

The Effectiveness of Combination of Schema Therapy and Attachment-Based Therapy for Mathors with Insecure Attachment Style on Children's Behavioral Problems and Parent-Child Relationships

Maral Askari ^{1,2}, Farah Nadri ^{2,*}, Parviz Askary ², Alireza Heidari ², Parvin Ehteshamzadeh ²

¹ Department of Psychology, Khouzestan Science and Research Branch, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran

² Psychology Department, Ahvaz Branch, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran

* **Corresponding author:** Farah Nadri, Psychology Department, Ahvaz Branch, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran. E-mail: nmafrah@yahoo.com

Received: 05 Jul 2016

Accepted: 05 Sep 2016

Abstract

Introduction: The present study analyzed the effectiveness of combination of schema therapy and attachment-based therapy for mothers with insecure attachment style on children's behavioral problems.

Methods: This study was a single subject of ABA experimental designs and purposive sampling. Six mothers whose children had behavioral problems were selected among clients referred to the psychological counseling services related to the rehabilitation welfare center. These mothers had maladaptive schemas and insecure attachment style. They were selected randomly and in a step-wise manner. The measurement was done by using Young Early Maladaptive Schema Questionnaire, Experiences in Close Relationships Scale and Ratter Behavioral Disorders Questionnaire. Each mother received combination therapy of schema therapy and attachment-based therapy for 20 sessions.

Results: There was a reduction in the children's signs of behavioral problems compared to the baseline, 2.81% compared to 27.57%. Generally, children's behavioral problems severity scores reported by the subjects were decreased compared to the baseline after the intervention and follow-up.

Conclusions: The intervention was effective in decreasing children's behavioral problems, however; the rate of decrease in the signs was different in various subjects.

Keywords: Behavioral Problems, Attachment, Schema

اثربخشی مداخله ترکیبی طرحواره درمانی و درمان دلبستگی با مادران دارای طرحواره های ناسازگار اولیه و سبک دلبستگی ناایمن، بر مشکلات رفتاری کودکان

مارال عسکری^۱، فرح نادری^{۲*}، پرویز عسکری^۲، علیرضا حیدری^۲، پروین احتشام زاده^۲

^۱ گروه روانشناسی عمومی، پردیس علوم و تحقیقات خوزستان، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران و گروه روانشناسی عمومی، واحد اهواز،

دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران

^۲ گروه روان شناسی عمومی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران

* نویسنده مسئول: فرح نادری، گروه روان شناسی عمومی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران. ایمیل:

nmafrah@yahoo.com

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۵/۰۶/۱۵

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۵/۰۴/۱۵

چکیده

مقدمه: این مطالعه به بررسی اثربخشی درمان ترکیبی طرحواره درمانی و درمان دلبستگی با مادران دارای طرحواره های ناسازگار اولیه و سبک دلبستگی ناایمن، و مشکلات رفتاری کودکان پرداخت.

روش کار: این پژوهش از نوع مطالعه تک آزمودنی طرح‌های تجربی ABA و نمونه گیری هدفمند بود. از بین مراجعه کنندگان به دفتر مشاوره و خدمات روانشناختی وابسته به مرکز بهزیستی توانبخشی ۶ مادر که فرزند آنها مشکلات رفتاری داشتند و این مادران نیز طرحواره های ناسازگار و سبک دلبستگی ناایمن دارا بودند با ترتیب تصادفی و به صورت پله‌ای وارد مطالعه شدند. اندازه گیری با استفاده از پرسشنامه طرحواره های ناسازگار اولیه یونگ، مقیاس تجارب مربوط به روابط نزدیک و پرسشنامه اختلالات رفتاری راتر انجام شد. هر یک از مادران ۲۰ جلسه درمان ترکیبی طرحواره درمانی و درمان دلبستگی را دریافت کردند.

یافته‌ها: میزان کاهش نشانه‌های مشکلات رفتاری کودکان نسبت به خط پایه از ۲/۸۱ درصد تا ۲۷/۵۷ درصد بود. به طور کل نمرات شدت علائم مشکلات رفتاری کودکان که توسط آزمودنی‌ها گزارش شد در مرحله مداخله و پیگیری نسبت به خط پایه کاهش یافت. **نتیجه گیری:** مداخله انجام شده با مادران در کاهش مشکلات رفتاری کودکان مؤثر بود ولی میزان کاهش علائم در آزمودنی‌های مختلف متفاوت بود.

کلیدواژه‌ها: مشکلات رفتاری، دلبستگی، طرحواره

تمامی حقوق نشر برای انجمن علمی پرستاری ایران محفوظ است.

مقدمه

اختلالها به نقص عملکرد در زمینه‌های مختلف، از جمله زمینه‌های خانوادگی و تحصیلی منجر می‌شود که در نهایت، افت تحصیلی یا رفتارهای بزهکارانه را موجب می‌شود (۴). در ایران نیز پیش بینی می‌شود که شیوع اختلال‌های رفتاری در کودکان، بیش از حد انتظار باشد. در پژوهش پورحسین، حبیبی، عاشوری، قنبری، ریاحی، قدرتی (۱۳۹۴) شایع‌ترین اختلال در پسران مربوط به اختلال توجه (۶/۱٪) و در دختران مربوط به مشکلات عاطفی - هیجانی واکنشی (۱۷/۲٪) است (۵).

در ایران، شیوع اختلال‌های رفتاری کودکان به میزان ۲۰/۳ درصد در طبقه بالینی و ۵/۸ درصد در طبقه مرزی در دوره ابتدایی شهر تهران برآورد شده و میزان شیوع اختلال‌ها در طبقه مشکلات رفتاری درون نمود ۱۲/۹ درصد و در طبقه برون نمود ۱۲/۳ درصد به دست آمده است (۶) در پژوهش‌های اخیر به بهزیستی روانشناختی والدین کودکانی که مشکلات رفتاری دارند، تاکید زیادی شده است، زیرا عدم سلامت روان والدین (خصوصاً مادر) و متعاقباً روابط متقابل والد-کودک

دوران کودکی از مهمترین مراحل زندگی است که در آن شخصیت فرد پایه ریزی می‌شود و شکل می‌گیرد، سالهای کودکی نقش حیاتی در تحول و سازش یافتگی کودکان در آینده دارد (۱). کودکان دارای مشکلات رفتاری غالباً به دلیل رفتار و اعمالی که انجام می‌دهند، از طرف دیگران طرد و تحقیر می‌شوند و در اثر بدرفتاری دیگران اختلال‌های رفتاری آن‌ها تقویت می‌شود، شواهد نشان می‌دهند که کیفیت زندگی خانوادگی کودک مهمترین عامل در رشد و گسترش مشکلات و اختلالات رفتاری است (۲). مشکل رفتاری به رفتار فردی اطلاق می‌شود که بدون پایین بودن بهره هوشی، تعادل روانی و رفتاری از اندازه عمومی اجتماع دور و دارای شدت، تکرار، مداومت در زمان‌ها و مکان‌های متعدد باشد، به طوری که در عملکرد تحصیلی و رفتاری فرد دچار درماندگی و کاهش میزان کارایی می‌شود (۳). پژوهش‌های مختلف نشان می‌دهد که تقریباً ۳۰ درصد کودکان و نوجوانان در طول زندگی خود یک اختلال روانپزشکی قابل تشخیص را تجربه خواهند کرد، اما ۷۰ تا ۸۰ درصد آنها مداخله مناسب را دریافت نمی‌کنند، این

روابط را رشد دهند که با ناامنی و عدم اطمینان مشخص می‌شود، به عنوان یک نتیجه، کودکان دلبسته ناایمن احتمالاً بی‌اعتمادی به خود و دیگران را رشد می‌دهند که آنها را در معرض خطر مشکلات در روابط با دیگران قرار می‌دهد (۲۰). از طرفی دلبستگی ناایمن در بزرگسالان به خصوص مادر با رفتارهای فرزندپروری که ویژگی‌های آنها عبارتند از: درگیر شدن کم، منفی‌گرایی، فقدان پاسخ‌گویی به علام فرستاده شده از سوی مادر، وارد شدن به حریم کودک و این افراد کمتر آغاز کننده رابطه با کودک خود هستند و در آغازگری کودک نیز پاسخ کمتری نشان می‌دهند این مادران بیشتر کنترل کننده یا دستور دهنده هستند و کمتر از روشهای فرزندپروری مثبت استفاده می‌کنند که نتیجه آن احتمال بیشتری برای مشکلات رفتاری کودکانشان نشان است (۲۱). درمانگری مربوط به مشکلات رفتاری کودکان در سه قلمرو: کودک محور، مدرسه محور و خانواده محور قرار دارد (۱). طرحواره درمانی و درمان دلبستگی از جمله درمان‌های خانواده محور است. بنابراین مساله اصلی پژوهش حاضر این است که: آیا مداخله ترکیبی طرحواره درمانی و درمان دلبستگی با مادران دارای طرحواره‌های ناسازگار اولیه و سبک دلبسته ناایمن که کودکان دارای مشکلات رفتاری دارند، موجب کاهش این مشکلات در کودکان می‌شود؟

روش کار

مطالعه حاضر، مطالعه تک آزمونی است نوع ABA می‌باشد. در طرح ABA طرح‌های تجربی (A) یعنی خط پایه یا مرحله بدون دستکاری و B مرحله درمان یا مداخله آزمایشی) درمان روی یک فرد انجام می‌شود تا مشخص گردد که روش مداخله تا چه اندازه مؤثر است (۲۲). ABA محقق را قادر می‌سازد که دوره آزمایشی را قبل و بعد از اجرای این دوره مقایسه کند (۲۳). آزمودنی‌ها با ترتیب تصادفی و به صورت پله‌ای وارد طرح شدند، آن‌ها به صورت دو سری سه تایی و به روش پله‌ای و با فاصله یک نقطه خط پایه وارد مطالعه شدند. خط پایه با استفاده از مقیاس مشکلات رفتاری کودکان راتر (فرم والدین) تکمیل شده که از مادران خواسته شده هفته‌ای یک بار آن را تکمیل کنند که مادران این پرسشنامه را از ابتدای خط پایه تا انتهای مرحله پیگیری تکمیل کردند. نقاط خط پایه برای آزمودنی‌های اول و چهارم ۳ برای آزمودنی‌های دوم و پنجم ۴ و برای آزمودنی‌های سوم و ششم ۵ نقطه بود. هر یک از آزمودنی‌ها بعد از تکمیل خط پایه ۲۰ جلسه مداخله ترکیبی طرحواره درمانی و درمان دلبستگی دریافت کردند و پس از آن هر آزمودنی به اندازه تعداد نقاط خط پایه، مراحل مربوط به پیگیری را تکمیل کرد.

آزمودنی‌ها: جامعه آماری پژوهش حاضر شامل کلیه مادران ارجاع داده شده از مدارس پسرانه مقطع دبستان سطح شهر مشهد به دفتر مشاوره خدمات روانشناختی وابسته به مرکز بهزیستی توانبخشی در سال ۱۳۹۴ بودند. که کودکان پسر بین ۱۲-۶ سال آنها از سوی روانپزشک همکار نیز تشخیص مشکلات رفتاری دریافت کرده بودند که از آن میان ۶ آزمودنی با نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شد. ملاک ورود مادران نیز عبارت بود از: داشتن فرزند پسر ۱۲-۶ ساله که تشخیص مشکلات رفتاری دریافت کرده بود، داشتن تحصیلات حداقل دیپلم، دارا بودن سبک دلبستگی ناایمن و طرحواره‌های ناسازگار اولیه، زندگی با همسر و فرزندان و رضایت برای شرکت در مطالعه، ملاک‌های خروج برای

نامناسب می‌تواند اختلال رفتاری و عاطفی را در این کودکان افزایش دهد (۷، ۸). از سوی دیگر، والدین با مشکلات روانی نمی‌توانند نیازهای کودک را برآورده کنند، بنابراین کودکان در معرض آزار یا غفلت قرار می‌گیرند (۹). از این رهگذر والدین خصوصاً مادر مهمترین دستیار همکار برای روان‌درمانگر می‌باشد، در واقع همانطور که لندرت می‌گوید: آموزش و درمان والدین (خصوصاً مادر) تنها راه ارتقا درمان برای کودکان است (۱۰). وضعیت روانشناختی مادر در خانواده یکی از متغیرهای پیش بین مؤثر در وضعیت روانشناختی فرزندان است، در این میان پیازه و بالبی معتقدند که عملکرد والدین سبب ایجاد و گسترش مدل‌هایی در درون سازمان شناختی فرد به نام طرحواره می‌شود، این طرحواره‌ها در زندگی فرد به عنوان عدسی‌هایی عمل می‌کنند که تفسیر، انتخاب و ارزیابی فرد از تجارب وی را شکل می‌دهند (۱۱). این طرحواره‌ها در طی تجارب کودکی شکل گرفته (که اکثراً در زندگی کودک نقش یک ضربه درونی ۹ را داشته‌اند)، و پاسخ فرد به رخدادهای محیطی را کنترل می‌کند (۱۲). وی عنوان می‌کند اگرچه عامل مربوط به جامعه، مدرسه و همسالان در شکل‌گیری این طرحواره‌ها مؤثر هستند، اما اثر آنها وسعت و ثبات اثر عوامل خانوادگی را ندارد (۱۳). منشاء این طرحواره‌ها نیازهای هیجانی اصلی (شامل بچ حیطة دلبستگی امن به دیگران (مانند احساس امنیت، ثبات و پذیرش)، خودمختاری، رقابت و احساس هویت، آزادی بیان نیازها و هیجانات، بازی و خودانگیخته بودن و محدودیت‌های معقول و خودکنترلی)، تجارب اولیه زندگی (ناکامی در ارضای نیازهای اولیه، ارضای بیش از حد و همانندسازی با رفتار نادرست والدین) و مزاج هیجانی کودک (مجموعه ویژگی‌های خلقی کودک که ذاتی هستند و متمایز کننده شخصیت اولیه کودک) است (۱۴). بارانف و تیان (۲۰۰۷) در مطالعه خود به این نتیجه رسیده‌اند که طرحواره‌های ناکارآمد والدین پیش بینی بسیار خوبی برای طرحواره‌های ناسازگار اولیه و مشکلات رفتاری کودکان در روابط بین فردی آینده است (۱۵). ارتباط نادرست والدین با فرزندان و تجارب دردناک مداوم با مراقبان و افراد مهم دیگر در طول دوران کودکی و نوجوانی می‌تواند منجر به شکل‌گیری طرحواره‌های ناکارآمد و مشکلات رفتاری شود (۱۶). از طرفی مک کارتی و لوملی (۲۰۱۲) دریافتند که مشکلات حل نشده والدین و بدرفتاری عاطفی آنها در دوران کودکی فرزندان بیشترین ارتباط را با طرحواره‌های ناسازگار اولیه فرزندان نشان دارد (۱۷). اسکوپ، ماگلسدارف، هایت، بلک، سکولسکی، گرجیو، تاتا، (۲۰۰۷) پیشنهاد می‌کنند دادن فرصت به مادران برای صحبت در مورد تجارب گذشته خود، در خانواده اصلی‌شان و درمان آن‌ها می‌تواند کمک کند که این مادران با تجارب گذشته خود کنار بیایند و از طرفی منجر به فهم بهتر آنها از روابط عاطفی خود و کودکانشان شود (۱۸).

از طرفی دیگر، مطابق با نظر بالبی انسان با یک سیستم روانی - زیستی بنام رفتار دلبستگی متولد می‌شود، هدف این سیستم در کودکی دستیابی به احساس ایمنی و حمایت شدگی واقعی یا ادراک شده از تعامل نزدیک و صمیمی با تصاویر دلبستگی است، بالبی فرض کرد که به دلیل حساسیت و عدم مراقبت والدین در طول سالهای اولیه رشد کودک، مشکلاتی در توانایی کودک برای برقراری ارتباط عاطفی و رفتاری قوی با دیگران بوجود می‌آید (۱۹). کودکانی که عدم حساسیت و طرد را بوسیله مراقبان خود تجربه می‌کنند، ممکن است تصویری از

مادران عبارت بود از: وجود تشخیص اختلال روانپزشکی و داشتن قصد جدایی از همسر. این مادران، پرسشنامه طرحواره یانگ و پرسشنامه تجارب مربوط به روابط نزدیک را پر کردند و در صورت ارا بودن شرایط

برای شرکت در طرح انتخاب شدند. ویژگی نمونه مطالعه در جدول ۱ زیر آمده است:

جدول ۱: ویژگی‌های شش آزمودنی مادران مورد مطالعه

ویژگیهای آزمودنی‌ها	سن	تحصیلات	شغل	سن همسر	تحصیلات همسر	سن فرزند	تعداد فرزند	مدت ازدواج
آزمون اول	۳۶	کارشناسی ارشد	خانه دار	۳۹	کارشناسی ارشد	۸	۲	۱۶
آزمون دوم	۳۲	کارشناسی	خانه دار	۳۵	کارشناسی	۱۰	۱	۱۱
آزمون سوم	۲۸	کارشناسی	مربی مهد	۳۳	فوق دیپلم	۷	۱	۹
آزمون چهارم	۳۰	دیپلم	خانه دار	۳۷	کارشناسی	۱۱	۲	۱۳
آزمون پنجم	۲۷	دیپلم	کارمند قنادی	۳۵	دیپلم	۱۰	۳	۱۲
آزمون ششم	۳۸	کارشناسی	کارمند بیمه	۴۲	کارشناسی ارشد	۷	۲	۱۳

ابزار

طرحواره های ناسازگار اولیه یانگ: پرسشنامه طرحواره های ناسازگار اولیه یانگ - فرم کوتاه: این پرسشنامه ۷۵ آیتم دارد که توسط یانگ (۲۴) بر پایه یافته‌های اشمیت و همکاران برای ارزیابی ۱۵ طرحواره سازگار اولیه ساخته شده است. این ۱۵ طرحواره در درون پنج حوزه بریدگی و طرد، خود گردانی و عملکرد مختل، دیگر جهت مندی، گوش به زنگی بیش از حد و باز داری و محدودیت‌های مختل مطابق با حوزه‌های تحولی اولیه قرار گرفته است. هر آیتم بر روی یک مقیاس شش درجه‌ای نمره گذاری می‌شود. اشمیت و همکاران برای هر طرحواره ناسازگار اولیه ضریب آلفای از ۰/۸۳ تا ۰/۹۶ به دست آوردند و ضریب بازآزمایی در جمعیت غیر بالینی، بین ۰/۵۰ تا ۰/۸۲ بود. پژوهش‌های دیگر نیز ساختار عاملی و روایی سازه، این مقیاس را تأیید کردند (۱۵). در ایران آلفای کرونباخ این پرسشنامه را در جمعیت مؤنث ۰/۹۷ و در جمعیت مذکر ۰/۹۸ گزارش شده است (۲۵). همچنین تحقیقات دیگر نیز اعتبار و روایی این پرسشنامه را تأیید نموده‌اند (۲۶). مقیاس تجارب مربوط به روابط نزدیک: (۲۷) این پرسشنامه ۳۶ عبارتی، دلبستگی بزرگسالان را بر اساس اضطراب و اجتناب مربوط به دلبستگی می‌سنجد، پاسخ دهنده بر اساس مقیاس لیکرت هر عبارت را از ۱ (به هیچ وجه) تا ۷ (خیلی زیاد) درجه بندی می‌نماید. هر کدام از زیر مقیاس‌های اضطراب و اجتناب ۱۸ عبارت را به خود اختصاص داده است و هر دو زیر مقیاس روایی و اعتبار مناسبی دارند (۲۸). برخی محققان آلفای کرونباخ را برای زیر مقیاس اضطراب ۰/۸۸ و برای زیر مقیاس اجتناب ۰/۹۰ به دست آوردند (۲۹). پژوهشگران دیگر آلفای کرونباخ را برای زیر مقیاس اجتناب ۰/۹۴ و برای مقیاس اضطراب ۰/۹۱ به دست آوردند (۳۰). دامنه نمرات نرمال در این پرسشنامه در هر یک از دو زیر مقیاس ۷، ۱۲۶ است (۳۱). این پرسشنامه پس از ترجمه و باز ترجمه و ترجمه مجدد در اختیار چهار روانشناس و یک روانپزشک آشنا به نظریه دلبستگی قرار گرفت تا اعتبار صوری آن بررسی شود. پس از وارد کردن نظرات این متخصصان پرسشنامه اصلی، روی ۱۰ نفر از جمعیت عادی اجرا شد تا جملات نامفهوم آن اصلاح شود و در نهایت پرسشنامه روی نمونه ۳۹۱ نفری آزمودنی‌های ایرانی از جمعیت عمومی اجرا و ضریب آلفای کرونباخ برای پرسشنامه ۰/۷۹ برای زیر مقیاس اجتناب ۰/۸۹ و برای زیر مقیاس اضطراب ۰/۸۰ بدست آمد (۲۱).

پرسشنامه اختلالات رفتاری راتر: این پرسشنامه توسط راتر با هدف تهیه یک ابزار پایا و متغیر برای بررسی اختلالات رفتاری کودکان سن مدرسه ساخته شد (۳۲). پرسشنامه راتر دارای دو نسخه والدین و معلم است، در این پژوهش از نسخه اول یا فرم والدین استفاده شد. این پرسشنامه دارای ۳۱ سؤال سه گزینه‌ای در مورد خصوصیات رفتاری کودک است که از والدین خواسته شد مطابق با مقیاس درجه بندی به آنها پاسخ دهند. این درجه بندی به صورت «مشکل یا مورد ندارد»، «کمی یا گاهی مشکل دارد»، «زیاد و یا همیشه مشکل دارد» است که به ترتیب امتیازات صفر، یک و دو به آنها تعلق می‌گیرد. امتیاز کل آزمون برای هر فرد بین اعداد ۰-۶۲ متغیر بود و چنانچه کودکی امتیاز مساوی یا بیشتر از ۱۳ (نقطه برشی) داشت، به عنوان یک فرد مبتلا به اختلال رفتاری تلقی شد (۳۲، ۳۳). راتر و همکاران پایایی این پرسشنامه را به روش بازآزمایی به فاصله دو ماه ۰/۷۴ و همبستگی بین فرم‌های والدین و آموزگار را ۰/۷۶ گزارش نمودند (۳۲). در مطالعات انجام شده در داخل کشور نیز در مقایسه با ارزیابی روانپزشک حساسیت ۰/۹۷ و ویژگی ۰/۸۸ و ضریب پایایی به شیوه بازآزمایی به فاصله دو هفته ۰/۹۵ گزارش شده است (۳۴).

روند اجرای پژوهش: محتوای جلسات در هر دو درمان ترکیبی به قرار زیر بود:

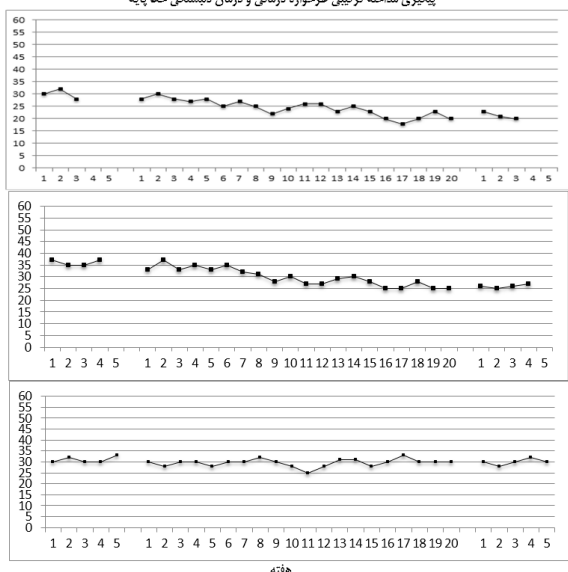
جلسه اول تا پنجم: سنجش مشکلات مادر، مشخص کردن مشکلات آزمونی با فرزندش، توضیح در مورد جلسات و توافق در مورد انتظارات از جلسات درمانی، فرمول بندی مشکل طبق رویکرد طرحواره درمانی و درمان دلبستگی، ارزیابی طرحواره ها و سبک مقابله‌ای و سبک دلبستگی مادر، دسته بندی مشکلات کودک بر اساس این که کدام یک از مشکلات مربوط به مشکلات کودک و رابطه او با والدین و کدام یک به مرحله رشدی کودک مربوط است.

جلسه ششم تا دهم: کمک به فرد برای آگاه شدن از طرحواره های خود و نامگذاری این طرحواره ها، کمک فرد برای چالش شناختی با طرحواره های خود کمک به فرد برای شناسایی سبک‌های مقابله‌ای خود، برقراری گفتگو بین جنبه سالم و جنبه طرحواره و واگذاری تکالیف خانگی، شناسایی سبک‌های دلبستگی مادر و توافق در نحوه برآورده کردن نیازهای مرتبط با دلبستگی توسط مادر بر اساس ویژگی‌های کودک و خود مادر، بررسی ناهماهنگی بین پدر و مادر در برآورده کردن نیازهای

داشته و همچون آزمودنی اول در پایان مداخله افت مشکلات رفتاری بیشتر بوده و در مرحله پیگیری نمرات تقریباً ثابت ماندند. آزمودنی سوم تغییر چندانی در نمرات مشکلات رفتاری کودکان نشان نداده در هفته یازدهم مداخله افت قابل ملاحظه‌ای در نمرات مشکلات رفتاری ایجاد شده لیکن در هفته سیزدهم و چهاردهم و هفته هفدهم دوباره به خط پایه رسید و تا انتها حدوداً در حدود خط پایه ثابت مانده در مرحله پیگیری در هفته دوم مجدداً اندکی کاهش مشکلات مشاهده شده لیکن در ادامه پیگیری به محدوده خط پایه نزدیک شد. آزمودنی چهارم یک هفته بعد از شروع مداخله تا حدودی کاهش در مشکلات رفتاری کودک گزارش کرد لیکن در هفته‌های نهم و دهم مجدداً به محدوده خط پایه نزدیک شد. در طول روند مداخله اندکی تغییر ایجاد می‌شد لیکن نمرات در محدوده خط پایه برگشت داشت. لازم به ذکر است که همسر آزمودنی چهارم دارای مشکلات عمیق‌تری بود همچنین مصرف مواد که این مساله شرایط را برای آزمودنی (وجود جوی سالم‌تر) دچار مشکل کرده بود.

آزمودنی پنجم در نمرات مشکلات رفتاری کودک تغییرات زیادی داشت و نمرات از هفته سوم تغییرات و افت خود را شروع کرد در هفته چهاردهم اندکی برافراشتگی ایجاد شد که همگام با سرماوردگی در کودک بود که مادر تا حدودی با مشکلات رفتاری در آن هفته سازگار شده بود لیکن بعد از بهبودی جسمی دوباره روند مداخله را انتقال داده که در تحلیل چشمی نمودار کودک بعد از هفته چهاردهم کاهش نمرات قابل ملاحظه بود، در مرحله پیگیری نمرات تقریباً ثابت ماندند. آزمودنی ششم در کل مداخله نسبت به خط پایه کاهش نمرات مشکلات رفتاری را داشت. کاهش این نمرات روند ملایمی داشت که هفته‌ای افزایش می‌یافت و هفته‌ای کاهش اما همچنان پایین‌تر از خط پایه بود. این نمرات از مداخله تا پایان پیگیری پایین‌تر از خط پایه قرار داشت. در تحلیل آماری شاخص درصد کاهش نشانه‌ها در آزمودنی‌های اول، دوم، پنجم و ششم قابل ملاحظه بود. آزمودنی سوم و چهارم کمترین میزان کاهش در علائم را گزارش کردند (شکل های ۱ و ۲).

پیگیری مداخله ترکیبی طرحواره درمانی و درمان دلبستگی خط پایه



شکل ۱: علائم مشکلات رفتاری کودکان به تفکیک مراحل مطالعه گزارش شده توسط آزمودنی اول تا سوم

دلبستگی کودک و انتظارات مادر از فرزندش در مقابل برآورده کردن نیازهای دلبستگی او.

جلسه یازدهم تا پانزدهم: به کارگیری تکنیک‌های هیجانی (تجربی) تا فرد بتواند به ریشه‌های تحول طرحواره‌ها در سطح هیجان پی ببرد، آموزش تکنیک‌های تجربی مثل: گفتگوی خیالی با والدین، تصویرسازی ذهنی، تصویرسازی وقایع آسیب‌زا، نوشتن نامه، تصویرسازی ذهنی به صورت الگو شکنی رفتاری، نقد و بررسی تکالیف خانگی، از طرفی تعیین موقعیت‌های با ریسک بالا که در آن آزمودنی نیازهای دلبستگی کودکان را نادید گرفته و بررسی این مطلب که کدام یک از نیازهای خود مادر نیز در این موقعیت‌ها نادید گرفته شده، مشخص کردن موقعیت‌های با ریسک در روابط نزدیک کنونی، تعیین نیازهایی که در موقعیت‌های کودکی و در موقعیت‌های کنونی برآورده می‌شوند و آن‌هایی که بر آورده نمی‌شدند.

جلسه شانزدهم تا بیستم: ترغیب مادر برای رها کردن سبک‌های مقابله‌ای ناسازگار و تمرین رفتارهای مقابله‌ای سازگار و تمرین رفتارهای مقابله‌ای کار آمد به منظور ارضای نیازهای هیجانی، نقد و بررسی تکالیف خانگی که حول محور الگو شکنی رفتاری دور می‌زند مثل: تصویرسازی موقعیت‌های مشکل آفرین، اولویت بندی رفتارها، تغییر رفتار، انگیزه آفرینی، پی بردن به ریشه‌های تحولی رفتارها در دوران کودکی، بازنگری مزایا و معایب ادامه رفتار و تمرین رفتارهای سالم؛ از طرفی مشخص کردن روابطی در محورهای دلبستگی که از نظر خود آزمودنی نیاز به اصلاح داشت و بررسی و اصلاح انتظارات آزمودنی از ایجاد اصلاحات در روابط بین فردی انجام اصلاحاتی در رابطه با فرزندش، بررسی نتیجه اصلاح انجام شده و علت‌های شکست و موفقیت آزمودنی در انجام اصلاح مورد نظر.

یافته‌ها

در این مطالعه نتایج به دست آمده در نمودار ارائه شده و تحلیل داده‌ها با فرمول درصد بهبودی و درصد کاهش نمرات و همچنین نحوی مدیریت داده‌ها با نرم افزار excel انجام شده است.

$$MPI = [(Baseline\ Mean - Treatment\ phase\ Mean) / Treatment\ phase\ Mean] \times 100$$

$$MPR = [(Baseline\ Mean - Treatment\ phase\ Mean) / Baseline\ Mean] \times 100$$

$$Cohen's\ d = (M_1 - M_2) / \sigma_{6\ pooled}$$

$$Where: \sigma_{pooled} = \sqrt{(\sigma_1^2 + \sigma_2^2) / 2}$$

در این فرمول MPI درصد بهبودی و MPR درصد کاهش نمرات و Cohen's d میزان تغییر پذیری را نشان می‌دهد. این شاخص‌ها به ترتیب تغییرات روند و شیب را نشان می‌دهند. نمودارهای ۱ و ۲ نمرات مربوط به مشکلات رفتاری کودکان را نشان می‌دهد که مادران از ابتدا تا انتهای مطالعه تکمیل کرده‌اند. جدول ۲ نتایج تحلیل آماری مشکلات رفتاری کودکان را نشان می‌دهد. در تحلیل چشمی بر اساس گزارش آزمودنی اول مرحله مداخله ترکیبی طرحواره درمانی و درمان دلبستگی باعث کاهش مشکلات رفتاری کودک شده که در انتهای مداخله نمرات مشکلات رفتاری کاهش بیشتری داشته این روند در مرحله پیگیری نیز ادامه داشت. کاهش نمرات در این آزمودنی قابل ملاحظه بود. آزمودنی دوم نیز در مرحله مداخله به نسبت خط پایه تغییرات نسبتاً خوبی

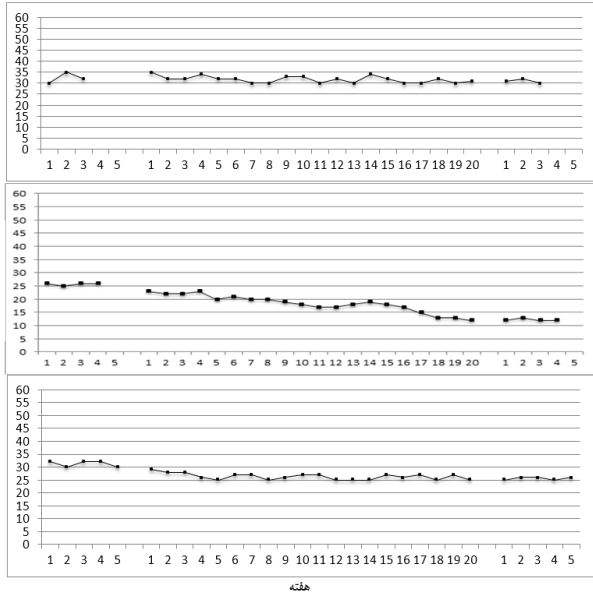
هم طرحواره های ناسازگار قوی تری داشت و هم اجتناب دلبستگی و اضطراب دلبستگی بالایی داشت در حالی که سایر آزمودنی ها تنها اضطراب دلبستگی داشتند و از آنجا که مدت درمان ۲۰ جلسه بود، ممکن است برای این آزمودنی نیاز به جلسات بیشتری در این زمینه بوده باشد. کاهش نمرات در این مطالعه با نتایج به دست آمده از برخی مطالعات همخوانی دارد. نتایج پژوهش سلیمی، رضانی، خوانکی و امیری (۱۳۸۸) نشان داد که تفاوت بین باورهای غیر منطقی مادران دانش آموزان دارای مشکلات رفتاری و فاقد مشکلات رفتاری معنا دار است (۳۵).

نتایج پژوهش نظری، اکاوند و مشهدی فراهانی (۱۳۹۴) نشان داد که طرحواره های ناسازگار اولیه در حیطه گوش به زنگی و بازداری هیجانی (منفی گرایی/ بدبینی، بازداری هیجانی، تنبیه، معیارهای سرسختانه) می تواند پیش بینی کننده عدم ثبات در برخورد والدین با کودکان باشد و همچنین طرحواره های ناسازگار در حیطه دیگر جهت مندی (اطاعت، ایثار، پذیرش/جلب توجه) پیش بینی کننده تنبیه بدنی بود، این طرحواره ها در سبک فرزند پروری والدین تأثیر دارد و پیش بینی کننده ناسازگاری اجتماعی و اختلال رفتاری کودکان از جمله پرخاشگری و اختلال بیش فعالی است (۳۶). نتایج هم سوی دیگر، عباسقلی زاده قانع، خسروی، عامری (۱۳۹۴) نشان دادند که بد رفتاری پدر پیش بینی کننده حوزه های دیگر جهت مندی، خود گردانی و عملکرد مختل و طرحواره های نقص، وابستگی، شکست، خود تحول نیافته و پذیرش جویی، بد رفتاری مادران پیش بینی کننده حوزه های گوش به زنگی و بازداری و خود گردانی و عملکرد مختل و دیگر جهت مندی و طرحواره های آسیب پذیری به ضرر، معیارهای سرسختانه بازداری هیجانی و پذیرش جویی می شود (۳۷). پژوهش بلالی و آقای یوسفی (۱۳۹۰) نشان دادند که برنامه آموزشی والدین راهبردی مؤثر بر کاهش مشکلات رفتاری کودکان است (۳۸).

همراستا با این نتیجه پژوهش گودینی (۱۳۹۳) نیز نشان داد که آموزش برنامه مدیریت هیجانها به مادران گام مؤثری در کاهش مشکلات رفتاری فرزندان آنها به شمار می رود (۳۹). از طرفی در پژوهش های انجام شده کیفیت دلبستگی به والدین مبنایی برای برقراری ارتباط با دیگران است (۴۰). این طرحواره در چگونگی روابط رومانیک در بزرگسالی نیز مؤثر است، به عبارت دیگر نوع روابطی که در درون خانواده اعمال می شود، عواطف فرد را به صورت مثبت و منفی تحت تأثیر قرار می دهد و نقش تعیین کننده ای در آینده فرد ایفا می کند (۴۱). هم راستا با این هدف، پژوهش تاناکا، هاسویی، اوجی، هیرامورا، چن، شیکایی نشان می دهند که سبک دلبستگی اعضای خانواده، خصوصاً مادر، بر عملکرد فرزندان و الگوهای ارتباطی بهتر با فرزندان تأثیر دارد (۴۲). همین طور در پژوهش رضاپور میرصالح، عینی، آیین پرست، حشمتی (۱۳۹۳) مداخله مؤثر با مادر به عنوان فردی توانمند و با ارزش می تواند به بازسازی رابطه وی با کودک، افزایش میزان حساسیت مادری، پاسخ دهی مناسب و به موقع به علائم فرزند، قابل در دسترس بودن و به طور کلی بهبود رفتار مادر کودک و روابط آنها بیانجامد (۴۳).

نتیجه گیری

پیگیری مداخله ترکیبی طرحواره درمانی و درمان دلبستگی خط پایه



شکل ۲: علائم مشکلات رفتاری کودکان به تفکیک مراحل مطالعه گزارش شده توسط آزمودنی چهارم تا ششم

جدول ۲: نتایج تحلیل آماری داده های مربوط به نشانه های مشکلات رفتاری کودکان گزارش شده توسط آزمودنی ها

آزمودنی ها	MPI درصد بهبودی در علائم	MPR درصد کاهش در علائم
آزمودنی اول	۲۶/۱۵۳	۲۰/۷۳۱
آزمودنی دوم	۲۱/۲۱	۱۷/۵
آزمودنی سوم	۵/۹۸	۵/۶۴
آزمودنی چهارم	۲۳/۸۹	۲/۸۱
آزمودنی پنجم	۳۸/۰۶	۲۷/۵۷
آزمودنی ششم	۱۹/۹۰	۱۶/۶۰

بحث

همانطور که در جداول مربوط به یافته ها نشان داده شده است آزمودنی ها پس از مداخله تغییراتی را در نشانه های مشکلات رفتاری گزارش دادند. در تمام آزمودنی ها کاهش نمرات شدت نشانه های مشکلات رفتاری کودکان گزارش شد. دامنه کاهش نشانه های مشکلات رفتاری کودکان نسبت به خط پایه ۲/۸۱ تا ۲۷/۵۷ بود. نمرات شدت علائم مشکلات رفتاری کودکان که توسط آزمودنی ها گزارش شد در مرحله مداخله نسبت به خط پایه کاهش یافت. شاخص کوهن در چهار آزمودنی از شش آزمودنی پژوهش که در مرحله مداخله ارائه شده همبندی افزایشی نشان داد این شاخص در آزمودنی های سوم و چهارم همبندی افزایشی در مرحله مداخله نشان نداد. آزمودنی سوم میزان کمی از کاهش در شدت نشانه های مشکلات رفتاری کودک را گزارش کرد. در مورد آزمودنی چهارم بیان این نکته حائز اهمیت است که همسر آزمودنی (پدر کودک) دارای مشکلات عمیق در حیطه اعصاب و روان بود و مصرف مواد (شیشه) داشت که وجود این مساله شرایط را برای آزمودنی دشوار کرده بود و تنها آزمودنی نیز بود که پیش از آغاز مداخله

توسط یک درمانگر، نقش متغییر های مداخله گر را به حداقل برساند و کنترل شرایط تا جایی که امکان دارد به دست بگیرد اما این پژوهش محدودیت‌هایی هم دارد، به دلیل تعداد کم آزمودنی‌ها ضروری است که در پژوهش‌های آتی با افزایش شمار آزمودنی‌ها به نتایجی با اعتماد بیشتر دست یافت. از جمله محدودیت‌های دیگر تعمیم پذیری نتایج است، چرا که افراد شرکت کننده در این پژوهش دانش آموزان پسر مقطع دبستان بودند که این امر تعمیم پذیری را به مقاطع تحصیلی دیگر و دختران دشوارتر می‌سازد از طرفی پیشنهاد می‌شود مطالعه‌ای با تعمیم پذیری بیشتر و تعداد جلسات درمانی بیشتر تکرار شود. در نهایت با توجه به یافته و متون پژوهشی، به طور کاربردی می‌توان پیشنهاد نمود که در فرایند تشخیص و به ویژه انتخاب مداخله‌های درمانی باید به ویژگی‌های روان شناختی والدین نیز توجه شده و یک رویکرد جامع نسبت به مشکل کودکان اتخاذ شود که در آن همراه با در نظر گرفتن فرد، در حد امکان اعضای محیط به خصوص والدین نیز در معرض مداخله قرار داده شوند تا نتایج درمانی جامع‌تر و پایدارتر باشد.

سپاسگزاری

در پایان لازم می‌دانم بدینوسیله از تمامی مادران و کودکان شرکت کننده در پژوهش حاضر مراتب قدردانی و سپاسگزاری خود را اعلام نمایم، چرا که اگر یاری این عزیزان نبود هرگز این پژوهش به سرانجام نمی‌رسید.

References

1. Barzegar Z, Pourmohamadrezatajrishi M, Behnia F. [The effectiveness of playing on externalizing problems in preschool children with behavioral problems]. *Int J Behav Sci*. 2012;6(4):347-54.
2. Faramarzi S, Abedi A, Ghanbari A. [Mother communication patterns and oppositional defiant disorder of children]. *J Med Sci*. 2012;34(2):90-6.
3. Sarihi N, Pournesaei G, Nikakhlagh M. [Effectiveness of group Play therapy on behavior problems in preschool children]. *J Anal Cogn Psychel*. 2015;23:35-41.
4. Evans SW, Mullett E, Weist MD, Franz K. [Feasibility of the MindMatters school mental health promotion program in American schools]. *J Youth Adolesc*. 2005;34(1):51-8.
5. Pourhossein R, Habibi M, Ashoori A, Ghanbari N, Riahi Y, Ghodrati S. Prevalence of behavioral disorders among preschool children. *J Fundam Mental Health*. 2015;17(5):234-39.
6. Ghobari Bonab B, Parand A, Khanzadeh Firuzjeh H, Moolely G, Nemati S. [Prevalence of behavioral problems among primary school Students in Tehran]. *Res Except Child*. 2009;9(3):223-38.
7. Beena J. Behaviour Problem in Children and Adolescents With Learning Disabilities. *J Mental Health*. 2002;1(2):48-61.
8. Tashakori A, Neamatpour S, Saki A. [Parenting Attitudes and General Health in Mothers of Children

مداخله انجام شده با مادران در کاهش مشکلات رفتاری کودکان مؤثر بود ولی میزان کاهش علائم در آزمودنی‌های مختلف متفاوت بود. این پژوهش مؤید آن است که مادرانی که دارای طرحواره های ناسازگار اولیه و سبک دلبستگی ناایمن هستند در معرض خطر داشتن فرزندی با مشکلات رفتاری خواهند بود. با توجه به یافته‌های فوق، مشکلات رفتاری کودکان تا حد زیادی می‌تواند تحت تأثیر طرحواره های ناسازگار مادران آن‌ها باشد بنابراین توجه به طرحواره های ناسازگار مادران در درمان مشکلات رفتاری کودکان از اهمیت ویژه برخوردار است. از طرفی با توجه به اینکه تغییر سبک دلبستگی در فراخنای زندگی در بسیاری از روابط انسان تأثیر دارد و الگوهای دلبستگی در طول زندگی قابل تغییر هستند می‌توان گفت که درمان مبتنی بر دلبستگی با مادران می‌تواند منجر به بهبود ارتباط عاطفی در مادران دارای سبک دلبستگی ناایمن شود. با توجه به یافته‌های پژوهش حاضر می‌توان نتیجه گیری کرد که درمان ترکیبی طرحواره درمانی و درمان دلبستگی با مادران می‌تواند از طریق بهبود طرحواره ها و تغییر سبک‌های دلبستگی ناایمن به ایمن موجب افزایش عملکرد خانواده خصوصاً مادران و کودکانشان شود و پیشنهاد می‌شود این درمان ترکیبی به عنوان یکی از شیوه‌های افزایش کارکرد خانواده و بهبود مشکلات رفتاری کودکان به کار رود. با وجود تفاسیر ذکر شده باید در نظر داشت که نتیجه گیری حاصل از این پژوهش باید با احتیاط تفسیر شود، هرچند در این تحقیق تلاش بر آن شده که با انتخاب تصادفی آزمودنی‌ها بعد از نمونه گیری هدفمند، انجام پژوهش در قالب طرح چند خط پایه‌ای، انجام جلسات درمانی

- With Attention Deficit Hyperactivity Disorder]. *Jentashapir J Health Res*. 2015;6(1):251-83.
9. Tavakoli M, Khami M, Karahmadi M, Zamani N, Vaezi M. [Risk factors in Child Abuse: The Role of psychological, social and demographic factors]. *J Res Behave Sci*. 2015;12(4):602-10.
10. Davarpanah F. [Play therapy the art of the relationship]. Tehran: Roshd publications; 2002.
11. Gunty AL, Buri JR. Parental Practices and the Development of Maladaptive Schemas. Annual Meeting of the Midwestern psychological Association; May 2008; Chicago, IL 2008. p. 33.
12. Young D. The young schema Questionnaire: short Form 1998 [updated 2015; cited 2015]. Available from: <http://home.Sprynet.Com/sprynet/schema/ysqs.html>.
13. Torres C. Early maladaptive schemas and cognitive distortions in psychopathy and narcissism 2002 [updated 2016; cited 2002]. Available from: http://eprints.Anu.edu.au/archive/00002617/01/02wh_ole.Pdf.
14. Young JE. Cognitive Therapy for Personality Disorders: A Schema-focused Approach. Sarasota, Florida: Professional Resource Press; 1999.
15. Oei TPS, Baranoff J. Young Schema Questionnaire: Review of psychometric and measurement issues*. *Aust J Psychol*. 2007;59(2):78-86. DOI: [10.1080/00049530601148397](https://doi.org/10.1080/00049530601148397)
16. Ghanadi F, Abdollahi M. [The Relationship between perceptions of parental Behavior and Early

- Maladaptive schemas]. *J Clin Psychol Studies*. 2014;4(16):129-51.
17. McCarthy MC, Lumley MN. Sources of emotional maltreatment and the differential development of unconditional and conditional schemas. *Cogn Behav Ther*. 2012;41(4):288-97. DOI: [10.1080/16506073.2012.676669](https://doi.org/10.1080/16506073.2012.676669) PMID: [22471813](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22471813/)
 18. Schoppe-Sullivan SJ, Mangelsdorf SC, Haight WL, Black JE, Sokolowski MS, Giorgio G, et al. Maternal discourse, attachment-related risk, and current risk factors: Associations with maternal parenting behavior during foster care visits. *J Appl Dev Psychol*. 2007;28(2):149-65. DOI: [10.1016/j.appdev.2006.12.005](https://doi.org/10.1016/j.appdev.2006.12.005)
 19. Roelofs J, Onckels L, Muris P. Attachment Quality and Psychopathological Symptoms in Clinically Referred Adolescents: The Mediating Role of Early Maladaptive Schema. *J Child Fam Stud*. 2013;22(3):377-85. DOI: [10.1007/s10826-012-9589-x](https://doi.org/10.1007/s10826-012-9589-x) PMID: [23524954](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23524954/)
 20. Kawabata Y, Alink LRA, Tseng W-L, van Ijzendoorn MH, Crick NR. Maternal and paternal parenting styles associated with relational aggression in children and adolescents: A conceptual analysis and meta-analytic review. *Dev Rev*. 2011;31(4):240-78. DOI: [10.1016/j.dr.2011.08.001](https://doi.org/10.1016/j.dr.2011.08.001)
 21. Mohammadkhani P, Pourshahbaz A. Effectiveness of Combined Attachment-Related Intervention and Parent Management Training in Insecure Mothers of the ADHD Children. *J Cilin Psychol*. 2009;1(3):63-76.
 22. Sahebi A. [Research methods in clinical psychology]. Tehran: The organization of the study and developing humanities universities books; 2003
 23. Develar A. [Theoretical and partical research in the humanities and social sciences]. Tehran: Roshd publication; 2011.
 24. Young ME, Long LL. *Counseling and Therapy for Couples*. New York: Cengage Learning; 1997.
 25. Ahi G, Mohammadifar M, Besharat M. [Validity and reliability of short form of young schema questionnaire]. *J Psychol Educ*. 2007;37(3):5-20.
 26. Sadooghi Z, Aguilar Vafaie ME, Rasoulzadeh Tabatabaie K, Esfahanian N. [Factor analysis of the young schema questionnaire-short form in a nonclinical Iranian sample]. *Iranian J Psychiatr Clin Psychol*. 2008;14(2):214-9.
 27. Shaver PR, Mikulincer M. Attachment-related psychodynamics. *Attach Hum Dev*. 2002;4(2):133-61. DOI: [10.1080/14616730210154171](https://doi.org/10.1080/14616730210154171) PMID: [12467506](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12467506/)
 28. Gillath O, Shaver PR. Effects of attachment style and relationship context on selection among relational strategies. *J Res Person*. 2007;41(4):968-76. DOI: [10.1016/j.jrp.2006.11.003](https://doi.org/10.1016/j.jrp.2006.11.003)
 29. Bottonari KA, Roberts JE, Kelly MA, Kashdan TB, Ciesla JA. A prospective investigation of the impact of attachment style on stress generation among clinically depressed individuals. *Behav Res Ther*. 2007;45(1):179-88. DOI: [10.1016/j.brat.2006.01.003](https://doi.org/10.1016/j.brat.2006.01.003) PMID: [16488389](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16488389/)
 30. Wei M, Shaffer PA, Young SK, Zakalik RA. Adult attachment, shame, depression, and loneliness: The mediation role of basic psychological needs satisfaction. *J Couns Psychol*. 2005;52(4):591.
 31. Cann W, Rogers H, Matthews J. Family Intervention Services program evaluation: A brief report on initial outcomes for families. *Austr J Adv Mental Health*. 2003;2(3):208-15.
 32. Faraone SV, Asherson P, Banaschewski T, Biederman J, Buitelaar JK, Ramos-Quiroga JA, et al. Attention-deficit/hyperactivity disorder. *Nat Rev Dis Primers*. 2015;1:15020. DOI: [10.1038/nrdp.2015.20](https://doi.org/10.1038/nrdp.2015.20) PMID: [27189265](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27189265/)
 33. Rutter M. A children's behaviour questionnaire for completion by teachers: preliminary findings. *J Child Psychol Psychiatry*. 1967;8(1):1-11. PMID: [6033260](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/6033260/)
 34. Luoma I, Puura K, Tamminen T, Kaukonen P, Piha J, Rasanen E, et al. Emotional and behavioural symptoms in 8-9-year-old children in relation to family structure. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 1999;8 Suppl 4:29-40. PMID: [10654131](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10654131/)
 35. Salimi S, Ramazani A, Khavanaki Z, Amiri M. [The relationships between mothers' irrational beliefs with their children's behavioral problems]. *J Appl Psychol*. 2009;1(9):45-56.
 36. Nazari F, Kakavand A, Mashhadi Farahani Q. [The relationship between early maladaptive Schemas and mothers' parenting practices and children's disorders Externalized]. *J Appl Psychol*. 2015;9(34):127-34.
 37. Abbasgholizadeh M, Ghane M, Khosravi Z, Ameri F. [Comparison of early maladaptive schemas and roots of their parents and ways of coping in patients with type (1) diabetes and people with psoriasis and healthy people]. *J Clin Psychol Studies*. 2014;5(18):23-74.
 38. Belali R, Aghayousefi A. [The effectiveness of parental trainig program on childern with behavior problems]. *J Appl Psychol*. 2012;4(20):59-73.
 39. Goodini R. [Emotion management training program on mothers and its impact on children with behavioral disorders]. Tehran, Iran: Iranian Reserch Institute for information science and Technology; 2014.
 40. Pietromonaco PR, Uchino B, Dunkel Schetter C. Close relationship processes and health: implications of attachment theory for health and disease. *Health Psychol*. 2013;32(5):499-513. DOI: [10.1037/a0029349](https://doi.org/10.1037/a0029349) PMID: [23646833](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23646833/)
 41. Fraley RC, Roisman GI, Booth-LaForce C, Owen MT, Holland AS. Interpersonal and genetic origins of adult attachment styles: a longitudinal study from infancy to early adulthood. *J Pers Soc Psychol*. 2013;104(5):817-38. DOI: [10.1037/a0031435](https://doi.org/10.1037/a0031435) PMID: [23397970](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23397970/)
 42. Tanaka N, Hasui C, Uji M, Hiramura H, Chen Z, Shikai N, et al. Correlates of the categories of adolescent attachment styles: Perceived rearing, family function, early life events, and personality.

Psychiatry Clin Neurosci. 2008;62(1):65-74. DOI: [10.1111/j.1440-1819.2007.01777.x](https://doi.org/10.1111/j.1440-1819.2007.01777.x) PMID: 18289143
43. Rezapour Mirsaleh Y, Einy E, Ainparast N, Hashami

F. [Effectiveness of Attachment Based on family function mother with insecure attachment style]. J Clin Psychol Studies. 2014;4(15):105-25.