

Investigating the Effectiveness of Emotion-Focused Cognitive-Behavioral Therapy (ECBT) on the Intolerance of Uncertainty and Trait Anxiety in Anxious Children

Karbalaie M¹, *Yazdanbakhsh K², Moradi A³

Author Address

1. PhD Student in Psychology, Department of Psychology, Faculty of Social Sciences, Razi University, Kermanshah, Iran;
2. Associate Professor, Department of Psychology, Faculty of Social Sciences, Razi University, Kermanshah, Iran;
3. Assistant Professor, Department of Psychology, Faculty of Social Sciences, Razi University, Kermanshah, Iran.

*Corresponding Author E-mail: k.yazdanbakhsh@razi.ac.ir

Received: 2022 December 4; Accepted: 2023 February 28

Abstract

Background & Objectives: One of the most common clinical disorders in children is anxiety disorders. Various psychological factors affect anxiety. The presence of anxiety disorders in childhood and adolescence significantly increases the probability of having an anxiety disorder in adulthood. One of the factors related to anxiety disorders is trait anxiety and intolerance of uncertainty. Although emotion-oriented cognitive behavioral therapy has recently been developed for the treatment of children's anxiety disorders, less research has been devoted to it compared to the emotion-oriented cognitive behavioral treatment of adults. Thus, this research was conducted to investigate the effectiveness of an emotional-oriented cognitive behavioral therapy group on uncertainty intolerance and trait anxiety in anxious children.

Methods: The research method was quasi-experimental, with a pretest-posttest, follow-up design, and control group. The research population included all the female students in the second year of elementary school (fourth to sixth grade) who studied in the elementary schools of Kahrizak District, Tehran Province, Iran, in the academic year 2020–2021. According to Kehrizak Department of Education statistics, this district has 78 primary schools, of which 45 were rural and 33 urban schools. In the academic year of 2020–2021, the number of female students in the second year of elementary schools in Kehrizak district was 4561, of which 2463 students studied in urban schools and 2098 students in rural schools. The population of female students by grade included 1533 in the fourth, 1548 in the fifth, and 1480 in the sixth. Finally, a sample of 672 students completed the questionnaires, the people whose score on the Spielberger Trait Anxiety Scale (1973) was at least 2 standard deviations higher than the average (in the present study, the average trait anxiety was 31.58 and the standard deviation was 6.24) and met at least one of the criteria of anxiety disorders in the clinical interview, were invited to the study. Considering the inclusion and exclusion criteria, including the parents' consent to participate in the research, the subject's non-referral to a psychiatrist and psychologist, and the consumption of psychiatric drugs in the three months before the start of the intervention and during the intervention, 30 subjects who met the criteria had the necessary qualifications to enter the research, were randomly assigned to two groups of emotional-oriented cognitive behavioral therapy and control (each group includes 15 people). It should be mentioned that the number of samples was calculated according to the number of groups (2 groups), the power of the test as 0.80, the effect size of 0.40, and the confidence level of 95%. Finally, 12 students were calculated for each group, taking into account a 20% chance of drop. So, the sample consisted of 30 participants (15 students in each group). This research used the Intolerance of uncertainty Questionnaire (2020) and Spielberger Trait Anxiety (1973). Also, the emotional-oriented cognitive behavioral therapy group included 16 therapy sessions. Every week, 2 treatment sessions were held for the experimental group. The control group did not receive any treatment until the end of the study. Data analysis was done using analysis of variance with repeated measures and post hoc tests in SPSS software version 25. Bartlett's, Levene's, and Mauchly's sphericity tests were used to check the assumptions of variance analysis with repeated measurements. The significance level of statistical tests was considered 0.05.

Results: The average age distribution of the participants in the experimental group was 10.87 with a standard deviation of 0.899 years, and the average age of the participants in the control group was 10.83 with a standard deviation of 0.577 years. The results showed that emotion-oriented cognitive behavioral therapy for the experimental group reduced trait anxiety and intolerance of uncertainty compared to the control group ($p < 0.001$). Also, the results showed a difference between pre-test and posttest intra-group scores in trait anxiety variables ($p = 0.003$) and intolerance of uncertainty ($p = 0.002$). There was no difference between the posttest and the follow-up in the trait anxiety and intolerance of uncertainty scores. In other words, the intervention in the experimental group had a stable effect on the posttest and follow-up over time.

Conclusions: Based on the research findings, emotion-focused cognitive-behavioral therapy affects intolerance of uncertainty and trait anxiety; according to this evidence, the use of emotion-focused cognitive-behavioral treatment for emotional disorders in clinical work with anxious children is recommended.

Keywords: Trait anxiety, Emotion-focused cognitive-behavioral therapy, Intolerance of uncertainty.

بررسی اثربخشی گروه‌درمانی شناختی‌رفتاری هیجان‌مدار بر عدم تحمل ابهام و اضطراب صفت کودکان مضطرب

محبوبه کربلایی^۱، *کامران یزدانبخش^۲، آسیه مرادی^۳

توضیحات نویسندگان

۱. دانشجوی دکتری روان‌شناسی، گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه رازی، کرمانشاه، ایران؛
 ۲. دانشیار روان‌شناسی شناختی، گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه رازی، کرمانشاه، ایران؛
 ۳. استادیار روان‌شناسی تربیتی، گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه رازی، کرمانشاه، ایران.
 *رایانامه نویسنده مسئول: k.vazdanbakhsh@razi.ac.ir

تاریخ دریافت: ۱۳ آذر ۱۴۰۱؛ تاریخ پذیرش: ۱۹ اسفند ۱۴۰۱

چکیده

زمینه و هدف: از اختلالات بالینی بسیار رایج در کودکان، اختلالات اضطرابی است. عوامل روان‌شناختی مختلفی بر اضطراب تأثیرگذار است. این پژوهش باهدف بررسی اثربخشی گروه‌درمانی شناختی‌رفتاری هیجان‌مدار بر عدم تحمل ابهام و اضطراب صفت در کودکان مضطرب انجام شد.

روش بررسی: روش پژوهش از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری همراه با گروه گواه بود. جامعه پژوهش را تمامی دانش‌آموزان دختر دوره دوم ابتدایی تشکیل دادند که در سال تحصیلی ۱۴۰۱-۱۴۰۰ در دبستان‌های بخش کهریزک مشغول به تحصیل بودند. از طریق نمونه‌گیری تصادفی، سی نفر از دانش‌آموزان دارای حداقل یکی از ملاک‌های اختلالات اضطرابی براساس پرسش‌نامه اضطراب صفت و صفت کودکان (اسپیلبرگر و همکاران، ۱۹۷۳) و مصاحبه بالینی، وارد مطالعه شدند. سپس به‌طور تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه قرار گرفتند. ابزارهای پژوهش شامل شاخص A عدم تحمل ابهام کودکان (ریفکین و کندال، ۲۰۲۰) و پرسش‌نامه اضطراب صفت کودکان (اسپیلبرگر و همکاران، ۱۹۷۳) بود. به‌منظور تحلیل داده‌ها از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد، درمان شناختی‌رفتاری هیجان‌مدار در گروه آزمایش موجب کاهش اضطراب صفت و عدم تحمل ابهام در مقایسه با گروه گواه شده است ($p < 0/001$). همچنین نتایج مشخص کرد، بین نمرات درون‌گروهی پیش‌آزمون و پس‌آزمون در متغیرهای اضطراب صفت ($p = 0/003$) و عدم تحمل ابهام ($p = 0/002$) تفاوت وجود دارد؛ اما بین پس‌آزمون و پیگیری در نمرات اضطراب صفت و عدم تحمل ابهام تفاوتی مشاهده نمی‌شود؛ به‌عبارت‌دیگر مداخله در گروه آزمایش در پس‌آزمون و پیگیری در طی زمان تأثیر ثابتی داشته است.

نتیجه‌گیری: براساس یافته‌ها نتیجه گرفته می‌شود، درمان شناختی‌رفتاری هیجان‌مدار در کاهش عدم تحمل ابهام و اضطراب صفت مؤثر است.

کلیدواژه‌ها: اضطراب صفت، درمان شناختی‌رفتاری هیجان‌مدار، عدم تحمل ابهام.

در عمل و انجام امور می‌شود (۲۰). این افراد بر این باور هستند که همه چیز باید از قبل برنامه‌ریزی شود و از نبود قطعیت در امور احساس بی‌زاری می‌کنند (۲۱). وجود باورهای منفی درباره موقعیت‌های غیرمنتظره و انتظار پیامدهای منفی به تبع آن، عدم تحمل ابهام را به برجسته‌ترین پیش‌بینی‌کننده نگرانی تبدیل خواهد کرد. به نظر می‌رسد عدم تحمل ابهام از طریق افزایش نگرانی در اختلالات اضطرابی نقش ایفا می‌کند (۲۲، ۲۳). مرور ادبیات پژوهش نشان داد، عدم تحمل ابهام با اضطراب در ارتباط است (۱۶، ۱۷، ۲۴). همچنین برخی از پژوهش‌ها حاکی از آن بود که سازه عدم تحمل ابهام از مداخله‌های روان‌شناختی تأثیر می‌پذیرد (۲۸-۲۵).

در بحث درمان اختلالات اضطرابی، بیشتر برنامه‌های درمان شناختی‌رفتاری^۵ بر اصلاح شناختی (الگوی تفکر ناسازگار) و رفتار (برای مثال اجتناب)، به منظور حل مشکلات فرد تمرکز دارند. درمان شناختی‌رفتاری به افراد کمک می‌کند تا جنبه شناختی مؤثر در بروز رفتار ناسازگانه را بهتر درک کنند. با وجود این درمان شناختی‌رفتاری در شناسایی و مدیریت تجربه هیجانی نقص‌هایی دارد (۲۹). مشکل این است که درمان‌های شناختی بر نقش فکر در اختلالات عاطفی بیش‌ازحد تأکید می‌کنند و فاقد توجه کافی به مؤلفه‌های هیجانی و تنظیم هیجان در کار درمان هستند. با توجه به این شواهد، تلاش‌هایی برای ادغام راهبردهای درمانی که هیجان‌های ناکارآمد را آماج قرار دهد در مداخلات شناختی‌رفتاری صورت گرفت (۳۰، ۳۱). درمان شناختی‌رفتاری هیجان‌مدار^۶ یکی از درمان‌هایی است که باهدف بهبود کارایی درمان شناختی‌رفتاری سنتی پدیدار گشت. این رویکرد مبتنی بر آخرین یافته‌ها در زمینه‌های شناخت و رفتار و احساسات است؛ روشی مبتکرانه که از نقاط قوت رویکردهای شناختی‌رفتاری و بین‌فردی مبتنی بر شواهد در روان‌درمانی استفاده می‌کند (۳۲).

با توجه به کاستی‌های درمان شناختی‌رفتاری سنتی در درمان اختلالات اضطرابی کودکان، سوگ و همکاران به توسعه درمان شناختی‌رفتاری هیجان‌مدار برای کودکان اقدام کردند. آن‌ها به طراحی درمان شناختی‌رفتاری هیجان‌مدار برای کودکان ۷ تا ۱۳ ساله مبتلا به اختلالات اضطرابی پرداختند (۳۱). درحقیقت شیوه‌نامه درمان شناختی‌رفتاری هیجان‌مدار برای کودکان مضطرب، تمامی مؤلفه‌های به‌کاررفته در برنامه درمانی کوپینگ‌کت^۷ را مانند آموزش روان‌شناختی، بازسازی شناختی، آرمیدگی و سلسله‌مراتب مواجهه، در بر داشت. کوپینگ‌کت، شیوه‌نامه اقتباس‌شده از راهنمای عملی گروه‌درمانی شناختی‌رفتاری برای کودکان دارای اختلالات اضطرابی بود که توسط فلانری-اسکرودر و کندال در سال ۱۹۹۶ توسعه یافت (۳۳)؛ به‌علاوه درمان شناختی‌رفتاری هیجان‌مدار محتوای بیشتری برای اثر بر آگاهی هیجانی، فهم، ابراز و تنظیم هیجان را که نقایص مرتبط با اضطراب این دسته از کودکان هستند، تحت پوشش قرار داد (۳۴-۳۶). در مرحله اول درمان شناختی‌رفتاری هیجان‌مدار، کودک یاد می‌گیرد احساسات مختلف (نگرانی، خشم، گناه، شادی و غیره) را کشف کند

درحال‌حاضر اختلالات اضطرابی^۱ از اختلالات بسیار شایع دوران کودکی به‌شمار می‌رود (۱) که با آسیب‌شناسی روانی و مشکلات عملکردی درخور توجهی همراه است (۲). به‌علاوه وجود اختلالات اضطرابی در دوران کودکی و نوجوانی به‌طور چشمگیری احتمال داشتن اختلال اضطرابی را در بزرگسالی افزایش می‌دهد (۳). عوامل مختلفی در بروز اختلالات اضطرابی نقش دارد. یکی از خصیصه‌های سرشتی مرتبط با اختلالات اضطرابی، اضطراب صفت^۲ است (۴).

اضطراب صفت به‌عنوان تمایل فرد به ارزیابی موقعیت‌ها به‌منزله تهدیدکننده، اجتناب از موقعیت‌های اضطراب‌آور و نشان‌دادن برانگیختگی فیزیولوژیکی پایه بالاتر تعریف شده است (۴). بررسی ادبیات تحقیق مشخص کرد، اضطراب صفت ممکن است منعکس‌کننده الگویی متمایز از پاسخ‌گویی در سطوح شناختی، رفتاری، فیزیولوژیکی و عصبی باشد. این الگوی پاسخ‌گویی می‌تواند آسیب‌پذیری را برای ایجاد اضطراب و اختلالات مرتبط ایجاد کند (۵-۸). علاوه‌براین، اضطراب صفت به‌منزله سازه نسبتاً پایدار در طول زمان و بخشی از روان‌رنجورخویی^۳ حوزه شخصیت توصیف شده است (۹). افراد دارای اضطراب صفت بیشتر، انعطاف‌پذیری شناختی کمتری نشان می‌دهند. آن‌ها توانایی کمتری برای انطباق واکنش‌های رفتاری و عاطفی و شناختی در مواجهه با اطلاعات جدید دارند (۱۰-۷). در مجموع، افراد دارای اضطراب صفت زیاد، اطلاعات تهدیدکننده را بر اطلاعات غیرتهدیدکننده اولویت می‌دهند و در انطباق با اطلاعات جدید دچار مشکل می‌شوند. به‌طور مشابه، تحقیقات علوم اعصاب‌شناختی مشخص کرد، افراد دارای اضطراب صفت بیشتر، حتی درغیاب تهدید مستقیم، دارای اختلالات عملکرد اجرایی و تصمیم‌گیری هستند (۱۱، ۱۲) که ممکن است آن‌ها را مستعد سوگیری‌های شناختی رایج در اختلالات اضطرابی و افسردگی کند. با وجود این، سازه مذکور تغییرناپذیر نیست. مرور ادبیات پژوهشی نشان داد، اضطراب صفت با درمان شناختی‌رفتاری کاهش می‌یابد (۱۳).

یکی دیگر از عوامل مرتبط با اضطراب، عدم تحمل ابهام^۴ است که در پیدایش و حفظ و گسترش اختلالات اضطرابی نقش برجسته‌ای ایفا می‌کند (۱۶، ۱۷). عدم تحمل ابهام چنین توصیف شده است: «ناتوانی سرشتی فرد در تحمل پاسخ انزجارآمیز ناشی از غیاب اطلاعات برجسته، کلیدی یا کافی که توسط باور و ادراکات مرتبط از نبود قطعیت حفظ می‌شود» (۱۶). سازه عدم تحمل ابهام نشان‌دهنده تمایل فرد به تفسیر موقعیت‌های مبهم به‌عنوان تهدیدآمیز و پاسخ‌دادن به موقعیت‌های جدید، پیچیده و حل‌نشده با ناراحتی و اجتناب است (۱۸، ۱۹). چهار ویژگی افراد دارای تحمل ابهام کم عبارت است از: الف. ابهام را ناراحت‌کننده و استرس‌آور می‌دانند؛ ب. معتقد هستند ابهام منفی است و باید از آن اجتناب شود؛ ج. نبود اطمینان را غیرمنصفانه می‌پندارند؛ د. تصور می‌کنند نبود اطمینان منجر به ناتوانی

5. Cognitive-Behavioral Therapy

6. Emotion-Focused Cognitive-Behavioral Therapy

7. Coping Cat

1. Anxiety disorders

2. Trait anxiety

3. Neuroticism

4. Intolerance of uncertainty

و بر نحوه ابراز عواطف در خود و دیگران متمرکز شود. در مرحله دوم، مواجهه کودک با هیجانات ناخوشایند خود صورت می‌گیرد. سپس از کودک خواسته می‌شود آن تجربیات هیجانی را مدیریت کند. در پایان به فرد فرصت داده می‌شود تا در موقعیت واقعی، تجربه هیجانی و نحوه مدیریت آن را تکرار کند؛ در نتیجه بیمار توانایی مدیریت انواع مختلف هیجان‌ها را کسب خواهد کرد (۳۶-۲۹)؛ به‌طور کلی مرور ادبیات پژوهش نشان داد، اثرگذاری درمان شناختی‌رفتاری هیجان‌مدار بر کاهش اضطراب است (۳۷، ۳۶، ۳۱).

باتوجه به شیوع فراوان اضطراب در کودکان و این حقیقت که تقریباً یک‌سوم کودکان و نوجوانان دریافت‌کننده درمان شناختی‌رفتاری، همچنان معیارهای اختلالات اضطرابی را پس از درمان نمایان می‌کنند (۳۸)، نیاز به پژوهش در زمینه درمان‌های مرتفع‌کننده کاستی‌های درمان شناختی‌رفتاری سنتی، ضروری است. ازسوی دیگر کودکان مضطرب هیجانات را با شدت بیشتری تجربه می‌کنند و کمتر قادر به تنظیم هیجانات خود هستند (۳۹-۳۵)؛ بنابراین نیاز به انجام پژوهش‌های گسترده برای بررسی کارایی و نحوه اثرگذاری درمان‌هایی که کار بر مؤلفه‌های هیجانی را در کاربست خود جای می‌دهند، مانند درمان شناختی‌رفتاری هیجان‌مدار، مشهود است (۳۱). همچنین درمان شناختی‌رفتاری هیجان‌مدار برای درمان اختلالات اضطرابی کودکان به‌تازگی توسعه یافته و درمقایسه با درمان شناختی‌رفتاری هیجان‌مدار بزرگسالان پژوهش‌های کمتری را به‌خود اختصاص داده است؛ ازاین‌رو بررسی بیشتر این درمان برای کودکان اهمیت می‌یابد؛ لذا پژوهش حاضر باهدف بررسی اثربخشی گروه‌درمانی شناختی‌رفتاری هیجان‌مدار بر اضطراب صفت و عدم تحمل ابهام دختران دانش‌آموز مضطرب دوره ابتدایی انجام شد.

۲ روش بررسی

روش پژوهش از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری همراه با گروه گواه بود. جامعه پژوهش را تمامی دانش‌آموزان دختر دوره دوم دبستان (کلاس چهارم تا ششم ابتدایی) تشکیل دادند که در سال تحصیلی ۱۴۰۰-۱۴۰۱ در دبستان‌های ابتدایی بخش کهریزک مشغول به تحصیل بودند. براساس آمار اداره آموزش و پرورش کهریزک، بخش کهریزک ۷۸ مدرسه ابتدایی دارد. از این تعداد ۴۵ مدرسه روستایی و ۳۳ مدرسه شهری است. در سال تحصیلی ۱۴۰۱-۱۴۰۰ تعداد دانش‌آموزان دختر دوره دوم دبستان بخش کهریزک ۴۵۶۱ نفر برآورد شد. از این تعداد ۲۴۶۳ دانش‌آموز در مدارس شهری و ۲۰۹۸ دانش‌آموز در مدارس روستایی مشغول به تحصیل بودند. جمعیت دانش‌آموزان دختر به‌تفکیک هر پایه، ۱۵۳۳ نفر در پایه چهارم و ۱۵۴۸ نفر در پایه پنجم و ۱۴۸۰ نفر در پایه ششم بود. در نهایت نمونه‌ای به‌حجم ۶۷۲ نفر پرسش‌نامه‌ها را تکمیل کردند. در این پژوهش افرادی به درمان دعوت شدند که نمره کسب‌شده در پرسش‌نامه اضطراب حالت و صفت^۱ (اسپیلبرگر و همکاران، ۱۹۷۳) آن‌ها حداقل ۲ انحراف معیار بیشتر از میانگین بود و در مصاحبه بالینی حداقل یکی از ملاک‌های اختلالات اضطرابی را برآورده کردند. در

پژوهش حاضر میانگین اضطراب صفت ۳۱/۵۸ و انحراف معیار ۶/۲۴ به‌دست آمد. با در نظر گرفتن ملاک‌های شمول و عدم شمول، سی آزمودنی دارای ملاک‌های لازم برای پژوهش انتخاب شدند و به‌طور تصادفی در دو گروه درمان شناختی‌رفتاری هیجان‌مدار و گواه (هر گروه پانزده نفر) قرار گرفتند. ملاک‌های ورود به پژوهش عبارت بود از: رضایت والدین برای شرکت در پژوهش؛ مراجعه‌نکردن آزمودنی به روان‌پزشک و روان‌شناس؛ مصرف‌نکردن داروهای روان‌پزشکی در سه ماه قبل از شروع مداخله و در طول زمان مداخله. گفتنی است تعداد نمونه باتوجه به تعداد گروه‌ها (دو گروه)، توان آزمون ۰/۸۰، اندازه اثر ۰/۴۰ و سطح اطمینان ۹۵ درصد، برای هر گروه دوازده نفر محاسبه شد که با در نظر گرفتن ۲۰ درصد احتمال افت در نهایت نمونه شامل سی شرکت‌کننده (هر گروه پانزده نفر) بود (۴۰).

لازم به‌ذکر است، سه نوبت حضورداشتن در جلسات درمانی به‌عنوان ملاک افت در نظر گرفته شد و داده‌های آزمودنی‌هایی که غیبت آن‌ها سه جلسه یا بیشتر بود، از تحلیل کنار گذاشته شد. به‌علت افت آزمودنی‌ها در نهایت داده‌های دوازده نفر برای هر کدام از گروه‌ها، هدف تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفت. پس از گمارش تصادفی، جلسات درمانی به‌شکل گروهی انجام پذیرفت. گروه‌درمانی شناختی‌رفتاری هیجان‌مدار شامل شانزده جلسه درمانی بود. هر هفته دو جلسه درمانی برای گروه آزمایش برگزار شد. گروه گواه تا پایان پژوهش هیچ درمانی دریافت نکرد. در آخرین جلسه درمانی مجدد شاخص A عدم تحمل ابهام برای کودکان^۲ (ریفکین و کندال، ۲۰۲۰) و پرسش‌نامه اضطراب حالت و صفت (اسپیلبرگر و همکاران، ۱۹۷۳) توسط هر دو گروه تکمیل شد. پیگیری درمان دو ماه پس از درمان انجام پذیرفت و گروه‌های آزمایش و گواه پرسش‌نامه‌های مذکور را مجدد کامل کردند. در این پژوهش به‌منظور جمع‌آوری داده‌ها، ابزارها و جلسات آموزشی زیر به‌کار رفت.

شاخص A عدم تحمل ابهام برای کودکان (ریفکین و کندال، ۲۰۲۰): شاخص A عدم تحمل ابهام برای کودکان، ابزاری خودگزارش‌دهی است که توسط ریفکین و کندال (۲۰۲۰) طراحی شد (۴۱). این پرسش‌نامه پانزده آیتم دارد و هدف آن ارزیابی گرایش کودکان به در نظر گرفتن تحمل‌نشدنی بودن ابهام است. سؤالات روی طیف لیکرت از به‌هیچ‌وجه مانند من نیست=۱ تا کاملاً مثل من است=۵ نمره‌گذاری می‌شود. ریفکین و کندال به بررسی پایایی و روایی این مقیاس در نمونه‌ای ۱۴۶ نفری از کودکان و نوجوانان ۷ تا ۱۷ ساله پرداختند که به‌دنبال درمان اضطراب بودند (۴۱). برای بررسی هر آیتم پرسش‌نامه، همبستگی هر آیتم و کل امتیاز به‌دست‌آمده از باقی پرسش‌ها محاسبه شد. تمام آیتم‌ها همبستگی قوی (بین ۰/۴۰ تا ۰/۷۸) از خود نشان دادند. همسانی درونی پرسش‌نامه (آلفای کرونباخ) ۰/۹۴ بود. نمره‌های بیشتر در شاخص A در عدم تحمل ابهام برای کودکان با این موارد همبستگی داشت: نمره‌های بیشتر در اضطراب کلی؛ اختلال عملکردی به‌دلیل اضطراب و نمره شاخص عدم تحمل ابهامی منسوب‌شده به کودک توسط ارزیابی متخصص. این همبستگی‌ها شواهدی برای اعتبار روایی هم‌گرای پرسش‌نامه است. همچنین نمرات

2. The Intolerance of Uncertainty Index-A for Children

1. State-Trait Anxiety Inventory for Children

شاخص A در عدم تحمل ابهام برای کودکان با بیش‌فعالی مرتبط نبود که شاهدهی برای اعتبار و اگرای این مقیاس ارائه می‌دهد. پایایی بازآزمایی پرسش‌نامه $r=0/67$ به‌دست آمد که بیانگر پایایی بازآزمایی مناسب پرسش‌نامه است (۴۱). نتایج پژوهش کربلایی و همکاران روی پانصد دانش‌آموز ۷ تا ۱۶ ساله نشان داد، مقیاس عدم تحمل ابهام کودکان از پایایی مناسبی برخوردار است. ضریب آلفای کرونباخ برابر $0/92$ و پایایی بازآزمایی نشان‌دهنده ضریب همبستگی درون‌طبقه‌ای در آزمون و بازآزمون بین $0/53$ تا $0/75$ بود. همچنین ضریب همبستگی درون‌طبقه‌ای مربوط به نمره کل در آزمون و بازآزمون $0/966$ به‌دست آمد. به‌علاوه تحلیل ماتریس همبستگی مربوط به متغیرهای این مطالعه مشخص کرد، مقیاس عدم تحمل ابهام در کودکان با مقیاس چندبُعدی اضطراب کودکان همبستگی مثبت ($0/46$) معنادار دارد که نشان‌دهنده روایی هم‌گرای مناسب شاخص A عدم تحمل ابهام برای کودکان است (۴۲).

– پرسش‌نامه اضطراب حالت و صفت (اسپیلبرگر و همکاران، ۱۹۷۳): پرسش‌نامه اضطراب حالت و صفت، ابزاری خودگزارشی است که برای سنجش اضطراب توسط اسپیلبرگر و همکاران در سال ۱۹۷۳ تهیه شد (۴۳). این پرسش‌نامه از دو مقیاس اضطراب حالت و اضطراب صفت تشکیل شده است. مقیاس اضطراب حالت شامل بیست عبارت است که چگونگی احساس را در مدت‌زمانی خاص

اندازه‌گیری می‌کند. مقیاس اضطراب صفت از بیست عبارت تشکیل شده است و آزمودنی در این قسمت بیان می‌کند که به‌طورکلی چه احساسی دارد. سؤالات اضطراب صفت روی طیف لیکرت از به‌ندرت=۱ تا بیشتر اوقات=۳ نمره‌گذاری می‌شود. نمرات هریک از مقیاس‌ها بین حداقل ۲۰ تا حداکثر ۶۰ است؛ بنابراین در این پرسش‌نامه، نمره بیشتر بیانگر وجود اضطراب بیشتر است. نمره کل نیز از جمع کل ماده سؤال‌ها به‌دست می‌آید. در صورتی که آزمودنی به سه یا بیش از سه ماده سؤال پاسخ نداده باشد، روایی پرسش‌نامه زیر سؤال می‌رود. این پرسش‌نامه به‌صورت گروهی یا انفرادی تکمیل می‌شود. همسانی درونی ابزار بسیار خوب گزارش شد ($\alpha=0/95$ تا $0/86$) و با بررسی روایی هم‌زمان، همبستگی آن با مقیاس اضطراب آشکار و مقیاس اضطراب عمومی به‌ترتیب $0/75$ و $0/63$ بود (۴۳). عبدلی و همکاران پایایی مقیاس اضطراب حالت را با روش آلفای کرونباخ $0/84$ به‌دست آوردند. این ضرایب در مقیاس اضطراب صفت $0/88$ بود. برای بررسی روایی هم‌زمان مقیاس از مقیاس اضطراب بک در پژوهش آن‌ها استفاده شد و ضریب همبستگی بین مقیاس اضطراب حالت و مقیاس اضطراب صفت با مقیاس اضطراب بک به‌ترتیب $0/64$ و $0/61$ بود (۴۴)؛ این امر نشان‌دهنده روایی هم‌گرای مناسب پرسش‌نامه اضطراب حالت و صفت است.

جدول ۱. شرح جلسات درمان شناختی‌رفتاری هیجان‌مدار

جلسه	شرح جلسه
اول	برقراری رابطه درمانی، جهت‌دهی کودک درباره درمان، معرفی هیجان‌شادی
دوم	جلسه‌ای برای کمک به شناسایی احساس اضطراب و شروع شناسایی پاسخ‌های جسمانی، معرفی هیجان غم و ناراحتی، معرفی استفاده از کتاب کار
سوم	مروری بر احساس اضطراب و سرنخ‌های جسمانی و شناسایی پاسخ‌های جسمانی کودک، معرفی هیجان خشم
چهارم	جلسه‌ای به‌منظور فراهم‌آوردن اطلاعات بیشتر درباره درمان برای والدین و ترغیب کردن آن‌ها به مشارکت
پنجم	معرفی آموزش آرمیدگی، معرفی هیجان غرور و مباهات
ششم	معرفی نقش خودگویی مضطربانه، معرفی هیجان گناه
هفتم	جلسه‌ای برای اصلاح کردن بیشتر خودگویی مضطربانه به‌سمت خودگویی مقابله‌ای، آموزش راهبردهای حل مسئله، معرفی حسادت
هشتم	معرفی خودارزیابی و خودپاداش‌دهی برای موفقیت در مدیریت کردن اضطراب، مرور همه مهارت‌های قبلی با معرفی «طرح نگران»
نهم	ارائه اطلاعات و تشویق مشارکت والدین در برنامه درمانی
دهم	تمرین مدل چهارمرحله‌ای در موقعیت‌های کمتر اضطراب‌انگیز
یازدهم	ادامه تمرین مدل چهارمرحله‌ای در موقعیت‌های کمتر اضطراب‌انگیز و تمرین مقابله با تجارب هیجان‌برانگیز خفیف
دوازدهم	کاربرد مهارت‌های مقابله‌ای در موقعیت‌های تصویری و واقعی ایجادکننده اضطراب متوسط
سیزدهم	ادامه تمرین مدل چهارمرحله‌ای در موقعیت‌های برانگیزاننده سطوح متوسطی از اضطراب و سایر هیجانان
چهاردهم	کاربرد مدل چهارمرحله‌ای در موقعیت‌های تصویری برانگیزاننده سطوح بالایی از اضطراب
پانزدهم	تمرین مهارت‌های مقابله‌ای در موقعیت‌های واقعی برانگیزاننده سطوح بالایی از اضطراب و سایر هیجانان
شانزدهم	تداوم تمرین مهارت‌های مقابله‌ای در موقعیت‌هایی با اضطراب زیاد، مرور خلاصه‌ای از برنامه درمان، خداحافظی و خاتمه‌دادن به رابطه درمانی

دانش‌آموزان پرسش‌نامه اضطراب حالت و صفت (اسپیلبرگر و همکاران، ۱۹۷۳) و شاخص A عدم تحمل ابهام برای کودکان (ریفکین و کندال، ۲۰۲۰) را تکمیل کردند. برای ترغیب دانش‌آموزان به همکاری، بر محرمانه‌بودن اطلاعات آنان تأکید شد. در مرحله دوم، از شرکت‌کنندگان دارای نمره بیش از نقطه برش در پرسش‌نامه اضطراب صفت و حالت کودکان، مصاحبه بالینی صورت گرفت. در

به‌منظور اجرای طرح پس از اخذ مجوزهای لازم از آموزش و پرورش، با هماهنگی مسئولان مدرسه ابزارهای پژوهش روی نمونه مدنظر اجرا شد. به‌منظور بررسی میزان اضطراب، روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای به‌کار رفت. برای این کار شش مدرسه ابتدایی دخترانه شهری و هفت مدرسه ابتدایی روستایی به‌طور تصادفی انتخاب شد. از هر مدرسه، انتخاب سه کلاس به‌تصادف صورت گرفت و

پژوهش حاضر نقطه برش دو انحراف معیار بیشتر از میانگین (۴۴/۰۶) در نظر گرفته شد. در نهایت برنامه درمان برای گروه آزمایش اجرا شد. شیوه نامه درمان شناختی رفتاری هیجان مدار (سوگ و کندال، ۲۰۰۶): شیوه نامه درمان شناختی رفتاری هیجان مدار، برنامه ای شانزده جلسه ای بود که سوگ و کندال (۲۰۰۶) برای درمان کودکان و نوجوانان مبتلا به اختلالات اضطرابی طراحی کردند (۳۱). برنامه آموزشی به دو بخش تقسیم می شود: هشت جلسه اول بخش آموزشی و هشت جلسه دوم بخش تمرینی (مواجهه) است. از شانزده جلسه درمانی، دو جلسه برای والدین کودک برگزار می شود. برای بررسی روایی محتوایی جلسات از نظر پنج متخصص روان شناس با مدرک دکتری استفاده شد. در این پژوهش شاخص روایی محتوایی ۰/۸۰ به دست آمد که حاکی از روایی مطلوب مفاد شیوه نامه بود. درمان شناختی رفتاری هیجان مدار از ایفای نقش، الگوبرداری، آرمیدگی، بازسازی شناختی، تقویت شرطی، تکالیف، تصویرسازی تخیلی و قرار گرفتن در معرض استفاده می کند. معرفی چندین مفهوم اساسی به طور مرحله به مرحله، به کودک یا نوجوان در طی بخش های درمانی صورت می گیرد که با آگاهی از واکنش های هیجانی به احساسات شروع می شود و به ایجاد بازشناسی واکنش های اختصاصی اضطراب و تنظیم هیجان می انجامد. از طریق درمان، مفاهیم با ترتیبی از ساده به سخت معرفی می شود. در هر جلسه و در طی برنامه آموزشی سطح اضطراب به تدریج افزایش می یابد که با موقعیت های بدون استرس شروع و به تدریج با سطوح افزایشی اضطراب همراه می شود. شرح جلسات درمان شناختی رفتاری هیجان مدار اجرا شده برای کودکان مضرب در

این پژوهش، در جدول ۱ ارائه شده است. تجزیه و تحلیل داده ها، در نرم افزار SPSS نسخه ۲۵ با استفاده از آزمون تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر و آزمون های تعقیبی صورت گرفت. به منظور بررسی پیش فرض های آزمون تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر، از آزمون بارتلت و آزمون لون و برای بررسی کروییت از آزمون موچلی استفاده شد. سطح معناداری آزمون های آماری $(\alpha = 0.05)$ بود.

۳ یافته ها

میانگین توزیع سنی شرکت کنندگان در گروه آزمایش ۱۰/۸۷ با انحراف معیار ۰/۸۹۹ سال و میانگین سنی شرکت کنندگان در گروه گواه ۱۰/۸۳ با انحراف معیار ۰/۵۷۷ سال بود. جدول ۲ نشان می دهد، میانگین نمرات اضطراب صفت و عدم تحمل ابهام در پس آزمون و پیگیری در گروه آزمایش در مقایسه با گروه گواه کاهش یافته است. در ادامه پیش فرض های روش تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر بررسی شد. نتایج بررسی پیش فرض نرمال بودن با آزمون شاپیروویلک مشخص کرد، متغیرهای اضطراب صفت و عدم تحمل ابهام در هر دو گروه و هر سه مرحله پیش آزمون و پس آزمون و پیگیری دارای توزیع نرمال است $(p > 0.05)$. آماره آزمون های ام پاکس و لوین نشان داد، برای هیچ یک از متغیرهای پژوهش معنادار نیست $(p > 0.05)$ ؛ بنابراین شرط همگنی ماتریس های واریانس کوواریانس مفروضه همگنی واریانس برای متغیرهای اضطراب صفت و عدم تحمل ابهام در سه مرحله برقرار است.

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار متغیرهای عدم تحمل ابهام و اضطراب صفت در سه مرحله پیش آزمون و پس آزمون و پیگیری در گروه آزمایش و گروه گواه

متغیر	مراحل اندازه گیری	گروه شناختی رفتاری هیجان مدار		گروه گواه	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
عدم تحمل ابهام	پیش آزمون	۴۶/۷۵	۱۲/۸۷	۴۷/۲۵	۱۱/۶۳
	پس آزمون	۳۵/۰۸	۱۴/۵۹	۴۶/۷۵	۱۰/۰۱
	پیگیری	۳۶/۸۳	۱۴/۵۵	۴۳/۷۵	۱۰/۲۳
اضطراب صفت	پیش آزمون	۴۶/۶۶	۷/۰۱	۴۷/۷۵	۲/۸۳
	پس آزمون	۳۷/۰۰	۹/۶۴	۴۹/۷۵	۲/۰۳
	پیگیری	۳۶/۸۳	۹/۵۴	۴۹/۹۱	۳/۳۹

جدول ۳. نتایج روش تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر در تبیین اثر درمان شناختی رفتاری هیجان مدار بر متغیرهای اضطراب صفت و عدم تحمل ابهام

متغیر	اثرات	F	P	مجذوراتا
اضطراب صفت	اثر زمان	۱۸/۷۹	< ۰/۰۰۱	۰/۴۶۱
	اثر گروه	۱۴/۹۸	< ۰/۰۰۱	۰/۴۰۵
	اثر تعاملی گروه×زمان	۱۸/۱۴	< ۰/۰۰۱	۰/۴۵۲
عدم تحمل ابهام	اثر زمان	۳۱/۱۴	< ۰/۰۰۱	۰/۵۸۶
	اثر گروه	۳/۱۹	۰/۰۲۸	۰/۱۸۲
	اثر تعاملی گروه×زمان	۸/۴۶	< ۰/۰۰۱	۰/۲۷۸

همچنین مفروضه کروییت از طریق آزمون موچلی بررسی شد و برای متغیر عدم تحمل ابهام، نتایج آزمون موچلی $(p < 0.001)$ ،

$(x^2_{(2)}=24/11)$ برابر با $0/334$ و برای متغیر اضطراب صفت $(x^2_{(2)}=41/24, p<0/001)$ برابر با $0/153$ به دست آمد. نتایج، برقرار نبودن این مفروضه را برای متغیر عدم تحمل ابهام نشان داد؛ لذا به جای مقدار گرین‌هاوس‌گیسر، از آزمون هوین فلت استفاده شد. اثرات درون‌گروهی یافته‌های پژوهش در جدول ۳ آورده شده است. نتایج مندرج در جدول ۳ نشان می‌دهد، اثر گروه و اثر زمان در تحلیل

واریانس‌ها با اندازه‌گیری مکرر در متغیرهای اضطراب صفت و عدم تحمل ابهام معنادار است ($p<0/001$)؛ بنابراین می‌توان گفت، میانگین نمرات متغیرهای اضطراب صفت و عدم تحمل ابهام، بین دو گروه آزمایش و گواه در طول زمان اندازه‌گیری، تفاوت معناداری دارد. برای مقایسه زمان‌های اندازه‌گیری از آزمون بونفرونی استفاده شد که نتایج در جدول ۴ مشاهده می‌شود.

جدول ۴. نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی برای مقایسه زوجی اثر زمان بر دو متغیر اضطراب صفت و عدم تحمل ابهام در گروه آزمایش

متغیر	موقعیت	تفاوت میانگین‌ها	خطای معیار	p
اضطراب صفت	پیش‌آزمون	۹/۶۶	۲/۲۱	۰/۰۰۳
	پس‌آزمون	۹/۸۳	۲/۱۹	۰/۰۰۳
عدم تحمل ابهام	پیش‌آزمون	۱۱/۶۶	۲/۴۷	۰/۰۰۲
	پس‌آزمون	۹/۹۱	۲/۲۰	۰/۰۰۳
		-۱/۷۵	۱/۱۹	۰/۵۱۲

بر اساس اطلاعات جدول ۴ نتایج نشان داد، بین نمرات درون‌گروهی پیش‌آزمون و پس‌آزمون در متغیرهای اضطراب صفت ($p=0/003$) و عدم تحمل ابهام ($p=0/002$) تفاوت وجود دارد؛ اما در نمرات متغیرهای اضطراب صفت و عدم تحمل ابهام، بین پس‌آزمون و پیگیری تفاوتی مشاهده نمی‌شود؛ به عبارت دیگر مداخله در گروه آزمایش در پس‌آزمون و پیگیری در طی زمان تأثیر ثابتی داشته است.

۴ بحث

هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی گروه‌درمانی شناختی‌رفتاری هیجان‌مدار بر کاهش سطح اضطراب صفت و عدم تحمل ابهام کودکان مضطرب بود. نتایج پژوهش نشان داد، گروه‌درمانی شناختی‌رفتاری هیجان‌مدار به‌طور معناداری با کاهش اضطراب صفت و عدم تحمل ابهام کودکان مبتلا به اختلالات اضطرابی، در پس‌آزمون و پیگیری همراه است.

یافته پژوهش حاضر مبنی بر تأثیر گروه‌درمانی شناختی‌رفتاری هیجان‌مدار بر کاهش اضطراب صفت کودکان با نتایج پژوهش سوگ و همکاران همسویی دارد. پژوهش آن‌ها بر ۹۲ کودک ۷ تا ۱۲ ساله با تشخیص اختلالات اضطرابی انجام گرفت. نتایج مشخص کرد، گروه‌درمانی شناختی‌رفتاری هیجان‌مدار در بهبود اضطراب و تنظیم هیجان کودکان اثرگذار است (۳۷). همچنین نتایج پژوهش حاضر با پژوهش‌های سوگ و همکاران (۳۱) و افشاری و همکاران (۳۶)، همسوست. این پژوهش‌ها اثربخشی درمان شناختی‌رفتاری هیجان‌مدار را ارزیابی کردند و نشان دادند، درمان مذکور بر کاهش اضطراب مؤثر است؛ با این حال ذکر این نکته لازم است که جست‌وجوی پژوهشگران برای یافتن مطالعه‌ای که تأثیر درمان شناختی‌رفتاری هیجان‌مدار را بر اضطراب صفت بسنجد، نتیجه‌ای در بر نداشت و پژوهش‌های نام برده‌شده به بررسی اثر درمان بر اضطراب صفت، به‌عنوان خصیصه‌ای سرشتی نپرداختند. در تبیین یافته‌های پژوهش حاضر می‌توان گفت، از آنجاکه عوامل شناختی خاص مانند تمایل به تعمیم بیش‌ازحد و شخصی‌سازی و فاجعه‌سازی به‌شدت با اضطراب صفت ارتباط دارد

(۵،۶)، هر درمانی که به کاهش این تحریفات شناختی منجر شود، احتمالاً با کاهش اضطراب صفت همراه است. شواهدی در زمینه کاهش اضطراب صفت در نتیجه درمان شناختی‌رفتاری وجود دارد (۱۵-۱۳). با توجه به اینکه روش‌های درمان شناختی‌رفتاری هیجان‌مدار نیز شامل آموزش‌های شناختی برای شناسایی و جایگزینی افکار و باورهای ناسازگار و اضطراب‌زا با افکار منطقی و سازگارتر می‌شود و این درمان از درمان‌های شناختی مانند درمان شناختی‌رفتاری به‌عاریت گرفته شده است، می‌توان انتظار داشت درمان شناختی‌رفتاری هیجان‌مدار سبب کاهش اضطراب صفت شود. از سوی دیگر مشکلات تنظیم هیجان، از ویژگی‌های اصلی مشکلات اضطرابی در کودکان و بزرگسالان است (۳۹). از نظر تئوری، مداخلاتی مانند درمان شناختی‌رفتاری هیجان‌مدار که تمرکز بیشتری بر بهبود مهارت‌های تنظیم هیجان دارند، ممکن است نتایج درمانی را بهبود بخشد (۳۷). به‌نظر می‌رسد فرصت‌های ارائه‌شده در درمان شناختی‌رفتاری هیجان‌مدار برای تمرین تنظیم طبیعی از احساسات، می‌تواند در کاهش اضطراب مفید باشد. به‌علاوه در فرایند درمان شناختی‌رفتاری هیجان‌مدار، کودک در موقعیتی قرار می‌گیرد (تصوری یا واقعی) تا با احساساتی روبه‌رو شود که در مدیریت آن‌ها مشکل دارد (۳۶-۲۹). از آنجاکه عوامل رفتاری خاص مانند اجتناب ممکن است در طول زمان اضطراب را افزایش دهد، مواجهه با موقعیت‌های اضطراب‌زا با جلوگیری از اجتناب به‌نظر می‌رسد در کاهش اضطراب صفت مؤثر است. فرد مضطرب می‌آموزد که اجتناب از تهدید، اضطراب کوتاه‌مدت را کاهش می‌دهد. با گذشت زمان، این فرد امکان دارد به‌طور فزاینده‌ای مضطرب و اجتنابی شود؛ زیرا باورهایش درباره ماهیت تهدید تقویت می‌شود (۴). وجود راهبردهایی در درمان شناختی‌رفتاری هیجان‌مدار که کودک را با موقعیت‌های اضطراب‌زا مواجه می‌کند، رد انتظارات ناخوشایند کودک درباره این موقعیت‌ها را در پی دارد که احتمالاً منجر به کاهش اضطراب و تحمل موقعیت اضطرابی در کودک می‌شود.

یافته دیگر این پژوهش بیانگر تأثیر گروه‌درمانی شناختی‌رفتاری هیجان‌مدار بر کاهش عدم تحمل ابهام بود. بررسی ادبیات تحقیق،

نمونه پژوهش حاضر دانش‌آموزان دختر مبتلا به اختلال‌های اضطرابی بودند که تعمیم‌پذیری نتایج را محدود می‌کند؛ به‌همین دلیل پیشنهاد می‌شود اثربخشی این درمان در مردان و سایر گروه‌های سنی مطالعه شود. به‌منظور بررسی دقیق‌تر اثربخشی این رویکرد درمانی به پژوهشگران توصیه می‌شود، در پژوهش‌های آتی به مقایسه بین درمان مذکور با رویکردهای درمانی دیگر از جمله درمان شناختی-رفتاری معطوف بر عدم تحمل ابهام بپردازند.

۵ نتیجه‌گیری

به‌طورکلی نتایج پژوهش حاضر نشان داد، درمان شناختی-رفتاری هیجان‌مدار برای کودکان مضطرب در کاهش اضطراب صفت و عدم تحمل ابهام آن‌ها مؤثر است. با توجه به اینکه درمان شناختی-رفتاری هیجان‌مدار تلاشی برای بهبود درمان شناختی-رفتاری سنتی است و از کاستی‌های درمان شناختی-رفتاری، می‌توان به تمرکز کم این درمان بر بدتنظیمی‌های هیجانی و مشکلات هیجانی افراد اشاره کرد، درمان شناختی-رفتاری هیجان‌مدار با ادغام سیستماتیک مفاهیم مربوط به هیجان‌ها، رشد مهارت‌های مرتبط با درک هیجان و تنظیم هیجان را تسهیل می‌کند؛ بنابراین دور از انتظار نبود که درمان شناختی-رفتاری هیجان‌مدار با ترکیب مؤلفه‌های رفتاری و شناختی و هیجانی در کاهش اضطراب کودکان مؤثر باشد.

۶ تشکر و قدردانی

این مقاله برگرفته از رساله دکترا نویسنده اول است. پژوهشگران از اداره کل آموزش و پرورش شهرستان‌های استان تهران، اداره آموزش و پرورش کهریزک، مدیران دبستان‌های دخترانه بخش کهریزک، دانش‌آموزان و خانواده‌های آنان که در روند اجرای پژوهش همکاری کردند، کمال قدردانی و تشکر را دارند.

۷ بیانیه‌ها

تأییدیه اخلاقی و رضایت‌نامه از شرکت‌کنندگان

به آزمودنی‌ها اطمینان داده شد که اطلاعات آن‌ها محرمانه باقی می‌ماند.

رضایت برای انتشار

این امر غیرقابل اجرا است.

تضاد منافع

نویسندگان مقاله هیچ‌گونه تعارض منافی را در گزارش یافته‌های پژوهش عنوان نکردند.

منابع مالی

هیچ‌گونه حمایت مالی برای انجام پژوهش حاضر صورت نگرفته است.

پژوهشی در زمینه تأثیر درمان شناختی-رفتاری هیجان‌مدار بر عدم تحمل ابهام نشان نداد؛ اما نتایج پژوهش‌های دونگان و همکاران (۲۶) و زمستانی و همکاران (۲۷) و اسپرلینگ (۲۸) که اثربخشی درمان شناختی-رفتاری معطوف بر عدم تحمل ابهام را بررسی کردند، نشان‌دهنده اثربخشی درمان‌های منشعب‌شده از درمان شناختی-رفتاری در کاهش عدم تحمل ابهام بود که با نتایج پژوهش حاضر همسوس است؛ با وجود این، تحقیق حاضر از آن جنبه که به بررسی تأثیر درمان شناختی-رفتاری هیجان‌مدار بر عدم تحمل ابهام کودکان مضطرب پرداخت، در نوع خود بی‌بدیل است. در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت، عدم تحمل ابهام به‌عنوان گرایش فرد به تفسیر موقعیت‌های مبهم به‌منزله تهدیدآمیز توصیف شده است (۱۸)؛ این مطلب نشان می‌دهد، افراد با عدم تحمل ابهام زیاد، دارای سوگیری پردازش شناختی درقبال تهدید هستند. این افراد تمایل دارند موقعیت‌های نامطمئن را نگران‌کننده (۲۳) و تهدیدکننده ارزیابی کنند (۱۹). به‌نظر می‌رسد، تأثیر عدم تحمل ابهام بر روش پردازش اطلاعات، زمینه‌ساز اضطراب است (۲۵)؛ به‌همین دلیل می‌توان انتظار داشت، درمان‌هایی که شناخت‌های ناکارآمد را هدف قرار می‌دهند، به کاهش عدم تحمل ابهام منجر شوند. درمان شناختی-رفتاری هیجان‌مدار برای کودکان مضطرب شامل روش‌هایی برای شناسایی افکار و اسناد ناکارآمد است. همچنین در طرح چهارمرحله‌ای نگران که چندین جلسه درمان را به‌خود اختصاص می‌دهد، کودک باید پاسخ‌گوی این سؤال باشد که آیا انتظار پیش‌آمدن گرفتاری یا اتفاق بدی را دارد. طرح چهارمرحله‌ای نگران با نام انگلیسی FEAR Plan، برای مطابقت حروف اول کلمه با چهار مرحله منشعب‌شده از آن «طرح نگران» ترجمه شده است. بسیاری از کودکانی که در روبه‌روشدن با اتفاقات مبهم انتظار پیامدهای ناخوشایند دارند، در این مرحله مشخص می‌شوند. در مرحله بعد کودکان افکار و رفتارهای مقابله‌ای را پرورش می‌دهند. این اصلاح و جایگزینی افکار ناسازگار با افکار کارآمد احتمالاً در کاهش سوگیری تفسیر منفی مرتبط با موقعیت‌های مبهم مؤثر است؛ به‌طورکلی راهبردهایی مانند الگوبرداری مقابله‌ای، شناسایی و تعدیل خودگویی‌های مضطربانه، فرایندهای آرمیدگی، آگاهی از واکنش‌های بدنی و فعالیت‌های شناختی که در مجموع بنده اصلی درمان شناختی-رفتاری هیجان‌مدار را تشکیل می‌دهند (۲۷)، به‌نظر می‌رسد در کاهش عدم تحمل ابهام کودکان و تحمل موقعیت‌های مبهم اثرگذار است.

پژوهش حاضر مانند تمام پژوهش‌ها با محدودیت‌هایی مواجه بود؛ استفاده از روش‌های خودگزارش‌دهی ممکن است سوگیری در پاسخ‌دادن به سؤالات پرسش‌نامه را به‌همراه داشته باشد. همچنین

References

1. Merikangas KR, Nakamura EF, Kessler RC. Epidemiology of mental disorders in children and adolescents. *Dialogues Clin Neurosci*. 2009;11(1):7–20. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2009.11.1/kmerikangas>
2. Macul Ferreira De Barros P, Polga N, Szejko N, Miguel EC, Leckman JF, Silverman WK, et al. Family accommodation mediates the impact of childhood anxiety on functional impairment. *J Anxiety Disord*. 2020;76:102318. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2020.102318>
3. Essau CA, Lewinsohn PM, Lim JX, R Ho MH, Rohde P. Incidence, recurrence and comorbidity of anxiety disorders in four major developmental stages. *J Affect Disord*. 2018;228:248–53. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.12.014>

4. Knowles KA, Olatunji BO. Specificity of trait anxiety in anxiety and depression: meta-analysis of the state-trait anxiety inventory. *Clin Psychol Rev.* 2020;82:101928. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2020.101928>
5. Muran EM, Motta RW. Cognitive distortions and irrational beliefs in post-traumatic stress, anxiety, and depressive disorders. *J Clin Psychol.* 1993;49(2):166–76. [https://doi.org/10.1002/1097-4679\(199303\)49:2<166::aid-jclp2270490207>3.0.co;2-6](https://doi.org/10.1002/1097-4679(199303)49:2<166::aid-jclp2270490207>3.0.co;2-6)
6. Kuru E, Safak Y, Özdemir İ, Tulacı RG, Özdel K, Özkula NG, et al. Cognitive distortions in patients with social anxiety disorder: comparison of a clinical group and healthy controls. *Eur J Psychiatry.* 2018;32(2):97–104. <https://doi.org/10.1016/j.ejpsy.2017.08.004>
7. Wang T, Li M, Xu S, Liu B, Wu T, Lu F, et al. Relations between trait anxiety and depression: a mediated moderation model. *J Affect Disord.* 2019;244:217–22. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.09.074>
8. Kong F, Wen W, Liu G, Xiong R, Yang X. Autonomic nervous pattern analysis of trait anxiety. *Biomed Signal Process Control.* 2022;71:103129. <https://doi.org/10.1016/j.bspc.2021.103129>
9. Stickel J. The relationship between trait anxiety, anxiety mindset and state anxiety [Thesis for MSc]. University of Twente; 2019.
10. Martin MM, Rubin RB. A new measure of cognitive flexibility. *Psychol Rep.* 1995;76(2):623–6. <https://doi.org/10.2466/pr0.1995.76.2.623>
11. Basten U, Stelzel C, Fiebach CJ. Trait anxiety and the neural efficiency of manipulation in working memory. *Cogn Affect Behav Neurosci.* 2012;12(3):571–88. <https://doi.org/10.3758/s13415-012-0100-3>
12. Gawda B, Szepietowska E. Trait anxiety modulates brain activity during performance of verbal fluency tasks. *Front Behav Neurosci.* 2016;10. <https://doi.org/10.3389/fnbeh.2016.00010>
13. Morris J, Firkins A, Millings A, Mohr C, Redford P, Rowe A. Internet-delivered cognitive behavior therapy for anxiety and insomnia in a higher education context. *Anxiety Stress Coping.* 2016;29(4):415–31. <https://doi.org/10.1080/10615806.2015.1058924>
14. Kaya S, Avci R. Effects of cognitive-behavioral-theory-based skill-training on university students' future anxiety and trait anxiety. *Eurasian Journal of Educational Research.* 2016;16(66):1–30. <http://dx.doi.org/10.14689/ejer.2016.66.16>
15. Dareshouri Mohammadi Z, Bosaknejad S, Sarvghad S. A survey on the effectiveness of stress management training with cognitive-behavioral group therapy approach on state/trait anxiety, pregnancy anxiety and mental health of primiparous women. *Jentashapir Journal of Health Research.* 2012;3(4):e94054. [Persian] <https://brieflands.com/articles/jjcm-94054>
16. Carleton RN. Into the unknown: a review and synthesis of contemporary models involving uncertainty. *J Anxiety Disord.* 2016;39:30–43. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2016.02.007>
17. Clarke E, Kiroopoulos LA. Mediating the relationship between neuroticism and depressive, anxiety and eating disorder symptoms: the role of intolerance of uncertainty and cognitive flexibility. *J Affect Disord Rep.* 2021;4:100101. <https://doi.org/10.1016/j.jadr.2021.100101>
18. Birrell J, Meares K, Wilkinson A, Freeston M. Toward a definition of intolerance of uncertainty: A review of factor analytical studies of the Intolerance of Uncertainty Scale. *Clin Psychol Rev.* 2011;31(7):1198–208. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2011.07.009>
19. Rassin E, Muris P. Indecisiveness and the interpretation of ambiguous situations. *Pers Individ Dif.* 2005;39(7):1285–91. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2005.06.006>
20. Buhr K, Dugas MJ. The intolerance of uncertainty scale: psychometric properties of the English version. *Behav Res Ther.* 2002;40(8):931–45. [https://doi.org/10.1016/s0005-7967\(01\)00092-4](https://doi.org/10.1016/s0005-7967(01)00092-4)
21. Bottesi G, Marchetti I, Sica C, Ghisi M. What is the internal structure of intolerance of uncertainty? a network analysis approach. *J Anxiety Disord.* 2020;75:102293. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2020.102293>
22. Watts R, Cossar J, Ferreira N. Applicability of the intolerance of uncertainty model to generalized anxiety disorder symptoms in young people. *Mediterranean Journal of Clinical Psychology.* 2021;9(2):1–20. <https://doi.org/10.13129/2282-1619/mjcp-2978>
23. Koerner N, Dugas MJ. An investigation of appraisals in individuals vulnerable to excessive worry: the role of intolerance of uncertainty. *Cogn Ther Res.* 2008;32(5):619–38. <https://doi.org/10.1007/s10608-007-9125-2>
24. Papenfuss I, Lommen MJJ, Grillon C, Balderston NL, Ostafin BD. Responding to uncertain threat: A potential mediator for the effect of mindfulness on anxiety. *J Anxiety Disord.* 2021;77:102332. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2020.102332>
25. Hewitt SN, Egan S, Rees C. Preliminary investigation of intolerance of uncertainty treatment for anxiety disorders. *Clinical Psychologist.* 2009;13(2):52–8. <https://doi.org/10.1080/13284200802702056>
26. Donegan E, Frey BN, McCabe RE, Streiner DL, Green SM. Intolerance of uncertainty and perfectionistic beliefs about parenting as cognitive mechanisms of symptom change during cognitive behavior therapy for perinatal anxiety. *Behav Ther.* 2022;53(4):738–50. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2022.02.005>
27. Zemestani M, Beheshti N, Rezaei F, Van Der Heiden C, Kendall PC. Cognitive behavior therapy targeting intolerance of uncertainty versus selective serotonin reuptake inhibitor for generalized anxiety disorder: a randomized clinical trial. *Behav Change.* 2021;38(4):250–62. <https://doi.org/10.1017/bec.2021.16>

28. Sperling J. The role of intolerance of uncertainty in treatment for pediatric anxiety disorders and obsessive-compulsive disorder. *Evid Based Pract Child Adolesc Ment Health*. 2023;8(4):429–38. <https://doi.org/10.1080/23794925.2022.2051215>
29. Setiyowati AJ. Emotion focussed cognitive behavioral therapy: an attempt to resolve emotional deficiency and strengthen cognitive behavioral therapy efficacy. In: *Proceedings of the 3rd International Conference on Education and Training (ICET 2017)* [Internet]. Atlantis Press; 2017.
30. Mennin DS, Fresco DM, Ritter M, Heimberg RG. An open trial of emotion regulation therapy for generalized anxiety disorder and cooccurring depression: research article: an open trial of emotion regulation therapy. *Depress Anxiety*. 2015;32(8):614–23. <https://doi.org/10.1002/da.22377>
31. 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(2):77–85. <https://doi.org/10.1007/s10879-006-9010-4>
32. Power M. *Emotion-focused cognitive therapy*. Chichester: John Wiley & Sons; 2010.
33. Flannery-Schroeder E, Kendall PC. *Cognitive-behavioral therapy for anxious children: therapist manual for group treatment*. Ardmore, PA: Workbook Publishing; 1996.
34. Southam-Gerow MA, Kendall PC. Emotion regulation and understanding: implications for child psychopathology and therapy. *Clin Psychol Rev*. 2002;22(2):189–222. [https://doi.org/10.1016/S0272-7358\(01\)00087-3](https://doi.org/10.1016/S0272-7358(01)00087-3)
35. Suveg C, Zeman J. Emotion regulation in children with anxiety disorders. *J Clin Child Adolesc Psychol*. 2004;33(4):750–9. https://doi.org/10.1207/s15374424jccp3304_10
36. Afshari A, Amiri SH, Neshat Dost HT, Rezaie F. Comparing effectiveness of group emotion-focused cognitive-behavioral therapy and group cognitive-behavioral therapy on children with social anxiety disorder. *Studies in Medical Sciences*. 2016;26(3):194–204. [Persian] <http://umj.umsu.ac.ir/article-1-2804-en.html>
37. Suveg C, Jones A, Davis M, Jacob ML, Morelen D, Thomassin K, et al. Emotion-focused cognitive-behavioral therapy for youth with anxiety disorders: a randomized trial. *J Abnorm Child Psychol*. 2018;46(3):569–80. <https://doi.org/10.1007/s10802-017-0319-0>
38. Kendall PC. Treating anxiety disorders in children: results of a randomized clinical trial. *J Consult Clin Psychol*. 1994;62(1):100–10. <https://doi.org/10.1037//0022-006x.62.1.100> <https://doi.org/10.1037/0022-006x.62.1.100> <https://doi.org/10.1037/0022-006x.62.1.100>
39. Mathews BL, Koehn AJ, Abtahi MM, Kerns KA. Emotional competence and anxiety in childhood and adolescence: a meta-analytic review. *Clin Child Fam Psychol Rev*. 2016;19(2):162–84. <https://doi.org/10.1007/s10567-016-0204-3>
40. Wilson Van Voorhis CR, Morgan BL. Understanding power and rules of thumb for determining sample sizes. *Tutor Quant Methods Psychol*. 2007;3(2):43–50. <http://dx.doi.org/10.20982/tqmp.03.2.p043>
41. Rifkin LS, Kendall PC. Intolerance of uncertainty in youth: psychometrics of the intolerance of uncertainty index-a for children. *J Anxiety Disord*. 2020;71:102197. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2020.102197>
42. Karbalaie M, Karimi P, Rahimi A, Derikvand F, Yazdanbakhsh K, Falahi S. Investigating the psychometric properties of the intolerance of uncertainty index-a for 10 to 13 years old primary school children. *Middle Eastern Journal of Disability Studies*. 2022;12:205. [Persian] <http://jdisabilstud.org/article-1-2977-en.html>
43. Spielberger CD, Edwards CD, Montouri J, Lushene R. *State-trait anxiety inventory for children* [Internet]. 2012. <https://doi.org/10.1037/t06497-000>
44. Abdoli N, Farnia V, Salemi S, Davarinejad O, Ahmadi Jouybari T, Khanegi M, et al. Reliability and validity of persian version of state-trait anxiety inventory among high school students. *East Asian Arch Psychiatry*. 2020;30(2):44–7. <https://doi.org/10.12809/eaap1870>