



Research Article

## The Effectiveness of Cognitive-Behavioral Therapy on Anxiety Disorders in Iranian Children and Adolescents: A Systematic Review

Vahide Javadi, M.A.<sup>1</sup> , Omid Saed, Ph.D.<sup>2,\*</sup> 

<sup>1</sup>MS student of Clinical Psychology, Department of Clinical Psychology, School of Medicine, Zanjan University of Medical Sciences, Zanjan Iran.

<sup>2</sup>Assistant professor, Department of Clinical Psychology, School of Medicine, Zanjan University of Medical Sciences, Zanjan, Iran.

\***Corresponding author:** Omid Saed, Assistant professor, Department of Clinical Psychology, School of Medicine, Zanjan University of Medical Sciences, Zanjan, Iran. E-mail: [o.saed@zums.ac.ir](mailto:o.saed@zums.ac.ir)

DOI: [10.52547/nkums.14.1.9](https://doi.org/10.52547/nkums.14.1.9)

### How to Cite this Article:

Javadi V, Saed O. The Effectiveness of Cognitive-Behavioral Therapy on Anxiety Disorders in Iranian Children and Adolescents: A Systematic Study. *J North Khorasan Univ Med Sci.* 2022;**14**(1):9-18. DOI: [10.52547/nkums.14.1.9](https://doi.org/10.52547/nkums.14.1.9)

Received: 19 Sep 2021

Accepted: 01 Feb 2022

#### Keywords:

Cognitive-Behavioral Therapy  
Anxiety Disorders  
Children and Adolescents  
Systematic Review  
Iran

#### Abstract

**Introduction:** Anxiety disorders are one of the most common disorders in childhood and adolescence. Given the consequences of these disorders on the academic, family, and social performance of children and adolescents, identifying the most effective psychological interventions for these disorders is more important. The purpose of this study is to review the studies on the effectiveness of cognitive-behavioral therapy on anxiety disorders in children and adolescents in Iran.

**Method:** In this systematic review, 54 studies from three databases, including Magiran, SID, Noormags, on the effectiveness of cognitive-behavioral therapy on anxiety disorders in children and adolescents from 2009 to 2019 in Iran were collected, and 27 studies were selected after evaluation and compliance with inclusion and exclusion criteria and the Strobe checklist. Eventually, 14 of them were studied in total and 13 in summary.

**Results:** In these studies, 1000 children and adolescents have been studied. The findings showed that in most studies, the reported effect size ranged from 0.15 to 0.48, which is a moderate effect size for the effectiveness of treatment. All the studied studies had several theoretical and methodological problems. Some of these common problems: Poor or incomplete comparison with similar previous studies, poor explanations provided for treatment effectiveness, low sample size, useless advanced statistical formulas, and lack of reference to methods, not to mention the methods of monitoring treatment. Also, in most of these studies, the principles and guidelines of the International Standard Clinical Trial were not followed.

**Conclusion:** The results of the reviewed studies indicate the low to moderate effectiveness of intervention protocols, but it seems that if the theoretical and methodological problems of these studies in Iran are resolved, a more accurate estimate of the efficacy of cognitive-behavioral therapy for anxiety disorders in children and adolescents can be made.



## اثربخشی درمان شناختی- رفتاری بر اختلال‌های اضطرابی کودکان و نوجوانان در ایران: یک مطالعه مروری سیستماتیک

وحیده جوادی<sup>۱</sup> ID، امید ساعد<sup>۲</sup> ID\*

<sup>۱</sup> دانشجوی کارشناسی ارشد روان شناسی بالینی، گروه روان شناسی بالینی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی زنجان، زنجان، ایران  
<sup>۲</sup> استادیار، گروه روان شناسی بالینی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی زنجان، زنجان، ایران

\*نویسنده مسئول: امید ساعد، استادیار، گروه روان شناسی بالینی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی زنجان، زنجان، ایران.

ایمیل: o.saed@zums.ac.ir

DOI: 10.52547/nkums.14.1.9

<b>چکیده</b>	تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۰۶/۲۸ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۱۱/۱۲
<b>واژگان کلیدی:</b> درمان شناختی رفتاری اختلال‌های اضطرابی کودکان و نوجوانان مرور سیستماتیک ایران	
<b>مقدمه:</b> اختلال‌های اضطرابی یکی از شایع‌ترین اختلال‌ها در دوره کودکی و نوجوانی هستند. با توجه به پیامد این اختلال‌ها بر عملکرد تحصیلی، خانوادگی و اجتماعی کودکان و نوجوانان، شناسایی موثرترین درمان‌ها و مداخلات روان‌شناختی در این اختلال‌ها از اهمیت به سزایی برخوردار است. در نتیجه، هدف این مطالعه، مروری بر مطالعات و پژوهش‌های انجام شده در ارتباط با اثربخشی درمان شناختی-رفتاری بر اختلال‌های اضطرابی در کودکان و نوجوانان در ایران است. <b>روش کار:</b> در این مطالعه مروری سیستماتیک ۵۴ مطالعه از سه پایگاه Noormags, SID, Magiran درمورد اثربخشی درمان شناختی-رفتاری بر اختلال‌های اضطرابی کودکان و نوجوانان در ایران از سال ۱۳۹۸-۱۳۸۸ جمع آوری شد و ۲۷ مطالعه پس از ارزیابی‌های دقیق و مطابقت با ملاک‌های ورود و خروج و چک لیست استروپ انتخاب شدند که از آنها ۱۴ مورد به صورت کامل و ۱۳ مورد به صورت خلاصه مورد مطالعه و بررسی قرار گرفتند. <b>یافته‌ها:</b> تعداد آزمودنی‌ها در این مطالعه ۱۰۰۰ نفر کودکان و نوجوانان بودند. یافته‌ها نشان داد در اکثر مطالعات اندازه اثر گزارش شده در بازه ۰/۱۵ تا ۰/۴۸ قرار داشت که اندازه اثر متوسطی برای اثربخشی درمان است. عمده مطالعات بررسی شده مشکلات نظری و روش‌شناختی متعددی داشتند. تعدادی از این مشکلات رایج شامل موارد زیر بودند: وجود ضعف‌ها و نواقصی در مقایسه نتایج با مطالعات مشابه قبلی، ضعیف بودن تبیین‌های ارائه شده، کم بودن حجم نمونه، عدم استفاده از فرمول‌های آماری پیشرفته، عدم اشاره به شیوه‌های نظارت بر اجرای درمان توسط ناظر بالینی. همچنین در اکثر این مطالعات از اصول و دستورالعمل‌های استاندارد بین المللی کارآزمایی بالینی برای ارائه دقیق نتایج و گزارش آنها پیروی نشده بود. <b>نتیجه گیری:</b> نتایج مطالعات مرور شده نشان از اثربخشی ضعیف تا متوسط پروتکل‌های مداخلاتی دارد اما به نظر می‌رسد در صورت رفع مشکلات نظری و روش‌شناختی این مطالعات در ایران، بتوان برآورد دقیق‌تری از اثربخشی درمان شناختی رفتاری برای اختلال‌های اضطرابی در کودکان و نوجوانان به دست آورد.	

### مقدمه

هیجانی منفی و مداوم قلمداد می‌کنند. از آنجا که این کودکان دچار نقص‌هایی در نظم‌دهی به هیجانات خود هستند، این امر به افزایش مشکلات بین‌فردی در این افراد منجر می‌شود. اختلال‌های اضطرابی، همبودی بالایی با سایر اختلال‌ها از جمله اختلال نقص توجه- بیش‌فعالی (حدود ۱۰/۰۴٪ همبودی)، اختلال نافرمانی مقابله‌ای (حدود ۹/۴۳٪)، و اختلال وسواس فکری- عملی (حدود ۸/۶۱٪) دارند (۵، ۶). با توجه به سیر مزمن اختلال‌های اضطرابی در دوره کودکی و نوجوانی و تداوم آنها در مسیر رشد، بنا به عوامل تأثیرگذار مشخص از جمله زمینه ژنتیکی، تاریخچه خانوادگی، اضطراب والد، نوع دلبستگی به مراقب، یادگیری، تجربه و سبک فرزندپروری، همچنین همبودی با اختلال‌های دیگر و زمینه‌ساز بودن بروز اختلال‌هایی در بزرگسالی (۷)،

اختلال‌های اضطرابی از شایع‌ترین اختلال‌های روان‌شناختی در دوره کودکی و نوجوانی هستند که شیوع آن‌ها در افراد زیر ۱۸ سال بین ۸/۳٪ تا ۲۷٪ است (۱-۳). اختلال‌های اضطرابی کودکان جزء اختلال‌های درون‌ریزی شده طبقه بندی می‌شوند. اختلال‌های درون‌ریزی شده (Internalizing)، الگوهای رفتاری ناسازگارانه‌ای هستند که بیش از آنکه اطرافیان را آزار دهند، موجب رنجش خود کودک می‌شوند (۴). هر چند وجود میزان معینی از اضطراب برای داشتن عملکرد مؤثر نیاز است، با این وجود اضطراب زیاد باعث درماندگی شده و در تکالیف مدرسه، روابط با دوستان و خانواده اختلال ایجاد می‌کند (۵). کودکان مبتلا به اختلال‌های اضطرابی به محرک‌ها واکنش شدید نشان می‌دهند که این واکنش‌ها را به عنوان حالت‌های تنشی و پاسخ‌های

برای جلوگیری از عواقب ناگوار درازمدت در این اختلال ضروری است (۲۰).

برنامه‌های درمانی زیادی برای درمان اختلال‌های اضطرابی کودکان وجود دارد که اغلب آنها اساس شناختی رفتاری دارند. از آنجا که در حوزه اختلال‌های اضطرابی و به‌خصوص در مورد کودکان و نوجوانان درمان انتخابی و شواهدمحور در ادبیات پژوهشی درمان شناختی و رفتاری است در این مطالعه نیز این درمان مدنظر قرار گرفته شده است. تأثیر درمان شناختی-رفتاری بر کاهش نشانه‌های اضطراب در کودکان در پژوهش‌ها به‌خوبی نشان داده شده است (۸، ۲۱-۲۳).

فرض اساسی درمان شناختی-رفتاری این است که احساس و رفتار تا حد زیادی محصول شناخت هستند، بنابراین با مداخله‌های شناختی-رفتاری می‌توان تغییراتی در تفکر ایجاد کرد (۲۴). در این درمان از دو راهبرد شناختی از قبیل کشف تحریف‌های شناختی و افکار اضطراب‌زا، بازسازی شناختی و تقویت خودگویی‌های مقابله‌ای ثمربخش و راهبرد رفتاری از قبیل الگوبرداری، مواجهه‌سازی، ایفای نقش، آرام‌سازی عضلانی، آموزش مهارت‌های مقابله‌ای و افزایش خودکنترلی و خودکارآمدی استفاده می‌شود (۲۴، ۲۵). همانطور که اشاره شد در درمان شناختی-رفتاری، درمانگر به کودک مهارت‌های مقابله‌ای را آموزش می‌دهد و موقعیت‌هایی را برای او مهیا می‌کند تا این مهارت‌های مقابله‌ای را تمرین کند. این مهارت‌ها عواملی حمایت‌کننده در اختلال‌های اضطرابی کودکان هستند. تکنیک‌های متنوعی در درمان شناختی-رفتاری استفاده می‌شود از جمله: آموزش به کودک و والدین درباره اضطراب، تمرین‌های آرمیدگی عضلانی پیش‌رونده، تکنیک‌های تنفس عمیق، به چالش طلبیدن افکار اضطراب برانگیز (بازسازی شناختی)، قرار دادن کودک در معرض موقعیت‌های اضطراب برانگیز (رویارویی)، جلوگیری از عود (مانند جلسات انگیزشی و همکاری با والدین و مدرسه (۲۶، ۲۷). درمان اضطراب در کودکی نه تنها نشانه‌های اضطرابی را کاهش می‌دهد، بلکه به درمان نشانه‌های افسردگی و رفتارهای بیرونی‌سازی در کودک تعمیم پیدا می‌کند و در نتیجه عملکرد سازگارانه کودک را تقویت می‌کند.

نتیجه یک فراتحلیل نشان داد که میانگین اندازه اثر درمان‌های روان‌شناختی برای کودکان مبتلا به اضطراب اجتماعی برابر است با اندازه اثر برای کل مطالعات (۰/۳۲)، اندازه اثر برای درمان‌های شناختی رفتاری (۰/۲۴) و اندازه اثر برای اصلاح سوگیری‌های تعبیری (۰/۴۸). به عبارتی نتایج این مطالعه بیان می‌کند که درمان‌های روان‌شناختی در کاهش اضطراب اجتماعی کودکان و نوجوانان مؤثر است و اندازه اثر اصلاح سوگیری‌های تعبیری بیشتر از درمان‌های شناختی-رفتاری است (۲۰). جهت درمان اختلال‌های اضطرابی پروتکل‌های درمانی متعددی وجود دارد. مقالات بررسی شده در این مطالعه از برخی از این پروتکل‌ها از جمله: پروتکل گریه مقابله‌گر (۲۸)، درمان شناختی-رفتاری گروهی (CBGT) (۲۹)، بسته درمانی ایجاد اطمینان، روش درمان شناختی-رفتاری با رویکرد واحد پردازش‌ای (۳۰) و روش شناختی-درمانی مایکنبام (۳۱) استفاده کرده‌اند. بررسی مطالعات ایرانی در زمینه درمان شناختی رفتاری برای اختلال‌های اضطرابی در کودکان و نوجوانان می‌تواند دیدی جامع از میزان اثربخشی این درمان در ایران، نوع پروتکل‌های استفاده شده، مشکلات روش‌شناختی مطالعات فراهم آورد و چارچوبی برای انجام پژوهش‌های کارآمدتر در آینده ارائه کند. بنابراین هدف این مطالعه، بررسی اثربخشی درمان شناختی-رفتاری بر

اهمیت تشخیص و درمان آن را در دوران کودکی و نوجوانی برجسته‌تر می‌کند. شایع‌ترین اختلال‌های اضطرابی در این گروه سنی اختلال اضطراب فراگیر، اختلال اضطراب جدایی و اختلال اضطراب اجتماعی هستند (۲، ۸).

مشخصه اصلی اختلال اضطراب فراگیر اضطراب مداوم، نگرانی کنترل‌ناپذیر است که در طول مدت ۶ ماه، در اکثر روزها دیده می‌شود (۹). علائم اختلال اضطراب فراگیر عبارتند از بی‌قراری، پرخاشگری، انقباض عضلانی، خستگی و آشفتگی‌های خواب و اشکال در تمرکز (۱۰). این اختلال به لحاظ نقش مهم نگرانی در ایجاد پردازش هیجانی ناکارآمد، مورد توجه زیاد قرار گرفته است. بارلو (۲۰۰۴) در تبیین سبب شناسی این اختلال بر دو عامل اصلی آسیب‌پذیری روان‌شناختی عمومی (General P sychological Vulnerability) و آسیب‌پذیری زیستی عمومی (General biological vulnerability) اشاره می‌کند (۱۱). در آسیب‌پذیری روان‌شناختی به عامل کنترل‌ناپذیری اشاره می‌شود. ادراک کنترل‌ناپذیری باعث شکل‌گیری باور مبتنی بر عدم توانایی در تأثیرگذاری بر وقایع می‌شود. چنین باورهایی افراد را مستعد ابتلا به اختلال‌های اضطرابی می‌کنند. از طرف دیگر، رفتار ناهمخوان والدین منجر به کاهش توانایی کودک در پیش‌بینی واکنش‌های والدین می‌شود و در نهایت به بازداری رفتاری کودکان می‌انجامد. نقص در کنترل تهدیدات بیرونی و یا نقص در کنترل تهدیدات درونی مشکل اصلی در هنگام اضطراب است (۱۲-۱۴).

اختلال اضطراب کلاسیک دوران کودکی، که به نام اختلال اضطراب جدایی یا دلبستگی شناخته شده است، شیوعی حدود ۶ تا ۱۸ درصد دارد. این اختلال کودک را مستعد اختلال اضطرابی در نوجوانی و اوایل بزرگسالی می‌کند (۱۵). نتایج مطالعات طولی درباره اضطراب جدایی کودکان بین ۱/۵ تا ۶ سال نشان داد اغلب کودکان مبتلا به اختلال اضطراب جدایی به تدریج در سنین ۴-۵ سالگی بهبود می‌یابند (۱۶). اما عواملی مانند اضطراب و افسردگی مادر در دوران بارداری و بیکاری والدین باعث تداوم این اختلال می‌شود که در صورت عدم درمان تا سنین بزرگسالی ادامه پیدا می‌کند با توجه به این موارد تأکید بر جلوگیری از تداوم و رشد اختلال اضطراب جدایی تا سنین قبل از مدرسه ضرورت می‌یابد (۱۰). این اختلال که اغلب با افسردگی و اختلال‌های برون‌سازی شده و با شروع زودرس در دوران کودکی مشخص می‌شود، بدون درمان مناسب ممکن است در طول زمان منجر به اختلال‌های اضطرابی دیگر و عملکرد منفی در جنبه‌های مختلف زندگی بزرگسالی گردد.

اختلال اضطراب اجتماعی از اوایل سن ۸ سالگی شروع می‌شود، تظاهرات بالینی و پیامدهای مخرب این اختلال در دوره کودکی به مرور پدیدار می‌شوند و در اوایل یا میانه نوجوانی شدت پیدا می‌کند (۱۷). تقریباً ۷۵٪ افراد علائم را بین سنین ۸-۱۵ سالگی تجربه می‌کنند (۱۸). شیوع دوازده ماهه این اختلال در کودکان و نوجوانان مانند بزرگسالان حدود ۷ درصد است (۱۹). اختلال اضطراب اجتماعی با سایر اختلال‌های اضطرابی و خلقی، رفتارهای مخرب و اختلال خوردن همبودی بالایی دارد. بطوری که تحقیقات نشان داده ۸۱٪ افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی، اختلال دیگری نیز دارند. افسردگی یکی از رایج‌ترین اختلال‌های روانی است که همبودی بالایی با اختلال اضطراب اجتماعی در میان نوجوانان دارد. بنابراین مداخله زود هنگام

گزارش اثر بخشی آنها، معیارهای خروج از مطالعه: مقالاتی که براساس چک لیست استروپ نمره کیفیت پایینی می‌گرفتند.

### ارزیابی کیفیت مقالات

برای ارزیابی کیفیت مقالات از چک لیست استروپ استفاده شد. این ابزار دارای ۲۲ سؤال یا محتوای کلی است که ۱۸ مورد عمومی هستند و در عمده مطالعات، از جمله مطالعات مشاهده‌ای اعم از کوهورت، مقطعی و مورد شاهد کاربرد دارد. ۴ سؤال آن نیز بسته به مطالعه متفاوت است. در این مطالعه به هر سؤال یا محتوای چک لیست نمره صفر یا یک تعلق گرفت. مقالاتی که نمره مساوی و کمتر از ۷/۵ دریافت می‌کردند (۳۲)، از کیفیت پایین برخوردار بودند و از مطالعه خارج شدند. مقالات به ترتیب تناسب دقیق با موضوع و اهمیت آنها مرتب شدند و بخش‌های مختلف مورد استفاده جدا شدند و خلاصه‌ای از آنها فیش‌برداری دقیق شد. نویسندگان مقاله حاضر نقاط ضعف و قوت مقالات را بررسی کرده و در نهایت به یک دید جامع از نتایج دست می‌یافتند. مقالات پژوهشی که از روش‌شناسی مطلوبی برخوردار بودند، مانند ابزارهای مناسب، حجم نمونه مکفی و نتایج کمی انتخاب شدند. پس از بررسی تمام مقالات (۵۴ مقاله) ۲۷ مقاله حذف شد و ۱۳ مقاله دیگر به دلیل اینکه فایل کامل آنها در دسترس نبود، از بررسی نهایی کنار گذاشته شدند. در نهایت ۲۷ مقاله برای تحلیل نهایی باقی ماندند که از آنها ۱۴ مقاله بصورت کامل مورد مطالعه قرار گرفت و ۱۳ مقاله بصورت خلاصه مورد مطالعه قرار گرفت (نمودار ۱).

### استخراج داده‌ها

خصوصیات ویژه پژوهش براساس چک لیستی که نویسندگان طراحی کردند، استخراج گردید. این چک لیست شامل عنوان، سال مطالعه، نوع مطالعه و مهم‌ترین نتایج بود. نویسنده براساس ملاک‌های ورود و خروج به بررسی داده‌ها پرداخت.

اختلال‌های اضطرابی کودکان و نوجوانان در ایران و در قالب یک مطالعه مروری سیستماتیک بود.

### روش کار

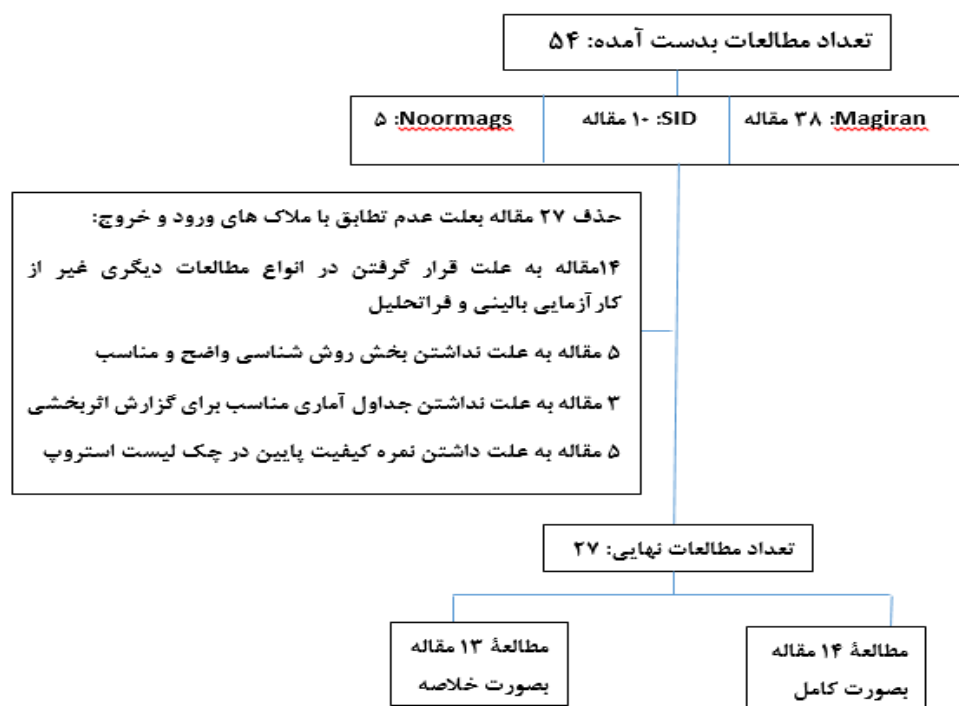
مطالعه مروری سیستماتیک حاضر در سال ۱۳۹۸ با هدف بررسی اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر اختلال‌های اضطرابی کودکان در مطالعات انجام شد و بر اساس مراحل زیر انجام شده است:

### روش جستجو

مقالات استفاده شده در این مطالعه از میان مقالات منتشر شده در مجلات علمی-پژوهشی فارسی که در پایگاه‌های SID, Magiran, Noormags در سال ۱۳۸۸-۱۳۹۸ نمایه شده‌اند، استخراج شده است. لازم به ذکر است تمامی مقالات انتخاب شده به طور کامل مستخرج از پایان نامه‌هایی بودند که در پایگاه Irandoc ثبت شده‌اند. در جستجو از ترکیب کلید واژه‌هایی همچون «درمان شناختی رفتاری»، «اختلال‌های اضطرابی»، «کودکان و نوجوانان»، «مرور سیستماتیک» و «ایران» استفاده شد. مقالات چاپ شده در ژورنال‌های انگلیسی زبان با کلیدواژه‌های مذکور در جمعیت ایرانی یافت نشد و از طرفی در مورد مقالات سمینارها و کنفرانس‌ها به دلیل عدم اطمینان از داوری این مطالعات و همچنین عدم دسترسی به متن کامل این مقالات این مطالعات ملاک مدنظر در پژوهش نبود. جامعه آماری این مطالعه شامل کلیه مطالعاتی بودند که در زمینه اثر بخشی درمان شناختی-رفتاری بر اختلال‌های اضطرابی کودکان و نوجوانان در ایران انجام شده بود. در این پژوهش محدودیت زمانی خاصی در نظر گرفته نشد.

### شرایط ورود و خروج به مطالعه

معیارهای ورود: (۱) دسترسی به نسخه کامل مطالعات (۲) داشتن بخش روش‌شناسی واضح و مناسب در مطالعات (۳) داشتن جداول آماری برای



نمودار ۱. دیاگرام ورود سیستماتیک مقالات به مطالعه

## یافته‌ها

از میان ۱۴ (نمودار ۱) مطالعه‌ای که بصورت کامل مورد بررسی قرار گرفت، جامعه هدف شامل ۹ مطالعه در حیطه کودکان، ۴ مطالعه در حیطه نوجوانان و یکی از مطالعات در حیطه کودکان و نوجوانان بودند. ۵ مطالعه منحصراً اثر درمان شناختی-رفتاری را بر اختلال اضطراب فراگیر مورد مطالعه قرار دادند، ۴ مطالعه اثر این درمان را بر اختلال اضطراب اجتماعی و تنها یک مطالعه بر اضطراب جدایی کودکان و ۴ مطالعه اثر درمان را بر کاهش اضطراب و اختلال‌های اضطرابی مورد بررسی قرار دادند. در ۷ مطالعه پروتکل درمانی کپینگ کت (Coping Cat) مورد استفاده قرار گرفته بود و ۵ نوع پروتکل مختلف در مطالعات دیگر استفاده شده بود، لازم به ذکر است در ۲ مطالعه از پروتکل مشخصی استفاده نشده بود (جدول ۱).

مطالعه اول (۲۷) به بررسی تأثیر رفتار درمانی-شناختی در کاهش اضطراب دختران نوجوان با اختلال اضطراب فراگیر پرداخته بود. نتیجه مطالعه نشان داد که اضطراب نوجوانان گروه آزمایش، بعد از درمان شناختی - رفتاری به‌طور معناداری کاهش یافته است و بنابراین این درمان اثربخش بوده است.

مطالعه دوم (۳۳) تأثیر درمان شناختی-رفتاری خانواده محور در کاهش اضطراب کودکان مبتلا به اختلال‌های اضطرابی را بررسی کرده است. نتایج مطالعه نشان داد که درصد‌های بهبودی درمان در افزایش توانایی مقابله‌ای کودکان به گزارش کودکان برای سه کودک مورد بررسی ۹۴/۵۲، ۳۸/۳۱، ۷۲/۲۲ و درصد بهبودی در پیگیری یک ماهه ۸۶، ۴۱ و ۶۰ است.

مطالعه سوم (۱۴) اثر بخشی گروه درمانی شناختی-رفتاری هیجان مدار (ECBT) و گروه درمانی شناختی-رفتاری (CBT) بر اختلال اضطراب اجتماعی کودکان را مقایسه کرده است. نتایج این مطالعه نشان داد که هر دو درمان در مقایسه با گروه گواه بر کاهش علائم اضطراب اجتماعی و متغیر تنظیم نایافتگی غم کودکان مبتلا تأثیرگذار بودند اما در نمرات تنظیم نایافتگی غم، در پیگیری سه ماه بعد تنها درمان هیجان مدار در مقایسه با گروه گواه در کاهش تنظیم نایافتگی غم مؤثر بود؛ در واقع اثرات تغییر درمان (ECBT) در طول زمان بر این متغیر پایدار بوده است. همچنین در این مطالعه در متغیرهای بازداری خشم و غم و مقابله مؤثر با خشم و غم، تنها درمان هیجان مدار بر متغیر وابسته تأثیرگذار بود.

مطالعه چهارم (۶) که اثر بخشی گروه درمانی شناختی-رفتاری در افزایش ادراک کنترل اضطراب دختران ۱۱ تا ۱۳ ساله مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر را مورد بررسی قرار داده، نشان داد، درمان شناختی-رفتاری بر اساس راهنمای درمانی کپینگ کت در افزایش ادراک کنترل هیجان و استرس تأثیرگذار بوده است، اما بر کنترل تهدید تأثیر چندانی نداشته است. اندازه اثر درمان بر کنترل هیجان و کنترل تهدید و کنترل استرس به ترتیب ۰/۰۱۱/۲۵، ۰/۰۲۹، ۰/۰۲۹ بود.

مطالعه پنجم (۸) به بررسی اثر بخشی درمان شناختی-رفتاری مبتنی بر برنامه‌ی (Coping cat) در کاهش اضطراب کودکان ۸ تا ۱۰ ساله پرداخته بود. طبق یافته‌ها، اندازه اثر گروه درمان ۲/۳ و اندازه اثر گروه انتظار ۰/۲۶ برآورد شد. براساس این برآوردها تغییرات ۷۰-۸۰ درصد آزمودنی‌ها از نظر بالینی معنادار بود.

مطالعه شش (۲۶) تأثیر برنامه درمانی گریه مقابله‌گر بر کاهش نشانه‌های اختلال اضطرابی در کودکان را بررسی کرده است. طبق یافته‌ها اندازه اثر برای متغیر اضطراب اجتماعی ۰/۳۳، اضطراب جدایی ۰/۳۳، ترس از آسیب ۰/۲۸، نشانه‌های جسمانی ۰/۳۲ بودند.

مطالعه هفتم (۳۴) به بررسی اثر بخشی درمان شناختی-رفتاری متمرکز بر واحد پردازش‌های (MCBT) بر کاهش علائم اضطراب جدایی کودکان ۶ و ۷ ساله پرداخته است. نتایج این مطالعه نشان داد میانگین نمره اضطراب گروه کنترل برای پسران ۹ و برای درمان شناختی-رفتاری با رویکرد واحد پردازش‌های برابر ۴/۵ است و میانگین نمره گروه کنترل برای دختران ۱۰/۵۵۸ و برای گروه درمان ۵/۰۶۳ می‌باشد. همینطور ضریب جزئی مربع اتا، ۰/۴۰۹ گزارش شد.

مطالعه هشتم (۶) اثر بخشی گروه درمانی شناختی-رفتاری در درمان کودکان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر را مطالعه کرده است. نتایج نشان داد گروه درمانی شناختی-رفتاری در کاهش نگرانی، اصلاح طحاره‌های ناسازگار، متغیر نقص و بهبود روابط خانوادگی مؤثر است. شاخص مجذور اتا برای اضطراب فراگیر ۰/۲۹ گزارش شده بود.

مطالعه نهم (۲۰) فراتحلیلی از درمان‌های روان شناختی بر کاهش اختلال اضطراب اجتماعی در کودکان و نوجوانان بود. نتایج این مطالعه نیز نشان داد اندازه اثر برای درمان‌های شناختی-رفتاری ۰/۲۴ و اندازه اثر برای اصلاح سوگیری‌های تعبیری ۰/۴۸ است. بنابراین این گونه نتیجه‌گیری شده بود که درمان‌های روان‌شناختی در کاهش اضطراب اجتماعی کودکان و نوجوانان مؤثر است.

مطالعه دهم (۱۰) به بررسی اثر بخشی درمان گروهی شناختی-رفتاری در میزان اضطراب و خستگی‌پذیری دختران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر پرداخته است. نتایج این مطالعه نشان داد که این درمان بر میزان اضطراب آزمودنی‌ها تأثیرگذار بوده اما بر مؤلفه خستگی‌پذیری تأثیری نداشته است. همچنین تفاوت معناداری در میزان خستگی‌پذیری بین دو گروه آزمایش و کنترل در سه سطح اندازه‌گیری وجود نداشت.

مطالعه یازدهم (۳۵) اثر بخشی درمان شناختی-رفتاری بر اضطراب اجتماعی و کنترل قند خون کودکان مبتلا به دیابت ملیتوس نوع یک را مطالعه کرده است. نتایج مطالعه نشان داد درمان شناختی-رفتاری با توجه به میانگین مؤلفه‌های اضطراب اجتماعی گروه آزمایش در پس‌آزمون نسبت به میانگین گروه کنترل، موجب کاهش اضطراب اجتماعی گروه آزمایش شده است. میزان تأثیر برابر با ۰/۲۰ بود.

مطالعه دوازدهم (۳۶) به بررسی اثر بخشی قصه درمانی مبتنی بر رویکرد شناختی-رفتاری بر اضطراب دانش آموزان دختر دبستانی پرداخته است. در این مطالعه قصه‌درمانی توانست است اضطراب فراگیر و اضطراب اجتماعی را بطور معناداری کاهش دهد. شاخص ضریب اتا برای اضطراب فراگیر ۰/۴۹ و برای اضطراب اجتماعی ۰/۳۲ بود.

مطالعه سیزدهم (۳۷) اثر درمان شناختی-رفتاری گروهی بر اضطراب اجتماعی دختران دانش آموز را بررسی کرده است. بنابر یافته‌های این مطالعه با ۹۹ درصد اطمینان فرضیه پژوهش مبنی بر اثر بخشی درمان شناختی-رفتاری گروهی بر اضطراب اجتماعی تأیید شد.

مطالعه چهاردهم (۳۸) به بررسی اثر بخشی درمان شناختی-رفتاری گروهی بر بهبود کیفیت زندگی و عملکرد تحصیلی دانش آموزان پسر مقطع راهنمایی مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر پرداخته است. از آنجا که اختلال اضطراب فراگیر در کودکان و نوجوانان به عملکرد تحصیلی

و کیفیت زندگی است که در این مطالعه مد نظر بوده‌اند. نتایج مطالعه نیز نشان داد که درمان شناختی-رفتاری گروهی بر کیفیت زندگی و مؤلفه‌های آن موثر است و همچنین این درمان بر عملکرد تحصیلی این دانش‌آموزان اثر مثبت داشته است.

ضعیف و مشکلات روان‌شناختی مانند افسردگی و سوءمصرف مواد منجر می‌شود. همینطور کیفیت زندگی افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر بواسطه ویژگی‌های این افراد نظیر معیارها و استانداردهای خود خواسته و دشوار، خودکارآمدی، عزت‌نفس پایین و اضطراب پایین‌تر است. بنابراین دو متغیر مهم در ارتباط با این نوجوانان عملکرد تحصیلی

جدول ۱. مشخصات مطالعات وارد شده به مرور سیستماتیک

ردیف	عنوان	سال و نوع مقاله	نویسندگان	نتایج	پروتکل
۱	تأثیر رفتار درمانی-شناختی در کاهش اضطراب دختران نوجوان با اختلال اضطراب فراگیر	کارآزمایی بالینی (۱۳۸۸)	علیرضایی و اسدی	نتایج پژوهش نشان داد که درمان شناختی-رفتاری باعث کاهش اضطراب دختران گروه آزمایش می‌شود.	_____
۲	تأثیر درمان شناختی-رفتاری خانواده محور در کاهش اضطراب کودکان مبتلا به اختلال‌های اضطرابی	مطالعه موردی (۱۳۹۲)	علیلو و همکاران	نتایج پژوهش نشان داد که درصدهای بهبودی درمان در افزایش توانایی مقابله‌ای کودکان به گزارش کودکان برای سه کودک مورد بررسی ۰/۹۴/۵۲، ۰/۳۸/۳۱، ۰/۷۲/۲۲، و درصد بهبودی در پیگیری یک ماهه ۸۶، ۴۱ و ۶۰ بدست آمده است.	بسته درمانی ایجاد اطمینان وود
۳	مقایسه اثر بخشی گروه درمانی شناختی-رفتاری هیجان‌مدار (ECBT) و گروه درمانی شناختی-رفتاری (CBT) بر اختلال اضطراب اجتماعی کودکان	کارآزمایی بالینی (۱۳۹۴)	افشاری و همکاران	نتایج یافته‌ها نشان داد هر دو درمان در مقایسه با گروه گواه بر کاهش علائم اضطراب اجتماعی و تنظیم نایافتگی غم کودکان مبتلا تأثیرگذار بودند. در نمرات تنظیم نایافتگی غم، در پیگیری سه ماه بعد تنها درمان هیجان‌مدار در مقایسه با گروه گواه منجر به کاهش نمرات این متغیر شده بود. در متغیرهای بازداری خشم و غم و مقابله موثر با خشم و غم تنها درمان هیجان‌مدار بر متغیر وابسته تأثیرگذار بود.	راهنمای درمانی کپی‌نگ کت
۴	اثر بخشی گروه درمانی شناختی-رفتاری در افزایش ادراک کنترل اضطراب دختران ۱۱-۱۳ ساله دچار اختلال اضطراب فراگیر	کارآزمایی بالینی (۱۳۹۲)	غمخوار فرد و همکاران	راهنمای درمانی کوپینگ کت در افزایش ادراک کنترل هیجان و استرس تأثیرگذار بوده، اما بر کنترل تهدید تأثیر چندانی نداشته است. اندازه اثر خرده مقیاس‌های کنترل هیجان و کنترل تهدید و کنترل استرس به ترتیب ۰/۱۱/۲۵، ۰/۰/۲۹، ۰/۰/۲۹ است.	راهنمای درمانی کپی‌نگ کت
۵	بررسی اثر بخشی درمان شناختی-رفتاری مبتنی بر برنامه‌ی (Coping cat) در کاهش اضطراب کودکان ۸-۱۰ ساله	کارآزمایی بالینی (۱۳۹۴)	ضرغامی و همکاران	بر اساس یافته‌ها اندازه اثر گروه درمان ۲/۳ و اندازه اثر گروه انتظار ۰/۲۶ برآورد شد. بر اساس این برآوردها تغییرات ۷۰-۸۰ درصد آزمودنی‌ها از نظر بالینی معنادار می‌باشد که از تأثیرگذاری این روش درمان اطلاع می‌دهد.	راهنمای درمانی کپی‌نگ کت
۶	تأثیر برنامه درمانی گربه مقابله‌گر بر کاهش نشانه‌های اختلال اضطرابی در کودکان	کارآزمایی بالینی (۱۳۹۷)	شکری و میرحسینی و همکاران	یافته‌ها حاکی از آن است که این برنامه درمانی تأثیر معناداری روی کاهش نشانه‌های اضطرابی کودکان دارای اختلال اضطراب داشته است. اندازه اثر برای متغیر اضطراب اجتماعی (۰/۳۳)، اضطراب جدایی (۰/۳۳)، ترس از آسیب (۰/۲۸)، نشانه‌های جسمانی (۰/۳۲) بودند.	راهنمای درمانی کپی‌نگ کت
۷	اثر بخشی درمان شناختی-رفتاری متمرکز بر واحد پردازش‌های (MCBT) بر کاهش علائم اضطراب جدایی کودکان ۶ و ۷ ساله	کارآزمایی بالینی (۱۳۹۴)	عباسی و همکاران	یافته‌ها نشان داد که درمان مؤثر بوده، ضریب جزئی مربع اتا ۰/۴۰۹ روش درمان شناختی-رفتاری با رویکرد واحد پردازش‌ای ایسن و سیلورمن	روش درمان شناختی-رفتاری با رویکرد واحد پردازش‌ای ایسن و سیلورمن
۸	اثر بخشی گروه درمانی شناختی-رفتاری در درمان کودکان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر	کارآزمایی بالینی (۱۳۹۲)	بختیاری و همکاران	نتایج نشان داد گروه درمانی شناختی-رفتاری در کاهش نگرانی، اصلاح طرحواره‌های ناسازگار، متغیر نقص و بهبود روابط خانوادگی مؤثر است. شاخص مجذور اتا برای اضطراب فراگیر ۰/۲۹ است.	راهنمای درمان کپی‌نگ کت
۹	فرا تحلیل درمان‌های روان‌شناختی بر کاهش اختلال اضطراب اجتماعی در کودکان و نوجوانان	فرا تحلیل (۱۳۹۶)	جهان‌بخشی و همکاران	طبق یافته‌ها، اندازه اثر برای درمان‌های شناختی-رفتاری ۰/۲۴/٪ و اندازه اثر برای اصلاح سوگیری‌های تعبیری ۰/۴۸/٪ قابل توجه است. این به این معنی است که درمان‌های روان‌شناختی در کاهش اضطراب اجتماعی کودکان و نوجوانان مؤثر است.	_____
۱۰	بررسی اثر بخشی درمان گروهی شناختی-رفتاری در میزان اضطراب و خستگی‌پذیری دختران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر	کارآزمایی بالینی (۱۳۹۸)	غمخوار فرد و همکاران	با توجه به یافته‌ها تفاوت معناداری در میزان خستگی‌پذیری بین دو گروه آزمایش و کنترل در سه سطح اندازه‌گیری وجود ندارد. این درحالی است که در میزان اضطراب تجربه شده، تفاوت معناداری بین دو گروه آزمایش و کنترل در سه سطح اندازه‌گیری وجود دارد. شاخص مجذور اتا برای اثرمداخله درمورد پرسشنامه‌های BPS و RCMAS در تغییرات درون-آزمودنی‌ها به ترتیب ۰/۱۷ و ۰/۳۱ است. شاخص مجذور اتا برای تغییرات بین-آزمودنی‌ها در پرسشنامه‌های BPS و RCMAS به ترتیب ۰/۱۴ و ۰/۱۰ است.	راهنمای درمانی کپی‌نگ کت



۱۱	اثر بخشی درمان شناختی-رفتاری بر اضطراب اجتماعی و کنترل قند خون کودکان مبتلا به دیابت ملیتوس نوع یک	کارآزمایی بالینی (۱۳۹۵) و همکاران	محمدزاده فراهانی	درمان شناختی-رفتاری با توجه به میانگین مؤلفه‌های اضطراب اجتماعی گروه آزمایش در پس‌آزمون نسبت به میانگین گروه کنترل، موجب کاهش	راهنمای درمانی کپی‌نگ کت
اضطراب اجتماعی گروه آزمایش شده است. میزان تأثیر با تفاوت برابر با ۰/۲۰ است.					
۱۲	اثر بخشی قصه درمانی مبتنی بر رویکرد شناختی-رفتاری بر اضطراب دانش آموزان دختر دبستانی	کارآزمایی بالینی (۱۳۹۵) و خواجه ایمنیان	شهبازی زاده و	یافته‌ها نشان داد که قصه‌درمانی توانست اضطراب فراگیر و اضطراب اجتماعی را بطور معناداری کاهش دهد. شاخص ضریب اتا برای اضطراب فراگیر ۰/۴۹ و برای اضطراب اجتماعی ۰/۳۲ است.	روش شناختی درمانی مایکنبام
۱۳	اثر درمان شناختی-رفتاری گروهی بر اضطراب اجتماعی دختران آموز	کارآزمایی بالینی (۱۳۹۰) و همکاران	رحمانیان	بنابر یافته‌های این مطالعه با ۹۹ درصد اطمینان فرضیه پژوهش مبنی بر اثر بخشی درمان شناختی-رفتاری گروهی بر اضطراب اجتماعی تأیید می‌شود.	درمان شناختی-رفتاری گروهی (CBGT) هیمبرگ و بکر
۱۴	اثر بخشی درمان شناختی-رفتاری گروهی بر بهبود کیفیت زندگی و عملکرد تحصیلی دانش آموزان پسر مقطع راهنمایی مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی منتشر	کارآزمایی بالینی (۱۳۹۰) و همکاران	نریمانی	درمان شناختی-رفتاری گروهی موجب کاهش اضطراب اجتماعی منتشر دانش-آموزان گروه آزمایش شده است. بین دانش‌آموزان گروه آزمایش و گروه گواه از لحاظ کیفیت زندگی و مؤلفه‌های آن تفاوت معناداری مشاهده می‌شود (۷۰/۲۷۸ و $p < ۰/۰۰۱$ ). یعنی روش درمان شناختی-رفتاری گروهی موجب افزایش کیفیت زندگی و مؤلفه‌های آن در دانش-آموزان گروه آزمایش شده است.	درمان شناختی-رفتاری گروهی (CBGT) هیمبرگ و بکر

## بحث

باتوجه به شیوع بالا و پایدار اختلال‌های اضطرابی در دوران کودکی و نوجوانی، ارتباط آنها با نقص عملکرد اجتماعی و تحصیلی، پیشگیری موثر و به هنگام و برنامه‌های مداخله‌ای برای این گروه ویژه از کودکان اهمیت زیادی دارد (۱). از آنجا که یکی از رویکردهای مهم درمانی در حیطه اختلال‌های اضطرابی درمان شناختی-رفتاری است، بنابراین هدف این مطالعه این بود که مروری سیستماتیک بر مطالعات انجام شده در ارتباط با تأثیر این درمان بر بهبود اختلال‌های اضطرابی کودکان و نوجوانان در ایران انجام دهد. از ۱۴ مقاله‌ای که در این مطالعه مرور شد، ۶ مطالعه (که شامل مطالعه‌های شماره ۳، ۴، ۸، ۱۰، ۱۳، ۱۴ در جدول است) اثر بخشی گروه درمانی شناختی-رفتاری را بر اختلال‌های اضطرابی و علائم اضطراب بررسی کرده‌اند. نتایج این مطالعات با یکدیگر همسو بوده و در اثر بخشی گروه درمانی شناختی-رفتاری بر اضطراب توافق دارند. بقیه مطالعات (مطالعه‌های شماره ۱، ۲، ۵، ۶، ۷، ۹، ۱۱، ۱۲ در جدول) تأثیر درمان شناختی-رفتاری انفرادی را مورد بررسی قرار دادند. در نیمی از مطالعات (مطالعه‌های شماره ۳، ۴، ۵، ۶، ۸، ۱۰، ۱۱ در جدول) پروتکل درمانی (Coping Cat) مورد استفاده قرار گرفته بود. تمامی مطالعات بررسی شده از اثر بخشی این درمان خبر دادند و گستره اندازه اثر اکثر مطالعات در محدوده ۰/۱۵ تا ۰/۴۸ قرار داشتند و تفاوت‌زیادی میان آنها وجود نداشت.

**مشکلات روش‌شناختی و نظری مطالعات:** در این بخش به برخی از مشکلات مطالعات بررسی شده در ایران پرداخته می‌شود و در گام بعدی با جزئیات بیشتری هر مطالعه به طور مجزا بررسی می‌شود. عمده‌ترین این مشکلات شامل موارد زیر هستند:

### مشکلات روش‌شناختی

(۱) عدم اشاره به جامعه پژوهش یا معرف بودن آن برای انتخاب نمونه  
 (۲) عدم اشاره به شیوه‌های برآورد حجم نمونه (۳) کم بودن حجم نمونه  
 (۴) توضیح ناکافی و غیرشفاف درباره شیوه نمونه‌گیری (۵) عدم اشاره به ضریب اتا در جداول آماری (۶) عدم استفاده از فرمول‌های آماری

پیشرفته‌تر (۷) اشاره به نمرات گزارش شده برای متغیر کلی (همچون اضطراب) صرفنظر از نمرات اثربخشی خرده‌مقیاس‌های آن متغیر (۸) اشاره نکردن به کورسازی و شیوه‌های کورسازی (۹) نبود گروه کنترل در درمان‌های مقایسه‌ای یا ترکیبی (۱۰) پایا نبودن ابزارهای مورد استفاده (۱۱) دوره‌های کوتاه پیگیری (۱۲) توضیح ندادن در مورد آموزش درمانگران (۱۳) اشاره ناکافی به شیوه‌های نظارت بر اجرای درمان توسط ناظر بالینی (۱۴) عدم اشاره به تعداد درمانگران و سابقه علمی و تجربی روان‌درمانی آن‌ها (۱۵) نادیده گرفتن و عدم توجه به متغیرهای جمعیت‌شناختی در گمارش و تحلیل‌های استنباطی (۱۶) استفاده از جداول و گراف‌های نامناسب، زیاد و نامرتب (۱۷) عدم استفاده از روش‌های گمارش تصادفی مناسب (۱۸) عدم استفاده از مصاحبه کلینیکی برای ارزیابی اختلال‌های کودکان و نوجوانان و صرفاً استفاده از پرسشنامه (۱۹) عدم اشاره به پروتکل درمانی مورد استفاده (۲۰) عدم توجه به والدین در ارزیابی، درمان و پیگیری اثربخشی آن در گروه‌های کودک و نوجوان (۲۱) عدم وجود درمان‌گران هم‌راز و هم‌تا در درمان‌های مقایسه‌ای. عمده درمان‌ها را یک نفر انجام داده است و سوگیری‌های مرتبط با درمانگر رعایت نشده است. (۲۲) نبود گراف Consort برای ترسیم بهتر فرایند انتخاب تا پیگیری مداخلات.

### مشکلات نظری

(۱) وجود ضعف‌ها و نواقصی در مقایسه نتایج مطالعه حاضر با مطالعات مشابه قبلی (۲) ضعیف یا نامناسب بودن تبیین‌های ارائه شده برای نمرات اثربخشی درمان (۳) تبیین‌های ضعیف یافته‌ها در چارچوب نظری درمان انتخاب شده

با توجه به **جدول ۱** در پژوهش اول، مشکلات روش‌شناختی موجود شامل این موارد است: عدم اشاره به ضریب اتا در جداول آماری، عدم استفاده از فرمول‌های آماری پیشرفته‌تر، اشاره به نمرات گزارش شده برای متغیر کلی اضطراب صرفنظر از نمرات اثربخشی خرده‌مقیاس‌های این متغیر، عدم اشاره به شیوه برآورد حجم نمونه، عدم اشاره به جامعه پژوهش یا معرف بودن آن برای انتخاب نمونه، دوره کوتاه پیگیری (سه

ماهه)، کم بودن حجم نمونه (۶۲ نمونه) اشاره نکردن به کورسازی، توضیح ندادن در مورد آموزش درمانگران، اشاره ناکافی به شیوه‌های نظارت بر اجرای درمان توسط ناظر بالینی، عدم اشاره به تعداد درمانگران و سابقه علمی و تجربی روان‌درمانی آنها. از نقاط قوت این مطالعه جداول آماری مناسب و با جزئیات و نیز برآورد حجم نمونه با استفاده از فرمول آماری و اشاره به آن در مطالعه را می‌توان ذکر کرد.

در پژوهش هفتم مشکلات روش‌شناختی موجود شامل این موارد است: اشاره به نمرات گزارش شده برای متغیر کلی اضطراب صرفنظر از نمرات اثربخشی خرده‌مقیاس‌های این متغیر، کم بودن حجم نمونه (۳۳ نفر)، اشاره نکردن به کورسازی، عدم اشاره به فرمول آماری برای برآورد حجم نمونه، توضیح ندادن در مورد آموزش درمانگران، اشاره ناکافی به شیوه‌های نظارت بر اجرای درمان توسط ناظر بالینی، عدم اشاره به تعداد درمانگران و سابقه علمی و تجربی روان‌درمانی آنها. مشکلات نظری وارد شده به این مطالعه نیز شامل این موارد می‌باشد: وجود ضعف‌ها و نواقصی در مقایسه نتایج مطالعه حاضر با مطالعات مشابه قبلی، ضعیف بودن تبیین‌های ارائه شده برای نمرات اثربخشی درمان، تبیین‌های ضعیف یافته‌ها در چارچوب نظری درمان.

در پژوهش هشتم مشکلات روش‌شناختی موجود شامل این موارد است: عدم اشاره به فرمول آماری برای برآورد حجم نمونه، نبود دوره پیگیری، کم بودن حجم نمونه (۳۲ نفر)، اشاره نکردن به کورسازی، توضیح ندادن در مورد آموزش درمانگران، اشاره ناکافی به شیوه‌های نظارت بر اجرای درمان توسط ناظر بالینی، عدم اشاره به تعداد درمانگران و سابقه علمی و تجربی روان‌درمانی آنها. بعلاوه به نحوه اجرای گروه درمانی و محتوای جلسات اشاره‌ای نشده بود. مشکلات نظری وارد شده به این مطالعه نیز شامل این موارد می‌باشد: وجود ضعف‌ها و نواقصی در مقایسه نتایج مطالعه حاضر با مطالعات مشابه قبلی.

پژوهش نهم دارای نقطه قوت‌هایی همچون بیان مناسب نحوه انتخاب مطالعات و نیز اشاره به ارزیاب‌های مطالعه و سوابق آنها شده است و نیز در بخش نظری تبیین‌های مناسبی به اندازه اثر کوچک بدست آمده مطرح شده بود.

در پژوهش دهم، مشکلات روش‌شناختی موجود شامل این موارد است: اشاره به نمرات گزارش شده برای متغیر کلی اضطراب صرفنظر از نمرات اثربخشی خرده‌مقیاس‌های آن متغیر، عدم اشاره به فرمول آماری برای برآورد حجم نمونه، کم بودن حجم نمونه (۳۲ نفر)، اشاره نکردن به کورسازی، غیرتصادفی بودن انتخاب نمونه. از نقطه قوت این مطالعه اشاره به سابقه علمی و تجربیات ارزیاب و درمانگر و نیز نظارت سوپروایزر آموزشی می‌توان ذکر کرد.

در پژوهش یازدهم، مشکلات روش‌شناختی موجود شامل این موارد است: عدم استفاده از فرمول‌های آماری پیشرفته‌تر، اشاره به نمرات گزارش شده برای متغیر کلی اضطراب صرفنظر از نمرات اثربخشی خرده‌مقیاس‌های این متغیر، عدم اشاره به فرمول آماری برای برآورد حجم نمونه، کم بودن حجم نمونه، اشاره نکردن به کورسازی، توضیح ندادن در مورد آموزش درمانگران، اشاره ناکافی به شیوه‌های نظارت بر اجرای درمان توسط ناظر بالینی، عدم اشاره به تعداد درمانگران و سابقه علمی و تجربی روان‌درمانی آنها، نبود دوره پیگیری. بعلاوه ضعف‌ها و نواقصی در مقایسه نتایج مطالعه حاضر با مطالعات مشابه قبلی در مشکلات نظری وجود داشت.

ماهه)، کم بودن حجم نمونه (۶۲ نمونه) اشاره نکردن به کورسازی، توضیح ندادن در مورد آموزش درمانگران، اشاره ناکافی به شیوه‌های نظارت بر اجرای درمان توسط ناظر بالینی، عدم اشاره به تعداد درمانگران و سابقه علمی و تجربی روان‌درمانی آنها. مشکلات نظری وارد شده به این مطالعه شامل این موارد می‌باشد: وجود ضعف‌ها و نواقصی در مقایسه نتایج مطالعه حاضر با مطالعات مشابه قبلی، ضعیف بودن تبیین‌های ارائه شده برای نمرات اثربخشی درمان، تبیین‌های ضعیف یافته‌ها در چارچوب نظری درمان.

در پژوهش دوم مشکلات روش‌شناختی موجود شامل این موارد می‌باشد: عدم اشاره به جامعه پژوهش یا معرف بودن آن برای انتخاب نمونه، نبود دوره پیگیری، اشاره نکردن به کورسازی، توضیح ندادن در مورد آموزش درمانگران، سوگیری‌های مرتبط با درمانگر رعایت نشده است، اشاره ناکافی به شیوه‌های نظارت بر اجرای درمان توسط ناظر بالینی، عدم اشاره به تعداد درمانگران و سابقه علمی و تجربی روان‌درمانی آنها. مشکلات نظری وارد شده به این مطالعه نیز شامل این موارد است: وجود ضعف‌ها و نواقصی در مقایسه نتایج مطالعه حاضر با مطالعات مشابه قبلی، ضعیف بودن تبیین‌های ارائه شده برای نمرات اثربخشی درمان، تبیین‌های ضعیف یافته‌ها در چارچوب نظری درمان.

در پژوهش سوم مشکلات روش‌شناختی موجود شامل این موارد است: عدم اشاره به شیوه‌های برآورد حجم نمونه، دوره‌های کوتاه پیگیری (سه ماهه)، کم بودن حجم نمونه (۳۶ نفر)، اشاره نکردن به کورسازی، توضیح ندادن در مورد آموزش درمانگران، اشاره ناکافی به شیوه‌های نظارت بر اجرای درمان توسط ناظر بالینی، عدم وجود درمان‌گران هم‌ارز و هم‌تا در این درمان که از نوع مقایسه‌ای بود، عدم اشاره به تعداد درمانگران و سابقه علمی و تجربی روان‌درمانی آنها. در بخش مشکلات نظری نیز اندازه اثر برای متغیرهای تنظیم نایافتگی غم، بازداری خشم، بازداری غم، مقابله با خشم و مقابله با غم اندازه کوچک داشت و تبیین این موضوع در مطالعه بطور مناسبی انجام نشده بود. بعلاوه ضعف‌ها و نواقصی در مقایسه نتایج مطالعه حاضر با مطالعات مشابه قبلی وجود داشت.

در پژوهش چهارم مشکلات روش‌شناختی موجود شامل این موارد است: عدم اشاره به شیوه‌های برآورد حجم نمونه، کم بودن حجم نمونه (۳۲ نفر)، نبود دوره پیگیری، اشاره نکردن به کورسازی، اشاره ناکافی به شیوه‌های نظارت بر اجرای درمان توسط ناظر بالینی، عدم اشاره به تعداد درمانگران و سابقه علمی و تجربی روان‌درمانی آنها. اما این مطالعه به لحاظ نظری و تبیین و مقایسه نتایج بدست آمده مناسب بود.

در پژوهش پنجم مشکلات روش‌شناختی موجود شامل این موارد است: عدم استفاده از فرمول‌های آماری پیشرفته‌تر، اشاره به نمرات گزارش شده برای متغیر کلی اضطراب صرفنظر از نمرات اثربخشی خرده‌مقیاس‌های این متغیر، عدم اشاره به فرمول آماری برای برآورد حجم نمونه، کم بودن حجم نمونه (۲۰ نفر)، اشاره نکردن به کورسازی، عدم اشاره به تعداد درمانگران و سابقه علمی و تجربی روان‌درمانی آنها. به لحاظ نظری این مطالعه تبیین مناسبی داشت و از نقطه قوت‌های این مقاله بود.

در پژوهش ششم، مشکلات روش‌شناختی موجود شامل این موارد است: اشاره به نمرات گزارش شده برای متغیر کلی اضطراب صرفنظر از نمرات اثربخشی خرده‌مقیاس‌های آن متغیر، دوره کوتاه پیگیری (یک ماهه)،



### محدودیت‌ها

از محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به عدم دسترسی به تمام مطالعات انجام شده اشاره کرد.

### نتیجه‌گیری

این مطالعه به منظور مرور سیستماتیک مداخلات روان‌شناختی در اختلالات اضطرابی کودکان و نوجوانان در ایران با کد اخلاق IR.ZUMS.REC.1400.053 در دانشگاه علوم پزشکی زنجان انجام شد. اندازه اثر ذکر شده در اکثر این مطالعات پایین‌تر از ۰/۵۰ بود که برای کارآزمایی بالینی اندازه اثر متوسطی است. مطالعات بررسی شده نشان داد که اکثر مطالعات ایرادهای روش‌شناختی و نظری جدی دارند. همینطور اکثر این مطالعات در قالب پروژه‌های دانشجویی بوده و نه طرح پژوهشی که قطعاً بر نتایج درمان مؤثر خواهد بود. بعلاوه در اکثر این مطالعات از اصول و دستورالعمل‌های استاندارد بین‌المللی کارآزمایی بالینی برای ارائه درست نتایج و گزارش آنها همچون استانداردسازی گزارش در مطالعات کارآزمایی بالینی Consort پیروی نشده است. با توجه به موارد گفته شده و ایرادات و نواقص ذکر شده که هر کدام از آنها می‌تواند در پایین بودن اندازه اثر درمان اجرا شده نقش داشته باشد، پیشنهاد می‌شود در مطالعات آینده نواقص روش‌شناختی و نظری مطرح شده به حداقل برسد و برای استاندارد کردن و گزارش بهتر نتایج مطالعه از استانداردهای بین‌المللی کارآزمایی بالینی استفاده شود.

### تشکر و قدردانی

این مطالعه با کد اخلاق IR.ZUMS.REC.1400.053 از دانشگاه علوم پزشکی زنجان انجام شده است. از تمام کسانی که در انجام و به اتمام رساندن این مطالعه به ما یاری رساندند کمال تشکر را داریم.

### References

- Costello EJ, Angold A, Burns BJ, Stangl DK, Tweed DL, Erkanli A, et al. The Great Smoky Mountains Study of Youth. Goals, design, methods, and the prevalence of DSM-III-R disorders. *Arch Gen Psychiatry*. 1996;**53**(12):1129-1136. DOI: 10.1001/archpsyc.1996.01830120067012 PMID: 8956679
- Sarraf N, Mohammadi MR, Ahmadi N, Khaleghi A, Gharibi S, Atapour H. Epidemiology of Children and Adolescents Psychiatric Disorders in Qazvin Central Areas 2016-2017 (A National Project). *J Inflammat Diseases*. 2019;**22**(6):164-176. DOI: 10.32598/JQUMS.22.6.164
- Haghighi A, Mohammadi M, Ahmadi N, Khaleghi A, H. G, Kaviyani F. Prevalence of Psychiatric disorders in children and adolescents of North Khorasan province, Iran. *J North Khorasan Univ Med Sci*. 2018;**10**(1):117-127.
- Tehranzadeh M, Dadsetan PR, Tabatabaee K, Azad Fallah P, Fathi Ashtiani A. Effectiveness of the coping cat therapy program in decreasing internalized symptoms of Iranian children. 2011.
- Kendall PC, Compton SN, Walkup JT, Birmaher B, Albano AM, Sherrill J, et al. Clinical characteristics of anxiety disordered youth. *J Anxiety Disord*. 2010;**24**(3):360-365. DOI: 10.1016/j.janxdis.2010.01.009 PMID: 20206470
- Torabi Mazreh Malaki N, Tahmasian K, Bakhtyari M, Ghamkhar Fard Z, Amrolahinia M. The effectiveness of Group cognitive-behavioral therapy in increasing of perceived anxiety control in 11-13 girls with generalized anxiety disorder (GAD). *J Psychol Stud*. 2015;**11**(1):29-50.
- Khakpoor S, Saed O. Transdiagnostic cognitive behavioral therapy based on unified protocol: new approach to emotional disorders. *Asia Pacific J Clinic Trial Nervous Sys Disease*. 2018;**3**(4):151. DOI: 10.4103/2542-3932.245225
- Zarghami F, Heidari Nasab L, Shaeiri MR, Shahriyar Z. A study in the impact of coping-cat-based cognitive-behavior therapy (CBT) on reduced anxiety in the children aged 8 to 10 with anxiety disorder. *Clinic Psychol Stud*. 2015;**5**(19):183-202.
- Rashtbari A, Saed O. Contrast avoidance model of worry and generalized anxiety disorder: A theoretical perspective. *Cogent Psychol*. 2020;**7**(1):1800262. DOI: 10.1080/23311908.2020.1800262
- GhamkharFard Z, Bakhtyari M, Hajiheidari Z, Pouravari M, Tahmasian K. The effectiveness of group cognitive-behavioral therapy in anxiety and boredom proneness in generalized anxiety disorder girls. *Knowledge Res Appl Psychol*. 2019;**20**(3):122-132.
- Chorpita BF, Barlow DH. The development of anxiety: the role of control in the early environment. *Psychol Bull*. 1998;**124**(1):3-21. DOI: 10.1037/0033-2909.124.1.3 PMID: 9670819
- Khakpoor S, Mohammadi Bytamar J, Saed O. Reductions in transdiagnostic factors as the potential mechanisms of change in treatment outcomes in the Unified Protocol: a randomized

- clinical trial. *Res Psychother.* 2019;**22**(3):379. DOI: 10.4081/ripppo.2019.379 PMID: 32913807
13. Khakpoor S, Saed O, Armani Kian A. Emotion regulation as the mediator of reductions in anxiety and depression in the Unified Protocol (UP) for transdiagnostic treatment of emotional disorders: double-blind randomized clinical trial. *Trends Psychiatry Psychother.* 2019;**41**(3):227-236. DOI: 10.1590/2237-6089-2018-0074 PMID: 31644691
  14. Afshari A, Amiri S, Neshat Doost HT, Rezaie F. Comparing effectiveness of group emotion-focused cognitive-behavioral therapy and group cognitive-behavioral therapy on children with social anxiety disorder. *Stud Med Sci.* 2015;**26**(3):194-204.
  15. Eisen AR, Schaefer CE. Separation anxiety in children and adolescents: An individualized approach to assessment and treatment: Guilford Press 2007.
  16. Fakunmoju SB, Bammeké FO. Anxiety disorders and depression among high school adolescents and youths in Nigeria: Understanding differential effects of physical abuse at home and school. *J Adolesc.* 2015;**42**:1-10. DOI: 10.1016/j.adolescence.2015.03.012 PMID: 25899129
  17. Khakpoor S, Saed O, Shahsavari A. The concept of "Anxiety sensitivity" in social anxiety disorder presentations, symptomatology, and treatment: A theoretical perspective. *Cogent Psychol.* 2019;**6**(1):1617658. DOI: 10.1080/23311908.2019.1617658
  18. Kessler RC, Chiu WT, Demler O, Walters EE. Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch General Psychiatry.* 2005;**62**(6):617-627. DOI: 10.1001/archpsyc.62.6.617
  19. American Psychiatric Association A. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: American Psychiatric Association Washington, DC 1980.
  20. Jahanbakhshi Z, Borjali A, Farahbakhsh F, Falsafinejad M, Shariatmadar A. A meta-analysis of psychological treatment for reducing social anxiety disorder in children and teenagers. *J School Psychol.* 2018;**7**(2):33-53.
  21. Momeni F, Shahidi S, Mootabi F, Heydari M. Comparison of the Effectiveness between Cognitive-Behavior Group Therapy and Mindfulness Based Cognitive Therapy on Females with Generalized Anxiety Disorder. *Clinic Psychol Stud.* 2018;**8**(32):93-111.
  22. Pirmia 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. *Iran J Psychiatr Clinic Psychol.* 2017;**23**(2):136-147.
  23. Abdkhodaie MS, Sadeghi Ardobadi A. Prevalence of separation anxiety in children and effect of cognitive behavioral play therapy on reducing it. *J Clinic Psychol.* 2011;**3**(4):51-58.
  24. Roohi A. Theoretical and applicable approaches in anxiety disorders in children. *Except Educat.* 2014;**3**(125):47-58.
  25. Labellarte MJ, Ginsburg GS, Walkup JT, Riddle MA. The treatment of anxiety disorders in children and adolescents. *Biol Psychiatry.* 1999;**46**(11):1567-1578. DOI: 10.1016/S0006-3223(99)00248-6
  26. Shokri MH, Alizade H, Farrokhi N. The impact of coping cat program on symptoms reduction in children with anxiety disorders. 2018.
  27. AliRezaei Motlaq M, Asadi Z. Cognitive-behavioral therapy (CBT) in ameliorating adolescent anxiety in generalized anxiety disorders (GAD). *J Except Child.* 2009;**9**(1):25-34.
  28. Kendall PC, Flannery-Schroeder E, Panichelli-Mindel SM, Southam-Gerow M, Henin A, Warman M. Therapy for youths with anxiety disorders: a second randomized clinical trial. *J Consult Clin Psychol.* 1997;**65**(3):366-380. DOI: 10.1037//0022-006x.65.3.366 PMID: 9170760
  29. Heimberg RG, Liebowitz MR, Hope DA, Schneier FR, Holt CS, Welkowitz LA, et al. Cognitive behavioral group therapy vs phenelzine therapy for social phobia: 12-week outcome. *Arch Gen Psychiatry.* 1998;**55**(12):1133-1141. DOI: 10.1001/archpsyc.55.12.1133 PMID: 9862558
  30. Silverman WK, Pina AA, Viswesvaran C. Evidence-based psychosocial treatments for phobic and anxiety disorders in children and adolescents. *J Clin Child Adolesc Psychol.* 2008;**37**(1):105-130. DOI: 10.1080/15374410701817907 PMID: 18444055
  31. Corey G. Theory and practice of counseling and psychotherapy: Cengage learning 2012.
  32. von Elm E, Altman DG, Egger M, Pocock SJ, Gotsche PC, Vandenbroucke JP, et al. The Strengthening of Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) statement: guidelines for reporting observational studies. *Bull World Health Organ.* 2007;**85**(11):867-872. DOI: 10.2471/blt.07.045120 PMID: 18038077
  33. Alilou MM, Yadegari N, Haghazari F, Poursharifi H, Nosratabad TH. The Effects of Family Cognitive-Behavioral Therapy in the Reduction of Anxiety in Children with Anxiety Disorders. *Biannual J Appl Counsel.* 2013;**1**(3):19-34.
  34. Abbasi Z, Amiri S, Talebi H. Efficacy of Modular Cognitive Behavior Therapy (MCBT) on Reduction of Symptoms Separation Anxiety in 6-7 Year-Old Children. *Biannual Peer Rev J Clinic Psychol Person.* 2016;**13**(13):51-64.
  35. Mohammad ZFA, Nadri F, Ahadi H, Rajabzadeh A, Kraskian A. Effectiveness of cognitive-behavioral therapy on social anxiety and blood glyceic control in children with type 1 diabetes mellitus. 2016.
  36. Shahabizadeh F, Khaje Aminian F. The effectiveness of narrative therapy based on cognitive-behavioral perspective on anxiety of primary school female students. *Knowledge Res Appl Psychol.* 2018;**19**(1):70-80.
  37. Rahmanian Z, Mirzaian B, Hassanzadeh R. Effectiveness of cognitive-behavioral group therapy on social anxiety of female students. *Daneshvar Med.* 2020;**19**(5):47-56.
  38. Narimani M, Abolgasemi A, Reza Zadh H. The effects of cognitive-behavioral group therapy on life quality and academic performance of students with generalized social anxiety disorder. *Biannual J Appl Counsel.* 2012;**1**(2):31-50.