

تأثیر برنامه درمانی مبتنی بر تعامل والد کودک (PCIT) بر مشکلات رفتاری کودکان با اختلال طیف اتیسم

The Effects of Parent-Child Interaction Therapy (PCIT) on Behavioral Problems of Children with Autism Spectrum Disorder

Fereshteh Javadi  
Saeid Hassanzadeh  
Gholam Ali Afrooz  
Sogand Ghasemzadeh

فرشته جوادی \*  
سعید حسن‌زاده \*\*  
غلامعلی افروز \*\*\*  
سوگند قاسم‌زاده \*\*\*\*

Abstract

The purpose of this study was to investigate the effects of treatment program based on Parent-Child Interaction Therapy (PCIT) on behavioral problems of children with autism spectrum disorder. The research design was quasi experimental conducted with a control group of 27 children with Autism Spectrum Disorder (3 to 7 years) at the rehabilitation centers in Tehran. The participants were selected through convenience sampling and randomly divided into two groups of 15 and 12 people experimental or control group. The experimental group received 13 sessions of 60 minutes of Parent-Child Interaction Therapy as a group, twice a week. To collect data from questionnaire, Behavioral Problems as pre-test and post-test Child Symptom Inventory-4 (CSI-4) were used in two groups. For statistical analysis, repeated measurement was used to comply with the assumptions. The results showed that Parent-Child Interaction Therapy (PCIT) decreases the attention deficit hyperactivity disorder, Oppositional defiant disorder, conduct and separation anxiety and in reducing general anxiety, social anxiety, major depression, and continuous depression was not effective. Therefore, Parent-Child Interaction Therapy (PCIT) reduces the behavioral problems of children with autism spectrum disorder and can be used to reduce the adverse behaviors of children with autism spectrum disorders.

Keywords: Autism Spectrum Disorder, Parent-Child Interaction Therapy (PCIT), Behavioral Problems

چکیده

هدف از پژوهش حاضر بررسی تأثیر برنامه درمانی مبتنی بر تعامل والد-کودک (PCIT) بر مشکلات رفتاری کودکان با اختلال طیف اتیسم بود. روش پژوهش از نوع نیمه آزمایشی با گروه لیست انتظار بود که بر روی ۲۷ کودک با اختلال طیف اتیسم (۳ تا ۷ سال) در مراکز توانبخشی شهر تهران انجام شد. آزمودنی‌ها از طریق نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند و به‌طور تصادفی در دو گروه ۱۵ و ۱۲ نفری مداخله‌ای و لیست انتظار قرار گرفتند. گروه آزمایش به‌مدت ۱۳ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای به‌صورت گروهی، هفته‌ای دو بار تحت برنامه درمانی تعامل والد کودک قرار گرفت. برای جمع‌آوری داده‌های حاصل از مشکلات رفتاری کودکان با اختلال طیف اتیسم از پرسشنامه علایم مرضی کودکان ویرایش چهارم (CSI-4) به‌عنوان پیش‌آزمون - پس‌آزمون و پیگیری استفاده شد. برای تجزیه و تحلیل آماری از آزمون اندازه‌گیری مکرر با رعایت مفروضه‌ها استفاده شد. یافته‌های به‌دست آمده نشان داد برنامه درمانی تعامل والد کودک به کاهش نشانه‌های نقص توجه و فزون‌کنشی نافرمانی مقابله‌ای، سلوک، اضطراب جدایی منجر شد و در کاهش اضطراب فراگیر، اضطراب اجتماعی، افسردگی عمده، افسردگی مداوم مؤثر نبود. بنابراین، می‌توان گفت که برنامه درمانی تعامل والد کودک باعث کاهش مشکلات رفتاری کودکان با اختلال طیف اتیسم می‌شود و می‌توان از این روش برای کاهش رفتارهای نامطلوب کودکان با اختلال طیف اتیسم استفاده کرد.

واژه‌های کلیدی: اختلال طیف اتیسم، درمان تعامل والد کودک، مشکلات رفتاری

\* دانشجوی دکتری روان‌شناسی و آموزش کودکان استثنایی، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران

Fereshteh.javadi19@yahoo.com

\*\* دانشیار گروه روان‌شناسی و آموزش کودکان استثنایی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران، تهران، ایران (نویسنده مسئول)

shasanz@ut.ac.ir

\*\*\* استاد ممتاز گروه روان‌شناسی و آموزش کودکان استثنایی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران، تهران، ایران

afrooz@ut.ac.ir

\*\*\*\* استادیار گروه روان‌شناسی و آموزش کودکان استثنایی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران، تهران، ایران

s.ghasemzadeh@ut.ac.ir

تأثیر برنامه درمانی مبتنی بر تعامل والد کودک (PCIT) بر مشکلات رفتاری کودکان با اختلال طیف اتیسم ...

## مقدمه

ویرایش پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی<sup>۱</sup> (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۱۳)، اختلالات طیف اتیسم را در طبقه عصبی تحولی آورده است. اصطلاح اختلالات طیف اتیسم به همه اختلالات در مقوله فراگیر تحولی که دامنه گسترده‌ای از شدت و نقایص کارکردی را در برمی‌گیرند، اشاره دارد (هابنر و دان، ۲۰۰۱؛ به نقل از جوادی، حسن‌زاده و ارجمندنیا، ۱۳۹۳). اختلال اتیسم مشهورترین اختلال در این زمینه است. اتیسم اختلالی عصب‌شناختی است که در سال‌های اولیه کودکی نمایان می‌شود (کاپلان و سادوک، ۲۰۱۷). این اختلال در کودکان مبتلا به اتیسم باعث می‌شود که سیستم عصبی مرکزی نتواند در زمینه رفتارهای اجتماعی و مهارت‌های ارتباطی به درستی عمل کند و مزاحم کودک برای یادگیری چگونگی ارتباط و تعامل با دیگران به‌طور اجتماعی می‌شود (کارلیبر و همکاران، ۲۰۱۹؛ فومبون، ۲۰۰۳). کودکان مبتلا به اتیسم در زمینه ارتباط کلامی و غیرکلامی، رفتارهای اجتماعی و بازی دارای مشکل می‌باشند و رفتارهای کلیشه‌ای و تکراری دارند (آن<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۰۸). در حال حاضر، از هر ۴۸ کودک، یک نفر مبتلا به اتیسم تشخیص داده می‌شود (استینمنت، ۲۰۱۹). اختلال در مهارت‌های اجتماعی از نشانه‌های اصلی اختلال اتیسم است و در مقیاس‌های تشخیصی بر آن بسیار تأکید می‌شود (ویلکینز، ۲۰۱۰؛ کارلیبر و همکاران، ۲۰۱۹). از سوی دیگر، مشکلات رفتاری مانند پرخاشگری، نافرمانی، رفتارهای قلبی و خود آسیب‌رسانی اغلب همراه با این اختلال بروز می‌کند (مک کلیستوک، هال و اولیور، ۲۰۰۳؛ مورفی، هال، اولیور و کیسی-دبرا، ۱۹۹۹). این در حالی است که پژوهش‌ها حاکی از ارتباط بالای بین تعامل اجتماعی و مشکلات رفتاری در افراد مبتلا به اختلالات طیف اتیسم است (ویلکینز، ۲۰۱۰). کودکان مبتلا به اختلالات طیف اتیسم اغلب از مشارکت در رفتارهای مناسب اجتماعی اجتناب می‌کنند و به‌طور معمول رفتارهای غیر

---

1 .Diagnostic and statistical manual of disorders 5th edition (DSM5)

2 .American Psychiatric Association

3 .Autism Spectrum Disorder

4 .Huenber & Dunn

5 .Kaplan & Sadock's

6 .Carlier

7 .Fombonne

8 .Anan

9 .Steinman

1 .Wilkins 0

1 .McClintock, Hall & Oliver 1

1 .Murphy, Hall, Oliver & Kissi-Debra

تأثیر برنامه درمانی مبتنی بر تعامل والد کودک (PCIT) بر مشکلات رفتاری کودکان با اختلال طیف اتیسم ...

کارکردی مثل رفتارهای خود تحریکی، خود آسیب‌رسانی و پرخاشگری در این افراد مشاهده می‌شود (ژنگ و همکاران، ۲۰۱۹). برخی دیگر از رفتارهای نامناسب اجتماعی در اختلالات طیف اتیسم شامل عدم برقراری تماس چشمی، پرتاب کردن اشیاء و گذاشتن آنها در دهان و کناره‌گیری از دیگران است (بگ هدادلی، پاسگال، گریسلی و ایسیلوکس، ۲۰۰۳؛ مک گلینتوک، هال و اولیور، ۲۰۰۳؛ مورفی، هال، اولیور و کیسی-دبرا، ۱۹۹۹). بدون برنامه مداخله‌ای مناسب، اغلب مشکلات رفتاری در افراد دارای اختلالات طیف اتیسم باقی می‌ماند (مورفی، بیدلی-برون، وینگ و گولد، شاه و هومز، ۲۰۰۵). تحقیقات مختلف نشان می‌دهد که میزان سلامت روانی و کیفیت زندگی والدین با شدت معلولیت ذهنی و رفتارهای ناسازگارانه کودکانشان رابطه دارد. بدین‌صورت که هرچه میزان مشکلات فرزندان از بعد ذهنی و رفتارهای ناسازگارانه بیشتر باشد والدین احتمالاً از سلامت روانی پایین‌تری برخوردارند، با فرزند معلول خود کمتر تعامل می‌کنند و رابطه آن‌ها به حداقل می‌رسد (لینمن و همکاران، ۲۰۱۷). این خانواده‌ها همچنین دچار انزوای اجتماعی می‌شوند و همچنین از وجود همدیگر زیاد ابراز رضایت نمی‌کنند (لینمن و همکاران، ۲۰۱۷؛ ریسی و هوداپ، ۲۰۰۳).

برای کاهش مشکلات رفتاری و افزایش توانایی‌های ارتباطی و اجتماعی این کودکان روش‌های درمانی و مداخله‌ای مختلفی وجود دارد که یکی از بهترین این روش‌ها روش درمانی تعامل والد-کودک<sup>۴</sup> (PCIT) است. درمان تعامل والد-کودک مبتنی بر مدل درمان هانف (۱۹۶۹) یک مدل دوره مرحله‌ای مبتنی بر نظریه یادگیری اجتماعی و نظریه دلبستگی است. درمان تعامل والد-کودک شامل دو مرحله تعامل با فرزند (CDI) و تعامل با والدین (PDI)<sup>۶</sup> است (لینمن و همکاران، ۲۰۱۷). همانند دیگر برنامه‌های آموزش والدین مبتنی بر مدل هانف (۱۹۶۹)، درمان تعامل والد-کودک شامل یک مولفه افزایش رابطه و یک رویکرد رفتاری برای کاهش اختلال است. با این حال، درمان تعامل والد-کودک از بسیاری از برنامه‌های آموزش والدین متفاوت است، زیرا هم والدین و هم کودکان را در جلسات ادغام می‌کند و شامل مربی‌گری زنده می‌شود. یکی دیگر از ویژگی‌های که درمان تعامل والد-کودک را از دیگر برنامه‌های آموزش والدین متمایز می‌کند، این است که پیشرفت درمان، هدایت داده است (لینمن و

- 1 .McClintock, Hall & Oliver
- 2 .Murphy, Beadle-Brown, Wing, Gould, Shah & Homes
- 3 .Lieneman
- 4 .Parent-Child Interaction Therapy (PCIT)
- 5 .Child-Directed Interaction
- 6 .Parent-Directed Interaction

تأثیر برنامه درمانی مبتنی بر تعامل والد کودک (PCIT) بر مشکلات رفتاری کودکان با اختلال طیف اتیسم ...

همکاران، ۲۰۱۷). در این روش، تعامل با والدین (PDI) پیش‌نیاز به ادامه درمان است. درمان تعامل والد- کودک یک چهره بین‌المللی یافته که از اهداف آن می‌توان موارد زیر را بیان کرد:

- ۱- توانمندسازی والدین برای ایجاد تغییراتی که به پرورش ارتباط مطمئن با فرزندان خود منجر خواهد شد.
- ۲- بهبود زندگی کودکان و خانواده‌ها در سراسر جهان از طریق ارائه شیوه‌های دقیق ارزیابی و درمان مبتنی بر جامعه.
- ۳- فعالیت‌های پژوهشی و نوآوری‌های بالینی توسعه یافته توسط جامعه تعامل والد- کودک.
- ۴- پرورش و گسترش تخصص شبکه‌ای از درمانگران تعامل والد- کودک محلی، منطقه-ای، ملی و بین‌المللی و ... (بادیفورد و همبری کیگین، ۲۰۱۰).

از آنجاکه، برنامه درمانی منسجمی در کشورمان برای کاهش مشکلات رفتاری، پرخاشگری و اضطراب کودکان با اختلال طیف اتیسم وجود ندارد، و از طرف دیگر یکی از درمان‌های موثر و شناخته شده در این زمینه، در جهان، درمان مبتنی بر تعامل والد کودک می‌باشد، لذا سوال اصلی این پژوهش این است که آیا برنامه درمانی مبتنی بر تعامل والد - کودک در کاهش مشکلات رفتاری کودکان با اختلال طیف اتیسم موثر است؟

## روش

پژوهش حاضر به لحاظ هدف کاربردی، و از نظر نحوه گردآوری اطلاعات، نیمه تجربی با طرح پیش-آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با گروه لیست انتظار می‌باشد که به صورت میدانی اجرا شد. داده‌های این پژوهش کمی و در سطح مقیاس فاصله‌ای است. جامعه آماری هدف این پژوهش، کلیه کودکان با اختلال طیف اتیسم ۳ تا ۷ سال و مادران آنان بود. جامعه آماری هدف کلیه کودکان طیف اتیسم و جامعه آماری در دسترس کلیه کودکان با اختلال طیف اتیسم در دامنه سنی ۳ تا ۷ سال شهر تهران سال ۱۳۹۷ بودند که به مراکز توانبخشی مراجعه کردند از بین این مراکز تعداد ۲۷ کودک با توجه به ملاک‌های ورود، مصاحبه بالینی و اجرای آزمون دومین ویرایش مقیاس اندازه‌گیری اتیسم از مرکز پدیده انتخاب شدند و به صورت تصادفی در دو گروه برابر آزمایش و کنترل قرار گرفتند. روش نمونه‌گیری هدفمند و به صورت در دسترس بود که ۱۲ نفر از این کودکان و مادران آنان به‌عنوان گروه مداخله ای و ۱۵ نفر دیگر به-عنوان گروه لیست انتظار انتخاب شدند. ملاک‌های ورود عبارت بودند از: تشخیص اختلال طیف اتیسم، رضایت و امکان حضور والدین برای شرکت در جلسات درمانی، حیطة سنی ۳-۷ سال برای کودک و

تأثیر برنامه درمانی مبتنی بر تعامل والد کودک (PCIT) بر مشکلات رفتاری کودکان با اختلال طیف اتیسم ...

نداشتن معلولیت جانبی. ملاک‌های خروج عبارت بودند از: وجود هرگونه اختلال بارز دیگر غیر از اتیسم که بتواند به‌عنوان تشخیص اصلی خود را مطرح کند، وجود بیماری‌های جسمی، دریافت آموزش‌های مبتنی بر تعامل والد کودک به‌صورت همزمان در مرکز دیگری نداشته باشد، تعداد غیبت بیش از دو جلسه، محرز شدن خلاف هر یک از ملاک‌های ورود و محرز شدن معلولیت جانبی در طول دوره درمان. از شاخص‌های آماری توصیفی و تحلیل اندازه‌گیری‌های مکرر برای تجزیه و تحلیل اطلاعات استفاده شد.

### ابزارها

**مقیاس رتبه‌بندی اتیسم گیلیام، ویرایش دوم:** دومین ویرایش مقیاس اندازه‌گیری اتیسم (GARS-2) ابزار استاندارد مبتنی بر علائم و نشانه‌های اتیسم است که در سال ۲۰۰۳ بر روی گروه نمونه ۱۱۰۷ از ۴۸ ایالت کشور آمریکا (۲ تا ۲۲ سال) استاندارد شده (گیلیام، ۲۰۰۳، به نقل از احمدی و همکاران، ۱۳۹۰)، و دارای ۳ زیرمقیاس است که ارتباط، مهارت‌های اجتماعی و رفتارهای کلیشه‌ای را ارزیابی می‌کند. هر زیرمقیاس ۱۴ گویه دارد که توسط کارشناسان، والدین و یا مربیان این کودکان از ۰ تا ۳ نمره‌گذاری می‌شود. نحوه نمره‌گذاری به این شکل است که اگر رفتار طی ۶ ساعت قبل وجود نداشته باشد نمره (۰)، اگر ۱ تا ۲ مرتبه در یک دوره ۶ ساعته بروز کند نمره (۱)، اگر ۳ تا ۴ مرتبه در یک دوره ۶ ساعته بروز کند نمره (۲) و اگر ۵ تا ۶ مرتبه در یک دوره ۶ ساعته بروز کند نمره (۳) به آن گویه تعلق می‌گیرد. این ابزار در سال ۱۳۹۰ توسط کارشناسان مرکز اتیسم اصفهان هنجاریابی شده است. روایی صوری و محتوایی این ابزار از سوی متخصصان و کارشناسان مرکز اتیسم اصفهان تایید شده است. برای برآورد روایی سازه از پرسشنامه گارز به‌طور همزمان استفاده شده است که ضریب همبستگی این دو پرسشنامه (۰/۸۰) به‌دست آمد. روایی تشخیصی آن با مقایسه با ۱۰۰ کودک و نوجوان سالم از طریق آزمون تحلیل تمایز مشخص شد. نقطه برش آزمون ۵۲ و حساسیت و ویژگی مقیاس به ترتیب ۹۹ درصد و ۱۰۰ درصد به‌دست آمد. پایایی این ابزار نیز با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ بررسی شد. ضریب آلفای کرونباخ برای زیرمقیاس ارتباط ۰/۹۲، برای زیرمقیاس مهارت‌های اجتماعی ۰/۷۳ و برای رفتارهای کلیشه‌ای ۰/۷۴. گزارش شده است. ضمن اینکه آلفای کرونباخ کل ۰/۸۹. گزارش شده است (احمدی و همکاران، ۱۳۹۰).

---

1 . Gilliam Autism Rating Scale - Second Edition (GARS-2)

تأثیر برنامه درمانی مبتنی بر تعامل والد کودک (PCIT) بر مشکلات رفتاری کودکان با اختلال طیف اتیسم ...

**پرسشنامه علائم مرضی کودکان<sup>۱</sup> (فرم والدین؛ CSI-4):** پرسشنامه علائم مرضی کودکان ابزار غربالگری برای شایع‌ترین اختلالات روانپزشکی بوده است که عبارات آن بر اساس ملاک‌های تشخیصی راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی تدوین شده است. پرسشنامه علائم مرضی کودکان شامل فهرست ۲۱ اختلال رفتاری و هیجانی از جمله اختلال نقص توجه - بیش‌فعالی است (سلیمان نژاد، ۱۳۷۶). نسخه اولیه پرسشنامه با نام فهرست اسپرافکین، لانی، یونیتات و گادو در سال ۱۹۸۴ توسط اسپرافکین، لانی، یونیتات و گادو بر اساس طبقه‌بندی DSM-III تهیه شد و بعدها به دنبال تجدید نظر در سال ۱۹۸۷ نسخه CSI-3-R آن نیز ساخته شد. تا اینکه CSI-4 در سال ۱۹۹۲ با ظهور چاپ چهارمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی با تغییرات اندکی نسبت به نسخه‌های قبلی توسط گادو و اسپرافکین تجدیدنظر شد (توکلی زاده، ۱۳۷۵). آخرین ویرایش پرسشنامه علائم مرضی کودکان CSI-4 همانند نسخه‌های قبلی دارای ۲ فهرست والدین و معلم می‌باشد. این فهرست دارای ۱۱۲ عبارت است که ۴۱ عبارت آن (گروه عبارت A,B,C) مربوط به ارزیابی اختلالات رفتاری مخرب و کمبود توجه می‌باشد. هر یک از عبارات این فهرست در یک مقیاس ۴ درجه‌ای که از هیچ‌گاه تا بیشتر اوقات می‌باشد، مشخص می‌گردد.

### برنامه درمانی تعامل والد کودک

برنامه حاضر با اقتباسی از برنامه آیرگ<sup>۲</sup> سال (۲۰۱۰) و با توجه به نیازهای تعاملی کودکان طیف اتیسم که بر اساس مرور پژوهش‌های انجام شده مشخص، طراحی و تدوین گردید. به صورت اجمالی می‌توان گفت برنامه حاضر، برنامه ای مداخله ای شامل ۱۳ جلسه بود که به صورت نمونه در جدول ۱ به آن اشاره شده است. در این پژوهش، پژوهشگر ابتدا با انتخاب مرکز توان بخشی پدیده در منطقه شهران تهران و هماهنگی با مدیر مرکز به انتخاب نمونه‌های آماری بر اساس معیارهای ورود و خروج پرداخت. بعد از انتخاب آزمودنی‌ها آن‌ها را در دو گروه آزمایش و کنترل قرار داد. گروه آزمایش و کنترل به سؤال‌های پیش‌آزمون پاسخ دادند و سپس گروه آزمایش تحت تدابیر درمانی قرار گرفت. در نهایت هر دو گروه به همه سؤالات در پس‌آزمون و پیگیری پاسخ دادند. در طی پژوهش ۳ نفر از گروه آزمایش خارج شدند و تعداد آنها به ۱۲ نفر رسید. گروه لیست انتظار همگی تا پایان پژوهش همکاری کامل را داشتند.

1 . The Child Symptom Inventory-4 (CSI-4)

2 .Eyberg

تأثیر برنامه درمانی مبتنی بر تعامل والد کودک (PCIT) بر مشکلات رفتاری کودکان با اختلال طیف اتیسم ...

### جدول ۱. ساختار جلسات درمانی

عنوان جلسه	محتوای جلسه
جلسه اول	آشنایی با ساختار
جلسه دوم	ارزیابی (مصاحبه تکمیل پرسشنامه‌ها) و همچنین مشاهده تعامل والد کودک بازخورد به خانواده‌ها و آشنا کردن آنها با ساختار درمان
جلسه سوم	جلسات
جلسه چهارم	ملاقات با والدین و پاسخ به سؤالات
جلسه پنجم	آموزش مهارت‌های تعامل کودک مدار (CDI)
جلسه ششم	آموزش مهارت‌های تعامل کودک مدار، بحث پیرامون تکلیف منزل
جلسه هفتم	آموزش مهارت‌های پرهیزی و انجام دانی
جلسه هشتم	آموزش توجه راهبردی و چشم پوشی انتخابی
جلسه نهم	آموزش سرمشق سازی همه مهارت‌ها به طور ترکیبی، رهبری فعالیت والدین در حین نقش گذاری
جلسه دهم	بحث پیرامون منطق بازی در خانه، تخصیص تکالیف جدید
جلسه یازدهم	پاسخ به سؤالات، توضیح استفاده از تمرین‌های فرمانبرداری، آموزش دستورالعمل مؤثر
جلسه دوازدهم	آموزش چگونگی تصمیم گیری، آموزش پیامدهای پیروی کردن
جلسه سیزدهم	آموزش پیامدهای ناپیروی، آموزش اطلاعات مکمل در مورد زمان محروم سازی
	هدایت و آماده سازی والدین در حین نقش گذاری با کودکان
	جمع بندی جلسات و پاسخ به سؤالات

### یافته ها

در جدول ۲، میانگین و دامنه سنی کودکان گروه‌های مداخله و لیست انتظار ارائه شده است. میانگین سنی گروه مداخله ۵/۱ و گروه لیست انتظار ۵/۸ هست. در جدول ۲ همچنین سطح تحصیلات مادران در گروه مداخله و فهرست انتظار ارائه شده است.

### جدول ۲. ویژگی های جمعیت شناختی شرکت کنندگان در پژوهش

گروه ها	دامنه سنی	میانگین (انحراف معیار)	طیف سنی کودکان
گروه مداخله	۷-۳	۵/۱ (۱/۲)	سه سال، چهار سال، پنج سال، شش سال، هفت سال
گروه فهرست انتظار	۷-۳	۵/۸ (۱/۴)	یک سال، دو سال، سه سال، چهار سال، پنج سال، شش سال، هفت سال
گروه ها	تحصیلات	سیکل و پایین تر	دیپلم، لیسانس، کارشناسی ارشد، دکتری
گروه مداخله	-	۱	۳، ۵
گروه فهرست انتظار	۱	۱	۳، ۴، ۶

در جدول ۳، میانگین و انحراف استاندارد زیر مقیاس‌های مشکلات رفتاری کودکان (نقص توجه و فزون کنشی، نافرمانی مقابله ای، سلوک، اضطراب جدایی، اضطراب فراگیر، اضطراب اجتماعی، افسردگی عمده، افسردگی مداوم) در گروه‌های مداخله و لیست انتظار نشان داده شده است. نکته قابل توجه در این جدول این است که نمره‌های شرکت کنندگان در گروه لیست انتظار و مداخله در همه متغیرها در

تأثیر برنامه درمانی مبتنی بر تعامل والد کودک (PCIT) بر مشکلات رفتاری کودکان با اختلال طیف اتیسم ...

پیش‌آزمون به دلیل اینکه هر دو گروه با یکدیگر در متغیرهای هوش، جنس، سن و عدم دریافت درمان‌های موازی، هم‌تا شده‌اند خیلی مشابه به یکدیگر است، ولی تفاوت بین گروه‌ها در پس‌آزمون و پیگیری به دلیل تأثیر برنامه آموزشی قابل مشاهده است.

جدول ۳. میانگین و انحراف معیار گروه‌های مداخله و لیست انتظار در متغیر مشکلات رفتاری

گروه‌ها	آزمون‌ها	شاخص‌های آماری	بیش‌فعالی	نافرمانی	اختلال	اضطراب	افسردگی	افسردگی	اضطراب	اضطراب	اضطراب
			نقص توجه	مقابله‌ای	سلوک	فراگیر	عمده	مداوم	اجتماعی	جدایی	
مداخله	پیش‌آزمون	میانگین	۲۰/۰۸	۱۰/۰۰	۱۴/۲۵	۵/۰۸	۷/۴۱	۱۰/۴۱	۴/۰۰	۶/۹۱	
	پس‌آزمون	انحراف معیار	۵/۲۱	۷/۰۰	۳/۲۷	۱/۱۶	۲/۷۷	۳/۳۹	۱/۷۵	۲/۸۷	
	پیگیری	میانگین	۱۵/۳۳	۲/۶۹	۱۰/۳۳	۵/۱۶	۴/۰۸	۷/۹۱	۳/۱۶	۳/۵۸	
	پیگیری	انحراف معیار	۵/۹۸	۲/۳۹	۲/۸۷	۱/۸۵	۱/۴۴	۳/۵۵	۰/۵۷	۲/۱۹	
لیست انتظار	پیش‌آزمون	میانگین	۱۶/۳۳	۹/۰۸	۱۱/۴۱	۵/۴۱	۶/۳۳	۴/۵۸	۳/۲۵	۴/۷۵	
	پس‌آزمون	انحراف معیار	۳/۷۷	۲/۳۹	۴/۳۷	۰/۹۰	۲/۹۶	۲/۶۰	۱/۸۱	۲/۲۲	
	پیگیری	میانگین	۱۹/۰۶	۸/۸۶	۱۳/۷۳	۴/۲۶	۱۱/۶۰	۱۱/۰۶	۳/۸۰	۶/۹۳	
	پیگیری	انحراف معیار	۴/۹۴	۲/۸۹	۴/۵۵	۱/۶۶	۱/۵۴	۴/۱۱	۱/۵۶	۳/۰۵	
گروه‌ها	پیش‌آزمون	میانگین	۲۲/۴۶	۹/۸۰	۵۵/۱۳	۷/۰۰	۵/۷۳	۱۱/۲۶	۴/۲۶	۷/۵۳	
	پس‌آزمون	انحراف معیار	۵/۶۵	۲/۷۸	۵/۶۱	۱/۳۰	۱/۶۲	۴/۰۷	۱/۳۳	۲/۸۲	
	پیگیری	میانگین	۱۷/۸۶	۷/۴۶	۱۴/۲۶	۶/۳۳	۵/۶۰	۶/۴۰	۴/۴۰	۷/۵۳	
	پیگیری	انحراف معیار	۵/۸۶	۲/۸۹	۵/۲۱	۱/۰۴	۳/۱۱	۲/۲۹	۱/۲۹	۲/۸۲	

به‌منظور بررسی تأثیر PCIT در کاهش مشکلات رفتاری کودکان با اختلال طیف اتیسم نمره‌های شرکت‌کنندگان در تکمیل پرسشنامه علایم مرضی کودکان ویرایش چهارم مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفتند که نتایج آن در جداول زیر ارائه شده است. برای بررسی این متغیر از آزمون اندازه‌گیری‌های مکرر استفاده شد. در جدول ۴ نتایج آزمون موچلی برای بررسی شرایط و مفروضه‌های به‌کارگیری اندازه‌گیری‌های مکرر ارائه شده است. به‌منظور بررسی سؤال پژوهش نمره‌های شرکت‌کنندگان در تکمیل پرسشنامه علایم مرضی کودکان (نقص توجه و فزون‌کنشی، نافرمانی، مقابله‌ای، سلوک، اضطراب جدایی، اضطراب فراگیر، اضطراب اجتماعی،

- 1 . Attention deficit hyperactivity disorder
- 2 . oppositional defiant disorder (ODD)
- 3 . Conduct disorder
- 4 . separation anxiety
- 5 . Generalized Anxiety Disorder (GAD)



تأثیر برنامه درمانی مبتنی بر تعامل والد کودک (PCIT) بر مشکلات رفتاری کودکان با اختلال طیف اتیسم ...

افسردگی عمده، افسردگی مداوم) مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفتند که نتایج آن در قالب مؤلفه‌های مختلف این تعامل به ترتیب در زیر ارائه شده است.

۱. نقص توجه و فزون کنشی: برای بررسی این متغیر از آزمون اندازه‌گیری‌های مکرر استفاده شد. در جدول ۴ نتایج آزمون‌های تحلیل واریانس چندمتغیری برای مقایسه مشکلات رفتاری کودکان طیف اتیسم بر اساس متغیر گروه در سؤال پژوهش ارائه شده است. یافته‌های بدست آمده از این پژوهش نشان داد آزمون کروییت موجلی<sup>۶</sup> برای مؤلفه بیش‌فعالی نقص توجه در سؤال معنادار نیست (۰/۰۷). از آنجایی که آزمون کروییت موجلی معنادار نیست، باید نتایج بدست آمده با فرض برقراری کروییت از آزمون اسپرسیتی اسامد در بعد زمان به جای آزمون‌های گرین هوس - گیسر، هیون فلت و لور به‌وند استفاده شود.

جدول ۴. نتایج آزمون‌های تحلیل واریانس چند متغیری مقایسه بیش‌فعالی نقص توجه گروه‌ها

منبع واریانس	نام آزمون	مقدار	df فرضیه	df خطا	F	سطح معناداری
	اثر پیلایی	۰/۱۵۷	۲	۲۴	۲/۲۳	۰/۱۲
	لامبدای ویلکز	۰/۸۴۳	۲	۲۴	۲/۲۳	۰/۱۲
بیش‌فعالی - نقص توجه	اثر هتلینگ	۰/۱۸۶	۲	۲۴	۲/۲۳	۰/۱۲
	بزرگ‌ترین ریشه روی	۰/۱۸۶	۲	۲۴	۲/۲۳	۰/۱۲

در جدول ۴ نتایج آزمون‌های تحلیل واریانس چندمتغیری اثر پیلایی<sup>۶</sup>، لامبدای ویلکز<sup>۷</sup>، اثر هتلینگ<sup>۸</sup> و بزرگ‌ترین ریشه روی<sup>۹</sup> برای مقایسه پذیرش براساس متغیر گروه مشاهده می‌شود. براساس اطلاعات

- 1 .Social anxiety disorder (SAD)
- 2 .Major depressive disorder (MDD)
- 3 .Persistent depressive disorder (PDD)
- 4 .Multivariate Repeated Measures Methods
- 5 .Mauchly's Test of Sphericity
- 6 .Pillai's Trace
- 7 .Wilks' Lambda
- 8 .Hotelling's Trace
- 9 .Roy's Largest Root

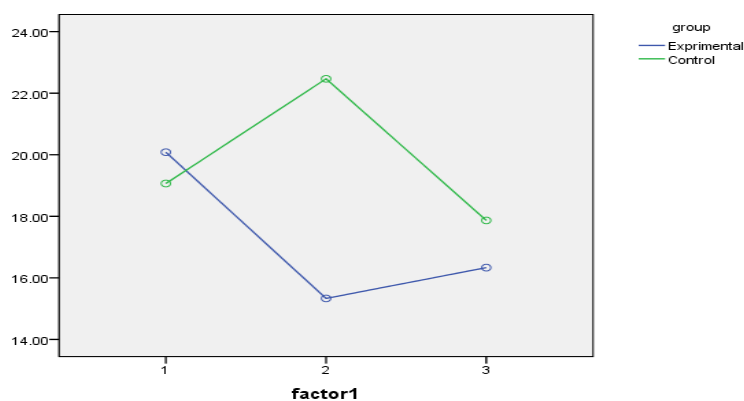
تأثیر برنامه درمانی مبتنی بر تعامل والد کودک (PCIT) بر مشکلات رفتاری کودکان با اختلال طیف اتیسم ...

جدول ۵ می‌توان گفت که گروه‌ها در بیش فعالی نقص توجه با یکدیگر تفاوتی ندارند. یعنی بین نمره های پیش آزمون و پیگیری گروه مداخله و در فهرست انتظار تفاوت معناداری از نظر آماری وجود ندارد.

جدول ۵. نتایج آزمون‌های اثرات درون آزمودنی گروه‌های آزمایش و کنترل در بیش فعالی نقص توجه

سطح معناداری	F	میانگین مجزورات	درجه آزادی	مجموع مجزورات	آزمون	مؤلفه‌ها
۰/۰۴	۴/۴۸	۸۱/۷۶	۱	۸۱/۷۶	گروه	بیش فعالی نقص توجه
۰/۰۷۳	۰/۱۲	۵/۶۲	۱	۵/۶۲	زمان	
۰/۲۸	۱/۱۹	۲۱/۶۷	۱	۲۱/۶۷	زمان*گروه	

نتایج بدست آمده در ردیف گروه نشان می‌دهد که گروه‌های کنترل و آزمایش در پیش‌آزمون با یکدیگر تفاوت ندارند ولی در بعد تأثیر درمان در پس آزمون تفاوت معنی داری با هم دارند. همچنین این گروه‌ها به دلیل معنادار نبودن عامل زمان در آزمون‌های پیش تست و پیگیری دارای تفاوت معناداری نیستند زیرا آزمون اسپرستی اسامد در بعد زمان در سطح ۰/۰۷ معنادار نیست. همچنین در جدول بالا اثر عامل زمان و گروه نشان می‌دهد کلیه افراد تحت آموزش در طی زمان بهبودی در زمینه کاهش بیش فعالی نقص توجه نشان نداده‌اند. شکل ۱ نشان می‌دهد که نمره های گروه مداخله و انتظار در پیش آزمون تفاوتی با هم ندارند ولی گروه مداخله به علت درمان تعامل والد کودک مشکلات بیش فعالی نقص توجه کمتری را تجربه می‌کند و این تغییر از نظر آماری معنی دار نیست.



شکل ۱. تفاوت گروه مداخله و انتظار در پیش آزمون؛ پس آزمون و پیگیری متغیر بیش فعالی نقص توجه

تأثیر برنامه درمانی مبتنی بر تعامل والد کودک (PCIT) بر مشکلات رفتاری کودکان با اختلال طیف اتیسم ...

۲. نافرمانی مقابله‌ای: برای بررسی این متغیر از آزمون اندازه‌گیری‌های مکرر استفاده شد. در جدول ۷ نتایج آزمون‌های تحلیل واریانس چندمتغیری برای مقایسه مشکلات رفتاری کودکان طیف اتیسم بر اساس متغیر گروه در سؤال پژوهش ارائه شده است. یافته‌های بدست آمده از این پژوهش نشان داد آزمون کرویت موچلی برای مؤلفه نافرمانی مقابله‌ای در سؤال معنادار نیست. از آنجایی که آزمون کرویت موچلی معنادار نیست (۰/۴۶)، باید نتایج بدست آمده با فرض برقراری کرویت از آزمون اسپرستی اسامد در بعد زمان به جای آزمون‌های گرین هوئس - گیسر، هیون فلت و لور به وند استفاده شود.

جدول ۶. نتایج آزمون‌های تحلیل واریانس چند متغیری برای مقایسه نافرمانی مقابله‌ای گروه‌ها

منبع واریانس	نام آزمون	مقدار	df فرضیه	df خطا	F	سطح معناداری
نافرمانی مقابله‌ای	اثر پیلایی	۰/۱۱	۲	۲۴	۱/۶۰	۰/۲۲
	لامبدای ویلکز	۰/۸۸	۲	۲۴	۱/۶۰	۰/۲۲
	اثر هتلینگ	۰/۱۳	۲	۲۴	۱/۶۰	۰/۲۲
	بزرگ‌ترین ریشه روی	۰/۱۳	۲	۲۴	۱/۶۰	۰/۲۲

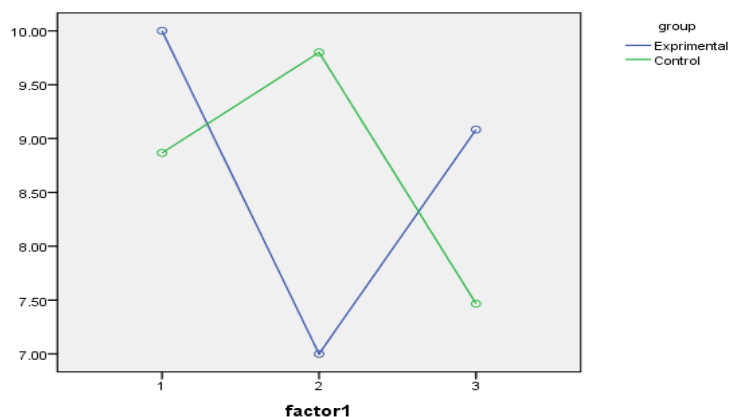
در جدول ۶ نتایج آزمون‌های تحلیل واریانس چندمتغیری اثر پیلایی، لامبدای ویلکز، اثر هتلینگ و بزرگ‌ترین ریشه روی برای مقایسه پذیرش براساس متغیر گروه مشاهده می‌شود. براساس اطلاعات جدول ۷ می‌توان گفت که گروه‌ها در نافرمانی مقابله‌ای با یکدیگر تفاوتی ندارند. یعنی بین نمره‌های پیش آزمون و پیگیری گروه مداخله و در فهرست انتظار تفاوت معناداری از نظر آماری وجود ندارد.

جدول ۷. نتایج آزمون‌های اثرات درون آزمودنی برای گروه‌های آزمایش و کنترل در نافرمانی مقابله‌ای

مؤلفه‌ها	آزمون	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری
نافرمانی مقابله‌ای	گروه	۱۷/۸۹	۱	۱۷/۸۹	۲/۵۶	۰/۱۲
	زمان	۳/۶۶	۱	۳/۶۶	۰/۳۶	۰/۵۵
	زمان*گروه	۰/۷۷	۱	۰/۷۷	۰/۱۱	۰/۷۴

تأثیر برنامه درمانی مبتنی بر تعامل والد کودک (PCIT) بر مشکلات رفتاری کودکان با اختلال طیف اتیسم ...

نتایج بدست آمده در ردیف گروه نشان می‌دهد که گروه‌های کنترل و آزمایش در پیش‌آزمون با یکدیگر تفاوت ندارند ولی در بعد تأثیر درمان در پس‌آزمون تفاوت معنی‌داری با هم دارند. همچنین این گروه‌ها به دلیل معنادار نبودن عامل زمان در آزمون‌های پیش‌تست و پیگیری دارای تفاوت معناداری نیستند زیرا آزمون اسپرسیتی اسامد در بعد زمان در سطح  $0/07$  معنادار نیست. همچنین در جدول بالا اثر عامل زمان و گروه نشان می‌دهد کلیه افراد تحت آموزش در طی زمان بهبودی در زمینه کاهش بیش‌فعالی نقص توجه نشان نداده‌اند. شکل ۲ نشان می‌دهد که نمره‌های گروه مداخله و انتظار در پیش‌آزمون تفاوتی با هم ندارند ولی گروه مداخله به علت درمان تعامل والد کودک مشکلات بیش‌فعالی نقص توجه کمتری را تجربه می‌کند و این تغییر از نظر آماری معنی‌دار نیست.



شکل ۲. تفاوت گروه مداخله و انتظار در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری متغیر نافرمانی مقابله‌ای

۳. اختلال سلوک: برای بررسی این متغیر از آزمون اندازه‌گیری‌های مکرر استفاده شد. در جدول ۸ نتایج آزمون‌های تحلیل واریانس چندمتغیری برای مقایسه مشکلات رفتاری کودکان طیف اتیسم بر اساس متغیر گروه در سؤال پژوهش ارائه شده است. یافته‌های بدست آمده از این پژوهش نشان داد که آزمون کرویت موچلی برای مؤلفه سلوک در سؤال معنادار نیست ( $0/14$ ). از آنجایی که آزمون کرویت موچلی معنادار نیست، باید نتایج بدست آمده با فرض برقراری کرویت از آزمون اسپرسیتی اسامد در بعد زمان به جای آزمون‌های گرین هوئس-گیسر، هیون فلت و لور به‌وند استفاده شود.

تأثیر برنامه درمانی مبتنی بر تعامل والد کودک (PCIT) بر مشکلات رفتاری کودکان با اختلال طیف اتیسم ...

جدول ۸. نتایج آزمون‌های تحلیل واریانس چند متغیری مقایسه اختلال سلوک براساس متغیر گروه

منبع واریانس	نام آزمون	مقدار	df فرضیه	df خطا	F	سطح معناداری
	اثر پیلائی	۰/۱۰	۲	۲۴	۱/۴۱	۰/۳۶
	لامبدای ویلکز	۰/۸۹	۲	۲۴	۱/۴۱	۰/۳۶
سلوک	اثر هتلینگ	۰/۱۱	۲	۲۴	۱/۴۱	۰/۳۶
	بزرگ‌ترین ریشه روی	۰/۱۱	۲	۲۴	۱/۴۱	۰/۳۶

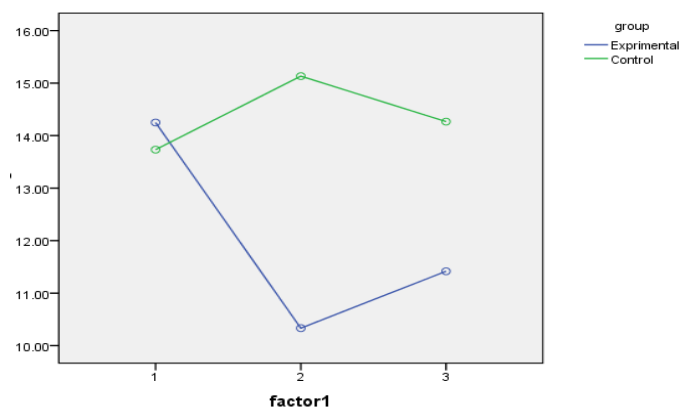
در جدول ۸ نتایج آزمون‌های تحلیل واریانس چندمتغیری اثر پیلائی، لامبدای ویلکز، اثر هتلینگ و بزرگ‌ترین ریشه روی برای مقایسه اختلال سلوک براساس متغیر گروه مشاهده می‌شود. براساس اطلاعات جدول ۹ می‌توان گفت که گروه‌ها در اختلال سلوک با یکدیگر تفاوتی ندارند. یعنی بین نمره‌های پیش آزمون و پیگیری گروه مداخله و در فهرست انتظار تفاوت معناداری از نظر آماری وجود ندارد.

جدول ۹. نتایج آزمون‌های اثرات درون آزمودنی گروه‌های آزمایش و کنترل در سلوک

مؤلفه‌ها	آزمون	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری
گروه	گروه	۱۷/۶۳	۱	۱۷/۶۳	۱/۵۷	۰/۳۲
اختلال سلوک	زمان	۸/۳۰	۱	۸/۳۰	۳/۳۷	۰/۰۷
	زمان*گروه	۳۷/۷۸	۱	۳۷/۷۸	۱۱/۵۳	۰/۰۰۲

نتایج بدست آمده در ردیف گروه نشان می‌دهد که گروه‌های کنترل و آزمایش در پیش‌آزمون با یکدیگر تفاوت ندارند ولی در بعد تأثیر درمان در پس آزمون تفاوت معنی داری با هم دارند. همچنین این گروه‌ها به دلیل معنادار نبودن عامل زمان در آزمون‌های پیش تست و پیگیری دارای تفاوت معناداری نیستند زیرا آزمون اسپرستی اسامد در بعد زمان در سطح ۰/۰۷ معنادار نیست. همچنین در جدول بالا اثر عامل زمان و گروه نشان می‌دهد کلیه افراد تحت آموزش در طی زمان بهبودی در زمینه کاهش سلوک نشان نداده‌اند. شکل ۳ نشان می‌دهد که نمره‌های گروه مداخله و انتظار در پیش آزمون تفاوتی با هم ندارند ولی گروه مداخله به علت درمان تعامل والد کودک مشکلات سلوک کمتری را تجربه می‌کند و این تغییر از نظر آماری معنی دار نیست.

تأثیر برنامه درمانی مبتنی بر تعامل والد کودک (PCIT) بر مشکلات رفتاری کودکان با اختلال طیف اتیسم ...



شکل ۳. تفاوت گروه مداخله و انتظار در پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری متغیر اختلال سلوک

۴. افسردگی عمده: برای بررسی این متغیر از آزمون اندازه‌گیری‌های مکرر استفاده شد. در جدول ۱۰ نتایج آزمون‌های تحلیل واریانس چندمتغیری برای مقایسه مشکلات رفتاری کودکان طیف اتیسم بر اساس متغیر گروه در سؤال پژوهش ارائه شده است. یافته‌های بدست آمده از این پژوهش نشان داد آزمون کرویت موچلی برای مؤلفه افسردگی عمده در سؤال معنادار نیست (۰/۱۰). از آنجایی که آزمون کرویت موچلی معنادار نیست، باید نتایج بدست آمده با فرض برقراری کرویت از آزمون اسپرستیتی اسامد در بعد زمان به جای آزمون‌های گرین هوئس-گیسر، هیون فلت و لور به وند استفاده شود.

جدول ۱۰. نتایج آزمون‌های تحلیل واریانس چند متغیری مقایسه اختلال افسردگی عمده گروه‌ها

منبع واریانس	نام آزمون	مقدار	df فرضیه	df خطا	F	سطح معناداری
افسردگی عمده	اثر پیلایی	۰/۷۷	۲	۲۴	۴۰/۲۶	۰/۰۰۱
	لامبدای ویلکز	۰/۲۳	۲	۲۴	۴۰/۲۶	۰/۰۰۱
	اثر هتلینگ	۳/۳۵	۲	۲۴	۴۰/۲۶	۰/۰۰۱
	بزرگ‌ترین ریشه روی	۳/۳۵	۲	۲۴	۴۰/۲۶	۰/۰۰۱

تأثیر برنامه درمانی مبتنی بر تعامل والد کودک (PCIT) بر مشکلات رفتاری کودکان با اختلال طیف اتیسم ...

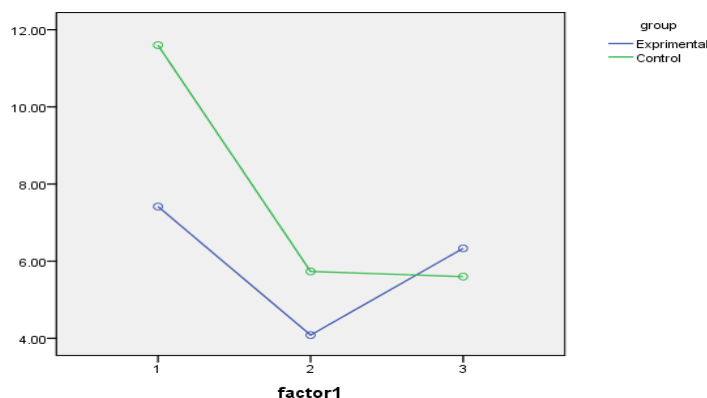
در جدول ۱۰ نتایج آزمون‌های تحلیل واریانس چندمتغیری اثر پیلایی، لامبدای ویلکز، اثر هتلینگ و بزرگ‌ترین ریشه روی برای مقایسه افسردگی عمده بر اساس متغیر گروه مشاهده می‌شود. بر اساس اطلاعات جدول ۱۰ می‌توان گفت که گروه‌ها در متغیر افسردگی عمده متفاوت‌اند؛ یعنی حداقل بین یکی از آزمون‌های (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) افسردگی عمده در گروه‌های مداخله و لیست انتظار تفاوت وجود دارد. لازم به یادآوری است که معنادار بودن آزمون‌های تحلیل واریانس چندمتغیری نشان نمی‌دهد که بین کدام مراحل ارزیابی (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) در گروه مداخله و لیست انتظار تفاوت وجود دارد.

جدول ۱۱. نتایج آزمون‌های اثرات درون آزمودنی گروه‌های آزمایش و کنترل در افسردگی عمده

مؤلفه‌ها	آزمون	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری
اختلال افسردگی عمده	گروه	۱۶۷/۲۴	۱	۱۶۷/۲۴	۲۳/۰۴	۰/۰۰۱
	زمان	۱۴۲/۲۹	۱	۱۴۲/۲۹	۳۸/۸۱	۰/۰۰۱
	زمان*گروه	۸۰/۵۷	۱	۸۰/۵۷	۱۱/۱۰	۰/۰۰۳

نتایج به دست آمده در ردیف گروه نشان می‌دهد که گروه‌های لیست انتظار و مداخله در پیش‌آزمون با یکدیگر تفاوت دارند، ولی این گروه‌ها در عامل زمان دارای تفاوت معنادار نیستند زیرا آزمون اسپرستیتی اسامد در بعد زمان در سطح ۰/۰۶ معنادار است. شکل ۴ نشان می‌دهد که نمره‌های گروه مداخله و انتظار در پیش‌آزمون تفاوتی با هم ندارند ولی گروه مداخله به علت درمان تعامل والد کودک مشکلات افسردگی عمده کمتری را تجربه می‌کند و این تغییر و اثربخشی در طول زمان هم تاثیر خود را حفظ کرده است.

تأثیر برنامه درمانی مبتنی بر تعامل والد کودک (PCIT) بر مشکلات رفتاری کودکان با اختلال طیف اتیسم ...



شکل ۴. تفاوت گروه مداخله و انتظار در پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری متغیر اختلال افسردگی عمده

۴. افسردگی مداوم: برای بررسی این متغیر از آزمون اندازه‌گیری‌های مکرر استفاده شد. در جدول ۱۲ نتایج آزمون‌های تحلیل واریانس چندمتغیری برای مقایسه مشکلات رفتاری کودکان طیف اتیسم بر اساس متغیر گروه در سؤال پژوهش ارائه شده است. یافته‌های بدست آمده از این پژوهش نشان داد آزمون کرویت موچلی برای مؤلفه افسردگی مداوم در سؤال معنادار نیست (۰/۹۷). از آنجایی که آزمون کرویت موچلی معنادار نیست، باید نتایج بدست آمده با فرض برقراری کرویت از آزمون اسپرستی اسامد در بعد زمان به جای آزمون‌های گرین هوئس- گیسر، هیون فلت و لور به وند استفاده شود.

جدول ۱۲. نتایج آزمون‌های تحلیل واریانس چند متغیری مقایسه اختلال افسردگی مداوم گروه‌ها

منبع واریانس	نام آزمون	مقدار	df فرضیه	df خطا	F	سطح معناداری
افسردگی مداوم	اثر پیلایی	۰/۶۸	۲	۲۴	۲۵/۶۲	۰/۰۰۱
	لامبدای ویلکز	۰/۳۱	۲	۲۴	۲۵/۶۲	۰/۰۰۱
	اثر هتلینگ	۲/۱۳	۲	۲۴	۲۵/۶۲	۰/۰۰۱
	بزرگ‌ترین ریشه روی	۲/۱۳	۲	۲۴	۲۵/۶۲	۰/۰۰۱



تأثیر برنامه درمانی مبتنی بر تعامل والد کودک (PCIT) بر مشکلات رفتاری کودکان با اختلال طیف اتیسم ...

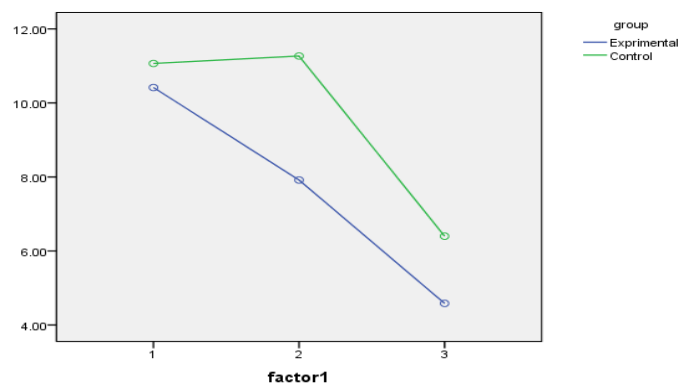
در جدول ۱۲ نتایج آزمون‌های تحلیل واریانس چندمتغیری اثر پیلایی، لامبدای ویلکز، اثر هتلینگ و بزرگ‌ترین ریشه روی برای مقایسه افسردگی مداوم بر اساس متغیر گروه مشاهده می‌شود. بر اساس اطلاعات جدول ۱۲ می‌توان گفت که گروه‌ها در متغیر افسردگی مداوم متفاوت‌اند؛ یعنی حداقل بین یکی از آزمون‌های (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) افسردگی مداوم در گروه‌های مداخله و لیست انتظار تفاوت وجود دارد. لازم به یادآوری است که معنادار بودن آزمون‌های تحلیل واریانس چندمتغیری نشان نمی‌دهد که بین کدام مراحل ارزیابی (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) در گروه مداخله و لیست انتظار تفاوت وجود دارد.

جدول ۱۳. نتایج آزمون‌های اثرات درون آزمودنی گروه‌های آزمایش و کنترل در افسردگی مداوم

مؤلفه‌ها	آزمون	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری
اختلال افسردگی مداوم	گروه	۳۶۷/۵۰	۱	۳۶۷/۵۰	۴۶/۹۹	۰/۰۰۱
	زمان	۳۸/۶۷	۱	۳۸/۶۷	۴/۹۸	۰/۰۳
	زمان*گروه	۴/۵۳	۱	۴/۵۳	۰/۵۸	۰/۴۵

نتایج به دست آمده در ردیف گروه نشان می‌دهد که گروه‌های لیست انتظار و مداخله در پیش‌آزمون با یکدیگر تفاوت دارند، ولی این گروه‌ها در عامل زمان دارای تفاوت معنادار نیستند زیرا آزمون اسپرستی اسامد در بعد زمان در سطح ۰/۰۶ معنادار است. شکل ۵ نشان می‌دهد که نمره‌های گروه مداخله و انتظار در پیش‌آزمون تفاوتی با هم ندارند ولی گروه مداخله به علت درمان تعامل والد کودک مشکلات افسردگی مداوم کمتری را تجربه می‌کند و این تغییر و اثربخشی در طول زمان هم تاثیر خود را حفظ کرده است.

تأثیر برنامه درمانی مبتنی بر تعامل والد کودک (PCIT) بر مشکلات رفتاری کودکان با اختلال طیف اتیسم ...



شکل ۵. تفاوت گروه مداخله و انتظار در پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری متغیر اختلال افسردگی مداوم

۴. اضطراب اجتماعی: برای بررسی این متغیر از آزمون اندازه‌گیری‌های مکرر استفاده شد. در جدول ۱۴ نتایج آزمون‌های تحلیل واریانس چندمتغیری برای مقایسه مشکلات رفتاری کودکان طیف اتیسم بر اساس متغیر گروه در سؤال پژوهش ارائه شده است. یافته‌های بدست آمده از این پژوهش نشان داد که آزمون کرویت موچلی برای مؤلفه اضطراب اجتماعی در سؤال معنادار نیست (۰/۴۹). از آنجایی که آزمون کرویت موچلی معنادار نیست، باید نتایج بدست آمده با فرض برقراری کرویت از آزمون اسپرستی اسامد در بعد زمان به جای آزمون‌های گرین هوئس - گیسر، هیون فلت و لور به وند استفاده شود.

جدول ۱۴. نتایج آزمون‌های تحلیل واریانس چند متغیری مقایسه اختلال اضطراب اجتماعی گروه‌ها

منبع واریانس	نام آزمون	مقدار	df فرضیه	df خطا	F	سطح معناداری
اضطراب اجتماعی	اثر پیلایی	۰/۰۱	۲	۲۴	۰/۲۱	۰/۸۰
	لامبدای ویلکز	۰/۹۸	۲	۲۴	۰/۲۱	۰/۸۰
	اثر هتلینگ	۰/۰۱	۲	۲۴	۰/۲۱	۰/۸۰
	بزرگ‌ترین ریشه روی	۰/۰۱	۲	۲۴	۰/۲۱	۰/۸۰

تأثیر برنامه درمانی مبتنی بر تعامل والد کودک (PCIT) بر مشکلات رفتاری کودکان با اختلال طیف اتیسم ...

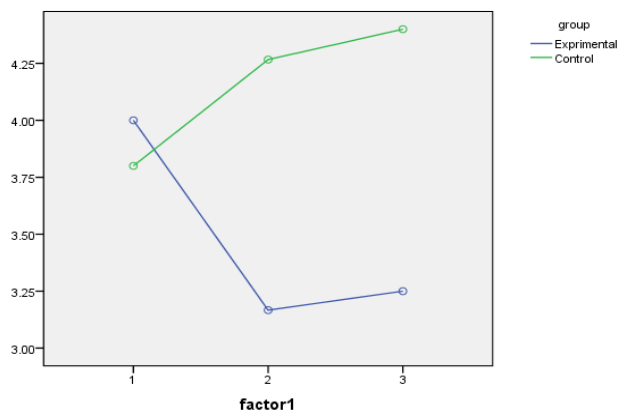
در جدول ۱۴ نتایج آزمون‌های تحلیل واریانس چندمتغیری اثر پیلایی، لامبدای ویلکز، اثر هتلینگ و بزرگ‌ترین ریشه روی برای مقایسه اضطراب اجتماعی بر اساس متغیر گروه مشاهده می‌شود. بر اساس اطلاعات جدول ۱۵ می‌توان گفت که گروه‌ها در متغیر اضطراب اجتماعی متفاوت‌اند؛ یعنی حداقل بین یکی از آزمون‌های (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) اضطراب اجتماعی در گروه‌های مداخله و لیست انتظار تفاوت وجود دارد. لازم به یادآوری است که معنادار بودن آزمون‌های تحلیل واریانس چندمتغیری نشان نمی‌دهد که بین کدام مراحل ارزیابی (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) در گروه مداخله و لیست انتظار تفاوت وجود دارد.

جدول ۱۵. نتایج آزمون‌های اثرات درون آزمودنی گروه‌های آزمایش و کنترل در اضطراب اجتماعی

مؤلفه‌ها	آزمون	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری
اختلال اضطراب اجتماعی	گروه	۰/۰۷	۱	۰/۰۷	۰/۰۵	۰/۸۱
	زمان	۰/۳۷	۱	۰/۳۷	۰/۴۲	۰/۵۱
	زمان*گروه	۶/۰۷	۱	۶/۰۷	۴/۴۷	۰/۰۴

نتایج به دست آمده در ردیف گروه نشان می‌دهد که گروه‌های لیست انتظار و مداخله در پیش‌آزمون با یکدیگر تفاوت دارند، ولی این گروه‌ها در عامل زمان دارای تفاوت معنادار نیستند زیرا آزمون اسپرستی اسامد در بعد زمان در سطح ۰/۰۶ معنادار است. شکل ۵ نشان می‌دهد که نمره‌های گروه مداخله و انتظار در پیش‌آزمون تفاوتی با هم ندارند ولی گروه مداخله به علت درمان تعامل والد کودک مشکلات اضطراب اجتماعی کمتری را تجربه می‌کند و این تغییر و اثربخشی در طول زمان هم تأثیر خود را حفظ کرده است.

تأثیر برنامه درمانی مبتنی بر تعامل والد کودک (PCIT) بر مشکلات رفتاری کودکان با اختلال طیف اتیسم ...



شکل ۶. تفاوت گروه مداخله و انتظار در پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری متغیر اختلال اضطراب اجتماعی

۴. اضطراب جدایی: برای بررسی این متغیر از آزمون اندازه‌گیری‌های مکرر استفاده شد. در جدول ۱۶ نتایج آزمون‌های تحلیل واریانس چندمتغیری برای مقایسه مشکلات رفتاری کودکان طیف اتیسم بر اساس متغیر گروه در سؤال پژوهش ارائه شده است. یافته‌های بدست آمده از این پژوهش نشان داد که آزمون کرویت موجلی برای مؤلفه اضطراب جدایی در سؤال معنادار نیست (۰/۰۷). از آنجایی که آزمون کرویت موجلی معنادار نیست، باید نتایج بدست آمده با فرض برقراری کرویت از آزمون اسپرستی اسامد در بعد زمان به جای آزمون‌های گرین هوس - گیسر، هیون فلت و لور به وند استفاده شود.

جدول ۱۶. نتایج آزمون‌های تحلیل واریانس چند متغیری مقایسه اختلال اضطراب جدایی گروه‌ها

منبع واریانس	نام آزمون	مقدار	df فرضیه	df خطا	F	سطح معناداری
اضطراب جدایی	اثر پیلایی	۰/۲۳	۲	۲۴	۳/۷۳	۰/۰۳
	لامبدای ویلکز	۰/۷۶	۲	۲۴	۳/۷۳	۰/۰۳
	اثر هتلینگ	۰/۳۱	۲	۲۴	۳/۷۳	۰/۰۳
	بزرگ‌ترین ریشه روی	۰/۳۱	۲	۲۴	۳/۷۳	۰/۰۳

تأثیر برنامه درمانی مبتنی بر تعامل والد کودک (PCIT) بر مشکلات رفتاری کودکان با اختلال طیف اتیسم ...

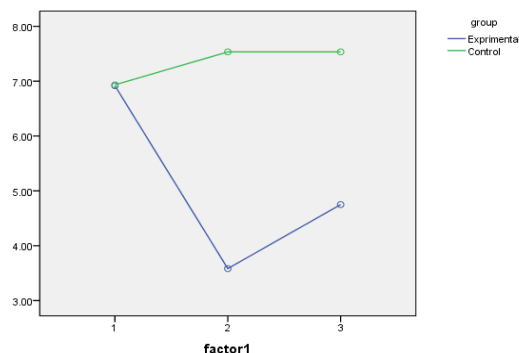
در جدول ۱۶ نتایج آزمون‌های تحلیل واریانس چندمتغیری اثر پیلایی، لامبدای ویلکز، اثر هتلینگ و بزرگ‌ترین ریشه روی برای مقایسه اضطراب جدایی بر اساس متغیر گروه مشاهده می‌شود. بر اساس اطلاعات جدول ۱۷ می‌توان گفت که گروه‌ها در متغیر اضطراب جدایی متفاوت‌اند؛ یعنی حداقل بین یکی از آزمون‌های (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) اضطراب جدایی در گروه‌های مداخله و لیست انتظار تفاوت وجود دارد. لازم به یادآوری است که معنادار بودن آزمون‌های تحلیل واریانس چندمتغیری نشان نمی‌دهد که بین کدام مراحل ارزیابی (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) در گروه مداخله و لیست انتظار تفاوت وجود دارد.

جدول ۱۷. نتایج آزمون‌های اثرات درون آزمودنی گروه‌های آزمایش و کنترل در اضطراب جدایی

مؤلفه‌ها	آزمون	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	سطح معناداری
اختلال اضطراب جدایی	گروه	۸/۱۸	۱	۸/۱۸	۴/۰۴	۰/۰۵
	زمان	۱۶/۹۰	۱	۱۶/۹۰	۶/۸۴	۰/۰۱
	زمان*گروه	۲۵/۵۱	۱	۲۵/۵۱	۱۲/۵۸	۰/۰۰۲

نتایج به دست آمده در ردیف گروه نشان می‌دهد که گروه‌های لیست انتظار و مداخله در پیش‌آزمون با یکدیگر تفاوت دارند، ولی این گروه‌ها در عامل زمان دارای تفاوت معنادار نیستند زیرا آزمون اسپرستی اسامد در بعد زمان در سطح ۰/۰۶ معنادار است. شکل ۷ نشان می‌دهد که نمره‌های گروه مداخله و انتظار در پیش‌آزمون تفاوتی با هم ندارند ولی گروه مداخله به علت درمان تعامل والد کودک مشکلات اضطراب اجتماعی کمتری را تجربه می‌کند و این تغییر و اثربخشی در طول زمان هم تأثیر خود را حفظ کرده است.

تأثیر برنامه درمانی مبتنی بر تعامل والد کودک (PCIT) بر مشکلات رفتاری کودکان با اختلال طیف اتیسم ...



شکل ۷. تفاوت گروه مداخله و انتظار در پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری متغیر اختلال اضطراب جدایی

### بحث و نتیجه گیری

مطالعه حاضر با هدف بررسی تأثیر برنامه درمانی مبتنی بر تعامل والد کودک (PCIT) بر مشکلات رفتاری کودکان با اختلال طیف اتیسم صورت گرفت. اختلال اتیسم یک اختلال نورولوژیکی است که در سال‌های اولیه کودکی نمایان می‌شود. این اختلال در بیماران مبتلا به اتیسم باعث می‌شود که مغز نتواند در زمینه رفتارهای اجتماعی و مهارت‌های ارتباطی به درستی عمل کند و مزاحم کودک برای یادگیری چگونگی ارتباط و تعامل با دیگران به‌طور اجتماعی می‌شود (فومبون، ۲۰۰۳). کودکان طیف اتیسم در زمینه ارتباط کلامی و غیرکلامی، رفتارهای اجتماعی و بازی دارای مشکل می‌باشند و رفتارهای کلیشه‌ای و تکراری دارند (ولکمار و کوهن، ۲۰۰۵ به نقل از آن و همکاران، ۲۰۰۸). در حال حاضر، شیوع اتیسم یک نفر از هر ۴۸ کودک تشخیص داده می‌شود (استینمنت، ۲۰۱۹). یافته‌ها نشان داد که تفاوت دو گروه از نظر مشکلات رفتاری در پس‌آزمون و پیگیری معنی‌دار است. یافته‌های این پژوهش با نتایج پژوهش‌های حاتم زاده، پوراعتماد و حسن آبادی (۲۰۱۰)، سولومون<sup>۱</sup> و همکاران (۲۰۰۸) و مس، مک نیل، وینگر و چورنی (۲۰۰۷) همسو و هماهنگ است. یافته‌های این پژوهش‌ها نشان می‌دهد که برنامه درمانی مبتنی بر تعامل والد کودک (PCIT) در کاهش ناسازگاری و رفتار ناخوشایند کودک، کاهش مشکلات رفتاری، افزایش سازگاری فرزندان و افزایش تعامل والد کودک موثر و تأثیرگذار است.

- 1 .Fombonne
- 2 .Solomon
- 3 .Masse, McNeil, Wagner & Chorney

تأثیر برنامه درمانی مبتنی بر تعامل والد کودک (PCIT) بر مشکلات رفتاری کودکان با اختلال طیف اتیسم ...

نتایج به دست آمده از این پژوهش را می‌توان به این صورت تبیین کرد که در مورد درمان تعامل والد کودک، اثربخشی آن را در کاهش مشکلات رفتاری کودکان و افزایش اطاعت پذیری کودکان از درخواست‌های والدین از سوی کودکان و کاهش استرس فرزندپروری در والدین را نشان داده‌اند. علی‌رغم مطالعات تجربی محدود برخی شواهد از کاربرد نسخه‌های نوشتاری برای بهبود روش‌های والدگری حمایت می‌کند (موراسکا و سندرز، ۲۰۰۶). تهیه نسخه‌های نوشتاری اولیه به عنوان مداخلات اولیه پیشگیرانه مزایای مهمی از جمله دسترسی آسان و هزینه کم دارد. بسیاری از اختلالات رفتاری کودکان در تعاملات منفی والد کودک ریشه دارد. رفتارهای منفی والدین مانند فریادزدن، تهدیدکردن، رفتارهای منفی کودک مانند بی‌مسئولیتی و نافرمانی را تقویت می‌کند که این مساله رفتارهای والدین را بدتر کرده و ممکن است منجر به خشونت شود. درمان تعامل والد کودک با تقویت تعاملات مثبت و آموزش والدین به اینکه با ثبات باشند و تکنیک‌های غیرخشونت‌آمیز را به کار برند، این چرخه معیوب را می‌شکند. در درمان تعامل والد کودک، والدین مهارت‌هایی برای ایجاد روابط امن و در جهت رشد کودکان فرامی‌گیرند و به این ترتیب، رفتارهای مورد پسند اجتماعی را در کودک افزایش داده و رفتارهای منفی را در وی کاهش می‌دهند. در این برنامه درمانی والدین یاد می‌گیرند به کودکانشان نزدیک شوند، سبک‌های والدینی موثرتری که منطبق با نیازهای کودکانشان است به کار برند و به رفتارهای سازگارانه کودک توجه کرده و رفتارهای ناسازگارانه وی را نادیده بگیرند. در عوض کودکان به این تعاملات به صورت سالم‌تری پاسخ می‌دهند. برخی محققین (فارمر<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۰۲) اشاره می‌کنند که آموزش والدین و مداخلات مبتنی بر جامعه جهت درمان اختلالات رفتاری کودکان موثرند و مداخلات دارویی در مورد اختلال فزون کنشی موثرتر می‌باشد. شواهدی وجود دارد که گستره‌ای از مداخلات در مورد اختلالات رفتاری کودکان موثرند. در نتیجه تحقیقات بیشتری در آینده لازم است تا اثربخشی بیشتر مداخلات خاصی را مطالعه کند که یافته‌های تحقیق حاضر از این جهت راهگشا می‌باشد.

با توجه به اهمیت تعاملات خانوادگی در تبیین علل زیربنایی مشکلات بالینی کودکان طیف اتیسم لازم است درمانگران این کودکان برنامه‌های مختلف درمانی را بر این اساس طراحی کنند. با توجه به شیوع روزافزون اختلال اتیسم و انجام پژوهش‌های فراوان به این کودکان در سال‌های اخیر لازم است طرح‌های برای بررسی میزان شیوع اختلال طیف اتیسم هر چند سال یک بار در تمام استان‌های کشور

---

1 .Morawska, sanders

2 .Farmer

تأثیر برنامه درمانی مبتنی بر تعامل والد کودک (PCIT) بر مشکلات رفتاری کودکان با اختلال طیف اتیسم ...

به تفکیک جنسیت اجرا شود. همچنین کاردرمانگران و روانشناسانی که با کودکان طیف اتیسم بر اساس روش‌های رفتاردرمانگری کار می‌کنند، بهتر است با بهره‌گیری از روش‌های درمانی شناختی مبتنی بر برنامه درمانی مبتنی بر تعامل مادر کودک (PCIT) در کنار روش‌های درمانی رفتاری بیش از پیش به این کودکان کمک کنند. از آنجایی که گرایشی به سمت مداخله‌های خودهدایتی به‌خصوص در مراقبت اولیه ایجاد شده است، این مطالعه قدم اولیه در تطبیق درمان تعامل والد کودک جهت مداخله پیشگیرانه اولیه خواهد بود. تاکید بیشتر بر تعمیم نتایج حاصل از این پژوهش مستلزم اجرای پژوهش‌هایی در نمونه‌های بالینی و با حجم بیشتر و در نظر گرفتن متغیرهایی مانند جنس، ترتیب تولد، تعداد فرزندان خانواده، سطوح مختلف اجتماعی اقتصادی، میزان تحصیلات و شاغل بودن مادران خواهد بود.

## References

- Ahmadi S.j; Safari T Hemmatian; M; Khalili Z (2011). The Psychometric Properties of Gilliam Autism Rating Scale (GARS). *Journal of Researches of Cognitive and Behavioral Sciences*. Volume & Issue 1,87-104. (Persian)
- American Psychiatric Association (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed). Washington, DC: Author.
- Badiford, McNeil.Hembree-Kigin, Toni (2010). *Parent - Child Interaction Therapy*. Translated by B.Najmi, Ph.D., N. Janghorban (2016). First Edition. Tehran: Arjmand Publications. (Persian)
- Banda, D. R., Hart, S. L., & Liu-Gitz, L. (2010). Impact of training peers and children with autism on social skills during center time activities in inclusive classrooms. *Journal of Research in Autism Spectrum Disorders*, 4, 619–625.
- Baron-Cohen, S., Scott, F., Allison, C., Williams, J., Bolton, P., Matthews, F., and Brayne, C. (2009). Prevalence of Autism-Spectrum Conditions: UK School-based Population Study. *The British Journal of Psychiatry*, 194(6), 500–509.
- Brestan, E. V., Eyberg, S. M., Boggs, S. R., & Algina, J. (1997). Parent-child interaction therapy: Parents' perceptions of untreated siblings. *Child & Family Behavior Therapy*, 19(3), 13-28.
- Carlier, Sophie , Lesley Ducennea Christophe Leys , Razvana Stanciu Nicolas Deconincka Anne Wintgensc Marie-Joëlle Orêved Véronique Delvennea(2019). Improving autism screening in French-speaking countries: Validation of the Autism Discriminative Tool, a teacher-rated questionnaire for clinicians' use. *Research in Autism Spectrum Disorders* . Volume 61, 33-44.
- Cihak, D. F., & Grim, J. (2008). Teaching students with autism spectrum disorder and moderate intellectual disabilities to use counting-on strategies to enhance independent purchasing skills. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 2(4), 716–727.



تأثیر برنامه درمانی مبتنی بر تعامل والد کودک (PCIT) بر مشکلات رفتاری کودکان با اختلال طیف اتیسم ...

- Farmer E. M, Compton S. N, Burns, B. J, Robertson, E. (2002). "Review of the evidence base for treatment of childhood psychopathology": externalizing disorders. *J Consult Clinical Psychology*, vol70,1267-1302.
- Hargie, O., S. & Dickson, D. (2004). *Skilled interpersonal Communication: Research, Theory and Practice*. NewYork: Routledge.
- Hatamzadeh Abdolreza, Pouretemad Hamidreza , Hassanabadi Hamidreza(2010). The effectiveness of parent - child interaction therapy for children with high functioning autism. *Procedia Social and Behavioral Sciences* 5. 994-997.
- Javadi, Fereshteh. Hassanzadeh, Saeid. Arjomandnia, Ali Akbar (2014). The Effectiveness of Pivotal Response Treatment (PRT) on Decrease of Clinical Symptoms in Children with Autism and their Parental Stress. *Applied Psychological Research Quarterly*. 5(3), 55-69. (Persian)
- Keen, D., Brannigan, K. L., & Cuskelly, M. (2007). Toilet training for children with autism: The effects of video modelling. *Journal of Developmental and Physical Disabilities*, 19(4), 291-303
- Fombonne E (2003). Modern views of autism. *Can J Psychiatry* 48 (8): 503-5.
- Kuhn, L. R., Bodkin, A. E., Devlin, S. D., & Doggett, R. A. (2008). Using pivotal response training with peers in special education to facilitate play in two children with autism. *Education and Training in Developmental Disabilities*, 43(1), 37-45.
- Machalicek, W., O'Reilly, M., Beretvas, N., Sigafoos, J. & Lancioni, G. (2007). A review of interventions to reduce challenging behavior in school settings for students with autism spectrum disorders. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 1(3), 229-246.
- Masse, J. J., McNeil, C. B., Wagner, S. M., & Chorney, C. B. (2007). Parent-Child Interaction Therapy and high functioning autism: A conceptual overview. *Journal of Early and Intensive Behavior Intervention*, 4, 714-735.
- Morawska, A., sanders, M. R. (2006). "Self-administered behavioral family intervention for parents of toddlers: Part 1. Efficacy". *journal of consulting and clinical psychology*, 74, 10-19.
- Ozonoff, S., & McEvoy, R. E. (1994). A longitudinal study of executive function and theory of mind development in autism. *Development and Psychopathology*, 6, 415-431.
- Ricci L, A & Hodapp R. M. (2003). Fathers of Children with Down's syndrome Versus Other Types of Intellectual Disability Perceptions, Stress Sand Involvement. *Journal of Intellectual. Disability Research*. 47. 273-284.
- Solomon Marjorie Ono, Michele , Timmer , Beth Goodlin-Jones Susan(2008).The Effectiveness of Parent-Child Interaction Therapy for Families of Children on the Autism Spectrum. *J Autism Dev Disord*. 38:1767-1776.
- Steinman Gary (2019). Prenatal identification of autism propensity. *Medical Hypotheses* Volume 122, 210-211.

تأثیر برنامه درمانی مبتنی بر تعامل والد کودک (PCIT) بر مشکلات رفتاری کودکان با اختلال طیف اتیسم ...

- Tavakkolizadeh J, Bolhari J, Mehryar A H, Dezhkam M. Epidemiology of attention deficit and disruptive behaviour disorders in elementary school children of Gonabad town, north east iran (1996-1997). *IJPCP*. 1997; 3 (1 and 2) :40-52. . (Persian)
- Trembath, D., Balandin, S., Togher, L., & Stancliffe, R. J. (2009). Peer-mediated teaching and augmentative and alternative communication for preschool-aged children with autism. *Journal of Intellectual and Developmental Disability*, 34(2), 173–186
- Visser L, de Winter AF, Vollebergh WA, Verhulst FC, Reijneveld SA. (2012). The Impact of Parenting Styles on Adolescent Alcohol Use: The TRAILS Study. *Eur Addict Res*.27;19(4):165-172.