

مقایسه اثربخشی بازی درمانی با و بدون آموزش والدین مبتنی بر دلبستگی بر کاهش رفتار پر خاشگرانه در کودکان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای

دانشجوی دکتری گروه روانشناسی، واحد قم، دانشگاه آزاد اسلامی، قم، ایران
دانشیار گروه روانشناسی، واحد قم، دانشگاه آزاد اسلامی، قم، ایران
استادیار گروه روانشناسی، واحد قم، دانشگاه آزاد اسلامی، قم، ایران

اکرم اکبری^{id}
نادر منیرپور*^{id}
حسن میرزاحسینی^{id}

Monirpoor@qom-iau.ac.ir

ایمیل نویسنده مسئول:

پذیرش: ۱۴۰۰/۰۶/۲۷

دریافت: ۱۴۰۰/۰۳/۰۵

چکیده

هدف: هدف این مطالعه تعیین اثربخشی بازی درمانی با و بدون آموزش والدین مبتنی بر دلبستگی بر میزان پر خاشگری کودکان مبتلا به نافرمانی مقابله‌ای بود. **روش پژوهش:** روش این پژوهش از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش-پس آزمون و پیگیری با گروه گواه بود. جامعه آماری پژوهش کودکان ۴ الی ۶ ساله شهر تهران بود؛ روش نمونه‌گیری به شکل تصادفی چندمرحله‌ای بود که ابتدا از میان مناطق ۲۲ گانه شهر تهران یازده منطقه به‌طور تصادفی انتخاب و سپس از بین مهدکودک‌های یازده منطقه با روش تصادفی ساده از هر منطقه یک مهدکودک انتخاب شد و پس از غربالگری با پرسشنامه علائم مرضی کودکان گادو و اسپیرافکین (۱۹۸۴) و مصاحبه بالینی ۴۵ کودک انتخاب و در سه گروه آزمایش و گواه (هر گروه ۱۵ کودک) به صورت تصادفی کاربندی شدند. گروه آزمایش بازی درمانی تحت مداخله بسته آموزشی بارکلی (۲۰۰۶) و گروه آزمایش بازی درمانی والدین مبتنی بر دلبستگی به مدت هشت جلسه ۹۰ دقیقه‌ای قرار گرفتند و گروه گواه در حالت انتظار قرار گرفت؛ هر سه گروه در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری با استفاده از چک لیست اختلالات رفتاری کودکان آخنباخ (۱۹۹۰) مورد ارزیابی قرار گرفتند. داده‌های جمع آوری شده با استفاده از واریانس اندازه‌های مکرر تحلیل شد. **یافته‌ها:** نتایج این پژوهش نشان داد که بازی درمانی ($P=0/021$, $F=6/17$) و بازی درمانی آموزش والدین مبتنی بر دلبستگی ($P=0/027$, $F=5/89$) بر کاهش پر خاشگری کودکان مبتلا به بی‌اعتنایی مقابله‌ای موثر است و این تاثیر در مرحله پیگیری پایدار بود. همچنین آزمون تعقیبی نشان داد بازی درمانی مبتنی بر دلبستگی موثرتر است. **نتیجه‌گیری:** نتایج نشان داد بازی درمانی همراه با مداخلات دلبستگی محور در کاهش پر خاشگری کودکان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای موثر است و می‌توان از این دو روش در کاهش پر خاشگری این کودکان استفاده کرد.

کلیدواژه‌ها: بازی درمانی، دلبستگی، رفتار پر خاشگرانه، نافرمانی مقابله‌ای

فصلنامه علمی پژوهشی خانواده درمانی کاربردی

شاپا (الکترونیکی) ۲۷۱۷-۲۴۳۰

<http://Aftj.ir>

دوره ۲ | شماره ۲ پیاپی ۶ | ۳۴۱-۳۵۸

تابستان ۱۴۰۰

نوع مقاله: پژوهشی

به این مقاله به شکل زیر استناد کنید:

درون متن:

(اکبری، منیرپور و میرزاحسینی، ۱۴۰۰)

در فهرست منابع:

اکبری، اکرم، منیرپور، نادر، و میرزاحسینی، حسن. (۱۴۰۰). مقایسه اثربخشی بازی درمانی با و بدون آموزش والدین مبتنی بر دلبستگی بر کاهش رفتار پر خاشگرانه در کودکان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای. فصلنامه خانواده‌درمانی کاربردی، ۲(۲ پیاپی ۶): ۳۵۸-۳۴۱.

مقدمه

اختلال نافرمانی مقابله‌ای^۱ نوعی اختلال شایع روان‌پزشکی است که حداکثر تا اوایل نوجوانی با الگوهای خشمگین/تحریک‌پذیر^۲، رفتار جر و بحث/مقابله‌ای^۳، تلافی‌جویانه^۴ بیش از شش ماه دوام دارد و در تعامل با دست‌کم یک نفر غیر از خواهر و برادر فرد بروز می‌کند (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۱۳). روانشناسان، نافرمانی را به‌عنوان خشم ابزاری، تعریف کرده‌اند؛ خشمی که کودک به‌عنوان ابزار برای تحت فشار گذاشتن والدین استفاده می‌کند. به نظر می‌رسد پرخاشگری بخش قابل‌توجهی از اختلالات رفتاری این کودکان را شامل می‌شود؛ والدین این کودکان از کج‌خلقی، نافرمانی، پرخاشگری مداوم و لجبازی فرزندان خود شکایت دارند و به دنبال راه‌هایی برای رهایی از این شرایط هستند (لوپز-ویلاوبز، آندرس دی‌لانو، رودریگوئز-مولینرو، گاریدو، ردوندو، ساکریستان-مارتین و همکاران، ۲۰۱۴). اغلب آن‌ها اظهار می‌کنند که زمانی که فرزند آن‌ها قشقرق به راه می‌اندازد و با کوبیدن پا بر زمین و گریه‌های بلند، اصرار در انجام کاری دارد که به‌هیچ‌وجه مطابق میل والدین نیست، احساس عجز شدید کرده و نمی‌توانند به‌درستی شرایط موجود و کودک خود را کنترل کنند و در نهایت مجبورند برای آرام کردن او، به خواسته وی تن دهند (عزیزی، کریمی‌پور، رحمانی و ویسی، ۱۳۹۵). افزون بر آن، این اختلال با عواملی چون از کوره در رفتن، مشاجره با بزرگسالان، سرپیچی فعالانه از مقررات و درخواست‌های بزرگسالان و یا عدم همکاری با آن‌ها، تعمد در ناراحت کردن دیگران، سرزنش دیگران به خاطر اشتباهات و سوء رفتار خود، زودرنجی و زود ناراحت شدن از دست دیگران، دلخوری و عصبانیت و نیز کینه‌توزی و نافرمانی خود را نشان می‌دهد (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳). این کودکان به دلیل انجام رفتارهای مقابله‌ای و رفتارهای خصمانه و در نتیجه ضعف در تحصیل و برقراری رابطه با دیگران دارای اعتمادبه‌نفس پایین، درماندگی آموخته شده، افسردگی و پرخاشگری هستند. پرخاشگری در سال‌های اولیه زندگی باعث به وجود آمدن مشکلات فردی و بین فردی در زندگی کودک پرخاشگر از جمله خود پنداره ضعیف، طرد از سوی همسالان، عملکرد پایین تحصیلی و بسیاری مشکلات دیگر می‌شود. تداوم رفتار پرخاشگرانه آینده کودک را با خطرهای قابل‌توجهی روبرو می‌کند (امیری، موللی، نسائیان، حجازی و اسدی گندمانی، ۱۳۹۶).

در مورد دلایل بروز این اختلال، اختلاف نظر وجود دارد، اما تعداد پژوهشگرانی که رفتار والدین با کودک را عامل این اختلال می‌دانند قابل‌توجه است (بارکلی^۵، ۱۹۹۷؛ به نقل از رحیمی، سجادی، محمدی و خرمایی، ۱۳۹۳). ون واگنر (۲۰۰۸) معتقد است که ناکامی در شکل دادن دلبستگی مطمئن در ماه‌های اولیه زندگی، می‌تواند تأثیرات منفی روی رفتارهای دوران کودکی و نیز بزرگسالی داشته باشد؛ کودکانی که تشخیص اختلال نافرمانی مقابله‌ای دریافت می‌کنند، غالباً دچار مشکلات دلبستگی و دارای تاریخچه‌ای از بدرفتاری،

1. Oppositional Defiant Disorder (ODD)

2. Pattern Of Angry/Irritable Mood

3. Argumentative/Defiant Behavior

4. Vindictiveness

5. American Psychiatry Association

6. Barkley

غفلت یا آسیب‌های دوران اولیه‌ی کودکی می‌باشند. بالبی^۱، ۱۹۷۳؛ نیز معتقد است که بسیاری از اشکال روان، آزدگی‌ها و اختلال‌های شخصیت حاصل محرومیت کودک از مراقبت مادرانه و یا عدم ثبات رابطه کودک با چهره دل‌بستگی است (سالیسبوری، ۲۰۱۸)؛ بنابراین آموزش والدین و سوق دادن رابطه والد-کودک به سمت دل‌بستگی ایمن یکی از روش‌های درمانی مشکلات رفتاری در گروه‌های مختلف مبتلا به انواع اختلالات در سال‌های اخیر بوده است (محمدی‌پور و مزارعی ستوده، ۱۳۹۷).

بر اساس نظریه دل‌بستگی مکانیزم اولیه که از طریق آن ارتباطات خانوادگی به جنبه‌های دیگر زندگی در آینده پیوند می‌یابد، سازه‌هایی به نام مدل‌های کاری درونی است. این مدل‌ها که در سال‌های اولیه زندگی شکل می‌گیرند، دربرگیرنده دانش فرد از روابط خود و کنشوری این روابط است (سیدموسوی و نوری‌مقدم، ۱۳۹۵)؛ مدل‌های مربوط به خود و مراقب، مؤلفه‌های اصلی این مدل‌های کاری هستند (سیدموسوی، قنبری و مظاهری، ۱۳۹۴). این مدل‌ها شامل ساختارها، قوانین و مفروضه‌هایی است که ناشی از تجارب با چهره‌های دل‌بستگی است. این تجارب، نوعی ضبط ادراکی مؤلفه‌های عاطفی و رفتاری تعامل کودک - مراقب است (تامپسون، ۲۰۰۸) که بر مبنای شیوه واکنش مراقب و مؤلفه‌های حساسیت و پاسخدهی والد شکل می‌گیرند؛ بر اساسی این مدل‌ها، کودکان انتظاراتی را از خود و دیگران شکل می‌دهند. در نظریه دل‌بستگی، مکانیزمی که از طریق آن تعامل والد-کودک منجر به آسیب‌شناسی روانی می‌شود، مدل‌های کاری درونی است (آلن، تیمر و اورکویزا، ۲۰۱۴)؛ مدل‌های کاری درونی کودکان را می‌توان در تعامل با دیگران و در موقعیت‌های طبیعی که برانگیزاننده باورها و ادراک‌های کودکان از خود و دیگران است مشاهده کرد (سیدموسوی و نوری‌مقدم، ۱۳۹۵). کودکان دارای مشکلات دل‌بستگی که تحت درمان‌های دل‌بستگی قرار می‌گیرند، کم‌کم می‌آموزند بزرگ‌سالان می‌توانند قابل اعتماد، کمک‌کننده و فراهم‌کننده ایمنی باشند و برعکس تصورشان به آن‌ها آزار نمی‌رسانند و او را محدود نمی‌کنند (عسکری، نادری، احتشام‌زاده، عسگری و حیدری، ۱۳۹۶). ارتباط والد-کودک بدون وجود اعتماد کامل دوطرفه، ارتباط ایمن و مطلوبی نیست و نتیجه‌ای جز مشکلات رفتاری، نافرمانی مقابله‌ای، پرخاشگری و اضطراب برای کودک ندارد. در نتیجه تداوم دل‌بستگی نایمن پیامدهای منفی زیادی برای مادر و کودک خواهد داشت (کارور و کاپورینو، ۲۰۱۰). این رویکرد با تمرکز بر تجارب هیجانی مربوط به رابطه دل‌بستگی گذشته فرد، به اصلاح بازنمایی‌های ذهنی مختل آن‌ها درباره خود و دیگران می‌پردازد (یارنوز، پلازولا و اکسبریا، ۲۰۰۸). همچنین روش مؤثری برای بهبود سبک‌های دل‌بستگی در والدین و فرزندان است که با هدف قرار دادن هر دو بعد مهارت‌های والد-فرزند و عوامل روانشناختی اثرگذار بر رابطه والد-فرزند، سودمندی مداخله را افزایش می‌دهد (گلداسمیت، ۲۰۱۰). به نظر می‌رسد این رویکرد مبتنی بر دیدگاه بالبی، ۱۹۸۸؛ است که معتقد بود به منظور تغییر رفتار دل‌بستگی، مداخله باید به شکل موازی الگوهای ارتباطی و فرایندهای فعال ذهنی‌ای را که مادر و کودک از روابط دل‌بستگی اولیه درونی کرده‌اند، هدف قرار دهد (به نقل از دهقانی آرانی، بشارت، پورحسین، بهرامی احسان و آقامحمدی، ۱۳۹۳).

بر این اساس، مدل مداخله‌ای پژوهش حاضر با محوریت عامل دلبستگی، با عنوان مثلث مادر- کودکرفتار پرخاشگرانه به منظور ارزیابی اثربخشی بر بهبود شاخص‌های سلامت در کودکان دچار اختلال نافرمانی مقابله‌ای تدوین شد. مؤلفه‌های اساسی مورد ارزیابی و مداخله در پژوهش حاضر شامل شناخت‌ها و بازنمایی‌های ذهنی مادر و کودک از سه جزء مثلث مادر- کودک- پرخاشگری، روابط و اثرات متقابل بین این اجزاء، مدل‌های درونکاری از روابط پیشین، هیجان‌های مرتبط با هر یک از این موقعیت‌ها و نهایتاً مهارت‌های رفتاری، ارتباط بین شخصی مادر- کودک و سازگاری آن‌ها با مشکل کودک هستند (محمدی‌پور و مزارعی ستوده، ۱۳۹۷). مدل مداخله دلبستگی محور مثلث مادر- کودک- پرخاشگری با تکیه بر رویکردهای نظری بالا و با تلفیق فنون مربوط به رویکرد روابط موضوعی از نظریه تحلیل روانی و نیز رویکرد آموزشی مبتنی بر بازی درمانی طراحی شد. یکی دیگر از روش‌هایی که به کمک آن والدین با همراهی درمانگر به درمان مشکلات کودکان خود پرداخته‌اند بازی درمانگری است؛ که این الگو از زیرمجموعه‌های روش فرزند درمانی برنارد گوئرنی در سال ۱۹۶۴ بوده و مبتنی بر این فرض اساسی است که: «از آنجا که والدین از ارتباط عاطفی قوی با کودک برخوردارند آنچه که درمانگران در واقع فاقد آن هستند، به‌احتمال زیاد این ارتباط طبیعی و ذاتی موجود بین والد و کودک، کلید اثربخشی بالا و نتایج پایای درمانی در روش آموزشی مبتنی بر رابطه والد- کودک است» (دلیمن تیلور، پورسول، لیندو، جاین و فرناندو، ۲۰۱۱). مهم‌ترین اهداف برای والدین در بازی درمانی عبارتند از: درک و پذیرش جهان عاطفی کودک، کسب بازخوردی واقع‌بینانه و صبورانه نسبت به خود و کودک، افزایش بینش و آگاهی والدین نسبت به خود در ارتباط با کودک، تغییر ادراکات والدین از رفتارهای کودک، یادگیری مهارت‌های بازی درمانگری کودک محور و چگونگی ایجاد جوی غیرقضاوتی، پذیرنده و همراه با درک متقابل برای کودک و نهایتاً کمک به والدین جهت لذت بردن از ایفای نقش والدین (جنسن-هارت، کریستنسن، دوتکا و لیشمن، ۲۰۱۲).

بازی درمانگری مبتنی بر ارتباط والد-کودک به دلیل تمرکز بر کودک می‌تواند روشی مناسب برای برقراری ارتباط با کودک در نظر گرفته شود. این روش از مبانی نظری راجرز گرفته شده است (نصرتی و طاووسی، ۱۳۹۹). از آنجا که روش مذکور به‌رغم کاربرد و تأثیر گسترده‌ای که در خارج از ایران دارد؛ تاکنون در داخل ایران به‌جز در موارد معدودی مورد استفاده قرار نگرفته است. جهت کاربرد عملی این روش در ایران در سطحی وسیع، نیازمند بررسی‌هایی از این دست جهت تعیین میزان اثربندی آن در داخل کشور است و این مسئله خود ضرورت و اهمیت این پژوهش را دو چندان خواهد کرد. مداخله بازی درمانگری از این لحاظ که کودک را به‌طور مستقیم در معرض درمان و مراجعه به درمانگر قرار نمی‌دهد، مطلوب والدین و کودک است و در واقع به والدین قدرت و مهارت لازم برای کار به کودک را داده است، لذا احساس از دست دادن کنترل بر اوضاع و اجبار برای تغییر در مراجعین کمتر خواهد شد (لیپولد، دیویدز، لاوسن و میچل، ۲۰۱۶). با توجه به مطالب بیان شده در این بخش از پژوهش و همچنین با توجه به شیوع قابل توجه اختلال نافرمانی مقابله‌ای و انتقال مشکلات مرتبط با این اختلال به بزرگسالی، از طرفی با توجه به اینکه بررسی اثربخشی روشی که مبتنی بر دلبستگی باشد و تأثیر بازی درمانی بر برون‌ریزی خشم در این کودکان مورد توجه قرار نگرفته

- است و نیز با توجه به این مطلب که تناقض روش‌های درمانی مختلف در کاهش اختلال نافرمانی مقابله‌ای مشاهده می‌شود، پژوهش احساس خلأ در نتایج نموده و لذا این سؤال اصلی را مطرح نموده است:
۱. آیا بازی درمانی و بازی درمانی با و بدون آموزش والدین مبتنی بر دلبستگی بر کاهش پرخاشگری کودکان مبتلا به نافرمانی مقابله‌ای در مرحله پس از آزمون مؤثر است؟
 ۲. آیا بازی درمانی و بازی درمانی با و بدون آموزش والدین مبتنی بر دلبستگی بر کاهش پرخاشگری کودکان مبتلا به نافرمانی مقابله‌ای در مرحله پیگیری پایدار است؟

روش پژوهش

پژوهش حاضر نیمه تجربی با طرح پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری بود. جامعه آماری پژوهش کودکان ۴ الی ۶ ساله شهر تهران بود؛ روش نمونه‌گیری به شکل تصادفی چندمرحله‌ای بود که ابتدا از میان مناطق ۲۲ گانه شهر تهران یازده منطقه به‌طور تصادفی انتخاب و سپس از بین مهدکودک‌های یازده منطقه با روش تصادفی ساده از هر منطقه یک مهدکودک انتخاب شد و پس از غربالگری با پرسشنامه علائم مرضی کودکان گادو و اسپیرافکین (۱۹۸۴) و مصاحبه بالینی ۴۵ کودک انتخاب و در سه گروه آزمایش و گواه (هر گروه ۱۵ کودک) به صورت تصادفی کاربندی شدند.

ابزار پژوهش

۱. **سیاهه رفتاری کودک.** این سیاهه توسط آخنباخ و رسکولار (۲۰۰۱) برای کودکان و نوجوانان ۶ تا ۱۸ سال تدوین شده است. سیاهه رفتاری کودک را باید والدین و یا فردی که سرپرستی کودک را بر عهده دارد و از او مراقبت میکند و یا هر کسی که با کودک در محیط‌های شبه خانوادگی برخورد دارد و او را کاملاً می‌شناسد، تکمیل کند که در پژوهش حاضر مادران تکمیل‌کننده بودند. پاسخ دهنده ابتدا تعدادی سؤال را که شایستگی‌های کودک را می‌سنجد و همچنین تعدادی سؤال باز-پاسخ را که به بیماریها و ناتوانیهای کودک مربوط میشوند و عمده‌ترین نگرانی پاسخ دهنده را در ارتباط با کودک و همچنین نظر او را نسبت به بهترین ویژگیها و خصوصیات کودک جویا میشوند، تکمیل میکند. آن بخش از این سیاهه که مشکلات عاطفی-رفتاری را می‌سنجد شامل ۱۱۳ سؤال اصلی و ۸ سؤال فرعی است که در یک مقیاس ۳ درجه ای (۰= نادرست؛ ۱= تا حدی یا گاهی درست؛ ۲= کاملاً یا غالباً درست) نمره گذاری میشود. این سیاهه ۸ مشکل یا سندرم عاطفی-رفتاری را اندازه میگیرد که شامل اضطراب/افسردگی، گوشه گیری/افسردگی، شکایات جسمانی، مشکلات اجتماعی، مشکلات تفکر، مشکلات توجه (بی توجهی، بیش فعالی و تکانشگری)، رفتار قانون شکنانه و رفتار پرخاشگرانه است. در پژوهش حاضر صرفاً از مولفه رفتار پرخاشگرانه که سئوال‌ات ۳، ۱۶، ۱۹، ۲۰، ۲۱، ۲۲، ۲۳، ۲۷، ۳۷، ۵۷، ۶۸، ۸۶، ۸۷، ۸۸، ۸۹، ۹۴، ۹۵، ۹۷ و ۱۰۴ را شامل می شد استفاده شد. آزمون مجدد رفتار پرخاشگری ۰/۹۰ و همچنین آلفای کرونباخ ی ۰/۹۴ گزارش شده است (آخنباخ و رسکولار، ۲۰۰۱). مینایی (۱۳۸۷) همبستگی درونی این سیاهه را در دامنه ۰/۵۰ تا ۰/۸۱ گزارش کرده است که همگی در سطح ۰/۰۱ معنادار هستند.

۲. بازی درمانی یکپارچه با آموزش والدین. محتوای جلسه‌های آموزشی برگرفته از پروتکل لندرت (۲۰۰۶) و مبتنی بر بهبود روابط والد- کودک و ایجاد همدلی و پذیرش است؛ این جلسه‌ها هفته‌ای یک بار برگزار شد و هر جلسه ۶۰ دقیقه به طول انجامید.

جلسه اول. معارفه، اجرای پیش آزمون، توضیح دلبستگی، علائم اختلال نافرمانی در کودکان و چگونگی ارتباط آن با دلبستگی ناایمن در کودکان و روند معیوبی که می‌تواند موجب بروز نافرمانی شود و ضرورت درمان به موقع

جلسه دوم. منطق درمان مبتنی بر دلبستگی و تعیین اهداف درمان، تشریح نیازهای روانی و فیزیولوژی کودک و لزوم پاسخدهی به نیازها، آموزش تکنیک در دسترس بودن مادر، آموزش تکنیک سناریو سازی و تمرین آن، سناریو سازی درباره چگونگی پاسخدهی به نیازهای کودک و تمرین آن با مادران.

جلسه سوم. تشریح اهمیت ارتباط کلامی مثبت مادر و کودک در تحول عاطفی و هیجانی بهنجار کودک، آموزش تکنیک ارتباط کلامی با کودک، تکنیک قصه گویی برای کودک، سناریو سازی درباره پرسش و پاسخ و ارتباط کلامی مادر - کودک، سناریو سازی در باره تفهیم جایگاه کودک در خانواده و ایجاد احساس ارزشمندی در کودک.

جلسه چهارم. تشریح اهمیت ارتباط مثبت با کودک و لزوم تداوم و ثبات رفتار مثبت به منظور ترمیم حس اعتماد مختل در کودک، پرهیز از تظاهر و رفتارهای غیرواقعی در ارتباط با کودک، آموزش تکنیک تماس (جسمی و به ویژه چشمی)، سناریو سازی درباره چگونگی ابراز محبت واقعی به کودک، در آغوش کشیدن، نوازش کردن و بوسیدن کودک

جلسه پنجم. آموزش تکنیک بازی والد- کودک و ایجاد شرایط بازی و تفریح گروهی برای کودک، تسهیل روابط دوستی کودک با همگنان و تشویق او به ایجاد ارتباط، فراهم کردن زمینه مشارکت فعال کودک در وظایف گروهی در مدرسه، سناریوسازی درباره همراهی فعال با کودک در بازی، شوخی با کودک و خنداندن وی.

جلسه ششم. آموزش اهمیت همکاری فعال در امور کودک به منظور افزایش تعامل مثبت مادر- کودک، سناریوسازی درباره چگونگی همکاری و تعامل مادر - کودک در امور مربوط به کودک و پرهیز از اجبار، آموزش تکنیک قوت بخشیدن به روابط کودک با همسالان و همگنان. بررسی مسائل رفتاری حل نشده در کودکان و بحث و تبادل نظر با والدین در مورد میزان تاثیر درمان مبتنی بر دلبستگی بر میزان مشکلات رفتاری قبلی کودکان، آموزش شاد و مهیج ساختن محیط زندگی کودک به منظور کاهش میزان افسردگی مادر و کودک، آموزش تکنیک تقویت کلامی کودک، سناریوسازی درباره ایجاد جو ارتباط مثبت اعضای خانواده با یکدیگر و پرهیز از انزوای کودک

جلسه هفتم. آموزش تکنیک مدیریت تنیدگی در خانواده متمرکز بر کاهش میزان پرخاشگری کودک، آموزش تکنیک اطمینان بخشی به کودک در مورد حمایت همیشگی والدین از کودک و ترسیم آینده روشن برای کودک، سناریوسازی درباره افزایش تفریحات شاد والد- کودک. توجه مادران برای آموزش تکنیک

مهار هیجانها به کودک در زمان بروز نافرمانی، سناریوسازی درباره چگونگی کنترل هیجانها در مورد رفتارهای هدف و تمرین با مادران.

جلسه هشتم. بحث و تبادل نظر در مورد موانع موجود در بکارگیری تکنیک های آموزش داده شده، تشریح اهمیت تداوم عمل به آموخته ها به منظور ایجاد اعتماد، اطمینان و ترمیم دلبستگی مادر - کودک، بحث و تبادل نظر در مورد میزان دستیابی به اهداف اولیه طرح درمانی و در نهایت جمع بندی و نتیجه گیری. اجرای پس آزمون.

۳. مدل مداخله دلبستگی محور مثلث مادر-کودک. در پژوهش حاضر از بسته آموزشی دلبستگی محور مثلث مادر- کودک قنبری، خداینه‌ای، مظاهری و غلامعلی لواسانی (۱۳۹۲) در هشت جلسه ۶۰ دقیقه‌ای و هر هفته یک جلسه اجرا شد.

جلسه اول. پس از معارفه اجمالی و آشنایی اعضای گروه با یکدیگر، توضیحاتی در خصوص دلبستگی و علائم رفتارهای پرخاشگرانه کودکان و چگونگی ارتباط آن با دلبستگی نایمن در کودکان به مادران داده شد. سپس روند معیوبی که می‌تواند موجب بروز رفتارهای پرخاشگرانه در کودک شود توضیحاتی ارائه شد. پس از آن به افزایش مهارت‌های مشاهده‌ای مادران، تمایز رفتارهای پرخاشگرانه و دیگر رفتارهای مشکل‌ساز پرداخته شد.

جلسه دوم. در این جلسه به توضیح و تبیین منطق دلبستگی درمانی و تعیین اهداف درمان پرداخته شد. سپس به تشریح نیازهای روانی و جسمانی کودک و لزوم پاسخدهی به نیازها از سوی مادر با استفاده از آموزش فن در دسترس بودن مادر و آموزش فن نمایشنامه‌نویسی و تمرین آن در طول جلسه ارائه شد. جلسه سوم. پس از مرور جلسه قبلی، به تشریح اهمیت ارتباط کلامی مثبت مادر و کودک در تحول عاطفی و هیجانی بهنجار کودک پرداخته شد. پس از آن آموزش فن ارتباط کلامی با کودک، آموزش فن قصه‌گویی برای کودک و نمایشنامه‌نویسی درباره پرسش و پاسخ و ارتباط کلامی مادر-کودک به مادران آموزش داده شد. به عنوان مثال در فن نمایشنامه‌نویسی درباره تفهیم جایگاه کودک در خانواده و ایجاد احساس ارزشمندی در کودک پرداخته شد و به مادران یاد داده شد که چگونه کودک خود را به‌صورت غیر مشروط بپذیرند و به احساس ارزشمندی و تقویت خویشتن‌پذیری آن کمک کنند.

جلسه چهارم. در ابتدای این جلسه به مرور فنون آموخته شده در جلسات قبلی پرداخته شد. پس از آن به نقش بازنمایی‌های ذهنی والدین از دلبستگی در ارتباط با کودکان و شناخت بازنمایی‌های ذهنی مادران پرداخته شد. سپس سه سبک حساس به ایمنی، به پیشرفت و به رابطه بین مادر-کودک پرداخته و سپس شناخت رفتارهای دلبستگی و اکتشافی در کودکان مرور شد. در ادامه جلسه به آموزش شیوه پاسخدهی مؤثر و اهمیت ارتباط مثبت با کودک و لزوم تداوم و ثبات رفتار مثبت به منظور ترمیم حس اعتماد مختل در کودک پرداخته شد. پرهیز از تظاهر و رفتارهای غیرواقعی در ارتباط با کودک و آموزش فن تماس (جسمی و به‌ویژه چشمی) از دیگر آیتم‌های آموزشی این جلسه بود.

جلسه پنجم. در ابتدای جلسه به بحث و بررسی پیرامون نشانه‌های رابطه مثبت و منفی در رابطه مادر-کودک پرداخته و مرور شد. پس از آن جهت غنی‌سازی مهارت‌های مادران در جهت درک و فهم رفتارهای

کودکان و انعکاس احساسات درونی خود و توانایی به کلام در آوردن آن‌ها پرداخته شد. در این جلسه بیشترین تأکید بر روی آموزش مهارت‌های لازم برای درک و فهم نیازهای زیربنایی رفتارهای پرخاشگرانه در کودکان و افزایش حساسیت و پاسخدهی مادران بود. در ادامه جلسه با حضور کودکان به آموزش فن بازی والد-کودک و ایجاد شرایط بازی و تفریح گروهی برای کودک با مداخله مادران پرداخته شد. جهت تسهیل روابط دوستی کودک با همسالان و تشویق او به ایجاد ارتباط دوستی، با کمک مادر به فراهم کردن زمینه مشارکت فعال کودک در وظایف گروهی پرداخته و به کودک آموزش داده شد که این تعامل با هم گروهی را در مدرسه نیز امتحان کند. با توجه به آموزش فن نمایشنامه‌نویسی به مادران در جلسات قبلی، با کمک مادران درباره همراهی فعال با کودکان در بازی با اسباب‌بازی‌ها و با مشارکت همسالان در گروه، همراه با شوخی و خنده نسبت به ایجاد اعتماد و اطمینان در کودک اقدام شد.

جلسه ششم. با مروری بر اقدامات جلسات قبلی، در این جلسه به ایجاد بینش چندبعدی به کودک و سپس ترغیب مادران برای تغییر نگاه نسبت به کودکان با توجه به تجربیات جدید و بسترسازی جهت اطمینان بخشی به کودکان پرداخته شد. پس از آن در جهت به وجود آوردن تصویری واقعی و کامل از یک رابطه اطمینان بخش بین مادر-کودک با استفاده از ویژگی‌های مثبت و منفی و پذیرش غیرشرطی کودکان پرداخته شد. آموزش اهمیت همکاری فعال در امور کودک به منظور افزایش تعامل مثبت مادر-کودک مجدداً با استفاده از فن نمایشنامه‌نویسی انجام شد و درباره چگونگی همکاری و تعامل مادر-کودک در امور مربوط به کودک و پرهیز از اجبار و زورگویی به کودکان و در جهت تقویت و قوت بخشیدن به رابطه کودک با مادر و رابطه‌ای برابر با همکلاسان و همسالان مرور شد.

جلسه هفتم. در این جلسه به بررسی مسائل رفتاری حل نشده در کودکان و بحث و تبادل نظر با والدین در مورد میزان تأثیر دلبستگی درمانی بر میزان مشکلات رفتاری قبلی کودکان پرداخته شد. پس از آن به منظور کاهش میزان تعارض مادر و کودک به آموزش فن تقویت کلامی کودک در ایجاد دلبستگی ایمن پرداخته و در ادامه مجدداً با استفاده از فن نمایشنامه‌نویسی به ایجاد جو ارتباطی مثبت اعضای خانواده با یکدیگر و پرهیز از انزوا و طرد کودک پرداخته شد. آموزش فن مدیریت استرس در خانواده متمرکز بر کاهش میزان رفتارهای پرخاشگرانه یکی دیگر از فنون مورد استفاده در این جلسه بود که به منظور مدیریت تنش‌ها و کنترل شرایط استرس‌زا و حمایت همیشگی والدین از کودک پرداخته شد.

جلسه هشتم. در این جلسه پس از مرور اجمالی جلسات قبلی، به توجیه مادران برای کنترل هیجان‌ها در زمان تجربه رفتارهای پرخاشگرانه با استفاده از فن نمایشنامه‌نویسی پرداخته شد. در این بخش درباره چگونگی کنترل هیجان‌ها در مورد رفتارهای هدف و تمرین با مادران در جلسه گروهی پرداخته شد. نهایتاً به بحث و تبادل نظر درباره موانع به کارگیری فنون آموزش داده شده در منزل و خارج از چارچوب کلاس آموزشی پرداخته و به تشریح اهمیت تداوم عمل به آموخته‌ها برای ایجاد اطمینان و ترمیم دلبستگی مادر-کودک تأکید شد. در آخر به تعیین میزان دستیابی به اهداف اولیه طرح درمانی و سرانجام جمع‌بندی و نتیجه‌گیری پرداخته شد.

روش اجرا. ابتدا از میان مناطق ۲۲ گانه شهر تهران یازده منطقه به طور تصادفی انتخاب شده و سپس لیست مهدکودک‌های این یازده منطقه از بهزیستی دریافت و با روش تصادفی ساده از هر منطقه یک مهدکودک انتخاب شد. سپس بعد از جلب همکاری مهدکودک، ابتدا از مربیان مهدکودک‌ها خواسته شد کودکانی که علائم نافرمانی مقابله‌ای را بر اساس ملاک‌های تشخیصی اختلال لجبازی- نافرمانی موجود در DSM-5 را داشتند جهت مطالعه معرفی کنند. سپس با کودکان و والدینشان مصاحبه انجام شد و با استفاده از پرسشنامه علائم مرضی کودکان مورد سنجش و غربالگری قرار گرفتند و در نهایت کودکانی که نمره بالای خط برش نمره ۵ دریافت کردند، با رضایت والدین در پژوهش انتخاب شدند. هر سه گروه در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و یک ماه بعد از مداخله با استفاده از پرسشنامه‌های استاندارد مورد ارزیابی قرار گرفتند. جهت رعایت اخلاق در پژوهش، گروه کنترل نیز پس از اتمام پژوهش، تحت مداخله بازی درمانی قرار گرفت. داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از واریانس اندازه‌های مکرر تحلیل شد.

یافته‌ها

فراوانی پسرها در گروه گواه ۷ نفر، در گروه آزمایش بازی درمانی ۹ نفر، در گروه آزمایش آموزش والدین مبتنی بر دلبستگی ۵ نفر و فراوانی در گروه دختران برای گروه گواه ۸ نفر، در گروه آزمایش بازی درمانی ۶ نفر، در گروه آزمایش آموزش والدین مبتنی بر دلبستگی ۱۰ نفر است. فراوانی سن ۴ سال در گروه گواه ۳ نفر، در گروه آزمایش بازی درمانی ۲ نفر، در گروه آزمایش آموزش والدین مبتنی بر دلبستگی ۳ نفر و فراوانی در گروه سنی ۵ سال برای گروه گواه ۵ نفر، در گروه آزمایش بازی درمانی ۹ نفر، در گروه آزمایش زمایش آموزش والدین مبتنی بر دلبستگی ۸ نفر است و در نهایت فراوانی در گروه سنی ۷ سال برای گروه گواه ۵ نفر، در گروه آزمایش بازی درمانی ۴ نفر، در گروه آزمایش آموزش والدین مبتنی بر دلبستگی ۴ نفر است.

جدول ۱. داده‌های توصیفی نمره رفتار پرخاشگری گروه آزمایش و گواه در سه مرحله پیش‌آزمون،

پس‌آزمون و پیگیری							
شاخص‌های آماری		پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری	
متغیر	گروه	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
رفتار پرخاشگری	آزمایش ۱	۲/۴۶	۰/۱۷	۱/۵۹	۰/۱۹	۰/۵۸	۰/۲۰
	آزمایش ۲	۲/۳۸	۰/۲۰	۱/۹۹	۰/۱۱	۲/۰۰	۰/۱۸
	گواه	۲/۳۹	۰/۱۶	۲/۵۰	۰/۱۹	۲/۴۴	۰/۲۱

اطلاعات جدول ۱ حاکی از کاهش نمره نشانه‌های رفتار پرخاشگری گروه آزمایش (۱) بازی درمانی همراه با مادر و گروه آزمایش (۲) بازی درمانی مبتنی بر دلبستگی نسبت به گروه گواه در مرحله پس‌آزمون و پایداری در مرحله پیگیری است.

جدول ۲. نتایج آزمون توزیع طبیعی نمره‌ها و آزمون همگنی واریانس‌های متغیرها

متغیر	گروه	آزمون کلموگراف-اسمیرنف		آزمون لوین		موخلی W	
		درجه آزادی	آماره	درجه آزادی	آماره	χ^2 مقدار	آماره
آزمایش ۱		۱۵	۰/۱۶				
رفتار پرخاشگری	آزمایش ۲	۱۵	۰/۱۷	۲۸	۰/۱۷	۱/۱۵	۰/۱۸
گواه		۱۵	۰/۱۴				

در جدول ۲، نتیجه آزمون کلموگراف-اسمیرنف حاکی از برقراری شرط توزیع طبیعی نمره‌ها و نتیجه آزمون لوین نیز نشان دهنده برقراری شرط همسانی واریانس‌ها در نشانه‌های رفتارهای پرخاشگرانه است. نتیجه آزمون موخلی نیز حاکی از برقراری مفروضه کرویت است. بنابراین می‌توان از نتیجه آزمون‌های درون گروهی بدون تعدیل درجه آزادی استفاده کرد.

جدول ۳. نتایج تحلیل واریانس مختلط با اندازه‌گیری‌های مکرر در سه گروه در سه مرحله

متغیر	گروه‌ها	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	نسبت F	سطح معناداری	اندازه اثر
رفتار پرخاشگری	آزمایش ۱	مراحل مداخله	۱۵۰/۵۷	۲	۷۵/۲۸	۲/۰۲	۰/۱۴	۰/۰۷
		مراحل × گروه	۱۷۴/۴۸	۲	۸۷/۲۴	۲/۷۵	۰/۱۱	۰/۰۶
		بین گروهی	۲۷۷/۰۹	۱	۲۷۷/۰۹	۶/۱۷	۰/۰۲۱	۰/۱۸
	آزمایش ۲	مراحل مداخله	۱۸۸/۹۲	۲	۹۴/۴۶	۳/۱۳	۰/۰۵۲	۰/۱۰
		مراحل × گروه	۱۹۱/۸۳	۲	۹۵/۹۱	۲/۸۸	۰/۰۶۵	۰/۱۰
		بین گروهی	۲۴۶/۹۱	۱	۲۴۶/۹۱	۵/۸۹	۰/۰۲۷	۰/۱۶

نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد که مداخله گروه آزمایش (۱) بازی درمانی همراه با والدین بر نمره رفتار پرخاشگری ($F=۶/۱۷$, $P=۰/۰۲۱$) با اندازه اثر ۰/۱۸ و مداخله گروه آزمایش (۲) بازی درمانی مبتنی بر دلبستگی بر نمره رفتار پرخاشگری ($F=۵/۸۹$, $P=۰/۰۲۷$) با اندازه اثر ۰/۱۶ مؤثر بوده است.

جدول ۴. نتایج آزمون بنفرونی در سه مرحله به تفکیک گروه‌ها

متغیرها	مرحله (I)	گروه آزمایش ۱		گروه آزمایش ۲		گروه گواه	
		خطای میانگین‌ها (I-J)	معیار	خطای میانگین‌ها (I-J)	معیار	خطای میانگین‌ها (I-J)	معیار
رفتار	پس آزمون	۵۳/۴**	۹۳/۱	۴۱/۴*	۵۷/۳	۰/۰۷	۷۸/۳
پر خاشگری	پیگیری	۳۳/۴**	۶۰/۱	۷۵/۵**	۷۴/۱	۰/۴۶	۳۳/۵
	پیگیری	۰/۲۰	۱۰/۲	۳۳/۵	۶۲/۴	۰/۳۸	۲۹/۳

* $P<۰/۰۵$ ** $P<۰/۰۱$

جدول ۴ مقایسه سه مرحله در گروه‌های آزمایش (۱) بازی درمانی و گروه آزمایش (۲) بازی درمانی مبتنی بر دلبستگی و گروه گواه نشان می‌دهد که تفاوت در رفتار پرخاشگری ($P=0/001$) در مراحل پس‌آزمون و پیگیری در قیاس با پیش‌آزمون، معنادار و این تأثیر تا مرحله پیگیری پایدار مانده است؛ درحالی‌که در گروه گواه، این تفاوت‌ها معنادار نیست ($P>0/05$).

جدول ۵ نتایج آزمون تعقیبی توکی برای مقایسه دو به دوی گروه‌های آزمایش و گواه

مرحله گروه	گروه	تفاوت میانگین	خطای انحراف معیار	سطح معناداری
رفتار	آزمایش ۱	گواه	۷/۶۷	۱/۴۶
پرخاشگری	آزمایش ۲	گواه	۷/۵۳	۱/۴۶
آزمایش ۱	آزمایش ۲		۱/۱۳	۱/۴۶

در جدول ۵ مقایسه اثر دو رویکرد مداخله دو گروه آزمایش ۱ و ۲ بر متغیرهای وابسته نشان می‌دهد که تفاوت بین دو گروه بازی درمانی و بازی درمانی مبتنی بر دلبستگی در رفتار پرخاشگری معنادار نیست ($P=0/05$)؛ بنابراین در تأثیر مداخله بین گروه بازی درمانی و بازی درمانی مبتنی بر دلبستگی در کاهش رفتار پرخاشگرانه تفاوتی وجود ندارد و هر دو مدل به یک میزان اثربخش هستند.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی بازی درمانی با و بدون آموزش والدین مبتنی بر دلبستگی بر میزان پرخاشگری کودکان مبتلا به نافرمانی مقابله‌ای انجام شد. نتیجه این پژوهش نشان داد که بازی درمانی همراه با والدین باعث کاهش رفتارهای پرخاشگرانه در کودکان مبتلا به بی‌اعتنایی مقابله‌ای شده است. این نتیجه با یافته‌های آریا پوران و اسکندری (۱۳۹۵)، مرشد و همکارانش (۱۳۹۴)، آقاجان بیگی و شریفی درآمدی (۱۳۹۴) و صفری و همکاران (۱۳۹۱) همسو است. در تبیین نتایج پژوهش حاضر می‌توان گفت بازی یکی از راه‌هایی است که کودک آرزوهایش را از طریق آن فاش می‌کند و به خود شکوفایی می‌رسد. از آنجاکه مشکلاتی را که کودکان، با آنان دست‌به‌گریبان‌اند، آن‌گونه نیست که بزرگ‌سالان می‌پندارند و بیشترشان از سوی والدین آن‌چنان‌که باید پاسخ داده نمی‌شود، با استفاده از بازی درمانی می‌توان به مشکلات کودکان و شیوه‌های حل آن پی برد؛ لذا بازی درمانی به درمانگر کمک می‌کند که جهان کودک را درک کند و این رابطه درمانی، منجر به رشد صحیح کودک و حفظ سلامت روانی وی می‌شود. بازی درمانی روان‌پویشی شامل بررسی پویه‌های روانی ناهشیار و برون‌سازی این مشکلات است. اگر کودک پرخاشگر باشد، پرخاشگری خود را از طریق برون‌سازی مشکلات در بازی نشان می‌دهد. درمان کودکان و نوجوان آسیب‌دیده کار بسیار پیچیده و دشواری است. این کودکان نیازمند احساس ایمنی هستند و لازم است رفتارهای وابسته به ترومای آنان مانند پرخاشگری و اجتناب به‌صورت صحیح تحت درمان قرار گیرند (صفری و همکاران، ۱۳۹۱).

بخش دیگری از نتایج پژوهش نشان داد که آموزش والدین مبتنی بر دلبستگی باعث کاهش رفتارهای پر خاشگرانه کودکان مبتلا به بی اعتنائی مقابله ای شده است. این نتیجه با یافته‌های محمدی پور و مزارعی ستوده (۱۳۹۷)، زینالی و همکاران (۱۳۹۴)، سهرابی و همکاران (۱۳۹۳)، بجوست و همکاران (۲۰۱۶) و رایت و اگینتون (۲۰۱۶) همسو است؛ همان‌طور که بیان شد کودکان با اختلال نافرمانی مقابله ای اغلب در روابط با والدین خود، به‌ویژه مادران، مشکلاتی دارند. در موقعیت‌های زندگی خانوادگی و در انجام انتظارات زندگی روزمره با والدین دچار مشکل می‌شوند و رفتارهای خصومت‌آمیز از خود نشان می‌دهند. از طرف دیگر والدین این کودکان نیز در روش‌های تربیتی خود در برابر فرزندانشان از روش‌های تنبیهی و سخت گیرانه استفاده می‌کنند؛ به عبارت دیگر بر اساس نظریه وندرا، ۱۹۹۹؛ مادران این کودکان بالاترین نمره را در متغیرهای «پر خاشگری و بدگمانی» دریافت می‌کنند. این مادران بیشترین نمرات را در کنترل خشم به دست می‌آورند (محمدی پور و مزارعی ستوده، ۱۳۹۷)؛ از سویی، سبک دلبستگی یکی از مهمترین عوامل مؤثر در تعاملات بین فردی است که روش‌های مواجهه‌ی فرد با موقعیت‌های تنش‌زا را متأثر می‌سازد. سبک‌های دلبستگی می‌توانند سطوح تنش و ناتوانی را در شرایط ناگوار تعدیل نموده و اثرات منفی تنش را کمرنگ‌تر جلوه دهند. به عبارت دیگر، دلبستگی به معنای پیوند عاطفی است که در کودکی، بین کودک و مراقب اصلی وی شکل می‌گیرد و بر رشد اجتماعی و احساس کودک در کل زندگی تأثیر می‌گذارد (نوالز و همکاران، ۲۰۱۰)؛ به عبارت دیگر، والدین و کودکان اغلب در چرخه معیوب ارتباطی قرار می‌گیرند و آموزش والدین در زمینه روش‌های مدیریت رفتار به‌جای تمرکز بر آنچه کودکان انجام می‌دهند، نخستین مرحله توقف این چرخه معیوب است. از این‌رو به درمان‌های روان‌شناختی از قبیل روش‌های اصلاح رفتار و آموزش رفتاری والدین بر اساس نظریه دلبستگی به دلیل ویژگی‌های منحصربه‌فرد بسیار توجه شده است (کار ۲۰۰۶). تبیین پژوهشگران برای این موضوع این است که احساس عدم اعتماد و کمبود احساس امنیت در کودکان دارای مشکلات دلبستگی بیشتر از هر چیز باعث ایجاد رفتارهای پر خاشگرانه در این کودکان می‌شود. درواقع نافرمانی و افسردگی زائیده همین رفتارهای پر خاشگرانه کودکان دارای مشکلات دلبستگی است (کارور و همکاران، ۲۰۱۰). از آنجا اصلاح الگوی ارتباطی والد-کودک مهم‌ترین مؤلفه درمانی این نوع درمان محسوب می‌شود، می‌توان احتمال داد که دلبستگی درمانی به والدین کمک نموده است که بتوانند رابطه درست‌تر و جدیدی با فرزندان خود ایجاد کنند؛ در نتیجه در این پژوهش نتایج درمان نه‌تنها در مرحله پیگیری بر قوت خود پایدار بود بلکه افزایش بهبود رابطه والد-کودک و کاهش میزان نشانه‌های رفتارهای پر خاشگرانه کودک را نیز در پی داشت. زمانی که والدین از اشکالات و معایب روش تربیتی و ارتباطی خود با کودک آگاه شدند، به احتمال قوی بنا به علاقه والدین به سلامت روحی و روانی کودکشان، سعی در تصحیح تعاملات خود با کودک نمود که تداوم این تعامل جدید و ثبات والدین در آن پیشرفت مداوم کودکان و کاهش علائم و مشکلات آنان را در پی داشت (آلن و همکاران، ۲۰۱۴)؛ ضمن اینکه به والدین فن‌هایی آموزش داده شد که در آینده و در صورت بروز مجدد مسائل و مشکلاتی از این قبیل با به‌کارگیری این فن‌ها با مشکلات و رفتارهای نادرست کودک مقابله کنند.

مدل مداخله دلبستگی محور مذکور با تکیه بر مبانی نظری پیشین، سه بعد از ابعاد تعاملی بین دلبستگی و سلامت کودکان را مورد توجه قرار داده است و فرض بر آن است که همین ابعاد می‌توانند گذرگاه‌های اثربخشی مدل مذکور بر شاخص‌های دلبستگی و سلامت کودکان مبتلا به نشانگان رفتارهای پرخطر باشند. نخست، توجه بر الگوی دلبستگی مادر و کودک؛ دوم، اثرات رفتارهای پرخطرانه کودک بر این الگو؛ و سوم، اثرات این الگو بر شرایط رابطه کودک و مادر (سیدموسوی و همکاران، ۱۳۹۴). مطالعات تجربی رابطه کودک-مراقب را به عنوان شکل‌دهنده الگوی دلبستگی افراد معرفی کرده و بر لزوم توجه بر ابعاد هیجانی، شناختی و رفتاری این رابطه در مداخلات دلبستگی محور تأکید می‌کنند (دهقانی آرانی و همکاران، ۱۳۹۳). بعد شناختی، شامل شناخت‌ها و ادراکات کودک و مادر از خود و دیگری است. بعد رفتاری حاکی از الگوها و مهارت‌های رفتاری مادر و کودک در تعامل با یکدیگر، و بعد هیجانی، احساسات و عواطف مادر و کودک درباره خود و دیگری را در برمی‌گیرد. این ابعاد تحت تأثیر تجارب فرد، به‌ویژه تجارب ارتباطی با مراقب اولیه، بازنمایی‌های ذهنی وی از خود، دیگری و دنیا را شکل می‌دهد. این بازنمایی‌ها، مدل‌های درون‌کاری فرد را می‌سازند که مفهوم پایه‌ای در تعیین نوع الگوهای دلبستگی است (قنبری و همکاران، ۱۳۹۲). از سوی دیگر مدل‌های نظری موجود، اضطراب کودک را عاملی اثرگذار بر تجارب ارتباطی مادر-کودک می‌دانند که به‌ویژه در شرایط مزمن تعاملات خانوادگی رایج، چهارچوب‌های ارتباطی و سیستم دلبستگی مادر-کودک را دستخوش تغییر می‌سازد، و خود از سیستم ارتباطی و دلبستگی مادر-کودک تأثیر می‌پذیرد (جهان‌بخش و همکاران، ۱۳۹۰). لذا بر اساس پیشینه نظری موجود، مدل مثلث مادر-کودک-پرورشگری، با افزودن عامل رفتارهای پرخطرانه به مداخلات دلبستگی محور پیشین، به‌جای تمرکز بر رابطه خطی مادر-کودک، سیستم تعاملی و دلبستگی مادر و کودک را در یک فضای مثلثی متشکل از سه ضلع مادر، کودک و رفتارهای پرخطرانه مورد شناسایی و مداخله قرار داد. بر این اساس، بخشی از تمرکز این مدل مداخله بر شناخت‌ها، الگوها، مهارت‌های رفتاری و هیجان‌های مادر-کودک پیرامون رفتارهای پرخطرانه کودک بود (سیدموسوی و همکاران، ۱۳۹۴).

با تکیه بر مبانی نظری موجود در پیشینه مطالعات دلبستگی و سلامت، مداخله جهت اصلاح این ابعاد شناختی-رفتاری-هیجانی درون مثلث تعاملی مادر-کودک-پرورشگری را می‌توان از عوامل تبیین‌کننده اثربخشی مدل مذکور در بهبود دلبستگی و رابطه والد-کودک در کودکان با مشکلات دلبستگی مورد مطالعه دانست. از سوی دیگر، فرض بر این بود که مداخله مثلث مادر-کودک-پرورشگری از طریق بهبود دلبستگی مادر و کودک، به طور غیرمستقیم نیز می‌تواند منجر به بهبود رابطه آن‌ها شود (دهقانی آرانی و همکاران، ۱۳۹۳). افزون بر آن، درمان مبتنی بر دلبستگی با به کار گرفتن فنون‌هایی مانند آموزش در دسترس بودن مادر، تأمین نیازهای فیزیولوژیک و روانی کودک، تأمین امنیت کودک، تماس جسمی و به‌ویژه تماس چشمی، پاسخگو بودن، افزایش زمان گفتگو، بازی و تعامل دو به دو با کودک و ... ارتباط والد-کودک را تقویت نموده و به تدریج بی‌اعتمادی ناشی از نایمنی دلبستگی را به رابطه‌ای بر پایه اعتماد تبدیل نموده و به طبع آن تصحیح ارتباط والد-کودک نیز تا حد زیادی منجر به کاهش نشانه‌های رفتارهای پرخطرانه شد (سیدموسوی و همکاران، ۱۳۹۴). در پژوهش حاضر علی‌رغم تلاش جهت کنترل عوامل احتمالی مداخله‌گر در طرح،

پژوهشگران قادر به تشکیل گروه‌هایی با تعداد بیشتر نبودند و تعداد کم آزمودنی‌های مورد مطالعه، از محدودیت‌های پژوهش حاضر بود؛ که پیشنهاد می‌شود مطالعات بعدی با افزایش تعداد آزمودنی‌ها، به ارزیابی دقیق‌تر اعتبار این روش در بهبود رابطه والد-کودک و کاهش نشانه‌های پرخاشگری بپردازند. به علاوه مطالعات با حجم نمونه بالاتر قادر به بررسی تأثیر این روش بر بهبود رابطه مادران، نقش واسطه‌ای این عامل در بهبود رابطه مادر-کودک، همچنین نقش متغیرهای واسطه‌ای دیگر مانند دلبستگی، کیفیت ارتباط مادر-کودک، جنسیت و ویژگی‌های روانشناختی مادر و کودک، که پژوهش حاضر تنها به شکل نظری به آن‌ها پرداخت، خواهند بود؛ لازم به ذکر است از یکسو به دلیل محدودیت دسترسی به کودکان و مادران و اجرای مداخله، و از سوی دیگر تنظیم این پژوهش به عنوان مطالعه‌ای مقدماتی جهت بررسی اولیه اثربخشی مدل مداخله دلبستگی محور مثلث مادر-کودک-پرخاشگری، پژوهش حاضر روی گروه نمونه با حجم محدودی اجرا شد؛ با این وجود تائید اولیه اثربخشی این مدل در پژوهش حاضر می‌تواند راهگشای تدوین و اجرای مطالعات گسترده‌تر بعدی باشد.

موازین اخلاقی

ملاحظات اخلاقی شرکت در پژوهش بدین شرح خواهد بود: برای اطمینان بخشی به مادران کودکان دچار اختلال نافرمانی مقابله‌ای برای تک‌تک آن‌ها نحوه محرمانه ماندن اطلاعات در مطالعه حاضر و ضرورت انجام این مطالعه توضیح داده شد. به مادران اطمینان خاطر داده شد که نحوه گزارش نتایج پژوهش به گونه‌ای است ضامن حقوق مادی و غیرمادی آنان و مربوط به پژوهش است.

سیاسگزاری

از همه مادرانی که در پژوهش و همچنین مدیران و همکاران گرامی در مهدهای کودک منطقه ۱۱ تهران که در اجرای این پژوهش همکاری داشتند؛ تشکر و قدردانی می‌شود.

تعارض منافع

هیچ‌گونه تضاد منافی بین نویسندگان وجود ندارد.

منابع

آریاپوران، سعید، و اسکندری، آرزو. (۱۳۹۵). اثربخشی بازی درمانی گروهی بر علائم نافرمانی مقابله‌ای و اختلال رفتار در کودکان ۶ تا ۹ ساله‌ی دارای علائم بیش‌فعالی-کاستی توجه، مجله پرستاری کودکان، ۲(۴): ۴۴-۵۰.

آقاجان بیگی، مهشید، و شریفی درآمدی، پرویز. (۱۳۹۴). اثربخشی شن بازی درمانی بر اضطراب و پرخاشگری کودکان ۵ تا ۷ سال. اولین کنگره علمی پژوهشی سراسری توسعه و ترویج علوم تربیتی و روانشناسی، جامعه‌شناسی و علوم فرهنگی اجتماعی ایران

امیری، محسن، موللی، گیتا، نسائیان، عباس، حجازی، مسعود، و اسدی گندمانی، رقیه. (۱۳۹۶). تأثیر آموزش مدیریت رفتار به مادران بر علائم اختلال و رفتارهای پرخطرانه کودکان با اختلال نافرمانی مقابله‌ای. *مجله توانبخشی*، ۱۸(۲): ۸۴-۹۷

جهان‌بخش، مرضیه، بهادری، محمدحسین، امیری، شعله و جمشیدی، آذر. (۱۳۹۰). اثربخشی درمان دلبستگی مادران بر علائم فزون اضطرابی دختران دارای مشکلات دلبستگی. *فصلنامه روانشناسی کاربردی*، ۴(۲۰): ۴۱-۲۶

سیدموسوی، پرینا سادات، و نوری مقدم، ثنا. (۱۳۹۵). دلبستگی و پیامدهای تحولی: نقش بازنمایی‌های ذهنی در پیش‌بینی مشکلات درونی سازی و برونی‌سازی کودکان. *فصلنامه روانشناسی تحولی: روانشناسان ایرانی*، ۱۲(۴۷): ۲۶۳-۲۵۱

سیدموسوی، پرینا سادات، قنبری، سعید، و مظاهری، محمدعلی. (۱۳۹۴). اثربخشی مداخله دلبستگی محور با روش پسخوراند ویدیویی بر کاهش بازنمایی‌های منفی و اضطراب جدایی. *فصلنامه علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی لرستان*، ۱۷(۲): ۱۰۴-۹۰

سهرابی، فرامرز، اسدزاده، حسن، و عرب‌زاده، زهرا. (۱۳۹۳). اثربخشی والدینی بارکلی بر کاهش نشانه‌های اختلال نافرمانی در کودکان پیش‌دبستانی، *روانشناسی مدرسه*، ۲(۳): ۸۲-۱۰۳

زینالی، شیرین، خاتجانی، زینب، و سهرابی، فرامرز. (۱۳۹۴). اثربخشی آموزش والدین بر کاهش علائم اختلال سلوک و پرخاشگری نوجوانان، *مجله سلامت و بهداشت*، ۵(۶): ۵۸۵-۵۸۵

رحیمی، چنگیز، سجادی، مریم، محمدی، نوراله، و خرمایی، فرهاد. (۱۳۹۳). تأثیر روش رابطه درمانی بر کاهش نشانگان در کودکان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای. *فصلنامه کودکان/استثنایی*، ۱۴(۳): ۴۲-۳۱

دهقانی‌آرانی، فاطمه، بشارت، محمدعلی، پورحسین، رضا، بهرامی احسان، هادی و آقامحمدی، اصغر. (۱۳۹۳). اثربخشی یک مدل مداخله دلبستگی محور بر شاخص‌های سلامت و دلبستگی کودکان مبتلا به بیماری مزمن. *فصلنامه روانشناسی معاصر*، ۹(۲): ۱۶-۳

صفری، سهیلا، فرامرز، سهراب، و عابدی، احمد. (۱۳۹۳). تأثیر بازی درمانی شناختی - رفتاری بر نشانه‌های رفتاری دانش آموزان نافرمان، *مجله پزشکی ارومیه*، ۲۵(۳): ۲۶۷-۲۵۸

صادقی، مریم، اکبری چرمهینی، صغرا، بهرامی، علی رضا، و سید موسوی، پرینا سادات. (۱۴۰۰). اثربخشی بازی درمانی دلبستگی محور بر خودکارآمدی والدینی مادران، تنظیم هیجانی و سازگاری اجتماعی کودکان دارای اضطراب جدایی: مطالعه موردی. *فصلنامه روان‌شناسی کاربردی*، ۱۶(۱): ۱-۲۰

قنبری، سعید، خداپناهی، کریم، مظاهری، محمدعلی و غلامعلی لواسانی، مسعود. (۱۳۹۲). اثربخشی آموزش والدین مبتنی بر نظریه دلبستگی بر افزایش کیفیت مراقبت مادران کودکان مضطرب پیش‌دبستانی. *فصلنامه خانواده‌پژوهی*، ۹(۴): ۴۲۶-۴۰۷

عسکری، مارال، نادری، فرح، احتشام‌زاده، پروین، عسگری، پرویز و حیدری، علی‌رضا. (۱۳۹۶). اثربخشی مداخله ترکیبی طرحواره درمانی و درمان دلبستگی با مادران بر رابطه والد-کودک. *نشریه پرستاری کودکان*، ۱۵(۴): ۷-۱۵

- عزیزی، آرمان، کریمی پور، بنت الهدی، رحمانی، شمس، و ویسی، فرشید. (۱۳۹۵). مقایسه تأثیر درمان رابطه والد - کودک و درمان متمرکز بر خانواده بر کارکرد خانواده های دارای فرزند مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله ای. *فصلنامه سلامت روان کودک*، ۳(۲): ۹-۲۰.
- محمدی پور، محمد، و مزارعی ستوده، احمد. (۱۳۹۷). اثربخشی مداخله دلبستگی محور بر بهبود رابطه والد-کودک و کاهش نشانه های اضطراب جدایی در کودکان ۷ تا ۱۰ ساله. *فصلنامه روان شناسی کاربردی*، ۱۲(۲): ۲۳۳-۲۴۲.
- مرشد، نرگس، داوودی، ایران، و بابامیری، محمد. (۱۳۹۴). اثربخشی بازی درمانی گروهی بر علائم لجبازی-نافرمانی کودکان، *مجله آموزش و سلامت جامعه*، ۲(۳): ۱۲-۱۸.
- مینایی، اصغر. (۱۳۸۷). بررسی ساختار عاملی سوالات سندرمی سیاهه رفتاری کودک با استفاده از تحلیل عاملی تاییدی. *مجله روانشناسی تربیتی*، ۲(۷): ۹۳-۱۱۴.
- نصرتی، مریم، و نعمت طاوسی، محترم. (۱۳۹۹). اثربخشی بازی درمانگری مبتنی بر رابطه والد-کودک بر تعارض والد-کودک و خودکارآمدی والدگری مادران. *فصلنامه سنجش و پژوهش در مشاوره و روانشناسی*، ۲(۱ پیاپی ۳): ۸۷-۱۰۴.

References

- Achenbach, T. M., & Rescorlar, L. A. (2001). Manual for the ASEBA School- age forms and profiles. Burlington: ASEBA
- Allen, B., Timmer, S. G., & Urquiza, A. J. (2014). Parent-Child Interaction Therapy as an attachment-based intervention: Theoretical rationale and pilot data with adopted children. *Children and Youth Services Review*, 47, 334-341.
- American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders 5th ed. Arlington, VA: American Psychiatric Association.
- Barkley, R.A. (2006). Attention deficit/hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment (3rd ed). New York: Guilford Press.
- Bjørseth, Å., & Wichstrøm, L. (2016). Effectiveness of parent-child interaction therapy (PCIT) in the treatment of young children's behavior problems. A randomized controlled study. *PloS one*, 11(9), e0159845.
- Dillman Taylor, D., Purswell, K., Lindo, N., Jayne, K., & Fernando, D. (2011). The impact of Child Parent Relationship Therapy on child behavior and parent-child relationships: An examination of parental divorce. *International Journal of Play Therapy*, 20(3), 124-137.
- Goldsmith, D. F. (2010). The emotional dance of attachment. *Clinical Social Work Journal*, 38, 4-7.
- Lippold, M.A., Davis, K.D., Lawson, K.M. & [McHale, SM](#). (2016) Day-to-day consistency in positive parent-child interactions and youth well-Being. *Journal of Child and Family Studies*, 25(12): 3584-3592. doi:10.1007/s10826-016-0502-x
- López-Villalobos JA, Andrés-De Llano JM, Rodríguez-Molinero L, Garrido-Redondo M, Sacristán-Martín AM, Martínez-Rivera MT, et al. (2014). Prevalence of oppositional defiant disorder in Spain. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental (English Edition)*. 7(2):80-87.
- Karver, M. S, & Caporino, N. (2010). The Use of Empirically Supported Strategies for Building a Therapeutic Relationship with an Adolescent With Oppositional-Defiant Disorder. *Cognitive behavioral practices*, 17(2): 222-232.

- Jensen-Hart, S.J., Christensen, J., Dutka, L., Leishman, J. C. (2012). Child Parent relationship training (CPRT): enhancing parent-child relationships for military Families. *Military Social Work*, 13(1); 3-30
- Salisbury, S. (2018). Using attachment enhancing activities based on the principles of Theraplay® to improve adult-child relationships and reduce a child's 'overall stress' as measured by the Strength and Difficulties Questionnaire (SDQ). *Emotional and Behavioural Difficulties*, 23(4), 24440
- Thompson, R. A. (2008). Early attachment and later development. In J. Cassidy, & P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research and clinical applications* (pp.348-366). New York: Guilford Press.
- Vanwagner, K. (2008). Attachment theory. Available at: [http://psychology, About. Com](http://psychology.about.com)
- Wright, B., & Edginton, E. (2016). Evidence-based parenting interventions to promote secure attachment: findings from a systematic review and meta-analysis. *Global pediatric health*, 3, 2333794X16661888.
- Yárnoz, S., Plazaola, M., & Etxeberria, M. P. J. (2008). Adaptation to divorce: An attachment based intervention with long term divorced parents. *Journal of Divorce and Remarriage*, 49, 291-307.

سیاهه رفتاری کودک (مولفه رفتارهای پرخاشگری)

ردیف	عبارات	نادرست	تا حدی/گاهی درست	درست
۱	زیاد جر و بحث می کند.	۰	۱	۲
۲	نسبت به دیگران بی رحم است، زورگو است و دیگران را آزار می دهد.	۰	۱	۲
۳	عمداً به خودش صدمه می زند یا قصد از بین بردن خود را دارد.	۰	۱	۲
۴	با حیوانات بی رحم است.	۰	۱	۲
۵	وسائلی را خراب می کند.	۰	۱	۲
۶	وسائل متعلق به خانواده اش یا وسایل دیگران را خراب می کند.	۰	۱	۲
۷	در خانه نافرمانی می کند (حرف گوش نمی دهد).	۰	۱	۲
۸	در مدرسه نافرمانی می کند (حرف گوش نمی دهد).	۰	۱	۲
۹	قوانین و قواعد را در خانه، مدرسه و در جاهای نقض می کند.	۰	۱	۲
۱۰	زیاد جنگ و دعوا می کند.	۰	۱	۲
۱۱	بی دلیل با دیگران کت ککری می کند.	۰	۱	۲
۱۲	زیاد جیغ می کشد.	۰	۱	۲
۱۳	کله شق و یک دنده، عبوس و زودرنج است.	۰	۱	۲
۱۴	در خلق و یا احساساتش تغییرات ناگهانی دارد.	۰	۱	۲
۱۵	زیاد قهر می کند و اخمو است.	۰	۱	۲
۱۶	فحش می دهد یا در صحبت هایش، کلمات زشت و وقیحانه به کار می برد.	۰	۱	۲
۱۷	بدخلق یا تند مزاج است.	۰	۱	۲
۱۸	مردم را تهدید می کند.	۰	۱	۲
۱۹	بیش از حد پرسر و صدا است.	۰	۱	۲
۲۰	دیگری را مسخره و اذیت می کند.	۰	۱	۲

Comparison of the effectiveness of play therapy with and without attachment-based parent training on reducing aggressive behavior in children with oppositional defiant disorder

Akram. Akbari¹, Nader. Monirpour^{*2} & Hasan. Mirzahoseini³

Abstract

Aim: The present study aimed to evaluate the effectiveness of play therapy with and without attachment-based parental training on the level of aggression in children with oppositional defiant disorder. **Method:** The method of this study was quasi-experimental with pre-test design and follow-up with a control group. The statistical population of the study was children aged 4 to 6 years in Tehran. A multi-stage random sampling method was used in this study. First, eleven districts were randomly selected from 22 districts of Tehran and then one kindergarten was selected from each district of 11 districts by using a convenience random method. After screening by Gadow and Sprafkin (1984) Children Symptoms Inventory and clinical interviews, 45 children were selected and randomly assigned to three experimental and control groups (15 children in each group). The Play Therapy Experimental Group 1 underwent the intervention of Barclays training package (2006) and the Play Therapy Experimental Group 2 underwent attachment-based parental training for eight 90-minute sessions, and the control group did not receive any training. All three groups were assessed in the pre-test, post-test and follow-up stages using the Achenbach (1990) Children Behavioral Disorders Checklist. The collected data were analyzed using repeated measures variance. **Results:** The results of this study showed that play therapy ($F = 6.17, P = 0.021$) and play therapy of attachment-based parental training ($F = 5.89, P = 0.027$) were effective in reducing aggression in children with oppositional defiant and this effect persisted during the follow-up phase. Post-hoc test also showed that attachment-based play therapy is more effective. **Conclusion:** The results showed that play therapy combined with attachment-based interventions is effective in reducing aggression in children with oppositional defiant disorder and these two methods can be used to reduce aggression in these children.

Keywords: Play Therapy, Attachment, Aggressive Behavior, Oppositional Defiant

1. Department of Psychology, Qom Branch, Islamic Azad University, Qom, Iran

2. ***Corresponding Author:** Department of Psychology, Qom Branch, Islamic Azad University, Qom, Iran

Monirpour@qom-iau.ac.ir

3. Department of Psychology, Qom Branch, Islamic Azad University, Qom, Iran