

مقاله اصلی

تدوین مدل التقاطی خانواده‌محور و مقایسه اثربخشی آن با درمان تعامل والد-کودک در کاهش مشکلات رفتاری کودکان مبتلا به اختلالات طیف اتیسم (عملکرد بالا): یک مطالعه آزمایشی

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۰۴/۳۰ - تاریخ پذیرش: ۱۴۰۵/۰۲/۰۷

خلاصه

مقدمه: یکی از برنامه‌های به نسبت جدید آموزشی به منظور کاهش مشکلات رفتاری کودکان، برنامه‌ی «التقاطی خانواده‌محور» است. هدف از پژوهش حاضر تدوین مدل التقاطی خانواده‌محور و مقایسه اثربخشی آن با درمان تعامل والد-کودک در کاهش مشکلات رفتاری کودکان مبتلا به اتیسم است.

روش کار: پژوهش حاضر از نظر هدف کاربردی و از نظر کنترل متغیرها از نوع آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل است. جامعه آماری این پژوهش، شامل کلیه کودکان با اختلالات طیف اتیسم (عملکرد بالا) در مرکز درمانی تهران اتیسم است که طی پاییز و زمستان سال ۱۳۹۸ خدمات دریافت می‌کردند. به روش نمونه‌گیری هدفمند ۳۶ نفر انتخاب و به‌طور تصادفی در سه گروه برنامه‌ی تعامل والد-کودک (PCIT)، مدل التقاطی خانواده‌محور و گروه کنترل قرار گرفتند. در این پژوهش از پرسشنامه رفتار کودک آبرگ استفاده و برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش آماری تحلیل کوواریانس با نرم‌افزار SPSS^{۲۵} استفاده شده است.

نتایج: نتایج نشان می‌دهد که بین میانگین متغیر مشکلات رفتاری کودک در گروه مدل التقاطی خانواده‌محور نسبت به برنامه‌ی تعامل والد-کودک (PCIT) و گروه کنترل تفاوت معنی‌داری وجود دارد، بدین معنا که مدل التقاطی خانواده‌محور نسبت به برنامه‌ی تعامل والد-کودک (PCIT) در کاهش مشکلات رفتاری کودکان با اختلالات طیف اتیسم (عملکرد بالا) اثربخش‌تر است.

نتیجه‌گیری: در نتیجه می‌توان مدل التقاطی خانواده‌محور را جایگزین مناسب‌تری برای انجام مداخلات روان‌شناختی برای کاهش مشکلات رفتاری کودکان با اختلالات طیف اتیسم (عملکرد بالا) در نظر گرفت.

کلمات کلیدی: تعامل والد-کودک، مشکلات رفتاری، اختلالات طیف اتیسم

نوشین فایضی^۱

محمد نریمانی*^۲

سیف‌الله آقاجانی^۳

سجاد بشرپور^۴

حمیدرضا پوراعتماد^۵

^۱ دانشجوی دکتری روانشناسی، گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران

^۲ استاد روانشناسی، گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران

^۳ دانشیار روانشناسی، گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران

^۴ استاد روانشناسی، گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران

^۵ استاد روانشناسی، گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه شهید بهشتی، واحد تهران، ایران

Email: narimani@uma.ac.ir

مقدمه

بر اساس آنچه در راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی ذکر شده است اختلال اتیسم، یک اختلال عصبی تحولی است که در تعریف آن، مجموعه‌ی نقایص پایدار در تعامل و ارتباط اجتماعی و رفتارهای تکراری آمده است. این افراد دارای نوعی اختلال رشدی هستند که با نارسایی در رفتارهای ارتباطی، وجود الگوهای غیرطبیعی رفتاری و نقص در مهارت‌های اجتماعی و ارتباطی، قابل شناسایی است (۱). مشکلات رفتاری، بزرگ‌ترین مانع برای برقراری روابط اجتماعی محسوب می‌شود (۲) و می‌تواند باعث طرد کودک از اجتماع، خانواده و مدرسه شود. عدم درک کودک از خواسته‌های مدرسه، خانواده و همسالان باعث می‌شود توانایی‌های او برای یادگیری محدود شود و فرصت‌های یادگیری را از دست بدهد (۳). در میان گروه‌های مختلف کودکان با نیازهای خاص، کودکان با اختلال‌های طیف اتیسم در زمینه‌ی رفتاری مشکلات فراوانی نسبت به سایر گروه‌ها دارند (۴). والدین این گروه از کودکان نسبت به سایر والدین کودکان با نیازهای خاص استرس و مشکلات بیشتری دارند (۵).

از جمله مؤلفه‌هایی که می‌تواند در رابطه والد-کودک در ابتدای جلسات مؤثر باشد، ذهن آگاهی^۱ والدین است. ذهن آگاهی به‌عنوان مشاهده‌ی مستقیم ذهن و بدن در زمان حال و بدون قضاوت تعریف می‌شود و آن را پایدارتر و توسعه‌یافته‌تر از توجه صرف است (۶). وقتی شما با وضعیت هیجانی یا فیزیکی سختی روبه‌رو می‌شوید، با قضاوت نکردن درباره‌ی تجربیات، بیشتر از آنچه می‌بینید و هستید و چیزی که باید باشید، آگاه می‌شوید (۷). پذیرش این مسأله فرد را توانمند می‌سازد که آگاهانه واکنش نشان دهد و به شیوه‌ای کارآمدتر با زندگی رابطه برقرار کند (۸). طی پژوهشی مشخص گردید که والدین در میزان پذیرش وضعیت فرزندانشان، مهارت‌های همدلی، کیفیت رابطه والد-کودک و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی افزایش معنی‌داری نشان می‌دهند. همچنین کاهش چشمگیری در علائم کودک و

استرس والدین دیده شد (۹). اثربخشی مداخله‌های ذهن آگاهی و تمرکز حواس بر کاهش استرس و افزایش سلامت روانی والدین این کودکان نشان داد که این تمرین‌ها آثار مثبت و بلندمدت بر سطح استرس و سلامت روانی این والدین و بهبود رفتار خود کودک دارد (۱۰).

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد^۲، نوعی از رفتاردرمانی موج سوم می‌باشد که ممکن است در کاهش مشکلات روانی، عاطفی و جسمی با این گروه از والدین مفید باشد (۱۱). در این فرآیند شش مؤلفه آگاهی، پذیرش، گسلش افکار، خود به‌عنوان زمینه، ارزش‌ها و عمل متعهدانه هدف اصلی مداخلات است. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به سازگاری بهتر والدین با مشکلات کودکان اتیسم کمک می‌کند (۱۲). طی پژوهشی تحت عنوان مطالعه آزمایشی کنترل‌شده درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش برای والدین کودکان با اختلالات طیف اتیسم نشان دادند که این مداخله می‌تواند در درمان چالش‌های روان‌شناختی والدین کودکان مبتلا به اتیسم مؤثر باشد (۱۳).

مروری بر مداخله زود هنگام برای کودکان با اختلال طیف اتیسم نشان داده که ۵۲ درصد این خدمات به طور فعال از طریق رابطه مادر و کودک حمایت می‌شود (۱۴). علاوه بر رویکرد مبتنی بر تعهد و پذیرش، از جمله مداخلاتی که می‌تواند بر بهبود سلامت روانی والدین کودکان اتیسم کمک‌کننده باشد، واقعیت‌درمانی است (۱۵). شواهد پژوهشی از تأثیر روش واقعیت‌درمانی بر افزایش مسئولیت‌پذیری و شادکامی در اقشار مختلف حکایت دارد (۱۶). واقعیت‌درمانی مدرن بر آموزش اصول تئوری انتخاب به عنوان نظریه پشتیبان واقعیت‌درمانی تأکید دارد. در حال حاضر از هر ۴۸ کودک یک نفر مبتلا به اتیسم تشخیص داده می‌شود (۱۷) و این واقعیت، نیاز مبرم جامعه امروز به مسأله آموزش والدین و مداخلات خانواده‌محور در خصوص همکاری در برنامه‌های درمانی و تربیتی کودکان با اختلالات طیف اتیسم را روشن می‌کند.

² Acceptance and Commitment Therapy (ACT)

¹ Mindfulness

منفی والدین در طول دوره درمان کاهش یافت. علاوه بر این، والدین از افزایش سطح ارتباطات عملکردی کودک و رفتارهای اجتماعی خبر دادند (۲۴). درمان تعامل والد-کودک باعث کاهش اختلالات رفتاری، علائم آسیب‌شناسی روانی از قبیل افسردگی و اضطراب و بیش‌فعالی در کودک و کاهش استرس والدین می‌گردد (۲۵). این درمان باعث کاهش مسائل رفتاری، استرس والدینی، هیجانات منفی، سبک‌های والدگری نامناسب و افزایش هیجانات مثبت و سبک والدگری مطلوب می‌شود (۲۶).

مشکلات رفتاری هر چه در یک کودک اتیسم بیشتر باشد، سلامت روانی والدین را بیشتر به خطر می‌اندازد و والدین کمتر با کودکان خود ارتباط گرفته و تعامل می‌ورزند که این خود بیش از پیش سبب در خود فرورفتگی این کودکان می‌گردد. در سیستم درمانی مبتنی بر تعامل والد کودک، والدین و کودکان در جلسات درمانی باهم ادغام می‌شوند و با بهبود رابطه و دل‌بستگی توأم با درمان‌پذیری کودک، ارتباط والد-کودک بسیار بهتر و قوی‌تر می‌گردد. با برگزاری دوره‌های مختلف درمان تعامل والد-کودک مشخص شد که افراد مختلف به میزان متفاوتی از آن بهره می‌برند. به نظر می‌رسد که علت این مسأله، مشکلات ویژه‌ی هر خانواده باشد. در نتیجه، شناسایی مؤلفه‌های مؤثر بر درمان و تدوین مدل التقاطی خانواده‌محور جامع و منعطف و سازگار برای هر خانواده، ضروری به نظر می‌رسد.

روش کار

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

پژوهش حاضر از نظر هدف کاربردی است. از نظر کنترل متغیرها از نوع آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل است. این مطالعه مصوب در کمیته اخلاق دانشگاه محقق اردبیلی با کد IR.UMA.REC.1401.001 می‌باشد. در این پژوهش برنامه‌ی تعامل والد-کودک (PCIT) و مدل التقاطی خانواده‌محور متغیر مستقل و مشکلات رفتاری کودکان اتیسم متغیر وابسته محسوب می‌شوند. برنامه‌ی تعامل والد-کودک (PCIT) بر روی گروه آزمایشی اول و مدل التقاطی خانواده‌محور بر روی گروه آزمایشی دوم اعمال شد. جامعه

تحلیل رفتار کاربردی با بیش از ۵۰ سال پیشینه علمی قدرتمند در عرصه مداخلات کودکان طیف اتیسم به عنوان اولین درمان انتخابی مورد استفاده می‌باشد (۱۸). مقدار تأثیر تحلیل رفتار کاربردی بر کاهش مشکلات کودکان مبتلا به اختلال طیف اتیسم در ایران، مطابق جدول تفسیر اندازه اثر کوهن، بسیار بالاست (۱۹). طی پژوهشی تحت عنوان اثربخشی تحلیل رفتار کاربردی^۱ در مهارت‌های ارتباطی کودکانی با اختلالات طیف اتیسم نشان داده شد که در سطح اولیه، همکاری شرکت‌کنندگان و الگوسازی نقش از اهمیت ویژه‌ای برای برنامه‌های ABA برخوردار است (۲۰).

یکی دیگر از برنامه‌های به نسبت جدید آموزشی به منظور کاهش مشکلات رفتاری کودکان، برنامه‌ی «تعامل والد-کودک»^۲ است. در این برنامه که شامل کار با والدین و فرزندان ۳ تا ۶ ساله می‌باشد، درمانگر، پدر یا مادر را طی یک تعامل واقعی با کودک آموزش می‌دهد و والدین با دو دسته مهارت آماده می‌شوند: تعامل کودک‌مدار^۳ و تعامل والد‌مدار^۴. در تعامل کودک‌مدار، والدین یاد می‌گیرند برای ارتقای رابطه‌ی کودک-والدین از مهارت‌های بازی درمانی سنتی استفاده کنند و در تعامل والد‌مدار، والدین مهارت‌هایی را برای بهبود فرمان‌برداری کودک و کاهش رفتارهای آشفته‌ی او یاد می‌گیرند (۲۱). نتایج حاصل از مطالعه بر روی کودکانی که از این شیوه‌ی درمانی بهره برده‌اند نشان‌دهنده‌ی ارتباط قوی بین تعامل اجتماعی و مشکلات رفتاری در افراد مبتلا به اختلالات طیف اتیسم می‌باشد (۲۲). کودکان اتیسم معمولاً از مشارکت در رفتارهای اجتماعی پرهیز می‌کنند و رفتارهای نامناسب اجتماعی چون عدم برقراری تماس چشمی و کناره‌گیری از دیگران یا پرتاب اشیاء در آنان دیده می‌شود و همچنین پرخاشگری و آسیب رساندن به خود در آن‌ها مشاهده می‌گردد (۲۳). درمان مبتنی بر تعامل والد-کودک برای کودکانی با اختلال اتیسم، مهارت‌های والدگری مثبت افزایش و مهارت‌های

¹ Applied Behavioral Analysis (ABA)

² Parent - child interaction therapy (PCIT)

³ Child Direct Interaction (CDI)

⁴ Parent Direct Interaction (PDI)

مشکلات کودک دارد. پس از مهارت یافتن والدین در این مرحله، بخش دوم یعنی PDI آغاز می‌شود. در ابتدای این بخش نیز والدین به تنهایی با درمانگر ملاقات می‌کنند و یک جلسه‌ی آموزش PDI را می‌گذرانند که شامل اطلاعات آموزشی، بحث و گفتگو و نقش‌گذاری است. در جلسات بعدی والدین همراه با کودکان به کلینیک مراجعه می‌کنند و چندین جلسه‌ی آموزش مهارت‌های مستقیم دارند. پس از پایان دوره‌ی درمان یک جلسه‌ی ارزیابی برگزار می‌گردد و در آن سنجه‌های اجرایی در قبل از درمان، تکرار می‌شود و به بهبودی‌های مشاهده‌شده‌ی خانواده، از قبل تا پس از درمان بازخوردی داده می‌شود.

افرادی که در گروه آزمایشی **دوم** قرار دارند روال کلی درمان را همچون گروه نخست طی می‌کنند اما تفاوت‌های زیر در شیوه‌ی درمانی آن‌ها لحاظ می‌گردد.

۱- پیش از شروع جلسات CDI دو جلسه برای والدین برگزار می‌گردد؛ در جلسه‌ی نخست پذیرش نقش والدینی با رویکرد درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد و با تکنیک‌های ذهن‌آگاهی به والدین آموزش داده می‌شود و طی آن والدین می‌آموزند با ذهن‌آگاهی نقش والدینی خود را بپذیرند و با افزایش ظرفیت روانی بتوانند مشکلات داشتن یک فرزند اتیسم را بپذیرند و در جلسه‌ی دوم همچون شیوه‌ی درمانی متعارف PCIT، والدین اصول CDI را آموزش می‌بینند و در کنار آن بر مبنای نظریه گلاسر، هفت عادت مؤثر و هفت عادت مخرب به آن‌ها تعلیم داده می‌شود؛ هفت عادت مؤثر که آموزش داده می‌شوند عبارت‌اند از حمایت کردن، دلگرمی دادن، گوش دادن، پذیرفتن، اعتماد کردن، احترام گذاشتن و گفتگو کردن و هفت عادت مخرب عبارت‌اند از انتقاد کردن، سرزنش کردن، شکایت و گلایه کردن، غر زدن، تهدید کردن، تنبیه کردن و پاداش دادن برای کنترل.

۲- با شروع جلسات CDI، مفهوم نیازهای گلاسر بر مبنای تئوری انتخاب و نیز دنیای مطلوب کودک به والدین آموزش داده می‌شود. در پایان هر جلسه، زمانی در نظر گرفته می‌شود تا به والدین آموخته شود کودک آن‌ها، اگرچه دارای اختلال اتیسم می‌باشد، اما در حال ارضای نیازهای خود است و با این

آماری این پژوهش، شامل کلیه کودکانی بود که در پاییز و زمستان سال ۱۳۹۸ از تهران اتیسم خدمات دریافت می‌کردند. در این پژوهش، از بین کودکان ۴ تا ۷ سال که تشخیص رسمی اتیسم را دریافت نموده و نمره کلی مقیاس گارز آنها بین ۸۵ تا ۹۹ است (دسته خفیف با عملکرد بالا) و همچنین نمره مشکلات رفتاری آنها در پرسشنامه رفتاری کودکان آیرگ در مقیاس شدت بالای ۱۲۷ و یا در مقیاس مشکل بالای ۱۱ است، ۳۶ نفر به صورت در دسترس انتخاب و بعد از همگن‌سازی بر اساس سن، جنسیت، تحصیلات والدین و رتبه تولد به صورت تصادفی در سه گروه برنامه‌ی تعامل والد-کودک (PCIT) و مدل التقاتلی خانواده‌محور و گروه کنترل قرار گرفتند.

افرادی که در گروه آزمایشی **اول** قرار دارند طی روال معمول PCIT مورد درمان قرار گرفتند. درمان معمول PCIT همیشه با یک جلسه‌ی ارزیابی والدین آغاز می‌شود که در آن طی یک مصاحبه، اطلاعاتی درباره‌ی پیشینه و مشکلات حاضر جمع‌آوری می‌گردد، پرسشنامه‌هایی اجرا می‌شوند و درمانگر، نمونه‌ای از چگونگی رابطه‌ی والدین و کودک با همدیگر را مشاهده می‌کند. با توجه به نتایج ارزیابی و طراحی درمان، در پایان جلسه‌ی ارزیابی پیش از درمان و یا در جلسه‌ی جداگانه، بازخوردی برای خانواده‌ها تهیه می‌شود و دوره‌ی معمول درمان برای خانواده تبیین می‌گردد. سپس دوره‌ی درمان آغاز می‌گردد؛ به این صورت که درمانگر، پدر یا مادر را طی یک تعامل واقعی با کودک آموزش می‌دهد و در عین حال از پشت یک آینه‌ی یک‌طرفه بر کار والد نظارت دارد و با یک گوشی با پدر یا مادر در ارتباط است. مهارت‌هایی که به والد آموزش داده می‌شود؛ چنان که در تعریف PCIT آورده شده است شامل دو بخش CDI و PDI می‌باشد. درمان با CDI آغاز می‌شود و درمانگر در یک جلسه‌ی آموزشی، اصول CDI را به والدین آموزش می‌دهد. در این بخش از سخنرانی آموزشی، بحث و گفتگو، سرمشق‌سازی زنده و نقش‌گذاری استفاده می‌شود. بعد از جلسه‌ی آموزش، چندین جلسه تعلیم مهارت‌های CDI صورت می‌گیرد که والدین و بچه‌ها با همدیگر دیده می‌شوند و تعداد این جلسات بستگی به سرعت یادگیری والدین و ماهیت

۵- با پیشرفت جلسات فرامین پیچیده‌تری به کودک داده می‌شود و از جلسه‌ی چهارم به بعد تعمیم فرمان‌پذیری به سایر ساعات شبانه‌روز و سایر مکان‌ها نیز در دستور کار قرار می‌گیرد.

ابزار پژوهش

پرسشنامه رفتار کودک آیرگ^۱: این ابزار یک ابزار خودگزارشی و ۳۶ سؤال است، که توسط آیرگ و راس (۱۹۷۸) به منظور اندازه‌گیری رفتارهای مشکل‌ساز و ایذایی رایج در کودکان و نوجوانان ۱۶-۲ سال در دو مقیاس شدت و مشکل طراحی شده است (۲۹). این سیاهه توسط والدین و در مقیاس ۷ امتیازی لیکرت از «هرگز» تا «همیشه» نمره‌گذاری می‌شود. همچنین با درجه‌بندی هر ماده، به صورت «بله» و «خیر»، مشکل‌ساز بودن رفتارهای کودک تعیین می‌گردد. از حاصل جمع درجه‌بندی فراوانی رفتارها، نمره مقیاس شدت و از جمع پاسخ‌های بله، نمره مقیاس مشکل رفتاری مشخص می‌شود. این پرسشنامه از روایی و پایایی قابل قبولی برخوردار است (۳۰). در مطالعه کانرز (۲۰۰۶) ضریب آلفای مقیاس شدت ۰/۹۵ و مقیاس مشکل ۰/۹۱ به دست آمد. همچنین روایی ملاک محاسبه شده سیاهه نیز قابل قبول بود. اعتبار پرسشنامه ECBI در نمونه ۲۰۰ نفر ایرانی محاسبه گردید و ضریب آلفای مقیاس شدت ۰/۹۳ و مقیاس مشکل ۰/۹۲ به دست آمد (۳۱).

نتایج

در این پژوهش ۳۶ آزمودنی مورد مداخله قرار گرفتند که همگی پسر بودند. این کودکان که بین ۴ تا ۷ ساله بودند به همراه حداقل یکی از والدین در برنامه‌ها حضور داشتند و یک درمانگر ارشد (پژوهشگر) به کمک و همراهی والدین مداخلات را انجام می‌دادند.

برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش آماری تحلیل کوواریانس چند متغیره با استفاده از نرم‌افزار SPSS^{۲۵} استفاده شد.

واقعیت‌درمانی و درک درست از شرایط، تلاش می‌شود رابطه و پیوند بین والد و کودک اصلاح شود.

۳- پس از کسب مهارت در CDI و با ورود به بخش PDI، نخست یک جلسه‌ی توجیهی برای والدین برگزار می‌گردد و در آن تکنیک‌های ABA و تأثیر تقویت مثبت به والدین آموزش داده می‌شود. لازم به ذکر است مؤسسات بسیاری چون آکادمی پزشکی اطفال آمریکا و دپارتمان سلامت ایالت نیویورک شیوه درمان ABA را به‌عنوان بهترین شیوه‌ی درمان اتیسم تأیید نموده‌اند. در این جلسه از والدین خواسته می‌شود فاکتورهای مثبت و موارد تقویت‌کننده‌ای را که بر فرزندشان مؤثر است، اعم از خوراکی یا اسباب‌بازی شناسایی کنند و در جلسات PDI به همراه خود بیاورند. یکی از استراتژی‌های تقویت مثبت قراردادهای رفتاری است. این استراتژی بر اساس اصل پریماک ساخته شده است. این اصل که به قانون مادرزیرگ معروف می‌باشد بر اساس اصل مجاورت ایجاد شده است. درون‌مایه اصلی این تکنیک دو جزء می‌باشد. جزء اول این است که اگر دو فعالیت در کنار و پشت سر هم قرار بگیرند ویژگی یکی بر دیگری اثر می‌کند و هر کدام تداعی‌کننده دیگری هستند. جزء دوم این تکنیک اولویت دشواری و ساده بودن فعالیت‌ها می‌باشد. بر این اساس فعالیتی که جذابیتش کمتر و دشوارتر است در ابتدا باشد و به دنبال آن فعالیت لذت‌بخش بیاید (۲۷).

۴- با شروع جلسات PDI و درحالی‌که والدین، قراردادهای رفتاری از پیش ساخته شده بر اساس آموزش‌های جلسه قبل و تقویت‌کننده‌ها را به همراه آورده‌اند، آموزش فرمان‌پذیری به کودک با فرمان‌ها عادی زندگی روزمره آغاز می‌شود. باید توجه داشت که در این شیوه‌ی آموزشی، برخلاف سیستم معمول PCIT، صندلی محرومیت وجود نخواهد داشت و تنها از تقویت‌کننده‌های مثبت بر اساس بندهای قراردادهای رفتاری استفاده می‌شود و نیز در ابتدای آموزش، هرگاه کودک کاری را انجام نداد والد به او کمک می‌کند و به تدریج از کمک والد کاسته و سرنخ‌ها حذف می‌شوند و در صورت اجرای هر یک از فرمان‌ها، رفتار درست با استفاده از تقویت‌کننده‌ها ترغیب می‌شود (۲۸).

¹ Eyberg Child Behavior Inventory (ECBI)

جدول ۱. شاخص های توصیفی نمرات پیش آزمون و پس آزمون مشکلات رفتاری کودک

متغیر	گروه	پیش آزمون میانگین	انحراف استاندارد	پس آزمون میانگین	انحراف استاندارد
مشکلات کودک	التقاطی خانواده محور	۱۳۵/۱۶	۱۱/۸۴	۹۱/۸۳	۲۹/۰۴
	والد-کودک	۱۳۷/۵۰	۱۱/۹۶	۱۱۵/۹۱	۱۳/۵۰
	کنترل	۱۳۴/۵۰	۱۸/۴۱	۱۳۷/۳۳	۲۳/۶۶

تعامل بین گروه و پیش آزمون مشکلات رفتاری کودک
معنی دار نیست. به عبارت دیگر داده ها از فرضیه همگنی
شیب های رگرسیون پشتیبانی می کند ($F=۰/۳۵$ و $P=۰/۷۰۸$).

اطلاعات مندرج در جدول ۱ میانگین و انحراف استاندارد
نمرات مشکلات رفتاری کودک را در پس آزمون و پیش آزمون
گروه ها نشان می دهد. آزمون لوین پیش فرض تساوی واریانس ها
در گروه ها را در متغیرهای وابسته نشان می دهد و پیش فرض
ثابت می شود.

جدول ۲. نتایج تحلیل کوواریانس (ANCOVA) برای اثربخشی مدل التقاطی خانواده محور و درمان تعامل والد-کودک در کاهش مشکلات رفتاری کودکان مبتلا به اتیسم با کنترل پیش آزمون مشکلات رفتاری کودک به عنوان متغیر کوواریت یا همپراش

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	شاخص F	معنی داری
مشکلات رفتاری کودک	پیش آزمون	۸۵۶۱/۳۵	۱	۸۵۶۱/۳۵	۳۰/۸۱	۰/۰۰۰
	گروه	۱۲۸۴۶/۴۹	۲	۶۴۲۳/۲۴	۲۳/۱۲	۰/۰۰۰
	خطا	۸۸۹/۸۹	۳۲	۲۷۷/۸۰	-	-
	کل	۵۰۶۲۱۷/۰۰	۳۶	-	-	-

معنی دار می باشد. بنابراین فرض صفر مبنی بر عدم تفاوت بین دو
گروه رد می شود.

همانطور که جدول ۲ نشان می دهد پس از تعدیل نمرات
پیش آزمون، تفاوت نمره های پیش آزمون- پس آزمون گروه های
مورد پژوهش برای متغیر مشکلات رفتاری کودک ($F_{2,32}$)

جدول ۳. نتایج آزمون تعقیبی LSD برای مقایسه دوبه دوی میانگین گروه ها بر اساس شاخصه ای تفاوت میانگین ها و سطح معناداری در گروه های مورد پژوهش

متغیر وابسته	گروه	تفاوت میانگین	انحراف استاندارد خطا	معنی داری
مشکلات کودک	التقاطی خانواده محور	۲۱/۴۷۵	۶/۸۲	۰/۰۰۴*
	والد-کودک	۴۶/۲۴۵	۶/۸۰	۰/۰۰۰**
	التقاطی خانواده محور	۲۱/۴۷۵	۶/۸۲	۰/۰۰۴*
	کنترل	۲۴/۷۷۱	۶/۸۳	۰/۰۰۱*
	والد-کودک	۲۴/۷۷۱	۶/۸۳	۰/۰۰۱*

*P<0.01 **P<0.001

به دنبال معنی‌دار شدن تفاوت کلی بین دو گروه، برای تعیین تفاوت معنی‌دار در گروه‌ها از مقایسه‌های زوجی تفاوت میانگین‌ها یعنی آزمون‌های تعقیبی استفاده شد که به کارگیری این روش‌ها، غالباً به نتایج مشابهی ختم می‌شود. اما با توجه به کاربرد آن‌ها برای مقایسه میانگین دوه‌دوی گروه‌ها از آزمون تعقیبی بنفرونی استفاده شد. نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی برای مقایسه میانگین دوه‌دوی گروه‌ها نشان می‌دهد که در نمره مشکلات رفتاری کودک تفاوت معناداری بین گروه‌ها وجود دارد. بدین معنی که میانگین نمرات مشکلات رفتاری کودک در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل کمتر بود (جدول ۳).

بحث

هدف از پژوهش حاضر تدوین مدل التقاطی خانواده‌محور و مقایسه اثربخشی آن با درمان تعامل والد-کودک در کاهش مشکلات رفتاری کودکان مبتلا به اتیسم با عملکرد بالا بود. ما در پژوهش حاضر، شاهد این بودیم که تمرکز بر بهبود کیفیت ارتباط بین کودک و والدین و نیز تلاش برای پذیرش جایگاه والدینی در خانواده‌های دارای فرزندان طیف اتیسم، نقش مهمی در مشارکت والدین در برنامه‌های تربیتی و تغییر رفتارهای مشکل‌دار فرزندان دارد. در بخش PDI حذف کردن تکنیک‌های محرومیت و استفاده از شیوه‌های تقویت مثبت و شکل‌دهی رفتار، نقش مهمی در افزایش انگیزه و همکاری کودکان طیف اتیسم در برنامه‌های فرمان‌پذیری داشت. نتایج حاصل از یافته‌ها نشان داد که ترکیب مداخلات مبتنی بر تحلیل رفتار کاربردی، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، تئوری انتخاب و واقعیت‌درمانی با درمان تعامل والد-کودک (PCIT) در کاهش مشکلات رفتاری کودکان مبتلا به اتیسم مؤثر است. این یافته با یافته‌های کاجیا و همکاران (۲۰۱۶)، لئونگ و همکاران (۲۰۱۴)(۲۶)، هس و همکاران (۲۰۱۸) در یک راستا می‌باشد (۱۳). درمان التقاطی خانواده‌محور با آموزش والدین مبنی بر این که به طور ذهن‌آگاهانه شیوه‌های مخربی همچون تنبیه و سایر عادات تخریبگر رابطه را مورد استفاده قرار ندهند، می‌تواند چرخه معیوب مشکلات رفتاری را بشکند. در این درمان

والدین مهارت‌هایی را برای ایجاد روابط امن در جهت رشد فرزندان خود یاد می‌گیرند و به این ترتیب رفتارهای اجتماعی مؤثر را در فرزند خود افزایش می‌دهند و رفتارهای منفی را کاهش می‌دهند. همچنین والدین می‌آموزند به فرزندان خود نزدیک شوند و به رفتارهای سازگارانه کودک خود توجه کرده و رفتارهای ناسازگارانه را نادیده بگیرند تا کودکان به صورت مؤثرتری پاسخ دهند. مطالعات منتشرشده قبلی، مزایای ذهن-آگاهی را در زمینه‌های تربیتی، گزارش کرده‌اند، اما هیچ‌یک از این‌ها والدین کودکان مبتلا به اتیسم را شامل نمی‌شود (۳۳، ۳۲). دو مکانیسم مکمل وجود دارد که ممکن است توضیح دهد که چگونه والدین کودکان مبتلا به ASD می‌توانند از آموزش‌هایی که شامل ذهن‌آگاهی و شفقت است، سود ببرند. آموزش ذهن-آگاهی منجر به کنترل بیشتر فرآیندهای ذهنی و تنظیم رفتار می‌شود. مؤلفه شفقت، همدلی را در والدین تقویت می‌کند، مهارتی که بستر مناسبی ایجاد می‌نماید تا با خود و فرزندان نشان ارتباط بهتری برقرار کنند و از آن‌ها مراقبت نمایند.

نتایج حاصل از یافته‌ها همچنین نشان داد که مدل التقاطی خانواده‌محور در کاهش مشکلات رفتاری کودکان مبتلا به اتیسم (با عملکرد بالا) مؤثر است. این یافته با یافته‌های فرناز و همکاران (۲۰۱۹)، اندرادی و همکاران (۲۰۱۸)(۲۰)، زلومکه و همکاران (۲۰۱۷) (۲۴)، کولی و همکاران (۲۰۱۴) در یک راستا می‌باشد (۲۵). اکثر آموزش‌های والدین مبتنی بر رفتار برای تجهیز والدین به مجموعه رفتاری جدید یا اصلاح‌شده طراحی شده‌اند تا بتوانند رفتار فرزند خود را مدیریت کنند. درحالی که در مدل التقاطی، این تلاش‌ها نه تنها در تغییر رفتار آشکار والدین و فرزندان، بلکه در بهبود پیامدهای سلامت روانی والدین و افزایش کیفیت زندگی برای برخی خانواده‌ها موفق بوده است (۱۳). در پژوهش حاضر سعی شد تا با استفاده از افزایش گسلس روان‌شناختی و پذیرش آگاهانه به مادران دارای کودک اتیسم کمک شود تا تعاملات و تفکرات منفی را به شیوه جدیدتری تجربه کنند و در نهایت، رفتارهای منفی در ارتباط با خود و محیط پیرامونشان را به حداقل برسانند. والدین آموختند تا با موقعیت‌ها و تفکراتی را که قبلاً از آن اجتناب می‌کردند، درگیر شوند و آن را بپذیرند.

کامل از دستورالعمل‌های مداخلات خلل ایجاد می‌کرد و نیز والدین حوصله لازم برای تکمیل پرسشنامه‌ها در حدفاصل جلسات را نداشتند.

تمرکز بر روی PDI و تعدیل مشکلات رفتاری توسط درمانگر قبل از وارد کردن والدین به برنامه‌ها یکی از شیوه‌های دیگر این پژوهش می‌باشد که در آینده علاقه‌مندان می‌توانند نتایج آن را با مدل‌های قبلی مقایسه نمایند. جلسات آموزشی آنلاین و استفاده از تکنولوژی مداخلات مجازی می‌تواند تا حد زیادی مشکلات و محدودیت‌های اجرای پژوهش را تعدیل نماید. در حالی که جلسات مداخله بصورت فردی و مجزا با هر خانواده پیش می‌رود، جلسات آموزش نظری آنها می‌تواند بصورت گروهی و با استفاده از ساختار گروه‌درمانی اجرا گردد و از توان هم‌افزایی آنها در ایجاد انگیزه و افزایش تعهد به حضور در طول دوره استفاده نمود.

نتیجه‌گیری

رابطه والد و کودک نقشی تعیین‌کننده و اساسی در همکاری کودک و اخذ نتایج مطلوب در مداخلات تربیتی و درمانی دارد. برای اینکه والدین بتوانند نقش خود را به بهترین و مؤثرترین نحو ایفا نمایند باید در خصوص جایگاه خویش به پذیرش رسیده باشند. بخش مهمی از این پذیرش مستلزم توانایی مواجهه با هیجانات نامطلوب و کنار آمدن با چالش‌های غیرقابل اجتناب ناشی از داشتن فرزندی با نیازهای ویژه است. در این راستا نظریه‌هایی که بر احساس مسئولیت، معنا، پذیرش و ارتباط تأکید بیشتری دارند در کنار تکنیک‌های رفتاری می‌توانند بسیار مؤثرتر عمل نمایند.

تضاد منافع

بین نویسندگان در زمینه این مقاله، تعارضی وجود ندارد.

تشکر و قدردانی

بر خود لازم می‌داریم از کلیه والدین و کودکان مبتلا اتیسم مراجعه‌کننده به مرکز اتیسم تهران که در پژوهش حاضر شرکت کرده و رضایت به اشتراک گذاشتن نتایج را داشتند صمیمانه تشکر کنیم. از سرکار خانم سالومه ابطحی که در جمع‌آوری داده‌ها را یاری نمودند صمیمانه سپاسگزاری می‌گردد.

شفاف‌سازی ارزش‌های والدگری و تعهد برای عمل به صورت سازگار با این ارزش‌ها، به مادران این فرصت را می‌دهد تا به شیوه‌هایی عمل کنند که آنها را به سمت سلامت روان و رضایت از زندگی هدایت کرده و بتوانند مشکلات روان‌شناختی خویش را کنترل کنند. آموزش گسلش روان‌شناختی در طی جلسات درمانی به مادران دارای فرزند اتیسم موجب شد مادران تعاملات و تفکر منفی خود در مورد کودک اتیسم خود را کاهش داده و پذیرش خود را افزایش دهند که در نهایت این امر گستره‌ی رفتارها و الگوهای ارتباطی منفی را کاهش داد.

آموزش اصول تئوری انتخاب، به والدین کمک کرد تا با آگاه شدن از عادات تخریب‌گر خود، رفتارهای کنترل‌گرانه‌شان را مدیریت کرده و به جای اعمال کنترل بیرونی با شیوه‌های خلاقانه و بر اساس نیازهای بنیادین و دنیای مطلوب فرزندان خود، آنها را به سمت رفتارهای مؤثرتر هدایت کنند.

قراردادهای رفتاری مبتنی بر تقویت مثبت نیز جایگزین روش تنبیهی صندلی محرومیت گردید تا در توسعه رفتار مؤثر برای عرصه‌های مختلف زندگی کودک کمک‌کننده باشد. همان‌گونه که می‌دانیم تنبیه علاوه بر تخریب کیفیت رابطه، در صورت مؤثر بودن صرفاً به کودک می‌آموزد تا رفتار تنبیه‌شده را دیگر تکرار نکند و در گسترش و تعمیم رفتارهای مؤثر نقش چندانی ندارد.

تابه‌حال هیچ پژوهش مقایسه‌ای در زمینه‌ی تدوین و اثربخشی این دو شیوه درمانی در کاهش مشکلات رفتاری کودکان اتیسم انجام نگرفته است. نتایج پژوهش‌ها نشان داده‌اند که سیستم خانوادگی به‌عنوان یک عامل مهم در مشکلات رفتاری کودکان سهیم می‌باشد. این مدل بر این فرض استوار است که بهبود تعاملات والد و کودک می‌تواند منجر به بهبود عملکرد کودک و خانواده گردد. نتایج این پژوهش نشان داد که هر دو روش در کاهش مشکلات رفتاری کودکان مؤثر می‌باشند.

از محدودیت‌های عمده در انجام این پژوهش طول دوره مداخله سه‌ماهه بود که موجب ریزش یا عدم رغبت والدین برای ادامه همکاری می‌گردید. برگزاری تحقیق در دوران کرونا جلسات حضوری را تحت تأثیر قرار می‌داد. عدم شناخت دقیق والدین و انتظارات آنها از نتایج سریع‌تر و زود هنگام مداخلات در تبعیت

References

۱. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®). American Psychiatric Pub. 2013
۲. Schmidt JD, Drasgow E, Halle JW, Martin CA, Bliss SA. Discrete-trial functional analysis and functional communication training with three individuals with autism and severe problem behavior. *Journal of Positive Behavior Interventions* 2014; 16(1): 44-55.
۳. Birch S, Frederickson N. Educating children with autism. *Educational Psychology* 2015, 199.
۴. Maskey M, Warnell F, Parr JR, Le Couteur A, McConachie H. Emotional and behavioural problems in children with autism spectrum disorder. *Journal of autism and developmental disorders* 2013; 43(4): 851-9.
۵. Neff KD, Faso DJ. Self-Compassion and Well-Being in Parents of Children with Autism. *Mindfulness* 2015; 6: 938-47.
۶. Nilsson H, Kazemi A. Reconciling and Thematising Definitions of Mindfulness: The Big Five of Mindfulness. *Review of General Psychology* 2016; 20(2): 235-42.
۷. Vago DR, Silbersweig DA. Self-awareness, self-regulation, and self-transcendence (S-ART): a framework for understanding the neurobiological mechanisms of mindfulness. *Frontiers in human neuroscience* 2012; 6: 296.
۸. Segal ZV, Williams J, Mark G, Teasdale JD. *Mindfulness based cognitive therapy for depression*. New York, Guilford Press. 2013; 5-6.
۹. Fernandez-Carriba S, González-García M, Bradshaw J, Gillespie S, Mendelson JL, Jarzabek E, et al. Learning to connect: a feasibility study of a mindfulness and compassion training for parents of children with autism spectrum disorder. *Mental Health and Family Medicine* 2019; 15: 794-804.
۱۰. Cachia RL, Anderson A, Moore DW. Mindfulness, Stress and Well-Being in Parents of Children with Autism Spectrum Disorder: A Systematic Review. *Journal of Child and Family Studies* 2016; 25(1): 1-14.
۱۱. Hayes SC, Luoma JB, Bond FW, Masuda A, Lillis J. Acceptance and commitment therapy: model, processes and outcomes. *Behavior Research and Therapy* 2006; 44(1): 1-25.
۱۲. Corti C, Pergolizzi F, Vanzin L, et al. Acceptance and Commitment Therapy-Oriented Parent-Training for Parents of Children with Autism. *Journal of Child and Family Studies* 2018; 27: 2887-900.
۱۳. Hahs AD, Dixon MR, Paliliunas D. Randomized Controlled Trial of a Brief Acceptance and Commitment Training for Parents of Individuals Diagnosed with Autism Spectrum Disorders. *Journal of Contextual Behavioral Science* 2019; 12: 154-9.
۱۴. Karst JS, Van Hecke AV. Parent and Family Impact of Autism Spectrum Disorders: A Review and Proposed Model for Intervention Evaluation. *Clinical child and family psychology review* 2012; 15(3): 247-77.
۱۵. Kakia L. Effect of Group Counseling Based on Reality Therapy on Identity Crisis in Students of Guidance Schools. *Journal of Fundamentals of Mental Health* 2010; 12(45), 430-7. [Persian]
۱۶. Khazan K, Younesi SJ, Foroughan M, Saadati H. The Effectiveness of Training Reality Therapy Concepts on the Happiness of Elder People. *Salmand: Iranian Journal of Ageing* 2015; 10(3): 174-81. [Persian]
۱۷. Steinman G. Prenatal identification of autism propensity. *Medical Hypotheses* 2019; 122: 210-11.
۱۸. Keenan M, Dillenburger K, Röttgers HR, et al. Autism and ABA: The Gulf Between North America and Europe. *Review Journal of Autism and Developmental Disorders* 2015; 2: 167-83.
۱۹. Mohseni Ejiyeh A, Abedi A, Behnamnejad N. Effectiveness of Applied Behavior Analysis (ABA) for Children with Autism Spectrum Disorders in Iran, 2005-2013: A Meta-analysis. *Iranian Journal of Psychiatry & Clinical Psychology* 2015; 21(1): 17-25. [Persian]
۲۰. Andreadi R, Charitaki G, Soulis SG. The Effect of Applied Behavioral Analysis on the Communication Skills in Children with Autism Spectrum Disorder: Perceptions of Special Educators and Psychologists. *Scholars Journal of Arts, Humanities and Social Sciences* 2018; 6(6): 1218-28.
۲۱. McNeill, Cheryl Bedford and Hambury-Keegan, Tony. *Parent-Child Interaction Therapy (PCIT)*. Translation: Seyed Badraddin Najmi and Nazita Janqorban (first edition) 2016. Tehran: Arjmand.
۲۲. Susan L, Hyman SE, Levy SM, et al. Identification, Evaluation, and Management of Children With Autism Spectrum Disorder. *Pediatrics* January 2020; 145 (1): e20193447.
۲۳. Sun X, Allison C, Wei L, Matthews FE, Auyeung B, Wu YY, et al. Autism prevalence in China is comparable to Western prevalence. *Molecular Autism* 2019; 10(7).

۲۴. Zlomke KR, Jeter K, MS, Murphy J. Open-Trial Pilot of Parent-Child Interaction Therapy for Children with Autism Spectrum Disorder. *Child & Family Behavior Therapy* 2017; 39(1), 1–18.
۲۵. Cooley ME, Veldorale-Griffina A, Petren RE, Mullis AK. Parent–Child Interaction Therapy: A Meta-Analysis of Child Behavior Outcomes and Parent Stress. *Journal of Family Social Work* 2014; 17(3):191–208.
۲۶. Leung C, Tsang S, Sin TCS, Choi SY. The Efficacy of Parent–Child Interaction Therapy With Chinese Families: Randomized Controlled Trial. *Research on Social Work Practice* 2014; 25(1): 117-28.
۲۷. Raymond MG. Behavior Modification: Principles and Procedures (Translated by Ali Fathi-Ashtiani, PhD, 1399). Tehran, SAMT. 2012; .[Persian]
۲۸. Cooper J, Heron T, Heward W. (2019). *Applied Behavior Analysis*. 3rd Edition. Pearson. 2019; 912p:200-250.
۲۹. Martinez K, Chlebowski C, Roesch S, et al. Psychometric Assessment of the Eyberg Child Behavior Inventory in Children with Autism in Community Settings. *Journal of Autism and Developmental Disorders* 2022; 1-5.
۳۰. Xinyuan W, Jinzhu Z, Shan H, et al. Cognitive Behavioral Therapy for Autism Spectrum Disorders: A Systematic Review. *Pediatrics* May 2021; 147 (5): e2020049880.
۳۱. Haji Seyedrazi H, Azkhosh M, Tahmasian K, Bayat, M, Biglarian A. The Efficacy of “Parenting the Strong-Willed Child” Program for Mothers’ Parenting Practices and Children’s Behavioral Problems. *Journal of Family Research* 2012; 8(4):373-90. [Persian]
۳۲. Mascaro JS, Kelley S, Darcher A, Negi LT, Worthman C, Miler A, et al. Meditation buffers medical student compassion from the deleterious effects of depression. *The Journal of Positive Psychology* 2016; 13(2): 133-42.
۳۳. Reddy SD, Negi LT, Dodson-Lavelle B, Ozawa-de Silva B, Pace TWW, Cole SP, et al. Cognitive-Based Compassion Training: A promising prevention strategy for at-risk adolescents. *Journal of Child and Family Studies* 2013; 22(2):219-30.

Original Article

Developing a Family-Centered Eclectic Model and Comparing its Effectiveness with Parent-Child Interaction Therapy in Improving Parent-Child Relationship and Reducing Behavioral Problems in Children with Autism

Received: 20/07/2024 - Accepted: 27/04/2026

Nooshin Fayezi¹
Mohammad Narimani^{2*}
Seifollah Aghajani³
Sajjad Basharpour⁴
Hamid Reza Pouretmad⁵

¹ Ph.D. Student of psychology,
Department of Psychology,
Mohaghegh Ardabili University,
Ardabil, Iran

² Professor of psychology, Department
of Psychology, Mohaghegh Ardabili
University, Ardabil, Iran

³ Associate Professor of Psychology,
Department of Psychology,
Mohaghegh Ardabili University,
Ardabil, Iran

⁴ Professor of Psychology, Department
of Psychology, Mohaghegh Ardabili
University, Ardabil, Iran

⁵ Professor of Psychology, Department
of Psychology, Shahid Beheshti
University, Tehran, Iran

Email: narimani@uma.ac.ir

Abstract

Introduction: One of the new educational programs to reduce children's behavioral problems is the "eclectic family-centered" program. This study aimed to develop an eclectic family-centered model and compare its effectiveness with the parent-child interaction therapy in reducing behavioral problems in children with autism.

Methods: The present study was applied in terms of purpose and experimental in terms of controlling variables with a pretest-posttest design with a control group. The statistical population of this study included all children with autism spectrum disorders in Tehran Autism Medical Center located in Tehran. In this study, the Eyberg Child Behavior Inventory (ECBI) was used and the statistical method of analysis of covariance with SPSS-25 software was used to analyze the data.

Results: The results showed that there was a significant difference between the mean of child behavioral problems in the eclectic family-centered model group compared to the Parent-Child Interaction Therapy (PCIT) and the control group, meaning that the eclectic family-centered model was more effective in reducing children's behavioral problems.

Conclusion: As a result, the eclectic family-centered model can be considered as a more appropriate alternative in psychological interventions to reduce the behavioral problems of children with autism.

Keywords: Parent-Child Relations, Problem Behavior, Autism