

## درمان اختلال اضطراب منتشر در یک کودک ۱۰ ساله (مطالعه موردی)

### Treatment of generalized anxiety disorder in a 10-year-old (Case report)

تاریخ دریافت: ۱۳۹۰/۱۱/۴ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۱/۵/۲۶

Khalili-Kermani F. MSc<sup>✉</sup>, Younesi SJ. PhD  
Mohammadi MR. MD

فاطمه خلیلی کرمانی<sup>✉</sup>، سیدجلال یونسی<sup>۱</sup>  
محمد رضا محمدی<sup>۲</sup>

#### Abstract

**Introduction:** Anxiety disorder is one of the most prevalent mental health issues facing children. However, Ravenette's treatment makes it possible to safely enter a child's inner world through identifying difficulties and beliefs using pictures. Furthermore, without a child's conscious awareness, this treatment model can clarify various hidden aspects which help in treatment.

**Method:** Ravenette has played a crucial role in children's treatment as a result of the constructive theory; he is a pioneer in utilizing painting for treatment of children. Constructive theory posits that there is no difference between assessment and treatment as searching an individual's mental structures has inherent treatment value and provides ample clarification. Children were assessed using the Achenbach Children's Checklist and CAT scans.

**Results:** The anxiety levels of participants were significantly reduced following treatment.

**Conclusion:** Ravenette's treatment significantly decreases anxiety symptoms in children. Results of the present study suggest that assessing and treating common childhood mental health issues, such as depression, obsession and anxiety disorders, is possible using Ravenette's treatment model.

**Keywords:** Generalized Anxiety Disorder, Ravenette's Treatment, Children

#### چکیده

**مقدمه:** اختلالات اضطرابی از شایع‌ترین اختلالات روانی دوره کودکی می‌باشد. به همین منظور براساس شیوه درمانی رونت با استفاده از تصاویر به دنیای کودک وارد شده، چالش‌های ذهنی و باورهای که در او شکل گرفته شناسایی می‌شود و کودک بدون اینکه آگاه باشد جنبه‌های مخفی واقعیت خود را که ارزش درمانی دارد، روشن می‌سازد.

**روش:** رونت در نظریه ساختارگرایی در درمان کودکان نقش مهمی داشته و پیشگام استفاده از نقاشی در کار با کودکان می‌باشد. در این نظریه، هیچ افتراقی بین ارزیابی و درمان وجود ندارد، به این دلیل که کاوش ساختارهای ذهنی فرد، خود جنبه درمانی دارد و خیلی از حقایق را روشن می‌سازد. برای ارزیابی تغییرات در طول درمان از چک لیست رفتاری کودکان آخنباخ و آزمون اندریافت کودکان استفاده شد.

**یافته‌ها:** در نتیجه درمان، تغییرات معناداری در زمینه کاهش علائم اضطرابی کودک مشاهده شد.

**نتیجه‌گیری:** شیوه درمان رونت تغییرات بسیار واضحی در زمینه کاهش علائم اضطرابی کودکان ایجاد می‌کند. لذا بر اساس نتایج این مطالعه، استفاده از این شیوه در ارزیابی و درمان مشکلات بالینی رایج کودکان همانند اختلال افسردگی، وسواس و انواع اختلالات اضطرابی پیشنهاد می‌شود.

**کلیدواژه‌ها:** اختلال اضطراب منتشر، الگوی درمانی رونت، کودک

✉ **Corresponding Author:** Centre of Child and Adolescent Psychiatry, Tehran, Iran  
E-mail: liakhalili@yahoo.com

✉ مرکز روانپزشکی کودک و نوجوان، تهران، ایران  
۱- گروه مشاوره، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی تهران، ایران  
۲- مرکز تحقیقات روانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

## مقدمه

اختلالات اضطرابی از شایع‌ترین اختلالات روانی دوران کودکی و نوجوانی می‌باشد [۱-۳]. اضطراب معمولاً با اختلالات روانی دیگر در کودکان همراه می‌شود که از جمله مهم‌ترین آنها می‌توان به افسردگی اشاره کرد [۴]. همچنین تحقیقات نشان داده‌اند که اضطراب در دوره کودکی می‌تواند با نقایص ویژه در عملکرد و رشد شخصی همراه گردد. به عنوان مثال می‌توان گفت که این کودکان از شرکت کردن در فعالیت‌های جدید و یا چالش برانگیز اجتناب می‌کنند [۵] و نسبت به هم سن و سالان خود از نظر اجتماعی و تحصیلی در سطح پایین‌تری قرار می‌گیرند. اعتماد به نفس این کودکان تقلیل می‌یابد و نیز مهارت‌های لازم برای ارتباط عاطفی و اجتماعی در این افراد رشد لازم را نمی‌کند [۶] برای یک کودک مضطرب شرکت در فعالیت‌های کلاسی همچون روخوانی با صدای بلند و یا صحبت کردن در جمع بچه‌ها، کار بسیار سختی قلمداد می‌شود [۷].

میزان تاثیرات منفی اختلالات اضطرابی بستگی مستقیم به دوام و باقی ماندن اختلال دارد و در صورت عدم درمان به صورت یک اختلال مزمن در بزرگسالی ادامه می‌یابد [۸]، باعث افت عملکرد روانی و نیز کیفیت زندگی فرد می‌شود و احتمال بستری شدن به علت بیماری‌های روانی در بیمارستان و یا حتی خودکشی را افزایش می‌دهد [۹]. عوامل مهمی در خصوص تعیین پیش‌آگهی بد در کودکان دچار اضطراب نقش دارد، از جمله آنها می‌توان به موارد زیر اشاره کرد: سن شروع بیماری، شدت بروز علائم، پاسخ ضعیف به درمان اولیه [۱۰] و همراه شدن با بیماری‌های دیگر [۱۰]. اضطراب می‌تواند تحت تاثیر عواملی همچون داروها، خشونت، سواستفاده‌های جنسی ایجاد شود [۵].

کودکان مبتلا به اختلال اضطراب منتشر از چیزهای مختلفی نگرانی شدیدی دارند. این نگرانی‌ها کلی می‌باشند و کنترل این نگرانی حتی با وجود اطمینان بخشی، مشکل می‌باشد [۱۱]. بسیاری از کودکان دچار اضطراب، علائم بدنی و جسمی بسیاری را تجربه می‌کنند. عرق کردن، حالت تهوع، تنش‌های عضلانی، افزایش ضربان قلب، تنگی نفس، ضعف شدید، عملکرد نامناسب دستگاه گوارش، التهاب و درد معده از جمله موارد شایعی هستند که در این کودکان مشاهده می‌شود [۵]. نگرانی و ترس و تحریک‌پذیری، مولفه‌های عاطفی اضطراب هستند [۵]. ناخن جویدن، انگشت مکیدن، احساس اضطراب و اجبار و یک حالت گوش به زنگی افراطی، از علائم رفتاری شایع اضطراب هستند، افراد اضطرابی اصولاً از این روش‌ها برای تسکین اضطراب خود و مقابله با شرایط استرس‌زا استفاده می‌کنند. کودکان

مضطرب، احساس پریشانی و بیقراری می‌کنند و نمی‌توانند در یک جا آرام بنشینند، آرام و قرار ندارند، دائماً در حال چک کردن محیط اطراف هستند و احساس خطر می‌کنند. توانایی تمرکز این افراد کاهش می‌یابد [۵]. انتظار بیش از حد والدین و یا شرایطی که والدین مدام از کودک توقع دارند می‌تواند در ایجاد اختلال اضطراب منتشر در کودکان دخیل باشد [۱۱].

ویز و همکارانش [۱۲] به این نتیجه رسیدند که نتایج درمانی در کلینیک با آنچه به‌عنوان پروتکل درمانی ارائه می‌شود متفاوت می‌باشد. علت این امر ممکن است به عوامل کنترل نشده برگردد. از طرفی عوامل پیچیده متنوعی که در مراحل آغازین درمان رخ می‌دهند بر این پیچیدگی‌ها می‌افزایند.

در حال حاضر درمان شناختی رفتاری (CBT)، درمان رایج و موفق در درمان اضطراب می‌باشد [۱۳-۱۵]. کندالو همکارانش از اولین افرادی بودند که کارایی روش CBT را در مورد کودکان و بزرگسالان تایید کردند [۱۶]. همچنین برخی محققان به کارایی روش CBT در کاهش علائم اضطراب در مقابل گروه کنترل اشاره کرده‌اند [۱۳-۱۵].

اجرای پروتکل CBT در قالب برنامه فردی و یا گروهی Coping Cat [۱۵] و درمان گروهی 'Friends for Youth' نیز در کاهش علائم اضطراب تاثیر بسزایی دارد و کاربردی و مقرون به صرفه می‌باشد [۱۵]. همچنین درمان گروهی احتمال اثربخشی نتیجه درموارد الگوبرداری مثبت و تقویت رفتار را افزایش می‌دهد [۱۷].

طبق تحقیقات انجام شده، اثربخشی بازی درمانی هنگام کار با کودکان تایید شده است. بازی درمانی از نظر رشدی متناسب با بچه‌ها می‌باشد و ارتباط را هم از طریق تکنیک‌های کلامی و هم غیرکلامی افزایش می‌دهد، بچه‌ها را درگیر فرایند یادگیری می‌کند و فضای امنی را برای ابراز عواطف منفی آنها فراهم می‌کند [۱۸]. از آنجا که حرف زدن نمی‌تواند شیوه درمانی مناسب با کودکان و یا حتی برخی از بزرگسالان باشد، استفاده از شیوه‌های غیرکلامی درمانی از جمله داستان، شن‌بازی و نقاشی می‌تواند در خلال CBT مفید واقع شود [۱۹]. در بسیاری از موارد از بازی درمانی به‌عنوان روشی برای کار با کودکان دارای مشکلات نوروتیک و عصبی استفاده می‌شود [۲۰].

کتاب درمانی به‌ویژه در مورد کودکان، کاملاً به‌عنوان مداخله CBT شناخته نشده است. اما می‌توان از آن در کاهش ترس از پرواز، اضطراب امتحان و ترس اجتماعی استفاده کرد. هرچند مشاوران بیشتر کتاب‌های تخیلی را در ارتباط با کودکان استفاده می‌کنند، استفاده از کتاب‌هایی با موضوعات مربوط به زندگی واقعی با توجه به سطح شناختی

طبق دیدگاه رونت را می‌توان در دو مورد خلاصه کرد: هدف اول استنباط اطلاعات و دیدگاه وی نسبت به حقایق و وقایع است. هدف دوم که عمق بیشتری دارد کودک را متعهد به جستجوی پاسخ‌هایی می‌کند که از وقایع تجربی حاصل می‌شوند و در سطح پایین‌تری از آگاهی صورت می‌گیرند. قدرت این تکنیک در روشن کردن جنبه‌های مخفی از واقعیت می‌باشد. روش رونت در استنباط تفسیرهای کودکان بسیار موثر می‌باشد [۲۸].

مداخلات شناختی همراه با مواجهه، نقش برجسته‌ای در درمان شناختی- رفتاری در مورد اضطراب کودکان دارد [۲۹] که البته در مداخله پیشنهادی رونت از این تکنیک استفاده نمی‌شود. یکی از فرضیه‌های بنیادی در مورد کودکان مضطرب این است که این کودکان جهان را نمادی از تهدید می‌دانند. بنابراین در خلال درمان شناختی- رفتاری سعی می‌شود که با فراهم آوردن تجربیات آموزشی، باور کودک را اصلاح کرده و باور جدیدی را جایگزین سازند [۳۰]. در نظریه ساختارگرایی نیز برداشت شخص از واقعیت تحت تاثیر سازه‌های شخصی وی قرار دارد، یعنی روشی که فرد رویدادهای اطراف خود را در نظر می‌گیرد، توجیه و تعبیر می‌کند و نقش درمانگر این است که به مراجعین کمک کند تا سیستم‌های سازه خود را طوری تغییر دهند که بتوانند به نحو شایسته‌ای آینده خود را پیش‌بینی کنند [۳۱].

آزمون اندریافت کودکان (CAT) براساس نظریه شخصیتی موری در سال ۱۹۴۹ به وسیله سونیا سورل بلاک و لئوپاد بلاک برای کودکان ۳ تا ۱۰ تهیه شده است [۳۲]. این آزمون بین ۰/۳۷ تا ۰/۹۰ اعتبار دارد و روایی آن از نظر متخصصان مختلف خوب برآورد شده است [۳۳]. آزمون دارای ۱۰ کارت است و در کارت‌های این آزمون به جای تصاویر انسان از تصویر حیوانات استفاده شده است، با این تصور که کودکان در مورد تصاویر حیوانات آسان‌تر فرافکنی می‌کنند. تصاویر طراح شده‌اند که بتوانند تخیلات مربوط به تجارب دوره کودکی را برانگیزد، هدف آزمون درک نوع ارتباط کودک با اطرافیان و همچنین شناخت گرایش‌ها، تعارض‌ها، رقابت‌ها و ترس‌های او است [۳۲].

چک لیست رفتاری کودکان آخن باخ (CBCL): پرسشنامه‌ای است که توسط والدین تکمیل می‌گردد و حد وسیعی از مشکلات رفتاری و شایستگی‌های فرد را مشخص می‌کند [۳۴]. نتیجه آزمون، نمرات T را در ۸ مشخصه اصلی و ۳ مقیاس شایستگی مشخص می‌کند. مطالعات انجام شده همگرایی بین مشخصه‌های مطرح شده در آزمون CBCL و اختلالات DSM-IV را نشان دادند [۳۴]. میانگین [۳۵] ضریب همسانی درونی آزمون CBCL را بین ۰/۷۷ تا ۰/۸۳ گزارش

آنها، می‌تواند به پرورش و ابراز عواطف کودکان کمک کند [۲۱]. در خلال داستان بچه‌ها می‌توانند موضوعات مختلفی که در مورد خودشان نیز صدق می‌کند را در فضای کمتر تهدید کننده‌ای مطرح کنند. همچنین داستان به بچه‌ها کمک می‌کند تا حس کنند که تنها نیستند و دیگران نیز مشکلات مشابه آنها را دارند. در واقع آشنایی با مشکلات دیگران، به بچه‌ها کمک می‌کند تا نسبت به مشکل خودشان و دیگران بینش پیدا کنند [۱۹].

استفاده از بازی درمانی در خلال CBT به بچه‌ها و والدین آنها کمک می‌کند تا پاسخ‌های اضطرابی‌شان را مدیریت کنند. شواهد مطرح شده حاکی از اثربخشی درمان CBT از طریق بازی درمانی دارند و اظهار می‌شود که این نحو درمان مناسب رشد شناختی کودکان می‌باشد و موفقیت‌های درمانی چشمگیری را در آموزش به کودکان برای مقابله با اضطراب همراه داشته است [۲۲] در خلال پیگیری CBT، بازی درمانگران می‌توانند همراه با مراقب کودک، تاثیرات منفی محیط را به کودک یاد دهند و نیز به کودک آموزش دهند تا چگونه رفتارهای خود را تنظیم کند و با اضطرابش مقابله کند [۳].

پروتکل درمانی بازی درمانی مشابه CBT می‌باشد و شامل موارد زیر است: ۱) آماده سازی روانی (۲) آموزش چگونگی اداره کردن پاسخ‌های فیزیکی اضطراب (۳) تغییر باورها و افکار (۴) مواجهه تدریجی با موقعیت ترس آور (۵) پیشگیری. درگیر کردن والدین در درمان از جمله مواردی است که در بازی درمانی شناختی- رفتاری لحاظ می‌شود [۲۲]. مشارکت والدین در درمان اضطراب [۲۳ و ۲۴]، به دلیل عوامل مختلف همچون کنترل بالای والدین، اضطراب والدین، تقویت والدین در عدم استفاده از استراتژی‌های مقابله با اضطراب، در ماندگاری علائم اضطراب نقش مهمی دارد [۲۳].

تکنیک‌های بسیاری برای مصاحبه با کودکان تدوین شده است. که یکی از آنها نقاشی می‌باشد [۲۴]. رونت پیشگام استفاده از نقاشی در کار با کودکان می‌باشد [۲۵]. در واقع رونت از جمله افرادی است که در نظریه ساختارگرایی در درمان کودکان نقش مهمی داشته است. نظریه ساختارگرایی در اوایل سال ۱۹۵۰ توسط جورج کلی مطرح شد [۲۶]. این نظریه نزدیکترین دیدگاه به رویکرد CBT می‌باشد [۲۷]. در این نظریه هیچ افتراقی بین ارزیابی و درمان وجود ندارد. به این دلیل که کاوش ساختارهای ذهنی فرد خود جنبه درمانی دارد و خیلی از حقایق را روشن می‌سازد [۲۷]. به عقیده رونت در مصاحبه تنها نمی‌توان به گفتار کودک تکیه کرد، بلکه باید از تصاویر و نقاشی برای دستیابی به نظر و دیدگاه وی نسبت به محیط خودش استفاده کرد. هدف از مصاحبه بر

کرد. ضمن آنکه ضرایب مربوط به اعتبار بازآزمایی در کلیه زیر مقیاس‌ها در سطح ۰/۰۵ معنادار بود.

### معرفی مورد

مراجع کودکی ۱۰ ساله‌ای می‌باشد که در کلاس سوم دبستان تحصیل می‌کند. والدین وی یک سال پیش از هم جدا شده‌اند و مادر وی برای تامین مخارج خانه، مجبور به انجام کارهای پاره وقت در خارج از منزل می‌باشد. دو خواهر بزرگتر علی، که ۱۳ و ۱۹ سال دارند، در مقطع اول راهنمایی و پیش دانشگاهی تحصیل می‌کنند.

در طول ۶ ماه گذشته، علی نگرانی‌های شدیدی را در موارد مختلف نشان داده که کنترل آنها برایش بسیار مشکل می‌بود. همراه بودن این علائم همراه با سایر مشکلاتی که در ادامه ذکر می‌شود دال بر وجود اختلال اضطراب منتشر در این کودک دارد. کودک علائم فیزیولوژیک اضطراب (همچون بیقراری، خستگی، تحریک پذیری، فشار عضلانی، اختلال خواب و تمرکز) را در طی این مدت تجربه کرده است. همچنین نگرانی‌های کودک در مورد عملکرد تحصیلی، ترس از دست دادن مادر و جدایی و یا موارد دیگر محسوس بود. کودک افت محسوس در زمینه اعتماد بنفس داشته و اطمینان به خودش را نیز از دست داده بود. اختلال اضطراب جدایی با اضطراب بیش از حد در جدایی از مادر نمایان بود. همچنین ترس اختصاصی در موارد ترس از تنهایی، دزد، آسیب بدنی و بیماری مادر قابل مشاهده بود.

در ارزیابی‌های بعمل آمده در حین مصاحبه با مادر و همچنین اجرای آزمون CAT و نیز آزمون CBCL مشخص شد که اضطراب کودک با توجه به سن و شرایط کودک، طبیعی و متناسب نیست و بر اساس آزمون CBCL نمره T آن برابر با ۸۶ بود. شروع علائم اضطراب مقارن با درگیری‌های خانوادگی و جدایی والدین از هم گزارش گردیده است. وجود علائم اضطرابی حوزه فعالیت کودک را محدود ساخته است. متأسفانه با رخ دادن دو مورد کودک دزدی در خیابان که کودک شاهد آنها بوده و همچنین تحت تعقیب قرار گرفتن در هنگام خروج از منزل همراه با خواهر به قصد خرید از مغازه نزدیک منزل و در نهایت فرار و بازگشت به خانه، عواملی بودند که بر شدت اضطراب کودک به حد چشمگیری تاثیر گذاشته و دامنه فعالیت‌های کودک را محدود ساخته‌اند. برای مثال، کودک به هیچ عنوان به تنهایی و بدون مادر در پارک مقابل خانه بازی نمی‌کرده و برای انجام فعالیت‌های خارج از منزل به شدت وابسته به مادر گشته بود. ترس شدید کودک از تنهایی، اعضای خانواده را مجبور کرده بود تا برنامه خود را با کودک هماهنگ کنند تا کودک به هیچ عنوان در خانه

تنها نماند و همچنین مدت زیادی نیز به دور از مادر نباشد. میزان توجه و تمرکز افت چشمگیری داشته و عملکرد تحصیلی وی مختل شده بود به طوری که کودک بدون حمایت و راهنمایی‌های مادر قادر به انجام تکالیف درسی خود نبود و در انجام تکالیف بسیار کند عمل کرده و در به خاطر سپردن دروس با مشکل مواجه بود. دامنه استرس کودک به امور مدرسه نیز کشیده شده بود به این صورت که کودک برای آماده کردن وسایلش و اینکه آیا چیزی را فراموش کرده یا نه متحمل اضطراب زیادی می‌گشت. تشخیص روانپزشک بر وجود اختلالات دیگری همچون تیک و ADHD در کودک اشاره داشت. تیک کودک در مواقع استرس‌زا و نیز در مواقع تنهایی شدت می‌یافت. تیک کودک به صورت تیک حرکتی ریتمیک گزارش شده بود. سابقه روانپزشکی خانواده دال بر وجود اضطراب در مادر و نیز اعتیاد به مواد مخدر در پدر کودک می‌باشد. همچنین سبک تربیتی مادر به گونه‌ای بوده که منجر به وابستگی بیشتر در کودک شده بود.

معاینه وضعیت روانی کودک حاکی از وجود نشانه‌های عینی اضطراب همچون نگاه نگران، کلام سریع، بیقراری، ظاهر نگران و همچنین تنش می‌باشد. تنش موجود به صورت انقباض‌های شدید عضلانی و نیز حرکات تکانشی دست و پا در برد وسیع به خصوص در هنگام تنهایی مشاهده شده است.

علی تحت نظر روانپزشک نیز بود و در حال حاضر داروهای فلوکسیتین، رسپردون و بی‌پریدین مصرف می‌کند.

**تاریخچه شخصی:** کودک شخصیت کمال‌گرا داشته و به دلیل عدم حضور پدر خانواده و انتظاراتی که مادر از وی داشته و نیز صحبت‌های مادر دال بر اینکه تو مرد خانه‌ای و باید از ما مراقبت کنی، متحمل استرس زیادی بوده که با جدایی والدین این قضیه شدت پیدا کرده بود. همراه شدن اتفاقاتی همچون بچه دزدی و نیز تحت تعقیب قرار گرفتن کودک، باعث برانگیخته شدن واکنش ترس در کودک گشته و احساس متناقضی را دال بر نیاز به حمایت از یکسو و نیز وظیفه حمایت از خانواده از سوی دیگر را برای کودک به همراه داشته بود. کودک خجالتی می‌باشد که با بروز علائم اضطرابی قدرت برقراری ارتباط با همسن و سالانش در وی کاهش یافته بود. اعتماد بنفس کودک در بازی‌های گروهی کاهش یافته بود و به همین دلیل در این نوع بازی‌ها شرکت نمی‌کرد. همچنین کودک توانایی دفاع از خود، ابراز خواسته‌ها و عقاید خود را نداشته و از ابراز هیجانات خود خودداری می‌کرد. کودک حتی از داد کشیدن و اعلام مخالفت خود با چیزی ممانعت می‌کرد، به

می‌داد. مشکلات اجتماعی ناشی از این موارد نیز بالا گزارش شد که نمره ۸۱ در آزمون CBCL گویای این مطلب بود. در کنار این موارد گزارش مادر حاکی از شکایات جسمانی، گویای شدت مشکلات بیمار بود که به صورت تظاهرات جسمانی در مدت ابتدا به مشکلات اضطرابی متجلی شده بود. این میزان با نمره بالای ۸۰ در آزمون CBCL قابل تأیید بود. در کنار این موارد مشکلات دیگری همچون گوشه‌گیری و افسردگی (با نمره ۷۳)، رفتار قانون‌شکنی (با نمره ۷۵) و نیز رفتار پرخاشگرانه (با نمره ۷۴) نیز در کودک مشاهده می‌شد که البته در مقابل دیگر مشکلات وی بارز نبود.

در جلسه دوم آزمون CAT کودکان اجرا شد. در واقع از آنجا که کودکان به راحتی مشکل خود را بیان نمی‌کنند و نیز برای حفظ وجهه خود در مقابل دیگران، خیلی از کارهای نادرست و یا ترس‌ها و اضطراب‌های خود را انکار می‌کنند، اجرای این آزمون هم جنبه ارزیابی و تشخیص و هم جنبه درمانی پیدا می‌کند. در این خصوص ابتدا تصاویر مختلف به کودک نشان داده شده و از کودک خواستیم تا هر چه می‌خواهد بیان کند. سپس صحبت‌های کودک را جهت‌دار کرده و با طرح سوال‌هایی از افکار و ارزش‌های کودک آگاه شده و در مواردی نقاط قوت و یا ضعف رفتاری والدین را شناسایی کرده و مورد بحث قرار دادیم. ترس‌ها و عواطف کودک نیز به همین صورت با نشان دادن تصاویر دیگر شناسایی می‌شوند. انجام این آزمون بنا به سنگینی مطالب انتقال شده توسط کودک و فشاری که کودک به صورت ناخودآگاه از بیان این مطالب متحمل می‌شود، در طول ۳ جلسه انجام شد و در کنار آن در هر جلسه مطابق با ضعف توجه و تمرکز مشاهده شده در ارزیابی به عمل آمده و نیز از آنجا که یکی از علائم فیزیولوژیک اضطراب کاهش توجه و تمرکز می‌باشد، بازی‌های مربوط به تقویت توجه و تمرکز از جمله تقویت حافظه کوتاه و بلندمدت، تقویت دقت و حافظه بینایی و شنیداری صورت گرفت تا در عین تقویت توجه و تمرکز کودک، فضای جذابی را برای استقبال از درمان تجربه کند. فیدبک‌هایی که بعد از تمرین‌ها به کودک داده می‌شد در بالا بردن اعتماد به نفس وی و متعاقباً همکاری بهتر وی در درمان نقش مهمی داشت. باید این مطلب را یادآور نمود که بخش اعظم و برجسته درمان در خلال گفتگویی که در این سه جلسه با کودک انجام می‌شود، صورت می‌گیرد. به اینصورت که کودک چالش‌های ذهنی خود را برای درمانگر مشخص می‌سازد و در این حین از فشار افکار منفی وی کاسته می‌شود و ذهن کودک برای پذیرش باورهای جدید آماده می‌شود. این نکته بر سرعت درمان اضافه کرده

همین دلیل، به راحتی در مقابل تهدید دوستانش به انجام کاری در مدرسه تن می‌داد.

ارزیابی: علاوه بر استفاده از آزمون CAT کودکان برای شناسایی علائم اضطرابی کودک از آزمون CBCL به منظور ارزیابی اضطراب و افسردگی، مشکلات جسمانی، مشکلات اجتماعی، مشکلات تفکر، مشکلات توجه، رفتار قانون شکنی، رفتار پرخاشگرانه، مشکلات عاطفی، مشکلات ADHD، مشکلات رفتار مقابله‌ای، مشکلات سلوک علی به صورت پیش آزمون و پس آزمون استفاده شد. مصاحبه انجام شده با مادر نیز در روند ارزیابی تاثیر قابل ملاحظه‌ای داشت. نتیجه کامل ارزیابی در نمودار ۱ و ۲ مشخص شده است.

مصاحبه انجام شده با کودک بر اساس الگوی مصاحبه رونت با کودکان صورت گرفت. که در این الگو برای دستیابی به نظر و دیدگاه کودک نسبت به محیط و خودش، از تصاویر و نقاشی استفاده می‌شود. که با این روش علاوه بر دستیابی به حقایق و وقایع درباره کودک، کودک متعهد به جستجوی پاسخ‌هایی می‌شود که از وقایع تجربی حاصل می‌شوند و در سطح پایین‌تری از آگاهی صورت می‌گیرند. قدرت پرس‌وجو مشروح در روشن کردن جنبه‌های مخفی از واقعیت است [۲۸].

مطلبی که در فرایند مصاحبه باید به آن توجه داشت این است که در کاربرد کلمه «چرا» احتیاط لازم را کرد، چراکه وقتی بزرگسالان از کودک می‌پرسند «چرا»، این گفته برای کودک حکم تهدید و اتهام را دارد و کودک گمان می‌کند که عمل اشتباهی انجام داده است به خصوص اگر در جواب چیزی نداشته باشد که بگوید که در این صورت به عنوان یک مجرم یا دروغگو شناسایی می‌شود [۲۸].

فرآیند درمان: علی به مدت ۱۱ هفته و هر هفته یک جلسه ویزیت شد. مدت زمان هر جلسه بین ۴۵ تا ۶۰ دقیقه بود. ۶ ماه بعد نیز به صورت تلفنی پیگیری شد. در جلسه اول، مصاحبه با مادر صورت گرفت و فرم والدین آزمون CBCL توسط مادر تکمیل گردید، گفتگوی کوتاهی نیز در جهت برقراری ارتباط با کودک صورت گرفت و بعد مطابق با اهداف درمانی تعیین شده بازی کوتاهی با کودک انجام شد. طبق گزارشی که مادر داد و نیز مقیاس اضطراب و افسردگی آزمون CBCL، میزان اضطراب کودک در حد چشمگیری بالا بود که نمره T آن در این چک لیست بیشترین حد اضطراب یعنی ۸۶ را نشان می‌داد. مشکلات توجه و نیز تفکر نیز از این امر مستثنی نبودند و هر کدام حد بالا را در چک لیست نشان می‌دادند یعنی نمره T ۸۵ برای مشکلات توجه و نمره ۸۲ مشکلات تفکر را نشان

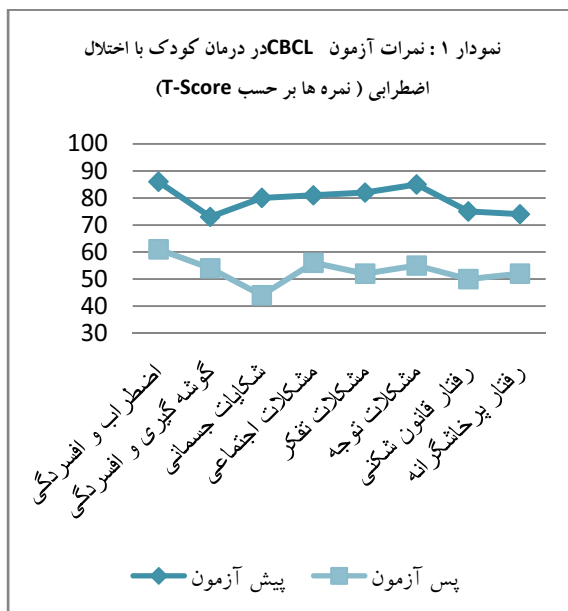
صورت گرفت و به موارد درسی نیز تعمیم داده شد که شامل نحوه صحیح مطالعه کردن می‌شد. در قالب بازی درمانی اعتماد بنفس کودک تقویت شد و نحوه تعامل صحیح با همسالان، دفاع از حق خود و بیان نظرات و احساساتش آموزش داده شد. همچنین الگوی صحیح انجام بازی‌های مختلف به مادر و دو خواهر بزرگتر وی آموخته شد تا برای بازی گروهی با همسالان آماده گردد.

#### یافته‌ها

با وجود گزارش مادر بر حصول نتیجه مطلوب، بعد از گذشت ۱۰ جلسه آزمون CBCL مجدد اجرا شد که تغییرات ایجاد شده در نتیجه آزمون دوم، حاکی از روند مطلوب درمان و حذف و کاهش رفتارهای نامطلوب در کودک و ایجاد رفتارهای مطلوب‌تر وی بود. علائم اضطرابی کودک به طور قابل ملاحظه‌ای کاهش یافته و یا در اکثر موارد حذف شده بود، نمره T در آزمون CBCL، ۲۵ نمره کاهش یافته و به ۶۱ یعنی در حد مناسبی از منحنی هنجار رسیده بود. توجه و تمرکز کودک ۳۰ نمره کاهش نشان داده بود که نشان از بهبود سطح توجه و تمرکز در وی داشت. کاهش شدید شکایات جسمانی امری بود که برای خانواده بسیار چشمگیر بود و نمره ۴۴ آزمون CBCL نیز این مطلب را تأیید می‌نمود. همچنین کاهش بیش

و منجر به رسیدن به نتایج سریع در درمان می‌گردد. در جلسه چهارم کودک در مورد مشکلات خود شروع به صحبت کرد. رسیدن به این مرحله از درمان نشانه موفقیت درمانگر در برقراری رابطه درمانی صحیح با کودک و نیز آماده بودن وی جهت پذیرش باورهای جدید و برخورد با چالش‌های ذهنی او می‌باشد. در واقع در این نوع درمان، دستیابی به این مرحله سرعت درمان را بالا برده و بر تداوم اثرات مثبت درمان کمک می‌کند. بعد از آن راهکارهای کودک در مورد مواردی که در جلسات پیش مطرح کرده بود را جویا شدیم. در خاتمه هر جلسه در غیاب کودک مشورت‌هایی به مادر داده شد تا نسبت به تغییر رفتار در خود و یا اعضای خانواده و یا مهیا کردن شرایط ویژه برای کودک اقدامات لازم را بعمل آورد. نحوه تعامل صحیح با کودک همچون نحوه برخورد صحیح در حین انجام تکالیف، نحوه برخورد صحیح در مقابل دیگران، صحبت کردن متناسب با سن کودک (بارها در جلسه درمانی مشاهده شده بود که مادر کودک را با الفاظ کوچک‌تر از سنش مورد خطاب قرار داده بود) و نیز القای باورهای صحیح از جانب مادر (منظور کاربرد جملاتی متناسب با توانایی‌های کودک می‌باشد تا مثلاً اثرات منفی مرد خانه بودن برای کودک از بین برود) جهت تعدیل احساسات کودک و کاهش هیجانات وی، به مادر آموزش داده شد.

بعد از گذشت ۵ جلسه مادر تغییراتی را در رفتار و کاهش اضطراب کودک گزارش کرد. همچنین بیان کرد که کودک هم اکنون تنهایی به بازی مشغول می‌شود و نیاز به پاییدن لحظه به لحظه مادر را ندارد. در جلسات بعدی صحبت پیرامون مواردی که باعث اضطراب کودک شده‌اند و نیز ایجاد احساس امنیت در کودک ادامه یافت. از آنجا که کودک به نحو مناسبی افکار و احساسات خود را در زندگی روزمره بیان نمی‌کند، سعی شد تا با ایجاد فضای لازم برای بیان احساسات، در ضمن تخلیه افکار استرس‌زا، به درک درستی از موقعیت دست‌یافته و افکارش را سازماندهی کند. برای تسهیل این امر سعی شد تا توانایی‌های کودک را برجسته‌تر کرده و متعاقباً اعتماد بنفس و توانایی کودک را برای روبه‌رو شدن با موقعیت‌های استرس‌زا ارتقا دهیم. در راستای همین مطلب در مورد واقعیت‌های غیرقابل اجتناب زندگی نیز صحبت شد و نحوه روبه‌رو شدن با آنها به کودک آموزش داده شد. در مواردی که می‌شد از موقعیتی استرس‌زا پیشگیری کرد شناخت لازم به کودک داده می‌شد و او را ترغیب به استفاده از توانایی‌های فکری خود می‌کردیم. در خصوص مشکلات توجه و تمرکز، بازی‌های مختلف



از ۲۰ نمره‌ای در هر کدام از موارد تست شده گویای اثربخشی درمان در علی بود، که روند عادی زندگی را مجدداً به وی باز گرداند (نمودار ۱ و ۲).

در طول جلسات مختلف، کودک تغییراتی در خصوص نحوه رفتار داشت که در برخی موارد منفی گزارش می‌شد

را در موقعیت‌های مختلف پیدا کرد. با آموزش الگوی صحیح انجام بازی و نیز آشنایی با شیوه برخورد صحیح با همسالان، کودک قابلیت شرکت در بازی‌های گروهی را یافته و از حق خود در برخورد با همسالانش دفاع می‌نمود. در نتیجه این امور اعتماد بنفس کودک بهبود محسوسی یافته بود.

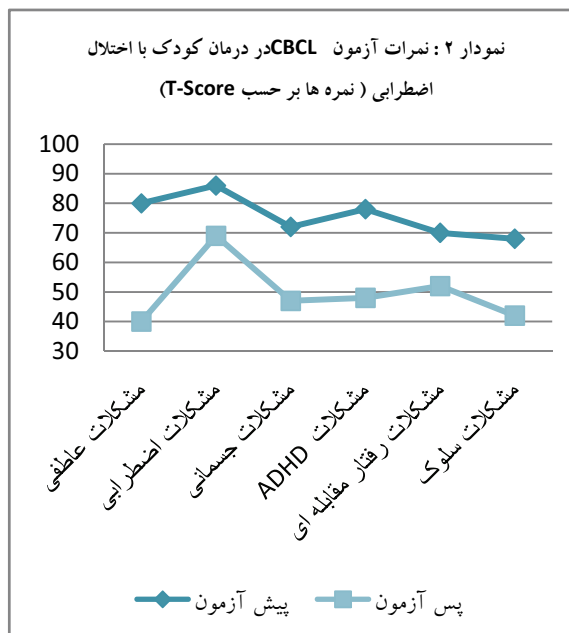
### بحث

طبق گفته رونت وقتی اتفاق بدی برای کودک می‌افتد و یا از چیزی ناراحت می‌شود، در اغلب موارد این احتمال می‌رود که آنها در مورد مشکل پیش آمده و یا احساسشان به صورت مستقیم صحبت نکنند. ولی در مقابل می‌توانند از طریق بازی و یا در رفتارشان مقابل دیگران، در نقاشی‌ها و یا گاهی داستان، این چیزها را بیان کنند. وقتی کودک مشکلی در ارتباط با دیگران دارد برای او بسیار سخت است تا در این مورد مطلبی را بخواند ولی اینکه از کودک بخواهیم تا تصور کند تا شخصیت‌های داستان چطور فکر می‌کنند و یا احساس می‌کنند بسیار مفید می‌باشد [۳۶].

استفاده از تصاویر برای ورود به دنیای کودک و شناسایی چالش‌های ذهنی و نیز ترس‌ها و باورهایی که در او شکل گرفته براساس دیدگاه رونت در این تحقیق پایه‌گذاری شد. همانطور که ذکر شد رونت در مصاحبه با استفاده از نقاشی، کودک را وادار به جستجوی پاسخ‌هایی می‌کند که از وقایع روزمره و اتفاقاتی که برای کودک افتاده‌اند، حاصل می‌شوند. در این شیوه از مصاحبه کودک بدون اینکه آگاه باشد جنبه‌های مخفی از واقعیت خود را روشن می‌سازد.

با استناد به این مطلب سعی شد تا برای دستیابی به مواردی که برای کودک ایجاد اضطراب کرده بود از نقاشی و یا توصیف تصاویر استفاده کنیم و گاهی با سوال‌هایی حیطه صحبت‌های کودک را مشخص کرده و یا از او خواستیم تا در مورد مطلبی در خلال صحبت‌هایش توضیح بیشتری بدهد. البته در اینگونه ارزیابی باید مدنظر قرار داشت تا طرح سوال‌ها با دقت فراوان صورت گیرد چراکه هدف این است کودک بدون اینکه احساس اضطراب داشته باشد بتواند حقایقی را در مورد خودش برای ما روشن سازد. بیان این مطالب از جانب کودک گاهی سخت می‌باشد چون مطالبی را عنوان می‌کند که از آنها گریزان است. بنابراین مدیریت زمان جلسه بین میزان صحبت و نیز فعالیت‌هایی که با اهداف دیگر در جلسه تنظیم شده است بسیار مهم می‌باشد چرا که مانع از این می‌شود که کودک خسته شود و یا از توضیح بیشتر خودداری کند.

همانطور که مطرح شد در نظریه ساختارگرایی، هیچ افتراقی بین ارزیابی و درمان وجود ندارد. به این دلیل که کاوش



همانند پرخاشگری، تنبلی و انتظارات زیادی از مادر، که البته با وجود ظاهر منفی، این رفتارها به منزله تغییرات وسیع رفتاری کودک و میل به تغییر قلمداد می‌شد که با راهنمایی‌های بعدی به کودک و نیز مادر این رفتارها نیز به مسیر درست هدایت شدند.

جدول ۱- نمره ها بر حسب نمرات T در پیش آزمون و پس آزمون CBCL در درمان کودک با اختلال اضطرابی

پس آزمون	پیش آزمون	
۵۴	۷۳	گوشه گیری و افسردگی
۶۱	۸۶	اضطراب و افسردگی
۵۶	۸۱	مشکلات اجتماعی
۴۴	۸۰	شکایات جسمانی
۵۰	۷۵	رفتار قانون شکنی
۵۲	۷۴	رفتار پرخاشگرانه
۵۵	۸۵	مشکلات توجه
۴۰	۸۰	مشکلات عاطفی
۴۸	۷۸	مشکلات ADHD
۶۹	۸۶	مشکلات اضطرابی
۵۲	۷۰	مشکلات رفتار مقابله ای
۴۲	۶۸	مشکلات سلوک
۴۷	۷۲	مشکلات جسمانی
۵۲	۸۲	مشکلات تفکر

با مشورت‌هایی که به مادر برای تغییر رفتار داده شد نتایج مطلوبی در زمینه تعامل صحیح با کودک همچون نحوه برخورد صحیح در حین انجام تکالیف، نحوه برخورد صحیح در مقابل دیگران، صحبت کردن متناسب با سن کودک حاصل شد. همچنین با مهیا ساختن فضایی برای بیان افکار و احساسات، کودک توانایی ابراز نظرات و خواسته‌های خود

حضور والدین در درمان حمایت می‌کند [۳۹]. در واقع در این تحقیق سعی شد تا از حضور مادر در منزل به‌عنوان یک همکار درمانی استفاده کرده تا در مدیریت رفتارهای کودک به وی کمک کند [۲۳].

### نتیجه‌گیری

طبق تحقیقات صورت گرفته، هیچ آزمون مشخص روانشناختی و بیولوژیکی در مورد اضطراب وجود ندارد. بنابراین تشخیص باید بر اساس گزارشات والدین، کودک، معلمان و دیگران صورت بگیرد [۴۰]. در بسیاری از موارد مشاهده شده که تشخیص علت دقیق اضطراب و یا ریشه‌یابی آن بسیار مشکل می‌باشد و والدین نمی‌توانند دقیقاً به چیزی که کودک به آن علت مضطرب می‌شود پی ببرند و فقط به حدس و گمان ممکن اشاره می‌کنند. همچنین در خیلی از مواقع خود کودکان نیز تمایلی به صحبت و دادن اطلاعات در این زمینه را ندارند. با در نظر گرفتن این مطالب، شیوه مصاحبه‌ای که مطرح شد به درمانگر کمک می‌کند تا بدون مقاومت کودک به صورت غیرمستقیم باب گفتگو با کودک را باز کند و پی به دلایل اضطراب کودک ببرد. که البته بخش اعظم و برجسته درمان در این حین صورت می‌گیرد و تخلیه افکار و احساسات منفی، فرصت پذیرش باورهای جدید را در کودک ایجاد می‌کند. توجه به این نکته کلیدی در درمان بر سرعت درمان افزوده و نتایج سریع و دائمی حاصل می‌گردد. این شیوه کار با روش رونت همخوان می‌باشد. بدیهی است سبب‌شناسی دقیق نیمی از درمان می‌باشد به همین منظور ارزیابی و مصاحبه با کودکان از طریق توصیف تصاویر برای دسترسی به اطلاعات دقیق روش مناسبی در مداخلات درمانی مربوط به کودکان محسوب می‌شود. استفاده از این شیوه در ارزیابی و درمان مشکلات بالینی رایج کودکان و نوجوانان همانند اختلال افسردگی، سواس و انواع اختلالات اضطرابی پیشنهاد می‌شود.

**تشکر و قدردانی:** لازم دانستیم که مراتب قدردانی و سپاس خود را از همکاران مرکز جامع کودک و نوجوان ظفر داشته باشیم.

### منابع

- 1- Silverman WK, Pina AA, Wiswesvaran CJ. Evidence-based psychosocial treatments for phobic and anxiety disorders in children and adolescents. *J Clin Child Adolesc.* 2008;37(1):105-30.
- 2- Knell SM, Dasari M. Cognitive-behavioral play therapy for children with anxiety and phobias. In Kaduson H, Schaefer C. (Eds.) *Short-term play therapy*

ساختارهای ذهنی فرد خود جنبه درمانی دارد و خیلی از حقایق را روشن می‌سازد [۲۷]. در این تحقیق نیز سعی شد تا از آزمون CAT با دو هدف ارزیابی و درمان به منظور شناسایی باورها و احساسات کودک در مرحله اول و در ثانی ایجاد باورهای منطقی و نیز تخلیه هیجانات، استفاده شود.

در آزمون CAT اعمال مختلف انسان در قالب حیوانات به نمایش گذاشته شده است. با نشان دادن این تصاویر کودک خود را به جای آن حیوانات تصور می‌کند و کارهای خود و نزدیکان و افرادی که در ایجاد باورها و چالش‌های زندگی او نقش داشته‌اند را به آنها نسبت می‌دهد. البته برای هدایت کودک به این سمت که خود را در این قالب قرار دهد طرح سوال‌هایی هدفمند الزامی است تا کودک برای پاسخ به سوال مجبور به جستجو در وقایع زندگی خود شود. در مطالعاتی که در مورد کودکان صورت گرفته به اثربخشی استفاده از تصاویر حیوانات در کار با کودکان اشاره شده است. به‌عنوان مثال، یک جلوه متعارف در ادبیات کودکان استفاده از حیوانات به‌عنوان سمبل‌هایی برای کودکان است تا بتوانند افراد آشنا و اموری که برای آنها ایجاد ترس کرده‌اند را به صورتی که برایشان ترسناک نمی‌باشند جلوه‌گر سازند [۳۷]. در واقع حیوانات در داستان می‌توانند فضایی ایجاد کنند تا کودکان موقعیت خود را مشاهده کنند [۱۹]. در این تحقیق نیز سعی شد تا کودک را با موقعیت‌هایی که برای وی ایجاد اضطراب می‌کند روبه‌رو کرده و به‌عنوان ناظر از وی بخواهیم تا در مورد احساساتش و دیدگاهش نسبت به آن ماجرا صحبت کند. استفاده از مطالبی که مادر کودک عنوان می‌کند برای انتخاب موضوع بحث بسیار مناسب می‌باشد.

همچنین بل و کریستنبری پیشنهاد می‌کنند که انتخاب داستان برای کودکان باید به نحوی باشد که بتوان به دنیای درون آنها نفوذ کرد و نیز از نظر فرهنگی متناسب با فرهنگ کودک باشد [۳۸]. با در نظر گرفتن این مطلب سعی شد تا از تصاویری استفاده شود که حداکثر تقارن را با فرهنگ کودک داشته و یا نقاشی‌هایی ترسیم شود که با وضعیت خانوادگی وی همخوان باشند.

بعد از ورود به دنیای کودک از طریق تصاویر و نقاشی‌های مختلف، اهداف درمانی را متناسب با رویکرد CBT ادامه دادیم. به اینصورت که نقایص شناختی احتمالی کودک را شناسایی کرده، در واقعیت آنها را امتحان کرده و مهارت‌های جدید را به وی یاد دادیم و نیز افکار و باورهای غیرمنطقی را به چالش کشیده و با تفکر منطقی جایگزین کردیم [۱۹].

این تحقیق از مطالعات قبلی مبنی بر اثربخشی درمان با



- ledge; 2006.
- 20- Campbell M. Innovative counselling with anxious children. *Couns Psychother Health*. 2007;3(1):59-70.
  - 21- Jalongo MR. Using crisis-oriented books with young children. In McCracken JB. (Ed.) *Reducing stress in young children's lives*. Washington: National Association for the Education of Young Children; 1993.
  - 22- Knel SM, Dasari M. Cognitive-behavioural play therapy for children with anxiety and phobias. In Kaduson H. & Schaefer C. (Eds.) *Short-term play therapy for children*. New York: Guilford Publications, Inc; 2006.
  - 23- Carmichael KD. *Play therapy: An introduction*. Glenview, IL: Prentice Hall; 2006.
  - 24- Ravenette T. Constructive intervention when children are presented as problems. Edited by Fay Fransella. Wiley & Sons Ltd; 2003a.
  - 25- Foster H, Viney LL. Nonverbal explorations of construing: Drawing menopause. *J Constr Psychol*. In press; 2007.
  - 26- Kelly GA. *The psychology of personal constructs*. London: Routledge; 1955.
  - 27- Younesi J. *Treatment of Mental disorders Among Children, Adolescents and Families*. Tehran: University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences; 2008. [Persian]
  - 28- Fransella F. *Personal construct psychology*. London: John Wiley; 2005.
  - 29- Barahani MT, Anastazi. Tehran: Tehran University; 1985. [Persian]
  - 30- Kendall PC. Treating anxiety disorders in children: Results of a randomized clinical trial. *J Couns Clin Psychol*. 1994;62(1):100-10.
  - 31- Feist J, Feist GJ. *Theories of personality*. Translated by Seyed-Mohammadi Y. Tehran; Ravan; 2002. [Persian]
  - 32- Kendall PC, Flannery-Schroeder E, Panichelli-Mindel SM, Southam-Gerow M. Therapy for youths with anxiety disorders: A second randomized clinical trial. *J Couns Clin Psychol*. 1997;65(3):366-80.
  - 33- Marnat GC. *Landmark Handbook of psychological assessment*. Translated by Sharifi HP, Nikkhoo MR. Tehran: Roshd; 2012. [Persian]
  - 34- Achenbach TM, Rescorla LA. *Manual for the ASEBA School-Age Forms and Profiles*. Burlington, VT: University of Vermont, Research Centre for Children, Youth, & Families; 2001.
  - 35- Minaei A. Confirmatory factorial analysis of Achenbach's teacher report form. *Res Excep Child*. 2006;6(3):769-86. [Persian]
  - 36- Butler R, Green D. *The child within (Second Ed)*, Chichester: Wiley; 2007.
  - 37- Manassis K. Childhood anxiety disorders: Lessons from the literature. *Can J Psychiat*. 2000;45(8):724-30.
  - 38- Freitag R, Ottens A, Gross C. Deriving multicultural themes from bibliotherapeutic literature: A neglected resource. *Couns Educ Superv*. 1999;39(2):120-33.
  - 39- Shortt AL, Barrett PM, Fox TL. Evaluating the friends program: A cognitive-behavioural group treatment for anxious children and their Parents. *J Clin Child Psychol*. 2001;30(4):525-35.
  - 40- Waddell C, Godderis R, McEwan JHK, Wong W. *Preventing and treating anxiety disorders in children and youth: A research report prepared for the British Columbia Ministry of children and family development*. University of British Columbia; 2004.
  - for children. New York: Guilford Publication, Inc; 2006.
  - 3- Schaefer CE. Evidence supporting the benefit of play for mild to moderate behavior problems of preschool children. In Nash J. & Schaefer C. (Eds.) *Play Therapy with Preschool Children*. Washington, DC: American Psychological Association; 2009.
  - 4- Albano A, Chorpita B, Barlow D. Childhood anxiety disorders. In Mash E. & Barkley R. (Eds.), *Child Psychopathology (Second Ed)*. New York: Guilford Press; 2003.
  - 5- O'Brien F, Olden N, Migone M, Dooley B, Atkins L, Ganter K, Bates A. Group cognitive behavioural therapy for children with anxiety disorder- an evaluation of the 'Friends for Youth' programme. *Ir J Psychol Med*. 2007; 24(1):5-12.
  - 6- Beidel DC, Turner SM. *Shy children, phobic adults: The nature and treatment of social phobia*. Washington, DC: J Am Psychol; 1998.
  - 7- Kendall P, Chansky T, Kane M, Kim R, Kortlander E, Ronan K, et al. *Anxiety disorders in youth: Cognitive-behavioral interventions*. Needham Heights, MA: Allyn & Bacon; 1992.
  - 8- Silverman WK, Treffers PDA. (Eds.). *Anxiety disorders in children and adolescents: Research, assessment and intervention*. New York: Cambridge University Press; 2001.
  - 9- Pine DS. Trauma in children and adolescents: Risk and treatment of psychiatric sequelae. *Biol Psychiat*. 2002;51(7):519-31.
  - 10- Kendall PC. Comorbidity in childhood anxiety disorders and treatment outcome. *J Am Acad Child Adolesc Psychiat*. 2001;40(7):787-94.
  - 11- Kaye DL, Montgomery ME, Munson S W. *Child and adolescent mental health*. Translated by Eskandari MD, Karami S. Tehran: Arjmand; 2007. [Persian]
  - 12- Weisz JR, Donenberg GR, Han SS, Weiss B. Bridging the gap between laboratory and clinic in child and adolescent psychotherapy. *J Couns Clin Psychol*. 1995;63(5):688-701.
  - 13- Chu BC, Harrison TL. Disorder-specific effects of CBT for anxious and depressed youth: A meta-analysis of candidate mediators of change. *Clin Child Fam Psychol Rev*. 2007;10(4):352-72.
  - 14- Wehrenberg M, Prinz SM. *The anxious brain: The neurobiological basis of anxiety disorders and how to effectively treat them*. New York: W. W. Orton & Company, Inc; 2007.
  - 15- Beidel DC. Comment on the origins of clinical psychology faculty: Who is training the trainers. *Clin Psychol: Sci Pract*. 2000;7(4):355-6.
  - 16- Kendall PC, Reber M, McLeer S, Epps J, Ronan KR. Cognitive-behavioral treatment of conduct-disordered children. *Cogn Ther Res*. 1990;14(3):279-97.
  - 17- Albano AM, Marten PA, Holt CS, Heimberg RG, Barlow DH. Cognitive-behavioural group treatment for social phobia in adolescents: A preliminary study. *J Nerv Ment Disord*. 1995;183(10):649-56.
  - 18- Goodyear-Brown PS. Strategic play therapy techniques for anxious pre-schoolers. In Nash J, Schaefer C. (Eds.) *Play therapy with preschool children*. Washington, DC: American Psychological Association; 2009.
  - 19- Bratton S, Landereth GL, Kellam T, Blackard S. *Child parent relationship therapy (CPRT): A 10-Session filial therapy model for training parents*. New York: Rout