

نقش مداخله مبتنی بر تعامل والد-کودک در درمان کودکان با اختلال هیجانی رفتاری

- ساناز بیگم حسینی، کارشناسی ارشد روان‌شناسی و آموزش کودکان استثنایی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه گیلان، رشت، ایران
- رضا سلطانی شال، استادیار گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه گیلان، رشت، ایران
- عباسعلی حسین‌خانزاده*، دانشیار گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه گیلان، رشت، ایران

نوع مقاله: پژوهشی • صفحات ۹ - ۲۴

چکیده

زمینه و هدف: اختلالات هیجانی رفتاری نتیجه انواع آسیب‌های روان‌شناختی در طی دوره تحول به خصوص دوره کودکی اولیه است که رفتارهای ضد اجتماعی، اختلال در عملکرد تحصیلی و اجتماعی را در سنین بعدی به دنبال دارد. الگوهای تعاملی خانواده‌ها با کودکان، ازجمله عوامل مؤثر بر فرآیند تحول و سلامت روان کودک در سنین نوجوانی و بزرگسالی و مداخلات مبتنی بر اصلاح تعاملات والد-کودک جزو درمان‌های کارآمد در درمان این اختلالات است. بدین ترتیب، هدف از این مطالعه مروری، بررسی شواهد درمان‌های مبتنی بر تعامل والد-کودک و اثربخشی این درمان‌ها بر انواع اختلالات روان‌شناختی در کودکان و همچنین بررسی ابعاد و ویژگی‌های آنها است.

روش: این مطالعه از نوع مروری روایتی است که طی آن مطالعات انجام شده درباره نقش تعامل والد کودک در بهبود انواع اختلالات هیجانی رفتاری مورد بررسی عمیق قرار گرفته و در پایان نتیجه‌گیری لازم انجام شده است.

نتیجه‌گیری: نتایج بررسی پژوهش‌های انجام شده در این حیطه مبین اثربخش و کارآمد بودن الگوهای درمانی مبتنی بر تعامل والد کودک بر گستره وسیعی از اختلالات هیجانی رفتاری درون‌نمود و برون‌نمود بوده است، بدین ترتیب، مداخلات باید بر کیفیت روابط بین والدین و کودک برای ارائه‌ی طرح درمانی تأکید کنند. به همین منظور در این مقاله، با بیان ویژگی‌های کودک با اختلال هیجانی رفتاری و بررسی کیفیت روابط کودک با والد، مدل درمانی کارآمد و مفید جهت بهبود تعاملات و روابط ارائه شده که به عنوان یک روش مکمل و پیشگیرانه در حیطه آموزش و درمانگری، قابلیت استفاده دارد.

واژه‌های کلیدی: روابط والد-کودک، کودکان با اختلال هیجانی رفتاری، مداخله تعامل والد-کودک

مقدمه

اختلالات هیجانی رفتاری^۱ نتیجه انواع آسیب‌های روان‌شناختی هستند که در نتیجه آسیب به فرآیند تحول در دوره کودکی، بروز می‌کند (۱). در سال‌های اخیر مطالعات نشان داده که همه‌روژه‌مربیان و مدیران مدارس با کودکان و دانش‌آموزان با رفتارها و هیجانات نامطلوب بارز مواجه هستند که میزان قابل توجهی از کودکان سنین مدرسه (۲) یعنی در حدود ۲۰ تا ۳۰ درصد آنها با افت تحصیلی و انواع مشکلات روان‌شناختی و رفتاری مواجه می‌شوند (۳). بیشتر کودکان و دانش‌آموزان با اختلالات هیجانی رفتاری دارای هوش متوسط یا بهنجار هستند اما به دلیل مشکلات رفتاری و ارتباط ضعیف با همسالان، از حرمت خود^۲ و اعتماد به خود^۳ پایینی برخوردار بوده و رفتارهای پرخاشگرانه در تعاملات بین فردی از خود بروز می‌دهند (۴). با این وجود برخی از این کودکان تا سال‌ها پس از ورود به مدرسه هم شناسایی نشده و درمان و آموزش متناسب دریافت نمی‌کنند (۵ و ۶). براساس مطالعات همه‌گیرشناسی، ۱۳/۴ درصد کودکان و نوجوانان دارای مشکلات سلامت روان گزارش شده‌اند (۷) که در ایران نتایج مطالعه محمدی شیوع این اختلالات را در کودکان ایرانی ۲۳ درصد بیان کرده است (۸).

عوامل خطر زمینه‌ساز این اختلال مانند عوامل زیست‌شناختی، عوامل خانوادگی، عوامل مربوط به مدرسه، عوامل فرهنگی و ترکیبی از این عوامل هستند که نمی‌توان آنها را به عنوان علل قطعی این اختلال به حساب آورد (۹)؛ اما همان‌طور که ذکر شد یکی از این عوامل تأثیرگذار و بسیار مهم بر مشکلات هیجانی کودکان براساس پژوهش‌های انجام شده، عامل خانوادگی (۱۰) مانند سبک‌های فرزندپروری^۴ است. فرزندپروری به سبک والدین در نحوه‌ی ارتباط با کودک اشاره دارد که به ایجاد یک محیط عاطفی بین والد و فرزند منجر می‌شود و رفتارهای والدین از قبیل وظایف والدین و لحن صدا و حرکات و بیان احساسات، مبین سبک‌های فرزندپروری آنها است (۱۱ و ۱۲). رفتارهای بیش از حد تنبیه‌گرانه و سخت‌گیرانه والدین نسبت به کودکان نشان یکی از عوامل مهم در ایجاد مشکلات رفتاری برون‌نمود^۵ مانند نقض قانون و پرخاشگری‌ها و اختلال سلوک^۶

است (۱۳). علاوه بر این موارد، کودکان به شدت تحت تأثیر ارتباطات و تعارضات زناشویی و کشمکش‌های والدینشان هستند که براساس پژوهش‌های پیشین، یکی دیگر از عوامل خطر برای سلامت روان کودک، همین تعارضات بین والدین است؛ زیرا کودک با مشاهده درگیری‌ها و تعاملات خشونت‌آمیز بین والدین دچار ترس و پریشانی شده (۱۴) و این احساسات منفی به خشم او نسبت به والدین منجر می‌شود و حتی آن رفتارها را تقلید کرده و در ارتباط با همسالان و اطرافیانش بروز می‌دهد (۱۵). برای مثال، در یک پژوهش انجام شده، ارتباط نوع تعامل والد-کودک با اختلال اضطراب که یکی از انواع اختلالات هیجانی رفتاری درون‌نمود^۷ در کودکان است نیز تأیید شده است (۱۶). با توجه به اهمیت روابط والد-کودک در سبب‌شناسی این اختلالات، آن دسته از مداخلات درمانی که هدفشان بهبود روابط والد-کودک یا معلم-دانش‌آموز است، بر اعتماد به دیگران و پیشرفت تحصیلی و روحیه همدلی و همکاری، دانش‌آموزان تأثیر مثبت دارد (۱۷). روش‌های مداخله‌ای رفتاری مختلفی برای بهبود تعاملات و روابط بین کودک با مراقبانش وجود دارد (۱۸)، این قبیل مداخلات به دلیل مشارکت دادن والدین و مراقبان کودک در برنامه‌های آموزش و سبک‌های تربیتی، کمک می‌کنند تا آنها بتوانند رفتار کودک را تغییر، اصلاح و یا حذف کنند. در این‌گونه درمان از مؤلفه‌هایی همچون ایجاد تعهد درمانی، درک متقابل و پاداش و تقویت‌کننده‌های مثبت استفاده می‌شود که در نتیجه، باعث تقویت حرمت خود و تقویت تعامل و ارتباط والد و کودک می‌شود (۱۹).

در پژوهش دیگری که روی کودکان با علائم اختلال رفتاری مثل نافرمانی مقابله‌ای^۸ و پرخاشگرانه انجام شده است، کودکانی که مادرانشان تحت آموزش مدیریت رفتاری بودند و از اصولی مثل اجتناب از تنبیه و توجه به نتیجه‌ی منطقی رفتار و فرق بین تنبیه و طرح‌های انضباطی تبعیت کرده بودند، توانستند مشکلات رفتاری کودک را کاهش داده و رفتارهای مطلوب را جایگزین کنند در نتیجه میزان اختلال رفتاری در فرزندشان نیز کاهش یافته بود (۲۰). براساس نقش مستقیم و غیرمستقیم ارتباطات و تعاملات والد-کودک در بروز اختلالات روان‌شناختی که در مطالعات مختلف نشان داده

1. Emotional Behavioral Disorders
2. Self esteem
3. Self-confidence
4. Parenting styles

5. Externalizing behavior
6. Conduct disorder
7. Internalizing behavior
8. Oppositional Defiant Disorder(ODD)

تفکیک می‌شوند (۲۳-۲۶). این اختلالات گسترده‌ی وسیعی از اختلالات را در برمی‌گیرد که رفتارهای غیرعادی تکراری و آزاردهنده مانند جویدن ناخن، مک زدن انگشت، کندن مو و تیک پرخاشگری، اختلال اضطرابی^۶ و خلقی و نارسایی توجه-فزون‌کنشی^۷ و ... را شامل می‌شود که باعث اختلال در عملکرد اجتماعی، یادگیری و ارتباطات و پیشرفت تحصیلی فرد می‌شود (۲۷).

از مشخصه‌های اختلالات هیجانی رفتاری، تظاهر آنها به دو شکل برون‌نمود (رفتار پرخاشگرانه و برون‌ریزی) و درون‌نمود (رفتارهای اضطرابی گوشه‌گیری و افسردگی) در فرد مبتلا است (۲۸). از دیگر ویژگی‌های این اختلال، مشکلات گسترده در سازش‌یافتگی در نتیجه افت کیفیت زندگی فرد است که در بزرگسالی به شکل خصومت علیه همکاران، شریک عشقی و کودکان در محیط کار و خانه نشان می‌دهد. دانش‌آموزان با این اختلالات به دلیل عوارض ناشی از این اختلال مانند نارسایی توجه، پرخاشگری و اضطراب، قدرت یادگیری و تمرکز کمتری خواهند داشت که به افت تحصیلی در آنها منجر می‌شود (۲۹). مهارت‌های اجتماعی و ارتباطی ضعیف با همسالان و بزرگسالان در فعالیتهای مشارکتی و گروهی، ضعف و نقص در رفتارهای بین‌فردی مانند دوست‌یابی، کمک به دیگران و یا درخواست کمک از آنها، عدم همدلی متناسب و عدم مهارت‌های جرئت‌ورزی^۸ و ارتباطی کافی در کودکان با این اختلالات به چشم می‌خورد (۴). نظر به اهمیت پیشرفت تحصیلی می‌توان به مشکلات این گروه از کودکان در در حیطه‌های خواندن و نوشتن و ریاضی و افت نمرات نسبت به میانگین کلاس و همچنین بی‌انگیزگی آنها در تحصیل و درجا زدن در یک پایه تحصیلی، ترک تحصیل بیشتر در مقایسه با دانش‌آموزان با سایر اختلالات اشاره کرد که هم می‌تواند ناشی از نارسایی توجه و تمرکز آنها باشد و هم تأثیر متقابل این اختلال با پیشرفت تحصیلی در فرد باشد.

عوامل زیادی به‌عنوان زمینه ساز اختلالات هیجانی رفتاری نقش دارند که نمی‌توان آنها را به‌تنهایی به‌عنوان علل قطعی این اختلال به حساب آورد. طبق پژوهش‌های انجام شده، عوامل زیست‌شناختی (مزاج دشوار^۹ در کودک، عوامل ژنتیکی،

شده‌اند، مطالعه حاضر با هدف مرور روایت گونه (narrative review) مطالعات انجام شده درباره نقش مداخلات مبتنی بر تعامل والد-کودک بر بهبود وضعیت رفتاری کودکان انجام شده است. بدین ترتیب در این مقاله ابتدا تعریف و توصیف اختلالات هیجانی رفتاری به‌طور مختصر ارائه شده و به ترتیب تعامل والد کودک در کودکان با اختلال هیجانی رفتاری و تأثیر درمان‌های مبتنی بر تعامل و ارتباط والد-کودک در این اختلالات، معرفی ابعاد درمان مبتنی بر تعامل والد-کودک و فرآیند یافته‌های به‌دست آمده و در نهایت نتیجه‌گیری و تبیین و تفسیر لازم انجام شده است.

تعریف و توصیف اختلالات هیجانی، رفتاری

شورای کودکان استثنایی^۱، اختلالات هیجانی رفتاری را به‌عنوان شرایطی تعریف کرده که در آن فرد دارای سطح متفاوتی از پاسخ هیجانی و رفتاری نسبت به هنجارهای قومی، فرهنگی و سنی در مدرسه است و رفتارهای فرد تأثیر منفی بر عملکرد شغلی، تحصیلی و اجتماعی، مانند مراقبت از خود، سازش‌یافتگی فردی و رفتاری فرد در آینده بگذارد. همچنین این مشکلات هیجانی رفتاری حداقل در دو موقعیت مختلف که یکی مدرسه باشد باید بروز کند (۲۱). مشکلات و اختلالات رفتاری در کودکان به آن دسته از رفتارهایی گفته می‌شود که دائماً با نقض قوانین و زیر پا گذاشتن حقوق دیگران و با رفتارهایی مشابه نافرمانی‌های دوران کودکی ولی با شدت بیشتر همراه است (۲۲ و ۲۳). براساس راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی^۲ و طبقه‌بندی بین‌المللی بیماری‌ها در آخرین بررسی انجمن روان‌پزشکی آمریکا^۳ اختلالات هیجانی رفتاری به چهار نوع اصلی رفتار پرخاشگرانه و غیر پرخاشگرانه، تقلب و دزدی و نقض قوانین طبقه‌بندی شده است که در دو مقوله «شروع از دوره کودکی»^۴ (که با پرخاشگری فیزیکی نسبت به دیگران و ضعف در تعاملات اجتماعی بروز می‌کند و گاهی با اختلالاتی مثل اختلال نافرمانی و نارسایی توجه و فزون‌کنشی همراه است) و «شروع در دوره نوجوانی»^۵ که احتمال رفتار پرخاشگرانه و اختلالات شخصیت جامعه‌ستیز در این دسته کمتر می‌شود و روابط طبیعی‌تری با اطرافیان دارند،

1. Council for Exceptional Children

2. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5 (DSM-5)

3. American Psychiatric Association (APA)

4. Childhood-onset type

5. Adolescent-Onset type

6. Anxiety disorder

7. Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD)

8. Assertiveness

9. Difficult temperament

زیست-شیمیایی، عصب‌شناختی، سوء مصرف مواد، هوش پایین و سایر عوامل)، عوامل خانوادگی (افسردگی و تنیدگی والدین، طلاق، خانواده جامعه‌ستیز، سوء استفاده از کودک، سبک فرزندپروری استبدادی و بی‌توجه)، عوامل مربوط به مدرسه (آموزش ناکافی و ضعیف، شرایط نامناسب محیط کلاس، انتظارات ناهماهنگ، تأکید پایین بر علم‌آموزی)، عوامل فرهنگی (سطح پایین اجتماعی اقتصادی، محیط زندگی پرخطر، انتظارات فرهنگی، طرد همسالان) و یا ترکیبی از این عوامل در ایجاد اختلالات هیجانی رفتاری نقش دارند (۹).

در پژوهش‌ها و منابع مختلف، در درمان اختلالات هیجانی رفتاری روش‌های گوناگونی مطرح شده است که برخی از آنها از شواهد تجربی مطلوبی برخوردار هستند. به عنوان مثال، آموزش رفتاری والدین^۱ باهدف اصلاح و تغییر تعاملات ناکارآمد والد-کودک به واسطه‌ی آموزش فنون و مهارت‌های رفتاری به والدین اقدام به کاهش یا حذف رفتار نامطلوب کودک و شکل‌دهی و افزایش رفتار مطلوب او می‌کند. جلسات این مدل درمانی مشتمل بر آموزش شرطی‌سازی عاملی و تقویت مثبت، خاموش‌سازی و بی‌توجهی، طرح‌های تنبیهی و محروم‌سازی، جریمه و تعلیق امتیاز از کودک است. والدین آموزش می‌بینند که رفتار هدف و پیشایندها و پیامدهای آن را که منجر به افزایش آن رفتار می‌شود را شناسایی کنند و بدین ترتیب رفتار کودک را مدیریت و مهار کنند (۳۰). مداخلات مبتنی بر روی آورد شناختی-رفتاری شامل راهکارهایی مانند آموزش تنش‌زدایی^۲، حل مسئله، آموزش خود^۳، و بازآموزی اسنادی^۴ است که با آموزش‌هایی برای شناسایی برانگیزاننده‌های درونی و بیرونی و استفاده از آنها به کودکان ارائه می‌شود و از پاداش، ایفای نقش و خودسنجی و مدل‌سازی و ترکیب همه اینها و همین‌طور واسطه‌های شناختی (با صدای بلند فکر کردن) برای ایجاد یک سبک کنار آمدن با مسائل و مشکلات استفاده می‌شود (۳۱). روش درمانی بعدی، آموزش مدیریت خشم^۵ که با سه هدف کلی ارائه اطلاعاتی در مورد تأثیرات مثبت و منفی خشم و بیان و استفاده از تجربیات خشم در طول زندگی برای توسعه راه‌های مهار خشم و ارائه چهارچوبی برای مدیریت خشم است که فرد به کمک آن بتواند احساسات پیچیده‌تر را نیز مهار کند و بر ابعاد مختلف مشکلات رفتاری متمرکز شود (۳۲). آموزش همدلی^۶، یکی دیگر از مداخلات درمانی در این

اختلالات است که به واسطه بالا بردن درک و آگاهی فرد از خود و دیگران و افزایش پاسخ‌های همدلانه به کمک تنظیم هیجان به بازخورد مثبتی برای فرد منجر می‌شود (۳۳). روش دیگر درمان اختلالات هیجانی رفتاری، دارودرمانی است ولی انواع مداخلات روان‌درمانی بیشتر از تعداد داروهای قابل استفاده برای این اختلال است و در نتیجه به هیچ وجه دارودرمانی تنها راه درمان کودکان با انواع اختلالات هیجانی، رفتاری محسوب نمی‌شود (۳۰). مداخلات چند مؤلفه‌ای نیز ترکیبی از روش‌های روان‌درمانی و دارو درمانی را در درمان مشکلات رفتاری، اثربخش‌تر می‌دانند و به عنوان یک نمونه کارآمد برای درمان اختلالات رفتاری مخرب به حساب می‌آید؛ زیرا شامل مداخله در سطح والدین و کودک و آموزش مهارت‌های مختلف و حل مسئله به آنها هستند. روش آموزش مهارت‌های اجتماعی نیز با آموزش رفتارهای اجتماع پسند برای برقراری ارتباط با دیگران و کنار آمدن و سازش یافتگی با محیط اجتماعی و همچنین ارائه راهکارهای مفید در کسب نتایج خوشایند از تعامل با دیگران باعث ایجاد توانایی در فرد برای استفاده از مهارت‌های اجتماعی و رفتار سازگارانه برای برقراری ارتباط مثبت و موفقیت‌آمیز با اطرافیان می‌شود (۹). اما یکی از روش‌های مداخله که از شواهد پژوهشی زیادی برخوردار است تقویت تعامل والد-کودک است که در این مطالعه‌ی مروری روایتی به تفصیل مورد بحث قرار می‌گیرد. بدین ترتیب در بخش بعدی به توصیف تعامل والد-کودک در خانواده‌های دارای کودکان با اختلالات هیجانی، رفتاری می‌پردازیم.

تعامل والد-کودک در کودکان با اختلال هیجانی، رفتاری

تعامل والد-کودک فرایند گسترده‌ای است که در اثر تعامل عوامل زیادی بر کیفیت روابط والد-کودک و مراقب اصلی ایجاد می‌شود و به نحوه برقراری ارتباط و ایجاد فضای گرم و عاطفی والد با کودک تأکید دارد (۳۴). تعاملاتی که در آن ارتباط بین والد و کودک با خشونت و خصومت متقابل، بدبینی، مهارگری بیش از حد همراه باشد یک عامل پیش‌بینی کننده در بسیاری از آسیب‌های دوران کودکی به حساب می‌آید (۳۵).

1. Behavioral training of parents
2. Relaxation
3. Self instruction

4. Retraining Attribution
5. Anger management training
6. Empathy training

حساسیت و نگاه مثبت والدین است. همچنین مراقبت بدون حساسیت و سازش نایافته به دلبستگی ناایمن^۴ مادر و کودک منجر می‌شود. والدین با مهارگری و تعارض زیاد و حمایت‌گری پایین باعث ایجاد دلبستگی ناایمن و حتی کاهش استقلال و کنترل شخصی در کودک و افزایش آسیب‌پذیری او می‌شوند (۴۳). فرزندپروری پاسخگو با ایجاد روابط عاطفی گرم یک عامل محافظ در برابر اختلالات هیجانی مانند اختلال نافرمانی مقابله‌ای به حساب می‌آید. در این ارتباط در پژوهشی رابطه والد-کودک را به عنوان عامل حفاظتی و یک هدف اضافی در مداخلاتی که در اصلاح رفتارهای ناخوشایند کودکان با اختلال نافرمانی مقابله‌ای به کار می‌رود، مطرح کردند (۴۴) و تصریح شده است که نظارت مطلوب والدین، پیش‌بینی‌کننده مشکلات رفتاری برون‌نمود کمتر و سهل‌انگاری آنها مشکلات رفتاری برون‌نمود بیشتری است (۴۵). براساس دیدگاه‌های بین‌فردی از علائم روان‌شناختی، ضعف در روابط بین‌فردی، در روند چگونگی پیشرفت مشکلات رفتاری کودکان به مشکلات شدید عاطفی نقش بسیار مهم و مؤثری بازی می‌کند. در این راستا، در پژوهشی طولی، اثرات مستمر علائم اختلال نافرمانی مقابله‌ای بر احساس شادی و افسردگی، با نقش میانجی روابط بین‌فردی کودک بررسی شد. نتایج این مطالعه ارتباط بین دلبستگی والدین با فرزند و روابط همسالان با علائم اختلال و احساس شاد زیستی را نشان داد و دلبستگی پدر-فرزند به طور خاص در رابطه بین علائم این اختلال با علائم افسردگی، نقش میانجی را ایفا کرده است (۴۶).

با توجه به این‌که پژوهش‌ها اثر روابط و تعاملات بین والد-کودک را به عنوان پیش‌بینی‌کننده اختلالات هیجانی رفتاری تأیید کردند، در نتیجه در این بخش به بررسی تأثیر روابط و تعاملات والد-کودک بر بهبود اختلال به طور مستند و مبتنی بر شواهد تجربی می‌پردازیم.

تأثیر درمان‌های مبتنی بر تعامل و ارتباط والد-کودک در اختلال هیجانی، رفتاری

در تغییر رفتار کودکان می‌توان به بستری که فرد زندگی‌اش را با آن آغاز کرده و در آن شکل می‌گیرد، اشاره کرد. در نتیجه کیفیت کارکرد سیستم خانواده و روابط و تعاملات حاکم بر

مفهوم رابطه والد-کودک شامل ابعاد دلبستگی و الگوهای سنتی فرزند پروری و سبک مقتدرانه^۱ در مقابل سهل‌گیری^۲ و ملایمت در مقابل خشونت است. سبکی که والدین در رابطه با فرزندانشان به کار می‌بندند، تأثیرگذارترین عامل بر الگوهای تعاملی خانوادگی است. والدینی که در ارتباطات خود ضعف و بی‌ثباتی و عدم توانمندی را بروز می‌دهند، سبک فرزندپروری باثباتی را ندارند و از الگوهای فرزندپروری ناکارآمد مانند طرد یا حمایت بیش از حد، سبک تربیتی دوگانه، کمال‌گرایی و هیجانات بی‌ثبات که منجر به ایجاد و ماندگاری مشکلات رفتاری در کودک می‌شود، استفاده می‌کنند (۳۶)؛ به طوری‌که بسیاری از اختلالات رفتاری دوران کودکی در تعاملات منفی والد-کودک ریشه دارد. پژوهش‌های قبلی رفتارهای بیش از حد تنبیهی و سخت‌گیرانه والدین (۳۷) و سبک‌های فرزندپروری (۳۸) را یکی از عوامل مهم بروز مشکلات رفتاری برون‌نمود در کودکان نشان دادند و چون والدین این کودکان اغلب به لحاظ الگوهای تربیتی به شدت دستوری و منفی عمل می‌کنند که منجر به عدم مهار رفتار در کودک می‌شود (۳۹) و تعاملاتی که با خشونت و مهارگری بیش از حد والدین و خصومت متقابل کودک و والد همراه است در نتیجه در بسیاری از مشکلات روان‌شناختی و اختلالات روانی کودکان نقش داشته است (۴۰).

مطالعات انجام شده کارکرد خانواده را از عوامل مؤثر ایجاد و تشدید مشکلات رفتاری در کودکان می‌دانند (۴۱). چون مشکلات حاکم بر روابط والد-کودک، والدین را به سمت خودسرزندی و شک نسبت به خودکارآمدی و کفایت فرزندپروری خود هدایت می‌کند که همین موضوع در ابعاد تحولی کودک نقش مهمی دارد (۴۲). براساس نظریه تعامل والد-کودک و نظریه دلبستگی، دلبستگی پیوند عمیق عاطفی بین کودک و مراقب اصلی‌اش تعریف شده است که در آن تعاملات بین والدین با کودک به خصوص با مادر ایجاد می‌شود که کودکان با دلبستگی ایمن^۳ دارای اعتماد به خود و دیگران در روابط بین‌فردی هستند و هیجانات منفی کمتری از خود بروز داده و مهارت‌های اجتماعی بیشتری دارند که عامل مهمی برای محافظت کودک در برابر انواع اضطراب و مشکلات مشابه است و عوامل ایجادکننده روابط ایمن بین کودک-والد شامل حمایت، روابط متقابل و تحریک و

1. Authoritarian styles
2. Neglectful styles

3. Secure attachments
4. Insecure attachment

آن و زیرسیستم‌های خانواده از عوامل مهم و مؤثر بر سلامت و بهزیستی روان‌شناختی فرد است (۴۷). بنابراین چگونگی کاربرد ارتباط والد-کودک در درمان اختلالات و اینکه چگونه می‌توان با کمک والدین و با آموزش مهارت‌های لازم به آنها، والدین را در خانه جایگزین درمانگر کرده و در محیط خانه به درمان اختلالات و مشکلات کودکان پرداخت، مورد توجه درمانگران زیادی قرار گرفته است. هم‌راستا با این ادعا پژوهش‌های زیادی برای تأیید تأثیر درمان‌های مبتنی بر تعاملات و ارتباطات والد-کودک انجام شده که یکی از انواع این درمان‌ها، بازی کودک با والدین^۱ است که یکی از روش‌هایی است که کودکان در طی آن به درک پدیده‌ها و شناخت دست‌یافته و روابط را فهمیده و در ایجاد ارتباط و تسلط بر وقایع بیرونی موفق می‌شوند (۴۸). با ایجاد حس خودکارآمدی در کودک و والد رابطه آنها تقویت شده و سبک والدگری اصلاح و کارآمدتر می‌شود. درمان بازی درمانی مبتنی بر ارتباط کودک والد^۲ لندرت^۳ از مجموعه درمان‌های فرزند درمانی فیلیال^۴ گرنی^۵ است (۴۹) که بر مشارکت خانواده‌ها در درمان کودکان متمرکز است و جزء درمان‌هایی است که شیوه فرزندپروری آن مورد حمایت قرار گرفته و براساس پیشینه پژوهشی کارآمدی و تداوم اثر آن در برخورد با مشکلات رفتاری و اختلالات کودک تأیید شده است (۵۰).

بازی درمانی مبتنی بر رابطه والد-کودک متمرکز بر اصلاح کیفیت ارتباطات والد کودک است و به والدین در برقراری روابط گرم و پاسخگو کمک می‌کند. دادن حق رهبری و مسئولیت و حق انتخاب به کودک از ارکان آموزشی این مدل درمانی است که با استفاده از قوانین شفاف و روشن و مشخص کردن عواقب رفتار برای کودک و همچنین درک احساس کودک، زمینه را برای تصمیم‌گیری و خودمهارگری و خودآگاهی برای کودک فراهم می‌کند که به کاهش و اصلاح سبک ناکارآمد انضباطی و بهبود رابطه والد-کودک منجر می‌شود. ویژگی دیگر این مداخله تمرکز به آینده و تلاش برای اصلاح گذشته و بررسی نیاز احساسی کودک به جای تمرکز به علت رفتار و همچنین اصلاح سطح انتظارات والدین و افزایش آگاهی و بینش و اعتماد به خود والدین است. این روش درمانی بر بالا بردن مهارت ارتباطی در والدین برای درک

علل رفتار نامطلوب کودک تأکید دارد و رابطه با کودک بیشتر از فن‌های اصلاح رفتار مورد توجه درمان است.

رابطه والد-کودک مهره مهمی برای ایجاد تغییرات در خود درونی کودک و توانمندی‌های بالقوه کودک است، به این صورت که والدین با وقت گذاشتن و بازی بی‌قیدوشرط با کودک، بهبود همدلی و پذیرش والدین با کودک را تقویت کرده و باعث می‌شوند احساس منفی و تنیدگی در والد کاهش یابد و در کودک اختلالاتی همچون اضطراب جدایی نیز بهبود می‌یابد (۵۱). در این زمینه بهمنی و جهانبخشی در آخرین پژوهش خود اثربخشی برنامه بازی درمانی مبتنی بر رابطه والد-کودک را در بالا بردن کیفیت فرزندپروری والدین و ارتقاء تعامل والد-کودک و کاهش پرخاشگری تأیید کرده‌اند و در این رویکرد درمانی، منشأ تغییر رفتار و درک کودک را در ارتباط بین والدین و کودک با هدف افزایش توانمندی والدین در درک کودک و همین‌طور رفع رفتارهای ناکارآمد والد-کودک تصریح کردند. آنها در مطالعه خود نشان دادند که با افزایش آگاهی والدین برای درک جهان عاطفی کودک و ارتباط مثبت با کودک و ایجاد فضایی با پذیرش بالا و به‌دور از قضاوت و افزایش خودمهارگری و خودکارآمدی، شرایط تعامل مناسب، مهیا می‌شود. از آنجایی که سبک والدگری خشن و متعصبانه زمینه بروز اختلالات رفتاری را افزایش می‌دهد در این رویکرد با تغییر سبک تعاملی، اساس تحول شناختی و عاطفی کودک شکل می‌گیرد و به کاهش احتمال خطر اختلالات روانی در کودک منجر می‌شوند. تغییر سبک والدگری و تعاملی والد و کودک و بهبود آن، با آموزش مهارت‌هایی مانند گوش دادن انعکاسی، محدودیت‌گذاری درمانی، شناسایی و پاسخ‌دهی به احساسات کودکان و نیز دادن حق انتخاب به کودکان به بروز متناسب احساسات و هیجانات کودک و در نتیجه پرورش خودمهارگری و کاهش رفتار پرخاشگرانه در او منجر می‌شود (۵۲).

یکی دیگر از مؤثرترین مداخلات روان‌شناختی در حوزه مشکلات هیجانی-رفتاری کودکان آموزش مهارت به والدین است که منجر به مهار رفتار و ایجاد الگوهای والدگری می‌شود (۴۷). طبق مطالعات، ارتباط بین رفتارهای والدین و مشکلات رفتاری کودکان و چرخه معیوب ارتباطی تأیید شده و اولین مرحله برای توقف این چرخه آموزش روش‌های

1. Play therapy / Child play with parents

2. Child Parent Relationship Therapy (CPRT)

3. Landreth

4. Filial Therapy

5. Guerney

عضو اصلی درمان است مناسب تر است. در این روش درمانی که از جمله درمان‌های مبتنی بر نظریه دلبستگی بالبی و یادگیری اجتماعی است با اصلاح رفتار و تعاملات والدین با کودک مشکلات رفتاری کودک کاهش یافت و با توجه به اینکه روش‌های درمان شناختی رفتاری موجود در زمینه درمان اضطراب خارج از توانایی شناختی کودکان زیر ۷ سال است و همچنین نیازمند مشارکت و همکاری فعالانه کودک در جلسات درمانی است بنابراین در این گروه کودکان مقدور نیست در نتیجه در تبیین اثربخشی این درمان، این پیش فرض که سیستم خانواده و تعامل والد-کودک دو عامل اصلی در ایجاد و بروز و تشدید و ثبات اختلال اضطرابی در کودک هستند، تأیید می‌شود. والدین با الگودهی رفتارهای اضطرابی و همچنین محدود کردن استقلال و خودمختاری کودک با حمایت بیش از حد به طور ناخواسته پاسخ‌های اضطرابی و اجتنابی را در کودک ایجاد و تسهیل می‌کنند؛ در نتیجه بهبود اختلال و کاهش نشانه‌ها ناشی از اصلاح سبک فرزندپروری و رفتارهای نادرست والدین بوده است (۵۷). در این درمان با آموزش توجه مثبت والدین به رفتارهای شجاعانه کودک در مواقع مواجهه با محرک اضطراب‌زا و کاهش توجه والدین به رفتارهای اجتنابی و اضطرابی کودک، به درمان این اختلال و کاهش نشانه‌ها در کودک پرداخته می‌شود (۵۸). از آنجایی که بسیاری از مشکلات بین فردی کودک در اختلال نارسائی توجه و فزون‌کنشی، حاصل عدم تطبیق و خویشتن‌داری اوست، در برنامه درمانی مبتنی بر رابطه والد-کودک با آموزش مهارت‌ها و راه‌کارهایی به والدین، مانند پاداش به رفتارهای مطلوب کودک برای کمک به مسلط شدن و خویشتن‌داری و ایجاد و تثبیت رفتار مطلوب در او، عدم سازش یافتگی در کودک کاهش می‌یابد و والد با ارائه پاسخ همدلانه به احساس کودک، باعث ارتقاء حرمت خود و خودمهارگری و مسئولیت‌پذیری در او می‌شود و چون کودک در طول بازی مبتنی بر رابطه، مرکز توجه همراه با پذیرش از سوی مراقب و والد است، ارتباط مطلوب شکل گرفته و یا بازسازی می‌شود و کودک هیجانات خود را تخلیه کرده و نیازها و تعارضاتش رفع می‌شود. همچنین با افزایش دانش و آگاهی والدین در مورد شیوه فرزندپروری‌شان، احساسات منفی و نگرانی در مورد تعامل صحیح با کودک در آنها کاهش می‌یابد (۵۹). یک بررسی نظام‌مند از مداخلات روان‌شناختی برای اختلالات رفتاری نشان داده است که اثربخشی مداخلات رفتاری

مدیریت رفتاری به والدین به جای تمرکز به عملکرد کودک است. بدین ترتیب مداخلاتی که هدفشان اصلاح و آموزش رفتار به والدین و بهبود روابط مراقب و کودک است مورد توجه بیشتری قرار گرفته است (۵۳). این مداخلات با مشارکت دادن والدین و مراقبان اصلی به برنامه آموزشی، روش‌های تغییر تعامل با کودک را به آنها می‌آموزد و ارائه تقویت‌کننده‌ها و پاداش به کودک بعد از انجام یک کار خاص با هدف ایجاد حرمت خود و ارتقاء رابطه والد کودک از مؤلفه‌های این‌گونه طرح‌های درمانی است (۵۴). آموزش مدیریت رفتاری به والدین به آنها کمک می‌کند تا با شناخت پیشایندها و پیامدها رفتارهای نامناسب کودک و با استفاده از فن‌های تغییر و تثبیت رفتار، به رفتارهای دلخواه و مطلوب در کودک دست یابند (۵۵). به طور کلی می‌توان گفت رویکرد رفتاری در مواجهه با مشکلات رفتاری و تعاملی والد کودک بر فنونی از قبیل مواجهه قاطع و فوری و گفتگوی متقابل با کودکان و پیشگیری از توجه بیش از حد والدین به مشکلات رفتاری فرزندانشان تأکید می‌کند. آموزش رفتاری و رویکرد تقویتی و تنبیهی به مادران و مراقبانی که زمان بیشتری را با کودک می‌گذرانند احتمال کاهش رفتارهای نامطلوب را در کودک بالا می‌برد و از آنجایی که بیشتر والدین کودکان با اختلالات هیجانی رفتاری الگوهای تربیتی تنبیهی و با خشونت استفاده می‌کنند با ارائه این آموزش‌ها به آنها باعث تغییر شیوه تربیتی و نوع توجه والدین نسبت به کودک و یادگیری مهارت‌هایی از قبیل گوش دادن و توجه مثبت می‌شود. والدین در این شیوه یاد می‌گیرند که بدون دخالت اضافی و پرسشگری مداوم از کودک، زمینه بروز رفتارهای مطلوب را افزایش دهند. همچنین در این رویکرد با ارائه و توصیف دقیق علل بروز اختلالات هیجانی رفتاری و ماهیت آنها به والدین، شناخت آنها درباره خود و کودکشان بالا رفته و حس گناه نسبت به خود به دلیل مقصر دانستن خود، و خشم نسبت به کودک به دلیل مقصر دانستن او در آنها کاهش می‌یابد و با کاهش این احساسات منفی در والدین، ارتباط مثبت و مؤثر ایجاد شده و مشکلات رفتاری کاهش می‌یابد (۵۶).

اسماعیل پور و همکاران در پژوهشی به بررسی رویکرد مربی‌گری رفتار و هدایت آن از طریق الگودهی بر علائم اضطراب جدایی کودکان زیر ۷ سال پرداختند. نشان دادند که این روش چون متمرکز بر والدین به جای کودک به عنوان

رفتار کودک توسط والدین از طریق دوری از روابط خشونت‌بار در برخورد با کودک به وسیله تعیین محدودیت‌ها برای او را نیز هم‌تراز با یادگیری اجتماعی پترسون می‌داند.

در وصف این مدل درمانی می‌توان از آن به‌عنوان یک درمان با روی‌آورد بین‌المللی با اهدافی مانند توانمندسازی والدین برای برقراری ارتباط مطمئن با کودک و ارائه شیوه‌های ارزیابی و دقیق و مبتنی بر جامعه جهت بهبود زندگی کودکان و خانواده‌ها و تربیت و پرورش درمانگران تعامل والد-کودک در سطوح مختلف ملی و بین‌المللی و همچنین فعالیت‌های پژوهشی و ابداعات توسعه‌یافته بالینی توسط آنها یاد کرد (۶۸). این درمان شامل چندین ویژگی منحصر به فرد است که به‌اختصار به ذکر آنها پرداخته می‌شود.

اولین ویژگی درمان، فعالیت هم‌زمان با والد و کودک است. چون بعضی رفتارهای والدین باعث تأثیر بر تحول هیجانی و رفتاری کودکان و شدت گرفتن مشکلات آنها می‌شود در نتیجه حضور والدین در طی درمان و آموزش آنها از ضروریات است تا در طی هفته در خانه قادر باشند به‌عنوان یک درمانگر با کودکشان کار کنند. این رویکرد درمانی با هدف قرار دادن گستره‌ای از مشکلات، در درمان انواع مشکلات رفتاری درون نمود و برون نمود و مشکلات رابطه‌ای مانند گسست در روابط بین اعضا در خانواده‌های از هم گسیخته، ایجاد سازش یافتگی پس از طلاق، و مهار رفتارهای غیرمنطقی کودکان مانند بهانه‌گیری‌های مستمر، کاربرد دارد. این درمان در بسیاری از کودکان با اختلالات هیجانی رفتاری مختلف مانند اضطراب، موفق عمل کرده است (۷۰)، درمان مبتنی بر تعامل والد-کودک با این پیش‌فرض طراحی شده که کودکان با اختلالات اضطرابی، دارای والدینی کنترل‌کننده هستند که میلی به مستقل شدن و خودمختاری کودکشان ندارند (۷۱) و با تشویق کودک به حل مسئله به شیوه‌ی اجتنابی، منجر به گرایش کودک به اجتناب می‌شوند (۷۲)؛ بنابراین درمان مبتنی بر تعامل والد-کودک به والدین آموزش می‌دهد تا با تغییر پاسخ خود که در برابر اضطراب کودک جنبه‌ی تقویت‌کننده دارد و با افزایش گرمی و پذیرش والد نسبت به کودک، دلبستگی ایمن

تربیتی والدین (۶۰) مانند برنامه سه‌بعدی مثبت فرزند پروری^۱ (۶۱)، کمک به کودک نافرمان^۲ (۶۲)، سال‌های باورنکردنی^۳ (۶۳) و درمان مبتنی بر تعامل کودک-والد (۶۴) پشتیبانی شدیدی شده‌اند. با وجود وجه اشتراک زیاد این برنامه‌ها با هم، هر کدام از آنها مؤلفه‌های منحصر به فرد خود را نیز دارند. برنامه‌های جامع والد-کودک، شامل آموزش مهارت‌های ارتباط مؤثر، هیجانی و رفتاری متناسب با کودکان به والدین است (۶۵). یکی از بهترین و کارآمدترین و شناخته‌شده‌ترین این روش‌ها در درمان مشکلات رفتاری و افزایش توانایی ارتباط اجتماعی در کودکان و افزایش تعاملات خانوادگی در کودکان با این اختلالات، روش درمانی تعامل والد-کودک^۴ است (۶۶).

معرفی ابعاد درمان مبتنی بر تعامل والد-کودک

درمان توسط شیلا آیرگ^۵ براساس نظریه‌های روان‌درمانی سنتی کودک و رشد نخستین و نظریه کنشگر طرح شده است (۶۷) که پایه‌های نظری این درمان متکی بر دیدگاه فرزندپروری دینا بامریند^۶، مدل درمان دومرحله‌ای کانستنس هانف^۷، نظریه دلبستگی جان بالبی^۸ و یادگیری اجتماعی بندورا^۹ است (۶۸ و ۶۹). نظریه دلبستگی بالبی با این موضوع که پاسخگو بودن والد در زمان نیاز کودک حس امنیت را در او شکل می‌دهد و کودکان با والدین حساس و پاسخگو و گرم، حس امنیت بیشتری در روابط ایجاد می‌کنند در نتیجه به راحتی می‌توانند هیجانات و رفتارهای خود را مهار کنند. همچنین نظریه یادگیری اجتماعی اجبار و تهدید پترسون^{۱۰}، از این جهت که شکل‌گیری رفتار آشفته کودک، نتیجه تقویت‌ها و توجه منفی والدین و فراهم کردن امکان فرار از درخواست والدین است. آیرگ نیز با ادغام بازی درمانی سنتی به شکل دهی تعامل مثبت و کسب مهارت حل مسئله در طول بازی پرداخته است و دو مرحله تعامل کودک مدار^{۱۱} و تعامل والد مدار^{۱۲} در درمان خود را هم‌تراز با شیوه‌ی فرزندپروری بامریند می‌داند و همچنین یک مؤلفه افزایش ارتباط بهینه و رویکرد رفتاری برای کاهش اختلال با هدف اصلاح رابطه والد-کودک و مدیریت

1. Triple P-Positive Parenting Program (PPP)
2. Helping the Non-Compliant Child (HNC)
3. Incredible Years (IY)
4. Parent-Child Interaction Therapy (PCIT)
5. Sheila Eyberg
6. Diana Baumrind

7. Constance Hanf
8. John Bowlby
9. Bandura,
10. Patterson Learning social (coercion and threatening Patterson)
11. Child-Directed Interaction (CDI)
12. Parent-Directed Interaction (PDI)

درمان مبتنی بر تعامل والد-کودک با یک سری تجهیزات و فضای اختصاصی قابلیت اجرا دارد که عبارت است از: یک اتاق درمان با ابعاد کافی و شرایط ایمن و تعریف شده، یک اتاق مشاهده که از طریق آینه یک طرفه یا استفاده از دوربین‌های مداربسته اتاق درمان توسط درمانگر قابل مشاهده باشد، و یک وسیله شنیداری برای والد که درمانگر به کمک آن بتواند به والدین آموزش دهد. یکی از ویژگی‌های تأثیرگذار این درمان، رهبری مستقیم تعامل والد-کودک^۲ است که درمانگر به تصحیح خطاهای والدین قبل از تثبیت شدن یک رفتار اشتباه در طی یادگیری می‌پردازد. والدین نیز به خاطر توجه و تشویق به موقع درمانگر با اعتماد به خود و انگیزه بیشتر، مهارت‌های فرزندپروری را با سرعت بیشتری یاد می‌گیرند. همچنین در صورت بروز مشکلاتی از سوی کودک در طی تعامل، درمانگر به راحتی راهکار مناسب را به والد آموزش می‌دهد، چون والدین همیشه گزارش دقیقی از رفتار خود با کودک به درمانگر نمی‌دهند و اعتماد به گزارش والدین باعث درک نادرست درمانگر از پیشرفت درمان می‌شود (۸۱).

درمان مبتنی بر تعامل والد-کودک علاوه بر شیوه‌نامه‌ای که برای اجرا دارد، از داده‌های جمع‌آوری شده از هر خانواده در ابتدای هر جلسه نیز برای هدایت درمان استفاده می‌کند و طرح درمان براساس آن تنظیم می‌شود. به اعتقاد آیرگ، انتظارات نامناسب والدین از کودک در جریان تحول و کشمکش کودک برای استقلال به مشکلات بین والدین و کودکان منجر می‌شود؛ به همین دلیل با توجه به حساس بودن درمان به مسائل تحولی، نکات لازم در مورد انتظارات متناسب تحولی به والدین آموزش داده می‌شود؛ چون گاهی والدین با حمایت بیش از حد از کودک و انجام کارهای او مانع رشد مهارت‌های خودیاری متناسب با سنش می‌شوند (۶۷ و ۸۲).

یکی دیگر از نقاط قوت این درمان، مداخله نخستین به معنای مداخله مؤثر و زود هنگام (سال‌های قبل از ورود به دبستان) برای کودکان با مشکلات رفتاری است که مانع مشکلات درمان نشده، حادث و پایدار در بزرگسالی می‌شود و والدین با هدف قرار دادن الگوهای تعاملی به جای رفتارهای جدا از هم، و آموزش الگوهای گسترده‌تر تعامل به والدین به جای تغییر مجموعه‌ای از مشکلات رفتاری به طور مجزا و آموزش دو الگوی توجه‌طلبی منفی و نافرمانی، می‌توانند به طور کارآمدتری تعداد بیشتری از مشکلات رفتاری را مهار کرده و

بین والد و کودک ایجاد شود تا کودک با حس امنیت بیشتر و بدون پریشانی و اضطراب از والد جدا شود (۷۳). در پژوهشی دیگر که این مدل درمانی در آن به طور حضوری مجازی روی کودکان پیش‌دبستانی اجرا شده است، یافته‌ها با نشان دادن تأثیر معنادار و مثبت درمان روی مؤلفه‌های وابستگی و تعارض و کیفیت رابطه بین والد کودک، اثربخشی این مدل درمانی را به شکل مجازی و آنلاین را تأیید کرده است (۷۴). همچنین منجر به کاهش اختلالات رفتاری در کودکان شد (۷۵)؛ بدین صورت که رفتارهای منفی والدین باعث تقویت رفتارهای نافرمانی و بی‌مسئولیتی کودک و افزایش خشونت در او می‌شود و این درمان با آموزش مهارت‌ها و فکونی برای ایجاد روابط کارآمد به والدین و تقویت تعاملات مثبت، باعث افزایش رفتارهای اجتماعی و کاهش رفتارهای منفی در کودک و کاهش تنیدگی والدین و اصلاح فرزندپروری آنها می‌شود (۷۶). همین‌طور در پژوهشی دیگر، کاهش پایدار نشانه‌های اختلال اضطراب جدایی در دانش‌آموزان تحت درمان تأیید شده است (۷۷). همچنین کاهش نشانه‌های اضطراب جدایی دانش‌آموزان مقطع اول ابتدایی به دنبال درمان گروهی تعامل والد-کودک با و بدون حضور کودک به طور مشهود نشان داده شده است (۷۳ و ۷۷). همین‌طور در بررسی اثربخشی درمان تعامل والد-کودک در کودکان با اختلال نافرمانی مقابله‌ای (یکی از انواع رایج اختلالات هیجانی رفتاری برون‌نمود)، بهبود شناخت اجتماعی کودک و دستیابی به خودتنظیمی و بازدارندگی رفتاری در یک پژوهش گزارش شده است (۷۸). لازم به ذکر است که کودکان با اختلال نافرمانی مقابله‌ای به دلیل مشکلات در کنش‌های اجرایی، با مشکل در پردازش مشکلات اجتماعی و حل مسئله مواجه هستند که بارکلی^۱ این اختلال را ناشی از سبک ناکارآمد والدگری؛ یعنی تعامل ویژگی‌هایی مثل مزاج منفی، بدتنظیمی خلق و هیجان و فزون‌کنشی، ویژگی‌های والدین مانند اختلالات خلقی آنها و ویژگی‌های محیط اجتماعی در ایجاد آن نقش دارند. به اعتقاد آیرگ تعاملات ضعیف مادر کودک از قبیل والدگری بی‌ثبات به همراه تنبیه و طرد و قوانین انضباطی ناپایدار و سخت، احتمال بروز مشکلات رفتاری را افزایش می‌دهد. در این رابطه نتایج یک مطالعه نشان داده است که این طرح درمانی باعث ارتقا رابطه خانواده با کودک اُتیسم و خودکارآمدی والدین این کودکان نیز شده است (۸۰).

1. Barkley

2. Coaching

اصلاح کنند. فلسفه نگاه مثبت به دوران قضاوت در این شیوه درمان و دیدگاه مثبت درمانگر نسبت به والدین، به ایجاد حس خوب و انگیزه بالا برای همکاری آنها منجر می‌شود (۶۷).

فرانگری یافته‌های به دست آمده

شناسایی و غربالگری زودهنگام کودکان با نیازهای ویژه و ارائه ملاحظات پیشگیرانه و درمان نارسایی‌های آنها در مراحل ابتدایی تحولی و تربیتی، یکی از ضرورت‌هایی است که همه والدین و متخصصان باید در رابطه با کودک آگاه باشند. از آنجایی که این کودکان نیازمند یک رابطه متفاوت هستند، خانواده آنها به دلیل عدم آگاهی و مشکلات پیش رو، به آموزش در جهت تربیت کودکان نشان نیاز دارند؛ چون الگوهای والدگری و تربیتی ناکارآمد آسیب جدی و گاهی جبران‌ناپذیری را به کودک و جامعه اطرافش وارد می‌کند. یکی از برجسته‌ترین عوامل مؤثر بر شکل‌گیری و تحول روانی اجتماعی کودکان، رابطه والد-کودک است که چگونگی این رابطه، مبنای تحول شناختی، هیجانی و اجتماعی کودک به خصوص در سال‌های ابتدایی کودکی است (۸۳).

بر اساس مطالعات انجام شده، اثربخشی مداخلات رفتاری والدینی، مانند آموزش تعامل والد-کودک، در کاهش مشکلات رفتاری برون‌نمود در کودکان خردسال از طریق الگوهای انطباق یافته آن (در کلینیک، مدرسه و خانه) مورد تأیید قرار گرفته است و می‌تواند نقش مؤثری در کاهش رفتارهای پرخطر و افزایش بهره‌وری زبان کودک و کاهش تنیدگی والدین و افزایش روابط فرزند والد داشته باشد (۸۴ و ۸۵). علاوه بر کودکانی که دارای مشکلات رفتاری درون‌نمود و برون‌نمود هستند، نوع انطباق یافته این شیوه درمان با سایر گروه‌های کودکان در معرض خطر، مانند کودکان با تأخیرهای تحولی، نارس و اختلالات عصبی تحولی و طیف اتیسم (۸۶ - ۸۸)، اضطرابی (۸۹ و ۹۰) و افسردگی (۹۱ و ۹۲) نیز مؤثر است. همچنین مطالعات نشان داده‌اند که این مدل درمانی در افزایش حساسیت مادر و تعاملات مثبت در والدین در معرض سوء رفتار و سوء استفاده (۹۳) و همچنین در کودکان و خانواده‌ها از نژادهای مختلف مؤثر است (۸۴). علاوه بر هدف قرار دادن گروه‌های مختلف،

در مطالعات گوناگون نشان داده شده است که درمان مبتنی بر تعامل والد-کودک، در قالب‌های مختلف نیز قابلیت اجرا دارد. برای مثال می‌تواند به طور مؤثر در قالب گروهی (۹۴) و (۹۵) و یا حتی با امکان چاپ نسخه‌های فشرده (۹۶)، که در آن درمان به مدت ۲ هفته فشرده می‌شود، اجرا گردد. علاوه بر این، انواع انطباق یافته این شیوه در مدارس با معلمان به نام درمان مبتنی بر تعامل معلم-دانش‌آموز^۱ (۷۰) و در منازل کودکان (۹۷)، همین‌طور برای نوزادان ۱۲-۱۵ ماهه مربوط به خانواده‌های پرخطر (۹۸) اثربخش نشان داده شده است. پژوهش‌ها درباره این مدل اخیر با نام برنامه رفتار کودک^۲، نشان داده‌اند نوزادانی که به طور تصادفی به برنامه رفتار کودک رسیده‌اند، در مرحله پیگیری ۶ ماهه، در مقایسه با نوزادان در یک گروه مراقبت‌های اولیه اطفال، سطح پایین‌تری از مشکلات رفتار بیرونی و همچنین افزایش مهارت‌های زبانی را نشان می‌دهند که با تغییر در رفتار نوزاد (۹۹) و رفتار والدین در ارتباط است (۱۰۰ و ۱۰۱).^۳

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج مرور مطالعات انجام شده در سال‌های مختلف در این مقاله نشان داده است که کودکان با مشکلات رفتاری در معرض خطر بیشتری برای مشکلات رفتاری شدیدتر در آینده، مشکلات تحصیلی (۱۰۲) و سوء مصرف مواد و جرم (۱۰۳) و مشکلات ارتباطی با همسالان (۸۴) هستند. همچنین، والدین این کودکان سطح بالاتری از تنیدگی و افسردگی و اضطراب را در مقایسه با والدین کودکان بدون اختلال نشان می‌دهند (۸۴). در مورد بروز مشکلات رفتاری براساس نظریه دلبستگی، می‌توان گفت نوزاد از والدین خود در کشف و جستجوی محیط اطراف به عنوان یک پایگاه امن استفاده می‌کند، بنابراین میزان حساسیت و پاسخگو بودن والدین با اجتماعی شدن نوزاد ارتباط دارد (۶۹) و دلبستگی ناایمن نوزاد با والدین خود و عدم ارتباط عاطفی گرم، او را در معرض خطر بیشتری برای بروز مشکلات رفتاری برون‌نمود قرار می‌دهد. علاوه بر آن، نظریه یادگیری اجتماعی با ارائه اطلاعاتی در مورد چگونگی بروز مشکلات رفتاری در کودکان خردسال و در نتیجه تقویت و تنبیه توسط والدین، کمک می‌کند تا کودکان رفتارها را از طریق

1. Teacher Child Interaction Therapy (TCIT)

2. Infant Behavior Program (IBP)

۳. برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد این مدل درمانی و نحوه آموزش و گواهینامه آن، لطفاً به وبگاه (www.pcit.org) مراجعه کنید.

عنصر اساسی در درمانگری کودک، با محوریت برقراری رابطه است و رابطه عاطفی که بین والد و کودک طی درمان ایجاد می‌شود، بسیار مؤثر است؛ به‌طوری‌که والدین با آموزش مهارت‌های درمانی می‌توانند تأثیرگذاری درمانگر را برای کودکان داشته باشند (۱۰۶) و از آنجایی‌که نظریه‌ی سیستم خانواده^۲، همه اعضای خانواده را به‌عنوان یک کل که بر یکدیگر تأثیر گذاشته و به‌هم وابسته هستند، عنوان کرده (۱۰۷) و بنا بر تعاملات و ارتباطات طبیعی و ذاتی که بین والد کودک وجود دارد، روش‌هایی که ارتباط و تعامل والد-کودک را هدف قرار می‌دهند می‌توانند به کاهش مشکلات رفتاری در کودک با اثربخشی بالا و پایایی درمان منجر شوند.

بر اساس آنچه در مجموع ذکر شد می‌توان کیفیت روابط والد-کودک را از متغیرهای مهم در تحول و شکل‌گیری رفتار و شخصیت کودک مورد توجه قرار داد. همین‌طور می‌توان عنوان کرد که حضور یک کودک با اختلالات هیجانی رفتاری در خانواده می‌تواند اعضای خانواده را با مشکلات زیادی روبه‌رو کرده و کمیت و کیفیت روابط و تعاملات و عملکرد خانوادگی را تحت تأثیر قرار داده و آسیب بزند. در نتیجه بر اساس بررسی تقریباً کامل مطالعات انجام شده درباره مداخلات روان‌شناختی انطباق یافته مبتنی بر تعامل والد کودک، تأثیر مطلوب و قابل توجهی را در رفع مشکلات کودکان با انواع اختلالات هیجانی رفتاری و والدین آنها داشته است.

محدود بودن پژوهش‌هایی که به‌طور مستقیم تأثیر درمان مبتنی بر تعامل والدکودک را در خانواده‌های دارای کودک با اختلالات هیجانی رفتاری با انواع مختلف و در سنین متفاوت بررسی کرده باشد از جمله محدودیت‌های این مطالعه مروری تحلیلی بود؛ همچنین مطالعات گسترده‌ای در ایران درباره این شیوه درمان انجام نشده است که پیشنهاد می‌شود در مطالعات آتی مورد توجه کافی قرار گیرد. با توجه به اینکه روش این مطالعه از نوع مروری روایتی بوده است پیشنهاد می‌شود در مطالعات بعدی از دیگر روش‌های مطالعات مروری مانند فراتحلیل یا مروری نظام‌مند همراه با فراتحلیل درباره اثربخشی شیوه درمان مبتنی بر تعامل والد کودک در گروه‌های مختلف کودکان با و بدون اختلالات هیجانی رفتاری مختلف انجام شود تا با دقت بالاتری به ارائه یک رویکرد نسبت به موضوع مورد نظر پرداخت.

مشاهده پیامد آن یاد بگیرند (۱۰۳). در چرخه اجبار پترسون^۱، اصل بر این است که کودکان و والدین هر دو رفتارهای منفی را در یکدیگر تقویت می‌کنند. در نتیجه، مداخلاتی که بر مبنای و پشتوانه این نظریه‌ها و با هدف بهبود و افزایش تعاملات والدین و کودک طراحی شده‌اند به بهبود پاسخ والدین و کاهش مشکلات رفتاری بیرونی منجر می‌شود (۱۰۴). مداخله مبتنی بر تعامل والد-کودک با ادغام نظریه‌های دلبستگی و یادگیری اجتماعی و طرح‌های درمانی هانف و پترسون علاوه بر آموزش فنون مؤثر نظم و انضباط به والدین، بر بهبود تعاملات و روابط والدین و کودک نیز متمرکز است. درمان مبتنی بر تعامل والد-کودک، توسط شیدا آبیگر به‌عنوان درمان مبتنی بر شواهد برای کودکان خردسال دارای مشکلات رفتاری تدوین شده است که از اصول بازی درمانی تبعیت می‌کند (۶۴) و هدف آن به‌طور کلی تقویت روابط والدین و فرزندان از طریق مربیگری فعال و زنده والدین در طی تعاملات با کودک است.

مطالعاتی که به بررسی تأثیر سبک‌های تعامل خانوادگی در ایجاد انواع اختلالات هیجانی رفتاری پرداخته بودند، این اختلالات را واکنش کودکان به نابسامانی‌های و آشفتگی‌های خانوادگی و محرک‌های محیطی نامناسب از قبیل طرد کودک و عدم پذیرش و حمایت و محبت و مراقبت کافی از سوی والدین و سردی روابط در کانون خانوادگی و دلبستگی ناایمن در سال‌های اولیه تحول و تنیدگی و اضطراب یکی از والدین بیان کرده‌اند که این گزارش‌ها در کشورهای آسیایی کم‌درآمد با توجه به عدم آموزش لازم و عدم آگاهی والدین با شیوع بالایی عنوان شده است (۸ و ۱۰۵). با توجه به میزان شیوع این اختلالات، ضرورت توجه بیشتر به این اختلال و مشکلات روانی و عاطفی کودک و شناسایی و طراحی برنامه درمانی کارآمد و مؤثر قبل از آسیب‌های جبران‌ناپذیر فردی و اجتماعی این اختلال، یکی از مهم‌ترین وظایف کادر آموزشی و متخصصان این حوزه به‌شمار می‌رود. در نتیجه برنامه‌هایی می‌توانند در ارتقا تعامل و ارتباط والد و کودک، مفید واقع شوند که نگرش و پذیرش و نحوه مدیریت و مهار رفتار کودک و حس شایستگی اجتماعی و خویش‌نهادی و میزان آگاهی و مهارت‌های والدگری والدین را در نظر گرفته و هدف قرار دهند (۷۵).

دامنه وسیعی از روش‌های درمانی مبتنی بر شواهد وجود دارند که بر اختلالات رفتاری مؤثر هستند، اما از آنجایی‌که

1. The cycle of Coercion Patterson

2. Family System Theory

References

- Bornstein MH, Britto PR, Nonoyama Tarumi Y, Ota Y, Petrovic O, Putnick DL. Child Development in Developing Countries: Introduction and Methods. *Child Development*. 2012; 83 (1): 16–31.
- Dworschak W, Ratz C, Wagner M. Prevalence and putative risk markers of challenging behavior in students with intellectual disabilities. *Res Dev Disabil*. 2016 Nov; 58: 94–103.
- Kordnoghi R, Moradi S, Delfan Beiranvand A. The Role of Empathy, Communication Skills and Conflict Resolution in Reducing Adolescents' Aggressive Behavior: Violence at Schools. *Contemporary Psychology, Biannual Journal of the Iranian Psychological Association*. 2018 Feb 10; 12 (2): 172–85. [Persian]
- Jalilian F, Rakhshani F, Ahmadpanah M, Zinat Motlagh F, Moieni B, Moghimbeigi A, et al. Prevalence of Behavioral Disorders and Its Associated Factors in Hamadan Primary School Students. *Avicenna Journal of Clinical Medicine*. 2013 Mar 15; 19 (4): 62–8. [Persian]
- Baldaçara L, Ferreira JR, Filho LCPS, Venturini RR, Coutinho OMVC, Camarço WC, et al. Behavior Disorder After Encephalitis Caused by Dengue. *JNP*. 2013 Jan; 25 (1).
- McCarter SJ, Howell MJ. Importance of Rapid Eye Movement Sleep Behavior Disorder to the Primary Care Physician. *Mayo Clinic Proceedings*. 2016 Oct; 91 (10): 1460–6.
- Ezpeleta L, Navarro JB, de la Osa N, Penelo E, Domènech JM. First incidence, age of onset outcomes and risk factors of onset of DSM-5 oppositional defiant disorder: a cohort study of Spanish children from ages 3 to 9. *BMJ Open*. 2019 Mar; 9 (3).
- Mohammadi M, Raegani AAV, Jalali R, Ghobadi A, Abbasi P. Prevalence of Behavioral Disorders in Iranian Children. *J Mazandaran Univ Med Sci* 2019, 28 (169): 181-91. [Persian]
- Hosseini Khazadeh AA. Psychology and education of children and adolescents with special needs. Tehran: Avaie Noor; 1396, PP: 285–320. [Persian]
- Liu X, Lin X, Xu S, Olson S, Li Y, Du H. Depressive Symptoms among Children with ODD: Contributions of Parent and Child Risk Factors in a Chinese Sample. *Journal of Child and Family Studies*. 2017 Nov 1; 26 (11): 3145-55.
- Rosli NA. Effect of Parenting Styles on Children's Emotional and Behavioral Problems Among Different Ethnicities of Muslim Children in the U. S. [Doctoral dissertation, Marquette University] 2014; 144. Available from: https://epublications.marquette.edu/dissertations_mu/376
- Alizadeh S, Abu Talib M, Abdullah R, Mansor M. Relationship between Parenting Style and Children's Behavior Problems. *Asian Social Science*. 2011 Nov 29; 7 (12): 195-200. [Persian]
- Kawabata Y, Tseng W-L, Gau SS-F. Symptoms of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder and Social and School Adjustment: The Moderating Roles of Age and Parenting. *J Abnorm Child Psychol*. 2012 Feb; 40 (2): 177–88.
- Warmuth KA, Cummings EM, Davies PT. Child Behavioral Dysregulation as a Mediator between Destructive Marital Conflict and Children's Symptoms of Psychopathology. *Journal of Child and Family Studies*. 2018; 27 (6):2004-13. [cited 2021 Mar 11]. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1007/s10826-018-1038-z>.
- Chaudhury P, Bhattacharya B, Saha PK. Parent-Child Relationship and Marital Quality of Parents of Conduct or Oppositional Defiant Disorder and Unaffected Individuals: A Comparative Study. *Psychological Studies*. 2020; 65 (2): 126–36.
- Khanjani Z, Peymanni B, Hashemi T. Predicting the quality of mother-child interaction with various anxiety disorders in primary school children according to the cultural characteristics of Iranian mothers. *JONTOE*. 2017; 12 (2): 239–60. [Persian]
- Carol S. The Intergenerational Transmission of Inter-marriage Attitudes and Intergroup Friendships: The Role of Turkish Migrant Parents. *J Ethnic Migrat Stud*. 2014; 40 (10): 1550–71.
- Amiri M, Behpajoo A. The effect of behavior parent training to mothers of children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *International Journal of Behavioral Sciences*. 2016; 9 (4): 220–6. [Persian]
- Jones DJ, Forehand R, Cuellar J, Kincaid C, Parent J, Fenton N, Goodrum N. Harnessing innovative technologies to advance children's mental health: Behavioral parent training as an example. *Clinical Psychology Review*. 2013; 33 (2): 241–52.
- Amiri M, Movallali G, Nesaiyan A, Hejazi M, Assady Gandomani R. Effect of Behavior Management Training for Mothers With Children having ODD Symptoms. *J Rehab*. 2017; 18 (2): 84-97. [Persian]
- Concil for Exceptional children. Report of the CEC advocacy and governmental relations committee regarding the new proposed us federal definition of serious emotional disturbance Reston, VA: Author. 1991.
- Gumpel TP, Sutherland KS. The relation between emotional and behavioral disorders and school-based violence. *Aggression and Violent Behavior*. 2010 Sep 1; 15 (5): 349–56.

23. Shear MK, Simon N, Wall M, Zisook S, Neimeyer R, Duan N, Reynolds C, Lebowitz B, Sung S, Ghesquiere A, Gorscak B. Complicated grief and related bereavement issues for DSM-5. *Depression and anxiety*. 2011 Feb; 28 (2): 103-17. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/da.20780>.
24. McPartland JC, Reichow B, Volkmar FR. Sensitivity and Specificity of Proposed DSM-5 Diagnostic Criteria for Autism Spectrum Disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2012 Apr 1; 51 (4): 368-83.
25. Kraemer HC, Kupfer DJ, Narrow WE, Clarke DE, Regier DA. Moving Toward DSM-5: The Field Trials. *AJP*. 2010 Oct 1; 167 (10): 1158-60.
26. Association, American Psychiatric. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. American Psychiatric Publishing; 2013.
27. Jari M, Klishadi R, Ardalan G, Taheri M, Taslimi M, Motlagh MI. Prevalence of behavioral disorders in Iranian children. *JHSR*. 1395; 12 (1): 109-13. [Persian]
28. Nunes SA, Faraco AM, Vieira ML, Rubin KH. Externalizing and internalizing problems: contributions of attachment and parental practices. *SciELO*. 2013; 26 (3): 617-25.
29. Ghaem H, Afrashteh S, Nami Nazari L, Kargarian S, Nejatollahi R. Prevalence of behavioral disorders and its related factors among primary school students Dashtestan county, 2016. *J Birjand Univ Med Sci*. 2018; 25 (2): 142-51. [Persian]
30. Matthys W, Lochman JE. Oppositional defiant disorder and conduct disorder in childhood. Parand A, Hossein Khanzadeh AA. (Persian translator). Second edition. Tehran: Arjmand book; 1399.
31. Rahbar Karbasdehi F, Abolghasemi A, Rahbar Karbasdehi E. Effect of Stress Management Training Based on Cognitive-Behavioral Approach on Improving Parent- Child Relationship and Psychological Well- Being in Mothers of Children with Intellectual Disability. *J Child Ment Health*. 2016; 3 (3): 59-71.
32. Shokoohi Yekta M, Kakabraei K. The impact of anger management training based on cognitive-behavioral approach on behavioral problems of adolescent girls. *Journal Of Psychological Science*. 2017 [cited 2021March11]; 16 (62): 198-219. Available from: <https://www.sid.ir/en/journal/ViewPaper.aspx?id=690803>.
33. Riess H. The Impact of Clinical Empathy on Patients and Clinicians: Understanding Empathy's Side Effects. *AJOB Neuroscience*. 2015 Jul 3; 6 (3): 51-3.
34. McKinney C, Stearns M, Szkody E. Maltreatment and Affective and Behavioral Problems in Emerging Adults With and Without Oppositional Defiant Disorder Symptoms: Mediation by Parent-Child Relationship Quality. *Journal of Interpersonal Violence*. 2021; 36 (5-6): 2612-32.
35. Hashemi R, Goodarzi MA. The effectiveness of mothers' behavioral education on the level of aggression in children with conduct disorder. *Journal of Excellence in Counseling and Psychotherapy (JCP)*. 2016; 5 (19): 106-21. [Persian]
36. Roštami M, Saadati N. Role of maternal parenting styles in predicting oppositional defiant, behavior, conduct, mood, and separation anxiety disorders among students. *JRH*. 2018 Aug 1; 8 (5): 418-24.
37. Kawabata Y, Tseng W-L, Gau SS-F. Symptoms of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder and Social and School Adjustment: The Moderating Roles of Age and Parenting. *J Abnorm Child Psychol*. 2012 Feb; 40 (2): 177-88.
38. Wickman M, Greenberg C, Boren D. The Relationship of Perception of Invincibility, Demographics, and Risk Behaviors in Adolescents of Military Parents. *Journal of Pediatric Health Care*. 2010 Jan 1; 24 (1): 25-33.
39. Greeno E, Lee B, Uretsky M, Moore J, Barth R, Shaw T. Effects of a Foster Parent Training Intervention on Child Behavior, Caregiver Stress, and Parenting Style. *J Child Fam Stud*. 2016; 25 (6): 1991-2000.
40. Hollenstein T, Granic I, Stoolmiller M, Snyder J. Rigidity in Parent-Child Interactions and the Development of Externalizing and Internalizing Behavior in Early Childhood. *J Abnorm Child Psychol*. 2005 Jan 1; 32 (6): 595-607.
41. Poursina Z, Tahmasian K, Sadat Sadeghi M. Mediating role of emotional security in relationship between family functioning and child's behavioral problems. *J Family Psychology*. 2015; 1 (2): 69-78.
42. Yamamoto Y, Holloway SD, Suzuki S. Maternal involvement in preschool children's education in Japan: Relation to parenting beliefs and socioeconomic status. *ECRQ*. 2006 Jul 1; 21 (3): 332-46.
43. Husseini Ardakani A, Pournemat M. The effects of play therapy based on parent-child relationship on reducing separation anxiety disorder. *JNIP*. 2019 May 10; 3 (7): 1-15.
44. Booker JA, Capriola-Hall NN, Dunsmore JC, Greene RW, Ollendick TH. Change in Maternal Stress for Families in Treatment for their Children with Oppositional Defiant Disorder. *JCFS*. 2018 Jul; 27 (8): 2552-61.
45. Booker JA, Capriola-Hall NN, Greene RW, Ollendick TH. The parent-child relationship and posttreatment child outcomes across two treatments for oppositional defiant disorder. *JCCAP*. 2020; 49 (3): 405-19.

46. Ding W, Meza J, Lin X, He T, Chen H, Wang Y, et al. Oppositional Defiant Disorder Symptoms and Children's Feelings of Happiness and Depression: Mediating Roles of Interpersonal Relationships. *Child Indicators Research*. 2020 Feb 1; 13 (1): 215-35.
47. Johnson G, Kent G, Leather J. Strengthening the parent-child relationship: A review of family interventions and their use in medical settings. *Child: Care, Health and Development*. 2005 Jan; 31 (1): 25-32.
48. Naemah B, Mehrnoosh N. The effect of play therapy' Techniques on reduction of anxiety and increasing of positive feeling as well as general adjustment level in children suffering blood cancer in Tehran city. *J Psychological Studies*. 2013 Jan 1; 8 (4- (33)): 107-30.
49. Landreth GL. *Play Therapy: The Art of the Relationship*. Routledge; 2012. 444 p.
50. Nejati A, Mosavi R, Roshan R, Mahmodigharai J. Effectiveness of Child-Parent Relationship Therapy (CPRT) on the Improvement of Mothers' Parenting of children 8 - 11 years with ADHD *Journal of Clinical Psychology*. 2016 Jan 1; 8 (129): 37-49.
51. Husseini Ardakani A, Pournemat M. The effects of play therapy based on parent-child relationship on reducing separation anxiety disorder. *Journal of Psychology New Ideas*. 2019 May 10; 3 (7): 1-15.
52. Jahanbakhshi Z, Bahmani M. Effectiveness of parent-child relationship play therapy intervention program on improving the quality of parent-child interaction and reducing aggression in preschool children. *Counseling Culture and Psychotherapy*. 2020 Dec 21; 11 (44): 131-56. [Persian]
53. Amiri M, Behpajoo A. The effect of behavior parent training to mothers of children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *IJBS*. 2016; 9 (4): 220-6.
54. Jones DJ, Forehand R, Cuellar J, Kincaid C, Parent J, Fenton N, et al. Harnessing Innovative Technologies to Advance Children's Mental Health: Behavioral Parent Training As an Example. *Clin Psychol Rev*. 2013 Mar; 33 (2): 241-52.
55. Schilling S, French B, Berkowitz SJ, Dougherty SL, Scribano PV, Wood JN. Child-Adult Relationship Enhancement in Primary Care (PriCARE): A Randomized Trial of a Parent Training for Child Behavior Problems. *Academic Pediatrics*. 2017 Jan; 17 (1): 53-60.
56. Amiri M, Movallali G, Nesaiyan A, Hejazi M, Assady Gandomani R. Effect of Behavior Management Training for Mothers With Children having ODD Symptoms. *jrehab*. 2017; 18 (2): 84-97.
57. Esmailpour K, Mohammadpour M, Khanjani Z. Effectiveness of Modified Parent-Child Interaction Therapy in the Symptoms of Separation Anxiety in Preschool Children's: Single Subject Study. *New psychological research*. 1396; 12 (47): 1-22.
58. Puliafico AC, Comer JS, Albano AM. *Coaching Approach Behavior and Leading by Modeling: Rationale, Principles, and a Session-by-Session Description of the CALM Program for Early Childhood Anxiety*. *Cognitive and Behavioral Practice*. 2013 Nov 1; 20 (4): 517-28.
59. Weisani M, Shehni Yailagh M, Alipour S, Mehrabizadeh Honarmand M. Effectiveness of child-parent relation therapy on the symptoms of attention deficit/hyperactivity disorder (ADHD). *Family Psychology*. 2015; 2 (1):29-38.
60. Eyberg SM, Nelson MM, Boggs SR. Evidence-based psychosocial treatments for children and adolescents with disruptive behavior. *JCCAP*. 2008; 37 (1):215-37.
61. Sanders MR, Cann W, Markie-Dadds C. The Triple P-Positive Parenting Programme: a universal population-level approach to the prevention of child abuse. *Child Abuse Rev*. 2003 May; 12 (3):155-71.
62. McMahon RJ, Forehand RL. *Helping the noncompliant child*. *Encyclopedia of Couple and Family Therapy*. 2019, pp: 1359-64.
63. Webster-Stratton C, Reid MJ. *The Incredible Years parents, teachers, and children training series: A multifaceted treatment approach for young children with conduct problems*. Weisz JR & Kazdin AE (Eds.). *Evidence-based psychotherapies for children and adolescents*, 3rd ed. New York, NY, US: The Guilford Press; 2018, pp: 122-41.
64. Zisser A, Eyberg SM. *Treating oppositional behavior in children using parent-child interaction therapy*. *Evidence-based psychotherapies for children and adolescents*. 2nd ed. 2010, pp: 179-193.
65. Guerney L, Ryan V. *Group Filial Therapy: The Complete Guide to Teaching Parents to Play Therapeutically with their Children*. Jessica Kingsley Publishers; 2013.
66. Keown LJ, Sanders MR, Franke N, Shepherd M. Te Whānau Pou Toru: A randomized controlled trial (RCT) of a culturally adapted low-intensity variant of the Triple P-Positive Parenting Program for indigenous Māori families in New Zealand. *Prevention Science*. 2018; 19 (7):954-65.
67. McNeil C, Hembree-Kigin TL. *Parent-Child Interaction Therapy* [Internet]. Najmi SB, Janqorban N. (Persian translator). First Edition. Tehran: Arjmand book; 2017.
68. Wallace NM, Quetsch LB, Robinson C, McCoy K, McNeil CB. *Infusing parent-child interaction therapy principles into community-based wraparound services: An evaluation of feasibility, child behavior*

- problems, and staff sense of competence. *Children and Youth Services Review*. 2018 May 1; 88:567–81.
69. Bowlby, J. *Attachment and Loss: Attachment. Revised ed.*. London, England: Harmondsworth; 1969.
 70. Budd KS, Garbacz LL, Carter JS. Collaborating with public school partners to implement Teacher–Child Interaction Training (TCIT) as universal prevention. *School Mental Health*. 2016; 8 (2): 207–21.
 71. Pirnia B, Rasoulzadeh Tabatabaei S K, 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. *IJPCP*. 2017; 23 (2): 136-47. [Persian]
 72. Siqueland L, Kendall PC, Steinberg L. Anxiety in children: Perceived family environments and observed family interaction. *JCCAP*. 1996; 25 (2):225–37.
 73. Gimpel G, Holland m. Treatment of emotional and behavioral problems of children in kindergartens, kindergartens and primary schools. Jalali SA. (Persian translator). First Edition, Tehran: Padra; 2004.
 74. Abbaasi M, Neshat-Dust H, Aghamohammadian-Sharbaaf H. Effectiveness of Parent-Child Interaction Therapy on Reduction of Symptoms in Separation Anxiety Disorder. *Journal of Clinical Psychology*. 2010; 2 (2):47–57. [Persian]
 75. Akbarizadeh A, Hasanzadeh S, Kamkari K, Lavasani M. The Effectiveness of Blended Teaching Method of Face to Face and Virtual for PCIT Based on Eyberg's Approach on the Relationship Between Mother and Child with Behavioral Disorders. *Journal of Applied Psychological Research*. 2020 Apr 20; 11 (1):1–14.
 76. Akbarizadeh A, Hasanzadeh S, Lavasani G, Kamkari K. The Effectiveness of PCIT Blended Teaching (Face-to-Face and Virtual) Based on Eyberg's Approach on Behavioral Disorders of Preschool Children. *J Except Child*. 2019; 19 (3):49–60.
 77. Urquiza AJ, Timmer S. Parent-Child Interaction Therapy: Enhancing Parent-Child Relationships. *Psychosocial Intervention*. 2012 Aug; 21 (2):145–56.
 78. Talebpour A, Nassi A, Mehrabizadeh Honarmand M, Shehni Yailagh M, Bassaknejad S. Effectiveness of Group Parent- Child- Interaction Therapy on Reducing Symptoms of Separation Anxiety Disorder in Students. *JPA's*. 2013 Jun 22; 20 (1):61–78. [Persian]
 79. Shiroodaghaei E, Amir Fakhraei A, Zarei E. Comparison of the Effectiveness of Cognitive-Behavioral Play Therapy and Parent-Child Interaction Therapy on Executive Functions and Parent-Child Interaction in Children with Oppositional Defiant Disorder. *J Child Ment Health*. 2020; 7 (2):79-95. [Persian]
 80. Javadi F, Hassanzadeh S, Afrooz GA, Ghasemzadeh S. The Effectiveness of Parent-child Interaction Therapy (PCIT) on the Relationship between Children with Autism Spectrum Disorder and Their Families. *JAPR*. 2020 Nov 21; 11 (3): 37–54. [Persian]
 81. Wallace NM, Quetsch LB, Robinson C, McCoy K, McNeil CB. Infusing parent-child interaction therapy principles into community-based wraparound services: An evaluation of feasibility, child behavior problems, and staff sense of competence. *Children and Youth Services Review*. 2018 May 1; 88: 567–81.
 82. EYBERG SM. Eyberg Child Behavior Inventory and Sutter-Eyberg Student Behavior Inventory-Revised : Professional Manual. *Psychological Assessment Resources* [Internet]. 1999 [cited 2021 Mar 12]; Available from: <https://ci.nii.ac.jp/naid/10028059584/>
 83. Ashori M, Afrooz GHA, Arjmandnia AA, Pormohammadreza-tajrishi M, Ghojari-Bonab B. The Effectiveness of Positive Parenting Program (Triple-P) on Parental Self-Efficacy and Mother-Child Interaction in Children Suffering from Intellectual Disability. *JSSU*. 2015 Aug 10; 23 (5): 489–500. [Persian]
 84. Heymann P, Heflin BH, Bagner DM. Parent-Child Interaction Therapy: Theory and Research to Practice. In *Selected Topics in Child and Adolescent Mental Health*. 2020 Feb 13. IntechOpen. 2020, Pp: 22–28.
 85. Schuhmann E, Foote R, Eyberg S, Boggs S, Algina J. Efficacy of Parent-Child Interaction Therapy: Interim Report of a Randomized Trial with Short-Term Maintenance. *J Clin Child Psychol*. 1998 Apr 1; 27 (1): 34–45.
 86. Bagner DM, Sheinkopf SJ, Vohr BR, Lester BM. Parenting Intervention for Externalizing Behavior Problems in Children Born Premature: An Initial Examination. *J Dev Behav Pediatr*. 2010 Apr; 31 (3): 209–16.
 87. Ginn NC, Clionsky LN, Eyberg SM, Warner-Metzger C, Abner JP. Child-directed interaction training for young children with autism spectrum disorders: Parent and child outcomes. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*. 2017; 46 (1): 101-9.
 88. Lesack R, Bearss K, Celano M, Sharp WG. Parent–Child Interaction Therapy and autism spectrum disorder: Adaptations with a child with severe developmental delays. *JPP*. 2014; 2 (1): 68–82.
 89. Puliafico AC, Comer JS, Pincus DB. Adapting parent-child interaction therapy to treat anxiety disorders in young children. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics*. 2012 Jul 1; 21 (3):607-19.
 90. Carpenter AL, Puliafico AC, Kurtz SMS, Pincus DB, Comer JS. Extending Parent–Child Interaction Therapy for Early Childhood Internalizing Problems:

- New Advances for an Overlooked Population. Clin Child Fam Psychol Rev. 2014 Dec; 17 (4): 340–56.
91. Lenze SN, Pautsch J, Luby J. Parent-child interaction therapy emotion development: A novel treatment for depression in preschool children. Depression and Anxiety. 2011; 28 (2): 153-9.
 92. Luby J, Lenze S. A Novel Early Intervention for Preschool Depression: Findings from a Pilot Randomized Controlled Trial. J Child Psychol Psychiatry. 2012; 53 (3): 313–22. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3640820/>
 93. Thomas R, Zimmer-Gembeck MJ. Accumulating evidence for parent-child interaction therapy in the prevention of child maltreatment. Child Dev. 2011 Feb; 82 (1):177–92.
 94. Niec LN, Barnett ML, Prewett MS, Shanley Chatham JR. Group parent-child interaction therapy: A randomized control trial for the treatment of conduct problems in young children. Journal of Consulting and Clinical Psychology. 2016 Aug; 84 (8): 682–98.
 95. Foley K, McNeil CB, Norman M, Wallace NM. Effectiveness of Group Format Parent-Child Interaction Therapy Compared to Treatment as Usual in a Community Outreach Organization. Child & Family Behavior Therapy. 2016; 38 (4): 279–98.
 96. Graziano PA, Bagner DM, Slavec J, Hungerford G, Kent K, Babinski D, et al. Feasibility of intensive parent-child interaction therapy (I-PCIT): Results from an open trial. J Psychopathol Behav Assess. 2015 Mar 1; 37 (1): 38–49.
 97. Gresl BL, Fox RA, Fleischmann A. Home-Based Parent-Child Therapy in Low-Income African American, Caucasian, and Latino Families: A Comparative Examination of Treatment Outcomes. Child & Family Behavior Therapy. 2014 Jan; 36 (1):33–50.
 98. Bagner DM, Garcia D, Hill R. Direct and Indirect Effects of Behavioral Parent Training on Infant Language Production. Behav Ther. 2016 Mar; 47 (2):184–97.
 99. Bagner DM, Coxe S, Hungerford GM, Garcia D, Barroso NE, Hernandez J, et al. Behavioral Parent Training in Infancy: A Window of Opportunity for High-Risk Families. J Abnorm Child Psychol. 2016 Jul; 44 (5): 901–12.
 100. Garcia D, Hungerford GM, Hill RM, Barroso NE, Bagner DM. Infant Language Production and Parenting Skills: A Randomized Controlled Trial. Behav Ther. 2019 May; 50 (3): 544–57.
 101. Morningsstar M, Garcia D, Dirks MA, Bagner DM. Changes in Parental Prosody Mediate Effect of Parent-Training Intervention on Infant Language Production. J Consult Clin Psychol. 2019 Mar; 87 (3): 313–18.
 102. van Lier PA, Vitaro F, Barker ED, Brendgen M, Tremblay RE, Boivin M R. Peer victimization, poor academic achievement, and the link between childhood externalizing and internalizing problems. Child Development. 2012; 83 (5):1775–88.
 103. Bandura A, McClelland DC. Social learning theory. Prentice Hall: Englewood cliffs. Morristown, NJ: General Learning Press. beliefs and socioeconomic status. Early Childhood Research Quarterly 1977; (21): 332-46.
 104. Klein Velderman M, Bakermans-Kranenburg MJ, Juffer F, van IJzendoorn MH. Effects of attachment-based interventions on maternal sensitivity and infant attachment: Differential susceptibility of highly reactive infants. Journal of Family Psychology. 2006 Jun; 20 (2): 266–74.
 105. Baezzat F, Izadifar R, Peyvastegar M. Comparison of Attachment Styles of Students with Conduct Disorder, Dyslexic and Normal. Journal of Behavioral Sciences 2009; 3 (3): 231-36. Google Search [Internet]. [cited 2021 Mar 12]. Available from: Available from: <https://www.sid.ir/en/journal/ViewPaper>.
 106. Mostafavi S, Shaeeri MR, Asghari Moghaddam MA, Mahmoudi Gharaie J. Effectiveness of Educating Play Therapy Based on Child Parent Relationship Therapy (CPRT) According Landreth Model to Mothers on Reducing Child Behavioral Problems. Clinical Psychology and Personality. 2013 Jan 20; 10 (2): 33–42. [Persian]
 107. Relva IC, Alarcão M, Fernandes OM, Carvalho J, Fauchier A. Sibling conflict and parental discipline: The mediating role of family communication in Portuguese adolescents. Child and Adolescent Social Work Journal. 2019 Jun; 36 (3): 295-304.