

Comparing the Effectiveness of Parent-Child Interaction Therapy and a Combination of Parent-Child Interaction Therapy and the Attachment Therapy on Insecurely Attached Mothers Treating Their Children's Behavioral Problems

Najafi Marboyeh N¹, *Golshani F², Emamipur S³, Baghdasarians A²

Author Address

1. PhD Student in General Psychology, Department of Psychology, Central Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran;

2. Assistant Professor, Department of Psychology, Central Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran;

3. Associate Professor, Department of Psychology, Central Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.

Corresponding Author Email: fat.golshani@iauctb.ac.ir

Received: 2020 March 18; Accepted: 2021 February 28

Abstract

Background & Objectives: The behaviors considered normal at age 3 may indicate a clinically significant problem or disorder at age 5. Disruptive behavior problems in early childhood, such as aggressive behaviors, are often stable and signs of poor mental health prognosis in the future, which may lead to school failure, substance abuse, and crimes. These behaviors represent a range of potential risk factors regarding neurodevelopmental disorders and mental health problems, let alone their adverse effects on the child's current performance and increased stress in the family. The family environment is an important feature of the intervention because it can greatly enhance or hinder children and adolescents' emotional and social development. This study aimed to compare the effectiveness of parent-child interaction therapy and a combination of parent-child interaction therapy and attachment therapy on insecurely attached mothers with their children's behavioral problems.

Methods: This quasi-experimental study has a pretest-posttest and a 2-month follow-up design with a control group. The statistical population included mothers with children with behavioral problems. The mothers were referred to psychological counseling clinics in district one of Tehran City, Iran, during 2018 and 2019. Thirty eligible volunteer mothers were identified as having an insecure attachment style based on their scores in the Experiences in Close Relationships Scale-Short Form (Wei et al., 2007) were included in the study. They were divided into two experimental and one control group. The first experimental group received only the parent-child interaction therapy. The second experimental group received the combined method of parent-child interaction therapy and attachment therapy. The mothers responded to the Child Behavior Checklist for the pretest, posttest, and follow-up assessment (Achenbach & Rescorla, 2007). The first experimental group received 10 sessions of parent-child interaction therapy, and the second group received 10 sessions of parent-child interaction therapy and 10 sessions of attachment therapy. Descriptive (frequency, percentage, mean and standard deviation) and inferential statistics (analysis of variance, analysis of variance with repeated measurements, and Bonferroni's post hoc test) were used to describe and analyze the data in SPSS version 24. The significance level of the tests was considered 0.05.

Results: The results showed that the parent-child relationship therapy and the combination of parent-child interaction treatment and the attachment therapy had a reducing effect on both variables of anxiety, depression/isolation, physical complaints, social problems, thought problems, attention problems, law-breaking and aggressive behavior ($p < 0.001$). The time parameter reduced anxiety, depression/isolation, physical complaints, social problems, thought problems, attention problems, law-breaking behavior, and aggressive behavior ($p < 0.001$). The interaction of time*group reduced anxiety, depression/ isolation, physical complaints, social problems, thought problems, attention problems, law-breaking, and aggressive behavior compared to the control group ($p < 0.001$). There was a significant difference between the two experimental groups in the variables of depression/isolation ($p = 0.006$), aggressive behavior ($p = 0.013$), and law-breaking behavior ($p = 0.001$). But no significant difference was observed between the two experimental groups in the other variables, i.e., anxiety, physical complaints, social problems, thought problems, and attention problems ($p = 1.000$). Also, the results showed a significant difference between the mean values of the mentioned variables (including anxiety, depression/isolation, physical complaints, social problems, thought problems, attention problems, law-breaking behavior, and aggressive behavior) in the pretest with posttest and follow-up phases in the experimental groups ($p = 0.001$) and the persistence of this effect in the follow-up phase ($p = 0.017$, $p > 0.05$).

Conclusion: Based on the findings of this study, both parent-child interaction therapy and the combination of parent-child interaction therapy with attachment therapy are effective on children's behavioral problems. However, combining parent-child interaction therapy with attachment therapy showed a greater effect on children's behavioral problems.

Keywords: Attachment, Behavioral problems, Parent-Child.

مقایسه اثربخشی درمان رابطه والد- کودک و درمان ترکیبی رابطه والد- کودک و درمان دلبستگی در مادران دلبسته ناایمن بر مشکلات رفتاری کودکان

نازنین نجفی مربویه^۱، *فاطمه گلشنی^۲، سوزان امامی پور^۳، آنتیا باغداساریانس^۲

توضیحات نویسندگان

۱. دانشجوی دکتری روانشناسی عمومی، گروه روانشناسی، واحد تهران مرکزی، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران؛

۲. استادیار گروه روانشناسی، واحد تهران مرکزی، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران؛

۳. دانشیار گروه روانشناسی، واحد تهران مرکزی، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران؛

*رایانامه نویسنده مسئول: fat.golshami@iauctb.ac.ir

تاریخ دریافت: ۲۸ اسفند ۱۳۹۸؛ تاریخ پذیرش: ۱۰ اسفند ۱۳۹۹

چکیده

زمینه و هدف: محیط خانواده می‌تواند رشد عاطفی-اجتماعی کودکان و نوجوانان را به شدت تقویت کند یا مانع آن شود. این پژوهش با هدف مقایسه اثربخشی درمان رابطه والد- کودک و درمان ترکیبی رابطه والد- کودک و درمان دلبستگی در مادران دلبسته ناایمن بر مشکلات رفتاری کودکان انجام شد.

روش بررسی: روش پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری دوماهه همراه با گروه گواه بود. جامعه آماری پژوهش را مادران دارای کودکان دچار مشکلات رفتاری مراجعه‌کننده به کلینیک‌های مشاوره و روان‌شناختی واقع در منطقه یک شهر تهران در سال‌های ۱۳۹۷ و ۱۳۹۸ تشکیل دادند. سی مادر داوطلب واجد شرایط با تشخیص سبک دلبستگی ناایمن براساس نسخه کوتاه مقیاس تجارب مربوط به روابط نزدیک (وی و همکاران، ۲۰۰۷)، وارد مطالعه شدند. سپس در دو گروه آزمایش و یک گروه گواه قرار گرفتند (هر گروه ده نفر). در سه مرحله آزمون، مادران به سیاهه اختلال‌های رفتاری کودک (آشناخ و رسکورلا، ۲۰۰۷) پاسخ دادند. گروه آزمایش اول، ده جلسه درمان رابطه والد- کودک و گروه آزمایش دوم، ده جلسه درمان رابطه والد- کودک و ده جلسه درمان دلبستگی را دریافت کرد. برای تحلیل داده‌ها از آزمون تحلیل واریانس، آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیبی بونفرونی در سطح معناداری ۰/۰۵ در نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۴ استفاده شد.

یافته‌ها: بین دو گروه آزمایش در متغیرهای افسردگی/گوشه‌گیری ($p=0/006$)، رفتارهای پرخطرانه ($p=0/013$) و قانون شکنانه ($p=0/001$) تفاوت معنادار وجود داشت؛ اما در بقیه متغیرها (اضطراب، شکایات جسمانی، مشکلات اجتماعی، مشکلات تفکر و مشکلات توجه) بین دو گروه آزمایش تفاوت معنادار مشاهده نشد ($p>0/05$). همچنین نتایج بیانگر تفاوت معنادار بین میانگین‌های متغیرهای مذکور در مراحل پیش‌آزمون با پس‌آزمون و پیگیری در گروه‌های آزمایش ($p=0/001$) و ماندگاری این تأثیر در مرحله پیگیری بود ($p>0/05$ ، $p=0/017$).

نتیجه‌گیری: براساس یافته‌های پژوهش، ضمن اثربخشی هر دو درمان بر کاهش مشکلات رفتاری کودکان، در مقام مقایسه، در متغیرهای افسردگی/گوشه‌گیری و رفتارهای قانون‌شکنانه، درمان ترکیبی اثربخشی بیشتری در مقایسه با درمان رابطه والد- کودک دارد و در متغیر رفتارهای پرخطرانه، درمان رابطه والد- کودک اثربخشی بیشتری در مقایسه با درمان ترکیبی دارد.

کلیدواژه‌ها: دلبستگی، مشکلات رفتاری، والد- کودک.

رفتارهایی که در سه سالگی هنجار محسوب می‌شود، ممکن است بیانگر مشکل یا اختلالی بالینی درخور توجه در پنج سالگی باشد. اکثر کودکان در پاسخ به ساختارها و انتظارات تعیین شده توسط والدین و ارائه دهنده خدمات مراقبت و همچنین با بلوغ بر تکانه‌های پرخاشگرانه خود، کنترل کسب می‌کنند (۱). مشکلات رفتاری در اوایل کودکی نظیر رفتارهای پرخاشگرانه اغلب باثبات بوده و پیش‌آگهی سلامت روان ضعیف در زندگی آتی است؛ از شکست در مدرسه تا سوء مصرف مواد و جرم و جنایت؛ بدین ترتیب، تحقیقات متمرکز بر رشد اولیه مشکلات رفتاری مخرب برای درک علت و روند رشد این رفتارها بسیار مهم است (۲). این رفتارها علاوه بر تأثیرات نامطلوبی که بر عملکرد کونی کودک و افزایش استرس در خانواده دارد، نمایانگر عوامل خطر یا اجزای بالقوه طیف وسیعی از اختلال‌های رشدی عصبی و مشکلات بهداشت روان است (۱). شیوع کلی اختلال‌های رفتاری در کودکان ایرانی ۲۳ درصد برآورد شده است (۳).

محیط خانواده یکی از جنبه‌های مهم مداخله به‌شمار می‌رود؛ زیرا می‌تواند رشد عاطفی-اجتماعی کودکان و نوجوانان را به‌شدت تقویت کند یا مانع آن شود (۴). عباسی و نشاط‌دوست پیشنهاد کردند که در درمان رابطه والد-کودک^۱، والدین مهارت‌هایی برای ایجاد روابط امن و در جهت رشد کودکان فرا می‌گیرند؛ به این ترتیب رفتارهای اجتماعی را در کودک افزایش می‌دهند و مشکلات رفتاری را در وی کم می‌کنند (۵). در درمان رابطه والد-کودک، اهدافی همچون بهبود کیفیت روابط مادر-کودک، کاهش مشکلات رفتاری و افزایش رفتارهای اجتماعی، افزایش مهارت‌های والدینی شامل انضباط مثبت و کاهش تنیدگی والدینی، دنبال می‌شود (۶). عزیزی و همکاران پیشنهاد کردند، یکی از درمان‌های روان‌شناختی رایج برای کودکان، کاربرد بازی در ارتباط والد-کودک است و جایگاه حیاتی در تحول آن‌ها دارد (۷). نتایج پژوهش موری و همکاران نشان داد، درمان رابطه والد-کودک سبب کاهش رفتارهای پرخاشگرانه نوجوانان می‌شود (۸). یافته‌های پژوهش محمودی و همکاران حاکی از اثربخش بودن درمان رابطه والد-کودک بر کاهش پرخاشگری کودکان ۶ تا ۱۱ ساله با اختلال بیش‌فعالی/نقص توجه بود (۹). نتایج پژوهش میرزایی کوتنایی و همکاران مشخص کرد، بین ارتباط والد-فرزند با میزان رفتارهای پرخاشگرانه فرزندان، رابطه معنادار وجود دارد؛ به عبارت دیگر چگونگی ارتباط و تعامل والدین با فرزندان عامل مهم و تعیین‌کننده‌ای در نوع رفتار این کودکان در قبال والدین (از جمله پرخاشگری) است (۱۰).

از سویی دیگر، کیفیت دلبستگی به والدین^۲ به‌عنوان محافظی در برابر توسعه و رشد مشکلات درونی و برونی‌سازی شده عمل می‌کند و داشتن رابطه دلبستگی ایمن به والدین با سطوح کم رفتار پرخاشگرانه در ارتباط است (۱۱). در رابطه بین مشکلات رفتاری کودکان و سبک دلبستگی والدین به‌خصوص مادران، موضوعی ذهن درمانگران را به خود مشغول کرده است. آن موضوع این است که به چه شکلی می‌توان با استفاده از

ارتباطات عاطفی معمول و متداول موجود بین والدین و کودک، در راستای درمان دلبستگی نایمن گام برداشت؟ همچنین چگونه والدین می‌توانند با آموزش و یادگیری برخی مهارت‌های درمانی جایگزینی مناسب برای درمانگران باشند و می‌توانند تبدیل به درمانگر یا عامل درمانی شوند که در محیط خانه به درمان مشکلات و اختلال‌های کودکانشان بپردازند؟ (۱۲) مادر با دلبستگی نایمن به دلیل اضطراب زیادی که دارد، قادر به برقراری ارتباط مناسب با فرزند خود نیست (۱۳). نتایج پژوهش اوزتاک و همکاران نشان داد، درمان مبتنی بر دلبستگی^۳ بر کاهش استرس والدین و کاهش مشکلات رفتاری نوجوانان تأثیر دارد (۱۴). یافته‌های پژوهش گله‌گیریان و دیره مشخص کرد، درمان‌هایی مانند فراشناخت درمانی و درمان مبتنی بر دلبستگی بر کاهش اختلال‌های رفتاری برونی‌سازی شده در کودکان پرخاشگر تأثیرگذار است (۱۵).

باتوجه به اندک بودن پژوهش‌ها در زمینه مقایسه اثربخشی درمان رابطه والد-کودک و درمان ترکیبی رابطه والد-کودک و درمان دلبستگی در مادران دلبسته نایمن بر مشکلات رفتاری کودکان و نیز باتوجه به اهمیت و تأثیر مادر در تربیت کودک و لزوم آموزش و درمان مادران، اجرای چنین پژوهش‌هایی می‌تواند آغازگر انجام مطالعاتی از این قبیل در حوزه کودکان باشد. همچنین با ارائه نتایج آن‌ها و تدوین برنامه مدون آموزشی و مداخلات درمانی می‌توان در راستای کاهش مشکلات کودکان و افزایش سلامت روان کودک و خانواده گام برداشت؛ بنابراین انجام‌شدن پژوهش حاضر ضروری به‌نظر رسید. باتوجه به مطالب مذکور، این پژوهش با هدف مقایسه اثربخشی درمان رابطه والد-کودک و درمان ترکیبی رابطه والد-کودک و درمان دلبستگی در مادران دلبسته نایمن بر مشکلات رفتاری کودکان انجام شد.

۲ روش بررسی

روش پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری دوماهه همراه با گروه گواه بود. جامعه آماری پژوهش را مادران مراجعه‌کننده به کلینیک‌های مشاوره و روان‌شناختی واقع در منطقه یک شهر تهران در سال‌های ۱۳۹۷ و ۱۳۹۸ تشکیل دادند که کودکان آن‌ها از سوی روان‌پزشک تشخیص اختلال‌های رفتاری دریافت کردند. از آنجاکه برخی محققان حجم نمونه را در تحقیقات شبه‌آزمایشی برای هر گروه حداقل هفت نفر توصیه می‌کنند (۱۶) و با در نظر گرفتن احتمال ریزش نمونه، از میان جامعه آماری سی مادر واجد شرایط ورود به پژوهش و دارای تشخیص سبک دلبستگی نایمن براساس نمره یک انحراف بیشتر از میانگین نسخه کوتاه مقیاس تجارب مربوط به روابط نزدیک^۴ (۱۷) وارد پژوهش شدند. سپس با همگن‌سازی در دو گروه آزمایش درمان رابطه والد-کودک و درمان ترکیبی رابطه والد-کودک با دلبستگی و یک گروه گواه قرار گرفتند. از ملاک‌های ورود شرکت‌کنندگان به پژوهش، سن ۳۰ تا ۴۵ سال برای مادران، حداقل تحصیلات دیپلم، متارکه‌نکردن والدین کودک، حداقل هشت سال زندگی مشترک والدین، وجودداشتن بیماری‌های روانی شدید و مزمن در مادران و کودک مانند افسردگی شدید، اضطراب شدید، سوء مصرف

3. Attachment-Based Therapy

4. Experiences in Close Relationships Scale- Short Form

1. Child Parent Relationship Therapy (CPRT)

2. Attachment to parents

مواد و اختلال‌های شخصیت بود که براساس مصاحبه نیمه ساختاریافته بررسی شدند. بعد از انجام مصاحبه نیمه ساختاریافته، مادران به منظور سنجش خط پایه مشکلات رفتاری در پیش‌آزمون، سپس در پس‌آزمون و پیگیری به سیاهه اختلال‌های رفتاری کودک^۱ (۱۸) پاسخ دادند. به منظور رعایت ملاحظات اخلاقی پژوهش اعم از رضایت آگاهانه، رضایت‌نامه کتبی از آزمودنی‌ها دریافت شد.

برای جمع‌آوری داده‌ها ابزارهای و جلسات درمانی زیر به کار رفت.

– نسخه کوتاه مقیاس تجارب مربوط به روابط نزدیک: نسخه کوتاه مقیاس تجارب مربوط به روابط نزدیک توسط وی و همکاران در سال ۲۰۰۷ ارائه شد (۱۷). این مقیاس شامل دوازده عبارت است و دو خرده‌مقیاس سبک دلبستگی اضطرابی (شماره گویه‌های زوج) و اجتنابی (شماره گویه‌های فرد) را در طیف لیکرتی از کاملاً مخالف=۱ تا کاملاً موافق=۷ ارزیابی می‌کند. دامنه نمرات این ابزار در محدوده ۱۲ تا ۸۴ قرار دارد. نمرات بیشتر حاکی از دلبستگی ناایمن بیشتر است (۱۷). وی و همکاران برای این ابزار ضرایب آلفای کرونباخ را در دامنه‌ای از ۰/۷۷ تا ۰/۸۶ برای خرده‌مقیاس دلبستگی اضطرابی و ۰/۸۷ تا ۰/۸۸ برای خرده‌مقیاس دلبستگی اجتناب به دست آوردند؛ همچنین همبستگی خرده‌مقیاس‌های دلبستگی اضطرابی و اجتنابی را با خرده‌مقیاس‌های افسردگی و اضطراب مقیاس افسردگی-اضطراب-استرس^۲ در دامنه‌ای از ۰/۱۸ تا ۰/۴۲ به عنوان شاخصی از روایی ابزار گزارش کردند (۱۷). پناغی و همکاران در هنجاریابی، ضرایب آلفای کرونباخ را برای این ابزار برای خرده‌مقیاس دلبستگی اضطرابی ۰/۸۹ و برای خرده‌مقیاس دلبستگی ۰/۸۰ به دست آوردند؛ همچنین همبستگی خرده‌مقیاس دلبستگی اضطرابی را با خرده‌مقیاس‌های افسردگی و اضطراب مقیاس افسردگی-اضطراب-استرس و پرسش‌نامه^۳ نثو^۳ در دامنه‌ای از ۰/۳۸ تا ۰/۵۱ گزارش کردند (۱۹).

– سیاهه اختلال‌های رفتاری کودک: سیاهه اختلال‌های رفتاری کودک توسط آخنباخ و رسکورلا در سال ۲۰۰۷ ارائه شد (۱۸). این سیاهه شامل ۱۱۳ گویه است که هشت خرده‌مقیاس اضطراب/افسردگی، گوشه‌گیری، شکایات جسمانی، مشکلات اجتماعی، مشکلات تفکر،

مشکلات توجه (مربوط به اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی)، رفتار قانون‌شکنانه و رفتار پرخاشگرانه و سایر مشکلات را در طیف لیکرت سه‌درجه‌ای از صفر تا ۲ ارزیابی می‌کند؛ به طوری که نمره صفر به مواردی تعلق می‌گیرد که هرگز در رفتار کودک وجود ندارد. نمره ۱ برای حالات و رفتارهایی است که گاهی اوقات در کودک مشاهده می‌شود و نمره ۲ به مواردی داده می‌شود که بیشتر مواقع یا همیشه در رفتار کودک وجود دارد. اگر نمره T بین ۶۰ تا ۶۳ باشد، در محدوده مرزی بالینی و اگر نمره T بزرگ‌تر از ۶۳ باشد، در محدوده بالینی قرار دارد. همچنین در مقیاس‌های هشت مشکل یا سندرم عاطفی-رفتاری، اگر نمره T فرد کمتر از ۶۵ باشد، در محدوده نمرال یا غیربالینی، اگر نمره T بین ۶۵ تا ۶۹ باشد، در محدوده مرزی-بالینی و اگر نمره T بزرگ‌تر از ۶۹ باشد، در محدوده بالینی قرار دارد (۱۸). در پژوهش آخنباخ و رسکورلا، ضریب آلفای کرونباخ برای این ابزار ۰/۹۷ و روایی محتوایی (انتخاب منطق گویه‌ها و استفاده از تحلیل کلاس یک سؤالات، روایی ملاکی) با استفاده از مصاحبه روان‌پزشکی با کودک و نیز همبستگی با پرسش‌نامه علائم مرضی کودک^۴ و روایی سازه (روابط درونی مقیاس‌ها و تمایزگذاری گروهی) این فرم‌ها مطلوب گزارش شد (۱۸). در پژوهش مینایی، ضرایب آلفای کرونباخ برای این ابزار در دامنه‌ای از ۰/۶۳ تا ۰/۹۵ بود و با استفاده از تحلیل عاملی تأییدی برای این ابزار روایی مطلوبی عنوان شد (۲۰).

– درمان دلبستگی: درمان دلبستگی که خلاصه‌ای از آن در جدول ۱ مشاهده می‌شود، براساس جلسات درمان دلبستگی کتاب دوزیری و تیرل آماده شد (۲۱). اجرای این درمان توسط پژوهشگر در ده جلسه، هفته‌ای یک‌بار به شکل انفرادی به مدت نود دقیقه برای مادران صورت گرفت. برای بررسی اعتبار این بسته درمانی از شاخص روایی محتوایی^۵ و نظر پنج نفر از اساتید هیئت علمی دانشگاه استفاده شد و مقدار آن برای همه جلسات عدد ۰/۸ به دست آمد که حاکی از شاخص CVI مطلوب باتوجه به نقاط برش این شاخص برای بسته درمانی مذکور بود.

جدول ۱. محتوای جلسات درمان دلبستگی

جلسه	موضوع جلسه
اول	ابتدا نسخه کوتاه مقیاس تجارب مربوط به روابط نزدیک و سیاهه اختلال‌های رفتاری کودک توسط شرکت‌کننده تکمیل شد (پیش‌آزمون). سپس بررسی مشکلات موجود بین شرکت‌کننده با فرزندش، صورت گرفت. در ادامه برای شرکت‌کننده توضیح داده شد که طی جلسات انفرادی، روی موضوعات مربوط به روابط نزدیک او به خصوص رابطه با فرزندش کار می‌شود. پس از آن از شرکت‌کننده خواسته شد، انتظارات خود را از جلسات پیش رو بیان کند. این انتظارات باتوجه به اهداف جلسات و موضوعات بررسی شده در جلسات، دوباره تعریف شد و مورد توافق قرار گرفت.
دوم	در این جلسه مشکلاتی که شرکت‌کننده در جلسه قبل عنوان کرد، در ارتباط با تشخیص مشکلات رفتاری کودک بررسی شد. به شرکت‌کننده کمک شد، مشخص کند، کدام یک از مشکلات کودک به اختلال رفتاری مربوط است و کدام یک از مشکلات جدا از تشخیص اختلال، در کودکی به سن فرزند او می‌تواند وجود داشته باشد. در انجام این بررسی نیازهای کودک باتوجه به سن و ویژگی‌های خاص او مشخص شد.
سوم	در این جلسه نیازهای مرتبط با دلبستگی به طور کل، مانند نیاز به داشتن محیطی امن، نیاز به دریافت توجه و محبت از سوی والدین و نیاز

4. Child Symptom Inventory-4 (CSI-4)
5. Content validity index (CVI)

1. Child Behavior Checklist (CBCL)
2. Depression Anxiety Stress Scale
3. NEO Questionnaire

	به داشتن محدوده‌ای مشخص برای رفتار، توضیح داده شد. بررسی نحوه برآورده شدن این نیازهای کودک و نقش والدین در این فرضیه از نظر شرکت‌کننده صورت گرفت. از شرکت‌کننده خواسته شد تا نظر خود را درباره محدوده‌های برآورده کردن این نیازها در رابطه با فرزندش باتوجه به سن و ویژگی‌های او و خود بیان کند؛ برای مثال درباره گذاشتن محدوده‌های مشخص برای رفتار.
چهارم	در این جلسه بررسی ناهماهنگی‌های مربوط به برآورده کردن نیازهای مرتبط با دلبستگی بین شرکت‌کننده و همسرش و روش‌های به‌کاررفته از سوی شرکت‌کننده برای حل این ناهماهنگی صورت گرفت. انتظارات شرکت‌کننده از همسر مشخص شد. همچنین انتظارات مربوط به توجه‌کردن به نیازهای مرتبط با دلبستگی کودک و نتایج مورد انتظار آن مانند انتظار اینکه فرزندش رفتارهای پرخاشگراانه کمتری داشته باشد، ارزیابی شد. بر ارتباط بین برآورده‌نشدن انتظارات شرکت‌کننده در این زمینه و (در پی آن) برخورد وی با همسر و فرزندش تأکید شد.
پنجم	در این جلسه با کمک شرکت‌کننده موقعیت‌هایی بررسی شد که در آن انتظارات از سوی همسر و فرزند برآورده شد. در بررسی این انتظارات با تمرکز بر واکنش و برخورد شرکت‌کننده در این موقعیت‌ها، بر رابطه بین برآورده‌نشدن انتظارات و واکنش شرکت‌کننده به این موقعیت‌ها تأکید شد. باتوجه به نیازهای مرتبط با دلبستگی که پیش‌تر در جلسات مطرح گردید، شرکت‌کننده نیازهای کودک را که از نظر خودش در این موقعیت‌ها نادیده گرفته شده است، مشخص کرد. این موقعیت‌ها به‌عنوان موقعیت‌هایی که در آن ریسک نادیده‌گرفتن نیازهای کودک از جانب شرکت‌کننده زیاد است، معین شد. همچنین به شرکت‌کننده کمک شد، مشخص کند از طرف خودش کدامیک از نیازهای خود او در این موقعیت‌ها نادیده گرفته شده است. همچنین بر رابطه بین نیازهای برآورده‌نشده خود شرکت‌کننده و توانایی برآورده‌کردن نیازهای کودک در موقعیت‌هایی با ریسک زیاد تأکید شد.
ششم	در این جلسه ابتدا موقعیت‌هایی با ریسک زیاد که طی هفته گذشته برای شرکت‌کننده پیش آمد و برخورد وی با این موقعیت‌ها بررسی شد. با تأکید بر نیازهای خود شرکت‌کننده در این موقعیت‌ها و موقعیت‌های مشابه از شرکت‌کننده خواسته شد، موقعیت‌های با ریسک زیاد را از زمان کودکی خود تا جایی که به خاطر دارد، بیان کند. درباره برخورد والدین به‌خصوص مادر شرکت‌کننده با این موقعیت‌ها و نیازها بحث شد.
هفتم	در این جلسه بررسی موقعیت‌هایی با ریسک زیاد در کودکی شرکت‌کننده ادامه یافت. همچنین موقعیت‌هایی با ریسک زیاد که در حال حاضر در روابط نزدیک شرکت‌کننده وجود دارد، مشخص شد. برداشت‌های شرکت‌کننده از رفتار والدین در آن زمان و نیز برداشت‌های او از رفتار طرف مقابل در روابط نزدیک در حال حاضر، بررسی شد. به شرکت‌کننده کمک شد باتوجه به نیازهای مرتبط با دلبستگی صحبت‌شده از قبل در جلسات، مشخص کند از نظر او، والدینش کدامیک از نیازهای او را برآورده کرده و کدامیک را برآورده نکرده‌اند؛ همچنین در حال حاضر از نظر خودش در روابط با همسرش کدامیک از نیازهای او برآورده می‌شود و کدامیک نمی‌شود.
هشتم	در این جلسه میزان و روش ابراز ناراضیاتی شرکت‌کننده در موقعیت‌هایی که نیازهای او برآورده نمی‌شود، به‌عنوان یکی از روش‌های به‌کاررفته در حل مشکلات بین‌فردی بررسی شد. موقعیت‌هایی در روابط بین‌فردی که از نظر شرکت‌کننده نیاز به اصلاح دارد، مشخص شد. شرکت‌کننده اصلاحات مدنظر را در این باره بیان کرد. به شرکت‌کننده کمک شد باتوجه به موقعیت‌های واقعی زندگی خود، مشخص کند کدامیک از اصلاحات مدنظر وی اجرایی است.
نهم	در این جلسه انتظارات شرکت‌کننده از انجام اصلاحات مشخص شده، بررسی شد. این انتظارات با درنظرگرفتن نتایج واقعی و زمانی که برای تغییر روابط لازم است، تجدیدنظر شد. شرکت‌کننده موضوعی را در رابطه با فرزندش در نظر گرفت که تا جلسه بعدی آن را انجام دهد و در جلسه بعد نیز نتیجه آن را اعلام کند. درباره جلسه اختتامیه در هفته بعد، به صحبت و آماده‌کردن مراجع پرداخته شد.
دهم	در این جلسه ابتدا نتیجه مربوط به اصلاحیه توافق‌شده برای اجرای رابطه با کودک که شرکت‌کننده طی هفته گذشته انجام داد، بررسی شد. در صورت انجام‌ندادن برخی از آن‌ها، دلایل وی بررسی شد. سپس جمع‌بندی کلی از جلسات گذشته با کمک شرکت‌کننده انجام گرفت و رابطه موضوعات مطرح‌شده، طی جلسات انفرادی، به‌خصوص انجام اصلاحات عملی در رابطه با کودک با جلسات آموزش پیش رو به‌طور خلاصه توضیح داده شد. پاسخ به مشکلات شرکت‌کننده درباره جلسات گروهی صورت گرفت. در پایان، نسخه کوتاه مقیاس تجارب مربوط به روابط نزدیک و سیاهه اختلال‌های رفتاری کودک (CBCL) توسط شرکت‌کننده تکمیل شد و جلسات انفرادی درمان خاتمه یافت.

درمان رابطه والد-کودک با درمان دلبستگی، به‌صورت انفرادی ده جلسه درمان رابطه والد-کودک و به‌صورت انفرادی ده جلسه دلبستگی (جدول ۱) را دریافت کردند. در پژوهش حاضر به‌منظور توصیف و تحلیل داده‌ها، شاخص‌های آمار توصیفی شامل فراوانی، درصد، میانگین و انحراف معیار به‌کار رفت؛ همچنین از روش‌های آمار استنباطی شامل تحلیل واریانس، تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر (و پیش‌فرض‌های روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر شامل آزمون‌های شاپیرو-ویلک، لون، ام‌باکس و اصلاح «هیون‌فلت») و آزمون تعقیبی بونفرونی در نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۴ استفاده شد. سطح معناداری آزمون‌ها ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

درمان رابطه والد-کودک: درمان رابطه والد-کودک که خلاصه‌ای از آن در جدول ۲ مشاهده می‌شود، براساس جلسات درمان تعامل والد-کودک کتاب مک‌نیل و همکاران آماده شد (۲۲). اجرای این درمان توسط پژوهشگر در ده جلسه، هفته‌ای یک‌بار به‌شکل گروهی به‌مدت نود دقیقه برای مادران صورت گرفت. برای بررسی اعتبار این بسته درمانی از شاخص روایی محتوایی و نظر پنج نفر از اساتید هیئت‌علمی دانشگاه استفاده شد و مقدار آن برای همه جلسات عدد ۰/۸ به‌دست آمد که حاکی از شاخص CVI مطلوب باتوجه به نقاط برش این شاخص برای بسته درمانی مذکور بود.

در این پژوهش، مادران گروه درمان رابطه والد-کودک به‌صورت گروهی ده جلسه درمان رابطه والد-کودک و مادران گروه ترکیب

جدول ۲. محتوای جلسات درمانی والد-کودک

جلسه	موضوع جلسه
اول	ابتدا تکمیل شدن نسخه کوتاه مقیاس تجارب مربوط به روابط نزدیک و سیاهه اختلال‌های رفتاری کودک (CBCL) توسط شرکت‌کننده. سپس معرفی اعضا و درمانگر و توضیح روند کار و قوانین حاکم بر گروه؛ ارائه توضیح مختصر درباره گروه درمانی رابطه والد-کودک؛ بیان اهداف و مفاهیم ضروری و نیز آموزش مهارت پاسخ‌دهی انعکاسی.
دوم	ایجاد جوی حمایت‌کننده و تسهیل ارتباط بین والدین؛ آماده‌سازی والدین برای اجرای جلسات بازی در منزل به وسیله مرور پاسخ‌دهی انعکاسی؛ آشناسازی والدین با اصول پایه جلسات بازی و اهمیت ایجاد ساختار برای جلسات بازی، انتخاب اسباب‌بازی و زمان و مکان مناسب برای جلسات بازی با کودک؛ ایفای نقش و نشان دادن مهارت اساسی جلسات بازی.
سوم	توضیح درباره بایدها و نبایدهای جلسه بازی؛ ایفای نقش بایدها و نبایدهای جلسه بازی؛ ارائه فهرست فرایند جلسه بازی تکمیلی به والدین همراه با رهنمودهای تکمیلی.
چهارم	بررسی گزارش والدین از جلسه بازی با کودکان؛ نقد فیلم ویدئویی تهیه شده توسط والدین از جلسات بازی مخصوص کودکان؛ آموزش مهارت تنظیم محدودیت؛ توضیح درباره چرایی و اهمیت وضع قوانین و محدودیت‌ها؛ ایفای نقش مهارت محدودیت تنظیم.
پنجم	بررسی گزارش والدین از جلسات بازی و نقد فیلم ویدئویی ضبط شده توسط آن‌ها؛ مرور مهارت تنظیم محدودیت نقش و تمرین آن به صورت ایفای نقش.
ششم	بررسی گزارش والدین از جلسات بازی و نقد فیلم ویدئویی ضبط شده توسط آن‌ها؛ تهیه پوستری از بایدها و نبایدهای جلسات بازی؛ آموزش مهارت دادن حق انتخاب به کودک.
هفتم	بررسی گزارش والدین از جلسات بازی و نقد فیلم ویدئویی ضبط شده توسط آن‌ها؛ حمایت و تشویق والدین در استفاده از مهارت‌ها؛ آموزش مهارت پاسخ‌های سازنده عزت نفس؛ ایفای نقش مهارت‌های تنظیم محدودیت، پاسخ‌دهی انعکاسی و پاسخ‌های سازنده عزت نفس.
هشتم	بررسی گزارش والدین از جلسات بازی و نقد فیلم ویدئویی ضبط شده توسط آن‌ها؛ آموزش مهارت تشویق در برابر تحسین و ایفای نقش مربوط به آن.
نهم	بررسی گزارش والدین از جلسات بازی و نقد فیلم ویدئویی ضبط شده توسط آن‌ها؛ حمایت و تشویق والدین در استفاده از مهارت‌های آموخته شده؛ آموزش مهارت تنظیم محدودیت پیشرفته و ایفای نقش مربوط به آن.
دهم	بررسی گزارش والدین از جلسات بازی و نقد فیلم ویدئویی ضبط شده توسط آن‌ها؛ مرور اصول پایه گروه درمانی رابطه والد-کودک و مهارت‌های آموخته شده؛ آموزش چگونگی تعمیم مهارت بازی‌ها به خارج از جلسه. تکمیل نسخه کوتاه مقیاس تجارب مربوط به روابط نزدیک و سیاهه اختلال‌های رفتاری کودک (CBCL) توسط شرکت‌کننده در انتهای جلسه درمانی.

۳ یافته‌ها

میانگین‌های سه گروه با استفاده از آزمون تحلیل واریانس مشخص کرد، بین میانگین سن سه گروه از کودکان تفاوت معناداری وجود نداشت ($p=0/972$). میانگین و انحراف معیار سنی مادران در گروه درمان رابطه والد-کودک $1/53 \pm 35/50$ ، در گروه درمان ترکیبی $1/38 \pm 36/00$ و در گروه گواه $1/34 \pm 36/40$ سال بود. مقایسه میانگین‌های سه گروه با استفاده از آزمون تحلیل واریانس نشان داد، بین میانگین سن سه گروه از مادران تفاوت معناداری وجود نداشت ($p=0/905$).

در این بخش ابتدا به توصیف ویژگی‌های دموگرافیک شرکت‌کننده‌ها پرداخته شده است.

جدول ۳ طبقه سنی کودکان و مادران شرکت‌کننده در پژوهش حاضر را به تفکیک گروه‌ها نشان می‌دهد. میانگین و انحراف معیار سنی کودکان در گروه درمان رابطه والد-کودک $9/20 \pm 0/32$ ، در گروه درمان ترکیبی $9/30 \pm 0/36$ و در گروه گواه $9/20 \pm 0/32$ سال بود. مقایسه

جدول ۳. ویژگی‌های دموگرافیک شرکت‌کننده‌ها

گروه سنی کودکان	درمان رابطه والد-کودک		درمان ترکیبی		گواه	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
۸	۳	۳۰	۳	۳۰	۳	۳۰
۹	۳	۳۰	۳	۳۰	۳	۳۰
۱۰	۳	۳۰	۲	۲۰	۳	۳۰
۱۱	۱	۱۰	۲	۲۰	۱	۱۰
گروه سنی مادران						
۳۵ تا ۳۰	۵	۵۰	۵	۵۰	۴	۴۰
۴۰ تا ۳۶	۳	۳۰	۳	۳۰	۴	۴۰
۴۵ تا ۴۱	۲	۲۰	۲	۲۰	۲	۲۰

در ادامه پیش‌فرض‌های آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر بررسی شد. نتایج بررسی پیش‌فرض نرمال بودن از طریق آزمون

شاپیرو-ویلک، نشان داد که متغیرهای اضطراب، افسردگی/گوشه‌گیری، شکایات جسمانی، مشکلات اجتماعی، مشکلات تفکر، مشکلات توجه، رفتار قانون‌شکنانه و رفتار پرخاشگرانه در هر دو گروه آزمایش درمان رابطه والد-کودک و ترکیب درمان رابطه والد-کودک با درمان دلبستگی و گروه گواه در هر سه مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری دارای توزیع نرمال بود ($p > 0/05$). آماره آزمون‌های ام‌باکس و لون نیز برای هیچ‌یک از متغیرهای اضطراب، افسردگی/گوشه‌گیری، شکایات جسمانی، مشکلات اجتماعی، مشکلات تفکر، مشکلات توجه، رفتار قانون‌شکنانه و رفتار پرخاشگرانه معنادار نبود ($p > 0/05$)؛ بنابراین شد.

شرط همگنی ماتریس‌های واریانس-کوواریانس مفروضه همگنی واریانس برای متغیرهای اضطراب، افسردگی/گوشه‌گیری، شکایات جسمانی، مشکلات اجتماعی، مشکلات تفکر، مشکلات توجه، رفتار قانون‌شکنانه و رفتار پرخاشگرانه رد نشد. بررسی نتایج آزمون کرویت موخلی مشخص کرد، فرض برابری واریانس‌های درون‌آزمودنی‌ها برای متغیرهای اضطراب، مشکلات جسمانی و مشکلات تفکر، رفتار قانون‌شکنانه و رفتار پرخاشگرانه برقرار نبود ($p < 0/05$). باتوجه به اینکه برای آزمون گرین‌هاوس-گیسر مقدار اِپسیلون بزرگ‌تر از $0/75$ به‌دست آمد، از آزمون هیون‌فلت به‌منظور بررسی این متغیرها استفاده شد.

جدول ۴. میانگین و انحراف معیار متغیرها به‌تفکیک گروه‌ها

متغیر	گروه	شاخص	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیگیری
اضطراب	گروه درمان ترکیبی	میانگین	۱۵/۴۰	۱۳/۴۰	۱۱/۲۰
		انحراف معیار	۱/۱۴	۱/۸۲	۱/۹۲
	گروه درمان رابطه والد-کودک	میانگین	۱۴/۸۰	۱۴/۲۰	۱۱/۶۰
		انحراف معیار	۱/۳۰	۱/۶۴	۱/۶۷
	گروه گواه	میانگین	۱۵/۳۲	۱۵/۴۰	۱۵/۲۰
		انحراف معیار	۱/۲۳	۱/۱۱	۱/۱۵
گوشه‌گیری/افسردگی	گروه درمان ترکیبی	میانگین	۱۱/۴۰	۹/۸۰	۷/۸۰
		انحراف معیار	۱/۱۴	۱/۴۸	۱/۳۰
	گروه درمان رابطه والد-کودک	میانگین	۱۲/۸۰	۱۲/۶۰	۱۰/۰۰
		انحراف معیار	۰/۸۴	۰/۵۵	۱/۲۲
	گروه گواه	میانگین	۱۱/۴۵	۱۱/۷۶	۱۱/۸۰
		انحراف معیار	۱/۴۵	۱/۱۲	۱/۲۳
شکایات جسمانی	گروه درمان ترکیبی	میانگین	۱۶/۰۰	۱۲/۰۰	۸/۴۰
		انحراف معیار	۲/۰۰	۲/۰۰	۱/۶۷
	گروه درمان رابطه والد-کودک	میانگین	۱۴/۲۰	۱۳/۲۰	۱۱/۰۰
		انحراف معیار	۱/۶۴	۲/۶۸	۱/۴۱
	گروه گواه	میانگین	۱۵/۳۰	۱۵/۲۰	۱۵/۰۰
		انحراف معیار	۱/۲۳	۱/۵۶	۱/۲۳
مشکلات اجتماعی	گروه درمان ترکیبی	میانگین	۱۷/۲۰	۱۳/۶۰	۱۰/۰۰
		انحراف معیار	۲/۲۸	۲/۱۹	۲/۰۰
	گروه درمان رابطه والد-کودک	میانگین	۱۶/۰۰	۱۵/۸۰	۱۱/۶۰
		انحراف معیار	۱/۸۷	۱/۴۸	۱/۳۴
	گروه گواه	میانگین	۱۶/۴۵	۱۶/۸۰	۱۶/۴۰
		انحراف معیار	۱/۳۴	۱/۲۳	۱/۱۲
مشکلات تفکر	گروه درمان ترکیبی	میانگین	۱۸/۸۰	۱۶/۸۰	۱۲/۰۰
		انحراف معیار	۲/۲۸	۲/۲۸	۳/۱۶
	گروه درمان رابطه والد-کودک	میانگین	۱۷/۴۰	۱۶/۲۰	۱۴/۴۰
		انحراف معیار	۶/۸۴	۵/۰۲	۴/۹۳
	گروه گواه	میانگین	۱۷/۵۰	۱۷/۵۶	۱۷/۳۴
		انحراف معیار	۱/۲۳	۱/۲۰	۱/۱۰
مشکلات توجه	گروه درمان ترکیبی	میانگین	۲۹/۶۰	۲۰/۴۰	۲۰/۶۰
		انحراف معیار	۳/۳۶	۳/۲۱	۴/۴۵
	گروه درمان رابطه والد-کودک	میانگین	۲۸/۴۰	۲۷/۲۰	۲۴/۰۰
		انحراف معیار	۱/۳۴	۲/۵۹	۱/۲۲
	گروه گواه	میانگین	۲۷/۲۳	۲۷/۱۰	۲۷/۵۶
		انحراف معیار	۱/۱۲	۱/۲۳	۱/۲۳

۲۸/۰۰	۲۸/۸۰	۳۱/۴۰	میانگین	گروه درمان ترکیبی	
۳/۹۴	۵/۵۴	۲/۷۰	انحراف معیار		
۲۹/۸۰	۳۱/۲۰	۳۱/۴۰	میانگین	گروه درمان رابطه والد- کودک	رفتار قانون شکنانه
۴/۱۵	۴/۰۹	۲/۷۰	انحراف معیار		
۳۱/۵۶	۳۰/۸۷	۳۰/۶۷	میانگین	گروه گواه	
۱/۲۸	۱/۳۷	۱/۴۵	انحراف معیار		
۲۶/۸۰	۲۶/۰۰	۲۹/۸۰	میانگین	گروه درمان ترکیبی	
۵/۳۶	۴/۴۲	۴/۸۷	انحراف معیار		
۲۵/۴۰	۲۵/۶۰	۳۰/۸۰	میانگین	گروه درمان رابطه والد- کودک	رفتار پرخاشگرانه
۲/۸۸	۲/۷۰	۰/۸۴	انحراف معیار		
۳۰/۸۹	۳۰/۳۰	۲۹/۸۹	میانگین	گروه گواه	
۰/۸۷	۱/۱۰	۰/۲۹	انحراف معیار		

جدول ۴ نشان می‌دهد، میانگین متغیرهای اضطراب، پرخاشگرانه در مراحل پس‌آزمون و پیگیری در گروه‌های آزمایش گوشه‌گیری/افسردگی، شکایات جسمانی، مشکلات اجتماعی، درمقایسه با گروه گواه تغییر محسوس کرده است. مشکلات تفکر، مشکلات توجه، رفتار قانون شکنانه و رفتار

جدول ۵. نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر در تبیین اثر متغیرهای مستقل بر متغیرهای پژوهش

متغیر	اثر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	مجموع مجذورات خطا	F	مقدار احتمال	η^2
اضطراب	اثر گروه	۴۰۳/۲۰	۱/۹۶	۲۵۱۲/۵۳	۳/۳۷	<۰/۰۰۱	۰/۱۳۸
	اثر زمان	۱۹۳/۶۰	۱/۹۶	۵۳۳/۶۰	۱۵/۲۴	<۰/۰۰۱	۰/۲۶۶
	اثر متقابل گروه و زمان	۲۸۷/۲۰	۳/۵۲	۷۸۳/۸۷	۷/۶۹	<۰/۰۰۱	۰/۲۶۸
افسردگی/گوشه‌گیری	اثر گروه	۸۳۶/۲۸	۲	۵۴۰/۵۸	۳۲/۴۹	<۰/۰۰۱	۰/۶۰۷
	اثر زمان	۲۵۵/۰۹	۲	۸۰۰/۲۰	۶/۷۱	<۰/۰۰۱	۰/۲۴۲
	اثر متقابل گروه و زمان	۳۸۶/۹۲	۴	۱۲۴۵/۴۲	۶/۵۲	<۰/۰۰۱	۰/۲۳۷
شکایات جسمانی	اثر گروه	۲۳۶۹/۰۸	۲	۳۰۱۳/۲۴	۱۶/۵۱	<۰/۰۰۱	۰/۴۴۰
	اثر زمان	۱۰۳۸/۰۲	۲	۱۳۰۵/۲۰	۷/۱۴	<۰/۰۰۱	۰/۴۴۳
	اثر متقابل گروه و زمان	۱۲۹۸/۳۹	۴	۲۰۷۰/۸۹	۱۳/۱۷	<۰/۰۰۱	۰/۳۸۵
مشکلات اجتماعی	اثر گروه	۷۲۳/۵۷	۱/۶۶	۴۳۵/۴۸	۳۴۳/۷۷	<۰/۰۰۱	۰/۸۹۱
	اثر زمان	۴۲۹/۳۶	۳/۶۰	۱۱۹/۰۰	۱۰۱/۹۹	<۰/۰۰۱	۰/۸۲۹
	اثر متقابل گروه و زمان	۱۰۸۶/۵۰	۲	۵۴۳/۲۵	۹/۳۰	<۰/۰۰۱	۰/۳۰۱
مشکلات تفکر	اثر گروه	۱۹۸۶/۰۵	۱/۲۶	۱۵۶۹/۱۴	۲۱۶/۱۹	<۰/۰۰۱	۰/۸۳۷
	اثر زمان	۹۰۵/۴۵	۲/۵۳	۳۵۷/۶۹	۴۹/۲۸	<۰/۰۰۱	۰/۷۰۱
	اثر متقابل گروه و زمان	۱۵۳۶/۴۵	۲	۷۶۸/۲۳	۹/۲۷	<۰/۰۰۱	۰/۳۱۶
مشکلات توجه	اثر گروه	۲۰۴/۸۱	۲	۱۰۲/۴۰	۲۵۱/۰۳	<۰/۰۰۱	۰/۸۵۷
	اثر زمان	۱۰۰/۹۱	۴	۲۵/۲۳	۶۱/۸۴	<۰/۰۰۱	۰/۷۴۷
	اثر متقابل گروه و زمان	۲۰۵/۰۸	۲	۱۰۲/۵۴	۳۷/۳۴	<۰/۰۰۱	۰/۶۴۰
رفتار پرخاشگرانه	اثر گروه	۷۷/۸۸	۲	۳۸/۹۴	۳۸/۱۵	<۰/۰۰۱	۰/۶۰۹
	اثر زمان	۲۶۴/۱۲	۱/۸۶	۱۴۱/۶۱	۵۰۴/۰۴	<۰/۰۰۱	۰/۹۱۱
	اثر متقابل گروه و زمان	۱۴۹/۱۵	۳/۷۳	۳۹/۹۸	۱۴۲/۳۲	<۰/۰۰۱	۰/۸۵۳
رفتار قانون شکنانه	اثر گروه	۴۱۹/۰۷	۲	۲۰۹/۵۳	۹۱/۴۴	<۰/۰۰۱	۰/۷۸۹
	اثر زمان	۳۴۲/۶۳	۱/۷۸	۱۹۱/۹۹	۶۸۱/۸۹	<۰/۰۰۱	۰/۹۳۳
	اثر متقابل گروه و زمان	۲۴۳/۵۹	۳/۵۶	۶۸/۲۵	۲۴۲/۴۰	<۰/۰۰۱	۰/۹۰۸

بررسی میانگین‌ها در جدول ۴ و مقدار احتمال در جدول ۵ و $(p<۰/۰۰۱)$ ، افسردگی/گوشه‌گیری $(p<۰/۰۰۱)$ ، شکایات جسمانی نمودارهای شکل ۱ نشان می‌دهد، درمان رابطه والد- کودک و ترکیب $(p<۰/۰۰۱)$ ، مشکلات اجتماعی $(p<۰/۰۰۱)$ ، مشکلات تفکر درمان رابطه والد- کودک با درمان دلبستگی بر متغیرهای اضطراب $(p<۰/۰۰۱)$ ، مشکلات توجه $(p<۰/۰۰۱)$ ، رفتار قانون شکنانه

اثر متقابل زمان * گروه‌ها موجب کاهش معنادار متغیرهای اضطراب ($p < 0/001$) و رفتار پرخاشگرانه ($p < 0/001$) اثر کاهنده داشت. همچنین براساس جدول ۵، میانگین پاسخ‌ها در طول زمان تغییرات معناداری را نشان داد؛ به‌طوری‌که میانگین متغیرهای اضطراب ($p < 0/001$)، افسردگی/گوشه‌گیری ($p < 0/001$)، شکایات جسمانی ($p < 0/001$)، مشکلات اجتماعی ($p < 0/001$)، مشکلات تفکر ($p < 0/001$)، مشکلات توجه ($p < 0/001$)، رفتار قانون‌شکنانه ($p < 0/001$) و رفتار پرخاشگرانه ($p < 0/001$) درمقایسه با گروه گواه شد. باتوجه به جدول ۵، اندازه اثر بیشتر مربوط به اثر زمان به‌ترتیب برای رفتار قانون‌شکنانه و رفتار پرخاشگرانه و اندازه اثر کمتر مربوط به اثر گروه برای متغیر اضطراب بود.

جدول ۶. نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی برای مقایسه‌های زوجی بین گروه‌ها

تفاوت گروه‌ها	تفاوت میانگین	خطای معیار	مقدار احتمال
اضطراب	والد-کودک	ترکیبی	۱/۰۰۰
	والد-کودک	گواه	۰/۰۰۹
	ترکیبی	گواه	۰/۰۰۵
افسردگی/گوشه‌گیری	والد-کودک	ترکیبی	۰/۰۰۶
	والد-کودک	گواه	۰/۰۰۱
	ترکیبی	گواه	۰/۰۰۱
شکایات جسمانی	والد-کودک	ترکیبی	۱/۰۰۰
	والد-کودک	گواه	۰/۰۰۱
	ترکیبی	گواه	۰/۰۰۱
مشکلات اجتماعی	والد-کودک	ترکیبی	۱/۰۰۰
	والد-کودک	گواه	۰/۰۰۱
	ترکیبی	گواه	۰/۰۰۳
مشکلات تفکر	والد-کودک	ترکیبی	۱/۰۰۰
	والد-کودک	گواه	۰/۰۰۱
	ترکیبی	گواه	۰/۰۰۱
مشکلات توجه	والد-کودک	ترکیبی	۱/۰۰۰
	والد-کودک	گواه	۰/۰۰۱
	ترکیبی	گواه	۰/۰۰۱
پرخاشگرانه	والد-کودک	ترکیبی	۰/۰۱۳
	والد-کودک	گواه	۰/۰۰۱
	ترکیبی	گواه	۰/۰۰۱
قانون‌شکنانه	والد-کودک	ترکیبی	۰/۰۰۱
	والد-کودک	گواه	۰/۰۰۱
	ترکیبی	گواه	۰/۰۰۱

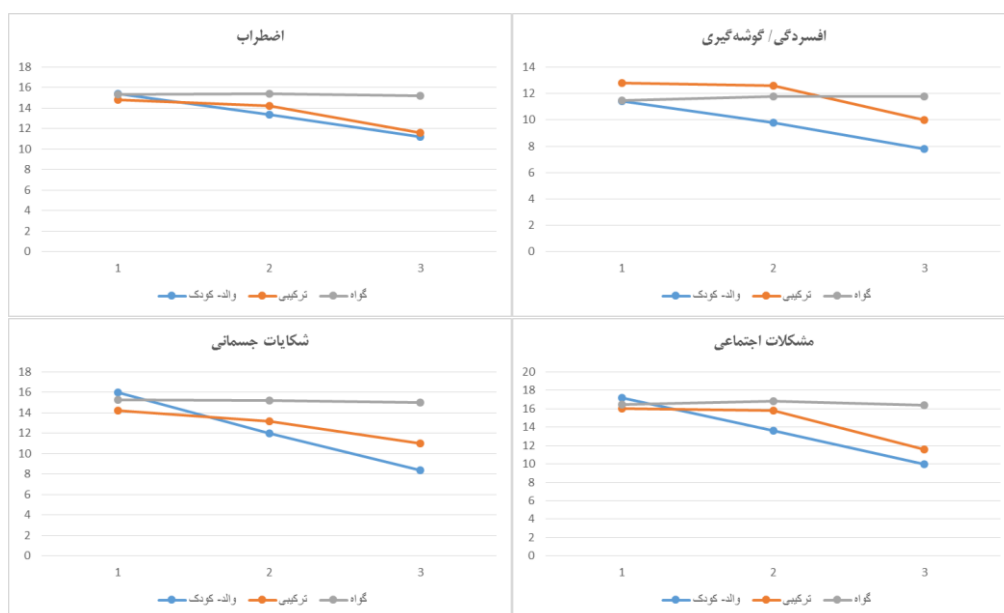
قانون‌شکنانه و رفتار پرخاشگرانه بین گروه‌های آزمایش با گروه گواه تفاوت معنادار وجود داشت ($p < 0/05$).

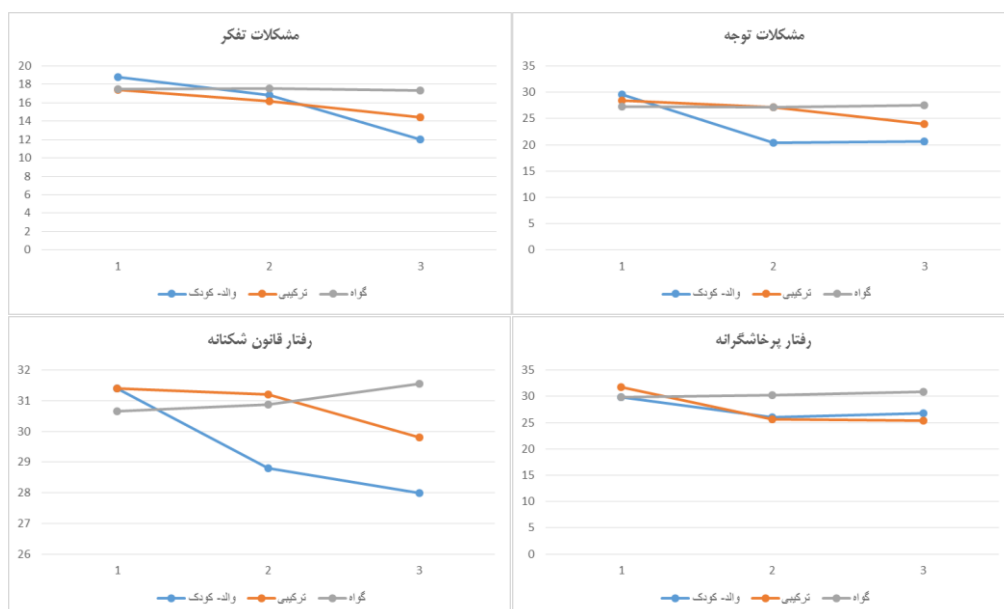
جدول ۷، میانگین‌های مراحل پیش‌آزمون با پس‌آزمون و پیش‌آزمون با پیگیری را برای متغیرهای اضطراب، افسردگی/گوشه‌گیری، شکایات جسمانی، مشکلات اجتماعی، مشکلات تفکر، مشکلات توجه، رفتار قانون‌شکنانه و رفتار پرخاشگرانه نشان می‌دهد. نتایج بیانگر تأثیر مثبت درمان رابطه والد-کودک و ترکیب درمان رابطه والد-کودک با درمان دلبستگی در گروه‌های آزمایش ($p < 0/001$) و ماندگاری این تأثیر در مرحله پیگیری بود ($p > 0/05$, $p < 0/017$).

براساس جدول ۶، نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی نشان داد، بین دو گروه آزمایش در متغیرهای افسردگی/گوشه‌گیری ($p = 0/006$)، رفتارهای پرخاشگرانه ($p = 0/013$) و قانون شکنانه ($p = 0/001$) تفاوت معنادار وجود داشت؛ اما بین دو گروه آزمایش در بقیه متغیرها یعنی اضطراب ($p = 1/000$)، شکایات جسمانی ($p = 1/000$)، مشکلات اجتماعی ($p = 1/000$)، مشکلات تفکر ($p = 1/000$) و مشکلات توجه ($p = 1/000$) تفاوت معنادار مشاهده نشد. در همه متغیرهای اضطراب، گوشه‌گیری/افسردگی، شکایات جسمانی، مشکلات اجتماعی، مشکلات تفکر، مشکلات توجه، رفتار

جدول ۷. نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی برای مقایسه‌های زوجی اثر زمان‌ها

تفاوت زمان‌ها	تفاوت میانگین	خطای معیار	مقدار احتمال
اضطراب	پس آزمون	۰/۵۵۸	۰/۰۰۱
	پیش آزمون	۰/۷۵۱	۰/۰۰۱
	پس آزمون	۰/۶۰۷	۱/۰۰۰
افسردگی/ گوشه‌گیری	پس آزمون	۰/۷۹۴	۰/۰۰۱
	پیش آزمون	۰/۹۲۰	۰/۰۰۱
	پس آزمون	۰/۷۰۷	۱/۰۰۰
شکایات جسمانی	پس آزمون	۱/۰۳۹	۰/۰۰۱
	پیش آزمون	۱/۱۷۵	۰/۰۰۱
	پس آزمون	۰/۹۰۹	۱/۰۰۰
مشکلات اجتماعی	پس آزمون	-۴/۹۱	۰/۰۰۱
	پیش آزمون	-۴/۹۱	۰/۰۰۱
	پس آزمون	۷/۱۰	۱/۰۰۰
مشکلات تفکر	پس آزمون	۷/۸۴	۰/۰۰۱
	پیش آزمون	۸/۴۰	۰/۰۰۱
	پس آزمون	۰/۵۵۶	۰/۰۱۷
مشکلات توجه	پس آزمون	-۲/۵۵	۰/۰۰۱
	پیش آزمون	-۲/۶۶	۰/۰۰۱
	پس آزمون	-۰/۱۱۱	۰/۸۶۷
پرخاشگرانه	پس آزمون	۲/۷۶	۰/۰۰۱
	پیش آزمون	۲/۷۷	۰/۰۰۱
	پس آزمون	۰/۰۱۵	۱/۰۰۰
قانون‌شکنانه	پس آزمون	۳/۰۱	۰/۰۰۱
	پیش آزمون	۳/۲۶	۰/۰۰۱
	پس آزمون	۰/۲۲۹	۰/۰۶۶





شکل ۱. نمودارهای مربوط به تغییرات متغیرهای پژوهش در دو گروه رابطه والد-کودک و ترکیب درمان رابطه والد-کودک با درمان دلبستگی و گروه گواه

۴ بحث

دیره مبنی بر اثربخشی درمان مبتنی بر دلبستگی در کاهش اختلال‌های رفتاری برونی‌سازی‌شده در کودکان پرخاشگر (۱۵) همسوست. در تبیین اثربخشی درمان تعامل والد-کودک بر کاهش مشکلات رفتاری کودکان می‌توان گفت، این درمان شامل یک مرحله ارتقای رابطه (به عنوان مثال، تعامل با جهت‌گیری کودک، CDI)^۱ و یک مرحله تنظیم مراقبت‌کننده (به عنوان مثال، تعامل با جهت‌گیری والدین، PDI)^۲ است که در کنار هم برای کاهش بسیاری از رفتارهای مخل کودک طراحی شده‌اند. در CDI به مراقبان آموزش داده می‌شود از کودک در بازی پیروی کنند. به منظور تقویت رفتار مناسب کودک، برای رفتار تعریف و تمجید ویژه‌ای فراهم آورند. برای نشان دادن اینکه مراقب به‌طور فعال گوش می‌دهد، صداهای کودک را با لحنی تأییدبرانگیز (یعنی بازخورد دادن) تکرار کنند. برای نشان دادن حمایت از تعامل مثبت از ایده‌ها سکوسازی نمایند. برای نشان دادن توجه مناسب به رفتار کودک، بازی کودک را تشریح کنند (به عنوان مثال، تشریح رفتار) و به دلیل اینکه روابط بین مراقب و کودک تقویت می‌شود، از اوقات مشترک با کودک خود لذت ببرند (۲۳). فرانگرفتن مهارت‌های درون‌فردی و بین‌فردی، نگرش‌های منفی والدین را به کودکانشان به همراه احساس نابسندگی و نالایق بودن برای کودک به وجود می‌آورد که این مسئله با پیامدهایی همچون رفتارهای قانون‌شکنانه و پرخاشگرانه همراه است (۲۴). در زمینه کارکرد خانواده باید اشاره کرد، معمولاً در خانواده‌هایی که پرورش‌دهنده ثبات و امنیت هستند، مشکلات رفتاری در کودکان آن‌ها کمتر مشاهده می‌شود. در چنین خانواده‌هایی کودکان توانایی بیشتری برای انطباق با تغییرات دارند و شرایط مناسبی برای رشد آن‌ها فراهم می‌آید. در خانواده با الگوی سالم، اعضای خانواده توسط یکدیگر حمایت می‌شوند. انتظارات مربوط به نقش‌های افراد، روشن و دارای انعطاف است.

پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان رابطه والد-کودک و درمان ترکیبی رابطه والد-کودک و درمان دلبستگی در مادران دلبسته ناایمن بر مشکلات رفتاری در کودکان انجام شد. نتایج نشان داد، پس از اجرای درمان‌ها، میزان مشکلات رفتاری کودکان در مراحل پس‌آزمون و پیگیری، تفاوت معناداری با پیش‌آزمون داشت. همچنین اثربخشی درمان رابطه والد-کودک و درمان ترکیبی رابطه والد-کودک و درمان دلبستگی در مادران دلبسته ناایمن بر کاهش مشکلات رفتاری در کودکان، در مرحله پیگیری ماندگار بود. به علاوه، براساس نتایج پژوهش، در متغیرهای افسردگی/گوشه‌گیری و رفتارهای قانون‌شکنانه، درمان ترکیبی رابطه والد-کودک و درمان دلبستگی اثربخشی بیشتری در مقایسه با درمان رابطه والد-کودک داشت؛ اما در متغیر رفتارهای پرخاشگرانه، درمان رابطه والد-کودک اثربخشی بیشتری در مقایسه با درمان ترکیبی رابطه والد-کودک و درمان دلبستگی داشت. در بقیه متغیرها (اضطراب، شکایات جسمانی، مشکلات اجتماعی، مشکلات تفکر و مشکلات توجه) بین دو روش مداخله تفاوت معنادار مشاهده نشد.

نتایج پژوهش حاضر با یافته‌های پژوهش‌های عباسی و نشاط‌دوست مبنی بر اثربخشی درمان رابطه والد-کودک در کاهش مشکلات رفتاری (۵)، موری و همکاران (۸)، محمودی و موسوی (۹) و میرزایی کوتابی و همکاران (۱۰) مبنی بر اثربخشی درمان رابطه والد-کودک در کاهش رفتارهای پرخاشگرانه فرزندان همسوست؛ همچنین با پژوهش عزیزی و همکاران که به جایگاه ارتباط والد-کودک است در تحول کودکان اشاره کردند (۷)، همسویی دارد. یافته‌های پژوهش حاضر با نتایج پژوهش‌های اوزتاک و همکاران مبنی بر اثربخشی درمان دلبستگی بر کاهش مشکلات رفتاری نوجوانان (۱۴) و گله‌گیریان و

^۲. Parent direction interaction

^۱. Child direction interaction

مقررات خانواده واضح و انعطاف‌پذیر است. نحوه ارتباط والدین با کودکان عامل قوی‌تر مؤثر بر الگوهای تعاملی خانواده به‌شمار می‌رود؛ خصوصاً در دوره‌هایی از زندگی کودکان که تحولات اساسی تحول روانی طی می‌شود (۶). در این راستا، نظریه چرخه‌های اجباری بر روابط کنشی متقابلی استوار است و به‌واسطه آن‌ها والدین می‌توانند رفتارهای منفی کودکان را ناخواسته تقویت کنند. این امر به‌نوبه خود موجب فراخوانی رفتارهای منفی از والدین می‌شود و بدین ترتیب کودک برای آنکه بر این ادراکات غالب شود، رفتارهای مخرب و منفی‌تری از خود نشان می‌دهد (۲۵).

در درمان رابطه والد-کودک، والدین یاد می‌گیرند به کودکانشان نزدیک شوند، سبک‌های والدینی مؤثرتر منطبق با نیازهای کودکانشان را به‌کار برند، به رفتارهای ناسازش‌یافته کودک توجه کنند و رفتارهای ناسازش‌یافته وی را نادیده بگیرند؛ به‌جای آن، کودکان به این تعاملات به شیوه‌ای سالم‌تر پاسخ دهند (۶).

در تبیین اثربخشی ترکیب درمان رابطه والد-کودک با درمان دلبستگی می‌توان گفت، از آنجاکه مادر اولین کسی است که نوزاد با او ارتباط برقرار می‌کند، نقش مهم‌تری را در پرورش توانایی‌های روانی و عاطفی کودک به عهده دارد. نظریه دلبستگی، نظریه‌ای عام‌تر برای تبیین رفتار والد-کودک به‌شمار می‌رود. چنانچه افرادی نتوانند رابطه دلبستگی ایمن را با یک بزرگسال برقرار کنند، معمولاً در بزرگسالی، در برقراری رابطه سالم با هم‌تاها، اعضای خانواده و سایرین دچار مشکل می‌شوند و در معرض مشکلات بسیاری قرار می‌گیرند (۲۶). مدت‌ها است که کیفیت مراقبت‌های اولیه به‌عنوان عاملی تأثیرگذار در شکل‌گیری رشد انسان برجسته شده است. یکی از راه‌های مفهوم‌سازی کیفیت مراقبت‌های اولیه، استفاده از نظریه دلبستگی است که پیشنهاد می‌کند نوزادان از طریق تعاملات مکرر و دوگانه با مراقبان خود، الگوهایی را برای تسلی و ایمنی در محیط خود شکل می‌دهند. افرادی که در دوران کودکی از مراقبت قابل اعتماد و مداوم برخوردار هستند، در ایجاد الگوهای دلبستگی ایمن توانایی دارند؛ باین‌حال، افرادی که مراقبت‌های غیرحساس و ناسازگار را تجربه می‌کنند، همان‌طور که در موارد سوءاستفاده و غفلت مشاهده می‌شود، به‌احتمال زیاد بازنمایی‌های ذهنی نامطمئن و غیرقابل اعتمادی را از مراقبان خود شکل می‌دهند و متعاقباً به رشد دلبستگی ناامن و غیرسازمان‌یافته کمک می‌کنند. نظریه دلبستگی بزرگسالان ممکن است به‌عنوان الگوهای تعاملات در روابط صمیمی توصیف شود که نسبتاً پایدار و منسجم است و از روابط دلبستگی اولیه ناشی می‌شود (۲۷). اجرای روش درمان رابطه والد-کودک مستلزم برقراری رابطه مناسب با کودک است و افراد واجد دلبستگی ناایمن در برقراری روابط نزدیک مشکلاتی دارند؛ از این‌رو انتظار می‌رود انجام مداخلاتی برای بهبود دلبستگی و ایجاد دلبستگی ایمن در این والدین، با افزایش توانایی والدین در به‌کارگیری روش‌های مؤثر درمان رابطه والد-کودک همراه باشد (۲۸). همچنین درمان دلبستگی سبب بهبود دلبستگی در این مادران می‌شود؛ در نتیجه استفاده از روش درمان ترکیبی، مشکلات و علائم

عاطفی و رفتاری را در کودکان کاهش می‌دهد. این کاهش علائم کودک موجب بهبود رابطه والد-کودک می‌شود و این مسیر تبدیل به چرخه‌ای می‌شود که یکدیگر را تقویت می‌کنند. به عبارت دیگر درمان دلبستگی ناایمن سبب کاهش آن می‌شود، ارتباط با کودک را بهبود می‌بخشد و در عین حال آموزش رابطه والد-کودک نیز به بهبود این رابطه کمک می‌کند؛ در نتیجه مشکلات عاطفی و رفتاری کودک کاهش می‌یابد که این موضوع نیز رابطه را با والد بهبود می‌بخشد و این چرخه مرتب تکرار می‌شود.

۵ نتیجه‌گیری

نتایج نشان داد، درمان رابطه والد-کودک و درمان ترکیبی رابطه والد-کودک و درمان دلبستگی در مادران دلبسته ناایمن بر مشکلات رفتاری در کودکان سنین ۸ تا ۱۲ سال اثربخشی دارد و هر دو درمان اثرگذار است؛ اما در مقام مقایسه، در متغیرهای افسردگی/گوشه‌گیری و رفتارهای قانون‌شکنانه، درمان ترکیبی اثربخشی بیشتری در مقایسه با درمان رابطه والد-کودک دارد. در متغیر رفتارهای پرخاشگرانه، درمان رابطه والد-کودک اثربخشی بیشتری در مقایسه با درمان ترکیبی دارد. در بقیه متغیرها بین دو روش مداخله تفاوت معنادار وجود ندارد.

۶ تشکر و قدردانی

از تمامی مادران مشارکت‌کننده در پژوهش حاضر و همچنین مسئولان محترم دانشگاه تشکر و قدردانی می‌شود.

۷ بیانیه‌ها

تأییدیه اخلاقی و رضایت‌نامه از شرکت‌کنندگان

از شرکت‌کننده‌های پژوهش حاضر دست‌نوشته‌ای شامل بیانیه‌ای درباره تأیید و رضایت اخلاقی دریافت شد. همچنین پروتکل تحقیق در کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه آزاد تهران مرکز به تأیید رسید.

رضایت برای انتشار

این امر غیرقابل اجرا است.

در دسترس بودن داده‌ها و مواد

داده‌های پشتیبان نتایج گزارش‌شده در مقاله که در طول مطالعه تحلیل شدند، به‌صورت فایل ورودی و اکسل داده در فضای ذخیره‌ای هارددرایو (به‌منظور هک‌نشدن احتمالی داده‌ها و همچنین حفظ و دسترسی به داده‌ها) نزد نویسنده مسئول حفظ خواهد شد.

تضاد منافع

این مقاله برگرفته از رساله دکتری روان‌شناسی عمومی دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکز است. نویسندگان اعلام می‌کنند که هیچ‌گونه تضاد منافی ندارند.

منابع مالی

اعتبار برای انجام این پژوهش از منابع شخصی تأمین شده است.

مشارکت نویسندگان

همه نویسندگان سهم یکسانی در تهیه پیش‌نویس مقاله، بازبینی و اصلاح مقاله حاضر بر عهده داشتند.

References

1. Charach A, McLennan JD, Bélanger SA, Nixon MK. Screening for disruptive behaviour problems in preschool children in primary health care settings. *J Can Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2017;26(3):172–8.
2. Stormshak EA, Bierman KL, McMahon RJ, Lengua LJ. Parenting practices and child disruptive behavior problems in early elementary school. *J Clin Child Adolesc Psychol*. 2000;29(1):17–29. https://doi.org/10.1207/s15374424jccp2901_3
3. Mohammadi M, Vaisi Raieghani AA, Jalali R, Ghobadi A, Abbasi P. Prevalence of behavioral disorders in Iranian children. *J Mazandaran Univ Med Sci*. 2019;28(169):181–91. [Persian] <http://jmums.mazums.ac.ir/article-1-11777-en.html>
4. Wang J, Yang Y, Tang Y, Wu M, Jiang S, Zou H. Longitudinal links among parent-child attachment, emotion parenting, and problem behaviors of preadolescents. *Child Youth Serv Rev*. 2021;121:105797. <https://doi.org/10.1016/j.chilcyouth.2020.105797>
5. Abbasi M, Neshatdoost HT. Effectiveness of parent-child interaction therapy on reduction of symptoms in oppositional defiant disorder. *J Clinical Psychology*. 2013;5(3):59–6. [Persian] https://jcp.semnan.ac.ir/article_2136.html?lang=en
6. Brinkmeyer MY, Eyberg SM. Parent-child interaction therapy for oppositional children. In: Kazdin AE, Weisz JR; editors. *Evidence-based psychotherapies for children and adolescent*. New York: Guilford Press; 2003.
7. Azizi A, Karimipoor BA, Rahmani S, Veisi F. Comparing the efficacy of child-parent relationship therapy (CPRT) and family-focused therapy (FFT) on function of families with children with oppositional defiant disorder (ODD). *J Child Ment Health*. 2016;3(2):9–20. <http://childmentalhealth.ir/article-1-131-en.html>
8. Murray KW, Dwyer KM, Rubin KH, Knighton-Wisor S, Booth-LaForce C. Parent-child relationships, parental psychological control, and aggression: maternal and paternal relationships. *J Youth Adolesc*. 2014;43(8):1361–73. <https://doi.org/10.1007/s10964-013-0019-1>
9. Mahmoudi N, Mousavi R, Ghobari-Bonab B. Effectiveness of parent-child relationship-oriented group interventions on symptoms reduction among 6–11 years old children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Empowering Exceptional Children*. 2018;9(2):65–74. [Persian] http://www.ceciranj.ir/article_77390.html?lang=en
10. Mirzaei Koutnaei F, Shakerinia I, Asghari F. The associations between parent-child relationship and aggressive behavior among students. *J Child Ment Health*. 2016;2(4):21–34. <http://childmentalhealth.ir/article-1-80-en.html>
11. Tambelli R, Laghi F, Odorisio F, Notari V. Attachment relationships and internalizing and externalizing problems among Italian adolescents. *Child Youth Serv Rev*. 2012;34(8):1465–71. <https://doi.org/10.1016/j.chilcyouth.2012.04.004>
12. Sullivan JM. Parents of children with high-functioning autism: experiences in child parent relationship therapy (CPRT) [PhD dissertation]. [Denton, Texas]: University of North Texas Libraries; 2011.
13. Chorot P, Valiente RM, Magaz AM, Santet MA, Sandin B. Perceived parental child rearing and attachment as predictors of anxiety and depressive disorder symptoms in children: the mediational role of attachment. *Psychiatry Res*. 2017;253:287–95. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.04.015>
14. Ozturk Y, Moretti M, Barone L. Addressing parental stress and adolescents' behavioral problems through an attachment-based program: an intervention study. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*. 2019;19(1):89–100.
15. Galle Girian S, Deireh E. Comparison of the effect of metacognitive therapy and attachment-based therapy on externalizing problems in aggressive children. *J Child Ment Health*. 2017;4(1):24–34. [Persian] <http://childmentalhealth.ir/article-1-158-en.html>
16. VanVoorhis CRW, Morgan BL. Understanding power and rules of thumb for determining sample sizes. *Tutor Quant Methods Psychol*. 2007;3(2):43–50. <http://dx.doi.org/10.20982/tqmp.03.2.p043>
17. Wei M, Russell DW, Mallinckrodt B, Vogel DL. The Experiences in Close Relationship Scale (ECR)-short form: reliability, validity, and factor structure. *J Pers Assess*. 2007;88(2):187–204. <https://doi.org/10.1080/00223890701268041>
18. Achenbach TM, Rescorla LA. *Multicultural understanding of child and adolescent psychopathology: implications for mental health assessment*. New York: Guilford Press; 2007.
19. Panaghi L, Maleki G, Zabihzadeh A, Poshtmashhadi M, Soltaninezhad Z. Validity, reliability, and factor analysis of Experiences in Close Relationship (ECR) Scale. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*. 2014;19(4):305–13.
20. Minaee A. Adaptation and standardization of child behavior checklist, youth self-report, and teacher's report forms. *Journal of Exceptional Children*. 2006;6(1):529–58. [Persian] <http://joec.ir/article-1-416-en.html>
21. Dozier M, Tyrrell C. The role of attachment in therapeutic relationships. In: Simpson JA, Rholes WS; editors. *Attachment theory and close relationships*. New York: The Guilford Press; 1998. p. 221–48.
22. McNeil CB, Hembree-Kigin TL, Anhalt K. *Parent-child interaction therapy (issues in clinical child psychology)*. Second edition. New York: Springer; 2011.

23. Shawler PM, Elizabeth Bard M, Taylor EK, Wilsie C, Funderburk B, Silovsky JF. Parent-child interaction therapy and young children with problematic sexual behavior: a conceptual overview and treatment considerations. *Child Youth Serv Rev.* 2018;84:206–14. <https://doi.org/10.1016/j.chilgyouth.2017.12.006>
24. Schilling S, French B, Berkowitz SJ, Dougherty SL, Scribano PV, Wood JN. Child–adult relationship enhancement in primary care (PriCARE): a randomized trial of a parent training for child behavior problems. *Acad Pediatr.* 2017;17(1):53–60. <https://doi.org/10.1016/j.acap.2016.06.009>
25. Martel MM. Theories of oppositional defiant disorder. In: Martel MM; editor. *The clinician's guide to oppositional defiant disorder: symptoms, assessment, and treatment.* First edition. Cambridge, US: Academic Press; 2019.
26. Chris Fraley R, Hudson NW. The development of attachment styles. In: Specht J; editor. *Personality development across the lifespan.* New York: Academic Press; 2017. p. 275–92. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-804674-6.00017-X>
27. Cooke JE, Racine N, Plamondon A, Tough S, Madigan S. Maternal adverse childhood experiences, attachment style, and mental health: pathways of transmission to child behavior problems. *Child Abuse Negl.* 2019;93:27–37. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2019.04.011>
28. Wright B, Edginton E. Evidence-based parenting interventions to promote secure attachment: findings from a systematic review and meta-analysis. *Glob Pediatr Health.* 2016;3:1-14.