



اختلال طیف اتیسم و سلامت روانی خانواده: مروری بر درمان خانواده محور مبتنی بر مدل DIR

شهربانو عالی

استادیار گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه فردوسی، مشهد، ایران

چکیده

زمینه مساله: افزایش شیوع اختلال طیف اتیسم در سالهای اخیر نگران کننده می باشد. از این رو جستجو و طراحی رویکردهای جدید درمانی امری ضروری است. هدف: با توجه به ارتباط دوسویه بین سلامت روانی کودک و خانواده، براساس رویکرد DIR، درمانی خانواده محور طراحی شده و مورد سنجش قرار گرفته است. لذا هدف اصلی این مطالعه، مروری بر وضعیت سلامت روان خانواده‌های دارای کودک اتیسم، درمان DIR و درمان خانواده محور مبتنی بر این رویکرد می باشد. روش: این پژوهش یک مطالعه مروری است و اطلاعات با مطالعه مقالات، کتاب‌ها و رساله‌های مرتبط با این موضوع جمع آوری شده است. یافته‌ها: خانواده‌های دارای کودک اتیسم در حیطه‌های مختلف سلامت روان دشواریهایی را تجربه می کنند. در خصوص درمانها نیز تاکنون پژوهشها اثر بخشی بازی درمانی DIR را در بهبود این کودکان تأیید نموده‌اند. همچنین بر اساس پژوهشهای موجود درمانهای خانواده محور با هدف توانمندسازی و فعال نمودن خانواده‌ها موجب افزایش اثربخشی درمان‌ها می شوند. همسو با این یافته‌ها درمان خانواده محور DIR توسط عالی و همکاران (۱۳۹۳) طراحی شده است و براساس یافته‌ها اثربخشی بالایی دارد و ابزاری نیز که در این راستا طراحی شده است از ویژگیهای روانسنجی مطلوبی برای استفاده در مطالعات خانواده برخوردار است. نتیجه‌گیری: ابزار سنجش کاربرد تحولی خانواده ابزار معتبری در سنجش عملکرد خانواده است و درمان خانواده محور DIR می تواند اثربخشی بازی درمانی فلور تایم را افزایش دهد و به منظور بهبود وضعیت کودکان اتیسم و ارتقاء سلامت روان خانواده‌هایشان مورد استفاده قرار بگیرد.

واژگان کلیدی: اختلال طیف اتیسم، سلامت روانی خانواده، درمان خانواده محور مبتنی بر مدل DIR

مقدمه

اختلال طیف اتیسم (ASD) از جمله بیماریهای پیچیده کودکان است که به شدت سلامت روان کودک و خانواده را تحت تأثیر قرار می دهد. این اختلال با ماهیتی فراگیر در مراحل اولیه رشد ظاهر شده و مشکلات رفتاری و کارکردی عمیقی را به همراه دارد. دشواری‌های شناختی، خلق و خوی آشفتگی و تحریک پذیر، فقدان توانایی خودمراقبتی، مشکلات گفتاری، ناتوانی‌های یادگیری و نیاز به مراقبت برای تمام عمر نه تنها بر کودک مبتلا به این اختلال بلکه بر تمام اعضای خانواده به عنوان یک واحد تأثیر می گذارد. افزایش شیوع این اختلال در سالهای اخیر بسیار چشمگیر بوده است. در حالیکه طرح‌های درمانی محدودی برای کمک به این کودکان و خانواده‌هایشان وجود دارد (سولومون و چانگ ۲۰۱۲).

درمان‌هایی که تا کنون برای اتیسم معرفی شده‌اند اشکال مختلفی دارند در این راستا پژوهش گوین - کاجل، مایرز و مکینتاش (۲۰۰۷) برای کاهش نشانه‌های اتیسم روش‌های درمانی متفاوتی را معرفی کرده است که اغلب مبتنی بر رویکرد رفتاری در درمان اختلالات کودکان است که بر مبنای یادگیری و شرطی سازی عامل می باشد (دیون و مارتینی، ۲۰۱۱). رویکردهای رفتاری در خصوص اختلال اتیسم به تغییر الگوهای رفتاری پرداخته و معتقدند این کودکان قادر به کسب توانایی سطوح بالاتر نظیر تعامل متقابل هیجانی، درک احساسات دیگران و همدلی نیستند این درحالی است که چالش عمده این کودکان اختلال در روابط هیجانی است (پاجاریا و نوپمانیجومروسلرز، ۲۰۱۱). بنا به گفته گرینسپن (۲۰۰۵) با اینکه رویکردهای رفتاری سهم مهمی در آموزش این کودکان دارند اما می توانیم از اصلاح رفتار فراتر برویم و به فرایندهای تحولی زیر بنایی که تحول سالم کودک را به شدت دچار مشکل می نماید، بپردازیم (گرینسپن و ویدرز، ۲۰۰۷). مدل درمانی گرینسپن در درمان اختلالات تحولی کودکان به ویژه اختلال ASD

رویکرد جدیدی است که بر نارسایی‌های تحولی محوری به منظور ایجاد توانمندی‌های کارکردی پایه تأکید دارد. در الگوی گرینسپن و همکاران (۲۰۰۶) که با عنوان رویکرد تحولی، تفاوت‌های فردی مبتنی بر ارتباط (DIR)^۱ شناخته می‌شود سه مؤلفه بنیادین شامل سطح تحول هیجانی - کارکردی (D)، تفاوت‌های فردی (I) و ارتباط (R) از ابتدای تولد سلامت روانی کودکان را تعیین می‌کند. در این دیدگاه اعتقاد بر این است که سیستم عصبی انسان در درون روابط هیجانی با انسان‌ها به قابلیت‌های پایه‌ی تحولی دست می‌یابد. این قابلیت‌ها یا سطوح تحولی عبارتند از: سطح اول: خودتنظیمی و توجه مشترک (تولد تا ۳ ماهگی)، سطح دوم: جذب شدن در روابط و دلبستگی‌ها (۳ تا ۵ ماهگی)، سطح سوم: علامت دهی و مبادله عاطفی ارادی (۵ تا ۹ ماهگی)، سطح چهارم: حلقه‌های طولانی علامت دهی هیجانی و حل مسئله اجتماعی مشترک (حدود ۹ تا ۱۸ ماهگی)، سطح پنجم: ایجاد و به کار بستن ایده‌ها (حدود ۳۰ ماهگی)، سطح ششم: پل زدن بین دو یا چند ایده (حدود ۴۲ تا ۴۸ ماهگی). کودکان باید برای دستیابی به سلامت روان، این سطوح را به طور متوالی پشت سر بگذارند؛ هر یک از این توانمندی‌های تحولی بر سطوح ماقبل خود بنا می‌شوند (دیون و مارتینی، ۲۰۱۱). اختلالات به خاطر عدم دستیابی و تسلط در قابلیت‌های پایه‌ی تحولی است و تحت تأثیر ویژگی‌های زیستی کودک و نیز کیفیت تعاملات و روابط هیجانی ایجاد می‌شوند. بنابراین در این رویکرد همزمان با رشد همه جانبه انسان هیجانها پایه تحول بوده و سایر توانمندیها را مدیریت می‌کنند و روابط هیجانی بین فردی نقش مهمی در تحول و یادگیری کودکان ایفا می‌نمایند (گرینسپن و ویدر، ۲۰۰۷).

بنا به گفته گرینسپن و ویدر (۲۰۰۷) از آنجا که هیجانها به تجربه‌های ما معنا و جهت می‌دهند به ما کمک می‌کنند تا رفتارمان را در راستای حل مسائل جدید سازمان دهی کنیم. در این رویکرد اعتقاد بر این است که یکپارچگی و رشد مغز کودکان در خلال روابط درمانی مبتنی بر هیجان رخ می‌دهد. رویکرد DIR برای اختلالات تحولی کودکان به ویژه اختلال طیف اتیسم یک برنامه منظم بازی درمانی کودک محور است که در قالب آن والدین تشویق می‌شوند که بسته به سطح توانمندی کودک روزانه حداقل نیم ساعت یا بیشتر با فرزند خود براساس رویکرد DIR بازی نمایند. بازی درمانی DIR فلور تایم Floortime یا زمان بازی نام دارد. درمانگر اصول بازی را به والدین آموزش می‌دهد و سپس هنگامی که والدین با کودک خود بازی می‌کنند آنها را مشاهده نموده و براساس چالش‌های موجود تعاملی، آموزش را ادامه می‌دهد (عالی و امین یزدی، ۱۳۹۵).

بسیاری از کودکان مبتلا به ASD که با این روش تحت درمان قرار گرفته‌اند بر توانمندی‌هایی که پیش از این تصور می‌شد این کودکان نمی‌توانند آنها را کسب نمایند، مسلط شده‌اند و توانسته‌اند با خانواده و همسالان روابط گرم و صمیمی برقرار نمایند. بنابراین، تفاوت عمده‌ی مدل تحول یکپارچه‌ی انسان با مدل‌های رفتاری این است که این رویکرد تحولی است و طرفداران آن بر این باورند که تمام قابلیت‌های انسان به صورت یکپارچه تحول می‌یابند و در این میان تأکید ویژه‌ای بر روابط عاطفی میان فردی داشته و هیجان را رهبر تیم ذهن انسان می‌دانند و از وجوه تمایز دیگر این نظریه تأکید بر منحصر به فرد بودن هر کودک و روشهای فردی دریافت حسی و پردازش اطلاعات توسط کودکان است (ین و همکاران، ۲۰۰۸). بدیهی است که اجرای چنین برنامه درمانی نیازمند والدینی بسیار شاداب و با انگیزه است که بتوانند وقت زیادی را به تعامل هیجانی مثبت با کودک خود بگذرانند. درحالی که آمارها درخصوص وضعیت سلامت روانی والدین کودکان مبتلا به ASD امیدوارکننده نمی‌باشد و استرس پایداری که داشتن فرزند مبتلا به اتیسم بر والدین تحمیل می‌کند در بسیاری موارد ادراک مراقبان از فرزندپروری را تغییر داده و موجب می‌شود نسبت به آینده خود و فرزندشان چندان خوش بین نباشند. براساس یافته‌های گائو و همکاران (۲۰۱۲) مادران دارای فرزند ASD در مقایسه با سایر مادران از کیفیت زندگی پایین‌تری برخوردار می‌باشند. والدین این کودکان عواطف مثبت محدود و در مقابل، تنش‌های زناشویی بسیاری را تجربه می‌کنند. به نظر می‌رسد که علاوه بر تأثیر اختلال اتیسم بر کاهش خودکارآمدی و افزایش استرس فرزندپروری، پرورش کودک مبتلا به ASD در کاهش رفاه کلی والدین و افزایش نگرانی‌های سلامت روانی آنها نیز مؤثر است (گائو و همکاران، ۲۰۱۲). پژوهشگران در مقایسه با والدین کودکانی که تحول عادی دارند و همچنین والدین کودکانی که مبتلا به ناتوانی‌های تحولی دیگر هستند، سطح بالای مشکلات سلامت روانی، به ویژه افسردگی و اضطراب را در والدین کودکان مبتلا به ASD شناسایی کرده‌اند. گائو و همکاران در مطالعه‌ای گسترده نشان دادند که والدین کودکان مبتلا به ASD در مقایسه با والدین کودکانی که ناتوانی‌های تحولی ندارند، نشانه‌هایی از سواس فکری - عملی، حساسیت بین فردی، خصومت، صفات اسکیزوئید و پارانوئید را بروز می‌دهند. همچنین در زمینه‌ی درک نیازهای ویژه‌ی برادر یا خواهر، مبتلا به ASD، سطح انتظار بالایی که والدین از کودکان دارای تحول سالم دارند، سبب می‌شود؛ این کودکان سرزنش‌های والدین را درونی کنند. علاوه بر بار هیجانی مراقبت از فرزند اوتیستیک، خانواده‌های این کودکان معمولاً با مقتضیات بسیاری مواجه می‌شوند. این مقتضیات عبارتند از فشارهای زمانی، بار مالی درخور توجه، لزوم تهیه و حفظ وسایل کمک آموزشی برای کودک، سرمایه گذاری بیشتر برای مراقبت‌های بهداشتی، افزایش ضرورت‌های فرزندپروری، نیاز به حمایت مداوم از فرزند و فرصت‌های کمتر برای کار (موریسون و همکاران، ۲۰۰۹). براساس گزارش والدین این کودکان آنها گاهی احساس می‌کنند بیش از توانشان

استرس تحمل می‌کنند بنابراین می‌توان گفت حضور کودکی دشوار در خانواده میزان استرس درون خانواده را به شدت افزایش می‌دهد و فراتر از والدین، کل سیستم خانواده را تحت تأثیر قرار می‌دهد. از این رو خانواده‌های این کودکان دشواریهای بسیاری را در حیطه‌های مختلف سلامت روان تجربه می‌کنند و درمانهایی که فقط بر کودکان متمرکز هستند و به مشکلات هیجانی و مسائل ارتباطی والدین توجهی ندارند همانطور که بروبست، کلاپتن و هندریک (۲۰۰۹) نیز گفته‌اند می‌تواند یکی از عوامل مؤثر بر کاهش اثربخشی درمانها و افزایش معنادار استرس والدین باشد. بنابراین رویکرد درمانی DIR تمام جنبه‌های حسی-تنظیمی، شناختی، رفتاری و هیجانی اختلال اتیسم را در قالبی یکپارچه قرار می‌دهد و همزمان بر تمام این جنبه‌ها متمرکز است تا بتواند به گونه‌ای بنیادین به تحول کودک کمک نماید. محور این درمان، فلور تایم است و پژوهش‌هایی نیز اثر بخشی آن را تأیید نموده‌اند. اما با توجه به تأثیر نامطلوب بسیاری که این اختلال بر سیستم خانواده دارد، عالی و همکاران (۱۳۹۳) بر اساس این رویکرد، درمان خانواده محور DIR را طراحی نموده و اثر بخشی آن را بر کودک و خانواده بررسی کردند. هدف این مقاله مروری بر درمانهای خانواده محور به ویژه درمان خانواده محور مبتنی بر رویکرد DIR و معرفی آن به جامعه علمی، پژوهشگران و درمانگران در حیطه اختلالات کودکان می‌باشد.

روش

در این مطالعه از مقالات، کتاب‌ها و پایان نامه‌ها موجود به زبانهای فارسی و انگلیسی که بین سالهای ۱۹۸۰ تا ۲۰۱۷ چاپ شده بودند و یا به صورت الکترونیک در پایگاههای اطلاعاتی منتشر شدند، استفاده شد. در مجموع در خصوص موضوع پژوهش ۴۵۰ عنوان کتاب و مقاله توسط نویسنده بررسی و مطالعه شده است.

بحث

اختلال طیف اتیسم از بیماریهای شایع کودکان است که خستگی والدین و افزایش اضطراب، استرس، افسردگی و فقدان لذت را به همراه دارد به نحوی که این عوامل موجب کاهش پاسخگویی والدین و همراهی با کودک در طول بازی درمانی‌ها می‌شود و کاهش تعامل اجتماعی و درآمیختگی عاطفی والدین با کودک سبب تأخیر در تحول زبان و توجه مشترک خواهد شد. بنابراین بهداشت روانی خانواده از یکسو متأثر از مشکلات کودک و از سوی دیگر متأثر از اضطراب و افسردگی والدین است. به طوری که می‌توان گفت ارتباط بین کودک و کارکرد خانواده دوسویه است. از این رو بدون تمرکز بر خانواده و آموزش والدین و اعضای آن، انرژی، زمان و منابع مقابله خانواده به طور فزاینده‌ای کاهش می‌یابند. رویکرد خانواده محور به درمانها از دهه ۵۰ میلادی زمانی که کارل راجرز رویکرد مراجع محور را معرفی نمود و برای اولین بار در درمان ناتوانیهای کودکان مورد استفاده قرار داد مطرح شده است. بیرت و شرز نیز شیوه‌ای از خدمات خانواده محور را با این هدف ارائه نمودند. به نحوی که اواخر ۱۹۷۰ نتایج پژوهشهایی که متمرکز بر اختلالات کودکان بودند موثرترین خدمات را خدماتی می‌دانستند که به صورت خانواده محور ارائه شوند و پس از این زمان خانواده‌ها به طور جدی‌تری درگیر فرایند درمان فرزندان شان شدند (دالوند، رصافیانی و باقری، ۱۳۹۷). درمان خانواده محور که بر اساس تئوری سیستمی خانواده بنا شده است از دو اصل زیر بنایی توانمندسازی و یاری رسانی تبعیت می‌کند. توانمندسازی خانواده‌ها موجب افزایش اعتماد به نفس، توانایی دستیابی به هدف و داشتن احساس کنترل بر زندگی و فرایندهای تغییر و احساس امیدواری به آینده می‌شود (رجوع کنید به عالی و همکاران، ۱۳۹۴).

بررسی دانست و همکاران (۲۰۰۶) در پژوهشی فراتحلیل روی ۱۸ تحقیق خانواده محور نشان داد که این شیوه درمان موجب احساس خودکارآمدی والدین می‌شود همچنین بنا به گفته دانست (۲۰۰۷) والدین پس از دوره درمان خانواده محور قضاوت مثبت‌تری در مورد توانمندیهای فرزند خود دارند و دلیل این یافته را توجه ویژه مداخلات خانواده محور به نقاط قوت و توانمندیهای کودک و خانواده و نیز مشارکت دادن والدین می‌دانست. این محققین همچنین در سال ۲۰۰۷ نیز پژوهش فراتحلیل دیگری انجام دادند که بر اساس نتایج آن درمانهای خانواده محور از طریق ارتقاء خودکارآمدی والدین موجب بهبود وضعیت سلامت روان کودکان می‌شوند. مداخلات خانواده محور اکنون به صورت گسترده در انواع مختلفی از برنامه‌های درمانی به خصوص برای کودکان با نیازهای ویژه به کار می‌روند. و مستندات موجود که شامل پژوهشهای مقطعی، کار آزمایشی بالینی و مطالعات مروری است اثربخشی رویکرد خانواده محور را برای کودکان، والدین و خانواده‌ها تأیید می‌نماید در این گروه از درمانها خانواده‌ها احساس نمودند که خدماتی که دریافت کردند متناسب با نیازها، الویتها و اهدافشان است (دالوند و همکاران، ۱۳۹۷).

بر اساس پژوهش‌های انجام شده درمان اختلالات کودکان مبتنی بر رویکرد DIR که همان بازی درمانی فلور تایم است. نوعی تعامل هیجانی والدین - کودک را با محور قرار دادن تفاوت‌های فردی کودک و سطح تحول هیجانی او هدف قرار می‌دهد. در فرایند این درمان که در واقع نوعی

آموزش تعامل متناسب با مفروضه‌های این رویکرد به والدین است امکان دارد والدین در جذب فرزندشان در هریک از سطوح تحول، چالش‌های کلی داشته و یا در مواجهه با یک موضوع یا هیجان خاص مثل خشم، صمیمیت، رقابت در یک یا چند سطح، مشکل داشته باشند. درمانگر سعی می‌کند؛ به والدین کمک کند تا بفهمند که در کجای روابطشان با کودک دچار مشکل هستند و با ترس‌ها و اضطراب‌های آنها همدلی می‌نماید. به والدین کمک می‌کند تا نه تنها در جلسه‌های فلورتایم روزانه جذب شوند، بلکه در تمام روابطشان با کودک، فلسفه‌ی فلورتایم را برقرار نمایند. در مواردی که تفاوت‌های فردی یک کودک، مثل بیش حساسیتی به صدا یا لمس یا گرایش کودک به تخلیه‌ی حرکتی، کار را برای والدین دشوار نموده و نمی‌توانند کودک را جذب نمایند، جلسات مشاوره با والدین می‌تواند به آنها کمک کند تا ویژگی‌های حسی و حرکتی کودک را درک و بدون تحریف آنها را بپذیرند. این روش درمانی بسیار مؤثر بوده و اثربخشی آن در پژوهش‌های بسیاری مورد تأیید قرار گرفته است (رجوع کنید به عالی و همکاران، ۱۳۹۴). اما با توجه به اثر نامطلوب این اختلال بر کل نظام خانواده عالی و همکاران ۱۳۹۳ روش درمان خانواده محور ترکیبی را مبتنی بر این رویکرد طراحی نمودند که در این درمان فراتر از آموزش والدین، پویایی‌های درون خانواده به عنوان یک واحد نظام یافته هدف درمان قرار می‌گیرد. یک متخصص بالینی که با کودک ASD کار می‌کند، ممکن است متوجه شود که هر کدام از والدین واکنش شدیدی به ناتوانی‌های فرزندشان دارند، دشواری‌های کودک و نحوه‌ی برخورد والدین با آنها بر روابط و پویایی‌های خانواده اثر عمیقی خواهد داشت. کشف و نمایان ساختن احساس‌های والدین و الگوهای پاسخ دهی آنها بخش مهمی از روند درمان خانواده -محور مبتنی بر DIR می‌باشد. از منظر گرینسپن تحول سالم کودک نیازمند محیط خانوادگی رشدیافته‌ای است که دستیابی کودک به توانمندیهای تحولی پایه را تسهیل نماید در این درمان خانواده به عنوان یک واحد کل و نظام یافته در فرایند درمان دخیل است و توانمندیهایی که هدف درمان خانواده می‌باشند شامل توجه و تنظیم، صمیمیت، ارتباط متقابل دوسویه، حل مسئله‌ی اجتماعی، ایجاد بازنمایی‌ها یا ایده‌ها، تفکر منطقی و انضباط می‌باشند. در درمان خانواده -محور مبتنی بر DIR دستیابی خانواده به سطوح تحولی فوق هدف اصلی درمان می‌باشد. در جلسات درمان، رویکرد DIR شامل (فرایند تحول هیجانی -کارکردی، تفاوت‌های فردی حسی -تنظیمی و نقش ارتباط) معرفی می‌شود، پس از آن آشنایی با اختلال ASD و ویژگی‌های این اختلال از منظر این رویکرد اصلاح نگرش‌ها و باورها در مورد این اختلال تبیین نحوه‌ی اثر گذاری پویایی‌های درون خانواده بر مشکلات کودک و آموزش الگوی ارتباطی خانواده هدف قرار می‌گیرد که شامل: تأکید بر تعاملات آرام و تنظیم یافته، برانگیختن حس مشترک صمیمیت میان اعضاء، بررسی و اصلاح اشارات عاطفی و نحوه‌ی پاسخگویی مطلوب به آنها، تأکید بر اهمیت حمایت از ابراز طیف گسترده‌ای از احساس‌ها و عواطف در قالب گفتگو، تفکر منطقی و واقع گرایانه، انتظارات واقع بینانه، تفاهم و مشارکت همه‌ی اعضاء در تعیین قواعد درون خانواده می‌باشد (رجوع کنید به: امین یزدی و عالی، ۱۳۹۵). اثربخشی این رویکرد درمانی در پژوهش‌های عالی و همکاران در سال ۱۳۹۴ تأیید شده است.

به منظور سنجش اثربخشی این درمان نیز عالی و همکاران (۱۳۹۲) ابزاری برای سنجش کارکرد تحولی خانواده طراحی نمودند. براساس پژوهش‌ها و مستندات موجود تا به امروز شیوه‌ها و ابزارهای متفاوتی برای سنجش کارکرد خانواده طراحی شده است. این ابزارها بر مبنای پنج مدل در کارکرد خانواده طراحی شده‌اند. مدل سیستمی بیورژ مشاهده متخصصین و ابزار خود گزارش دهی اعضای خانواده را به منظور سنجش کیفیت تعامل افراد مورد استفاده قرار می‌دهد. مدل مک مستر کارکرد و ساختار سازمانی خانواده را به لحاظ بالینی بررسی می‌کند. مقیاس‌های محیط خانوادگی موس براساس سیستم‌های اجتماعی و اقتصادی جو اجتماعی و کارکرد خانواده را بررسی می‌نماید. مقیاس سنجش خانواده براساس مدل فرایند خانواده تهیه شده است و کارکرد خانواده را از چشم انداز کنترل، پیشرفت کار، عملکرد نقش، تعامل و ارزشهای خانواده می‌سنجد. مدل حلقوی اولسون نیز با استفاده از نظریه سیستم‌های خانواده سه مؤلفه بنیادین دلبستگی عاطفی، انطباق پذیری و تعامل میان افراد را بررسی می‌نماید. مدل‌ها و ابزارهایی که برای سنجش خانواده تهیه شده‌اند هریک از منظری خاص خانواده را می‌نگرند. پرسشنامه عالی و همکاران از منظر رویکرد DIR کارکرد تحولی خانواده را با توجه به سطوح خودتنظیمی و توجه مشترک، جذب شدن در روابط و دلبستگی، علامت دهی و مبادله عاطفی ارادی، حلقه طولانی علامت دهی هیجانی و حل مسئله اجتماعی مشترک، ایجاد و به کارگیری ایده‌ها، پل زدن بین دو یا چند ایده و انضباط بررسی می‌کند و از پایایی و روایی مطلوبی برای شناسایی نقاط قوت و ضعف خانواده‌ها در توانمندیهای تحولی برخوردار است و تا کنون در پژوهش‌های بسیاری مورد استفاده قرار گرفته است (رجوع کنید به: عالی و همکاران، ۱۳۹۲، عالی و همکاران، ۱۳۹۴، کرباسی و همکاران، ۱۳۹۷، و شهابی و همکاران، ۱۳۹۶). بنابراین درمانهای خانواده محور با نگرستن به خانواده به عنوان هسته اصلی مراقبت‌ها می‌توانند موجب افزایش اثر بخشی درمانها باشند با این حال تا کنون پژوهش‌های بسیار محدودی در ایران با این رویکرد انجام شده است. بنا به گفته دالوند و همکاران (۱۳۹۷) از جمله دلایل آن را می‌توان فقدان آگاهی و آموزش کافی در مورد درمانهای خانواده محور و محدود بودن مطالب آموزشی کاربردی در این زمینه دانست از این رو ضرورت دارد تا ابعاد آن در دانشگاهها و مراکز تحقیقاتی توسط صاحبان نظران و پژوهشگران مورد بررسی قرار بگیرد.

منابع

- امین یزدی، سیدامیر و عالی، شهربانو. (۱۳۹۵). شناخت و درمان اتیسم: معرفی رویکرد نوین تحول یکپارچه انسان. مشهد: انتشارات دانشگاه علوم پزشکی.
- دالوند، حمید؛ رصافیانی، مهدی و باقری، حسین. (۱۳۹۷). مروری بر رویکرد خانواده محور. مجله توانبخشی نوین، ۸(۱): ۹-۱.
- شهبابی، مهرنسا؛ امین یزدی، سید امیر؛ مشهدی، علی و حسنی، جعفر. (۱۳۹۶). پیش بینی دشواری در نظم جویی هیجان بر مبنای کارکرد تحولی خانواده، مجله تحقیقات علوم رفتاری، ۱۵(۱)، ۳۵-۴۱.
- کرباسی، سوزان؛ مهریار، امیر هوشنگ و سامانی، سیامک. (۱۳۹۷). ویژگی‌های روانسنجی نسخه والدینی پرسشنامه تشخیصی یانگ. روش‌ها و مدل‌های روانشناختی، ۹(۳۱): ۸۵-۹۶.
- گرینسپن، استانلی و ویدر، سرنا. (۲۰۰۷). بهداشت روانی نوزادان و کودکان: رویکرد یکپارچه انسان به سنجش و درمان. ترجمه سید امیر امین یزدی، شهربانو عالی، سید جواد کریمیان و علی رجایی. مشهد: انتشارات فرا انگیزش.
- عالی، شهربانو؛ امین یزدی، سیدامیر؛ عبدخدایی، محمدسعید؛ غنایی چمن آباد، علی و محرری، فاطمه. (۱۳۹۲). تدوین و اعتباریابی پرسشنامه سنجش کارکرد تحولی خانواده، پژوهش‌های روانشناسی بالینی و مشاوره؛ ۳(۲): ۱۷۶-۱۵۷.
- عالی، شهربانو؛ امین یزدی، سیدامیر؛ عبدخدایی، محمدسعید؛ غنایی چمن آباد، علی و محرری، فاطمه. (۱۳۹۴). کارکرد تحولی خانواده‌های دارای فرزند مبتلا به اختلال طیف اوتیسم در مقایسه با خانواده‌های دارای فرزند سالم. مجله دانشکده علوم پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد، ۵۸(۱)، ۴۱-۳۲.
- عالی، شهربانو؛ امین یزدی، سیدامیر؛ عبدخدایی، محمدسعید؛ غنایی چمن آباد، علی و محرری، فاطمه. (۱۳۹۴). طراحی درمان ترکیبی خانواده محور مبتنی بر مدل تحول یکپارچه‌ی انسان و مقایسه‌ی اثر بخشی آن با بازی درمانی فلور تایم بر کارکرد تحولی خانواده و تحول هیجانی-کارکردی کودکان مبتلا به اختلال طیف اوتیسم. مجله اصول بهداشت روانی، ۹(۲): ۹۷-۸۷.
- عالی، شهربانو؛ امین یزدی، سیدامیر؛ عبدخدایی، محمدسعید؛ غنایی چمن آباد، علی و محرری، فاطمه. (۱۳۹۴). طراحی درمان ترکیبی خانواده-محور مبتنی بر مدل تحول یکپارچه‌ی انسان و مقایسه‌ی اثر بخشی آن با بازی درمانی فلور تایم بر نشانه‌های رفتاری کودکان مبتلا به اختلال طیف اوتیسم و استرس والدگری مادران آن‌ها. مجله دستاوردهای روانشناختی (علوم تربیتی و روانشناختی)، ۲۲(۱): ۴۶-۲۵.
- Aali, S., AminYazdi, S. A., Abdekhodaei, M. S., Moharreri, F., and Ghanaei Chamanabad, A. (2014). The profile of functional emotional development of children with autism spectrum disorders from the perspective of developmental, individual differences (dir), relationship-based approach. *International Journal of Pediatrics*, 2(4.1), 245-256.
- Bowman, R. A., and Baker, J. P. (2014). Screams, Slaps, and Love: The Strange Birth of Applied Behavior Analysis. *Pediatrics*, 133(3), 364-366.
- Brobst, J. B., Clopton, J. R., & Hendrick, S. S. (2009). Parenting children with autism spectrum disorders the couple's relationship. *Focus on Autism and Other Developmental Disabilities*, 24(1), 38-49.
- Dionne, M., and Martini, R. (2011). floortime play with a child with autism: a singlesubject study. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 78(3), 196-203.
- Dunst, C. J., Trivette, C. M., and Hamby, D. W. (2007). Meta-analysis of familycentered helping practices research. *Mental Retardation and Developmental Disabilities*, 13, 370-380.
- Dunst, C. J., Trivette, C. M., and Hamby, D. W. (2007). Meta analysis of family centered helping practices research. *Mental retardation and developmental disabilities research reviews*, 13(4), 370-378.
- Gau, S. S.-F., Chou, M.-C., Chiang, H.-L., Lee, J.-C., Wong, C.-C., Chou, W.-J., and et al. (2012). Parental adjustment, marital relationship, and family function in families of children with autism. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 6(1), 263-270.
- Greenspan, S., and Wieder, S. (2005). Can children with autism master the core deficits and become empathetic, creative and reflective? A ten to fifteen year follow-up of a subgroup of children with autism spectrum disorders (ASD) who received a comprehensive developmental, individual-difference, relationshipbased (DIR) approach. *The Journal of Developmental and Learning Disorders*, 9, 39-61.
- Greenspan, S., and Wieder, S. (2006). *Engaging autism: Using the floortime approach to help children relate, communicate, and think*: Da Capo Press.

- Greenspan, S., and Wieder, S. (2007). *Infant and early childhood mental health: A comprehensive developmental approach to assessment and intervention*: American Psychiatric Pub.
- Morrison, J. Q., Sansosti, F. J., and Hadley, W. M. (2009). Parent Perceptions of the Anticipated Needs and Expectations for Support for Their College-Bound Students with Asperger's Syndrome. *Journal of Postsecondary Education and Disability*, 22(2), 78-87..
- Pajareya, K., and Nopmaneejumruslers, K. (2011). A pilot randomized controlled trial of DIR/Floortime parent training intervention for pre-school children with autistic spectrum disorders. *Autism*, 15(5), 563-577.
- Solomon, A. H., and Chung, B. (2012). Understanding autism: How family therapists can support parents of children with autism spectrum disorders. *Family process*, 51(2), 250-264.
- Yen HY, Tseng CC, Soong WT. (2008). A treatment based on the developmental individual difference, relationship-based model for two preschool children with high-functioning autism: A preliminary report (in Chinese). *Formosa Journal of Mental Health*, 21,221 244.