

تأثیر درمان تعاملی والد-کودک هیجان‌محور بر بهبود کارکردهای اجرایی کودکان مبتلا به افسردگی

مسیب یارمحمدی‌واصل^{۱*}، عظیمه‌السادات فاطمی^۲، محمدرضا ذوقی‌پایدار^۳، حسین محقی^۴

۱. استاد روان‌شناسی، دانشگاه بوعلی سینا، همدان، ایران

۲. دانشجوی دکتری روان‌شناسی، دانشگاه بوعلی سینا، همدان، ایران

۳. دانشیار روان‌شناسی، دانشگاه بوعلی سینا، همدان، ایران

۴. دانشیار روان‌شناسی، دانشگاه بوعلی سینا، همدان، ایران

پذیرش: ۱۴۰۰/۱۱/۲۰

دریافت: ۱۴۰۰/۰۸/۲۶

The Effect of Emotion-Based Parent-Child Interactive Therapy on Improving Executive Functions in Children with Depression

Mosayeb Yarmohamadi Vasel^{*1}, fatemeh azime sadat², Mohammad Reza Zofgi Paidar³, Hussien Mohagheghi⁴

1. Professor of psychology, Bu-Ali Sina University, Hamadan, Iran

2. Ph.D. Student in Psychology, Bu Ali Sina University, Hamadan, Iran

3. Associate Professor of Psychology, Bo Ali Sina University, Hamadan, Iran

4. Associate Professor of Psychology, Bo Ali Sina University, Hamadan, Iran

Received: 2021/11/17

Accepted: 2022/02/09

10.30473/clpsy.2021.57814.1594

Abstract

The present study was conducted to evaluate the effect of emotion-based parent-child interaction therapy on improving executive functions of children with depression. This study was quasi-experimental with pre-test and post-test design with control group. The statistical population of the study included all boys with depression disorder at the age range of 4 to 5.5 years that Referred to the counseling center "Shenakht- no" in Isfahan city in 2019. Thirty children and parents were selected by purposeful sampling method and were randomly assigned to two equal groups. preschool children emotion checklist (Lobby et al., 2004) and the executive function behavioral assessment scale - preschool version (Gioia et al., 2002) were used to collect data. The emotion-based parent-child interaction therapy was implemented in 14 sessions of one hour per week for the subjects in the experimental group, but the control group did not receive any treatment and were put on the waiting list. The results of analysis of covariance showed that emotion-based parent-child interaction therapy had a significant effect on improving executive functions with a coefficient of 0.81, also this treatment on the components of executive functions including change, inhibition, planning, emotional control and working memory has been effective. Therefore, emotion-based parent-child interaction therapy on parent's reactions can be used as a therapeutic strategy for parents to improve executive functions.

Keywords: Emotion-Based Parent-Child Interactive Therapy, Executive Functions, Depression.

چکیده

پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی درمان تعاملی والد-کودک هیجان‌محور بر بهبود کارکردهای اجرایی کودکان مبتلا به افسردگی انجام شد. این پژوهش از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه آزمایش و گواه بود. جامعه آماری شامل کلیه کودکان پسر مبتلا به اختلال افسردگی با دامنه سنی ۴ الی ۵/۵ سال مراجعه‌کننده به مرکز مشاوره «شناخت‌نو» شهر اصفهان در سال ۱۳۹۹ بود. با روش نمونه‌گیری هدفمند تعداد ۳۰ نفر از کودکان و والدین آن‌ها انتخاب و به شیوه تصادفی ساده در دو گروه مساوی جایگزین شدند. برای گردآوری اطلاعات از چک لیست احساسات کودکان پیش‌دبستانی (لوبی و همکاران، ۲۰۰۴) و مقیاس سنجش رفتاری کارکرد اجرایی- نسخه پیش‌دبستان (جیویا و همکاران، ۲۰۰۲) استفاده شد. درمان تعاملی والد-کودک هیجان‌محور طی ۱۴ جلسه یک ساعته به صورت هفتگی برای آزمودنی‌های گروه آزمایش اجرا شد اما گروه گواه برنامه درمانی را دریافت نکرد و در لیست انتظار قرار گرفتند. نتایج تحلیل کوواریانس نشان داد که درمان تعاملی والد-کودک هیجان‌محور بر بهبود کارکردهای اجرایی با ضریب اتای ۰/۸۱ تأثیر معناداری داشته است، همچنین این درمان بر مؤلفه‌های کارکردهای اجرایی شامل میزان تغییر، بازداری، برنامه‌ریزی، مهار هیجانی و حافظه فعال مؤثر بوده است. بر اساس نتایج می‌توان درمان تعاملی والد-کودک را به عنوان یک راهبرد درمانی برای والدین، جهت بهبود کارکردهای اجرایی به کار برد.

کلیدواژه‌ها: درمان تعاملی والد-کودک هیجان‌محور، کارکردهای اجرایی، افسردگی.

*Corresponding Author: Mosayeb Yarmohamadi Vasel

Email: yarmohamadivasel@basu.ac.ir

* نویسنده مسئول: مسیب یارمحمدی‌واصل

مقدمه

از اختلالات شناختی شوند، که چنین نقص‌های شناختی ممکن است یک نیاز به درمانی فراتر از بهبود افسردگی فعال داشته باشند (مدیسین^۹، ۲۰۱۵) و علاوه بر این، ممکن است نقص‌های شناختی، مانند نقص در کارکردهای اجرایی نقش اساسی در خطر ابتلا به افسردگی داشته باشند بدین ترتیب درمان‌های تعاملی می‌توانند در این مورد موثر باشند (هانکین، یانگ، گالوپ و گاربر^{۱۰}، ۲۰۱۸؛ اسنایدر و هانکین^{۱۱}، ۲۰۱۶).

درمان تعاملی والد و کودک هیجان محور^{۱۲}، مطابق با مفهوم سنتی آموزش والدین و کارهای بنیادی گاتمن، کاتز و هوون^{۱۳} (۱۹۹۶) در مورد والدین به ترویج رویکرد درمانگری والدین می‌پردازد یعنی جایی که والدین روش‌های پرداختن به مشکلات تنظیم هیجان فرزندانشان را یاد می‌گیرند (روه‌ریگ^{۱۴}، ۲۰۱۹). درمان تعاملی والد و کودک، مداخله‌ای است که به خوبی آزمایش شده و تأثیر مثبت آن در درمان مشکلات رفتاری کودکان خردسال نشان داده شده است (جانستون^{۱۵}، ۲۰۱۱؛ گرازیانو، راس-دماریز و هایپر^{۱۶}، ۲۰۲۰). این درمان توسط آیرگ با اقتباس از نظریه یادگیری اجتماعی پترسون^{۱۷} (۱۹۸۲) و نظری دلبستگی بالبی^{۱۸} (۱۹۶۹) تدوین شده است (لوی، گیلبرت، والن، تیلمن و بارچ^{۱۹}، ۲۰۲۰). برنامه آموزشی تعاملی والد و کودک در دو مرحله انجام می‌گیرد: در فاز اول، مرحله تعامل کودک محور^{۲۰} و فاز دوم، مرحله تعامل محور^{۲۱} می‌باشد. هدف اصلی از اجرای فاز اول، که همانند بازی درمانی سنتی است، تحکیم و تقویت پیوند والد و کودک، افزایش و ارتقای والدگری مثبت و بهبود مهارت‌های اجتماعی کودک می‌باشد. فاز دوم، که یادآور رفتاردرمانی بالینی است، بر اصلاح توانایی والدین در تعیین محدودیت‌ها و قواعد باثبات و کاهش رفتارهای منفی کودک متمرکز می‌شود. روش تعاملی والد و کودک به واسطه تأکید بر پاسخ‌گویی و مسئولیت والدین و رابطه والد و کودک، از سایر برنامه‌های مشابه متمایز می‌شود

دوران پیش دبستانی دوره مهمی از نظر بررسی و تشخیص مشکلات رفتاری و عاطفی کودکان به شمار می‌رود و تشخیص و درمان مناسب این مشکلات می‌تواند در آینده زندگی خانوادگی، اجتماعی، تحصیلی و شغلی کودکان بسیار مؤثر واقع شود. یکی از شایع‌ترین مشکلات روان پزشکی کودکان خردسال، افسردگی^۱ است (گافری، تیلمان، بارچ و لوبی^۲، ۲۰۱۸). افسردگی دوران کودکی یک اختلال جدی و عودکننده است و با وجودی که اغلب مطالعات بر افسردگی کودکان بالای ۶ سال متمرکز شده اند اما مطالعات دیگری نشان می‌دهند که اختلال افسردگی در دوره پیش دبستانی مشابه افسردگی دوره کودکی، یک اختلال رشدی گذرا نیست بلکه تمایل به مزمن شدن و عود مجدد دارد (دانهیو و همکاران^۳، ۲۰۱۹). افسردگی در دوران کودکی با طیف گسترده‌ای از نتایج منفی، از جمله اختلالات هیجانی در سنین بعدی است. علاوه بر این، علایم افسردگی مرتبط با مشکلات اجتماعی بوده و به طور محسوسی منجر به کاهش عملکرد تحصیلی می‌شود (هاپکینز، لاویگن، گاوزه، لی بایلی و بریانت^۴، ۲۰۱۳). به طور کلی، در صورت عدم درمان علائم افسردگی کودکان در اوایل کودکی منجر به، اختلال در عملکرد خانواده، اختلال در حضور در مدرسه و در نهایت اختلال در عملکرد تحصیلی و روابط اجتماعی در فرد مبتلا می‌شود (کاتز، کانوی، هیمن، برنان و ناچمن^۵، ۲۰۱۱).

بررسی‌های انجام شده در کودکان دبستانی با سابقه افسردگی دوره کودکی اولیه نشان داده که تغییرات در ساختار و عملکرد مغزشان مانند نوجوانان و بزرگسالان مبتلا به افسردگی است؛ حتی در مواردی که افسردگی درمان شده است (لوکینگ و همکاران^۶، ۲۰۱۱؛ بارچ، گافری، باترون، بلدن و لوبی^۷، ۲۰۱۲). علاوه بر این، تغییرات در ساختار عملکردی و ارتباطی مغز مشابه آن چه که در بزرگسالان افسرده دیده می‌شود، در پیش دبستانی‌های مبتلا به افسردگی حاد مشاهده شده است (گافری، لوبی و بارچ^۸، ۲۰۱۳). افراد مبتلا به افسردگی می‌توانند دچار طیف وسیعی

9. Medicine

10. Hankin, Young, Gallop & Garber

11. Snyder & Hankin

12. Emotion-Based Parent-Child Interactive Therapy

13. Gottman, Katz & Hooven

14. Rohrig

15. Johnston

16. Graziano, Ros-Demarize & Hare

17. Patterson

18. Bowlby

19. Luby, Gilbert, Whalen, Tillman, & Barch

20. Child-directed intervention

21. Child-directed intervention

1. Depression

2. Gaffrey, Tillman, Barch & Luby

3. Donohue et al

4. Hopkins, Lavigne, Gouze, LeBailly & Bryant

5. Katz, Conway, Hammen, Brennan & Najman

6. Luking et al

7. Barch, Gaffrey, Botteron, Belden & Luby

8. Gaffrey, M. S., Luby, J. L., & Barch

کویین و همکاران^{۱۱}، ۲۰۱۴). از این رو نقص در کارکرد اجرایی یک عامل خطر برای افسردگی است که حتی در بین نوجوانان و کودکان وجود دارد و در افرادی که سابقه افسردگی داشتند نیز همراه با مشکلاتی در تنظیم هیجان است. همچنین یافته‌ها حاکی از آن است که مشکل در تنظیم هیجان بیشتر سایر اختلالات روانپزشکی، مانند اختلالات بیرونی، با افسردگی همراه است (زتسچه، دی اونزاتو و جورمان^{۱۲}، ۲۰۱۲). به طور کلی، اکثر پژوهش‌گران پذیرفته‌اند که مهارت‌های اجرایی در کودکان، مهارت‌هایی هستند که توانایی کودک برای بازداری، خودتنظیمی، برنامه‌ریزی، سازمان‌دهی، استفاده از حافظه کاری، حل مسئله و هدف‌گذاری برای انجام تکالیف و فعالیت‌های درسی را نشان می‌دهد (گلستانی‌فرد، نیکوگفتار و شمس‌اسفند آباد، ۱۳۹۵؛ تقی‌زاده، سلطانی، منظری‌توکلی و زین‌الدینی میمند، ۱۳۹۶). مداخلات زود هنگام می‌تواند بر رشد مهارت‌های خودتنظیمی و رشد کارکردهای اجرایی در کودکان پیش دبستانی تأثیر زیادی داشته باشد (کدیور، صرامی و اشعری، ۱۳۹۷).

به رغم وجود تحقیقات تجربی قابل توجهی که نشانگر امکان بروز اختلال افسردگی در اوایل سه سالگی و عود مجدد و مزمن شدن آن است (لوبی و همکاران، ۲۰۱۸؛ لوبی، بلدن، پاتسچه، سای و اسپیتزناگل^{۱۳}، ۲۰۰۹)؛ به دلیل کمبود دانش در درمان افسردگی دوره کودکی اولیه، تاکنون تحقیقات تجربی کمی برای درمان این اختلال در دوره کودکی اولیه وجود دارد. روان‌درمانی شناخته شده برای افسردگی در دوره بزرگسالی و نوجوانی، درمان شناختی- رفتاری و درمان بین فردی است که این درمان‌ها در حال حاضر فقط برای بزرگسالان قابلیت اجرا دارند. نتایج چندین کارآزمایی از درمان شناختی- رفتاری در کودکان سنین مدرسه امیدوار کننده است (معمدیگانه، افروز، شکوهی‌یکتا و ارجمندینیا، ۱۳۹۹). با این حال، یک فراتحلیل جامع از مطالعات روان‌درمانی برای افسردگی کودکان نشان می‌دهد که اندازه اثر، بسیار کوچکتر از آن بوده که قبلاً گزارش شده است و نتایج اثربخشی طولانی مدت را در کودکان سنین مدرسه نشان نداده است (پینکورات^{۱۴}، ۲۰۱۷). مارتین، مک‌کلینتاک، فورستر، لو و لو^{۱۵} (۲۰۱۷) در پژوهش خود

(نایس، بارت، پروت، شانلی و چاتام^۱، ۲۰۱۶). در رابطه با اثربخشی درمان تعاملی هیجان‌محور^۲ بر کاهش نشانگان افسردگی دوره کودکی اولیه دو کارآزمایی توسط لوبی و همکاران و در کشور آمریکا صورت گرفته است، که نتایج هر دو کارآزمایی به طور معناداری تایید می‌کنند که این نوع از روش درمانی موجب کاهش علائم افسردگی در کودکان مبتلا به افسردگی می‌شوند (شافر و ابرادویک^۳، ۲۰۱۷؛ بلایر، ریور و بری^۴، ۲۰۱۴؛ لوبی و همکاران، ۲۰۲۰؛ پارلادی و همکاران، ۲۰۲۰). اثربخشی درمان تعاملی برای درمان رفتارهای مخرب در کودکان مورد تایید قرار گرفته (ایزدی‌فرد، صبحی قراملکی و ارجمندینیا، ۱۳۹۶؛ ماش^۵، ۲۰۱۹)، اما در مورد اختلالات درونی‌سازی شده دوره کودکی، برای توسعه درمان تعاملی، اقتباسی از آموزش والدین بر اساس اهمیت هوش هیجانی در سلامت روان کودک صورت گرفته است تا با رشد هیجان^۶ برای اختلالات تنظیم هیجانی دوره کودکی اولیه به ویژه افسردگی موثر واقع شود (لوبی، بارچ، والن، تیلمن و فریدلند^۷، ۲۰۱۸).

شواهدی وجود دارد که نشان می‌دهد که کودکان مبتلا به اختلال افسردگی نقص‌هایی در کارکردهای اجرایی و حافظه فعال دارند (شورر، فیدلر، لانکن‌هایمر، دان‌هائز^۸، ۲۰۱۹؛ گرازبانو و همکاران، ۲۰۲۰). نقص در عملکردهای اجرایی منجر به نقص در تنظیم احساسات از جمله نشخوار فکری و اشتغال ذهنی منفی که این عوامل احتمال ابتلا به افسردگی را افزایش می‌دهند (بارچ، هارمز، تیلمان، هاوکی و لوبی^۹، ۲۰۱۹). اسناید و هانکین (۲۰۱۶) شواهدی از ارتباط بین کارکردهای اجرایی و استرس وابسته به رفتار فرد (منظور استرسی که از طریق رفتار فرد ایجاد می‌شود) و نشخوار ذهنی پس از آن وجود دارد که هر دوی این عوامل افزایش افسردگی را پیش‌بینی می‌کند. به همین ترتیب، جورمان و همکاران استدلال کرده‌اند که مشکلات به روزرسانی اطلاعات حافظه کاری و مهار پردازش اطلاعات منفی باعث اختلال در تنظیم هیجان شده که خطر ابتلا به افسردگی را افزایش می‌دهد (یو، تسنگ و لین^{۱۰}، ۲۰۲۰)؛

11. Quinn et al
12. Zetsche, De' Avanzato & Joormann
13. Luby, Belden, Pautsch, J., Si & Spitznagel
14. Pinquart
15. Martin, McClintock, Forster, Lo & Loo

1. Niec, Barnett, Prewett, Shanley Chatham
2. Parent- child interaction therapy- emotional development
3. Shaffer & Obradović
4. Blair
5. Mash
6. Emotion Development
7. Luby, Barch, Whalen, Tillman & Freedland
8. Schworer
9. Barch
10. Yu, Tseng & Lin

درمان تعاملی والد-کودک هیجان‌محور است که نتایج مطلوبی داشته است (لویی و همکاران، ۲۰۲۰). بر همین اساس پژوهش حاضر در پی بررسی اثربخشی درمان تعاملی والد-کودک هیجان‌محور بر بهبود کارکردهای اجرایی کودکان مبتلا به افسردگی است.

روش

پژوهش حاضر از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل است. جامعه آماری شامل کلیه کودکان پسر مبتلا به اختلال افسردگی با دامنه سنی ۴ تا ۵/۵ سال مراجعه‌کننده به مرکز مشاوره «شناخت نو» (مرکز تخصصی کودک با جهت‌گیری اختلالات درونی‌سازی شده کودکان) شهر اصفهان در سال ۱۳۹۹-۴۰۰ بود. لازم به ذکر است که تشخیص اختلال افسردگی در کودکان توسط روان‌پزشک حاضر در مرکز و براساس معیارهای تشخیصی طبقه‌بندی بین‌المللی اختلال‌های روانی^۳ انجام شد.

روش نمونه‌گیری در این پژوهش، «نمونه‌گیری هدفمند»^۴ است. بر این اساس ۳۰ نفر از کودکان که ملاک‌های ورود به پژوهش را داشتند، انتخاب شدند و به صورت تصادفی در دو گروه مساوی ۱۵ نفری (یک گروه آزمایش و یک گروه گواه) جایدهی شدند.

گروه آزمایش دوره آموزش را طی ۱۴ جلسه، در بازه زمانی حدود ۲ ماه و هر هفته دو جلسه و هر جلسه به مدت ۶۰ دقیقه گذرانند. برنامه مداخلاتی این مطالعه براساس پروتکل درمانی لویی و همکاران (۲۰۱۸) انجام شد. در این مدت گروه کنترل هیچ نوع مداخله درمانی دریافت نکرد و در لیست انتظار قرار داده شدند.

ملاک‌های ورود عبارتند از: سن کودکان بین ۴ تا ۵/۵ سال، دارا بودن ملاک‌های تشخیصی اختلال افسردگی بر مبنای DSM5، تأیید تشخیص اختلال افسردگی از سوی روان‌پزشک و همچنین، چک لیست احساسات کودکان پیش‌دبستانی، زندگی با پدر و مادر تنی، عدم وجود اختلال عصبی-رشدی، ضریب هوشی بیشتر از ۸۵ هم در والد و هم در کودک، دارا بودن سلامت جسمانی والدین و کودک، دارا بودن سلامت روانی والدین (با استفاده از پرسشنامه سلامت عمومی گلدبرگ) و عدم استفاده همزمان از سایر رویکردهای درمانی.

نشان دادند که فرزندپروری و شیوه‌های رفتار والدین با کودکان نقش اساسی در رشد شناختی و عصب شناختی، به ویژه کارکردهای اجرایی مغز کودکان دارد. سولیک^۱ و همکاران (۲۰۱۵) در همین رابطه در تحقیق خود به این نتیجه رسیدند که شیوه رفتار والدین و معلم در کلاس نیز بر رشد و تحول کارکردهای اجرایی کودکان تأثیر دارد. فاطیما، شیخ و آردیلا^۲ (۲۰۱۶) نیز اثبات کردند که شیوه ارتباط والدین و فرزندان (به ویژه مادر) و تعاملات عاطفی آن‌ها نقش قابل توجهی در رشد و تحول کارکردهای اجرایی دارد. در پژوهشی که توسط لویی و همکاران (۲۰۱۲) انجام گرفت، نتایج حاکی از آن بود که مشکلات فرزندپروری باعث می‌شود که فرآیندهای بازداری و سازمان‌دهی که از مؤلفه‌های اصلی کارکردهای اجرایی است به نحو مناسبی در کودکان رشد و تحول نیابد. از سوی دیگر، عمده کارهایی که برای درمان افسردگی در دوره کودکی اولیه انجام شده است مربوط به بازی درمانی سنتی است که نتایج حاصله نشانگر اثربخشی محدود و کوتاه مدت آنها بوده است.

با توجه به مطالب فوق می‌توان گفت لزوم توجه به مشکلات افسردگی در دوران کودکی اولیه و اقدام برای کاهش آن به منظور کنترل و تعدیل پیامدهای متعدد روانی، اجتماعی و تحصیلی که برای فرد به دنبال دارد از مسائل اساسی است که لازم است خانواده‌ها و نیز درمانگران حوزه بهداشت و روان کودک به آن توجه نمایند (گافری و همکاران، ۲۰۱۸). نگاهی به مطالعات پیشین نیز نشان می‌دهد که برخی تحقیقات پیشین توانسته‌اند میزان نشانگان افسردگی کودکان را با مداخله‌های شناختی (شافر و آبرادویک، ۲۰۱۷)، کاهش دهند اما این مطالعات اغلب در دوره پیگیری با ناکارآمدی در پایداری نتایج مثبت همراه بوده‌اند. سایر روش‌های مبتنی بر اصول شناختی-شناختی-رفتاری نیز برای درمان اختلالات درونی‌سازی شده دوره کودکی مورد استفاده قرار گرفته است که برخی از فرم‌ها برای اختلال استرس پس از سانحه طراحی و آزمایش شده‌اند. با این حال، تا به امروز هیچگونه سازگاری خاصی برای درمان افسردگی کودکان در دوره پیش‌دبستانی انجام نشده است؛ لذا برای حل این شکاف یک برنامه درمانی که هم با توجه به نیازها و مشکلات درمان کودکان افسرده در سنین قبل از دبستان و هم موثر و کارآمد برای درمان این اختلال،

3. diagnostic and statistical manual of mental disorders, fifth edition (DSM-5)

4. Purposeful sampling

1. Sulik et al

2. Fatima, Sheikh & Ardila

خودکنترلی بازداری^۷ (حاصل جمع نمره زیرمقیاس‌های بازداری و کنترل هیجانی)، انعطاف‌پذیری^۸ (حاصل جمع نمره زیرمقیاس‌های تغییر و کنترل هیجانی) و فراشناخت^۹ (حاصل جمع نمره زیرمقیاس‌های حافظه کاری و سازماندهی/ برنامه‌ریزی) است. از ترکیب^۵ مقیاس بالینی اصلی نیز نمره کلی عملکرد مرکب اجرایی^{۱۰} به دست می‌آید. برای این پرسشنامه، ضرایب آلفای کرونباخ از ۰/۸۰ تا ۰/۹۷ با استفاده از همسانی درونی و برای بازآزمایی آن ضرایب همبستگی بین ۰/۷۸ تا ۰/۹۰ با فاصله چهار تا پنج هفته و روایی محتوایی و واگرایی آن نیز مناسب گزارش شده است (جیویا و همکاران، ۲۰۰۲). این ابزار در ایران نیز توسط مشهدی، رسول‌زاده طباطبایی، آزادفلاح و سلطانی‌فر (۱۳۸۹) منطبق شده و اعتبار آن با استفاده از آلفای کرونباخ برای زیر مقیاس‌های بازداری ۰/۹۰، تغییر ۰/۸۴، کنترل هیجانی ۰/۸۰، حافظه کاری ۰/۹۲، برنامه‌ریزی/ سازماندهی ۰/۸۳، خودکنترلی بازداری ۰/۸۴، انعطاف‌پذیری ۰/۸۱، فراشناخت ۰/۸۲ و نمره کل مقیاس ۰/۹۷ گزارش شده است.

۲. چک لیست احساسات کودکان پیش از دبستان^{۱۱}:

این چک لیست شامل ۲۰ ماده است که بر اساس گزارش والدین برای شناسایی کودکان مبتلا به افسردگی طراحی شده است (لویی، هفلینگر، کوپینگ-مکنات و اسپیتزنگل^{۱۲}، ۲۰۰۴). این چک لیست تنها ۲ الی ۴ دقیقه طول می‌کشد که توسط والد یا مراقب کودک تکمیل گردد. این چک لیست بیشتر به مشکلات مربوط به اختلال افسردگی می‌پردازد، مانند بیشتر اوقات در حال ناله کردن و گریه کردن است؛ برای بازی کردن بی‌علاقه است؛ اما سه ماده از این چک لیست دارای نمره‌گذاری منفی است مانند بیشتر مواقع در حال خندیدن است، بیشتر اوقات شاد است و تقریباً بیشتر اوقات علاقه مند به بازی با بچه‌های دیگر است. نمرات بالا در این چک لیست نشانگر شدت بیشتر افسردگی است. این چک لیست یک ابزار اندازه‌گیری کوتاه، معتبر و با حساسیت و ویژگی مناسب برای افسردگی کودکان ۳۶ ماهه تا ۶۶ ماهه است. نتایج اعتباریابی این پرسش‌نامه بر اساس همبستگی بین این آزمون و نمرات سیاهه رفتاری آخنباخ

ملاک‌های خروج عبارتند از: ابتلای به هرگونه بیماری مشخص پزشکی یا عصبی در طی دوران مداخله، عدم شرکت در جلسات درمان، استفاده از هر نوع دیگر درمان در حین اجرای مداخله، جدایی والدین تنی در طی مداخله و شرایط حاد و غیرقابل پیش بینی که امکان اتمام درمان وجود نداشته باشد (مانند فوت والد).

ابزار

۱. مقیاس سنجش رفتاری کارکرد اجرایی - نسخه پیش‌دبستان^۱

این ابزار در سال ۲۰۰۲ توسط جیویا، ایسکویت، رتزلاف و اسپای^۲ مطرح شد و جزو اولین ابزارهایی است که برای اندازه‌گیری کارکردهای اجرایی کودکان، از بررسی گزارش عملکردهای روزانه او در محیط طبیعی زندگی‌اش استفاده می‌کند (جیویا و همکاران، ۲۰۰۲). به اعتقاد تهیه‌کنندگان این ابزار، استفاده از آزمون‌های عصب‌روان‌شناختی در محیط‌های آزمایشگاهی، متداول‌ترین شیوه سنجش کنش‌های اجرایی است اما به دلیل ماهیت پویای این کنش‌ها و نیز ماهیت ساختاریافته محیط‌های سنجش آزمایشگاهی، سنجش کارکردهای اجرایی در محیط‌های واقعی و زندگی روزمره افراد مناسب‌تر است و از این رو پرسشنامه سنجش رفتاری کارکرد اجرایی به عنوان یک ابزار دقیق و معتبر برای سنجش کارکردهای اجرایی مغز در محیط‌های طبیعی و روزمره طراحی شد. در این پژوهش از نسخه کودکان پیش‌دبستانی استفاده خواهد شد که متشکل از ۶۳ ماده است و زمان لازم برای پاسخگویی به آن ۱۰ تا ۱۵ دقیقه است. کارکردهای اجرایی در این پرسشنامه به ۹ عامل تقسیم‌بندی شده‌اند که ۵ مقیاس بالینی آن شامل بازداری^۳ (ظرفیت تفکر قبل از عمل)، تغییر^۴ (توان جابجایی از یک فعالیت به فعالیت دیگر یا حل مسئله انعطاف)، مهار هیجانی^۵ (توان مدیریت پاسخ‌های هیجانی)، حافظه‌کاری^۶ (توان نگهداری اطلاعات در ذهن هنگام انجام دادن تکالیف پیچیده) و برنامه‌ریزی/ سازماندهی (توان طراحی و ایجاد نقشه راه برای رسیدن به اهداف یا کامل کردن تکالیف) است. سه شاخص عمده بالینی این پرسشنامه نیز شامل

7. Inhibitory self-control
8. Flexibility
9. Metacognition
10. Global Executive Composite
11. preschool feelings checklist
12. Luby, Heffelfinger, Koenig-McNaught, Spitznagel

1. Behavior Rating Inventory of Executive Functioning
2. Gioia, Isquith, Retzlaff & Espy
3. Inhibition
4. Shift
5. Emotional control
6. Plan/Organize

مورد استفاده قرار می‌گیرد، در این برنامه هر دو فاز در طی ۶ جلسه و پس از ۸ جلسه برای فاز سوم درمان که همان رشد هیجان است، اجرا می‌شود. البته لازم به ذکر است که کلیه آموزش‌ها به صورت جزوه‌ای کتبی در اختیار والدین قرار می‌گیرد. این مدل تضمین می‌کند که والدین کلاس‌های گسترده‌ای از پیشینه‌های رفتاری و رفتار پاسخگو را بیاموزند که می‌تواند متناسب با سطح توانایی والدین و نگرانی‌های خاص رفتاری کودک باشد. هدف نهایی این جلسات، شکل دادن به رفتارهای والدین و کودکانشان است که به دلبستگی مثبت والدین و فرزند و عملکرد مشارکتی شباهت دارد. مرحله سوم یا همان رشد هیجان، بر آموزش والدین برای تسهیل رشد عاطفی کودک و افزایش ظرفیت کودک برای تنظیم احساسات کاربرد دارد. هدف از این فاز درمانی تقویت مهارت‌های عاطفی کودک با افزایش توانایی آنها در شناسایی، درک، برجسب زدن و تنظیم موثر احساسات خود است (لویی و همکاران، ۲۰۱۸). این رویکرد مبتنی بر الگوی رشد عاطفی اولیه اختلالات خلقی است که در آن ظرفیت تجربه و مدیریت طیف گسترده‌ای از احساسات در رشد سالم و عملکرد انطباقی، محوری تلقی می‌شود. همه آموزش‌ها توسط پژوهشگر آموزش دیده اجرا شد. خلاصه محتوای جلسات در جدول ۱ ارائه شده است.

بسیار خوب (۰/۸۶) و اما نکته قابل توجه این بود که حساسیت و خاص بودن ۱۶ ماده از این چک لیست برای شناسایی افسردگی کودکان پیش از دبستان از ۱۰۰ ماده مقیاس برتر بود. لازم به ذکر است همسانی درونی ماده‌های این پرسش‌نامه بر اساس آلفای کرونباخ ۰/۷۶ و در باز آزمایی سه هفته بعد ۰/۷۷ است.

برنامه مداخله‌ای

ساختار محتوای برنامه درمان تعامل والد-کودک هیجان‌محور^۱ بر اساس پروتکل لویی و همکاران (۲۰۱۸) شامل سه فاز درمانی است که طی ۱۴ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای انجام می‌شود و ویژه کودکان ۳ تا ۷ سال است. در این رویکرد ارتباط والدین و فرزند با استفاده از تکنیک‌های رفتاری و بازی درمانی برای ارتقای کیفیت روابط و توانایی والدین برای پرورش تنظیم محدودیت‌ها و ایجاد محدودیت‌های موثر در ارتباط با کودک است. برنامه آموزشی **درمان** تعامل والد-کودک در سه مرحله انجام می‌گیرد: در مرحله اول، مرحله تعامل کودک محور متمرکز بر آموزش تکنیک‌های بازی مثبت و تقویت تعامل با والدین است و مرحله دوم، تعامل والد محور که متمرکز بر آموزش والدین برای اجرای دستورات موثر در جهت کاهش رفتارهای مخرب است. این دو فاز در درمان تعامل والد-کودک هیجان‌محور

جدول ۱. خلاصه محتوای جلسات مداخله^۱

جلسات	محتوا
اول	مصاحبه و ارزیابی و توضیح در خصوص این برنامه درمانی و توضیح اجمالی در خصوص سبک‌های فرزندپروری-اجرای پیش‌آزمون
دوم	آموزش مهارت‌های تقویت با نام اختصاری PRIDE به والدین که شامل: جایزه، انعکاس، تقلید، توصیف و اشتیاق هنگام بازی با کودک
سوم	مرور جلسه پیشین با فراهم کردن زمینه‌های مشارکت فعال کودک در بازی و دادن نقش رهبری به کودک هنگام بازی- تمرکز بر توصیفات رفتاری کودک و تاکید بر نقاط قوت والدین - آموزش مهارت‌های «انجام دانی»
چهارم	توضیح چگونگی شکل‌گیری بسیاری از رفتارهای نامطلوب ناشی از الگوگیری از بزرگترها- ارائه و سرمشق‌سازی مهارت‌های «پرهیزی»
پنجم	آموزش دستورالعمل موثر و اجرای صحیح فرآیند محرومیت در صورت نافرمانی کودک و ارائه اطلاعات مکمل در این خصوص
ششم	مرور جلسات پیشین- تعمیم دهی مهارت‌ها به محیط‌های دیگر- بررسی فهرست رفتار کودک و درنهایت مرور راه حل‌های مشکلات باقیمانده
هفتم	آموزش کودک (شناخت، فهم و تشخیص هیجان) و آموزش والد (نامگذاری واکنش هیجانی و تحمل احساسات شدید کودک)
هشتم	شناخت سبک‌های ابراز هیجان والدین و اهمیت الگوسازی و مهارت در تنظیم هیجانات
نهم	آموزش مهارت‌های تأثیر مثبت بر هیجان‌های منفی کودک
دهم	آموزش مهارت‌های آرام‌سازی به والد و کودک
یازدهم	آموزش والدین در خصوص رشد هیجان و مهارت‌های رشد هیجان
دوازدهم	آموزش والدین برای هدایت هیجان کودک در کنترل خشم و ناامیدی
سیزدهم	آموزش والدین برای هدایت هیجان کودک در هنگام بروز هیجان غم و احساس گناه
چهاردهم	آموزش والدین برای هدایت هیجانات کودک برای لذت بردن- اجرای پس‌آزمون

یافته‌ها

گروه کنترل از مرحله پیش آزمون به مرحله پس آزمون تغییر قابل توجهی را نشان نمی‌دهد. همچنین، نتایج جدول ۲ میانگین هر یک از ابعاد کارکرد اجرایی را در مراحل پیش آزمون و پس آزمون در آزمودنی‌های دو گروه به تفکیک نشان می‌دهد.

نتایج جدول شماره ۲ نشان می‌دهد که میانگین کل کارکرد اجرایی آزمودنی‌های گروه آزمایش از مرحله پیش آزمون به مرحله پس آزمون بهبود یافته است. اما میانگین متغیر کارکرد اجرایی در

جدول ۲. داده‌های توصیفی کارکردهای اجرایی به تفکیک گروه و مراحل سنجش

متغیر پژوهش	گروه	تعداد	پیش آزمون	پس آزمون
			انحراف معیار \pm میانگین	انحراف معیار \pm میانگین
بازداری	آزمایش	۱۵ نفر	۱۰/۳۰ \pm ۱/۵۸	۱۳/۱۳ \pm ۲/۰۹
	کنترل	۱۵ نفر	۹/۷۳ \pm ۱/۱۶	۹/۷۸ \pm ۱/۱۲
حافظه فعال	آزمایش	۱۵ نفر	۱۱/۶۰ \pm ۱/۶۵	۱۳/۶۰ \pm ۱/۴۳
	کنترل	۱۵ نفر	۱۲/۰۰ \pm ۱/۵۱	۱۱/۰۷ \pm ۰/۹۹
تغییر	آزمایش	۱۵ نفر	۷/۹۳ \pm ۱/۲۷	۹/۸۰ \pm ۱/۲۸
	کنترل	۱۵ نفر	۸/۳۳ \pm ۱/۰۴	۸/۲۶ \pm ۰/۸۸
مهار هیجانی	آزمایش	۱۵ نفر	۱۰/۵۳ \pm ۱/۸۸	۱۲/۲۶ \pm ۱/۸۶
	کنترل	۱۵ نفر	۱۰/۶۰ \pm ۱/۵۴	۱۰/۲۹ \pm ۱/۳۷
برنامه‌ریزی	آزمایش	۱۵ نفر	۱۰/۳۳ \pm ۱/۵۸	۱۲/۹۳ \pm ۱/۶۶
	کنترل	۱۵ نفر	۱۰/۴۰ \pm ۱/۱۷	۱۰/۱۹ \pm ۱/۳۰
نمره کل کارکرد اجرایی	آزمایش	۱۵ نفر	۵۰/۶۹ \pm ۷/۹۶	۶۱/۷۲ \pm ۸/۳۲
	کنترل	۱۵ نفر	۵۱/۰۶ \pm ۶/۴۲	۴۹/۵۹ \pm ۵/۶۶

مفروضه‌های فوق، آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره^۱ به کار گرفته شد.

نتایج آزمون‌های چهارگانه تحلیل چندمتغیری شامل: اثر پیلایی، لامبدای ویلکز، اثر هتلینگ و بزرگ‌ترین ریشه روی مربوط به تفاضل متغیرهای پژوهش از لحاظ آماری معنی‌دار بودند ($F=27/77$ ، $\eta^2=0/773$ و $p=0/001$). بنابراین دو گروه آزمایش و کنترل حداقل در یکی از متغیرهای پژوهش در مرحله پس آزمون با یکدیگر تفاوت معناداری دارند. مجدور انا (یا ضریب تأثیر) حدود ۰/۷۷ بود. این بدان معناست که ۷۷ درصد تغییرات مربوط به نمرات پس آزمون متغیرهای وابسته کارکردهای اجرایی کودکان مربوط به تأثیر برنامه درمان تعاملی والد-کودک هیجان‌محور بوده است. توان آماری ۱/۰۰۰ نیز بیانگر کفایت حجم نمونه و توان بالای آزمون است (جدول ۳).

نتایج جدول شماره ۴ نشان می‌دهد که استفاده از درمان تعاملی والد-کودک هیجان‌محور بر بهبود نمره مؤلفه‌های بازداری، حافظه فعال، میزان تغییر، مهار هیجانی و

برای بررسی پیش فرض نرمال بودن توزیع نمرات در گروه آزمایش و کنترل از آزمون کولموگروف-اسمیرنوف استفاده شد، و نتایج نشان داد که سطح معناداری برای گروه آزمایش و کنترل در هر دو مرحله آزمون و برای متغیرهای مورد مطالعه بیش از ۰/۰۵ می‌باشد ($p>0/05$)، لذا پیش فرض نرمال بودن متغیرها تایید می‌شود. برای بررسی مفروضه برابری واریانس از آزمون لوین استفاده شد. با توجه به این که سطح معناداری آماره F برای همه متغیرها بیش از ۰/۰۵ بود ($p>0/05$)، بر این اساس فرض برابری واریانس‌های دو گروه پذیرفته شد. در بررسی مفروضه همگنی ماتریس واریانس-کوواریانس، با توجه به اینکه سطح معناداری آماره F بالاتر از ۰/۰۵ بود ($p>0/05$)، فرض مبنی بر همگنی ماتریس واریانس-کوواریانس پذیرفته شد.

همچنین، با توجه به اینکه در رابطه بین متغیرهای کمکی (همپراش) و متغیرهای وابسته (پس آزمون) سطح معناداری کوچک‌تر از ۰/۰۵ به دست آمد، می‌توان گفت که مفروضه خطی بودن رابطه بین متغیرهای کمکی (همپراش) با متغیرهای وابسته رعایت شده است. با توجه به رعایت

مواجه می‌شود زیرا انتخاب ممکن است در مورد ارزش‌های متعارض با پیامدهای مبهم و پیش‌بینی ناپذیر صورت بگیرد. مساله دیگری که بر پیچیدگی و دشواری تصمیم‌گیری می‌افزاید دخالت فرایندهای هیجانی و تأثیر آن بر انتخاب گزینه‌ها است که باعث می‌شود کارکردهای اجرایی با مشکل روبرو شود (پارلادی و همکاران، ۲۰۲۰). از سویی بر اساس دیدگاه لوبی و همکاران (۲۰۲۰) درمان تعاملی والد-کودک با تقویت تعاملات مثبت و آموزش والدین برای رسیدن به ثبات و کاربرد تکنیک‌های ارتباطی مناسب فرصت کافی به کودکان برای مواجه شدن با پیامدهای طبیعی رفتار خود را می‌دهد. در این نوع از تعامل والد-کودک با توجه به آموزش والدین برای داشتن تعاملی مثبت با فرزندان و همچنین اجتناب از تصمیم‌گیری به جای کودک و یا تسلیم در برابر خواسته‌های کودک به آنها فرصت تصمیم‌گیری و انتخاب داده می‌شود. در واقع در این روش درمانی کودکان به ارزش‌ها و نقاط قوت خود آگاه شده لذا قدرت تصمیم‌گیری و انتخاب در آنها افزایش می‌یابد که این موضوع به بهبود کارکردهای اجرایی منجر می‌شود.

در تبیینی دیگر از یافته‌های پژوهش می‌توان اشاره کرد که یکی از اهداف اصلی در درمان تعاملی والد و فرزند هیجان‌محور، اصلاح تعاملات بین والد و فرزند و فراهم آوردن خزانه شناختی و رفتاری مناسب برای والدین است تا بتوانند آن را جایگزین سبک ناکارآمد فرزندپروری و شیوه‌های اعمال انضباطی موجود نمایند. در مرحله سوم این درمان که تمرکز بر هیجان است به والد و کودک مهارت‌های آرام سازی آموزش داده می‌شود؛ بر همین اساس است که این نوع درمان می‌تواند تأثیر مثبتی بر مهارت‌های هیجانی کودکان داشته باشد. لوبی و همکاران (۲۰۱۲) تأکید دارد که در این درمان با آموزش والدین برای تأثیرگذاری مثبت بر هیجان‌های منفی کودک و هدایت هیجان کودک در هنگام بروز هیجان غم و احساس گناه و در نهایت هدایت هیجان‌های کودک برای کنترل خشم و ناامیدی می‌تواند تأثیر مثبتی بر مهارت تغییر یا همان انعطاف‌پذیری و همچنین با تکرار این چرخه مثبت بر بهبود حافظه فعال در کودکان مبتلا به افسردگی باشد.

در تفسیر یافته‌های این مطالعه طبق دیدگاه سولیک و همکاران (۲۰۱۵) می‌توان گفت والدینی که هیجان‌ها را به صورت شدید و غیرقابل کنترل تجربه می‌کنند، احتمالاً منابع مقابله‌ای محدودی برای استفاده در شرایط پراسترس دارند.

مثلا والدینی که به هنگام ابراز هیجان‌ات منفی توسط کودکان شان پریشان می‌شوند احتمالاً به جای تمرکز بر روی نیازهای شرایط کودکان شان بر روی ناراحتی خودشان متمرکز هستند، که به نوبه خود این ممکن است باعث مشکلاتی در حمایت از تجارب هیجانی کودکان شود. در واقع در این شرایط این والدین نمی‌توانند به شیوه سازنده از تجربه هیجانی کودکان حمایت کنند و واکنش مناسبی داشته باشند و در عوض بیشتر احتمال دارد که تلاششان را برای کنترل ابرازهای هیجانی منفی کودک‌شان به وسیله تنبیه کردن یا کوچک شماری آن‌ها شدت ببخشند (مارتین و همکاران، ۲۰۱۷). بر این اساس والدین با شرکت در این شیوه مداخلاتی به دلیل اینکه دست از قضاوت‌های منفی در مورد خود و کودک کشیده و به نوعی می‌پذیرند که همزمان با کودک خود برای حل یک مساله مشترک تلاش نمایند، رهبری مستقیمی را با کودک خود برای کاهش علائم موجود دنبال کنند، و به شکلی فعال و حساسیت و توجه خاص با مشکل کودک مواجه می‌شوند، و برای مواجهه با مشکل کودک براساس یک برنامه معین و هدایت شده اقدام می‌کنند (لوبی و همکاران، ۲۰۱۸). همگی این عوامل با هم منجر به تعدیل واکنش والد یا والدین نسبت به رفتار و هیجان‌ات کودک شده و به نوعی اعتماد به نفس والد در این برنامه مورد تقویت مجدد قرار گرفته و باعث مدیریت و تعدیل واکنش در والدین می‌شود.

فرض به کارگیری درمان تعاملی والد-کودک در پژوهش حاضر این بود که بسیاری از مشکلات عاطفی-رفتاری کودکان در تعاملات منفی والد-کودک ریشه دارد. رفتارهای منفی والدین (مانند فریاد زدن و تهدید کردن)، رفتارهای منفی کودک (مانند ناتوانی در بازداری و یا مهار هیجانی) را تقویت می‌کند که این مسأله رفتارهای والدین را بدتر کرده و ممکن است منجر به افزایش رفتارهای مشکل‌ساز خلقی و اضطرابی در کودک شود. درمان تعاملی والد-کودک هیجان‌محور با تقویت تعاملات مثبت و آموزش ثبات هیجانی در والدین و کاربرد تکنیک‌های غیرخوشونت‌آمیز توانست تعامل منفی بین والد کودک را از بین ببرد. درمان تعاملی والد-کودک، در این مطالعه نشان داد والدین مهارت‌هایی برای ایجاد روابط امن و در جهت رشد کودکان فرا می‌گیرند. در این برنامه درمانی والدین یاد می‌گیرند سبک‌های والدینی مؤثرتری که منطبق با نیازهای کودکان است را به کار برده و به رفتارهای سازگارانه کودک توجه

کارکردهای اجرایی می‌توان به کار برد. در واقع اثربخشی درمان تعاملی والد-کودک در این مطالعه نیاز کودکان دارای مشکل افسردگی و والدین آن‌ها را به این گونه آموزش‌های روان درمانی تأیید می‌کند. از جمله محدودیت‌های این پژوهش محدود نمودن نمونه به جنس مذکر و نداشتن دوره پیگیری بود. همچنین، از ابزارهای خودگزارشی برای گردآوری داده‌ها استفاده شد که می‌تواند موجب سوگیری در پاسخ‌دهی آزمودنی‌ها شود. با توجه به اثربخشی این برنامه بر بهبود کارکردهای اجرایی کودکان پیشنهاد می‌شود به والدین کودکانی که از ضعف کارکردهای اجرایی در کودکانشان رنج می‌برند آموزش داده شود تا بتوانند در جهت غلبه کودک بر این ضعف نایل شوند. همچنین درمانگرانی که در حوزه کودک و فرزندپروری فعال هستند پیشنهاد می‌شود در کنار سایر تکنیک‌های درمانی و آموزشی در بهبود کارکردهای اجرایی از این روش نیز بهره‌گیرند. این روش درمانی می‌تواند در بهبود اختلالاتی که ضعف در کارکردهای اجرایی وجود دارد نظیر اوتیسم، اختلالات یادگیری، اختلالات خلقی، اختلال نقص توجه و بیش‌فعالی، اختلال نافرمانی مقابله‌جویانه موثر واقع شود.

کرده و رفتارهای ناسازگارانه وی را نادیده بگیرند. در مقابل کودکان نیز به این تعاملات به صورت سالم‌تری پاسخ می‌دهند. و به این ترتیب روابط والدین و کودکان بهتر شده و مشکلات کمتری تجربه می‌کنند. نکته مورد توجه یافته‌های پژوهش حاضر که بر دانش مطالعات قبلی افزوده است بهبود کارکردهای اجرایی در کودکان افسرده بود. بیشتر مطالعات قبلی بر درمان‌های عصبی-شناختی و یا رفتاری-شناختی بر کارکردهای اجرایی در کودکان تأکید شده و مطالعه حاضر این نکته را مورد تأیید قرار می‌دهد که کارکردهای اجرایی و حوزه‌های مربوط به حافظه و یادگیری می‌تواند با تعامل والدین و کودکان بهبود یابد و از این طریق مشکلات کودکان برای والدین بهتر شناخته می‌شوند و همچنین روابط هیجانی کودک-والد نیز بهبود پیدا می‌کند که دستاورد درمانی مهمی است و این مدل درمانی می‌تواند به حوزه‌های دیگر که والدین و کودکان مشکلاتی دارند (از جمله مشکلات خلقی دیگر مانند اضطراب، استرس، احساس تهیایی و ...) نیز تعمیم پیدا کند و مورد استفاده قرار گیرد. درمان تعاملی والد-کودک به عنوان یک رویکرد آموزشی-درمانی برای والدین و کودکان جهت بهبود


منابع

- Ashuri, N., & Ghafouri, M. (2018). Effectiveness of parent-child interaction therapy for children's anxiety and shyness. *International Conference on Clinical Psychology: Assessment, Diagnoses & Treatment*, Tehran, <https://civilica.com/doc/1115348> [Persian].
- Barch, D. M., Gaffrey, M. S., Botteron, K. N., Belden, A. C., & Luby, J. L. (2012). Functional brain activation to emotionally valenced faces in school-aged children with a history of preschool-onset major depression. *Biological psychiatry*, 72(12), 1035-1042.
- Barch, D. M., Harms, M. P., Tillman, R., Hawkey, E., & Luby, J. L. (2019). Early childhood depression, emotion regulation, episodic memory, and hippocampal development. *Journal of abnormal psychology*, 128(1), 81.
- Blair, C., Raver, C. C., & Berry, D. J. (2014). Two approaches to estimating the effect of parenting on the development of executive function in early childhood. *Developmental psychology*, 50(2), 554.
- Donohue, M. R., Whalen, D. J., Gilbert, K. E., Hennefield, L., Barch, D. M., & Luby, J. (2019). Preschool depression: A diagnostic reality. *Current psychiatry reports*, 21(12), 1-8.
- Eizadifard, R., Sobhi Gharamaleki, N., & Arjmandnia, A. A. (2017). Effectiveness of parent-child interaction therapy on improving sustained attention in students. *Journal of School Psychology*, 6(1), 7-25. [Persian].
- Fatima, S., Sheikh, H., & Ardila, A. (2016). Association of parent-child relationships and executive functioning in South Asian adolescents. *Neuropsychology*, 30(1), 65.
- Gaffrey, M. S., Luby, J. L., & Barch, D. M. (2013). Towards the study of functional brain development in depression: an interactive specialization approach. *Neurobiology of disease*, 52, 38-48.
- Gaffrey, M. S., Tillman, R., Barch, D. M., & Luby, J. L. (2018). Continuity and stability of preschool depression from

- childhood through adolescence and following the onset of puberty. *Comprehensive psychiatry*, 86, 39-46.
- Gioia, G. A., Isquith, P. K., Retzlaff, P. D., & Espy, K. A. (2002). Confirmatory Factor Analysis of the Behavior Rating Inventory of Executive Function (BRIEF) in a Clinical Sample, *Child Neuropsychology*, 8:4, 249-257.
- Golestani Fard, M., Nikoogoftar, M., & Shams Esfandabad, H. (2016). A Comparison of Executive Functions and Memory in Bilingual and Mono lingual Students. *Social Cognition*, 5(1), 52-67. [Persian].
- Gottman, J. M., Katz, L. F., & Hooven, C. (1996). Parental meta-emotion philosophy and the emotional life of families: Theoretical models and preliminary data. *Journal of family psychology*, 10(3), 243.
- Graziano, P. A., Ros-Demarize, R., & Hare, M. M. (2020). Condensing parent training: A randomized trial comparing the efficacy of a briefer, more intensive version of Parent-Child Interaction Therapy (I-PCIT). *Journal of consulting and clinical psychology*, 88(7), 669.
- Hankin, B. L., Young, J. F., Gallop, R., & Garber, J. (2018). Cognitive and interpersonal vulnerabilities to adolescent depression: classification of risk profiles for a personalized prevention approach. *Journal of abnormal child psychology*, 46(7), 1521-1533.
- Hopkins, J., Lavigne, J. V., Gouze, K. R., LeBailly, S. A., & Bryant, F. B. (2013). Multi-domain models of risk factors for depression and anxiety symptoms in preschoolers: Evidence for common and specific factors. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 41(5), 705-722.
- Johnston, C. (2011). Mothers' predictions of their son's executive functioning skills: Relations to child behavior problems. *Child Psychiatry & Human Development*, 42(4), 482-494.
- Kadivar, P., Sarami, G., & Ashari, Z. (2018). The Test of Structural Model of Relations among Conscience and Mother-Child Interaction in Pre-School Children: To Investigate the Meditative Role of The Effortful Control. *Social Cognition*, 7(2), 9-26. [Persian].
- Karimi, E., & DashtBozorgi, Z. (2020). Effectiveness of Parent-Child Interaction Group Training on Behavioral Problems and Mother-Child Relationship in Mentally Retarded Children. *Iranian Journal of Psychiatric Nursing*, 7 (5) :36-43. [Persian].
- Katz, S. J., Conway, C. C., Hammen, C. L., Brennan, P. A., & Najman, J. M. (2011). Childhood social withdrawal, interpersonal impairment, and young adult depression: a mediational model. *Journal of abnormal child psychology*, 39(8), 1227-1238.
- Keshavarz Afshar, H., Hodhodi, Z., & Alinejad, T. (2019). The Role of Self-Esteem, Parenting Styles and Family Cohesion and Flexibility in Predicting Female Students' Depression. *Journal of School Psychology*, 8(1), 149-172. [Persian].
- Luby, J. L., Barch, D. M., Whalen, D., Tillman, R., & Freedland, K. E. (2018). A randomized controlled trial of parent-child psychotherapy targeting emotion development for early childhood depression. *American Journal of Psychiatry*, 175(11), 1102-1110.
- Luby, J. L., Belden, A. C., Pautsch, J., Si, X., & Spitznagel, E. (2009). The clinical significance of preschool depression: impairment in functioning and clinical markers of the disorder. *Journal of affective disorders*, 112(1-3), 111-119.
- Luby, J. L., Gilbert, K., Whalen, D., Tillman, R., & Barch, D. M. (2020). The differential contribution of the components of parent-child interaction therapy emotion development for treatment of preschool depression. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 59(7), 868-879.
- Luby, J. L., Heffelfinger, A. L., Koenig-McNaught, K.B., Spitznagel, E. (2004). The Preschool Feelings Checklist: A Brief and Sensitive Screening Measure for Depression in Young Children,

- Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, Volume 43(6), 708-717.
- Luby, J., Lenze, S., & Tillman, R. (2012). A novel early intervention for preschool depression: Findings from a pilot randomized controlled trial. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 53(3), 313-322.
- Martin, D. M., McClintock, S. M., Forster, J. J., Lo, T. Y., & Loo, C. K. (2017). Cognitive enhancing effects of rTMS administered to the prefrontal cortex in patients with depression: A systematic review and meta-analysis of individual task effects. *Depression and anxiety*, 34(11), 1029-1039.
- Mash, P. (2019). *Symptoms of Depression and Stressors in Law Enforcement* (Doctoral dissertation, Walden University).
- Mashhadi, A., Rasoulzadeh Tabatabaie, K., Azad fallah, P., & Soltanifar, A. (2010). Planning and Organizing Abilities in Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD). *Foundations of Education*, 11(1), 151-170. [Persian].
- Medicine, N. A. O. (2015). Enabling discovery, development and translation of treatments for cognitive dysfunction in depression In Bain L & Stroud C (Eds.), *Forum on Neuroscience and Nervous System Disorders*. Washington, DC: The National Academies of Sciences, Engineering and Medicine.
- Motamed Yeganeh, N., Afrooz, G., Shokoohi Yekta, M., Arjmandnia, A. A., Weber, R. (2020). The Effectiveness of Parent based Metacognitive Executive Functions Training on Behavioral Symptoms and Cognitive Functions of Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD). *Journal of Child Mental Health*, 7 (3), 142-154. [Persian].
- Niec, L. N., Barnett, M. L., Prewett, M. S., & Shanley Chatham, J. R. (2016). Group parent-child interaction therapy: A randomized control trial for the treatment of conduct problems in young children. *Journal of consulting and clinical psychology*, 84(8), 682.
- Parladé, M. V., Weinstein, A., Garcia, D., Rowley, A. M., Ginn, N. C., & Jent, J. F. (2020). Parent-Child Interaction Therapy for children with autism spectrum disorder and a matched case-control sample. *Autism*, 24(1), 160-176.
- Pinquart, M. (2017). Associations of parenting dimensions and styles with internalizing symptoms in children and adolescents: A meta-analysis. *Marriage & Family Review*, 53(7), 613-640.
- Quinn, N., Knifton, L., Goldie, I., Van Bortel, T., Dowds, J., Lasalvia, A., ... & Thornicroft, G. (2014). Nature and impact of European anti-stigma depression programs. *Health Promotion International*, 29(3), 403-413.
- Rohrig, S. N. (2019). Feasibility and Efficacy of Parent-Child Interaction Therapy Enhanced with Emotion Regulation Training for Dysregulated Parents (Doctoral dissertation, Hofstra University).
- Sahragard, M., Alipour, A., Zaree, H., & Roshan, R. (2020). Investigation the effectiveness of Powell's cognitive rehabilitation in improving executive functions, memory, and attention to veterans with post-traumatic stress disorder. *Neuropsychology*, 6(2), 9-26. [Persian].
- Schworer, E., Fidler, D. J., Lunkenheimer, E., & Daunhauer, L. A. (2019). Parenting behaviour and executive function in children with Down syndrome. *Journal of Intellectual Disability Research*, 63(4), 298-312.
- Shaffer, A., & Obradović, J. (2017). Unique contributions of emotion regulation and executive functions in predicting the quality of parent-child interaction behaviors. *Journal of Family Psychology*, 31(2), 150.
- Snyder, H. R., & Hankin, B. L. (2016). Spiraling out of control: Stress generation and subsequent rumination mediate the link between poorer cognitive control and internalizing psychopathology. *Clinical Psychological Science*, 4(6), 1047-1064.

- Sulik, M. J., Blair, C., Mills-Koonce, R., Berry, D., Greenberg, M., Family Life Project Investigators, ... & Willoughby, M. T. (2015). Early parenting and the development of externalizing behavior problems: Longitudinal mediation through children's executive function. *Child development, 86*(5), 1588-1603.
- Taghizadeh, H., Soltani, A., Manzar Tavakoli, H., & ZaynDin Meymand, Z. (2018). The Role of Executive Function, Working Memory and Response Inhibition with Mental Competence Theory of Mind in Children 7 to 12 Years of Primary School. *Social Cognition, 6*(2), 125-142. [Persian].
- Yu, S. H., Tseng, C. Y., & Lin, W. L. (2020). A neurofeedback protocol for executive function to reduce depression and rumination: a controlled study. *Clinical Psychopharmacology and Neuroscience, 18*(3), 375.
- Zetsche, U., De Avanzato, C., & Joormann, J. (2012). Depression and rumination: Relation to components of inhibition. *Cognition & emotion, 26*(4), 758-767.

	<p>COPYRIGHTS © 2022 by the authors. Licenses PNU, Tehran, Iran. This article is an open access article distributed under the terms and conditions of the Creative Commons Attribution 4.0 International (CC BY4.0) (http://creativecommons.org/licenses/by/4.0)</p>
---	--