

اثربخشی بازی درمانی کوتاه مدت کودکان در کاهش نشانه های هیجانی، رفتاری و اجتماعی بر کودکان دارای اختلال بیش فعالی و نقص توجه

مرضیه هاشمی^۱، شکوه السادات بنی جمالی^۲

و زهره خسروی^۳

اختلال بیش فعالی و نقص توجه یکی از شایع ترین مشکلات کودکان و نوجوانان است. رفتار این کودکان پیچیده و پرتعارض است. این اختلال سبب تخریب زندگی فرد می شود. هزینه های اجتماعی این اختلال نیز بسیار بالاست. بنابراین اقدام به موقع جهت رفتار این مبتلایان امری ضروری است. هدف پژوهش حاضر بررسی تاثیر بازی درمانی کوتاه مدت بر کاهش نشانه های هیجانی، رفتاری و اجتماعی در کودکان دارای اختلال بیش فعالی و نقص توجه بود. برای این منظور طی یک پژوهش تک آزمودنی و به شیوه تک خط پایه، شش کودک ۷ تا ۱۰ ساله که دارای نشانه های بیش فعالی و نقص توجه بودند به شیوه نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند. بازی درمانی کوتاه مدت به مدت ۱۰ جلسه با شرکت کنندگان اجرا شد. آزمودنی ها در فرایند مداخله و مرحله پیگیری از نظر مشکلات رفتاری مورد بررسی قرار گرفتند. داده ها با استفاده از تحلیل درون موقعیتی و بین موقعیتی تحلیل شدند. نتایج نشان داد بازی درمانی کوتاه مدت در کاهش نشانه های هیجانی، رفتاری و اجتماعی کودکان دارای اختلال بیش فعالی و نقص توجه موثر است. بنابراین، می توان بازی درمانی کوتاه مدت را به عنوان مداخله ای مناسب در کاهش نشانه های هیجانی، رفتاری و اجتماعی در کودکان مبتلا به اختلال بیش فعالی و نقص توجه به کاربرد.

کلیدواژه ها: بازی درمانی کوتاه مدت، اختلال بیش فعالی و نقص توجه، هیجانی، رفتاری و اجتماعی.

مقدمه

اختلال بیش فعالی و نقص توجه یکی از شایع ترین مشکلات کودکان و نوجوانان است. این اختلال یک اختلال با پایه ی زیستی است که با ترکیبی از علائم کم توجهی یا بیش فعالی و تکانشگری شناخته می شود (سانچز مورا، ریسیس، راموس کیروگو و همکاران، ۲۰۱۰). رفتار این کودکان پیچیده و

۱. دپارتمان روان شناسی، دانشگاه خاتم، تهران، ایران (نویسنده مسؤل) m.hashemi2@khatam.ac.ir

۲. دپارتمان روان شناسی، دانشگاه الزهراء، تهران، ایران

۳. دپارتمان روان شناسی، دانشگاه الزهراء، تهران، ایران

پرتعارض است. عجله و رفتارهای بی‌سازمان یک منبع فشار روانی برای کودک، والدین، خواهرها و برادرها، معلم و همکلاس‌هایش است. این کودکان آسیب، سردرگمی و ناراحتی را تجربه می‌کنند. به این علت که دیگران آن‌ها را به علت توجه نکردن و پیوسته در حرکت بودن سرزنش می‌کنند (مش و ولف، ۲۰۱۶). احساس ناامیدی، متفاوت بودن، متناسب نبودن و ناکارآمدی ممکن است وجود این کودکان را در هم شکنند. این اختلال سبب تخریب زندگی فرد می‌شود و میزان بسیار زیادی از انرژی فرد را مصرف می‌کند. به علاوه هزینه‌های اجتماعی این اختلال نیز برای جوانان بسیار بالا است (دوشی، هاگکینز، کهل و همکاران، ۲۰۱۲). بنابراین اقدام به موقع جهت درمان این اختلال امری ضروری است. یکی از شیوه‌های درمانی موثر در درمان این اختلال، بازی‌درمانی است. چراکه بازی به عنوان یک واسطه‌ی طبیعی برای برقراری ارتباط به حساب می‌آید (شیفر، ۲۰۱۱). قدرت درمانی موجود در بازی‌درمانی به شیوه‌های متفاوتی مورد استفاده قرار می‌گیرد. درمانگران از این طریق به کودکانی که مهارت‌های اجتماعی یا عاطفی‌شان ضعیف است، رفتارهای سازگارانه‌تری را آموزش می‌دهند (پدروکرول و ردی، ۲۰۱۵). بازی‌درمانی به طور خاص، یک فضای درمانی برای ارتقای توانایی‌های رشدی درخصوص تنظیم هیجانی و به اشتراک‌گذاری گفتگوها و معانی آن‌ها را در تعاملات اجتماعی فراهم می‌آورد. به علاوه بر رهاسازی کودکان از نشانه‌هایشان تمرکز دارد (اوکانر و امن، ۲۰۱۳).

بازی‌درمانی کوتاه‌مدت برای کودکان، درمانی چندبعدی است که نیازمند آموزش دادن به والدین درخصوص ماهیت و تشخیص اختلال به صورت آموزش هفتگی، آموزش درخصوص دارودرمانی در صورت لزوم، مداخلات کلاسی، آموزش مهارت‌های اجتماعی و بازی‌درمانی فردی است. این دیدگاه چندبعدی به کودک و خانواده‌ی او کمک می‌کند تا به طور موثر با این اختلال کنار بیایند و مهارت‌های مقابله‌ای را نیز بیاموزند (کادوسان، ۲۰۱۴). اثربخشی بازی‌درمانی در کاهش نشانه‌های اختلال بیش‌فعالی و نقص توجه در پژوهش‌های بسیاری مورد بررسی قرار گرفته است. به عنوان نمونه ویلکزگیلان، باندی، کوردیر و همکاران (۲۰۱۶) به بررسی مداخلات مبتنی بر بازی بر بهبود و مهارت‌های اجتماعی کودکان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی و نقص توجه پرداختند. نتایج حاکی از آن بود که مداخله تاثیر بزرگی بر مهارت‌های اجتماعی این کودکان داشته است. مطابق با پژوهش‌های رابینسون، سیمپسون و هات (۲۰۱۷)، مینی‌والن، تیلینگ، دیویس، ارتلی و ویگنیویچ (۲۰۱۷)، برزگر و زمینی (۲۰۱۱)، نادری، حیدری، بوران و اصغری (۲۰۱۰)، و هنسن، میسلر و اووز (۲۰۰۰) مداخلات بازی‌درمانی برای کودکان دارای اختلال بیش‌فعالی و نقص توجه سبب کاهش یافتن سطح ناراحتی و مشکلات هیجانی و افزایش یافتن خودآگاهی، خودکارآمدی و پذیرش اجتماعی می‌شود.

روش

در این پژوهش از طرح آزمایشی تک آزمودنی یا تک موردی و طرح A-B استفاده شد. جامعه آماری این پژوهش کلیه کودکان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی و نقص‌توجه در شهر تهران بود. در این پژوهش نمونه‌گیری 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. شش کودک ۷ تا ۱۰ ساله پس از کسب رضایت و آموزش به والدین درخصوص این برنامه درمانی به عنوان نمونه‌ی پژوهش وارد درمان شدند و طی ۱۰ جلسه بازی‌درمانی کوتاه‌مدت برای کودکان را دریافت کردند. ملاک‌های ورود به پژوهش، تشخیص اختلال بیش‌فعالی و نقص‌توجه براساس نتایج پرسشنامه کانرز فرم والدین و نتایج مصاحبه بالینی و ملاک خروج نیز دارا بودن سایر اختلالات محور یک بود. مقیاس درجه‌بندی کانرز والدین^۱ (فرم تجدید نظر شده): مقیاس درجه‌بندی اختلال بیش‌فعالی و نقص‌توجه از نگاه والدین (کانرز، ۱۹۹۰) متداول‌ترین مقیاس درجه‌بندی اختلال بیش‌فعالی و نقص‌توجه از نگاه والدین است (گلدشتاین و گلدشتاین، ۱۹۹۸). این پرسشنامه دارای ۲۷ سوال و دارای یک طیف لیکرت چهار درجه‌ای شامل هرگز، گاهگاهی، اغلب و خیلی زیاد است که توسط مادران تکمیل می‌شود و دارای ۴ زیرمقیاس نقص‌توجه، بیش‌فعالی/تکانشگری و نافرمانی مقابله‌ای است. نمره خام 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 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 بیش‌فعالی و نقص‌توجه از عادی و دیگر گروه‌های بالینی مورد تایید قرار گرفته است. ضریب همبستگی سوال‌های پرسشنامه با نمره کل آن بین ۰/۳۸ تا ۰/۶۳، ضریب پایایی کل ۰/۸۹، خرده‌مقیاس نقص‌توجه ۰/۸۳، بیش‌فعالی/تکانشگری ۰/۸۲ و نافرمانی مقابله‌ای ۰/۸ است (زرگری‌نژاد و یکه‌یزدان‌دوست، ۲۰۰۸). سیاهه رفتاری کودک^۲: سیاهه رفتاری کودک از مجموعه فرم‌های موازی آخنباخ^۳ (۱۹۹۱) بوده و مشکلات کودکان و نوجوانان ۶ تا ۱۸ سال را از دیدگاه والدین در ۸ عامل اضطراب/افسردگی، انزوا/

1. parent Conner's questionnaires
2. child behavior checklist (CBCL)
3. Achenbach system of empirically based assessment (ASEBA)

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، ۲۰۰۶). 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 است. بدین ترتیب که نمره "۰" به مواردی تعلق می‌گیرد که هرگز در رفتار کودک وجود ندارد، نمره "۱" به حالات و رفتارهایی داده می‌شود که گاهی اوقات در کودک مشاهده می‌شود و نمره "۲" نیز به مواردی داده می‌شود که بیشتر مواقع یا همیشه در رفتار کودک وجود دارد. در پژوهش مینایی (۲۰۰۶) دامنه ضرایب همسانی درونی مقیاس‌ها با استفاده از فرمول آلفای کرونباخ از ۰/۶۳ تا ۰/۹۵ گزارش شده است. ثبات زمانی مقیاس‌ها 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 پاسخ‌دهندگان نیز مورد بررسی قرار گرفته است که دامنه این ضرایب از ۰/۰۹ تا ۰/۶۷ نوسان داشته است. به‌طور کلی در پژوهش مینایی (۲۰۰۶) این نتیجه حاصل شده است که این پرسشنامه از اعتبار و روایی مطلوب و بالایی برخوردار است و با اطمینان می‌توان از آن برای سنجش اختلالات عاطفی-رفتاری کودکان و نوجوانان ۱۸-۶ ساله استفاده کرد.

در این پژوهش سه بار جهت تعیین خط پایه قبل از انجام مداخلات درمانی چک لیست بیش‌فعالی و نقص توجه کانرز فرم والدین اجرا شد به‌علاوه 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. برای تجزیه و تحلیل آماری داده‌ها از طرح A-B استفاده شد. A به‌عنوان خط پایه و B به‌عنوان درمان به کار برده شد. در طرح‌های تک آزمودنی تاثیر مداخله با مقایسه شرایط متفاوتی که به شرکت‌کنندگان ارائه می‌شود مورد بررسی قرار می‌گیرد و عملکرد آنها قبل از مداخله یعنی در مرحله خط پایه جهت پیش‌بینی رفتار در آینده به کار می‌رود. نتیجه ایده‌آل آن است که رفتار از A به B تغییر کند. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از بیست و دومین ویرایش نرم‌افزار SPSS استفاده شد.

شیوه اجرا

برنامه مداخله‌ای پژوهش از بازی درمانی 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. خلاصه‌ایی از جلسات مطابق با جدول ۱ آورده شده است:

جدول ۱. مراحل اجرای بازی درمانی کوتاه‌مدت

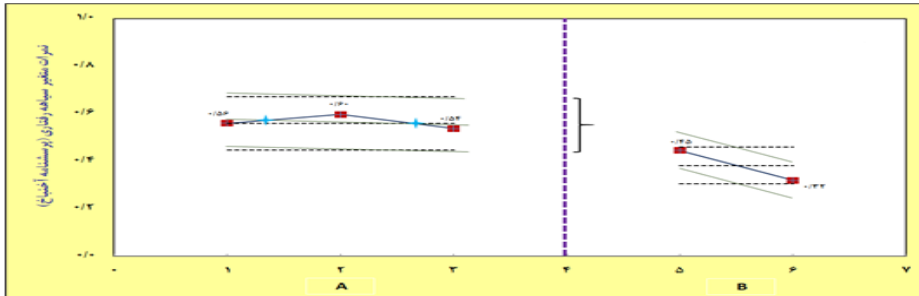
جلسات	شرح جلسات
جلسه اول	مصاحبه با مادر کودک، ارائه اطلاعاتی در خصوص اختلال بیش‌فعالی و نقص توجه
جلسه دوم	از کودک خواسته می‌شود تا یک آدمک، خانه و درخت بکشد
جلسه سوم	ملاقات با والدین: آموزش مهارت‌های لازم به والدین جهت مدیریت فرزندان و معرفی کتاب فسقلی‌ها ملاقات با کودک: آموزش روش صبرکن و فکرکن و معرفی کارت‌بازی و درخواست از کودک تا روی کارت‌ها به مدت ۲ دقیقه متمرکز شود
جلسه چهارم	ملاقات با والدین: به والدین آموزش داده شد تا با کودک به بازی بپردازند و در آن بازی هیچ‌گونه جبهتی به کودک ندهند و بازی کاملاً کودک‌محور باشد
جلسه پنجم	ملاقات با کودک: مرور کتاب فسقلی‌ها و انجام بازی بیست‌سوالی و افزایش زمان آن از یک دقیقه به پنج دقیقه ملاقات با والدین: آموزش به والدین برای داشتن روزانه سه درخواست ساده از کودک
جلسه ششم	ملاقات با کودک: خواندن کتاب فسقلی‌ها و تاکید بر رفتارهای مثبت و بستن قرارداد با کودک ملاقات با والدین: آموزش به والدین جهت داشتن تمرکز بر کودک و افزودن موارد جدید به قرارداد درمانی
جلسه هفتم	ملاقات با کودک: ادامه بازخوردهای مثبت به کودک، خواندن کتاب فسقلی‌ها و مرور قرارداد درمانی و انجام بازی بیست‌سوالی با ۵ دقیقه افزایش زمان ملاقات با والدین: طراحی یک سیستم دریافت پاداش‌های مختلف برای درخواست‌ها، قوانین، کدهای قرارداد اجتماعی و نظم در مدرسه
جلسه هشتم	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 ملاقات با والدین: آموزش مفهوم وقفه به والدین
جلسه نهم	ملاقات با کودک: شمردن ژتون‌های کودک و تمرکز بر موفقیت‌های کودک 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
جلسه دهم	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 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 می‌پردازند. درمانگر یک رنگین‌کمان می‌کشد تا خاتمه درمان را اعلام نماید

یافته‌ها

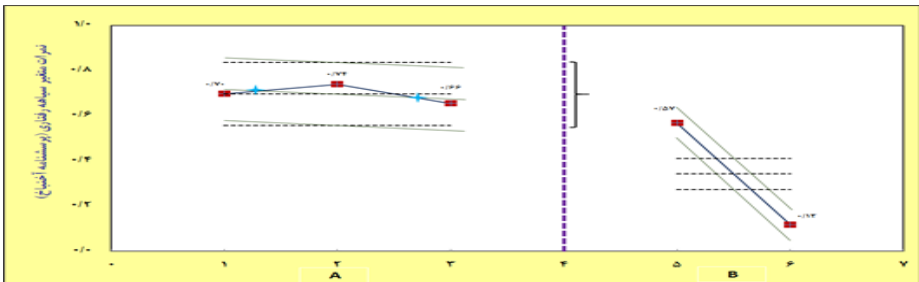
جهت بررسی اثربخشی بازی درمانی کوتاه مدت برای کودکان در کاهش نشانه‌های رفتاری، هیجانی و اجتماعی از سنجش پرسشنامه سیاهه رفتاری کودک آخنباخ شرکت‌کننده‌ها در جلسات اول، دوم، سوم،

پنجم و جلسه آخر استفاده شد. در نمودارهای ذیل نتایج داده‌های مربوط به خط پایه هر شرکت کننده (خط پایه در پژوهش حاضر برای تمامی شرکت کنندگان یکسان است) و نیز دوره درمانی که توسط پرسشنامه ۱۱۳ سؤالی آخنباخ سنجیده شد، آورده شده است.

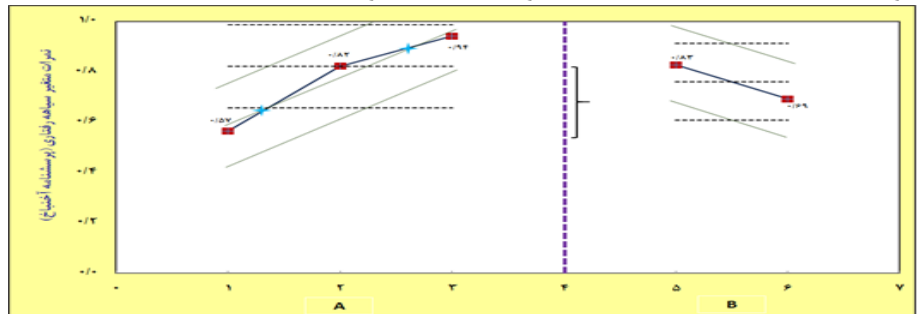
نمودار ۱ اثربخشی مداخله بازی درمانی کوتاه مدت برای کودکان بر کاهش نشانه‌ها شرکت کننده ۱



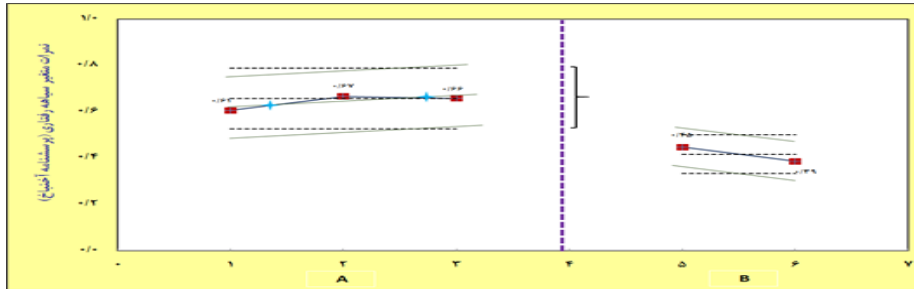
نمودار ۲ اثربخشی مداخله بازی درمانی کوتاه مدت برای کودکان بر کاهش نشانه‌ها شرکت کننده ۲



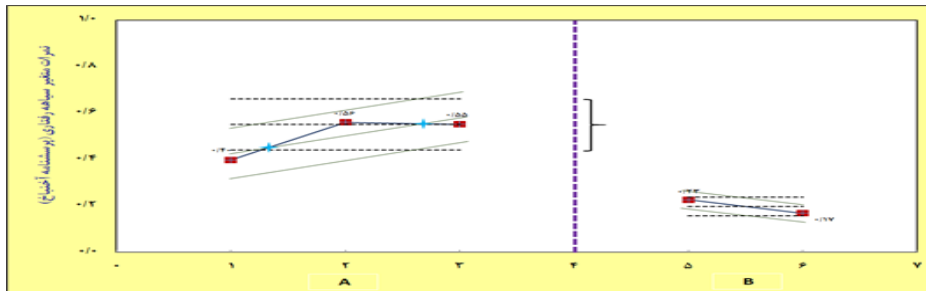
نمودار ۳ اثربخشی مداخله بازی درمانی کوتاه مدت برای کودکان بر کاهش نشانه‌ها شرکت کننده ۳



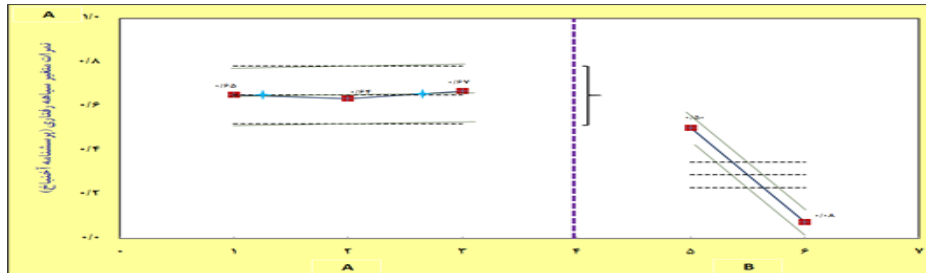
نمودار ۴ اثربخشی مداخله بازی درمانی کوتاه مدت برای کودکان بر کاهش نشانه‌ها شرکت کننده ۴



نمودار ۵ اثربخشی مداخله بازی درمانی کوتاه مدت برای کودکان بر کاهش نشانه‌ها شرکت کننده ۵



نمودار ۶ اثربخشی مداخله بازی درمانی کوتاه مدت برای کودکان بر کاهش نشانه‌ها شرکت کننده ۶



همان‌طور که نتایج نمودارهای ۱ الی ۶ نشان می‌دهد، بازی درمانی کوتاه مدت برای کودکان در کاهش نشانه‌های رفتاری، هیجانی و اجتماعی مؤثر است.

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج پژوهش حاکی از آن بود که شرکت‌کنندگان در فرآیند بازی درمانی کوتاه مدت برای کودکان در کاهش نشانه‌های رفتاری، هیجانی و اجتماعی بهبود نشان دادند. جهت تبیین این نتیجه می‌توان

گفت که از طریق بازی، کودکان به طور طبیعی وجود درونی خود را ابراز می دارند. بنابراین درمانی که از بازی برای کودکان استفاده می کند، فراهم آورنده شرایط مناسب رشدی برای ارتباط و تعالی است (لنדרث، ۲۰۰۲).

بازی درمانی برای کودکان دارای اختلال بیش فعالی و نقص توجه بر بهبود نقایص مهارتی متمرکز است به علاوه به کودک این امکان را می دهد تا روی مسائل روان شناختی اش مانند اضطراب و عزت نفس پایین کار کند. بازی درمانگر این کار روان شناختی را با حفظ تمرکز کودک بر بازی اش و کار بر مسائل مهارت های مهم به طور همزمان انجام می دهد. بازی درمانی برای کودک محیطی امن فراهم می کند که در آن کودکان خود را آن گونه که هستند می پذیرند. به علاوه بازی درمانی برای کودک این آزادی را فراهم می کند تا به یادگیری مکانیزیم های مقابله ای بپردازد و اعتماد به نفسی را که به آن نیاز دارد، احساس نماید (کادوسان، ۲۰۱۴).

نتایج این پژوهش همراستا با نتایج پژوهش ری، شاتل کورب و تسای (۲۰۰۷) است به طوریکه نتایج پژوهش آنان نیز حاکی از آن بود که مداخلات بازی درمانی برای کودکان ADHD سبب کاهش سطح ناراحتی و مشکلات هیجانی و افزایش یافتن خود آگاهی، خود کارآمدی و پذیرش اجتماعی می شود. به علاوه نتایج همراستا با نتایج پژوهش رابینسون و همکاران (۲۰۱۷)، مینی والن و همکاران (۲۰۱۷)، بزرگر و زمینی (۲۰۱۱)، نادری و همکاران (۲۰۱۰) و هسن و همکاران (۲۰۰۰) بود.

جهت تبیین این نتیجه، علاوه بر تاثیرات فوق العاده مهم بازی و نقش بازی درمانی در یادگیری بهتر مهارت های خود کنترلی (پورتر، هرنازد و جس، ۲۰۰۹) می توان از نقش پررنگ شیوه های فرزند پروری و آموزش والدین در این شیوه ی درمانی یاری گرفت. آموزش والدین یکی از زمینه های پررنگ در بازی درمانی کوتاه مدت برای کودکان است به طوریکه ۱۵ دقیقه ی آغاز هر جلسه صرف آموزش و بازخورد گرفتن از والدین می شود. بنابراین والدین توانایی مدیریت رفتار و هیجان کودکان را می آموزند و به شیوه ای موثر می توانند به هدایت فرزندان خود بپردازند. به طوریکه طبق پژوهش ها مداخلات فرزند پروری از مشاوره های حمایتی موثرتر است و آموزش راهکارهای رفتاری خاص عنصر کلیدی در مداخلات موثر روانی-اجتماعی است (سونگابارک، دیلی، تامپسون، لیوربردبری و ویکز، ۲۰۰۱). بنابراین این روش درمانی می تواند به عنوان درمانی موثر برای کاهش نشانه های رفتاری، هیجانی و اجتماعی کودکان دارای اختلال بیش فعالی و نقص توجه مورد استفاده قرار گیرد.

References

- Achenbach, T. M. (1991). *Integrative guide for the 1991 CBCL/4-18, YSR, and TRF profiles*. Department of Psychiatry, University of Vermont.
Adolescent Psychiatry, 56,10, S282.

- Barzegary, L., & Zamini, S. (2011). The effect of play therapy on children with ADHD. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 30, 2216-2218.
- Connors, C. K. (1990). *Connors' rating scales manual*. North Towanda, NY: Multi-Health Systems.
- Doshi, J. A., Hodgkins, P., Kahle, J., Sikirica, V., Cangelosi, M. J., Setyawan, J., ... & Neumann, P. J. (2012). Economic impact of childhood and adult attention-deficit/hyperactivity disorder in the United States. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 51(10), 990-1002.
- Goldstein, S., & Goldstein, M. (1998). *Managing attention deficit hyperactivity disorder in children: A guide for practitioners*. John Wiley & Sons Inc.
- Hansen, S., Meissler, K., & Ovens, R. (2000). Kids together: a group play therapy model for children with ADHD symptomatology. *Journal of Child and Adolescent Group Therapy*, 10(4), 191-211.
- 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*, 415.
- Landreth, G. L. (2002). Therapeutic limit setting in the play therapy relationship. *Professional psychology: Research and practice*, 33(6), 529.
- Mash, E. J., & Wolfe, D. A. (2016). *Abnormal Child Psychology*, Custom Edition (6. udg.). Boston, MA: Cengage Learning.
- 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.
- Minaei, Asghar (2006). Adaptation and standardization of Achenbach Child Behavior Checklist, Self-evaluation Questionnaire and Teacher's Report Form, *Research on Exceptional Children*, 19(1), 529-558 [Persian].
- Naderi, F., Heidarie, A., Bouron, L., & Asgari, P. (2010). The efficacy of play therapy on ADHD, anxiety and social maturity in 8 to 12 years aged clientele children of Ahwaz Metropolitan Counseling Clinics. *Journal of applied sciences*, 10(3), 189-195.
- O'Connor, K. J., & Ammen, S. (2012). *Play therapy treatment planning and interventions: The ecosystemic model and workbook*. Academic Press.
- Pedro-Carroll J, Reddy L. A. (2015). *preventive play intervention to foster children resilience in the after of divorce*. In: Reddy LA, Files-Hall TM, Schaefer CE, editors. *Empirically Based Play Interventions for Children*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Porter, M. L., Hernandez-Reif, M., & Jessee, P. (2009). Play therapy: A review. *Early Child Development and Care*, 179(8), 1025-1040.
- Ray, D. C., Schottelkorb, A., & Tsai, M. H. 2007. Play therapy with children exhibiting symptoms of attention deficit hyperactivity disorder. *International Journal of Play Therapy*, 16(2), 95.
- 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.
- Schaefer, C. E. (Ed.). (2011). *Foundations of play therapy*. John Wiley & Sons.
- Sonuga-Barke, E. J., Daley, D., Thompson, M., Laver-Bradbury, C., & Weeks, A. (2001). Parent-based therapies for preschool attention-deficit/hyperactivity disorder: a randomized, controlled trial with a community sample. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 40(4), 402-408.
- Wilkes-Gillan, S., Bundy, A., Cordier, R., Lincoln, M., & Chen, Y. W. (2016). A randomised controlled trial of a play-based intervention to improve the social play skills of children with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). *PLoS one*, 11(8), e0160558.
- Zargarinejad, G., and Yazdan doost, Y. (2008). Effectiveness of parent training on behavioral problem children with ADHD (single subject study). *Journal of Psychological studies*, 2, 29-48. [Persian]

Journal of
Thought & Behavior in Clinical Psychology
Vol. 15 (No. 57), pp.37-46, 2020

Effectiveness of Short-term Play Therapy in Reducing Emotional, Behavioral and Social Symptoms on Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder

Hashemi Marzie¹, Banijamali Shokooh Sadat² & Khosravi Zohre³

Received: 2018/10/11

Accepted: 2020/8/17

Attention Deficit Hyperactivity Disorder is one of the most common problems in children and adolescents. The behavior of these children is complex and controversial. This disorder can ruin person's life. The social costs of this disorder are also very high. Therefore, timely action is necessary for the behavior of these patients. The aim of this study was to investigate the effect of short-term play therapy on reducing emotional, behavioral and social symptoms in children with attention deficit hyperactivity disorder. For this purpose, in a single-subject study using a single-line method, six children aged 7 to 10 years who had symptoms of Attention Deficit Hyperactivity Disorder were selected by convenience sampling method. Short-term play therapy was performed for 10 sessions with participants. Subjects were examined for behavioral problems in the intervention process and follow-up stage. Data were analyzed by within- condition and between-condition. The results showed that short-term play therapy is effective in reducing emotional, behavioral and social symptoms in children with attention deficit hyperactivity disorder. Therefore, short-term play therapy can be used as an appropriate intervention to reduce emotional, behavioral, and social symptoms in children with attention deficit hyperactivity disorder.

Keywords: short-term play therapy, attention deficit hyperactivity disorder, emotional, behavioral and social.

1. Dept. of psychology, Khatam University, Tehran, Iran, (Corresponding Author)
m.hashemi2@khatam.ac.ir

2. Dept. of psychology, Alzahra University, Tehran, Iran

3. Dept. of psychology, Alzahra University, Tehran, Iran