

مقایسه اثربخشی دو روش درمان تعامل والد - کودک و مقابله درمانگری مادران بر کاهش شدت مشکلات رفتاری کودکان ۳-۶ ساله

مریم روشن^{۱*}، علیرضا آقاییوسفی^۲، احمد علی پور^۳، اکبر رضایی^۴

۱. استادیار دانشگاه پیام نور تهران، تهران، ایران. (نویسنده مسئول)

۲. دانشیار دانشگاه پیام نور قم، قم، ایران.

۳. استاد تمام دانشگاه پیام نور تهران، تهران، ایران.

۴. دانشیار دانشگاه پیام نور تبریز، تبریز، ایران.

چکیده

مقدمه: پژوهش حاضر با هدف بررسی و مقایسه اثربخشی درمان تعامل والد - کودک، مبتنی بر تکنیک‌های رفتاری و مقابله درمانگری مبتنی بر تکنیک‌های شناختی بر کاهش شدت مشکلات رفتاری در نمونه‌ای از کودکان پیش‌دبستانی، انجام شد.

روش: این پژوهش یک مطالعه نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون و پیگیری ۶ ماهه بود. تعداد ۹۰ نفر از کودکانی که دارای ملاک‌های اختلالات رفتاری بودند، از مهدکودک‌های شهرستان شاهیندز انتخاب شدند، در نهایت از این مهدکودک‌ها، سه گروه در مجموع از کودکان دارای اختلالات برون‌سازی شده به‌طور تصادفی انتخاب و مادران آن‌ها نیز به شیوه تصادفی در ۲ گروه آزمایش (۲۹ نفری) و یک گروه مقایسه (۳۰ نفری) قرار گرفتند. هر سه گروه قبل و بعد مداخله به پرسشنامه چک لیست رفتاری کودک پاسخ دادند. برای پیگیری اثرات درمان ۶ ماه بعد بار دیگر این سنجش به عمل آمد. درمان تعامل والد کودک و مقابله درمانگری در ۱۲ جلسه هفته‌ای سه بار در گروه‌های مداخله به کار گرفته شد و در گروه کنترل مداخله‌ای صورت نگرفت. برای تجزیه تحلیل داده‌ها از آزمون لوین و تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد.

نتایج: یافته‌ها نشان داد که درمان تعامل والد - کودک و مقابله درمانگری به‌صورت معناداری در کاهش شدت مشکلات رفتاری مؤثر بودند. نتیجه درمان در پیگیری ۶ ماهه نیز سطوح پایین‌تری از شدت مشکلات رفتاری کودکان را نشان داد.

بحث و نتیجه‌گیری: الگوی کلی نتایج حاکی از آن است که هر دو درمان فوق به یک میزان در کاهش شدت علائم اثربخش بوده اما در مقایسه نتایج دو گروه درمان و با روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر تفاوت معنی‌داری به دست نیامد.

کلیدواژه‌ها: اختلالات رفتاری کودکان، درمان تعامل والد - فرزند، مقابله درمانگری

*Email: m.r.roshan1974@gmail.com

دوفصلنامه علمی - پژوهشی

روانشناسی بالینی و شخصیت

(دانشور رفتار)

دوره ۱۴، شماره ۱، پیاپی ۲۶
بهار و تابستان ۱۳۹۵
صص: ۱۱۱-۱۲۳

تاریخ دریافت: ۱۳۹۳/۰۸/۱۸

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۴/۰۴/۱۰

Biannual Journal of

Clinical Psychology & Personality

(Daneshvar-e-Raftar)

Vol. 14, No.1, Serial 26

Spring & Summer
2016

pp.: 111-123

مقدمه

تاکنون طبقه‌بندی‌های مختلفی برای اختلالات کودکان صورت گرفته است. در الگوی جدید طبقه‌بندی اختلال‌های دوران کودکی، دو طبقه کلی اختلال‌های درونی سازی شده^۱ (مشکلات رفتاری) و اختلال‌های برونی‌سازی شده^۲ (مشکلات رفتاری) مشخص شده‌اند [۱]. نشانگان افسردگی / اضطراب، کناره‌گیری / افسردگی و شکایات جسمانی در طبقه مشکلات درونی سازی شده که معمولاً خود فرد را آزار می‌دهد و مشکلات مربوط به قانون شکنی و پرخاشگری که بیشتر با آزار و اذیت دیگران در ارتباط هستند، در طبقه مشکلات برونی‌سازی شده قرار می‌گیرند [۲].

تقریباً ۵ تا ۱۳ درصد مادران کودکان پیش‌دبستانی گزارش می‌دهند که کودکانشان مشکلات برونی‌سازی شده خفیف تا شدیدی را نشان می‌دهند که این نرخ در خانواده‌های که سطح اقتصادی - اجتماعی محروم‌تری دارند، بیشتر است [۳]. مشکلات برونی‌سازی شده، نشانگان مزمن و فراگیری هستند که آسیب‌های فراوانی را در روابط کودک - والد پدید می‌آورند و تنیدگی بین والدین و همچنین خطر نتایج ضعیف در زندگی آتی کودک را افزایش می‌دهند. مجرم بودن، مشکلات سلامت جسمانی و روانی و پرخاشگری فیزیکی، مشکلات سازگاری‌های مربوط به زندگی زناشویی و شغلی از دیگر مشکلات این گروه محسوب می‌شود [۴].

اهمیت تجارب سال‌های کودکی در شکل‌گیری بزرگ‌سالی پخته، سالم و مسئول بر کسی پوشیده نیست؛ اما مداخلات روان‌شناختی درباره کودکان در ایران از اقبال بالایی برخوردار نیست. شاید از این رو که ارتباط با کودکان دشوارتر است. بنابراین، ما با پژوهش‌های محدودی در قلمروی روان‌شناسی بالینی کودک در ایران مواجهیم. عوامل والدینی و روابط کودک - والد نقش مهمی در بروز مشکلات عاطفی - رفتاری دارند. در واقع سلامت روانی والدین و رابطه والدین با کودک و دیگر رویدادهای زندگی که توسط خود کودک تفسیر می‌شوند، نقش مهمی در بررسی مشکلات عاطفی - رفتاری کودکان دارند [۵]. گستره ادبیات پژوهشی مربوط به عوامل خطر ساز مشکلات رفتاری در کودکان، عمدتاً روی همبسته‌های خانواده به‌عنوان پیش‌بینی‌کننده مشکلات رفتاری تمرکز نموده است. این تحقیقات نشان می‌دهد که فرزند پروری یکی از مهم‌ترین عوامل در تحول این مشکلات است [۶].

والدگری از جمله سخت‌ترین نقش‌هایی است که بزرگ‌سالان فاقد هرگونه آمادگی خاص، متعهد ایفای آن می‌شوند. به عقیده برخی از پژوهشگران همه والدین در ایفای نقش والدگری، سطحی از تنیدگی را تجربه می‌کنند [۷]. برخی از آنان بر این باورند که حتی سطوح اندک تنیدگی نیز می‌تواند تعامل والد - کودک را به مخاطره بیندازد [۸]. با در نظر گرفتن این حقیقت که استرس بالای والدین تأثیر بسزایی بر روند رشد کودک

می‌گذارد به نظر می‌رسد که ارائه مداخلات زودهنگام برای حمایت مؤثر از کودکان و خانواده‌هایشان از پیامدهای منفی این اختلال جلوگیری می‌کند و انرژی سرشار خانواده را پیش از سرکوب شدن در مسیری صحیح هدایت می‌کند [۹]. این پیامدهای مثبت زمانی که والدین در روند درمان کودکانشان درگیر شوند دوچندان می‌شود. رابطه عاطفی میان والد - کودک در فرایند درمان امری تأثیرگذار محسوب می‌شود [۱۰].

فارمر و رابرتسون [۱۱]، ۴۹ مطالعه را که متمرکز بر مداخلاتی بر اختلالات برونی‌سازی شده بودند را در یک تحقیق مروری بررسی نمودند و نتایج نشان داد که مداخلات مبتنی بر جامعه و آموزش والدین ممکن است در مورد اختلالات رفتاری کودکان اثربخش باشند و درمان دارویی در مورد اختلال بیش‌فعالی و فزون‌کنشی اثربخش‌تر است. این محققین پیشنهاد کردند که شواهدی وجود دارد که گستره‌ای از مداخلات متنوع در بهبود اختلالات برونی‌سازی شده کودکان مؤثرند. در نتیجه محققین پیشنهاد کردند که مطالعات بیشتری لازم است تا اثربخشی مداخلات خاصی را بررسی کنند. برخی محققین دیگر [۱۲] نیز انجام تحقیقات بیشتری را در مورد مؤثر بودن اقدامات خاصی جهت ارتقا و انتخاب مداخلات کاربردی و مؤثرتر بر اختلالات کودکان ضروری می‌دانند. لذا در این پژوهش به بررسی اثربخشی و مقایسه دو روش درمانی مقابله‌درمانگری و درمان تعامل والد - کودک در کاهش شدت مشکلات رفتاری کودکان پرداخته‌ایم. در گذشته رویکردهای درمانی در مورد کودکان عمدتاً متمرکز بر کودک بود (مانند بازی‌درمانی، رویکردهای فردی) اما اخیراً گرایش زیادی به سمت درمان مشکلات رفتاری کودکان از طریق مشارکت والدین ایجاد شده است [۱۳]. پژوهشگران پیشنهاد می‌کنند آموزش به والدین درباره روش‌های کاهش تنیدگی والدینی عامل مهمی در سلامت والدین است و به‌منظور افزایش مطلوب‌ترین بازده تحول برای کودکان به کار برده می‌شود [۱۴]. منطق پایه مقابله‌درمانگری عبارت است از اینکه اگر مقابله نارساکنش‌ور مادران می‌تواند منجر به تهدید سلامت شود، اصلاح روش‌های مقابله با تنیدگی در جریان یک فرایند درمانی می‌تواند این فرایند را واژگون سازد [۱۵]. فن مقابله‌درمانگری به‌عنوان روشی برای اصلاح مهارت‌های مقابله‌ای ناکارآمد به کار برده می‌شود. این فن بر اساس نوع و شدت تنیدگی‌ها و راه‌های مقابله‌ای فرد بر پایه نظریه تبدالی تنیدگی فولکمن - لازاروس [۱۶] توسط آقایوسفی [۱۵] بنا شده است. مقابله‌درمانگری از راه هشیار ساختن فرد نسبت به نوع تنیدگی‌های زندگی، امکانات مقابله‌ای فرد، جستجو و یافتن راه‌های مقابله‌ای مناسب برای هر موقعیت، سودمندی خود را آشکار می‌سازد. بر پایه بسته اجرایی این روش مداخله‌ای (مقابله‌درمانگری)، راه‌های هشتگانه مقابله با تنیدگی که افراد به شیوه‌های نادرست و نابجا آن‌ها را به کار می‌گیرند (در طول جلسات مقابله‌درمانگری) به شیوه‌ای مفید تنظیم شده و بیماران، راه‌های مقابله‌ای خود را با بحث‌های صورت گرفته در جلسات درمان و تکالیف مربوط به فاصله جلسات اصلاح کرده و به مقابله سازش یافته با رویدادهای

¹ Internalizing disorder

² Externalizing disorder

مناسب‌تری چون خودمهارگری، جستجوی حمایت اجتماعی و بازآورد مثبت افزایش یافتند. با توجه به اینکه تنیدگی در خانواده‌های کودکان مصروع بیشتر است و مادران کودکان مصروع بیش از پدران آن‌ها مستعد تنیدگی بوده و نیاز بیشتری به حمایت‌های عاطفی اجتماعی دارند، مطالعات آقاییوسفی [۲۱] و آقاییوسفی و زارع [۱۹] نشان داد که مقابله درمانگری از راه تمرکز بر روش‌های مقابله‌ای نارسانکنش‌ور مادران کودکان مصروع راهبردهای مقابله‌ای آنان را به شیوه‌هایی سازش یافته تغییر می‌دهد که این فرایند به نوبه خود از راه کاهش تنیدگی مادران و در مجموع خانواده (که فرزندان مصروع آن‌ها را هم در برمی‌گیرد) می‌تواند اثر مثبتی بر سلامتی فرزندان آن‌ها داشته باشد. لذا لازم است که مقابله درمانگری برای بهبود روش‌های مقابله‌ای مادران کودکان مصروع بکار گرفته شود.

علاقیند، آقا یوسفی، کمالی، دهستانی، حقیر السادات، نظری و شیخها [۲۲] پژوهشی با عنوان تأثیر مقابله درمانگری بر سلامت عمومی مادران دارای فرزند عقب‌مانده ذهنی ژنتیکی و غیر ژنتیکی انجام دادند. در این پژوهش اشاره شده است که تولد یک کودک عقب‌مانده ذهنی به‌عنوان یک بحران، می‌تواند به شکل عمیق بر ارتباط‌ها و کنش‌های خانواده اثر بگذارد و خانواده‌هایی می‌توانند با بحران‌ها به‌خوبی سازگار شوند که روابط باز، مؤثر و دائمی داشته و در نقش‌هایشان انعطاف‌پذیر باشند. از طرفی سبک مقابله‌ای والدین با تنیدگی، درماندگی و سازگاری خانواده ارتباط دارد. منظور از سبک مقابله‌ای، پاسخ‌های واقعی فرد به منبع تنیدگی در موقعیت‌های فشارزا است. در بین سبک‌های مقابله، سبک مقابله متمرکز بر مسئله بیش از روش متمرکز بر هیجان با سلامت عمومی ارتباط دارد. معمولاً افرادی که از روش‌های متمرکز بر مسئله استفاده می‌کنند با موقعیت‌های تنش‌زا بهتر سازگار می‌شوند و نشانه‌های مرضی کمتری را بروز می‌دهند و در نتیجه از سلامت عمومی بالاتری برخوردارند. علاوه بر این بین سلامت عمومی و روش‌های مقابله‌ای مانند رویارویی، خویشستن داری، حمایت اجتماعی، مسئله‌گشایی و ارزیابی مجدد همبستگی مثبت معنی‌دار وجود دارد و در مقابل، همبستگی آن با ویژگی‌های دوری‌گزینی و گریز و اجتناب، منفی و معنادار گزارش شده است. افراد دارای سلامت عمومی بالا، بیشتر از روش‌های مقابله‌ای مسئله محور استفاده می‌کنند. راهبردهای مقابله‌ای مسئله مدار و هیجان مدار به‌طور معناداری واریانس متغیرهای اضطراب، آسیب جسمانی، افسردگی و اختلال در عملکرد اجتماعی که از مؤلفه‌های سلامت عمومی هستند را پیش‌بینی می‌کنند، علاوه بر این سن مادر در سبک مقابله‌ای تأثیر ندارد ولی با افزایش سن، تنیدگی آن‌ها بالا می‌رود. سبک‌های مقابله‌ای مسئله مدار و منطقی، شاخص‌های سلامتی را پیش‌بینی می‌کنند درحالی‌که سبک‌های مقابله‌ای هیجانی و ناکارآمد یا اجتنابی، شاخص‌های بیماری را پیش‌بینی می‌کنند. افراد متخصص که برای کودکان با ناتوانی رشدی خدماتی را فراهم می‌سازند، باید از یک‌طرف، به‌طور دقیق میزان فشار روانی را که والدین این کودکان تجربه می‌کنند، ارزیابی کنند و از طرف

تنیدگی‌ها می‌پردازند. درحالی‌که مقابله ناکارآمد ناشی از ناهشیاری فرد نسبت به امکانات مقابله‌ای، برآوردهای شناختی غیردقیق و تحریف شده، انتخاب راه‌های مقابله‌ای از روی شتاب، هیجان‌زدگی و عدم مدیریت شناخت‌ها منجر به اختلالات روان‌شناختی و رفتارهای سازش نایافته می‌شود. مقابله درمانگری فرایند بیماری‌ساز را واژگونه ساخته و روند انتخاب و به‌کارگیری راهبردهای مقابله‌ای را در جهت کارآمدی و سازش‌یافتگی اصلاح می‌کند.

به‌طور کلی مرور پژوهش‌های مربوط به این زمینه نشان می‌دهد که تا ۱۹۷۰ بررسی گسترده‌ای در مورد درمانگری مقابله‌ای با تنیدگی در مورد افراد صورت نگرفته است. از این تاریخ تا ۱۹۹۰ پژوهش با عنوان بررسی اثرات مقابله درمانگری به‌ندرت به چشم می‌خورد، پژوهش‌هایی چون کندال و همکاران^۱، لانگر^۲ و همکاران و ملامد^۳ [۱۷] و بذرافشان و همکاران [۱۸] در جریان یک برنامه کلی درمانگری شناختی- رفتاری از پاره‌ای دستورالعمل‌ها برای افزایش توانایی مقابله افراد با تنیدگی استفاده کرده‌اند. مطالعات بسیار محدودی در خصوص مقابله درمانگری مادران و اثر آن بر رفتار کودک انجام شده است. اگرچه نمی‌توان ادبیات پژوهشی در مورد مقابله درمانگری را به دلیل ابداعی بودن آن جمع‌آوری کرد، اما به مجموعه مطالعات اخیر که اثربخشی مقابله درمانگری در موارد مختلفی چون بهزیستی مادران، سلامت کودکان و ... را در پژوهش‌های گوناگون بررسی کرده‌اند، اشاره می‌کنیم. آقاییوسفی و زارع [۱۹] در پژوهشی بر روی ۱۰۰ بیمار زن مبتلا به اختلال عروق کرونر به بررسی تأثیر مقابله درمانگری بر کاهش تنیدگی زنان مبتلا به اختلال عروق کرونر پرداختند. نتایج نشان دادند که مقابله درمانگری می‌تواند در درازمدت سهم تنیدگی در تشدید این اختلالات در زنان دارای اختلالات عروق کرونر را کاهش دهد. مقابله درمانگری در کوتاه‌مدت تنیدگی ادراک شده زنان مبتلا به اختلال عروق کرونر را کاهش می‌دهد.

همچنین آقاییوسفی و علیپور و داوودی فر [۲۰] در پژوهشی دیگر نشان دادند که طی جلسه آموزش مقابله درمانگری تغییرات قابل توجهی بر باورهای خودکارآمد، تنیدگی شغلی، خستگی عاطفی، دگرگونی شخصیت و فرسودگی شغلی آزمودنی‌ها به وجود آمده است. آقا یوسفی و علاقیند [۲۱] پژوهشی با عنوان اثر مقابله درمانگری بر روش‌های مقابله‌ای مادران کودکان مصروع انجام دادند. یافته‌ها نشان داد عوامل تنیدگی زا، منابع حمایتی و رفتارهای مقابله‌ای والدین اثر مستقیمی بر تنیدگی والدینی و شیوه والدگری آن‌ها دارد و مقابله درمانگری گروهی مادران کودکان مبتلا به صرع فراگیر فعال در یک قالب کوتاه‌مدت ۸ جلسه‌ای می‌تواند دست‌کم پنج راهبرد مقابله‌ای را زیر تأثیر خود بگیرد. در این پژوهش راهبردهای مقابله‌ای نارسانایی چون دوری‌جویی و گریز-اجتناب کاهش‌یافته و راهبردهای

¹ Kendal

² Langer

³ Mellamed

همان‌طور که گفتیم طیف گسترده‌ای از مداخلات بر اختلالات رفتاری کودکان اثربخش هستند. نمونه‌هایی از برنامه‌های فرزندپروری رفتاری مبتنی بر شواهد که بیش‌ازپیش جهت برنامه‌های خدمات اجتماعی کودک ارتقا یافته‌اند شامل برنامه‌های سه پی (۲۰۱۲)^۱، سال‌های باورنکردنی (۲۰۱۱)^۲، درمان تعامل والد - کودک^۳ (۱۹۹۸) و درمان مبتنی بر رابطه والد - کودک^۴ می‌باشد [۲۳].

از آنجاکه برقراری رابطه درمانی عنصری مهم در درمانگری کودکان است، رابطه عاطفی موجود میان والد و کودک، در فرایند درمان امری تأثیرگذار به حساب می‌آید و با آموزش مهارت‌های درمانی، والدین می‌توانند در حد درمانگر و شاید بیشتر از آن برای فرزندانشان مؤثر باشند [۲۴] و [۲۵]. یکی از مؤثرترین مداخلات در حیطه مشکلات رفتاری و عاطفی کودکان، آموزش مهارت‌هایی به والدین است که به کنترل رفتار از جانب کودک و ایجاد سبک‌های والدینی مؤثر می‌انجامد. رابطه عاطفی میان والد و کودک، در فرایند درمان امری تأثیرگذار محسوب می‌شود و با آموزش مهارت‌های درمانی، والدین می‌توانند در حد درمانگر و شاید هم بیشتر از آن برای فرزندانشان مؤثر باشند. یکی از جدیدترین روش‌ها در اصلاح رفتار کودکان، درمان مبتنی بر رابطه والد-کودک است که مبتنی بر این فرض اساسی است که از آنجاکه والدین از ارتباط قوی با کودک برخوردارند، آنچه درمانگران در واقع فاقد آن هستند، به احتمال زیاد این ارتباط طبیعی و ذاتی موجود بین والد و کودک، کلید اثربخشی بالا و نتایج پایای درمان در روش آموزشی مبتنی بر رابطه والد - کودک است [۲۶].

برنامه‌های آموزش والدین در سیستم رفاه و سلامتی کودک معروف‌ترین نوع خدماتی است که برای والدین ارائه می‌شود. مدل‌های تربیتی سنتی والدین اغلب متکی بر ارائه اصول آموزشی فرزندپروری انتزاعی هستند به‌عنوان مثال بینش در مورد زیربنای رفتار فرزند پروری کنونی یا مباحث گروهی ساختار نیافته را آموزش می‌دهند و نتایج آن ناامیدکننده است. اخیراً تمرکز به مهارت‌های رفتاری مبتنی بر شواهد تغییر یافته است و جهت آن به مداخلات آموزش والدین است که ابتدا با میانجی‌گری والدین بر مشکلات رفتاری کودک برای تقاضاهای خدمات اجتماعی کودک ابداع شد. در مقایسه با مدل‌های سنتی فرزندپروری که تأکید بر مفهوم فرزندپروری درک و فهم آن و صحبت درباره آن دارند، این مدل‌های جدیدتر مبتنی بر شواهد، متمرکز بر فرزندپروری هستند که همان‌طور که از نظر رفتاری اجرا می‌شود. مدل‌های جدیدتر ممکن است مهارت‌ها و اصول فرزندپروری کمتری را هدف قرار دهند، اما آن‌ها را با جزئیات بیشتر بخصوص تکرار و شدت هدف مطالعه قرار می‌دهند [۲۳]. به‌جای آموزش صرف مفهوم انتزاعی فرزند پروری و سپس سپردن آن به والدین

دیگر راهکارهایی را برای مقابله با فشار روانی به والدین آموزش دهند. در مجموع یافته‌ها نشان داد که مقابله درمانگری بر سلامت عمومی مادران دارای فرزند عقب‌مانده ذهنی ژنتیکی و غیر ژنتیکی یکسان است و سلامت عمومی مادران هر دو گروه را افزایش می‌دهد، علائم جسمانی و افسردگی مادران را کاهش می‌دهد و خواب و کارکرد اجتماعی آن‌ها را بهبود می‌بخشد.

درتاج [۱۷] پژوهشی با عنوان بررسی اثربخشی مقابله درمانگری بر تنش شغلی و رضایت شغلی آتش‌نشانان انجام داد. طبق این مدل اگر بتوان تعامل‌ها و تطابق‌های میان فرد و محیط را از طریق راهکارهای رفتاری - شناختی به‌گونه‌ای فعال اصلاح کرد می‌توان شاهد کاهش آثار تنش بود، زیرا در این نظریه، تنش تنها یک محرک یا پاسخ نیست بلکه فرایندی مداوم است که می‌توان از طریق راهکارهای آموزشی مناسب آن را بهبود بخشید. از آنجاکه شناخت درمانی بر افزایش احساس تسلط نقش بسزایی داشته و آن را تأیید کرده می‌توان مقابله درمان گری را نیز شاخه‌ای از شناخت درمانی دانست و با افزایش طرح‌واره‌های شناختی افراد در برخورد با مسائل شغلی طبیعتاً شناخت و رضایت افراد را بالا برد. از سویی به نظر می‌رسد مقابله درمانگری با مفهوم عمده نظریه شناختی - اجتماعی بندورا در تعیین گری متقابل که حاکی از تعامل مداوم میان محیط و شخص و رفتار است ارتباط تنگاتنگی دارد؛ زیرا طبق این مدل همان‌طور که محیط بر رفتار تأثیر می‌گذارد، رفتار هم بر محیط و علاوه بر آن خود شخص بر محیط و رفتار تأثیرگذار است. اگر آموزش مقابله درمانگری را به‌نوعی تأثیر محیطی بدانیم که بر آگاهی شخص و باورهای او تأثیر می‌گذارد و باعث تغییر رفتار وی در جهت بهینه می‌شود؛ این چرخه به افزایش رضایت فرد می‌انجامد. سازگاری و تعادل جویی از ویژگی‌های زندگی روزمره انسان محسوب می‌شود و زمانی که شخص دچار تنش و ناراحتی می‌شود این تعادل روانی به هم می‌خورد؛ بنابراین انسان سالم به دنبال رسیدن به تعادل است تا در شرایط دشوار تنش با انجام مقابله‌ای متناسب، از تنش خود بکاهد. یافته‌های این پژوهش نشان داده است که شیوه‌های مقابله درمانگری بر کاهش تنش شغلی مؤثر بوده است. آقاییوسفی [۱۵] در پژوهشی به بررسی اثر مقابله درمانگری مادران کودکان عقب‌مانده ذهنی متوسط تا شدید بر فراوانی رفتارهای پرخاشگرانه کودکان عقب‌مانده پرداخت. نتایج پژوهش نشان داد که مقابله درمانگری، فراوانی رفتارهای پرخاشگرانه در این کودکان را کاهش می‌دهد. در واقع تسلط مادران بر کنترل تنیدگی، آن‌ها را در مقابل چالش‌ها و رفتارهای سازش نیافته و پرخاشگرانه کودکانشان مقاوم‌تر می‌کند و آن‌ها را قادر می‌سازد که به‌طور مؤثرتری این‌گونه رفتارهای کودکان عقب‌مانده ذهنی خودشان را کنترل نمایند. به‌علاوه مقابله درمانگری در مادران ضمن آشنا کردن آن‌ها با مفهوم تنیدگی و روش‌های مقابله با آن توانسته مادران را قادر سازد تا با گوش دادن فعال و کنترل عوامل ایجادکننده خشونت در برخورد و تعاملات خود با کودکان عقب‌مانده ذهنی‌شان از رفتارهای پرخاشگرانه استفاده نمایند.

¹ Triple p

² Incredible years

³ Parent - child interaction therapy

⁴ Child parent relationship therapy-CPRT

... در مورد PCIT، اثربخشی آن را در کاهش مشکلات رفتاری کودکان و افزایش اجابت درخواست‌های والدین از سوی کودکان و کاهش استرس فرزند پروری در والدین را نشان داده‌اند و امروزه بحث بر این است که چگونه کارآمدی و انجام‌پذیری درمان تعامل والد - فرزند را در جمعیت‌ها و فرهنگ‌های مختلف می‌توان بهبود بخشید. از سویی دیگر مطالعات بسیار محدودی در خصوص مقابله‌درمانگری مادران و اثر آن بر رفتار کودک انجام شده است. بر این اساس در مطالعه کنونی این فرضیه مورد بررسی قرار گرفت که آیا درمان مقابله‌درمانگری و روش درمان تعامل والد - فرزند شدت مشکلات رفتاری در کودکان را کاهش می‌دهد؟ از آنجاکه اثربخشی درمان تعامل والد - فرزند در سایر مطالعات تأیید شده است، آن را به‌عنوان ملاک مقایسه با اثربخشی مقابله‌درمانگری به‌عنوان یک روش درمانی جدید که در ایران مطرح می‌باشد، انتخاب کردیم. ضمناً شواهدی [۱۲] وجود دارد که طیف متنوعی از مداخلات درمانی برای کودکان با نشانگان برون‌سازی شده مؤثر است. نویسندگان تحقیقات مقایسه‌ای این‌چنینی را در بررسی مؤثر بودن اقدامات خاصی جهت ارتقا و انتخاب مداخلات ضروری می‌دانند. در این پروژه هدف این است که اثربخشی مقابله‌درمانگری (به‌عنوان یک روش بومی و البته نوپدید) در مادران را با اثربخشی درمان تعامل والد - فرزند در کاهش شدت مشکلات رفتاری کودکان مقایسه نماییم. شایان ذکر است که بنیاد نظری مقابله‌درمانگری الگوی شناختی است. درحالی‌که پایه نظری درمان تعامل والد - فرزند متأثر از نظریه دلبستگی بالبی می‌باشد.

نوع پژوهش

پژوهش حاضر تحقیقی از نوع آزمایشی است.

آزمودنی

جامعه آماری این پژوهش، شامل کلیه کودکان ۳-۶ ساله تحت آموزش در مهدکودک‌های زیر نظر سازمان بهزیستی شهرستان شاهیندژ با تعداد ۷۶۹ نفر در سال تحصیلی ۱۳۹۲-۱۳۹۳ بود.

نمونه‌گیری به شیوه در دسترس انجام شد. چراکه تنها به انتخاب افرادی که به مهدکودک‌های مذکور مراجعه کرده بودند، اکتفا شد و سایر کودکان در نظر گرفته نشدند. در این روش به‌طور تصادفی ۸ مهدکودک از میان همه مهدکودک‌های شهر شاهیندژ انتخاب شد و افرادی از جامعه آماری جهت شرکت در پژوهش انتخاب گردیدند که ملاک‌های ورود برای شرکت در پژوهش را داشتند. تعداد افراد شناسایی شده در این مهدکودک‌ها که دارای ملاک‌های اختلالات عاطفی - رفتاری باشند، طبق فهرست رفتار کودک ۱۰۰ نفر بودند. در نهایت از این مهدکودک‌ها سه گروه ۳۰ نفری از کودکان دارای مشکلات رفتاری به‌طور تصادفی انتخاب و نیز به شیوه تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند که البته پس از ریزش به ۲۹ نفر در هر گروه آزمایش و ۳۰ نفر در گروه کنترل تقلیل یافت. گروه‌های آزمایش توسط روانشناس بالینی تحت آموزش قرار

که این مفهوم را در رفتار فرزندپروری برگردانند، این مدل‌ها رفتار فرزندپروری را مستقیماً آموزش می‌دهند، در مورد درمان تعامل والد - کودک، نهایتاً والدین به ملاک‌های عینی برای نشان دادن صلاحیت در مهارت می‌رسند. درمان تعامل والد - کودک یک مدل مبتنی بر شواهد است که ابتدا به‌عنوان درمان با میانجی‌گری والدین برای مشکلات رفتاری کودکان سنین قبل مدرسه بود و بعداً به‌عنوان درمانی برای والدین بدر رفتار سنین قبل مدرسه و سنین مدرسه توسعه پیدا کرد. درمان تعامل والد - کودک اصول رفتاری را برای موارد زیر به کار می‌برد:

(الف) افزایش عزت نفس کودک و کاهش مشکلات رفتاری

(ب) بالا بردن کیفیت رابطه والد-کودک و ارتقای تعامل مثبت

بین والد و کودک

(ج) بنا نهادن راهبردهای مدیریت رفتار کارآمد و سازگار

(د) دادن احساس شایستگی و خودکارآمدی بهتر به والدین

[۱۳].

از آنجاکه ریشه بسیاری از اختلالات کودکی در تعاملات منفی والدین و کودک است، درمانی برای این اختلالات که هدفش بازسازی تعاملات والد-کودک باشد، می‌تواند در درمان اختلالات کودکی مفید باشد. ادبیات پژوهشی نشان می‌دهد که درمان تعامل والد-کودک (PCIT) بر اساس نظریه‌های دلبستگی و یادگیری اجتماعی و تکنیک‌های مختلف تقویتی طبق مدل درمانی دومرحله‌ای توسط هانف^۱ [۲۶] بنا نهاده شده که به والدین آموزش می‌دهد با کودکانشان باگرمی، توجه و به شیوه پاسخگرانه تعامل داشته باشند. درمان تعامل والد-کودک به والدین کمک می‌کند تا روابط گرم و پاسخگرانه با کودکان برقرار سازند و رفتار کودک را به‌طور مؤثری مدیریت نمایند [۲۷]. والدینی که درمان تعامل والد-کودک را گذرانده‌اند، یاد گرفته‌اند که چگونه با هیجانانی که در پی رفتارهای مختل کودکانشان پیش می‌آید، با استفاده از مهارت‌های کاهش اضطراب مانند تنفس عمیق و شمردن آهسته در هنگام ناکامی مقابله نمایند [۲۸]. این مدل بر این فرض استوار است که بهبود تعاملات والد-کودک، منجر به بهبود عملکرد کودک و خانواده خواهد شد. امروزه نسخه‌های جدیدتری از آن ارائه شده است [۲۹]. این آموزش یا درمان تعامل والد-کودک که در مورد خانواده‌های دارای فرزندی با مشکلات عاطفی و رفتاری استفاده می‌شود، روشی است که هم از نظر تئوری و هم عملی و آزمایشگاهی ثابت شده و دارای اهمیت و اطمینان لازم می‌باشد. در یک متا آنالیز [۲۶] محققین ۱۱ مطالعه را گزارش کردند که به اثربخشی درمان تعامل والد-فرزند اشاره داشتند و نتایج مطالعات آن‌ها نشان داد که این روش درمانی تأثیر سودمندی بر ادراک مراقبین اولیه/والدین و سایر پیامدهای بررسی شده مانند خلق و خوی کودک و توانایی خودتنظیمی و فراوانی مشکلات رفتاری کودک و توانایی تحمل مراقب در مورد رفتار کودک مشکلات تعاملی والد / مراقب - کودک و استرس کلی مراقب دارد. از سویی سری مطالعات متعددی [۱۳] و [۲۶] و [۲۷] و [۲۸] و [۲۹] و [۳۰]

^۱ Hanf

کودک مهارت‌های لازم را می‌آموزند. خوب دستور دادن، تحسین کردن، فرمان‌پذیری، استفاده از فن‌محرومیت برای نافرمانی و برقراری قوانین خانگی از مهارت‌های این مرحله هستند. درمان‌تعالیم والد - کودک معمولاً به ۱۲ جلسه یک‌ساعته هفتگی برای هدایت‌تعالیم والد - کودک، یک جلسه ارزیابی یک و نیم‌ساعته و دو جلسه آموزشی در آغاز هر مرحله نیاز دارد.

جلسه اول: ارزیابی اولیه و تعیین جهت‌گیری درمان.

درمان‌تعالیم والد - کودک با جلسه ارزیابی پیش از درمان آغاز می‌شود. در قالب یک مصاحبه اطلاعات تاریخچه‌ای درباره کودک و مشکل کنونی گردآوری می‌شود و درمانگر فرصت آشنایی با کودک و شرایط خانواده را به دست می‌آورد. درمانگر نمونه‌ای از چگونگی تعامل والد و کودک را از طریق مشاهده تعامل آن‌ها در حین بازی بررسی می‌کند. با کمک پرسشنامه‌های تکمیل شده توسط والدین نسبت به شدت مشکلات کودک اطلاعات کمی و دقیقی را کسب می‌کند. درمانگر در مورد اهداف، مراحل و فرایند درمان به والدین آگاهی لازم را می‌دهد.

مرحله اول: تعامل کودک محور

جلسه دوم: آموزش مهارت‌های تعامل کودک محور (بدون حضور کودک). در این جلسه علاوه بر مهارت‌های کودک محوری که پیش از این به آن‌ها اشاره شد. به والدین آموزش داده می‌شود تا در این مرحله برای رفتارهای منفی کودک از شیوه نادیده گرفتن استفاده نمایند. با توجه به اینکه یکی از اصول مهم این مرحله پیروی والدین از کودک است، از والدین خواسته می‌شود که از پرسیدن سؤال و دستور دادن خودداری نمایند. فعالیتی که در این مرحله انجام می‌شود به دنبال ارتقاء کیفیت ارتباط والد - کودک است؛ انتقاد و سرزنش، از رفتارهایی هستند که به شدت بر این موضوع تأثیر منفی دارند. بنابراین از به کار بردن آن‌ها باید اجتناب نمایند.

جلسه سوم: جلسه هدایت و تمرین مهارت‌های تعامل کودک محور (با حضور کودک). تقویت رابطه درمانی با خانواده و ارائه حمایت از اهداف این جلسه است. در حین هدایت‌گری بیشتر بر توصیفات رفتاری تمرکز می‌شود و صرفاً بازخورد مثبت بدون اشاره به خطاها ارائه می‌شود. همین‌طور در انتهای کار بیشتر بر نقاط قوت والدین تأکید می‌شود و از آن‌ها خواسته می‌شود در تکلیف خانگی بیشتر برای کاهش تعداد سؤالات و افزایش بازخوردها تلاش کنند.

جلسه چهارم: جلسه هدایت‌گری همراه با توضیح موضوع الگوگیری کودکان از والدین (با حضور کودک). درباره اینکه شکل‌گیری بسیاری از رفتارهای نامطلوب در نتیجه الگوگیری کودکان از رفتارهای بزرگ‌ترهای خودشان است، توضیحاتی داده می‌شود. در حین هدایت والدین بر عدم استفاده از سؤال تأکید می‌شود. ملاک‌های رسیدن به مهارت در مرحله تعامل کودک محور گفته می‌شود. آن‌ها آموزش‌هایی را در زمینه کنترل خشم دریافت می‌کنند.

جلسه پنجم: جلسه هدایت‌گری همراه با تأکید بر موضوع دریافت حمایت (با حضور کودک). تحسین توصیف شده مهارتی

گرفتند. ملاک‌های ورود کودکان عبارت بود از: حضور کودک در مهد در طی دوره پژوهش، داشتن سن بین ۳ تا ۶ سال، داشتن سابقه ای از بعضی مسائل عاطفی از بدو ورود به مهد کودک تا هنگام شروع پژوهش، ملاک‌های اختلالات رفتاری، به‌علاوه دسترسی به والدین از طریق مهد کودک.

معیارهای ورود والدین نیز، داشتن سواد برای پر کردن پرسشنامه، موافقت با حضور در جلسات آموزش و داشتن کودکانی با معیارهای ورود و خروج مذکور بود. در این پژوهش مشکلات رفتاری کودکان از طریق فهرست رفتاری کودک ارزیابی شد. ملاک‌های خروج عبارت بود از: طلاق پدر و مادر، بیماری روانی شدید پدر و مادر کودک، بیماری مزمن و ناتوان‌کننده در کودک و وجود بیماری روانی هم‌زمان در کودک.

ابزارهای پژوهش

۱. فهرست رفتار کودک ایبرگ^۱: یک مقیاسی است که والدین آن را تکمیل می‌کنند تا شدت و فراوانی رفتارهای مختل کودکان را ارزیابی کنند و به‌طور گسترده‌ای در مطالعاتی که پیامدهای درمانی در مورد اختلالات رفتاری کودکان را می‌سنجند به کار می‌رود [۳۱]. این پرسشنامه واجد دو نمره است که عبارت است نمره شدت و نمره مشکل است. نمره شدت درباره میزان شدت هر یک از ۳۶ مشکل مورد نظر در این پرسشنامه تخمینی ارائه می‌دهد. دامنه شدت مشکل می‌تواند از ۳۶ تا ۲۵۲ باشد. نمره مشکل هم به والدین این امکان را می‌دهد که تعیین کند تا چه حدی رفتارهای فرزندشان را به‌عنوان یک مشکل ارزیابی می‌کنند. دامنه این نمره نیز از ۰ تا ۳۶ است [۳۲]. نمره‌های بالاتر در مقیاس‌های این ابزار گویای شدت و تعداد بیشتر مشکلات رفتاری است. دو نمره برش در این مقیاس وجود دارد: ۱۲۷ در مورد شدت مشکلات و ۱۱ در مورد مشکلات که نمرات بالاتر نیاز به درمان دارند. اجرا و نمره‌گذاری این ابزار چیزی در حدود ۲۰ دقیقه زمان می‌برد. هماهنگی درونی^۲ این پرسشنامه در مورد نشانه‌ها ۰/۹۱ و در شاخص شدت ۰/۹۳ می‌باشد. پایایی آزمون - باز آزمون آن ۰/۸۸ تا ۰/۸۶، پایایی بین ارزیاب‌ها ۰/۸۶ تا ۰/۷۹ و آلفای کرونباخ نیز ۰/۹۵ برآورد شده است [۳۳].

۲. برنامه درمان تعامل والد - کودک: درمان تعامل والد-

فرزند برنامه آموزش والدین مبتنی بر شواهد است که کار با والدین و کودکان سنین ۲ تا ۷ سال را در بردارد و سال ۱۹۹۷ توسط ایبرگ ساخته شد [۲۶]. در این برنامه دودسته از مهارت‌ها در دو مرحله درمان مورد توجه قرار می‌گیرند. در مرحله تعامل کودک محور، والدین استفاده از مهارت‌های معمول بازی‌درمانی را به‌منظور ارتقا ارتباط والد - کودک می‌آموزند. مهارت‌های این مرحله تحسین کردن، بازخورد دادن، تقلید کردن، مشتاق بودن، توصیف کردن و ارائه توجه مشروط است. در مرحله تعامل والد محور، والدین برای افزایش فرمان‌پذیری و کاهش رفتارهای مختل

¹ Eyberg child behavior inventory (ECBI)

² Internal consistency

اهدو مرحله درمان ادامه می‌یابد. از این‌پس از والدین خواسته می‌شود از مهارت‌های این مرحله برای مسائلی استفاده کنند که فرمان‌پذیری کودک در آن موارد برای والدین مهم است. و برای سایر مسائل، از تکنیک‌های آموزش داده شده دیگر استفاده نمایند.

جلسه یازدهم: جلسه هدایت‌گری همراه با آموزش تنظیم قوانین خانگی (با حضور کودک). بعد از هدایت تعامل والد محور، نمودار نمرات فهرست رفتار کودک آبی‌رنگ بررسی می‌شود و سپس مشکلات رفتاری باقیمانده با والدین مرور خواهد شد. برای هر مشکل معین می‌شود که چه شیوه‌ای مناسب است. فرایند تعیین قوانین خانگی و چگونگی اجرای آن به والدین آموزش داده می‌شود.

جلسه دوازدهم: جلسه هدایت‌گری همراه با آموزش مدیریت رفتار در اماکن عمومی (با حضور کودک). فرایند هدایت‌گری ادامه می‌یابد و در صورتی که والدین فاصله زیادی از ملاک‌های تسلط بر مهارت داشته باشند زمان بیشتری صرف هدایت تعامل خواهد شد. در صورت تثبیت قوانین خانگی قبلی در صورت نیاز با همکاری والدین قوانین جدیدی تعیین می‌شود. به رفتار کودک در اماکن عمومی پرداخته می‌شود و نکات لازم برای کنترل رفتار او در این اماکن گفته خواهد شد.

جلسه سیزدهم: جلسه هدایت‌گری در یک مکان عمومی (با حضور کودک). آماده‌سازی خانواده برای اتمام درمان از طریق هدایت تعامل در ابتدای این جلسه در اتاق بازی انجام خواهد شد. سپس نکات آموزش داده شده درباره کنترل رفتار کودک در مکان عمومی با والدین مرور می‌شود. بخش میانی جلسه برای تمرین همین نکات در یک مکان عمومی ادامه می‌یابد. از والدین خواسته می‌شود با استفاده از شیوه‌های حل مسئله مشکلات احتمالی را مدیریت نمایند.

جلسه چهاردهم: جلسه هدایت‌گری و حل مسائلی که مانع اتمام درمان هستند (با حضور کودک). درحالی‌که به‌منظور آماده‌سازی خانواده برای اتمام درمان بر مهارت‌های ضعیف‌تر تمرکز بیشتری می‌شود؛ به مسائلی که مانع به تسلط رسیدن در مهارت‌ها هستند نیز توجه خواهد شد. در صورت نیاز والدین با درمان بازی نقش مهارت‌های ضعیف‌تر را انجام می‌دهند. اگر بخشی از مشکلات باقیمانده به رابطه کودک با خواهر یا برادرش مربوط است، می‌توان تکلیف خانگی بازی دونفره کودکان را به آن‌ها داد و حتی جلسه‌ای را با حضور خواهر یا برادر کودک هدایت نمود. اهداف و برنامه‌ای جلسه تا زمان تسلط یافتن والدین بر مهارت‌ها می‌تواند ادامه داشته باشد.

جلسه آخر: جلسه فارغ‌التحصیلی (با حضور کودک). ارزیابی ملاک‌های اتمام آموزش همراه با معرفی تکنیک‌های دیگر مدیریت رفتار در این جلسه انجام می‌شود. باید بر اهمیت ادامه دادن استفاده از مهارت‌ها تأکید شود و درمانگر رضایت خود را از موفقیت والدین در فرایند درمان نشان دهد. برای جلسه حمایتی که سه ماه بعد از پایان درمان برگزار می‌شود، باید برنامه‌ریزی شود. به خانواده‌ها گفته می‌شود که در هر زمان با مشکلی مواجه

است که در بخش هدایت تعامل به‌طور خاص مورد توجه قرار می‌گیرد «دریافت حمایت» موضوعی است که با والدین در میان گذاشته می‌شود و آن‌ها ترغیب می‌شوند که از سایر افرادی که در محیط اطرافشان هستند در مواقع ضروری به شیوه مناسبی حمایت دریافت کنند. در انتهای جلسه سیر تغییرات در نمرات شدت فهرست رفتار کودک آبی‌رنگ با نشان دادن نمودار آن به والدین مرور خواهد شد. از این جلسه به بعد اگر والدین به مهارت‌ها مسلط شده بودند درمان وارد مرحله دوم می‌شود.

جلسه ششم: جلسه هدایت‌گری با تأکید بر موضوع استرس کودکان (با حضور کودک). در این جلسه با والدین درباره تأثیر استرس بر کودکان و درک هیجانی کودکان صحبت می‌شود. در فرایند هدایت‌گری نیز توجه ویژه‌ای به استفاده از مهارت‌ها به‌صورت ترکیبی می‌شود و در صورت ضعف در هر یک از مهارت‌ها به‌طور خاص بر استفاده و تمرین آن مهارت در جلسه توجه می‌شود.

مرحله دوم: تعامل والد محور

جلسه هفتم: آموزش مهارت‌های تعامل والد محور (بدون حضور کودک). در این جلسه مهارت‌های تعامل والد محور که شامل دادن دستورات مؤثر تحسین فرمان‌پذیری کودک و اجرای صحیح فرایند محرومیت در صورت نافرمانی کودک به والدین آموزش داده می‌شود. در پایان جلسه خلاصه کلیه نکات گفته شده به والدین داده می‌شود تا در طی هفته آن‌ها را مطالعه نمایند اما تا پیش از اولین جلسه هدایت‌گری از آن استفاده نکنند.

جلسه هشتم: جلسه هدایت‌گری (با حضور کودک). برای والدین این فرصت مهیا می‌شود تا بتوانند در قالب یک هدایت‌گری فشرده از جانب درمانگر فرایند تعامل والد محور را به‌درستی اجرا نمایند و جلسه را با اعتماد کافی برای اجرای درست فرایند در خانه ترک کنند. در ابتدای جلسه کل فرایند با والدین مرور می‌شود و سپس متناسب با سطح رشد کودک نیز به او توضیحاتی داده خواهد شد. اگر فرایند کار در این جلسه به‌خوبی اجرا شود و جلسه با فرمان‌پذیری کودک به پایان برسد از والدین خواسته می‌شود تا اولین تکلیف خانگی مرحله دوم درمان را در خانه انجام دهند.

جلسه نهم: جلسه هدایت‌گری همراه با آغاز تعمیم دهی مهارت‌ها به خارج از اتاق بازی (با حضور کودک).

تمرین مهارت‌های این مرحله ادامه پیدا می‌کند. برای والدین ملاک‌های کسب مهارت توضیح داده می‌شود. از این‌پس به دنبال تعمیم دهی مهارت‌ها به محیط‌هایی غیر از اتاق بازی هستیم از این رو از والدین خواسته می‌شود در صورت نیاز از مهارت‌ها در اتاق انتظار یا پس از پایان هر جلسه استفاده نمایند. اگر والدین اولین تکلیف خانگی را با موفقیت انجام داده باشند، تکلیف خانگی دیگری که شامل موقعیت جمع‌آوری اسباب‌بازی‌هاست به آن‌ها داده می‌شود.

جلسه دهم: جلسه هدایت‌گری (با حضور کودک). تأثیرات درمان بر رفتار کودک با والدین مرور می‌شود و ارتقاء مهارت‌های

درخواست می‌شود که ارزیابی اطرافیانش درباره نحوه برخوردش با رویدادهای تنیدگی را پرسیده، یادداشت کرده و در جلسه بعد به بحث بگذارد. ممکن است ارزیابی‌های دیگران دقیق و کمک‌کننده باشد و ممکن است تلاش کرده باشند در جهت حفظ منافع خودشان یک ارزیابی غیرواقعی به فرد ارائه داده باشند. مهم این است که مراجع یا بیمار بایستی همواره به ارزیابی‌های شناختی خویش ادامه دهد. اگر مشکل فرد حل شده باشد، آنگاه به تنیدگی‌های دیگری که فرد تجربه می‌کند پرداخته می‌شود و باید آن‌ها را یادداشت کرده و در جلسات بعد همراه بیاورد تا زمانی که فرد مهارت مقابله مؤثر با رویدادهای تنیدگی‌زا را بیاموزد و بتواند به کار گیرد. این فرایند تا پایان جلسات درمان ادامه می‌یابد.

جلسه چهارم: ارزیابی راه‌های جدیدتر در برخورد با تنیدگی و تغییر روش‌های مقابله‌ای ناکارآمد در دستور کار قرار می‌گیرد.

جلسه پنجم: گزارش نتایج ناشی از تغییر روش‌های ارزیابی شناختی و راه‌های مقابله‌ای اجرا شده.

جلسه ششم: بحث در مورد گزارش ارزیابی اطرافیان درباره نحوه برخورد مراجع در مورد رویدادهای تنیدگی‌زا.

جلسه هفتم: بررسی تنیدگی‌های دیگر.

جلسه هشتم: ادامه ارزیابی‌ها توسط مراجع تا یادگیری مهارت‌های مقابله‌ای.

جلسه نهم: بیان تنیدگی خود توسط اعضا و بیان افکار و احساسات تجربه کرده خود و ارزیابی نخستین و ثانوی و بررسی سازش یافته بودن واکنش‌های فرد.

جلسه دهم: ارزیابی راه‌های جدیدتر در برخورد با تنیدگی و تغییر روش‌های مقابله‌ای ناکارآمد.

جلسه یازدهم: گزارش نتایج ناشی از تغییر روش‌های ارزیابی شناختی و راه‌های مقابله.

جلسه دوازدهم: ارزیابی مهارت مقابله‌ای آموخته شده اعضا.

شیوه تحلیل داده‌ها

برای تجزیه تحلیل داده‌ها علاوه بر آمار توصیفی، از آزمون لوین و تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد.

نتایج

در این قسمت با استفاده از نرم‌افزار «اس. پی. اس. اس.^۱» به تجزیه و تحلیل داده‌ها در سطح توصیفی و استنباطی پرداخته شده است. ابتدا ویژگی‌های جمعیت‌شناختی دو گروه آزمایش و مقایسه و سپس آماره‌های توصیفی مربوط به متغیر وابسته ارائه گردیده است. پس از آن، نتایج آزمون کولموگوروف اسمیرنوف مبنی بر نرمال بودن توزیع نمرات، آزمون لوین مبنی بر تساوی واریانس‌ها و همگنی رگرسیون به‌منظور بررسی پیش‌فرض‌های آماری لازم جهت استفاده از آزمون‌های پارامتریک در مورد متغیر وابسته استفاده گردیده است. سپس داده‌ها با استفاده از روش آماری تحلیل واریانس با اندازه‌های تکراری مورد تجزیه و تحلیل

شدند می‌توانند با درمانگر در تماس باشند و در صورت نیاز برای آن‌ها جلسه فوق‌العاده برگزار شود.

۳. برنامه مقابله در مانگری: مقابله در مانگری به‌عنوان روشی که در فرایند مشاوره و مبتنی بر نظریه‌ی فولکمن-لازاروس، نخستین بار توسط آقاییوسفی [۳۴] معرفی شده این فن که بر اساس نوع و شدت تنیدگی‌ها و راه‌های مقابله‌ای فرد بنا شده است. جلسات درمان می‌تواند فردی یا گروهی باشد. در جلسات گروهی بایستی ضوابط عمومی جلسات گروه درمانگری را رعایت کرد. تعداد جلسات معمولاً ۸ تا ۱۵ جلسه است. مدت‌زمان هر جلسه‌ی فردی به‌طور متوسط ۴۵ دقیقه و برای جلسات گروهی ۲ تا ۳ ساعت است. این تعداد جلسات جدا از جلسات مصاحبه‌ها و مشاهده‌ها و حتی آزمونگری‌های نخستین و جلسات پس‌آزمون است.

جلسه اول: تعریف تنیدگی و اثرات آن بر سلامتی زیست‌شناختی و روان‌شناختی و تحول بهنجار و نیز تعریف مقابله و راه‌های هشت‌گانه مقابله‌ای. در پایان جلسه از مراجعین یا بیماران درخواست می‌شود تا برای جلسه بعد مهم‌ترین رویداد تنیدگی‌زای هفته یا حتی زندگی خود همراه با اعمال، افکار و احساساتی که تجربه کرده یا به کار برده‌اند را یادداشت کرده و برای جلسه بعد همراه بیاورند.

جلسه دوم: هر یک از اعضای گروه تنیدگی خود را بیان کرده و اعمال، افکار و احساسات تجربه کرده خود را بیان کرده و سپس خود و دیگر اعضای گروه با هدایت روان‌درمانگر می‌کوشند دوباره به ارزیابی نخستین و ثانوی پرداخته و واکنش‌های فرد را از نظر درجه سازش یافته بودن ارزیابی کنند. گاهی فرد بهترین کاری که می‌تواند بکند این است که رو در روی عامل تنیدگی‌زا قرار گرفته و پرخاشگرانه (و البته محترمانه) احساس و افکارش را بیان کند. گاهی باید مسئولیت خود در به وجود آمدن مشکل را واقع‌گرایانه ارزیابی کند. درحالی‌که قبلاً کمتر یا بیشتر از واقعیت ارزیابی می‌کرده است. گاهی نباید به رویدادهای تنیدگی‌زای خیلی کم‌اهمیت فکر کند (دوری‌جویی) و گاه باید از روش حل منطقی مسئله استفاده کند. گریز-اجتناب که شامل خوابیدن، گریستن، قهر کردن، پناه بردن به دارو و مواد، خیال‌پردازی و اجتناب از قرار گرفتن در برابر موقعیت‌های تنیدگی‌زا است معمولاً تشویق نمی‌شود و به‌عنوان روشی بیماری‌زا به افراد کمک می‌شود تا از آن اجتناب کنند. مگر آنکه مشکلی غیرقابل کنترل (مانند مرگ یک عزیز) ایجاد شده باشد که برای کوتاه‌مدت تشویق می‌شود و سپس فرد باید روش مقابله‌ای خود را تغییر دهد. سپس از فرد خواسته می‌شود تا با توجه به نتایج جلسه، این بار راه‌های جدیدتر و ارزیابی‌های دقیق‌تر را به کار گرفته و مجدداً نتایج را یادداشت کرده و برای جلسه بعد همراه بیاورد.

جلسه سوم: در این جلسه نخست هر کس نتایج ناشی از تغییر روش‌های ارزیابی شناختی و راه‌های مقابله‌ای به کار گرفته شده خویش را گزارش می‌دهد. اگر مشکل کاهش یافته بود، مجدداً ارزیابی‌ها ادامه یافته و راه‌های مقابله‌ای دیگر هم به کمک گرفته می‌شود تا مشکل به حداقل برسد. گاهی از مراجع

^۱ SPSS

در جدول ۱ میانگین و انحراف استاندارد نمرات آزمودنی‌های سه گروه در متغیر شدت مشکلات رفتاری به تفکیک موقعیت ارائه شده است. همان‌گونه که در جدول نیز مشخص است مقایسه میانگین‌ها حاکی از کاهش نمرات آزمودنی‌های دو گروه آزمایشی مقابله درمانگری و درمان تعامل والد- کودک در موقعیت‌های پس‌آزمون و پیگیری نسبت به موقعیت پیش‌آزمون است. نمایش تصویری این یافته در نمودار ۴-۸ نیز منعکس شده است.

قرار گرفته است. در این تحلیل، عضویت گروهی به‌عنوان متغیر مستقل و نمرات شدت مشکلات رفتاری کودکان به‌عنوان متغیر وابسته و نمرات پیش‌آزمون به‌عنوان متغیر کنترل (همگام) در نظر گرفته شده است. هدف این پژوهش بررسی اثربخشی مقابله درمانگری و برنامه درمان تعامل والد- کودک در کاهش شدت مشکلات رفتاری کودکان و مقایسه این دو روش درمانی در مقایسه با گروه کنترل بود.

جدول ۱. میانگین و انحراف استاندارد نمرات سه گروه در مقیاس شدت مشکلات رفتاری

متغیر	موقعیت	گروه تعامل والد- کودک		گروه کنترل		گروه مقابله درمانگری	
		SD	M	SD	M	SD	M
شدت مشکلات رفتاری	پیش‌آزمون	۱۳۶/۷۸	۶/۴۸	۱۴۱/۷۵	۷/۶۹	۱۲۹/۴۵	۵/۵۶
	پس‌آزمون	۸۰/۱۷	۶/۶۰	۱۴۱/۴۸	۱۳/۴۶	۸۲/۴۸	۷/۵۱
	پیگیری	۹۰/۸۹	۸/۳۵	۱۷۱/۸۲	۳۲/۰۳	۹۴/۷۷	۶/۹۰

جهت مقایسه تفاوت تغییر نمرات سه گروه در متغیر شدت مشکلات رفتاری ارائه شده است. لازم به ذکر است در مقادیر درون‌آزمودنی به علت معناداری آزمون کرویت موجلی ($P < 0.05$) به منظور اصلاح به‌وسیله اسپیلون مقادیر مربوط به اسپیلون کران پایین گزارش شده است. همان‌گونه که مشاهده می‌شود، نتایج بیانگر معناداری تفاوت تغییر نمرات در گروه‌ها است ($P < 0.05$). مقادیر مجذور اتای سهمی نیز بیانگر اندازه اثر قابل قبولی است ($\eta^2 > 0.14$).

فرضیه اول: مقابله درمانگری شدت مشکلات رفتاری کودکان را کاهش می‌دهد.
فرضیه دوم: درمان تعامل والد- کودک شدت مشکلات رفتاری کودکان را کاهش می‌دهد.
فرضیه سوم: میان اثربخشی مقابله‌درمانگری و درمان تعامل والد کودک در کاهش شدت مشکلات رفتاری کودکان تفاوت وجود دارد.
در جدول ۲ نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر

جدول ۲. آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر جهت مقایسه تغییر نمرات شدت مشکلات رفتاری در سه گروه

اثر	SS	df1	df2	MS	F	P	η^2
درون‌آزمودنی	۵۹۷۸۶/۵۳۸	۲	۸۵	۲۹۸۹۳/۲۶۹	۹۱/۰۶۷	۰/۰۰۰۱	۰/۶۸۲
بین‌آزمودنی	۱۳۲۱۰۲/۱۰۴	۲	۸۵	۶۶۰۵۱/۰۵۲	۳۵۴/۹۰۶	۰/۰۰۰۱	۰/۸۹۳

کودکان مؤثر هستند. ولی میان تغییر نمرات در دو گروه آزمایشی تفاوت معناداری مشاهده نمی‌شود ($P > 0.05$)؛ یعنی فرضیه اول و دوم تائید و فرضیه سوم رد می‌شود.
بنابراین دو روش مقابله‌درمانگری و درمان تعامل والد- کودک در کاهش شدت مشکلات رفتاری کودکان اثربخشی مشابهی دارند.

نتایج آزمون تعقیبی توکی جهت مقایسه زوجی تفاوت تغییر نمرات شدت مشکلات رفتاری در جدول ۳ ارائه شده است. نتایج بیانگر آن است که میان تغییر نمرات دو گروه مقابله‌درمانگری و درمان تعامل والد- کودک با گروه کنترل تفاوت معناداری وجود دارد ($P < 0.05$). بدین معنا که هر دو روش مقابله‌درمانگری و درمان تعامل والد- کودک در کاهش شدت مشکلات رفتاری

جدول ۳. آزمون توکی جهت مقایسه زوجی شدت مشکلات رفتاری در گروه‌ها

متغیر	(I)	(J)	(I-J)	SE	P
شدت مشکلات رفتاری	تعامل والد- کودک	مقابله‌درمانگری	-۲/۹۵۱	۲/۰۵۳	۰/۳۲۷
		کنترل	-۴۹/۰۷۱*	۲/۰۸۶	۰/۰۰۰۱
	مقابله‌درمانگری	تعامل والد- کودک	۲/۹۵۱	۲/۰۵۳	۰/۳۲۷
		کنترل	-۴۶/۱۱۹*	۲/۰۳۴	۰/۰۰۰۱

بحث و نتیجه‌گیری

هدف این پژوهش بررسی اثربخشی مقابله درمانگری و برنامه درمان تعامل والد- کودک در کاهش شدت مشکلات رفتاری کودکان و مقایسه این دو روش درمانی در مقایسه با گروه کنترل بود. همان‌گونه که نتایج پژوهش نشان داد درمان تعامل والد- کودک و مقابله درمانگری به‌صورت معناداری در کاهش شدت

مشکلات رفتاری کودکان مؤثر بودند.
یافته‌های پژوهش اخیر در تائید یافته‌های پیشین [۱۳] و [۲۷] و [۲۹] و [۳۱] و ... در اثربخشی درمان تعامل والد- کودک بر کاهش شدت مشکلات رفتاری کودکان بود. بسیاری از اختلالات رفتاری کودکان در تعاملات منفی والد- کودک ریشه

دارد. رفتارهای منفی والدین مانند فریاد زدن، تهدید کردن، رفتارهای منفی کودک مانند بی‌مسئولیتی و نافرمانی را تقویت می‌کند که این مسئله رفتارهای والدین را بدتر کرده و ممکن است منجر به خشونت شود. درمان تعامل والد - کودک با تقویت تعاملات مثبت و آموزش والدین به اینکه با ثبات باشند و تکنیک‌های غیر خشونت‌آمیز را به کار برند، این چرخه معیوب را می‌شکند. در درمان تعامل والد - کودک، والدین مهارت‌هایی برای ایجاد روابط امن و در جهت رشد کودکانشان فرا می‌گیرند و به این ترتیب رفتارهای اجتماعی را در کودک افزایش داده و رفتارهای منفی را در وی کاهش می‌دهند. در این برنامه درمانی والدین یاد می‌گیرند به کودکانشان نزدیک شوند، سبک‌های والدینی مؤثرتری که منطبق با نیازهای کودکانشان است به کار برند و به رفتارهای سازگارانۀ کودک توجه کرده و رفتارهای ناسازگارانۀ وی را نادیده بگیرند، در عوض کودکان به این تعاملات به‌صورت سالم‌تری پاسخ می‌دهند.

یافته‌های پژوهش حاضر حاکی از اثربخشی مداخله (مقابله درمانگری) بر کاهش شدت مشکلات رفتاری کودکان بود. مطالعات بسیار محدودی در خصوص مقابله درمانگری مادران و بخصوص اثر آن بر رفتار کودک انجام شده است که اگرچه نمی‌توان ادبیات پژوهشی مربوط به اثر مقابله درمانگری را به دلیل ابداعی بودن آن جمع‌آوری کرد، پژوهش‌گران در جریان یک برنامه کلی درمانگری شناختی- رفتاری از پاره‌ای دستورات عملی‌ها برای افزایش توانایی مقابله افراد با تنیدگی استفاده می‌کنند [۱۷] و [۱۸].

منطق پایه مقابله درمانگری عبارت است از اینکه اگر مقابله نارساکنش‌ور مادران می‌تواند منجر به تهدید سلامت شود، اصلاح روش‌های مقابله با تنیدگی در جریان یک فرایند درمانی می‌تواند این فرایند را واژگون سازد [۱۵]. مقابله درمانگری از راه هشیار ساختن فرد نسبت به نوع تنیدگی‌های زندگی، امکانات مقابله‌ای فرد، جستجو و یافتن راه‌های مقابله‌ای مناسب برای هر موقعیت، سودمندی خود را آشکار می‌سازد. بر پایه بسته اجرایی این روش مداخله‌ای (مقابله درمانگری)، راه‌های هشتگانه مقابله با تنیدگی که افراد به شیوه‌های نادرست و نابجا آن‌ها را به کار می‌گیرند (در طول جلسات مقابله درمانگری) به شیوه‌ای مفید تنظیم شده و بیماران، راه‌های مقابله‌ای خود را با بحث‌های صورت گرفته در جلسات درمان و تکالیف مربوط به فاصله جلسات اصلاح کرده و به مقابله سازش یافته با رویدادهای تنیدگی‌زا می‌پردازند. درحالی‌که مقابله ناکارآمد ناشی از ناهشیاری فرد نسبت به امکانات مقابله‌ای، برآوردهای شناختی غیردقیق و تحریف شده، انتخاب راه‌های مقابله‌ای از روی شتاب، هیجان‌زدگی و عدم مدیریت شناخت‌ها منجر به اختلالات روان‌شناختی و رفتارهای سازش نایافته می‌شود. مقابله درمانگری فرایند بیماری‌ساز را واژگونه ساخته و روند انتخاب و به‌کارگیری راهبردهای مقابله‌ای را در جهت کارآمدی و سازش یافتگی اصلاح می‌کند. از این جهت یافته‌های این پژوهش با مطالعات قبلی [۱۹] و [۲۱] و [۲۲] و [۲۳] هماهنگ است. به همین علت اینجاست که روش‌های

درمانگری به‌منظور کاهش تنیدگی مادران و نیز تأثیر آن بر مشکلات رفتاری کودکان مطرح می‌شود. مقابله درمانگری می‌تواند در درازمدت سهم تنیدگی در تشدید این اختلالات را کاهش دهد [۱۵]. سبک مقابله‌ای والدین با تنیدگی، درماندگی و سازگاری خانواده ارتباط دارد. معمولاً افرادی که از روش‌های متمرکز بر مسئله استفاده می‌کنند با موقعیت‌های تنش‌زا بهتر سازگار می‌شوند و نشانه‌های مرضی کمتری را بروز می‌دهند و در نتیجه از سلامت عمومی بالاتری برخوردارند. علاوه بر این بین سلامت عمومی و روش‌های مقابله‌ای مانند رویارویی، خویش‌داری، حمایت اجتماعی، مسئله‌گشایی و ارزیابی مجدد همبستگی مثبت معنی‌دار وجود دارد و در مقابل، همبستگی آن با ویژگی‌های دوری‌گزینی و گریز و اجتناب، منفی و معنادار گزارش شده است. افراد دارای سلامت عمومی بالا، بیشتر از روش‌های مقابله‌ای مسئله محور استفاده می‌کنند. راهبردهای مقابله‌ای مسئله مدار و هیجان مدار به‌طور معناداری واریانس متغیرهای اضطراب، آسیب جسمانی، افسردگی و اختلال در عملکرد اجتماعی که از مؤلفه‌های سلامت عمومی هستند را پیش‌بینی می‌کنند، سبک‌های مقابله‌ای مسئله مدار و منطقی، شاخص‌های سلامتی را پیش‌بینی می‌کنند درحالی‌که سبک‌های مقابله‌ای هیجانی و ناکارآمد یا اجتنابی، شاخص‌های بیماری را پیش‌بینی می‌کنند. افراد متخصص که برای کودکان با ناتوانی رشدی خدماتی را فراهم می‌سازند، باید از یک‌طرف، به‌طور دقیق میزان فشار روانی را که والدین این کودکان تجربه می‌کنند، ارزیابی کنند و از طرف دیگر راهکارهایی را برای مقابله با فشار روانی به والدین آموزش دهند. در مجموع یافته‌ها نشان داد که مقابله درمانگری روش‌های مقابله‌ای دوری‌جویی و گریز و اجتناب را در آزمودنی‌ها کاهش می‌دهد و روش‌های خودمهارگری و جستجوی حمایت اجتماعی و باز برآورد مثبت را افزایش می‌دهد و از راه تمرکز بر روش‌های مقابله‌ای نارساکنش‌ور مادران راهبردهای مقابله‌ای آنان را به شیوه‌های سازش یافته تغییر می‌دهد که این فرایند به نوبه خود از راه کاهش تنیدگی مادران و در مجموع خانواده می‌تواند اثر مثبتی بر سلامتی فرزندان آن‌ها داشته باشد.

هیچ مطالعه مقایسه‌ای در زمینه اثربخشی این دو شیوه درمانی بر کاهش مشکلات رفتاری کودکان صورت نگرفته است. یکی از دلایل آن می‌تواند مقاصد مختلفی که دو شیوه درمانی برای آن ایجاد شده‌اند، باشد. نتایج تحقیقات نشان داده است که سیستم خانوادگی به‌عنوان عامل سهیم در مشکلات رفتاری کودکان می‌باشد و تنیدگی والدینی در ارتباط مستقیم با مشکلات رفتاری کودکان است [۶] و [۱۰] و [۱۳]. همان‌طور که اشاره شد، والدینی که درمان تعامل والد- کودک را گذرانده‌اند، یاد گرفته‌اند که چگونه با هیجاناتی که در پی رفتارهای مختل کودکانشان پیش می‌آید، با استفاده از مهارت‌های کاهش اضطراب مانند تنفس عمیق و شمردن آهسته در هنگام ناکامی مقابله نمایند [۲۹]. این مدل بر این فرض استوار است که بهبود تعاملات والد-کودک، منجر به بهبود عملکرد کودک و خانواده

6. Richters, K.S. (2010). Child temperament, parenting styles, and internalizing and externalizing behaviors as part of a comprehensive assessment tool a research paper, requirements for the Master of Science degree in school psychology, University of Wisconsin-Stout.
7. Abidin, R. R. (1997). Parenting stress index; a measure of the parent-child system.
8. Kaminski, J. W., Valle, L. A., Filene, J. H., Boyle, C. L. (2008). A meta-analytic review of components associated with parent training program effectiveness. *Journal of Abnormal Child psychology*, Vol. 36, pp. 567-589.
9. تکلوی، سمیه. (۱۳۹۰). تأثیر آموزش بازی درمانی مادران بر مشکلات کودکان دارای ناتوانی‌های یادگیری. *مجله ناتوانی‌های یادگیری*، شماره ۱ (۱)، صص ۴۴-۵۹.
10. Yahav, R. (2006). The relationship between children's and adolescents' perceptions of parenting style and internal and external symptoms. University of Haifa.
11. Farmer EM, Compton SN, Burns BJ, Robertson E. (2002). Review of the evidence base for treatment of childhood psychopathology: externalizing disorders. *J Consult Clinical Psychology*, Vol. 70, pp. 1267-302.
12. Kazdin, A. E. (2003). Review: parent training and community-based interventions may benefit children with disruptive behaviour disorders. *Evid Based Mental Health*, Vol. 6, pp. 81-86.
13. Urquiza, A., J, Timmer, S. (2012). Parent-child interaction therapy: Enhancing parent child relationships. *Psychosocial Interventtion*. Vol 21(2):pp.145-156.
۱۴. فرزادفر، زینب. هومن، حیدر علی. (۱۳۸۶). نقش آموزش مهارت‌های فرزندپروری بر کاهش تنیدگی و مشکلات رفتاری کودکان. *فصلنامه روانشناسان ایرانی*، شماره ۴ (۱۵)، صص ۲۷۷-۲۹۲.

خواهد شد و از سوی دیگر روش‌های درمانگری مانند مقابله درمانگری به منظور کاهش تنیدگی مادران و نیز تأثیر آن بر مشکلات رفتاری کودکان مطرح می‌شود. مقابله درمانگری می‌تواند در درازمدت سهم تنیدگی در تشدید این اختلالات را کاهش دهد [۱۵]. مقابله درمانگری در مادران ضمن آشنا کردن آن‌ها با مفهوم تنیدگی و روش‌های مقابله با آن، توانسته مادران را قادر سازد تا با گوش دادن فعال کنترل بیشتری در تعاملات خود با کودک داشته باشند. نتایج این پژوهش نشان داد که هر دو روش درمانی در کاهش شدت مشکلات رفتاری کودکان مؤثرند و تفاوتی در اثربخشی این دو شیوه درمانی مشاهده نشد. پیشینه پژوهش نشان داده است هر دو درمان مذکور در کاهش استرس فرزند پروری و تنیدگی والدینی اثربخشی می‌باشند [۱۳] و [۲۶] و [۲۹] و [۳۱].

تعمیم نتایج حاصل از این پژوهش مستلزم اجرای پژوهش‌هایی در نمونه‌های بالینی و با حجم بیشتر، توجه به نقش تنیدگی و در نظر گرفتن متغیرهایی مانند جنس، ترتیب تولد، تعداد فرزندان خانواده، سطوح مختلف اجتماعی-اقتصادی، میزان تحصیلات و شاغل بودن مادران خواهد بود.

منابع

1. Rezapour, Z., Basharpour, S., Abolghasemi, A. (2013). The effects of effortful control and distress in tolerance in predicting externalizing problems. *International journal of psychology and behavioral research*, Vol. 2 (6), pp.325-331.
2. Gimpel, G. A., Holland, M.L. (2002). Emotional and behavioral problems of young children: Effective interventions in the preschool and kindergarten years. ISBN.
3. Zvolensky MJ, Otto MW, 2007. Affective intolerance, sensitivity, and processing: Advances in clinical science introduction. *Behavior Therapy*, Vol 38, pp. 228-233.
4. Anestis MD, Joiner TE, 2012. Behaviorally-indexed distress tolerance and suicidality. *Journal of Psychiatric Research*. Vol. 46, pp. 703-707.
5. Timmer, S. G., Urquiza, A. J. (2014). Emprically based treatments for maltreated children: A developmental perspective. In: Korbin, J. E., Krugman, R. D. *Handbook of child maltreatment, child maltreatment 2. chapter19*, pp. 351-376.

۲۵. قادری، نیلوفر. اصغری مقدم، محمدعلی. شعیری، محمدرضا. (۱۳۸۵). بررسی کارایی بازی درمانی رفتاری شناختی روی پرخاشگری کودکان مبتلا به اختلال سلوک. روانشناسی بالینی و شخصیت، ۱۳(۱۹) ۷۵-۸۴.
26. Cooley, M. E., Veldorale-Griffin, A., Petren, R. E., Mullis, A. K. (2014). Parent-child interaction therapy: A Meta analysis of child behavior outcomes and parent stress. *Journal of family social work*, vol17, pp.191-208.
27. Hanf, C. (1968). A two -stage program for modifying maternal controlling during mother-child (M-C) interaction. Paper presented at the meeting of the Western Psychological Association, Vancouver, BC.
28. Chaffin, M., Funderburk, B., Bard, D., Valle, L. A. Gurwite, R. (2011). A combined motivation and parent - child interaction therapy package reduces child welfare recidivism in a randomized dismantling field trial. *Journal of consulting and clinical psychology*, Vol. 79 (1), pp. 84-95.
29. Chaffin, M., Valle, L. A., Funderburk, B., Gurwite, R., Silovsky, J., Bard, D. Mc Coy, C., Kees, M. (2009). A motivational intervention can improve retention in PCIT for low-motivation child welfare clients. *Child Maltreatment*, Vol. 14, pp. 356-368.
30. Timmer, S. G., Ho, L., Urquiza, A., Zebell, N., Fernandez y Garcia, Boys, D. (2011). The Effectiveness of Parent-Child Interaction Therapy with Depressive Mothers: The Changing Relationship as the Agent of Individual Change. *Child Psychiatry and Human Development*, Vol. 42, pp. 406-423.
31. Timmer, S. G., Ware, L., & Urquiza, A. (2010). The effectiveness of parent-child interaction therapy for victims of interparental violence. *Violence against Women*, Vol. 25 (4), pp. 486-503.
32. Eyberg, S. M. funderburk, B. W. Hambree-kign, T. L. Mc Neil, C. B. Querido, J. G. Hood, K. K. (2001). Parent - child interaction therapy with behavior problem children: one and two year maintenance of treatment effects in the family. *Journal of child family*, Vol. 23, pp. 1-20.
۱۹. آقاییوسفی، علیرضا. (۱۳۹۱). اثر مقابله درمانگری بر پرخاشگری کودکان عقب‌مانده ذهنی آنان. فصلنامه خانواده پژوهی، شماره ۸(۳۱)، صص ۲۹۱-۳۰۴.
16. Lazarus, R. S. Folkman, S. *Stress, appraisal and coping*. New York: springer publishing company; 1984.
۱۷. درتاج، فریبرز. (۱۳۹۱). بررسی اثربخشی مقابله درمانگری بر تنش شغلی و رضایت شغلی آتش‌نشانان. فصلنامه پژوهش‌های انتظام اجتماعی، شماره ۴(۳)، صص ۱۸۴-۱۹۴.
18. Bazrafshan, M. R., Jahangir, F., Mansouri, A., Kashfi, S. H. (2014). Coping Strategies in People Attempting Suicide. *International Journal of High Risk Behavior Addiction*, Vol. 3(1), pp. 162-165.
۱۹. آقاییوسفی، علیرضا. زارع، حسین. (۱۳۸۸). اثربخشی مقابله درمانگری بر کاهش استرس زنان دارای بیماری قلبی. مجله علوم رفتاری، شماره ۳(۳) صص ۹۳-۱۸۷.
۲۰. آقاییوسفی، علیرضا. علیپور، احمد، داوودی فر، آزیتا. (۱۳۸۷). تأثیر مقابله درمانگری بر باورهای خودکارآمد، تئیدگی و فرسودگی شغلی مدرسان کنسرواتور (دانشکده موسیقی) تهران. اندیشه و رفتار، شماره ۷ صص ۱۶-۳.
۲۱. آقاییوسفی، علیرضا. علاقبند، مریم. (۱۳۹۱). اثربخشی مقابله درمانگری بر روش‌های مقابله‌ای مادران کودکان مصروع. مجله علوم رفتاری، شماره ۶(۴) صص ۳۶۳-۳۶۸.
۲۲. علاقبند، مریم. آقاییوسفی، علیرضا. کمالی، محمود. دهستانی، مهدی. حقیرسادات، فاطمه. نظری، طاهره. شیخها، محمدحسن. (۱۳۹۰). اثربخشی مقابله درمانگری بر سلامت روانی مادران ژنتیکی و غیر ژنتیکی کودکان عقب‌مانده ذهنی. مجله پزشکی دانشگاه صدوقی یزد، شماره ۱۹(۱) صص ۱۰۴-۱۱۳.
23. Campell, C. Chaffin, M. Funderburk, B. W. (In press). *Handbook of child abuse treatment*.
۲۴. مصطفوی، سعیده سادات. شعیری، محمدرضا. اصغری مقدم، محمدعلی. محمودی قزایی، جواد. (۱۳۹۱). تأثیر آموزش بازی درمانی مبتنی بر رابطه والد - کودک مطابق الگوی لندرت به مادران بر کاهش مشکلات رفتاری کودکان. روانشناسی بالینی و شخصیت، ۱۹(۷) ۳۳-۴۲.

33. Gross, D., Fogg, L., Young, M., Ridge, A., Cowell, J., Sivan, A., Richardson, A. (2007). Reliability and validity of the Eyberg child behavior inventory with African-American and Lation parents of young children. *Journal of Research in Nursing & Health*, Vol. 30(2), pp. 213-223.

۳۴. آقاپوسفی، علیرضا. دادستان، پریرخ. منصور، محمود. ازه‌ای، جواد. (۱۳۸۰). نقش عوامل شخصیتی بر راهبردهای مقابله‌ای و تأثیر روش مقابله درمانگری بر عوامل شخصیتی و افسردگی. پایان‌نامه دکتری روان‌شناسی، تهران، دانشگاه تربیت مدرس، دانشکده علوم انسانی.

