

مقایسه تاثیر برنامه بازی درمانی اکوسیستمیک و بازی درمانی کوتاه مدت بر کاهش نشانه‌های نقص توجه - بیش‌فعالی کودکان

مرضیه هاشمی^۱، شکوه السادات بنی جمالی^۲، زهره خسروی^۳

تاریخ پذیرش: ۹۷/۰۳/۰۲

تاریخ وصول: ۹۶/۱۲/۲۶

چکیده

پژوهش حاضر با هدف مقایسه تاثیر برنامه بازی درمانی اکوسیستمیک و بازی درمانی کوتاه مدت بر کاهش نشانه‌های اختلال نقص توجه - بیش‌فعالی کودکان انجام شد. جامعه آماری این پژوهش کلیه کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه - بیش‌فعالی در شهر تهران بود و نمونه‌گیری به شیوه هدفمند انجام گردید. طرح این پژوهش از نوع تک آزمودنی و به شیوه تک خط‌پایه بود. ۱۲ کودک ۷ تا ۱۰ ساله که دارای نشانه‌های نقص توجه - بیش‌فعالی بودند با شیوه نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند. شرکت کنندگان در دو گروه شش نفره قرار گرفتند و برنامه‌های بازی درمانی اکوسیستمیک و بازی درمانی کوتاه مدت به مدت ۱۰ جلسه بر آنها اجرا شد و هر یک ۱۰ جلسه مداخله درمانی دریافت کردند و مرحله‌ی پیگیری نیز پس از سه ماه انجام شد. ابزارهای این پژوهش پرسشنامه کانرز فرم والدین، سیاهه رفتاری کودک و مصاحبه بالینی نیمه ساختاریافته برای اختلالات محور یک در DSM-IV بودند. داده‌ها با استفاده از مقایسه‌های زوجی افراد مشابه از دو گروه بازی درمانی اکوسیستمیک و بازی درمانی کوتاه مدت برای کودکان تحلیل شدند. نتایج نشان داد اثربخشی بازی درمانی اکوسیستمیک نسبت به بازی درمانی کوتاه مدت برای کودکان در کاهش نشانه‌های اختلال نقص توجه - بیش‌فعالی بیشتر است. بنابراین، می‌توان بازی درمانی اکوسیستمیک و بازی درمانی کوتاه مدت را به عنوان مداخله‌ای مناسب در کاهش نشانه‌های اختلال نقص توجه - بیش‌فعالی به کار برد.

واژگان کلیدی: بازی درمانی اکوسیستمیک، بازی درمانی کوتاه مدت، اختلال نقص توجه - بیش‌فعالی، کودک

۱. دانشجوی دکتری روان‌شناسی دانشگاه الزهراء (س) (نویسنده مسؤل) m.hashemi@alzahra.ac.ir

۲. دانشیار روان‌شناسی دانشگاه الزهراء (س)، Drbanijamali@alzahra.ac.ir

۳. استاد روان‌شناسی دانشگاه الزهراء (س)، Z.khosravi@alzahra.ac.ir

مقدمه

اختلال نقص توجه- بیش‌فعالی^۱ یکی از شایع‌ترین مشکلات کودکان و نوجوانان و علت مراجعه آن‌ها به روان‌پزشک و روان‌شناس است (بیدرمن^۲، ۲۰۰۵). این اختلال، یک اختلال با پایه زیستی است که با ترکیبی از علایم نقص توجه یا بیش‌فعالی و تکانشگری شناخته می‌شود و زمان شروع آن نیز از دوران کودکی است (سانچز-مورا و همکاران^۳، ۲۰۱۰) به طوری که این اختلال معمولاً از دوران پیش‌دبستانی آغاز می‌شود و اغلب تا بزرگسالی نیز تداوم می‌یابد (هالپرین و هیلی^۴، ۲۰۱۱). مطابق با پنجمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی^۵ (۲۰۱۳) در اکثر فرهنگ‌ها تقریباً در ۵ درصد کودکان و ۲/۵ درصد از بزرگسالان این اختلال دیده می‌شود. 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 فعالیت‌های‌شان بی‌نظمی وجود دارد و وظایف محوله با بی‌دقتی و بدون تفکر کافی صورت می‌گیرند. به‌علاوه حفظ توجه در بازی و تکالیف برای این افراد مشکل است و به سختی می‌توانند تا به پایان رساندن تکالیف، توجه خود را متمرکز نگاه دارند (ایکاف، نسلی تزیپن، گالاگر، زمنتی، سیفرت^۶، ۲۰۰۹). ویژگی‌های اصلی این اختلال از جمله ناتوانی در کنترل خویشتن، نقص توجه، ناتوانی یادگیری^۷، پرخاشگری، مشکلات تحصیلی، بی‌قراری حرکتی و برانگیختگی سبب شده است تا این کودکان برای والدین، معلمان و همسالان‌شان غیرقابل تحمل شوند (دینن و فیتزگرالد^۸، ۲۰۱۰).

تعداد نسبتاً کمی از افراد دارای اختلال نقص توجه- بیش‌فعالی درمانی مناسب با اختلال خود را دریافت می‌کنند که در بسیاری موارد با پایدار نبودن اثرات درمانی روبه‌رو هستیم

1. attention deficit- hyperactivity disorder (ADHD)
2. Beiderman
3. Sanchez- Mora et al
4. Halperin & Healay
5. diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM)
6. Abikoff, Nissley- Tsiopinis, Gallager, Zambenedetti & Sevffert
7. learning disability
8. Dineen & Fitzgerald

(گاجریا و همکاران^۱، ۲۰۱۴؛ چن و همکاران^۲، ۲۰۱۴؛ ناگای، نیکین، هوندا، اووزارا و هانادا^۳، ۲۰۱۵؛ فرین و تیلور^۴، ۲۰۱۱؛ چارچ، یونگ، ولپ و گودیل^۵، ۲۰۱۴). چندین مداخله موثر دارویی، شناختی و رفتاری هم‌اکنون برای اختلال نقص توجه- بیش‌فعالی وجود دارد. این مداخلات نشانه‌های مرکزی این اختلال را را هدف قرار می‌دهند (هالپرین و هیلی، ۲۰۱۱). این مداخلات مسائلی مانند پایدار نبودن اثرات درمانی و یا عوارض جانبی داروها را با خود همراه دارد (هالبروک و همکاران^۶، ۲۰۱۷؛ سو، پیدرا، فورهلپچ، برینکمن و اپستین^۷، ۲۰۱۷). بنابراین، استفاده از مداخله‌ای که تاثیر خود را در زندگی فرد حفظ نماید امری مطلوب قلمداد می‌شود.

بازی درمانی، برنامه درمانی جایگزین مناسبی برای دامنه وسیعی از مشکلات روان‌شناختی کودکان و نوجوانانی است که در دامنه‌ی سنی ۳ تا ۱۶ سال قرار دارند. این برنامه درمانی توسط روان‌شناسان و پژوهشگران مختلف طی چندین دهه برای درمان طیف وسیعی از اختلالات و مشکلات استفاده شده و اثربخشی آن نشان داده شده است (هالپرین و همکاران^۸، ۲۰۱۲؛ دیودسون، ساشی و ونکیسن^۹، ۲۰۱۷؛ مینی-ویلن، تیلینگ، دیوس، آرتلی و ویگنویچ^{۱۰}، ۲۰۱۷؛ ریتزی، ری و شامان^{۱۱}، ۲۰۱۷؛ استاتی، دان، شلنات و ریان^{۱۲}، ۲۰۱۷). قدرت درمانی بازی مانند حل مسئله، خودتنظیمی و آموزش مستقیم و غیرمستقیم (شافر^{۱۳}، ۲۰۱۴) می‌تواند به کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه- بیش‌فعالی جهت تشخیص و ارتباط برقرار کردن با مشکلاتشان از طریق بازی و شرکت کامل در درمان کمک نماید (کادوسان^{۱۴}، ۲۰۱۴).

1. Gajria et al
2. Chen et al.
3. Nagae, Nakane, Honda, Ozawa, Hanada
4. Ferrin & Taylor
5. Charach, Yeung, Volpe & Goodale
6. Halbrook et al.
7. Hsu, Piedra, Froehlich, Brinkman & Epstein
8. Halperin et al.
9. Davidson, Satchi & Venkateson
10. Meany- Walen, Teeling, Davis, Artley & Vignivich
11. Ritzy, Ray & Schuman
12. Stutey, Dunn, Shelnut & Ryan
13. Schaefer
14. Kaduson

یکی از انواع بازی‌درمانی، بازی‌درمانی اکوسیستمیک^۱ است. بازی‌درمانی اکوسیستمیک یک نظریه‌ی سیستم‌های پیچیده است که بر کلیت یا الگوی روابط بین ارگانیزم و محیط‌اش متمرکز است. به‌طورکلی درمانگر ناچار است که سیستم‌های چندگان‌های که کودک جزئی از آن است از نقطه‌ی آغاز تا پایان را مدنظر قرار دهد (اوکانر^۲، ۲۰۰۰). به‌علاوه این سیستم‌ها محدود به سیستم‌های خانوادگی و فرهنگی - اجتماعی نیست بلکه شامل سیستم‌های فردی مانند سیستم‌های زیستی-عصبی^۳، بازنمودی^۴ (معانی روانی^۵) و سیستم‌های زمانی^۶ (فرآیندهای ریشه‌ای و تاریخی^۷) نیز هست. بازی‌درمانی اکوسیستمیک از یک مدل ترکیبی شامل مفاهیم علم زیست‌شناسی، مدل‌های چندگانه روان‌درمانی کودک و نظریه‌ی رشدی ناشی شده است که به شکل یک نظریه‌ی جامع و دیدگاه درمانی یکپارچه شده است. بنابراین، به‌طور خلاصه می‌توان گفت، بازی‌درمانی اکوسیستمیک، می‌تواند به عنوان یک نظریه یکپارچه (روانی)، رشدی (فردی و خانوادگی)، سیستمیک (زوجی، خانوادگی، اجتماعی و سایر سیستم‌ها و بافتی (فراسیستم‌های اجتماعی فرهنگی)) به منظور ایجاد بهترین درک از عملکرد کودک در دنیای اکوسیستمی‌اش، دیده شود (اوکانر و امن، ۲۰۱۲).

با توجه به نوع و روش خاص بازی‌درمانی اکوسیستمیک به نظر می‌رسد این شیوه‌ی درمانی دارای کارایی ویژه‌ای جهت استفاده برای کودکان دارای اختلال نقص‌توجه-بیش‌فعالی باشد.

درمان دومی که در این پژوهش از آن استفاده می‌شود بازی‌درمانی کوتاه‌مدت برای کودکان است. در بازی‌درمانی کوتاه‌مدت همواره تاکید و توجه بر کودک، والدین، معلمان و محیط کودک وجود دارد به طوری‌که والدین جزئی اساسی در روند درمان به حساب می‌آیند و بخشی از جلسات درمان با مشارکت آن‌ها صورت می‌گیرد. به‌علاوه در صورت لزوم معلمان و کارکنان مدرسه نیز در فرآیند درمان وارد می‌شوند تا کارایی درمان حداکثر

-
1. ecosystemic play therapy (EPT)
 2. O'Connor
 3. neurobiological
 4. representational
 5. intrapsychic meaning
 6. temporal systems
 7. development and historical processes

شود. بازی درمانی کوتاه مدت ترکیبی از راهبردهای مختلف بالینی آزموده شده با رویکردی چند بعدی است که برای کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه- بیش فعالی استفاده می شود تا به هرچه کارا تر شدن درمان کمک نماید. این دیدگاه چند بعدی نیازمند آموزش دادن به والدین در خصوص ماهیت و تشخیص این اختلال به صورت، آموزش هفتگی والدین، آموزش در خصوص دارودرمانی در صورت لزوم، انجام مداخلات کلاسی^۱، آموزش مهارت های اجتماعی و بازی درمانی فردی است (کادوسان، ۲۰۰۶).

در پژوهش های بسیاری اثربخشی بازی درمانی برای اختلال نقص توجه- بیش فعالی مورد بررسی قرار گرفته است که هر یک برنامه بازی درمانی خاصی را مورد استفاده قرار داده اند. به عنوان نمونه رایبسون، سیمپسون و هات^۲ (۲۰۱۷) اثربخشی بازی درمانی کودک محور^۳ را بر بهبود عملکرد رفتاری کودکان دارای اختلال نقص توجه- بیش فعالی مورد بررسی قرار دادند. نتایج حاکی از آن بود که این برنامه درمانی در بهبود عملکرد رفتاری کودکان دارای اختلال نقص توجه- بیش فعالی موثر بوده است. نتایج پژوهش ال-نگر، ابو-الماد و احمد^۴ (۲۰۱۷) نشان داد که استفاده از بازی درمانی منجر به تاثیرات مثبت بر توجه و کنترل رفتارهای تکانشی و کاهش رفتارهای بیش فعالی در کودکان دارای اختلال نقص توجه- بیش فعالی می شود. بر اساس پژوهش سبزیان، کلانتری، مهربانی (۱۳۹۴) بازی مشترک مادر- کودک در کاهش علائم نقص توجه- بیش فعالی موثر است. در پژوهش جانسما و کامبز^۵ (۲۰۰۹) تاثیر برنامه های ترکیبی نقاشی درمانی و بازی درمانی در افزایش مهارت های سازشی کودکان دارای اختلال نقص توجه- بیش فعالی مورد بررسی قرار گرفت. در این پژوهش ابتدا، زمانی از روز را که رفتار شرکت کنندگان مکررا رخ می داد، تعیین نمودند سپس برنامه مناسبی به مدت یک ساعت و قبل از زمان مشخص شده، اجرا شد. نتایج حاکی از کاهش رفتارهای سازش نیافته و افزایش مهارت های سازشی بود. برزگر و زمینی (۲۰۱۱) در پژوهشی تاثیر بازی درمانی را بر کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه- بیش فعالی مورد بررسی قرار دادند. نتایج مطالعه ای آن ها حاکی از آن بود که تفاوت معنی داری بین گروه کنترل و آزمایش که

1. classroom interventions
2. Robinson, Simpson & Hott
3. child-centered play therapy
4. El-Nagger, Abo-Elmagd & Ahmed
5. Jansma & Combs

در آن بازی‌درمانی مورد استفاده قرار گرفته بود، وجود داشت. بنابراین، بازی‌درمانی ممکن است به عنوان یک شیوه درمانی برای کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه- بیش‌فعالی موثر باشد.

در اکثر برنامه‌های بازی‌درمانی تاکید همه جانبه‌ای بر شرایط و موقعیت خود کودک، خانواده، محیط زندگی، ارضای نیازهای اساسی کودک، توجه به دنیای پدیداری کودک، مدرسه، مداخلات کلاسی لازم، آموزش مهارت‌های اجتماعی و غیره وجود ندارد. این در حالی است که در این دو برنامه بازی‌درمانی سعی بر آن است که به تمامی موارد مذکور در فرآیند درمان پرداخته شود. تاکید این دو برنامه درمانی بر آن است که با توجه به ماهیت خاص این اختلال توجه و تمرکز صرف بر کودک یا خانواده و ارائه آموزش‌های لازم امری ناپسند است. همان‌گونه که در ادبیات پژوهش ذکر آن رفت در اکثر برنامه‌های بازی‌درمانی تاکید یک جانبه‌ای یا بر کودک یا بر والدین وجود دارد. به‌علاوه این کودکان به علت ماهیت مشکلات خود در خانه، مدرسه و اجتماع متحمل مشکلات بسیار هستند که البته این امر مسئله‌ای دوطرفه است، همواره سایرین نیز تحت تاثیر مشکلات این کودکان قرار می‌گیرند. بنابراین، تاکید این نوع خاص از درمان بر بافت و محیط اکوسیستمیک نیز می‌تواند به عنوان امری تسهیل‌گر به حساب آید چرا که درمان همواره مطابق با محیط و نیازهای کودک و سایرین قابلیت تنظیم و بهبودی دارد. در این راستا همواره به دنیای پدیداری کودک، والدین، درمانگر و سایر افراد موجود در اکوسیستم کودک توجه و بر آن تاکید می‌شود با توجه به اینکه در این اختلال نشانه‌های کودک همواره در تعامل با محیط و موقعیت او قرار دارد، آموزش حل مسئله هم به کودک و هم والدین، دارای اهمیتی بسیار است که در این دو نوع خاص از بازی‌درمانی از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است به‌علاوه در این دو شیوه‌ی درمانی سعی می‌شود تا به طور ویژه‌ای به تمامی موارد درمانی مورد نیاز کودک پرداخته شود. به نظر می‌رسد این امر در کارایی نتایج درمانی دارای تاثیرات چشمگیری باشد. به طوریکه مطابق با تحقیقات کودکانی که مداخلات چندگانه دریافت می‌دارند نسبت به کودکانی که هیچ مداخله‌ای دریافت نمی‌کنند یا تنها مداخله‌ای یک بعدی دریافت می‌کنند، بهبودی بالاتری دارند (سترفیلد، سترفیلد و کنتول، ۱۹۸۱). با توجه به تاکید بازی‌درمانی اکوسیستمیک بر بافت و محیط و توجه همه جانبه بر کودک، ارضای نیازهای

اساسی او، اعمال تغییرات لازم جهت بهبود محیط اکوسیستمی کودک و قابلیت انعطاف پذیر این نوع درمان مطابق با محیط، نیازهای کودک و سایر افراد در زندگی او به نظر می رسد تاثیرات درمانی بیشتری نسبت به برنامه بازی درمانی کوتاه مدت داشته باشد. چرا که در برنامه بازی درمانی کوتاه مدت چنین تاکیدات و توجهات گسترده ای بر کودک و محیط او وجود ندارد و عمده توجه به آموزش والدین در خصوص اختلال کودک و نحوه فرزندپروری آنها است. با توجه به توضیحات پیشین، مقایسه ای اثربخشی این دو شیوه درمانی امری مهم می نماید که نیازمند بررسی است. بنابراین، پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی دو شیوه مداخلات درمانی مبتنی بر بازی درمانی برای کودکان دارای اختلال نقص توجه- بیش فعالی براساس بازی درمانی اکوسیستمیک و بازی درمانی کوتاه مدت برای کودکان انجام گرفته است.

روش

در این پژوهش از طرح آزمایشی تک آزمودنی یا تک موردی^۱ و طرح A-B استفاده شد. جامعه آماری این پژوهش کلیه کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه- بیش فعالی در شهر تهران بود. در این پژوهش نمونه گیری به شیوه هدفمند انجام شد. به این ترتیب که جهت انتخاب نمونه از مدارس غیردولتی، دولتی و مراکز مشاوره مرتبط با وزارت آموزش و پرورش استفاده گردید. دوازده کودک ۷ تا ۱۲ ساله پس از کسب رضایت و آموزش به والدین درخصوص این دو برنامه درمانی به عنوان نمونه پژوهش وارد درمان شدند. شرکت کنندگان در دو گروه شش نفره قرار گرفتند و برنامه های بازی درمانی اکوسیستمیک و کوتاه مدت به مدت ۱۰ جلسه بر آنها اجرا شد. ملاک های ورود به پژوهش تشخیص اختلال نقص توجه- بیش فعالی براساس نتایج پرسشنامه کانرز فرم والدین و نتایج مصاحبه بالینی و ملاک خروج نیز دارا بودن سایر اختلالات محور یک بود.

ابزارهای گردآوری داده ها: الف) پرسشنامه مشخصات فردی: این پرسشنامه توسط پژوهشگر ساخته شد و حاوی اطلاعات فردی بود.

ب) مقیاس درجه‌بندی کانرز والدین^۱ (فرم تجدید نظر شده): مقیاس درجه‌بندی اختلال نقص توجه- بیش‌فعالی از نگاه والدین (کانرز^۲، ۱۹۹۰) متداول‌ترین مقیاس درجه‌بندی اختلال نقص توجه- بیش‌فعالی از نگاه والدین است (گلدشتاین و گلدشتاین^۳، ۱۹۹۸). این پرسشنامه دارای ۲۷ سوال و دارای یک طیف لیکرت چهار درجه ای شامل هرگز، گاهگاهی، اغلب و خیلی زیاد است که توسط مادران تکمیل می‌شود و دارای ۴ زیرمقیاس نقص توجه، بیش‌فعالی/ تکانشگری و نافرمانی مقابله‌ای است. نمره خام آزمودنی در هر زیرمقیاس از مجموع درجه‌بندی‌های والدین از ۰ تا ۳ در عبارات مربوط به آن زیرمقیاس محاسبه می‌شود و سپس براساس سن و جنس به نمرات معیار t تبدیل می‌شود. نمره معیار مساوی یا بیشتر از ۶۵ معمولاً نشان‌دهنده مشکلات بالینی در آن زیرمقیاس است. ضریب پایایی درونی با دامنه‌ای از ۰/۷۵ تا ۰/۹ گزارش شده است. همچنین روایی سازه این پرسشنامه از روش‌های تحلیل عوامل به دست آمده است. توانایی این پرسشنامه در تمایز افراد مبتلا به اختلال نقص توجه- بیش‌فعالی از عادی و دیگر گروه‌های بالینی مورد تایید قرار گرفته است. ضریب همبستگی سوال‌های پرسشنامه با نمره‌ی کل آن بین ۰/۳۸ تا ۰/۶۳، ضریب پایایی کل ۰/۸۹، خرده‌مقیاس نقص توجه ۰/۸۳، بیش‌فعالی/ تکانشگری ۰/۸۲ و نافرمانی مقابله‌ای ۰/۸ است (زرگری نژاد و یکه یزدان دوست، ۱۳۸۶).

ج) سیاهه رفتاری کودک^۴: سیاهه‌ی رفتاری کودک از مجموعه فرم‌های موازی آخنباخ^۵ (۱۹۹۱) بوده و مشکلات کودکان و نوجوانان ۶ تا ۱۸ سال را از دیدگاه والدین در ۸ عامل اضطراب/ افسردگی، انزوا/ افسردگی، شکایت‌های جسمانی، مشکلات اجتماعی، مشکلات تفکر، مشکلات توجه، نادیده گرفتن قواعد و رفتار پرخاشگرانه ارزیابی می‌کند. به‌علاوه این پرسشنامه توانمندی‌ها و شایستگی‌های تحصیلی و اجتماعی کودکان و نوجوانان را نیز مورد سنجش قرار می‌دهد (مینایی، ۱۳۸۵).

این پرسشنامه از ۱۱۵ سوال در رابطه با انواع حالات رفتاری کودکان تشکیل شده است. پاسخ به سوالات این پرسشنامه به صورت لیکرت ۳ گزینه‌ای از ۰ تا ۲ می‌باشد. بدین ترتیب

1. parent Conner's questionnaires
2. Conners
3. Goldstien & Goldstein
4. Child Behavior Checklist (CBCL)
5. Achenbach System of Empirically based Assessment (ASEBA)

که نمره "۰" به مواردی تعلق می گیرد که هرگز در رفتار کودک وجود ندارد؛ نمره "۱" به حالات و رفتارهایی داده می شود که گاهی اوقات در کودک مشاهده می شود و نمره "۲" نیز به مواردی داده می شود که بیشتر مواقع یا همیشه در رفتار کودک وجود دارد. در پژوهش مینایی (۱۳۸۵) دامنه ضرایب همسانی درونی مقیاس ها با استفاده از فرمول آلفای کرونباخ از ۰/۶۳ تا ۰/۹۵ گزارش شده است. ثبات زمانی مقیاس ها با استفاده از روش آزمون-بازآزمون با یک فاصله زمانی ۸-۵ هفته بررسی شده که دامنه ضرایب ثبات زمانی از ۰/۳۲ تا ۰/۶۷ به دست آمده است. همچنین توافق بین پاسخ دهندگان نیز مورد بررسی قرار گرفته است که دامنه این ضرایب از ۰/۰۹ تا ۰/۶۷ نوسان داشته است. به طور کلی در تحقیق مینایی (۱۳۸۵) این نتیجه حاصل شده است که این پرسشنامه از اعتبار و روایی مطلوب و بالایی برخوردار است و با اطمینان می توان از آن برای سنجش اختلالات عاطفی-رفتاری کودکان و نوجوانان ۶-۱۸ ساله استفاده کرد.

د) مصاحبه بالینی نیمه ساختاریافته برای اختلالات محور یک در DSM-IV^۱: مصاحبه بالینی نیمه ساختاریافته برای اختلالات محور یک، یک مصاحبه نیمه ساختاریافته است که تشخیص هایی را براساس چهارمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی فراهم می آورد. این مصاحبه توسط فرست، اسپیتز، گیبون و ویلیامز^۲ (۱۹۹۵) تهیه شده است. نیمه ساختاریافته بودن آن به این علت است که اجرای آن نیازمند قضاوت بالینی مصاحبه گر در مورد پاسخ های مصاحبه شونده است و به همین علت مصاحبه گر در زمینه آسیب شناسی باید دانش و تجربه قبلی داشته باشد (اسپیتز، ویلیامز، گیبون و فرست^۳، ۱۹۹۲). از این مصاحبه بیش از هر مصاحبه ی تشخیصی استاندارد دیگری در مطالعات روانپزشکی استفاده می شود و مطالعات مختلف نیز حاکی از روایی و پایایی مطلوب آن است (مارتین، پولاک، باکشتین و لینچ^۴، ۲۰۰۰؛ زنارینی و فرانبرگ^۵، ۲۰۰۱). این مصاحبه توسط شریفی و همکاران (۱۳۸۳) بعد از ترجمه به زبان فارسی، روی یک نمونه ۲۹۹ نفری اجرا شد. نتایج حاکی از آن بود که توافق تشخیصی برای اکثر تشخیص های خاص و کلی متوسط تا خوب، توافق کلی برای

1. structured clinical interview for DSM- IV (SCID-I)
2. First, Spitzer, Gibbon, Williams
3. Spitzer, Gibbon, Williams & First
4. Martin, Pollock, Bukstein, Lynch
5. Zanarini & Frankenburg

تشخیص‌های فعلی ۰/۵۲ و برای کل تشخیص‌های طول عمر ۰/۵۵ است. بنابراین، پایایی و قابلیت اجرای نسخه فارسی این مصاحبه قابل قبول است.

برنامه مداخله‌ای پژوهش از بازی‌درمانی اکوسیستمیک (اوکانر و امن، ۲۰۱۲) و بازی‌درمانی کوتاه‌مدت برای کودکان (کادوسان، ۲۰۰۶) اقتباس شده است. برنامه مداخلاتی این پژوهش شامل ۱۰ جلسه ۳۵ دقیقه‌ای بود که به صورت هفته‌ای یک جلسه و در اتاق بازی انجام شد. خلاصه‌ای از جلسات مطابق با شیوه خاص هر یک از بازی‌درمانی‌ها به شرح جداول زیر است:

جدول ۱ مراحل اجرای بازی‌درمانی اکوسیستمیک

جلسات	شرح جلسات
مرحله اول: شامل جلسات اول و دوم	ایجاد رابطه درمانی و انعقاد قرارداد درمانی و آشنایی کودک با بازی‌درمانگر، اتاق بازی، اسباب‌بازی‌ها و فرآیند موجود در جلسات
مرحله دوم: شامل جلسات سوم و چهارم	ایجاد باور در کودک نسبت به اینکه بازی‌درمانی برای او سودمند است و شروع همکاری او با فرآیند درمان
مرحله سوم: شامل جلسات پنجم و ششم	به وجود آمدن عکس‌العمل منفی که در آن کودک با فرآیند بازی‌درمانی مقابله می‌کند. در این جلسات کودک و بازی‌درمانگر یک یا چند مشکل که تمایل به حل آن را دارند، انتخاب می‌کنند.
مرحله چهارم: شامل جلسات هفتم و هشتم	در این مرحله بسیاری از منافع درمانی رخ می‌دهد. کودک آمادگی لازم برای شنیدن و قبول علت زیربنایی مشکلاتش را دارد و آماده است تا به صورت مستقیم در این زمینه کار کند. در این مرحله تاکید بسیاری بر حل مسئله فعال وجود دارد.
مرحله پنجم: شامل جلسات نهم و دهم	در این مرحله زمانی که به نظر می‌رسد کودک به خوبی عمل می‌کند، درمان خاتمه می‌یابد.

جدول ۲ مراحل اجرای بازی‌درمانی کوتاه‌مدت

جلسات	شرح جلسات
جلسه اول	مصاحبه با مادر کودک، ارائه اطلاعاتی در خصوص اختلال نقص توجه- بیش‌فعالی
جلسه دوم	از کودک خواسته می‌شود تا یک آدمک، خانه و درخت بکشد
جلسه سوم	ملاقات با والدین: آموزش مهارت‌های لازم به والدین جهت مدیریت فرزندان و معرفی کتاب فسقلی‌ها
جلسه چهارم	ملاقات با کودک: آموزش روش صبرکن و فکرکن و معرفی کارت‌بازی و درخواست از کودک تا روی کارت‌ها به مدت ۲ دقیقه متمرکز شود
جلسه پنجم	ملاقات با والدین: به والدین آموزش داده شد تا با کودک به بازی بپردازند و در آن بازی هیچ‌گونه جهتی به کودک ندهند و بازی کاملاً کودک‌محور باشد

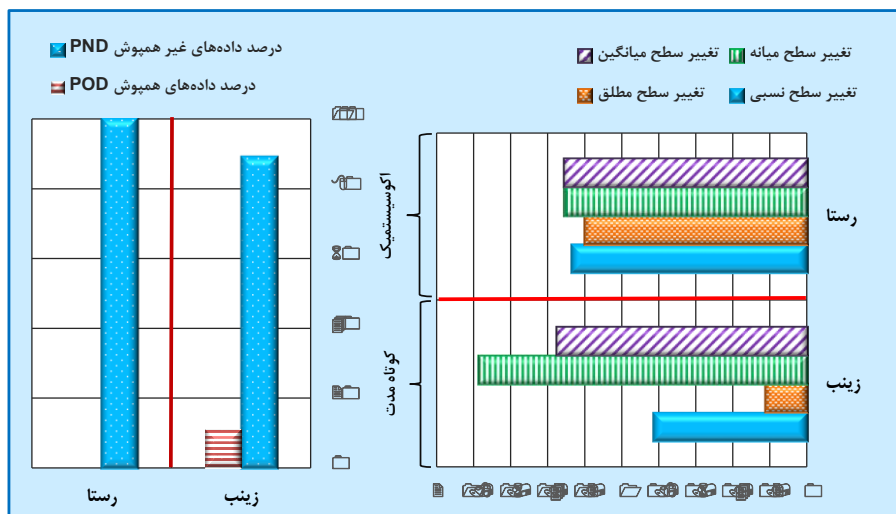
ملاقات با کودک: مرور کتاب فسقلی‌ها و انجام بازی بیست‌سوالی و افزایش زمان آن از یک دقیقه به پنج دقیقه	
جلسه	ملاقات با والدین: آموزش به والدین برای داشتن روزانه سه درخواست ساده از کودک
پنجم	ملاقات با کودک: خواندن کتاب فسقلی‌ها و تاکید بر رفتارهای مثبت و بستن قرارداد با کودک
جلسه	ملاقات با والدین: آموزش به والدین جهت داشتن تمرکز بر کودک و افزودن موارد جدید به قرارداد درمانی
ششم	ملاقات با کودک: ادامه بازخوردهای مثبت به کودک، خواندن کتاب فسقلی‌ها و مرور قرارداد درمانی و انجام بازی بیست‌سوالی با ۵ دقیقه افزایش زمان
جلسه	ملاقات با والدین: طراحی یک سیستم دریافت پاداش‌های مختلف برای درخواست‌ها، قوانین، کدهای قرارداد اجتماعی و نظم در مدرسه
هفتم	ملاقات با کودک: معرفی اقتصاد ژتونی به کودک، امضا قرارداد دیگری با کودک و آموزش مهارت‌های حل مسئله و انجام بازی بیست‌سوالی که به مدت حداقل ۱۰ دقیقه انجام شود
جلسه	ملاقات با والدین: آموزش مفهوم وقفه ^۱ به والدین
هشتم	ملاقات با کودک: شمردن ژتون‌های کودک و تمرکز بر موفقیت‌های کودک
جلسه نهم	ملاقات با والدین: واگذار کردن مراقبت کودک به والدین، در این جلسه موفقیت‌های قبلی مرور می‌شود و درمانگر بر داشتن درخواست‌های بهتر و دارای ساختار تاکید می‌کند ملاقات با کودک: بر موفقیت‌های کودک تاکید می‌شود و درخصوص مواردی که می‌بایست در آینده انجام شوند، صحبت می‌شود و تهیه لیستی از توانمندی‌های کودک
جلسه دهم	کودک و والدین با هم در اتاق حضور می‌یابند و در مورد تغییرات مثبت صحبت می‌کنند درمانگر همراه افراد خانواده به نقاشی کردن روی یک برگه کاغذ می‌پردازد. درمانگر یک رنگین کمان می‌کشد تا خاتمه درمان را اعلام نماید

روش اجرای پژوهش: در این پژوهش سه بار جهت تعیین خط پایه قبل از انجام مداخلات درمانی چک لیست نقص توجه- بیش‌فعالی کانرز فرم والدین اجرا شد به علاوه قبل از شروع مداخله، اطلاعات به وسیله چند پرسشنامه استاندارد و مصاحبه با والدین نیز گردآوری شدند. طی انجام مداخلات نیز هر جلسه پرسشنامه کانرز فرم والدین و سیاهه رفتاری آخنباخ نیز در جلسات اول، پنجم و دهم توسط والدین تکمیل شدند. داده‌های پژوهش با استفاده از روش آماری مقایسه‌های زوجی افراد مشابه از دو گروه بازی درمانی اکوسیستمیک و بازی درمانی کوتاه مدت برای کودکان تحلیل شدند.

یافته‌ها

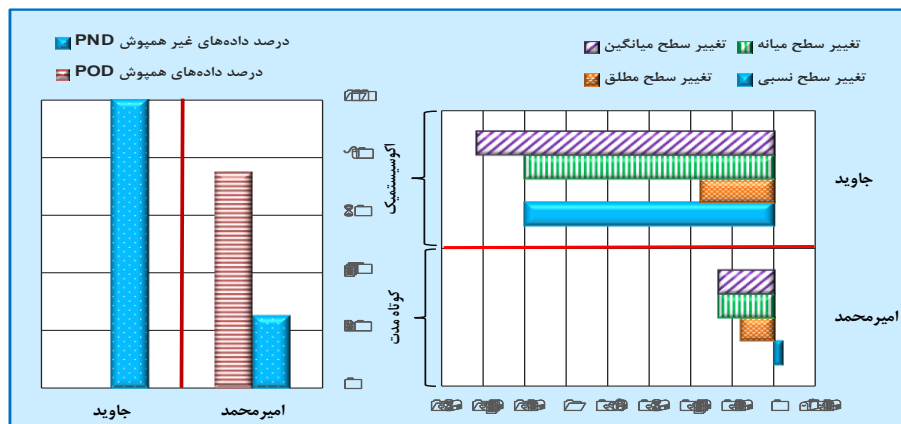
1. time-out

شرکت‌کنندگان در گروه بازی‌درمانی اکوسیستمیک شامل رستا، جاوید، سبحان، سیدمانی، ارسلان و محمدحسین و در گروه بازی‌درمانی کوتاه‌مدت برای کودکان شامل زینب، امیرمحمد، امیرعباس، محمدطاها، محمدرضا و نوید بودند. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از مقایسه‌های زوجی افراد مشابه از دو گروه بازی‌درمانی اکوسیستمیک و بازی‌درمانی کوتاه‌مدت استفاده شد. نتایج حاصل در نمودارهای ۱ تا ۶ جمع‌بندی و گزارش شده است.



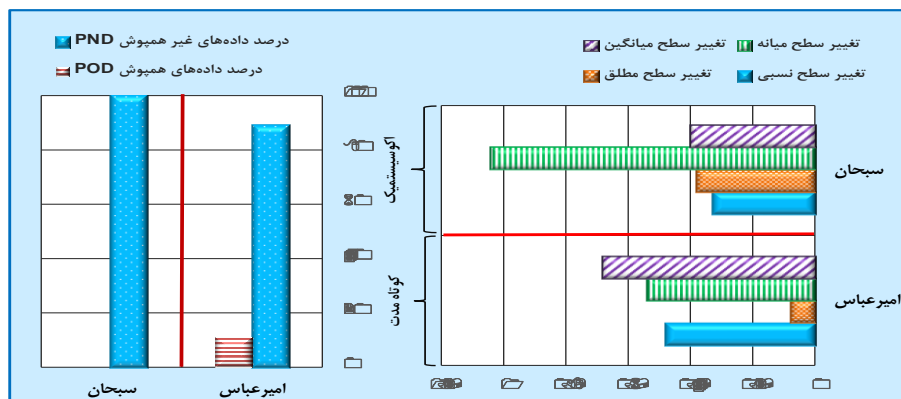
نمودار ۱. مقایسه اثربخشی مداخله بازی‌درمانی اکوسیستمیک و کوتاه‌مدت بر کاهش اختلال نقص‌توجه- بیش‌فعالی برای دو شرکت‌کننده رستا و زینب

در مجموع متغیرهای بین‌موقعیتی چون تغییر سطح نسبی، تغییر میانه، تغییر میانگین، درصد داده‌های غیرهمپوش و درصد داده‌های همپوش برای شرکت‌کننده در برنامه بازی‌درمانی اکوسیستمیک، امتیازات بالاتری دارند. لذا می‌توان چنین نتیجه‌گیری نمود که اثربخشی بازی‌درمانی اکوسیستمیک در رستا بیشتر از اثربخشی بازی‌درمانی کوتاه‌مدت در زینب است.



نمودار ۲. مقایسه اثربخشی مداخله بازی درمانی اکوسیستمیک و کوتاه مدت بر کاهش اختلال نقص توجه - بیش فعالی برای دو شرکت کننده جاويد و امیرمحمد

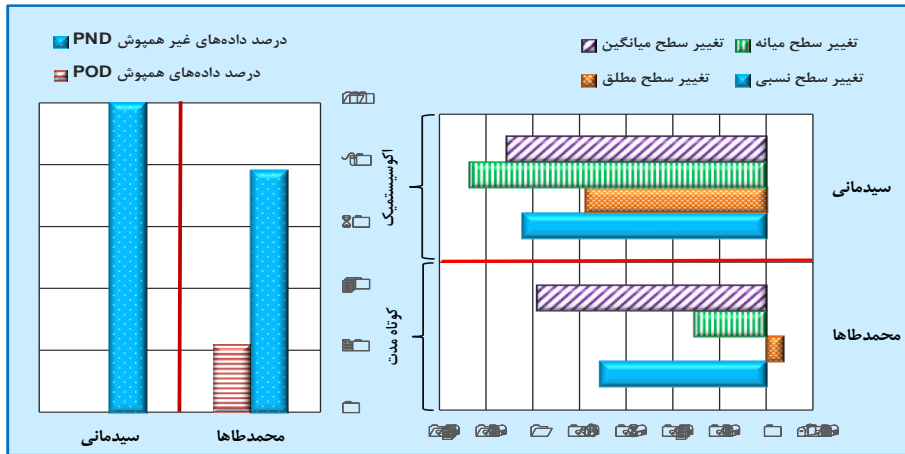
در مجموع متغیرهای بین موقعیتی چون تغییر سطح نسبی، تغییر میانه، تغییر میانگین، درصد داده‌های غیرهمپوش و درصد داده‌های همپوش برای شرکت کننده در برنامه بازی درمانی اکوسیستمیک، امتیازات بالاتری دارند. لذا می‌توان چنین نتیجه‌گیری نمود که اثربخشی بازی درمانی اکوسیستمیک در جاويد بیشتر از اثربخشی بازی درمانی کوتاه مدت در امیرمحمد است.



نمودار ۳. مقایسه اثربخشی مداخله بازی درمانی اکوسیستمیک و کوتاه مدت بر کاهش اختلال نقص توجه - بیش فعالی برای دو شرکت کننده سباحان و امیرعباس

در مجموع متغیرهای بین موقعیتی چون تغییر سطح نسبی، تغییر میانه، تغییر میانگین، درصد داده‌های غیرهمپوش و درصد داده‌های همپوش برای شرکت کننده در برنامه بازی درمانی

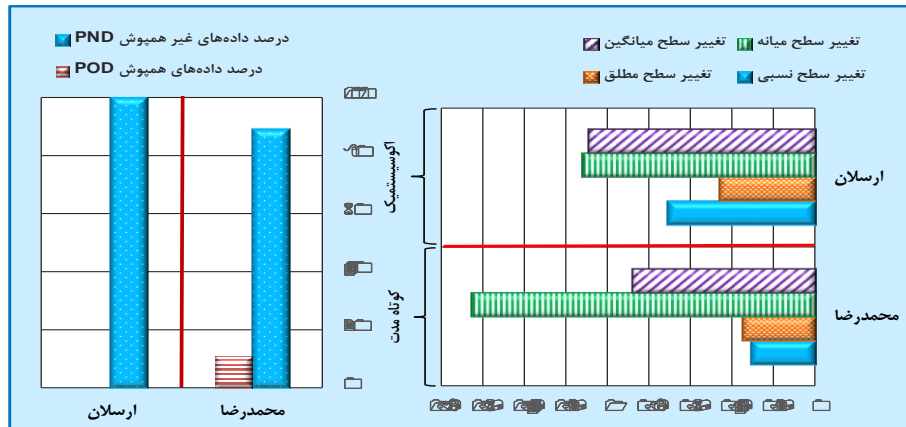
اکوسیستمیک، امتیازات بالاتری دارند. لذا می‌توان چنین نتیجه‌گیری نمود که اثربخشی بازی درمانی اکوسیستمیک در سبحان بیشتر از اثربخشی بازی درمانی کوتاه‌مدت در امیرعباس است.



نمودار ۴. مقایسه اثربخشی مداخله بازی درمانی اکوسیستمیک و کوتاه‌مدت بر کاهش اختلال

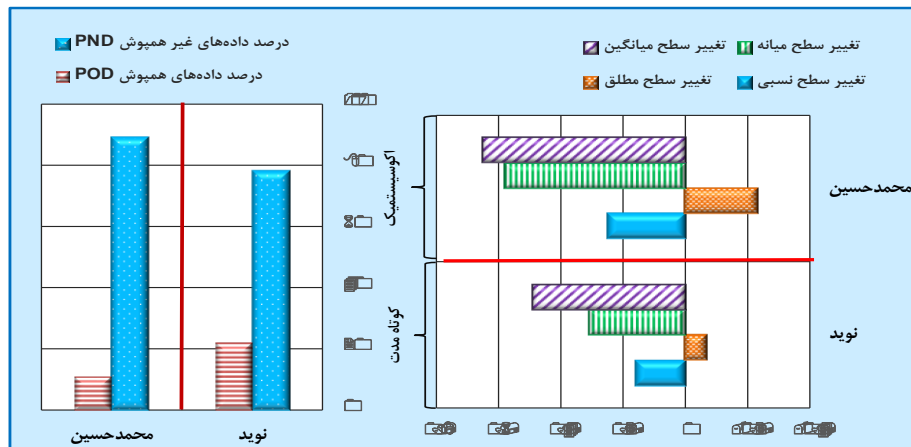
نقص توجه- بیش‌فعالی برای دو شرکت‌کننده سیدمانی و محمدطاها

در مجموع متغیرهای بین موقعیتی چون تغییر سطح نسبی، تغییر میانه، تغییر میانگین، درصد داده‌های غیرهمپوش و درصد داده‌های همپوش برای شرکت‌کننده در برنامه بازی درمانی اکوسیستمیک، امتیازات بالاتری دارند. لذا می‌توان چنین نتیجه‌گیری نمود که اثربخشی بازی درمانی اکوسیستمیک در سیدمانی بیشتر از اثربخشی بازی درمانی کوتاه‌مدت در محمدطاها است.



نمودار ۵. مقایسه اثربخشی مداخله بازی درمانی اکوسیستمیک و کوتاه مدت بر کاهش اختلال نقص توجه- بیش فعالی برای دو شرکت کننده ارسلان و محمدرضا

در مجموع متغیرهای بین موقعیتی چون تغییر سطح نسبی، تغییر میانه، تغییر میانگین، درصد داده‌های غیرهمپوش و درصد داده‌های همپوش برای شرکت کننده در برنامه بازی درمانی اکوسیستمیک، امتیازات بالاتری دارند. لذا می‌توان چنین نتیجه گیری نمود که اثربخشی بازی درمانی اکوسیستمیک در ارسلان بیشتر از اثربخشی بازی درمانی کوتاه مدت در محمدرضا است.



نمودار ۶. مقایسه اثربخشی مداخله بازی درمانی اکوسیستمیک و کوتاه مدت بر کاهش اختلال نقص توجه- بیش فعالی برای دو شرکت کننده محمدحسین و نوید

در مجموع متغیرهای بین موقعیتی چون تغییر سطح نسبی، تغییر میانه، تغییر میانگین، درصد داده‌های غیرهمپوش و درصد داده‌های همپوش برای شرکت‌کننده در برنامه بازی درمانی اکوسیستمیک، امتیازات بالاتری دارند. لذا می‌توان چنین نتیجه‌گیری نمود که اثربخشی بازی درمانی اکوسیستمیک در محمدحسین بیشتر از اثربخشی بازی درمانی کوتاه‌مدت در نوید است.

همان‌طور که نتایج نمودارهای ۱ الی ۶ نشان می‌دهد، بازی درمانی اکوسیستمیک در هرشش شرکت‌کننده نسبت به بازی درمانی کوتاه‌مدت برای کودکان بر شش شرکت‌کننده دیگر اثربخشی بهتری داشته است. در مجموع متغیرهای بین موقعیتی چون تغییر سطح نسبی، تغییر میانه، تغییر میانگین، درصد داده‌های غیرهمپوش و درصد داده‌های همپوش در شرکت‌کنندگان که مداخله بازی درمانی اکوسیستمیک دریافت کرده‌اند، امتیازات بالاتری دارند. لذا می‌توان چنین نتیجه‌گیری نمود که اثربخشی بازی درمانی اکوسیستمیک نسبت به بازی درمانی کوتاه‌مدت برای کودکان در کاهش نشانه‌های بیش‌فعالی و نقص توجه موثرتر است.

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج حاصل از پژوهش حاکی از آن بود که اثربخشی بازی درمانی اکوسیستمیک و بازی درمانی کوتاه‌مدت برای کودکان در کاهش نشانه‌های اختلال نقص توجه- بیش‌فعالی متفاوت است و اثربخشی بازی درمانی اکوسیستمیک نسبت به بازی درمانی کوتاه‌مدت برای کودکان در کاهش نشانه‌های اختلال نقص توجه- بیش‌فعالی بیشتر است. با توجه به اینکه این دو درمان برای اولین بار در ایران مورد استفاده قرار گرفته است بنابراین، هیچ پژوهش داخلی که به بررسی اثربخشی این دو درمان پرداخته باشد، وجود ندارد. این در حالی است که درخصوص تاثیر سایر برنامه‌های بازی درمانی مقایسه‌هایی صورت گرفته است. بخشی پور، رهنما، سورتیجی، اسکندری و ایزدی نجف‌آبادی (۱۳۹۲) در پژوهش خود تاثیر برنامه تمرینی ایروبیک و بازی درمانی گروهی بر تعادل کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه- بیش‌فعالی را مورد بررسی قرار دادند. نتایج پژوهش حاکی از آن بود که بازی درمانی گروهی تاثیر بیشتری بر بهبود تعادل کودکان دارای اختلال نقص توجه- بیش‌فعالی دارد. بهرامی (۱۳۹۰) اثربخشی بازی‌های تویی- غیرتویی بر کاهش نشانگان اختلال نقص توجه- بیش

فعالی را مورد بررسی قرار داد. مطابق با نتایج تفاوت معنی داری بین بازی تویی و غیر تویی مشاهده نشد ولی انجام این بازی ها تاثیر مثبتی در بهبود نشانه های این اختلال دارد. نتایج پژوهش سعاد (۱۳۹۰) که به مقایسه تاثیر یوگا و بازی درمانی بر تغییر نشانه های اختلال نقص توجه- بیش فعالی پرداخت، حاکی از آن بود که این دو مداخله تاثیر یکسانی بر نشانه های این اختلال دارند. آقایی، عسگری، بیات (۱۳۹۵) به مقایسه اثربخشی بازی درمانگری کودک محور و بازی درمانگری والدینی بر کاهش نشانه های اختلال های برونی سازی شده در کودکان پرداختند. نتایج پژوهش حاکی از آن بود که روش بازی درمانگری والدینی موجب کاهش بیشتر رفتارهای برونی سازی شده کودکان شده است. جهت تبیین این نتیجه که بازی درمانی اکوسیستمیک اثربخشی بالاتری نسبت به بازی درمانی کوتاه مدت دارد، می توان چنین گفت که بازی درمانی اکوسیستمیک نوعی از بازی درمانی سیستمیک و متمرکز بر هدف است که برای کودکانی که طیف گسترده ای از مشکلات را نشان می دهد، سودمند است. این نوع از بازی درمانی تاکید بسیاری بر درک و نقش حداکثری سیستم های مختلفی دارد که کودک متعلق به آنهاست و تلاش می کند تا نیازهای کودک را به شیوه ای کارا و موثر ارضاء نماید. به علاوه این شیوه درمانی قابلیت انعطاف پذیری حداکثری در مفهوم سازی مورد، اهداف درمانی و روش های درمانی را دارد. به طوریکه به بهترین شکل ممکن با سطوح رشدی و نیازهای کودک هماهنگ می شود. همچنین این شیوه درمانی از لحاظ نظری این امکان را به درمانگر می دهد تا از طیف گسترده ای از راهبردها استفاده نماید. نکته ی مهم دیگر آن است که بازی درمانی اکوسیستمیک بر قدرت ارتباط بین کودک و درمانگر تاکید بسیار دارد و این ارتباط را عاملی یاری دهنده در جهت شکستن پاسخ های مشکل آفرین کودک و جایگزینی آنها با شیوه های موثرتر و انعطاف پذیرتر مواجهه با مشکلات روزمره می داند (اوکانر، شیفر و بریورمن^۱، ۲۰۱۵).

به علاوه در این روش درمانی با توجه به سیستمی که کودک به آن تعلق دارد و شرایط فراهم آمده ناشی از این روش درمانی می توان از شیوه ها و راهبردهای متفاوت و مناسب با نیاز کودک استفاده کرد که این امر به خودی خود می تواند تاثیرات درمانی بیشتری برجای

1. O'connor, Schaefer & Braverman

بگذارد. نکته ی مهم در خصوص این درمان آن است که این شیوه ی درمانی هیچ پروتکل خاصی را ارائه نمی دهد بلکه تاکید بر نیازها و شرایط کودک است و می بایست راهبردهای درمانی بر آن اساس تدوین و به کار گرفته شود. این قابلیت تطبیق با شرایط منحصر به فرد هر کودک می تواند به عنوان تبیینی در جهت موثرتر بودن این درمان به شمار رود. به علاوه در این برنامه درمانی، ارتباطات و تعاملات مثبت بین درمانگر و کودک دارای اهمیت بسیاری است چرا که این تعاملات منجر به تاثیرات چشمگیر درمانی می شود. که در مقایسه با بازی درمانی کوتاه مدت، پررنگ تر در جریان درمان حضور دارد. کیفیت و کمیت این ارتباطات طی بازی درمانی اکوسیستمیک نیز به عنوان تبیینی دیگر جهت موثرتر بودن این بازی درمانی به شمار می آید.

در خصوص محدودیت های این پژوهش می توان به این مسئله اشاره کرد که درمان های مورد استفاده در این پژوهش برای جمعیت با فرهنگ مغایر تدوین شده بودند که علی رغم انجام اصلاحات، ممکن است مشکلاتی در استفاده ی جمعیت ایرانی ایجاد کند. محدودیت دیگر این پژوهش استفاده از روش تک آزمودنی است که تعمیم نتایج را با مشکل و محدودیت مواجه می کند. به علاوه در این پژوهش از روش تک خط پایه استفاده شده است که پیشنهاد می شود در پژوهش های آتی از سایر روش های پژوهشی استفاده شود. پیشنهاد می شود پژوهش های دیگر در خصوص اثربخشی استفاده از بازی درمانی کوتاه مدت و بازی درمانی اکوسیستمیک برای سایر اختلالات روانی صورت گیرد و از سایر روش های آماری نیز جهت بررسی داده های پژوهش استفاده شود.

تشکر و قدردانی

پژوهشگر در اینجا لازم می داند از موسسه خیریه کرامت، جناب آقای محمود مولایی و جناب آقای عبدالحسین هاشمی که در انجام این پژوهش همکاری به عمل آوردند تشکر و قدردانی نماید.

منابع

آقایی، الهه؛ عسگری، علی؛ بیات، مریم. (۱۳۹۵). مقایسه اثربخشی بازی درمانگری کودک محور و بازی درمانگری والدینی بر کاهش نشانه های اختلال های برونی سازی شده در کودکان. *فصلنامه مطالعات روان شناسی بالینی*، ۶، ۲۲، ۲۳-۱.

بخشی پور، الهام؛ رهنما، نادر؛ سورتیچی، حسین؛ اسکندری، زهرا؛ ایزدی نجف آبادی، سارا. (۱۳۹۲). تاثیر برنامه تمرینی ایروبیکی و بازی درمانی گروهی بر تعادل کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه و بیش فعالی. پژوهش در علوم توانبخشی، ۹، ۱۲، ۱۷۰-۱۶۱.

بهرامی، علیرضا. (۱۳۹۰). اثربخشی بازی های تویی - غیر تویی بر کاهش نشانگان اختلال کمبود توجه / بیش فعالی دانش آموزان پسر ۹ تا ۱۱ ساله اراک. مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی اراک، ۵، ۶۴، ۹-۱.

زرگری نژاد، غزاله؛ یکه یزدان دوست، رخساره. (۱۳۸۶). اثر آموزش والدین بر مشکلات رفتاری کودکان ADHD (مطالعه موردی). فصلنامه مطالعات روان شناختی دانشگاه الزهراء، ۳، ۲، ۴۸-۲۹.

سبزیان، سعیده؛ کلانتری، مهرداد؛ مهربانی، حسینعلی. (۱۳۹۴). اثربخشی بازی مشترک مادر - کودک بر علائم اختلال کمبود توجه / بیش فعالی در دانش آموزان پسر دوره ابتدایی شهر اصفهان. فصلنامه مطالعات روان شناسی بالینی، ۵، ۲۰، ۲۶۲-۲۴۵.

سعادت، مهرناز. (۱۳۹۰). کدام یک از نشانه های اختلال نارسایی توجه / بیش فعالی با مداخله های یوگا و بازی درمانی تغییر می کند؟ فصلنامه ایرانی کودکان استثنایی، ۱۱، ۴۵-۵۶، ۱.

شریفی، ونداد؛ اسعدی، سید محمد؛ محمدی، محمد رضا؛ امینی، همایون؛ کاویانی، حسین؛ سمنانی، یوسف؛ شعبانی، امیر؛ شهریور، زهرا؛ داوری آشتیانی، رزیتا؛ حکیم شوشتری، میترا. (۱۳۸۳). پایایی و قابلیت اجرای نسخه فارسی مصاحبه ساختار یافته تشخیصی برای DSM-IV. تازه های علوم شناختی، ۱۱، ۲، ۲۲-۱۰.

مینایی، اصغر. (۱۳۸۵). انطباق و هنجاریابی سایه رفتاری کودک آنباخ، پرسشنامه خودسنجی و فرم گزارش معلم، پژوهش در حیطه کودکان استثنایی، ۱۹، ۱، ۵۵۸-۵۲۹.

Abikoff, H., Nissley-Tsiopinis, J., Gallagher, R., Zambenedetti, M., Sevffert, M., Boorady, R., McCarthy, J. (2009). Effects of MPH-OROS on the Organizational, Time Management, and Planning Behaviors children with ADHD. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 48, 2, 166-175.

- Achenbach, T. M. (1991). *Integrative guide for the 1991 CBCL/4-18, YSR, and TRF profiles*. Department of Psychiatry, University of Vermont.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)*. American Psychiatric Pub.
- Barzegary, L., & Zamini, S. (2011). The effect of play therapy on children with ADHD. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 30, 2216-2218.
- Biederman, J. (2005). Attention-deficit/hyperactivity disorder: a selective overview. *Biological psychiatry*, 57, 11, 1215-1220.
- 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.
- Charach, A., Yeung, E., Volpe, T., & Goodale, T. (2014). Exploring stimulant treatment in ADHD: narratives of young adolescents and their parents. *BMC psychiatry*, 14, 1, 110.
- Chen, O., Sjölander, A., Runeson, B., D'Onofrio, B. M., Lichtenstein, P., & Larsson, H. (2014). Drug treatment for attention-deficit/hyperactivity disorder and suicidal behaviour: register based study. *Bmj*, 348, g3769.
- Connors, C. K. (1990). Connors' rating scales manual. *North Towanda, NY: Multi-Health Systems*.
- Davidson, B., Satchi, N. S., & Venkatesan, L. (2017). Effectiveness of Play Therapy upon Anxiety among Hospitalised Children. *International Journal of Advance Research, Ideas and Innovations in Technology*, 3, 5, 441-444.
- Dineen, P., & Fitzgerald, M. (2010). P01-192-Executive function in routine childhood ADHD assessment. *European Psychiatry*, 25, 402.
- El-Nagger, N. S., Abo-Elmagd, M. H., & Ahmed, H. I. (2017). Effect of applying play therapy on children with attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of Nursing Education and Practice*, 7, 5, 104.
- Ferrin, M., & Taylor, E. (2011). Child and caregiver issues in the treatment of attention deficit-hyperactivity disorder: education, adherence and treatment choice. *Future Neurology*, 6, 3, 399-413.
- Gajria, K., Lu, M., Sikirica, V., Greven, P., Zhong, Y., Qin, P., & Xie, J. (2014). Adherence, persistence, and medication discontinuation in patients with attention-deficit/hyperactivity disorder—a systematic literature review. *Neuropsychiatric disease and treatment*, 10, 1543.
- Goldstein, S., & Goldstein, M. (1998). *Managing attention deficit hyperactivity disorder in children: A guide for practitioners*. John Wiley & Sons Inc.
- Halperin, J. M., Marks, D. J., Bedard, A. C. V., Chacko, A., Curchack, J. T., Yoon, C. A., & Healey, D. M. (2013). Training executive, attention, and motor skills: a proof-of-concept study in preschool children with ADHD. *Journal of attention disorders*, 17, 8, 711-721.
- Halperin, J. M., & Healey, D. M. (2011). The influences of environmental enrichment, cognitive enhancement, and physical exercise on brain development: can we alter the developmental trajectory of ADHD?. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 35, 3, 621-634.

- Holbrook, J., Danielson, M., Bitsko, R. H., Cuffe, S. P., O'Banion, D., & McKeown, R. E. (2017). 3.15 Parent-Reported Benefits and Side Effects From Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) Medication in a Nationally Drawn Sample of School-Aged Children Diagnosed With ADHD. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 56, 10, S207.
- Hsu, S., Piedra, A. N., Froehlich, T. E., Brinkman, W. B., & Epstein, J. (2017). 6.18 Caregiver-Reported Side Effects of Methylphenidate and Comorbid Oppositional Defiant Disorder Diagnosis in Children With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD). *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 56, 10, S282.
- Kaduson, H. G. (2006). Short-term play therapy for children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Short-term play therapy for children*, 2, 101-142.
- Kaduson, H. G. (2014). Play Therapy with Children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Play Therapy: A Comprehensive Guide to Theory and Practice*.
- Martin, C. S., Pollock, N. K., Bukstein, O. G., & Lynch, K. G. (2000). Inter-rater reliability of the SCID alcohol and substance use disorders section among adolescents. *Drug and alcohol dependence*, 59, 2, 173-176.
- Meany-Walen, K. K., Teeling, S., Davis, A., Artley, G., & Vignovich, A. (2017). Effectiveness of a Play Therapy Intervention on Children's Externalizing and Off-Task Behaviors (Featured Research). *Professional School Counseling*, 20, 1, 89-101.
- Nagae, M., Nakane, H., Honda, S., Ozawa, H., & Hanada, H. (2015). Factors affecting medication adherence in children receiving outpatient pharmacotherapy and parental adherence. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 28, 2, 109-117.
- O'Connor, K. J., & Ammen, S. (2012). *Play therapy treatment planning and interventions: The ecosystemic model and workbook*. Academic Press.
- O'Connor, K. J., Schaefer, C. E., & Braverman, L. D. (2015). *Handbook of play therapy*. John Wiley & Sons.
- Ritzi, R. M., Ray, D. C., & Schumann, B. R. (2017). Intensive short-term child-centered play therapy and externalizing behaviors in children. *International Journal of Play Therapy*, 26, 1, 33.
- Robinson, A., Simpson, C., & Hott, B. L. (2017). The effects of child-centered play therapy on the behavioral performance of three first grade students with ADHD. *International Journal of Play Therapy*, 26, 2, 73.
- Sánchez-Mora, C., Ribases, M., Ramos-Quiroga, J. A., Casas, M., Bosch, R., Boreatti-Hümmer, A., & Knappskog, P. M. (2010). Meta-analysis of brain-derived neurotrophic factor p. Val66Met in adult ADHD in four European populations. *American Journal of Medical Genetics Part B: Neuropsychiatric Genetics*, 153, 2, 512-523.
- Satterfield, J. H., Satterfield, B. T., & Cantwell, D. P. (1981). Three-year multimodality treatment study of 100 hyperactive boys. *The Journal of pediatrics*, 98, 4, 650-655.

- Schaefer, C. E. (2014). *The Therapeutic Powers of Play*. Northvale, NJ: Aronson.
- Spitzer, R. L., Williams, J. B., Gibbon, M., & First, M. B. (1992). The structured clinical interview for DSM-III-R (SCID): I: history, rationale, and description. *Archives of general psychiatry*, 49, 8, 624-629.
- Stutey, D. M., Dunn, M., Shelnut, J., & Ryan, J. B. (2017). Impact of Adlerian play therapy on externalizing behaviors of at-risk preschoolers. *International Journal of Play Therapy*, 26, 4, 196.
- Wohlfahrt, T. (1995). socioeconomic inequality and psychology, *social science & medicine*, 45, 3, 399-410.
- Zanarini, M. C., & Frankenburg, F. R. (2001). Attainment and maintenance of reliability of axis I and II disorders over the course of a longitudinal study. *Comprehensive psychiatry*, 42, 5, 369-374.