

Effectiveness of Filial Therapy on Symptom Reduction in Children with Oppositional Defiant Disorder

تأثیر روش رابطه درمانی بر کاهش نشانگان در کودکان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای

Changiz Rahimi¹, Ph.D; Maryam Sajadi,² Ph.D; Norolah Mohamadi,³ Ph.D; Farhad Khormai,⁴ M.A

دکتر چنگیز رحیمی^۱، مریم سجادی^۲،
دکتر نوراله محمدی^۳، دکتر فرهاد خرمایی^۴

Received: 29. 4. 14 Revised: 3.8.14 Accepted: 7.12.14

تاریخ دریافت: ۹۳/۲/۹ تجدیدنظر: ۹۳/۵/۱۲ پذیرش نهایی: ۹۳/۹/۶

Abstract

Objective: The purpose of this study was to determine the effectiveness of filial therapy on symptom reduction in children with oppositional defiant disorder (ODD). **Method:** It was a pre-test post-test control group design. The subjects were 30 students with ODD who were selected using the convenience sampling method. The parents of these children were randomly assigned in two matched groups, including an experimental group that was under filial therapy training (n=15) and a control group (n=15) without any such training. All subjects completed Children Symptom Inventory-4 (CSI-4) (Gadow and Sprafkin, 1994) as pre-test, post-test and follow-up. Data was analyzed using two-factor repeated measures test and paired comparison test. **Results:** According to the results, filial therapy training resulted in noticeable reduction of ODD symptoms in experimental compared to the control group. **Conclusions:** In conclusion, filial therapy, as a training method for parents, can be used in treatment of ODD and reduces the symptoms of this disorder.

Key Words: Filial Therapy, Oppositional Defiant Disorder, Parents

چکیده

هدف: هدف این پژوهش، تعیین اثربخشی رابطه درمانی بر کاهش علائم اختلال نافرمانی مقابله‌ای (ODD) در کودکان است. **روش:** طرح پژوهش از نوع پیش‌آزمون، پس‌آزمون با گروه گواه بود. با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس ۳۰ دانش‌آموز با تشخیص ODD انتخاب شدند. والدین این کودکان به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (n=15) و کنترل (n=15) قرار گرفتند. افراد گروه آزمایش تحت آموزش رابطه درمانی قرار گرفتند، اما گروه کنترل آموزش خاصی دریافت نکرد. تمام شرکت‌کنندگان در سه موقعیت پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری، پرسشنامه علائم مرضی کودکان (گادو و اسپرافکن، ۱۹۹۴) را تکمیل نمودند. برای تحلیل داده‌ها از روش‌های آزمون تکرار سنجش دو عاملی و آزمون مقایسه‌های جفتی استفاده شد. **یافته‌ها:** تحلیل نتایج نشان داد که علائم اختلال نافرمانی مقابله‌ای کودکان در گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل کاهش معنی‌داری یافته است. **نتیجه‌گیری:** رابطه درمانی، به عنوان یک روش آموزشی، برای درمان اختلال نافرمانی مقابله‌ای موثر واقع شده و موجب کاهش نشانگان این اختلال در کودکان می‌شود.

واژه‌های کلیدی: رابطه درمانی، اختلال نافرمانی کودکان، والدین

1. **Corresponding Author:** Associate professor in Shiraz University (Email: crahimi@hotmail.com)
2. M.A. in psychology
3. Associate professor in Shiraz University
4. Assistant professor in Shiraz University

۱. نویسنده مسئول: دانشیار دانشگاه شیراز
۲. کارشناس ارشد روان‌شناسی
۳. دانشیار دانشگاه شیراز
۴. استادیار دانشگاه شیراز

مقدمه

رفتارها و اشتباهات خود، دیگران را سرزنش می‌کنند و اغلب کینه‌توز و انتقامجو هستند. مشکلات رفتاری کودک باید به گونه‌ای باشد که عملکردهای اجتماعی، تحصیلی و شغلی آنان را مختل نماید. رفتارهای نابهنجار حتماً در خانه بروز می‌کند، اما ممکن است در مدرسه یا موقعیت‌های دیگر هم دیده شود.

این اختلال ممکن است از ۳ سالگی شروع شود، ولی معمولاً تا ۸ سالگی آغاز می‌شود. سن بروز آن معمولاً بین ۸ تا ۱۲ سالگی است و شیوع آن قبل از سن بلوغ، در پسران بیشتر است (کاپلان و سادوک، ۲۰۰۵؛ نک، کازدین، هیبریبی و کسلر، ۲۰۰۷). نجفی، فولاد چنگ، علیزاده و محمدی فر (۱۳۸۸) در مطالعه‌ای بر روی دانش آموزان دوره ابتدایی شهر شیراز گزارش کردند که میزان شیوع اختلالات رفتاری از جمله اختلال نافرمانی مقابله‌ای در پسران بیشتر از دخترها است. میزان شیوع این اختلال در دانش‌آموزان شیرازی ۳/۶ درصد گزارش شد. تحقیقات مختلف، میزان شیوع این اختلال را ۲ تا ۱۶ درصد گزارش کرده‌اند (اشتاینر و رمسینگ، ۲۰۰۷). بعضی مطالعات نشان داده است؛ اگرچه شیوع این اختلال در دوره کودکی در پسران بیشتر است، ولی نرخ شیوع آن در طول دوره نوجوانی در دختران و پسران برابر است (لوبر و همکاران، ۲۰۰۹).

در مورد سبب‌شناسی این اختلال نظرات متفاوتی مطرح شده است. بعضی تحقیقات نشان داده است که اختلال نافرمانی مقابله‌ای با رفتار والدین ارتباط دارد (هالنشتاین، ۲۰۰۴؛ بارک، لوبر و لاهی، ۲۰۰۷؛ لوبر و همکاران، ۲۰۰۹). بیرامی و عبادی آسایش (۱۳۸۸)، میزان اختلال نافرمانی مقابله‌ای فرزندان را با توجه به شیوه‌های فرزندپروری مادران را بررسی کردند. نتایج نشان داد که از بین سه شیوه فرزند پروری مادران، شامل والدین قاطع و اطمینان بخش (مقتدر منطقی)، والدین مستبد و دیکتاتور، و والدین سهل گیر (آزادگذار)، شیوه سهل‌گیرانه بیشترین نقش را در

رفتارهای تخریبی در کودکان و نوجوانان طیفی از اختلالات شامل نافرمانی و مقابله‌جویی تا اختلال سلوک را در بر می‌گیرد. در حالی که لجاجت و نافرمانی ممکن است در دوران مختلف رشد به شکل‌های متفاوتی ظاهر شود، در اختلالات رفتار تخریبی شدت و فراوانی رفتارها به گونه‌ای است که موجب بروز مشکلاتی در عملکرد اجتماعی، فردی و تحصیلی کودک می‌شود. ویژگی مهم اختلال نافرمانی مقابله‌ای، رفتارهای منفی و خصومت‌آمیز، نافرمانی و عدم پذیرش مسئولیت اشتباهات خود است. نتیجه نهایی این رفتارها سرزنش‌ها و تنبیه‌های والدین و اطرافیان است. در مجموع، رفتارهای غیرطبیعی کودک باعث بروز مشکلاتی در خانواده و محیط مدرسه برای او می‌شود. به همین دلیل این کودکان معمولاً دوستان زیادی ندارند و از روابط انسانی احساس رضایت نمی‌کنند. با وجود اینکه این کودکان از هوش کافی برخوردار هستند اما به دلیل مقاومت در مقابل انتظارات دیگران از نظر تحصیلی وضعیت مناسبی ندارند. از نظر بعضی محققان، اختلال نافرمانی مقابله‌ای، زمینه‌ساز اختلال سلوک و رفتار ضداجتماعی است و اختلالات خلقی و اضطرابی را هم پیش‌بینی می‌کند (لوبر، بورک و پارینی، ۲۰۰۹). بسیاری از کودکانی که این تشخیص را دریافت کرده‌اند از یک اختلال روانی دیگری هم رنج می‌برند (هفلینگر و هامفری، ۲۰۰۸).

بر اساس ملاک‌های تشخیصی DSM-IV، کودکانی که از اختلال نافرمانی مقابله‌ای رنج می‌برند باید حداقل چهار مورد از علائم زیر را حداقل به مدت شش ماه بروز دهند: این کودکان اغلب با بزرگسالان جر و بحث می‌کنند، زود عصبانی می‌شوند، در مقابل مقررات و درخواست‌های بزرگترها پذیرش نشان نمی‌دهند، دیگران را تعمدانه با کارهای خود آزار می‌دهند، حساس هستند و زود ناراحت می‌شوند، به دلیل

ابتلای فرزندان آنها به اختلال نافرمانی مقابله‌ای دارد. این گروه محققین معتقدند که شیوه‌های فرزندپروری والدین نقش کلیدی در ابتلای کودکان به اختلال نافرمانی مقابله‌ای دارد. در سال‌های اخیر محققین دیگری مانند مک کلند و موریسون (۲۰۰۳) و بارک و همکاران (۲۰۰۷) نیز این اختلال را با رفتار والدین مرتبط دانسته‌اند.

رابطه درمانی روشی است که در آن به والدین آموزش داده می‌شود تا با استفاده از بازی درمانی در زندگی کودک خود به عنوان یک عامل درمانی مشارکت نمایند. سابقه آموزش والدین، به گونه‌ای که یک عامل درمانی در زندگی کودکان خود باشند، به زیگموند فروید بر می‌گردد که به شکل موفقیت آمیزی از پدر یک کودک ۵ ساله برای درمان او استفاده کرد. در مدل لندرت و براتون (۲۰۰۶) که به نام درمان رابطه کودک-والد^۱ (CPRT) شناخته می‌شود، رابطه درمانی توسط متخصص آموزش دیده در مراکز درمانی انجام می‌شود. در این روش، بر حل مسائل ویژه تمرکز نمی‌شود، بلکه این نوع درمان ساختاری را فراهم می‌کند تا رابطه کودک و والد بهبود یابد و والدین به عنوان یک عامل درمانی در نظر گرفته شوند. در این روش، درمانگران به والدین آموزش می‌دهند تا با استفاده از یک دستورالعمل نظری، اجرای جلسات بازی در منزل، و نظارت در یک فضای حمایت‌کننده به عنوان یک عامل درمانی در زندگی کودکان خود نقش ایفا نمایند. والدین اصول اساسی بازی درمانی شامل گوش دادن انعکاسی، درک و پاسخگویی به احساسات کودکان، تنظیم محدودیت‌های درمانی، پرورش عزت نفس کودکان و نحوه استفاده از بازی-های مختلف را می‌آموزند. همچنین والدین می‌آموزند که چگونه یک محیط غیرقضاوت‌کننده، پذیرنده و درک‌کننده را به وجود آورند، به نحوی که این محیط رابطه کودک و والدین را بهبود بخشد. در این روش، والدین کودکان ۳ تا ۱۰ ساله در گروه‌های آموزشی ۶ تا ۸ نفره قرار می‌گیرند. والدین می‌توانند نگرانی‌های

والدینی و نگرانی‌هایی را که در جلسه بازی دارند، بیان کنند و با اعضای گروه در جلسات هفتگی بحث و تبادل نظر نمایند. آموزش بر مهارت‌هایی چون انعکاس احساسات، تنظیم محدودیت و افزایش حساسیت والدینی نسبت به کودکان تمرکز دارد. به محض اینکه والدین به سطح مناسبی از این مهارت‌ها رسیدند، جلسات بازی در منزل تشکیل می‌شود. این جلسات هم بیان هیجانات کودک را تسهیل می‌کند و هم باعث می‌شود که والدین درک عمیق‌تری از کودکان خود بدست آورند. هنگامی که به کودک اجازه داده می‌شود که چشم در چشم والدین و بدون آنکه چیزی را از دست دهد خودش را بیان کند، اضطراب‌های کودک از بین می‌رود، احساس با ارزشی می‌کند و به جای اینکه مشکلات را انکار کند و یا مشکلات باعث آشفتگی او شوند، قادر به حل آنها خواهد بود. فرض بر این است که همزمان با از بین رفتن این شکاف ارتباطی، ناکامی‌ها و خشم‌ها از بین می‌رود. هم‌چنین والدین می‌آموزند در زمان‌های لازم برای کودکان محدودیت‌هایی را تنظیم کنند و همزمان با پذیرفتن احساسات و امیال آنها، بیان کودک را به گونه‌ای که از نظر اجتماعی مناسب باشد، تنظیم نمایند. همسانی و ثبات در زمان بازی خاص، اسباب‌بازی‌های مورد استفاده و رابطه بین والد و کودک منجر به تغییر ادراک کودک از والدین می‌شود. جلسات بازی و جلسات گروهی، شرایط منحصر به فردی را برای کمک به رابطه والد-کودک فراهم می‌کند. در این روش، درمانگر صرفاً با والدین ارتباط دارد (لندرت، ۲۰۰۲؛ لندرت و براتون، ۲۰۰۶).

شواهد بسیاری در مورد اثربخشی رابطه درمانی بر اختلالات دوران کودکی وجود دارد. این نوع درمان در جمعیت‌های بسیار متفاوتی انجام شده است، مانند کودکان مبتلا به اختلال سلوک (جانسون-کلارک، ۱۹۹۶)، والدین کودکان مبتلا به اختلالات یادگیری (کیل و لندرت، ۱۹۹۹)، والدین کودکانی که مورد سوء استفاده جنسی قرار گرفته‌اند (کستاس و لندرت،

جدید، موریسون بنت و براتون (۲۰۱۱)، رابطه درمانی را روش مناسبی برای حل مشکلات رفتاری کودکان پیش دبستانی یافتند.

در مطالعاتی که در ایران انجام شده است، اثربخشی روش‌های مختلف درمانی بر کاهش علائم اختلال نافرمانی مقابله‌ای کودکی گزارش شده است. صفری، فرامرزی و عابدی (۱۳۹۱)، تأثیر بازی درمانی با رویکرد شناختی بر کاهش نشانه‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای را در دانش‌آموزان پسر پایه سوم دبستان در شهر اصفهان بررسی کردند. کودکان گروه آزمایش در ۱۲ جلسه یک ساعته درمانی شرکت نمودند. یافته‌ها نشان داد که روش بازی درمانی موجب کاهش نشانه‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای در کودکان مبتلا به این اختلال می‌شود. نتایج یافته‌های سادات خیریه، شعیری، آزادفلاح و طباطبایی (۱۳۸۸) نشان داد که علائم اختلال در کودکان گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل کاهش یافت. در پژوهشی که فرامرزی، عابدی و قنبری (۱۳۹۱) درباره تأثیر آموزش الگوی ارتباطی مادران بر کاهش نشانگان اختلال نافرمانی مقابله‌ای فرزندان بر روی دانش‌آموزان پسر مقطع ابتدایی در اصفهان انجام دادند، نتایج حاکی از آن بود که آموزش الگوی ارتباطی مادران بر کاهش علائم این اختلال تاثیر دارد. هاشمی، بیرامی، اقبالی، واحدی و رضایی (۱۳۸۸) تأثیر خودآموزی کلامی بر بهبود علائم کودکان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای را در دانش‌آموزان کلاس‌های چهارم و پنجم ابتدایی شهر تبریز بررسی کردند. گروه آزمایش طی ۶ هفته در ۱۲ جلسه یک ساعته آموزش خودآموزی کلامی شرکت نمودند. نتایج نشان داد که آموزش خودآموزی کلامی به بهبود علائم آزمودنی‌ها کمک کرد. در مطالعه‌ای که پوراحمدی، جلالی، شعیری و طهماسیان (۱۳۸۸) در مورد اثر کوتاه‌مدت آموزش برنامه‌ی فرزندپروری مثبت بر تغییر شیوه‌های فرزندپروری مادران کودکان پسر مبتلا به اختلال

(۱۹۹۹)، والدین کودکانی که مبتلا به بیماری‌های مزمن هستند (گلازر- ولدمن، ۱۹۹۱؛ تو، ۱۹۹۷)، والدین کودکان ستیزه‌جو (بول، ۱۹۷۲)، مادران زندانی (هریس و لندرث، ۱۹۹۷) و پدران زندانی (لندرث و لوباف، ۱۹۹۸). در پژوهشی که توسط ریان (۲۰۰۵) انجام شد، نتایج نشان داد که رابطه درمانی باعث می‌شود تا کودک با والدین خود به یک دلبستگی ایمن برسد و رابطه کودک با والدین منبعی قدرتمند برای حل مشکلات عاطفی و تغییرات مثبت شود. تو، لندرث، جوینر و سولت (۲۰۰۲) رابطه درمانی را بر روی والدین کودکانی که مبتلا به بیماری‌های مزمن بودند اجرا کردند. نتایج نشان داد که افراد گروه آزمایش به شکل معناداری کاهش در سطح استرس تجربه شده را از خود بروز دادند و پذیرش آنها نسبت به فرزندانشان افزایش یافت. هم‌چنین کودکان گروه آزمایش در مقایسه با کودکان گروه کنترل به شکل معناداری مشکلات رفتاری، اضطراب و افسردگی کمتری از خود نشان دادند. در تحقیق لندرث و لوباف (۱۹۹۸) بر روی پدران زندانی، نتایج نشان داد که رابطه درمانی به گونه‌ای موثر باعث افزایش پذیرش و رفتارهای همدلانه این پدران نسبت به فرزندان خود می‌شود. هم‌چنین استرس‌های والدینی و گلابه و شکایت از رفتارهای مشکل‌ساز کاهش می‌یابد. علاوه بر آن، خودپنداره کودکان افزایش می‌یابد. نتایج مطالعه کیل و لندرث (۱۹۹۹) در مورد اثر رابطه درمانی بر والدین کودکان مبتلا به اختلالات یادگیری نشان داد که نمرات والدین گروه آزمایش در مقیاس پذیرش والدینی به شکل معناداری بالاتر از نمرات والدین گروه کنترل بود. هم‌چنین والدین گروه آزمایش، استرس‌های والدینی کمتری را گزارش کردند. در یک مطالعه در آلمان (گروسکویک و کوتز، ۲۰۰۸) درمان رابطه درمانی، مشکلات رفتاری کودکان را کاهش داد و متقابلاً موجب افزایش پذیرش، حس همدردی و توجه مثبت مادران شد. در یک مطالعه

انتخاب شده به صورت تصادفی در دو گروه ۱۵ نفری کنترل و آزمایش قرار گرفتند. ملاک ورود به پژوهش ابتلاء به اختلال نافرمانی مقابله‌ای و ملاک‌های خروج ابتلاء به سایر اختلالات روانی در محورهای ۱ و ۲ کتاب DSM-IV-R بود.

ابزار

الف- پرسشنامه علائم مرضی کودکان (CSI-4)^۲: این پرسشنامه توسط گادو و اسپیرافکین (۱۹۹۴) بر اساس DSM-IV به منظور غربال ۱۸ اختلال رفتاری و هیجانی در کودکان ۵ تا ۱۲ طراحی شد. پرسشنامه دارای دو فرم، شامل یک فرم برای معلمان و یک فرم برای والدین است. فرم والدین از ۱۱۲ سوال و فرم معلم از ۸۷ سوال تشکیل شده است. هر یک از پرسشنامه‌ها اختلالات رفتاری مختلفی را می‌سنجند. این پرسشنامه به دو شیوه نمره برش غربال‌کننده (۰ تا ۱) و شیوه نمره‌گذاری بر حسب شدت نشانه‌های مرضی (۰ تا ۳) نمره‌گذاری می‌شود. در پژوهش حاضر، از ۸ گویه مربوط به علائم اختلال نافرمانی مقابله‌ای فرم والدین استفاده شد. محمداسماعیل (۱۳۸۰) خصوصیات روان‌سنجی این پرسشنامه را بر روی ۱۰۸۸ دانش‌آموز ۶ تا ۱۴ ساله سالم و بیمار در شهر تهران مطالعه کرد. ضریب پایایی فرم والد پرسشنامه به روش اجرای مجدد آزمون با فاصله زمانی دو هفته برای ۱۱ اختلال این پرسشنامه از ۰/۲۹ برای اختلال هراس اجتماعی تا ۰/۷۶ برای اختلال سلوک برآورد شد که به استثناء هراس اجتماعی همگی در سطح ۰/۰۵ تا ۰/۰۱ معنادار بودند. نتایج نشان داد که فرم والد پرسشنامه در مقایسه با فرم معلم از پایایی بالاتر و نقاط برش مناسب‌تری برای شناسایی و غربال کودکان مشکل‌دار از کودکان عادی برخوردار است. وجود اظهارنظرها و داوری‌های مثبت متخصصان و روانپزشکان درباره همگونی و مناسبت محتوای پرسشنامه با حیطة مورد سنجش آن، روایی محتوایی پرسشنامه را به عنوان یک ابزار شناسایی و غربال اختلال‌های رفتاری و هیجانی در کودکان مورد تأیید

نافرمانی مقابله‌ای در فاصله سنی ۷ تا ۱۰ سال انجام دادند، نتایج نشان داد که آموزش برنامه‌هایی که شیوه فرزندپروری والدین را هدف قرار دهند می‌تواند مشکلات رفتاری این نوع کودکان را کاهش دهد. بورنشویر-بوسول، گارزا و واتز (۲۰۱۳) گزارش کردند که رابطه درمانی درمورد خانواده‌های محافظه‌کار مسیحی وقتی موثر است که با تغییرات خاصی همراه باشد. به نظر می‌رسد که برای فرهنگ‌های دیگر، تغییرات متناسب فرهنگی موجب موثرتر واقع شدن اثرات این روش می‌باشد.

تحقیقات نشان داده است که روش‌های مختلف درمانی کودکان بر روی کودکان ایرانی اثرات مثبتی داشته است و نتایج مثبتی از انجام رابطه درمانی در ارتباط با مشکلات کودکان در کشورهای دیگر حاصل شده است، اما پژوهش حاضر در پی پاسخ به این سوال است که آیا کودکان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای که والدین آنها رابطه درمانی دریافت می‌کنند در مقایسه با کودکانی که والدین آنها هیچ نوع درمان روانشناختی خاصی دریافت نمی‌کنند کاهش علائم نشان می‌دهند؟

روش

این پژوهش در چارچوب یک روش تحقیق شبه-آزمایشی با دو گروه آزمایش و کنترل با پیش‌آزمون و پس‌آزمون انجام شد.

نمونه: جامعه آماری پژوهش حاضر، کلیه کودکان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای در دامنه سنی ۷ تا ۱۱ سال و والدین آنها هستند که در سال تحصیلی ۱۳۸۸-۸۹ به مراکز مشاوره آموزش و پرورش شهر شیراز مراجعه نمودند. برای انتخاب آزمودنی‌ها از روش نمونه‌گیری در دسترس استفاده شد. این کودکان قبلاً توسط مشاوران مراکز مشاوره آموزش و پرورش، تشخیص اختلال نافرمانی مقابله‌ای کودکان دریافت کرده بودند. جهت اطمینان از تشخیص نهایی، مصاحبه بالینی با والدین این کودکان صورت گرفت و ۳۰ نفر از این کودکان انتخاب شدند. والدین کودکان

نظارت و تعمیم مهارت‌ها، جلسه دهم: ارزیابی و خلاصه سازی، و در انتها، یک جلسه پیگیری، که معمولاً یک ماه پس از آخرین جلسه است، برگزار می‌شود. در این پژوهش از بازی‌هایی مانند عروسک بازی، خانه بازی، شن بازی و بازی تداعی واژگان مربوط به خانواده استفاده شد.

روش اجرا: برای انجام پژوهش از والدین کودکان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای استفاده شد. ابتدا فهرستی از کلیه کودکان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای که به مرکز مشاوره آموزش و پرورش مراجعه کرده بودند، تهیه شد. این کودکان از قبل توسط مشاوران مراکز آموزش و پرورش و بر اساس سیاهه‌ای که مربوط به علائم اختلال نافرمانی مقابله‌ای است، تشخیص مربوطه را دریافت کرده بودند. تعداد ۳۰ نفر از کودکان به شکل تصادفی انتخاب شدند و درمانگر جهت کنترل نهایی تشخیص گذاشته شده با والدین آنها مصاحبه بالینی انجام داد. والدین به صورت تصادفی در ۲ گروه ۱۵ نفری آزمایش و کنترل جایگزین شدند. افراد گروه آزمایش تعداد ۱۰ جلسه و هفته‌ای ۲ ساعت تحت درمان از نوع رابطه درمانی قرار گرفتند، اما گروه کنترل هیچ آموزشی دریافت نکردند و صرفاً در لیست انتظار قرار گرفتند. قبل از شروع دوره درمانی، کلیه افراد هر دو گروه پرسشنامه‌های مربوطه را تکمیل نمودند. در اولین جلسه درمانی، قوانین کلی گروه برای افراد بیان شد و بر اهمیت حضور فعال و مداوم افراد در همه جلسات تاکید شد. پس از پایان جلسه پنجم درمان، افراد دو گروه برای بار دوم همه پرسشنامه‌ها را تکمیل نمودند. جلسات درمان تا ۵ هفته بعد ادامه پیدا کرد و پس از اتمام جلسه آخر، از والدین گروه آزمایش خواسته شد تا جلسات بازی در منزل را حداقل تا ۴ هفته بعد ادامه دهند. به منظور اجرای آزمون پیگیری، پس از گذشت یک ماه از آخرین جلسه بازی، والدین برای سومین بار پرسشنامه‌ها را تکمیل نمودند.

قرار می‌دهد. نتایج حاصل از محاسبه حساسیت، ویژگی و نقطه برش اختلال‌های موجود در پرسشنامه نشان می‌دهد که فرم والد پرسشنامه مذکور در هر یک از اختلال‌های پرسشنامه از نقاط برش مناسب با حساسیت و ویژگی بالا جهت شناسایی و غربال کودکان واجد این اختلال‌ها از کودکان سالم برخوردار است. این در حالی است که فرم معلم این پرسشنامه با وجود انتخاب بهترین نقطه برش برای هر یک از اختلال‌های موجود در آن، حساسیت و ویژگی همه اختلال‌های آن به استثنای اختلال تیک، پایین‌تر از فرم والد است. بنابراین در استفاده از فرم معلم پرسشنامه باید احتیاط لازم انجام گیرد.

در پژوهش حاضر، روایی و پایایی این پرسشنامه بررسی شد. تحلیل عوامل این پرسشنامه، سه عامل عشق و پذیرش نامشروط (۶ ماده)، پذیرش منحصر بفرد بودن کودک، نیازها، احساسات و حقوق کودک (۱۱ ماده) و شناخت و پذیرش نیازهای ویژه کودک (۴ ماده) را نشان داد. تعیین پایایی مقیاس به روش همسانی درونی انجام گرفت و برای این منظور از روش آلفای کرونباخ استفاده شد. نتایج بدست آمده ضریب آلفای کرونباخ برای کل سوالات ۰/۷۳، برای عامل اول ۰/۷۵، برای عامل دوم ۰/۶۹ و برای سوالات عامل سوم ۰/۵۱ بود.

ب- درمان رابطه‌ای: در این پژوهش، از روش درمانی ۱۰ هفته‌ای با استفاده از طرح درمانی لندرت و براتون (۲۰۰۶) استفاده شده است. مواد هر جلسه به شرح زیر است: جلسه اول: بیان اهداف آموزشی و پاسخ دهی انعکاسی، جلسه دوم: آموزش اصول پایه برای جلسات بازی، جلسه سوم: بازی والد - کودک و فرایندها، جلسه چهارم: نظارت و تنظیم محدودیت‌ها، جلسه پنجم: مرور مهارت‌های جلسه بازی، جلسه ششم: نظارت و دادن حق انتخاب، جلسه هفتم: نظارت و پاسخ‌های سازنده عزت نفس، جلسه هشتم: نظارت و آموزش مهارت تشویق در برابر تحسین، جلسه نهم:

مشاهده می‌شود؛ میانگین گروه آزمایش در سه مرحله به تدریج کاهش یافته است، اما در گروه کنترل، یک افزایش تدریجی مشاهده می‌شود. برای بررسی معنی-دار بودن این تفاوت‌ها از آزمون تحلیل واریانس با تدابیر مکرر با طرح 3×2 استفاده شد. در این تحلیل، دو گروه (آزمایش و گواه) به عنوان عامل بین آزمودنی و علائم اختلال نافرمانی مقابله‌ای مکرر به عنوان عامل درون آزمودنی در نظر گرفته شدند. نتایج این تحلیل عامل در جدول ۲ مشاهده می‌شود.

روش‌های آماری: اطلاعات جمع آوری شده با استفاده شاخص‌های آمار توصیفی، آزمون تکرار سنجش دو عاملی و آزمون مقایسه‌های جفتی در برنامه SPSS تحلیل شد.

یافته‌ها

ابتدا سوال پژوهش در مورد اینکه آیا رابطه درمانی باعث کاهش علائم اختلال نافرمانی مقابله‌ای می‌شود، بررسی شد. جدول ۱ میانگین و انحراف معیار نمرات آزمودنی‌های دو گروه در مراحل پیش‌آزمون، پس-آزمون و پیگیری را نشان می‌دهد. همان‌گونه که

جدول ۱. میانگین و انحراف معیار علائم اختلال نافرمانی مقابله‌ای کودکان در گروه‌های کنترل و آزمایش در مقیاس علائم مرضی کودکان در طول درمان

گروه‌ها	علائم	پیش آزمون	پس آزمون	پیگیری
آزمایش	میانگین	۵/۶۱	۳/۴۶	۲/۵۳
	انحراف معیار	۰/۷۶	۰/۵۱	۰/۶۶
کنترل	میانگین	۵/۰۰	۵/۱۳	۵/۳۰
	انحراف معیار	۱/۱۹	۱/۳۵	۱/۲۳

که تفاوت بین موقعیت‌های آزمایشی پیش‌آزمون با پس‌آزمون و پیش‌آزمون با پیگیری معنادار شده است، اما تفاوت بین موقعیت پس‌آزمون با پیگیری معنی‌دار نشد. این موضوع نشان می‌دهد که درمان در بهبود علائم اختلال نافرمانی مقابله‌ای موثر بوده است و موجب کاهش علائم پس از درمان شده است.

همان‌گونه که در جدول ۲ مشاهده می‌شود، مقدار F برای علائم اختلال نافرمانی مقابله‌ای و همچنین اثرات تعاملی آنها با گروه، در سطح $0/001$ معنادار است. عامل بین‌گروهی نیز معنادار شده است. برای بررسی این که کدام گروه‌ها در این آزمون تفاوت معنادار دارند، از آزمون تعقیبی مقایسه‌های جفتی استفاده شد (جدول ۳). مقایسه میانگین‌ها نشان داد

جدل ۲. مقایسه علائم اختلال نافرمانی مقابله‌ای بین دو گروه با استفاده از آزمون تکرار سنجش دو عاملی

منبع واریانس	میانگین مجذورات	درجه آزادی	F	سطح معنی‌داری
درون آزمودنی	۱۴/۰۸	۲	۲۰/۹۲	۰/۰۰۱
علائم اختلال	۲۱/۰۳	۲	۳۱/۲۵	۰/۰۰۱
علائم اختلال \times گروه	۳۴/۴۳	۱	۱۸/۸۰	۰/۰۰۱
بین آزمودنی	۱/۸۳	۲۶		
خطا				

جدول ۳. مقایسه جفتی متغیر علائم اختلال نافرمانی مقابله‌ای در طول درمان

زوج‌های جفت شده	تفاوت میانگین‌ها	انحراف معیار	سطح معنی‌داری
پیش آزمون - پس آزمون	۱/۰۱	۰/۱۹	۰/۰۰۱
پیش آزمون - پیگیری	۰/۳۶	۰/۲۲	۰/۰۰۱
پس آزمون - پیگیری	۱/۳۷	۰/۲۳	۰/۳۷

بحث و نتیجه گیری

هدف پژوهش حاضر، بررسی اثربخشی رابطه درمانی بر کاهش علائم نافرمانی مقابله‌ای کودکان است. در درمان رابطه‌ای، مهارت‌های بازی درمانی به والدین آموزش داده می‌شود و آنها را قادر می‌سازد تا در یک فضای اطمینان‌بخش و همراه با همدردی و پذیرش به کودکان خود در مقابله با مشکلات رفتاری و هیجانی کمک کنند (تاپهام، وامپلر، تیتوس و رولینگ، ۲۰۱۱). یافته‌ها نشان داد که علائم اختلال نافرمانی مقابله‌ای در گروه آزمایش در پس‌آزمون و مرحله پیگیری نسبت به پیش‌آزمون در مقایسه با گروه کنترل، کاهش معناداری داشته است. به عبارت دیگر، یافته‌ها حاکی از آن بود که آموزش رابطه درمانی به والدین، موجب کاهش معنادار علائم نافرمانی مقابله‌ای در کودکان شده است.

این یافته‌ها با نتایج تحقیقات دیگری که حاکی از اثربخشی رابطه درمانی در کاهش مشکلات رفتاری کودکان است، هم‌خوانی دارد (مانند هریس و لندرت، ۱۹۹۷؛ لندرت و لوباف، ۱۹۹۸؛ جانسون-کلارک، ۱۹۹۶؛ تو و همکاران، ۲۰۰۲). برای مثال تو و همکاران (۲۰۰۲) گزارش کردند که کودکان دارای بیماری‌های مزمن پس از دریافت رابطه درمانی نسبت به گروه کنترل بطور معناداری مشکلات رفتاری کمتری از خود نشان دادند. یافته‌های این پژوهش هم چنین با نتایج بعضی تحقیقات دیگر در ایران که از روش‌های درمانی مشابه استفاده کرده‌اند، هم‌خوانی دارد. صفری و همکاران (۱۳۹۱) گزارش کردند که بازی درمانی با رویکرد شناختی-رفتاری، میزان نشانه‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای را در کودکان دبستانی به طور معناداری کاهش داد. سادات خیریه و همکاران (۱۳۸۸)، اثربخشی شیوه فرزندپروری مثبت بر کودکان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای را بر روی کودکان پیش‌دبستانی و دبستانی بررسی کرده و گزارش نمودند که علائم اختلال بی‌اعتنایی مقابله‌ای

در کودکان مادران گروه آزمایش کاهش معناداری داشته است. همچنین فرامرزی و همکاران (۱۳۹۱) اثر آموزش الگوی ارتباطی مادران بر کاهش نشانگان اختلال نافرمانی مقابله‌ای فرزندان در مقطع دبستان را بررسی کردند. یافته‌های این گروه نشان داد که آموزش الگوی ارتباطی والدین بر کاهش علائم اختلال نافرمانی مقابله‌ای تأثیر دارد. به نظر محققین اخیر، والدین به دلایلی مانند کمبود وقت و یا نداشتن اطلاعات کافی در مورد شیوه‌های فرزندپروری، زمان کمتری را صرف برقراری ارتباط با فرزندان خود می‌کنند و همچنین رفتارهای بد کودکان را بیش از رفتارهای خوب آنان مورد توجه قرار داده و به گونه‌ای رفتارهای منفی را در آنان تقویت می‌کنند که نهایتاً منجر به اختلال نافرمانی مقابله‌ای می‌شود. در برنامه‌های آموزشی، رفتارهای والدین اصلاح می‌گردد که این می‌تواند منجر به کاهش رفتارهای نافرمانی کودک شود.

در تبیین نتایج بدست آمده از پژوهش حاضر باید در نظر داشت که درمان رابطه‌ای و یا به تعبیر دقیق‌تر آموزش رابطه والد-فرزند، یک روش درمانی مبتنی بر اصول بازی درمانی است که برای مقابله با مشکلات رفتاری و هیجانی کودکان طراحی شده است و به والدین کمک می‌کند تا با گسترش حس همدلی، پذیرش و افزایش توانایی‌های خود و تقویت رابطه والد-فرزند به فرزندان خود کمک کنند. این روش بر مبنای بازی درمانی با استفاده از روش مراجع-محوری جهت برگزاری جلسات بازی در منزل طراحی شده است (گورنی، ۲۰۰۰). گورنی از نفوذی که والدین می‌توانند بر رشد فرزندان خود داشته باشند، استفاده کرد و روشی را خلق کرد که توسط آن والدین تبدیل به عوامل درمانگری شده و در جهت تغییر فرزندان خود و بهبود عملکرد خانواده فعالیت نمایند. گورنی معتقد است که اگر به والدین دانش، مهارت و حمایت عاطفی داده شود، توانایی و منابع لازم برای

کاهش یافته و در مقابل شیوه فرزندپروری مقتدرانه در این گروه نسبت به مادران دارای کودک عادی افزایش یافته است.

بسیاری از والدین نمی‌دانند چگونه یک رابطه سازنده و مثبت با فرزندان خود برقرار کنند. رابطه درمانی این پتانسیل را دارد که دانش و مهارت والدینی را افزایش داده و انتظارات غیرواقع بینانه آنان را تغییر دهد. یک علت دیگر تغییرات مثبتی که اتفاق می‌افتد می‌تواند این باشد که شرکت در این جلسات موجب می‌شود تا والدین ماهیت و علت مشکلات فرزند خود را بهتر بشناسند، شناخت آنان درباره فرزندانشان تغییر کند و مهارت‌های لازم برای مقابله با مشکلات را بدست آورند (ساندرز، ۲۰۰۲، به نقل از پوراحمدی و همکاران، ۱۳۸۸). موضوع احتمالی دیگر در مورد تفاوت بین نمره‌گذاری مادران در مورد رفتارهای مشکل دار کودکان آنها، تخمین بیش از حد آنها در این مورد است که دلیلش می‌تواند این باشد که رابطه مادر-فرزندی نامناسب و دانش و مهارت‌های ناکافی مادری، والدین را در پاسخ مناسب به نیازهای روانشناختی فرزندان آنها دچار مشکل می‌کند. دانش و مهارت ناکافی والدین باعث می‌شود که رفتارهای غلط فرزندان خود را تهدیدی برای موقعیت والدینی خود بدانند. همه این شواهد دال بر این است که بیشتر مشکلات رفتاری، هیجانی و اجتماعی کودکان تا حدی ناشی از فقدان مهارت‌ها و دانش لازم برای برقراری ارتباط والد و فرزند در والدین باشد (عالی وندی وفا و اسماعیل، ۲۰۱۰). این گروه محققان نقش والدین برای تغییر رفتار کودکان در درمان رابطه‌ای را بررسی کردند. نتیجه مطالعه آنها قابل استفاده بودن این روش برای مادران ایرانی در مورد موثر بودن درمان رابطه‌ای در کاهش رفتارهای مشکل دار کودکان را تایید کرد. به علاوه نتایج نشان داد که رابطه درمانی، دانش و مهارت برقراری ارتباط مادران را افزایش داده و کاهش رفتارهای مشکل دار کودکان با افزایش درک و پذیرش مادران ارتباط دارد.

تغییر را در درون خود دارند. بنابراین نتایج این پژوهش را می‌توان در این چارچوب تبیین کرد.

در تبیین اثربخشی درمان رابطه‌ای بر کاهش علائم اختلال نافرمانی مقابله‌ای باید به ویژگی‌های اساسی این نوع درمان نیز پرداخت. همان‌گونه که قبلاً اشاره شد، آموزش مادران بر اساس نتایج تحقیقات مختلف دیگر هم موجب کاهش علائم این بیماری شده است. این اثرگذاری می‌تواند دلایل مختلفی داشته باشد. احتمالاً شرکت در برنامه آموزشی رابطه والدین و کودک باعث تغییر در شیوه‌های فرزندپروری مادران دارای کودک مبتلا به نافرمانی مقابله‌ای شده است. بیرامی و عبادی آسایش (۱۳۸۸) رابطه معناداری بین شیوه‌های فرزندپروری والدین و احتمال ابتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای گزارش کردند. از بین شیوه‌های مختلف فرزندپروری والدین، شیوه تربیتی سهل-گیرانه رابطه معناداری با احتمال ابتلا به این اختلال داشت. تحقیقات دیگری نیز رابطه بین رفتار سهل-گیرانه و میزان خصومت و پرخاشگری را در کودکان گزارش کرده‌اند (مانند شارما و ساندهو، ۲۰۰۶). بیرامی و عبادی آسایش (۱۳۸۸) به این نتیجه رسیدند که شیوه‌های فرزندپروری سهل‌گیر و مستبدانه بیش از روش منطقی منجر به بروز بعضی ویژگی‌های رفتاری اختلال نافرمانی مقابله‌ای مانند خصومت، بزهکاری، نافرمانی و بی‌مسئولیتی می‌شوند. بارک و همکاران (۲۰۰۷) نیز معتقدند که این اختلال با رفتار والدین ارتباط دارد. بعضی تحقیقات مشابه دیگر نیز (پوراحمدی و همکاران، ۱۳۸۸؛ لئونگ، ساندرز، لئونگ، مارک و لائو، ۲۰۰۳) تغییر شیوه فرزندپروری والدین را دلیل کاهش علائم در این کودکان می‌دانند. پوراحمدی و همکاران (۱۳۸۸) اثر آموزش برنامه فرزندپروری مثبت بر تغییر شیوه‌های فرزندپروری مادران کودکان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای را بررسی نموده و گزارش کردند که شیوه فرزندپروری مستبدانه و سهل‌گیرانه این مادران پس از پایان جلسات آموزش برنامه فرزندپروری مثبت،

به آنچه در جلسات رابطه درمانی آموخته‌اند به شکلی صحیح و منطقی مدیریت نمایند. از محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به کوچک بودن نمونه و شیوه روش نمونه‌گیری در دسترس اشاره کرد که قدرت تعمیم نتایج آن را کاهش می‌دهد. یافته‌های این پژوهش می‌تواند راه‌گشای حل مشکلات کودکان دارای مشکلات رفتاری و هیجانی در مراکز مشاوره آموزش و پرورش باشد. این مراکز می‌توانند با توجه به تعداد زیاد مراجعان، از این روش درمانی که به صورت گروهی برگزار می‌شود و موجب صرفه‌جویی در وقت و هزینه‌ها می‌گردد استفاده نمایند، و همچنین والدین را در حل مشکلات رفتاری و هیجانی فرزندان خود سهیم نمایند. مطالعات آینده می‌توانند با پیگیری نتایج درمان در درازمدت ثبات آنها را در مدت زمانی طولانی‌تر را بهتر نشان دهد.

یادداشتها

- 1) Child Parent Relationship therapy
- 2) Children Symptom Inventory-4 (CSI-4)

منابع

- بیرامی، م. و عبادی آسایش، م. (۱۳۹۱). مقایسه میزان اختلال نافرمانی مقابله‌ای فرزندان با توجه به شیوه‌های فرزندپروری مادران. زن و مطالعات خانواده، ۴۱(۴)، ۴۹-۶۲.
- پوراحمدی، الف، جلالی، م.، شعیری، م.، ر.، طهماسبیان، ک. (۱۳۸۸). بررسی اثر کوتاه‌مدت آموزش برنامه فرزندپروری مثبت بر تغییر شیوه‌های فرزندپروری مادران کودکان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای. مجله خانواده‌پژوهی، ۵(۲۰)، ۵۳-۵۸.
- سادات خیریه، م.، شعیری، م.، آزادفلاح، پ.، رسول‌زاده طباطبایی، ک. (۱۳۸۸). اثربخشی روش آموزش فرزندپروری مثبت بر کودکان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای. مجله علوم رفتاری، ۳(۱)، ۵۳-۵۸.
- صفری، س.، فرامرزی، س.، عابدی، ا. (۱۳۹۱). تأثیر بازی درمانی با رویکرد شناختی- رفتاری بر کاهش نشانه‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای در دانش‌آموزان. مجله روان‌شناسی بالینی، ۴(۱۶)، ۱۱-۱.
- فرامرزی، س.، عابدی، ا.، قنبری، ا. (۱۳۹۱). تأثیر آموزش الگوی ارتباطی مادران بر کاهش نشانگان اختلال نافرمانی مقابله‌ای فرزندان. مجله پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تبریز، ۲(۳۴)، ۹۰-۹۶.
- محمداسماعیل، ا. (۱۳۸۰). بررسی اعتبار، روایی و تعیین نقاط برش اختلال‌های پرسشنامه علائم مرضی کودکان (CSI-4) بر روی

تبیین دیگر این است که یکی از مشکلات این نوع کودکان، مشکل در برقراری روابط اجتماعی و ارتباط با اطرافیان است که متعاقباً موجب رفتارهای پرخاشگری و مقابله‌های غیرضروری می‌شود. شرکت در جلسات رابطه درمانی تا حد زیادی میزان مهارت‌های ارتباطی آنان را افزایش می‌دهد و موجب می‌شود تا کمتر مرتکب رفتارهای غیرمنطقی شوند و به تدریج رفتارهای مخالف‌جویانه و نافرمانی‌های آنان کاهش یافته و یا حذف شود. تجربه رابطه بدون قضاوت و غیرتهدیدکننده مادران که با استفاده از رابطه درمانی بدست می‌آید، موقعیت منحصر به فردی برای کودکان ایجاد می‌کند تا خودفهمی، قضاوت، خودتنظیمی، خودکنترلی و خودجهت‌دهی را گسترش دهند (عالی وندی وفا و اسماعیل، ۲۰۱۰).

در مجموع، نتایج پژوهش حاضر اهمیت نقش و دخالت مستقیم والدین را در درمان و یا کاهش علائم اختلال نافرمانی مقابله‌ای در کودکان نشان می‌دهد. نتایج حاکی از این است که این روش درمانی علیرغم تفاوت‌های فرهنگی جامعه ما با فرهنگ ابداع‌کنندگان این روش می‌تواند به کاهش علائم اختلال نافرمانی، کمک قابل‌ملاحظه‌ای نماید. همچنین گویای این واقعیت است که خانواده‌های ایرانی ظرفیت لازم جهت شرکت موثر در تسهیل فرایند درمان‌های روانشناختی را دارند. به نظر می‌رسد که ارائه آموزش صحیح به والدین با استفاده از این روش و احتمالاً روش‌های آموزشی مشابه می‌تواند نقش موثری در پیشگیری از شیوع اختلالات رفتاری و هیجانی در کودکان داشته باشد. والدین با استفاده از این روش‌ها والدین متوجه می‌شوند که شیوه‌های رفتاری آنها تا چه حد بر شخصیت و رشد روانی فرزندان اثر می‌گذارد و به احتمال بیشتر سعی خواهند نمود تا رفتارهای خود را با فرزندان نشان به گونه‌ای تنظیم کنند که از پیامدهای منفی رفتاری آنان جلوگیری شود. در واقع والدین می‌آموزند که رفتارهای خود و فرزندان را با توجه

- Harris, Z., Lendreth, G. (1997). Filial therapy with incarcerated mothers: A five week model. *International Journal of Play Therapy*, 6(2), 53-73.
- Heflinger, C. A., Humphreys, K. L. (2008). Identification and treatment of children with Oppositional Defiant Disorder. A case study of one state's public service system. *Psychological Services*, 5(2), 139-152.
- Holenstein, T. (2004). Rigidity in parent-child interaction early childhood. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 32(4), 595-607.
- Johnson-Clark, K. (1996). The effect of filial therapy on child conduct behavior problems and the quality of the parent-child relationship. Doctoral dissertation, California School of Professional Psychology, San Diego.
- Kale, A., Landreth, G. (1999). Filial therapy with parents of children experiencing learning difficulties. *International Journal of Play Therapy*, 8(2), 35-56.
- Kaplan, H., Sadock, B. (2005). Synopsis of Psychiatry. Tehran: Arjmand Publication .
- Landreth, G. (2002). Play therapy: The role of relationship. New York, Routledge.
- Landerth, G., Lobaugh, A. (1998). Filial therapy with incarcerated fathers. *Journal of Counseling and Development*, 76(2), 157-165.
- Landreth, G., Bratton, S. C. (2006). Child Parent Relationship Therapy (CPRT): A 10-Session Filial Therapy Model. New York: Routledge.
- Leung, C., Sanders, M. R., Leung, S., Mark, R., Lau, J. (2003). An outcome evaluation of the implementation of the Triple P- Positive Parenting Program in Hongkong. *Family Process*, 42(2), 531-544.
- Loeber, R., Burke, J., and Pardini, D. A. (2009) Perspectives on oppositional defiant disorder, conduct disorder, and psychopathic features. *Journal of child psychology and psychiatry* 50(1-2), 133-142.
- Mc Clelland, M. M., Morrison, F. J. (2003). The emergence of learning-related life skills in preschool children. *Early Childhood Research Quarterly*, 18(2), 206-224.
- Morrison Bennett, M. O., Bratton, S. C. (2011). The Effects of Child Teacher Relationship Training on the Children of Focus: A Pilot Study. *International Journal of Play Therapy*, 20(4), 193° 207.
- Nock M. K, Kazdin A. E., Hiripi, E., Kessler, R. C. (2007). Lifetime prevalence, correlates, and persistence of oppositional defiant disorder: Results from the National Comorbidity Survey Replication. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 48, 703-713.
- Ryan, V. (2005). Filial therapy: Helping children and new careers to form secure attachment relationship. *British Journal of Social Work*, 37(4): 643-657.
- Sharma, V., Sandhu, G. (2006). A community study of association between parenting dimension and externalizing behavior. *Journal of Indian Association for Child and Adolescent Mental Health*, 2(2), 48- 58.
- Steiner, H., Remsing, L. (2007). Practice parameter for the assessment and treatment of children دانش آموزان ۴-۱۴ ساله مدارس ابتدایی و راهنمایی شهر تهران. پژوهش در حیطه کودکان استثنایی، ۸، ۱۰۵-۱۱۶.
- نجفی، م؛ فولادچنگ، م؛ علیزاده، ح؛ محمدی فر، م.ع. (۱۳۸۸). میزان شیوع اختلال کاستی توجه و بیش فعالی، اختلال سلوک اختلال نافرمانی مقابل‌های در دانش‌آموزان دبستانی. پژوهش در حیطه کودکان استثنایی، ۹، (۳)، ۲۳۹-۲۵۴.
- هاشمی، ت.، بیرامی، م.، اقبالی، ع.، واحدی، ح.، رضایی، ر. (۱۳۸۸). تأثیر خودآموزی کلامی بر بهبود نشانه‌های مرضی کودکان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای. پژوهش در حیطه کودکان استثنایی، ۹، (۳)، ۲۰۳-۲۱۰.
- Alivandi-Vafa, M., Hj Ismail, K. (2011). Parents as agents of change: what filial therapy has to offer. *Procedia Social and Behavioral Sciences*, 5, 2165° 2173.
- Boll, L. (1972). Effects of filial therapy on maternal perceptions of their mentally retarded children`s social behavior. Doctoral Dissertation, University of Oklahoma, Abstracts International. 33, 6661A.
- Bornsheuer-Boswell, J. N., Garza, Y., Watts, R. (2013). Conservative Christian Parents Perceptions of Child-Parent Relationship Therapy. *International Journal of Play Therapy*, 22 (3), 143° 158.
- Burke, J. D., Loeber, R., & Lahey, B. B. (2007). Adolescent conduct disorder and interpersonal callousness as predictors of psychopathy in young adults. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 36, 334° 346.
- Costas, M., Landreth, G. (1999). Filial therapy with non-offending parents of children who have been sexually abused. *International Journal of Play therapy*, 8(1), 43-66.
- Gadow, K. M., Sprafkin, J. (1994). Child Symptom Inventories manual. Stony Brook, NY: Checkmate Plus.
- Glazer-Waldman, H. (1991). Filial therapy: CPR training for females with chronically ill children. Unpublished master s thesis, University of North Texas, Denton TX.
- Grskovic, J. A., Goetye, H. (2008). Short-Term Filial Therapy with German Mothers: Findings from a Controlled Study. *International Journal of Play Therapy*, 17(1), 39° 51.
- Guerney, L. F. (2000). Filial therapy into the 21st century. *International Journal of Play Therapy*, 9(2), 1° 17.

- and adolescents with oppositional defiant disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 46(1), 126-41.
- Topham, G. L., Wampler, K. S., Titus, G., Rolling, E. (2011). Predicting Parent and Child Outcomes of a Filial Therapy Program. *International Journal of Play Therapy*, 20(2), 79-93.
- Tew, K. L. (1997). The efficacy of filial therapy with females with chronically ill children. Unpublished Doctoral dissertation, University of North Texas, Denton TX.
- Twe, K., Landreth, G., Joiner, K., Solt, M. (2002). Filial therapy with chronically ill children. *International Journal of Play Therapy*, 11(1), 79-100.

