

مشکلات رفتاری و درمان‌های روان‌شناختی، اثربخشی درمان تعاملی والد-کودک بر پرخاشگری کودکان، یک کارآزمایی کنترل شده تصادفی مقدماتی

بیژن پیرنیا^۱، علی سلیمانی^۲، کامبیز پیرنیا^۳

تاریخ وصول: ۹۵/۰۸/۰۵

تاریخ پذیرش: ۹۶/۰۳/۲۷

چکیده

بازی درمانی شیوه‌ای از فرایند تغییر رفتار در کودکان است که بر تعامل والدین و کودک مبتنی می‌باشد. هدف از پژوهش حاضر تعیین اثر بخشی گروه درمانی رابطه والد-کودک بر کاهش پرخاشگری در کودکان دارای والدین تحت درمان نگهدارنده با متادون می‌باشد. در یک کارآزمایی بالینی با پیش‌آزمون، پس‌آزمون و گروه کنترل، در خلال آذر ماه ۱۳۹۳ لغایت آبان ماه ۱۳۹۴، از میان خانواده‌های دو والد تکی دارای مادر تحت درمان متادون مراجعه کننده به دو کلینیک درمان متادون در تهران که دارای فرزندان در بازه سنی ۸-۵ سال بودند، ۸۵ مادر به‌طور هدفمند انتخاب شدند و پس از انجام غربالگری بر اساس شاخص پرخاشگری، ۵۰ کودک که بر اساس پرسشنامه پرخاشگری شهیم و با توجه به نقطه برش مفروض بالاترین نمرات را کسب نمودند، پس از انجام مصاحبه بالینی وارد فرایند پژوهش شدند. آزمودنی‌ها به‌طور تصادفی و از طریق نرم افزار اکسل آفیس در دو گروه آزمایش و کنترل تخصیص یافتند (هر گروه ۲۵ نفر). برنامه درمانی بر اساس مدل لندرت و براتون به مدت ۱۰ جلسه ۴۵ دقیقه‌ای به گروه آزمایش ارائه شد و گروه کنترل در لیست انتظار قرار گرفت. دو هفته پیش و پس از فرایند درمان آزمودنی‌ها توسط پرسشنامه پرخاشگری (میزان پاسخ دهی = ۹۴٪) مورد ارزیابی قرار گرفتند. از فرایند جلسات درمانی رونوشت برداشته شد و داده‌های کیفی به وسیله نرم افزار اطلس تی آی ۵ تحلیل شدند. همچنین داده‌های کمی با استفاده از آزمون کای اسکوئر و تحلیل کواریانس چند متغیره مورد تحلیل قرار گرفتند. نتایج نشان داد که بازی درمانی موجب کاهش شاخص پرخاشگری در هر سه مولفه جسمانی، کلامی و رابطه ای در کودکان می‌شود ($p < 0.001$).

۱. دانشجوی دکتری تخصصی روان‌شناسی بالینی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه علم و فرهنگ (نویسنده مسؤل)

b.pirnia@usc.ac.ir

۲. استادیار گروه روان‌شناسی دانشکده علوم انسانی دانشگاه علم و فرهنگ

۳. متخصص بیماری‌های داخلی مسؤل فنی مرکز درمان سوء مصرف مواد بیژن، تهران، ایران

یافته‌ها این تحقیق می‌تواند در اثرگذاری مداخلات روان‌شناختی به عنوان رویکردی مستقل و یا مکمل در کنار درمان‌های دارویی در کودکان دارای اختلالات رفتاری و روان پزشکی حائز اهمیت و دارای کاربردهای بالینی باشد.

واژگان کلیدی: گروه درمانی رابطه والد-کودک، پرخاشگری رابطه‌ای، پرخاشگری آشکار، پرخاشگری جسمانی، درمان نگهدارنده متادون

مقدمه

یکی از موضوعات چالش برانگیز در عصر حاضر، مسئله پرخاشگری^۱ و آثار سوء آن بر روابط اجتماعی است. پرخاشگری از شایع‌ترین دلایل ارجاع به مراکز درمانی به شمار می‌آید (بورنمن، میتلمن و بیر^۲، ۲۰۰۷؛ شهیم، ۲۰۰۷؛ سوخودولسکی، کاسینوف، گرمین^۳، ۲۰۰۴) و معرف رفتار آسیب رساندن به دیگران است (آندرسون و بوشمن^۴، ۲۰۰۲). فروید پرخاشگری را بخشی از سرشت انسان و حائز اهمیتی پایاپای با امور جنسی می‌داند. نظریه پردازان یادگیری معتقدند که پرخاشگری یک رفتار آموخته شده است و از این رو شناخت‌ها در مهار و بروز خشم نقش دارند (مارچتی^۵، ۲۰۰۵) و این رفتار با عزت نفس پایین (دانلان، ترزنسینوسکی، روبینز، موفیت، کاسپی^۶، ۲۰۰۵؛ ماتسورا، هاشیموتو و توچی^۷، ۲۰۰۹)، مشکلات میان‌فردی (گریک و گروتپتر^۸، ۱۹۹۵) و عملکرد تحصیلی ضعیف (برادلی، کرون، بورچینال، ماکادو، گارسیا کل^۹، ۲۰۰۱) ارتباط دارد. پرخاشگری پدیده‌ای شایع قلمداد می‌گردد. به‌وجهی که بر اساس یک مطالعه نظام‌مند، میزان خشونت ابراز شده در خانواده‌های آمریکایی قابل توجه می‌باشد، گرچه تنها هفت درصد واجد ملاک‌های مراقبت‌های ویژه گزارش شده‌اند (رلی، سارانی، سلوان، آپرمن، کانگیل و بیلی^{۱۰}، ۲۰۱۵). کودکان پرخاشگر در موقعیت‌های تعارض‌آمیز کمتر از راه‌حل‌های جامعه‌پسندانه و بیشتر

1. aggression
2. Bornmann, Mitelman & Beer
3. Sukhodolsky, Kassinoe & Gorman
4. Anderson & Bushman
5. Marchetti
6. Donnellan, Trzesniewski, Robins, Moffitt & Caspi
7. Matsuura, Hashimoto & Toichi
8. Crick & Grotper
9. Bradley, Corwyn, Burchinal, McAdoo & García Coll
10. Riley, Sarani, Sullivan, Upperman, Kane-Gill & Bailey

از راه‌حل‌های توام با ابراز وجود استفاده می‌کنند (هادلی، گراهام^۱، ۱۹۹۳)، آنان نیازمند پذیرش اجتماعی بالا هستند و مایلند خود را در مقابل همکلاسی‌هایشان عرضه کنند (رودریگز^۲، ۲۰۰۴). پرخاشگری در دوران کودکی پیش‌بینی‌کننده رفتارهای پرخطر بعدی از جمله افت تحصیلی، مصرف مواد، بزهکاری و افسردگی می‌باشد و از این رو پدیده‌ای حائز اهمیت تلقی می‌شود. از نقطه نظر زمانی دوران دبستان سال‌های مناسبی جهت مداخله سریع و اثرگذار بر افزایش مهارت‌های اجتماعی و محبوبیت نزد بزرگسالان قلمداد می‌شود (شهیم^۳، ۲۰۰۷)، حتی کودکان بسیار کوچک نیز می‌توانند از مداخلات گروهی بهره‌مند شوند (ویستر-استراتون و هاموند^۴، ۱۹۹۷). ماهیت روابط بین والدین و کودک زمینه‌ساز ایجاد مهارت‌های اجتماعی می‌باشد (پالی، کانگر و هارولد^۵، ۲۰۰۰). در واقع پرخاشگری پدیده‌ای است که از رفتار والدین، شیوه فرزند پروری و سبک دلبستگی تاثیر می‌پذیرد (لی یو^۶، ۲۰۱۱؛ کوپنس، گری اتنس، اونگن^۷، ۲۰۰۹؛ ساندستروم^۸، ۲۰۰۷) به گونه‌ای که ایجاد جو عاطفی، احترام‌آمیز، صمیمی، مثبت و محبت‌آمیز میان والدین و فرزندان، میزان پرخاشگری در کودکان را کاهش می‌دهد (ایکسو، فارور و ژانگ^۹، ۲۰۰۹؛ پروتمن، اونیل، هنگ، گلی، روزنفلت و شروت^{۱۰}، ۲۰۰۹) و می‌تواند سبب ارتقاء شاخص بهزیستی روان‌شناختی در کودک گردد (پاکدامن، مظاهری، حیدری و طهماسیان، ۱۳۹۶).

با توجه به اثرپذیری خصایص شخصیتی و شاخص‌های خلقی کودک از رفتار، گفتار و منش والدین، پدیده سوء مصرف مواد می‌تواند چالشی حائز اهمیت در مدیریت حالات خلقی و برون‌دادهای رفتاری کودک تلقی گردد. مطالعات نشان می‌دهد که بین سوء مصرف مواد والدین و تجربه پرخاشگری و خشونت متقابل والدین-فرزندان ارتباط مستقیم و معناداری وجود دارد. گرچه این ارتباط تنها در فرزندان پسر معنادار گزارش شده است و

1. Hudley & Graham
2. Rodriguez
3. Webster-Stratton & Hammond
4. Paley, Conger & Harold
5. Liu
6. Kuppens, Grietens, Onghena & Michiels
7. Sandstrom
8. Xu, Farver & Zhang
9. Bornmann, Mitelman & Beer

غالباً به صورت جسمانی و روان‌شناختی اعمال می‌گردد، بررسی‌های سبب‌شناختی گویای وجود عواملی بنیادین و فراجنسیتی می‌باشد (کالوت، اورو و گامز-گودیکس^۱، ۲۰۱۵). در پیوند با مطالب قبلی، مطالعات نشان می‌دهد که مصرف مواد در مادران به واسطه اثرگذاری سیستم خانواده، پیش بین مصرف مواد در کودکان و نوجوانان می‌باشد و متقابلاً درمان مصرف مواد در مادران با کاهش میزان مصرف در فرزندان همراه می‌باشد (پاتریک، مگز، گرنا، مورگان و اسچولنبرک^۲، ۲۰۱۴). در این راستا پژوهش‌ها نشان می‌دهد که مصرف الکل در مادر با سن آغاز مصرف ماری جوانا و الکل در مادر مرتبط می‌باشد (کاپالدی، تیریو، کر و پیرس^۳، ۲۰۱۶). درمان سیستمی خانواده با کاهش مصرف الکل، ماری جوانا و کوکائین در مادران مصرف‌کننده همراه بوده است (اسلسنیک و ژانگ^۴، ۲۰۱۶). این یافته‌ها لزوم مداخلات مبتنی بر خانواده را گوش زد می‌نماید.

از سوی دیگر مطالعات نشان می‌دهد که تعاملات خشن و پرخاشگرانه بین والد و فرزند چهرتی دو سویه دارد. تخمین زده می‌شود که بین ۱۴-۹ درصد از پدر و مادرها از جانب فرزندان نوجوان قبل از سن هجده سالگی مورد حمله و خشونت قرار می‌گیرند که در ۸۰-۵۰ درصد موارد فرزندان پسر را شامل می‌شود (کوترل و مانک^۵، ۲۰۰۴). با این وجود اکثر مطالعات نشان می‌دهند که رفتارهای خشن به صورت متقابل صورت می‌گیرد (کیم، کانگر، لورنز و الدر^۶، ۲۰۰۱). عوامل خطر در بروز خشونت‌ها عبارتند از: زندگی در خانه‌ای که مادر تجربه خشونت خانگی توسط شریک عشقی‌اش را دارد، سطوح بالای منفی‌گرایی، بی‌ثباتی در نقش‌ها و قوانین و سوء مصرف الکل یا مواد توسط والدین (هرنکل و همکاران^۷، ۲۰۰۷؛ کوترل و مانک، ۲۰۰۴). به نظر می‌آید که از میان عوامل خطر برای ایجاد رفتارهای پرخاشگرانه در فرزندان، مصرف مواد توسط والدین و اختلالات درون‌سازی شده مانند افسردگی، فصل مشترک قلمداد می‌شوند (بارتل-هرینگ و همکاران^۸، ۲۰۱۵). در تبیین پدیده پرخاشگری کودک نسبت به والدین در قالب رویکردی بوم‌شناختی می‌توان به

1. Calvete, Orue & Gámez-Guadix
2. Patrick, Maggs, Greene, Morgan & Schulenberg
3. Capaldi, Tiberio, Kerr & Pears
4. Slesnick & Zhang
5. Cottrell & Monk
6. Kim, Conger, Lorenz & Elder
7. Herrenkohl, McMorris, Catalano, Abbott, Hemphill & Toumbourou
8. Bartle-Haring, Slesnick & Carmona

تماشای خشونت در رسانه‌ها و تبعیض جنسیتی (ماکروسیستم^۱)، فقر و استرس خانوادگی و عدم حمایت اجتماعی (اگزوسیستم^۲)، مشکلات خانوادگی، تعارض والدین، مصرف مواد توسط پدر و مادر و سبک‌های فرزند پروری ناکارآمد (میکروسیستم^۳) و ویژگی‌های کودک از جمله مشکلات دلبستگی و تجربه قربانی شدن (بستر تحولی) اشاره نمود (کوترل و مانک، ۲۰۰۴).

به طور کلی و در یک چشم‌انداز وسیع‌تر، درمان‌های اعتیاد در قالب مداخلات خانواده سبب کاهش پرخاشگری و خشونت بین والدین و فرزندان می‌گردند (بارتل-هرینگ و همکاران، ۲۰۱۵). یکی از رویکردهای موثر در این حیطه، آموزش مهارت‌ها به والدین با هدف ایجاد کنترل بر رفتار کودک است. آموزش این مهارت‌های درمانی به والدین سبب ایجاد الگوهای تعاملی جدید می‌گردد که نقش به‌سزایی در درمان کودک ایفا می‌نمایند. با توجه به نقش مهمی که بهبود رابطه والد و فرزند در کاهش مشکلات رفتاری کودک از جمله پرخاشگری ایفا می‌کند و به‌پشتوانه ارتباط قوی که والدین با فرزند خود دارند و درمانگر از آن بی‌بهره است، رویکرد نوینی در عرصه درمان تحت عنوان درمان تعاملی والد-کودک به‌وجود آمده است (ین، لندرت و باگرلی^۴، ۲۰۰۲) که هدف آن ایجاد محیطی صمیمی، توجه غیر قضاوتی و نامشروط، افزایش احساس ایمنی و در نهایت رشد منع کنترل درونی کودک به کمک فرایند تعامل والدین با کودک می‌باشد که توسط لندرت و براتون^۵ ارائه شده است (لندرت و براتون، ۲۰۰۶). درمان تعاملی والد فرزند^۶ (PCIT) به عنوان رویکردی مبتنی بر شواهد در درمان نشانگان برون‌سازی کودک به شمار می‌آید (لیون و بود^۷، ۲۰۱۰). درمان تعاملی در قالب ساختار بازی ظهور می‌یابد. بازی ابتدایی‌ترین ابزار کودک جهت برقراری ارتباط محسوب می‌شود و به واسطه این ویژگی بازی می‌تواند ابزاری جهت مداخلات درمانگرانه نیز محسوب شود. فرایند بازی به کودک اجازه می‌دهد تا تجربیات یا تمایلات تهدیدکننده برای خویش را آشکار سازد (وتینگتون و همکاران^۸،

1. Macrosystem
2. exosystem
3. microsystem
4. Yuen, Landreth & Baggerly
5. Bratton
6. Child-Parent Interaction Therapy (PCIT)
7. Lyon & Budd
8. Wethington

(۲۰۰۸). بازی برای کودک می‌تواند یک روش درمانی باشد، زیرا از این طریق می‌تواند بر موانع موجود در بیان شواهی احساسات غلبه کند. بازی درمانی ریشه در روش تبادل درمانی (فرزند درمانی) گرنی^۱ دارد که در سال ۱۹۶۴ ارائه شد و مبتنی بر این فرض اساسی است که از آنجا که والدین از ارتباط عاطفی قوی با کودک برخوردارند و آنچه که درمانگران فاقد آن هستند، ارتباط طبیعی و ذاتی موجود بین والد و کودک، کلید اثر بخشی و نتایج پایای درمانی در روش آموزش مبتنی بر رابطه والد-کودک است (لندرت، ۲۰۰۶، به نقل از مصطفوی، شعیری، اصغری مقدم و قرایی، ۲۰۱۲). درمان تعاملی فرایندی با ساختار و مبتنی بر نظریه می‌باشد (لندرت، ۲۰۰۲) که می‌توان به کمک آن رفتار سازگارانه و مهارت‌های اجتماعی را به کودک آموخت (پدرو-کارول و ردی، ۲۰۰۵). در این مدل درمانی درمانگر به گونه‌ای غیرمستقیم و از طریق آموزش والدین به ایفای نقش درمانگری می‌پردازد و گروهی بودن درمان، تسهیل کننده موانع دفاعی والدین در طول فرایند درمان است. پژوهش‌های مختلف حاکی از اثر بخشی این روش درمانی بر مشکلات رفتاری کودکان است (ادوارز، سلیوان، مینی والن و کانتور^۲، ۲۰۱۰؛ اکگان و یسیل یاپراک^۳، ۲۰۱۰، لی و لندرت، ۲۰۰۳؛ جانگ^۴، ۲۰۰۰؛ براتون و لندرت، ۱۹۹۵). استفاده از درمان تعاملی والد کودک در درمان اختلالات برون سازی و درون سازی کودکان و استرس والدین با موفقیت همراه بوده است (وب، توماس، مک گریگور، ادواجیک و زیمر-گیمبک^۵، ۲۰۱۶). درمان تعاملی بر یادگیری، عزت نفس و پذیرش خود و دیگران (بارگری و پارکر، ۲۰۰۵) و رفتار و هیجانات مرتبط با آن (لندرت، ری و براتون^۶، ۲۰۰۹) متکی می‌باشد. از این روش در بهبود مشکلات رفتاری کودکان مبتلا به مشکلات عاطفی و هیجانی (توفام، ومپلر، تیتوس و رولینگ^۷، ۲۰۱۱، مصطفوی و همکاران، ۲۰۱۲) با موفقیت استفاده شده است. لندرت و لوباق^۸ نیز در پژوهشی اثر بخشی درمان تعاملی را در گروهی از پدران زندانی و فرزندان ۴ تا ۹ ساله آن‌ها مورد بررسی قرار دادند و نتایج این درمان را اثربخش گزارش نمودند (لندرت

1. Guerney
2. Edwards, Sullivan, Meany-Walen & Kantor
3. Akgun & Yesilyaprak
4. Jang
5. Webb, Thomas, McGregor, Avdagic & Zimmer-Gembeck
6. Landreth, Ray & Bratton
7. Topham, Wampler, Titus & Rolling
8. Landreth & Lobaugh

و لوباق، ۱۹۹۸؛ به نقل از مصطفوی، شعیری، اصغری مقدم و قرایی، ۲۰۰۹). تحقیق مشابهی توسط هریس و لندرت^۱ بر روی مادران زندانی و فرزندان آنها صورت گرفت که حاکی از اثر بخشی این درمان بود (هریس و لندرت، ۱۹۹۷). در پژوهشی دیگر از این روش درمانی با هدف کاهش تنیدگی والدین و افزایش همدلی والدین با کودکان استفاده شد که با نتایج معناداری همراه بود (کیدرون و لندرت^۲، ۲۰۱۰). نتایج مطالعه پیرنیا و همکاران (۲۰۱۷) نشان داد که درمان تعاملی با کاهش سطوح اضطراب فرزندان دارای والد مضطرب همراه می‌باشد. همچنین نتایج مطالعه رجبی، نجفی و رضایی (۱۳۹۲) گویای اثربخشی درمان‌های شناختی رفتاری بر شاخص پرخاشگری کودکان می‌باشد. به موازات کارآمدی این درمان در کاهش پرخاشگری کودکان، از این رویکرد با هدف افزایش پایبندی به درمان در خانواده‌ها نیز استفاده شده است و با موفقیت همراه بوده است (لیون و همکاران، ۲۰۱۰).

امروزه نگاه به پدیده اعتیاد از چارچوبی فردگرایانه و تک عاملی به سمت رویکردهای بوم‌شناختی و چندعاملی در حال تغییر است. این تحول نگرش بستر ساز ظهور دیدگاهی کل‌نگر گشته که خانواده را نیز در بر می‌گیرد. کودکان از آسیب‌پذیرترین اعضای خانواده نسبت به سوءرفتارهای ناشی از وابستگی به مواد به شمار می‌آیند. با توجه به اهمیت نقش پرخاشگری به عنوان نشانگان تبیین‌کننده و پیش‌بینی‌کننده طیفی از اختلالات رفتاری در نوجوانی و بزرگسالی و با عنایت به ظهور رویکردهای جدید درمانی و خلاء پژوهشی موجود در کشور ما، پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی آموزش درمان تعاملی والد-کودک (CPRT) بر کاهش پرخاشگری جسمانی، کلامی و رابطه‌ای کودکان دارای والد مادر تحت درمان نگهدارنده با متادون انجام پذیرفت.

روش پژوهش

طرح پژوهش: پژوهش حاضر از نوع تجربی و در حیطه طرح‌های ترکیبی و در بردارنده پیش‌آزمون، پس‌آزمون و گروه کنترل می‌باشد و بخش دوم از یک کارآزمایی وسیع را تشکیل می‌دهد.

-
1. Harris & Landreth
 2. Kidron & Landreth

جامعه آماری: با توجه به حیطه مطالعاتی مورد نظر، جامعه آماری این مطالعه را کلیه فرزندان دارای مادر مصرف‌کننده متادون تشکیل دادند که به دو کلینیک درمان سوء مصرف مواد در شهر تهران مراجعه کرده بودند.

روش نمونه‌گیری: نحوه انتخاب نمونه پژوهش به این صورت بود که از روان‌پزشکان و روان‌شناسان دو مرکز مربوطه درخواست شد که کودکان سنین هدف را که بر اساس معیارهای تشخیصی DSM-TR به نشانگان پرخاشگری مبتلا هستند و تمایل به شرکت در پژوهش را دارند به پژوهشگر معرفی نمایند. در طول مدت سه ماه ۷۵ مادر و کودک داوطلب به پژوهشگر ارجاع داده شد و در نهایت از بین داوطلبین ارجاع داده شده با توجه به مصاحبه بالینی ساختار یافته (SCID) و ملاک‌های ورود و خروج پژوهش، ۵۵ مادر و کودک با تشخیص پایه پرخاشگری به عنوان نمونه پژوهش انتخاب شدند.

فرایند اجرای پژوهش: داده‌های پژوهش حاضر در خلال آذر ماه ۱۳۹۳ لغایت آبان ماه ۱۳۹۴ جمع‌آوری شدند. مدتی پس از آغاز فرایند پژوهش ۵ نفر به دلایل مختلف از جمله غیبت در جلسات درمانی، عدم تکمیل پرسشنامه در مرحله پیگیری و گزارش تست ادرار مثبت از پژوهش خارج شدند. ۵۰ شرکت‌کننده به طور تصادفی و با استفاده از نرم افزار اکسل آفیس در قالب یک گروه آزمایش (هر گروه ۲۵ نفر) و یک گروه کنترل (۲۵ نفر) کاربندی شدند. به گروه آزمایش به مدت هشت هفته پروتکل درمان تعاملی مادر کودک ارائه شد و گروه کنترل در لیست انتظار قرار گرفت. ملاک‌های ورود عبارت بودند از: (۱) دامنه سنی ۸-۵ سال در کودکان؛ (۲) سابقه حداقل سه ماه مصرف متادون توسط مادر با دوز مفروض؛ (۳) تشخیص اختلال نافرمانی مقابله‌ای در کودک و مادر بر اساس ملاک‌های DSM-IV؛ (۴) دامنه سنی ۴۵-۲۰ سال برای مادران و (۵) توانایی خواندن و نوشتن، همچنین ملاک‌های خروج برای مادران و کودکان عبارت بودند از: (۱) عدم برخورداری از هوشبهر طبیعی؛ (۲) استفاده بیش از سه ماه از داروهای روان‌پزشکی به دلیل احتمال اثرگذاری بر نشانگان روان‌شناختی؛ (۳) بیش از دو جلسه غیبت در جلسات درمانی؛ (۴) تک والد بودن کودک و یا ناتنی بودن والد یا والدین و (۵) تست ادراری مثبت با آستانه مفروض مبنی بر عدم پایبندی به فرایند پرهیز از مصرف مورفین. فرایند درمانی توسط روان‌پزشک و روان‌شناس بالینی آشنا با درمان‌های شناختی رفتاری و تعاملی و به صورت گروهی هدایت شد. با وجود اینکه درمان تعاملی والد-کودک رویکردی بین‌المللی و مورد تأیید سازمان بهداشت

جهانی می‌باشد، پروتکل این درمان تاکنون در ایران ترجمه و اعتباریابی نشده است. از این رو صورت جلسه درمان تعاملی پس از ترجمه جهت بررسی و تأیید در اختیار سه تن از متخصصین حیطه درمان اختلالات اضطرابی در کودکان قرار گرفت و با توجه به میزان قابل قبول شاخص اعتبار میان ارزیابان، مورد تأیید قرار گرفت. درمان تعاملی والد کودک در قالب دو فاز کلی تعامل مستقیم با کودک (جهت بهبود ارتباط) و تعامل مستقیم با مادر (جهت تمرین نظم تعاملی) اجرا شد. گروه درمان تعاملی مادر کودک نیز ده جلسه درمان با هدف کاهش رفتارهای والدگری برانگیزاننده پرخاشگری را دریافت نمودند. تمام جلسات درمانی به صورت صوتی ضبط شد تا پابندی به درمان مورد بررسی قرار گیرد. گردآوری داده‌ها در این مطالعه در قالب استفاده از اطلاعات موجود، مصاحبه با آزمودنی‌ها و استفاده از پرسشنامه صورت گرفت. علاوه بر این بدنه اصلی داده‌های جمع‌آوری شده بر روش کاغذ و قلم متکی بود، از این رو در ابتدای پژوهش و در قالب خط‌پایه از پرسشنامه پرخاشگری شهیم فرم والدین استفاده شد. با توجه به محدودیت سنی و به طبع آن فقدان تحول شناختی در کودکان سنین ۵-۸ سال، امکان استفاده از پرسشنامه‌های خودگزارشی ممکن نبود و استفاده از فرم والدین مد نظر قرار گرفت. با گذشت دو هفته از پایان فرایند درمان، کلیه کودکان برای دومین بار و این‌بار در قالب پس‌آزمون، توسط پرسشنامه فوق‌الذکر مورد ارزیابی قرار گرفتند. جهت اطمینان از پابندی آزمودنی‌ها به فرایند پرهیز از مصرف مواد، هفته‌ای یک بار و به طور تصادفی از آزمودنی‌ها تست ادرار با آستانه سیصد نانوگرم در میلی‌لیتر به عمل آمد و نتایج از طریق ایمیل به اطلاع آزمودنی‌ها رسید. از آنجایی که متادون حاوی مورفین نمی‌باشد و تنها بر گیرنده‌های مورفینی می‌نشیند، تست مورفین را مثبت نمی‌کند و مصرف مورفین در خلال دوره مصرف متادون از طریق فرایندهای تشخیصی قابل بررسی می‌باشد. تلاش شد انجام روش‌های تحقیق با موازین دینی و فرهنگی آزمودنی‌ها مغایر نباشد و شرکت‌کنندگان پژوهش در تمامی مراحل طراحی، اجرا و گزارش پژوهش از بعد کرامت انسانی، احترام و تمامیت جسمانی و روانی مورد حفاظت قرار گیرند تا انجام پژوهش خلل یا وقفه‌ای در روند مراقبت‌های پزشکی آزمودنی‌ها ایجاد ننماید. تمامی مراحل انجام پژوهش بر اساس آخرین نسخه از کنوانسیون هلسینکی انجام پذیرفت. با توجه به انتظار چندین ماهه گروه کنترل در لیست انتظار و به منظور رعایت موازین اخلاقی، آزمودنی‌های لیست انتظار پس از پایان پژوهش، ۵ جلسه گروه درمانی تعاملی را دریافت نمودند. در این

پژوهش با در نظر گرفتن یک سوپیه بودن آزمون و مبنا قرار دادن سطح معناداری ۱/۶۴۵، $\alpha=0/05$ و همچنین توان آزمون $1-\beta=0/84$ حجم نمونه در هر گروه ۲۵ نفر برآورد شد. **ابزارهای اندازه‌گیری:** در این مطالعه برای گردآوری داده‌ها از چک لیست جمعیت‌شناختی محقق‌ساخته، مصاحبه بالینی ساختاریافته، و مقیاس پرخاشگری رابطه‌ای و آشکار شهیم استفاده شد.

۱- چک لیست جمعیت‌شناختی: این چک لیست توسط پژوهشگر به منظور جمع‌آوری اطلاعات فردی نظیر سن، تحصیلات، وضعیت تاهل، اشتغال و مدت زمان مصرف مواد تهیه و مورد استفاده قرار گرفت.

۲- مصاحبه بالینی ساختار یافته (SCID)^۱: یک مصاحبه بالینی است که برای تشخیص اختلال‌های محور یک بر اساس DSM-IV به کار می‌رود. ضریب پایایی بین ارزیاب‌ها برای SCID، ۰/۶۰ گزارش شده است (فیرست، اشپیتز، گیون و ویلیامز^۲، ۲۰۰۲). توافق تشخیصی این ابزار به زبان فارسی برای اکثر تشخیص‌های خاص و کلی با پایایی بالاتر از ۰/۶۰ مطلوب بوده است، ضریب کاپا برای کل تشخیص‌های فعلی و تشخیص‌های طول عمر به ترتیب ۰/۵۲ و ۰/۵۵ به دست آمده است (شریفی و همکاران، ۲۰۰۹).

۳- مقیاس پرخاشگری رابطه‌ای و آشکار شهیم: این پرسشنامه توسط شهیم (۲۰۰۷) ساخته و پایایی و روایی آن در کودکان شهر شیراز مورد ارزیابی قرار گرفته است و دارای ۲۱ گویه در زمینه پرخاشگری رابطه‌ای و آشکار است و به شیوه لیکرت نمره‌گذاری می‌شود. این پرسشنامه دارای سه زیر مقیاس پرخاشگری جسمانی (هفت گویه)، پرخاشگری واکنشی کلامی و بیش فعال (شش گویه) و پرخاشگری رابطه‌ای (هشت گویه) می‌باشد. این پرسشنامه توسط معلم تکمیل می‌گردد. تحلیل عوامل با محور اصلی^۳ و چرخش مایل^۴ منجر به استخراج سه عامل با ارزش ویژه بیش از یک گردید که پنجاه و نه درصد واریانس را تبیین می‌نماید و ضریب^۵ KMO ۰/۹۲ و آزمون بارتلت برای کرویت داده‌ها معنادار بوده است. ضریب همبستگی بین گویه‌ها و نمره کل مولفه پرخاشگری جسمانی از ۰/۸۲-۰/۴۷، ضریب

1. The Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders
2. First, Spitzer, Gibbon & Williams
3. principal axis factoring
4. oblique
5. Keiser-Meger-Olkin measure

همبستگی بین پرخاشگری رابطه‌ای و نمره کل ۰/۸۴-۰/۶۷ و ضریب همبستگی بین گویه‌ها و نمره کل مولفه پرخاشگری واکنشی و بیش فعال ۰/۶۳-۰/۲ متغیر بوده است. ضریب آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه ۰/۹۱ و بسیار مطلوب گزارش شده است این ضریب برای پرخاشگری جسمانی، رابطه‌ای، واکنشی و بیش فعال به ترتیب ۰/۸۵، ۰/۸۹ و ۰/۸۳ گزارش شده است (شهیم، ۲۰۰۷).

یافته‌های پژوهش

در تحلیل داده‌ها ابتدا ویژگی‌های جمعیت‌شناختی آزمودنی‌ها در دو گروه پژوهش ارائه و بررسی شد. سپس نمرات متغیرهای سه‌گانه در دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون توسط آزمون تحلیل کواریانس مورد بررسی قرار گرفت. پیش از آن مفروضه‌های آزمون کواریانس مورد بررسی قرار گرفت. نتایج آزمون کالموگرف اسمیرنف نشان داد که نمرات از توزیع به‌هنگار برخوردار می‌باشند ($p > 0/05$). همگنی واریانس نمرات دو گروه نیز توسط آزمون لون مورد بررسی قرار گرفت و نتایج گویای عدم معناداری این آزمون و در نتیجه احراز مفروضه همگنی واریانس‌ها بود ($p > 0/05$). علاوه بر این مفروضه همگنی شیب رگرسیون نیز احراز شد. همچنین به‌منظور مقایسه آماری خصایص جمعیت‌شناختی آزمودنی‌ها از آزمون ناپارامتریک کای‌اسکوئر استفاده شد. در این مطالعه از مصاحبه بالینی و فرایند جلسات درمانی رونوشت برداشته شد و داده‌های کیفی به وسیله نرم‌افزار اطلس تی‌آی‌۵ تحلیل شدند. نتایج تحلیل کیفی نشان داد که مهمترین عوامل در گرویدن والد یا والدین به سوء‌مصرف مواد، روحیه کنجکاوی، شرایط فرهنگی، اجتماعی، اقتصادی، لذت‌طلبی، میل به متفاوت بودن، پذیرش در جمع دوستان و دسترسی به مشوق‌های فوری بیرونی می‌باشند. در جدول ۱ خصایص جمعیت‌شناختی نمونه پژوهش نشان داده شده است.

جدول ۱. وضعیت جمعیت‌شناختی شرکت‌کنندگان پژوهش در دو گروه آزمایش و کنترل

شاخص	ابعاد	آزمایش	کنترل
		فراوانی-درصد	فراوانی-درصد
تحصیلات	زیر دیپلم	۱۱ (۴۴)	۹ (۳۶)
	دیپلم به بالا	۱۴ (۵۶)	۱۶ (۶۴)

سن	زیر ۱۸	۹(۳۶)	۱۱(۴۴)
	بالای ۱۸	۱۶(۶۴)	۱۴(۵۶)
وضعیت شغلی	شاغل	۱۲(۴۸)	۱۲(۴۸)
	بیکار	۱۳(۵۲)	۱۳(۵۲)
درآمد ماهیانه	کمتر از یک میلیون تومان	۹(۳۶)	۹(۳۶)
	بیشتر از یک میلیون تومان	۱۶(۶۴)	۱۶(۶۴)

همان‌طور که داده‌های جدول ۱ نشان می‌دهد، اکثریت آزمودنی‌ها در هر دو گروه از سطح تحصیلات بالای دیپلم (آزمایش: ۵۶٪، کنترل: ۶۴٪) برخوردارند. در شاخص سن اغلب آزمودنی‌ها از شاخص سنی بالای ۱۸ سال (آزمایش: ۶۴٪، کنترل: ۵۶٪) برخوردارند. از نظر مولفه وضعیت شغلی اکثریت افراد در گروه آزمایش فاقد شغل هستند (آزمایش: ۵۲٪) و وضعیت شغلی در گروه کنترل در دو مولفه شاغل و بیکار برابر می‌باشد. در شاخص وضعیت مالی شرکت‌کنندگان در هر دو گروه از درآمد بیشتر از یک میلیون تومان در ماه (آزمایش: ۶۴٪، کنترل: ۶۴٪) برخوردارند، تحلیل داده‌ها توسط آزمون کای‌اسکوئر تفاوت معناداری را در شاخص‌های مذکور بین دو گروه نشان نمی‌دهد ($p > 0/05$).

جدول ۲ میانگین و انحراف استاندارد مولفه‌های پرخاشگری جسمانی، کلامی و رابطه‌ای آزمودنی‌های گروه آزمایش و کنترل به تفکیک پیش‌آزمون و پس‌آزمون را نشان می‌دهد.

جدول ۲. میانگین و انحراف استاندارد شاخص‌های پرخاشگری جسمانی، کلامی و رابطه‌ای در گروه

آزمایش و کنترل در پیش‌آزمون و پس‌آزمون

آزمون	مولفه‌های پرخاشگری	میانگین	انحراف استاندارد
پیش‌آزمون (آزمایش)	جسمانی	۳۱/۹۲	۳/۲۵
	کلامی	۳۴/۷۹	۳/۵۲
	رابطه‌ای	۳۳/۸۹	۳/۹۳
پس‌آزمون (آزمایش)	جسمانی	۲۷/۴۹	۴/۰۵
	کلامی	۲۹/۵۰	۶/۰۷
	رابطه‌ای	۳۰/۱۲	۳/۸۸
پیش‌آزمون (کنترل)	جسمانی	۳۴/۹۲	۳/۶۷
	کلامی	۳۳/۷۲	۳/۵۰

۳/۵۲	۳۳/۱۷	رابطه‌ای	
۳/۵۳	۳۲/۷۹	جسمانی	
۲/۹۲	۳۳/۹۱	کلامی	پس‌آزمون (کنترل)
۳/۳۶	۳۳/۲۹	رابطه‌ای	

با توجه به داده‌های جدول ۲، شاخص پرخاشگری جسمانی در پس‌آزمون در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل کاهش یافته است. در شاخص پرخاشگری کلامی نیز تفاوت در پس‌آزمون در هر دو گروه مشهود است، همچنین شاخص پرخاشگری رابطه‌ای نیز در پس‌آزمون گروه آزمایش کاهش چشمگیری نسبت به گروه کنترل داشته است. جدول ۳ نتایج تحلیل کوواریانس در سه مولفه پرخاشگری جسمانی، کلامی و رابطه‌ای را نشان می‌دهد.

جدول ۳. نتایج تحلیل کوواریانس به منظور مقایسه گروه آزمایش و کنترل در مولفه‌های پرخاشگری

جسمانی، کلامی و رابطه‌ای

مقیاس	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	سطح معناداری	مجذور اتا
جسمانی	۳۱۹/۲۷	۱	۳۱۹/۲۷	۲۰/۲۴	۰/۰۰۱	۰/۲۵
اثر اصلی گروه‌ها	۴۸۷۸/۹۸	۱	۴۸۷۸/۹۸	۳۰۹/۲۶	۰/۰۰۱	۰/۸۲
خطای باقیمانده	۹۲۸/۲	۴۷	۱۹/۷۴	-	-	-
کلامی	۳۶۷/۳۷	۱	۳۶۷/۳۷	۱۵/۱۹	۰/۰۰۱	۰/۲۰
اثر اصلی گروه‌ها	۶۲۲۱/۷۹	۱	۶۲۲۱/۷۹	۶۲۲۱/۷۹	۰/۰۰۱	۰/۸۰
خطای باقیمانده	۱۴۲۹/۷۳	۴۷	۳۰/۴۲	-	-	-
رابطه‌ای	۵۵۸/۴۱	۱	۵۵۸/۴۱	۳۵/۹	۰/۰۰۱	۰/۳۹
اثر اصلی گروه‌ها	۵۴۰۷/۹۸	۱	۵۴۰۷/۹۸	۳۴۷/۵۱	۰/۰۰۱	۰/۸۴
خطای باقیمانده	۸۴۰/۲۵	۴۷	۱۷/۸۸	-	-	-

با توجه به داده‌های جدول ۳، مقدار F محاسبه شده و سطح معناداری بیانگر آن است که دو گروه آزمایش و کنترل در مرحله پس‌آزمون در مولفه پرخاشگری جسمانی تفاوت

معناداری با یکدیگر دارند: ($F(۴۷,۱)=۲۰/۲۴, P<۰/۰۰۱$)، بنابراین بازی درمانی رابطه‌ای در مولفه پرخاشگری جسمانی اثر معناداری داشته است. مجذور اتا نیز بیانگر آن است که ۲۵ درصد واریانس پرخاشگری جسمانی به وسیله بازی درمانی رابطه‌ای در قالب متغیر مستقل تبیین می‌شود. همین‌طور در مولفه پرخاشگری کلامی، مقایسه نمرات پس‌آزمون دو گروه آزمایش و کنترل بیانگر تفاوت معنادار بین دو گروه می‌باشد: ($F(۴۷,۱)=۱۵/۱۹, P<۰/۰۰۱$)، بنابراین بازی درمانی رابطه‌ای در مولفه پرخاشگری کلامی نیز اثر معناداری داشته است. مجذور اتا نیز بیانگر آن است که ۲۰ درصد واریانس پرخاشگری کلامی به وسیله بازی درمانی رابطه‌ای در قالب متغیر مستقل تبیین می‌شود. همچنین در مولفه پرخاشگری رابطه‌ای شاهد تفاوت معناداری بین نمرات دو گروه آزمایش و کنترل هستیم: ($P<۰/۰۰۱, F(۴۷,۱)=۳۵/۹۰$)، بنابراین بازی درمانی رابطه‌ای در مولفه پرخاشگری رابطه‌ای اثر معناداری داشته است. مجذور اتا بیانگر آن است که ۳۹ درصد واریانس پرخاشگری رابطه‌ای به وسیله بازی درمانی رابطه‌ای در قالب متغیر مستقل تبیین می‌شود. از این رو بازی درمانی رابطه‌ای والد-کودک به صورت گروهی منجر به بهبود شاخص پرخاشگری در هر سه مولفه پرخاشگری جسمانی، کلامی و رابطه‌ای شده است.

بحث و نتیجه‌گیری

مشکلات رفتاری در کودکان از دیر باز مورد توجه متخصصان بوده و روش‌های درمانی متعددی در این مورد طرح‌ریزی شده است. گونه‌ای از درمان‌ها بر مداخلات مستقیم درمانگر در تعاملی رو در رو با کودک متکی می‌باشند. در این بین تعدادی از روش‌های درمانی طراحی شده‌اند که مبتنی بر بهبود تعامل والدین و کودک می‌باشند. درمان تعاملی والد-کودک نوعی روش درمانی است که بر آموزش والدین در جهت بهبود روابط با کودک و حل مشکلات رفتاری کودک متکی می‌باشد. این رویکرد درمانی در تحقیقات متعددی مورد کارآزمایی‌های تجربی قرار گرفته و اثربخشی آن به اثبات رسیده است (هالوی، سوزوکی، یاماموتو^۱، ۲۰۰۵؛ ری، بلانکو، سلیوان، هلیمان^۲، ۲۰۰۹؛ کوستاس و لندرت^۳،

1. Holloway, Suzuki, Yamamoto & Behrens
2. Ray, Blanco, Sullivan & Holliman
3. Costas & Landreth

۱۹۹۹؛ کیدرون^۱، ۲۰۰۴) به‌رغم وجود پژوهش‌های متعدد در مورد تاثیر درمان تعاملی بر مشکلات رفتاری کودکان در سراسر جهان، این روش درمانی در ایران پیشینه تحقیقاتی محدودی را به خود اختصاص داده است. از اولین پژوهش‌ها در این ارتباط در کشور ما می‌توان به پژوهش علی‌وندی و اسمایل (۲۰۱۰) اشاره کرد که نتایج آن بیانگر اثربخشی بازی درمانی رابطه‌ای بر بهبود نگرش والدین نسبت به مشکلات رفتاری کودکان است. در این راستا و در کشور ما، مطالعه پیرنیا و همکاران (۲۰۱۷) گویای اثربخشی درمان تعاملی بر شاخص اضطراب در کودکان می‌باشد. پژوهش حاضر به منظور بررسی اثربخشی درمان تعاملی والد کودک بر کاهش پرخاشگری کودکان دارای والدین تحت درمان نگهدارنده با متادون انجام گردید. بر اساس یافته‌های پژوهش، بین میانگین گروه‌های آزمایش و کنترل در هر سه مولفه پرخاشگری جسمانی، کلامی و رابطه‌ای تفاوت معناداری به لحاظ آماری در پس‌آزمون وجود دارد که بیانگر موثر بودن بازی درمانی رابطه‌ای والد-کودک بر متغیر پرخاشگری می‌باشد. مطالعه حاضر در قالب یک پژوهش مقدماتی انجام شد و مطالعات مشابه معدودی در سراسر دنیا در این ارتباط صورت گرفته است. در این راستا و در چارچوبی تبیین‌کننده، مطالعه ادواردز، سلیمان، مینی‌والن و کانتور (۲۰۱۰) نشان داد که ارائه درمان تعاملی والد کودک سبب افزایش دانش و اعتماد والدگری گشته و با کاهش مشکلات رفتاری در کودکان همراه می‌باشد. در این راستا اکگان و یسیلیا پراک^۲ (۲۰۱۰) نشان دادند که این درمان با بهبود روابط والد و کودک همراه بوده است. لی و اندرث (۲۰۰۳) و جانگی (۲۰۰۲) از درمان تعاملی جهت ارتقاء رفتارهای ارتباطی خانواده‌های کره‌ای استفاده نمودند که با موفقیت همراه بود. براتون، لندرث (۱۹۹۵) در مطالعه‌ای به بررسی کارآمدی درمان تعاملی در قالب یک کارآزمایی بالینی پرداختند. نتایج نشان داد که درمان تعاملی با کاهش نشانگان استرس و مشکلات رفتاری کودکان همراه بود. کینسوردی و گرزا^۳ (۲۰۱۰) به ارزیابی درمان تعاملی با هدف افزایش اعتماد در رابطه والد و فرزند، تغییر شیوه‌های فرزندپروری و کاهش استرس والدین پرداختند و نتایج گویای تاثیرات مثبت آموزشی و تغییر ادراک والدین نسبت به خشونت بود. همچنین فولی، هیگدان، وایت^۴ (۲۰۰۶) در

-
1. Kidron
 2. Akgun & Yesilyaprak
 3. Kinsworthy & Garza
 4. Foley, Higdon & White

مطالعه‌ای دریافتند که ارائه درمان تعاملی والد فرزند سبب کاهش استرس والدگری و افزایش مهارت‌های ارتباطی می‌گردد. در مطالعه‌ای دیگر برنامه آموزش گروهی فرزندپروری به مادران با افزایش میزان سازگاری هیجانی و رفتاری همراه بوده است (بارلو، برگمن، کومار، وی و بنت^۱، ۲۰۱۶). در مطالعه‌ای دیگر بچورسد و ویچسروم^۲ (۲۰۱۶) در یک کارآزمایی بالینی به مقایسه اثربخشی دو درمان تعاملی والد فرزند و درمان متداول بر مشکلات رفتاری کودکان پرداختند. نتایج این مطالعه نشان داد که درمان تعاملی والد کودک در مقایسه با درمان متداول اثربخشی معناداری در کاهش مشکلات رفتاری کودکان و افزایش مهارت‌های والدگری نشان داده است.

در نگاهی سبب‌شناسانه، مشکلات رفتاری در کودکان و از آن جمله پرخاشگری را می‌بایست از چارچوب بنیان‌های اضطرابی در کودکان تبیین نمود. بدین جهت است که درمان‌های تعاملی والد کودک شاخص اضطراب را به عنوان یک میانجی در اثرگذاری این درمان در نظر می‌گیرد. در این راستا کاهش شاخص اضطراب می‌تواند سبب تعدیل ناسازگاری‌های رفتاری و مشکلات خلقی از جمله افسردگی در کودکان گردد. از این رو برنامه‌های جهانی بیش از آنکه بر درمان افسردگی متمرکز باشد به اضطراب می‌پردازند. استالرد و همکاران^۳ (۲۰۱۲) نیز نتایج مشابهی را در سال ۲۰۱۲ گزارش نمود. البته نتایجی مبنی بر کارآمدی این درمان در مورد اختلال افسردگی وجود دارد. برای نمونه لابی، لنز و تیلمن^۴ (۲۰۱۲) از رویکرد تعاملی در درمان افسردگی نمونه‌ای مشتمل بر ۵۴ کودک ۳-۶ ساله فاقد توانایی‌های فراشناختی جهت بهره‌گیری از درمان شناختی رفتاری استفاده نمودند که با نتایج موفقیت آمیزی همراه بوده است. همچنین در مطالعه لنز، پوتش و لابی^۵ (۲۰۱۱) از درمان تعاملی با هدف کاهش نشانگان افسردگی در کودکان پیش دبستانی با موفقیت استفاده شد. تئو و لندرث^۶ (۲۰۰۰) در مطالعه‌ای به بررسی اثربخشی درمان تعاملی بر میزان شاخص‌های اضطراب و افسردگی پرداختند و نتایج مطالعه نشان داد که درمان مذکور بر

1. Barlow, Bergman, Kornør & Bennett
2. Bjørseth & Wichstrøm
3. Stallard et al
4. Luby, Lenze & Tillman
5. Lenze, Pautsch & Luby
6. Tew & Landreth

شاخص‌های اضطراب و افسردگی موثر بوده است. از این درمان با هدف افزایش توانایی‌های گفتاری حرکتی نیز با موفقیت استفاده شده است (ناماسیویام و همکاران، ۲۰۱۶).

در تبیین این یافته‌ها چنین به نظر می‌رسد که جو خانوادگی خشن، خشک و متعصبانه زمینه ظهور اختلالات رفتاری و از آن جمله پرخاشگری و نافرمانی را ممکن می‌سازد و بدیهی است که تغییر این فضا و سبک تعاملی والد-فرزند و بهبود بافت خانواده می‌تواند سبب کاهش رفتار پرخاشگرانه در کودک شود. در این پژوهش درمان تعاملی رابطه‌ای توانست بر میزان پرخاشگری جسمانی اثر بخش باشد و سبب کاهش معنادار این نوع پرخاشگری در گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل گردد که این یافته با پژوهش‌های قبلی همسو است (جانگ، ۲۰۰۰؛ لی و لندرت، ۲۰۰۳؛ اکگان، یسیلیپراک، ۲۰۱۰؛ ادواردز، سلوان، مینی والن، کانتور، ۲۰۱۰). از سوی دیگر درمان حاضر توانست میزان پرخاشگری کلامی را در کودکان گروه آزمایش کاهش دهد که این یافته همسو با نتایج پژوهش‌های گذشته است (براتون، لندرت، ۱۹۹۵؛ تئو و همکاران، ۲۰۰۲)، همچنین یافته‌های این پژوهش مبنی بر اثر بخشی بازی درمانی رابطه‌ای بر کاهش میزان پرخاشگری رابطه‌ای همسو با نتایج پژوهش‌های پیشین است (تئو، لندرت، جوینر و سالت، ۲۰۰۲؛ فولی، هیگدان، وایت، ۲۰۰۶، کینسوردی، گرزا، ۲۰۱۰) و مغایر با یافته‌های پژوهش رجب پور، مکوند حسینی و رفیعی نیا (۱۳۹۰) در ایران می‌باشد. یکی از تفاوت‌های پژوهش ما با مطالعه رجب پور و همکاران در روش شناسی پژوهش و جمع‌آوری داده‌های مربوط به پرخاشگری کودکان توسط معلمان می‌باشد. مطالعات نشان داده‌اند که ارزیابی‌های مادر از رفتارهای کودک نسبت به ارزیابی‌های صورت گرفته توسط معلم از کارآمدی مطلوب‌تری برخوردار می‌باشد. در مجموع به نظر می‌رسد جایگزینی والدین به عنوان درمانگر، مولفه‌ای تاثیر گذار بر اثربخشی درمان رابطه‌ای بوده است و بازی درمانی به کودک فرصت بروز احساسات و مشکلات درونی را می‌دهد. در پژوهش حاضر اثربخشی آموزش بازی درمانی مبتنی بر رابطه کودک والد بر کاهش پرخاشگری کودکان دارای والدین تحت درمان نگهدارنده با متادون مورد بررسی قرار گرفت، نتایج نشان داد که این درمان توانست میزان پرخاشگری را در هر سه

1. Namasivayam et al
2. Tew, Landreth, Joiner & Solt

مولفه جسمانی، کلامی و رابطه‌ای در نمونه مذکور کاهش دهد. این یافته می‌تواند در طرح‌ریزی برنامه‌های درمانی در حوزه اعتیاد و خانواده سودمند باشد.

یافته‌های این پژوهش با چندین محدودیت همراه بود. عمده‌ترین این محدودیت‌ها عبارت بودند از: (۱) مقطعی بودن مطالعه مانع استنتاج کلی و پیش‌بینی جامع می‌گردد، (۲) استفاده از روش ارزیابی خودگزارشی در موضوعات حساسیت برانگیز اغلب تمایل به ایجاد تصویر مطلوب اجتماعی و سوگیری‌های احتمالی را تسهیل می‌سازد. پژوهش حاضر بر روی نمونه مادران تحت درمان نگهدارنده متادون انجام گرفت. پیشنهاد می‌شود در مطالعات آتی میزان نقش پدران تحت درمان متادون بر پرخاشگری کودکان و پاسخ‌دهی به درمان تعاملی مورد بررسی قرار گیرد. همچنین شایسته است میزان دوز تجویزی و طول مدت درمان نگهدارنده به عنوان متغیرهای مکنون و اثرگذار بر نتایج درمانی مورد ارزیابی قرار گیرد. همچنین با عنایت به پیشینه پژوهشی مبنی بر اثرگذاری مدت وابستگی به مواد بر شاخص‌های خلقی فرزندان، مطلوب است که این مولفه در قالب متغیری همپراش مورد توجه قرار گیرد. با توجه به دوسویه بودن پدیده پرخاشگری بین کودک و والد پیشنهاد می‌گردد که شاخص مذکور در مادران نیز مورد ارزیابی و تبیین قرار گیرد. مولفه‌هایی که در پژوهش حاضر امکان کنترل و ارزیابی آن میسر نبود. پیشنهادات مذکور می‌تواند مسیر مناسبی برای مطالعات آتی باشد.

تعارض منافع: هیچ‌گونه تعارض منافع توسط نویسندگان بیان نشده است.

تشکر و قدردانی: نویسندگان از تمامی افرادی که در این مطالعه شرکت نمودند و در تسهیل فرایند پژوهش یاری رساندند کمال تشکر و قدردانی را دارند.

منابع

پاکدامن، شهلا؛ مظاهری، محمدعلی، مظاهری؛ حیدری، محمود؛ طهماسبیان، کارینه. (۱۳۹۶). تعیین اثربخشی بسته آموزشی گوش دادن احترام آمیز به کودکان بر بهزیستی روان شناختی آنان. *فصلنامه مطالعات روان‌شناسی بالینی ایران*، دوره ۷، شماره ۲۶، صفحه ۴۲-۲۵.

رجب پور، مجتبی؛ مکوندحسینی، شاهرخ؛ رفیعی‌نیا، پروین. (۱۳۹۱). اثربخشی گروه درمانی رابطه والد- کودک بر پرخاشگری کودکان پیش دبستانی. فصلنامه مطالعات روان‌شناسی بالینی ایران، دوره ۴، شماره ۱، صفحه ۶۵-۷۴.

رجبی، زهرا؛ نجفی، محمود؛ رضایی، علی محمد. (۱۳۹۲). اثربخشی درمان شناختی رفتاری گروهی بر کاهش پرخاشگری کودکان، فصلنامه روان‌شناسی بالینی، دوره ۳، شماره ۱۰، صفحه ۵۵-۷۱.

شهیم، سیما. (۱۳۸۶). پرخاشگری رابطه ای در کودکان پیش دبستانی. مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران (اندیشه و رفتار)، دوره ۱۳، شماره ۳، صفحه ۲۶۴-۲۷۱.

مصطفوی، سعیده‌سادات؛ شعیری، محمدرضا؛ اصغری مقدم، محمدعلی؛ محمودی قرائی، جواد. (۱۳۹۱). تاثیر آموزش بازی درمانی مبتنی بر رابطه والد- کودک (CPRT) مطابق با الگوی لندرث به مادران بر کاهش مشکلات رفتاری کودکان. مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران (اندیشه و رفتار)، دوره ۱۹، شماره ۷، صفحه ۳۳-۴۲.

- Akgun, E., & Yesilyaprak, B. (2010). Effectiveness of the Training Program in Improving Mother Child Relationship through Play. Ankara University, *Journal of Faculty of Educational Sciences*, 43(2), 123-147.
- Alivandi-Vafa, M., & Ismail, K. H. (2010). Parents as agents of change: what filial therapy has to offer. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 5, 2165-2173.
- Anderson, C. A., & Bushman, B. J. (2002). Human aggression. *Psychology*, 53(1), 27.
- Baggerly, J., & Landreth, G. (2001). Training children to help children: A new dimension in play therapy. *Peer Facilitator Quarterly*, 18(1), 6-14.
- Bornmann, B. A., Mitelman, S. A., & Beer, D. A. (2007). Psychotherapeutic relaxation: How it relates to levels of aggression in a school within inpatient child psychiatry: A pilot study. *The Arts in psychotherapy*, 34(3), 216-222.
- Bradley, R. H., Corwyn, R. F., Burchinal, M., McAdoo, H. P., & García Coll, C. (2001). The home environments of children in the United States Part II: Relations with behavioral development through age thirteen. *Child development*, 72 (6), 1868-1886.
- Bratton, S., & Landreth, G. (1995). Filial therapy with single parents: Effects on parental acceptance, empathy, and stress. *International Journal of Play Therapy*, 4(1), 61.
- Brotman, L. M., O'Neal, C. R., Huang, K. Y., Gouley, K. K., Rosenfelt, A., & Shrout, P. E. (2009). An experimental test of parenting practices as a

- mediator of early childhood physical aggression. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 50(3), 235-245.
- Baggerly, J., & Parker, M. (2005). Child-Centered Group Play Therapy with African American Boys at the Elementary School Level. *Journal of Counseling & Development*, 83(4), 387-396.
- Barlow, J., Bergman, H., Kornør, H., Wei, Y., & Bennett, C. (2016). Group-based parent training programmes for improving emotional and behavioural adjustment in young children. *The Cochrane Library*.
- Bartle-Haring, S., Slesnick, N., & Carmona, J. (2015). Reciprocity in adolescent and caregiver violence. *Journal of family violence*, 30(2), 149-159.
- 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.
- Calvete, E., Orue, I., & Gámez-Guadix, M. (2015). Reciprocal longitudinal associations between substance use and child-to-parent violence in adolescents. *Journal of adolescence*, 44, 124-133.
- Capaldi, D. M., Tiberio, S. S., Kerr, D. C., & Pears, K. C. (2016). The Relationships of Parental Alcohol Versus Tobacco and Marijuana Use With Early Adolescent Onset of Alcohol Use. *Journal of studies on alcohol and drugs*, 77(1), 95-103.
- Costas, M., & Landreth, G. (1999). Filial therapy with nonoffending parents of children who have been sexually abused. *International Journal of Play Therapy*, 8(1), 43.
- Cottrell, B., & Monk, P. (2004). Adolescent-to-parent abuse: A qualitative overview of common themes. *Journal of Family Violence*, 25:1072-1095.
- Crick, N. R., & Grotpeter, J. K. (1995). Relational aggression, gender, and social-psychological adjustment. *Child development*, 66(3), 710-722.
- Donnellan, M. B., Trzesniewski, K. H., Robins, R. W., Moffitt, T. E., & Caspi, A. (2005). Low self-esteem is related to aggression, antisocial behavior, and delinquency. *Psychological science*, 16(4), 328-335.
- Edwards, N. A., Sullivan, J. M., Meany-Walen, K., & Kantor, K. R. (2010). Child parent relationship training: Parents' perceptions of process and outcome. *International Journal of Play Therapy*, 19(3), 159.
- First, M. B., Spitzer, R. L., Gibbon, M., & Williams, J. B. W. Biometrics Research. New York State Psychiatric Institute; New York: 2002. Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR Axis I Disorders, Research Version, Patient Edition. Clinical Trials Version (SCID-CT).
- Foley, Y. C., Higdon, L., & White, J. F. (2006). A qualitative study of filial therapy: Parents' voices. *International Journal of Play Therapy*, 15(1), 37.
- Jang, M. (2000). Effectiveness of filial therapy for Korean parents. *International Journal of Play Therapy*, 9(2), 39.

- Harris, Z. L., & Landreth, G. L. (1997). Filial therapy with incarcerated mothers: A five week model. *International Journal of Play Therapy*, 6(2), 53.
- Herrenkohl, T. I., McMorris, B. J., Catalano, R. F., Abbott, R. D., Hemphill, S. A., & Toumbourou, J. W. (2007). Risk factors for violence and relational aggression in adolescence. *Journal of interpersonal violence*, 22(4), 386-405.
- Holloway, S. D., Suzuki, S., Yamamoto, Y., & Behrens, K. Y. (2005). Parenting self-efficacy among Japanese mothers. *Journal of comparative family studies*, 61-76.
- Hudley, C., & Graham, S. (1993). An attributional intervention to reduce peer-directed aggression among African-American boys. *Child development*, 64(1), 124-138.
- Kidron, M., & Landreth, G. (2010). Intensive child parent relationship therapy with Israeli parents in Israel. *International Journal of Play Therapy*, 19(2), 64.
- Kidron, M. (2004). Filial therapy with Israeli parents (Doctoral dissertation, ProQuest Information & Learning).
- Kim, K. J., Conger, R. D., Lorenz, F. O., & Elder Jr, G. H. (2001). Parent-adolescent reciprocity in negative affect and its relation to early adult social development. *Developmental psychology*, 37(6), 775.
- Kinsworthy, S., & Garza, Y. (2010). Filial therapy with victims of family violence: A phenomenological study. *Journal of family violence*, 25(4), 423-429.
- Kuppens, S., Grietens, H., Onghena, P., & Michiels, D. (2009). Associations between parental control and children's overt and relational aggression. *British Journal of Developmental Psychology*, 27(3), 607-623.
- Landreth, G. L., Ray, D. C., & Bratton, S. C. (2009). Play therapy in elementary schools. *Psychology in the Schools*, 46(3), 281-289.
- Landreth, G. L. (2002). Therapeutic limit setting in the play therapy relationship. *Professional Psychology: Research and Practice*, 33(6), 529.
- Lee, M. K., & Landreth, G. L. (2003). Filial Therapy with Immigrant Korean Parents in the United States. *International Journal of Play Therapy*, 12(2), 67.
- Lenze, S. N., Pautsch, J., & Luby, J. (2011). Parent-child interaction therapy emotion development: A novel treatment for depression in preschool children. *Depression and Anxiety*, 28(2), 153-159.
- Liu, J. (2011). Early health risk factors for violence: Conceptualization, evidence, and implications. *Aggression and violent behavior*, 16(1), 63-73.
- Luby, J., Lenze, S., & Tillman, R. (2012). A novel early intervention for preschool depression: Findings from a pilot randomized controlled trial. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 53(3), 313-322.
- Lyon, A. R., & Budd, K. S. (2010). A community mental health implementation of parent-child interaction therapy (PCIT). *Journal of Child and Family Studies*, 19(5), 654-668.

- Matsuura, N., Hashimoto, T., & Toichi, M. (2009). Correlations among self-esteem, aggression, adverse childhood experiences and depression in inmates of a female juvenile correctional facility in Japan. *Psychiatry and clinical neurosciences*, 63(4), 478-485.
- Namasivayam, A. K., Jethava, V., Pukonen, M., Huynh, A., Goshulak, D., Kroll, R., & van Lieshout, P. (2016). Parent-child interaction in motor speech therapy. *Disability and Rehabilitation*, 23(2), 1-6.
- Paley, B., Conger, R. D., & Harold, G. T. (2000). Parents' affect, adolescent cognitive representations, and adolescent social development. *Journal of Marriage and Family*, 62(3), 761-776.
- Patrick, M. E., Maggs, J. L., Greene, K. M., Morgan, N. R., & Schulenberg, J. E. (2014). The Link between mother and adolescent substance use: intergenerational findings from the British Cohort Study. *Longitudinal and life course studies*, 5(1), 56.
- Pedro, J., & Raddy, L. (2005). A preventive play intervention to foster children resilience in the after of divorce. *Washington Dc: Am psychol Assoc*, 51-75.
- Pirnia, B., Najafi, E., Lashkari, A., & Saber Majidi, G. (2017). Evaluation of Parent-Child Interaction Therapy on Anxiety Level in Pre-Elementary School Children: A Randomized Controlled Trial. *Practice in Clinical Psychology*, 5(3), 167-176.
- Ray, D. C., Blanco, P. J., Sullivan, J. M., & Holliman, R. (2009). An exploratory study of child-centered play therapy with aggressive children. *International Journal of Play Therapy*, 18(3), 162.
- Riley, C. L., Sarani, B., Sullivan, J. A., Upperman, J. S., Kane-Gill, S. L., Bailey, H. (2015). Critical violent injury in the United States: a review and call to action. *Critical care medicine*, 43(11), 2460-2467.
- Rodriguez, N. (2004). Guerra en las aulas [War in the classrooms]. Madrid: Temas de Hoy.
- Sandstrom, M. J. (2007). A link between mothers' disciplinary strategies and children's relational aggression. *British Journal of Developmental Psychology*, 25(3), 399-407.
- Sharifi, V., Assadi, S. M., Mohammadi, M. R., Amini, H., Kaviani, H., Semnani, Y & Seddigh, A. (2009). A persian translation of the structured clinical interview for diagnostic and statistical manual of mental disorders: *psychometric properties*. *Comprehensive psychiatry*, 50(1), 86-91.
- Slesnick, N., & Zhang, J. (2016). Family systems therapy for substance-using mothers and their 8-to 16-year-old children. *Psychology of Addictive Behaviors*, 30(6), 619.
- Smith, D. M., & Landreth, G. L. (2004). Filial Therapy with Teachers of Deaf and Hard of Hearing Preschool Children. *International Journal of Play Therapy*, 13(1), 13.
- Stallard, P., Sayal, K., Phillips, R., Taylor, J. A., Spears, M., Anderson, R., & Montgomery, A. A. (2012). Classroom based cognitive behavioural therapy in reducing symptoms of depression in high risk adolescents: pragmatic cluster randomised controlled trial. *Bmj*, 345, e6058.

- Sukhodolsky, D. G., Kassinove, H., & Gorman, B. S. (2004). Cognitive-behavioral therapy for anger in children and adolescents: A meta-analysis. *Aggression and violent behavior*, 9(3), 247-269.
- Tew, K., Landreth, G. L., Joiner, K. D., & Solt, M. D. (2002). Filial therapy with parents of chronically ill children. *International Journal of Play Therapy*, 11(1), 79.
- Topham, G. L., Wampler, K. S., Titus, G., & Rolling, E. (2011). Predicting parent and child outcomes of a filial therapy program. *International Journal of Play Therapy*, 20(2), 79.
- Webb, H. J., Thomas, R., McGregor, L., Avdagic, E., & Zimmer-Gembeck, M. J. (2016). An Evaluation of Parent-Child Interaction Therapy With and Without Motivational Enhancement to Reduce Attrition. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 1-14.
- Webster-Stratton, C., & Hammond, M. (1997). Treating children with early-onset conduct problems: A comparison of child and parent training interventions. *Journal of consulting and clinical psychology*, 65(1), 93.
- Wethington, H. R., Hahn, R. A., Fuqua-Whitley, D. S., Sipe, T. A., Crosby, A. E., Johnson, R. L., & Task Force on Community Preventive Services. (2008). The effectiveness of interventions to reduce psychological harm from traumatic events among children and adolescents: a systematic review. *American Journal of Preventive Medicine*, 35(3), 287-313.
- Xu, Y., Farver, J. A. M., & Zhang, Z. (2009). Temperament, harsh and indulgent parenting, and Chinese children's proactive and reactive aggression. *Child Development*, 80(1), 244-258.
- Yuen, T., Landreth, G., & Baggerly, J. (2002). Filial therapy with immigrant Chinese families. *International Journal of Play Therapy*, 11(2), 63.