



ارائه شده توسط:

سایت ترجمه فا

مرجع جدیدترین مقالات ترجمه شده

از نشریات معتبر

اختلالات اضطراب کودکی

اختلالات اضطراب کودکی از رایج ترین و فراوان ترین

اختلالات روان پزشکی در کودکان محسوب می شوند)

استلارد 2009، وازی و ددس 2001، وود و مک لود

2008). مطالعات اجتماعی نشان داده اند که در حال حاضر

15 درصد همه کودکان دارای معیار های تشخیصی برای

اختلالات اضطراب کودک می باشند (برنشتاین و بورکداریت

1991، بروبرگ، المکوئیست و تجوس 2005). اضطراب

کودکی مکرر در خصوص رویداد های منفی بالقوه و قرار

گیری در معرض اضطراب کودک در جمعیت های نرمال متغیر

است (راسیکو، برکوک و راسیکو 2010). اضطراب کودک

مزمّن، بیش از حد و غیر قابل کنترل در خصوص موضوعات

متعدد تعریف اختلال هیجانی ژنرالیزه (فراگیر) (CBT): راهنمای

تشخیصی و اماری اختلالات روانی، ویراست چهارم: DSM

(1994, IV; American Psychological Association)

است که اغلب موجب ناتوانی و ضعف شدید می شود. علاوه بر

اضطراب کودکی مفرط و غیر قابل کنترل، تشخیص CBT

مستلزم تایید حداقل سه علائم دیگر نظیر مشکلات تمرکز،

اختلالات خواب و خستگی) می باشد. با این حال، با توجه به این

که اضطراب کودکی مفرط و غیر قابل کنترل از ملزومات

اساسی برای تشخیص CBT است، هدف اصلی مطالعه فعلی نیز

می باشد.

روزیکو و همکاران 2001 گزارش کردند که گرایش به

اضطراب کودکی در یک طیف نرمال رخ می دهد. افرادی

دارای CBT، ممکن است دارای اضطراب کودکی شدید و یا

غیر قابل کنترل باشند. برخی اضطراب کودکی های مفرط بدون

CBT با علائم دیگر همراه بوده اند اگرچه تعداد آن ها به اندازه

کافی مطابق با معیار های تشخیصی نیست. (روزیکو 2002).

این که فرد سطوح بالایی از اضطراب کودکی را نشان می دهد

مطابق با معیار های تشخیصی برای CBT باشد بستگی به چندین

معیار از جمله حضور علائم شناختی و سوماتیک دارد. وقتی که

چندین معیار برای رسیدن به یک تشخیص لازم باشد، تعیین
علائم مفید و ضروری در تفکیک گروه های تشخیصی و غیر
تشخیصی سخت است. هدف اصلی مطالعه حال حاضر تست
فرضیه مربوط به معیار های اضطراب کودکی برای تشخیص
CBT با ارزیابی دامنه تشخیص و تفکیک افراد از گروه های غیر
بالینی با سطوح بالای اضطراب کودکی یا دیگر اختلال
اضطراب کودکی که در آن اضطراب کودکی علائم اصلی
تلقی نمی شود نظیر اختلال پانیک بود. عدم موفقیت در یافتن
اختلافات پیش بینی شده اهمیت بسیاری از نظر مناسبت بالینی یا

تئوری معیار های اصلی دارد. به علاوه، دیگر اختلافات می تواند مدل جامعی از CBT و انجام درمان های کارآمد را فرموله کند. موارد ذیل مهم ترین سوالات و مسائل مطرح شده در مطالعه حاضر است.

1- دامنه موضوعات اضطراب کودکان. اگرچه اضطراب کودکانی مداوم در خصوص موضوعات مختلف از ملزومات اصلی تشخیص CBT است، با این حال لزوماً به این معنی نیست که تعداد موضوعات اضطراب کودکانی در واقع تمییز کننده اضطراب کودکانی های بالا مطابق با معیار های تشخیصی برای

CBT می باشد و نه این که فرکانس اضطراب کودکانی افراد

دارای CBT را از افراد با دیگر اختلالات هیجانی و اضطراب

کودکی از حیث اضطراب کودکانی و دلواپسی در خصوص

موضوعات بسیار تعریف نمی شود. از این رو صریحا ما فرضیه

ای را تست کردیم که مبنی بر آن دامنه ای از موضوعات متعدد

دارای معیار های تشخیصی زیادی برای افراد دارای CBT نسبت

به افراد با اضطراب کودکانی که مطابق با معیار های دیگر نظیر

اختلال پانیک هستند می باشند.

2- کنترل ادراکی و واقعی: هم چنین، این حقیقت که عدم

کنترل ادراکی برای تشخیص CBT لازم است به این معنی نیست

که افراد مضطرب غیر CBT در واقع دارای کنترل بیشتری روی

اضطراب کودکانی نسبت به افراد CBT می باشند. در نتیجه فرضیه

دیگر تست شده در این مطالعه این است که افراد دارای CBT

کم تر قادر به پیشگیری از افکار پریشان هنگام تمرکز توجه خود

به مسائل دیگر می باشند و احتمالاً برای کنترل توجه بر اساس

پرسش نامه طراحی شده برای ارزیابی توان کنترل توجه در طیف

وسعی از فعالیت های روز مره ناتوان و ضعیف می باشند.

3- باور ها و نگرش ها در خصوص اضطراب کودکی: باورهای

نامناسب در خصوص مزایای مثبت یا عواقب منفی اضطراب

کودکی مفرط بخشی از معیار های تشخیصی برای CBT نمی

باشند. و این در حالی است که برخی از محققان قبلی (روسیکو

و برکونون 2004، ولس و کارتر 2001) شواهدی را نشان می

دهند که چنین باور ها و نگرش هایی از مشخصه های مهم

اختلال بوده و نقش مهمی در تداوم آن ایفا می کنند. با توجه به

این مطالعات قبلی، ما آزمایشات بیشتری روی این موضوع با

استفاده از پرسش نامه برای تست دامنه نگرش ها در خصوص

اضطراب کودکی مطابق با معیار های تشخیصی CBT و مصاحبه های بالینی از افراد شاهد انجام دادیم.

4- دیگر تفاوت های عاطفی: سطوح بالای اضطراب کودکی و

افسردگی اغلب با دلواپسی مفرط همراه است و این در حالی

است که آیا چنین اختلالات روحیه ای با همه حالات دلواپسی

همراه است خود نتیجه و برآیند خود دلواپسی است احتمالاً در

معیار های فعلی برای CBT دیده می شود. احتمالاً این تنها علایم

عاطفی برای تشخیص CBT و به دنبال آن تفکیک معیار های

تشخیصی برای CBT از دیگر دلواپسی های غیر قابل کنترل و

مفرط می باشد. ما این احتمال را با مقایسه CBT و اضطراب

کودکی های بالا توسط پرسش نامه های استاندارد صفت

اضطراب کودکی ((State-Trait Anxiety Inventory

,Trait version; STAI-T;Spielberger, Gorsuch

Beck ((و افسردگی (Lushene, Vagg, & Jacobs, 1983

Depres-sion Inventory; BDI;Beck & Steer,

1987) بررسی کردیم.

5- در نهایت، همه معیار های برآوردی برای CBT در درمان

استفاده نشده و میزان کارایی آن ها در گروه های مختلف و

درمان مشخص نمی باشد. در خصوص فاکتور های موثر بر افراد
با علایم مشابه جهت درمان و غیره اطلاعات اندکی وجود دارند.
با این حال یک احتمال این است که افراد تحت درمان شدت
بالایی از علایم عاطفی و اضطراب کودکی را که در بالا گفته
شد تجربه می کنند. دیگر فرضیه مورد تست در این جا این است
که عدم موفقیت در کنترل ادراکی نسبت به افکار منفی یک
فاکتور مهمی است که موجب می شود تا بسیاری از بیماران دنبال
درمان باشند.

در کارهای قبلی، روسیکو و براواک 2004 به حل برخی از

مشکلات و مسائل فوق‌الذکر پرداختند و شیوه کار آنها بر

اساس تطبیق تک‌تک زوجی روی شدت دلواپسی و اضطرای (

بر اساس نمره پرسش‌نامه اضطراب کودکان پن استات

PSWQ; Meyer, Miller, Metzger, & Borkovec,

1990) با یک جفت معیار CBT (با استفاده از پرسش‌نامه

اختلال اضطراب کودکان ژنرالیزه (فراگیر) :- CBT-Q

(Newman et al., 2002; IV) بود. به جای تکیه بر ناتوانی و

ضعف در کنترل اضطراب کودکان، راسیکو و برکوف 2004

از تست رفتاری استفاده کردند که در آن شرکت کنندگان قبل

و بعد از اضطراب کودکی تست شدند (cf. Borkovec,

Robinson, Pruzinsky & DePree, 1983) و وقتی در

چهار موقعیت سیگنال دهی شدند افکار منفی، مثبت و خنثی را

در زمان سیگنال گزارش کردند. افراد با تشخیص CBT (بر

اساس پرسش نامه) افکار منفی را نسبت به افکار دیگر گزارش

کردند. اگرچه این با کنترل ناقص در CBT هم خوانی دارد، این

اثر بسیار کوتاه مدت بود طوری که کاهش کنترل منعکس کننده

باور های منفی در خصوص اضطراب کودکی در گروه CBT
است.

بخشی از مطالعه حاضر (بخش 2 بالا را ببینید) به طور مشابه

مطابق با این سوال یبود که آیا ویژگی های نگرانی در مراجعه

کنندگان با CBT تشخیص داده هم خوانی دارد یا نه؟ یک گروه

از داوطلبان علایم خاصی از شدت نگرانی کلی را گزارش

کردند. با این حال، برای پیشبرد بررسی اینکه آیا این گروه در

درک واقعی توانایی متفاوت کنترل افکار (یا هر دو) موفق

هستند یا نه؟ از اندازه گیری پرسشنامه برای

کنترل درک شده استفاده کردیم. فرکانس نمونه افکار در اندازه

گیری نگرانی رفتار به منظور افزایش حساسیت نسبت به کنترل

واقعی تفاوت فاحشی نشان داد افکار پریشان همچنین از لحاظ

ظرفیتی طبقه بندی شده و ارزیابی واقعی در مورد عضویت در

گروه با اجزای متعدد گروه های تشخیصی انجام و . نفوذ ها و

افکار منفی روان پریشی نیز طبقه بندی و از نظر شدت برای

ارزیابی اینکه آیا افراد مبتلا به CBT مجدداً افکار منفی را انتقال

می دهند ارزیابی شد.. علاوه بر این ، ما بین کسانی که در درمان

CBT و نمونه جامعه (با استفاده از ساختار مصاحبه بالینی DSM

IV-IV و -Q CBT استفاده byRuscio و Borkovec،

(2004) شاهد تمایز برقرار کردیم.

درمان CBT را با گروه های درمان شده برای اختلال پانیک

جهت تعیین این که آیا هر گونه اختلاف مشاهده شده را می

توان به همه افراد تحت و مستعد درمان به جای افراد خاص CBT

تعمیم داد یا نه؟ مورد مقایسه و بررسی قرار گرفت. افراد بیمار

دارای اختلال پانیک در خصوص وقوع بالقوه حملات پانیک در

آینده نگران بودند و از این رو آن ها ممکن است به طور

مداوم به این مسئله خاص فکر کنند و اضطراب کودکی داشته

باشند. با این حال آن‌ها بعید است که در خصوص طیف وسیعی از موضوعات روان‌پریش و اضطراب کودکان، مضطرب بوده و یا درباره فرایند خود اضطراب کودکان در مقایسه با افراد CBT مضطرب باشند. از این رو استفاده از این گروه دوم به ما امکان تست این فرض را می‌دهد که CBT) در مقایسه با اختلال پانیک) با طیف وسیعی از اضطراب کودکان ارتباط دارد و نگرانی بیشتر در خصوص اضطراب کودکان وجود داشته ولی این لزوماً با فرکانس بالای اضطراب کودکان هم‌خوانی ندارد. در نهایت، برای کنترل این گروه‌های متمایز از نظر حالت روحیه

می توان از معیار های اندازه گیری اضطراب کودکان و

افسردگی در زمان تست استفاده کرد.

1- روش

1-2 شرکت کنندگان

شرکت کنندگان شامل 32 مراجعه کننده برای درمان برای

CBT، 24 مراجعه کننده در درمان برای اختلالات پانیک، 28

داوطلب مطابق با معیار های CBT با عدم در نظر گرفتن افراد

تحت درمان و 35 داوطلب با گزارش مساوی از اضطراب

کودکی با گروه های CBT بودند که دارای معیار های مناسب

CBT نبودند. هر دو مراجعه کننده CBT و اختلالات پانیک

یک درمان تشخیصی (روان درمانی) دریافت کردند و یا

این که در لیست انتظار باقی ماندند (سه بیمار در گروه و یکی

در گروه اختلالات پانیک). آن ها توسط اتحادیه بهداشت ملی

جنوب لندن و یا توسط تبلیغات داوطلب در درمان CBT و یا

اختلالات پانیک گرد اوری شدند. برای قرار گیری در گروه

CBT، در روز آزمایش، شرکت کنندگان هیچ گونه معیار

های تشخیصی برای CBT ر وی CBT-Q-IV نداشتند

(Ruscio & Borkovec, 2004) و هم چنین مصاحبه

های ساختاری SM-IV Axis I Disorders

Spitzer, Gibbon, & (SCID;First)interview

(Williams, 1996) برای حصول اطمینان از این که شرکت

کنندگان در گروه CBT دارای معیارهای لازم می باشند در

مصاحبه بالینی استفاده شد. ارزیابی شامل بخشهای دیگری از

SCID-I بود که در صورت لزوم برای اطمینان از تطبیق

موضوعات multipleworry و ارتباط اختلالات استفاده

شد. شرکت کنندگان به اختلال هراس دارای معیارهای

هراس اختلال با مصاحبه SCID در روز تحت ارزیابی قرار

گرفتند شرکت کنندگان غیر همتراز در گروه اختلال هراس

دارای معیار مناسب برای CBT بودند، اما 12 شرکت

کننده برای CBT نیز تا به حال تحت درمان اختلال هراس قرار

نگرفته اند.

شرکت کنندگان در جامعه CBT یا گروه دارای نگرانی و

اضطراب کودکی بالا از طریق

تبلیغات درخواست داوطلب برای مطالعه نگرانی. انتخاب شدند. گروه CBT جامعه معیار برای CBT از نظر معیار های IV-Q-CBT و مصاحبه SCID در تست روز انتخاب شده و برخی نیز در لیست انتظار درمان قرار گرفتند. چهار شرکت کننده در گروه CBT جامعه همچنین دارای معیارهای اختلال هراس بودند. شرکت کنندگان از گروه مضطرب بالا در صورتی انتخاب شدند که آنها دارای نمره 56 یا بالاتر در PSWQ، بودند اما این معیار برای CBT را برآورده نکردند (یا هراس اختلال). Molina و

Borkovec (1994) گزارش داد که نمره پایین تر از 56 با

استاندارد پایین تر از میانگین برای افراد مبتلا به CBT تشخیص

داده شد.

2.2 مواد

1-2-2 پرسش نامه اختلال اضطراب کودکی

ژنرالیزه (فراگیر) (CBT-Q-IV)

CBT-Q-IV یک معیار اندازه گیری تشخیصی از اختلال

اضطراب کودکی ژنرالیزه (فراگیر) است. نیومن و همکاران

2002 اطمینان پذیری تست-تست مجدد، اعتبار هم پوشان و

تفکیک شونده و سطوح بالای توافق را با ارزیاب بالینی روی

ADIS گزارش کردند (بران، در ناردو و بارلاف 1994).

2-2-2 پرسش نامه اضطراب کودک پین استات (PSWQ)

PSWQ معیار اندازه گیری پرسش نامه 16 ایتمی از صفت

اضطراب کودک (یعنی من وقتی مضطرب می شوم نمی

توانم متوقف شوم)، هر کدام با پاسخ 5 گزینه های از 1) غیر

معمول) تا 5) بسیار معمول) و نمره کل 16 و 80 است.

PSWQ دارای خواص روان سنجی خوبی در دانش جویان،

جامعه و نمونه های بالینی با ثبات درونی بالا، اطمینان پذیری

کوتاه مدت و معیار های مربوط به اعتبار می باشد (بران، انتونی

و بالاف 1992، داوی 1993).

3-2-2 نسخه صفت انوانتوری اضطراب کودکی حالت-

صفت (STAI-T: Spielberger et al., 1983).

STAI-T اضطراب کودکی را ارزیابی کرده و متشکل از ایتم

هایی است که به ارزیابی 20 علایم اضطراب کودکی رتبه

بندی شده از نظر فرکانس می پردازند. STAI-T دارای ثبات

درونی و اعتماد و اعتبار تست و پیش تست خوبی است)

بارنز، هارپ و جان (2002).

4-22 انوانتوری افسردگی (BDI:Beck & Steer, 1987)

علایم افسردگی با استفاده از BDI اندازه گیری شدند که

متشکل از 21 سوال درجه بندی شده بر اساس احساس

شرکت کنندگان طی هفته گذشته بود. نمرات بین 0 و 63

بودند. BDI دارای ثبات داخلی و اطمینان پذیری تست و پیش

تست بود (بک، استر، بال و بانیری 1996).

5-2-2 پرسش نامه کنترل توجه (& Derryberry:ACQ

Reed, 2002).

ACQ یک پرسش نامه 20 گزینه ای برای ارزیابی کنترل

توجه فعالیت های اجرایی (هنگام تمرکز من حس سوم یا

گرسنگی را نادیده می گیرم: می توانم سریعاً از یک کار به

کار دیگر بپردازم، من در صورت نیاز می توانم سریعاً به یک

موضوع جدید علاقه مند شوم). مقیاس دارای اطمینان پذیری

تست و پیش تست خوبی است (Reinholdt-Dunne,

(Mogg & Bradley, 2009

6-2-2 فرم کوتاه پرسش نامه قطب های اضطراب

کودکی (Stöber & Joormann, 2001:WDQ).

WDQ نسخه 10 ایتمی کوتاه از پرسش نامه قطب های

اضطراب کودکی (تایس، ایزنک و متیوس 1992) است که

مقدار اضطراب کودکی را تعیین و ارزیابی می کند. این معیار

ثبات درونی خوبی بوده (سوبر و جورمن 2001) و دارای 5

زیر مقیاس است. آینده بدون هدف، وضعیت مالی، کار، عدم

اعتماد به نفس و روابط.

7-2-2 پرسش نامه فرا شناختی (Meta Cognitions)

(Questionnaire-30) (MCQ:Wells &

(Cartwright-Hatton, 2004).

MCQ یک نسخه 30 ایتمی از پرسش نامه فرا شناختی

((Cartwright-Hatton & Wells, 1997)) است که

برای ارزیابی باور ها و نگرش ها در خصوص اضطراب

کودکی پرداخته و دارای ثبات داخلی خوبی

است ((Wells, 2008 & Spada, Mohiyeddini)). 5 زیر

کلاس برای این مورد وجود دارد: نگرش های منفی در

خصوص اضطراب کودکی، لزوم کنترل افکار، اعتماد

شناختی، باور های مثبت در خصوص اضطراب کودکی،

وجدان خود شناسی

8-2-2 مصاحبه بالینی ساختاری برای اختلالات DSM-IV

Axis I ((SCID-I))

(SCID-I) یک مصاحبه تشخیصی نیمهساختاری تجویز شده

بالینی برای طبقه بندی اختلالات DSM-IV Axis I است که

دارای سطوح بالایی از اعتماد پذیری درونی و پیش تستی

است (زانارینی و همکاران 2000). بخش های اختلال

پانیک و CBT در SCID در این مطالعه تجویز شدند. دیگر بخش های SCID نیز لازم بودند تا بتوان اطمینان حاصل کرد که اضطراب کودکی مفرط در خصوص چندین موضوع محدود به نگرانی های مربوط به دیگر اختلالات Axis I نیست.

2-3 تکلیف اضطراب کودکی

این تکلیف توسط هایس، هیرسچ، کربس و ماتیوس (2010) ایجاد و از کار های بارکوچ و همکاران 1983 و روزیکو و برکوچ 2004 اقتباس شد. سه فاز در این رابطه وجود داشت:

یک دوره 5 دقیقه ای با شرکت کنندگان دارای دستور العمل

برای تاکید بر تنفس، دوره 5 دقیقه ای اضطراب کودکی، و

دوره تنفس 5 دقیقه ای پس از اضطراب کودکی. طی هر

یک از دوره های تنفس، 12 تن در بازه های زمانی تصادفی

20 تا 30 ثانیه (دونالدسون 2004) مشاهده شد که به

شرکت کنندگان در خصوص توجه آن ها به تنفس خود و با

تجربه افکار پریشان سیگنال می داد. در دومی، آن ها نشان

دادند که آیا این فکار به صورت منفی، مثبت و یا خوش خیم

بوده تند و از آن ها خواسته شد تا توضیح دهند.

بعد از دوره تمرکز تنفس قبل از اضطراب کودکی ، شرکت

کنندگان حایز شرایط یک موضوع نگرانی فعلی مربوط به

آینده و وضعیت بالقوه منفی نشان دادند . سپس از آنها خواسته

شد تا در این مورد نگرانی به مدت 5 دقیقه حرف بزنند

و آزمایش دیگر در اتاق سمت چپ انجام شد.. پس از 5

دقیقه، آزمونگر

بازگشت و دوره تنفس پس از اضطراب کودکی به پایان

رسید.

در نهایت فرد آزمایش گیرنده خلاصه ای از افکار و نوشته های افراد را خوانده و از آن ها خواست تا آن چه را که از ذهن آن ها می گذرد را توصیف کنند. این موارد برای رتبه بندی توسط روان شناسی بررسی شد که بر ارزیابی ظرفیت هر یک از افکار مثبت، منفی و خنثی تاکید داشت.

همه آنالیز های گزارش شده به مقایسه مجدد مراجعین کنندگان با CBT بدون اختلال پانیک با مراجعین کنندگان دارای اختلال پانیک پرداختند. تاثیر اختلال پانیک کوموربید برای همه آنالیز ها غیر معنی دار بود و این با دیگر فاکتور ها

فعل و انفعال نشان نداد و این نشان می دهد که افراد اختلال

CBT و پانیک پاسخ متمایزی به مراجعه کنندگان نشان ندادند.

متاسفانه به دلیل شکست فنی ، توصیفات 15 شکننده به طور

موفق ثبت نشد و توسط ارزیاب رتبه بندی نشد. اگرچه داده

های بیشتری از برخی گروه ها نسبت به گروه های دیگر از بین

رفتند، اضطراب کودکان بالای 8/35 (22.9٪)، جامعه CBT

2/28 (7.1٪)، CBT بالینی 5/32 (15.6٪)، اختلال پانیک

0.24، تعداد بیماران با اطلاعات موجود برای ارزیابی در همه

گروه‌ها مشابه بودند: اضطراب کودکانی بالا 27، جامعه CBT

26، CBT بالینی د 27 و اختلال پانیک 24.

روان‌شناسی دیگر افکار 20 شرکت‌کننده را به طور

تصادفی در گروه‌های مساوی رتبه‌بندی کرد. هیچ‌یک از

اریابی‌ها در خصوص تخصیص گروهی و زمان روان‌پریشی

مطلع‌نشده. اطمینان‌پذیری از نظر رتبه‌بندی افکار منفی و

مثبت و خنثی با استفاده از آماره کاپا انجام شد.

نتایج

1-3 خصوصیات ژنرالیزه (فراگیر)

در گروه بالینی CBT 17 مرد و 15 زن، در گروه اختلال

پانیک، 9 مرد و 15 زن، در گروه جامعه CBT 14 مرد و 14

زن، و در گروه اضطراب کودکی بالای 12 مرد و 23 زن قرار

داشتند. گروه ها اختلاف معنی داری از نظر توزیع جنسی

نداشتند. $\chi^2(3, N = 119) = 3.24, p = .36$ میانگین سنی 39.72 سال

بدون اختلاف معنی دار بین گروه های $F(3, 115) = 1.15$ ،

$p < .333$ و $\eta^2 = .03$ بود. سال متوسط تحصیلات (SD = 2.15) 14.38

بدون اختلاف معنی دار بین گروه ها بود.

آنالیز تجزیه واریانس یک طرفه با فاکتور بین نمونه ای گروه ها

(اضطراب کودکی بالا در برابر جامعه CBT در برابر CBT

بالینی در برابر اختلال پانیک) روی نمرات ر انجام شد. این آنالیز

تاثیر معنی دار گروه با اضطراب کودکی بالا، جامعه CBT و

گروه های بالینی CBT را نشان داد که نشان دهنده نمرات بالا

نسبت به گروه اختلال پانیک است. از آن جا که گروه های با

اضطراب کودکی بالا اختلاف معنی داری از گروه های CBT

نداشتند، دیگر سه نمره گروه PSWQ اختلاف معنی داری نشان

نداد. جدول 1 میانکین ها، انحراف معیار و آماره ها را نشان می دهند.

2-3 تکلیف اضطراب کودکی

اندازه گیری مکرر تجزیه واریانس روی تعدادی از افکار منفی طی دو دوره تنفس با فاکتور موضوعی بین گروه ها (با اضطراب کودکی بالا در برابر جامعه CBT، در برابر CBT بالینی در برابر اختلال پانیک) و دو فاکتور زمانی (پیش و پس از اضطراب کودکی) و رتبه بندی انجام شد. برای مشاهده میانگین و انحراف معیار به جدول 2 مراجعه کنید. هیچ گونه اثرات معنی دا درجه

بند) $\eta^2 = .01$, $F(1,100) = 1.12$, $p = .293$ ، یا زمان

و نه اثرات متقابل بین زمان و $\eta^2 = .013$, $F(1,100) = 1.35$, $p = .274$

گروه $\eta^2 = .043$, $F(3,100) = 1.51$, $p = .217$ ، و گروه و درجه بند

یا زمان، درجه بند و گروه $\eta^2 = .033$, $F(3,100) = 1.13$, $p = .341$ ،

و $\eta^2 = .018$ $F(3,100) = .62$, $p = .602$ دیده نشد. یک نتیجه مهم در

این صورت وجود داشت. تاثیر اصلی گروه

$F(3,100) = 3.05$, $p = .032$, $Partial \eta^2 = .084$ مقایسات دو به دو از نظر

مقایسات چند گانه اصلاح شده و افراد شدیداً مضطرب دارای

افکار منفی کم تری از شرکت کنندگان CBT جامعه

CBT و شرکت کنندگان CBT $p = .045$, و $M = 1.86$ vs. $M = 3.27$,

بالینی $p = .045$. و $M = 1.86$ vs. $M = 3.31$, هیچ کدام از

تست های دیگر معنی دار نبودند (CBT بالینی در برابر پانیک

$p = .22$ ، جامعه CBT در برابر پانیک، CBT بالینی در برابر جامعه

CBT و اختلال پانیک در برابر اضطراب کودکی بالا).

آنالیز کای اسکوئر از طبقه بندی های ارزیاب از افکار منفی به

صورت افکار منفی پایین، متوسط و بالا نشان داد که هر دوی آن

ها در افراد با اضطراب کودکی زیاد نسبت به افراد تشخیصی

نمره منفی پایینی بودند. از این رو علی رغم تطبیق نمرات

PSWQ، نمونه های واقعی افکار نشان داد که افکار منفی در

افراد با علایم CBT بسیار بیشتر است.

اندازه گیری های پرسش نامه ای مرتبط با اضطراب کودکانی

به منظور بررسی و مطالعه تاثیر عضویت گروه ها روی داده های

WDQ، MCQ و ACQ، آنالیز چند متغیره واریانس با فاکتور

بین نمونه ای گروه ها (اضطراب کودکانی بالا در برابر جامعه

CBT در برابر CBT بالینی در برابر اختلال پانیک) روی داده های

پرسش نامه انجام شد. تاثیر اصلی گروه معنی دار بود با تفکیک

داده های همه پرسش نامه ها، همه اثرات معنی دار بود. / برای

مشاهده میانکین، انحراف معیار و اماره ها جدول 3 را ببینید.

ACQ1-3-3

مقایسه های چند گانه تست های پس از اضطراب کودکی را

برای ACQ بررسی کرده و نشان داد که مراجعه کنندگان بالینی

دارای کنترل ادراکی ضعیف تر با نمرات پایین تر روی ACQ

نسبت به جامعه CBT بودند و هیچ گونه اختلاف معنی داری با

دیگر گروه ها از نظر این معیار نشان ندادند.

WDQ 2-3-3

در آنالیز های مشابه نمرات WDQ، گروه بالینی CBT نمرات

بسیار بالایی را نسبت به هر دو گروه اختلال پانیک و گروه های

با اضطراب کودکی بالا کسب کردند با این حال مقایسات

گروه های دیگر روی WDQ معنی دار نبود.

اگرچه نمرات و امتیازات بالای WDQ نشان می دهد که افراد

اضطراب کودکی را به صورت متوالی دارند، با این حال لزوما

دامنه اضطراب کودکی های مختلف را نشان نمی دهند. این امر

مربوطه در اینجا به دلیل تشخیص

CBT و نگرانی در مورد موضوعات متعدد می باشد ، هر چند آن

به معنی وجود این طیف واقعی بیشتر از موضوعات مربوطه در

گروه های دیگر می باشد.. دامنه ها در فرکانس متفاوتتایید شده

اند ، بنابراین هر یک از دامنه ها نیاز به آستانه خاص برای تعیین

انحراف معیار می باشد.. در نتیجه، طیف وسیعی از نگرانی ها با

محاسبه شاخص منعکس کننده نمونه برداری شد. تعداد دامنه

های مختلف که در مورد هر فرد گزارشنگرانی را در مقایسه با

جمعیت مورد مطالعه نشان داد.

اول، ما فرکانس متوسط از نگرانی برای هر دامنه محاسبه در کل جمعیت را در نظر گرفتیم. نمرات پایین تر و یا بالاتر از سطح متوسط نگرانی برای نشان دادن یک فرکانس نسبتاً بالا محاسبه شد. تعداد کل دامنه های رسیدن سطح متوسط یا بالاتر برای هر فرد پس از آن به عنوان معیار مورد استفاده قرار گرفت که شاخصیاز تعیین اضطراب کودکی می باشد.

آنالیز تجزیه واریانس یک سویه تک متغیره انجام شده روی داده های شاخص نشان از تاثیر معنی دار گروه $F(3,115)$ ، داشت. تست های پس از اضطراب کودکی که از نظر مقایسات

تصحیح شدند، نشان داد که گروه های بالینی دارای امتیاز بالایی

از هر دو اختلال پانیک و گروه های مضطرب بودند با این حال

دیگر مقایسات گروهی معنی دار نبود.

ارزیاب از نظر رتبه بندی تشویش افکار آموزش دیدند. ارزیاب

ها دارای اطلاعات خوبی در خصوص استفاده از نمرات و

امتیازات افکار منفی پایین (خسته، کسل، خارش، سرما، گرما،

دیر کردن)، متوسط (امور مالی، مشکلات کاری، رابطه خفیف)

و بالا) بیماری جذبی، حمله، مرگ، رابطه اصلی) و غیره بودند.

جدول 1: آماره های میانگین برای پرسش نامه عاطفی (انحراف

معیار در پرانتز).

3-3-3 MCQ

گروه های بالینی CBT دارای امتیازات بالاتر یاز هر دو گروه

با اضطراب کودکی بالا و پانیک بودند. مقایسات گروه های

دیگر روی MCQ معنی دار نبود.

آنالیزهای بعدی انجام شده به مقایسه گروه های موجود در زیر

کلاس های MCQ (باور های مثبت، منفی و اعتماد به نفس و

قوه تشخیص، لزوم کنترل افکار و خود شناسی شناختی)

پرداختند. بررسی تک تک زیر مقیاس ها اثرات معنی داری را
برای باور های منفی، نیاز به کنترل افکار و اعتماد به نفس
شناختی نشان داد. برای مشاهده میانگین، انحراف معیار و اماره
ها جدول 4 را ببینید.

برای باورهای منفی در مورد نگرانی، گروه CBT بالینی نمرات
بسیار بالا تری را از هر دو اختلال هراس و گروه های نگرانی بالا
نشان دادند اما مقایسه دیگر گروه ها معنی دار نبود. نیاز به کنترل
افکار خرد مقیاس اختلاف معنی داری بین CBT بالینی و تمام
گروه های دیگر نشان داد، ولی هیچ گروه اختلاف معنی داری

نسبت به گروه های دیگر نشان نداد. گروه CBT بالینی

نیز مشکلات قابل توجهی بیشتر با توانایی شناختی از گروه اختلال

هراس نشان دادند که با همه مقایسه های دیگر اختلاف معنی

داری نشان داد.

3-4 پرسش نامه های عاطفی

آنالیز تجزیه واریانس یک طرفه چند متغیره با فاکتور بین نمونه

ای گروه ها (اضطراب کودکی بالا در برابر جامعه CBT در

برابر CBT بالینی در برابر اختلال پانیک) روی نمرات ر انجام

شد. این آنالیز تاثیر معنی دار گروه با اضطراب کودکی بالا،

جامعه CBT و گروه های بالینی CBT را نشان داد که نشان

دهنده نمرات بالا نسبت به گروه اختلال پانیک است. از آن جا

که گروه های با اضطراب کودکانی بالا اختلاف معنی داری از

گروه های CBT نداشتند. برای مشاهده میانگین، انحراف

معیار و اماره ها جدول 1 را ببینید. تاثیر اصلی گروه معنی دار بود

$(6, 224) = 9.37, p < .000; \text{Partial } \eta^2 = .20$. با بررسی جداگانه

پرسش نامه، تاثیر اصلی گروه برای هر دوی STAI-T و BDI.

معنی دار بود. مقایسات زوجی تصحیح شده برای مقایسات چند

گانه نشان داد که برای STAI-T، گروه CBT بالینی دارای امتیاز

STAI-T بیشتری از همه گروه های دیگر بود. به علاوه جامعه

CBT دارای امتیازات STAI-T بیشتری از افراد مضطرب و گروه

اختلال پانیک بود. گروه های مضطرب و اختلال پانیک اختلاف

معنی داری را از نظر امتیازات STAI-T نشان ندادند. در رابطه با

امتیازات BDI، گروه های بالینی CBT دارای امتیاز و نمره بالا

تری از گروه های مضطرب بودند و با این حال مقایسات گروه

های دیگر معنی دار نبود.

جدول 2: تعداد متوسط افکار روان پریش قبل و بعد از

اضطراب کودکی تحت ارزیابی خود شرکت کنندگان و

ارزیاب (انحراف معیارها در پرانتر آمده است).

4-بحث

4-1 اختلاف بین افراد مضطرب دارای و بدون CBT

مطابق با مشاهدات قبلی و انتظارات ما، پی برده شد که مراجعه

کنندگان با CBT باورها و نگرش های منفی بیشتری را در

خصوص اضطراب کودکی، عدم اعتماد به نفس و قوه شناخت،

و لزوم کنترل تفکر نسبت به افراد بدون معیار های تشخیصی

گزارش کردند (ولس و کارتر 2001). دیگر یافته های مورد

انتظار که در مطالعات قبلی تست نشده بود در این مطالعه شامل

دامنه وسیع موضوعات اضطراب کودکی در پرسش نامه های

قطب های اضطراب کودکی در افراد دارای CBT و سطوح

بالای اضطراب کودکی و روحیه افسرده در افراد مضطرب

بدون معیار های شناختی بود. در مقایسات متعدد پرسش نامه های

قبلی، ما پی بردیم که افراد داوطلب جامعه با CBT) که تحت

درمان نبودند) از افراد دارای اضطراب کودکی و علایم مربوطه

با گزارش اضطراب کودکی اختلاف معنی داری داشتند.

علاوه بر وجود علائم اضطراب کودکی و نگرانی، تشخیص

CBT مستلزم آن است که نگرانی ادراکی غیر قابل کنترل باشد. ما

به بررسی اینکه آیا نگرانی و تشویش واقعیدر افراد مبتلا به CBT

به صورت غیر قابل کنترل وجود دارد یا نه پرداختیم. بیشتر ارزیابی

مربوط به تشویش ذهنی منفی قبل و بعد از یک دوره آموزش بود.

اضطراب کودکی بالا و تفکر منفی نسبت به افراد مبتلا به CBT

(هر دو گروه جامعه و بالینی) ، به عنوان

کم تر در نظر گرفته شد که این از دید گاه شرکت کنندگان و نیز ارزیابی تلقی می شد. در آغاز آزمایش و به عنوان پیش تیمار، از گروه های ارزیاب استفاده شد. این (2004) این می تواند به تفکیک افراد دارای اضطراب کودکی بالا از کسانی که با CBT دارای تفاوت فرکانسناسی از افکار منفی کمک کند. ، با توجه به اینکه فرکانس تیماری محدود شد نمونه ها دارای امتیاز محدود از اضطراب کودکی در دانشجویان دانشگاه بودند. علاوه بر این، برای اولینبار رسوخ تشویش منفی توسط افراد مبتلا به CBT (گروه بالینی و جامعه) به طور مستقلی گزارش

شد. یافته های ما از معیار های تشخیصی فعلی نسبت به معیار های موجود در افراد با تشخیص CBT پشتیبانی کرده موید آن است که این افراد اضطراب کودکی بیشتری داشته و کم تر قادر به کنترل نگرانی و تشویش ذهنی خود می باشند که این خود با تعدادی از افکار منفی در مقایسه با گروه های غیر تشخیصی مطابق با تمایل به دلواپسی ارزیابی شد. با این حال هنگام مقایسه تنها گروه CBT در میان بیماران تحت درمان و یا لیست انتظار، اختلافات موجود نشان دادند که تحت تاثیر تنها معیار های تشخیصی قرار نگرفته اند. گروه بالینی CBT افسردگی

بیشتر، کنترل بیشتر روی افکار، باورهای منفی بیشتر در خصوص

اضطراب کودکی، قوه شناختی کم تر، دامنه نگرانی بیشتر و

افکارهای آزار دهنده بیشتری داشتند که از نظر روحی روانی و

عاطفی منفی تر بودند. در حدود 30٪ از موارد، علت CBT

توارث است. صفات خاصی باعث می شوند این اختلال به احتمال

زیاد به وجود آید، از جمله این صفات عبارتند از عصیت کلی،

افسردگی، کم تحمل بودن در برابر نومییدی، و احساس بازداشته

شدن. افراد مبتلا به CBT در مقایسه با کسانی که مبتلا به CBT

نیستند از استرس‌های جدید زندگی (مانند برخورد با سایرین،

تغییر شغل و تقاضاهای اضافی که از آنها می‌شود) بیشتر شکایت

می‌کنند، افراد مبتلا به CBT آن‌طور که باید و شاید قادر نیستند

مسائل زندگی روزمره را حل کنند، یا در درگیری‌های

شخصی‌شان آن‌طور که باید جراتمند و مؤثر عمل نمی‌کنند. به

نظر می‌رسد افراد مبتلا به CBT بیشتر اوقات نگران اتفاقات بد

احتمالی هستند. آن‌ها حتی وقتی که احتمال روی دادن اتفاق بد

خیلی کم باشد، باز هم پیش‌بینی می‌کنند و منتظرند که اتفاق

”وحشتناکی“ روی خواهد داد. آن‌ها فکر می‌کنند معنای

احساس اضطراب کودکان این است که اتفاق بدی در حال

اتفاق افتادن است. یعنی، عواطفشان گواهی می‌دهد که خارج از

آن‌جا اتفاق بدی دارد می‌افتد.

2-4 اختلافات بین گروه‌های CBT مربوط به درمان

دیگر سوالی که ما به دنبال پاسخ برای آن می‌باشیم این بود که

تفاوت افرادی با معیارهای تشخیصی برای CBT با افراد تحت

درمان چیست؟ همان‌طور که انتظار می‌رفت، در مقایسه با گروه

CBT جامعه، افراد تحت درمان کنترل توجه ادراکی ضعیف

تری را گزارش کرده و نیاز بیشتری را برای کنترل اذهان و تفکر

خود بیان کردند. علی‌رغم اختلافات قابل توجه در اضطراب

کودکی و هیجان، دو گروه CBT هیچ گونه اختلاف معنی داری

را از نظر تمایل به اضطراب کودکی، روحیه افسرده، دامنه باور

های فرا شناختی در خصوص تشویش، تعداد موضوعات مورد

اضطراب کودکی و یا فرکانس و دامنه منفی و مثبت تشویش

افکار نشان ندادند. / در مجموع می توان گفت که یک سری

عوامل و فاکتور هایی فراتر از عوامل مطالعه شده در معیارهای

شناختی وجود دارند که کاملاً از معیار های CBT متفاوت و

متمایز می باشند. از آنجا که درمان بدون هزینه در انگلستان

توسط سرویس بهداشت و درمان ملی انجام می شود، پیشنهاد و

فرض ما این است که اختلافات و تفاوت های موجود می تواند

منعکس کننده فاکتور های موثر بر فرایند درمان (به جای

ملاحظات اقتصادی) باشد. اختلافات مشاهده شده در مطالعه حال

حاضر شامل نتایجی است که نشان می دهد افراد CBT تحت

درمان کم تر کنترل توجه دارند و لی در عین حال می توان

گفت که آن ها باید تفکر خود را بیش از افراد سالم کنترل

کنند. هر دوی این عوامل موجب بهبود حس مقابله با اضطراب

کودکی مفرط می شوند (ناتیوس و همکاران 1990-2004). از

این رو اگرچه، کنترل واقعی ضعیف تر روی تشویش ارتباط

نزدیکی با وضعیت و توانایی شناختی صرف نظر از درمان دارد)

یعنی افراد با اضطراب کودکی بالا دارای تشویش اذهان اندکی

از گروه های CBT می باشند)، ادراک عدم کنترل همراه با

اهمیت ادراکی توانایی تشخیص، می تواند در افرادی با تشخیص

CBT برای درمان مفید و موثر باشد. با توجه به همین، حل

مشکل ناتوانی CBT برای کنترل تشویش (استفاده از زون های

ازاد تشویش برای حس کنترل، برکوئج و شارپلس 2006)

مهم بوده و در عین حال باید گفت که کنترل افکار می تواند

کمک شایانی به این مقوله کند. تحقیقات بیشتر می توانند به

تعیین عوامل متعدد موثر بر افراد سالم و بیمار با CBT در صورت در نظر گرفتن شدن بالینی پردازند.

3-4 تفاوت های بین مراجعه کنندگان با اختلال پانیک و CBT

هنگام مقایسه بین CBT و افراد با اختلال هراس یا پانیک ، ما

متوجه شدیم که مراجعه کنندگان داری CBT گزارش اضطراب

کودکی عالی، تمایل بیشتر به نگرانی، نگرانی فراگیر تر و

باورهای فراشناختی بیشتر درباره نگرانی بودند. همانطور که انتظار

می رود، با توجه به اینکه معیارهای تشخیصی برای CBT در مورد

موضوعات متعدد وجود دارد، گروه دارای اختلال CBT نگرانی

بیش از حد در تعداد بیشتری از حوزه ها نسبت به گروه اختلال

هراس یا پانیک نشان دادند. افراد دارای CBT نیز دوباره دارای

باورهای منفی بیشتر در مورد نگرانی، نیازهای بیشتری به

کنترل افکار و اعتماد به نفس شناختی کمتر از افراد دارای اختلال

هراس یا پانیک بودند. با این حال، گروه قابل توجهی از افراد

دارای نظر متفاوت در خصوص روحیه افسرده، کنترل توجه،

درک، تعداد تشویش های ذهنی، و یا در مورد چگونگی نگرش

منفی در بودند. در نتیجه تفاوت مهم که منعکس کننده نگرانی

های بیشتر در مورد نگرانی و طیف بیشتری از موضوعات نگران

کننده در CBT، است

به جای هر گونه تفاوت ظاهری در فرکانس واقعی مورد نظر

قرار گرفته و اخیراً یکی از موضوعات تحقیقاتی در بسیاری از

مطالعات است. گروه بالینی CBT در برگیرنده تعداد زیادی از

افراد بودند که دارای اختلال پانیک بودند. تجزیه تحلیل و

مقایسه میانگین افراد با CBT با اختلال پانیک هیچ گونه اختلاف

معنی داری را نشان نداد. با این حال، این حقیقت که تعداد افراد

با CBT دارای اختلال پانیک باید هنگام بررسی مقایسات بین

گروه های اختلال پانیک و CBT در نظر گرفته شوند امری بسیار مهم است.

5- نتیجه گیری

چندین کارازمایی بالینی کنترل شده تصادفی برای ارزیابی اثرات مشارکت والدین در CBT کودکان مبتلا به اختلال اضطراب صورت گرفته است. این مقاله مروری نشان می دهد که تغییرات زیادی در خصوص تعداد و نوع عوامل والدی که با توسعه و حفظ اضطراب کودکی ارتباط دارند، در مطالعات درمانی هدف یابی و اندازه گیری شده اند. چندین محدودیت شناسایی

شدند که شامل اندازه گیری اثر RCT با تغییرات در معیار

تشخیص کودکان به جای اندازه گیری فاکتور های والدی

فرضی است. این یافته ها تا حدودی توجه کننده ناپیوستگی و

تفاوت بین فرض تجربی اثر درمانی پیشرفته با دخالت والدین در

درمان کودکان و نتایج واقعی RCT می باشند.

به علاوه، محدودیت های روش شناسی مهمی وجود دارند که

مستلزم استفاده از کارآزمایی های بالینی قوی تر در شرایط جامعه

امروزی است.

اگرچه مطالعات فعلی دارای محدودیت های زیادی می باشند با
این وجود این مطالعات نشان می دهند که CBT برای کودکان
مبتلا به اختلال اضطراب حتی بدون دخالت والدین کارآمد است.
این نشان می دهد که کودکان در صورتی از CBT سود می
برند که والدین آن ها قادر به شرکت در جلسات درمانی با
کودکان خود نباشند.

(بخشهایی از این ترجمه ناقص میباشد)



این مقاله، از سری مقالات ترجمه شده رایگان سایت ترجمه فا میباشد که با فرمت PDF در اختیار شما عزیزان قرار گرفته است. در صورت تمایل میتوانید با کلیک بر روی دکمه های زیر از سایر مقالات نیز استفاده نمایید:

لیست مقالات ترجمه شده ✓

لیست مقالات ترجمه شده رایگان ✓

لیست جدیدترین مقالات انگلیسی ISI ✓

سایت ترجمه فا ؛ مرجع جدیدترین مقالات ترجمه شده از نشریات معتبر خارجی