

دانش و پژوهش در روانشناسی

دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان (اصفهان)

شماره بیست و هفتم و بیست و هشتم - بهار و تابستان ۱۳۸۵

صص ۲۰ - ۱

مقایسه اثربخشی درمان رفتاری، رفتاری-شناختی، دارویی و ترکیبی در درمان اختلال بیش‌فعالی-کاستی توجه

ظاهر تیز دست^۱ - حسین آزاد^۲
حسن احدی^۳ - علی دلاور^۴

چکیده

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی هر یک از روشهای درمانی رفتاری، رفتاری-شناختی، دارویی و ترکیبی (تلفیق این روشها) در درمان اختلال بیش‌فعالی-کاستی توجه اجرا شده است. آزمودنی‌ها مراجعه‌کنندگان به مراکز روانپزشکی و مراکز مشاوره با دامنه سنی ۱۴ - ۹ بودند که براساس مصاحبه روانپزشکی و پرسشنامه CSI-4، مبتلا به این اختلال شناسایی شدند. ۷۵ نفر از بین آنان به صورت تصادفی انتخاب شدند و به صورت تصادفی در چهار گروه آزمایش و یک گروه گواه (هر گروه ۱۵ نفر) جای گرفتند. متغیر مستقل شامل روشهای درمانی بود که طی ۱۰ جلسه درمان بر روی گروههای درمانی اجرا شد، متغیر وابسته میزان اختلال ADHD بود. فنون و روشهای مورد

*- برگرفته از رساله دکتری ۱- عضو هیأت علمی دانشگاه آزاد اسلامی واحد

۳- استاد دانشگاه علامه طباطبایی

۲- استاد دانشگاه علامه طباطبایی

۴- استاد دانشگاه علامه طباطبایی

استفاده در گروه‌های درمانی به ترتیب برای درمان رفتاری، اقتصاد ژتونی و شرطی‌سازی عامل، برای درمان رفتاری - شناختی روش آموزش به خود مایکن‌بام، برای درمان دارویی تجویز داروی ریتالین و برای گروه درمانی ترکیبی نیز تمام این روشها به کار رفت. گروه گواه نیز طی این مدت هیچ‌گونه مداخله‌ای را دریافت نکردند. اجرای پس‌آزمون برای گروه‌های آزمایش و گواه در یک زمان یعنی یک هفته بعد از اتمام مداخله‌های درمانی انجام شد. نتایج به دست آمده با استفاده از تحلیل واریانس یکطرفه و آزمون تعقیبی توکی تجزیه و تحلیل شد. شواهد نشان داد که بین اثربخشی روشهای درمان بر ADHD ($P < 0/05$ و $F 4/70 = 69/504$) تفاوت معنادار وجود دارد. آزمون تعقیبی توکی نشان داد که بین درمان رفتاری و درمان دارویی ($P < 0/05$)، بین درمان رفتاری و ترکیبی ($P < 0/05$)؛ بین درمان رفتاری و گواه ($P < 0/05$)، بین درمان رفتاری - شناختی و ترکیبی ($P < 0/05$)، بین درمان رفتاری - شناختی و گواه ($P < 0/05$)، بین درمان رفتاری و گواه ($P < 0/05$)، بین درمان ترکیبی و گواه ($P < 0/05$) تفاوت معناداری براساس نمرات افتراقی پیش‌آزمون و پس‌آزمون بر روی کاهش علائم ADHD وجود داشت. بین درمان رفتاری و درمان رفتاری - شناختی ($P > 0/05$) و بین درمان رفتاری - شناختی و درمان دارویی ($P > 0/05$)، بین درمان دارویی و درمان ترکیبی ($P > 0/05$) تفاوت معناداری وجود نداشت. کلید واژه‌ها: درمان رفتاری، درمان رفتاری - شناختی، درمان دارویی، درمان ترکیبی، اختلال بیش‌فعالی، کاستی توجه.

مقدمه

اختلال بیش‌فعالی - کاستی توجه (ADHD)^۱ یکی از اختلالات روان‌شناختی کودکان است که در دهه اخیر، پژوهش‌های زیادی بر روی آن انجام گرفته است. در واقع این اختلال یکی از شایعترین اختلالات کودکان است. براساس اطلاعات مندرج در چهارمین راهنمای آماری - تشخیصی اصلاح شده اختلالات روانی شیوع آن در کودکان دبستانی حدود ۳ تا ۵ درصد برآورد شده است (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۰۰، ص ۱۷۳).

اختلال بیش‌فعالی - کاستی توجه حدود ۱۰۰ سال قبل توصیف شد و امروزه درباره مؤثرترین روش‌های درمان آن نظریه‌هایی وجود دارد. استفاده از داروها برای «آرام نمودن» کودک مبتلا به این اختلال یکی از روش‌های درمانی استاندارد در خیلی از جوامع بوده و در خیلی از مطالعات رفتاری و درمانی به عنوان پیش‌شرط مورد استفاده قرار گرفته است (کاپلان و سادوک،^۱ ۱۹۹۴، ص ۶۱).

استفاده از داروهای محرک فراوان‌ترین نوع دارو درمانی است که برای کودکان با اختلال بیش‌فعالی - کاستی توجه به کار گرفته می‌شود (بارکلی، ۱۹۹۷). تخمین زده می‌شود که حدود ۸۸ درصد از کودکان دارای این اختلال، ریتالین^۲ مصرف می‌کنند (پرینز و همکاران، ۲۰۰۲). همچنین شیوه‌های رفتاری با وجود منابع کوتاه‌مدت آن به درمان رفتار بیش‌فعالی تأثیر می‌گذارند. یکی از رایج‌ترین شیوه‌ها استفاده از تقویت مثبت همراه با سیستم اقتصاد ژتونی به منظور تقویت رفتار ناهم‌ساز بوده است. یافته‌ها نیز تأثیر استفاده از این روشها را در کاهش رفتار بیش‌فعالی و افزایش توجه نشان داده‌اند (آزاد، ۱۳۸۰، ص ۸۱).

بسیاری از پژوهشگران دیگر معتقدند که رفتار تکانشی کودکان را می‌توان به نحو موفقیت‌آمیزی با استفاده از شیوه‌های رفتاری - شناختی تغییر داد (مایکن‌بام و گودمن، ۱۹۹۰، کندال و فینچ، ۱۹۹۸). موضوع مشترک تمام این شیوه‌ها تمرکز بر روندشناختی است که اساس رفتارهای تکانشی تصور شده‌اند. برای مثال گفتار خودگردان به جنبه‌هایی از گفتار دلالت می‌کند که کودک برای هدایت، سازماندهی و طرح‌ریزی رفتار خود، مورد استفاده قرار می‌دهد. یافته‌های به‌دست آمده اثربخشی این روش درمان را تأیید می‌کنند (پریس و هینشو، ۲۰۰۳).

با توجه به اینکه هیچ کدام از روش‌های درمان این اختلال به تنهایی نه مؤثر و نه قابل قبول تلقی شده‌اند (والن و همکاران، ۲۰۰۰) و همچنین با وجود دامنه وسیع اختلالات شناختی و رفتاری که غالباً مشخصه این‌گونه کودکان است، استفاده از درمان‌های متعدد ضروری به نظر می‌رسد. به همین دلیل برخی پژوهشها با ترکیب چند روش صورت گرفته است که خود حاکی از اثربخشی قابل ملاحظه آن نسبت به اجرای انفرادی و جداگانه هر روش درمانی است (براون، وین و مدنیس، ۱۹۹۸).

با توجه به بروز و شیوع بالای این اختلال (۳ تا ۵ درصد) در بین کودکان، همچنین گروه مراجعه‌کنندگان به مراکز درمانی، مسائل و مشکلات جانبی حاصل از این اختلال از قبیل افت تحصیلی، اشکال در سازگاری با خانواده، همسالان و... و پیامدهای رفتاری و واکنش نامناسب اطرافیان به علت عدم آگاهی که خود زمینه‌ساز بروز مسائل جدی‌تر دیگر می‌شود، لذا بررسی و یافتن راهکارهای مناسب در خصوص کمک‌رسانی به آنها امری ضروری و مهم قلمداد می‌شود. بر همین اساس پژوهش حاضر به منظور یافتن اثربخش‌ترین روش، طراحی و اجرا گردید. پژوهش حاضر به دنبال بررسی اثربخشی هر یک از روشهای درمانی (دارویی، رفتاری، رفتاری-شناختی و ترکیبی) در کاهش و بهبود اختلال بیش‌فعالی-کاستی توجه بوده است. همچنین بررسی این موضوع که آیا تفاوت معناداری بین اثربخشی روشهای مربوط وجود دارد، تا بدین وسیله با تشخیص صحیح و سریع اختلال و علل ایجادکننده آن، در راستای کاهش و تعدیل یا رفع آن اقدامات درمانی مناسب با انتخاب روش درمان مفید گام برداشته شود و بدین ترتیب از بروز مسائل جدید و گسترش مشکلات افراد مبتلا و گرفتاریهای ناشی از آن برای خانواده و جامعه جلوگیری شود.

فرضیه‌های پژوهش

فرضیه اصلی: بین تأثیر روشهای درمان رفتاری، رفتاری-شناختی، دارویی و ترکیبی (رفتاری، رفتاری-شناختی، دارویی) بر اختلال بیش‌فعالی-کاستی توجه تفاوت وجود دارد. این فرضیه به فرضیه‌های زیر تقسیم شده است:

فرضیه اول: تأثیر روش رفتاری در درمان بیش‌فعالی-کاستی توجه بیش از روش رفتاری-شناختی است.

فرضیه دوم: تأثیر روش رفتاری در درمان بیش‌فعالی-کاستی توجه بیش از روش دارویی است.

فرضیه سوم: تأثیر روش ترکیبی در درمان بیش‌فعالی-کاستی توجه بیش از روش رفتاری است.

فرضیه چهارم: تأثیر روش رفتاری در درمان بیش‌فعالی-کاستی توجه بیش از گروهی است که هیچ‌گونه درمانی را دریافت نکرده‌اند.

مقایسه اثربخشی درمان رفتاری، رفتاری - شناختی، ... / ۵

فرضیه پنجم: تأثیر روش رفتاری - شناختی در درمان بیش فعالی - کاستی توجه بیش از روش دارویی است.

فرضیه ششم: تأثیر روش ترکیبی در درمان بیش فعالی - کاستی توجه بیش از روش رفتاری - شناختی است.

فرضیه هفتم: تأثیر روش رفتاری - شناختی در درمان بیش فعالی - کاستی توجه بیش از گروهی است که هیچ‌گونه درمانی را دریافت نکرده‌اند.

فرضیه هشتم: تأثیر روش ترکیبی در درمان بیش فعالی - کاستی توجه بیش از روش دارویی است.

فرضیه نهم: تأثیر روش دارویی در درمان بیش فعالی - کاستی توجه بیش از گروهی است که هیچ‌گونه درمانی را دریافت نکرده‌اند.

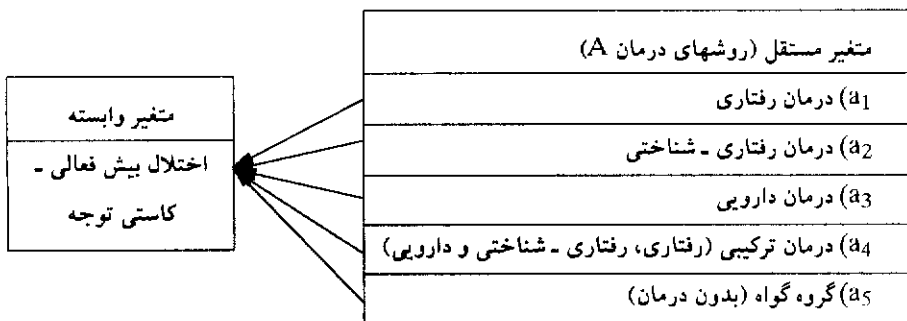
فرضیه دهم: تأثیر روش ترکیبی در درمان بیش فعالی - کاستی توجه بیش از گروهی است که هیچ‌گونه درمانی را دریافت نکرده‌اند.

روش پژوهش

این پژوهش یک طرح آزمایشی است و سعی شده است که تأثیر جداگانه و تلفیق چهار عامل درمان رفتاری، رفتاری - شناختی، دارویی و ترکیبی را به صورت تجربی بررسی کند.

اندازه‌گیری در دو مرحله پیش‌آزمون - پس‌آزمون انجام گرفته و پژوهشگر با اجرای

چهار روش درمانی و یک گروه گواه تأثیرات این متغیرها را بر متغیر وابسته (اختلال بیش فعالی - کاستی توجه) ارزیابی می‌کند. طرح درمان به صورت زیر مشخص شده است.



نمودار ۱- طرح درمان

جامعه آماری پژوهش را مراجعان دختر و پسر با دامنه سنی ۹ تا ۱۴ به مطب روانپزشکی دکتر واحد و مرکز مشاوره الزهرا که از بهمن ۱۳۸۲ تا فروردین ۱۳۸۳ مراجعه کرده‌اند تشکیل داده‌اند که با توجه به ملاکهای تشخیصی DSM-IV و نتیجه پرسشنامه علایم مرضی کودکان CSI-4 مبتلا به اختلال بیش‌فعالی - کاستی توجه تشخیص داده شده‌اند.

روش نمونه‌گیری و ابزار تحقیق

در پژوهش حاضر در ابتدا از روش نمونه‌گیری در دسترس (ایستا) استفاده شد و نمونه‌ای به حجم ۱۵۰ نفر از مطب روانپزشکی دکتر واحد و مرکز مشاوره الزهرا انتخاب شدند و مورد آزمون قرار گرفتند. سپس از بین آنها ۹۰ نفر که براساس مصاحبه روانپزشکی با توجه به ملاکهای DSM-IV و پرسشنامه علایم مرضی کودکان CSI-4 در سؤالات گروه A فرم والدین نمره بالای ۶ به دست آورده بودند به عنوان افراد مبتلا به اختلال بیش‌فعالی - کاستی توجه نوع ترکیبی شناسایی شدند. تعداد ۷۵ نفر به صورت تصادفی انتخاب و به‌طور تصادفی نیز در ۵ گروه (چهار گروه آزمایش و یک گروه گواه) هر گروه ۱۵ نفر جایگزین شدند.

ابزار اندازه‌گیری مورد استفاده در پژوهش حاضر برای تشخیص اختلال ADHD، مصاحبه تشخیصی روانپزشکی براساس ملاکهای DSM-IV و پرسشنامه علایم مرضی کودکان (CSI-4) بود. پایایی این پرسشنامه از طریق آزمون مجدد برای چهار گروه تشخیصی از ۷۰ تا ۸۹ درصد تعیین شده است (گدو و همکاران، ۱۹۹۱). روایی آزمون را، گدو و همکاران (۱۹۹۱) ۸۰/۰ گزارش کرده‌اند.

روش اجرای درمان رفتاری

اعضای این گروه آزمایش را افراد مبتلا به ADHD تشکیل می‌دادند که به‌منظور دریافت درمان رفتاری برای مدت ۱۰ جلسه، هفته‌ای دو بار، برای مدت زمان ۶۰-۴۵ دقیقه به مرکز روان‌درمانی و مشاوره الزهرا مراجعه می‌کردند. فعالیت‌های انجام یافته برای این نوع درمان در طی جلسات درمان بدین ترتیب بود:

۱- مصاحبه اولیه و گرفتن تعهد همکاری و ایجاد رابطه صمیمی

۲- آموزش و ارائه اطلاعات در خصوص اختلال ADHD، علل و منطق درمان

۳- عقد قرارداد درمانی شامل: تعیین رفتار آماج (کپی کردن خطوط یک الگو)، تعریف

عملیاتی آن، بیان هدف برنامه (ترسیم صحیح خطوط و تداوم کار و...) و انتخاب روش تغییر رفتار و انتخاب وابستگی و...

۴- آموزش تکلیف توسط درمانگر، ارائه برنامه تقویتی اقتصاد ژتونی در قبال رفتار مطلوب از طرف درمانگر یا والدین

۵- تعیین تکالیف خانگی و بررسی گزارش روزانه مراجع

جدول ۱- مراحل اجرا و جلسات درمانی رفتاری

جلسه	برنامه درمانی
اول و دوم	مصاحبه اولیه و گرفتن تعهد همکاری و ایجاد رابطه صمیمی
سوم (آغاز درمان)	آموزش و ارائه اطلاعاتی درباره ADHD و منطق درمان
چهارم	عقد قرارداد درمانی (تعیین تکلیف مورد نظر، انتخاب وابستگی و برنامه تقویتی و...) آموزش وظیفه والدین
پنجم	آموزش تکلیف توسط درمانگر (کپی کردن خطوط یک الگو)، ارائه برنامه تقویتی (ژتون) تکلیف خانگی، ملاقات با والدین
ششم	بررسی تکالیف خانگی، تمرین تکلیف در جلسه و ارائه برنامه تقویتی، تکالیف خانگی
هفتم	بررسی تکالیف خانگی (گزارش روزانه)، تقویت تکلیف مورد نظر در صورت درستی تکلیف خانگی، ملاقات با والدین به منظور اصلاح رفتار
هشتم	بررسی گزارش روزانه والدین، انجام تکلیف در جلسه و ارائه برنامه تقویتی، تکالیف خانگی
نهم	بررسی تکالیف خانگی، انجام تکلیف در جلسه و ارائه برنامه تقویتی
دهم	تکرار فعالیت جلسه قبل

روش اجرای درمان رفتاری - شناختی

افراد این گروه نیز به مدت ۱۰ جلسه، هفته‌ای ۲ بار، ۴۵ تا ۶۰ دقیقه تحت درمان با روشهای رفتاری - شناختی، آموزش به خود مایکن بام قرار گرفتند (سیف، ۱۳۷۳، ص ۳-۴۳۱؛ آزاد، ۱۳۸۰، ص ۵-۸۴). فعالیتهای انجام یافته برای این گروه در جلسات درمانی بدین ترتیب بود:

- ۱- مصاحبه اولیه و گرفتن تعهد همکاری و ایجاد رابطه صمیمی
- ۲- آموزش و ارائه اطلاعات در خصوص ADHD، علل و منطق درمان
- ۳- منطق روش آرامش عضلانی و آموزش آن در طی مراحل چهارگانه
- ۴- انجام رفتار مورد نظر (کپی کردن خطوط یک الگو) توسط درمانگر و صحبت با صدای بلند
- ۵- انجام عملی فعالیت توسط مراجع و بیان آن با صدای بلند
- ۶- انجام عملی فعالیت توسط مراجع و به تدریج بیان به شکل زمزمه
- ۷- در پایان به هنگام انجام فعالیت در درون خود دستورالعمل را بازگو کردن
- ۸- دادن تکالیف خانگی و بررسی گزارش روزانه و تشویق موفقیت مراجع در هر مرحله

جدول ۲- مراحل اجرا و جلسات درمانی رفتاری - شناختی

جلسه	برنامه درمانی
اول و دوم	مصاحبه اولیه و گرفتن تعهد همکاری و ایجاد رابطه صمیمی
سوم (آغاز درمان)	آموزش و ارائه اطلاعات راجع به ADHD، علل و منطق درمان
چهارم	ارائه منطق آرامش عضلانی، انجام مرحله اول آن، انجام رفتار مورد نظر (کپی کردن خطوط یک الگو) توسط درمانگر و مصاحبه با صدای بلند، تکالیف خانگی
پنجم	بررسی تکالیف خانگی، آرامش عضلانی مرحله دوم، مراجعان دستورهای را که درمانگر با صدای بلند می‌دهد را انجام می‌دهند، تکالیف خانگی
ششم	بررسی تکالیف خانگی، آرامش عضلانی مرحله سوم، تکرار فعالیت جلسه قبل، تشویق موفقیت مراجع توسط درمانگر، تکالیف خانگی
هفتم	آرامش عضلانی جلسه چهارم، تکرار جلسه قبل، مراجع با صدای بلند به خود دستور داده و کار مربوط را انجام می‌دهد، تکالیف خانگی
هشتم	آرامش عضلانی سریع و کامل زمزمه دستورات درمانگر توسط مراجع و تکرار کار مربوط، بررسی تکالیف خانگی، تشویق موفقیت
نهم	تکرار فعالیتهای جلسه قبل
دهم	آرامش عضلانی سریع، بررسی تکالیف خانگی، کودک به دستورات ارائه شده فکر کرده و آنها را در درون خود تکرار، ولی به زبان نمی‌آورد، تشویق موفقیت، تکالیف خانگی

روش اجرای درمان دارویی

پس از تعیین افراد گروه آزمایش و دارو درمانی، این افراد به روانپزشک معرفی شده و پس از انجام مصاحبه روانپزشکی افراد نمونه تحت درمان دارویی قرار گرفتند. مراجعان به وسیله داروی متیل فنیدیت (ریتالین) تحت درمان قرار گرفته و متخصصان هر دو هفته یک بار آنان را معاینه می‌کردند و در انتهای جلسه دهم از آنها پس‌آزمون به عمل آمد.

روش اجرای درمان ترکیبی

همان‌گونه که قبلاً ذکر شد، گروه درمان ترکیبی، آزمودنی‌هایی بودند که به منظور درمان آنها از روشهای رفتاری، رفتاری - شناختی و دارویی به صورت تلفیقی و با هم استفاده شد. تعداد جلسات آنها نیز مانند سایر گروههای آزمایشی ۱۰ جلسه ۴۵ تا ۶۰ دقیقه‌ای بود، که هر هفته دو جلسه تشکیل می‌شد.

گریسون و کارلسون (۱۹۹۱) نیز در مطالعه‌ای که بر روی فهرست بازیابی استونی بروک (SBC) با CSI-3R انجام داد، حساسیت آن را برای اختلال بی‌اعتنایی مقابله‌ای، اختلال سلوک، بیش‌فعالی با کمبود توجه به ترتیب ۹۳ درصد، ۹۲ درصد، ۷۷ درصد به دست آوردند. البته در مورد اختلال سلوک آنها بعد از اینکه نمره معیار را به ۴ علامت افزایش دادند به این حد از حساسیت رسیدند (نقل از توکلی‌زاده، ۱۳۷۵). در مطالعاتی که بر روی فهرست بازیابی معلمان انجام شده است حساسیت آن را برای اختلال بیش‌فعالی - کاستی توجه ۶۲ درصد، اختلال سلوک ۵۱ درصد و بی‌اعتنایی مقابله‌ای ۵۸ درصد، ویژگی آن را نیز به ترتیب برای هر کدام ۸۳ درصد، ۹۱ درصد و ۹۱ درصد به دست آوردند (گدو و همکاران، ۱۹۹۱).

روش آماری تجزیه و تحلیل داده‌ها

با توجه به اینکه در این پژوهش چهار گروه آزمایش و یک گروه گواه داشتیم که مورد پیش‌آزمون - پس‌آزمون قرار گرفتند، ابتدا نمرات افتراقی D پیش‌آزمون - پس‌آزمون هر گروه را به‌طور جداگانه به دست آورده و با استفاده از نرم‌افزار SPSS با روش تحلیل واریانس تک‌متغیره اثربخشی روشهای درمان را تعیین و در صورت معنادار شدن F آزمون تعقیبی توکی را اجرا کردیم تا تعیین شود که کدام روش درمان اثربخشی بیشتری داشته است.

یافته‌های پژوهش

فرضیه اصلی: بین تأثیر روشهای درمان رفتاری، رفتاری - شناختی، دارویی و ترکیبی (رفتاری، رفتاری - شناختی و دارویی) بر اختلال بیش‌فعالی - کاستی توجه تفاوت وجود دارد.

جدول ۳- خلاصه نتایج تحلیل واریانس نمرات افتراق پیش‌آزمون - پس‌آزمون گروهها

منابع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	فراوانی	معناداری
بین گروهها	۴۸۳۱/۶۵۳	۴	۱۲۰۷/۹۱۳	۶۹/۵۰۴	۰/۰۰۰
درون گروهها	۱۲۱۶/۵۳۳	۷۰	۱۷/۳۷۹		
کل	۶۰۴۸/۱۸۷	۷۴			

معناداری $P < ۰/۰۰۱$

چون F محاسبه شده (۶۹/۵۰۴) از F نشان داده شده در جدول در سطح $۰/۰۱$ و با درجات آزادی (۴ و ۷۰) یعنی $F = ۳/۶۰$ بزرگتر است، بنابراین با ۹۹ درصد اطمینان حداقل بین دو میانگین از میانگین‌های گروهها تفاوت معناداری وجود دارد. به عبارت دیگر نتایج واریانس یکطرفه نمرات افتراقی پنج گروه شرکت‌کننده در پژوهش حاکی از این است که برخی از روشهای درمانی به‌کار برده شده نسبت به روشهای دیگر از کارآمدی بیشتری برخوردارند. با توجه به نتایج حاصل از مقایسه اثربخشی هر یک از روشهای درمانی با گروه بدون درمان (گروه گواه) در این پژوهش و با توجه به نتایج حاصل از سایر پژوهشها می‌توان استنباط کرد که هر یک از این روشها اثربخشی خاصی در درمان مبتلایان به این اختلال دارند.

فرضیه اول: تأثیر روش رفتاری در درمان بیش‌فعالی - کاستی توجه، بیش از روش رفتاری - شناختی است.

جدول ۴- میانگین و انحراف معیار افتراق ADHD گروههای درمانی رفتاری و رفتاری - شناختی

شاخص گروه	میانگین	انحراف معیار	تعداد	توکی HSD
رفتاری	۱۸/۲۷	۳/۷۹	۱۵	-۲/۷۲۳
رفتاری - شناختی	۲۱/۲	۳/۶۷	۱۵	

با توجه به توکی محاسبه شده (۲/۷۲۳) و مقایسه آن با توکی به دست آمده از جدول در سطح ۰/۰۵ با درجات آزادی (۷۰ و ۵) نتیجه می‌گیریم که بین میانگین‌های دو گروه تفاوت معناداری وجود ندارد. به عبارت دیگر بین اثربخشی روش درمان رفتاری و رفتاری - شناختی در کاهش میزان اختلال بیش‌فعالی - کاستی توجه در پژوهش حاضر تفاوت معناداری وجود ندارد. نتیجه حاصل با یافته‌های هادیانفر، نجاریان، شکرکن و همکاران (۱۳۷۹)، نشاط‌دوست، کلاتری و همکاران، (۱۳۸۰)، مؤمنی و بهرامی (۱۳۸۱) هماهنگ است.

پژوهش اییکوف و همکاران (۱۹۹۶) نشان می‌دهد با وجود اینکه آموزش شناختی، جنبه‌های مثبت و قابل توجهی دارد، اما یافته‌های پژوهش، مفید بودن آن را برای این کودکان چندان تأیید نمی‌کنند. یکی از دلایل مهم موفق نبودن روشهای شناختی آن است که کودکان هنوز از نظر رشدی چندان بر کارکردهای شناختی و فراشناختی خود مسلط نیستند (هینشو، ۱۹۹۴). همچنین گرچه مداخلات رفتاری موجب اصلاح کودکان مبتلا به ADHD می‌شود، ولی تأثیر آنها به اندازه کافی قوی نیست که رفتار را به درجه طبیعی برساند (آزاد، ۱۳۸۰، ص ۸۳).

به نظر می‌رسد که کودک تکانشگر در خزانه شناختی - رفتاری خود قابلیت پاسخگویی متفکرانه را دارد، اما انگیزه انجام آن را ندارد. به نظر آنها دیدگاه بهینه در تغییر پاسخگویی تکانشگرانه و ادامه دار بودن تأثیرات آنها، تلفیق روشهای افزایش انگیزش همراه با آموزش شناختی با روشهای مدل‌سازی است (کندال و فینچ، ۱۹۹۸). لذا شاید با توجه به وجود عوامل تقویتی در هر دو روش درمانی که موجب افزایش انگیزش و تمایل برای تغییر و همکاری می‌شود، این عوامل را بتوان عامل دستیابی به این نتیجه دانست. فرضیه دوم: تأثیر روش رفتاری در درمان بیش‌فعالی - کاستی توجه بیش از روش دارویی است.

جدول ۵- میانگین و انحراف معیار نمرات افتراق ADHD گروههای درمان رفتاری دارویی

شاخص گروه	میانگین	انحراف معیار	تعداد	توکی HSD
رفتاری	۱۸/۲۷	۳/۷۹	۱۵	-۴/۸۷۹
دارویی	۲۳/۵۳	۵/۶۷	۱۵	

با توجه به توکی محاسبه شده (۴/۸۷۹) نتیجه می‌گیریم که بین میانگین‌های دو گروه تفاوت معناداری وجود دارد. یعنی روش درمان دارویی مؤثرتر از درمان رفتاری است. اما برخی پژوهش‌ها نشان‌دهنده آن است که با وجود اینکه مصرف دارو باعث افزایش دقت و تمرکز، آرامش و یادگیری در فرد می‌شود، اما به نظر می‌رسد تأثیر دارو به صورت کوتاه‌مدت و زودگذر بوده و با قطع دارو نیز نشانه‌ها مجدداً ظهور می‌کنند (ساراسون و ساراسون، ۱۳۷۸، ج ۲، ص ۳۰۹؛ ایکوف، ۱۹۹۱) به طوری که پس از گذشت مدتی هیچ اختلافی بین کودکانی که دارو دریافت نموده بودند و آنان که دارو دریافت نکرده بودند، وجود نداشت. یکی از دلایل برتر دانستن داروهای محرک این است که محققان توانسته‌اند تأثیر آنها را برگستره وسیعی از رفتارها نشان دهند (گرانل و همکاران، ۱۹۹۷). فرضیه سوم: تأثیر روش ترکیبی در درمان بیش‌فعالی - کاستی توجه بیش از روش رفتاری است.

جدول ۶- میانگین و انحراف معیار نمرات افتراقی ADHD گروه‌های درمان رفتاری و ترکیبی

شاخص گروه	میانگین	انحراف معیار	تعداد	توکی HSD
رفتاری	۱۸/۲۷	۳/۷۹	۱۵	-۷/۶۲۱
ترکیبی	۲۶/۴۷	۵/۱۱	۱۵	

با توجه به توکی محاسبه شده ۷/۶۲۱ نتیجه می‌گیریم که بین میانگین‌های دو گروه تفاوت معناداری وجود دارد. یعنی روش درمان ترکیبی نسبت به روش درمان رفتاری در کاهش میزان اختلال مربوط مؤثرتر بوده است.

با توجه به اینکه اختلال بیش‌فعالی - کاستی توجه اختلالی است که در خصوص سبب‌شناسی آن علل و عوامل متعددی از قبیل جسمی، خانوادگی و غیره مطرح شده است و علاوه بر آن خود این اختلال نیز بر تمامی جنبه‌های زندگی شخصی، اجتماعی، خانوادگی، تحصیلی و... فرد تأثیر می‌گذارد، لذا مداخله در جنبه‌های مختلف و به‌کارگیری راهکارهای متعدد به‌طور هم‌زمان می‌تواند موجبات بهبود بیشتری را برای مبتلایان فراهم سازد. همچنین با توجه به اینکه هیچ‌کدام از روش‌های درمان اختلال مربوط به تنهایی مؤثر و قابل قبول نمی‌باشند (والن و همکاران، ۱۹۸۵)، دامنه وسیع

اختلالات شناختی و رفتاری که غالباً مشخصه این کودکان است، استفاده از درمانهای متعدد را ایجاب می‌کند. به این دلیل درمانهای ترکیبی بیشتر رواج پیدا کرده‌اند. فرضیه چهارم: تأثیر روش رفتاری در درمان بیش‌فعالی-کاستی توجه بیش از کسانی است که هیچ‌گونه درمانی را دریافت نکرده‌اند. (گروه گواه)

جدول ۷- میانگین و انحراف معیار نمرات افتراقی ADHD گروههای درمان رفتاری و گواه

شاخص گروه	میانگین	انحراف معیار	تعداد	توکی HSD
رفتاری	۱۸/۲۷	۳/۷۹	۱۵	۱۳/۷۵۶
گواه	۳/۴۷	۰/۹۲	۱۵	

با توجه به توکی محاسبه شده (۱۳/۷۵۶) در مقایسه آن با توکی به دست آمده از جدول در سطح $\alpha = ۰/۰۵$ و با درجات آزادی ۷۰ و ۵ یعنی $Q = ۳/۹۸$ بزرگتر است. نتیجه می‌گیریم که بین میانگین دو گروه تفاوت معناداری وجود دارد. یعنی روش درمان رفتاری در کاهش میزان اختلال مربوط اثربخش‌تر می‌باشد. احتمالاً پس از درمان دارویی، رفتار درمانی، دومین شیوه درمانی شناخته شده برای کودکان بیش‌فعال است که بیشترین کاربرد را چه به صورت انفرادی و چه به صورت ترکیبی با سایر روشهای درمانی دارد (آزاد، ۱۳۸۰، ص ۸۰). فرضیه پنجم: تأثیر روش رفتاری-شناختی در درمان بیش‌فعالی یا کاستی بیش از روش دارویی است.

جدول ۸- میانگین و انحراف معیار نمرات افتراقی ADHD

گروههای درمان رفتاری-شناختی و دارویی

شاخص گروه	میانگین	انحراف معیار	تعداد	توکی HSD
رفتاری-شناختی	۲۱/۲۰	۳/۶۷	۱۵	-۲/۱۶۵
دارویی	۲۳/۵۳	۵/۶۷	۱۵	

با توجه به توکی محاسبه شده (۲/۱۶۵) نتیجه می‌گیریم که بین میانگین‌های دو گروه تفاوت معناداری وجود ندارد. یعنی روش درمان رفتاری - شناختی و دارویی در این پژوهش اثربخشی تقریباً یکسانی داشتند.

نتیجه حاصل با یافته‌های نوروز قلعه (۱۳۷۹) هماهنگی دارد، اما با یافته‌های بارکلی (۱۹۹۷)، گدو و همکاران (۱۹۹۱)، کلاتری، نشاط‌دوست و زارعی (۱۳۸۰) و... ناهماهنگ است و با آنها تناقض دارد.

نتیجه پژوهش حاضر را می‌توان بدین ترتیب تبیین کرد که با توجه به اینکه این اختلال اساس فیزیولوژیک قوی دارد و درمان دارویی براساس یافته‌های پژوهش‌های زیادی برای این‌گونه افراد به صورت بسیار رایج تجویز می‌شود، می‌توان چنین استنباط کرد که از درمان رفتاری - شناختی نیز می‌توان به صورت قابل ملاحظه‌ای در درمان این‌گونه مبتلایان لااقل در کنار درمان دارویی استفاده کرد. با توجه به اثر موقتی و کوتاه‌مدت داروها که بعد از قطع دارو دوباره علائم بروز می‌کند، مصرف دارو آمادگی فرد را برای اجرای درمان‌های روان‌شناختی و جلب همکاری و پیشرفت بیشتر مهیا می‌سازد (آزاد، ۱۳۸۰، ص ۸۵؛ کاپلان و سادوک، ۱۹۹۴، ص ۶۶).

فرضیه ششم: تأثیر روش ترکیبی در درمان بیش‌فعالی - کاستی توجه بیش از روش رفتاری - شناختی است.

جدول ۹- میانگین و انحراف معیار نمرات افتراقی ADHD گروه‌های درمان رفتاری و ترکیبی

شاخص گروه	میانگین	انحراف معیار	تعداد	توکی HSD
رفتاری - شناختی	۲۱/۲۰	۳/۶۷	۱۵	-۴/۸۹۸
ترکیبی	۲۶/۴۷	۵/۱۱	۱۵	

با توجه به توکی محاسبه شده (۴/۸۹۸) نتیجه می‌گیریم که بین میانگین دو گروه تفاوت معناداری وجود دارد. یعنی روش درمان ترکیبی در مقایسه با روش درمان رفتاری - شناختی در کاهش میزان اختلال مربوط مؤثرتر بوده است. نتیجه پژوهش حاضر با یافته‌های براسول (۱۹۹۸)، مهری‌نژاد، منصور و همکاران (۱۳۷۹)، هادیانفر، نجاریان، شکرکن و همکاران (۱۳۷۹) و... هماهنگ است.

در تبیین یافته با توجه به چند بعدی بودن سبب‌شناسی اختلال مربوط و اینکه یک درمان خاص به تنهایی مؤثر و قابل قبول نیست (والن و همکاران، ۱۹۸۵)، لذا درمان چند بعدی نیز از کارآمدی بهتر و مؤثرتری برخوردار است. پس این نتیجه نمی‌تواند دور از ذهن باشد. البته این اثربخشی را حتی در ترکیب دوروش درمانی نیز می‌توان ملاحظه کرد (کاپلان و سادوک، ۱۹۹۴، ج ۳، ص ۳۵۰؛ پراینز و همکاران، ۲۰۰۲؛ آزاد، ۱۳۸۰، ص ۸۲؛ علیزاده، ۱۳۸۳، ص ۹۵ و...).

فرضیه هفتم: تأثیر روش رفتاری - شناختی در درمان بیش‌فعالی - کاستی توجه بیش از کسانی است که هیچ‌گونه درمانی دریافت نکرده‌اند. (گروه گواه)

جدول ۱۰- میانگین و انحراف معیار نمرات افتراقی ADHD گروه‌های درمان دارویی و ترکیبی

شاخص گروه	میانگین	انحراف معیار	تعداد	توکی HSD
دارویی	۲۳/۵۳	۵/۶۷	۱۵	-۲/۷۳۲
ترکیبی	۲۶/۴۷	۵/۱۱	۱۵	

با توجه به توکی محاسبه شده (۲/۷۳۲) نتیجه می‌گیریم که بین میانگین‌های دو گروه تفاوت معناداری وجود ندارد، یعنی روش‌های درمان دارویی و ترکیبی از اثربخشی تقریباً یکسانی در کاهش میزان اختلال برخوردار بودند. نتیجه به دست آمده با یافته‌های براون، بردن، وین، شلزر و همکاران (۱۹۹۶)، براون، وین و مدنیس (۱۹۹۸) و... هماهنگ است. اما با یافته‌های کانت ول و همکاران (۱۹۹۱) گدو و همکاران (۱۹۹۱)، پراینز و همکاران (۲۰۰۲) مغایرت دارد. یافته‌های مربوط را می‌توان چنین توجیه کرد که درمان دارویی همان‌گونه که قبلاً گفته شد، درمان انتخابی بوده و نسبت به سایر روش‌های درمانی از گسترش و کاربرد بیشتری برخوردار است، زیرا به سرعت رفتارهای تکانشی و عدم تمرکز فرد را تحت تأثیر قرار داده و آن را کاهش می‌دهد. هر چند که پژوهش‌ها نشان می‌دهد که با قطع دارو این علائم بازگشت می‌کنند، لذا با توجه به اینکه در هر دو گروه وجه مشترک مصرف دارو بوده به نظر می‌رسد این امر نتیجه مربوط را موجب شده است.

فرضیه نهم: تأثیر روش دارویی در درمان بیش‌فعالی - کاستی توجه بیش از کسانی است که هیچ‌گونه روش درمانی دریافت نکرده‌اند. (گروه گواه)

جدول ۱۱- میانگین و انحراف معیار نمرات افتراقی ADHD گروههای درمان دارویی و گواه

شاخص گروه	میانگین	انحراف معیار	تعداد	توکی HSD
دارویی	۲۳/۵۳	۵/۶۷	۱۵	۱۸/۶۴۳
گواه	۳/۴۷	۰/۹۲	۱۵	

با توجه به توکی محاسبه شده (۱۸/۶۴۳) و مقایسه آن با توکی به دست آمده از جدول در سطح $\alpha = ۰/۰۵$ و با درجات آزادی ۷۰ و ۵ یعنی $Q = ۳/۹۸$ بزرگتر است. چنین نتیجه می‌گیریم که بین میانگین‌های دو گروه تفاوت معناداری وجود دارد. به عبارت دیگر گروه درمان دارویی میزان بهبود و کاهش علائم اختلالشان به طور قابل ملاحظه‌ای بیشتر از گروه گواه بود که هیچ‌گونه درمان خاصی در خصوص آنها اعلام نشد. تفاوت نیز براساس این یافته‌ها در فرضیه‌های قبلی (۸ و ۹) قابل توجیه است، زیرا همان‌گونه که قبلاً گفته شد درمان دارویی اولین، مؤثرترین و سریع‌ترین و رایج‌ترین روش درمان انتخابی برای اختلال مربوط است.

فرضیه دهم: تأثیر روش ترکیبی در درمان بیش‌فعالی - کاستی توجه بیش از کسانی است که هیچ‌گونه درمانی دریافت نکرده‌اند. (گروه گواه)

جدول ۱۲- میانگین و انحراف معیار نمرات افتراقی ADHD گروههای درمان ترکیبی و گواه

شاخص گروه	میانگین	انحراف معیار	تعداد	توکی HSD
ترکیبی	۲۶/۴۷	۵/۱۱	۱۵	۲۱/۳۷۹
گواه	۳/۴۷	۰/۹۲		

با توجه به توکی محاسبه شده (۲۱/۳۷۹) نتیجه می‌گیریم که بین میانگین‌های دو گروه تفاوت معناداری وجود دارد. به عبارت دیگر درمان ترکیبی در کاهش میزان اختلال مربوط اثربخش بوده است.

با توجه به این مطالب در فرضیه‌های قبلی که همگی حاکی از اثربخشی نسبی تک‌تک روش‌های درمانی بوده و به‌خصوص اینکه ترکیب و تلفیق این روشها از کارآمدی بیشتری در کاهش و تعدیل علائم افراد مبتلا به اختلال مربوط برخوردار است، لذا به نظر می‌رسد که در هنگام ترکیب این روشها با یکدیگر در مقایسه با گروه گواه که هیچ‌گونه درمان خاصی را دریافت نکرده، تفاوت موجود امری مسلم و قابل پیش‌بینی به نظر می‌رسد.

بحث و نتیجه‌گیری

آنچه مسلم است اختلال بیش‌فعالی-کاستی توجه یک اختلال رشدی است که از سنین پایین شروع می‌شود و ماهیت مزمن و فراگیری دارد. این اختلال دارای علت و معلول‌های متعددی است که همپوشی نسبتاً زیادی با سایر اختلالات کودکان نشان می‌دهد. بنابراین برچسب‌گذاری کودک به‌عنوان بیش‌فعالی چیز زیادی درباره سبب‌شناسی یا مؤثرترین روشهای درمان آن، به ما نمی‌دهد. درمان کودکان ADHD یک عمل پیچیده درازمدت است و روشهای درمانی رایج این اختلال هر کدام کمبودها و نواقصی دارند که مؤثر بودن آنها را دچار اختلال می‌کنند.

استفاده از داروهای محرک به علت تأثیرات جانبی مخاطره‌آمیز آن در درازمدت تجویز نشده است. به‌علاوه اخیراً بحث‌هایی درباره مناسب‌ترین دوز برای کاهش رفتارهای مشکل‌ساز این کودکان شده است (راپورت، استونر، دوپل، بیرهنگام و تاکر، ۱۹۹۵). روشهای رفتاردرمانی و شناختی، منافع درمانی کوتاه‌مدتی دارند و تأثیرات درمانی بلافاصله بعد از قطع برنامه به سطوح پایه باز می‌گردد. بالاخره تأثیرات درمانهای ترکیبی در تحقیقات مختلف به نتایج متفاوتی منتهی می‌شوند. بنابراین نه تنها درباره ماهیت بیش‌فعالی اختلاف نظرهایی وجود دارد، بلکه به همان درجه نیز تضادهایی درباره مؤثرترین روشهای درمان آن وجود دارد. با توجه به تأثیر این اختلال در عملکردهای تحصیلی، شغلی، اجتماعی، خانوادگی، به‌خصوص اینکه اختلال مربوط در سنین مدرسه بیشتر شناسایی و برای درمان و پیگیری مطرح می‌شود، همچنین به علت محدود بودن و یا نداشتن آگاهی اطرافیان و والدین و واکنش‌های نامناسب آنها و

برجسب‌های زده شده به فرد از قبیل تنبل، ناسازگار و... و به تبع آن برخوردهای نامناسب، اهمیت موضوع بیشتر قابل لمس می‌باشد. بدین لحاظ والدین، معلمان و متخصصان که به نوعی با مشکلات متنوع این کودکان در زمینه‌های مختلف سروکار دارند، باید کوششهای مستمری به منظور به کارگیری شیوه‌های درمانی خاص به عمل آورند.

منابع

- آزاد، حسین. (۱۳۸۰)، روان‌شناسی مرضی کودک براساس طبقه‌بندی DSMIV، تهران، پارتنگ.
- انجمن روانپزشکی آمریکا. (۲۰۰۰)، چهارمین راهنمای آماری - تشخیصی اصلاح شده اختلالهای روانی DSM-IV-R، ترجمه محمدرضا نیکخو، هامایاک آوادیس یانس، (۱۳۸۳)، چاپ اول، تهران، سخن.
- توکلی‌زاده، جهان‌شیر. (۱۳۷۷)، «تعیین میزان شیوع اختلالات رفتار ایذایی و کمبود توجه در دانش‌آموزان گناباد»، پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، انستیتو روانپزشکی تهران.
- ساراسون، ایروین جی و باربارا آر ساراسون. روان‌شناسی مرضی، (جلد دوم)، مترجمان: بهمن نجاریان، محمدعلی اصغری مقدم و محسن دهقانی، (۱۳۷۸)، تهران، انتشارات رشد.
- علیزاده، حمید. (۱۳۸۳)، اختلال نارسایی توجه افزون جنبشی (ویژگیها، ارزیابی و درمان)، تهران، انتشارات رشد.
- کاپلان، هارولد. بنیامین سادوک و جک گرب. (۱۹۹۴)، خلاصه روانپزشکی، ترجمه دکتر نصرت‌الله پورافکاری، (۱۳۷۵)، تهران، انتشارات شهرآب.
- کلانتری، مهرداد. حمید نشاطدوست و محمدباقر زارعی. (۱۳۸۰)، تأثیر آموزش رفتاری والدین و دارو درمانگری بر میزان علایم فزون‌کشی کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه فزون‌کشی، جلد ۵، شماره ۲، نسخه ۱۸، انتشارات روان‌شناسی.
- مؤمنی، فرزاد و هادی بهرامی. (۱۳۸۱)، بررسی کارآیی روش عصبی - روانی دلاکتو در درمان کودکان بیش‌فعال، جلد ۷، شماره ۴، نسخه ۲۸، انتشارات اندیشه و رفتار.
- مهری‌نژاد، سید ابوالقاسم. محمود منصور و همکاران... (۱۳۷۹)، «مقایسه اثربخشی روان درمانگری‌های شناختی - رفتاری و ترکیبی در دو سطح هوشی در کودکان مبتلا به فزون‌کشی همراه با کمبود توجه (ADHD)»، مجله روان‌شناسی، جلد ۴، شماره ۲، نسخه ۱۴.
- نشاطدوست، حمید. مهرداد کلانتری و علی سلطانی. (۱۳۸۰)، «بررسی اثربخشی آموزش روش حل مسأله در کاهش علایم کمبود توجه / بیش‌فعالی»، تازه‌های علوم شناختی، ج ۳، شماره ۳.

نوروز قلعه، وحیده. (۱۳۷۹)، «مقایسه کارآیی راهبردهای روانی تربیتی با دارودرمانی در کودکان مبتلا به اختلال کمبود توجه همراه با بیش‌فعالی»، *مجله علوم تربیتی و روان‌شناسی* (دانشگاه فردوسی مشهد)، جلد ۲، شماره ۲.

هادیانفر، حبیب. بهمن نجاریان، حسین شکرکن و مهناز مهربانی‌نژاد هنرمند. (۱۳۷۹)، «مقایسه اثربخشی سه روش روان‌درمانی در کاهش اختلال نقص توجه - بیش‌فعالی کودکان پسر دبستانی پایه‌های سوم و چهارم شهر شیراز»، *مجله علوم تربیتی و روان‌شناسی* (دانشگاه شهید چمران اهواز)، جلد ۷، شماره ۱-۲، نسخه ۳.

ABBIKOFF, H. (1991). Cognitive training in ADHD children: less to it than meets the eye. *Journal of Learning disabilities*, 24, 205-209.

ABBIKOFF, H., COURTNEY, M.E., SZEIBEL, P.J. & KOPLEWICZ, H.S. (1996). The effect of auditory stimulation on the arithmetic performance of children with ADHD and nondisabled children. *Journal of learning disabilities*, 29, 238-249.

BARKLEY, R.A. (1997). Behavioral Inhibition, sustained attention and executive functions: constructing a unifying of ADHD. *Psychiatric bulletin*, 121, 65-94.

BRASWELL, L. (1998). *Cognitive behavioral approaches as adjunctive treatments for ADHD children and their families*. In Golstein. S, and Goldstein, M. (Eds), *Managing attention deficit hyperactivity disorder in children: A guide for practitioners* (2ed). New York: wiley.

BROWN, R.T., WYNN, M.E. & MEDENIS, R. (1998). Methylphenidate and cognitive therapy: A comparison of treatment approaches with hyperactive boys. *Journal of abnormal child psychology*, 13(1), 69-87.

BROWN, R.T., BORDEN, K.A., WYNN, M.E., SCHLESER, R. & CLINGERMAN, S.R. (1996). Methylphenidate and cognitive therapy with ADHD children: A Methodological Reconstruction. *Journal of abnormal child psychology*, 14(4), 481-497.

CANTWELL, D.P. & BERKER, L. (1991). Association between attention deficit hyperactivity disorder and learning disorders. *Journal of learning disabilities*, 24, 88-95.

GADOW, K.D., NOLAN, E.E., PAOLICELLE, L.M. & SPRAFKIN, J. (1991). A Procedure for assessing the effect of methylphenidate on hyperactive children in public school settings. *Journal of clinical child psychology*, 20, 268-276.

- GRENNELL, M.H. & GLASS, C.R. & KAT, K.S. (1997). Hyperactive children and peer relationship, *Journal of Anormal child psychology*, 15(1), 1-13.
- HINSHAW, S. (1994). *Attention deficit disorder and hyperactivity in children*. Thousand odds. CA: Sage.
- KEOWN, L.J., WOOD WRD, L.J. (2002). Early parent-child relations and family functioning of preschool boys with pervasive hyperactivity. *Journal of Abnormal child psychology*, 30(6), 541-553.
- KENDALL, P.C. & FINCH, A.J. (1998). A Cognitive behavioral treatment for Impulse control. *Journal of consultation and clinical psychology*. 44(5), 852-857.
- MEICHENBAUM, D.H. & GOODMAN, J. (1990). Training impulsive children to talk to themselves. *Journal of abnormal child psychology*, 7(2), 115-126.
- MEICHENBAUM, D.H. (1988). *Cognitive behavioral modification with attention deficit hyperactive children*, In Blooming Dale, L.M., Sergeant, J. (Eds). *Attention deficit disorder: criteria, cognition, intervention*. Britain: Oxford pergamon press.
- NEIDER HOFER, H. (2003). A Silghtly effective therapeutic option of ADHD. *Journal of neuropsychobiology*, 49(3), 130-133.
- PERIS, T.S., HINSHAW, S.P. (2003). Family dynamics and preadolescent girls with ADHD: The relationship between expressed emotion ADHD symptomatology and comorbid behavior. *Journal of child psychology*, 44(8), 1177-90.
- PRINZ, R.J., CONNER, P.A. & WILSON, C.C. (2002). Hyperactive and aggressive behavior in childhood. *Journal of abnormal child psychology*, 9(2), 191-202.
- RAPPOPORT, M.D., STONER, G., DUPAUL, G.J. BRIMINGAM, B.K. & TUCKER, S. (1995). Methylphenidate in hypractive children: defferential effects in academic, learning and socail behavior. *Journal of abnormal child psychology*, 13(2), 227-244.
- WHALEN, C.K., HENKER, B. & HINSHAW, S.P. (2000). Cognitive behavior therapy for hyperactive children: Premises, problems and prospects. *Journal of abnormal child psychology*, 13(3), 391-410.