

اثربخشی درمان مبتنی بر تعامل والد- فرزند بر کیفیت دلبستگی وهمدلی دانش آموزان دارای اختلال رفتاری برونی سازی شده

The effectiveness therapy based on parent-child interaction on attachment quality and empathy of student containing externalized behavioral disorder

Somayeh Sabaghi Renani (Corresponding author)

Phd student, Islamic Azad University, Khorasgan Branch, Isfahan, Iran.

Email: sabaghi1362@gmail.com

Maedeh Vatan khahan

M. A. in Clinical Psychology, Islamic Azad University, Khorasgan Branch, Isfahan, Iran.

Asieyeh Khadivi

M. A. in Clinical Psychology, Islamic Azad University, Khorasgan Branch, Isfahan, Iran.

Abstract

Aim: this research was to determine the effectiveness therapy based on parent-child interaction on impulsivity of student including externalized behavioral disorder in Isfahan city. The statical community was including the all student containing externalized behavioral disorder in Isfahan city in academic year 1396-97. The research **method:** was semi-pilot with a pre-learning post-learning plan with the control group. The sample size was including 30 student having externalized behavioral disorder that chosen by purposive non-random sampling and randomly assigned to experimental and control group (15 student in experimental group and 15 student in control group). The tools used were including children s and teenger s lists (Achenbach and RescURLA.2001) children and adolescent attachment disorder questionnaire (Randolph.2000) and empathy questionnaire (Jouliif and Farington.2006). **Results:** form this research edit was analyzed using descriptive statistics and covarianse analysis therapy based on parent-child interaction impulsivity on including externalized behavioral disorder has meaningful effect. **Conclusion:** showed that therapy based on parent-child interaction impulsivity on including externalized behavioral disorder has meaningful effect (p 001.0).

Keywords: externalized behavioral disorder ,Therapy based on parent-child interaction, attachment quality, empathy.

سمیه صباغی رنانی (نویسنده مسئول)

دانشجوی روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان، اصفهان، ایران.

Email: sabaghi1362@gmail.com

مانده وطن خواهان

کارشناسی ارشد، روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان، اصفهان، ایران.

آسیه خدیوی

کارشناسی ارشد، روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان، اصفهان، ایران.

چکیده

هدف: از پژوهش حاضر تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر تعامل والد- فرزند بر کیفیت دلبستگی و همدلی دانش آموزان دارای اختلال رفتاری برونی سازی شده شهر اصفهان انجام شد. جامعه آماری شامل کلیه دانش آموزان دارای اختلال رفتار برونی سازی شده شهر اصفهان در سال تحصیلی ۹۷-۱۳۹۶ بود. روش: پژوهش، نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون- پس آزمون با گروه گواه بود. حجم نمونه شامل ۳۰ دانش آموز دارای اختلال رفتاری برونی سازی شده بودند که به شیوه نمونه گیری غیر تصادفی هدفمند انتخاب و به صورت گمارش تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه جایگزین شدند (۱۵ دانش آموز در گروه آزمایش و ۱۵ دانش آموز در گروه گواه). ابزارهای مورد استفاده شامل سیاهه رفتاری کودکان و نوجوانان (آخنباخ و رسکورلا، ۲۰۰۱)، پرسشنامه اختلال دلبستگی کودکان و نوجوانان (راندولف، ۲۰۰۰) و پرسشنامه همدلی (جولیف و فارینگتون، ۲۰۰۶) بود. یافته ها: یافته های حاصل از این پژوهش با استفاده از روش های آمار توصیفی و تحلیل کواریانس مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت و داده ها نشان داد که مداخله ی مبتنی بر تعامل والد- فرزند بر کیفیت دلبستگی و همدلی دانش آموزان دارای اختلال رفتاری برونی سازی شده تاثیر معنادار دارد. نتیجه گیری: نتایج نشان داد که درمان مبتنی بر تعامل والد- فرزند بر کیفیت دلبستگی و همدلی دانش آموزان دارای اختلال رفتاری برونی سازی شده تاثیر معنادار دارد (p<0/001).

کلمات کلیدی: اختلال رفتاری برونی سازی شده، درمان مبتنی بر تعامل والد- فرزند، کیفیت دلبستگی، همدلی.

مقدمه

لزوم توجه به سلامت روانی و هیجانی کودکان و نوجوانان در سالهای اخیر بیشتر احساس می‌گردد، بر این اساس در سال‌های اخیر مشکلات رفتاری، هیجانی، روان‌شناختی و عاطفی کودکان مورد توجه و تمرکز روان‌شناسان و روان‌پزشکان قرار گرفته است (عثمانی و شکری، ۱۳۹۸). بدین دلیل که از یک سو قسمت عمده‌ای از افراد جامعه را کودکان تشکیل داده و در آینده به عنوان افراد بزرگسال می‌بایست در جامعه ایفای نقش نمایند و از دیگر سو همگام با فرایند تحولی کودک و نوجوان مشکلات روان‌شناختی دوران کودکی و نوجوانی به مرحله بلوغ و بزرگسالی منتقل شده و به مرور زمان درمان مشکلات عاطفی و روان‌شناختی آنان دشوارتر می‌گردد (فارمر و همکاران، ۲۰۱۶). باید به این نکته توجه کرد که در این فرایند مشکلات روان‌شناختی، هیجانی و رفتاری کودکان با استفاده از روش‌های مداخله‌ای مناسب درمان گردند و گرنه بدون بهره‌گیری از مداخلات آموزشی و روان‌شناختی مناسب امید بهبود این مشکلات امیدی بی‌ثمر خواهد بود (جامپ و همکاران، ۲۰۱۷). بر اساس رویکرد ابعادی، گروه‌بندی اختلال‌های روان‌شناختی دوران کودکی به دو دسته کلی اختلالات درونی‌سازی شده^۳ در مقابل اختلالات برونی‌سازی شده^۴ تقسیم گردیده که هر گروه به نوبه خود دارای ویژگی‌های جداگانه‌ای هستند (لاندرز و همکاران، ۲۰۱۷). در واقع اختلال‌های برونی‌سازی شده به عنوان رفتارهایی توصیف می‌شوند که بیشتر متوجه دیگران است تا خود فرد. این رفتارها دامنه‌ای از پرخاشگری، قلدری، رفتارهای بزهکارانه، دزدی، دروغ‌گویی، نافرمانی، دعوا کردن، بیش‌فعالی و ... را شامل می‌شوند. به طور کلی مشکلات برونی‌سازی شده غیرقابل پذیرش هستند زیرا منافع اجتماعی را نقض می‌کنند و باعث آزار دیگران می‌شوند (کرامر، ۲۰۱۵). بر اساس یافته‌های پژوهش‌های مختلف مشاهده گردیده که اختلالات برونی‌سازی شده بیشتر به کلینیک‌ها ارجاع داده می‌شوند. میزان شیوع این اختلالات در جمعیت‌های ارجاع داده شده به کلینیک‌ها، بالای ۵۰ درصد گزارش شده، بنابراین بخش عمده‌ای از موارد بالینی به این مراجعین تعلق دارد (جامپ و همکاران، ۲۰۱۷) دانش‌آموزان دارای اختلال رفتاری برونی‌سازی شده بدلیل رفتارهای پرخاشگرایانه، تکانشی و آسیب‌زنده دارای هم‌مدلی^۵ پایینی هستند (خانجانی، بهادری و خسروشاهی، ۱۳۹۶). هم‌مدلی در شکل‌گیری و حفظ کوچکترین و مهمترین واحد این اجتماع یعنی خانواده نقش اساسی دارد. هنگامی که نوزاد انسان در خانواده متولد می‌شود، پاسخدهی به نیازهای اولیه او به واسطه هم‌مدلی مراقبینش می‌باشد.

هم‌مدلی باعث می‌شود که تعامل‌های فرد به مسیر درستی هدایت شود. افراد دارای هم‌مدلی بیشتر، رفتارهای جامعه‌پسندتری دارند و از مهمترین عوامل در بهبود روابط بین فردی است (دورت و همکاران، ۲۰۱۶). هم‌مدلی را به عنوان سائق و توانایی شناخت حالات روانی (احساسات، افکار و انگیزش) دیگران و پاسخدهی به آنها با هیجانات همخوان

1. Farmer et al.

2. Gump

3. internalized problems

4. externalized problems

5. Landers et al.

6. Cramer

7. empty

8. Doort et al.

تعریف می کنند. مولفه شناختی همدلی عبارتست از فهم یا پیش بینی آنچه که دیگران ممکن است فکر یا احساس کنند و یا انجام دهند و به کاربرد تئوری ذهن باز می گردد (کاجی و همکاران، ۱۳۹۶).

با توجه به عوامل نامساعد محیط خانوادگی نظیر سبک‌های تربیتی ناکارآمد والدینی و عدم ارتباط مناسب کودکان دارای مشکلات رفتاری برونی‌سازی شده با والدین، این کودکان دارای مشکلات دلبستگی نیز هستند. عدم موفقیت در شکل‌گیری دلبستگی ایمن در سال‌های اولیه زندگی می‌تواند تأثیرات منفی بر رفتارهای دوران کودکی و نیز بزرگسالی برجای بگذارد (ترکش دوز و فرخ زاد، ۱۳۹۶). مشاهده گردیده کودکانی که مشکلات رفتاری برونی‌سازی شده همچون بزهکاری، پرخاشگری و اختلال نافرمانی مقابله‌ای برایشان تشخیص داده شده است، اغلب دچار مشکلات دلبستگی بوده و تاریخچه‌ای از بدرفتاری، غفلت یا آسیب‌های دوران اولیه کودکی را به همراه دارند. (صدری، زارع بهرام آبادی و غیائی، ۱۳۹۵). تجربه یک ارتباط گرم، صمیمی و مداوم با مادر یا جانشین دائم او چیزی است که برای سلامت روان کودک ضروری به نظر می‌رسد. بر همین مبنا بسیاری از اختلال‌های شخصیت و اشکال روان‌آزردگی‌ها ناشی از محرومیت کودک از مراقبت مادرانه، عدم ثبات رابطه کودک با چهره دلبستگی و یا روابط والد- فرزند آسیب‌زا و غفلت شده می‌باشد (اسچالز و جولز، ۲۰۱۸).

روش‌های مختلفی برای درمان آسیب‌های روانشناختی دانش‌آموزان با اختلال رفتار برونی‌سازی شده به کار گرفته شده است. یکی از درمان‌های موفق، درمان مبتنی بر تعامل والد- فرزند است، چرا که این درمان دقیقاً بر مشکل این دانش‌آموزان یعنی مشکلات تعاملی این افراد متمرکز است (دوموف و نایک^۱، ۲۰۱۸). درمان مبتنی بر تعامل والد- فرزند یک رویکرد درمانی است که تکنیک‌های رفتاری و سنتی را در درمان مشکلات رفتاری کودکان یکپارچه می‌کند. درمان مبتنی بر تعامل والد- فرزند، درمانی است که از لحاظ تجربی مورد حمایت بوده و برای درمان اختلالات رفتاری در فرزندان و خانواده‌هایشان طراحی شده است. هدف از ایجاد درمان مبتنی بر تعامل والد- فرزند این بود که از سوء رفتاری که والدین با فرزندان‌شان دارند، جلوگیری به عمل آید (کندی و همکاران^۲، ۲۰۱۴). درمان مبتنی بر تعامل والد- فرزند به والدین کمک می‌کند تا با فرزندشان روابطی گرم و پاسخگرانه برقرار سازند و رفتارهای فرزند را به طور مؤثرتری مدیریت نمایند. درمان مبتنی بر تعامل والد- فرزند بر این فرض استوار است که بهبود تعامل والد- فرزند منجر به بهبود عملکرد خانواده و فرزند خواهد شد (قنواتی و همکاران ۱۳۹۸).

بررسی‌های اخیر نشان داده است که کیفیت ارتباط والدین با فرزندان ارتباط نزدیکی با رفتارهای فرزندان و سازگاری روانی آنها دارد. هر اندازه میزان تعارض والدین و فرزندان بیشتر باشد، میزان هیجانات منفی و مشکلات رفتاری در فرزندان بیشتر می‌شود. از طرفی به هر میزان که تعامل والدین با فرزندان کیفیت بخش باشد، می‌توان انتظار رفتار و هیجانات بهنجار را از کودکان داشت (لئون و همکاران^۳، ۲۰۱۸).

¹ Domoff& Niec

² Kennedy et al.

³ Leon et al.

بنابراین با توجه به پیامدهای نامطلوبی که این اختلال به دنبال دارد و تاثیرات گسترده‌ای که بر زندگی فردی و اجتماعی کودک و نوجوان مبتلا بر جای می‌گذارد و می‌تواند زندگی اجتماعی و تحصیلی آینده نوجوان را به تباهی بکشاند و آسیب‌های اجتماعی جبران‌ناپذیری را هم در پی داشته باشد لازم است اقدامات لازم و اساسی برای درمان نوجوانان مبتلا به این اختلال صورت گیرد. از طرفی در صورت معنادار بودن تاثیر درمان مبتنی بر تعامل والد-فرزند بر کیفیت دل‌بستگی و همدلی دانش‌آموزان دارای اختلال رفتاری برونی‌سازی شده می‌توان از نتایج آن در کلینیک‌های مشاوره و روان‌شناختی و همچنین در دوره‌های آموزشی معلمان و مشاوران آموزش و پرورش بهره‌ای لازم را برد.

روش

روش پژوهش از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل دانش‌آموزان دارای اختلال رفتار برونی‌سازی شده شهر اصفهان در سال تحصیلی ۹۸-۱۳۹۷ بود. حجم نمونه در پژوهش حاضر ۳۰ دانش‌آموز دارای اختلال رفتاری برونی‌سازی شده بودند که به شیوه نمونه‌گیری غیرتصادفی هدفمند انتخاب و به صورت گمارش تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه جایگزین شدند (۱۵ دانش‌آموز در گروه آزمایش و ۱۵ دانش‌آموز در گروه گواه). حجم نمونه از روش نمونه‌گیری غیرتصادفی هدفمند استفاده شد. گام اول تعداد ۷۴ دانش‌آموز معرفی گردید. پس از معرفی دانش‌آموزان از طرف مشاوران و معلمان، به آنها سیاهه رفتاری کودکان و نوجوانان ارائه شد تا بدین وسیله از وجود مشکلات رفتاری برونی‌سازی شده در نزد این دانش‌آموزان اطمینان حاصل گردد. تعداد ۴۱ نفر از این دانش‌آموزان دارای اختلال رفتار برونی‌سازی شده تشخیص داده شدند. سپس از بین این دانش‌آموزان، تعداد ۳۰ نفر از آنها را به ترتیب نمره کسب شده در سیاهه رفتاری کودکان و نوجوانان انتخاب و به صورت تصادفی در گروه‌های آزمایش و گواه گمارده شدند (۱۵ دانش‌آموز در گروه آزمایش و ۱۵ دانش‌آموز در گروه گواه). لازم به ذکر است که درمان مبتنی بر تعامل والد-فرزند بر هر دو گروه دانش‌آموز و والدین اجرا می‌شود. بر همین اساس در این فرایند تعداد ۷ نفر از والدین بنا به وجود مشکلات شخصی حاضر به شرکت در پژوهش نبودند که با افراد دیگر جایگزین شدند. سپس گروه آزمایش مداخلات درمانی مربوط به درمان مبتنی بر تعامل والد-فرزند را در طی دو ماه به صورت هفته‌ای دو جلسه ۹۰ دقیقه‌ای دریافت نمودند. این در حالی است که گروه گواه هیچگونه مداخله‌ای را در طول پژوهش دریافت نکرد. بسته درمانی تعامل والد-فرزند توسط امامی (۱۳۹۵) در دانشگاه خوارزمی آماده و روایی محتوایی آن توسط این پژوهشگر مطلوب گزارش شده است. بدین صورت که این پژوهشگر پس از تدوین بسته درمانی تعامل والد-فرزند، آن را در اختیار ۷ متخصص حوزه ارتباط نوجوان با والدین قرار داده و آن‌ها روایی محتوایی این بسته درمانی را مطلوب گزارش کرده‌اند. ملاک ورود به پژوهش: داشتن پرخاشگری، تکانشگری، نافرمانی، رفتارهای قانون‌شکنانه و کسب نمره ۶۳ و بالاتر در سوالات مربوط به اختلال رفتاری برونی‌سازی شده در سیاهه رفتاری کودکان نوجوانان و داشتن سن ۱۶-۱۲ سال (حضور در در پایه تحصیلی هفتم، هشتم و نهم) و رضایت نوجوان و والدین جهت شرکت در پژوهش و نداشتن بیماری جسمی و روان‌شناختی حاد و مزمن دیگر (با توجه به پرونده سلامت و مشاوره‌ای آنان). ملاک خروج از پژوهش: داشتن بیش از دو جلسه غیبت، عدم همکاری و انجام ندادن تکالیف مشخص شده در کلاس، عدم تمایل به ادامه حضور در فرایند انجام پژوهش بود.

ابزار

سیاهه رفتاری کودکان و نوجوانان (CBCL)^۱: این پرسشنامه توسط آخنباخ و رسکورلا^۲ (۲۰۰۱) طراحی شده است که شامل ۱۱۳ سوال است. نمره دهی بر اساس طیف لیکرت انجام می‌شود: شامل سه گزینه نادرست است (نمره صفر)، گاهی درست است (نمره یک) و غالباً درست است (نمره دو). نمره مشکلات هیجانی و رفتاری از طریق جمع نمره‌های مشکلات رفتاری درونی‌سازی شده (شامل محورهای گوشه‌گیری، مشکلات بدنی، اضطراب و افسردگی، مشکلات برونی‌سازی شده (شامل محورهای پرخاشگری و رفتارهای بزهکارانه) و مشکلات توجه، مشکلات تفکر و مشکلات اجتماعی به دست می‌آید. دامنه نمرات مشکلات رفتاری و هیجانی از صفر تا ۱۲۶ و گستره نمرات t برای دامنه مرزی از ۶۰ تا ۶۳ و بالاتر از نمره ۶۳ برای دامنه بالینی در نظر گرفته شده است (آخنباخ و رسکورلا، ۲۰۰۱). (مشکلات مربوط به اختلال نارسایی توجه/بیشفعالی: شامل مواد ۱، ۴، ۸، ۱۰، ۱۳، ۱۷، ۴۱، ۴۱، ۶۱، ۷۸، و ۸۰؛ رفتار قانون شکنی: شامل مواد ۲، ۲۶، ۲۸، ۳۹، ۴۳، ۶۳، ۶۷، ۷۲، ۷۳، ۸۱، ۸۲، ۹۰، ۹۶، ۹۹، ۱۰۱، ۱۰۵، و ۱۰۶؛ رفتار پرخاشگری: شامل مواد ۳، ۱۶، ۱۹، ۲۰، ۲۱، ۲۲، ۲۳، ۲۷، ۳۷، ۵۷، ۶۸، ۸۶، ۸۷، ۸۸، ۸۹، ۹۴، ۹۵، ۹۷ و ۱۰۴ است. گلاسر^۳ (۲۰۱۱) در نتایج پژوهش خود اعتبار بازآزمایی و همسانی درونی را برای این مقیاس به ترتیب ۰/۹۴ و ۰/۹۷، مشکلات برونی‌سازی شده ۰/۹۲ و ۰/۹۴ و مشکلات درونی‌سازی شده ۰/۹۱ و ۰/۹۰ گزارش کرده است. همچنین در پژوهش ناکامورا^۴ و همکاران (۲۰۰۹)، ضریب آلفای کرونباخ سیاهه رفتاری کودکان ۰/۸۱ گزارش شده است.

پرسشنامه اختلال دلبستگی کودکان و نوجوانان (ADSC)^۵: پرسشنامه اختلال دلبستگی راندولف^۶ (۲۰۰۰) برای معرفی اختلالات دلبستگی ساخته شد. این پرسشنامه یک چک لیست ۲۵ سوالی از فراونی گزارشات والدین کودکان و نوجوانان ۵ تا ۱۸ سال است و شامل مشکلات متعددی است که والد کودک و نوجوان در طول دو سال قبل مشاهده کرده است این چک لیست توسط موحد (۱۳۸۷) ترجمه و ویژگی‌های روان سنجی آن استخراج شده است. این پرسشنامه در یک مقیاس لیکرتی تدوین شده که هر سوال ۰ تا ۴ نمره دارد. نمرات این پرسشنامه در دامنه ۰ تا ۱۰۰ قرار دارد. نمرات بالاتر از ۳۰ در این پرسشنامه نشان دهنده وجود مشکلات دلبستگی در کودکان است. این پرسشنامه دارای سه زیرمقیاس زورگویی (سوالات ۲، ۴، ۵، ۹، ۱۴، ۱۸، ۲۱، ۲۲)، تکانشگری (سوالات ۳، ۷، ۸، ۱۰، ۱۱، ۲۰، ۲۳، ۲۵) و رفتارهای ضداجتماعی (سوالات ۱، ۶، ۱۲، ۱۳، ۱۵، ۱۶، ۱۷، ۱۹، ۲۴) آلفای کرونباخ برای پرسشنامه اختلال دلبستگی راندولف برابر ۰/۸۳ محاسبه شد که این میزان حاکی از همسانی درونی مطلوب سوالات پرسشنامه می‌باشد. این ضریب همسانی درونی با ضریب همسانی درونی با استفاده از روش دو نیمه کردن که توسط راندولف به دست آمد، یعنی ۰/۸۴ برای گروه مبتلا به اختلال دلبستگی و ۰/۸۱ برای گروه دارای مشکلات رفتاری اما فاقد اختلال دلبستگی قابل مقایسه است. حساسیت این پرسشنامه برابر با ۱۰۰ درصد و ویژگی آن برابر با ۹۰ درصد است. به عبارت دیگر این پرسشنامه توانسته

¹ Child Behavior Check list

² -Achenbach&Rescolar

³ -Glaser

⁴ - Nakamora

⁵ Attachment Disorder Symptom Checklist

⁶ - Randolph

است ۱۰۰ درصد از بیماران را بیمار و ۹۰ درصد افراد سالم را سالم تشخیص دهد. این میزان از حساسیت و ویژگی حاکی از قدرت تست در تشخیص عضویت گروهی افراد می باشد و از این جهت می توان آن را دارای روایی تشخیصی دانست. پژوهش حاضر نیز پایایی با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برای زیرمقیاس های زورگویی، تکانشگری و رفتارهای ضداجتماعی به ترتیب ۰/۷۹، ۰/۸۳ و ۰/۸۱ و برای نمره کل پرسشنامه ۰/۸۰ به دست آمد.

پرسشنامه همدلی اساسی (BES) این پرسشنامه توسط جولیف و فارینگتون (۲۰۰۶) طراحی شده است و دارای ۲۰ گویه است. سؤالات براساس پرسشنامه ۵ درجه‌ای لیکرت از ۱ (کاملاً مخالفم) تا ۵ (کاملاً موافقم) میباشند. نمره‌دهی سؤالات ۱، ۶، ۷، ۸، ۱۳، ۱۸، ۱۹ و ۲۰ در این پرسشنامه به صورت معکوس میباشند. بدین صورت حداکثر نمره کسب شده توسط هر آزمودنی ۱۰۰ نمره و حداقل نمره بدست آمده، ۲۰ نمره خواهد بود. این پرسشنامه دارای دو خرده مقیاس است. خرده‌مقیاس عاطفی - هیجانی که از ۱۱ سوال (۱، ۲، ۴، ۵، ۷، ۸، ۱۱، ۱۳، ۱۵، ۱۷، ۱۸) تشکیل شده است و خرده‌مقیاس شناختی که از ۹ سوال (۳، ۶، ۹، ۱۰، ۱۲، ۱۴، ۱۶، ۱۹، ۲۰) تشکیل شده است. در مطالعه آلبر و همکاران (۲۰۰۸) برای کل مقیاس ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۷ و برای خرده‌مقیاس عاطفی - هیجانی ۰/۸۶ و شناختی ۰/۷۴ گزارش شده است. همچنین در تحقیق نوروزی (۱۳۸۹)، پایایی کل مقیاس به روش آلفای کرونباخ به میزان ۰/۸۴ و به تفکیک ۰/۷۸ برای مقیاس - هیجانی و ۰/۷۴ برای مقیاس شناختی گزارش شده است. آلبر و همکاران (۲۰۰۸)، برای تعیین روایی پرسشنامه از روایی سازی استفاده کردند. همچنین میزان پایایی این پرسشنامه در پژوهش کاجی، عارفی، آقایی، اصلی‌آزاد و فرهادی (۱۳۹۶) مناسب گزارش شده است. پژوهش حاضر نیز پایایی با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برای زیرمقیاس های عاطفی - هیجانی و شناختی به ترتیب ۰/۸۷ و ۰/۸۸ و برای نمره کل پرسشنامه ۰/۸۸ به دست آمد.

جدول ۱. خلاصه جلسات درمان مبتنی بر تعامل والد- فرزند (برای نوجوانان)

جلسه	شرح جلسه
۲ و ۱	آشنایی و تعاریف: آشنایی با گروه، معرفی دوره، قوانین دوره، تعریف و مفهوم پرخاشگری، خشم و خصومت، علل پرخاشگری و ارائه تکلیف
۳ و ۴	ارتباط موثر: مرور تکالیف جلسات قبل، ذکر اهداف جلسات، برقراری رابطه سالم و تمرین سبک های ارتباطی، آشنایی با برخی مسائل و مشکلات در ارتباط با والدین، آشنایی با موانع ارتباطی، آشنایی با مهارت گوش دادن، شناخت بهتر زمان و نحوه بکارگیری مهارت گوش دادن فعال و ارائه تکلیف.
۵ و ۶	تصمیم گیری سالم و حل مسئله: مرور تکالیف جلسات قبل، ذکر اهداف جلسات، تصمیم های روزانه، تعریف حل مسئله و یادگیری فرآیند و مراحل حل مسئله، حل مسئله در مشکلات تعامل بین فردی در خانواده، روش تصمیم گیری، تمرین تصمیم گیری، انتخاب های سالم و ارائه تکلیف.
۷ و ۸	روابط بین فردی سالم: مرور تکالیف جلسات قبل، ذکر اهداف جلسات، مشخص کردن خطاهای شناختی یا شناخت های نامناسب، به چالش کشیدن شناخت های مشکل دار و عقاید مطلق گرایانه، الگودهی و چهارچوب بندی مجدد از طریق مناظره دو طرفه و یادگیری تجربی و ارائه تکلیف
۹ و ۱۰	مشکلات کارکردی - ساختاری رفتار و تکنیک‌های حل مسئله و بازسازی شناختی: مرور تکالیف جلسات قبل، ذکر اهداف جلسات، تعارضات و کشمکش های میان والدین و نوجوانان، توضیح و تعریف مشکلات کارکردی-ساختاری مربوط به نوجوانان، اجرای تکنیک‌های کاربردی برای الگوهای درگیری والد- نوجوان، مشخص کردن خطاهای شناختی (شناخت های نامناسب) و خطاهای ارتباطی بین والدین و نوجوانان، بازسازی شناختی و فرآیند اجرای آن، الگوهای مشکل دار رفتاری والدین و نوجوانان، الگودهی مجدد در تعاملات با خانواده از طریق ایفای نقش و مناظره (یادگیری تجربی) به همراه تکنیک های بازسازی شناختی و حل مسئله و ارائه تکلیف.

جدول ۲. خلاصه جلسات درمان مبتنی بر تعامل والد- فرزند (برای والدین)

جلسه	شرح جلسه
۲و۱	آشنایی و تعاریف: آشنایی با گروه، معرفی دوره و آگاهی از محتوی و روش کار و بیان ضوابط و مقررات کاکاه، بیان هدف اصلی از طرح درمانی، تعریف دوره بلوغ و نوجوانی و خصوصیات مرتبط با آن. دوره نوجوانی و ارتباط آن با مشکلات رفتاری. علل پرخاشگری در نوجوان ها. اهمیت ارتباط مؤثر با فرزندان و تربیت فرزند. شناخت ماهیت تعارض و ارتباط ویژگی های رشدی نوجوانی با تعرض با والدین. تفکیک فکر/ هیجان / رفتار و ارائه تکلیف.
۴و۳	ارتباط مؤثر: مرور تکالیف جلسات قبل، ذکر اهداف جلسات، اهمیت ارتباط مؤثر، تعریف ارتباط مؤثر، انواع پیام در ارتباط، عناصر اصلی ارتباط بین فردی، اصول صحیح در هنگام صحبت کردن، اهداف گوش دادن فعال، مهارت های لازم برای گوش دادن فعال، موانع ارتباطی، انواع سبک های ارتباطی، خطاهای ارتباطی بین والدین و نوجوانان، الگوهای مشکل دار رفتاری والدین و نوجوانان، راه های برخورد عاطفی با نوجوان، راه های کم کردن مشکلات خانوادگی و ارائه تکلیف.
۶و۵	تصمیم گیری سالم و حل مسئله: مرور تکالیف جلسات قبل، ذکر اهداف جلسات، تصمیم های روزانه، تعریف حل مسئله و یادگیری فرآیند و مراحل حل مسئله، حل مسئله در مشکلات تعامل بین فردی در خانواده، روش تصمیم گیری، تمرین تصمیم گیری، انتخاب های سالم و ارائه تکلیف.
۸و۷	بازسازی شناختی: مرور تکالیف جلسات قبل، ذکر اهداف جلسات، مشخص کردن خطاهای شناختی یا شناخت های نامناسب، به چالش کشیدن شناخت های مشکل دار و عقاید مطلق گرایانه، الگودهی و چهارچوب بندی مجدد از طریق مناظره دو طرفه و یادگیری تجربی و ارائه تکلیف
۱۰و۹	مشکلات کارکردی - ساختاری رفتار: مرور تکالیف جلسات قبل، ذکر اهداف جلسات، توضیح و تعریف مشکلات کارکردی - ساختاری رفتار در خانواده، توضیح و مفهوم سازی الگوهای رایج در مورد درگیری والد-نوجوان، توضیح و تعریف دیدگاه کارکردی - ساختاری در خانواده، معرفی تکنیک های کاربردی برای حل الگوهای درگیری، اجرای تکنیک های کاربردی برای الگوهای درگیری یک به یک به همراه ایفای نقش.

یافته ها

پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر تعامل والد- فرزند بر اختلال در دل‌بستگی، همدلی دانش آموزان دارای اختلال رفتاری برونی سازی شده تاثیر معنادار دارد، مورد بررسی قرار گرفت. نتایج بصورت زیر است. در گروه آزمایش، ۴ نفر (معادل ۱۳/۳۳ درصد) ۱۳ ساله، ۵ نفر (معادل ۱۶/۶۶ درصد) ۱۴ ساله و ۶ نفر از این گروه نیز (معادل ۲۰ درصد) ۱۵ ساله بودند. در گروه گواه، ۳ نفر (معادل ۱۰ درصد) ۱۳ ساله، ۷ نفر (معادل ۲۳/۳۳ درصد) ۱۴ ساله و ۵ نفر از این گروه نیز (معادل ۱۶/۶۶ درصد) دارای ۱۵ سال سن بودند. بر اساس نتایج، در گروه آزمایش، ۶ نفر (معادل ۲۰ درصد) کلاس هفتم، ۵ نفر (معادل ۱۶/۶۶ درصد) کلاس هشتم و ۴ نفر (معادل ۱۳/۴ درصد) نیز کلاس نهم بودند. در گروه گواه، ۷ نفر (معادل ۲۳/۳۳ درصد) کلاس هفتم، ۵ نفر (معادل ۱۶/۶۶ درصد) کلاس هشتم و ۳ نفر (معادل ۱۰ درصد) نیز کلاس نهم بودند. در گروه آزمایش تعداد ۶ خانواده (معادل ۲۰ درصد) دارای یک فرزند، تعداد ۸ خانواده (معادل ۲۶/۶۶ درصد) دارای دو فرزند و تعداد ۱ خانواده (معادل ۳/۳۳ درصد) دارای سه فرزند میباشند. در گروه گواه تعداد ۶ خانواده (معادل ۲۰ درصد) دارای یک فرزند، تعداد ۶ خانواده (معادل ۲۰ درصد) دارای دو فرزند و تعداد ۳ خانواده (معادل ۱۰ درصد) دارای سه فرزند می باشند.

جدول ۳. میانگین و انحراف معیار اختلال در دل‌بستگی و زیرمقیاس های آن (زورگویی، تکانشگری و رفتارهای ضداجتماعی) در گروه های آزمایش و گواه در

مراحل پیش آزمون و پس آزمون

مولفه ها	گروه آزمایش		گروه گواه	
	پیش آزمون	پس آزمون	پیش آزمون	پس آزمون
نمره کل اختلال در دل‌بستگی مولفه های اختلال در دل‌بستگی	میانگین	۰۶/۳۲	میانگین	۳۳/۳۷
	انحراف معیار	۳۵/۶	انحراف معیار	۵۰/۶
	میانگین	۸۶/۱۱	میانگین	۱۳/۱۳
زورگویی	میانگین	۸۵/۲	میانگین	۳۲/۳
	انحراف معیار	۲۰/۱۶	انحراف معیار	۲۰/۱۲
تکانشگری	میانگین	۲۰/۲۰	میانگین	۲۰/۲۴
	انحراف معیار	۵۰/۴	انحراف معیار	۵۶/۳
رفتارهای ضداجتماعی	میانگین	۶۳/۵	میانگین	۹۳/۲۲
	انحراف معیار	۷۱/۳	انحراف معیار	۹۳/۲۲

نتایج حاصل از جدول ۳ حاکی از آن است که میانگین نمرات اختلال در دل‌بستگی در گروه آزمایش در اثر آموزش درمان مبتنی بر تعامل والد- فرزند در مقایسه با گروه گواه در مرحله پس از آزمون کاهش یافته است.

جدول ۴. میانگین و انحراف معیار همدلی و زیرمقیاس‌های آن (همدلی عاطفی، هیجانی و همدلی شناختی) در گروه‌های آزمایش و گواه در مراحل پیش از آزمون و پس از آزمون

مؤلفه‌ها	گروه آزمایش				گروه گواه			
	پیش از آزمون	پس از آزمون	پیش از آزمون	پس از آزمون	پیش از آزمون	پس از آزمون	پیش از آزمون	پس از آزمون
نمره کل همدلی	۱۳/۴۸	۴۹/۶	۷۲/۶۲	۱۲/۶	۷۳/۴۵	۹۳/۵	۰۷/۶	۹۳/۵
مؤلفه‌های همدلی	۲۸	۵۴/۵	۲۰/۳۵	۶۴/۳	۶۰/۲۴	۷۱/۵	۶۳/۵	۶۰/۲۴
همدلی شناختی	۱۳/۲۰	۰۳/۴	۵۳/۲۷	۸۲/۴	۱۳/۲۱	۴۲/۳	۷۱/۴	۱۳/۲۱

میانگین و انحراف معیار همدلی و زیرمقیاس‌های آن (همدلی عاطفی، هیجانی و همدلی شناختی) در گروه‌های آزمایش و گواه در مراحل پیش و پس از آزمون در جدول ۴ ارائه شده است. نتایج حاصل از جدول ۴ حاکی از آن است که میانگین نمرات همدلی در گروه آزمایش در اثر آموزش درمان مبتنی بر تعامل والد- فرزند در مقایسه با گروه گواه در مرحله پس از آزمون افزایش یافته است.

جدول ۵. تحلیل کواریانس تاثیر عضویت گروهی بر میزان اختلال در دل‌بستگی و همدلی دانش‌آموزان دارای اختلال رفتاری برونی سازی شده

متغیرها	شاخص‌های آماری	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	اندازه اثر	توان آزمون
اختلال در دل‌بستگی	پیش از آزمون	۴۴/۸۴	۱	۴۴/۸۴	۷۰/۳	۰۶۰	۱۲/۰	۴۶/۰
	عضویت گروهی	۶۸/۱۵۸۸	۱	۶۸/۱۵۸۸	۶۲/۶۹	۰۰۱/۰	۷۲/۰	۱
	خطا	۰۹/۶۱۶	۲۷	۸۱/۲۲				
همدلی	پیش از آزمون	۱۹/۳۲۸	۱	۱۹/۳۲۸	۴۱/۱۲	۰۰۲/۰	۳۱/۰	۹۳/۰
	عضویت گروهی	۸۸/۱۷۶۰	۱	۸۸/۱۷۶۰	۶۲/۶۶	۰۰۱/۰	۷۱/۰	۱
	خطا	۶۷/۷۱۳	۲۷	۴۳/۲۶				
تکانشگری	پیش از آزمون	۳۹/۱۲۸	۱	۳۹/۱۲۸	۵۵/۶	۰۱/۰	۱۹/۰	۶۹/۰
	عضویت گروهی	۳۳/۲۶۲۹	۱	۳۳/۲۶۲۹	۱۴/۱۳۴	۰۰۱/۰	۸۳/۰	۱
	خطا	۲۱/۵۲۹	۲۷	۶۰/۱۹				

نتایج حاصل از جدول ۵ نشان می‌دهد که تحلیل کواریانس تاثیر عضویت گروهی بر میزان اختلال در دل‌بستگی، همدلی دانش‌آموزان دارای اختلال رفتاری برونی سازی شده با کنترل متغیر پیش از آزمون در جدول ۵ آمده است. با توجه به نتایج جدول ۵ آموزش متغیر مستقل (درمان مبتنی بر تعامل والد- فرزند) توانسته منجر به ایجاد تفاوت معنادار میانگین نمرات متغیرهای وابسته (اختلال در دل‌بستگی، همدلی دانش‌آموزان دارای اختلال رفتاری برونی سازی شده) در مرحله پس از آزمون در سطح خطای ۰/۰۵ گردد.

بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر با هدف اثر بخشی درمان مبتنی بر تعامل والد- فرزند بر کیفیت دلبستگی و همدلی دانش آموزان دارای اختلال رفتاری برونی سازی شده مورد بررسی قرار گرفت. نتایج حاصل از تجزیه و تحلیل داده ها نشان داد که آموزش درمان مبتنی بر تعامل والد- فرزند توانسته منجر به ایجاد تفاوت معنادار میانگین نمرات در دلبستگی و همدلی دانش آموزان دارای اختلال رفتاری برونی سازی شده در مرحله پس آزمون در سطح خطای ۰/۰۵ گردد. این نتیجه با پژوهش دی^۱ و همکاران (۲۰۱۸) نشان داد که درمان مبتنی بر تعامل والد- فرزند می تواند منجر بهبود رابطه والد- فرزندى کودکان ناشنوا با والدینشان گردد. همچنین دوموف و نایک^۲ (۲۰۱۸) در پژوهشی به بررسی تاثیر مداخلات مبتنی بر تعاملات والد- فرزند به عنوان یک مدل پیشگیری در بروز و تداوم چاقی کودکان بیان کردند که مداخلات مبتنی بر تعاملات والد- فرزند می تواند به عنوان یک الگوی پیشگیری جهت کاستن از بروز چاقی در کودکان موثر واقع شود. همچنین یافته پژوهش با نتایج پژوهش لورن و همکاران^۳ (۲۰۱۸) همسو بود. چنان که این پژوهشگران گزارش کرده اند که تعامل والد فرزندى دارای نقشی معنادار و انکارناپذیر در بهبود علائم بالینی و کاهش مشکلات روانشناختی کودکان و نوجوانان آسیب پذیر دارد. علاوه بر این، نتایج حاضر با نتایج پژوهش نازی و همکاران^۴ (۲۰۱۸) مبنی بر تاثیر درمان مبتنی بر تعاملات والد فرزندى بر مولفه های روانشناختی کودکان و افزایش انگیزش های فرزندپروری والدین همسو بود.

همسو با نتایج پژوهش حاضر حسینی و همکاران (۱۳۹۶) پژوهشی به عنوان فراتحلیل کیفی مقالات حوزه «تعامل والد نوجوان» انجام دادند. نتایج حاکی از آن بود که تعامل والد- فرزندى می تواند به عنوان یک مدل آموزشی برای برطرف کردن مشکلات روان شناختی و رفتاری کودکان و نوجوانان دارای آسیب های روان شناختی بکار گرفته شود. همچنین روشن و همکاران (۱۳۹۵) به مقایسه اثربخشی درمان تعامل والد- کودک و مقابله درمانگری مادران بر کاهش شدت مشکلات رفتاری کودکان ۳ تا ۶ ساله پرداختند. یافته های آنان نشان داد که درمان تعامل والد- کودک و مقابله درمانگری به صورت معناداری در کاهش شدت مشکلات رفتاری مؤثر بودند.

پژوهش های گمپل و همکاران^۵ (۲۰۱۰) نشان داده است که اختلال رفتار برون سازی شده نظیر اختلال نقص توجه و بیش فعالی، اختلال نافرمانی مقابله ای و اختلال سلوک، بر تعامل کودکان و نوجوانان با والدینشان و نیز شیوه پاسخدهی والدین تأثیر می گذارد. کودکان و نوجوانان مبتلا به این اختلالات بسیار پرحرف، منفی گرا و بی اعتنا هستند و کمتر مشارکت و همکاری می کنند. والدین این کودکان و نوجوانان نیز کمتر به آنها پاسخ می دهند، منفی گراترند و کمتر راهنمایی و هدایت می کنند و کودکان و نوجوانان شان را کمتر تشویق می کنند. والدین این کودکان و نوجوانان عموماً نسبت به درخواست های فرزندان خود هیجانی اند. همچنین در روند این درمان والدین یاد می گیرند تا شیوه های سازنده ای برای کنار آمدن با احساساتی همچون ناکامی را شکل داده و تقویت کنند.

¹ Day

² Domof&Niec

³ Lauren et al

⁴ N'zi et al

⁵ Gimpel et al

در تبیین تاثیر درمان مبتنی بر تعامل والد- فرزند بر دلبستگی دانش آموزان دارای اختلال رفتاری برونی سازی شده می‌توان گفت که رفتارهای منفی والدین (مانند فریاد زدن، تهدید کردن)، رفتارهای منفی فرزند (مانند بی مسئولیتی و نافرمانی) را تقویت می‌کند که این مسأله 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 غیرخشونت آمیز را به کار برند، این چرخه معیوب را می‌شکند (چافین و همکاران، ۲۰۰۴). در درمان تعامل والد- فرزند، والدین با بکارگیری شیوه‌های فرزندپروری بهنجار و اصلاح ساختار تعامل والد با نوجوان، مهارت‌هایی برای ایجاد روابط امن و در جهت رشد فرزندشان فرا می‌گیرند و به این ترتیب رفتارهای اجتماعی را در فرزند افزایش داده و رفتارهای منفی را در وی کاهش می‌دهند. در این برنامه درمانی والدین یاد می‌گیرند به فرزندشان نزدیک شوند، سبک‌های والدینی مؤثرتری که منطبق با نیازهای فرزندشان است به کار برند و به رفتارهای سازگارانه فرزند توجه کرده و رفتارهای ناسازگارانه وی را نادیده بگیرند. این چرخه نیز باعث بهبود دلبستگی بین والدین و فرزندان می‌شود.

در تبیین تاثیر درمان مبتنی بر تعامل والد- فرزند بر همدلی دانش آموزان دارای اختلال رفتاری برونی سازی شده می‌توان گفت که درمان مبتنی بر تعامل والد- فرزند به والدین می‌آموزد تا با اصول تغییر رفتار و علائم اختلال رفتاری برونی سازی شده آشنا شده و عواملی که سبب تقویت یا کاهش آن می‌شوند، را بشناسند. همچنین این درمان والدین را با ماهیت چرخه‌ای تعاملات منفی والد فرزند، رفتارهای والدینی که باعث حفظ و نگهداری اختلالات رفتاری در فرزندان می‌شوند، آشنا می‌سازد. مجموع این شرایط باعث می‌شود که کیفیت تعاملی والدین با فرزندان خود افزایش یافته و این امر بهبود همدلی را در پی دارد. علاوه بر این ماهیت گروهی درمان که در این پژوهش به کار گرفته شد، خود باعث شد که والدین از تجربیات موفق یکدیگر مبنی بر شیوه‌های کنار آمدن با رفتارهای نافرمانی و مقابله‌ای فرزند، بهره‌مند شوند.

مک دیارمید و بگنز (۲۰۰۵) تأکید می‌کنند که درمان تعامل والد- کودک باعث می‌شود والدین رفتارهای نوجوانان را به شیوه مؤثرتری مدیریت کنند و از این طریق رفتارهای مطلوب نوجوان افزایش یافته و رفتارهای نامطلوب کاهش می‌یابد. همچنین درمان تعامل والد- فرزند به وسیله تشویق تعاملات مثبت والد- فرزند و آموزش والدین به این که چطور با ثبات باشند و تکنیک‌های انضباطی غیرخشونت آمیز را به کار گیرند، کمک می‌کند تا رفتارهای چرخه‌ای منفی والد- فرزند شکسته شده و دلبستگی بهتری در روابط فی‌ما بین شکل گیرد. شکل‌گیری دلبستگی و به نوعی کاهش اختلال دلبستگی همدلی بین والد و فرزند را نیز افزایش می‌دهد.

پژوهش حاضر، همانند هر پژوهش دیگر محدودیت‌هایی داشته است که محدود بودن دامنه تحقیق به دانش آموزان دارای اختلال رفتاری برونی سازی شده شهر اصفهان بود و وجود بعضی از متغیرهای تاثیرگذار بر کیفیت دلبستگی و همدلی دانش آموزان دارای اختلال رفتاری برونی سازی شده دیگر محدودیت پژوهش حاضر بود. لذا پیشنهاد می‌شود برای افزایش قدرت تعمیم پذیری نتایج، در سطح پیشنهاد پژوهشی، این پژوهش در سایر شهرها و مناطق و جوامع دارای فرهنگ‌های متفاوت، دیگر گروه‌های سنی، کنترل عوامل ذکر شده و روش نمونه‌گیری تصادفی اجرا شود.

سپاسگزاری

از تمامی افرادی که در این مطالعه شرکت کردند و در انجام این پژوهش ما را یاری نمودند کمال تشکر را داریم.

منابع

- امامی، ا. (۱۳۹۵). اثربخشی برنامه آموزش تعامل والد- فرزند در رفتارهای تعارض‌آمیز و عملکرد والدین و نوجوانان دارای رفتارهای برون ریزی شده. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه خوارزمی تهران.
- ترکش دوز، ش.، و فرخ زاد، پ. (۱۳۹۶). بررسی رابطه اختلالات رفتاری کودکان با سبک های فرزندپروری و سبک های دلبستگی. سلامت اجتماعی، ۴ (۲)، ۱۱۸-۱۲۶.
- حسینی ف، لثابی ب، پورحسین ر، کراسکیان آ. (۱۳۹۶). فرا تحلیل کیفی مقالات پژوهشی حوزه «تعامل والد نوجوان». رویش روان شناسی، ۶(۳): ۹۵-۶۳.
- خانجانی، ز. بهادری، س. خسروشاهی، ج. (۱۳۹۶). بررسی تحول همدلی، اختلالات درونی سازی و برونی سازی در دانش آموزان دختر و پسر ۵ تا ۱۱ سال. مجله فرهنگ مشاوره و روان درمانی، ۸(۳۰): ۲۱۸-۱۹۵.
- روشن م، آقاییوسفی ع، علی پور ا، رضایی ا. (۱۳۹۵). مقایسه اثربخشی درمان تعامل والد- کودک و مقابله درمانگری مادران بر کاهش شدت مشکلات رفتاری کودکان ۳ تا ۶ ساله. روان شناسی بالینی و شخصیت، ۱۴(۱): ۱۲۳-۱۱۱.
- صدری، م. زارع بهرام آبادی، م. غیائی، م. (۱۳۹۵). اثربخشی درمان مبتنی بر دلبستگی بر کیفیت دلبستگی و مهارت اجتماعی کودکان دارای اختلال نافرمانی مقابله ای. فصلنامه سلامت روانی کودک، ۳(۲): ۱۱-۲۲.
- عثمانی، هلاله، شکر، لیلیا. (۱۳۹۸). اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه بر نظم‌جویی شناختی هیجان و همدلی شناختی دانش‌آموزان با اختلال رفتار برونی سازی شده. توانمندسازی کودکان استثنایی، ۱۰(۱): ۱۲۵-۱۳۶.
- علی قنوتی، سارا، شریفی، طیبه، غضنفری، احمد، عابدی، محمدرضا، تقوی، اعظم. (۱۳۹۸). اثربخشی بسته آموزشی تعامل والد- فرزند بر کیفیت دلبستگی کودکان دارای تعامل مادر-کودک ناکارآمد. توانمندسازی کودکان استثنایی، ۱۰(۲): ۲۳۷-۲۴۹.
- کاجی اصفهانی، س. عارفی، م. آقایی جشوقانی، ا. اصلی آزاد، م. فرهادی، ط. (۱۳۹۶). مطالعه همدلی شناختی در دانش آموزان با پرخاشگری ارتباطی و آشکار. فصلنامه سلامت روان کودک، ۴(۲): ۱۲۶-۱۱۶.
- Achenbach, T. M. (2010). Resocorla L A. Manual for ASEBA school-age forms and profile , Burlington VT, University of Vermont. Research Center for Children, Yout & Families.
- Cramer, P. (2015). Change in children's externalizing and internalizing behavior problems: the role of defense mechanisms. The journal of nervous and mental disease, 203(3), 215-221.
- Day, L.A., Costa, A.E., Previ, D., & Caverly, C. (2018). Adapting parent-child interaction therapy for deaf families that communicate via American Sign Language: A Formal Adaptation Approach. Cognitive and Behavioral Practice, 25(1), 7-21.
- Domoff, S. E., Niec, L. N. , (2018). Parent-child interaction therapy as a prevention model for childhood obesity: A novel application for high-risk families. *Children and Youth Services Review*, 91 (C) , 77-84.
- Farmer , R. F. Gau. , J. M. Seeley. ,J. R. Kosty. , D. B. Sher . ,K. J. & Lewinsohn , P. M. (2016). Internalizing and externalizing disorders as predictors of alcohol use disorder onset during three developmental periods. *Journal of Drug and Alcohol Dependence* 164 (1) , 38-46.
- Gimpel, G. A., Holland, M. L. (2010). Emotional and behavioral problems of young children. Effective interventions in the preschool and kindergarten tears New York . Guilford press.
- Glosser , R. (2011). Examination of the relationship between the Child Behavior Checklist/ 6-18 and the Social Responsiveness Scale Parent Forms using individuals with high functioning autism. Doctoral Dissertation, Indiana University of Pennsylvania.
- Gump, B., Dykas, M. J., MacKenzie, J. A. , Dumas, A. K. , Hruska , B. , Ewart , C. K. , Parsons, P. J. , Palmer , C.D. , & Bendinskas ,K. (2017). Background lead and mercury exposures . *Journal of Psychological and behavioral problems in children. Environmental Research* , 158. 576-582.
- Kennedy, S. C., Kim , J. S., Tripodi , S. J., Brown, M.S., & Gowdy ,G. (2014). Does Parent-Child Interaction Therapy Reduce Future Physical Abuse A Meta-Analysis. *Research on Social Work Practice*, 26 (2) , 147-156.

- Landers , A. L. , Bellamy , J. L. , Danes, S. M., & Hawk, S. W. (2017). Internalizing and externalizing behavioral problems of American Indian children in the child welfare system. *Journal of Children and Youth Services Review*, 81, 413-421.
- Lauren, N. M. W., Quetsch, L. B., Robinson, C., McCoy, K., & McNeil, C. B. (2018). 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*, 88, 567-581.
- Leon, E., Steele, M., Palacios, J., Román, M., & Moreno, C. (2018). Parenting adoptive children: Reflective functioning and parent-child interactions. A comparative, relational and predictive study. *Children and Youth Services Review*, 95, 352-360.
- N'zi, A.M., Lucash, R.E., Clionsky, L.N., & Eyber, S.M. (2018). The effect of left-behind phenomenon and physical neglect on behavioral problems of children. *Child Abuse & Neglect*, 88, 144-151.

