

مقایسه تأثیر درمان رابطه والد- کودک در مان متمرکز بر خانواده بر کارکرد خانواده‌های دارای فرزند مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای

تاریخ دریافت: ۹۵/۰۳/۱۶

تاریخ پذیرش: ۹۵/۰۵/۲۷

آرمان عزیزی^۱، بنت الهدی کریمی پور^۲، شمس ا. رحمانی^۳، فرشید ویسی^۴

چکیده

زمینه و هدف: کارکرد خانواده جنبه مهم محیط خانوادگی است که سلامت جسمانی، اجتماعی و هیجانی کودکان را تحت تأثیر قرار می‌دهد. کارکرد خانواده‌هایی که دارای فرزند مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای هستند ممکن است دچار تزلزل شود. هدف این پژوهش مقایسه اثربخشی بازی درمانی رابطه والد- کودک و درمان متمرکز بر خانواده بر کارکرد خانواده‌های دارای فرزند مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای است.

روش: پژوهش حاضر از نوع آزمایشی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه پژوهش شامل تمام خانواده‌های دارای فرزند مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره شهرستان سنندج در سال ۱۳۹۵ بود که ۳۶ خانواده از آنها با روش نمونه‌گیری دردسترس به عنوان نمونه انتخاب شدند و در دو گروه آزمایشی (درمان‌های رابطه والد- کودک و درمان متمرکز بر خانواده) و یک گروه کنترل به صورت تصادفی جایدهی شدند. جهت گردآوری داده‌ها از مقیاس سنجش کارکرد خانواده (اپشتاین، بالدوین و بیشاب، ۱۹۸۳) استفاده شد. برای گروه‌های آزمایشی ده جلسه دوساعته مداخله صورت گرفت، در صورتی که گروه کنترل مداخله‌ای دریافت نکردند.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که هر دو گروه آزمایش درمان رابطه والد- کودک و درمان متمرکز بر خانواده بر کارکرد خانواده‌ها نسبت به گروه کنترل مؤثر بودند و درمان رابطه والد- کودک نسبت به درمان متمرکز بر خانواده بر کارکرد خانواده اثربخش‌تر بوده است.

نتیجه‌گیری: با استفاده از دو روش درمانی به کاربرده شده در این پژوهش می‌توان گام مهمی در بهبود کارکرد خانواده‌ها برداشت.

کلیدواژه‌ها: درمان رابطه والد- کودک، درمان متمرکز بر خانواده، کارکرد خانواده، اختلال نافرمانی مقابله‌ای

۱. دانشجوی دکتری مشاوره، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران (armanazizi2020@gmail.com)

۲. *نویسنده مسئول: کارشناس ارشد مشاوره خانواده، دانشگاه کردستان، سنندج، ایران (karimi.moshavere66@gmail.com)

۳. کارشناس ارشد تحقیقات آموزشی، دانشگاه شهید مدنی آذربایجان، تبریز، ایران

۴. کارشناس ارشد مشاوره خانواده، دانشگاه کردستان، سنندج، ایران

مقدمه

خانواده از ارکان اصلی جامعه و یکی از طبیعی ترین گروه‌هایی است که می‌تواند نیازهای زیستی، روانی و معنوی انسان را برطرف کند. این واحد اجتماعی، مبداء بروز عواطف انسانی و کانون صمیمانه ترین روابط و تعاملات بین فردی است (۱). یکی از مهمترین عامل‌ها در پیشبرد اهداف خانواده، کارکرد خانواده است. کارکرد خانواده در اصل اشاره به ویژگی‌های سیستمی خانواده دارد؛ به بیان دیگر کارکرد خانواده، توانایی خانواده در هماهنگی یا انطباق با تغییرات ایجاد شده در طول حیات، حل کردن تعارض‌ها، همبستگی میان اعضا و موفقیت در الگوهای انضباطی، رعایت حد و مرز میان افراد و اجرای مقررات و اصول حاکم بر این نهاد با هدف حفاظت از کل نظام خانواده است (۲).

کارکرد خانواده جنبه مهم محیط خانوادگی است که سلامت جسمانی، اجتماعی و هیجانی کودکان را تحت تأثیر قرار می‌دهد. در واقع آنچه در درون خانواده اتفاق می‌افتد و چگونگی کارکرد آن می‌تواند عامل کلیدی در ایجاد انعطاف‌پذیری و کاهش خطرات فعلی و آینده مرتبط با رویدادهای ناگوار و شرایط نامناسب باشد. محیط برانگیزنده و پرورش‌دهنده، کودکان را قادر می‌سازد تا یاد بگیرند و پیشرفت کنند؛ برعکس، محیط‌های خانوادگی ناکارآمد می‌تواند برای بسیاری از جنبه‌های تحول کودکان و انتقال مثبت آنها به بزرگسالی بسیار مضر باشد (۳ و ۴).

کارکرد خانواده با سلامت روانی اعضا ارتباط دارد. آسیب روانی اصولاً یک مشکل درون فردی در یک عضو خانواده نیست، که یک فرایند تعاملی بین اعضا خانواده است. پژوهش‌ها نشان می‌دهد بین کارکرد ضعیف خانواده و ابتلای فرزندان به علائم جسمی، اضطراب، اختلال خواب، افسردگی و اختلال در کارکرد اجتماعی رابطه معناداری وجود دارد (۲ و ۴). لجبازی و نافرمانی کودکان یک مرحله اجتناب‌ناپذیر از تحول آنهاست. بارزترین رفتارهای مقابله‌ای بین ۱۸ تا ۲۴

ماهگی نمود پیدا می‌یابد و در سه سالگی به اوج می‌رسد، این وضعیت زمانی جنبه آسیب‌شناختی پیدا می‌کند که از نظر تداوم یا شدت، وضعیتی غیرعادی پیدا کند و فراوانی آن چشمگیرتر شود و به بیان روشن‌تر با وضعیت تحولی و سنی کودک همخوان نباشد (۴). زمانی که این رفتارها مکرراً تکرار شود و حالت شدیدی به خود بگیرد، به نوعی اختلال به نام نافرمانی مقابله‌ای تبدیل می‌شود (۴ و ۵).

اختلال نافرمانی مقابله‌ای از شایع‌ترین اختلال‌های روانی است که با شیوع ۲ تا ۱۶ درصد در کودکان پیش‌دبستانی یا اوایل سن مدرسه و در مرحله قبل از نوجوانی بروز می‌کند. بر اساس تعریف پنجمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی اختلال نافرمانی مقابله‌ای الگوی پایداری منفی کاری، نافرمانی، لجبازی، خصومت و سرکشی در برابر اولیای قدرت است. این اختلال با عواملی چون از کوره در رفتن، مشاجره با بزرگسالان، سرپیچی فعالانه از مقررات و درخواست‌های بزرگسالان و یا عدم همکاری با آنها، ناراحت کردن عمدی دیگران، سرزنش دیگران به خاطر اشتباهات و سوء رفتار خود، زودرنجی و زود ناراحت شدن از دست دیگران، دلخوری و عصبانیت، کینه‌توزی و انتقام‌جویی همراه است (۶).

بروز این فرایند نافرمانی مقابله‌ای در میان هر دو گروه جنسی دختر و پسر دیده می‌شود، اما شیوع این قبیل مشکلات رفتاری در میان پسران بیشتر از دختران است و علت آن هم تفاوت‌های سرشتی این دو جنس است (۷). مشکلات و مسائل اختلال نافرمانی مقابله‌ای، می‌تواند با ایجاد مانع در راه اکتساب مهارت‌های متناسب با سن، بر مسیرهای تحولی اثر کرده و کودکان را در معرض خطر مشکلات بعدی قرار دهد (۸).

هنگام اندیشیدن به تغییر رفتار کودکان، می‌توان در سه گستره متمرکز شد: کودک، آموزشگاه، و خانواده. خانواده بستری است که آدمی زندگی‌اش را با آن آغاز می‌کند و در آن شکل می‌دهد؛ بنابراین می‌توان گفت که یکی از عوامل موثر بر سلامت و بهزیستی روان‌شناختی فرد، کیفیت

1. Oppositional Defiant Disorder

پیش‌بینی کرد (۱۳). این روش به کاربرد مهارت‌های بازی‌درمانی از جانب والدین اشاره دارد که علاوه بر استفاده از والدین به عنوان جانشین درمانگر، سبب قدرت بخشیدن به والدین و کاهش احساس گناه و ناامیدی در آنها می‌شود و نسبت به زمانی که صرفاً درمانگر با کودک کار می‌کند، همکاری و تعامل درمانی بیشتری به همراه خواهد آورد (۱۱). تمرکز درمان مبتنی بر رابطه والد-کودک بر بهبود رابطه والد-کودک، خود درونی کودک و توانایی‌های بالقوه او برای شدن است و عمده اهداف برای والدین عبارتند از: درک و پذیرش جهان عاطفی کودک، کسب نگرشی واقع‌بینانه و صبورانه نسبت به خود و کودک، افزایش بینش و آگاهی والدین نسبت به خود در ارتباط با کودک، تغییر ادراکات والدین از رفتارهای کودک، یادگیری مهارت‌های بازی‌درمانی کودک‌محور و چگونگی ایجاد جوی غیرقضاوتی، پذیرنده و همراه با درک متقابل برای کودک و نهایتاً کمک به والدین جهت لذت بردن از ایفای نقش والدین (۱۱).

مطالعه ری و همکاران بیانگر اثربخشی روش بازی‌درمانی مبتنی بر ارتباط والد-کودک بر کاهش رفتارهای پرخاشگرانه کودکان، پیشگیری از مشکلات رفتاری در سنین اولیه کودکی و بهبود محیط تعاملی کودک با والدین بوده است (۱۴). کیدرون و لندرت مطالعه‌ای را بر روی والدین که دچار تنیدگی‌های مزمنی بودند، انجام دادند. نتایج این پژوهش نشان داد که روش بازی‌درمانی مبتنی بر ارتباط والد-کودک نه تنها سطح تنیدگی والدینی را کاهش می‌دهد بلکه منجر به تعاملات همدلانه والدین با کودکان و پذیرش بیشتر آنها می‌شود (۱۵). کاهش مشکلات رفتاری و هیجانی کودکان با استفاده از روش بازی‌درمانی مبتنی بر ارتباط والد-کودک در مطالعات مختلفی تأیید شده است. علاوه بر این، پذیرش و همدلی والدین در ارتباط با کودکان‌شان نیز افزایش معناداری یافته است (۱۶). یکی دیگر از درمان‌های مرتبط با

کارکردنظام خانواده است و در این میان روابط و تعاملات حاکم بر اعضا و زیرسیستم‌های خانواده از اهمیت خاصی برخوردار است (۹).

از آنجایی که برقراری رابطه‌درمانی عنصری مهم در درمانگری کودکان است، رابطه عاطفی موجود میان والد و کودک در فرایند درمان امری تأثیرگذار به حساب می‌آید و با آموزش مهارت‌های درمانی، والدین می‌توانند در حد درمانگر و شاید هم بیشتر از آن برای فرزندان‌شان موثر باشند (۱۰). از سوی دیگر، به شکل خاص باید توجه داشت که تجارب کودکان خصوصاً در سال‌های قبل از ورود به دبستان (تا ۶ سالگی)، در بازی‌های آنها خلاصه می‌شود و می‌توان بازی را جدی‌ترین تلاش یا تجربه کودک و ابتدایی‌ترین و طبیعی‌ترین ابزار برای برقراری ارتباط محسوب کرد (۱۱). بازی مؤلفه‌ای ضروری در زندگی کودکان است و از آنجا که روش‌های درمانی خاص بزرگسالان در مورد کودکان قابل اعمال نیست، بازی ابزاری مناسب برای درمانگران کودک جهت مداخله در مشکلات رفتاری آنهاست (۱۲).

یکی از روش‌هایی که در گستره تلاش‌های درمانگران در مورد کودکان مورد استفاده قرار می‌گیرد، درمان مبتنی بر رابطه والد-کودک^۱ است که این الگو از زیرمجموعه‌های روش تباردرمانی (فرزنددرمانی) گرنی^۲ در سال ۱۹۶۴ بوده و مبتنی بر این فرض اساسی است: از آنجا که والدین از ارتباط عاطفی قوی با کودک برخوردارند و درمانگران در واقع فاقد آن هستند، به احتمال زیاد این ارتباط طبیعی و ذاتی موجود بین والد و کودک، کلید اثربخشی بالا و نتایج پایای درمانی در روش آموزشی مبتنی بر رابطه والد-کودک است (۱۱). مطالعه‌ای که توسط توفام و همکاران انجام شد حاکی از اثربخشی بالای این روش در والدین دچار تنیدگی و کودکان دارای مشکلات عاطفی و هیجانی است، به طوری که والدین پذیرش و همدلی بیشتری نسبت به کودکان‌شان بدست می‌آورند و می‌توان بهبود معناداری را در این خانواده‌ها

2. Guerney

1. Child Parent Relationship Therapy

این مرحله از درمان، وظیفه درمانگر این است که چشم‌انداز فردگرا و سرزنش‌گر خانواده را به این دیدگاه تبدیل کند که اعضا دریابند همگی در ساخت نظام خانواده نقش دارند و مسئولیت توالی‌های رفتاری خانواده بر عهده همه آنهاست. ۳. مرحله سوم، آموزش. در این مرحله، خانواده‌درمانگر کارکردی، برای تثبیت رفتارهای جدید از فنون شناختی- رفتاری شامل قرارداد وابستگی، آموزش پیام‌رسانی، و سرمشوق‌دهی استفاده می‌کند (به نقل از ۱۹).

پژوهش‌های خانواده‌درمانی کارکردی برای اختلال‌های هیجانی- رفتاری و بزهکاری در دهه‌های ۷۰ و ۸۰ میلادی شروع شد (۱۱، ۱۳، ۱۸ و ۱۹). نتایج پژوهش‌های مذکور نشان‌دهنده تأثیر این درمان بر کاهش بزهکاری و اختلال رفتار هنجاری^۲ در کودکان و نوجوانان است.

با توجه به نقش خانواده در ایجاد و درمان اختلال‌های هیجانی- رفتاری از جمله اختلال نافرمانی مقابله‌ای در کودکان، آموزش والدین به دلیل ارتباط نزدیک با این کودکان بر سایر روش‌ها برتری دارد. مزیت آموزش والدین بر سایر روش‌ها آن است که بر جنبه‌های مختلفی از کارکرد والدینی و خانوادگی تأثیرگذار است (۲۰). متأسفانه تاکنون در ایران به طور منسجم اثربخشی درمان متمرکز بر خانواده و درمان رابطه والد- کودک بر روی کارکرد خانواده‌های دارای فرزند مبتلا به نافرمانی مقابله‌ای مورد پژوهش قرار نگرفته است. حال این سوال مطرح است که آیا الگوهای بازی‌درمانی مبتنی بر رابطه والد- کودک و درمان متمرکز بر خانواده با توجه به ویژگی‌های خانوادگی و بافت اجتماعی و فرهنگی حاکم بر کشورمان، به کاهش مشکلات رفتاری کودکان و بالا بردن کارکرد خانواده‌های دارای فرزند مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای می‌انجامد؟

اختلال‌های کودک‌کان درمان متمرکز بر خانواده^۱ است. مبنای برنامه‌های خانواده‌درمانی به صورت کلی این است که ریشه مشکلات رفتاری کودک‌کان به خانواده برمی‌گردد و رفتار انحرافی کودک در واقع یک نوع انطباق با خانواده است، درمان هم بر معضلاتی متمرکز است که رفتار انحرافی کودک را تداوم می‌بخشد و همچنین راه‌های مناسب‌تر تعامل و ارتباط را به اعضای خانواده می‌آموزد (۱۷).

خانواده‌درمانی کارکردی به منظور ایجاد تغییرات در افراد و خانواده آنها تدوین شده است (۱۸). این روی آورد پشتوانه پژوهشی دارد و مدعی است که نظریه یادگیری، نظریه سیستم‌ها و نظریه شناختی را در هم یکپارچه کرده است. در این روی آورد ابتدا به بیمار کمک می‌شود تا نقش رفتار را در تنظیم روابط درک کند. خانواده درمانگران کارکردی همه رفتارها را انطباقی می‌دانند و سعی می‌کنند نگرش‌ها، انتظارات، برجسب‌ها و عواطف تمام اعضای خانواده را با توجه به دیدگاه ارتباطی غیرسرزنشی اصلاح کنند. طبق نظر الکساندر و پارسونز (۱۹۸۲) رفتارها، سرانجام به اعضای خانواده کمک می‌کنند تا به یکی از این سه حالت برسند: ۱. تماس/ نزدیکی، ۲. استقلال/ جدایی، و ۳. ترکیبی از ۱ و ۲ (حالت بینابینی) (۱۸). خانواده‌درمانی کارکردی سه مرحله دارد: ۱. مرحله اول: سنجش، پیوستن و انگیزش. در این مرحله درمانگر علاقمند است که کارکردهای مربوط به رفتارهای متوالی هر عضو را شناسایی کند. آیا تسلسل‌های رفتاری موجب افزایش نزدیکی، ایجاد فاصله، یا کمک به خانواده برای دستیابی به تکلیف می‌شوند؟ درمانگر از طریق جمع‌آوری اطلاعات در مورد خانواده، هم با پرسش و هم از طریق مشاهده، وظایف آنها را تعیین می‌کند. همان‌طور که اخیراً توسط والدرون و برودی (۲۰۱۰) شرح داده شده است مرحله اول شامل تعامل با هدف ایجاد امید و انتظارات مثبت است. ۲. مرحله دوم: شامل ایجاد تغییر در نظام خانوادگی است. در این مرحله سعی می‌شود نگرش‌ها، انتظارات و واکنش‌های عاطفی اصلاح شوند. طی

روش

الف) طرح پژوهش و شرکت کنندگان: پژوهش حاضر از نوع آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون همراه با گروه کنترل بود. متغیرهای مستقل در این پژوهش برنامه آموزشی بازی‌درمانی مبتنی بر ارتباط والد-کودک و درمان متمرکز بر خانواده‌هاست. متغیر وابسته نیز کارکرد خانواده‌هاست. جامعه آماری شامل تمام خانواده‌های دارای فرزند مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای که به مراکز مشاوره شهر سنندج در سال ۱۳۹۵ مراجعه نموده‌اند، بود. نمونه پژوهش شامل ۳۶ خانواده از جامعه مذکور بودند که با روش نمونه‌گیری در دسترس از بین مراکز مشاوره شهر سنندج انتخاب شدند. این خانواده‌ها به صورت تصادفی در سه گروه ۱۲ تایی شامل گروهی که آموزش بازی‌درمانی مبتنی بر رابطه والد-کودک، و گروهی که آموزش خانواده‌درمانی کارکردی را دریافت کردند، و گروه کنترل که هیچ‌گونه درمان یا آموزشی دریافت نکردند جایدهی شدند.

ب) ابزار

ابزار سنجش خانواده^۱: ابزار سنجش خانواده یک پرسشنامه ۶۰ سوالی است که برای سنجیدن کارکرد^۲ خانواده بنا بر الگوی مک‌مستر^۳ تدوین شده است. این ابزار در سال ۱۹۸۳ توسط اپشتاین، بالدوین و بیشاب تهیه شده است. این الگو خصوصیات ساختاری، شغلی و تعاملی خانواده را معین می‌سازد و شش بعد از کارکرد خانواده را مشخص می‌کند. این ابعاد شامل حل مشکل، ارتباط، نقش‌ها، همراهی^۴ عاطفی، آمیزش عاطفی^۵، و مدیریت رفتار است، به‌علاوه یک خرده‌مقیاس هفتم مربوط به کارکرد کلی خانواده است (۱). نمره هر مقیاس بین ۱ (سالم) تا ۴ (ناسالم) است. اعتبار و روایی ابزار سنجش کارکرد خانواده پس از تهیه توسط اپشتاین و همکارانش در سال ۱۹۸۳، بر روی یک نمونه ۵۰۳ نفری اجرا شد. دامنه ضریب آلفای مقیاس‌ها بین ۰/۷۲ تا ۰/۹۲

نشان‌دهنده همسانی درونی بالای آن است. در ایران نیز پژوهش‌ها توسط نوروزی (۱۳۷۷)، ملاتقی (۱۳۷۷)، بهاری (۱۳۷۹) و امینی (۱۳۷۹) حاکی از اعتبار و روایی بالای این پرسشنامه است. ضریب آلفای کرونباخ سازه‌های حل مسئله، ابراز عواطف و کل مقیاس به ترتیب ۰/۹۲، ۰/۷۵ و ۰/۹۳ گزارش شده است. در پژوهش کرمی و همکاران (۱۳۹۱) برای این پرسشنامه آلفای کرونباخ ۰/۸۹ به دست آمد (به نقل از ۲۱ و ۲۲).

ج) روش اجرا: پس از انتخاب آزمودنی‌ها و موافقت آنها با نوع جلسات مورد نظر، والدین به صورت تصادفی در گروه‌ها جایدهی شدند و پرسشنامه کارکرد خانواده را به عنوان پیش‌آزمون پاسخ دادند. سپس گروه کنترل در انتظار ماندند و گروه‌های آزمایش در جلسات اصلی شرکت داده شدند. نحوه انجام کار چنین بود که، در ابتدا با والدین ارتباط درمانی لازم برقرار شد و سپس در هر جلسه موضوعات اصلی آموزش با زبانی ساده و قابل فهم برای آنها بازگو گردید و در صورت احساس مشکل یا داشتن سوال، به ایفای نقش یا بحث گروهی پرداخته شد تا با کمک درمانگر و به اتفاق دیگر اعضا، در این مورد به بحث و گفتگو بپردازند. در ابتدای هر جلسه خلاصه‌ای از رئوس مطالب بصورت دفترچه مخصوص والدین به آنها ارائه شد و تکالیف خانگی مربوط به آن جلسه و جلسه قبل مورد بررسی قرار گرفت تا مشکلات احتمالی و سوالات آنها برطرف گردد. در آخر نیز رفتار کودکان والدین ذکر شده، توسط خود آنها مورد ارزیابی قرار گرفت.

د) برنامه مداخله‌ای

۱. بازی درمانی مبتنی بر رابطه والد-کودک
محتوای این جلسات آموزشی، مبتنی بر روش لندرت و براتون (۲۰۰۶) برای بهبود روابط والد-کودک و ایجاد همدلی و پذیرش از جانب والدین برای کودک است (به نقل از ۱۱). برنامه عملی در این روش بازی‌درمانی شامل ده جلسه آموزشی

4.Responsiveness
5.Involvement

1.Family assessment device (FDA)
2.Functioning
3.Mc Master model

دوساعته بود که محتوای دو جلسه ابتدایی آن شامل بیان اهمیت بازی، قوانین و نحوه اجرای جلسات بازی والدین با کودک در منزل بود. همچنین باید و نبایدهای جلسات بازی آموزش داده شد و نوع اسباب بازی‌های مورد نیاز در جلسات، مکان و زمان بازی با کودک معرفی گردید. جلسه سوم و چهارم شامل آموزش شیوه پاسخگویی انعکاسی والدین نسبت به احساسات و عواطف کودک بود. جلسه پنجم به مرور مهارت‌های آموخته شده به والدین در ارتباط با بازی کودک پرداخت. آموزش مهارت محدودیت گذاری برای رفتارهای نامناسب کودکان یا سرپیچی از قوانین بازی و آموزش حق انتخاب به کودک در اطاعت یا سرپیچی از قوانین، از جمله موارد آموزشی در جلسات ششم و هفتم بودند. جلسه هشتم مجدداً به مرور تمرین‌های مربوط به اجرای مهارت‌های آموخته شده در جلسات قبل و تعمیم آنها به موقعیت‌هایی خارج از جلسات بازی پرداخته شد. همچنین، پاسخ‌های تقویت حرمت خود در مقابل رفتارها و تلاش‌هایی که کودک انجام می‌داد از جمله مسائل دیگر در این جلسه بود. در جلسه نهم به رفع مشکلات عمده والدین در برخی مهارت‌ها و تأکید بر ادامه جلسات بازی به صورت هفتگی و تعمیم بیشتر مهارت‌ها پرداخته شد. عروسک‌بازی و قصه‌گویی نیز یکی از تمرینات مورد بحث در این جلسه بود. در جلسه نهمی نیز به بیان نقاط قوت والدین نسبت به جلسه اول، مرور مشکلات اولیه والدین و بهبودهایی که پیدا کرده بودند پرداخته شد. نظرسنجی درباره اثربخشی روش مذکور برای والدین و تنظیم برنامه‌ای برای پیگیری ادامه جلسات گروهی والدین و ارتباط با درمانگر در صورت نیاز، از جمله موضوعات مورد بحث در جلسات پایانی بودند.

۲. خانواده‌درمانی کارکردی:

محتوای جلسات بر اساس برنامه آموزشی الکساندر و پارسونز (۱۹۷۳) در ۱۰ جلسه دوساعته منظور ایجاد تغییرات در افراد و خانواده آنها تدوین شد (۱۸). در جلسه اول پس از خوش آمدگویی و معارفه، در مورد اهداف جلسه و اصولی که

باید در گروه رعایت شود صحبت شد و سپس در مورد اختلال نافرمانی مقابله‌ای مباحثی مطرح شد. در نهایت مطالب گفته شده در جلسه از زبان تک‌تک مراجعین مرور شده و مراجعین به درمانگر بازخورد دادند. جلسه دوم: در ابتدا مروری بر مطالب جلسه پیش صورت گرفته و سپس گفتگوی آموزشی در مورد عوامل خانوادگی مرتبط با اختلال نافرمانی مقابله‌ای انجام شد و در راستای این هدف مشخصات هر یک از خانواده‌ها و ویژگی‌های آنها در سیستم تربیتی، انضباطی، نظارتی و نحوه آموزش مهارت‌های اجتماعی بررسی شد و پیامدهای سیستم‌های ناکارآمد خانوادگی به آنها گوشزد شد. همچنین انتظارات مثبت جهت ایجاد انگیزه در آنها تقویت شد. جلسه سوم: در ابتدای جلسه تکالیف انجام شده توسط مراجعین مرور و بازنگری شد، سپس در مورد نگرانی‌های هر یک از والدین در مورد مشکل فرزندشان صحبت شد و مهارت‌هایی شامل: ۱. مرتبط کردن افکار، احساسات و رفتارهای اعضای خانواده. ۲. روشن‌سازی پویایی‌های خانواده. ۳. تعبیر و تفسیر رفتارهای کنونی خانواده. ۴. از بین بردن برجسب‌ها برای رفع سرزنش و تغییر دادن رفتارها از فرد به کل خانواده، و ۵. بحث بر سر چگونگی تأثیر رفتار بر خانواده به والدین، آموزش داده شد. جلسه چهارم و پنجم: در این جلسات ضمن بررسی تکالیف در راستای مهارت‌های آموخته شده، برای تثبیت رفتارهای جدید از فنون شناختی-رفتاری شامل قرارداد وابستگی و آموزش پیام‌رسانی استفاده شد. جلسه ششم: تکالیف جلسات قبل مرور و نتایج مرتبط با تکالیف خانگی بررسی شد و مهارت سرمشق‌دهی آموزش داده شد و تکالیف مربوط به این مهارت ارائه شد. جلسه هفتم و هشتم: در این جلسات نیز ضمن مرور تکالیف جلسه قبل، مهارت‌های ارتباط موثر و مدیریت رفتار آموزش داده شد. در واقع هدف از آموزش تمامی این مهارت‌ها اصلاح نگرش‌ها و انتظارات و واکنش‌های عاطفی بود. وظیفه درمانگر تغییر نگرش فردگرا و سرزنشی خانواده به این دیدگاه است که همگی اعضا در ساخت نظام خانواده نقش دارند و مسئولیت توالی رفتارهای

باتوجه به اینکه طرح پژوهش حاضر از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود، از آزمون تحلیل کوواریانس با رعایت پیش‌فرض‌های آن استفاده شد. این پیش‌فرض‌ها شامل نرمال بودن توزیع نمرات، همگنی واریانس‌ها، همگنی شیب‌های رگرسیون، وجود رابطه خطی بین متغیر همراه و متغیر وابسته و همگنی ماتریس کوواریانس‌ها بود که تمام پیش‌فرض‌ها در این پژوهش رعایت شده است. نتایج حاصل از بررسی پیش‌فرض نرمال بودن در مورد نمرات متغیرهای پژوهش در جدول ۱ آمده است.

خانواده بر عهده همه آنهاست. جلسات نهم و دهم: پس از تمرین مجدد مهارت‌هایی که در جلسات قبلی آموزش داده شدند در این جلسات ضمن تکمیل آموزش این مهارت‌ها، از والدین پسخوراند گرفته شد و تشویق شده‌اند تا تمرین‌های خود را در موقعیت‌های طبیعی همچنان ادامه دهند و در نهایت پس‌آزمون انجام شد.

یافته‌ها

جدول ۱: نتایج آزمون کولموگروف-اسمیرنوف جهت بررسی نرمال بودن نمرات متغیرهای پژوهش

متغیر	گروه آزمایش		گروه کنترل	
	مقدار Z	سطح معناداری	مقدار Z	سطح معناداری
حل مشکل	پیش‌آزمون	۰/۳۷۹	۰/۹۹	۰/۲۴۷
	پس‌آزمون	۰/۶۷۸	۰/۷۴۷	۰/۶۱۷
ارتباط	پیش‌آزمون	۰/۹۱۲	۰/۳۷۷	۰/۸۳۸
	پس‌آزمون	۰/۶۶۷	۰/۷۶۵	۰/۹۹۲
نقش‌ها	پیش‌آزمون	۰/۵۹۷	۰/۸۶۸	۰/۹۷۷
	پس‌آزمون	۰/۶۲۲	۰/۸۳۳	۰/۸۱۷
همراهی عاطفی	پیش‌آزمون	۰/۶۰۷	۰/۸۵۵	۰/۹۸
	پس‌آزمون	۰/۴۴۶	۰/۹۸۹	۰/۸۸۳
آمیختگی عاطفی	پیش‌آزمون	۰/۶۲۴	۰/۷۶۱	۰/۲۷۶
	پس‌آزمون	۰/۶۶۸	۰/۷۴۰	۰/۷۰۲
مدیریت رفتار	پیش‌آزمون	۰/۹۱۹	۰/۳۶۴	۰/۷۹۹
	پس‌آزمون	۰/۵۹۳	۰/۸۰۲	۰/۹۹۰
کارکرد کلی	پیش‌آزمون	۰/۶۷۷	۰/۷۶۹	۰/۸۵۹
	پس‌آزمون	۰/۵۹۸	۰/۸۶۹	۰/۸۱۰
مقیاس کلی	پیش‌آزمون	۰/۵۹۸	۰/۸۶۶	۰/۸۴۲
	پس‌آزمون	۰/۶۲۱	۰/۸۳۵	۰/۸۱۶

پیش‌آزمون و پس‌آزمون در گروه‌های آزمایشی و کنترل معنادار نیست ($P > 0/05$)؛ بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که توزیع نمرات در این متغیرها نرمال است. نتایج مربوط به پیش‌فرض همگنی واریانس‌ها در جدول ۲ آورده شده است.

همان‌طور که در جدول ۱ مشاهده می‌شود، از آنجایی که مقادیر آزمون کولموگروف-اسمیرنوف برای متغیرهای حل مشکل، ارتباط، نقش‌ها، همراهی عاطفی، آمیختگی عاطفی، مدیریت رفتار، و کارکرد کلی در هیچ یک از مراحل

جدول ۲: نتایج آزمون لون مربوط به همگنی واریانس‌ها

متغیر	آماره F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	سطح معناداری
حل مشکل	پیش آزمون	۲	۳۳	۰/۳۲۹
	پس آزمون	۲	۳۳	۰/۵۶۲
ارتباط	پیش آزمون	۲	۳۳	۰/۰۶۲
	پس آزمون	۲	۳۳	۰/۷۴۳
نقش‌ها	پیش آزمون	۲	۳۳	۰/۱۹۲
	پس آزمون	۲	۳۳	۰/۵۰۹
همراهی عاطفی	پیش آزمون	۲	۳۳	۰/۲۶۳
	پس آزمون	۲	۳۳	۰/۴۵۲
آمیختگی عاطفی	پیش آزمون	۲	۳۳	۰/۳۴۲
	پس آزمون	۲	۳۳	۰/۳۷۹
مدیریت رفتار	پیش آزمون	۲	۳۳	۰/۱۹۹
	پس آزمون	۲	۳۳	۰/۴۹۸
کارکرد کلی	پیش آزمون	۲	۳۳	۰/۵۷۲
	پس آزمون	۲	۳۳	۰/۴۴۱
مقیاس کلی	پیش آزمون	۲	۳۳	۰/۴۵۱
	پس آزمون	۲	۳۳	۰/۴۹۶

آزمایش و کنترل در متغیرهای پژوهش تأیید می‌شود. با توجه به اینکه مهمترین پیش فرض‌های استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس رعایت شده است، نتایج این آزمون در جدول ۳ ارائه گردیده است.

همان طور که در جدول ۲ مشاهده می‌گردد، مقادیر آماره F که نشان‌دهنده مقدار آزمون لون برای بررسی همگنی واریانس‌های گروه‌های آزمایش و کنترل است، در هیچ یک از مراحل پیش آزمون و پس آزمون معنادار نیست ($P > 0/05$). با توجه به این نتیجه پیش فرض برابری واریانس‌ها دو گروه

جدول ۳: نتایج تحلیل کوواریانس برای بررسی معناداری تفاوت میانگین‌ها در متغیر کلی کارکرد خانواده

منبع	Df	Ms	F	Sig.	Eta	Power
پیش آزمون	۱	۲۸/۶۷	۰/۵۷	۰/۴۵۵	۰/۰۱	۱۱/۰
گروه	۲	۵۲۳۷۲/۸۸	۱/۰۴	۰/۰۰۰	۰/۹۸	۱/۰۰۰
خطا	۳۲	۵۰/۰۶				
کل	۳۶					

پس آزمون از لحاظ آماری معنادار است ($\text{Sig.} = 0/000$) بنابراین نتایج نمایانگر تفاوت در بین گروه‌ها است. حال باید

همان گونه که در جدول ۳ دیده می‌شود با توجه به کنترل اثر پیش آزمون بر پس آزمون تفاوت میان گروه‌ها در

ببینیم که بین کدام گروه‌ها تفاوت معناداری وجود دارد. در جدول شماره ۴ به منظور بررسی این نکته که کدام یک از دو روش بر کارکرد خانواده تاثیر بیشتری داشته‌اند از آزمون تعقیبی LSD استفاده گردید.

جدول ۴: نتایج آزمون تعقیبی LSD به منظور تعیین تأثیر روش موثرتر بر کارکرد خانواده

گروه I	گروه J	تفاوت میانگین‌های I-J	انحراف استاندارد	Sig.
رابطه والد-	خانواده‌درمانی کارکردی	۰.۲۰/۹۸*	۲/۹۸	۰/۰۰۰
کودک	کنترل	-۱۲۵/۱۲۸*	۲/۹۷	۰/۰۰۰
خانواده‌درمانی	رابطه والد- کودک	۲۰/۹۹*	۲/۹۸	۰/۰۰۰
کارکردی	کنترل	-۱۰۴/۱۳*	۲/۸۹	۰/۰۰۰
کنترل	رابطه والد- کودک خانواده-	۱۲۵/۱۲۸*	۲/۹۷	۰/۰۰۰
	درمانی کارکردی	۱۰۴/۱۳*	۲/۸۸	۰/۰۰۰

روان‌شناسی متمرکز بر کودکان، متمرکز بر والدین و یا خانواده‌ها برای آن طراحی شده است. یکی از درمان‌های روان‌شناختی رایج برای کودکان کاربرد بازی در درمان است و از آنجا که بازی زبان طبیعی کودکان است و جایگاه حیاتی در تحول آنها دارد، وسیله‌ای مناسب جهت برقراری ارتباط است. وجود ارتباطات عاطفی موجود بین والد و کودک در جهت درمان و جایگزینی والدین به جای درمانگران از طریق آموزش برخی مهارت‌های بازی‌درمانی در محیط منزل از جدیدترین شیوه‌های مورد توجه درمانگران و خانواده است. این روش حس خودکارآمدی را در والدین تقویت می‌کند و از این طریق تداوم اثرات درمان نیز بیشتر می‌شود.

در مطالعات تصادفی مختلفی (۲۳-۳۰) اثربخشی روش بازی‌درمانی مبتنی بر ارتباط والد-کودک مورد بررسی قرار گرفته و نتایج این پژوهش‌ها کاهش معناداری را در برخی از حوزه‌های مشکلات رفتاری کودکان نشان داده است. نتایج حاصل از این پژوهش نیز با یافته‌های این پژوهش‌ها همسو است و اثربخشی بازی‌درمانی مبتنی بر رابطه والد-کودک را در حوزه مشکلات رفتاری کودکان به تأیید رسانده است. از محدود پژوهش‌های صورت گرفته در کشورمان مطالعه علی‌وندی و وفا و اسمایل (۲۹)، مصطفوی و همکاران (۳۱) و امیر و همکاران (۳۲) است. در همگی این مطالعات اثربخشی و

همان‌گونه که از نتایج بدست آمده مشخص است، بین گروه‌ها تفاوت معناداری وجود دارد. یعنی هم بین دو روش درمانی رابطه والد-کودک و درمان متمرکز بر خانواده تفاوت وجود داد و هم بین روش‌های درمانی با گروه کنترل این تفاوت قابل مشاهده است. همان‌گونه که از نتایج مشاهده می‌شود با وجود اینکه هر دو روش تأثیر مطلوبی بر کارکرد خانواده‌های دارای فرزند مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای داشته‌اند اما روش درمانی رابطه والد-کودک (۱۲۸/۱۲۵) نسبت به روش درمان متمرکز بر خانواده (۱۳/۱۰۴) تأثیر بیشتری داشته است.

بحث و نتیجه‌گیری

یافته‌های پژوهش حاضر بیانگر آن است که روش درمانی رابطه والد-کودک و درمان متمرکز بر خانواده موجب بهبود کارکرد مثبت خانواده‌های دارای فرزند مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای می‌گردد. یافته‌های این پژوهش در کل فرضیات پژوهش را تأیید می‌کند و نشان می‌دهد که می‌توان از این دو روی آورد درمانی برای کاهش نشانه‌ها و درمان اختلال نافرمانی مقابله‌ای در کودکان استفاده عملی نمود. مشکلات رفتاری در کودکان، در سال‌های مختلف مورد توجه والدین و متخصصان بوده و درمان‌های مختلفی از روش‌های دارویی و روان‌پزشکی گرفته تا مداخلات

متعدد اعضای آن از جمله (۲۷، ۲۵، ۳، ۴) می توان گفت ترمیم مشکلات اعضای خانواده و از جمله کودکان توسط کسی که خود در درون چرخه نگرانی ها قرار دارد (والدین) می تواند بسیار تأثیر گذار باشد و هم برای درمان مشکلات رفتاری کودکان و هم برای والدینی که خواستار بهبود ارتباطات شان با کودکان شان هستند، تأثیر گذار خواهد بود و تأثیر و تأثر متقابل والد- کودک هم زمینه ساز آسیب ها و هم گسترش دهنده رفتارهای مثبت خواهد بود.

از محدودیت های این پژوهش می توان به اندک بودن پیشینه پژوهشی و تجربی کافی در زمینه آموزش بازی درمانی مبتنی بر ارتباط والد کودک به والدین در کشورمان و عدم کنترل تمامی متغیرهای موجود به طور همزمان در پژوهش اشاره کرد. پیشنهاد می شود این مدل بازی درمانی با سایر مدل های بازی درمانی مقایسه شود تا اعتبار این روش با اطمینان بیشتری برآورد شود. به کارگیری درمان های بیان شده در این پژوهش در مراکز درمانی و مشاوره ای به منظور ارائه خدمات روان شناختی به مراجعه کنندگان و مقایسه نتایج پژوهش ها برای دست یافتن به الگوهای بالینی بومی، از پیشنهادهای این پژوهش است.

تشکر و قدردانی: در پایان از تمامی کسانی که ما را در انجام این پژوهش یاری نمودند کمال تشکر را داریم.

کاربرد روش بازی درمانی مبتنی بر ارتباط والد- کودک بر اختلال های رفتاری کودکان مورد بررسی قرار گرفت و مشخص شد که نگرش والدین نسبت به مشکلات رفتاری کودکان و سطح دانش و مهارت های والدین بهبود معناداری داشته است و والدین، روش مذکور را مفید ارزیابی کرده اند؛ بنابراین ارزیابی های صورت گرفته در این مطالعات قابلیت های لازم را برای کاربرد روش بازی درمانی مبتنی بر ارتباط والد- کودک در کشورمان را به تأیید رسانده است (۳۱). همان طور که یافته های پژوهش حاضر نشان می دهد، در نمره کارکرد خانواده والدینی که آموزش بازی درمانی مبتنی بر رابطه والد- کودک و درمان متمرکز بر خانواده دریافت کردند نسبت به گروه کنترل کاهش معناداری دیده شد. نتیجه این فرضیه نشان می دهد که آموزش ۱۰ جلسه ای بازی درمانی مبتنی بر رابطه والد- کودک و درمان متمرکز بر خانواده می تواند در کاهش اختلال نافرمانی مقابله ای در کودکان این خانواده ها موثر واقع شود.

همچنین نتایج، تفاوت معناداری در نمره کارکرد خانواده در والدینی که درمان مبتنی بر تعاملات والد- کودک و والدینی که درمان مبتنی بر خانواده را دریافت نموده اند نشان داد؛ به طوری که درمان مبتنی بر رابطه والد- کودک تأثیر مثبت قوی تری در کارکرد مثبت خانواده نسبت به درمان متمرکز بر خانواده داشته است. با توجه به وجود پژوهش های متعدد در زمینه رابطه اختلال در کارکرد خانواده و مشکلات

References

1. Rahiminezhad A, Paknejad M. The Relationship between family functioning and psychological needs with adolescents mental health. *Journal of Family Research*. 2014; 10(1): 99 – 111. [Persian].
2. Karami J, Zakiei A, Alikhani M. The relationship between McMaster model of family functioning and personality disorders based on McMaster model. *Family Counseling and Psychotherapy*. 2012; 2(4) 537 – 553. [Persian].
3. Silburn SR, Zubrick SR, De Maio JA, Shepherd C, Griffing JA, Mitrou FG. The western Australian aboriginal child health Survey: Strengthening the capacity of aboriginal children families and communities. Perth: Curtin University of Technology and Telethon Institute for Child Health Research, 2006; p: 4.
4. Zargr F, Ashouri A, Asgharipoor N, Aghebati A. The comparison of family functioning in patients with major depressive disorder and physically patients with no-Psychiatric disorder in Isfahan. *Journal of Research in Behavioral Sciences*. 2007; 5(2): 99 -106. [Persian].
5. Faramarz S, Hasan zade H, Arabzade kopani Z. Effectiveness of Barkley's parental education program in reducing the symptoms of oppositional defiant disorder on preschool children. *J Sch Psychol*. 3(2): 82 – 103. [Persian].
6. Kaplan H, Saduk B J. Summary Psychiatry. Rezai F (Persian translator). Eleventh edition. Tehran: Arjomand; 2015, p: 365.
7. Barlow J, Stewart-Brown S. Behaviour problems and parent-training programs. *Journal of Developmental and Behavioural paediatrics*. 2000; 21(1): 356-370.
8. DeKlyen M, Speltz ML, Greenberg MT. Fathering and early onset conduct problems: Positive and negative parenting, father-son attachment, and the marital context. *Clin Child Fam Psychol Rev*. 1998; 1(1):3-21.
9. Johnson G, Kent G, Leather J. Strengthening the parent-child relationship: A review of family interventions and their use in medical settings. *Child Care Health Dev*. 2005; 31(1): 25-32.
10. Landreth GL, Lobaugh AF. Filial therapy with incarcerated fathers: Effects on parental acceptance of child, parental stress, and child adjustment. *J Couns Dev*. 1998; 76(2):157-165.
11. Bratton SC, Landreth GL, Kellam T, Blackard S. Child parent relationship therapy (CPRT) treatment manual: A 10-session filial therapy model for training parents. Rutledge: New York; 2006.
12. Mojarad khani A, ALI Ghanbari B, Hashemabadi A. The efficacy of group psycho educational interventions on family performance of patients with mood disorders. *Family Counseling and Psychotherapy*. 2011; (2) 399- 412. [Persian].
13. Topham GL, Wampler KS, Titus G, Rolling E. Predicting parent and child outcomes of a filial therapy program. *International Journal of Play Therapy*. 2011; 20(2):79-93.
14. Ray D C, Blanco P J, Sullivan J M, Holliman R. An exploratory study of child-centered play therapy with aggressive children. *International Journal of Play Therapy*. 2009; 18(3): 162-175.
15. Kidron M, Landreth G. Intensive child parent relationship therapy with Israeli parents in Israel. *International Journal of Play Therapy*. 2010; 19(2): 64-78.
16. Yamamoto Y, Holloway SD, Suzuki S. Maternal involvement in preschool children's education in Japan: Relation to parenting beliefs and socioeconomic status. *Early Child Res Q*. 2006; 21(3): 332-346.
17. Kazdin AE. Conduct disorders in childhood and adolescence. Thousand Oaks, CA: Sage Publications; 1995.
18. Alexander JF, Parsons BV. Short- term behavioral intervention with delinquent families: Impact on family process and recidivism. *J Abnorm Psychol*. 1973; 81(3): 219 – 225.
19. Barnoski R P. Washington State's implementation of aggression replacement training for juvenile offenders: Preliminary findings. Olympia, WA: the evergreen state college, Washington State Institute for Public Policy; 2002.
20. Barkley RA. ADHD and the nature of self-control. New York: Guilford press; 1987.
21. Epstein NB, Baldwin L M, Bishop DS. The McMaster family assessment device. *J Marital Fam Ther*. 1983;9(2): 171-180.

22. Saatchi M, Kamkari K, Asgarian M. Psychological tests. Third edition. Tehran: Virayesh; 2014, pp: 386-387. [Persian].
23. Landreth, G L, Bratton S C. Child parent relationship therapy (CPRT): A 10-session filial therapy model. Taylor and Francis: New York; 2005.
24. Smith D M, Landreth G L. Filial therapy with teachers of deaf and hard of hearing preschool children. *International Journal of Play Therapy*. 2002; 13(1): 13-33.
25. Franks P, Campbell T L, Shields CG. Social relationships and health: The relative roles of family functioning and social support. *Soc Sci Med*. 1992; 34(7): 779-788.
26. Glover G, Landreth G. Filial therapy with Native Americans on the flathead reservation. *International Journal of Play Therapy*. 2000; 9(2): 57 – 80.
27. Miller I W, McDermut W, Gordon KC, Keitner GI, Ryan CE, Norman W. Personality and family functioning in families of depressed patients. *J Abnorm Psychol*. 2000; 109(3): 539-545.
28. Ray DC. Impact of play therapy on parent–child relationship stress at a mental health training setting. *Br J Guid Counc*. 2008; 36(2): 165-187.
29. Alivandi-Vafa, M, Ismail KH. Parents as agents of change: What filial therapy has to offer? *Procedia-Social and Behavioral Sciences*. 2010; 5(2): 2165-2173. [Persian].
30. Kidron M. Filial therapy with Israeliparents(Doctoral dissertation). *Dissertation Abstracts International, A, University of North Texas*, 2003; 64(12). 4372.
31. Mostafavi S, Shoeyri M, Asghari moghadam M, Mahmudi gharai J. Effectiveness of play therapy based on the relationship parent - child mothers of children with behavior problems in accordance with the pattern Landreth. *Scientific-Research Journal of Shahed University*. 2012; 7(9): 33 – 42. [Persian].
32. Amir F, Hasan abadi H, Asghari nekah M, Tabibi Z. Evaluation of effectiveness of play therapy based on the relationship parent - child (CPRT) on parenting styles. *Family Counseling and Psychotherapy*. 2012; 4(1): 473 – 489.[Persian].

Archive of SID

Comparing the Efficacy of Child-Parent Relationship Therapy (CPRT) and Family-Focused Therapy (FFT) on Function of Families with Children with Oppositional Defiant Disorder (ODD)

Arman Azizi¹, Bent Alhoda Karimipoor², Shamsollah Rahmani³, Farshid Veisi⁴

Received: June 05, 2016

Accepted: September 17, 2016

Abstract

Background and Purpose: Family function is an important aspect of family environment which affect physical, social and emotional health of the children. The function of families with children with oppositional defiant disorder may falter. The aim of the study was to compare the efficacy of child-parent relationship therapy (CPRT) and family-focused therapy (FFT) on function of families with children with oppositional defiant disorder (ODD).

Method: Current study is an experimental research with pretest and posttest and control group. The population consisted of all families with children with oppositional defiant disorder who referred to counseling centers in Sanandaj in 2016. The sample consisted of 36 families who were selected using convenience sampling method and randomly assigned to one of the two experimental groups (treatment with CPRT, or treatment with FFT) or the control group. Data were collected using the measure of family functioning (Epstein, Baldwin and Bishop, 1983). The experimental group received a 10-session training course (2 hours/ per session), while the control group did not receive any training.

Results: According to the findings, both experimental groups showed significant improvement on family function comparing to control group. Furthermore, comparing to FFT therapy, CPRT therapy had a greater influence on the improvement of family function.

Conclusion: Using the two therapeutic methods discussed in this study is an important step toward improving the family function.

Keywords: Child-parent relationship therapy, family-focused therapy, family function, oppositional defiant disorder

1. Ph.D. Student in counseling, University of Isfahan, Isfahan, Iran (armanazizi2020@gmail.com)

2. M.A. in Family counseling, University of Kurdistan, Kurdistan, Iran (karimi.moshavere66@gmail.com)

3.***Corresponding author.** M.A. in educational research, University of Azarbaijan, Tabriz, Iran

4. M.A. in Family counseling, University of Kurdistan, Kurdistan, Iran