

تاریخ دریافت مقاله: ۹۲/۰۹/۲۰
تاریخ بررسی مقاله: ۹۲/۰۹/۲۰
تاریخ پذیرش مقاله: ۹۲/۱۰/۰۲

مجله دست آوردهای روان‌شناختی
(علوم تربیتی و روان‌شناسی)
دانشگاه شهید چمران اهواز، پاییز و زمستان ۱۳۹۲
دوره‌ی چهارم، سال ۲۰-۳، شماره‌ی ۲
صص: ۱۶۰-۱۴۱

تعیین اثربخشی گروه درمانی مبتنی بر رابطه والد- کودک (CPRT) بر بهبود علائم اختلال سلوک در کودکان دبستانی شهر اهواز

بهرام پیمان‌نیا*

حمید پورشریفی**

مجید محمودعلیلو***

چکیده

پژوهش حاضر جهت تعیین اثربخشی گروه درمانی مبتنی بر رابطه والد- کودک (CPRT) بر بهبود علائم اختلال سلوک در دانش‌آموزان دبستانی انجام گردید. این مطالعه از نوع آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعه مورد مطالعه‌ی آن شامل تمامی دانش‌آموزان پسر ۸ ساله‌ی دبستان‌های پسرانه شهر اهواز بود. بر این اساس نمونه‌ها از بین مادران ۳۰۰ کودک مقطع دوم ابتدایی طی دو مرحله به روش تصادفی ساده انتخاب شدند. در مرحله اول، مادران کودکانی انتخاب شدند که در فهرست رفتاری کودک (CBCL) نمرات فرزندان آنها بالاتر از نقطه برش مواد اختلال سلوک (T= ۶۴) بود. در مرحله بعد و به منظور انتخاب نهایی، مادران تحت مصاحبه تشخیصی ساخت‌یافته مبتنی بر DSM-IV-TR قرار گرفتند. در نهایت ۳۰ نفر به عنوان نمونه پژوهش انتخاب شدند و در دو گروه گواه و آزمایش (N= ۱۵) به صورت تصادفی قرار گرفتند. سپس برنامه گروه درمانی مبتنی بر رابطه والد- کودک (CPRT) به مدت ۷۰ روز در ۱۰ جلسه‌ی آموزشی ۱۲۰ دقیقه‌ای برای شرکت‌کنندگان گروه آزمایش اجرا شد. داده‌های به دست آمده با استفاده از آمار توصیفی و تحلیل کوواریانس مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. تحلیل داده‌ها نشان داد که گروه آزمایشی در مقایسه با گروه کنترل، پس از پایان جلسات آموزش برنامه گروه درمانی مبتنی بر رابطه والد-کودک، کاهش

* کارشناس ارشد روانشناسی بالینی کودک و نوجوان (نویسنده مسئول) bpeymannia@yahoo.com

** دکترای روانشناسی سلامت، استادیار دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی دانشگاه تبریز، تبریز، ایران

poursharifi@gmail.com

*** دکترای روانشناسی بالینی، استاد دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی دانشگاه تبریز، تبریز، ایران

alilou_637@yahoo.com

معنی‌داری در نمرات مقیاس اختلال سلوک پیدا کرده است ($P < 0/05$). با توجه به یافته‌های پژوهش به نظر می‌رسد که آموزش مهارت‌های ارائه‌شده در جلسات درمانی به مادران، از قبیل گوش دادن انعکاسی، محدودیت‌گذاری درمانی، شناسایی و پاسخ‌دهی به احساسات کودکان، بازی درمانی کودک محور و نیز دادن حق انتخاب به کودکان از سوی مادران، سبب کاهش علائم و نشانه‌های مرضی اختلال سلوک در کودکان مبتلا می‌شود.

کلید واژگان: گروه درمانی، رابطه والد و کودک، اختلال سلوک، CBCL

مقدمه

استفاده والدین از مجازات‌های خشن و نبود رابطه‌ی گرم و عاطفی مناسب میان والد و کودک پیش‌بینی‌کننده بسیاری از مشکلات رفتاری کودکان در سال‌های آتی است (کینان، وربلوفسکی، هیپول^۱ و همکاران، ۲۰۱۰). کودکانی که به طور مزمن در معرض تعارضات خصمانه و حل‌نشده والدین قرار دارند دچار مشکلات هیجانی جدی می‌شوند (هارولد^۲ و همکاران، ۲۰۰۴ به نقل از برک، ۱۳۸۷). این مشکلات هیجانی شامل درونی کردن مشکلات (مخصوصاً در بین دخترها) مانند احساس نگرانی، اضطراب، افسردگی، ترس و سعی در اصلاح کردن رابطه والدین، و برونی کردن مشکلات (مخصوصاً در بین پسرها)، مانند دو گروه رفتارهای قانون‌شکنانه و پرخاشگرانه بوده و شامل اختلال نارسایی توجه-بیش‌فعالی، اختلال سلوک و اختلال بی‌اعتنایی مقابله‌ای است (دیویس و لیندزی^۳، ۲۰۰۴ به نقل از برک، ۱۳۸۷). اختلال سلوک^۴ (CD) یکی از شایع‌ترین مشکلات دوران کودکی و اوایل نوجوانی در حوزه‌ی روان‌شناسی بالینی کودک و نوجوان است، که اختلال قابل‌توجهی در بسیاری از حوزه‌های زندگی برای افراد ایجاد می‌کند (موقان^۵ و همکاران، ۲۰۰۴؛ کیم، کوهن^۶ و همکاران، ۲۰۰۵؛ ناک^۷ و همکاران، ۲۰۰۶)، به عنوان مثال: هزینه‌های بالای سلامت عمومی (فاستر و جونز^۸، ۲۰۰۵)، و بار اجتماعی که اختلال سلوک برای خانواده به همراه دارد

-
- 1- Keenan, Wroblewski, & Hipwell
 - 2- Harolld
 - 3- Davis & Lindsey
 - 4- Conduct Disorder
 - 5- Maughan & et al
 - 6- Kim & Cohen
 - 7- Nock
 - 8- Foster & Jones

(سوراندر^۱ و همکاران، ۲۰۰۷)، نمونه‌هایی از مشکلات خانواده‌های دارای فرزندان مبتلا به اختلال سلوک هستند. در واقع این اختلال به آن دسته از رفتارهای ضد اجتماعی اشاره دارد که نشان می‌دهد فرد در انطباق با انتظارات اشخاص صاحب قدرت در زندگی (مثل معلم یا والد) یا هنجارهای اجتماعی یا احترام به حقوق دیگران ناتوان است. این رفتارها می‌تواند کشمکش‌های خفیف با منابع قدرت (تقابل، عدم اطاعت و مجادله)، انحراف عمده از هنجارهای اجتماعی (فرار از مدرسه و منزل) تا دست‌درازی جدی به حقوق دیگران (تهاجم، تجاوز جنسی، تخریب، آتش‌افروزی و دزدی) را در بر بگیرد (فریک^۲، ۱۳۸۹). علامت اساسی اختلال سلوک، الگوی تکراری و پیوسته رفتاری است که در آن حقوق اساسی دیگران متناسب با سن فرد نقض می‌شود.

این گونه رفتارها در سه مورد (یا بیشتر) از معیارهای زیر در ۱۲ ماه گذشته باید وجود داشته باشند: رفتار پرخاشگرانه که موجب تهدید یا صدمه رساندن به سایرین یا حیوانات می‌شود، رفتاری که موجب وارد آوردن زیان یا خسارت مالی می‌شود، فریبکاری یا دزدی، نقض جدی قوانین و مقررات. ملاک‌های مذکور در (DSM-5^۳) تغییر نکرده و همچنان به عنوان ملاک‌های اصلی تشخیصی اختلال سلوک پابرجا هستند (DSM-5، ۲۰۱۳).

شیوع این اختلال در مطالعات شیوع شناسی در برخی مطالعات در مردان ۴ الی ۱۶٪ و در زنان ۲ الی ۹٪ تخمین زده شده است (کوهن و همکاران، ۱۹۹۳؛ لوبر و همکاران، ۲۰۰۰؛ ناک و همکاران، ۲۰۰۶). هرچند در میان جوانان زندانی و یا جوانان در بازداشتگاه میزان اختلال سلوک بین ۲۳٪ تا ۸۷٪ است (وزارت دادگستری آمریکا، ۲۰۰۶). در ایران در پژوهش نجفی و همکاران (۱۳۸۸) میزان اختلال سلوک در بین دانش‌آموزان شیرازی ۵٪ برآورد شده است. همچنین (اسلامیه، ۱۳۸۷) اختلال سلوک را در بین دانش‌آموزان مقطع ابتدایی شهر تهران ۳٪ برآورد کرده است. در بسیاری از پژوهش‌ها، سابقه اختلال سلوک در کودکی با بسیاری از اختلالات خلقی از جمله اختلالات اضطرابی و اختلال سو مصرف مواد در بزرگسالی مشاهده شده، و برخی از مطالعات نیز نشان می‌دهند که ۷۰-۴۵٪ از افراد مبتلا به اختلال سلوک در اوایل بزرگسالی به اختلال شخصیت ضد اجتماعی دچار می‌شوند

1- Sourander

2- Ferick

3- Diagnostic and statistical manual of mental health disorders (DSM-5)

گلهورن^۱ و همکاران، ۲۰۰۷؛ کیم کوهن و همکاران، ۲۰۰۵؛ لاهی^۲ و همکاران، ۲۰۰۲؛ ناک و همکاران، ۲۰۰۶؛ زوکولیلو^۳ و همکاران، ۱۹۹۲). همچنین نتایج پژوهش‌های تایسوف، هاو، دین برینک^۴ و همکاران، (۲۰۱۲) نشان می‌دهد که اختلال سلوک در سال‌های بعد به عنوان یک عامل واسط در اعتیاد به الکل در بزرگسالان نقش دارد. همچنین این اختلال نسبتاً در میان بزرگسالانی که به بیش فعالی مبتلا هستند مشاهده می‌شود (ریمهر و همکاران^۵، ۲۰۱۳). بر همین اساس مطالعات بسیاری نشان می‌دهند که اگر اختلال سلوک درمان نشود تا بزرگسالی ادامه می‌یابد و می‌تواند زمینه‌ساز بسیاری از مشکلات در بزرگسالی گردد. نتایج پژوهش‌های انجام‌شده در مورد عوامل به وجود آورنده اختلالات برونی سازی شده (مانند اختلال سلوک)، نشان می‌دهد که بین عوامل به وجود آورنده اختلالات کودک و نوجوان، تعامل والد - کودک در ایجاد تمام اختلال‌های کودک و نوجوانان نقش اساسی دارد و این نقش در رفتارهای پرخاشگرانه و تضاد ورزی بیشتر است (گیمپل و هالند^۶، ۲۰۰۲؛ به نقل از دادستان، ۱۳۸۸). این پژوهش‌ها نشان می‌دهد مهارت‌های بیش از حد توسط والدین مضطرب، نه تنها فضای مناسبی برای رشد و بالندگی کودک فراهم نخواهد کرد، بلکه موجب احساس نارزندگی و مشکلات متعدد هیجانی و رفتاری در کودک خواهد شد (بارت^۷، ۲۰۰۶).

پترسون^۸ (۱۹۹۲) به نقل از برادلی، (۲۰۰۲) معتقد است که اختلالات برونی سازی شده نتیجه شکست در اعمال قوانین والدینی هستند که معمولاً دارای سه ویژگی است: قوانین بی‌ثبات، نظارت کم و مهارت‌های ضعیف حل مسئله. این نوع سبک فرزندپروری کودکان را به سمت نافرمانی سوق می‌دهد. همچنین کچلان و کنیان (۲۰۰۱)، به نقل از گیمپل و هالند، (۲۰۰۲) بیان کرده‌اند که ضعف مسئولیت‌پذیری والدین و تنبیه شدید، خطر بروز اختلالات برون‌ریزی شده را افزایش می‌دهد. روش‌های درمانگری که در زمینه‌ی درمان اختلال سلوک در کودکان به کار می‌رود، معمولاً بر اساس رویکردهای مختلف روانشناسی تدوین می‌شود. به

-
- 1- Gelhorn
 - 2- Lahey
 - 3- Zoccolillo
 - 4- Tuithof, Have and den Brink
 - 5- Reimherr & et al
 - 6- Gimpel & Holland
 - 7- Bart
 - 8- Peterson

عنوان مثال، برای درمان رفتارهای ضد اجتماعی تاکنون از اشکال گوناگون روان‌درمانی فردی و گروهی، رفتاردرمانی، درمان آسایشگاهی، دارودرمانی و انواعی از درمان‌های ابتکاری اجتماعی استفاده شده است (کازدین^۱، ۱۹۸۵؛ مک کورد^۲، ۱۹۸۲؛ به نقل از کراتوچول و موریس^۳، ۱۹۹۸). بسیاری از محققان به صورت بالقوه به پیشگیری اولیه و مداخله جهت افزایش رفتارهای مثبت پدر و مادر به عنوان راهی برای کاهش خطر ابتلا کودکان در سال‌های بعد به اختلالات رفتاری برون‌ریزی شده از جمله اختلال سلوک تأکید می‌کنند (کینان، هیپول، و همکاران، ۲۰۱۰). از سوی دیگر بر اساس نظر پیاژه، کودکان تا قبل از سن یازده سالگی توانایی شناختی برای تفکر انتزاعی را ندارند و تجربیات خود را در بازی نشان می‌دهند (به نقل از برک، ۲۰۰۶)، وی معتقد است بازی وانمود سازی به کودکان امکان می‌دهد تا مهارت‌های تازه کسب‌شده را تمرین کرده و بهبود دهند (هیوز فرگاس^۴، ۱۳۸۹). همچنین لندرث^۵ (۲۰۰۰) معتقد است بازی به عنوان مناسب‌ترین شیوه‌ی سازگار با کودک است که والدین و دیگر مراقبان با استفاده از آن می‌توانند، احساسات، انگیزه‌ها، ادراکات، افکار و رفتارهای کودک را درک کنند.

پژوهش‌های بسیاری نشان می‌دهد بازی اولین شیوه‌ای است که کودکان به واسطه آن خود را ابراز کرده و با جهان پیرامون خود منطبق می‌شوند. کودکان از طریق بازی، ارتباط و تعلق خاطر ایجاد کرده و در ابعاد مختلف پیشرفت می‌کنند (شوداکف^۶، ۲۰۰۷؛ الکلایند^۷، ۲۰۰۷؛ گینسبرگ^۸، ۲۰۰۷؛ اسپیگل^۹، ۲۰۰۸؛ ساتون و اسمیت^{۱۰}؛ لندرث، ۲۰۱۲).

گروه درمانی مبتنی بر رابطه والد- کودک (CPRT) در واقع نوعی از درمان فرزندپسندی^{۱۱} (FT) و خانواده درمانی با محوریت والدین توأم با بازی درمانی است. این روش بر اساس

-
- 1- Kazdin
 - 2- Mc Coard
 - 3- Keratachol & Muris
 - 4- Hughes Frgas
 - 5- Lenderth
 - 6- Shudakov
 - 7- Elkaynd
 - 8- Ginsberg
 - 9- Spiegel
 - 10- Sutton and Smith
 - 11- Filial Therapy

اصول متمرکز بر بهبود رابطه والد و کودک از طریق بازی بوده و بر این فرض استوار است که بهبود این رابطه موجب بهبود مشکلات رفتاری و عاطفی کودک گردیده و سلامت روان والد و کودک را تضمین می‌کند (یوئن و لندرث، ۲۰۰۲). از سوی دیگر یکی از جنبه‌های خاص درمان این است که به جای تأکید بر تغییر رفتار کودک، تلاش می‌شود تا ادراک کودک در مورد والدین و رابطه والد - کودک تغییر کند. در این رویکرد، رفتار به عنوان عملکرد ادراک ملاحظه می‌شود. بنابراین، تغییر در ادراک باعث تغییر در رفتار خواهد گردید. علاوه بر این بر خلاف سایر نمونه‌های آموزش والدین که راهبردهایی برای تغییر کودک تجویز می‌کنند، این رویکرد بر تغییر والد از طریق افزایش سودمندی و کارآمدی والدینی متمرکز می‌نماید و با ارایه‌ی درمان گروهی موجب تسهیل شکستن موانع دفاعی و انزوای والدین می‌گردد. در واقع تفاوت اساسی گروه درمانی مبتنی بر رابطه والد-کودک با بازی درمانی در این است که در گروه درمانی بر رابطه بین والد با کودک تأکید می‌شود، در حالی که بازی درمانی متمرکز بر رابطه بین مشاور یا بازی درمانگر با کودک است (لندرث و براتون، ۲۰۰۶). در مورد اثربخشی گروه درمانی مبتنی بر رابطه والد-کودک، پژوهش کورنت و براتون^۱ (۲۰۱۳) نشان داد که CPRT موجب ارتقای کارکردهای خانواده‌ها و افزایش انعطاف‌پذیری والدین، انسجام، ارتباط و رضایتمندی خانواده‌ها در ارتباط با فرزندانشان می‌شود. در پژوهش دیگری شلی^۲ (۲۰۰۸) نشان داد که CPRT موجب کاهش علائم اختلالات برون‌ریزی شده کودکان و استرس والدین کم درآمد سیاه‌پوست آمریکا با توجه به ویژگی‌های فرهنگی آنها می‌شود. همچنین پژوهش (سالیوان^۳، ۲۰۱۱) حاکی از اثربخشی (CPRT) در کاهش علائم استرس والدین دارای فرزندان اتیسم با عملکرد بالا بود. توفن^۴ و همکاران (۲۰۱۱) نیز نشان دادند که CPRT موجب کاهش استرس والدین و علائم کودکان دارای مشکلات عاطفی و هیجانی است. در نهایت کیدرون^۵ و لندرث (۲۰۱۰) نشان دادند که CPRT نه تنها سطح استرس والدین را کاهش می‌دهد بلکه منجر به تعاملات همدلانه والدین با کودکان و پذیرش بیشتر آنها می‌شود. در مجموع پژوهش‌های متعددی

1- Corneet & Bratton

2- Sheely

3- Sullivan

4- Tophen

5- Kidron

(مانند آگون^۱، ۲۰۱۰؛ لندرت و براتون، ۲۰۰۶، ۲۰۱۰، ۲۰۱۲؛ ادوارد، منی^۲ و همکاران، ۲۰۱۰؛ سویننس، ونستنکیست، گوسنز^۳ و همکاران، ۲۰۰۸) اثربخشی گروه درمانی مبتنی بر رابطه والد-کودک را در اختلالات برون‌ریزی شده کودکان تأیید کرده‌اند. از این رو، با توجه به پیامدهای نامطلوب اختلال سلوک مانند از جمله رفتارهای پرخاشگرانه و نقض جدی قوانین در حال و آینده و عوارض مربوط به مصرف دارو در روان‌پزشکی اطفال از یک سو و هزینه‌های بالای روان‌درمانی کودکان و فقدان پژوهش در مورد تعیین اثربخشی گروه درمانی مبتنی بر رابطه والد-کودک بر اختلال سلوک کودکان در کشور از سوی دیگر، این پرسش مطرح می‌شود که آیا گروه درمانی مبتنی بر رابطه والد-کودک می‌تواند علائم اختلال سلوک را در کودکان ایرانی کاهش دهد؟

روش

روش این تحقیق آزمایشی است که به صورت میدانی و با استفاده از طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه گواه انجام گرفته است. در این پژوهش برنامه‌ی آموزشی گروه آزمایشی به صورت ده جلسه ۲ ساعته به مدت ۷۰ روز که به صورت هفتگی برگزار شد، طراحی شده است. در طول این مدت افراد گروه گواه هیچ آموزشی را دریافت نکردند و تنها در فهرست انتظار قرار گرفتند.

نمونه، نمونه و روش نمونه‌گیری

جامعه آماری این پژوهش دانش‌آموزان پسر ۸ ساله‌ی دبستان‌های پسرانه شهر اهواز بود. شرکت‌کنندگان از بین مادران ۳۰۰ دانش‌آموز مقطع دوم ابتدایی طی دو مرحله به روش تصادفی ساده انتخاب شدند. در مرحله اول، مادران کودکانی انتخاب شدند که در فهرست رفتاری کودک (CBCL) نمرات فرزندان آنها بالاتر از نقطه برش مواد اختلال سلوک ($T=64$) بود. با توجه به این نکته که مادران پرسشنامه (CBCL) را در مورد وجود علائم اختلال سلوک در فرزندان خود تکمیل کرده‌اند و در مصاحبه ساختار یافته شرکت کرده‌اند، لذا

1- Akgone

2- Edwards, Meany, & et al

3- Soenens, Vansteenkiste, & Goossens

نمونه آماری پژوهش حاضر را فقط مادران تشکیل می‌دهند. همچنین وجود اختلال سلوک در کودکان توسط دو نفر از اساتید روانشناسی مورد تأیید قرار گرفت. در مرحله بعد و به منظور انتخاب نهایی، مادران تحت مصاحبه تشخیصی ساخت‌یافته مبتنی بر DSM-IV-TR قرار گرفتند. مادرانی که وجود نشانه‌های اختلال سلوک در کودکان آنها تأیید شد، به عنوان نمونه اصلی پژوهش انتخاب شدند. در نهایت ۳۰ نفر انتخاب شده و به صورت تصادفی در دو گروه کنترل و آزمایش (N= ۱۵) قرار گرفتند.

روش اجرای پژوهش

در ابتدای درمان قوانین کلاس برای افراد توضیح داده شد و بر لزوم شرکت منظم و فعال در کلاس تأکید گردید. جلسات به صورت هفتگی مبتنی بر محتوای آموزشی و حمایت گروهی برگزار شد. محقق هر هفته عناوین، مهارت‌ها و بحث‌های گروهی مربوط به مسائل فرزند پروری را بر اساس دستورالعمل گروه درمانی رابطه والد-کودک مطرح می‌نمود. مجدداً در پایان دوره آموزشی گروه درمانی مبتنی بر رابطه والد-کودک پرسشنامه‌های فرم والد (CBCL) به مادران هر دو گروه داده شد تا تکمیل نمایند. در مجموع در این روش تلاش می‌شود والدین با یادگرفتن شیوه‌های بازی درمانی کودک محور، بتوانند جان‌شینیان خوبی به عنوان بازی درمانگر برای کودکان خود باشند و محیط امن و سالمی را برای آنان فراهم نمایند (لندرت و براتون، ۲۰۰۶). ملاک‌های ورود به پژوهش شامل توان ذهنی نرمال و عدم سابقه روان‌پزشکی کودکان و نیز حداقل تحصیلات دیپلم برای مادران و عدم جدایی پدر و مادر از یکدیگر بود. ملاک‌های خروج از پژوهش نیز شامل غیبت بیش از دو جلسه مادر در جلسات مشاوره گروهی و عدم حضور کودک در مدرسه تا پایان دوره درمان بود.

محتوای ۱۰ جلسه درمان

جلسه اول: معرفی اعضا و درمانگر و توضیح روند کار و قوانین حاکم بر گروه؛ ارائه توضیحات مختصر در مورد گروه درمانی مبتنی بر رابطه والد-کودک؛ بیان اهداف و مفاهیم ضروری و نیز آموزش مهارت پاسخ‌دهی انعکاسی. **جلسه دوم:** ایجاد جوی حمایت‌کننده و تسهیل ارتباط بین والدین؛ آماده سازی والدین برای اجرای جلسات بازی در منزل به وسیله مرور پاسخ‌دهی انعکاسی؛ آشنا سازی والدین با اصول پایه جلسات بازی و اهمیت ایجاد

ساختار برای جلسات بازی، انتخاب اسباب‌بازی و زمان و مکان مناسب برای جلسات بازی با کودک؛ ایفای نقش و نشان دادن مهارت‌های اساسی جلسات بازی. **جلسه سوم:** توضیح در مورد بایدها و نبایدهای جلسه بازی؛ ایفای نقش بایدها و نبایدهای جلسه بازی؛ و ارائه فهرست فرایند جلسه بازی به والدین همراه با رهنمودهای تکمیلی. **جلسه چهارم:** بررسی گزارش والدین از جلسه بازی با کودک؛ نقد فیلم ویدئویی تهیه شده توسط والدین از جلسات بازی مخصوص کودکان؛ آموزش مهارت تنظیم محدودیت A-C-T؛ به روش سه مرحله‌ای در مورد چرایی و اهمیت وضع قوانین و محدودیت‌ها؛ ایفای نقش مهارت تنظیم محدودیت. **جلسه پنجم:** بررسی گزارش والدین از جلسات بازی و نقد فیلم ویدئویی ضبط شده توسط آنها؛ مرور مهارت تنظیم محدودیت و تمرین آن به صورت ایفای نقش. **جلسه ششم:** بررسی گزارش والدین از جلسات بازی و نقد فیلم ویدئویی ضبط شده توسط آنها؛ تهیه پوستری از بایدها و نبایدهای جلسات بازی، آموزش مهارت دادن حق انتخاب به کودک. **جلسه هفتم:** بررسی گزارش والدین از جلسات بازی و نقد فیلم ویدئویی ضبط‌شده توسط آنها؛ حمایت و تشویق والدین در استفاده از مهارت‌ها؛ آموزش مهارت پاسخ‌های سازنده عزت نفس؛ ایفای نقش مهارت‌های تنظیم محدودیت و پاسخ‌دهی انعکاسی. **جلسه هشتم:** بررسی گزارش والدین از جلسات بازی و نقد فیلم ویدئویی ضبط‌شده توسط آنها؛ آموزش مهارت تشویق در برابر تحسین و ایفای نقش مربوط به آن. **جلسه نهم:** بررسی گزارش والدین از جلسات بازی و نقد فیلم ویدئویی ضبط شده توسط آنها؛ حمایت و تشویق والدین در استفاده از مهارت‌های آموخته شده؛ آموزش مهارت تنظیم محدودیت پیشرفته و ایفای نقش مربوط به آن. **جلسه دهم:** بررسی گزارش والدین از جلسات بازی و نقد فیلم ویدئویی ضبط شده توسط آنها؛ مرور اصول پایه گروه درمانی رابطه والد- کودک و مهارت‌های آموخته شده؛ آموزش چگونگی تعمیم مهارت‌ها به خارج از جلسه بازی.

ابزار اندازه‌گیری

۱- سیاهه رفتاری کودک (CBCL)^۱. ابزار مورد استفاده در این پژوهش فرمهای سیاهه رفتاری کودک (CBCL) نظام مبتنی بر تجربه (ASEBA) است (آخنباخ و رسکورلا،

1- Child Behavior Checklist

(۲۰۰۷). که برای افراد ۱۸-۶ ساله به کار می‌رود. نظام مبتنی بر تجربه آخنباخ دارای سه فرم CBCL، YSR^۱ و TRF^۲ است که به ترتیب توسط والدین، کودک و معلم پاسخ داده می‌شوند، در این پژوهش از فرم والد یا CBCL استفاده گردید. این سیاهه را باید والدین و یا فردی که سرپرستی کودک را بر عهده دارد و از او مراقبت می‌کند و یا هر کسی که با کودک در محیط‌های شبه خانوادگی برخورد دارد و او را کاملاً می‌شناسد، تکمیل کند. تعداد این سؤالات ۱۱۳ سؤال است و پاسخ‌دهنده بر اساس وضعیت کودک در ۶ ماه گذشته، هر سؤال را به صورت ۰= نادرست؛ ۱= تا حدی یا گاهی درست؛ و ۲= کاملاً یا غالباً درست، درجه‌بندی می‌کند. این سیاهه دارای سه قسمت هست که عبارت‌اند از: الف) مقیاس‌های شایستگی و کنش وری سازشی؛ ب) مقیاس‌های مبتنی بر تجربه و همچنین، ج) مقیاس‌های مبتنی بر DSM (مشکلات عاطفی، مشکلات جسمانی، مشکلات اضطرابی، مشکلات مربوط به اختلال نارسایی توجه/فزون کنشی، مشکلات رفتار مقابله‌ای و مشکلات سلوک) و قادرند مجموعه‌ای از مشکلات فرد را اندازه‌گیری نمایند (آخنباخ و رسکورلا، ۲۰۰۷). ضرایب کلی اعتبار فرم CBCL با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۹۷ و با استفاده از اعتبار بازآزمایی ۰/۹۴ گزارش شده است. روایی محتوایی (انتخاب منطق سؤالات و استفاده از تحلیل کلاس سؤالات)، روایی ملاکی (با استفاده از مصاحبه روان‌پزشکی با کودک و نیز همبستگی با مقیاس CSI-4) و روایی سازه (روابط درونی مقیاس‌ها و تمایز گذاری گروهی) این فرم‌ها مطلوب گزارش شده است (آخنباخ و رسکورلا، ۲۰۰۷). همچنین در ایران مینایی (۱۳۸۵) دامنه ضرایب همسانی درونی مقیاس‌های مبتنی بر تجربه آخنباخ و رسکورلا را ۰/۶۳ تا ۰/۹۵ برآورد کرد. ثبات زمانی مقیاس‌ها نیز با استفاده از روش آزمون-باز آزمون با یک فاصله ۵ الی ۸ هفته بررسی شد و دامنه‌ی ثبات زمانی ۰/۳۲ تا ۰/۶۷ به دست آمد. به طور کلی یافته‌های حاصل از این پژوهش نشان می‌دهد که هر سه فرم مقیاس مبتنی بر تجربه آخنباخ، از اعتبار و روایی مطلوب و بالایی برخوردارند و با اطمینان می‌توان از آنها برای سنجش اختلالات عاطفی در کودکان و نوجوانان ۶ الی ۱۸ ساله استفاده کرد.

۲- **مصاحبه ساخت یافته.** در این پژوهش به منظور تشخیص وجود نشانه‌های اختلال سلوک، بر اساس معیارهای DSM-IV-TR، مصاحبه تشخیصی ساخت یافته‌ای توسط

1- Youth Self-Report

2- Teacher's Report Form

پژوهشگر از مادران انجام شد. بدین صورت که در مورد ملاکهای اساسی تشخیصی اختلال سلوک اعم از رفتار پرخاشگری که موجب و یا تهدیدی برای آسیب بدنی به سایر اشخاص و یا حیوانات است، رفتارهای غیر پرخاشگری که باعث اتلاف و صدمه به اموال می شود، تخلف و سرقت، نقض جدی قواعد و مقررات از قبیل فرار از مدرسه، طبق برنامه از پیش تعیین شده از والدین سوالاتی به صورت بسته پاسخ پرسیده شد.

روش تجزیه و تحلیل داده‌ها

جهت تحلیل توصیفی از فراوانی، میانگین و انحراف معیار استفاده شده است. همچنین جهت مقایسه‌ی بین دو گروه آزمایش و گواه از شاخص‌های آمار استنباطی (آزمون کولموگروف - اسمیرنف جهت تعیین نرمال یا غیر نرمال بودن توزیع نمرات، آزمون لوین جهت بررسی همگنی واریانس‌ها و آزمون تحلیل کوواریانس تک متغیری) استفاده شده است.

یافته‌های پژوهش

جدول ۱. شاخص‌های توصیفی اختلال سلوک در پیش آزمون و پس آزمون در گروه‌های کنترل و آزمایش

آزمایش		گواه		متغیر	گروه
انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین		شاخص آزمون
۱/۷۶	۷/۱۳	۱/۷۰	۷/۲۶	اختلال	پیش آزمون
۱/۶۲	۵/۷۳	۱/۵۲	۶/۸۰	سلوک	پس آزمون

همان‌گونه که نتایج مندرج در جدول ۱ نشان می‌دهد، میانگین (و انحراف معیار) نمرات پیش آزمون اختلال سلوک در گروه گواه و آزمایش به ترتیب ۷/۲۶ (۱/۷) و ۷/۱۳ (۱/۷۶)، و نمرات پس آزمون آنها به ترتیب ۶/۸ (۱/۵۲) و ۵/۷۳ (۱/۶۲) می‌باشد.

جدول ۲. بررسی نرمال بودن توزیع اختلال سلوک با استفاده از آزمون کالموگروف و اسمیرنوف

مقدار احتمال	Z	مولفه‌ها
۰/۷۶۲	۰/۴۱۳	اختلال سلوک

با توجه به عدم معنی‌داری مقدار Z ارایه شده در جدول ۲ می‌توان استنباط کرد که متغیر مورد نظر پژوهش (اختلال سلوک) در هر دو گروه از توزیع نرمال برخوردار است. یکی دیگر از مفروضه‌های مهم در تحلیل کوواریانس همگنی ضرایب رگرسیون است که قبل از اجرای تحلیل کوواریانس در گروهها بررسی شد و با توجه به اینکه مقدار $F = ۰/۱۵۸$ برای متغیر مورد نظر پژوهش (اختلال سلوک) معنادار نبود ($P > ۰/۰۵$)، مفروضه همگنی ضرایب رگرسیون برقرار بوده است. همچنین مفروضه دیگر تحلیل کوواریانس، همگنی واریانس است که این امر با استفاده از آزمون لوین انجام شد که نتایج آن در جدول شماره ۳ نشان داده شده است.

جدول ۳. نتایج آزمون لوین برای بررسی همگنی واریانس نمرات درون گروهی آزمودنی‌ها

متغیر	F	DF	DF	سطح معنی‌داری
اختلال سلوک	۴/۱۱	۱	۲۸	۰/۵۲

همانطور که در جدول ۳ مشاهده می‌شود مقدار $F = ۴/۱۱$ برای متغیر مورد نظر پژوهش (اختلال سلوک) معنی‌دار نبود ($P > ۰/۰۵$)، بنابراین مفروضه همگنی واریانس داده‌ها نیز برقرار است.

جدول ۴. تحلیل کوواریانس برای بررسی تغییرات نمرات مقیاس اختلال سلوک

مولفه	متغیر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آماره F	سطح معناداری	مجذورات اتا
اختلال سلوک	پیش آزمون	۵۸/۸۷۰	۱	۵۸/۸۷۰	۳/۵۴	۰/۲۶	۰/۱۷
	گروه	۵/۹۱۶	۱	۵/۹۱۶	۱۴/۵۲	۰/۰۰۱	۰/۳۵

باتوجه به نتایج جدول می‌توان بیان کرد که گروه درمانی مبتنی بر رابطه والد-کودک در کاهش علائم سلوک در کودکان مؤثر بوده است. ضریب اتا نشان می‌دهد که گروه درمانی مبتنی بر رابطه والد-کودک ۳۵ درصد از کاهش علائم اختلال سلوک در کودکان را تبیین می‌کند.

بحث و نتیجه‌گیری

در حال حاضر بسیاری از عوامل مؤثر در بروز اختلالات کودکان بر مبنای پژوهش‌های متعدد شناخته شده‌اند که از جمله مهم‌ترین آنها، می‌توان به ناتوانی والدین در تعامل با کودک و نیز مشکلات روان‌شناختی والدین (بالأخص مادر) اشاره کرد. به همین دلیل، روش درمانی که بتواند تعامل والد و کودک را مورد هدف قرار دهد و مشکلات روان‌شناختی آنها را بهبود بخشد، از روش‌های مؤثر در درمان اختلالات کودکان هست. یکی از بهترین مداخلات درمانی، گروه درمانی مبتنی بر رابطه والد-کودک است. در همین راستا پژوهش حاضر به منظور تعیین اثربخشی گروه درمانی مبتنی بر رابطه والد-کودک بر کاهش علائم اختلال سلوک در کودکان دبستانی ۸ ساله شهر اهواز انجام گردید. بر اساس یافته‌های پژوهش حاضر، بین میانگین گروه‌های آزمایش و گواه در علائم اختلال سلوک تفاوت معناداری به لحاظ آماری در پس‌آزمون وجود دارد و استفاده از روش گروه درمانی مبتنی بر رابطه والد-کودک باعث کاهش معنادار علائم اختلال سلوک در گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل شده است. این نتایج با پژوهش‌های (براتون و لندرت، ۲۰۱۰، ۱۹۹۵؛ تیو و لندرت، ۲۰۰۲؛ شلی، ۲۰۰۸؛ جفری و سالیوان^۱، ۲۰۱۱؛ آکگون، ۲۰۱۰؛ فولی و هیگدان^۲، ۲۰۰۶؛ سویننس، ونستکیست، گوسنز و همکاران، ۲۰۰۸؛ کورنت و براتون، ۲۰۱۳؛ ادوارد، سالیوان، منی و همکاران، ۲۰۱۰) همخوان است.

در ایران نیز به رغم اینکه تاکنون مطالعه‌ای در مورد اثربخشی گروه درمانی مبتنی بر رابطه والد-کودک بر روی کودکان مبتلا به اختلال سلوک انجام نگرفته است، اما شواهد حاکی از آن است که شیوه‌های دیگر آموزش از جمله آموزش والدین^۳ (دانگل^۴ و همکاران، ۱۹۸۹)، آموزش رفتاری والدین^۵ (بارکلی^۶، ۱۹۸۷) و برنامه فرزندپروری مثبت^۷ (ساندرز، ۱۹۹۹) در کاهش اختلالات برون‌ریزی شده کودکان مؤثر هستند (جلالی و همکاران، ۱۳۸۸؛ قنبری،

-
- 1- Jeffrey & Sullivan
 - 2- Foley & Higdon
 - 3- Parent Training
 - 4- Dangel
 - 5- Behavior Parent Training
 - 6- Barkly
 - 7- Triple P-positive Parenting Program

۱۳۸۵؛ طهماسبیان، ۱۳۸۳). در تبیین این نتایج می‌توان گفت که بسیاری از مشکلات کودکان مبتلا به اختلال سلوک در محیط طبیعی خانواده رخ می‌دهند، و عوامل نگهدارنده آن نیز در همین محیط قرار دارند. بنابراین می‌توان پذیرفت آموزش کسانی که بیش‌ترین زمان را با کودک می‌گذرانند، و بیش‌ترین تأثیر را بر او دارند، احتمال کاهش رفتارهای نامناسب را در آنها افزایش می‌دهد. پترسون (۱۹۸۸) نیز در توضیح مشکلات برونی‌سازی شده در کودکان چرخه‌ای را توضیح می‌دهد، که در آن والدین به اعمال فشار و زور برای مواجهه با کودکان خود می‌پردازند، کودکان نیز در مقابل این فشار از خود مقاومت از خود نشان می‌دهند، والدین اعمال فشار را بیشتر می‌کنند و کودکان سرسخت‌تر می‌شوند. این چرخه توأم با فشار متقابل در اغلب مواقع با پیروزی کودکان در سرپیچی کردن از فرامین والدین همراه است و مبنای بسیاری از مشکلات برون‌ریزی شده می‌شود. فضای خشن خانواده و عدم رابطه مناسب مادر و کودک باعث بروز و افزایش رفتار تضاد ورزی و غیرمطیعانه در کودکان می‌گردد. از سوی دیگر تعارض‌های حل نشده میان مادر و کودک موجب نگرانی مادران می‌شود. باید توجه داشت که بسیاری از مادران خود را به خاطر مشکلات کودکانشان مقصر دانسته و یا برعکس اعتقاد دارند که فرزندانشان به صورت ارادی راهی را برای اذیت و آزار آنها انتخاب کرده‌اند، که این امر موجب خشم، نگرانی، پرخاشگری و احساس گناه مادران می‌شوند (ساندرز، ۲۰۰۶).

در مجموع یافته‌های این پژوهش به طور قابل توجهی حاکی از آن است که آموزش مهارت‌های ارابه شده در جلسات درمانی به مادران، از قبیل گوش دادن انعکاسی، محدودیت گذاری درمانی، شناسایی و پاسخ‌دهی به احساسات کودکان، بازی درمانی کودک محور و نیز دادن حق انتخاب به کودکان از سوی والدین، سبب می‌شود که کودکان احساسات و هیجانات خود را به صورتی قابل قبول ابراز نمایند. ویگوتسکی^۱ معتقد است که وقتی بزرگسالان به کودکان کمک می‌کنند تا بر فعالیت‌ها تسلط یابند، ارتباط بین آنها بخشی از تفکر کودک می‌شود. هنگامی که کودکان ویژگی‌های اساسی این گفتگوها را درونی می‌کنند، می‌توانند از زبان درونی خود برای هدایت کردن افکار و اعمال خویش استفاده کرده و مهارت‌های تازه‌ای را کسب کنند (برک، ۲۰۰۶). بر این اساس والدین، به عنوان عامل درمانی، در جلسات درمانی

1- Vygotsky

می‌آموزند که چگونه محیطی گرم و صمیمی در خانه ایجاد نموده، رابطه‌ای غیر قضاوتی، بدون قید و شرط و اصیل با فرزند خود برقرار کرده و از این طریق باعث ایجاد احساس ایمنی در کودک خود گردند. تمرین این مهارت‌ها توسط والدین در بازی با کودکان موجب رشد منبع کنترل درونی کودکان می‌گردد (لندرت و براتون، ۲۰۰۶). نباید فراموش کنیم که کودکان از بازی برای بیان احساسات و افکارشان، کشف علایق خود و کسب احساس کنترل بر روی محیط استفاده می‌کنند. علاوه بر این، بازی می‌تواند به منظور رشد و توسعه مهارت‌های حرکتی، شناختی، زبانی و حل مسئله به کار برده شود به گونه‌ای که فرصت آگاهی یافتن از محیط خود را به کودک می‌دهد. سرانجام اینکه بازی با والدین و بازی با وسایل بازی متنوع می‌تواند مهارت‌های اجتماعی کودکان و توانایی آنها را در همدلی کردن با دیگران افزایش دهد (مینی، ۲۰۱۱). بنابراین طبیعی به نظر می‌رسد که با بهبود رابطه مادر و کودک و افزایش مهارت‌های والدین در ارتباط با کودکان شاهد کاهش رفتارهای پرخطرانه و قانون‌شکنی در کودکان باشیم.

در نهایت این برنامه انتظار دارد، تا تأثیر گروه درمانی مبتنی بر رابطه والد- کودک به ساختارهای متنوعی همچون موقعیت‌های درون و برون خانه و اجتماع تعمیم یابد و اثرات آن پایدار بماند، البته در این طرح به دلیل مشکلات زمانی به بعد پیگیری پرداخته نشده است. علیرغم وجود تفاوت‌های فرهنگی و اجتماعی میان گروه مورد بررسی نسبت به گروه‌های مورد بررسی در جوامع و فرهنگ‌های دیگر، نشانه‌های اختلال سلوک در کودکان دبستانی گروه آزمایش کاهش معنی‌داری ملاحظه شد که نشان‌دهنده اثربخشی گروه درمانی مبتنی بر رابطه والد - کودک بر کاهش علائم اختلال سلوک در کودکان است.

با توجه به نتایج پژوهش پیشنهاد می‌شود که خانواده‌ها را با ویژگی‌های کودکان آشنا نموده و به آنها شیوه مناسب تعامل والد- کودک را آموزش داد، مخصوصاً در خانواده‌هایی که دارای کودکان مبتلا به اختلالات برونی سازی شده هستند. همچنین به نظر می‌رسد این شیوه درمانی برای خانواده‌های دارای فرزندان مبتلا به سایر اختلالات برونی سازی شده از جمله بی‌اعتنایی مقابله‌ای نیز قابل کاربرد خواهد بود. از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر تعداد کم نمونه آماری و همچنین بررسی اختلال در محدوده سنی ۸ سالگی در جامعه آماری پسران بود و دیگر گروه‌های سنی و دختران بررسی نشدند. لذا پیشنهاد می‌شود چنین پژوهش‌هایی

به صورت همزمان در سایر سنین تحولی و در جامعه آماری دختران با تعداد نمونه بیشتر مدنظر قرار گیرد. همچنین، پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی به مقایسه اثربخشی این مداخله با سایر مداخلات روان‌شناختی از جمله فرزند پروری مثبت، بر کاهش دیگر اختلالات برون‌ریزی شده کودکان سنین مختلف پرداخته شود.

سپاسگزاری

در پایان لازم می‌دانیم بدین وسیله از تمامی مادران و کودکان شرکت‌کننده در پژوهش حاضر مراتب قدردانی و سپاسگزاری خود را اعلام نماییم، چرا که اگر یاری این عزیزان نبود هرگز این پژوهش به سرانجام نمی‌رسید.

منابع

فارسی

- اسلامیه، محمدمهدی (۱۳۸۷). بررسی میزان شیوع اختلالات رفتاری دانش‌آموزان دوره ابتدایی شهر تهران. *پژوهش در حیطه کودکان استثنائی*. شماره ۲۷، ۹۸-۱۰۹.
- برک، لورا (۲۰۰۶). *روان‌شناسی رشد ۱*، ترجمه یحیی سیدمحمدی. (۱۳۸۷). ویراست دوازدهم. تهران: انتشارات رشد.
- جلالی، محسن؛ پوراحمدی، الناز؛ باباپورخیرالدین، جلیل؛ شعیری، محمدرضا (۱۳۸۸). تأثیر آموزش فرزندپروری مثبت بر کاهش اختلالات برونی‌سازی شده در کودکان هفت تا ۱۰ ساله. *فصلنامه علمی پژوهشی دانشگاه تبریز*. ۴ (۱۳)، ۲۲-۴۳.
- دادستان، پریخ (۱۳۸۹). *روانشناختی مرضی تحولی از کودکی تا بزرگسالی*. جلد اول. تهران. سازمان مطالعه و تدوین کتب علوم انسانی دانشگاهها (سمت).
- هرسن، مایکل؛ ام ترنر، ساموئل (۲۰۰۲). *مصاحبه تشخیصی*. ترجمه رضامحمدی (۱۳۸۵). تهران: انتشارات رشد.
- طهماسبیان، کارینه (۱۳۸۳). *بررسی اثربخشی آموزش والدین بر کاهش مشکلات رفتاری کودکان*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد. تهران: دانشگاه علوم پزشکی و خدمات درمانی ایران.

کراتوچویل، توماس، آر و موریس، ریچارد، جی (۱۹۹۸). روان‌شناسی بالینی کودک. ترجمه محمدرضا نائینیان و همکاران (۱۳۸۵). تهران، انتشارات رشد.

مینایی، اصغر (۱۳۸۴). *هنجاریابی نظام بخشی مبتنی بر تجربه آخنباخ*. تهران. انتشارات سازمان آموزش و پرورش کودکان استثنایی.

نجفی، محمود، فولاد چنگ، محبوبه، علیزاده، حمید، محمدی‌فر، محمدعلی (۱۳۸۸). میزان شیوع اختلال کاستی توجه و بیش‌فعالی، اختلال سلوک و اختلال نافرمانی مقابله‌ای در دانش‌آموزان دبستانی، پژوهش در حیطه‌ی کودکان استثنایی / سال نهم، شماره ۳، ۲۳۹-۲۵۴.

لاتین

- Akgun, E., & Yesilyaprak, B. (2010). Effectiveness of training program in improving mother child relationship through play. *J Faculty EduSci*, 43, 123-147.
- American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental health disorders (DSM-5). 5th ed. Arlington, VA.
- Bart, S. (2006). Psychologically controlling parenting and adolescent psychosocial adjustment: Antecedents, mediating factors, and longitudinal dynamics. *Katholieke Universities Leuven (Belium)*, 23 (5), 384-398..
- Bradly, S. J., (2002). *Affect Regulation and the Development of Psychology*. New York: The Guild Ford Press Publishers.
- Bratton, S., & Landreth, G. (1995). Filial therapy with single parents: Effects on parental acceptance, empathy, and stress. *International J Play Therapy*. 4 (1), 61-80.
- Boylan, K., Vaillancourt, T., Boyle, M., & Szatmari, P. (2007). Comorbidity of internalizing disorders in children with oppositional defiant disorder. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 16, 484-494.
- Cornet, N., & Bratton, Sue C. (2013). Examining the impact of child parent relationship therapy (CPRT) on family functioning. *Journal of Marital and Family Therapy*. doi: 10.1111/jmft.12014.

- Cohen, P., Cohen, J., Kasen, S., Velez, C. N., Hartmark, C., Johnson, J., Rojas, M., Brook, J., & Streuning, E. L. (1993). An Epidemiological Study of Disorders in Late Childhood and Adolescence. Age and Gender Specific Prevalence. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 34 (6):851-867.
- Edwards, A. N., Sullivan, M. J., Meany-Walen K., Kantor, R. K. (2010). Child Parent Relationship Training: Parents' Perceptions of Process and Outcome. *International J Play Therapy*, 19, 159-173.
- Foley, Y. C., Higdon, C., & White, J. F. (2006). A qualitative study of filial therapy: Parent's Voices. *International J Play Therapy*, 15, 37-64.
- Foster, E. M., & Jones, D. E. (2005). The high costs of aggression: public expenditures resulting from conduct disorder. *American Journal of Public Health*, 95, 1767-72.
- Gelhorn, H. L., Sakai, J. T., Price, R. K., & Crowley, T. J. (2007). DSM-IV conduct disorder criteria as predictors of antisocial personality disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 48, 529-38.
- Gimpe, G. A., & Holland, M. L. (2002). Emotional and Behavioral Problem of Young Children: Effective Intervention in the Preschool and Kindergarten Years, New York: Guild Ford Press Publishers.
- Jeffrey, M. & Sullivan. (2011). Parents of children with high- autism: experiences in child-parent relationship therapy (CPRT). Dissertation Prepared for the Degree of doctor of philosophy, university of North Texas.
- Keenan, K., Wroblewski, K., Hipwell, A., Loeber, R., & Stouthamer-Loeber, M. (2010). Age of onset, symptom threshold, and the expansion of the nosology of conduct disorder for girls. *Journal of Abnormal Psychology*, 119 (4), 689-698.
- Kim-Cohen, J., Caspi, A., Moffitt, T. E., Harrington, H., Milne, B. J., Poulton R. (2005). Prior juvenile diagnoses in adults with mental disorder: developmental follow-back of a prospective-longitudinal cohort. *Archives of General Psychiatry*, 2003; 60, 709-17.
- Landreth, G. L. (2002). Play Therapy: The art of the relationship, 2nded. New York: Routledge.
- Landreth, G. L., & Bratton, S. C. (2006). Child parent relationship therapy (CPRT): A ten session filial therapy model. New York: Routledge.

- Lee, M., & Landreth, G. (2003). Filial therapy with immigrant Korean parents in the United States. *International J Play Therapy*, 12, 67-85.
- Maughan, B., Rowe, R., Messer, J., Goodman, R., Meltzer, H. (2004). Conduct disorder and oppositional defiant disorder in a national sample: developmental epidemiology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 45, 609-21.
- Meany-Walen, K. K. (2011). Adlerian play therapy: Effectiveness on disruptive behaviors of early elementary aged children. [Dissertation]. University of North Texas.
- Nock, M. K., Kazdin, A. E., Hiripi, E., & Kessler, R. C. (2006). Prevalence, subtypes, and correlates of DSM-IV conduct disorder in the National Comorbidity Survey Replication. *Psychological Medicine*, 36, 699-710.
- Sanders, M. R., & McFarland, M. (2006). Treatment of depressed mothers with disorder children: *A controlled elevation*. *Cognit Behav Ther*, 31 (1), 89-112.
- Sheely, Angela. (2008). School based child parent relationship therapy (CPRT) with low income Black American parents: Effects on children's behaviors and parent-child relationship stress, a pilot study. Doctor of Philosophy (Counseling), 107pp, 7 tables, references, 131 titles.
- Smith, P. K., & Hart, C. H. (2011). *The Wiley-Blackwell Handbook of Childhood Social Development*. 2nd ed. West Sussex: Wiley-Blackwell.
- Soenens, B., Vansteenkiste, M., Goossens, L., Duriez, B., Niemiec, C. (2008). The intervening role of relational aggression between psychological control and friendship quality. *Social Dev*, 17, 661-681.
- Ollandick, H. T., & Horsch, L. M. (2009). Fears in clinic-referred children: Relations with child anxiety sensitivity, maternal overprotection and maternal phobic anxiety. *Infant Behavior & Development*, 29 (6), 230-242.
- Tammy, D. Barry, David, K., Marcus, Christopher, T. Barry, Emil F. Coccaro. (2013). The latent structure of oppositional defiant disorder in children and adults Original Research Article. *Journal of Psychiatric Research*, In Press, Corrected Proof, Available online 3 September .
- Tuithof, M. Ten Have, M., Van den Brink, W., Vollebergh, W. de Graaf, R. (2012). The role of conduct disorder in the association between ADHD and alcohol use (disorder). Results from the

- Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study-2. *Journal of Drug and Alcohol Dependence*. 123, 115–121.
- Teramoto, S., Soede, A., Hayashi, Y., Saito, K., & Urashima, M. (2005). Problematic behaviors of 3 year old children in Japan: Relationship with socioeconomic and family background. *Early Human Development*, 81, 563-569.
- Tew, K., Landreth, G., Joiner, K. D., & Solt, M. D. (2002). Filial therapy with parents of chronically ill children. *International J Play Therapy*. 11 (1), 79-100.
- Tophen, 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.
- Underwood, M. K., Beron, K. J., Gentsch, J. K., Galperin, M. B., Risser S. D. (2008). Family correlates of children's social and physical aggression with peers: Negative interparental conflict strategies and parenting styles. *International J Behav Dev.*, 32, 549-562.
- U.S. Department of Justice. (2006). Psychiatric disorders of youth in detention (NCJ 210331) Washington, DC: U.S. Government Printing Office.
- Meany-Walen, K. K. (2011). Adlerian play therapy :Effectiveness on disruptive behaviors of early elementary aged children. [Dissertation]. University of North Texas.
- Walters G. D. (2013). Commentary: dimensions vs. categories in psychiatric diagnosis. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 201, 532e3.
- Witkiewitz, K., King, K., McMahon, R. J., Wu, J., Luk, J., Bierman K. L. (2013). Evidence for a multi dimensional latent structural model of externalizing disorders. *Journal of Abnormal Child Psychology* . 41, 223e37.
- Yuen, T., Landreth, G., Baggerly, J. (2002). Filial therapy with immigrant Chinese families. *International J Play Therapy*, 11, 63-90.
- Zoccolillo, M., Pickles, A., Quinton, D., Rutter, M. (1992). The outcome of childhood conduct disorder: implications for defining adult personality disorder and conduct disorder. *Psychological Medicine*. 22, 971–86.