



## Comparing the effectiveness of child-centered cognitive behavioral therapy (CCBT) and mother-child attachment intervention on the symptoms of oppositional defiant disorder

**A.R. Mohammadi**<sup>ID</sup>: M.A of Family Counseling, Shahid Beheshti University, Tehran, Iran

**Z. Zadhasan**<sup>ID</sup>: Ph.D. Student, Department of Counseling, Ahvaz Branch, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran

**H. Rahimi**<sup>ID</sup>: Assistant Professor of Educational Psychology, Farhangian University, Tehran, Iran

**M. Amini**<sup>ID</sup>: M.A of General Psychology, Mallard Branch, Islamic Azad University, Mallard, Iran

### Abstract

**Background and Aim:** This research aimed to compare the effectiveness of child-centered cognitive behavioral therapy (CCBT) and mother-child attachment intervention on the symptoms of oppositional defiant disorder. **Methods:** In terms of the purpose of the present research, it was a quasi-experiment with a pre-test and post-test design with two experimental groups and a control group and a two-month follow-up period. The statistical population of the research included all children aged 10 to 12 years who referred to a counseling center in the 8th district of Tehran in 1401, 30 people were randomly selected in two experimental groups (10 people each) and one group Control (10 people) were assigned. The research tools include the Child Morbid Symptom Questionnaire (CSI-4), child-centered cognitive behavioral therapy protocol based on Kendall & Hedtke's maladaptive cat program (2006) and attachment-based therapy protocol derived from Purnell (2004) and King & Newham (2008). **Results:** The findings indicate that both treatments were effective on oppositional defiant disorder. The efficacy of both was stable in the follow-up phase according to the Bonferoni post hoc test. The results of data analysis show that there is no significant difference between their effectiveness and both are equally effective ( $p < 0.05$ ). **Conclusion:** It can be concluded that the treatment based on child-mother attachment and child-centered cognitive behavioral therapy was effective in the treatment of children's oppositional defiant disorder. Therefore, it is suggested that specialists use these two approaches in treatment.

### Keywords:

Oppositional defiant disorder, mother-child attachment intervention, child-centered cognitive behavioral therapy

\* **Corresponding author**  
zadhasan.zohreh@gmail.com

**Received:** 12.01.2023  
**Acceptance:** 11.03.2023

### Cite this article as:

Mohammadi, A.R., Zadhasan, Z., Rahimi, H., & Amini, M. (2023). Comparing the effectiveness of child-centered cognitive behavioral therapy (CCBT) and mother-child attachment intervention on the symptoms of oppositional defiant disorder. *JARAC*, 5(1): 29-40.



© 2023 by the authors. Licensee Iran-Mehr ISSR, Tehran, Iran. This article is an open access article distributed under the terms and conditions of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International (CC BY-NC 4.0 license) (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>)



مقاله پژوهشی

## مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری کودک محور (CCBT) و مداخله دلبستگی محور مادر-کودک بر علائم اختلال نافرمانی مقابله‌ای

علیرضا محمدی<sup>۱</sup>: کارشناسی ارشد مشاوره خانواده، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران.

زهره زادحسن<sup>۲\*</sup>: دانشجو دکتری گروه مشاوره، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران

حسن رحیمی<sup>۳</sup>: استادیار روانشناسی تربیتی، دانشگاه فرهنگیان، تهران، ایران.

معصومه امینی<sup>۴</sup>: کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، واحد ملارد، دانشگاه آزاد اسلامی، ملارد، ایران.

### چکیده

**زمینه و هدف:** اختلال نافرمانی مقابله‌ای با الگویی از خشم/ تحریک پذیری، رفتار لجبازی/ نافرمانی یا رفتار انتقام جویانه مشخص می‌شود که در طول تعامل با حداقل یک فرد به غیر از خواهر و برادر نشان داده می‌شود؛ لذا هدف از پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری کودک محور (CCBT) و مداخله دلبستگی محور مادر-کودک بر علائم اختلال نافرمانی مقابله‌ای. **روش پژوهش:** طرح پژوهش حاضر از نظر هدف از نوع کاربردی و شیوه انجام آن شبه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل و دوره پیگیری دو ماهه بود. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه کودکان ۱۰ تا ۱۲ ساله مراجعه‌کننده به یک مرکز مشاوره در منطقه ۸ تهران در سال ۱۴۰۱ بود که به شیوه نمونه‌گیری در دسترس تعداد ۳۰ نفر انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (هر کدام ۱۰ نفر) و یک گروه کنترل (۱۰ نفر) گمارده شدند. ابزار پژوهش شامل پرسشنامه علائم مرضی کودک (CSI-4) پروتکل درمان شناختی رفتاری کودک-محور بر اساس برنامه گریه ناسازگار Kendall & Hedtke (2006) و پروتکل درمان مبتنی بر دلبستگی برگرفته شده از Purnell (2004) و King & Newham (2008) بود. **یافته‌ها:** یافته‌ها حاکی از آن است که هر دو درمان بر اختلال نافرمانی مقابله‌ای مؤثر بود. اثربخشی هر دو نیز در مرحله پیگیری طبق آزمون تعقیبی بنفرونی پایدار بود. نتایج حاصل از تجزیه و تحلیل داده‌ها نشان می‌دهد میان اثربخشی آن‌ها تفاوت معنادار وجود ندارد و هر دو به یک میزان اثربخش هستند ( $p < 0/05$ ). **نتیجه‌گیری:** می‌توان نتیجه گرفت که درمان مبتنی بر دلبستگی کودک-مادر و درمان شناختی رفتاری کودک محور در درمان اختلال نافرمانی مقابله‌ای کودکان مؤثر بود. لذا پیشنهاد می‌شود متخصصین در درمان از این دو رویکرد بهره ببرند.

### کلیدواژه‌ها:

اختلال نافرمانی مقابله‌ای، درمان شناختی رفتاری کودک محور، مداخله دلبستگی محور مادر-کودک

### \*نویسنده مسئول

zadhasan.zohreh@gmail.com

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۱۰/۲۲

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۱۲/۲۰

### شیوه استناد به این مقاله:

محمدی، ع.ر.، زادحسن، ز.، رحیمی، ح.، و امینی، م. (۱۴۰۲). مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری کودک محور (CCBT) و مداخله دلبستگی

محور مادر-کودک بر علائم اختلال نافرمانی مقابله‌ای. فصلنامه سنجش و پژوهش در مشاوره کاربردی، ۵(۱۵): ۴۰-۲۹

انتشار این مقاله به صورت دسترسی آزاد مطابق با CC BY-NC-SA 3.0 صورت گرفته است.

## مقدمه

پردازش اطلاعات مرتبط با اضطراب‌های هر فرد (تشویش هیجانی، ترس مورد انتظار) (Kendall & Hedtke, 2006). درمان شناختی-رفتاری مورد نظر (Kendall et al., 2008) چهار مؤلفه دارد: (۱) کودک مضطرب یاد می‌گیرد احساس‌ها و نشانه‌های بدنی اضطراب را تشخیص بدهد و بر این احساس‌ها و نشانه‌ها واقف شود (۲) می‌فهمد در وضعیت‌های اضطراب‌آور چه فکریابی دارد و یاد می‌گیرد فکریابی خود را ارزیابی کند (۳) مهارت‌های لازم برای حل مساله و اصلاح افکار اضطراب‌آور را کسب می‌کند و (۴) به خودش بابت مضطرب نشدن در وضعیت اضطراب‌آور پاداش می‌دهد و مضطرب نشدن خود را ارزیابی می‌کند (Kendall et al., 2008).

هدف درمان شناختی-رفتاری کودک محور این است که به کودکان آموزش داده شود تا علایم برانگیختگی اضطرابی ناخواسته را شناسایی کرده و اجازه دهند این علایم به عنوان نشانه‌هایی از به کارگیربراهبردهای مدیریتی اضطراب عمل نمایند. شناختن فرآیندهای شناختی مربوط به برانگیختگی افراطی اضطرابی، آموزش راهبردهای شناختی برای مدیریت اضطراب، آموزش تن آرامی رفتاری و فرصت‌های تمرینی مبتنی بر عملکرد، در این درمان گنجانده شده‌اند تا هر مهارتی بر مهارت قبلی اضافه شود (Kendall & Hedtke, 2006). در مداخله شناختی-رفتاری کودک محور Kendall که بیش از ۱۶ جلسه طول می‌کشد، فنون رفتاری و شناختی با هم ترکیب می‌شوند. کودک در ۸ جلسه اول، مهارت‌های لازم برای غلبه کردن بر اضطراب را می‌آموزد و در ۸ جلسه دوم، این مهارت‌ها را در وضعیت‌های اضطراب‌آور تمرین می‌کند. به علاوه دو جلسه بین درمانگر و والدین (یک یا بیشتر از یک ولی کودک) در جلسه ۴ و جلسه ۹ برای دخالت دادن والدین در درمان گذارده شده است (Schroeder & Gordon, 2002).

در سراسر درمان مفاهیم و مهارت‌ها در یک توالی مرتب از ابتدایی‌ترین مراحل تا دشوارترین مراحل معرفی شده‌اند. در این درمان درمانگر به عنوان الگویی مقاوم و مقابله‌گر عمل می‌نماید، به طوری که تمام مهارت‌های جدید معرفی می‌شوند که نه تنها آن مهارت را به کودک تشریح می‌نماید. بلکه

نگرانی در حوزه سلامت روان کودکان و تاثیر آن بر تحول و کارکردهای روانی و رفتاری همزمان با افزایش شیوع اختلالات روانی کودکان در سال‌های اخیر به طور چشم‌گیری افزایش یافته است (Abdollahi Baghrabadi, 2018). یکی از اختلالاتی که تاثیر منفی روی سلامت روان کودکان می‌گذارد، اختلال نافرمانی مقابله‌ای<sup>۱</sup> است (Liu, Chang, & Lee, 2021). این اختلال با الگویی از خشم/ تحریک پذیری، رفتار لجبازی/ نافرمانی یا رفتار انتقام‌جویانه مشخص می‌شود که در طول تعامل با حداقل یک فرد به غیر از خواهر و برادر نشان داده می‌شود (Arias, Aguayo, & Navas, 2021). شیوع این اختلال در جمعیت عمومی ۱٫۴ الی ۱۶٪ و در نمونه‌های بالینی ۲۸ الی ۵۰٪ گزارش شده است. اعتقاد بر این است که اختلال نافرمانی مقابله‌ای یک عامل خطر برای اختلال سلوک است (Ghosh, Ray, & Basu, 2017). علاوه بر این بیشتر از ۱۴٪ از کودکان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای اضطراب و بیشتر از ۹٪ از آن‌ها افسردگی دارند (Jones, 2018)، همچنین حدود ۵۰ درصد از بیماران مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای از همبودی با اختلال نقص توجه و بیش‌فعالی رنج می‌برند (Vetter et al., 2019). Barkley (2013) بیان می‌دارد که «اختلال نافرمانی مقابله‌ای الگوی پایدار منفی کاری، نافرمانی، لجبازی، خصومت و سرکشی در برابر اولیای قدرت است» (Barkley, 2013). علائم و نشانه‌های نافرمانی مقابله‌ای در کودکان ممکن است تا سنین مدرسه ادامه یابد و این علائم می‌تواند دروازه‌ای برای ورود به سایر اختلالات روان‌پزشکی در بزرگسالی باشد (Szentivanyi & Balazs, 2018). همچنین پیش‌آگهی اختلال نافرمانی مقابله‌ای نامطلوب است و با افزایش خطر اختلال‌های سلوک، سوءمصرف مواد، اختلال‌های شخصیت ضد اجتماعی و اختلال‌های اضطرابی (Folino, 2011)،

مداخلات CCBT مبتنی بر برنامه گربه سازگار برای کودکان با اختلالات اضطرابی است. رویکرد کلی، شناختی- رفتاری است؛ یعنی آمیزه‌ای از تاثیرات اثبات شده رویکرد رفتاری (مثلاً تکالیف رویارویی، آموزش تن آرامی، تمرین‌های ایفای نقش، تمرین و پاداش) و تاکید مضاعف بر عوامل شناختی

1. oppositional defiant disorder (ODD)

توانایی انعکاس و حساسیت والد و برای کودک احساس امنیت در رابطه دلبستگی اولیه را بهبود می‌بخشد (Amos, Beal, & Furber).

درمان کودک و والد با دو روان‌درمانگر PACT آموزش دیده، یکی برای والد (مراقب اولیه، معمولاً مادر) و یکی برای کودک اجرا می‌شود. همچنین PACT به دستیابی به اتاق بازی با آیینی یک طرفه و اتاق مشاهده با سیستم صوتی خوب متصل به اتاق بازی نیاز دارد. مرحله روایت مداخله نسبتاً کوتاه است (یک تا شش جلسه) و می‌تواند به‌طور موفقیت آمیز منجر به پیشرفت در برخی از خانواده‌ها شود. دوره درمان کامل با جلسات هفتگی در حدود سه تا شش ماه، طولانی‌تر است. جلسات به‌طور معمول بین ۶۰ تا ۹۰ دقیقه است و برای جلسه دو درمانگران قبل و بعد از جلسات زمان اضافی مورد نیاز است. عوامل مختلفی بر تعداد جلسات تأثیر می‌گذارد از جمله سن کودک، نوع رابطه دلبستگی و آسیب‌هایی نظیر خشونت خانگی یا کودک آزاری. علاوه بر این مصرف مواد مخدر، افسردگی، سوء استفاده قبلی دوران کودکی و یا غفلت مادر تقریباً همیشه فرایند درمان را طولانی می‌کند. چهار مرحله مداخله PACT عبارت است از: روایت کودک و والد به‌طور همزمان<sup>۳</sup>، آماده سازی سازی مانند اینکه برای اولین بار همدیگر را ملاقات می‌کنند<sup>۴</sup>، مشاهده قبل از عمل<sup>۵</sup> و در نهایت مراقبت کردن<sup>۶</sup> (Chambers, Amos, Allison, & Roeger, 2006).

(Hodges & Clifton, 2004) توضیحات جامعی در مورد نحوه اجرای درمان والد کودک فراهم کرده است. در این مدل، درمانگر مهارت‌های ارتباطی را آموزش می‌دهد و افزایش پیوند والد کودک را تسهیل می‌کند. عناصر کلیدی درمان شامل هماهنگی با کودک، ارتباطات عاطفی والدین و درمانگر با حالات عاطفی کودک است که به دنبال کمک به کودک برای معنا دهی به عواطف، رفتار و تجربه، منجر به تنظیم عواطف در کودک می‌شود و بدین گونه او می‌تواند بر تجربیات بد رفتاری گذشته فائق آید (Hodges & Clifton, 2006). مدل چهارچوب جامع برای درمان کودکان با آسیب دیدگی پیچیده دلبستگی - خود تنظیمی و شایستگی<sup>۷</sup>، رویکرد

همچنین مشکلاتی را که ممکن است تجربه شوند و راهبردهای غلبه بر این مشکلات را نیز تشریح می‌نماید. درمانگر در هر موقعیت جدید ابتدا توضیح می‌دهد. سپس از کودک دعوت می‌شود تا با درمانگر با استفاده از روش تقلیدی ایفای نقش نماید. در نهایت کودک تشویق می‌شود تا به تنهایی ایفای نقش نموده و مهارت‌های تازه کسب شده را تمرین کند. در طول هر جلسه و سراسر برنامه درمانی، سطح اضطراب به تدریج افزایش داده می‌شود که از موقعیت‌های غیرفشارزا شروع شده و به تدریج با سطوح فزاینده اضطراب دنبال می‌شود (Kendall & Hedtke, 2006). بخش دوم این برنامه به کاربرد و تمرین دانش و مهارت‌های تازه کسب شده در موقعیت‌هایی که به‌طور فزاینده‌ای اضطراب برانگیز می‌شوند، اختصاص یافته است. همان راهبردهای آموزشی قبلی در این جا نیز به کار گرفته شده‌اند که شامل الگوسازی در مورد مقابله، ایفای نقش و تعیین تکالیف خانگی می‌باشد. موقعیت‌هایی که برای هر کودک ارائه می‌شود برای هر کودک به‌طور فردی و براساس ترس‌ها و نگرانی‌های خاص او (چنان که در خلال جلسات اولیه و نیز جلسه هشتم سنجش شده است) طراحی می‌شوند. اولین جلسات تمرینی شامل مواجهه تجسمی در کلینیک با سطوح پایین اضطراب می‌باشند و با تجارب واقعی و زنده در موقعیت‌هایی با استرس پایین دنبال می‌شود. جلسات بعدی شامل تکرار این فرآیند در موقعیت‌هایی است که برای کودک استرس‌زاتر هستند و نیز به کودک کمک می‌شود تا با مواجهه‌های متعدد با موقعیت‌های اضطراب برانگیز مختلف در این توانایی‌ها مهارت کسب کند (Kendall & Hedtke, 2006). درمان کودک و والد، درمان مبتنی بر دلبستگی برای کودکان سنین بین ۴ تا ۱۲ است که مشکلات عاطفی و رفتاری را تجربه می‌کنند. این مداخله برای روابط مختل والد - کودک که به خانواده درمانی سیستمی<sup>۱</sup> پاسخ نداده‌اند مناسب است. PACT با استفاده از روش‌های روایتی و تمرین‌های تجربی بر اساس مفهوم مشاهده حمایتی<sup>۲</sup> به دنبال چهارچوب دهی مجدد روابط مختل والد - کودک است. درمان به‌صورت موازی برای والد و فرزند با استفاده از آیینی یک طرفه اجرا می‌شود. PACT

6. Looking After

7. A Comprehensive Framework for Intervention with Complexly Traumatized Youth: Attachment, Self-Regulation, and Competency / ARC

1. systemic family therapy

2. supported looking

3. Parallel Parent Child Narrative / PPCN

4. Preparation to Meet as If for the First Time

5. Looking Before Doing

شدند. در این پژوهش ابزار به کار رفته شامل پرسشنامه علائم مرضی کودک (CSI-4)، پروتکل درمان شناختی رفتاری کودک-محور بر اساس برنامه گربه ناسازگار Kendall & Hedtke (2006) و پروتکل درمان مبتنی بر دلبستگی برگرفته شده از Purnell (2004) و King & Newham (2008) بود. ملاک‌های ورود به پژوهش: نداشتن تشخیص اختلالات روانپزشکی به جز اختلال نافرمانی مقابله‌ای، رضایت والدین. ملاک‌های خروج: عدم رضایت والدین جهت ادامه مداخلات، غیبت بیش‌تر از یک جلسه در جلسات درمانی. در نهایت داده‌های آماری با نرم افزار SPSS و با استفاده از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر صورت گرفت. جهت بررسی پایداری اثرات مداخلات از آزمون تعقیبی بنفرونی و جهت مقایسه تأثیر آن‌ها از آزمون توکی استفاده گردید.

### ابزارهای پژوهش

**پرسشنامه علائم مرضی کودک (CSI-4).** این پرسشنامه توسط Gadow & Spirafkin (1994) به منظور غربال ۱۸ اختلال رفتاری و هیجانی کودکان ۵ تا ۱۲ ساله تهیه و تدوین شده است که یک مقیاس درجه بندی رفتار می‌باشد. این ابزار دارای دو فرم است: فرم والدین و فرم معلم که در این پژوهش از مواد مربوط به اختلال نافرمانی مقابله‌ای فرم والدین استفاده شده است. فرم والدین مشتمل بر ۱۱۲ ماده است که ۸ ماده آن متعلق به اختلال نافرمانی مقابله‌ای می‌باشد که در این پژوهش مورد استفاده قرار گرفت. نمره گذاری مواد پرسشنامه به صورت ۰ و ۱ بوده است و در نتیجه نمرات مربوط به اختلال نافرمانی مقابله‌ای در پژوهش حاضر حداقل ۱ و حداکثر ۸ می‌باشد. (Mohammad Esmaeil (2001 پایایی پرسشنامه را از طریق روش بازآزمایی ۰/۹۰ گزارش نموده و در پژوهش حاضر از روش آلفای کرونباخ با مقدار ۰/۸۲ پایایی مناسب پرسشنامه مورد تأیید قرار گرفته است.

**درمان شناختی رفتاری کودک محور.** جلسات درمان شناختی رفتاری کودک محور بر اساس برنامه گربه ناسازگار Kendall & Hedtke (2006) در ده جلسه به شرح زیر برگزار گردید.

متفاوت‌تری را ارائه کرده است (Ford, Courtois, Steele, Hard & Nijenhuis, 2005). مدل ARC بر ایجاد دلبستگی، خود تنظیمی و شایستگی از طریق هماهنگی، آموزش مهارت‌ها، توانایی خود تنظیمی و شایستگی رشدی و بین فردی مراقب تمرکز دارد. مداخلات در سطوح فردی، خانوادگی و سیستمی اجرا می‌شود. هدف این رویکرد فراهم کردن چهارچوبی است که می‌توان آن را برای هر کودک به صورت انفرادی تنظیم کرد. به این ترتیب، این مدل اگر چه اهداف و مداخلات ممکن را پیشنهاد می‌دهد اما استراتژی‌های خاصی برای درمان ارائه نمی‌دهد. مدل ARC، مانند برخی از درمان‌های جدید برای بزرگسالان متضرر از بد رفتاری اولیه، بیش از درمان آسیب بر تنظیم هیجانی و موضوعات ارتباطی تمرکز می‌کند از این رو این درمان برای کودکانی که از لحاظ عاطفی بسیار آسیب پذیر و آشفته هستند مناسب نیست (Ford, Courtois, Steele, Hard & Nijenhuis, 2005).

با توجه به این که پژوهش کمی در رابطه با درمان‌های گفته شده انجام شده است و اثربخشی این درمان‌ها روی اختلال نافرمانی مقابله‌ای بررسی نگردیده است، پژوهش حاضر بر آن است تا اثربخشی درمان شناختی رفتی کودک محور و درمان مبتنی بر دلبستگی مادر-کودک را بررسی نماید.

### روش پژوهش

طرح پژوهش حاضر به لحاظ هدف از نوع کاربردی و از نظر شیوه انجام آن تحقیق نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با گروه آزمایش و کنترل و بود. در این پژوهش، جامعه آماری متشکل از دانش‌آموزان ۱۰ تا ۱۲ ساله مراجعه کننده به یک مرکز مشاوره خصوصی در منطقه ۸ تهران در سال ۱۴۰۱ بود. برای نمونه گیری از روش نمونه گیری تصادفی استفاده شد و تعداد ۳۰ نفر انتخاب و به طور مساوی ۱۰ نفر در گروه آزمایش درمان شناختی رفتاری کودک-محور، ۱۰ نفر در گروه آزمایش درمان مبتنی بر دلبستگی کودک-مادر و ۱۰ نفر در گروه کنترل گمارده

جدول ۱. شرح جلسات درمان شناختی رفتاری کودک محور (برنامه گربه ناسازگار) (Kendall & Hedtke, 2006)

جلسه	هدف	شرح
اول	ایجاد رابطه درمانی و جهت گیری درمان	ایجاد رابطه درمانی و جهت‌دهی کودک نسبت به برنامه. تشویق و حمایت مشارکت و همکاری کودک، واگذاری تکلیف "نشان بده من می‌توانم"، درگیر شدن در فعالیت جالب انتهای جلسه.

دوم	شناسایی احساس‌های اضطراب	انجام تکالیف شناسایی حالت‌های چهره‌ای در خود و دیگران، کمک به کودک برای شناخت احساس‌های مختلف و تشخیص تمایز احساس اضطراب و نگرانی، تنظیم سلسله‌مراتب موقعیت‌های اضطراب برانگیز، واگذاری تکلیف "نشان بده من می‌توانم".
سوم	شناسایی واکنش‌های بدنی به اضطراب	مرور تکلیف "نشان بده من می‌توانم" از جلسه ۲. بحث درباره واکنش‌های بدنی اختصاصی به اضطراب. تمرین شناسایی پاسخ‌های جسمی. معرفی گام ترس. آماده‌سازی کودک برای آمدن والدین به جلسه. واگذاری تکلیف "نشان بده من می‌توانم".
چهارم	آموزش تن‌آرامی	تصدیق جلسه برگزار شده با والدین. مرور تکلیف "نشان بده من می‌توانم" از جلسه ۳. معرفی این مفهوم که بسیاری از احساس‌های بدنی مربوط به اضطراب شامل تنش عضلانی هستند. معرفی مفهوم تن‌آرامی و تمرین فنون تن‌آرامی. ایجاد این آگاهی در کودک که تن‌آرامی چگونه و چه زمان می‌تواند مفید باشد. تمرین تن‌آرامی توسط سرمشق‌دهی مقابله‌ای و ایفای نقش، تمرین تن‌آرامی با والدین کودک. واگذاری تکلیف "نشان بده من می‌توانم".
پنجم	شناسایی خودگویی‌های اضطرابی و یادگیری به چالش کشیدن افکار	مرور تکلیف "نشان بده من می‌توانم" از جلسه ۴. معرفی مفهوم افکار (خودگویی). مورد بحث قراردادن خودگویی در موقعیت‌های اضطراب برانگیز (خودگویی اضطرابی). تمییز و افتراق خودگویی اضطرابی از خودگویی مقابله‌ای. معرفی گام و (انتظار وقوع اتفاق‌های بد). تمرین خودگویی مقابله‌ای. واگذاری تکلیف "نشان بده من می‌توانم".
ششم	نگرش‌ها و اقدامات	مرور تکلیف "نشان بده من می‌توانم" از جلسه ۵. در این مرحله به کودک آموزش داده می‌شود که چگونه واکنش‌هایش را اصلاح کند تا حتی با وجود احساس اضطراب به پیش رود. کودک و درمانگر با یکدیگر همکاری می‌کنند تا خودگویی اضطرابی را به خودگویی مقابله‌ای تبدیل کنند. واگذاری تکلیف "نشان بده من می‌توانم".
هفتم	مرور اضطراب و خودگویی‌های مقابله‌ای و گسترش مهارت‌های مساله‌گشایی	مرور تکلیف "نشان بده من می‌توانم" از جلسه پنجم. مرور و بحث دو گام اول برنامه توان. بحث در مورد مفهوم مساله‌گشایی. تمرین مساله‌گشایی در موقعیت‌های اضطراب انگیز. واگذاری تکلیف "نشان بده من می‌توانم".
هشتم	معرفی خودارزیابی و خود پاداش‌دهی و مرور مهارت‌های یادگرفته‌شده	مرور تکلیف "نشان بده من می‌توانم" از جلسه ۷. بحث درباره مفهوم خودارزیابی و خودپاداش‌دهی. تمرین ارزیابی و پاداش دادن خود برای تلاش. مرور برنامه توان. به کار بردن برنامه توان. مرور سلسله مراتب ترس و بحث درباره تکلیف رویارویی. دادن آگاهی برای جلسه دیدار با والدین. واگذاری تکلیف "نشان بده من می‌توانم".
نهم	تمرین در موقعیت‌های اضطراب برانگیز با استفاده از تکالیف مواجهه‌سازی	مرور تکلیف "نشان بده من می‌توانم" از جلسه ۸. مرور ایده پیشرفت از یادگیری مهارت‌های جدید به تمرین آن مهارت‌ها. تمرین با استفاده از مواجهه‌سازی تجسمی در موقعیت‌های اضطراب برانگیز پایین. مرور مختصر تمرین‌های تن‌آرامی. طرح‌ریزی تکالیف مواجهه‌سازی برای جلسه ۸. واگذاری تکلیف "نشان بده من می‌توانم".
دهم	زمان جشن گرفتن و پایان درمان	پس از اتمام تکالیف مواجهه‌سازی، زمان آن رسیده است که بخاطر تلاش و موفقیت کودک، جشن گرفته شود. کودک در طول زمان برای مقابله با اضطراب مجموعه‌ای از راهکارها را کسب کرده است. او می‌تواند این راهکارها را همیشه با خود داشته باشد و در موقعیت‌های مختلف از آن استفاده کند.

درمان دلبستگی محور مادر-کودک. جلسات درمان (2004) و King & Newham (2008) در ده جلسه مطابق دلبستگی محور مادر-کودک برگرفته شده از Purnell جدول زیر اجرا شد.

جدول ۲. شرح جلسات درمان دلبستگی محور مادر-کودک		
جلسه	هدف	شرح
اول	معارفه اجمالی و آشنایی روانشناس و مادر	توضیح دلبستگی و علائم اضطراب جدایی کودکان و چگونگی ارتباط آن با دلبستگی ناایمن در کودکان، و روند معیوب شکل‌دهنده اضطراب جدایی در کودک شود؛ توضیح در مورد هیجان‌ها به‌عنوان نقطه مرکزی دلبستگی با هدف دستیابی مادر به هیجان‌های افراطی موجود در

<p>ارتباطات پریشان خود؛ توضیح دل‌بستگی ایمن و نشانه‌های آن؛ شناسایی و یادداشت نشانه‌های اضطراب کودک، علایم و نحوه ارتباط با فرزند توسط مادر برای ارائه در جلسه بعدی.</p>	
<p>توضیح و تبیین منطق دل‌بستگی درمانی و تعیین اهداف درمان</p> <p>توضیح و تبیین منطق دل‌بستگی درمانی و تعیین اهداف درمان</p> <p>توضیح و تبیین منطق دل‌بستگی درمانی؛ لزوم پاسخ‌دهی به نیازهای روانی و جسمانی کودک از سوی مادر با استفاده از آموزش فن در دسترس بودن مادر با ذکر مثال و بصورت عملی، پاسخ‌دهی توأم با حساسیت به نشانه‌های کودک نظیر بغل کردن کودک گریان زمانی که نیاز به تماس جسمی با مادر دارد؛ آموزش و تمرین فن نمایشنامه‌نویسی برای یافتن چگونگی پاسخ‌دهی به نیازهای کودک توسط مادران با هدف کاهش چرخه‌های منفی از قبیل حمله - عقب‌نشینی که به حفظ دل‌بستگی نایمن کمک و پاسخ‌دهی و مشارکت هیجانی ایمن را سد می‌کند.</p>	<p><b>دوم</b></p>
<p>مرور جلسه قبلی، تبیین اهمیت ارتباط کلامی مثبت مادر و کودک در تحول عاطفی و هیجانی بهنجار کودک؛ آموزش فن ارتباط کلامی با کودک، فن قصه‌گویی برای کودک درباره پرسش و پاسخ و نحوه ارتباط کلامی مادر و کودک به مادران با تاکید بر پذیرش غیرمشروط کودک و تقویت احساس ارزشمندی و خویش‌پنداری؛ تشریح در چگونگی شکل دادن به چرخه‌های جدید پاسخ‌دهی و در دسترس بودن مادر با هدف کاهش انزوای کودک، و فعالسازی و تقویت توانایی او در بیان نیازها و ترسش‌هایش؛ کمک به مادران در شناسایی الگوهای موجود در فرایند تعامل با کودک و کشف و گسترش فرایندهای مربوط به هیجان‌های دل‌بستگی محور؛ کمک و آموزش به مادران برای کشف تجربه‌های خود و شناسایی الگوهای هیجانی و پاسخ‌دهی خود به کودک در طول هفته بعنوان تکلیف خانگی.</p>	<p><b>سوم</b></p> <p>اهمیت ارتباط کلامی مثبت مادر و کودک در تحول عاطفی و هیجانی بهنجار کودک</p>
<p>توضیح نقش بازنمایی‌های ذهنی والدین از دل‌بستگی در ارتباط با کودک و شناخت بازنمایی‌های ذهنی مادر، شناسایی رابطه دل‌بستگی مادر با مراقبان/ والدین خود و نقش آن در رابطه با کودک؛ توضیح در مورد سه سبک حساس به ایمنی، به پیشرفت و به رابطه بین مادر و کودک، و نحوه شناخت رفتارهای دل‌بستگی و اکتشافی جهت تفهیم، فرمول‌بندی و شکل‌دادن مجدد هیجان‌های اساسی؛ آموزش شیوه پاسخ‌دهی موثر و اهمیت ارتباط مثبت با کودک و لزوم تداوم و ثبات رفتار مثبت به منظور ترمیم حس اعتماد مختل شده کودک و با استفاده از استعاره کودک درون (با استفاده از عروسک خرسی)؛ تشریح اهمیت ارتباط مثبت با کودک و لزوم تداوم و ثبات رفتار مثبت به منظور ترمیم حس اعتماد مختل شده در کودک، پرهیز از تظاهر و رفتارهای غیرواقعی در ارتباط با کودک، آموزش و تمرین فن تماس (جسمی و بویژه چشمی)، نمایشنامه‌نویسی درباره چگونگی ابراز محبت واقعی به کودک، در آغوش کشیدن، نوازش کردن و بوسیدن کودک.</p>	<p><b>چهارم</b></p> <p>مرور جلسات قبلی، شناخت بازنمایی‌های ذهنی والدین از رابطه با مراقبان خود و نقش آن در رابطه با کودک، توضیح سبک‌های دل‌بستگی</p>
<p>آموزش فن بازی والد-کودک و ایجاد شرایط بازی و تفریح گروهی برای کودک، تسهیل روابط دوستی کودک با همگنان و تشویق او به ایجاد ارتباط، فراهم کردن زمینه مشارکت فعال کودک در وظایف گروهی در مدرسه، نمایشنامه‌نویسی درباره همراهی فعال با کودک، شوخی با کودک و خنداندن وی.</p>	<p><b>پنجم</b></p> <p>آموزش فن بازی والد-کودک</p>
<p>مرور آموزه‌های جلسه قبل جهت ایجاد بینش چند بعدی در کودک، ترغیب مادر برای تغییر نگاه خود نسبت به کودک با توجه به تجربه‌های جدید و فراهم آوردن بستری برای اطمینان بخشی به کودک؛ کمک به ایجاد تصویری واقعی و کامل از یک رابطه اطمینان‌بخش بین مادر و کودک (فن عصای جادویی) با هدف گذر از عصبانیت و درد و اجتناب از کنترل رابطه با استفاده از عواطف و خاطرات منفی؛ اجرای چندین باره فن عصای جادویی در منزل در طول هفته؛ آموزش اهمیت همکاری فعال در امور کودک به منظور افزایش تعامل مثبت مادر - کودک، نمایشنامه‌نویسی درباره چگونگی همکاری و تعامل مادر - کودک در امور مربوط به کودک و پرهیز از اجبار، آموزش فن قوت بخشیدن به روابط کودک با همکلاسان و همگنان.</p>	<p><b>ششم</b></p> <p>مرور جلسات قبل، ایجاد بینش چند بعدی در کودک، ترغیب مادر برای تغییر نگاه خود نسبت به کودک</p>
<p>بررسی و تبادل نظر در مورد مسایل رفتاری حل‌نشده کودکان و میزان تاثیر دل‌بستگی درمانی بر میزان مشکلات رفتاری قبلی کودک؛ آموزش فن تقویت کلامی کودک در ایجاد دل‌بستگی</p>	<p><b>هفتم</b></p> <p>بررسی مسایل رفتاری حل‌نشده کودکان و میزان تاثیر</p>

دلبستگی درمانی بر مشکلات رفتاری قبلی کودک	ایمن و نقش آن در کاهش میزان تعارض مادر و کودک؛ آموزش فن نحوه مدیریت استرس در خانواده به مادران با تمرکز بر کاهش میزان اضطراب کودک با هدف مدیریت تنش‌ها و مهار شرایط استرس‌زا و حمایت همیشگی والدین از کودک و ارائه تمرین این فن به‌عنوان تکلیف خانگی؛ آموزش فن تقویت کلامی کودک، نمایشنامه‌نویسی درباره ایجاد جو ارتباطی مثبت اعضای خانواده با یکدیگر و پرهیز از انزوای کودک با هدف شاد و مهیج‌ساختن محیط زندگی کودک به منظور کاهش میزان افسردگی مادر و کودک.
هشتم	مرور اجمالی جلسه‌های قبلی، مرور اجمالی جلسه‌های قبلی، توجه مادر برای مهار هیجان‌ها در زمان تجربه اضطراب با استفاده از فن نمایشنامه‌نویسی؛ تمرین نحوه مهار هیجان‌ها در مورد رفتارهای هدف از طریق تجربه در آغوش گرفتن که دلبستگی ایمن را افزایش می‌دهد؛ تشویق مادر به رویارویی با تجربه‌های خود و چهارچوب‌دهی آنها به‌صورت معقول و پذیرفتنی؛ آموزش فن مدیریت استرس در خانواده با تمرکز بر کاهش میزان اضطراب کودک، آموزش فن اطمینان‌بخشی به کودک در مورد حمایت همیشگی والدین از کودک و ترسیم آینده روشن برای کودک، تمرین نمایشنامه‌نویسی درباره افزایش تفریح‌های شاد والد - کودک.
نهم	آموزش فن کنترل هیجان‌ها به کودک توسط مادر؛ نمایشنامه‌نویسی درباره چگونگی کنترل هیجان‌ها
دهم	توجه به موانع استفاده از فنون آموزش داده‌شده؛ تبیین اهمیت تداوم عمل
	بحث و تبادل نظر درباره موانع بکارگیری فن‌های آموزش داده شده، تشریح اهمیت تداوم عمل به آموخته‌ها برای ایجاد اطمینان و ترمیم دلبستگی مادر - کودک، تعیین میزان دستیابی به اهداف اولیه طرح درمانی و سرانجام جمع‌بندی و نتیجه‌گیری. لازم به ذکر است که در هر جلسه علاوه بر مرور جلسه و تمرین‌های جلسه قبل، تکالیف خانگی هم داده می‌شود.

## یافته‌ها

مداخله دلبستگی محور مادر-کودک ۲۶/۹۱ و گروه گواه ۳۰/۳۱ بود. داده‌های توصیفی هر سه گروه در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در جدول زیر آمده است.

از لحاظ ویژگی‌های جمعیت شناختی، میانگین سنی گروه درمان شناختی رفتاری کودک محور ۲۹/۸۱، گروه درمان

جدول ۳. داده‌های توصیفی نمرات گروه‌های آزمایش و کنترل در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری						
شاخص‌های آماری	پس‌آزمون					
متغیر	گروه	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	پیگیری
نشانه‌ها	درمان شناختی رفتاری کودک محور	۵/۸۰	۰/۸۲	۳/۲۲	۰/۸۰	۳/۱۷
نافرمانی	مداخله دلبستگی محور مادر-کودک	۶/۰۸	۰/۷۹	۳/۲۵	۰/۸۶	۳/۰۹
مقابله‌ای	کنترل	۵/۹۱	۰/۹۰	۵/۹۵	۰/۹۲	۵/۸۹

آزمایش معنادار بودن اثربخشی آموزش‌های دو گروه از تحلیل واریانس چندمتغیره با اندازه‌گیری‌های مکرر در سه مرحله استفاده شده است. برای این منظور ابتدا پیش فرض‌های مورد نیاز بررسی شد.

همان‌طور که در جدول فوق ملاحظه می‌شود، میان میانگین‌های نشانه‌ها نافرمانی مقابله‌ای در مرحله پیش‌آزمون در سه گروه تفاوت زیادی وجود ندارد اما نمرات هر دو گروه آزمایش در مراحل پس‌آزمون و پیگیری افزایش یافته است؛ در صورتی که نمرات گروه کنترل تغییر نکرده است. برای



**جدول ۴. نتایج توزیع طبیعی نمره‌ها**

متغیر	گروه	آزمون شاپیرو ویلک			آزمون لوین		آزمون موخلی	
		درجه آزادی	آماره	معناداری	درجه آزادی ۲	آماره	معناداری	W X <sup>2</sup> موخلی
نشاندگان نافرمانی مقابله‌ای	درمان شناختی رفتاری کودک محور	۱۰	۰/۸۵	۰/۵۶	۲۷	۱/۳۶	۰/۳۰	۰/۶۶
	مداخله دلبستگی محور مادر-کودک	۱۰	۰/۸۰	۰/۴۲	۲۷	۲/۰۱	۰/۱۳	
	کنترل	۱۰	۰/۸۵	۰/۵۶	۲۷	۱/۷۷	۰/۱۹	

مطابق جدول فوق، آزمون شاپیرو ویلک نشان می‌دهد داده‌های به دست آمده از توزیع طبیعی برخوردار بوده و بر اساس نتایج آزمون لوین شرط همسانی واریانس برقرار است. در ادامه نتایج آزمون موخلی برای آزمودن شرط کرویت گزارش شده است. بر اساس نتایج فوق، با در نظر گرفتن سطح معناداری ۰/۰۵ شرط کرویت برای گروه آزمایش درمان شناختی رفتاری کودک محور برقرار است.

**جدول ۵. تحلیل واریانس مختلط با اندازه‌گیری‌های مکرر در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری در گروه درمان شناختی رفتاری کودک محور و گروه کنترل با فرض کرویت داده‌ها**

اجزاء	مجموع مجذورات	درجه آزادی	مجدور میانگین	نسبت F	سطح معناداری	اندازه اثر (تا)
مراحل مداخله	۴۵۹/۴۹	۲	۴۵۹/۴۹	۵۰/۵۰	۰/۰۰۰	۰/۷۴
مراحل × گروه	۷۱۰/۰۱	۲	۷۱۰/۰۱	۵۴/۱۶	۰/۰۰۰	۰/۷۷
خطا	۱۰۰/۰۰	۳۶	۱۳/۱۲			

همان طور که در جدول فوق ملاحظه می‌شود، درمان شناختی رفتاری کودک محور به طور معناداری (سطح معناداری = ۰/۰۵) نشاندگان نافرمانی مقابله‌ای شرکت‌کنندگان را افزایش داده است.

**جدول ۶. تحلیل واریانس مختلط با اندازه‌گیری‌های مکرر در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری در گروه مداخله دلبستگی محور مادر-کودک با فرض کرویت داده‌ها**

اجزاء	مجموع مجذورات	درجه آزادی	مجدور میانگین	نسبت F	سطح معناداری	اندازه اثر (تا)
مراحل مداخله	۵۲۰/۳۵	۲	۵۲۰/۳۵	۵۴/۱۹	۰/۰۰۰	۰/۷۵
مراحل × گروه	۷۹۱/۸۱	۲	۷۹۱/۸۱	۶۱/۴۶	۰/۰۰۰	۰/۷۹
خطا	۱۳۰/۶۹	۳۶	۱۲/۳۰			

همان طور که در جدول فوق ملاحظه می‌شود، مداخله دلبستگی محور مادر-کودک به طور معناداری (سطح معناداری = ۰/۰۵) نشاندگان نافرمانی مقابله‌ای شرکت‌کنندگان را افزایش داده است.

**جدول ۷. نتایج آزمون تعقیبی بن‌فرونی در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری به تفکیک گروه‌ها**

شاخص‌های آماری	مرحله	درمان شناختی رفتاری کودک محور	مداخله دلبستگی محور مادر-کودک
تفاوت میانگین	معناداری	تفاوت میانگین	معناداری
نشاندگان نافرمانی مقابله‌ای	پس آزمون / پیش آزمون	۲/۵۸	۰/۰۰
	پیگیری / پیش آزمون	۲/۸۳	۰/۰۰
	پیگیری / پس آزمون	۰/۰۵	۱/۰۰

رفتاری کودک محور و مداخله دلبستگی محور مادر-کودک از آزمون تعقیبی توکی استفاده شد که نتایج آن در جدول ۸ گزارش شده است.

داده‌های جدول فوق حاکی از آن است که اثرات هر دو آموزش بر نشانگان نافرمانی مقابله‌ای کودکان در مرحله پیگیری از پایداری مناسبی برخوردار است. در ادامه و برای مقایسه میانگین‌های اثربخشی دو گروه درمان شناختی

جدول ۸. مقایسه چندگانه درمان شناختی رفتاری کودک محور و مداخله دلبستگی محور مادر-کودک				
متغیر	گروه I	گروه J	تفاوت میانگین‌ها (I-J)	خطای استاندارد سطح معناداری
نشانگان مقابله‌ای	نافرمانی درمان شناختی رفتاری کودک محور	مداخله دلبستگی محور مادر-کودک	۰/۱۱	۰/۰۳ ۰/۸۶

واکنش‌های فیزیکی به اضطراب، شناخت رابطه بین افکار، احساسات و رفتار، شناسایی الگوهای فکری (شفاف سازی و شناخت افکار و احساسات در موقعیت‌های اضطراب‌آور، تشخیص تحریف‌ها شناختی)، تدوین برنامه مقابله‌ای و ارزیابی عملکرد و تقویت خود، منجر به کاهش علائم اختلال نافرمانی مقابله‌ای در کودکان می‌شود. همچنین درمان شناختی-رفتاری کودک محور گربه سازگار از طریق بازسازی شناختی (Mukund & Jena, 2022) به تغییر دیدگاه کودکان منجر می‌شود؛ با تمرین‌ها و تکنیک‌های مورد استفاده در فضای امن درمانی و خارج از جلسات درمان، احساس تسلط بر محیط را در مراجعان افزایش داده و نشانه‌های جسمانی و ارزیابی‌های شناختی ناسازگار را در طولانی مدت کاهش می‌دهد و در نهایت کودکان می‌آموزند آموزه‌های جلسات درمانی را به موقعیت‌های روزمره انتقال دهند؛ که این امر به تداوم نتایج درمان بعد از پایان یافتن آن منجر می‌شود (Munund & Jena, 2022).

در تبیین یافته موجود مبنی بر اثربخشی درمان مبتنی بر دلبستگی مادر-کودک می‌توان گفت کودکان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای در تنظیم هیجانات خود به‌ویژه هیجانات منفی نقایصی نشان می‌دهند (Rodriguez et al., 2021)؛ پژوهشگران دریافته‌اند والدین این کودکان پاسخدهی مناسبی به رفتارها و هیجانات کودک ندارند و کمتر از سبک عاطفی حمایت‌کننده استفاده می‌کنند. بهبود رابطه مادر و کودک و عناصر دلبستگی می‌تواند خودکنترلی و مدیریت هیجان را در کودک بهبود بخشیده و اضطراب او را کاهش دهد. والدینی با دلبستگی ایمن، حساسیت والدینی بالاتری داشته و نیازها، هیجان‌ها و انگیزه‌های زیربنایی رفتار و تجربه‌های هیجانی کودک خود را به درستی درک می‌کنند

بر اساس جدول بالا، تجزیه و تحلیل با استفاده از آزمون توکی نشان می‌دهد تفاوت میان اثربخشی دو آموزش بر نشانگان نافرمانی مقابله‌ای در سطح معناداری ۰/۰۵ معنادار نیست.

### بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری کودک-محور و درمان مبتنی بر دلبستگی مادر-کودک بود. علاوه بر این، مقایسه میان اثربخشی این دو شیوه درمانی نشان داد که میان اثربخشی این دو رویکرد تفاوت معناداری وجود ندارد. لذا برای بهبود اختلال نافرمانی مقابله‌ای کودکان می‌توان از هر دوی آن‌ها بهره برد. در تبیین عدم تفاوت معنادار در اثربخشی دو رویکرد به نظر می‌رسد دلیل این امر اثربخشی مناسب هر دو روش است. نتایج این پژوهش با پژوهش‌های (Shafieetabar, Sadeghi (2020)، (Levy, et al. (2020)، (Stevens, & Tolin (2022)، (Salvaris et al. (2022) و (Helland et al. (2022) همسو است. در تبیین یافته موجود مبنی بر اثربخشی درمان شناختی رفتاری کودک-محور بر اساس برنامه گربه ناسازگار می‌توان گفت «گربه سازگار» به‌عنوان یک درمان مبتنی بر شواهد و رفتاری شناختی شامل آموزش مهارت‌های مقابله‌ای و قرار گرفتن تدریجی در معرض سناریوهای اضطراب‌آور و نیز تکالیف درمانی است (Mukund & Jena, 2022). درمان شناختی-رفتاری کودک محور گربه سازگار از طریق مراحل چندگانه به بازسازی شناختی کودکان کمک می‌کند که این می‌تواند بر اختلال نافرمانی مقابله‌ای مؤثر باشد. در تبیین بیش‌تر این یافته می‌توان گفت چهار جزء درمان شناختی-رفتاری کودک محور گربه سازگار از طریق مولفه‌های اختصاصی خود شامل آموزش الگوی درمان (شناخت احساسات مضطرب و

- with a dual diagnosis. *Australian and New Zealand Journal of Family Therapy*, 28(2), 61-70. [Link]
- Arias, V. B., Aguayo, V., & Navas, P. (2021). Validity of DSM-5 oppositional defiant disorder symptoms in children with intellectual disability. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(4), 1977. [Link]
- Barkley, R. A. (2013). *Defiant children: A clinician's manual for assessment and parent training*. Guilford press. [Link]
- Chambers, H., Amos, J., Allison, S., & Roeger, L. (2006). Parent and child therapy: An attachment-based intervention for children with challenging problems. *Australian and New Zealand Journal of Family Therapy*, 27(2), 68-74. [Link]
- Folino, A. (2011). The effects of antecedent exercise on students' aggressive and disruptive behaviors: exploratory analysis of temporal effects and mechanism of action. A thesis submitted in conformity with the requirements for the degree of Doctor of Philosophy Department of Human Development and Applied Psychology University of Toronto. [Link]
- Ford, J. D., Courtois, C. A., Steele, K., Hart, O. V. D., & Nijenhuis, E. R. (2005). Treatment of complex posttraumatic self-dysregulation. *Journal of Traumatic Stress: Official Publication of the International Society for Traumatic Stress Studies*, 18(5), 437-447. [Link]
- Gadow, K. M., Sprafkin, J. (1994). *Child Symptom Inventories manual*. Stony Brook, NY: Checkmate Plus. [Link]
- Ghosh, A., Ray, A., & Basu, A. (2017). Oppositional defiant disorder: current insight. *Psychology research and behavior management*, 353-367. [Link]
- Helland, S. S., Baardstu, S., Kjøbli, J., Aalberg, M., & Neumer, S. P. (2023). Exploring the mechanisms in cognitive behavioural therapy for anxious children: Does change in emotion regulation explain treatment effect?. *Prevention Science*, 24(2), 214-225. [Link]
- Hodges, T. D., & Clifton, D. O. (2004). Strengths-based development in practice. *Positive psychology in practice*, 1, 256-268. [Link]
- Jones, S. H. (2018). Oppositional defiant disorder: An overview and strategies for educators. *General Music Today*, 31(2), 12-16. [Link]
- Kendall, P. C., & Hedtke, K. A. (2006). *Cognitive-behavioral therapy for anxious children: Therapist manual*. Workbook Publishing. [Link]
- (Shafieetabar et al., 2020). همدلی موثر و پاسخدهی مناسب به نیازهای کودک، می‌تواند تنظیم هیجان در کودک را ارتقاء دهد چراکه کودک در تعامل با مادر و در یک رابطه ایمن مهارت تنظیم هیجان را می‌آموزد. تنظیم هیجان به نوبه خود باعث کاهش نشانگان اختلال نافرمانی مقابله‌ای می‌شود. نتایج نشان داد در پیگیری اثربخشی درمان در کاهش اضطراب حفظ شده‌است. انتقال آموزه‌های کاربردی جلسات درمان به موقعیت‌های روزمره به تداوم نتایج درمان بعد از پایان یافتن آن منجر می‌شود. هر پژوهشی دارای محدودیت‌هایی بوده که پژوهش حاضر نیز از این قاعده مستثنی نیست. از جمله این محدودیت‌ها می‌توان به شیوه نمونه‌گیری پژوهش اشاره کرد. همچنین روش شبه‌آزمایشی نیز باعث می‌گردد تعمیم یافته‌ها با دقت کمی صورت گیرد و این نیازمند احتیاط است. همچنین با توجه به کمبود پژوهش به خصوص پژوهش داخلی در این حوزه به سایر پژوهش‌گران پیشنهاد می‌گردد مراکز مشاوره و کلینیک‌های روان‌درمانی کودک و نوجوان از پروتکل‌های به کار رفته در این پژوهش استفاده نمایند.
- ### موازن اخلاقی
- در تمامی مراحل پژوهش سعی شد اصول اخلاقی مورد توجه قرار گیرد. ضمن دادن آزادی انتخاب به شرکت‌کنندگان و دادن اطمینان جهت رعایت اصول رازداری، سعی بر آن بود تا به حریم شخصی زندگی افراد احترام گذاشته شود.
- ### سپاسگزاری
- از همه افراد شرکت‌کننده در پژوهش و همه افرادی که در اجرای این پژوهش همکاری داشتند تشکر و قدردانی می‌شود.
- ### تعارض منافع
- بنابر اظهار نویسندگان پژوهش حاضر هیچ‌گونه تعارض منافی ندارد.
- ### References
- Abdollahi Baghrabadi, Gh. (2018). Effectiveness of sandplay therapy on reducing the symptoms of oppositional defiant disorder. *Rooyesh*; 7 (8) :1-16. [Link]
- Amos, J., Beal, S., & Furber, G. (2007). Parent and Child Therapy (PACT) in action: An attachment-based intervention for a six-year-old

- Kendall, P. C., Norris, L. A., Rabner, J. C., Crane, M. E., & Rifkin, L. S. (2020). Intolerance of uncertainty and parental accommodation: promising targets for personalized intervention for youth anxiety. *Current psychiatry reports*, 22, 1-8. [[Link](#)]
- King, M. G., & Newnham, K. (2008). Attachment Disorder, Basic Trust and Educational Psychology. *Australian Journal of Educational & Developmental Psychology*, 8, 27-35. [[Link](#)]
- Levy, H. C., Stevens, K. T., & Tolin, D. F. (2022). Research Review: A meta-analysis of relapse rates in cognitive behavioral therapy for anxiety and related disorders in youth. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 63(3), 252-260. [[Link](#)]
- Liu, M. C., Chang, J. C., & Lee, C. S. (2021). Interactive association of maternal education and peer relationship with oppositional defiant disorder: an observational study. *BMC psychiatry*, 21(1), 1-7. [[Link](#)]
- Mukund, B., & Jena, S. P. K. (2022). Qualitative analysis of school children's experience of receiving "Coping Cat program": A cognitive behavioral therapy program for high anxiety. *Psychology in the Schools*, 59(9), 1755-1775. [[Link](#)]
- Purnell, C. (2018). Attachment theory and attachment-based therapy. In *Attachment and human survival* (pp. 119-136). Routledge. [[Link](#)]
- Salvaris, C. A., Wade, C., Galea, S., Yap, M. B. H., & Lawrence, K. A. (2022). Children's Perspectives of an Enhanced Cognitive-Behavioral Treatment for Child-Parent Dyads With Anxiety Disorders. *Cognitive and Behavioral Practice*. [[Link](#)]
- Schroeder, C. S., & Gordon, B. N. (2002). Assessment and treatment of childhood problems: A clinician's guide. Guilford press. [[Link](#)]
- Szentiványi, D., & Balázs, J. (2018). Quality of life in children and adolescents with symptoms or diagnosis of conduct disorder or oppositional defiant disorder. *Mental Health & Prevention*, 10, 1-8. [[Link](#)]
- Vetter, N. C., Backhausen, L. L., Buse, J., Roessner, V., & Smolka, M. N. (2020). Altered brain morphology in boys with attention deficit hyperactivity disorder with and without comorbid conduct disorder/oppositional defiant disorder. *Human Brain Mapping*, 41(4), 973-983. [[Link](#)]

