



Research Article

The Effectiveness of Filial Therapy on Social Acceptability and Anxiety Sensitivity of Children with Symptoms of Self-Harm Disorder

Shahrazad Adili ¹ , Zohreh Raeisi ^{2,*} , Nahid Akrami ³ , Zohreh Ranjbar Kohan ⁴ 

¹ Ph.D. Student of Psychology, Najafabad Branch, Islamic Azad University, Najafabad, Iran

² Associate Professor Department of Clinical Psychology, Najafabad Branch, Islamic Azad University, Najafabad, Iran

³ Assistance Professor, Department of Psychology, Faculty of Education and Psychology, University of Isfahan, Isfahan, Iran

⁴ Assistant Professor, Faculty Member of Amin Nonprofit Institute of Higher Education, Fouladshahr, Iran

* **Corresponding author:** Zohreh Raeisi, Department of Clinical Psychology, Najafabad Branch, Islamic Azad University, Najafabad, Iran. E-mail: z.tadbir@yahoo.com

DOI: [10.61186/jams.26.3.25](https://doi.org/10.61186/jams.26.3.25)

How to Cite this Article:

Adili SH, Raeisi Z, Akrami N, Ranjbar Kohan Z. The Effectiveness of Filial Therapy on Social Acceptability and Anxiety Sensitivity of Children with Symptoms of Self-Harm Disorder. *J Arak Uni Med Sci.* 2023;**26**(3):25-33. DOI: [10.61186/jams.26.3.25](https://doi.org/10.61186/jams.26.3.25)

Received: 15 Nov 2023

Accepted: 20 Jan 2024

Keywords:

Self-Injurious Mood Disorder
Anxiety Sensitivity
Filial Therapy
Social Acceptability

© 2023 Arak University of Medical Sciences

Abstract

Introduction: The present study was conducted with the aim of the effectiveness of filial therapy on social acceptability and anxiety sensitivity of children with symptoms of self-destructive mood disorder.

Methods: It was a semi-experimental study with a pre-test-post-test design with a control group and a follow-up period. The statistical population included 9-12-year-old children with symptoms of suicidal mood disorder in Isfahan city. 30 children with symptoms of self-inflicted mood disorder and their mothers were selected by purposive sampling and randomly assigned to experimental and control groups. The experimental group received Filial Landreth play therapy intervention (2013) during two months in 8 sessions of 60 minutes. Research tools included Ford and Robin's (1970) social acceptability questionnaire and Tsao et al.'s (2006) anxiety sensitivity questionnaire. The data obtained from the research was analyzed by the method of variance analysis with repeated measurements using SPSS-29 statistical software.

Results: The results showed that the filial therapy intervention had a significant effect on the social acceptability and anxiety sensitivity of children with symptoms of self-destructive mood disorder ($P < 0.001$). In this way, this intervention was able to lead to the improvement of social acceptability and the reduction of anxiety sensitivity of these children.

Conclusions: Based on the findings, it can be concluded that filial therapy using techniques such as lectures, discussion, role playing, group processes and supervision can be an effective treatment to improve social acceptability and reduce anxiety sensitivity of children with the symptoms of self-inflicted mood disorder should be used.

اثربخشی فیلپال تراپی بر مقبولیت اجتماعی و حساسیت اضطرابی کودکان با علائم بی‌نظمی خلق ایدایی

شهرزاد عدیلی^۱، زهره رئیسی^{۲*}، ناهید اکرمی^۳، زهره رنجبر کهن^۴

^۱ دانشجوی دکتری روانشناسی، واحد نجفآباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجفآباد، ایران

^۲ دانشیار گروه روانشناسی بالینی، واحد نجفآباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجفآباد، ایران

^۳ استادیار روانشناسی، گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران

^۴ استادیار گروه روانشناسی، موسسه آموزش عالی امین، فولادشهر، ایران

* نویسنده مسئول: زهره رئیسی، گروه روانشناسی بالینی، واحد نجفآباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجفآباد، ایران. ایمیل:

z.tadbir@yahoo.com

DOI: 10.61186/jams.26.3.25

چکیده	تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۰۸/۲۶
مقدمه: پژوهش حاضر با هدف اثربخشی فیلپال تراپی بر مقبولیت اجتماعی و حساسیت اضطرابی کودکان با علائم بی‌نظمی خلق ایدایی انجام گرفت. مطالعه نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون-پس آزمون با گروه گواه و دوره پیگیری بود. جامعه آماری شامل کودکان با علائم اختلال بی‌نظمی خلقی ایدایی ۹-۱۲ ساله شهر اصفهان بودند.	تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۱۱/۰۷
روش کار: تعداد ۳۰ کودک با علائم اختلال بی‌نظمی خلقی ایدایی و مادرانشان با روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و به صورت تصادفی در گروه‌های آزمایش و گواه گمارده شدند. گروه آزمایش مداخله بازی درمانی فیلپال لندرت (۱۳۹۰) را طی دوماه در ۸ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای دریافت نمودند.	واژگان کلیدی: بی‌نظمی خلق ایدایی حساسیت اضطرابی فیلپال تراپی مقبولیت اجتماعی
یافته‌ها: ابزارهای پژوهش شامل پرسشنامه مقبولیت اجتماعی فورد و رابین (۱۹۷۰) و حساسیت اضطرابی تسائو و همکاران (۲۰۰۶) بود. داده‌های حاصل از پژوهش به شیوه تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر با استفاده از نرم افزار آماري SPSS-29 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. نتایج نشان داد که مداخله فیلپال تری بر مقبولیت اجتماعی و حساسیت اضطرابی کودکان با علائم اختلال بی‌نظمی خلقی ایدایی تأثیر معنادار داشت ($P < 0.001$).	تمامی حقوق نشر برای دانشگاه علوم پزشکی اراک محفوظ است.
نتیجه‌گیری: بدین صورت که این مداخله توانسته منجر به بهبود مقبولیت اجتماعی و کاهش حساسیت اضطرابی این کودکان شود. بر اساس یافته‌ها می‌توان چنین نتیجه گرفت که فیلپال تراپی با بهره‌گیری از فونونی همانند سخنرانی، بحث، ایفای نقش، فرایندهای گروهی و نظارت می‌تواند به عنوان یک درمان کارآمد جهت بهبود مقبولیت اجتماعی و کاهش حساسیت اضطرابی کودکان با علائم بی‌نظمی خلق ایدایی مورد استفاده قرار گیرد.	

مقدمه

آن‌ها با مقایسه چندین گروه از کودکان ۶ تا ۱۲/۹ ساله، دریافتند که تحریک‌پذیری مزمن در کودکان مبتلا به اختلال بی‌نظمی خلق ایدایی، دو برابر بیشتر از گروه‌های مبتلا به اختلال دوقطبی، مانیا و دیگر اختلالات است (۳).

تحریک‌پذیری شدید و مزمن به صورتی که در اختلال بی‌نظمی خلق ایدایی مشاهده می‌شود، با اختلال محسوس در روابط کودک با اعضای خانواده و همسالان و در عملکرد تحصیلی ارتباط دارد. این کودکان به دلیل این که ناکامی (به معنی ناکامی در انتظار پاداش) را خیلی کم تحمل می‌کنند، اغلب مشکل پیشرفت در مدرسه دارند و در بیشتر موارد قادر نیستند در فعالیتهایی شرکت کنند که کودکان سالم اغلب از آنها لذت می‌برند. زندگی خانوادگی آنها به علت طغیان‌ها و تحریک‌پذیری، به شدت مختل می‌شود و در شروع کردن روابط دوستی و ادامه دادن آن مشکل دارند. به طور کلی، سطوح کارکردی در کودکان

اختلال بی‌نظمی خلق ایدایی یکی از اختلالات طبقه افسردگی به شمار می‌رود که ویژگی شاخص آن، تحریک‌پذیری شدید و دایمی می‌باشد که به شکل انفجار خشم کلامی یا رفتاری و در پی واکنش به ناکامی نشان داده می‌شود. این اختلال که از ۶ سالگی تشخیص داده می‌شود، برای حداقل یک سال و به فراوانی ۲ تا ۳ بار در هفته رخ می‌دهد و آسیب‌های زیادی را برای فرد مبتلا و دیگران در خانه، مدرسه و جمع دوستان به دنبال دارد. کودکان مبتلا به این اختلال، به طور دائم تحریک‌پذیر و عصبانی و در بیشتر ساعات روز و تقریباً هر روز خشمگین و پرخاشگر هستند؛ به طوری که اطرافیان به وضوح متوجه حالت و رفتار آنها می‌شوند (۱). میزان شیوع این اختلال در نمونه بزرگی از افراد، ۴/۴ درصد گزارش شده است (۲). در بررسی نمونه‌های بالینی مشخص گردید که ۲۶ درصد از کودکان شرکت‌کننده در برنامه‌های درمانی طولی، علائم و ملاک‌های اختلال بی‌نظمی خلق ایدایی را دارند.

با اختلال بی‌نظمی خلق ایذایی، دچار اختلال شدیدی است و رفتارهای خطرناک و پرخاشگری شدید در این کودکان شایع می‌باشد (۱). با توجه به مطالب گفته شده، کودکان مذکور به علت تحریک‌پذیری شدید، خطرات زیادی برای خود و دیگران دارند و ارائه خدمات و راهبردهایی جهت کنترل رفتار، هیجان و خلق کاملاً احساس می‌شود. چراکه اغلب کودکان با اختلال بی‌نظمی خلق ایذایی، احساسات منفی دارند و با دیگران بدرفتاری می‌کنند. در بیشتر موارد معلمان و همکلاسی‌ها، آنان را طرد می‌کنند و در نتیجه فرصت‌های آموزشی آنان کاهش می‌یابد. از سوی دیگر انزوای اجتماعی این کودکان موجب پرخاشگری هرچه بیشتر آنان می‌گردد (۴). همچنین پژوهش‌ها نشان می‌دهند کودکان مبتلا به اختلال بی‌نظمی خلق ایذایی، پایین‌ترین سطح کنش‌وری اجتماعی را نشان می‌دهند و مشکلات بیشتری را در دوستیابی و حفظ آنها دارند و به طور کلی این کودکان مشکلات اجتماعی زیادی دارند (۵) که از جمله آنها نقص در مهارت‌های اجتماعی است (بانفور و همکاران، ۲۰۱۵). مهارت‌های اجتماعی بخش مهمی از حوزه رشد فردی است و کمبود آن در درازمدت ضربه شدیدی به کودک وارد می‌کند (مانسون و همکاران، ۲۰۱۰). ضعف در مهارت‌های اجتماعی و مشکلات ارتباطی با بسیاری از مشکلات رفتاری از قبیل اختلال بی‌نظمی خلق ایذایی، بیش‌فعالی، نافرمانی مقابله‌ای و افسردگی اوایل کودکی مرتبط است (۶). نتایج پژوهش‌ها حاکی از آن است که کودکان و نوجوانان مبتلا به اختلال بی‌نظمی خلق ایذایی به دلیل نقص در مهارت‌های اجتماعی خود توسط همسالانشان طرد می‌شوند و در مقایسه با سایر کودکان، دوستان کمتری دارند (۷). از طرف دیگر کودکان با اختلال بی‌نظمی خلق ایذایی به دلیل نقص در مهارت‌های اجتماعی، مقبولیت اجتماعی پایینی نیز در بین همسالان خود دارند (۶). مقبولیت اجتماعی همان‌گرایش به پاسخ دادن به شیوه‌ای است که فرد به نظر دیگران بهتر برسد (۸). مقبولیت اجتماعی، نقش مهمی در رشد شخصیت اجتماعی کودک دارد و پیش‌بینی‌کننده سازگاری بعدی در دوران نوجوانی است (۹).

همچنین کودکان مذکور اضطراب و حساسیت اضطرابی بالایی را در موقعیت‌های تنش‌زا تجربه می‌کنند (۱۰) حساسیت اضطرابی به ترس از احساسات مرتبط با اضطراب یا نشانه‌های اضطرابی اشاره دارد و از این عقیده ناشی می‌شود که این نشانه‌ها پیامدهای بالقوه آسیب‌زای جسمانی، روانشناختی و اجتماعی دارند (۱۱). افراد دارای حساسیت اضطرابی بالا اغلب اوقات به نشانه‌های اضطرابی به طور منفی واکنش نشان می‌دهند، درحالی‌که افراد دارای حساسیت اضطرابی پایین اگرچه ممکن است این نشانه‌ها را به عنوان اموری ناخوشایند تجربه کنند، اما آنها را تهدیدآمیز تلقی نمی‌کنند (۱۲). حساسیت اضطرابی به عنوان یک سازه روانشناختی، دربرگیرنده تفاوت‌های فردی در ترس از نشانه‌های فیزیولوژیک بدن است که باعث افزایش تنفس، سرگیجه و تپش قلب شده و به عنوان یک متغیر واسطه‌ای، نقش برجسته در بسیاری از اختلالات روانی از جمله اختلالات رفتاری دارد (۱۳). به نظر می‌رسد حساسیت اضطرابی از جمله متغیرهای واسطه‌ای مهم میان استرس و اختلال باشد. فرض بر این است که حساسیت اضطرابی یک متغیر گرایشی با ثبات است که نشان دهنده میل به تفسیر پیامدهای جسمانی، روانشناختی و اجتماعی تجارب اضطرابی به عنوان اموری آزارنده و خطرناک است (۱۴). در مطالعه‌ای که حساسیت اضطرابی را در افراد مبتلا به اختلالات اضطرابی و رفتاری با افراد بهنجار بررسی کردند، اظهار داشتند که افراد مبتلا به اختلالات اضطرابی و رفتاری حساسیت اضطراب بالاتری نسبت به افراد بهنجار گزارش می‌کنند (۱۴). حساسیت اضطرابی نشان دهنده یک انتظار محرک و پیامد است که منعکس‌کننده تفاوت‌های فردی در گرایش به تجربه ترس هنگام پاسخ به نشانه‌های انگیزشی (خود فرد) است (۱۲). حساسیت اضطرابی منجر به سوگیری‌هایی در بازیابی و پردازش اطلاعات مربوط به محرک‌های فراخوان اضطراب می‌شود که این خود زمینه را برای ابتلای فرد به اختلالات روانی فراهم می‌سازد (۱۵). بنابراین نیازمند مداخلات روانشناختی در کودکان با اختلال بی‌نظمی خلقی ایذایی است.

روش‌های آموزشی و درمانی مختلفی برای کودکان مبتلا به اختلالات رفتاری-هیجانی، بکار گرفته شده است. مداخلات خانواده محور برای مشکلات رفتاری هیجانی کودکان امروزه با استقبال گسترده محققان و متخصصان این حوزه روبه‌رو شده است. برنامه بازی درمانی مبتنی بر روابط والد-کودک یکی از روش‌های آموزش والدین است (۱۶). که به دلیل تمرکز بر کودک می‌تواند روشی مناسب برای برقراری ارتباط با کودک در نظر گرفته شود. لندرت و براتون (۱۳۹۴) (۱۷) مدل کوتاه مدت خود را که یک مدل ۸ جلسه‌ای است ارائه کرده‌اند. هدف این مدل آموزش والدین یا افرادی است که از کودک مراقبت می‌کنند. در مقایسه با سایر مدل‌های درمانی که عمدتاً کودک محور هستند، این مدل به محکم کردن ارتباط بین کودک و والد منجر می‌شود (۱۷). او سال‌ها شاهد این مسأله بود که بسیاری از مشکلات کودکان ناشی از خطاهای والدین است و این خطاها ریشه در فقدان دانش والدین در حوزه والدگری و نوع ارتباط با کودک دارد. او به رابطه والد و کودک اهمیت بسیاری می‌داد. در نتیجه این فرضیه را ارائه داد که والدین می‌توانند با شرکت در جلسه‌های بازی درمانی به عاملی برای درمان مشکلات رفتاری کودکان تبدیل شوند (۱۷). این شیوه مداخله از روشی کوتاه مدت برخوردار است و ترکیبی از بازی درمانی و خانواده درمانی به شمار می‌آید و از بنیان‌های نظری گوناگونی شکل گرفته که از میان آنها می‌توان به رویکردهای رشدی، شیوه‌های روانپوشی، رفتاردرمانی، آموزش اجتماعی، شناخت درمانی و سیستم حل مشکلات بین فردی و خانوادگی اشاره کرد. یکی از پرکاربردترین و مؤثرترین روش‌های بازی درمانگری مدل درمانگری لندرت است. لندرت بر اساس مبانی نظری گورنی یک مدل درمانی فشرده را به صورت گروهی برای والدین مطرح کرده است (۱۸). این مدل درمانگری از سخنرانی، بحث، ایفای نقش، فرایندهای گروهی و نظارت بر جلسه‌های والدین در خانه تشکیل شده است. تأکید جلسات بر افزایش حساسیت والدین به جهان کودک با استفاده از زبان طبیعی بازی است. والدین از طریق نقش بازی کردن، مهارت‌هایی را شبیه انعکاس احساس، رفتار و همدلی با فرزندان خود می‌آموزند. این روش درمانی بر اساس چند اصل منحصر به فرد پایه گذاری شده است: درمان متمرکز بر ارتباط موجود بین والد و کودک است، نه بر مشکلی خاص یا بر یک فرد. والدین شریکی مهمی در فرایند تغییر

و نه زیاد=۳، زیاد=۴ و خیلی زیاد=۵ می‌باشد. دامنه نمرات بین ۲۴ تا ۱۲۰ می‌باشد که کسب نمره بالاتر از میانگین نشان دهنده میزان بالای علائم اختلال بی‌نظمی خلق ایدائی است. در پژوهش شاه محمدی قهساره و همکاران (۱۴۰۰) (۳۹) روایی صوری و محتوایی این مقیاس توسط اساتید دانشگاه مورد تأیید قرار گرفت. برای بررسی اعتبار مقیاس از روش آلفای کرونباخ استفاده شد که مقدار این ضریب ۰/۸۹ بدست آمد.

پرسشنامه مقبولیت اجتماعی - شکل اصلی این مقیاس ۲۸ پرسش دارد و فورد و رابین (۱۹۷۰) (۴۰)، به منظور اندازه‌گیری نیاز به تأیید اجتماعی در کودکان آن را ساخته‌اند. دامنه نمرات آن از ۰ تا ۲۸ است. آن‌ها همسانی درونی را برای کودکان دبستانی دختر و پسر به ترتیب ۰/۸۴ و ۰/۷۹ گزارش کردند و پایایی به روش بازآزمایی پس از پنج هفته ۰/۵۸ به دست آمد. اعتبار همزمان پرسشنامه را نیز براساس بهره‌وش کلامی محاسبه کردند که همبستگی معنادار دو متغیر را نشان می‌دهد. سموعی و همکاران (۱۳۸۴) (۴۱)، پرسشنامه ۲۸ سؤالی فورد و رابین را بررسی کردند. همسانی درونی پرسش‌ها حکایت از آن داشت که تعدادی از پرسش‌ها با نمره کل همبستگی ندارد، بنابراین از پرسشنامه اصلی حذف شدند و شکل نهایی پرسشنامه با ۱۷ سؤال ۳ گزینه‌ای بله، تا حدودی و خیر تنظیم و نمره گذاری به صورت ۲، یک و صفر بود. پرسش‌های ۹ و ۱۰ برعکس نمره گذاری می‌شود. حداقل نمره صفر و حداکثر نمره برابر با ۳۴ است که هر چه نمره بالاتری داشته باشید مقبولیت اجتماعی بیشتری در فرد هست. ضریب آلفای این پرسشنامه ۰/۷۷ و ضریب اعتبار به روش دونیم سازی ۰/۶۶ به دست آمد. همچنین ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۳ به دست آمد (۹).

پرسشنامه حساسیت اضطرابی - این مقیاس شامل ۱۸ گویه بوده و گرایش بدنی و شناختی فرد را به موقعیت‌های خطرناک ارزیابی می‌کند. نمره گذاری مقیاس بر مبنای یک مقیاس لیکرت سه درجه‌ای از هیچ (نمره صفر) تا بسیار (نمره ۲) نمره گذاری می‌شود. نمره هر فرد از جمع نمرات همه سؤالات حاصل می‌شود که دامنه آن از صفر تا ۳۶ است و نمرات بالاتر نشانگر حساسیت اضطراب بالا است. میزان آلفای کرونباخ این مقیاس ۰/۸۷ و پایایی دونیمه سازی ۰/۶۲ گزارش شده است. روایی صوری و محتوایی این ابزار مناسب گزارش شده است (۴۲). میزان آلفای کرونباخ مقیاس در مطالعه (پورشریفی و همکاران، ۱۳۹۶)، ۰/۹۳ به دست آمده است.

ساختار جلسات درمانی: این مداخله بازی درمانی شامل ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای که هفته‌ای یکبار بر روی گروه آزمایش ۱ اجرا خواهد شد این برنامه بازی درمانی فیلیال اقتباس یافته از لندرت (۱۳۹۰) (۱۷) می‌باشد.

روش اجرا

پس از برگزاری جلسه توجیهی و کسب رضایت از مادران دارای کودک با علائم اختلال بی‌نظمی خلق ایدایی، ۳۰ نفر از کودکان با علائم اختلال بی‌نظمی خلق واجد شرایط ورود به مطالعه (کسب نمره بالاتر از میانگین در پرسشنامه اختلال بی‌نظمی خلق ایدایی) انتخاب شدند در این مرحله، دفترچه مربوط به فرم رضایتنامه آگاهانه و اطلاعات زمینه‌ای (جمعیت شناختی) به مادران منتخب ارائه شد و بعد از آن، به

تلقی می‌شوند و درمانگر والدین را در امر یادگیری مهارت‌ها و گرایش‌های جدید توانا می‌بیند (۱۹).

نتایج پژوهش‌ها حاکی از تأثیر فیلیال تراپی (بازی درمانی مبتنی بر روابط والدین و کودک) بر کاهش رفتارهایی نظیر پرخاشگری، افسردگی، اضطراب و ترس در کودکان، مشکلات رفتاری و هیجانی کودکان، تعاملات مادر-فرزند و پرخاشگری کودکان پیش دبستانی، افزایش پذیرش والدینی و کاهش مشکلات رفتاری کودکان و کاهش نشانه‌های اضطراب‌ها و مشکلات برونسازای کودکان (۱۴، ۱۹-۳۸) نشان داده شده است.

با توجه به اینکه تعامل نامناسب والد - فرزند می‌تواند رشد کودک را در معرض خطر قرار داده و نقش مهمی در بروز مشکلات هیجانی و رفتاری از جمله اختلال بی‌نظمی خلقی ایدائی می‌نماید، ارائه مداخله‌هایی که بتواند در کنار درمان مشکلات رفتاری و هیجانی کودکان، خانواده‌ها را درگیر کرده آموزش‌های لازم را در زمینه تعامل با کودکان و ایجاد محیط مناسب برای رشد و پرورش سالم آنان فراهم نماید، بسیار ضروری است. از سویی با توجه به پیامدهای فراوان وجود کودکان دارای اختلال بی‌نظمی خلقی ایدائی و به منظور پیشگیری از سایر مشکلاتی که می‌تواند به سبب این اختلالات در آینده گریبان‌گیر کودکان شود، درمان مشکلات این کودکان باید در اولویت برنامه‌های درمانی و پرورشی جامعه باشد. بنابراین هدف پژوهش حاضر اثربخشی فیلیال تراپی بر مقبولیت اجتماعی و حساسیت اضطرابی در کودکان با علائم اختلال بی‌نظمی خلق ایدایی می‌باشد.

روش کار

پژوهش حاضر، یک مطالعه نیمه تجربی پیش‌آزمون-پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل است. جامعه آماری این تحقیق از تمامی کودکان با علائم اختلال بی‌نظمی خلق ایدایی به همراه مادرانشان شهر اصفهان بودند. از میان آنها، ۳۰ نفر که ملاک‌های ورود به مطالعه را داشتند، با روش نمونه‌گیری هدفمند وارد مطالعه شدند. این مادران به همراه کودکان با علائم اختلال بی‌نظمی خلق ایدایی به طور تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند. معیارهای ورود به مطالعه شامل داشتن کودکان سنین ۹ الی ۱۲ سال، کسب نمره برش میانگین به بالا در پرسشنامه اختلال بی‌نظمی خلق ایدائی، رضایت آگاهانه شرکت در بازی درمانی از طریق والدین، نداشتن اختلالات شدید روانی دیگر، عدم وجود اختلالات روانی - عضوی ایجاب‌کننده درمان‌های فوری مانند صرع و اختلال سلوک که مانع شرکت آزمودنی در جلسات درمانی می‌شود و معیارهای خروج شامل عدم تمایل و همکاری برای شرکت در جلسات درمانی و عدم انجام تکالیف ارائه شده و غیبت بیش از دو جلسه در جلسات بازی درمانی بودند.

ابزارها

پرسشنامه اختلال بی‌نظمی خلق ایدائی - این پرسشنامه دارای ۲۴ سؤال بوده و هدف آن ارزیابی اختلال کژ تنظیمی خلقی ایدایی از ابعاد مختلف (بی‌نظمی ایدایی تکانشگری (سؤالات ۱-۸)، بی‌نظمی ایدایی عملکردی (سؤالات ۹-۱۴)، بی‌نظمی ایدایی خلقی (سؤالات ۱۵-۲۰) و بی‌نظمی ایدایی ناکامی (سؤالات ۲۱-۲۴)) می‌باشد. نمره گذاری پرسشنامه بصورت طیف لیکرت ۵ نقطه‌ای (خیلی کم=۱، کم=۲، نه کم

۲ گروه انجام شد. مرحله پیگیری، دو ماه پس از اتمام مداخله بدون هیچگونه مداخله‌ای صورت گرفت. همچنین پس از اتمام مداخله، برای گروه گواه نیز جلسات فیلپال ترابی اجرا شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با رعایت پیش‌فرض‌های آزمون‌های پارامتریک، با تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر انجام شد.

صورت تصادفی در دو آزمایش و کنترل تخصیص یافتند و مرحله پیش آزمون (تکمیل پرسشنامه مقبولیت اجتماعی و حساسیت اضطرابی) برای هر دو گروه اجرا شد. در مرحله بعد، گروه آزمایش برای مدت ۸ جلسه فیلپال ترابی (هفته‌ای ۱ جلسه و هر جلسه ۶۰ دقیقه) را دریافت کردند و پس از اجرای مداخله و گردآوری داده‌ها پس آزمون برای هر

جدول ۱. محتوای فیلپال ترابی

جلسات	محتوای جلسات
اول	معرفه و آشنایی، شرح اهداف درمانی، بحث درباره با لزوم پیدایش حساسیت درباره فرزندان و شکلگیری پاسخ همدلانه، بیان موضوعات پایه از قبیل تشویق و تقویت والدین، همدلی با والدین، معمول و رایج دانستن مشکلات ارتباطی والدین با فرزندان، آشنایی با مفاهیم اصلی، توضیح اهمیت بازی، فهرستی از اسباب بازیها، قوانین و نحوه اجرای جلسات بازی والدین با کودکان در منزل، مکان و زمان بازی
دوم	تشخیص چهار احساس اصلی (شادی، غم، خشم و ترس)، ایفای نقش پاسخ همدلانه، آموزش اصول بازی درمانگری والدینی، آموزش پاسخدهی همدلانه به کودک، تمرین پاسخدهی همدلانه و پر کردن برگه پاسخ احساسی
سوم	آموزش چهار اصل بازی: کودک در جلسات بازی هدایتگر است. توجه به احساسات کودک از طریق حالت‌های چهره، بدن، لحن صدا، کلام کودک. انعکاس ادراک والدین از احساسات کودک، قاطعیت در زمینه محدودیت‌ها، تعیین اهداف بازی شامل بروز احساسات و هیجانهای کودک.
چهارم	تهیه اسباب بازی: اسباب بازیهای مربوط به زندگی واقعی، اسباب بازیهای مربوط به برون ریزی خشم. اسباب بازیهایی برای خلاقیت آموزش بایدها و نبایدهای جلسات بازی (بازی در مکان و زمان مشخص، چیدن یکسان اسباب بازیها، هدایتگر بودن کودک، بازگرداندن مسئولیت به کودک، سرزنش نکردن در قبال خواسته نامناسب، توصیف شفاهی بازی، تعیین محدودیت‌های بازی و قاطعیت در آنها، تقویت فرایند تلاش و تشویق تلاش کودک) نبایدها (انتقاد نکردن، تحسین نکردن، عدم پرسش سؤال هدایتگرانه، عدم قطع جلسات بازی، عدم آموزش و اطلاعات (مراحل جلسه بازی: قبل بازی، هنگام بازی و بعد از بازی)
پنجم	آموزش مهارت محدودیت گذاری برای رفتارهای نامناسب کودکان. اعمال مراحل سهگانه محدودیت شامل انعکاس همدلانه و صمی می احساسات کودک، بیان محدودیت در قالب جملات کوتاه و واضح، ارائه جایگزین قابل قبول، بیان دلایل محدودیت گذاری، آموزش زمان محدودیت گذاری.
ششم	چگونگی صحبت با کودک، اهمیت شناخت احساسات خود، فهرست مهارت‌های جلسه بازی نظیر حفظ ساختار، همدلی، دنبال‌ه روی، پرهیز از سؤال و رهنمود دادن، شرکت در بازی، فرو روی در نقش تخیلی، تطابق لحن صدا و حالت چهره با حالت کودک
هفتم	روش‌های حق انتخاب دادن (حق انتخاب دادن به صورت ساده و قدرت بخشیدن به کودک، حق انتخاب دادن به عنوان پیامد مثبت و حق انتخاب دادن برای تقویت قوانین خانه)، فهرست مهارت‌های جلسه بازی
هشتم	مرور مباحث و مهارت‌های مطرح شده در سیر جلسات، حق انتخاب دادن، محدود کردن و ترغیب کردن، محدودیت گذاری به صورت پیشرفته به شکل توضیح عواقب کار، تعمیم محدودیت به خارج از جلسه، اجرای پس آزمون.

(۴۰ درصد)، شاغل بودند. حدود ۴۶/۷ درصد مادران گروه آزمایش مدرک تحصیلی لیسانس و گروه گواه حدود ۶۰ درصد مدرک تحصیلی لیسانس داشتند. برای کودکان، میانگین سنی گروه آزمایش ۱۰/۴۶ و برای گروه گواه ۱۱/۲۱ می‌باشد. حدود ۵۳/۳ درصد از گروه آزمایش پسر و ۴۶/۷ درصد دختر و از گروه گواه ۲۶/۷ درصد پسر و ۷۳/۳ درصد دختر بودند.

یافته‌ها

برطبق نتایج جمعیت شناختی، بیشترین مادران در گروه آزمایش با فراوانی ۷ (۴۶/۷ درصد)، ۳۵-۴۵ ساله و در گروه گواه با فراوانی ۶ (۴۰ درصد)، ۳۵-۴۵ ساله بودند. از لحاظ شغل بیشترین مادران در گروه آزمایش با فراوانی ۸ (۵۳/۳ درصد)، شاغل و در گروه گواه با فراوانی ۶

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار مقبولیت اجتماعی و حساسیت اضطرابی گروه‌ها در سه مرحله زمانی

متغیر / زمان	گروه آزمایش		گروه کنترل	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
مقبولیت اجتماعی				
پیش آزمون	۱۱/۱۳۳	۲/۰۳	۱۱/۴۶۶	۲/۷۴
پس آزمون	۲۲/۶۰۰	۲/۱۶	۱۱/۴۰۰	۲/۲۶
پیگیری	۲۴/۶۰۰	۲/۱۶	۱۰/۷۲	۱/۸۳
حساسیت اضطرابی				
پیش آزمون	۲۱/۸۶۶	۱/۹۵	۲۱/۳۳۳	۲/۴۹
پس آزمون	۱۰/۸۰۰	۲/۲۴	۲۱/۵۳۳	۲/۰۳
پیگیری	۱۲/۸۰۰	۲/۱۷	۲۲/۵۳۳	۱/۸۰

جدول ۳. نتایج آزمون شاپیرو-ویلک، لوین، ام باکس و ماکی در متغیر مقبولیت اجتماعی

ردیف	آزمون	آماره	معناداری	آماره	معناداری
			آزمون لوین		معناداری
۱	پیش‌آزمون	۰/۹۷	۰/۱۹	۰/۸۴	۰/۴۸
۲	پس‌آزمون	۰/۹۶	۰/۱۱	۲/۸۱	۰/۰۴
۳	پیگیری	۰/۹۸	۰/۳۸	۰/۵۰	۰/۶۸
			آزمون باکس		آزمون ماکی
۴		۱۲/۷۵	۰/۱۵	۰/۲۴	۰/۰۰۱

چنان‌که در **جدول ۳** مشاهده می‌شود، مقبولیت اجتماعی در هر سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری، دارای توزیع نرمال، برابری واریانس خطا و برابری ماتریس-کوواریانس بوده است. هم‌چنین، آزمون ماکلی معنادار است. یعنی پیش‌فرض کرویت رعایت نشده است. در مواردی که فرض کرویت رعایت نشده، بر مبنای اصلاح درجه آزادی برحسب اسپیلون به آماره گرین-هاوس-گیزر در جداول تحلیل نهایی مراجعه شده است.

با توجه به **جدول ۲**، میانگین مقبولیت اجتماعی و حساسیت اضطرابی، قبل از مداخله در دو گروه آزمایش و کنترل تفاوت معناداری نداشت ($P > 0/01$). اما میانگین مقبولیت اجتماعی و حساسیت اضطرابی بعد از مداخله در دو گروه آزمایش و کنترل تفاوت معناداری نشان داد ($P < 0/01$). با توجه به رعایت پیش‌فرض‌ها، برای بررسی روند تغییرات از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد.

جدول ۴. نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر مقبولیت اجتماعی

متغیر / منبع اثر	مجموع مجذورات	DF	میانگین مجذورات	F	معناداری	مجذورات	توان آزمون
مقبولیت اجتماعی							
درون‌گروهی							
زمان	۷۳۴/۶۸۹	۱/۳۹۸	۵۲۵/۴۹۹	۶۳۸/۴۱۹	۰/۰۰۱	۰/۹۵۸	۱/۰۰۰
تعامل زمان×گروه	۸۵۴/۴۲۲	۱/۳۹۸	۶۱۱/۱۴۰	۷۴۲/۴۶۳	۰/۰۰۱	۰/۹۶۴	۱/۰۰۰
خطا (زمان)	۳۲/۲۲۲	۳۹/۱۴۶	۰/۸۲۳				
بین گروهی							
گروه	۱۵۲۹/۳۴۴	۱	۱۵۲۹/۳۴۴	۱۱۲/۳۹۹	۰/۰۰۱	۰/۸۰۱	۱/۰۰۰
خطا	۳۸۰/۹۷۸	۲۸	۱۳/۶۰۶				

جدول ۵. نتایج آزمون شاپیرو-ویلک، لوین، ام باکس و ماکلی در متغیر حساسیت اضطرابی

ردیف	آزمون	آماره	معناداری	آماره	معناداری
			آزمون لوین		آزمون ماکلی
۱	پیش‌آزمون	۱/۱۳۱	۰/۲۰۰	۰/۷۰۷	۰/۴۰۷
۲	پس‌آزمون	۱/۱۸۶	۰/۲۰۷	۰/۶۲۹	۰/۴۳۴
۳	پیگیری	۱/۱۶۹	۰/۱۹۶	۰/۰۰۷	۰/۹۳۳
۴		۱۱/۸۴۶	۰/۱۰۷	۰/۲۹۲	۰/۰۰۱

جدول ۶. نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر حساسیت اضطرابی

متغیر / منبع اثر	مجموع مجذورات	DF	میانگین مجذورات	F	معناداری	مجذورات	توان آزمون
حساسیت اضطرابی							
درون‌گروهی							
زمان	۴۷۲/۴۲۲	۱/۱۷۱	۴۰۳/۴۶۷	۲۶۶/۹۲۹	۰/۰۰۱	۰/۹۰۵	۱/۰۰۰
تعامل زمان×گروه	۵۸۳/۳۵۶	۱/۱۷۱	۴۹۸/۲۰۸	۳۲۹/۶۰۹	۰/۰۰۱	۰/۹۲۲	۱/۰۰۰
خطا (زمان)	۴۹/۵۵۶	۳۲/۷۸۵	۱/۵۱۲				
بین گروهی							
گروه	۹۹۳/۳۴۴	۱	۹۹۳/۳۴۴	۸۳/۸۳۲	۰/۰۰۱	۰/۷۵۰	۱/۰۰۰
خطا	۳۳۱/۷۷۸	۲۸	۱۱/۸۴۹				

آزادی برحسب اسپیلون به آماره گرین-هاوس-گیزر در جداول تحلیل نهایی مراجعه شده است.

مطابق با **جدول ۴**، برای متغیر حساسیت اضطرابی مشاهده می‌شود، در بخش اثر درون‌گروهی، عامل زمان و تعامل زمان و گروه نشان می‌دهد که در حساسیت اضطرابی از نظر زمانی و تعامل زمان با گروه (دو گروه پژوهش) تفاوت معناداری ($P < 0/01$) وجود دارد. همچنین در بخش اثر بین گروهی مشاهده می‌شود در عامل گروه تفاوت معناداری ($P < 0/01$) وجود دارد.

بحث

این مطالعه با هدف بررسی تأثیر فیلپال‌تراپی بر مقبولیت اجتماعی و حساسیت اضطرابی کودکان با علائم اختلال بی‌نظمی خلق ایذایی

مطابق با **جدول ۴**، برای متغیر مقبولیت اجتماعی مشاهده می‌شود، در بخش اثر درون‌گروهی، عامل زمان و تعامل زمان و گروه نشان می‌دهد که در مقبولیت اجتماعی از نظر زمانی و تعامل زمان با گروه (دو گروه پژوهش) تفاوت معناداری ($P < 0/01$) وجود دارد. همچنین در بخش اثر بین گروهی مشاهده می‌شود در عامل گروه تفاوت معناداری ($P < 0/01$) وجود دارد.

چنان‌که در **جدول ۵** مشاهده می‌شود، حساسیت اضطرابی در هر سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری، دارای توزیع نرمال، برابری واریانس خطا و برابری ماتریس-کوواریانس بوده است. هم‌چنین، آزمون ماکلی معنادار است. یعنی پیش‌فرض کرویت رعایت نشده است. در مواردی که فرض کرویت رعایت نشده، بر مبنای اصلاح درجه

بی نظمی خلق ایذایی، اغلب بیانشفاهیا حساسات مشکل است، در حالیکه کودک در فرایند بازی می‌تواند احساساتش را بیان کند. این مسئله نقش مهمی در کاهش اضطراب و حتی حساسیت اضطرابی دارد. در فیلپال تراپی بر شناسایی احساسات کودک (غم، شادی، خشم و ترس) تأکید زیادی می‌شود در نتیجه احساس اعتماد، امنیت و نزدیکی بین والدین و فرزندان ایجاد می‌گردد و احساس لذت و خوشی افزایش می‌یابد. نحوه برخورد با کودک (انعکاس کلامی و غیر کلامی و همدردی با کودک) نیز منجر به یادگیری ابراز صحیح احساسات در کودک می‌شود و مانع از رفتارهای توأم با اضطراب و حساسیت اضطرابی در کودک می‌گردد. در فیلپال تراپی بر ارتقای عزت نفس کودکان از طریق سرزنش نکردن و تشویق کردن تأکید می‌شود. اتخاذ این رویکرد سبب می‌گردد هر گاه کودک نتوانست کاری را انجام دهد یا دچار آسیب شد، به جای مضطرب شدن و نشان دادن علائم حساسیت اضطرابی بتواند با آرامش احساسات خود را با والدین مطرح نماید و اطمینان داشته باشد والدین با او همدردی خواهند کرد. یکی دیگر از تأکیدات فیلپال تراپی ترغیب کردن است. ترغیب کردن منجر به شکلگیری احساسات مثبت در کودکان می‌شود، چرا که کودک قادر است علائم بی نظمی خلق ایذایی به دلیل ناتوانی در کنترل رفتارها، مکرر تنبیه شده‌اند و در نتیجه عزت نفس آن‌ها خدشه‌دار شده، رفتارهای تحریک‌پذیری آنها افزایش یافته و اضطراب و حساسیت اضطرابی در آنها تشدید گردیده است. از سوی دیگر، در فیلپال تراپی تأکید بر هدایتگری جلسات بازی توسط خود کودک است. این مسئله منجر به افزایش حس مسئولیت‌پذیری در کودک می‌گردد. دادن حق انتخاب به کودک در کنار تعیین محدودیتهای ضروری در این زمینه، احساس کنترل و مسئولیت را در کودک تقویت می‌کند و در نتیجه کودک بهتر می‌تواند رفتارهای ناهنجارش را کنترل نماید و اینگونه به خودش و توانایی درونیش متکی می‌شود.

نتیجه گیری

با توجه به مؤثر بودن فیلپال تراپی بر مقبولیت اجتماعی و حساسیت اضطرابی کودکان با علائم بی نظمی خلق ایذایی، می‌توان آن را به عنوان یک روش مکمل در کنار سایر روش‌های درمانی رایج به منظور افزایش مقبولیت اجتماعی و حساسیت اضطرابی کودکان با علائم بی نظمی خلق ایذایی مفید دانست. در یک جمع بندی کلی می‌توان به ذکر این نکته پرداخت که فیلپال تراپی به طور غیرمستقیم مقبولیت اجتماعی و حساسیت اضطرابی کودکان با علائم بی نظمی خلق ایذایی را تقویت می‌کند. به هر حال، اجرا می‌تواند اطلاعات طولانی‌تری یا تعداد بیشتر آزمودنی‌ها احتمال بیشتری در رد یا تأیید نتایج به دست آمده فراهم کند. از جمله مهمترین محدودیت‌های موجود در انجام پژوهش حاضر می‌توان به تعداد محدود نمونه‌ها در مطالعه، محدودیت زمانی در برگزاری جلسات درمان، ابزارهای محدود روا و پایا برای کودکان با علائم بی نظمی خلق ایذایی و منحصر بودن پژوهش حاضر به بررسی این کودکان، قابل تعمیم نبودن به سایر کودکان و اندک بودن تعداد پژوهش‌های انجام شده در گروه کودکان با علائم بی نظمی خلق ایذایی اشاره کرد. پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های آینده روی گروه‌های سنی مختلف در پژوهش شرکت داشته باشند. همچنین پیشنهاد می‌شود تأثیر فیلپال تراپی را روی دیگر گروه‌های کودکان با اختلالات روانی و

انجام شد. نتایج این پژوهش نشان داد مداخله فیلپال تراپی باعث بهبود مقبولیت اجتماعی و حساسیت اضطرابی کودکان با علائم اختلال بی نظمی خلق ایذایی می‌شود. تحلیل داده‌ها حاکی از آن بود که میانگین نمره مقبولیت اجتماعی و حساسیت اضطرابی بعد از مداخله در دو گروه آزمایش و کنترل تفاوت معناداری داشته است و این نمره در گروه آزمایش به صورت چشم‌گیری بیشتر شده بود. این یافته با نتایج پژوهش‌های (۱۱، ۱۸-۲۱، ۲۳-۳۷، ۴۳، ۴۴) همخوانی دارد.

در تبیین نتیجه حاصل از به کارگیری فیلپال تراپی بر مقبولیت اجتماعی، می‌توان گفت حضور والدین در فضای مداخله به همراه شناخت و پذیرش احساس‌های کودک و تلاش برای درک و پذیرش احساس‌ها و عدم قضاوت در مورد آنها، در خلال بازی درمانی مبتنی بر روی آورد فیلپال تراپی (۲۲)، موجب از بین رفتن سد ارتباطی و چرخه معیوب تعامل والد-کودک می‌شود و رفتارهای نامطلوب کودک را کاهش می‌دهد (۳۵). با آموزش شناخت احساس و همدلی، کودک قادر خواهد بود که تعامل‌های اجتماعی سازنده‌تری را با دیگر کودکان برقرار کرده و رفتارهای اجتماعی بهتری را به نمایش گذارد از آنجایی که عدم آگاهی والدین از والدگری صحیح عامل بسیاری از مشکل‌های کودکان به شمار می‌رود، و با توجه به اینکه در بازی درمانی فیلپال تراپی، درمانگر با آگاهی دادن به والدین در زمینه ایجاد محیطی سرشار از پذیرش و بدون قضاوت با بهبود ارتباط والد-کودک، زندگی کودک را در مسیر تحول و حرکت به سمت خودشکوفایی فردی و اجتماعی قرار می‌دهد. این روند نیز باعث می‌شود کودکان با علائم اختلال بی نظمی خلق ایذایی با اعتماد به نفس بیشتر در محیط‌های اجتماعی کودکانه، حضور یابند و رفتارهای اجتماعی بهتری را از خود نمایان سازند و این به مرور زمان منجر به مقبولیت اجتماعی این کودکان در محیط اجتماعی می‌شود. همچنین به علت مطرح کردن تفاوت‌های فردی کودکان برای والدین و توجهشان به این موضوع، زمینه تحریک بهینه و متناسب با آن ویژگی‌ها برای کودکان با علائم بی نظمی خلق ایذایی فراهم شد. از سوی دیگر تأکید بر ارتباط‌های هیجانی، ایجاد و تداوم بخشیدن به آن در جریان بازی روزانه با کودک و مشاهده آن از سوی درمانگر و ارائه پاسخ‌های لازم به مادر و اصلاح آن، امکان شکل‌گیری تعامل بهتر والد-کودک را میسر می‌سازد؛ همچنین دنبال کردن میل و خواسته کودک در جریان بازی به جای مهار و هدایت وی، احساس نزدیکی کودک با مادر و صمیمیت بین آنها افزایش یافته است که در مجموع همه این عوامل دست به دست هم داده و با تقویت رفتار سازنده والد-کودک، زمینه را برای بهبود رفتار اجتماعی کودک و در نهایت مقبولیت آن در اجتماعی را مهیا ساخته‌اند.

همچنین در تبیین اثربخشی فیلپال تراپی بر حساسیت اضطرابی می‌توان گفت آموزش فیلپال تراپی به والدین می‌تواند مهارت‌های والدین را افزایش دهد. در فرایند این آموزش، والدین می‌توانند به درک و پذیرش مطلوب در زمینه رفتار کودک دست یابند. این مسئله سبب بهبود سبک‌های والدگری و ترمیم روابط عاطفی میان والدین و کودک می‌گردد. در نتیجه بسیاری از رفتارها از قبیل اضطراب و حساسیت اضطرابی، تکانشگری و پرخاشگری در کودک کاهش می‌یابد. ایجاد جوی غیرقضاوتی، پذیرنده و همراه با درک متقابل برای کودک در جریان بازی منجر به بهبود رابطه با والدین و کاهش رفتارهای مخرب کودک می‌گردد؛ چراکه برای کودکان به‌ویژه کودکان با علائم اختلال

پرسشنامه‌ها محرمانه خواهد ماند و شرکت مادران و کودکان با علائم بی‌نظمی خلق‌ایدایی در پژوهش متضمن هیچگونه ضرر و زبانی نیست و افرادی که تمایل به ادامه همکاری نداشتند مختار بودند از پژوهش خارج شوند.

تعارض منافع

بنابر اظهار نویسندگان، این مقاله تعارض منافع ندارد.

تشکر و قدردانی

نویسندگان مراتب تشکر و قدردانی خود را از تمامی مادران و کودکان با علائم بی‌نظمی خلق‌ایدایی شرکت‌کننده در پژوهش و مدیریت مدارس ابتدایی شهر اصفهان ابراز می‌کنند.

References

- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5[®]). Washington, DC: American Psychiatric Pub. 2013.
- Copeland WE, Shanahan L, Egger H, Angold A, Costello EJ. Adult diagnostic and functional outcomes of DSM-5 disruptive mood dysregulation disorder. *Am J Psychiatry*. 2014;171(6):668-674. doi: 10.1176/appi.ajp.2014.13091213 pmid: 24781389
- Axelson D, Findling RL, Fristad MA, Kowatch RA, Youngstrom EA, Horwitz SM, et al. Examining the proposed disruptive mood dysregulation disorder diagnosis in children in the Longitudinal Assessment of Manic Symptoms study. *J Clin Psychiatry*. 2012;73(10):1342-1350. doi: 10.4088/JCP.12m07674 pmid: 23140653
- Brown I, Percy M. A Comprehensive Guide to Intellectual and Developmental Disabilities. London: Brooks. 2007.
- Behboudi E. Social skills in people with disorders, attention deficit and hyperactivity. *J Except Educat Train*. 1387;78:16-24.
- Vahedi Sh, Fathi Azar A, Hosseini Nasab D, Moghadam M, Kiani A. The effect of social skills training on reducing aggression in preschool children. *Iran J Psychiatr*. 1386;2(3):108-114.
- Kehrizi S, Moradi A, Momeni Kh. The effectiveness of therapeutic sand play on reducing behavioral disorders of preschool children. *Clinic Psychol Res Counsel*. 2014;5(1):154-174.
- Ragozzino RL, Ragozzino, R. L. (2009). A study of social desirability and self-esteem. Proceedings of 37th Annual western Pennsylvania undergraduate psychology conference (pp. 14-18). Pennsylvania, New York. 2009.
- Qurbani A, Mohammadlou H, Khanbani M, Yousefi Kia M. Prediction of social compatibility and social acceptability based on attachment styles in 10-12-year-old elementary school girls in Tehran. *Knowledge Res Appl Psychol*. 2015;17(63):99-106.
- Bahrami Nasab M, Mutoli M. Prediction of self-care behaviors based on anxiety sensitivity, uncertainty intolerance and personality traits in nurses working in the covid-19 ward. *Nurse Doctor Battle*. 1401;10(36):46-57.
- Taylor S. Anxiety sensitivity: Theory, research, and treatment of the fear of anxiety. Routledge; 2014.
- Zvolensky MJ, Arrindell WA, Taylor S, Bouvard M, Cox BJ, Stewart SH, et al. Anxiety sensitivity in six countries. *Behav Res Ther*. 2003;41(7):841-859. doi: 10.1016/s0005-7967(02)00187-0 pmid: 12781249
- Lyyra P, Parviainen T. Behavioral Inhibition Underlies the Link Between Interoceptive Sensitivity and Anxiety-Related Temperamental Traits. *Front Psychol*. 2018;9:1026. doi: 10.3389/fpsyg.2018.01026 pmid: 29977219
- Afshari A, Hashemi Z. Investigating the relationship between anxiety sensitivity and metacognitive beliefs with exam anxiety in students. *School Psychol*. 2018;8(1):25-27.
- Mashhadi A, Qasimpour A, Akbari A, Ilbeigi R, Hassanzadeh Sh. The role of anxiety sensitivity and emotional regulation in predicting students' social anxiety. *Knowledge Res App Psychol*. 2012;14(2):89-99.

مخصوصاً رفتاری-هیجانی ارزیابی شود. با توجه به اینکه اکثر ویژگی‌های روانشناختی و اجتماعی با همدیگر همبستگی دارند، پیشنهاد می‌شود زمانی که مقبولیت اجتماعی و حساسیت اضطرابی با اجرای جلسات فیلیال‌تراپی بهبود پیدا می‌کند، دیگر ویژگی‌های روانشناختی و اجتماعی نیز سنجیده شوند.

ملاحظات اخلاقی

این پژوهش از سوی کمیته اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی واحد نجف‌آباد با شناسه IR.IAU.NAFABAD.REC.1402.104 تأیید شده است. به منظور رعایت ملاحظات اخلاقی مراکز مشاوره سطح شهر اصفهان در مورد اهداف پژوهش اطلاع‌رسانی کامل صورت گرفت و ضمن اخذ رضایت‌نامه کتبی به آنها اطمینان داده شد که اطلاعات به دست آمده از

- Walker LS, Garber J, Greene JW. Psychosocial correlates of recurrent childhood pain: a comparison of pediatric patients with recurrent abdominal pain, organic illness, and psychiatric disorders. *J Abnorm Psychol*. 1993;102(2):248-258. doi: 10.1037//0021-843x.102.2.248 pmid: 8315137
- Landreth GL, Bratton SC. Child parent relationship therapy (CPRT). New York: Taylor Francis group. 2006.
- Adili S, Kalantari M, Abedi A. The effect of filial play therapy on the social-emotional skills of 5 to 6-year-old preschool girls in Isfahan city. *Clinic Psychol Person Behav Sci*. 2014;13(2):97-104.
- Adili Sh, Mirzaei R, Abedi A. The effectiveness of play therapy based on parent-child relationships on the quality of parent-child interactions and the quality of life related to the health of children with behavioral and emotional problems. *Except Child Quarter*. 2018;19(1):59-70.
- Abedi A, Seyed Qalaa A, Bahramipour M. Comparing the effectiveness of child therapy and Barclay's parent education program on anxiety symptoms in ADHD children. *Except Child Magazine*. 2017;17(3):111-120.
- Adili S. The effectiveness of play therapy of adoption of social emotional skills in 5 to 6 years old Isfahani girls. *J Clinic Psychol Person*. 2015;13(2):97-104.
- Adili Sh, Raisi Z, Ghasemi N. Effectiveness of online play therapy intervention based on parent-child relationships (filial therapy) on preschool children's eating behavior. *J Educat Psychol Stud*. 1401;19(45):54-61.
- Bratton SC, Opiola K, Dafoe E. Child-parent relationship therapy: A 10-session filial therapy model. In: D. A. Crenshaw & A. L. Stewart (Eds.), *Play therapy: A comprehensive guide to theory and practice* (pp. 129-140). New York, NY: Guilford. 2015.
- Cooper J, Brown T, Yu MI. A retrospective narrative review of filial therapy as a school-based mental health intervention. *Int J Play Therap*. 2020;29(2):86-95. doi: 10.1037/pla0000114
- Edwards NA, Ladner J, White J. Perceived effectiveness of filial therapy for a Jamaican mother: A qualitative case study. *Int J Play Therap*. 2007;16(1):36-53. doi: 10.1037/1555-6824.16.1.36
- Jafari Rangchi S, Farhadi H. Effectiveness of virtual child therapy for mothers on social skills and aggression in children with learning disabilities: a randomized clinical trial. *J Res Rehabil Sci*. 2018;15(5):23-36.
- Karimi A, Dasht Bagri Z. Child therapy on mother-child interaction and behavioral problems of mentally retarded children. *J Disabil Stud*. 2019;10(1):186-194.
- Kiafar M, Amin Yazdi SA, Karshki H. The effectiveness of family-oriented play therapy on mother-child interaction and the level of aggression of preschool children. *Clinic Psychol Res Counsel*. 2013;4(2):18-14.
- Lindo NA, Opiola K, Ceballos PL, Chen SY, Meany-Walen KK, Cheng YJ, et al. The impact of supervised filial therapy training on attitude, knowledge, and skills. *Famil J Counsel Therap Couple Famil*. 2016;24(3):239-246. doi: 10.1177/1066480716648696

30. Mahmoudi S, Mohammadpanah Ardakan A, Chubforushzadeh A, Farooqi P. The effectiveness of family-oriented play therapy on reducing children's behavioral problems. *Med J Tabriz Univ Med Sci.* 1401;44(2):152-159.
31. Salo S, Flykt M, Mäkelä J, Lassenius-Panula L, Korja R, Lindaman S, et al. The impact of Theraplay therapy on parent-child interaction and child psychiatric symptoms: a pilot study. *Int J Play.* 2020;9(3):331-352. doi: 10.1080/21594937.2020.1806500
32. Shahni R, Davodi A, Mehrabizadeh M, Zargar Y. The effectiveness of parent-centered intervention on anxiety symptoms and externalizing problems of children aged 6 to 9 years. *Clinic Psychol.* 2016;9(1):1-13.
33. Shihfar S, Attarian F, Karbarborzi H, Darvish Narenjeb S, Mohammadlou H. Comparison of the effectiveness of social cognitive skills training with cognitive-behavioral game therapy on social skills and social acceptability of children with harmful behavior disorders. Exceptional children (research in the field of exceptional children). 2016;17(4):93-106.
34. Soleimani S, Fardost Z. The effectiveness of child-centered play therapy on children's internalizing problems, pediatric nursing. 2019;7(1):23-30.
35. Soltani M, Farhadi H. The effectiveness of filial therapy (play therapy based on parent-child relationship) on computer game addiction and aggression in preschool children. *Knowledge Res Appl Psychol.* 1400;22(2):13-21.
36. Timmer SG, Hawk B, Usacheva M, Armendariz L, Boys DK, Urquiza AJ. The Long and the Short of It: A Comparison of the Effectiveness of Parent-Child Care (PC-CARE) and Parent-Child Interaction Therapy (PCIT). *Child Psychiatry Hum Dev.* 2023;54(1):255-265. doi: 10.1007/s10578-021-01257-9 pmid: 34586551
37. Topham. G, Wampler K, Titus G, Rolling E. Predicting parent and child outcomes of a filial therapy program. *Int J Play Therap.* 2011;20(2):79-93. doi: 10.1037/a0023261
38. Yazdanipour M, Ashori M, Abedi A. The Comparison of the Effects of Filial Therapy and Theraplay on Anxiety in Children with Hearing Impairment. *J Famil Res.* 2021;17:117-136. doi: 10.52547/jfr.17.1.117
39. Shahmohammadi Gahsare A, Abedi A, Khayatan F, Aghaei A. Construction and Validation of the Injurious Mood Regulation Disorder Scale-Parent Form (DMDDS). *Behav Sci Res.* 1400;19(2):263-275.
40. Bunford N, Evans SW, Becker SP, Langberg JM. Attention-deficit/hyperactivity disorder and social skills in youth: a moderated mediation model of emotion dysregulation and depression. *J Abnorm Child Psychol.* 2015;43(2):283-296. doi: 10.1007/s10802-014-9909-2 pmid: 25037460
41. Samoui R, Bagherzadeh H, Sabzehavari M. The final assessment of the social acceptability questionnaire of primary school students in Isfahan city. *Behav Sci Res J.* 1384;1(2):6-12.
42. Tsao JC, Lu Q, Myers CD, Kim SC, Turk N, Zeltzer LK. Parent and child anxiety sensitivity: relationship to children's experimental pain responsivity. *J Pain.* 2006;7(5):319-326. doi: 10.1016/j.jpain.2005.12.004 pmid: 16632321
43. Ashuri M, Karimnejad R. The effectiveness of play therapy training with the child therapy model on the behavioral problems of deaf children and the resilience of mothers. *Positive Psychol Res.* 2019;5(2):11-25.
44. Schneider M, Falkenberg I, Berger P. Parent-Child Play and the Emergence of Externalizing and Internalizing Behavior Problems in Childhood: A Systematic Review. *Front Psychol.* 2022;13:822394. doi: 10.3389/fpsyg.2022.822394 pmid: 35586226