


## Effectiveness of Interaction Therapy on Parental Stress, Emotional Self-Regulation and Aggression of Children with Disinhibited Social Engagement Disorder with and without Attention Deficit / Hyperactivity Disorder

**Tahereh Jafari** 

Department of clinical psychology, Isfahan (Khorasgan) Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran.

**Mansoureh Bahrami pour** 

Assistant professor, Department of clinical psychology, Isfahan (Khorasgan) Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran.

### Abstract

**Objective:** This study was conducted to investigate the effectiveness of (parent-child) interaction therapy on parenting stress, emotional self-regulation, and aggression in children with disinhibited social engagement disorder with and without attention-deficit/ hyperactivity disorder. **Methods:** This was a quasi-experimental study with a pretest-posttest and control group design. The sample consisted of 60 children 5-7 years with disinhibited social engagement disorder with and without attention-deficit / hyperactivity disorder who were randomly selected and assigned to two control and two experimental groups. The parent-child Interaction treatment program was administered to the two experimental groups. Data were collected using by child morbidity questionnaire, Shahim aggression questionnaire, Abidin parenting stress, and researcher-made emotional self-regulation questionnaire. **Results:** The results of multivariate analysis of covariance showed that parent-child interaction therapy only on parenting stress and emotional self-regulation in children 5 to 7 years with disinhibited social engagement disorder with and without attention-deficit / hyperactivity

\* Corresponding Author: bahramipourisfahani@yahoo.com


**How to Cite:** Jafari, T, Bahrami pour, M. (2021). Effectiveness of Interaction Therapy on Parental Stress, Emotional Self-Regulation and Aggression of Children with Disinhibited Social Engagement Disorder with and without Attention Deficit / Hyperactivity Disorder, *Journal of Psychology of Exceptional Individuals*, 11(43), 237-267.

disorder is effective. Also, this method of treatment was more effective on parenting stress and emotional self-regulation in children 5 to 7 years with disinhibited social engagement disorder with attention-deficit/hyperactivity disorder than in the group without attention-deficit/hyperactivity disorder. Conclusion: This therapy can be considered an effective intervention for emotional problems and problems in children with disinhibited social engagement disorder with and without attention-deficit / hyperactivity disorder.


**Keywords:** Disinhibited Social Engagement Disorder, Parental Stress, aggression, Emotional Self-Regulation, Parent-Child.

## اثربخشی درمان تعاملی بر استرس والدگری، خودتنظیمی هیجانی و پرخاشگری کودکان مبتلا به اختلال آمیختگی اجتماعی بازداری نشده با و بدون اختلال نقص توجه / بیش‌فعالی

دانشجوی روان‌شناسی بالینی، کارشناسی‌ارشد، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران.

طاهره جعفری 

استادیار، گروه روان‌شناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران.

منصوره بهرامی‌پور  \*

### چکیده

هدف: این پژوهش به منظور بررسی اثربخشی درمان تعاملی (والد-کودک) بر استرس والدگری، خودتنظیمی هیجانی و پرخاشگری کودکان مبتلا به اختلال آمیختگی اجتماعی بازداری نشده با و بدون اختلال نقص توجه / بیش‌فعالی انجام شد. روش‌شناسی: این پژوهش نیمه آزمایشی و با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و گروه کنترل بود. نمونه شامل ۶۰ نفر از کودکان ۵ تا ۷ ساله مبتلا به اختلال آمیختگی اجتماعی بازداری نشده همراه با و بدون اختلال نقص توجه / بیش‌فعالی بود که به شکل تصادفی انتخاب و در دو گروه کنترل و دو گروه آزمایش گمارش شدند. برنامه درمان تعاملی والد-کودک برای دو گروه آزمایش اجرا شد. داده‌ها با استفاده از پرسشنامه علائم مرضی کودک، پرخاشگری شهیم، استرس والدینی آیدین و خودتنظیمی هیجانی محقق ساخته جمع‌آوری شد. یافته‌ها: نتایج تحلیل کواریانس چندمتغیری نشان داد که درمان تعاملی تنها بر استرس والدگری و خودتنظیمی هیجانی گروه‌های کودکان ۷-۵ ساله مبتلا به اختلال آمیختگی اجتماعی بازداری نشده همراه با اختلال نقص توجه / بیش‌فعالی و بدون اختلال نقص توجه / بیش‌فعالی مؤثر بود. همچنین این روش درمانی بر استرس والدگری و خودتنظیمی هیجانی کودکان ۷-۵ ساله مبتلا به اختلال آمیختگی اجتماعی بازداری نشده همراه با اختلال نقص توجه / بیش‌فعالی مؤثرتر از گروه بدون اختلال نقص توجه / بیش‌فعالی بود. نتیجه‌گیری: بر اساس یافته‌های پژوهش این

۲۳۶ | روان‌شناسی افراد استثنایی | سال یازدهم | شماره ۴۳ | پاییز ۱۴۰۰

روش درمانی به‌عنوان یک مداخله مؤثر در مشکلات هیجانی و جانبی کودکان مبتلا به اختلال آمیختگی اجتماعی بازداری نشده با و بدون اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی می‌تواند مورد توجه قرار گیرد.

**کلیدواژه‌ها:** اختلال آمیختگی اجتماعی بازداری نشده، استرس والدگری، خودنظمی هیجانی، پرخاشگری، والد - کودک.

## مقدمه

از آنجا که دوران کودکی یکی از مهم‌ترین مراحل زندگی در شکل‌گیری شخصیت کودک است، وجود مواردی نظیر مشکلات و اختلالات روان‌شناختی می‌تواند باعث صدمات جبران‌ناپذیری در آینده‌ی او شود. یکی از این اختلالات می‌تواند اختلال آمیختگی اجتماعی بازداری نشده<sup>۱</sup> باشد که یکی از سندرم‌های روان‌پزشکی کودکان و نوجوانان است و البته کنجکاوی زیادی را هم تحریک می‌کند؛ اما یکی از اختلالاتی است که کمترین درکی در مورد آن وجود دارد (مینیس<sup>۲</sup>، ۲۰۱۸).

کودکان مبتلا به اختلال آمیختگی اجتماعی بازداری نشده، برای اولین بار با ملاقات غریبه‌ها بدون هیچ ترس و ناراحتی و به‌دوراز تأییدهای اجتماعی، بیش‌ازحد دوستانه رفتار می‌کنند، با آن‌ها همراه شده و صحبت کنند و یا حتی آن‌ها را بغل می‌کنند. بچه‌های کوچک‌تر ممکن است به غریبه‌ها اجازه دهند تا آن‌ها را انتخاب کنند، آن‌ها را تغذیه کنند و یا با اسباب‌بازی‌های آن‌ها بازی کنند. هنگامی که این کودکان در یک وضعیت با یک غریبه قرار می‌گیرند، نسبت به والدین و یا مراقبان خود بی‌توجه‌اند. و اغلب با غریبه‌ای که نمی‌شناسند، همراه می‌شوند (سازمان روان‌پزشکی کودک و نوجوان آمریکا<sup>۳</sup>، ۲۰۱۴).

اختلال آمیختگی اجتماعی بازداری نشده از سال دوم زندگی شروع می‌شود و ممکن است تا سن نوجوانی ادامه یابد. کودکان مبتلا به این اختلال نمی‌توانند در نزدیک شدن، درآمیختن و حتی همراهی کردن با بزرگسالان خودداری نشان دهند. در کودکان پیش‌دبستانی مبتلا، مزاحمت کلامی و اجتماعی بسیار برجسته؛ و اغلب توأم با رفتار توجه‌خواهی می‌باشد. خودمانی بودن بیش‌ازحد کلامی و جسمانی تا اواسط کودکی ادامه می‌یابد و با جلوه‌های هیجان‌غیرواقعی همراه است (انجمن روان‌شناسی آمریکا<sup>۴</sup>، ۲۰۱۳، ترجمه آوادیس یانس، هاشمی میناباد و عرب قهستانی، ۱۳۹۵).

- 
1. Disinhibited Social Engagement Disorder
  2. Minnis
  3. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry
  4. Association American Psychology

هم‌چنین باید توجه داشت که این اختلال همواره باید از اختلال کاستی توجه / بیش‌فعالی<sup>۱</sup> به‌عنوان یک تشخیص افتراقی تمایز داده شود. چراکه رفتارها تنها به تکانشگری محدود نمی‌شود بلکه رفتار بازداری نشده اجتماعی را هم شامل می‌شود. به دلیل همین ویژگی کودکانی نیز دیده شده‌اند که هر دو اختلال را هم‌زمان با یکدیگر داشته‌اند (دیکمن و آلن<sup>۲</sup>، ۲۰۱۷). اگرچه میزان این همبودی دقیقاً مشخص نیست (کاپلان و سادوک<sup>۳</sup>، ۲۰۰۷، ترجمه رضاعی، ۱۳۹۲).

وجود این ملاک‌ها در کودک مبتلا به این اختلال به‌خصوص زمانی که با تشخیص اختلال نقص توجه / بیش‌فعالی همراه می‌شود، عمدتاً باعث سرزنش، تهدید و حتی تحقیر و تنبیه کودک می‌شود و همین نوع رفتار می‌تواند زمینه بروز سایر اختلالات خلقی و هیجانی و پرخاشگری را در این کودکان تقویت کند. لذا لازم است که وجود این موارد نیز با ابزارهای دقیق در کودک سنجیده شود.

سبب‌شناسی این اختلال عمدتاً ریشه در غفلت اجتماعی<sup>۴</sup> دارد؛ که در این زمینه می‌توان به این موارد اشاره کرد: ۱- مراقبت ناپایدار از کودک در ماه‌های اول زندگی. ۲- فقدان محبت و یا تحریک اجتماعی مناسب با مراقبان و بزرگ‌سالان در اوایل زندگی. ۳- تغییرات مکرر در مراقبت‌های اولیه. ۴- زندگی در یک وضعیت نامناسب، مانند یتیم‌خانه‌ها (انجمن روان‌شناسی آمریکا، ۲۰۱۳، ترجمه آوادیس یانس و همکاران، ۱۳۹۵).

همان‌طور که از غفلت اجتماعی به‌عنوان عمده‌ترین مسئله در سبب‌شناسی اختلال آمیختگی اجتماعی بازداری نشده نام‌برده شده، باید توجه داشت که در سبب‌شناسی اختلال نقص توجه / بیش‌فعالی علاوه بر عوامل ژنتیکی، نقایص مادرزادی و موارد زیستی از موارد دیگری چون: سابقه کودک‌آزاری، غفلت از کودک و تغییر مکرر مراقبان کودک نام‌برده شده است. هرچند این عوامل جزء عوامل احتمالی‌اند و می‌توانند بر ایجاد نشانه‌های این اختلال مؤثر باشند (سازمان روان‌پزشکی کودک و نوجوان آمریکا، ۲۰۱۳).

1. Attention Deficit / Hyperactivity Disorder (ADHD)

2. Dickmann & Allen

3. kaplan & sadock

4. Social neglect parent

همان‌طور که قبلاً هم اشاره شد، وجود غفلت اجتماعی که می‌تواند زمینه‌ساز شکل‌گیری عدم دلبستگی و یا دلبستگی نامناسب در کودک باشد؛ مستقیماً به رابطه والد-کودک<sup>۱</sup> بستگی دارد. درحقیقت، رابطه والد-کودک زمینه را برای رشد عملکردهای بعدی کودک ایجاد می‌کند و قطع این رابطه و عدم دلبستگی با شکل‌گیری مشکلات رفتاری در آینده کودک مرتبط است؛ بنابراین وجود یک نوع دلبستگی نمی‌تواند علائم این اختلال را آشکار کند. چراکه این اختلال مربوط به کودکانی است که هر طیف از دلبستگی (آشفته تا ایمن) را دارا هستند (میرزا، مویمبا، پریچت و دیویدسون<sup>۲</sup>، ۲۰۱۶).

یکی از موارد آسیب‌زا در رابطه‌ی والد-کودک بالا بودن استرس والدین است. در واقع استرس والدینی به‌نوعی از اضطراب و تنش افراطی که بیشترین وابستگی را به نقشی که والدین برعهده دارند و تعاملاتی که بین والدین و کودک صورت می‌گیرد، اشاره دارد (آبیدین<sup>۳</sup>، ۱۹۹۵). اینکه والدین از رفتار کودکشان چه برداشتی دارند؛ همچنین میزان در دسترس بودن منابع حمایتی از والدین برای پرورش فرزندان و احساس صلاحیتی که آن‌ها در رابطه با بزرگ کردن فرزندانشان دارند، از جمله عناصر کلیدی این تعریف به شمار می‌آیند (دکاردر و اسکار<sup>۴</sup>، ۱۹۹۶).

به‌ویژه که این نوع استرس در دوران ابتدایی زندگی کودک میزان بالاتری دارد؛ و احتمالاً در اغلب زمینه‌های رشدی کودک به‌عنوان یک‌زنک خطر محسوب شده و ممکن است به شکل گسترده‌ای عملکرد والدین و سلامت روان‌شناختی آن‌ها را برای شکل‌دهی اولین ارتباط والد-فرزندی به خطر بیندازد؛ همچنین منجر به اختلال در رشد عاطفی و رفتاری کودک بشود (کوئل، رگمن، نیولند<sup>۵</sup>، ۲۰۰۲، به نقل از شیرزادی، فرامرزی، قاسمی و شفیع، ۱۳۹۳). افزون بر این، وجود استرس در والدین می‌تواند به تحریک‌پذیری، ایرادگیری و تنبیه‌کنندگی بیشتر والدین بینجامد؛ و این مسئله احتمال بروز رفتارهای

- 
1. Parent- child relationship
  2. Mirza, Mwimba, Pritchett, Davidson
  3. Abidin
  4. Deckard & Scarr
  5. Coyl, Roggman & Newland

ضداجتماعی، اختلال سلوک، اختلال کمبود توجه/ بیش‌فعالی و اختلال نافرمانی مقابله‌ای را در کودکان افزایش می‌دهد (وبستر<sup>۱</sup>، ۱۹۹۰، به نقل از شیرزادی و همکاران، ۱۳۹۳).

در همین راستا، توانایی مهم دیگری که می‌تواند برای کودکان مورد اهمیت واقع شود، توانایی کنترل و تنظیم هیجان است؛ که دربرگیرنده‌ی فرایندهای درونی و بیرونی است و بدین‌وسیله افراد قادر می‌شوند هیجان‌ها را برای رسیدن به اهداف مورد نظرشان چه مثبت و چه منفی مدیریت بنمایند (گراس و تامسون<sup>۲</sup>، ۲۰۰۷؛ به نقل از محمودی، برجعلی، عزیزاده، غباری بناب، اختیاری و اکبری، ۱۳۹۵). نتایج حاصل از پژوهشی که به بررسی تحول تنظیم هیجان پرداخته بود به این نکته اشاره دارد که مبحث تنظیم هیجان و توانایی آن در دوره‌ی کودکی بسیار حائز اهمیت می‌باشد. به این دلیل که در طی این مدت، کودکان باید بتوانند از راهبردهای تنظیم هیجان برای خود درکی داشته باشند و همچنین یاد گرفته باشند که می‌توانند از آن برای کنترل و مدیریت هیجانانشان بهره ببرند (کله، دنیس، اسمیت-سیمون و کوهن<sup>۳</sup>، ۲۰۰۹).

نتایج پژوهش‌های متعدد بیانگر تأثیر بدتنظیمی هیجان در بروز اختلال‌های روان‌شناختی است. برای نمونه بدتنظیمی هیجان در کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی، اختلال سلوک و کودکان مبتلا به اختلال اضطرابی به چشم می‌خورد و می‌تواند در ایجاد این اختلال‌ها نقش داشته باشد (ستهام، گرو و کندال<sup>۴</sup>، ۲۰۰۲). به‌علاوه مشکلات موجود در تنظیم هیجان با مسائل هیجانی و اجتماعی مرتبط دانسته شده. به‌نحوی که کودکانی که دارای تنظیم هیجانی ضعیف هستند، بیشتر رفتارهای غیرقابل کنترل و پرخاشگرانه در تعاملات اجتماعی از خود بروز داده و طرد و گوشه‌گیری را در میان همسالانشان تجربه می‌کنند (هنیش<sup>۵</sup>، ۲۰۰۴؛ به نقل از محمودی و همکاران، ۱۳۹۵).

- 
1. Webster
  2. Gross & Thompson
  3. Cole, Dennis, Smith-Simon, & Cohen
  4. Southam, Gerow & Kendall
  5. Hanish



پرخاشگری و بروز رفتارهای پرخاشگرانه از سوی کودک و نحوه برخورد صحیح با این گونه رفتارها یکی از چالش‌های اساسی در تربیت فرزندان می‌باشد. اغلب پژوهشگران و کارشناسان در زمینه پرخاشگری کودکان، آن را به صورت بروز پرخاشگری جسمانی مثل: کتک زدن، لگدزدن، پرتاب اشیاء، هل دادن و تهدید دیگران به انجام این رفتارها که عموماً با حملات عمدی، آزارگرانه و نفرت بار برای قربانی همراه است و پرخاشگری در روابط که باعث آزار و آسیب به دیگران و طرد اجتماعی قربانی می‌گردد تقسیم‌بندی می‌کنند. باید در نظر داشت که پرخاشگری در دختران در مقایسه با پسران که پرخاشگری جسمانی را بیشتر به کار می‌گیرند، به شکل پرخاشگری رابطه‌ای مورد استفاده قرار می‌گیرد (کریک و گراتپیتر<sup>۱</sup>، ۱۹۹۵؛ به نقل از شهیم، ۱۳۸۶).

از همان دوران ابتدایی کودکی پرخاشگری احتمالاً پیش‌بینی کننده رفتارهای پرخطر بعدی مانند: افسردگی، افت تحصیلی، مصرف مواد و بزهکاری است؛ و به همین دلیل هم یک پدیده‌ی حائز اهمیت در نظر گرفته می‌شود. در حقیقت پرخاشگری را به عنوان پدیده‌ای که می‌تواند تحت تأثیر رفتار والدین، سبک دلبستگی، شیوه فرزند پروری قرار بگیرد، در نظر گرفته‌اند (لی یو<sup>۲</sup>، ۲۰۱۱)؛ و این در حالی است که با ایجاد جوی عاطفی، صمیمی، مثبت، احترام‌آمیز و محبت‌آمیز در میان والدین و فرزندان، به میزان زیادی از پرخاشگری کودکان کاسته خواهد شد (ایکسو، فارور و ژانگ<sup>۳</sup>، ۲۰۰۹).

با توجه به آنچه که گفته شد عدم ارتباط مناسب والدین با فرزندان، امنیت و سلامت عاطفی و روانی کودکان را در معرض خطر قرار می‌دهد و آنان را دچار کمبودهای عاطفی - انگیزشی کرده و با مشکلات روانی گسترده‌ای مواجه می‌کند. به علاوه ارتباط ضعیف میان والدین و فرزندان موجب بروز رفتارهای مشکل‌ساز در آنها می‌شود. در این میان آنچه بیش از همه می‌تواند در بهبود این کودکان مؤثر واقع شود؛ آموزش به والدین در راستای چگونگی ارتباط بهتر و مطلوب‌تر با کودک است. چراکه هر کودک موجودی

- 
1. Crick & Grotpeter
  2. Liu
  3. Xu, Farver & Zhang

منحصربه‌فرد است و برای رشد و تعالی خود به والدین خویش وابسته است. در واقع این والدین هستند که با ایجاد محیطی امن و آرام موجب رشد و بالندگی کودک خود می‌شوند. بر همین اساس فرزندپروری فرایندی بسیار پیچیده و چالش‌برانگیز است که در آن کیفیت رابطه والد-کودک از اهمیت بسزایی برخوردار است (پیرنیا، نجفی، لشگری و صابرمجیدی، ۲۰۱۷).

یکی از درمان‌های مؤثر در این زمینه درمان مبتنی بر تعامل والد-کودک<sup>۱</sup> آیرگ<sup>۲</sup> (۱۹۹۹) است که یکی از رویکردهای مداخله‌ای نخستین و مورد استفاده‌ی طیف وسیعی از مشکلات رفتاری در سنین پیش از دبستان می‌باشد. این روش درمانی طبق سه چهارچوب نظری دلبستگی (بالبی<sup>۳</sup>، ۱۹۷۰)، یادگیری اجتماعی (بندورا<sup>۴</sup>، ۱۹۷۰-۱۹۶۰) و شرطی‌سازی کنشگر (اسکینر<sup>۵</sup>، قرن ۲۰) تدوین شده است.

تغییر و بازسازی تعامل میان والد و کودک، سرانجام رفتارهای ازهم‌گسیخته‌ی کودک را کاهش داده و منجر به بهبودی روابط کودک با خانواده‌اش و نیز با دیگر افراد جامعه می‌شود. بر اساس این رویکرد؛ والدین باید برای افزایش توجه مثبت برای رفتارهایی که می‌خواهند تشویق کنند روش‌های انضباطی خاصی را یاد گرفته و به آن عمل کنند. و در مقابل برای پاسخ به رفتارهای نامطلوب هم مهارت‌های خاصی را یاد خواهند گرفت. از این طریق کودکان یاد می‌گیرند که چگونه رفتار مشکل‌ساز خود را کنترل کنند، پدر و مادر تنش بسیار کمتری را در مدیریت رفتار کودکان تجربه می‌کنند (مک نیل و همبر کیگین<sup>۶</sup>، ۲۰۱۰، ترجمه نجمی و جانقربان، ۱۳۹۵).

- 
1. Parent-child Interaction Therapy (PCTI)
  2. Eyberg
  3. John Bowlby
  4. Albert Bandura
  5. Skinner
  6. McNeil & Hambari Kigin

## مرور پیشینه‌ها

نتایج حاصل از پژوهش عزیزی، احمدی، فاتحی زاده و جزایری (۱۳۹۷) نشان داد که درمان والد-کودک تنیدگی والدین را کاهش و توانمندی خانواده‌های دارای فرزند دچار اختلال کاستی توجه/بیش‌فعالی را افزایش می‌دهد. پیرنیا، سلیمانی و پیرنیا (۱۳۹۵) گزارش دادند که روش درمانی والد-کودک موجب کاهش شاخص پرخاشگری در هر سه مؤلفه‌ی جسمانی، کلامی و رابطه‌ای در کودکان ۵ تا ۸ ساله می‌شود. پیرنیا و همکاران (۲۰۱۷) در پژوهش خود به نتیجه رسیدند که درمان والد-کودک در کاهش اضطراب کودکانی که سطح اضطراب مادرانشان کم، متوسط و بالا است مؤثر می‌باشد.

پژوهش بجورسد و ویچسروم<sup>۱</sup> (۲۰۱۶) هم نشان داد که درمان والد-کودک در مقایسه با درمان‌های متداول، اثربخشی معناداری در کاهش مشکلات رفتاری کودکان و افزایش مهارت‌های والدگری داشته است. و نتایج حاصل از پژوهش کینسوردی و گرزا<sup>۲</sup> (۲۰۱۰) درباره برنامه درمان والد-کودک گویای تأثیرات مثبت آموزشی و تغییر ادراک والدین نسبت به خشونت با این روش بود.

شروع اختلال آمیختگی اجتماعی بازاری نشده از دوران کودکی بوده و اگر در این زمان تشخیص داده نشود احتمال سیر و پیش‌آگهی آن در دوره نوجوانی و بزرگسالی نیز وجود دارد (همفریز، چارلز، چالرز و ناتان<sup>۳</sup>، ۲۰۱۷). همچنین این اختلال یک اختلال جدید محسوب می‌شود (انجمن روان‌شناسی آمریکا، ترجمه سیدمحمدی، ۱۳۹۳) و پژوهش‌های اندک در این حوزه هنوز شناخت کامل و دقیقی را نسبت به آن فراهم ننموده‌اند. با توجه به مطالبی که تاکنون ذکر شد به نظر می‌رسد آموزش‌های مناسب روان‌شناختی و به‌کارگیری روش‌های کارآمد درمانی در جهت بهبود مؤلفه‌های روان‌شناختی این افراد راهگشا بوده و می‌تواند از آسیب‌ها و مشکلات ناشی از این اختلال بکاهد. به این اساس با توجه به خلأ پژوهشی در این زمینه، لازم است پژوهش‌هایی

1. Bjørseth, Wichstrøm

2. Kinsworthy, Garza

3. Humphreys, Charles, Charles, Nathan

صورت گیرد که به شناخت بیشتر و دقیق‌تر و همچنین کاهش آسیب‌های به وجود آمده از این اختلال منجر شود.

در پژوهش حاضر این فرضیه‌ها مورد بررسی قرار می‌گیرد: ۱- روش درمان تعاملی بر استرس والدگری، خودتنظیمی هیجانی و پرخاشگری کودکان ۵ تا ۷ ساله مبتلا به اختلال آمیختگی اجتماعی بازداری نشده بدون اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی مؤثر است. ۲- روش درمان تعاملی بر استرس والدگری، خودتنظیمی هیجانی و پرخاشگری کودکان ۵ تا ۷ ساله مبتلا به اختلال آمیختگی اجتماعی بازداری نشده همراه با اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی مؤثر است؛ بنابراین این پژوهش با هدف تعیین اثربخشی درمان تعاملی بر استرس والدگری، خودتنظیمی هیجانی و پرخاشگری کودکان ۷-۵ ساله‌ی مبتلا به اختلال آمیختگی اجتماعی بازداری نشده با و بدون اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی انجام شده است.

### روش‌شناسی

این پژوهش از نوع نیمه‌آزمایشی و با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه‌ی آماری این پژوهش شامل تمامی کودکان ۷-۵ ساله‌ی مبتلا به اختلال آمیختگی اجتماعی بازداری نشده با و بدون اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی، ثبت‌نام‌شده در مراکز پیش‌دبستانی شهر اصفهان در سال تحصیلی ۹۹-۹۸ بوده است؛ که با استفاده از روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای از بین نواحی شش‌گانه آموزش و پرورش؛ سه ناحیه به‌طور تصادفی انتخاب شدند. از بین این سه ناحیه، به‌طور تصادفی ۲۰ مرکز پیش‌دبستانی انتخاب و از بین کودکان این مراکز انتخاب‌شده، کودکان مبتلا به اختلال آمیختگی اجتماعی بازداری نشده بر اساس ملاک‌های تشخیصی DSM 5<sup>۱</sup> انتخاب شدند.

هم‌چنین با استفاده از پرسشنامه علائم مرضی کودک (CSI-4) برای تشخیص اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی، کودکانی که هم‌زمان دارای اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی هستند نیز مشخص گردیدند. پس از تشخیص قطعی، افراد واجد شرایط برای انجام مطالعه انتخاب و اعضای نمونه به‌طور تصادفی در ۴ گروه شامل ۲ گروه آزمایش و ۲ گروه کنترل (هرکدام ۱۵ نفر) گمارش شدند. پس از گمارش افراد، کلیه آزمودنی‌ها اعم از گروه

آزمایش و کنترل در مرحله پیش‌آزمون مورد ارزیابی قرار گرفتند. سپس ۲ گروه آزمایش (گروه اول دارای اختلال آمیختگی اجتماعی بازداری نشده بدون اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی و گروه دوم دارای اختلال آمیختگی اجتماعی بازداری نشده همراه با اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی) به مدت ۱۲ جلسه یک‌ساعتی، در جلسات آموزشی شرکت نمودند؛ و ۲ گروه کنترل (که گروه اول و دوم آن متناسب با گروه اول و دوم آزمایش بودند) بر اساس ملاحظات اخلاقی در معرض آموزش و یا هیچ مداخله دیگری قرار نگرفته و تا زمان پس‌آزمون در انتظار باقی ماندند.

در پژوهش حاضر از پرسشنامه‌های زیر استفاده شده است:

پرسشنامه علائم مرضی کودکان<sup>۱</sup> (CSI-4): این پرسشنامه در سال ۱۹۸۴ توسط اسپرافکین و گادو بر اساس طبقه‌بندی راهنمای آماری و تشخیص انجمن روان‌پزشکی آمریکا (DSM-III) به منظور غربال اختلال‌های رفتاری و هیجانی کودکان ۵ تا ۱۲ ساله طراحی شد؛ و در سال ۱۹۹۴ هم‌زمان با چاپ چهارم (DSM-IV) مورد تجدیدنظر قرار گرفت. این پرسشنامه دارای دو فرم می‌باشد. فرم والد آن دارای ۹۸ سؤال و جهت تشخیص ۱۸ اختلال رفتاری و هیجانی تنظیم شده است. فرم معلم با ۸۷ سؤال که جهت غربال ۱۳ اختلال رفتاری و هیجانی و حاوی اطلاعاتی از محیط تحصیلی و کارکرد آموزشی کودک است، طراحی شده؛ که در این پژوهش از فرم والد استفاده شده که تنها سؤالات ۱ تا ۱۸ آن به اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی اختصاص دارد. در مطالعه‌ای، پایایی چک‌لیست والدین و معلمان از طریق بازآزمایی به ترتیب ۰/۹۰ و ۰/۹۲ تعیین گردیده است (شیرزادی و همکاران، ۱۳۹۳).

پرسشنامه استرس والدگری آیدین<sup>۲</sup> (فرم کوتاه): این پرسشنامه که یک پرسشنامه‌ی خودگزارشی است در واقع برای پاسخ‌دهی به نیاز متخصصان بالینی جهت اندازه‌گیری استرس در روابط والد-کودک از طریق یک مقیاس معتبر در مدت‌زمان کوتاه تهیه شده است. این پرسشنامه ۳۶ سؤالی و مستقیماً از فرم بلند آن که توسط آیدین در سال ۱۹۸۳

1. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

2. Abidin

تهیه شده بود، گرفته شده است. این پرسشنامه برای ارزیابی استرس کلی تهیه شده و روش نمره‌گذاری آن هم به صورت طیف لیکرت و از ۱ تا ۵ می‌باشد. در پژوهشی که بر روی ۵۳۰ نفر از مادران در یک بازه زمانی شش ماهه صورت گرفت، ضریب همسانی درونی برای استرس کلی (۰/۸۴) گزارش شده است (کاو، علیزاده، دلاور و برجعلی، ۱۳۹۰). در پژوهش حاضر نیز پایایی این پرسشنامه بر اساس ضریب آلفا ۰/۹۰/۶ تعیین شده است.

پرسشنامه‌ی محقق‌ساخته‌ی خودتنظیمی هیجانی ویژه‌ی کودکان پیش‌دبستانی: با توجه به مطالعاتی که در زمینه ادبیات پژوهش انجام شد و با توجه به رویکردهای مختلف ارائه شده در پرسشنامه‌های ساخته شده در رابطه با تنظیم هیجان، پرسشنامه‌ای زیر نظر اساتید این رشته طراحی شد که در آن از مؤلفه‌های: تنظیم و کنترل هیجانات مثبت، تنظیم و کنترل هیجانات منفی، خویشتن‌داری و صبر استفاده شد. این پرسشنامه ویژه کودکان با سنین پیش از دبستان می‌باشد و دارای ۳۶ عبارت بوده که به صورت طیف لیکرت نمره‌گذاری می‌شود. نمره کل افراد در آزمون در کمترین حالت ۳۶ و در بیشترین حالت ۱۸۰ است. همچنین این آزمون دارای نمره معکوس نیز بوده. روایی صوری این پرسشنامه توسط ۵ نفر از متخصصین این حوزه تأیید شد و جهت تعیین روایی محتوایی، سؤالات را به طور مقدماتی یک گروه از والدین کودکان مبتلا پر کردند. در این پژوهش ضریب پایایی این پرسشنامه ۰/۷۳/۷ و روایی آن ۰/۷۹/۸ به دست آمد.

پرسشنامه پرخاشگری رابطه‌ای و آشکار شهیم: این پرسشنامه دارای ۲۱ ماده در زمینه پرخاشگری آشکار و رابطه‌ای با چهار گزینه و نمره‌گذاری طیف لیکرت می‌باشد. این پرسشنامه دارای سه زیر مقیاس پرخاشگری کلامی (۶ گویه)، پرخاشگری جسمانی (۷ گویه) و پرخاشگری رابطه‌ای (۸ گویه) می‌باشد. نقطه برش برای تشخیص کودک پرخاشگر در هر زیرمقیاس، یک انحراف معیار بالاتر از میانگین است. ضریب آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه ۹۱٪ گزارش شده است (شهیم، ۱۳۸۶). در این پژوهش نیز ضریب آلفا؛ پایایی ۰/۸۱ را نشان می‌دهد.

## طرح پژوهش

به منظور کنترل بهتر متغیرهای مزاحم در پژوهش ملاک‌هایی برای گزینش آزمودنی‌ها در نظر گرفته شد. از جمله ملاک‌های ورود به پژوهش شامل: داشتن سن ۵ تا ۷ سال برای کودکان، تشخیص اختلال آمیختگی اجتماعی بازداری نشده با و بدون اختلال نقص توجه / بیش‌فعالی، رضایت و تمایل والدین این گروه برای شرکت در جلسات آموزشی؛ و ملاک‌های خروج از پژوهش شامل: نداشتن سایر اختلالات به جز اختلال آمیختگی اجتماعی بازداری نشده با و بدون اختلال نقص توجه / بیش‌فعالی، عدم همکاری و تمایل والدین نسبت به شرکت در جلسات آموزشی، غیبت بیش از دو جلسه.

در نهایت قبل از شروع هرگونه برنامه مداخله‌ای، جلسه‌ای توجیهی برای والدین ۲ گروه آزمایش برگزار و توضیحاتی درباره مداخله داده شد. هم‌چنین بعد از تکمیل فرم رضایت‌نامه توسط والدین، برای تمامی آزمودنی‌ها نیز جلسه‌ای توجیهی تشکیل و آن‌ها نیز فرم رضایت‌نامه را پر کردند و نسبت به رازداری و عدم افشای اطلاعات به آنان اطمینان خاطر کامل داده شد. سپس پروتکل درمانی و جلسات آموزشی والد-کودک آیرگ در ۱۲ جلسه متوالی و ۱ روز در هفته به مدت یک ساعت بر روی آزمودنی‌های ۲ گروه آزمایش اجرا شد. در جدول ۱ برنامه جلسات آموزشی درمان والد-کودک ارائه شده است.

جدول ۱. برنامه جلسات آموزشی درمان والد-کودک

جلسات	عنوان	هدف	تکلیف
۱	ارزیابی اولیه و تعیین جهت‌گیری درمان	۱- مصاحبه اطلاعات تاریخچه‌ای درباره کودک و گردآوری مشکل، ۲- چگونگی تعامل والدین و کودک از طریق مشاهده ۳- تکمیل پرسشنامه‌ها توسط والدین ۴- درمانگر در مورد اهداف، مراحل و فرآیند درمان به والدین آگاهی لازم را می‌دهد	۵ دقیقه بازی با کودک
۲	آموزش مهارت‌های	۱- شیوه نادیده گرفتن برای رفتارهای منفی	۵ دقیقه بازی با کودک با

جلسات	عنوان	هدف	تکلیف
	تعامل کودک محور (بدون حضور کودک)	کودک ۲- عدم دستور و پرسش از کودک ۳- ارتقاء کیفیت ارتباط والد-کودک	رعایت این موارد
۳	هدایت و تمرین مهارت‌های تعامل کودک محور (بدون حضور کودک)	۱- تقویت رابطه درمانی با خانواده و ارائه حمایت ۲- تمرکز بر توصیفات رفتاری ۳- صرفاً دادن بازخورد مثبت به کودک ۴- تأکید بر نقاط قوت والدین	کاهش تعداد سؤالات و افزایش بازخوردهای مثبت به کودک
۴	جلسه هدایت‌گری همراه با توضیح موضوع الگوگیری کودکان از والدین (با حضور کودک)	۱- توضیح چگونگی شکل‌گیری رفتارهای نامطلوب در اثر الگوگیری از رفتارهای والدین ۲- آموزش کنترل خشم	عدم استفاده از سؤال در روابط با کودک
۵	جلسه هدایت‌گری با تأکید بر موضوع دریافت حمایت (با حضور کودک)	۱- دریافت حمایت والدین از سایر افراد حاضر در محیط اطراف کودک ۲- مرور و بررسی موارد آموزش داده‌شده تا این جلسه و میزان تسلط والدین بر این مهارت‌ها	تمرین مهارت‌های گفته‌شده در منزل در رابطه با کودک
۶	آموزش مهارت‌های تعامل والد محور (بدون حضور کودک)	۱- آموزش مهارت‌های تعامل والد محور (دادن دستورات مؤثر، تحسین فرمان‌پذیری کودک و اجرای صحیح فرآیند محرومیت در صورت نافرمانی کودک)	مرور خلاصه کلیه نکات گفته‌شده به والدین
۷	جلسه هدایت‌گری (با حضور کودک)	۱- اجرای فرآیند تعامل والد محور با هدایت‌گری فشرده از جانب درمانگر ۲- جلسه با فرمان‌پذیری کودک به پایان برسد	تمرین و اجرای موارد گفته‌شده در این جلسه در منزل با کودک
۸	تعمیم‌دهی مهارت‌ها به خارج از جلسه درمانی (با حضور کودک)	۱- بیان ملاک‌های لازم برای کسب مهارت و تعمیم مهارت‌ها به خارج از محیط درمانی	موقعیت جمع‌آوری اسباب‌بازی‌ها
۹	جلسه هدایت‌گری (با حضور کودک)	۱- تأثیرات درمان بر رفتار کودک با والدین مرور می‌شود ۲- ارتقاء مهارت‌های هر دو مرحله درمانی	استفاده از مهارت‌های این مرحله تنها در اعمالی که فرمان‌پذیری کودک در آن‌ها مهم است



جلسات	عنوان	هدف	تکلیف
۱۰	آموزش مدیریت رفتار در اماکن عمومی (با حضور کودک)	۱- ادامه فرآیند هدایتگری ۲- تسلط بیشتر والدین بر مهارت‌ها ۳- به رفتار کودک در اماکن عمومی پرداخته می‌شود و نکات لازم برای کنترل رفتار او در این اماکن گفته خواهد شد	تمرین همین نکات در یک مکان عمومی
۱۱	حل مسائلی که مانع اتمام درمان هستند (با حضور کودک)	۱- توجه به مسائلی که مانع رسیدن به تسلط در مهارت‌ها هستند ۲- بررسی مشکلات باقیمانده در رابطه کودک با خواهر یا برادرش ۳- در صورت نیاز والدین بازی نقش مهارت‌های ضعیف‌تر با درمانگر	بازی دو نفره با کودک
۱۲	جلسه فارغ التحصیلی (با حضور کودک)	۱- ارزیابی ملاک‌های اتمام آموزش همراه با معرفی تکنیک‌های دیگر مدیریت رفتار ۲- تأکید بر استفاده از مهارت‌ها ۳- اعلام رضایت درمانگر از موفقیت والدین با کودک	به کارگیری کلیه مهارت در رابطه

### تحلیل داده‌ها

در اینجا نتایج تحلیل‌های آماری که به‌منظور بررسی فرضیات پژوهش صورت گرفته است، مطرح می‌شود.

جدول ۲. میانگین و انحراف استاندارد استرس والدگری، خودتنظیمی هیجانی و پرخاشگری کودکان (۵ تا ۷ ساله) مبتلا به اختلال آمیختگی اجتماعی بازاری نشده بدون اختلال نقص توجه / بیش‌فعالی بر اساس گروه آزمایش و کنترل

متغیرها	گروه	نوع آزمون	میانگین	انحراف استاندارد	تعداد
استرس والدگری	گروه آزمایش	پیش‌آزمون	۹۰/۱۳	۱۰/۶۷	۱۵
		پس‌آزمون	۶۱/۴۰	۱۶/۱۱	۱۵
	گروه کنترل	پیش‌آزمون	۸۰/۲۰	۱۱/۹۳	۱۵
		پس‌آزمون	۸۰/۲۶	۱۲/۵۸	۱۵
خودتنظیمی هیجانی	گروه آزمایش	پیش‌آزمون	۸۷/۸۶	۱۰/۳۰	۱۵

متغیرها	گروه	نوع آزمون	میانگین	انحراف استاندارد	تعداد
پرخاشگری	گروه کنترل	پس آزمون	۶۶/۹۳	۱۱/۳۳	۱۵
		پیش آزمون	۸۴/۳۳	۷/۶۵	۱۵
		پس آزمون	۸۱/۷۳	۱۰/۶۸	۱۵
	گروه آزمایش	پیش آزمون	۲۹/۷۳	۳/۸۲	۱۵
		پس آزمون	۲۴/۰۶	۲/۷۶	۱۵
	گروه کنترل	پیش آزمون	۲۲/۴۰	۴/۰۳	۱۵
پس آزمون		۲۳/۴۰	۳/۲۰	۱۵	

نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد که میانگین استرس والدگری، خودتنظیمی هیجانی و پرخاشگری کودکان (۷-۵ ساله) مبتلا به اختلال آمیختگی اجتماعی بازداری نشده بدون اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی در گروه آزمایش نسبت به پس‌آزمون تغییر پیدا کرده است. همچنین نتایج نشان می‌دهد که بین میانگین استرس والدگری، خودتنظیمی هیجانی و پرخاشگری گروه آزمایش در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون تفاوت وجود دارد. به‌منظور بررسی معناداری این تفاوت از آزمون تحلیل کواریانس چند متغیری استفاده شد. قبل از ارائه نتایج تحلیل آزمون کواریانس، پیش‌فرض‌های آزمون‌های پارامتریک موردسنجش قرار گرفت. جهت بررسی نرمال بودن نمرات استرس والدگری، خودتنظیمی هیجانی و پرخاشگری از آزمون شاپیرو ویلک استفاده شد و به‌منظور بررسی پیش‌فرض برابری واریانس‌ها از آزمون لوین استفاده شد.

بر همین اساس نتایج آزمون شاپیرو ویلک بیانگر آن بود که پیش‌فرض نرمال بودن نمرات در متغیرهای استرس والدگری، خودتنظیمی هیجانی و پرخاشگری در گروه‌های آزمایش و کنترل در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون برقرار است ( $P > 0/05$ ). همچنین نتایج نشان داد که مقادیر آزمون لوین در متغیر استرس والدگری ( $F = 0/85$  و  $p = 0/36$ )، خودتنظیمی هیجانی ( $F = 0/14$  و  $p = 0/90$ ) و پرخاشگری ( $F = 0/11$  و  $p = 0/74$ ) معنادار نبوده و نشان می‌دهد پیش‌فرض همگنی واریانس‌ها رعایت شده است ( $P > 0/05$ ).

اثربخشی درمان تعاملی بر استرس والدگری...؛ جعفری و بهرامی پور | ۲۵۱

به منظور برابری کواریانس‌های نمرات استرس والدگری، خودتنظیمی هیجانی و پرخاشگری کودکان (۷-۵ ساله) مبتلا به اختلال آمیختگی اجتماعی بازداری نشده بدون اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی در گروه‌های آزمایش و کنترل از آزمون باکس استفاده شد. نتایج این آزمون حاکی از عدم معناداری تفاوت کواریانس‌های استرس والدگری، خودتنظیمی هیجانی و پرخاشگری کودکان (۷-۵ ساله) مبتلا به اختلال آمیختگی اجتماعی بازداری نشده بدون اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی در گروه آزمایش و کنترل بود ( $F=1/31$  و  $p=0/24$ ). با توجه به تأیید پیش‌فرض‌ها به منظور مقایسه گروه‌های آزمایش و کنترل از آزمون تحلیل کواریانس چند متغیری استفاده شد.

جدول ۳. نتایج تحلیل کواریانس چند متغیری به منظور مقایسه استرس والدگری، خودتنظیمی هیجانی و پرخاشگری کودکان (۷-۵ ساله) مبتلا به اختلال آمیختگی اجتماعی بازداری نشده بدون اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی بر حسب پیش‌آزمون

منبع تغییرات	متغیرها	مجموع مجذورات	Df	میانگین مجذورات	F	معناداری	مجذور اتا	توان آزمون
پیش‌آزمون	استرس والدگری	۱۸۷/۳۵۶	۱	۱۸۷/۳۵۶	۰/۸۴۲	۰/۳۶۸	۰/۰۳۳	۰/۱۴۳
	خودتنظیمی هیجانی	۷۵۲/۸۶	۱	۷۵۲/۸۶	۷/۲۲۲	۰/۰۱۳	۰/۲۲۴	۰/۷۳۳
	پرخاشگری	۴۴/۴۸۴	۱	۴۴/۴۸۴	۵/۴۵۶	۰/۰۲۸	۰/۱۷۹	۰/۶۱۲
گروه	استرس والدگری	۱۷۹۸/۸۷۱	۱	۱۷۹۸/۸۷۱	۸/۰۸۳	۰/۰۰۹	۰/۲۴۴	۰/۷۸۰
	خودتنظیمی هیجانی	۱۲۷۵/۳۵۸	۱	۱۲۷۵/۳۵۸	۱۲/۲۳۴	۰/۰۰۲	۰/۳۲۹	۰/۹۱۹
	پرخاشگری	۱۰/۹۳۴	۱	۱۰/۹۳۴	۱/۳۴۱	۰/۲۵۸	۰/۰۵۱	۰/۲۰۰
خطا	استرس والدگری	۵۵۶۳/۸۶۹	۲۵	۲۲۲/۵۵۵				
	خودتنظیمی هیجانی	۲۶۰۶/۰۷۹	۲۵	۱۰۴/۲۴۳				
	پرخاشگری	۲۰۳/۸۱۷	۲۵	۸/۱۵۳				

همان‌طور که در جدول ۳ ملاحظه می‌شود، تفاوت میانگین گروه‌های آزمایش و کنترل در استرس والدگری، خودتنظیمی هیجانی کودکان (۷-۵ ساله) مبتلا به اختلال آمیختگی اجتماعی بازداری نشده بدون اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی معنادار و در متغیر پرخاشگری آن‌ها غیرمعنادار است. همچنین ضریب اتا نشان می‌دهد که درمان تعاملی دوگانه والد-کودک ۲۴/۴٪ از تغییرات استرس والدگری و ۳۲/۹٪ از تغییرات خودتنظیمی هیجانی را تبیین می‌کند. توان آماری استرس والدگری ۰/۷۸۰ و توان آماری خودتنظیمی هیجانی ۰/۹۱/۹ نشان‌دهنده حجم نمونه مناسب برای یک چنین نتیجه‌گیری است. به این ترتیب در پاسخ به این فرضیه باید گفته شود که درمان تعاملی دوگانه والد-کودک بر استرس والدگری و خودتنظیمی هیجانی در کودکان ۷-۵ ساله مبتلا به اختلال آمیختگی اجتماعی بازداری نشده بدون اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی مؤثر است.

در جدول ۴ میانگین و انحراف استاندارد استرس والدگری، خودتنظیمی هیجانی و پرخاشگری کودکان (۷-۵ ساله) مبتلا به اختلال آمیختگی اجتماعی بازداری نشده همراه با اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی را برحسب گروه آزمایش و کنترل نشان داده است.

جدول ۴. میانگین و انحراف استاندارد استرس والدگری، خودتنظیمی هیجانی و پرخاشگری کودکان (۷-۵ ساله) مبتلا به اختلال آمیختگی اجتماعی بازداری نشده همراه با اختلال نقص

توجه/بیش‌فعالی بر اساس گروه آزمایش و کنترل

متغیرها	گروه	نوع آزمون	میانگین	انحراف استاندارد	تعداد
استرس والدگری	گروه آزمایش	پیش‌آزمون	۱۰۸/۱۹	۱۸/۹۱	۱۵
		پس‌آزمون	۶۴/۳۳	۱۸/۹۱	۱۵
	گروه کنترل	پیش‌آزمون	۸۸/۰۶	۲۰/۲۰	۱۵
		پس‌آزمون	۸۷/۰۶	۲۲/۸۶	۱۵
خودتنظیمی هیجانی	گروه آزمایش	پیش‌آزمون	۱۰۷/۷۹	۱۳/۳۴	۱۵
		پس‌آزمون	۶۶/۸۶	۱۱/۱۶	۱۵
	گروه کنترل	پیش‌آزمون	۹۶/۸۶	۹/۳۰	۱۵
		پس‌آزمون	۹۳/۶۰	۱۲/۷۱	۱۵
پرخاشگری	گروه آزمایش	پیش‌آزمون	۳۶/۲۰	۴/۶۰	۱۵

متغیرها	گروه	نوع آزمون	میانگین	انحراف استاندارد	تعداد
	گروه کنترل	پس آزمون	۲۴/۶۰	۷/۵۵	۱۵
		پیش آزمون	۲۸/۳۳	۹/۷۹	۱۵
		پس آزمون	۲۶/۲۰	۵/۳۳	۱۵

نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد که میانگین استرس والدگری، خودتنظیمی هیجانی و پرخاشگری کودکان مبتلا به اختلال آمیختگی اجتماعی بازداری نشده همراه با اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی گروه آزمایش نسبت به پس‌آزمون تغییر پیدا کرده است. همچنین نتایج نشان می‌دهد که بین میانگین استرس والدگری، خودتنظیمی هیجانی و پرخاشگری گروه آزمایش در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون تفاوت وجود دارد. به‌منظور بررسی معناداری این تفاوت از آزمون تحلیل کواریانس چند متغیری استفاده شد. همچنین جهت بررسی نرمال بودن نمرات استرس والدگری، خودتنظیمی هیجانی و پرخاشگری از آزمون شاپیرو ویلک استفاده شد و به‌منظور بررسی پیش‌فرض برابری واریانس‌ها از آزمون لوین استفاده شد.

نتایج آزمون شاپیرو ویلک نشان داد که پیش‌فرض نرمال بودن توزیع نمونه‌ای داده‌ها در متغیرهای استرس والدگری، خودتنظیمی هیجانی و پرخاشگری در گروه‌های آزمایش و کنترل در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون نرمال است ( $P > 0/05$ ). نتایج آزمون لوین نشان می‌دهد که مقادیر این آزمون در متغیرهای استرس والدگری ( $F=9/76$  و  $p=0/054$ )، خودتنظیمی هیجانی ( $F=0/13$  و  $p=0/71$ ) و پرخاشگری ( $F=0/16$  و  $p=0/68$ ) معنادار نبوده و پیش‌فرض همگنی واریانس‌ها تأیید می‌شود ( $P > 0/05$ ).

به‌منظور برابری کواریانس‌ها در نمرات استرس والدگری، خودتنظیمی هیجانی و پرخاشگری کودکان (۷-۵ ساله) مبتلا به اختلال آمیختگی اجتماعی بازداری نشده همراه با اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی در گروه‌های آزمایش و کنترل از آزمون باکس استفاده شد. نتایج نشان داد که تفاوت کواریانس‌های استرس والدگری، خودتنظیمی هیجانی و پرخاشگری کودکان (۷-۵ ساله) مبتلا به اختلال آمیختگی اجتماعی بازداری نشده همراه با اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی در این دو گروه غیرمعنادار است ( $F=2/84$  و  $p=0/059$ ).

با توجه به تأیید پیش‌فرض‌ها به‌منظور مقایسه گروه‌های آزمایش و کنترل از آزمون تحلیل کواریانس چند متغیری استفاده شد. جدول ۴ نتایج آزمون تحلیل کواریانس چند متغیری را نشان می‌دهد.

جدول ۵. نتایج تحلیل کواریانس چند متغیری به‌منظور مقایسه استرس والدگری، خودتنظیمی هیجانی و پرخاشگری کودکان مبتلا به اختلال آمیختگی اجتماعی بازداری نشده همراه با اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی برحسب پیش‌آزمون

منبع تغییرات	متغیرها	مجموع مجدورات	Df	میانگین مجدورات	F	معناداری	مجدورات	توان آزمون
پیش‌آزمون	استرس والدگری	۴۷۶۹/۲۱۲	۱	۴۷۶۹/۲۱۲	۲۸/۶۵۹	۰/۰۰۰	۰/۵۳۴	۰/۹۹۹
	خودتنظیمی هیجانی	۵۳۷/۵۷۶	۱	۵۳۷/۵۷۶	۴/۹۱۳	۰/۰۳۶	۰/۱۶۴	۰/۵۶۸
	پرخاشگری	۱۸۱/۹۰۵	۱	۱۸۱/۹۰۵	۱۱/۴۱۵	۰/۰۰۲	۰/۳۱۳	۰/۹۰۱
گروه	استرس والدگری	۶۷۰۱/۹۰۸	۱	۶۷۰۱/۹۰۸	۴۰/۲۷۳	۰/۰۰۰	۰/۶۱۷	۱/۰۰
	خودتنظیمی هیجانی	۴۳۱۳/۱۹۳	۱	۴۳۱۳/۱۹۳	۳۹/۴۱۷	۰/۰۰۰	۰/۶۱۲	۱/۰۰
	پرخاشگری	۴۱/۲۲۷	۱	۴۱/۲۲۷	۲/۵۹۰	۰/۱۲۰	۰/۰۹۴	۰/۳۴۰
خطا	استرس والدگری	۴۱۶۰/۲۴۸	۲۵	۱۶۶/۴۱۰				
	خودتنظیمی هیجانی	۲۷۳۵/۵۹۰	۲۵	۱۰۹/۴۲۴				
	پرخاشگری	۳۹۸/۳۹۰	۲۵	۱۵/۹۳۶				

همان‌طور که در جدول ۵ ملاحظه می‌شود، تفاوت میانگین گروه‌های آزمایش و کنترل در استرس والدگری، خودتنظیمی هیجانی کودکان (۷-۵ ساله) مبتلا به اختلال آمیختگی اجتماعی بازداری نشده همراه با اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی معنادار و در پرخاشگری آنها غیر معنادار است.

همچنین ضریب اتا نشان می‌دهد که درمان تعاملی دوگانه والد-کودک ۶۱/۷٪ از تغییرات استرس والدگری و ۶۱/۲٪ از تغییرات خودتنظیمی هیجانی را تبیین می‌کند. توان آماری استرس والدگری و خودتنظیمی هیجانی ۱/۰۰ است. یعنی امکان خطای نوع دوم وجود نداشته و حاکی از دقت آماری بسیار بالا و کفایت حجم نمونه است. به این ترتیب در پاسخ به این فرضیه باید گفته شود که درمان تعاملی دوگانه والد-کودک بر استرس والدگری و خودتنظیمی هیجانی در کودکان (۵ تا ۷ ساله) مبتلا به اختلال آمیختگی اجتماعی بازداری نشده همراه با اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی مؤثر است.

### بحث و نتیجه‌گیری

هدف از پژوهش حاضر، بررسی اثربخشی درمان تعاملی بر استرس والدگری، خودتنظیمی هیجانی و پرخاشگری کودکان مبتلا به اختلال آمیختگی اجتماعی بازداری نشده همراه با و بدون اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی بود. نتایج پژوهش حاضر نشان می‌دهد که از بین استرس والدگری، خودتنظیمی هیجانی و پرخاشگری، درمان تعاملی (والد-کودک) تنها بر استرس والدگری و خودتنظیمی هیجانی در کودکان (۷-۵ ساله) مبتلا به اختلال آمیختگی اجتماعی بازداری نشده همراه با و بدون اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی مؤثر است. ضمناً مقایسه میانگین گروه‌های آزمایش در جداول ۱ و ۳ نشان می‌دهد که تأثیر این روش درمانی بر استرس والدگری و خودتنظیمی هیجانی در کودکان گروه مبتلا به اختلال آمیختگی اجتماعی بازداری نشده همراه با اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی بیشتر از کودکان گروه مبتلا به اختلال آمیختگی اجتماعی بازداری نشده بدون اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی بوده است.

در تبیین این نتیجه می‌توان به این نکته اشاره کرد که کودکان مبتلا به اختلال آمیختگی اجتماعی بازداری نشده همراه با اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی به دلیل وجود تکانشگری اجتماعی که در هر دو اختلال مشترک است و بر همین اساس هم‌گامی با اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی همراه می‌شود و البته اهمیت تمایز این دو اختلال را می‌رساند، با مشکلات بیشتری در زمینه شتاب‌زدگی، عدم خودتنظیمی و رفتارهای تکانشی

روبرو هستند. از آنجایی که درمان تعاملی (والد-کودک) مهارت‌های زیادی را در این زمینه شامل می‌شود می‌تواند با آموزش‌های مناسب به فهم بیشتر والدین، پذیرش و صبوری آن‌ها و افزایش سازگاری شخصی والدین نسبت به مشکلات کودک منجر شود. البته کودکان هم با کسب مهارت‌های مرتبط با خودتنظیمی بیشتر، توانایی صبر و تحمل و چگونگی مدیریت رفتار می‌توانند رفتارهای تکانشگرانه خود را کاهش دهند. به این اساس تأثیر این روش درمانی در کودکانی که مبتلا به اختلال آمیختگی اجتماعی بازداری نشده همراه با اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی هستند ملموس‌تر است.

نتایج پژوهش حاضر از نظر تأثیر برنامه تعاملی (والد-کودک) بر استرس والدگری مادران با پژوهش امان الهی و همکاران (۱۳۹۶)، صابری، بهرامی پور، قمرانی و همکاران (۱۳۹۱)، هاهلوگ هنریچ، کاسل، برترام و نیومن<sup>۱</sup> (۲۰۱۰)، لی و لندرت<sup>۲</sup> (۲۰۰۳)، گلاور و لندرت<sup>۳</sup> (۲۰۰۰)، لندرت و لوبا<sup>۴</sup> (۱۹۹۸) و گلداستاین و گلداستاین<sup>۵</sup> (۱۹۹۸) همسو می‌باشد.

در این پژوهش هم تغییر مشخص و معنادار کودکان در حوزه‌های مذکور می‌تواند ناشی از تأثیر آموزش‌ها بر ارتقاء و بهبود کیفیت ارتباط والد-کودک، تغییر نگرش والدین نسبت به رفتارهای کودک، شناخت بهتر و درست‌تر والدین از مشکلات کودک، کمک به کودک برای کنترل و مدیریت هیجانات خود، استفاده‌ی به‌موقع و مناسب از پاداش و تنبیه و درنهایت توانمندی در مدیریت مناسب‌تر والدین باشد.

در حقیقت آشنایی والدین با اصول صحیح فرزندپروری موجب می‌شود که آن‌ها توانمندتر از قبل عمل کنند؛ و با مجهز شدن به روش‌های مؤثر در شیوه‌ی ارتباط با فرزندان و اجرای درست روش‌های مدیریت رفتار و هیجانات خود و فرزندشان بیش‌ازپیش بر

---

1. Hahlweg, Heinrichs, Kuschel, Bertram & Naumann

2. Lee and Landreth

3. Glover and Landreth

4. Landreth and Lobaugh

5. Goldstein and Goldstein



استرس والدگری خود فائق آیند. به علاوه خواهند توانست به فرزندانشان به منظور رسیدن به خودکنترلی و خودتنظیمی در هیجانات و رفتارشان کمک کنند.

در تبیین علل معنادار نبودن میزان تغییر نمرات پرخاشگری، با توجه به پایین بودن توان آماری پرخاشگری، شاید بهتر باشد که در غالب چنین فرضیه‌ای و برای نتیجه‌گیری بهتر و دقیق‌تر تعداد افراد نمونه‌های موردبررسی بالاتر باشد. علاوه به این مطلب علی‌رغم تغییر در نمرات پرخاشگری گروه آزمایش نسبت به پیش‌آزمون و گروه کنترل، این عدم معناداری را می‌توان این‌گونه تفسیر نمود که درمان تعاملی توانسته به بهبود نسبتاً پایداری در پرخاشگری کودکان منجر شود؛ اما این در حالی است که مشکلات رفتاری و پرخاشگری کودکان تا سن ۷ سالگی در برابر درمان‌ها و مداخلات کوتاه‌مدت مقاوم هستند و به احتمال زیاد تداوم درمان به مدت طولانی‌تر، اثر ماندگارتری برجای می‌گذارد. بنا بر یافته‌های آندروود، براون، گالپرین، گنتش و ریسر<sup>۱</sup> (۲۰۰۸) در واقع اثربخشی درمان در مدت طولانی؛ به تداوم به‌کارگیری مهارت‌های آموخته‌شده و بهبود هرچه بیشتر ارتباطات درون خانواده و تغییر سبک فرزند پروری بستگی دارد. این نتیجه با نتایج پژوهش قوی میدانی (۱۳۹۷) و تحقیق پیرنیا و همکاران (۱۳۹۵) مبنی بر تأثیر مثبت بازی‌درمانی که از انواع برنامه‌های درمان تعامل والد-کودک است؛ بر پرخاشگری کودکان ناهمسو می‌باشد.

در زمینه‌ی تأثیر برنامه‌ی تعاملی والد-کودک بر استرس والدینی در کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه / بیش‌فعالی و سایر اختلالات همبود با آن، این پژوهش با پژوهش عزیززی و همکاران (۱۳۹۷)، فولی، هیگدان و وایت<sup>۲</sup> (۲۰۰۶)، لی و لندرت<sup>۳</sup> (۲۰۰۳)، گلاور و لندرت (۲۰۰۰) و لندرت و لوبا (۱۹۹۸) همسو می‌باشد؛ و با مطالعات بارلو، کورن و استوارت- برون<sup>۴</sup> (۲۰۰۱)، ولز، اپستین، هین شاو کانرز، کلاریک، آیکف<sup>۴</sup> و همکاران

1. Underwood, Beron, Galperin, Gentsch & Risser

2. Foley, Higdon and White

3. Barlow, Coren and Stewart- Brown

4. Wells, Epstein, Hinshaw, Connors, Klaric, Abikoff

(۲۰۰۰) و مونتایل، پنا، اسپینا، هرناوندز، لویز، سانچز<sup>۱</sup> و همکاران (۲۰۰۲) ناهمسو می‌باشد. بر این اساس این روش درمانی به‌عنوان یک مداخله مؤثر در مشکلات هیجانی و جانی کودکان مبتلا به اختلال آمیختگی اجتماعی بازداری نشده با و بدون اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی می‌تواند مورد توجه قرار بگیرد.

در پژوهش‌های پیگیری که بر این نوع درمان انجام شده‌اند، همواره به این مطلب تأکید شده است که این نوع مداخله، باعث افزایش رفتارهای فرزندپروری مثبت می‌شود. و پس از درمان هم رفتارهای فرزندپروری منفی روبه کاهش می‌گذارد. و حتی با گذشت مدت‌زمان طولانی بعد از پایان درمان؛ نتایج همچنان پایدار می‌ماند. این برنامه برای کودکان بین سنین ۷-۲ سال مؤثر خواهد بود (مک نیل و همبری کینگین، ۱۹۹۹)؛ بنابراین پیشنهاد می‌شود محققان در آینده برای اطمینان بیشتر در تعمیم دهی نتایج، پژوهشی در همین راستا در مناطق دیگر و بر روی گروه‌های سنی مختلف پیش از دبستان و با دیگر ابزارهای پژوهشی نیز انجام دهند. همچنین استفاده از آزمون پیگیری می‌تواند ما را در تصمیم‌گیری دقیق‌تر نسبت به استفاده از این روش برای این اختلال و پایداری درمان در یک بازه‌ی زمانی طولانی‌تر یاری رساند.

به‌علاوه آنچه که می‌تواند در زمینه‌ی درمان سایر اختلالات و تشخیص سریع‌تر مفید باشد آشنایی بیشتر و درک عمیق‌تر این اختلالات است؛ بنابراین پیشنهاد می‌شود مربیان و مدیران مهدها با این اختلال و سایر اختلالات رفتاری در کودکان در طول آموزش ضمن خدمت آشنا شوند. ارائه‌ی جلسات آموزشی اصلاح رفتار به مربیان مهدکودک‌ها هم‌زمان با مداخلات آموزشی برای والدین می‌تواند اثربخشی درمان مداخله‌ای را افزایش دهد. همچنین پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی به مقایسه اثربخشی این مداخله با سایر مداخلات روان‌شناختی بر کاهش مشکلات رفتاری و هیجانی ناشی از اختلالات کودکان در سنین مختلف پرداخته شود.

اثر بخشی درمان تعاملی بر استرس والدگری...؛ جعفری و بهرامی پور | ۲۵۹

همانند سایر پژوهش‌ها این پژوهش نیز با محدودیت‌هایی روبرو بوده است که از آن جمله می‌توان به این موارد اشاره کرد. از آنجا که این پژوهش تنها بر روی گروه سنی ۵ تا ۷ سال انجام شده بر سایر کودکان قابل تعمیم نیست. همچنین عدم حضور پدران همانند مادران در جلسات آموزشی جهت هماهنگی بیشتر اعضای خانواده و تأثیر آموزش و کاربرد بهتر و سریع‌تر آن در ارتباط با کودک از دیگر محدودیت‌های این پژوهش بود.

## ORCID

Tahereh Jafari



<http://orcid.org/0000-0003-4112-7975>

Mansoureh Bahrami pour



<http://orcid.org/0000-0002-2383-3828>

## منابع

- امان‌الهی، عباس. شادفر، افروز و اصلانی، خالد (۱۳۹۶). «اثر بخشی رابطه درمانی والد-کودک بر استرس والدگری مادران و پذیرش والدینی کودکان دبستانی». فصلنامه خانواده و پژوهش. ۴۱: ۱۲۰-۱۰۳.
- انجمن روان‌شناسی آمریکا (۲۰۱۳). پنجمین ویرایش راهنمای تشخیص و آماری اختلال‌های روانی. ترجمه‌ی هامایاک آوادیس یانس، حسن هاشمی میناباد و داوود عرب قهستانی (۱۳۹۵). تهران: انتشارات رشد.
- انجمن روان‌شناسی آمریکا (۲۰۱۳). پنجمین ویرایش راهنمای تشخیص و آماری اختلال‌های روانی. ترجمه‌ی یحیی سیدمحمدی (۱۳۹۳). تهران: نشر روان.
- پیرنیا، بیژن. سلیمانی، علی. پیرنیا، کامبیز (۱۳۹۵). «مشکلات رفتاری و درمان‌های روان‌شناختی، اثر بخشی درمان تعاملی والد-کودک بر پرخاشگری کودکان، یک کارآزمایی کنترل‌شده تصادفی مقدماتی». فصلنامه مطالعات روان‌شناسی بالینی دانشگاه علامه طباطبائی. ۷ (۲۷): ۶۹-۴۷.
- ستیر، ویرجینیا (۱۹۷۱). آدم‌سازی در روان‌شناسی خانواده. ترجمه بهروز بیرشک (۱۳۸۸). تهران: انتشارات رشد.
- شهیم، سیما (۱۳۸۶). «پرخاشگری رابطه‌ای در کودکان پیش‌دبستانی». مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران. ۱۳ (۳): ۲۷۱-۲۶۴.
- شیرزادی، پرستو. فرامرزی، سالار. قاسمی، مسلم و شفیعی، میثم (۱۳۹۳). «بررسی روایی و اعتبار فرم کوتاه شاخص استرس فرزندپروری (PSI-SF)». مجله‌ی رویش روان‌شناسی. ۳ (۹): ۹۱-۱۱۰.
- صابری، جواد. بهرامی پور، منصوره. قمرانی، امیر و یارمحمدیان، احمد (۱۳۹۱). «اثر بخشی برنامه گروهی فرزندپروری مثبت بر کاهش استرس والدگری مادران دارای کودکان مبتلا به اختلال اوتیسم». دانش و پژوهش در روان‌شناسی کاربردی. ۱۵ (۲): ۷۷-۶۹.
- عزیزی، آرمان. فاتحی زاده، مریم. احمدی، احمد. جزایری، رضوان (۱۳۹۷). «تأثیر درمان رابطه والد-فرزند بر تنیدگی و توانمندی والدین فرزند دارای دچار اختلال کاستی توجه/فزون کنشی». دو فصلنامه‌ی مشاوره و روان‌درمانی خانواده. ۸ (۱): ۲۷-۴۶.

اثربخشی درمان تعاملی بر استرس والدگری...؛ جعفری و بهرامی پور | ۲۶۱

قوی میدانی، مریم (۱۳۹۷). «اثربخشی مداخله بازی درمانی مبتنی بر والد- کودک بر پرخاشگری واکنشی کودکان پیش دبستانی». *یازدهمین کنفرانس روان شناسی و علوم اجتماعی. تهران. ۱۱ تیرماه ۹۷.*

کاپلان، هارولد و سادوک، بنجامین (۲۰۰۷). *خلاصه‌ی روان پزشکی. ترجمه‌ی فرزین رضاعی (۱۳۹۲). تهران: انتشارات ارجمند.*

کاوه، منیژه. علیزاده، حمید. دلاور، علی و برجعلی، احمد (۱۳۹۰). «تدوین برنامه افزایش تاب‌آوری در برابر استرس و تأثیر آموزش آن بر مؤلفه‌های کیفیت زندگی والدین دارای کودک کم‌توان ذهنی خفیف». *فصلنامه ایرانی کودکان استثنایی، ۱۱(۲): ۱۴۰-۱۱۹.*

محمودی، مریم. برجعلی، احمد. علیزاده، حمید. غباری بناب، باقر. اختیاری، حامد و اکبری زردخانه، سعید (۱۳۹۵). «تنظیم هیجان در کودکان با اختلال یادگیری و کودکان عادی. فصلنامه علمی - پژوهشی پژوهش در یادگیری آموزشگاهی و مجازی». ۴(۱۳): ۶۹-۸۴. مک‌نیل، چریل بادیفورد و همبری کیگین، تونی (۱۹۹۹). *درمان مبتنی بر تعامل والد- کودک (PCIT)*. ترجمه‌ی بدرالدین نجمی و نازینا جانقربان. ۱۳۹۵. تهران: انتشارات ارجمند.

Abidin, R. (1995). *Manual for the parenting stress index*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. Facts for families: Attachment Disorders. (2014). 85, 1-3. Version published: 2014 January 10. from IDEAL database site <http://www.aacap.org/>.

Barlow, J., Coren, E., Stewart- Brown, S. (2003). Parent- training programmes for improving maternal psychosocial health. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 1(4), doi:10.1002/14651858.CD002020.pub2.

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. 11(9). 1-19. doi: 10.1371/journal.pone.0159845.

Cole, P.M., Dennis, T.A., Smith-Simon, K.E., Cohen, L.H. (2009). Preschoolers' emotion regulation strategy understanding: Relations with emotion socialization and child selfregulation. *Social Development*. 18(2), 324-352.

Deater-Deckard, K., Scarr, S. (1996). Parenting stress among dual-earner mothers and fathers: are there gender differences? *Journal of Family Psychology*. 10(1), 45-59.

- Dickmann, CR., Allen, B. (2017). Parent-child interaction therapy for the treatment of disinhibited social engagement disorder: A case report. *Evidence-Based Practice in Child and Adolescent Mental Health*. 2(1), 19-29.
- Foley, Y.C., Higdon, L., White, J.F. (2006). A qualitative study of filial therapy: Parents' voices. *International Journal of Play Therapy*. 15(1), 37.
- Glover, G.J., & Landreth, G.L. (2000). Filial therapy with Native Americans on the Flathead Reservation. *International Journal of Play Therapy*. 9(2), 57-80.
- Goldstein, S., Goldstein, M., Jones, C.B., Braswell, L., Sheridan, S. (1998). Managing ADHD in Children: A Guide for practitioners use. *New York: John Wiley & sons, Inc.*
- Hahlweg, K., Heinrichs, N., Kuschel, A., Bertram, H., Naumann S. (2010). Long-term outcome of a randomized controlled universal prevention trial through a positive parenting program: is it worth the effort? *Child and adolescent psychiatry and mental health*. 2010;4(1), 1-14.
- Humphreys, K., Charles, N., Charles, Z., Nathan, F. (2017). Signs of reactive attachment disorder and disinhibited social engagement disorder at age 12 years: Effects of institutional care history and high-quality foster care. *Development and Psychopathology*. 29, 675-684.
- Kinsworthy, S., & Garza, Y. (2010). Filial therapy with victims of family violence: A phenomenological study. *Journal of family violence*. 25(4), 423-429.
- Landreth, G.L., & Lobaugh, A. (1998). Filial therapy with incarcerated fathers: Effects on parental acceptance of child, parental stress, and child adjustment. *Journal of Counseling & Development*. 76(2), 157-165.
- Lee, M.K., & Landreth, G. L. (2003). Filial therapy with immigrant Korean parents in the United States. *International Journal of Play Therapy*. 12(2), 67-88.
- Liu, J. (2011). Early health risk factors for violence: Conceptualization, evidence, and implications. *Aggression and violent behavior*. 16(1), 63-73.
- Mirza, K.h., Mwimba, G., Pritchett, R., Davidson, C. (2016). Association between reactive a attachment disorder/disinhibited social engagement disorder and emerging personality disorder: a feasibility study. *The Scientific World Journal*. 2(4), 1-8.
- Minnis, H. (2018). What happens to disinhibited social engagement disorder over time? *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 57(5), 304-305.

- Montiel, C.N., Pena, J., Espina, G.M., Ferrer-Hernandez, M., López-Rubio, A., Puertas-Sánchez, S., Cardozo-Durán, J.J. (2002). A pilot study of methylphenidate and parent training in the treatment of children with attention- deficit hiperactivity disorder. *Revista de neurologia*. 35(3), 201-205.
- 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 Psychology*. 5(3), 167-176.
- Underwood, M.K., Beron, K.J., Galperin, M.B., Gentsch, J.K., Risser, S.D. (2008). Family correlates of children's social and physical aggression with peers: Negative interparental conflict strategies and parenting styles. *International J Behav Dev*. 32: 549-562.
- Wells, K.C., Epstein, J.N., Hinshaw, S.P., Conners, C.K., Klaric, J., Abikoff, H.B., Abramowitz, A., Arnold, L. E., Elliott, G., Greenhill, L. L., Hechtman, L., Hoza, B., Jensen, P. S., March, J. S., Pelham, W., Pfiffner, L., Severe, J., Swanson, J. M., Vitiello, B., & Wigal, T. (2000). Parenting and family stress treatment outcomes in attention deficit hyperactivity disorder (ADHD): An empirical analysis in the MTA study. *Journal of abnormal child psychology*. 28(6), 543-553.
- Xu, Y., Farver, J. A. M., Zhang, Z. (2009). Temperament, harsh and indulgent parenting, and Chinese childrens proactive and reactive aggression. *Child Development*. 80(1), 244-258.

**استناد به این مقاله:** جعفری، طاهره، بهرامی پور، منصوره. (۱۴۰۰). اثر بخشی درمان تعاملی بر استرس والدگری، خودتنظیمی هیجانی و پرخاشگری کودکان مبتلا به اختلال آمیختگی اجتماعی بازداری نشده با و بدون اختلال نقص توجه / بیش فعالی، روان شناسی افراد استثنایی، ۱۱(۴۳)، ۲۳۳-۲۶۳.

DOI: 10.22054/JPE.2021.52067.2162



Psychology of Exceptional Individuals is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License.

