

مقایسه اثربخشی نقاشی درمانی، گل درمانی و روش تلفیقی خانواده محور، کودک محور بر تنظیم هیجان کودکان با اختلال کم توجهی - بیش فعالی

سالومه سخا*

محمد مظفری** ✉

سیامک سامانی***

سجاد امینی منش****

چکیده

این پژوهش با هدف مقایسه اثربخشی نقاشی درمانی، گل درمانی و روش تلفیقی بر تنظیم هیجان کودکان با اختلال کم توجهی - بیش فعالی انجام گرفت. روش تحقیق در این پژوهش آزمایشی از نوع تک آزمودنی با طرح ABA بود. جامعه آماری شامل تمامی کودکان ۸ تا ۱۱ سال بود که در سال تحصیلی ۱۴۰۰-۱۳۹۹ در مراکز ویژه بیش فعالی شهر تهران حضور داشتند، تعداد این کودکان ۱۴ نفر بود. از بین آنها تعداد ۶ کودک دارای اختلال کم توجهی - بیش فعالی (سه پسر و سه دختر) بر اساس ملاک‌های ورود و خروج و به شیوه نمونه‌گیری هدفمند گزینش شده و به صورت تصادفی در سه گروه ۲ نفری قرار داده شدند. مداخلات نقاشی درمانی، گل درمانی و روش تلفیقی برای هر کودک طبق برنامه بازی درمانی کودک محور با رویکرد لندرت و براتون (۲۰۰۶)، به صورت ۲ جلسه (یک ساعته) در هفته و به مدت ۲ ماه طی ۸ هفته (۱۶ جلسه) اجرا گردید. ابزار پژوهش شامل پرسشنامه تنظیم هیجان (ERQ) و سیاهه تنظیم هیجان (ERC) بود. تحلیل دیداری داده‌ها در دو سطح درون موقعیتی و بین موقعیتی بر اساس سه شاخص سطح یا طراز، روند و تغییرپذیری انجام گرفت. یافته‌های پژوهش نشان داد که مداخلات نقاشی درمانی، گل درمانی و روش تلفیقی بر تنظیم هیجان کودکان با اختلال کم توجهی - بیش فعالی تأثیر معناداری داشته و تأثیر این برنامه در مرحله پیگیری نیز پایدار بوده است. با توجه به یافته‌های پژوهش می‌توان نتیجه گرفت که مداخلات درمانی (نقاشی درمانی، گل درمانی و روش تلفیقی) قادر است سبب افزایش تنظیم هیجان کودکان با اختلال کم توجهی - بیش فعالی شود. بنابراین، این مداخلات را می‌توان به عنوان درمان‌های مفید و کاربردی برای این کودکان در نظر گرفت.

کلمات کلیدی:

تنظیم هیجان، خانواده محور - کودک محور، روش تلفیقی، گل درمانی، نقاشی درمانی

* دانشجوی دکتری روان‌شناسی و آموزش کودکان استثنایی، گروه روانشناسی، واحد شیراز، دانشگاه آزاد اسلامی، شیراز، ایران.

** نویسنده مسئول: استادیار گروه روانشناسی، واحد شیراز، دانشگاه آزاد اسلامی، شیراز، ایران.

Email: Mozafari937@yahoo.com

*** دانشیار گروه روانشناسی، واحد شیراز، دانشگاه آزاد اسلامی، شیراز، ایران.

**** استادیار گروه روانشناسی، واحد شیراز، دانشگاه آزاد اسلامی، شیراز، ایران.

مقدمه

دیگر تفاوت‌های قابل ملاحظه‌ای را نشان می‌دهند (جانستون، ماش، میلر و نینوسکی^۸، ۲۰۱۲). اختلال کم‌توجهی - بیش‌فعالی باعث می‌شود که کودکان در برابر شکست در دو حوزه مهم آسیب‌پذیر باشند: عملکرد مدرسه و ارتباط با همسالان. مشکل در عملکردهای مربوط به مدرسه ناشی از سازماندهی ضعیف، بی‌توجهی، تکانشگری، بیش‌فعالی و حواس‌پرتی می‌باشد (گنجی و گنجی، ۱۳۹۵). کودکان و نوجوان مبتلا به اختلال‌های برون‌ریزی شده همچون کم‌توجهی - بیش‌فعالی، ناتوانی عمده‌ای در کارکردهای مربوط به خودتنظیمی هیجانی دارند، به طوری که در درک و مهار هیجان‌ها و احساس‌های خود با مشکلات اساسی و ع دیده‌ای روبرو هستند (بیدرمن^۹ و همکاران، ۲۰۱۲). این کودکان بیشتر از راهبردهای تنظیم هیجانی سازش‌نا یافته استفاده می‌کنند (اسپنسر^{۱۰} و همکاران، ۲۰۱۱)؛ و در بکارگیری راهبردهای تنظیم هیجانی سازش‌یافته دچار نارسایی هستند (بارکلی و فیسچر^{۱۱}، ۲۰۱۰). افراد مبتلا به اختلال کم‌توجهی - بیش‌فعالی فاقد بینش عاطفی لازم برای تنظیم هیجان مؤثر هستند.

تنظیم هیجان می‌تواند به‌عنوان مکانیسمی که افراد به واسطه آن (دانسته یا ندانسته)، هیجان‌هایشان را برای رسیدن به پیامد مورد نظر تغییر می‌دهند، تعریف شود (آلدائو، نولن-هوکسما و شوایزر^{۱۲}، ۲۰۱۰). بر مبنای هدف فرد در فرایند تنظیم هیجان ممکن است شدت هیجانی افزایش (تنظیم بالا) و یا کاهش (تنظیم پایین) یابد (پروت^{۱۳} و همکاران، ۲۰۱۱). تنظیم هیجان، شامل استفاده از راهبردهای رفتاری و شناختی برای تغییر در مدت زمان یا شدت تجربه یک هیجان است (تروی^{۱۴}، ۲۰۱۲). تنظیم هیجان ضعیف، نقش مهمی در بسیاری از اختلالات از جمله اختلال در تولید واکنش‌های عاطفی و رفتاری نامناسب ایفا می‌کند (مازافسکی و وایت^{۱۵}، ۲۰۱۴). نتایج پژوهش بیدرمن و همکاران (۲۰۱۲) نشان داد که کودکان و نوجوانان ۶ تا ۱۸ ساله مبتلا به اختلال کم‌توجهی - بیش‌فعالی، ناتوانی

اختلال کم‌توجهی - بیش‌فعالی^۱ شایع‌ترین اختلال عصب رشدی دوران کودکی است که نه تنها کارکرد فرد در جنبه‌های مختلف زندگی، بلکه خانواده و افراد جامعه را تحت تأثیر قرار می‌دهد (ال نمر، فاذا و سعید بدر^۲، ۲۰۱۵). در پنجمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی نرخ شیوع این اختلال برای بزرگسالان ۲/۵ درصد و برای کودکان رقم ۵ درصد گزارش شده است (انجمن روانشناسی آمریکا^۳، ۲۰۱۳). برآوردهای مربوط به شیوع اختلال کم‌توجهی - بیش‌فعالی بسته به ملاک‌های تشخیصی به کار رفته بین ۵/۹ تا ۷/۱ درصد متفاوت است (ویلکات^۴، ۲۰۱۲). اگر کودکان با اختلال کم‌توجهی - بیش‌فعالی به درستی تشخیص داده نشوند و تحت درمان قرار نگیرند، نتیجه آن نوجوانان و بزرگسالانی خواهد بود که در معرض خطر ضعف عملکرد تحصیلی، شکست‌های شغلی، پرخاشگری، مشکل در روابط بین‌فردی و دیگر اختلالات روان‌شناختی مانند سوء مصرف الکل، مواد، افسردگی و اضطراب می‌باشد (بخشایش و میرحسینی، ۱۳۹۳).

کم‌توجهی - بیش‌فعالی، اختلالی است که با تحریک‌پذیری مداوم، تکانشگری و مشکلاتی در تمرکز مشخص می‌شود (راینسون و نیس^۵، ۲۰۱۵). اختلال کم‌توجهی - بیش‌فعالی دارای سه زیرگروه نوع غالب نقص توجه، نوع غالب بیش‌فعالی و نوع ترکیبی است (آناستوپولو^۶ و همکاران، ۲۰۱۸). نشانه‌های اصلی اختلال کم‌توجهی - بیش‌فعالی بر اساس پنجمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی وجود پنج نشانه مرتبط با تکانشگری، بیش‌فعالی یا نقص توجه با شروع قبل از سن ۱۲ سالگی و حداقل در دو موقعیت متفاوت مانند کودکستان، مدرسه، خانه و یا هنگام ارزیابی و معاینه روان‌شناختی می‌باشد (گنجی و گنجی، ۱۳۹۵). این کودکان جمعیت ناهمگونی را تشکیل می‌دهند و از لحاظ میزان نشانه‌های موجود، فراگیر بودن آن نشانه‌ها در موقعیت‌های مختلف و میزان همبودی^۷ با اختلال‌های

9. Biederman

10. Spencer

11. Barkley & Fischer

12. Aldao, Nolen-Hoeksema & Schweizer

13. Parrott

14. Troy

15. Mazefsky & White

1. attention deficit hyperactivity disorder

2. El-Nemr, Fathia & Saaid Badr

3. american psychiatric association

4. Willcut

5. Robinson & Neece

6. Anastopoulos

7. Comorbidity

8. Johnston, Mash, Miller & Ninowski

روش‌های مبتنی بر بازی در اصلاح رفتار کودکان، روش مبتنی بر رابطه والد-کودک^۹ است که نوعی برنامه آموزش والدین است. این برنامه با تجهیز والدین به فنون بازی‌درمانی و کودک‌محوری، به ایجاد ارتباطی مثبت کمک می‌کند. منطق اساسی این برنامه تمرکز بر یک رابطه پیشگیری‌کننده برای مشکلات آتی است (ون در گیسست^{۱۰} و همکاران، ۲۰۱۴). دبیر، اسدزاده و حاتمی (۱۳۹۹) نشان دادند که آموزش بازی‌درمانی مبتنی بر رابطه والد-کودک به مادران به طور معناداری موجب کاهش مشکلات رفتاری فرزندان آنان می‌شود. نتایج پژوهش عباسلو (۱۳۹۹) حاکی از آن بود که آموزش شیوه بازی‌درمانی مبتنی بر رابطه والد-کودک (مطابق با الگوی لندرت) به مادران، می‌تواند مشکلات رفتاری کودکان مبتلا به اختلال کم‌توجهی- بیش‌فعالی را بهبود بخشیده و مشکلات درونی و برونی‌سازی شده این کودکان را در سطح معناداری کاهش دهد. مطالعه کاظمی، محمدی و آخوندزاده (۱۳۹۰) نشان داده است که آموزش ارتباط والد-کودک روی کاهش پرخاشگری و تکانشگری و افزایش مهارت خودکنترلی کودکان مبتلا به اختلال کم‌توجهی- بیش‌فعالی مؤثر است. در بازی‌درمانی کودک‌محور، تنها شکل بازی‌درمانی است که به دلیل مهارت‌های قابل‌تعلیمی که دارد، می‌توان آن را به والدین آموزش داد (ون‌فلیت، سیولاک، اسنیساک^{۱۱}، ۲۰۱۱). بازی‌درمانی کودک‌محور عامل اصلی برای تغییر، نه به‌کارگیری وسایل بازی است و نه تفسیر رفتار، بلکه ارتباطی است که مهمترین نقش را در تغییر دارد؛ زیرا که ارتباط، همواره بر روی تجربه موجود زنده با کودک متمرکز است (بلانکو، مورو، هولیمان، استیکلی و کارتر^{۱۲}، ۲۰۱۵). شوشتری، عابدی، گلشنی و اهرمی (۱۳۹۰) نشان دادند که مداخلات زود هنگام مبتنی بر بازی‌های کودک‌محور بر میزان بیش‌فعالی و تکانشگری کودکان مبتلا به اختلال کم‌توجهی- بیش‌فعالی پیش‌دبستانی مؤثر است و می‌تواند رویکردی مؤثر در درمان این اختلال باشد. روابط عاطفی والد-کودک را می‌توان با مداخلات هنر‌درمانی تقویت نمود. هنر‌درمانی روش مؤثر برای کاهش علائم کم‌توجهی-

عمده‌ای در کارکردهای مربوط به خودتنظیمی هیجانی دارند، به طوری که در درک و مهار هیجان‌ها و احساس‌های خود با مشکلات اساسی روبه‌رو هستند. این کودکان هیجان‌های متفاوتی در محیط اجتماعی نشان می‌دهند که متناسب با آن محیط نیست. آنان نمی‌توانند به رفتارهای غیرمتناسب خویش یا نشانه‌های ضروری اجتماعی توجه کنند (فرزادی، خواجوند خوشلی، محمدی، اکبرفهمی و علی بیگی، ۱۳۹۷). نشانه‌های اختلال کم‌توجهی- بیش‌فعالی بر تعامل کودکان با والدینشان و شیوه پاسخدهی والدین به این کودکان تأثیر می‌گذارد (بوسینگ^۱ و همکاران، ۲۰۱۲). یکی از مشکلات کودکان با اختلال کم‌توجهی- بیش‌فعالی، ناتوانی آنان در ایجاد ارتباط مناسب و رضایت‌بخش با اطرافیان به خصوص با والدین است (احمدی، چادوری، اولانگو و مولا^۲، ۲۰۱۷). به طور قطع، نمی‌توان مشخص نمود که در ایجاد تعارض بین والدین و فرزندان چه کسی بیشترین تأثیر را دارد؛ اما می‌توان گفت که عدم آگاهی والدین و فرزندان از مهارت‌های ارتباطی و نداشتن مهارت در حل مسائل باعث بروز ناسازگاری‌ها و تعارضات می‌شود (شان^۳ و همکاران، ۲۰۱۹؛ واندرماس-پیلر، وستربگ و فلیشمان^۴، ۲۰۱۹). آنها دارای تعامل والد-فرزند^۵ آسیب‌پذیرند (کرونیس-توسکانو^۶ و همکاران، ۲۰۱۶). بر این اساس، یکی از روش‌های درمانی مناسب برای کودکان مبتلا به این اختلال، آموزش والدین است تا آنها با یادگیری اصول برقراری ارتباط با فرزندان، بتوانند تعامل مناسب‌تری را برقرار نمایند (لی، نیو، یانگ، چن و لین^۷، ۲۰۱۲).

درمان‌های والدین‌محور با تأکید و توجه به نقش محیط خانواده بر رفتار ناسازگارانه فرزندان و شکل‌گیری اختلال رفتاری در خانواده، بر بهبود تعاملات فرزندان و والدین درون بافت خانواده تأکید دارد و معتقد است که تغییر در شیوه والدگری منجر به کاهش مشکلات رفتاری، ساماندهی مشکلات کارکرد اجرایی و بهبود تنظیم هیجان، علاقه اجتماعی و رفتار اجتماعی می‌شود (کریستین، پریمین و پورتتری-بیسک^۸، ۲۰۱۷). از جدیدترین

7. Lee, Niew, Yang, Chen, & Lin
8. Christian, Perryman, & Portrie-Bethke
9. Child-parent relationship therapy (CPRT)
10. Van der Geest
11. VanFleet, Sywulak & Sniscak
12. Blanco, Muro, Holliman, Stickley & Carter

1. Bussing
2. Ahmadi, Chaudhry, Olango & Molla
3. Shan
4. Vandermaas-Peeler, Westerberg & Fleishman
5. Parent-child interaction
6. Chronis-Tuscano

می‌تواند با ترکیب عوامل، به طور خلاقانه تغییراتی را در قصه‌اش انجام داده و به حس تسلط و قدرتمندی برسد (محمد اسماعیل، ۱۳۹۶). لی^۸ (۲۰۱۴) معتقد است که پس از ۲۰ جلسه نقاشی درمانی، رفتارها و هیجانات انطباقی، نگرش مثبت به خانواده و واکنش مثبت در مقابل مشکلات، در کودک افزایش یافت. نتایج پژوهش مومنی و شلانی (۱۳۹۵) نشان دادند که ترسیم‌گری گروهی، پرخاشگری جسمانی، رابطه‌ای و واکنشی کلامی - بیش‌فعالی، دانش‌آموزان مبتلا به اختلال کم‌توجهی - بیش‌فعالی را کاهش می‌دهد. نتایج مطالعه فرید و نجف‌زاده (۱۳۹۶) حاکی از آن بود که استفاده از نقاشی درمانی در کاهش شدت نشانگان بیش‌فعالی یا کم‌توجهی دانش‌آموزان مبتلا به اختلال کم‌توجهی - بیش‌فعالی مؤثر است. دمهری، سعیدمنش و رزبان (۱۳۹۸) نیز نشان دادند که رویکرد نقاشی بر افزایش سازگاری کودکان اثربخش می‌باشد.

از دیگر ابزارهای هنردرمانی به گل‌درمانی^۹ می‌توان اشاره نمود. از علل سودمندی گل به‌عنوان یک ابزار هنری برای درمانگران این است که در مراحل آغازین درمان، استفاده از آن باعث احساس آرامش و کاهش فشار عصبی می‌شود. گل رس از جمله اسباب‌بازی‌هایی است که کودک می‌تواند با آن‌ها خلاقیت و نوآوری خود را به نمایش بگذارد (معرف و سهرابی، ۱۳۹۶). در هنگام کار با گل، احساسات در وجود کودک به وجود می‌آیند و بیان می‌شوند. گل اجازه می‌دهد که کودک، دامنه وسیعی از احساساتش را بیان کند. ممکن است کودک به گل ضربه بزند یا خشمگینانه سوراخش کند یا در حالت نامیدی گل را نیشگون بگیرد و از هم جدا کند. بنابراین، عواطفی را که کودک نشان می‌دهد، نشانگر احساساتی است که به روشی پالایشی بیرون می‌ریزد (محمد اسماعیل، ۱۳۹۶) و چون حالت خمیری، شکل‌پذیری گل بالا است؛ درمانجو می‌تواند در عمل و فعالیتی که با گل انجام می‌دهد با پرخاشگری درگیر شود. بدون ترس از اینکه نتایج منفی از مواد خمیری به وجود آید و نیز امکان پسخورد را فراهم می‌سازد، برخلاف اینکه گل به‌عنوان ماده‌ای مقاوم در برابر برخی از دستکاری‌ها است و به راحتی قابل شکستن یا ویران شدن یا از بین رفتن نیست (حسن‌پور، جلالی،

بیش‌فعالی می‌باشد که می‌تواند بر اساس اصول تعاملات والد و کودک آموزش داده شود. هنردرمانی یک درمان تجربی است که انواع تحریک‌های حسی را با ارائه تکنیک‌ها و مواد هنری (مانند: رنگ، مدادشمعی، گل‌رس، چوب، پارچه و ...) در یک مکان امن سازمان‌یافته فراهم می‌کند (هومکویست، روکسبرگ، لارسون و لندویست - پرسون^۱، ۲۰۱۷). فعالیت هنری بر سیستم بازداری تأثیر گذاشته و موجب می‌شود که کودک بهتر بتواند تکانه‌های خود را کنترل کند و به شکلی مؤثر به موقعیت‌ها پاسخ دهد. کودکان مبتلا به اختلال کم‌توجهی - بیش‌فعالی از طریق هنر یاد می‌گیرند، پاسخ جدیدی به موقعیت‌ها بدهند و بر روی تغییرات هیجانی و رفتاری خود کار کنند (مالچیودی^۲، ۲۰۱۳). فن‌کورت، گارنت، اسپيرو، وست و مولن‌سیفن^۳ (۲۰۱۹) بر این باور هستند که فعالیت‌های هنری با تأثیر بر عوامل اجتناب (مانند حواس‌پرتهی، سرکوب و ره‌اشدگی)، رویکرد (مانند پذیرش، ارزیابی مجدد و حل مسأله) و خودتوسعه (مانند افزایش خودشناسی، ارتقاء عزت نفس و افزایش عوامل) بر هیجانات افراد تأثیر می‌گذارند. یافته‌های پژوهش ایاز^۴ (۲۰۱۸) نشان داد که کاربرد ۲۵ جلسه‌ای هنردرمانی در کاهش علائم کم‌توجهی - بیش‌فعالی شش کودکان مبتلا به این اختلال مؤثر بوده است.

یکی از ابزارهای هنردرمانی، نقاشی درمانی^۵ است. نقاشی از راه‌های مؤثر برای وارد شدن به دنیای کودکان بوده و مانند پلی میان دنیای درون و واقعیت‌های بیرونی آنان می‌باشد. نقاشی عبارت است از ترسیم خودانگیزه تصاویر که فرصت‌هایی برای ارتباط و بیان غیرکلامی فراهم می‌کند (لویک^۶، ۲۰۱۴). نقاشی عامل بالقوه خلاقیتی است که وسیله درمان مؤثری هم می‌شود. اشترن نخستین کسی بود که روان‌درمانی با نقاشی را پیشنهاد کرد و به کار گرفت (فراری، ۱۳۹۸). در نقاشی درمانی بیان خودبه‌خودی غیرقضاوت‌گرانه به فرد اجازه می‌دهد که آزادانه درباره افکار و احساسات سرکوب‌شده بدون تهدید واکنش دیگران، صحبت کند (نیوکامر، کریوگ و ماهوالد^۷، ۲۰۱۶). کودک با نقاشی و رنگ کردن می‌تواند وقایع زندگی‌اش را از طریق نمایش و قصه‌گویی به شکل سریال درآورد. بعد

6. Levick
7. Newcomer, Krug & Mahowald
8. Li
9. clay therapy

1. Holmqvist, Roxberg, Larsson & Lundqvist-Persson
2. Malchiodi
3. Fancourt, Garnett, Spiro, West & Mu'llensiefen
4. Ayaz
5. Painting therapy

هیجان در کودکان با اختلال کم‌توجهی - بیش‌فعالی افزایش یابد. در این راستا پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی نقاشی‌درمانی، گل‌درمانی و روش تلفیقی بر تنظیم هیجان کودکان کم‌توجهی - بیش‌فعالی انجام گرفت.

روش

روش تحقیق بر حسب هدف کاربردی؛ و بر اساس روش گردآوری داده‌ها، آزمایشی بود. در پژوهش حاضر به دلیل بیماری کرونا، اجرای گروهی ممکن نبود، لذا از طرح‌های درون‌گروهی (تک‌آزمودنی) از نوع ABA استفاده گردید. جامعه آماری شامل تمامی کودکان ۸ تا ۱۱ سال می‌باشد که در سال تحصیلی ۱۳۹۹-۱۴۰۰ در مراکز ویژه بیش‌فعالی در شهر تهران حضور داشته و توسط روانپزشک آن مرکز تشخیص اختلال کم‌توجهی - بیش‌فعالی گرفته بودند. تعداد کودکان در پژوهش‌های تک‌آزمودنی از یک آزمودنی و گاهی گروه کوچکی از آزمودنی‌ها تشکیل می‌شود (دلاور، ۱۳۹۶). بدین منظور، ۶ کودک به شیوه نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شده و به صورت تصادفی در سه گروه ۲ نفری قرار داده شدند. ملاک‌های ورود به پژوهش، تشخیص قطعی ابتلا به کم‌توجهی - بیش‌فعالی توسط روانپزشک مرکز، قرار داشتن کودک در محدوده سنی ۸-۱۱ سال، حداقل تحصیلات دیپلم برای والد و اعلام رضایت کتبی والدین جهت شرکت در پژوهش بود. همچنین، ملاک‌های خروج عبارت بود از عدم قرار داشتن کودک به طور همزمان تحت درمان دارویی (به استثناء درمان دارویی ریتالین) و مداخلات روانی، داشتن اختلالات همایند مانند اختلال سلوک یا بی‌نظمی خلقی ایذایی و غیبت بیش از ۳ جلسه در جلسات بازی‌درمانی. اطلاعات مربوط به شرکت‌کنندگان پژوهش در جدولی ارائه شده است.

شعیری و خزایی، ۱۳۹۲). راستل^۱ (۲۰۱۴) اذعان می‌دارد که هنردرمانی (نقاشی، ترسیم و سفالگری) تأثیرات مثبتی بر کودکان در معرض خطر دارد و رفتارهای پرخاشگرانه، بیش‌فعالی و کم‌توجهی آنان را کاهش می‌دهد. نتایج پژوهش اعتمادی، گیتی‌پسند و مرادی (۱۳۹۲) نشان داد که گل‌درمانی بر کاهش علائم کم‌توجهی، بیش‌فعالی و تکانشگری مؤثر بوده است. نتایج پژوهش معرف و سهرابی (۱۳۹۶) نشان داد که گل‌درمانی می‌تواند، روش مؤثری در افزایش توجه و تمرکز دانش‌آموزان در ضمن انجام کار باشد و به وسیله این روش می‌توان از شدت علائم کم‌توجهی در سنین بالاتر پیشگیری نمود. یافته‌های مطالعه نعمت‌خواه، حسین‌خانزاده و کافی ماسوله (۱۳۹۵) حاکی از آن بود که گل‌بازی باعث کاهش نمره کل پرخاشگری و خردمقیاس‌های پرخاشگری جسمانی، کلامی و رابطه‌ای پسران مبتلا به اختلال کم‌توجهی - بیش‌فعالی می‌شود.

از آنجایی که اختلال کم‌توجهی - بیش‌فعالی در تنظیم هیجان کودکان سبب ایجاد مشکلاتی می‌شود، از این‌رو، توجه به آموزش این کودکان ضروری می‌باشد. اختلال کم‌توجهی - بیش‌فعالی با عوامل خطرناک خانوادگی فراوانی همراه است؛ پس ضروری است که در برنامه‌ریزی‌های خرد و کلان بهداشت روانی کشور به‌عنوان یک سیستم درگیر مشکل در نظر گرفته شوند. با توجه به اهمیت تنظیم هیجان در کودکان دارای اختلال کم‌توجهی - بیش‌فعالی و تأثیر آن در حوزه‌های مختلف زندگی این کودکان؛ و با عنایت به اینکه در این زمینه پژوهش مستقیمی صورت نگرفته است؛ به مطالعه‌ای نیاز است که تأثیر آموزش مداخلات نقاشی‌درمانی، گل‌درمانی و روش تلفیقی بر تنظیم هیجان را مورد بررسی قرار دهد؛ تا از این طریق بتوان راهکارهایی را در نظر گرفت که تنظیم

جدول ۱. اطلاعات جمعیت‌شناختی افراد شرکت‌کننده در مداخلات درمانی

مشخصات	آزمودنی اول	آزمودنی دوم	آزمودنی سوم	آزمودنی چهارم	آزمودنی پنجم	آزمودنی ششم
سن	۱۰ سال	۹ سال	۱۱ سال	۱۰ سال	۸ سال	۹ سال
جنس	پسر	دختر	پسر	پسر	دختر	دختر
تعداد فرزند	۲	۱	۲	۲	۳	۱
ترتیب تولد	۲	۱	۱	۱	۳	۱
تحصیلات پدر	لیسانس	فوق‌لیسانس	دیپلم	دکتری	فوق دیپلم	لیسانس
تحصیلات مادر	لیسانس	-	لیسانس	لیسانس	لیسانس	لیسانس

معلم	آزاد	استاد دانشگاه	آزاد	مهندس	مهندس	شغل پدر
پرستار	خانه‌دار	خانه‌دار	خانه‌دار	-	خانه‌دار	شغل مادر
۴۲	۴۶	۴۲	۳۹	۴۱	۴۳	سن پدر
۴۱	۴۱	۳۶	۴۴	-	۳۸	سن مادر

ابزار سنجش

۱. پرسشنامه تنظیم هیجان^۱ (ERQ): این

پرسشنامه توسط گراس و جان^۲ در سال ۲۰۰۳ بر اساس مدل تنظیم هیجان گراس (۲۰۰۱) بنا شده است. این ابزار دارای دو خرده‌مقیاس است: ارزیابی مجدد شناختی (۶ گویه) و منبع بیانی (۴ گویه). ارزیابی مجدد شناختی شکلی از تغییر شناختی است که دربردارنده بازسازی یک موقعیت، فراخوان هیجان بالقوه به شیوه‌ای است که اثر هیجانی آن را تغییر می‌دهد. منبع بیانی نیز شکلی از تعدیل پاسخ است که شامل بازداری رفتار و ابزار هیجان جاری است. این ابزار دارای طیف لیکرت پنج درجه‌ای بود (موافق=۱ تا مخالفم=۵). ویژگی روان‌سنجی این ابزار در سنین ۹ تا ۱۶ سالگی همسانی درونی خوبی (آلفای ۰/۸۱) برای ارزیابی مجدد و ۰/۶۹ (برای منع بیانی) و قابلیت اعتماد آزمون-بازآزمون کافی (۰/۵۴) برای ارزیابی مجدد و ۰/۵۹ (برای سرکوبی) را نشان داده است. قابلیت اعتماد این پرسشنامه در پژوهشی که توسط محمودی و همکاران (۱۳۹۵) انجام شده و مورد بررسی قرار گرفت و برای کودکان با اختلال یادگیری برابر با آلفای ۰/۸۱ و ضریب تنصیف گاتمن ۰/۸۷ و در کودکان عادی کروناخ ۰/۴۶ و تنصیف گاتمن ۰/۶۵ بود که بر همسانی درونی و قابلیت بالای این ابزار در گروه اختلال یادگیری و قابلیت اعتماد متوسط در کودکان عادی بود. قابلیت روایی نسخه فارسی این پرسشنامه نیز تأیید شد.

۲. سیاهه تنظیم هیجان^۳ (ERC): این پرسشنامه

توسط شیلد و کیکتی^۴ (۱۹۹۸) ساخته شده است. ابزار مذکور شامل ۲۴ گویه است که فرایندهای هیجانی و تنظیم هیجانی از جمله بی‌ثباتی عاطفی، شدت، ظرفیت، انعطاف-پذیری و تناسب موقعیتی را در کودکان می‌سنجد. گویه‌ها در طیف لیکرت چهاردرجه‌ای (از هرگز=۱ تا همیشه=۴) تنظیم شده‌اند. این آزمون برای کودکان دارای سن تقویمی ۶ تا ۱۶ سال قابل اجراست و سوالات در کمتر از ۱۰ دقیقه پاسخ داده می‌شوند. پرسشنامه به دو

خرده‌مقیاس تنظیم هیجان و بی‌ثباتی/منفی‌گرایی تقسیم می‌شود. تنظیم هیجان از طریق هشت گویه ارزیابی می‌شود که تجلیات عاطفی متناسب به لحاظ موقعیتی، همدلی و خودآگاهی هیجانی را می‌سنجد. نمره‌های بالاتر دلالت بر ظرفیت بیشتر در مدیریت و تعدیل برانگیختگی هیجانی فرد دارد. خرده‌مقیاس بی‌ثباتی/منفی‌گرایی شامل ۱۵ گویه است که انعطاف‌ناپذیری، بدتنظیمی عاطفه منفی و پیش‌بینی‌ناپذیری و تغییر خلق ناگهانی را اندازه‌گیری می‌کند. نمره‌های بالاتر بر واکنش‌های هیجانی افراطی و تغییرات خلق فراوان در هیجان نامرتب با وقایع یا محرکات بیرونی دلالت دارد. در مطالعه‌ای که ویژگی‌های روان‌سنجی این ابزار را مورد بررسی قرار داد، مشخص گردید که آلفای کروناخ ۰/۹۰ برای بی‌ثباتی/منفی‌گرایی و ۰/۷۹ برای تنظیم هیجان به دست آمد (مولینا^۵ و همکاران، ۲۰۱۴). روایی و قابلیت اعتماد نسخه فارسی این ابزار در پژوهشی با عنوان «تنظیم هیجان در کودکان با اختلال یادگیری و کودکان عادی» توسط محمودی و همکاران (۱۳۹۵) بررسی شد. سه نفر از متخصصان روانشناسی روایی محتوا و صوری ابزار را تأیید کردند. قابلیت اعتماد این سیاهه برای کودکان با اختلال یادگیری برابر با آلفای متوسط این ابزار در گروه اختلال یادگیری و قابلیت اعتماد خوب در کودکان عادی بود.

برنامه مداخله‌ای: این طرح درمانی در سال ۱۳۹۹

توسط سخا ابداع گردید. پس از متناسب‌سازی تکنیک‌های خانواده‌محور، کودک‌محور، نقاشی درمانی و گل درمانی توسط سه ارزیاب (استادان و متخصصان روانشناسی بالینی و هنردرمانی) بررسی شد و پس از اعمال نظرات تخصصی آنان، مورد تأیید نهایی قرار گرفت. این مداخلات درمانی بر اساس نشانه‌های نقص در تنظیم هیجان کودکان با اختلال کم‌توجهی- بیش‌فعالی و با هدف آشنایی با هیجان‌های منفی و افزایش مهارت‌های کنترل تکانشگری و تاب‌آوری طراحی گردید. طرح آموزشی با توجه به بازی‌درمانی

4. Shields & Cicchetti
5. Molina

1. Emotion Regulation Questionnaire (ERQ)
2. Gross & John
3. Emotion Regulation Checklist (ERC)

دو روز توسط محقق در مرکز روانشناسی مهرک در شهر تهران ارائه گردید. لازم به ذکر است که آموزش مادران برای هر سه گروه (دوفری) اعمال شد. سپس هر گروه در یکی از برنامه‌های مداخله‌ای (نقاشی‌درمانی، گل‌درمانی و روش تلفیقی) در ۱۱ جلسه شرکت نمودند. خلاصه محتوی مداخلات آموزشی مادران، نقاشی‌درمانی، گل‌درمانی و روش تلفیقی دوره به شرح زیر می‌باشد:

کودک‌محور با رویکرد لندرت و براتون^۱ (۲۰۰۶) تهیه شد. محتوای جلسات درمانی یک الگوی آموزشی برگرفته از کتاب ۱۰۱ تکنیک بازی‌درمانی (شیفر و کداسن^۲، ۲۰۰۳)، کتاب بازی‌درمانی کودک‌محور (ون‌فلیت، سیوولک و اسنیسک^۳، ۲۰۱۰) و کتاب بهبود رابطه والد و کودک از طریق بازی: کتابچه راهنمای درمانگران / نویسندگان (لندرت براتون، کالام و بلاکارد^۴، ۲۰۰۶) بود. آموزش این برنامه با شیوه رفتاری بود که در قالب ۱۶ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای هفته‌ای

جدول ۲. خلاصه محتوای جلسات مداخله مادران

جلسه	عنوان جلسه	محتوی برنامه آموزش مادران
۱	معارفه و قرارداد درمانی	آشنایی و معارفه اعضای گروه با یکدیگر و درمانگر، بیان هدف‌های کلی و جزئی طرح پژوهشی، بیان قوانینی که رعایت آن در گروه الزامی است، تشویق مادران به گفتگو درباره شیوه رفتار با فرزندشان، توضیح جزئیات طرح‌های درمانی، اجرای پیش‌آزمون.
۲	آموزش مادران در مورد حساسیت به علائق کودک	ترموستات باشید نه دماسنج، انتخاب‌های ارائه شده باید متناسب با مرحله رشدی کودک باشد، پاسخ‌های انعکاسی به کودک‌تان کمک می‌کند تا دریابند که درک می‌شوند، سوالات ندانستن را نشان می‌دهند. سوالات کودک را با ذهنش مشغول می‌کند؛ در حالی که کودکان با قلبشان زندگی می‌کنند، آنچه که کودکان می‌دانند مهم نیست، مهم اعتقاد و باور است. توجه نشان دادن به کودکان ابزاری قوی برای ساختن عزت نفس آنهاست.
۳	آموزش تکنیک‌های ایجاد لذت در تعامل با کودک	تبعیت از کودک، آنچه را که در واقعیت نمی‌توانید ببخشید در بازی و خیال ببخشید، تشویق تلاش‌های کودک بهتر از تمجید و تعریف از او نتیجه می‌دهد، وقتی هیچ محدودیتی نباشد امنیتی هم در کار نیست، در بازی کودک نحوه زندگی در زمان حال و نیازهای خود و آنگونه که دوست دارد امور پیش برود را نشان می‌دهند، سؤال‌هایی که جواب‌شان را واقعاً می‌دانید را نپرسید، برای قدرت بخشیدن به کودکان باید فرصت تصمیم‌گیری را به آنها بدهیم، آزادی و خلاقیت را در کودک تشویق کنید.
۴	آموزش رفتارهای گرمی‌بخش به مادران	دیدن نیمه پر لیوان، مهم رفتاری است که بعداً به قصد اصلاح انجام می‌دهید، شما نمی‌توانید چیزی را که مالک آن نیستید ببخشید، اتفاقات خوب کم‌کم روی می‌دهند، در بازی والد مخزن جواب برای کودک نیست، هنگامی که نمی‌توانید از رفتار کودک حمایت کنید از احساسات، خواسته‌ها و نیازهای کودکان حمایت کنید، یکی از مفاهیمی که می‌توانیم به کودکانمان انتقال دهیم این است که آنها شایسته و توانا هستند، ما سعی می‌کنیم سیاستی جدید و مهم در این خانه داشته باشیم.
۵	آموزش تکنیک‌های کاهش کنترل منفی و دستوردهی مادر	وقتی کودکان در حال غرق شدن است سعی نکنید به او شنا کردن آموزش دهید، در طی جلسه بازی تا لحظه‌ای که نیاز نباشد نباید محدودیتی اعمال شود، اگر نمی‌توانید منظورتان را در ۱۰ کلمه بیان کنید بهتر است اصلاً آن را نگویید، هرگز کاری را که کودک خودش قادر به انجام آن نیست برایش انجام ندهید، سعی نکنید که همه چیز را یکباره تغییر دهید، وقتی که بر مشکل متمرکز می‌شوید ارتباط چشمی با کودک را از دست می‌دهید، وقتی که ما در مورد وضعیت خود انعطاف‌پذیر هستیم می‌توانیم خشم خود را به راحتی کنترل کنیم، وقتی که مطمئن نیستید که به کودکان چه بگویید از خودتان سؤال کنید، خود را آماده پذیرش همه جانبه مسئولیت کاری در قبال فرزند بدانید.

جدول ۳. خلاصه محتوای جلسات نقاشی‌درمانی

جلسه	عنوان جلسه	محتوی برنامه نقاشی درمانی
۱	قرارداد درمانی، بهبود ارتباط کودک با درمانگر و محیط بازی، آشنایی با رنگ‌ها	مرور مطالب جلسه قبل، نوشتن قرارداد بین درمانگر و کودک از قبیل محدودیت زمانی، ممنوعیت زد و خورد جسمانی با کودک دیگر، ممنوعیت تخریب وسایل اتاق بازی، محدودیت‌های دیگر بر حسب موقعیت با دادن حق انتخاب به کودک وضع می‌شود، تقویت مهارت‌های حرکتی ظریف، آموزش ترکیب رنگ‌ها، آموزش رنگ‌های متضاد، تکمیل و رنگ‌آمیزی اشکال ناقص.
۲	نقاشی به روش آزاد	مرور مطالب جلسه قبل، برون‌ریزی احساسات، تحریک تخیلات و کشف نقاط قوت کودک، هماهنگی چشم و دست، قرار دادن کاغذ و مداد رنگی در اختیار کودک تا هر آنچه می‌خواهند بکشند.

3. VanFleet, Sywulak & Sniscak
4. Landarth, Bratton, Kalam & Blackard

1. Landreth & Bratton
2. Schaefer & Kaduson

تشخیص مشکل	۳	تشخیص مشکل کودکان، نام بازی «نقاشی سه بعدی (فراتر از زمان)»: از کودک بخواهید یک تکه کاغذ را به سه بخش تقسیم نماید. سپس از او بخواهید چیزی را که در گذشته مهم بوده در بخش اول، چیزی که اکنون مهم است در بخش وسط و چیزی که به نظر او در آینده مهم است را در آخرین قسمت ترسیم نماید.
مهارت افزایش تاب‌آوری	۴	مرور مطالب جلسه قبل، برقراری ارتباط و مشارکت، آموزش مفاهیم بردباری و تحمل، رعایت نوبت، نام بازی «نقاشی گروهی»: یک برگه بزرگ از کاغذ نقاشی و یک جعبه مداد رنگی روی میز قرار داده و توسط کودکان دست به دست دور میز می‌چرخد از جمله درمانگر و اجازه داده می‌شود به مدت ۲ دقیقه نقاشی کنند. هر کودکی به چیزی که قبلاً ترسیم شده چیزی اضافه می‌کند که با آن هماهنگ باشد.
مهارت کنترل هیجان‌ها و احساسات	۵	مرور مطالب جلسه قبل، درک و تشخیص عواطف و هیجانات خود، روش‌های تخلیه هیجانی، چگونگی اصلاح تخلیه هیجانی در برخورد با شکست‌ها، نام بازی «فعالیت دیوار احساسی»: از کودک بخواهید احساساتی را که در دو روز گذشته داشته را فهرست نموده و رنگ هماهنگ با آن را انتخاب کند.
مهارت کنترل تکانشگری	۶	مرور مطالب جلسه قبل، آموزش مهارت خودکنترلی، نام بازی «حل مساله (رویارویی با فرایند تصمیم‌گیری)»: به کودک کاغذ سفید داده و از او خواسته می‌شود که دستش را ترسیم نماید. سپس از کودک بخواهید موقعیت یا مشکل را توصیف کند. آن جمله در مرکز دست نوشته می‌شود. در این موقع کودک و درمانگر آماده هستند تا برای پاسخ دادن به موقعیت از طریق اندیشه‌گشایی و جرقه فکری گزینه‌های ممکن را بیان کنند.
افزایش اعتماد به نفس	۷	مرور مطالب جلسه قبل، آشنایی با عزت نفس، شناخت بهتر توانمندی‌ها و ویژگی‌های خود، نام بازی «تابلوی خلق»: از کودکان بخواهد با استفاده از نقاشی موقعیت‌هایی که به لحاظ عاطفی - هیجانی ایجاد انگیزه می‌کنند و احساس صورت و بدن‌شان را نشان دهند.
مهارت حل مسأله	۸	مرور مطالب جلسه قبل، تقویت قوه خلاقیت، آشنایی با مراحل حل مسأله، بارش فکری برای حل رفتار مشکل‌ساز کودک، نام بازی «ترسیم راه حل»: در مورد یک مشکل با کودک صحبت می‌شود و کودک با استفاده از نقاشی به بیان احساس و نحوه فکر کردن و ارائه راه‌حل می‌پردازد.
اعضای خانواده	۹	مرور مطالب جلسه قبل، آشنایی با اعضای خانواده کودک، نحوه برقراری ارتباط اعضای خانواده کودک با کودک و یکدیگر، تشخیص چگونگی کنترل کودک توسط والدین، هماهنگی بین اعضای خانواده، نام بازی «نقاشی خانواده»: ۲۰ تا ۲۵ تصویر از صورت، مو، لباس و ... را آماده نموده و با کاغذ و چسب مایع به کودک بدهید و از او بخواهید خانواده خود را ترسیم کند.
تعاملات اعضای خانواده	۱۰	مرور مطالب جلسه قبل، تأثیر روابط خانواده بر رفتارهای مشکل‌ساز کودک، آشنایی با شیوه‌های برخورد والدین با رفتار مشکل‌آفرین کودک، تمرین رفتار مناسب در فضای خانواده، نام بازی «نمودار تعامل خانواده»: کاغذ سفید به کودک بدهید و از او بخواهید کسانی که در خانواده هستند را ترسیم و توصیف کند که چگونه با هم کنار می‌آیند.
مرور جلسات و جمع‌بندی	۱۱	ارزیابی و مرور مطالب جلسه قبلی، اجرای پس‌آزمون.

جدول ۴. خلاصه محتوای جلسات گل درمانی

جلسه	عنوان جلسه	محتوی برنامه گل درمانی
۱	قرارداد درمانی، بهبود ارتباط کودک با درمانگر و محیط بازی، ارتباط و مانوس شدن با گل	مرور مطالب جلسه قبل، نوشتن قرارداد بین درمانگر و کودک از قبیل محدودیت زمانی، ممنوعیت زد و خورد جسمانی با کودک دیگر، ممنوعیت تخریب وسایل اتاق بازی، محدودیت‌های دیگر بر حسب موقعیت با دادن حق انتخاب به کودک وضع می‌شود، رفع امتناع کودک از دست زدن به گل، ترغیب کودکان در استفاده از گل، بکارگیری شیوه‌های استفاده و شکل‌دهی به گل مانند ورز دادن، تخت کردن گل، لول کردن، برش گل و چیدن تکه‌های برش داده شده روی هم، آموزش مفاهیم با گل مانند گرد کردن، حلقه درست کردن، مارپیچ، گود یا فرو رفته کردن گل.
۲	درست کردن اشکال با گل به صورت اختیاری	مرور مطالب جلسه قبل، تقویت عضلات انگشتان، بهبود مهارت‌های حرکتی، برون‌ریزی احساسات، تحریک تخیلات کودک، ساخت اشیاء با گل به صورت اختیاری و صحبت در مورد آنچه ساخته شده است.
۳	تشخیص مشکل	تشخیص مشکل کودکان، نام بازی «کار با رویای کودک»: از کودک بخواهید رویایی را برای شما بیان کند. پیشنهاد مجسمه‌های گلی از او بخواهید تا برخی از نکات را شفاف‌سازی کند.
۴	مهارت افزایش تاب‌آوری	مرور مطالب جلسه قبل، برقراری ارتباط و مشارکت، آموزش مفاهیم بردباری و تحمل، رعایت نوبت، نام بازی «گل گروهی»: مقداری گل روی میز قرار داده و توسط کودکان دست به دست دور میز می‌چرخد از جمله درمانگر و اجازه داده می‌شود به مدت ۲ دقیقه گل بازی کنند. هر کودکی به چیزی که قبلاً ساخته شده چیزی اضافه می‌کند که با آن هماهنگ باشد.

مهارت کنترل هیجان‌ها و احساسات	۵	مرور مطالب جلسه قبل، درک و تشخیص عواطف و هیجانات خود، چگونگی اصلاح تخلیه هیجانی در برخورد با شکست‌ها، نام بازی «مجسمه‌های احساسی»: به کودک یک ظرف آب‌نات پاستیلی داده می‌شود. از کودک بخواهید تا برای هر احساس متفاوت یک رنگ از پاستیل‌ها را انتخاب کند. سپس از او خواسته شود که یک مجسمه‌ای بسازد که نشان‌دهنده احساس‌های درون او باشد. پاستیل را با خلال دندان به مجسمه فرو کنید.
مهارت کنترل تکانشگری	۶	مرور مطالب جلسه قبل، آموزش مهارت خودکنترلی، نام بازی «پر کردن سطل زباله احساسات»: از کودک بخواهید با گِل یک سطل زباله بسازد. برای عینیت بخشیدن به احساسات موقعیت‌های مشکل‌زا یک الگوی گِلی از آن درست کند. سپس سطل زباله را با این احساسات پر کند.
افزایش اعتماد به نفس	۷	مرور مطالب جلسه قبل، آشنایی با عزت نفس، شناخت بهتر توانمندی‌ها و ویژگی‌های خود، نام بازی «قطار بازی»: از کودک بخواهید با استفاده از گِل قطار و محموله‌های آن (مهارت، توانایی، استعدادها و ...) را بسازد.
مهارت حل مسأله	۸	مرور مطالب جلسه قبل، تقویت قوه خلاقیت، آشنایی با مراحل حل مسأله، بارش فکری برای حل رفتار مشکل‌ساز کودک، نام بازی، «بازی‌درمانی به شیوه حل مسأله»: از کودک بخواهید یک مجسمه گِلی بسازد و با کمک این مجسمه گِلی به سایر مجسمه‌های گِلی که مشکل دارند کمک می‌کند که چطور کارها را انجام دهند.
اعضای خانواده	۹	مرور مطالب جلسه قبل، آشنایی با اعضاء خانواده کودک، نحوه برقراری ارتباط اعضای خانواده با کودک و یکدیگر، تشخیص چگونگی کنترل کودک توسط والدین، هماهنگی بین اعضاء خانواده، نام بازی «پروژه هنر خانواده»: از کودک و اعضاء خانواده بخواهید که با استفاده از گِل مکان‌های خاصی که به آن علاقه دارد را بسازد و تا اتمام کارش با کس دیگری در خانواده صحبت نکند.
تعاملات اعضاء خانواده	۱۰	مرور مطالب جلسه قبل، تأثیر روابط خانواده بر رفتارهای مشکل‌ساز کودک، آشنایی با شیوه‌های برخورد والدین با رفتار مشکل‌آفرین کودک، تمرین رفتار مناسب در فضای خانواده، نام بازی «ترسیم حسی - حرکتی دست خانواده»: از کودک بخواهید با استفاده از گِل یک چهارگوش را درست کند. مادر محکم دست خود را بر روی آن بگذارد بطوریکه دست بر روی لوح نقش ببندد. کودک روی هر انگشت نام یک عضو خانواده را گذاشته و برای آن یک شکل، نماد و ترجیحاتش را می‌سازد. در کف دست نماد مثبت را نشان می‌دهد. در مورد تعاملات و نحوه اثرگذاری بر خودش و هیجانات آن بحث می‌کند.
مرور جلسات و جمع‌بندی	۱۱	ارزیابی و مرور مطالب جلسه قبلی، اجرای پس‌آزمون.

جدول ۵. خلاصه محتوای جلسات درمانی روش تلفیقی

جلسه	عنوان جلسه	محتوی برنامه درمانی روش تلفیقی
۱	قرارداد درمانی، بهبود ارتباط کودک با درمانگر و محیط بازی، آشنایی با رنگ‌ها	مرور مطالب جلسه قبل، نوشتن قرارداد بین درمانگر و کودک از قبیل محدودیت زمانی، ممنوعیت زد و خورد جسمانی با کودک دیگر، ممنوعیت تخریب وسایل اتاق بازی، محدودیت‌های دیگر بر حسب موقعیت با دادن حق انتخاب به کودک وضع می‌شود، تقویت مهارت‌های حرکتی ظریف، آموزش ترکیب رنگ‌ها، آموزش رنگ‌های متضاد، تکمیل و رنگ‌آمیزی اشکال ناقص.
۲	ارتباط و مانوس شدن با گِل	مرور مطالب جلسه قبل، رفع امتناع کودک از دست زدن به گِل، ترغیب کودکان در استفاده از گِل، به کارگیری شیوه‌های استفاده و شکل‌دهی به گِل مانند ورز دادن، تخت کردن گِل، لول کردن، بُرش گِل و چیدن تکه‌های بُرش داده شده روی هم، آموزش مفاهیم با گِل مانند گرد کردن، حلقه درست کردن، مارپیچ، گود یا فرو رفته کردن گِل.
۳	تشخیص مشکل	تشخیص مشکل کودکان، از کودک بخواهید یک تکه کاغذ را به سه بخش تقسیم نماید. سپس از او بخواهید چیزی را که در گذشته مهم بوده در بخش اول، چیزی که اکنون مهم است در بخش وسط و چیزی که به نظر او در آینده مهم است را در آخرین قسمت ترسیم نماید.
۴	مهارت افزایش تاب‌آوری	مرور مطالب جلسه قبل، برقراری ارتباط و مشارکت، آموزش مفاهیم بردباری و تحمل، رعایت نوبت، نام بازی «گل گروهی»: مقداری گِل روی میز قرار داده و توسط کودکان دست به دست دور میز می‌چرخد از جمله درمانگر و اجازه داده می‌شود به مدت ۲ دقیقه گل بازی کنند. هر کودکی به چیزی که قبلاً ساخته شده چیزی اضافه می‌کند که با آن هماهنگ باشد.
۵	مهارت کنترل هیجان‌ها و احساسات	مرور مطالب جلسه قبل، درک و تشخیص عواطف و هیجانات خود، روش‌های تخلیه هیجانی، چگونگی اصلاح تخلیه هیجانی در برخورد با شکست‌ها، نام بازی «فعالیت دیوار احساسی»: از کودک بخواهید احساساتی را که در دو روز گذشته داشته را فهرست نموده و رنگ هماهنگ با آن را انتخاب کند.
۶	مهارت کنترل تکانشگری	مرور مطالب جلسه قبل، آموزش مهارت خودکنترلی، نام بازی «پر کردن سطل زباله احساسات»: از کودک بخواهید با گِل یک سطل زباله بسازد. برای عینیت بخشیدن به احساسات موقعیت‌های مشکل‌زا یک الگوی گِلی از آن درست کند. سپس سطل زباله را با این احساسات پر کند.

۷	افزایش اعتماد به نفس	مرور مطالب جلسه قبل، آشنایی با عزت نفس، شناخت بهتر توانمندی‌ها و ویژگی‌های خود، نام بازی «تابلوی خلق»: از کودکان بخواهد با استفاده از نقاشی موقعیت‌هایی که به لحاظ عاطفی-هیجانی ایجاد انگیزه می‌کند و احساس صورت و بدن‌شان را نشان دهند.
۸	مهارت حل مسأله	مرور مطالب جلسه قبل، تقویت قوه خلاقیت، آشنایی با مراحل حل مسأله، بارش فکری برای حل رفتار مشکل‌ساز کودک، نام بازی، «بازی درمانی به شیوه حل مسأله»: از کودک بخواهید یک مجسمه گلی بسازد و با کمک این مجسمه گلی به سایر مجسمه‌های گلی که مشکل دارند کمک می‌کند که چطور کارها را انجام دهند.
۹	اعضای خانواده	مرور مطالب جلسه قبل، آشنایی با اعضای خانواده کودک، نحوه برقراری ارتباط اعضای خانواده با کودک و یکدیگر، تشخیص چگونگی کنترل کودک توسط والدین، هماهنگی بین اعضای خانواده، نام بازی «نقاشی خانواده»: ۲۵ تا ۲۵ تصویر از صورت، مو، لباس و ... را آماده نموده و با کاغذ و چسب مایع به کودک بدهید و از او بخواهید خانواده خود را ترسیم کند.
۱۰	تعاملات اعضای خانواده	مرور مطالب جلسه قبل، تاثیر روابط خانواده بر رفتارهای مشکل‌ساز کودک، آشنایی با شیوه‌های برخورد والدین با رفتار مشکل‌آفرین کودک، تمرین رفتار مناسب در فضای خانواده، نام بازی «ترسیم حسی- حرکتی دست خانواده»: از کودک بخواهید با استفاده از گل یک چهارگوش را درست کند. مادر محکم دست خود را بر روی آن بگذارد بطوریکه دست بر روی لوح نقش ببندد. کودک روی هر انگشت نام یک عضو خانواده را گذاشته و برای آن یک شکل، نماد و ترجیحاتش را می‌سازد. در کف دست نماد مثبت را نشان می‌دهد. در مورد تعاملات و نحوه اثرگذاری بر خودش و هیجانات آن بحث می‌کند.
۱۱	مرور جلسات و جمع‌بندی	ارزیابی و مرور مطالب جلسه قبلی، اجرای پس‌آزمون.

شیوه اجرای پژوهش

پس از هماهنگی با مدیریت مرکز روانشناسی مهرک، جلسه توجیهی برای والدین کودکان با اختلال کم‌توجهی-بیش‌فعالی برگزار شد و افراد گروه نمونه بر مبنای ملاک‌های ورود به پژوهش انتخاب شدند. در آغاز سیاهه تنظیم هیجان (شیلد و کیکتی، ۱۹۹۸) و پرسشنامه تنظیم هیجان (گراس و جان، ۲۰۰۳) بر روی والدین کودک انجام و نمرات آن جهت مرحله A (اول) ثبت شد و منحنی خط پایه آن رسم گردید. سپس سه گروه تحت‌عنوان گروه آزمایش، نقاشی‌درمانی، گل‌درمانی و روش تلفیقی را دریافت نموده (در پنج جلسه اول، مداخله روی مادران اعمال شد و از جلسه ششم، روی مادر و کودک اجرا گردید) و نتایج آن به صورت نمودار دومی در کنار نمودار اول رسم گردید (مرحله B). در این مرحله، پژوهشگر در هر جلسه ابتدا موارد مورد بحث را مشخص و مهارت‌های جدید را آموزش داده و تکالیفی برای اجرا در فاصله بین جلسات معین می‌نمود. مادران مؤظف بودند که در فاصله بین دو جلسه، تمرین‌های تعیین شده در خانه را به طور عملی انجام داده و در هر جلسه، گزارشی از روند انجام آن تکلیف را بیان کنند. در مرحله سوم یعنی مرحله A (دوم) مجدداً شرایط

مرحله خط پایه تکرار شد. لازم به ذکر است که شرکت‌کنندگان در ۱۰ نوبت (سه بار در مرحله خط پایه، شش بار در مرحله مداخله و یک بار در مرحله پیگیری یک ماهه) مورد ارزیابی قرار گرفتند. به منظور رعایت کردن ملاحظات اخلاقی آزمودنی‌ها، پرسشنامه‌های آنها کدگذاری شد و اصول اخلاقی مانند محرمانه ماندن اطلاعات و رازداری کاملاً رعایت گردید. با کسب اجازه از والدین، فرایند ثبت و ضبط جلسات درمانی فیلمبرداری شد. تحلیل داده‌های پژوهش براساس راهنمای گام به گام تحلیل داده‌های تک‌آزمودنی گست^۱ (گست، ۲۰۱۰) انجام شد و روش تحلیل دیداری^۲ در دو سطح درون‌موقعیتی و بین‌موقعیتی بر اساس سه شاخص سطح یا تراز، روند و تغییرپذیری انجام گردید. از فرمول درصد بهبودی برای معناداری آماری داده‌ها استفاده شد.

یافته‌ها

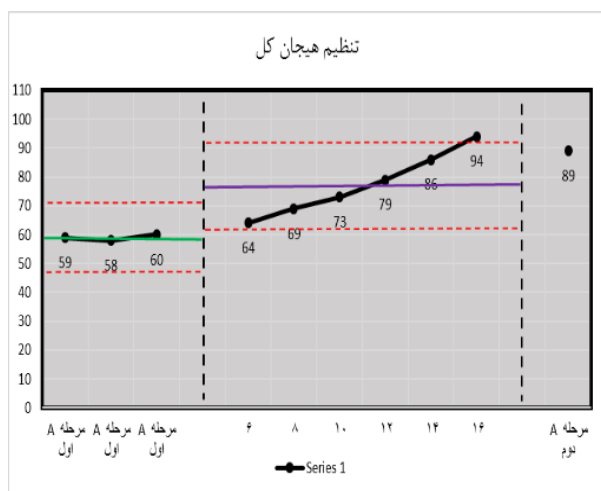
به منظور خلاصه نمودن نتایج به دست آمده، نمرات شرکت‌کنندگان در طی دوره مطالعه در جدول ۶ گزارش شده است.

جدول ۶. نمرات شرکت کنندگان در خط پایه، مداخله و پیگیری

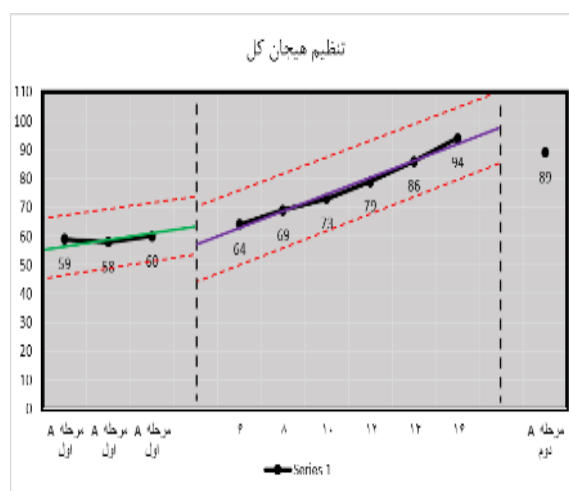
مرحله پیگیری (مرحله A دوم)	جلسات مداخله (مرحله B)					خط پایه (مرحله A اول)			آزمودنی	
۸۹	۹۴	۸۶	۷۹	۷۳	۶۹	۶۴	۶۰	۵۸	۵۹	شرکت کننده اول
۸۹	۹۳	۸۹	۸۳	۸۰	۷۳	۶۷	۵۹	۵۹	۵۹	شرکت کننده دوم
۸۶	۸۸	۸۳	۷۸	۷۳	۶۹	۶۵	۵۸	۵۷	۵۷	شرکت کننده سوم
۹۵	۹۷	۹۰	۸۴	۸۳	۷۶	۷۱	۶۵	۶۳	۶۳	شرکت کننده چهارم
۹۰	۹۴	۸۶	۸۴	۷۶	۶۹	۶۴	۵۹	۵۷	۵۶	شرکت کننده پنجم
۹۷	۹۸	۹۰	۸۴	۷۸	۷۱	۶۸	۶۲	۶۱	۵۹	شرکت کننده ششم

در ادامه نتایج محفظه ثبات و خط روند متغیر تنظیم هیجان در طول جلسات خط پایه، مداخله و پیگیری گزارش شد. در نمودارهای زیر نتایج تغییر در تنظیم هیجان برای هر شش شرکت کننده آمده است.

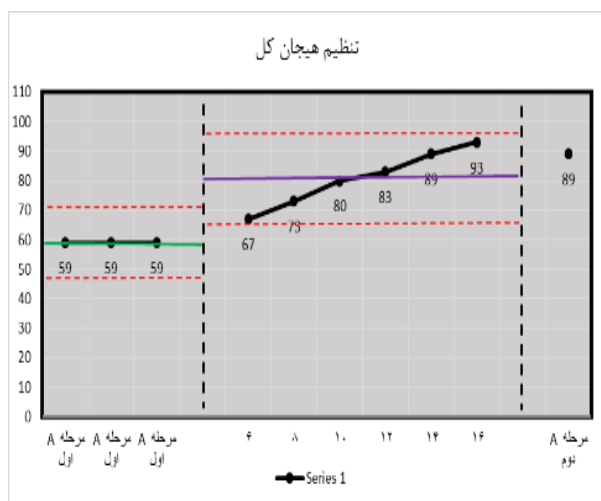
مندرجات جدول ۶ حاکی از آن است که نمرات تنظیم هیجان در هر شش آزمودنی با گذشت جلسات رو به بهبود است.



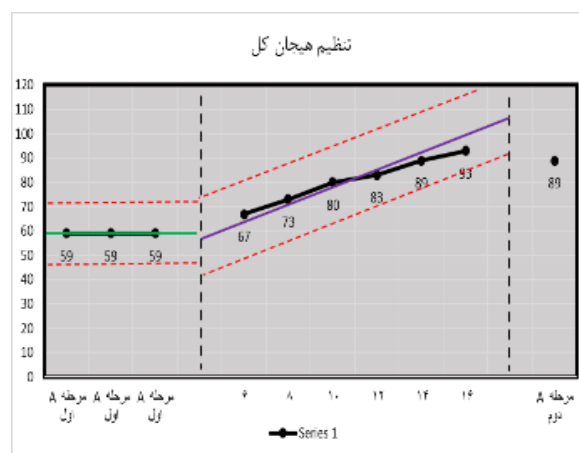
نمودار ۱. ترسیم خط میانه و محفظه ثبات آزمودنی اول



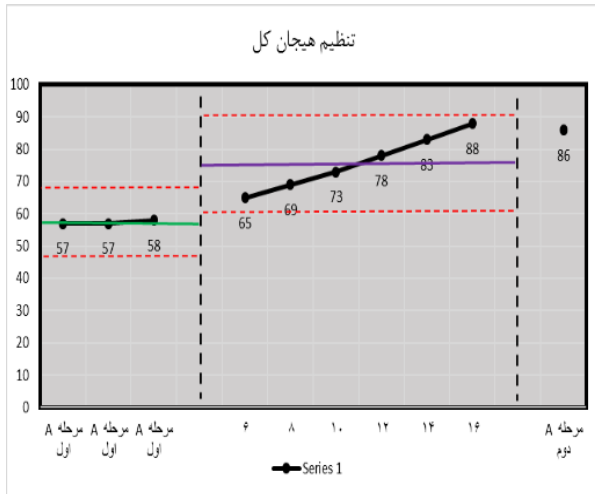
نمودار ۲. ترسیم خط روند آزمودنی اول



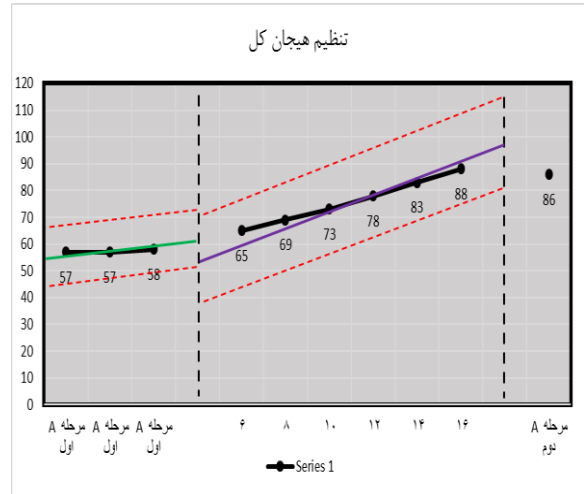
نمودار ۳. ترسیم خط میانه و محفظه ثبات آزمودنی دوم



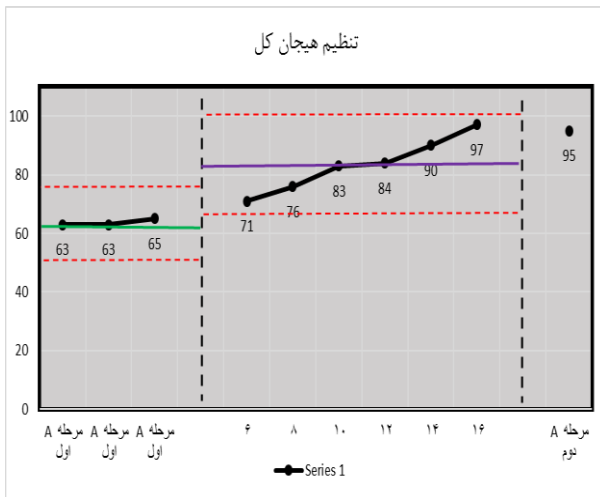
نمودار ۴. ترسیم خط روند آزمودنی دوم



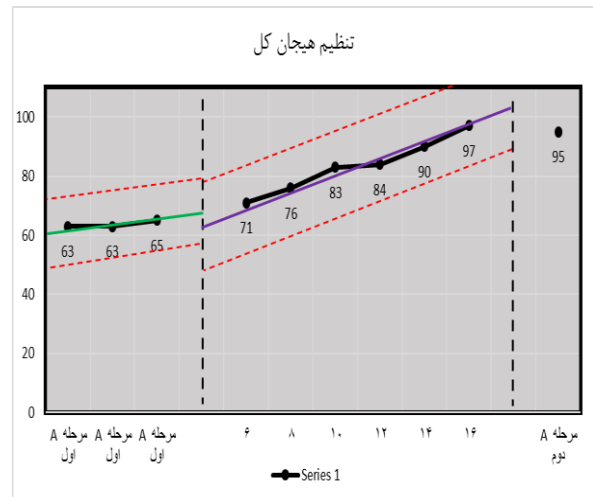
نمودار ۵. ترسیم خط میانه و محفظه ثبات آزمودنی سوم



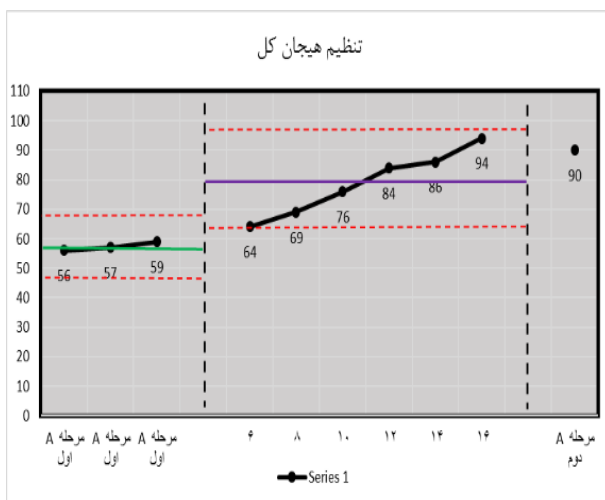
نمودار ۶. ترسیم خط روند آزمودنی سوم



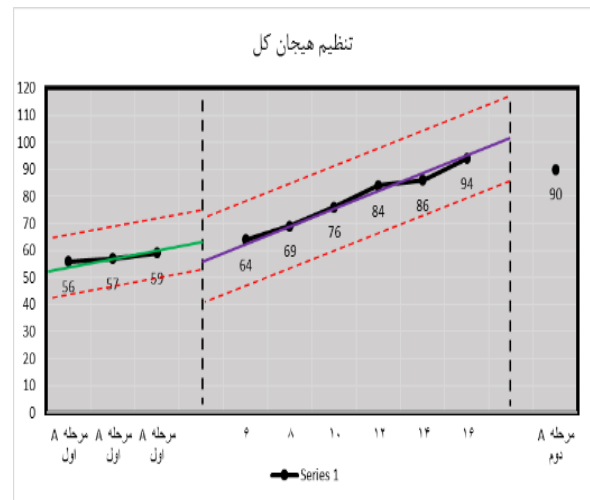
نمودار ۷. ترسیم خط میانه و محفظه ثبات آزمودنی چهارم



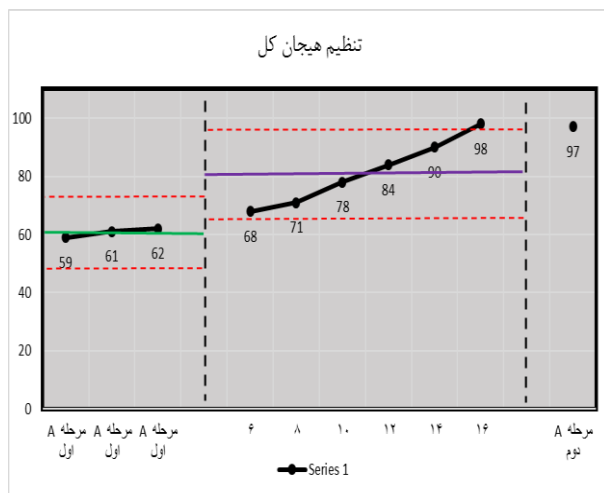
نمودار ۸. ترسیم خط روند آزمودنی چهارم



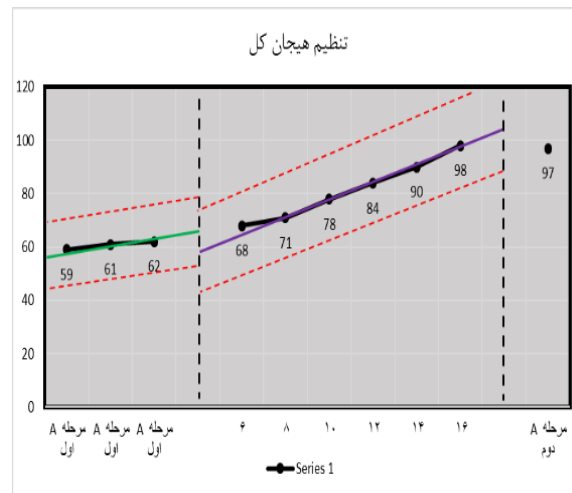
نمودار ۹. ترسیم خط میانه و محفظه ثبات آزمودنی پنجم



نمودار ۱۰. ترسیم خط روند آزمودنی پنجم



نمودار ۱۱. ترسیم خط میانه و محفظه ثبات آزمودنی ششم



نمودار ۱۲. ترسیم خط روند آزمودنی ششم

جهت روند، تغییر ثبات، تغییر در تراز (تغییرات نسبی، مطلق، میانه و میانگین)، درصد داده‌های همپوش (PND) و غیرهمپوش (POD) هستند.

داده‌های آماری مربوط به هر شرکت کننده در جدول ۷ ارائه شده است. این جدول شامل تغییرات بین موقعیتی هر متغیر از مرحله خط پایه (A) به مرحله مداخله (B)، از جمله تغییر

جدول ۷. تحلیل دیداری - استنباطی تغییرات بین موقعیتی در تنظیم هیجان

تغییرات بین موقعیتی	شرکت کننده ۱	شرکت کننده ۲	شرکت کننده ۳	شرکت کننده ۴	شرکت کننده ۵	شرکت کننده ۶
مقایسه موقعیت	A B	A B	A B	A B	A B	A B
تغییرات روند	تغییرات روند	تغییرات روند	تغییرات روند	تغییرات روند	تغییرات روند	تغییرات روند
تغییر جهت						
نوع روند	مثبت	مثبت	مثبت	مثبت	مثبت	مثبت
تغییر ثبات	بائبات به بائبات	بائبات به بائبات	بائبات به بائبات	بائبات به بائبات	بائبات به بائبات	بائبات به بائبات
تغییر طراز نسبی	+۹/۵	+۱۴	+۱۱/۵	+۱۲	+۱۱	+۹/۵
تغییر طراز مطلق	+۴	+۸	+۷	+۶	+۵	+۶
تغییر میانه	+۱۷	+۲۲/۵	+۱۸/۵	+۲۰/۵	+۲۳	+۲۲/۵
تغییر میانگین	+۱۸/۵	+۲۱/۸۳	+۱۸/۶۷	+۱۹/۸۴	+۲۱/۵	+۲۱/۸۳
PND	۰/۱۰۰	۰/۱۰۰	۰/۱۰۰	۰/۱۰۰	۰/۱۰۰	۰/۱۰۰
POD	۰/۰	۰/۰	۰/۰	۰/۰	۰/۰	۰/۰

داده‌ها در وضعیت مداخله، خارج از محدوده وضعیت خط پایه هستند.

در ادامه، با استفاده از فرمول درصد بهبودی معنی داری بالینی داده‌ها محاسبه گردید. نتایج در جدول ۸ گزارش شده است.

بر اساس مندرجات جدول ۷، میانگین نمرات تمامی شرکت کنندگان در تنظیم هیجان از مرحله خط پایه به مرحله مداخله افزایش یافته است. همچنین، درصد داده‌های غیرهمپوش (۱۰۰ درصد) و درصد داده‌های همپوش (صفر درصد) برای هر شش شرکت کننده، نشان می‌دهد که تمام

جدول ۸. درصد بهبودی شرکت کنندگان در مراحل مختلف درمانی

درصد بهبودی کل	درصد بهبودی پیگیری (مرحله A دوم)	درصد بهبودی مداخله (مرحله B)	آزمودنی
۵۵/۰۸	۵۰/۸۴	۵۹/۳۲	شرکت کننده اول
۵۴/۹۴	۴۰/۶۷	۵۷/۶۲	شرکت کننده دوم
۵۱/۷۴	۵۰/۰۰۸	۵۳/۴۹	شرکت کننده سوم
۵۰/۸	۴۹/۳۳	۵۲/۳۷	شرکت کننده چهارم
۶۰/۴۷	۵۶/۹۸	۶۳/۹۶	شرکت کننده پنجم
۶۰/۷۲	۵۹/۹۰	۶۱/۵۵	شرکت کننده ششم

همانطور که مشاهده می‌گردد، درصد بهبودی شرکت کننده دوم و چهارم در مرحله پیگیری از ۵۰٪ کمتر بوده است. بنابراین، از نظر بالینی معنی دار نمی‌باشد.

در نهایت، برای مقایسه میزان اثربخشی سه مداخله نقاشی درمانی، گل درمانی و روش تلفیقی از فرمول درصد بهبودی استفاده گردید. نتایج در جدول ۹ آمده است.

جدول ۹. درصد بهبودی و میانگین نمرات سه گروه مداخله درمانی در تنظیم هیجان

گروه	مراحل	میانگین نمرات تنظیم هیجان	درصد بهبودی
نقاشی درمانی	خط پایه	۵۹	۵۴/۶۶
	مداخله	۹۱/۲۵	
گل درمانی	خط پایه	۶۰/۴۹	۵۱/۲۶
	مداخله	۹۱/۵	
روش تلفیقی	خط پایه	۵۸/۹۹	۶۰/۶۲
	مداخله	۹۴/۷۵	

یافته‌های جدول ۹ نشان می‌دهد که مداخله درمانی روش تلفیقی نسبت به دو روش درمانی دیگر اثربخشی بیشتری داشته و درصد بهبودی کلی گل درمانی کمتر از مداخلات درمانی دیگر بوده است.

بحث و نتیجه گیری

هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی نقاشی درمانی، گل درمانی و روش تلفیقی بر تنظیم هیجان کودکان با اختلال کم‌توجهی - بیش‌فعالی بود. یافته‌ها نشان داد که مداخلات نقاشی درمانی، گل درمانی و روش تلفیقی منجر به افزایش تنظیم هیجان کودکان مبتلا به اختلال کم‌توجهی - بیش‌فعالی گردید. این یافته‌ها با نتایج پژوهش‌های عباسلو (۱۳۹۹)، دبیر، اسدزاده و حاتمی (۱۳۹۹)، مومنی و شلانی (۱۳۹۵)، فرید و نجف‌زاده (۱۳۹۶)، دمهری، سعیدمنش و رزبان (۱۳۹۸)، نعمت‌خواه، حسین‌خانزاده و کافی ماسوله (۱۳۹۵) و معرف و سهرابی (۱۳۹۶) همسو است.

در تبیین نتایج به دست آمده می‌توان چنین بیان نمود که یکی از روش‌های درمانی مناسب برای کودکان مبتلا به اختلال کم‌توجهی - بیش‌فعالی، آموزش والدین است تا

آن‌ها با یادگیری اصول برقراری ارتباط با فرزندان، بتوانند تعامل مناسب‌تری را برقرار نمایند (لی و همکاران، ۲۰۱۲). درمان‌های والدین‌محور و کودک‌محور بر بهبود تعاملات فرزندان و والدین درون بافت خانواده تأکید داشته و عامل اصلی برای تغییر ارتباط است (مالچیودی، ۲۰۱۳). طبق نظر درمانگران والدین‌محور (کریستین، پریمن و پورتری-بیسک، ۲۰۱۷)، تغییر در شیوه والدگری منجر به کاهش مشکلات رفتاری در کودکان می‌شود. در این راستا در پژوهش حاضر، با آموزش رابطه والد-کودک، مادران به فنون بازی درمانی کودک‌محور تجهیز گشته و ارتباطی مثبت با کودکان خود ایجاد نمودند. در واقع، با افزایش آگاهی مادران از تعاملات ارتباطی، تعارضات درونی آنها کمتر شده و با موقعیت‌های دشوار و تنش‌زا و رفتار ناسازگارانه فرزندان، سازگارانه‌تر برخورد نمودند. در خلال این ارتقای تعاملات والد-کودک، نشانه‌های بیش‌فعالی و تکانشگری در کودکان مبتلا کاهش یافت. نتایج پژوهش‌های عباسلو (۱۳۹۹) و دبیر، اسدزاده و حاتمی (۱۳۹۹) نیز موید اثربخشی این مداخلات درمانی بود. از طرفی، هنردرمانی روش مؤثری می‌باشد که می‌تواند بر اساس اصول تعاملات والد و کودک آموزش داده شود.

درمانی بر کودکان مبتلا به اختلال کم‌توجهی - بیش‌فعالی بود و با یافته‌های پژوهش حاضر همسو بود.

در یک جمع‌بندی کلی باید گفت که آموزش مداخلات (نقاشی‌درمانی، گل‌درمانی و روش تلفیقی) موجب ارتقای تنظیم هیجان در کودکان مبتلا به اختلال کم‌توجهی بیش‌فعالی می‌شود. بنابراین، مادران می‌توانند با بهره‌گیری از این مداخلات درمانی در خانه، ضمن اینکه باعث ارتقای تنظیم هیجان کودکان شوند، به بهبود تعاملات والد و کودک کمک نمایند. در نهایت، نتایج حاصل از تحلیل دیداری آزمودنی‌ها در مرحله پیگیری نشان‌دهنده این مسأله بود که اثربخشی مداخلات (نقاشی‌درمانی، گل‌درمانی و روش تلفیقی) با گذشت زمان از بین نرفته و مشاوران و درمانگران می‌توانند از این مداخلات درمانی به‌عنوان یک روش درمانی باثبات در بهبود تنظیم هیجان کودکان دارای اختلال کم‌توجهی - بیش‌فعالی استفاده نمایند.

از آنجا که به دلیل بیماری کرونا، اجرای گروهی ممکن نبود، لذا از طرح‌های درون‌گروهی (تک‌آزمودنی) استفاده گردید که تعمیم‌پذیری نتایج را با محدودیت مواجهه نمود. محدود کردن جامعه آماری به گروه سنی ۸-۱۱، استفاده از نمونه‌های در دسترس و تعیین اثربخشی مداخلات درمانی بر نوع ترکیبی اختلال کم‌توجهی - بیش‌فعالی از دیگر محدودیت‌های پژوهش حاضر بود. عدم دسترسی به هر دو والد و عدم کنترل مصرف دارو جهت رسیدن به نتایج مطلوب‌تر را نیز می‌توان از دیگر محدودیت‌های پژوهش برشمرد. از این‌رو، پیشنهاد می‌شود، پژوهش حاضر روی طیف وسیعی از گروه‌های سنی و هر دو والد، با جایگزینی تصادفی در گروه‌های آزمایش و کنترل و با کنترل مصرف دارو انجام شود تا اعتبار پژوهش با اطمینان بیشتری برآورد شود. در راستای استفاده بهینه از نتایج پژوهش حاضر شایسته است خانواده‌ها و کارشناسان آموزشی در جریان این نتایج قرار بگیرند؛ زیرا نتایج پژوهش حاضر می‌تواند خانواده‌ها و کارشناسان آموزشی را به ابزاری قوی در امر بهبود مشکلات تنظیم هیجان کودکان مبتلا به اختلال کم‌توجهی - بیش‌فعالی مجهز سازد.

منابع

اعتمادی، ا.، گیتی پسند، ز.، و مرادی، م. (۱۳۹۲). اثربخشی درمان گروهی راه‌حل‌مدار بر کاهش تعارضات مادر - دختر در مادران. *فصلنامه مشاوره و روان‌درمانی خانواده*، ۳(۴)، ۵۸۸-۵۶۵.

فعالیت هنری بر سیستم بازداری کودکان مبتلا به این اختلال تأثیر گذاشته و موجب می‌شود که کودک بهتر بتواند تکانه‌های خود را کنترل کند و به شکلی مؤثر به موقعیت‌ها پاسخ دهد (مالچیودی، ۲۰۱۳). از آنجا که مرور کلامی خاطرات تروماتیک برای کودکان خارج از توان آنها هست، رویکردهایی مانند هنردرمانی که بر فرایند کلامی حوادث ناگوار توسط کودکان کمتر تأکید دارند، درمان‌های مفیدی به شمار می‌روند. از این‌رو، در پژوهش حاضر، از ابزارهای هنردرمانی (نقاشی‌درمانی و گل‌درمانی)، به سبب سهولت ترکیب آن با اصول تعاملات والد و کودک، بهره گرفته شد. کودکان مبتلا به اختلال کم‌توجهی - بیش‌فعالی با استفاده از نقاشی، آزادانه درباره افکار و احساسات سرکوب‌شده خود، بدون تهدید و انکس مادر، صحبت نموده و به طور خلاقانه با تغییر در مسائل، به احساس تسلط بر مشکلات رسیدند. در واقع، این فرایند خلاق به کودکان کمک نمود که مهارت‌های بین‌فردی خود را گسترش داده، رفتار خویش را مدیریت نموده و به بینش در حل مسائل دست یابند. کودکان با فرافکنی زندگی درونی‌شان به نقاشی توانستند بر هیجانات خود غلبه نموده و برای حل مشکلات خود منعطف‌تر تفکر نمایند و این سبب پویایی شخصیت آنان شده است. در نهایت، هدف اصلی پژوهش که همانا ارتقای تنظیم هیجان بود، محقق گردید. تحقیقی که توسط مومنی و شلانی (۱۳۹۵)، دمه‌ری، سعیدمنش و رزبان (۱۳۹۸) و فرید و نجف‌زاده (۱۳۹۶) انجام گرفت، تأییدکننده یافته‌های پژوهش حاضر است.

ارتقای تنظیم هیجان زمانی افزایش بیشتر داشت که نقاشی‌درمانی به همراه گل‌درمانی به شرکت‌کنندگان ارائه گردید. آزمودنی‌ها در خلال کار با گل به احساس آرامش رسیده و فشارهای عصبی آنان کاهش یافت. در هنگام کار با گل، کودک دامنه وسیعی از احساسات خود را نشان می‌داد. چون حالت شکل‌پذیری گل بالاست، آنان توانستند بدون ترس از نتایج منفی، با پرخاشگری با گل درگیر شوند و پس‌خوراند هم بگیرند. در واقع، کودکان در هنگام کار کردن با چنین مواد ابتدایی، نیازهای واپس‌زده قبلی خود را جبران نموده و به خاطرات و اندیشه‌های خود عینیت داده و بیش از پیش درصدد افزایش تنظیم هیجان خود برآمدند. نتایج پژوهش نعمت‌خواه، حسین‌خانزاده و کافی ماسوله (۱۳۹۵) و معرف و سهرابی (۱۳۹۶) حاکی از اثربخشی این مداخله

فرید، ا. و نجف‌زاده، ع. (۱۳۹۶). اثربخشی نقاشی درمانی بر اختلال نقص توجه - بیش‌فعالی (ADHD) دانش‌آموزان مقطع ابتدایی مدارس عادی (ارزیابی معلمان). فصلنامه علمی- پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی سبزوار. ۲۴(۵)، ۳۵۸-۳۵۳.

کاظمی، م. ر.، محمدی، م. ر. و آخوندزاده، ش. (۱۳۹۰). مقایسه اثر دارویی آمانتادین و متیل فنیدیت در کودکان و نوجوانان با اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی: یک مطالعه کارآزمایی بالینی دوسوکور. فصلنامه علمی پژوهشی ابن سینا. ۱۴(۳)، ۱۰-۱۶.

گنجی، م. و گنجی، ح. (۱۳۹۵). آسیب‌شناسی روانی بر اساس DSM-5. تهران: نشر ساوالان.

محمد اسماعیل، ا. (۱۳۹۶). بازی‌درمانی: نظریه‌ها، روش‌ها و کاربردهای بالینی (چاپ چهارم). تهران: انتشارات دانژه.

مومنی، خ. و شلانی، ب. (۱۳۹۵). اثربخشی ترسیم‌گری گروهی بر کاهش پرخاشگری دانش‌آموزان فزون‌کنش - پرخاشگر. روان‌شناسی تحولی: روان‌شناسان ایرانی. ۱۳(۴۹)، ۷۷-۷۱.

معرف، س. و سهرابی شگفتی، ن. (۱۳۹۶). مقایسه اثربخشی روش بازی‌درمانی با گل‌درمانی در درمان نقص توجه کودکان دبستانی. مجله دست‌آوردهای روان‌شناختی. ۴(۲)، ۸۰-۶۵.

محمودی، م. برجلی، ا.، علیزاده، ح.، غباری بناب، ب.، اختیاری، ح. و اکبری زردخانه، س. (۱۳۹۵). تنظیم هیجان در کودکان با اختلال یادگیری و کودکان عادی. پژوهش در یادگیری آموزشگاهی و مجازی. ۴(۱۳)، ۸۴-۶۹.

نعمت‌خواه، م. حسین‌خانزاده، ع.؛ و کافی ماسوله، م. (۱۳۹۵). اثربخشی گل‌بازی بر کاهش پرخاشگری پسران مبتلا به اختلال نارسیایی توجه/فزون‌کنشی. مجله مطالعات ناتوانی. ۶، ۱۵۸-۱۶۳.

ون‌فلیت، ر.، سیوولک، آ. و اسنیسک، س. (۲۰۱۰). بازی‌درمانی کودک‌محور. مترجم مریم قریشی (۱۳۹۵). تهران: نشر فراپی.

Ahmadi, N., Chaudhry, C. H., Olango, G., & Molla, M. (2017). The relation of parent-child interaction therapy (PCIT) in well-being of young children with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) and oppositional defiant disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 56(10), 218-223.

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.

Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S., & Schweizer, S. (2010). Emotion-regulation strategies across psychopathology: a metaanalytic review. *Clinical Psychology Review*. 30(2), 217-237.

Anastopoulos, A.D., DuPaul, G.J., Weyandt, L.L., Morrissey-Kane, E., Sommer, J. L., Rhoads,

بخشایش، ع. ر. و میرحسینی، ر. ا. (۱۳۹۳). اثربخشی بازی‌درمانی بر کاهش علائم اختلال بیش‌فعالی / کمبودتوجه (ADHD) و بهبود عملکرد تحصیلی کودکان. مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی ایلام. ۲۲(۶)، ۱۳-۱.

براتون، س.، لندرت، گ. ل.، کلام، ت. و بلاکارد، س. ر. (۲۰۰۶). بهبود رابطه والد و کودک از طریق بازی: کتابچه راهنمای درمانگران، (جلد دوم). ترجمه جواد محمودی قرانی، سعیده سادات مصطفوی، نرگس علیزایی (۱۳۹۱). تهران: نشر قطره. حسن‌پور، ف.، جلالی، م. ر.، شعیری، م. ر. و خزایی، م. (۱۳۹۲). تأثیر کار با گل بر پرخاشگری کودکان دبستانی. فصلنامه روان‌شناسی بالینی. ۳(۱۰)، ۱۵۳-۱۴۰.

دلاور، ع. (۱۳۹۶). مبانی نظری و عملی پژوهش در علوم انسانی و اجتماعی. تهران: انتشارات رشد.

دبیر، م.، اسدزاده، ح. و حاتمی، ح. ر. (۱۳۹۹). آموزش بازی‌درمانی مبتنی بر رابطه والد-کودک (مطابق الگوی لندرت) به مادران و اثربخشی آن در حل مشکلات رفتاری فرزندان دانش‌آموز آنان. فصلنامه خانواده و پژوهش. ۱۷(۱)، ۱۰۲-۸۳.

دمهری، ف.، سعیدمنش، م. و رزبان، ش. (۱۳۹۸). بررسی اثربخشی هنردرمانی مبتنی بر رویکرد نقاشی بر مشکلات رفتار خوردن و ناسازگاری کودکان شهر ملایر. مجله مطالعات ناتوانی. ۱۶(۹)، ۱-۶.

سرخا، س. (۱۳۹۹). مقایسه اثربخشی نقاشی درمانی، گل‌درمانی و روش تلفیقی بر تکانشگری، تنظیم هیجان و تاب‌آوری کودکان بیش‌فعال - نقص توجه. پایان‌نامه دکتری تخصصی. دانشگاه آزاد اسلامی واحد شیراز.

شوشتری، م.، عابدی، ا.، گلشنی منز، ف. و اهرمی، ر. (۱۳۹۰). اثربخشی مداخلات زود هنگام مبتنی بر بازی‌های کودک‌محور بر میزان بیش‌فعالی - تکانشگری کودکان پیش‌دبستانی. فصلنامه روان‌شناسی افراد استثنایی. ۱(۲)، ۱۱۸-۱۰۳.

شیفر، ج. ا. و کداسن، ه. ج. (۲۰۰۳). ۱۰۱ تکنیک بازی‌درمانی (جلد اول). چاپ چهارم. ترجمه الهه محمد اسماعیل (۱۳۹۸). تهران: نشر دانژه.

عباسلو، ف. (۱۳۹۹). تأثیر آموزش بازی‌درمانی مبتنی بر رابطه والد-کودک (CPRT) به مادران بر کاهش مشکلات رفتاری کودکان مبتلا به ADHD. مجله علمی پژوهش. ۱۸(۴)، ۳۸-۳۱.

فراری، آ. ا. (۱۹۹۷). نقاشی کودکان و مفاهیم آن (چاپ چهاردهم). ترجمه عبدالرضا صرافان (۱۳۹۸). تهران: دستان.

فرزادای، ف.، خواجهوند خوشلی، ا.، محمدی، م. ر.، اکبرفهمی، م. و علی بیگی، ن. (۱۳۹۷). بررسی اثربخشی تنظیم هیجان بر علائم کم‌توجهی - بیش‌فعالی در کودکان ۷-۱۴ ساله. فصلنامه کودکان استثنایی. ۱۸(۴)، ۱۱۶-۱۰۱.

- Fancourt, D., Garnett, C., Spiro, N., West, R., & Muillensiefen, D. (2019). How do artistic creative activities regulate our emotions? Validation of the emotion regulation strategies for artistic creative activities scale (ERS-ACA). *Plos One*. 14(2), e0211362.
- Gross, J. J. (2001). Emotion Regulation in Adulthood: Timing Is Everything. *Current Directions in Psychological Science*. 10(6), 214-219.
- Gross, J. J., & John, O. P. (2003). Individual differences in two emotion regulation processes: Implications for affect, relationships, and well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*. 85(2), 348–362.
- Holmqvist, G., Roxberg, A., Larsson, L., & Lundqvist-Persson, C. (2017). What art therapists consider to be patient's inner change and how it may appear during art therapy. *The Art in Psychology*. 56, 45-52.
- Johnston, C., Mash, E. J., Miller, N., & Ninowski, J. E. (2012). Parenting in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). *Clinical Psychology Review*. 32(4), 215–228.
- Lee, P., Niew, W., Yang, H., Chen, V. C., & Lin, K. (2012). A meta-analysis of behavioral parent training for children with attention deficit hyperactivity disorder. *Research in Developmental Disabilities*. 33(6), 2040-2049.
- Li, H. L. (2014). *Painting therapy for a child with emotional and behavioral disorders. A single case study*. Thesis for master of art in art therapy and counseling, abstract page.
- Levick, M. F. (2014). *They couldn't talk and so they drew* (2th ed.). Illinois: Charles. C. Thomas.
- Malchiodi, C. A. (2013). *Creative Art Therapy: Brain-Wise Approaches to Violence*. Psychology Today. Retrieved September 9, 2013, from <https://www.psychologytoday.com/us/blog/art-s-and-health/201309/creative-art-therapy-and-attachment-work>
- Mazefsky, C. A., & White, S. W. (2014). Emotion Regulation Concepts & Practice in Autism Spectrum Disorder. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*. 32(1), 15-24.
- Molina, P., Nives Sala, M., Zappulla, C., Bonfigliuoli, C., Cavioni, V., Assunta Zanetti, M., Baiocco, R., Laghi, R., Pallini, S., De Stasio, S., Raccanello, D., & Cicchetti, D. (2014). The emotion regulation checklist – Italian translation. Validation of parent and L.H., et al. (2018). Rates and patterns of comorbidity among first-year college students with ADHD. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*. 47(2), 236-47. [DOI:10.1080/15374416.2015.1105137]
- Ayaz, H. (2018). Using art as therapy with a child with attention deficit/hyperactivity disorder - comorbid intellectual disability: A case study. *Journal of Basic & Applied Sciences*. 14(23), 156-160.
- Barkley, R. A., Fischer, M. (2010). The unique contribution of emotional impulsiveness to impairment in major life activities in hyperactive children as adults. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 49(5), 503–513.
- Bussing, R., Zima, B., Mason, D., Meyer, J., White, K., & Garvan, C. W. (2012). ADHD knowledge, perceptions, and information sources: Perspectives from a community sample of adolescents and their parents. *Journal of Adolescent Health*. 51(6), 593 - 600.
- Biederman, J., Spencer, T. J., Petty, C., Hyder, L., O'Connor, K. B., Surman, C. B. H., & Faraone, S. V. (2012). Longitudinal course of deficient emotional self-regulation CBCL profile in youth with ADHD: prospective controlled study. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 8, 267–276.
- Blanco, P. J., Muro, J. H., Holliman, R., Stickley, V. K., & Carter, K. (2015). Effect of child-centered play therapy on performance anxiety and academic achievement. *Journal of Child and Adolescent Counseling*. 1(2), 66-80.
- Chronis-Tuscano, A., Lewis-Morrarty, E., Woods, K. E., O'Brien, K. A., Mazursky-Horowitz, H., & Thomas, S. R. (2016). Parent-Child Interaction Therapy with Emotion Coaching for Preschoolers with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Cognitive and Behavioral Practice*. 23(1), 62-78.
- Christian, D. D., Perryman, K. L., & Portrie-Bethke, T. L. (2017). Improving the parent-adolescent relationship with adventure-based counseling: An Adlerian perspective. *Journal of Child and Adolescent Counseling*. 3(1), 44-58.
- Gast, D. L. (2010). *Single subject research methodology in behavioral sciences*. New York and London: Routledge.
- El-Nemr, H., Fathia, M., & Saeid Badr, M. S. S. (2015). Prevalence of attention deficit hyperactivity disorder in children. *Science Journal of Public Health*. 3(2), 274-280.

- Parenting stress as a mediator of parents' negative mood state and behavior problems in children with newly diagnosed cancer. *Psycho-Oncology*. 23(7), 758-765.
- VanFleet, R., Sywulak, A. E., Sniscak, C. C. (2011). *Child-centered play therapy*. New York: Guilford Press.
- Vandermaas-Peeler, M., Westerberg, L., & Fleishman, H. (2019). Bridging known and new: Inquiry and intersubjectivity in parent-child interactions. *Learning Culture and Social Interaction*. 21, 124-135.
- Willcut, E. (2012). The Prevalence of DSM-IV Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A Meta- Analytic Review. *Neurotherapeutics*. 9(3), 490-499.
- teacher versions. *European Journal of Developmental Psychology*. 11(5), 624-634.
- Newcomer, K. L., Krug, H. E., & Mahowald, M. L. (2016). Validity and reliability of the timed-stands test for patients with rheumatoid arthritis and other chronic diseases. *The Journal of rheumatology*. 20(1), 21-27.
- Parrott, A. C., Gibbs, A., Scholey, A. B., King, R., Owens, K., Swann, P., Ogden, E., & Stough, C. (2011). MDMA and methamphetamine: some paradoxical negative and positive mood changes in an acute dose laboratory study. *Journal of Psychopharmacology*. 215, 527-536.
- Robinson, M., & Neece, C. L. (2015). Marital satisfaction, parental stress, and child behavior problems among parents of young children with developmental delays. *Journal of Mental Health Research in Intellectual Disabilities*. 8(1), 23-46.
- Rastle, M. A. (2014). *Individual art therapy counseling with at-risk children in school setting*. Thesis for master of art in art therapy and counseling, Ursuline college, USA.
- Spencer, T., Faraone, S. V., Surman, C., Petty, C., Clarke, A., Batchelder, H., Wozniak, J., & et al. (2011). Towards defining deficient emotional self-regulation in youth with attention deficit hyperactivity disorder using the child behavior check list: A controlled study. *Postgrad Med J*. 123(5), 50-59.
- Shan, W., Zhang, Y., Zhao, J., Zhang, Y., Cheung, E. F. C., Chan, R. C. K., & Jiang, F. (2019). Association between Maltreatment, Positive Parent-Child Interaction, and Psychosocial Well-Being in Young Children. *The Journal of Pediatrics*. 213, 180-186.
- Shields, A., & Cicchetti, D. (1998). Reactive aggression among maltreated children: The role of attention and emotion dysregulation. *Journal of Clinical Child Psychology*. 27(4), 381-395.
- Troy, A. S. (2012). *Cognitive reappraisal ability as a protective factor: resilience to stress across time and context*. Ph.D. Dissertation. Faculty of Social Sciences, University of Denver, USA.
- Van der Geest, I. M., Van den Heuvel-Eibrink, M. M., Passchier, J., Van den Hoed-Heerschop, C., Pieters, R., & Darlington, A.E. (2014).

Effectiveness of the painting therapy, clay therapy and combined methods of family-centered, child-centered on emotion regulation for children with attention deficit/ hyperactivity disorder

Saloumeh Sakha *
Mohammad Mozafari **
Siamak Samani ***
Sajad Aminimanesh ****

Abstract

The purpose of this study was the effectiveness of the painting therapy, clay therapy and combined methods on emotion regulation for children with Attention Deficit/ Hyperactivity Disorder (ADHD). Research method in this study was single-subject of AB experimental designs. The study population consisted of all children aged 8 to 11 years that attended special centers hyperactivity in Tehran in the academic year 2020-2021, from whom 14 children were selected. From among them, 6 children with ADHD (three boys and three girls) were selected based on entry and exit criteria by purposive sampling and randomly assigned to three groups of two. Interventions included the painting therapy, clay therapy and combined methods for each child, according to the child-centered play therapy program with Landers and Bratton Approach (2006) were conducted in 2 sessions (one hour) per week and for 2 months during 8 weeks (16 sessions). The research instrument was a Emotion Regulation Questionnaire (ERQ) and Emotion Regulation Checklist (ERC). Data visual analysis were performed at both within subject and intersubject levels based on three indicators of level, trend and variability. The results showed that the painting therapy, clay therapy and combined method interventions were effective on emotion regulation for children with attention deficit/ hyperactivity disorder and the effect of this program in the follow-up phase has been Stable. Based on the findings, it can be concluded that interventions (painting therapy, clay therapy and combined methods) can increase the emotion regulation of children with ADHD. Therefore, these interventions can be considered as the useful and applicational treatments for these children.

Keywords: emotion regulation, family centered-child centered, combined method, clay therapy, painting therapy.

* Ph.D. Student of Psychology in Psychology and Exceptional Children Education, Shiraz Branch, Islamic Azad University, Shiraz, Iran.

** **Corresponding Author:** Assistant Professor in Psychology, Shiraz Branch, Islamic Azad University, Shiraz, Iran.
Email: Mozafari937@yahoo.com

*** Associate Professor in Psychology, Shiraz Branch, Islamic Azad University, Shiraz, Iran.

**** Assistant Professor in Psychology, Shiraz Branch, Islamic Azad University, Shiraz, Iran.

Submission: 29 May 2021 Revisen: 10 June 2021 Acceptance: 28 July 2021