

# Effectiveness of Emotion-Focused Cognitive-Behavioral Therapy in Depression and Its Components in Children with Social Anxiety

Zahra Bahrami<sup>1</sup> , Tooraj Sepahvand<sup>1,\*</sup> 

<sup>1</sup> Department of Psychology, Faculty of Humanities, Arak University, Arak, Iran

## Abstract

### Article history:

Received: 24 October 2022

Revised: 25 December 2022

Accepted: 06 February 2023

ePublished: 15 March 2023

\*Corresponding author: Tooraj Sepahvand, Department of Psychology, Faculty of Humanities, Arak University, Arak, Iran.  
Email: t-sepahvand@araku.ac.ir

**Background and Objective:** Depression in children is especially related to social anxiety. The present study aimed to investigate the effectiveness of emotion-focused cognitive-behavioral therapy (ECBT) in depression and its components in children with social anxiety.

**Materials and Methods:** This research was a quasi-experimental study with a pretest-posttest control group design. Among the primary school students of Qom in the 2019 academic year, 46 students whose score was higher than 29.5 on the Liebowitz Social Anxiety Scale for Children and Adolescents were selected and randomly assigned to experimental (n=23) and control (n=23) groups. Firstly, both groups responded to Children's Depression Inventory as the pre-test. Thereafter, the experimental group participated in the 16 sessions of ECBT, and the control group remained on the waiting list. Finally, the two groups were administered the post-test.

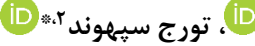
**Results:** The results of Multivariate analysis of covariance (MANCOVA) demonstrated that after the control of pre-test effects, there was a significant difference in the linear combination of depression components of the two groups (Wilks' lambda= 0.065, F33,5= 94.662, P= 0.001). The results of univariate tests of ANCOVA also showed a significant decrease (P<0.01) in all depression components (and also the total score) in children of the experimental group after the ECBT sessions.

**Conclusion:** As evidenced by the results of this study, ECBT is an effective treatment for depression in children with social anxiety. It is suggested that mental health professionals prioritize this treatment in their therapeutic programs.

**Keywords:** Depression, Emotion Focused Cognitive Behavioral Therapy, Generalized Anxiety, Primary School Children

**Please cite this article as follows:** Bahrami Z, Sepahvand T. Effectiveness of Emotion-Focused Cognitive-Behavioral Therapy in Depression and Its Components in Children with Social Anxiety. *Avicenna J Clin Med.* 2023; 29(4): 211-219. DOI: 10.32592/ajcm.29.4.211

## اثربخشی درمان شناختی رفتاری هیجان‌مدار بر افسردگی و مؤلفه‌های آن در کودکان دارای اضطراب اجتماعی

زهرا بهرامی<sup>۱</sup>، تورج سپهوند<sup>۲\*</sup> <sup>۱</sup> گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه اراک، اراک، ایران

### چکیده

**سابقه و هدف:** افسردگی در کودکان به‌طور ویژه‌ای با اضطراب اجتماعی مرتبط است. هدف مطالعه حاضر بررسی اثربخشی درمان شناختی رفتاری هیجان‌مدار (ECBT) بر افسردگی و مؤلفه‌های آن در کودکان دارای اضطراب اجتماعی بود.

**مواد و روش‌ها:** این مطالعه شبه‌تجربی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل انجام شد. از میان دانش‌آموزان ابتدایی شهر قم در سال تحصیلی ۱۳۹۹، ۴۶ دانش‌آموز انتخاب شدند که نمره آن‌ها در مقیاس اضطراب اجتماعی لایبویتز برای کودکان و نوجوانان بیشتر از ۲۹/۵ بود و به صورت تصادفی در دو گروه ۲۳ نفری آزمایش و کنترل قرار گرفتند. ابتدا، هر دو گروه به سبب افسردگی کودکان به‌عنوان پیش‌آزمون پاسخ دادند. سپس گروه آزمایش به مدت ۱۶ جلسه در ECBT شرکت کرد و گروه کنترل در لیست انتظار باقی ماند. در نهایت، دو گروه پس‌آزمون را اجرا کردند.

**یافته‌ها:** نتایج اجرای آزمون مانکووا نشان داد پس از کنترل اثرات پیش‌آزمون، تفاوت معناداری در ترکیب خطی مؤلفه‌های افسردگی در دو گروه وجود داشت (۰/۰۶۵=لامبدای ویلکز،  $F_{3,33,5}=94/662$ ،  $P=0/001$ ). نتایج آزمون‌های تک‌متغیری تحلیل کوواریانس نیز کاهش معناداری ( $P<0/01$ ) را در تمامی مؤلفه‌های افسردگی و همچنین نمره کل کودکان گروه آزمایش پس از شرکت در جلسات درمانی نشان داد.

**نتیجه‌گیری:** ECBT درمان مؤثری برای افسردگی کودکان دارای اضطراب اجتماعی است. پیشنهاد می‌شود متخصصان سلامت روان این درمان را در اولویت برنامه‌های درمانی خود قرار دهند.

**واژگان کلیدی:** اضطراب اجتماعی، افسردگی، درمان شناختی رفتاری هیجان‌مدار، کودکان دبستانی

### تاریخچه مقاله:

دریافت: ۱۴۰۱/۰۸/۰۲

ویرایش: ۱۴۰۱/۱۰/۰۴

پذیرش: ۱۴۰۱/۱۱/۱۷

انتشار: ۱۴۰۱/۱۲/۲۴

تمامی حقوق نشر برای دانشگاه علوم پزشکی همدان محفوظ است.

\* نویسنده مسئول: تورج سپهوند، گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه اراک، اراک، ایران.

ایمیل: t-sepavand@araku.ac.ir

**استناد:** بهرامی، زهرا؛ سپهوند، تورج. اثربخشی درمان شناختی رفتاری هیجان‌مدار بر افسردگی و مؤلفه‌های آن در کودکان دارای اضطراب اجتماعی. مجله پزشکی بالینی ابن سینا، زمستان ۱۴۰۱؛ ۲۹(۴): ۲۱۹-۲۱۱.

### مقدمه

سالان را تشدید می‌کند که به احساس تنهایی، خودارزشمندی کم و غم منجر می‌شود [۷]. با در نظر گرفتن این زمینه‌ها و اشتراکات، ممکن است شماری از کودکان نیازمند به درمان علائم اضطرابی، برخی علائم افسردگی را نیز تجربه کنند [۳]. اگر این اختلالات بدون شناخت و درمان باقی بماند، کودکان مبتلا در معرض خطرات آسیب‌شناسی بیشتری [۸] از جمله افسردگی قرار خواهند گرفت. در نتیجه، بررسی درمان‌های مؤثر اولویت ارزشمندی است [۹].

امروزه استفاده از درمان شناختی رفتاری (Cognitive-Behavioral Therapy: CBT) برای اضطراب سهم مهمی در روان

افسردگی و اضطراب به‌عنوان اختلالاتی در حال افزایش [۱]، به ترتیب نرخ شیوع جهانی ۶/۵ و ۲/۶ درصد در بین کودکان دارند [۲]. این دو اختلال در تعدادی از علائم شامل زودرنجی، بی‌قراری/آشفته‌گی، مشکلات تمرکز، مشکلات خواب و خستگی مفرط مشابه هستند [۳]. ظاهراً، افسردگی به‌طور ویژه‌ای هم در سطح اختلال [۴] و هم در سطح نشانه‌ها [۵]، با اضطراب اجتماعی کودکان مرتبط است. با این حال، اضطراب سن شروع زودتری دارد [۶] و ممکن است زمینه‌ای برای افسردگی باشد. به عنوان مثال، کناره‌گیری و انزوای اجتماعی ناشی از اضطراب طرد توسط هم

منفی را تجربه کند، احتمال دارد ظرفیت نسبتاً زیادی برای لذت بردن داشته باشد. از طرف دیگر، برای کودکی که هم مضطرب و هم افسرده است، ممکن است امید کمتری وجود داشته باشد که در میان بار مضاعف هیجان‌ات منفی، لذت را تجربه کند. بر این اساس، وجود خلق منفی برای درمان کودکان اضطرابی تلویحاتی دارد. مثلاً ممکن است انگیزه کم کودک افسرده‌خو با انجام تکالیف تداخل داشته باشد. در این زمینه درمانگر با ایجاد امید در کودک، ترغیب به انجام تکالیف خانگی، تأکید بر فعالیت‌های لذت‌بخش، کشف معنای خودپاداش‌دهی و تمرکز بر موفقیت‌ها به جای اشتباهات و خطاها، گام مهمی برای ایجاد احساس بهتر در کودک برمی‌دارد. همچنین، درمانگر با کشف اسناد افسرده‌ساز و انتظارات مربوط به عملکرد که بیشتر شامل تمرکز بر رفتارهای گذشته و تحقیر خود به‌خاطر عملکرد در موقعیت‌های گذشته است، به کودک کمک می‌کند از این الگوها آگاه شود و این تفکرات ناکارآمد را اصلاح کند [۲]. با توجه به این نکات، پروتکل یکپارچه برای کودکان دارای نمایش‌های اضطرابی، کاهش قابل توجهی را در علائم افسردگی، تحریک‌پذیری و واکنش‌های منفی به رویدادها نشان داده است [۱۹].

پژوهش‌های انجام‌شده موفقیت درمان ECBT را در مواردی مانند بهبود کنترل عاطفی [۲۰] و بهبود پریشانی روان‌شناختی [۲۱] نشان داده‌اند. این درمان به‌ویژه در کودکان نتایج مثبتی داشته است. در یک پژوهش [۲۲] کودکان بهبودهایی را در تنظیم هیجان نشان دادند. همچنین، ECBT در کودکان دارای اضطراب جدایی به‌طور مؤثری راهبردهای شناختی منفی، بدتنظیمی خشم و بدتنظیمی غم را کاهش و مقابله با غم را افزایش داد [۲۳]. این نتایج در کودکان دارای اضطراب اجتماعی نیز نشان داده شد [۲۴]. با توجه به آنچه گفته شد، استفاده از این درمان خصوصاً در کودکان مضطربی که درجاتی از افسردگی نیز دارند، اهمیت دارد. اهمیت بیشتر این پژوهش در این است که این برنامه‌های درمانی که از نظر تحولی حساس هستند و جنبه‌های دیگر عملکرد کودک -از جمله حوزه‌های هیجانی- را در نظر می‌گیرد، توجیه علمی و منطقی دارند (۹). این نکته از این بابت اهمیت خاصی دارد که کودکان ممکن است هنوز دچار برخی محدودیت‌های شناختی باشند و نمایندگان مناسبی برای درمان شناختی رفتاری محض نباشند؛ به همین دلیل، توجه به هیجان نیز برای درمان آن‌ها مهم است. با وجود این مباحث، پژوهش‌های قبلی اثربخشی چنین درمان جامعی را بر افسردگی و مؤلفه‌های آن در کودکان دارای اضطراب اجتماعی بررسی نکرده‌اند. این موضوع در پژوهش حاضر جنبه جدیدی دارد که ضرورت انجام آن را برجسته می‌سازد. بنابراین، پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی ECBT بر افسردگی و مؤلفه‌های آن در کودکان دارای اضطراب اجتماعی انجام شد.

## روش کار

پژوهش حاضر یک مطالعه شبه‌تجربی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون همراه با گروه کنترل است. جامعه آماری پژوهش شامل

شناسی کودک دارد [۹] و آن‌گونه که محققان نقل کرده‌اند، به‌عنوان یکی از بهترین روان‌درمانی‌های سرپایی افسردگی نیز شناخته شده است [۱۰]. با این حال، نادیده گرفتن هیجان در این درمان ممکن است تغییرات چندان معناداری را در فرد ایجاد نکند [۱۱] و بسیاری از بیماران در پایان درمان به میزان قابل توجهی علامت‌دار باقی بمانند. از طرف دیگر، رویکردهایی مانند درمان متمرکز بر هیجان (Emotion-Focused Therapy: EFT) بر این فرض استوار است که کارآمدترین راه برای تغییر هیجان ناسازگار از طریق عقل یا یادگیری مهارت نیست، بلکه از طریق فعال کردن احساسات سازگارانه‌تر است [۱۲]. درنتیجه، برای پرداختن به این چالش‌ها، چارچوبی مبتنی بر دانش عاطفه برای هدایت یکپارچه‌سازی فرایندهای مداخله در زمینه ویژگی‌های مقاوم به درمان این آشفتگی‌ها پیشنهاد می‌شود [۱۳].

چنین رویکرد یکپارچه‌ای به ترکیب روش‌های کار با عاطفه، شناخت و رفتار نیاز دارد. تئوری‌ها و تحقیقات هیجانی نیز نشان می‌دهند آگاهی، تنظیم و تبدیل هیجانی سه اصل عمده تغییر هیجانی هستند. علاوه بر این اصول، سه عامل کلی که به هدایت مداخله یکپارچه در استفاده از این اصول کمک می‌کند، شامل مداخله بر اساس منبع عاطفه درگیر در آشفتگی، نوع بدتنظیمی عاطفه درگیر و نوع فرایند تغییر استفاده‌شده است [۱۴]. بر این اساس، بهینه‌سازی درمان شناختی رفتاری در چارچوب تنظیم هیجان برای کاهش بار اختلالات آشفتگی [۱۳] و ادغام عناصر درمان متمرکز بر هیجان در درمان شناختی رفتاری برای غنی‌سازی مجموعه مفهومی و عملی این درمان‌ها [۱۵] انجام شده است.

به‌طورکلی، نتایج برنامه‌های دارای یک مؤلفه متمرکز بر هیجان با کاهش در نشانه‌های مختلف درونی‌سازی (مانند علائم اضطراب/افسردگی) و برونی‌سازی (مانند پرخاشگری) مرتبط بوده است [۹]. به عنوان مثال، تعدیل واکنش‌های عاطفی و مبارزه با احساسات افسردگی‌زای غیرانطباقی [۱۶]، کاهش علائم اختلال و انتقاد از خود و نیز بهبود اعتمادبه‌نفس افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی [۱۷] از طریق درمان متمرکز بر هیجان گزارش شده است. همچنین، اثر تقویتی افزودن پردازش هیجانی به بازسازی شناختی در درمان افسردگی نیز توسط برخی محققان نشان داده شده است [۱۰]. به همین ترتیب، درمان شناختی رفتاری هیجان‌مدار (Emotion-Focused Cognitive-Behavioral Therapy: ECBT) نیز می‌تواند رشد هیجانی، یعنی درک هیجانی و توانایی تنظیم هیجانی را تسهیل کند [۹].

با این حال، شیوه‌هایی که ECBT برای افسردگی تطبیق می‌دهد، با در نظر گرفتن برخی از تشابه‌ها و تفاوت‌ها، خصوصاً در زمینه سطوح شناختی و هیجانی بین اضطراب و افسردگی اهمیت دارد [۱۸]. نویسندگان نقل کرده‌اند که با در نظر گرفتن تفاوت‌های سطوح هیجانی، ترس مؤلفه مرکزی اضطراب است. درحالی‌که در افسردگی، غم مؤلفه محوری است. همچنین، اگرچه یک کودک مضطرب (و نه افسرده) ممکن است شماری از هیجان‌های نسبتاً

طراحی کردند [۲۹] که برای سنین ۷ تا ۱۸ سال به صورت خودگزارش‌دهی یا مصاحبه قابل استفاده است. مقیاس ۴۸ ماده دارد که در مقابل هر کدام چهار گزینه با عناوین هیچ، کم، متوسط و شدید و همین‌طور هرگز، گاهی اوقات، بیشتر اوقات و معمولاً قرار دارد که به ترتیب از صفر تا ۳ نمره‌گذاری می‌شوند. محققان اعتبار این مقیاس را از طریق همسانی درونی (ضریب آلفای کرونباخ) ۰/۹۰ تا ۰/۹۷ و اعتبار بازآزمایی آن را ۰/۸۹ تا ۰/۹۴ گزارش کرده‌اند [۲۹]. اعتباریابی این آزمون در نمونه ایرانی توسط دادستان و همکاران [۳۰] از طریق همسانی درونی (ضریب آلفای کرونباخ) و بازآزمایی به ترتیب ۰/۹۳ و ۰/۸۷ به‌دست آمد. روایی مقیاس نیز با استفاده از روش روایی سازه از نوع افتراقی برآورده شد. نتایج به دست آمده نشان داد مقیاس اضطراب اجتماعی لایبویتز برای کودکان و نوجوانان بین گروه بالینی و غیربالینی تمایز ایجاد می‌کند [۳۰].

#### برنامه درمان شناختی رفتاری هیجان‌مدار (ECBT)

این برنامه درمانی شامل ۱۶ جلسه است که برای درمان کودکان و نوجوانان مبتلا به اختلالات اضطرابی طراحی شده است. برنامه آموزشی شامل دو بخش است: ۸ جلسه اول بخش آموزشی و ۸ جلسه دوم بخش تمرینی (مواجهه). همچنین بین درمانگر و والد (یا یک یا چند نفر از افراد مهم کودک) بین جلسات درمانی جلساتی برنامه‌ریزی شده است. در بخش اول درمان، هیجان‌های مختلف به کودک معرفی می‌شوند که با آگاهی از واکنش‌های هیجانی شروع می‌شود و به ایجاد بازشناسی واکنش‌های اختصاصی اضطراب می‌انجامد. بخش دوم درمان به استفاده و تمرین مهارت‌های جدید به‌دست‌آمده در موقعیت‌هایی اختصاص داده شده است که به صورت افزایشی اضطراب‌برانگیز بوده‌اند یا موقعیت‌هایی که سایر هیجان‌ها را برمی‌انگیزند [۳].

در این پژوهش، قبل از شروع درمان هر دو گروه پژوهش به سیاهه افسردگی کودکان پاسخ دادند. با توجه به سن کودکان و دستورالعمل‌های مربوط پرسش‌نامه‌ها، این پرسش‌نامه‌ها به صورت خودگزارشی و مصاحبه توسط پژوهشگر آموزش‌دیده اجرا شد. سپس گروه آزمایش به مدت ۱۶ جلسه در ECBT اجرا شده توسط درمانگر کارشناسی ارشد خبره و آموزش‌دیده، و با نظارت دو عضو هیئت علمی دارای مدرک تحصیلی دکترای روان‌شناسی و روان‌شناسی شناختی شرکت کردند. گروه کنترل در لیست انتظار باقی ماند. در نهایت، سیاهه افسردگی کودکان مجدداً اجرا و داده‌های گردآوری شده با توجه به وجود چند متغیر وابسته (مؤلفه‌های افسردگی) در دو گروه مستقل و نیز وجود متغیر هم‌پراش (پیش‌آزمون) با استفاده از روش تحلیل کوواریانس چندمتغیره (مانکووا) تجزیه و تحلیل شد. اهداف و محتوای ECBT به‌طور خلاصه شامل جلسات زیر است:

دانش‌آموزان ابتدایی شهر قم در سال ۱۳۹۹ در پایه‌های تحصیلی چهارم تا ششم و سنین ۱۰ تا ۱۲ سال بودند. برای انتخاب نمونه آماری با استفاده از روش نمونه‌گیری خوشه‌ای تصادفی، ناحیه دو شهر قم انتخاب شد و ۲۰۰ نفر از دانش‌آموزان این ناحیه به پرسش‌نامه اضطراب اجتماعی پاسخ دادند. سپس ۴۶ نفر که نمره آن‌ها متوسط، شدید و بسیار شدید (نمرات بیشتر از ۲۹/۵) بود، انتخاب شدند و به صورت تصادفی در دو گروه ۲۳ نفری آزمایش و کنترل قرار گرفتند. ملاک‌های ورود برای انتخاب نمونه عبارت بود از: (۱) دانش‌آموز در مقطع ابتدایی باشد، (۲) به شرکت در پژوهش مایل داشته باشد، (۳) پرسش‌نامه‌ها را به‌طور کامل و بی‌نقص پاسخ داده باشد، (۴) میزان اضطراب اجتماعی بیشتر از نقطه برش پرسش‌نامه اضطراب اجتماعی باشد، (۵) هیچ‌گونه بیماری یا معلولیت شناخته‌شده و ناتوان‌کننده جسمی یا روان‌شناختی در سابقه فرد گزارش نشده باشد. ملاک‌های خروج هم شامل این موارد بود: (۱) پرسش‌نامه‌های اجرا شده ناقص تکمیل شده باشند، (۲) دانش‌آموز دوره درمان را با بیش از دو جلسه غیبت تکمیل نکرده باشد، و (۳) سایر معیارهای ورود ذکر شده درباره فرد صدق نکرده باشد.

#### ابزار

##### سیاهه افسردگی کودکان (Childrens Depression Inventory)

Beck و Kovacs این پرسش‌نامه را (۲۵) برای اندازه‌گیری افسردگی کودکان و نوجوانان ۷ تا ۱۷ ساله طراحی کردند. این پرسش‌نامه شامل ۲۷ سؤال است که هر سؤال شامل سه جمله است و برای اندازه‌گیری نشانگان افسردگی کودکان در دو هفته گذشته به کار می‌رود. پنج خرده‌مقیاس آن شامل خلق منفی، مشکلات بین‌فردی، ناکارآمدی، بی‌لذتی و عزت‌نفس منفی است. این پرسش‌نامه نسبت به پرسش‌نامه افسردگی بک شامل چند گزینه اضافی در ارتباط با حوزه مدرسه، روابط اجتماعی و روابط با هم‌تایان است و نسبت به آن برای کودکان ۸ تا ۱۳ ساله مناسب‌تر است [۲۵]. سؤالات شامل سه گزینه است که از نظر شدت از صفر تا ۲ نمره‌گذاری می‌شوند. نمره کل بین ۰ تا ۵۴ به دست می‌آید. نمره بیشتر نشان‌دهنده افسردگی بیشتر است [۲۶]. نمره ۱۹ و بیشتر فرض می‌شود در دامنه بالینی افسردگی باشد [۲۷]. پایایی این پرسش‌نامه بین ۰/۷۴ تا ۰/۸۹ گزارش شده است [۲۶]. در ایران نیز پایایی بازآزمایی آن ۰/۸۲ و روایی همگرای آن با پرسش‌نامه افسردگی بک ۰/۸۷ گزارش شده است [۲۸].

##### مقیاس اضطراب اجتماعی لایبویتز برای کودکان و نوجوانان

##### (Liebowitz Social Anxiety Scale for Children and

##### Adolescents)

Masia-Warner و همکاران در سال ۲۰۰۳ این مقیاس را

برمی‌انگیزد.

جلسه چهاردهم: کاربرد مدل ۴ مرحله‌ای در موقعیت‌های تصویری که سطوح زیادی از اضطراب را برمی‌انگیزد.  
جلسه پانزدهم: تمرین مهارت‌های مقابله‌ای در موقعیت‌های واقعی که سطوح زیادی از اضطراب و سایر هیجانات را برمی‌انگیزد.  
جلسه شانزدهم: تداوم تمرین مهارت‌های مقابله‌ای در موقعیت‌هایی با اضطراب زیاد، مرور خلاصه‌ای از برنامه درمان، پس‌آزمون و خداحافظی با شرکت‌کنندگان.

### نتایج

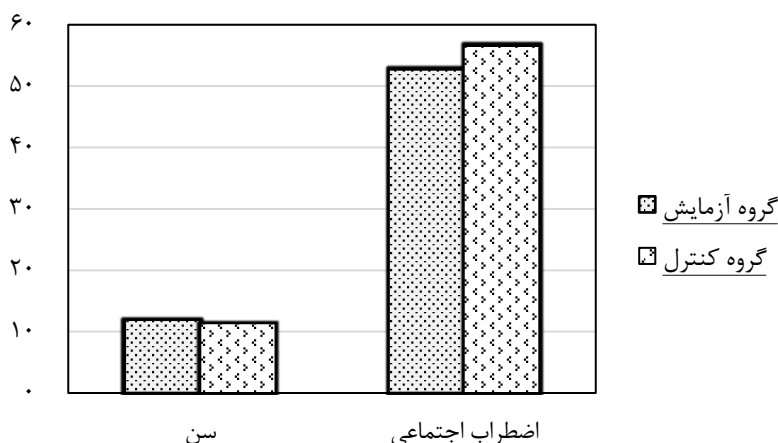
در این مطالعه کودکان دارای اضطراب اجتماعی ۱۰ تا ۱۲ ساله که در پایه‌های تحصیلی چهارم تا ششم مشغول تحصیل بودند، در دو گروه آزمایش (۲۳ نفر با میانگین سنی  $11/96 \pm 0/64$  سال و میانگین نمرات اضطراب اجتماعی  $14/74 \pm 52/74$ ) و کنترل (۲۱ نفر با میانگین سنی  $11/38 \pm 0/59$  سال و میانگین نمرات اضطراب اجتماعی  $18/45 \pm 56/52$ ) بررسی شدند. میانگین سنی و اضطراب اجتماعی در دو گروه بررسی‌شده در شکل ۱ نشان داده شده است.

ابتداء، متفاوت نبودن دو گروه از نظر میزان اضطراب اجتماعی با استفاده از آزمون تی برای مقایسه دو گروه مستقل بررسی شد. نتایج نشان داد بین دو گروه بررسی‌شده از نظر اضطراب اجتماعی تفاوت معناداری وجود ندارد ( $t_{42} = -0/76$  و  $P = 0/46$ ). در نتیجه، به عنوان دو گروه همگن در اضطراب اجتماعی، از نظر اثربخشی ECBT بر افسردگی و مؤلفه‌های آن مقایسه شدند. جدول ۱ خلاصه نتایج توصیفی (میانگین و انحراف استاندارد) پیش‌آزمون و پس‌آزمون دو گروه را در متغیرهای افسردگی و مؤلفه‌های آن نشان می‌دهد.

با توجه به وجود پیش‌آزمون و پس‌آزمون در دو گروه آزمایش و کنترل، از روش تحلیل کوواریانس چندمتغیری (مانکووا) برای بررسی تفاوت ترکیب خطی مؤلفه‌های افسردگی دو گروه استفاده شد. بررسی مفروضه‌های مانکووا نشان داد بین

جلسه اول: اجرای پیش‌آزمون، برقراری رابطه درمانی، جهت‌دهی کودک نسبت به درمان، معرفی هیجان «شادی»  
جلسه دوم: جلسه‌ای برای کمک به شناسایی احساس اضطراب کودک و شروع شناسایی پاسخ‌های جسمانی، معرفی استفاده از کتاب کار، معرفی هیجان «ناراحتی و غم»  
جلسه سوم: مروری بر احساس اضطراب و سرنخ‌های جسمانی و شناسایی پاسخ‌های جسمانی کودک، معرفی هیجان «خشم»  
جلسه چهارم: جلسه با والدین برای فراهم آوردن اطلاعات بیشتر در زمینه درمان برای والدین و ترغیب مشارکت آنان  
جلسه پنجم: معرفی آموزش آرمیدگی، معرفی هیجان «غرور و مباحثات»  
جلسه ششم: معرفی نقش خودگویی مضطربانه، معرفی احساس «گناه»

جلسه هفتم: جلسه‌ای برای اصلاح بیشتر خودگویی مضطربانه به سمت خودگویی مقابله‌ای و آموزش توسعه راهبردهای حل مسئله برای مدیریت اضطراب، معرفی «حسادت»  
جلسه هشتم: معرفی خودارزیابی و خودپاداش‌دهی برای موفقیت در مدیریت کردن اضطراب، مروری بر مهارت‌ها و شکل‌دهی آن‌ها در طرح ۴ مرحله‌ای «نگران»  
جلسه نهم: جلسه با والدین به منظور فراهم کردن اطلاعات بیشتر در زمینه درمان برای والدین و ترغیب همکاری آنان  
جلسه دهم: تمرین مدل ۴ مرحله‌ای طرح نگران در موقعیت‌های کمتر اضطراب‌انگیز، «نگران» (FEAR) شامل F (ن: ترس و نگرانی، E (گ: انتظار اتفاقات ناگوار یا گرفتاری، A (ر، ا) رفتارها و افکار کمک‌کننده، و R (ن: نتایج و پیامدها).  
جلسه یازدهم: ادامه تمرین مدل ۴ مرحله‌ای در موقعیت‌های کمتر اضطراب‌انگیز، تمرین مقابله با سایر تجارب هیجان‌برانگیز خفیف  
جلسه دوازدهم: کاربرد مهارت‌های مقابله‌ای در موقعیت‌های تصویری و واقعی که اضطراب متوسطی را ایجاد می‌کنند.  
جلسه سیزدهم: ادامه تمرین واقعی از مدل ۴ مرحله‌ای در موقعیت‌هایی که سطوح متوسطی از اضطراب و سایر هیجانات را



شکل ۱: وضعیت سنی و میزان اضطراب اجتماعی دو گروه آزمایش و کنترل

**جدول ۱:** خلاصه نتایج توصیفی (میانگین و انحراف استاندارد) پیش‌آزمون و پس‌آزمون کودکان دو گروه آزمایش و کنترل در متغیرهای افسردگی و مؤلفه‌های آن

متغیر	آزمون	گروه آزمایش		گروه کنترل	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
خلق منفی	پیش‌آزمون	۵/۹۵	۱/۸۴	۵/۴۷	۱/۴۳
	پس‌آزمون	۳/۴۷	۱/۵۰	۵/۲۳	۱/۴۴
مشکلات بین‌فردی	پیش‌آزمون	۲/۶۹	۱/۱۸	۲/۵۷	۱/۵۰
	پس‌آزمون	۱/۲۶	۰/۸۶	۲/۳۳	۱/۴۹
ناکارآمدی	پیش‌آزمون	۳/۷۸	۲/۰۲	۳/۹۰	۱/۰۹
	پس‌آزمون	۲/۲۶	۱/۶۵	۳/۷۶	۱/۳۰
بی‌لذتی	پیش‌آزمون	۶/۶۵	۳/۲۵	۶/۶۱	۲/۳۱
	پس‌آزمون	۳/۷۸	۲/۱۹	۶/۷۱	۲/۳۰
عزت‌نفس منفی	پیش‌آزمون	۶/۰۰	۱/۴۱	۵/۴۷	۱/۶۶
	پس‌آزمون	۲/۸۶	۱/۱۷	۵/۲۸	۱/۶۷
افسردگی کل	پیش‌آزمون	۲۵/۰۸	۷/۱۹	۲۴/۰۴	۳/۷۸
	پس‌آزمون	۱۳/۶۵	۵/۰۵	۲۳/۳۳	۴/۱۱

حذف اثرات پیش‌آزمون، تفاوت معناداری در ترکیب خطی متغیرهای وابسته دو گروه بررسی شده وجود داشت (۰/۰۶۵=لامبدای ویلکز،  $F_{3,5} = 94/662$ ،  $P = 0/001$  و ۰/۹۳۵=مجذور اتای تفکیکی). بنابراین، در ادامه از آزمون‌های تک‌متغیری تحلیل کوواریانس برای بررسی تفاوت دو گروه در هریک از متغیرهای وابسته استفاده شد. نتایج این آزمون‌ها در جدول ۳ آمده است. قبل از اجرای این آزمون‌ها، آزمون لوین نشان داد واریانس‌های نمرات پس‌آزمون مؤلفه‌های افسردگی در دو گروه بررسی شده تفاوت معناداری در سطح  $P < 0/05$  نداشتند.

ماتریس‌های کوواریانس دو گروه تفاوت معنی‌داری در سطح  $P < 0/01$  وجود ندارد (Box's  $M = 32/50$ ). بنابراین، مفروضه برابری ماتریس‌های کوواریانس دو گروه برقرار بود. آزمون کرویت بارتلت نیز نشان داد همبستگی معناداری بین متغیرهای وابسته وجود داشت (Approx. Chi-Square =  $18/34$ ) و مفروضه همبستگی بین متغیرهای وابسته نیز برقرار بود. بنابراین، حداقل پیش‌فرض‌های لازم برای اجرای تحلیل کوواریانس چندمتغیره وجود داشت و این آزمون برای بررسی تفاوت گروه‌های مدنظر اجرا شد (جدول ۲). نتایج حاصل از اجرای مانکوا (جدول ۲) نشان داد پس از

**جدول ۲:** آزمون‌های تحلیل کوواریانس چندمتغیره برای مؤلفه‌های افسردگی دو گروه

اثر	آماره	ارزش	F	df	سطح معناداری	مجذور ایتای تفکیکی
پیش‌آزمون خلق منفی	لامبدای ویلکز	۰/۳۵۲	۱۲/۱۷۷	۳۳/۵	۰/۰۰۱	۰/۶۴۸
پیش‌آزمون مشکلات بین‌فردی	لامبدای ویلکز	۰/۲۳۶	۲۱/۳۲۳	۳۳/۵	۰/۰۰۱	۰/۷۶۴
پیش‌آزمون ناکارآمدی	لامبدای ویلکز	۰/۴۲۰	۹/۱۰۱	۳۳/۵	۰/۰۰۱	۰/۵۸۰
پیش‌آزمون بی‌لذتی	لامبدای ویلکز	۰/۱۷۸	۳۰/۵۸۲	۳۳/۵	۰/۰۰۱	۰/۸۲۲
پیش‌آزمون عزت‌نفس منفی	لامبدای ویلکز	۰/۳۲۶	۱۳/۶۳۹	۳۳/۵	۰/۰۰۱	۰/۷۶۴
عضویت گروهی	لامبدای ویلکز	۰/۰۶۵	۹۴/۶۶۲	۳۳/۵	۰/۰۰۱	۰/۹۳۵

**جدول ۳:** نتایج آزمون‌های تک‌متغیری تحلیل کوواریانس برای هریک از مؤلفه‌های افسردگی

منبع	متغیرهای وابسته	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	F	P	مجذور ایتای تفکیکی
عضویت گروهی	خلق منفی	۴۶/۱۶۰	۱	۴۶/۱۶۰	۶۳/۸۷۹	۰/۰۰۱	۰/۶۳۳
	مشکلات بین‌فردی	۱۱/۵۱۳	۱	۱۱/۵۱۳	۳۰/۸۲۹	۰/۰۰۱	۰/۴۵۵
	ناکارآمدی	۲۱/۹۲۹	۱	۲۱/۹۲۹	۳۲/۰۸۲	۰/۰۰۱	۰/۴۶۴
	بی‌لذتی	۹۹/۶۹۳	۱	۹۹/۶۹۳	۱۲۶/۳۴۴	۰/۰۰۱	۰/۷۷۳
	عزت‌نفس منفی	۸۲/۷۷۸	۱	۸۲/۷۷۸	۱۰۰/۰۶۶	۰/۰۰۱	۰/۷۳۰

در نتیجه، می‌توان گفت که درمان ECBT که بیشتر در زمینه اختلالات اضطرابی کودکان موفق بوده است، اثرات مثبتی بر افسردگی آنان نیز دارد. با این حال، نکته مهم در پژوهش حاضر این است که محقق به دنبال بررسی اثربخشی درمان مذکور بر اضطراب کودکان نبوده است که بهبود افسردگی آن‌ها به‌عنوان یک نتیجه جانبی در نظر گرفته شود. هدف اصلی این پژوهش، بررسی و تبیین اثربخشی این درمان بر افسردگی کودکان دارای زمینه اضطراب اجتماعی بوده است. بر این اساس لازم است تبیین‌های مستقیم‌تری برای نتایج حاصل عنوان شود.

با توجه به این نتایج، می‌توان گفت که غنی‌سازی مجموعه مفهومی و عملی درمان‌های ادغام‌شده [۱۵] و نقش یکپارچه‌سازی فرایندهای مداخله در تأثیرگذاری بر ویژگی‌های مقاوم به درمان آشفته‌گی‌ها [۱۳] که در ECBT نیز به‌واسطه توجه به هیجان و یکپارچه‌سازی آن با درمان شناختی رفتاری سنتی انجام شده است، احتمالاً در ایجاد تأثیرات مثبت این درمان بر افسردگی کودکان مؤثر بوده است. در همین راستا، با توجه به اینکه در افسردگی غم یک مؤلفه هیجانی محوری است و کودک مضطرب دارای افسردگی ممکن است امیدواری و تجربه لذت کمتری در زندگی داشته باشد، پروتکل استفاده‌شده در این مطالعه نیز بیشتر بر کاهش این مشکلات تمرکز داشته است. مطابق این پروتکل، درمانگر با ایجاد امیدواری در کودک، ترغیب او به انجام تکالیف خانگی، تأکید بر فعالیت‌های لذت‌بخش، کشف معنای خودپاداش‌دهی، تمرکز بر موفقیت‌ها به‌جای اشتباهات و خطاها و کمک به کودک برای کاهش اسنادهای افسرده‌ساز و تحقیرکننده خود، درصد اصلاح تفکر ناکارآمد و ایجاد احساس بهتر در کودک [۲] است؛ بنابراین، بهبود معناداری در افسردگی کودکان ایجاد شده است.

همچنین، احتمال دارد بهبود شایستگی‌های هیجانی به‌عنوان یک مؤلفه مهم در عملکرد اجتماعی انطباقی و سازگاری روانی که توسط درمان ECBT حاصل می‌شود [۹]، بر بهبود علائم افسردگی مؤثر بوده باشد. علاوه‌براین، پاسخ‌های هیجانی انطباقی ایجادشده به کمک این درمان به تعدیل واکنش‌های عاطفی افراد و مبارزه با احساسات افسردگی‌زای غیرانطباقی مربوط به ناتوانی، درماندگی، تحقیر خود، ترس، غم و شرم کمک می‌کند [۱۶]. درنهایت، کاهش تحریک‌پذیری و واکنش‌های منفی به رویدادها [۱۹] و نیز کاهش انتقاد از خود و بهبود اعتمادبه‌نفس افراد مضطرب اجتماعی [۱۷] که تحت تأثیر این درمان ایجاد می‌شود، به بهبود افسردگی و مؤلفه‌هایی نظیر خلق منفی، مشکلات بین‌فردی، ناکارآمدی، بی‌لذتی و عزت‌نفس منفی نیز کمک می‌کند.

نتایج مطالعه حاضر را می‌توان بر مبنای تمرکز ECBT بر همه ظرفیت‌های شناختی، رفتاری و هیجانی کودکان نیز تبیین کرد. همان‌طور که درمان متمرکز بر هیجان مفروض می‌دارد، کارآمدترین راه برای تغییر یک هیجان ناسازگار بیش از آنکه از طریق عقل یا یادگیری مهارت باشد، از طریق فعال کردن احساسات سازگارانه‌تر است [۱۲]. همچنین، به علت برخی محدودیت‌های

همان‌گونه که در جدول ۳ مشاهده می‌شود، در تمامی مؤلفه‌های افسردگی تفاوت معناداری بین دو گروه بررسی‌شده وجود داشت. با مراجعه به جدول ۱، مشخص می‌شود کودکان گروه آزمایش نسبت به کودکان گروه کنترل کاهش معناداری در پس‌آزمون نمرات مؤلفه‌های افسردگی نشان داده‌اند. برای بررسی تفاوت دو گروه در نمره کل افسردگی از آزمون تحلیل کوواریانس تک‌متغیره (آنکووا) استفاده شد. قبل از اجرای تحلیل کوواریانس، آزمون همسانی واریانس‌ها نیز انجام شد و واریانس افسردگی برای هر دو گروه در سطح  $p < 0/05$  یکسان بود. نتایج نشان داد پس از کنترل اثر پیش‌آزمون، بین دو گروه در نمرات پس‌آزمون افسردگی تفاوت معناداری وجود دارد، به‌گونه‌ای که گروه آزمایش کاهش معناداری را در افسردگی نشان دادند ( $F_{4,11} = 541/73$ ،  $P = 0/001$ ،  $M_{\text{مجدور اتای تفکیکی}} = 0/930$ ).

## بحث

هدف مطالعه حاضر بررسی اثربخشی درمان شناختی رفتاری هیجان‌مدار بر افسردگی کودکان دارای اضطراب اجتماعی بود. نتایج پژوهش نشان داد درمان ECBT بر افسردگی و مؤلفه‌های آن تأثیر معناداری داشته است، به‌گونه‌ای که پس از اجرای درمان، گروه آزمایش کاهش معناداری در افسردگی و مؤلفه‌های آن نشان داد. اگرچه در زمینه اثربخشی ECBT بر افسردگی کودکان دارای اضطراب اجتماعی تحقیقات چندانی یافت نشد، با این حال تحقیقات مختلفی وجود دارد که به‌نوعی با نتایج پژوهش حاضر همخوان است و این نتایج را تأیید می‌کند. برای مثال، بهینه‌سازی درمان شناختی رفتاری در چارچوب تنظیم هیجان [۱۳]، ادغام عناصر درمان متمرکز بر هیجان در رفتار درمانی شناختی [۱۵]، استفاده از پروتکل یکپارچه برای کودکان دارای نمایش‌های اضطرابی [۱۹] و پژوهش‌های دیگر (۹، ۱۰، ۲۰-۲۴) از جمله آن‌هاست.

در نگاه اول، می‌توان چنین برداشت کرد که ECBT که اثربخشی بر انواعی از اضطراب‌های کودکان را نشان داده است، به دلیل اینکه افسردگی و اضطراب در تعدادی از علائم مشابه هستند [۲] و افسردگی معمولاً در سطح اختلال [۴] و نشانه‌ها [۵] با اضطراب اجتماعی کودکان مرتبط است، با بهبود اضطراب افسردگی افراد نیز به‌عنوان یک نتیجه جانبی و همبسته با وضعیت اضطرابی آن‌ها کاهش می‌یابد. در همین زمینه، محققان بیان می‌کنند که علائم و اختلالات اضطرابی اغلب قبل از شروع اختلالات خلقی و افسردگی پیش می‌آید [۶]. همچنین، اضطراب کودکی ممکن است از طریق مکانیزم‌های متفاوتی مانند کناره‌گیری و انزوای اجتماعی، افسردگی‌زا باشد [۷]. علاوه‌براین، اختلالات اضطرابی ممکن است باعث مشکلاتی در دوست‌یابی کودکان، صحبت کردن در کلاس درس، شرکت در فعالیت‌های کلاسی یا اجتماعی [۸] و مشکلات دیگری شوند که به‌نوعی بیانگر بعضی از مؤلفه‌های افسردگی هستند.

که کودک علاوه بر اضطراب، در مدیریت سایر هیجان‌های منفی مشکل دارد، پیش‌بینی و اجرا کنند.

### تشکر و قدردانی

این مطالعه بخشی از یک پژوهش مصوب در دانشگاه اراک است. بدین‌وسیله از تمام کسانی که در اجرای این پژوهش همکاری داشتند، سپاسگزاری می‌کنیم.

### تضاد منافع

هیچ‌گونه تضاد منافی در این پژوهش وجود نداشت.

### ملاحظات اخلاقی

این مطالعه با کد اخلاق IR.ARAKMU.REC.1400.104 در دانشگاه علوم پزشکی اراک ثبت و در دانشگاه اراک انجام شده است.

### سهم نویسندگان

نویسنده اول (پژوهشگر اصلی): اجرا و گردآوری داده‌ها (۱۵ درصد); نویسنده دوم (پژوهشگر اصلی): مسئول مکاتبات، طراحی پروژه، نظارت بر اجرا و گردآوری داده‌ها، انجام تحلیل‌های آماری، نگارش و ویرایش مقاله (۸۵ درصد).

### حمایت مالی

مطالعه حاضر با حمایت و تخصیص پژوهانه سالیانه توسط معاونت محترم پژوهشی دانشگاه اراک انجام شده است.

شناختی کودکان و این موضوع که آن‌ها ظرفیت کاملی برای درمان شناختی رفتاری محض ندارند، ECBT که از نظر تحولی حساس است و جنبه‌های دیگر عملکرد کودک از جمله حوزه‌های هیجانی [۹] را در کنار ابعاد شناختی و رفتاری در نظر می‌گیرد، بهبود افسردگی و مؤلفه‌های آن را در کودکان دارای اضطراب اجتماعی تسهیل می‌کند.

محدودیت عمده پژوهش حاضر این بود که روی کودکانی اجرا شد که اضطراب اجتماعی و افسردگی آن‌ها با پرسش‌نامه گزارش شده بود و ممکن است در قیاس با مطالعات انجام‌شده با موارد بالینی اضطراب اجتماعی و افسردگی نتایج متفاوتی داشته باشد. همچنین نبود امکان استفاده از ابزارهای سنجش مشترک با تعدادی از تحقیقات قبلی، مقایسه و تعمیم نتایج را تا حدی دشوار می‌کند.

### نتیجه‌گیری

به‌طور کلی، کودکان مضطرب علاوه بر پیشگیری و درمان اضطراب، به پیشگیری و درمان افسردگی نیاز بیشتری دارند تا بهبود بیشتری در سلامت آن‌ها ایجاد شود. بر این اساس، پیشنهاد می‌شود دست‌اندرکاران حوزه سلامت روان برنامه‌های ECBT را برای کودکان دارای اضطراب اجتماعی، به‌ویژه کودکانی که به افسردگی مبتلا هستند و در مواردی

## REFERENCES

- Charlson F, Van Ommeren M, Flaxman A, Cornett J, Whiteford H, Saxena S. New WHO prevalence estimates of mental disorders in conflict settings: A systematic review and meta-analysis. *Lancet*. 2019;20; 394(10194):240-248. PMID: 31200992 DOI: 10.1016/S0140-6736(19)30934-1
- Polanczyk GV, Salum GA, Sugaya LS, Caye A, Rohde LA. Annual research review: A meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents. *J Child Psychol Psychiatry*. 2015; 56(3): 345-365. PMID: 25649325 DOI: 10.1111/jcpp.12381
- Kendall PC, Suvog C. Emotion-focused cognitive-behavioral therapy for anxious children: Therapist manual. 2nd ed. Translated by Afshari A, Amiri S, Neshat Doost HT. Isfahan: University of Isfahan Press; 2017.
- Ranta K, Kaltiala-Heino R, Rantanen P, Marttunen M. Social phobia in Finnish general adolescent population: Prevalence, comorbidity, individual and family correlates, and service use. *Depress Anxiety*. 2009;26(6):528-36. PMID: 19170089 DOI: 10.1002/da.20422
- Tillfors M, El-Khoury B, Stein MB, Trost K. Relationships between social anxiety, depressive symptoms, and antisocial behaviors: Evidence from a prospective study of adolescent boys. *J Anxiety Disord*. 2009;23:718-24. DOI:10.1016/j.janxdis.2009.02.011
- Fichter MM, Quadflieg NN, Fischer UC, Kohlboeck GG. Twenty-five-year course and outcome in anxiety and depression in the Upper Bavarian Longitudinal Community Study. *Acta Psychiatr Scand*. 2010; 122(1):75-85. PMID: 19922523 DOI: 10.1111/j.1600-0447.2009.01512.x
- Gazelle H, Ladd GW. Anxious solitude and peer exclusion: A diathesis-stress model of internalizing trajectories in childhood. *Child Dev*. 2003;74:257-78. PMID: 12625449 DOI: 10.1111/1467-8624.00534
- Alotaibi A. Combating anxiety and depression among school children and adolescents through student counselling in Saudi Arabia. *Procedia-Soc Behav Sci*. 2015;205:18-29. DOI: 10.1016/j.sbspro.2015.09.006
- Suvog 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. DOI: 10.1007/s10879-006-9010-4
- Grosse Holtforth M, Krieger T, Zimmermann J, Altenstein-Yamanaka D, Dörig N, Meisch L, et al. A randomized-controlled trial of cognitive-behavioral therapy for depression with integrated techniques from emotion-focused and exposure therapies. *Psychother Res*. 2019; 29(1):30-44. PMID: 29130400 DOI: 10.1080/10503307.2017.1397796
- Setiyowati AJ. Emotion focussed cognitive behavioral therapy: An Attempt to Resolve Emotional deficiency and strengthen cognitive behavioral therapy efficacy. In 3rd International Conference on Education and Training. 2017;261-264. DOI: 10.2991/icet-17.2017.45
- Shahar B. New developments in emotion-focused therapy for social anxiety disorder. *J Clin Med*. 2020;9(9):1-15. PMID: 32927706 DOI:10.3390/jcm9092918
- Clayton M, Spaeth PE, Renna ME, Fresco DM, Mennin DS. Optimizing cognitive behavioral therapy to reduce the burden of distress disorders within an emotion regulation framework. London: Routledge; 2021.
- Greenberg LS. Integrating an emotion-focused approach to treatment into psychotherapy integration. *J Psychother Integr*. 2002;12(2):154-89. DOI: 10.1037/1053-0479.12.2.154
- Caspar F, Berger T, Holtforth MG, Babl A, Heer S, Lin M, et al. The impact of integrating emotion focused components into psychological therapy: A randomized controlled trial. *J Clin psychol*. 2022;21:1-20. DOI:10.1002/jclp.23421
- Greenberg LS. Emotion-focused therapy of depression. *Pers Centered Exp Psychother*. 2017;16(2):106-17. DOI: 10.1080/14779757.2017.1330702
- Shahar B, Bar-Kalifa E, Alon E. Emotion-focused therapy for social anxiety disorder: Results from a multiple-baseline study. *J Consult Clin Psychol*. 2017;85(3):238-49. PMID: 28221059 DOI: 10.1037/ccp0000166
- Kendall PC, Kortlander E, Chansky TE, Brady EU. Comorbidity of anxiety and depression in youth: treatment



- implications. *J Consult Clin Psychol.* 1992;**60**(6):869-80. PMID: 1360989 DOI: 10.1037/0022-006X.60.6.869
19. Mariotti EC, Bolden J, Finn M. Unifying treatment for mild anxiety and depression in preadolescence. *Psychother.* 2021;**58**(1):121-32. PMID: 33252924 DOI: 10.1037/pst0000350
  20. Shafiei M, Rezaei F, Sadeghi M. Effectiveness of the newly developed treatment contrast avoidance of worry and emotion-focused cognitive behavioral therapy in affective control in women with generalized anxiety disorder. *J Mod Psychol Res.* 2021;**15**(60):62-75.
  21. Torres S, Sales CM, Guerra MP, Simões MP, Pinto M, Vieira FM. Emotion-focused cognitive behavioral therapy in comorbid obesity with binge eating disorder: A pilot study of feasibility and long-term outcomes. *Front Psychol.* 2020;**11**:1-13. PMID: 32194485 DOI: 10.3389/fpsyg.2020.00343
  22. 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 abnormal child psychol.* 2018;**46**(3):569-80. PMID: 28580504 DOI: 10.1007/s10802-017-0319-0
  23. Afshari A, Neshat-Doost HT, Maracy MR, Ahmady MK, Amiri S. The effective comparison between emotion-focused cognitive behavioral group therapy and cognitive behavioral group therapy in children with separation anxiety disorder. *J Res Med Sci.* 2014;**19**(3):221-7. PMID: 24949029
  24. 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. *J Urmia Univ Med Sci.* 2015;**26**(3): 194-204.
  25. Kovacs M, Beck AT. An empirical-clinical approach toward a definition of childhood depression. In Schulerbrandt JG, Raskin A. Depression in childhood: Diagnosis, treatment, and conceptual models. New York: Raven Press; 1977:1-25.
  26. Smukher MR, Craighead WE, Craighead LW, Green BJ. Normative and reliability data for the children's depression inventory. *J Abnorm Child Psychol.* 1986;**14**(1):25-39. PMID: 3950219 DOI: 10.1007/BF00917219
  27. Kovacs M. Children's depression inventory: manual. Toronto, ON: Multi-Health Systems; 1992.
  28. Dehshiri GR, Najafi M, Shikhi M, Habibi Askarabad M. Investigating primary psychometric properties of Children's Depression Inventory (CDI). *J Fam Res.* 2009;**5**(2):159-77.
  29. Masia-Warner C, Storch EA, Pincus DB, Klein RG, Heimberg RG, Liebowitz MR. The Liebowitz Social Anxiety Scale for Children and Adolescents: An initial psychometric investigation. *J Am Acad Child Adole Psychiatry.* 2003;**42**(9):1076-84. PMID: 12960707 DOI: 10.1097/01.CHI.0000070249.24125.89
  30. Dadsetan P, Anari A, Saleh Sedghpour B. Social anxiety disorders and drama-therapy. *J Iran Psychol.* 2008;**4**(14):115-23.