

اثربخشی گروه درمانی شناختی- رفتاری در درمان کودکان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر

مریم بختیاری^۱، زهرا غمخوار فرد^۲ و کارینه طهماسیان^۳

در سال های اخیر، توجه ی روان شناسان بالینی به تحقیق و پژوهش در زمینه ی بررسی علل ماهیت و درمان اضطراب دوران کودکی افزایش یافته است. هدف پژوهش حاضر، بررسی اثربخشی گروه درمانی- شناختی رفتاری در کاهش علائم، اصلاح طرحواره های ناسازگار و بهبود عملکرد اجتماعی کودکان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر بود. بدین منظور، طی یک پژوهش نیمه تجربی با طرح پیش آزمون- پس آزمون با گروه کنترل ۳۲ نفر از دختران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر به شیوه ی در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل کاربندی شدند. آزمودنی ها قبل از مداخله از نظر علائم اختلال، طرحواره های ناسازگار نگرانی و عملکرد اجتماعی مورد آزمون قرار گرفتند. گروه آزمایش در ۱۸ جلسه ی ۹۰ دقیقه ای درمان گروهی شناختی- رفتاری را دریافت کردند ولی گروه گواه، مداخله ای دریافت نکرد. در انتها نیز، آزمودنی ها مجدداً از نظر علائم اختلال، طرحواره های ناسازگار، نگرانی و عملکرد اجتماعی مورد آزمون قرار گرفتند. تحلیل واریانس یک راهه ی مختلط نمره ها نشان داد که گروه درمانی شناختی- رفتاری در کاهش نگرانی، اصلاح طرحواره ی ناسازگار نقص و بهبود روابط خانوادگی موثر است و به نظر می رسد گروه درمانی شناختی- رفتاری با مجموعه راهبردهای شناختی و رفتاری خود، قادر به کاهش نگرانی و افزایش ادراک کنترل هیجان در کودکان مبتلا به GAD است.

واژه های کلیدی: اختلال اضطراب فراگیر، درمان شناختی رفتاری، طرحواره های ناسازگار اولیه، عملکرد اجتماعی

مقدمه

اختلالات اضطرابی، با شیوعی به میزان ۲۷-۵ درصد در جمعیت عمومی، شایع ترین اختلال روان شناختی در دوران کودکی (سادوک و سادوک، ۲۰۰۷؛ کاستلو، موستیلو، ارکانلی، کیلر و

۱. مرکز تعالی بالینی، گروه روان شناسی بالینی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

۲. مرکز تعالی بالینی، گروه روان شناسی بالینی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران (نویسنده مسول) Ghamkharfard@yahoo.com

۳. پژوهشکده خانواده، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی. تهران، ایران

آنگلوند، ۲۰۰۳؛ کاشانی و ارواشل، ۱۹۹۰) و علت اصلی اختلال در عملکرد تحصیلی (میشل زین، مندز، و کندال، ۲۰۱۱)، مشکل در روابط خانوادگی، کارکرد اجتماعی و روابط با همسالان است (گرکو و موریس، ۲۰۰۵). در این میان، اختلال اضطراب فراگیر (GAD)^۱ یکی از اختلالات مزمن روانشناختی است که به دلیل گستردگی نشانه های بالینی این اختلال و همبودی بالای آن با سایر اختلالات روان شناختی و مشکلات جسمانی، اغلب افراد مبتلا به GAD به مراکز به غیر از مراکز سلامت روان مراجعه کرده و درمانی متناسب با پریشانی خود دریافت نمی کنند (اشتاین و هولاندر، ۲۰۰۵). قمری گیوی و همکارانش (ابوالقاسمی و فلاح زاده، ۲۰۰۴) در پژوهش خود شیوع این اختلال را در دختران ۱۱/۰۸ درصد و در پسران ۹/۴ درصد گزارش دادند.

رایبی (۲۰۰۱) در تبیین علل بروز اضطراب در کودکان، بر نقص در پردازش اطلاعات مربوط به محرک تهدیدآور تاکید کرده است. او عنوان می کند کودکان مضطرب، محرک و موقعیت های مبهم را به صورت منفی تفسیر کرده و توانایی خود را برای مقابله با رویدادهای منفی و تهدیدآمیز و کنترل اضطراب، کم ارزیابی می کنند (ویمز و سیلورمن، ۲۰۰۶). وجود چنین اختلالاتی در نحوه ی تفسیر و پردازش اطلاعات از جمله اختلال در نحوه ی تفسیر و ارزیابی محرک های تهدیدآمیز، باورهای ناکارآمد در مورد توانایی نظم دهی به هیجانات خود و اختلال در ارزیابی رفتار دیگران هنگام روابط بین فردی، در بزرگسالان مبتلا به GAD به طور قابل ملاحظه ای ثابت شده است (اریکسون و نیومن، ۲۰۰۲؛ کلارک، ۲۰۰۱). طرحواره ها به عنوان یک عنصر شناختی مهم نقش برجسته ای را در سازماندهی شخصیت، نحوه ی تفسیر تجارب فردی از رویدادها و شکل گیری انواع آسیب های روانی ایفا می کند. این طرحواره ها، در دوران کودکی و از طریق تعاملات بین فردی به خصوص الگوی ناکارآمد تعلیمات بین فردی با اعضای خانواده شکل می گیرد (موریس، ۲۰۰۶). در کودکانی که در معرض بدرفتاری اند؛ طرحواره هایی شکل می گیرد که در آینده آنها را در معرض عزت نفس پایین، کمبود انگیزه ی درونی، نقص در نظم بخشی هیجانات و انواع آسیب های روانی قرار می دهد (کیم و کیچتی، ۲۰۰۴).

به عبارت دیگر، با وجود آنکه سن اولیه ی بروز GAD در ۱۳-۱۲ سالگی است (انجمن روان شناسی امریکا، ۱۹۹۴؛ تریسی، کوریتا، داوبن و بارلو، ۱۹۹۷) اما عوامل شناختی پیش بین آن از جمله طرحواره های ناسازگار، به میزان اندکی در کودکی تشخیص و درمان شده و در اغلب

موارد تشخیص آن تا اوایل بزرگسالی مورد توجه قرار نمی گیرد. این در حالی است که افراد مبتلا به GAD طرحواره هایی دارند که شناسایی آنها، روند درمان را تسریع می کند (انگ و همبرگ، ۲۰۰۰).

در مجموع، از آنجا که تشخیص و درمان اختلال مذکور در کودکی، مساله ای ضروری در امر پیشگیری و بهداشت عمومی است، ارایه ی درمانی که با مجموعه راهبردهای خود، نشانه های اختلالات اضطراب فراگیر را کاهش دهد و علاوه بر این به بررسی نقش عوامل زمینه ساز از جمله طرح واره های ناسازگار اولیه و درمان عوامل ذکر شده پردازد، مهم و ضروری به نظر می رسد. در میان انواع درمان های مربوط به کودک، درمان شناختی- رفتاری، توجه ی زیادی را به خود جلب نموده است. در این روش از دو راهبرد شناختی از قبیل کشف تحریفات شناختی و افکار اضطراب زا، بازسازی شناختی و تقویت خودگویی های مقابله ای ثمربخش و راهبرد رفتاری از قبیل الگوبرداری، مواجهه سازی، ایفای نقش، آرام سازی عضلانی، آموزش مهارت های مقابله ای، افزایش خود کنترلی و خود کارآمدی استفاده می شود (کندال و پانیچلی- میندل، ۱۹۹۵؛ بلارت، گینسبرگ، واک آپ، و ریدل، ۱۹۹۹). با توجه به شیوع بالای اختلال مورد نظر و کمبود پژوهش در زمینه ی بررسی اثربخشی درمان شناختی رفتاری در حوزه ی اختلال اضطراب فراگیر در دختران، به نظر می رسد پرداختن به روش های درمانی موثر و مقرون به صرفه در مورد کودکان مبتلا به این اختلال، مفید و ضروری باشد.

روش

پژوهش حاضر یک طرح پیش آزمون- پس آزمون با گروه کنترل و گمارش تصادفی بود. جامعه ی مورد نظر در پژوهش حاضر، دانش آموزان دختر با دامنه سنی ۱۳- ۱۱ سال بود که در سال تحصیلی ۹۱-۱۳۹۰، در مدارس راهنمایی شهر تهران مشغول به تحصیل بوده و براساس ملاک های راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (انجمن روانپزشکی امریکا، ۲۰۰۰) واجد ملاک های GAD بودند. نمونه ی مورد مطالعه به شیوه ی غربال گری انتخاب شد، به این صورت که در ابتدا از بین ۲۲ منطقه ی آموزش پرورش در سطح شهر تهران، منطقه ی هفت تهران انتخاب شد سپس از بین مدارس راهنمایی دخترانه موجود در منطقه ی مورد نظر، یک مدرسه ی دولتی به صورت در دسترس انتخاب و ۲۵۲ دانش آموز پایه ی اول و دوم راهنمایی در آن مدرسه، با دو

پرسشنامه ی غربال گری اختلالات هیجانی مرتبط با اضطراب دوران کودکی^۱ (SCARED)؛ بیرماهر و همکاران، ۱۹۹۷) و نگرانی پن استیت- فرم کودکان^۲ (PSWQ-C؛ کورپیتا و همکاران، ۱۹۹۷)، مورد بررسی قرار گرفتند. ۳۲ نفر از افرادی که در پرسشنامه ی SCARED، نمره ی ۲۵ و بالاتر از آن و در پرسشنامه ی PSWQ-C نمره ی ۲۱ و بالاتر از آن را اخذ کرده بودند، توسط روان شناس بالینی و بر اساس ملاک های راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (انجمن روانپزشکی امریکا، ۲۰۰۰) به عنوان نمونه مورد مطالعه وارد مرحله ی اصلی پژوهش شده و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند (هر گروه ۱۶ نفر). آزمودنی ها قبل از کاربندی و بعد از اتمام پژوهش بوسیله ی پرسشنامه ی طرحواره ی کودکان (SIC؛ ریجکیوار و دبو، ۲۰۱۰) و پرسشنامه ی عملکرد اجتماعی و انطباقی کودک و نوجوان (CASAFS؛ پرایس، اسپنس، شفیلد، و داناوان، ۲۰۰۲) مورد آزمون قرار گرفتند. از بین ۳۲ شرکت کننده در پژوهش یک آزمودنی از گروه آزمایش و یک آزمودنی از گروه کنترل به دلیل عدم تمایل به شرکت در ادامه ی جلسات، درمان را ترک گفتند؛ علاوه بر این، دو آزمودنی از گروه کنترل نیز به دلیل کسب نمره ی بالا در خرده مقیاس دروغ سنج از پژوهش کنار گذاشته شدند. نمونه ی نهایی شامل ۲۸ آزمودنی (۱۵ نفر در گروه آزمایش، و ۱۳ نفر در گروه کنترل) بود.

پرسشنامه ی غربال گری اختلالات هیجانی مرتبط با اضطراب دوران کودکی (SCARED)؛ بیرماهر و همکاران، ۱۹۹۷) شامل ۴۱ گویه است و نشانه های اختلال اضطرابی در کودکان و نوجوانان سنین ۱۸-۸ سال را می سنجد. این پرسشنامه پنج خرده مقیاس تحت عنوان اختلال وحشت زدگی (۱۳ گویه)، اختلال اضطراب فراگیر (۹ گویه)، اختلال اضطراب جدایی (۸ گویه) جمعیت هراسی (۷ گویه) و هراس از مدرسه (۴ گویه) دارد. نمره ی کل بالاتر از ۲۵، احتمال وجود اضطراب در کودک را پیش بینی می کند. پژوهش ها اعتبار و پایایی این پرسشنامه را مورد تایید قرار داده اند (مرکل باخ، اولندیک، کینگ، و بوگی، ۲۰۰۲؛ هیل، فرمانی، راجی مارکرز، و میوس، ۲۰۰۹؛ قمری گیوی و همکاران، ۱۳۸۸).

پرسشنامه ی نگرانی پن استیت- فرم کودکان (PSWQ-C؛ کورپیتا و همکاران، ۱۹۹۷) شامل ۱۴ گویه و از نوع خود گزارشی است. این پرسشنامه، با هدف سنجش نگرانی در کودکان به کار رفته

1. Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders
2. Penn State Worry Questionnaire for Children

و ابزاری مفید برای تشخیص و ارزیابی اضطراب فراگیر در کودکان ۱۸-۶ ساله است. مواد پرسشنامه به صورت یک مقیاس چهار درجه ای از صفر تا سه درجه بندی می شود. نمره ی کلی آزمون بین صفر تا ۴۲ قرار داشته و نمره ی کل بالاتر در کودک نشان دهنده ی نگرانی بیشتر است (باکو، پینکوس، اهرنریچ، و برودی، ۲۰۰۹). اعتبار همگرا و تشخیصی و پایایی این پرسشنامه در پژوهش مفرد، عاطف وحید، و بیان زاده (۲۰۰۰) مورد تایید قرار گرفته است.

پرسشنامه ی طرحواره کودکان (SIC؛ ریجکبوار و دبو، ۲۰۱۰) شامل ۴۰ گویه است و ۱۱ طرحواره را در کودک می سنجد. سوال ها برای کودکان سنین ۱۳-۸ سال طراحی شده و ۱۱ خرده مقیاس به منظور بررسی ۱۱ طرح واره در کودکان تحت عنوان تنهایی (۵ گویه)، سلطه پذیری (۵ گویه)، بی اعتمادی/ بد رفتاری (۳ گویه)، نقص (۳ گویه)، شکست (۳ گویه)، آسیب پذیری (۶ گویه)، خود تحول نایافته (۳ گویه)، ایثار (۳ گویه)، معیارهای سرسختانه (۳ گویه) استحقاق/ بزرگ منشی (۳ گویه) و خویشتن داری ناکافی (۳ گویه) دارد. هر گویه، توسط مقیاس چهار درجه ای از ۱ تا ۴ نمره گذاری می شود. پایایی و اعتبار این پرسشنامه در پژوهش ریجکبوار و دبو (۲۰۱۰) مورد تایید قرار گرفته است.

پرسشنامه ی عملکرد اجتماعی و انطباقی کودک و نوجوان (CASAFS)؛ پرایس، اسپنس، شفیلد، و داناوان، (۲۰۰۲) ۲۴ گویه دارد و به منظور بررسی عملکرد اجتماعی کودکان و نوجوانان طراحی شده است. خرده مقیاس های این پرسشنامه، شامل عملکرد تحصیلی (۶ گویه)، روابط با همسالان (۶ گویه)، روابط خانوادگی (۶ گویه) و وظایف خانگی/ مراقبت از خود (۶ گویه) است. گویه ها به صورت یک مقیاس چهار درجه ای از یک تا چهار درجه بندی می شود؛ علاوه بر این برای هر یک از گویه ها، گزینه ای به نام "کاربرد ندارد" در نظر گرفته شده است، تا کودک درباره ی آن دسته از سوالاتی که در مورد او کاربرد ندارد، استفاده کند. نمره ی کل بالاتر در کودک نشان دهنده ی عملکرد اجتماعی مطلوب تر در اوست. پایایی و اعتبار این پرسشنامه مورد تایید قرار گرفته است (پرایس و همکاران ۲۰۰۲). پایایی پرسشنامه در پژوهش حاضر برای کل آزمون ۰/۸۱ و در خرده مقیاس های اختلال عملکرد تحصیلی، روابط با همسالان، روابط خانوادگی، وظایف خانگی/ مراقبت از خود به ترتیب ۰/۷۵، ۰/۵۶، ۰/۳۹، و ۰/۶۲ به دست آمد.

شیوه ی اجرا

پیش از ورود کودکان به پژوهش، پژوهشگر مراحل درمان را به طور مختصر برای آنها و والدینشان توضیح داد. در صورت موافقت کودک به شرکت در پژوهش، کودکان داوطلب فرم رضایت نامه مخصوص کودک و والدین را به همراه توضیح کتبی روند درمان، تکمیل کردند. جلسات درمانی طی ۱۸ جلسه ی ۹۰ دقیقه ای به صورت یک روز در هفته، با حضور درمانگر کمک درمانگر، و افراد گروه آزمایش، به صورت گروهی برگزار شد. درمان بر اساس پروتکل درمانی "کپینگ کت" اقتباس شده از راهنمای عملی گروه درمانی شناختی- رفتاری برای کودکان دارای اختلالات اضطرابی اثر فلنری اسکرودر و کندال (۱۹۹۶)، به همراه کتاب تمرین کودک (کندال و هدک، ۲۰۰۶ب) پیش رفت. علاوه بر ۱۸ جلسه ی ویژه کودکان، دو جلسه نیز ویژه ی والدین بود. این جلسات، بین جلسات چهارم و پنجم کودکان برگزار گشت و با زمان جلسات کودکان جایگزین نشد. هدف اصلی از برگزاری این دو جلسه، تشویق والدین به همکاری با برنامه ی درمانی و جمع آوری اطلاعات بیشتر درباره ی هر کودک بود.

در این پژوهش، درمان شناختی- رفتاری به عنوان متغیر مستقل و اضطراب فراگیر، نگرانی، طرح واره های ناسازگار اولیه و عملکرد اجتماعی کودک به عنوان متغیرهای وابسته در نظر گرفته شد. به منظور تجزیه و تحلیل داده ها از روش تحلیل واریانس مختلط، استفاده شد و داده ها با استفاده از شانزدهمین ویرایش نرم افزار SPSS مورد تحلیل قرار گرفت.

یافته ها

شاخص های توصیفی نمرات آزمودنی ها در سه مرحله ی پیش آزمون، میان آزمون و پس آزمون در جدول ۱ ارائه شده است. همان طور که در جدول ۱ مشاهده می شود، با توجه به نمرات به دست آمده از خرده مقیاس پرسشنامه ی SCARED و پرسشنامه PSWQ-C، میانگین نمرات دو گروه آزمایش و کنترل در پیش آزمون بر اساس نمرات برش در حد بالینی بود. در ادامه، به منظور بررسی تاثیر درمان در کاهش شدت اضطرابی، اصلاح طرح واره های ناسازگار و بهبود عملکرد اجتماعی، از روش تحلیل واریانس مختلط که شامل یک عامل بین گروهی (درمان) و یک عامل درون گروهی بود (زمان که شامل پیش آزمون، میان آزمون و پس آزمون است) استفاده شد.

جدول ۱: شاخص های توصیفی مربوط به تفاوت نمرات مقیاس های مربوط به متغیرهای مورد بررسی در سه مرحله ی آزمون گیری در دو گروه آزمایش و کنترل

پس آزمون (n = ۲۸)		میان آزمون (n = ۲۸)		پیش آزمون (n = ۲۸)		ابزار اندازه گیری
کنترل	آزمایش	کنترل	آزمایش	کنترل	آزمایش	
M (SD)	M (SD)	M (SD)	M (SD)	M (SD)	M (SD)	
SCARED						
۱۰/۹۳(۲/۲۶)	۶/۶۱ (۳/۱۵)	۱۰/۴۹(۳/۴۸)	۱۲/۰۶(۳/۰۷)	۱۲/۵۷(۲/۴۹)	۱۱/۹۲(۲/۳۳)	اضطراب فراگیر
۲۸/۰۰(۸/۹۵)	۱۵/۷۰(۶/۴۰)	۲۸/۶۱ (۶/۹۹)	۲۵/۹۲(۹/۸۳)	۲۷/۶۷(۶/۵۸)	۲۶/۶۱(۶/۱۴)	PSWQ-C
SIC						
۱۲/۱۵(۲/۳۷)	۱۱/۶۰(۲/۹۷)	۱۲/۹۸(۳/۹۳)	۱۳/۶۵(۴/۱۱)	۱۲/۳۰(۳/۹۸)	۱۴/۰ (۳/۲۵)	تنهایی
۱۲/۳۱(۲/۶۹)	۱۰/۰۰(۳/۲۹)	۱۲/۵۳(۳/۳۱)	۱۳/۷۳(۳/۹۰)	۱۲/۵۴(۲/۹۹)	۱۳/۴۷(۳/۹۲)	سلطه پذیری
۶/۷۷ (۱/۴۲)	۶/۵۴ (۱/۶۴)	۶/۹۱ (۲/۴۶)	۸/۸۳ (۲/۱۷)	۷/۲۹ (۲/۵۱)	۷/۹۳ (۱/۸۳)	بی اعتمادی/بدرفتاری
۴/۴۶ (۱/۲۰)	۶/۲۶ (۲/۷۷)	۵/۳۱ (۱/۷۰)	۷/۹۹ (۲/۵۴)	۵/۶۱ (۲/۰۶)	۷/۴۷ (۲/۵۰)	نقص
۶/۰۷ (۱/۸۰)	۶/۰۰ (۲/۶۷)	۶/۰۸ (۲/۰۶)	۸/۰۷ (۲/۶۳)	۶/۳۵ (۱/۸۹)	۸/۰۷ (۲/۸۱)	شکست
۱۶/۵۴(۳/۲۸)	۱۵/۲۳(۲/۸۰)	۱۶/۶۹ (۲/۶۳)	۱۶/۹۳(۴/۱۵)	۱۷/۴۶(۳/۲۶)	۱۶/۸۷(۳/۴۲)	آسیب پذیری
۸/۴۶ (۲/۰۷)	۸/۰۰ (۲/۱۰)	۸/۵۵ (۱/۴۶)	۸/۰۷ (۱/۳۹)	۹/۶۹ (۱/۳۸)	۸/۸۷ (۲/۴۷)	خود تحول نایافته
۹/۷۷ (۲/۶۵)	۹/۱۱ (۲/۱۰)	۹/۸۸ (۲/۵۳)	۹/۱۳ (۱/۱۹)	۳/۵۴ (۱/۱۳)	۳/۲۷ (۱/۲۲)	ایثار
۹/۱۵ (۲/۵۱)	۸/۵۴ (۱/۵۱)	۹/۷۹ (۱/۷۳)	۹/۴۷ (۱/۴۱)	۱۰/۲۳(۱/۱۶)	۹/۶۲ (۱/۳۴)	معیارهای سرسختانه
۵/۷۷ (۱/۵۹)	۵/۴۳ (۱/۶۹)	۶/۶۱ (۱/۸۰)	۶/۸۰ (۱/۷۸)	۶/۵۴ (۱/۹۴)	۵/۶۰ (۱/۸۸)	استحقاق
۷/۷۷ (۲/۰۱)	۷/۹۳ (۱/۳۳)	۷/۶۱ (۲/۱۰)	۸/۵۳ (۱/۹۲)	۷/۷۷ (۱/۸۳)	۸/۶۰ (۱/۶۸)	خوبشنداری ناکافی
۶۵/۲۷(۹/۵۲)	۶۱/۳۷(۶/۸۳)	۶۵/۴۳(۱۰/۲۸)	۶۰/۶۹(۶/۷۵)	۶۶/۰۸(۹/۸۲)	۶۰/۶۲(۶/۴۷)	CASAFS
۱۶/۶۷(۳/۵۹)	۱۵/۴۵(۳/۴۰)	۱۶/۶۴ (۳/۵۱)	۱۵/۱۳(۳/۱۰)	۱۶/۷۳(۴/۰۶)	۱۴/۷۵(۲/۸۴)	عملکرد تحصیلی
۱۴/۶۶(۳/۱۱)	۱۴/۷۵(۳/۰۲)	۱۴/۷۲(۳/۵۰)	۱۴/۱۸(۲/۸۱)	۱۴/۳۶(۳/۲۶)	۱۳/۷۶(۲/۲۴)	روابط با همسالان
۱۶/۳۱(۳/۷۸)	۱۵/۸۳(۲/۶۷)	۱۶/۸۱(۳/۳۵)	۱۴/۴۶(۲/۷۷)	۱۸/۰۷(۲/۴۵)	۱۴/۸۰(۱/۸۷)	روابط خانوادگی
۱۷/۶۲(۳/۰۳)	۱۵/۳۴(۲/۵۶)	۱۷/۲۵(۳/۴۷)	۱۶/۹۲(۳/۲۹)	۱۶/۹۲(۳/۴۲)	۱۷/۳۱(۲/۴۷)	مراقبت از خود

در تحلیل واریانس مختلط باید فرض همسانی کوواریانس ها وجود داشته باشد که به منظور بررسی این مفروضه از آزمون کرویت موجلی استفاده شد. در صورت تایید کروی بودن توزیع نمرات با استفاده از آزمون ذکر شده و با رجوع به پایه ی لگاریتم مجذور خی، مقدار F و معناداری میانگین ها به دست آمد؛ در غیر این صورت با روش گرینهاوس گاسر، میانگین ها مقایسه و مقدار F و سطح معناداری محاسبه شد. با تایید کروی بودن توزیع نمرات، مقدار F و معناداری میانگین ها به منظور مقایسه ی تغییرات درون آزمودنی ها در متغیرهای پژوهش محاسبه شد که نتایج آن در جدول ۲ ارایه شده است.

جدول ۲: یافته های حاصل از تحلیل واریانس مختلط در مورد مقیاس های مورد پژوهش، به منظور بررسی تغییرات درون آزمودنی ها

منبع تغییرات	SS	df	MS	F	P	مجذور اتا
SCARED						
اضطراب فراگیر	۱۲۳/۴۹	۲	۶۱/۷۴	۱۰/۸۰	< ۰/۰۰۱	۰/۲۹
PSWQ-C	۵۱۳/۲۲	۲	۲۵۶/۶۱	۵/۶۰	۰/۰۰۶	۰/۱۸
SIC						
تنهایی	۱۷/۸۴	۲	۸/۹۲	۱/۶۶	۰/۲۰	۰/۰۶
سلطه پذیری	۵۲/۹۵	۲	۲۶/۴۸	۵/۰۲	۰/۰۱	۰/۱۶
بی اعتمادی/ بدرفتاری	۱۶/۱۱	۲	۸/۰۵	۳/۵۰	۰/۰۴	۰/۱۲
نقص	۳/۴۰	۲	۱/۷۰	۰/۷۴	۰/۴۸	۰/۰۳
شکست	۱۷/۳۸	۲	۸/۶۹	۴/۵۲	۰/۰۱۵	۰/۱۵
آسیب پذیری	۸/۴۲	۲	۴/۲۱	۰/۵۳	۰/۵۹	۰/۰۲
خودتحول نیافته	۰/۵۵	۲	۰/۲۷	۰/۱۱	۰/۹۰	۰/۰۰۴
ایثار	۰/۹۱	۲	۰/۴۵	۰/۲۰	۰/۸۱	۰/۰۰۸
معیارهای سرسختانه	۰/۳۷	۲	۰/۱۹	۰/۰۷	۰/۹۳	۰/۰۰۳
استحقاق/بزرگ منشی	۴/۴۰	۱/۶۴	۲/۶۸	۰/۹۲	۰/۴۰	۰/۰۳
خوشتن داری ناکافی	۲/۳۷	۲	۱/۱۸	۰/۴۲	۰/۶۶	۰/۰۲
CASAFS						
نمره ی کل	۸/۵۶	۲	۴/۲۸	۰/۱۷	۰/۸۵	۰/۰۰۶
عملکرد تحصیلی	۲/۰۳	۲	۱/۰۲	۰/۲۸	۰/۷۶	۰/۰۱
روابط با همسالان	۱/۹۸	۱/۶۰	۱/۲۳	۰/۲۱	۰/۷۶	۰/۰۰۸
روابط خانوادگی	۲۸/۱۱	۲	۱۴/۰۵	۳/۸۷	۰/۰۳	۰/۱۳
وظایف خانگی/مراقبت از خود	۲۶/۴۷	۲	۱۳/۲۴	۲/۴۹	۰/۰۹	۰/۰۹

با توجه به جدول ۲ و با تاکید بر میزان F به دست آمده، از بررسی اثر بخشی مداخله روی گروه آزمایش، می توان مطرح نمود که تفاوت معناداری در خرده مقیاس GAD در پرسشنامه ی SCARED، پرسشنامه ی نگرانی PSWQ-C، خرده مقیاس های سلطه پذیری، بی اعتمادی/ بدرفتاری و شکست، در پرسشنامه ی SIC و همچنین خرده مقیاس روابط خانوادگی در پرسشنامه ی CASAFS، در سه سطح اندازه گیری وجود دارد؛ به عبارت دیگر، روند تغییر میانگین نمرات گروه آزمایش در مقیاس های ذکر شده، رو به کاهش بوده است؛ علاوه بر این، به

منظور بررسی اثر بخشی درمان شناختی- رفتاری و مقایسه ی آن با گروه کنترل، تغییرات بین آزمودنی ها با استفاده از تحلیل واریانس مختلط محاسبه شد (جدول ۳).

جدول ۳: یافته های حاصل از تحلیل واریانس مختلط در مورد مقیاس های مورد پژوهش، به منظور بررسی تغییرات بین آزمودنی ها

Eta	P	F	MS	df	SS	منبع تغییرات
						SCARED
۰/۰۷	۰/۱۶	۲/۱۱	۲۶/۸۷	۱	۲۶/۸۷	اضطراب فراگیر
۰/۲۲	۰/۰۱	۷/۲۵	۵۹۷/۴۰	۱	۵۹۷/۴۰	PSWQ-C
						SIC
۰/۰۱	۰/۵۹	۰/۳۰	۷/۶۹	۱	۷/۶۹	تنهایی
۰/۰۰	۰/۹۵	۰/۰۰۳	۰/۰۸	۱	۰/۰۸	سلطه پذیری
۰/۰۶	۰/۲۲	۱/۶۰	۱۲/۵۷	۱	۱۲/۵۷	بی اعتمادی/ بدر رفتاری
۰/۲۶	۰/۰۰۶	۹/۰۰	۹۳/۰۰	۱	۹۳/۰۰	نقص
۰/۰۸	۰/۱۴	۲/۳۵	۳۰/۷۵	۱	۳۰/۷۵	شکست
۰/۰۱	۰/۵۴	۰/۳۸	۶/۴۱	۱	۶/۴۱	آسیب پذیری
۰/۰۶	۰/۱۹	۱/۷۸	۹/۹۱	۱	۹/۹۱	خود تحول نیافته
۰/۰۴	۰/۳۲	۱/۰۴	۶/۵۸	۱	۶/۵۸	ایثار
۰/۰۶	۰/۱۹	۱/۷۸	۵/۵۸	۱	۵/۵۸	معیارهای سرسختانه
۰/۰۲	۰/۴۵	۰/۵۸	۲/۷۷	۱	۲/۷۷	استحقاق/ بزرگ منشی
۰/۰۷	۰/۱۷	۱/۹۷	۸/۴۹	۱	۸/۴۹	خوشتن داری ناکافی
۰/۱۰	۰/۱۰	۲/۹۵	۴۶۱/۳۴	۱	۴۶۱/۳۴	CASAFS
۰/۰۷	۰/۱۸	۱/۸۷	۵۱/۹۲	۱	۵۱/۹۲	عملکرد تحصیلی
۰/۰۰۵	۰/۷۳	۰/۱۳	۲/۵۸	۱	۲/۵۸	روابط با همسالان
۰/۱۶	۰/۰۳	۵/۰۲	۸۶/۲۶	۲	۸۶/۲۶	روابط خانوادگی
۰/۰۲	۰/۴۲	۰/۶۶	۱۱/۴۲	۱	۱۱/۴۲	وظایف خانگی/ مراقبت از خود

بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر، با هدف بررسی اثربخشی درمان شناختی رفتاری در تغییر نشانه های اختلال اضطراب فراگیر، نگرانی، طرح واره های ناسازگار اولیه و عملکرد اجتماعی کودکان انجام شد. نتایج نشان داد که گروه درمانی شناختی- رفتاری در کاهش نگرانی، اصلاح طرحواره ی ناسازگار، متغیر نقص و بهبود روابط خانوادگی موثر است. بوگلز و برکمن - توشیان (۲۰۰۶) معتقد است که وجود استرس های محیطی از جمله عواملی به شمار می رود که مانع نتیجه گیری

مثبت بیماران مبتلا به GAD از درمان شناختی- رفتاری می شود. این نکته از آنجا حایز اهمیت است که چنین استرسورهای محیطی (نظیر جدایی والدین، فوت والد، زندگی با غیر از والدین) در کودکان گروه آزمایش به مراتب بیشتر از گروه کنترل بود. از آنجا که تغییرات درون آزمودنی تغییرات معنادار بالینی ناشی از درمان شناختی- رفتاری را در کودکان گروه آزمایش نشان می دهد، به نظر می رسد علت احتمالی عدم تغییرات بین آزمودنی، بازگشت نسبی (و نه فاحش) کودکان گروه کنترل به میانگین باشد. با توجه به آنکه نگرانی در مورد ارزیابی های بین فردی وجود مشکلات بین فردی در افراد مبتلا به GAD را هویدا کرده و این مساله مانع تاثیرگذاری مثبت راهبردهای شناختی- رفتاری می شود، از این رو به نظر می رسد، با آماج قرار دادن آن در درمان، بتوان اثربخشی درمان را افزود (بورکووک، نیومن، پینکوس، و لیتلس، ۲۰۰۲).

یافته ی دیگر در پژوهش حاضر، اثربخشی درمان شناختی رفتاری در مقایسه با گروه کنترل در کاهش نگرانی کودکان مبتلا به GAD بود. این یافته، می تواند تاییدی باشد بر یافته های فلنری و اسکرودر (۱۹۹۶) و کندال و هدک (۲۰۰۶ الف) که تاکید دارند درمان شناختی- رفتاری در کاهش نگرانی پاتولوژیک موثر است؛ علاوه بر این، نگرانی به عنوان تلاشی برای رویارویی با رویدادهای تهدیدکننده قلمداد می شود که ممکن است از طریق عدم وقوع رویدادهای ترس آور تقویت شود (بورکووک و اینز، ۱۹۹۰). این در حالی است که نگرانی شدید که در نتیجه ی تقویت ها و سوگیری شناختی مکرر حاصل می شود، فرایند مساله گشایی موثر را به تعویق انداخته و از آن جلوگیری می کند (بورکووک و اینز، ۱۹۹۰)؛ علاوه بر این، به سبب آنکه این افراد هنگام تجربه ی نگرانی، از طریق اجتناب شناختی از تجربه ی رویدادهای هیجانی دردناک دوری می کنند (بورکووک و اینز، ۱۹۹۰)، فرایند نگران شدن و اجتناب شناختی را در خود تقویت کرده که این امر آنها را از فراگیری اطلاعات مورد نیاز در مورد رویدادهای مختلف، باز می دارد (بورکووک، شادیک، و هاپکینز، ۱۹۹۱)؛ به عبارت دیگر، با وجود آنکه افراد مبتلا به GAD معتقدند که نگرانی مکانیسمی برای مقابله موثر است اما در حقیقت به دلیل آنکه در این روش هیچ گونه راهبردی ارایه نمی شود (بارلو، ۲۰۰۲) و در عین حال، منجر به اجتناب فرد از پردازش عمیق تر هیجانات می شود، به عنوان روش مقابله ای ناکارآمد قلمداد می شود (بورکووک و همکاران، ۱۹۹۱). یافته ی دیگر در پژوهش حاضر، اثربخشی درمان شناختی رفتاری در مقایسه با گروه کنترل در اصلاح طرحواره های سلطه پذیری، بی اعتمادی/ بدرفتاری، شکست و نقص در