



## Comparing the Effect of modified behavior therapy, parent-child interaction therapy and therapy based on mother and child's mentalization in preschool children with ODD

**Mostafa Valipour, Ph.D**

Assistant Professor, faculty of social science, Imam Khomeini International University, Qazvin, Iran

**Zeynab Khanjani, Ph.D**

Professor, Department of Psychology, Faculty of Educational Science and Psychology, University of Tabriz, Tabriz, Iran.

**Touraj Hashemi, Ph.D**

Professor, Department of Psychology, Faculty of Educational Science and Psychology, University of Tabriz, Tabriz, Iran.

**Majid Mahmoud Alilou, Ph.D**

Professor, Department of Psychology, Faculty of Educational Science and Psychology, University of Tabriz, Tabriz, Iran.

### Abstract

This study aimed to compare the effect of modified behavioral therapy, parent-child interaction therapy (PCIT) and therapy based on mother and child's mentalization on the improvement of symptoms of the oppositional defiant disorder (ODD) in Zanjan preschool children. The framework of this research has a quasi-experimental multivariate design with pre-test and post-test. The population of this study included all children (girls and boys) aged 5-7 years who lived in Zanjan province in 1399 and received a diagnosis of ODD. From the children referred to the clinic, 75 samples were selected by available sampling method and randomly replaced in three equal groups (25 participants for each group). In this study, Child Symptom Inventory (1997) was used. Paired t-test results showed that all three methods were effective in reducing the symptoms of the disorder ( $p \leq .05$ ). The results of Covariance analysis and Bonferroni post hoc test showed that there was a difference between the three treatments in reducing the symptoms of ODD ( $p \leq .05$ ). The Comparison of experimental groups showed that the difference between the means of the modified behavioral therapy group with parent-child interaction therapy (1.07 \*) and the therapy based on mother and child's mentalization (1.64 \*) was significant ( $P < .001$ ); But the difference between the parent-child interaction therapy and the therapy based on mother and child's mentalization (.57) was not significant ( $P = .13$ ).

**Keywords:** PCIT, therapy based on mother and child's mentalization, modified behavioral therapy, oppositional defiant disorder, preschool children.

## مقایسه تأثیر رفتار درمانی تعدیل‌شده، درمان تعاملی والد-کودک و درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی مادر-کودک بر بهبود نافرمانی مقابله‌ای کودکان پیش‌دبستانی

\*مصطفی ولی پور

استادیار گروه روانشناسی، دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه بین‌المللی امام خمینی (ره)، قزوین، ایران

زینب خانجانی

استاد، گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه تبریز، تبریز، ایران

تورج هاشمی

استاد، گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه تبریز، تبریز، ایران

مجید محمود علیلو

استاد، گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه تبریز، تبریز، ایران

### چکیده

این پژوهش با هدف مقایسه اثربخشی رفتاردرمانی تعدیل‌شده، درمان تعاملی والد-کودک و درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی مادر-کودک بر بهبود نشانه‌های نافرمانی مقابله‌ای کودکان پیش‌دبستانی زنجان انجام شده است. چهارچوب پژوهش یک طرح نیمه‌آزمایشی بین‌گروهی چند متغیره با پیش‌آزمون و پس‌آزمون است. جامعه پژوهش کودکان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره شهر زنجان در سال ۱۳۹۹ بود که از میان آن‌ها تعداد ۷۵ نفر نمونه به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به‌طور تصادفی در سه گروه ۲۵ نفره جایگزین شدند. در این پژوهش پرسشنامه علائم مرضی کودکان استفاده شد. نتایج روش آماری زوجی نشان داد که هر سه روش درمانی در کاهش علائم اختلال اثربخش بودند ( $p \leq .05$ ). نتایج تحلیل کوواریانس و آزمون تعقیبی بونفرونی نشان داد که بین سه روش درمانی در کاهش علائم اختلال نافرمانی مقابله‌ای تفاوت وجود دارد ( $p \leq .05$ ). مقایسه گروه‌های آزمایش حاکی از این است که تفاوت بین میانگین‌های گروه رفتاردرمانی تعدیل‌شده با درمان تعاملی والد و کودک (\*\*۱/۰۷) و گروه درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی مادر و کودک (\*\*۱/۶۴) معنادار بود ( $P < .001$ )؛ اما تفاوت گروه‌های درمان تعاملی والد کودک با درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی مادر و کودک (۰/۵۷) معنادار نیست ( $P = .13$ ).

**واژگان کلیدی:** درمان تعاملی والد-کودک، درمان مبتنی بر

ذهنی‌سازی مادر و کودک، رفتاردرمانی تعدیل‌شده، اختلال نافرمانی مقابله‌ای، کودکان پیش‌دبستانی.

## مقدمه

یک روش مؤثر در کاهش مشکلات درون فردی و برون فردی کودکان مبتلا به نافرمانی مقابله‌ای یاد کردند. باین‌حال Green & Doyle (۱۹۹۹) به این نتیجه رسیدند که روش آموزش مدیریت والدین اگرچه باعث بهبود معنادار در کودکان می‌شود، در انتقال کودکان از جامعه بالینی به جامعه نرمال موفقیت کمی دارد. باوجود حمایت تجربی بالا برای اثربخشی رفتاردرمانی اختلال نافرمانی مقابله‌ای (Wilson, Lipsey, Derzon, 2003) به نظر یک‌سوم کودکان مبتلا نمی‌تواند از این روش درمانی سود ببرند (Masi Manfredi, Milone, Muratori, Polidori, Ruglioni, 2011). کودکان مبتلا به اختلالات رفتاری (نافرمانی و سلوک) که دارای ویژگی بی‌عاطفه-غیر احساسی (callous-unemotional traits) (فقدان همدلی، گناه و رفتارهای مراقبی) هستند نسبت به رفتاردرمانی موجود مقاوم‌اند. این مقاومت می‌تواند به علت پاسخ متفاوت آنان به تشویق و تنبیه باشد. این کودکان برخلاف تشویق، از تنبیه تأثیر مثبتی نمی‌پذیرند. بر اساس این یافته‌ها، رفتاردرمانی استاندارد که در آن برای شکل‌دهی رفتار از نسبت یکسانی از تشویق و تنبیه استفاده می‌شود ممکن است در این کودکان اثربخشی کافی نداشته باشد (Hawes & Dadds, 2005). از این رو کاهش تنبیه و نادیده-گیری رفتارهای نامناسب تا حد اکثر ممکن می‌تواند به درمان این کودکان کمک نماید؛ بنابراین به‌کارگیری مدلی از رفتاردرمانی که در آن فنون تشویقی بیشتر از فنون تنبیهی در کانون توجه قرار دارد برای این کودکان متناسب‌تر می‌نماید. بر این اساس توصیه می‌شود در درمان این کودکان از رفتاردرمانی تعدیل‌شده (Modified behavior therapy) استفاده شود. در رفتاردرمانی تعدیل‌شده بار تنبیهی کاهش یافته یا به‌طور کل حذف می‌شود (Miller, Haas, Waschbusch, Willoughby, Helseth, Crum, Coles, & Pelham, 2014).

روش درمانی دیگری که در درمان این اختلال به کار گرفته می‌شود درمان تعاملی والد-کودک است. تعامل والد-فرزند می‌تواند از طریق تأثیر بر توانایی تنظیم هیجانات کودک بر اختلال نافرمانی مقابله‌ای اثر رشدی بگذارد. درمان تعاملی والد-کودک (Parent child interaction)

زندگی در جامعه انسانی همواره نیازمند درک و رعایت قواعد و مقررات گوناگونی است. نگرش افراد نسبت به خود، اطرافیان، جامعه و قواعد حاکم بر آن بسته به شرایط، متفاوت است. این نگرش می‌تواند شامل یک دیدگاه خصمانه، تسلیم بی‌قیدوشرط یا پذیرش مبتنی بر اندیشه باشد. به نظر برخی از کودکان در برابر جامعه و مواضع قدرت دیدگاه مقابله‌جویانه در پیش می‌گیرند. این الگو می‌تواند به‌صورت پیش‌رونده آسیب‌های عمیقی بر فرد و جامعه وارد کند. شناسایی و اعمال سریع اثربخش‌ترین درمان می‌تواند این عواقب را به حداقل رسانده و مانع از گسترش آن‌ها شود.

اختلال نافرمانی مقابله‌ای (oppositional defiant disorder) یک اختلال رفتاری است که با ویژگی‌هایی مانند خلق خشمگین/تحریک‌پذیر، رفتار جروبحث/مقابله‌ای و کینه‌توزی. افراد مبتلا به این اختلال الگویی از منفی‌گرایی، نافرمانی و رفتار پرخاشگرانه در مقابل مراجع قدرت را بروز می‌دهند (Dachew, Scott, Heron, Ayano, Altai, 2021). شواهد پژوهشی نشان می‌دهند اختلال نافرمانی مقابله‌ای نه‌تنها به‌عنوان پیش‌درآمد اختلال سلوک (Conduct disorder) و رفتارهای ضداجتماعی (Antisocial behavior) عمل می‌کند (Waldman, Rowe, Boylan, Burke, 2018)، همچنین اختلالات خلقی (Mood disorder)، اضطرابی (Anxiety) و مشکلات ارتباط بین فردی را نیز پیش‌بینی می‌کند (Burke, Verthelyi, 2018; Boyle, Vaillancourt, Boyle & Szatmari, 2007, Burke, Loeber, Lahey & Rathouz, 2005, Nock, Kazdin, Hiripi & Kessler, 2007). یادگیری به راه‌های نظام‌مند تأمین تجربه برای شکل‌گیری خزانه (repertoires) جدید و غلبه بر مخازن ناسازگار (maladaptive) اشاره دارد (Kazdin, 2005). در میان روش‌های درمانی تأیید شده و پرکاربرد، روش آموزش مدیریت والدین (Parent management training (PMT)) کفایت لازم در بهبود علائم اختلالات رفتاری را نشان داده است (Kazdin, 1997). پژوهشگران داخلی (Aeini, Haji, alizadeh, 2020) نیز در بررسی خود از این روش به‌عنوان

رابطه باهم سن و سالان (Vitaro, Tremblay & Bykowski, 2001) و والدین (Greenberg, Speltz, DeKlyen & Endriga, 1991) مشکل دارند. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که کودکان دارای مشکلات رفتاری در تمام جنبه‌های پردازش اطلاعات اجتماعی (Social information processing)، مانند رمزگشایی اطلاعات اجتماعی، تفسیر و بازنمایی علت اتفاقات، تصمیم‌گیری برای پاسخ و انتخاب رفتار مناسب مشکل دارند (Mize & Pettit, 2008). گرایش کودکان دارای مشکلات رفتاری در نسبت دادن نیت پرخاشگرانه به دیگران در شرایط مبهم از مسائل مورد توجه نظریه‌های ذهنی‌سازی است. احتمالاً این کودکان به خاطر این که حتی در غیاب شواهد از دیگران انتظار رفتار پرخاشگرانه دارند به دیگران با پرخاشگری جواب می‌دهند. Sharp, 2008 نشان داد که کودکان مبتلا به اختلالات برونی‌سازی شده در درک هیجان‌ات دیگران مشکل دارند.

روش درمانی مبتنی بر ذهنی‌سازی مادر-کودک بر این مهم توجه دارد که کودکان مبتلا به اختلالات رفتاری دوران کودکی مشکلات عدیده‌ای در فرایند ذهنی‌سازی داشته و در پردازش اطلاعات بین فردی دچار تحریف هستند؛ به این صورت که آن‌ها نیت و افکار دیگران را به نحو صحیح پردازش نمی‌کنند (Dodge, Laird, Lochman, Zelli, 2002). ذهنی‌سازی (Mentalization) نوعی فعالیت تصویری ذهنی (Imaginative mental activity) است که به ما کمک می‌کند رفتار انسان‌ها را در قالب حالات روانی درونی، نیازها، احساسات، باورها، اهداف و نیت درک کنیم (Allen, Fonagy & Bateman, 2008, Kvarstein, Folmo, Antonsen, Normann, Pedersen & Wilberg, 2020). ذهنی‌سازی از این رو تصویری در نظر گرفته می‌شود چون ما مجبور به این هستیم که درباره افکار و احساسات دیگران تصویرسازی بکنیم؛ ما به طور قطع نمی‌دانیم در ذهن دیگری چه اتفاقی می‌افتد (Fonagy, Steele & Target, 1997). این روش درمانی در یک فضای بین فردی (مادر و کودک) به دنبال تصحیح فرآیند ذهنی‌سازی هم در مادر و هم در کودک است.

همان‌طور که در بالا اشاره شد، برای درمان این دسته از اختلالات، مدل‌های متنوعی ارائه شده است. روش‌هایی که

(PCIT) در ابتدا توسط آبرگ برای کودکان ۷-۲ ساله ابداع شد. این مدل یک روش درمانی مبتنی بر تجربه است که با ادغام مفاهیمی از بازی درمانی کودک محور، مفهوم‌سازی با مریند (۱۹۶۷) درباره والدگری مبنی بر اهمیت دو بعد کلیدی گرمی (Warmth) و ایمنی (safe) والدین برای رشد سالم کودک، نظریه دل‌بستگی و نظریه یادگیری اجتماعی دیدگاه جدیدی در درمان اختلالات رفتاری کودکان ارائه کرده است (Craig, Sierra, Moretti, Pepler, 2020). درمان تعاملی والد کودک در اصل برای درمان اختلالات رفتاری کودکان به‌عنوان یکی از عمده دلایلی که والدین را به مراکز مشاوره می‌کشاند ایجاد شده (Tempel, Herschell & Kolko, 2015) و اثربخشی خود را نشان داده است (Helander, 2021, Abbasi, M., Neshat Doost, H., 2014). در این روش، درمانگر والدین را در حال تعامل با کودکان هدایت و مربی‌گری می‌کند. به‌طور معمول این مربی‌گری از پشت یک آینه یک‌طرفه و یا تلویزیون و از طریق هندزفری در گوش مادر انجام می‌شود. والدین در دو گروه از مهارت‌ها، مربی‌گری می‌شوند. در تعاملات معطوف به کودک (Child directed interaction (CDI)، والد برای ایجاد ارتباط با کودک مهارت‌های بازی درمانی سنتی را یاد می‌گیرد. مهارت‌های معطوف به کودکان شامل تحسین (praising)، انعکاس (reflection)، تقلید (imitation)، توضیح (Describing)، اشتیاق (Being enthusiastic) و توجه (Attention) است. در مهارت‌های معطوف به والد (Parent directed interaction (PDI)، مهارت‌هایی درباره افزایش توافق (compliance) و کاهش رفتارهای اختلال‌گرانه (disruptive) کودک به والدین آموخته می‌شود. مهارت‌های معطوف به والد شامل دادن دستورات مناسب، تحسین کردن توافق کودک، استفاده از تایم‌اوت برای عدم توافق و ایجاد قوانین معمول در خانه است (Girard, Wallace, Kohlhoff, 2018). (Morgan, McNeil, 2018).

روش سوم درمانی مدنظر این پژوهش درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی مادر-کودک است. یکی از ویژگی‌های بارز کودکان مبتلا به اختلالات برونی‌سازی شده مشکل در روابط بین فردی است. کودکان مبتلا به این اختلالات در برقراری

۱. رفتاردرمانی تعدیل‌شده موجب کاهش نشانه‌های نافرمانی مقابله‌ای کودکان پیش‌دبستانی می‌شود.
۲. درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی مادر-کودک موجب کاهش نشانه‌های نافرمانی مقابله‌ای کودکان پیش‌دبستانی می‌شود.
۳. درمان تعاملی والد-کودک موجب کاهش نشانه‌های نافرمانی مقابله‌ای کودکان پیش‌دبستانی می‌شود.
۴. آیا اثربخشی سه روش رفتاردرمانی تعدیل‌شده، درمان تعاملی والد-کودک و درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی مادر-کودک در کاهش علائم نشانه‌های نافرمانی مقابله‌ای کودکان پیش‌دبستانی متفاوت است؟

#### روش

روش پژوهش، جامعه آماری و نمونه: چهارچوب این پژوهش دارای یک طرح نیمه آزمایشی بین گروهی چند متغیره با پیش‌آزمون و پس‌آزمون است. جامعه این پژوهش شامل تمامی کودکانی (دختر و پسر) ۷-۵ ساله‌ای بود که در سال ۹۹ ساکن استان زنجان بوده و تشخیص اختلال نافرمانی مقابله‌ای دریافت نموده‌اند. از بین کودکان مراجعه‌کننده به کلینیک تخصصی کودک و نوجوان آتیه زنجان، ۷۵ نفر از کودکانی که توسط درمانگر و مسئول فنی کلینیک واجد ملاک‌های ورودی و خروجی بودند و در زیر مقیاس اختلال نافرمانی مقابله‌ای آزمون CSI در دامنه اختلال قرار داشتند انتخاب شده و ۲۵ نفر وارد هر یک از ۳ گروه درمانی شدند؛ بنابراین از نظر داشتن ملاک‌های ورودی روش نمونه‌گیری روش هدفمند است. با توجه به این‌که امکان دسترسی هم‌زمان به این تعداد از کودکان به صورت یکجا ممکن نبود، هر مراجعه‌کننده در بدو ورود به صورت تصادفی وارد یکی از سه گروه شده و این فرآیند تا زمان تکمیل تعداد مشخص شده برای هر گروه ادامه یافت. قابل ذکر است تمامی اصول اخلاقی در این پژوهش مورد توجه قرار گرفته و توسط کارگروه/کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه تبریز به تصویب رسیده است (IR.TABRIZU.REC.1400.015).

از مفهوم‌سازی‌های متفاوتی برخاسته و چهارچوب‌های مختلفی دارند. رفتاردرمانی به‌عنوان یکی از روش‌های پرکاربرد در مراکز روان‌درمانی شناخته می‌شود. این روش درمانی به کمک تکنیک‌های خود به دنبال افزایش یا کاهش رفتارها از طریق پساند‌های آن‌هاست. با این حال همان‌گونه که پیش‌تر اشاره شد این روش در انتقال کودکان از دامنه بالینی به نرمال دارای نقصان است. روش درمان تعاملی والد-کودک قدم را فراتر گذاشته و علاوه بر تمرکز بر رفتارهای هدف، به رابطه و تعامل بین والد و کودک نیز توجه کرده و برای ارتقای آن تلاش می‌کند. با توجه به اینکه برای اجرای این روش درمانی نیاز به تجهیزاتی مانند اتاق کودک، دوربین، تلویزیون و ابزار انتقال صداست مراکز درمانی کمتر آن را به کار گرفته و پژوهش‌های داخلی کمی اثربخشی آن را مورد بررسی قرار داده‌اند. روش مبتنی بر ذهنی‌سازی مادر-کودک تمرکز خود را از صورت رفتارها به علل زیربنایی آن‌ها منتقل کرده و به مادر و کودک کمک می‌کند تا نیت و اهداف پشت رفتار دیگران را در کانون توجه قرار دهند. این روش درمانی از این مسیر به دنبال تأثیرگذاری بر مشکلات زیربنایی اختلالات رفتاری است. این روش‌ها دارای نقاط قوت و ضعف و اثربخشی متفاوتی هستند؛ همچنین ذکر این نکته دارای اهمیت است که روش درمانی مبتنی بر ذهنی‌سازی باوجود ریشه‌های کهنی که دارد خود یک روش نوپا است و نیاز به بررسی بیشتر و محک خوردن در مقایسه با سایر روش‌های معتبر قبلی دارد. این سه روش درمانی با این هدف که رفتاردرمانی به‌عنوان یک روش درمانی مرسوم و متداول در داخل کشور خط پایه درمان را نشان دهد؛ درمان تعاملی والد و کودک به‌عنوان روش درمانی جامع‌تر و البته کمتر بکار گرفته شده در داخل در مقایسه با آن قرار گیرد؛ همچنین روش درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی مادر و کودک به‌عنوان یک شیوه نوآورانه در بوته آزمایش با روش‌های قبلی قرار گیرد وارد پژوهش شده‌اند. پژوهش حاضر به دنبال بررسی اثربخشی روش‌های درمانی ذکرشده و مقایسه تفاوت برد درمانی آن‌ها در کاهش علائم نشانه‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای در کودکان است؛ بر این اساس فرض‌ها و سؤال پژوهش عبارت‌اند از:

آزمودنی از پژوهش می‌شد. البته ذکر این نکته ضروری است که تحت تأثیر عوامل مختلفی مانند شیوع ویروس کووید ۱۹، تعدادی از شرکت‌کنندگان در هر گروه در مسیر دچار ریزش شده و در نهایت داده‌های مربوط به ۶۹ کودک وارد تحلیلی نهایی شد.

کودکان مورد مطالعه برای ورود به پژوهش واجد شرایط داشتن علائم اختلال نافرمانی مقابله‌ای، قرار گرفتن در دامنه سنی ۵-۷ سال از هر دو جنسیت و داشتن رضایت آگاهانه برای شرکت در پژوهش بودند. درمان هم‌زمان با سایر روش‌های روان‌شناختی، ناتمام گذاشتن شرکت در روش‌های درمانی موردنظر باعث عدم ورود یا خروج

جدول ۱. خلاصه جلسات درمانی برای هر سه روش درمانی

درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی مادر - کودک		درمان تعاملی والد-کودک		رفتاردرمانی	
رئوس جلسه	جلسه	کلیت جلسه	جلسه	رئوس جلسه	جلسه
ارزیابی (والد و کودک)	۱	ورود به درمان: مصاحبه بالینی و ارزیابی	۱	ورود به درمان: مصاحبه بالینی و ارزیابی	۱
✓ فاز آغازین درمان (آموزش طرح و گام‌های درمان / کار با والدین بر روی مفهوم‌سازی هدف و والدگری تأملی)	۲	آموزش CDI	۲	اهداف درمانی	۲
فاز میانی درمان (تمرکز بر روی والدین و کودک برای رشد ظرفیت ذهنی‌سازی)	۳	مربی‌گری CDI	۳	تحلیل اهداف رفتاری	۳
تکرار جلسه قبل	۴	تکرار جلسه قبل	۴	توجه و تحسین	۴
تکرار جلسه قبل	۵	تکرار جلسه قبل	۵	به‌کارگیری توجه و تحسین	۵
تکرار جلسه قبل	۶	تکرار جلسه قبل	۶	آموزش اصول تشویق و تنبیه	۶
تکرار جلسه قبل	۷	ارزیابی میانی	۷	راه‌اندازی چارت رفتاری	۷
تکرار جلسه قبل	۸	آموزش PDI	۸	اتمام و فارغ‌التحصیلی	۸
جلسه بازیابی	۹	مربی‌گری PDI با نقش بازی کردن	۹	پیگیری (بعد از ۱ ماه)	۹
فاز پایانی درمانی	۱۰	مربی‌گری PDI	۱۰		
جلسه پیگیری و تقویت‌کننده	۱۱	تکرار جلسه قبل	۱۱		
			۱۳		
		اتمام	۱۴		

علائم مرضی کودکان، به‌وسیله Sprafkin, Gadow, Salisbry, Schneider, Loney, 2002 بر اساس طبقه‌بندی

ابزارهای پژوهش پرسشنامه (CSI (Child Symptom Inventory): پرسشنامه

Mohammad esmaeil, E, 2002 ضریب اعتبار این پرسشنامه از طریق اجرای مجدد آزمون را برای اختلال نافرمانی مقابله‌ای ۶۲٪ به دست آورد. در این پژوهش نتیجه همبستگی بین اختلالات برونی‌سازی شده سیاهه رفتاری کودک آخنباخ (CBCL) با نمرات نافرمانی مقابله‌ای مثبت و معنی‌دار ( $r=.68, P<./005$ ) بود. در این پژوهش زیر مقیاس اختلال نافرمانی مقابله‌ای این آزمون مورد استفاده مستقیم قرار گرفته است که در ادامه به دو نمونه سؤال آن اشاره می‌شود: ((با افراد بزرگسال بگومگو می‌کند)) و ((وقتی از او می‌خواهند کاری را انجام دهد سرپیچی می‌کند یا از انجام آن خودداری می‌نماید)).

#### روش اجرا و تحلیل داده‌ها

برای جمع‌آوری داده‌ها قبل و بعد از درمان از پرسشنامه کامپیوتری نسخه والدین علائم مرضی کودکان استفاده شد. قبل از تکمیل پرسشنامه و شرکت در فرآیند درمان اصول و چهارچوب‌های اخلاقی برای مراقب اصلی کودک توضیح داده شده و بر اصولی مانند آزادی در ادامه درمان و اصل محرمانگی تأکید شد. تحلیل داده‌ها با استفاده از روش تحلیل  $t$  زوجی برای فرضیه‌ها و تحلیل کوواریانس تک متغیره برای پاسخگویی به سؤال پژوهش در نرم‌افزار SPSS۲۱ انجام گردید.

#### یافته‌های پژوهش

بر اساس جدول شماره ۲، ۲۰ نفر از شرکت‌کنندگان در پژوهش دختر با میانگین سنی ۵/۸ و ۴۹ نفر پسر با میانگین سنی ۵/۹ بودند. ۲۶ نفر از شرکت‌کنندگان (۱۹ پسر و ۷ دختر) در گروه رفتاردرمانی تعدیل‌شده؛ ۲۲ نفر از شرکت‌کنندگان (۱۵ پسر و ۷ دختر) در گروه درمان تعاملی والد-کودک و ۲۱ کودک (۱۵ پسر و ۶ دختر) در گروه درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی مادر-کودک قرار گرفته‌اند.

DSM-II به‌منظور غربال ۱۸ اختلال رفتاری و هیجانی ساخته شد. درنهایت آزمون در سال ۱۹۹۴ با چاپ چهارم DSM تغییرات اندکی کرد و مورد تجدیدنظر قرار گرفت. این آزمون کودکان ۵ تا ۱۲ سال را ارزیابی می‌کند. این ابزار دارای دو فرم والد و معلم است. فرم والدین که در این پژوهش برای سنجش اختلال نافرمانی مقابله‌ای به کار رفته است ۱۱۲ سؤال ۴ گزینه‌ای (هرگز و گاهی=۰، اغلب و بیشتر اوقات=۱) دارد که برای ۱۱ گروه عمده و یک گروه اضافی از اختلالات رفتاری تنظیم شده است. در پژوهش دیگری Livingston, Adam & Dykman, 1992 به‌وسیله رگرسیون چندگانه نشان دادند نمرات اختلال نافرمانی مقابله‌ای، اختلال رفتار هنجاری و اختلال کمبود توجه فزون‌کنشی (Hyperactivity Attention deficit) به‌طور معنی‌داری نمرات اختلالات برونی‌سازی شده آخنباخ را پیش‌بینی می‌کنند؛ همچنین نمرات اضطراب و اختلالات خلقی پرسشنامه علائم مرضی کودک اختلالات درونی‌سازی شده این آزمون را پیش‌بینی می‌کنند. Sprafkin, Gadow, 2002 پایایی باز آزمایی پرسشنامه را پس از ۶ هفته بررسی کردند که برای تمام طبقه‌ها معنادار بود. Grayson & Carlson, 1991 حساسیت این پرسشنامه را برای اختلال نافرمانی مقابله‌ای، اختلال رفتار هنجاری و اختلال کمبود توجه فزون‌کنشی به ترتیب برابر با ۹۳٪، ۹۳٪ و ۷۷٪ گزارش نموده‌اند. ویژگی‌های روان‌سنجی این آزمون در ایران توسط (Farzad, Imampour, Qahani vakil, 2011) بر روی ۳۰۰ نفر (۱۳۲ دختر و ۱۶۸ پسر) مورد بررسی قرار گرفته است. بر این اساس ضریب پایایی آزمون برای فرم والد ۰٫۹۴ و برای فرم معلم ۰٫۹۶ به دست آمد. تحلیل عاملی انجام شده اعتبار سازه آزمون را تأیید کرد. همچنین همبستگی‌های متقابل بین خرده مقیاس‌های دو فرم والد و معلم معنادار بود. (Ebrahimi, 1998) بعد از تأیید اعتبار صوری، نمرات پایایی چک‌لیست والدین و معلمان را از طریق باز آزمایی به ترتیب ۰٫۹۲ و ۰٫۸۹ به دست آورد.

جدول ۲. پراکنندگی شرکت‌کنندگان در گروه‌های درمانی بر اساس جنسیت

جمع	میانگین سنی	روش درمانی		
		درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی مادر-کودک	درمان تعاملی والد-کودک	رفتاردرمانی تعدیل‌شده
۴۹	۵/۹	۱۵	۱۵	۱۹
۲۰	۵/۸	۶	۷	۷
۶۹		۲۱	۲۲	۲۶
				جمع

ابتدا برای بررسی اثربخشی هر روش درمانی، نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون هر گروه مورد مقایسه قرار گرفت. به‌منظور بررسی اثربخشی رفتاردرمانی تعدیل‌شده بر کاهش نشانه‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای کودکان از تحلیل t زوجی استفاده شد تا مشخص گردد که آیا تغییر معنی‌داری در نمرات علائم اختلال نافرمانی مقابله‌ای این گروه ایجاد شده است یا خیر.

جدول ۳: آزمون t زوجی برای بررسی تفاوت پیش‌آزمون و پس‌آزمون نمره اختلال نافرمانی مقابله‌ای در گروه رفتاردرمانی تعدیل‌شده

متغیر	مرحله	میانگین	انحراف استاندارد	t	p-value
نمره اختلال نافرمانی مقابله‌ای	پیش‌آزمون	۶/۳۸	۱/۰۲	۱۳/۶۸	۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	۳/۶۲	۰/۷۵		

بر اساس جدول ۳ تفاوت معنی‌داری در نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون این گروه وجود دارد؛  $(T(25)=13/68, p \leq /05)$  نمره اختلال نافرمانی مقابله‌ای کودکان در مرحله پیش‌آزمون ۶/۳۸ بوده که در پس‌آزمون به ۳/۶۲ کاهش یافته است. به‌منظور بررسی اثربخشی درمان تعاملی والد-کودک بر کاهش نشانه‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای کودکان از تحلیل t زوجی استفاده شد تا مشخص گردد که آیا تغییر معنی‌داری در نمرات علائم اختلال نافرمانی مقابله‌ای این گروه ایجاد شده است یا خیر.

جدول ۴: آزمون t زوجی برای بررسی تفاوت پیش‌آزمون و پس‌آزمون نمره اختلال نافرمانی مقابله‌ای در گروه درمان تعاملی والد-کودک

متغیر	مرحله	میانگین	انحراف استاندارد	t	p-value
نمره اختلال نافرمانی مقابله‌ای	پیش‌آزمون	۶/۶۸	۱/۲۸	۱۳/۵۹	۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	۲/۵۹	۰/۷۳		

بر اساس جدول ۴ تفاوت معنی‌داری در نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون این گروه وجود دارد؛  $(T(21)=13/59, p \leq /05)$  نمره اختلال نافرمانی مقابله‌ای کودکان در مرحله پیش‌آزمون ۶/۶۸ بوده که در پس‌آزمون به ۲/۵۹ کاهش یافته است. به‌منظور بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی

مادر-کودک بر کاهش نشانه‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای  
کودکان از تحلیل t زوجی استفاده شد تا مشخص گردد که آیا تغییر معنی‌داری در نمرات علائم اختلال نافرمانی مقابله‌ای این گروه ایجاد شده است یا خیر.

جدول ۵: آزمون t زوجی برای بررسی تفاوت پیش‌آزمون و پس‌آزمون نمره اختلال نافرمانی مقابله‌ای در گروه درمان مبتنی بر

ذهنی‌سازی مادر-کودک

متغیر	مرحله	میانگین	انحراف استاندارد	t	p-value
نمره اختلال	پیش‌آزمون	۶/۲۹	۱/۱۴	۱۳/۰۱	۰/۰۰۱
نافرمانی مقابله‌ای	پس‌آزمون	۱/۹۵	۱/۲۴		

گرفت و رد نشد ( $p=/.20$ )؛ یعنی پیش‌فرض همگنی واریانس‌ها برقرار است. همچنین با استفاده از آزمون کالموگوروف-اسمیرنوف (Kolmogorov-Smirnov) نرمال بودن توزیع داده‌ها مورد بررسی قرار گرفت و فرض توزیع نرمال داده‌ها در همه گروه‌ها رد نشد ( $p=/.1$ ). با توجه به عدم معناداری تعامل گروه‌ها و پیش‌آزمون، پیش‌فرض همگنی رگرسیون نیز رد نشد ( $p=/.68$ ). نظر به اینکه پیش‌فرض‌های تحلیل کوواریانس تک متغیره رد نشدند، برای تحلیل داده‌های مربوط به سؤال اصلی پژوهش، از تحلیل کوواریانس تک متغیره به شرح جدول ۶ استفاده شد. پس از تعدیل نمرات پیش‌آزمون، اثربخشی روش‌های درمانی ارائه شده بر علائم اختلال نافرمانی مقابله‌ای مورد بررسی قرار گرفت و اثر معنی‌دار و مثبت عامل بین آزمودنی‌های گروه‌ها ( $F(1,65)=19/95$ ) تأیید شد.

بر اساس جدول ۵ تفاوت معنی‌داری در نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون این گروه وجود دارد؛  $(T(20)=13/01, p\leq/.05)$ . نمره اختلال نافرمانی مقابله‌ای کودکان در پیش‌آزمون ۶/۲۹ بود که در پس‌آزمون به ۱/۹۵ کاهش یافته است. در ادامه برای پاسخ به این سؤال که آیا با کنترل پیش‌آزمون سه روش رفتاردرمانی تعدیل‌شده، درمان تعاملی والد-کودک و درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی مادر و کودک تفاوت معنی‌داری در بهبود نشانه‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای دارند؟ از روش تحلیل کوواریانس تک متغیره استفاده شد. در این راستا به دلیل پارامتریک بودن این روش، ابتدا پیش‌فرض‌های آن مورد بررسی قرار گرفت. در رابطه با بررسی پیش‌فرض‌های تحلیل کوواریانس، نتایج آزمون لوین در مورد پیش‌فرض برابری واریانس‌ها مورد بررسی قرار

جدول ۶ خلاصه تحلیل کوواریانس تک متغیره اثرات روش‌های درمانی بر نشانه‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای با کنترل پیش‌آزمون

منابع تغییر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی‌داری	اتا	توان آزمون
پیش‌آزمون	۲/۳۳	۱	۲/۳۳	۲/۸	/.۱	/.۰۴	۳/۷۸
روش	۳۳/۲۱	۲	۱۶/۶۰	۱۹/۹۵	۰/۰۰۱	/.۳۸	۱

۰/۳۸ از واریانس نشانه‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای ناشی از تفاوت سه روش فوق است. مبتنی بر این یافته‌ها، پاسخ سؤال اصلی پژوهشی با توان کامل (۱)، مثبت است. در نتیجه با کنترل پیش‌آزمون سه روش درمانی مذکور در بهبود نشانه‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای اثرات متفاوت دارند.

مندرجات جدول ۶ نشان می‌دهد که با کنترل پیش‌آزمون، سه روش درمانی بر نشانه‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای اثرات معنی‌داری دارند؛ چون  $F$  محاسبه شده ( $۱۹/۹۵۳$ )، در سطح آلفای ۰/۰۵ و کوچک‌تر از آن معنی‌دار است و با توجه به اندازه اثر محاسبه شده ( $=/.۳۸$ ) می‌توان استنباط کرد که



جدول ۷. آزمون بونفرنی جهت مقایسه زوجی میانگین‌های اصلاح‌شده شدت نشانه‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای در گروه‌ها					
گروه‌های مرجع	میانگین‌های اصلاح‌شده	تفاوت میانگین‌ها	خطای سطح	معنی‌داری	برآورد
رفتاردرمانی تعدیل‌شده - درمان تعاملی والد و کودک	۳/۶۲	۱/۰۷	۲/۵۵	۰/۰۱	۰/۲۶
رفتاردرمانی تعدیل‌شده - درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی مادر و کودک	۳/۶۲	۱/۶۴	۱/۹۷	۰/۰۱	۰/۲۶
درمان تعاملی والد کودک - درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی مادر و کودک	۲/۵۵	۰/۵۷	۱/۹۷	۰/۱۳	۰/۲۸

درمان، شدت علائم اختلال نافرمانی مقابله‌ای در گروهی از کودکان که مورد رفتاردرمانی تعدیل‌شده قرار گرفته بودند کاهش معنی‌داری پیدا کرده است. این یافته با نتیجه یافته‌های (Balali, Agha Yousefi, 2011., Self-Brown, Fredrick, Binder, Whitaker, Lutzker, Edwards & Blankenship, 2011., Barlow & Parsons, 2002., Skreitule, Sebro & Lubenko, 2010., Helander, 2021., Ward, 2021) هم سو است و مطالعات آن‌ها را مورد تأیید قرار می‌دهد.

در تبیین یافته فرضیه اول می‌توان گفت که به نظر شناسایی موقعیت‌های پرخطر و چالش‌برانگیز ارتباطی، تنظیم اهداف رفتاری شفاف بر اساس آن‌ها و در نهایت ارائه پسایندهای عینی مثبت و منفی، تأثیر معنی‌داری در کاهش علائم رفتاری این کودکان ایجاد کرده است. این مدل ارائه بازخورد نه‌تنها انسجام پاسخگویی والد را بالا می‌برد، بلکه کودک را با عواقب رفتاری خود آشنا می‌کند؛ عواقبی که صرفاً منفی نبوده و شامل بازخوردهای مثبت نیز هست. بخشی از کودکان مبتلا به نافرمانی مقابله‌ای که دارای ویژگی بی‌عاطفگی-غیر احساسی بودن هستند بیشتر از اینکه به تنبیه پاسخ دهند به تشویق واکنش مثبت نشان می‌دهند. به همین دلیل در این پژوهش روش رفتاردرمانی تعدیل‌شده (با تشویق بالاتر) به کار گرفته شد. یافته‌های پژوهش همانند (Miller et al, 2014) نشان از اثربخشی مناسب این روش درمانی بود. به نظر ارائه تنبیه باعث کاهش کیفیت ارتباطی والد کودک شده و تنظیم سیستم شکل‌دهی رفتار که صرفاً مبتنی بر تنبیه باشد دور باطل اختلال نافرمانی را تشدید می‌کند. این یافته در پژوهش Vanderschuren, Matthys &

به‌منظور بررسی این سؤال که کدام یک از روش‌های درمانی بیشترین تأثیر را بر کاهش علائم اختلال نافرمانی مقابله‌ای داشته‌اند از آزمون تعقیبی بونفرنی به شرح جدول ۷ استفاده شد. مقایسه گروه‌های آزمایش حاکی از این است که تفاوت بین میانگین‌های گروه رفتاردرمانی تعدیل‌شده با درمان تعاملی والد و کودک (\*\*۱/۰۷) و گروه درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی مادر و کودک (\*\*۱/۶۴) معنادار بوده (P<./001) اما تفاوت گروه‌های درمان تعاملی والد کودک با درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی مادر و کودک (./۵۷) معنادار نیست (P=./13)؛ بنا براین می‌توان گفت دو روش درمان تعاملی والد - کودک و درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی مادر - کودک به‌طور معناداری تأثیر بیشتری در کاهش شدت علائم اختلال نافرمانی مقابله‌ای نسبت به رفتاردرمانی تعدیل‌شده داشته‌اند؛ همچنین بین این دو روش (درمان تعاملی والد - کودک و درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی مادر - کودک) در کاهش علائم اختلال نافرمانی مقابله‌ای تفاوت معناداری وجود نداشت.

### بحث و نتیجه‌گیری

هدف این پژوهش بررسی و مقایسه اثربخشی رفتاردرمانی تعدیل‌شده، درمان تعاملی والد-کودک و درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی مادر-کودک بر بهبود نشانه‌های نافرمانی مقابله‌ای کودکان پیش‌دبستانی بود. یافته‌ها نشان داد که فرضیه اول پژوهش مبنی بر اینکه رفتاردرمانی تعدیل‌شده موجب کاهش نشانه‌های نافرمانی مقابله‌ای کودکان پیش‌دبستانی می‌شود مورد تأیید قرار می‌گیرد. نتایج تحلیلی نشان داد بعد از

طریق آشنایی والدین با اختلال نافرمانی مقابله‌ای، مفهوم‌سازی تعاملی و بین فردی آن، یادگیری اصول توجه به رفتارهای مثبت و نادیده‌گیری رفتارهای منفی و هدایت بخشی از رابطه والد و فرزند به خارج از دایره عواطف منفی و تنش در طول بازی و تعامل روزمره باعث کاهش علائم اختلال نافرمانی مقابله‌ای در کودکان می‌شود.

بررسی اثربخشی بسته درمانی مبتنی بر ذهنی‌سازی مادر-کودک سومین بخش پژوهش بود. مقایسه نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون نشان داد که علائم اختلال نافرمانی مقابله‌ای در کودکان این گروه کاهش معنی‌داری پیدا کرده است؛ بنابراین یافته، فرضیه سوم مبنی بر اینکه درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی مادر-کودک تأثیر معنی‌داری بر کاهش نشانه‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای کودکان دارد مورد تأیید قرار می‌گیرد. این یافته با نتایج پژوهش (Tahir, Abolghasemi, Narimani, 2016) که در آن بر اهمیت آموزش همدلی بر بهبود سازش یافتگی کلی، سازش یافتگی عاطفی و سازش یافتگی اجتماعی کودکان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای تأکید شده و یافته‌های (Shirjang, Mehryar, Javidi, Hosseini, 2018, Sadri, Zare Bahramabadi, Ghiasi, 2016,.) هم‌جهت و هم‌سو است. بر اساس مفهوم‌پردازی‌ها مبتنی بر این مدل درمانی، کودکان مبتلا به اختلالات برونی‌سازی شده درک هیجان‌ات دیگران مشکل داشته و گرایش به نسبت دادن نیت پرخاشگرانه به دیگران دارند (Sharp, 2008). بر این اساس فرد با توانایی ذهنی‌سازی محدود یا کاهش یافته در مدیریت هیجان‌ات عادی مانند خشم ناتوان بوده و به سرعت کنترل خود را از دست می‌دهند (Adshead, Moore, Humphrey, 2013, Wilson & Tapp, 2013). این گرایش کودکان دارای مشکلات رفتاری در نسبت دادن نیت پرخاشگرانه به دیگران در شرایط مبهم از مسائل مهم در تشخیص و همچنان تدوین برنامه درمانی آنان است. برنامه درمانی مبتنی بر ذهنی‌سازی مادر-کودک علائم رفتاری کودکان را از مسیر افزایش توانایی درک حالات ذهنی و نیت یکدیگر مورد هدف قرار می‌دهد. در این بسته درمانی مادر و کودک می‌توانند رفتارها و الگوهای ارتباطی خویش و طرف مقابل را در قالب حالات روانی زیر بنایی درک و تعبیر کنند. همچنین مادر بر تأثیر خود

Schutter, 2013 از منظر عصب‌شناختی نیز تبیین شده است. بر اساس یافته‌های این پژوهشگران، مشکل در شرطی‌سازی نسبت به ترس، کاهش واکنش کورتیزول (cortisol) به تنیدگی (Stress)، کاهش واکنش آمیگدال (amygdala) در برابر محرک‌های منفی و تغییر در انتقال‌دهنده عصبی سروتونین و نورآدرنالین، می‌تواند حساسیت مجازاتی پایینی (punishment sensitivity) را تبیین کنند. این مسئله توانایی ایجاد ارتباط بین رفتارهای نامناسب و مجازات‌های مربوط به آن را در کودکان و نوجوانان مورد بحث به خطر می‌اندازد. مقایسه بعدی نشان داد که شدت علائم اختلال نافرمانی مقابله‌ای در گروهی از کودکان که مورد درمان تعاملی والد-کودک قرار گرفته بودند نیز کاهش معنی‌داری پیدا کرده است. بر این اساس فرضیه دوم نیز مبنی بر اینکه درمان تعاملی والد-کودک موجب کاهش نشانه‌های نافرمانی مقابله‌ای کودکان پیش‌دبستانی می‌شود مورد تأیید قرار می‌گیرد. این یافته با نتیجه یافته‌های (Pirnia, Kashani Khatib, Soleimani, Pirnia, 2017, Pirnia, Madadi Varghani, Friamanesh, 2019, Nazari, Haghiri, Craig, Sierra, Moretti, Pepler, 2020, Schuhmann, Foote, Eyberg, Boggs & Algina, 1998) هم‌جهت است و مطالعات آن‌ها را مورد تأیید قرار می‌دهد.

در این روش علاوه بر فنون تشویقی و تنبیهی که در رفتاردرمانی تعدیل‌شده وجود دارند، زیر مهارت‌های ارتباط مؤثر نیز مورد مداخله قرار می‌گیرند. به‌طور مثال مراقب می‌آموزد چگونه مانند یک بازی‌درمانگر رفتارهای کودک را مورد توجه، تحسین، تقلید و توصیف قرار دهد. یافته فرضیه دوم را می‌توان بر اساس مفهوم‌سازی‌های (Baumrind, 1967) مبنی بر اینکه سبک والدگری بهینه شامل پاسخ‌دهی به هر دو نیاز تأمین‌شدگی (Nurturance) و محدودشدگی (Limits) است تبیین کرد. آبرگ تأیید می‌کند که دو بعد مهارت‌های معطوف به کودک و مهارت‌های معطوف به والد در مدل درمانی او، با ویژگی تأمین‌کنندگی و محدودکنندگی سبک مقتدر بامریند مرتبط بوده و از طریق تأمین و تنظیم این نیازها به کاهش مشکلات رفتاری کودک کمک می‌کنند (Eyberg, 2004., Pali, 2020). به نظر این روش درمانی از

تعامل متقابل والد-کودک در ایجاد این رفتارها مغفول مانده است؛ درحالی‌که روش درمانی مبتنی بر ذهنی‌سازی اساس درمان را بر همین نکته قرار داده است. مؤلفه دیگری که می‌توان این درمان‌ها را بر اساس آن بررسی نمود پذیرش نامشروط است. به نظر درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی مادر-کودک با بالاترین و سپس درمانی تعاملی والد کودک در رتبه دوم، پاسخ بهتری به این نیاز می‌دهند. این مسئله نیز می‌تواند بخشی از تفاوت اثربخشی این مدل‌های درمانی را تبیین کند. این پژوهش در مسیر خود با محدودیت‌هایی مانند شیوع ویروس کووید ۱۹، محدود بودن این نتایج به گروه سنی پیش‌دبستانی، نبود امکان پیگیری و تشکیل گروه گواه به خاطر شرایط پاندمی موجود مواجه بوده است. پیشنهاد می‌شود که در پژوهش‌های آتی متغیرهای تأثیرگذاری مانند سطح والدگری تأملی (Reflective Parenting)، وضعیت اشتغال والدین نیز موردبررسی قرار گیرند و بر اساس آن مناسب‌ترین روش درمانی برای هر والد و کودک انتخاب شود؛ همچنین پیشنهاد می‌شود اثربخشی این سه روش بر روی سایر سنین نیز بررسی شده و نتایج با یافته‌های فعلی مقایسه گردد. نتایج حاصل از این پژوهش می‌تواند در انتخاب مدل درمانی مناسب‌تر، به والدین و همچنین درمانگران یاری رساند. همچنین بر اساس پژوهش‌هایی از این دست می‌توان در انتخاب سرفصل‌های آموزشی برای روان‌درمانگران متخصص کودک و نوجوان تصمیم‌گیری مناسب‌تری نمود.

#### منابع

- Abbasi, M., Neshat Doost, H. (2014). The effectiveness of parent-child interaction therapy in reducing the symptoms of coping disobedience disorder. *Clinical Psychology*, 5 (3), 59-67. doi: 10.22075 / jcp.2017.2136. [Persian].
- Adshead, G., Moore, E., Humphrey, M., Wilson, C., & Tapp, J. (2013). The role of mentalising in the management of violence. *Advances in Psychiatric Treatment*, 19(1), 67-76. doi:10.1192/apt.bp.110.008243.

در شکل‌گیری توانایی ذهنی‌سازی کودک وقوف بیشتری پیدا می‌کند. تقویت مهارت ذهنی‌سازی از طریق این روش درمانی به کودک و مادر در تمایز خود و دیگری کمک می‌کند؛ از این طریق هم کودک و هم مادر می‌آموزند که هر یک دارای ذهنی مجزا و درعین‌حال در تأثیر و تأثر بر یکدیگر هستند. (Adshead et al, 2013). این روش درمانی از طریق افزایش توانایی ذهنی‌سازی باعث کاهش رفتارهای قانون شکنانه کودکان می‌شود (Dejko-Wańczyk, Janusz & Józefik, 2020).

در ادامه به این سؤال پاسخ داده شده که آیا اثربخشی سه روش رفتاردرمانی تعدیل‌شده، درمان تعاملی والد-کودک و درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی مادر-کودک در کاهش علائم نشانه‌های نافرمانی مقابله‌ای کودکان پیش‌دبستانی متفاوت است؟ نتایج ارائه شده نشان داد که با کنترل پیش‌آزمون سه روش درمانی مذکور در بهبود نشانه‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای اثرات متفاوت دارند. نتایج آزمون تعقیبی نشان می‌دهد که روش درمان تعاملی والد-کودک اثربخشی مناسب‌تری نسبت به رفتاردرمانی تعدیل‌شده داشته و این یافته با Ward, 2021 هم سو است. درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی مادر-کودک نیز نسبت به روش رفتاردرمانی تعدیل‌شده به‌طور معنی‌داری کاهش بیشتری رقم‌زده است. در عین حال بین دو روش درمان تعاملی والد-کودک و درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی مادر-کودک تفاوت معنی‌داری وجود نداشت. به نظر روش درمان تعاملی والد کودک علاوه بر تأمین محدودشدگی که در روش رفتاردرمانی تعدیل‌شده بیشتر مدنظر است، با افزایش بعد تأمین‌کنندگی رابطه و تقویت رفتارهای جامعه‌پسند به کاهش علائم اختلال نافرمانی مقابله‌ای کمک می‌کند (Renk, Stephenson, Khan & Cunningham, 2017). درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی مادر-کودک درک کامل‌تری از والد و کودک نسبت به یکدیگر و نسبت به خود ایجاد می‌کند. همچنین این روش درمانی سوگیری فرد در نسبت دادن نیات پرخاشگرانه به دیگران (Sharp, 2008) را هدف قرار داده و از این مسیر در بهبود علائم کمک می‌کند. در رفتاردرمانی تعدیل‌شده پرداختن به علت زیر بنایی رفتار کودک، تأثیر حالات روانی مادر و

- Attachment to Parents and oppositional Defiant Disorder Symptoms in Adolescents. *Child Psychiatry & Human Development*.
- Craig, S. G., Sierra Hernandez, C., Moretti, M. M., & Pepler, D. J. (2020). The Mediational Effect of Affect Dysregulation on the Association Between Attachment to Parents and oppositional Defiant Disorder Symptoms in Adolescents. *Child Psychiatry & Human Development*. <https://doi.org/10.1007/s10578-020-01059-5>
- Dachew, B. A., Scott, J. G., Heron, J. E., Ayano, G., & Alati, R. (2021). Association of Maternal Depressive Symptoms during the Perinatal Period with Oppositional Defiant Disorder in Children and Adolescents. *JAMA Network Open*, 4(9), e2125854-e2125854.
- Dejko-Wańczyk, K., Janusz, B., & Józefik, B. (2020). Understanding the externalizing behavior of school-age boys: the role of a mother's mentalization and attachment. *Journal of Child and Family Studies*, 29(1), 155-166.
- Dodge, K. A., Laird, R., Lochman, J. E., Zelli, A., & Conduct Problems Prevention Research Group, U. S. (2002). Multidimensional latent-construct analysis of children's social information processing patterns: Correlations with aggressive behavior problems. *Psychological Assessment*, 14(1), 60-73.
- Ebrahimi, A. (1998). Epidemiological study of bullying disorders and lack of attention in primary school students in Esfarayen. *Thesis of Clinical Master of Iran University of Medical Sciences and Health Services*, Faculty of Psychiatry, Tehran. [persian].
- Eyberg, S. M. (2004). The PCIT story (part 1): Conceptual foundations of PCIT. PCIT Pages: *The Parent-Child Interaction Therapy Newsletter*, 1, 1-2.
- Farzad, W., Imampour, S., Qahani vakil, F. (2011). Evaluation of validity, reliability and standardization of child Symptoms inventory on children. *Journal of Psychological Research: Autumn, Volume 3, Number 11*, pp. 47-56. [persian].
- Fonagy, P., Steele, M., Steele, H., & Target, M. (1997). Reflective-functioning manual, version 4.1, for application to adult attachment interviews. London: *University College London*.
- Aeini, B., Haji alizadeh, K. (2020). Comparison of the Effect of Parent Management Training and Play Therapy on Anxiety and Social Problems of Children with Oppositional Defiant Disorder. *scientific journal of ilam university of medical sciences*, 28(5), 64-75. [Persian].
- Allen, J., Fonagy, P., & Bateman, A. (2008). *Mentalizing in clinical practice*. Washington, DC: *American Psychiatric Press*.
- American Psychiatric Association.(2000). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed., text revision). Washington, DC: *American Psychiatric Association*.
- Balali, R., Agha Yousefi, A.(2011). The effectiveness of parent education program in reducing children's behavioral problems. *Applied Psychology*, 5 (4 (20 in a row)), 59-73.[persian].
- Barlow, J., & Parsons, J. (2002). Group based parent-training programmes for improving emotional and behavioural adjustment in 0-3 year old children (Cochrane Review). *The Cochrane Library* (Issue 2). Oxford: Update Software
- Baumrind, D. (1967). Child care practices anteceding three patterns of preschool behavior. *Genetic Psychology Monographs*, 75, 43-88
- Boylan, K., Vaillancourt, T., Boyle, M., & Szatmari, P. (2007). Comorbidity of internalizing disorders in children with oppositional defiant disorder. *European Journal of Child Adolescent Psychiatry*, 16, 484-494.
- Burke, J. D., & Romano-Verthelyi, A. M. (2018). oppositional defiant disorder. In *Developmental Pathways to Disruptive, Impulse-Control and Conduct Disorders* (pp. 21-52). *Elsevier*. <https://doi.org/10.1016/b978-0-12-811323-3.00002-x>
- Burke, J.D., Loeber, R., Lahey, B.B., & Rathouz, P.J. (2005). Developmental transitions among affective and behavioural disorders in adolescent boys. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 46, 1200- 1210.
- Craig, S. G., Sierra Hernandez, C., Moretti, M. M., & Pepler, D. J. (2020). The Mediational Effect of Affect Dysregulation on the Association Between

- disorder. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*. 2011; 21:51–55.
- Miller, N. V., Haas, S. M., Waschbusch, D. A., Willoughby, M. T., Helseth, S. A., Crum, K. I., Coles, E. K., & Pelham, W. E., Jr. (2014). Behavior therapy and callous-unemotional traits: effects of a pilot study examining modified behavioral contingencies on child behavior. *Behavior therapy*, 45(5), 606–618. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2013.10.006>
- Mize, J., & Pettit, G. S. (2008). Social information processing and the development of conduct problems in children and adolescents: Looking beneath the surface. In C. Sharp, P. Fonagy & I. M. Goodyer (Eds.), *Social cognition and developmental psychopathology* (pp. 141–174). Oxford: Oxford University Press.
- Mohammad esmail, E. (2002). Preliminary evaluation of validity, reliability and determination of cut of points of disorders in child's symptom questionnaire (CSI-4). *Exceptional children (research in the field of exceptional children)* 2.3 (5): 239-254. [persian].
- Nock, M.K., Kazdin, A.E., Hiripi, E., & Kessler, R.C. (2007). Lifetime prevalence, correlates, and persistence of oppositional defiant disorder: Results from the National Comorbidity Survey Replication. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 48, 703–713.
- Pali, E. (2020). Parenting as a Moderator in the Relationship between Reactive Temperament and Internalizing Problems. [Unpublished MA thesis, Southern Illinois University at Carbondale].
- Pirnia, B., Kashani Khatib, T., Nazari, S., Haghiri, S., Madadi Varghani, S., Friamanesh, M. (2019). The effectiveness of parent-child interactive therapy on improving emotion index in children. *Scientific Research Journal of Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd*. ۱۳۹۸; 27 (1): 1164-174. [persian].
- Pirnia, B., Soleimani, A., Pirnia, K. (2017). Behavioral problems and psychological therapies, The effectiveness of parent-child interactive therapy on child aggression, a pilot randomized controlled trial.
- Girard, E.I., Wallace, N.M., Kohlhoff, J.R., Morgan, S.S.J., McNeil, C.B. (2018). *Parent-Child Interaction Therapy with Toddlers: Improving Attachment and Emotion Regulation*. New York, NY:Springer.
- Grayson, P., & Carlson, G.A. (1991). The utility of a DSM-III-R-based checklist in screening child psychiatric patients. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 30, 669-673.
- Greenberg, M. T., Speltz, M. L., DeKlyen, M., & Endriga, M.C. (1991). Attachment security in pre-schoolers with and without externalizing behavior problems: A replication. *Development and Psychopathology*, 3, 413–430.
- Greene, R.W., Doyle AE. (1999). Toward a transactional conceptualization of oppositional defiant disorder: implications for assessment and treatment. *Clinical Child and Family Psychology Review* 2:129–148
- Hawes, D. J., & Dadds, M. R. (2005). The treatment of conduct problems in children with callous-unemotional traits. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, 737-741.
- Helander, M. (2021). Effects of child CBT and parent management training for children with disruptive behavioral disorders. [Unpublished PhD thesis, Karolinska Institutet, Solna].
- Kazdin, AE. (1997). Parent management training: evidence, outcomes, and issues. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 36:1349–1356
- Kvarstein, E. H., Folmo, E., Antonsen, B. T., Normann-Eide, E., Pedersen, G., & Wilberg, T. (2020). Social Cognition Capacities as Predictors of Outcome in Mentalization-Based Treatment (MBT). *Frontiers in psychiatry*, 11, 691.
- Livingston, R., Adam, B.S., & Dykman, R.A. (1992). Concurrent validity of the Stony Brook DSM-III-R Checklist. *Presented at the Annual Meeting of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, Washington, DC, October.
- Masi, G., Manfredi, A., Milone, A., Muratori, P., Polidori, L., Ruglioni, L., et al. (2011). Predictors of nonresponse to psychosocial treatment in children and adolescents with disruptive behavior

- validity of the Child Symptom Inventory-4: parent checklist in clinically referred boys. *J Clin Child Adolesc Psychol.* 2002 Dec;31(4):513-24. doi:10.1207/S15374424JCCP3104\_10. PMID: 12402570.
- Tahir, M., Abolghasemi, A., Narimani, M. (2016). The effectiveness of empathy training and anger management training based on cognitive-behavioral approach on adaptation of students with confrontational disobedience disorder. *School Psychology.* 5 (1), 26-47. [persian].
- Tempel, A. B., Herschell, A. D., & Kolko, D. J. (2015). Conduct disorder. In R. Cautin & S. Lillienfeld (Eds.), *The encyclopedia of clinical psychology.* New York, NY: Blackwell.
- Vanderschuren, M., Matthys, W. & Schutter, D. J. (2013). The neurobiology of oppositional defiant disorder and conduct disorder: altered functioning in three mental domains. *Development and psychopathology,* 25(1), 193–207.
- Vitaro, F., Tremblay, R.E., & Bykowski, W.M. (2001). Friends, friendships and conduct disorders. In J. Hill & B. Maughan (Eds.), *Conduct disorders in childhood and adolescence* (pp. 346–376). Cambridge: *Cambridge University Press.*
- Waldman, I. D., Rowe, R., Boylan, K., & Burke, J. D. (2018). External validation of a bifactor model of oppositional defiant disorder. *Molecular Psychiatry,* 26(2), 682–693. <https://doi.org/10.1038/s41380-018-0294-z>
- Ward, B. (2021). Evidence-Based Treatments for Conduct Disorders: A Systematic Review. *Psychology Capstone Projects Presented to The Faculty of the Psychology Department Western Kentucky University.* Paper 6.
- Wilson, S.J., Lipsey, M.W., Derzon, J.H. (2003). The effects of school-based intervention programs on aggressive behavior: A meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology.* 2003;71:136–149. doi:10.1037/0022-006x.71.1.136.
- Clinical Psychology Studies,* 7 (27), 47-69. [persian].
- Renk, K., Stephenson, J., Khan, M., & Cunningham, A. (2017). Evidence-based methods of dealing with social difficulties in conduct disorder. In J. L. Matson (Ed.), *Handbook of social behavior and skills in children* (pp. 323–361). Springer International Publishing.
- Sadri, M., Zare Bahramabadi, M., Ghiasi, M. (2016). The effectiveness of attachment-based therapy on the quality of attachment and social skills of children with confrontational disobedience disorder. *Child mental health.* 3 (2): 30-21. [persian].
- Schuhmann, E. M., Foote, R. C., Eyberg, S. M., Boggs, S. R., & Algina, J. (1998). Efficacy of parent-child interaction therapy: Interim report of a randomized trial with short-term maintenance. *Journal of Clinical Child Psychology,* 27, 34–45. [https://doi.org/10.1207/s15374424jccp2701\\_4](https://doi.org/10.1207/s15374424jccp2701_4)
- Self-Brown, S., Fredrick, K., Binder, S., Whitaker, D., Lutzker, J., Edwards, A., & Blankenship, J. (2011). Examining the need for cultural adaptations to an evidence-based Parent Training Program targeting the Prevention of Child Maltreatment. *Children and youth. Services Review,* 33(7): 1166- 1172
- Sharp, C. (2008). Theory of mind and conduct problems in children: Deficits in reading the emotions of the eyes'. *Cognition and Emotion,* 22(6), 1149–1158
- Shirjang, L., Mehryar, A., Javidi, H., Hosseini, I. (2018). The effect of social skills training on reducing the symptoms of confrontational disobedience disorder in children. *Journal of Psychological Methods and Models.* 9 (34). 175-204. [persian].
- Skreitule, I., Sebro, S., & Lubenko, J. (2010). Child Behavior and Mother-Child emotional availability in response to parent training program: Moderators of outcom. *Procedia-social and behavioral sciences,* 5:1418-1
- Sprafkin, J., Gadow, K.D., Salisbury, H., Schneider, J., Loney, J. (2002). Further evidence of reliability and