

بررسی اثربخشی رویکرد خانواده‌درمانی کارکردی در درمان اختلال بی‌اعتنایی مقابله‌ای کودکان و طراحی الگوی مناسب^۱

دکتر خلیل اسماعیل پور^۲

چکیده

با توجه به شیوع بالای اختلال بی‌اعتنایی مقابله‌ای در کودکان ارجاع شده به کلینیک‌های مشاوره و ضرورت الگوی درمانی اثربخش، این تحقیق الگوی درمانی مناسبی را براساس شواهد تجربی و نظری مربوط به ویژگی‌های اختلال بی‌اعتنایی مقابله‌ای و خانواده‌درمانی کارکردی طراحی و اثربخشی آن را در درمان این اختلال در کودکان ۱۰-۶ سال بررسی کرده است. به این منظور نمونه‌ای از تحقیقات قبلی (۱۷ تحقیق مربوط به اختلال بی‌اعتنایی مقابله‌ای و ۱۹ تحقیق مربوط به خانواده‌درمانی کارکردی) انتخاب و با تحلیل و تلفیق منطقی شواهد تجربی و نظری، الگوی درمانی طراحی شد. اثربخشی این الگو در نمونه هفده نفری (گروه آزمایش هشت نفر و گروه کنترل نه نفر) با تحلیل محتوای جلسات و پرسش‌نامه CBCL و تحلیل آماری بررسی شده و با توجه به نتایج، الگوی اولیه بازنگری شد. تأکید الگوی درمانی بر تأمین کارکرد بدرفتاری این کودکان از طریق روش‌های سازگارانه است. در الگوی نهایی نحوه برخورد با موانع استفاده از مهارت‌های رفتاری والدین نیز گنجانده شده و در جهت تعمیم نتایج به روابط بین فرزندان و مدیریت والدین درمورد حسادت و ناسازگاری فرزندان تلاش می‌شود. نتایج نشان داد که الگوی درمانی طراحی شده نه تنها این اختلال را کاهش می‌دهد، بلکه باعث کاهش علائم سایر اختلالات (بیش‌فعالی، اضطراب، افسردگی و اختلال سلوک) در این کودکان نیز می‌شود.

کلید واژه‌ها: خانواده‌درمانی کارکردی، اختلالات رفتاری کودکان، اختلال بی‌اعتنایی مقابله‌ای، طرح درمانی.

۱- این مقاله از رساله دکتری که با راهنمایی دکتر عبدالله شفیعی‌آبادی و مشاورت دکتر احود اعتمادی و دکتر علی دلاور انجام شده، استخراج شده است.

۲- استادیار دانشگاه تبریز

مقدمه

در دو دهه اخیر تشخیص کودکان با مشکلات رفتاری دو برابر شده است و کودکان در سن پایین تری تشخیص مشکلات رفتاری دریافت می‌کنند (نورثی، ویلز، سیلورمن و بایلی^۱، ۲۰۰۳). اختلال بی‌اعتنایی مقابله‌ای یکی از مشکلات رفتاری شامل نافرمانی، خصومت و رفتارهای بی‌اعتنایی است. شیوع این اختلال در مطالعات شیوع شناسی ۲ تا ۱۶ درصد (انجمن روان پزشکی آمریکا، ترجمه نوربالا و همکاران، ۱۳۷۴)، و در برخی مطالعات در کودکان دبستانی حتی تا ۲۲ درصد (ری^۲، ۱۹۹۳؛ کاپلان، سادوک و گرب، ترجمه فاضل و کریمی، ۱۳۷۵) نیز گزارش شده است. در مطالعات بالینی تقریباً یک سوم (ری، ۱۹۹۳) تا یک دوم کودکان ارجاعی به کلینیک‌های روانی را (کازدین^۳، ۱۹۹۵)، کودکان دارای اختلال بی‌اعتنایی مقابله‌ای تشکیل می‌دهند. با بالا رفتن سن کودکان تا اواسط نوجوانی، علائم مقابله‌ای و میزان بروز آن افزایش می‌یابد و مهم تر اینکه یک چهارم این کودکان به سمت نشانگان حادث اختلال سلوک پیشروی می‌کنند (کوهن^۴ و همکاران، ۱۹۹۳، نقل از بیهان و کار^۵، ۲۰۰۰؛ انجمن روان پزشکی آمریکا، ۱۳۷۴). بنابراین تشخیص و درمان زودهنگام این کودکان، باصرفه تر خواهد بود.

در مطالعاتی که در خارج از کشور انجام شده، خانواده‌درمانی کارکردی از جمله مؤثرترین روش‌های درمانی برای مشکلات سلوک شناخته شده است (کازدین، ۱۹۹۸، نقل از بیهان و کار، ۲۰۰۰؛ لیلین فیلد^۶، ۲۰۰۵)، اما در آنها عمدتاً این دو اختلال تفکیک نشده و هر دو تحت عنوان مشکلات سلوک آمده است، درحالی که از نظر ملاک‌های تشخیصی آنها متفاوت هستند. اثربخشی طولانی مدت خانواده‌درمانی کارکردی در مورد نوجوانان بزهکار تأیید شده است، به طوری که در پیگیری پنج سال بعد نیز نتیجه درمان ثابت مانده (گوردون، آرباتنات، گوستافسون و مک گرین^۷، ۱۹۸۸) و اثر درمان در پیگیری از جراثم خواهران و برادران نوجوانان بزهکار نیز مشهود بود (الکساندر و پارسونز^۸، ۱۹۷۳). اما با توجه به اینکه این رویکرد برای افراد ۱۰ تا ۱۸ سال طراحی شده و در مورد نوجوانان بزهکار یا نوجوانانی به کار رفته است که سوءمصرف مواد داشتند (سکستون^۹ و الکساندر، ۲۰۰۰ و ۲۰۰۳) نمی‌توان بدون بررسی و تحقیق، نتایج موفقیت آمیز آن را به کودکان مبتلا به اختلال بی‌اعتنایی مقابله‌ای

۱. Northey, Wells & Bailey

۲. Rey

۳. Kazdin

۴. Cohen

۵. Behan & Carr

۶. Lilienfeld

۷. Gordon, Arbutnot, Gustafson, & McGreen

۸. Alexander & Parsons

۹. Sexston

تعمیم داد. به هر حال، مطالعه ای نیز در مورد کاربرد رویکرد خانواده درمانی کاربردی برای کودکان یا برای درمان اختلال بی اعتنایی مقابله ای یافت نمی شود و نیاز است مورد تحقیق قرار گیرد. در کشور ما در مورد روش های مناسب و مؤثر برای درمان اختلال بی اعتنایی مقابله ای و حتی بررسی اثربخشی مدل های سنتی (که برای بزرگسالان طراحی شده اند) مطالعه ای یافت نمی شود، لذا طراحی الگوهای درمانی مناسب برای کمک به خانواده ها و درمان این اختلال ضروری است.



پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی

پیشینه طراحی مدل‌های درمانی

کازدین (نقل از وندل، گاوز و لیک^۱، ۲۰۰۵) معتقد است که مدل‌های مبتنی بر تئوری، کهنه و غیرقابل استفاده شده‌اند و از جمله پیشرفت‌های به دست آمده این است که نتایج تحقیقات درمانی بر «فنون خاصی» تأکید دارند، نه بر «رویکردها». بدیهی است مدل‌هایی باید توسعه یابند که نتایج تحقیقات و حوزه‌های تجربی و بهترین فنون عملی را دربرگیرند. هاجسون^۲ و همکاران (۲۰۰۵) نیز بیان کرده‌اند که آینده حرفه خانواده‌درمانی مسئولیت کسانی است که یکپارچگی تحقیق و کار بالینی را ارتقا دهند. به نظر سکستون و الکساندر (۲۰۰۳) ضروری است با استفاده از مدلی که درباره سبب شناسی مشکلات بالینی به خوبی طراحی شده باشد فراتر از رفتارهای خاص فرد فکر شود. زیرا بر آن اساس، آماج‌های تغییر مشخص شده و مکانیزم‌های تغییر مورد استفاده قرار می‌گیرند. جانگسما^۳ و همکاران (ترجمه صاحبی و همکاران، ۱۳۸۲) نیز معتقدند طرح‌های درمانی مؤثر باید متناسب با نیازهای مراجعان تهیه شود. طرح‌های درمانی زبان مشترکی برای ارتباط درمانگران (تیم درمانی) و مراجع فراهم کرده، بر هدف‌های عینی دقیق تأکید دارند و این مشکل را که درمان چه موقع تمام خواهد شد، برای درمانگر و مراجع حل می‌کنند.

راد، جوینر و رجب^۴ (۲۰۰۱) بیان می‌کنند که هدف مجموعه طرح‌های درمانی، ارائه منابعی به متخصصان بالینی است تا جوابگوی کیفیت بالای این خدمات باشد. آنها معتقدند که طرح درمانی، راهنمای مبتنی بر شواهد است و باید با یک چهارچوب نظری قوی و به طور واقع بینانه ای انعطاف پذیری متناسب داشته باشد. آنها براساس مبانی نظری رویکرد شناختی- رفتاری و شواهد تجربی ۲۵ تحقیق قبلی، طرحی برای درمان رفتار خودکشی گرایانه طراحی کردند. خانواده‌درمانی کارکردی نیز برای مفهوم سازی، طراحی، و اجرای مداخلات از دانش موجود درباره آسیب شناسی و درمان کودک استفاده می‌کند. در این رویکرد، طراحی درمان به وسیله شواهد مربوط به عوامل خطرزای شناخته شده، صورت می‌گیرد (هنگلر و شیدو^۵، ۲۰۰۳). کاشانی و همکاران (۱۹۹۹) مؤثرترین برنامه پیشگیری پیشگیری و درمان را برنامه ای می‌دانند که به طور همزمان چندین عامل مربوط به خشونت را بررسی می‌کند.

به این ترتیب این مقاله در نظر دارد ضمن طراحی الگوی درمانی مناسب براساس ویژگی‌های اختلال بی اعتنایی مقابله ای کودکان و مفاهیم خانواده‌درمانی کارکردی، اثربخشی آن را در درمان اختلال بی‌اعتنایی مقابله ای کودکان گروه سنی ۶-۱۰ سال بررسی کند.

۱. Wendel, Gouze & Lake

۲. Hodgson

۳. Jongsma

۴. Rudd, Joiner, & Rajab

۵. Henggeler, & Sheidow

سؤال تحقیق

۱- الگوی طراحی شده بر اساس ویژگی‌های اختلال بی‌اعتنایی مقابله‌ای کودکان و مفاهیم خانواده‌درمانی کارکردی کدام است؟

فرضیه‌های تحقیق

۱- کودکانی که خانواده‌های آنها در معرض الگوی طراحی شده قرار می‌گیرند، اختلال بی‌اعتنایی مقابله‌ای آنها کمتر از کودکانی است که در معرض این درمان قرار نمی‌گیرند.
۲- کودکانی که خانواده‌های آنها در معرض الگوی طراحی شده قرار می‌گیرند، علائم اختلالات همراه با اختلال بی‌اعتنایی مقابله‌ای در آنها کمتر از کودکانی است که در معرض این درمان قرار نمی‌گیرند.

روش پژوهش

انتخاب تحقیقات قبلی برای استخراج شواهد تجربی

در انتخاب تحقیقات قبلی که در طی ۳۶ سال گذشته (۲۰۰۶-۱۹۷۰) انجام شده بود، تحقیقاتی انتخاب شدند که متن کامل مقالات پژوهشی آنها یا چکیده‌های حاوی نتایج تحقیق در سایت‌ها و مجلات ارائه شده بود. به این ترتیب ۳۶ تحقیق انتخاب شد. ۱۷ تحقیق در مورد ویژگی اختلال بی‌اعتنایی مقابله‌ای شامل ویژگی‌های فردی یا خانوادگی افراد مبتلا، سبب شناسی و درمان اختلال بود. ۲۰ درصد آنها مطالعات بالینی و بقیه مطالعات غیربالینی، و دامنه سنی آزمودنی‌های آنها ۳ تا ۱۷ سال بود. در یک سوم آنها برای تشخیص اختلال یا جمع‌آوری و تکمیل اطلاعات تشخیصی از پرسش‌نامه «چک لیست رفتاری کودکان آخن باخ»^۱ (CBCL/۶-۱۸: آخن باخ، ۲۰۰۱) استفاده شده بود. ۱۹ تحقیق نیز در مورد خانواده‌درمانی کارکردی بود که همه آنها بر روی نوجوانان بزهکار و مجرم یا دارای مشکل سوءمصرف مواد انجام شده بود. از آن جهت که هدف جمع‌آوری شواهد تجربی بیشتری بود، برای ارزشیابی تحقیقات اقدامی انجام نشد و همه‌ی نتایج و تحقیقات یافت شده گزارش شدند.

آزمودنی‌ها

آزمودنی‌ها خانواده‌هایی را شامل می‌شود که در سال ۱۳۸۵ برای درمان اختلال بی‌اعتنایی مقابله‌ای فرزند ۶-۱۰ ساله خود به «مرکز راهنمایی و مشاوره خانواده رشد» یا «مرکز مشاوره روان‌شناختی توحید» در شهر تهران مراجعه کرده بودند. با توجه به اینکه براساس الگوی درمانی طراحی شده اهداف درمان باید کاهش نافرمانی، پرخاشگری و مشکلات اجتماعی این کودکان باشد و این ویژگی‌ها توسط والدین بیشتر قابل مشاهده است، لذا به مسئولان پذیرش مراکز مشاوره اعلام شد کودکان گروه سنی مذکور را

که والدین آنها با این شکایات به مرکز مشاوره مراجعه می‌کنند برای مصاحبه اولیه با محقق (مشاور) پذیرش و تعیین وقت نمایند. به این ترتیب از ۳۸ خانواده، ۳۴ خانواده در جلسه مصاحبه اولیه حضور یافتند. برای تشخیص اختلال از پرسش نامه CBCL در موقعیت پیش آزمون و پس آزمون استفاده شد. براساس نتیجه پرسش نامه و مصاحبه اولیه و با استناد به ملاک‌های DSM-IV کودکان فاقد این اختلال و کودکان دارای اختلال سلوک و افسردگی همراه با اختلال بی‌اعتنایی مقابله ای حذف شدند. ۳ خانواده برای مشارکت در طرح موافقت نکردند. ۳ خانواده نیز از گروه آزمایش درمان را ادامه ندادند. از گروه کنترل نیز ۱ خانواده برای تکمیل پس آزمون مراجعه نکرد. لذا اثربخشی تجربی الگوی طراحی شده براساس نمونه ی نهایی شامل ۱۷ خانواده (گروه آزمایش ۸ نفر و گروه کنترل ۹) انجام شده است. میانگین سن آزمودنی‌ها ۷.۶۵ سال ($SD=1.27$) بود. ۸ نفر از کودکان پسر و ۹ نفر دختر بودند. بیشتر پرسش نامه‌ها در موقعیت‌های پیش آزمون (۵۸.۸ درصد) و پس آزمون (۴۷.۱ درصد) توسط هر دوی والدین تکمیل شد. ۴۱.۱۷ درصد پدران و ۴۷.۰۵ درصد مادران تحصیلات پایین تر از متوسطه داشتند، اما افراد دارای تحصیلات دیپلم و تحصیلات دانشگاهی نیز به میزان قابل توجهی در نمونه حضور داشتند. بیشتر آزمودنی‌ها یعنی ۵۲.۹۴ درصد، تک فرزند یا فرزند اول خانواده و ۴۱.۱۷ درصد فرزند آخر (فرزند دوم در خانواده‌های دو فرزندی یا فرزند سوم در خانواده‌های سه فرزندی) بودند و تنها ۱ نفر (۵.۸۸ درصد) فرزند وسط بود.

گروه آزمایش با استفاده از الگوی طراحی شده شامل ۸ جلسه تحت درمان قرار گرفتند. در هر جلسه با یک خانواده، با حضور والدین، فرزند دارای اختلال و سایر اعضای خانواده (با توجه به مقتضیات جلسات) مشاوره شده است. پس از پایان هر جلسه مشاوره، به طور خلاصه به ثبت گزارش جلسه اقدام شده و در تحلیل نتایج به کار گرفته شده است.

روایی و پایایی ابزار اندازه گیری

روایی و پایایی پرسش نامه CBCL در تحقیقات مختلف نشان داده شده است (کارتلج و میلبرن^۱، ترجمه نظری نژاد، ۱۳۷۵). سامانی در سال ۱۳۷۵ (نقل از سادات، ۱۳۷۷) ویرایش ۱۹۹۱ این پرسش نامه را برای والدین دانش‌آموزان دبستانی شهر شیراز استفاده و پایایی آن را از طریق روش بازآزمایی ۰/۶۰ و ضریب توافق پدر و مادر را در کل مقیاس ۰/۷۷ گزارش کرده است. در ویرایش ۲۰۰۱، که برای گروه سنی ۶-۱۸ سال تهیه شده است، اختلال‌های روانی با توجه به مقیاس‌های مبتنی بر DSM^۲ نیز اندازه گیری می‌شود. یکی از آنها،

۱. Cartledge & Milburn

۲. DSM-Oriented Scales

مقیاس تشخیصی اختلال بی‌اعتنایی مقابله‌ای است که نسبت به ویرایش ۱۹۹۱، ملاک‌های مربوط به آن تغییری نکرده است. لاوین^۱ و همکاران (۲۰۰۱) و بیدرمن^۲ و همکاران (۲۰۰۱) پایایی طولانی مدت این پرسش‌نامه را در فاصله ۴ سال برای تشخیص اختلال بی‌اعتنایی مقابله‌ای و اختلال ADHD بسیار زیاد تشخیص دادند. در تحقیق حاضر همسانی درونی پرسش‌نامه با روش آلفای کرونباخ ۰/۹۲۹ و ضریب توافق پدر و مادر در کل پرسش‌نامه ۰/۸۷۶ ($P < ۰/۰۰۱$) و برای مقیاس‌های اختلال بی‌اعتنایی مقابله‌ای، بیش‌فعالی، اختلال سلوک، افسردگی و اضطراب به ترتیب ۰/۶۲۵، ۰/۶۳۷، ۰/۶۹۳، ۰/۷۷۰ و ۰/۷۹۴ ($n=۲۳$; $P < ۰/۰۰۱$) بود.

روش تجزیه و تحلیل داده‌ها

برای طراحی الگوی درمانی، شواهد نظری و تجربی به صورت توصیفی تحلیل و تلفیق گردید و اطلاعات، تکنیک‌ها و مداخلاتی در الگوی درمانی گنجانده شد که یکی از شرایط زیر را به ترتیب اولویت دارا بود:

الف- در بیش از نیمی از موارد، شواهد تجربی با مباحث نظری همسو باشد.

ب- مباحث نظری وجود داشته باشد، هرچند تحقیقاتی در مورد آن یافت نشده باشد.

ج- مداخلات و مباحث نظری که بیش از نیمی از شواهد تجربی آنها را تأیید نکرده باشند، در طراحی الگوی درمانی به نحو مقتضی مورد استفاده قرار گرفته است.

د- تک شواهد تجربی که شواهد نظری در آن مورد وجود نداشته و تحقیق دیگری نیز برای تأیید آنها یافت نشده است، در الگوی درمانی حاضر، مورد استناد قرار نگرفته است.

براساس الگوی درمانی، شرح جلسات تدوین و پس از تأیید نهایی استاد راهنما و استادان مشاور، اثربخشی آن به طور تجربی بررسی شد. برای بررسی اثربخشی تجربی الگوی درمانی، از آزمون t برای آزمون معناداری تفاوت نمرات پیش آزمون و پس آزمون دو گروه استفاده شده است.

ه- اطلاعات تشخیصی مربوط به ویژگی‌های فردی- خانوادگی آزمودنی‌ها که از طریق مقوله بندی و تحلیل محتوای گزارش جلسات و پرسش‌نامه CBCL به دست آمده، به نحو مقتضی در بازنگری و تدوین نهایی الگوی درمانی مورد استفاده قرار گرفته است. از آن جهت که در بیان برخی اطلاعات تشخیصی فقط به گزارش والدین اکتفا شده و کنکاش بیشتری نشده است، لذا به صورت حداقل درصد، گزارش شده است. بدیهی است درصد خالص قطعاً بیش از آن است.

۱. Lavigne

۲. Biederman



پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی

یافته‌های تحقیق

تحلیل سؤال تحقیق: الگوی طراحی شده بر اساس ویژگی‌های اختلال بی‌اعتنایی مقابله‌ای کودکان و مفاهیم خانواده‌درمانی کارکردی کدام است؟

الف- ویژگی‌های اختلال بی‌اعتنایی مقابله‌ای

جدول شماره ۱: برخی ویژگی‌های افراد مبتلا به اختلال بی‌اعتنایی مقابله‌ای براساس شواهد تجربی

محققان/سال	نوع مطالعه	دامنه سنی	گروه‌های مقایسه/حجم نمونه	ملاک تشخیص/پرسشنامه	نتایج
کانینگهام و بویل ۲۰۰۲	غیربالینی	میانگین ۴	۱۸ نفر = ODD ۲۴ نفر = ADHD ۵۲ نفر = ADHD/ODD ۳۵ نفر = گروه کنترل نرمال	پرسشنامه DBD (پلهام) و همکاران، (۱۹۹۲)، CBCL (۱۹۹۱) و ... مشاهده تعامل والد-کودک	۱- پرخاشگری بالا، براساس گزارش مادران و مربیان. ۲- والدین برای کودکان ODD مشکلات اجتماعی بیشتری گزارش کردند. اما مربیان نه.
متیس و همکاران ۲۰۰۴	غیربالینی	میانگین ۹/۷ و ۹/۸	۱۹ نفر = ODD ۲۰ نفر = گروه کنترل نرمال	ملاک‌های DSM-IV و با تکمیل CBCL والدین	تفاوت معنادار با کودکان نرمال در مقیاس رفتار پرخاشگرانه و رفتار بزهکارانه CBCL
متیس و همکاران ۱۹۹۹	غیربالینی	پسران سن مدرسه			ارائه پاسخ پرخاشگرانه بیشتر، به مسائل فرضی اجتماعی توسط پسران مبتلا
کوی و همکاران ۲۰۰۱	بالینی	۲.۱۱-۶.۸ میانگین ۴/۹	۸۸ نفر = ODD ۸۰ نفر = گروه کنترل همتا شده	تیم بهداشت روانی - اجرای CBCL	۱- ارائه راه حل‌های پرخاشگرانه دو برابر گروه مقایسه بود. ۲- کدگذاری پسران بالینی در مورد اطلاعات اجتماعی، دقت کمتری داشت. تمایل به ارائه اسنادهای خصمانه (یعنی تعبیر منفی از رفتارهای همسالان) با الگوی تشخیصی حادث‌تر یا پیچیده‌تر همراه بود.
کارلسون و همکاران	غیربالینی	کودکان سن			پرخاشگری و مشکلات فردی بیشتر در پسران ناامیدی و مشکلات اجتماعی بیشتر

فصل نامه خانواده و پژوهش (سال اول، شماره ۱، پائیز ۱۳۸۶)

در دختران			مدرسه		۱۹۹۷
نشانه ششم این اختلال بیشتر دیده می شود ترتیب فراوانی آنها ۶>۷>۲>۸>۳>۵>۱>۴	پرسشنامه ای مبتنی بر DSM-IV	۱۴۲۵ نفر	۶-۱۵	غیربال ینی	ارشان و همکاران ۲۰۰۴



تحلیل شواهد تجربی و نظری مربوط به ویژگی‌های اختلال بی‌اعتنایی مقابله‌ای (جدول شماره ۱) نشان می‌دهد که کودکان مبتلا به این اختلال در برابر مسائل اجتماعی فرضی و واقعی (در برخورد با والدین و اعضای خانواده) پرخاشگری بیشتری نشان می‌دهند، مشکلات اجتماعی بیشتری دارند و کدگذاری این کودکان در مورد اطلاعات اجتماعی از دقت کمتری برخوردار است. شاید پرخاشگری این کودکان با کدگذاری کمتر دقیق اطلاعات اجتماعی نیز ارتباط داشته باشد. تنها یک تحقیق تفاوت بین دختران و پسران از نظر پرخاشگری، مشکلات فردی و مشکلات اجتماعی را گزارش کرده است، درحالی که این تمایز جنسیتی در سایر تحقیقات نشان داده نشده است و شواهد نظری نیز در این مورد وجود ندارد بنابراین، در این طرح درمانی با مشکلات اجتماعی و پرخاشگری هر دو جنس برخورد یکسانی در نظر گرفته می‌شود. اینکه فقط والدین (عمدتاً مادران) مشکلات اجتماعی این کودکان را گزارش کرده‌اند و مربیان این مشکلات را گزارش نکرده‌اند، وجود مشکل ارتباطی در خانه را تأیید می‌کند و با سوابق نظری همسو است.

شواهد نظری همبودی سایر اختلالات با اختلال بی‌اعتنایی مقابله‌ای را تأیید می‌کنند. شواهد تجربی (کادیسجو و همکاران، ۲۰۰۳؛ نورثی و همکاران، ۲۰۰۳؛ پلهام و همکاران، ۱۹۹۲؛ شافر و همکاران، ۱۹۸۸ و ری و همکاران، ۱۹۸۸ و کاشانی و همکاران، ۱۹۸۷، نقل از ری، ۱۹۹۳؛ ونینگ و همکاران، ۱۹۹۳) نیز نشان می‌دهد تشخیص اضطراب و افسردگی همراه با این اختلال حدود ۱۰٪ است. اما بیشترین همبودی در مورد بیش‌فعالی است. در نمونه‌های بالینی و غیربالینی وجود ۲۰٪ تا ۶۰٪ همبودی بین این دو آشکار شده است. اختلاف در میزان همبودی گزارش شده، به دو دلیل است: اولاً زمانی که همبودی این دو اختلال در بین افراد بیش‌فعال بررسی می‌شود، درصد بالایی به دست می‌آید، اما در بین افراد اختلال بی‌اعتنایی مقابله‌ای درصد پایینی به دست می‌آید. دلیل دوم به فرد گزارش‌کننده بستگی دارد. والدین عمدتاً از علائم اختلال بی‌اعتنایی مقابله‌ای اما مربیان از علائم بیش‌فعالی کودکان ناراحت می‌شوند. میزان همبودی ۹۳٪ در تحقیق پلهام و همکاران، یک مورد استثنایی و قابل ملاحظه است. شواهد تجربی و نظری (می‌یر، مارزاکای و مئو، ۲۰۰۶؛ کانینگهام و بویل، ۲۰۰۲؛ کادیسجو و همکاران، ۲۰۰۳؛ نورثی و همکاران، ۲۰۰۳) نشان می‌دهد که در صورت وجود همبودی بین این دو اختلال، شدت علائم بیشتر بوده و پرخاشگری شدیدتری به ویژه پرخاشگری فیزیکی وجود دارد و احتمال رفتار ضداجتماعی پایدار و سیر به سوی اختلال سلوک زیاد (یعنی ۳۳ تا ۵۰ درصد) است.

ب- سبب‌شناسی اختلال بی‌اعتنایی مقابله‌ای

هر چند شواهد نظری و تجربی (کوی و همکاران، ۲۰۰۱؛ مازید و همکاران، ۱۹۹۰ و ری، ۱۹۹۳؛ کاپلان، سادوک و گرب، ۱۳۷۵) وجود

آمادگی خلقی و سررشتی مبنی بر حساسیت بین فردی، واکنشگری هیجانی، داشتن اراده، برتری جوی‌های زیاد یا قاطعیت مؤثر در این کودکان، عملکرد خانواده و کنترل بیش از حد توسط والدین و تعامل آن دو با آسیب‌زایی چندعاملی را در کشمکش و گسترش اختلال بی‌اعتنایی مقابله‌ای نشان داده‌اند، فرض سبب‌شناسی بیولوژیکی یا ژنتیکی، ضعیف است. زیرا در آن صورت باید در هر موقعیتی اعم از خانه، مدرسه و اجتماع و در برخورد با همه یعنی والدین و سایر افراد آشنا و ناآشنا علائم مربوط به اختلال بروز کند، درحالی‌که براساس DSM-IV غیر از این است. نهایتاً، با توجه به اینکه سبب‌شناسی بیولوژیکی و ژنتیکی، بیشتر درمورد اختلال سلوک و بیش‌فعالی پذیرفته است (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۱۳۷۴؛ کاپلان، سادوک و گرب، ۱۳۷۵؛ کراتوچویل و موریس، ترجمه نائینیان و همکاران، ۱۳۷۸) و عمدتاً آزمودنی‌های تحقیقات قبلی ترکیبی از ویژگی‌های اختلال سلوک و اختلال بی‌اعتنایی مقابله‌ای را داشتند و درمورد اختلال بی‌اعتنایی مقابله‌ای که مطابق تعریف DSM باشد، تحقیقات کمتری انجام شده است (مارکوارد و براید، ۲۰۰۱)، بنابراین دلیل دیگر ضعیف بودن احتمال بیولوژیکی و ژنتیکی، وجود همبودی این اختلال با اختلال سلوک و بیش‌فعالی در تحقیقاتی است که احتمال بیولوژیکی و ژنتیکی را گزارش کرده‌اند. لذا شواهد به نفع سبب‌شناسی خانوادگی و نحوه ارتباط والدین با فرزندان است. البته در صورت وجود احتمالی سبب‌شناسی بیولوژیکی و ژنتیکی نیز آموزش رفتاری والدین درباره نحوه اداره رفتار کودک، مؤثر خواهد بود. همان‌طوری‌که درمورد درمان بیش‌فعالی نیز بر آموزش والدین تأکید می‌شود (کراتوچویل و موریس، ۱۳۷۸؛ علیزاده، ۱۳۸۳). لذا توجه خانواده درمانی کارکردی بر آموزش رفتاری والدین مورد تأکید بوده و به عنوان بخشی از الگوی درمانی حاضر می‌باشد.

شواهد نظری مربوط به سبب‌شناسی والدینی و خانوادگی اختلال بی‌اعتنایی مقابله‌ای بیانگر این است که والدین این کودکان، خودشان با پیامدهای قدرت، کنترل و خودمختاری درگیر بوده‌اند. در برخی موارد مادرها کنترل‌کننده و افسرده و پدرها پرخاشگر منفعل و در بسیاری از موارد نیز کودکان، ناخواسته بوده‌اند (کاپلان، سادوک و گرب، ۱۳۷۵). مطابق DSM-IV نیز در خانواده‌هایی که حداقل یکی از والدین سابقه ابتلا به اختلال خلق، اختلال سلوک، بیش‌فعالی، شخصیت ضد اجتماعی یا سوءمصرف مواد دارند، این اختلال شایع‌تر است. در برخی از مطالعات نیز کودکان مادران افسرده، و همچنین خانواده‌هایی که میان والدین ناسازگاری‌های جدی وجود دارد، و خانواده‌هایی که در آنها روش‌های تربیتی خشن، بی‌ثبات یا طردکننده وجود دارد، این اختلال شایع‌تر است.

شواهد تجربی (جدول شماره ۲) نیز رابطه طبقه اجتماعی اقتصادی پایین، طلاق و کارکرد خانوادگی ضعیف و همچنین احساس صلاحیت فرزندپروری پایین با شدت اختلال بی‌اعتنایی مقابله‌ای را تأیید

می‌کنند. به قول کانینگهام و بویل (۲۰۰۲) شواهد تجربی مربوط به احساس فرزندپروری پایین وقتی در کنار نتیجه تحقیق پلهام و همکاران قرار گیرد رابطه تبادلی این اختلال و احساس فرزندپروری پایین والدین روشن می‌شود. در تحقیق پلهام و همکاران والدین در تعامل با کودکانی، که مشکلات برونی کردن را به صورت ساختگی نشان می‌دادند؛ احساس موفقیت و کارایی کمتر، و احساس خصومت، اضطراب، و افسردگی بیشتری را گزارش می‌کردند. اینکه والدین کودکان نرمال نیز راه‌های کنترل‌کننده بیشتر و راه‌های مثبت‌گمتری در برابر رفتارهای اختلال بی‌اعتنایی مقابله‌ای ارائه می‌کنند، نشان می‌دهد که رویکرد اجبارکننده والدین در برابر رفتار مخرب، خاص والدین کودکان با اختلال بی‌اعتنایی مقابله‌ای نیست و همه والدین در برابر رفتارهای منفی و نافرمانی، عمدتاً از راه‌های کنترل‌کننده، سرزنش یا محروم کردن استفاده می‌کنند. البته احساس صلاحیت فرزندپروری پایین و کارکرد ضعیفتر خانواده نیز ممکن است در نحوه کنترل کودک نقش داشته باشد. بنابراین **شواهد ماهیت تبادلی این اختلال را تأیید می‌کنند.** به این ترتیب که از یک طرف والدین در اداره کودک مشکل دارند و از طرف دیگر، سرزنش و محروم کردن و روش‌های منفی (تنبیه) استفاده می‌کنند و از طرف دیگر کودکان نیز حساسیت پایینی به تنبیه داشته و علیرغم نسبت فزاینده تنبیه به پاداش در تعاملات والد-کودک، شاید به امید پاداش رفتارشان را ادامه می‌دهند.

فصل نامه خانواده و پژوهش (سال اول، شماره ۱، پائیز ۱۳۸۶)

جدول شماره ۲: برخی ویژگیهای خانوادگی و رفتارهای والدین افراد مبتلا به اختلال بی اعتنایی مقابله ای براساس شواهد تجربی

محققان/سال	نوع مطالعه	دامنه سنی	گروههای مقایسه/حجم نمونه	ملاک تشخیص	نتایج
کادیسجو و همکاران ۲۰۰۳	بالینی	۳-۷	۱۳۱ نفر = کودکان بیش فعال با و بدون ODD ۱۳۱ نفر = گروه کنترل همتا شده	- مصاحبه با والدین و ارزیابی بالینی - CBCL و ...	رابطه طلاق والدین و طبقه اجتماعی با شدت اختلال ODD.
بیردو همکاران ۱۹۸۸	غیربالینی	۴-۱۶	۳۸۶ نفر	براساس DSM-III	شیوع بیشتر اختلال ODD در طبقه اجتماعی اقتصادی پایین.
جانستون و منس ۱۹۸۹				پرسشنامه CBCL	رابطه مشکلات درونی کردن و برونی کردن با پایین بودن احساس صلاحیت فرزندپروری والدین
کانینگهام و بویل ۲۰۰۲	غیربالینی	میانگین ۴	۱۸ نفر = ODD ۲۴ نفر = ADHD ۵۲ نفر = ADHD/ODD ۳۵ نفر = گروه کنترل نرمال	پرسشنامه DBD (پلهام و همکاران، ۱۹۹۳)، CBCL (۱۹۹۱) و ... مشاهده تعامل والد-کودک	- کارکرد خانوادگی ضعیف و احساس صلاحیت فرزندپروری پایینتر به گزارش مادران. - مادران کودکان ODD از نظر افسردگی با مادران کودکان نرمال تفاوت نداشتند. - مادران در همه گروهها برای مسائل فرضی بیش فعالی، ODD و اختلال سلوک بیش از دو برابر راه حل‌های مثبت/پیشگیری کننده، راه حل‌های کنترل کننده/منفی ارائه دادند و راه حل‌های ارائه شده برای مسائل اختلال ODD و اختلال سلوک در مقایسه با بیش فعالی بیشتر منفی/کنترل کننده بود. - در مشاهدات خانگی تعاملات والد-کودک، کودکان ODD، به ویژه پسران کمتر از دختران، با دستورات والدین موافقت کردند. - مادران مشکلات مدیریت کودک را بیشتر با استفاده از سرزنش یا محروم کردن حل می کردند نه با برنامه ریزی یا پاداش دادن به رفتار مثبت. - مادران دختران مبتلا به اختلالات مخرب آنها را بیشتر از پسران تحسین و دوبرابر مادران پسران، به آنها پاداش مثبت می دادند. نسبت پاداش دادن با

بررسی اثربخشی رویکرد خانواده درمانی کارکردی...

<p>موافقت دستورات والدین، رابطه چندانی نداشت. پسران ODD در یک تکلیفی با نسبت فزاینده تنبیه به پاداش، در توقف رفتارشان مشکل داشتند و بلافاصله بعد از تنبیه عمل بعدی را انجام می دادند. یعنی حساسیت کمتری به تنبیه نشان دادند. اما از نظر حساسیت به پاداش تفاوتی با کودکان نرمال نداشتند.</p>	<p>ملاکهای DSM-IV و با تکمیل CBCL (۱۹۹۱) توسط والدین</p>	<p>۱۹ نفر = ODD ۲۰ نفر = گروه کنترل نرمال</p>	<p>میانگین ۹/۸ و ۹/۷</p>	<p>غیربالینی</p>	<p>متیس، گوزن، اسنوک، و انگلند ۲۰۰۴</p>
--	--	---	--	------------------	--



ج- روش‌ها و مکانیزم‌های درمانی مؤثر در اختلال بی‌اعتنایی مقابله‌ای

برای تدوین طرح درمانی مناسب نیاز است علاوه بر شناخت ویژگی‌ها و سبب شناسی اختلال، روش‌ها و مکانیزم‌های درمانی مؤثر نیز شناخته شود.

با توجه به شواهد (لیلین فیلد، ۲۰۰۵؛ کازدین، ۱۹۹۸، نقل از بیهان و کار، ۲۰۰۰؛ استرادا و بینسوف، ۱۹۹۵؛ ویلز و ایگان، ۱۹۸۱، نقل از ری، ۱۹۹۳) سه روش خانواده درمانی کارکردی، آموزش رفتاری والدین و درمان چندسیستمی مؤثرترین روش‌های درمان اختلال بی‌اعتنایی مقابله‌ای شناخته شده است. لذا می‌توان از خانواده درمانی کارکردی که بخشی از آن به آموزش والدین می‌پردازد، استفاده کرد. البته خانواده درمانی کارکردی و درمان چندسیستمی در استفاده از منابع اجتماعی و پیوند دادن خانواده با منابع حمایتی جامعه برای تعمیم و حفظ تغییر و خیلی از اصول و مفاهیم درمان، مشابه هستند.

شواهد تجربی (پارسونز و الکساندر، ۱۹۷۳؛ الکساندر و پارسونز، ۱۹۷۳؛ والدرون و همکاران، ۲۰۰۱؛ باون، ۲۰۰۳؛ گوردون و همکاران، ۱۹۸۸؛ الکساندر و همکاران، ۲۰۰۰؛ سکستون و همکاران، ۲۰۰۰، باموسکی ۲۰۰۲؛ سکستون، هولیمون و میس، ۲۰۰۲؛ گوردون گریوز و آریاتانت، ۱۹۹۵) اثربخشی خانواده درمانی کارکردی را با توجه به تأثیر آن در «بهبود کارکرد خانواده»، «کاهش عود اختلال رفتاری فرزند»، و «پیشگیری» نشان داده اند. این رویکرد درمقایسه با سایر روش‌های درمانی و گروه کنترل، عود مشکل را حداقل ۲۷ و حداکثر حدود ۸۰ درصد کاهش می‌دهد و نتایج مثبت درمان تا ۵ سال نیز تداوم می‌یابد، در کاهش شدت جرائم بعدی و پیشگیری از وقوع جرائم بزرگسالی مؤثر است. همچنین در خواهران و برادران نوجوانان مجرم، از (ارتکاب جرم و) ارجاع به دادگاه نوجوانان پیشگیری می‌کند. پراکندگی مربوط به عود مشکل قابل ملاحظه است. عود مشکل و نتایج درمان با صلاحیت درمانگر و پیروی از مدل تجویز شده، رابطه عکس دارد (باموسکی، ۲۰۰۲؛ سکستون، هولیمون و میس، ۲۰۰۲؛ سکستون، سیدنور، و روولند، ۲۰۰۳؛ بارنووسکی، ۲۰۰۲). در تحقیق الکساندر، بارتون، شیواو و پارسونز (۱۹۷۶) نتایج درمان (کاهش عود، تغییرات ارتباطی خانواده و ادامه دادن درمان)، با ابعاد رابطه ای (رفتار عاطفی، گرمی و شوخی) و ابعاد ساختاری (هدایتی بودن و اعتماد به نفس) درمانگر رابطه داشت، درحقیقت ۶۰٪ واریانس پیامد درمان، به وسیله این ابعاد مربوط به درمانگر تبیین می‌شود. همچنین خاتمه پیش از موعد، عود مشکل را در نوجوانان پیش بینی می‌کند. طبق نتیجه تحقیق نیویل، الکساندر، و تورنر (۱۹۹۶) سطح منفی گرایی خانواده نیز به طورموفقیت آمیزی نتایج درمان را پیش بینی می‌کند.

با توجه به شواهد تجربی، نتایج مثبت درمان به شرطی قابل حصول است که خانواده، درمان را تکمیل کنند (باون، ۲۰۰۳؛ سکستون، هولیمون و میس، ۲۰۰۲). البته شواهد نظری و تجربی

(سکستون و الکساندر، ۲۰۰۳؛ لیدل و داکوف، ۱۹۹۵؛ سکستون، هولیمون و میس، ۲۰۰۲؛ رایبیز و همکاران، ۲۰۰۳) آشکارا از مؤثر بودن خانواده درمانی کارکردی در کاهش ترک بی موقع مراجعان حکایت دارد. طبق شواهد تجربی (رایبیز و همکاران، ۲۰۰۳؛ بورک، ۲۰۰۳؛ الکساندر و همکاران، ۱۹۷۶) سطح منفی گرایي خانواده (نسبت عبارات منفی بیان شده به وسیله اعضای خانواده به عبارات حمایتی)، اتحاد نامتعادل در خانواده، و اتحاد درمانگر با یکی از والدین، وقتی که هر دو والدین در جلسه حضور داشته باشند، به ترک بی موقع درمان منجر می‌شود.

برخی از مکانیزم‌های اثرگذار تاکنون بیان شده اند. شواهد تجربی (رایبیز و همکاران، ۱۹۹۶؛ رایبیز و همکاران، ۲۰۰۰؛ رایبیز و همکاران، ۲۰۰۱) نقل از کوپر، ۲۰۰۱؛ استرن، ۱۹۹۹) نشان می‌دهد که چهارچوب بندی‌های مجدد تنها مداخلاتی هستند که در اولین جلسه با واکنش مثبت نوجوانان را برمی‌انگیزد و در درگیر کردن نوجوانان در طی مرحله اول درمان نقش اساسی دارند. چهارچوب بندی‌های مجدد، بیش از سایر تکنیکها (انعکاس، استخراج ساختار یا منحرف کردن بحث) در کاهش عبارات‌های دفاعی اعضای خانواده و الگوهای متوالی منفی گرایي در جلسه اول مؤثر هستند و معمولاً پاسخ مثبت اعضای خانواده را برمی‌انگیزند و کمتر احتمال دارد که پاسخ منفی را برانگیزند. همچنین نتیجه نشان داده که درمانگر باید عبارات دفاعی را بلافاصله چهارچوب بندی مجدد کند. اگر درمانگر پس از عبارت دفاعی ساکت بماند و فرد دومی با عبارت دفاعی پاسخ دهد ۷۰٪ احتمال دارد که عضو سوم خانواده با يك عبارت دفاعی دیگری وسط مشاجره ببرد. نتیجه نهایی اینکه ادراکات والدین و نوجوانان درباره یکدیگر بر رفتارشان تأثیر می‌گذارد، درحقیقت والدین و نوجوانان پرتعارض درمقایسه با والدین پریشان اسنادهای سرزنش کننده بیشتری درباره رفتارهای منفی همدیگر ارائه می‌دهند و اسنادهای چهارچوب بندی مجدد می‌تواند رفتار منفی را تغییر دهد اما ضرورتاً به تغییر ارتباط مثبت انتقال نمی‌یابد. این موارد با شواهد نظری بیان شده در خانواده درمانی کارکردی همسو است.

الگوی درمانی طراحی شده

اهداف درمان:

با توجه به شواهد تجربی و نظری، اهداف اصلی درمان به شرح زیر خواهد بود:

- ۱- کاهش نافرمانی کودک با توجه به گزارش والدین
- ۲- کاهش پرخاشگری و مشکلات اجتماعی کودک.

مداخلات درمانی:

با توجه به شواهد تجربی و نظری، مداخلات زیر در مشاوره با خانواده دارای کودک مبتلا به اختلال بی‌اعتنایی مقابله‌ای مؤثر خواهد

- بود.
- ۱- باید به اختلالات همراه توجه شود. و در صورتی که کودک بیش‌فعالی شدیدی نیز داشته باشد می‌توان در کنار مشاوره به درمان دارویی او نیز اقدام کرد.
 - ۲- صلاحیت درمانگر، مهارت او در رفتار عاطفی، گرمی و شوخی، هدایتی بودن و اعتماد به نفس، و پیروی از مدل تجویز شده نتایج درمان را افزایش می‌دهد.
 - ۳- با توجه به شواهد نظری و تجربی، سبب شناسی تبادل‌ی بیشتر مورد تأیید است و باید به ویژگی خاص این کودکان (خلق و خوی دشوار، حساسیت بین فردی و واکنشگری هیجانی، حساسیت پایین به تنبیه و ...)، زمینه خانوادگی و ویژگی‌های والدین (اختلالات والدین، کارکرد ضعیف خانوادگی، اختلافات والدین، روش‌های فرزندپروری آنها و ...) و از همه مهم‌تر به تعامل والدین- کودکان توجه شود. درمانگر باید تلاش کند عوامل خطرزای مربوط به کودک و والدین را کاهش دهد.
 - ۴- با توجه به بحث‌های تبیین سبب شناسی، درمان باید در جهت تأمین کارکرد، احترام به استقلال و ایجاد راه‌های جدیدی برای تأمین کارکرد باشد. الگوهای ارتباطی خانواده باید به نحوی تغییر یابد که کارکردهای انطباقی را سرعت بخشد. همچنین باید فرزندپروری سخت‌گیرانه تغییر یابد. با چهارچوب‌بندی مجدد، تعریف متمرکز بر خانواده درباره مشکل، اتحاد متعادل، کاهش سرزنش متقابل و همچنین ایجاد چشم اندازه‌های جدید برای تقویت و ایجاد راه‌های جدید این امر میسر خواهد شد. آموزش رفتاری والدین و سایر تکنیک‌های رفتاری و شناختی از جمله رفع تعارض و ... به این امر کمک خواهد کرد.
 - ۵- باید روش‌های مناسب فرزندپروری به والدین آموزش داده شود، اقداماتی در جهت ارتقاء احساس فرزندپروری آنها صورت گیرد و ترتیبی اتخاذ شود که والدین به رفتارهای مثبت کودک بیشتر توجه نمایند و به این رفتارها پاداش دهند. این مورد با آموزش رفتاری والدین و پس از آن ثبت مشاهدات و تغییرات رفتاری کودک و خودشان میسر خواهد بود.
 - ۶- درمانگر باید برای افزایش پیامد درمان، سطح منفی‌گرایی خانواده را کاهش دهد.
 - ۷- چهارچوب بندی مجدد (به ویژه چهارچوب بندی مجدد بلافصل) در کاهش رفتارهای منفی و عبارتهای دفاعی اعضای خانواده، ایجاد اتحاد متعادل و حفظ مراجعان تأثیر دارد، اما احتمالاً به ارتباط مثبت منجر نشود.
 - ۸- در خانواده‌های پرتعارض باید از رفع تعارض و سایر تکنیک‌های رفتاری و سیستمی (ارتباطی) نیز استفاده شود.
 - ۹- در حد امکان همه اعضای خانواده یا حداقل اعضای بزرگ سال و افراد درگیر در مسئله، به طور مقتضی در جلسات حضور داشته باشند.
 - ۱۰- انعطاف‌پذیری در اجرای جلسات و استفاده از تکنیک‌ها با توجه

به نوع مشکل، فرهنگ خانواده و اعضای حاضر در جلسه مورد تأکید است.

مشاهدات و ملاحظات در بازنگری الگوی درمانی طراحی شده:

طبق نتایج این تحقیق:

۱- برخی از والدین باورها یا احساساتی دارند که مانع استفاده از مهارت‌های رفتاری برای مدیریت مطلوب کودک می‌شود. لذا به بررسی شناختی باورهای تربیتی و احساسات والدین (و سایر اعضای خانواده) و توانمندسازی والدین در استفاده از اصول رفتاری پرداخته می‌شود.

۲- ویژگی‌های فردی- خانوادگی آزمودنی‌ها در این تحقیق از جمله درصد بالای تولد این کودکان از طریق سزارین و وجود حسادت بیشتر در بین این کودکان، همچنین فاصله والدین از کودک (فاصله کودک از والدین)، عدم شناخت درست آنها از توانایی‌های کودک، مشکلات طاق‌فرسای خانوادگی، اقتصادی و جسمی و روانی و سطح پایین تحمل در والدین نیز از جمله عوامل خطرناک است. البته در برخی موارد نیز اختلاف (یا طلاق) والدین به دلیل برخوردهای تند یکی از والدین با کودکان، رخ داده بود. در این تحقیق در مرحله تعمیم به نحوه مدیریت والدین در مورد حسادت و ناسازگاری فرزندان پرداخته شده است.

۳- با توجه به نتایج این تحقیق، کارکرد بدر رفتاری اکثر کودکان گروه سنی ۶-۱۰ سال عمدتاً در جهت توجه‌طلبی و تماس (نزدیکی) با والدین بود. ضمن این که عده‌ای از کودکان علاوه بر توجه‌طلبی، استقلال‌طلبی داشتند. بنابراین نیاز است رفتارهایی به خانواده پیشنهاد شود که توجه والدین به کودک را زیاد کرده و باعث شود کودک به جای توجه‌طلبی از طریق رفتارهای نامطلوب، از طریق انجام رفتارهای مناسب توجه والدین را به خود جلب نماید.

اطلاعات تشخیصی درمورد ویژگی‌های فردی- خانوادگی آزمودنی‌ها

۱- اختلالات همراه: ۲۹ درصد اختلال بی‌اعتنایی مقابله‌ای را به طور خالص، ۲۴ درصدشان همراه با بیش‌فعالی و ۴۷ درصد سه اختلال بی‌اعتنایی مقابله‌ای، بیش‌فعالی و اضطراب را توأمان داشتند. حداقل ۳۵.۲۹ درصد در زمان مراجعه یا سابقه یک یا چند مورد از اختلالات عادت‌ی (انگشت مکیدن، ناخن جویدن، شب ادراری و تیک) را داشتند.

۲- مسائل موقعیتی: حداقل ۱۱.۷۶ درصد فرزند ناخواسته بودند. حداقل ۴۱.۱۸ درصد از طریق سزارین به دنیا آمده بودند. حداقل ۳۵.۷۱ درصد به خواهر یا برادر کوچکتر از خود حسادت داشتند و به این خاطر مورد سرزنش قرار می‌گرفتند. حداقل ۴۱.۱۸ درصد از آزمودنی‌ها توجه‌طلبی زیادی داشتند. حداقل ۱۷.۶۴ درصد این کودکان علاوه بر توجه‌طلبی، استقلال‌طلبی نیز داشتند. ۳۵.۲۹ درصد مشکلات

اجتماعی و حداقل ۵۲.۹ درصد مشکل درسی داشتند. تحلیل محتوای جلسات نشان داد که این گونه کودکان از والدینشان فاصله دارند.

۲- مشکلات طاقت فرسای والدین: ۶۱.۹ درصد خانواده‌های این کودکان از مشکلات طاقت فرسای اقتصادی، خانوادگی یا جسمی و روانی از جمله مشکلات خانوادگی و زناشویی، فقر، بیکاری، اعتیاد، طلاق، افسردگی، وسواس و سایر مشکلات حاد یا مزمن جسمی و روانی رنج می‌بردند. در نتیجه سطح تحمل آنها پایین بود. به روش‌های مختلفی فرزندشان را سرزنش می‌کردند. درمورد اداره فرزندشان اظهار درماندگی می‌کردند. از توانایی‌های فرزند خود شناخت درستی نداشتند. اختلافات زناشویی به اشکال مختلف با صراحت یا به طور ضمنی در خانواده‌های این کودکان وجود داشت.

بررسی اثربخشی الگوی درمانی طراحی شده

تحلیل فرضیه اول تحقیق: کودکانی که خانواده‌های آنها در معرض الگوی طراحی شده قرار می‌گیرند، اختلال بی‌اعتنایی مقابله‌ای آنها کمتر از کودکانی است که در معرض این درمان قرار نمی‌گیرند.

جدول شماره ۳: خلاصه نتایج آزمون t درمورد کاهش اختلال بی‌اعتنایی مقابله‌ای

Sig.	df	t	آزمون همکنی واریانس‌ها		متغیر
			Sig.	F	
۰.۰۱۰	۱۵	۲.۹۹۴*	۰.۰۵۹	۴.۲۳۷	اختلال بی‌اعتنایی مقابله‌ای

* $P < 0.05$

با توجه به این که در جدول فوق آزمون t معنادار است، بنابراین الگوی درمانی طراحی شده به طور قابل ملاحظه‌ای باعث کاهش اختلال بی‌اعتنایی مقابله‌ای کودکان می‌شود.

تحلیل فرضیه دوم تحقیق: کودکانی که خانواده‌های آنها در معرض الگوی طراحی شده قرار می‌گیرند، علائم اختلالات همراه با اختلال بی‌اعتنایی مقابله‌ای در آنها کمتر از کودکانی است که در معرض این درمان قرار نمی‌گیرند.

جدول شماره ۴: خلاصه نتایج آزمون t درمورد کاهش اختلالات همراه

Sig.	df	t	آزمون همگنی واریانس‌ها		متغیر
			Sig.	F	
۰.۰۱۰	۱۵	۲.۹۹۴*	۰.۰۵۹	۴.۲۳۷	بیش‌فعالی
۰.۰۰۳	۱۵	۳.۵۰۸**	۰.۴۹۵	۰.۴۹۲	اختلال سلوک
۰.۰۰۸	۱۵	۳.۰۹۴**	۰.۶۸۰	۰.۱۷۸	اضطراب
۰.۰۱۹	۱۵	۲.۶۴۳*	۰.۲۹۹	۱.۱۶۳	افسردگی

* $P < 0.05$ ** $p < 0.01$

با توجه به این که آزمون t در مورد سایر اختلالات نیز معنادار است، بنابراین می‌توان گفت الگوی درمانی مذکور علائم اختلالات همراه را نیز در مبتلایان به اختلال بی‌اعتنایی مقابله‌ای به طور قابل ملاحظه‌ای کاهش می‌دهد.

بحث و نتیجه‌گیری

درصد همبودی اختلال با اضطراب و بیش‌فعالی از نتیجه تحقیقات اکثر محققان (کاشانی و همکاران، ۱۹۸۷؛ شافر و همکاران، ۱۹۸۸؛ ری و همکاران، ۱۹۹۸؛ کادیسجو و گیلبرگ، ۲۰۰۱، نقل از کادیسجو و همکاران، ۲۰۰۳ و نورثی و همکاران، ۲۰۰۳) بالاتر بوده، اما از نتیجه تحقیق پلهام و همکاران (۱۹۹۲) پایین تر است. شاید همبودی بالا در این تحقیق بین اختلال بی‌اعتنایی مقابله‌ای و بیش‌فعالی و اضطراب به این دلیل است که اکثراً مراجعان از طریق مدارس ارجاع می‌شوند و مربیان مدارس بیش‌فعالی کودکان را بیش از اختلال بی‌اعتنایی مقابله‌ای تشخیص می‌دهند. در تحقیق پلهام نیز تشخیص اختلال براساس گزارش مربیان بود. دیگر اینکه معمولاً خانواده‌ها در شرایطی که مشکل کودک به شرایط حادثری می‌رسد به مراکز مشاوره می‌کنند.

ناخواسته بودن تعدادی از آزمودنی‌ها تا حدی با نظر کاپلان، سادوک و گرب (۱۳۷۵) همسو است. یافته این تحقیق درمورد وجود اختلال بی‌اعتنایی مقابله‌ای بیشتر در فرزندان اول، تک فرزندان و فرزندان آخر و همچنین حسادت فرزندان اول خانواده با نظر آدلر (نقل از شولتز، ترجمه کریمی و همکاران، ۱۳۷۷) درمورد ترتیب تولد سازگار است. داشتن مشکلات اجتماعی در این کودکان با تحقیقات قبلی (کانینگهام و بویل، ۲۰۰۲؛ متیس و همکاران، ۲۰۰۴؛ متیس و همکاران، ۱۹۹۹ و کوی و همکاران، ۲۰۰۱) سازگار است و وجود مشکلات درسی در این کودکان را می‌توان با نتیجه تحقیق سادات (۱۳۷۷) سازگار دانست.

وجود توجه‌طلبی همراه با استقلال طلبی با نظر بارتون و الکساندر

(۱۹۸۱) و بودین (۱۹۸۱)، نقل از رانکین- اسکووار و همکاران، (۱۹۹۷) همسو است. آنها رفتارهای فاصله جویی و نزدیکی را دو انتهای پیوستار نمی‌دانند، بلکه دو سازه می‌دانند. بودین معتقد است هر یک از این دو سازه به دیگری اجازه بروز می‌دهد یا آن را توانمند می‌کند. بارتون و الکساندر نیز گفته است حالت تعدیل که در آن فاصله و نزدیکی در سطح بالایی وجود دارد می‌تواند به روش منفی یا روش مثبت وجود داشته باشد، که در این تحقیق اختلال بی‌اعتنایی مقابله‌ای کودکان جلوه منفی وجود سطح بالایی از نزدیکی (توجه‌طلبی) و فاصله (استقلال طلبی) در کودکان است.

مشکلات طاقت‌فرسا در والدین این گونه کودکان با DSM-IV، نظر کاپلان، سادوک و گرب (۱۳۷۵) و نتیجه تحقیقات بیرد و همکاران (۱۹۸۸)، نقل از ری، (۱۹۹۳)، کادیسجو و همکاران (۲۰۰۳)، محمد اسماعیل و موسوی (۱۳۸۲) و ... سازگار است.

اثربخشی الگوی درمانی طراحی شده در کاهش علائم بیش‌فعالی، اضطراب، افسردگی و اختلال سلوک علاوه بر کاهش اختلال بی‌اعتنایی مقابله‌ای، با نتایج تحقیقات قبلی همسو است. با توجه به این که در الگوی طراحی شده از اصول و تکنیک‌های مؤثر خانواده درمانی کارکردی استفاده شده بود و خانواده درمانی کارکردی نیز تلفیقی از آموزش رفتاری والدین و تکنیک‌های رویکرد سیستمی است، نتایج اثربخشی الگوی درمانی طراحی شده توسط این تحقیق با تحقیقات پاترسون (نقل از ویکس- نلسون و ایسرائل، ۱۳۷۱) مربوط به اثربخشی آموزش رفتاری درمورد کاهش رفتارهای ناخوشایند و اختلال‌های رفتاری کودکان، تحقیق کلانتری، نشاط دوست و زارعی (۱۳۸۰) درمورد تأثیر آموزش رفتاری والدین بر کاهش بیش‌فعالی کودکان، نتیجه تحقیق پید، رابرتز و فورهند (۱۹۷۷)، تحقیق فورهند، ویلز و گریست (۱۹۸۰) و نتیجه مطالعه مروری نورثی و همکاران (۲۰۰۳) درمورد اثربخشی آموزش رفتاری برای مشکلات نافرمانی، هماهنگ است. این نتایج در راستای نظر پاترسون درمورد سبب شناسی اختلال درمورد وجود سبک فرزندپروری «اجبار-تسلیم» است و تذکرات بی‌مورد والدین با مفهوم فرمان‌های بتای والدین (فورهند و اسکاربورو، ۱۹۷۵، نقل از ویکس- نلسون و ایسرائل، ۱۳۷۱) سازگار است. همچنین با تحقیقات قبلی در مورد اثربخشی خانواده درمانی کارکردی بر کاهش بزهکاری (اختلال سلوک) نیز همسو است.

با توجه به اینکه الگوی طراحی شده نسبت به خانواده درمانی کارکردی الکساندر و همکارانش این مزیت را دارد که به بررسی شناختی باورها و احساسات بازدارنده می‌پردازد، بنابراین مزایای شناخت درمانی رفتاری را با مزایای خانواده درمانی کارکردی توأم دارد. لذا اثربخشی الگوی درمانی طراحی شده در کاهش علائم افسردگی را می‌توان با نتیجه تحقیق برنت و همکاران (۱۹۹۷) در مورد برتری شناخت درمانی رفتاری بر خانواده درمانی رفتاری سیستمی اقتباس شده از خانواده درمانی کارکردی همسو دانست.

پیشنهاد‌های پژوهشی

۱- با توجه به این که در این تحقیق آزمودنی‌ها، اختلالات دیگری (بیش فعالی و یا اضطراب) همراه اختلال بی‌اعتنایی مقابله‌ای داشتند، نیاز است با گروهی که تنها اختلال بی‌اعتنایی مقابله‌ای را داشته باشند مقایسه شود.

۲- در این تحقیق درمورد برخی ویژگی‌های فردی- خانوادگی مربوط به مبتلایان اختلال بی‌اعتنایی مقابله‌ای با تحلیل محتوای جلسات به دست آمده است، نیاز است با اجرای ابزارهای عینی نیز تأیید شود، همچنین ضروری است با گروه‌های کنترل نرمال نیز مورد مقایسه قرار گیرد.

۳- نیاز است اثربخشی الگوی درمانی طراحی‌شده توسط این تحقیق، در سایر مطالعات بالینی با نمونه‌ای گسترده‌تر و به وسیله سایر محققان نیز مورد ارزیابی قرار گیرد.

پیشنهاد‌های کاربردی

۱- نتایج تحقیق نشان داد که خانواده‌ها در استفاده از اصول رفتاری با موانعی از جمله باورهای نادرست یا احساسات ناراحت‌کننده‌ای مواجه هستند، لذا توجه به اینگونه موارد در اثربخشی درمان مؤثر خواهد بود.

۲- الگوی درمانی طراحی شده توسط این تحقیق و شرح جلسات می‌تواند به عنوان راهنمای گام به گام و انعطاف‌پذیر در درمان اختلال بی‌اعتنایی مقابله‌ای مورد استفاده قرار گیرد.

۳- با توجه به اثربخشی الگوی درمانی طراحی شده در کاهش اختلالات سلوک، بیش‌فعالی، افسردگی و اضطراب به نظر می‌رسد برای درمان خانواده‌های دارای فرزند مبتلا به این اختلالات نیز قابل کاربرد خواهد بود.

۴- با توجه به این که ناخواسته بودن فرزند؛ تولد از طریق سزارین؛ حسادت؛ اختلاف زناشویی و نیز مشکلات طاقت‌فرسای خانوادگی، اقتصادی، جسمی و روانی در خانواده‌های دارای کودکان اختلال بی‌اعتنایی مقابله‌ای بیشتر بود. همچنین این خانواده‌ها احساس درماندگی شدیدتری دارند. به نظر می‌رسد کاهش این مشکلات، به کاهش اختلال بی‌اعتنایی مقابله‌ای کمک نماید. لذا مدرسان می‌توانند مباحث فوق‌را در آموزش خانواده‌های دارای فرزند با اختلال بی‌اعتنایی مقابله‌ای مدنظر قرار دهند.

منابع فارسی

- انجمن روان پزشکی آمریکا (۱۳۷۴). *راهنمای آماری و تشخیصی اختلالات روانی DSM-IV* (ترجمه احمدعلی نوربالا و همکاران). تهران: انتشارات دانشگاه شاهد.
- جانگسما، آرتور؛ پیترسون، ال. مارک و مک لینز، ویلیام پی. (۱۳۸۲). *روان درمانگری کودک و نوجوان: طرح‌های مدون درمانی برای اختلالات دوره کودکی و نوجوانی* (ترجمه علی صاحبی، علی اکبر ثمری و نادر باقری). مشهد: شرکت به نشر.
- سادات، سید نصرالله (۱۳۷۷). *مقایسه دانش آموزان با مشکلات رفتاری کم و مشکل رفتاری زیاد در زمینه پیشرفت تحصیلی در پایه پنجم ابتدایی شهر شیراز* (پایان نامه کارشناسی ارشد). دانشگاه شیراز.
- شولتز، دوآن پی. (۱۳۷۷). *نظریه‌های شخصیت* (ترجمه یوسف کریمی و همکاران). تهران: انتشارات آرسباران.
- علیزاده، حمید (۱۳۸۳). *اختلال نارسایی توجه و فزون جنبشی: ویژگی‌ها، ارزیابی و درمان*. تهران: انتشارات رشد.
- کاپلان، هارولد ای.؛ سادوک، بنجامین جی. و گرب، جک ا. (۱۳۷۵). *روان پزشکی کودکان و نوجوانان* (ترجمه امین الله فاضل و علی کریمی). شیراز: انتشارات رهگشا.
- کراتوچویل، توماس آر. و موریس، ریچارد جی. (۱۳۷۸). *روان شناسی بالینی کودک: روش‌های درمانگری* (ترجمه محمدرضا نائینیان و همکاران). تهران: انتشارات رشد.
- کلانتری، مهرداد؛ نشاط دوست، حمید و زارعی، محمدباقر (۱۳۸۰). *تأثیر آموزش رفتاری والدین و دارودرمانگری بر میزان علائم فزون کنشی کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/فزون کنشی*. *مجله روان شناسی*، سال پنجم، شماره ۲، صص. ۱۲۵-۱۱۸.
- محمد اسماعیل، الهه و موسوی، حکیمه سادات (۱۳۸۲). *بررسی سلامت روانی مادران دانش آموزان مبتلا به اختلالات رفتاری*. *پژوهش در حیطه کودکان استثنایی*، سال سوم، شماره ۲.
- ویکس-نلسون، ریتا و ایزرائیل، الن سی. (۱۳۷۱). *اختلال‌های رفتاری کودکان* (ترجمه‌س محمد تقی منشی طوسی). مشهد: انتشارات آستان قدس رضوی.

منابع انگلیسی

- Achenbach, T. M. (۲۰۰۱). Child Behavior Checklist For Ages ۶-۱۸. Available at: www.aseba.org.
- Alexander, J.F., Barton C., Schiavo, R.S., & Parsons, B.V. (۱۹۷۶). Behavioral intervention with families of delinquents: Therapist characteristics and outcome. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, ۴۴, ۶۵۶-۶۶۴.
- Alexander, J. F., & Parsons, B. V. (۱۹۷۳). Short-term behavioral intervention with delinquent families: Impact on family process and recidivism. *Journal of Abnormal Psychology*, ۸۱(۳), ۲۱۹-۲۲۵.

- Bamoski, R. (۲۰۰۲). Washington State's implementation of aggression replacement training for Juvenile offenders: Preliminary finding. Washington State Institute for Public Policy. Available at: www.sipp.wa.gov.
- Barton, C. & Alexander, J. F. (۱۹۸۱). Functional family therapy. In D.P. Kinskern (Ed.). *Handbook of family therapy* (pp. ۳۰۲-۳۴۲). New York: Brunner/Mazel.
- Behan, J. & Carr, A. (۲۰۰۰) Oppositional Defiant Disorder. In A. Carr (Ed.) *What works with children and adolescents? A critical review of psychological interventions with children, adolescents and their families* (pp. ۱۰۲-۱۳۰). London: Routledge.
- Biederman, J., Monuteaux, M.C., Greene, R.W., Braaten, E., Doyle, A.E., & Faraone, S.V. (۲۰۰۱). Long-term stability of the Child Behavior Checklist in a clinical sample of youth with Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Journal of Clinical Child Psychology*, ۳۰, ۴۹۲-۵۰۲.
- Bowen, Earl (۲۰۰۲). Blueprint for violence prevention Functional Family Therapy (FFT). *Journal Of The National Medical Association*, ۹۵(۸), ۶۷۰.
- Brent DA, Holder D.; Kolko D., et al. (۱۹۹۷). A clinical psychotherapy trial for adolescent depression comparing cognitive, family, and supportive therapy. *Archives of General Psychiatry*, ۵۴, ۸۷۷-۸۸۰.
- Burke, Renee Kathleen (۲۰۰۲). Engaging Adolescent Offenders in family therapy: Role of Family Dysfunction and the therapist-family alliance. Available at: [www/lib.umi.com](http://www.lib.umi.com).
- Cooper, Garry (۲۰۰۱). Clinician's digest. *Psychotherapy Networker*, ۲۵(۲). Available at: <http://proquest.umi.com/pqdweb>.
- Coy, Kathrine; Speltz, Matthew L.; DEKlyen, Michelle & Jines, Karen (۲۰۰۱). Social-cognitive processes in preschool boys with and without oppositional defiant disorder. *Journal of abnormal child psychology*.
- Cunningham, Charles E. & Boyle, Michael H. (۲۰۰۲). Preschoolers at risk for attention-deficit hyperactivity disorder and oppositional defiant disorder: Family, parenting, and behavioral correlates. *Journal of Abnormal Child Psychology*, ۳۰(۶), ۵۵۵-۵۷۰.
- Erşan, E. Ederal; Doğan, Orhan; Doğan, Selma & Sümer, Haldun (۲۰۰۴). The distribution of symptoms of attention-deficit/hyperactivity disorder and oppositional defiant disorder in school age children in Turkey. *European Child & Adolescent Psychiatry*, Vol. ۱۳(۶), ۲۵۴.
- Estrada, A.U., & Pinsof, W.M. (۱۹۹۵). The effectiveness of family therapies for selected behavioral disorders in childhood. *Journal of Marital and Family Therapy*, ۲۱, ۴۰۲-۴۴۰.
- Forehand, R.; Wells, K. C. & Griest, D. L. (۱۹۸۰). Animation of the social validity of parent program. *Behavior Therapy*, ۱۱, ۴۸۸-۵۰۲.
- Gordon, Donald. A., Arbuthnot, J., Gustafson, K. E., & McGreen, P. (۱۹۸۸).

- Home-based behavioral-systems family therapy with disadvantaged juvenile delinquents. *American Journal of Family Therapy*, ۱۶, ۲۴۲-۲۵۵.
- Gordon, Donald A.; Graves, Karen & Arbothnot, Jack (۱۹۹۵). The effect of functional family therapy for delinquents on adult criminal. *Criminal Justice and Behavior*, ۲۳(۱), ۶۰.
- Henggeler, Scott W. & Sheidow, Ashli J. (۲۰۰۳). Conduct disorder and delinquency. *Journal of Marital and Family Therapy*, ۲۹(۴), ۵۰۵.
- Hodgson, Jennifer L.; Johnson, Lee N.; Ketring, Scott A.; Wampler, Richard S. & Lamson, Angela L. (۲۰۰۵). Integrating research and family therapy training programs. *Journal of Marital and Family Therapy*, ۳۱(۱), ۷۵-۸۹.
- Kadesjo, Christina; Hagglof, Bruno; Kadesjo, Bjorn & Gillberg, Christopher (۲۰۰۳). Attention-deficit-hyperactivity disorder with and without oppositional defiant disorder in ۳- to ۷-year-old children. *Developmental Medicine and Child Neurology*, ۴۵(۱۰), ۶۹۳.
- Kashani, Javad H.; Jones, Michael R.; Bumby, Kurt M. & Thomas, Lisa A. (۱۹۹۹). Youth Violence: Psychological risk Factors, treatment, prevention, and recommendations. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, ۷(۴), ۲۰۰-۲۱۰.
- Kazdin, A. E. (۱۹۹۵). Conduct disorders in childhood and adolescence (۲nd ed.). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Lavigne, J.V., Cicchetti, C., Gibbons, R.D., Binns, H.J., Larsen, L., & DeVito, C. (۲۰۰۱). Oppositional defiant disorder with onset in preschool years: Longitudinal stability and pathways to other disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, ۴۰, ۱۳۹۳-۱۴۰۰.
- Liddle, Howard A. & Dakof, Gayle A. (۱۹۹۵). Efficacy of family therapy for drug abuse: Promising but not definitive. *Journal of Marital and Family Therapy*, ۲۱(۴), ۵۱۱.
- Lilienfeld, Scott O. (۲۰۰۵). Scientifically unsupported and supported interventions for Childhood psychopathology: A summary. *Pediatrics*, ۱۱۵(۲), ۷۶۱-۷۶۵.
- Markward, Martha J. & Bride, Brian (۲۰۰۱). Oppositional defiant disorder and the need for family-centered practice in schools. *Children & Schools*. Vol. ۲۳(۲), ۷۲-۸۳.
- Matthys, walter; Goozen, Stephanie H.M.; Snoek, Heddeke & England, Herman (۲۰۰۴). Response preservation and sensitivity to reward and punishment in boys with oppositional defiant disorder. *European Child & Adolescent Psychiatry*, Vol. ۱۳(۶), ۳۶۲.
- Meere, Jaap Van Der; Marzoccki, Gian Marco & Meo, Tiziana De (۲۰۰۶). Response Inhibition and attention Deficit Hyperactivity Disorder With and Without Oppositional Defiant Disorder Screened From a Community sample. *Developmental Neuropsychology*, Vol. ۳۸(۱), ۴۵۹.
- Northey, William F. Jr; Wells, Karen C.; Silverman, Wendy K. & Bailey C.

- Everett (۲۰۰۲). Childhood behavioral and emotional disorders. *Journal of Marital and Family Therapy*, ۲۹(۲), ۵۲۳.
- Parsons, B. V.; Alexander, J. F. (۱۹۷۳). Short-term family intervention: A therapy outcome study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, ۴۱, ۱۹۵-۲۰۱.
- Peed, S.; Roberts, M. & Forehand, R. (۱۹۷۷). Evaluation of the effectiveness of a standardized parent training in altering the interaction of mothers and their noncompliant children. *Behavior modification*, ۱, ۳۳۳-۳۵۰.
- Rankin-Esquer, Lynn A.; Burnett, Charles K.; Baucom, Donald H. & Epstein, Norman (۱۹۹۷). Autonomy and relatedness in marital functioning. *Journal of Marital and Family Therapy*, ۲۳(۲), ۱۷۵-۱۸۹.
- Rey, Joseph M. (۱۹۹۳). Oppositional defiant disorder. *The American Journal of Psychiatry*, ۱۵۰(۱۲), ۱۷۶۹-۱۷۷۸.
- Robbins, M. S., Alexander, J. F., Newell, R. M., & Turner, C. W. (۱۹۹۶). The immediate effect of reframing on client attitude in family therapy. *Journal of Family Psychology*, ۱۰(۱), ۲۸-۳۴.
- Robbins, M. S., Alexander, J. F., & Turner, C. W. (۲۰۰۰). Disrupting defensive family interactions in family therapy with delinquent adolescents. *Journal of Family Psychology*, ۱۴(۴), ۶۸۸-۷۰۱.
- Robbins, Micheal S.; Turner, Charles W.; Alexander, James F. & Perez, Gonzalo A. (۲۰۰۲). Alliance and dropout in family therapy for adolescents with behavior problems: Individual and systemic effects. *Journal of Family Psychology*, ۱۷(۲), ۵۳۴.
- Rudd, M. David; Joiner, Thomas & Rajab M. Hassan (۲۰۰۱). *Treating suicidal behavior: An effective, time-limited approach*. New York: The Guilford Press.
- Sexton, T. L., & Alexander, J. F. (۲۰۰۰). Functional Family Therapy. *Juvenile Justice Bulletin*, ۱-۸.
- Sexton, T. L., & Alexander, J. F. (۲۰۰۲). Functional family therapy: A mature clinical model for working with at-risk adolescents and their families. In T. L. Sexton, Gerald R. Weeks, & Michael S. Robbins (Eds.), *Handbook of family therapy: The science and practice of working with families and couples* (pp. ۲۳۳-۲۵۰). New York: Brunner-Routledge.
- Stern, Susan B. (۱۹۹۹). Anger management in parent-adolescent conflict. *The American Journal of Family Therapy*, ۲۷(۲), ۱۸۱- ۱۹۳.
- Waldron, H. B., Slesnick, N., Brody, J. L., Turner, C. W., & Peterson, T. R. (۲۰۰۱). Treatment outcomes for adolescent substance abuse at ۳- and ۷-month assessments. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, ۶۹(۵), ۸۰۲-۸۱۴.
- Wendel, Richard; Gouze, Karen R. & Lake Mary Beth (۲۰۰۵). Integrative module-based family therapy: A model for training and treatment in a multidisciplinary mental health setting. *Journal of Marital and Family*

Therapy, ۳۱(۲), ۲۵۷-۲۷۰.

Wenning, Kenneth; Nathan, Parmila & King, Suzanne (۱۹۹۳). Mood disorders in children with oppositional defiant disorder: A pilot study. *American Journal of Orthopsychiatry*, ۶۳(۲), ۲۹۵.

