

به / بیش فعالی

چکیده

اختلال نارسایی توجه و بیش‌فعالی از شایع‌ترین اختلال‌های تشخیصی است که با نشانه‌های بی‌توجهی، بیش‌فعالی و تکانشی همراه است (اسمیت و بارت، ۲۰۰۰، ترجمه‌ی قربانی روجی، ۱۳۸۴). ادواردز (۲۰۰۳) شیوع این اختلال را در کودکان مدرسه رو در حدود ۳ تا ۷ درصد تخمین زده است که از این میان تقریباً حدود ۴۰ تا ۶۰ درصد نشانه‌های اختلال را تا دوره‌ی نوجوانی و بزرگسالی نشان می‌دهند.

در فرایند درمان کودکان دارای اختلال نارسایی توجه و بیش‌فعالی انواع مختلفی از مداخلات روانشناختی مورد توجه قرار گرفته که شامل مداخلات رفتاری، شناختی - رفتاری، آموزش والدین، آموزش مهارت‌های اجتماعی، آموزش آرمیدگی و درمان‌های چندالگویی است. در زیر به آنها می‌پردازیم.

رفتار درمانی

رفتار درمانی به مجموعه‌ی روش‌ها و فنونی گفته می‌شود که از یافته‌های روان‌شناسی آزمایشی، به ویژه روان‌شناسی یادگیری استخراج شده‌اند و هدف آنها کمک به رفع مشکلات سازگاری افراد در موقعیت‌های مختلف زندگی فردی و اجتماعی است (سیف، ۱۳۷۷). با استفاده از روش رفتار درمانی می‌توان به کودک کمک کرد تا رفتار پرخاشگرانه‌ی خود را کنترل کرده و با نظارت بر رفتارهای اجتماعی‌اش فردی مؤثر و مفید باشد (گیلیام، ۱۹۹۵، ترجمه‌ی سفید مقدم، ۱۳۸۶).

مداخلات رفتاری در مجموعه‌های خاصی نظیر کلاس ویژه و کلینیک‌ها صورت می‌گیرند و می‌توانند موجب بهبود رفتار فرد گردند. این روش‌ها هنگامی به نتیجه‌ی مطلوب می‌رسند که رفتارهای مورد نظر در سایر مکان‌ها و در دنیای واقعی نیز به کار برده شوند. برای مثال، هنگامی که مهارت‌های اجتماعی به کودکان دارای اختلال نارسایی توجه و بیش‌فعالی آموزش داده می‌شوند، والدین آنها نیز باید تحت آموزش قرار بگیرند تا زمینه را برای کاربرد مهارت‌های اجتماعی مورد نظر در دنیای واقعی فراهم سازند. (فرانکل و دیگران، ۱۹۹۷ به نقل از شکوهی، ۱۳۸۴).

مهم‌ترین شیوه‌هایی که در مداخلات رفتاری می‌توان مورد استفاده قرار داد، عبارتند از تقویت کننده‌های مثبت و منفی، شکل‌دهی، الگوسازی، مجاورت، محروم‌سازی، روش خاموشی و دیگر روش‌های درمانی. کاربرد مداخلات رفتاری در کلاس درس به بهبود توجه و کنترل مشکلات رفتاری کودکان دارای اختلال نارسایی توجه و بیش‌فعالی منجر می‌شود. شواهد نشانگر آن است که فنون شرطی‌سازی عاملی، وابستگی مبتنی بر تقویت و ترکیب آنها با آموزش مهارت‌های اجتماعی و فنون مدیریت رفتاری به بهبود توجه و تنظیم تکانه^۳ کودکان دارای اختلال نارسایی توجه و بیش‌فعالی منجر می‌شود (بارکلی، ۱۹۹۰؛ دوپل و استونر، ۱۹۹۴ هر دو به نقل از پوساواک و شریدان، ۱۹۹۹).

پوساواک و شریدان (۱۹۹۹) در پژوهشی تأثیر شیوه‌ی اشاره را بر بهبود توجه و تنظیم تکانه کودکان دارای

منجر به اصلاح و بهبود مشکلات کنترل تکانه، حل مسأله و خودکنترلی می‌گردد. پژوهش‌ها نشان داده‌اند این رویکرد مداخله‌ای برای آموزش کودکان در برخورد با مشکلات تحصیلی و غیر تحصیلی، مؤثر واقع شده است. از جمله در افزایش میزان تکمیل تکالیف در مدارس، افزایش رفتار متمرکز بر تکلیف، افزایش عملکرد خواندن کتاب‌ها در دانش‌آموزان دارای اختلالات رفتاری و کاهش رفتار مخرب در کودکان دارای اختلال نارسایی توجه و بیش‌فعالی مؤثر می‌باشد (اشتری زاده، ۱۳۸۲). تیتز (۱۹۹۸) معتقد است تکنیک‌های شناختی - رفتاری در کاهش مشکلات کنترل تکانه و بیش‌فعالی در کودکان دارای اختلال نارسایی توجه و بیش‌فعالی مؤثر است.

رفتار درمانی به مجموعه‌ی روش‌ها و فنونی گفته می‌شود که از یافته‌های روان‌شناسی آزمایشی، به ویژه روان‌شناسی یادگیری استخراج شده‌اند و هدف آنها کمک به رفع مشکلات سازگاری افراد در موقعیت‌های مختلف زندگی فردی و اجتماعی است

این روش مداخله از شیوه‌های کاربرد تحلیل رفتار شامل رویکرد مبتنی بر وابستگی و رویکرد مبتنی بر شناخت استفاده می‌کند، بدین صورت که به کودکان راهبردهای مختلف واسطه‌گری را آموزش می‌دهد. رویکردهای مبتنی بر وابستگی، پیامدهای رفتار را مدنظر قرار می‌دهند، در حالی که شیوه‌های مبتنی بر شناخت بیشتر بر پیشامدهای رفتار تمرکز می‌کنند. یکی از تکنیک‌های مؤثر در رویکرد مبتنی بر وابستگی، خودکنترلی است (اشتری زاده، ۱۳۸۲). کنترل خود عبارت است از مدیریت فرد بر رفتار و یادگیری خود (گیل مور

اختلال نارسایی توجه و بیش‌فعالی مورد بررسی قرار داد. آنها در این شیوه بر بالا بردن دست‌پیش از سخن گفتن تأکید داشتند. یافته‌های به دست آمده نشان داد شیوه‌ی مذکور بر بهبود توجه و تنظیم تکانه مؤثر است.

مک کلاسکی و مک کلاسکی (۱۹۹۹) معتقدند که استفاده از تشویق کلامی مثبت یک راه اساسی است که به پرورش بهتر عزت نفس در فراگیران دارای اختلال نارسایی توجه و بیش‌فعالی منتهی می‌شود.

فیانو و همکاران (۲۰۰۴) معتقدند یکی از روش‌های مؤثر در کاهش رفتارهای منفی کودکان دارای اختلال نارسایی توجه و بیش‌فعالی روش خاموش‌سازی است. هم‌چنین اورگان (۲۰۰۵) معتقد است که مداخله‌های رفتاری در کلاس درس به همراه آموزش کنترل تکانه به کاهش رفتارهای تکانشی و نیز افزایش توجه در کودکان مبتلا منجر می‌شود.

به باور پلهام (۲۰۰۴) یکی از درمان‌های مؤثر، برنامه‌ی درمانی جامع است. این برنامه‌ی درمانی شامل آموزش والدین به صورت گروهی و پی در پی، استفاده از روش اقتصاد پته‌ای، تقویت‌کننده‌ی مثبت، روش خاموش‌سازی، آموزش مهارت‌های اجتماعی، آموزش مهارت‌های درسی و آموزش مهارت‌های حل مسأله می‌باشد. این درمان‌ها در موقعیت‌های تفریحی و تحصیلی، ارتباط با همسالان و بزرگسالان به کار می‌رود و عملکرد تحصیلی و خودارزشی را بهبود می‌بخشد.

مداخلات شناختی - رفتاری

مداخله‌های شناختی - رفتاری برای بهبود و خودنظم بخشی رفتار و احتمال دستیابی به تغییر پایدار رفتار طراحی شده‌اند (راینیکه و همکاران ترجمه‌ی علاقبندراد، ۱۳۸۰). درمان رفتاری - شناختی ترکیبی از تکنیک‌های رفتاری و راهبردهای شناختی است. این روش

- و همکاران، ۲۰۰۳ به نقل از به پژوه و همکاران، ۱۳۸۶). همچنین خود کنترلی به ویژه شامل، خود ارزیابی^۴، خود پایش^۵ و خود تقویتی^۶ است (بار کلی، ۱۹۸۷؛ دوپل و استونر، ۱۹۹۴ هر دو به نقل از تیتز، ۱۹۹۸).
- یافته‌های پژوهشی نشان داده است شیوه‌های خود کنترلی به کاهش رخداد رفتارهای نامناسب و بهبود عملکرد یادگیری منجر می‌شود. شیوه‌های خود تقویتی و خود ارزیابی بر ایجاد، تداوم و تعمیم تغییر رفتار در دانش‌آموزان دچار اختلال‌های رفتاری مؤثر بوده است (راینیکه و همکاران ترجمه‌ی علاقبندراد، ۱۳۸۰).
- استفاده از راهبردهای خود نظارتی در افزایش رفتارهای تکلیف مدار دانش‌آموزان بی‌توجه، هم در مدارس ابتدایی و هم در مدارس راهنمایی مؤثر است (لیود، هالامان، کافمن و کلر، ۱۹۹۸ به نقل از قربانی روچی، ۱۳۸۳). در حالی که دانش‌آموزان می‌آموزند بر رفتار تکلیف مدار خود نظارت کنند، می‌آموزند در مورد آنچه که رفتار تکلیف مدار نامیده می‌شود آگاه‌تر شوند و می‌توانند این اطلاعات را برای توانمندتر کردن خود برای بازگشت به رفتارهای تکلیف مدار به کار ببرند (شاپیرو، دپال و بردلی - کلاگ، ۱۹۹۸، به نقل از قربانی روچی، ۱۳۸۳).
- شیمایوکیورو و همکاران (۱۹۹۹) در یافته‌های خود نشان دادند روش خود نظارتی بر عملکرد تحصیلی دانش‌آموزان دچار اختلال یادگیری و اختلال نارسایی توجه و بیش‌فعالی مؤثر است. تیتز (۱۹۹۸) معتقد است استفاده از روش خودآموزی باعث افزایش عملکرد در کودکان دارای نارسایی توجه و بیش‌فعالی می‌شود. همچنین موری (۲۰۰۲) با به کارگیری روش‌های شناختی - رفتاری برای آموزش خود کنترلی به کودکان پیش دبستانی تکانش‌گر نشان داد با افزایش خود کنترلی، رفتار تکانشی کاهش می‌یابد.
- آستین (۲۰۰۳) در پژوهشی فنون خود مدیریتی را برای درمان دانش‌آموزان دارای اختلال نارسایی توجه و بیش‌فعالی به کار برده است. برنامه‌ی مداخله‌گرانه در این پژوهش شامل مجموعه‌ای از هدف‌های رفتاری برای خود مدیریتی کودک و استفاده از تقویت‌کننده‌های گوناگون در دسترس کودک برای خود تقویتی به خاطر رفتار مطلوب است. نتایج نشان داد رفتارهای کلاسی مشکل‌آفرین به ویژه رفتارهای غیر درسی مزاحم مانند وول خوردن در دانش‌آموزانی که تحت تأثیر آموزش فنون خود مدیریتی قرار گرفتند کاهش معناداری یافته است و پی‌گیری پژوهش پس از یک ماه نشان داد نتایج به دست آمده، پایدار مانده‌اند.
- حسن زاده نمین (۱۳۸۴) به بررسی تأثیر آموزش کنترل تکانه بر افزایش توجه کودکان دارای اختلال نارسایی توجه پرداخت. یافته‌های به دست آمده نشان داد آموزش کنترل تکانه موجب افزایش توجه کودکان دارای اختلال توجه می‌شود.
- اشتری‌زاده (۱۳۸۲) به بررسی تأثیر آموزش راهبرد خود نظارتی در دانش‌آموزان دارای اختلال نارسایی توجه پرداخت. یافته‌های به دست آمده نشان داد آموزش راهبرد خود نظارتی موجب افزایش میزان توجه و کاهش میزان بی‌اجازه صحبت کردن در دانش‌آموزان دارای اختلال نارسایی توجه می‌شود.
- آموزش والدین**
- آموزش والدین یک رویکرد روانی - آموزشی است که به والدین و دیگر مراقبان تکنیک‌های اجرایی رفتاری - شناختی را که می‌توانند در خانه پیاده کنند و در برخورد با مشکلات رفتاری کودک مورد استفاده قرار دهند آموزش می‌دهد (اسمیت و بارت ترجمه قربانی روچی، ۱۳۸۴). در خانواده‌های کودکان دارای

باید توانایی آنها را افزایش دهد. برای این منظور، می‌توان از شیوه‌های رفتاری در زمینه‌ی مدیریت و سازماندهی آن استفاده کرد تا مهارت‌های مدیریتی را فراگیرند.

آموزش والدین یک رویکرد

روانی - آموزشی است که به والدین و دیگر مراقبان تکنیک‌های اجرایی رفتاری - شناختی را که می‌توانند در خانه پیاده کنند و در برخورد با مشکلات رفتاری کودک مورد استفاده قرار دهند آموزش می‌دهد

مطالعات انجام شده، سه برنامه‌ی آموزشی عمده را برای والدین کودکان مبتلا مطرح کرده‌اند. در این برنامه‌ها تکنیک‌هایی برای تعامل والد و کودک برای کاهش مخالفت و تسهیل الگوهای ارتباطی خانواده طراحی شده است. اهداف این برنامه شامل بهبود مهارت‌های والدین و کارکردهای خانواده و رشد ساز و کارهای همیاری و حل تعارضات خانواده می‌باشد (تیر، ۱۹۹۸).

آموزش مهارت‌های اجتماعی

این نوع از آموزش از کار آرگایل و همکاران او، که رفتار اجتماعی را یک رشته مهارت اجتماعی می‌شمارند که می‌توان آنها را به روش خاص ارزیابی نموده و بهبود بخشید، مایه می‌گیرد (پورافکاری، ۱۳۸۲). فریدمن و دوپال معتقدند مهارت‌های اجتماعی رفتارهای مجزای اکتسابی هستند (ترجمه‌ی صدر السادات و همکاران، ۱۳۸۱). این آموزش‌ها به بچه‌ها کمک می‌کند تا رفتارهای جدید را یاد بگیرند. در آموزش مهارت‌های اجتماعی درمانگر در مورد الگوهای مناسب رفتاری مثل انتظار برای نوبت، شراکت

اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی اغلب در ارتباط بین والد و کودک مشکل وجود دارد و افزایش اضطراب در میان والدین این کودکان بسیار دیده می‌شود. بر این اساس درمان‌های جامعه برای آنها (شامل کارکردن مستقیم با والدین در جهت اصلاح الگوهای رفتاری و افزایش پیامدهای مثبت در ارتباط با کودکان) تدوین شده است (پلهام و همکاران، ۱۹۹۸).

بلکمن (۱۹۹۹) معتقد است اثر بخشی آموزش والدین در کنترل رفتارهای ناسازگار و نابهنجار فرزندانشان به وضوح مشاهده می‌شود. گرچه ممکن است بعضی از والدین بتوانند فونونی را از دقت نظری خود بیاموزند، ولی اساساً به راهنمایی و حمایت متخصصان نیاز دارند. به ویژه اگر تحصیلات و توانایی‌های شناختی آنها محدود باشد. بارکلی راهنمای گام به گام مفیدی را "با نام کودکان نافرمان" برای آموزش والدین تهیه کرده است. در آموزش والدین تأکید اصلی بر شناخت پیش‌آیندهای رفتاری نامطلوب، تغییر محیط به منظور تغییر پیش‌آیندها و ایجاد انگیزه‌ی مثبت قبل از متوسل شدن به تنبیه است. بارکلی بر کیفیت توجه در رفتارهای مثبت و هم‌چنین تجربه‌ی جلسه‌ی بازی بی‌رهنمود تأکید می‌کند. جلسه‌های آموزش ضمنی دربرگیرنده‌ی روش‌هایی برای بالابردن پذیرش روش‌های پاداشی، استفاده از محروم‌سازی و دیگر شیوه‌های انضباطی، پیش‌بینی موقعیت‌های دشوار و برنامه‌ی پایداری رفتار مطلوب است. در اینجا هدف آموزش والدین و ایجاد محیطی است که توانایی کودک را برای درست رفتار کردن به حداکثر برساند. والدین باید به چگونگی خلق و خوی کودک و نشان دادن واکنش‌های مناسب به رفتاری مشکل آفرین آگاه شده و روش‌های بهتری برای ایجاد هماهنگی میان کودک و خانواده به وجود آورند. گلدستین، گلدستین (۱۹۹۸) معتقدند آموزش والدین

نارسایی توجه و بیش‌فعالی کارآیی خوبی دارد و میزان دامنه‌ی توجه را افزایش می‌دهد.

انواع مختلفی از شیوه‌های آموزش آرمیدگی وجود دارد که آموزش آرمیدگی ماهیچه‌ای پیش‌رونده، آموزش آرمیدگی رفتاری، آموزش پس‌خوراند الکترومیوگرافی، آموزش پس‌خوراند حرکتی^۷، تأمل یا مراقبه، روش آموزش خودبه‌خودی، خواب مصنوعی و تصویرسازی راهبری شده را شامل می‌شود (جعفری، ۱۳۸۱).

بررسی فلیک (۱۹۹۸) نشان داد آموزش فنون آرمیدگی به بهبود توجه کودکان دارای اختلال نارسایی توجه و بیش‌فعالی منجر می‌شود. همچنین جعفری (۱۳۸۱) در پژوهشی کارآمدی روش درمانی آرمیدگی را بر بهبود مشکلات توجه کودکان مبتلا به نارسایی توجه و بیش‌فعالی انجام داد و یافته‌ها نشان داد این فنون بر بهبود توجه کودکان دارای اختلال نارسایی توجه و بیش‌فعالی مؤثر است.

درمان چند الگویی

کودک دارای اختلال نارسایی توجه و بیش‌فعالی، در زمینه‌هایی متفاوت مشکل دارد. این ویژگی باعث می‌شود برنامه‌ی درمانی، انواع روش‌های درمانی را در برداشته باشد که در زیر به چند نمونه از پژوهش‌های انجام شده در این زمینه اشاره می‌کنیم.

هورن و همکاران (۱۹۹۰) دریافتند ترکیب آموزش والدین و آموزش کنترل خود می‌تواند نتایج مؤثری را در بر داشته باشد و همین‌طور ترکیب روش‌های دارو درمانی، رفتار درمانی و اصلاح شناختی - رفتاری می‌تواند اثر درمان بخشی را تا حد زیادی افزایش دهد (علیزاده، ۱۳۸۳).

به نظر جونز (۱۹۹۸) مؤثرترین شکل مدیریت،

در وسایل، تقاضای کمک یا پاسخ به کنایه‌ها بحث و گفت‌وگو می‌کند و به بچه‌ها فرصت عمل برای این کار می‌دهد. برای مثال، کودک یاد می‌گیرد از روی حالت صورت افراد و آهنگ صدای آنها پیام‌هایشان را دریافت کرده و پاسخ مناسبی بدهد (به نقل از بخشایی و سیری، ۱۳۸۴). کودکان دارای اختلال نارسایی توجه و بیش‌فعالی اغلب دچار میزان بالایی از مشکلات تعاملات اجتماعی، طرد شدگی و دیگر مشکلات عاطفی - هیجانی هستند. این مداخلات در جهت بهبود شایستگی‌های اجتماعی و کاهش مشکلات ارتباطی این کودکان با همسالان شان صورت می‌گیرد (تیتز، ۱۹۹۵؛ شریدان، ۱۹۹۵ هر دو به نقل از تیتز، ۱۹۹۸). تکنیک‌هایی که در برنامه‌های آموزشی در جهت بهبود مهارت‌های اجتماعی مورد استفاده قرار می‌گیرد، شامل تکنیک‌های الگوسازی، تمرین نمایش و بازخورد اصلاحی برای وارد شدن در اجتماع، محاوره، کنترل خشم و مهارت‌های تحلیل تعارضات می‌باشد (گادر مونت، ۱۹۹۰ به نقل از تیتز، ۱۹۹۸).

آموزش آرمیدگی

آموزش آرمیدگی مربوط به روش‌ها و فنون متعددی است که برای کاهش تنش از راه آموزش آزمودنی در توانایی کنترل ارادی ماهیچه‌های بدن در هر زمانی که بخواهد به کار می‌رود (جعفری، ۱۳۸۱). هدف از آموزش آرمیدگی افزایش آگاهی افراد از واکنش‌های فیزیکی، جسمی و هیجانی یا اضطراب‌های روان‌شناختی می‌باشد (میرس، ۲۰۰۷). به نظر گلدبک (۲۰۰۳) آموزش آرمیدگی در کاهش نشانه‌های پرخاشگری، تکانشگری و نارسایی توجه مؤثر است. هم‌چنین میرس (۲۰۰۷) معتقد است آموزش آرمیدگی در کاهش رفتارهای بیش‌فعالی و آشفته کودکان دارای اختلال

می‌شود. کیهانی و همکاران (۲۰۰۳) بر درمان‌های چند الگویی تأکید می‌ورزند و اظهار می‌کنند که این درمان‌ها مستلزم یکپارچه‌سازی و ادغام دارو درمانی با روش‌های مدرسه‌گرا روان درمانی، آموزشی و محیطی برای تأمین نیازهای ویژه‌ی این کودکان می‌باشد و هم‌چنین اسکاچر و همکاران (۲۰۰۲) معتقدند درمان‌های ترکیبی به اثرات دارو در این کودکان می‌افزاید و باعث کاهش علائم اختلال می‌شود.

مداخله درمانی چند وجهی است که شامل مدیریت دارویی، آموزش والدین، روان درمانی خانوادگی و گروهی و انفرادی برای بهبود بخشیدن به عملکرد مدرسه کودکان دارای اختلال نارسایی توجه می‌شود. فیول و همکاران (۲۰۰۲) در مطالعه روی درمان‌های چند الگویی دریافتند مداخلات رفتاری همراه با آموزش والدین و مداخلات خانوادگی باعث کاهش علائم اختلال نارسایی توجه و بیش‌فعالی در این کودکان

زیر نویس‌ها:

- 1- Impulsivity
- 2- Multimodal treatment
- 3- Impulse control
- 4- Self-assessment
- 5- Self- monitoring
- 6- Self- reinforcement
- 7- Physical feedback training

منابع:

- اسمیت، مایکل، بارت، مارنا (۲۰۰۰). آموزش والدین برای خانواده‌های دارای دختر با اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی (ترجمه‌ی منصوره قربانی روچی، ۱۳۸۴). ماهنامه‌ی تعلیم و تربیت استثنایی، ۴۵، ۲۸-۲۲.
- اشتری زاده، لی‌لی؛ و علی‌پور، احمد (۱۳۸۲). تأثیر آموزش راهبرد خود نظارتی بر اصلاح رفتارهای دانش‌آموزان دارای اختلال نقص توجه. فصلنامه‌ی پژوهش در حیطه کودکان استثنایی، ۴۳، ۲۲۲-۲۰۷.
- به پژوه، احمد؛ غباری، باقر؛ عزیززاده، حمید؛ همتی علمدار، قربان (۱۳۸۶). تأثیر آموزش فنون کنترل خود در بهبود مهارت‌های اجتماعی دانش‌آموزان دارای اختلال نارسایی توجه و بیش‌فعالی. فصلنامه‌ی پژوهش‌کننده کودکان استثنایی، ۱، ۱۸-۱.
- بلکمن، جیمز، ای. (۱۹۹۹). اختلال نارسایی توجه افزودن جنبشی در کودکان پیش دبستانی (ترجمه‌ی حمید عزیززاده، ۱۳۸۳). ماهنامه‌ی تعلیم و تربیت استثنایی، ۳۳-۳۲، ۴۶-۵۸.
- بخشایی، فرح؛ سیری، رویا (۱۳۸۴). نکاتی کلی در مورد اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی. ماهنامه‌ی تعلیم و تربیت استثنایی، ۴۴-۴۱، ۴۶.
- پورافکاری، نصرت‌الله (۱۳۸۲). فرهنگ جامع روان‌شناسی، روان‌پزشکی و زمینه‌های وابسته. جلد دوم تهران: فرهنگ معاصر.
- حسن زاده نمین، فرزانه (۱۳۸۴). تأثیر آموزش کنترل تکانه بر توجه کودکان دارای اختلال نقص توجه. پایان‌نامه‌ی کارشناسی ارشد. دانشگاه آزاد اسلامی. جعفری، محبوبه (۱۳۸۱). کارآمدی روش درمانی آرمیدگی بر بهبود مشکلات توجه کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه همراه با بیش‌فعالی. پایان‌نامه‌ی کارشناسی ارشد. دانشگاه آزاد اسلامی.
- راینیکه، مارک ای؛ داتلیو، فرانک ام؛ فریمن، آرتور (بی‌تا). شناخت درمانی در کودکان و نوجوانان (ترجمه‌ی جواد علائق‌نادر و حسن فرهی، ۱۳۸۰). تهران: انتشارات مؤسسه مطالعات علوم شناختی.
- ریس، الیزابت (بی‌تا). اختلال نارسایی توجه / فزون جنبشی. توضیحاتی برای معلم کلاس (ترجمه‌ی منصوره قربانی روچی و میترا تیموری، ۱۳۸۳). ماهنامه‌ی تعلیم و تربیت استثنایی، ۳۹-۳۸، ۲۸-۳۱.
- شکوهی یکتا، محسن؛ پرند، اکرم (۱۳۸۴). اختلالات رفتاری کودکان و نوجوانان. تهران: نشر طبیب.
- سفیف مقدم اکبری، فاطمه. (۱۳۸۶). اختلال نارسایی توجه بیش‌فعالی را بهتر بشناسیم. ماهنامه‌ی تعلیم و تربیت استثنایی، ۶۴، ۶۵.

- سیف، علی اکبر. (۱۳۷۷). *تعمیر رفتار و رفتار درمانی، نظریه‌ها و روش‌ها*. تهران: انتشارات آگه.
- فریدمن، رونالدجی؛ دوپال. گای تی. (بی تا). *شیوه رفتار با کودکان و نوجوانان دچار اختلال نقص توجه بیش فعالی* (ترجمه‌ی جلال صدرالسادات، محمدرضا محمدی و لیلا صدرالسادات، ۱۳۸۱). تهران: انتشارات اسپند هنر.
- علیزاده، حمید. (۱۳۸۳). *اختلال نارسایی توجه - قرون جنبشی*. تهران: انتشارات رشد.
- Austin, H. M. (2003). Use of self –management techniques for the treatment of student diagnosed with ADHD: an empirical investigation of the self – regulation of behavior. *Dissertation Abstract international section B: Sciences & Engineering, 64, 2904.*
- Chrois, A. M.; Jones, H. A., & Raggi, V. L. (2006). Evidence - based psychosocial treatment for children and adolescents with attention - deficit / hyperactivity disorder. *Clinical psychology Review, 26, 844-502.*
- Edwards, L.(2003).A comparison of the newer treatment options of ADHD. *Formulary journal, 38, 38-52.*
- Fabian, G. A, Pelham, W. E., Manos, M. J., Gnagy, E. M; Chronis, A. M.; Anyang, A. N.; Williams, A., MacLean, L. B., Coles, E. K., Meichenbaum, D. L., Caserta, D. A., & Swain, S. (2004). An Evaluation of three times – out procedures for children with Attention – Deficit / Hyperactivity Disorder. *Behavior therapy, 35, 449-469.*
- Flick, G. (1998). *ADD/ADHD. Behavior. Change Resource Kit: ready – to – use strategies & Activates for helping children with Attention Deficit Disorder*. NY: Wiley.
- Goldstein & S. Goldstein. M. (1998). *Managing attention deficit hyperactivity disorder in children: A Guide for practitioner* (2nd Ed), NY: Wiley.
- Gold beck, I.; & Schmidt, KJ. (2003). Effectiveness of autogenic relaxation training on children and adolescents with behavioral and emotional problems. *Journal American child Adolescence psychiatry, 42, 46-54.*
- Jones, C. B. (1998). *Sourcebook for children with attention deficit disorder* (2nd nd). Communication Skill Builders.
- Khiani, S., Field, T., Hernandez, M. F., & Schanbery, S. (2003). Massage therapy improve mood And Behavior of students with attention deficit Hyperactivity. *Disorder Adolescence, 38, 626-637.*
- Myers, R. (2007). Evidence Based psychological treatment for children with ADHA. *A Child Developmental institute whit paper*. www.childdevelopmentinfo.com
- O'rgan, F. J. (2005). *ADHA*. Continuum international publishing group.
- Posavac, H. D.; Sheridan, M. & Posavac, S. (1999). A cueing procedure to control impulsivity in children with Attention Hyperactivity Disorder. *Journal Behavior Modification, 23, 234-253.*
- Pelham, W. E. Wheeler, T., & Chornis, A. (1998) – Empirically supported psychological treatment for attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of clinical child psychology, 27, 190-205.*
- Shimabukuro, S. M.; Prater, M. A.; Jenkins, A.; & Smith, p. (1999). The Effects of self-monitoring of Academic performance on students with learning Diabolist and ADD/ADHD. *Journal of Education & Treatment of children, 22, 397.*
- Schacher, R.; Jaded, A. R.; gold, M.; Boyle, M.; Boker, L., Sniderr, A: & Cunningham, C. (2002). Attention Deficit hyperactivity Disorder: critical appraisal of extended treatment students, conidian. *Journal of psychiatry, 47.*
- Teeter, P. A. (1998). *Intervention for ADHD. Treatment in developmental context*. Guildford publications Inc.