

## بررسی اثربخشی درمان تعامل والد-کودک در بهبود توجه پایدار دانش‌آموزان

راضیه ایزدی فرد<sup>۱</sup>، ناصر صبحی قراملکی<sup>۲</sup> و علی اکبر ارجمندنیا<sup>۳</sup>

### چکیده

پژوهش حاضر با هدف تعیین میزان اثربخشی درمان تعامل والد-کودک در بهبود توجه پایدار دانش‌آموزان صورت گرفت. روش پژوهش از نوع آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعه مورد مطالعه این پژوهش را، تمام دانش‌آموزان پسر مقطع دبستان شهر تهران در سال تحصیلی ۹۳-۹۲ تشکیل داده‌اند. نمونه پژوهش شامل ۲۰ نفر از مادران دانش‌آموزانی بود که حاضر به شرکت در پژوهش بوده و به شیوه نمونه‌گیری تصادفی انتخاب شدند و پس از پاسخگویی به آزمون عملکرد پیوسته به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه جایگزین شد. مادران دانش‌آموزان گروه آزمایشی به مدت ۱۲ جلسه تحت درمان تعامل والد-کودک قرار گرفتند، اما گروه گواه هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد. داده‌ها با استفاده از روش آماری کوواریانس تحلیل شد. نتایج نشان داد که توجه پایدار آزمودنی‌های گروه آزمایش در مقایسه با گروه گواه به‌طورمعناداری افزایش یافت. این درمان راهبردی مؤثر برای افزایش توجه کودکان است. بر مبنای نتایج این پژوهش به مشاوران و روان‌شناسان کودک می‌توان پیشنهاد نمود که با استفاده از این روش درمانی در افزایش دامنه توجه و تمرکز دانش‌آموزان بکوشند.

**واژه‌های کلیدی:** درمان تعامل والد-کودک، توجه پایدار، دانش‌آموزان

۱. نویسنده ی رابط: کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشگاه تهران (r.eizadifard@gmail.com)

۲. دانشیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه محقق اردبیلی

۳. دانشیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه تهران

تاریخ دریافت مقاله: ۹۴/۶/۲

تاریخ پذیرش مقاله: ۹۵/۹/۹

## مقدمه

توجه قدم آغازین در پردازش است و عبارت است از توانایی انتخاب بخشی از اطلاعات محیطی برای پردازش بعدی و براساس آن، تمرکز و آگاهی (بارکلی<sup>۱</sup>، ۲۰۰۰). توجه، به مجموعه‌ای از عملیات پیچیده ذهنی اطلاق می‌شود که شامل تمرکز کردن بر هدف یا درگیر شدن با آن، نگه داشتن و گوش به زنگ بودن در یک زمان طولانی، رمزگردانی ویژگی‌های محرک و تغییر تمرکز از یک هدف به هدف دیگر است (سیدمن<sup>۲</sup>، ۲۰۰۶). مبانی نظری اجزای توجه را شامل تنظیم برانگیختگی و مراقبت، توجه انتخابی، توجه پایدار، فراخنای توجه یا توجه تقسیم شده، بازدارندگی و کنترل رفتار میدانند (بارکلی، ۱۹۹۷؛ به نقل از کریمی و زارع، ۱۳۹۲). توجه، فرایند شناختی تمرکز انتخابی بر یک جنبه از محیط در حالی که چیزهای دیگر نادیده گرفته می‌شود، می‌باشد. به این معنا که انسان از بین چندین مورد همزمان ممکن، بر یکی از آنها متمرکز شده و بقیه موارد را در نظر نگیرد. توجه یکی از بیشترین موضوعات مطالعه شده در روان‌شناسی و علم عصب شناختی است. انواع توجه عبارتند از توجه متمرکز، پایدار، انتخابی و متناوب. برخی از فرایندهای توجه خارج از آگاهی هشیار ما رخ می‌دهند و بقیه منوط به کنترل هشیارانه است (اندرسون<sup>۳</sup>، ۲۰۰۴).

مهمترین مشکل توجه در کودک مبتلا به ADHD نقص در «توجه پایدار» است. در امر یادگیری توجه پایدار، فرد را قادر می‌سازد تا توجه مستقیم و بی وقفه به یک با چند منبع از اطلاعات در طی یک دوره زمانی نسبتاً طولانی داشته باشد. به‌طور مثال زمانی که کودک ADHD در تکالیف آموزشی درگیر می‌شود. به‌آسانی از تکالیفی که آغاز کرده منحرف می‌شود و دربرگشتن به یک تکلیف بعد از اینکه حواسش پرت شده بود مشکل دارد. در کلاس درس این کودک تمایل کمی برای تمرکز روی تکالیف تکراری، راكد و کند دارد (علیزاده، ۱۳۸۳).

1. Barkley
2. Seidman
3. Anderson

اختلال نقص توجه- بیش‌فعالی دربرگیرنده سطوح بالاتر از متوسط بی‌توجهی، تکانشگری و بیش‌فعالی است. این اختلال معمولاً پیش از ۷ سالگی در اوایل زندگی شروع می‌شود و نشانه‌های آن بیشتر در خانه، مدرسه و موقعیت‌های اجتماعی آشکار می‌گردد. این اختلال تقریباً ۳ تا ۵ درصد از کودکان سن دبستان را دربرمی‌گیرد (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۰۰). به عبارت دیگر، به طور متوسط در هر کلاس یک دانش‌آموز در این زمینه به کمک نیاز دارد. آمار نشان می‌دهد در ۵۰ درصد از کودکان مراجعه‌کننده به مراکز روانپزشکی اطفال، این اختلال مشهود است (ماش<sup>۱</sup> و بارکلی، ۲۰۰۲).

چگونگی برقراری ارتباط مادر با کودک از اهمیت خاصی برخوردار است. شاید بتوان گفت یکی از بهترین روش‌های وارد شدن به دنیای کودک از طریق بازی است. بازی نه تنها می‌تواند بر چشم و روان کودک تأثیرگذار باشد بلکه می‌تواند بر نحوه ارتباط مادر با کودک نیز مؤثر واقع شود. والدین از سبک‌های متفاوتی برای پرورش فرزندان خود استفاده می‌کنند (حسن آبادی، اصغری نکاح و طیبی، ۱۳۹۱).

پژوهش‌ها نشان داده‌اند که نقص توجه- بیش‌فعالی بر تعامل کودکان با والدینشان و نیز شیوه پاسخدهی والدین تأثیر می‌گذارد. کودکان مبتلا به این اختلال بسیار پرحرف، منفی‌گرا و بی‌اعتنا هستند، کمتر مشارکت و همکاری می‌کنند و کمتر قادرند مستقل از مادرشان بازی و فعالیت کنند. مادران این کودکان کمتر به آن‌ها پاسخ می‌دهند، منفی‌گراترند و کمتر راهنمایی و هدایت می‌کنند و کودکانشان را کمتر تشویق می‌کنند. مادران این کودکان به درخواست پسران خود بیشتر توجه می‌کنند تا دخترانشان و در تعامل با پسرانشان هیجانی‌ترند. این کودکان برای مادران بیشتر از پدران مشکل‌آفرین هستند، اما تعاملات بعدی آن‌ها نسبت به تعاملات دو نفری پدر- کودک متفاوت است. پژوهش‌های مختلف نشان داده‌اند که هنگامی که مادران و پدران نسبت به

۱. Mash

کودکان بیش فعال خود (به ویژه پسران) تعامل نزدیکی (متقابلی) دارند، این کشمکش و تعارض مادر-کودک ممکن است منجر به افزایش کشمکش و تعارض پدر-کودک شود. در این تعاملات افزایش حالت منفی گرایشی شدید و خشونت نسبت به پسران پیشتر پیش‌بینی کننده ناسازگاری در کلاس و محل بازی و دزدی از خانه است، حتی هنگامی که سطح منفی‌گرایی کودک و آسیب‌شناسی روانی والدین مهارشده باشد، این الگوهای تعاملی منفی و متقابل بین کودک و والدین در گروه سنی پیش‌دبستانی اتفاق می‌افتد و ممکن است در این سن منفی‌گرایی و تنش شدیدی برای والدین به وجود آورد. بسیاری از پدر و مادرهایی که فرزندان مبتلا به اختلال نقص توجه-بیش‌فعالی دارند در پاسخ به رفتارهای منفی و حرف‌نشوی فرزند خود به روش‌های خشن و زور متوسل می‌شوند. ادmond<sup>1</sup> (۲۰۰۳) معتقد است که کلاس‌های آموزش خانواده تأثیر معناداری بر نشانه‌های نقص توجه-بیش‌فعالی و سلامت روانی مادران دارد. (به نقل از میرزائیان و همکاران، ۱۳۸۵).

یکی از بهترین روش‌های برقراری ارتباط با کودک، بازی است. بازی نیز همسان با سایر پدیده‌ها ابعاد و جنبه‌های وسیعی را دربرمی‌گیرد. لذا ارائه تعریفی جامع و مانع از آن مشکل است (خدایی خیابوی، ۱۳۸۰). بازی وسیله طبیعی کودک برای بیان و اظهار «خود» است. لندرت<sup>۲</sup> (۱۳۹۰)، اظهار می‌دارد که بازی کردن برای کودک مساوی است با صحبت کردن برای یک بزرگسال.

بسیاری از والدین در زمان و فضای مشترک با کودکانشان به سر می‌برند اما با احساسات و نیازهای کودک خود بیگانه هستند. پدر و مادر بودن بسیار فراتر از رویدادی زیستی است. فرزندان به زمان کافی برای مشارکت هیجانی با والدینشان نیاز دارند و پدر و مادرها باید بدانند که برای برقرار شدن ارتباط لازم، چگونه باید به شیوه‌های کارآمد به تعامل با کودک خود پردازند. ایجاد

1. Edmond  
2. Landreth

رابطه‌ی گرم و پذیرنده، به کاربردن سبک و روش مناسب فرزندپروری و فراهم آوردن محیطی که کودک در آن احساس امنیت و آرامش خاطر کند از عواملی است که تأثیر بسزایی در سلامتی روان کودک دارد. از طرفی از بازی می‌توان به عنوان روشی برای برقراری این ارتباط استفاده کرد. بازی وسیله‌ای طبیعی برای بیان و اظهار وجود کودک است (امیر و همکاران، ۱۳۹۱). با توجه به این که بسیاری از والدین با دخالت نامناسب و بی‌موقع خود در بازی کودک استقلال و خودمختاری کودک را سلب می‌کنند و با روش‌های صحیح بازی و تأثیر مثبت آن بر رشد کودک آشنایی ندارند، پژوهشگر به آموزش بازی درمانی مبتنی بر ارتباط والد-کودک به مادران برای ارتقاء رابطه‌ی مادر-کودک خواهد پرداخت.

بسیاری از تکنیک‌های بازی درمانی برگرفته از تکنیک‌های مورد استفاده روانکاوان نوافرویدی مثل آنا فروید<sup>۱</sup>، ملانی کلاین و دیگران می‌باشد. روان‌شناسان شناختی رفتاری نیز برای درمان اختلالات کودکان از بازی درمانی استفاده‌های فراوان نموده‌اند. شاورفر<sup>۲</sup> در سال ۱۹۹۳ در پژوهشی از ۱۵ تکنیک بازی درمانی مبتنی بر CBT استفاده کرد. بعضی از این بازی‌ها عبارت بودند از: چوب را بردار، زنگ ساعت را بزن، حرکت آهسته، کلاه‌های مهمانی روی سر هیولا و ... که برای درمان و کاهش شدت علائم بیش‌فعالی و کمبود توجه در کودکان ۴ تا ۱۲ ساله مبتلا به ADHD طراحی شده بود (شاورفر، ۲۰۰۲).

کوت، پیتکاس، آیرگ و بارلو<sup>۳</sup> (۲۰۰۵) تأکید می‌کنند که بسیاری از اختلالات دوران کودکی در تعاملات منفی والد-کودک ریشه دارد. در گذشته رویکردهای درمانی در مورد کودکان عمدتاً متمرکز بر کودک بود (مانند بازی درمانی، رویکردهای فردی و ...). اما اخیراً گرایش زیادی به سمت درمان مشکلات کودکان از طریق مشارکت والدین و استفاده از درمان

---

۱. Anna Freud

۲. Shawfer

3. Choate, Pincuse, Eyberg & Barlow

های خانواده محور ایجاد شده است.

درمان تعامل والد-کودک یکی از برنامه‌های رفتاری آموزش والدین مبتنی بر شواهد پژوهشی است. در این برنامه دو دسته از مهارت‌ها در دو مرحله متوالی درمان مورد توجه قرار می‌گیرد. در مرحله تعامل کودک محور، والدین استفاده از مهارت‌های معمول بازی درمانی را به منظور ارتقاء ارتباط والد-کودک می‌آموزند. در مرحله تعامل والد محور، والدین برای افزایش فرمان‌پذیری و کاهش رفتارهای مخل کودکان، مهارت‌های لازم را فرا می‌گیرند. (گرسو، سورا و مکنیل<sup>۱</sup>، ۲۰۰۱).

در درمان تعامل والد-کودک عمدتاً اهدافی همچون بهبود کیفیت روابط والد-کودک، کاهش مشکلات و مسائل رفتاری و افزایش رفتارهای اجتماعی، افزایش مهارت‌های والدینی شامل انضباط مثبت و کاهش استرس والدینی دنبال می‌شود. همچنین در روند این درمان والدین یاد می‌گیرند تا شیوه‌های سازنده‌ای برای کنار آمدن با احساساتی همچون ناکامی را شکل داده و تقویت کنند (آیبرگ، فاندبارک، همبری-کاین، مک نیل، کریدو و هود<sup>۲</sup>، ۲۰۰۱؛ برینک میر<sup>۳</sup> و آیبرگ، ۲۰۰۳). مک دیارمید و بگنز<sup>۴</sup> (۲۰۰۵) تأکید می‌کنند که درمان تعامل والد-کودک باعث می‌شود والدین رفتارهای کودک را به شیوه مؤثرتری مدیریت کنند و از این طریق رفتارهای مطلوب کودک افزایش یافته و رفتارهای نامطلوب کاهش می‌یابد. بوگز، آیبرگ، ادواردز، ریفیلد، جکوبز، بگنز و هود<sup>۵</sup> (۲۰۰۴) تأکید می‌کنند که درمان تعامل والد-کودک به وسیله تشویق تعاملات مثبت والد-کودک و آموزش والدین به این که چطور باثبات باشند و تکنیک‌های انضباطی غیرخشونت‌آمیز را به کار گیرند، کمک می‌کند تا رفتارهای چرخه‌ای منفی والد-کودک شکسته

۱. Greco, Sorrell & McNeil

۲. Eyberg, Funderburk, Hambree-kign, McNeil, Querido & Hood

۳. Brinkmeyer

۴. McDiarmid & Bagner

5. Boggs, Eyberg, Edwards, Rayfield, Jacobs, Bagner & Hood

شود.

چند پژوهش در زمینه‌ی اثربخشی این درمان بر اختلال نافرمانی مقابله جویانه، اضطراب جدایی و اوتیسم وجود دارد. به عنوان نمونه عباسی و نشاطدوست (۱۳۹۲) اثربخشی درمان تعامل والد-کودک را بر کاهش نشانه‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای بررسی کردند و دریافتند این درمان می‌تواند علائم این اختلال را در کودکان کاهش دهد. همچنین مهاجری و همکاران (۱۳۹۲) اثربخشی این درمان را بر خودکارآمدی والدگری مادران کودکان درخودمانده بررسی کردند و دریافتند این درمان باعث بهبود ضعیف تا متوسط خودکارآمدی والدگری مادران کودکان دچار درخودماندگی با کنش‌وری بالا می‌شود. در پژوهش دیگری عباسی، نشاطدوست و آقامحمدیان (۱۳۸۹) اثربخشی این درمان را بر کاهش نشانه‌های اضطراب جدایی بررسی کردند و دریافتند به کار بردن این درمان علائم اضطراب جدایی کودکان را کاهش می‌دهد. در کشور تاکنون پژوهشی که تأثیر درمان تعامل والد-کودک را بر بهبود دامنه‌ی توجه کودکان و به طور کلی کاهش علائم اختلال بیش‌فعالی - کمبود توجه بررسی کرده باشد وجود ندارد.

باسینگ، بوگرز، دانلی، جکورد و آیرگ<sup>۱</sup> (۲۰۱۲) در پژوهشی که با هدف اثربخشی درمان تعامل والد-کودک بر کودکان پیش‌دبستانی دارای اختلال بیش‌فعالی - کمبود توجه انجام دادند، دریافتند علی‌رغم این که هدف اصلی پژوهش بهبود روابط والدین و کودکان بود نه کاهش نشانگان اختلال، با این وجود علائم بی‌ش‌فعالی، نقص توجه و رفتارهای تکانشی به طور معناداری پس از جلسات درمان کاهش یافت.

تاکنون پژوهشی در کشور با هدف بررسی اثربخشی این روش علی‌رغم تأثیری که بر درمان مشکلات کودکان و بهبود آن‌ها دارد بر بهبود توجه پایدار کودکان انجام نشده است. لذا پژوهشگر با توجه به علاقه‌ای که حوزه‌ی درمان مشکلات توجه و حواسپرتی کودکان دارد، اجرای

۱. Bussing, Boggs, Donnelly, Jaccard, & Eyberg

این پژوهش را ضروری می‌داند. بر این اساس فرضیه این پژوهش عبارت است از: درمان تعامل والد- کودک موجب بهبود دامنه توجه و تمرکز دانش آموزان پسر مقطع ابتدایی می‌شود.

## روش

روش این پژوهش از نوع آزمایشی با طرح پیش آزمون- پس آزمون با گروه گواه است.

**جامعه، نمونه و روش نمونه گیری:** جامعه مورد مطالعه این پژوهش را، تمام دانش آموزان پسر مقطع دبستان شهر تهران در سال تحصیلی ۹۳-۹۲ تشکیل داده‌اند. در این پژوهش، برای نمونه گیری و انتخاب آزمودنی‌ها از روش نمونه‌گیری تصادفی استفاده شده است. روش نمونه‌گیری در پژوهش حاضر تصادفی است. جهت گردآوری اطلاعات از ابزارهای زیر استفاده شد:

**الف) آزمون عملکرد پیوسته<sup>۱</sup>:** این آزمون در سال ۱۹۵۶ توسط رازولد و همکارانش طراحی شد و در ابتدا برای سنجش ضایعه مغزی به کار می‌رفت. در دهه ۱۹۹۰ به عنوان یک آزمون در ارزیابی کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه- بیش‌فعالی معرفی گردید و هم‌اکنون به عنوان متداولترین ابزار آزمایشگاهی در تشخیص توجه پایدار شناخته شده است. آزمون عملکرد پیوسته در ارزیابی اختلال ADHD کاربرد فراوان دارد. هدف اصلی آن سنجش توجه پایدار و هدف دیگرش سنجش کنترل تکانه یا تکانشگری است. در این پژوهش، نرم‌افزار فارسی این آزمون که توسط مؤسسه تحقیقات علوم رفتاری شناختی سینا تهیه شده اجرا شد. در این فرم آزمون ۱۵۰ آزمون عددی یا تصویر فارسی به عنوان محرک وجود دارد و از این تعداد ۳۰ محرک (۲۰ درصد) به عنوان محرک هدف و ۸۰٪ باقی مانده به عنوان محرک غیرهدف در نظر گرفته می‌شوند. مدت زمان ارائه هر محرک ۲۰۰ هزارم ثانیه و فاصله بین ۲ محرک یک ثانیه است. مدت زمان اجرای آزمایش با احتساب مرحله تمرینی که به منظور درک بیشتر آزمودنی قبل از اجرای مرحله اصلی صورت می‌گیرد ۲۰۰ ثانیه است. برطبق نتایج مطالعات مشخص شد که فرم فارسی آزمون عملکرد

۱. Continuous Performance Test



مداوم (CPT) دارای روایی و پایایی مناسب است. در مطالعه آنها ضریب پایایی قسمت‌های مختلف آزمون بین ۵۲٪ تا ۹۳٪ بود. روایی آزمون با شیوه روایی سازی ملاکی از طریق مقایسه گروه بهنجار (۳۰ دانش آموز پسر دبستانی) و گروه ADHD (۲۵ دانش آموز پسر دبستانی) انجام گرفت. مقایسه آماری میانگین دو گروه در قسمت‌های مختلف آزمون تفاوت معنی‌داری را بین عملکرد دو گروه نشان داد و نتایج این پژوهش با پژوهش‌های قبلی در کشورهای دیگر در یک راستا بوده است (هادیان فرد و همکاران، ۱۳۷۹).

**ب) درمان تعامل والد- کودک.** مدل درمانی PCIT که در این پژوهش اجرا شده است براساس نظریه آیرگ، نلسون، دوک و بوگز<sup>۱</sup> (۲۰۰۹) تنظیم شده است که شامل ۱۲ جلسه یک ساعته هفتگی برای هدایت رابطه والد- کودک است.

#### خلاصه جلسات درمان تعامل والد- کودک

**جلسه اول: ارزیابی اولیه و تعیین جهت‌گیری درمان:** درمان تعامل والد- کودک با جلسه ارزیابی پیش از درمان آغاز می‌شود. در قالب یک مصاحبه اطلاعات تاریخچه‌ای درباره کودک و مشکل کنونی گردآوری می‌شود و درمانگر فرصت آشنایی با کودک و شرایط خانواده را به دست می‌آورد. نمونه‌ای از چگونگی تعامل والدین و کودک را از طریق مشاهده تعامل آنها در حین بازی بررسی می‌کند. با کمک پرسشنامه‌های تکمیل شده توسط والدین نسبت به شدت مشکلات کودک اطلاعات کمی و دقیقی را کسب می‌کند. درمانگر در مورد اهداف، مراحل و فرآیند درمان به والدین آگاهی لازم را می‌دهد.

#### مرحله اول: تعامل کودک محور

**جلسه دوم: آموزش مهارت‌های تعامل کودک محور (بدون حضور کودک):** در این جلسه علاوه بر مهارت‌های کودک‌محوری که پیش از این به آنها اشاره شد، به والدین

۱. Eyberg, Nelson, Duke & Boggs

آموزش داده می‌شود تا در این مرحله برای رفتارهای منفی کودک از شیوه نادیده گرفتن استفاده نمایند. با توجه به این که یکی از اصول مهم این مرحله پیروی والدین از کودک است، از والدین خواسته می‌شود که از پرسیدن سؤال و دستور دادن خودداری نمایند. فعالیتی که در این مرحله انجام می‌شود به دنبال ارتقاء کیفیت ارتباط والد-کودک است؛ انتقاد و سرزنش، از رفتارهایی هستند که به شدت بر این موضوع تأثیر منفی دارند. بنابراین والدین از به کار بردن آن‌ها باید اجتناب نمایند.

**جلسه سوم: جلسه هدایت و تمرین مهارت‌های تعامل کودک محور (با حضور کودک):** تقویت رابطه درمانی با خانواده و ارائه حمایت از اهداف این جلسه است. در حین هدایتگری بیشتر بر توصیفات رفتاری تمرکز می‌شود و صرفاً بازخورد مثبت بدون اشاره به خطاها ارائه می‌شود. همین طور در انتهای کار بیشتر بر نقاط قوت والدین تأکید می‌شود و از آن‌ها خواسته می‌شود در تکلیف خانگی بیشتر برای کاهش تعداد سؤالات و افزایش بازخوردها تلاش کنند.

**جلسه چهارم: جلسه هدایتگری همراه با توضیح موضوع الگوگیری کودکان از والدین (با حضور کودک):** درباره این که شکل‌گیری بسیاری از رفتارهای نامطلوب در نتیجه الگوگیری کودکان از رفتارهای بزرگترهای خودشان است، توضیحاتی داده می‌شود. در حین هدایت والدین بیشتر بر عدم استفاده از سؤال تأکید می‌شود. ملاک‌های رسیدن به مهارت در مرحله تعامل کودک محور گفته می‌شود. آن‌ها آموزش‌هایی را در زمینه کنترل خشم دریافت می‌کنند.

**جلسه پنجم: جلسه هدایتگری همراه با تأکید بر موضوع دریافت حمایت (با حضور کودک):** تحسین توصیف شده مهارتی است که در بخش هدایت تعامل به‌طور خاص مورد توجه قرار می‌گیرد. «دریافت حمایت» موضوعی است که با والدین در میان گذاشته می‌شود و آن‌ها ترغیب می‌شوند که از سایر افرادی که در محیط اطرافشان هستند در مواقع ضروری به شیوه مناسبی حمایت دریافت کنند. در انتهای جلسه سیر تغییرات در نمرات شدت فهرست رفتار

کودک آیرنگ با نشان دادن نمودار آن به والدین مرور خواهد شد. از این جلسه به بعد اگر والدین بر مهارت‌ها مسلط شده بودند درمان وارد مرحله دوم می‌شود.

**جلسه ششم: جلسه هدایت‌گری با تأکید بر موضوع استرس کودکان (با حضور کودک):** در این جلسه با والدین درباره تأثیر استرس بر کودکان و درک هیجانی کودکان صحبت می‌شود. در فرآیند هدایت‌گری نیز توجه ویژه‌ای به استفاده از مهارت‌ها به صورت ترکیبی می‌شود و در صورت ضعف در هر یک از مهارت‌ها به طور خاص بر استفاده و تمرین آن مهارت در جلسه توجه می‌شود.

#### مرحله دوم: تعامل والدمحور

**جلسه هفتم: آموزش مهارت‌های تعامل والدمحور (بدون حضور کودک):** در این جلسه مهارت‌های تعامل والدمحور که شامل دادن دستورات مؤثر، تحسین فرمان‌پذیری کودک و اجرای صحیح فرآیند محرومیت در صورت نافرمانی کودک به والدین آموزش داده می‌شود. در پایان جلسه خلاصه کلیه نکات گفته شده به والدین داده می‌شود تا در طی هفته آن‌ها را مطالعه نمایند اما تا پیش از اولین جلسه هدایت‌گری از آن استفاده نکنند.

**جلسه هشتم: جلسه هدایتگری (با حضور کودک):** برای والدین این فرصت مهیا می‌شود تا بتوانند در قالب یک هدایتگری فشرده از جانب درمانگر فرآیند تعامل والدمحور را به درستی اجرا نمایند و جلسه را با اعتماد کافی برای اجرای درست فرآیند در خانه ترک کنند. در ابتدای جلسه کل فرآیند با والدین مرور می‌شود و سپس متناسب با سطح رشد کودک نیز به او توضیحاتی داده خواهد شد. اگر فرآیند کار در این جلسه به خوبی اجرا شود و جلسه با فرمان‌پذیری کودک به پایان برسد از والدین خواسته می‌شود تا اولین تکلیف خانگی مرحله دوم درمان را در خانه انجام دهند.

**جلسه نهم: جلسه هدایتگری همراه با آغاز تعمیم‌دهی مهارت‌ها به خارج از اتاق بازی (با حضور کودک):** تمرین مهارت‌های این مرحله ادامه پیدا می‌کند. برای والدین ملاک‌های کسب مهارت توضیح داده می‌شود. از این پس به دنبال تعمیم‌دهی مهارت‌ها به محیط‌هایی غیر از

اتاق بازی هستیم از این رو از والدین خواسته می‌شود در صورت نیاز از مهارت‌ها در اتاق انتظار یا پس از پایان هر جلسه استفاده نمایند. اگر والدین اولین تکلیف خانگی را با موفقیت انجام داده باشند، تکلیف خانگی دیگری که شامل موقعیت جمع‌آوری اسباب‌بازی‌هاست به آن‌ها داده می‌شود.

**جلسه دهم: جلسه هدایتگری (با حضور کودک):** تأثیرات درمان بر رفتار کودک با والدین مرور می‌شود و ارتقاء مهارت‌های هر دو مرحله درمان ادامه می‌یابد. از این پس از والدین خواسته می‌شود از مهارت‌های این مرحله برای مسائلی استفاده کنند که فرمان‌پذیری کودک در آن موارد برای والدین مهم است و برای سایر مسائل، از تکنیک‌های آموزش داده شده دیگر استفاده نمایند.

**جلسه یازدهم: جلسه هدایتگری همراه با آموزش تنظیم قوانین خانگی (با حضور کودک):** بعد از هدایت تعامل والد‌محور، نمودار نمرات فهرست رفتار کودک آبی‌رنگ بررسی می‌شود و سپس مشکلات رفتاری باقیمانده را با والدین مرور خواهد شد. برای هر مشکل معین می‌شود که چه شیوه‌های مناسب است. فرآیند تعیین قوانین خانگی و چگونگی اجرای آن به والدین آموزش داده می‌شود.

**جلسه دوازدهم: جلسه هدایتگری همراه با آموزش مدیریت رفتار در اماکن عمومی (با حضور کودک):** فرآیند هدایتگری ادامه می‌یابد و در صورتی که والدین فاصله زیادی از ملاک‌های تسلط بر مهارت‌ها داشته باشند زمان بیشتری صرف هدایت تعامل خواهد شد. در صورت تثبیت قوانین خانگی قبلی در صورت نیاز با همکاری والدین قوانین جدیدی تعیین می‌شود. به رفتار کودک در اماکن عمومی پرداخته می‌شود و نکات لازم برای کنترل رفتار او در این اماکن گفته خواهد شد.

**جلسه سیزدهم: جلسه هدایتگری در یک مکان عمومی (با حضور کودک):** آماده سازی خانواده برای اتمام درمان از طریق هدایت تعامل در ابتدای این جلسه در اتاق بازی انجام خواهد شد. سپس نکات آموزش داده شده درباره کنترل رفتار کودک در مکان عمومی با والدین مرور

می‌شود. بخش میانی جلسه برای تمرین همین نکات در یک مکان عمومی ادامه می‌یابد. از والدین خواسته می‌شود با استفاده از شیوه‌های حل مسئله مشکلات احتمالی را مدیریت نمایند.

**جلسه چهاردهم: جلسه هدایتگری و حل مسائلی که مانع اتمام درمان هستند (با حضور کودک):** در حالی که به منظور آماده‌سازی خانواده برای اتمام درمان بر مهارت‌های ضعیف‌تر تمرکز بیشتری می‌شود، به مسائلی که مانع به تسلط رسیدن در مهارت‌ها هستند نیز توجه خواهد شد. در صورت نیاز والدین با درمانگر بازی نقش مهارت‌های ضعیف‌تر را انجام می‌دهند. اگر بخشی از مشکلات باقیمانده به رابطه کودک با خواهر یا برادرش مربوط است، می‌توان تکلیف خانگی بازی دو نفره کودکان را به آن‌ها داد و حتی جلسه‌ای را با حضور خواهر یا برادر کودک هدایت نمود. اهداف و برنامه این جلسه تا زمان تسلط یافتن والدین بر مهارت‌ها می‌تواند ادامه داشته باشد.

**جلسه آخر: جلسه فارغ التحصیلی (با حضور کودک):** ارزیابی ملاک‌های اتمام آموزش همراه با معرفی تکنیک‌های دیگر مدیریت رفتار در این جلسه انجام می‌شود. باید بر اهمیت ادامه دادن استفاده از مهارت‌ها تأکید شود و درمانگر رضایت خود را از موفقیت والدین در فرآیند درمان نشان دهد. برای جلسه حمایتی که سه ماه بعد از پایان درمان برگزار می‌شود، باید برنامه ریزی شود. به خانواده‌ها گفته می‌شود که در هر زمان با مشکلی مواجه شدند می‌توانند با درمانگر در تماس باشند و در صورت نیاز برای آن‌ها جلسه فوق‌العاده‌ای برگزار خواهد شد.

**روش اجرا:** پس از انتخاب تصادفی نمونه آماری و اخذ معرفی نامه از دانشگاه و آموزش و پرورش به مدارس انتخاب شده مراجعه و ابتدا آزمودنی‌ها توجه شدند. سپس پیش‌آزمون (آزمون عملکرد پیوسته) اجرا شد و ۲۰ دانش‌آموز که دارای پایین‌ترین نمرات در خرده‌آزمون نقص توجه بودند انتخاب شدند و در دو گروه آزمایشی و یک گروه کنترل جایگزین شدند. مادران آزمودنی‌های گروه آزمایش اول به مدت ده جلسه، تحت درمان تعامل والد-کودک قرار گرفتند، که مدت هر جلسه ۶۰ دقیقه بود و هفته‌ای یک بار برگزار می‌شد. اما گروه کنترل هیچ مداخله‌ای

## بررسی اثربخشی درمان تعامل والد - کودک در بهبود توجه پایدار دانش آموزان

دریافت نکرد. یک هفته پس از پایان جلسات درمان، از آزمودنی‌های گروه کنترل و آزمایش مجدداً آزمون عملکرد پیوسته گرفته شد. سپس نتایج مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

### نتایج

شرکت کنندگان در این پژوهش، ۲۰ مادر بودند که فرزندانشان براساس آزمون عملکرد پیوسته انتخاب شده بودند و با توجه به نمره آزمون نیاز به تقویت توجه پایدار داشتند. همه مادران دارای حداقل تحصیلات دیپلم، دامنه سنی بین ۴۰-۲۸ سال، انگیزه شرکت در جلسات و همکاری با درمانگر بودند. آزمودنی‌های گروه آزمایش و کنترل هر کدام شامل ۲ دانش آموز پسر پایه اول دبستان، ۴ دانش آموز پسر پایه دوم دبستان و ۴ دانش آموز پسر پایه سوم دبستان بودند. سطح اقتصادی-اجتماعی ۱۳ آزمودنی متوسط و ۷ آزمودنی ضعیف بود.

به منظور بررسی شرایط برقراری تساوی واریانس‌ها و کوواریانس‌های درون گروه از آزمون آماری F لوین می‌توان استفاده کرد. در جدول ۱ نتایج آزمون نامبرده گزارش شده‌اند.

جدول ۱. نتایج آزمون لوین برای بررسی همگنی کوواریانس نمرات درون گروهی

متغیر	F	df1	df2	Sig.
اختلال دقت از نوع فقدان تمرکز حواس	۰/۴۸۰	۲	۲۷	۰/۶۲۴
اختلال دقت از نوع بیش‌فعالی، تکانشی	۰/۹۰۵	۲	۲۷	۰/۴۱۷
دامنه توجه دانش آموزان	۲/۶۴۷	۲	۲۷	۰/۸۹
دامنه توجه پایدار دانش آموزان	۰/۵۵۵	۲	۲۶	۰/۵۸۱

مفروضه همگنی کوواریانس نمرات پیش‌آزمون دو گروه با استفاده از آزمون لوین بررسی شد و با توجه به این که مقدار F لوین در سطح  $\alpha = ۰/۰۵$  معنادار نبود، بنابراین مفروضه همگنی کوواریانس داده‌ها و برقراری شیب رگرسیون مورد استنباط قرار گرفت. جدول شماره ۲ نتیجه تحلیل کوواریانس را برای فرضیه پژوهش نشان می‌دهد.

جدول ۲. نتایج تحلیل کوواریانس در مورد بررسی تأثیر تعامل والد- کودک در بهبود دامنه توجه و تمرکز پایدار

Vol.6, No.1/7-25			دوره‌ی ۶، شماره‌ی ۱/۲۵-۷				
توان آزمون	Eta	sig	F	MS	df	SS	منابع تغییرات
۱/۰۰۰	۰/۹۸۸	۰/۰۰۰	۱۴۵۶/۸۸۵	۴۲۸۲۰/۰۲۹	۱	۴۲۸۲۰/۰۲۹	اثر همپراش
۰/۹۹۹	۰/۶۳۴	۰/۰۰۰	۲۹/۴۶۹	۸۶۶/۱۳۴	۱	۸۶۶/۱۳۴	اثر گروه
-	-	-	-	۲۹/۳۹۲	۱۷	۴۹۹/۶۵۶	خطا
-	-	-	-	-	۱۹	۴۴۹۵۰/۰۰۰	تصحیح شده

با توجه به داده‌های جدول ۱ چون مقدار  $F=۲۹/۴۶۹$  با درجات آزادی (۱ و ۱۷) در سطح  $\alpha = ۰/۰۱$  معنادار می باشد، لذا می توان نتیجه گرفت که بازی درمانی مبتنی بر رابطه والد- کودک در بهبود دامنه توجه و تمرکز پایدار دانش آموزان پسر مقطع ابتدایی تأثیر دارد و مقدار اتا نشان می دهد که تأثیر درمان تعامل والد- کودک در بهبود دامنه توجه و تمرکز پایدار دانش آموزان پسر مقطع ابتدایی به اندازه  $۶۳/۴$  درصد است و مقدار  $۰/۹۹۹$  توان آزمون نشان دهنده کفایت نمونه‌های آماری است. بنابراین فرض پژوهش با  $۹۵\%$  اطمینان تأیید می گردد و چون مقایسه میانگین دو گروه کنترل و آزمایش (جدول ۱) نشان می دهد که میانگین گروه آزمایش در مرحله پس آزمون کاهش پیدا کرده است. بنابراین می توان چنین استنباط کرد که درمان تعامل والد- کودک موجب بهبود دامنه توجه و تمرکز پایدار دانش آموزان پسر مقطع ابتدایی می شود.

### بحث و نتیجه گیری

در پژوهش حاضر، تأثیر درمان تعامل والد- کودک در بهبود توجه پایدار دانش آموزان بررسی شد و یافته‌ها نشان داد این روش درمانی موجب شده است توجه پایدار آزمودنی‌های گروه آزمایش در مقایسه با گروه گواه به طور معناداری افزایش یابد. لذا می توان نتیجه گرفت که درمان تعامل والد- کودک موجب بهبود توجه پایدار دانش آموزان می شود. یافته‌های این پژوهش با پژوهش‌های آبیروگ و همکاران (۲۰۰۱) و باسینگ و همکاران (۲۰۱۲) همسو است. اختلال نقص توجه- بیش فعالی اغلب با مشکلات متعدد رفتاری، تحصیلی، اجتماعی و هیجانی همراه است. والدین این کودکان فشار روانی بیش از حدی را تجربه می کنند، به خصوص هنگامی

که ویژگی های توأمان نافرمانی و لجبازی در کودک باشد. تجربه بالینی نشان می دهد که والدین این کودکان اغلب خودشان در حل و فصل مشکلات کودک در ارتباط با مدرسه، همسالان و دوستان که در ضمن دوره کودکی و نیز دوره جوانی به وقوع می پیوندد، درگیر می شوند (راینیک، داتیلو و فریمن، ۱۹۹۸).

پژوهش های گذشته نیز نشان داده اند مشکلات بیش فعالی و نقص توجه تأثیر مستقیمی بر تعامل و رابطه والدین بر کودکان می گذارد. همچنین تحقیقات حاکی از این است که خانواده کودکان بیش فعال نسبت به خانواده های غیر بیش فعال از عملکرد مخرب تری برخوردارند (گیل، روین و کلی<sup>۱</sup>، ۲۰۰۷) در بررسی روابط متقابل کودک- والدین ثابت شده است که والدین کودکان مبتلا به بیش فعالی برای کنترل تکانش فرزند خود دستورات زیادی می دهند و از تشویق و تنبیه بیشتری استفاده می کنند (تیموری و یوسفی، ۱۳۸۷).

از طرف دیگر ارتباط بین والدین و کودکان مبتلا به بیش فعالی نسبت به ارتباط والد و کودک در خانواده هایی که کودکان مبتلا به اختلال بیش فعالی ندارند با تعارضات بیشتری همراه است و به طور قابل ملاحظه ای این ارتباط، استرس زاتر است. همچنین شواهدی وجود دارد که محیط خانواده، سبک های فرزندپروری و سبک های دلبستگی در ایجاد و تداوم نشانه های اختلالات در فرزندان نقش دارند (راتر<sup>۲</sup>، ۱۹۹۰؛ دوینیتا و ماریا<sup>۳</sup>، ۲۰۱۵). لذا شیوه های فرزندپروری که والدین در تربیت فرزند خود به کار می گیرند، چنانچه ناکارآمد باشد، می تواند علائم اختلال بیش فعالی - نقص توجه را تشدید کند.

با توجه به نتایج تحقیقات گذشته می توان گفت بهبود تعامل والد و کودک که از طریق جلسات درمانی تعامل والد- کودک شکل گرفته است، توانسته سبب کاهش اختلال و بهبودی آن

۱. Gail, Robyn & Kelly

۲. Rutter

۳. Doinita & Maria



شود. همچنین با توجه به نقش آموزش والدین در افزایش مشکلات کودکان، نتایج این پژوهش می‌تواند در اختیار مسئولان آموزش و پرورش قرار گیرد، تا با بهره‌مندی از این برنامه آموزشی به رفع مشکلات دانش‌آموزان ابتدایی کمک نمود. تلاش برای شناسایی زودهنگام دانش‌آموزان دارای نقص توجه و درمان آنها باید در دستور کار آموزش و پرورش قرار گیرد چرا که شناسایی زودهنگام آن‌ها روند درمان و کمک به خانواده‌ها را سهل‌تر می‌نماید.

## منابع

- امیر، فاطمه؛ حسن آبادی، حسین؛ اصغری نکاح، محسن؛ و طبیبی، زهرا (۱۳۹۱). بررسی اثربخشی بازی درمانی مبتنی بر رابطه‌ی والد-کودک (CPRT) بر سبک‌های فرزندپروری. فصلنامه‌ی مشاوره و روان‌درمان خانواده، ۱(۴)، ۴۸۹-۴۷۳.
- انجمن روانپزشکی آمریکا (۲۰۰۰). متن بازنگری شده‌ی چهارمین ویرایش راهنمای تشخیص و آماری اختلال‌های روانی. ترجمه‌ی محمدرضا نیکخو و هامایاک آوادیانس، (۱۳۸۴). تهران: نشر سخن.
- تیموری، سعید و یوسفی، شکیلا (۱۳۸۷). مقایسه سبک‌های فرزندپروری والدین دارای کودک ADHD با والدین دارای کودک بهنجار. همایش روان‌شناسی و کاربرد آن در جامعه. دانشگاه آزاد اسلامی واحد مرو دشت شیراز.
- خدایی خیاوی، سیامک (۱۳۸۰). روان‌شناسی بازی. تبریز: انتشارات احرار.
- راینیک، مارک ای؛ داتیلیو، فرانک ام؛ و فریمن، آرتور (۱۹۹۸). شناخت درمانی در کودکان و نوجوانان. ترجمه‌ی جواد علاقبند راد و حسن فرهی. (۱۳۸۰). تهران: نشر بقیه.
- عباسی، مرضیه؛ نشاط‌دوست، حمیدطاهر و آقامحمدیان‌شعرباف، حمیدرضا (۱۳۸۹). اثربخشی درمان تعامل والد-کودک بر کاهش نشانه‌های اختلال اضطراب جدایی. مجله روان‌شناسی بالینی، ۲(۶)، ۵۷-۴۷.
- عباسی، مرضیه و نشاط‌دوست، حمید طاهر (۱۳۹۲). اثربخشی درمان تعامل والد-کودک بر کاهش نشانه‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای. مجله روان‌شناسی بالینی، ۳(۱۹)، ۶۷-۵۹.
- علیزاده، حمید (۱۳۸۳). اختلال نارسایی توجه فزون جنبشی: ویژگی‌ها، ارزیابی و درمان. تهران: انتشارات رشد.

- کریمی، لیلآسادات، و زارع، حسین (۱۳۹۲). تأثیر موسیقی بر توجه پایدار کودکان دارای اختلال نقصتوجه بیش فعالی. فصلنامه علمی پژوهشی آموزش و یادگیری، ۱(۲)، ۳۴-۲۶.
- گلاور، جی. ای، و بروتینگ، آر. اچ (۱۳۸۳). روان‌شناسی تربیتی: اصول و کاربرد آن. ترجمه خرازی. تهران: مرکز نشر دانشگاهی.
- لنדרث، گری (۱۳۹۰). بازی درمانی هنر برقراری ارتباط. ترجمه خدیجه آرین. تهران: اطلاعات.
- ماش، اریم جی؛ و بارکلی، راسل اس (۲۰۰۳). روان‌شناسی مرضی کودک. ترجمه حسن توننده‌جانی، جهانشیر توکلی‌زاده و نسرين کمال‌پور. (۱۳۸۳). مشهد: آوای کلک و مرنديز.
- مهاجری، آتناسادات؛ پوراعتماد، حمیدرضا؛ شکری، امید و خوشابی، کتایون (۱۳۹۲). اثربخشی درمان تعامل والد- کودک بر خودکارآمدی والدگری مادران کودکان دچار درخودماندگی با کنش‌وری بالا. فصلنامه روان‌شناسی کاربردی، ۱(۲۵)، ۳۸-۲۱.
- میرزائیان، بهرام؛ احدی، حسن؛ شریفی، حسن پاشا و آزاد، حسین (۱۳۸۵). تأثیر آموزش مهارت‌های کنترل کودک به مادران بر کاهش علائم اختلال نقص توجه- بیش فعالی کودکان و افسردگی مادران. دانش و پژوهش در روان‌شناسی، ۲۹، ۱۰۲-۸۱.
- هادیانفرد ح؛ نجاریان ب؛ شکر شکن ح و مهربانی‌زاده هنرمند، م (۱۳۷۹). تهیه و ساخت فرم فارسی آزمون عملکرد پیوسته. مجله روان‌شناسی، ۴، ۴۰۴-۳۸۸.
- Anderson, J. R. (2004). *Cognitive psychology and its implications* (6th ed.). Worth Publishers.
- Barkley, R. A. (2000). Genetics of childhood disorders: XVII. ADHD, Part 1: The executive functions and ADHD. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39, 1064- 1068.
- Boggs, S. R., Eyberg, S. M., Edwards, D. L., Rayfield, A., Jacobs, J., Bagner, D., & Hood, K. K. (2004). Outcomes of parent-child interaction therapy: A comparison of treatment completers and study dropouts one to three years later. *Journal of Children Family Behavior Therapy*. 26(4):1-22.
- Brinkmeyer, M., & Eyberg, S. M. (2003). *Parent-child interaction therapy for oppositional children*. New York: Guilford. 22: 204-223.
- Bussing, R., Boggs, S., Donnelly, R., Jaccard, J., & Eyberg, S. (2012). *Parent-child interaction therapy for preschoolers with ADHD*. USA: Clinical and Health Psychology, University of Florida.
- Choate, M. L., Pincuse, D. B., Eyberg, S. M., & Barlow, D. H. (2005). Parent child interaction therapy for young children. A pilot study. *Cognitive Behavior Practices*. 12: 126-135.

## The effectiveness of parent-child interaction therapy on improving sustained attention of students

R. Eizadifard<sup>۱</sup>, N. Sobhi Gharamaleki<sup>۲</sup> & A.A. Arjmandnia<sup>۳</sup>

### Abstract

The aim of the present study was to investigate the effect of parent-child interaction therapy on improving sustained attention of students. It is an experimental research with pretest-posttest and control group design. The population was all the elementary students of Tehran primary school students in the 2013-2014 school year. The sample included 20 students and their mothers who volunteered to take part in the study and were selected according to random sampling. Having taken an identical test (Continuous Performance Test), they were randomly divided into two experimental and control groups. The experimental group received parent-child interaction therapy in 12 sessions but the control group did not receive any intervention. The data was analyzed through covariance analysis (ANCOVA). The findings indicate that sustained attention of the experimental group increased in comparison with the control group. Parent-child interaction therapy is an effective method for the improvement of sustained attention of students. It is recommended that child counselors and psychologists administer parent-child interaction therapy for the improvement of the attention of students.

**Keywords:** parent-child interaction therapy, sustained attention, studen

---

۱. Corresponding Author: MA in clinical psychology, University of Tehran (r.eizadifard@gmail.com)

۲. Associate professor, University of Mohaghegh Ardebili

۳. Associate professor, University of Tehran

- Doinita, N. E., & Maria, N. D. (2015). Attachment and Parenting Styles. *Social and Behavioral Sciences* 203, 199 – 204.
- Eyberg, S. M., Funderburk, B. W., Hambree-kign, T. L., McNeil, C. B., Querido, J.G., & Hood. K.K. (2001). Parentchild interaction therapy with behavior problem children: one and two year maintenance of treatment effects in the family. *Journal of Child Family Therapy*. 23: 1-20.
- Eyberg, M, S., Nelson, M, M., Duke, M., & Boggs, S. R. (2009). *Manual for the dyadic parent-child interaction coding system*. (3rd Ed). Florida: University of Florida Press.
- Gail, T., Elizabeth, A. S., Robyn, L., & Kelly, M. (2007) Family interactions in children with and without ADHD. *Journal of Child and Family Studies*, 16, 385-400.
- Greco, L. A., Sorrell, J. T., & McNeil, C. B. (2001). Understanding manualbased behavior therapy: Some theoretical foundations of parent-child interaction therapy. *Journal of Child & Family Behavior Therapy*, 23 (4) :21-36.
- Mash, E. J., & Barkely, R. A. (2002). *Child psychopathology* – New York: The Guildford Press.
- McDiarmid, M. D., & Bagner, D. M. (2005). Parent-child interaction therapy for children with disruptive behavior and developmental disabilities. *Educational Treatments for Children*. 28: 130-141.
- Rutter, M., (1990). *Psychosocial resilience and protective mechanisms*. In J. Rolf, A.S. Masten, D. Cicchetti, K.H. Nuechterlein, & S. Weintraub, Risks and protective factors in the development of psychopathology. Cambridge: Cambridge University Press.
- Seidman, L. J. (2006). Neuropsychological functioning in people with ADHD across the lifespan. *Clinical Psychology Review*, 26, 466–485.
- Shawfer, M. (2002). Fifteen effective play therapy techniques. *Professional psychology: Research and practice*. 33 (6):515-522.