

## اثربخشی درمان مبتنی بر رابطه والد-کودک (CPRT) روی مهارتهای اجتماعی و تنظیم

## شناختی هیجان کودکان زیر ۱۲ سال مبتلا به اختلال نقص توجه، بیش فعالی

## The effectiveness of parent-child relationship management (CPRT) on social skills and emotional regulation of children under the age of 12 with ADHD

Atefeh Tahmasbi\*

M. A.

Farshid Khosropour

PhD in Psychology

عاطفه طهماسبی (نویسنده مسئول)

کارشناسی ارشد، کرمان

دکتر فرشید خسروپور

دکتری روانشناسی

## Abstract

Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) is one of the most common psychiatric disorders in children. Children and adolescents with this diagnosis may have a range of these symptoms that fall into these three categories: neglect - Overactive and moving. The purpose of this study was to investigate the effect of parent-child relationship management (CPRT) on social skills and cognitive-emotional regulation in children under the age of 12 years with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). The research method was semi-experimental and the statistical population consisted of mothers of all children under the age of 12 who were suspected of having hyperactivity disorder and attention deficit disorder who referred to the counseling center of education. According to Cohen table, taking into account the test power (0.80), effect size (0.50) and error rate (0.05) for each sample group, 15 were selected randomly. The instrument of the study was the Social Skills Scale, Awyrt, Lucker and the Children's Form of Gantry Cognitive Critical Adjustment. Covariance analysis was used to analyze the data. The results of the analysis for the main hypothesis showed that parent-child relationship-based therapy (CPRT) was effective on social skills and cognitive-emotional adjustment of children. The study of sub hypotheses also showed that the intervention independently improved social skills and emotional cognitive regulation.

**Key words:** Cognitive Thinking. Social skills. Parent-child relationship. Overactive child

## چکیده

اختلال نقص توجه/بیش فعالی یکی از شایع ترین اختلالات روانی در کودکان می باشد. کودکان و نوجوانانی که دارای این تشخیص هستند ممکن است گستره ای از این نشانه ها را داشته باشند که در این سه دسته کلی جای می گیرند: بی توجه- بیش فعال و تکانشور. پژوهش حاضر با هدف اثربخشی درمان مبتنی بر رابطه والد-کودک (CPRT) روی مهارت های اجتماعی و تنظیم شناختی هیجان کودکان زیر ۱۲ سال مبتلا به اختلال نقص توجه و بیش فعالی انجام گرفت. روش تحقیق نیمه تجربی بود. جامعه آماری در برگزیده مادران همه کودکان زیر ۱۲ سال مشکوک به اختلال بیش فعالی و نقص توجه بود که به مرکز مشاوره آموزش و پرورش مراجعه کرده بودند. با توجه به جدول کوهن و با در نظر گرفتن توان آزمون (۰/۸۰)، اندازه اثر (۰/۵۰) و میزان خطای (۰/۰۵) برای هر گروه نمونه ۱۵ در نظر گرفته شد و با روش در دسترس انتخاب گردیدند. ابزار پژوهش مقیاس مهارتهای اجتماعی اوپرت (۲۰۱۰) و فرم کودکان مقیاس تنظیم شناختی هیجان گارنفسکی (۲۰۱۰) بود. برای تجزیه و تحلیل داده ها از تحلیل کواریانس استفاده گردید. نتایج تحلیل برای فرضیه اصلی نشان داد درمان مبتنی بر رابطه والد-کودک روی مهارتهای اجتماعی و تنظیم شناختی هیجان کودکان اثربخش بوده است. بررسی فرضیه های فرعی نیز نشان داد مداخله بطور مستقلانه باعث بهبود مهارتهای اجتماعی و تنظیم شناختی هیجان شده است.

**کلمات کلیدی:** تنظیم شناختی هیجان، مهارت های اجتماعی، رابطه

والد-کودک، کودکان بیش فعال

ویرایش نهایی: مهر ۹۸

پذیرش: آبان ۹۷

دریافت: بهمن ۹۶

نوع مقاله: پژوهشی

## مقدمه

سلامتی و بیماری کودکان در سلامتی و بیماری جامعه ی فردا و نسل های آینده اثرگذار است، لذا بهداشت روانی و توجه به رشد همه جانبه آنان در کودکی، در زمان بزرگسالی تاثیر مثبت دارد و عدم توجه به شرایط رشدی دوران کودکی صدمات جبران ناپذیری بر سلامت روانی جامعه به بار خواهد آورد (ارجمندی و همکاران، ۱۳۹۴). اختلال نقص توجه و بیش فعالی<sup>۱</sup>، یکی از شایعترین مشکلات

Attention deficit hyperactivity disorder<sup>۱</sup>

اثربخشی درمان مبتنی بر رابطه والد-کودک (CPRT) روی مهارتهای اجتماعی و تنظیم شناختی هیجان کودکان زیر ۱۲ سال مبتلا به اختلال نقص  
The effectiveness of parent-child relationship management (CPRT) on social skills and emotional regulation of children under

کودکان و نوجوانان و علت مراجعه به روانپزشک و مشاور اطفال است و علائم نامناسبی مانند نقص توجه، بیش فعالی و تکانشگری را دارد (کراس<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۰۲) جنبه مشترک تمام مطالعات مذکور بیانگر شیوع نسبتاً بالای بیش فعالی در کودکان دبستانی می باشد که فراوانی آن براساس معیار DSM-IV در کودکان سنین مدرسه ۳-۷٪ و براساس معیار  $10\% \text{VICD}$  است (کاپلان و سادوک، ۲۰۰۳). در تحقیقات مختلف در ایران فراوانی شیوع این اختلال از ۳ تا ۱۲٫۵ درصد گزارش شده است (اخوان کرباسی و همکاران، ۱۳۸۶)، (خوشابی و همکاران، ۱۳۸۵) و (مرادی و همکاران، ۱۳۹۰). براساس بررسی های انجام شده در مناطق مختلف این فراوانی متغیر گزارش شده است. چنانکه در مطالعه ای در تهران ۱۱٪ (گلایول و همکاران، ۱۳۸۰)، در گناباد ۹٪ و در مشهد ۱۵٪ (طلایی، ۱۳۷۶) گزارش شده است. تفاوتهایی که در مورد میزان بیش فعالی در کشورهای مختلف گزارش شده است، احتمالاً به دلیل روشهای مختلف تشخیص است نه تفاوت جلوه ها یا علائم بالینی این اختلال. با وجود اینکه فراوانی این اختلال در پسران بیشتر از دختران و دامنه آن از ۳ به ۱ تا ۱۰ به ۱ میباشد، ولیکن یک علت مهم ناتوانی روانپزشکی در دخترها محسوب میشود، در حالیکه شیوع واقعی این اختلال در دخترها دقیق نیست ولی احتمالاً اندک نیز نیست (هیرانی و بهدانی، ۱۳۸۴) اختلال بیش فعالی با اختلالات دیگری چون ناتوانی در یادگیری، نافرمانی مقابله ای، اختلال سلوک، افسردگی، اختلالات اضطرابی و... مرتبط است. از این رو کودک مبتلا به اختلال نقص توجه-بیش فعالی با مشکلات زیادی در زمینه های مختلف آموزشی از جمله عملکرد ضعیف تحصیلی، تکرار پایه، ترک تحصیل و یا مدرسه، روابط خانوادگی و دوستانه ضعیف و مشکلات زیادی در نوجوانی و بزرگسالی فرد در آینده روبرو می شود آنچه باعث توجه محققان به رفتارهای ناسازگار کودکان بیش فعال شده، اثر نامطلوب آن بر رفتارهای بین فردی و اجتماعی آنان است (براتون و لندرث، ۲۰۰۵). کودکان بیش فعال بخاطر رفتارهای ناسازگار خود نمی توانند ارتباط سازنده و مطلوبی با دیگران داشته باشند و این امر ضعف در مهارت های اجتماعی آنان را بدنبال دارد. این کودکان بدلیل ضعف در تمرکز و دقت از برقراری ارتباط مداوم و پیوسته با دیگران ناتوان هستند. ضعف در ارتباط با دیگران در کودکان بیش فعال سبب می شود آنها نتوانند به شناخت هیجانی خوبی نائل شوند. این کودکان بدلیل اینکه تعامل مطلوبی با دیگر کودکان ندارند و بعضاً در تعاملات با همسالان و بزرگترها بازخوردهای هیجانی منفی دریافت می کنند، نمی توانند نه هیجانات خود را خوب تشخیص داده و نه اینکه در شناخت حالات هیجانی دیگران قوی باشند (گالاگر<sup>۲</sup>، ۲۰۰۳). برای تشخیص اختلال نارسایی توجه-بیش فعالی در کودک، باید بین سنین پنج تا هفت سالگی دست کم به مدت ۶ ماه پیاپی نشانه هایی چون فعالیت و تحرک بیش از حد معمول، حواسپرتی مداوم و نداشتن تمرکز روی کاری ثابت، بی توجهی، پریشانی، اضطراب، جنب وجوش زیاد و تکانشی و نسنجیده عمل کردن را در موقعیتهای متفاوت مانند خانه، مدرسه و ارتباط با همسالان در کودک مشاهده کرد (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۰۴). کودک بیش فعال در خانه از والدین خود پیروی نکرده و تکانشی عمل می کند و دچار بی ثباتی هیجانی بوده و تحریک پذیر است. این کودکان در ارتباط اجتماعی با همسالان خود مشکل داشته و منزوی میشوند، در مدرسه قادر به انجام تکلیف نبوده و نیازمند توجه بیشتر از سوی معلمان هستند (اخوان کرباسی و همکاران، ۱۳۸۷). با توجه به چنین درصد قابل توجهی و بعضی از عوارض ناخواسته دارو در این کودکان و یا ممانعت و نارضایتی والدین از مصرف دارو در این کودکان اهمیت و ضرورت بررسی روشهای دیگری که بتوانند عوارض ناشی از این اختلال را در کنار مصرف دوز پایین تر دارو یا جایگزینی این روشها بجای دارو به خوبی احساس می شود. اغلب درمان هایی که در مورد کودکان و نوجوانان با اختلالات بیش فعالی صورت می گیرد، در چهارچوب رویکردهای گوناگون قرار دارند؛ دارودرمانی، رفتاردرمانی، رواندرمانی، خانواده درمانی، گروه درمانی و بازی درمانی (براستون و آیبیرگ، ۱۹۹۸). یکی از روشهای مؤثر دیگر برای کاهش علائم نقص توجه / بیش فعالی، استفاده از بازی درمانی که یک وسیله ضروری برای متخصصان سلامت روانی است که با کودکان سرو کار دارند رویکرد بازی درمانی یک زبان ارتباطی برای کودکان است. بازی درمانی به عنوان یک ارتباط بین فردی پویا بین کودک و یک درمانگر آموزش دیده در فرایند بازی درمانی توصیف میشود که رشد یک اسرتباط امن را برای کودک تسهیل مینماید تا کودک به طور کامل خود را بیان کند (رای<sup>۳</sup>، ۲۰۰۴). بازی درمانی روشی است که به وسیله آن، ابزارهای طبیعی بیان حالت کودک، یعنی بازی، به عنوان متددرمانی وی به کار گرفته میشود تا به کودک کمک کند فشارهای احساسی خویش را تحت کنترل قرار دهد. هر چند کاربردهای بازی درمانی برای کودکان مشکل دار در مقالات مختلف مورد تأکید قرار گرفته است ولی اندازه گیری رفتارهای مشکل دار، هدف و تظاهرات تغییر آن به

<sup>1</sup> Kroes

<sup>2</sup> Bratton & Landreth

<sup>3</sup> Gallagher

<sup>4</sup> Brestan, & Eyberg

<sup>5</sup> Ray

درست گزارش شده است. بازی درمانی در درمان اختلالات و مشکلات کودکان مثل افسردگی، مشکلات رفتاری که ریشه اضطراب دارند، نقص توجه/بیش‌فعالی، اختلال نافرمانی مقابله‌ای پرخاشگری، شب‌اداری، و استفاده و در بسیاری موارد مؤثر ارزیابی شده است. (هانسن<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۰۰). پژوهشها ارزش بازی درمانگری را در کاهش استرسها، مشکلات اضطرابی و تنیدگی کودکان بستری در بیمارستان برجسته ساخته‌اند. (کلاتورثی<sup>۲</sup>، ۱۹۸۰). آموزش بازی درمانی مبتنی بر رابطه والد-کودک به والدین اولین بار توسط برنند گورنی<sup>۳</sup> (۱۹۶۴) با استفاده از اصول و مفاهیم محور اکس لاین انجام شد در اوایل کار حرفه‌ای، گورنی در سالهای ۱۹۵۰ تا ۱۹۶۰ به اهمیت نقش والدین در تعامل و تربیت فرزندانشان پی برد. او از والدین خواست تا در اتاق بازی به تماشای رفتارهای کودکان بنشینند و در قدم بعدی از آنها خواست تا در بازی با آنها نقش بیشتری بر عهده بگیرند و در بازی با او مشارکت کنند (پیرسون<sup>۴</sup>، ۲۰۰۸).

در سال ۱۹۸۰ لندرت و برتون مدل کوتاه مدت خود را که یک مدل ۱۰ جلسه‌ای است ارائه دادند (در روز، ۱۳۸۹) مدل آموزشی بازی درمانی مبتنی بر رابطه والد-کودک یک مدل ۱۰ جلسه‌ای آموزش به والد یا فردی است که از کودک مراقبت می‌کند این مدل که از روش درمانی کارل راجرز که با استفاده از تحلیل نظریه ارتباطی و درمان غیرمستقیم (بدون رهنمود) می‌باشد کمک گرفته است در واقع به محکم کردن ارتباط بین والد و کودک منتهی می‌شود. (لندرت و برتون، ۲۰۰۶). هر هفته ۳۰ دقیقه کودک مورد توجه والدین است و در این مدل آموزشی کودک، اهمیت داشتن، مورد توجه واقع شدن، مورد پذیرش قرار گرفتن را تجربه می‌کند و کودک احساس بهتری نسبت به خود پیدا می‌کند (واکر<sup>۵</sup>، ۲۰۰۲). آموزش مهارت‌ها 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 مادران، سبب کاهش علائم و نشانه‌های مرضی اختلال سلوک در کودکان مبتلا می‌شود. (پیمان‌نیا و همکاران، ۲۰۱۳) این مدل، ساختاری را برای کودکان نقص توجه/بیش‌فعال مورد بررسی قرار داد و معتقد است مشکلات شناختی و رفتاری دوران کودکی که به عنوان اختلالات توجه، تکانشگری و بیش‌فعالی طبقه بندی شده، برای بازی درمانگر چالش ایجاد میکند. رویکرد کوتاه مدت ساختاری ترکیبی از فنون مختلف با رویکرد چند وجهی است که درمان ممکن را برای کودک دارای اختلال نقص توجه /بیش‌فعالی آرایه می‌کند. این رویکرد چند وجهی مستلزم آموزش والدین به طور هفتگی، ارجاع به پزشک در صورت لزوم، مداخله در کلاس، آموزش مهارت‌های اجتماعی و بازی درمانی انفرادی است. (کادوسان و فینرتی<sup>۶</sup>، ۱۹۹۵).

ضرورت تحقیق درباره درمان یا بهبود علائم بیش‌فعالان از این جهت است که کودکان بیش‌فعال در مدرسه برای همسالان و مربیان خود مشکل آفرین هستند (تهرانی دوست، ۱۳۹۲). بازی درمانی مبتنی بر رابطه والد-کودک ممکن است ماه‌ها انجام شود و انقدر تکرار شود تا مورد توجه کودک و راهی برای درمان اختلالات رشدی وی قرار بگیرد تنها در دانشگاه نگزاس ۲۰۰۰ مقاله پیرامون این موضوع در مقالات معتبر دنیا انتشار شده است (گنجی و دیگران، ۱۳۹۱). همچنین این اختلال حدود ۵ تا ۷ درصد کودکان (یعنی از هر ۱۰۰ کودک ۵ نفر) در سنین مدرسه را در بر می‌گیرد (گنجی و دیگران، ۱۳۹۱). که این آمار نگران‌کننده به نظر می‌رسد. این اختلال در حال حاضر یک مسئله مهم بهداشت روانی جامعه محسوب می‌شود. این بیماری با زندگی کودک در خانه، مدرسه و اجتماع تداخل ایجاد می‌کند، به طوری که ناتوانی‌های کودک می‌تواند تا سنین بلوغ تداوم یابد. به علاوه افراد مبتلا به اختلال بیش‌فعالی/نقص توجه نشانه‌های رفتار پرخاشگری و رفتار نافرمانی از خودشان نشان می‌دهند که بعدها منجر به بزهکاری این افراد در بزرگسالی می‌شود با همه این معضلات اهمیت درمان و تحقیق در زمینه بهبود یا تخفیف علائم اختلال بیش‌فعالی/نقص توجه ضروری به نظر می‌رسد بنابراین برای جلوگیری از صدمات اجتماعی و افت تحصیلی این کودکان، ضرورت دارد شیوه‌های درمانی بیشتر و جدیدتر مورد بررسی و کنکاش قرار بگیرد. از طرف دیگر اولین خط درمانی برای اختلال مزبور دارودرمانی است که طبقات منفی استفاده درازمدت از آن‌ها اثبات شده است. به نظر می‌رسد شاید بهتر باشد با کم کردن دوز داروها بیشتر به روان‌درمانی به ویژه بازی درمانی مبتنی بر رابطه والد-کودک و گروه درمانی پرداخته شود. به طور کلی به دلیل شیوع چشمگیر این اختلال و احتمال تداوم آن در دوران نوجوانی و بزرگسالی (فیشر، ۲۰۱۰) توجهات نظری و پژوهشی دامنه‌داری در جهت سبب‌شناسی و درمان آن در طی چند دهه گذشته به عمل آمده است و می‌تواند که ادامه دار باشد.

<sup>1</sup>Hansen<sup>2</sup>ClatworthyGurney<sup>r</sup>Line-x<sup>t</sup><sup>5</sup>PearsonWalker<sup>1</sup><sup>7</sup>Kaduson& Finnerty

اثربخشی درمان مبتنی بر رابطه والد-کودک (CPRT) روی مهارت‌های اجتماعی و تنظیم شناختی هیجان کودکان زیر ۱۲ سال مبتلا به اختلال نقص  
The effectiveness of parent-child relationship management (CPRT) on social skills and emotional regulation of children under

روان درمانی مبتنی بر بهبود روابط والد-کودک یا مراقب-کودک از رویکردهای درمانی جدید در این حوزه است که پژوهش حاضر به عنوان یکی از محدود پژوهش‌های انجام شده در این زمینه از اهمیت خاص خود برخوردار است. با توجه به افزایش تعداد کودکان بیش فعال در سطح جامعه و لزوم مداخله زود هنگام، پژوهش حاضر به دنبال این سوال است که آیا درمان مبتنی بر رابطه والد-کودک بر نظم جویی شناختی هیجان و مهارت‌های اجتماعی کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه و بیش‌فعالی زیر ۱۲ سال موثر است؟

## روش

پژوهش حاضر از تحقیقات مداخله‌ای نیمه آزمایشی و از نوع طرح‌های پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل است. جامعه آماری در برگیرنده همه کودکان زیر ۱۲ سال مشکوک به اختلال بیش‌فعالی و نقص توجه که به مرکز مشاوره آموزش و پرورش مراجعه می‌کنند، بود. معیارهای ورود به مطالعه، کودکانی بودند که محدوده سنی آنها زیر ۱۲ سال بود و از نظر مشاور یا والدین علائم بیش‌فعالی را داشتند. حجم نمونه با در نظر گرفتن توان آزمون ۰/۸۰، اندازه اثر ۰/۵۰ و سطح آلفای ۰/۰۵ انتخاب شد. نمونه‌گیری به صورت در دسترس و از بین مادران کودکان دبستانی و پیش‌دبستانی مراجعه‌کننده به مرکز مشاوره آموزش و پرورش ناحیه یک کرمان انتخاب گردید. سپس با استفاده از جدول کوهن برای هر گروه ۱۵ نفر پیشنهاد شده است که با در نظر گرفتن احتمال افت در انتخاب اولیه ۲۰ نفر برای هر گروه در نظر گرفته شد.

## روش اجرای پژوهش

برنامه مداخله محتوی جلسات در این پژوهش با تأکید بر اصول نظری و فنون درمانی موجود در شیوه بازی درمانی مادر-کودک و افزودن برخی مطالب به محتوای آموزش به جهت متناسب سازی برنامه با گروه مخاطبین آن یعنی مادران کودکان مراکز مشاوره آموزش و پرورش بود. نظر به متناسب سازی برنامه مداخله CPRT جهت ارائه به مادران، مباحثی به برنامه بازی درمانی مادر-کودک (لنדרت و برتون، ۲۰۰۶) افزوده شده است. در کل مباحث افزوده در خصوص موضوعات مربوط به کیفیت و چگونگی رابطه مادر-کودک و مشکلات رفتاری منتج از آن در بروز نایمی دلبستگی کودکان، که همگی در سابقه آشنایی و مراقبت پژوهشگر از چنین کودکانی تجربه شده‌اند، هستند.

ساختار جلسات ده‌گانه بازی درمانی تعاملی مادر-کودک (CPRT) مناسب سازی شده برای آموزش به مادران هدف اصلی جلسه اول تقویت ارتباط اعضا با هم و با درمانگر، بیان قانون جلسات به شیوه‌ای ساده (رازداری، انجام تکالیف و ...) و کمک به ایجاد محیطی امن و مناسب برای مادران و تشویق آن‌ها به گفتگو درباره‌ی شیوه‌های رفتاری با فرزندان است. جلسه دوم: توصیف ویژگی‌های مادرانه: تقویت روابطی که شکل‌گیری دلبستگی اولیه کودک با مادرش را تقویت می‌کند. جلسه سوم بررسی ویژگی‌های بهترین مراقب از دیدگاه مادران و برجسته کردن آن‌ها. قوانین:

- ۱- به جای توجه به مشکل؛ به وضعیت ارتباط خود و کودک توجه نمایید: در رابطه دوسویه مادر و کودک، مادر سکان دار رابطه است و سرمایه گذاری این جلسات بر روی مادران است.
  - ۲- همه ما اشتباه می‌کنیم و آن چیزی که اهمیت دارد برخورد ما با اشتباه‌مان است.
  - ۳- رهبری نکنید، پیروی کنید.
  - ۴- به رفتار، افکار، احتیاجات و احساسات کودک پاسخ دهید، سؤال نکنید.
  - ۵- خودتان را آماده پذیرش همه جانبه مسئولیت کاری تان در قبال فرزند بدانید.
  - ۶- به او نگوئید: همیشه با تو موافقم-باید تو را خوشحال کنم-مشکلت را حل خواهم کرد
- جلسه چهارم: آموزش بازی به مادران برای انجام آن جهت رابطه و آموزش به کودکان
- جلسه پنجم: شیوه‌های برقراری ارتباط مادران با کودک در گروه بحث می‌شود، بررسی شیوه‌های ارتباطی و همراهی کودک هنگام تماشای تلویزیون، قصه خوانی و بازی. سبک‌های فرزند پروری والدین، نیز برای مادران مطرح و پس از آن با توجه به ابعاد آن و پاسخ-دهی، جدولی ترسیم می‌شود و از مربیان خواسته می‌شود تا سطور خالی آن را پر کنند و هر یک از شیوه‌ها را به اختصار توضیح دهند.
- جلسه ششم: آموزش به مادران در مورد اینکه: به کودکان یاد بدهند تا دیدشان را نسبت به خودشان تغییر دهند. کمک به کودکان تا احساسات، عواطف و افکارش را به مادر انتقال دهد.

جلسه هفتم: آموزش به مادران در مورد اینکه در جریان بازی: به کودکان یاد بدهند تا در خود احساس احترام به خود را ایجاد کنند.

به کودکان یاد بدهند احساس ارزشمندی و اعتماد به نفس را در خود تقویت کنند.  
 جلسه هشتم: در این جلسه مادران با مفاهیم اساسی، اصول کلی و اهداف جلسات بازی آشنا می‌شوند و علاوه بر اسباب بازی که مراقبان با خود آورده اند تعدادی از اسباب بازی‌های اضافه نیز در اختیار آن‌ها قرار می‌گیرد. در این جلسه مادران در مورد زمان مناسب و مکان مخصوص بازی تصمیم‌گیری می‌کنند.  
 قوانین:

- ۱- کودک کاملاً آزادانه انتخاب کند که در این زمان (۳۰ دقیقه) چگونه بازی کند.
  - ۲- کودک رهبری می‌کند و مراقب پیروی می‌کند بدون اینکه پیشنهادی دهد و یا اینکه سؤال کند.
  - ۳- مهمترین وظیفه مراقب آن است که نشان دهد احساسات، افکار و خواسته‌های کودک را درک می‌کند.
  - ۴- مراقب با انعکاس احساسات و افکار کودک به کودک مورد نظر نشان می‌دهد که او را درک می‌کند.
  - ۵- مراقب می‌کوشد به گونه‌ای شفاف و با ثبات قوانین زمان بازی را برای کودک شرح دهد مانند آن که بگوید: می‌توانی مدتی (یا ۳۰ دقیقه) بازی کنی، وسایل بازی را خراب نکن، به من در حین بازی آسیب نرسان.
- جلسه نهم: اجرای عملی بازی‌های آموخته شده به مادران بصورت عملی با کودک و اصلاح بازخوردهایی که مادران به کودک می‌دادند.

جلسه دهم: مرور کلی جلسات گذشته و رفع ابهامات پیش آمده

#### ابزار پژوهش

**پرسشنامه مهارت‌های اجتماعی کودکان:** پرسشنامه مهارت‌های اجتماعی کودکان فرم والدین توسط اوپرت (۲۰۱۰) ساخته شده و دارای ۵۶ سؤال است و سه مولفه کفایت و شایستگی، ارتباط با همسالان و مهارت‌های اجتماعی را اندازه‌گیری می‌کند. هر سؤال بصورت درست یا نادرست است که توسط والدین معمولاً مادر پاسخ داده می‌شود. حداکثر نمره در پرسشنامه ۵۶ است. در پژوهش تراسکات (۱۹۸۹) ضریب آلفا برای عدم کفایت اجتماعی (۰/۸۹)، عدم مهارت‌های اجتماعی (۰/۸۱) و ارتباط با همسالان (۰/۹۱) گزارش شده است. در پژوهش (تهرانی دوست، ۱۳۹۲) نتایج مقایسه مولفه‌ها، نمونه‌های بیش فعال، فلج مغزی، اختلال جسمانی سازی، عقب مانده را بخوبی متمایز کرده اند و روایی پرسشنامه را تأیید می‌کنند.

**پرسشنامه نظم جویی شناختی هیجانی (CERQ):** پرسشنامه‌ی نظم جویی شناختی هیجان، در سال ۱۹۹۹ توسط گرانفسکی، کریج و اسپین هاون طراحی شد. در بررسی ساختار عاملی و اعتباریابی این پرسشنامه توسط امین آبادی، دهقانی و خداپناهی (۱۳۹۰)، ۴ مؤلفه (مثبت اندیشی، سرزنش خود، کنار آمدن و سرزنش دیگران) در قالب ۲۶ سؤال مورد بررسی قرار گرفت. این پرسشنامه در گروه‌های بهنجار و بالینی از سن ۱۲ سال به بالا قابل اجرا است. پاسخ‌های این پرسشنامه در مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای (همیشه، اغلب اوقات، معمولاً، گاهی و هرگز) جمع‌آوری می‌گردد. نتایج تحقیق (حسنی، ۱۳۸۹) نشان داد که ۹ خرده مقیاس نسخه ی فارسی پرسشنامه ی نظم جویی شناختی هیجان (CERQ) همسانی درونی خوبی داشتند (دامنه ی آلفای کرونباخ ۰/۷۶ تا ۰/۹۲ بود). نمره های ماده و نمره های کلی خرده مقیاس‌های مطابق به صورت معنادار همبسته بودند ( $r = .46$  تا  $r = .75$ ) و ارزش ضرایب همبستگی بازآزمایی (۰/۷۷ تا ۰/۵۱) بیانگر ثبات مقیاس بود.

پس از اجرای پیش‌آزمون و هم‌تاسازی دوگروه، مادران گروه کنترل در جلسات ده‌گانه بازی درمانی تعاملی مادر-کودک شرکت نمودند. محتوی جلسات در این پژوهش با تأکید بر اصول نظری و فنون درمانی موجود در شیوه بازی درمانی مادر-کودک بود. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش‌های آمار توصیفی و استنباطی استفاده شد. آمار توصیفی شامل شاخص‌های توصیفی متغیرهای مورد بررسی در گروه نمونه میانگین و انحراف معیار می‌باشد. همچنین پس از بررسی مفروضه‌های آماری تحلیل کواریانس و نرمال بودن توزیع داده‌ها، از تحلیل کواریانس تک متغیره (آنکوا) و تحلیل کواریانس چندمتغیره (مانکوا) استفاده شد لازم به ذکر است که تجزیه و تحلیل داده‌ها با نرم افزار spss19- انجام گردید.

<sup>1</sup> Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (CERQ)

<sup>2</sup> Granefski, Kraaij & Spinhoven

اثربخشی درمان مبتنی بر رابطه والد-کودک (CPRT) روی مهارت‌های اجتماعی و تنظیم شناختی هیجان کودکان زیر ۱۲ سال مبتلا به اختلال نقص  
The effectiveness of parent-child relationship management (CPRT) on social skills and emotional regulation of children under

### یافته‌ها

جدول شماره ۱ شاخص‌های توصیفی میانگین و انحراف معیار نمرات پیش آزمون و پس آزمون در متغیرهای مورد بررسی دو گروه کنترل و آزمایش به همراه نتایج بررسی مفروضه‌های آماری را نشان می‌دهد. بر اساس نتیجه آزمون کولموگروف اسمیرنوف نیز نرمال بودن توزیع نمرات در پیش آزمون و پس آزمون تأیید می‌شود.

جدول شماره ۱ شاخص‌های توصیفی میانگین و انحراف معیار نمرات پیش آزمون و پس آزمون در متغیرها به همراه نتایج

متغیر	گروه‌ها	متغیرها	میانگین	انحراف معیار	نرمال بودن		همگنی شیب رگرسیون		همگنی واریانس‌ها	
					P values	Z.KS	P values	F	P values	F
مهارت‌های اجتماعی	آزمایش	پیش آزمون	۳۵/۵	۲/۵	۰/۸۴	۰/۲۴	۲/۲۵	۰/۲۱	۰/۹۶	۰/۳۷
		پس آزمون	۳۷/۷	۱/۷	۰/۶۶	۰/۳۱				
	کنترل	پیش آزمون	۳۵/۱۲	۲/۹	۰/۹۵	۰/۱۶				
		پس آزمون	۳۵/۷۸	۲/۸	۰/۶۹	۰/۲۵				
کفایت اجتماعی	آزمایش	پیش آزمون	۱۲/۰۷	۲/۸	۰/۹۴	۰/۱۷	۰/۹۲	۰/۳۵	۰/۵۹	۰/۵۲
		پس آزمون	۱۶/۴۷	۲/۴	۱/۱۱	۰/۱۲				
	کنترل	پیش آزمون	۱۳/۱۰	۲/۶	۰/۹۲	۰/۱۸				
		پس آزمون	۱۲/۷۷	۲/۱۲	۰/۸۵	۰/۲۱				
ارتباط با همسالان	آزمایش	پیش آزمون	۲۲/۹۴	۳/۴۸	۰/۸۲	۰/۲۴	۰/۸۶	۰/۲۵	۰/۶۸	۰/۴۷
		پس آزمون	۱۶/۶۶	۲/۶۱	۰/۵۸	۰/۲۹				
	کنترل	پیش آزمون	۲۰/۷۴	۲/۴۵	۰/۸۹	۰/۱۸				
		پس آزمون	۲۱/۶۳	۳/۱۲	۰/۴۳	۰/۳۴				
تنظیم شناختی هیجان	آزمایش	پیش آزمون	۱۲۴/۰۴	۶/۸۴	۰/۹۷	۰/۱۶	۰/۹۰	۰/۱۷	۰/۹۷	۰/۳۷
		پس آزمون	۱۱۴/۶۲	۵/۵۲	۱/۰۲	۰/۱۳				
	کنترل	پیش آزمون	۱۲۲/۹۷	۶/۸۵	۰/۱۴	۰/۸۲				
		پس آزمون	۱۲۱/۰۷	۷/۱۹	۰/۲۷	۰/۶۲				

نتایج بدست آمده بر اساس شاخص های کلی نشان می دهد که بین گروه های مداخله و مقایسه از لحاظ حداقل یکی از متغیرهای وابسته تفاوت معنی داری وجود دارد. جهت بررسی اثر مداخله، تحلیل کوواریانس چند متغیره روی نمرات پس آزمون با مقایسه پیش آزمون ها انجام گرفت..

جدول ۲ خلاصه نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری برای مقایسه میانگین پس آزمون متغیرهای وابسته

اثر	آزمون	ارزش	F	df فرضیه	df خطا	سطح معناداری
گروه	اثر پیلایی	۰/۹۱	۸۰/۲۰	۲	۲۵	۰/۰۱
	لمبدای ویلکز	۰/۰۸	۸۰/۲۰	۲	۲۵	۰/۰۱
	اثر هتلینگ	۱۰/۴۶	۸۰/۲۰	۲	۲۵	۰/۰۱
	بزرگترین ریشه روی	۱۰/۴۶	۸۰/۲۰	۲	۲۵	۰/۰۱

مندرجات جدول ۲ نشان می دهد که بین گروه های مداخله و مقایسه از لحاظ حداقل یکی از متغیرهای وابسته (مهارتهای اجتماعی، تنظیم شناختی هیجان) تفاوت معنی داری وجود دارد. برای بررسی نقطه تفاوت، تحلیل کوواریانس های در متن مانکوا روی متغیرهای وابسته انجام شد. نتایج این تحلیل در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول ۳ خلاصه نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری برای مقایسه میانگین پس آزمون متغیرهای وابسته

اثر	متغیر وابسته	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	سطح معناداری	اندازه اثر
گروه	مهارت های اجتماعی	۲۵۲۷/۰۵	۱	۲۵۲۷/۰۵	۱۰/۵۵	۰/۰۱	۰/۳۷
	تنظیم هیجان	۱۴۲۲/۳۴	۱	۱۴۲۲/۳۴	۷/۴۲	۰/۰۱	۰/۲۲

نتایج بدست آمده در جدول ۳ نشان می دهند که تحلیل کوواریانس در مهارتهای اجتماعی ( $F=10/55$  و  $P=0/01$ ) و تنظیم شناختی هیجان ( $F=7/42$  و  $P=0/01$ ) معنادار می باشد. با توجه به نتیجه بدست آمده می توان گفت که در گروه مداخله تغییر معنی داری در بهبود مهارتهای اجتماعی و تنظیم شناختی هیجان در پس آزمون نسبت به گروه مقایسه تحت تأثیر مداخله بوجود آمده است.

## بحث و نتیجه گیری

با توجه به نتایج بدست آمده می توان گفت که درمان مبتنی بر رابطه والد-کودک بر نظم جویی شناختی هیجان و مهارتهای اجتماعی کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه و بیش فعالی زیر ۱۲ سال موثر است.

این نتیجه با نتایج پژوهش موسوی و همکاران (۱۳۹۵) در تحقیقی که به بررسی اثربخشی برنامه گروهی مداخلات مبتنی بر رابطه والد - کودک بر فرزند پروری مادران دارای کودک ۸-۱۱ ساله مبتلا به اختلال بیش فعالی - کمبود توجه پرداخته بود و منجر به بهبود فرزند پروری کلی این مادران می شود همخوانی دارد. همچنین با نتایج تهرانی دوست و همکاران (۱۳۹۰) که به بررسی تاثیر بهبود رابطه والدین در سازگاری کودکان انجام گرفته بود یک سو می باشد و با نتایج پژوهش های ارجمندی و همکاران (۱۳۹۴) که به بررسی تاثیر بازی درمانی در بهبود علائم پرخاشگری و بیش فعالی پرداخته بودند، نیز همخوانی دارد. همچنین تویسرکانی و انارکی (۱۳۹۴) نیز در پژوهش های خود نتیجه گرفتند که مداخلات مبتنی بر خانواده در کاهش علائم بیش فعالی کودکان موثر است در خارج از کشور نیز با وجود تفاوت در بافت فرهنگی و ساختار اقلیمی نتایج این پژوهش با نتایج پژوهش های براتون، ری، و جونز (۲۰۱۰) که به بررسی نقش بازی درمانی مبتنی بر بهبود رابطه والد-کودک پرداخته بودند، همخوانی دارد. گارزا و براتون (۲۰۱۲) نتایج مشابهی در پژوهش های

اثربخشی درمان مبتنی بر رابطه والد-کودک (CPRT) روی مهارتهای اجتماعی و تنظیم شناختی هیجان کودکان زیر ۱۲ سال مبتلا به اختلال نقص  
The effectiveness of parent-child relationship management (CPRT) on social skills and emotional regulation of children under

خود بدست آوردند. والاس و می شینا (۲۰۱۴) نیز نشان دادند که درمان اختلالات رفتاری در کودکان و نوجوانان همانند درمان اختلالات رفتاری در بزرگسالان پیشرفت های چشم گیری دارد.

در زمینه اختلالات درونی سازی نیز تأثیر درمان متمرکز بر رابطه والد - کودک روی اضطراب جدایی، افسردگی کاسلو و تامپسون (۲۰۰۹) و اختلالات درونی سازی در مدرسه گارزا و براتون (۲۰۰۹) مورد بررسی قرار گرفته است و در زمینه اختلالات برونی سازی نیز تأثیر بازی درمانی در کاهش رفتارهای اغتشاش آمیز در مدرسه، مشکلات سازشی، مشکلات رفتاری و هیجانی و پرخاشگری. در این رویکرد با توجه به اینکه تأکید روی رابطه والد یا مراقب با کودک به تغییر ادراک کودک در مورد والدین و رابطه والد - کودک منجر می شود. در این رویکرد علاوه بر استفاده از والدین به عنوان جانشین درمانگر، سبب قدرت بخشیدن به والدین و کاهش احساس گناه و ناامیدی در آنها می شود و همکاری و تعامل درمانی بیشتری به همراه خواهد آورد. تمرکز درمان مبتنی بر رابطه والد- کودک، بر بهبود رابطه والد-کودک، خود درونی کودک و توانایی های بالقوه او برای شدن است و عمده اهداف برای والدین درک و پذیرش جهان عاطفی کودک، کسب نگرشی واقع بینانه و صبورانه نسبت به خود در ارتباط با کودک و افزایش بینش و آگاهی والدین نسبت به خود در ارتباط با کودک، یادگیری مهارتهای بازی درمانی کودک محور و درک متقابل برای کودک و نهایتاً کمک به والدین جهت لذت بردن از ایفای نقش والدینی است.

همچنین با توجه به نتایج میتوان گفت که آموزش رفتاری به مادران در کاهش بیش فعالی و تکانشگری کودکان مؤثر بوده استگارزا و براتون (۲۰۰۵). اسکات و همکاران در سال ۲۰۱۲ نیز در پژوهش های مشابهی تأیید کردند که آموزش به مادران در جهت بهبود ارتباط خود با کودکان می تواند در بهبود سازگاری کودکان مؤثر باشد. پژوهش های پیشین رابطه بین رفتارهای والدین کودکان با اختلال نارسایی توجه/بیش فعالی با مشکلات رفتاری کودکان را به اثبات رسانده اند و چنین بیان داشته اند که مشکلات رفتاری کودکان بستگی بسیار زیادی با رفتار والدین داشته است و چنین بیان شده است که سبک های انضباطی نامنظم والدین، مشکلات رفتاری، رفتارهای آزارشی و مشکلات کنترل خشم و پرخاشگری را کودکانشان پیش بینی می کرده است (هاوت چارلیرو سلمنت، ۲۰۰۹). تحقیقات دیگری نیز نشان داد که والدین کودکان با اختلال نارسایی توجه/بیش فعالی و والدین کودکان مبتلا به مشکلات برون ریزانه و بیش فعال به صورت کلی غالباً در کنترل رفتار کودک با مشکل مواجه هستند و اغلب از لحاظ سبک های تربیتی خود بیش از حد دستوری و منفی عمل میکنند که همین امر باعث عدم کارایی روش هایی میشود که آنها برای کنترل رفتار کودک خود به کار میگیرند که این امر میتواند با ارائه آموزش های لازم مورد بازبینی و تصحیح قرار گیرد (فابیانو<sup>۴</sup> و همکاران، ۲۰۰۸) همچنین پژوهش های استورات<sup>۵</sup> و همکاران در سال ۲۰۰۲ نشان داد که سبک های تربیتی و طرز برخورد والدین با کودکانشان به عنوان یک پیش بینی کننده بسیار مهم برای رفتارهای قانون شکنانه در کودکان محسوب میشود لذا، ترمیم مشکلات کودکان توسط کسی که خود، درون چرخه نگرانی ها قرار دارد می تواند به نحوی این سیکل معیوب را دچار نوسان و آسیب کند. از آنجا که درمان مورد استفاده در این روش بر بازی که زبان ذاتی و طبیعی ارتباط کودک با جهان پیرامون است تأکید دارد، می تواند بسیاری از مشکلات اجتماعی و هیجانی کودکان، از جمله بی اعتمادی، حرمت خود پایین، پرخاشگری، رفتار تکانشی، گوشه گیری و فقدان توجه را، کاهش دهد (کیدرون و لندرت<sup>۶</sup>، ۲۰۱۰). بررسی ادبیات پژوهش نشان می دهد در میان روش های درمانگری در کودکان درمان های متمرکز بر رابطه والد- کودک یکی از شاخص ترین و پر کاربرد ترین روش ها است که روانشناسان و پژوهشگران متعددی طی چندین دهه از این روش برای درمان طیف وسیعی از اختلال ها و مشکلات بهره جسته اند و اثربخشی آن را به اثبات رسیده است. در پژوهش ها متعدد ارزش این رویکرد درمانی در کاهش ترس ها، مشکلات اضطرابی و تنبیدگی کودکان بستری در بیمارستان، ناتوانی های یادگیری، مشکلات ناشی از آزارهای جنسی و بسیاری از اختلالات دیگر را تأیید شده است.

مانند هر پژوهشی، پژوهش حاضر نیز محدودیت های خاص خود را دارد. از جمله اینکه پژوهش حاضر روی مادران دارای کودک بیش فعال انجام شده است و نتایج آن صرفاً به جامعه آماری پژوهش حاضر قابلیت تعمیم پذیری را دارند. و نیز در آموزش داده شده به

<sup>1</sup> Garza, bratoun

<sup>2</sup> Scott

<sup>3</sup> Hauth-Charlier, S., & Clement

<sup>4</sup> Fabiano

<sup>5</sup> Stewart

<sup>6</sup> Kidron, M., & Landreth

مراقبان نقش مادر بیشتر در نظر گرفته شده و مراقب بیشتر در نقش مادر و واکنش های مادرانه عمل کرده است و اثربخشی باید صرفا با این پیش فرض که جانشینی برای رفتار مادر بوده است؛ در نظر گرفته شود. همچنین در جامعه آماری مورد بررسی؛ دسترسی به مراقبان و کودکان برای اجرای پژوهش محدودیت وجود دارد و پائین بودن حجم نمونه بدلیل کم بودن کودکان در جامعه آمای؛ امکان مقایسه انواع فرعی اختلالات درونی سازی و برونی سازی را نداد.

در پایان بر اساس نتایج بدست آمده از پژوهش حاضر می توان گفت با آموزش مهارتهای مبتنی بر رابطه والد- کودک به مادران می توان به افزایش مهارت های اجتماعی کودکان کمک کرد. از این رو پیشنهاد می گردد در کنار مداخله های روانشناختی و دارو درمانی روی کودکان بیش فعال؛ در زمینه بهبود رابطه مادر- کودک نیز به والدین آنها آموزش لازم داده شود.

## منابع

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)*. American Psychiatric Pub.
- Akhavan Karbasi, S., Golestan, M., Fallah, R., & Sadr Bafghi, M. (2008). Prevalence of attention deficit hyperactivity disorder in 6 year olds of Yazd city. *SSU\_Journals*, 15(4), 29-34.
- Arjmandi, S., & Sayehmiri, K. (2015). Prevalence of attention deficit hyperactivity disorder among primary school children according to teachers and parents' report: Systematic review and meta-analysis study. *Journal of Fundamentals of Mental Health*, 17(5), 213-221.
- Bratton, S. C., & Ray, D. (2002). Humanistic play therapy.
- Bor, W., Sanders, M. R., & Markie-Dadds, C. (2002). The effects of the Triple P-Positive Parenting Program on preschool children with co-occurring disruptive behavior and attentional/hyperactive difficulties. *Journal of abnormal child psychology*, 30(6), 571-587.
- Bratton, S. C. (2004). *Adapting filial therapy for families who have a child with a life-threatening illness* (Doctoral dissertation, University of North Texas)
- Bratton, S. C., Ray, D., Rhine, T., & Jones, L. (2005). The efficacy of play therapy with children: A meta-analytic review of treatment outcomes. *Professional Psychology: Research and Practice*, 36(4), 376.
- Bratton, S., Ray, D., & Moffit, K. (1998). Filial/family play therapy: An intervention for custodial grandparents and their grandchildren. *Educational Gerontology: An International Quarterly*, 24(4), 391-406.
- Brestan, E. V., & Eyberg, S. M. (1998). Effective psychosocial treatments of conduct-disordered children and adolescents: 29 years, 82 studies, and 5,272 kids. *Journal of clinical child psychology*, 27(2), 180-189.
- Clatworthy, S. (1981). Therapeutic play: effects on hospitalized children. *Children's health care: journal of the Association for the Care of Children's Health*, 9(4), 108-113
- De Boo, G. M., & Prins, P. J. (2007). Social incompetence in children with ADHD: Possible moderators and mediators in social-skills training. *Clinical Psychology Review*, 27(1), 78-97.
- Dean, C., Myers, K., & Evans, E. (2003). Community-wide implementation of a parenting program: the South East Sydney Positive Parenting Project. *Australian e-Journal for the Advancement of Mental Health*, 2(3), 179-190.
- Evans, S. W., Owens, J. S., & Bunford, N. (2014). Evidence-based psychosocial treatments for children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 43(4), 527-551.
- Fabiano, G. A., Pelham Jr, W. E., Coles, E. K., Gnagy, E. M., Chronis-Tuscano, A., & O'Connor, B. C. (2009). A meta-analysis of behavioral treatments for attention-deficit/hyperactivity disorder. *Clinical psychology review*, 29(2), 129-140.
- Garnefski, N., & Kraaij, V. (2006). Relationships between cognitive emotion regulation strategies and depressive symptoms: A comparative study of five specific samples. *Personality and Individual Differences*, 40(8), 1659-1669.
- Gardner, D. M., & Gerdes, A. C. (2015). A review of peer relationships and friendships in youth with ADHD. *Journal of attention disorders*, 19(10), 844-855.
- Garza, Y., Kinsworthy, S., & Watts, R. E. (2009). Child-parent relationship training as experienced by Hispanic parents: A phenomenological study. *International Journal of Play Therapy*, 18(4), 217.
- Gallagher, N. (2003). Effects of parent-child interaction therapy on young children with disruptive behavior disorders. *Bridges*, 1(4), 1-17.
- Harris, Z. L., & Landreth, G. L. (1997). Filial therapy with incarcerated mothers: A five week model. *International Journal of Play Therapy*, 6(2), 53.
- Hauth-Charlier, S., & Clement, C. (2009). Behavioral parent training programs for parents of children with ADHD: Practical considerations and clinical implications. *Pratiques Psychologiques*, 15(4), 457-472.
- Hansen, S., Meissler, K., & Owens, R. (2000). Kids together: A group play therapy model for children with ADHD symptomatology. *Journal of child and adolescent group therapy*, 10(4), 191-211.
- Hoza, B. (2007). Peer functioning in children with ADHD. *Journal of pediatric psychology*, 32(6), 655-663.
- Joiner, K. D., & Landreth, G. L. (2005). Play therapy instruction: A model based on objectives developed by the Delphi technique. *International Journal of Play Therapy*, 14(2), 49.

اثربخشی درمان مبتنی بر رابطه والد-کودک (CPRT) روی مهارتهای اجتماعی و تنظیم شناختی هیجان کودکان زیر ۱۲ سال مبتلا به اختلال نقص  
The effectiveness of parent-child relationship management (CPRT) on social skills and emotional regulation of children under

- Kaslow, N. J., & Thompson, M. P. (1998). Applying the criteria for empirically supported treatments to studies of psychosocial interventions for child and adolescent depression. *Journal of Clinical Child Psychology*, 27(2), 146-155
- Kaplan, H. I., & Shaddock, B. J. (2005). *Comprehensive text book of psychiatry*, (8th ed.). Baltimore: William & Wilkins.
- Kaduson, H. G., & Finnerty, K. (1995). Self-control game interventions for attention-deficit hyperactivity disorder. *International Journal of Play Therapy*, 4(2), 15.
- Kao, S. C., & Landreth, G. L. (1997). Evaluating the impact of child-centered play therapy training. *International Journal of Play Therapy*, 6(2), 1.
- khoushabi, k., Shah shojaei, sh., Hemati Alamdar, Q, Dashiri,gh.,. (2007) "Assessment of the prevalence of behavioral disorders In elementary school students Ilam province "Quarterly Rehabilitation, 8 (29), 34-28.
- Kidron, M., & Landreth, G. (2010). Intensive child parent relationship therapy with Israeli parents in Israel. *International Journal of Play Therapy*, 19(2), 64
- Kroes, M., Kessels, A. G., Kalf, A. C., Feron, F. J., Vissers, Y. L., Jolles, J., & Vles, J. S. (2002). Quality of movement as predictor of ADHD: results from a prospective population study in 5-and 6-year-old children. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 44(11), 753-760.
- Landreth, G. L., Bratton, S. C., Kellam, T., & Blackard, S. (2006). *Child Parent Relationship Therapy (CPRT) Treatment Manual: A 10-Session Filial Therapy Model for Training Parents*. Routledge.
- Lee, M. K., & Landreth, G. L. (2003). Filial therapy with immigrant Korean parents in the United States. *International Journal of Play Therapy*, 12(2), 67.
- Mousavi, R., Jamal, i A., Nejati, A, Sharifi, A. (2016).The Effectiveness of group interventions based on parent-child relationship on mothers parenting children with ADHD..*Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal*, 5 (2) ,115-146.
- Mostafavi, S. (1388). The Effect of Parent-Child-Based Therapeutic Play Therapy Training (in accordance with the Landrace Pattern) to mothers on reducing behavioral problems in children and parents' stress. Matser Thesis. Shahed University
- Peyman Nia, B., PourSharifi, H., Mahmoud Alilo, M. (2013), Determining the Effectiveness of Parent-Child Relationship Based Group Therapy (CPRT) on Improvement of Conduct Disorder Symptoms in Primary School Children in Ahvaz. *Psychological achievements*. 20 (2), 141-160
- Ray, D. (2004). Supervision of basic and advanced skills in play therapy. *Journal of Professional Counseling, Practice, Theory, & Research*, 32(2), 28.
- Rennie, R., & Landreth, G. (2000). Effects of filial therapy on parent and child behaviors. *International Journal of Play Therapy*, 9(2), 19.
- Riley, B. P., Kendler, K. S., Sadock, B. J., & Sadock, V. A. (2005). *Comprehensive textbook of psychiatry*.
- Sadock, B. J., & Kaplan, H. I. (2000). *Kaplan & [and] Sadock's comprehensive textbook of psychiatry on CD-ROM*. Lippincott Williams & Wilkins: Folio Infobase
- Scott, T. A., Burlingame, G., Starling, M., Porter, C., & Lilly, J. P. (2003). Effects of individual client-centered play therapy on sexually abused children's mood, self-concept, and social competence. *International Journal of Play Therapy*, 12(1), 7.
- Spark, C. V. (2010). Filial therapy with adolescent parents: the effect on parental empathy, acceptance and stress. Doctoral dissertation. Liberty university
- Stewart, A., Waterson, E., & Dennison, S. (2002). *Pathways from child maltreatment to juvenile offending* (Vol. 241). Canberra: Australian Institute of Criminology.
- Stover, L., Guerny Jr, B. G., & O'connell, M. (1971). Measurements of acceptance, allowing self-direction, involvement and empathy in adult-child interaction. *The Journal of psychology*, 77(2), 261-269.
- Stergiakouli, E., Hamshere, M., Holmans, P., Langley, K., Zaharieva, I., deCODE Genetics, ... & Williams, N. (2012). Investigating the contribution of common genetic variants to the risk and pathogenesis of ADHD. *American Journal of Psychiatry*, 169(2), 186-194.
- Tuiserkani, H. (1394). The Effectiveness of Therapeutic Game in Behavioral Social Skills on Reducing Symptoms of Conduct Disorder in Elementary School Girls aged 10 and 11. *Developmental Psychology*.4(1), 12-24.
- Tehrani doost, M.(1392). The Effect of Training Educational Program on Mothers on Reducing Behavioral Problems in Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Journal of Knowledge and Research in Applied Psychology*. 17 (1), 65-78.
- Valas,R.L., Mishina, H.(2014). A comparison study of the effectiveness of individual and group play therapy in treating kindergarten children with adjustment problems. Doctoral dissertation,university of North Texas.3(1).45-57.
- Walker, F. (2002). Filial therapy with parents court referred child malterafment, *Doctoral Dissertation Virginia Polytechnic Institute and State University*.
- Watson, D. L. (2007). *An early intervention approach for students displaying negative externalizing behaviors associated with childhood depression: A study of the efficacy of play therapy in the school*. Capella University.