

## بررسی اثربخشی بازی درمانی فلورتایم مبتنی بر رویکرد DIR بر افزایش پذیرش اجتماعی و بهبود بازداری رفتاری در کودکان دارای نشانگان اختلال سلوک

طلایه عباسی<sup>۱</sup>، زهره سپهری شاملو<sup>۲</sup>، سید امیر امین یزدی<sup>۳</sup>

۱- نویسنده مسئول: دانشجوی کارشناسی ارشد روان شناسی بالینی دانشگاه فردوسی مشهد

۲- استادیار دانشکده ی علوم تربیتی و روان شناسی دانشگاه فردوسی

۳- دانشیار دانشکده ی علوم تربیتی و روان شناسی دانشگاه فردوسی

### چکیده

اختلال سلوک از شایع ترین علل ارجاع کودکان به مراکز بهداشت روانی، پزشک اطفال و درمانگاه های بالینی است و کیفیت زندگی، تعاملات و کارکرد های مبتلایان را به شدت تحت تاثیر قرار می دهد و احتیاج به مداخله ی فوری دارد. هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی بازی درمانی فلورتایم بر افزایش پذیرش اجتماعی و بهبود بازداری رفتاری در کودکان دارای نشانگان اختلال سلوک است. روش مطالعه در چهارچوب یک طرح تک آزمودنی در طول سه ماه روی ۶ کودک ۵-۶ ساله ی دارای نشانگان اختلال سلوک صورت گرفت و نتایج در مراحل غربال، پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری بررسی گردید. یافته ها نشان میدهد درصد بهبودی در متغیر پذیرش اجتماعی کودکان گروه آزمایش ۵۸/۱۴ بوده است که از لحاظ بالینی معنادار میباشد. همچنین اندازه ی اثر ۳/۵ برآورد شده است که عدد بزرگی به حساب می آید. در متغیر بازداری رفتاری اگرچه پیشرفت قابل توجه بوده و تغییر چشمگیری را نسبت به گروه کنترل نشان می دهد؛ از ۵۰ درصد کمتر بوده و به لحاظ بالینی معنادار نمیشد. اندازه ی اثر محاسبه شده نیز متوسط ارزیابی شده است. با نتیجه گیری از یافته های فوق در مجموع میتوان گفت بازی درمانی فلورتایم مبتنی بر مدل رشد یکپارچه ی انسان، می تواند در بهبود کودکان مبتلا اختلال سلوک به عنوان درمانی اثربخش مطرح باشد.

**واژگان کلیدی:** بازی درمانی، فلورتایم، اختلال سلوک، بازداری رفتاری، پذیرش اجتماعی

## مقدمه:

همه ی کودکان گاه از پیروی کردن امتناع می کنند و بسیاری از کودکان نیز برخی اوقات در دعواها مشارکت دارند، همچنین بعضی کودکان به دفعات دروغ میگویند. اگرچه این رفتارها نامناسب هستند ولی اگر تکرار نشوند و مجزا از هم به وقوع بپیوندند، از نظر بالینی به توجه اساسی نیازی ندارند. به هر حال زمانی که این رفتارها مکررا و همزمان در یک کودک خاص مشاهده می گردد جای نگرانی وجود دارد و می توان او را کودک سازش نایافته ای تلقی کرد که به توجه ویژه ی بالینی احتیاج دارد (ماتیس<sup>۱</sup> و لاکمن<sup>۲</sup>، ۲۰۰۹).

واقعیتی که همه ی متخصصان کودک به آن اذعان دارند این است که همه ی کودکان مانند هم رشد نمی کنند و همگی مراحل از پیش تعیین شده ای را نمی گذرانند. برخی از کودکان دارای نقایص ذهنی یا جسمانی اند و برخی دیگر اختلالات رفتاری از خود نشان می دهند. اختلالات رفتاری شامل وجود رفتارهایی در کودکان است که با سن آن ها متناسب نیست، با وضعیت فرهنگی آن ها همخوانی ندارد و ضوابط اخلاقی جامعه این رفتارها را تایید نمی کند. این عدم تناسب رفتار و هیجان بر زندگی فرد تاثیر می گذارد و مانع از رشد طبیعی آن ها در جنبه های مختلف زندگی کودک می شود (اسدپور، ۲۰۰۶).

از جمله ی مهمترین این اختلالات میتوان به اختلال سلوک اشاره کرد. این اختلال از شایع ترین علل ارجاع کودکان به مراکز بهداشت روانی، پزشک اطفال و درمانگاه های بالینی است و تقریبا ۶ تا ۱۶ درصد در پسران و ۲ تا ۹ درصد در دختران زیر ۸ سال مشاهده می شود (کاپلان<sup>۳</sup> و سادوک<sup>۴</sup>، ۱۹۹۹). این اختلال از ویژگی های بسیار پایدار دوره ی کودکی محسوب شده و می توان ادعا کرد که تقریبا ۳۵ تا ۴۰ درصد کودکان مبتلا به این اختلال در صورت درمان نشدن در بزرگسالی به اختلال شخصیت ضد اجتماعی مبتلا می شوند و نزدیک به ۷۵ تا ۸۰ درصد این کودکان به هنگام بزرگسالی دچار مشکلات بسیار زیاد در عملکرد اجتماعی همچون بیکاری های طولانی، روابط شخصی ناپایدار، پرخاشگری هیجانی- تکانشی و بهره کشی از همسر می شوند (رزنهان<sup>۵</sup> و مارتین<sup>۶</sup>، ۲۰۰۰).

در نسخه ی دهم طبقه بندی بین المللی بیماری ها (ICD-۱۰) تعریف اختلال سلوک چنین آمده است: "الگوهای تکرار شونده و مستمر رفتار های ضد اجتماعی، پرخاشگرانه و همراه با سرکشی است، که این رفتارها در شدیدترین حالت خود معادل نقض عمده ی انتظارات اجتماعی ای است که برای کودک همسن و سال مراجع مطرح می شود" (هربرت<sup>۷</sup>، ۱۹۹۹). مشخصه ی اصلی اختلال سلوک که شامل نادیده گرفتن حقوق اساسی دیگران و قواعد عمده ی اجتماعی است غالبا به صورت پرخاشگری، تقلب، فریبکاری، سرقت و تخریب اموال عمومی و تخلف جویی از قوانین به صورت مکرر است.

1. Mattys  
2. Lochman  
3. Kaplan  
4. Sadook  
5. Rooznahan  
6. Martin  
7. Herbert

یکی از چالش های رشدی این کودکان پذیرفته شدن از سوی جامعه، علی الخصوص در گروه همسالان است. مربیانی که با این دسته از کودکان سرو کار دارند گزارش می کنند که به طور خاص نگران آینده ی کودکانی هستند که قابلیت های اجتماعی و هیجانی کافی برای معاشرت ثمربخش با دیگران را دارا نیستند و مورد پذیرش همسالانشان قرار نمی گیرند (ریم<sup>۸</sup> و همکاران، ۲۰۰۰).

تعداد دوستان کودکان مبتلا به اختلال سلوک کم اند و آن ها در میان گروه همتایان شهرت منفی مشخصی دارند و کودکان بدخلق و نامطبوعی قلمداد می شوند که باید فعالانه از آن ها دوری کرد. حتی وقتی این کودکان وارد موقعیت های اجتماعی جدیدی می شوند که در آن جا شناخته شده نیستند، به سرعت موقعیت طرد شده ی خود را باز می یابند. پیش داوری های همسالان مبتنی بر شهرت منفی در این کودکان باعث می شود هنگامی که کودک مطرود میکوشد مثبت تر رفتار کند همسالان به تلاش او پاسخ مثبت نشان ندهند و این خود عامل کاهش عزت نفس و احساس تنهایی در آن ها می شود (ریس، ۱۳۸۷).

در مورد کودکان دارای اختلال سلوک یکی دیگر از چالش های رشدی قابل توجه در حوزه ی بازداری است. بازداری یکی از مولفه هایی است که در کارکردهای اجرایی نقش مهمی دارد و به نظر میرسد در مبتلایان به اختلال سلوک بازداری رفتاری بیشتر از سایر انواع بازداری مختل شده است این موضوع نقش پررنگی در تکانه ای بودن آن ها ایفا می کند. محققان معتقدند نقایص شناختی به ویژه نقص در کارکردهای اجرایی در سال های اولیه زندگی میتواند در سبک رفتار تکانه ای نقش داشته باشد (شاو<sup>۹</sup> و همکاران، ۲۰۰۵). رفتارهای پرخاشگرانه نیز به عنوان یکی از رفتارهایی که می تواند به صورت تکانشی بروز کند در کودکان مبتلا به اختلال سلوک مکررا مشاهده می گردد. در عین حال میدانیم مهمترین رفتار کودک در این سال ها بازی است. بازی دنیای کودک است، بازی افکار درونی کودک را دنیای خارجی او ارتباط می دهد و باعث می شود کودک بتواند اشیای خارجی را تحت کنترل خود دریاورد و تلاش کند کمتر تکانشی رفتار نماید چون این تکانه ها پیش از این خودشان را در غالب بازی نشان داده اند. بازی به کودک اجازه می دهد تا تجربیات، افکار، احساسات و تمایلاتی را که برای او تهدید کننده هستند، نشان دهد (لوین<sup>۱۰</sup> و هانتن<sup>۱۱</sup>، ۲۰۰۵). بازی درمانی رویکردی با ساختار و مبتنی بر یک نظریه درمان است که فرآیند های یادگیری و ارتباط را در کودک پایه ریزی می کند. بازی درمانی روشی است که اگر از آن درست استفاده شود هم جنبه ی پیشگیری و هم درمان دارد (ذبیحی، ۱۳۹۲).

یکی از رویکردهای جامع به چالش های رشدی از جمله پرخاشگری، پذیرش اجتماعی، بازداری و ... رویکرد تحولی تفاوت های فردی مبتنی بر ارتباط<sup>۱۲</sup> (DIR) است. این رویکرد توسط گرینسپن<sup>۱۳</sup> و وایدر<sup>۱۴</sup> در سال (۱۹۹۷) مطرح شد و شامل سه جزء است. (D) سطح رشد هیجانی کارکردی کودک است و خود شامل ۶ مرحله می باشد. (I) تفاوت های فردی در پردازش حسی و طرح ریزی حرکتی است و (R) ارتباط و تعامل با مراقبین، اعضای خانواده و دیگران است.

8. Rimm, S. E.

9. Shaw, D. S.

10. Levin, H. S.

11. Hanten, G.

12. Developmental, individual- difference, relationship-based model (DIR)

13. Greenspan, S.I.

14. Wieder, S.

طرح درمانی رویکرد DIR برای هموار کردن چالش های رشدی و کمک به مراقب برای روابط سالم با کودک، فلورتایم نام دارد. فلورتایم بازی درمانی مبتنی بر مداخلات تعاملی است که اجزاء اصلی آن ارتباطات تعاملی و هیجان است و بر تفاوت های فردی و علائق کودک و تعامل هیجانی بین کودک و مراقب تاکید می کند (استتوید<sup>۱۵</sup>، ۲۰۰۹). فلورتایم در واقع یک دوره ی بدون ساختار بازی و گفتگوی خودجوش کودک است که در آن بزرگسال میل کودک را دنبال می کند با کودک جهان مشترکی تشکیل میدهد و فرآیند فعال تعامل رفت و برگشتی متناسب با سطح تحول کودک است و هدف آن نیز نیرومند کردن هر یک از ظرفیت های تحولی و عملکردی است که کودک در آن ها دارای چالش است (گرینسپن، ۲۰۰۴). در این پژوهش این بخش از درمان شامل جلسات بازی تعاملی بین کودک و درمانگر با حضور مادر است که هدف آن تجهیز فرآیند های رشدی کودک برای تعامل ثمربخش است (امین یزدی، ۱۳۹۱).

ضرورت انتخاب این گروه از کودکان این است که این اختلال شیوع بسیار بالایی داشته و مشکلات رفتاری آن ها کیفیت زندگی شان را به شدت پایین آورده و سلامت خانواده و جامعه را تهدید می کند. همچنین در صورت عدم وجود مداخله ی صحیح پیش آگهی پائینی در انتظار آن هاست.

**فرضیه های پژوهش:** الف) درمان به شیوه ی بازی درمانی فلورتایم تاثیر معناداری بر افزایش پذیرش اجتماعی کودکان در مقایسه با گروه کنترل دارد. ب) درمان به شیوه ی بازی درمانی فلورتایم تاثیر معناداری بر بهبود توانایی بازداری رفتاری کودکان در مقایسه با گروه کنترل دارد.

**پیشینه ی پژوهش:** درمان DIR رویکردی یکپارچه به روان درمانی خردسالان است که مشکلات سرشتی کودکان و نحوه ی تاثیر گذاری این مشکلات بر روابط والد-کودک را هدف قرار می دهد. بر مبنای پژوهش های انجام شده این رویکرد در مقایسه با رویکرد های رفتاری، به سبب ماهیت زیستی روانی و اجتماعی و توجه همزمان به سطح تحولی و تفاوت های حسی - تنظیمی کودک و روابط عاطفی مراقب- کودک به موفقیت چشمگیری در بهبود چالش های رفتاری و ارتباطی کودکان دست یافته است (گرینسپن، ۲۰۰۴). رویکرد DIR برای درمان سایر چالش های رشدی نوزادان و کودکان نظیر اختلال در پردازش های شناختی، تنظیم هیجانی، مشکلات یادگیری، کودکان دارای محدودیت های شناختی و انواع اضطراب ها و ... نیز به کار رفته و مورد تایید قرار گرفته است (دانست<sup>۱۶</sup> و همکاران، ۲۰۰۷).

در مداخله ی که توسط بابایی و همکاران (۱۳۸۹) منتشر شده است اثربخشی بازی درمانی گروهی بر روی کودکان دارای اختلال سلوک مورد بررسی قرار گرفته است. روش پژوهش تجربی و از نوع پیش آزمون- پس آزمون با گروه کنترل بوده است. برای بررسی فرضیه ها از پرسش نامه های رفتاری راتر و اختلال سلوک استفاده شد و ۲۴ نفر نمونه به صورت تصادفی در ۲ گروه قرار گرفتند. جلسات بازی درمانی به مدت یک ماه و نیم و به صورت هفته ای دو بار در جلسات ۶۰ دقیقه ای اجرا شد و نتایج آن اثربخشی این نوع مداخلات را تایید کرد. همچنین پژوهش دیگری با عنوان اثربخشی مدل درمانی DIR، فلورتایم مبتنی بر خانواده بر بهبود نشانگان نافرمانی مقابله ای کودکان و کاهش استرس مادران در دانشگاه فردوسی توسط صدری (۱۳۹۲) انجام شد تا اثربخشی این رویکرد در اختلال نافرمانی مقابله ای سنجیده شود. تحلیل نتایج به شیوه ی ناپارامتریک نشان داد که این مدل درمانی باعث کاهش نشانگان نافرمانی در کودکان گروه

<sup>15</sup>. Statwide, T.

<sup>16</sup>. Dunst, C. J.

آزمایش در مقایسه با گروه کنترل شده است که نشان از تاثیر این نوع بازی درمانی بر کودکان دارد. کيافر (۱۳۹۲) پژوهشی را با هدف بررسی اثربخشی دو رویکرد DIR و نظریه ی ذهن انجام داد و تاثیر آن را بر کاهش پرخاشگری، بهبود رابطه ی مادر کودک و نظریه ی ذهن کودکان پیش دبستانی مورد مطالعه قرار داد. نتایج نشان داد که مداخله در هر دو گروه آزمایشی در مقایسه با گروه کنترل موجب بهبود نظریه ی ذهن کودکان شده است. رویکرد رشد یکپارچه ی انسان رویکردی موثر در کاهش مشکلات پرخاشگری و ارتقاء روابط والد-کودک می باشد. رویکرد نظریه ذهن فقط توانست باعث ارتقاء نظریه ی ذهن کودکان گردد. بنابراین پیشنهاد می شود برای رشد جامعه بر آموزش رشد یکپارچه ی انسان به خانواده ها تاکید گردد. پژوهش دیگری کارایی بازی درمانی رفتاری-شناختی را روی پرخاشگری کودکان بین ۸ تا ۱۱ سال مبتلا به اختلال سلوک ساکن در مراکز بهزیستی تهران را مورد بررسی قرار داد. نمونه ای به حجم ۴۰ نفر به مدت ۵ هفته و در ۱۰ جلسه در جلسات بازی درمانی که توسط درمانگر و دو کمک درمانگرش صورت می گرفت، شرکت کردند. نتایج نشان داد که تفاوت معناداری بین دو گروه در تفاضل نمرات پیش آزمون- پس آزمون پرخاشگری به نفع گروه آزمایشی وجود دارد (قادری و همکاران، ۱۳۸۵). صفری و همکاران (۱۳۹۱) تاثیر بازی درمانی را بر مشکلات رفتاری و ناسازگاری کودکان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله ای بررسی کردند. در این مطالعه ۱۶ کودک دارای نشانگان شدید اختلال سلوک در مقطع پیش دبستانی به تصادف انتخاب شده و مورد ارزیابی های دقیق قرار گرفتند و پس از ارائه ی مداخله و مقایسه ی نتایج، تمایز قابل توجه نمرات پیش آزمون و پس آزمون مبین این نکته بود که مداخله ی فوق در کاهش مشکلات رفتاری این دسته از کودکان موثر است.

در بین تحقیقات خارج از ایران نیز میتوان به مطالعات متعددی اشاره کرد که در این حوزه صورت گرفته است. مطالعه ای اختلال سلوک کودکان و افسردگی اساسی در نوجوانان را در ارتباط با تعامل تعارض آمیز کودک-والد و همچنین اختلالات روانی والدین بررسی میکند. آیکانو<sup>۱۷</sup> و مarmorstein<sup>۱۸</sup> (۲۰۰۴) این مطالعه را بر روی آزمودنی هایی که توسط روان پزشک تشخیص گرفته بودند اجرا کردند و نتایج به این صورت گزارش شد: اختلال سلوک با افسردگی اساسی مادر حین بارداری و رفتارهای ضد اجتماعی وی پس از بارداری رابطه ی مستقیم دارد. و هر دو گروه اختلال سلوک و افسردگی اساسی دارای نرخ بالایی از تعاملات تعارض آمیز با والدین خود بودند. بنابراین کار با والدین نیز به صورت مستقیم و غیرمستقیم می تواند برای کودکان درگیر با این مسائل نقش محوری داشته باشد. در تحقیق دیگری که فیلد<sup>۱۹</sup> و همکاران (۲۰۰۷) انجام دادند، کودکان نرمال و کودکان مبتلا به اختلال سلوک مصاحبه شدند و آزمودنی ها هنگام بازی آزاد و تکمیل پازل به تنهایی و همچنین همین تعامل با مادرانشان مورد مشاهده ی دقیق قرار گرفتند. این مشاهدات، مشکلات رفتاری و رفتارهای تعاملی آن ها را مشخص کرد. نتایج مشاهدات نشان داد بازی و توانایی تکمیل پازل در کودکان دارای اختلال سلوک و کودکان عادی تفاوت معناداری نداشت. ولی طبق گزارش والدین ویژگی هایی نظیر کنترل بیرونی - افسردگی درونی و تمایلات کودکانه ی کمتری در کودکان مبتلا به اختلال سلوک وجود دارد و همچنین آن ها

17. Iacono, W. G.

18. Marmorstein, N. R.

19. Field, T. M.

کودکانشان را با مزاج فعال تری توصیف می کردند. کودکان دارای اختلال سلوک از نظر فیزیکی و حرکتی فعال تر بودند ولی تعامل کمتری با دیگران حین بازی برقرار می کردند. مادران آن ها نیز تعامل کمتری با کودکانشان برقرار می کردند.

### روش تحقیق

پژوهش حاضر از حیث هدف کاربردی و توسعه ای و از نظر شیوه ی گردآوری داده ها شبه آزمایشی است. طرح شبه آزمایشی طرحی است که همه ی مقتضیات ضروری برای کنترل اثر متغیر مداخله گر را ندارد. طرح های شبه آزمایشی بر آورهایی از طرح های واقعی ارائه می دهد یعنی از شکلی از طرح های آزمایشی در بررسی حوزه هایی سود می جویند که نمیتوان در آن ها کنترل کاملی بر متغیر های مداخله گر داشت ( کریستنسن، به نقل از دلاور، ۱۳۸۷).

گروه کودکان مبتلا به اختلالات ایذایی از جمله گروه های دارای شرایط بالینی خاص می باشند که کمتر می توانند با دشواری های کاملاً مشابه شناسایی شوند بنابراین در این پژوهش از روش شبه آزمایشی استفاده خواهد شد و سعی گردید که گروه ها از نظر سن، سطح تحولی-هیجانی-کارکردی و تحصیلات والدین همتا شوند. به همین منظور برای اندازه گیری دقیق رفتار مورد مطالعه و کنترل دقیق متغیرهای تحقیق، ازین طرح های شبه آزمایشی طرح تک آزمودنی با گروه کنترل انتخاب شد. در این طرح هر آزمودنی در هر زمان به صورت تنها و یک آزمودنی واحد مورد بررسی قرار می گیرد و تغییرات حاصل از روش درمانی در ارتباط با همان فرد و همچنین گروه کنترل مورد مقایسه قرار می گیرد. این نوع تحقیق شامل تحلیل فشرده بر روی یک فرد یا تعدادی از افراد است که به عنوان یک گروه واحد در نظر گرفته می شوند. آزمایش های تک آزمودنی به خوبی مناسب پژوهش های اصلاح رفتار هستند (گال و همکاران، به نقل از نصر و همکاران، ۱۳۹۲).

**شرکت کنندگان پژوهش:** جامعه ی مورد مطالعه شامل تمام کودکان دارای اختلال سلوک شهرستان مشهد می باشد. در هر کدام از گروه های پژوهش صرف با توجه به تک آزمودنی بودن طرح، یک نفر کافی خواهد بود، اما با توجه به احتمال ریزش نمونه و همچنین بررسی عمیق تر در هر گروه سه نفر به عنوان گروه نمونه در نظر گرفته شدند. بنابراین از جامعه ی فوق ۶ نفر به روش نمونه گیری در دسترس و غیر احتمالاتی انتخاب شده و به شیوه ی تصادفی در دو گروه قرار گرفتند. به دلیل وجود محدودیت های گوناگون، امکان نمونه گیری تصادفی وجود نداشت و حتی الامکان سعی شد آزمودنی ها همتا شوند.

**ملاک های ورود آزمودنی ها در این پژوهش: الف)** بروز نشانگان اختلال سلوک به صورتی که نمره ی فرد در آزمون های غربال گری قابل توجه بالینی باشد. حداقل نمره ی آزمودنی در مقیاس CIS-۴ باید نمره ی ۶ و در مقیاس درجه بندی اختلال سلوک ۶۰ باشد. **ب)** دامنه ی سنی شرکت کنندگان پژوهش بین ۵ تا ۷ سال باشد که از نظر سیستم آموزش رسمی کشور مقطع پیش دبستانی یک و پیش دبستانی دو را شامل میشود. **ج)** عدم ابتلا به اختلال فزون کنشی - نقص توجه<sup>۲۰</sup> مورد بررسی قرار گیرد. **د)** دم ابتلا به اختلال نافرمانی مقابله ای<sup>۲۱</sup> محرز باشد.

### ابزار های پژوهش

**مقیاس پذیرش اجتماعی خردسالان:** این مقیاس دارای ۳۶ عبارت است و برای ارزیابی سطح پذیرش اجتماعی تهیه شده است و انگیزه کلی برای نیاز به برآورده شدن نیازهای اجتماعی را ارزیابی می کند به عنوان شکلی از انکار دفاعی به

20. Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD)

21. Oppositional Defiant Stmptoms (ODD)

بررسی محبوبیت اجتماعی کودکان زیر ۷ سال می پردازد. چون این آزمون برای کودکان پیش از دبستان طراحی شده است باید از طریق خواندن با صدای بلند برای کودکان و در موارد محدود از طریق نوشتاری برای کودکان دارای توانایی های محدود در خواندن و نوشتن اجرا گردد. قالب انتخاب اجباری بین یکی از دو پاسخ به کنترل رضایت از پاسخ کمک می کند. وقتی آزمون برای کودک خوانده می شود باید به انتخاب یکی از دو گزینه توسط کودک تاکید نماییم. کودک باید حداقل یک عبارت از یک جمله را تکرار کند. کلمات کلیدی به صورت ایتالیک در هر جمله مشخص شده است.

شیوه ی نمره گذاری آزمون به این صورت است که به غیر از دو عبارت اول که به آن نمره ای تعلق نمیگردد و برای جذب کودک به فرآیند آزمون است، در عبارات ۳-۶-۷-۱۰-۱۱-۱۴-۱۵-۱۷-۱۸-۲۲-۲۳-۲۴-۲۷ به دومین جمله و در بقیه ی عبارات به اولین جمله امتیاز تعلق می گیرد. دامنه ی نمرات بین ۰ تا ۲۸ است که خط برش بر اساس میانگین تعیین خواهد گردید.

پایایی این آزمون بیشتر وابسته به سن کودکان است. برای مثال ثبات درونی به ترتیب برای پسران ۰/۴۸ و در دختران ۰/۵۱ گزارش شده است. در پسران بزرگ تر، ثبات درونی کودر-ریچاردسون ۰/۸۳ و برای دختران ۰/۸۵ گزارش شده است. از بررسی بازآزمایی نیز در فاصله ی ۵ هفته همبستگی ۰/۵۸ بدست آمد.

اعتبار این پرسش نامه از طریق بررسی همزمان سنجیده شده است. نمرات مقیاس با هوش لغات در ارتباط است که پیشنهاد کننده این است که کودکان با هوش کلامی بالاتر بیشتر شبیه هنجار های اجتماعی مطلوب هستند و پیروی از آن هنجارها نیز پذیرش اجتماعی را به دنبال دارد. در ایران نیز اسحاقی (۱۳۹۲) در پژوهش خود از این مقیاس استفاده کرده است و روایی آن را از طریق آلفای کرونباخ محاسبه و استفاده از آن را برای جامعه ی ایرانی مطلوب گزارش کرده است.

**آزمون علامت توقف<sup>۲۲</sup>:** این پارادایم ابزاری بسیار مناسب و قدرتمند برای اندازه گیری بازداری رفتاری و ایجاد فرصت درنگ در تصمیم گیری می باشد که از آن برای تحقیق در زمینه ی بازداری رفتاری کودکان مبتلا به اختلال سلوک استفاده خواهد شد و باید در محیط آرام کنترل شده ی مناسب انجام گیرد. در این پژوهش این پارادایم با استفاده از نرم افزار Stop it اجرا خواهد گردید. این آزمون دارای دو مرحله است. ۱- یک مرحله از آن تمرینی است که شامل ۳۲ کوشش برای جابجایی کلید پاسخ و فهم دستورالعمل آزمون به آزمودنی ارائه میشود. ۲- مرحله ی تجربی که شامل سه بلوک است و هر بلوک آن ۶۴ کوشش اصلی دارد. در این تکلیف به آزمودنی دو محرک (دایره و مربع) در وسط صفحه ی یک مانیتور ۱۴" ارائه میشود و از آزمودنی خواسته می شود با دو دکمه ی راست و چپ (M و Z) با دست راست و چپ به آن ها پاسخ داده شود. در بعضی از کوشش ها به تصادف بعد از ارائه ی محرک اصلی علامت متوقف کردن پاسخ (صدای بوق) ارائه میشود و به آزمودنی دستور داده میشود که در صورت شنیدن این علامت نباید پاسخ دهد. متوقف کردن پاسخ در این شرایط نیازمند مکانیزم کنترلی سریع برای ممانعت از اجرای پاسخ حرکتی می باشد (وربورگن<sup>۲۳</sup> و همکاران، ۲۰۰۸). پاسخ آزمودنی ها و زمان واکنش آن ها در مرحله ی تجربی به صورت رایانه ای در چند بخش ثبت می شود. از بین این مولفه ها میانگین زمان واکنش علامت توقف (SSRT) و میانگین احتمال پاسخ به کوشش علامت توقف (P (fIs)) مقیاس های مهمی

22. Stop it

23. Verbruggen, F.

برای سنجش پردازش کنترل شناختی هستند که در متوقف کردن پاسخ دخیل می باشند و بهترین شاخص برای سنجش عملکرد آزمودنی ها در بازداری رفتاری هستند (حمزه لو، ۱۳۹۱).

**اجرای پژوهش:** فرآیند اجرای طرح پژوهشی حاضر در سه مرحله صورت پذیرفت: الف) جمع آوری حجم نمونه و انجام پیش آزمون ها. ب) فرآیند درمان: تعداد جلسات درمان برای گروه بازی درمانی طبق اصول مبتنی بر این نظریه به صورت ۲۴ جلسه ی ۴۵ دقیقه ای و هفته ای دوبار برگزار شد. ج) انجام پس آزمون و جمع آوری داده ها در جلسه ای مجزا در پایان جلسات درمانی انجام شد.

**روش تجزیه و تحلیل داده ها:** داده های گردآوری شده به صورت فردی و گروهی مورد تجزیه و تحلیل قرار می گیرند و گزارش شاخص های توصیفی (میانگین و انحراف معیار) و همچنین درصد بهبودی و اندازه اثر برای نمرات آزمودنی های هر گروه در متغیرهای پژوهش پرداخته می شود.

**یافته ها:**

**جدول ۱: شاخص های توصیفی نمرات مؤلفه های آزمون Stop It در پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری برای دو گروه**

پیگیری		پس آزمون		پیش آزمون		گروه	
انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین		
۵/۱۳	۴۷/۶۶	۵/۹۴	۴۶/۴۳	۷/۲۴	۵۶/۷۳	P(rls)	فلورتایم
۴۲/۱۷	۴۶۴/۵۲	۳۰/۱۱	۴۷۱/۱۳	۲۲/۴۵	۴۸۶/۹۴	SSRT	
۵/۷۸	۶۶/۷۴	۳/۰۷	۶۹/۲۴	۹/۰۵	۵۶/۵۳	P(rls)	کنترل
۵۰/۷۴	۴۲۹/۶۲	۵۲/۲۹	۴۴۷/۹۲	۵۶/۱۷	۴۴۷/۴۰	SSRT	

اطلاعات جدول شماره ۱ شاخص های توصیفی برای نمرات مؤلفه های آزمون Stop It را در دو گروه و در مراحل مختلف ارزیابی نشان می دهد. بر اساس این اطلاعات، برای مؤلفه P(rls) در مرحله پس آزمون گروه کنترل بیشترین میانگین نمره ی خطا (۶۹/۲۴) و گروه فلورتایم کمترین میانگین نمره (۴۶/۴۳) را داشت. در مرحله پیگیری نیز مانند مرحله پس آزمون گروه کنترل بیشترین میانگین ارتکاب خطا (۶۶/۷۴) و اما فلورتایم کمترین میانگین نمرات ارتکاب خطا (۴۶/۴۳) را به خود اختصاص داده اند. همچنین برای مؤلفه SSRT در مرحله پس آزمون نسبت به پیش آزمون برای هر دو گروه تغییر چشمگیری مشاهده نمیشود.

**جدول ۲: درصد بهبودی گروه ها در آزمون Stop It**

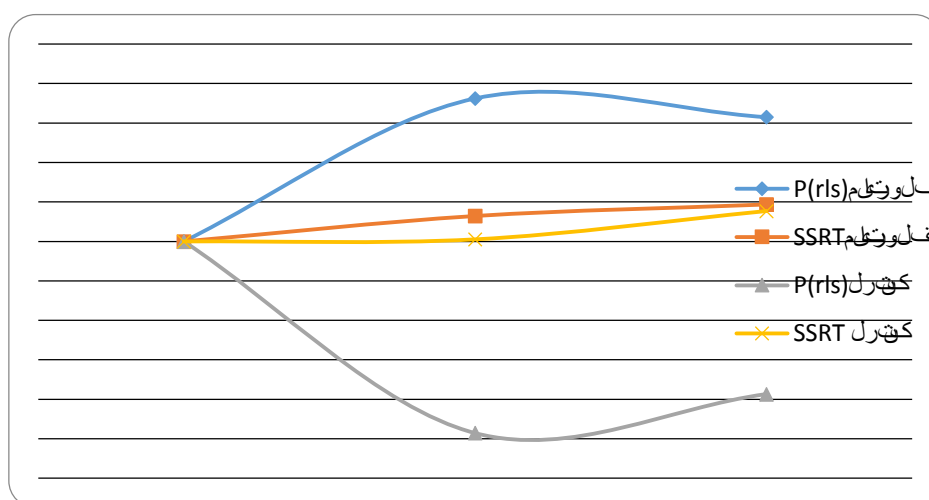
کنترل		فلورتایم		گروه
پیگیری	درمان	پیگیری	درمان	



-۱۹/۳۴	-۲۴/۲۸	۱۵/۷۴	۱۸/۱۱	P(rls)
۳/۸۵	۰/۲۶	۴/۶۸	۳/۲۲	SSRT

اطلاعات جدول شماره ۲ و نمودار شماره ۱ مقادیر درصد بهبودی برای مؤلفه‌های آزمون Stop It را در دو گروه و در دو مرحله درمان و پیگیری نشان می‌دهد. بر اساس این اطلاعات، در مؤلفه P(rls)، شرکت کنندگان گروه درمان فلورتایم (۱۸/۱۱) در مرحله درمان، در مقایسه با گروه کنترل بهبودی بسیار بیشتری داشته‌اند؛ همچنین در مرحله پیگیری نیز به مانند مرحله درمان، شرکت کنندگان دریافت کننده درمان فلورتایم درصد بهبودی بالایی را به خود اختصاص دادند. در مؤلفه SSRT، در مرحله درمان، گروه فلورتایم بهبودی قابل توجهی (۳/۲۲) را نشان داد. هر چند این درصد بهبودی از ۵۰٪ کمتر بوده و از لحاظ بالینی معنادار نمی‌باشد. همچنین در مرحله پیگیری نیز به مانند مرحله درمان، این شرکت کنندگان دریافت کننده درمان فلورتایم (۴/۶۸) بودند که تغییر قابل ملاحظه‌ای را در این مؤلفه کسب کردند.

### نمودار شماره ۱: درصد بهبودی گروه‌ها در آزمون Stop It



### جدول ۳: اندازه اثر محاسبه شده برای مؤلفه‌های آزمون Stop It در دو گروه

گروه	فلورتایم		کنترل	
	درمان	پیگیری	درمان	پیگیری
P(rls)	۱/۵۵	۱/۴۴	-۱/۸۸	-۱/۲۹
SSRT	۰/۵۹	۰/۶۶	۰/۰۰۹	۰/۳۲

در جدول شماره ۳ اندازه اثر محاسبه شده در مرحله درمان و پیگیری برای گروه فلورتایم و کنترل در مؤلفه‌های آزمون Stop It ارائه شده است. اندازه اثرهای محاسبه شده در مرحله درمان برای مؤلفه P(rls)، بیانگر تأثیر بالای درمان فلورتایم می‌باشد. برای مؤلفه فوق، در مرحله پیگیری نیز مشابه مرحله درمان، گروه فلورتایم اثربخشی خوبی نشان داده است و گروه کنترل همچنان بدون پیشرفت باقی مانده است.

اندازه اثرهای محاسبه شده در مرحله درمان برای مؤلفه SSRT، بیانگر تأثیر بالای درمان فلورتایم؛ عدم تغییر قابل توجه گروه کنترل می‌باشد. به عبارتی درمان فلورتایم بیشترین تأثیر را بر مؤلفه SSRT داشته است. برای مؤلفه فوق، در مرحله پیگیری گروه فلورتایم نتایج مرحله ی درمان را تکرار کرده است و به عبارتی بیشترین میزان اثربخشی مورد انتظار را نشان داده است.

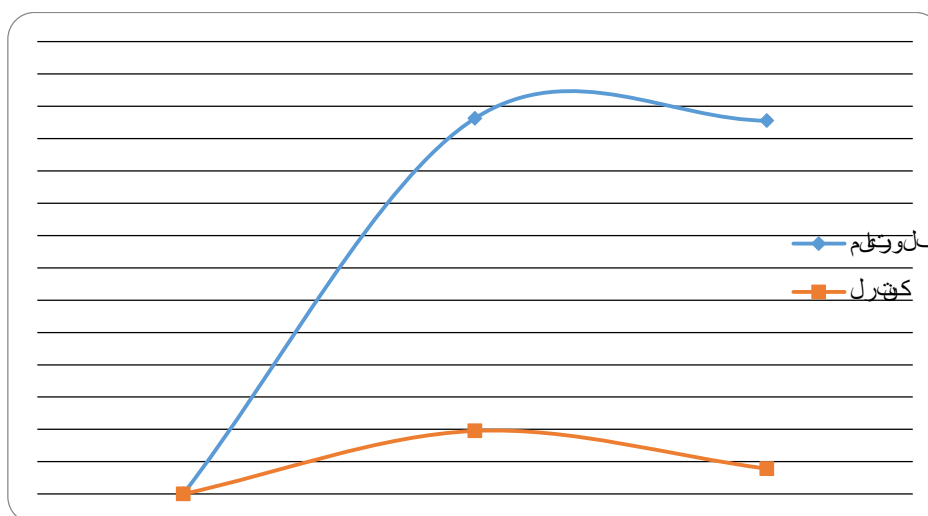
#### جدول ۴: شاخص‌های توصیفی نمرات پذیرش اجتماعی در پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری برای دو گروه

گروه	پیش آزمون		پس آزمون		پیگیری	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
فلورتایم	۹/۳۳	۰/۵۷	۱۴/۶۶	۲/۰۸	۱۴/۶۶	۱/۱۵
کنترل	۸/۳۳	۱/۵۲	۹	۱	۸	۱/۷۳

اطلاعات جدول شماره ۴ شاخص‌های توصیفی برای نمرات پذیرش اجتماعی را در گروه‌های مختلف و در مراحل مختلف ارزیابی نشان می‌دهد. بر اساس این اطلاعات، در مرحله پیش آزمون شرکت کنندگان گروه فلورتایم میانگین نمراتشان ۹/۳۳ بود و در مرحله پس آزمون گروه فلورتایم میانگین بالای ۱۴/۶۶ را بدست آورده و در مرحله ی پیگیری این عملکرد مطلوب را حفظ کرده است و این در حالی است که گروه کنترل در مرحله ی پس آزمون تغییر قابل توجهی را نشان نداده و در مرحله ی پیگیری نیز با افت عملکرد اولیه روبرو بوده است.

#### جدول ۵: درصد بهبودی دو گروه در پذیرش اجتماعی

گروه	فلورتایم		کنترل	
	درمان	پیگیری	درمان	پیگیری
پذیرش اجتماعی	۵۸/۱۴	۵۷/۷۷	۴/۷۶	۳/۹۲



نمودار ۲: درصد بهبودی دو گروه در پذیرش اجتماعی

اطلاعات جدول شماره ۵ و نمودار شماره ۲ مقادیر درصد بهبودی برای پذیرش اجتماعی را در دو گروه و در دو مرحله درمان و پیگیری نشان می دهد. بر اساس این اطلاعات، پذیرش اجتماعی شرکت کنندگان گروه درمان فلورتایم در مرحله درمان و پیگیری پیشرفت قابل توجهی را نشان دادند که تفاوت بهبود وضعیت گروه درمان را نسبت به گروه کنترل بارز می کند.

جدول ۶: اندازه اثر محاسبه شده برای پذیرش اجتماعی در دو گروه

گروه	فلورتایم		کنترل	
	درمان	پیگیری	درمان	پیگیری
پذیرش اجتماعی	۳/۵۰	۵/۸۵	۰/۲۵	۰/۲۰

به منظور بررسی دقیق تر معناداری بالینی نتایج پژوهش، اندازه اثر برای گروه های فلورتایم، فرزندپروری، ترکیبی و کنترل در مرحله درمان و پیگیری محاسبه شد. کوهن اندازه اثر تا ۰/۲ را کوچک، تا ۰/۵ را متوسط و ۰/۸ به بالا را بزرگ می داند (بکر، ۲۰۰۰). نتایج مندرج در جدول ۱۵ نشان می دهد در مرحله درمان اندازه اثر برای هر گروه فلورتایم، بیشتر از ۰/۸ بوده یعنی افزایش پذیرش اجتماعی قابل توجه بوده است. در مرحله پیگیری نیز اندازه اثر برای گروه فلورتایم، بیشتر از ۰/۸ بوده و یعنی افزایش پذیرش اجتماعی قابل توجه بوده است و این در حالی است که در گروه کنترل تغییر قابل توجهی رخ نداده است.

### بحث و نتیجه گیری :

بر اساس بررسی نتایج این مطالعه، درمان فلورتایم در مقایسه با گروه کنترل موجب افزایش پذیرش اجتماعی و همچنین بهبود توانایی بازداری این کودکان شده است. نتایج مربوط به مقایسه ی گروه فلورتایم و گروه کنترل، تاییدی

بر یافته های پژوهش های پاجاریا و نوپمانیچومراسلز<sup>۲۴</sup> (۲۰۱۱) و نیز سلومون<sup>۲۵</sup> و همکاران (۲۰۰۷)، ماهونی و پرالز<sup>۲۶</sup> (۲۰۰۵) می باشد.

میانگین نمرات پذیرش اجتماعی کودکان گروه بازی درمانی فلورتایم از ۹/۳۳ در مرحله ی پیش آزمون به ۱۴/۶۶ در مرحله ی پس از آزمون ارتقاء یافته است و این افزایش نمره در مرحله ی پیگیری نیز حفظ شده است که در مقایسه با گروه کنترل که میانگین این شاخص از ۸/۳۳ به ۹ رسیده است و مجدد در مرحله ی پیگیری به نمره ی ۸ کاهش یافته است، اثربخشی قابل ملاحظه ی درمان فلورتایم را نشان می دهد.

در تبیین نتایج بدست آمده از پژوهش حاضر باید به تغییراتی که در نتیجه ی شرکت در جلسات بازی درمانی فلورتایم، در احساس تعلق کودک و تعاملات او بوجود آمده است اشاره کرد. از آنجایی که بازی درمانی فلورتایم برگرفته از رویکرد DIR می باشد، در برخورد با مشکلات رفتاری کودک بیشتر بر نقش هیجانات تاکید دارد. در واقع طبق این دیدگاه، رشد هیجانی کودک است که تبیین می کند وی در برخورد با موقعیت های ارتباطی و تعامل با همسالان و سایر افراد چه روشی را در پیش می گیرد و همچنین نحوه ی کنترل رفتارها و قرار دادن ایده آل های افراطی را در کودک تعدیل میکند. این امر طیف وسیعی از امکانات را برای درمان فراهم می سازد؛ بدین ترتیب که درمان بر تغییرات هیجانات و ایجاد شیوه های جایگزین کردن تجربه، مقابله و کنترل رخداد های درونی متمرکز می شود.

طبق نظر بانیان رویکرد DIR، ابراز هیجانی در جو حمایتی که با احساس گناه دنبال نمیشود، عامل اصلی بهبود ارتباطات نزدیک کودک بوده و این موضوع همراه با افزایش مهارت های ارتباطی، اجتماعی و تعاملی کودک او را قادر خواهد ساخت که روابط گسترده ای را به شیوه های مثبت سازمان داده و از این منظر افزایش معنادار پذیرش اجتماعی در طی و پس از جلسات درمان دور از انتظار نخواهد بود.

در پژوهش حاضر همچنین در حوزه ی بازداری میانگین شاخص احتمال ارتکاب خطا در گروه بازی درمانی فلورتایم نمره ی ۵۶/۷۳ در پیش آزمون به ۴۶/۴۳ در پس آزمون رسیده است و این بهبود نتایج در مرحله ی پیگیری نیز حفظ شده است که در مقایسه با گروه کنترل با نمره ی ۵۶/۵۳ در پیش آزمون و ۶۹/۲۴ در پس آزمون اثربخشی گروه درمان قابل ملاحظه است. اما در مورد شاخص زمان واکنش تغییر چشمگیری در بیم دو گروه و در مراحل مختلف مشاهده نشد.

در تبیین یافته های فوق می توان گفت که طبق دیدگاه DIR هنگامی که مراقب نمیتواند به علامت دهی نوزاد پاسخ دهد، عواطف کودک متناسب با سطح تحول هیجانی، کارکردی اش سازمان نمی یابد بنابراین در این فرآیند کودک در تجربه ی لذت، شادی و کاوش گری دچار مشکل شده و در بیان طیف هیجانات و ایده پردازی در مورد آن ها و همچنین کنترل تکانه با پالش روبرو می شود و به تبع آن سطح بازداری به پائین ترین سطح خود می رسد. درمان فلورتایم در شاخص احتمال ارتکاب خطا بسیار موثر عمل کرده است و تعداد خطاها کاهش چشمگیری یافته است اما در مورد عدم کاهش زمان واکنش یک دلیل احتمالی می تواند افزایش توانایی کودک در ارائه ی پاسخ درنگیده و عدم پاسخ دهی تکانشی و

<sup>24</sup> Pajareya & Nopmaneejamraslers.

<sup>25</sup> Solomon, R.

<sup>26</sup> Mahoney & Perales.

افزایش تمرکز برای پاسخ دهی باشد که منجر به افزایش زمان واکنش توامان با کاهش احتمال خطا در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل گردیده است. در مجموع بازی درمانی فلورتایم مبتنی بر مدل تحول یکپارچه ی انسان، می تواند در درمان کودکان مبتلا به اختلالات ایذایی یک درمان اثربخش باشد.

یافته های پژوهش حاضر همچنین با نتایج تحقیقات گرینسپن و ویدر (۲۰۰۵)، گرینسپن و ویدر (۲۰۰۶)، هیلتون (۲۰۰۷)، داین و مارتینی<sup>۲۷</sup> (۲۰۱۱)، صدری (۱۳۹۲)، اسدی (۱۳۸۳)، جان نثار (۱۳۹۱)، بابایی و همکاران (۱۳۹۰)، اشرفی (۱۳۹۲)، کیا فر (۱۳۹۲)، صدری (۱۳۹۲)، عالی (۱۳۹۳) که به تاثیرات مثبت بازی درمانی فلورتایم بر افزایش مهارت های اجتماعی، بهبود ارتباطات آنها، رشد روانی و اجتماعی، افزایش سازگاری، بهبود پذیرش اجتماعی و کنترل تکانه اشاره کرده اند، همخوانی دارد. این در حالی است که نتیجه مطالعه ی ربیعی، دولشاهی، باقری (۱۳۹۰) با مطالعه ی حاضر نا همسو می باشد.

در ارائه ی پیشنهاداتی برای پژوهش های آینده می توان عنوان کرد که این درمان برای مدت زمان بیشتر و با حجم نمونه ی وسیع تر از نظر جنسیت، طیف سنی، شدت اختلال و سطوح اجتماعی متنوع تر، اجرا شود. همچنین در پژوهش های آینده میتوان اثربخشی این شیوه ی درمان را برای سایر اختلالات کودک نظیر ADHD، ODD، ASD و... بررسی نمود. همچنین با تایید اثربخشی درمان های مبتنی بر رویکرد DIR پیشنهاد می شود سایر درمان هایی که کودک دریافت می کند نظیر کاردرمانی، آموزش فرزندپروری و سایر آموزش نیز بر اساس همین رویکرد صورت پذیرد.

#### منابع:

- اشرفی، آیدا. (۱۳۹۳). تاثیر بازی درمانی فلورتایم (مبتنی بر خانواده) بر افزایش مهارت های اجتماعی کودکان. پایان نامه ی کارشناسی ارشد روان شناسی بالینی، دانشگاه فردوسی مشهد.
- امین یزدی، سید امیر (۱۳۹۱). رشد یکپارچه ی انسان: مدل تحولی - تفاوت های فردی مبتنی بر ارتباط. پژوهش نامه ی مبانی تعلیم و تربیت. ۲ (۱). ۱۰۹-۱۲۶.
- بابایی، مهناز. یزدی، منور و حسینیان، سیمین. (۲۰۱۱). بررسی اثربخشی بازی درمانی گروهی با رهنمود بر اختلال سلوکی دانش آموزان دبستانی. اندیشه های نوین تربیتی، ۱۷ (۱)، ۴۹-۶۴.
- حمزه لو، محمد؛ مشهدی، علی و صالحی فدردی، جواد (۱۳۹۱). کنش های عصب-روانشناختی در زندانیان مرد با یا بدون سابقه اقدام به خودزنی و خودکشی.
- ذبیحی، آیدا (۱۳۹۲). بررسی اثربخشی بازی درمانی گروهی بر کاهش پرخاشگری کودکان معلول جسمی - حرکتی، پایان نامه ی کارشناسی ارشد چاپ نشده، دانشکده ی علوم تربیتی و روان شناسی، دانشگاه فردوسی مشهد.
- ربیعی، نازین؛ دولشاهی، بهروز؛ باقری، فریرز (۱۳۹۰). مقایسه ی بازداری در کودکان دبستانی دارای علائم و نشانه های اختلال سلوک با کودکان به هنجار. مجله ی روان شناسی بالینی، سال سوم، شماره یک.
- ریس، شان؛ گراهام، رودریک. آموزش ابراز وجود: چگونه همان کسی باشید که واقعا هستید (۱۳۸۰). (ترجمه ی. شهنی ییلاق، رضایی)، اهواز: انتشارات دانشگاه شهید چمران.

سادوک، ب؛ سادوک، و. (۱۳۸۷). خلاصه روان پزشکی « علوم رفتاری و روان پزشکی بالینی، ترجمه: رفیعی، سبحانیا، تهران: انتشارات ارجمند.

صدری، سیده الهام (۱۳۹۲). اثربخشی مدل درمانی رویکرد DIR، فلورتایم مبتنی بر خانواده، بر بهبود نشانگان نافرمانی مقابله ای کودکان و کاهش استرس مادران، پایان نامه ی کارشناسی ارشد چاپ نشده، دانشکده ی علوم تربیتی و روان شناسی، دانشگاه فردوسی مشهد.

صفری، سهیلا؛ فرامرزی، سالار؛ عابدی، احمد (۱۳۹۱). تاثیر بازی درمانی با رویکرد شناختی رفتاری بر کاهش نشانگان اختلال نافرمانی مقابله ای دانش آموزان. مجله ی روان شناسی بالینی، سال چهارم، شماره چهار.

عالی، شهربانو، امین یزدی، سیدامیر، عبدخدائی، محمدسعید، ... & محرری. (۲۰۱۵). طراحی درمان ترکیبی خانواده محور مبتنی بر مدل تحول یکپارچه ی انسان و مقایسه ی اثربخشی آن با بازی درمانی فلورتایم بر کارکرد تحولی خانواده و تحول هیجانی- کارکردی کودکان مبتلا به اختلال طیف اوتیسم. *مجله اصول بهداشت روانی*، ۱۷ (۲)، ۸۷-۹۷.

قادری، نیلوفر؛ اصغری مقدم، محمدعلی و شعیری، محمدرضا (۱۳۸۵). بررسی کارایی بازی درمانی رفتاری شناختی روی پرخاشگری کودکان مبتلا به اختلال سلوک. *دوماه نامه ی علمی- پژوهشی دانشگاه شاهد*، ۱۹، ۷۵-۸۴.

کریستنسن، ال. بی. (۱۳۸۷). *روش شناسی آزمایشی* (ترجمه علی دلاور). تهران: انتشارات رشد. (تاریخ انتشار به زبان اصلی ندارد).

کیافر، مریم سادات (۱۳۹۲). مقایسه ی اثربخشی مداخلات فلورتایم و آموزش نظریه ی ذهن در کنهش پرخاشگری، بهبود رابطه مادر- کودک و بهبود نظریه ی ذهن در کودکان پرخاشگر پیش دبستانی، پایان نامه برای دریافت مدرک کارشناسی ارشد منتشر نشده، دانشکده ی علوم تربیتی و روان شناسی، دانشگاه فردوسی مشهد

گال، مردیت، بورگ، والتر و گال، جویس (۱۳۹۰). *روش های تحقیق کمی و کیفی در علوم تربیتی و روان شناسی* (ترجمه احمدرضا نصر و همکاران)، جلد اول، تهران: انتشارات سمت.

Asadpour, S. (۲۰۰۶). Behavioral and emotional conduct disorders. *Breeding disabled students*, ۴۸.

Dionne, M., & Martini, R. (۲۰۱۱). Floor Time Play with a child with autism: A single-subject study. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, ۷۸(۳), ۱۹۶-۲۰۳.

Dunst, C. J., Trivette, C. M., & Hamby, D. W. (۲۰۰۷). Meta-analysis of family-centered helpgiving practices research. *Mental retardation and developmental disabilities research reviews*, ۱۳(۴), ۳۷۰-۳۷۸.

Field, T. M., Sandberg, D., Goldstein, S., Garcia, R., Vega-Lahr, N., Porter, K., & Dowling, M. (۱۹۸۷). Play interactions and interviews of depressed and conduct disorder children and their mothers. *Child psychiatry and human development*, ۱۷(۴), ۲۱۳-۲۳۴.

Greenspan, S. I., & Wieder, S. (۱۹۹۷). Developmental patterns and outcomes in infants and children with disorders in relating and communicating: A chart review of ۲۰۰ cases of children with autistic spectrum diagnoses. *Journal of Developmental and Learning disorders*, ۱, ۸۷-۱۴۲.

Greenspan, S. (۲۰۰۴a). Individual Differences in Understanding the World: Understanding Your Child Copes with What Makes him or Her Unique. *Web-Based Radio Show.ICDL*.

Greenspan, S. I., & Wieder, S. (۲۰۰۵). Can children with autism master the core deficits and become empathetic, creative and reflective? A ten to fifteen year follow-up of a subgroup of children with autism spectrum disorders (ASD) who received a comprehensive developmental, individual-difference, relationship-based (DIR) approach. *The Journal of Developmental and Learning Disorders*, ۹, ۳۹-۶۱.

Greenspan, S. I., & Wieder, S. (۲۰۰۶). Engaging autism: Helping children relate, communicate and think with the DIR floortime approach. *Cambridge, MA: Da Capo Lifelong Books*.

Greenspan, S. I., & Wieder, S. (۲۰۰۶). Infant and early childhood mental health. A *Comprehensive Developmental Approach to Assessment and Intervention*. Arlington (VA): American Psychiatric Publishing.

Greenspan, S. (۲۰۰۴a). Individual Differences in Understanding the World: Understanding Your Child Copes with What Makes him or Her Unique. *Web-Based Radio Show.ICDL*.

Herbert M. [Psychology of a child]. Firousbakht M. (translator). Tehran: Shenakht; ۱۹۹۹: ۱۳۶.(Persian)

Hilton, J. C., & Seal, B. C. (۲۰۰۷). Brief report: comparative ABA and DIR trials in twin brothers with autism. *Journal of autism and developmental disorders*, ۳۷(۶), ۱۱۹۷-۱۲۰۱.

- Levin, H. S., & Hanten, G. (۲۰۰۵). Executive functions after traumatic brain injury in children. *Pediatric neurology*, ۳۳(۲), ۷۹-۹۳
- Mahoney, G., & Perales, F. (۲۰۰۵). Relationship-focused early intervention with children with pervasive developmental disorders and other disabilities: A comparative study. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, ۲۶(۲), ۷۷-۸۵.
- Marmorstein, N. R., & Iacono, W. G. (۲۰۰۴). Major depression and conduct disorder in youth: Associations with parental psychopathology and parent-child conflict. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, ۴۵(۲), ۳۷۷-۳۸۶.
- Matthys, W., & Lochman, J. E. (۲۰۱۱). *Oppositional defiant disorder and conduct disorder in children*.
- Pajareya, K., & Nopmaneejumrulers, K. (۲۰۱۱). A pilot randomized controlled trial of DIR/Floortime™ parent training intervention for pre-school children with autistic spectrum disorders. *Autism*, ۱۵(۵), ۵۶۳-۵۷۷.
- Shaw, D. S., Lacourse, E., & Nagin, D. S. (۲۰۰۵). Developmental trajectories of conduct problems and hyperactivity from ages ۲ to ۱۰. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, ۴۶(۹), ۹۳۱-۹۴۲.
- Solomon, R., Necheles, J., Ferch, C., & Bruckman, D. (۲۰۰۷). Pilot study of a parent training program for young children with autism The PLAY Project Home Consultation program. *Autism*, ۱۱(۳), ۲۰۵-۲۲۴.
- Statewide, T. (۲۰۰۹). Floortime. Target: *Texas guide for effective teaching*. ۱-۹.
- Rimm-Kaufman, S. E., Pianta, R. C., & Cox, M. J. (۲۰۰۰). Teachers' judgments of problems in the transition to kindergarten. *Early Childhood Research Quarterly*, ۱۵(۲), ۱۴۷-۱۶۶.
- Rooznahan, D., and A. Martin. "Psychological pathology." *Seyed Mohamady Y.(translator). Tehran: Arasbaran ۳۷۸ (۲۰۰۰)*.



Verbruggen, F., Logan, G. D., & Stevens, M. A. (۲۰۰۸). STOP-IT: Windows executable software for the stop-signal paradigm. *Behavior Research Methods*, ۴۰(۲), ۴۷۹-۴۸۳.