

Research Paper

Comparison of the Effectiveness of Two Cognitive-Behavioral and Mother-Child Interactive Therapies on Anxiety of Children With Under-Methadone Treatment Mother



Bijan Pirnia^{1*}, Seyyed Kazem Rasoulzadeh Tabatabaei^{2,3}, Alireza Pirkhaefi⁴, Aliakbar Soleimani⁵

1. PhD Candidate of Clinical Psychology, Department of Psychology, Faculty of Humanities, University of Science and Culture, Tehran, Iran.
2. PhD in Psychology, Associate Professor, Department of Psychology, School of Humanities, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran.
3. PhD in Psychology, Associate Professor, Department of Psychology, Faculty of Education and Psychology, Ferdowsi University of Mashhad, Mashhad, Iran.
4. PhD in Neuropsychology, Associate Professor, Department of Psychology, Faculty of Psychology and Medical science, Garmsar Branch, Islamic Azad University, Garmsar, Iran.
5. PhD in Psychology, Assistant Professor, Department of Psychology, Faculty of Humanities, University of Science and Culture, Tehran, Iran.



Citation: Pirnia B, Rasoulzadeh Tabatabaei SK, Pirkhaefi A, Soleimani A. [Comparison of the Effectiveness of Two Cognitive-Behavioral and Mother-Child Interactive Therapies on Anxiety of Children With Under-Methadone Treatment Mother (Persian)]. Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology. 2017; 23(2):136-147. <https://doi.org/10.29252/NIRP.IJPCP.23.2.136>

doi: <https://doi.org/10.29252/NIRP.IJPCP.23.2.136>

Received: 26 Feb. 2016

Accepted: 3 Dec. 2016

ABSTRACT

Objectives Anxiety is one of the most common disorders in childhood. Some of the treatment approaches in clinical psychology determined the treatment of the anxiety symptoms in the interactional field, and others defined it in cognitive framework. The present study aimed to evaluate the effect of cognitive behavioral treatment based on anxiety prevention program with parent-child interaction therapy on the anxiety index of pre-school children with parents under methadone maintenance therapy.

Methods This study is based on the combined design of pre-test, post-test and follow-up for six months. It included mothers under methadone maintenance therapy who were referred to two methadone treatment clinics in Tehran. Seventy-five mothers and children were randomly selected and grouped into three groups of cognitive-behavioral therapy, parent-child interaction therapy, and control group (n=25 each group). The treatment protocols were provided in two groups for eight sessions in two weeks, and control group was set in waiting list. The anxiety level of the children was evaluated in three stages of pre-test, post-test and follow-up by Spence Anxiety Scale (responding rate=91%), and data were analyzed using the chi-square, Independent Sample t-test and ANOVA with repeated measure.

Results The results of the study showed that both types of treatment had a significant effect on the anxiety index compared to the control group ($P < 0.01$). However, there was no significant difference in the efficiency of both treatments ($P > 0.65$).

Conclusion The findings of the study can be helpful in explaining the causes of the anxiety index in children and planning the preventive interventions.

Key words:

Cognitive-Behavioral Therapy (CBT), Parent-Child Interaction Therapy (PCIT), Methadone Maintenance Treatment (MMT)

Extended Abstract

1. Introduction

In recent years, experts as well as parents are paying more attention to childhood disorders. Over time, early childhood impairment is accompanied with more resistant courses towards

treatment and weaker treatment results [1, 2]. Anxiety disorders are the most common psychiatric disorders in childhood due to the fact that common infrastructure mechanisms has a high degree of coordination with other mental disorders and are usually accompanied by inclusive problems in life [3, 4]. Since the effectiveness of drug therapy for anxiety disorders is not clear [35], the current therapeutic approaches in the field of addiction treatment are not clinically tested, and

* Corresponding Author:

Bijan Pirnia, PhD Candidate

Address: Department of Psychology, Faculty of Humanities, University of Science and Culture, Tehran, Iran.

Tel: +98 (912) 5336780

E-mail: b.pirnia@usc.ac.ir

many parents avoid drug therapy because of its side effects, we intended to compare two cognitive-behavioral (child friendly) and parent-child interactive therapies.

2. Method

This study has a semi-experimental design with pre-test, post-test and six months follow-up. It was conducted among families with under-methadone-treatment mothers who were referred to two methadone treatment clinics in Tehran. A total of 75 mothers and children (N=75) were purposefully chosen and randomly assigned to the following three groups (n=25): Child Cognitive-Behavioral Therapy, Interactive mother-child treatment, and the control group. Protocol of the treatments mentioned was presented in eight sessions a week for two treatment groups, and the control group was on the waiting list. Child anxiety levels in three stages of pre-test, post-test and follow-up were evaluated using Spencer Anxiety Scale (response rate=94%), and the resulting data were analyzed using SPSS19 software and with the help of Chi Square, Independent t and Analysis of Variance with repeated measurements.

3. Results

Demographic characteristics of participants

Table 1 shows demographic characteristics of 75 participants of the research. Statistical analysis by Chi-square test suggests that subject distribution in age and monthly income indices show significant differences ($P<0.05$). In the table, the diagnoses taken based on DSM-IV criteria are provided. As can be seen, there is a significant difference between the diagnoses taken of mothers and children in three disorders of separation anxiety, inclusive anxiety, and certain phobia ($P<0.05$). There is no significant difference between the three

research groups in terms of diagnostic distribution ($P<0.05$) (Table 2).

In order to evaluate the difference in scores of subjects before the intervention, these scores were evaluated in the pre-test stage by independent t-test. The results showed that there is no significant difference between research groups on anxiety index ($P<0.05$). Comparison of pre-test and the post-test scores shows that differences in anxiety scores in two treatment groups in the post-test stage are significant. Mean and standard deviation of anxiety scores in behavioral-cognitive group in the pre-test stage was 94.72 ± 3.24 compared to 89.71 ± 2.14 in the post-test stage. In the interactive group, these scores in the pre-test stage were 95.21 ± 2.97 compared to 91.09 ± 3.81 in the post-test stage. According to the above findings, the effectiveness of cognitive-behavioral and interactive therapies on the anxiety variable in the post-test stage is significant ($P<0.01$). Also, the comparison between the effectiveness of two cognitive-behavioral and interactive therapies showed that there was not a significant difference between the two treatments in anxiety reduction ($P>0.65$).

The results of ANOVA test with repeated measures showed that the difference in the scores in the follow-up stage is not significant. Therefore, the effectiveness of both cognitive-behavioral and interactive therapies on anxiety index is significant only in the post-test stage, compared to the control group ($P<0.001$).

4. Discussion

This study has been conducted with the aim to compare the effectiveness of two cognitive behavioral and interactive parent-child therapeutic approaches on anxiety index in 5-7-year-old Tehrani children with Methadone-consuming

Table 1. Demographic characteristics of research participants in three groups

Index	Aspects	Behavioral-Cognitive Therapy	Interactive Therapy	Control	P
		N=25	N=25	N=25	
Education level	Under diploma	14(56%)	10(40%)	11(44%)	0.87
	Upper diploma	11(44%)	15(60%)	14(56%)	
Age	18-25	8(32%)	12(48%)	9(36%)	0.01
	25 and higher	17(68%)	13(52%)	16(64%)	
Occupation status	Employed	11(44%)	14(56%)	11(44%)	0.89
	Unemployed	14(56%)	11(44%)	14(56%)	
Monthly salary	Less than 1 million Toman	19(76%)	14(56%)	16(64%)	0.002
	More than 1 million Toman	6(24%)	11(44%)	9(36%)	

Table 2. Distribution of participants based on the diagnosis

Symptoms	Groups (N=25)			P
	Cognitive-Behavioral	Interactive	Control	
Maternal separation anxiety	2	2	3	-
Child separation anxiety	8	7	9	0.05
Social phobia / Agoura phobia of mother	4	3	2	-
Social phobia / Agoura phobia of child	3	5	3	-
Mother's pervasive anxiety	9	7	8	0.05
Child's pervasive anxiety	5	3	2	-
Mother's special phobia	4	7	9	0.05
A special baby phobia	5	4	5	-
Fear of mother's injury	2	3	2	-
Fear of child injury	2	3	3	-
Mother's obsessive-compulsive disorder	4	3	1	-
Child's obsessive-compulsive disorder	2	3	3	-

Iranian Journal of
PSYCHIATRY AND CLINICAL PSYCHOLOGY

mothers. The results of the study showed that both therapeutic approaches had a significant effect in reducing the symptoms of anxiety, compared to control group. Neil and Christine [16] examined 27 studies carried out in 2009 in the framework of a systematic study with the aim of evaluating the effectiveness of cognitive-behavioral therapy in the form of preventive and early interventions conducted about mental health problems in children and reported the effectiveness of this treatment on anxiety syndrome as desirable. Also, Urao et al. [18] showed the effectiveness of cognitive-behavioral therapy based on Anxiety Prevention Program in a sample of Japanese children. Puliatico et al. [42] used an interactive approach to treat anxiety disorders in children, and the results suggested the effectiveness of the treatment. Of course, there are results regarding the effectiveness of this treatment in treating depression disorder. For example, Luby et al. [31] used an interactive approach in the treatment of depression in a sample of 54 children aged 3-6 years who lacked meta-cognitive abilities to use cognitive-behavioral therapy, which had been reported as successful. Also, Lenze et al. [32] used interactive therapy successfully with the goal of reducing the symptoms of depression in preschoolers. Kortlander et al. [45] compared mothers of anxious children with control group mothers based on their expectations of their child in responding to anxiety situations. Mothers of anxious children showed higher expectations, lower compatibility skills, and less self-confidence in management of their homework. In this regard, Shamir et al. [46] reported that anxiety syndrome in a sample of 104 preschoolers that were selected based on the high and low index of behavioral inhibition is

related to trait anxiety of the mother and insecure attachment style. The results of this study showed that both cognitive-behavioral and interactive therapy had a significant effect on child anxiety index. However, there was no significant difference between the effectiveness of these two treatments. The findings can be valuable in the field of prevention and treatment of anxiety disorders.

Acknowledgments

Bijan Drug Abuse Treatment Center has financially supported the present paper.

Conflict of Interest

The authors declared no conflicts of interest.

مقایسه اثربخشی دو درمان شناختی رفتاری و تعاملی مادر-کودک بر میزان اضطراب کودکان دارای مادر تحت درمان متادون

*بیژن پیرنیا^۱، سید کاظم رسول زاده طباطبایی^{۲،۳}، علیرضا پیرخانی^۴، علی اکبر سلیمانی^۵

۱- دانشجوی دکتری تخصصی روان شناسی بالینی، گروه روانشناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه علم و فرهنگ، تهران، ایران.

۲- دکتری روان شناسی، دانشیار، گروه روان شناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران.

۳- دکتری روان شناسی، دانشیار، گروه روان شناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه فردوسی مشهد، مشهد، ایران.

۴- دکتری نوروسایکولوژی، دانشیار، گروه روان شناسی، دانشکده روان شناسی و علوم پزشکی، واحد گرمسار، دانشگاه آزاد اسلامی، گرمسار، ایران.

۵- دکتری روان شناسی، استادیار، گروه روانشناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه علم و فرهنگ، تهران، ایران.

چکیده

تاریخ دریافت: ۰۷ اسفند ۱۳۹۴

تاریخ پذیرش: ۱۳ آذر ۱۳۹۵

اهداف: اضطراب از رایج ترین اختلالات دوران کودکی به شمار می آید. الگوهای تعاملی جدید نقش بسزایی در درمان کودک مضطرب ایفا می کند. پژوهش حاضر با هدف ارزیابی میزان اثربخشی دو روش درمان شناختی رفتاری مبتنی بر کودک و رویکرد تعاملی مادر کودک بر شاخص اضطراب کودکان دارای مادر تحت درمان متادون صورت پذیرفت.

مواد و روش ها: بدین منظور و در قالب طرح نیمه آزمایشی با پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری شش ماهه از میان خانواده های دو والد دارای مادر تحت درمان متادون مراجعه کننده به دو کلینیک درمان متادون در تهران، هفتاد و پنج مادر و کودک به گونه ای هدفمند انتخاب شدند و به طور تصادفی در سه گروه درمان شناختی رفتاری کودک، درمان تعاملی مادر کودک و گروه کنترل قرار گرفتند. این درمان ها به مدت هشت جلسه هفتگی به دو گروه آزمایش ارائه شد و گروه کنترل در لیست انتظار قرار گرفت. سطح اضطراب کودکان در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری با مقیاس اضطراب اسپنس ارزیابی شد و داده های حاصل با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۱۹ و به کمک آزمون های کای اسکور، تی مستقل و تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر تجزیه و تحلیل شد.

یافته ها: نتایج نشان داد هر دو درمان مذکور در پس آزمون نسبت به گروه کنترل اثربخشی معناداری بر شاخص اضطراب اعمال کردند ($P < 0/001$)، اما بین اثربخشی دو درمان مذکور تفاوت معناداری مشاهده نشد ($P > 0/05$). همچنین اثربخشی درمان های مذکور تا مرحله پیگیری حفظ نشد ($P > 0/05$).

نتیجه گیری: یافته های مذکور گویای سودمندی درمان های شناختی رفتاری بر نشانگان اضطراب در کودکان است. این یافته ها ضمن یاری رساندن در تبیین سبب شناسی نشانگان اضطراب در کودکان، می تواند در طرح ریزی مداخلات پیشگیرانه امیدبخش باشد؛ هر چند مطالعات کنترل شده بیشتری در این زمینه نیاز است.

کلیدواژه ها:

درمان شناختی رفتاری، درمان تعاملی، درمان نگهدارنده متادون

مقدمه

را تحت تأثیر قرار می دهد [۵]. ماهیت تحولی این نشانگان سبب شده است نرخ این اختلالات با گذشت زمان افزایش یابد، به گونه ای که در یک سال گذشته ۲۵ درصد از نوجوانان از اختلال اضطرابی و ۱۰ درصد آن ها از اختلال خلقی شکایت داشته اند [۶]. کودکان پیش دبستانی با تشخیص اختلال اضطرابی به احتمال زیاد با ملاک های افسردگی و اختلال نافرمانی مقابله ای همبودی دارند [۷-۱۰]. درمان نکردن نشانگان اضطراب و افسردگی با اختلال در کارکرد خانواده، غیبت در مدرسه، مشکل در عملکرد تحصیلی و روابط اجتماعی در جوانی همراه خواهد بود [۱۱، ۱۲].

در سال های اخیر متخصصان و والدین به اختلالات دوران کودکی بیشتر توجه می کنند. شروع زودرس اختلالات دوران کودکی با گذشت زمان موجب مقاومت به درمان و نتایج درمانی ضعیف تر می شود [۱، ۲]. اختلالات اضطرابی از رایج ترین اختلالات روانی در کودکی به شمار می آیند که به واسطه مکانیزم های زیربنایی مشترک همایندی بالایی با دیگر اختلالات روانی دارند و معمولاً با مشکلات فراگیر در طول زندگی همراه هستند [۳، ۴]. طبق برآوردها، اختلالات اضطرابی ۹ درصد از کودکان پیش دبستانی

* نویسنده مسئول:

بیژن پیرنیا

نشانی: تهران، دانشگاه علم و فرهنگ، دانشکده علوم انسانی، گروه روان شناسی.

تلفن: ۵۳۳۶۷۸۰ (۹۱۲) ۹۸+

پست الکترونیکی: b.pirnia@usc.ac.ir

به کار برده می‌شود. این درمان از طریق پیوند بازی درمانی با آموزش‌های رفتاری والدین، درصدد تغییر رفتار و تعاملات دوگانه کودک و والد است. زیربنای فکری این رویکرد بر این باور استوار است که کودکان خردسال توانایی‌های شناختی کافی برای تغییر رفتارهای مشکل‌زا ندارند، از این رو درمان تعاملی به جای درگیر ساختن مستقیم کودک با مشکلات، بر تغییر بافت محیطی اولیه و تعاملات والد و کودک متمرکز می‌شود. این درمان بر بهبود تعاملات خانواده، توجه مثبت، حل مسئله و ثبات متکی است. از ویژگی‌های متمایزکننده این درمان استفاده منظم از آموزش والدین است. والدین به منظور تقویت رفتارهای مثبت خود به خودی در کودک آموزش‌های لازم را دریافت می‌کنند. پس از تسلط یافتن پدر و مادر بر مهارت‌های هدف، دیگر اعضای خانواده وارد این تعامل می‌شوند تا بر استفاده اثبات از نظم رفتاری و به‌ویژه به‌کارگیری تایم‌اوت مبادرت ورزند.

کارآزمایی‌های بالینی بیانگر آن است که درمان تعاملی با بهبود قابل توجه رفتارهای مخرب کودک و پریشانی والدین همراه است و سبب افزایش اعتماد والدین به توانایی مدیریت رفتارهای دشوار کودک می‌شود [۲۴-۲۸]. در دو مطالعه [۲۹، ۳۰] از درمان تعاملی والد کودک در کاهش نشانگان اضطراب جدایی با موفقیت استفاده شد. همچنین در دو مطالعه [۳۱، ۳۲] از درمان تعاملی با هدف کاهش علائم افسردگی استفاده شد که با نتایج امیدبخشی همراه بود.

امروزه نگاه به پدیده اعتیاد از چارچوبی فردگرایانه و تک‌عاملی به سمت رویکردهای بوم‌شناختی و چندعاملی در حال تغییر است. این تحول نگرش بستر ساز ظهور دیدگاهی کل‌نگر شده است که خانواده را نیز دربر می‌گیرد. کودکان از آسیب‌پذیرترین اعضای خانواده نسبت به سوء رفتارهای ناشی از وابستگی به مواد به شمار می‌آیند. در بریتانیا تخمین زده می‌شود که والدین ۲ تا ۳ درصد از کودکان زیر شانزده سال مصرف‌کننده مواد باشند [۳۳]. گرچه مشکلات تربیتی و ارتباطی در تمامی والدین مصرف‌کننده مواد مشاهده نمی‌شود، اما این روند رو به افزایش است. کودکان دارای والدین مضطرب ریسک بالایی نسبت به ابتلا به اختلال سوء مصرف مواد دارند و این عامل بازتاب‌دهنده لزوم مداخلات زود هنگام است [۳۴].

چالشی ذهنی که مدت‌هاست اذهان درمانگران کودک را به خود معطوف ساخته است، وجود نوعی دوگانه‌نگری در تبیین ابعاد سبب‌شناختی اختلالات اضطرابی است. دو بُعد شناختی کودک و تعاملی والد کودک هر یک به میزانی تبیین‌کننده نشانگان اضطرابی در کودکان هستند. درمانگران شناختی، وجود شناخت‌های ناکارآمد را از دلایل شکل‌گیری نشانگان مذکور بر می‌شمارند، حال آنکه طرفداران رویکرد تعاملی، نوک تیز انتقادات خود را نسبت به درمان‌های شناختی در کودکان پیش‌دبستانی،

بارت برنامه جهانی درمان سی‌بی‌تی را به منظور پیشگیری از اضطراب در کودکان ابداع کرد [۱۴، ۱۳]. کارآمدی این درمان در مقیاس جهانی در قالب کارآزمایی‌های تصادفی ارزیابی شده است [۱۵]. کارایی این درمان سبب شد در سال ۲۰۰۴، سازمان بهداشت جهانی آن را به عنوان یک راه‌حل برای نشانگان اضطراب و افسردگی در کودکان به رسمیت بشناسد. درمان شناختی‌رفتاری مبتنی بر برنامه پیشگیری از اضطراب در اروپا، آمریکای شمالی و استرالیا انجام شده است. محبوب‌ترین برنامه جهانی پیشگیری از اضطراب، برنامه دوستان است که اولین بار در استرالیا توسعه یافت. درمان شناختی‌رفتاری به عنوان مجموعه‌ای از روش‌های روان‌درمانی بدون دارو در درمان نشانگان بالینی در کودکان و نوجوانان به کار برده می‌شود و اثربخشی آن در پاره‌ای از مطالعات گزارش شده است [۱۸-۱۶].

از سوی دیگر نگاهی ژرف به ساختار خانوادگی کودکان مضطرب نشان می‌دهد نشانگان اضطرابی علاوه بر کودک در یکی از افراد خانواده، مخصوصاً والدین و غالباً مادر وجود دارد. مطالعات خانوادگی و ژنتیکی گویای افزایش خطر ابتلا به اضطراب در فرزندان والدین مبتلا به اختلالات اضطراب و افسردگی است [۳]. انتقال بین نسلی عوامل خطر، ممکن است بازتابی از عوامل ژنتیکی به‌خصوص اضطراب و افسردگی والدین باشد که در قالب مؤلفه‌های تربیتی ظهور یافته است و موجب کنترل و یا طرد افراطی کودکان می‌شود و احساس رقابت را در کودک محدود و رفتار مضطربانه و اجتنابی را تشویق می‌کند [۲۰، ۱۹]. پیشینه پژوهشی از تراکم خانوادگی اختلالات اضطرابی حمایت می‌کند [۴، ۳]. کودکان پیش‌دبستانی با تشخیص اختلالات اضطرابی احتمالاً مادرانی با تشخیص جاری اختلال اضطرابی دارند. بیشتر مطالعات بر نقش ارتباطات والد کودک و سبک‌های فرزندپروری متکی هستند و با کنترل عوامل اجتماعی از قبیل محدودیت در استفاده از مهد کودک و قرار گرفتن در معرض زمینه‌های چالش اجتماعی، به حل اضطراب کودک یاری می‌رسانند [۲۲، ۲۱].

مؤلفه مهم در درمان متمرکز بر کودک، بهبود رابطه والدین با کودک است. بدین منظور سطوح تعارض بین والدین و کودک کاهش می‌یابد و فرایند تعامل آن‌ها و مهارت‌های حل مسئله تسهیل می‌شود. مطالعات گویای آن است که الگوهای تعامل مثبت از قبیل گوش‌دادن فعال، تماس چشمی، همدلی، تصریح و خلاصه‌سازی به جای انتقاد و منع منقطع ساختن سخنان دیگری، می‌تواند در ارتقای تعامل کودک و والدین مؤثر باشد [۲۳].

درمان تعاملی والد-کودک (PCIT)^۱ درمانی متکی بر شواهد، کوتاه‌مدت و مبتنی بر نظریه دل‌بستگی و یادگیری اجتماعی است که در کودکان دو تا هشت ساله با سابقه رفتارهای مخرب

1. Parent-child Interaction Therapy

به ناتوانی‌های شناختی کودکان در بهره‌گیری از درمان‌ها معطوف می‌سازند. از آنجا که کارآمدی دارودرمانی در مورد اختلالات اضطرابی به وضوح روشن نیست [۳۵] و این رویکردهای درمانی تا به حال در حیطه درمان اعتیاد کارآزمایی بالینی نشده است و بسیاری از والدین از دارودرمانی به دلیل عوارض جانبی آن امتناع می‌ورزند، در مطالعه حاضر دو درمان شناختی‌رفتاری (معطوف به کودک) و درمان تعاملی والد کودک بررسی و مقایسه شده است.

روش

پژوهش حاضر از نوع نیمه‌آزمایشی با پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری است. با توجه به حیطه مطالعاتی مدنظر، جامعه آماری این مطالعه را فرزندان مادران مصرف‌کننده متادون تشکیل دادند که به دو کلینیک ترک اعتیاد در شهر تهران مراجعه کرده بودند. نحوه انتخاب نمونه پژوهش به این صورت بود که از روان‌پزشکان و روان‌شناسان دو مرکز مربوطه درخواست شد کودکانی را به پژوهشگر معرفی کنند که بر اساس معیارهای تشخیصی TR-DSM به یک یا چند مورد از اختلال‌های اضطراب فراگیر، اضطراب جدایی و یا اضطراب اجتماعی مبتلا هستند و به شرکت در پژوهش تمایل دارند. در طول سه ماه، ۹۰ مادر و کودک داوطلب به پژوهشگر ارجاع داده شد و در نهایت از بین داوطلبان، با توجه به مصاحبه بالینی ساختاریافته (SCID) و ملاک‌های ورود و خروج پژوهش، ۸۰ مادر و کودک با تشخیص پایه اختلال اضطرابی به عنوان نمونه پژوهش انتخاب شدند. داده‌های پژوهش حاضر در آذر ۱۳۹۴ تا آبان ۱۳۹۵ جمع‌آوری شدند.

در هفته‌های سوم تا هشتم ۵ نفر به دلایلی از جمله غیبت در جلسات درمانی و گزارش تست ادرار مثبت از پژوهش خارج شدند. ۷۵ شرکت‌کننده به طور تصادفی و با استفاده از نرم‌افزار اکسل در قالب سه گروه کاربندی شدند. ملاک‌های ورود و خروج پژوهش توسط یک روان‌پزشک و یک روان‌شناس بالینی کنترل و از پایایی میان ارزیاب‌ها اطمینان حاصل شد. ملاک‌های ورود عبارت بودند از: دامنه سنی ۵ تا ۷ سال در کودکان، سابقه حداقل سه ماه مصرف متادون توسط مادر با دُز مفروض، تشخیص اختلال اضطرابی در کودک و مادر بر اساس DSM-IV، دامنه سنی ۲۰-۴۵ سال برای مادران و توانایی خواندن و نوشتن. ملاک‌های خروج برای مادران و کودکان عبارت بودند از: نداشتن هوشبهر طبیعی، استفاده بیش از سه ماه از داروهای روان‌پزشکی به دلیل احتمال اثرگذاری بر نشانگان روان‌شناختی، بیش از دو جلسه غیبت در جلسات درمانی، تک والد بودن کودک و یا ناتنی بودن والد یا والدین و تست ادرار مثبت با آستانه مفروض مبنی بر پایبند نبودن به فرایند پرهیز از مصرف مورفین.

یک روان‌پزشک و روان‌شناس بالینی آشنا با درمان‌های شناختی‌رفتاری و تعاملی فرایند درمانی را به صورت گروهی هدایت کرد. صورت جلسه درمان تعاملی پس از ترجمه برای

بررسی و تأیید در اختیار سه تن از متخصصان حیطه درمان اختلالات اضطرابی در کودکان قرار گرفت و با توجه به میزان قابل قبول شاخص اعتبار میان ارزیابان، تأیید شد. درمان شناختی‌رفتاری و درمان تعاملی والد کودک در قالب دو فاز کلی تعامل مستقیم با کودک (برای بهبود ارتباط) و تعامل مستقیم با مادر (برای تمرین نظم تعاملی) اجرا شد. بدنه اصلی داده‌های جمع‌آوری شده به روش کاغذ و قلم متکی بود، از این رو در ابتدای پژوهش و در قالب خط پایه از پرسش‌نامه اضطراب کودک اسپنس فرم والدین استفاده شد. با توجه به محدودیت سنی و نبود تحول شناختی در کودکان ۵ تا ۷ ساله، امکان استفاده از پرسش‌نامه‌های خودگزارشی ممکن نبود و استفاده از فرم والدین مقیاس اضطراب مدنظر قرار گرفت.

با گذشت دو هفته از پایان فرایند درمان، تمام کودکان برای دومین بار و این بار در قالب پس‌آزمون، با پرسش‌نامه ذکر شده ارزیابی شدند. به منظور بررسی ثبات تغییرات درمانی در طول زمان، شش ماه پس از اجرای پس‌آزمون و برای سومین بار آزمون اضطراب اجرا شد. به منظور اطمینان از پایبندی آزمودنی‌ها به فرایند پرهیز از مصرف مواد، هفته‌ای یک بار و به طور تصادفی از آزمودنی‌ها تست ادرار با آستانه سیصد نانوگرم در میلی‌لیتر گرفته شد. از آنجایی که متادون حاوی مورفین نیست، تست مورفین را مثبت نمی‌کند و مصرف مورفین در خلال دوره مصرف متادون از طریق فرایندهای تشخیصی قابل بررسی است.

تمامی مراحل مطالعه بر اساس آخرین نسخه از اعلامیه هلسینکی انجام پذیرفت. با توجه به انتظار چندین ماهه گروه کنترل در لیست انتظار، این گروه پس از پایان پژوهش، پنج جلسه گروه‌درمانی شناختی‌رفتاری و درمان تعاملی را دریافت کردند. در این پژوهش با در نظر گرفتن یک‌سویه بودن آزمون و مبنای قراردادن $Z=1/645$ ، $\alpha=0/05$ و همچنین توان آزمون $1-\beta=0/84$ حجم نمونه در هر گروه ۲۵ نفر برآورد شد.

ابزار پژوهش

مصاحبه بالینی ساختاریافته (SCID)^۲

این مصاحبه نوعی مصاحبه بالینی است که برای تشخیص اختلال‌های محور یک بر اساس DSM-IV به کار می‌رود. ضریب پایایی بین ارزیاب‌ها برای مصاحبه بالینی ساختاریافته، ۰/۶۰ گزارش شده است [۳۶]. توافق تشخیصی این ابزار به زبان فارسی برای بیشتر تشخیص‌های خاص و کلی با پایایی بالاتر از ۰/۶۰ مطلوب بوده است. ضریب کاپا برای تمام تشخیص‌های فعلی و تشخیص‌های طول عمر به ترتیب ۰/۵۲ و ۰/۵۵ به دست آمد [۳۷].

2. Structured Clinical Interview for DSM-IV (SCID)

پرسش‌نامه جمعیت‌شناختی

مستقل و به منظور ارزیابی ویژگی‌های جمعیت‌شناختی از آزمون کیفی کای اسکوتر و به منظور تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۹ استفاده شد.

نتیجه‌گیری

ویژگی‌های جمعیت‌شناختی شرکت‌کنندگان

جدول شماره ۱ وضعیت جمعیت‌شناختی ۷۵ شرکت‌کننده پژوهش را نشان می‌دهد. بررسی آماری به وسیله آزمون کای اسکوتر گویای آن است که توزیع آزمودنی‌ها در دو شاخص سن و درآمد ماهیانه تفاوت معناداری را نشان می‌دهد ($P > 0.05$).

در جدول شماره ۲ توزیع شرکت‌کنندگان مطالعه بر اساس تشخیص ارائه شده است. در این جدول تشخیص‌های انجام گرفته بر اساس ملاک‌های DSM-IV ارائه شده است. همان‌طور که مشاهده می‌شود بین تشخیص‌های مادران و کودکان در سه اختلال اضطراب جدایی، اضطراب فراگیر و فوبی خاص تفاوت معناداری وجود دارد ($P < 0.05$). بین سه گروه پژوهش از نظر توزیع تشخیصی تفاوت معناداری مشاهده نمی‌شود ($P > 0.05$).

میانگین و انحراف استاندارد نمره‌های اضطراب

در جدول شماره ۳، میانگین و انحراف استاندارد نمره‌های شاخص اضطراب کودک نشان داده شده است. در این جدول میانگین و انحراف استاندارد نمره‌های اضطراب در دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون ارائه شده است. به منظور ارزیابی تفاوت نمره‌های آزمودنی‌ها قبل از فرایند مداخله، این نمره‌ها در مرحله پیش‌آزمون به وسیله آزمون تی مستقل ارزیابی شد. نتایج نشان

پژوهشگر این پرسش‌نامه را به منظور جمع‌آوری اطلاعات فردی نظیر سن، تحصیلات، وضعیت تأهل، اشتغال و مدت زمان مصرف مواد تهیه کرد.

مقیاس اضطراب کودکان اسپنس (SCAS)^۳

این مقیاس یکی از ابزارهای پرکاربرد در ارزیابی ابعاد نشانگان اضطراب به شمار می‌آید. این ابزار قابلیت ارزیابی اضطراب را در کودکان پیش‌دبستانی دارد. فرم والد این مقیاس ۳۸ گویه دارد و در قالب طیف لیکرت ۰ (هرگز) تا ۳ (همیشه) درجه‌بندی شده که بیشترین نمره کسب‌شده ۱۱۴ است. این مقیاس نشانگان اضطراب را در شش زیرگروه اضطراب جدایی، فوبی اجتماعی/آگورا فوبی، اضطراب فراگیر، فوبی خاص، ترس از جراحت و وسواس فکری عملی ارزیابی می‌کند. این پرسش‌نامه ثبات درونی قابل قبولی (آلفای کرونباخ ۰.۸۹ درصد) دارد [۳۸]. همچنین پایایی و روایی ورژن ژاپنی این مقیاس مطلوب گزارش شده است [۳۹].

تجزیه و تحلیل آماری

در مطالعه حاضر داده‌های توصیفی در قالب میانگین و انحراف استاندارد ارائه شده است. در بخش تحلیل‌های استنباطی، با توجه به وجود طرح مستقل در قالب پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری و مقایسه سه گروه شرکت‌کننده شامل دو گروه درمان و یک گروه کنترل و همچنین فاصله‌ای بودن مقیاس اضطراب کودک از آزمون کمی تحلیل واریانس با اندازه‌های تکراری استفاده شد [۴۰].

3. Spence Children's Anxiety Scale (SCAS)

جدول ۱. وضعیت جمعیت‌شناختی شرکت‌کنندگان پژوهش در گروه‌های سه‌گانه

P	درمان شناختی رفتاری			ابعاد	شاخص‌ها
	کنترل n=۲۵ (%)	درمان تعاملی n=۲۵ (%)	n=۲۵ (%)		
۰/۸۷	۱۱(۴۴)	۱۰(۴۰)	۱۴(۵۶)	زیر دیپلم	وضعیت
	۱۴(۵۶)	۱۵(۶۰)	۱۱(۴۴)	دیپلم به بالا	تحصیلات
۰/۰۰۹	۹(۳۶)	۱۲(۴۸)	۸(۳۲)	۱۸ تا ۲۵ سال	سن
	۱۶(۶۴)	۱۳(۵۲)	۱۷(۶۸)	۲۵ سال به بالا	
۰/۸۹	۱۱(۴۴)	۱۴(۵۶)	۱۱(۴۴)	شاغل	وضعیت شغلی
	۱۴(۵۶)	۱۱(۴۴)	۱۴(۵۶)	بیکار	
۰/۰۰۲	۱۶(۶۴)	۱۴(۵۶)	۱۹(۷۶)	کمتر از یک میلیون تومان	درآمد ماهیانه
	۹(۳۶)	۱۱(۴۴)	۶(۲۴)	بیشتر از یک میلیون تومان	

جدول ۲. وضعیت توزیع شرکت‌کنندگان پژوهش بر اساس ملاک‌های تشخیصی احراز شده

P	گروه (n=۲۵)			نشانه‌گان
	کنترل	تعاملی	شناختی رفتاری	
-	۳	۲	۲	اضطراب جدایی مادر
۰/۰۵	۹	۷	۸	اضطراب جدایی کودک
-	۲	۳	۴	فوبی اجتماعی / آگورا فوبی مادر
-	۳	۵	۳	فوبی اجتماعی / آگورا فوبی کودک
۰/۰۵	۸	۷	۹	اضطراب فراگیر مادر
-	۲	۳	۵	اضطراب فراگیر کودک
۰/۰۵	۹	۷	۴	فوبی خاص مادر
-	۵	۴	۵	فوبی خاص کودک
-	۲	۳	۲	ترس از جراحت مادر
-	۳	۳	۲	ترس از جراحت کودک
-	۱	۳	۴	وسواس فکری عملی مادر
-	۳	۳	۲	وسواس فکری عملی کودک

مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران

با توجه به یافته‌های مذکور اثربخشی درمان شناختی رفتاری و تعاملی بر متغیر اضطراب در مرحله پس‌آزمون معنادار است ($P < ۰/۰۱$). همچنین مقایسه اثربخشی دو درمان شناختی رفتاری و تعاملی نشان داد تفاوت معناداری بین دو درمان مذکور در کاهش اضطراب وجود ندارد ($P > ۰/۶۵$).

آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌های تکراری

جدول شماره ۴ نتایج حاصل از آزمون تحلیل واریانس با

داد بین گروه‌های پژوهش در شاخص اضطراب تفاوت معناداری وجود ندارد ($P > ۰/۰۵$). مقایسه نمره‌های پیش‌آزمون و پس‌آزمون نشان می‌دهد تفاوت نمره‌های اضطراب در دو گروه درمان در مرحله پس‌آزمون معنادار است. میانگین و انحراف استاندارد نمره‌های اضطراب در گروه شناختی رفتاری $۹۴/۷۲ \pm ۳/۲۴$ در مرحله پیش‌آزمون، در برابر $۸۹/۷۱ \pm ۲/۱۴$ در مرحله پس‌آزمون و در گروه تعاملی $۹۵/۲۱ \pm ۲/۹۷$ در مرحله پیش‌آزمون، در برابر $۹۱/۰۹ \pm ۳/۸۱$ در مرحله پس‌آزمون است.

جدول ۳. نتایج آزمون تی مستقل در زمینه میانگین و انحراف استاندارد شاخص اضطراب در گروه‌های سه‌گانه در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون

متغیر	مرحله	گروه	میانگین و انحراف معیار	T
اضطراب	پیش‌آزمون	شناختی رفتاری	۹۴/۷۲ (۳/۲۴)	-
		تعاملی	۹۵/۲۱ (۲/۹۷)	-
	پس‌آزمون	کنترل	۹۷/۹۴ (۳/۲۹)	-
		شناختی رفتاری	۸۹/۷۱ (۲/۱۴)	۲/۹۷*
اضطراب	پس‌آزمون	تعاملی	۹۱/۰۹ (۳/۸۱)	۲/۷۱*
		کنترل	۹۷/۲۴ (۲/۵۱)	NS

مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران

* $P < ۰/۰۱$

NS=Non-Significant

جدول ۴. نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌های تکراری برای بررسی اثر گروه و تکرار آزمون در متغیر اضطراب پس از پیگیری در گروه‌های آزمایش و کنترل

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری
اثر مداخله	۴۱۷۵۲/۰۹	۲	۲۰۸۷۶/۰۴	۴۵/۸۵	۰/۰۰۱
خطا	۳۱۴۱۲/۲۹	۶۹	۴۵۵/۲۵		
اثر تکرار آزمون	۵۲۲۱۲/۸۴	۲	۲۶۱۰۶/۴۲	۲۲/۵۰۸	۰/۰۰۱
تعامل مداخله با تکرار آزمون	۹۰۶۵۵/۴۳	۴	۲۲۶۶۳/۸۵	۱۹/۵۴	۰/۰۰۱
خطا	۱۲۵۲۶۵/۹۶	۱۰۸	۱۱۵۹/۸۷		

مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالین ایران

بر نشانگان اضطراب تنها یک مطالعه مشاهده شد. پولیفاگو و همکاران [۴۲] از رویکرد تعاملی در درمان اختلالات اضطرابی در کودکان استفاده کردند که نتایج گویای اثربخشی درمان مذکور بود. نکته حائز اهمیت سبب‌شناسی اولیه اختلال افسردگی است. پژوهش‌ها حاکی از آن است که اضطراب قبل از افسردگی ظاهر می‌شود. امروزه کارآمدی برنامه‌های پیشگیرانه افسردگی در کودکان زیر سؤال رفته است [۴۳]. استالرد و همکاران [۴۴] نیز نتایج مشابهی را در سال ۲۰۱۲ گزارش کردند. از این رو برنامه‌های جهانی بیش از آنکه بر درمان افسردگی متمرکز باشند، به اضطراب می‌پردازند. البته نتایجی مبنی بر کارآمدی این درمان در اختلال افسردگی وجود دارد. برای نمونه، لابی و همکاران [۳۱] برای بهره‌گیری از درمان شناختی‌رفتاری، از رویکرد تعاملی در درمان افسردگی ۵۴ کودک ۳ تا ۶ ساله بدون توانایی‌های فراشناختی استفاده کردند که با نتایج موفقیت‌آمیزی همراه بود. همچنین در مطالعه لنز و همکاران [۳۲] از درمان تعاملی با هدف کاهش نشانگان افسردگی در کودکان پیش‌دبستانی با موفقیت استفاده شد.

بین باورها و انتظارات والدین با اختلالات اضطرابی در کودکان ارتباط وجود دارد. کورتلاندر و همکاران [۴۵] مادران کودکان مضطرب را با مادران گروه کنترل بر اساس انتظارشان از فرزند خود در پاسخ به موقعیت‌های اضطراب‌زا مقایسه کردند. مادران کودکان مضطرب انتظارات بیشتر، مهارت‌های سازگاری و اعتماد کمتری به خود نسبت به مدیریت تکالیف نشان دادند. در این راستا شمیر و همکاران [۴۶] نشانگان اضطرابی را در نمونه‌های مشتمل بر ۱۰۴ کودک پیش‌دبستانی را که بر اساس شاخص بازداری رفتاری بالا و پایین انتخاب شده بودند با اضطراب صفتی مادر و سبک دل‌بستگی نایمن مرتبط گزارش دادند. میزان زیادی از اختلالات اضطرابی والدین با بیش‌کنترلی و رفتارهای منفی والدین ارتباط دارد [۴۷]. پژوهش شمیر و همکاران کوششی برای مقایسه دو درمان مبتنی بر کودک از یک سو و رویکرد تعاملی والد کودک از سوی دیگر بود. نتایج مطالعه حاضر نشان داد هر دو درمان شناختی‌رفتاری و تعاملی بر شاخص اضطراب

اندازه‌های تکراری است که نشان می‌دهد تفاوت نمره‌ها در مرحله پیگیری معنادار نیست. بدین ترتیب اثربخشی هر دو درمان شناختی‌رفتاری و تعاملی بر شاخص اضطراب تنها در مرحله پس‌آزمون نسبت به گروه کنترل معنادار است ($P < 0/001$).

بحث

این پژوهش با هدف مقایسه اثربخشی دو رویکرد درمانی شناختی‌رفتاری و تعاملی والد کودک بر شاخص اضطراب در کودکان ۵ تا ۷ ساله تهرانی دارای مادر مصرف‌کننده متادون انجام پذیرفت. نتایج پژوهش نشان داد هر دو رویکرد درمانی در کاهش نشانگان اضطراب اثربخشی معناداری را نسبت به گروه کنترل داشتند. بررسی پیشینه پژوهشی حاکی از آن است که همسو با یافته‌های این مطالعه، چندین پژوهش گویای اثربخشی درمان شناختی‌رفتاری مبتنی بر برنامه پیشگیری از اضطراب است. نیل و کریستین [۱۶] در قالب پژوهشی سیستماتیک، ۲۷ مطالعه انجام‌شده در سال ۲۰۰۹ را تحلیل کردند که با هدف بررسی کارآمدی درمان شناختی‌رفتاری در قالب مداخلات پیشگیرانه و زودهنگام و در زمینه مشکلات سلامت روان در کودکان صورت پذیرفته بود و اثربخشی این درمان بر نشانگان اضطراب را مطلوب گزارش کردند. در مطالعه فراتحلیلی [۱۷]، اثربخشی درمان شناختی‌رفتاری بر نشانگان اضطراب کودکان در مرحله پس‌آزمون اندک اما معنادار گزارش شد. همچنین در پژوهش او را و همکاران [۱۸] اثربخشی درمان شناختی‌رفتاری مبتنی بر برنامه پیشگیری از اضطراب در نمونه‌ای از کودکان ژاپنی استفاده شد که مؤثر گزارش شده است.

به دلیل محدودیت در ارائه درمان به کودکان خردسال، از روش‌های درمانی برای کودکان بزرگتر بیشتر حمایت می‌شود. این محدودیت‌ها می‌تواند شامل توانایی‌های فراشناختی، زبان دریافتی و بیانی در دوران کودکی باشد [۴۱]. محدودیت‌های مذکور بستر ساز شکل‌گیری درمان‌های تعاملی شده‌اند.

در بررسی پیشینه پژوهشی در زمینه کارآمدی درمان تعاملی

کودک اثربخشی معناداری دارند؛ گرچه بین اثربخشی دو درمان مذکور تفاوت معناداری مشاهده نشد. یافته‌های مذکور می‌تواند در عرصه پیشگیری و درمان اختلالات اضطرابی ارزشمند باشد.

یافته‌های این پژوهش با محدودیت‌هایی همراه بود. عمده‌ترین این محدودیت‌ها عبارت بودند از: مقطعی بودن مطالعه مانع نتیجه‌گیری کلی و پیش‌بینی جامع شد؛ استفاده از روش ارزیابی خودگزارشی در موضوعات حساسیت برانگیز تمایل به ایجاد تصویر مطلوب اجتماعی و سوگیری‌های احتمالی را تسهیل می‌سازد.

پیشنهاد می‌شود در مطالعات آتی از نمونه‌ای با حجم وسیع‌تر استفاده شود تا به واسطه خطای آماری کمتر و معناداری واقعی بتوان با اطمینان بیشتری درباره ویژگی‌های جامعه مذکور اظهار نظر کرد. همچنین پیشنهاد می‌شود در مطالعات آتی اثرات تعاملی دو درمان بررسی شود. به منظور ارزیابی‌های دقیق‌تر، شایسته است از ابزارهای عصب روان‌شناختی در کنار پرسش‌نامه‌ها استفاده کرد.

سپاسگزاری

نویسندگان از تمامی افرادی که در این مطالعه شرکت کردند و در تسهیل فرایند پژوهش یاری رساندند به‌خصوص مدیریت و کارکنان مرکز درمان سوء مصرف مواد بیژن که تأمین مالی طرح تحقیقاتی را بر عهده داشتند کمال تشکر و قدردانی را دارند. بنا به اظهار نویسندگان مسئول مقاله، تعارض منافع وجود نداشته است.

References

- [1] Ramsawh HJ, Weisberg RB, Dyck I, Stout R, Keller MB. Age of onset, clinical characteristics, and 15-year course of anxiety disorders in a prospective, longitudinal, observational study. *Journal of Affective Disorders*. 2011; 132(1-2):260-4. doi: 10.1016/j.jad.2011.01.006
- [2] Luby JL, Si X, Belden AC, Tandon M, Spitznagel E. Preschool depression. *Archives of General Psychiatry*. 2009; 66(8):897. doi: 10.1001/archgenpsychiatry.2009.97
- [3] Beesdo K, Knappe S, Pine DS. Anxiety and anxiety disorders in children and adolescents: Developmental issues and implications for DSM-V. *Psychiatric Clinics of North America*. 2009; 32(3):483-524. doi: 10.1016/j.psc.2009.06.002
- [4] Rapee RM, Schniering CA, Hudson JL. Anxiety disorders during childhood and adolescence: Origins and treatment. *Annual Review of Clinical Psychology*. 2009; 5(1):311-41. doi: 10.1146/annurev.clinpsy.032408.153628
- [5] Wichstrøm L, Berg-Nielsen TS, Angold A, Egger HL, Solheim E, Sveen TH. Prevalence of psychiatric disorders in preschoolers. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2011; 53(6):695-705. doi: 10.1111/j.1469-7610.2011.02514.x
- [6] Kessler RC, Petukhova M, Sampson NA, Zaslavsky AM, Wittchen H-U. Twelve-month and lifetime prevalence and lifetime morbid risk of anxiety and mood disorders in the United States. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*. 2012; 21(3):169-84. doi: 10.1002/mpr.1359
- [7] Dougherty LR, Tolep MR, Bufferd SJ, Olinio TM, Dyson M, Traditi J, et al. Preschool anxiety disorders: Comprehensive assessment of clinical, demographic, temperamental, familial, and life stress correlates. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*. 2013; 42(5):577-89. doi: 10.1080/15374416.2012.759225
- [8] Birmaher B, Ehmann M, Axelson DA, Goldstein BI, Monk K, Kalas C, et al. Schedule for affective disorders and schizophrenia for school-age children (K-SADS-PL) for the assessment of preschool children - A preliminary psychometric study. *Journal of Psychiatric Research*. 2009; 43(7):680-6. doi: 10.1016/j.jpsy-chires.2008.10.003
- [9] Lavigne JV, LeBailly SA, Hopkins J, Gouze KR, Binns HJ. The prevalence of ADHD, ODD, depression, and anxiety in a community sample of 4-year-olds. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*. 2009; 38(3):315-28. doi: 10.1080/15374410902851382
- [10] Lavigne JV, Gibbons RD, Christoffel KK, Arend R, Rosenbaum D, Binns H, et al. Prevalence rates and correlates of psychiatric disorders among preschool children. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 1996; 35(2):204-14. doi: 10.1097/00004583-199602000-00014
- [11] Hopkins J, Lavigne JV, Gouze KR, LeBailly SA, Bryant FB. Multi-domain models of risk factors for depression and anxiety symptoms in preschoolers: Evidence for common and specific factors. *Journal of Abnormal Child Psychology*. 2013; 41(5):705-22. doi: 10.1007/s10802-013-9723-2
- [12] Katz SJ, Conway CC, Hammen CL, Brennan PA, Najman JM. Childhood social withdrawal, interpersonal impairment, and young adult depression: A mediational model. *Journal of Abnormal Child Psychology*. 2011; 39(8):1227-38. doi: 10.1007/s10802-011-9537-z
- [13] Barrett PM, Dadds MR, Rapee RM. Family treatment of childhood anxiety: A controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1996; 64(2):333-42. doi: 10.1037/0022-006x.64.2.333
- [14] Barrett PM. Evaluation of cognitive-behavioral group treatments for childhood anxiety disorders. *Journal of Clinical Child Psychology*. 1998; 27(4):459-68. doi: 10.1207/s15374424jccp2704_10
- [15] Barrett P, Turner C. Prevention of anxiety symptoms in primary school children: Preliminary results from a universal school-based trial. *British Journal of Clinical Psychology*. 2001; 40(4):399-410. doi: 10.1348/014466501163887
- [16] Neil AL, Christensen H. Efficacy and effectiveness of school-based prevention and early intervention programs for anxiety. *Clinical Psychology Review*. 2009; 29(3):208-15. doi: 10.1016/j.cpr.2009.01.002
- [17] Teubert D, Pinquart M. A meta-analytic review on the prevention of symptoms of anxiety in children and adolescents. *Journal of Anxiety Disorders*. 2011; 25(8):1046-59. doi: 10.1016/j.janxdis.2011.07.001
- [18] Urao Y, Yoshinaga N, Asano K, Ishikawa R, Tano A, Sato Y, et al. Effectiveness of a cognitive behavioural therapy-based anxiety prevention programme for children: a preliminary quasi-experimental study in Japan. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*. 2016; 10:4. doi: 10.1186/s13034-016-0091-x
- [19] Goodman SH, Gotlib IH. Risk for psychopathology in the children of depressed mothers: A developmental model for understanding mechanisms of transmission. *Psychological Review*. 1999; 106(3):458-90. doi: 10.1037/0033-295x.106.3.458
- [20] Wood JJ, McLeod BD, Sigman M, Hwang W-C, Chu BC. Parenting and childhood anxiety: Theory, empirical findings, and future directions. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2003; 44(1):134-51. doi: 10.1111/1469-7610.00106
- [21] McLeod BD, Wood JJ, Weisz JR. Examining the association between parenting and childhood anxiety: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*. 2007; 27(2):155-72. doi: 10.1016/j.cpr.2006.09.002
- [22] Van der Bruggen CO, Stams GJJM, Bögels SM. Research Review: The relation between child and parent anxiety and parental control: A meta-analytic review. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2008; 49(12):1257-69. doi: 10.1111/j.1469-7610.2008.01898.x
- [23] Stallard P. *A clinician's guide to think good-feel good: Using CBT with children and young people*. New Jersey: John Wiley & Sons; 2005.
- [24] Abrahamse ME, Junger M, Chavannes EL, Coelman FJG, Boer F, Lindauer RJL. Parent-child interaction therapy for preschool children with disruptive behaviour problems in the Netherlands. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*. 2012; 6(1):24. doi: 10.1186/1753-2000-6-24
- [25] Hood KK, Eyberg SM. Outcomes of parent-child interaction therapy: Mothers' reports of maintenance three to six years after treatment. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*. 2003; 32(3):419-29. doi: 10.1207/s15374424jccp3203_10
- [26] Nixon RDV, Sweeney L, Erickson DB, Touyz SW. Parent-child interaction therapy: A comparison of standard and abbreviated treatments for oppositional defiant preschoolers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2003; 71(2):251-60. doi: 10.1037/0022-006x.71.2.251

- [27] Nixon RDV, Sweeney L, Erickson DB, Touyz SW. Parent-child interaction therapy: One- and two-year follow-up of standard and abbreviated treatments for oppositional preschoolers. *Journal of Abnormal Child Psychology*. 2004; 32(3):263-71. doi: 10.1023/b:ja cp.0000026140.60558.05
- [28] Schuhmann EM, Foote RC, Eyberg SM, Boggs SR, Algina J. Efficacy of parent-child interaction therapy: Interim report of a randomized trial with short-term maintenance. *Journal of Clinical Child Psychology*. 1998; 27(1):34-45. doi: 10.1207/s15374424jccp2701_4
- [29] Pincus DB, Eyberg SM, Choate ML. Adapting parent-child interaction therapy for young children with separation anxiety disorder. *Education and Treatment of Children*. 2005; 28(2):163-81.
- [30] Choate ML, Pincus DB, Eyberg SM, Barlow DH. Parent-child interaction therapy for treatment of separation anxiety disorder in young children: A pilot study. *Cognitive and Behavioral Practice*. 2005; 12(1):126-35. doi: 10.1016/s1077-7229(05)80047-1
- [31] Luby J, Lenze S, Tillman R. A novel early intervention for preschool depression: Findings from a pilot randomized controlled trial. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2011; 53(3):313-22. doi: 10.1111/j.1469-7610.2011.02483.x
- [32] Lenze SN, Pautsch J, Luby J. Parent-child interaction therapy emotion development: A novel treatment for depression in preschool children. *Depression and Anxiety*. 2010; 28(2):153-9. doi: 10.1002/da.20770
- [33] Barnard M, McKeganey N. The impact of parental problem drug use on children: What is the problem and what can be done to help. *Addiction*. 2004; 99(5):552-9. doi: 10.1111/j.1360-0443.2003.00664.x
- [34] Bittner A, Egger HL, Erkanli A, Jane Costello E, Foley DL, Angold A. What do childhood anxiety disorders predict. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2007; 48(12):1174-83. doi: 10.1111/j.1469-7610.2007.01812.x
- [35] Wagner KD. Efficacy of sertraline in the treatment of children and adolescents with major depressive disorder two randomized controlled trials. *JAMA*. 2003; 290(8):1033. doi: 10.1001/jama.290.8.1033
- [36] First MB, Spitzer RL, Gibbon M, Williams JB. Structured clinical interview for DSM-IV-TR axis I disorders, research version, patient edition. New York: New York State Psychiatric Institute; 2002.
- [37] Sharifi V, Assadi SM, Mohammadi MR, Amini H, Kaviani H, Semnani Y, et al. [A Persian translation of the structured clinical interview for diagnostic and statistical manual of mental disorders (Persian)]. *Comprehensive Psychiatry*. 2009; 50(1):86-91. doi: 10.1016/j.comppsy.2008.04.004
- [38] Nauta MH, Scholing A, Rapee RM, Abbott M, Spence SH, Waters A. A parent-report measure of children's anxiety: Psychometric properties and comparison with child-report in a clinic and normal sample. *Behaviour Research and Therapy*. 2004; 42(7):813-39. doi: 10.1016/s0005-7967(03)00200-6
- [39] Ishikawa S, Sato H, Sasagawa S. Anxiety disorder symptoms in Japanese children and adolescents. *Journal of Anxiety Disorders*. 2009; 23(1):104-11. doi: 10.1016/j.janxdis.2008.04.003
- [40] Shadish WR, Cook TD, Campbell DT. *Experimental and quasi-experimental designs for generalized causal inference*. Boston: Cengage learning; 2002.
- [41] Smith KE, Hudson JL. Metacognitive beliefs and processes in clinical anxiety in children. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*. 2013; 42(5):590-602. doi: 10.1080/15374416.2012.755925
- [42] Puliafico AC, Comer JS, Pincus DB. Adapting parent-child interaction therapy to treat anxiety disorders in young children. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*. 2012; 21(3):607-19. doi: 10.1016/j.chc.2012.05.005
- [43] Spence SH, Shortt AL. Research review: Can we justify the widespread dissemination of universal, school-based interventions for the prevention of depression among children and adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2007; 48(6):526-42. doi: 10.1111/j.1469-7610.2007.01738.x
- [44] Stallard P, Sayal K, Phillips R, Taylor JA, Spears M, Anderson R, et al. Classroom based cognitive behavioural therapy in reducing symptoms of depression in high risk adolescents: Pragmatic cluster randomised controlled trial. *BMJ*. 2012; 345:6058. doi: 10.1136/bmj.e6058
- [45] Kortlander E, Kendall PC, Panichelli-Mindel SM. Maternal expectations and attributions about coping in anxious children. *Journal of Anxiety Disorders*. 1997; 11(3):297-315. doi: 10.1016/s0887-6185(97)00012-1
- [46] Shamir-Essakow G, Ungerer JA, Rapee RM. Attachment, behavioral inhibition, and anxiety in preschool children. *Journal of Abnormal Child Psychology*. 2005; 33(2):131-43. doi: 10.1007/s10802-005-1822-2
- [47] Bögels SM, Brechman-Toussaint ML. Family issues in child anxiety: Attachment, family functioning, parental rearing and beliefs. *Clinical Psychology Review*. 2006; 26(7):834-56. doi: 10.1016/j.cpr.2005.08.001