامل مادر - کودک در امور مربوط به کودک و پرهیز از اجبار، آموزش فن قوت بخشیدن به روابط کودک با همکلاسان و همگان.	هفتم	بررسی مسایل رفتاری حل نشده کودکان و میزان تاثیر دلبستگی درمانی بر میزان مشکلات رفتاری قبلی کودک
بررسی و تبادل نظر در مورد مسایل رفتاری حل‌نشده کودکان و میزان تاثیر دلبستگی درمانی بر میزان مشکلات رفتاری قبلی کودک؛ آموزش فن تقویت کلامی کودک در ایجاد دلبستگی ایمن و نقش آن در کاهش میزان تعارض مادر و کودک؛ آموزش فن نحوه مدیریت استرس در خانواده به مادران با تمرکز بر کاهش میزان اضطراب کودک با هدف مدیریت تنش‌ها و مهار شرایط استرس‌زا و حمایت همیشگی والدین از کودک و ارائه تمرین این فن به‌عنوان تکلیف خانگی؛ آموزش فن تقویت کلامی کودک، نمایشنامه‌نویسی درباره ایجاد جو ارتباطی مثبت اعضای خانواده با یکدیگر و پرهیز از انزوای کودک با هدف شاد و مهیج‌ساختن محیط زندگی کودک به منظور کاهش میزان افسردگی مادر و کودک.	هشتم	مرور اجمالی جلسه‌های قبلی، توجیه مادر برای مهار هیجان‌ها در زمان تجربه هیجان‌ها در زمان تجربه اضطراب با استفاده از فن نمایشنامه‌نویسی
مرور اجمالی جلسه‌های قبلی، توجیه مادر برای مهار هیجان‌ها در زمان تجربه اضطراب با استفاده از فن نمایشنامه‌نویسی؛ تمرین نحوه مهار هیجان‌ها در مورد رفتارهای هدف از طریق تجربه در آغوش گرفتن که دلبستگی ایمن را افزایش می‌دهد؛ تشویق مادر به رویارویی با تجربه‌های خود و چهارچوب‌دهی آنها به‌صورت معقول و پذیرفتنی؛ آموزش فن مدیریت استرس در خانواده با تمرکز بر کاهش میزان اضطراب کودک، آموزش فن اطمینان‌بخشی به کودک در مورد حمایت همیشگی والدین از کودک و ترسیم آینده روشن برای کودک، تمرین نمایشنامه‌نویسی درباره افزایش تفریح‌های شاد والد - کودک.	نهم	آموزش فن کنترل هیجان‌ها به کودک توسط مادر؛ نمایشنامه‌نویسی درباره چگونگی کنترل هیجان‌ها
بحث و تبادل نظر درباره موانع بکارگیری فن های آموزش داده شده، تشریح اهمیت تداوم عمل به آموخته‌ها برای ایجاد اطمینان و ترمیم دلبستگی مادر - کودک، تعیین میزان دستیابی به اهداف اولیه طرح درمانی و سرانجام جمع‌بندی و نتیجه‌گیری. لازم به ذکر است که در هر جلسه علاوه بر مرور جلسه و تمرین های جلسه قبل، تکالیف خانگی هم داده می‌شود.	دهم	توجه به موانع استفاده از فنون آموزش داده‌شده؛ تبیین اهمیت تداوم عمل

روش اجرا. با توجه به افزایش و شیوع کرونا و عدم بازگشایی کامل مدارس، محقق در یک کلیپ تصویری با زبانی ساده به توضیح نشانه‌های اختلال اضطراب جدایی پرداخت و از والدین و اولیای مدارس درخواست کرد که در صورت مشاهده نشانه‌های مشابه در فرزندان و دانش‌آموزان به دفتر مراکز مشاوره‌ای (مرکز مشاوره خوشنام، دلوان و روان راز) مراجعه کنند یا تماس بگیرند که آدرس و شماره آن در ویدیو و در متن زیرین پیام در اختیار همگان قرار گرفته بود. این کلیپ و فراخوان‌های نوشتاری از طریق صفحات اینستاگرامی مراکز مشاوره نامبرده و پیج‌هایی با محتوای روانشناسی کودک در دسترس مشاهده‌کنندگان صفحات اینستاگرامی قرار گرفت. در گام بعد، از داوطلبانی که با مراکز تماس گرفته بودند دعوت شد تا در وقت تعیین شده با مراجعه به مراکز، مورد غربالگری و ارزیابی اولیه قرار بگیرند. از بین کسانی که معیارهای ورود برای شرکت در پژوهش را داشتند، ۳۶ والد-کودک انتخاب و به صورت تصادفی در گروه‌های (هر گروه شامل ۱۲ نفر) آزمایش (درمان شناختی رفتاری خانواده محور (FCBT) و درمان دلبستگی محور مادر-کودک) و گروه گواه (گروه در انتظار) جایگزین شدند. در مرحله بعد، برای اجرای پیش‌آزمون پرسشنامه‌ها در اختیار آزمودنی‌ها قرار گرفت. سپس آزمودنی‌های هر گروه برای ۱۰ هفته به صورت گروهی و هفتگی در جلسات درمانی آنلاین شرکت کردند و در معرض درمان مرتبط با همان گروه شامل شناختی رفتاری خانواده محور (FCBT) و درمان دلبستگی محور مادر-کودک قرار گرفتند. گروه گواه، هیچ نوع کاربردی آزمایشی را دریافت نکرد و فقط در شرایط پیش‌آزمون و پس‌آزمون، شرکت داشت. پس از اتمام جلسات گروهی به منظور ارزیابی نتیجه جلسات اعضای هر سه گروه دوباره همان پرسشنامه‌ها را به عنوان پس‌آزمون تکمیل نمودند. سه ماه پس از اتمام جلسات به منظور پیگیری نتایج درمان، اعضای هر سه گروه پرسشنامه‌های مذکور را مجدداً تکمیل نمودند. برای تجزیه و تحلیل داده‌های پژوهش از روش‌های آمار توصیفی و نیز روش‌های آمار استنباطی مانند تحلیل واریانس آمیخته همراه با اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیبی بن فرونی استفاده شد.

یافته‌ها

میانگین و انحراف استاندارد سن کودکان شرکت کننده در گروه شناختی رفتاری کودک محور به ترتیب ۸/۰۳ و ۱/۱۲ سال، در گروه شناختی رفتاری خانواده محور به ترتیب برابر با ۸/۵۶ و ۰/۹۸ سال، در گروه دلبستگی محور به ترتیب برابر با ۸/۲۳ و ۱/۰۱ سال و در گروه کنترل به ترتیب برابر با ۸/۱۸ و ۱/۱۳ سال بود. همچنین میانگین و انحراف استاندارد سن مادران شرکت کننده در گروه شناختی رفتاری کودک محور به ترتیب ۳۶/۰۸ و ۷/۶۳ سال، در گروه شناختی رفتاری خانواده محور به ترتیب برابر با ۳۷/۵۰ و ۴/۶۶ سال، در گروه دلبستگی محور به ترتیب برابر با ۳۹/۰۰ و ۸/۶۷ سال و در گروه کنترل به ترتیب برابر با ۳۶/۹۲ و ۵/۱۶ سال بود. در گروه شناختی رفتاری کودک محور ۸ دختر و ۵ پسر، در گروه شناختی رفتاری خانواده محور ۹ دختر و ۳ پسر، در گروه دلبستگی محور ۹ دختر و ۴ پسر و در گروه کنترل ۷ دختر و ۶ پسر حضور داشتند.

جدول ۳. میانگین (انحراف استاندارد) مؤلفه‌های اضطراب کودک در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و

پیگیری						گروه	مؤلفه‌های اضطراب
نسخه والد			نسخه کودک				
پیگیری	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	پیگیری	پس‌آزمون	پیش‌آزمون		
۹/۰۳	۹/۶۹	۱۷/۷۷	۷/۶۱	۸/۱۵	۱۹/۰۰	شناختی رفتاری	هراس و ترس از فضاهای باز
(۲/۱۲)	(۱/۹۷)	(۳/۵۴)	(۱/۶۶)	(۲/۱۵)	(۳/۲۷)	کودک محور	
۹/۴۲	۱۰/۱۲	۱۶/۰۸	۸/۶۷	۹/۰۸	۱۸/۹۲	شناختی رفتاری	فضاهای باز
(۲/۷۱)	(۱/۹۳)	(۳/۰۶)	(۲/۴۲)	(۲/۶۸)	(۳/۲۰)	خانواده محور	
۱۲/۵۴	۱۲/۴۵	۱۷/۳۱	۱۱/۹۰	۱۱/۳۸	۱۷/۹۴	دلبستگی محور	گواه
(۲/۴۳)	(۲/۳۷)	(۳/۶۶)	(۲/۶۳)	(۲/۷۲)	(۳/۳۹)		
۱۷/۱۵	۱۶/۳۱	۱۶/۳۹	۱۷/۳۱	۱۷/۸۵	۱۸/۰۸	گواه	گواه
(۳/۱۰)	(۲/۱۰)	(۳/۵۹)	(۳/۳۵)	(۲/۹۴)	(۳/۶۲)		
۶/۸۵	۶/۷۷	۱۴/۲۳	۴/۹۲	۵/۲۳	۱۲/۵۴	شناختی رفتاری	اضطراب جدایی
(۱/۵۷)	(۱/۸۸)	(۲/۱۳)	(۱/۵۵)	(۱/۶۴)	(۲/۵۷)	کودک محور	
۸/۸۳	۸/۹۲	۱۴/۳۳	۷/۵۰	۷/۶۷	۱۲/۳۳	شناختی رفتاری	گواه
(۲/۲۹)	(۲/۱۱)	(۲/۴۶)	(۲/۰۲)	(۲/۵۵)	(۲/۸۴)	خانواده محور	
۱۰/۳۹	۱۱/۴۶	۱۵/۱۷	۹/۰۸	۱۰/۲۳	۱۳/۳۸	دلبستگی محور	گواه
(۲/۳۱)	(۲/۹۴)	(۲/۷۸)	(۲/۴۳)	(۲/۰۹)	(۲/۳۳)		
۱۴/۸۴	۱۴/۱۵	۱۴/۶۹	۱۳/۳۰	۱۲/۵۴	۱۲/۷۷	گواه	گواه
(۲/۱۲)	(۲/۲۸)	(۲/۲۱)	(۲/۴۶)	(۲/۷۶)	(۲/۷۴)		
۵/۶۸	۵/۷۷	۱۰/۷۱	۴/۹۲	۵/۰۰	۹/۰۰ (۲/۵۲)	شناختی رفتاری	ترس از آسیب
(۱/۸۹)	(۱/۷۹)	(۲/۱۴)	(۱/۸۰)	(۱/۴۷)		کودک محور	
۶/۴۲	۷/۱۶	۱۱/۰۰	۵/۴۲	۵/۹۲	۹/۶۷ (۱/۹۲)	شناختی رفتاری	گواه
(۲/۳۱)	(۱/۸۰)	(۲/۱۲)	(۲/۲۷)	(۲/۱۵)		خانواده محور	
۷/۳۸	۶/۸۵	۱۱/۴۶	۵/۹۰	۵/۸۵	۹/۳۱ (۲/۳۲)	دلبستگی محور	گواه
(۱/۵۶)	(۲/۲۷)	(۲/۸۵)	(۱/۹۳)	(۲/۶۷)			
۱۰/۴۲	۱۱/۳۱	۱۰/۷۷	۸/۵۴	۹/۰۸	۹/۳۵ (۲/۱۰)	گواه	گواه
(۲/۲۳)	(۲/۲۹)	(۲/۰۰)	(۲/۳۰)	(۲/۵۶)			
۷/۰۰	۷/۴۶	۱۴/۳۸	۶/۰۰	۶/۱۰	۱۳/۱۶	شناختی رفتاری	ترس اجتماعی
(۲/۱۲)	(۱/۹۰)	(۲/۴۰)	(۲/۱۶)	(۱/۷۱)	(۲/۷۹)	کودک محور	
۹/۲۵	۱۰/۰۸	۱۴/۵۰	۷/۰۸	۷/۵۰	۱۲/۶۷	شناختی رفتاری	گواه
(۲/۲۲)	(۲/۸۴)	(۲/۲۷)	(۲/۲۳)	(۲/۶۸)	(۲/۵۳)	خانواده محور	
۹/۶۹	۱۰/۷۵	۱۳/۶۹	۹/۳۱	۱۰/۳۱	۱۲/۴۶	دلبستگی محور	گواه
(۲/۷۲)	(۲/۰۴)	(۲/۵۳)	(۲/۸۷)	(۲/۱۷)	(۲/۷۶)		
۱۴/۰۰	۱۳/۹۲	۱۴/۲۳	۱۳/۹۲	۱۴/۰۷	۱۲/۹۲	گواه	گواه
(۲/۳۱)	(۲/۵۶)	(۲/۹۶)	(۲/۸۹)	(۲/۵۹)	(۲/۸۱)		
۴/۵۳	۴/۶۹	۷/۸۵	۴/۸۴	۵/۴۶	۸/۶۹ (۱/۶۰)	شناختی رفتاری	کودک محور
(۱/۵۶)	(۱/۵۰)	(۱/۷۷)	(۱/۵۲)	(۱/۹۴)			

۴/۸۳	۵/۱۰	۷/۰۸	۵/۶۷	۶/۰۰	(۱/۸۳) ۸/۰۸	شناختی رفتاری	وسواس فکری- عملی
(۱/۷۰)	(۱/۸۳)	(۱/۴۸)	(۱/۷۸)	(۲/۴۱)		خانواده محور	
۵/۰۷	۴/۷۱	۶/۸۴	۶/۸۴	۵/۲۳	(۲/۳۶) ۷/۹۲	دلبستگی محور	
(۱/۸۵)	(۲/۴۵)	(۱/۹۵)	(۱/۲۱)	(۲/۷۴)			گواه
۶/۸۵	۷/۰۵	۶/۶۱	۷/۹۲	۸/۶۹	(۲/۴۹) ۷/۲۳		
(۱/۶۸)	(۱/۶۱)	(۲/۰۲)	(۱/۶۰)	(۱/۶۵)			
۵/۳۱	۶/۵۴	۱۲/۷۶	۵/۵۴	۶/۶۱	۱۳/۱۵	شناختی رفتاری	اضطراب عمومی
(۲/۱۷)	(۱/۶۶)	(۲/۵۲)	(۲/۱۸)	(۱/۵۰)	(۳/۳۴)	کودک محور	
۴/۹۲	۷/۱۷	۱۲/۰۸	۵/۱۷	۷/۵۸	۱۱/۵۰	شناختی رفتاری	
(۱/۸۸)	(۱/۵۹)	(۲/۱۹)	(۲/۴۴)	(۱/۶۲)	(۲/۷۸)	خانواده محور	گواه
۸/۵۴	۸/۰۷	۱۲/۲۳	۸/۲۳	۸/۷۷	۱۲/۹۲	دلبستگی محور	
(۲/۲۲)	(۱/۷۵)	(۲/۸۶)	(۱/۹۶)	(۱/۶۴)	(۳/۰۹)		
۱۳/۱۵	۱۲/۰۰	۱۳/۰۸	۱۲/۰۰	۱۱/۳۸	۱۱/۷۶		(۲/۱۷)
(۲/۱۱)	(۲/۵۲)	(۲/۳۶)	(۲/۲۷)	(۲/۵۳)			

جدول ۳ نشان می دهد که در هر سه گروه آزمایش میانگین نمرات مؤلفه های اضطراب در مقایسه با گروه کنترل در مراحل پس آزمون و پیگیری کاهش یافته است. جدول ۴-۶ میانگین (انحراف استاندارد) اضطراب جدایی در شرکت کنندگان گروه های پژوهش، در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری را نشان می دهد.

جدول ۴. میانگین (انحراف استاندارد) اضطراب جدایی در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری

مؤلفه های اضطراب	گروه	پیش آزمون	پس آزمون	پیگیری
اضطراب جدایی	شناختی رفتاری کودک محور	۵۶/۳۱ (۱۱/۹۹)	(۶/۴۳) ۲۳/۵۴	(۴/۶۵) ۲۴/۹۲
	شناختی رفتاری خانواده محور	۵۴/۷۵ (۱۱/۶۴)	(۷/۲۶) ۳۳/۴۲	(۶/۲۰) ۳۶/۲۵
	دلبستگی محور	(۹/۹۶) ۵۳/۱۴	(۸/۸۵) ۴۳/۸۴	(۷/۲۱) ۴۵/۲۳
کنترل		۵۹/۶۸ (۱۰/۱۳)	(۸/۶۳) ۵۶/۵۴	(۸/۲۰) ۵۸/۶۱

جدول ۴. نشان می دهد که نمرات اضطراب جدایی در شرکت کنندگان سه گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل در مراحل پس آزمون و پیگیری کاهش یافته است. این در حالی است که کاهش مشابهی در گروه کنترل در مراحل پس آزمون و پیگیری مشاهده نشد.

جدول ۵. آزمون لون برای آزمون همگنی واریانس‌های خطای مؤلفه‌های اضطراب کودک

متغیر	پیش آزمون		پس آزمون		پیگیری		
	P	F	P	F	P	F	
مادر (م)	هراس و ترس از ..	۰/۲۷	۰/۸۴۷	۰/۶۵	۰/۵۸۶	۲/۷۷	۰/۰۵۲
	اضطراب جدایی	۰/۲۱	۰/۸۹۰	۱/۸۷	۰/۱۵۰	۱/۹۷	۰/۱۳۲
	ترس از آسیب	۰/۳۳	۰/۸۰۲	۱/۹۰	۰/۱۴۳	۰/۷۰	۰/۵۵۸
	ترس اجتماعی	۰/۰۸	۰/۹۷۰	۲/۱۵	۰/۱۰۶	۰/۲۹	۰/۸۲۶
	وسواس فکری- عملی	۰/۶۰	۰/۶۲۱	۲/۴۸	۰/۰۷۳	۱/۴۷	۰/۲۳۵
	اضطراب عمومی	۰/۷۹	۰/۵۰۹	۰/۷۶	۰/۵۲۳	۰/۱۳	۰/۹۴۴
والد (م)	هراس و ترس از ..	۰/۲۴	۰/۸۶۹	۰/۳۵	۰/۷۸۷	۱/۱۹	۰/۳۲۵
	اضطراب جدایی	۰/۵۵	۰/۶۴۹	۰/۲۸	۰/۸۳۸	۰/۷۸	۰/۵۱۲
	ترس از آسیب	۰/۲۶	۰/۸۵۴	۰/۷۵	۰/۵۲۸	۱/۲۱	۰/۳۱۷
	ترس اجتماعی	۰/۸۴	۰/۴۸۰	۱/۲۳	۰/۳۰۸	۰/۲۳	۰/۸۷۹
	وسواس فکری- عملی	۰/۱۴	۰/۹۳۳	۱/۴۹	۰/۲۳۰	۰/۴۱	۰/۷۴۵
	اضطراب عمومی	۱/۲۶	۰/۲۹۸	۰/۲۵	۰/۸۶۰	۰/۰۸	۰/۹۶۹

نتیجه آزمون لون در جدول ۵ نشان می‌دهد که تفاوت واریانس‌های خطای نمرات مربوط به هیچ یک از مؤلفه‌های اضطراب در نسخه کودک و در نسخه والد در چهار گروه و در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری در سطح ۰/۰۵ معنادار نیست. این یافته نشان می‌دهد که مفروضه همگنی واریانس‌های خطا در بین داده‌های مربوط به مؤلفه‌های اضطراب کودک برقرار است.

جدول ۶ آزمون موخلی برای آزمون برابری ماتریس کوواریانس خطا برای مؤلفه‌های اضطراب

متغیر	شاخص موخلی	χ^2	درجه آزادی	سطح معناداری
مادر (م)	هراس و ترس از ..	۰/۹۶۲	۱/۸۰	۰/۴۰۸
	اضطراب جدایی	۰/۹۲۳	۲/۶۷	۰/۱۶۰
	ترس از آسیب	۰/۹۸۱	۰/۸۸	۰/۶۴۵
	ترس اجتماعی	۰/۷۹۲	۱۰/۷۰	۰/۰۰۵
	وسواس فکری- عملی	۰/۹۴۰	۲/۸۶	۰/۲۳۹
	اضطراب عمومی	۰/۹۵۷	۲/۰۳	۰/۳۶۲
والد (م)	هراس و ترس از ..	۰/۹۷۱	۱/۳۳	۰/۵۱۴
	اضطراب جدایی	۰/۹۰۹	۴/۳۸	۰/۱۱۲
	ترس از آسیب	۰/۹۷۴	۱/۲۰	۰/۵۴۸
	ترس اجتماعی	۰/۹۹۴	۰/۲۷	۰/۸۷۶
	وسواس فکری- عملی	۰/۹۸۳	۰/۷۷۶	۰/۶۷۹

اضطراب عمومی	۰/۹۳۹	۲/۸۸	۲	۰/۲۳۷
--------------	-------	------	---	-------

منطبق بر نتایج جدول فوق آزمون موخلی نشان داد که بر خلاف مؤلفه های اضطراب، در نسخه کودک ارزش مجذور کای مربوط به مؤلفه ترس اجتماعی ($P=0.05$) در سطح 0.01 معنادار است. این یافته بیانگر آن است که مفروضه کرویت برای آن مؤلفه برقرار نیست و به همین دلیل درجات آزادی مربوط به آن مؤلفه با استفاده از روش گیسر- گرینهوس اصلاح شده.

جدول ۷. نتایج تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر در تبیین اثر متغیرهای مستقل بر مؤلفه های اضطراب کودکان

اثرات	مجموع مجذورات	مجموع مجذورات خطا	F	سطح معناداری	η^2
هراس و ترس از فضاهای باز	۸۸۶/۳۱	۶۳۰/۵۳	۲۲/۰۲	۰/۰۰۱	۰/۵۸۴
اضطراب جدایی	۱۲۸۴/۲۶	۷۹۱/۴۶	۷۶/۳۱	۰/۰۰۱	۰/۶۱۸
ترس از آسیب	۵۹۶/۶۷	۵۴۹/۰۵	۱۷/۰۳	۰/۰۰۱	۰/۵۲۱
ترس اجتماعی	۱۵۳/۷۴	۲۷۰/۹۲	۸/۸۹	۰/۰۰۱	۰/۳۶۲
وسواس فکری- عملی	۲۴۷/۹۶	۲۰۹/۲۸	۵۵/۶۸	۰/۰۰۱	۰/۵۴۲
اضطراب عمومی	۷۴/۸۴	۴۰۸/۸۰	۲/۸۷	۰/۰۱۳	۰/۱۵۵
هراس و ترس از فضاهای باز	۶۰۶/۳۰	۲۶۹/۸۷	۳۵/۲۰	۰/۰۰۱	۰/۶۸۷
اضطراب جدایی	۴۱۸/۶۹	۲۴۷/۳۷	۷۹/۵۵	۰/۰۰۱	۰/۶۲۹
ترس اجتماعی	۲۷۰/۴۵	۵۱۷/۵۴	۸/۱۹	۰/۰۰۱	۰/۳۴۳
ترس از آسیب	۶۲۸/۷۴	۳۸۰/۸۰	۲۵/۸۷	۰/۰۰۱	۰/۶۲۳
اضطراب جدایی	۳۵۲/۹۸	۳۴۸/۱۵	۴۷/۶۵	۰/۰۰۱	۰/۵۰۴
ترس اجتماعی	۳۳۲/۵۶	۴۹۳/۹۴	۱۰/۵۵	۰/۰۰۱	۰/۴۰۲
وسواس فکری- عملی	۶۱/۱۳	۱۷۰/۶۵	۵/۶۱	۰/۰۰۱	۰/۲۶۴
اضطراب عمومی	۷۰/۳۴	۱۶۷/۱۵	۱۹/۷۸	۰/۰۰۱	۰/۲۹۶
اضطراب جدایی	۱۲۲/۶۳	۳۸۱/۵۵	۵/۰۴	۰/۰۰۱	۰/۲۴۳
اضطراب عمومی	۳۱۶/۰۲	۲۵۰/۵۵	۱۹/۷۶	۰/۰۰۱	۰/۵۵۸
اضطراب عمومی	۵۹۳/۵۳	۲۷۶/۴۱	۹۱/۷۴	۰/۰۰۱	۰/۶۶۱
اضطراب عمومی	۲۵۵/۹۱	۵۳۵/۹۶	۷/۴۸	۰/۰۰۱	۰/۳۲۳
هراس و ترس از فضاهای باز	۵۵۲/۷۱	۳۹۸/۸۷	۲۱/۷۱	۰/۰۰۱	۰/۵۸۱
اضطراب جدایی	۶۰۱/۳۲	۲۴۹/۸۰	۱۱۳/۱۴	۰/۰۰۱	۰/۷۰۷
اضطراب جدایی	۳۷۲/۳۰	۴۸۱/۷۳	۱۲/۱۱	۰/۰۰۱	۰/۴۳۶
اضطراب جدایی	۵۹۹/۷۵	۲۷۳/۷۹	۳۴/۳۲	۰/۰۰۱	۰/۶۸۷
اضطراب جدایی	۴۸۷/۵۰	۱۷۳/۰۴	۱۳۴/۴۱	۰/۰۰۱	۰/۷۳۸
اضطراب جدایی	۲۵۲/۰۳	۳۴۵/۹۲	۱۱/۴۱	۰/۰۰۱	۰/۴۲۱
ترس از آسیب	۲۵۲/۳۶	۲۰۰/۸۷	۱۹/۶۸	۰/۰۰۱	۰/۵۵۷
ترس از آسیب	۳۱۴/۰۰	۱۷۷/۴۶	۸۳/۱۶	۰/۰۰۱	۰/۶۳۹
اضطراب عمومی	۱۴۷/۴۱	۳۸۱/۷۱	۶/۰۵	۰/۰۰۱	۰/۲۷۹

۰/۵۶۱	۰/۰۰۱	۲۰/۰۰	۳۰۸/۲۵	۳۹۳/۴۸	اثر گروه	ترس
۰/۶۶۱	۰/۰۰۱	۹۱/۸۰	۲۳۱/۸۲	۴۵۲/۷۸	اثر زمان	اجتماعی
۰/۳۲۱	۰/۰۰۱	۷/۴۲	۴۶۳/۳۰	۲۱۹/۵۲	اثر تعاملی گروه × زمان	وسواس
۰/۲۳۴	۰/۰۰۶	۴/۷۷	۱۴۲/۴۱	۴۳/۳۹	اثر گروه	فکری -
۰/۳۳۸	۰/۰۰۱	۲۴/۰۲	۱۵۶/۸۲	۸۰/۱۶	اثر زمان	عملی
۰/۱۵۴	۰/۰۱۴	۲/۸۵	۳۳۱/۸۶	۶۰/۳۴	اثر تعاملی گروه × زمان	اضطراب
۰/۷۰۵	۰/۰۰۱	۳۷/۳۶	۲۲۸/۹۲	۵۴۶/۰۳	اثر گروه	عمومی
۰/۶۵۷	۰/۰۰۱	۹۰/۱۳	۲۷۶/۳۰	۵۲۹/۸۱	اثر زمان	
۰/۳۶۰	۰/۰۰۱	۸/۸۳	۴۴۷/۹۷	۲۵۲/۳۴	اثر تعاملی گروه × زمان	

جدول ۷ نشان می‌دهد که علاوه بر اثر زمان و اثر گروه اثر تعاملی گروه × زمان برای مؤلفه‌های اضطراب در هر دو نسخه کودک و والد دستکم در سطح ۰/۰۵ معنادار است. این یافته‌ها بیانگر آن است که اجرای درمان شناختی - رفتاری کودک محور، درمان شناختی رفتاری خانواده محور و مداخله دلبستگی محور مادر - کودک مؤلفه‌های اضطراب را در کودکان به صورت معنادار تحت تاثیر قرار داده است. در ادامه جدول ۸ نتایج آزمون بن فرونی نمرات مربوط به اضطراب کودکان در سه گروه و در دو مرحله اجرا را نشان می‌دهد.

جدول ۸. نتایج آزمون تعقیبی بن فرونی برای مقایسه‌های زوجی اثر گروه‌ها و زمان‌ها بر اضطراب کودکان

نسخه والد			نسخه کودک			زمان‌ها	متغیر	
مقدار	خطای	تفاوت	مقدار	خطای	تفاوت			
احتمال	معیار	میانگین	احتمال	معیار	میانگین			
۰/۰۰۱	۰/۴۸	۴/۷۵	۰/۰۰۱	۰/۵۲	۶/۸۶	پس آزمون	پیش آزمون	هراس و ترس از فضاهای باز
۰/۰۰۱	۰/۴۶	۴/۸۶	۰/۰۰۱	۰/۴۷	۷/۱۰	پیگیری	پیش آزمون	
۱/۰۰	۰/۴۱	۰/۱۱	۱/۰۰	۰/۴۴	۰/۳۴	پیگیری	پس آزمون	
۰/۰۰۱	۰/۴۳	۴/۲۸	۰/۰۰۱	۰/۵۲	۳/۸۴	پس آزمون	پیش آزمون	اضطراب جدایی
۰/۰۰۱	۰/۳۸	۴/۳۸	۰/۰۰۱	۰/۴۶	۴/۰۵	پیگیری	پیش آزمون	
۱/۰۰	۰/۳۳	۰/۱۰	۱/۰۰	۰/۴۱	۰/۲۲	پیگیری	پس آزمون	
۰/۰۰۱	۰/۴۳	۳/۲۱	۰/۰۰۱	۰/۴۳	۲/۸۶	پس آزمون	پیش آزمون	ترس از آسیب
۰/۰۰۱	۰/۳۹	۳/۵۱	۰/۰۰۱	۰/۴۲	۳/۱۲	پیگیری	پیش آزمون	
۱/۰۰	۰/۳۸	۰/۳۰	۱/۰۰	۰/۳۹	۰/۲۶	پیگیری	پس آزمون	
۰/۰۰۱	۰/۴۵	۳/۶۴	۰/۰۰۱	۰/۴۵	۳/۳۱	پس آزمون	پیش آزمون	ترس اجتماعی
۰/۰۰۱	۰/۴۴	۴/۲۲	۰/۰۰۱	۰/۵۴	۳/۷۲	پیگیری	پیش آزمون	
۰/۵۵۱	۰/۴۳	۰/۵۷	۰/۷۶۹	۰/۳۶	۰/۴۱	پیگیری	پس آزمون	
۰/۰۰۱	۰/۳۹	۱/۷۱	۰/۰۰۲	۰/۴۵	۱/۶۴	پس آزمون	پیش آزمون	وسواس فکری - عملی
۰/۰۰۱	۰/۳۶	۱/۷۷	۰/۰۰۱	۰/۳۷	۱/۶۶	پیگیری	پیش آزمون	
۱/۰۰	۰/۳۶	۰/۰۶	۱/۰۰	۰/۳۷	۰/۰۳	پیگیری	پس آزمون	
۰/۰۰۱	۰/۴۲	۴/۱۰	۰/۰۰۱	۰/۵۱	۳/۷۵	پس آزمون	پیش آزمون	اضطراب عمومی
۰/۰۰۱	۰/۴۸	۴/۵۶	۰/۰۰۱	۰/۴۸	۴/۶۰	پیگیری	پیش آزمون	

متغیر	تفاوت گروه ها	تفاوت میانگین	خطای معیار	مقدار احتمال	تفاوت میانگین	خطای معیار	مقدار احتمال
گروه اول	گروه دوم	-۱/۵۲	۰/۸۵	۰/۴۳	۱۵۰	۰/۴۶	۰/۳۹
گروه اول	گروه سوم	-۵/۵۲	۰/۸۵	۰/۰۰۱	۰/۴۷۲	۰/۶۷	۰/۰۱۰
گروه دوم	گروه سوم	-۴/۰۰	۰/۸۳	۰/۰۰۱	-۲/۷۵	۰/۶۷	۰/۰۰۱
گروه اول	گروه دوم	-۱/۷۳	۰/۵۵	۰/۰۱۸	-۲/۵۱	۰/۶۶	۰/۰۰۲
گروه اول	گروه سوم	-۳/۷۱	۰/۵۵	۰/۰۰۱	-۱/۶۴	۰/۵۶	۰/۰۳۳
گروه دوم	گروه سوم	-۱/۹۷	۰/۵۴	۰/۰۰۴	-۳/۸۷	۰/۵۶	۰/۰۰۱
گروه اول	گروه دوم	-۰/۰۳	۰/۵۶	۱/۰۰	-۲/۲۳	۰/۵۵	۰/۰۰۱
گروه اول	گروه سوم	-۱/۹۸	۰/۵۶	۰/۰۰۵	-۰/۳۷	۰/۴۸	۱/۰۰
گروه دوم	گروه سوم	-۱/۹۵	۰/۵۶	۰/۰۰۵	-۲/۶۳	۰/۴۸	۰/۰۰۱
گروه اول	گروه دوم	-۱/۶۱	۰/۶۶	۰/۱۱۰	-۲/۲۶	۰/۴۷	۰/۰۰۱
گروه اول	گروه سوم	-۴/۴۶	۰/۶۶	۰/۰۰۱	-۰/۱۱	۰/۵۹	۱/۰۰
گروه دوم	گروه سوم	-۲/۹۵	۰/۶۵	۰/۰۰۱	-۲/۷۷	۰/۵۹	۰/۰۰۱
گروه اول	گروه دوم	-۰/۰۸	۰/۴۴	۱/۰۰	-۲/۶۷	۰/۵۸	۰/۰۰۱
گروه اول	گروه سوم	-۱/۳۷	۰/۴۴	۰/۰۲۰	۰/۱۳	۰/۴۰	۱/۰۰
گروه دوم	گروه سوم	-۱/۲۸	۰/۴۴	۰/۰۲۸	-۱/۱۸	۰/۴۰	۰/۰۳۱
گروه اول	گروه دوم	-۱/۸۹	۰/۵۶	۰/۰۰۵	-۱/۳۱	۰/۳۹	۰/۰۱۱
گروه اول	گروه سوم	-۳/۶۴	۰/۵۶	۰/۰۰۱	-۱/۵۶	۰/۵۱	۰/۰۲۲
گروه دوم	گروه سوم	-۱/۷۴	۰/۵۲	۰/۰۱۰	-۴/۶۹	۰/۵۱	۰/۰۰۱
					-۳/۱۳	۰/۵۰	۰/۰۰۱

نکته؛ گروه اول: درمان شناختی رفتاری خانواده محور، گروه دوم: مداخله دبستگی محور مادر- کودک ، گروه سوم: گروه گواه

نتایج آزمون تعقیبی بن فرونی در مقایسه اثر گروه در جدول ۸، همسو با روند تغییر میانگین مؤلفه های اضطراب را نشان می دهد که اجرای درمان شناختی- رفتاری خانواده محور در مقایسه با گروه کنترل منجر به کاهش معنادار میانگین مؤلفه های اضطراب کودک شده است. همچنین نتایج آزمون تعقیبی بن فرونی در مقایسه اثر زمان ها نشان می دهد که تغییرات ایجاد شده در میانگین نمرات اضطراب در هر دو نسخه والد و کودک بعد از اتمام دوره درمان پاپرجا مانده است. براین اساس در آزمون فرضیه پژوهش چنین نتیجه گیری شد که درمان شناختی- رفتاری خانواده محور اضطراب را در کودکان ۷ تا ۱۲ سال کاهش می دهد. نتایج آزمون تعقیبی بن فرونی در مقایسه اثر گروه در جدول ۸، همسو با روند تغییر میانگین مؤلفه های اضطراب را نشان می دهد که اجرای مداخله دبستگی مادر- کودک در مقایسه با گروه کنترل منجر به کاهش معنادار میانگین مؤلفه های اضطراب کودک شده است. علاوه براین نتایج آزمون تعقیبی بن فرونی در مقایسه اثر زمان ها نشان می دهد که تغییرات ایجاد شده در میانگین نمرات اضطراب بعد از اتمام دوره درمان پاپرجا مانده است. براین اساس در آزمون فرضیه پژوهش چنین نتیجه گیری شد که اجرای مداخله دبستگی مادر- کودک اضطراب را در کودکان ۷ تا ۱۲ سال کاهش می دهد. نتایج آزمون تعقیبی بن فرونی در جدول ۵ نشان می دهد که درمان شناختی- رفتاری خانواده محور در مقایسه با مداخله دبستگی محور

مادر- کودک، میانگین مؤلفه های هراس و ترس از فضاهاى باز در نسخه والد ($P=0/010$)، اضطراب جدایی در هر دو نسخه والد ($P=0/018$) و کودک ($P=0/033$) را به صورت معنادار بیشتر کاهش داده است. براین اساس در آزمون فرضیه پژوهش چنین نتیجه گیری شد که درمان شناختی- رفتاری خانواده محور در مقایسه با مداخله دلبستگی محور مادر- کودک میانگین مؤلفه های ترس از فضاهاى باز و اضطراب جدایی را بیشتر کاهش می دهد.

جدول ۹. نتایج تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر در تبیین اثر متغیرهای مستقل بر اضطراب جدایی

متغیر	اثرات	مجموع مجذورات	مجموع مجذورات خطا	F	سطح معناداری	η^2
	اثر گروه	۱۱۴۹۵/۶۱	۴۰۳۴/۳۹	۴۴/۵۰	۰/۰۰۱	۰/۷۴۰
اضطراب جدایی	اثر زمان	۵۵۱۹/۵۳	۳۷۸۹/۹۶	۶۸/۴۵	۰/۰۰۱	۰/۵۹۳
	اثر تعاملی گروه× زمان	۴۵۰۹/۵۶	۶۶۲۴/۷۰	۱۰/۶۷	۰/۰۰۱	۰/۴۰۵

جدول ۹ نشان می دهد که اثر تعاملی گروه × زمان برای اضطراب جدایی در سطح ۰/۰۱ معنادار است. در ادامه جدول ۱۰ نتایج آزمون بن فرونی نمرات مربوط به اضطراب جدایی در سه گروه و در دو مرحله اجرا را نشان می دهد.

جدول ۱۰. نتایج آزمون تعقیبی بن فرونی بر ای اضطراب جدایی

متغیر	زمان ها	تفاوت میانگین	خطای معیار	مقدار احتمال
اضطراب جدایی	پیش آزمون	پس آزمون	۱۶/۶۴	۰/۰۰۱
	پیش آزمون	پیگیری	۱۴/۷۲	۰/۰۰۱
	پس آزمون	پیگیری	-۱/۹۲	۰/۵۵۹
متغیر	تفاوت گروه ها	تفاوت میانگین	خطای معیار	مقدار احتمال
	گروه اول	گروه دوم	-۵/۹۴	۰/۰۴۳
	گروه اول	گروه سوم	-۱۶/۸۱	۰/۰۰۱
	گروه دوم	گروه سوم	-۱۲/۴۹	۰/۰۰۱

نکته؛ گروه اول: درمان شناختی رفتاری خانواده محور، گروه دوم: مداخله دلبستگی محور مادر- کودک، گروه سوم: گروه گواه

نتایج آزمون تعقیبی بن فرونی در مقایسه اثر گروه در جدول ۱۰، همسو با روند تغییر میانگین اضطراب جدایی را نشان می دهد که اجرای درمان شناختی- رفتاری خانواده محور در مقایسه با گروه کنترل منجر به کاهش معنادار میانگین اضطراب جدایی شده است. همچنین نتایج آزمون تعقیبی بن فرونی در مقایسه اثر زمان ها نشان می دهد که تغییرات ایجاد شده در میانگین نمرات اضطراب جدایی در هر دو نسخه والد

و کودک بعد از اتمام دوره درمان پاپرجا مانده است. براین اساس در آزمون فرضیه پژوهش چنین نتیجه گیری شد که درمان شناختی- رفتاری خانواده محور اضطراب جدایی را در کودکان ۷ تا ۱۲ سال کاهش می دهد. نتایج آزمون تعقیبی بن فرونی در مقایسه اثر گروه در جدول ۱۰، همسو با روند تغییر میانگین اضطراب جدایی را نشان می دهد که اجرای مداخله دلبستگی مادر- کودک در مقایسه با گروه کنترل منجر به کاهش معنادار میانگین اضطراب جدایی در کودکان شده است. همچنین نتایج آزمون تعقیبی بن فرونی در مقایسه اثر زمان ها نشان می دهد که تغییرات ایجاد شده در میانگین نمرات اضطراب جدایی بعد از اتمام دوره درمان پاپرجا مانده است. براین اساس در آزمون فرضیه پژوهش چنین نتیجه گیری شد که اجرای مداخله دلبستگی مادر- کودک اضطراب جدایی را در کودکان ۷ تا ۱۲ سال کاهش می دهد. نتایج آزمون تعقیبی بن فرونی در جدول ۱۰ نشان می دهد که درمان شناختی- رفتاری خانواده محور در مقایسه با مداخله دلبستگی محور مادر- کودک، میانگین اضطراب جدایی ($P=0/043$) را به صورت معنادار بیشتر کاهش داده است. براین اساس در آزمون فرضیه پژوهش چنین نتیجه گیری شد که درمان شناختی- رفتاری خانواده محور در مقایسه با مداخله دلبستگی محور مادر- کودک میانگین اضطراب جدایی را بیشتر کاهش می دهد.

بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری خانواده محور و مداخله دلبستگی محور مادر-کودک بر اختلال اضطراب جدایی کودکان ۷ تا ۱۲ سال انجام شد. نتایج نشان داد که اجرای درمان شناختی- رفتاری خانواده محور در مقایسه با گروه کنترل منجر به کاهش معنادار میانگین مؤلفه های اضطراب کودک شده است. همسو با یافته های پژوهش حاضر، پژوهشگران دیگر (سالواریس، گالیا و همکاران، ۲۰۲۲؛ پریهان و همکاران، ۲۰۲۰؛ آریصدر و همکاران، ۱۴۰۰؛ قاسم زاده و همکاران، ۱۳۹۹؛ محمودعلیلو و همکاران، ۱۳۹۲) نشان دادند درمان شناختی- رفتاری خانواده محور اضطراب کودکان را کاهش می دهد. عاقبتی و همکاران (۱۳۹۹) اثربخشی مداخله رفتاری خانواده محور را مداخله موثری برای اختلال اضطراب جدایی کودکان دانسته اند. یافته های رحمانی و تیموری (۱۳۹۹) نیز نشان دهنده تأثیر درمان مبتنی بر خانواده بر کاهش حساسیت مضطربانه والدین و اضطراب جدایی کودکان و نوجوانان بوده است. بر اساس پژوهش محمودعلیلو و همکاران (۱۳۹۲) درمان شناختی رفتاری خانواده محور در کاهش اضطراب و افزایش توانایی های مقابله ای کودکان موثرند. در پژوهش آنها پیگیری یک ماهه نیز بهبود علائم و افزایش توانایی مقابله را نشان داد. بر اساس درمان شناختی- رفتاری خانواده محور فرض می شود الگوهای ارتباطی والدین به ویژه مداخله گری در حفظ اضطراب کودکان نقش دارند، از این رو در درمان اضطراب کودکان بر تغییر این الگوهای ارتباطی والدین و پذیرش استقلال تاکید دارد (دریسکول و همکاران، ۲۰۲۰). به نظر می رسد، بهبود روش های مدیریت هیجان و افکار که در نتیجه مداخلات شناختی خانواده محور رخ می دهد، می تواند در کاهش اضطراب و رشد مهارت های مقابله ای کودکان موثر باشد. آموزش و آگاهی والدین از روش برخورد صحیح با اضطراب کودک، کسب آگاهی از موثرترین شیوه های مدیریت هیجان ها و افکار و برخورد مناسب با رفتارهای مضطربانه کودک، نه تنها می تواند مشکلات رفتاری و اضطراب کودکان را کاهش دهد؛ بلکه فرصت بهتری برای رشد و یادگیری روش های مقابله در اختیار آنان قرار می دهد. با توجه به اینکه هدف

درمان شناختی ارتقای مهارت‌های شناختی و رفتاری افراد از طریق افزایش خودآگاهی، تسهیل در خود ادراکی بهتر و بهبود خود کنترلی است؛ بهبود خودآگاهی والدین و اصلاح اسنادهای آنها؛ بر شیوه مقابله با اضطراب و رفتارهای اجتنابی کودک تأثیر می‌گذارد که این امر به طور مستقیم موجب کاهش اضطراب کودک می‌شود. این تبیین با یافته‌های پژوهش قاسم زاده و همکاران (۱۳۹۹) همسو است که نشان دادند درمان شناختی-رفتاری خانواده محور، رضایتمندی زناشویی و تعامل والد-کودک را در زنان دارای کودکان مضطرب و وسواسی بهبود می‌بخشد.

نتایج نشان داد اجرای مداخله دلبستگی مادر-کودک در مقایسه با گروه کنترل منجر به کاهش معنادار میانگین مؤلفه‌های اضطراب کودک شده است و تغییرات ایجاد شده در میانگین نمرات اضطراب بعد از اتمام دوره درمان پابرجا مانده است. براین اساس چنین نتیجه‌گیری شد که اجرای مداخله دلبستگی مادر-کودک اضطراب را در کودکان ۷ تا ۱۲ سال کاهش می‌دهد. یافته‌های پژوهش مبنی بر اثربخشی مداخله دلبستگی مادر-کودک در کاهش اضطراب کودکان با یافته‌های دیگران (احمدزاده و همکاران، ۲۰۲۲؛ محمدی پور و مزارعی ستوده، ۱۳۹۷؛ نادعلی و همکاران، ۱۳۹۵؛ سیدموسوی و همکاران، ۱۳۹۴) همخوانی دارد. با توجه به اینکه کودک احساس استرس یا ترس را از طریق نزدیکی یا دوری به مراقب خود مدیریت می‌کند، سبک‌های دلبستگی را می‌توان به عنوان سیستمی در نظر گرفت که احساسات را از طریق پویایی بین فردی تنظیم می‌کند. سبک‌های دلبستگی نحوه برخورد ما با موقعیت‌های استرس‌زا را مشخص می‌کند و به نوعی پردازش اطلاعات اشاره دارد. کودکانی که سبک دلبستگی ناایمن دارند، در هنگام تجربه رویدادهای استرس‌زا، از راهبردهای مقابله‌ای استفاده می‌کنند که شامل روش‌های اجتنابی باشد، چرا که در هنگام کودکی با اجتناب از مراقب، آشفتگی خود را کاهش داده‌اند و این سبک مقابله در آنها پرورش یافته و تقویت شده است. بنابراین پیامد سبک دلبستگی ناایمن (اجتنابی، وابسته یا اضطرابی) و راهبردهای مقابله‌ای غیرانطباقی افزایش اضطراب و اختلالات اضطرابی در کودکان است. بنابراین به نظر می‌رسد مولفه‌های چهارگانه درمان دلبستگی محور شامل دسترس بودن، حساس بودن، پذیرش و همکاری در تعامل با یکدیگر می‌توانند مشکلات هیجانی در کودکان را کاهش دهند. در دسترس بودن به کودک برای ایجاد اعتماد کمک می‌کند؛ حساس بودن کنترل احساسات و رفتار در کودک را بهبود می‌بخشد؛ پذیرش کودک به افزایش عزت نفس وی منجر شده و همکاری، احساس مؤثر بودن در کودک را افزایش می‌دهد. از اینرو به نظر می‌رسد مداخله دلبستگی محور مادر-کودک با اصلاح تعاملات مادر-کودک می‌تواند اضطراب کودک را کاهش دهد. مداخله دلبستگی محور مادر-کودک در سه بعد شناختی، شناخت‌ها و ادراک مادر و کودک از خود و دیگری را هدف قرار داده و اصلاح می‌کند؛ در بعد رفتاری مهارت‌ها و الگوهای رفتاری مادر و کودک در تعامل با یکدیگر اصلاح شده و در بعد هیجانی، احساسات و عواطف مادر و کودک درباره خود و دیگری هدف قرار می‌گیرد. اصلاح و تعدیل این ابعاد که تحت تأثیر تجربه‌های فرد به ویژه تجربه‌های ارتباطی با مراقب اولیه شکل گرفته، به اصلاح بازنمایی‌های ذهنی کودک از خود، دیگری و دنیا منجر می‌شود.

نتایج نشان داد درمان شناختی-رفتاری خانواده محور در مقایسه با مداخله دلبستگی محور مادر-کودک میانگین مؤلفه‌های ترس از فضاها، باز و اضطراب جدایی را بیشتر کاهش می‌دهد. پژوهشی که به مقایسه اثربخشی این دو روش مداخله در کاهش اضطراب کودکان پیردازد مشاهده نشد، از اینرو امکان مقایسه نتایج پژوهش حاضر با پژوهش‌های دیگر وجود ندارد. پژوهش حاضر نشان داد بین اثربخشی درمان شناختی-

رفتاری خانواده محور و مداخله دلبستگی محور مادر-کودک بر مولفه‌های اضطراب شامل ترس از آسیب، ترس اجتماعی، وسواس فکری-عملی و اضطراب عمومی تفاوت معناداری وجود ندارد. هر دو روش درمان بر تغییر تعاملات والد-کودک تاکید دارند: درمان شناختی-رفتاری خانواده محور بر کاهش مداخله‌گری، انطباق با علائم مرضی کودک و افزایش استقلال تاکید دارد که منجر به کاهش اضطراب کودک می‌شود. در مداخله دلبستگی محور مادر-کودک با اصلاح تعاملات مبتنی بر دلبستگی مادر-کودک و تغییر بازنمایی‌های کودک از مادر به‌عنوان یک پایگاه ایمن، نشانه‌های اضطرابی کودک کاهش می‌یابد. پس از اصلاح این تعاملات، هر دو روش درمانی بر تقویت ظرفیت‌های مقابله تاکید دارند: در درمان شناختی-رفتاری خانواده محور بر کسب مهارت‌های مقابله، حل مساله و ... تاکید می‌شود و درمان دلبستگی محور تسهیل و تقویت ظرفیت‌های انطباقی از طریق پرداختن به احساسات و ارتباطات کودک مورد تاکید قرار می‌گیرد. بنابراین عدم تفاوت معنادار بین اثربخشی درمان شناختی-رفتاری خانواده محور و مداخله دلبستگی محور مادر-کودک بر مولفه‌های اضطراب شامل ترس از آسیب، ترس اجتماعی، وسواس فکری-عملی و اضطراب عمومی می‌تواند بر اساس وجوه مشترک دو روش درمانی مورد بحث قرار گیرد.

نتایج نشان داد که اجرای درمان شناختی-رفتاری خانواده محور در مقایسه با گروه کنترل منجر به کاهش معنادار میانگین اضطراب جدایی شده است و تغییرات ایجاد شده در میانگین نمرات اضطراب جدایی در هر دو نسخه والد و کودک بعد از اتمام دوره درمان پابرجا مانده است. براین اساس چنین نتیجه‌گیری شد که درمان شناختی-رفتاری خانواده محور اضطراب جدایی را در کودکان ۷ تا ۱۲ سال کاهش می‌دهد. یافته‌های پژوهش حاضر مبنی بر اثربخشی درمان شناختی-رفتاری خانواده محور بر اضطراب جدایی کودکان با پژوهش‌های دیگر (جیانی و همکاران، ۲۰۲۱؛ قاسم زاده و همکاران، ۱۳۹۹) همسواست. همانطور که گفته شد پژوهشگران برای باورند رفتارهای والدین می‌تواند موجب حفظ عوامل تداوم بخش اضطراب باشد (لبوویتس و همکاران، ۲۰۲۰). وقتی کودکی با اضطراب جدایی سروکار دارد، والدین اغلب ناخواسته اضطراب فرزندشان را تقویت می‌کنند. رفتارهای کوچک برای اطمینان دادن به کودک ممکن است در نهایت ترس را تشدید و اجتناب را تقویت کند. انطباق خانواده و تسلیم شدن والدین در برابر رفتارهای اجتنابی کودک (مانند امتناع از مدرسه رفتن، تنها بودن در خانه و ...)، ترس و اضطراب آنها از جدایی را تقویت کنند (برتلسن و همکاران، ۲۰۲۲؛ دی‌باروس و همکاران، ۲۰۲۰). درمان شناختی-رفتاری خانواده محور عوامل تداوم بخش اختلال در خانواده را مورد هدف قرار می‌دهد (برتلسن و همکاران، ۲۰۲۲؛ آریصدر و همکاران، ۱۴۰۰). در درمان شناختی-رفتاری خانواده محور با کمک درمانگر، والدین یاد می‌گیرند که چگونه اطمینان‌دهی غیرمفید را کاهش دهند و به فرزندشان کمک کنند تا ترس‌های خود را کنترل کند. اقدامات متعددی (مانند شناخت اضطراب و واکنش‌های فیزیکی به اضطراب، شناخت رابطه بین افکار، احساسات و رفتار، شناسایی الگوهای فکری، یادگیری تفکر واقع‌بینانه، تدوین برنامه مقابله‌ای و ارزیابی عملکرد و تقویت خود) وجود دارد که والدین می‌توانند برای کمک به کودکان انجام دهند. والدین می‌آموزند تا اطمینان کوتاه مدت کمتری به فرزندان خود ارائه دهند؛ در مقابل رفتارهای اضطرابی و اجتنابی فرزندان تحمل بیشتری نشان داده و با آموزش مدیریت هیجان‌ها و تشخیص بین رفتارهای مضطربانه و شیطنت‌آمیز واکنش‌های باثبات تری داشته باشند. در درمان شناختی-رفتاری خانواده محور، پردازش اطلاعات شناختی همراه با اضطراب، آگاه‌سازی هیجانی کودکان و والدین را تسهیل می‌کند. مواجهه با موقعیت‌های اضطراب برانگیز با کمک والدین به

مواجهه مستقیم کودکان با منبع اضطراب کمک می‌کند. آموزش مهارت‌های مقابله‌ای، جرات ورزی و مهارت‌های اجتماعی اضطراب کودکان را کاهش می‌دهد. این مراحل به کودک کمک می‌کند تا به طور موثرتری با جدایی کنار بیاید و در نتیجه اضطراب جدایی را کاهش دهد. به بیان دیگر درمان شناختی-رفتاری خانواده محور، شناخت‌های ناسازگار والدین و کودکان مضطرب را اصلاح می‌کند و با تغییر تعاملات والد-کودک اضطراب جدایی کودکان را کاهش می‌دهد.

نتایج نشان داد اجرای مداخله دلبستگی مادر- کودک در مقایسه با گروه کنترل منجر به کاهش معنادار میانگین اضطراب جدایی در کودکان شده است و تغییرات ایجاد شده در میانگین نمرات اضطراب جدایی بعد از اتمام دوره درمان پابرجا مانده است. یافته‌های پژوهش مبنی بر اثربخشی مداخله دلبستگی مادر- کودک در کاهش اضطراب کودکان با یافته‌های دیگران (احمدی زاده و همکاران، ۲۰۲۲؛ محمدی پور و مزارعی ستوده، ۱۳۹۷) همخوانی دارد. الگوی دردسترس نبودن، پاسخگو نبودن و غیرقابل پیش‌بینی بودن مراقب به ترس از تنها ماندن و ناتوانی در مقابله با خطرات احتمالی در کودک دامن می‌زند؛ ترس از جدایی با قرارگیری در مرکز راهبردهای مقابله‌ای کودک، حالت گوش‌به‌زنگی را در او ایجاد کرده و می‌تواند زمینه‌ساز اختلال اضطراب جدایی شود (فورسلند و دوشینسکی، ۲۰۲۱). در درمان مبتنی بر دلبستگی به طور ویژه آن افکار، احساسات، ارتباطات، رفتارها و مبادلات بین فردی هدف قرار می‌گیرد که افراد آموخته‌اند به دلیل تجارب اولیه دلبستگی، آنها را سرکوب، اجتناب یا تقویت کنند. در طول درمان دلبستگی محور دو فرآیند مرکزی جریان دارد: ایجاد یک رابطه بازتر و ایمن‌تر بین درمانگر، کودک و والد است. ایجاد یک رابطه ایمن، پاسخگو و باز پیرامون مسائلی که برای بیمار دشوار و دردسرساز هستند، جزء اصلی درمان است. دومین فرآیند مرکزی در درمان دلبستگی محور عبارت است از تسهیل و تقویت ظرفیت‌های انطباقی از طریق پرداختن به احساسات و ارتباطاتی که بیمار آموخته است آنها را سرکوب کند یا در روابط دلبستگی اولیه بیش از حد بر آنها تأکید کند (کستل، ۲۰۱۳). از این رو به نظر می‌رسد مداخله دلبستگی محور مادر- کودک با کاربرد روش‌هایی مانند آموزش در دسترس بودن مادر، تأمین امنیت، نیازهای جسمانی و روانی کودک، تماس جسمی و چشمی، افزایش کیفیت و کمیت تعاملات کودک-مادر و ... از طریق بهبود رابطه کودک-مادر، بر دلبستگی و بازنمایی‌های ذهنی کودک از رابطه با مادر اثر گذاشته و بی‌اعتمادی کودک به مادر را که ناشی از دلبستگی نایمن بود به اعتماد تبدیل کرد. این فرآیند می‌تواند اثربخشی مداخله دلبستگی محور مادر- کودک در کاهش اضطراب جدایی کودکان را تبیین کند.

همچنین نتایج نشان داد درمان شناختی- رفتاری خانواده محور در مقایسه با مداخله دلبستگی محور مادر- کودک میانگین اضطراب جدایی را بیشتر کاهش می‌دهد. پژوهشی که به مقایسه اثربخشی این دو روش مداخله در کاهش اضطراب جدایی کودکان بپردازد مشاهده نشد، از این رو امکان مقایسه نتایج پژوهش حاضر با پژوهش‌های دیگر وجود ندارد. در تبیین اثربخشی بیشتر درمان شناختی-رفتاری خانواده محور کاهش اضطراب جدایی کودکان ۷ تا ۱۲ سال می‌توان گفت درمان شناختی-رفتاری خانواده محور علاوه بر اصلاح اسنادها و رفتارهای مقابله‌ای کودک؛ شیوه مقابله و شناخت‌های ناسازگار والدین را نیز هدف قرار می‌دهد. همچنین درمان شناختی-رفتاری خانواده محور بر انطباق خانواده اثر می‌گذارد؛ رفتارهای حمایتی بیش از حد والدین، دخالت والدین و کاهش استقلال کودک با کاهش خودکارآمدی و استقلال کودک موجب حفظ اضطراب کودکان و اجتناب آنها از موقعیت‌های جدیدی که می‌تواند فرصت‌هایی برای تسلط بر اضطراب آنها

فراهم کند می‌شود (برتلسن و همکاران، ۲۰۲۲). بر این اساس درمان شناختی-رفتاری خانواده محور با کاهش انطباق والدین در کاهش اضطراب موثر واقع می‌شوند (برتلسن و همکاران، ۲۰۲۲؛ دلاوری و همکاران، ۱۳۹۸). بعلاوه مولفه‌های آموزش خانواده در درمان شناختی-رفتاری با آموزش یادگیری تفکر واقع‌بینانه، برقراری رابطه بین افکار، احساسات و رویدادها و شیوه‌ها حفظ علائم در طول زمان به مدیریت هیجانی والدین و کاهش اضطراب جدایی کودک منجر می‌شوند.

از محدودیت‌های پژوهش حاضر شامل: جامعه آماری پژوهش محدود به کودکان دبستانی مبتلا به اختلال اضطراب جدایی و مادران آنها در شهر تهران است، بنابراین در تعمیم نتایج آن به سایر افراد جامعه باید با احتیاط عمل کرد. به دلیل اینکه روش نمونه‌گیری در پژوهش حاضر، روش هدفمند بود تعمیم نتایج باید با احتیاط انجام شود. با توجه به شرایط اجرا، امکان بررسی هر مراجع به منظور ارزیابی معناداری بالینی نبود. با توجه به این که معناداری بالینی در میزان اثربخشی درمان برای هر فرد بسیار اهمیت بسیار دارد، این مسئله نیز از محدودیت‌های دیگر به شمار می‌آید. با توجه به اثربخشی بیشتر درمان شناختی-رفتاری خانواده محور در مقایسه با مداخله دلبستگی محور مادر - کودک در کاهش اضطراب و اضطراب جدایی پیشنهاد می‌شود درمانگران توجه به مداخله‌گری والدین، پذیرش استقلال و ایجاد اطمینان را برای کاهش اضطراب و اضطراب جدایی کودکان ۷ تا ۱۲ ساله مورد توجه قرار دهند. با در نظر گرفتن مداخله دلبستگی محور مادر - کودک در کاهش اضطراب و اضطراب جدایی کودکان پیشنهاد می‌شود در برنامه‌های آموزش والدین، و برنامه‌های مداخله‌ای اضطراب کودکان به مفاهیم نظریه دلبستگی شامل ایجاد یک رابطه بازر و ایمن تر بین کودک-والد و تسهیل و تقویت ظرفیت‌های انطباقی از طریق پرداختن به ارتباطات کودک-والد توجه شود.

سپاسگزاری

از همه شرکت‌کنندگان در پژوهش که محقق را در راه رسیدن به اهداف پژوهشی یاری نمودند، به صورت ویژه سپاسگزاری و قدردانی می‌شود.

تعارض منافع

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

منابع

آریاصدر، زیور، داوودی، ایران، نیسی، عبدالکاسم، و مهرابی زاده هنرمند، مهناز. (۱۴۰۰). تاثیر مشارکت خانواده در درمان شناختی-رفتاری کودکان مبتلا به اختلال وسواس-جبری. *مجله علمی پژوهشی یافته*. ۲۳ (۴): ۱۲۰-۱۰۶.

دلاوری، مریم، و مشهدی، علی، و کیمیایی، سیدعلی، و خادمی، مژگان. (۱۳۹۸). اثربخشی مداخله شناختی رفتاری خانواده محور بر انطباق خانواده و شدت اختلال وسواس بی اختیاری کودکان. *روانشناسی تحولی (روانشناسان ایرانی)*. ۱۵ (۶۰): ۳۶۷-۳۷۸.

سید موسوی، پریسا سادات، قنبری، سعید، و مظاهری، محمد علی. (۱۳۹۴). اثربخشی مداخله دلبستگی محور با روش پسخوراند ویدیویی بر کاهش بازنمایی‌های منفی و اضطراب جدایی کودکان. *مجله علمی پژوهشی یافته*. ۱۷ (۲): ۹۰-۱۰۴.

قاسم زاده، سوگند، حسن زاده، میترا، ودودی، ساجده، علوی، زهرا، و مطبوع ریاحی، مینو. (۱۳۹۹). اثربخشی مداخله شناختی رفتاری خانواده محور بر رضایتمندی زوجیت و تعامل والد کودک مادران دارای کودک با نشانگان بالینی اختلال وسواسی جبری. *مجله دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی*. ۱۸ (۳): ۳۳۲-۳۲۱

محمدی پور، محمد، مزارعی ستوده، احمد. (۱۳۹۷). اثربخشی مداخله دلبستگی محور بر بهبود رابطه والد-کودک و کاهش نشانه‌های اضطراب جدایی در کودکان ۷ تا ۱۰ ساله، *فصلنامه علمی پژوهشی روانشناسی کاربردی*. ۲(۴۶): ۲۴۲-۲۲۳.

محمودعلیلو، مجید، و یادگاری، ندا، و حق نظری، فرزین، و پورشریفی، حمید، و هاشمی نصرت آباد، تورج. (۱۳۹۲). تاثیر درمان شناختی-رفتاری خانواده محور در کاهش اضطراب کودکان مبتلا به اختلالات اضطرابی. *مشاوره کاربردی*. ۳(۱): ۱۹-۳۴.

نادعلی، حسین، بشارت، محمدعلی، رستمی، رضا، و بهرامی احسان، هادی. (۱۳۹۵). اثربخشی مداخله دلبستگی محور مادر-کودک بر افزایش ایمنی دلبستگی کودکان پیش دبستانی. *فصلنامه روانشناسی تحولی: روانشناسان ایرانی*. ۱۲(۴): ۳۵۴-۳۴۳.

References

- Ahmadizadeh, R., Zenoozian, S., Rezaei, M., Mohammadi, J., & Motahhari, Z. (2022). Effect of Child-Parent Relationship Therapy on the Severity of Separation Anxiety Disorder in Children: A Clinical Trial with a Parallel Groups Study Design. *Preventive Care in Nursing & Midwifery Journal*, 12(1), 20-28.
- Bertelsen, T. B., Himle, J. A., & Håland, Å. T. (2022). Bidirectional Relationship Between Family Accommodation and Youth Anxiety During Cognitive-Behavioral Treatment. *Child psychiatry and human development*, 10.1007/s10578-021-01304-5. Advance online publication. <https://doi.org/10.1007/s10578-021-01304-5>
- Colonesi, C., Draijer, E. M., Jan JM Stams, G., Van der Bruggen, C. O., Bögels, S. M., & Noom, M. J. (2011). The relation between insecure attachment and child anxiety: A meta-analytic review. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 40(4), 630-645.
- Cooke, J. E., Racine, N., Plamondon, A., Tough, S., & Madigan, S. (2019). Maternal adverse childhood experiences, attachment style, and mental health: pathways of transmission to child behavior problems. *Child abuse & neglect*, 93, 27-37.
- Corcoran, M., & McNulty, M. (2018). Examining the role of attachment in the relationship between childhood adversity, psychological distress and subjective well-being. *Child abuse & neglect*, 76, 297-309.
- De Barros, P. M. F., Polga, N., Szejko, N., Miguel, E. C., Leckman, J. F., Silverman, W. K., & Lebowitz, E. R. (2020). Family accommodation mediates the impact of childhood anxiety on functional impairment. *Journal of anxiety disorders*, 76, 102318.
- Driscoll, K., Schonberg, M., Stark, M. F., Carter, A. S., & Hirshfeld-Becker, D. (2020). Family-centered cognitive behavioral therapy for anxiety in very young children with autism spectrum disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 50(11), 3905-3920.
- Evans, R., Hill, C., O'Brien, D., & Creswell, C. (2019). Evaluation of a group format of cognitive behavioural therapy for child anxiety in

- rttt i llllll rrttt i::: piltt imll emttt tt i tyy. *Child and Adolescent Mental Health*, 24(1), 36-43.
- Forslund, T., & Duschinsky, R. (Eds.). (2021). *Attachment theory and research: A reader*. John Wiley & Sons.
- Giani, L., Caputi, M., Forresi, B., Micheline, G., & Scaini, S. (2021). Evaluation of cognitive-behavioral therapy efficacy in the treatment of separation anxiety disorder in childhood and adolescence: a systematic review of randomized controlled trials. *International Journal of Cognitive Therapy*, 1-24.
- Gr A M Frrr R P. v IJrrrrrr rrr H Brrr mss Krrrrrrr rrr & Rii mm G I (111)) Attmmntt i t rrr ly lif rrr ee: ee t llll yti vvi rrr its role in socioemotional development. *Child Development Perspectives*, 11(1), 70-76.
- Koen, N., & Stein, D.(2022). Pharmacotherapy of anxiety disorders: a critical review. *Journal of dialogues in clinical neuroscience, published online*: 423-437.
- Lebowitz, E. R., Marin, C., Martino, A., Shimshoni, Y., & Silverman, W. K. (2020). Parent-based treatment as efficacious as cognitive-behavioral therapy for childhood anxiety: A randomized noninferiority study of supportive parenting for anxious childhood emotions. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 59(3), 362-372.
- Lebowitz, E. R., Marin, C., Martino, A., Shimshoni, Y., & Silverman, W. K. (2020). Parent-based treatment as efficacious as cognitive-behavioral therapy for childhood anxiety: A randomized noninferiority study of supportive parenting for anxious childhood emotions. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 59(3), 362-372.
- Madigan, S., Brumariu, L. E., Villani, V., Atkinson, L., & Lyons-Ruth, K. (2016). Representational and questionnaire measures of attachment: A meta-analysis of relations to child internalizing and externalizing problems. *Psychological bulletin*, 142(4), 367.
- McGuire, J. F., & Storch, E. A. (2019). An inhibitory learning approach to cognitive-behavioral therapy for children and adolescents. *Cognitive and behavioral practice*, 26(1), 214-224.
- Otte, C. (2022). Cognitive behavioral therapy in anxiety disorders: current state of the evidence. *Dialogues in clinical neuroscience*. 13:4, 413-421,
- Perihan, C., Burke, M., Bowman-Perrott, L., Bicer, A., Gallup, J., Thompson, J., & Sallese, M. (2020). Effects of cognitive behavioral therapy for reducing anxiety in children with high functioning ASD: a systematic review and meta-analysis. *Journal of autism and developmental disorders*, 50(6), 1958-1972.
- Peris, T. S., Thamrin, H., & Rozenman, M. S. (2021). Family intervention for child and adolescent anxiety: a meta-analytic review of therapy targets, techniques, and outcomes. *Journal of Affective Disorders*, 286, 282-295.
- Salvari eeee C Gll ,, ,, ,Y,, B. H&&R&RrKkkkkkkk(222)) Cii lrr ''' s Perspectives of an Enhanced Cognitive-Behavioral Treatment for Child-Parent Dyads with Anxiety Disorders. *Cognitive and Behavioral Practice*.
- Spruit, A., Goos, L., Weenink, N., Rodenburg, R., Niemeyer, H., Stams, G. J., & Colonnaesi, C. (2020). The relation between attachment and depression in children and adolescents: A multilevel meta-analysis. *Clinical child and family psychology review*, 23, 54-69.
- Spruit, A., Goos, L., Weenink, N., Rodenburg, R., Niemeyer, H., Stams, G. J., & Colonnaesi, C. (2020). The relation between attachment and depression in children and adolescents: A multilevel meta-analysis. *Clinical child and family psychology review*, 23(1), 54-69.
- Sroufe, L. A. (1997). Psychopathology as an outcome of development. *Development and psychopathology*, 9(2), 251-268.

- Wergeland, G. J. H., Riise, E. N., & Öst, L. G. (2021). Cognitive behavior therapy for internalizing disorders in children and adolescents in routine clinical care: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 83, 101918.
- Wolgensinger, L. (2022). Cognitive behavioral group therapy for anxiety: recent developments. *Dialogues in clinical neuroscience*.
- Wood, J. J. (2006). Parental intrusiveness in anxiety disorder: A meta-analysis of the literature. *Child psychiatry and human development*, 37(1), 73-87.

پرسشنامه اضطراب کودکان (فرم والدین)

پرسشنامه	هرگز	گاهی اوقات	اغلب	همیشه
۱. کودک من درباره همه چیز نگران است.	۱	۲	۳	۴
۲. کودک من از تاریکی می ترسد.	۱	۲	۳	۴
۳. هر موقع کودک من مشکلی دارد احساس عجیبی در دلش پیدا می کند.	۱	۲	۳	۴
۴. کودک من احساس ترس می کند.	۱	۲	۳	۴
۵. کودک من از تنها ماندن در خانه احساس ترس می کند.	۱	۲	۳	۴
۶. کودک من از امتحان دادن می ترسد.	۱	۲	۳	۴
۷. کودک من موقعی که مجبور است از حمام یا توالت عمومی استفاده کند، می ترسد.	۱	۲	۳	۴
۸. کودک من زمانی که از من یا ما دور می شود، نگران می گردد [می شود].	۱	۲	۳	۴
۹. کودک من می ترسد رفتارش به گونه ای باشد که مردم مسخره اش کنند.	۱	۲	۳	۴
۱۰. کودک من نگران است که کارهای مدرسه اش را بد انجام بدهد [دهد].	۱	۲	۳	۴
۱۱. کودک من نگران است که اتفاق بدی برای یکی از اعضای خانواده بیفتد [بیفتد].	۱	۲	۳	۴
۱۲. کودک من احساس می کند که انگار نمی تواند نفس بکشد بدون آن که دلیلی وجود داشته باشد.	۱	۲	۳	۴
۱۳. کودک من مجبور است همه چیز را به طور دائم کنترل کند که درست انجام داده باشد. (برای مثال چراغ را خاموش و یا در را بسته باشد).	۱	۲	۳	۴
۱۴. کودک من از تنها خوابیدن می ترسد.	۱	۲	۳	۴
۱۵. کودک من سختش است که صبح ها به مدرسه برود چون اعضایش ناراحت است و احساس ترس می کند.	۱	۲	۳	۴
۱۶. کودک من از سگ می ترسد.	۱	۲	۳	۴
۱۷. به نظر نمی رسد که افکار بد و بچگانه از سر کودک من بیرون بیاید.	۱	۲	۳	۴
۱۸. کودک من وقتی که مشکلی دارد، از این که قلبش تند می زند، شکایت می کند.	۱	۲	۳	۴
۱۹. کودک من ناگهان بدون هیچ دلیلی شروع به لرزش می کند.	۱	۲	۳	۴
۲۰. کودک من نگران است که اتفاق بدی برایش بیفتد [بیفتد].	۱	۲	۳	۴
۲۱. کودک من از رفتن به دکتر یا دندانپزشک می ترسد.	۱	۲	۳	۴
۲۲. کودک من هر موقع مشکلی داشته باشد، احساس بی ثباتی می کند.	۱	۲	۳	۴
۲۳. کودک من از مکان های مرتفع، جاهای بلند و ارتفاعات (برای مثال بالای صخره) می ترسد.	۱	۲	۳	۴
۲۴. کودک من مجبور است افکار خاصی بکند (مثل اعداد یا کلمات) تا از اتفاق های بد جلوگیری کند.	۱	۲	۳	۴
۲۵. کودک من از مسافرت با ماشین یا قطار یا اتوبوس می ترسد.	۱	۲	۳	۴
۲۶. کودک من نگران است که دیگران راجع به او چه فکر می کنند.	۱	۲	۳	۴
۲۷. کودک من از جاهای شلوغ می ترسد. (مانند مراکز خرید، سینما، اتوبوس، زمین بازی)	۱	۲	۳	۴

۴	۳	۲	۱	۲۸. کودک من ناگهان بدون دلیل احساس ترس می کند.
۴	۳	۲	۱	۲۹. کودک من از عنکبوت یا حشرات می ترسد.
۴	۳	۲	۱	۳۰. کودک من به هیچ دلیلی احساس غش و سرگیجه می کند.
۴	۳	۲	۱	۳۱. کودک من از صحبت کردن در کلاس درس و مقابل سایر دانش آموزان می ترسد.
۴	۳	۲	۱	۳۲. کودک من از این که قلبش به طور ناگهانی و بدون هیچ دلیلی شروع به تپش می کند، شکایت دارد.
۴	۳	۲	۱	۳۳. کودک من نگران است که احساس ترس بکند بدون آن که هیچ دلیل وجود داشته باشد.
۴	۳	۲	۱	۳۴. کودک من از این که در جاهای کوچک و بسته باشد، می ترسد. (مثل تونل ها یا اتاق های کوچک)
۴	۳	۲	۱	۳۵. کودک من احساس اجبار می کند که بعضی کارها را به طور تکراری انجام دهد. (مثل شستن دست هایش و یا تمیز کردن یا قرار دادن چیزها به ترتیب خاص)
۴	۳	۲	۱	۳۶. افکار یا تصاویر بچگانه در ذهن کودک من او را آزار می دهد.
۴	۳	۲	۱	۳۷. کودک من احساس اجبار می کند چیزهایی را به شیوه ای کاملاً درست انجام دهد تا اتفاق بدی برایش نیفتد [نیفتد].
۴	۳	۲	۱	۳۸. کودک من اگر مجبور شود در طول شب از خانه دور شود، احساس ترس می کند.
۴	۳	۲	۱	۳۹. آیا چیز دیگری هست که بچه شما از آن بترسد؟ (لطفا بنویسید که آن چیست و هر چند وقت یکبار از آن می ترسد؟)

پرسشنامه اضطراب جدایی (نسخه والدین)

ردیف	سؤال ها	۱	۲	۳	۴	همیشه بیشتر اوقات	همیشه
۱	آیا لازم است شبها در اتاق خواب کودکتان بمانید تا او به خواب رود؟	۱	۲	۳	۴		
۲	آیا کودکتان در مهدکودک/ پیش دبستانی به خاطر این که احساس مریض بودن می کند، پرستار یا مربی خاصی را ملاقات می کند؟	۱	۲	۳	۴		
۳	آیا کودکتان از نگرانی هایش در مورد این که بعد از مهدکودک/ پیش دبستانی، مهمانی و ... دیر به دنبالش بروید، صحبت می کند؟	۱	۲	۳	۴		
۴	آیا کودکتان از این که در خانه با یک پرستار تنها بماند، می ترسد؟	۱	۲	۳	۴		
۵	آیا شما، یکی از اعضای خانواده، خویشاوندان نزدیک و یا یکی از دوستانتان، تجربه تصادف جدی داشته اید؟	۱	۲	۳	۴		
۶	آیا لازم است به کودکتان قول بدهید که برای برگرداندن او از یک جشن تولد، بازی و ...، حتماً به موقع دنبال او خواهید رفت؟	۱	۲	۳	۴		
۷	آیا کودک شما از این که در اتاق نشیمن تنها باشد، می ترسد؟	۱	۲	۳	۴		
۸	آیا زمانی که کودکتان احساس مریض بودن می کند، از رفتن به مهدکودک/ پیش دبستانی می ترسد؟	۱	۲	۳	۴		
۹	آیا کودکتان از نگرانی هایش در مورد این که در کشور بمب گذاری شود، حرف می زند؟	۱	۲	۳	۴		
۱۰	آیا لازم است به کودکتان قول دهید که در خانه می مانید تا او به یک جشن تولد، بازی و ... برود؟	۱	۲	۳	۴		
۱۱	آیا شما، یکی از اعضای خانواده، خویشاوندان نزدیک و یا یکی از دوستانتان، یک بیماری جدی داشته اید؟	۱	۲	۳	۴		
۱۲	آیا کودکتان از این که برای بازی به خانه یک دوست جدید برود، می ترسد؟	۱	۲	۳	۴		
۱۳	آیا کودکتان از این که شبها تنها بخوابد، می ترسد؟	۱	۲	۳	۴		
۱۴	آیا کودکتان در مورد حوادث و بلایای طبیعی مانند طوفان یا سیل، به صورت کلامی ابراز نگرانی می کند؟	۱	۲	۳	۴		
۱۵	آیا لازم است همراه کودکتان بمانید تا او بتواند به یک جشن تولد، بازی و ... برود؟	۱	۲	۳	۴		
۱۶	آیا در همسایگی شما، از خانه ای دزدی شده است؟	۱	۲	۳	۴		
۱۷	آیا کودکتان به خاطر این که احساس مریض بودن می کند، از رفتن به محوطه بازی می ترسد؟	۱	۲	۳	۴		
۱۸	آیا کودکتان برای این که بتواند همراه پرستار بماند، مرتب با شما تماس می گیرد؟	۱	۲	۳	۴		
۱۹	آیا کودکتان در خانه به دنبال شما راه می افتد؟	۱	۲	۳	۴		
۲۰	آیا کودکتان از این که با اتوبوس به مهدکودک/ پیش دبستانی یا اردو برود، می ترسد؟	۱	۲	۳	۴		
۲۱	آیا کودکتان از نگرانی هایش در مورد این که اتفاقات بدی برای او خواهد افتاد، حرف می زند؟	۱	۲	۳	۴		
۲۲	آیا کودکتان برای این که تمام طول شب را بتواند بخوابد، شمارا صدا می زند تا در کنارش باشید؟	۱	۲	۳	۴		

۴	۳	۲	۱	آیا کودکان در مورد رخ دادن اتفاقات بد برای افراد دیگر، چیزهایی را دیده یا شنیده است؟	۲۳
۴	۳	۲	۱	آیا کودکان از این‌که در حمام به تنهایی مسواک بزنند یا حمام کنند (دوش بگیرند)، می‌ترسد؟	۲۴
۴	۳	۲	۱	آیا کودکان از این‌که به همراه یک پرستار کودک در خانه تنها بمانند تا شما بیرون از خانه کاری را انجام دهید و برگردید، می‌ترسد؟	۲۵
۴	۳	۲	۱	آیا کودکان در مورد این‌که اتفاقات بدی برای شما بیفتد، به صورت کلامی ابراز نگرانی می‌کند؟	۲۶
۴	۳	۲	۱	آیا کودکان به خاطر این‌که ممکن است بالا بیاورد، از ناهار خوردن در مهدکودک/پیش‌دبستانی، می‌ترسد؟	۲۷
۴	۳	۲	۱	آیا کودکان برای این‌که بتواند شب‌ها بخوابد، به چراغ خواب، رادیو یا تلویزیون نیاز دارد؟	۲۸
۴	۳	۲	۱	آیا تا به حال یکی از اعضای خانواده، دوستان یا مربیان کودکان در یک بلای طبیعی مانند طوفان یا سیل، آسیب دیده است؟	۲۹
۴	۳	۲	۱	آیا کودکان از این‌که در طول روز در اتاقش تنها باشد، می‌ترسد؟	۳۰
۴	۳	۲	۱	آیا کودکان از ترس این‌که بالا بیاورد، از خوردن صبحانه در خانه می‌ترسد؟	۳۱
۴	۳	۲	۱	آیا کودکان برای این‌که بتواند به مهدکودک/پیش‌دبستانی برود یا در آنجا بماند، به کمک یک پرستار یا مربی خاص نیاز دارد؟	۳۲
۴	۳	۲	۱	آیا کودکان از این‌که او را در خانه بهترین دوستش برای بازی بگذارید، می‌ترسد؟	۳۳
				آیا کودکان برای این‌که احساس امنیت کند، به هنگام ترک خانه به یک پتو یا اسباب‌بازی خاص نیاز دارد؟	۳۴



Comparison of Efficacy of Family Cognitive–Behavioral Therapy (FCBT) and Mother - Child Attachment Intervention in Separation Anxiety Disorder in Children between 7-12 years old

Sahel. Gerami¹, Parvaneh. Ghodsi^{*2}, Parvaneh. MohammadKhani³ & Sadegh. Taghiloo⁴

Abstract

Aim: The purpose of this study was to compare and evaluate the effectiveness of Family Cognitive–Behavioral Therapy (FCBT) and Mother - Child Attachment Intervention in Separation Anxiety Disorder in Children Between 7-12 years old.

Methods: The method of this semi-experimental study was a pre-test-post-test type with a control group and a three-month follow-up. For this purpose, 36 children with separation anxiety disorder were selected by purposive sampling and were divided into three groups of 12 people. The first group of cognitive behavioral therapy based on the family of Kendall and Hetke (2006) and the adapted Goala of Barrett et al. (1996), the second course of mother-child attachment intervention Pernell (2004) and King Newnham (2008) in eight sessions of 60 minutes. and the control group did not receive any intervention. The measurement tools of this research included the semi-structured diagnostic interview of mood disorders and schizophrenia for children and adolescents by Archvalta, Folioux, and Martinez (2006), the separation anxiety scale (parent form) by Han, Hajinlian, and Isen (2003). The data were analyzed using mixed variance analysis with repeated measurement and Ben Feroni's post hoc test. **Results:** The findings show that family-oriented cognitive-behavioral therapy has been more effective in reducing children's separation anxiety compared (F=19.68, P=0.001) to mother-child attachment intervention (P<0.05).

Conclusion: The results of the present study show that the therapeutic methods used can be effective in the treatment of separation anxiety disorder by psychologists and psychiatrists.

Keywords: separation anxiety, Family Cognitive–Behavioral Therapy, attachment-oriented.

1. PhD student in Department of Psychology, Central Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran

2. ***Corresponding Author:** Assistant Professor, Department of Psychology, Faculty of Psychology, Central Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran
Email: elham_ghodsi@yahoo.com

3. Professor, Department of Psychology, Faculty of Psychology, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran

4. Assistant Professor, Department of Psychology, Faculty of Psychology, Astara Branch, Islamic Azad University, Gilan, Iran