The Efficacy of Coaching Approach Behavior and Leading by Modeling on Separation Anxiety Disorder among Preschool Children

Mohammad Mohammadpour*, Khalil Esmailpour

Department of Psychology, Faculty of Education and Psychology, Tabriz University, Tabriz, Iran

Article Info:

Received: **23 Dec 2015** ***Accepted*****: 28 Jun 2016**

ABSTRACT

Introduction: Separation anxiety is the most common anxiety disorder in children. The neglect of treatment of this disorder at early ages could be a risk factor for other childhood and adult psychological disorders. The purpose of this study was to examine the efficacy of Coaching Approach Behavior and Leading by Modeling (CALM Program) on reduction of the symptoms of separation anxiety disorder among preschool children. ***Materials and Methods:*** The research plan was designed as pretest-posttest with control group. The sample included 30 children with separation anxiety disorder. Children were selected by multi-stage cluster sampling method and assigned randomly in the experimental and control groups (each group 15 individuals). CALM-based treatment program for each participant of experimental group was conducted across 12 sessions, in the form of mother-child interaction. Spence Children's Anxiety Scale (parent form) was used to measure the severity of separation anxiety disorder. ***Results:*** CALM-based treatment interventions created a significant reduction in the symptoms of separation anxiety in the experimental group compared to the control group on the post-test and follow-up stages. ***Conclusion:*** CALM-based treatment interventions can be used as applicable and effective treatment for reduction of the symptoms of separation anxiety in preschooler children.

Key words:

1. Anxiety, Separation
2. Mother-Child Relations
3. Psychotherapy

Corresponding Author: Mohammad Mohammadpour

E-mail: *m.mohammadpour1989@gmail.com*

doi: 10.18869/acadpub.shefa.5.1.29

[Downloaded from shefayekhatam.ir on 2026-10-06]

[DOI: 10.18869/acadpub.shefa.5.1.29]

اثربخشی برنامهٔ مربیگری رفتار و هدایت از طریق مدل‌سازی بر اختلال اضطراب جدایی کودکان پیش دبستانی

محمد محمدپور*، خلیل اسماعیل پور

گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران

اطلاعات مقاله:

تاریخ دریافت: ۲ دی ۱۳۹۴

تاریخ پذیرش: ۸ تیر ۱۳۹۵

چکیده

مقدمه: اضطراب جدایی شایع‌ترین اختلال اضطرابی در کودکان است. عدم توجه به درمان این اختلال در سنین پایین، می‌تواند یک عامل خطر برای سایر اختلالات روانی دوران کودکی و بزرگسالی باشد. هدف از این مطالعه بررسی اثربخشی برنامهٔ مربیگری رفتار و هدایت از طریق مدل‌سازی (CALM Program) بر کاهش نشانه‌های اختلال اضطراب جدایی در کودکان پیش دبستانی بود. **مواد و روش‌ها:** برنامهٔ پژوهش به صورت پیش‌آزمون -پس‌آزمون با گروه کنترل طراحی شد. نمونه شامل ۳۰ کودک مبتلا به اختلال اضطراب جدایی بود. کودکان با استفاده از روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای انتخاب شده و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل (هر گروه ۱۵ نفر) جایگزین شدند. ۱۲ جلسهٔ درمان مبتنی بر برنامهٔ درمانی CALM برای هر یک از شرکت کنندگان گروه آزمایش به صورت تعامل والد -کودک اجرا گردید. برای سنجش شدت اختلال اضطراب جدایی از مقیاس اضطراب کودکان اسپنس (نسخهٔ والدین) استفاده شد. **یافته‌ها:** مداخلهٔ درمانی مبتنی بر برنامهٔ CALM کاهش معنی‌داری در نشانه‌های اضطراب جدایی شرکت کنندگان گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل در مراحل پس‌آزمون و پیگیری ایجاد نمود. **نتیجه‌گیری:** مداخلهٔ درمانی مبتنی بر برنامهٔ CALM می‌تواند به‌عنوان یک برنامهٔ درمانی قابل اجراء و موثر برای کاهش نشانه‌های اضطراب جدایی در کودکان پیش دبستانی مورد استفاده قرار گیرد.

کلید واژه‌ها:
۱. اضطراب جدایی
۲. تعامل مادر -کودک
۳. روان‌درمانی

* **نویسنده مسئول:** محمد محمدپور

آدرس الکترونیکی: *m.mohammadpour1989@gmail.com*

[Downloaded from shefayekhatam.ir on 2026-10-06]

[DOI: 10.18869/acadpub.shefa.5.1.29]

مقدمه

اختلال اضطراب جدایی[1] یکی از شایع‌ترین اختلال‌های اضطرابی دوران کودکی است، به طوری که حدود نیمی از کودکانی که برای درمان اختلالات اضطرابی مراجعه می‌کنند به آن مبتلا هستند (۱).

ویژگی بارز اختلال اضطراب جدایی، اضطراب غیرواقعی و افراطی از جدایی یا پیش‌بینی جدایی از نمادهای دلبستگی اصلی به‌خصوص والدین است (۲). کودکانی که دچار این اختلال هستند از این می‌ترسند که یکی از افراد نزدیک آن‌ها در طول جدایی و در غیاب آن‌ها دچار صدمه شده یا اتفاق وحشتناکی به هنگام دوری از مراقب‌های مهم آن‌ها رخ بدهد (۳، ۴). این کودکان هنگام رفتن به رختخواب دردسر ساز می‌شوند و اصرار دارند که در اتاق والدین بخوابند یا از والدین می‌خواهند که یکی از آن‌ها در اتاق او بخوابد. این کودکان غالباً نیاز دارند که تا وقتی به خواب نرفته‌اند کسی در کنار آن‌ها بماند و در غیر این صورت به رختخواب والدین یا برادر و خواهر خود می‌روند و اگر این اجازه به آن‌ها داده نشود امکان دارد که پشت در اتاق بخوابند (۵). همچنین کابوس با الگوی جدایی در کودکان کم سن و سال مبتلا به اختلال اضطراب جدایی شایع است (۷، ۶). میزانی از اضطراب جدایی در اوایل کودکی به طور طبیعی ظاهر می‌شود و بخشی از رشد طبیعی کودک محسوب می‌گردد. اما هنگامی که پریشانی شدید است تا دوران بعدی کودکی باقی می‌ماند و تشخیص اختلال اضطراب جدایی مطرح می‌شود (۸). به بیانی دیگر نکتهٔ اصلی در تشخیص این اختلال، نامتناسب بودن اضطراب و پریشانی کودک در هنگام جدایی، نسبت به سن و مرحلهٔ رشدی وی است؛ به گونه‌ای که ترس از جدایی با فعالیت‌های روزمره از قبیل رفتن به مدرسه و یا مشارکت در فعالیت‌های وابسته به سن تداخل ایجاد می‌کند (۹). این اختلال در میان کودکان و نوجوانان بسیار شایع است و برخی مطالعات میزان آن را تا ۴۲ درصد نیز گزارش کرده‌اند (۱).

به نظر می‌رسد اختلال اضطراب جدایی چنانچه درمان نشود دارای سیری مزمن خواهد شد (۱۰، ۱۱). مطالعات متعددی نشان داده است که اختلالات اضطرابی دوران کودکی از جمله اضطراب جدایی، عامل خطر مهمی برای سایر اختلالات عاطفی و رفتاری از قبیل اضطراب نوجوانی و بزرگسالی (۱۲)، اختلالات تغذیه و خوردن[2] (۱۳)، افسردگی[3] (۱۵، ۱۴)، اختلالات جسمی[4] (۱۳) و سوء مصرف الکل[5] (۱۷، ۱۶) به شمار می‌رود. همچنین تحقیقات نشان داده است که وجود اضطراب جدایی در دوران کودکی زمینهٔ ابتلاء به اختلال وحشت‌زدگی[6] در دورهٔ نوجوانی و اوایل دورهٔ بزرگسالی را فراهم می‌آورد (۱۹، ۱۸). بر این اساس، مداخلهٔ کارآمد در دوران کودکی، نه تنها سازگاری کنونی را بهبود می‌بخشد، بلکه کاهش چشمگیر آسیب‌های روانی در آینده را نیز در پی دارد (۲۰). همچنین شواهد رو به رشد نشان می‌دهد که اثرات درمانی مداخلات ممکن است در اوایل کودکی و زمانی که افزایش حجم نورون‌ها[7] می‌توانند منجر به تغییرات رشدی وسیع‌تر گردد، نسبت به سایر دوران زندگی بیشتر بوده و می‌توانند پایداری بیشتری داشته باشد (۲۲، ۲۱)، بنابراین شناسایی زود هنگام و طراحی و آزمودن درمان‌های متناسب با سن برای کودکان خردسال لازم به نظر می‌رسد.

امروزه روان درمانگران از درمان‌های مختلفی از قبیل درمان شناختی رفتاری، خانواده درمانی و بازی درمانی برای درمان اختلال اضطراب جدایی استفاده می‌کنند (۲۳). برخی از نظریه‌پردازان و پژوهشگران بر نقش خانواده، سبک‌های فرزند پروری، اضطراب و افسردگی والدین و رفتارهای نادرست والدینی در سبب‌شناسی و درمان این کودکان تأکید کرده‌اند (۲۵، ۲۴).

مطالعاتی که در زمینهٔ تأثیر رفتارهای نادرست والدینی در ایجاد اختلالات اضطرابی دوران کودکی انجام شده است نشان داد که والدین کودکان مضطرب ممکن است به شیوه‌های مختلف از قبیل مدل‌سازی ترس یا اجتناب، کنترل بیش از حد رفتارهای کودک، محدود کردن استقلال روانی کودک، حمایت افراطی و بیش از حد از کودک و تسهیل پاسخ‌های اجتنابی او سهواً و به صورت ناخودآگاه پاسخ‌های اضطرابی را در آن‌ها برانگیزند (۲۶). بر همین اساس نتایج پژوهش هادسون[8] و راپی[9] (۲۷) نیز نشانگر این نکته است که بین سبک‌های تربیتی والدین و اضطراب کودکان رابطه وجود دارد. والدین کودکان مضطرب، در برابر کودکان خود الگویی مداخله‌گر همراه با درگیری و نزاع دارند. کودکان مضطرب در تعاملات، منفی‌تر از کودکان عادی عمل می‌کنند. این کودکان نسبت به کودکان عادی در تعامل‌های خواهر و برادری سطوح بالاتری از تعارض را نشان می‌دهند و نسبت به خواهر یا برادر خود صمیمیت کمتری دارند. از طرف دیگر، رفتارهای والدینی بیش از حد حمایت‌گرانه[10] نیز اساسی برای ایجاد و تداوم اضطراب در دوران کودکی است. به علاوه به نظر می‌رسد سبک والدینی بیش حمایت‌گرانه به صورت ویژه عامل خطر اختصاصی برای اختلال اضطراب جدایی در میان کودکانی است که تشخیص اختلالات اضطرابی دریافت می‌کنند (۲۵). از این رو شواهد تأیید کنندهٔ نقش عوامل خانوادگی در سبب‌شناسی اضطراب می‌باشد (۳۰-۲۸).

[1] Separation anxiety disorder
[2] Eating disorders
[3] Depression
[4] Somatic disorders
[5] Alcohol abuse
[6] Panic disorders
[7] Neuroplasticity
[8] Hudson
[9] Rapee
[10] Overprotective

[Downloaded from shefayekhatam.ir on 2026-10-06]
[DOI: 10.18869/acadpub.shefa.5.1.29]

داده‌های مرتبط با تأثیر متغیرهای خانوادگی بر نتایج کار با کودک (۳۳-۳۱) و موفقیت کار کردن با والدین در اختلالات دیگر (۳۶-۳۴) همه و همه به این فرض مشترک منجر می‌شود که وارد کردن والدین به روند درمان اضطراب دوران کودکی می‌تواند نتایج درمانی را بهبود بخشد (۳۷).

یکی از رویکردهای نسبتاً جدید در سبب‌شناسی و درمان اختلالات دوران کودکی از جمله اختلالات اضطرابی که بر نقش والدین تأکید می‌کند، رویکرد تعامل والد -کودک[11] است. درمان تعامل والد -کودک یک برنامهٔ آموزش رفتار والدینی تأیید شده است که در سال ۱۹۷۰ توسط آیبرگ[12] برای کار با والدین و کودکان خردسال ۲ تا ۷ ساله مبتلا به اختلال رفتار مخرب پایه‌ریزی شد (۳۸). نکتهٔ قابل توجه در رویکرد تعامل والد -کودک این مسأله است که از منظر این رویکرد درمانی علت ایجاد، ابقاء و ماندگار شدن اختلالات اضطرابی دوران کودکی، تعاملات ناسازگار والدین با کودک و همچنین رفتارهای نادرست والدینی است، لذا این روش درمانی به جای تمرکز بر خود کودک بر والدین تمرکز کرده و رفتارهای ناسازگارانهٔ کودک را از طریق تغییر و اصلاح رفتارهای والدینی نادرست مورد هدف قرار می‌دهد (۳۹).

مطالعات انجام شده نشان دهندهٔ این نکته است که درمان تعامل والد -کودک برای اختلالات اضطرابی دوران کودکی، از جمله اختلال اضطراب جدایی نتایج درمانی خوبی به دست آورده است. به نقل از کوت[13] و همکاران (۴۰) مطالعه‌ای آزمایشی با عنوان بررسی اثربخشی تعامل والد -کودک بر اختلال اضطراب جدایی کودکان انجام دادند. در این مطالعه ۳ خانواده انتخاب شدند که دارای کودکان مبتلا به اختلال اضطراب جدایی و در دامنهٔ سنی ۸-۴ سال بودند و والدین و کودکان تحت درمان قرار گرفتند. ۳ ماه پس از درمان در هر ۳ کودک کاهش معنی‌داری در علایم اختلال اضطراب جدایی مشاهده شد. پینکاس[14] و همکاران در مطالعه‌ای تأثیر تعامل اصلاح شدهٔ والد -کودک[15] را روی ۱۰ کودک ۴ تا ۸ سالهٔ مبتلا به اختلال اضطراب جدایی مورد بررسی قرار دادند (۶). نتایج نشانگر کاهش چشمگیر میزان اضطراب پس از درمان بود. در ایران نیز عباسی و همکاران (۴۱) پژوهشی با هدف بررسی اثربخشی درمان تعامل والد -کودک بر بهبود اختلال اضطراب جدایی کودکان انجام دادند. نتایج نشان داد که درمان تعامل والد -کودک در بهبود اختلال اضطراب جدایی کودکان اثربخش است.

لذا بر اساس تحقیقات پیشین که از روش تعامل والد -کودک برای درمان اختلالات اضطرابی کودکان حمایت کرده‌اند، مطالعهٔ حاضر به بررسی اثربخشی برنامهٔ درمانی مربیگری رفتار و هدایت از طریق مدل‌سازی (CALM)[16] برای درمان کودکان مبتلا به اختلال اضطراب جدایی می‌پردازد. این برنامهٔ درمانی نسخه‌ای از درمان تعامل والد -کودک است که برای درمان اختلالات اضطرابی کودکان پیش‌دبستانی تنظیم و اصلاح شده است. این برنامهٔ آموزشی محیط درمانی را فراهم می‌کند که در آن به جای تمرکز بر خود کودک بر والدین تمرکز شده و سعی بر آن است که تعاملات نادرست والدین با کودک در هنگام مواجه شدن با محرک‌های اضطراب‌آور شناسایی و اصلاح گردد (۴۲).

برنامهٔ درمانی CALM همانند درمان تعامل والد -کودک، در همان جلسهٔ مشاوره و در زمانی که درمانگر از طریق یک نمایشگر و از یک اتاق دیگر بر تعاملات والد -کودک نظارت می‌کند، آموزش‌های رفتاری والدین را فراهم می‌نماید. آنچه برنامهٔ درمانی مربیگری رفتار و هدایت از طریق مدل‌سازی را از سایر درمان‌های شناختی رفتاری مربوط به اضطراب اولیهٔ کودکان متمایز می‌کند، مداخلهٔ منظم در حین جلسات از طریق گوشی و آموزش به والدین در طول جلسات مواجهه با محرک اضطراب‌آور است. درمانگر به صورت غیرآشکار و از داخل یک اتاق مخصوص نظارت، والدین و کودک را در طول تعامل و مواجهه با محرک‌های اضطراب‌زا مورد نظارت قرار داده و بازخوردهایی را به صورت مستقیم و در لحظه برای والدین فراهم می‌کند (۴۳). این برنامهٔ درمانی بر اساس منطقی است که از توجه مثبت والدین و مدل‌سازی رفتار شجاعانه[17] به‌عنوان راهکارهایی برای افزایش رفتارهای شجاعانه کودک (روبرو شدن با محرک اضطراب‌زا) استفاده می‌کند. در نقطهٔ مقابل، از کاهش تمرکز والدین بر رفتارهای مربوط به اضطراب و رفتارهای اجتنابی کودک برای خاموشی این رفتارها استفاده می‌کند (۴۲).

بنابراین، با توجه به اینکه دوران کودکی یک مرحلهٔ حساس رشدی است و درمان نشدن اختلال اضطراب جدایی کودکان آسیب‌های روانی بعدی را به دنبال دارد، استفاده از برنامه‌های درمانی اثربخش و متناسب با سن کودکان خردسال ضروری به نظر می‌رسد. همچنین تحقیقات و بررسی‌های پیشین دربارهٔ کودکان دامنهٔ سنی ۳ تا ۷ سال مبتلا به اختلال اضطراب جدایی نشان‌دهندهٔ این نکته است که درمان‌هایی مانند تعامل والد -کودک که به جای درگیر کردن کودکان خردسال در فرایند درمان بر والدین و تعامل آن‌ها با کودک تمرکز می‌کنند، نتایج درمانی بهتری به دست می‌دهند. از این رو فرض شده است که استفاده از روش مداخله‌ای مربیگری رفتار و هدایت از طریق مدل‌سازی

[11] Parent child interaction therapy
[12] Eyberg
[13] Choate
[14] Pincus
[15] Modified parent-child interaction therapy
[16] Coaching approach behavior and leading by modeling
[17] Brave

[Downloaded from shefayekhatam.ir on 2026-10-06]
[DOI: 10.18869/acadpub.shefa.5.1.29]

باعث می‌شود از نشانه‌های اضطرابی کودکان خردسال کاسته شود. بر این اساس، هدف کلی مطالعهٔ حاضر بررسی اثربخشی برنامهٔ درمانی مربیگری رفتار و هدایت از طریق مدل‌سازی بر کاهش نشانه‌های اختلال اضطراب جدایی کودکان پیش‌دبستانی (۴ تا ۷ سال) است.

مواد و روش‌ها

روش پژوهش مطالعهٔ حاضر تجربی و طرح تحقیق از نوع پیش‌آزمون، پس‌آزمون با گروه کنترل و همراه با پیگیری می‌باشد. برنامهٔ مداخله از پیش طراحی شده (۴۲) به گروه آزمایش ارائه و نتایج اثرات مداخله با گروه کنترل مقایسه شد. نتایج یافته‌ها در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری ۳ ماهه مورد مقایسه قرار گرفت.

شرکت کنندگان

جامعهٔ آماری این پژوهش شامل کلیهٔ کودکان ۴ تا ۷ سالهٔ مبتلا به اختلال اضطراب جدایی در مهد کودک‌های شهر تبریز در سال ۱۳۹۳ بود. به‌منظور انتخاب نمونه از روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چند مرحله‌ای استفاده شد. به این ترتیب که پس از کسب مجوزهای لازم از ادارهٔ آموزش و پرورش و ادارهٔ بهزیستی شهرستان تبریز از میان مناطق چندگانهٔ این شهر چهار منطقه و از هر منطقه شش مهد کودک به صورت تصادفی انتخاب شدند. انتخاب شرکت کنندگان از بین افراد مشکوک به اختلال اضطراب جدایی و با استفاده از غربالگری صورت گرفت. در گام نخست کودکان مشکوک به اختلال اضطراب جدایی به کمک مسئولان مهد کودک شناسایی و با والدین آن‌ها تماس تلفنی برقرار شد. سپس برای سنجش اختلال اضطراب جدایی و همچنین سایر اختلالات همبود، والدینی که مایل به شرکت در برنامهٔ درمانی بودند نسخهٔ والدین پرسشنامهٔ علایم مرضی کودک (CSI-4)[18] (۴۴) و نسخهٔ والدین پرسشنامهٔ مقیاس اضطراب کودکان اسپنس (SCAS-P)[19] (۴۵) را تکمیل کردند.

از پرسشنامهٔ علایم مرضی کودک به‌منظور غربالگری و سنجش اختلالات همبود و از پرسشنامهٔ مقیاس اضطراب کودکان اسپنس جهت سنجش شدت اختلال اضطراب جدایی کودکان گروه آزمایش و کنترل در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری استفاده شد. برای رعایت اصول و ضوابط اخلاقی تحقیق، پژوهشگران دربارهٔ نحوهٔ پاسخگویی به ابزارها، محرمانه ماندن اطلاعات موجود در پرسشنامه‌ها و اینکه هر زمان که تمایل داشتند می‌توانند از ادامهٔ درمان انصراف دهند توضیحاتی به مادران ارائه شده و به صورت کتبی رضایت آن‌ها دریافت گردید.

با توجه به اینکه در تحقیقات آزمایشی حداقل حجم نمونه برای هر یک از گروه‌ها ۱۵ نفر تعیین شده است (۴۶)، پس از تکمیل پرسشنامه‌ها ۳۰ نفر از کودکان که معیارهای ورود را داشتند، انتخاب شده و به صورت تصادفی به دو گروه آزمایش و کنترل تقسیم شدند. مطابق طرح درمانی مبتنی بر برنامهٔ CALM، مداخله طی ۱۲ جلسه به صورت هر هفته ۲ جلسه یک و نیم ساعته برای هر کدام از ۱۵ شرکت کنندهٔ گروه آزمایش به همراه مادر به صورت انفرادی اجرا شد. در این مدت، گروه کنترل مداخله‌ای دریافت نکرد. ملاک‌های ورود عبارت بودند از کسب نمرهٔ برش تعیین شده برای اختلال اضطراب جدایی در نسخهٔ والدین پرسشنامهٔ علایم مرضی کودک، حضور کودک در مهد در طی دورهٔ پژوهش، داشتن سن بین ۴ تا ۷ سال، موافقت والدین برای شرکت در درمان و عدم دریافت درمان اعم از روانشناختی و دارویی در ۶ ماه قبل از مطالعه. ملاک‌های خروج عبارت بودند از طلاق پدر و مادر، بیماری روانی پدر و مادر، وجود بیماری‌های جسمی مزمن و ناتوان کننده در کودک و وجود اختلال خلقی[20]، اختلال نقص توجه و بیش‌فعالی (ADHD)[21] یا اختلال سلوک[22] در کودک. شرکت کنندگان دو گروه در سه مرحلهٔ پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری سه ماهه مورد سنجش قرار گرفتند.

ابزار پژوهش

مقیاس اضطراب کودکان اسپنس: مقیاس اضطراب کودکان اسپنس (نسخهٔ والدین) به‌منظور سنجش و ارزیابی اضطراب کودکان بر اساس طبقه‌بندی تشخیصی و آماری DSM-IV طراحی و ساخته شده است. فرم اولیهٔ این مقیاس در سال ۱۹۹۷ در کشور استرالیا طی دو مطالعهٔ بزرگ ملی مورد بررسی قرار گرفته و نتایج حاصل از تحلیل عاملی، ۶ زیر مقیاس را در طیف سنی ۸ الی ۱۲ و ۷ الی ۹ سال به اثبات رسانده است (۴۵). این ابزار ۶ زیر مقیاس اضطراب جدایی، هراس از فضای باز، ترس از آسیب فیزیکی، وسواس عملی -فکری، اضطراب اجتماعی و هراس و اضطراب عمومی را اندازه‌گیری می‌کند. گویه‌های این ابزار ۴ گزینه‌ای بوده و به شیوهٔ لیکرت (هرگز=۰، گاهی اوقات=۱، اغلب=۲، همیشه=۳) نمره‌گذاری می‌شود. مقیاس SCAS-P از روایی و پایایی نسبتاً بالایی برخوردار است. در مطالعه‌ای که توسط اسپنس[23]، بارت[24] و ترنر[25] (۴۵) انجام شد، پایایی بازآزمون برای خرده مقیاس‌های این ابزار از ۰/۵۳ برای وسواس تا ۰/۶۰ برای اضطراب جدایی و اضطراب اجتماعی برآورد شده است. در ایران مکونند حسینی و همکاران ضریب همسانی درونی را برای ۶ خرده مقیاس شامل، اضطراب جدایی، ترس از فضای

[18] Children symptoms inventory-4
[19] Spence children anxiety scale- parent form
[20] Mood disorder
[21] Attention deficit hyperactivity disorder
[22] Conduct disorder
[23] Spence
[24] Barrett
[25] Turner

[Downloaded from shefayekhatam.ir on 2026-10-06]
[DOI: 10.18869/acadpub.shefa.5.1.29]

باز، ترس از آسیب فیزیکی، اضطراب اجتماعی، وسواس عملی -فکری و اضطراب فراگیر به ترتیب ۰/۷۰، ۰/۷۹، ۰/۷۹، ۰/۷۰، ۰/۷۸ و ۰/۷۹ گزارش کردند (۴۷).

پرسشنامهٔ علایم مرضی کودکان: پرسشنامهٔ علایم مرضی کودک از رایج‌ترین ابزارهای غربالگری برای اختلال‌های روانپزشکی است که بر اساس ملاک‌های راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی ساخته شده است. نسخهٔ اولیهٔ پرسشنامه با نام فهرست اسپیرافیکن، لانی، یونیتات و گادو (SLUG)[۲۶] را اسپیرافیکن، لانی، یونیتات و گادو در سال ۱۹۸۴ بر اساس طبقه‌بندی سومین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی (DSM-III) تهیه کردند. با چاپ چهارم DSM-IV آخرین نسخهٔ این ابزار در سال ۱۹۹۴ با تغییرات اندکی مورد تجدید نظر قرار گرفت و با نام CSI-4 منتشر شد (۴۴). این پرسشنامه دارای دو فرم ویژهٔ والدین و آموزگاران می‌باشد. فرم والدین دارای ۹۷ سؤال است که ۱۷ اختلال رفتاری-هیجانی را پوشش می‌دهد (۴۸). فهرست شدت علایم اضطرابی کودکان بخشی از پرسشنامهٔ علایم مرضی کودکان است که اختصاصاً به ارزیابی علایم اضطراب جدایی کودکان می‌پردازد و دارای ۸ ماده است و سؤالات آن در گروه اختلال اضطرابی (گروه J) پرسشنامه گنجانده شده است (۴۱). در این پژوهش از این ۸ ماده برای غربالگری افراد دارای اضطراب جدایی استفاده شده است. پرسشنامهٔ علایم مرضی کودک از روایی و پایایی نسبتاً بالایی برخوردار است. بر اساس مطالعهٔ ارمیس (۴۹) اعتبار پرسشنامه به روش بازآزمایی و با فاصلهٔ زمانی ۶ هفته روی ۷۵ پسر سنین ۶ تا ۱۰ سال ۰/۷۲ گزارش شده است. در مطالعهٔ گادو و اسپیرافیکن در سال ۱۹۹۴ اعتبار بازآزمایی پرسشنامه در یک دورهٔ شش هفته‌ای بر روی ۳۶ کودک مبتلا به اختلال هیجانی، ۰/۸۹-۰/۷۰ به دست آمد (۴۸). در ایران در مطالعه‌ای توسط توکلی زاده (۵۰) پایایی بازآزمایی فرم‌های والدین و آموزگاران به ترتیب ۰/۹۰ و ۰/۹۳ گزارش شده است. در پژوهش حاضر از شیوهٔ نمره‌گذاری شدت اختلال جهت نمره‌گذاری سؤالات استفاده شد. شیوهٔ نمرهٔ برش غربال کننده در یک مقیاس ۴ امتیازی (هرگز=۱، بعضی اوقات=۲، اغلب اوقات=۳، بیشتر اوقات=۴) نمره‌گذاری شد.

برنامهٔ مداخله درمانی (طرح درمان)

جلسات درمانی بر اساس راهنمای پالیافیکو، کومر و آلبانو[۲۷] (۴۲) و به شرح زیر می‌باشد:

جلسهٔ اول: جلسهٔ اول صرفاً با حضور والدین تشکیل شده و نیازی به حضور کودک در جلسهٔ درمانی نیست. در این جلسه مهارت‌های تعامل کودک محور (CDI)[۲۸] به والدین آموزش داده می‌شود و والدین با استفاده از این مهارت‌ها یاد می‌گیرند تا به رفتارهای مثبت و شجاعانهٔ کودک توجه کرده و رفتارهای منفی کودک را در هنگام روبه رو شدن با اضطراب نادیده بگیرند. همچنین سلسله مراتبی از اضطراب کودک تهیه می‌شود.

جلسهٔ دوم و سوم: از جلسهٔ دوم به بعد جلسات درمانی با حضور هم‌زمان کودک و والدین تشکیل می‌شود. در این جلسات (جلسهٔ دوم و سوم) به‌منظور تسلط والدین بر مهارت‌های آموزش داده شده در جلسهٔ قبلی، والدین به تمرین مهارت‌های تعامل کودک محور که در جلسهٔ اول یاد گرفتند می‌پردازند. درمانگر در طول جلسه از طریق دوربین و به وسیلهٔ مانیتور شخصی از یک اتاق دیگر، تعامل والدین با کودک را در طول بازی مشاهده کرده و بازخوردهایی را به صورت آنی و بلافاصله از طریق یک دستگاه شنیداری به والدین ارائه می‌دهند.

جلسهٔ چهارم و پنجم: در این جلسات نیز همانند جلسهٔ دوم و سوم، نحوهٔ استفادهٔ والدین از مهارت‌های تعامل کودک محور در طول بازی درمانی مورد توجه قرار می‌گیرد. همچنین مواجههٔ درمانی شروع شده و کودک با موقعیت‌های اضطراب‌زا سطح پایین از سلسله مراتب تهیه شده در جلسهٔ اول روبه‌رو می‌شود.

جلسهٔ ششم: در این جلسه نیز همانند جلسهٔ اول حضور کودک الزامی نبوده و جلسهٔ درمانی (آموزشی) صرفاً با حضور والدین تشکیل می‌شود. در این جلسه مهارتهای چهارگانه توصیف موقعیت[۲۹]، نزدیک شدن به موقعیت[۳۰]، دادن دستور مستقیم از طرف والدین به کودک برای مواجه‌شدن با موقعیت[۳۱] و توجه انتخابی بر پایهٔ عملکرد کودک[۳۲] که DADS STEP نامیده می‌شوند، به‌منظور افزایش رفتارهای شجاعانهٔ کودک به والدین آموزش داده می‌شود. همچنین به‌منظور تسلط بر این مهارت‌ها والدین به بازی نقش می‌پردازند.

جلسهٔ هفتم تا دوازدهم: در جلسات باقی مانده مهارت‌های چهارگانهٔ DADS که در جلسهٔ قبلی آموزش داده شد، به‌منظور افزایش رفتارهای شجاعانهٔ کودک توسط والدین در محیط درمان و در طول بازی تمرین می‌شود. کودک در طول این جلسات با موقعیت‌های باقیمانده از سلسله مراتب اضطراب مواجه می‌شود. در طول مواجههٔ کودک با موقعیت‌های اضطراب‌زا، درمانگر همانند جلسات قبل از طریق مانیتور شخصی و از یک اتاق دیگر تعامل والدین با کودک را مشاهده کرده و در مورد نحوهٔ استفاده از مهارت‌های DADS بازخوردهایی را به صورت آنی و بلافاصله به والدین می‌دهد. لازم به ذکر است که در هر جلسه به‌منظور افزایش تسلط والدین بر مهارت‌هایی که تدریس می‌شود و همچنین به‌منظور گسترش و تعمیم نتایج از محیط درمان به

[26] Sprafkin, Loney Unita & Gadow
[27] Puliafico, Comer & Albano
[28] Child directed interaction
[29] Describe situation
[30] Approach situation
[31] Give direct command for child to join situation
[32] Provide selective attention based on child performance

[Downloaded from shefayekhatam.ir on 2026-10-06]
[DOI: 10.18869/acadpub.shefa.5.1.29]

محیط و موقعیت‌های واقعی زندگی، تکالیفی برای والدین در نظر گرفته می‌شود تا در محیط خانه انجام دهند. در هر جلسه در شروع درمان تکالیف جلسهٔ گذشته مورد بررسی قرار می‌گیرد.

آنالیز آماری

پس از جمع‌آوری اطلاعات، داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS نسخهٔ ۱۹ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. علاوه بر روش‌های آمار توصیفی و گزارش جدول مربوط به شاخص‌های توصیفی (میانگین و انحراف استاندارد) مربوط به داده‌ها، از آزمون تحلیل کواریانس تک متغیره جهت مقایسهٔ میانگین گروه‌ها استفاده شد. $P<0/05$ در تعیین سطح معنی‌داری ملاک عمل قرار گرفت.

یافته‌ها

به‌منظور بررسی اثربخشی برنامهٔ درمانی CALM بر کاهش نشانه‌های اختلال اضطراب جدایی در کودکان پیش دبستانی، داده‌های مربوط به پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری برای دو گروه آزمایش و کنترل جمع‌آوری شد. میانگین و انحراف استاندارد دو گروه آزمایش و کنترل در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در جدول ۱ ارائه شده است. همان‌طور که مندرجات جدول ۱ نشان می‌دهد نمرات اضطراب جدایی شرکت کنندگان گروه آزمایش در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری تفاوت قابل ملاحظه‌ای را نشان داده اما نمرات گروه کنترل تغییر چندانی نداشته و این تفاوت در مرحلهٔ پیگیری نیز استمرار داشته است.

برای آزمون معنی‌داری اثربخشی برنامهٔ درمانی CALM بر اضطراب جدایی و به‌منظور کنترل اثر پیش‌آزمون، از روش تحلیل کواریانس استفاده شد. به‌منظور بررسی پیش فرض‌های تحلیل کواریانس، از آزمون کولموگروف-اسمیرنوف جهت بررسی طبیعی بودن توزیع متغیر اضطراب جدایی در دو گروه، و از آزمون لوین[33] به‌منظور بررسی برابری واریانس‌ها استفاده شد. نتایج آزمون کولموگروف-اسمیرنوف ($Z=0/69$ ،$P>0/01$) و آزمون لوین ($F=0/69$ ،$P<0/01$) نشانگر این نکته بود که استفاده از روش تحلیل کوواریانس بلامانع است. نتایج تحلیل کوواریانس مربوط به تأثیر برنامهٔ درمانی CALM بر اضطراب جدایی در مرحلهٔ پس‌آزمون در جدول ۲ ارائه شده است.

همان‌گونه که نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد تفاوت معنی‌داری در نمرهٔ اضطراب جدایی دو گروه آزمایش و کنترل در پس‌آزمون مشاهده می‌شود ($P<0/001$، $F=42/512$). به این معنی که برنامهٔ درمانی CALM بر اضطراب جدایی اثر داشته و نمرات شرکت کنندگان گروه آزمایش در پس‌آزمون به طور معنی‌داری کاهش یافته است ($P<0/001$). با توجه به ضریب اتا میزان تأثیر ۷۱٪ است که نشان می‌دهد با کنترل تأثیر پیش‌آزمون، ۷۱٪ کل واریانس‌ها یا تفاوت‌های فردی، مربوط به تفاوت بین دو گروه کنترل و آزمایش و در واقع ناشی از اعمال متغیر مستقل است.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی برنامهٔ درمانی مربیگری رفتار و هدایت از طریق مدل‌سازی CALM بر کاهش نشانه‌های اختلال اضطراب جدایی کودکان پیش‌دبستانی انجام شد. یافته‌های پژوهش نشان داد که برنامهٔ درمانی CALM موجب کاهش نشانه‌های اختلال اضطراب جدایی در کودکان پیش دبستانی شده و حمایت‌های مقدماتی را برای اثربخشی درمان تعامل والد-کودک اصلاح شده در درمان اختلال اضطراب جدایی فراهم می‌کند. این یافته‌ها با نتایج پژوهش‌هایی از قبیل پینکاس و همکاران (۳)، پینکاس و همکاران (۶)، پولیفیکو و همکاران (۴۰)، عباسی و همکاران (۴۱)، کامر و همکاران (۴۳) و محمدپور (۵۱) هماهنگ و هم‌سو است. در توجیه یافته‌های پژوهش و همچنین به‌منظور تبیین اثربخشی برنامهٔ درمانی CALM می‌توان به عواملی مانند سبک‌های فرزندپروری، دلبستگی والد-کودک، تعاملات نادرست والدینی و غیره که در سبب‌شناسی اختلال اضطراب جدایی نقش دارند اشاره کرد. در نقطهٔ مقابل آن می‌توان به محتوای جلسات برنامهٔ درمانی CALM اشاره نمود و از نظریات و کارهایی که در پایه ریزی درمان تعامل والد-کودک (به‌عنوان نظریه و

جدول ۱- میانگین و انحراف استاندارد نمرهٔ اضطراب جدایی دو گروه در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری.

گروه	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیگیری
آزمایش	۱۲/۵ ± ۱/۳۵[a]	۵/۸ ± ۱/۳۱	۴/۸ ± ۱/۲۲
کنترل	۱۱/۸ ± ۱/۰۳	۹/۱ ± ۱/۱۹	۸/۸ ± ۱/۰۳

a. m ± SD

جدول ۲- نتایج تحلیل کوواریانس تأثیر برنامهٔ درمانی CALM بر کاهش اضطراب جدایی کودکان.

منابع تغییرات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معنی‌داری	مجذور اتا
پیش‌آزمون	۱	۴/۸۰۶	۳/۴۴۸	۰/۸۱	۰/۱۶
عضویت گروهی	۱	۵۹/۲۵۲	۴۲/۵۱۲	۰۰۰	۰/۷۱

[33] Levene's test

[Downloaded from shefayekhatam.ir on 2026-10-06]
[DOI: 10.18869/acadpub.shefa.5.1.29]

برنامهٔ درمانی که مبنا و پایهٔ شکل‌گیری برنامهٔ درمانی CALM است) نقش داشته‌اند جهت تبیین احتمالی اثربخشی برنامهٔ درمانی بهره برد. بر طبق پژوهش‌های انجام شده یکی از علل بالقوه برای اختلالات اضطرابی کودکان مشکلات مربوط به دلبستگی و در واقع دلبستگی نا ایمن کودکان به والدین است (۲۴).

نظریهٔ دلبستگی عنوان می‌کند که والدگری گرم و پاسخ‌دهنده منجر به پایه‌ریزی این اعتقاد و باور در کودک می‌شود که مراقبان همیشه در دسترس بوده و به صورت صحیح و بدون معطلی به نیازهای آن‌ها پاسخ می‌دهند. بنابراین کودکان خردسالی که والدین آن‌ها گرمای والدینی و پاسخ‌دهی مناسبی نشان داده و همچنین حساسیت متناسبی را نسبت به نیازهای فرزندشان ابراز می‌کنند به احتمال زیاد یک احساس ایمنی نسبت به روابط والد -کودک را تشکیل داده و دلبستگی ایمنی را نشان می‌دهند. در مقابل کودکانی که دلبستگی نابه‌هنجار (نا ایمن) را با والدینشان بنیان می‌کنند مهارت‌های مقابله‌ای ضعیف، عزت نفس پایین، سطح پایین شایستگی و سطح بالایی از رفتارهای اضطرابی و پرخاشگری را نشان می‌دهند. بر اساس این یافته‌ها و فرضیات، هدف از مرحلهٔ اول درمان یا همان مرحلهٔ تعامل کودک محور در برنامهٔ درمانی CALM ایجاد تعامل مثبت بین والد و کودک و کار کردن بر روی دلبستگی نا ایمن کودکان بود، بدین ترتیب که والدین با استفاده و بهره‌گیری از مهارت‌های آموزش داده شده در این مرحله بتوانند دلبستگی ایمن را در کودکشان جایگزین دلبستگی نا ایمن کنند. از آنجا که هدف برنامهٔ درمانی CALM افزایش گرمی والدینی، پذیرش و تعاملات مثبت بین والدین و کودک است، احتمالا دلبستگی ایمن بین والدین و کودک را بهبود می‌بخشد. گرمای والدینی و دلبستگی بهبود یافته به دنبال درمان می‌تواند به احساس امنیت در کودک کمک کرده و در نتیجه کودک با پریشانی کمتری از والدین جدا شود.

از طرفی دیگر مطالعات نشان داده‌اند که رفتارهای نادرست والدینی می‌تواند در شکل‌گیری و ماندگار شدن اختلال‌های دوران کودکی نقشی اساسی داشته باشد. مطالعات نشان داده‌اند که والدین کودکان مضطرب به طور ناخواسته و سهوی پاسخ‌های مضطربانه را در کودکان تسهیل می‌کنند و این امر را از طریق الگوی ترس یا اجتناب، تلاش برای کنترل رفتار کودک به طوری که باعث محدود شدن خود مختاری کودک می‌شود و با حمایت بیش از حد از کودک یا تسهیل پاسخ‌های اجتنابی وی انجام می‌دهند. همچنین به نظر می‌رسد سبک فرزند پروری نادرست به‌خصوص سبک والدینی مداخله‌گرانه عامل خطر اختصاصی برای اختلال اضطراب جدایی باشد (۵۲، ۲۵). والدین بیش‌حمایتگر استقلال روانی کودک را محدود کرده و به جای انتقال احساس ایمنی به کودک، باور آسیب‌پذیر بودن و نیاز به حمایت شدن را در کودک ایجاد می‌کنند. در نهایت این والدین موجب شکل‌گیری ارزیابی‌های شناختی سوگیرانه در مورد محیط و توانایی و صلاحیت شخصی خود کودک می‌شوند؛ به این ترتیب که کودک جهان را غیرقابل کنترل و به‌عنوان یک عامل خطر و توانایی‌های شخصی خود را برای رویارویی با موقعیت‌های جدید، ضعیف ارزیابی می‌کند. این سوگیری نادرست شناختی به نوبهٔ خود باعث شدیدتر شدن اضطراب کودک در هنگام جدایی می‌شود.

بر این اساس ارائهٔ آموزش والدینی، تدریس مهارت‌های کودک محور در جلسات اولیه و همچنین مواجه کردن کودک با سلسله مراتب موقعیت‌های اضطراب‌زا در جلسات بعدی را می‌توان اساسی برای ایجاد تعامل مثبت بین والد و کودک، زمینه‌ای برای کاهش دخالت و حمایت بیش از حد والدین و همچنین بنیانی برای افزایش استقلال روانی، حس شایستگی و تسلط کودک در برابر موقعیت‌های اضطراب‌زا فرض کرد. در تعامل کودک محور، والدین یاد می‌گیرند و ملزم می‌شوند که به رفتارهای مثبت و شجاعانه کودک توجه کرده و کودک را تشویق کنند و در نقطه مقابل آن از رفتارهای منفی کودک مانند اجتناب از محرک اضطراب‌زا و گریه و قشقرق و غیره چشم‌پوشی کرده و به آن‌ها توجه ننمایند.

همچنین یک نکتهٔ قابل توجه و شایان ذکر که متمایزکنندهٔ برنامهٔ درمانی CALM از سایر درمان‌های مربوط به اختلالات اضطرابی کودکان خردسال است، مداخلهٔ سیستماتیک (منظم) در حین جلسات از طریق گوشی و دادن بازخوردهای آنی و در لحظه به والدین در طول جلسات مواجهه‌ای می‌باشد. به بیانی دیگر درمانگر به صورت غیر آشکار و از داخل یک اتاق مخصوص نظارت، والدین و کودک را در طول تعامل و مواجهه با محرک‌های اضطراب‌زا مورد نظارت قرار داده، و بازخوردهایی را به صورت مستقیم و در لحظه در مورد نحوهٔ استفادهٔ درست از آموزش‌های تدریس شده برای والدین فراهم می‌کند (۲۷). این نکته که چه میزان از نتایج درمان ناشی از هدایت مستقیم والدین و فراهم کردن بازخوردهای لحظه‌ای و آنی در طول جلسات مواجهه می‌باشد نیازمند بررسی‌های تجربی و کنترل شده در تحقیقات آتی است.

به بیان روشن‌تر می‌توان فرض کرد که بهبود اختلال و کاهش نشانه‌های اضطراب جدایی در کودکانی که در این پژوهش تحت درمان با برنامهٔ CALM قرار گرفتند تا حدود زیادی ناشی از تغییرات در سبک‌های فرزند پروری، اصلاح رفتارهای نادرست والدینی و بهبود سبک دلبستگی والد کودکی بوده است. علاوه بر این تمرکز کردن بر والدین به‌عنوان عناصر درمان و شرکت کردن

[Downloaded from shefayekhatam.ir on 2026-10-06]
[DOI: 10.18869/acadpub.shefa.5.1.29]

فعالانه والدین در جلسات درمانی و فراهم نمودن آموزش والدینی می‌تواند از طرفی توجیه کننده نتایج مثبت این پژوهش بوده و از طرف دیگر بیانگر نقش مهم والدین در درمان اختلالات اضطرابی کودکان خردسال (زیر ۷ سال) باشد.

به صورت خلاصه می‌توان گفت که نتایج این پژوهش می‌تواند بیانگر نقش بسیار مهم والدین در درمان اختلالات اضطرابی کودکان زیر ۷ سال باشد، لذا این پژوهش می‌تواند ضرورت وجود مراکز مشاوره را در مهد کودک‌ها نمایان و پررنگ سازد. طبیعتاً چنین مراکزی ضمن شناسایی اختلال اضطراب جدایی در سنین پایین و تشخیص تعاملات نادرست والدینی می‌توانند با برگزاری جلسات آموزشی -درمانی و آموزش تعامل درست والدینی، هم در کاهش نشانگان اختلال اضطراب جدایی کودک و هم در کاهش تنیدگی‌های روانشناختی والدین مؤثر باشند. البته با توجه به افزایش شمار مهد کودک‌ها و مراکزی که مسئولیت نگهداری کودکان را به عهده دارند، انجام آموزش‌های برگرفته از این برنامهٔ درمانی به مسئولان مهد کودک، می‌تواند در ارتقاء آگاهی مربیان و مسئولین امور تربیتی کودکان نقش بسزایی بازی کند.

از جمله محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به حجم پایین نمونه اشاره کرد. به همین دلیل باید در تعمیم دادن نتایج پژوهش جانب احتیاط را رعایت کرد. از آنجا که اجرای پژوهش با نمونه‌های گسترده و شرایط متفاوت می‌تواند اثربخشی یافته‌های پژوهش حاضر را بررسی کند پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی نمونه با حجم گسترده‌تر و شرایط ورود و خروج متفاوت انجام شود. محدودیت دیگر به استفاده از پرسشنامه‌های خود گزارش‌دهی مربوط می‌شود که می‌تواند موجب بیش یا کم برآورد کردن پاسخ‌ها شود. البته در جلسات اضطراب جدایی کودک مشهود بود. همچنین پیشنهاد می‌شود اثربخشی و کارایی برنامهٔ درمانی CALM در سایر اختلالات اضطرابی کودکان پیش‌دبستانی نیز مورد بررسی و سنجش قرار گیرد. یک نکتهٔ قابل ذکر و شایان توجه در مطالعهٔ حاضر این مهم بود که در این پژوهش تنها به آموزش و شرکت مادران در جلسات درمانی اکتفا شد. حال با توجه به نقش پدران در اضطراب کودکان (۵۳)، پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آینده با این فرض که آموزش و مشارکت دو والد در جلسات درمان می‌تواند اثربخشی درمان را افزایش دهد، پدران نیز در برنامهٔ درمانی مشارکت داده شوند.

تشکر و قدردانی

در پایان بر خود لازم می‌دانیم از تمامی والدین و کودکان شرکت کننده در پژوهش حاضر مراتب قدردانی و سپاس خود را اعلام کنیم. همچنین از مدیران مهدهای کودک که با کمال بردباری و بدون هیچ‌گونه چشم‌داشتی کلیهٔ امکانات لازم را در اختیار اینجانبان قرار داده و در واقع حامیان اصلی انجام طرح پژوهشی حاضر بودند، صمیمانه و با خلوص نیت تشکر نماییم.

منابع

1. Cartwright-Hatton S, McNicol K, Doubleday E. Anxiety in a neglected population: prevalence of anxiety disorders in pre-adolescent children. Clin Psychol Rev. 2006; 26(7): 817-33.

2. Fisher JE, Donohue WT. Practitioner's Guide to Evidence-Based Psychotherapy. Dick-Niederhauser A, Silverman WK. Separation anxiety disorder. Springer US, 2006; p. 627-633.

3. Pincus DB, Eyberg SM, Choate ML. Adapting parent-child interaction therapy for young children with separation anxiety disorder. Educ Treat Children. 2005; 28(2):163-81.

4. Sadok Jims B. Synopsis of psychiatry: behavioral sciences and clinical psychiatry. Arjmand Publication. 2013.

5. Robert W. Child and adolescent psychopathology. Savalan Publication. 2009.

6. Pincus DB, Santucci LC, Ehrenreich JT, Eyberg SM. The implementation of modified parent-child interaction therapy for youth with separation anxiety disorder. Cogn and Behav pract. 2008, (15): 118-25.

7. Dadsetan P. Morbid psychological transition from childhood to adulthood. Samt Publication. 2010.

8. Zolfaghari Motlagh M, Jazayeri AR, Khoshabi K, Mazahery MA, Karimloo M. Effectiveness of attachment based therapy on reduction of symptoms in separation anxiety disorder. IJPCP. 2009; 14(4): 380-88.

9. Eisen AR, Raleigh H, Neuhoff CC. The unique impact of parent training for separation anxiety disorder in children. Behav Ther. 2008; 39(2): 195-206.

10. Keller MB, Lavori PW, Wunder J, Beardslee WR, Schwartz CE, Roth J. Chronic course of anxiety disorders in children and adolescents. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 1992; 31(4): 595-9.

11. Boden JM, Fergusson DM, Horwood LJ. Anxiety disorders and suicidal behaviours in adolescence and young adulthood: findings from a longitudinal study. Psycho Med. 2007; 37(3): 431-40.

12. Bittner A, Egger HL, Erkanli A, Costello JE, Foley

[Downloaded from shefayekhatam.ir on 2026-10-06]

[DOI: 10.18869/acadpub.shefa.5.1.29]

DL, Angold A. What do childhood anxiety disorders predict? J Child Psychol Psychiatry. 2007; 48(12): 1174-83.

13. Waters AM, Neumann DL, Henry J, Craske MG, Ornitz EM. Baseline and affective startle modulation by angry and neutral faces in 4–8-year-old anxious and non-anxious children. Biol. Psychol. 2008; 78(1): 10-9.

14. Costello EJ, Egger HL, Angold A. The developmental epidemiology of anxiety disorders: phenomenology, prevalence, and comorbidity. Child Adolesc Psychiatr Clin N Am. 2005; 14(4): 631-48.

15. Morris TL, March JS. Anxiety disorders in children and adolescents. 2nd. The Guilford Press. 2004.

16. Birrell L, Newton NC, Teesson M, Tonks Z, Slade T. Anxiety disorders and first alcohol use in the general population. Findings from a nationally representative sample. J Anxiety Disord. 2015; 31:108-13.

17. Teesson M, Hall W, Slade T, Mills K, Grove R, Mewton L, et al. Prevalence and correlates of DSM-IV alcohol abuse and dependence in Australia: findings of the 2007 national survey of mental health and wellbeing. Addiction. 2010; 105(12): 2085-94.

18. Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Merikangas KR, Walters EE. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the national comorbidity survey replication. Arch gen psychiatry. 2005; 62(6): 593-602.

19. Doerfler LA, Toscano PF, Connor DF. Separation anxiety and panic disorder in clinically referred youth. J Anxiety Disord. 2008; 22(4): 602-11.

20. Nasirzadeh R, Roshan R. The effect of storytelling on aggression in six to eight-year old boys. Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology. 2010; 16(2):118-26.

21. Luby JL. Treatment of anxiety and depression in the preschool period. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2013; 52(4): 346-58.

22. Monga S, Rosenbloom BN, Tanha A, Owens M, Young A. Comparison of child–parent and parent-only cognitive-behavioral therapy programs for anxious children aged 5 to 7 years: short-and long-term outcomes. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2015; 54(2): 138-46.

23. Abdekhodaie MS, Sadeghi-Ordoubady A. Prevalence of separation anxiety in children and effect of cognitive behavioral play therapy on reduction it. Journal of Clinical Psycology. 2011; 4 (12): 51-8.

24. Bögels SM, Brechman-Toussaint ML. Family issues in child anxiety: attachment, family functioning, parental rearing and beliefs. Clin Psychol Rev. 2006; 26(7): 834-56.

25. Wood JJ. Parental intrusiveness and children's separation anxiety in a clinical sample. Child Psychiatry Hum Dev. 2006; 37(1): 73-87.

26. Muris P, Steerneman P, Merckelbach H, Meesters C. The role of parental fearfulness and modeling in children's fear. Behav Res Ther. 1996; 34(3): 265-8.

27. Hudson JL, Rapee RM. Parent–child interactions and anxiety disorders: An observational study. Behav Res Ther. 2001; 39(12):1411-427.

28. Affrunti NW, Ginsburg GS. Maternal overcontrol and child anxiety: The mediating role of perceived competence. Child Psychiatry Hum Dev. 2012; 43(1):102-12.

29. Fisak B Jr, Grills-Taquechel AE. Parental modeling, reinforcement, and information transfer: risk factors in the development of child anxiety? Clin Child and Famil Psychol Rev. 2007; 10(3): 213-31.

30. Hudson JL, Dodd HF, Bovopoulos N. Temperament, family environment and anxiety in preschool children. J Abnorm Child Psychol. 2011; 39(7): 939-51.

31. Bögels SM, Siqueland L. Family cognitive behavioral therapy for children and adolescents with clinical anxiety disorders. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2006; 45(2): 134-41.

32. Cartwright-Hatton S, McNally D, Field AP, Rust S, Laskey B, Dixon CA, et al. A new parenting-based group intervention for young anxious children: results of a randomized controlled trial. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2011; 50(3): 242-51.

33. Silverman WK, Pina AA, Viswesvaran C. Evidence-based psychosocial treatments for phobic and anxiety disorders in children and adolescents. J Child Adolesc Psychol. 2008; 37(1): 105-30.

34. Chaffin M, Silovsky JF, Funderburk B, Valle LA, Brestan EV, Balachova T, et al. Parent-child interaction therapy with physically abusive parents: efficacy for reducing future abuse reports. J Consult Clin Psychol. 2004; 72(3): 500-10.

35. Chronis-Tuscano A, Lewis-Morrarty E, Woods KE, O'Brien KA, Mazursky-Horowitz H, Thomas SR. Parent–child interaction therapy with emotion coaching for preschoolers with attention-deficit/hyperactivity disorder. Cogn Behav Pract. 2014; 23(1): 62-78.

[Downloaded from shefayekhatam.ir on 2026-10-06]

[DOI: 10.18869/acadpub.shefa.5.1.29]

36. Thomas R, Herschell AD. Parent–child interaction therapy: a manualized intervention for the therapeutic child welfare sector. Child Abuse Negl. 2013; 37(8): 578-84.

37. Lebowitz ER, Omer H, Hermes H, Scahill L. Parent training for childhood anxiety disorders: the SPACE program. Cogn Behav Pract. 2014; 21(4): 456-69.

38. McNeil C, Hembree-Kigin TL. Parent-child interaction therapy. Springer US. 2010.

39. Eyberg SM, Funderburk BW, Hembree-Kigin TL. McNeil CB, Querido JG, Hood KK. Parent-child interaction therapy with behavior problem children: One and two year maintenance of treatment effects in the family. Child Famil Behav Ther. 2001; 23(4):1-20.

40. Puliafico AC, Comer JS, Pincus DB. Adapting parent-child interaction therapy to treat anxiety disorders in young children. Child Adolesc Psychiatr Clin N Am. 2012; 21(3): 607-19.

41. Abbassi M, Neshat-Dust HT, Agha mohammadian-shar-baaf HR. effectiveness of parent-child interaction therapy on reduction symptom's in separation anxiety disorder. Journal of Clinical Psychology. 2010; 2(2): 47-57.

42. Puliafico AC, Comer JS, Albano AM. Coaching approach behavior and leading by modeling: rationale, principles, and a session-by-session description of the CALM program for early childhood anxiety. Cogn Behav Pract. 2013; 20(4): 517-28.

43. Comer JS, Puliafico AC, Aschenbrand SG, McKnight K, Robin JA, Goldfine ME, et al. A pilot feasibility evaluation of the CALM Program for anxiety disorders in early childhood. J Anx Disor. 2012; 26(1): 40-9.

44. Shamsaei F, Ozhan H, Jahangard L, Dehghani M, Soltanian AR. Attention deficit hyperactivity, oppositional defiant and conduct disorder in children of parents with bipolar disorder. Scientific Journal of Hamadan Nursing & Midwifery Faculty. 2014; 22(3): 33-44.

45. Spence SH, Barrett PM, Turner CM. Psychometric properties of the Spence children's anxiety scale with young adolescents. J Anxiety Disord. 2003; 17(6):605-25.

46. Delavar A. Educational and psychological research. Tehran: Virayesh publication. 2014.

47. Makvand-Hosseyni SH, Kianersi F, Seyyedi-Andi SM. The effect of sandplay therapy on children's anxiety disorder. J New Thou Edu. 2012; 9(3):76-93

48. Fazeli Z, Shirazi E, Asgharnejad-Farid A, Afkham-Ebrahimi A. Effectiveness of medication and combined medication and parent management training on visuo-coonstructive, attentional, behavioral and emotional indicators of children with attention deficit/hyperactivity disorder. IJPCP. 2014; 19(4): 264-74.

49. Erermiş S, Bellibaş E, Ozbaran B, Büküşoğlu ND, Altintoprak E, Bildik T, et al. Temperamental characteristics of mothers of preschool children with separation anxiety disorder. Turk Psikiyatri Derg. 2009; 20(1): 14-21.

50. Tavakkolizadeh J, Bolhari J, Mehryar AH, Dezhkam M. Epidemiology of attention deficit and disruptive behavior disorder in elementary school children of Gonabad town. north east Iran (1996-1997). IJPCP. 1997; 3(2): 40-52.

51. Mohammadpour M. Effectiveness of CALM Program on reduction of Symptoms in Separation Anxiety disorder in preschool children. Msc thesis. Tabriz University. 2015.

52. Khanjani Z, Hashemi T, Peymannia B, Aghagolzadeh M. Relationship between the quality of mother-child interaction, separation anxiety and school phobia in children. Urmia Medical Journal. 2014; (25): 231-40.

53. Grossmann K, Grossmann KE, Fremmer-Bombik E, Kindler H, Scheurer-Englisch H, Zimmerman P. The uniqueness of the child– father attachment relationship: Fathers' sensitive and challenging play as a pivotal variable in a 16-year longitudinal study. Soc Dev. 2002; 11 (3): 301-37.

[Downloaded from shefayekhatam.ir on 2026-10-06]

[DOI: 10.18869/acadpub.shefa.5.1.29]