

# Determining the Effectiveness of Cognitive-Behavioral Play Therapy on Executive Functions, Behavior Control, and Emotion Regulation in Students with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder

Badaghi M<sup>1</sup>, \*Pirani Z<sup>2</sup>, Taghvaei D<sup>3</sup>

## Author Address

1. Department of Psychology, Arak Branch, Islamic Azad University, Arak, Iran;  
2. Assistant Professor, Department of Psychology, Arak Branch, Islamic Azad University, Arak, Iran;  
3. Associate Professor, Department of Psychology, Arak Branch, Islamic Azad University, Arak, Iran.  
\*Corresponding author Email: [z-pirani@iau-arak.ac.ir](mailto:z-pirani@iau-arak.ac.ir)

Received: 2020 November 15; Accepted: 2021 May 17

## Abstract

**Background & Objectives:** The most common childhood disorders are attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD). This disorder is characterized by various traumas for the individual during childhood, adolescence, and adulthood, such as emotional problems such as anxiety and depression, interpersonal issues, addiction, and educational and occupational difficulties. The main feature of this disorder is a steady decrease in attention and an increase in impulsivity. This disorder needs attention due to its importance. This disorder is associated with a lack of perseverance, distraction, difficulty concentrating, irregularity, and impulsive actions and decisions. Today, this disorder causes significant problems for many students for various reasons, affecting their family, emotional, social, and cognitive function, and then, as adults, their occupational and marital performance. Because many children receive medication and report significant side effects, the spread of non-pharmacological methods is essential, and parents, as well as children, often prefer alternative therapies. This study aimed to determine the effectiveness of cognitive-behavioral play therapy on executive functions, behavior control, and emotion management in students with ADHD.

**Methods:** This quasi-experimental study employed a pretest-posttest and follow-up design with a control. The study's statistical population included all elementary school students with ADHD referred to counseling centers in the 2020-2019 academic year. Twenty-four qualified volunteers were selected by purposive sampling and randomly assigned to the experimental and control groups (each group consisted of 12 people). For data collection, we used the Groups Emotion Management Skills Questionnaire (Seiman et al., 2001), which shows the psychometric properties of Cronbach alpha between 0.62 and 0.77. The reliability of the retest for six scales is also between 0.61 and 0.8. Also, we used the Executive functions (Barclay, 2001), whose total validity of this scale with the Cronbach alpha is 0.99 and subscales 0.74 to 0.83 by Barclay and self-control (Humphrey, 1982) that the reliability of this test, using the retest correlation method was calculated at intervals of 2 to 3 weeks. The total correlation score was calculated in the range of 0.53 to 0.71. Cognitive-behavioral play therapy was performed in ten 90-minute sessions based on the Nell (2019) training package. Analysis of variance with repeated measures and Bonferroni post hoc test was used in SPSS software version 22. The significance level of the tests was considered 0.05.

**Results:** The results of repeated measures analysis of variance showed that cognitive-behavioral play therapy intervention improved executive functions ( $p < 0.001$ ), behavior control ( $p < 0.001$ ), and emotion management ( $p < 0.001$ ) of students with ADHD. Also, there was a significant difference between the experimental and control groups in the variables of executive function defects ( $p = 0.002$ ), behavior control, and emotion management in three stages: pretest, posttest, and follow-up ( $p < 0.001$ ). It was also shown that the effectiveness of cognitive-behavioral play therapy in the follow-up phase was stable for executive function defects and behavior control variables.

**Conclusion:** Based on the findings of this study, cognitive-behavioral play therapy effectively improves executive functions, behavior control, and emotion management of students with attention deficit hyperactivity disorder.

**Keywords:** Attention-deficit/hyperactivity disorder, Behavior control, Cognitive behavioral therapy, Executive function, Play therapy.

## تعیین اثربخشی بازی درمانی شناختی رفتاری بر کارکردهای اجرایی، کنترل رفتار و مدیریت هیجان در دانش آموزان مبتلا به اختلال نقص توجه و بیش فعالی

مظاهر بداقی<sup>۱</sup>، \*ذبیح پیرانی<sup>۲</sup>، داود تقوایی<sup>۳</sup>

توضیحات نویسندگان

۱. گروه روان‌شناسی، واحد اراک، دانشگاه آزاد اسلامی، اراک، ایران؛  
 ۲. استادیار، گروه روان‌شناسی، واحد اراک، دانشگاه آزاد اسلامی، اراک، ایران؛  
 ۳. دانشیار، گروه روان‌شناسی، واحد اراک، دانشگاه آزاد اسلامی، اراک، ایران.  
 \*ارایانه نویسنده مسئول: [z-pirani@iau-arak.ac.ir](mailto:z-pirani@iau-arak.ac.ir)

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹ آبان ۲۵؛ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰ اردیبهشت ۲۷

### چکیده

**زمینه و هدف:** اختلال نقص توجه و بیش فعالی از اختلال‌های شایع‌تر رفتاری در دوران کودکی است. پژوهش حاضر با هدف اثربخشی بازی درمانی شناختی رفتاری بر کارکردهای اجرایی و کنترل رفتار و مدیریت هیجان در دانش‌آموزان مبتلا به اختلال نقص توجه و بیش فعالی انجام شد.

**روش بررسی:** پژوهش حاضر از نوع نیمه‌آزمایشی با پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری همراه با گروه گواه بود. از بین جامعه آماری تمامی دانش‌آموزان دوره ابتدایی مبتلا به اختلال نقص توجه و بیش فعالی در سال تحصیلی ۹۹-۱۳۹۸ مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره شهر اراک، ۲۴ آزمودنی به روش نمونه‌گیری هدفمند و لحاظ کردن ملاک‌های ورود و خروج پژوهش انتخاب شدند. سپس با شیوه گمارش تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه قرار گرفتند. هر دو گروه پژوهش در آغاز مداخله (بازی درمانی شناختی رفتاری)، اتمام مداخله و دو ماه پس از خاتمه درمان ارزیابی شدند. بررسی اطلاعات به دست آمده با استفاده از آمار توصیفی و آمار استنباطی (تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر) صورت گرفت.

**یافته‌ها:** نتایج نشان داد، بازی درمانی شناختی رفتاری در متغیرهای مدیریت هیجان ( $p < 0/001$ ) و کنترل رفتار ( $p < 0/001$ ) و کارکردهای اجرایی ( $p < 0/001$ ) با اثربخشی معناداری همراه است.

**نتیجه‌گیری:** بازی درمانی شناختی رفتاری می‌تواند به عنوان مداخله‌ای اثربخش برای بهبود کارکردهای اجرایی و کنترل رفتار و مدیریت هیجان کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه و بیش فعالی محسوب شود.

**کلیدواژه‌ها:** اختلال نقص توجه و بیش فعالی، بازی درمانی شناختی رفتاری، کارکردهای اجرایی، مدیریت هیجان.

است. بدتنظیمی هیجانی وقتی اتفاق می‌افتد که فرد در بهبود وضعیت هیجانی برای رسیدن به رفتار سازگارانه که در تحقق اهداف ضروری است، با مشکلاتی روبه‌رو شود. در اختلال نقص توجه و بیش‌فعالی تنظیم هیجان می‌تواند با مشکلاتی مواجه شود که علاوه بر پیامدهای هیجانی مانند اضطراب و افسردگی، در تشدید علائم نیز مؤثر است (۹).

بارکلی براساس نظریه ناکارآمدی بازداری مطرح می‌کند، کودکان دارای اختلال نقص توجه و بیش‌فعالی قادر نیستند به‌طور مؤثر به محیط پاسخ تأخیری بدهند و هیجان‌های متفاوتی را در محیطی اجتماعی نشان می‌دهند که متناسب با آن محیط نیست؛ زیرا نمی‌توانند به نشانه‌های ضروری اجتماعی و رفتارهایشان که غیرمتناسب است، توجه کنند؛ بنابراین تنظیم هیجانی موفق بستگی به بازداری مؤثر دارد (۱۰).

نظریه بارکلی پیش‌بینی می‌کند، افراد با اختلال نقص توجه و بیش‌فعالی در تنظیم پاسخ‌های هیجانی دارای نارسایی هستند که در واقع منبع اختلال در تعاملات بین‌فردی آنان است؛ چراکه توانایی ادراک و تفسیر مناسب احساسات و هیجان‌ات خود و دیگران به‌منظور سازگاری با روابط بین‌فردی بسیار حیاتی است (۵).

باتوجه به مطالب مطرح‌شده می‌توان بیان کرد، مداخله در دوره کودکی برای کاهش و مدیریت علائم کودکان دارای اختلال نقص توجه و بیش‌فعالی و نیز پیشگیری از تشدید و تداوم مشکلات در نوجوانی، امری ضروری محسوب می‌شود (۱). باوجود کنترل علائم این بیماری توسط درمان‌های دارویی، نیاز به درمان‌های روان‌شناختی برای مقابله با مشکلات بین‌فردی، تحصیلی و شغلی اختلال مذکور اهمیت زیادی دارد. درمان‌های مختلف روان‌شناختی برای این اختلال مطرح و بررسی شده است. از این مداخلات، می‌توان رویکرد شناختی‌رفتاری را نام برد. رویکرد شناختی‌رفتاری در اختلالات متنوعی با استفاده از اجزای شناختی و رفتاری خود درجهت مدیریت مشکلات این اختلالات به‌کار رفته است (۱۱)، این رویکرد با استفاده از هیجان، شناخت و رفتار در پی رسیدن به اهداف درمانی است. بُعد شناختی با مؤلفه‌هایی مانند شناخت افکار منفی، خطاهای شناختی، ارزیابی مجدد مشکل و اصلاح افکار و نیز بُعد رفتاری با مؤلفه‌هایی مانند تقویت، مواجهه، آرام‌سازی و فعال‌سازی رفتاری، در کاهش مشکلات و بهبود الگوی مقابله‌ای افراد مؤثر است (۱۲). می‌توان این رویکرد را در قالب بازی‌درمانی<sup>۱۱</sup> در کودکان به‌کار برد که باتوجه به فرایند جذاب و آسان بازی برای کودکان، در افزایش بازده درمانی تأثیر دارد. بازی‌درمانی استفاده نظام‌دار از الگویی نظری به‌منظور برقراری فرایندی میان‌فردی است که در آن با استفاده از قدرت درمانی بازی به پیشگیری یا رفع مشکلات مراجع و دستیابی به رشد و پرورش مطلوب وی کمک می‌شود. امروزه بازی‌درمانی مبتنی بر توجه، نظر پژوهشگران زیادی را به خود جلب کرده است. این‌گونه بازی‌ها دارای ارزش آموزشی و نیز سرگرمی هستند (۱۱). بازی‌درمانی شناختی‌رفتاری<sup>۱۲</sup> تأکید زیادی بر درگیری کودک در درمان دارد و درمانگر با ارائه اقدامات لازم از نظر رشدی به کودک

از اختلالات بسیار شایع کودکی، اختلال نقص توجه و بیش‌فعالی<sup>۱</sup> است. این اختلال با آسیب‌های مختلفی در دوران کودکی، نوجوانی و بزرگسالی برای فرد همراه است؛ ازجمله مشکلات هیجانی مانند اضطراب و افسردگی، مشکلات بین‌فردی، اعتیاد، مشکلات تحصیلی و شغلی (۱). ویژگی اصلی این اختلال، کاهش پایدار توجه و افزایش تکانشگری<sup>۲</sup> است. نشانه‌های این اختلال در بزرگسالی نیز ادامه پیدا می‌کند. به‌دلیل مشکلاتی که این اختلال برای افراد دارد، توجه زیادی را می‌طلبد. این اختلال با مشخصاتی مانند نداشتن مداومت، حواس‌پرتی، مشکلات تمرکز، نامنظم‌بودن و اعمال و تصمیمات تکانشی همراه است (۲). این اختلال حدوداً در ۱۱ درصد کودکان و ۵ درصد بزرگسالان وجود دارد (۳).

علائم این اختلال با افزایش سن، تاحدی کاهش می‌یابد؛ اما مطالعات طولی نشان می‌دهد، ۵۰ تا ۷۰ درصد کودکان دارای اختلال نقص توجه و بیش‌فعالی، تا نوجوانی نیز علائم خود را به‌همراه دارند و با مشکلات متعددی در حوزه تحصیل، خانواده و اجتماع مواجه می‌شوند (۴،۲). پژوهشگران در رابطه با سبب‌شناسی این اختلال، عوامل گوناگونی را مطرح کرده‌اند. یکی از عواملی که در آسیب‌شناسی اختلال نقص توجه و بیش‌فعالی مدنظر قرار گرفته، کارکردهای اجرایی<sup>۳</sup> است (۵،۲). اصطلاح کارکردهای اجرایی مانند چتری است که برای فرایندهای شناختی گوناگونی مانند برنامه‌ریزی، حافظه فعال، توجه، بازداری، خودپایی و خودنظم‌جویی به‌کار می‌رود (۶). کارکردهای اجرایی، اصطلاح نسبتاً مبهمی بوده و به مجموعه متنوعی از توانایی‌های شناختی وابسته به هم اطلاق می‌شود که به‌طور استعاری تحت نام اجرایی گرد آمده است؛ همچنین فعالیت‌های برنامه‌ریزی، بازداری پاسخ، ایجاد و استفاده از راهبردها، توالی‌کردن اعمال به‌طور انعطاف‌پذیر، حفظ‌کردن مجموعه رفتاری و مقاومت در برابر محرک‌های مزاحم را در بر می‌گیرد (۴).

تحقیقات زیادی در ارتباط با نقش کارکردهای اجرایی در کودکان و بزرگسالان مبتلا به اختلال نقص توجه و بیش‌فعالی انجام و مشخص شده است، حوزه‌های گوناگونی از کارکردهای اجرایی ازجمله حافظه فضایی فعال<sup>۴</sup>، حافظه فعال آوایی منطقی<sup>۵</sup>، حافظه فعال دیداری فضایی<sup>۶</sup>، برنامه‌ریزی<sup>۷</sup>، بازداری<sup>۸</sup> و کنترل شناختی<sup>۹</sup> (۶) در آن نقش دارد؛ همان‌طور که بارکلی مطرح می‌کند، کودکان و بزرگسالان اغلب کاستی‌هایی را در توانایی‌های حرکتی و شناختی و هیجانی نشان می‌دهند که بسیاری از این کاستی‌ها را می‌توان تحت عنوان کارکردهای اجرایی نام‌گذاری کرد. کارکردهای اجرایی به سطوح عالی مهارتی اشاره می‌کند که برای عملکرد فرد در زندگی روزمره در یادگیری و سازگاری وی نقش اساسی دارد (۵). مختل‌شدن کارکردهای اجرایی می‌تواند با تمرکز ضعیف، مشکلات انعطاف‌پذیری، تصمیم‌گیری و پایداری اختلال نقص توجه و بیش‌فعالی همراه باشد (۷،۸).

از دیگر حوزه‌هایی که در این اختلال مختل می‌شود، تنظیم هیجان<sup>۱۰</sup>

7. Planning  
8. Inhibition  
9. Cognitive Control  
10. Emotion Regulation  
11. Play Therapy  
12. Cognitive-Behavioral Play Therapy

1. Attention Deficit-Hyperactivity Disorder  
2. Impulsivity  
3. Executive Functions  
4. Spatial Working Memory  
5. Logical Phonetic Active Memory  
6. Visual-Spatial Working Memory

کمک می‌کند تا از درمان بهره‌مند شود. مجموعه‌ای گسترده از فنون و روش‌ها را می‌توان در بازی‌درمانی با رویکرد شناختی‌رفتاری گنجانید. بازی‌درمانی شناختی‌رفتاری، راهبردهایی را برای رشد انطباقی‌تر افکار و رفتارها فراهم می‌آورد؛ راهبردهای جدیدی برای مقابله با موقعیت‌ها و احساس‌ها آموزش می‌دهد و کودک قادر می‌شود شیوه‌های ناسازگارانهٔ مقابله را با راه‌های سازگارانه‌تر جایگزین کند (۱۱). اختلال نقص توجه و بیش‌فعالی از اختلال‌های بسیار متداول دوران کودکی به‌شمار می‌رود که میزان مراجعهٔ افراد به مراکز درمانی به‌علت آن بیش از سایر اختلال‌ها است. امروزه این اختلال به‌دلیل‌های گوناگون برای بسیاری از دانش‌آموزان مشکل‌های درخور توجهی ایجاد می‌کند و بر عملکرد شناختی، اجتماعی، هیجانی و خانوادگی آنان و سپس در بزرگسالی بر عملکرد شغلی و زناشویی آن‌ها تأثیر می‌گذارد. همچنین می‌توان بیان کرد، به‌دلیل محدودیت‌های درمان‌های دارویی و موقتی بودن تأثیر این درمان‌ها، بررسی شواهد اثربخشی درمان‌های روان‌شناختی اهمیت دوچندان می‌یابد. از دلایل دیگری که مطرح می‌شود، اهمیت و ضرورت بررسی کارکردهای اجرایی به‌عنوان مؤلفهٔ مرکزی کنترل‌کنندهٔ رفتارها و تصمیم‌ها است. همچنین افراد مبتلا به اختلال نقص توجه و بیش‌فعالی به‌دلیل تنش‌ها و مشکلات بین‌فردی که با همسالان و والد دارند، در حوزهٔ تنظیم هیجان نیز مشکلاتی پیدا می‌کنند؛ لذا بررسی درمان‌های مؤثر در این اختلال به‌خصوص در دوران کودکی، می‌تواند نقش مهمی در پیشگیری و درمان اختلال مذکور داشته باشد. باتوجه به مطالب بیان‌شده، پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی بازی‌درمانی شناختی‌رفتاری بر کارکردهای اجرایی و کنترل رفتار و مدیریت هیجان در دانش‌آموزان مبتلا به اختلال نقص توجه و بیش‌فعالی انجام شد.

## ۲ روش بررسی

پژوهش حاضر از نوع نیمه‌آزمایشی با پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری همراه با گروه گواه بود. از بین جامعهٔ آماری دانش‌آموزان دورهٔ دوم ابتدایی اراک در سال تحصیلی ۹۹-۱۳۹۸، ۲۴ کودک مبتلا به اختلال نقص توجه و بیش‌فعالی براساس نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند. برآورد حجم نمونه باتوجه به توان آماری، سطح آلفای ۰/۰۵، اندازهٔ اثر ۰/۸ و نیز مطالعات پیشین (۱۳) صورت گرفت. آزمودنی‌ها با مصاحبهٔ بالینی بر مبنای ملاک‌های DSM5<sup>1</sup> برای تشخیص نوع مرکب اختلال نقص توجه و بیش‌فعالی انتخاب شدند. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل دامنهٔ هوشی حداقل ۸۰ (با اجرای تست وکسلر)، مصرف نکردن داروهای روان‌پزشکی و رضایت آگاهانه از ورود به پژوهش بود. ملاک‌های خروج از پژوهش نیز غیبت بیش از یک جلسه از برنامهٔ درمانی در نظر گرفته شد. آزمودنی‌ها پس از انتخاب، به‌شیوهٔ گمارش تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه قرار گرفتند. گروه آزمایش، بازی‌درمانی شناختی‌رفتاری را در ده جلسه به‌مدت دو ماه دریافت کرد. هر دو گروه، قبل از شروع مداخله، خاتمهٔ مداخله و به‌طور مجدد دو ماه بعد از اتمام مداخله ارزیابی شدند. برای رعایت ملاحظات اخلاقی، روند درمان به والدین توضیح داده شد و اخذ رضایت کتبی از آنان

صورت گرفت؛ همچنین اطمینان داده شد که تمام اطلاعات مربوط به آنان محرمانه باقی خواهد ماند. اطلاعات به‌دست‌آمده با استفاده از آمار توصیفی و آمار استنباطی (تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر) در نرم‌افزار آماری SPSS نسخهٔ ۲۲ و سطح معناداری ۰/۰۵ ارزیابی شدند. ابزارهای زیر در پژوهش به‌کار رفت.

– پرسش‌نامهٔ مهارت مدیریت هیجان کودک<sup>۲</sup> (زیمن و همکاران، ۲۰۰۱): این پرسش‌نامه در سال ۲۰۰۱ توسط زیمن و همکاران ساخته شد. نمره‌گذاری پرسش‌نامه براساس طیف لیکرت سه‌درجه‌ای (۱=به‌ندرت، ۲=گاهی اوقات، ۳=اغلب اوقات) در قالب ۳۸ سؤال است. این پرسش‌نامه روش مدیریت احساسات کودکان را ارزیابی می‌کند. بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی، آلفای کرونباخ را بین ۰/۶۲ تا ۰/۷۷ نشان می‌دهد. پایایی بازآزمایی برای شش مقیاس بین ۰/۶۱ تا ۰/۸۱ است؛ اگرچه این مقیاس برای کودکان ۹ تا ۱۲ ساله هنجاریابی شد، برای کودکان حدود شش سال نیز استفاده می‌شود (۱۴). در پژوهش گودینی و همکاران در سال ۱۳۹۶ آلفای کرونباخ این پرسش‌نامه در دامنهٔ ۰/۷۴ تا ۰/۸۱ و ضریب بازآزمایی یک‌ماهه نیز در دامنهٔ ۰/۴۵ تا ۰/۵۱ گزارش شده است (۱۵).

– مقیاس کارکردهای اجرایی کودکان و نوجوانان بارکلی<sup>۳</sup> (بارکلی، ۲۰۰۱): مقیاس نقایص کارکردهای اجرایی کودکان و نوجوانان توسط بارکلی در سال ۲۰۰۱ و با هدف بازنمایی کارکردهای اجرایی در جمعیت‌های غیربالینی و بالینی به‌ویژه کودکان و نوجوانان طراحی شد. مقیاس مذکور هفتاد گویه دارد که نمره‌گذاری پرسش‌نامه براساس طیف لیکرت چهاردرجه‌ای (۱=هرگز، ۲=گاهی، ۳=اغلب، ۴=اکثر اوقات) است. این پرسش‌نامه شامل پنج خرده‌مقیاس خودمدیریتی زمان، خودسازمان‌دهی، خودکنترلی، خودانگیزی و خودنظم‌جویی هیجان است. اعتبار کل مقیاس با آلفای کرونباخ ۰/۹۹ و زیرمقیاس‌ها ۰/۷۴ تا ۰/۸۳ توسط بارکلی محاسبه شد (۱۶). در بررسی داخل کشور نیز زارع‌نژاد، سلطانی و اباذری برای کل مقیاس کارکردهای اجرایی و خرده‌مقیاس‌های آن ضرایب آلفا را به‌ترتیب برابر ۰/۸۵، ۰/۸۲، ۰/۷۸، ۰/۷۶ و ۰/۷۲ گزارش کردند که بیانگر پایایی مقیاس کارکردهای اجرایی بود. نتایج روایی آزمون در تمام خرده‌مقیاس‌ها ۰/۷۹ به‌دست آمد (۱۷).

– پرسش‌نامهٔ خودکنترلی ادراک‌شدهٔ کودکان<sup>۴</sup> (هامفری، ۱۹۸۲): این پرسش‌نامه توسط هامفری در سال ۱۹۸۲ در قالب یازده سؤال برای ارزیابی خودکنترلی کودکان طراحی شد. نمره‌گذاری به‌صورت ۱ برای پاسخ (معمولاً بله) یا صفر برای پاسخ (معمولاً نه) صورت می‌گیرد. نمرهٔ بیشتر نشان‌دهندهٔ عملکرد بهتر است. پایایی این آزمون، با استفاده از روش همبستگی بازآزمایی به فاصلهٔ ۲ تا ۳ هفته محاسبه شد و نمرهٔ همبستگی کل در دامنهٔ ۰/۵۳ تا ۰/۷۱ به‌دست آمد. همچنین روایی بازآزمایی یک‌ماههٔ این پرسش‌نامه در دامنهٔ ۰/۳۴ تا ۰/۴۶ گزارش شد (۱۸). بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی پرسش‌نامه در داخل کشور توسط بارکلی از آلفای کرونباخ ۰/۸۳ بود (۱۹).

پروتکل بازی‌درمانی شناختی‌رفتاری: برنامهٔ آموزشی استفاده‌شده در این

3. Barkley Executive Functioning Scale Children and Adolescent  
4. Children's Self-Control Questionnaire

1. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition  
2. Child Emotion Management Skills Questionnaire

پژوهش باتوجه به مرور مبانی نظری و نیز بررسی پیشینه پژوهشی انتخاب شد. در انتها روایی محتوای جلسات توسط اساتید فعال و درمانگر حوزه‌های بازی‌درمانی، درمان شناختی‌رفتاری و اختلال نقص توجه و بیش‌فعالی بازبینی و نظارت شد. محتوای اصلی برنامه از بسته آموزشی نل (۲۰) در قالب ده جلسه به‌صورت هفتگی، ارائه می‌شود. جلسه اول: آشنایی پژوهشگر و کودکان با یکدیگر، بیان هدف و قواعد گروه، آموزش حل مسئله با استفاده از تمثیل و داستان، بازی صندلی. جلسه دوم: آموزش روان‌شناختی شامل شناخت افکار و احساسات و بیان آن‌ها، استفاده از نقاشی، بازی‌های گروهی مانند بازی چرخ احساس، کارت‌های موقعیت‌های احساسی و بازی بادکنک‌های خشم. جلسه سوم: آموزش روان‌شناختی شامل شناخت ابعاد هیجانات با استفاده از داستان و شناسایی انواع شناخت و هیجانات شخصیت‌های داستان، استفاده از بازی گرگ و گله و نقاشی چهره‌های هیجانات مختلف. جلسه چهارم: بازسازی شناختی شامل شناسایی تحریف شناختی و به چالش کشیدن آن‌ها، شناسایی محرک‌های هیجان با استفاده از ایفای نقش، استفاده از نقاشی‌های تمرینی، حباب فکر یا ایفای نقش مانند عروسک‌هایی با سبک‌های رفتاری مختلف، چالش کشیدن تحریفات شناختی با اجرای بازی مقیاس احساس خشم و بازی فکرکردن با صدای بلند. جلسه پنجم: آرام‌سازی، انواع بازی‌ها مانند بازی حباب، سفر تنفس،

بازی‌های خیالی، بازی یخ و شناسایی فعالیت‌های آرام‌کننده با اجرای بازی قالیچه سحرآمیز. جلسه ششم: شیوه توقف فکر، شناسایی افکار آزاردهنده با استفاده از ایفای نقش، بازی افکار آزاردهنده متوقف شوید، بازی کنترل از راه دور افکار و اجرای بازی زنگ ساعت. جلسه هفتم: آموزش مقابله و حل مسئله با داستان و بازی. جلسه هشتم: آموزش خودگویی مثبت و اصلاح فکر با استفاده از ایفای نقش و بازی. جلسه نهم: آموزش مهارت‌های اجتماعی، شناخت و بیان احساسات، ارتباط با دیگران، استفاده از نمایش رفتارهای پسندیده اجتماعی برای کودکان. جلسه دهم: بحث گروهی کلی درباره مطالب آموزشی و شیوه‌های فراگرفته‌شده و مرور بازی‌ها، بیان نظرات اعضای گروه و اجرای پس‌آزمون.

### ۳ یافته‌ها

میانگین سنی گروه آزمایش ۱۲/۰۹ با انحراف معیار ۱/۱۲ سال و میانگین سنی گروه گواه ۱۱/۴۳ با انحراف معیار ۱/۵۴ سال بود. در جدول ۱ نتایج توصیفی متغیرهای پژوهش در سه مرحله ارزیابی ارائه شده است.

جدول ۱. نتایج توصیفی متغیرهای پژوهش در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری به‌تفکیک دو گروه آزمایش و گواه

متغیر	گروه آزمایش		گروه گواه	
	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	پس‌آزمون
	میانگین	(انحراف معیار)	میانگین	(انحراف معیار)
کنترل رفتار	۳/۹۱ (۱/۴۳)	۶/۳۶ (۱/۸۳)	۳/۸۳ (۱/۷۸)	۴/۵۶ (۱/۴۳)
مدیریت هیجان	۵۴/۵۴ (۳/۵۴)	۷۳/۲۵ (۴/۱۱)	۵۱/۵۴ (۶/۹۳)	۵۳/۴۵ (۴/۳۲)
نقایص کارکردهای اجرایی	۱۸۳/۳۳ (۱۳/۴۳)	۱۵۶/۴۳ (۱۲/۳۴)	۱۶۹/۲۵ (۸/۶۷)	۱۶۸/۵۴ (۷/۶۰)

براساس نتایج جدول ۱، در گروه آزمایش نمرات متغیرهای کنترل رفتار و مدیریت هیجان از پیش‌آزمون تا پس‌آزمون افزایش و نمرات نقایص کارکردهای اجرایی از پیش‌آزمون تا پس‌آزمون کاهش یافت. همچنین در مرحله پیگیری نمرات هر سه متغیر دارای تغییر اندکی بود؛ اما در گروه گواه نمرات هر سه متغیر مدیریت هیجان، کنترل رفتار و

کارکردهای اجرایی تفاوتی نداشت. برای تحلیل داده‌ها، تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر به‌کار رفت. به‌منظور بررسی مفروضه‌ها از آزمون شاپیروویلیک برای بررسی توزیع نرمال داده‌ها، آزمون لون برای ارزیابی همگنی واریانس‌ها و آزمون کرویت‌موجلی برای بررسی همگنی کوواریانس استفاده شد.

جدول ۲. نتایج آزمون شاپیروویلیک، آزمون لون و آزمون کرویت متغیرها

متغیر	آزمون شاپیروویلیک		آزمون لون		آزمون کرویت	
	آماره	p	F	p	آماره	p
کنترل رفتار	۰/۹۶۶	۰/۲۴۳	۲/۰۶۲	۰/۱۴۳	۰/۷۹۰	۰/۳۱۱
مدیریت هیجان	۰/۹۷۰	۰/۵۶۷	۲/۲۴۹	۰/۱۲۱	۰/۸۱۵	۰/۳۹۳
نقایص کارکردهای اجرایی	۰/۹۱۸	۰/۳۲۴	۱/۵۷۶	۰/۱۹۰	۰/۶۲۵	۰/۱۷۶

همان‌طور که نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد، باتوجه به مقادیر p آزمون لون و آزمون شاپیروویلیک، مفروضه همگنی واریانس‌ها و نرمال بودن داده‌ها تأیید می‌شود؛ همچنین باتوجه به آزمون کرویت‌موجلی همگنی

کوواریانس‌ها به تأیید می‌رسد. نتایج آزمون ام‌باکس متغیرها معنادار نبود ( $F=۲/۹۲$ ،  $p=۰/۸۶$ ،  $F=۰/۴۵$ ) که مشخص می‌کند شرط ماتریس‌های واریانس کوواریانس برقرار است.

جدول ۳. خلاصه نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر

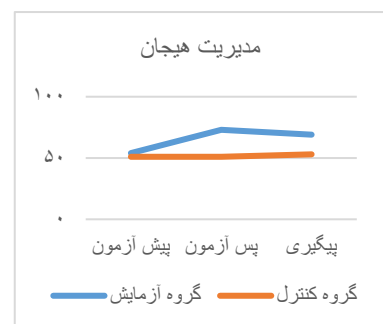
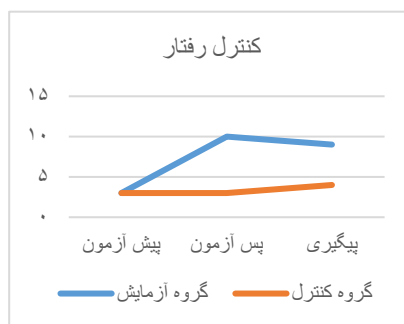
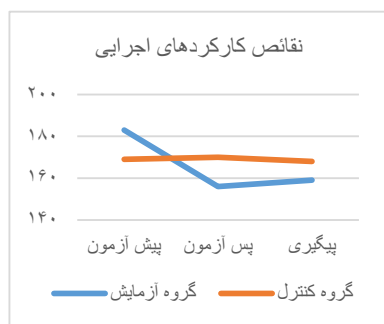
متغیر	F	مقدار p	مجذور اتا	توان آماری
اثر گروه	کنترل رفتار	< ۰/۰۰۱	۰/۴۶۳	۱
	مدیریت هیجان	< ۰/۰۰۱	۰/۳۲۶	۱
	نقایص کارکردهای اجرایی	< ۰/۰۰۱	۰/۵۷۶	۱
اثر زمان	کنترل رفتار	< ۰/۰۰۱	۰/۳۶۸	۰/۹۲۷
	مدیریت هیجان	< ۰/۰۰۱	۰/۴۲۶	۱
	نقایص کارکردهای اجرایی	۰/۶۱۴	۰/۰۹۲	۰/۱۴۰
تعامل زمان و گروه	کنترل رفتار	< ۰/۰۰۱	۰/۳۴۷	۱
	مدیریت هیجان	< ۰/۰۰۱	۰/۵۹۸	۱
	نقایص کارکردهای اجرایی	۰/۰۰۳	۰/۲۹۹	۰/۹۰۴

نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد، بازی‌درمانی شناختی-رفتاری منجر به تفاوت معنادار در میانگین نمره‌های کنترل رفتار، مدیریت هیجان و نقایص کارکردهای اجرایی گروه آزمایش در مقایسه با گروه گواه شده است. بدین‌صورت که با معناداربودن اثر گروه برای کنترل رفتار ( $p < ۰/۰۰۱$ )، کارکرد اجرایی ( $p < ۰/۰۰۱$ ) و مدیریت هیجان ( $p < ۰/۰۰۱$ ) می‌توان نتیجه گرفت، صرف‌نظر از زمان اندازه‌گیری بین میانگین نمرات کنترل رفتار، کارکرد اجرایی و مدیریت هیجان گروه‌های

آزمایش و گواه تفاوت معناداری وجود دارد. با معناداربودن اثر زمان برای کنترل رفتار ( $p < ۰/۰۰۱$ ) و مدیریت هیجان ( $p < ۰/۰۰۱$ ) می‌توان بیان کرد، صرف‌نظر از گروه آزمایشی بین میانگین نمرات کنترل رفتار و مدیریت هیجان در پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری مشاهده می‌شود. برای مقایسه دوه‌دوی میانگین متغیرهای مطالعه‌شده بین زمان‌های اندازه‌گیری از آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شد که نتایج آن در جدول ۴ ارائه شده است.

جدول ۴. نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی کنترل رفتار و مدیریت هیجان و کارکردهای اجرایی در سه مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری

متغیر	آزمون‌ها	تفاوت میانگین‌ها	خطای معیار	مقدار p
کنترل رفتار	پیش‌آزمون-پس‌آزمون	-۱/۱۲۵	۰/۲۶۳	< ۰/۰۰۱
	پیش‌آزمون-پیگیری	-۰/۹۵۸	۰/۲۶۸	< ۰/۰۰۱
	پس‌آزمون-پیگیری	۰/۱۶۷	۰/۲۱۹	۱
مدیریت هیجان	پیش‌آزمون-پس‌آزمون	-۹/۴۱۷	۱/۹۰۶	< ۰/۰۰۱
	پیش‌آزمون-پیگیری	-۸/۲۰۸	۱/۶۹۴	< ۰/۰۰۱
	پس‌آزمون-پیگیری	۱/۲۰۸	۰/۳۷۶	۰/۰۱۲
نقایص کارکردهای اجرایی	پیش‌آزمون-پس‌آزمون	۱۲/۲۵	۳/۰۶۶	< ۰/۰۰۱
	پیش‌آزمون-پیگیری	۱۱/۱۶	۲/۲۸۰	< ۰/۰۰۱
	پس‌آزمون-پیگیری	-۱/۰۸	۰/۴۳۸	۰/۰۶۳



نمودار ۱. روند تغییرات نمرات متغیرهای مدیریت هیجان و کنترل رفتار و نقایص کارکردهای اجرایی در سه مرحله اندازه‌گیری دو گروه آزمایش و گواه

همان‌طور که نتایج آزمون تعقیبی نشان می‌دهد، تفاوت میانگین متغیر مدیریت هیجان مراحل پس‌آزمون و پیگیری، در مقایسه با پیش‌آزمون معنادار است ( $p < ۰/۰۰۱$ ) که اثربخشی بازی‌درمانی شناختی-رفتاری را مشخص می‌کند. همچنین در متغیرهای کنترل رفتار و نقایص کارکردهای اجرایی، بازی‌درمانی شناختی-رفتاری در پس‌آزمون در مقایسه با پیش‌آزمون تأثیر معناداری دارد ( $p < ۰/۰۰۱$ )؛ اما در مراحل پیگیری با پس‌آزمون معنادار نیست ( $p > ۰/۰۵$ ) که بیانگر ماندگاری تأثیر مداخله است. در انتها نیز نمودار نمرات هر دو گروه پژوهش در متغیرهای مدیریت هیجان و کنترل رفتار و نقایص کارکردهای اجرایی در سه مرحله اندازه‌گیری ارائه شده است.

اضطراب خود را پایش کنند و میزان سازگاری روان‌شناختی خویش را افزایش دهند. در روش‌های شناختی‌رفتاری تلاش می‌شود دانش‌آموزان مضطرب را از افکار آشفته آگاه سازند. به آن‌ها به‌وضوح آموزش داده می‌شود تا خودگویی‌های ناسازگارانه را که در موقعیت‌های استرس‌زا مطرح است، برطرف کنند و راه‌های نسبتاً خوش‌بینانه تفسیر را در خود به‌وجود آورند. در جریان درمان، مراجع تشویق می‌شود افکار ناراحت‌کننده خود را زیر سؤال ببرد و خودگویی‌های جایگزین برای مقابله را طراحی کند. این موضوعات می‌تواند در افزایش پایش رفتار مؤثر باشد (۱۵).

کارکردهای اجرایی عصب‌شناختی ساختارهای مهمی به‌شمار می‌روند که با فرایندهای روان‌شناختی مسئول پایش هشیاری، تفکر و عمل هدفمند ارتباط دارند. پژوهشگران معتقد هستند که در بین کارکردهای اجرایی، سازمان‌دهی و برنامه‌ریزی در رأس قرار می‌گیرد؛ بنابراین بهبود در این کارکردهای اجرایی منجر به بهبود عملکردهای دیگر افراد می‌شود. برنامه‌ریزی یا به عبارت دیگر توانایی دستیابی به هدفی عمده از طریق مراحل واسطه‌ای دیگر، از مؤلفه‌های ضروری فرایند شناختی سطح برتر، مثل حل مسئله است (۲۵). برنامه‌ریزی، بخش مهمی از رفتار هدفمند است و تنظیم اعمال برای پیشرفت و مواجهه سازمان‌یافته، راهبردی و اثربخش با تکالیف را دربرمی‌گیرد. بازی‌درمانی شناختی‌رفتاری در واقع می‌تواند با مؤلفه‌های درمانی خود در بهبود برنامه‌ریزی و سازمان‌دهی کودکان نقش مهمی داشته باشد (۱۲).

بازی‌درمانی به‌شیوه شناختی‌رفتاری روشی است که در آن استراتژی‌های رفتاری با استراتژی‌های شناختی ترکیب می‌شود و فرصت ابراز حالت خودانگیخته را فراهم می‌آورد. بازی‌درمانی به یاری کودکان می‌شاید تا بتوانند مسائل خود را به دست خویش حل کنند. در این نوع درمان به کودک فرصت داده می‌شود تا احساسات آزاردهنده و مشکلات درون خود را از طریق بازی بروز دهد و آن‌ها را به نمایش بگذارد. از طریق بازی‌درمانی به‌شیوه شناختی‌رفتاری می‌توان با کودک ارتباط برقرار کرد و در او اعتماد به‌وجود آورد تا آماده پذیرش اقدامات درمانی شود. از محدودیت‌های پژوهش حاضر نمونه‌گیری غیرتصادفی و استفاده از پرسش‌نامه بود که به‌طور ذاتی با سوگیری همراه هستند. همچنین نمونه آماری پژوهش محدود به کودکان دوره دوم ابتدایی بود؛ از این رو در تعمیم به سایر گروه‌های سنی باید جوانب احتیاط رعایت شود. پیشنهاد می‌شود، متخصصان حوزه روان‌شناسی به آموزش دانش‌آموزان و کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه و بیش‌فعالی براساس این رویکرد توجه کنند.

## ۵ نتیجه‌گیری

یافته‌های به‌دست‌آمده از پژوهش نشان داد، آموزش بازی‌درمانی شناختی‌رفتاری به دانش‌آموزان مبتلا به اختلال نقص توجه و بیش‌فعالی، در بهبود کارکردهای اجرایی و پایش رفتار و مدیریت هیجان آنان مؤثر است.

## ۶ تشکر و قدردانی

از تمامی افرادی که در این پژوهش ما را یاری کردند، به‌خصوص

نتایج پژوهش حاضر نشان داد، بازی‌درمانی شناختی‌رفتاری دارای اثربخشی معناداری در بهبود مدیریت هیجان و کنترل رفتار و نقایص کارکردهای اجرایی است. این یافته با مطالعات زیر همسوست: ملک و همکاران با بررسی ۲۸ کودک دبستانی دریافتند، بازی‌درمانی شناختی‌رفتاری با بهبود رفتاری آزمودنی‌ها همراه است (۲۱)؛ نوروزی و همکاران با بررسی بیست کودک ۹ تا ۱۶ سال نشان دادند، بازی‌درمانی شناختی‌رفتاری باعث بهبود مؤلفه‌های کارکردهای اجرایی از جمله انعطاف‌پذیری و توجه می‌شود (۲۲)؛ اکبری و همکاران در اثربخشی بازی‌درمانی شناختی‌رفتاری در کودکان ۹ تا ۱۱ ساله مشخص کردند، این مداخله تأثیر معناداری در تنظیم هیجان کودکان و کاهش اضطراب و افسردگی آنان دارد (۲۳).

روآوردهای متفاوت بازی‌درمانگری در درمان کودکان به‌کار برده شده است؛ اما صرف‌نظر از جهت‌گیری خاص، تقریباً همه آن‌ها باوری مشترک دارند: استفاده از بازی یا محیط بازی، ویژگی اجتناب‌ناپذیر تشخیص و درمان کودکانی است که مشکل دارند. کودک از طریق بازی، کاوش و آزمایش انجام می‌دهد. کودک در جریان بازی، گام‌به‌گام به کشف موقعیت مشکل، جست‌وجوی گزینه‌های مقابله‌ای و انتخاب راه‌حل و از همه مهم‌تر برون‌ریزی و تخلیه هیجانی می‌پردازد و بازی شرایط یادگیری و تعمیم‌پذیری و سرایت به محیط طبیعی را به بهترین نحو فراهم می‌کند (۱۱). بازی این فرصت را در اختیار کودک قرار می‌دهد تا توسط آن، احساس‌های درونی خود را که ناشی از تنش‌ها، ناکامی‌ها، پرخاشگری‌ها، ترس‌ها و سردرگمی‌های وی است، به نمایش بگذارد. با آشکارساختن این‌گونه احساسات، کودک با آن‌ها روبه‌رو می‌شود (۱۲).

اختلال نقص توجه و بیش‌فعالی برای بسیاری از دانش‌آموزان مشکلات در خورتوجهی را در عملکرد تحصیلی، شناختی، اجتماعی، هیجانی و سپس در بزرگسالی در عملکرد شغلی و خانوادگی آن‌ها به‌وجود می‌آورد. این اختلال روند طبیعی و رشد دوران کودکی را با مشکل روبه‌رو می‌کند که در صورت درمان‌نشده، آمادگی کودک را برای پذیرش آسیب‌های روانی و اجتماعی در بزرگسالی افزایش می‌دهد (۲۴).

بهبود مدیریت رفتار و هیجان تا حدود زیادی به تجارب کودک ارتباط دارد. کودک تجارب خود را از طریق گوناگون به‌ویژه بازی‌ها در طی دوران رشد به‌دست می‌آورد؛ بنابراین، اگر بتوان در غنی‌سازی محیط و بسترسازی برای بازی‌های گروهی و حرکتی اقدام کرد، احتمالاً به رشد و بهبود تنظیم هیجان کودکان کمک خواهد شد. بازی این فرصت را برای افراد فراهم می‌آورد تا بتوانند تصویری از دنیای درونی خود ارائه دهند و بیان هیجانات را برایشان تسهیل می‌کند. عملکرد عمده بازی‌درمانی حل‌کردن هرگونه تعارض در فرد است که با عملکرد مؤثر او در محیط تداخل می‌کند. بازی‌درمانی محیط امنی را برای افراد فراهم می‌آورد که در آن کودکان به‌تدریج هیجانات، تنش‌ها، احساس نامنی و ترس‌های سرکوب‌شده خود را ابراز می‌کنند (۱۵).

روش درمان شناختی‌رفتاری، راهبردی مؤثر و پیشگیرانه برای کاهش مشکلات رفتاری است و به دانش‌آموزان این توانایی را می‌دهد که

دست‌اندرکاران مدارس که در شهر اراک برای نمونه‌گیری انتخاب شدند، تشکر و قدردانی می‌شود.

## ۷ بیانیها

تأییدیه اخلاقی و رضایت‌نامه از شرکت‌کنندگان

این پژوهش برگرفته از رساله دکتری در رشته روان‌شناسی عمومی دانشگاه آزاد اسلامی واحد اراک با شناسه اخلاق IR.IAU.ARAK.REC.1399.002 است. همچنین لازم به ذکر است پژوهش حاضر در سایت کارآزمایی بالینی ایران با کد IRCT20200405046962N2 ثبت شده است. ملاحظات اخلاقی در این تحقیق عبارت بود از: پیش از شروع کار از والدین آزمودنی‌ها رضایت‌نامه کتبی گرفته شد؛ قبل از شروع کار شرکت‌کننده‌ها از موضوع و روش کار مطلع شدند؛ اطلاعات خصوصی و شخصی آزمودنی‌ها محافظت شد؛ مشارکت در پژوهش هیچ‌گونه بار مالی برای شرکت‌کننده‌ها نداشت؛ این پژوهش با موازین دینی و فرهنگی آزمودنی و جامعه مغایر نبود؛ پس از پایان پژوهش برای افراد حاضر در گروه کنترل درمان به‌صورت رایگان اجرا شد.

رضایت‌نامه انتشار

این امر غیرقابل اجرا است.

دسترسی به داده‌ها و مواد

داده‌های پشتیبان نتایج گزارش شده در مقاله که در طول مطالعه تحلیل شدند، به‌صورت فایل SPSS در فضای ذخیره‌ای هاردرایو نزد نویسنده مسئول حفظ خواهند شد.

تضاد منافع

نویسندگان اعلام می‌کنند تضاد منافی بین آن‌ها وجود ندارد.

منابع مالی

این پژوهش بدون حمایت مالی از سازمان یا نهاد خاصی انجام شده است.

مشارکت نویسندگان

نویسنده اول، طراحی مطالعه و تحلیل و تفسیر داده‌ها را انجام داد. نویسنده دوم، اجرای بخش آموزشی درمان و تحلیل و تفسیر داده‌ها را بر عهده داشت. نویسنده سوم در اصلاح مقاله و تحلیل و تفسیر داده‌ها همکاری کرد.

## References

1. Figueiredo T, Lima G, Erthal P, Martins R, Corção P, Leonel M, et al. Mind-wandering, depression, anxiety and ADHD: disentangling the relationship. *Psychiatry Res.* 2020;285:112798. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.112798>
2. Bishop C, Mulraney M, Rinehart N, Sciberras E. An examination of the association between anxiety and social functioning in youth with ADHD: a systematic review. *Psychiatry Res.* 2019;273:402–21. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2019.01.039>
3. Boland H, DiSalvo M, Fried R, Woodworth KY, Wilens T, Faraone SV, et al. A literature review and meta-analysis on the effects of ADHD medications on functional outcomes. *Psychiatric Res.* 2020;123:21–30. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychemes.2020.01.006>
4. Antshel KM, Hier BO, Barkley RA. Executive functioning theory and ADHD. In: Goldstein S, Naglieri JA; editors. *Handbook of executive functioning.* New York, NY: Springer; 2014. [https://doi.org/10.1007/978-1-4614-8106-5\\_7](https://doi.org/10.1007/978-1-4614-8106-5_7)
5. Barkley RA. *Barkley Adult ADHD Rating Scale-IV (BAARS-IV).* New York: Guilford Press; 2011.
6. Goldstein S, Naglieri JA, Princiotta D, Otero TM. Introduction: a history of executive functioning as a theoretical and clinical construct. In: Goldstein S, Naglieri JA; editors. *Handbook of executive functioning.* New York: Springer; 2014.
7. Alabdulkareem E, Jamjoom M. Computer-assisted learning for improving ADHD individuals' executive functions through gamified interventions: a review. *Entertainment Computing.* 2020;33:100341. <https://doi.org/10.1016/j.entcom.2020.100341>
8. Schreiber JE, Possin KL, Girard JM, Rey-Casserly C. Executive function in children with attention deficit/hyperactivity disorder: the NIH Examiner Battery. *J Int Neuropsychol Soc.* 2014;20(1):41–51. <https://doi.org/10.1017/S1355617713001100>
9. Steinberg EA, Drabick DA. A developmental psychopathology perspective on ADHD and comorbid conditions: The role of emotion regulation. *Child Psychiatry & Human Development.* 2015 Dec;46:951–66. <https://doi.org/10.1007/s10578-015-0534-2>
10. Barkley RA. Behavioral inhibition, sustained attention, and executive functions: constructing a unifying theory of ADHD. *Psychol Bull.* 1997;121(1):65–94. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.121.1.65>
11. Ghasemzadeh Aziz R, Mirza Hosseini H, Mirbagheri M, Kamalian T. The effectiveness of group play therapy in cognitive – behavioral style on coping styles of children. *Journal of Medical Council of Iran.* 2017;35(1):53–65. [Persian] <http://jmcciri.ir/article-1-2696-en.html>
12. Knell SM. Cognitive-behavioral play therapy. *J Clin Child Psychol.* 1998;27(1):28–33. [https://doi.org/10.1207/s15374424jccp2701\\_3](https://doi.org/10.1207/s15374424jccp2701_3)
13. Delavar A. *Educational and Psychological Research.* Tehran: Virayesh Pub; 2019. [Persian]
14. Zeman J, Shipman K, Suveg C. Anger and Sadness regulation: predictions to internalizing and externalizing symptoms in children. *J Clin Child Adolesc Psychol.* 2002;31(3):393–8. <https://doi.org/10.1207/153744202760082658>



15. Gowdini R, Pourmohamdreza-Tajrishi M, Tahmasebi S, Biglarian A. Effect of emotion management training to mothers on the behavioral problems of offspring: Parents' view. Archives of rehabilitation. 2017 Jun 10;18(1):13-24.[Persian] <http://rehabilitationj.uswr.ac.ir/article-1-1601-en.html>
16. Barkley RA. Executive functions: what they are, how they work, and why they evolved. New York: Guilford Press; 2012. <https://psycnet.apa.org/record/2012-15750-000>
17. Zarenezhad S, Soltani Kouh Banani MH, Abazari K. Psychometric properties of Barkley's children and adolescent functional performance scale. Psychology of Exceptional Individuals. 2018;8(30):19-45. [Persian] [https://jpe.atu.ac.ir/article\\_9209.html?lang=en](https://jpe.atu.ac.ir/article_9209.html?lang=en)
18. Humphrey LL. Children's and teachers' perspectives on children's self-control: the development of two rating scales. J Consult Clin Psychol. 1982;50(5):624-33. <https://doi.org/10.1037//0022-006x.50.5.624>
19. Abol Maali K, Adel Pileh Ruod M. (2021). The Effects of Sand play Therapy on Improvement of Behavioral Problems, Self-control, and Emotional Intelligence of 6-year-old Children. Journal of Early Childhood Health and Education.2021; 2(3): 54-76. [Persian]
20. Nell S. Cognitive behavioral play therapy. Aghebati A, Changizi F, Gole Z, Moradi Kelardeh S. (Persian translator). Tehran: Parandeh Pub; 2019.
21. Malek M, Hasanzadeh R, Targari A. Effectiveness of group play therapy and cognitive behavioral techniques in reducing behavioral problems in children with reading disorder. Journal of Learning Disabilities. 2013 Jun 22;2(4):140-53.[Persian]
22. Noroozi Homayoon M, Hatami Nejad M, Sadri Damichi E. The effectiveness of psychodrama group therapy and cognitive behavioral play therapy on executive functions (working memory, response inhibition, cognitive flexibility and emotional self regulation) in male students with social anxiety disorder. Neuropsychology. 2024 Jan 21;9(35). [Persian] <https://doi.org/10.30473/clpsy.2024.68482.1710>.
23. Akbari M, Dehghani B, Jafari A, Kardar A. The effect of game therapy with a cognitive-behavioral approach on the regulation of excitement, anxiety and depression in children with type-1 diabetes. Journal of Psychology New Ideas. 2017;1(2):45-54. [Persian] <http://jnip.ir/article-1-94-en.html>
24. Ashori M, Dallalzadeh Bidgoli F. The effectiveness of play therapy based on cognitive-behavioral model: behavioral problems and social skills of pre-school children with attention deficit hyperactivity disorder. J Rehabil. 2018;19(2):102-15. [Persian] <http://dx.doi.org/10.32598/rj.19.2.102>
25. Aboulafia-Brakha T, Christie B, Martory MD, Annoni JM. Theory of mind tasks and executive functions: a systematic review of group studies in neurology. Journal of neuropsychology. 2011 Mar;5(1):39-55. <https://doi.org/10.1348/174866410X533660>