

## Research Paper



## Comparison of the Effectiveness of a Treatment Package for Oppositional Defiant Disorder Based on Biological Parental Experiences and Parent-Child Relationship-Based Play Therapy on the Quality of Parent-Child Interaction and Symptoms of Children with ODD

Somayeh Dashtbanzadeh<sup>1</sup>, Hamid Taher Neshat Doost<sup>2\*</sup>, Nahid Akrami<sup>3</sup>, Hossein Ali Mehrabi<sup>4</sup>

1. PhD Student in Psychology, Department of Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Isfahan University of Isfahan, Isfahan, Iran.

2. Professor of Psychology, Department of Psychology, Faculty of Education and Psychology, University of Isfahan, Isfahan, Iran.

3. Assistance Professor, Department of Psychology, Faculty of Education and Psychology, University of Isfahan, Isfahan, Iran.

4. Assistance Professor, Department of Psychology, Faculty of Education and Psychology, University of Isfahan, Isfahan, Iran.



### Article Info:

Received: 2023/01/30

Accepted: 2024/04/09

PP: 15

Use your device to scan and read the article online:



DOI: 10.22054/JCPS.2024.72341.2895

### Keywords:

oppositional defiant disorder, parent - child relationship-based play therapy, quality of parent - child interaction, treatment based on biological experiences.

### Abstract

**Objective:** The present study was conducted with the aim of comparing the effectiveness of treatment based on the biological experiences of parents with children with oppositional defiant disorder with parent-child relationship-based play therapy on the quality of parent-child interaction and symptoms of children with ODD.

**Research Methodology:** To implement therapeutic interventions and to investigate the effectiveness of interventions, a single-case semi-experimental plan of the type of multiple A-B-A baseline plan with different tests and continuous measurement was used, and the tests were evaluated in the baseline stages, treatment sessions and follow-up, respectively. The statistical community included parents with children with confrontational disobedience disorder visiting psychological services and counseling centers in the cities of Arran and biddul in 2019-2020, of whom 8 were selected by targeted sampling and randomized in two groups of treatment based on biological parental experiences and parent-child relationship-based play therapy. Both groups underwent intervention individually and as weekly solo sessions.

**Findings:** The results of the visual drawing, the percentage of recovery and the amount of the Paya index showed that both treatments had statistically and clinically significant changes and improvements in therapeutic interventions (symptoms of confrontational disobedience disorder and parent-child interactions) and the therapeutic effects continued during the follow-up period ( $p < 0/05$ ). The results of competitive validation also showed that there was no significant difference between the effectiveness of the two interventions in the symptoms of confrontational disobedience disorder, but in parental interactions the effectiveness was greater in favor of parent-child relationship-based play therapy intervention ( $p < 0/05$ ).

**Conclusion:** The findings of this research suggest that in designing psychological interventions for children with oppositional defiant disorder, parents' lived experiences and play therapy based on parent-child relationship should be paid attention to the quality of parent-child interaction.

**Citation:** Dashtbanzadeh, S., & Neshat Doost, H. T. (2024). Comparison of the effectiveness of the treatment package of oppositional defiant disorder based on biological parental experiences and parent - child relationship-based play therapy on the quality of parent - child interaction and symptoms of children with ODD. *Clinical Psychology Studies*, 15(55), 1-15. <https://doi.org/10.22054/jcps.2024.72341.2895>

\*Corresponding author: Hamid Taher Neshat Doost

**Address:** Professor of Psychology, Department of Psychology, Faculty of Education and Psychology, University of Isfahan, Isfahan, Iran.

**Tell:** 03137935461

**Email:** [h.neshat@edu.ui.ac.ir](mailto:h.neshat@edu.ui.ac.ir)

## Extended Abstract

### Introduction

Oppositional defiant disorder (ODD) is a childhood disruptive behavior disorder characterized by difficulties with emotional and behavioral self-control. The core feature of ODD is a persistent pattern of angry or irritable mood, argumentative or spiteful behavior towards others (APA, 2022). Various treatment approaches have been employed to address the challenges of children with this disorder; parent-child relationship-based play therapy is one such method that incorporates talk, discussion, role-playing, group processes, and parental session monitoring at home using natural play language (Salo et al., 2020). The effectiveness of this therapeutic approach has been demonstrated in reducing behavioral problems, improving parent-child relationships, enhancing parental acceptance and skills, and diminishing parental stress (Wenfler, 2012). Nowadays, providing interventions that are up-to-date and tailored to local cultural contexts, prioritizing the needs and desires of individuals with the disorder and their families in the foundation of educational and therapeutic approaches, can not only address children's emotional behavioral problems but also engage families and provide them with the necessary training in interacting with children and creating an environment conducive to their psychological development. This highlights the importance of designing scientific interventions based on indigenous cultural models of society and on the issues, problems, and lived experiences of these families to identify the root causes of the illness, the problems experienced, and need-based treatment. The present study aimed to compare the effectiveness of a parent-child experience-based ODD therapy package with parent-child relationship-based play therapy on parent-child interaction quality and symptom reduction in children with ODD.

### Methodology

The current research was based on a quantitative-qualitative combined approach with a sequential exploratory design. The first phase involved qualitative data collection using a phenomenological approach and interviews. The second phase utilized a quantitative clinical trial with a single-case A-B-A baseline design. Participants The target population comprised parents of children diagnosed with Oppositional Defiant Disorder (ODD) who sought services at psychological counseling centers in Aran and Bidgol during 2018-2019. A purposive sampling method was employed to select eight participants, who were then randomly assigned to two intervention groups.

**Parent-Child Relationship-Based Play Therapy (PC-RPT):** This intervention consisted of eight 90-minute sessions adapted from Landreth and Bratton (2005). The goals included: Teaching empathic responses and emotion recognition Introducing play principles Instructing role-playing with emotions Identifying emotions and behavioral limitations.

**Treatment Package Based on Lived Experiences (PC-EBT):** This intervention was developed over nine 90-minute sessions and focused on: Parenting and relationship management training Behavioral management strategies Problem-solving skills Social-emotional skill development.

**Defiant Disobedience Rating Questionnaire (ODDRS):** developed by Homersen et al. (2006) to diagnose the disorder in children under 15 years of age and has 8 items. Cronbach's alpha is 0.92 and reliability by retest method is 0.95.

**Parent-Child Relationship Scale:** This scale was created by Pianta (1994) and contains 33 items. Drixwell and Pianta (2011) reported Cronbach's alpha of this questionnaire as 0.80 for the entire scale.

### Results

According to the values of the reliable change index ( $RCI \geq 1.96$ ), both therapeutic interventions based on lived experiences and play therapy based on parent-child relationships were statistically significant in reducing oppositional defiant disorder for all four subjects in both the intervention and follow-up stages. Additionally, the results showed statistically significant improvements in parent-child interactions for all four subjects in both the intervention and follow-up stages, with both therapeutic interventions based on lived experiences and play therapy based on parent-child relationships demonstrating an  $RCI \geq 1.96$ .

### Discussion and Conclusion

Both interventions significantly improved ODD symptoms and parent-child interactions, with these positive effects persisting during the follow-up period. While no significant difference emerged between the groups regarding overall ODD symptom recovery, play therapy based on parent-child relationships demonstrated greater effectiveness in enhancing parent-child interactions compared to the lived experience-based therapy. Lived Experience-Based Therapy This intervention was designed by considering parents' needs, desires, and experiences in adapting to their children's challenges. It focused on the core components and factors contributing to the

### Comparison of the effectiveness of the treatment package of oppositional defiant disorder based on biological parental experiences...

disorder's etiology and persistence, as perceived by parents. Despite its effectiveness in reducing symptoms and improving parent-child interactions, the compiled protocol prioritized incorporating elements and techniques aligned with parents' lived experiences, fostering greater acceptance and motivation for continued treatment and intervention exercises reported treatment and these cases were effective in reducing ODD symptoms. In the higher effectiveness of play therapy based on parent-child relationship compared to therapy based on lived experiences in improving interactions, it can be said that due to the introduction of individual differences of children and their discovery by the mother and providing optimal stimulation corresponding to it, emphasis on emotional communication, creating and sustaining it during the daily play with the child and observing it by the therapist, giving the necessary feedback according to the mother-child pair and correcting it, following the child's desire during the play instead of guiding and in general the mother-child emotional relationship Deepened the feeling of closeness and intimacy in the child and improved the parent-child relationship.

Both parent-child relationship-based play therapy (PC-RPT) and the lived experience-based treatment were effective in reducing ODD symptoms and improving parent-child interactions. While there was no significant difference between the interventions in terms of ODD symptom reduction, PC-RPT demonstrated greater effectiveness in enhancing parent-child interactions compared to the lived experience-based therapy.

### **Acknowledgments**

We would like to thank the respected officials of Isfahan University Psychology Department, Aran and Bidgol counseling centers and all the people who cooperated in this research.

### **Reference**

- American Psychiatric Association (2022). Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fifth edition, text revision.
- Cooper, J., Brown, T., & Yu, M. L. (2020). A retrospective narrative review of filial therapy as a school-based mental health intervention. *International Journal of Play Therapy*, 29(2), 86.
- Driscoll, K., Pianta, R. C. (2011). Mother's and father's perceptions of conflict and closeness in parent-child relationships during early childhood. *Journal of early childhood and infant psychology*, 7, 1-18.
- Giudice, T. D., Lindenschmidt, T., Hellmich, M., Hautmann, C., Döpfner, M., & Görtz-Dorten, A. (2022). Stability of the effects of a social competence training program for children with oppositional defiant disorder/conduct disorder: a 10-month follow-up. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 1-10.
- Helander M, Lochman J, Högström J, Ljótsson B, Hellner C, Enebrink P (2018) The effect of adding Coping Power Program-Sweden to Parent Management Training-effects and moderators in a randomized controlled trial. *Behav Res Ther* 103:43-52
- Hommersen, P., Murray, C., Ohan, J., & Johnston, C. (2006). Oppositional Defiant Disorder Rating Scale: Preliminary Evidence of Reliability and Validity. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 14 (2), 118-125.
- Landreth, G. L., & Bratton, S. C. (2005). *Child parent relationship therapy (CPRT): A 10-session filial therapy model*. Routledge.
- Masi G, Milone A, Paciello M, Lenzi F, Muratori P, Manfredi A et al (2014) Efficacy of a multimodal treatment for disruptive behavior disorders in children and adolescents: Focus on internalizing problems. *Psychiatry Res* 219(3):617-624
- Roetman, P. J., Siebelink, B. M., Vermeiren, R. R., & Colins, O. F. (2021). Classes of Oppositional Defiant Disorder Behavior in Clinic-referred Children and Adolescents: Concurrent Features and Outcomes: Classification Des Comportements Dans le Trouble Oppositionnel Avec Provocation Chez Des Enfants et des Adolescents Aiguillés à Une Clinique: Caractéristiques Co-occurrentes et Résultats. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 66(7), 657-666
- Salo, S., Flykt, M., Mäkelä, J., Lassenius-Panula, L., Korja, R., Lindaman, S., & Punamäki, R. L. (2020). The impact of Theraplay® therapy on parent-child interaction and child psychiatric symptoms: a pilot study. *International Journal of Play*,9(3), 331-352.
- Topham, G., Wampler, K., Titus, G & Rolling, E. (2011). Predicting parent and child outcomes of a filial therapy program. *International journal of play therapy*, 20 (2), 79- 93.
- Vanfleet,R. (2012). Filial therapy: what every play therapist should know. Play therapy press. Reprinted here with permission, 57 (7), 52-63.



## مقاله پژوهشی

## مقایسه اثربخشی بسته درمانی اختلال نافرمانی مقابله‌ای مبتنی بر تجارب زیسته والدین و بازی درمانی مبتنی بر رابطه والد- کودک بر کیفیت تعامل والد- کودک و علایم کودکان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای

سمیه دشتبان زاده نوش آبادی<sup>۱</sup>، حمیدطاهر نشاطدوست<sup>۲</sup>، ناهید اکبری<sup>۳</sup>، حسینعلی مهربانی<sup>۴</sup> ID

۱. دانشجوی دکتری روان‌شناسی، گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران.
۲. استاد گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران.
۳. استادیار گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران.
۴. استادیار گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران.

## چکیده

**هدف:** پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر تجارب زیسته والدین دارای فرزندان اختلال نافرمانی مقابله‌ای با بازی درمانی مبتنی بر رابطه والد- کودک بر کیفیت تعامل والد- کودک و علایم کودکان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای انجام شد.

**روش‌شناسی پژوهش:** جهت اجرای مداخلات درمانی و بررسی اثربخشی مداخلات، از طرح نیمه آزمایشی تک موردی از نوع طرح خط پایه چندگانه A-B-A با آزمودنی‌های متفاوت و سنجش پیوسته استفاده شد و آزمودنی‌ها به ترتیب در مراحل خط پایه، جلسات درمان و پیگیری مورد ارزیابی قرار گرفتند. جامعه آماری شامل والدین دارای فرزندان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای مراجعه کننده به مراکز خدمات روان‌شناختی و مشاوره شهر آران و بیدگل در سال ۱۳۹۸-۱۳۹۹ بود که از میان آن‌ها تعداد ۸ نفر به روش نمونه گیری هدفمند انتخاب شده و به روش تصادفی در دو گروه درمان مبتنی بر تجارب زیسته والدین و بازی درمانی مقابله‌ای والد- کودک گمارش شدند. هر دو گروه به صورت جداگانه و به صورت جلسات هفتگی انفرادی تحت مداخله قرار گرفتند.

**یافته‌ها:** نتایج ترسیم دیداری، درصد بهبودی و مقدار شاخص پایا نشان داد که هر دو درمان تغییرات و بهبودی معناداری از نظر آماری و بالینی در آماج‌های درمانی (علایم اختلال نافرمانی مقابله‌ای و تعاملات والد- فرزند) ایجاد کرده و تاثیرات درمانی در دوره پیگیری نیز ادامه داشته است ( $p < 0/05$ ). نتایج اعتبارآزمایی رقابتی نیز نشان داد که در علایم اختلال نافرمانی مقابله‌ای تفاوت معناداری بین اثربخشی دو مداخله وجود ندارد، اما در تعاملات والد فرزند اثربخشی بیشتر به نفع مداخله بازی درمانی مبتنی بر رابطه والد- کودک بود ( $p < 0/05$ ).

**بحث و نتیجه‌گیری:** یافته‌های این پژوهش پیشنهاد می‌کند که در طراحی مداخلات روان‌شناختی برای کودکان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای، به تجارب زیسته والدین و بازی درمانی مبتنی بر رابطه والد- کودک بر کیفیت تعامل والد- کودک توجه شود.



## اطلاعات مقاله:

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۱۱/۱۰

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۰۲/۰۲

شماره صفحات: ۱۵

از دستگاه خود برای اسکن و خواندن مقاله به صورت آنلاین استفاده کنید:



DOI: 10.22054/JCPS.2024.72341.2895

## واژه‌های کلیدی:

اختلال نافرمانی مقابله‌ای، بازی درمانی مبتنی بر رابطه والد- کودک، کیفیت تعامل والد- کودک، درمان مبتنی بر تجارب زیسته.

**استناد به این مقاله:** دشتبان زاده نوش آبادی، سمیه؛ نشاطدوست، حمیدطاهر؛ اکبری، ناهید؛ مهربانی، حسینعلی. (۱۴۰۳). مقایسه اثربخشی بسته درمانی اختلال نافرمانی مقابله‌ای مبتنی بر تجارب زیسته والدین و بازی درمانی مبتنی بر رابطه والد- کودک بر کیفیت تعامل والد- کودک و علایم کودکان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای. *مطالعات روان‌شناسی بالینی*، ۱۵(۵۵)، ۱-۱۵. <https://doi.org/10.22054/jcps.2024.72341.2895>



Clinical Psychology Studies is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License.

\*نویسنده مسئول: حمیدطاهر نشاطدوست

نشانی: استاد گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران.

تلفن: ۰۹۱۳۳۱۰۵۹۲۲

پست الکترونیکی: [h.neshat@edu.ui.ac.ir](mailto:h.neshat@edu.ui.ac.ir)

اختلال نافرمانی مقابله‌ای (ODD) نوعی اختلال رفتار مخرب دوران کودکی است که شامل مشکلاتی در خودکنترلی احساسات و رفتارها می‌شود. ویژگی اصلی ODD الگوی پایدار خلق و خوی عصبانی یا تحریک‌پذیر، رفتار سرکشی یا کینه توزی نسبت به دیگران است (روتمن و همکاران، ۲۰۲۱، انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۲۲). ODD در طول زمان بسیار پایدار است و مشکلات عاطفی و رفتاری بعدی را در نوجوانی و بزرگسالی پیش‌بینی می‌کند (گیودیک و همکاران، ۲۰۲۲). کودکان مبتلا به این اختلال معمولاً در مدرسه پیشرفت خوبی ندارند، در روابط بین فردی ضعیف هستند (گرین<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۰۲)، دارای مشکلات توجهی و نقص در کارکردهای اجرایی می‌باشند و عمدتاً فاقد مهارت‌های شناختی، اجتماعی و عاطفی مورد نیاز برای انجام تقاضاهای بزرگترها هستند (سکالوس و تریان<sup>۲</sup>، ۲۰۰۷).

روش‌های درمانی متنوعی برای مواجهه با مشکلات رفتاری-شناختی و هیجانی کودکان دارای اختلال رفتاری نافرمانی مقابله‌ای به کار گرفته شده است. در این زمینه، بخشی از درمان‌ها بر مداخلات فردی، گروه درمانی و بخشی دیگر بر مداخلات خانوادگی، متمرکز شده‌اند؛ به نحوی که برنامه‌های متنوعی همچون، آموزش والدین برای کمک به مدیریت رفتار فرزندشان، روان‌درمانی فردی برای مدیریت خشم، خانواده درمانی برای بهبود عملکرد و ارتباط، آموزش مهارت‌های اجتماعی برای افزایش انعطاف‌پذیری و تحمل ناکامی در بین همسالان و درمان شناختی-رفتاری بر ای آموزش حل مسئله و کاهش منفی‌گرایی بوده است (گیودیک و همکاران، ۲۰۲۲).

با مدنظر قرار دادن وضعیت و ظرفیت‌های ذهنی، عدم تمرکز حواس و توانایی نگه‌داری و یادداری مطالب و تکنیک‌ها و محتوای جلسات درمانی توسط کودکان، امروزه مداخلات خانواده محور برای مشکلات رفتاری هیجانی کودکان با استقبال گسترده محققین و متخصصین این حوزه روبرو شده است که بازی درمانی مبتنی بر روابط والد-کودک یکی از این روش‌های آموزش والدین است (سالو و همکاران، ۲۰۲۰؛ بهمنی و جهانبخشی، ۱۳۹۹). این مدل درمانگری از سخنرانی، بحث، نقش بازی کردن، فرایندهای گروهی و نظارت بر جلسه‌های والدین در خانه تشکیل شده است. تاکید جلسات بر افزایش حساسیت والدین به جهان کودک با استفاده از زبان طبیعی بازی است. والدین از طریق نقش بازی کردن، مهارت‌هایی شبیه انعکاس احساس، رفتار و همدلی با فرزندان خود را می‌آموزند. این روش درمانی بر اساس چند اصل منحصر به فرد پایه گذاری شده است: درمان متمرکز بر ارتباط موجود بین والد و کودک است، نه بر مشکلی خاص یا بر یک فرد (کوپر، براون و یو<sup>۳</sup>، ۲۰۲۰). والدین به عنوان شرکای مهم در فرایند تغییر نگرینسته می‌شوند و درمانگر، والدین را در امر یادگیری مهارت‌ها و گرایش‌های جدید توانا می‌بیند (عدیلی و همکاران، ۱۳۹۸). اثربخشی این شیوه درمانی بر کاهش مشکلات رفتاری کودکان (توفام و همکاران، ۲۰۱۱)، بهبود رابطه والد-فرزند، افزایش پذیرش و مهارت‌های والدینی و کاهش استرس والدگری (ونفلت<sup>۴</sup>، ۲۰۱۲) نشان داده شده است.

در حالی که درمان‌های مبتنی بر رابطه والد کودک به عنوان استاندارد طلایی درمان در نظر گرفته می‌شود، این رویکرد هنوز دارای محدودیت‌هایی است، و برخی از عوامل درمان نشده باقی می‌مانند، به ویژه عوامل مربوط به کودک (به عنوان مثال، ناتوانی کودک در کنترل خشم به دلیل نقص در تنظیم عواطف) (هالاندر و همکاران، ۲۰۱۸). همچنین بسیاری از مطالعات فقط اثرات پس از درمان را در نظر می‌گیرند و از بررسی اثرات درمانی در طولانی مدت غفلت می‌کنند، که با توجه به پیش‌آگهی‌های طولانی مدت منفی ODD از اهمیت بالایی برخوردار است (گیودیک و همکاران، ۲۰۲۲). علاوه بر این، با توجه به اثرات درمانی بر مشکلات رفتاری خارج از خانواده (به عنوان مثال، رفتار در مدرسه، مشکلات ارتباط با همسالان)، به نظر می‌رسد مداخلاتی که بر مهارت‌های اجتماعی و مداخلات شناختی تمرکز دارند (مانند راهبردهای حل مسئله و مدیریت خشم) می‌تواند اثرات این درمان‌ها را افزایش دهد (مسی و همکاران، ۲۰۱۴). از سویی امروزه ارائه مداخله‌هایی به روز و متناسب با شرایط بومی و فرهنگی که نیازها و خواسته‌های افراد مبتلا به اختلال و اطرافیان آن‌ها را در اولویت مبانی آموزشی و درمانی خود قرار دهد، در کنار رضایت هر چه بیشتر از درمان و جلب همکاری بیشتر افراد، شاید بتواند در کنار درمان مشکلات رفتاری هیجانی کودکان، خانواده‌ها را نیز درگیر کرده و آموزش‌های لازم را در زمینه تعامل با کودکان و ایجاد محیط مناسب جهت تحول روانی آنان فراهم نماید. این امر اهمیت طراحی مداخلات علمی، به روز و با تکیه بر الگوهای بومی و فرهنگی جامعه و همچنین بر اساس مسائل و مشکلات

<sup>1</sup> Greene, Biederman, Zerwas, Monteaux, Goring, Faraone

<sup>2</sup> Skoulos V, Tryon

<sup>3</sup> Cooper J, Brown T, Yu M

<sup>4</sup> Vanfleet

و تجارب زیسته خانواده‌های آنان به منظور شناسایی عوامل اصلی در سیر بیماری، مشکلات تجربه شده و درمان‌های کارآمد و مبتنی بر نیازهای این افراد را روشن می‌سازد. با توجه به این موارد پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی بسته درمانی اختلال نافرمانی مقابله‌ای مبتنی بر تجارب زیسته والدین با بازی درمانی مبتنی بر رابطه والد- کودک بر کیفیت تعامل والد- کودک و کاهش علائم کودکان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای انجام شد.

## روش‌شناسی پژوهش

پژوهش با رویکرد ترکیبی با طرح اکتشافی متوالی و شامل دو بخش کیفی و کمی بود. در بخش کیفی از نوع توصیفی- تحلیلی بود. نظر به پدیده‌های مورد مطالعه در قالب تجارب انسانی، از روش پدیدارشناختی استفاده گردید. در این مرحله ضمن مصاحبه با والدین و فرزندان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای و شناسایی تجارب زیسته آنان، بسته درمانی با استفاده از مطالعه و مرور متون و ادبیات پژوهشی در تبیین و درمان اختلال نافرمانی مقابله‌ای تدوین گردید و الگوی تدوین شده زیر نظر متخصصان اعتباریابی شد. در مرحله کمی که کارآزمایی بالینی بود، جهت اجرای مداخلات درمانی و بررسی میزان اثربخشی مداخلات بر متغیرهای وابسته پژوهش (اعتبارآزمایی خاص)، از طرح نیمه آزمایشی تک موردی از نوع طرح خط پایه A-B-A با آزمودنی‌های متفاوت و سنجش پیوسته استفاده شد و آزمودنی‌ها به ترتیب در مراحل خط پایه، درمان، پس از درمان و پیگیری مورد ارزیابی قرار گرفتند. جامعه آماری شامل والدین دارای فرزندان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای مراجعه کننده به مراکز خدمات روان‌شناختی و مشاوره شهر آران و بیدگل در سال ۱۳۹۸-۱۳۹۹ بود که از میان آن‌ها تعداد ۸ نفر به روش نمونه گیری هدفمند انتخاب شده و به روش تصادفی به دو گروه درمان مبتنی بر تجارب زیسته و بازی درمانی مبتنی بر رابطه والد- کودک گمارده شدند. معیارهای ورود به پژوهش شامل: الف) رضایت و تمایل آگاهانه جهت شرکت در پژوهش ب) سلامت روانی و جسمانی والدین ج) عدم دریافت مداخله یا دارویی غیر از مداخلات پژوهش در والدین و فرزندان در حین اجرای پژوهش، د) تحصیلات حداقل سوم راهنمایی، و) عدم ابتلای کودکان به اختلالی غیر از اختلال نافرمانی مقابله‌ای. معیارهای خروج از پژوهش نیز غیبت بیش از دو جلسه در جلسات درمان بود.

در راستای طراحی بسته درمانی اختلال نافرمانی مقابله‌ای مبتنی بر تجارب زیسته والدین در ابتدا مصاحبه‌ها ضبط و سپس مکتوب و بر اساس مراحل کلایزی مورد تحلیل قرار گرفت. به نحوی که در مرحله اول، در پایان هر مصاحبه و ثبت یادداشت‌های میدانی، ابتدا صحبت‌های ضبط شده شرکت‌کنندگان چندین بار گوش و سپس با جزئیات مکتوب و جهت درک احساس و تجارب شرکت‌کنندگان چند بار مطالعه شد. در مرحله دوم، پس از مطالعه زیر اطلاعات با معنی و بیان مرتبط با پدیده مورد بحث مشخص شدند. مرحله سوم که استخراج مفاهیم فرموله بود، سعی شد تا از هر عبارت یک مفهوم که بیانگر معنی و قسمت اساسی تفکر فرد بوده، استخراج گردد. بعد از استخراج کدها، مفاهیم تدوین شده به دقت مطالعه و بر اساس تشابه مفاهیم دسته بندی گردید. در مرحله پنجم، نتایج برای توصیف جامع از پدیده دسته‌های کلی تری را به وجود آورد. در مرحله ششم، تا حد امکان با بیانی واضح و بدون ابهام پدیده‌ها تعیین شد. مرحله پایانی، اعتباربخشی با ارجاع به هر نمونه و پرسیدن درباره یافته‌ها صورت گرفت. پس از تحلیل مصاحبه‌ها و تهیه جدول مضامین اصلی و فرعی، بسته آموزشی تهیه و جهت بررسی روایی محتوایی، صوری و روایی محتوایی کمی (CVR) در اختیار متخصصین در حوزه مربوطه قرار گرفت و در نهایت جلسات آموزشی آماده بهره برداری گردید. جهت بررسی روایی و آسیب شناسی کیفی به عمل آمده در خصوص بسته مداخله‌ای بر اساس تجارب زیسته و تضمین قابلیت اعتبار داده‌ها پس از تحلیل هر مصاحبه دوباره به شرکت کننده بازگردانده شد تا صحت مطالب تأیید و در نهایت تغییرات لازم اعمال گردید.

جهت تضمین قابلیت تصدیق سعی شد تا پیش‌فرض‌های پیشین در فرایند جمع آوری اطلاعات دخالت داده نشود. از سویی جهت تصدیق قابلیت اطمینان و کفایت از راهنمایی و همکاران متخصص و نیز اساتید راهنما و مشاور استفاده شد و متن مصاحبه جهت کدگذاری مصاحبه‌ها به همکاران متخصص ارائه گردید. جهت قابلیت تعمیم و انتقال به موقعیت‌های دیگر این تلاش صورت گرفت که برای شرکت در پژوهش تا حد امکان از افراد با سطوح اجتماعی-اقتصادی و فرهنگی متفاوت استفاده شود. بنابراین پس از نمونه‌گیری و مشخص شدن اعضای نمونه، جهت تعیین خط پایه مقیاس‌های پژوهش بر روی آزمودنی‌ها اجرا شد. با مشخص شدن خط پایه در مقیاس‌های پژوهش در مرحله بعدی اجرای مداخله‌ها به صورت فردی انجام شد. ۴ نفر آزمودنی‌های هر گروه به صورت فردی در مرکز حضور یافته و جلسات درمان فردی یک ساعته هفتگی را دریافت کردند. آزمودنی‌های دو گروه جهت پیگیری نتایج درمان در جلسات سوم، پنجم و هشتم (اتمام جلسات درمانی) و پیگیری یک ماهه با مقیاس‌های پژوهش مورد ارزیابی قرار گرفتند. در جدول ۱ ویژگی‌های جمعیت شناختی آزمودنی‌ها گزارش شده است.

جدول ۱. ویژگی‌های جمعیت شناختی شرکت‌کنندگان در پژوهش

گروه	آزمودنی	سن فرزند	مدت بیماری کودک (سال)
درمان مبتنی بر تجارب زیسته	اول	۱۱	۶
	دوم	۱۱	۵
	سوم	۱۲	۵
	چهارم	۱۱	۶
بازی درمانی مبتنی بر رابطه والد-کودک	اول	۱۲	۵
	دوم	۱۲	۴
	سوم	۱۱	۴
	چهارم	۱۲	۴

در ادامه ساختار و تکنیک‌های ارائه شده مداخلات پژوهش به شرح زیر بود:

### جدول ۲. شرح جلسات آموزشی بازی درمانی مبتنی بر رابطه والد-کودک (برگرفته از لندرت و براتون (۲۰۰۵))

جلسه	هدف	محتوی جلسات
اول	آشنایی و آگاهی از قوانین	معارفه، شرح اهداف درمانی، بیان موضوعات پایه از قبیل: تشویق و تقویت والدین، توضیح اهمیت بازی، قوانین و نحوه اجرای جلسات بازی والدین با کودکان در منزل، مکان و زمان بازی
دوم	آموزش پاسخدهی همدلانه و تشخیص احساسات	ایفای نقش پاسخ همدلانه، آموزش اصول بازی درمانگری والدینی، آموزش پاسخدهی همدلانه به کودک، تمرین پاسخدهی همدلانه و پر کردن برگه پاسخ احساسی
سوم	آشنایی با اصول بازی	آموزش چهار اصل بازی: کودک در جلسات بازی هدایتگر است. توجه به احساسات کودک از طریق حالت‌های چهره، بدن، لحن صدا، کلام کودک. انعکاس ادراک والدین از احساسات کودک، قاطعیت در زمینه محدودیت‌ها
چهارم	آموزش اصول بازی همراه با نقش و احساسات در آن	آموزش بایدها و نبایدهای جلسات بازی (بازی در مکان و زمان مشخص، چیدن یکسان اسباب بازی‌ها، هدایتگر بودن کودک، بازگرداندن مسئولیت به کودک، سرزنش نکردن در قبال خواسته نامناسب، توصیف شفاهی بازی، تعیین محدودیت‌های بازی و قاطعیت در آن‌ها، تقویت فرایند تلاش و تشویق تلاش کودک)
پنجم	شنا سبای محدودیت‌های رفتاری	آموزش مهارت محدودیت گذاری برای رفتارهای نامناسب کودکان. ارائه جایگزین قابل قبول، بیان دلایل محدودیت گذاری، آموزش زمان محدودیت گذاری.
ششم	شناخت احساسات و تطابق با آن‌ها	چگونگی صحبت با کودک، اهمیت شناخت احساسات خود، تشریح مهارت‌های جلسه بازی نظیر حفظ ساختار، همدلی، دنبال‌روی، پرهیز از سؤال و رهنمود دادن، شرکت در بازی، فروروی در نقش تخیلی، تطابق لحن صدا و حالت چهره‌ای با حالت کودک
هفتم	تقویت اعتماد به نفس	روش‌های حق انتخاب دادن (حق انتخاب دادن به صورت ساده و قدرت بخشیدن به کودک، حق انتخاب دادن به عنوان پیامد مثبت و حق انتخاب دادن برای تقویت قوانین خانه)، فهرست مهارت‌های جلسه بازی
هشتم	ترغیب و مرور مباحث	مرور مباحث و مهارت‌های مطرح شده در سیر جلسات، حق انتخاب دادن، محدود کردن و ترغیب کردن، محدودیت گذاری به صورت پیشرفته به شکل توضیح عواقب کار، تعمیم محدودیت به خارج از جلسه، اجرای پس آزمون.

### جدول ۳. خلاصه هدف و محتوا و ساختار کلی جلسات درمان اختلال نافرمانی مقابله‌ای مبتنی بر تجارب زیسته والدین

جلسه	هدف	دستور جلسه
اول	آگاهی و آموزش روان‌شناختی	معارفه و آشنایی با بیماری، مؤلفه‌های بیماری، آشنا سازی با درمان و معرفی برنامه درمان. تعیین اهداف درمانی. بررسی راهکارهای والدین جهت کنترل و مدیریت بیماری کودک و بررسی اثربخشی این راهکارها از طریق ایجاد ناامیدی سازنده.
دوم	آموزش فرزندپروری و مدیریت رابطه	آموزش فرزندپروری، آشنایی با نقاط قوت والد به منظور الگودهی به کودکان و هدایت‌گری، چگونگی تعیین مرزها، آموزش سبک‌های پاسخدهی کارآمد (گوش دادن فعال و پاسخدهی کلامی)، برآورده کردن نیازهای هیجانی اساسی - تاکید بر اهمیت افزایش کمیت و کیفیت ارتباط با فرزندان توسط والدین.
سوم	مدیریت رفتاری	آشنایی با اصول شکل‌گیری رفتار و ضرورت رعایت اصول مدیریت رفتار - آموزش انضباط اثربخش (تقویت مثبت و منفی و بی‌توجهی)، آموزش کنترل القایی (آموزش استدلالی و منطقی رفتارهای مطلوب)

به والدین)، آموزش ایجاد انتظارات واقع بینانه (شناخت و بازسازی باورهای والدین در رابطه با کودک)، قرار داد وابستگی، توجه مثبت به فرمان برداری از دستور والدین و نیز پیروی از مقررات خانواده، آموزش تعمیم شیوه‌های کنترل و مدیریت رفتار به موقعیت‌های دیگر زندگی کودکان		
آموزش مسئله گشایی و تصمیم گیری، مزایای حل مسئله، مدیریت، استرس و هیجان، باز سازی و انعطاف پذیری شناختی، آموزش حل مسئله اجتماعی	حل مساله	چهارم
آموزش مهارت‌های اجتماعی، افزایش انعطاف پذیری و تحمل ناکامی، آموزش همدلی، آموزش مسئولیت پذیری، درک تأثیر رفتار خود بر دیگران، آموزش ارتباط بین فردی و گروهی.	مهارت‌های اجتماعی-هیجانی	پنجم
والدین به عنوان الگویی برای مدیریت خشم در کودکان، آموزش والدین در زمینه تعریف خشم و عصبانیت برای کودک، سطوح خشم، شناسایی نقاط داغ کودک، شناسایی سرخ‌های هیجانی، بحث و گفتگو در مورد تجارب عصبانیت، الگوسازی یک موقعیت خشم آور و ایفای نقش آن، آموزش یادگیری کاهش تنش بدن از طریق تکنیک‌های آرام سازی، ایفای نقش.	آموزش مدیریت خشم	ششم
تعریف احساسات، شناسایی احساسات و توضیح در مورد روند بیولوژیکی ایجاد احساسات و تأثیر بر عملکرد روزانه، توضیح نقش آموزش تنظیم احساسات در ارتباطات اجتماعی، روان‌شناختی و به ویژه مشکلات خانوادگی	آموزش مهارت‌های هیجانی	هفتم
توجه آگاهانه به احساسات فعلی، بیان صحیح و صریح احساسات، آگاهی از پردازش و نظارت شناختی، آموزش نحوه ارزیابی احساسات، و توجه به عواقب هر احساس، و همچنین تلاش برای بیان احساسات به طور مناسب	پذیرش و ذهن آگاهی هیجانی	هشتم
مروری بر محتوای جلسه، ارائه آموزش‌های تکمیلی، پاسخگویی به سؤالات و رفع مشکلات، آموزش مهارت‌هایی برای پیشگیری از عود مشکل کودکان	مرور و جمع بندی	نهم

## ابزارهای سنجش

**پرسشنامه درجه بندی اختلال نافرمانی مقابله‌ای<sup>۱</sup> (ODDRS):** این مقیاس توسط هومرسن، موری، اوهان و جانسون (۲۰۰۶) برای تشخیص کودکان با اختلال نافرمانی مقابله‌ای بر اساس ملاک‌های DSM – IV – TR ساخته شده است و برای کودکان ۱۵ – ۵ سال استفاده می‌شود. این پرسشنامه توسط والدین کودک تکمیل می‌شود و شامل ۸ سؤال است که در طیف لیکرت (همیشه، هرگز و گاهی اوقات) درجه بندی می‌شود. در پژوهش حاضر گویه‌ها و سؤالات مقیاس بر اساس DSM5 تغییر یافته و مورد بازبینی قرار گرفت. ضریب پایایی (همسانی درونی) مقیاس به روش آلفای کرونباخ ۰/۹۲ و ضریب پایایی آن به روش بازآزمایی ۰/۹۵ و توسط سازندگان مقیاس گزارش شده است. عابدی (۱۳۸۷) ضریب پایایی (همسانی درونی) این مقیاس را به روش آلفای کرونباخ ۰/۹۳ و ضریب پایایی آن را به روش بازآزمایی ۰/۹۴ محاسبه گزارش کرده است.

**مقیاس رابطه والد- فرزند:** این مقیاس توسط پیاننا (۱۹۹۴) ساخته شد و شامل ۳۳ ماده می‌باشد که ادراک والدین را در مورد رابطه آن‌ها با کودک می‌سنجد. رابطه والد- کودک یک پرسشنامه خود گزارشده است و نمره گذاری آن بر اساس مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت (از نمره ۱ قطعاً صدق نمی‌کند تا نمره ۵ قطعاً صدق می‌کند) است. دریکسول و پیاننا (۲۰۱۱) در پژوهشی آلفای کرونباخ این پرسشنامه را در هر یک از مؤلفه‌های تعارض، نزدیکی، وابستگی و رابطه مثبت کلی به ترتیب ۰/۷۵، ۰/۷۴، ۰/۶۹ و ۰/۸۰ گزارش کرده‌اند. در پژوهش وارسته، اصلانی و امان الهی ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه در خرده مقیاس‌های تعارض، نزدیکی، وابستگی و رابطه مثبت کلی به ترتیب ۰/۸۱، ۰/۶۹، ۰/۷۴ و ۰/۸۳ به دست آمد.

جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها و ارزیابی کارایی از روش‌های ترسیم دیداری یا تحلیل نمودار گرافیکی، شاخص تغییر پایا، معناداری بالینی، درصد بهبودی استفاده شد. به منظور بررسی معناداری آماری از شاخص تغییر پایا (RCI) و به منظور بررسی معناداری بالینی از درصد بهبودی استفاده شد. برای محاسبه معناداری بالینی، نمره پیش آزمون از نمره پس آزمون کم شده و حاصل بر نمره پیش آزمون تقسیم شده و نتیجه بر ۱۰۰ ضرب می‌شود. جهت محاسبه شاخص تغییر پایا نیز، نمره پس آزمون از نمره پیش آزمون تفریق شده و حاصل بر خطای استاندارد تفاوت بین دو نمره تقسیم می‌گردد. برای آنکه RCI از نظر آماری معنادار باشد، بایستی قدر مطلق نتیجه آن مساوی یا بیشتر از

<sup>1</sup> Oppositional Defiant Disorder Rating Scale (ODDRS)



۱/۹۶ شود که نشان دهنده این است که نتایج به دست آمده بیشتر ناشی از عوامل فعال و دستکاری آزمایشگر است تا خطای اندازه گیری (حمیدپور، ۱۳۸۹).

## یافته‌ها

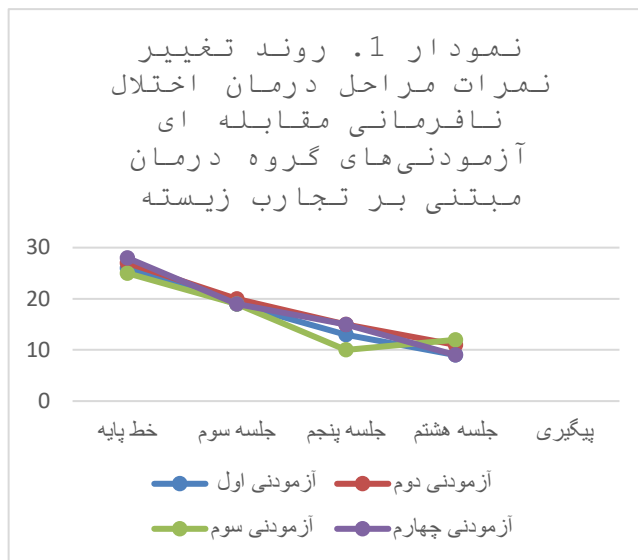
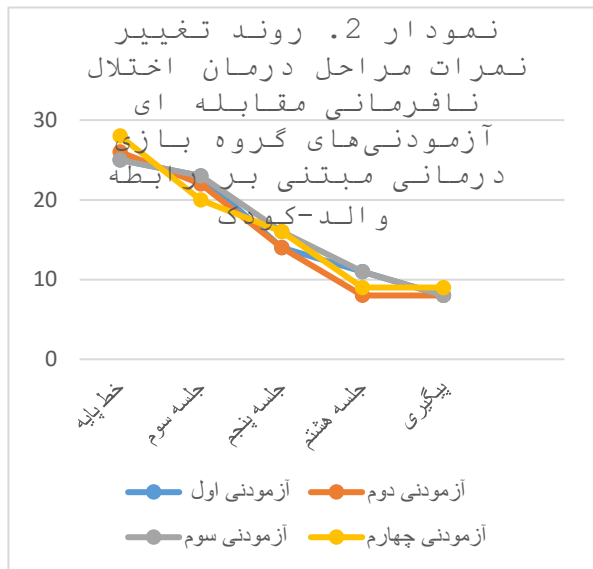
جدول ۴. روند تغییر نمرات علایم اختلال نافرمانی مقابله‌ای آزمودنی‌های پژوهش را نشان می‌دهد.

جدول ۴. روند تغییر نمرات علایم اختلال نافرمانی مقابله‌ای آزمودنی‌های پژوهش

درصد بهبودی کلی پیگیری	شاخص تغییر پایا RCI	درصد بهبودی پیگیری	پیگیری یک ماهه	درصد بهبودی کلی پس از درمان	شاخص تغییر پایا RCI	درصد بهبودی MPI	جلسه هشتم	جلسه پنجم	جلسه سوم	خط پایه	آزمودنی	
	۳۸/۶۳	۰/۶۵	۹	۳۸/۶۳	۰/۶۵	۹	۱۳	۱۹	۲۶	اول	درمان مبتنی بر تجارب زیسته	
۰/۷۲	۴۵/۴۵	۰/۷۴	۷	۳۶/۳۶	٪۵۹	۱۱	۱۵	۲۰	۲۷	دوم		
	۴۳/۱۸	۰/۷۶	۶	۲۹/۵۴	۰/۵۲	۱۲	۱۰	۱۹	۲۵	سوم		
	۵۰	۰/۷۵	۶	۴۳/۱۸	۰/۶۷	۹	۱۵	۱۹	۲۸	چهارم		
	۳۵/۴۱	۰/۶۸	۸	۲۹/۱۶	۰/۵۶	۱۱	۱۴	۲۳	۲۵	اول	بازی درمانی مبتنی بر رابطه والد-کودک	
۰/۶۸	۳۷/۵	۰/۶۹	۸	۳۷/۵	۰/۶۹	۸	۱۴	۲۲	۲۶	دوم		
	۳۵/۴۱	۰/۶۸	۸	۲۹/۱۶	۰/۵۶	۱۱	۱۶	۲۳	۲۵	سوم		
	۳۹/۵۸	۰/۶۷	۹	۳۹/۵۸	۰/۶۷	۹	۱۶	۲۰	۲۸	چهارم		

با توجه به نتایج آمده و بر اساس مقادیر شاخص تغییر پایا ( $RCI \geq 1/96$ )، مداخله درمانی مبتنی بر تجارب زیسته در کاهش اختلال نافرمانی مقابله‌ای برای هر چهار آزمودنی در مراحل مداخله و پیگیری به لحاظ آماری معنادار شده است. درصد بهبودی پس از درمان اختلال نافرمانی مقابله‌ای برای آزمودنی‌های اول تا چهارم برابر با ۰/۶۵، ۰/۵۹، ۰/۵۲، ۰/۶۷ می‌باشد. درصد بهبودی کلی برای آزمودنی‌ها نیز ۶۰ می‌باشد که در مرحله پیگیری به ۰/۶۵، ۰/۷۴، ۰/۷۶، ۰/۷۵ با درصد بهبودی کلی ۷۲ می‌رسد. با توجه به درصد بهبودی بالای ۵۰ درصد نیز می‌توان گفت که مداخله درمانی مبتنی بر تجارب زیسته در بهبود اختلال نافرمانی مقابله‌ای برای همه آزمودنی‌ها به لحاظ بالینی نیز معنادار می‌باشد. در رابطه با گروه بازی درمانی مبتنی بر رابطه والد-کودک نیز بر اساس مقادیر شاخص تغییر پایا ( $RCI \geq 1/96$ )، مداخله درمانی برای هر چهار آزمودنی در مراحل مداخله و پیگیری به لحاظ آماری معنادار شده است. درصد بهبودی پس از درمان برای آزمودنی‌های اول تا چهارم برابر با ۰/۵۶، ۰/۶۹، ۰/۵۶، ۰/۶۷ می‌باشد. درصد بهبودی کلی برای آزمودنی‌ها نیز ۶۲ می‌باشد که در مرحله پیگیری به ۰/۶۸، ۰/۶۹، ۰/۶۸، ۰/۶۷ با درصد بهبودی کلی ۶۸ می‌رسد. با توجه به درصد بهبودی بالای ۵۰ درصد نیز می‌توان گفت که مداخله بازی درمانی مبتنی

بر رابطه والد-کودک برای اختلال نافرمانی مقابله‌ای به لحاظ بالینی نیز معنادار می‌باشد. نمودار ۱ و ۲ روند تغییرات نمرات علایم اختلال نافرمانی مقابله‌ای را در آزمودنی‌های دو گروه نشان می‌دهد.



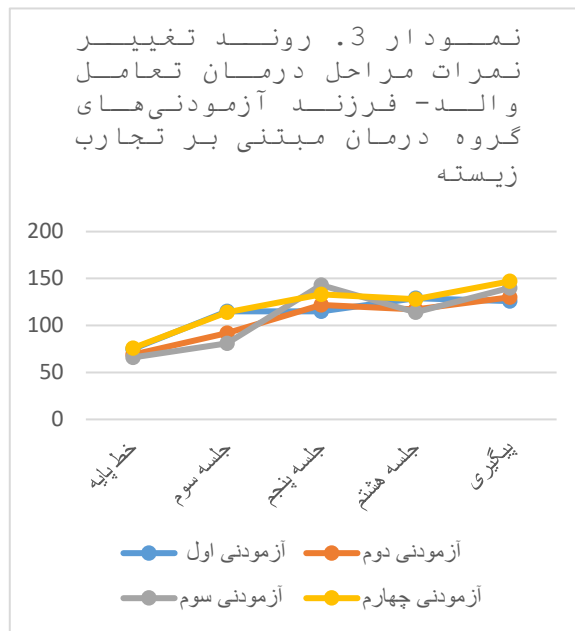
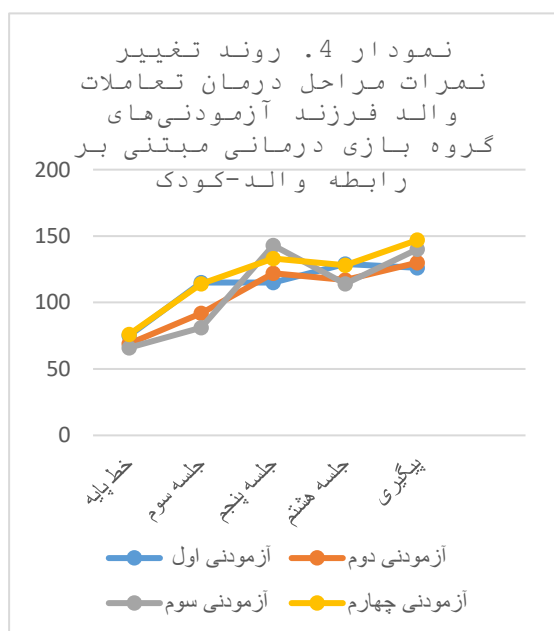
جدول ۵. روند تغییرات نمرات تعاملات والد فرزند آزمودنی‌های پژوهش

درصد بهبودی کلی پیگیری	شاخص تغییر پایا RCI	درصد بهبودی پیگیری	پیگیری یک ماهه	درصد بهبودی کلی پس از درمان	شاخص تغییر پایا RCI	درصد بهبودی MPI	جلسه هشتم	جلسه پنجم	جلسه سوم	خط پایه	آزمودنی	
۰/۹۰	۱۸/۳۴	۰/۶۸	۱۲۶	۰/۷۰	۱۹/۴۲	۰/۷۲	۱۲۹	۱۱۵	۱۱۵	۷۵	اول	درمان مبتنی بر تجارب زیسته
	۲۱/۹۴	۰/۸۸	۱۳۰		۱۷/۲۶	۰/۶۹	۱۱۷	۱۲۲	۹۲	۶۹	دوم	
	۲۶/۶۱	۰/۱۱۲	۱۴۰		۱۷/۲۶	۰/۷۲	۱۱۴	۱۴۳	۸۱	۶۶	سوم	
	۲۵/۵۳	۰/۹۳	۱۴۷		۱۸/۷۰	۰/۶۸	۱۲۸	۱۳۳	۱۱۴	۷۶	چهارم	
۰/۱۰۷	۳۸/۰۲	۰/۱۱۲	۱۳۸	۰/۱۰۴	۵۲/۰۸	۰/۱۳۵	۱۶۵	۱۱۹	۸۰	۶۵	اول	بازی درمانی مبتنی بر رابطه والد-کودک
	۴۰/۶۲	۰/۱۲۷	۱۳۹		۳۴/۳۷	۰/۱۰۸	۱۲۷	۱۲۹	۹۵	۶۱	دوم	
	۳۱/۲۵	۰/۸۶	۱۲۹		۲۸/۶۴	۰/۷۹	۱۲۴	۱۰۸	۸۰	۶۹	سوم	
	۳۴/۳۷	۰/۱۰۳	۱۳۰		۳۱/۷۷	۰/۹۵	۱۲۵	۱۰۱	۸۷	۶۴	چهارم	

در رابطه با تعامل والد فرزند با توجه به نتایج به مقادیر شاخص تغییر پایا ( $RCI \geq 1/96$ )، مداخله درمانی مبتنی بر تجارب زیسته در بهبود تعاملات والد فرزند برای هر چهار آزمودنی در مراحل مداخله و پیگیری به لحاظ آماری معنادار شده است. به علاوه درصد بهبودی پس از درمان برای آزمودنی‌های اول تا چهارم برابر با ۰/۷۲، ۰/۶۹، ۰/۷۲، ۰/۶۸ می‌باشد. درصد بهبودی کلی برای آزمودنی‌ها نیز ۷۰ می‌باشد که

در مرحله پیگیری به ۰/۶۸، ۰/۸۸، ۰/۱۱۲، ۰/۹۳ با درصد بهبودی کلی ۹۰ می‌رسد. با توجه به درصد بهبودی بالای ۵۰ درصد نیز می‌توان گفت که مداخله درمانی مبتنی بر تجارب زیسته برای بهبود تعاملات والد فرزند برای همه آزمودنی‌ها به لحاظ بالینی در هر دو مرحله مداخله و پیگیری معنادار می‌باشد.

در گروه بازی درمانی مبتنی بر رابطه والد-کودک نیز با توجه به نتایج و بر اساس مقادیر شاخص تغییر پایا ( $RCI \geq 1/96$ )، مداخله در بهبود تعاملات والد فرزند برای هر چهار آزمودنی در مراحل مداخله و پیگیری به لحاظ آماری معنادار شده است. درصد بهبودی پس از برای آزمودنی‌های اول تا چهارم برابر با ۰/۱۳۵، ۰/۱۰۸، ۰/۷۹، ۰/۹۵ می‌باشد. درصد بهبودی کلی برای آزمودنی‌ها نیز ۱۰۴ می‌باشد که در مرحله پیگیری به ۰/۱۱۲، ۰/۱۲۷، ۰/۸۶، ۰/۱۰۳ با درصد بهبودی کلی ۱۰۷ می‌رسد. با توجه به درصد بهبودی بالای ۵۰ درصد نیز می‌توان گفت که مداخله بازی درمانی مبتنی بر رابطه والد-کودک برای بهبود تعاملات والد فرزند به لحاظ بالینی در هر دو مرحله مداخله و پیگیری معنادار می‌باشد. نمودار ۳ و ۴ روند تغییرات نمرات تعامل والد فرزند را در آزمودنی‌های دو گروه نشان می‌دهد.



## بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر تجارب زیسته والدین دارای فرزندان با اختلال نافرمانی مقابله‌ای با بازی درمانی مبتنی بر رابطه والد-کودک بر علایم اختلال نافرمانی مقابله‌ای و تعاملات والد فرزند کودکان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای انجام شد. نتایج ترسیم دیداری، درصد بهبودی و مقدار شاخص پایا نشان داد که هر دو درمان تغییرات و بهبودی معناداری از نظر آماری و بالینی در آماج‌های درمانی (علایم اختلال، تعاملات والد فرزند) ایجاد کرده و تاثیرات درمانی در دوره پیگیری نیز ادامه داشته است. نتایج اعتبارآزمایی رقابتی نیز نشان داد که در رابطه با علایم اختلال نافرمانی مقابله‌ای تفاوت معناداری بین درصد بهبودی کلی در آزمودنی‌های دو گروه وجود ندارد، اما در تعاملات والد فرزند، بازی درمانی مبتنی بر رابطه والد-کودک اثربخشی بیشتری نسبت به درمان مبتنی بر تجارب زیسته داشته است. این نتایج همسو با یافته‌های اسکوتی، بیرجندی و کوهبنانی (۱۴۰۲)، پاکروان و احمدی (۱۴۰۲)، اکبری و همکاران (۱۴۰۰)، سالو و همکاران (۲۰۲۰) و سنکاک (۲۰۱۹) بود.

در تبیین نتایج با تکیه بر دیدگاه اینگرام، هیز و اسکات (۲۰۰۰) در بررسی سنجش کارایی درمان‌های روان‌شناختی به شش متغیر، اشاره کرده‌اند و معتقد هستند که نتایج پژوهش‌های مداخله‌ای را باید بر اساس شش متغیر اندازه‌گیری، کلیت تغییر، عمومیت تغییر، ثبات، میزان پذیرش و ایمنی بررسی کرد. به منظور بحث در مورد نتایج و سنجش عملیاتی کارایی دستاوردهای پژوهش حاضر و همچنین نظام مند کردن بحث و انسجام بخشی به نتایج در این بخش از ملاک‌های کارایی اینگرام و همکاران (۲۰۰۰) استفاده شد.

۱- اندازه تغییر (چقدر کاهش در آماج‌های اصلی درمان رخ داده است)؟: در رابطه با علایم اختلال نافرمانی مقابله‌ای درمان مبتنی بر تعهد زیزه با درصد بهبودی کلی پس از درمان ۰/۶۰ و درصد بهبودی پیگیری ۷۲ و بازی درمانی مبتنی بر رابطه والد-کودک با درصد بهبودی کلی پس از درمان ۶۲ و درصد بهبودی پیگیری ۶۸ اثربخشی بالایی داشته‌اند. در رابطه با تعاملات والد فرزند نیز درمان مبتنی بر تعهد زیزه با درصد بهبودی کلی پس از درمان ۷۰ و درصد بهبودی پیگیری ۹۰ و بازی درمانی مبتنی بر رابطه والد-کودک با درصد بهبودی پس از درمان ۱۰۴ و درصد بهبودی پیگیری ۱۰۷ اثربخشی بالایی بر تعاملات والد فرزند داشته‌اند. همچنین شیب پیوسته و تداوم یکنواخت آن تا حدودی نشانگر تأثیر هر کدام از مؤلفه‌های تعبیه شده در پروتکل جلسات درمان می‌باشد. با توجه به نتایج به دست آمده نیز تفاوت در اثربخشی درمان‌ها در تعاملات والد فرزند به نفع درمان بازی درمانی مبتنی بر رابطه والد-کودک می‌باشد.

در تبیین اثربخشی درمان مبتنی بر تعهد زیزه بر آماج‌های درمانی می‌توان گفت که درمان مبتنی بر تعهد زیزه با در نظر گرفتن نیازها و خواسته‌ها و تعهد والدین در فرایند سازگاری با مشکلات فرزندانشان طراحی شده و مورد توجه قرار دادن نیازها و خواسته‌های آنان و همچنین در نظر گرفتن مؤلفه‌های اصلی مؤثر در سبب شناسی و تداوم بیماری از نظر والدین و طراحی و جایگذاری مؤلفه‌ها و تکنیک‌های درمانی در مداخله برآمده از تعهد زیزه والدین توانسته است در کاهش علایم اختلال و بهبود تعاملات والد فرزند اثربخشی لازم را داشته باشد. در پروتکل تدوین شده سعی بر این بوده است که تا حد ممکن درمانی جامع و همه جانبه و مبتنی بر شواهد طراحی شده و انتظارات و نیازهای فرزندان و والدین کودکان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای در آن لحاظ شود. درمانی که برآمده از تعهد زیزه خود والدین بوده و مداخلات مؤثر متناسب با آن تعهد را در خود جای داده باشد، با استقبال بیشتری از سمت والدین نیز روبرو خواهد شد و والدین احساس درک شدن و همدلی بیشتری دریافت خواهند کرد و انگیزه بیشتری جهت ادامه درمان و انجام دستورالعمل‌ها و تمرین‌های درمانی خواهد داشت و همه این موارد توانسته است در کاهش علایم اختلال نافرمانی مقابله‌ای تأثیرگذار بوده باشد. در پروتکل تدوین شده مبتنی بر تعهد زیزه مداخلات مختلفی هم متناسب با مشکلات کودکان و هم متناسب با رابطه والد فرزند طراحی شده و به نظر می‌رسد که ارائه مداخلاتی همزمان جهت تقویت و بهبود مشکلات کودکان و همچنین رابطه والد فرزند اثر تجمیعی بر آماج‌های درمان داشته و نتیجه اثربخشی بالای مداخله مبتنی بر تعهد زیزه بر مؤلفه‌های پژوهش بوده است. در پروتکل تدوین شده بر خلاف سایر پروتکل‌های درمانی موجود همه ابعاد فردی و بین فردی اختلال و مداخلات فردی و بین فردی متناسب با آن تا حد ممکن در یک سیر منطقی سازماندهی شده و والدین و فرزندان به ابزارهای جدید و به روزی برای حل مسائل و مشکلات مربوط به کودک و رابطه والد فرزند مجهز شده‌اند که شاید توانسته است آن‌ها را برای حل و مدیریت مشکلات مربوط به اختلال نافرمانی مقابله‌ای و همچنین بهبود تعاملات خانوادگی یاری رساند.

در تبیین اثربخشی بیشتر بازی درمانی مبتنی بر رابطه والد-کودک نسبت به درمان مبتنی بر تعهد زیزه در بهبود تعاملات والد فرزند می‌توان گفت که به علت مطرح شدن تفاوت‌های فردی کودکان و کشف آن از سوی مادر و فراهم کردن تحریک بهینه متناسب با آن، همچنین تأکید بر ارتباطات هیجانی، ایجاد و تداوم بخشیدن آن در جریان بازی روزانه با کودک و مشاهده آن توسط درمانگر و دادن بازخوردهای لازم متناسب با زوج مادر- فرزند و اصلاح آن، همچنین دنبال کردن میل کودک در جریان بازی به جای کنترل و هدایت کودک و در کل ارتباط عاطفی مادر- فرزند موجب تعمیق احساس نزدیکی در کودک گردیده و صمیمیت و نزدیکی بین مادر- کودک افزایش یافت و موجب بهبود رابطه والد- فرزند شد. همچنین می‌توان به این نکته اشاره کرد که در پژوهش حاضر با تأکید بر مسائل ارتباطی مثل لذت مشترک، توجه مشترک، ارتباط دوطرفه، صمیمیت، ایجاد حلقه‌های ارتباطی بین والد- فرزند و گسترش آن، همچنین مشاهده آن در رابطه والد- فرزند و اصلاح آن می‌تواند باعث چنین پیامدی شده باشد. از دیگر پیامدهای مثبت این برنامه حضور مادران در جلسات درمانی است، زیرا که فرصتی است تا پاسخ‌های انطباقی را به کودک خود آموخته و این پاسخ‌ها را تقویت نمایند. این امر وقتی محقق می‌شود که والدین مشکلات کودکان را بفهمند و راهکارهای علمی و مؤثر بر خورد با این مشکلات را بیاموزند. همچنین انجام تکنیک‌ها و تمرین‌های این مداخله توسط والدین در منزل یکی دیگر از فواید کارکرد این مداخله است که باعث پویایی درون خانواده و درگیر کردن اعضای خانواده جهت برطرف نمودن مشکلات رفتاری کودکان و مشکلات ارتباطی اعضای خانواده است.

۲- کلیت تغییر (چند درصد از افراد تغییر کرده‌اند و چند درصد تغییر نکرده‌اند)؟: نتایج مطالعه حاضر نشان داد که همه آزمودنی‌های دو

گروه در هر دو متغیر پژوهش بهبود بالایی نشان دادند.

- ۳-عمومیت تغییر (در سایر حوزه‌های زندگی چقدر تغییر رخ داده است؟): در این پژوهش جز علایم اختلال نافرمانی مقابله‌ای، در تعاملات والد-فرزند نیز تغییرات مثبتی روی داده است که ناشی از دریافت مداخلات درمانی بوده است.
- ۴-ثبات (دستاوردهای درمان چقدر دوام داشته‌اند؟): آزمودنی‌های هر دو گروه توانستند در هر دو مؤلفه آماج درمانی دستاوردهای درمانی خود را در مرحله پیگیری حفظ کنند. همچنین در هر دو گروه نیز در همه مؤلفه‌ها اثرات یا دستاوردهای درمان نه تنها حفظ شده‌اند بلکه نسبت به مرحله پس از درمان مقداری افزایش بهبودی نشان دادند.
- ۵-میزان پذیرش (افراد تا چه اندازه در فرایند درمان مشارکت داشته و آن را به پایان رسانده‌اند؟): آزمودنی‌های شرکت کننده در هر دو گروه درمانی تا آخرین جلسه با انگیزه خوب حضور داشتند و هیچ یک از درمان‌ها افت آزمودنی نداشت. نکات و مداخلات انگیزشی در جلسات اولیه هر دو مداخله می‌تواند در این زمینه تأثیرگذار بوده باشد.
- ۶-ایمنی (آیا در اثر درمان، سلامت روانی و جسمانی بیماران بهبود یافته است؟): برای سنجش این متغیر، ابزاری عینی و استاندارد استفاده نشده است.

در واقع بازی درمانی مبتنی بر رابطه والد-کودک می‌تواند به رابطه والد-کودک و به تثبیت دلبستگی ایمن کمک کند. این روش بازی با هدف افزایش آگاهی هیجانی به والدین می‌آموزد با فرزندان خود بازی کنند تا افکار و احساسات دشوار و گیج کننده را بیان کنند و بتوانند آن‌ها را در درون خود به درستی تجربه کنند (مایریک<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۱۸). این روش‌ها همزمان محیط خانواده، کیفیت رابطه والد-کودک و ویژگی‌های روان‌شناختی کودکان را تحت تأثیر قرار می‌دهد، همین چندجانبه بودن اهمیت درمانی این روش را برجسته می‌کند (اخوان، عابدی و عاملی، ۱۴۰۰) و چه بسا معناداری بیشتر این مداخله نسبت به درمان مبتنی بر تجارب زیسته والدین همین موضوع باشد. در واقع باید اشاره کرد که حضور والدین در فضای مداخله به همراه شناخت و پذیرش احساس‌های کودک و تلاش برای درک و پذیرش احساس‌ها و عدم قضاوت در مورد آن‌ها، در خلال بازی درمانی مبتنی بر رابطه والد-کودک، موجب از بین رفتن سد ارتباطی و چرخه معیوب تعامل والد-کودک می‌شود و رفتارهای نامطلوب کودک را کاهش می‌دهد. از جهتی با توجه به این پیش فرض که چون دلبستگی از مراحل اساسی و بنیادی تحول است، عدم دلبستگی ایمن کودک منجر به بروز اختلالات رفتاری در کودکان شده است. چون کودکان دماسنج خانواده‌اند، وجود هر گونه مشکل در سامانه رفتاری و حمایتی والدین به صورت علایمی در کودکان متظاهر می‌گردد. درمانگر در کنار آموزش روش‌های درمان دلبستگی، روش‌هایی نیز برای کنترل و کاهش مسائل رفتاری کودکان به مادران آموزش داد که از دو جهت اختلالات رفتاری این کودکان را مورد هدف قرار داد. از یک سو با اصلاح شیوه‌های ارتباطی والد-کودک و فراهم آوردن عوامل ایجاد دلبستگی ایمن به حل این اختلالات مبادرت شد و از سوی دیگر روش‌هایی مثل والدین تماشاجی، برای رفتارهای منفی، تقویت افتراقی رفتارهای مثبت، مدیریت تنش مادران به منظور کمک به بهبود اضطراب و افسردگی کودک و... به افزایش میزان سلامت روان در این کودکان کمک می‌نماید.

به‌طور کلی با توجه به نتایج پژوهش حاضر، هر دو درمان مبتنی بر تجارب زیسته و درمان بازی درمانی مبتنی بر رابطه والد-کودک اثربخشی بالایی در کاهش علایم اختلال نافرمانی مقابله‌ای و بهبود تعاملات والد-فرزند نشان دادند. همچنین بین دو درمان تفاوت معناداری در میزان اثربخشی بر بهبود علایم اختلال نافرمانی مقابله‌ای مشاهده نشد، اما در تعاملات والد فرزند نتایج نشان داد که بازی درمانی مبتنی بر رابطه والد-کودک اثربخشی بیشتری نسبت به درمان مبتنی بر تجارب زیسته والدین داشته است. با در نظر گرفتن برخی محدودیت‌های طرح‌های تک موردی از جمله حجم کم نمونه، تعمیم‌پذیری یافته‌های مطالعه حاضر نیز محدودیت‌هایی از این قبیل دارد. بنابراین، پژوهش‌های بیشتری به منظور تأیید بیشتر کارایی و کاربردپذیری این روش‌های مداخله در افراد مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای در قالب کارآزمایی‌های تصادفی کنترل شده با حجم نمونه بزرگتر پیشنهاد می‌گردد. همچنین به لحاظ کاربردی پیشنهاد می‌گردد؛ متخصصین، معلمان و مراکز درمانی حوزه کودک جهت بهبود مشکلات رفتاری و ارتباطی کودکان دارای اختلال ODD و یا اختلالات دارای مشکلات ارتباطی و تعاملی مشابه همچون سلوک و ADHD از بازی درمانی مبتنی بر والد-کودک استفاده نمایند تا از این طریق بسیاری از مشکلات درونی‌سازی و برون‌سازی شده کودکان دارای اختلالات اشاره شده کاهش و بهبود یابد.

<sup>1</sup> Myrick A

## ملاحظات اخلاقی

تمامی اصول اخلاقی در این مقاله در نظر گرفته شده است. شرکت‌کنندگان در جریان هدف پژوهش و مراحل اجرای آن قرار گرفتند. آن‌ها همچنین از محرمانه بودن اطلاعات خود اطمینان داشتند.

## حامی مالی

حامی مالی این مقاله معاونت پژوهشی دانشگاه اصفهان می‌باشد.

## تعارض منافع

این مقاله برگرفته از پایان نامه دوره دکتری نویسنده اول با کد اخلاق IR.UlREC.1398.O91 از گروه روان‌شناسی دانشگاه اصفهان می‌باشد. اصول اخلاقی شامل آگاهی کامل شرکت‌کنندگان از روند اجرای پژوهش و محرمانه ماندن اطلاعات آن‌ها، رعایت شد و هیچگونه تعارضی در منافع بین نویسندگان وجود ندارد.

## سپاسگزاری

از کلیه افرادی که در انجام این پژوهش با همکاری داشتند، تشکر می‌نمایم.

## References

- اخوان، شیوا؛ عابدی، احمد؛ عاملی، شیدا. (۱۴۰۰). اثربخشی بازی درمانی با رو ی‌آورد فیلیال‌تراپی بر رفتار اجتماعی و خودمهارگری کودکان دبستانی با ضرب‌آهنگ شناختی‌کند. فصلنامه روان‌شناسی تحولی، ۱۸(۷۲)، ۳۱۳-۳۲۹
- اشرفی اسکویی، زهرا؛ علیزاده بیرجندی، زهرا؛ سلطانی کوهبنانی، سکینه (۱۴۰۲). بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر دل‌بستگی (تراپلی) بر بهبود رابطه والد-کودک، کاهش مشکلات درون‌سازی شده و بهبود هوش هیجانی کودکان مبتلا به اختلالات اضطرابی. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی عمومی. موسسه آموزش عالی حکیم طوس، گروه روان‌شناسی
- اکبری، اکرم؛ منیرپور، نادر؛ میرزا حسینی، حسن. (۱۴۰۰). اثربخشی بازی درمانی والد-محور بر پرخاشگری و علائم اختلال نافرمانی مقابله‌ای. سلامت روان کودک (روان کودک)، ۱۸(۱)، ۱۲۶-۱۴۰.
- بهمنی، مهسا؛ جهان‌بخشی، زهرا. (۱۳۹۹). اثر بخشی برنامه مداخله‌ای بازی درمانی مبتنی بر رابطه والد-کودک بر بهبود کیفیت تعامل والد-کودک و کاهش پرخاشگری کودکان پیش‌دبستانی. فرهنگ مشاوره و روان‌درمانی، ۱۱(۴۴)، ۱۳۱-۱۵۶
- عدیلی، شهرزاد؛ میرزایی، رکسانا؛ عابدی احمد. (۱۳۹۸). عیین تأثیر آموزش بازی درمانی با رویکرد فیلیال‌تراپی بر کیفیت تعاملات والد فرزند و کیفیت زندگی مرتبط با سلامت کودکان دارای مشکلات رفتاری / هیجانی. مجله کودکان استثنایی، ۱۹(۱)، ۱۲۳-۱۰۰
- American Psychiatric Association (2022). Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fifth edition, text revision.
- Cooper, J., Brown, T., & Yu, M. L. (2020). A retrospective narrative review of filial therapy as a school-based mental health intervention. *International Journal of Play Therapy*, 29(2), 86.
- Driscoll, K., Pianta, R. C. (2011). Mother`s and father`s perceptions of conflict and closeness in parent-child relationships during early childhood. *Journal of early childhood and infant psychology*, 7, 1\_18.
- Giudice, T. D., Lindenschmidt, T., Hellmich, M., Hautmann, C., Döpfner, M., & Görtz-Dorten, A. (2022). Stability of the effects of a social competence training program for children with oppositional defiant disorder/conduct disorder: a 10-month follow-up. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 1-10.
- Helander M, Lochman J, Högström J, Ljótsson B, Hellner C, Enebrink P (2018) The effect of adding Coping Power Program-Sweden to Parent Management Training-effects and moderators in a randomized controlled trial. *Behav Res Ther* 103:43-52
- Hommersen, P., Murray, C., Ohan, J., & Johnston, C. (2006). Oppositional Defiant Disorder Rating Scale: Preliminary Evidence of Reliability and Validity. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 14 (2), 118-125.
- Landreth, G. L., & Bratton, S. C. (2005). Child parent relationship therapy (CPRT): A 10-session filial therapy model. Routledge.

- Masi G, Milone A, Paciello M, Lenzi F, Muratori P, Manfredi A et al (2014) Efficacy of a multimodal treatment for disruptive behavior disorders in children and adolescents: Focus on internalizing problems. *Psychiatry Res* 219(3):617–624
- Roetman, P. J., Siebelink, B. M., Vermeiren, R. R., & Colins, O. F. (2021). Classes of Oppositional Defiant Disorder Behavior in Clinic-referred Children and Adolescents: Concurrent Features and Outcomes: Classification Des Comportements Dans le Trouble Oppositionnel Avec Provocation Chez Des Enfants et des Adolescents Aiguillés à Une Clinique: Caractéristiques Co-occurentes et Résultats. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 66(7), 657-666
- Salo, S., Flykt, M., Mäkelä, J., Lassenius-Panula, L., Korja, R., Lindaman, S., & Punamäki, R. L. (2020). The impact of Theraplay® therapy on parent-child interaction and child psychiatric symptoms: a pilot study. *International Journal of Play*, 9(3), 331-352.
- Sancak, S. (2019). Effects of group theraplay on social skills and problem behaviors of preschoolers in classroom environment. A thesis submitted to the graduate school of social science of Middle East technical university.
- Skoulos V, Tryon GS. Social skills of adolescents in special education who display symptoms of oppositional defiant disorder. *Am Second Educ*. 2007; 35(2): 103-114.
- Topham, G., Wampler, K., Titus, G & Rolling, E. (2011). Predicting parent and child outcomes of a filial therapy program. *International journal of play therapy*, 20 (2), 79- 93.
- Vanfleet, R. (2012). Filial therapy: what every play therapist should know. *Play therapy press*. Reprinted here with permission, 57 (7), 52-63