

Biannual Journal of Applied
Counseling
2014, 5 (2) , 23-36
Received: 09 Mar 2016
Accepted: 19 Apr 2016

دوفصلنامه مشاوره کاربردی
۳۶-۲۳، (۲)، ۵، ۱۳۹۴
دریافت: ۹۴/۱۲/۱۹
پذیرش: ۹۵/۰۱/۳۱

مقایسه اثربخشی بازی درمانی انفرادی و بازی درمانی همراه با خانواده درمانی بر کاهش مشکلات رفتاری کودکان مبتلا به اختلال بیش فعالی/نقص توجه

Comparison of effectiveness of individual play therapy and play therapy with family therapy on behavioral problems' reduction in children with attention deficit hyperactivity disorder

Soheila Torabi Makhsoos
Mahdieh Rahmanian
Pegah Farokhzad
Houshang alibazi

سهیلا ترابی مخصوص*
مهديه رحمانیان**
پگاه فرخزاد***
هوشنگ علیبازی****

Abstract

Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) is a common mental illness in children, so it is very important to identify effective and permanent treatment. The aim of the present research is to compare the efficacy of individual play therapy and play therapy with family therapy on behavioral problems' reduction in ADHD children. Twenty 7-12-year-old school children with ADHD were selected and randomly assigned to two experiment groups. Subjects' parents completed the Child Behavior Checklist (CBCL) through pretest and post-test intervals. The data were analyzed using multivariate analysis of covariance. The results showed that both treatments were effective in reducing behavioral problems. However, no significant difference was found between two methods in internalizing, social, attention problem, but there was significant difference between two groups on externalizing and thought problems. The present study indicates that although the effectiveness of two treatments in reducing behavioral problems in children with ADHD is the same, but considering this disorder from the systemic perspective and family therapy will be more effective.

Keywords.: Play therapy, family therapy, behavioral problems, attention deficit hyperactivity disorder

چکیده

اختلال بیش فعالی/نقص توجه یکی از شایع‌ترین اختلال‌های روان‌شناختی دوران کودکی است، بنابراین شناسایی روش درمانی مؤثر و ماندگار بسیار مهم است. هدف از پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی بازی‌درمانی انفرادی با بازی‌درمانی توأم با خانواده‌درمانی در کاهش مشکلات رفتاری کودکان مبتلا به ADHD بود. ۲۰ کودک ۷-۱۲ ساله مقطع دبستان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی/نقص توجه برای مصاحبه بالینی انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش گمارده شدند. والدین در دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون سیاهه رفتاری کودکان (CBCL) را تکمیل کردند. داده‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS-۲۱ و روش آماری تحلیل کوواریانس تحلیل شدند. نتایج نشان داد که هر دو روش درمانی در کاهش مشکلات رفتاری کودکان مؤثرند. اگرچه در کاهش مشکلات اجتماعی، توجه و برونی‌سازی بین دو روش درمانی تفاوت مشاهده نشد، اما دو گروه در کاهش مشکلات برونی‌سازی و تفکر با یکدیگر متفاوت بودند. پژوهش حاضر بیانگر این است که گرچه اثربخشی دو روش درمانی در کاهش مشکلات رفتاری کودکان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی/نقص توجه یکسان است، اما نگاه کردن به این اختلال از دیدگاه سیستماتیک و خانواده‌درمانی اثرگذارتر خواهد بود.

واژه‌های کلیدی: بازی‌درمانی، خانواده‌درمانی، مشکلات رفتاری، اختلال بیش فعالی/نقص توجه

* کارشناس ارشد روان شناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی رودهن (نویسنده مسئول)

rozaneomid96@gmail.com

mahdiehrhmn@yahoo.com

pegahfarokhzad@yahoo.com

** استادیار گروه روان شناسی، دانشگاه پیام نور تهران

*** استادیار گروه روان شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی رودهن

**** کارشناسی ارشد روان شناسی، مدرس دانشگاه پیام نور تهران

مقدمه

اختلال بیش فعالی/نقص توجه^۱ یکی از اختلالات عصب روان‌شناختی دوران کودکی است که معمولاً تا بزرگسالی تداوم می‌یابد (وندرو، ۲۰۰۰). این اختلال با الگوی مزمن نقص در توجه، بیش فعالی و تکانشگری که در سنین کودکی بروز پیدا می‌کند، مشخص می‌گردد. علاوه بر این بر خود نظم دهی ضعیف و مشکل در کنترل رفتار به‌عنوان نقیصه اصلی این اختلال تأکید زیادی شده است. در اکثر فرهنگ‌ها و جوامع نرخ شیوع این اختلال در کودکان حدود ۵ درصد و در بزرگسالان ۲/۵ درصد اعلام شده است. میزان شیوع اختلال بیش فعالی/نقص توجه در مردان فراوان‌تر از زنان است، به‌طوری‌که نسبت کودکان مذکر به کودکان مؤنث ۲ به ۱ و نسبت مردان به زنان ۱/۶ به ۱ است (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳). اختلال بیش فعالی/نقص توجه با اختلال‌های هیجانی^۲ و روان‌پزشکی متعددی مثل اضطراب و افسردگی همبودی دارد و با نقص‌های قابل‌ملاحظه‌ای در عملکرد تحصیلی و اجتماعی مرتبط است (بیدرمن، ۲۰۰۴). افراد مبتلا به این اختلال آسیب‌های عصب روان‌شناختی، مغزی، رفتاری و هیجانی زیادی را نشان می‌دهند. نقص عصب روان‌شناختی این اختلال با آسیب در عملکردهای اجرایی^۳ مثل بازداری پاسخ، توجه و حافظه کاری^۴ مشخص می‌گردد (روبیا، ۲۰۱۰). در سطح مغزی، تحقیقات نشان داده‌اند که اندازه و عملکرد شبکه عصبی ناحیه پیشانی-آهیانه ای این کودکان کاهش یافته است (کوبیلو، هالاری، اسمیت، تیلر و روبیا، ۲۰۱۱؛ روبیا، ۲۰۱۰). مشکلات رفتاری و هیجانی این کودکان معمولاً به دو گروه عمده تقسیم می‌شوند: مشکلات برونی‌سازی^۵ که معمولاً به سمت بیرون از فرد معطوف هستند و شامل برون‌ریزی، لجبازی، مشکل سازی و نافرمانی می‌شوند. کودکانی که مشکلات رفتاری جدی نشان می‌دهند معمولاً در کنترل و تنظیم رفتارها و هیجانات خود مشکلات جدی دارند. این مشکلات معمولاً مخفی نیستند و شناسایی آن‌ها آسان است، زیرا به‌طور مستقیم می‌توان آن‌ها را مشاهده کرد. مشکلات درونی سازی^۶ که معمولاً به سمت درون هدایت شده‌اند و شامل گوشه‌گیری، افسردگی و اضطراب هستند. این مشکلات زمانی به وجود می‌آیند که افراد می‌خواهند وضعیت یا حالت هیجانی و شناخت درونی خود را به شیوه‌ای نادرست یا ناسازگارانه کنترل یا تنظیم کنند. همچنین اصطلاح درونی سازی نشان می‌دهد که این مشکلات در درون فرد به وجود می‌آیند، به همین دلیل به آن‌ها مشکلات مخفی نیز گفته می‌شود؛ یعنی، کشف آن‌ها از طریق مشاهده بیرونی بسیار دشوار است (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳). علاوه بر وجود مشکلات برای خود کودکان، والدین این کودکان نیز مشکلاتی را در مورد خود و در ارتباط با فرزندانشان تجربه می‌کنند. از

-
1. attention deficit hyperactivity disorder
 2. emotional disorders
 3. executive functions
 4. working memory
 5. extraversion problems
 6. introversion problems

آنجایی که این کودکان مشکلات رفتاری و تحصیلی بیشتری را نسبت به همسالان خود نشان می‌دهند، معمولاً والدین آن‌ها نسبت به والدین کودکان عادی سطح استرس و افسردگی بالاتری را تجربه می‌کنند و این اختلال‌های والدین باعث اختلال در عملکردهای خانوادگی می‌گردد. (مورگنستمز، آلفردسون و هیروویکاسکی، ۲۰۱۵؛ تیول، وینر، تانوک و جنکینس، ۲۰۱۳؛ درتاج و محمدی، ۱۳۸۹).

با توجه به شیوع بالای اختلال بیش‌فعالی/نقص توجه و آسیب‌هایی که این اختلال برای فرد مبتلا و خانواده در پی دارد، می‌توان به اهمیت این اختلال و درمان آن پی برد. تحقیقات زیادی در زمینه اثربخشی روش‌های درمانی متفاوت صورت گرفته است. برای مثال بر اساس یافته‌های پارک، پارک، هوانگ (۲۰۱۵) شواهد روشنی وجود دارد که مداخله شناختی-رفتاری اثرات مثبت قابل توجهی در بهبود علائم اصلی کودکان مبتلا به بیش‌فعالی در سنین مدرسه دارد. زیریز و جانسن (۲۰۱۵) اعتقاد دارند که فعالیت‌های بدنی منظم می‌تواند به‌عنوان یک درمان غیردارویی مکمل و یا جایگزین برای درمان بیش‌فعالی مورد استفاده قرار گیرد. کیم، شارما و ریان (۲۰۱۵) نشان دادند که آموزش‌های ماشینی به‌عنوان یک روش آموزنده در پیش‌بینی پاسخ به درمان اختلال نقص توجه کمک‌کننده است. در مطالعه‌ای دیگر ویجر-برگسما، فرمسا، بروئین و بوگلز (۲۰۱۲) نشان دادند که آموزش ذهن‌آگاهی^۱ در کاهش مشکلات رفتاری و نقص توجه و بهبود عملکردهای اجرایی در نوجوانان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی/نقص توجه مؤثر است. ساداتی، افروز، رستمی، به پژه، شکوهی یکتا و غباری بناب (۱۳۹۳) دریافته‌اند که درمان نوروفیدبک باعث افزایش بازداری و کنترل رفتاری در کودکان مبتلا به این اختلال می‌گردد. امیری (۱۳۹۲) آموزش والدین به شیوه آدلر-درایکورسی^۲ مشکلات رفتاری را کاهش داده و سبب کاهش نشانه‌های مرضی اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی می‌شود. رباط میلی، برجعلی، علیزاده، فرخی و نوکنی (۱۳۹۳) نشان دادند که آموزش رایانه‌یار در قالب جلسات فردی، درمان مؤثری در توجه انتخابی کودکان دارای این اختلال می‌باشد. جدیدی، شمسانی، مظاهری، خوشابی و فرخی (۱۳۹۱) نشان دادند که بین اثربخشی سه روش درمانی ریتالین، آموزش والدین و نوروفیدبک در مؤلفه‌های توجه و تمرکز و شاخص بیش‌فعالی، درمان ریتالین اثربخش‌تر از آموزش مدیریت والدین است، اما بین اثربخشی سه روش درمان در شاخص تکانشگری^۳ تفاوت مشاهده نگردید.

مدل‌های نظری متعددی پیشنهاد کرده‌اند که درگیر کردن مستقیم و غیرمستقیم والدین در مداخلات مرتبط با کودکان باعث درمان مؤثرتر و پایدارتر می‌گردد (برکل، ماریسیو، شوئنفلدر و ساندلر، ۲۰۱۱). البته تحقیقات متعدد نشان داده‌اند که صرفاً شرکت کردن والدین در مداخله کودکان نمی‌تواند مثرتر باشد، زیرا کیفیت مداخله آن‌ها از اهمیت زیادی برخوردار است (لاگریکا، سیلورمن و لوچمن، ۲۰۰۹). با وجود مشکلاتی که در شرکت والدین در جلسات درمان وجود دارد، اما تحقیقات اخیر به بررسی اثر

-
1. mindfulness training
 2. Adler Draycorsi
 3. impulsiveness index

مشارکت والدین در کیفیت درمان پرداخته‌اند (اینگلدسی، ۲۰۱۰). برای مثال، کلارک، مارشال، موتون، سوپر، جونز و همکاران (۲۰۱۵) نشان دادند که همکاری و مداخله والدین در تکالیف کودکان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی/نقص توجه و ارتباط نزدیک بین والدین و کادر مدرسه باعث افزایش معنادار عملکرد تحصیلی و کاهش مشکلات رفتاری می‌گردد. چراغی مولایی، خسروی و بنی جمالی (۱۳۹۲) نشان دادند که آموزش مهارت‌های نظارت بر رفتار کودکان به مادران می‌تواند به‌عنوان مداخله سودمندی در جهت کاهش علائم مرضی اختلال بیش‌فعالی/نقص توجه در کودکان مطرح باشد. نعمت‌اللهی و طهماسبی (۱۳۹۳) دریافتند که آموزش مهارت‌های سازگاری به والدین در کاهش مشکلات رفتاری کودکان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی/نقص توجه مؤثر است.

از آنجاکه اختلال بیش‌فعالی/نقص توجه یک اختلال فراگیر است و اگر در کودکی درمان نشود علائم در بزرگسالی هم تداوم خواهند داشت. وقتی کودکان با اختلال بیش‌فعالی/نقص توجه به بزرگسالی می‌رسند، بیش‌فعالی و تکانشگری رفتاری کاهش می‌یابد و به‌جای آن نافرمانی در محل کار، تداوم شغلی کوتاه‌تر، اعمال ضداجتماعی بیشتر، نقص‌های شناختی پایدارتر، الکلیسم یا دیگر اختلال‌های سوءمصرف مواد ظاهر می‌گردد، بنابراین درمان مؤثر و پایدار آن در سال‌های ابتدایی زندگی از اهمیت بالایی برخوردار است. با توجه به تحقیقات انجام‌شده داخلی و خارجی و در نظر گرفتن این نکته که هیچ‌کدام از تحقیقات به نقش کلیدی و مهم خانواده در بروز مشکلات رفتاری کودکان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی/نقص توجه و تأثیر خانواده‌درمانی^۱ در بهبود این اختلال نپرداخته‌اند و اثربخشی این درمان را با سایر درمان‌ها مقایسه نشده‌اند، این مطالعه با هدف مقایسه اثربخشی بازی‌درمانی^۲ همراه با خانواده‌درمانی با بازی‌درمانی انفرادی بر کاهش مشکلات رفتاری کودکان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی/نقص توجه انجام گرفت. در این پژوهش سه سؤال مطرح گردید: ۱- آیا بازی‌درمانی انفرادی باعث کاهش مشکلات رفتاری کودکان با اختلال بیش‌فعالی/نقص توجه می‌شود؟ ۲- آیا بازی‌درمانی توأم با خانواده‌درمانی باعث کاهش مشکلات رفتاری کودکان با اختلال بیش‌فعالی/نقص توجه می‌شود؟ و ۳- آیا بازی‌درمانی توأم با خانواده‌درمانی در کاهش مشکلات رفتاری کودکان با اختلال بیش‌فعالی/نقص توجه متفاوت از بازی‌درمانی انفرادی است؟

روش

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

پژوهش حاضر شبه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون می‌باشد. در این پژوهش درمان به‌عنوان متغیر مستقل مطرح گردید که به دو صورت بازی‌درمانی انفرادی و بازی‌درمانی همراه با خانواده‌درمانی ارائه گردید و مشکلات رفتاری به‌عنوان متغیر وابسته محسوب می‌شود. جامعه‌ی این

-
1. family therapy
 2. play therapy

تحقیق شامل کودکان ۷ تا ۱۱ ساله مبتلا به اختلال بیش فعالی/نقص توجه بودند که در سال ۱۳۹۴ جهت ارزیابی و درمان به کل مراکز مشاوره شهر تهران (موسسه ارتقاء عملکرد آپاما، کانون پرورش فکری کودکان و نوجوانان، مرکز نوروفیدبک ایرانیان و مرکز مشاوره یاسمن) مراجعه کرده و از میان این کودکان ۲۰ کودک مبتلا به اختلال بیش فعالی/نقص توجه با توجه به مصاحبه بالینی و ملاک‌های تشخیصی این اختلال به روش نمونه‌گیری داوطلب-هدفمند انتخاب شدند. در ابتدا از کودکان و والدینشان که تمایل به همکاری در تحقیق را داشتند، مصاحبه تشخیصی ساختار یافته بر اساس DSM-5 به عمل آمد و کودکانی که تشخیص اختلال بیش فعالی/نقص توجه دریافت کردند و والدینشان دارای سلامت روان نسبی بودند به‌عنوان نمونه برگزیده شدند. کودکان انتخاب شده به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایش قرار گرفتند. بعد از گذشت ۵ جلسه، گروه بازی‌درمانی همراه با خانواده درمانی به ۸ نفر کاهش یافت. ۵۵/۶ درصد از کل شرکت‌کنندگان پسر (۵ نفر در گروه بازی‌درمانی انفرادی و ۵ نفر در گروه بازی‌درمانی همراه با خانواده‌درمانی) و ۴۴/۴ درصد دختر (۵ نفر در گروه بازی‌درمانی انفرادی (در ۱۰ جلسه ۴۵ دقیقه‌ای) و ۳ نفر در گروه بازی‌درمانی همراه با خانواده‌درمانی) بودند. علاوه بر این، میانگین و انحراف معیار سن کودکان در دو گروه بازی‌درمانی انفرادی و بازی‌درمانی همراه با خانواده‌درمانی به ترتیب $۸/۶ \pm ۱/۵۸$ و $۸/۸۸ \pm ۱/۶۴$ است.

ابزار اندازه‌گیری

چک‌لیست رفتاری کودک^۱ (CBCL). این چک‌لیست رفتاری کودک توسط آخنباخ^۲ (۱۹۹۱)، به نقل از مینایی، (۱۳۸۵) ساخته شده است. این چک‌لیست، ۱۱۳ گزینه‌ای است و بر اساس طیف لیکرت ۳ درجه‌ای (۰=نادرست، ۱=تا حدی یا گاهی درست و ۲=کاملاً یا غالباً درست) نمره‌گذاری می‌شود و ابزار برای بررسی مشکلات رفتاری افراد سنین ۶ تا ۱۸ سال مورد استفاده قرار گرفته و توسط والدین تکمیل می‌گردد. پاسخ‌دهنده ابتدا تعدادی سؤال را که شایستگی‌های کودک را می‌سنجد و همچنین تعدادی سؤال باز-پاسخ را که به همه بیماری‌ها و ناتوانی‌های کودک مربوط می‌شوند و عمده‌ترین نگرانی پاسخ‌دهنده در ارتباط با کودک و همچنین نظر او نسبت به ویژگی‌ها و خصوصیات کودک جویا می‌شوند را تکمیل می‌کنند. مؤلفه‌های این ابزار عبارتند از: اضطراب/افسردگی (ماده‌های: ۱۴-۲۹-۳۰-۳۱-۳۲-۳۳-۳۵-۴۵-۵۰-۵۲-۷۱-۹۱-۱۱۲)، گوشه‌گیری/افسردگی (ماده‌های: ۵-۴۲-۶۵-۶۹-۷۵-۱۰۲-۱۰۳-۱۱۱)، شکایات جسمانی (ماده‌های: ۴۷-۴۹-۵۱-۵۴-۵۶)، مشکلات اجتماعی (ماده‌های: ۱۱-۱۲-۲۵-۲۷-۳۴-۳۸-۴۸-۶۲-۶۴-۷۹)، مشکلات تفکر (ماده‌های: ۹-۱۸-۴۰-۴۶-۵۸-۵۹-۶۰-۶۶-۷۰-۷۶-۸۳-۸۴-۸۵-۹۲-۱۰۰)، مشکلات توجه (ماده‌های: ۱-۴-۸-۱۰-۱۳-۱۷-۴۱-۶۱-۷۸-۸۰)، رفتارهای قانون‌شکنی (ماده‌های: ۲-۲۶-۲۸-۳۹-۴۳-۶۳-۶۷-۷۲-۷۳-۸۱-۸۲-۹۰-۹۶-۹۷-۹۸-۹۹-۱۰۰).

1. Child Behavior Checklist
2. Achenbach

۹۹-۱۰۱-۱۰۵-۱۰۶) و رفتار پرخاشگرانه (ماده‌های: ۳-۱۶-۱۹-۲۰-۲۱-۲۲-۲۳-۳۷-۵۷-۶۸-۸۲-۸۷-۸۸-۸۹-۹۴-۹۵-۹۷-۱۰۴). کل مؤلفه‌ها به دودسته کلی تقسیم می‌شوند: مشکلات درونی سازی شده (اضطراب/افسردگی، گوشه‌گیری/اضطراب و مشکلات جسمانی) و مشکلات برونی‌سازی شده (رفتارهای قانون‌شکنی و رفتار پرخاشگرانه).

آخنباخ (۱۹۹۱)، به نقل از یزدخواستی و عریضی، (۱۳۹۰) ضریب پایایی آلفای کرونباخ خرده مقیاس‌های این ابزار از ۰/۴۶ تا ۰/۹۶ و ضرایب روایی مقیاس درجه‌بندی رفتار کانرز (CBRS)^۱ با خرده مقیاس‌های چک لیست تجدید نظر شده مشکل رفتاری کوای-پیترسون (Q-PRBPC)^۲ از ۰/۵۲ تا ۰/۸۸ گزارش کرده است. مینایی (۱۳۸۵) دامنه ضرایب آلفای کرونباخ خرده مقیاس‌ها را ۰/۶۳ تا ۰/۹۵، ضریب پایایی باز-آزمون (با فاصله زمانی ۵ تا ۸ هفته) از ۰/۳۲ تا ۰/۶۷ و ضرایب توافق بین پاسخ دهندگان نیز از ۰/۰۹ تا ۰/۶۷ گزارش کرده است.

روند اجرای پژوهش

پس از مصاحبه بالینی با کودک و والدین و تشخیص اولیه اختلال بیش‌فعالی/نقص توجه، والدین کودکان چک لیست رفتاری کودک (CBCL) را به‌عنوان پیش‌آزمون تکمیل نمودند. بعد از امضای رضایت‌نامه کودکان وارد جلسات بازی‌درمانی شدند. ۱۰ جلسه بازی‌درمانی برگزار شد که هر جلسه ۴۵ دقیقه به طول انجامید. جلسات بازی‌درمانی بر اساس پروتکل درمانی شناختی-رفتاری ارائه شد که شامل تکنیک‌هایی مانند تنفس دیافراگمی، سینی شن، تکالیف کاغذ قلمی برای تمرکز و توجه، تکنیک بادکنک برای مدیریت پرخاشگری، دارت و بولینگ برای تمرکز و توجه، انواع کتاب‌ها برای آموزش مهارت‌های ارتباطی و هیجانی بود.

خلاصه جلسه‌های بازی‌درمانی انفرادی به شرح زیر درج‌شده‌اند (محمد اسماعیل ۱۳۸۲)

جلسه اول-برقراری رابطه (با انواع بازی‌های ساختار نیافته)، آموزش تنفس دیافراگمی، تمرینات کاغذ و قلمی برای افزایش تمرکز.

جلسه دوم-تمرین تنفس، سینی شن (برای تخلیه هیجانی و بازی آزاد)، تمرین‌های کاغذ و قلمی برای افزایش تمرکز، آموزش مدیریت خشم (چراغ راهنما).

جلسه سوم-آموزش آرمیدگی (برای کاهش اضطراب)، کتاب‌درمانی (بسته به موضوع‌های مختلف ارائه داستان‌های مختلف)، تمرین‌های تعادلی برای افزایش تمرکز (لی‌لی)، آموزش احساس‌های (کتاب، تصاویر و نقاشی).

جلسه چهارم-تمرین تنفس، ترسیم نقاشی با انگشت (برای آزادی عمل و تنش‌زدایی)، بازی برج

1. Conners' Behavior Rating Scale
2. Quay- Peterson Revised Behavior Problem Checklist

هیجان برای افزایش تمرکز، آموزش مهارت خودآگاهی (فرم علائق و توانمندی‌ها).
 جلسه پنجم- تمرین تنفس، مهارت دوست‌یابی، کاردستی (افزایش خلاقیت و بالابردن حرمت نفس)، تمرینات کاغذ قلمی برای افزایش تمرکز.
 جلسه ششم- نقاشی با انگشت، آموزش تشخیص درخواست‌های غیرمنطقی. بازی مار و پله (مواجه با شکست، رعایت نوبت و مبارزه با ناکامی)
 جلسه هفتم- رعایت مقررات و قوانین در خانه و اجتماع (بازی شهر کوچک)، آموزش جرأت و ورزشی (بازی قصه ناتمام).
 جلسه هشتم- رعایت نوبت (بازی در پارک)، تمرین آرمیدگی، سینی شن (داستان سازی آزاد)، آموزش تداوم رابطه با همسالان (کتاب، نمایش با عروسک‌های انگشتی).
 جلسه نهم- تمرین‌های کاغذ قلمی برای افزایش تمرکز، بازی آزاد، آموزش مهارت حل مسئله (طرح موقعیت‌های مختلف، بازی‌های مشاغل).
 جلسه دهم- آموزش مهارت تصمیم‌گیری، سینی شن (برای تخلیه هیجانی)، آرمیدگی عضلانی و همدلی (کتاب، قصه سازی، مطرح کردن موقعیت‌های مختلف).
 برای والدین گروه بازی‌درمانی همراه با خانواده‌درمانی، علاوه بر جلسات بازی‌درمانی، ۵ جلسه ۲ ساعته سیستماتیک بر اساس رویکرد مینوچین برگزار شد. تکنیک‌های استفاده شده در این جلسات عبارت بودند از نامتعادل سازی (برهم زدن سیستم از طریق حمایت از یک عضو خانواده در مقابل سایرین، نادیده گرفتن اعضا خانواده و ائتلاف با کسی بر ضد دیگری)، نوسازی (چارچوب‌بندی مجدد و برچسب‌زنی مجدد)، جابجایی صندلی (جهت برجسته ساختن اهمیت ترکیبات دونفری)، تکنیک صندلی خالی (برای تخلیه هیجانی در موقعیت‌های تداوم رفتاری بین نسلی)، تشخیص خطاهای شناختی (تغییر سازه‌های شناختی و زیر سؤال بردن باور شناختی)، بازسازی (مداخله‌هایی که منجر به تغییر مرزها و سلسله مراتب و توازن قدرت میان اعضا خانواده می‌شود).

خلاصه جلسه‌های بازی‌درمانی همراه با خانواده‌درمانی به شرح زیر درج شده‌اند (بهار، ۱۳۸۷)
 جلسه اول- معرفی خود، ایجاد ارتباط، مشاهده مستقیم روابط بین فردی در جلسه. درک پویایی خانواده

جلسه دوم- تکنیک نامتعادل سازی (برهم زدن سیستم از طریق حمایت از یک عضو خانواده در مقابل سایرین، نادیده گرفتن اعضا خانواده، ائتلاف با کسی بر ضد دیگری) نوسازی (چارچوب‌بندی مجدد و برچسب‌زنی مجدد).

جلسه سوم- تکنیک جابجایی صندلی (هدف از این تکنیک قرار گرفتن در روبروی هم و یا اگر روبروی هم هستند قرار گرفتن در کنار هم جهت برجسته ساختن اهمیت ترکیب‌های دونفری)، تکنیک صندلی خالی (برای تخلیه هیجانی در موقعیت‌های تداوم رفتاری بین نسلی).

جلسه چهارم- تشخیص خطاهای شناختی (تغییر سازه‌های شناختی، زیر سؤال بردن باورهای شناختی).

جلسه پنجم- بازسازی (مداخله‌هایی که منجر به تغییر مرزها و سلسله مراتب و توازن قدرت میان اعضا خانواده می‌شود). پس از پایان جلسات درمان، مجدداً والدین کودکان هر دو گروه چک لیست رفتاری کودک (CBCL) را به‌عنوان پس‌آزمون تکمیل نمودند.

تجزیه و تحلیل داده‌ها

در این پژوهش برای تحلیل داده‌ها از شاخص‌های آماری مانند میانگین و انحراف معیار و برای پاسخ دادن به سه سؤال پژوهش از تحلیل کوواریانس با توجه به رعایت مفروضه‌های زیربنایی آن و با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS- 21 استفاده گردید.

یافته‌ها

جدول ۱

شاخص‌های آماری مؤلفه‌های درونی سازی، برونی‌سازی، مشکلات اجتماعی، تمرکز و تفکر در پیش‌آزمون و پس‌آزمون

گروه	پیش‌آزمون			پس‌آزمون		
	برونی سازی	مشکلات تفکر	مشکلات اجتماعی	برونی سازی	مشکلات تفکر	مشکلات اجتماعی
بازی‌درمانی						
میانگین	۱۸۱/۵۰	۱۲۴/۲۰	۵۰/۳۰	۶۰/۹۰	۶۸/۷۰	۱۵۳/۱۰
انحراف استاندارد	۲۹/۱۲	۲۱	۱۱/۴۱	۵/۱۰۹	۹/۴۹	۱۹/۵۲
حداقل	۱۳۰	۹۵	۴۳	۵۶	۵۲	۸۶
حداکثر	۲۲۰	۱۵۷	۷۷	۶۹	۸۳	۱۱۵
خانواده‌درمانی						
میانگین	۱۶۹/۶۲	۱۳۱	۵۹/۷۵	۵۵/۷۵	۷۰/۷۵	۱۴۷/۵۰
انحراف استاندارد	۱۸/۰۶	۲۸/۵۷	۱۲/۴۵	۱۳/۱۶	۱۱/۱۴	۲۱/۹۲
حداقل	۱۴۷	۸۸	۴۳	۳۷	۵۵	۹۵
حداکثر	۱۹۴	۱۷۶	۷۹	۷۲	۸۵	۱۳۶

همان‌گونه که جدول ۱ نشان می‌دهد، میانگین مؤلفه‌های برونی‌سازی، درونی سازی، مشکلات تفکر، اجتماعی و توجه در مرحله پیش‌آزمون گروه بازی‌درمانی انفرادی به ترتیب ۱۸۱/۵۰، ۱۲۴/۲۰، ۵۰/۳۰، ۶۰/۹۰ و ۶۸/۷۰ و در مرحله پس‌آزمون به ترتیب ۱۵۳/۱۰، ۱۹/۵۲، ۹/۴۹، ۵/۱۰۹ و ۶۰/۳۰؛ و میانگین

این مؤلفه‌ها در پیش‌آزمون گروه بازی‌درمانی توأم با خانواده‌درمانی به ترتیب ۱۶۹/۶۲، ۱۳۱، ۵۹/۷۵، ۵۵/۷۵ و ۷۰/۷۵ و در مرحله پس‌آزمون به ترتیب ۱۴۷/۵، ۱۲۰/۳۷، ۵۰/۷۵، ۴۶/۳۸ و ۴۹/۵۰ می‌باشد. نتایج آزمون شاپیرو ویک نشان داد که خرده مقیاس‌های برون‌سازی ($P=0/۸۶۱$)، درونی سازی ($P=0/۷۸۶$)، مشکلات توجه ($P=0/۵۳۹$)، مشکلات اجتماعی ($P=0/۲۲۱$) و مشکلات تفکر ($P=0/۰۰۵$) تابع توزیع نرمال هستند. نتایج آزمون همگنی واریانس لون در مورد خرده مقیاس‌های فوق در دو گروه مورد مداخله حاکی از برابری واریانس‌های آن‌هاست. مفروضه رابطه خطی بین متغیرهای کوواریته و متغیرهای وابسته بیانگر این بودند که بین متغیرهای پیش‌آزمون و پس‌آزمون در گروه‌های مداخله رابطه‌ای وجود ندارد. و مفروضه همگنی شیب خط رگرسیون، یعنی، تعامل گروه و پیش‌آزمون (متغیر کوواریته) در خرده مقیاس‌های فوق تأیید گردید.

جدول ۲

نتایج آزمون تحلیل کوواریانس بین گروه‌های درمانی پس از حذف اثر پیش‌آزمون در خرده مقیاس‌ها

توان آزمون	سطح معناداری	نسبت F	میانگین مجموع مجزورات	درجات آزادی	مجموع مجزورات	مؤلفه‌ها
۰/۵۵	۰/۰۳۶	۴/۸۷	۱۰۳/۴۱	۱	۱۰۳/۴۱	درونی سازی
۰/۰۱	۰/۶۳۹	۰/۲۲	۱۳۲/۰۰	۱	۱۳۲/۰۰	برونی سازی
۰/۰۲	۰/۵۶۷	۰/۳۶	۱۵/۹۳	۱	۱۵/۹۳	مشکلات اجتماعی
۰/۴	۰/۰۲۳	۲/۹۳	۱/۹۷	۱	۱/۹۷	مشکلات تفکر
۰/۰۲	۰/۵۶۲	۰/۳۵	۳۷/۷۲	۱	۳۷/۷۲	مشکلات توجه

همان‌طور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود، اثربخشی دو مداخله انجام‌شده در کاهش مشکلات رفتاری صرفاً در دو مؤلفه درونی سازی و مشکلات تفکر از لحاظ آماری معنادار است و در مورد بهبود مشکلات اجتماعی، توجه و برون‌سازی اثربخشی هر دو درمان یکسان می‌باشد. به عبارت دیگر، نتایج نشان داد که اثربخشی بازی‌درمانی انفرادی در بهبود مؤلفه درونی سازی به‌طور معناداری بیشتر از بازی‌درمانی توأم با خانواده‌درمانی است، درحالی‌که در مورد مشکلات تفکر نتایج برعکس می‌باشد؛ یعنی، بازی‌درمانی توأم با خانواده‌درمانی نسبت به بازی‌درمانی انفرادی به‌طور مؤثرتری باعث کاهش مشکلات تفکر شده است.

بحث

هدف تحقیق حاضر مقایسه اثربخشی بازی‌درمانی انفرادی با بازی‌درمانی به همراه خانواده‌درمانی در کاهش مشکلات رفتاری کودکان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی/نقص توجه بود. نتایج تحقیق حاضر نشان داد که بین اثربخشی دو روش درمانی در متغیرهای برون‌سازی، توجه و مشکلات اجتماعی تفاوت

مشاهده نشد و تأثیر دو روش درمان یکسان است. علاوه بر این، نتایج تحقیق حاکی از اثربخشی بیشتر بازی درمانی توأم با خانواده درمانی در کاهش مشکلات تفکر و اثربخشی بیشتر بازی درمانی انفرادی در بهبود مشکلات درونی سازی می باشد که تحقیقات پارک و همکاران (۲۰۱۵)، ویجر-برگسما و همکاران (۲۰۱۲)، کلارک و همکاران (۲۰۱۵) و نعمت اللهی و طهماسبی (۱۳۹۳) همسو است، به طوری که نتایج تمامی این تحقیقات مانند تحقیق حاضر منعکس کننده اثربخشی روش های گوناگون درمان در کاهش مشکلات رفتاری کودکان مبتلا به اختلال بیش فعالی/نقص توجه می باشد.

یکی از نتایج منحصربه فرد این تحقیق نشان دهنده اثربخشی بیشتر بازی درمانی همراه با خانواده درمانی نسبت به بازی درمانی انفرادی در بهبود مشکلات تفکر بود که می توان این نتیجه را با نظریه یادگیری اجتماعی بندورا (۱۹۶۵) تبیین کرد. به عقیده بندورا یادگیری اجتماعی بنا بر مشاهده و تقلید، به طور ناخودآگاه در بسیاری از افراد به صورت مثبت و منفی انجام می گیرد و پیامدهای ثمربخش یا زیان بار خود را به دنبال خواهد داشت. با توجه به این دیدگاه الگوبرداری کودکان از والدین خود به دلیل علاقه و تعاملات بیشتر کودکان با والدین، منطقی به نظر می رسد و چون این الگوبرداری رفتاری بعد از مدتی در شناخت شخص تأثیر بسزایی می گذارد، به طبع تفکر را نیز تحت تأثیر قرار می دهد. با توجه به تحقیقات انجام شده والدین کودکان مبتلا به بیش فعالی نسبت به والدین کودکان طبیعی اختلالات رفتاری و شناختی بیشتری را تجربه می کنند (مورگنستمز و همکاران، ۲۰۱۵؛ تیول و همکاران، ۲۰۱۳) و از آنجایی که کودکان از رفتارها و تفکرات مختل والدین الگوبرداری می کنند تا زمانی که الگوهای مختل رفتاری و فکری والدین اصلاح نگردند، اصلاح مشکلات تفکر کودکان امکان پذیر نخواهد بود. به همین دلیل یافته ها نشان داد که بازسازی تفکر والدین در جلسات خانواده درمانی به طور مؤثرتری بر کاهش مشکلات تفکر در کودکان تأثیر می گذارد. تبیین دیگر برای این نتیجه می تواند نظریه سازگاری اجتماعی باشد. سازگاری اجتماعی یکی از مهم ترین حوزه های کارکردی در تعیین چگونگی تفکر افراد در مورد خودشان می باشد. اختلال بیش فعالی/نقص توجه با انواعی از مشکلات اجتماعی مثل رفتارهای درون فردی بی منطقی، برانگیختگی، بی اعتدالی و پرخاشگری رابطه دارد. این کودکان غالباً در مراحل اولیه زندگی شان منزوی و طرد می شوند. آن ها در رشد مهارت هایی که برای شروع و حفظ روابط اجتماعی و دوستانه ضروری هستند، ناموفق اند. به همین دلیل آن ها تعامل های اجتماعی مثبت کمتری با کودکان دیگر دارند و تفکر آن ها در مورد خود و دیگران مختل می گردد. در این زمان تنها کسانی که کودکان با آن ها تعامل دارد والدین هستند. بر اساس تحقیقات انجام شده والدین نیز به خاطر مشکلات کودکان تعاملات مختل داشته که بر شبکه فکری آن ها تأثیر گذار می باشد؛ بنابراین، اصلاح شبکه ارتباطی و بهبود سازگاری اجتماعی والدین باعث افزایش خودکارآمدی و بهبود مشکلات تفکر آن ها نسبت به خود و فرزندان شان گردیده و به صورت غیرمستقیم بر بهبود تفکر و سازگاری اجتماعی کودک تأثیر می گذارد.

نتیجه دیگر این تحقیق اثربخشی بیشتر بازی درمانی انفرادی در بهبود مشکلات درونی سازی کودکان مبتلا به اختلال بیش فعالی/نقص توجه بود. این نتیجه با توجه به اهداف بازی درمانی قابل توجیه

است. هدف از جلسات بازی درمانی توسعه خود پنداره مثبت، خود مسئولیتی، خودکنترلی، خویشتن پذیری، اتکا به خود، تصمیم‌گیری مستقل و خودانگیزخته، سازگاری، انگیزش درونی و اعتمادبه‌نفس می‌باشد (محمد اسماعیل، ۱۳۸۲). با توجه به اینکه بیشترین مشکلات درونی شده (مثل اضطراب و افسردگی) نشأت گرفته از عدم یادگیری مهارت‌های ذکر شده می‌باشد، بنابراین یادگیری و ارتقا این مهارت‌ها می‌تواند باعث کاهش مشکلات درونی شده در این کودکان گردد و از آنجا که یادگیری مهارت‌های رفتاری یک موضوع شخصی و انفرادی است پس مشارکت خانواده در آن‌ها تأثیر به‌سزایی ندارد. این نتیجه همچنین با توجه به مهارت خودگردانی قابل توجیه است. به اعتقاد اسکینر (۱۹۵۳) فرآیندهای خودگردانی منحصراً مبتنی بر نظریه شرطی‌سازی کنشگر می‌باشند، به طوری که افکار پاسخ‌های بیان نشده‌ای هستند که نهایتاً تحت تأثیر عوامل بیرونی قرار می‌گیرند. به عبارت دیگر، افکار تحت تأثیر همان قواعد یادگیری یا رفتارهای آشکار متأثر از آن‌ها هستند. از آنجا که درمانگر در جلسات بازی درمانی به کودک یا نوجوان آموزش می‌دهد که چگونه، چه زمانی و کجا از راهبردهای تغییر رفتاری در جهت تغییر شناخت و کاهش اضطراب‌ها و ناکامی‌های درونی استفاده کند، بنابراین اصلاح رفتار کودکان در جلسات بازی درمانی می‌تواند به درون آن‌ها نیز رخنه نموده و مشکلات درونی سازی وی را بهبود بخشد.

نتیجه‌گیری

در مجموع می‌توان گفت که درمان انفرادی کودکان صرفاً برخی از مشکلات رفتاری اختلال بیش‌فعالی/نقص توجه را بهبود می‌بخشد و بسیاری از مشکلات رفتاری کودکان مبتلا به بیش‌فعالی/نقص توجه نشأت گرفته از مشکلات رفتاری والدین است، بنابراین بهتر است جهت ارزیابی و درمان این کودکان به مشکلات آنها به‌طور سیستماتیک نگاه کرد که هم تشخیص بی‌نقص‌تر باشد و هم نتایج درمان پایدارتر گردد. در کل، نتایج این تحقیق می‌تواند در انتخاب راهکار درمانی مناسب جهت کاهش مشکلات رفتاری کودکان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی/نقص توجه و تعارض‌های خانوادگی آنان مورد استفاده قرار گیرد. از محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به فقدان گروه کنترل، پایین بودن حجم نمونه و ناهمگن بودن موقعیت اجتماعی و اقتصادی خانواده‌ها اشاره کرد؛ جهت تعمیم‌پذیری بیشتر پیشنهاد می‌گردد که پژوهش‌های آتی با اصلاح این موارد، تأثیرگذاری سایر صورت‌جلسه‌های درمانی را مورد بررسی قرار گیرد.

منابع

امیری، محسن. (۱۳۹۲). تأثیر آموزش مادران با رویکرد آدلر-درایکورس بر نشانه‌های مثبت و منفی در کودکان با اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی. *فصلنامه روانشناسی افراد استثنایی*، ۳(۱۲)، ۲۶-۱.

بریس، نیکلا؛ کمپ، ریچارد؛ سلنگار، رزمی. (۲۰۰۹). *تحلیل داده‌های روانشناسی با داده‌های SPSS*. ترجمه علی‌آبادی، خدیجه و صمدی، علی. انتشارات دوران: تهران.

پلنت، جولی. (۱۳۸۹). *SPSS*. ترجمه علی‌رضا کاکاوند. نشر سرافراز: تهران.

جدیدی، محسن؛ شمسایی، محمد مهدی؛ مظاهری، محمد مهدی و خوشابی، کتابون. (۱۳۹۱). چالش مداخلات: تا چه اندازه هر یک از مداخلات آموزش مدیریت والدین، نوروفیدبک و ریتالین بر بهبود اختلال بیش فعالی/نقص توجه و شاخص استرس والدین تأثیر دارند. *فصلنامه خانواده‌پژوهی*، ۲۹(۷)، ۱-۱۳.

چراغی، مولایی، لیلا؛ خسروی، زهره و بنی‌جمالی، شکوه سادات. (۱۳۹۲). بررسی نقش نظارت بر کاهش مشکلات رفتاری دختران ۶-۱۲ ساله مبتلا به بیش فعالی/نقص توجه: مقایسه خود نظارتی و نظارت مادر. *فصلنامه خانواده‌پژوهی*، ۳۶(۵)، ۲۱-۱۲.

درتاج، فریریز و محمدی، اکبر. (۱۳۸۹). مقایسه عملکرد خانواده کودکان مبتلا به اختلال کمبود توجه/بیش‌فعالی با عملکرد خانواده کودکان بدون اختلال بیش‌فعالی/نقص توجه. *فصلنامه خانواده‌پژوهی*، ۲۲(۸)، ۳۹-۳۰.

رباط میلی، سمیه؛ برجلی، احمد؛ عزیزاده، حمید؛ فرخی، نورعلی و نوکنی، مصطفی. (۱۳۹۳). آموزش رایانه یار توجه انتخابی در کودکان دارای اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی با تظاهر بی‌توجهی. *فصلنامه کودکان/استثنایی*، ۳(۱۴)، ۱۷-۶.

ساداتی، سمیه؛ افروز، غلامعلی؛ شکوهی یکتا، محسن؛ رستمی، رضا؛ به‌پژوه، احمد و غباری بناب، باقر. (۱۳۹۳). بررسی اثربخشی درمان نوروفیدبک بر بازداری رفتاری و تکانشگری دانش‌آموزان دارای اختلال کاستی توجه و بیش‌فعالی. *فصلنامه کودکان استثنایی*، ۲(۱۴)، ۶۶-۵۷.

محمد اسماعیل، الهه. (۱۳۸۲). *بازی‌درمانی: نظریه‌ها، روش‌ها و کاربردهای بالینی*. تهران: انتشارات دانژه. مینایی، اصغر. (۱۳۸۵). انطباق و هنجاریابی سیاهه رفتاری کودک آنباخ. *پژوهش در حیطه کودکان استثنایی*، ۶(۱)، ۵۵۸-۵۲۹.

مینوچین، سالوادر و فیشمن، چارلز. (۱۹۴۶). *فنون خانواده‌درمانی*. ترجمه فرشاد بهاری و فرح سیا. انتشارات رشد: تهران.

نعمت‌اللهی، مریم و طهماسبی، سیامک. (۱۳۹۳). بررسی تأثیر آموزش مهارت‌های سازگاری به والدین بر کاهش مشکلات رفتاری کودکان. *فصلنامه خانواده‌پژوهی*، ۳۸(۱۰)، ۱۷۴-۱۵۹.

یزدخواستی، فریبا و عریضی، حمیدرضا. (۱۳۹۰). هنجاریابی سه نسخه کودک، پدر/مادر و معلم سیاهه رفتار کودک در شهر اصفهان. *مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران*، ۱۷(۱)، ۶۰-۷۰.

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical manual of mental disorders* (5th ed.) Washington, DC.

Berkel, C. Mauricio, A. M. Shoenfelder, E. & Sandler, I. N. (2011). Putting the pieces together: An integrated model of program implementation. *Prevention Science*, 12, 23-33.

Biederman, J. (2004). Impact of comorbidity in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 65(3), 3-7.

Clarke, AT; Marshall, SA.; Mautone, JA; Soffer, SL; Jones, HA; Costigan, TE; Patterson, A; et al. (2015). Parent attendance and homework adherence predict response to a family-school intervention for children with ADHD. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 43(5), 721-727.

Cubillo, A; Halari, R; Smith, A; Taylor, E; Rubia, K. (2011). A review of frontal-striatal and frontal-cortical brain abnormalities in children and adults with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) and new evidence for dysfunction in adults with ADHD during motivation and attention. *Cortex*. 48(2), 194-215.

Ingoldsby, EM. (2010). Review of interventions to improve family engagement and retention in parent and child mental health programs. *Journal of Child and Family Studies*, 19:629-645.

Kim, JW; Sharma, V; Ryan, ND. (2015). Predicting methylphenidate response in ADHD using machine learning approach. *International Journal of Neuropsychopharmacology*, 18(11), 15-26.

La Greca, AM; Silverman, WK; Lochman, JE. (2009). Moving beyond efficacy and effectiveness in child and adolescent intervention research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77, 373-382.

- Morgensterns, E; Alfredsson, J; Hirvikoski, T. (2015). Structured skills training for adults with ADHD in an outpatient psychiatric context: an open feasibility trial. *Attention Deficit and Hyperactivity Disorders*, 7(1), 89-99.
- Park, WJ; Park, SJ; Hwang, SD. (2015). Effects of cognitive behavioral therapy on attention deficit hyperactivity disorder among Scholl- aged children in Korea: A meta- analysis. *Journal of Korean Academy of Nursing*, 45(2), 169-182.
- Rubia, K. (2010). “Cool” inferior frontostriatal dysfunction in attention-deficit/hyperactivity disorder versus “hot” ventro-medial orbitofrontal-limbic dysfunction in conduct disorder: A Review. *Biological Psychiatry*, 69(12), 69–87.
- Theule, J; Wiener, J; Tannock, R; Jenkins, JM. (2013). Parenting stress in families of children with ADHD: A meta-analysis. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 21(1), 3-17.
- Weijer-Bergsma, E; Formsma, AR.; de Bruin, EI; Bogels, SM. (2012). The effectiveness of mindfulness training on behavioral problems and attentional functioning in adolescents with ADHD. *Journal of Child and Family Studies*, 21,775-787.
- Wender, PH. (2000). *ADHD: Attention-deficit hyperactivity disorder in children and adults*. Oxford: University Press.
- Ziereis, S; Jansen, P. (2015). Effects of physical activity on executive function and motor performance in children with ADHD. *Developmental Disabilities*, 38,181-191.