

Research Paper



**Comparing the Effectiveness of Parent-child interaction therapy (PCIT), child-centered mindfulness instruction (Burdick) and incredible years parents program instruction (IY) on decreased internalizing symptoms of first period elementary Students in Tabriz**



Anahita Obalasi <sup>1</sup>, Ali khademi\* <sup>2</sup>, Majid Mahmoud Ali Lou <sup>3</sup>, Mahin etemadi nia <sup>4</sup>

1. PhD Student, Department of Psychology, Urmia Branch, Islamic Azad University, Urmia, Iran.
2. Associate professor, Department of Psychology, Urmia Branch, Islamic Azad University, Urmia, Iran.
3. Professor, Department of Psychology, University of Tabriz, Tabriz, Iran.
4. Assistant professor, Department of Psychology, Urmia Branch, Islamic Azad University, Urmia, Iran.



DOI: 10.22034/JMPR.2023.14762

DOR: [20.1001.1.27173852.1402.18.71.4.1](https://doi.org/10.22034/JMPR.2023.14762)

URL [https://psychologyj.tabrizu.ac.ir/article\\_14762.html](https://psychologyj.tabrizu.ac.ir/article_14762.html)



ARTICLE INFO

ABSTRACT

**Keywords:**

**parent-child interaction therapy, child-centered mindfulness instruction (Burdick) and incredible years parents program instruction (IY), internalizing symptoms.**

**Received: 2022/03/12**

**Accepted: 2022/04/17**

**Available: 2023/12/21**

The purpose of this research was to determine the difference among effectiveness of parent-child interaction therapy (PCIT), child-centered mindfulness instruction (Burdick) and incredible years program (IY) on decreased internalizing symptoms of first period elementary students in Tabriz. Necessary data was collected in the framework of semi-experimental design of pre-test, post-test kind and follow-up with three experimental groups and one control and administration of Achenbach' child behavior questionnaire (CBCL) – parents' version. The statistical population was all the first period elementary students of Tabriz and their mothers during 2020-2021. The sample included 40 students with their mothers that 30 people were selected as experimental groups and 10 people as control group through volunteer method and based on inclusion criteria. After holding treatment periods (parent-child interaction therapy, child-centered mindfulness and incredible years (IY) during three months and data analysis by mixed variance analysis, the results showed that treatment methods of parent-child interaction, child-centered mindfulness and incredible years program (IY) were effective on decreased scores of internalizing behaviors of the students since pre-test session till follow-up session.

the results of Bonferoni's test showed that the method parent-child interaction is more effective than the treatment method of child-centered mindfulness on decreased internalizing symptoms of the students.



\* Corresponding Author: Ali khademi

E-mail: [dr\\_ali\\_khademi@yahoo.com](mailto:dr_ali_khademi@yahoo.com)



پروہشگاہ علوم انسانی و مطالعات فرہنگی  
پرتال جامع علوم انسانی

## مقاله پژوهشی



## مقایسه اثربخشی درمان تعاملی والد-کودک (PCIT)، آموزش ذهن آگاهی کودک محور (بوردیک) و آموزش برنامه والدین سال‌های باورنکردنی (IY) بر کاهش نشانه‌های درونی‌سازی شده دانش‌آموزان دوره اول ابتدایی شهر تبریز



آناهیتا اوبالاسی<sup>۱</sup>، علی خادمی<sup>۲\*</sup>، مجید محمود علیلو<sup>۳</sup>، مهین اعتمادی‌نیا<sup>۴</sup>

۱. دانشجوی دکتری تخصصی، گروه روانشناسی، واحد ارومیه، دانشگاه آزاد اسلامی، ارومیه، ایران.

۲. دانشیار، گروه روانشناسی، واحد ارومیه، دانشگاه آزاد اسلامی، ارومیه، ایران.

۳. استاد، گروه روانشناسی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران.

۴. استادیار، گروه روانشناسی، واحد ارومیه، دانشگاه آزاد اسلامی، ارومیه، ایران.



DOI: 10.22034/JMPR.2023.14762

DOR: [20.1001.1.27173852.1402.18.71.4.1](https://doi.org/10.22034/JMPR.2023.14762)

URL [https://psychologyj.tabrizu.ac.ir/article\\_14762.html](https://psychologyj.tabrizu.ac.ir/article_14762.html)



## چکیده

## مشخصات مقاله

## کلیدواژه‌ها:

هدف این پژوهش تعیین تفاوت اثربخشی درمان تعاملی والد-کودک (PCIT)، ذهن آگاهی کودک محور (بوردیک) و برنامه سال‌های باورنکردنی (IY) بر کاهش نشانه‌های درونی‌سازی شده دانش‌آموزان دوره اول ابتدایی شهر تبریز بود. در قالب طرح نیمه آزمایشی از نوع طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون و پیگیری با سه گروه آزمایش و یک گروه کنترل و اجرای پرسشنامه رفتاری کودک (CBCL) آخنباخ نسخه والدین اطلاعات لازم جمع‌آوری شد. جامعه آماری شامل کلیه مادران و دانش‌آموزان دوره اول ابتدایی شهر تبریز در سال تحصیلی ۱۳۹۸-۱۳۹۹ بود. نمونه شامل ۴۰ نفر دانش‌آموز به همراه مادران شان است که ۳۰ نفر به‌عنوان گروه آزمایشی و ۱۰ نفر به‌عنوان گروه کنترل به روش داوطلبانه و مبتنی بر معیارهای ورود انتخاب شدند. پس از برگزاری دوره‌های درمانی (تعاملی والد-کودک، ذهن آگاهی کودک محور و سال‌های باورنکردنی) طی ۳ ماه و تحلیل داده‌ها با روش تحلیل واریانس مختلط، نتایج نشان داد که روش‌های درمانی تعاملی والد-کودک، ذهن آگاهی کودک محور و برنامه سال‌های باورنکردنی بر کاهش نمرات درونی‌سازی شده دانش‌آموزان از جلسه‌ی پیش‌آزمون تا جلسه‌ی پیگیری موثرند. نتایج آزمون بونفرونی نشان داد که روش درمان تعاملی والد-کودک اثربخش‌تر از روش درمانی ذهن آگاهی کودک محور در کاهش نشانه‌های درونی‌سازی شده دانش‌آموزان است.

درمان تعاملی والد-کودک، آموزش ذهن آگاهی کودک محور (بوردیک)، آموزش برنامه والدین سال‌های باورنکردنی و نشانه‌های درونی‌سازی شده.

دریافت شده: ۱۴۰۰/۱۲/۲۱

پذیرفته شده: ۱۴۰۱/۰۱/۲۸

منتشر شده: ۱۴۰۲/۰۹/۳۰

\* نویسنده مسئول: علی خادمی

رایانامه: [dr\\_ali\\_khademi@yahoo.com](mailto:dr_ali_khademi@yahoo.com)

## مقدمه

با توجه به این که عوامل مختلفی از قبیل ویژگی‌های والدین و متغیرهای چارچوب خانوادگی بر چگونگی پاسخگویی والدین به نیازهای فرزندان نشان و نیز بر تعامل والد و کودک تأثیرگذار است، روش‌ها و برنامه‌های آموزشی و درمانی متفاوتی برای کمک به خانواده‌ها قابل ارائه است. در این پژوهش سه رویکرد درمانی متفاوت با عنوان درمان تعامل والد-کودک که بر پایه تعاملات والدین با کودک است، رویکرد درمانی کودک محور ذهن‌آگاهی که عمدتاً متمرکز بر آموزش مستقیم کودک بوده و در آخر برنامه آموزشی سال‌های بارنکردنی با رویکرد خانواده محور که بر آموزش روی والدین متمرکز می‌باشد، مورد مقایسه قرار گرفته است.

درمان مبتنی بر تعامل والد-کودک (PCIT) به وسیله آبرگ<sup>۸</sup> ابداع شد. این درمان از نظر مفهومی از تحقیقات طولی بامریند در مورد سبک والدینی مقتدرانه و رویکردهایی همچون رفتاردرمانی، بازی درمانی، نظریه یادگیری اجتماعی و نظریه دلبستگی ترسیم شده است که به والدین آموزش می‌دهد با کودکانشان با گرمی، توجه و به شیوه پاسخگرانه‌ای تعامل داشته باشند (هود<sup>۱۰</sup> و آبرگ، ۲۰۰۳؛ باد<sup>۱۱</sup> و همکاران، ۲۰۱۱). در این برنامه دو دسته از مهارت‌ها در دو مرحله متوالی درمان مورد توجه قرار می‌گیرد. در مرحله تعامل کودک محور، والدین استفاده از مهارت‌های معمول بازی درمانی را به منظور ارتقاء ارتباط والد - کودک می‌آموزند. در مرحله تعامل والد محور، والدین برای افزایش فرمان‌پذیری و کاهش رفتارهای مخل کودکشان، مهارت‌های لازم را فرا می‌گیرند (گرسو، سورل و مک نیل<sup>۱۲</sup>، ۲۰۰۱). این درمان از طریق پیوند بازی درمانی با آموزش‌های رفتاری والدین، درصدد تغییر رفتار و تعاملات دوگانه کودک و والد است. زیربنای فکری این رویکرد بر این باور استوار است که کودکان خردسال توانایی‌های شناختی کافی برای تغییر رفتارهای مشکل‌زا ندارند، از این رو درمان تعاملی به جای درگیر ساختن مستقیم کودک با مشکلات، بر تغییر بافت محیطی اولیه و تعاملات والد و کودک متمرکز می‌شود. این درمان بر بهبود تعاملات خانواده، توجه مثبت، حل مسئله و ثبات متکی است (پیرنیا، سلیمانی و پیرنیا، ۱۳۹۶). پژوهش‌های متعددی اثربخشی درمان تعاملی والد-کودک را بر مشکلات رفتاری کودکان نشان داده اند که می‌توان به پژوهش وب<sup>۱۳</sup> و همکارانش (۲۰۱۶) اشاره کرد که استفاده از درمان تعاملی والد-کودک را در درمان اختلالات برونی‌سازی شده و درونی‌سازی شده کودکان و همچنین استرس والدین موفق ارزیابی کردند.

درمان تعاملی والد-کودک واجد ویژگی‌هایی است که آن را از سایر برنامه‌های مشابه متمایز می‌سازد. از جمله این موارد، در درجه نخست می‌توان به تمرکز درمان بر تقویت رابطه‌ی والد-کودک از طریق استفاده از بازی درمانی اشاره کرد. ویژگی منحصر به فرد دیگر این درمان آمیختگی درمان و ارزیابی است، بر این اساس طول فرآیند درمان به جای این که به

اضطراب یک پاسخ طبیعی به عوامل استرس‌زای محیطی است (کودیش<sup>۱</sup> و دوران کودکی از مهمترین مراحل زندگی است که در آن شخصیت فرد پایه‌ریزی می‌شود و شکل می‌گیرد. اغلب اختلالات و مشکلات رفتاری پس از دوران کودکی، ناشی از کمبود توجه به دوران حساس کودکی و عدم هدایت صحیح در روند رشد و تکامل است. این بی‌توجهی منجر به عدم سازش و انطباق با محیط و بروز انحرافات گوناگون در ابعاد مختلف برای کودک می‌شود. اختلالات هیجانی رفتاری در کودکان به شرایطی اطلاق می‌شود که در آن پاسخ‌های هیجانی رفتاری در مدرسه و خانه با هنجارهای جامعه تفاوت داشته باشد. به طوری که بر سازگاری فرد، عملکرد در مدرسه، مراقبت از خود و روابط اجتماعی تأثیر منفی می‌گذارد. طبقه‌بندی اختلالات دوران کودکی در قالب مشکلات درونی‌سازی شده در برابر برونی‌سازی شده از گسترده‌ترین و پرکاربردترین پژوهش‌ها در زمینه طبقه‌بندی اختلال‌های دوران کودکی محسوب می‌شود که از روی آورد ابعادی پیروی می‌کند (آخنباخ و رسکولار<sup>۲</sup>، ۲۰۱۰). مشکلات برونی‌سازی شده ماهیتی بین‌فردی دارند و به صورت فزون‌کنشی، پرخاشگری، تضادورزی، نقض قواعد و قوانین اجتماعی ظاهر می‌شوند. در مقابل، مشکلات درونی‌سازی شده ماهیتی درون‌فردی دارند و بیش از آنکه اطرافیان را آزار دهند موجب رنجش خود کودک می‌شوند و به شکل کناره‌گیری از تعامل‌های اجتماعی، شکایت‌های جسمانی، بازداری، اضطراب و افسردگی نمایان می‌شوند (آخنباخ و رسکولار، ۲۰۱۰). بر طبق آمارها ۱۰ تا ۲۰ درصد از کودکان و نوجوانان مبتلا به اختلالات درونی‌سازی شده هستند (فکس، هالپرن و فورسیث<sup>۳</sup>، ۲۰۰۸). مشکلات درونی‌سازی شده می‌توانند بسیار زود و از سنین بسیار پایین (افسردگی از نوزادی و اضطراب از هفت سالگی) آغاز شوند (پرل<sup>۴</sup> و همکاران، ۲۰۱۳). بعلاوه مطالعات متعددی حاکی از آن هستند که همچنان درصد قابل توجهی از اختلالات درونی‌سازی شده در طول تحول و تا سال‌های بزرگسالی پایدار می‌مانند و پیامدهای زیانباری برای فرد به همراه می‌آورند (کولمن، وادسورث، کرودایس و جونز<sup>۵</sup>، ۲۰۰۸؛ هادسون، دیوینی و تیلور<sup>۶</sup>، ۲۰۰۵).

بی‌تردید مسائل و مشکلات ناشی از اختلال رفتاری فرزند، شرایط ذهنی و روانی والدین و به ویژه مادر را به طور فوق‌العاده و غیرعادی متأثر می‌کند. بسیاری از خانواده‌ها، اطلاع چندانی نسبت به وضعیت خاص روانی و رفتاری کودک با اختلال رفتاری ندارند و همین بی‌اطلاعی باعث درگیری بیشتر مادران می‌شود (بولگان و کیفیتسی<sup>۷</sup>، ۲۰۱۷). معمولاً حضور و وجود کودک با اختلال رفتاری تأثیر نامطلوبی بر کارکرد خانواده دارد. گاهی مشکلات رفتاری فرزندان، سلامت روانی اعضای خانواده را به چالش می‌کشد و می‌تواند بر تعامل والد-کودک اثر بگذارد (هالاها، کافمن و پولن<sup>۸</sup>، ۲۰۱۵).

- 8-Hallahan, Kauffman & Pullen
- 9-Eyberg
- 10-Hood
- 11-Budd
- 12-Greco, Sorrell & McNeil
- 13-Webb

1. Kodish
- 2-Achenbach & Rescorla
- 3-Fox, Halpern & Forsyth
- 4-Perle
- 5-Colman, Wadsworth, Croudace & Jones
- 6-Hudson, Deveny & Taylor
- 7-Bulgan & Ciftci

تعداد جلسه‌ها بستگی داشته باشد، به نحوه عملکرد والدین و چگونگی مهارت‌های کسب شده منوط است (کازدین<sup>۱</sup>، ۲۰۰۵).

یکی دیگر از روش‌های مداخله‌ای که براساس رویکرد کودک محور بوده و در این پژوهش به کار گرفته شده، ذهن‌آگاهی کودک محور (بوردیک<sup>۲</sup>) است که کاربرد بالینی آن برای کودکان دارای اختلال‌های نارسایی توجه/بیش‌فعالی، اضطراب، افسردگی، وسواس فکری و عملی، پرخاشگری و اختلال استرس پس از سانحه مفید بوده است (بوردیک، ۱۳۹۶). کوهات<sup>۳</sup> و همکاران (۲۰۱۷)؛ مجید، علی و سوداک<sup>۴</sup> (۲۰۱۸) و هس<sup>۵</sup> (۲۰۱۸) نشان داده‌اند که درمان ذهن‌آگاهی منجر به کاهش مؤلفه‌های روانشناختی آسیب‌زا همچون اضطراب در کودکان و نوجوانان شده است. بر مبنای این دیدگاه، ذهن‌آگاهی می‌تواند از طریق تقویت لحظه به لحظه رفتارهای افراد منجر به کاهش رفتارهای منفی (خصوصت، اجبار، کنترل بیش از حد و ارتباط بی‌اثر) و افزایش رفتارهای مثبت (گرمی، پذیرش، تشویق) شده و در نهایت موجب کاهش مشکلات رفتاری، هیجانی و روانشناختی آنان گردد (پیرنت، مک‌کی، راف و فورهند<sup>۶</sup>، ۲۰۱۵). آموزش ذهن‌آگاهی به کودکان یاد می‌دهد از فرآیندهای ناخودآگاه ذهن خود آگاه شوند و به شیوه‌ای مؤثر به افکار، احساسات و حواس بدنی واکنش دهند. این توجه آگاهانه به افکار، احساسات و حواس بدنی توانایی کودکان را برای مهار خلق منفی افزایش می‌دهد و منجر به کاهش نشانه‌های مشکلات رفتاری می‌گردد (سویسا و ویلکامپ<sup>۷</sup>، ۲۰۱۵).

در سال‌های اخیر یکی دیگر از مداخله‌های درمانی با رویکرد خانواده محور که به صورت آموزش والدین، برای کاهش اختلال‌ها و مشکلات هیجانی-رفتاری کودکان استفاده شده، برنامه سالهای باورنکردنی است که در سال ۱۹۹۰ براساس پژوهش‌های وبستر استراتون<sup>۸</sup> در کلینیک تربیت در دانشگاه واشنگتن با هدف اولیه فراهم کردن یک برنامه مؤثر درمانی برای خانواده‌هایی دارای کودکان کنترل ناپذیر طراحی شد (وبستر استراتون، گاسپر<sup>۹</sup> و سبراسانتوز<sup>۱۰</sup>، ۲۰۱۲). این برنامه به شیوه‌ای مطلوب و منسجم، اصول نظریه‌های مختلفی همچون نظریه دلبستگی بالبی و اینزورث<sup>۱۱</sup>، مراحل رشد شناختی پیاژه و اینهلدر<sup>۱۲</sup>، نظریه یادگیری اجتماعی پترسون، رید و دیشن<sup>۱۳</sup>، نظریه شناختی اجتماعی بندورا<sup>۱۴</sup>، درمان شناختی رفتاری بک<sup>۱۵</sup>، رفتار حل مسأله دی‌زویلا و نزو<sup>۱۶</sup> و زوج درمانی رفتاری جاکوبسن و مارگولین<sup>۱۷</sup> را تلفیق کرده و از این طریق برنامه مداخله‌ای ارزشمندی را برای بهبود رفتارهای کودکان و والدین و همچنین تعامل اجتماعی آنها فراهم آورده است (محمدزاده و قمرانی، ۱۳۹۷؛ گارسیا و تورک<sup>۱۸</sup>، ۲۰۰۷). نتایج پژوهش‌های مختلف نشان داده است که برنامه‌های سال‌های باورنکردنی

می‌تواند به عنوان روشی کارآمد و مناسب از طریق آموزش والدین، برای کاهش مشکلات هیجانی-رفتاری کودکان با اختلال‌های هیجانی-رفتاری استفاده شود. در پژوهشی ادواردس<sup>۱۹</sup> و همکاران (۲۰۱۶) سعی داشتند برنامه والدین سال‌های باورنکردنی را از نظر کارآمدی بررسی کنند. در این پژوهش، طی یک بررسی ۶ ماهه، کودکان والدینی که در این برنامه شرکت داشتند، از نظر رفتاری ارزیابی شدند. نتایج نشان داد استفاده از برنامه آموزش والدین سال‌های باورنکردنی، نه تنها از نظر مدت انجام مداخله مقرون به صرفه است، بلکه هزینه‌های درمانی والدین را نیز به مراتب کاهش می‌دهد. افزون بر این در بخش درمانی، مشکلات رفتاری کودکانی که از نظر بالینی نیاز به مراقبت ویژه دارند، کاهش می‌دهد. از این روش درمانی برای درمان و پیشگیری از اختلال‌ها و مشکلات رفتاری کودکان، آموزش والدین و مربیان به منظور رفتار مناسب با کودکان، درمان مشکلات کودکان مبتلا به بی‌اعتنایی مقابله‌ای، اختلال سلوک، کم‌توجهی - بیش‌فعالی و کودکان ناشنوی با مشکلات رفتاری استفاده شده است (تریلینگسگارد<sup>۲۰</sup>، تریلینگسگارد و وبستر استراتون<sup>۲۱</sup>، ۲۰۱۴). بر این اساس، برنامه سال‌های باورنکردنی برای حمایت از والدین و بهبود شیوه‌های فرزندپروری آنها طراحی شد تا از این طریق مشکلات رفتاری کودکان کاهش یابد و کفایت اجتماعی و عاطفی در آنها تقویت شود (سبراسانتوز و همکاران، ۲۰۱۶).

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 (تایمر و اورگوزا<sup>۲۱</sup>، ۲۰۱۴).

با توجه به آنچه گفته شد، یافتن درمان‌های مؤثر و راهبردهای پیشگیری از گسترش مشکلات رفتاری در کودکان در معرض خطر یکی از خطوط عمده پژوهشی در این حیطه است، همچنین می‌توان گفت درمان‌هایی که اهدافشان کودک محور، خانواده محور و بازسازی تعاملات والد-کودک باشد، می‌تواند در درمان اختلالات و مشکلات رفتاری کودکی مفید واقع شود. در این تحقیق پژوهشگر سه روش درمانی که عبارتند از: درمان تعاملی والد-کودک (PCIT) که متمرکز بر آموزش مستقیم فرزندپروری و تعامل والد کودک است، ذهن‌آگاهی کودک محور (بوردیک) که متمرکز بر آموزش روی

- 12-Piaget & Inhelder
- 13-Patterson, Reid, and Dishion
- 14-Bandura
- 15-Beck
- 16-D>Zurilla and Nezu
- 17-Jacobson and Margolin
- 18-Garcia & Turk
- 19-Edwards
- 20-Trillingsgaard
- 21-Timmer & Urquiza

- 1-Kazdin
- 2-Burdick
- 3-Kohut
- 4-Majeed, Ali & Sudak
- 5-Hess
- 6-Parent, McKee, Rough & Forehand
- 7-Soysa & Wilcomb
- 8-Webster-Stratton
- 9-Gaspar
- 10-Seabra-Santos
- 11-Bowlby & Ainsworth

دانش آموزان در میان گذاشت و فرم رضایت آگاهانه را به آنان ارائه کرد. با اعلام موافقت و امضای افراد مذکور، سیاهه‌ی رفتاری کودکان (CBCL) نسخه والدین در بین والدین دانش‌آموزان توزیع گردید و از بین آنها ۴۰ دانش آموز با خط برش مرزی- بالینی (نمره T بین ۶۳-۶۰) در مقیاس‌های درونی‌سازی شده و همچنین با توجه به ملاک‌های ورود به پژوهش انتخاب گردید. سپس این افراد (دانش‌آموزان و مادران با توجه به نوع درمان) به صورت تصادفی در سه گروه آزمایشی و کنترل گنجانده شدند. پس از آن برای سه گروه آزمایش و یک گروه کنترل، نمرات سیاهه‌ی رفتاری کودکان (CBCL) نسخه والدین به عنوان پیش‌آزمون ثبت گردید و دانش‌آموزان و مادران گروه‌های آزمایش به مدت ۳ ماه در معرض متغیرهای مستقل یعنی درمان تعاملی والد-کودک (دانش‌آموزان و مادران)، ذهن‌آگاهی کودک محور (دانش‌آموزان) و برنامه سال‌های باورنکردنی (مادران) قرار گرفتند. در حالی که کودکان و والدین گروه کنترل هیچ درمانی دریافت نکردند (البته پس از به اتمام رسیدن مراحل تحقیق برای تشکر از همکاری گروه کنترل درمان سال‌های باورنکردنی برای آنها اجرا شد). پس از اتمام دوره درمان، سیاهه‌ی رفتاری کودکان (CBCL) نسخه والدین به عنوان پیش‌آزمون برای گروه‌های آزمایش و کنترل اجرا گردید، نیز یک ماه پس از انجام مداخلات پیگیری به عمل آمد و در آخر نمرات به دست آمده از پیش‌آزمون، پس از آزمون و پیگیری گروه‌ها مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

#### ابزار جمع‌آوری داده‌ها

پرسشنامه رفتاری کودک (CBCL) آخنباخ نسخه والدین: سیاهه‌ی رفتاری کودک از مجموعه فرم‌های موازی آخنباخ ASEBA بوده و مشکلات کودکان و نوجوانان را در ۸ عامل اضطراب/ افسردگی، انزوا/ افسردگی، شکایت‌های جسمانی، مشکلات اجتماعی، مشکلات تفکر، مشکلات توجه، نادیده گرفتن قواعد و رفتار پرخاشگرانه ارزیابی می‌کند. مقیاس مشکلات رفتاری درونی‌سازی شده شامل گویه‌های خرده‌مقیاس‌های انزوا/ افسردگی (WD)، شکایات جسمانی (SC) و مقیاس اضطراب/ افسردگی (AD) می‌باشد. مقیاس مشکلات رفتاری برونی‌سازی شده شامل گویه‌های خرده-مقیاس‌های رفتار قانون شکنی (RB) و رفتار پرخاشگری (AG) می‌باشد. در این تحقیق فقط از گویه‌های مقیاس مشکلات رفتاری درونی‌سازی شده استفاده گردید. مقیاس مشکلات کلی شامل همه‌ی گویه‌ها به جز گویه‌های ۲ و ۴ (آلرژی و آسم) می‌باشد. این پرسشنامه مشکلات عاطفی- رفتاری و همچنین توانمندی‌ها و شایستگی‌های تحصیلی و اجتماعی کودکان ۶-۱۸ سال را از دیدگاه والدین مورد سنجش قرار می‌دهد و نوعاً در ۲۰ الی ۲۵ دقیقه تکمیل می‌شود (مینائی، ۱۳۸۴).

**شیوه نمره گذاری:** این پرسشنامه ۱۱۵ سوال در رابطه با انواع حالات رفتاری کودکان تشکیل شده است. پاسخ به سوالات این پرسشنامه به صورت لیکرت ۳ گزینه‌ای از ۰ تا ۲ می‌باشد. بدین ترتیب که نمره "۰" به مواردی تعلق می‌گیرد که هرگز در رفتار کودک وجود ندارد؛ نمره "۱" به حالات و رفتارهایی داده می‌شود که گاهی اوقات در کودک مشاهده می‌شود و نمره "۲" نیز به مواردی داده می‌شود که بیشتر مواقع یا همیشه در رفتار کودک

کودک است و برنامه سال‌های باورنکردنی (IY) که متمرکز بر آموزش روی والدین بوده و به عنوان یک روش درمانی جدید در ایران مطرح می‌باشد انتخاب نموده است. از آنجا که این سه روش درمانی از لحاظ تأثیر بر نشانه‌های درونی‌سازی شده دانش‌آموزان و نیز تأثیر آموزش بر روی سه عامل والد، کودک و تعامل والد-کودک تاکنون مورد مقایسه قرار نگرفته است، محقق در صدد است، به این سوال پاسخ دهد که تأثیر هر کدام از این عوامل در کارایی روش درمانی و نیز کاهش نشانه‌های درونی‌سازی شده دانش‌آموزان به چه میزان است؟

#### روش

بهترین روش برای این تحقیق، روش نیمه آزمایشی و به کارگیری طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری با سه گروه آزمایش و یک گروه کنترل است. **جامعه و نمونه آماری:** جامعه آماری پژوهش کلیه مادران و دانش‌آموزان دوره‌ی اول ابتدایی شهر تبریز در سال تحصیلی ۱۳۹۹-۱۳۹۸ بود که شامل ۷۳۲۳۹ دانش‌آموز بودند. نمونه در این تحقیق شامل ۴۰ نفر دانش‌آموز به همراه مادران شان بود که ۳۰ نفر به عنوان گروه آزمایشی و ۲۰ نفر به عنوان گروه کنترل انتخاب شدند.

در این تحقیق نمونه‌گیری به روش داوطلبانه و مبتنی بر معیارهای ورود صورت گرفت. به این صورت که از بین دبستان‌های ناحیه یک تبریز ۴ دبستان را با توجه به محل سکونت که از نظر عوامل اجتماعی، فرهنگی، خانوادگی در یک سطح بودند، به تصادف برگزیدیم. در مرحله بعد (غربالگری)، با رعایت ملاحظات اخلاقی و موافقت اولیای دانش‌آموزان و داشتن ملاک‌های ورود به پژوهش، فرم فهرست رفتاری کودکان (CBCL) (پیش‌آزمون) در اختیار والدین دانش‌آموزان دوره‌ی اول ابتدایی (پایه اول، دوم و سوم) قرار گرفت و پس از نمره‌گذاری پرسشنامه‌ها، دانش‌آموزانی که در مقیاس‌های درونی‌سازی شده براساس نمره برش در محدوده مرزی- بالینی (نمره T بین ۶۳-۶۰) قرار داشتند شناسایی شده و از بین آنها ۴۰ دانش‌آموز به صورت تصادف با نشانه‌های درونی‌سازی شده انتخاب شد و به صورت تصادفی در گروه آزمایش ۱ (درمان تعاملی والد-کودک PCIT) ۱۰ دانش‌آموز و مادران شان، گروه آزمایش ۲ (ذهن‌آگاهی کودک محور بوردیک) ۱۰ دانش‌آموز، گروه آزمایش ۳ (برنامه سال‌های باورنکردنی IY) ۱۰ نفر مادر و گروه کنترل ۱۰ نفر دانش‌آموز گنجانده شدند و سپس متغیرهای مستقل پژوهش بر روی مادران و دانش‌آموزان گروه‌های آزمایشی اجرا گردید و در مقابل گروه کنترل هیچ درمانی دریافت نکرد.

**ملاک‌های ورود به پژوهش:** برای کودکان کسب نمره برش (مرزی- بالینی/ نمره T بین ۶۳-۶۰) در پرسشنامه فهرست رفتاری کودکان؛ برای والدین داشتن حداقل سواد خواندن و نوشتن؛ دانش‌آموز فاقد بیماری جسمی یا نورولوژیک خاص باشد؛ دانش‌آموز تحت دارودرمانی یا روان‌درمانی برای مشکل فعلی نباشد؛ تکمیل فرم موافقت برای درمان.

**ملاک‌های خروج از پژوهش:** غیبت بیش از دو جلسه در درمان؛ عدم همکاری والدین در پیشبرد اهداف درمان.

**شیوه اجرای تحقیق:** برای اجرای این تحقیق پس از هماهنگی لازم با مدیریت دبستان‌ها، پژوهشگر اطلاعات لازم را در مورد پژوهش با مادران

خانواده که حین تعامل والد و کودک اتفاق افتاده) برای هر کدام از ۱۰ نفر (مادر و کودک) گروه آزمایش برگزار شده است.

خلاصه جلسات درمان تعامل والد-کودک (مک نیل و همبری-کیگین، ۱۳۹۸)		
جلسات	هدف	محتوا
اول	ارزیابی اولیه و تعیین جهت‌گیری درمان	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. نمونه‌ای از چگونگی تعامل والدین 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 (پیش‌آزمون). درمانگر در مورد اهداف، مراحل، فرآیند درمان و توضیح اولین تکالیف منزل به والدین آگاهی لازم را می‌دهد.

#### مرحله اول: تعامل کودک محور

آموزش مهارت‌های تعامل کودک محور (بدون حضور کودک)	در این جلسه علاوه بر مهارت‌های کودک‌محوری که پیش از این به آن‌ها اشاره شد، به والدین منطق استفاده از جلسات بازی درمانی مختصر روزانه در خانه توصیف می‌شود. پس از آن مجموعه‌ای از مهارت‌هایی را که نباید انجام شود "پرهیزی" و مجموعه‌ای از مهارت‌هایی را که باید انجام شود "انجام دادنی" ارائه می‌شود و هر مهارت با منطقی‌سازی توصیف می‌شود. درمانگر مفهوم "توجه راهبردی" و "چشم پوشی انتخابی" را به منظور شکل‌دهی رفتار ارائه می‌دهد. سپس درمانگر با استفاده از ترکیب همه‌ی مهارت‌ها و اغلب با حضور والد و کمک درمانگر که نقش کودک را ایفا می‌کند، دست به سرمشق‌سازی می‌زند. در پایان جلسه جزوه‌های مهارت‌ها و برگه تکلیف منزل داده می‌شود.
جلسه هدایت و تمرین مهارت‌های تعامل کودک محور (با حضور کودک)	مرور و واریسی تکالیف، 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 هدایتگری همراه با توضیح موضوع الگوگیری کودک‌کان از والدین (با حضور کودک)	مرور و واریسی تکالیف، درباره این که شکل‌گیری بسیاری از رفتارهای نامطلوب در نتیجه الگوگیری کودک‌کان از رفتارهای بزرگترهای خودشان است، توضیحاتی داده می‌شود. در حین هدایت والدین بیشتر بر عدم استفاده از سؤال تأکید می‌شود. ملاک‌های رسیدن به مهارت در مرحله تعامل کودک‌محور گفته می‌شود. آن‌ها آموزش‌هایی را در زمینه کنترل خشم دریافت می‌کنند. در تکلیف منزل، والدین تشویق می‌شوند که روی افزایش تمجید عنوان‌دار تمرکز کنند.
---	--

جلسه هدایتگری همراه با تأکید بر موضوع	مرور و واریسی تکالیف، «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 تکلیف منزل، والدین تشویق
---------------------------------------	---

وجود دارد. در مورد تفسیر نمرات آزمون چنانکه آخنباخ (۱۹۹۱) اذعان می‌دارد در مقیاس‌های مشکلات رفتاری درونی‌سازی شده و برونی‌سازی شده و مشکلات کلی اگر نمره‌ی T فرد کمتر از ۶۰ باشد در محدوده‌ی نرمال یا غیربالینی و اگر نمره‌ی T بین ۶۰-۶۳ باشد در محدوده‌ی مرزی-بالینی و اگر نمره‌ی T بزرگتر از ۶۳ باشد در محدوده‌ی بالینی قرار دارد.

**بررسی روایی و پایایی:** ضرایب کلی اعتبار فرم‌های CBCL با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۹۷ و با استفاده از اعتبار بازآزمایی ۰/۹۴ گزارش شده است. روایی محتوایی (انتخاب منطق سؤالات و استفاده از تحلیل کلاس یک سؤالات)، روایی ملاکی (با استفاده از مصاحبه روان پزشکی با کودک و نیز همبستگی با مقیاس CSI-4) و روایی سازه (روابط درونی مقیاس‌ها و تمایزگذاری گروهی) این فرم‌ها مطلوب گزارش شده است (آخنباخ، ۱۹۹۱). این ابزار برای اولین بار در ایران توسط تهرانی دوست، شهریور، پاکباز، احمدی و رضایی (۱۳۸۵) ترجمه و هنجاریابی شده است. در پژوهش مینایی (۱۳۸۵) دامنه ضرایب همسانی درونی مقیاس‌ها با استفاده از فرمول آلفای کرونباخ از ۰/۶۳ تا ۰/۹۵ گزارش شده است. ثبات زمانی مقیاس‌ها با استفاده از روش آزمون-بازآزمون با یک فاصله زمانی ۸-۵ هفته بررسی شده که دامنه ضرایب ثبات زمانی از ۰/۳۲ تا ۰/۶۷ به دست آمده است. همچنین توافق بین پاسخ-دهندگان نیز مورد بررسی قرار گرفته است که دامنه این ضرایب از ۰/۰۹ تا ۰/۶۷ نوسان داشته است. به طور کلی در تحقیق مینایی (۱۳۸۵) این نتیجه حاصل شده است که این پرسشنامه از اعتبار و روایی مطلوب و بالایی برخوردار است و با اطمینان می‌توان از آن برای سنجش اختلالات عاطفی-رفتاری کودکان و نوجوانان ۱۸-۶ ساله استفاده کرد. یزدخواستی و عریضی (۱۳۹۰) ضریب اعتبار آلفای کرونباخ را برای این پرسشنامه در سه فرم والدین، معلم و کودک به ترتیب ۰/۹۰، ۰/۹۳ و ۰/۸۲ به دست آوردند و در مورد اعتبار سازه همبستگی خرده‌مقیاس‌های بخش مشکلات رفتاری-هیجانی با نمره کلی این بخش در سه نسخه والدین، معلم و کودک به ترتیب ۰/۶۲/۸۸-۰/۰، ۰/۴۴/۹۱-۰/۰ و ۰/۵۱-۰/۸۵ و همبستگی خرده‌مقیاس‌های بخش مهارت‌ها با نمره کلی این بخش در سه نسخه والدین، معلم و کودک به ترتیب ۰/۸۲-۰/۲۴، ۰/۹۳-۰/۷۷ و ۰/۸۷-۰/۶۴ گزارش کرده‌اند.

#### شیوه تجزیه و تحلیل آماری

در این پژوهش از روش‌های آمار توصیفی و استنباطی استفاده شده است. در بخش آمار توصیفی میانگین و انحراف استاندارد، و در بخش آمار استنباطی جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از تحلیل واریانس مختلط استفاده شده است. **پکیج آموزشی:** پکیج‌های آموزشی به قرار زیر است:

#### ۱-درمان تعاملی والد-کودک (PCIT)

مدل درمانی تعامل والد-کودک که در این پژوهش اجرا شد براساس نظریه آیبِرگ، نلسون، دوک و بوگز (۲۰۰۹) تنظیم شده است که شامل ۱۲ جلسه یک ساعته هفتگی برای هدایت رابطه والد-کودک و نیز یک جلسه ارزیابی یک و نیم ساعته و دو جلسه آموزشی در آغاز هر مرحله است. در بسته ارائه شده جلساتی که با و بدون حضور کودک برگزار شده است مشخص گردیده است و نیز این جلسات درمانی به صورت انفرادی (با بازی‌های متفاوت هر

دریافت حمایت (با حضور کودک)	می‌شوند که روی مهارت‌هایی که هنوز مسلط نشده‌اند تمرکز کنند.	قوانین خانگی (با حضور کودک)
جلسه هدایت‌گری با تأکید بر موضوع استرس کودکان (با حضور کودک)	مرور و واریسی تکالیف، در این جلسه با والدین درباره تأثیر استرس بر کودکان و درک هیجانی کودکان صحبت می‌شود. در فرآیند هدایت‌گری نیز توجه ویژه‌ای به استفاده از مهارت‌ها به صورت ترکیبی می‌شود و در صورت ضعف در هر یک از مهارت‌ها به‌طور خاص بر استفاده و تمرین آن مهارت در جلسه توجه می‌شود. از این جلسه به بعد اگر والدین بر مهارت‌ها مسلط شده بودند درمان وارد مرحله دوم می‌شود.	جلسه هدایت‌گری همراه با آموزش مدیریت رفتار در اماکن عمومی (با حضور کودک)
<b>مرحله دوم: تعامل والدمحور</b>		
آموزش مهارت‌های تعامل والدمحور (بدون حضور کودک)	در این جلسه مهارت‌های تعامل والدمحور که شامل بحث بر سر چگونگی دستورالعمل مؤثر، تحسین فرمان‌پذیری کودک و اجرای صحیح فرآیند محرومیت در صورت نافرمانی کودک به والدین آموزش داده می‌شود. همچنین هدایت و آماده‌سازی والدین در حالی که مهارت‌های انضباطی را نقش‌گذاری می‌کنند. 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 هدایت‌گری در یک مکان عمومی (با حضور کودک)
جلسه هدایت‌گری (با حضور کودک)	برای والدین این فرصت مهیا می‌شود تا بتوانند در قالب یک هدایت‌گری فشرده از جانب درمانگر فرآیند تعامل والدمحور را به درستی اجرا نمایند و جلسه را با اعتماد کافی برای اجرای درست فرآیند در خانه ترک کنند. در ابتدای جلسه کل فرآیند با والدین مرور می‌شود و سپس متناسب با سطح رشد کودک رویه‌ی محروم سازی برای او توضیح داده می‌شود. اگر فرآیند 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 هدایت‌گری (با حضور کودک)
جلسه هدایت‌گری همراه با آغاز تعمیم‌دهی 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 این پس به دنبال تعمیم‌دهی 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 فارغ التحصیلی (با حضور کودک)
جلسه هدایت‌گری همراه با آموزش تنظیم	تأثیرات درمان بر رفتار کودک با والدین مرور می‌شود و ارتقاء مهارت‌های هر دو مرحله درمان ادامه می‌یابد. از این پس 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 هدایت‌گری همراه با آموزش تنظیم
<b>۲- درمان ذهن آگاهی کودک محور (بوردیک)</b>		
گروه آزمایش مداخلات درمانی مربوط به ذهن آگاهی کودک محور بر اساس بسته بوردیک (۱۳۹۶)، طی سه ماه به صورت هفته‌ای یک جلسه ۶۰ دقیقه‌ای درمان را دریافت نمودند. این بسته آموزشی فقط با حضور آموزان به صورت گروهی برگزار شده است.		



دریافت کردند هم با ویژگی‌ها و نیازهای شناختی، هیجانی و رفتاری کودکان شان آشنا شدند، هم به صورت کاربردی یاد گرفتند که چگونه با فرزندان خود رفتار کرده، بازخورد گرفته و در جهت کاهش مشکلات رفتاری آن‌ها گام بردارند. جلسات در طی سه ماه به صورت هفته‌ای یک جلسه ۶۰ الی ۹۰ دقیقه‌ای برگزار شد، همچنین از آنان خواسته شد که تکالیف مطرح شده در هر جلسه را در خانه اجرا نموده و نتیجه‌ی آن را در چک لیست‌هایی که به آنان ارائه می‌شد، ثبت و گزارش نمایند. این بسته آموزشی فقط با حضور والدین (مادران) به صورت گروهی برگزار گردیده است.

خلاصه‌ای از جلسات برنامه‌ی سال‌های باورنکردنی

جلسات	عنوان	محتوا
اول	چرا در این برنامه شرکت کنیم؟ معرفی برنامه ساله‌ای باورنکردنی، شرح اهداف و وظایف محوله	در این جلسه هدف از اجرای این پژوهش برای والدین شرح داده خواهد شد؛ اهمیت بهبود روابط والدین با یکدیگر و با فرزندان و تأثیر آن بر کودک؛ همچنین ضرورت داشتن واکنش مناسب نسبت به مشکلات کودکان و جهت رفع این مشکلات و جلوگیری از تبعات و رفتارهای ایدایی ناشی از آنها؛ شرح وظایف والدین و تکالیفی که باید انجام دهند.
دوم	کودک من چه ویژگی‌هایی دارد؟ آشنایی با ویژگی‌های دوران کودکی؛ تفاوت میان نیازهای والدین و کودکان؛ سطح انتظارات والدین از کودکان و کودکان از والدین	شرح دنیای کودک و نقش تخیل و بازی در این دوران، نیاز کودک به محبت، امنیت و اثبات توانایی‌های خود؛ نیاز کودک به مورد توجه قرار گرفتن و تلاش او در جهت جلب توجه مثبت (تحمین) یا توجه منفی (سرزنش) دیگران؛ عدم اطلاع کودک از خوب یا بد بودن بعضی رفتارها و واکنش‌ها، توضیح توانایی‌ها و ناتوانی‌های کودک و پذیرش او با تمام ویژگی‌های بد و خوبش، در نظر گرفتن حد توانایی او در انجام فعالیت‌ها، شرح مشکلات آنان در زمینه‌های شناختی، عاطفی و اجتماعی و عدم توانایی مناسبشان در بیان احساسات و نیازها؛
سوم	چگونه قاطعیت داشته باشیم؟ معرفی انواع سبک‌های فرزندپروری؛ تفاوت میان استبداد و قاطعیت	معرفی انواع سبک‌های فرزندپروری و تأثیرات بعدی آنها بر سلامت روانی کودک، لزوم داشتن قاطعیت در برخورد با مشکلات رفتاری کودک، شرح عواقب منفی تنبیهات بدنی یا اعمال پرخاشگری در قبال رفتار نامناسب او، رعایت قوانین و وظایف خانواده هم از جانب کودک و هم از جانب والدین، داشتن انعطاف لازم در اجرای قوانین؛ ارائه‌ی چک‌لیست‌های تمرینی به والدین.
چهارم	چگونه با فرزندم بازی کنم؟ دادن مسئولیت به کودک؛ بازی کردن با کودک	رفع ابهامات چک‌لیست‌های ارائه شده؛ آموزش نحوه‌ی دادن مسئولیت به کودک؛ نحوه‌ی صحیح بازی کردن با کودک؛ آموزش قوانین بازی با کودک؛ تبعیت والدین از قواعد و دستورات کودک، پرهیز از هرگونه امر و نهی در خلال بازی، احترام به خلاقیت‌های کودک در جریان بازی؛ نحوه‌ی صحیح پایان دادن به بازی؛ ارائه‌ی چک‌لیست‌های مربوط به این جلسه.
پنجم	چگونه کودکم را تحسین نمایم؟ اهمیت تحسین کردن کودکان؛ روش‌های	مرور و بررسی چک‌لیست‌های ارائه شده؛ آموزش عواقب تحسین نکردن کودکان؛ فواید تحسین و تشویق کردن کودک؛ نحوه‌ی صحیح تحسین کردن؛ پرهیز از تنبیه و انتقاد نامناسب کودک؛ ارائه‌ی

جلسات درمان ذهن‌آگاهی کودک محور (بوردیک، ۱۳۹۶)

جلسات	هدف	محتوا
اول	آشنایی با افراد، جلب مشارکت افراد و انجام تمرینات مقدماتی ذهن‌آگاهی	معرفی آموزش ذهن‌آگاهی و تعریف آن و توضیح پیرامون علت اجرای این دوره آموزشی برای شرکت‌کنندگان، توضیح پیرامون چگونگی برنامه‌ریزی برای تمرینات ذهن‌آگاهی و گنجاندن این تمرینات در زندگی روزانه، مشارکت افراد و یادداشت‌های روزانه درباره تمرین ذهن‌آگاهی، آموزش و انجام تمرینات مربوط به وضعیت‌های تمرینات مراقبه ذهن‌آگاهی (وضعیت نشستن روی صندلی، وضعیت خوابیده، نشستن به حالت چهار زانو، وضعیت دستها) و ارائه تکلیف خانگی.
دوم	کسب آگاهی نسبت به تنفس آگاهانه	صحبت در مورد تجربه شرکت‌کنندگان در مورد ذهن‌آگاهی، تمرین تنفس آگاهانه و آموزش تنفس شکمی، تمرین ذهن آشفته در برابر ذهن آرام با کمک بطری اکلیلی، ارائه تکلیف خانگی.
سوم	کسب آگاهی نسبت به زمان حال	تکرار تمرینات پایه تنفسی و آموزش آگاهی نسبت به زمان حال با کمک تمرین "لیوان آب" و یادداشت نویسی درباره اینکه چگونه آگاهی نسبت به زمان حال، روز من را تغییر می‌دهد. ارائه تکلیف خانگی.
چهارم	کسب آگاهی نسبت به اعمال پنج حس اصلی بدن	صحبت در مورد تجربه شرکت‌کنندگان از تمرینات ذهن‌آگاهی و آموزش ذهن‌آگاهی نسبت به پنج حس (چشمیدن ذهن‌آگاهانه، گوش دادن ذهن‌آگاهانه، لمس کردن ذهن‌آگاهانه، بوییدن ذهن‌آگاهانه، دیدن ذهن‌آگاهانه) به همراه تکرار تمرین تنفس ذهن‌آگاهانه و ارائه تکلیف خانگی.
پنجم	کسب آگاهی نسبت به افکار	مرور تمرینات تنفسی و انجام تمرین ذهن‌آگاهی نسبت به افکار "نخته سفید نانوخته" و "عوض کردن کانال". ارائه تکلیف خانگی.
ششم	کسب آگاهی نسبت به هیجانات	انجام تنفس آرمیدگی مقدماتی، انجام تمرین ذهن‌آگاهی نسبت به هیجانات و معرفی "بازی من احساس می‌کنم" و یادداشت‌نویسی درباره ذهن‌آگاهی نسبت به هیجانات. ارائه تکلیف خانگی.
هفتم	کسب آگاهی نسبت به عملکرد عضلات	تکرار تمرینات پایه تنفسی (تنفس آرمیدگی) و تمرین "تن آرامی عضلانی تدریجی" و آموزش "اسکن بدن". ارائه تکلیف خانگی.
هشتم	کسب آگاهی نسبت به بدن خود	تکرار تمرینات پایه تنفسی (تنفس آرمیدگی)، انجام تمرین "گوش دادن به بدنم" و "بازی احساس بدن من". ارائه تکلیف خانگی.
نهم	ذهن‌آگاهی نسبت به روابط، انجام وظایف و تکالیف	آموزش "سلام کردن ذهن آگاهانه"، صحبت در مورد "رابطه" و تمرین مهارتی آن، تمرین ذهن‌آگاهی در فعالیت روزانه، وظایف و تکالیف مدرسه. ارائه تکلیف خانگی.
دهم	شفقت ذهن‌آگاهانه	مرور تمرینات ذهن‌آگاهی که در طی جلسات گذشته آموزش داده شد و مراقبه "محبت شفقت‌آمیز یا «آرزوهای دوستانه»". ارائه تکلیف خانگی.

۳- برنامه سال‌های باورنکردنی (IY)

مدل مورد استفاده در این پژوهش بر اساس مدل معرفی شده توسط وبستر استراتون (۲۰۱۱) است. طی این جلسات والدین با آموزش‌هایی که

صحيح تحسين كردن كودكان	چكاليستی مبنی بر آموزش جملاتی كه والدین با كمك آن بتوانند كودكشان را تحسین كنند.
چگونه به كودكم پاداش دهم؟	آموزش و بررسی انواع تقویت كننده‌ها و پاداش‌های محسوس(مادی) و غیرمحسوس (اجتماعی)؛ موارد استفاده‌ی هر کدام از این پاداش‌ها در موقعیت‌های مناسب؛ آموزش والدین در زمینه‌ی امتیازبندی كردن یا ارائه‌ی ژتون یا برچسب به كودك؛ تهیه‌ی جدول امتیازبندی.
چگونه قانون را در خانه اجرا كنیم؟	آموزش لزوم رعایت قوانین مربوط به خانه؛ چگونگی اعمال صحیح این قوانین به كودكان؛ رعایت قوانین هم از جانب والدین و هم از جانب كودك؛ لزوم پیگیری مدام اجرای قوانین؛ داشتن انعطاف لازم و صحیح در اجرای قوانین؛ نحوه‌ی برخورد صحیح در صورت اجرا نشدن قوانین؛ ارائه‌ی چكالیست‌های مربوطه
چگونه كودكم را تنبیه كنم؟	آموزش مضرات تنبیه بدنی و پرخاشگری؛ آموزش جایگزین‌های تنبیه صحیح؛ آموزش بی‌توجهی به برخی رفتارها و نحوه‌ی صحیح اجرای آن؛ آموزش کاهش برخی دیگر از رفتارها از طریق محروم‌سازی و نحوه‌ی صحیح استفاده از آن؛ لزوم هماهنگی والدین در اجرای قوانین؛ اجرای نمونه‌ای از این روش‌های تنبیهی در قالب يك ایفای نقش؛ درخواست اجرای موارد آموزش داده و ارائه‌ی آنها در جلسه‌ی بعد.
چگونه سازگاری كودكم را بهبود بخشم؟	بررسی تكالیف والدین و پاسخ به سؤالات آنها؛ آموزش رفتار منطقی از طریق آموزش پیامد طبیعی رفتارها و پیامدهای منطقی رفتار؛ داشتن ثبات در اجرای پیامدهای منطقی رفتار كودك؛ نحوه‌ی اعمال صحیح پیامدهای منطقی رفتار؛ اعمال این پیامدها در حد توانایی كودك؛ ارائه‌ی چكالیست‌های مربوطه.
چگونه رفتار حل مسأله را در كودك خود بالا ببرم؟	بررسی چكالیست‌های جلسه قبل؛ بررسی واكنش كودكان در مقابل ناکامی‌ها و پیامدهای منفی از نظر والدین؛ آموزش مراحل پنج‌گانه‌ی رفتار حل مسأله به كودكان(۱)؛ مشکل چیست؟ (۲) چه راه‌حلی وجود دارد؟ (۳) از میان آنها بهترین راه‌حل کدام است؟ (۴) اجرای راه‌حل انتخابی (۵) نتیجه‌گیری از اجرای این راه‌حل؛ تأکید بر آموزش رفتار حل مسأله متناسب با توانایی‌ها و مسائل روزمره‌ی كودك، مانند دعوا كردن با دیگران یا خراب شدن اسباب‌بازی‌اش؛ آزاد گذاشتن كودك در انتخاب و اجرای راه‌حل‌ها؛ پرهیز از تمسخر و امر و نهی كودك حتی اگر روش انتخابی‌اش صحیح نباشد؛ آموزش عملی این جلسه از طریق ایفای نقش.
چگونه بر خودم مسلط باشم؟	آموزش نحوه‌ی برخورد با افكار خودآیند منفی و بررسی چرخه‌ی افسردگی و چرخه‌ی خشم؛ ارائه‌ی راهبردهای جایگزین این افكار منفی و ناکارآمد و استفاده از افكار مثبت نسبت به خود و كودك؛ پرهیز از برچسب زدن نامناسب به كودك؛ آموزش داشتن فرصت‌هایی برای خود و توجه به تفریحات و علائق شخصی والدین؛ آموزش داشتن واكنش صحیح در
مهار افكار ناراحت‌كننده؛ آشنا شدن با واكنش‌های عاطفی احتمالی والدین و تسلط بر	

آنها؛ راهبردهای بیرون ماندن از تنش.	هنگام عصبانیت؛ ارائه‌ی موضوعات این جلسه در قالب تكلیف و الگو.
مهارت‌های ارتباطی خود را چگونه تقویت كنم؟	آموزش مهارت گوش دادن به والدین؛ انجام این آموزش در قالب يك بازی ایفای نقش و سپس بررسی نقاط ضعف و قوت آن؛ جدی گرفتن نیازهای كودك؛ انعكاس صحیح عواطف و احساسات خود به دیگران و ضرورت انجام آن؛ روش‌های صحیح کنترل هیجانات خود؛ آموزش ارتباط مؤثر والدین باهم و با كودكان؛ در پایان جمع‌بندی کلی از مطالب ارائه می‌شود؛ موضوع جلسات به‌طور کلی مرور و سپس اتمام جلسات اعلام می‌گردد.
آشنایی با روش‌های گوش دادن فعال؛ بیان كردن احساسات؛ نحوه‌ی برخورد مناسب با اطرافیان؛	

**نتایج**

میانگین و انحراف معیار نمرات پیش آزمون و پس آزمون متغیر درونی سازی شده دانش آموزان در گروه های آزمایش(درمان تعاملی والد-كودك، ذهن آگاهی كودك محور و سال‌های باورنکردنی) و كنترل در جدول شماره ۱ ارائه گردیده است.

**جدول ۱: میانگین و انحراف معیار مقادیر نشانه‌های درونی‌سازی شده دانش آموزان به تفکیک گروه و زمان آزمون**

گروه ها	میانگین		انحراف معیار	
	پیش آزمون	پس آزمون	پیش آزمون	پس آزمون
والد-كودك	۶۲/۲۰۰۰	۳۲/۹۰۰۰	۸/۳۸۵۸۳	۱/۷۵۱۱۹
ذهن آگاهی	۶۳/۴۰۰۰	۴۴/۴۰۰۰	۶/۳۹۷۹۲	۲/۵۹۰۵۸
سال‌های باورنکردنی	۶۱/۹۰۰۰	۳۶/۶۰۰۰	۷/۳۹۶۷۰	۱/۵۲۳۸۸
كنترل	۶۲/۰۰۰۰	۶۰/۰۰۰۰	۲/۹۰۵۹۳	۱/۷۶۳۸۳

جهت پاسخ به سوال پژوهش: آیا درمان تعاملی والد-كودك(PCIT)، ذهن آگاهی كودك محور(بوردیک) و برنامه سال‌های باورنکردنی(۱۷) در مقایسه با یکدیگر اثر متفاوت بر کاهش نشانه‌های درونی‌سازی شده دانش آموزان دوره اول ابتدایی دارند؟ از روش تحلیل واریانس مختلط استفاده گردید. برای استفاده از این روش ابتدا مفروضه‌های واریانس مختلط مورد بررسی قرار گرفت تا در صورت تحقق این مفروضه‌ها از روش مذکور برای بررسی و تحلیل داده‌های مربوط به سوال تحقیق استفاده شود.

**جدول ۲: بررسی نحوه توزیع داده ها**

متغیر	گروه	پیش آزمون		پس آزمون	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
والد-كودك	میانگین	۱۰۵۳	۱۲۰۰	۱۰۴۴	۱۰۸۲
	انحراف معیار	۱۹۴۸	۲۰۰	۱۹۴۸	۱۹۴
ذهن آگاهی	میانگین	۱۰۴۴	۱۲۰۰	۱۰۴۴	۱۰۸۲
	انحراف معیار	۱۹۴۸	۲۰۰	۱۹۴۸	۱۹۴
سال‌های باورنکردنی	میانگین	۱۰۴۴	۱۲۰۰	۱۰۴۴	۱۰۸۲
	انحراف معیار	۱۹۴۸	۲۰۰	۱۹۴۸	۱۹۴
كنترل	میانگین	۱۰۴۴	۱۲۰۰	۱۰۴۴	۱۰۸۲
	انحراف معیار	۱۹۴۸	۲۰۰	۱۹۴۸	۱۹۴

نتایج آزمون کالموگراف اسمیرنوف نشان می دهد که چون سطح معنی داری بالاتر از ۰/۰۵ است داده ها از توزیع نرمال برخوردارند.

جدول ۳: نتایج آزمون M باکس، لوین و موجلی جهت رعایت پیش‌فرض‌های واریانس مختلط

سطح معنی داری	درجه آزادی ۲	درجه آزادی ۱	مقدار F	BOX'SM	آزمون M باکس
۰/۱۸۷	۴۵۷۹/۷۳۰	۱۸	۱/۲۸۴	۲۷/۳۲۸	آزمون M باکس
۰/۱۳۵	۳۶	۳	۱/۹۷۶		پیش آزمون
۰/۱۸۶	۳۶	۳	۱/۶۹۰		آزمون لون پس آزمون
۰/۰۸۴	۳۶	۳	۲/۴۰۱		پیگیری
سطح معنی داری	درجه آزادی	آماره کای	اندازه موجلی	آزمون موجلی	
۰/۰۰۱	۲	۴۲/۸۷۰	۰/۲۹۴		

نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد که سطح معناداری به دست آمده آزمون M باکس برای متغیر درونی سازی شده ( $p > 0/05$ ) گویای آن است که شرط ماتریس واریانس - کوواریانس به خوبی رعایت شده است. همچنین در جدول ۳ نتیجه‌ی آزمون لون برای بررسی همگنی واریانس‌های خطا آورده شده است. با توجه به مقدار F و سطح معنی داری به دست آمده باید گفت که فرض همگنی واریانس‌ها برای متغیر درونی‌سازی شده برقرار است؛ به عبارت دیگر چون سطح معنی داری به دست آمده بزرگتر از  $0/05$  است، بنابراین فرضیه همسانی واریانس‌ها را نمی‌توانیم رد کنیم و می‌توانیم بپذیریم که واریانس‌های خطا مساوی و همگن هستند. به منظور بررسی مفروضه کرویت، نتایج آزمون موجلی بررسی شد که نتایج آن حاکی از عدم رعایت این مفروضه در متغیر درونی سازی شده ( $p > 0/001$ ) است، بنابراین باید از سطح معنی داری آزمون محافظه کارانه گرین-هاوس-گایسر برای آزمون فرضیه استفاده کرد. با تایید پیش فرض‌های سوال تحقیق تحلیل واریانس مختلط به این شرح است:

جدول ۴: نتایج آزمون تحلیل واریانس مختلط برای تأثیر روش‌های درمانی (تعاملی والد-کودک، ذهن آگاهی کودک محور و برنامه سال‌های باورنکردنی)

متغیرها	متبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی داری	مجذورات
انزوا	۱۹۷۳/۲۴۷	۱/۱۷۲	۸۵۰/۸۱۸	۲۹۱۱/۴۹	۰/۰۰۱	۰/۸۹۰	
درونی‌سازی شده	۵۹۱/۲۴۵	۳	۱۹۷/۲۰۸	۲۹۲۲۵	۰/۰۰۱	۰/۷۱۰	
تعامل زمان‌گیر	۲۶۶۸/۰۰۰	۳/۵۱۷	۸۲۱۸/۰۵	۲۸۸۳۱	۰/۰۰۱	۰/۷۰۶	

همان‌طور که در جدول شماره ۴ ملاحظه می‌شود، تأثیر عامل زمان در متغیر درونی سازی شده معنی دار ( $F=2911/049, p < 0/001$ ) است. به عبارت دیگر، نشانه‌های درونی سازی شده از جلسه‌ی پیش آزمون تا جلسه‌ی پیگیری

کاهش معنی داری نشان داده است. اثر تعامل زمان با گروه در نشانه‌های درونی سازی شده نیز معنی دار است ( $p < 0/001$ ). یعنی تفاوت معنی داری بین سه گروه درمان (تعاملی والد-کودک، ذهن آگاهی کودک محور و برنامه سال‌های باورنکردنی) در میزان کاهش نمرات درونی سازی شده از جلسه‌ی پیش آزمون تا جلسه‌ی پیگیری وجود دارد.

جدول ۵: مقایسه میانگین نمرات درونی سازی شده در گروه‌های درمان و کنترل

مقایسه گروه‌ها	متغیرها	اختلاف میانگین	انحراف معیار	سطح معنی داری
درونی سازی شده	ذهن آگاهی	-۸/۵۶۷	۲/۱۱۶	۰/۰۰۲
والد-کودک	سال‌های باورنکردنی	-۲/۷۰۰	۲/۱۱۶	۱/۰۰۰
کنترل	کنترل	۱۳/۳۰۰	۲/۱۱۶	۰/۰۰۱
سال‌های باورنکردنی	سال‌های باورنکردنی	۵/۸۶۷	۲/۱۱۶	۰/۰۵۳
کنترل	کنترل	-۱۸/۳۰۰	۲/۱۱۶	۰/۰۰۱
سال‌های باورنکردنی	کنترل	-۱۵/۶۰۰	۲/۱۱۶	۰/۰۰۱

با توجه به جدول شماره ۵ که مقایسه میانگین‌ها را نشان می‌دهد، بین اثربخشی روش درمانی والد-کودک و سال‌های باورنکردنی بر نشانه‌های درونی سازی شده تفاوت معنی داری وجود ندارد ( $P=1/000$ ). همچنین در جدول ۵ مشاهده می‌شود بین اثربخشی روش درمانی ذهن آگاهی و سال‌های باورنکردنی بر نشانه‌های درونی سازی شده تفاوت معنی داری وجود ندارد ( $P=0/053$ ) و بین اثربخشی روش درمانی والد-کودک و ذهن آگاهی ( $P=0/002$ ) بر نشانه‌های درونی سازی شده تفاوت معنی داری وجود دارد. به عبارت دیگر، روش درمانی والد-کودک توانسته است نشانه‌های درونی سازی شده کودکان را به طور معنی داری بیشتر از روش درمانی ذهن آگاهی کاهش دهد.

### بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر مقایسه‌ی اثربخشی سه رویکرد درمانی مبتنی بر تعامل والد-کودک، ذهن آگاهی کودک محور و برنامه سال‌های باورنکردنی والدین بر نشانه‌های درونی‌سازی شده دانش‌آموزان دوره اول ابتدایی بود. نتایج پژوهش نشان داد تفاوت معنی داری بین سه گروه درمان (تعاملی والد-کودک، ذهن آگاهی کودک محور و برنامه سال‌های باورنکردنی) در میزان کاهش نمرات درونی سازی شده از جلسه‌ی پیش آزمون تا جلسه‌ی پیگیری

آنها پاسخدهی مناسبی نشان داده و همچنین حساسیت متناسبی را نسبت به نیازهای فرزندشان ابراز می کنند به احتمال زیاد یک احساس ایمنی نسبت به روابط والد-کودک را تشکیل داده و دل بستگی ایمنی را نشان می دهند. در مقابل کودکانی که دل بستگی نابهنجار (نا ایمن) را با والدینشان بنیان می کنند مهارت های مقابله ای ضعیف، عزت نفس پایین، سطح پایین شایستگی و سطح بالایی از رفتارهای اضطرابی (مشکلات درونی سازی شده) را نشان می دهند (محمدپور و اسماعیل پور، ۱۳۹۵) از طرفی دیگر مطالعات نشان داده اند که رفتارهای نادرست والدینی می تواند در شکل گیری و ماندگار شدن اختلال های دوران کودکی نقشی اساسی داشته باشد. والدین کودکان مضطرب به طور ناخواسته و سهوی پاسخ های مضطربانه را در کودکان تسهیل می کنند و این امر را از طریق الگوی ترس یا اجتناب، تلاش برای کنترل رفتار کودک به طوری که باعث محدود شدن خود مختاری کودک می شود و با حمایت بیش از حد از کودک یا تسهیل پاسخ های اجتنابی وی انجام می دهند. همچنین به نظر می رسد سبک فرزند پروری نادرست به خصوص سبک والدینی مداخله گرانه عامل خطر اختصاصی برای اختلال اضطراب باشد (وود<sup>۱۳</sup>، ۲۰۰۶؛ خانجانی، هاشمی، پیمان نیا آقاگل زاده، ۱۳۹۳).

والدینی که درمان تعامل والد-کودک را گذرانده اند، یاد گرفته اند که چگونه با هیجاناتی که در پی رفتارهای مختل کودکانشان پیش می آید، با استفاده از مهارت های کاهش اضطراب مانند تنفس عمیق و شمردن آهسته در هنگام ناکامی مقابله نمایند. این مدل بر این فرض استوار است که بهبود تعاملات والد-کودک، منجر به بهبود عملکرد کودک و خانواده خواهد شد (چافین<sup>۱۴</sup> و همکاران، ۲۰۰۴). آموزش مرحله کودک-مدار (CDI) درمان شامل شماری از مهارت ها است که می تواند برای آموزش والدین جهت ارتقای استقلال و اقتدار در کودکانشان به کار رود. برای مثال به والدین یاد داده شد که وقتی کودکان رفتارهای شجاعانه به تنهایی خوابیدن، تنها بازی کردن در اتاق و با پدر و مادر بزرگ ماندن را هنگام رفتن والد برای خرید انجام می دهند، آنها را مورد تمجیدهای عنوان دار قرار دهند. همچنین والدین آموختند تا چسبیدن و ترس افراطی کودک را هنگام جدا شدن نادیده بگیرند. در CDI والدین در بکار بردن انحراف توجه برای هدایت کودکان به سمت رفتار مثبت تر خبره می شوند (قاسمی علی آبادی، امیری و الهی، ۱۳۹۹).

در تبیین کارایی بیشتر درمان تعاملی والد-کودک در مقایسه با درمان ذهن آگاهی کودک محور می توان به تفاوت های اساسی این دو رویکرد اشاره کرد. چنانچه، در درمان تعاملی والد-کودک دکتر آبرگ به شدت تحت تأثیر کار همکارش دکتر کانستنس هانف بود؛ کسی که مدل عاملی دو مرحله ای را برای تغییر و اصلاح رفتار دشوار بچه های خردسالی که معلولیت چندگانه داشتند بسط داد. در مرحله ی نخست درمان فن تقویت افتراقی به مادران

وجود دارد. در واقع حفظ نتیجه در پیگیری ماندگار بودن درمان ها را نشان می دهد. همچنین مقایسه نتایج پس آزمون و پیگیری نشان می دهد که تفاوت معنی داری بین این دو مرحله وجود ندارد، این موضوع نیز تایید کننده اثربخشی مناسب درمان ها می باشد.

نتایج پژوهش نشان داد که تأثیر روش درمان تعاملی والد-کودک بر کاهش نشانه های درونی سازی شده کودکان به طور معنی داری بیشتر از آموزش ذهن آگاهی کودک محور بوده است؛ در صورتی که بین اثربخشی روش های درمانی (والد-کودک و سال های باور نکردنی)، (ذهن آگاهی کودک محور و سال های باور نکردنی) بر نشانه های درونی سازی شده تفاوت معنی داری وجود ندارد. هر چند طی بررسی های انجام شده و تلاش فراوان پژوهشی یافت نشد که دقیقاً به مقایسه دو شیوه درمانی تعاملی والد-کودک و ذهن آگاهی کودک محور در کاهش نشانه های درونی سازی شده بپردازد. ولی پژوهش های مختلفی کارآمدی درمان تعاملی والد-کودک در کاهش مشکلات رفتاری کودکان را نشان داده اند (دیویس<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۲۲؛ دونوهو<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۲۱؛ آلن، تایمر و اورکیزا<sup>۳</sup>، ۲۰۱۴؛ فیلیپس و مایگالیشن<sup>۴</sup>، ۲۰۲۱؛ مرسکی، توپیتز، گرانت ساولا، برون دینو و مک نیل<sup>۵</sup>، ۲۰۱۶؛ جانت و همکاران، ۲۰۲۱؛ گالنتر<sup>۶</sup> و همکاران، ۲۰۱۲؛ روشن، آقاییوسفی، علی پور و رضایی، ۱۳۹۵؛ وب، توماس، مک گرگور، آوداگیچ و زیمر-گمبک<sup>۷</sup>، ۲۰۱۶؛ کولی، ولدورال-گریفین، پترن و مولیس<sup>۸</sup>، ۲۰۱۴؛ بجورسد و ویچسروم<sup>۹</sup>، ۲۰۱۶؛ ادواردز، سالیوان، مینی-والن و کانتور<sup>۱۰</sup>، ۲۰۱۰؛ توفام، ومپلر، تیتوس و رولینگ<sup>۱۱</sup>، ۲۰۱۱؛ و ...). در این راستا، یافته های مطالعه پیرنیا، نجفی، لشگری و صابر مجیدی (۲۰۱۷) در بررسی اثربخشی درمان تعاملی والد کودک بر افسردگی، اضطراب و استرس در کودکان نشان داد که درمان مذکور بر بهبود هر سه شاخص افسردگی، اضطراب و استرس اثربخش بوده است.

در توجیه یافته های پژوهش و همچنین به منظور تبیین اثربخشی درمان تعاملی والد-کودک می توان به عواملی مانند سبک های فرزند پروری، دل بستگی والد-کودک، تعاملات نادرست والدین و غیره اشاره کرد. مشکلات درونی سازی شده نظیر گوشه گیری و انزوای اجتماعی، کمروبی، اضطراب یا افسردگی معمولاً ریشه در دوران کودکی فرد و تامین نایافتگی او و حکایت از یک آشفتگی و بی ثباتی در توانایی های شناختی کودک دارند. همچنین می توان گفت یکی از علل بالقوه برای اختلالات اضطرابی کودکان مشکلات مربوط به دل بستگی و در واقع دل بستگی نا ایمن کودکان به والدین است (بولگر و برچمن-توسن<sup>۱۲</sup>، ۲۰۰۶). نظریه دل بستگی عنوان می کند که والدگری گرم و پاسخ دهنده منجر به پایه ریزی این اعتقاد و باور در کودک می شود که مراقبان همیشه در دسترس بوده و به صورت صحیح و بدون معطلی به نیازهای آنها پاسخ می دهند. بنابراین کودکان خردسالی که والدین

- 8 -Cooley, Veldorale-Griffin, Petren & Mullis
- 9 -Bjørseth & Wichstrøm
- 10-Edwards, Sullivan, Meany-Walen & Kantor
- 11-Topham, Wampler, Titus & Rolling
- 12-Bögels & Brechman-Toussaint
- 13-Wood
- 14 Chaffin

- 1-Davisa
- 2-Donohue
- 3 -Allen, Timmer & Urquiza
- 4 -Phillip & Mychailyszyn
- 5 -Mersky, Topitzes, Grant-Savela, Brondino & McNeil
- 6 -Galanter
- 7 -Webb, Thomas, McGregor, Avdagic & Zimmer-Gembeck

آموزش داده می‌شد. به بیانی دیگر، آنها می‌آموختند که به رفتارهای مثبت فرزندشان توجه کنند و رفتارهای منفی را نادیده بگیرند. در مرحله دوم، والدین یاد می‌گرفتند که دستورالعمل‌هایشان واضح باشد، و فرمان‌برداری را به طور منظم با تمجید پاداش دهند و محرومیتی را برای نافرمانی در نظر بگیرند. خوشایندترین وجه رویکرد هانف این بود که او با والد و کودک در کنار یکدیگر کار می‌کرد و مهارت‌های والدین فوراً رهبری می‌شد. آبرگ یکی از چندین محقق است که جنبه‌های اصلی مدل هانف را ارزیابی و بسط داده است (مک نیل و همبری-کیگین، ۱۳۹۸). در نهایت آبرگ تشخیص داد که بازی درمانی سنتی نیز برای خانواده‌ها با تأکید بر ایجاد یک رابطه‌ی درمانی گرم و مطمئن، فرصت بیشتری فراهم می‌آورد. او فهمید، درست همان‌طور که می‌شود به والدین مهارت‌های عملی توجه افتراقی را آموزش داد، می‌توان در حالی که کودک بازی را هدایت می‌کند، مهارت‌های بازی درمانی سنتی را با ایجاد توجه کامل، توصیف فعالیت‌های بازی، بازتاب و بازی براساس گفته‌های کودک و تقلید به والدین آموخت. فنون مدل عاملی و بازی درمانی سنتی توسط آبرگ در یک چارچوب استوار رشدی (تحولی) ادغام شد. به این معنی که دذمان تعاملی والد-کودک در بافتی از موقعیت‌های بازی دوتایی به طور گسترده شکل می‌گیرد؛ زیرا که بازی نخستین واسطه‌ای است که کودکان از طریق آن مهارت‌های حل مسئله را کسب می‌کنند و کار با مشکلات رشدی را یاد می‌گیرند (آبرگ، ۱۹۸۸). از این رو می‌توان گفت قدرت درمانگر برای تأثیر بر کودکان به شیوه‌ی رابطه‌ی درمانی یک به یک (مانند درمان ذهن‌آگاهی کودک محور) در مقایسه با قدرت والدین برای ایجاد تغییر از طریق رابطه‌ی متقابل‌شان با فرزندان (مانند درمان تعاملی والد-کودک) ناچیز و کم‌رنگ است. همچنین آموزش و هدایت مستقیم روابط والد-کودک در این درمان نسبت به شیوه غیر مستقیم فواید زیادی دارد. اولین مزیت رهبری مستقیم این است که خطاهای والدین قبل از اینکه در یک هفته تمرین در خانه تثبیت شود به سرعت تصحیح می‌شود. دوم اینکه هر کودک چالش منحصر به فردی را نشان می‌دهد و درمانگر خلاقانه می‌تواند از شیوه‌ی آموزش مستقیم استفاده کند تا به محض اینکه مشکلی پیش آمد آن را اصلاح کند و مدل خوبی را برای والدین جهت مهارت حل مشکل ایجاد نماید. سوم اینکه بسیاری از والدین بدون تشویق اولیه و حمایت مربی (درمانگر) اعتماد به نفس لازم برای کاربست مهارت‌های جدید را ندارند. چهارم اینکه چون درمانگر می‌تواند مهارت‌های فرزندپروری را با تقریب‌های متوالی از پاداش شکل دهد، رهبری مستقیم موجب یادگیری سریع‌تری می‌شود؛ و پنجم اینکه والدین همیشه گزارش دقیقی از رفتار خودشان یا کودکشان نمی‌دهند. اتکا به گزارش والد از مهارت‌های به کار بسته شده و پاسخ‌های کودک می‌تواند موجب درک نادرست از پیشرفت درمان شود (مک نیل و همبری-کیگین، ۱۳۹۸). در نهایت با توجه به آنچه گفته شد برتری درمان تعاملی والد-کودک را بر درمان ذهن‌آگاهی کودک محور می‌توان چنین تبیین کرد: درمان تعاملی والد-کودک بر اهمیت تعامل پایدار و تک به تک والد-کودک تأکید کرده و اشاره می‌نماید که کیفیت پیوند والد-کودک برای اثبات پذیرش و حمایت رفتارها و واژه‌ها مورد استفاده‌ی کودک مهم است. به طور کلی ترکیب مهارت‌های تعامل والد-مدار (PDI) و کودک-

مدار (CDI) برای کودک از این جهت سودمند است که دوره یا انتظاراتی را به وجود می‌آورد که کودک و والد طی جلسات تمرین روزانه‌شان هدایت و دنباله‌روی را از یکی به دیگری تغییر می‌دهند. به این طریق کودک یاد می‌گیرد که زمان‌هایی هست که گوش فرا دادن و پیروی کردن ضروری می‌باشد. همچنین ترکیب تعامل والد-مدار (PDI) و کودک-مدار (CDI) به کودکان دارای نشانه‌های درونی‌سازی‌شده، اجازه می‌دهد که فرجه‌ای داشته باشند و دوباره آن‌گونه که می‌خواهند بازی را اداره کنند. این فرجه‌ها برای کودکان دارای مشکلات رفتاری مهم به نظر می‌آیند چرا که وقتی فرصت دریافت توجه و پذیرش والدینشان را هنگام عمل به فعالیت مطلوبشان دارند، تشویق شده و ناکامی‌شان کاهش می‌یابد. همچنین تناوب بین رهبری والد و رهبری کودک تعاملات والد-کودک را بیشتر تقویت می‌کند و فرمان‌برداری را کمتر آزارنده می‌نماید. از این رو می‌توان گفت درمان تعاملی والد-کودک با جایگزینی والدین به عنوان درمانگر، مؤلفه‌ای تأثیرگذار بر اثربخشی درمان رابطه‌ای بوده است و بازی درمانی به کودک فرصت بروز احساسات و مشکلات را داده و بر کاهش نشانه‌های درونی‌سازی‌شده آنها موثر واقع شده است.

در کل براساس نتیجه حاصل از مقایسه گروه‌ها براساس تأثیر انواع مختلف مداخله‌ها، نتایج نشان داد که اثرگذارترین درمان بر کاهش مشکلات درونی‌سازی شده کودکان مربوط به درمان تعاملی والد-کودک است، برنامه سال‌های باورنکردنی و درمان ذهن‌آگاهی کودک محور در رتبه بعدی قرار دارند. در تبیین کلی چنین می‌توان گفت سیستم خانوادگی (عامل والد) به عنوان عامل سهیم در مشکلات رفتاری کودکان می‌باشد و تنیدگی والدینی در ارتباط مستقیم با مشکلات رفتاری به خصوص نشانه‌های درونی‌سازی شده کودکان است، از این رو در دو درمان تعاملی والد-کودک که مبتنی بر آموزش مستقیم فرزندپروری و تعامل والد کودک بوده و برنامه سال‌های باورنکردنی که فقط مبتنی بر آموزش روی والدین است، با توجه به اینکه فرصت آموزش و تجربه کردن مهارت‌ها برای والدین و همچنین تشویق و حمایت درمانگر و ایجاد اعتماد به نفس در آنها برای به کار بستن مهارت‌های جدید (به صورت مستقیم و غیرمستقیم) و ایجاد نوعی بستر روانی و اجتماعی مناسب در خانواده برای کودکان مهیا شده است، توانسته‌اند در کاهش نشانه‌های درونی‌سازی شده کودکان اثربخشی بیشتری نسبت به درمان ذهن‌آگاهی کودک محور داشته باشند. در نهایت می‌توان گفت قدرت والدین برای کاهش مشکلات رفتاری کودکان (نشانه‌های درونی‌سازی شده) از طریق ایجاد الگوهای صحیح رفتاری به صورت مستقیم و غیر مستقیم و همچنین جایگزینی والد به عنوان درمانگر که در درمان‌های تعاملی والد-کودک و برنامه سال‌های باورنکردنی مشاهده می‌شود، خیلی بیشتر از تأثیر آموزش درمانگر به کودک به شیوه‌ی رابطه‌ی درمانی یک به یک مانند درمان ذهن‌آگاهی کودک محور است.

پژوهش حاضر در گروه دانش‌آموزان دوره اول ابتدایی دارای نشانه‌های درونی‌سازی‌شده انجام شد. بنابراین تعمیم نتایج آن به دیگر گروه‌های سنی و سایر مشکلات رفتاری بایستی با احتیاط صورت گیرد. یک نکته قابل ذکر و شایان توجه دیگر در مطالعه حاضر این مهم بود که در این پژوهش تنها به آموزش و شرکت مادران در جلسات درمانی (تعامل والد-کودک و برنامه

سال‌های باورنکردنی) اکتفا شد، پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آینده با این فرض که آموزش و مشارکت دو والد در جلسات درمان می‌تواند اثربخشی درمان را افزایش دهد، پدران نیز در برنامه‌های درمانی مشارکت داده شوند. همچنین پیشنهاد می‌شود در کلینیک‌های توانبخشی و مدارس عادی و استثنایی از این روش‌ها برای درمان سایر مشکلات و اختلالات کودکان استفاده شود.

## منابع

- بوردیک، دبرا (۱۳۹۶). *راهنمای آموزش مهارت‌های ذهن‌آگاهی به کودکان و نوجوانان*. ترجمه غلامرضا منشی و همکاران (۲۰۱۴). اصفهان: معاونت پژوهشی دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان.
- پیرنیا، بیژن؛ سلیمانی، علی و پیرنیا، کامبیز (۱۳۹۶). مشکلات رفتاری و درمان‌های روان‌شناختی، اثربخشی درمان تعاملی والد-کودک بر پرخاشگری کودکان، یک کارآزمایی کنترل شده تصادفی مقدماتی. *فصلنامه مطالعات روانشناسی بالینی دانشگاه علامه طباطبائی*. ۷(۲۷): ۴۷-۶۹.
- تهرانی دوست، مهدی؛ شهریور، زهرا؛ پاکباز، بهاره؛ احمدی، فاطمه و رضایی، آزیتا (۱۳۸۵). *روایی نسخه فارسی پرسش‌نامه توانایی‌ها و مشکلات (SDQ) در کودکان ایرانی*. *فصلنامه تازه‌های علوم شناختی*. ۸(۴): ۳۳-۳۹.
- خانجانی، زینب؛ هاشمی، تورج؛ پیمان‌نیا، بهرام و آفاگل‌زاده، مریم (۱۳۹۳). رابطه کیفیت تعامل مادر-کودک در اضطراب جدایی و مدرسه‌هراسی در کودکان. *مجله پزشکی ارومیه*. دوره بیست و پنجم، شماره سوم، صفحه ۲۴۰-۲۳۱.
- روشن، مریم؛ آقاپوسفی، علیرضا؛ علی‌پور، احمد و رضایی، اکبر (۱۳۹۵). مقایسه اثربخشی دو روش درمان تعامل والد-کودک و مقابله درمانگری مادران بر کاهش شدت مشکلات رفتاری کودکان ۳-۶ ساله. *فصلنامه علمی-پژوهشی روانشناسی بالینی و شخصیت*. ۱۱۴(۱): ۱۱۱-۱۲۳.
- زرگری نژاد، غزاله و یکه یزدان دوست، رخساره (۱۳۸۶). اثربخشی آموزش والدین بر مشکلات رفتاری کودکان ADHD (مطالعه موردی). *مطالعات روانشناختی*. ۳(۲): ۴۸-۲۹.
- قاسمی علی آبادی، الهام؛ امیری، محسن و الهی، طاهره (۱۳۹۹). اثربخشی درمان مبتنی بر تعامل والد-کودک بر بیش‌حیاطی، علائم اضطراب مادران و کاهش علائم اضطراب جدایی در فرزندان. *فصلنامه پژوهش در سلامت روانشناختی*. ۱۴(۳): ۳۷-۱۸.
- محمدپور، محمد و اسماعیل‌پور، خلیل (۱۳۹۵). اثربخشی برنامه‌ریزی رفتار و هدایت از طریق مدل سازی بر اختلال اضطراب جدایی کودکان پیش دبستانی. *فصلنامه علوم اعصاب شفای خاتم*. ۵(۱): ۳۹-۲۹.
- محمدزاده، عادل و قمرانی، امیر (۱۳۹۷). تأثیر آموزش برنامه‌ی سال‌های باورنکردنی بر مهارت‌های اجتماعی دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی. *فصلنامه روانشناسی افراد استثنایی دانشگاه علامه طباطبائی*. ۷(۲۵): ۹۷-۱۱۹.
- مک نیل، جریل بادیفورد و همبری-کیگین، تونی (۱۳۹۸). *درمان مبتنی بر تعامل والد-کودک (PCIT)*. ترجمه دکتر سید بدرالدین نجمی و نازینا جانقربان (۲۰۱۰). تهران: انتشارات ارجمند.
- مینایی، اصغر (۱۳۸۴). *کتابچه راهنمای فرم‌های سن مدرسه نظام سنجش مبتنی بر تجربه آخنباخ (ASEBA)* تهران: پژوهشکده کودکان استثنایی.
- مینایی، اصغر (۱۳۸۵). انطباق و هنجاریابی سیاهه رفتاری کودک آخنباخ، پرسشنامه خودسنجی و فرم گزارش معلم. پژوهش در حیطه کودکان استثنایی ۱۶(۱): ۵۵۸-۵۲۹.
- یزدخواستی، فریبا؛ عریضی، حمیدرضا (۱۳۹۰). هنجاریابی سه نسخه کودک، پدر/مادر و معلم سیاهه رفتار کودک در شهر اصفهان. *روان پزشکی و روانشناسی بالینی ایران*. ۱۷(۱): ۷۰-۶۰.

- Achenbach T.M. (1991). *Manual for the Child Behavior Checklist/ 4-18 and 1991 Profile*. Burlington, VT: University of Vermont Department of Psychiatry.
- Achenbach, T. M., & Rescorla, L. A. (2010). *Multicultural guide to the manual for the ASEBA preschool forms & profiles*. Burlington, Vermont, University of Vermont Research Center for Children, Youth, and Families.
- Allen, B., Timmer, S. G., Urquiza, A. J. (2014). Parent-Child Interaction Therapy as an attachment-based intervention: Theoretical rationale and pilot data with adopted children. *Children and Youth Services Review*. 47(3):334-341.
- Bjørseth, Å., & Wichstrøm, L. (2016). Effectiveness of Parent-Child Interaction Therapy (PCIT) in the Treatment of Young Children's Behavior Problems. A Randomized Controlled Study. *PLoS one*. 11(9): e0159845.
- Bögels, S.M, Brechman-Toussaint, M.L. (2006). Family issues in child anxiety: attachment, family functioning, parental rearing and beliefs. *Clin Psychol Rev*. 26(7): 834-56.
- Budd, K.S, Hella, B., Bae, H., Meyerson, D.A, Watkin, S.C. (2011). Delivering parent-child interaction therapy in urban community clinic. *Cong Behav Pract*. 18: 502-514.
- Bulgan, C., & Ciftci, A. (2017). Psychological adaptation, marital satisfaction, and academic self-efficacy of international students. *Journal of International Students*, 7(3), 687-702.
- Chaffin M, Silovsky JF, Funderburk B, Valle LA, Brestan EV, Balachova, T, Jackson S, Lensgraf J & Bonner BL. (2004). Parent-child interaction therapy with physically abusive parents: Efficacy for reducing future abuse reports. *J Consul Clin Psychol*. 72(3):500-510.
- Colman, I., Wadsworth, MEJ., Croudace, T.J., Jones, P.B. (2008). Forty-Year Psychiatric Outcomes Following Assessment for Internalizing Disorder in adolescence. *The American journal of psychiatry*. 164(1): 126-33.
- 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*. 7:191-208.
- Davisa, E. M., Garciaa, D., Rothenbergab, W. A., Barnett, M. L., Bridget, D., Espinosa, N., Tonarely, N. A., Robertson, E. L., Alonso, B., San Juan, J., Jenta, J. F. (2022). A preliminary analysis of parent-child interaction therapy plus natural helper support to increase treatment access and engagement for low-income families of color. *Children and Youth Services Review*. 134: 106370.
- Donohue, M. R., Hoyniak, C. P., Tillman, R., Barch, D. M., Luby, J. (2021). Callous-Unemotional Traits as an Intervention Target and Moderator of Parent-Child Interaction Therapy—Emotion Development Treatment for Preschool Depression and Conduct Problems. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 60(11):1394-1403.
- Edwards, R.T, Jones, C., Berry, V., Charles, J., Linck, P., Bywater, T., Hutchings, J. (2016). Incredible Years parenting programme: costeffectiveness and implementation. *Journal of Children's Services*. (1)11: 72-54.
- Edwards, N. A., Sullivan, J. M., Meany-Walen, K., & Kantor, K. R. (2010). Child parent relationship training: Parents' perceptions of process and outcome. *International Journal of Play Therapy*. 19(3):159-173.
- Eyberg, S, M., Nelson, M, M., Duke, M., & Boggs, S. R. (2009). *Manual for the dyadic parent-child interaction coding system*. (3rd Ed). Florida: University of Florida Press.
- Eyberg, S, M. (1988). Parent-child interaction Therapy: Integration of traditional and behavioral concerns. *Child & Family Behavior Therapy*. 10: 33-46.
- Fox, J., Halpern, L., Forsyth, J. (2008). Mental health checkups for children and adolescents: A means to identify, prevent and minimize suffering associated with anxiety and mood disorders. *Clinical Psychology*. 15(3): 182-211.
- Garcia, R, & Turk, J. (2007). The Applicability of Webster-Stratton Parenting Programmes to Deaf Children with Emotional and Behavioural Problems, and Autism, and Their Families: Annotation and Case Report of a Child with Autistic Spectrum Disorder. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*. 12(1): 125-136.
- Galanter, R., Self-Brown, S., Valente, J. R., Dorsey, S., Whitaker, D. J. Bertuglia-Haley, M., Prieto, M. (2012). Effectiveness of Parent-Child Interaction Therapy Delivered to At-Risk Families in the Home Setting. *Child & Family Behavior Therapy*. 34(3):177-196.
- Greco, L, A., Sorrell, J, T. & McNeil, C, B. (2001). Understanding manualbased behavior therapy: Some theoretical foundations of parent-child interaction therapy. *Journal of Child & Family Behavior Therapy*. 23 (4): 21-36.
- Hallahan, D. P., Kauffman, J. M., & Pullen, P. C. (2015). *Exceptional learners: an introduction to special education* (13th Ed). Published by Pearson Education, Inc.
- Hess, D. (2018). Mindfulness-Based Interventions for Hematology and Oncology Patients with Pain. *Hematology/Oncology Clinics of North America*. 32(3), 493-504.
- Hood, K.K, Eyberg, S.M. (2003). Outcomes of parent-child interaction therapy: Mothers' reports of maintenance three to six years after treatment. *J Clin Child Adolesc Psychol*. 32(3):419-429.
- Hudson, J., Deveny, C., Taylor, L. (2005) Nature, assessment and treatment of general. *anxiety disorder in children*. *Pediatric annals*. 34(2): 97-106.
- Jent, J. F., Rothenberg, W. A., Weinstein, A., Stokes, J., Barnett, M., Srivatsa, N., Dandes, E., Garcia, D. (2021). *Behavior Therapy*. 52(6): 1311-1324.
- Kazdin, A. E. (2005). *Parent management training: Treatment for oppositional, aggressive, and antisocial behavior in children and adolescent*. New York: Oxford University Pres.
- Kohut, A.S., Stinson, J., Davies-Chalmers, C., Ruskin, D., Wyk, M.V. (2017). Mindfulness-Based Interventions in Clinical Samples of Adolescents with Chronic Illness: A Systematic Review. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*. 23(8): 581-589.
- Majeed, M.H., Ali, A.A., Sudak, D.M. (2018). Mindfulness-based interventions for chronic pain: Evidence and applications. *Asian Journal of Psychiatry*. 32: 79-83.
- Mersky, J. P., Topitzes, J., Grant-Savela, S. D., Brondino, M. J.; McNeil, C. B. (2016). Adapting Parent-Child Interaction Therapy to Foster Care. *Research on Social Work Practice*. 26(2):157-167.
- Parent, J., McKee, L. G., Rough, J. N., Forehand, R. (2015). The association of parent mindfulness with parenting and youth

- psychopathology across three developmental stages. *Journal of Abnormal Child Psychology*. 44 (1):191-202.
- Phillips, Sh., Mychailyszyn, M. (2021). A review of Parent-Child Interaction Therapy (PCIT): Applications for youth anxiety. *Children and Youth Services Review*. 125:105986.
- Pirnia, B., Najafi, E., Lashkari, A., & Saber Majidi, G. (2017). Evaluation of Parent-Child Interaction Therapy on Anxiety Level in Pre-Elementary School Children: A Randomized Controlled Trial. *Practice in Clinical Psycholog.*, 5(3): 167-176.
- Seabra-Santos, M. J., Gaspar, M. F., Azevedo, A. F., Homem, T. C., Guerra, J., Martins, V., & et al. (2016). Incredible Years parent training: What changes, for whom, how, for how long? *Journal of Applied Developmental Psychology*. 44: 93-104.
- Soysa, CK., Wilcomb, C.J. (2015). Mindfulness, Selfcompassion, Self-efficacy, and Genders Predictors of Depression, Anxiety, Stress, and Well-being. *Mindfulness*.6(2):217-226.
- Timmer, S. G., Urquiza, A. J. (2014). *Empirically based treatments for maltreated children: A developmental perspective*. In: Korbin, J. E., Krugman, R. D. Handbook of child maltreatment, child maltreatment 2. chapter19: 351-376.
- Topham, G. L., Wampler, K. S., Titus, G., & Rolling, E. (2011). Predicting parent and child outcomes of a filial therapy program. *International Journal of Play Therapy*.20(2):79-93.
- Trillingsgaard, T., Trillingsgaard, A., Webster-stratton, C. (2014). Assessing the effectiveness of the 'Incredible Years parent training' to parents of young children with ADHD symptoms – a preliminary report. *Journal of Psychology*. 55(6):538-545.
- Webb, H. J., Thomas, R., McGregor, L., Avdagic, E., & Zimmer-Gembeck, M. J. (2016). An Evaluation of Parent-Child Interaction Therapy with and Without Motivational Enhancement to Reduce Attrition. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*. 46(4):537-550.
- Webster-Stratton, C. (2011). *The Incredible Years: Parents, teachers, and children's training series: Program content, methods, research and dissemination*. USA: Seattle, WA: Incredible Years, Inc.
- Webster-Stratton, C., Gaspar, M.F., Seabra-Santos, M.J. (2012). Incredible Years Parent, Teachers and Children's Series: Transportability to Portugal of Early Intervention Programs for Preventing Conduct Problems and Promoting Social and Emotional Competence. *Psychosocial Intervention*. (2)21: 169-157.
- Wood, J.J. (2006). Parental intrusiveness and children's separation anxiety in a clinical sample. *Child Psychiatry Hum Dev*. 37(1): 73-87.