

Research Paper

Effectiveness of Compassion-Focused Therapy on Reducing Mother's Anger and their Children's Behavioral Problems



Narges Aghababai¹, Somayeh Aghamohamadi^{2*} & Mostafa Khanzadeh²

1. M. A. in general psychology, Feizoleslam Non-Governmental Non - Profit Institute of Higher Education, Khomeinishahr, Iran.

2. Assistant professor, Department of Psychology, Faculty of Humanities, Feizoleslam Non-Governmental Non - Profit Institute of Higher Education, Khomeinishahr, Iran.



Citation: Aghababai, N., Aghamohamadi, S. & Khanzadeh, M. (2025). [Effectiveness of Compassion-Focused Therapy on Reducing Mother's Anger and their Children's Behavioral Problems (Persian)]. *Journal of Research in child and adolescent psychotherapy*, 1(2):6-20. <https://doi.org/10.22098/rcap.2023.2282>

doi 10.22098/rcap.2023.2282



Article Info:

Received: 2023/04/19

Accepted: 2023/06/14

Available Online: 2025/03/12

Key words:

Mother's anger;
Compassion-focused
therapy; Child
behavioral problems

ABSTRACT

Objective: The present study aimed to investigate the effectiveness of compassion-focused therapy on reducing mother's anger and their children's behavioral problems.

Methods: The present study was a single subject study with ABA design. In this design, after the subjects reached the baseline position, the intervention was performed individually for 8 one-hour sessions and two weeks after the end of the intervention, follow-up tests were performed again. The sample of this study included 3 mothers with children with behavioral problems who were selected by purposeful sampling method. The Conner's Parents rating scale and a researcher-made checklist of mothers' anger were used to collect data. Data were analyzed using visual analysis of graphs, trending, stability, PND, POD and MPI indices.

Results: The results showed that the intervention for two subjects reduced mother's anger (46.67 and 100% recovery rate) and children's behavioral problems (44.18 and 54.88% recovery rate) has been effective; However, this treatment was not effective in reducing mother's anger and behavioral problems in one of the subjects.

Conclusion: In general, these results show that compassion-focused interventions reduce maternal anger and thus improve the mother-child relationship, and this will improve the child's behavioral problems.

Extended Abstract

1. Introduction

Behavioral problems are a group of abnormal or inconsistent actions and behaviors that frequently occur to a person and prevent him from getting along with those around him (Ganji, 2015). Various factors have been identified in the formation of children's behavioral problems, one of the most important of which is mother-child interaction; Faulty patterns in mother-child relationships can lead to the creation, escalation and persistence of child behavioral problems (Richter & Reck, 2013). Anger is one of the emotions that parents normally experience in the process of raising their children, and the violent behavior of parents towards

their children can be in various forms, including psychological violence, such as emotional deprivation, threats, shaming, ridicule, emotional indifference to psychological needs, cursing and physical violence (Lund et al., 2016). Due to the necessity of anger management and its effect on parent-child relationships, interventions based on parent education are being developed in this field, and fortunately, parent education has been associated with the reduction of children's pathological symptoms, especially behavioral problems. The primary focus of most of these educational interventions for parents is on monitoring the child's behaviors; while they pay less attention to the thoughts, feelings and values of their parents (Cohrs, 2012). Compassion-focused therapy is among the third wave therapies (Gilbert, 2014).

*Corresponding Author:

Somayeh Aghamohamadi

Address: Assistant professor, Department of Psychology, Feizoleslam Non-Governmental Non - Profit Institute of Higher Education, Khomeinishahr, Iran.

Tel: +98 (913) 2179537

E-mail: Somayeh.aghamohamadi@yahoo.com

In this treatment, people learn not to avoid their painful feelings and not to suppress them, but to accept their experience and feel compassion for it (Gilbert, 2009). Therefore, according to what was said related to children's behavioral problems, mothers' anger and compassion-focused therapy, the purpose of the present research was to investigate the effectiveness of compassion-focused therapy on reducing mothers' anger and their children's behavioral problems.

2. Materials and Methods

The design of the current research was the ABA design, one of the types of single-subject designs. The statistical population of the present study was all mothers with children with behavioral problems who referred to counseling and psychotherapy centers in Khomeinishahr. For the selection of 3 subjects, the purposeful sampling method of Intensity sampling (Gall et al., 1996) was used. The instruments used in this study include Connors Parents rating scale and

Researcher-Made Anger Checklist. In order to compile Anger Checklist, first, according to the amount of visible behavior in the context of mothers' anger towards their children, 36 items were prepared that indicated such behaviors of mothers. A 4-point Likert scale was used to score these items. In order to check the reliability of the modified form, 40 mothers (with at least one child) were selected and answered the mother's anger checklist. The results showed that Cronbach's alpha coefficient is equal to 0.86 and is in the optimal level. In this research, visual analysis of graphs was used to analyze the data of the ABA design (Farahani et al., 2013).

3. Results

The results of the research showed that compassion-focused therapy was effective in reducing the anger of two of the subjects (mothers A and L), but in the case of one of the subjects (mother H) this effectiveness was not observed.

Table 1. Indices of within condition and between condition visual analyses to investigate the effectiveness of the intervention on mothers' anger

Mothers	Mean of the baseline	Mean of the intervention	Median of the baseline	Median of the intervention	Means percentage Improvement (MPI)	Means percentage Reduction (MPR)	Percentage of Non-Overlapping Data (PND)
Mother A	28.6	15.25	29	15.5	46.67	87.5	75%
Mother H	27.66	25.25	28	24	8.71	10	75%
Mother L	28	14	26	13.5	100	50	75%

Also, the results showed that this treatment was effective in reducing the behavioral problems of the children of two of the subjects (children A and L), but

in the case of one of the subjects (Child H) this efficacy was not observed.

Table 2- Indices of within condition and between condition visual analyses to investigate the effectiveness of intervention on children's behavioral problems

Childs	Mean of the baseline	Mean of the intervention	Median of the baseline	Median of the intervention	Means percentage Improvement (MPI)	Means percentage Reduction (MPR)	Percentage of Non-Overlapping Data (PND)
Child A	31	21.5	33	22	44.18	30.6	50%
Child H	56.33	52.25	56	54	7.8	7.24	75%
Child L	52.66	34	48	30.5	54.88	35.43	75%

Discussion and Conclusion

The results of the research showed that compassion-focused therapy was effective in reducing the mother's anger and child behavioral problems. In this treatment, through improving and developing compassionate skills, it is possible to help activate the security system in the individual and deactivate the threat system, which can result in anger and aggression. Also, a large part of exercises of Compassion-focused therapy, such as mindfulness, which is actually learning to pay attention intentionally to things that are useful and

achieve balance (Gilbert, 2010), can be effective in activating the security system. Also, the mother's acting in a compassionate way when facing anger can lead to a change in the environment for the child and in turn affect the child's behavior and this tripartite interactive cycle continues again (Cohrs, 2012). In addition, in this therapeutic intervention, the main focus is to cultivate a compassionate mind so that a person learns to behave compassionately, to establish this compassionate relationship both with himself and with others.

Thus, Compassion-focused therapy can improve the relationship between mother and child and provide a more suitable emotional and environmental context for the child, which, according to Bandura's theory, leads to behavioral adjustment and the formation of new behaviors in the child.

5. Ethical Considerations

Compliance with ethical guidelines

All ethical principles have been observed in all stages of the research. The information of all participants in the research was kept completely confidential. Also, all participants in the research were allowed to withdraw

from the research whenever they wanted, at any stage of the research.

Funding

No financial support was received from any governmental or non-governmental organization to conduct this research.

Authors' contributions

All authors have participated in the design, implementation and writing of all sections of the present study.

Conflicts of interest

This article has no conflict of interest.

مقاله پژوهشی

اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر کاهش خشم مادران و مشکلات رفتاری کودکان آن‌ها

نرگس آقابابایی^۱، سمیه آقامحمدی^{۲*} و مصطفی خانزاده^۲

۱. کارشناس ارشد روانشناسی عمومی، مؤسسه آموزش عالی غیرانتفاعی-غیردولتی فیض الاسلام، خمینی شهر، ایران.
 ۲. استادیار، گروه روانشناسی، دانشکده علوم انسانی، مؤسسه آموزش عالی غیرانتفاعی-غیردولتی فیض الاسلام، خمینی شهر، ایران.

چکیده

هدف: پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر کاهش خشم مادران و مشکلات رفتاری کودکان آن‌ها انجام گرفت.

روش‌ها: پژوهش حاضر از نوع مطالعات مورد منفرد با طرح ABA بود. در این طرح، پس از رسیدن آزمودنی‌ها به موقعیت خط پایه، مداخله طی ۸ جلسه یک ساعته به صورت انفرادی انجام گرفت و دو هفته پس از پایان مداخله، مجدداً آزمون‌های پیگیری انجام شد. نمونه این پژوهش شامل ۳ نفر از مادران دارای کودک با مشکلات رفتاری بود که با روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند. برای جمع‌آوری داده‌ها از مقیاس درجه‌بندی کانرز-فرم والدین و چک‌لیست محقق ساخته خشم مادران استفاده شد. داده‌ها با استفاده از تحلیل دیداری نمودارها، شاخص‌های روند، ثبات، PND، POD و MPI مورد تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که مداخله برای دو نفر از آزمودنی‌ها، بر کاهش خشم مادران (درصد بهبودی ۴۶/۶۷ و ۱۰۰) و مشکلات رفتاری کودکان (درصد بهبودی ۴۴/۱۸ و ۵۴/۸۸) اثربخش بوده است؛ ولی این درمان بر کاهش خشم مادر و مشکلات رفتاری در یکی از آزمودنی‌ها اثربخش نبوده است.

نتیجه‌گیری: این نتایج نشان می‌دهد که مداخلات متمرکز بر شفقت منجر به کاهش خشم مادر و در نتیجه بهبود رابطه مادر-کودک شده و همین مسئله، مشکلات رفتاری کودک را بهبود خواهد داد.

اطلاعات مقاله:

تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۰۱/۳۰

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۰۳/۲۴

تاریخ انتشار: ۱۴۰۳/۱۲/۲۲

کلیدواژه‌ها:

خشم مادران؛ درمان متمرکز بر شفقت؛ مشکلات رفتاری کودک.

مقدمه

وضعیت یا حالت هیجانی و شناختی درونی خود را به شیوه‌ای نادرست و ناسازگارانه کنترل یا تنظیم کنند، اغلب مخفی هستند و کشف آنها از طریق مشاهده بیرونی دشوار است. این مشکلات شامل افسردگی، اضطراب، وسواس، انواع فوبیا و ... است. این نکته قابل ذکر است که در برخی کودکان امکان وجود هر دو دسته مشکل وجود دارد (گنجی، ۱۳۹۴). عوامل مختلفی در شکل‌گیری مشکلات رفتاری کودکان شناسایی شده است که یکی از مهمترین آن‌ها تعامل مادر و کودک است؛ الگوهای معیوب در روابط مادر و کودک می‌تواند به ایجاد، تشدید و پایداری مشکلات رفتاری کودک منجر شود

1. Behavioral problems
2. Externalizing
3. Internalizing

مشکلات رفتاری^۱، گروهی از اعمال و رفتارهای نابهنجار و یا ناسازگارانه است که مکرراً از فرد سر زده و مانع سازش یافتگی وی با اطرافیان می‌گردد. این مشکلات بر اساس ویژگی‌های رفتاری آن‌ها به دو دسته عمده تقسیم می‌شود. دسته اول مشکلات برونی سازی شده^۲، شامل رفتارهایی است که در جهت بیرون از وجود کودک هدایت می‌شوند و معمولاً به علت کنترل کمتر از حد یا خودتنظیمی به شیوه‌ای نادرست یا ناسازگارانه به وجود می‌آیند، مخفی نیستند و چون مستقیماً قابل مشاهده هستند، شناسایی آن‌ها آسان است؛ به عنوان مثال، نقص توجه- بیش فعالی، نافرمانی-مقابله جویی، انفجار خشم متناوب و سلوک. دسته دوم مشکلات درونی سازی شده^۳، شامل رفتارهایی است که بیشتر به سمت درون خود کودک هدایت می‌شوند و زمانی بوجود می‌آیند که افراد می‌خواهند

* نویسنده مسئول:

سمیه آقامحمدی

نشانی: استادیار، گروه روانشناسی، دانشکده علوم انسانی، مؤسسه آموزش عالی غیرانتفاعی-غیردولتی فیض الاسلام، خمینی شهر، ایران.

تلفن: ۲۱۷۹۵۳۷ (۹۱۳) ۹۸

پست الکترونیکی: Somayeh.aghamohamadi@yahoo.com

پژوهش در روان‌درمانی کودک و نوجوان

نکرده و آن‌ها را سرکوب نکنند، بلکه تجربه خود را پذیرفته و نسبت به آن احساس شفقت داشته باشند (گیلبرت، ۲۰۰۹). همچنین، در این درمان افراد به این سمت سوق داده می‌شوند تا انگیزش شفقت را به‌دست آورده و رفتارهای شفقت‌آمیز را تمرین کنند، تا از این طریق بتوانند به نظام‌های التیام‌بخش رنج‌ها دسترسی پیدا کنند (لی‌وس و اوتلی، ۲۰۱۵). محور اصلی این درمان، پرورش ذهن شفقت‌ورز است، و درمانگر با توضیح و تشریح مهارت‌ها و ویژگی‌های شفقت به فرد، به تدریج این کار را انجام می‌دهد (گیلبرت، ۲۰۰۹). بدین ترتیب فرد یاد گرفته تا مشفقانه رفتار کند، احساس کند و با ایجاد تصورات مشفقانه، یک حس بدنی از شفقت را تجربه کرده و ترکیب این توانمندی‌ها و خصوصیات، ذهن مشفق را به‌وجود می‌آورد. همچنین، فرد این رابطه مشفقانه را با خود نیز برقرار می‌کند (گیلبرت، ۲۰۱۰).

در پژوهش‌های گوناگون اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت در ارتقاء سلامت روان (سامرز-اسپایکرمن^۱ و همکاران، ۲۰۱۸)، بهبود اختلالات خوردن (گیل^۲ و همکاران، ۲۰۱۴)، کاهش شرم، خودانتقادی و اضطراب اجتماعی (بورزما^۳ و همکاران، ۲۰۱۵)، کاهش خودانتقادی و افکار خودتخریب و نشخوار فکری (لوکر و کورتن^۴، ۲۰۱۳)، کاهش ویژگی‌های ضداجتماعی و رفتارهای مخرب (ریبریو داسیلوا^۵ و همکاران، ۲۰۱۹)، کاهش خشم و خودکارآمدی همسران مبتلایان به اعتیاد (اسلمی و همکاران، ۱۳۹۹)، بهبود کیفیت زندگی و خودکارآمدی والدین کودکان اوتیستیک (زمانی‌مزد و همکاران، ۱۳۹۷)، بهبود رابطه مادر و کودک و بهبود تنیدگی والدینی (زمانی‌فروشانی و همکاران، ۱۳۹۸) و بسیاری موارد دیگر بررسی و نتایج سودمندی حاصل شده است.

آنچه مسلم است با توجه به ماهیت پیچیده تعامل مادر و کودک و تأثیر آن در داشتن کودکان سالم، شاد و کاهش میزان مشکلات رفتاری و تأثیر نامطلوب آن در آینده برای کودک، لازم است مداخلاتی در جهت مراقبت و بهبود ارتباط میان مادر و کودک صورت پذیرد؛ به نظر می‌رسد درمان متمرکز بر شفقت که اساس آن

(ریچتر و رک^۱، ۲۰۱۳). نحوه تعامل مادر با کودک، به عنوان نخستین شخصی که کودک با او در جهان رابطه مستقیم و تنگاتنگ دارد، اهمیت بسیار دارد و آموزش مادران بر پیشگیری و درمان این مشکلات ضروری و تأثیرگذار است؛ به عنوان نمونه، فروزا^۲ و همکاران (۲۰۲۰) در پژوهشی نشان دادند آموزش مهارت‌های تعامل مؤثر والد-کودک به مادران موجب کاهش و بهبود مشکلات رفتاری کودک می‌شود. حتی، پین^۳ و همکاران (۲۰۲۱) در پژوهش آینده‌نگر خود بر روی تأثیر روابط والدین بر مشکلات رفتاری کودکانی که به فرزندخواندگی گرفته شده بودند دریافتند رفتار گرم والدین در تعامل با این کودکان، با گذشت زمان مشکلات رفتاری این کودکان را کاهش می‌دهد.

خشم از جمله هیجان‌هایی است که والدین به طور معمول در فرایند تربیت فرزندان آن را تجربه می‌کنند و رفتارهای خشنوت‌آمیز والدین نسبت به فرزندان می‌تواند به اشکال مختلف از جمله خشنوت‌های روانشناختی، مانند محرومیت‌های عاطفی، تهدید، شرم‌دهی کردن، تمسخر، بی‌توجهی عاطفی به نیازهای روانی، ناسزاگویی و خشنوت‌های جسمانی و بدنی بروز نماید (لاند^۴ و همکاران، ۲۰۱۶). با توجه به ضرورت مدیریت خشم و تأثیر آن بر روابط والد-فرزندی، مداخلات مبتنی بر آموزش والدین در این حوزه در حال توسعه هستند و خوشبختانه آموزش والدین با کاهش نشانگان آسیب‌شناختی کودکان، به ویژه مشکلات رفتاری، همراه بوده است (برای مثال، فروزا و همکاران، ۲۰۲۰؛ الندیک^۵ و همکاران، ۲۰۱۶؛ گودینی و همکاران، ۱۳۹۶؛ بلالی و آقاییوسفی، ۱۳۹۰). تمرکز اولیه اغلب این مداخلات آموزشی برای والدین، روی نظارت بر رفتارهای کودک است؛ در حالی که به افکار، احساسات و ارزشهای والدین توجه کمتری دارند. در این آموزش‌ها والدین اکثراً می‌آموزند تا افکار منفی که نسبت به فرزندانشان دارند، کنترل یا سرکوب کنند. درحالی که مداخلات مبتنی بر رویکردهای رفتاری موج سوم، بر پذیرش متمرکز بوده و روش جایگزینی برای کنار آمدن با افکار و احساسات منفی ارائه می‌دهد. بر این اساس، والدین بایستی توانایی برقراری ارتباط با افکار و احساسات منفی خود نسبت به کودک و پذیرش آن‌ها را در تعامل با فرزندشان بدست آورند (کورز^۶، ۲۰۱۲). از جمله درمانهای موج سوم، درمان متمرکز بر شفقت^۷ است که درمانی یکپارچه نگر محسوب شده و برگرفته از علوم عصب-روانشناسی، روانشناسی تکاملی، روانشناسی اجتماعی، رشد، فنون بودیسم و بسیاری از مدل‌های درمانی دیگر است (گیلبرت^۸، ۲۰۱۴). در این درمان افراد می‌آموزند که از احساسات دردناک خود اجتناب

1. Richter & Reck
2. Furuzawa
3. Paine
4. Lund
5. Ollendick
6. Cohrs
7. Compassion-focused therapy
8. Gilbert
9. Leaviss & Uttley
10. Sommers-Spijkerman
11. Gale
12. Boersma
13. Lucre & Corten
14. Ribeiro da Silva

پژوهش در روان‌درمانی کودک و نوجوان

برمهربانی و شفقت با خود و دیگران است، در این خصوص می‌تواند مزایای و اثرات فزاینده‌ای داشته باشد. بنابراین با توجه به آنچه مرتبط با مشکلات رفتاری کودکان، خشم مادران و درمان متمرکز بر شفقت گفته شد، هدف از پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر کاهش خشم مادران و مشکلات رفتاری کودکان آنها بوده است.

روش پژوهش

در پژوهش حاضر، روش پژوهش از نوع مطالعات مورد منفرد^۱ با استفاده از طرح ABA است (فراهانی و همکاران، ۱۳۹۲). طرح‌های مورد منفرد مانند طرح‌های آزمایشی گروهی با دستکاری فعالانه متغیر مستقل (درمان)، امکان نتیجه‌گیری علی را فراهم می‌سازد. با این حال، در این طرح‌ها، به جای استفاده از گروه کنترل، خود آزمودنی برای کنترل خودش، و از طریق موقعیت خط پایه به‌عنوان کنترل‌کننده عوامل مزاحم، استفاده می‌شود. با توجه به این نکته مهم که ممکن است بعضی از درمان‌ها برای بعضی از افراد اثربخش باشد، اما برای دیگران مفید نباشد، اگر میانگین نتایج برای کل گروه در نظر گرفته شود (مانند طرح‌های گروهی) تفاوت‌های فردی در میزان اثربخش بودن درمان نادیده گرفته خواهد شد. مزیت اصلی طرح‌های مورد منفرد نسبت به طرح‌های آزمایشی گروهی در این است که متغیر وابسته در هر شرکت‌کننده به صورت انفرادی مقایسه می‌شود، در نتیجه تفاوت‌های فردی در پاسخدهی افراد به درمان‌ها به طور واضح قابل بررسی خواهد بود (گاست^۲، ۲۰۰۹).

در این پژوهش برای تجزیه و تحلیل داده‌های طرح ABA، از تحلیل دیداری نمودارها^۳ شامل شاخص‌های روند^۴ و ثبات^۵، درصد داده‌های غیرهمپوش^۶ (PND)، درصد داده‌های همپوش^۷ (POD) و درصد بهبودی^۸ (MPI) استفاده شده است (فراهانی و همکاران، ۱۳۹۲؛ گاست، ۲۰۰۹).

جامعه آماری پژوهش حاضر، کلیه مادران دارای کودک با مشکلات رفتاری مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره و روان‌درمانی خمینی شهر اصفهان بود. برای انتخاب آزمودنی‌ها از روش نمونه‌گیری هدفمند^۹ از نوع نمونه‌گیری موارد مطلوب^{۱۰} (گال^{۱۱} و همکاران، ۱۹۹۶) استفاده شد. بدین منظور نخست به یکی از مراکز مشاوره و روان‌درمانی خمینی شهر مراجعه شد و به کمک روانشناسان و مدیر مرکز و بررسی پرونده‌ها ۳ نفر از مادرانی که به منظور درمان مشکلات رفتاری کودک خود مراجعه کرده بودند، از شرکت در پژوهش رضایت داشتند و ملاک‌های ورود به پژوهش را داشتند، به صورت هدفمند

انتخاب شدند. این سه آزمودنی با نام اختصای مادر و کودک الف، ح و ل در پژوهش به صورت منفرد مورد بررسی قرار گرفت. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل داشتن کودک ۴ تا ۱۱ سال، دریافت ملاک‌های حداقل یکی از مشکلات درونی‌سازی شده یا برونی‌سازی شده برای کودک، نبودن والدین در مرحله جدایی، عدم مصرف داروهای آرامبخش یا مواد مخدر توسط مادر و عدم ابتلا به بیماری‌های جسمی و یا اختلالات روانی قابل توجه مانند اسکیزوفرنی، انواع ناتوانی‌های هوشی یا اوتیسم، در مادر یا کودک بود. ملاک‌های خروج از پژوهش نیز شامل عدم حضور در دو جلسه مداخله بود. در پژوهش حاضر برای جمع‌آوری داده‌ها از ابزارهای زیر استفاده شد.

فرم والدین مقیاس درجه‌بندی کانرز^{۱۲}: این مقیاس یکی از پرکاربردترین ابزارها در زمینه ارزیابی مشکلات رفتاری کودکان در سراسر دنیاست. فرم والدین این مقیاس دارای ۴۸ گویه است که توسط والدین کودک تکمیل می‌گردد. والدین، سوالات را در فرم‌هایی که بر اساس مقیاس لیکرت درجه‌بندی شده با استفاده از ۴ گزینه نمره‌گذاری می‌کنند لذا دامنه نمرات هر سوال از صفر (اصلاً صحیح نیست، هرگز، به ندرت) تا سه (کاملاً صحیح است، اغلب اوقات، همیشه) متغیر است. این مقیاس دارای پنج زیرمقیاس اصلی، شامل مشکلات سلوک^{۱۳}، مشکلات یادگیری^{۱۴}، احساسات روان‌تنی^{۱۵}، تکانشگری-بیش‌فعالی^{۱۶} و اضطراب^{۱۷} است (کانرز، ۱۹۸۹). روایی و پایایی این مقیاس در طول سال‌های متمادی در فرهنگ‌ها و کشورهای مختلف مورد تأیید قرار گرفته است (کاتال^{۱۸} و همکاران، ۲۰۱۴؛ پارک^{۱۹} و همکاران، ۲۰۰۳). در ایران شهنائیان و همکاران (۲۰۰۷) بر روی ۵۹۸ کودک (۲۹۲ دختر و ۳۰۶ پسر) ۶ تا ۱۱ سال در شهر شیراز هنجارها، روایی و پایایی این مقیاس را مورد بررسی و تأیید قرار دادند.

1. single subject study
2. Gast
3. Visual analysis
4. Trending
5. Stability
6. Percentage of Non-Overlapping Data
7. Percentage of Overlapping Data
8. Means percentage Improvement
9. purposeful sampling method
10. Intensity sampling
11. Gall
12. Conners Parents rating scale
13. Conduct problems
14. Learning problems
15. Psychosomatic feelings
16. Impulsive hyperactive
17. Anxiety
18. Catale
19. Park

پژوهش در روان‌درمانی کودک و نوجوان

همسانی درونی این چک‌لیست نشان داد که ضریب آلفای کرونباخ آن برابر با ۰/۸۶ و در حد مطلوبی است.

در این پژوهش از یکی از متداول‌ترین و معتبرترین طرح‌های مورد منفرد، یعنی طرح ABA استفاده شد (فراهانی و همکاران، ۱۳۹۲). برای اجرای این طرح، پس از انتخاب آزمودنی‌ها، در مرحله اول برای تعیین خط پایه، سه مرتبه و برای سه هفته متوالی بدون اینکه هیچ مداخله‌ای صورت بگیرد، میزان خشم در مادران و مشکلات رفتاری در کودکان اندازه‌گیری شد (مرحله A₁). پس از آن، در مرحله مداخله (B) درمان متمرکز بر شفقت در ۸ جلسه یک ساعته در هر هفته به صورت انفرادی برای هر یک از مادران برگزار شد. در این مرحله برای سنجش تغییرات خشم مادر و مشکلات رفتاری کودک، دو هفته یکبار (مجموعاً ۴ مرتبه) سنجش انجام شد. در نهایت، در مرحله خط پایه دوم (A₂)، ۱۴ روز پس از پایان جلسات مداخله، سه مرتبه در سه هفته متوالی، به عنوان آزمون‌های پیگیری، خشم مادر و مشکلات رفتاری کودک مورد سنجش قرار گرفت.

محتوای جلسات درمانی اجرا شده از کتاب‌های «درمان متمرکز بر شفقت» (گیلبرت، ۲۰۱۰) و «درمان متمرکز بر شفقت به زبان ساده: راهنمای گام به گام مراجعان روان‌درمانی» (کولتز، ۲۰۱۶) اقتباس و به صورت خلاصه در جدول ۱ ارائه شده است.

1. Content validity index
2. Shi
3. Kolts

چک‌لیست محقق‌ساخته خشم: به منظور بررسی میزان خشم مادران نسبت به کودک یک چک‌لیست توسط پژوهشگران تدوین شد. برای تدوین این ابزار، ابتدا با توجه به میزان بروز رفتاری قابل مشاهده در زمینه خشم مادران نسبت به کودک، ۳۶ گویه که نشان دهنده این گونه رفتارهای مادران بود تهیه شد. برای نمره‌گذاری این گویه‌ها از مقیاس درجه‌بندی لیکرتی ۴ گزینه‌ای (اصلاً با نمره صفر تا بسیار زیاد با نمره ۳) استفاده شد.

برای بررسی روایی محتوایی گویه‌ها، از ۱۵ نفر از متخصصان حوزه روانشناسی خانواده و کودک خواسته شد میزان مربوط بودن گویه‌ها با تعریف مفهومی خشم مادر را ارزیابی کنند. نتایج بررسی شاخص روایی محتوایی^۱ (CVI) گویه‌ها نشان داد که از بین ۳۶ گویه، اندازه این شاخص برای ۳۴ گویه بالاتر از ۰/۷۸ بود (برای مرور اندازه‌های بحرانی شاخص روایی محتوایی به شی^۲ و همکاران، ۲۰۱۲ رجوع کنید) و بنابراین، ۲ گویه با اندازه شاخص روایی محتوایی کمتر از ۰/۷۸ حذف شد. همچنین، این نتایج نشان داد شاخص روایی محتوایی برای کل مقیاس ۳۴ گویه‌ای برابر با ۰/۹۶ و در حد عالی بود (شی و همکاران، ۲۰۱۲).

در گام بعد به منظور بررسی پایایی فرم اصلاح شده، ۴۰ مادر (دارای حداقل یک کودک) به صورت دردسترس انتخاب شدند و به چک‌لیست ۳۴ گویه‌ای خشم مادر پاسخ دادند. نتایج بررسی پایایی

جدول ۱. محتوای جلسات درمان متمرکز بر شفقت

جلسه	هدف	محتوای جلسه
اول	معارفه و معرفی درمان	معارفه و آشنایی، گفتگو درباره هدف جلسات و ساختار کلی جلسات، آشنایی با اصول کلی درمان متمرکز بر شفقت و تمایز شفقت با تأسف برای خود
دوم	آشنایی با نظام‌های هیجانی	مرور اجمالی مطالب جلسه قبل، آشنایی با مغز قدیم و جدید و کارکرد آنها، معرفی نظام‌های تنظیم هیجان و چگونگی تأثیر آن بر فرد، بررسی مثال‌هایی در مورد موقعیت‌های به کار افتادن آنها و دادن تمرین در خصوص بررسی و شناخت سیستم هیجانی فعال‌شده در موقعیت‌های مختلف پیش آمده در زندگی
سوم	زیستن در لحظه و ذهن آگاهی	مرور اجمالی مطالب جلسه قبل و بررسی تکالیف آزمودنی، تشریح و توضیح در زمینه مفهوم پذیرش، بودن در لحظه حال و آگاهی از هیجانات، حس‌های بدنی و افکار؛ آموزش ذهن آگاهی همراه با تمرین واری بدن و تنفسی، تمرین خوردن آگاهانه (خوردن کشمش)، توضیحاتی در مورد مراحل رسیدن به شفقت از ذهن، خود و دیگران و دادن تمرین در خصوص ذهن آگاهی و بررسی تأثیر آن بر فرد در شرایط طوفان‌های هیجانی
چهارم	تمایز انواع خود و ارزش‌ها	مرور اجمالی مطالب جلسه قبل و بررسی تکالیف آزمودنی، ارائه توضیحاتی درباره فلسفه مهربانی با خود، معرفی و تشریح انواع خود و ویژگی‌های خود مهربان و تمرین دو صندلی، معرفی و تعریف ارزش‌ها و توضیح آن با کمک استعاره روز عالی و تابوت، بررسی ارزشهای آزمودنی و دادن تمرین برای شناخت خودهای فعال و نیرومند و شناسایی ارزش‌های خود
پنجم	ویژگی‌های شش-گانه شفقت‌ورزی	مرور اجمالی مطالب جلسه قبل و بررسی تکالیف آزمودنی، معرفی ویژگی‌های شش‌گانه شفقت‌ورزی شامل حساسیت به رنج، مراقبت از بهزیستی، همدلی، همدردی، غیرقضاوتی بودن، تحمل پریشانی؛ ارائه استعاره متناسب با این ویژگی‌ها؛ معرفی فرد مشفق و ویژگی‌های آن و یافتن مثالی از فردی مشفق در میان اطرافیان و برشمردن ویژگی‌های او. تأکید بر این نکته که ویژگی‌های یک فرد مشفق قابل یادگیری و اکتسابی است.

پژوهش در روان‌درمانی کودک و نوجوان

ششم	مهارت‌های شش-گانه فرد مشفق	مرور اجمالی مطالب جلسه قبل، معرفی مهارت‌های شش‌گانه فرد مشفق شامل رفتار مهربان، استدلال مهربان، احساسات، تجربه حسی مهربان، توجه مهربان و تصویرسازی مهربان؛ تمرین تصویرسازی مهربان و دادن تمرین در خصوص مهارت‌های مرتبط با شفقت‌ورزی
هفتم	شفقت‌ورزی با دیگران	مرور اجمالی مطالب جلسه قبل و بررسی تکالیف آزمودنی، ارائه آموزش‌های لازم در مورد شفقت‌ورزی با دیگران، معرفی ابعاد و کاربردهای آن؛ دادن تمرین در زمینه شفقت‌ورزی با دیگران
هشتم	جمع‌بندی	بررسی تکالیف آزمودن، مرور کلی جلسات قبلی و جمع‌بندی مطالب؛ نوشتن نامه مشفقانه به خود و بررسی آن.

یافته‌ها

جدول ۲ نمرات خام خشم سه مادر در وهله‌های سنجش خط پایه اول، مداخله و خط پایه دوم را نشان می‌دهد

جدول ۲. نمرات خشم مادران در موقعیت خط پایه اول، مداخله و خط پایه دوم

آزمودنی	جلسات خط پایه ۱ (A) ₁	جلسات مداخله (B)	جلسات خط پایه ۲ (A) ₂
مادر الف	۲۴	۲۲	۵
مادر ح	۲۹	۲۴	۱۹
مادر ل	۲۶	۱۳	۹

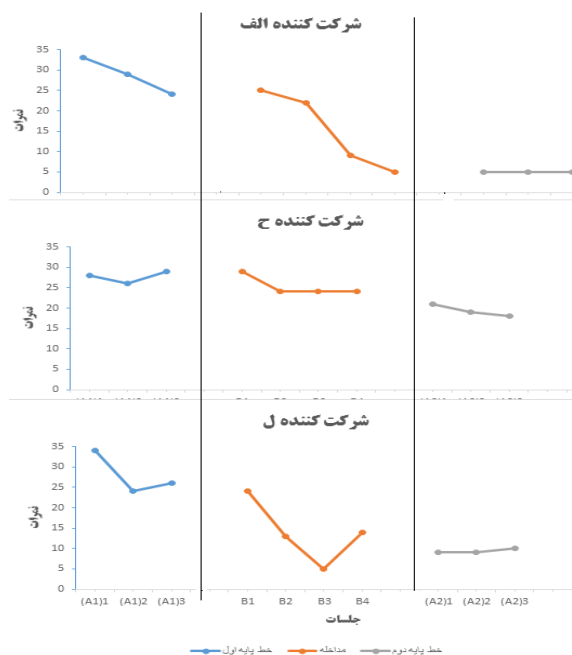
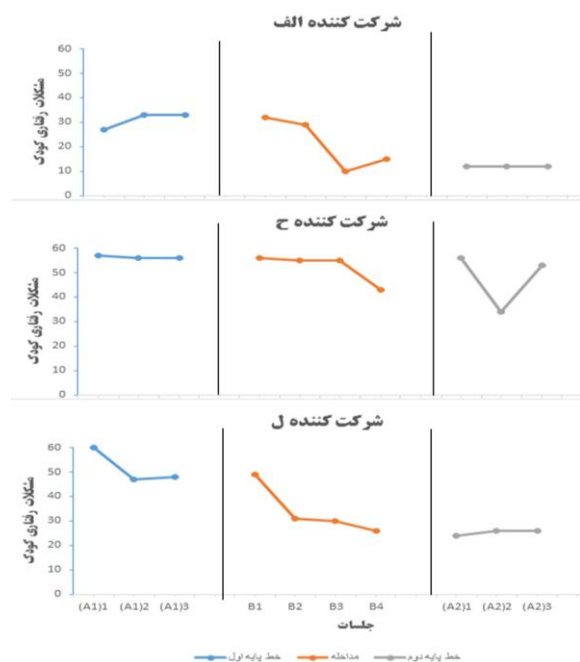
جدول ۳ نیز نمرات کل مشکلات رفتاری سه کودک در وهله‌های سنجش خط پایه اول، مداخله و خط پایه دوم را نشان می‌دهد.

جدول ۳. نمرات مشکلات رفتاری کودکان در موقعیت خط پایه اول، مداخله و خط پایه دوم

آزمودنی	جلسات خط پایه ۱ (A) ₁	جلسات مداخله (B)	جلسات خط پایه ۲ (A) ₂
کودک الف	۳۳	۲۹	۱۲
کودک ح	۵۶	۵۵	۵۳
کودک ل	۴۸	۳۱	۲۶

سه مرحله خط پایه اول، مداخله و خط پایه دوم، به شکل گرافیکی نشان می‌دهند.

نمودارهای ۱ (سمت راست) و ۲ (سمت چپ) به ترتیب روند تغییرات نمرات خشم مادر و مشکلات رفتاری کودک در سه آزمودنی را در



نمودار ۲. اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر کاهش مشکلات رفتاری کودکان

نمودار ۱. اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر کاهش خشم مادران

پژوهش در روان‌درمانی کودک و نوجوان

موقعیتی^۲، موقعیت‌های مجاور^۴ و موقعیت‌های مشابه^۵ مانند تغییر سطح، روند و درصد داده‌های غیرهمپوش (PND) محاسبه شدند. درصد داده‌های غیرهمپوش نشان دهنده درصد غیرهمپوشی نقاط دو موقعیت آزمایشی (خط پایه و مداخله) است. هر چه این شاخص بین دو موقعیت مجاور و بالاتر (یا درصد داده‌های همپوش - POD پایین‌تر) باشد، با اطمینان بیشتری می‌توانیم مداخله را اثربخش بدانیم (فراهانی و همکاران، ۱۳۹۲).

با توجه به این مراحل، جدول ۴ شاخص‌های تحلیل دیداری درون موقعیتی و بین موقعیتی برای بررسی اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر خشم مادران را نشان می‌دهد.

جدول ۴. شاخص‌های تحلیل دیداری درون موقعیتی و بین موقعیتی برای بررسی اثربخشی مداخله بر خشم مادران

شاخص	تفاوت خط پایه	میانگین مداخله	میانگین خط پایه	درصد بهبودی (MPI)	نمرات کاهش (MPR)	درصد داده‌های غیرهمپوش (PND)
مادر الف	۲۸/۶	۱۵/۲۵	۲۹	۴۶/۶۷	۸۷/۵	۷۵٪
مادر ح	۲۷/۶۶	۲۵/۲۵	۲۸	۸/۷۱	۱۰	۷۵٪
مادر ل	۲۸	۱۴	۲۶	۱۰۰	۵۰	۷۵٪

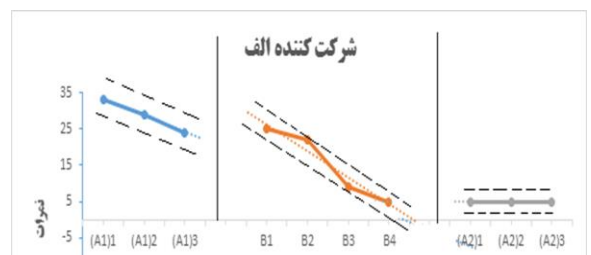
همچنین، نمودارهای ۳، ۴، ۵، ۶، ۷ و ۸ به ترتیب خط میانه-نوار ثبات و خط روند-نوار ثبات مربوط به نمرات خشم سه مادر را نشان می‌دهند.

1. Stability Envelope
2. Split-middle
3. Analysis within condition
4. Analysis between adjacent condition
5. Analysis between similar condition

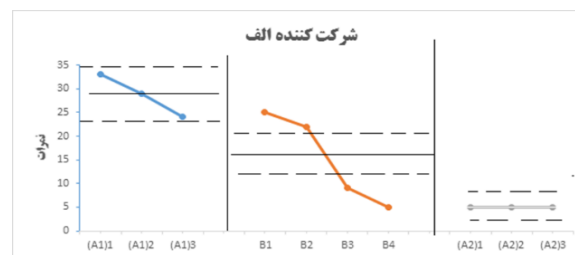
برای تجزیه و تحلیل داده‌ها، پس از رسم نمودار برای هر آزمودنی، در مرحله اول با استفاده از میانه‌ی داده‌های موقعیت خط پایه و مداخله، خط میانه‌ی داده‌ها موازی با محور X مشخص و نوار ثبات روی خط میانه ترسیم شد. پس از آن برای بررسی روند تغییرات نقاط، از روش دو نیم کردن^۲ استفاده شده است. در این روش داده‌های هر موقعیت، دو نیم شده و هر نیمه نیز خود به دو نیم دیگر تقسیم شد. سپس خطی که نقاط میانی هر دو نیمه را به هم وصل کند، رسم و نوار ثبات بر روی این خط ترسیم شد (فراهانی و همکاران، ۱۳۹۲).

پس از رسم خط میانه، خط روند و نوار ثبات، شاخص‌های آمار توصیفی مانند میانه و میانگین و شاخص‌های مربوط به تحلیل درون

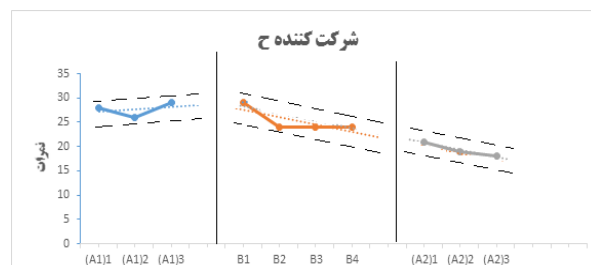
نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد درصد بهبودی برای مادران الف و ل به ترتیب ۴۶/۶۷ و ۱۰۰ درصد (با درصد داده‌های غیرهمپوش ۷۵ درصد برای هر دو) و بالاتر از ۳۰ درصد است (فراهانی و همکاران، ۱۳۹۲)، بنابراین درمان متمرکز بر شفقت بر کاهش خشم این دو مادر اثربخش بوده است؛ اما این شاخص‌ها برای مادر ح، این اثربخشی را تأیید نمی‌کنند.



نمودار ۴. خط روند و نوار ثبات برای نمرات خشم مادر الف



نمودار ۳. خط میانه و نوار ثبات برای نمرات خشم مادر الف

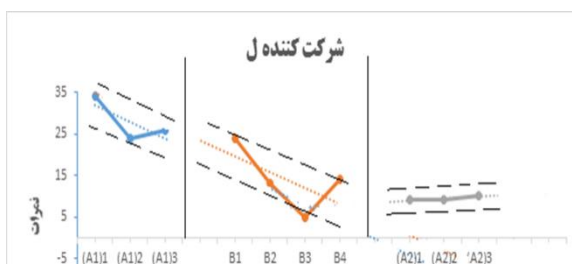


نمودار ۶. ترسیم خط روند و نوار ثبات برای نمرات خشم مادر ح



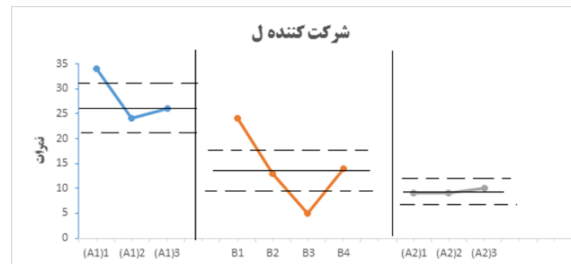
نمودار ۵. خط میانه و نوار ثبات برای نمرات خشم مادر ح

پژوهش در روان‌درمانی کودک و نوجوان



نمودار ۸. خط روند و نوار ثبات برای نمرات خشم مادر ل

رفتاری کودکان را نشان می‌دهد.



نمودار ۷. خط میانه و نوار ثبات برای نمرات خشم مادر ل

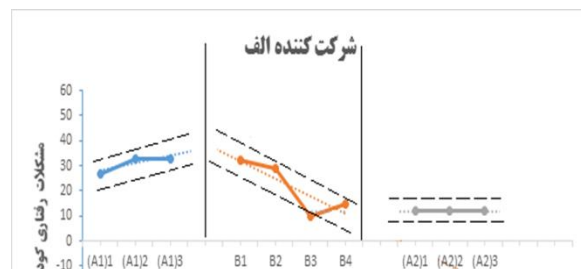
همچنین، جدول ۵ شاخص‌های تحلیل دیداری درون موقعیتی و بین موقعیتی برای بررسی اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر مشکلات

جدول ۵. شاخص‌های تحلیل دیداری درون موقعیتی و بین موقعیتی برای بررسی اثربخشی مداخله بر مشکلات رفتاری کودکان

شاخص	میانگین خط پایه	میانگین مداخله	میانگین خط پایه	میانگین مداخله	درصد پیوستگی (MPI)	درصد نمرات (MPR)	درصد کاهش	درصد داده‌های غیرهمپوش (PND)
کودک الف	۳۱	۲۱/۵	۳۳	۲۲	۴۴/۱۸	۳۰/۶	۳۰/۶	۵۰٪
کودک ح	۵۶/۳۳	۵۲/۲۵	۵۶	۵۴	۷/۸	۷/۲۴	۷/۲۴	۷۵٪
کودک ل	۵۲/۶۶	۳۴	۴۸	۳۰/۵	۵۴/۸۸	۳۵/۴۳	۳۵/۴۳	۷۵٪

بر کاهش مشکلات رفتاری این دو کودک اثربخش بوده است؛ اما این شاخص‌ها برای کودک ح، این اثربخشی را تأیید نمی‌کنند. نمودارهای ۹، ۱۰، ۱۱، ۱۲، ۱۳ و ۱۴ به ترتیب خط میانه-نوار ثبات و خط روند-نوار ثبات مربوط به نمرات مشکلات رفتاری سه کودک را نشان می‌دهند.

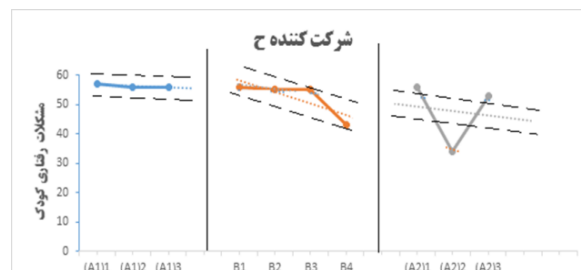
نتایج جدول ۵ نشان می‌دهد با توجه به اینکه درصد بهبودی برای کودکان الف و ل به ترتیب ۴۴/۱۸ و ۵۴/۸۸ درصد (به ترتیب با درصد داده‌های غیرهمپوش ۵۰ و ۷۵ درصد) و بالاتر از ۳۰ درصد است (فراهانی و همکاران، ۱۳۹۲)، بنابراین درمان متمرکز بر شفقت



نمودار ۱۰. خط روند و نوار ثبات برای مشکلات رفتاری کودک الف



نمودار ۹. خط میانه و نوار ثبات برای نمرات مشکلات رفتاری کودک الف

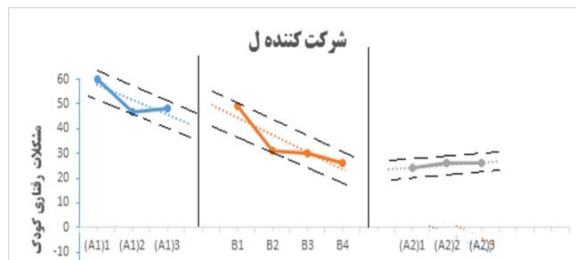


نمودار ۱۲. خط روند و نوار ثبات برای مشکلات رفتاری کودک ح

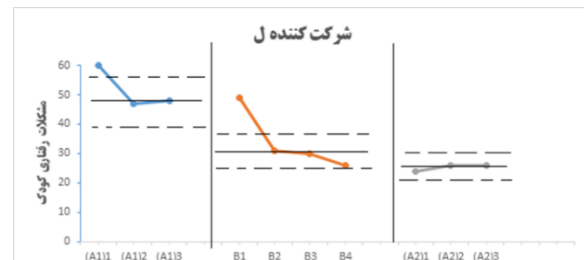


نمودار ۱۱. خط میانه و نوار ثبات برای نمرات مشکلات رفتاری کودک ح

پژوهش در روان‌درمانی کودک و نوجوان



نمودار ۱۴. خط روند و نوار ثبات برای مشکلات رفتاری کودک ل



نمودار ۱۳. خط میانه و نوار ثبات برای نمرات مشکلات رفتاری کودک ل

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر خشم مادران و مشکلات رفتاری کودکان با استفاده از یک طرح مورد منفرد بود. نتایج پژوهش در خصوص تأثیر این مداخله بر خشم مادران نشان داد که درمان متمرکز بر شفقت بر کاهش خشم دو نفر از آزمودنی‌ها (مادر الف و ل) مؤثر بوده است، اما در مورد یکی از آزمودنی‌ها (مادر ح) این اثربخشی مشاهده نشد. این نتایج با نتایج پژوهش‌های گرو دین^۱ و همکاران (۲۰۱۹)، ریریو داسیلوا و همکاران (۲۰۱۹)، بورزما و همکاران (۲۰۱۵)، لوکر و کورتن (۲۰۱۳)، اسلمی و همکاران (۱۳۹۹) همسو است.

مغز انسان دارای حداقل سه نظام عمده هیجانی است که یکی از آن‌ها نظام تهدید است. این نظام کارکردی حفاظتی دارد و وظیفه آن کشف و انتخاب سریع تهدید و نشان دادن واکنش ستیز و گریز در مقابل آن است؛ بنابراین، در چنین موقعیت‌هایی این نظام، می‌تواند باعث بروز انفجارهای هیجانی، مانند خشم گردد که اغلب افراد را مجبور به انجام واکنش‌ها و رفتارهای پرخاشگرانه می‌کند. درمقابل، آنچه باعث ایجاد آرامش در انسان می‌شود، نظام تسکین‌دهنده یا رضایت و امنیت است که یکی دیگر از نظام‌های هیجانی مغز است (دپو و موروناستراپینسکی^۲، ۲۰۰۵)؛ این نظام کانون اصلی تمرکز درمان متمرکز بر شفقت است (گیلبرت، ۲۰۱۰ و ۲۰۱۴). در این درمان، می‌توان از طریق بهبود بخشیدن و توسعه مهارت‌های مشفقانه، از جمله تصویرسازی مهربان، توجه مهربان، رفتار مهربان و غیره، به فعال نمودن نظام امنیت در فرد و غیرفعال نمودن نظام تهدید که پیامد آن می‌تواند خشم و پرخاشگری باشد، کمک کرد. همچنین، بخش عمده‌ای از تمرینات درمان متمرکز بر شفقت، مانند ذهن آگاهی، که در حقیقت یادگیری توجه عمدی بر روی چیزهای مفید و رسیدن به تعادل است (گیلبرت، ۲۰۱۰)، می‌تواند در فعال‌سازی نظام امنیت مؤثر باشد. تصویرسازی مهربانانه نیز که فرد در آن مکانی امن را تصور می‌کند، بنا بر یکی از اساسی‌ترین مبانی درمان متمرکز بر شفقت موجب پاسخدهی مغز قدیم یا هیجانی به این محرک تصویری

غیرواقعی، به گونه‌ای واقعی شده و می‌تواند با کمک به شکل‌گیری عواطف مطلوب، نظام هیجانی امنیت و رضایت را در مغز فعال کند که در نتیجه به کاهش خشم و پرخاشگری بیانجامد.

در خصوص اثربخش نبودن درمان متمرکز بر شفقت بر خشم یکی از مادران (مادر ح) می‌توان گفت با توجه به اینکه یکی از اساسی‌ترین مزیت‌های پژوهش مورد منفرد نسبت به پژوهش‌های گروهی، ماهیت پویای آن است و می‌توان در طول انجام پژوهش، اثربخشی مداخله را از طریق مشاهده روند نمودارها بررسی نمود، پژوهشگر می‌تواند در صورت اثربخش نبودن مداخله روش کار یا شیوه مداخله را تغییر دهد (گاست، ۲۰۱۰). طبق این اصل، با توجه به گزارش خود آزمودنی مبنی بر داشتن اضطراب بالا، نداشتن وقت و تمرکز کافی در منزل جهت انجام تمرین‌ها و عدم درک کافی از برخی مطالب بیان شده، پژوهشگر سعی کرد تا وقت بیشتری جهت انجام تمرینات ذهن آگاهی و آرمیدگی در طی جلسات مداخله اختصاص داده شود. در برخی مراحل مداخله نیز مانند شناسایی ارزش‌ها و خودهای غالب در آزمودنی و رشد خود مهربان سعی شد تا همراهی بیشتری با آزمودنی صورت پذیرد. در نتیجه همه این تلاش‌ها، آزمودنی در طی جلسات مداخله در نمرات خشم روند صعودی نشان نداد، اما روند نزولی هم نداشت. با بررسی بیشتر در مورد ویژگی‌های این آزمودنی (مادر ح) از طریق مصاحبه بالینی مشخص شد که وی علائم شخصیت منفعل-پرخاشگر را نیز نشان می‌داد. وجود این ویژگی باعث می‌شود که فرد حتی زمانی هم که می‌تواند در مواردی موفق باشد، به طور منفعلانه از انجام کارها سرباز زند و طوری شرایط را مدیریت می‌کند که امور به شکست منتهی شود (سادوک^۳، ۲۰۱۵). این آزمودنی نیز با آوردن بهانه‌های متعدد از انجام تمرینات امتناع می‌ورزید و اعتقادی مبنی بر تأثیرگذاری تمرینات نداشت. به علاوه این اشخاص معمولاً در تعاملات خود دچار اضطراب هستند و پژوهش‌ها نشان داده‌اند اضطراب اجتماعی رابطه مثبت معناداری با خشم و انگیزختگی حاصل

1. Grodin
2. Depue & Morrongiello
3. Sadock

پژوهش در روان‌درمانی کودک و نوجوان

از آن دارد (بشارت و همکاران، ۱۳۹۳). همچنین، آزمودنی در شرایط استرس‌زای سختی از لحاظ اقتصادی به سر می‌برد که افزون بر موارد ذکر شده می‌توانست به اضطراب و خشم او دامن بزند. بدین ترتیب درمان متمرکز بر شفقت نتوانست بر کاهش خشم آزمودنی مؤثر واقع شود.

همچنین، نتایج پژوهش در خصوص تأثیر درمان متمرکز بر شفقت بر مشکلات رفتاری کودک نشان داد که این درمان بر کاهش مشکلات رفتاری فرزندان دو نفر از آزمودنی‌ها (کودک الف و ل) مؤثر بوده است، اما در مورد یکی از آزمودنی‌ها (کودک ح) این اثربخشی مشاهده نشد.

این نتایج در مورد اثربخشی مداخله بر روی مادران در کاهش مشکلات رفتاری کودک (به طور غیر مستقیم از طریق میانجیگری کاهش خشم مادر)، همسو با نتایج بدست آمده در پژوهش فروزا و همکاران (۲۰۲۰) است که نشان دادند بهبود مهارت‌های والد-کودک در مادران موجب کاهش و بهبود مشکلات رفتاری کودک می‌شود. همچنین پژوهش ویلوداس^۱ و همکاران (۲۰۱۸) نیز نشان داد پرخاشگری مادر، ارتباط بین افسردگی مادر و مشکلات رفتاری بیرونی‌سازی شده کودک را میانجیگری می‌کند و با کاهش پرخاشگری مادر، می‌توان مشکلات رفتاری کودک را نیز بهبود داد. در بین پژوهش‌های داخل کشور نیز گودینی و همکاران (۱۳۹۶) نشان دادند که مدیریت هیجان مادران، مانند خشم، می‌تواند در کاهش مشکلات رفتاری کودکان نقش داشته باشد بلالی و آقابوسفی (۱۳۹۰) نیز نشان دادند که برنامه‌های آموزشی به والدین می‌تواند به کاهش مشکلات رفتاری کودک بینجامد.

در تبیین این یافته می‌توان به نقش مؤثر محیط در بروز مشکلات رفتاری در کودکان اشاره کرد؛ بر اساس نظریه یادگیری اجتماعی بندورا^۲، شخص، محیط و رفتار به طور تعاملی عمل می‌کنند تا رفتارهای بعدی در اشخاص شکل گیرد؛ هر فرد با عمل کردن به شیوه‌ای می‌تواند بر محیط تأثیر گذاشته و دوباره محیط تغییر یافته نیز بر رفتار بعدی خود فرد و اطرافیانش مؤثر واقع می‌شود (السون^۳، ۲۰۱۳). بدین ترتیب عمل کردن مادر به شیوه‌ای دیگر (مشفقانه) در هنگام مواجهه با خشم می‌تواند منجر به تغییر محیط برای کودک شده و به نوبه خود در رفتار کودک مؤثر واقع شود و دوباره این چرخه تعاملی سه جانبه ادامه پیدا کند. از طرف دیگر، درمان متمرکز بر شفقت، روش کنار آمدن با افکار و احساسات منفی در مورد فرزندان

را ارائه می‌کند و تلاش برای برقراری ارتباط با افکار و احساسات و پذیرش آنها در تعامل با فرزندشان را آموزش می‌دهد (کروز، ۲۰۱۲). به علاوه در این مداخله درمانی، محور اصلی پرورش ذهن شفقت‌ورز است تا فرد بیاموزد مشفقانه رفتار کرده، این رابطه مشفقانه را چه با خود و چه در مورد دیگران برقرار سازد. بدین ترتیب درمان متمرکز بر شفقت می‌تواند به بهبود ارتباط میان مادر و کودک بینجامد و زمینه عاطفی و محیطی مناسب‌تری را برای کودک فراهم کند که بر اساس نظریه بندورا موجب تعدیل رفتاری و شکل‌گیری رفتارهای جدید در کودک می‌شود.

با توجه به این موارد، در خصوص کودک ح، می‌توان گفت به دلیل اینکه مداخله منجر به کاهش خشم مادر و تغییر رفتارهای مادر ح نشد، در مورد کودک نیز نتوانست به تغییر محیط عاطفی و رفتاری کودک بینجامد و تغییری در رفتار و کاهش مشکلات رفتاری کودک ایجاد کند.

از آنجایی که یکی از مهمترین مزایای طرح‌های مورد بررسی اثربخشی درمان‌های جدید، در شرایط جدید و در تعامل با ویژگی‌های آزمودنی‌ها است، در پژوهش حاضر از این طرح استفاده شد؛ با این حال، این طرح‌ها در تعمیم‌دهی دارای محدودیت هستند. بنابراین، پیشنهاد می‌شود این پژوهش با آزمودنی‌های متنوع (برای مثال پدر کودک، روابط زوجی والدین و مربیان و معلمان) تکرار شود و تأثیر آن بر اختلالات رفتاری کودک مورد بررسی قرار گیرد. همچنین بررسی تأثیر این درمان بر مشکلات دیگر در کودک مانند اختلالات خلقی، اختلالات اضطرابی و بیش‌فعالی/نقص توجه مورد بررسی قرار گیرد. به‌علاوه استفاده از طرح‌های گروهی برای بررسی اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر مشکلات رفتاری کودک، یکی دیگر از پیشنهادات پژوهشی در آینده است. همچنین، با توجه به نتایج پژوهش حاضر در خصوص اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت در بهبود تعامل والد-کودک، به کارگیری این درمان برای والدین به منظور کاهش مشکلات رفتاری و روانشناختی کودکان به متخصصان حوزه کودک پیشنهاد می‌شود. همچنین می‌توان از این مداخله به عنوان کارگاه آموزشی در پیش‌دبستانی‌ها و دبستان‌ها استفاده کرد و از این طریق مشکلات رفتاری کودکان را کاهش داد.

1. Villodas

2. Bandura social learning theory

3. Olson

پژوهش در روان‌درمانی کودک و نوجوان

مبتنی بر شفقت در رابطه مادر و کودک و بهبود تنیدگی والدینی.

نشریه آموزش پرستاری، دوره ۸، شماره ۱، ص ۲-۱۲.

[DOI: 10.21859/jne-08101]

شهائیان، آمنه؛ شهیم، سیما؛ بشاش، لیا و یوسفی، فریده (۱۳۸۶).

هنجاریایی، تحلیل عاملی و پایایی فرم کوتاه ویژه والدین مقیاس

درجه‌بندی کانرز برای کودکان ۶ تا ۱۱ ساله در شهر شیراز.

مطالعات روان‌شناختی دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی

دانشگاه الزهراء، دوره ۳، شماره ۳، ص ۹۷-۱۲۰.

[DOI: 10.22051/psy.2007.1704]

فراهانی، حجت‌اله؛ عابدی، احمد؛ آقامحمدی، سمیه و کاظمی، زینب.

(۱۳۹۲). مبانی کاربردی طرح‌های مورد منفرد در پژوهش‌های علوم

رفتاری و پزشکی. تهران: روانشناسی و هنر.

گنجی، مهدی (۱۳۹۴). روانشناسی کودکان استثنایی بر اساس DSM-5

. تهران: نشر ساوالان.

گودینی، رحمان؛ پور محمد رضای تجریشی، معصومه؛ طهماسبی،

سیامک و بیگلریان، اکبر (۱۳۹۶). تأثیر آموزش مدیریت هیجان به

مادران بر مشکلات رفتاری فرزندان از دیدگاه والدین. توانبخشی،

دوره ۱۸، شماره ۱، ص ۱۳-۲۴.

[DOI: 10.21859/jrehab-180113]

References:

Aslami, E., Amiri Rad, M., & Mousavi, S. (2020). The effectiveness of Self-Compassion focused Therapy on Anger Management and self-Efficacy and of Women With addicted husband in Mashhad city. *Psychological Methods and Models*, 11(39), 49-66.

[DOR: 20.1001.1.22285516.1399.11.39.4.4] [Persian].

Balali, R., & Aghayoudefi, A. R. (2011). The efficacy of parent education program on reduction of child behavioral problems. *Quarterly of applide psychology*, 5 (4), 59-73. [DOR: 20.1001.1.20084331.1390.5.1.4.9] [Persian].

Besharat, M., Masoudi, M., Dehghani, S., Motahari, S., & Pourkhaghan, F. (2014). Social anxiety symptoms and anger: The mediating role of emotion regulation difficulties. *Journal of psychologicalscience*, 13(51), 321-339. [DOR: 20.1001.1.17357462.1393.13.51.2.8] [Persian].

Boersma, K., Hakanson, A., Salomonsson, E., & Johansson, L. (2015). Compassion focused therapy to counteract shame, self-criticism and isolation: A replicated single case experimental study for individuals with social anxiety. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 45(2), 89-98. [Doi: 10.1007/s10879-014-9286-8].

Catale, C., Geurten, M., Lejeune, C., & Meulemans, T. (2014). The Connors Parent Rating Scale: Psychometric properties in typically developing 4- to 12-year-old Belgian French-speaking children. *European review of applied psychology*, 64(5), 221-227. [Doi: 10.1016/j.erap.2014.07.001].

ملاحظات اخلاقی

پیروی از اصول اخلاق پژوهش

کلیه اصول اخلاقی در تمام مراحل پژوهش رعایت شده است. اطلاعات تمام شرکت کنندگان در پژوهش کاملاً محرمانه نگه داشته شد. همچنین، همه شرکت کنندگان در پژوهش مجاز بودند هر زمانی که تمایل داشتند، در هر مرحله‌ای از پژوهش، از پژوهش خارج شوند.

حامی مالی

برای انجام پژوهش حاضر از هیچ نهاد دولتی و غیردولتی حمایت مالی دریافت نشده است.

مشارکت نویسندگان

تمام نویسندگان در طراحی، اجرا و نگارش همه بخش‌های پژوهش حاضر مشارکت داشتند.

تعارض منافع

این مقاله هیچ گونه تعارض منافع ندارد.

منابع

اسلمی، الهه؛ امیری راد، ملیحه و موسوی، شکوفه (۱۳۹۹). اثربخشی

درمان مبتنی بر شفقت بر کنترل خشم و خودکارآمدی زنان دارای

همسر معتاد در شهر مشهد، روش‌ها و مدل‌های روانشناختی، ۳۹،

۴۹-۶۶ [DOR: 20.1001.1.22285516.1399.11.39.4.4].

بشارت، محمد علی؛ مسعودی، مرضیه؛ دهقانی، سپیده؛ مطهری، سجاد و

پورخاقان، فاطمه (۱۳۹۳). رابطه نشانه‌های اضطراب اجتماعی با

خشم: نقش میانجیگر دشواری‌های نظم‌جویی هیجان. فصلنامه

علمی پژوهشی علوم روانشناختی، دوره ۱۳، شماره ۵۱، ص ۳۲۱-

۳۳۹ [DOR: 20.1001.1.17357462.1393.13.51.2.8].

بلالی، رقیه و آقا یوسفی، علیرضا (۱۳۹۰). اثربخشی برنامه آموزشی

والدین بر کاهش مشکلات رفتاری کودکان. فصلنامه روانشناسی

کاربردی، دوره ۵، شماره ۴، ص ۵۹-۷۳.

[DOR: 20.1001.1.20084331.1390.5.1.4.9]

زمانی‌مزد، راحله؛ گرافر، امید؛ داورنیا، رضا و بابایی گرمخانی، محسن

(۱۳۹۷). اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر بهبود کیفیت زندگی

و خود کارآمدی والدینی مادران کودکان اوتیستیک. تصویر

سلامت، دوره ۹، شماره ۴، ص ۲۳۳-۲۴۳.

<https://doh.tbzmed.ac.ir/fa/Article/doh-233>

زمانی فروشانی، شهلا؛ شریفی، طیه؛ غضنفری، احمد؛ عابدی،

محمدرضا و نقوی، اعظم (۱۳۹۸). تدوین بسته آموزشی تعامل

- Cohrs, C.M. (2012). *Efficacy of ACT components to increase effectiveness of behavioral parent training*. Thesis for the degree of Master of Arts, Department of Child and Families, College of Applied Behavior Analysis, University of South Florida.
<https://digitalcommons.usf.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=5211&context=etd>
- Conners, C. K. (1989). *Manual for Conners' Rating Scales*. N. Tonawanda, NY: Multi-Health Systems. [Doi: 10.1007/978-0-387-79948-3_1278].
- Depue, R., A., Morrone-Strupinsky, J., V. (2005). A neurobehavioral model of acyivative bonding. *Behavioral and Brain Science*, 28, 313-395. [Doi: 10.1017/S0140525X05000063].
- Farahani, H., Abedi, A., Aghamohamadi, S., & Kazemi, Z. (2013). Single subject design methodology in behavioral sciences and medicine (functional approach). *Tehran: Psychology and Art Publication*, 39-55. [Persian].
- Furuzawa, A., Yoshinaga, N., & Hattori, K. (2020). Parent- child interaction therapy for Japanese working mother and child with behavioral problems: a single case study. *Orginal Case Studies*, 19(4), 207-281. [Doi:10.1177/1534650120926705].
- Gale, C., Gilbert, P., Read, N., & Goss, K. (2014). An evaluation of the impact of introducing compassion focused therapy to a standard treatment programme for people with eating disorders. *Clinical psychology & psychotherapy*, 21(1), 1-12. [Doi: 10.1002/cpp.1806]
- Ganji, M. (2015). *Exceptional children psychology based on DSM-5*. Tehran: Savalan Publication. [Persian].
- Gall, M. D., Borg, W. R., & Gall, J. P. (1996). *Educational research: An introduction*. Longman Publishing.
https://books.google.com/books/about/Educational_Research.html?id=2LcTy5kCmfkC
- Gast, D. L. (2009). *Single subject research methodology in behavioral sciences*. Routledge. [Doi: 10.4324/9780203877937].
- Gilbert, P. (2014). The origins and nature of compassion focused therapy. *British Journal of Clinical Psychology*, 53(1), 6-41. [Doi: 10.1111/bjc.12043].
- Gilbert, P. (2009). Introducing compassion-focused therapy. *Advances in psychiatric treatment*, 15(3), 199-208. [Doi: 10.1192/apt.bp.107.005264].
- Gilbert, P. (2010). *Compassion focused therapy: Distinctive features*. Routledge. [Doi: 10.4324/9780203851197].
- Gowdini, R., Pourmohamdreza-Tajrishi, M., Tahmasebi, S., & Biglarian, A. (2017). Effect of emotion management training to mothers on the behavioral problems of offspring: Parents' view. *Archives of rehabilitation*, 18(1), 13-24. [Doi: 10.21859/jrehab-180113] [Persian].
- Grodin, J., Clark, J.L., Kolts, R., & Lovejoy, T.I. (2019). Compassion focused therapy for anger: A pilot study of a group intervention for veterans with PTSD. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 13, 27-33. [Doi: 10.1016/j.jcbs.2019.06.004].
- Kolts, R. L. (2016). *CFT made simple: a clinician's guide to practicing compassion-focused therapy*. New Harbinger Publications.
https://books.google.com/books/about/CFT_Made_Simple.html?id=7OxIDAAAQBAJ
- Leaviss, J., & Uttley, L. (2015). Psychotherapeutic benefits of compassion-focused therapy: An early systematic review. *Psychological medicine*, 45(5), 927-945. [Doi: 10.1017/S0033291714002141].
- Lucre, K. M., & Corten, N. (2013). An exploration of group compassion-focused therapy for personality disorder. *Psychology and Psychotherapy: theory, research and Practice*, 86(4), 387-400. [Doi: 10.1111/j.2044-8341.2012.02068.x].
- Lund, J. I., Day, K. L., Schmidt, L. A., Saigal, S., & Van Lieshout, R. J. (2016). Adult social outcomes of extremely low birth weight survivors of childhood sexual abuse. *Journal of Developmental Origins of Health and Disease*, 7(6), 581-587. [Doi: 10.1017/S2040174416000532].
- Ollendick, T. H., Greene, R. W., Austin, K. E., Fraire, M. G., Halldorsdottir, T., Allen, K. B., ... & Wolff, J. C. (2016). Parent management training and collaborative & proactive solutions: A randomized control trial for oppositional youth. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 45(5), 591-604. [Doi: 10.1080/15374416.2015.1004681].
- Olson, M. H. (2013). *Introduction to theories of learning*. Routledge. [Doi: 10.4324/9781315664965].
- Paine, A. L., Perra, O., Anthony, R., & Shelton, K. H. (2021). Charting the trajectories of adopted children's emotional and behavioral problems: The impact of early adversity and postadoptive parental warmth. *Development and psychopathology*, 33(3), 922-936. [Doi: 10.1017/S0954579420000231].
- Park, E. H., So, Y. K., Choi, N. K., Kim, S. J., Noh, J. S., Ko, Y. J., & Kim, Y. S. (2003). The reliability and validity of Korean Conners Parent and Teacher Rating scale. *Journal of the Korean Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 14(2), 183-196.
https://www.jkacap.org/journal/view.html?uid=377&sort=&scale=&key=s_n&keyword=&s_v=14&s_n=2&pn=vol&year=&vmd=Full
- Ribeiro da Silva, D., Rijo, D., Castilho, P., & Gilbert, P. (2019). The efficacy of a compassion-focused therapy-based intervention in reducing psychopathic traits and disruptive behavior: A clinical case study with a juvenile detainee. *Clinical Case Studies*, 18(5), 323-343. [Doi: 10.1177/1534650119849491].
- Richter, N., & Reck, C. (2013). Positive maternal interaction behavior moderates the relation between maternal anxiety and infant regulatory problems. *Infants Behavior & Development*, 36(4), 498-506. [Doi: 10.1016/j.infbeh.2013.04.007].
- Sadock, B. J. (2015). *Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry: behavioral sciences/clinical psychiatry*. Philadelphia, PA: Wolters Kluwer.

- Shahaian, A., Shahim, S., Bashash, L., & Yousefi, F. (2007). Normalizing, factor analysis and reliability of Conner's Parents rating of childhood behavior problems-short form for 6-11 years children in Shiraz city. *Quarterly joyrnal of psychological studies*, 3 (3), 97-120. [Doi: 10.22051/psy.2007.1704][Persian].
- Shi, J., Mo, X., & Sun, Z. (2012). Content validity index in scale development. *Zhong nan da xue xue bao. Yi xue ban= Journal of Central South University. Medical sciences*, 37(2), 152-155. [Doi: 10.3969/j.issn.1672-7347.2012.02.007].
- Sommers-Spijkerman, M. P. J., Trompetter, H. R., Schreurs, K. M., & Bohlmeijer, E. T. (2018). Compassion-focused therapy as guided self-help for enhancing public mental health: A randomized controlled trial. *Journal of consulting and clinical psychology*, 86(2), 101.[Doi:10.1037/ccp0000268].
- Villodas, M.T., Banger, D.M., & Thompson, R. (2018). A step beyond maternal depression and child behavior problems: the role of mother-child aggression. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 47(4), 634-641. [Doi: 10.1080/15374416.2015.1094740].
- Zamani Foroushani, S., Sharifi, T., Ghazanfari, A., Abedi, M. R., & Naghavi, A. (2019). Develop of Compassion-based Education Package on Mother-child Interaction and its Effectiveness on Mother-child Relationship and Parental Stress Improvement. *Journal of Nursing Education (JNE)*, 8(1). 1-12. [Doi: 10.21859/jne-08101] [Persian].
- Zamani Mazdeh, R., Grafar, A., Davarniya, R., & Gharmkhani, M. B. (2019). The effectiveness of compassion-focused therapy (CFT) in improving quality of life and parental self-efficacy in mothers of autistic children. *Depiction of Health*, 9(4), 233-243. <https://doh.tbzmed.ac.ir/fa/Article/doh-233> [Persian].