

Comparison of the Effectiveness of Filial Therapy and Barkley's Parent Training Program in Reducing the Symptoms of Anxiety and ADHD in Children

Ahmad Reza Abedy, Ph.D.¹,
Azam Seyyedghaleh, M.A.²,
Mansoureh Bahramipour, Ph.D.³

Received: 01.28.2017

Revised: 09.07.2017

Accepted: 11.17.2017

مقایسه اثربخشی فیلالی تراپی و روش والدگری بارکلی بر کاهش اضطراب و علائم نقص توجه/بیش‌فعالی کودکان

دکتر احمدرضا عابدی^۱، اعظم سیدقلعه^۲،
دکتر منصوره بهرامی‌پور^۳

تجدیدنظر: ۱۳۹۶/۴/۲۶

تاریخ دریافت: ۱۳۹۵/۱۱/۹

پذیرش نهایی: ۱۳۹۶/۸/۲۶

Abstract

Objective: This study aimed to compare the effectiveness of filial therapy and Barkley's Parent Training Program in reducing symptoms of anxiety and attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in children aging 7-12 years. **Method:** This was a quasi-experimental study with a control group. The statistical population consisted of all mothers of 7-12-year-old children with ADHD who lived in District 4 of Isfahan, Iran. From among them, 45 were chosen after interviews and randomly divided into 3 groups (15 each). Research instruments included Savary's ADHD questionnaire and Reynolds and Richmond's Revised Children's Manifest Anxiety Scale. Data were analyzed by multivariate analysis of variance (MANOVA). **Results:** Results showed that both methods were effective in reducing the symptoms of anxiety and ADHD in children, but no significant difference was observed between the two, as also confirmed by paired comparisons. **Conclusion:** Filial therapy and Barkley's Parent Training Program can be used as complementary treatment for anxiety and ADHD.

Keywords: Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD), Anxiety, Filial therapy, Barkley's Parent Training Program.

1. Assistant Professor, Department of Psychology, Isfahan University, Isfahan, Iran.

2. **Corresponding Author:** M.A. student in General Psychology, Islamic Azad University of Khorasgan, Isfahan, Iran. (E-mail: azam.S6262@gmail.com).

3. Assistant Professor, Department of Psychology, Islamic Azad University of Khorasgan, Isfahan, Iran.

چکیده

هدف: پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی فیلالی تراپی با شیوه والدگری بارکلی بر کاهش اضطراب و علائم نقص توجه/بیش‌فعالی کودکان ۷ تا ۱۲ سال صورت گرفته است. **روش:** روش پژوهش نیمه‌آزمایشی با استفاده از گروه آزمایش و گواه است. جامعه آماری این پژوهش را کلیه مادران کودکان ۷ تا ۱۲ سال دارای اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی ساکن در منطقه ۴ اصفهان تشکیل دادند که از بین آنها پس از مصاحبه تشخیصی تعداد ۴۵ نفر انتخاب شدند و به‌صورت تصادفی در ۳ گروه (هر گروه ۱۵ نفر) قرار گرفتند. ابزار پژوهش شامل پرسش‌نامه علائم نقص توجه/بیش‌فعالی سواری (۱۳۹۱) و مقیاس تجدید نظر شده اضطراب آشکار رینولدز و ریچموند (۱۹۸۷) بود. **یافته‌ها:** نتایج با استفاده از روش تحلیل واریانس کوواریانس مورد تحلیل قرار گرفت. یافته‌های به‌دست آمده نشان داد دو روش درمانی فیلالی تراپی و شیوه والدگری بارکلی بر علائم نقص توجه/بیش‌فعالی و نیز اضطراب کودکان مؤثر است، ولی بین اثربخشی دو روش درمانی تفاوت معنی‌داری مشاهده نشد. نتایج مقایسه زوجی نیز نشان داد که فیلالی تراپی و روش والدگری بارکلی بر علائم نقص توجه/بیش‌فعالی و اضطراب مؤثر بوده‌اند؛ ولی بین دو روش تفاوت معنی‌داری وجود نداشت. **نتیجه‌گیری:** می‌توان از فیلالی تراپی و روش والدگری بارکلی به‌عنوان درمان مکمل برای رفع اضطراب و علائم نقص توجه/بیش‌فعالی استفاده کرد.

واژگان کلیدی: اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی، اضطراب، فیلالی تراپی، شیوه والدگری بارکلی.

۱. استادیار گروه روان‌شناسی دانشگاه اصفهان، ایران.

۲. نویسنده مسئول: دانشجوی کارشناسی ارشد گروه روان‌شناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان، اصفهان، ایران.

۳. استادیار گروه روان‌شناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان اصفهان، ایران.

مقدمه

اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی^۱ یک اختلال روانی شایع و مزمن در دوران کودکی است که توانایی‌های کودک در حفظ توجه و بازداری‌های رفتاری متناسب با سن وی را در موقعیت‌های شناختی- رفتاری مختل می‌کند (علیزاده، ۱۳۸۸). افراد مبتلا به این اختلال ممکن است توانایی توجه دقیق به جزئیات را نداشته باشند یا در انجام تکالیف مدرسه، کار یا سایر فعالیت‌ها از روی بی‌احتیاطی مرتکب اشتباه شوند. اغلب، در انجام فعالیت‌ها بی‌نظمی وجود دارد و وظایف با بی‌دقتی و بدون تفکر کافی انجام می‌شوند. حفظ توجه در بازی و تکالیف برای این افراد غالباً دشوار است و به‌سختی می‌توانند برای به پایان رساندن تکالیف، توجه خود را متمرکز کنند (ابیکاف و همکاران، ۲۰۰۹).

از سوی دیگر، پژوهش‌ها نشان داده است این اختلال با سایر اختلالات روان‌شناختی از جمله اختلالات اضطرابی دارای هم‌پندگی^۲ است؛ به‌طوری که این هم‌پندگی از اوایل سال‌های ۱۹۸۰ مورد توجه جدی قرار گرفت و نتایج نشان داد که اختلالات اضطرابی جزو شایع‌ترین اختلال‌های همراه با اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی قلمداد می‌شوند (حبرانی، علاقبندراد و محمدی، ۱۳۸۲). فراتر رفتن احساس اضطراب از حد آستانه‌ای، تأثیر ویرانگری بر جای می‌گذارد. به‌نحوی که به بازداری عقلی می‌انجامد و با کاهش کم‌وبیش مهم بازده عقلی در آزمون‌های هوش همراه بوده، فرایند تمرکز و قدرت حافظه را دچار اختلال می‌کند و در برخی موارد به شکست تحصیلی منجر می‌شود؛ تا آنجایی که برخی مؤلفان، رفتارهای مرضی را به‌عنوان راه‌حلی دانسته‌اند که کودک در مقابل اضطراب به کار می‌گیرد (دادستان، جان بزرگی و نوری، ۱۳۸۰).

بر این اساس، بر اهمیت و ضرورت تشخیص و دخالت زودهنگام در کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی تأکید زیادی شده است (جانسون و

ماش، ۲۰۰۱). در امر مداخلات درمانی، کار کنترل، با شروع درمان دارویی آغاز می‌گردد. درمان دارویی این اختلال شامل محرک‌های سیستم اعصاب مرکزی است. داروها در اکثر بیماران، بیش‌فعالی، حواس‌پرتی، رفتارهای آنی و انفجاری را کم می‌کنند (سادوک و سادوک، ۱۳۹۰). با این حال، اگرچه داروهای محرک منافع کوتاه‌مدت ایجاد می‌کند، ولی در درازمدت فایده‌ای ندارد و اکثر مطالعات طولی نتایج امیدوارکننده‌ای به‌دست نیآورده‌اند (بیدرمن و فرائون، ۲۰۰۲). بر این اساس، در دو دهه اخیر، با توجه به فقدان شواهد تجربی کافی مبنی اثربخشی پایدار درمان‌های دارویی و عوارض جانبی داروهای محرک دستگاه اعصاب مرکزی، تلاش‌های پژوهشی گسترده‌ای که ناظر بر درمان‌های روان‌شناختی است، صورت گرفته است (سونگوا-بارک، دالی و تامپسون، ۲۰۰۲).

از آنجایی که رابطه متقابل والدین و کودک، خط اول درمانی در بسیاری از اختلال‌های کودکان محسوب می‌شود، پرداختن به درمان‌های رفتاری مبتنی بر اصلاح روابط والدین و فرزندان در اختلال کمبود توجه/بیش‌فعالی نیز ضروری به نظر می‌آید (بارکلی، ۲۰۰۶). بارکلی (۲۰۰۶) معتقد است آموزش والدین موجب افزایش شناخت آنان از ماهیت اختلال شده، اعتماد به نفسشان را در خصوص نقش فرزندپروری بالا خواهد برد و نیز به آنها کمک می‌کند تا رفتارهای نامناسب فرزند خود را کنترل کنند و کاهش دهند و در تربیت آنها احساس موفقیت بیشتری داشته باشند. از سوی دیگر، از آنجا که برقراری رابطه درمانی عنصر مهمی در درمان کودک به حساب می‌آید، رابطه عاطفی موجود میان والد و کودک در فرایند درمان امری تأثیرگذار به حساب می‌آید و با آموزش مهارت‌های درمانی، والدین می‌توانند در حد درمانگر و شاید بیشتر از آن برای فرزندشان مؤثر باشند. (لندرت ۱۳۹۰)

یکی از روش‌های درمانی مبتنی بر روابط والد

کیفی که ری، اسکوتاکورب و نسی (۲۰۰۷) در زمینه اثربخشی فیلپال تراپی بر علائم آشکار اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی انجام دادند نشان داد این درمان خصوصیات احساسی و اضطراب آنان را کاهش داده است. نتایج پژوهش ادوارز، لندر و وایل (۲۰۰۷) نیز نشان داد فیلپال تراپی رفتارهایی نظیر پرخاشگری، افسردگی، اضطراب و ترس را در کودکان کاهش می‌دهد.

بر اساس آنچه اشاره شد، با توجه به اهمیت و پیامدهای اضطراب و علائم نقص توجه/بیش‌فعالی در کودکان دارای این مشکل، ضرورت انجام مداخلاتی کارا بدیهی به نظر می‌رسد. به نظر می‌رسد فیلپال تراپی با تأکیدی که بر دخالت دادن کودک در فرایند درمان داشته باشد و نیز از آن جهت که هم‌راستا با زبان و دنیای کودک است در درمان علائم بیش‌فعالی و اضطراب موثرتر از روش والدگری بارکلی باشد. با توجه به نبود پژوهش‌هایی که اثربخشی روش‌های درمانی مختلف در آن مورد مقایسه قرار گیرند پژوهش حاضر به دنبال مقایسه اثربخشی آموزش شیوه والدگری بارکلی و فیلپال تراپی بر اضطراب و علائم نقص توجه/بیش‌فعالی کودکان ۷ تا ۱۲ ساله است.

روش

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

جامعه آماری این پژوهش را کلیه والدین دانش‌آموزان ۷ تا ۱۲ سال ساکن در ناحیه ۴ آموزش و پرورش اصفهان تشکیل دادند که از آن بین سه مدرسه به صورت تصادفی انتخاب شد. لازم به ذکر است ابتدا با استفاده از مصاحبه از طریق معلمان، دانش‌آموزان مشکوک به داشتن اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی، شناسایی شدند و پس از مصاحبه بالینی با والدین بر اساس ملاک‌های پنجمین ویراست تشخیص اختلالات روانی^۶ (۲۰۱۲) در این زمینه غربالگری صورت گرفت و در نهایت افرادی که دارای اختلال تشخیص داده شدند، وارد فرایند درمان گردیدند. قبل از شروع

کودک روش والدگری بارکلی^۳ است. برنامه کنترل رفتار کودک که توسط بارکلی توصیف شده است، مبتنی بر نقص‌های این کودکان در بازداری رفتار^۴ است. بر این اساس، بارکلی، مداخله درمانی را مطرح نمود که در آن مشکلات اصلی کودکان دارای اختلال کمبود توجه/بیش‌فعالی به‌طور اختصاصی مورد توجه قرار می‌گیرد. نتایج پژوهش دولتیار و سعید (۲۰۱۵) و نیز جوادی، برجعلی و برجعلی (۱۳۹۲) در زمینه اثربخشی روش بارکلی بر مشکلات رفتاری کودکان بیش‌فعال نشان داده است این درمان می‌تواند تکانشگری، مشکلات یادگیری، رفتارهای مقابله‌ای و بیش‌فعالی را کاهش دهد. نتایج پژوهش رینو و مک‌گراس (۲۰۱۰)، دانفورث، هاروی، آلاسزیک و مکی (۲۰۰۶) نیز نشان داد که روش بارکلی مشکلات برون‌سازی شده و رفتارهای پرخاشگرانه کودکان بیش‌فعال را کاهش می‌دهد.

یکی دیگر از روش‌های درمانی، فیلپال تراپی^۵ یا بازی درمانی مبتنی بر روابط والد-کودک است. بازی درمانی به‌طور مستقیم و غیرمستقیم، خودانگیختگی را تشویق می‌کند (والکر، ۲۰۰۲). یک ویژگی مهم بازی آن است که در بازی دیگر صحبت از ارزشیابی و قضاوتی که بزرگترها به عمل می‌آورند به میان نمی‌آید و کودک نگران نیست که خطا یا اشتباهی را مرتکب شود (مرشد، داوودی و بابامیری، ۱۳۹۴). فیلپال تراپی به دلیل تمرکز بر کودک می‌تواند روشی مناسب برای برقراری ارتباط با کودک در نظر گرفته شود. لندرث و براتون (۱۳۹۴) مدل کوتاه مدت خود را که یک مدل ۱۰ جلسه‌ای است ارائه کردند. هدف این مدل آموزش به والدین و یا به افرادی است که از کودک مراقبت می‌کنند. این مدل به محکم کردن ارتباط بین کودک و والد منجر می‌شود (لندرث و براتون، ۲۰۰۶). در این مدل، کودک احساس توانمند بودن، اهمیت داشتن و مورد پذیرش واقع شدن را تجربه و احساس بهتری نسبت به خود پیدا می‌کند (واکر، ۲۰۰۲). نتایج یک پژوهش

۰/۲۹۵ برآورد گردید که در سطح $p \leq /0.03$ معنی‌دار است که این امر نشان از روایی نسبتاً خوب پرسش‌نامه تحلیل عاملی شده دارد.

مقیاس تجدید نظر شده اضطراب آشکار کودکان^۷:

این مقیاس توسط رینولدز و ریچموند (۱۹۸۷) برای تشخیص و ارزیابی علائم اضطراب عمومی در کودکان و نوجوانان ۶ تا ۱۹ ساله طراحی شده است. این پرسش‌نامه ۳۷ گویه دارد که ۲۸ گویه آن اضطراب را می‌سنجد و ۹ گویه دیگر مقیاس دروغ‌سنج را تشکیل می‌دهند (تقوی و علیشاهی، ۱۳۸۲). این مقیاس، زیرمقیاس‌های اضطراب فیزیولوژیک، نگرانی-حساسیت و نگرانی‌های اجتماعی-تمرکز را ارزیابی می‌کند. پاسخدهی به این سؤال‌ها به صورت بلی/خیر است و به هر گویه نمره صفر یا یک تعلق می‌گیرد. برای این مقیاس، ضریب آلفای ۰/۷۸ تا ۰/۸۹ و برای اعتبار بازآزمایی آن ضریب همبستگی ۰/۶۵ تا ۰/۷۱ گزارش شده است. روایی سازه، همزمانی محتوا و پیش بینی این مقیاس در پژوهش‌های متفاوتی مورد تایید قرار گرفته است (رینولدز و ریچموند، ۱۹۸۵؛ کری، فالس، تیچ و کری، ۱۹۹۴). رینولدز و ریچموند (۱۹۸۵) ثبات درونی سه زیرمقیاس را از ۰/۵۶ تا ۰/۸۰ و ثبات درونی کل مقیاس را ۰/۸۰ گزارش کردند. استواری و رضویه (۱۳۸۱) ساختار چهار عاملی این مقیاس را از روی نمونه‌ای از نوجوانان ایرانی تأیید نمودند. میزان همسانی درونی این مقیاس با بهره‌گیری از روش کودر-ریچاردسون برای زیرمقیاس‌های اضطراب فیزیولوژیک، نگرانی و تمرکز به ترتیب برابر ۰/۶۵، ۰/۶۴ و ۰/۶۰ گزارش شده است. در این مقیاس بیشتر بودن پاسخ بلی نشانگر اضطراب بالاتر است.

روش اجرا

روش پژوهش حاضر، نیمه‌آزمایشی با استفاده از گروه آزمایش و گواه است که از نظر هدف جزء تحقیقات کاربردی به شمار می‌رود. شیوه کار بدین شکل است که قبل از مداخله، آزمون‌های مورد نظر روی سه گروه

درمان از مادران هر سه گروه خواسته شد به ابزارهای پژوهش پاسخ دهند. گروه‌های نمونه برای هر روش درمانی ۱۵ نفر در نظر گرفته شد. لذا با توجه به آنکه دو گروه آزمایش و یک گروه گواه وجود دارد، حجم نمونه برابر با ۴۵ نفر بود که به‌صورت تصادفی در سه گروه گمارش شدند. معیارهای ورود به مطالعه شامل تمایل والدین به شرکت، پذیرش و آگاهی در مورد مشکل کودک و معیارهای خروج شامل عدم تمایل به همکاری و رها کردن جلسات در وسط دوره بود. با توجه به تمایل و فرصت بیشتر مادران برای شرکت در جلسات مشاوره، گروه نمونه را مادران تشکیل دادند.

ابزار

ابزارهای پژوهش شامل پرسش‌نامه نقص توجه/بیش‌فعالی سواری (۱۳۹۱) و مقیاس تجدید نظر شده اضطراب آشکار کودکان^۹ بودند.

پرسش‌نامه نقص توجه/بیش‌فعالی: این پرسش‌نامه توسط سواری (۱۳۹۱) ساخته شده است. این پرسش‌نامه شامل ۳۵ سؤال است و علائم نقص توجه/بیش‌فعالی را می‌سنجد. این پرسش‌نامه بر اساس مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای (هرگز=۱ تا همیشه=۴) نمره‌گذاری می‌شود. پایایی این پرسش‌نامه از طریق آلفای کرونباخ برای کل پرسش‌نامه ۰/۷۰ به‌دست آمده است (سواری، ۱۳۹۱). تحلیل عوامل اکتشافی نشان داد که پرسش‌نامه تشخیص اختلال بیش‌فعالی همراه با نقص توجه از ۳۵ ماده و پنج عامل با عنوان نقص حافظه و توجه (۹ ماده)، مسئولیت‌پذیری و سازماندهی (۹ ماده)، حرکات غیرهدفمند (۸ ماده)، همکاری با دیگران (۵ ماده) و تکانشوری (۴ ماده) تشکیل شده است. پرسش‌نامه فوق‌الذکر از پایایی نسبتاً خوبی (آلفای کرونباخ برای کل پرسش‌نامه ۰/۷۰، عامل اول ۰/۸۵، عامل دوم ۰/۷۲، عامل سوم ۰/۸۱، عامل چهارم ۰/۶۸ و عامل پنجم ۰/۶۵) برخوردار است. برای تعیین روایی آزمون از چک‌لیست رفتار بزرگسال بارکلی و مورفی (۱۹۹۸) استفاده شده است و مقدار ضریب همبستگی آن

فرزندپروری: تربیت و درمان مشکلات رفتاری کودکان
از طریق بازی (لندرث و براتون، ۱۳۹۴) طی ۱۰
جلسه ۶۰ دقیقه‌ای به صورت گروهی تحت آموزش
مربوطه قرار گرفت. پس از مداخله آزمون‌ها مجدداً
روی سه گروه اجرا شد.

اجرا شد و سپس گروه آموزش روش والدگری بارکلی
طبق دستورالعمل کتاب آموزش کودکان با نقص
توجه- بیش‌فعالی (بارکلی، ۲۰۱۳، ترجمه عابدی و
شعرباف، ۱۳۹۴) طی ۸ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای به صورت
گروهی تحت آموزش قرار گرفت. در همین زمان گروه
آموزش فیلپال تراپی طبق دستورالعمل کتاب

جدول ۱. جلسات آموزش شیوه والدگری بارکلی

جلسات	شرح جلسات (شیوه والدگری بارکلی)
جلسه اول	ارائه اطلاعات ضروری در مورد ماهیت، شیوع، سیر، پیش‌آگهی، سبب‌شناسی این اختلال به والدین، اجرای پیش‌آزمون. توضیح در مورد اصول شکل‌گیری رفتار و ضرورت رعایت اصول مدیریت رفتار.
جلسه دوم	توضیح و تشریح ۱۴ گام بارکلی شامل: واکنش و بازخورد فوری در قبال عملکرد فرزندان، افزایش بازخورد به کودکان، استفاده از پاداش‌ها و پیامدهای بزرگتر، استفاده بیشتر از تشویق، یادآوری زمان به کودک و کاهش بازه زمانی، یادآوری نکات مهم در حین عملکرد کودک، افزایش انگیزه کودک در حین انجام فعالیت، یادآوری نکات مهم در حین عملکرد کودک، افزایش انگیزه کودک در حین انجام فعالیت و تأکید بر نقش و اهمیت توجه والدین بر رفتارهای کودک.
جلسه سوم	ادامه آموزش ۱۴ گام شامل توضیح عینی و ملموس تفکر و حل مسئله، تلاش برای ثبات و هماهنگی در عملکرد، لزوم عمل کردن به جای حرفی، شناخت موقعیت‌های مشکل‌ساز و آموزش برنامه‌ریزی برای موقعیت‌های مشکل‌ساز، لزوم فراموش نکردن ناتوانی کودک، شخصی تلقی نکردن مشکلات فرزندان، تمرین بخشش، آموزش تکنیک‌های کلامی و استفاده از جمله‌های مثبت و اصول توجه به رفتار مثبت و همچنین نادیده انگاری رفتارهای نامناسب
جلسه چهارم	بحث در مورد توجه مثبت (آموزش نشانه‌های غیرکلامی و کلامی تأیید)، آموزش استفاده از توجه قدرتمند برای کسب اطاعت، آموزش نحوه دادن دستورات مؤثر.
جلسه پنجم	آموزش اقتصاد پته‌ای، تنظیم چگونگی اجرای برنامه کسب امتیاز خانگی
جلسه ششم	آموزش روش تنبیه کردن شامل جریمه و محروم‌سازی، دستورالعمل استفاده از وقفه تربیتی
جلسه هفتم	مدیریت رفتار در موقعیت‌های عمومی شامل تعیین قواعد پیش از ورود به موقعیت، تعیین مشوق برای اطاعت کودک، تعیین تنبیه برای نافرمانی، در نظر گرفتن یک فعالیت برای کودک در بیرون از خانه
جلسه هشتم	آموزش روش‌هایی به منظور بهبود رفتار کودک در مدرسه، آموزش ثبت رفتارهای مثبت در منزل و روش‌های امتیازدهی به این رفتارها، آموزش چگونگی مقابله با مشکلات در آینده.

جدول ۲. جلسات بازی درمانی

جلسات	شرح جلسات (بازی درمانی)
جلسه اول	بیان موضوعات پایه از قبیل: تشویق و تقویت والدین، همدلی با والدین، عادی و طبیعی جلوه دادن مشکلات ارتباطی والدین با فرزندان، آشنایی با مفاهیم اصلی توضیح اهمیت بازی، فهرستی از اسباب‌بازی‌ها، قوانین و نحوه اجرای جلسات بازی والدین با کودکان در منزل، مکان و زمان بازی، اجرای پیش‌آزمون
جلسه دوم	تشخیص چهار احساس اصلی (شادی، غم، خشم و ترس). آموزش پاسخدهی همدلانه به کودک، تمرین پاسخدهی همدلانه و پر کردن برگه پاسخ احساسی
جلسه سوم	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، تعیین اهداف بازی شامل بروز احساسات و هیجانات کودک.
چهارم	تهیه اسباب‌بازی: اسباب‌بازی‌های مربوط به زندگی واقعی، اسباب‌بازی‌های مربوط به برونریزی خشم. اسباب‌بازی‌هایی برای خلاقیت آموزش بایدها و نبایدهای جلسات بازی (بازی در مکان و زمان مشخص، چیدن یکسان اسباب‌بازی‌ها، 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) نبایدها (انتقاد نکردن، تحسین نکردن، عدم پرسش سؤال هدایتگرانه، عدم قطع جلسات بازی، عدم آموزش و اطلاعات) مراحل جلسه بازی: قبل بازی، هنگام بازی و بعد از بازی

جلسه پنجم	آموزش مهارت محدودیت‌گذاری برای رفتارهای نامناسب کودکان. اعمال مراحل سه‌گانه محدودیت شامل انعکاس همدلانه و صمیمی احساسات کودک، بیان محدودیت در قالب جملات کوتاه و واضح، ارائه جایگزین قابل قبول، بیان دلایل محدودیت‌گذاری، آموزش زمان محدودیت‌گذاری.
جلسه ششم	چگونگی صحبت با کودک، اهمیت شناخت احساسات خود، فهرست مهارت‌های جلسه بازی نظیر حفظ ساختار، همدلی، دنباله‌روی، پرهیز از سؤال و رهنمود دادن، شرکت در بازی، فروری در نقش تخیلی، تطابق لحن صدا و حالت چهره‌ای با حالت کودک
جلسه هفتم	روش‌های حق انتخاب دادن (حق انتخاب دادن به صورت ساده و قدرت بخشیدن به کودک، حق انتخاب دادن به‌عنوان پیامد مثبت و حق انتخاب دادن برای تقویت قوانین خانه)، فهرست مهارت‌های جلسه بازی
جلسه هشتم	افزایش اعتماد به نفس در کودکان، عواقب کاهش اعتماد به نفس، روش‌های افزایش اعتماد به نفس نظیر فرصت دست و پنجه نرم کردن با مشکلات را به کودک دادن، واکنش و بازخورد به تجربه کسب شده توسط کودک، سرزنش نکردن هنگام صدمه دیدن، توصیف شرایط پرخطر و آسیب‌زا بدون سرزنش
جلسه نهم	آموزش نحوه ترغیب و تفاوت آن با تحسین، لزوم ترغیب کردن به‌جای تحسین کردن، توضیح ویژگی‌های ترغیب
جلسه دهم	مرور مهارت حق انتخاب دادن، محدود کردن و ترغیب کردن، محدودیت‌گذاری به‌صورت پیشرفته به شکل توضیح عواقب کار، تعمیم محدودیت به خارج از جلسه، اجرای پس‌آزمون.

یافته‌ها

گروه‌های آزمایش و کنترل در مراحل مختلف نشان می‌دهد. این شاخص‌ها نشان می‌دهند که میانگین علائم نقص توجه/بیش‌فعالی و اضطراب در مرحله پیش‌آزمون در دو گروه تحت آموزش فیلپال‌تراپی و روش والدگری بارکلی بالاتر بوده است ولی در مرحله پس‌آزمون کاهش یافته است.

پس از اجرای برنامه‌های مداخله‌ای روی گروه‌های آزمایش و وارد کردن داده‌ها با استفاده از بسته آماری برای علوم اجتماعی^۸ (اس‌پی‌اس‌اس) نسخه ۲۰، عملیات آمار توصیفی و استنباطی انجام گردید که نتایج آن به این شرح است: جدول ۱ شاخص‌های توصیفی شامل میانگین و انحراف استاندارد را برای

جدول ۳. میانگین و انحراف معیار نمره‌های نقص توجه/بیش‌فعالی و اضطراب در سه گروه فیلپال‌تراپی، شیوه والدگری بارکلی و گروه گواه

شاخص‌های	آمار	فیلپال‌تراپی		والدگری بارکلی		گواه
		میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	
پیش‌آزمون	نقص توجه/بیش‌فعالی	۱۱۴/۴۷	۱۱/۵۸	۱۱۸/۸۰	۱۱/۴۴	۷/۷۹
	اضطراب	۲۰/۵۳	۱/۵۰	۲۰/۰۶	۱/۹۰	۲/۵۰
پس‌آزمون	نقص توجه/بیش‌فعالی	۹۸/۰۶	۱۱/۵۳	۱۰۱/۴۰	۱۰/۲۵	۶/۵۳
	اضطراب	۱۸/۲۰	۲/۴۵	۱۷/۶۰	۲/۷۲	۲/۷۷

در بررسی فرضیه پژوهش مبنی بر تفاوت در اثربخشی روش والدگری بارکلی و فیلپال‌تراپی از تحلیل کواریانس استفاده شد. پیش از تحلیل، پیش‌فرض‌های آن شامل فرض نرمال بودن توزیع

جدول ۴. نتایج تحلیل کواریانس چندمتغیره (مانکوا) برای مقایسه علائم نقص توجه/بیش‌فعالی و اضطراب در گروه فیلپال‌تراپی، شیوه والدگری بارکلی و گواه

گروه‌ها	F	df	Dfخطا	سطح معنی‌داری	مجذور اتا	توان آماری
اثر فیلپال	۱۴/۸۷	۴	۸۰	۰/۰۱	۰/۴۲	۰/۹۹
ویلکس-لامبدا	۱۳/۲۳	۴	۷۸	۰/۰۱	۰/۶۱	۰/۹۹
اثرهاتلینگ	۵۴/۷۶	۴	۷۶	۰/۰۱	۰/۷۴	۰/۹۹
ریشه ری	۱۱۵/۲۷	۲	۴۰	۰/۰۱	۰/۸۵	۰/۹۹

بررسی تفاوت‌های مشاهده شده در متغیر وابسته از تحلیل آنکوا در متن مانکوا استفاده شده است که نتایج در جدول ۵ ارائه گردیده است.

همان‌طور که در جدول ۴ نشان داده شده است F مشاهده شده در سطح $(P \leq 0/01)$ تفاوت معنی‌داری را بین سه گروه آزمایش و گواه در میانگین پیش‌آزمون و پس‌آزمون نشان می‌دهد. به‌منظور

جدول ۵. نتایج تحلیل کواریانس در متن مانکوا برای مقایسه میانگین نمرات علائم نقص توجه/بیش‌فعالی و اضطراب

توان آماری	سطح معنی‌داری	مقدار اتا	F	میانگین مجذورات	df	مجموع مجذورات	متغیر وابسته	
۰/۹۹	۰/۰۱	۰/۸۳	۲۰۷/۷۰	۳۲۸۶/۴۱	۱	۳۲۸۶/۴۱	نقص توجه/بیش‌فعالی	پیش‌آزمون -
۰/۹۹	۰/۰۱	۰/۵۳	۴۶/۸۵	۱۵۶/۹۰	۱	۱۵۶/۹۰	اضطراب	پس‌آزمون
۰/۹۹	۰/۰۱	۰/۸۲	۹۳/۹۴	۱۴۸۶/۳۴	۲	۲۹۷۲/۶۸	نقص توجه/بیش‌فعالی	گروه
۰/۹۸	۰/۰۱	۰/۳۶	۱۱/۲۶	۳۷/۷۳	۲	۷۵/۴۲	اضطراب	

پس‌آزمون در علائم اختلال بیش‌فعالی/نقص توجه و اضطراب نشان می‌دهد.

نتایج جدول ۵ نشان می‌دهد که F مشاهده شده در سطح $(P \leq 0/01)$ تفاوت معنی‌داری را بین سه گروه آزمایش و گواه در میانگین پیش‌آزمون و

جدول ۶. مقایسه زوجی میانگین علائم نقص توجه/بیش‌فعالی و اضطراب در پس‌آزمون

سطح معنی‌داری	خطای انحراف استاندارد	میانگین تفاوتها	گروه‌ها	متغیر
۰/۰۱	۱/۵۱	-۱۷/۷۱	فیلپال تراپی-کنترل	نقص توجه-بیش‌فعالی
۰/۰۱	۱/۵۰	۱۸/۲۲	روش بارکلی-کنترل	
۰/۷۶	۱/۴۸	۰/۴۵	فیلپال تراپی-روش بارکلی	
۰/۰۱	۰/۶۹	-۲/۷۵	فیلپال تراپی-کنترل	اضطراب
۰/۰۱	۰/۶۹	-۲/۹۶	روش بارکلی-کنترل	
۰/۷۶	۰/۶۸	۰/۲۴	فیلپال تراپی-روش بارکلی	

کودکان مؤثر است. این نتایج با یافته‌های بخشایش و میرحسینی (۱۳۹۳)، توفن و همکاران (۲۰۱۴)، ری و همکاران (۲۰۰۹) هم‌سو است. در تبیین نتیجه به‌دست آمده می‌توان گفت آموزش فیلپال تراپی به والدین می‌تواند مهارت‌های والدین و به دنبال آن، کودکان را افزایش دهد. در فرایند این آموزش، والدین می‌توانند به درک و پذیرشی مطلوب در زمینه رفتار کودک دست یابند. این مسئله سبب بهبود سبک‌های والدگری و ترمیم روابط عاطفی میان والدین و کودک می‌گردد. در نتیجه بسیاری از رفتارها از قبیل اضطراب، تکانشگری و پرخاشگری در کودک کاهش می‌یابد. ایجاد جوی غیرقضوتی، پذیرنده و همراه با درک متقابل برای کودک در جریان بازی منجر به بهبود رابطه با والدین و کاهش رفتارهای مخرب

همان‌طور که نتایج جدول ۶ نشان می‌دهد بین میانگین گروه کنترل با گروه آزمایش فیلپال تراپی در علائم بیش‌فعالی/نقص توجه و اضطراب تفاوتی معنی‌دار وجود دارد. همچنین بین میانگین گروه کنترل با گروه آزمایش روش والدگری بارکلی در علائم بیش‌فعالی/نقص توجه و اضطراب نیز تفاوتی معنی‌دار وجود دارد؛ اما بین میانگین گروه آزمایش فیلپال تراپی و روش والدگری بارکلی تفاوت معنی‌داری وجود ندارد.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی فیلپال تراپی با شیوه والدگری بارکلی بر علائم نقص توجه/بیش‌فعالی و اضطراب کودکان ۷ تا ۱۲ سال صورت گرفته است. نتایج پژوهش نشان داد آموزش فیلپال تراپی بر علائم نقص توجه/بیش‌فعالی و اضطراب

همچنین نتایج نشان داد آموزش شیوه والدگری بارکلی بر علائم نقص توجه/بیش‌فعالی و اضطراب کودکان ۷ تا ۱۲ سال مؤثر است. این یافته‌ها با یافته‌های دولتیاری و سید (2015)، جوادی و همکاران (۱۳۹۲)، حاجبی و همکاران (۱۳۸۳)، رینو و مک‌گراس (۲۰۱۰)، دانفورث و همکاران (۲۰۰۶) هم‌سو است.

در تبیین اثربخشی این روش می‌توان گفت این کودکان، بیش از کودکان عادی تحت کنترل لحظه حال هستند که سبب می‌شود هنگامی که با کاری خسته‌کننده، کسالت‌بار یا بدون پاداش مواجه می‌شوند، این تمایل در آنها ایجاد شود که به دنبال کار دیگری بروند. واکنش و بازخورد فوری در قبال عملکرد کودک می‌تواند مانع از بروز این مسئله شود. به علاوه، تأکید بر نکات مهم در حین عملکرد و یادآوری عوامل ایجاد انگیزه در طی عملکرد کودک مورد تأکید است؛ چرا که این کودکان به بازخورد بیشتری نیاز دارند، بنابراین لازم است میزان این بازخوردها افزایش یابد. این سبک رفتار سبب کاهش علائم نقص توجه در آنها می‌گردد. یکی دیگر از مسائل مهم مورد توجه در روش بارکلی، تنبیه است. عدم مدیریت صحیح در زمینه تنبیه بسیار مشکل‌ساز است، زیرا تنبیه والدین بیشتر به صورت تنبیه بدنی یا کلامی شدید است که خود منجر به تشدید مشکل در کودک و شکل‌دهی رفتارهای غلط بیشتر در کودک می‌شود و اضطراب را در کودک ایجاد می‌کند. از آنجا که کودکان در مورد ماهیت مخرب رفتار خود بینشی ندارند، بنابراین همواره منتظر تنبیه شدن از سوی والدین خود هستند که این مسئله اضطراب شدیدی را در آنها ایجاد می‌کند. آنچه در روش بارکلی آموزش داده می‌شود این است که تنبیه زمانی که به‌تنهایی یا در غیاب پاداش‌های مداوم و بازخورد مثبت باشد در تغییر رفتار مؤثر نخواهد بود. قاعده استفاده از مثبت‌ها پیش از منفی‌ها بر این اصل تأکید دارد. مشخص کردن رفتار مثبت از سوی والدین و شکل‌دهی آن با

کودک می‌گردد؛ چرا که برای کودکان به‌ویژه کودکان بیش‌فعال، اغلب بیان شفاهی احساسات مشکل است، درحالی‌که کودک در فرایند بازی می‌تواند احساساتش را بیان کند. این مسئله نقش مهمی در کاهش اضطراب دارد.

در فیلپال‌تراپی بر شناسایی احساسات کودک (غم، شادی، خشم و ترس) تأکید زیادی می‌شود در نتیجه احساس اعتماد، امنیت و نزدیکی بین والدین و فرزندان ایجاد می‌گردد و احساس لذت و خوشی افزایش می‌یابد. نحوه برخورد با کودک (انعکاس کلامی و غیرکلامی و همدردی با کودک) نیز منجر به یادگیری ابراز صحیح احساسات در کودک می‌شود و مانع از رفتارهای پرخاشگرانه یا توأم با اضطراب در کودک می‌گردد. در فیلپال‌تراپی بر ارتقای عزت نفس کودکان از طریق سرزنش نکردن و تشویق کردن تأکید می‌شود. اتخاذ این رویکرد سبب می‌گردد هرگاه کودک نتوانست کاری را انجام دهد یا دچار آسیب شد، به‌جای مضطرب شدن بتواند با آرامش احساسات خود را با والدین مطرح نماید و اطمینان داشته باشد والدین با او همدردی خواهند کرد. یکی دیگر از تأکیدات فیلپال‌تراپی ترغیب کردن است. ترغیب کردن منجر به شکل‌گیری احساسات مثبت در کودکان می‌شود، چراکه کودکان دارای نقص توجه/بیش‌فعالی به‌دلیل ناتوانی در کنترل رفتارها، مکرر تنبیه شده‌اند و در نتیجه عزت نفس آنها خدشه‌دار شده، رفتارهای تکانشی آنها افزایش یافته و اضطراب در آنها تشدید گردیده است. از سوی دیگر، در فیلپال‌تراپی تأکید بر هدایتگری جلسات بازی توسط خود کودک است. این مسئله منجر به افزایش حس مسئولیت‌پذیری در کودک می‌گردد. دادن حق انتخاب به کودک در کنار تعیین محدودیت‌های ضروری در این زمینه، احساس کنترل و مسئولیت را در کودک تقویت می‌کند و در نتیجه کودک بهتر می‌تواند رفتارهای نابهنجارش را کنترل نماید و این‌گونه به خودش و توانایی درونی‌اش متکی می‌شود.

پی‌نوشت‌ها

1. Attention-Deficit/ Hyperactivity Disorder (ADHD)
2. comorbidity
3. Barclay Parenting Methods
4. behavioral inhibition
5. Filial therapy
6. DSM-5
7. Revised Children's Manifest Anxiety Scale
8. Statistical Package for social science

منابع

- استواری ص، رضویه ا. (۱۳۸۱). سنجش روایی و پایایی مقیاس تجدید نظر شده اضطراب آشکار کودکان برای استفاده در ایران. شورای تحقیقات استان فارس.
- بارکلی، ر. (۱۳۹۴). آموزش کودکان با نقص توجه-بیش‌فعالی (ترجمه احمد عابدی و عادلہ شعرباف). اصفهان: کاوشیار.
- بخشایش ع، میرحسینی را. (۱۳۹۳). اثربخشی بازی درمانی بر کاهش علائم اختلال کمبود توجه/بیش‌فعالی و بهبود عملکرد تحصیلی کودکان. مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی ایلام. دوره ۲۲، شماره ۸، ۱-۱۲.
- تقوی، م.، و علیشاهی، م.ج. (۱۳۸۲). بررسی اعتبار و روایی پرسش‌نامه اضطراب آشکار. *مجله روانشناسی*، ۷(۳)، ۳۴۳-۳۵۷.
- تقوی، م. (۱۳۸۴). هنجاریابی مقیاس اضطراب آشکار کودکان برای دانش آموزان مقاطع تحصیلی مختلف در شیراز. *مجله علوم اجتماعی و انسانی دانشگاه شیراز*، ۲۲(۴۵)، ۱۷۹-۱۸۸.
- جوادی، ط.، برجعلی، م.، و برجعلی، ا. (۱۳۹۲). اثربخشی آموزش رفتاری بارکلی به والدین کودکان مبتلا به اختلال کمبود توجه-بیش‌فعالی در کاهش علائم. *مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی قزوین*، ۱۷(۶)، ۴۸-۵۲.
- حاجبی، ا. حکیم شوستری م.، خواجه الدین ن. (۱۳۸۳). تاثیر آموزش مدیریت رفتاری به والدین کودکان پیش دبستانی مبتلا به اختلال کمبود توجه/بیش‌فعالی. *مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی*، دوره ۱۱، شماره ۴، ۴۳۵-۴۴۰.
- حبرانی، پ.، علاقبند راد، ج.، و محمدی، م. (۱۳۸۲). اختلال‌های روانپزشکی در خانواده کودکان مبتلا به کمبود توجه/بیش‌فعالی. *مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران*، ۹(۱)، ۱۳-۲۳.
- دادستان، پ.، جان بزرگی، م.، و نوری، ن. (۱۳۸۰). تأثیر تنش‌زدایی بر اضطراب، پیشرفت تحصیلی و حافظه کودکان دبستان. *مجله روانشناسی*، ۵(۱)، ۱۶-۲۹.
- سادوک، ج.ج.، و سادوک و. آ. (۱۳۹۰). خلاصه روانپزشکی کاپلان و سادوک علوم رفتاری/روان‌پزشکی بالینی (ترجمه فرزین رضایی)، تهران: ارجمند.
- سواری، ک. (۱۳۹۱). ساخت و اعتباریابی پرسش‌نامه تشخیص اختلال کمبود توجه/بیش‌فعالی. *فصلنامه اندازه‌گیری تربیتی*، ۳(۹)، ۶۵-۷۵.
- علیزاده، ح. (۱۳۸۸). *اختلال نارسایی توجه-غزون جنبشی*. تهران: انتشارات رشد.

تشویق مکرر و فوری در همین راستا است. با استفاده از قانون اقتصاد پته‌ای نیز می‌توان شکل‌دهی رفتارهای پیچیده را در خرده‌گام‌هایی تقسیم‌بندی کرد و بر این اساس به آموزش مهارت رفتاری خاص پرداخت. تعیین قوانین برای رفتار در خارج از منزل، تعیین مشوق برای رفتار درست کودک، تعیین جریمه‌ها در صورت بروز رفتارهای مشکل‌آفرین در خارج از خانه و در نظر گرفتن یک فعالیت برای کودک در زمانی که بیرون از منزل است نیز رفتارهای وی را در خارج از منزل بهبود می‌بخشد.

با این حال، نتایج این پژوهش نشان داد بین آموزش فیلپال تراپی با شیوه والدگری بارکلی بر علائم بیش‌فعالی و اضطراب کودکان تفاوت معنی‌داری وجود ندارد. در تبیین این نتیجه باید گفت که هر دو روش بر یک اصل مهم تأکید می‌کنند و آن نقش والدین در بهبود مشکلات کودک است. وارد کردن والدین به فرایند درمان چه با آموزش فیلپال تراپی و چه با آموزش نحوه رفتار با کودکان از جمله قانون‌تنبیه، تشویق، وقفه تربیتی، افزایش انگیزه در کودکان سبب آگاهی از ماهیت مشکل کودک می‌گردد. بنابراین از بسیاری از قضاوت‌های سوگیرانه جلوگیری می‌کند و مهارت‌های رفتاری مناسبی در زمینه مشکلات رفتاری کودکان فراهم می‌نماید و منجر به بهبود تعامل والد-کودک می‌گردد، چراکه در هر دو روش بر اجتناب از تنبیه بدنی و درک رفتارهای کودک تأکید شده است. استفاده منظم از تنبیه به‌علت زیر پا گذاشتن قوانین (قوانین بازی در بازی درمانی و قوانین رفتاری در روش بارکلی) سبب کنترل تکانشگری و افزایش خودکنترلی می‌گردد. بهبود تعامل والدین و اجتناب از تنبیه‌های مکرر اضطراب را تا حد زیادی در این کودکان کاهش می‌دهد.

از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر تداخل با امتحانات کودکان و عدم امکان اجرای مرحله پیگیری بود. لذا پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های بیشتری در این زمینه و اثر ماندگار آنها صورت گیرد.

- Abikoff, H., Nissley-Tsiopinis, J., Gallagher, R., Zambenedetti, M., Sevffert, M., Boorady, R., & McCarthy J. (2009). Effects of MPHOROS on the organizational, time management, and planning behaviors children with ADHD. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 48, 166-175.
- Barkley, R.A. (2006). *Attention deficit/hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment* (3rd ed). New York: Gilford Press.
- Biderman, J., & Faraone, S.V. (2002). Current concepts on the neurology of attention deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Attention Disorder*, 6(1), 7-16.
- Carey, M. P., Fulstich, M. E., & Carey, T. C. (1994). Assessment of Anxiety in Adolescents: Concurrent and Factorial Validities of the trait Anxiety scale of Spielberger's State-Trait Anxiety Inventory for children. *Psychological Reports*, 75, 331-338.
- Danforth, J., Harvey, E., Ulaszek, W., & Mckee, T. (2006). The outcome of group parent training for families of children with attention deficit hyper activity disorder and defiant aggression behavior. *Journal of Behavior Therapy Express Psychiatry*, 37(3), 188-205.
- Dolatyari, N., Seid, S.H. (2015). Effectiveness of Family-Based Behavioral Treatment Based on Medication Behavior Barkley Compared with Drug Therapy in Reducing the Symptoms of Children with Attention Deficit Disorder-Hyperactivity. *Health*, 7, 481-486.
- Edwards, N.A., Ladner, J., & White, J. (2007). Perceived effectiveness of filial therapy for a Jamaican mother: A qualitative case study. *International Journal of Play Therapy*, 16(1), 36-53.
- Johnson, C., & Mash, E.J. (2001). Families of children with ADHD: Review and recommendation for future research. *Child and Family Psychology Review*, 4(3), 183-207.
- Ray, D.C., Schottelkorb, A., & Tsai, M.H. (۲۰۰۷). Play therapy with children exhibiting symptoms of deficit hyperactivity disorder. *International Journal of Play Therapy*, 16(2), 95-111.
- Ray D, Blanco PJ, Sullivan JM & Holliman R. (2009). An exploratory study of child-centered play therapy with Aggressive children. *International journal of play therapy*, 18(3): 162-175.
- Tophen GL, Wampler KS, Titus G, & Rolling E. (2011). Predicting parent and child outcomes of a Filial Therapy program. *International Journal of play therapy*. 20(2): 79-93
- Reyno, S.M., & McGrath, P.J. (2010). Predictors of parent training efficacy for child
- لنדרت، گ. (۱۳۹۰). بازی درمانی، دینامیسم مشاوره با کودکان (ترجمه خدیجه آرین). تهران: اطلاعات.
- لنדרت، گ.، و براتون، س. (۱۳۹۴). فرزندپروری: تربیت و درمان مشکلات رفتاری کودکان از طریق بازی (ترجمه الهه آقایی، الناز پیش قدم و احمد عابدی).
- مرشد، ن.، داوودی، ای.، و بابامیری، م. (۱۳۹۴). اثربخشی بازی درمانی گروهی بر علائم لجبازی-نافرمانی کودکان. *مجله آموزش و سلامت جامعه*، ۲(۳)، ۱۲-۱۸.
- externalizing behavior problem-a meta-analytic review. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47, 99-111.
- Reynolds CR, & Richmond BO. 1985. Revised Children's Manifest Anxiety Scale (RCMAS) manual. Los.
- Sonuga-Barke, E.J., Daley, D., & Thompson, M. (2002). Does maternal ADHD reduce the effectiveness of parent training for preschool children's ADHD? *Academy of child & Adolescent psychiatry*, 41(6), 696-702.
- Walker, F. (2002). *Filial therapy with parent's court referred child maltreatment* (Doctoral Dissertation). Virginia Polytechnic Institute and State University.