

# اثربخشی درمانگری شناختی-رفتاری مبتنی بر برنامه مقابله‌ای کندال بر اختلال‌های اضطرابی: یک روی‌آورد فراتشخیصی

## The Effectiveness of Cognitive Behavior Treatment Based on Kendall's Coping Program on Anxiety Disorders: A Transdiagnostic Approach

**Firouzeh Zarghami**  
MA in Clinical Psychology

**Lila Heydarinasab, PhD**  
Shahed University

**لیلا حیدری‌نسب**  
استادیار دانشگاه شاهد

**فیروزه ضرغامی**  
کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی

**Mohamad Reza Shairi, PhD**  
Shahed University

**Zahra Shahrivar, MD**  
Tehran University of  
Medical Science

**زهرا شه‌ریور**  
دانشیار دانشگاه علوم پزشکی تهران

**محمد رضا شعیری**  
دانشیار دانشگاه شاهد

### چکیده

پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی درمانگری شناختی-رفتاری مبتنی بر برنامه مقابله‌ای کندال بر کاهش برخی از نشانگان همراه در کودکان ۸ تا ۱۰ ساله ایرانی مبتلا به اضطراب صورت گرفته است. این پژوهش، بر اساس یک طرح شبه‌تجربی پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه انجام شده است. نمونه پژوهش شامل ۲۰ کودک ۸ تا ۱۰ ساله با تشخیص یک یا چند مورد از اختلال‌های اضطراب فراگیر، اضطراب جدایی یا اضطراب اجتماعی است که با روش نمونه‌برداری در دسترس هدفمند انتخاب شدند و به طور تصادفی در دو گروه ۱۰ نفری (گروه درمانگری و گروه گواه) جایگزین شدند. مداخله درمانگری مبتنی بر برنامه شناختی-رفتاری انفرادی مقابله‌ای کندال به مدت ۱۶ جلسه برای شرکت‌کنندگان گروه درمانگری اجرا شد. داده‌های پژوهش با استفاده از فهرست مشکلات رفتاری کودک (CBCL؛ آشنباخ، ۱۹۹۱) گردآوری و از طریق آزمون من‌ویتنی و آزمون فریدمن مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. نتایج نشان داد درمانگری شناختی-رفتاری مقابله‌ای کندال، برخی نشانگان درونی‌سازی و برونی‌سازی را در گروه درمانگری در مقایسه با گروه گواه به طور معناداری کاهش داده که در پیگیری‌های یک و نیم ماهه و سه ماهه نیز تداوم داشته است. با استفاده از نتایج پژوهش حاضر می‌توان نتیجه گرفت درمانگری شناختی رفتاری-مقابله‌ای کندال علاوه بر کاهش نشانگان درونی‌سازی، نشانگان برونی‌سازی کودکان ۸ تا ۱۰ ساله ایرانی مبتلا به اضطراب را نیز کاهش داده است.

**واژه‌های کلیدی:** درمانگری شناختی-رفتاری، برنامه مقابله‌ای کندال، اضطراب، نشانگان درونی‌سازی شده، نشانگان برونی‌سازی شده

### Abstract

The aim of this study was to investigate the efficacy of cognitive behavioral treatment based on Kendall's Coping Program on reduction of some co-occurrence symptoms among 8-10 years old children with anxiety. The study design was quasi-experimental with pretest-posttest control group. The sample consisted of 20 children 8 to 10 year-old with diagnoses of generalized anxiety disorder, separation anxiety disorder and/or social anxiety disorder. The participants were selected using goal directed sampling and assigned randomly into two groups (cognitive behavioral treatment and waiting list group). The experimental group received 16 sessions of cognitive behavioral treatment based on Kendall's Coping Program. The data were gathered by the Child Behavior Checklist (CBCL; Achenbach, 1991). The Mann-Whitney U and Friedman test were used to analyze the data. The results indicated that cognitive behavioral treatment based on Kendall's Coping Program reduced significantly some of the internalized and externalized symptoms in experimental group compared with the waiting list group. The results were maintained at 1/5 and 3 months follow up. The findings suggested that the cognitive behavioral treatment based on Kendall's Coping Program also reduced externalized symptoms of Iranian 8-10 year-old children in addition to reducing internalized symptoms.

**Keywords:** cognitive behavioral therapy, Kendall's Coping Program, anxiety, internalizing symptom, externalizing symptom

received: 30 September 2014

accepted: 1 December 2014

دریافت: ۹۳/۱۰/۸

پذیرش: ۹۳/۱۲/۱۰

Contact information: Firouzeh\_zarghami@yahoo.com

## مقدمه

که احتمال رخداد همزمان آنها بیشتر است. برای ارزیابی این دو مقیاس و زیرمجموعه‌های هر کدام می‌توان از آزمون‌های نظام مشکل‌های رفتاری کودک<sup>۱۶</sup> و فرم گزارش معلم<sup>۱۷</sup> که توسط آشنیباخ طراحی شده، استفاده کرد (کندال و دیگران، ۱۹۹۸). بر اساس این تقسیم‌بندی، اختلال‌های برونی‌سازی ماهیت بیرون‌فردی دارند یعنی شامل الگوهای رفتاری سازش‌نیافته‌ای هستند که در تعارض با افراد و انتظارات آنها قرار می‌گیرند. از این رو بیش از آنکه بر خود فرد اثر گذارند، منجر به ایجاد مشکل برای دیگران خواهند شد (آشنیباخ، ۲۰۰۹). این اختلال‌ها شامل رفتارهای ضداجتماعی و تضادورزانه است که به سه گروه نشانگان نارسایی توجه/فزون‌کنشی، رفتارهای مقابله‌جویانه<sup>۱۸</sup> و رفتارهای ضداجتماعی<sup>۱۹</sup> تقسیم می‌شوند (آشنیباخ، ۲۰۰۹؛ بیات، ۱۳۸۷). اختلال‌های درونی‌سازی ماهیت درون‌فردی دارند یعنی تظاهر نشانه‌های بیماری بیش از آنکه برای اطرافیان آزاردهنده باشد، برای کودک ناراحت‌کننده است. این اختلال‌ها به سه گروه نشانگان اضطراب، افسردگی و جسمانی‌سازی تقسیم می‌شوند (آشنیباخ، ۲۰۰۹).

سیر مزمن اختلال‌های اضطرابی و همبودی آنها با اختلال‌های دیگر، منجر به تداوم آنها در خلال تحول خواهد شد و ضمن ایجاد آثار درازمدت بر عملکرد رفتاری، شناختی، هیجانی و جسمانی کودک، زمینه بروز اختلال‌هایی همچون افسردگی، مصرف مواد، افسردگی اساسی و اقدام به خودکشی را در بزرگسالی افزایش می‌دهد. بنابراین با توجه به پیامدهای درازمدت، اهمیت تشخیص و لزوم مداخله درمانی در دوره کودکی و نوجوانی اجتناب‌ناپذیر است (جیمز، سولر و وترال، ۲۰۰۷؛ مارتین و ولکمار، ۲۰۰۷). از این رو باید به دنبال درمانگری‌هایی باشیم که افزون بر کاهش نشانه‌های اضطراب، بر کاهش سایر نشانه‌های همراه از قبیل اختلال‌های درونی‌سازی و برونی‌سازی نیز مؤثر باشند.

اگرچه نتایج اکثر پژوهش‌ها نشان می‌دهند که مداخله‌های درمانگری به ویژه شناختی-رفتاری اختصاصی برای اختلال‌های

ترس و اضطراب واکنشی طبیعی در مقابل خطر است و در سیر تحول کودکان، بخشی از تحول به‌شمار می‌آید، اما زمانی که سطح آشفتگی نسبت به همسالان بیشتر باشد و باعث پریشانی غیرقابل مهار در کودک شود، ناپه‌نچار تلقی شده و با عنوان اختلال اضطرابی شناخته می‌شود (مارتین و ولکمار، ۲۰۰۷؛ مور و میجرز، ۲۰۰۹). اختلال‌های اضطرابی از شایع‌ترین اختلال‌های روان‌شناختی در دوره کودکی و نوجوانی است و شیوع آن در افراد زیر ۱۸ سال بین ۸/۳ درصد تا ۲۷ درصد است (سادوک و سادوک، ۲۰۰۷؛ کلیکلو و کای، ۲۰۰۵). شایع‌ترین اختلال‌های اضطرابی در کودکان، هراس، اضطراب تعمیم‌یافته<sup>۱</sup>، هراس اجتماعی<sup>۲</sup> و اضطراب جدایی<sup>۳</sup> (گینزبورگ و نیومن، ۲۰۰۷) است. اختلال‌های اضطرابی هم‌پوشی زیادی با سایر اختلال‌ها دارند و عدم توجه به اختلال‌های همراه، فرایند درمانگری را با مشکل و حتی شکست مواجه می‌کند. بیشترین اختلال‌های همراه، مشتمل بر نارسایی توجه/فزون‌کنشی<sup>۴</sup> (۱۰/۰۴)، رفتار مقابله‌جویانه<sup>۵</sup> (۹/۴۳)، اختلال وسواس بی‌اختیاری<sup>۶</sup> (۸/۶۱)، ادرار بی‌اختیاری<sup>۷</sup> (۲/۸۷)، تیک<sup>۸</sup> (۲/۶۶)، خموشی انتخابی<sup>۹</sup> (۲/۲۵)، کژخویی<sup>۱۰</sup> (۲/۰۵)، تینیدگی پس‌ضربه‌ای<sup>۱۱</sup> (۱/۸۴)، هراس (۱/۶۴)، افسردگی اساسی<sup>۱۲</sup> (۱/۲۳)، اختلال فراگیر تحولی<sup>۱۳</sup> (۱/۰۲)، اختلال یادگیری<sup>۱۴</sup> (۰/۸۲) و وحشت شبانه<sup>۱۵</sup> (۰/۶۱) هستند (کندال و فلانری-اسکرودر، ۱۹۹۸؛ کندال و دیگران، ۲۰۱۰). با توجه به این آمار ضرورت به‌کارگیری روی‌آوردی که به طور همزمان نشانه‌های اصلی اختلال و نشانه‌های همراه آن را کاهش دهند، در پیشبرد هدف‌های درمانگری مزایای فراوانی دارند.

برای دسته‌بندی و تعیین شدت هر یک از نشانگان همراه، آشنیباخ (۲۰۰۹) با استفاده از فنون تحلیل عاملی به ابعادی از اختلال‌های رفتاری کودکان دست یافت که آنها را تحت عنوان اختلال‌های درونی‌سازی و برونی‌سازی نام‌گذاری کرد. این دو مقیاس بزرگ، هر یک دربرگیرنده مجموعه‌ای از رفتارها هستند

1. generalized anxiety disorder
2. social phobia
3. separation anxiety disorder
4. Attention Deficit/Hyperactivity Disorder
5. Oppositional Defiant Disorder
6. Obsessive Compulsive Disorder
7. enuresis

8. tic
9. selective mutism
10. dysthymia
11. Posttraumatic Stress Disorder
12. major depression
13. pervasive developmental disorder
14. learning disorder

15. night terror
16. Child Behavior Checklist (CBCL)
17. Teacher's Report Form (TRF)
18. oppositional behavior
19. conduct behavior

نتایج اکثر پژوهش‌ها از اثربخشی درمانگری شناختی-رفتاری مبتنی بر برنامه مقابله‌ای کندال در بهبود نشانه‌های اختلال‌های درونی‌سازی به ویژه اضطراب کودکان و نوجوانان حمایت می‌کنند. افزون بر پاسخ مثبت به درمانگری، اثربخشی درازمدت آن (پیگیری ۶ساله) نیز تأیید شده است (الکینز، مک‌هوگ، سانتاچی و بارلو، ۲۰۱۱؛ بارت، ددز و رپی، ۱۹۹۶؛ تولین، ۲۰۱۰؛ ادموند، اونیل و کندال، ۲۰۱۱؛ فلانری-شرودر و کندال، ۲۰۰۰؛ کندال، ۱۹۹۴؛ کندال، گوسچ، فور و سود، ۲۰۰۸؛ کندال و دیگران، ۱۹۹۷؛ ماناسیس و دیگران، ۲۰۰۲؛ نایوتا، اسکولینگ، امل کمپ و میندرا، ۲۰۰۳؛ والکاپ و دیگران، ۲۰۰۸). تاکنون در خصوص اثربخشی درمانگری شناختی-رفتاری مبتنی بر برنامه مقابله‌ای کندال بر کاهش نشانه‌های اختلال‌های برون‌سازی در کودکان مبتلا به اختلال اضطرابی پژوهشی انجام نشده است. هرچند پژوهش‌هایی که مؤید اثربخشی روی آورد شناختی-رفتاری بر اختلال‌های برون‌سازی هستند از برنامه‌های درمانگری متناسب با نشانه‌های این اختلال‌ها استفاده کرده‌اند (لوچمن، پاول، باکس‌میر و جیمز-کامارگو، ۲۰۱۱؛ یحیی‌محمودی، ناصح، صالحی و تیزدست، ۱۳۹۲).

در بسیاری از پژوهش‌های مرتبط با اثربخشی روی آورد شناختی-رفتاری بر کاهش اضطراب، از برنامه مقابله‌ای کندال استفاده شده است (ادموندز و دیگران، ۲۰۱۱؛ پادل، مخایل، ادموندز، کونر و کندال، ۲۰۱۰؛ گراهام، ۲۰۰۵). برنامه درمانگری مقابله‌ای کندال اولین برنامه گام به گام منسجمی است که بر اساس روی آورد شناختی-رفتاری در کاهش اضطراب جدایی، اضطراب فراگیر و اضطراب اجتماعی کودکان و نوجوانان تدوین شده است (کندال، ۱۹۹۴). چند کاربردی تصادفی بالینی<sup>۲</sup> در فیلادلفیا و پنسیلوانیا از اثربخشی برنامه مقابله‌ای کندال در کاهش نشانه‌های اضطرابی حمایت کرده‌اند. نخستین کاربردی تصادفی بالینی در مورد ۴۷ کودک ۹ تا ۱۳ ساله مبتلا به اختلال‌های اضطرابی با نرخ بهبودی ۶۴ درصد در گروه درمانگری شناختی-رفتاری نسبت به گروه کنترل (۵ درصد) و تأیید اثر درمانگری در یک پیگیری سه‌ماهه بود (کندال، ۱۹۹۴). دومین کاربردی تصادفی بالینی در مورد ۹۴

درونی‌سازی و برون‌سازی از کارایی لازم برخوردار هستند (فارمر، کامپتون، برنز و رابرتسون، ۲۰۰۲) اما بحث همبودی این اختلال‌ها، درمانگری‌های شناختی-رفتاری اختصاصی را با مشکلاتی به لحاظ کاربردی و بالینی مواجه کرده است. بنابراین با توجه به این چالش‌ها، استفاده از پروتکل‌های شناختی-رفتاری اختصاصی، به دلایل مختلف مقرون به صرفه نیست (جیمز و دیگران، ۲۰۰۷)، مگر با توجه به اهمیت همبودی در سطح نظری و در سطح کاربردی، راهکارهایی مد نظر قرار داده شوند. درمانگری‌های فراتشخیصی<sup>۱</sup> در تدوین این پروتکل درمانگری پیشگام هستند. این شیوه درمانگری ابتدا برای اختلال‌های هیجانی هم‌آیند در بزرگسالان مطرح شد و امروزه نتایج اکثر پژوهش‌ها اثربخشی این روی آورد درمانگری را مورد تأیید قرار می‌دهند (الارد، فایرهولم، بویسو، فارچین و بارلو، ۲۰۱۰؛ فارچیونو و دیگران، ۲۰۱۲). شکل‌گیری روی آورد فراتشخیصی بر اساس مفاهیم نظری و دستاوردهای تجربی مبتنی بر وجود عوامل مشترک بین اختلال‌های روان‌شناختی بوده است و عمدتاً هدف آن شناسایی عوامل علی در طیف وسیعی از اختلال‌های روان‌شناختی است. در این روی آورد سعی بر آن است تا مشکلات ناشی از همبودی نشانگان در درمانگری را از یک سو با پرداختن به وجوه مشترک این اختلال‌ها و از سوی دیگر تدوین یک پروتکل درمانگری یکپارچه برطرف سازد (ویلومسکا و دیگران، ۲۰۱۰).

طرح روی آورد فراتشخیصی و کاربرد گسترده آن در سال‌های اخیر برای درمان اختلال‌های هیجانی در بزرگسالان، متخصصان کودک و نوجوان را نیز در جهت کاربرد آن در درمانگری اختلال‌های روان‌شناختی هم‌آیند دوره کودکی و نوجوانی راغب ساخت (تیوبرت و پینکارت، ۲۰۱۱).

از بین مداخله‌های درمانی تدوین شده برای اختلال‌های درونی‌سازی و برون‌سازی، درمانگری شناختی-رفتاری مبتنی بر برنامه مقابله‌ای کندال (کندال، ۱۹۹۴؛ کندال و هتکه، ۲۰۰۶) از جمله شیوه‌های درمانگری است که پیشگام دیدگاه فراتشخیصی و همه‌جانبه‌نگر در درمان اختلال‌های همبود دوره کودکی و نوجوانی است و شکل‌گیری آن مبتنی بر مفاهیم نظری و دستاوردهای پژوهشی درخصوص وجوه مشترک اختلال‌های درونی‌سازی بوده است (سلیگمن و اولندیک، ۲۰۱۱).

شناختی-رفتاری کودک محور مقابله‌ای کندال بر کاهش نشانگان همراه در اختلال‌های درونی‌سازی، برونی‌سازی و اضطرابی در کودکان ۸ تا ۱۰ ساله ایرانی مورد بررسی قرار گیرد.

## روش

پژوهش حاضر در چارچوب یک طرح شبه‌تجربی پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه و پیگیری انجام شده است. در این طرح، درمانگری شناختی-رفتاری مبتنی بر برنامه مقابله‌ای کندال به عنوان متغیر مستقل و نشانه‌های اختلال‌های درونی‌سازی و برونی‌سازی کودکان به عنوان متغیر وابسته در نظر گرفته شده است.

جامعه آماری این پژوهش را کودکان ۸ تا ۱۰ ساله مبتلا به اختلال‌های اضطرابی (اضطراب فراگیر، اضطراب جدایی یا اضطراب اجتماعی) تشکیل می‌دادند که به مراکز درمانی شهر تهران مراجعه کرده بودند. نمونه پژوهش کودکان مبتلا به اختلال اضطرابی بودند که از طرف روان‌پزشک بیمارستان روزبه معرفی شدند. برای انتخاب نمونه از روش نمونه‌برداری در دسترس مبتنی بر هدف استفاده شد. به این صورت که از متخصصان روان‌پزشکی کودک و نوجوان بیمارستان روزبه درخواست شد کودکان ۸ تا ۱۰ ساله‌ای را که بر اساس ضوابط تشخیصی دستورالعمل بازنگری شده تشخیصی و آماری اختلال‌های روان‌پزشکی<sup>۱</sup> (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۰۰) دچار اختلال‌های اضطراب فراگیر، اضطراب جدایی یا اضطراب اجتماعی هستند و تمایل به شرکت در پژوهش دارند، معرفی کنند. طی دو ماه، تعداد ۲۹ کودک ارجاع داده شدند که در نهایت ۲۲ کودک ۸ تا ۱۰ ساله مبتلا به اختلال‌های اضطرابی که ملاک‌های ورود و خروج پژوهش را داشتند، به عنوان نمونه پژوهش انتخاب شدند و به طور تصادفی در یکی از گروه‌های درمانگری و گواه (۱۱ نفر در هر گروه) جایگزین شدند.

نتایج آزمون‌های ناپارامتریک نشان دادند بین ویژگی‌های جمعیت‌شناختی جنس ( $\chi^2=0/001$ ،  $P<0/7$ )، سن ( $Z=-0/152$ )، پایه تحصیلی ( $\chi^2=952$ ،  $P<0/621$ )، تشخیص اصلی ( $\chi^2=2/234$ ،  $P<0/525$ ) و اختلال‌های همراه ( $\chi^2=7$ )،  $P<0/321$ ) آزمودنی‌ها در دو گروه درمانگری و گواه تفاوت

کودک ۹ تا ۱۱ ساله با نرخ بهبودی ۵۳/۲ درصد در گروه درمانگری شناختی-رفتاری نسبت به گروه کنترل (۶ درصد) و تأیید اثر درمانگری در یک پیگیری ۷ ساله در ۹۱ درصد شرکت‌کنندگان بود (کندال و دیگران، ۱۹۹۷). در سومین کاربندی تصادفی بالینی با نمونه ۱۶۱ کودک ۷ تا ۱۳ ساله نیز اثربخشی این روش، تأیید شد (کندال و دیگران، ۲۰۰۸). کاربندی تصادفی بالینی دیگری نیز برای مقایسه سه روش درمانگری، در مورد ۴۸۸ کودک و نوجوان ۷ تا ۱۷ ساله در شش شهر ایالت پنسیلوانیای آمریکا انجام شد. نتایج این پژوهش درمانگری شناختی-رفتاری را با نرخ بهبودی ۵۹/۷ درصد به عنوان یک درمانگری اثربخش معرفی کرد (والک‌آپ و دیگران، ۲۰۰۸). در پژوهش‌هایی که در استرالیا (بارت و دیگران، ۱۹۹۶)، هلند (ناپوتا و دیگران، ۲۰۰۳) و چین (لاو، کوکینگ‌چان، چینگ‌هانگ‌لی و کیت‌فانگ، ۲۰۱۰) انجام شد درمانگری مقابله‌ای کندال نرخ بهبودی بالایی داشت. در ایران، الگوی درمانگری انفرادی مقابله‌ای کندال در یک طرح شبه‌تجربی با گروه گواه، در نمونه‌ای از ۲۰ کودک ۸ تا ۱۰ ساله مبتلا به اضطراب مورد بررسی قرار گرفت. بر اساس یافته‌های به دست آمده، کاهش اضطراب در کودکان از نظر آماری ( $Z=-3/335$ ،  $P<0/001$ ) و بالینی معنادار بود (ضرغامی، حیدری‌نسب، شعیری و شهرپور، زیر چاپ). در پژوهشی دیگر، درمانگری شناختی-رفتاری مقابله‌ای کندال در مورد ۳۰ دختر ۱۱ تا ۱۳ ساله مبتلا به اضطراب به کار برده شد و اثربخشی این برنامه در کاهش اضطراب دختران نوجوان ایرانی مورد تأیید قرار گرفت (بساک‌نژاد، نیازی و داوودی، ۱۳۸۹). پژوهش دادستان، طهرانی‌زاده، رسول‌زاده طباطبایی، آزادفلاح و فتحی‌آشتیانی (۱۳۹۰) نیز بر اثربخشی برنامه درمانگری کندال بر تغییر سبک‌های مقابله‌ای کودکان ایرانی مبتلا به اختلال‌های درونی‌سازی صحه گذاشت.

به هر حال اگرچه در برنامه مقابله‌ای کندال هدف ابعاد مشترک اختلال‌های اضطرابی کودکان و نوجوانان است، اما تعیین اثربخشی این نوع مداخله درمانی در فرهنگ‌ها و نژادهای مختلف کماکان نیازمند بررسی است. از این‌رو، در پژوهش حاضر سعی بر آن است اثربخشی درمانگری

معنادار وجود ندارد.

معلمی، تهرانی-دوست و علاقیندراد، ۲۰۰۸؛ غنی‌زاده، محمدی و یزدان‌شناس، ۲۰۰۶).

**نظام مشکل‌های رفتاری کودک (ASEBA)؛ آشنباخ،** (۲۰۰۹). این نظام با ۱۱۳ ماده، بخشی از نظام مبتنی بر ارزشیابی آشنباخ<sup>۴</sup> است که برای غربالگری شایع‌ترین اختلال‌های روان‌پزشکی کودکان و نوجوانان ۶ تا ۱۸ ساله تنظیم شده است. این نظام شامل سه فرم ویژه والدین، خودگزارش‌دهی نوجوان<sup>۵</sup> و گزارش معلم<sup>۶</sup> است. هر فرم از دو بخش تشکیل شده است: بخش اول یعنی صلاحیت<sup>۷</sup> به بررسی سه مقیاس فعالیت، روابط اجتماعی و پیشرفت تحصیلی می‌پردازد. بخش دوم مربوط به مشکل‌های رفتاری، خلقی و اجتماعی کودک است و بر اساس دو ملاک راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی و دیگری ملاک تحلیل عاملی نمره‌گذاری می‌شود. در نمره‌گذاری مبتنی بر راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی، شش زیرمقیاس مشکل‌های خلقی، اضطرابی، جسمانی، نارسایی توجه/فزون-کنشی، رفتارهای مقابله‌جویانه و رفتارهای ضد اجتماعی وجود دارد. سه نقطه برش این نظام عبارتند از: بالینی، مرزی و زیرآستانه بالینی. بیشترین میزان آلفای کرونباخ نسخه والدین در یک نمونه ایرانی ۰/۹۰/۰ گزارش شده که نشانگر اعتبار مناسب این ابزار برای ارزیابی مهارت‌ها و مشکل‌های رفتاری کودکان است (آشنباخ و رسکولا، ۱۳۸۴/۲۰۰۱؛ تهرانی‌دوست، شهریور، پاکباز، رضایی و احمدی، ۲۰۱۱؛ مینایی، ۱۳۸۵؛ یزدخواستی و عربی، ۱۳۹۰).

کودکان پس از انجام ارزیابی‌های اولیه به طور تصادفی در دو گروه درمانگری و گواه قرار گرفتند. پس از اجرای نظام مشکل‌های رفتاری کودک به عنوان پیش‌آزمون، گروه درمانگری در خلال ۱۶ جلسه هفتگی انفرادی تحت درمانگری شناختی-رفتاری مبتنی بر برنامه مقابله‌ای کندال قرار گرفتند.

**درمانگری شناختی-رفتاری مبتنی بر برنامه مقابله‌ای کندال (کندال، ۱۹۹۴).** این روش درمانگری برای کاهش نشانه‌های اختلال‌های اضطراب جدایی، اضطراب فراگیر و اضطراب اجتماعی طراحی شده است (کندال، ۱۹۹۴). محتوای جلسه‌ها در جدول ۱ ارائه شده است.

ملاک‌های ورود به پژوهش عبارت بودند از: تشخیص یک یا چند مورد از اختلال‌های اضطراب فراگیر، اضطراب جدایی یا اضطراب اجتماعی به تشخیص روان‌پزشک بر پایه مصاحبه تشخیصی نیمه‌ساختاریافته اختلال‌های خلقی و روان‌گسیختگی برای کودکان و نوجوانان تشخیص فعلی و در طول عمر<sup>۱</sup> و ملاک‌های خروج از پژوهش عبارت بودند از: داشتن اختلال‌های خلقی، اختلال‌های روان‌گسسته‌وار<sup>۲</sup>، تأخیر ذهنی<sup>۳</sup> و نقایص آشکار جسمی، اختلال‌های فراگیر تحولی، دریافت هر نوع مداخله درمانگری در چارچوب درمانگری‌های شناختی-رفتاری قبل از ورود به پژوهش، مصرف داروهای ضداضطراب.

لازم به ذکر است که در جلسه پنجم مداخله شناختی-رفتاری بر مبنای برنامه مقابله‌ای کندال، یک نفر از افراد گروه درمانگری به دلیل لزوم مصرف دارو از پژوهش حذف شد و یکی از آزمودنی‌های گروه گواه نیز در مرحله دوم ارزیابی شرکت نکرد و در نهایت داده‌های مربوط به ۲۰ آزمودنی (۱۰ نفر در هر گروه) به عنوان نمونه پژوهش مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. ابزار مورد استفاده در این پژوهش عبارت بودند از:

**مصاحبه تشخیصی نیمه‌ساختاریافته اختلال‌های خلقی و روان‌گسیختگی برای کودکان و نوجوانان، تشخیص فعلی و در طول عمر (K-SADS-PL)؛ انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۰۰).** این مصاحبه تشخیصی برای ارزیابی دوره‌های کنونی و پیشین آسیب‌شناسی روانی در کودکان و نوجوانان ۶ تا ۱۸ بر پایه ضوابط تشخیصی و آماری اختلال‌های روان‌پزشکی تدوین شده است (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۰۰). این مصاحبه شامل سه بخش است: در بخش اول اطلاعات کلی مانند ویژگی‌های جمعیت‌شناختی کودک، جمع‌آوری می‌شود. بخش دوم شامل پرسش‌های غربالگری و تعیین معیارهای اختلال‌های روان‌پزشکی است و بخش سوم یک ارزیابی کلی برای تعیین سطح عملکرد کودک است. روایی و اعتبار این مصاحبه برای ارزیابی و تشخیص اختلال‌های روان‌پزشکی در کودکان و نوجوانان ایرانی مورد تأیید قرار گرفته است (شهریور، کوشا،

1. Kiddie Schedule for Affective Disorder and Schizophrenia- Present and Lifetime Version
2. psychotic
3. mental retardation
4. Achenbach System of Empirically Based Assessment
5. Youth's Self-Report (YSR)
6. Teacher's Report Form (TRF)
7. competence

جدول ۱

محتوای جلسه‌های درمانگری شناختی-رفتاری مبتنی بر برنامه مقابله‌ای کندال

جلسه	محتوا
اول	برقراری ارتباط با مراجع، تعیین هدف‌های درمانگری، شناسایی موقعیت‌های اضطراب‌زا و واکنش کودک به آنها
دوم	آموزش احساس‌های مختلف، شناسایی نشانه‌های ایجادشده در موقعیت‌های اضطراب‌زا
سوم	آموزش نشانه‌های جسمانی اضطراب، شناسایی واکنش‌های جسمانی به اضطراب
چهارم	ملاقات اول با والدین به منظور افزایش مشارکت آنها در فرایند درمانگری و پاسخ به پرسش‌های احتمالی
پنجم	آموزش تنفس دیافراگمی و تنش‌زدایی <sup>۱</sup>
ششم	آشنایی با خودگویی‌ها در موقعیت‌های اضطرابی، تمایز بین خودگویی‌های اضطرابی و سازش‌یافته
هفتم	کمک به مراجع برای تبدیل خودگویی‌های اضطرابی به خودگویی‌های سازش‌یافته، آموزش مهارت حل مسئله برای مدیریت اضطراب
هشتم	آشنایی مراجع با مفهوم یاداش و آموزش نمره دادن به خود بر اساس عملکرد
نهم	ملاقات دوم با والدین، به منظور افزایش مشارکت آنها در فرایند درمانگری و پاسخ به پرسش‌ها
دهم و یازدهم	آشنایی‌سازی مراجع با منطق مواجهه، طراحی سلسله‌مراتب ترس و اجرای تمرین مواجهه در موقعیت‌های با اضطراب کم
دوازدهم و سیزدهم	اجرای تمرین مواجهه در موقعیت‌های با اضطراب متوسط
چهاردهم و پانزدهم	اجرای تمرین مواجهه در موقعیت‌های با اضطراب زیاد
شانزدهم	تمرین مواجهه در یک موقعیت اضطرابی شدید، طراحی خلاصه جلسه‌های درمانگری در قالب یک روزنامه دیواری، فیلم یا تهیه یک فیلم کوتاه توسط کودک

**یافته‌ها**

یافته‌های ارائه‌شده در جدول ۲ نشان می‌دهند تفاضل نمره‌های پیش‌آزمون و پس‌آزمون دو گروه درمانگری و گواه در متغیرهای اختلال‌های درونی‌سازی (کل)، خلقی، اضطرابی، برونی‌سازی (کل)، اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی و مشکل سلوک بر اساس اندازه‌گیری‌های سه‌گانه بر پایه آزمون من‌ویتنی معنادار است.

جدول ۳ نشان می‌دهد مقایسه میانگین نمره‌های پیش‌آزمون، پس‌آزمون، پیگیری یک و نیم ماهه و پیگیری سه ماهه گروه درمانگری با توجه به اندازه‌گیری‌های سه‌گانه بر پایه آزمون فریدمن معنادار است. در ادامه لازم است به شکل دوبه‌دو به مقایسه نتایج گروه درمانگری پرداخته شود تا مشخص شود که تفاوت‌های معنادار در کدام مرحله از مداخله درمانگری به وقوع پیوسته است. بر این اساس، جدول ۴ واریانس مقایسه دوبه‌دو اندازه‌گیری‌های پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری را با آزمون ویل کاکسون نشان می‌دهد.

افراد گروه درمانگری در چهار نوبت پیش‌آزمون، پس‌آزمون، پیگیری یک و نیم ماهه و سه ماهه نظام مشکل‌های رفتاری کودک را تکمیل کردند و گروه گواه نیز در دو نوبت پیش‌آزمون و پس‌آزمون نظام مذکور را تکمیل کردند. با توجه به لزوم شروع درمانگری برای کودکان گروه گواه، امکان اجرای پیگیری یک و نیم ماهه و سه ماهه برای آنها میسر نبود. بنابراین بلافاصله پس از ارزیابی دوم، مداخله روان‌شناختی برای آنها شروع شد.

برای تحلیل داده‌ها، از آزمون‌های ناپارامتریک برای مقایسه برخی از ویژگی‌های جمعیت‌شناختی دو گروه، مقایسه تفاضل نمره پیش‌آزمون و پس‌آزمون دو گروه، مقایسه نمره‌های پیش‌آزمون، پس‌آزمون، پیگیری یک و نیم ماهه و پیگیری سه ماهه گروه درمانگری به صورت گروهی و مقایسه دو به دو نمره پیش‌آزمون با پس‌آزمون و پیگیری یک و نیم ماهه با پیگیری سه ماهه گروه درمانگری استفاده شد.

1. relaxation

جدول ۲

میانگین و انحراف استاندارد نمره‌های پیش‌آزمون و پس‌آزمون و نتایج آزمون مان‌ویتنی به تفکیک گروه

مقیاس‌ها	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		تفاضل پیش و پس‌آزمون		مان ویتنی	Z
		SD	M	SD	M	SD	M		
اختلال‌های درونی‌سازی‌شده									
نمره کل اختلال‌های درونی‌سازی‌شده	درمانگری	۵/۴	۱۳	۳/۲	۶	۳/۱	۷	۳/۱	۹
	گواه	۵/۶	۱۴	۵/۸	۱۴/۷	۵	-۰/۶	۵	-۳/۱*
مشکل‌های خلقی	درمانگری	۳/۵	۴	۱/۹	۲/۲	۱/۸	۱/۸	۱/۸	۱۳
	گواه	۳/۲	۴/۵	۳	۵	۲	-۱/۲	۲	-۲/۸*
مشکل‌های اضطرابی	درمانگری	۲/۰۴	۸	۱/۳	۳/۱	۲/۵	۴/۲	۲/۵	۶/۵
	گواه	۱/۶۸	۸/۲	۲/۱	۷/۷	۱/۳	۰/۵	۱/۳	-۳/۳۳*
جسمانی‌سازی‌شده	درمانگری	۱/۵	۱/۲	۰/۷	۵	۰/۹۱	۰/۸	۰/۹۱	۲۹/۵
	گواه	۲/۸	۱/۳	۱/۸	۲/۱	۳	-۰/۷	۳	-۱/۶
اختلال‌های برونی‌سازی‌شده									
نمره کل اختلال‌های برونی‌سازی‌شده	درمانگری	۶/۶	۱۴/۶	۳/۹	۸/۵	۳/۵	۶	۳/۵	۸
	گواه	۶	۱۵	۵/۷	۱۷	۴/۰۵	-۰/۳	۴/۰۵	-۳/۵*
فزون‌کنشی / نارسایی توجه	درمانگری	۳/۶	۸/۲	۲/۲	۵/۲	۲/۴	۳	۲/۴	۵
	گواه	۳/۲	۱۰	۳/۴	۱۰/۵	۱/۶	-۰/۶	۱/۶	-۳/۴*
نافرمانی مقابله‌جویانه	درمانگری	۱/۳	۲/۶	۱/۴	۱/۵	۱/۲	۱	۱/۲	۳۲/۵
	گواه	۲/۲۵	۳/۲	۱/۶	۳	۱/۳	۰/۲	۱/۳	-۱/۴
سلوک	درمانگری	۳/۳	۳/۸	۱/۵	۱/۸	۲	۲	۲	۱۳
	گواه	۱/۷	۲/۴	۲/۳	۳/۵	۲/۰۷	-۱/۱	۲/۰۷	-۲/۸*

\*P<۰/۰۰۱

جدول ۳

مقایسه میانگین نمره‌های پیش‌آزمون، پس‌آزمون، پیگیری یک ماهه و سه ماهه گروه درمانگری بر اساس آزمون فریدمن

مقیاس‌ها	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری یک و نیم ماهه		پیگیری سه ماهه		χ <sup>۲</sup>
		SD	M	SD	M	SD	M	SD	M	
اختلال‌های درونی‌سازی‌شده										
خلق	درمانگری	۳/۵	۴	۲/۲	۲/۲	۲/۲۵	۲/۸	۲	۱/۹	۱۰/۳**
	درمانگری	۲/۰۴	۸	۳/۱	۳/۱	۰/۹۴	۳	۲/۲	۱/۰۳	۲۱/۴*
جسمانی‌سازی	درمانگری	۱/۵	۱/۲	۵	۵	۰/۷	۰/۵	۰/۲	۰/۴۲	۸/۷**
	درمانگری	۵/۴	۱۳	۳/۲	۶	۲/۴	۶/۳	۴/۴	۲/۷	۲۱/۸۲*
اختلال‌های برونی‌سازی‌شده										
فزون‌کنشی / نارسایی توجه	درمانگری	۳/۶	۸/۲	۵/۲	۵/۲	۱/۸	۵/۳	۵/۲	۱/۹	۱۲/۵۵*
	درمانگری	۱/۳	۲/۶	۱/۵	۱/۴	۱/۲	۲	۲/۱	۱/۴	۹/۳۴**
مشکل‌های سلوک	درمانگری	۳/۳	۳/۸	۱/۵	۱/۸	۱/۶	۲	۱/۶	۱/۶	۱۶*
	درمانگری	۶/۶	۱۴/۶	۸/۵	۳/۹	۳/۳	۹	۳/۳	۸/۳	۱۲*

\*P<۰/۰۰۱ \*\*P<۰/۰۰۵

جدول ۴

مقیاسه میانگین نمره‌های پیش آزمون-پس آزمون، پیش آزمون-پیگیری و پس آزمون-پیگیری گروه درمانگری

مقیاس‌ها	پیش آزمون- پس آزمون	پیش آزمون- پیگیری یک و نیم‌ماهه	پیش آزمون- پیگیری سه ماهه	پس آزمون- پیگیری سه ماهه
اختلال‌های درونی‌سازی شده				
مجموع زیرمقیاس‌های اختلال‌های درونی‌سازی	۲/۸**	۱/۲۳**	۱/۱۴**	۰/۸
مشکل‌های خلقی	۲/۴*	۱/۵	۲/۲*	۰/۳۵
مشکل‌های اضطرابی	۲/۸**	۲/۸*	۲/۸**	۱/۶
مشکل‌های جسمانی‌سازی	۲/۱*	۱/۶	۲/۰۶*	۱/۱۳
اختلال‌های برونی‌سازی شده				
مجموع زیرمقیاس‌های اختلال‌های برونی‌سازی	-۲/۸**	۲/۶*	۲/۳**	۰/۲
مشکل‌های فزون‌کنشی/نارسایی توجه	-۲/۸**	۲/۶*	۲**	۰/۱۲
مشکل‌های نافرمانی مقابله‌جویانه	۲/۵**	۲/۱**	۱/۱۳	۱/۳
مشکل‌های سلوک	۲/۵**	۲/۴**	۲/۳۸**	۱/۷

\*P<۰/۰۰۱ \*\*P<۰/۰۵

## بحث

مقابله‌ای کندال با چه مکانیزم‌هایی منجر به کاهش نشانگان درونی‌سازی و برونی‌سازی در کودکان می‌شود؟ قبل از پاسخ به این پرسش توجه به این نکته حائز اهمیت است که نتایج پژوهش‌های اخیر نشان می‌دهند انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی، مهم‌ترین فرایند شناختی-رفتاری مشترک در شکل‌گیری و تداوم اختلال‌های روان‌شناختی است (پادل و دیگران، ۲۰۱۰). این انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی شامل افکار تکرارشونده منفی (نگرانی، نشخوار فکری، افکار مزاحم و هر نوع افکار تکرار شونده منفی دیگر) است که هسته اصلی اختلال‌های روان‌شناختی را در کودکان، نوجوانان و بزرگسالان تشکیل می‌دهد (پادل و دیگران، ۲۰۱۰). بررسی بیش از ۵۰ پژوهش در زمینه آسیب‌شناسی شناختی در اختلال‌های هیجانی نشان می‌دهد افکار تکرارشونده منفی، عامل اصلی فراتشخیصی (عواملی که در اکثر اختلال‌های روان‌شناختی وجود دارد) بیش از ۱۳ طبقه تشخیصی از جمله اختلال‌های افسردگی، اختلال‌های اضطرابی، اختلال خواب، اختلال خوردن، اختلال سوء‌مصرف مواد و روان‌گسیختگی است (هاروی، واتکینز، منسل و شفران، ۲۰۰۴؛ نولن-هوکسما، ویسکو و لیوپرومسکی، ۲۰۰۸؛ مکاوی، ماهونی و مولدز، ۲۰۱۰؛ رایس، ۲۰۱۲). نگاهی اجمالی به محتوای درمانگری شناختی-رفتاری مقابله‌ای کندال این احتمال را مطرح می‌سازد که این مداخله درمانگری به عنوان روی‌آوردی فراتشخیصی در زمینه اختلال‌های روان‌شناختی کودکان و نوجوانان، از طریق تصویرسازی ذهنی و

پژوهش حاضر نشان داد اجرای درمانگری شناختی-رفتاری انفرادی مبتنی بر برنامه مقابله‌ای کندال در مورد کودکان ۸ تا ۱۰ ساله ایرانی مبتلا به اختلال اضطراب می‌تواند علاوه بر کاهش نشانه‌های اضطراب (ضرغامی و دیگران، زیر چاپ) برخی از نشانه‌ها یا اختلال‌های همراه را نیز کاهش دهد. در تبیین نتایج به دست آمده از یک‌سو باید اشاره کرد که یافته‌ها حاکی از اثربخشی درمانگری شناختی-رفتاری مبتنی بر برنامه مقابله‌ای کندال در کاهش نشانه‌های درونی‌سازی (اختلال‌های خلقی، اضطرابی، جسمانی‌سازی) و برونی‌سازی (اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی، نافرمانی مقابله‌جویانه و اختلال سلوک) کودکان مبتلا به اختلال‌های اضطرابی در جامعه ایرانی و تداوم اثربخشی مداخله در پیگیری‌های یک و نیم‌ماهه و سه‌ماهه است. این یافته‌ها در حوزه نشانگان درونی‌سازی با یافته‌های پژوهش والکاپ و دیگران (۲۰۰۸)، بارت و دیگران (۱۹۹۶)، کندال (۱۹۹۴)، کندال و دیگران (۱۹۹۷)، فلانری-شرودر و دیگران (۲۰۰۰)، ماناسیس و دیگران (۲۰۰۲)، نایوتا و دیگران (۲۰۰۳) و کندال و دیگران (۲۰۰۸) همسو است. اما نتایجی که درباره اثربخشی این برنامه بر کاهش نشانگان برونی‌سازی (نارسایی توجه/فزون‌کنشی و سلوک) به دست آمده برای نخستین بار در این پژوهش مورد بررسی قرار گرفته‌اند و برای آن پیشینه پژوهشی یافت نشد. از سوی دیگر، این پرسش مطرح می‌شود که برنامه



تحریف‌های شناختی، آموزش مهارت‌های شناختی جدید، آموزش مدیریت هیجانی، مهارت حل مسئله، مواجهه، ایفای نقش، سرمشق‌گیری و تمرین در جهت تغییر افکار و رفتارها تنظیم شده‌اند (جیمز و دیگران، ۲۰۰۷). یافته‌های زیادی مبنی بر اثربخش بودن درمانگری شناختی-رفتاری مبتنی بر برنامه مقابله‌ای کندال بر نشانگان درونی‌سازی شده مانند افسردگی است. مسلماً نشانگان درونی‌سازی شده همچون افسردگی اغلب با اختلال‌های اضطرابی هم‌پوشی دارند و به دلیل شباهت‌های زیربنایی خود در کاستی‌های شناختی و مدیریت هیجانی، بیشتر و سریع‌تر از نشانگان برونی‌سازی تحت تأثیر درمانگری اختلال‌های اضطرابی قرار می‌گیرند. بنابراین تبیین این رابطه چندان دشوار نیست. نشانگان افسردگی که ناشی از تحریف‌های شناختی افسرده‌وار است، به تدریج منجر به افزایش هیجان‌های منفی و کاهش هیجان‌های مثبت می‌شود و رفتارهای اجتنابی، کناره‌گیرانه یا پرخاشگرانه را به همراه خواهد داشت که اغلب با درمانگری اضطراب کاهش می‌یابند. اما در نشانگان برونی‌سازی مانند نارسایی توجه/فزون‌کنشی و اختلال سلوک با تبیین پیچیده‌تری روبه‌رو هستیم. در این اختلال‌ها به دلیل آسیب کنش‌های اجرایی مغز، کودکان رفتارهای نامطلوبی نشان می‌دهند که ناشی از نارسایی تمرکز و توجه و عدم توانایی برای مهار رفتارها و هیجان‌هاست. به این کودکان به طور مکرر از سوی والدین و معلم‌ها تذکر داده می‌شود، به دلیل فراوانی و شدت رفتارهای نامطلوب خود کمتر تشویق می‌شوند و به تدریج احساس بی‌کفایتی می‌کنند. از آنجا که این کودکان به دلیل نارسایی کنش‌های اجرایی قادر به برنامه‌ریزی و پیش‌بینی پیامد رفتارهای خود نیستند، در این چرخه معیوب گرفتار می‌شوند و ساختارهای شناختی منفی بیشتری در آنها شکل می‌گیرد (لوچمن و دیگران، ۲۰۱۱). اولین عاملی که می‌تواند منجر به کاهش نشانگان برونی‌سازی شود برقراری ارتباط مثبت با درمانگری است، زیرا این تجربه مثبت با یک فرد بزرگسال معمولاً کمتر برای آنها رخ داده است. دومین فرض آن است که آشنایی با انواع هیجان‌ها و راهبردهای کنترل آنها، به مدیریت هیجانی این کودکان کمک می‌کند. سومین فرض آن است که آموزش مهارت حل مسئله و به‌کارگیری آن در موقعیت‌های

واقعیت‌آزمایی برخی از باورهای تحریف‌شده عمومی در اکثر اختلال‌های درونی‌سازی‌شده و برونی‌سازی‌شده سعی در بازسازی رویداد اضطراب‌زا و تحقق انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و کاهش افکار تکرارشونده منفی دارد و تظاهرات بیرونی این رویکرد کاهش همزمان نشانه‌های اختلال‌های درونی‌سازی‌شده و برونی‌سازی‌شده افراد مبتلا به اضطراب است. در ادامه فرایند مبتنی بر درمانگری شناختی-رفتاری مقابله‌ای کندال به منظور دستیابی به این تغییرات همزمان تشریح می‌شود.

نخست آنکه در دوره کودکی و نوجوانی اختلال‌های روان‌شناختی هم‌پوشی بالایی دارند (سادوک و سادوک، ۲۰۰۷؛ کلیکیلو و کای، ۲۰۰۵). بنابراین در اکثر موارد صرفاً نه با یک اختلال بلکه معمولاً با مجموعه‌ای نشانگان مواجه هستیم. از سوی دیگر به دلیل چندعاملی بودن اختلال‌های روان‌شناختی، تغییر یک مؤلفه منجر به تغییر سایر مؤلفه‌ها خواهد شد. اما برای ارائه پاسخی دقیق به این پرسش باید بر ارتباط تبیین روی‌آورد شناختی-رفتاری برای اختلال‌های درونی‌سازی و برونی‌سازی با مؤلفه‌های اصلی برنامه مقابله‌ای کندال تمرکز کرد. روی‌آورد شناختی-رفتاری در تبیین عوامل زیربنایی اختلال‌های درونی‌سازی‌شده و برونی‌سازی‌شده به طور کلی بر درگیر بودن سه حوزه فکر، هیجان و رفتار تأکید دارد که در هر یک از اختلال‌های مذکور الگوی خاصی دارند. بنابراین مداخله در هر یک از این سه حوزه و ارتباط آنها با یکدیگر منجر به شکل‌گیری مهارت‌های جدید شده و زمینه را برای کاهش نشانه‌ها و افزایش سازگاری با موقعیت‌های مختلف فراهم می‌کند (الارد و دیگران، ۲۰۱۰). پیش‌فرض روی‌آورد شناختی-رفتاری این است که الگوهای شناختی نادرست، آموخته و فعال می‌شوند و در پی آن، رفتار و احساس را تحت تأثیر قرار می‌دهند. بنابراین درمانگری‌های مبتنی بر این روی‌آورد، با چگونگی تعبیر و تفسیر رویدادها و تجربه‌ها و همچنین شناسایی و تغییر کاستی‌ها یا تحریف‌هایی که در فرایند شناختی روی می‌دهند، سروکار دارند و از طریق مؤلفه‌های اختصاصی خود اعم از بازسازی شناختی و انجام تمرین‌های مواجهه، منجر به تغییر می‌شوند (استالارد، ۲۰۰۸/۱۳۸۹). در مداخله مقابله‌ای کندال نیز مؤلفه‌هایی از قبیل شناسایی الگوهای فکری و

واقع‌ی به تدریج در پیش‌بینی پیامد رفتارهای مختلف آنها را یاری می‌کند و یاد می‌گیرند این روش را تا حدی در سایر موقعیت‌ها نیز به کار گیرند. چهارمین فرض آن است که آنها در خلال این برنامه یاد می‌گیرند که به تلاش خود پاداش دهند حتی اگر به نتیجه دلخواه نرسیده باشند. آموزش این مفهوم به والدین نیز باعث می‌شود این کودکان فرصت بیشتری برای تلاش بیابند. آموزش خودگویی‌های سازش‌یافته، مواجهه با موقعیت‌های واقعی و کسب موفقیت‌های تدریجی، دریافت تشویق و حمایت از سوی درمانگر و والدین را در پی خواهد داشت. بدین ترتیب با ایجاد تغییرات در کودک، واکنش‌های والدین نیز تغییر خواهد یافت و به تدریج کودکان احساس کفایت بیشتری پیدا می‌کنند. همچنین به دلیل بهبود رابطه با والدین، کودک بیش از پیش برای رعایت قوانین آنها تلاش خواهد کرد. از آنجا که معمولاً در جلسه‌های ملاقات با والدین کودکانی که نشانگان برونی‌سازی دارند از این نشانه‌ها شکایت می‌شود، با کمک درمانگری، والدین آنها با برخی از روش‌های تشویق و تنبیه آشنا می‌شوند. در کتاب راهنمای درمانگری مقابله‌ای کندال جلسه‌های تکمیلی برای این نشانگان همراه در نظر گرفته شده است. بنابراین با توجه به تبیین روی‌آورد شناختی-رفتاری و مؤلفه‌های اصلی درمانگری مقابله‌ای کندال دور از انتظار نیست که تکنیک‌های مورد استفاده برای درمانگری اختلال اضطراب با تغییرهایی که در سه حوزه تفکر، احساس و رفتار ایجاد می‌کند، افزون بر کاهش نشانه‌های اضطراب، دیگر نشانگان همراه را نیز کاهش دهد.

در واقع نتایج پژوهش حاضر، شواهد اولیه‌ای بر فراتشخیص بودن درمانگری شناختی-رفتاری مبتنی بر برنامه مقابله‌ای کندال مبنی بر اثربخشی آن در طیف وسیعی از اختلال‌های روان‌شناختی دوره کودکی و نوجوانی فراهم آورده است.

تلویحات کاربردی و بالینی این پژوهش علاوه بر معرفی و تأیید درمانگری شناختی-رفتاری مبتنی بر برنامه مقابله‌ای کندال به عنوان روشی کارآمد و اثربخش در درمانگری نشانه‌های همزمان اختلال‌های درونی‌سازی و برونی‌سازی در کودکان و نوجوانان، می‌تواند برخی از معایب مداخله‌های درمانگری اختصاصی همچون صرف هزینه و زمان برای دریافت آموزش صحیح از سوی

متخصصان بالینی را برطرف کند و آنها را از سردرگمی ناشی از انتخاب مداخله‌گری مناسب از بین گزینه‌های درمانگری مختلف برای اختلال‌های مذکور رها سازد.

پایین بودن حجم نمونه و انتخاب آن از یک مرکز خاص (بیمارستان روان‌پزشکی روزبه)، نبود روش‌های درمانگری دیگر برای مقایسه با روش درمانگری مذکور و عدم توجه به ویژگی‌های اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی نمونه‌های مورد مطالعه از محدودیت‌های پژوهش حاضر است که تعمیم‌پذیری نتایج پژوهش را با مشکل مواجه می‌کند. برای بالا بردن اعتبار بیرونی یافته‌ها و بررسی بیشتر اثربخشی این روی‌آورد درمانگری پیشنهاد می‌شود در آینده پژوهش‌های موردی جهت کاربردپذیر بودن نسخه کوتاه این روی‌آورد تدوین شود و در چارچوب طرح‌های کاربردی بالینی کنترل‌شده در مراکز درمانگری مختلف و با حجم نمونه بیشتر مورد بررسی قرار گیرد.

## منابع

- استالارد، پ. (۱۳۸۹). *درمانگری شناختی رفتاری کودکان و نوجوانان*. ترجمه: ح. علیزاده، ع. روحی و ع. محمد گودرزی. تهران: دانژه (تاریخ انتشار به زبان اصلی، ۲۰۰۸).
- آشنباخ، ت. و رسکولا، ل. (۱۳۸۴). *کتابچه راهنمای فرم‌های سن مدرسه نظام سنجش مبتنی بر تجربه آشنباخ*. ترجمه: ا. مینایی. تهران: پژوهشکده کودکان استثنایی (تاریخ انتشار به زبان اصلی، ۲۰۰۱).
- بساکنزاد، س.، نیازی، ز. و داوودی، ا. (۱۳۸۹). *اثربخشی گروه درمانگری شناختی-رفتاری به روش کندال بر اضطراب دختران نوجوان*. تحقیقات علوم رفتاری، ۹ (۴)، ۲۴۹-۲۴۱.
- بیات، م. (۱۳۸۷). *بازی درمانگری بی‌ره‌نمود در کودکان مبتلا به مشکلات درونی‌سازی شده*. فصلنامه روان‌شناسی تحولی: روان‌شناسان ایرانی، ۱۵، ۲۶۷-۲۷۵.
- دادستان، پ.، طهرانی‌زاده، م.، رسول‌زاده طباطبایی، ک.، آزادفلاح، پ. و فتحی‌آشتیانی، ع. (۱۳۹۰). *اثربخشی برنامه درمانگری مقابله‌ای کندال در کاهش نشانه‌های درونی‌سازی شده کودکان ایرانی*. فصلنامه روان‌شناسی تحولی: روان‌شناسان ایرانی، ۲ (۲۸)، ۳۱۳-۳۲۱.
- ضرغامی، ف.، حیدری‌نسب، ل.، شعیری، م. و شه‌ریور، ز.

- tional disorders: Protocol development and initial outcome data. *Cognitive and Behavioral Practice*, 17, 88-101.
- Elkins, R., McHugh, R., Santucci, L. C., & Barlow, D. H. (2011).** Improving the transportability of CBT for internalizing disorders in children. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 14 (2), 161-173.
- Farchione, T. J., Fairholme, C.P., Ellard, K. K., Boisseau, C. L., Thompson-Hollands, J., Carl, J. R., Gallagher, M. W., & Barlow, D. K. (2012).** The unified protocol for the transdiagnostic treatment of emotional disorders: A randomized controlled trial. *Behavior Therapy*, 43, 666-678.
- Farmer, E. M. Z., Compton, S. N., Burns, J. B., & Robertson, E. (2002).** Review of the evidence base for treatment of childhood psychopathology: Externalizing disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70 (6), 1267-1302.
- Flannery-Schroeder, E. C., & Kendall, P. C. (2000).** Group and individual cognitive-behavioral treatments for youth with anxiety disorders: A randomized clinical trial. *Cognitive Therapy and Research*, 24, 251-278.
- Ginsburg, G. S., & Newman, K. J. (2007).** Evidence-based practice for childhood anxiety disorders. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 37, 123-132.
- Ghanizadeh, A., Mohammadi, M. R., & Yazdanasheenas, A. (2006).** Psychometric properties of the Farsi translation of the kiddie schedule for affective disorders and schizophrenia present and lifetime version. *BMC Psychiatry*, 6 (10), 1-5.
- Graham, P. J. (2005).** *Cognitive Behaviour Therapy for Children and Families* (2nd ed). New York:
- (زیر چاپ). بررسی اثربخشی درمانگری شناختی-رفتاری مبتنی بر برنامه Coping Cat در کاهش اضطراب کودکان ۸-۱۰ ساله مبتلا به اضطراب. *مطالعات روان‌شناسی بالینی*.
- مینایی، ا. (۱۳۸۵).** انطباق و هنجاریابی سیاهه رفتاری کودک آشنیباخ، پرسشنامه خودسنجی و فرم گزارش معلم. پژوهش در حیطه کودکان استثنایی، ۱۹ (۱)، ۵۵۸-۵۲۹.
- یحیی‌محمودی، ن.، ناصح، ا.، صالحی، س. و تیزدست، ط. (۱۳۹۲).** اثربخشی آموزش مهارت‌های اجتماعی مبتنی بر قصه‌گویی بر مشکلات رفتاری برونی‌سازی‌شده کودکان. *فصلنامه روان‌شناسی تحولی: روان‌شناسان ایرانی*، ۹، ۲۵۷-۲۴۹.
- یزدخواستی، ف. و عربضی، ح. (۱۳۹۰).** هنجاریابی سه نسخه کودک، پدر/مادر و معلم سیاهه رفتار کودک در شهر اصفهان. *مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران*، ۱۷ (۱)، ۷۰-۶۰.
- Achenbach, T. M. (2009).** *The Achenbach System of Empirically Based Assessment (ASEBA): Development, findings, theory, and applications*. Burlington, VT: University of Vermont Research Center for Children, Youth and Families.
- American Psychiatric Association (2000).** *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4th ed). Washington DC: American Psychiatric Association.
- Barrett, P. M., Dadds, M. R., & Rapee, R. M. (1996).** Family treatment of childhood anxiety: A controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 333-342.
- Edmunds, J. M., O'Neil, K. A., & Kendall, P. C. (2011).** A review of cognitive-behavioral therapy for anxiety disorders in children and adolescents: Current status and future directions. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 48, 26-33.
- Ellard, K. K., Fairholme, C. P., Boisseau, C. L., Farchione, T., & Barlow, D. H. (2010).** Unified protocol for the transdiagnostic treatment of emo-

- Kendall, P. C., Gosch, E., Furr, J., & Sood, E. (2008).** Flexibility within fidelity. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 47, 987-993.
- Klykyllo, W. M., & Kay, J. L. (2005).** *Clinical child psychiatry* (2nd ed). London: British Library.
- Lau, W., Kwok-ying, C. A. C., Ching-hong Li b, J., & Kitfong, T. (2010).** Effectiveness of group cognitive-behavioral treatment for childhood anxiety in community clinics. *Behaviour Research and Therapy*, 48, 1067-1077.
- Lochman, J. E., Powell, N. P., Boxmeyer, C. L., & Jimenez-Camargo, L. (2011).** Cognitive-Behavioral Therapy for externalizing disorders in children and adolescents. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 20 (2), 305-318.
- Manassis, K., Mendlowitz, S. L., Scapillato, D., Avery, D., Fiksenbaum, L., Freire, M., & Owens, M. (2002).** Group and individual cognitive behavioral therapy for childhood anxiety disorders: A randomized trial. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41, 1423-1430.
- Martin, A., & Volkmar, F. R. (2007).** *Lewis's child and adolescent psychiatry: A comprehensive textbook* (4th ed). New York: Lippincott Williams & Wilkins.
- McEvoy, P. M., Mahoney, A. E. J., & Moulds, M. (2010).** Are worry, rumination, and post-event processing one and the same? Development of the Repetitive Thinking Questionnaire. *Journal of Anxiety Disorders*, 24, 509-519.
- Mor, N., & Meijers, J. (2009).** Cognitive-Behavioral Therapy in childhood anxiety. *Journal of Psychiatry Related Science*, 46 (4), 282-289.
- Cambridge University Press.
- Harvey, A. G., Watkins, E., Mansell, W., & Shafran, R. (2004).** *Cognitive behavioural processes across psychological disorders: A transdiagnostic approach to research and treatment*. Oxford: Oxford University Press.
- James, A., Soler, A., & Weatherall, R. (2007).** Cognitive Behavioural Therapy for anxiety disorders in children and adolescents. *Cochrane Library*, 3, 1-26
- Kendall, P. C. (1994).** Treating anxiety disorders in children: Results of a randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62 (1), 100-110.
- Kendall, P. C., Hedtke, K. A. (2006).** *Cognitive-Behavioral Therapy for anxious children: Therapist manual*. USA: Temple University.
- Kendall, P. C., Compton, S. N., Walkup, J. T., Birmaher, B., Albano, A. M., Sherrill, J., Ginsburg, G., Rynn, M., McCracken, J., Gosch, E., Keeton, C., Bergman, L., Sakolsky, D., Suveg, C., Iyengar, S., March, J., & Piacentini, J. (2010).** Clinical characteristics of anxiety disordered youth. *Journal of Anxiety Disorders*, 24, 360-365.
- Kendall, Ph. C., Flannery-Schroeder, E. (1998).** Methodological issues in treatment research for anxiety disorders in youth. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 26 (1), 27-38.
- Kendall, P. C., Flannery-Schroeder, E., Panichelli-Mindel, S M., Southam-Gerow, M., Henin, A., & Warman, M. (1997).** Therapy for youths with anxiety disorders: A second randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 366-380.

- Affective Disorders and Schizophrenia-Present and Life-time Version- Persian Version. *Journal of Child and Adolescent Mental Health Volume, 15* (2), 97-102.
- Tolin, D. F. (2010).** Is Cognitive-Behavioral Therapy more effective than other therapies? A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review, 30*, 710-720.
- Tehrani-Doost, M., Shahrivar, Z., Pakbaz, B., Rezaie, A., & Ahmadi, F. (2011).** Normative date and psychometric properties of the Child Behavior Checklist and Teacher Rating Form in an Iranian community sample. *Iranian Journal of Pediatric, 21* (3), 331-342.
- Teubert, D., & Pinquart, M. (2011).** A meta-analytic review on the prevention of symptoms of anxiety in children and adolescents. *Journal of Anxiety Disorders, 25*, 1046-1059.
- Walkup, J., Albano, A. M., Piacentini, J., Birmaher, B., Compton, S., Sherrill, J., & Kendall, P. C. (2008).** Cognitive Behavioral Therapy: Sertraline, or a combination in childhood anxiety. *New England Journal of Medicine, 359*, 2753-2766.
- Wilamowska, Z., Thompson-Hollands, J., Fairholme, C., Ellard, K., Farchione, T., & Barlow, D. (2010).** Conceptual background, development, and preliminary data from the unified protocol for trans-diagnostic treatment of emotional disorders. *Depression and Anxiety, 27*, 882-890.
- Nauta, M. H., Scholing, A., Emmelkamp, P. M. G., & Minderaa, R. B. (2003).** Cognitive-Behavioral Therapy for children with anxiety disorders in a clinical setting: No additional effect of a cognitive parent training. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 42*, 1270-1278.
- Nolen-Hoeksema, S., Wisco, B. E., & Lyubomirsky, S. (2008).** Rethinking rumination. *Perspectives on Psychological Science, 3*, 400-424.
- Podell, J. L., Mychailyszyn, M., Edmunds, J., Connor, 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*, 132-140.
- Raes, F. (2012).** Repetitive negative thinking predicts depressed mood at 3-year follow-up in students. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 34*, 497-501.
- Sadock, B. J., & Sadock, V. A. (2007).** *Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry: Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry* (10th ed). New York: Lippincott Williams & Wilkins.
- Seligman, L. D., & Ollendick, T. H. (2011).** Cognitive Behavioral Therapy for anxiety disorders in youth. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America, 20* (2), 217-238.
- Shahrivar, Z., Kousha, M., Moallemi, S., Tehrani-Doost, M., & Alaghband-Rad, J. (2008).** The reliability and validity of Kiddie Schedule for

