

مقایسه اثربخشی گروه‌درمانی شناختی رفتاری هیجان مدار (ECBT) و گروه‌درمانی شناختی-رفتاری (CBT) بر اختلال اضطراب اجتماعی کودکان

افروز افشاری^۱، شعله امیری^۲، حمید طاهر نشاط دوست^۳، فاطمه رضایی^۴

تاریخ دریافت 1393/11/28 تاریخ پذیرش 1394/02/02

چکیده

پیش‌زمینه و هدف: اختلال اضطراب اجتماعی یکی از اختلالات شایع کودکی و نوجوانی است که عدم توجه به درمان آن منجر به ازمان اختلال، تبدیل و یا همراه شدن آن با سایر مشکلات روان‌پزشکی در بزرگسالی می‌گردد. لذا اقدامات به‌موقع در مورد این اختلال با استفاده از درمان‌های مؤثر، به نفع کودک، خانواده و جامعه می‌باشد. هدف از پژوهش حاضر بررسی و مقایسه اثربخشی درمان‌های شناختی-رفتاری (CBT) و شناختی رفتاری هیجان مدار (ECBT) بر اختلال اضطراب اجتماعی کودکان ۹-۱۳ ساله شهر اصفهان بود.

مواد و روش: این پژوهش از نوع تجربی و با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با گروه گواه صورت گرفت. جامعه‌ی این پژوهش شامل کلیه کودکان ۹-۱۳ ساله مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی در شهر اصفهان بود. نمونه پژوهش شامل ۳۶ کودک مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی (۱۸ دختر و ۱۸ پسر) بود که به‌طور تصادفی به سه گروه درمان شناختی-رفتاری (CBT)، شناختی-رفتاری هیجان مدار (ECBT) و گروه گواه (بدون درمان) اختصاص داده شدند. از آزمودنی‌ها پیش از درمان، پس از اتمام درمان و سه ماه بعد از درمان آزمون‌های SCARED (سنجش اضطراب) و CEMS (مدیریت خشم و غم) گرفته شد. به والدین آن‌ها نیز پرسشنامه SCARED در هر سه مرحله ارائه شد. داده‌های گردآوری‌شده با استفاده از نرم‌افزار SPSS-20 و به روش انکوا با تکرار و مقایسه‌های زوجی t و یا روش غیرپارامتریک کروسکال والیس و مان ویتنی یو، مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

نتایج: نتایج نشان داد که هر دو درمان (CBT و ECBT) در مقایسه با گروه گواه، در هر دو مرحله پس‌آزمون و پیگیری، منجر به کاهش اضطراب اجتماعی، نمره کل اضطراب و تنظیم نایافتگی غم کودکان شد و از این نظر تفاوت معنی‌داری بین دو گروه نبود. همچنین درمان هیجان مدار به‌طور معنی‌داری در مقایسه با گروه گواه منجر به کاهش علائم تنظیم نایافتگی خشم و بازداری غم و افزایش مقابله مؤثر با خشم و غم شد و از این نظر با درمان شناختی رفتاری متفاوت بود ($p < 0.05$).

نتیجه‌گیری: در کودکان مبتلا به اضطراب اجتماعی، بین درمان‌های شناختی رفتاری (CBT) و شناختی رفتاری هیجان مدار (ECBT) از نظر تأثیرگذاری بر اضطراب و تنظیم نایافتگی غم تفاوت معنی‌داری مشاهده نشد، اما درمان هیجان مدار منجر به بهبود مدیریت هیجانات منفی (خشم و غم) شد و از این جهت نسبت به CBT، ارجحیت دارد. لذا استفاده از این درمان خصوصاً در مواردی که کودک علاوه بر اضطراب، در مدیریت سایر هیجانات منفی نیز مشکل دارد، به درمانگران کودک توصیه می‌گردد.

واژگان کلیدی: اضطراب اجتماعی، درمان شناختی-رفتاری، درمان شناختی-رفتاری هیجان مدار، مدیریت هیجان

مجله پزشکی ارومیه، دوره بیست و ششم، شماره سوم، ص 194-204، خرداد 1394

آدرس مکاتبه: تهران، گروه روانشناسی دانشگاه الزهرا (س)، تلفن: ۰۹۱۳۲۲۶۰۴۶۰

Email: afroozafshari@gmail.com

زندگی کودک دارد. از جمله این اختلالات می‌توان به اختلال اضطراب اجتماعی اشاره کرد. بسیاری از کودکان به‌طور طبیعی خجالت کشیدن در موقعیت‌های اجتماعی را چه در

مقدمه
۶-۷ درصد از کودکان زیر ۱۸ سال، به‌نوعی از اختلالات اضطرابی مبتلا هستند (۲،۱) که پیامدهای منفی زیادی بر

^۱ دکتری روانشناسی از دانشگاه اصفهان؛ عضو هیات علمی گروه روانشناسی دانشگاه الزهرا (س)، تهران، ایران، (نویسنده مسئول)

^۲ دانشیار روانشناسی، گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران

^۳ استاد روانشناسی، گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران

^۴ استادیار روانشناسی، گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه لرستان، لرستان، ایران

ارتباط با بزرگسالان و چه در جمع سایر کودکان و هم سن و سالانشان تجربه می‌کنند اما زمانی که این ترس و خجالت همیشه مشخصاً در یک یا چند موقعیت عملکرد که کودک با شرایط یا افراد ناآشنا مواجه می‌شود و احتمالاً مورد توجه سایرین قرار می‌گیرد، رخ دهد به صورت اضطراب اجتماعی تعریف می‌شود (۳). تأثیرات منفی این اختلال بر زندگی این کودکان، شامل کم شدن روابط دوستی و صمیمانه و پذیرفته نشدن در گروه همسالان است (۴). چنانچه اضطراب اجتماعی در کودکان و نوجوانان بدون درمان مستقیم علائم رها شود منجر به مزمن شدن اختلال می‌گردد (۵). لذا شناسایی به موقع و درمان اختلالات اضطرابی می‌تواند از پیامدهای منفی آتی این بیماری‌ها جلوگیری کند.

درمان‌های متفاوتی برای این دسته از اختلالات پیشنهاد شده است که از آن جمله می‌توان به درمان شناختی-رفتاری اشاره کرد که حتی برای سنین پیش از دبستان نیز مؤثر گزارش شده است (۶). در میان بسته‌های درمانی مختص کودکان مضطرب، راهنمای درمانی ۱۶ جلسه‌ای که کندال و همکارانش طراحی کردند (۸،۷)، به طور مؤثری علائم اضطراب کودکان را کاهش داد و پژوهش‌ها نشان داد که تأثیرات آن ۱ تا ۳ سال بعد نیز باقی ماند (۹). با وجود اینکه CBT یکی از مؤثرترین درمان‌ها برای اختلال اضطراب اجتماعی مطرح شده (۱۰) اما مطالعات صورت گرفته در مورد تأثیرگذاری این درمان نشان می‌دهد که تنها ۲۵ الی ۶۰ درصد از بیماران مبتلا، پس از پایان گروه‌درمانی شناختی رفتاری استاندارد، بهبود عملکرد نشان داده‌اند (۹-۱۲). پژوهش‌هایی که بر نمونه‌های بالینی و غیر بالینی صورت گرفته نشان داده‌اند که استفاده از راهبردهای تنظیم هیجانی ناکارآمد هسته بسیاری از مشکلات روان‌شناختی از جمله اضطراب اجتماعی است و لذا درمان می‌بایست به این افراد کمک کند تا به طور سازگارانه تری، با یادگیری نحوه استفاده کارآمد از راهبردهای تنظیمی، هیجانات خود را تنظیم کنند (۱۳-۱۶). بالینکه درمان‌های شناختی-رفتاری، شناسایی هیجانات ترس‌آور را شامل می‌شوند، اما اغلب آن‌ها بر نحوه تجربه سایر هیجانات کودک (مانند ناراحتی، خشم یا شادی) تمرکز ندارند. علاوه بر این نسبت به افزایش مهارت‌های تنظیم هیجانی این کودکان توجه لازم صورت گرفته نشده است. همین مسئله خصوصاً برای آن دسته از کودکانی که مهارت‌های تنظیم هیجانی ضعیفی در خارج از درمان دارند، منجر به کارایی کمتر درمان شناختی-رفتاری می‌گردد.

امروزه تدوین درمان‌های مؤثرتر و کامل‌تر از درمان شناختی-رفتاری هدف پژوهش‌های بسیاری است. یکی دیگر از درمان‌های مؤثر بر علائم اضطراب کودکان درمان شناختی-رفتاری هیجان

مدار^۱ است که با تأکید بر مهارت‌های شناسایی و تشخیص هیجانات خود و دیگران (آگاهی هیجانی)، نحوه صحیح ابراز هیجان با توجه به موقعیت اجتماعی (فهم هیجان)، کاهش شدت هیجانات منفی پیش از بروز پاسخ (تنظیم هیجانی)، در کنار فن‌های شناختی و رفتاری به تأثیرگذاری بر اضطراب و نیز سایر هیجانات شدید منفی کودک می‌پردازد. با توجه به منابع موجود در خصوص پژوهش‌های صورت گرفته در کشور، این پژوهش اولین پژوهشی است که از روش درمان شناختی رفتاری هیجان مدار (ECBT) در درمان اختلال اضطراب اجتماعی کودکان استفاده نموده؛ همچنین اهمیت مقایسه تأثیر این درمان با درمان رایج شناختی رفتاری (CBT) بر اختلال مذکور، منجر به انتخاب صحیح درمان از سوی درمانگر و کاهش موارد ناموفق درمانی کودکان خواهد شد.

لذا هدف از این پژوهش، بررسی و مقایسه درمان‌های شناختی-رفتاری (CBT) و شناختی-رفتاری متمرکز بر هیجان (ECBT) بر علائم اختلال اضطراب اجتماعی کودکان، مدیریت هیجانات خشم و غم کودکان، پس از اتمام درمان و در پیگیری سه ماه بعد بود.

مواد و روش کار

پژوهش حاضر از نوع آزمایشی، با پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری سه ماه بعد، همراه با گروه گواه می‌باشد. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه کودکان ۹ تا ۱۳ ساله مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی در شهر اصفهان بود. جهت انتخاب نمونه با مراجعه به اداره کل آموزش و پرورش استان اصفهان و با کسب مجوز، به صورت تصادفی از میان شش ناحیه‌ی آموزش و پرورش به تصادف دو ناحیه انتخاب (ناحیه دو) و از میان لیست کلیه مدارس دخترانه و پسرانه این نواحی، به تصادف در هر ناحیه دو مدرسه (دخترانه و پسرانه) انتخاب شدند. با مراجعه به هر مدرسه و با کمک مربیان بهداشت یا مشاورین مدارس، به شناسایی کودکان مبتلا و مصاحبه با آن‌ها پرداخته شد. اجرای مصاحبه و آزمون بر کودک و والدین توسط فوق تخصص روان‌پزشکی اطفال و دانشجوی دکتری روانشناسی صورت گرفت.

ملاک‌های ورود به نمونه عبارت بودند از سن ۹-۱۳ سال، ابتلا به اختلال اضطراب اجتماعی برحسب ملاک‌های DSM_V، عدم مصرف داروی روان‌پزشکی در حین پژوهش یا قطع دارو حداقل یک ماه قبل؛ عدم ابتلا به اختلالات روان‌پریشی و عقب‌ماندگی ذهنی؛ رضایت کودک و والدین از شرکت کودک در پژوهش.

¹ Emotion-focused Cognitive Behavioral Therapy

به‌این ترتیب ۴۵ کودک مبتلا به اضطراب اجتماعی برای شرکت در نمونه انتخاب و به‌طور تصادفی به سه گروه اختصاص داده شدند. با در نظر گرفتن ریزش نمونه، حجم هر گروه در پایان درمان ۱۲ نفر بود. به کلیه آزمودنی‌ها مقیاس غربالگری اختلالات هیجانی مرتبط با اضطراب کودکان - فرم کودک (SCARE-C)، پرسشنامه‌های مدیریت خشم (CAMS)، مدیریت غم (CSMS) ارائه شد.

به دلیل ماهیت نا آشکار علائم اضطرابی و این مسئله که گاهی کودکان علائم مهم تشخیصی را در مصاحبه گزارش نمی‌کنند (۱۸،۱۷)، لذا به والدین این کودکان هم مقیاس غربالگری اختلالات هیجانی مرتبط با اضطراب کودک - فرم والد (SCARE-P) در هر سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری ارائه شد.

گروه‌ها از نظر متغیر سن ($p=0/88$ ؛ $F=0/125$ و $df=33$) و پایه تحصیلی ($p=0/61$ ؛ $X^2=2/67$ ؛ $df=4$) هم‌تا بودند. گروه آزمایشی درمان شناختی رفتاری متمرکز بر هیجان (ECBT) تحت ۱۲ جلسه درمان شناختی رفتاری هیجان مدار و گروه آزمایشی درمان شناختی رفتاری (CBT) تحت ۱۰ جلسه درمان قرار گرفت. در مورد گروه کنترل هیچ درمانی صورت نگرفت و تنها آزمون‌های مذکور در سه مرحله اجرا شد.

مقیاس غربالگری اختلالات هیجانی مرتبط با اضطراب کودکان^۱ این مقیاس اولین بار توسط بیرماهر و همکاران (۱۹) به‌عنوان ابزاری برای اختلالات اضطرابی دوران کودکی و نوجوانی DSM-IV تدوین شد و نسخه نهایی مقیاس SCARED شامل ۴۱ عبارت است که به‌طور مجزا به پنج خرده مقیاس علائم اضطرابی تقسیم می‌شود: علائم جسمی/اختلال هراس، اختلال اضطراب منتشر، اختلال اضطراب جدایی، اختلال اضطراب اجتماعی و اضطراب مدرسه. هرچند پنجمین مقیاس بیانگر مشکل متداولی در کودکان و نوجوانان می‌باشد اما اختلال اضطرابی DSM-IV نیست. برای هر عبارت کودک پاسخی را انتخاب می‌کند که بهتر می‌تواند نحوه احساس کردن وی را ظرف ۳ ماه گذشته توصیف کند. عبارت‌ها در مقیاس سه‌درجه‌ای نمره‌گذاری می‌شوند (۰ = غلط یا به‌ندرت صحیح است؛ ۱ = گاهی اوقات صحیح است؛ ۲ = صحیح است یا اغلب اوقات صحیح است). نمرات بین ۰ تا ۸۲ به دست می‌آیند و نمرات بالاتر بیانگر سطوح بالاتر اضطراب است (۱۹). نتایج پژوهش‌های صورت گرفته بر روی ویژگی‌های روان‌سنجی این

مقیاس غربالگری اختلالات هیجانی مرتبط با اضطراب کودکان^۱

این مقیاس اولین بار توسط بیرماهر و همکاران (۱۹) به‌عنوان ابزاری برای اختلالات اضطرابی دوران کودکی و نوجوانی DSM-IV تدوین شد و نسخه نهایی مقیاس SCARED شامل ۴۱ عبارت است که به‌طور مجزا به پنج خرده مقیاس علائم اضطرابی تقسیم می‌شود: علائم جسمی/اختلال هراس، اختلال اضطراب منتشر، اختلال اضطراب جدایی، اختلال اضطراب اجتماعی و اضطراب مدرسه. هرچند پنجمین مقیاس بیانگر مشکل متداولی در کودکان و نوجوانان می‌باشد اما اختلال اضطرابی DSM-IV نیست. برای هر عبارت کودک پاسخی را انتخاب می‌کند که بهتر می‌تواند نحوه احساس کردن وی را ظرف ۳ ماه گذشته توصیف کند. عبارت‌ها در مقیاس سه‌درجه‌ای نمره‌گذاری می‌شوند (۰ = غلط یا به‌ندرت صحیح است؛ ۱ = گاهی اوقات صحیح است؛ ۲ = صحیح است یا اغلب اوقات صحیح است). نمرات بین ۰ تا ۸۲ به دست می‌آیند و نمرات بالاتر بیانگر سطوح بالاتر اضطراب است (۱۹). نتایج پژوهش‌های صورت گرفته بر روی ویژگی‌های روان‌سنجی این

مقیاس مدیریت هیجانی کودک^۲ مقیاس CEMS (۲۶، ۲۷) مقیاس خود گزارش‌دهی است که به بررسی تنظیم غم و خشم در کودک می‌پردازد و در آن کودک میزان فراوانی انواع راهبردهای تنظیم هیجانی به کار برده شده‌اش را در مقیاس لیکرت نشان می‌دهد: ۱ = به‌ندرت، ۲ = گاهی اوقات و ۳ = اغلب مواقع. سه خرده مقیاس برای هر هیجان مشخص شده است: الف) بازداری (چهار عبارت) که به ارزیابی پنهان کردن یا سرکوبی ابزار هیجان می‌پردازد (برای مثال من از درون خیلی عصبانی شدم اما آن را نشان نمی‌دهم)؛ ب) ابزار هیجان تنظیم نایافته (سه عبارت)، که به بررسی ابزار هیجانات منفی به‌صورت نامتناسب با فرهنگ می‌پردازد (برای مثال وقتی ناراحتم گریه می‌کنم و به گریه کردنم ادامه می‌دهم؛ وقتی عصبانی‌ام به دیگران بدویبراه می‌گویم)؛ ج) مقابله تنظیم هیجانی (پنج عبارت برای مقیاس ناراحتی و غم و چهار عبارت برای مقیاس خشم)، که به بررسی تنظیم هیجانات منفی از طریق مهار سازنده بر رفتارهای هیجانی می‌پردازد (برای مثال: وقتی ناراحتم تا وقتی آرام شوم کارهای کاملاً متفاوتی انجام می‌دهم؛ سعی می‌کنم با آرامش با آنچه مرا ناراحت کرده برخورد کنم) (۲۶).

در اولین بررسی روایی سازه این مقیاس‌ها (خشم و غم) ضرایب آلفای مناسب (۰/۶۲ تا ۰/۷۷) و پایایی آزمون-بازآزمون خوبی (۰/۶۱ تا ۰/۸۰) گزارش شد (۲۷). سایر پژوهش‌ها که با استفاده از این دو مقیاس صورت گرفت شواهد بیشتری مبنی بر روایی و پایایی خوب این مقیاس در سایر نمونه‌های کودکان دبستانی (۲۸،۲۹)، نوجوانان (۳۰)، نوجوانان آفریقایی-آمریکایی

¹ Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders : SCARED

² CEMS: Children's Emotion Management Scales

مرتبط با اضطراب‌های هر فرد و تمرکز بر نقایص مرتبط با هیجان موجود در کودکان مبتلا به اختلالات اضطرابی است. در این برنامه درمانی تأکید عمده بر راهبردهای کلی زیر است: الگوبرداری مقابله‌ای، شناسایی و تعدیل خود گویی اضطرابی، مواجهه با اضطراب و سایر موقعیت‌های هیجان برانگیز، تمرینات ایفای نقش، پاداش‌های مشروط، تکالیف خانگی (تکالیف من می‌توانم)، آموزش هیجانی، آگاهی از واکنش‌های بدنی و فعالیت‌های شناختی در حین اضطراب، فرایندهای آرمیدگی، توانایی تدریجی آموزش تکالیف و فعالیت‌ها و تمرین افزایشی مهارت‌های کسب‌شده جدید در موقعیت‌های هیجان برانگیز مختلف (۳۶).

جهت تحلیل داده‌ها با کنترل نمرات پیش‌آزمون، از آزمون انکوا با تکرار (ANCOVA repeated measure) و برای مقایسه زوجی گروه‌ها از روش تحلیل t استفاده شد. در موارد عدم رعایت پیش فرض‌ها (نرمالیتی، لوین، ماچلی)، از روش‌های ناپارامتریک کروسکال والیس و مقایسه‌های زوجی مان ویتنی-یو استفاده گردید. با توجه به این‌که بین نمرات پیش‌آزمون متغیرهای موردبررسی با جنسیت، پایه تحصیلی و سن کودکان رابطه معنی‌داری وجود نداشت، لذا کنترل این متغیرها صورت نگرفت.

یافته‌ها

در جدول ۱ ویژگی‌های توصیفی نمونه موردبررسی شامل میانگین و انحراف استاندارد در گروه‌های درمانی و کنترل، به تفکیک ارائه شده است.

(۳۱) و کودکان مبتلا به اختلالات روان‌پزشکی (۳۳،۳۲) نشان داد. نتایج بررسی روایی و پایایی این مقیاس در نمونه کودکان ۹-۱۳ ساله شهر اصفهان بیانگر روایی و پایایی مناسب این مقیاس بود (۳۴).

مداخله شناختی-رفتاری (CBT):

این درمان بر اساس راهنمای درمانی کوپینگ کت (۳۵) طراحی شد و ترکیبی از مهارت‌های شناختی و تکنیک‌های رفتاری در کنترل اضطراب کودکان بود. تعداد جلسات ۱۰ جلسه بود. بخش اول جلسات عمدتاً به صورت آموزشی و بخش دوم در قالب تمرین موقعیت‌ها و شرایط استرس‌آوری بود که مرحله به مرحله، با افزایش مهارت‌های کودک، سخت‌تر می‌شد. کودکان در پیش از درمان (T₀)، اتمام درمان (T₁) و سه ماه بعد از آن (T₂) تحت مصاحبه و آزمون قرار گرفتند. همچنین والدین آن‌ها نیز در مورد علائم اضطرابی کودک در هر سه مرحله به پرسشنامه SCARED پاسخ دادند.

مداخله شناختی-رفتاری هیجان مدار (ECBT):

راهنمای درمانی ECBT برنامه درمانی جهت درمان کودکان و نوجوانان مبتلا به اختلالات اضطرابی است (در این پژوهش درمان شامل ۱۰ جلسه‌ی درمانی بر روی کودکان مبتلا به اضطراب اجتماعی شرکت کننده و دو جلسه با والدین آن‌ها بود). رویکرد کلی این درمان شناختی-رفتاری است. ترکیبی از موارد کارآمد رویکرد رفتاری (مانند مواجهه، آموزش آرمیدگی و ایفای نقش) به اضافه تأکید بر عوامل پردازش‌گری اطلاعات شناختی

جدول (۱): میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای مورد بررسی در هر یک از گروه‌ها

متغیر	گروه CBT		گروه ECBT		گروه کنترل	
	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
سن	۱۰/۹۱	۰/۹۴	۱۰/۷۸	۰/۸۳	۱۰/۵۳	۰/۹۰
اضطراب اجتماعی (گزارش کودک)	۱۱/۸۳	۲/۰۴	۱۳	۱/۵۳	۱۱/۲۵	۱/۲۱
اضطراب اجتماعی (گزارش والدین)	۱۰/۵۸	۱/۸۳	۱۱/۱۷	۲/۱۲	۱۰/۵۰	۲/۱۱
نمره کل اضطراب (گزارش کودک)	۴۹/۹۲	۸/۹۱	۴۸/۸۳	۱۰/۵۰	۴۵/۲۵	۵/۶۲
نمره کل اضطراب (گزارش والدین)	۳۵/۲۵	۱۱/۲۰	۳۱/۵۸	۷/۸۴	۳۸/۷۵	۱۰/۴۳
تنظیم نایافتگی خشم	۵/۴۲	۱/۴۴	۶	۱/۰۴	۵/۳۳	۱/۲۳
تنظیم نایافتگی غم	۵/۸۳	۱/۳۳	۵/۳۳	۱/۶۷	۶/۳۳	۱/۶۷
بازداری خشم	۶/۷۵	۱/۷۱	۷/۱۷	۱/۲۶	۷/۲۵	۰/۸۶
بازداری غم	۷/۷۵	۲/۰۵	۷	۲/۰۴	۷/۶۷	۲/۲۷
مقابله مؤثر با خشم	۷/۰۸	۲/۰۶	۷/۸۳	۱/۸۵	۷/۷۵	۱/۳۶
مقابله مؤثر با غم	۷/۷۵	۱/۳۶	۹	۲/۰۹	۹/۵۸	۲/۳۵

گروه‌های مستقل استفاده گردید. در جدول ۲ مقایسه گروه‌های درمانی و گواه، از نظر تغییرات متغیرهای وابسته در طی پژوهش ارائه شده است.

در مورد کلیه متغیرها، به جز اضطراب اجتماعی (گزارش کودکان) و تنظیم نایافتگی خشم، با توجه به رعایت پیش فرض‌ها و نیز تساوی گروه‌ها، از روش انکوا با تکرار و مقایسه‌های زوجی t

جدول (2): نتایج تحلیل انکوا با تکرار در مورد متغیرهای پژوهش

متغیر وابسته	میانگین مجزورات	F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	معنی‌داری	ضریب تأثیر	توان مشاهده‌شده
اضطراب اجتماعی (گزارش والدین)	۱۳۰/۱۲	۳۱/۹۹	۲	۳۲	۰/۰۰۰۱	۰/۶۷	۱/۰۰
نمره کل اضطراب (گزارش کودک)	۲۱۷۶/۳۴	۶۹/۸۷	۲	۳۲	۰/۰۰۰۱	۰/۸۱	۱/۰۰
نمره کل اضطراب (گزارش والدین)	۶۷/۸۱	۶/۲۲	۲	۳۲	۰/۰۰۰۱	۰/۷۵	۱/۰۰
تنظیم نایافتگی غم	۲۲/۶۵	۸/۳۳	۲	۳۲	۰/۰۰۱	۰/۳۴	۰/۹۴
بازداری خشم	۱۶/۱۷	۵/۱۲	۲	۳۲	۰/۰۱	۰/۲۴	۰/۷۸
بازداری غم	۱۶/۴۹	۷/۵۱	۲	۳۲	۰/۰۰۲	۰/۳۲	۰/۹۲
مقابله با خشم	۴۵/۱۱	۵/۶۱	۲	۳۲	۰/۰۰۸	۰/۲۶	۰/۸۲
مقابله با غم	۱۴/۲۶	۸/۱۹	۲	۳۲	۰/۰۰۱	۰/۳۴	۰/۹۴

تنها درمان هیجان مدار بر متغیر وابسته تأثیرگذار بود. به این صورت که درمان هیجان مدار در مرحله پس‌آزمون و پیگیری منجر به افزایش مقابله مؤثر با خشم و غم شد و علائم بازداری غم را کاهش داد. با این حال در مورد بازداری خشم نتایج منحصربه‌فرد بود؛ به این صورت که در پایان درمان میانگین نمرات گروه هیجان مدار در مقایسه با گروه گواه مبتلا، افزایش یافت ($p < 0/001$)؛ $df=22$ و $t=3/43$) و بین دو درمان از نظر تأثیرگذاری بر خشم کودکان تفاوت معنی‌داری مشاهده شد ($p < 0/05$ ؛ $t=2/04$)، در حالی که در پیگیری سه ماه بعد این تفاوت‌ها معنی‌دار نبود ($p > 0/05$).

به دلیل رد پیش فرض لوین مربوط به تساوی واریانس‌های گروه‌ها در متغیرهای اضطراب اجتماعی (گزارش کودکان) و تنظیم نایافتگی خشم، از روش آماری کروسکال والیس و مقایسه‌های زوجی مان ویتنی یو استفاده شد. این نتایج در جدول ۳ ارائه شده است.

نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد بین سه گروه در متغیرهای مذکور تفاوت معنی‌داری وجود دارد. جهت بررسی دقیق‌تر تفاوت گروه‌ها با یکدیگر، در هر یک از مراحل پس‌آزمون و پیگیری، از تحلیل t گروه‌های مستقل استفاده شد. نتایج نشان داد که در متغیر اضطراب اجتماعی (گزارش والدین) و تنظیم نایافتگی غم، در پس‌آزمون هر دو درمان در مقایسه با گروه گواه بر کاهش علائم اضطراب اجتماعی و تنظیم نایافتگی غم کودکان مبتلا، تأثیرگذار بودند. همچنین بین گروه‌های درمانی CBT و ECBT در مرحله پیگیری از نظر کاهش متغیر اضطراب اجتماعی تفاوت معنی‌داری مشاهده نشد و هر دو درمان پس از سه ماه در کاهش علائم اضطراب اجتماعی این کودکان مؤثر واقع شدند، اما در مورد نمرات تنظیم نایافتگی غم، در پیگیری سه ماه بعد تنها درمان هیجان مدار (ECBT) در مقایسه با گروه گواه، منجر به کاهش نمرات این متغیر شده بود ($p < 0/05$ ؛ $df=22$ و $t=1/26$).

در متغیرهای بازداری خشم و غم و مقابله مؤثر با خشم و غم

جدول (3): نتایج آزمون کروسکال والیس تنظیم نایافتگی خشم و اضطراب اجتماعی (گزارش کودک)

متغیر	شاخص	مجزور خی	درجه آزادی	سطح معنی‌داری
تنظیم نایافتگی خشم	پس‌آزمون	۱۴/۶۵	۲	۰/۰۰۱
	پیگیری	۸/۴۰	۲	۰/۰۱۵
اضطراب اجتماعی (گزارش کودک)	پس‌آزمون	۲۲/۲۳	۲	۰/۰۰۰۱
	پیگیری	۲۴/۰۵	۲	۰/۰۰۰۱

می‌گیرد، بر خلق کودک تأثیرگذار بوده است. با این حال چنانچه مشاهده شد این نتایج تنها در پیگیری سه ماه بعد در گروه هیجان مدار تاووم داشت که بیانگر دوام تأثیرات درمان هیجان مدار بر این متغیر بود. با توجه به این که کودکان مضطرب نقیصی در درک و تنظیم هیجانات منفی (از جمله غم و ناراحتی) دارند، به دنبال اطلاعات و تفسیر وقایع به شیوه‌هایی هستند که به احتمال زیاد منجر به تجربه خلق منفی مرتبط با آن می‌گردد (۳۸،۱۳) لذا درمان هیجان مدار با هدف‌گذاری بیشتر بر تنظیم طیفی از هیجانات، قاعدتاً تأثیرات پایدارتری بر تنظیم نایافتگی غم این کودکان دارد.

از نظر افزایش بازداری خشم در پس‌آزمون و کاهش این نمرات در مرحله پیگیری، نتایج این پژوهش با سایر پژوهش‌های صورت گرفته ناهمخوان بود (۴۰،۳۹). یکی از علل احتمالی در این افزایش نمرات بازداری خشم در پایان درمان هیجان مدار را می‌توان به تفاوت‌های فرهنگی بین نمونه این پژوهش و پژوهش‌های صورت گرفته‌ی قبلی در سایر کشورها نسبت داد. در فرهنگ ما بروز ندادن خشم در مواقع عصبانیت یکی از رفتارهای جامعه پسند می‌باشد و کودکان در پایان درمان تمایل به کنترل کردن و پنهان داشتن بیشتر خشم خود داشتند، همچنین در مصاحبه با والدین نیز این مسئله به‌عنوان یکی از ملاک‌های بهتر شدن کودک از نظر کنترل خشم وی مطرح می‌شد، با این وجود در پیگیری سه ماه بعد این بازداری کاهش یافت. علت این مسئله را می‌توان به محیط هیجانی درون خانواده این کودکان نسبت داد. بخش زیادی از رفتارهای مرتبط با تنظیم هیجانات کودکان مضطرب از تربیت هیجانی درون خانواده ناشی می‌شود (۴۱)، چنانچه کودک تحت درمان قرار گیرد اما مجدداً در محیطی قرار گیرد که رفتارهای پرخاشگرانه تحریک می‌شود و یا والدین خود در مدیریت خشم دچار مشکل باشند، به‌مرور زمان دستاوردهای درمانی کودک در این حیطه کم‌رنگ می‌گردد.

در مورد سایر متغیرهای مدیریت هیجانی (شامل تنظیم نایافتگی خشم، بازداری غم و مقابله مؤثر با خشم و غم) نتایج بیانگر تأثیرگذاری درمان شناختی-رفتاری هیجان مدار (ECBT) بر کاهش علائم تنظیم نایافتگی خشم و بازداری غم و افزایش میانگین مقابله مؤثر با خشم و غم در مقایسه با گروه درمان شناختی-رفتاری (CBT) بود. این نتایج با یافته‌های (۳۸،۳۹) همخوانی داشت. در این خصوص می‌توان گفت از جمله عوامل کلیدی در تعامل موفق با سایرین، توانایی فرستادن و دریافت پیام‌های دقیق با توجه به حالات هیجانی خود و سایرین است (۴۲). بسیاری از کودکان مبتلا به اضطراب اجتماعی از بروز تجلیات منفی چهره خصوصاً ترس و خشم اجتناب می‌کنند و با

نتایج آزمون کروسکال والیس در مورد اضطراب اجتماعی (گزارش کودک) نشان داد که در مرحله پس‌آزمون و پیگیری بین هر یک از گروه‌های درمانی (CBT و ECBT) در مقایسه با گروه کنترل، تفاوت معنی‌دار وجود دارد ($p < 0.01$). در واقع هر دو درمان به‌طور معنی‌داری علائم اضطراب اجتماعی را کاهش دادند. همچنین بین دو گروه‌درمانی در مرحله پس‌آزمون و پیگیری از نظر کاهش علائم اضطرابی کودکان، تفاوت معنی‌داری مشاهده نشد ($p < 0.05$). در مورد متغیر تنظیم نایافتگی خشم، نتایج آزمون کروسکال والیس بیانگر تفاوت معنی‌دار بین گروه‌ها در مراحل پس‌آزمون و پیگیری بود ($p < 0.01$). نتایج آزمون‌های پیگیری‌مان ویتنی یو در مورد مقایسه زوجی گروه‌ها، نشان داد که تنها درمان شناختی-رفتاری هیجان مدار (ECBT) بر کاهش نمرات تنظیم نایافتگی خشم در مراحل پس‌آزمون و پیگیری تأثیرگذار بود و دو گروه از این نظر تفاوت معنی‌داری داشتند ($p < 0.05$).

بحث

نتایج این پژوهش نشان داد که برحسب گزارش‌های کودکان مبتلا به اضطراب اجتماعی و والدین آن‌ها، بین گروه‌های شناختی رفتاری (CBT) و شناختی-رفتاری هیجان مدار (ECBT) به لحاظ کاهش نمرات اضطراب اجتماعی و نمره کل اضطراب، تفاوتی وجود ندارد و هر دو درمان بر کاهش علائم اضطرابی این کودکان مؤثر بود. این نتایج با یافته‌های سایر مطالعات صورت گرفته در این حیطه که به تأثیرگذار بودن درمان هیجان مدار (ECBT) و شناختی رفتاری (CBT) بر علائم اضطرابی اشاره دارند، همخوانی داشت (۷، ۳۸،۳۷). در تبیین این یافته می‌توان گفت که عوامل تأثیرگذار بر کاهش اضطراب کودکان، فن‌های شناختی (برای مثال بازسازی شناختی) و فن‌های رفتاری (برای مثال مواجهه و آرمیدگی) می‌باشند که در زمینه اثرگذاری بر اضطراب، حمایت تجربی فراوانی داشته و هسته هر دو درمان را تشکیل می‌دهند؛ از این جهت هر دو درمان تأثیرات مشابهی بر علائم اضطرابی داشتند.

در مورد تنظیم نایافتگی غم نیز نتایج بیانگر تأثیرگذاری هر دو درمان بر کاهش نمرات این متغیر در کودکان مبتلا بود. این یافته با یافته‌های پژوهش‌های قبلی (۴۰،۳۹) که نشان داده بودند تنها درمان‌های هیجان مدار منجر به کاهش نمرات این متغیر در مقایسه با درمان شناختی-رفتاری می‌گردد، ناهمخوان بود. این احتمال مطرح است که بخشی از این تأثیر در هر دو گروه، ناشی از شرکت آزمودنی‌ها در جلسات گروهی، بهبود خلق و کاهش نمرات تنظیم نایافتگی غم در آن‌ها شده باشد. همچنین می‌توان گفت که تغییر در شناخت‌های منفی کودک که در هر دو درمان مدنظر قرار

تأثیرگذاری بر برانگیختگی فیزیولوژیکی ناشی از اضطراب در موقعیت‌های اجتماعی و نیز شناخت‌های منفی منجر به کاهش اضطراب اجتماعی کودکان مبتلا می‌گردد و با تأکید بر مهارت‌های شناسایی طیف هیجانات خود و سایرین و چگونگی تعدیل و مدیریت هیجانات منفی کودک منجر به افزایش مقابله مؤثر کودک با این هیجانات شد. به‌این‌ترتیب استفاده از این درمان در مواردی که کودک مبتلا به اضطراب با سایر اختلالات همراه از جمله افسردگی درگیر است، می‌تواند به بهبود همزمان هر دو مشکل کودک کمک کند و لذا استفاده از این درمان به درمانگران کودک خصوصاً در موارد همبودی اختلالات اضطرابی و خلقی توصیه می‌شود.

باین‌حال با توجه به طیف سنی ۹-۱۳ سال در کودکان شرکت‌کننده‌ی این پژوهش، استفاده از این درمان بر روی کودکان کم سن تر یا سنین بالاتر از ۱۳ سال توصیه می‌گردد. همچنین به سایر پژوهشگران در حیطه مدیریت هیجانی کودکان و تأثیر درمان‌های مختلف بر این سازه، استفاده از سایر ابزارهای سنجشی توصیه می‌گردد.

تشکر و قدردانی

پژوهشگران از اداره کل آموزش و پرورش استان اصفهان، دانش‌آموزان مبتلا به اضطراب اجتماعی و خانواده‌های آنان که در روند اجرای این پژوهش همکاری نمودند کمال قدردانی و تشکر را دارند.

References:

1. Waddell C, Offord DR, Shepherd CA. Child psychiatric epidemiology and Canadian public policy-making: the state of the science and the art of the possible. *Can J Psychiatry* 2002; 47:825-32.
2. Costello EJ, Foley DL, Angold A. 10-year research update review: the epidemiology of child and adolescent psychiatric disorders: II. Developmental epidemiology. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2006; 45:8-25.
3. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th ed. Text Rev. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2000.

احتمال بیشتری رفتارشان را به سمت خشونود کردن دیگران و محدود کردن پس‌خوراندهای منفی سوق می‌دهند لذا آموزش مهارت‌های شناسایی و مدیریت هیجانات مختلف که در درمان شناختی-رفتاری هیجان مدار (ECBT) به کودک ارائه می‌گردد، منجر به کاهش تنظیم نایافتگی و بازداری هیجانات خشم و غم گردید. یکی از اهداف این درمان آموزش تشخیص هیجانات در خود و سایرین و ابراز صحیح هیجان به کودک می‌باشد. که منجر به کاهش بازداری غم و بهبود تنظیم نایافتگی غم در این کودکان شد.

پژوهش‌های صورت گرفته در مورد توانایی تنظیم هیجانات در کودکان و بزرگسالان مبتلا به اضطراب اجتماعی، نشان داده است که توانایی تنظیم هیجانات با کیفیت عملکرد اجتماعی مرتبط است. افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی، در مدیریت هیجانات منفی دشواری‌هایی دارند که منجر به مشکلات عملکردی آن‌ها در موقعیت‌ها و تعاملات اجتماعی می‌گردد (۴۳). در حقیقت این کودکان به‌جای این‌که بر سرخ‌های مهم و دقیق تعاملاتشان متمرکز شوند، بر برانگیختگی فیزیولوژیک و شناخت‌های فاجعه‌آمیز متمرکز می‌شوند. همچنین بسیاری از کودکان مبتلا به اضطراب اجتماعی سطوح مهارت اجتماعی خودشان را کمتر از واقع برآورد می‌کنند و- برحسب مشکلاتی که در موقعیت‌های اجتماعی داشته‌اند- بر خطاهای ادراک‌شده خود متمرکز می‌شوند(۴۴). لذا درمان هیجان مدار با هدف‌گذاری بر شناسایی رفتارها، افکار و هیجانات منفی به‌صورت مرحله‌به‌مرحله با

4. Greco LA, Morris TL. Factors influencing the link between social anxiety and Peer Acceptance: Contributions of social skills and close friendships during middle childhood. *Behav Therapy* 2005; 36: 197-205.
5. Yonkers KA, Dyck IR, Keller MB. An eight-year longitudinal comparison of clinical course and characteristics of social phobia among men and women *Psychiatr Serv* 2001; 52: 637-43.
6. Bernstein GA. Advances in child and adolescent anxiety disorder research. 2009. Available from:http://www.aacap.org/cs/root/developmentor/advances_in_child_and_adolescent_anxiety_disorder_research.
7. Kendall PC, Flannery-Schroeder E. Panichelli-Mindel SM. Therapy for youths with anxiety

- disorders: a second randomized clinical trial. *J Consult Clin Psychol* 1997; 65(3):366-80.
8. Victor AM, Bernstein GA. Developing an effective treatment protocol. *Psychiatric Times* 2008; 25(2):101-8.
 9. Norton PJ, Price EC. A meta-analytic review of adult cognitive-behavioral treatment outcome across the anxiety disorders. *J Nerv Ment Dis* 2007; 195: 521-31.
 10. Rapee RM, Gaston JE, Abbott MJ. Testing the efficacy of theoretically derived improvements in the treatment of social phobia. *J Consul Clin Psychol* 2009; 77: 317-27.
 11. Davidson JRT, Foa EB, Huppert JD, Keefe FJ, Franklin ME, Compton JS, et al. Fluoxetine, comprehensive cognitive behavioral therapy, and placebo in generalized social phobia. *Arch Gen Psychiatry* 2004;61(10):1005-13.
 12. Otto MW, Pollack MH, Gould RA. A comparison of the efficacy of clonazepam and cognitive-behavioral group therapy for the treatment of social phobia. *J Anxiety Disord* 2000; 14: 345-58.
 13. Campbell-Sills L, Barlow DH, Brown TA, Hofmann SG. Acceptability and suppression of negative emotion in anxiety and mood disorders. *Emotion* 2006a; 6:587-95.
 14. Ehrenreich JT, Fairholme CP, Buzzella BA, Ellard KK, Barlow DH. The Role of Emotion in Psychological Therapy. *Clin Psychol (New York)* 2007;14(4):422-8.
 15. Moses EB, Barlow DH. A new unified treatment approach for emotional disorders based on emotion science. *Curr Dir Psychol Sci* 2006; 15: 146-50.
 16. Moore SA, Zoellner LA, Mollenholt N. Are expressive suppression and cognitive reappraisal associated with stress-related symptoms? *Behav Res Therapy* 2008; 46: 993-1000.
 17. Weitkamp K, Romer G, Rosenthal S, Wiegand-Grefe S, Daniels J. German Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED): Reliability, Validity and Cross-Informant Agreement in a Clinical Sample. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health* 2010, 4 (19): 1-8.
 18. Ravens-Sieberer U, Wille N, Erhart M, Bettge S, Wittchen H-U, Rothenberger A. Prevalence of mental health problems among children and adolescents in Germany: results of the BELLA study within the National Health Interview and Examination Survey. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2008, 17:22-33.
 19. Birmaher B, Khetarpal S, Brent D. The screen for child anxiety related emotional disorders (SCARED): scale construction and psychometric characteristics. *J Am Academ Child Adol Psychiat* 1997; 36: 545-53.
 20. Isolani L, Salum GA, Osowski AT. Psychometric properties of the Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED) in Brazilian children and adolescents. *J Anxiety Disord* 2011; 25: 741-48.
 21. Boyd RC, Ginsburg GS, Lambert SF. Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED): psychometric properties in an African American Parochial high school sample. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2003; 42: 1188-96.
 22. Essau C A, Muris P, Ederer E M. Reliability and validity of the Spence Children's Anxiety Scale and the Screen for Child Anxiety Related Emotional disorders in German children. *J Behav Therapyd Experim Psychiatry* 2002; 33: 1-18.
 23. Haley T, Puskar K, Terhorst L. Psychometric properties of the Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders in a rural high school population. *J Child Adolesc Psychiat Nurs* 2011; 24: 23-32.
 24. Su L, Wang K, Fan F, Su Y, Gao X. Reliability and validity of the Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED) in

- Chinese children. *J Anxiety Disord* 2008; 22: 612–21.
25. Hale WW, Crocetti E, Raaijmakers QAW, Meeus WHJ. A metaanalysis of the cross-cultural psychometric properties of the Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED). *J Child Psychol Psychiatry* 2011; 52: 80–90.
 26. Zeman JL, Cassano M, Suveg C, Shipman K. Initial Validation of the Children's Worry Management Scale. *J Child Fam Stud* 2010; 19:381–92.
 27. Zeman J, Shipman K, Penza-Clyve S. Development and initial validation of the Children's Sadness Management Scale. *J Nonverb Behav* 2001; 25: 187–205.
 28. Cassano M, Zeman J, Perry-Parrish C. Influence of gender on parental socialization of children's sadness regulation. *Soc Develop* 2007; 16:210–31.
 29. McAuliffe MD, Hubbard JA, Rubin RM. Reactive and proactive aggression: Stability of constructs and relations to correlates. *J Gen Psychol* 2007; 167: 365–82.
 30. Wills TA, Walker C, Mendoza D, Ainette M G. Behavioral and emotional self-control: Relations to substance use in samples of middle and high school students. *Psychol Addic Behav* 2006; 20: 265–78.
 31. Perry-Parrish C, Zeman J. Exploring ethnic differences in children's self-reported management of anger and pride. Presented at the annual meeting of the American Psychological Association, San Francisco, and CA: 2007.
 32. Sim L, Zeman J. Emotion awareness and identification skills in adolescent girls with Bulimia Nervosa. *J Clin Child Adolesc Psychol* 2004; 33: 760–71.
 33. Sim L, Zeman J. The contribution of emotion regulation to body dissatisfaction and disordered eating in early adolescent girls. *J Youth Adolesc* 2006; 2: 207–16.
 34. Afshari A. effectiveness of emotion focused cognitive behavioral group therapy (ECBT) and cognitive behavioral group therapy (CBT) on social anxiety and separation anxiety disorder in children. (Dissertation). Isfahan: University of Isfahan; 2010. (Persian)
 35. Kendall PC, Hudson JL, Choudhury M. Cognitive-behavioral treatment for childhood anxiety disorders. In E. D. Hibbs P. S. Jensen (Eds.), psychosocial treatments for child and adolescent disorders: Empirically based strategies for clinical practice. 2nd ed. Washington, D.C: APA; 2005.
 36. Suveg C, Kendall PC, Comer JS, Robin J. Emotion-focused cognitive behavioral therapy for anxious youth: A multiple baseline evaluation. *J Contemp Psychother* 2006; 36: 77–85.
 37. Southam-Gerow MA, Kendall PC. A preliminary study of the emotion understanding of youth referred for treatment of anxiety disorders. *J Clinic Child Psychol* 2000; 29: 319–27.
 38. Suveg C, Sood E, Comer, J S, Kendall P C. Changes in emotion regulation following cognitive behavioral therapy for anxious youth. *J Clinic Child and Adolesc Psychol* 2009; 38: 390–401.
 39. Trosper SE, Buzzella BA, Bennett SM, Ehrenreich JT. Emotion Regulation in youth with Emotional Disorders: Implications for a Unified Treatment Approach. *Clinic Child Fam Psychol Rev* 2009; 12: 234–54.
 40. Suveg C, Zeman J, Flannery-Schroeder E, Cassano M. Emotion socialization in families of children with an anxiety disorder. *J Abnorm Child Psychol* 2005; 33: 145–55.
 41. Halberstadt AG, Eaton KL. A meta-analysis of family expressiveness and children's emotion expressiveness and understanding. *Marriage Fam Rev* 2003; 34: 35–62.

42. Eisenberg N, Fabes RA, Guthrie IK, Reiser M. Dispositional emotionality and regulation: Their role in predicting quality of social functioning. *J Pers Soc Psychol* 2000; 78(1): 136-57.
43. Chansky TE, Kendall PC. Social expectancies and self-perceptions in anxiety-disordered children. *J Anxiet Dis* 1997; 11: 347-63.

COMPARING EFFECTIVENESS OF GROUP EMOTION-FOCUSED COGNITIVE-BEHAVIORAL THERAPY AND GROUP COGNITIVE-BEHAVIORAL THERAPY ON CHILDREN WITH SOCIAL ANXIETY DISORDER

Afroz Afshari^{1*}, Shole Amiri², Hamid Taher Neshat Doost³, Fatemeh Rezaie⁴

Received: 17 Feb, 2015; Accepted: 22 Apr, 2015

Abstract

Background& Aims: Social anxiety disorder is one of the prevalent disorders of childhood and delayed or inappropriate treatment can cause chronicity, conversion, and comorbidity of disorder with other psychiatric problems. Early effective interventions can yield lasting benefits for children, family, and society. The aim of this study was to investigate and compare cognitive-behavioral (CBT) and emotion-focused cognitive behavioral therapies' effectiveness (ECBT) on social anxiety disorder of 9-13 year old children in Isfahan.

Materials & Methods: This experimental study included pretest, post-test and follow-up with a control group. The study population was all 9-13 year old children with social anxiety disorder in Isfahan. The samples were 36 children with social anxiety (18 girls and 18 boys) randomly assigned to CBT, ECBT and control group (with no treatment). Before and after the treatment and 3 months afterwards children were tested by SCARED (for anxiety) and CEMS (for emotional management) questionnaires. The data were analyzed using SPSS software.

Results: The findings revealed that both treatments (CBT & ECBT) in comparison with the control group in post-treatment and follow-up caused reduction of social and total anxiety scores and sadness dysregulation and there was no difference between two groups. Also emotion focused therapy in comparison to controls significantly reduced anger dysregulation and sadness inhibition, increased sadness and anger coping, and was different with cognitive behavioral therapy ($p<0.05$).

Conclusion: In children with social anxiety, there is no difference between CBT and ECBT in effecting on anxiety and sadness dysregulation, but ECBT can improve negative emotional management (sadness and anger). So using this protocol is recommended to therapists if in addition to anxiety, the child has problem with managing other negative emotions.

Keywords: Social anxiety, Cognitive behavioral therapy, Emotion-focused cognitive behavioral therapy, Emotional management

Address: Psychology Department, Faculty of Education and Psychology, Alzahra University, Tehran, Iran

Tel: +989132260460

Email: afroozafshari@gmail.com

SOURCE: URMIA MED J 2015; 26(3): 204 ISSN: 1027-3727

¹ Assistant Professor, Psychology Department, Faculty of Education and Psychology, Alzahra University, Tehran, Iran (Corresponding Author)

² Associate Professor, Psychology Department, Faculty of Education and Psychology, University of Isfahan, Isfahan, Iran

³ Professor, Psychology Department, Faculty of Education and Psychology, University of Isfahan, Isfahan, Iran

⁴ Assistant Professor, Psychology Department, Faculty of Education and Psychology, University of Lorestan, Lorestan, Iran