



اثربخشی مداخلات گروهی مبتنی بر رابطه والد-کودک بر افزایش سلامت روان والدین

کودکان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی / کمبود توجه سن ۶-۱۱ سال

نسرین محمودی

دانشجوی دکتری روانشناسی و آموزش کودکان استثنایی

رقیه موسوی

استادیار گروه علوم تربیتی دانشگاه شاهد

چکیده

مقدمه: اختلال نقص توجه و بیش‌فعالی یکی از اختلالات شایع است که اخیراً به گونه‌ای فزاینده مورد توجه روانشناسان و پژوهشگران قرار گرفته است. این اختلال به سبب ماهیت آن سلامت روان والدین را به مخاطره می‌اندازد.

هدف: هدف پژوهش حاضر، مداخلات روان‌شناختی خانواده‌محور (آموزش گروهی مبتنی بر رابطه والد-کودک) بر افزایش سلامت روان والدین کودکان ۶ تا ۱۱ ساله مبتلا به اختلال بیش‌فعالی / کمبود توجه بود.

روش: در یک مطالعه شبه‌تجربی با استفاده از طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با سه گروه ۱- دارودرمانی، ۲- ترکیبی (دارو درمانی و خانواده‌محور) و ۳- خانواده‌محور، مادران ۳۰ کودک مبتلا به اختلال بیش‌فعالی / کمبود توجه، به صورت روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای، به صورت انتخاب تصادفی از میان مناطق آموزش و پرورش شهر تهران، سپس مدارس منطقه و در آخر دانش‌آموزان مدرسه انتخاب شده و به سه گروه تقسیم شدند. گروه ترکیبی و خانواده‌محور به مدت ۱۰ جلسه تحت آموزش برنامه گروهی آموزش مبتنی بر رابطه والد-کودک قرار گرفت. آزمودنی‌ها به وسیله مقیاس سلامت روان در ۲ مرحله (قبل از مداخله و بعد از مداخله) مورد ارزیابی قرار گرفتند. داده‌ها با استفاده از روش تحلیل کوواریانس مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که اجرای برنامه آموزشی مبتنی بر رابطه والد-کودک منجر به افزایش معنادار سلامت روان والدین کودکان مبتلا به بیش‌فعالی و نقص توجه گروه ترکیبی و خانواده‌محور شده است.

نتیجه‌گیری: مداخلات مبتنی بر رابطه والد-کودک به همراه دارودرمانی (روش ترکیبی) در افزایش معنادار سلامت روان والدین کودکان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی و نقص توجه موثر است؛ لذا پیشنهاد می‌شود درمانگران از این روش برای کمک به این گروه از والدین استفاده نمایند.

کلید واژه: مداخلات روان‌شناختی خانواده‌محور، آموزش مبتنی بر رابطه والد-کودک، اختلال بیش‌فعالی / کمبود توجه و سلامت روان والدین.



مقدمه

در دو دهه اخیر به دلایل گوناگون از سوی بسیاری از محققان و متخصصان کودکان استثنایی توجه بسیاری نسبت به وضعیت کودکان بیش فعال معطوف شده است. اختلال کمبود توجه/بیش‌فعالی^۱ از شایع‌ترین اختلال‌های رفتاری و نوروبیولوژیکال (عصب زیست‌شناختی) است، که در دوران کودکی شناخته شده است (Bussing, & et al, 2012). این اختلال بیش از حد فراگیر و پایدار است و با ویژگی‌های بی‌توجهی، بیش‌فعالی و تکانشگری توصیف شده است (Tophen & et al, 2011). این اختلال با شیوع ۳ تا ۵ درصد در کودکان مدارس ابتدایی در مرحله پیش از بلوغ گزارش شده است و برخی از پژوهشگران شیوع این اختلال را در میان کودکان دبستانی ۳ تا ۶ درصد تخمین زده‌اند (Kilic, & Sener, 2005). شیوع ADHD در کودکان پیش از دبستان ایرانی ۱۲/۳ درصد و در پسران دبستانی ۱۵/۲ درصد می‌باشد (Talaei & et al, 2010). در یک پژوهش فراتحلیل (ارجمندی و همکاران، ۱۳۹۴) ۱۶ مقاله را از سال‌های ۱۳۷۵ تا ۱۳۹۰ مورد مطالعه قرار دادند. در این تحقیق ۱۴۸۹۱ دانش‌آموز ۷ تا ۱۲ ساله مورد مطالعه قرار گرفتند. نتایج نشان داد میزان شیوع اختلال نقص توجه و بیش‌فعال بر اساس توافق والدین و معلمان در کل ۸ درصد می‌باشد. هر چند تشخیص ADHD در کودکان پسر بیشتر است، اما میزان تشخیص در بزرگسالی در زنان و مردان مساوی است (Young & Gudjonsson, 2005).

طبق راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی ویراست پنجم DSM-5^۲ کودکان مبتلا به بیش‌فعالی و کاستی توجه اغلب گوش نمی‌دهند، تکالیف معین شده را به اتمام نمی‌رسانند، به خیال‌پردازی می‌پردازند، وسایل خود را گم می‌کنند، بدون تمام کردن یک فعالیت به فعالیت دیگری می‌پردازند، بعضی جزئیات را نمی‌بینند از این رو بی‌دقت ارزیابی می‌شوند، غالباً بی‌نظم بوده و قادر به سازماندهی نیستند، از انجام دادن کارهایی که مستلزم تلاش ذهنی مستمر است اجتناب می‌کنند، به زودی حواسشان پرت می‌شود، معمولاً دست‌ها و پاهای خود را تکان می‌دهند، همیشه در حال جنب و جوش هستند، نمی‌توانند منتظر نوبت بمانند و معمولاً کارهای دیگران را متوقف می‌کنند. اکثریت کودکان مبتلا به ADHD که به کلینک ارجاع داده شده‌اند در عملکرد تحصیلی مشکل داشته و غالباً در آنان مشکلات رفتاری، هیجانی و رشدی گزارش شده است (محمد خانی، ۱۳۸۸). شواهد علمی قویاً بر وجود زیربنای زیست‌شناختی اشاره می‌کند. گستره علل، در برگزیده عوامل وراثتی، شخصیت و مزاج، عوامل پیش و پس از تولد و تفاوت در ساختارهای مغزی و احتمالاً تفاوت در وضعیت شیمیایی مغز و در نتیجه متفاوت بودن ساختارهای مغزی از نظر میزان فعالیت است، که با عوامل محیطی (مانند فرزندپروری والدین، محیط تقویتی یا تنبیهی و عوامل تربیتی) در تعامل هستند (میر نسب، ۱۳۹۱).

(Pelham, 1999) (Cunningham & Boyle, 2002) (Gillberg, 2003) و (Parker, 2004) توافق دارند که مادران دارای کودک مبتلا به اختلال نقص توجه و بیش‌فعال پریشانی و اضطراب بیشتری را نسبت به والدین کودکان عادی تجربه می‌کنند. مادران کودکان ADHD با مشکلات متعددی مواجه هستند، زیرا این کودکان بیشتر از کودکان دیگر اضطراب، پرخاشگری، رفتارهای خصومت‌آمیز، عدم رعایت قوانین، عزت نفس پایین، کنترل‌گریز پایین و بی‌نظمی را نشان می‌دهند. به عنوان مثال بسیاری از مادران که تمام وقت خود را با کودک سپری می‌کنند، و به سبب اینکه والدین کنترل کافی بر انگیزتگی و تکانشگری، رفتارهای خصومت‌آمیز و پرخاشگری، بی‌نظمی، ناتوانی در به تعویق انداختن ارضاء نیازهای خود

1. Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD)

2 - Diagnostic And Statistical Manual of Mental Disorders Fifth Edition



ندارند، گاهی احساس خشم می‌کنند، گاهی هم در نشان دادن احساسات خود دچار شرم و گناه می‌شوند. در نتیجه والدین برای تربیت فرزندان بیش‌فعال خود با چالش‌های فراوانی روبرو هستند و به دلیل عدم آمادگی برخی از والدین، احساس درماندگی و ناامیدی، به وضوح توسط آن‌ها تجربه می‌شود و اکثر والدین بدون آموزش و آمادگی لازم در مسیر تربیت فرزندان گام می‌نهند و از طریق آزمون و خطا عمل می‌کنند (علاقبند راد، ۱۳۸۳). بعلاوه این والدین ممکن است مشکلات کودک را به نقایص خود در ارتباط با عدم شایستگی در سرپرستی کودک نسبت دهند، این نتایج معمولاً همراه با خود سرزنشی است و والدین کودکان مشکل‌دار دارای باورهای غیر واقع‌بینانه در مورد کودک و خودشان هستند (محمد اسماعیل، ۱۳۸۵). خانواده‌های کودکان بیش‌فعال فشارهای والدینی بیشتری را تجربه می‌کنند و احساس می‌کنند که والدین شایسته‌ای نیستند، مصرف الکل در والدین افزایش می‌یابد، و همچنین افسردگی والدین بیشتر می‌شود. (Mash & Barkley, 2003). یکی از مداخلات درمانی کودکان مبتلا به ADHD آموزش‌های گروهی مبتنی بر رابطه والد - کودک CPRT^۳ است که از انواع حمایت شده PMT^۴ است. مطالعات متعدد، اثربخشی بازی درمانی کودک محور بر کاهش مشکلات برونی‌سازی شده، مشکلات رفتاری به ویژه پرخاشگری و نادیده گرفتن قواعد، مشکلات هیجانی- رفتاری و رفتارهای تکانشی و انفجاری در کودکان را گزارش کرده‌اند (دادستان و همکاران، ۱۳۸۸؛ (بیرامی، ۱۳۸۸؛) (Paone, & Douma, 2009) (Foulkrod, & Davenport, 2010)، (Muro & et all, 2006)، (Kagan, & Landreth, 2006) و (Baggerly, & Jenkins, 2009). (Landreth, 2006) معتقد است این روش سبب قدرت بخشیدن به والدین و کاهش احساس گناه و ناامیدی در آن‌ها می‌شود. تمرکز در این روش درمانی، علاوه بر بهبود رابطه کودک-والد، موجب درک و پذیرش دنیای عاطفی کودک از سوی والدین، کسب نگرشی واقع‌بینانه و صبورانه نسبت به خود و کودک، افزایش بینش و آگاهی والدین نسبت به خود در ارتباط با کودک و لذت بردن از نقش والدینی می‌شود. بازی درمانی مداخله‌ای است که فرض زیربنایی آن این است که عامل تغییر در درمان که منجر به کاهش نشانه‌ها می‌شود، ارتباط کودک و درمانگر است. همچنین بازی درمانی مداخله‌ای مستقیم است که به دلیل ماهیت درون‌سازانه منجر به عینی‌سازی و در نتیجه افزایش اثربخشی مداخله می‌شود (Stulmaker & Ray, 2015). مداخلات گروهی مبتنی بر روابط والد-کودک (CPRT) متمرکز بر بهبود رابطه والد و کودک از طریق بازی بوده و بر این فرض استوار است که بهبود این رابطه از طریق بازی موجب بهبود مشکلات رفتاری و عاطفی کودک می‌گردد (Landreth, 2002, 2006). با در نظر گرفتن این اطلاعات، شناسایی روش درمانی موثر، کارآمد و کوتاه‌مدت برای افزایش سلامت روان والدین کودکان مبتلا به ADHD ضروری به نظر می‌رسد. لذا پژوهش حاضر بر آن است تا تاثیر روش درمانی بهبود ارتباط والد و کودک را از طریق بازی در افزایش سلامت روان والدین کودکان مبتلا به ADHD را مورد آزمایش قرار دهد.

روش تحقیق

پژوهش حاضر از نظر شیوه جمع‌آوری داده‌ها جزء پژوهش‌های نیمه آزمایشی و از نظر هدف جزء مطالعات بنیادی است. طرح بکار رفته در این مطالعه از نوع پیش‌آزمون و پس‌آزمون با دو گروه آزمایشی و کنترل می‌باشد.

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

³ Children Parent Relation Training

⁴ Parents Management Training



جامعه پژوهش شامل کلیه مادران کودکان ۶ تا ۱۱ ساله دارای اختلال بیش فعالی / کمبود توجه شهر تهران است. در این پژوهش از روش نمونه گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای استفاده شده است. ابتدا از میان مناطق آموزش و پرورش شهر تهران به طور تصادفی یک منطقه انتخاب شد. سپس از میان مدارس ابتدایی پسر آن منطقه یک مدرسه ابتدایی پسر به طور تصادفی انتخاب شده، در نهایت پس از اجرای پرسشنامه کانرز میان والدین دانش‌آموزان ۳۰ دانش‌آموز که نمرات بالاتری بدست آورده بودند، انتخاب شدند. در نهایت ۳۰ آزمودنی به سه گروه ۱۰ نفری (۱۰ نفر گروه آموزش والدین، ۱۰ نفر گروه آموزش والدین به همراه دارودرمانی و ۱۰ نفر گروه دارودرمانی) تقسیم شدند.

حجم نمونه: در این پژوهش ۳۰ آزمودنی (۱۰ نفر گروه آموزش والدین، ۱۰ نفر گروه آموزش والدین به همراه دارودرمانی و ۱۰ نفر گروه دارودرمانی) وارد مطالعه شدند.

محتوای برنامه آموزشی

محتوای این جلسات آموزشی مبتنی بر بهبود روابط والد-کودک و ایجاد همدلی و پذیرش از جانب والدین برای کودک است. برنامه عملی آموزش در این روش درمانی، شامل ۱۰ جلسه آموزشی است شامل:

جلسات اول و دوم آن شامل اهمیت بازی، قوانین و نحوه اجرای جلسات بازی والدین با کودک در منزل است. باید‌ها و نیاید‌های جلسات بازی آموزش داده می‌شود و نوع اسباب بازی‌های مورد نیاز در جلسات، مکان و زمان بازی با کودک معرفی می‌گردد. **جلسات سوم و چهارم** شامل آموزش شیوه پاسخ‌گویی انعکاسی والدین نسبت به احساسات و عواطف و هیجانات کودک است. **جلسه پنجم** عمدتاً به مرور مهارت‌های آموخته شده به والدین در ارتباط با بازی کودک می‌پردازد. **جلسات ششم و هفتم** به آموزش مهارت محدودیت‌گذاری برای رفتارهای نامناسب کودکان یا سرپیچی از قوانین بازی و آموزش دادن حق انتخاب به کودک در قبال اطاعت یا سرپیچی از قوانین اختصاص داده شد. **جلسه هشتم** مجدداً به مرور تمرین‌های مربوط به اجرای مهارت‌های آموخته شده در جلسات قبل و تعمیم آن‌ها به موقعیت‌های خارج از جلسه بازی می‌پردازد. پاسخ-های تقویت عزت نفس در قبال رفتارها و تلاش‌هایی که کودک انجام می‌دهد از جمله مسائل دیگر مورد بحث در این جلسه است. **جلسه نهم** به رفع مشکلات عمده والدین در برخی مهارت‌ها و تاکید بر ادامه جلسات بازی به صورت هفتگی و تعمیم بیشتر مهارت‌ها پرداخته می‌شود. عروسک‌بازی و قصه‌گویی نیز یکی از تمرینات مورد بحث در این جلسه است. **جلسه نهمی** نیز به بیان نقاط قوت والدین نسبت به جلسه اول، مرور مشکلات اولیه والدین و بهبودهایی که پیدا کرده‌اند، پرداخته می‌شود. نظرسنجی در باب اثربخشی روش مذکور برای والدین و تنظیم برنامه‌ای برای ادامه پیگیری جلسات گروهی والدین و ارتباط با درمانگر در صورت نیاز، از جمله موضوعات دیگر مورد بحث در جلسه پایانی هستند (لندرت، ۲۰۰۶).

ابزارهای گردآوری داده‌ها

- ۱- مصاحبه بالینی: در این پژوهش آزمودنی‌ها مورد مصاحبه بالینی توسط روانپزشک و روانشناس قرار گرفتند.
- ۲- پرسشنامه کانرز فرم والدین: این پرسشنامه شامل ۲۶ سوال است که در مقیاس لیکرت از ۰ تا ۳ درجه‌بندی شده است و مواردی چون بیش‌فعالی و بی‌توجهی و عدم تمرکز آزمودنی را از سوی والدین مورد سنجش قرار می‌دهد. کانرز پایایی



این مقیاس را ۰/۹۰ گزارش نموده‌اند اعتبار این پرسشنامه از سوی موسسه علوم شناختی ۰/۸۵ گزارش شده است (علیزاده، ۱۳۸۴).

۳- پرسشنامه سلامت عمومی: (Goldberag, 1972) اولین بار پرسشنامه سلامت عمومی را تنظیم نمود. این پرسشنامه به صورت فرم‌های ۶۰، ۳۰، ۲۸ و ۱۲ سئوالی است. (Goldberag & Hilly, 1979) فرم ۲۸ سئوالی پرسشنامه را اولین بار از طریق اجرای روش تحلیل عاملی بر روی فرم بلند آن طراحی کردند. این پرسشنامه شامل چهار زیرمقیاس (نشانه‌های جسمانی، اضطراب و بی‌خوابی، اختلال در کارکرد اجتماعی و افسردگی) است. تمام مواد پرسشنامه سلامت عمومی چهار گزینه‌ای هستند و روش نمره‌گذاری استفاده از مدل ساده لیکرت به صورت (۰، ۱، ۲ و ۳) است. نمره کل هر فرد از صفر تا ۸۴ خواهد بود. نمره کمتر بیانگر سلامت عمومی بالاتر است. تقوی (۱۳۸۰) اعتبار پرسشنامه را با استفاده از سه روش بازآزمایی، تنصیفی و آلفای کرونباخ بررسی نمود؛ و به ترتیب ضرایب اعتبار ۰/۷۰ و ۰/۹۳ و ۰/۹۰ را بدست آورد. همچنین رویی همزمان این پرسشنامه از طریق اجرای همزمان با پرسشنامه بیمارستان میدلکس محاسبه نمود که ضریب همبستگی ۰/۵۵ بدست آمد.

روش تحلیل داده‌ها

برای بررسی هدف تحقیق با توجه به این که داده‌های گردآوری شده در مقیاس فاصله‌ای هستند، با رعایت مفروضه‌ها روش‌های آماری توصیفی و استنباطی زیر، پردازش و تجزیه و تحلیل شدند.

در قسمت آمار توصیفی از میانگین و انحراف استاندارد جهت نشان دادن اختلاف میانگین‌های سه گروه در پیش‌آزمون و پس‌آزمون و در قست آمار استنباطی با توجه به فرضیه‌های پژوهش و روش تحقیق که از نوع پیش تجربی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل بود، برای تحلیل داده‌های آماری، از روش تحلیل کوواریانس تک متغیره (ANCOVA) و آزمون مقایسه‌های چندگانه بنفرونی استفاده شد.

ابزار تحلیل داده‌ها: نرم افزار ورژن SPSS۲۳ در این پژوهش مورد استفاده قرار گرفت.

یافته‌ها

یافته‌های حاصل از این پژوهش در دو بخش ارائه شده است. در بخش اول، ابتدا یافته‌های توصیفی در بخش دوم یافته‌های استنباطی حاصل از تحلیل داده‌ها و آزمون فرضیه بیان شده است.

بخش اول: یافته‌های توصیفی

داده‌های جمعیت شناختی حاصل از گروه نمونه نشان داد که ۳۰ نفر از کودکان مادران شرکت‌کنندگان در این پژوهش در رده‌های سنی ۶ تا ۱۱ سال بودند. میانگین سنی فرزندان شرکت‌کنندگان ۸/۵۳ با انحراف استاندارد ۱/۵۲ است. بیشترین فراوانی سن کودکان شرکت‌کنندگان در پژوهش ۸ سال است.

در جدول ۱ توصیف داده‌های پژوهش متغیرهای سلامت روان و مولفه‌های آن با استفاده از روش‌های آمار توصیفی (میانگین و انحراف استاندارد) صورت می‌گیرد.



مشخصه‌های توصیفی (میانگین و انحراف استاندارد) متغیرهای وابسته سلامت روان و مولفه‌های سلامت روان در والدین کودکان دچار اختلال نقص توجه و بیش فعال در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون.

پس‌آزمون		پیش‌آزمون		متغیرها	گروه‌ها
SD	M	SD	M		
۷/۲	۶۵	۸/۴	۷۰/۵	سلامت روان	دارودرمانی
۷/۴	۵۴/۴	۹	۶۸	سلامت روان	ترکیبی
۸/۵	۶۴/۶	۸	۷۴/۵	سلامت روان	خانواده محور
۲/۷	۱۷	۲/۴	۱۹/۲	مشکلات جسمانی	دارودرمانی
۲/۵	۱۱/۳	۳/۴	۱۷/۲	مشکلات جسمانی	ترکیبی
۳	۱۶/۵	۲/۹	۱۹/۳	مشکلات جسمانی	خانواده محور
۴/۸	۱۱/۷	۵	۱۴	اضطراب	دارودرمانی
۳/۹	۸/۶	۴	۱۴/۳	اضطراب	ترکیبی
۳	۱۳/۸	۲/۷	۱۷	اضطراب	خانواده محور
۳/۴	۱۹/۶	۳/۵	۲۱/۸	کارکرد جسمانی	دارودرمانی
۳/۳	۱۶/۲	۲	۲۱	کارکرد جسمانی	ترکیبی
۳	۱۵/۸	۲/۷	۲۱	کارکرد جسمانی	خانواده محور
۵	۱۶/۳	۵/۲	۱۵/۴	افسردگی	دارودرمانی
۳/۲	۱۳/۳	۳/۷	۱۵/۷	افسردگی	ترکیبی
۳/۷	۱۸/۵	۳/۵	۱۷/۴	افسردگی	خانواده محور

توجه نمادهای: M = میانگین و SD = انحراف استاندارد

همانطور که در جدول ۱، ملاحظه می‌شود نمره میانگین در مرحله پیش‌آزمون در گروه‌ها بیشتر از میانگین در مرحله پس‌آزمون می‌باشد. این تفاوت‌ها در گروه ترکیبی آشکارتر است. لازم به ذکر است نمرات پایین‌تر در هر کدام از متغیرهای سلامت روان و مولفه‌های آن نشان‌دهنده سلامت روان بالاتر است.

بخش دوم: یافته‌های استنباطی

استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس مستلزم رعایت کردن برخی از مفروضه‌های اساسی است که عبارتند از: همگنی واریانس، پایایی همپراش و همگنی شیب رگرسیون. قبل از تحلیل کوواریانس مفروضه‌ها مورد بررسی قرار گرفت. نتایج به ترتیب در ادامه ارائه شده است.

مفروضه همگنی واریانسها: در پژوهش حاضر به منظور آزمون همگنی واریانسها از آزمون لون استفاده شد.

جدول ۲

آزمون لوین به منظور بررسی فرض همگنی واریانسها

متغیر وابسته	F	درجه آزادی اول	درجه آزادی دوم	سطح معنی‌داری
سلامت روان	۲/۷	۲۷	۲	۰/۸۴



۰/۳	۲	۲۷	۲۵۱	مشکلات جسمانی
۰/۰۹	۲	۲۷	۲/۶	اضطراب
۰/۱۵	۲	۲۷	۲/۱	کارکرد جسمانی
۰/۴۸	۲	۲۷	۰/۷۵	افسردگی

نتایج آزمون لون در جدول ۲ نشان می‌دهد بین متغیرهای پژوهش همگنی واریانسها برقرار است. زیرا مقدار F در هر یک از متغیرها مربوط به آزمون لوین معنی‌دار نیست.

مفروضه همگنی شیب رگرسیون: تحلیل کواریانس بر این فرض است که باید ضریب رگرسیون بین متغیر مستقل و همپراش (پیش آزمون) معنادار نباشد.

جدول ۳ نتایج تحلیل همگنی شیب رگرسیون نمره‌های پیش آزمون و متغیر مستقل

متغیر	SS	MS	F	Df	Sig
سلامت روان	۴۳/۸	۲۱/۹	۲/۹	۲	۰/۰۷
مشکلات جسمانی	۶/۴۶	۳/۲۳	۱/۳۳	۲	۰/۲۸
اضطراب	۱/۰۲	۰/۵۱۲	۰/۲۴	۲	۰/۷۸۹
کارکرد اجتماعی	۴۳/۶۹	۲۱/۸	۲	۲	۰/۰۸
افسردگی	۱/۳۶	۰/۶۸	۱/۲	۲	۰/۳۱۴

توجه نمادهای: SS = مجموع مجذورات، MS = میانگین مجذورات، df = درجه آزادی و sig = سطح معناداری

در جدول ۳ نشان داده شده است که مقدار F برای هر یک از متغیرها معنادار نیست. لذا می‌توان از تحلیل کواریانس برای تحلیل داده‌ها استفاده کرد. در جدول ۴ خلاصه نتایج تحلیل کواریانس تک متغیری در این پژوهش آمده است.

جدول ۴

خلاصه نتایج تحلیل کواریانس نمره‌های پس آزمون در دو گروه کنترل و آزمایشی، با نمره پیش آزمون (همپراش)

متغیر	منبع	SS	Df	MS	F	Eta
سلامت روان	پیش آزمون	۱۳۸۶	۱	۱۳۸۶	۱۶۳/۱۳**	۰/۸۶
	گروه	۳۳۰/۴	۲	۱۶۵/۲	۱۹/۴**	۰/۵۹
	خطا	۲۲۰/۹	۲۶	۸/۵		
مشکلات جسمانی	پیش آزمون	۱۳۰/۸	۱	۱۳۰/۸	۵۲/۶**	۰/۶۷
	گروه	۵۹/۹	۲	۴۷/۹	۱۹/۳**	۰/۱۶
	خطا	۶۴/۷	۲۶	۲/۴۸		



پیش آزمون	گروه	خطا	پیش آزمون	گروه	خطا	پیش آزمون	گروه	خطا
۰/۸۷۹	۱۸۸/۹**	۳۷۹/۸	۱	۳۷۹/۸	۰/۸۷۹	۰/۹۶۶	۷۲۸/۸**	۴۱۵/۸
۰/۵۴۲	۱۵/۴**	۱۵/۴	۲	۶۱/۹	۰/۵۴۲	۰/۵۳	۴/۶**	۸/۳۵
		۲/۰۱	۲۶	۵۲/۲				۱۴/۶
۰/۳۸	۱۵/۹**	۱۰۴/۷	۱	۱۰۴/۷	۰/۳۸	۰/۹۶۶	۷۲۸/۸**	۴۱۵/۸
۰/۲۵۵	۴/۴**	۲۹/۱۸	۲	۵۸/۳	۰/۲۵۵	۰/۵۳	۴/۶**	۸/۳۵
		۶/۶	۲۶	۱۷۰/۸				۱۴/۶
پیش آزمون	گروه	خطا	پیش آزمون	گروه	خطا	پیش آزمون	گروه	خطا

با توجه به جدول ۴، مقدار F در هریک از متغیرهای پیش آزمون سلامت روان، مشکلات جسمانی، اضطراب، کارکرد اجتماعی و افسردگی آورده شده است و نشان داده شده است که مقدار F در همه متغیرها در سطح ۰/۰۱ معنادار است. مقدار واریانس تبیین شده متغیر وابسته سلامت روان ۰/۸۶، مشکلات جسمانی ۰/۶۷، اضطراب ۰/۸۷، کارکرد اجتماعی ۰/۳۸ و افسردگی ۰/۹۶ می باشد.

آزمون F برای متغیرهای مستقل سلامت روان ۱۹/۴، مشکلات جسمانی ۱۹/۳، اضطراب ۱۵/۴، کارکرد اجتماعی ۴/۴ و افسردگی برابر ۴/۶ است که در سطح ۰/۰۱ معنادار است. مقدار واریانس تبیین شده سلامت روان ۰/۵۹، مشکلات جسمانی ۰/۶، اضطراب ۰/۵۴، کارکرد اجتماعی ۰/۲۵ و افسردگی ۰/۵۳ است.

جدول ۵

تفاوت میانگین و خطای انحراف از میانگین گروهها

متغیر	دارودرمانی و ترکیبی		دارودرمانی و خانواده محور		خانواده محور و ترکیبی	
	میانگین	خطای میانگین	میانگین	خطای میانگین	میانگین	خطای میانگین
سلامت روان	۸/۱۸*	۱/۳۱۴	۳/۴۸	۱/۳۳	-۴/۷*	۱/۳۷
مشکلات جسمانی	۴/۳*	۰/۷۳۵	۰/۶۷	۰/۷۰۵	-۳/۶۲*	۰/۷۳۸
اضطراب	۳/۲۸*	۰/۶۳	۰/۵۳	۰/۶۶	-۲/۷۶*	۰/۶۵
کارکرد اجتماعی	۲/۶۸	۱/۱۶	۳/۲۲*	۱/۱۵	۰/۵۴۳	۱/۱۴
افسردگی	-۱/۷*	۰/۳۳	-۰/۳	۰/۳۴	۱/۴۰*	۰/۳۴

توجه نماد: $P < 0.05$

اطلاعات جدول ۱ و ۵ نشان می دهد، در متغیر سلامت روان، میانگین نمرات گروه ترکیبی (۵۴/۴) پایین تر از میانگین گروه دارودرمانی (۶۵) و میانگین گروه خانواده محور (۶۴/۵) بوده و در سطح ۰/۰۵ معنادار است. اما بین نمرات میانگین گروه دارودرمانی و میانگین گروه خانواده محور از لحاظ آماری تفاوت معناداری مشاهده نمی شود. لذا روش ترکیبی بهتر از روش دارودرمانی و خانواده محور است.



در متغیر مشکلات جسمانی، میانگین نمرات گروه ترکیبی (۱۱/۳) پایین‌تر از میانگین گروه دارودرمانی (۱۷) و میانگین گروه خانواده محور (۱۶/۵) بوده و در سطح ۰/۰۵ معنادار است. اما بین نمرات میانگین گروه دارودرمانی و میانگین گروه خانواده محور از لحاظ آماری تفاوت معناداری مشاهده نمی‌شود. لذا روش ترکیبی بهتر از روش دارودرمانی و خانواده محور است.

در متغیر اضطراب، میانگین نمرات گروه ترکیبی (۸/۶) پایین‌تر از میانگین گروه دارودرمانی (۱۱/۷) و میانگین گروه خانواده محور (۱۳/۸) بوده و در سطح ۰/۰۵ معنادار است. اما بین نمرات میانگین گروه دارودرمانی و میانگین گروه خانواده محور از لحاظ آماری تفاوت معناداری مشاهده نمی‌شود. لذا روش ترکیبی بهتر از روش دارودرمانی و خانواده محور است.

در متغیر کارکرد اجتماعی، میانگین نمرات گروه ترکیبی (۱۶/۲) و میانگین گروه خانواده محور (۱۵/۸) پایین‌تر از میانگین گروه دارودرمانی (۱۹/۶) بوده و در سطح ۰/۰۵ معنادار است. اما بین نمرات میانگین گروه ترکیبی و میانگین گروه خانواده محور از لحاظ آماری تفاوت معناداری مشاهده نمی‌شود. لذا روش ترکیبی و خانواده محور بهتر از روش دارودرمانی است.

در متغیر افسردگی، میانگین نمرات گروه ترکیبی (۱۳/۳) پایین‌تر از میانگین گروه دارودرمانی (۱۶/۳) و میانگین گروه خانواده محور (۱۸/۵) بوده و در سطح ۰/۰۵ معنادار است. اما بین نمرات میانگین گروه دارودرمانی و میانگین گروه خانواده محور از لحاظ آماری تفاوت معناداری مشاهده نمی‌شود. لذا روش ترکیبی بهتر از روش دارودرمانی و خانواده محور است.

بحث

یافته‌های پژوهش حاضر با یافته‌های مقوم و همکاران (۱۳۹۶)، افشار و همکاران (۱۳۹۶)، (Chan, & et al 2014)، (Timer, 2012)، (Lindo & et al, 2012) و (Tophen, 2011) همسو است.

مقوم و همکاران (۱۳۹۶) در پژوهش خود تحت عنوان بررسی اثربخشی آموزش بازی درمانی مبتنی بر رابطه والد - کودک (خانواده محور)، بر میزان استرس، اضطراب و افسردگی مادران با کودک دارای معلولیت ذهنی خفیف، برنامه بازی درمانی را اجرا کردند. نتایج نشان داد، درمان آموزش بازی درمانی مبتنی بر رابطه والد - کودک، سبب کاهش معناداری در میزان استرس، اضطراب و افسردگی مادران شده است. جعفری و همکاران (۱۳۸۹) در پژوهشی با عنوان اثربخشی برنامه فرزند پروری مثبت بر سلامت روان مادران کودکان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی/ کمبود توجه، دریافتند برنامه فرزند پروری مثبت در ارتقاء سلامت روان مادران دارای کودک مبتلا به اختلال بیش‌فعالی/ کمبود توجه موثر است. افشار، و همکاران (۱۳۹۶) در پژوهش خود تحت عنوان بررسی اثربخشی آموزش بازی درمانی مبتنی بر رابطه والد - کودک (خانواده محور)، بر کاهش استرس والدگری و افزایش خوداثرمندی والدینی مادران، نشان داد، درمان آموزش بازی درمانی مبتنی بر رابطه والد - کودک، در مولفه‌های هر دو مقیاس والدینی و کودکی استرس والدینی به استثنای خرده مقیاس پذیرندگی، اثربخشی معناداری داشته و در کل سبب کاهش استرس والدینی شده است. (Chan, & et al 2014) نشان دادند که آموزش بازی درمانی مبتنی بر رابطه والد - کودک به مادران با کودکان دارای معلولیت ذهنی بر کاهش افسردگی آن‌ها موثر است. عواطف حاکم بر ارتباط والد-کودک بر شرایط والدین تاثیر گذاشته و سبب کاهش میزان اضطراب والدین و ترمیم ارتباط والد-کودک می‌شود. (Timer, 2012) نیز نشان داد روش درمانی آموزش بازی درمانی مبتنی بر رابطه والد - کودک به دلیل ارتباط والدین، آسیب روان‌شناختی و رفتاری در بین فرزندان و والدین کمتر می‌شود. پژوهشی دیگر با عنوان آموزش بازی درمانی مبتنی بر رابطه والد - کودک، کشف ادراکات والدین از مداخله، فرایند و اثربخشی توسط (Lindo & et al, 2012) انجام شد، نتایج نشان داد حمایتی که در طول جلسات والدین از جانب هم‌تایان و درمانگر دریافت می‌کنند، استرس والدین را کاهش داده و احتمالاً با بهبود کیفیت روابط والد-کودک با ایجاد حس خودکنترلی و بهبود سطوح تاب‌آوری والدین در برابر مشکلات رفتاری کودکان، موجب اتخاذ راهکارهای منطقی‌تری می‌شود. (Tophen, 2011) نیز در پژوهش خود تحت عنوان پیش‌بینی



دستاوردهای والد و کودک از برنامه‌ی بازی درمانی، نشان دادند که روش درمانی آموزش گروهی مبتنی بر رابطه والد-کودک موجب کاهش استرس والدین می‌شود. (Kidron & Landreth, 2010) پژوهشی با عنوان درمان فشرده بازی درمانی مبتنی بر رابطه والد - کودک با والدین انجام دادند. نتایج نشان داد که روش درمانی آموزش گروهی مبتنی بر رابطه والد-کودک نه تنها سطح استرس والدین را کاهش می‌دهد، بلکه منجر به تعاملات همدلانه والدین با کودکان و پذیرش بیشتر آن‌ها می‌شود. این مطالعات نشان داده‌اند که برنامه گروهی آموزش مبتنی بر رابطه والد-کودک، مشکلات روانی و اجتماعی مادران کودکان دارای اختلال بیش فعالی و نقص توجه را کاهش داده و در حفظ سلامت روان این مادران موثر بوده است. والدین کودکانی که دچار یا در خطر مشکلات رفتاری و هیجانی هستند، اغلب کمتر به نقش والدگری خود اطمینان دارند (sanderson, 2002) و می‌دانند که روش کنونی آنها در کنترل فرزندشان مؤثر نیست و بنابراین مشتاق آموختن مهارت‌های جدید می‌باشند (فرمند، ۱۳۸۵). والدین با حضور در کارگاه آموزشی، شیوه‌های مطلوب فرزند پروری و تعامل با کودک را آموزش می‌بینند و همین امر سبب کاهش مشکلات کودک و مشکلات ارتباطی بین والدین و کودک می‌شود. این امر نیز در نهایت سبب کاهش مشکلات سلامت روان مادران می‌گردد.

داشتن فرزند دارای اختلال نقص توجه/ بیش فعال، می‌تواند موجب استرس، اضطراب و افسردگی والدین شود، و بهبود نشانه‌های این اختلال موجب آسودگی و آرامش روانی والدین می‌شود. در روش درمانی آموزش گروهی مبتنی بر رابطه والد-کودک، والدین درمی‌یابند که عامل مشکلات رفتاری کودکان نیستند این امر باعث کاهش احساس گناه والدین می‌شود، بخصوص والدین آموزش می‌بینند که خود درمانگر کودک خود هستند، لذا داشتن کنترل در مدیریت رفتار کودکان موجب کاهش درماندگی و اضطراب والدین می‌شود. تمرکز در این روش درمانی، علاوه بر بهبود رابطه کودک-والد، موجب درک و پذیرش دنیای عاطفی کودک از سوی والدین، کسب نگرشی واقع‌بینانه و صبورانه نسبت به خود و کودک، افزایش بینش و آگاهی والدین نسبت به خود در ارتباط با کودک و لذت بردن از نقش والدینی می‌شود. نگرش والدین نسبت به مشکل کودک می‌تواند در فرایند درمان مؤثر باشد. به همین دلیل، ضروری است تا به والدین در مورد اختلال فرزندشان، اطلاعات مهمی آموزش داده شود. والدین باید بدانند که علت ایجاد اختلال نیستند و اینکه بسیاری از مشکلات کودک را می‌توان درمان کرد. فرایند گروهی حاکم بر روش خانواده محور امری مهم در تأثیرگذاری آن است چرا که اغلب والدین، دارای کودک مبتلا به ADHD، در تعامل با کودک خود دچار مشکل هستند و احساسات و هیجانات آنها در قالب گروه تعدیل و به گونه‌ای همدلانه انعکاس داده شده و در نتیجه آگاهی و بینش بیشتری کسب می‌شود. عواطف حاکم بر ارتباط والد-کودک بر شرایط والدین تاثیر گذاشته و سبب کاهش میزان اضطراب والدین و ترمیم ارتباط والد-کودک می‌شود. حمایتی که در طول جلسات والدین از جانب هم‌تایان و درمانگر دریافت می‌کنند، استرس والدین را کاهش داده و احتمالاً با بهبود کیفیت روابط والد-کودک با ایجاد حس خودکنترلی و بهبود سطوح تاب‌آوری والدین در برابر مشکلات رفتاری کودکان، موجب اتخاذ راهکارهای منطقی-تری می‌شود. افزایش سلامت روان مادران را می‌توان به نوعی وابسته به فرایند گروهی در این روش درمانی و حمایتی که در جلسات از هم‌تایان و درمانگر دریافت می‌کنند و بیان نقاط قوت والدین در جلسات، بهبود رابطه بین کودک و والد، افزایش پذیرش کودک و تغییر نوع نگاه به اختلال کودک و افزایش درک و بینش نسبت به ماهیت این اختلال، احساس کنترل والدین بر رفتار کودک و افزایش مهارت محدودیت‌گذاری برای رفتارهای نامناسب کودک یا سرپیچی از قوانین و در نهایت پذیرش و انعکاس احساسات و افکار کودک و درک دنیای عاطفی و هیجانی کودک در نظر گرفت.



منابع

- افروز، غلامعلی و عاشوری، محمد (۱۳۹۳). مبانی روان‌شناختی مدیریت رفتار کودکان بی‌قرار و بیش‌فعال، انتشارات دانشگاه تهران.
- افشار، زهرا؛ رسولی، رویا و فتح‌آبادی، جلیل (۱۳۹۶) بررسی اثربخشی آموزش بازی درمانی مبتنی بر رابطه والد - کودک (CPRT)، بر کاهش استرس والدگری و افزایش خودآزمندی والدینی مادران، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علوم تربیتی و روان‌شناسی دانشگاه الزهراء (س).
- ارجمندی، شهره؛ کیخاوندی، ستار؛ سایه میری، کورش (۱۳۹۴)، بررسی میزان شیوع اختلال نقص توجه و بیش‌فعالی در دانش‌آموزان دبستانی از دید معلمان و والدین: مطالعه مروری سیستماتیک و فراتحلیل، مجله اصول بهداشت روانی ۱۷(۵)، ۲۱۳-۲۱۹.
- بلوم کوپست، مایکل ال. (۱۹۹۶)، مهارت‌های سازگاری با کودکان ناسازگار؛ ترجمه: جواد علاقه‌بندراد، (۱۳۸۳) تهران: انتشارات سنا.
- بیرامی، منصور (۱۳۸۸). تاثیر آموزش مهارت‌های فرزندپروری به مادران پسران دبستانی مبتلا به اختلالات برونی‌سازی شده بر بهداشت روانی و شیوه‌های تربیتی آن‌ها. اصول بهداشت روانی، دوره ۱۱، شماره ۲، پیاپی ۴۲. صص ۱۰۵-۱۱۴.
- تقوی، محمدرضا (۱۳۸۰). بررسی روایی و اعتبار پرسشنامه سلامت عمومی. مجله روانشناسی. شماره ۲۰. صفحات ۳۹۸-۳۸۱.
- دادستان، پریخ؛ بیات، مریم و عسگری، علی (۱۳۸۸). تاثیر بازی درمانگری کودک محور بر کاهش مشکلات برونی‌سازی شده کودکان، مجله علوم رفتاری. دوره ۳، شماره ۴. صص ۲۵۷-۲۶۴.
- جعفری، موسوی و فتحی آشتیانی (۱۳۸۹)، اثربخشی برنامه فرزند پروری مثبت بر سلامت روان مادران کودکان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی / کمبود توجه، فصلنامه خانواده‌پژوهی، ۲۴: ۴۹۷-۵۱۰.
- جورج ج. دوپل؛ استرن، گری (۱۳۸۸). اختلال کمبود توجه بیش‌فعالی در مدرسه. ترجمه پروانه محمدخانی و سیروان اسمائی مجد. تهران: نشر دانژه. صص ۲۶.
- فرمند، آتوسا (۱۳۸۵). سودمندی درمان ترکیبی: برنامه گروهی فرزند پروری و دارو درمانی بر علائم و شیوه‌های تربیتی کودکان ۱۲-۲ ساله مبتلا به اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی، پایان‌نامه دکتری روانپزشکی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران.
- کنگرلو، مهناز؛ لطفی کاشانی، فرح و وزیری، شهرام (۱۳۹۱). تاثیر آموزش خانواده در کاهش مشکلات رفتاری کودکان مبتلا به اختلال کمبود توجه و بیش‌فعالی (ADHD). فصلنامه علوم پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی واحد پزشکی تهران، جلد ۲۲، شماره ۳، صص ۲۲۰-۲۱۶.
- علیزاده، حمید. (۱۳۸۳). اختلال نارسایی توجه/ فزون‌جنبشی. تهران: انتشارات رشد.
- محمد اسماعیل، الهه (۱۳۸۵). درسنامه درمان رفتاری - شناختی کودکان مبتلا به بیش‌فعالی/ نارسایی توجه. تهران: انتشارات دانش.
- میرنسیب، میر محمود؛ منصور، محمود؛ افروز، غلامعلی؛ غباری بناب، باقر و به‌پژوه، احمد (۱۳۸۷)، اثربخشی درمانگری رفتاری و شناختی- رفتاری بر کاهش نشانه‌های بالینی اختلال نارسایی توجه/ فزون‌کنشی کودکان، مجله پژوهش در حیطه کودکان استثنایی، ۱۸(۱): ۸۴-۶۹.
- مقوم، فاطمه؛ نصیریان، منصوره؛ و زارعی محمودآباد، حسن (۱۳۹۶)، بررسی اثربخشی آموزش بازی درمانی مبتنی بر رابطه والد-کودک بر میزان استرس، اضطراب و افسردگی مادران با کودک دارای معلولیت خفیف. مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ۲۷(۱۵۱): ۱۹۷-۱۹۳.



Reference

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Association.
- Baggerly, J., Jenkins, W.(2009). The effectiveness of child-centered play therapy on developmental and diagnostic factors in children who are homeless. *International Journal of Play Therapy*, 18(1):PP.45-55.
- Bussing R., Zima B. T., Mason D. M., Meyer J. M., White K., Garvan C. W. (2012). *ADHD knowledge, perceptions, and information sources: Perspectives from a community sample of adolescents and their parents*. *Journal of Adolescent Health*, 51, 593-600.
- Cunningham, C. E. & Boyle, M. H. (2002). Preschoolers at Risk for Attention Deficit Hyperactivity Disorder and oppositional Defiant Disorder: Family, parenting and Behavioral Correlates. *Journal of Abnormal Child psychology*, 30 , 6 , 555-569.
- Chan ,P.T., Doan, S.N, & Tampson, M. C. (2014). *Stress generation in a development context: the role of youth depressive symptoms, maternal depression, the parent-child relationship, and family stress*. *JFAM Psychol*. 28(1), 23-41.
- Foulkrod, K., Davenport, B. R.(2010). An examination of empirically informed practice within case reports of play therapy with aggressive and oppositional children. *International Journal of Play Therapy*, 19(3):pp.144-158.
- Gillberg, C. (2003). Deficits in attention, motor control, and perception: a brief review. *Archives of Disease in childhood*, 88, 904-910.
- Kagan, S., Landreth, G.(2009). Short-term child-centered play therapy training with Israeli school counselors and teachers. *International Journal of Play Therapy*,18(4):PP.207-216.
- Kidron, M., & Landreth, G. (2010). *Intensive Child Parent Relationship Therapy*. *International journal of play therapy*, 19(2), 64-78.
- Kilic, B.G., Sener A.(2005). Family functioning and psychosocial characteristics in children with attention deficit hyperactivity disorder with comorbid oppositional defiant disorder or conduct disorder. *Turk Psikiyatri Derg*,16(1):PP.21-28.
- Landreth, G. L.(2002). *Play Therapy: The art of the relationship, 2nded*. New York: Routledge.
- Landreth, G. L. (2006). *Child parent relationship therapy (CPRT): A ten session filial therapy model*. New York: Routledge.
- Lindo, N. A., Akay, S., Sullivan, J. M., Meany-Walen, K. K.(2012). *Child Parent Relationship Therapy: Exploring Parents' Perceptions of Intervention, Process, and Effectiveness*. *International Journal of Humanities and Social Science*, 2(1):PP.51-61.
- Mash, E. J., & Barkley, R. A.(Eds). (2003). *Child psychopathology*. New York: Guilford press.
- Matthew, J., Miller, R.B., Polson, D.M.(2005). Toward a standard of care child ADHD. *Journal of Abnormal Child*, 2:PP.9-11.
- Muro, J., Ray, D., Schottelkorb, A., Smith, M.R., Blanco, P. J.(2006). Quantitative analysis of long-term child-centered play therapy. *International Journal of Play Therapy*, 15(2):PP.35-58.
- Paone, T. R., Douma, K. B.(2009). Child-centered play therapy with a seven year-old boy diagnosed with intermittent explosive disorder. *International Journal of Play Therapy*, 18(1):PP.31-44.
- Parker, J. D. A., Majeski S. A. & Collin, V. T. (2004). *ADHD symptom and personality: Relationship with the five factor model*. *Journal of Personality and Individual Difference*. 36,977-987.
- Pelham,W. E., & Gnagy , E. M. (1999) .psychosocial and combined treatments for ADHD. *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews*, 5 (3) , 225-236



- Sanders, M.R. (2002). Parenting intervention and the prevention of serious mental health problems in children. *Journal of MJA, Vol. 177; 587-592. Retrieved from the web. http://www.psy.uq.edu.au.*
- Stulmaker HL, Ray DC.(2015). *Child-centered play therapy with young children*. Children youth Serv 2015; 57: 127-33.
- Talaei A, Mokhber N, Abdollahian E, et al. Attention deficit/hyperactivity disorder: A survey on prevalence rate among male subjects in elementary school (7 to 9 years old) in Iran. *J Atten Disord* 2010; 13(4): 386-90.
- Timer, S. (2012). *Parent-Child Interaction Therapy: Enhancing Parent-Child Relationships Un programa Para La Mejora de las Relaciones Paders-Hijos. La terapia de Intreraction Paders-Hijos*. Psychosocial Intrevention.21(2), 145-156.
- Tophen, G.L, Wampler, K.S., G., & Rolling. E. (2011). *Predicting parent and child outcomes of a Filial therapy program*. Interactional Journal of play therapy. 20(2), 79-93.
- Young, S., Gudjonsson, G.H.(2005). Neuropsychological correlstes of the YAQ-S and YAQ-I self-and informant. ADHD symptomatology emotional and social Problems and delinquent behavior. *British Journal of Clinical Psychology*, 44:PP.47-57.