

Терапия детско-родительских отношений: тренинг детско-родительского взаимодействия Шейлы Эйберг (по материалам зарубежных источников)

Немировская Е.Г.,

магистр психологии, практикующий психолог, ФГБОУ ВО МГППУ Москва, Россия,
jenemir@yandex.ru

Статья по материалам англоязычных источников посвящена одному из методов терапии детско-родительских отношений — тренингу детско-родительского взаимодействия, разработанному доктором Шейлой Эйберг (США). Тренинг предназначен для коррекции поведения дошкольников в возрасте от 2 до 7 лет и снижения уровня родительского стресса. Метод совмещает средства традиционной игровой терапии с инструментами поведенческой детско-родительской терапии. Он состоит из двух этапов — ориентированного на ребенка и ориентированного на родителя. Разработан подробный протокол тренинга — путеводитель терапевта для каждой сессии каждого этапа работы. Количество встреч варьируется от 8 до 12, продолжительность каждого этапа — 5—6 недель. Тренинг распространен среди психологов и исследователей, применяется в работе с проблемными семьями, в том числе в работе с детьми с проблемным поведением, с расстройствами аутистического спектра, с семьями групп риска.

Ключевые слова: детско-родительские отношения, проблемное поведение, дошкольники, терапия детско-родительских отношений, тренинг детско-родительского взаимодействия.

Для цитаты:

Немировская Е.Г. Терапия детско-родительских отношений: тренинг детско-родительского взаимодействия Шейлы Эйберг (по материалам зарубежных источников) [Электронный ресурс] // Современная зарубежная психология. 2017. Том 6. № 2. С. 81—86. doi: 10.17759/jmfp.2017060209

For citation:

Nemirovskaya E.G. Child-Parent Relationship Therapy: Child-Parent Interaction Therapy of Sheila Eyberg (on foreign sources) [Elektronnyi resurs]. *Journal of Modern Foreign Psychology*, 2017. Vol. 6, no. 2, pp. 81—86. doi:10.17759/jmfp.2017060209 (In Russ., Abstr. in Engl.).

Начиная со второй половины XX столетия, в западной психологии отмечается увеличение числа исследований, посвященных детско-родительским отношениям, а также методам психологической помощи и коррекции.

Влияние детско-родительских отношений на формирование личности ребенка сложно переоценить — вряд ли можно представить какую-либо сферу жизни ребенка, независимую от этого влияния.

Терапия детско-родительских отношений призвана гармонизировать эти отношения — укреплять их, развивать эмпатию и сензитивность родителей по отношению к детям, углублять взаимопонимание и доверие, фиксировать конструктивные формы взаимодействия между родителями и ребенком, по мере необходимости корректировать поведение ребенка.

В психологической практике существует различная терапия детско-родительских отношений. Одна из распространенных форм такой терапии — тренинг.

Так, в отечественной психологии применяется «Тренинг взаимодействия родителей с детьми», разработанный И. Марковской. Основная идея этого тренинга состоит в развитии сотрудничества и партнерства родителя и ребенка. В основе данного метода лежат идеи Т. Гордона, К. Роджерса, А. Адлера, Д. Дрейкуса, а также опыт работы отече-

ственных психологов Института Тренинга (Санкт-Петербург).

Тренинг Марковской ориентирован на работу со старшими дошкольниками и младшими школьниками, включает три блока (диагностический, информационный и развивающий), в совокупности содержащих 12 занятий, и проводится в форме групповой работы. Протокол тренинга подробно расписан, включая происходящее на занятиях, а также домашние задания.

Родители детей, по итогам участия в тренинге, отмечали положительные изменения, в том числе большую осознанность своего поведения, способность ориентироваться на себя, а не других, большую открытость по отношению к своему ребенку, улучшение взаимоотношений с детьми в целом [2].

Аналогичный тренинг, разработанный доктором Шейлой Эйберг (Dr. Sheila Eyberg) США (1988), широко применяемый за рубежом в течение последних десятилетий — Тренинг детско-родительского взаимодействия (Parent-Child Interaction Therapy) — будет подробно рассмотрен в данной статье.

Этот тренинг демонстрирует высокую эффективность в работе с дошкольниками с проблемным поведением. К сожалению, он практически не знаком отечественным психологам — существуют лишь редкие упоминания Тренинга в научной литературе.

Описание Тренинга Эйберг: история и инструментарий

Рассматриваемый Тренинг детско-родительского взаимодействия (далее ТДРВ) был разработан для работы с семьями, имеющими детей в возрасте от 2 до 7 лет с проблемным поведением и проблемами развития. Цель данного Тренинга — улучшение качества детско-родительских отношений, снижение уровня проблемного поведения и повышение уровня про-социального поведения детей, повышение уровня родительских компетенций и снижение родительского стресса [10; 15].

Эйберг опиралась на теорию оперантного научения и работу своего коллеги д-ра Констанца Ханфа (Dr. Constance Hanf), создавшего двухступенчатую модель коррекции проблемного поведения маленьких детей, в рамках которой на первом этапе родителей обучают технике подкрепления условных рефлексов, а на втором обучают давать детям четкие инструкции и последовательно награждать ребенка за их исполнение и наказывать за неисполнение. Несмотря на высокую эффективность этой модели, Эйберг считала, что средства игровой и арт-терапии могут также внести значительный вклад в работу с родителями и детьми, т.к. обеспечивают ребенку полное внимание родителя, «отзеркаливание», создают условия для вербализации происходящего и т.д. [8].

Цели Тренинга

Сегодня ТДРВ включает две стадии работы: первую автор называет «взаимодействие, ориентированное на ребенка» (child-directed interaction). На этой стадии терапевт обучает родителей навыкам игровой терапии, которые они применяют во взаимодействии со своим ребенком на сессиях и дома с целью изменить его поведение. Эти навыки призваны помочь родителю и ребенку увидеть друг друга в новом, более позитивном свете, научиться ладить друг с другом.

Вторая стадия названа «взаимодействие, ориентированное на родителя» (parent-directed interaction); она заключается в освоении конкретных техник, которые позволяют ребенку научиться сотрудничеству и которые призваны разрешить ту проблему, которую родители принесли на терапию. Каждая стадия длится 5—6 недель, однако точная продолжительность Тренинга определяется индивидуально для каждого случая [6].

Перед началом Тренинга специалистом проводится подготовительная работа, которая включает: приглашение родителей на первую установочную сессию без участия ребенка; сбор информации о семье, включая анамнез, интервью, результаты опросника детского поведения Эйберг (The Eyberg Child Behavior Inventory), видеозаписи взаимодействия родителей с ребенком и другую информацию, которая позволит специалисту составить максимально подробную картину. На первой сессии родители знакомятся с тера-

певтом, который информирует о методе и начинает работу, направленную на формирование терапевтического альянса. Терапевт проясняет сложности и стрессоры, которые могут повлиять на участие в Тренинге, а также обещает оказывать максимальную поддержку в процессе терапии [6].

Опросник детского поведения Эйберг является частью Тренинга, и предназначен для диагностики отклонений в поведении детей соответствующего возраста. Опросник состоит из 36 кратких описаний проблемного поведения детей и включает две шкалы: шкалу выраженности нарушений поведения для ребенка и шкалу оценки проблемности поведения для родителей. Отвечая на вопросы опросника, родители оценивают частоту отклонений в поведении по 7-бальной шкале от полюса «никогда» до полюса «всегда», например: «Как часто Ваш ребенок лжет?» Где 1 — никогда, а 7 — всегда. А также «Является ли это проблемой для Вас?», предполагается ответ «нет» или «да». Баллы по отдельным пунктам суммируются, могут варьироваться от 36 до 252. По каждому пункту родитель также отвечает на вопрос о том, является ли описанное поведение для него проблемой. Сумма ответов по этой шкале составляет оценку по шкале проблемности [1; 15]. Опросник был переведен на русский язык. Стандартизация методики была проведена В.Н. Колесниковым в 2008 году на выборке 1500 родителей детей в возрасте от 3 до 8 лет, проживающих в Карелии. В результате стандартизации были получены нормативы для разных возрастных групп с учетом пола ребенка [1].

Ключевым инструментом ТДРВ является так называемый «прямой коучинг» (direct coaching) диады «родитель-ребенок», который имеет ряд преимуществ по сравнению с недирективными методами терапии. Во-первых, родительские ошибки исправляются в режиме реального времени, до того, как родитель начнет практиковать их дома. Во-вторых, терапевт, наблюдая диаду в действии, имеет возможность составить полную картину и учесть в работе индивидуальные особенности ребенка, а также получить обратную связь и от родителя и от ребенка. В-третьих, родитель получает поддержку терапевта в начале применения новых для него навыков и знаний. Некоторые сессии с терапевтом записываются на видео для дальнейшего совместного разбора. Количество сессий определяется индивидуально в зависимости от ситуации и от того, насколько быстро родитель осваивает новые навыки. Тренинг заканчивается тогда, когда выявленные проблемы решены или наблюдаются значительные улучшения. Наиболее распространенное количество сессий варьируется от 8 до 12 [8; 15].

Протокол тренинга подробно описывает схему терапии не просто на каждом этапе, но на каждой сессии, фактически направляя каждый шаг терапевта, а также обеспечивает всеми необходимыми материалами — бланками для домашнего задания, формами обратной связи, методическими материалами по игровой терапии и пр.

Например, первая сессия стадии «взаимодействие, направленное на ребенка» Тренинга, адаптированного для детей, перенесших травму, выглядит таким образом:

1. Коротко обсудите с ребенком:

- Почему семья пришла на терапию
- Как будет выглядеть терапия
- Обратите внимание на комнату, в которой проходит терапия

2. Попросите показать домашнее задание и вместе обсудите его в течение 10—15 минут

- Если родители не выполнили домашнее задание либо принесли не до конца заполненный бланк, заберите его и вместе с ними заполните бланк за каждый день пропуска
- Если родители занимались каждый день, похвалите их за добросовестность, подчеркните, что вы видите, как они стараются помочь своему ребенку, как сложно выделить время на новое занятие среди повседневных дел
- Если родители не занимались каждый день, потратьте время терапии на то чтобы проработать эту тему. Предложите им разработать совместный план, где будет выделено специальное время для выполнения домашнего задания
- Во время обсуждения домашнего задания по бланкам родителей, обратите внимание на соответствие того что они делали той стадии Тренинга, на которой они находятся. Похвалите их выбор либо начните обсуждение того, как и почему была выбрана неподходящая активность. Обсудите это, пока не достигнете консенсуса
- Прокомментируйте каждый заполненный пункт в их бланке домашнего задания

Это лишь два из десяти пунктов протокола, описывающих конкретную сессию. При этом в описании многих сессий есть варианты поведения терапевта в зависимости от тех или иных ответов или поведения клиентов. Кроме этого в протоколе описаны сценарии на разные случаи и ситуации, которые наверняка или вероятно случатся в ходе терапии, в том числе: как получать и оказывать поддержку родителям, как давать и получать обратную связь, как просить помощи, как сделать паузу в терапии, если необходимо, что делать если сессий недостаточно. Отдельный параграф протокола посвящен некоторым теоретическим аспектам детской психологии, например, «Дети и стресс. Понимая эмоции Вашего ребенка» [6; 14].

Практика применения и исследования эффективности

Данные исследований и метаанализа влияния ТДРВ, проведенные в разные годы, говорят о высокой эффективности метода в работе с семьями, в том числе семьями из групп риска [3; 6; 7; 9; 13; 15].

Д-р Эйберг при участии разных коллективов коллег в разные годы получила статистические и клинические

данные, свидетельствующие о значительном улучшении поведения у детей, проходящих терапию Тренингом, в том числе в рамках лонгитюдного исследования [8; 10].

В 2011 году исследование эффективности ТДРВ было проведено на выборке социально и экономически неблагополучных семей афроамериканцев имеющих детей с проблемным поведением. По окончании Тренинга матери сообщали о значительном улучшении поведения детей, однако, снижения уровня родительского стресса или уровня депрессивности у матерей не произошло. Несмотря на это, исследователи пришли к выводу об эффективности применения Тренинга в работе с данной категорией семей [7].

В 2012 было опубликовано исследование эффективности ТДРВ в семьях из группы риска (N=115), со случаями жестокого обращения с детьми в анамнезе. По окончании стандартного курса, состоящего из 12 встреч, матери сообщали о снижении уровня агрессии и аутоагрессии, снижении уровня родительского стресса и других положительных изменениях [13].

В 2014 году группа исследователей Университета штата Флориды опубликовала результаты проведенного ими метаанализа, посвященного изучению влияния ТДРВ на снижение уровня физического насилия в семьях, склонных к его проявлению. Исследователи пришли к выводу о том, что семьи, проходящие Тренинг, демонстрируют снижение количества рецидивов применения физического насилия, а также значительное снижение индекса родительского стресса (The Parenting Stress Index, PSI) по сравнению с контрольной группой [4].

В 2017 году опубликованы результаты пилотного исследования ТДРВ в работе с детьми с расстройствами аутистического спектра (РАС), для которых характерны непослушание, проблемы с вниманием, спонтанные вспышки гнева и т.д.

Несмотря на стандартный протокол, Тренинг учитывает индивидуальные особенности конкретного ребенка, поэтому родителей детей с задержками умственного развития обучают формулировать краткие ясные инструкции, обеспечивать подкрепление альтернативного поведения и гасить нежелательное поведение. Эти родители также обучаются стратегиям взаимодействия с детьми, которые сочетают краткие команды, например, «Сядь на диван», и соответствующие жесты. Результаты исследования говорят о том, что Тренинг является эффективным инструментом в работе с детьми с РАС: были получены данные, свидетельствующие о статистически и клинически значимом снижении уровня и частоты сообщений родителей о проблемном поведении. Кроме того, по окончании участия в Тренинге, родители отмечали значительное снижение проблем, связанных с гиперактивностью и проблемами внимания. Исследование также показало снижение уровня сложностей, которые традиционно ассоциируются с симптоматикой РАС.

При соблюдении протокола терапии, с учетом гибкости метода, исследователи говорят о возможном применении Тренинга для коррекции проблем у детей и с другими нарушениями РАС, такими как самоповреждения, агрессивность, проблемы социализации, задержки речи и развития [15].

Применение Тренинга в работе с семьями, имеющими детей с задержками развития и СДВГ также показало высокие результаты [3].

Что касается роли терапевта в терапевтическом процессе Тренинга, то этому явлению было посвящено отдельное исследование, в котором приняли участие 45 матерей, поделенные на три группы с точки зрения стиля коммуникации терапевта: 1. позитивный, 2. нейтральный 3. с использованием конструктивной критики. Несмотря на то, что улучшения отмечались у всех участников Тренинга, матери детей из третьей группы показали значительно более высокие показатели изменений по сравнению с остальными участниками [12].

Ограничения метода и перспективы развития

Одна из наиболее актуальных проблем ТДРВ заключается в том, что участие в Тренинге — интенсивная деятельность, которая требует времени и значительной включенности родителей, которые зачастую сомневаются в результативности метода для своего ребенка или в собственных способностях осилить программу Тренинга. Такие родители регулярно прекращают участие в Тренинге до его завершения. С целью поддержать заинтересованность родителей в Тренинге, в 2017 году при участии Эйберг была опубликована методика мотивирующего интервью для родителей. Интервью построено на четырех принципах: выражении эмпатии родителю; выявлении сомнений; работе с сопротивлением; поддержке веры в собственные силы [5].

С тем чтобы расширить возможности применения Тренинга для различных групп семей, а также сделать его использование более обоснованным, психологам стоит валидизировать методику для различных групп семей.

Последние несколько лет ученые говорят об онлайн-версии Тренинга (I-PCIT), преимуществами которой могут стать облегчение доступа к получению

помощи, доступ участников Тренинга к терапевту в режиме реального времени и т.д. С 2015 года проводится рандомизированное исследование, оценивающее преимущества онлайн версии по сравнению с оффлайн форматом Тренинга [11].

Заключение

Многочисленные, в том числе самые последние, датированные 2017 годом, исследования говорят о высокой эффективности ТДРВ в работе с семьями, имеющими детей с самыми разными нарушениями, в том числе проблемным поведением, РАС, задержками развития [3; 15].

К преимуществам Тренинга можно отнести:

- подготовка компетентных терапевтов для ведения Тренинга достаточно проста и не занимает много времени;
- протокол Тренинга детально разработан, предусмотрен каждый следующий шаг терапевта;
- Тренинг ограничен во времени и, даже с учетом индивидуальных особенностей каждого случая, предусматривает конечное количество встреч и занимает всего несколько недель;
- Тренинг может применяться в работе с семьями, имеющими детей, при наличии широкого спектра нарушений поведения.

К слабым сторонам Тренинга можно отнести:

- необходимость полноценной включенности родителя в процесс на всех уровнях терапии: предварительном, на сессиях и дома;
- отсутствие валидации Тренинга для семей с конкретными проблемами, например РАС;
- более высокая результативность групповой работы по сравнению с индивидуальной, которую отмечают психологи-практики.

Зарубежные психологи широко используют Тренинг в практике, исследователи посвящают свои труды анализу эффективности, метаанализу, поиску перспектив развития метода. При этом в научной литературе на русском языке существуют лишь немногочисленные упоминания ТДРВ, т.е. не существует системного перевода соответствующих материалов и их комплексного издания.

ЛИТЕРАТУРА

1. Колесников В.Н. Стандартизация опросника детского поведения Ш. Эйберг // Психологическая диагностика. 2008. № 1. С. 5—21.
2. Марковская И.М. Тренинг взаимодействия родителей с детьми. СПб.: Речь, 2005. 150 с.
3. Vagner D.M., Eyberg S.M. Parent—Child Interaction Therapy for Disruptive Behavior in Children with Mental Retardation: A Randomized Controlled Trial // Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology. 2007. Vol. 36. № 3. P. 418—429. doi:10.1080/15374410701448448
4. Does Parent-Child Interaction Therapy Reduce Future Physical Abuse?: A Meta-Analysis / S. Kennedy [et al.] // Research on Social Work Practice. 2016. Vol. 26. № 2. P. 147—156. doi:10.1177/1049731514543024
5. Enhancing Parent—Child Interaction Therapy With Motivational Interviewing Techniques / A. N'zi [et al.] // Cognitive and Behavioral Practice. 2017. Vol. 24. № 2. P. 131—141 doi:10.1016/j.cbpra.2016.03.002

6. *Eyberg S.M.* Parent-child Interaction Therapy: Integration of Traditional and Behavioral Concerns // *Child & Family Behavior Therapy*. 1988. Vol. 10. № 1. P. 33—46. doi:10.1300/J019v10n01_04
7. *Fernandez M.A., Butler A.M., Eyberg S.M.* Treatment Outcome for Low Socioeconomic Status African American Families in Parent-Child Interaction Therapy: A Pilot Study // *Child & Family Behavior Therapy*. 2011. Vol. 33. № 1. P. 32—48. doi:10.1080/07317107.2011.545011
8. *Hembree-Kigin T.L., McNeil C.B.* Parent-Child Interaction Therapy. Boston, MA : Springer Science & Business Media LLC, 2013. 169 p.
9. Parent—Child Interaction Therapy: A Meta-Analysis of Child Behavior Outcomes and Parent Stress / M.E. Cooley [et al.] // *Journal Of Family Social Work*. 2014. Vol. 17. № 3. P. 191—208. doi:10.1080/10522158.2014.888696
10. Parent-Child Interaction Therapy with Behavior Problem Children: One or Two Years Maintenance of Treatment Effect in the Family / S.M. Eyberg [et al.] // *Child & Family Behavior Therapy*. 2001. Vol. 23. № 4. P. 1—20. doi:10.1300/J019v23n04_01
11. Rationale and Considerations for the Internet-Based Delivery of Parent-Child Interaction Therapy / J.S. Comer [et al.] // *Cognitive and Behavioral Practice*. 2015. Vol. 22. № 3. P. 302—316. doi:10.1016/j.cbpra.2014.07.003
12. The Role of Therapist Communication Style in Parent-Child Interaction Therapy / A.D. Herschell [et al.] // *Child & Family Behavior Therapy*. 2008. Vol. 30. № 1. P. 13—35. doi:10.1300/J019v30n01_02
13. *Thomas R., Zimmer-Gembeck M.* Parent—Child Interaction Therapy // *An Evidence-Based Treatment for Child Maltreatment*. 2012. Vol. 17. № 3. P. 253—266. doi:10.1177/1077559512459555
14. *Urquiza A.* Parent-Child Interaction Therapy [Электронный ресурс]: Course of Treatment Manual: PCIT for Traumatized Children: Version 4.3. Sacramento, CA: UC-Davis PCIT Training Center, 2013. 23 p. URL: http://pcit.ucdavis.edu/wp-content/uploads/2013/01/Section-1_General-Information2.pdf (дата обращения: 25.05.2017).
15. *Zlomke K.R., Jeter K., Murphy J.* Open-Trial Pilot of Parent-Child Interaction Therapy for Children With Autism Spectrum Disorder // *Child & Family Behavior Therapy*. 2017. Vol. 39. № 1. P. 1—18. doi:10.1080/07317107.2016.1267999

Child-Parent Relationship Therapy: Child-Parent Interaction Therapy of Sheila Eyberg (on foreign sources)

Nemirovskaya E.G.,

master degree student, Moscow State University of Psychology and Education, a practicing psychologist,
private psychological practice, Moscow, Russia,
jenemir@yandex.ru

The article based on English sources is devoted to child-parent therapy method which is a training of child-parent interaction, developed by Dr. Sheila Eyberg (USA). The training is designed to correct the behavior of preschoolers aged 2—7 and reduce the level of parental stress. The method combines the traditional playing therapy with the behavioral child-parental therapy tools. The training consists of two stages of work — child-centered interaction and parent-centered interaction. The detailed protocol of the Training which is the therapist's guide for each session of each stage of work was elaborated. The number of meetings varied from 8 to 12, the duration of each stage is about 5—6 weeks. The training is well known and used by psychologists and researchers abroad in their work with families displaying a wide range of problems, such as children with problem behavior, autism spectrum disorders, families from at-risk groups.

Keywords: child-parent relationship, problem behavior, preschoolers, child-parent therapy, child-parent interaction therapy.

REFERENCES

1. Kolesnikov V.N. Standartizatsiya oprosnika detskogo povedeniya Sh. Eiberg [Standardization of the questionnaire of children's behavior Sh. Aiberg]. *Psikhologicheskaya diagnostika* [Psychological diagnostics], 2008, no. 1, pp. 5—21. (In Russ.).
2. Markovskaya I.M. Trening vzaimodeistviya roditelei s det'mi [Training of parents' interaction with children]. SPb.: Rech', 2005. 150 p. (In Russ.).
3. Bagner D.M., Eyberg S.M. Parent—Child Interaction Therapy for Disruptive Behavior in Children with Mental Retardation: A Randomized Controlled Trial. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 2007. Vol. 36, no. 3, pp. 418—429. doi:10.1080/15374410701448448
4. Kennedy S. et al. Does Parent-Child Interaction Therapy Reduce Future Physical Abuse?: A Meta-Analysis. *Research on Social Work Practice*, 2016. Vol. 26, no. 2, pp. 147—156. doi:10.1177/1049731514543024
5. N'zi A. et al. Enhancing Parent—Child Interaction Therapy With Motivational Interviewing Techniques. *Cognitive and Behavioral Practice*, 2017. Vol. 24, no. 2, pp. 131—141. doi:10.1016/j.cbpra.2016.03.002
6. Eyberg S.M. Parent-child Interaction Therapy: Integration of Traditional and Behavioral Concerns. *Child & Family Behavior Therapy*, 1988. Vol. 10, no. 1, pp. 33—46. doi:10.1300/J019v10n01_04
7. Fernandez M.A., Butler A.M., Eyberg S.M. Treatment Outcome for Low Socioeconomic Status African American Families in Parent-Child Interaction Therapy: A Pilot Study. *Child & Family Behavior Therapy*, 2011. Vol. 33, no. 1, pp. 32—48. doi:10.1080/07317107.2011.545011
8. Hembree-Kigin T.L., McNeil C.B. Parent-Child Interaction Therapy. Boston, MA: Springer Science & Business Media LLC, 2013. 169 p.
9. Cooley M.E. et al. Parent—Child Interaction Therapy: A Meta-Analysis of Child Behavior Outcomes and Parent Stress. *Journal Of Family Social Work*, 2014. Vol. 17, no. 3, pp. 191—208. doi:10.1080/10522158.2014.888696
10. Eyberg S.M. et al. Parent-Child Interaction Therapy with Behavior Problem Children: One or Two Years Maintenance of Treatment Effect in the Family. *Child & Family Behavior Therapy*, 2001. Vol. 23, no. 4, pp. 1—20. doi:10.1300/J019v23n04_01
11. Comer J.S. et al. Rationale and Considerations for the Internet-Based Delivery of Parent-Child Interaction Therapy. *Cognitive and Behavioral Practice*, 2015. Vol. 22, no. 3, pp. 302—316. doi:10.1016/j.cbpra.2014.07.003
12. Herschell A.D. et al. The Role of Therapist Communication Style in Parent-Child Interaction Therapy. *Child & Family Behavior Therapy*, 2008. Vol. 30, no. 1, pp. 13—35. doi:10.1300/J019v30n01_02
13. Thomas R., Zimmer-Gembeck M. Parent—Child Interaction Therapy. *An Evidence-Based Treatment for Child Maltreatment*, 2012. Vol. 17, no. 3, pp. 253—266. doi:10.1177/1077559512459555
14. Urquiza A. Parent-Child Interaction Therapy [Elektronnyi resurs]: Course of Treatment Manual: PCIT for Traumatized Children: Version 4.3. Sacramento, CA: UC-Davis PCIT Training Center, 2013. 23 p. Available at: http://pcit.ucdavis.edu/wp-content/uploads/2013/01/Section-1_General-Information2.pdf (Accessed 25.05.2017).
15. Zlomke K.R., Jeter K., Murphy J. Open-Trial Pilot of Parent-Child Interaction Therapy for Children With Autism Spectrum Disorder. *Child & Family Behavior Therapy*, 2017. Vol. 39, no. 1, pp. 1—18. doi:10.1080/07317107.2016.1267999