

اثربخشی مداخله شناختی-رفتاری متمرکز بر والد-کودک بر مشکلات رفتاری کودکان آزار دیده جسمی و شیوه‌های والدینی

The Efficacy of Parent- Child Focused Cognitive-Behavioral Intervention on Behavioral Problems of Physically Abused Children and Parental Practices

| | | | |
|----------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|
| Mina Moein Eslam MA in Child & Adolescent Clinical Psychology | Mohamad Ali Mazaheri, PhD Shahid Beheshti University | محمدعلی مظاهری استاد دانشگاه شهید بهشتی | مینا معین اسلام کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی کودک و نوجوان |
| Karine Tahmasian, PhD Shahid Beheshti University | Jalil Fathabadi, PhD Shahid Beheshti University | جلیل فتح‌آبادی دانشیار دانشگاه شهید بهشتی | کارینه طهماسیان استادیار دانشگاه شهید بهشتی |

چکیده

هدف این پژوهش تعیین اثربخشی مداخله شناختی-رفتاری متمرکز بر والد-کودک بر کاهش مشکلات رفتاری کودکان آزار دیده جسمی و بهبود رفتارهای والدینی است. ۲۸ کودک ۷ تا ۹ سال از انجمن حمایت از کودکان کار شهر تهران و مادران آنها به شیوه نمونه‌برداری در دسترس انتخاب شدند. ۱۵ زوج مادر و کودک در گروه مداخله متمرکز بر والد-کودک و ۱۳ مادر در گروه مداخله متمرکز بر والد جایگزین شدند. بسته درمان شناختی-رفتاری ترکیبی والد-کودک در طول ۵ جلسه به مادران و ۸ جلسه به کودکان عرضه شد. پس از پایان مداخله، پس‌آزمون و پس از دو ماه، پیگیری انجام شد. ابزارها شامل فهرست رفتاری کودک (آشنباخ، ۱۹۹۱)، پرسشنامه والدگری آلاباما (فریک، ۱۹۹۱) و پرسشنامه ظرفیت کودک‌آزاری (میلنر، ۱۹۸۶) بود. نتایج تحلیل واریانس آمیخته حاکی از آن بود که مداخله شناختی-رفتاری در کاهش مشکلات درونی‌سازی و برونی‌سازی مؤثر بوده است. در زیرمقیاس‌های رفتارهای والدینی نیز فقر نظارت و تنبیه بدنی کاهش یافت، اما ظرفیت کودک‌آزاری تغییر معناداری نشان نداد. همچنین از لحاظ اثربخشی مداخله روی متغیرهای مشکلات رفتاری، رفتارهای والدینی و ظرفیت کودک‌آزاری میان دو گروه تفاوت معناداری مشاهده نشد، که نشان‌دهنده نقش اصلی مادران در مداخله‌های کودک‌آزاری است. نتایج این پژوهش با روشن‌تر ساختن نقش کودک و والد در حیطه مداخله‌های کودک‌آزاری، در موقعیت‌های بالینی و برای کاهش این پدیده کاربرد خواهد داشت.

واژه‌های کلیدی: کودک‌آزاری، مداخله شناختی-رفتاری، مشکلات رفتاری، کودکان آزار دیده جسمی، رفتارهای والدینی

Abstract

The purpose of this study was to examine the effectiveness of parent- child focused cognitive- behavioral intervention on decreasing behavioral problems of physically abused children and improving parental practices. Twenty eight children aged 7-9 years from the Association for Protection of Working Children in Tehran and their mothers were selected by available sampling. Fifteen pairs of mother-child were assigned into the parent-child group and 13 mothers were assigned into the parent focused group. The mothers received 5 sessions of the combined parent-child cognitive- behavioral therapy package and the children received 8 sessions of the package. Posttest conducted at the end of the intervention. The study had a 2-month follow-up period. The mothers completed the Child Behavior Checklist (Achenbach, 1991), the Alabama Parenting Questionnaire (Frick, 1991) and the Child Abuse Potential Inventory (Milner, 1986). The data were analyzed by mixed ANOVA. The results indicated that the cognitive- behavioral intervention significantly decreased internalizing and externalizing problems. The scores of the poor monitoring and the corporal punishment subscales of the parental practices scale decreased but the scores of the child abuse potential subscale didn't significantly change. Furthermore there were no significant differences between the effectiveness of the intervention on behavioral problems, parental practices and child abuse potential in both groups, which reflected the central role of mothers in child abuse interventions. By clarifying the role of child and parent in child abuse interventions, the findings suggested these interventions could be applied to clinical settings and may reduce the child abuse phenomenon.

Keywords: child abuse, behavioral problems, physically abused children, parental practices

received: 18 March 2016

accepted: 4 May 2016

Contact information: mina.moein@gmail.com

دریافت: ۹۴/۱۲/۲۸

پذیرش: ۹۵/۲/۱۵

این مقاله برگرفته از پایان نامه کارشناسی‌ارشد رشته روان‌شناسی بالینی کودک و نوجوان دانشگاه شهید بهشتی تهران است. این پژوهش با حمایت مالی قطب علمی خانواده دانشگاه شهید بهشتی انجام شده است.

مقدمه

رویدادهای تنیدگی‌زا در خانواده بر هر کودکی به شیوه‌های متفاوت و منحصر به فرد تأثیر می‌گذارد؛ اما موقعیت‌های خاص به ایجاد تنیدگی و پیامدهای شدیدتر در کودکان منجر می‌شود. آزار کودک از بدترین و شدیدترین اشکال تنیدگی است. این مسئله به طور مستقیم با زندگی روزانه کودک برخورد دارد و ممکن است مدام و غیر قابل پیش‌بینی باشد و اغلب ناشی از اقدامات یا بی‌توجهی کسانی است که کودک به آن‌ها اعتماد دارد یا به آن‌ها وابسته است (ماش و ولف، ۲۰۱۲). هرگونه آسیب جسمی یا روانی، سوءاستفاده جنسی یا بهره‌کشی و رسیدگی نکردن به نیازهای اساسی افراد زیر ۱۸ سال توسط دیگر افراد، به صورت غیرتصادفی، کودک‌آزاری^۱ تلقی می‌شود (مدنی، ۱۳۸۳). به گزارش دفتر کودکان بخش خدمات بهداشتی و انسانی ایالات متحده آمریکا (۲۰۱۲)، در این کشور سالانه بیش از سه میلیون کودک‌آزاری گزارش می‌شود که شامل شش میلیون کودک است. از این تعداد بیش از ۷۵ درصد مربوط به غفلت، بیش از ۱۵ درصد آزار جسمی و کمتر از ۱۰ درصد مربوط به آزار جنسی است. خوشبختی، حبیبی‌عسگرآبادی، فرزادفرد و محمدخانی (۱۳۸۶)، شیوع کودک‌آزاری را در ۱۵۳۰ دانش‌آموز دوره راهنمایی شهر تهران بررسی کردند. یافته‌های این پژوهش حاکی از شیوع ۳۸/۳ درصد آزار جسمانی خفیف، ۳۵/۹ درصد آزار جسمانی شدید، ۲۰/۵ درصد بی‌توجهی و ۶۲/۵ درصد آزار عاطفی در این دانش‌آموزان بود. نتایج این پژوهش نشان می‌دهد که کودک‌آزاری در ایران شایع است و لازم است مسئولان برای پیشگیری از تبعات منفی کودک‌آزاری اقدام کنند.

با توجه به پیشرفت‌های روش‌شناختی در حوزه سوءرفتار با کودک، چهار دسته عمده کودک‌آزاری شناخته شده و به نظر می‌رسد به طور گسترده مورد پذیرش قرار گرفته است: آزار جسمی^۲، آزار جنسی^۳، غفلت^۴ و آزار عاطفی^۵ (کیکت و بانی، ۲۰۱۴). آزار جسمی از مشهودترین موارد آزار است. در نسخه پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (۲۰۱۳)، کودک‌آزاری جسمی، آسیب جسمی غیرتصادفی به کودک است - که در پیوستاری از ایجاد کیبودی جزئی تا شکستگی

شدید یا مرگ قرار می‌گیرد- و حاصل اعمالی نظیر مشت زدن، ضرب و شتم، لگد زدن، گاز گرفتن، تکان دادن، پرتاب کردن، زخم کردن، خفه کردن، ضربه زدن (با دست، چوب، کمر بند، یا اشیای دیگر)، سوزاندن یا هر روش دیگری است که والد، مراقب یا هر فرد دیگری انجام می‌دهد که مسئولیت کودک را بر عهده دارد.

در پژوهش‌ها به عوامل متعدد در سبب‌شناسی کودک‌آزاری و غفلت اشاره شده است و این عوامل به سه طبقه کلی تقسیم می‌شود: (۱). محیط؛ مانند فقر (سدلاک و دیگران، ۲۰۱۰)، نبود حمایت اجتماعی (کوهی، ۱۹۹۶)، بیکاری (سایدبوتام و هرون، ۲۰۰۶)؛ (۲). والدین یا مراقب؛ مانند خشونت همسر، تعامل منفی و نامناسب میان اعضای خانواده (دینفیلیس و زوراوین، ۱۹۹۹)، سوءمصرف مواد، تاریخچه آزار والد یا مراقب، والدین نوجوان، بیماری روانی والدین، بحران‌های خانواده و موقعیت‌های تنیدگی‌زا؛ (۳). کودک؛ مانند خلق دشوار (لاولر و تلبوت، ۲۰۱۲)، کودک دچار ناتوانی، کودکانی که به مدرسه نمی‌روند، کودکانی که در مراکز مراقبت‌های شبانه‌روزی زندگی می‌کنند یا به فرزندخواندگی گرفته شده‌اند (لا، کریس و مورس، ۲۰۰۹).

از عوامل مهم در سوء رفتار با فرزند نقص در مهارت‌های فرزندپروری والدین است (تولان، گورمن-اسمیت و هنری، ۲۰۰۶)؛ روگوش، کیکت، شیلدر و توت، ۱۹۹۵). پژوهش‌ها نشان می‌دهد که مادران آزارگر در رابطه با فرزند خود بیشتر به ابراز قدرت می‌پردازند و کمتر از استدلال و توضیح استفاده می‌کنند (چیلیمکروتی و میلنر، ۱۹۹۳). همچنین این مادران وقتی با موقعیت تنیدگی‌زا مواجه می‌شوند عکس‌العمل‌های هیجانی قوی نشان می‌دهند که مانع استفاده آن‌ها از راهبردهای مقابله‌ای مسئله‌محور^۶ می‌شود (کانتوس، نیل، گینز و اولری، ۱۹۹۷). آن‌ها سبک‌های اسناد عمومی و پایدار دارند و هیجان‌های منفی بیشتری گزارش می‌کنند (مونتس، پاول و میلنر، ۲۰۰۱)؛ مک‌فرسون، لوپس، لین، هسکت و بهرنر، ۲۰۰۹). احتمالاً بیش از والدین غیرآزارگر، نشانه‌های افسردگی، اضطراب، انزوای اجتماعی و همچنین سوء مصرف مواد گزارش می‌کنند (میلنر و چیلیمکروتی، ۱۹۹۱). مک‌کوردی

1. child abuse

2. physical abuse

3. sexual abuse

4. neglect

5. emotional abuse

6. problem-focused coping strategies

(۲۰۱۲)، نشان‌دهنده اثربخشی درمان تعامل والد-کودک در کاهش مشکلات درونی‌سازی و برونی‌سازی کودکان، افزایش مهارت‌های ارتباطی مثبت بین والد-کودک، افزایش حساسیت مادرانه و کاهش تنیدگی والد بود و ظرفیت کودک‌آزاری هم در گروه آزمایش و هم در گروه فهرست انتظار کاهش یافت؛ اما برخلاف این یافته‌ها، توماس و زیمر-جمبک (۲۰۱۱)، پس از مداخله تعامل والد-کودک کاهش معنادار ظرفیت کودک‌آزاری را در گروه آزمایش در مقایسه با گروه فهرست انتظار مشاهده کردند. میزان و اوکیف (۱۹۹۸)، اثربخشی گروه‌درمانگری چندخانواده‌ای^۴ و خانواده‌درمانگری انفرادی را در درمان خانواده‌های سوء رفتارگر و غفلت‌ورز بررسی کردند. نتایج این بررسی نشان داد که خانواده‌های شرکت‌کننده در گروه‌درمانگری چندخانواده‌ای ظرفیت آزار کمتر و حمایت اجتماعی و همچنین عملکرد خانوادگی بهتری را گزارش کرده‌اند.

مداخله‌های متعدد در حوزه آزار جسمی کودک وجود دارد که در آن‌ها از فنون شناختی رفتاری استفاده می‌شود و از نظر تجربی تأثیر آن‌ها به اثبات رسیده است (کالکو، ایزلین و گالی، ۲۰۱۱؛ اکتون و دارینگ، ۱۹۹۲). برای نمونه، کالکو (۱۹۹۶)، درمانگری شناختی-رفتاری فردی و خانواده‌درمانگری را برای کودکان تحت آزار جسمی و والدین آزارگر مقایسه کرد. نتایج این مقایسه نشان داد که هر دو نوع درمان شناختی-رفتاری فردی و خانواده‌درمانگری باعث کاهش میزان آزار کودک، مشکلات فردی، رفتار برونی‌سازی کودک، اضطراب عمومی والدین و تعارض خانواده می‌شود. سنسن و برون (۱۹۹۹)، اثربخشی درمانگری شناختی-رفتاری گروهی را بر کودکان آزرده جسمی بررسی کردند. کاهش میزان خشم، نشانه‌های تنیدگی پس‌ضربه‌ای^۵ و نشانه‌های تفرق^۶ از جمله نتایج این مداخله بود. همچنین بررسی رانیون، دبلینگر و اسکرودر (۲۰۰۹) نشان داد که گروه‌درمانگری شناختی رفتاری ترکیبی والد-کودک تأثیری مشهود بر کاهش تنبیه بدنی توسط والدین و همچنین افزایش سازگاری هیجانی، کاهش مشکلات رفتاری و کاهش نشانه‌های تنیدگی پس‌ضربه‌ای کودکان داشته است. همچنین نتایج پژوهش رانیون، دبلینگر و استر (۲۰۱۰) نشان داد که کودکان و والدینی که در گروه مداخله

(۲۰۰۵)، چنین نظر می‌دهد که با افزایش سطح تنیدگی مادر در نتیجه تغییر در وضعیت شغلی و کاهش درآمد، تنبیه بدنی کودک افزایش می‌یابد. همچنین آذر و روریک (۱۹۸۶)، نشان دادند که مراقبان آزارگر و غفلت‌ورز انتظارات غیرواقع‌گرایانه از کودکانشان دارند که اغلب باعث می‌شود روش‌های انضباطی تنبیهی یا مراقبت همراه با غفلت را در پیش بگیرند. نتایج بررسی‌ها حاکی از آن است که شیوه‌های والدگری، منجر به تضعیف درونی‌سازی اصول اخلاقی، یعنی دریغ کردن محبت، اعمال قدرت، تنبیه بدنی و بی‌ثباتی با پرخاشگری رابطه دارد (نیکس^۱ و دیگران، ۱۹۹۹ نقل از شکوهی‌یکتا، زمانی، پرند و اکبری‌زردخانه، ۱۳۸۹).

در بررسی‌های متعدد مشخص شده است که تجربه آزار در کودکان به مشکلات رفتاری درونی‌سازی^۲ و برونی‌سازی^۳ در آن‌ها منجر می‌شود. برای مثال پژوهش‌ها نشان می‌دهد که این کودکان ممکن است مشکلات روان‌شناختی بسیار از جمله اضطراب و افسردگی بروز بدهند (ردریگر ۲۰۰۳؛ موستیلو، دورسی، کانو و برنز، ۲۰۱۱). همچنین ممکن است پرخاشگری بیشتری نشان بدهند (پرینو و پیروت، ۱۹۹۴). این مشکلات ممکن است تا نوجوانی ادامه پیدا کند. برای مثال، پژوهش‌ها نشان داده است نوجوانانی که در کودکی مورد آزار قرار گرفته‌اند به احتمال بیشتر افسردگی یا دیگر مشکلات درونی‌سازی خواهند داشت (ولف، اسکات، وکرل و پیتمن، ۲۰۰۱؛ ویدوم، ۲۰۰۰). همچنین این نوجوانان مشکلات برونی‌سازی بیشتری نشان می‌دهند، برای مثال بزهکاری و ارتکاب خشونت در آن‌ها بیشتر است (مک‌کیب، لوچینی، هوگ، یه و هازن، ۲۰۰۵؛ ویدوم، ۲۰۰۰). به طور کلی، سوء رفتار رویدادی نیست که در کودکی رخ دهد و پس از مدتی پیامدهای آن برطرف شود، بلکه با ایجاد اثرات منفی و تغییر در روند طبیعی زندگی به تدریج کودک را از مسیر تحول بهنجار منحرف می‌کند؛ بنابراین در مرحله اول باید با پیگیری مستمر، کودکان آزرده را شناسایی و در مرحله دوم برای بهبود شرایط زندگی آن‌ها اقدام کرد (محمدی، مظاهری و حیدری، ۱۳۹۳).

تا به حال درمان‌های متعدد در حوزه کودک‌آزاری جسمی انجام شده است. برای نمونه، بررسی توماس و زیمر-جمبک

1. Nix, R. L.

2. internalizing behavior problems

3. externalizing behavior problems

4. multifamily group therapy

5. posttraumatic stresses

6. dissociation

بخشد (رانپون، دبلینگر، ریان و تاکار-کلا، ۲۰۰۴). بنابراین با توجه به آثار سوء کودک‌آزاری، وجود مداخله‌ای برای کاهش میزان آزار کودکان و پیامدهای آن ضروری است و در رایج‌ترین مداخله در این زمینه بر آموزش والد تأکید شده و پیامدهای مثبت آن به اثبات رسیده است (کالکو و کالکو، ۲۰۰۹)، از سوی دیگر به رغم آنکه به لحاظ نظری چنین به نظر می‌رسد که در مداخله‌ای که کودک در آن مشارکت داشته باشد امکان هدف قرار دادن مشکلات رفتاری بیشتر است، در عمل در بیشتر مداخله‌ها والدین مورد توجه قرار گرفته‌اند؛ بنابراین با توجه به ضرورت شناسایی مؤثرترین درمان در این حوزه و در جمعیت‌های خاص و کمبود بررسی در این زمینه در کشورمان، این پژوهش درصدد تعیین اثربخشی مداخله شناختی-رفتاری متمرکز بر والد-کودک بر کاهش مشکلات رفتاری کودکان آزاردیده جسمی و بهبود رفتارهای والدینی و مقایسه میزان اثربخشی آن با میزان تأثیرات مداخله شناختی-رفتاری متمرکز بر والد بر کاهش مشکلات رفتاری و بهبود رفتارهای والدینی است.

روش

این بررسی از نوع پژوهش‌های شبه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با دو گروه آزمایش (گروه متمرکز بر والد-کودک و گروه متمرکز بر والد) همراه با پیگیری بود. جامعه پژوهش، شامل همه کودکان ۷ تا ۹ سال (پایه تحصیلی اول، دوم و سوم ابتدایی) تحت حمایت انجمن حمایت از کودکان کار شهر تهران و مادران آنها بود و از بین این کودکان، ۴۴ کودک را مسئولان بخش مددکاری انجمن به عنوان کودکانی معرفی کردند که از سوی مادرشان مورد سوء رفتار جسمی واقع می‌شدند. از آنجا که شیوه نمونه‌برداری در این پژوهش به صورت دردسترس بود، پژوهشگر ابتدا به مراکز حامی خانواده‌های آسیب‌پذیر مراجعه کرد و در این میان، تنها انجمنی که همکاری مناسب داشت و می‌توانست این نمونه را در اختیار پژوهشگر بگذارد، شعبه مرکزی انجمن حمایت از کودکان کار بود. همه خانواده‌ها تحت پوشش شعبه مرکزی انجمن افغان بودند. با توجه به اینکه همه مادران بی‌سواد بودند سؤالات برای آنها خوانده می‌شد و آزمودنی‌ها به آنها پاسخ می‌دادند.

شناختی-رفتاری ترکیبی والد-کودک شرکت کرده بودند در مقایسه با گروه متمرکز بر والد، بهبود بیشتری در نشانگان آسیب و مهارت‌های والدگری مثبت نشان می‌دادند. علاوه بر این در بررسی کیلگرن، اسودین و نیلسون (۲۰۱۳) پس از مداخله، هم والدین و هم کودکان افسردگی کمتری را گزارش کردند. از دیگر یافته‌های مهم این بررسی، کاهش نشانگان آسیب در کودکان بود. همچنین طبق گزارش والدین و کودکان، میزان والدگری خشن کاهش یافت.

مداخله‌های شناختی-رفتاری با تمرکز بر رفتار والد، رفتار کودک، رفتار تعاملی والد-کودک یا هر سه این‌ها انجام می‌شود (بارنت، میلر-پرین و پرین، ۲۰۱۱). اکثر کودکانی که مورد آزار یا غفلت قرار می‌گیرند در محیط خانواده می‌مانند و با توجه به اینکه والدین عامل اصلی شدن کودک هستند، ضروری است مداخله‌هایی برای خانواده‌ها، در راستای حمایت موثر از والدین، انجام شود. اهداف برنامه‌هایی که بر بهبود رفتارهای والدگری والدین تأکید دارد شامل تشویق والدین به اتخاذ شیوه‌های مثبت مانند استفاده مدام و مشروط از تقویت، نادیده گرفتن و استفاده از شیوه تنبیه مناسب برای افزایش حساسیت والدین به کودک، نظارت مناسب، بهبود مهارت‌های حل مسئله، افزایش روش‌های انضباطی غیرخشن، مهار خشم و مدیریت تنیدگی است (لتارت، نورماندو و الارت، ۲۰۱۰؛ کالکو، ۲۰۰۳). بنابراین باید به والدین استفاده از مهارت‌های والدگری مثبت آموزش داده شود تا کمتر بر ابزارهای قهری تأکید کنند (فورگاتچ و پترسون، ۲۰۱۰). در اکثر درمانگری‌هایی که برای آزار جسمی صورت می‌گیرد، فقط به والدین توجه می‌شود، اما این اتفاق نظر بین پژوهشگران و متخصصان سلامت روانی وجود دارد که احتمالاً اتخاذ دیدگاه والد-کودک یکپارچه در مورد کودک آزاری جسمی موجه‌تر است، زیرا با فراهم کردن درمانی که فقط والد را مورد توجه قرار می‌دهد ممکن است سهواً از نیازهای بهداشت روانی کودکان و همچنین روابط والد-کودک غفلت شود. مشارکت مستقیم کودک در درمان می‌تواند توانایی ما را در هدف قرار دادن نشانه‌های اختلال تنیدگی پس‌ضربه‌ای، افسردگی، مهار خشم و اسندهای مخرب مرتبط با آزار در کودکان بهبود

ضریب اعتبار به روش بازآزمایی برای مقیاس فهرست رفتاری کودک و زیرمقیاس‌های آن بین ۰/۵۹ تا ۰/۸۰ است.

پرسشنامه والدگری آلاباما^۳ (فریک، ۱۹۹۱). این پرسشنامه شامل چهار فرم خودگزارش‌دهی کودک، خودگزارش‌دهی پدر، خودگزارش‌دهی مادر و فرم مصاحبه تلفنی با کودک است (سامانی، ۱۳۹۰). در این پژوهش از فرم خودگزارش‌دهی مادر استفاده شد. فرم نهایی این سیاهه ۴۲ ماده دارد، که مهارت‌های والدگری والدین را در ۵ بعد مشارکت^۴، والدگری مثبت^۵، فقر نظارت^۶، انضباط بی‌ثبات^۷ و تنبیه جسمانی^۸ ارزیابی می‌کند. ماده‌های پرسشنامه به گونه‌ای طراحی شده است که در یک مقیاس پنج‌گزینه‌ای از یک (هرگز) تا ۵ (همیشه) به آن‌ها پاسخ داده شود، به نحوی که فراوانی رفتار مورد نظر در خانه را نشان بدهد (شلتون، فریک و ووتون، ۱۹۹۶). شلتون و دیگران (۱۹۹۶) برای این مقیاس انسجام درونی مناسب (۰/۸ - ۰/۶۳) را گزارش کردند و همچنین روایی همگرایی آن را با روش‌های مصاحبه و درجه‌بندی برابر با ۰/۳۷ گزارش کردند. روایی افتراقی برای کودکان دارای رفتارهای مخرب به گونه‌ای بود که به‌ویژه در رفتارهای والدگری منفی کارکرد ضعیف‌تری از کودکان عادی داشتند. ضرایب آلفا در این پژوهش در بعد مشارکت، در بعد والدگری مثبت، در بعد فقر نظارت و در بعد تنبیه جسمانی ۰/۸۰، ۰/۸۰، ۰/۶۷ و ۰/۴۶ بود.

بررسی روایی و اعتبار این پرسشنامه را در ایران غفاری (۱۳۸۹) انجام داده و روایی صوری این پرسشنامه مورد تأیید استادان و متخصصان حوزه روان‌شناسی قرار گرفته است. ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۴ به دست آمد.

سیاهه ظرفیت کودک‌آزاری^۹ (میلنر، ۱۹۸۶). در طول سی سال گذشته، ابزاری برای ارزیابی ظرفیت سوءاستفاده جسمی کودک به عنوان استاندارد طلایی^{۱۰} به نام سیاهه ظرفیت کودک‌آزاری تدوین شد (بگل، دوماس و هنسون، ۲۰۱۰). این سیاهه را جول میلنر در سال ۱۹۷۶ طراحی کرد با این هدف که ابزاری ساخته شود که به متخصصان اجتماعی

با توجه به نتایج فهرست رفتاری کودک و در نظر گرفتن دیگر ملاک‌های ورود به پژوهش و خروج از آن بالاخره ۲۸ کودک به عنوان نمونه انتخاب شدند که مشکلات رفتاری برونی‌سازی یا درونی‌سازی آنها در محدوده مرزی یا بالینی قرار داشت و واجد معیارهای خروج نبودند؛ سپس ۱۵ مادر و کودک در گروه متمرکز بر والد-کودک و ۱۳ مادر در گروه متمرکز بر والد به صورت تصادفی جایگزین شدند. معیارهای خروج عبارت بود از وجود اعتیاد و بیماری روانی شدید در مادر، وجود بیماری جسمی و روانی شدید و ناتوان‌کننده در کودک.

فهرست رفتاری کودک^۱ (آشنباخ، ۱۹۹۱). مجموعه ابزارهای نظام سنجش مبتنی بر تجربه آشنباخ (ASEBA) که شامل فرم‌های فهرست رفتاری کودک (CBCL)، فهرست خودسنجی (YSR) و فرم گزارش معلم است از پرکاربردترین ابزارهای چندبعدی سنجش است که در جوامع گوناگون برای سنجش مشکلات عاطفی و رفتاری کودکان استفاده می‌شود (آشنباخ، ۱۹۹۱؛ آشنباخ و رسکورلا، ۲۰۰۱). در این پژوهش از فهرست رفتاری کودک استفاده شد. این فهرست مشکلات عاطفی، رفتاری و اجتماعی کودکان ۶ تا ۱۸ سال را درجه‌بندی می‌کند. پاسخ‌دهنده بر اساس وضعیت کودک در ۶ ماه گذشته، هر سؤال را به صورت ۰ = نادرست است؛ ۱ = تاحدی یا گاهی درست است؛ و ۲ = کاملاً یا غالباً درست است، درجه‌بندی می‌کند. سؤالات مقیاس‌های نشانگان آشنباخ^۲ در نیمرخ نشانگان شامل ۸ نشانگان مبتنی بر تجربه اضطراب/افسردگی، گوشه‌گیری/افسردگی، شکایات جسمانی، مشکلات اجتماعی، مشکلات تفکر، مشکلات توجه، رفتارهای قانون‌شکنانه و رفتار پرخاشگرانه است. در هنجاریابی این آزمون در ایران، ضرایب همسانی درونی مقیاس‌ها و زیرمقیاس‌های فهرست رفتاری کودک بین ۰/۸۷ (برای مقیاس برونی‌سازی) و ۰/۷۳ (برای مشکلات اجتماعی) قرار دارد (مینایی، ۱۳۸۴). شاخص‌های روان‌سنجی این ابزار در ایران را سامانی (۱۳۷۶) نیز بررسی کرده است. در پژوهش وی ضریب همسانی درونی زیرمقیاس‌ها از ۰/۷۰ تا ۰/۹۰ متغیر بوده است. همچنین

- | | | |
|------------------------------------|----------------------------|------------------------------------|
| 1. Child Behavior Checklist | 5. positive parenting | 9. Child Abuse Potential Inventory |
| 2. Achenbach Syndrome Scales | 6. poor monitoring | 10. gold-standard |
| 3. Alabama Parenting Questionnaire | 7. inconsistent discipline | |
| 4. involvement | 8. corporal punishment | |

($n=218$) و آزارگر جسمی ($n=152$) است. با آزمون برآوردهای همسانی درونی در گروه‌های متفاوت جنس، سن، تحصیلات و نژاد، محدوده آن از $0/85$ تا $0/96$ به دست آمد. این سیاهه ابتدا به‌روز و سپس مجدداً ترجمه شد. یکی از مآذها (شماره تلفن من در فهرست راهنمای تلفن‌ها موجود نیست) به دلیل موضوعیت نداشتن آن در کشورمان حذف و سپس از این سیاهه در این پژوهش استفاده شد.

داده‌های حاصل از پژوهش به وسیله روش‌های آمار توصیفی و استنباطی (تحلیل واریانس آمیخته) تحلیل شد. بسته مداخله مورد استفاده در این پژوهش از بسته درمان شناختی-رفتاری ترکیبی والد-کودک راینون و دبلینگر (۲۰۱۴) گرفته شده و پس از کاهش تعداد جلسه‌ها، جلسه‌های مشترک والد-کودک نیز از مداخله حذف و پنج جلسه $1/5$ ساعته برای والدین و هشت جلسه $1/5$ ساعته برای کودکان برگزار شد. در جدول ۱ محتوای جلسه‌های مداخله شناختی-رفتاری والدین و کودکان به طور خلاصه آمده است.

در سنجش ظرفیت کودک‌آزاری افراد کمک کند (میلنر، ۱۹۸۶). این سیاهه به صورت ۱۶۰ مآذ با گزینه جواب‌های موافقم/مخالقم طراحی شد. ۷۷ مورد این سیاهه مربوط به مقیاس کودک‌آزاری جسمی است و ۶ مقیاس توصیفی مربوط به به‌پیشانی^۱، انعطاف‌ناپذیری^۲، ناخشنودی^۳، مشکلات با فرزند و خود^۴، مشکلات با خانواده^۵، و مشکلات از سوی دیگران^۶ است. همچنین، این سیاهه سه مقیاس اعتبار دارد: مقیاس دروغ^۷، مقیاس پاسخ تصادفی^۸ و مقیاس بی‌ثباتی^۹. از ترکیب این مقیاس‌های اعتبار، سه شاخص تحریف پاسخ به دست می‌آید: شاخص خوب‌ساختگی^{۱۰}، شاخص بدساختگی^{۱۱} و شاخص پاسخ تصادفی^{۱۲} (میلنر، ۱۹۹۴). برآورد همسانی درونی و ثبات زمانی این سیاهه در کتابچه راهنمای فنی گزارش شده است. محدوده برآوردهای همسانی درونی، ضرایب اطمینان کوردر-ریچاردسون برای گروه‌های والدین از $0/92$ تا $0/95$ در جمعیت عمومی ($n=2062$)، در معرض خطر ($n=178$)، غفلت‌ورز جدول ۱

جلسه‌های مداخله شناختی-رفتاری والدین و کودکان

جلسه‌های مادران

توضیح در مورد گروه و قوانین گروه، تعریف کودک‌آزاری و تنبیه جسمی، پیامدهای کودک‌آزاری، علت‌شناسی، معرفی روش‌های افزایش ارتباط مثبت میان والدین و فرزندان

صحبت در مورد تحسین و اصول تحسین مؤثر، توضیح چگونگی دستور دادن به فرزند، ویژگی‌های کودکان ۹-۷ ساله و دلایل مشکلات رفتاری در این سنین آموزش مهارت‌های مقابله شناختی، تکنیک‌های کاهش تنیدگی و مدیریت خشم، معرفی تکنیک آرام شدن^{۱۳}، معرفی روش‌های به دست آوردن مهارت توضیح تکنیک تحسین به علاوه نادیده گرفتن فعال و اصول آن، توضیح در مورد چگونگی صحبت کردن با فرزند، معرفی تکنیک زمان بهره‌مندی^{۱۴} توضیح استفاده از پیامدهای مثبت و منفی برای تأثیرگذاری بر رفتار کودکان، چگونگی ایجاد قوانین خانواده، برنامه‌ریزی طرح امنیت خانواده

جلسه‌های کودکان

توضیح در مورد گروه، تعداد و زمان جلسه‌ها، بیان قوانین گروه و صحبت در مورد آن‌ها و همچنین هدف از جلسه‌ها، توضیح سیستم تقویت آموزش مهارت‌های ابراز هیجانی: شناخت احساسات، بهترین روش‌ها برای بیان احساسات، ابراز احساسات مرتبط با تجربه آزار در جلسه آموزش مهارت‌های مقابله شناختی: صحبت کردن در مورد رابطه میان افکار، احساسات و رفتارها، معرفی افکار مفید و غیرمفید، بیان افکار مرتبط با آزار در جلسه معرفی نشانه‌های خشم و معرفی راه‌های سریع برای خلاص شدن از خشم، معرفی ۱۰ گام آرام‌سازی، توضیح شکل‌های متفاوت بروز عصبانیت صحبت در مورد کارهای اشتباه در زمان عصبانیت و معرفی روش‌های خونسرد شدن، توضیح در مورد قدرت کلمات معرفی ۶ گام حل مسئله، توضیح در مورد رادار خشم و «گر»های خشم تعریف رفتار جراتمندانه^{۱۵} و آموزش مهارت‌های جراتمندی راهنمایی‌هایی برای حفظ امنیت در خانواده، تشخیص نشانه‌های خشم دیگران و برنامه‌ریزی طرح امنیت خانواده

| | | | |
|---------------------------------|--------------------------|---------------------------|------------------------|
| 1. distress | 5. problems with family | 9. Inconsistency scale | 13. cool down |
| 2. rigidity | 6. problems from other | 10. Faking-good Index | 14. time- in * |
| 3. unhappiness | 7. Lie Scale | 11. Faking-bad Index | 15. assertive behavior |
| 4. problems with child and self | 8. random response scale | 12. Random Response Index | |

* این روش به جای تکنیک رفتاری و مرسوم Time out (محرومیت) به مادران آموزش داده شد. این روش بر پذیرش و فهم هم‌دلانه معنای رفتارهای کودک و خودنظم‌جویی و مدیریت هیجان‌ها و بروز مناسب آن‌ها تأکید دارد و به جای محروم کردن کودک از داشتن ارتباط با والد هنگام انجام دادن رفتار نامناسب، آموزش خودنظم‌جویی و مدیریت هیجان‌ها را در بافت ارتباط و حمایت والد هدف قرار می‌دهد

یافته‌ها

نتایج تحلیل واریانس آمیخته نشان داد که اثربخشی مداخله شناختی-رفتاری بر کاهش مشکلات درونی‌سازی و برونی‌سازی کودکان آزرده جسمی و همچنین کاهش فقر نظارت و تنبیه بدنی معنادار بوده است، به‌علاوه پس از مداخله، انضباط بی‌ثبات به صورت معنادار افزایش یافته است. علاوه بر این، معنادار نبودن اثر تعاملی متغیرها و گروه نشان‌دهنده تفاوت نداشتن گروه‌هاست؛ با وجود این برای بررسی دقیق‌تر اثر بین گروهی، تحلیل واریانس بین آزمودنی‌ها انجام شد و نتایج آن نشان داد که میان دو گروه مداخله متمرکز بر والد-کودک و متمرکز بر والد در متغیرهای مشکلات درونی‌سازی ($F=0/17$; $P=0/683$)، مشکلات برونی‌سازی ($F=0/321$; $P=0/576$)، فقر نظارت ($F=0/009$; $P=0/925$)، انضباط بی‌ثبات ($F=0/012$; $P=0/915$) و تنبیه بدنی ($F=0/026$; $P=0/874$) از لحاظ اثربخشی مداخله تفاوت معنادار وجود ندارد.

شاخص‌های توصیفی مشکلات درونی‌سازی و برونی‌سازی، ظرفیت کودک‌آزاری و زیرمقیاس‌های رفتار والدینی به تفکیک گروه‌های متمرکز بر والد-کودک و متمرکز بر والد در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در جدول ۲ آمده است. برای بررسی تأثیر مداخله در کاهش مشکلات درونی‌سازی، برونی‌سازی، ظرفیت کودک‌آزاری و بهبود زیرمقیاس‌های رفتار والدینی از روش تحلیل واریانس آمیخته استفاده شد. پیش از تحلیل، آزمون پیش‌فرض‌های تحلیل واریانس انجام شد. مفروضه‌های کرویت^۱ از طریق روش موخلی^۲ و مفروضه همگنی کوواریانس‌ها از طریق روش ام‌باکس^۳ آزمون و تأیید شد. نتایج تحلیل واریانس مربوط به این متغیرها به طور خلاصه در جدول ۳ گزارش شده است.

جدول ۲

شاخص‌های توصیفی متغیرهای مورد بررسی در دو گروه به تفکیک پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

| متغیر | مراحل | گروه متمرکز بر والد-کودک (n=15) | | گروه متمرکز بر والد (n=13) | |
|-------------------|-----------|------------------------------------|--------|----------------------------|-------|
| | | SD | M | SD | M |
| مشکلات درونی‌سازی | پیش‌آزمون | ۱۶/۰۷ | ۶/۹۴ | ۱۵/۴۶ | ۶/۸۵ |
| | پس‌آزمون | ۸/۳۳ | ۶/۴۷ | ۱۰/۰۸ | ۵/۳۳ |
| | پیگیری | ۷/۰۷ | ۶/۷۶ | ۸/۵۴ | ۴/۷۵ |
| مشکلات برونی‌سازی | پیش‌آزمون | ۲۳ | ۱۰/۲۱ | ۱۹ | ۱۱/۶۷ |
| | پس‌آزمون | ۱۲/۸۷ | ۱۰/۱۷ | ۱۲/۵۰ | ۶/۹۰ |
| | پیگیری | ۱۲/۵۳ | ۱۰/۰۷ | ۱۱/۴۲ | ۸/۷۵ |
| ظرفیت آزار | پیش‌آزمون | ۳۳۹/۴۷ | ۹۳/۰۲ | ۳۶۱/۹۲ | ۴۲/۰۵ |
| | پس‌آزمون | ۳۴۹/۴۷ | ۹۳/۶۰ | ۳۲۹/۷۷ | ۸۲/۸۶ |
| | پیگیری | ۳۲۷/۴۰ | ۱۱۲/۸۳ | ۳۳۰/۷۷ | ۶۹/۳۵ |
| مشارکت | پیش‌آزمون | ۳۲/۲۰ | ۵/۰۴ | ۳۲/۹۲ | ۳/۷۷ |
| | پس‌آزمون | ۳۱/۹۳ | ۶/۸۱ | ۳۳/۱۵ | ۵/۷۲ |
| | پیگیری | ۳۲/۲۷ | ۶/۸۸ | ۳۱/۴۶ | ۴/۲۳ |
| والدگری مثبت | پیش‌آزمون | ۲۶/۶۰ | ۲/۴۷ | ۲۴/۸۵ | ۳/۷۳ |
| | پس‌آزمون | ۲۶/۰۷ | ۳/۲۴ | ۲۴/۸۵ | ۳/۳۱ |
| | پیگیری | ۲۵/۲۰ | ۴/۱۷ | ۲۴/۶۹ | ۳/۸۱ |
| فقر نظارت | پیش‌آزمون | ۱۷/۳۳ | ۵/۵۲ | ۱۷/۳۸ | ۲/۸۷ |
| | پس‌آزمون | ۱۳/۹۳ | ۳/۴۳ | ۱۴/۲۳ | ۴/۶۵ |
| | پیگیری | ۱۳/۰۷ | ۲/۹۱ | ۱۲/۳۸ | ۳/۹۴ |
| انضباط بی‌ثبات | پیش‌آزمون | ۱۸/۲۷ | ۲/۰۵ | ۱۸/۶۹ | ۲/۸۹ |
| | پس‌آزمون | ۲۱/۴۰ | ۲/۵۵ | ۲۱/۱۵ | ۲/۷۶ |
| | پیگیری | ۱۶/۹۳ | ۲/۴۳ | ۱۶/۵۴ | ۲/۲۹ |
| تنبیه بدنی | پیش‌آزمون | ۱۰ | ۳/۰۷۱ | ۹/۹۲ | ۳/۸۱۸ |
| | پس‌آزمون | ۳/۸۰ | ۱/۴۲۴ | ۳/۸۰ | ۰/۷۵۱ |
| | پیگیری | ۳/۸۷ | ۱/۳۰۲ | ۳/۸۷ | ۱/۴۰۵ |

| 1. sphericity | 2. mauchly | | | 3. Box's M | | جدول ۳ |
|---------------|------------|----------|------------|------------|--------------------------|------------------------------------------------------------------------|
| اندازه اثر | F | MS | SS | df | منبع | آزمون اثرات درون آزمودنی در زیرمقیاس‌های مشکلات رفتاری و رفتار والدینی |
| ۰/۶۰۳ | ۳۹/۵۴۱* | ۶۴۲/۳۰۴ | ۱۰۰۶/۳۲۵ | ۱/۵۶۷ | مشکلات درونی‌سازی | |
| ۰/۰۳۴ | ۰/۹۰۳ | ۱۴/۶۷۵ | ۲۲/۹۹۱ | ۱/۵۶۷ | مشکلات درونی‌سازی × گروه | |
| | | ۱۶/۲۴۴ | ۴۰/۷۳۵ | ۶۶۱/۶۹۹ | خطا | |
| ۰/۴۰۲ | ۱۶/۸۰۹* | ۶۷۱/۶۴۱ | ۱۳۴۳/۲۸۳ | ۲ | مشکلات برونی‌سازی | |
| ۰/۰۲۴ | ۰/۶۱۴ | ۲۴/۵۳۰ | ۴۹/۰۶۰ | ۲ | مشکلات برونی‌سازی × گروه | |
| | | ۳۹/۹۵۸ | ۱۹۹۷/۸۷۸ | ۵۰ | خطا | |
| ۰/۰۵۳ | ۱/۴۴۴ | ۳۲۵۲/۰۳۰ | ۶۵۰۶/۰۵۹ | ۲ | ظرفیت آزار | |
| ۰/۰۵۰ | ۱/۳۷۷ | ۳۱۰۲/۹۸۲ | ۶۲۰۵/۹۶۴ | ۲ | ظرفیت آزار × گروه | |
| | | ۲۲۵۲/۸۲۹ | ۱۱۷۱۴۷/۰۸۴ | ۵۲ | خطا | |
| ۰/۰۱۴ | ۰/۳۷۵ | ۴/۴۰۳ | ۸/۸۰۷ | ۲ | مشارکت | |
| ۰/۰۲۵ | ۰/۶۶۲ | ۷/۷۶۱ | ۱۵/۵۲۱ | ۲ | مشارکت × گروه | |
| | | ۱۱/۷۲۸ | ۶۰۹/۸۳۶ | ۵۲ | خطا | |
| ۰/۰۳۷ | ۱/۰۰۴ | ۴/۳۴۱ | ۸/۶۸۳ | ۲ | والدگری مثبت | |
| ۰/۰۲۴ | ۰/۶۳۰ | ۲/۷۲۲ | ۵/۴۴۵ | ۲ | والدگری مثبت × گروه | |
| | | ۴/۳۲۳ | ۲۲۴/۸۱۷ | ۵۲ | خطا | |
| ۰/۳۷۸ | ۱۵/۷۷۰* | ۱۵۸/۰۷۰ | ۳۱۶/۱۴۰ | ۲ | فقر نظارت | |
| ۰/۰۰۷ | ۰/۱۸۰ | ۱/۸۰۸ | ۳/۶۱۶ | ۲ | فقر نظارت × گروه | |
| | | ۱۰/۰۲۳ | ۵۲۱/۲۱۷ | ۵۲ | خطا | |
| ۰/۵۴۰ | ۳۰/۵۳۷* | ۱۴۶/۱۸۸ | ۲۹۲/۳۷۶ | ۲ | انضباط بی‌ثبات | |
| ۰/۰۱۱ | ۰/۲۷۸ | ۱/۳۳۱ | ۲/۶۶۲ | ۲ | انضباط بی‌ثبات × گروه | |
| | | ۴/۷۸۷ | ۲۴۸/۹۳۳ | ۵۲ | خطا | |
| ۰/۷۸۰ | ۹۱/۹۳۴* | ۳۵۶/۰۳۶ | ۷۱۲/۰۷۱ | ۲ | تنبیه بدنی | |
| ۰/۰۱۰ | ۰/۲۷۴ | ۱/۷۵۴ | ۲/۱۱۹ | ۱/۲۰۸ | تنبیه بدنی × گروه | |
| | | ۶/۴۱۲ | ۲۰۱/۳۸۱ | ۳۱/۴۰۶ | خطا | |

*P<۰/۰۰۰۱

علاوه بر این، برای بررسی تفاوت‌های درون آزمودنی از میانگین‌های (بونفرونی) ۳ نوبت اندازه‌گیری استفاده شد، که به طور پیش‌آزمون تا پیگیری از آزمون مقایسه‌های زوجی بین

جدول ۴

آزمون مقایسه زوجی میانگین‌های مراحل اندازه‌گیری در زیرمقیاس‌های مشکلات رفتاری و رفتار والدینی

| Sig | انحراف استاندارد | تفاوت میانگین | مراحل | متغیر |
|--------|------------------|---------------|-----------|-----------|
| ۰/۰۰۰۱ | ۰/۹۲۷ | ۶/۵۵۹ | پس‌آزمون | پیش‌آزمون |
| ۰/۰۰۰۱ | ۱/۱۶۴ | ۷/۹۶۲ | پیگیری | پیش‌آزمون |
| ۰/۰۰۰۱ | ۰/۹۲۷ | -۶/۵۵۹ | پیش‌آزمون | پس‌آزمون |
| ۰/۱۹۳ | ۰/۷۲۶ | ۱/۴۰۳ | پیگیری | پیش‌آزمون |
| ۰/۰۰۱ | ۱/۹۲۲ | ۸/۳۱۷ | پس‌آزمون | پیش‌آزمون |
| ۰/۰۰۰۱ | ۱/۹۱۸ | ۹/۰۲۵ | پیگیری | پیش‌آزمون |
| ۰/۰۰۱ | ۱/۹۲۲ | -۸/۳۱۷ | پیش‌آزمون | پس‌آزمون |
| ۱ | ۱/۳۷۲ | ۰/۷۰۸ | پیگیری | پیش‌آزمون |
| ۰/۰۰۹ | ۱/۰۰۸ | ۳/۳۷۷ | پس‌آزمون | پیش‌آزمون |
| ۰/۰۰۰۱ | ۰/۱۸۰۸ | ۴/۶۳۳ | پیگیری | پیش‌آزمون |
| ۰/۰۰۹ | ۱/۰۰۸ | -۳/۳۷۷ | پیش‌آزمون | پس‌آزمون |
| ۰/۱۹۱ | ۰/۷۰۱ | ۱/۳۵۶ | پیگیری | پیش‌آزمون |
| ۰/۰۰۱ | ۰/۵۶۰ | -۲/۷۹۷ | پس‌آزمون | پیش‌آزمون |
| ۰/۰۴۴ | ۰/۶۶۸ | ۱/۷۴۴ | پیگیری | پیش‌آزمون |
| ۰/۰۰۱ | ۰/۵۶۰ | ۲/۷۹۷ | پیش‌آزمون | پس‌آزمون |
| ۰/۰۰۱ | ۰/۵۲۱ | ۴/۵۴۱ | پیگیری | پیش‌آزمون |
| ۰/۰۰۰۱ | ۰/۶۴۹ | ۶/۴۰۸ | پس‌آزمون | پیش‌آزمون |
| ۰/۰۰۰۱ | ۰/۵۹۷ | ۵/۹۵۱ | پیگیری | پیش‌آزمون |
| ۰/۰۰۰۱ | ۰/۶۴۹ | -۶/۴۰۸ | پیش‌آزمون | پس‌آزمون |

موجود در محیط کودک ارتباط دارد. ممکن است والدین سهواً رفتارهای منفی از جمله پرخاشگری را در فرزندشان تقویت کنند. این رفتار منفی والد اغلب با سوء رفتار جسمی همراه

همان‌طور که داده‌های جدول ۴ نشان می‌دهد، کاهش متغیرهای مشکلات درونی‌سازی، برونی‌سازی، فقر نظارت و تنبیه بدنی تا مرحله پیگیری ادامه داشت.

بحث

این بررسی با هدف تعیین میزان اثربخشی مداخله شناختی رفتاری متمرکز بر والد-کودک بر کاهش مشکلات رفتاری کودکان آزاردیده جسمی و بهبود رفتارهای والدینی و همچنین مقایسه اثربخشی آن با اثربخشی مداخله شناختی-رفتاری متمرکز بر والد انجام شد. همان‌طور که یافته‌ها نشان دادند، مداخله شناختی-رفتاری در کاهش مشکلات درونی‌سازی، برونی‌سازی، مشکلات اجتماعی، توجه و تفکر مؤثر بوده است. در حوزه رفتارهای والدینی نیز فقر نظارت و تنبیه بدنی کاهش یافت، گرچه ظرفیت کودک‌آزاری گروه متمرکز بر والد-کودک در پس‌آزمون افزایش یافت اما این افزایش معنادار نبود. یافته‌های مربوط به مشکلات رفتاری همسو با پژوهش رانیون و دیگران (۲۰۰۹)، کیلگرن و دیگران (۲۰۱۳) و توماس و زیمر-جمبک (۲۰۱۲) است.

با توجه به اینکه والدین در خانه بر کودک تأثیر می‌گذارند، تعیین‌کننده مقدار زمان ارتباط فرزند با همسالان و شرایط این ارتباط هستند، قوانین خانه را تدوین می‌کنند، محیط امن ایجاد می‌کنند، در جایی که مهارت‌های روزانه فرا گرفته می‌شود ساختارها را روشن می‌سازند، با رفتارهای والدینی نامناسب، باعث شکل‌گیری رفتارهای ضداجتماعی در کودک می‌شوند و آن را به محیط‌های بیرون از خانه تعمیم می‌دهند؛ بنابراین والدین به عنوان سازه‌ای متشکل از رفتارهای والدگری مثبت و رفتارهای قهری درک می‌شوند. اختلال در رفتارهای والدینی به عنوان میانجی محیط خشن و پیامدهای منفی در کودک فرض می‌شود، به همین دلیل برای کاهش مشکلات رفتاری در کودکان، والدین باید در استفاده از مهارت‌های والدگری مثبت توانا شوند تا تکیه کمتری بر دیدگاه‌های قهری داشته باشند (فورگاتچ و پترسون، ۲۰۱۰). ایجاد و ماندگاری مشکلات مربوط به سوء رفتار و مشکلات رفتاری کلی با رخدادهای

رانیون و دیگران (۲۰۱۰) است. آن‌ها در هر دو گروه مداخله والد-کودک و مداخله متمرکز بر والد کاهش تنبیه بدنی را مشاهده کردند، اما برخلاف این پژوهش در گروه والد-کودک والدگری مثبت تا حدی افزایش یافت. در پژوهش رانیون و دیگران (۲۰۰۹) نیز پس از مداخله شناختی-رفتاری ترکیبی والد-کودک، والدین کاهش تنبیه بدنی و انضباط بی‌ثبات را گزارش کردند، که برخلاف آن، یافته‌های این پژوهش افزایش انضباط بی‌ثبات را در مادران نشان می‌دهد. همچنین والدگری مثبت در پژوهش رانیون و دیگران (۲۰۰۹) تغییر معناداری نشان نداد. نتایج مربوط به کاهش تنبیه بدنی در بررسی کالکو (۱۹۹۶) نیز همسو با این پژوهش است، اما برخلاف این پژوهش روش‌های انضباطی بی‌ثبات هم در خانواده‌درمانگری و هم در درمانگری شناختی-رفتاری کاهش یافته است. کیلگرن و دیگران (۲۰۱۳) نیز پس از مداخله شناختی-رفتاری ترکیبی، کاهش انضباط بی‌ثبات و تنبیه بدنی والدین را مشاهده کردند؛ اما افزایش والدگری مثبت معنادار نبود. درمقابل در این پژوهش طبق گزارش کودکان از رفتارهای والدین، انضباط بی‌ثبات کاهش معنادار نداشت، اما افزایش والدگری مثبت معنادار بوده است. در مورد افزایش نمره متغیر انضباط بی‌ثبات در این پژوهش باید گفت که ماده‌های مربوط به انضباط بی‌ثبات پرسشنامه رفتارهای والدگری آلاباما بیشتر در مورد تنبیه کودک قبل از انجام دادن کار اشتباه، تهدید به تنبیه و ارتباط تنبیه با وضعیت روانی والد بود. با توجه به اینکه با گذشت زمان، والدین شرکت‌کننده در جلسه‌ها به این نتیجه رسیدند که گاهی اوقات به دلیل مشکلاتی که در زندگی دارند از فرزند خود بیشتر عصبانی می‌شوند و فرزند خود را کتک می‌زنند؛ بنابراین به عبارت «شکل و نوع تنبیه فرزندتان به وضعیت روحی شما بستگی دارد» صادقانه‌تر پاسخ دادند و تقریباً اکثر والدین این ماده را تأیید کردند. همچنین از آنجا که، در جلسه‌ها، روش‌های مهار خشم را یاد گرفته بودند ممکن بود فرزند خود را به تنبیه تهدید کنند، اما او را تنبیه نکنند. علاوه بر این، ماده‌های مربوط به این مقیاس برای اکثر والدین مبهم بود و بنابراین در جوابگویی به این ماده‌ها نیاز به توضیح بیشتری وجود داشت و این مسئله احتمالاً میزان خطا در

است که مشکلات رفتاری را افزایش می‌دهد. بنابراین با آموزش مهارت‌ها به والدین، به منظور افزایش تعامل والد و کودک، مشکلات رفتاری کودکان نیز کاهش می‌یابد (رانیون و دبلینگر، ۲۰۱۴).

برخلاف این پژوهش، پژوهش اکتون و دارینگ (۱۹۹۲) نشان داد که مداخله شناختی-رفتاری بر کاهش ظرفیت کودک‌آزاری مؤثر است. نتایج این پژوهش با پژوهش توماس و زیمر-جمبک (۲۰۱۲)، میزان و اوکیف (۱۹۹۸) و توماس و زیمر-جمبک (۲۰۱۱) نیز ناهم‌سوست. بگل و دیگران (۲۰۱۰) مطرح می‌کنند که برای اثربخشی مداخله‌ها در کاهش ظرفیت کودک‌آزاری و در نتیجه کاهش سوء رفتار با کودک، این مداخله‌ها باید جهت هرچه جامع‌تر شدن داشته باشد و در واقع همه عوامل خطر سوء رفتار از جمله عوامل خطر مربوط به مراقب، عوامل مربوط به کودک، عوامل اجتماعی و جمعیت‌شناختی و میزان حمایت اجتماعی را در نظر بگیرد. با توجه به اینکه عوامل بسیاری از جمله ناکارآمدی روش‌های انضباطی والدین (روگوش و دیگران، ۱۹۹۵)، سطح بالای هیجان‌های منفی در والدین (مک‌فرسون و دیگران، ۲۰۰۹)، ازدواج در سنین نوجوانی (لا و دیگران، ۲۰۰۹)، خلق دشوار کودکان (لاولر و تلبوت، ۲۰۱۲)، تعامل منفی و نامناسب میان اعضای خانواده (دینفیلیس و زوراوین، ۱۹۹۹)، فقر (سدلاک و دیگران، ۲۰۱۰)، بیکاری (سایدبوتام و هرون، ۲۰۰۶) و نبود حمایت اجتماعی (کوهی، ۱۹۹۶) در وقوع کودک‌آزاری نقش دارد؛ به نظر می‌رسد برای کاهش وقوع دوباره کودک‌آزاری به روی‌آوردهای جامع‌تری نیاز است، روی‌آوردهایی که هم عوامل مربوط به مراقب، هم عوامل مربوط به کودک و عوامل خانوادگی و همچنین عوامل اجتماعی-اقتصادی را در نظر بگیرد. در این صورت می‌توان انتظار داشت که ظرفیت کودک‌آزاری والدین کاهش یابد. اگرچه درمان شناختی-رفتاری تنبیه بدنی والدین را کاهش می‌دهد اما، با توجه به اینکه ظرفیت کودک‌آزاری تحت تأثیر عوامل متعدد قرار دارد، می‌توان انتظار داشت که با آموزش والد این متغیر فقط در کوتاه‌مدت کاهش یابد. یافته‌های مربوط به کاهش تنبیه بدنی همسو با پژوهش

پاسخگویی را افزایش داده است.

معمولاً مداخله‌های سوء رفتار جسمی شامل روش‌هایی برای تغییر چگونگی آموزش، انضباط و توجه والد به کودک است که اغلب با آموزش مهارت‌های والدگری و روش‌های شناختی-رفتاری همراه است که هدف از آن‌ها تغییر الگوهای خشم و باورهای تحریف‌شده والدین است (ماش و ولف، ۲۰۱۲). درمان‌های شناختی-رفتاری بر اساس کاربرد اصول یادگیری اجتماعی و با تأکید بر تأثیر متقابل والدین و کودکان طراحی شده و هدف از آن‌ها جایگزینی رفتارهای نامناسب و نامطلوب با رفتارهای مناسب و مطلوب است. در مداخله‌های مبتنی بر الگوی اجتماعی-موقعیتی^۱ بر آموزش مهارت‌های جدید در حوزه‌های گوناگون تحول شناختی، هیجانی و رفتاری تأکید می‌شود. در کار با خانواده‌های آزارگر، این فنون شامل افزایش روش‌های انضباطی غیر خشن، مهار خشم، مدیریت تنیدگی و مانند این‌هاست (کالکو، ۲۰۰۳ الف). از طرف دیگر در کنار آموزش والد، گروه‌درمانگری برای کودکان آزاردیده می‌تواند فرصتی برای یادگیری، اصلاح تحریف‌ها و تعامل‌های مثبت با همسالانی باشد که تجارب مشابهی با یکدیگر دارند (سونسون و براون، ۱۹۹۹).

چون والدین آزارگر تأکید زیادی بر کنترل و انضباط یا روش‌هایی برای اجتناب از تماس با کودک و مسئولیت‌پذیری دارند، درمان معمولاً با روش‌هایی برای افزایش رفتارهای مبتنی بر والدگری مثبت شروع می‌شود (ماش و ولف، ۲۰۱۲). در این پژوهش نیز روش‌های والدگری مثبت به والدین آموزش داده شد، اما به دلیل تعداد کم جلسه‌ها و فشرده بودن آن‌ها والدین فرصت کمتری برای تمرین این مهارت‌ها داشتند، همچنین جلسه‌های مشترک والد-کودک برای یادگیری مهارت‌ها بسیار مؤثر بود؛ بنابراین به نظر می‌رسد تأثیر درمانگری شناختی-رفتاری بر مهارت‌های والدگری والدین زمانی بیشتر می‌شود که اولاً در جلسه‌های بیشتر آموزش داده شود، ثانیاً جلسه‌های مشترک با حضور درمانگر برای تمرین این مهارت‌ها وجود داشته باشد.

شایان ذکر است که نبود تفاوت میان اثربخشی مداخله میان گروه والد-کودک و گروه متمرکز بر والد نشان‌دهنده

نقش اصلی والدین در این مداخله‌هاست؛ بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که از میان مداخله‌های کودک‌آزایی‌ای که هدف آن‌ها بهبود رفتارهای والدین و کاهش مشکلات رفتاری کودکان آزاردیده است، مداخله شناختی-رفتاری متمرکز بر والد به جهت هزینه و زمان مقرون‌به‌صرفه‌تر است و در مداخلات باید بیشترین تأکید بر والدین باشد، اما زمانی که کاهش احتمال کودک‌آزایی نیز مورد توجه است باید علاوه بر عوامل والدینی بر عوامل مؤثر دیگر نیز تأکید شود.

به دلیل اینکه شناسایی کودکان آزاردیده و دسترسی به آن‌ها بسیار دشوار بود، جامعه این پژوهش شامل کودکانی است که تحت حمایت انجمن حمایت از کودکان کار و افغان هستند؛ بنابراین ممکن است تعمیم دادن نتایج این پژوهش به سایر گروه‌های اجتماعی تاحدی با محدودیت روبه‌رو باشد. به همین دلیل پیشنهاد می‌شود اثربخشی مداخله شناختی-رفتاری در سایر گروه‌های اجتماعی، در گروه‌های سنی متفاوت و در موارد سوء رفتار اعضای دیگر خانواده و بر اساس سایر متغیرها هم بررسی شود. به‌علاوه، به دلیل اتکا به گزارش مسئولان مددکاری اجتماعی انجمن، سنجش شدت سوء رفتار با کودکان میسر نبود بنابراین ممکن است نمونه این پژوهش در زمینه شدت سوء رفتار همگون نباشد. همچنین به نظر می‌رسد ابزارهای سنجش کاغذ-مدادی نیز از دیگر محدودیت‌های پژوهش است، زیرا با توجه به اینکه همه مادران شرکت‌کننده بی‌سواد و افغان بودند و زبان آن‌ها تاحدودی با زبان رایج کشور متفاوت بود و همچنین با توجه به اینکه پژوهشگر سؤالات را برای مادران می‌خواند، عدم درک برخی سؤالات برای برخی مادران منجر به کمک گرفتن از پژوهشگر و تقاضای توضیح بیشتر در مورد سؤالات سیاهه‌ها شد و بنابراین امکان خطا در پاسخ‌دهی و امکان سوگیری پژوهشگر افزایش یافت. ارزیابی‌های همه‌جانبه و در محیط‌های مختلف نتایج دقیق‌تری خواهد داشت. بنابراین در مطالعات آتی می‌توان علاوه بر فهرست رفتاری کودک-فرم والدین از فرم معلم نیز استفاده کرد تا نتایج معتبرتری حاصل شود. همچنین برای سنجش سوء رفتار در مراحل مختلف مداخله می‌توان از گزارش خود کودکان نیز استفاده کرد.

منابع

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Azar, S. T., & Rohrbeck, C. A. (1986). Child abuse and unrealistic expectations: Further validation of the Parent Opinion Questionnaire. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 54*, 867- 868.
- Barnett, O. W., Miller-Perrin, C. L., & Perrin, R. D. (2011). *Family violence across the lifespan* (3th ed). Thousand Hills, CA: Sage.
- Begle, A., Dumas, J. E., & Hanson, R. F. (2010). Predicting child abuse potential: An empirical investigation of two theoretical frameworks. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology, 39*(2), 208-219.
- Cantos, A., Neale, J. M., Gaines, R. & O'Leary, K. D. (1997). Assessment of coping strategies in child abusing mothers. *Child Abuse and Neglect, 21*(7), 631-636.
- Chilamkurti, C., & Milner, J. S. (1993). Perceptions and evaluations of child transgressions and disciplinary techniques in high- and low-risk mothers and their children. *Child Development, 64*, 1801-1814.
- Cicchetti, D., & Banny, A. (2014). *A Developmental Psychopathology Perspective on Child Maltreatment*. In M. Lewis & K.D. Rudolph (Eds.), *Handbook of Developmental Psychopathology*. New York: Springer.
- Coohey, C. (1996). Child maltreatment: testing the social isolation hypothesis. *Child Abuse & Neglect, 20* (3), 241-254.
- DePanfilis, D., & Zuravin, S. J. (1999). Predicting child maltreatment recurrences during treatment. *Child Abuse and Neglect, 23*(1), 11-22.
- خوشبایی، ک، حبیبی عسگرآبادی، م، فرزادفرد، س. ز. و محمدخانی، پ. (۱۳۸۶). میزان شیوع کودک‌آزاری در دانش‌آموزان دوره‌ی راهنمایی شهر تهران. *فصلنامه علمی پژوهشی رفاه اجتماعی، ۷* (۲۷)، ۱۳۵-۱۱۵.
- سامانی، س. (۱۳۷۶). *بررسی اعتبار و قابلیت اعتماد مقیاس رفتاری کودک‌ان*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه تهران.
- سامانی، س. (۱۳۹۰). ویژگی‌های روان‌سنجی نسخه فارسی فرم کودک‌ان پرسشنامه والدگری آلاباما. *روش‌ها و مدل‌های روان‌شناختی، ۲* (۵)، ۲۹-۱۷.
- شکوهی‌یکتا، م، زمانی، ن، پرنده، ا. و اکبری‌زردخانه، س. (۱۳۸۹). اثربخشی آموزش مدیریت خشم بر ابراز و مهار خشم والدین. *فصلنامه روان‌شناسی تحولی: روان‌شناسان ایرانی، ۷* (۲۶)، ۱۴۶-۱۳۷.
- غفاری، ب. (۱۳۸۹). *مقایسه کارکرد خانواده و مهارت‌های فرزندپروری خانواده‌های کودکان دارای نشانه اختلال نافرمانی مقابله‌ای و خانواده‌های کودکان دارای نشانه‌های اختلال سلوک*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد خانواده‌درمانی. پژوهشکده خانواده، دانشگاه شهید بهشتی، تهران.
- محمدی، ط، مظاهری، م.ع. و حیدری، م. (۱۳۹۳). حافظه تاریخیچه شخصی و طرواره‌های اولیه در کودکان آزاردیده: پیش‌بینی کیفیت زندگی. *فصلنامه روان‌شناسی تحولی: روان‌شناسان ایرانی، ۱۱* (۴۱)، ۳۰-۱۹.
- مدنی، س. (۱۳۸۳). *کودک‌آزاری در ایران*. تهران: نشر اکنون.
- Achenbach, T. M. (1991). *Manual for the child behavior checklist 4-18 and 1991 profile*. University of Vermont, Department of Psychiatry, Burlington.
- Achenbach, T. M., & Rescorla, L. A. (2001). *Manual for the ASEBA school-age forms & profiles*. University of Vermont. Research Centre for Children Youth, and Families, Burlington.
- Acton, R. G., & During, S. M. (1992). Preliminary results of aggression management training for aggressive parents. *Journal of Interpersonal Violence, 7*, 410-417.

- Center. *Child Abuse & Neglect*, 35, 105-116.
- Lau, K., Kruse, K., & Morse, R. (2009). *Mandated Reporting of Child Abuse and Neglect: A practical Guide for Social Workers*. New York: Springer.
- Lawler, M. J., & Talbot, E. (2012). Child Abuse. In V. Ramachanalan (Ed.), *Encyclopedia of Human Behavior* (pp.460-466). London: Academic Press.
- Letarte, M. J., Normandeau, S., & Allard, J. (2010). Effectiveness of a parent training program "Incredible Years" in a child protection service. *Child Abuse & Neglect*, 34 (4), 253-261.
- Mash, E. J., & Wolfe, D. A. (2012). *Abnormal child psychology* (5th ed.). Belmont, CA: Wadsworth publishing.
- McCabe, K. M., Lucchini, S. E., Hough, R. L., Yeh, M., & Hazen, A. (2005). The relation between violence exposure and conduct problems among adolescents: a prospective study. *American Journal of Orthopsychiatry*, 75, 575-584.
- McCurdy, K. (2005). The influence of stress and support on maternal attitudes. *Child Abuse & Neglect*, 29, 251-268.
- McPherson, A. V., Lewis, K. M., Lynn, A. E., Haskett, M. E., & Behrend, T. S. (2009). Predictors of parenting stress for abusive and nonabusive mothers. *Journal of Child and Family Studies*, 18, 61-69.
- Meezan, W. M., & O'Keefe, M. (1998). Evaluating the effectiveness of multifamily group therapy in child abuse and neglect. *Research on Social Work Practice*, 8(3), 330-353.
- Milner, J. S. (1994). Assessing physical child abuse risk: The Child Abuse Potential Inventory. *Clinical Psychology Review*, 14, 547-583.
- Abuse and Neglect*, 23 (8), 729-743.
- Forgatch, M. S., & Patterson, G. R. (2010). Parent management training-Oregon model: An intervention for antisocial behaviors in children and adolescents. In J. R. Weisz, & A. E. Kazdin (Eds.), *Evidenced-based psychotherapies for children and adolescents* (pp. 159-178). (2nd ed.). New York: Guilford.
- Frick, P. J. (1991). *Alabama parenting questionnaire*. University of Alabama: Author.
- Kjellgren, C., Svedin, C., & Nilsson, D. (2013). Child Physical Abuse-Experiences of Combined Treatment for Children and their Parents: A Pilot Study. *Child Care in Practice*, 19 (3), 275-290.
- Kolko, D. J. (1996). Individual cognitive-behavioral treatment and family therapy for physically abused children and their offending parents: A comparison of clinical outcomes. *Child Maltreatment*, 1, 322-342.
- Kolko, D. J. (2003a). *Individual child and parent physical abuse-focused cognitive-behavioral treatment*. In B. E. Saunders, L. Berliner, & R. F. Hanson (Eds.), *Child physical and sexual abuse: Guidelines for treatment* (Final report: January 15, 2003, pp. 43-44). Charleston, SC: National Crime Victims Research and Treatment Center.
- Kolko, D. J., & Kolko, R. P. (2009). *Psychological impact and treatment of child physical abuse*. In Carole Jenny (ed.), *Child abuse and neglect: Diagnosis, treatment and evidence*. Philadelphia: Saunder/ Elsevier, Inc.
- Kolko, D. J., Iselin, A. M., & Gully, K. (2011). Evaluation of the Sustainability and Clinical Outcome of Alternatives for Families: A Cognitive-Behavioral Therapy (AF-CBT) in a Child Protection

- Pilot evaluation of outcomes of combined parent-child cognitive-behavioral therapy group for families at risk for child physical abuse. *Cognitive and Behavioral Practice*, 16, 101-118.
- Runyon, M. K., Deblinger, E., Ryan, E. E., & Thakkar-Kolar, R. (2004). An overview of child physical abuse: Developing an integrated parent-child cognitive-behavioral treatment approach. *Trauma, Violence & Abuse*, 5 (1), 65-85.
- Runyon, M. K., Deblinger, E., & Steer, R. S. (2010). Group cognitive behavioral treatment for parents and children at-risk for physical abuse: An initial study. *Child and Family Behavior Therapy*, 32 (3), 196-218.
- Sedlak, A. J., Mettenburg, J., Basena, M., Petta, I., McPherson, K., Greene, A., & Li, S. (2010). *The Fourth National Incidence Study of Child Abuse and Neglect (NIS-4): Report to Congress*. Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services, Administration for Children and Families.
- Shelton, K. K., Frick, P. J., & Wootton, J. (1996) The assessment of parenting practices in families of elementary school-aged children. *Journal of Clinical Child Psychology*, 25, 317-327.
- Sidebotham, P., & Heron, J. (2006). Child maltreatment in the "children of the nineties": A cohort study of risk factors. *Child Abuse and Neglect*, 30 (5), 497-522.
- Swenson, C. C., & Brown, E. J. (1999). Cognitive-behavioral treatment for parents and children at risk for physical abuse. *Journal of Interpersonal Violence*, 14, 101-118.
- Milner, J. S., & Chilamkurti, C. (1991). Physical child abuse perpetrator characteristics: A review of the literature. *Journal of Interpersonal Violence*, 6, 345-366.
- Milner, J. S. (1986). *The Child Abuse Potential Inventory: Manual*. (2nd Ed.). Webster, NC: Psytec Corporation.
- Montes, M. P. de Paul, J., & Milner, J. S. (2001). Evaluations, attributions, affect, and disciplinary choices in mothers at high and low risk for child physical abuse. *Child Abuse & Neglect*, 25, 1015-1036.
- Mustillo, S., Dorsey, S., Conover, K., & Burns, B. (2011). Parental depression and child outcomes: the mediating effects of abuse and neglect. *Journal of Marriage and Family*, 73, 164-80.
- Prino, C. T., & Peyrot, M. (1994). The effect of child physical abuse and neglect on aggressive withdrawn, and prosocial behavior. *Child Abuse and Neglect*, 18, 871-84.
- Rodriguez, C. M. (2003). Parental discipline and abuse potential effects on child depression, anxiety, and attributions. *Journal of Marriage and Family*, 65 (4), 809-817.
- Rogosch, F. A., Cicchetti, D., Shields, A., & Toth, S. L. (1995). *Parenting dysfunction in child maltreatment*. In M.H. Bornstein (Ed.), *Handbook of parenting: Vol. 4. Applied and practical parenting*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.
- Runyon, M. K., & Deblinger, E. (2014). *Combined Parent-Child Cognitive Behavioral Therapy (CPC-CBT): An approach to empower Families at-risk for child physical abuse* (Programs that work). New York, NY: Oxford University Press.
- Runyon, M. K., Deblinger, E., & Schroeder, C. (2009). Parenting practices in families at risk for child physical abuse. *Journal of Interpersonal Violence*, 24, 101-118.

behavioral group treatment for physically abused children. *Cognitive and Behavioral Practice*, 6, 612–220.

Thomas, R., & Zimmer-Gembeck. (2011). Accumulating evidence for parent–child interaction therapy in the prevention of child maltreatment. *Child development*, 82 (1), 177- 192.

Thomas, R., & Zimmer-Gembeck. M. J. (2012). Parent-Child Interaction Therapy: An Evidence-Based Treatment for Child Maltreatment. *Child Maltreatment*, 17, 253-266.

Tolan, P. H., Gorman-Smith, D., & Henry, D. B. (2006). Family violence. *Annual Review of Psychology*, 57, 557–583.

U.S. Department of Health and Human Services, Administration for Children and Families, Administration on Children, Youth and Families, Children's Bureau (2012). Child maltreatment. Retrieved 10 November, form: <http://www.acf.hhs.gov/programs/cb/research-data-technology/statistics-research/child-maltreatment>.

Widom, C. S. (2000). Childhood victimization: Early adversity, later psychopathology. *National Institute of Justice Journal*, 242, 2-9.

Wolfe, D. A., Scott, K., Wekerle, C., & Pittman, A. L. (2001). Child maltreatment: risk of adjustment problems and dating violence in adolescence. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 40, 282–289.