

مقایسه تأثیر روش‌های آموزش دلگرم‌سازی، رفتاری و دارو درمانی بر مهارت‌های خودکنترلی در کودکان با اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی

محمود برجعلی^۱، حمید علی‌زاده^۲، حسن احدی^۳، نورعلی فرخی^۴، فرامرز سهرابی^۵، محمدرضا محمدی^۶

تاریخ وصول: ۹۲/۷/۵

تاریخ پذیرش: ۹۳/۷/۳۰

چکیده

هدف پژوهش حاضر مقایسه‌ی اثر روش‌های آموزش دلگرم‌سازی مبتنی بر نظریه‌ی آدلر، آموزش رفتاری مبتنی بر نظریه‌ی بارکلی و دارودرمانی بر مهارت‌های خودکنترلی در کودکان با اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی است. جامعه آماری پژوهش حاضر عبارت از کلیه والدین کودکان با اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی که به درمانگاه کودک و نوجوان بیمارستان روان‌پزشکی روزبه شهر تهران مراجعه کرده و فرزندان آن‌ها بر اساس تشخیص روان‌پزشک و بر اساس پرسش‌نامه تشخیصی علایم اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی کانرز این اختلال را دارا می‌باشند. با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس تعداد ۴۰ نفر از والدین (پدران و مادران) کودکان با اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی مراجعه‌کننده به این درمانگاه برای پژوهش حاضر انتخاب شدند و به صورت تصادفی در گروه‌های

۱. استادیار دانشگاه خوارزمی (نویسنده مسئول) M_Borjali 501 @yahoo.com

۲. دانشیار دانشگاه علامه طباطبایی

۳. استاد دانشگاه علامه طباطبایی

۴. دانشیار دانشگاه علامه طباطبایی

۵. دانشیار دانشگاه علامه طباطبایی

آزمایش و کنترل قرار گرفتند. پژوهش حاضر شبه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل بود. ابزار گردآوری داده‌ها پرسشنامه اندازه‌گیری خودکنترلی کندال و ویلکاکس می‌باشد. نتایج تحلیل آماری داده‌ها با استفاده از تحلیل کوواریانس و نمرات F نشان داد که به طور کلی بین اثربخشی سه روش مورد مطالعه در افزایش مهارت خودکنترلی کودکان دارای اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی تفاوت معنادار وجود دارد، $F=10/09$. بر این اساس می‌توان نتیجه گرفت که روش‌های آموزش دل‌گرم‌سازی والدین بر اساس نظریات آلفرد آدلر و روش آموزش رفتاری والدین بر اساس نظریات راسل بارکلی بر افزایش مهارت خودکنترلی کودکان دارای اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی تأثیر دارد.

واژگان کلیدی: اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی، دل‌گرم‌سازی، آموزش رفتاری، خودکنترلی، دارو درمانی.

مقدمه

اختلال نارسایی توجه و فزون‌کنشی^۱ شایع‌ترین اختلال عصبی رفتاری دوره کودکی است (بولس^۲ و همکاران، ۲۰۰۹)، که در ۷ درصد کودکان و ۳ درصد بزرگسالان گزارش شده است (هنگ^۳ و همکاران، ۲۰۰۸). کودکان مبتلا به این اختلال علاوه بر مشکلات اصلی توجه^۴، برانگیختگی^۵، و فزون‌کنشی^۶ به مشکلات قابل توجه دیگری در حوزه‌های مختلف اجتماعی، تحصیلی، رفتاری، شناختی و هیجانی دچار می‌شوند (بولس و همکاران، ۲۰۰۹). برای مطرح کردن تشخیص آن لازم است برخی از نشانه‌های این اختلال قبل از سن هفت سالگی ظاهر شوند (هر چند بسیاری از موارد آن، سال‌ها پس از بروز نشانه‌ها تشخیص داده می‌شوند). اختلال

-
1. Attention deficit hyperactive disorder
 2. Boles
 3. Hong
 4. Attention
 5. Impulsivity
 6. Hyperactivity

باید حداقل در دو زمینه وجود داشته باشد و عملکرد فرد بسته به طراز تحول، در زمینه‌های اجتماعی، تحصیلی، یا شغلی مختل شده باشد. این اختلال در حضور اختلال فراگیر تحول یا اسکیزوفرنی و یا سایر اختلال‌های روان تنی دیگر نباید مطرح شود؛ در عین حال، یک اختلال روانی دیگر توجیه بهتری برای آن نباشد (سادوک و سادوک، ۲۰۰۳).

کودکان با اختلال نارسایی توجه و فزون کنشی دارای مشکلات مختلفی همچون عملکرد تحصیلی پایین^۱، مشکلات اجتماعی و ارتباطی، اضطراب^۲، افسردگی^۳، پرخاشگری، اختلالات سلوک و بزهکاری و در بزرگسالی دارای مشکلاتی در روابط اجتماعی، شغلی و ازدواج هستند (مدستین^۴ و همکاران، ۲۰۰۳؛ فیچر^۵ و همکاران، ۲۰۰۲، دیوید و گاستپار^۶، ۲۰۰۳). اختلالات گاستپار^۶، ۲۰۰۳). اختلالات شناختی و رفتاری متعددی همچون نارسایی توجه در کودکان با اختلال نارسایی توجه و فزون کنشی مشاهده می‌شود (گرتس^۷ و همکاران، ۲۰۰۵؛ لیجی فیجیت^۸ و همکاران، ۲۰۰۵) چنین اختلالات شناختی و رفتاری ممکن است پیشرفت تحصیلی و فعالیت‌های روزمره فرد را در خانه و موقعیت‌های اجتماعی با مشکل مواجه سازد (سولانتو^۹ و همکاران، ۲۰۰۱؛ اسکویرو^{۱۰} و همکاران، ۲۰۰۵). کودکان با اختلال نارسایی توجه و فزون کنشی به دلیل رفتارهای تکانشی، به طور معمول پاسخ‌های نادرست بیشتری ارائه می‌کنند و به سازماندهی بیشتر و تمرکز بر جزئیات نیاز دارند (علیزاده، ۱۳۸۳). همچنین این کودکان، به علت فقدان توجه کافی، در مهار و تنظیم رفتار خود با مشکلاتی مواجه هستند (هیوز و موری، ۱۹۹۸ ترجمه نجاریان و همکاران، ۱۳۷۵). در دوره ابتدایی، ضعف در مهار تکانه^{۱۱} اغلب به

1. Poor School Performance
2. Anxiety
3. Depression
4. Modestin
5. Fischer
6. Davids & Gastpar
7. Geurts
8. Lijffijt
9. Solanto
10. Escobar
11. Impulse control

شکل رفتارهای کلامی آشفته^۱ آشکار می‌شود (پوساواک، شریدان و پوساواک، ۱۹۹۹). آنها به توجه فزاینده پدر و مادر نیاز دارند و ناتوانی آنها والدین و معلمان را با ناامیدی مواجه می‌سازد (گلدستین و گلدستین، ۱۹۹۸).

تا به امروز روشهای درمانی مختلف و متنوعی همچون دارو درمانی، شناخت درمانی، رفتار درمانی و درمان شناختی رفتاری برای دانش آموزان دارای نقص توجه پیشنهاد شده است (کانرز^۲ و همکاران، ۲۰۰۱؛ بیدرمن و فرانکو^۳، ۲۰۰۵)، ولی از آنجا که نواقص مغزی این کودکان از جمله نقص کارکردهای اجرایی^۴ لوب فورنتال^۵ (داوسون و گار^۶، ۲۰۰۴؛ وست بای^۷ و واتسون^۸، ۲۰۰۴) موجب می‌شود که درمان دارویی به عنوان جزء اصلی درمان این کودکان مطرح باشد. بر پایه یافته‌های تیتز (۱۹۹۸) داروهای آمفتامین و متیل فنیدیت (ریتالین) به کاهش برانگیختگی کودکان مبتلا منجر می‌گردد. همچنین یافته‌های پیرسون و همکاران (۲۰۰۴) نشان می‌دهد که متیل فنیدیت در مقایسه با سایر داروها بیشترین تأثیر را بر کاهش برانگیختگی کودکان مبتلا داشته است. در حال، حاضر والدین و پزشکان به عوارض داروها و تأثیر بلندمدت آن خوش بین نیستند و از این رو به تجویز تنهایی داروها در بهبود نشانه‌های این اختلال اعتقاد کمی وجود دارد (سونوگا^۹ و همکاران، ۲۰۰۱). علاوه بر این، اگر چه درمان های دارویی به بهبود عملکرد روزانه ی کودکان نارسایی توجه بیش فعالی کمک می‌کند ولی اگر به تنهایی به کار رود، در بهبود درازمدت بیماران اثر کمی دارد و به تنهایی در درمان مشکلات مرتبط با اختلال نارسایی توجه بیش فعالی کافی نیست (ناتان^{۱۰}، ۲۰۰۲). از

1. Disruptive
2. Conners
3. Biederman & Faraone
4. Executive Functions
5. Frontal Lobe
6. Dawson & Guare
7. Westby
8. Watson
10. Sonuga
11. Nathan

طرفی دیگر دارودرمانی رفتار مثبت اجتماعی را در کودکان افزایش نمی‌دهد، بدین معنا که حتی هنگامی که کودک مبتلا به اختلال نارسایی توجه و فزون‌کنشی به طور موفقیت‌آمیزی به وسیله دارو درمان شده است، معلوم نیست که در رابطه با کودکان دیگر رفتار مثبت سازنده تری در پیش‌گیرنده (فریدمن و دوپال، ۲۰۰۳). علاوه بر این، اگر چه درمان‌های دارویی به بهبود عملکرد روزانه‌ی کودکان نارسایی توجه/بیش‌فعالی کمک می‌کند ولی اگر به تنهایی به کار رود، در بهبود درازمدت بیماران اثر کمی دارد (ناتان، ۲۰۰۲). همچنین تحقیقات جدید در درمان اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی نشان می‌دهد که درمان‌های دارویی به تنهایی در درمان مشکلات مرتبط با اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی کافی نیست.

از سوی دیگر مداخله‌های رفتاری پس از درمان دارویی مورد توجه قرار گرفته است، به طوری که شواهد نشان می‌دهد که عموماً کاربرد این مداخله‌ها در کلاس درس به بهبود توجه و کنترل مشکلات رفتاری کودکان با اختلال فزون‌کنشی و نارسایی توجه منجر می‌گردد. در درمان رفتاری بر آموزش، مدیریت والدین و معلمان تأکید زیادی شده است. در این آموزش‌ها که بین ۸ تا ۱۲ جلسه به طول می‌انجامد مطالبی به صورت فردی یا گروهی در خصوص ماهیت، نشانه‌ها، علل و شیوه‌های درمان به ویژه شیوه‌های تقویت مثبت، محروم‌سازی، جریمه کردن، چشم‌پوشی و جبران به والدین و معلمان ارائه می‌شود (کراتوچویل و موریس، ۱۹۹۷؛ ترجمه نائینیان و همکاران، ۱۳۷۸). در مورد متون پژوهشی آموزش والدین می‌توان به هانز کوچولوی فروید اشاره کرد. وی در درمان مشکل این کودک ۵ ساله به طور مستقیم وارد عمل نشد، بلکه به پدر جوان او شیوه‌های حل‌تکانه‌های بنیادی ترس مرضی را آموزش داد. در واقع منظور از آموزش والدین، آموزش روش‌های گوناگون برای حل مشکلات رفتاری کودکان است (بریتون، ۲۰۰۳).

ارتباط والدین و فرزندان از جمله موارد مهمی است که سال‌ها نظر متخصصان تعلیم و تربیت را به خود جلب کرده است. در رویکرد آدلر - درایکورس چنین فرض می‌شود که منظومه خانواده از بسیاری جهات مدل کوچکی از جامعه است. در رویکرد آدلر - درایکورس،

منظومه خانواده اولین محیط اجتماعی را تشکیل می‌دهد. هر فردی می‌کوشد تا در این منظومه با رقابت ورزی مورد توجه قرار گیرد و موقعیتی برای خود پیدا کند (شولمن و مزاک^۱، به نقل از علیزاده، ۱۳۸۳). بررسی‌ها نشان می‌دهد که عوامل خانوادگی از مهمترین عوامل آسیب‌شناسی اختلال‌های روانی در فرزندان محسوب می‌شود. سبک فرزند پروری والدین، آسیب‌های روانی آنها، مشکلات زناشویی و عوامل استرس‌زای خانواده از مهم‌ترین این عوامل محسوب می‌شوند (به نقل از اسماعیلی نسب، مادرینگال^۲، ۲۰۰۶). یکی از مؤثرترین عوامل در توسعه رابطه بین والدین و فرزندان، دلگرم کردن فرزندان است. با این کار، بر نقاط قوت و محاسن او تأکید می‌کنیم و اعتماد به نفس را در او بوجود می‌آوریم. دلگرمی، به فرزندان کمک می‌کند تا به خود و توانایی‌هایشان اعتقاد پیدا کنند (رئیس‌دانا، ۱۳۹۰). دلگرمی یکی از مفاهیم اساسی روان‌شناسی آدلری است و آدلر و پیروان او دلگرمی را به عنوان جنبه مهمی از زندگی و نیز به عنوان بخش مهمی از فرایند مشاوره در نظر داشته‌اند (تامسون و رودولف^۳، ۲۰۰۰) و برای دهه‌های متمادی، اصول و شیوه‌های دلگرمی را تشریح و از آنها استفاده کرده‌اند (به نقل از علیزاده، ایوانز^۴، ۲۰۰۵). دلگرمی به افراد برای داشتن اعتقادی راسخ الهام می‌بخشد و کمک می‌کند تا آنها بتوانند برای یافتن راه حل‌ها کار کنند و در چالش‌های پیش رو تلاش کنند، و در واقع به نوعی، دلگرمی «دستیابی به شجاعت» است (به نقل از علیزاده، لمبرجر و دولارهاید^۵، ۲۰۰۶).

در رویکرد آدلری چنین فرض می‌شود که منظومه‌ی خانواده از بسیاری جهات، مدل کوچکی از جامعه است. از دیدگاه آدلر، منظومه‌ی خانواده، اولین محیط اجتماعی را تشکیل می‌دهد. هر کودکی می‌کوشد تا در این منظومه، با رقابت‌ورزی، مورد توجه و اهمیت قرار

-
1. Sholman & Mosak
 2. Madrigal
 3. Thompson & Rudolph
 4. Evans
 5. Lemberger & Dollarhide

گیرد، ضمناً موقعیتی برای خود پیدا کند (شولمن و موزاک^۱، ۱۹۹۷، به نقل از علی‌زاده، ۱۳۸۳). هم‌چنین در رویکرد آدلری، گفته می‌شود که قسمت اعظم بدر رفتاری کودکان و نوجوانان، از محیط خانه و خانواده آغاز شده و به وسیله‌ی آن، محیط تداوم پیدا می‌کند. بدین ترتیب این نتیجه به دست می‌آید که مداخله در این بافت، روش ایده‌آلی برای پیش‌گیری و نیز درمان خواهد بود. افزون بر این برخی از صاحب‌نظران معتقدند که واقعیت زیست‌شناختی پدر و مادر بودن به خودی خود مهارت‌های مؤثر پرورش کودک را به آن‌ها اعطاء نمی‌کند (پروت و براون،^۲ به نقل از فرهی، ۱۳۸۲). گسترش روزافزون خانه‌های تک‌والدی، خانواده‌های مخلوط^۳ و خانواده‌های دو شغله، وظیفه‌ی ایجاد یک محیط خانوادگی استوار و تربیت کودکان بهره‌مند از بهداشت روانی را بسیار دشوار می‌سازد. درایکورس^۴ همکار آدلر، در گزارشی علت ناسازگاری کودک را در چهار زمینه مطرح می‌کند که عبارتند از ۱. کسب توجه^۲. دست‌یابی به قدرت (قدرت‌طلبی)^۳. انتقام‌جویی^۴. ابراز بی‌کفایتی (ولفگانگ، ۲۰۰۰). از طرفی از روش‌های مداخله‌ای و درمانی براساس رویکرد آدلر برای آموزش نظام فرزندپروری کارآمد می‌توان به نظریات دینک‌مایر و مک‌کی^۵ (۱۹۶۷) اشاره نمود که برخی از اصولی که برای درمان اختلالات رفتاری پیشنهاد می‌کنند عبارتند از ۱. اجتناب از تنبیه^۲. توجه به نتایج منطقی و طبیعی رفتار^۳. تمایز بین انضباط و تنبیه^۴. انتخاب روش‌های فرزندپروری ساده برای کودکان^۵. کاربرد دلگرمی.

در حمایت از کاربرد آموزش والدین کمک به کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه و فزون‌کنشی متون پژوهشی وسیعی وجود دارد. بررسی‌های اخیر نشان داده‌اند که آموزش رفتاری به همراه مداخله‌های کلاسی، مجوز درمان برای اختلال بیش‌فعالی و نقص توجه را دریافت کرده است. این روش در کودکان کم‌سن‌تر بیشتر از کودکان بزرگتر مورد حمایت

-
1. Sholmen & Mousak .
 2. Proth & Brown .
 3. Blended Families.
 4. Dreikurs .
 5. Dinkmeyer & Mckey .

واقع شده است. به منظور بررسی تأثیرات مثبت آموزش والدین از شاخص‌هایی مانند مشاهده تعاملات والدین و کودک در منزل و درجه بندی‌های معلمان و والدین از رفتار کودک استفاده شده است (گرایدانوس و مارک، ۱۹۹۲). آموزش والدین در خانواده‌هایی که دارای تنش‌های روحی زیاد، افسردگی، اختلاف خانوادگی و فقر اقتصادی هستند، بی‌تأثیر است (همین شاو، ۱۹۹۹). برنایس (۱۹۹۸) گزارش کرده است که آموزش والدین در بهبود همکاری کودکان پیش‌دبستانی دارای اختلال نارسایی توجه و فزون‌کنشی با دستورات والدین و افزایش شیوه‌های مدیریت مؤثر بوده و این تأثیرات تا ۳ ماه حفظ شده‌اند. بررسی استین (۱۹۹۸) نشان داده که بعد از ۶ هفته آموزش والدین، بهبود قابل توجهی در رفتار این کودکان دیده شده و این تأثیر تا یک سال بعد ادامه داشت. آناستاپولوس روان‌شناسی است که ۱۲ سال با این کودکان کار کرده و معتقد است که آموزش والدین برای بعضی از کودکان و خانواده آنان مفید است نه برای همه آنان (تولا، ۲۰۰۳). دارودرمانی رفتار مثبت اجتماعی را در کودکان افزایش نمی‌دهد، بدین معنا که حتی هنگامی که کودک مبتلا به اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی به‌طور موفقیت‌آمیزی به وسیله‌ی دارو درمان شده است، معلوم نیست که در رابطه با کودکان دیگر رفتار مثبت‌سازنده‌تری در پیش‌گیر (فریدمن و دویال، ۲۰۰۳).

بارکلی، که تحقیقات زیادی راجع به اختلال نارسایی توجه و بیش‌فعالی انجام داده است، دریافت که ۸۱ درصد نمونه‌های کودکان بیش‌فعال، مشکلاتی با همسالان خود داشتند و در روابط اجتماعی دچار مشکلات زیادی هستند. لذا امروزه درمان‌های روان‌شناختی که بر روی اصلاح و تقویت مهارت‌های والدین و کودکان در زمینه‌ی مدیریت رفتار و آموزش تأکید می‌کند در درمان این اختلال، غالباً در اولویت کاری و مفید می‌باشد (علیزاده، ۱۳۸۷). بررسی و مطالعه‌ی تعاملات درون خانوادگی بچه‌های دارای اختلال نارسایی توجه و فزون‌کنشی، نشان می‌دهد که گاهی در خانواده‌های این کودکان، در روابط اعضاء با همدیگر مشکل وجود دارد (مش و جانسون، ۱۹۹۰). این کودکان معمولاً در

می‌گیرد. از سوی دیگر، آموزشهای ارتباطی در برگیرنده‌ی مداخله‌هایی با سه رویکرد آدلری، انسا نگرایانه و روان‌پویایی است. در این پژوهش سعی شده است برای بهبود علائم رفتاری در کودکان دارای اختلال نارسایی توجه و فزون‌کنشی، از آموزش رفتاری بر اساس مدل راسل بارکلی استفاده شود. در آموزش رفتاری والدین فرض بر این است که رفتار کودک با تعاملات قبلی و فعلی کودک با اطرافیانش، به ویژه با والدینش، رابطه دارد و اگر می‌خواهیم رفتار کودک عوض شود باید رفتار اطرافیان کودک را تغییر دهیم (بیجو، ۱۹۸۴). راهبردهای مورد استفاده در این برنامه عبارتند از: تعریف دقیق اهداف درمان، تعلیم اصول یادگیری اجتماعی به والدین، استفاده از فنون رفتاری برای شکل دادن رفتار کودک، بازبینی روند پیشرفت به کمک مستندات منظم و تغییر دادن تعلیمات متناسب با این مستندات و اصلاح شرایط محیطی جهت تداوم و تعمیم تغییرات ایجاد شده (بیجو، ۱۹۸۴). روش آموزش والدین به منظور کنترل کودک بر اساس مدل رفتاری به این منظور طراحی شده که مشکلات مربوط به نافرمانی کودک (بارکلی، ۱۹۸۷؛ فوری هند و مک و ماهان، ۱۹۸۱). و روش‌های قهرآمیز خانواده را نشان دهیم (پترسون، ۱۹۸۹)، این مشکلات شامل تقویت منفی، میزان کم تقویت مثبت، ابهام و دستورهای بیش از حد والدین و نظارت ضعیف بر رفتار کودک در خارج از منزل است. در آموزش کنترل کودک بر اساس مدل رفتاری، والدین مرکز مداخله هستند و کودکان فقط در موقعیت کار با والدین دیده می‌شوند. والدین یاد می‌گیرند راهبردهای کنترل رفتاری کودک را که مبتنی بر اصول رفتاری عامل هستند، اجرا کنند. در این برنامه‌ی آموزشی والدین مهارت‌هایی را یاد می‌گیرند تا دستورها را بهبود بخشند، رفتارهای جامعه‌پسندانه و مناسب خاص را تقویت کنند، رفتارهای نامناسب را نادیده بگیرند و پیامدهایی را برای رفتارهای ضداجتماعی یا نامناسب در نظر بگیرند (محمد اسماعیل، ۱۳۸۵). همان‌طور که ملاحظه می‌شود، پژوهش‌های قبلی تأثیر آموزش‌های ارائه شده بود والدین را در کاهش نشانه‌های ADHD به صورت محدود مورد مطالعه قرار داده‌اند. در ایران نیز چند تحقیق محدود به بررسی تأثیر آموزش والدین بر نشانه‌های این اختلال پرداخته‌اند، ولی انجام

پژوهشی مداخله‌ای که هر سه روش درمانی را مورد بررسی قرار دهد تاکنون انجام نشده است. از این رو ملاحظه می‌شود که جای انجام پژوهشی که بتواند تأثیر روش‌های آموزش دلگرم‌سازی مبتنی بر نظریه‌ی آدلر، آموزش رفتاری مبتنی بر نظریه‌ی بارکلی و دارودرمانی بر مهارت‌های خودکنترلی در کودکان با اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی را مشخص سازد، خالی است و در این زمینه خلاء پژوهشی وجود دارد لذا سوال اصلی پژوهش این است آیا بین تأثیر آموزش دلگرم‌سازی مبتنی بر نظریه‌ی آدلر، آموزش رفتاری مبتنی بر نظریه‌ی بارکلی و دارودرمانی بر مهارت‌های خودکنترلی در کودکان با اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی تفاوتی وجود دارد؟

روش پژوهش

پژوهش حاضر به لحاظ هدف کاربردی و به لحاظ نحوه گردآوری اطلاعات از نوع شبه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون با گروه کنترل می‌باشد. آزمودنی‌ها: جامعه آماری این پژوهش در برگیرنده والدین دانش‌آموزان مقطع ابتدایی مراجعه‌کننده به درمانگاه کودک و نوجوان بیمارستان روان‌پزشکی روزبه استان تهران است که فرزندان آنها بر اساس تشخیص روان‌پزشک و بر اساس پرسشنامه تشخیصی علائم اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی کانرز در سال تحصیلی ۱۳۸۸ - ۱۳۸۹ دارای این اختلال تشخیص داده شده‌اند و در بیمارستان روان‌پزشکی و کلینیک خصوصی دارای پرونده درمانی و بالینی بر اساس همین تشخیص می‌باشند، که از این جامعه، تعداد ۴۵ نفر از والدین (شامل پدر، مادر یا هر دو) دارای کودکان با اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی بصورت تصادفی به ترتیب در سه گروه ۱۵ نفری ویژه آموزش دلگرم‌سازی خانواده بر اساس روش آدلر، آموزش رفتاری خانواده بر اساس روش بارکلی و گروه گواه جایگزین شده‌اند.

ابزار پژوهش

پرسشنامه اندازه‌گیری خودکنترلی کندال و ویلکاکس: در این پژوهش از پرسشنامه اندازه‌گیری خودکنترلی کندال و ویلکاکس برای جمع‌آوری اطلاعات استفاده گردید. این مقیاس در سال ۱۹۷۹ توسط کندال و ویلکاکس در دانشگاه مینه‌سوتا ساخته شده است و شامل ۳۳ سوال می‌باشد که ۱۰ سوال آن مربوط به خودکنترلی، ۱۳ سوال آن مربوط به تکانش‌گری و ۱۰ سوال آن نیز مربوط به هر دو (تکانش‌گری - خودکنترلی) می‌باشد. ضریب پایایی این آزمون با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۹۸ و با استفاده از روش باز آزمایی ۰/۸۴ محاسبه گردیده است، که در حد قابل قبولی است (کندال و ویلکاکس، ۱۹۷۹). همچنین پایایی آزمون توسط لوراکای موری مورد تایید قرار گرفته است (موری، ۲۰۰۲). در ایران چون این آزمون برای اولین بار مورد استفاده قرار می‌گیرد، پس از ترجمه توسط همتی (۱۳۸۳) و ویرایش و روایی محتوایی آن مورد تایید قرار گرفت. همچنین پایایی آزمون توسط همتی (۱۳۸۳) با استفاده از روش آلفای کرونباخ بر روی یک نمونه صد نفری از دانش‌آموزان شهر تهران ۰/۹۸ محاسبه گردید.

روند اجرای پژوهش

برای کنترل و اندازه‌گیری کمیت و کیفیت مباحث نظری و عملی مطرح شده در جلسات آموزشی پرسشنامه خودکنترلی کندال و ویلکاکس قبل از شروع جلسات آموزشی توسط معلمین دانش‌آموزان تحت عنوان مرحله پیش‌آزمون اجرا گردید در ادامه جلسات آموزشی طی ۲/۵ ماه و در ۱۰ جلسه ۱/۵ ساعته برای گروه آموزشی دل‌گرم سازی خانواده (آدلری) و ۱۰ جلسه ۱/۵ ساعته برای گروه آموزش رفتاری خانواده (بارکلی) انجام شد. بعد از اتمام دوره آموزشی مجدداً پرسشنامه خودکنترلی توسط معلمین تحت عنوان پس‌آزمون برای کودکان در مدارس اجرا گردید. در ضمن حدوداً بعد از ۲ ماه از اتمام جلسات آموزشی مرحله پی‌گیری

رفتاری بر اساس نظریات بارکلی و نتایج بدست آمده از گروه کنترل در جهت افزایش مهارت خود کنترلی کودکان دارای اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی تفاوت وجود دارد. در جدول ۲ به ترتیب میانگین نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون گروه آموزشی دل‌گرم‌سازی و گروه آموزشی رفتاری به همراه نمرات گروه کنترل آورده شده است، همانطور که در جدول فوق مشاهده می‌گردد میانگین نمرات آزمون خودکنترلی در مرحله پیش‌آزمون در گروه آموزش دل‌گرم‌سازی ۱۱۶ بوده است و در مرحله پس‌آزمون میانگین آزمون خودکنترلی در همان گروه ۱۰۷ شده است که این نمره نشانگر این است که آموزش دل‌گرم‌سازی والدین در افزایش مهارت خودکنترلی کودکان دارای اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی تأثیر داشته است.

جدول ۱. مقایسه نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون گروه‌های آزمایشی و گروه کنترل

گروهها	مراحل	میانگین	انحراف معیار
دل‌گرم‌سازی	پیش‌آزمون	۱۱۶	۳۳/۴۸۱
	پس‌آزمون	۱۰۷/۶۹۲	۳۵/۸۱۵
رفتاری بارکلی	پیش‌آزمون	۱۳۳/۷۵۰	۳۸/۶۵۰
	پس‌آزمون	۱۱۰/۶۶۶	۲/۵۰۳
کنترل	پیش‌آزمون	۱۵۷/۷۳۳	۳۷/۸۸۷
	پس‌آزمون	۱۶۴/۷۳۳	۲۷/۹۸۸

همان‌طور که در جدول ۱ مشاهده می‌گردد میانگین نمرات پیش‌آزمون در گروه آموزش رفتاری والدین ۱۳۳/۷۵۰ بوده است که این عدد بعد از انجام دوره آموزشی و اجرای پس‌آزمون تبدیل به عدد ۱۱۰/۶۶۶ می‌گردد، بنابراین شواهد فوق‌حاکمی از این است که آموزش رفتاری والدین بر افزایش مهارت خودکنترلی کودکان دارای اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی مؤثر بوده است. در جدول ۲ و ۳ اطلاعات مربوط به مرحله پیگیری به منظور بررسی و ماندگاری اثر آموزش‌های ارائه شده به ترتیب در گروه‌های آزمایشی دل‌گرم‌سازی و آموزش رفتاری آورده شده است، چنانچه از جدول ۲ مشاهده می‌شود بر اساس نتایج مندرج

در جدول فوق چون مقدار t محاسبه شده ($t = /۲۶$) در درجات آزادی ۱۲ ($df = ۱۲$) از مقدار t جدول (۲/۱۷۹) کوچکتر است، بنابراین با اطمینان ۰/۹۵ بین میانگین‌های نمرات خود کنترلی مرحله پس آزمون و مرحله پیگیری گروه آموزش دلگرم سازی والدین تفاوت معنا داری وجود ندارد. عبارت دیگر در طرح پژوهشی مورد نظر به این نتیجه دست میابیم که اثر آموزش های ارایه شده، در مرحله پیگیری بعد از گذشت دو ماه هنوز باقی مانده است.

جدول ۲. آزمون T وابسته بین آزمون مرحله پیگیری عامل خود کنترلی در گروه آموزش دلگرم سازی

مراحل	میانگین	فراوانی	انحراف استاندارد	خطای استاندارد
پس آزمون	۱۰۷/۶۹	۱۳	۳۵/۸۱	۹/۹۳
پیگیری	۱۰۶/۲۳	۱۳	۳۴/۹۰	۹/۶۸
		$df=۱۲$	$t = /۲۶$	$P < /۷۹$

جدول ۳. آزمون T وابسته بین آزمون مرحله پیگیری عامل خود کنترلی در گروه آموزش رفتاری والدین

مراحل	میانگین	فراوانی	انحراف استاندارد	خطای استاندارد
پس آزمون	۱۱۰/۶۷	۱۲	۲۵/۵۰	۷/۳۶
پیگیری	۱۱۹/۹۱	۱۲	۳۸/۰۳	۱۰/۹۷
		$df=۱۱$	$t = ۲/۲۰۱$	$P < /۴۰$

در جدول ۳ نتایج آزمون t وابسته بین میانگین‌های نمرات خود کنترلی پس آزمون و نمرات مرحله پیگیری گروه آموزشی رفتاری والدین آورده شده است، بر اساس نتایج مندرج در جدول فوق چون مقدار t محاسبه شده ($df = /۸۷$) از مقدار t جدول (۲/۲۰۱) کوچکتر است بنابراین با اطمینان ۰/۹۵ بین میانگین‌های نمرات خود کنترلی مرحله پس آزمون و مرحله پیگیری گروه آموزش رفتاری والدین تفاوت معنا داری وجود ندارد. به عبارت دیگر در بررسی مورد نظر به این نتیجه دست می‌یابیم که اثر آموزش در مرحله پیگیری بعد از گذشت دو ماه هنوز باقی مانده است.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی مقایسه‌ای روش‌های آموزش دل‌گرم‌سازی والدین کودکان دارای اختلال نارسایی توجه /بیش‌فعالی بر اساس نظریات آلفرد آدلر و روش آموزش رفتاری والدین کودکان دارای اختلال نارسایی توجه /بیش‌فعالی بر اساس نظریات راسل بارکلی و روش درمانی مداخله دارویی بر افزایش مهارت خودکنترلی کودکان دارای اختلال نارسایی توجه /بیش‌فعالی انجام شد. یافته‌های پژوهش نشان دادند که آموزش‌های دل‌گرم‌سازی والدین و آموزش‌های رفتاری والدین نسبت به روش دارو درمانی تنها، در افزایش مهارت خودکنترلی کودکان دارای اختلال نارسایی توجه /بیش‌فعالی مؤثر بوده است. به عبارت دیگر والدینی که دارای کودکان با اختلال نارسایی توجه /بیش‌فعالی بوده‌اند و این آموزش‌ها را دریافت کرده بودند نسبت به گروه کنترل که هیچگونه آموزشی دریافت نکرده بود باعث شده بودند که نمرات پرسشنامه خودکنترلی کودکان آنها در ارزیابی معلمان آنها در مدرسه افزایش پیدا نماید. این یافته نشانگر اثر بخش بودن مداخله‌های غیر دارویی در افزایش مهارت خودکنترلی کودکان دارای اختلال می‌باشد. یافته‌های فوق با یافته‌های پژوهش‌های پیسترمن، فایرستون و مک‌گراث (۱۹۹۲)، آناستوپولوس، شلتون و دوپاول (۱۹۹۳)، استری هورن و ویدمن (۱۹۸۹)، فلانت (۲۰۰۳)، مبنی بر اثربخش‌تر بودن درمان‌های رفتاری و مداخله‌های خانوادگی در مقایسه با دارو درمانی هماهنگ و در یک جهت است. در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت خانواده مهم‌ترین، بزرگترین و اصلی‌ترین عامل پیش‌بینی‌کننده در ترسیم نیمرخ روان‌شناختی افراد است و در اغلب موارد ریشه بسیاری از معضلات اجتماعی و روان‌شناختی را می‌توان در خانواده ریشه‌یابی کرد. مرور ادبیات پژوهشی نشانگر این است که روابط خانوادگی مختل نقش مهمی در ابتلا افراد به انواع رفتارهای مخل و نامناسب دارد (ویرشاپ و همکاران، ۱۹۹۳). یکی از انواع مختل این نوع ارتباطات فقدان روابط دل‌گرم‌سازی یا به عبارتی وجود دلسردسازی در روابط خانوادگی و نقش آن در ابتلا به انواع اختلالات دوران کودکی است. بنابراین می‌توان گفت که آموزش‌های دل‌گرم‌سازی والدین بر اساس نظریات

آلفرد آدلر و آموزش‌های رفتاری والدین بر اساس نظریات راسل بارکلی در افزایش مهارت خودکنترلی کودکان دارای اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی نقش دارد. در پژوهش‌های اخیر مشکل خودگردانی و بازداری رفتاری به عنوان توجیه نظری و الگوی پژوهشی برای اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی توجه‌زیادی را به خود جلب کرده است. برخی از پژوهشگران اظهار کرده‌اند که این مشکلات کلید بسیار مهمی در فهم این اختلال است، مباحث مربوط به این مشکلات شامل اصطلاحاتی نظیر بازداری رفتاری و کارکرد‌های اجرایی و نیز کنترل تکانش و خودمدیریتی می‌باشد (علیزاده و آندریس، ۲۰۰۲). در تمام این عناوین مشکلات مورد مواجهه فرد کاملاً مشابه هستند یعنی مشکل قابل ملاحظه کودک در فکر کردن هنگام انجام عمل و فهم اینکه عواقب برخی رفتارها چیست؟ بسیاری از والدین، معلمان و اطرافیان این گونه کودکان را به صورت افرادی توصیف می‌کنند که دائماً حرف می‌زنند، وول می‌خورند، مدام می‌دوند، می‌پرند و از در و دیوار بالا می‌روند و عموماً تمام وقت در حال حرکت هستند. از طرفی بررسی و مطالعه‌ی تعاملات درون‌خانوادگی بچه‌های دارای اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعال، نشان می‌دهد که گاهی در خانواده‌های این کودکان، در روابط اعضای با هم‌دیگر مشکل وجود دارد (مش و جانسون،^۱ ۱۹۹۰). این کودکان معمولاً در خانواده‌های غیرعادی متولد می‌شوند و مشکل روان‌شناختی و ارتباطی بسیاری در این خانواده‌ها گزارش شده است (کرگون و باندی،^۲ ۱۹۹۶). در مطالعه‌ی تعامل والدین و فرزند در بین خانواده‌های کودکان با اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی در ایران، نشان داده است که این والدین بیشتر از والدین فرزندان عادی، از شیوه‌های فرزندپروری، خودکامه و استبدادی استفاده می‌کنند (علیزاده و آندریس،^۳ ۲۰۰۲)، دارای اعتماد به نفس کمتری هستند، از شیوه‌های تنبیه بیش‌تری

-
1. Mash & Johnston
 2. Grokun & Bandy
 3. Alizadeh & Andries

استفاده می‌کنند و روابط گرم کم‌تری با فرزندانشان دارند (علیزاده، اپلکوسیت و کولیدج،^۱ ۲۰۰۳).

هم‌چنین مطالعه‌ی تعامل کودکان دارای اختلال شخصیت نارسایی توجه / بیش‌فعالی با والدینشان نشان می‌دهد که در روابط آن‌ها، فشار روانی (برین و بارکلی،^۲ ۱۹۸۸)، روابط تحمیلی و استبدادی (بورمیستر،^۳ ۱۹۹۲)، افسردگی، محدودیت، ناکامی بالا و توانایی کم‌تر (بک،^۴ ۱۹۹۰) وجود دارد. از این رو در پژوهش حاضر با استفاده از دو رویکرد درمانی غیر دارویی، آموزش دل‌گرم‌سازی والدین و آموزش رفتاری والدین در طول جلسات آموزشی که مجموعاً ۲۰ جلسه بود به والدین کودکان دارای اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی روش‌های ارتباطی مؤثر و اثر بخش با توجه به روحیات و نوع مشکل این کودکان آموزش داده شد، از جمله موضوعاتی که در جلسه‌های آموزشی به والدین آموزش داده شد در گروه اول که در گروه آموزش دل‌گرم‌سازی آدلر بودند، آموزش سبک‌های ارتباطی نا کار آمد و آموزش سبک ارتباطی اثر بخش، راه کار های مفید در شکل‌گیری انضباط، آموزش شیوه‌های حل مسئله، سبک‌های فرزند پروری مؤثر، آموزش راه کار های دل‌گرم‌سازی و جلوگیری از دل‌سرد شدن کودکان بین والدین و کودکان دارای اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی آموزش داده شد تا والدین روش‌های نا کار آمد ارتباطی خود با فرزندان را با مهارت‌های ارتباطی مؤثر و کار آمد جایگزین نمایند. هم‌چنین در گروه دوم پژوهشی که در قالب گروه آموزش رفتاری والدین به روش بارکلی قرار داشتند موضوعات زیر به آنها در جلسات آموزشی، آموزش داده شد، آشنایی والدین با جریان شکل‌گیری رفتار کودکان در بستر خانواده و اجتماع، بررسی علل رفتار ناسازگار در کودکان، آشنایی با اصول جلب توجه و خود کنترلی، آشنایی با روش آموزشی تقویت پته‌ای در شکل‌گیری رفتار. همان‌طور که در داده‌های پژوهشی به دست

1. Alizadeh- Appiequisite & Coolidge
2. Breen & Barkle
3. Bormister
4. Beck

آمد اثر بخشی آموزش‌های دلگرم‌سازی و آموزش رفتاری والدین بر افزایش مهارت خود کنترلی بدست آمد، می‌توانیم نتیجه بگیریم که برای کنترل و درمان کودکان دارای اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی در کنار دارو درمانی که از درمان‌های اولیه و لازم برای کنترل و کاهش علائم اختلال می‌باشد بایستی از درمان‌های تکمیلی مخصوصاً در حوزه افزایش و بهبود سبک‌های ارتباطی بین والدین و کودکان دارای اختلال و همین‌طور اصلاح شیوه‌های رفتاری بین کودکان و والدین اقدام شایسته تحقق پیدا نماید.

علیرغم موارد گفته شده با توجه به اینکه پژوهش‌های اندکی در زمینه مقایسه‌ی اثر روش‌های آموزش دلگرم‌سازی مبتنی بر نظریه‌ی آدلر، آموزش رفتاری مبتنی بر نظریه‌ی بارکلی و دارودرمانی بر مهارت‌های خودکنترلی در کودکان با اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی انجام شده است، تعمیم‌پذیری نتایج حاصل از این پژوهش کاهش پیدا می‌کند و توجه به این که کودکان با نقص توجه و بیش‌فعالی دارای نشانه‌های بالینی متنوع و زیر ریخت‌های مختلفی هستند، نتایج بدست آمده ممکن است قابل تعمیم به همه کودکان با اختلال نقص توجه و بیش‌فعالی نباشد بر همین اساس توصیه می‌شود پژوهش‌های آینده با در نظر گرفتن زیر ریخت‌های مختلف کودکان با اختلال نقص توجه و بیش‌فعالی و نشانه‌های مختلف چگونگی اثربخشی این روش‌های درمانی را در این کودکان بررسی نمایند. حجم کم نمونه پژوهش نیز به عنوان یک محدودیت امکان تعمیم یافته‌ها را محدود می‌سازد، بنابراین توصیه می‌شود پژوهشگران بعدی با انتخاب نمونه‌های بیشتر و انفرادی کردن آموزش، امکان تعمیم یافته‌های پژوهشی خود را بیشتر کنند.

منابع

ابنیک‌الهام (۱۳۸۵) بررسی رابطه بین سبک‌های یادگیری و خودکارآمدی با شیوه‌های مقابله با فشار روانی در دانشجویان-پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه علامه طباطبایی.

انجمن روان پزشکی امریکا (۱۹۹۴) راهنمای اماری و تشخیصی اختلالهای روانی ترجمه محمد رضا ناینیان و همکاران -۱۳۷۴ جلد اول تهران دانشگاه شاهد.

برجعلی، احمد (۱۳۸۰) تحول شخصیت در نوجوان چاپ اول. آموزش و پرورش.

پروچاسکا -جیمز او نورکراس (۱۳۸۱) نظریه های روان درمانی -ترجمه یحیی سید محمدی، تهران رشد.

حاجبی، احمد (۱۳۸۳) بررسی تأثیر درمانی آموزش مدیریت رفتاری به والدین در کودکان پیش دبستانی مبتلا به اختلال نارسایی توجه / بیش فعالی، بیمارستان روان پزشکی ایران. تهران.

خداایاری فرد -محمد (۱۳۸۵) روان شناسی مرضی کودک و نوجوان - چاپ اول تهران دانشگاه تهران. دادستان. پری رخ. روانشناسی تحولی (۱۳۸۵) تهران. سمت.

درایکورس. رودلف. کاسل. پرل (۱۹۷۴) انضباط بدون اشک. ترجمه واثقی زاده و داداشزاده. ۱۳۷۸ تهران. رشد.

دلاور علی (۱۳۷۹) مبانی نظری و عملی پژوهش در علوم انسانی و اجتماعی. تهران رشد.

دینک -مایر دان سی -گری مکی (۱۳۸۳) پدر مادر نوجوان -آموزش قدم قدم برای تربیت اثر بخش - ترجمه قراچه داغی تهران بیک بهار.

دینک -مایر -دان سی -دی مگی گاری (۱۳۸۵) والدین مؤثر فرزندان مسئول - ترجمه مجید رئیس دانا - چاپ چهارم تهران رشد.

دینک -مایر دان سی -گری مکی (۱۳۸۷) راهنمای تربیت اثر بخش -ترجمه مهرداد فیروز بخت، چاپ اول تهران دانزه.

روشن بین. مهدیه (۱۳۸۵) بررسی اثر بخشی برنامه گروهی فرزند پروری مثبت بر استرس والد گری مادران کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه / بیش فعالی. کارشناسی ارشد. شهید بهشتی.

شرودر. کارولین اس. گوردون. بتی ان. (۲۰۰۲) سنجش و درمان مشکلات دوران کودکی. ترجمه فیروز بخت. ۱۳۸۵. تهران. دانزه.

صالحی. سمیه (۱۳۸۳) اثر بخشی آموزش والدین با رویکرد ادلری بر سبک های مقابله ای مادران کودکان دارای اختلال سلوک. کارشناسی ارشد دانشگاه علامه طباطبایی.

علیزاده. حمید (۱۳۸۳) اختلال نارسایی توجه / بیش فعالی. ویژگی ها ارزیابی و درمان. تهران رشد.

- Anastopoulos, A. D., Shelton, I. L., & Dupaul, G. J.(1993). Parent training for attention-deficit hyperactivity disorder: Its impact on parent functioning. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 21,581-596.
- Barkley R.A. (2003).Literature review for the evaluation of the kit for new parents. The center for community wellness school of publichealth university of Callifornia, Barkely.
- Barkley, R. A. (1995). Attention deficit hyperactivity disorder. A handbook for diagnosis and treatment. NY: Guilford.
- Barkley, R.A.(2003). Eight principles to guide ADHD children. New York.John wiley press.
- Barkley,R.A. Murphy,K.R & Fischer,M. ADHD in ADULTS. The Guilford press. New York London.
- Barkley,R.A.(2002).Psychological treatment for ADHD.*Journal of clinical Psychology*.63.30-42.
- Befera, M. S., Barkley, R. A. (1989). Hyperactive and normal girls and boys. Mother-child interaction: Parent psychiatric status and child psychopathology. *Child Psychotherapy*.26, 439-452.
- Cantwell, D. P. (1999). ADHD treatment with nonstimulant pediatric psychopharmacology presented at mid year institute of the AACAP. Washington D. C. AACAP Press.
- Dinkmeyer, D. &Dreikurs, R. (2000). Encouraging children to learn.Brunnr- Routledge.
- Dupaul,G. Y.,Stoner, G. (2003). ADHD in the schools assessment 8 intervention strategies.New York: Guilford Press.
- Edmund J.S.Sonuga-Barke , Margaret Thompson , David Daley and Cathy Laver – Bradbury (2004) Parent training for attention deficit / hyperactivity disorder. Is it as effective when delivered as routine rather than as specialist care? *British journal of clinical psychology*.
- Erhardt, D., Baker, B. (1999). The effects of behavioral parent training on families with young hyperactive children. *Journal of Behavioral the exp psychiatry*, 21, 121-132.
- Evans.T.D 2005.The tools of encouragement.the international child and youth care network.Issue.
- Fional.SandersH.Sanders MR.A (2002). lity study of enhanced group triple p –positive parenting program for parents of children with ADHD.journal of behavior chang of Queensland university.Australia.
- Goldstein.S. and Goldstein.M.(1999).Managing ADHD in children.NY.
- Harway.Michele (2005).'Handbook of couples therapy'.johnwiley 8sons.inc.
- Kendall.P.C. and Wilcox.L.E. 1979. Self –control in children ; development of a rating scale.*Journal of consulting and cliical psychology*.47.1020-1029.
- Mosak.H.Maniacci.M.(1999) 'Aprimer of adlerion psychology'.Brunnermuzel publishing.
- MTA Cooperative Group (1999). A 14-month randomized clinic trial of treatment strategies for ADHD. *Archives of General Psychiatry*,55, 1073 -86.l
- Nathan,W. A. (2002). Integrated multimodal therapy of children with ADHD. *Bullmeninger Clinical*, 66, 283-312.

- Nathan, W. A. (2002). Integrated multimodal therapy of children with ADHD. *Bullmeninger Clinical*, 66, 283-312.
- Pearson, D; Santos, G. W ; Casat, C. J. and Darid, M. (2004). Treatment Effect of methylphenidate on cognitive functioning children with mental Retardation and ADHD. *Journal of the American Academy of child & Adolescent psychiatry*, 43, 211-218.
- Phelant, T. (2003). Parenting a child with ADHD chaddfact sheet, Internet , prequest site.
- Pisterman, S., Firestone, P., & McGrath, P. (1992). The role of parent training in treatment of preschoolers with ADHD. *American Journal of Psychiatry*, 62, 397-408.
- Sanders Mr (1999) Triplep. positive parenting program; Towards an empirically validated multi level parenting and family support sterategy for the prevention of behavior and emotional problems in children. *clin child*.
- Sanders. M. R. (2005) Prevention of child behavioral problems through universal implementation of a group behavioral family intervention ; *prev*.
- Taylor. J F (1990). Helping your hyperactive child from effective treatments and developing discipline and self -esteem to helping your family adjustment. NY.
- Teeter. P A (1999). Interventions for ADHD. NY. Guilford press.
- Wattes. R and Pietrzak. D. (2000). Adlerian 'encouragement 'and the therapeutic process of solutin brief therapy. *Journal of counseling and development*. vol. 11. no. 2 pp. 139 -147.
- Weiss. M. Weiss. G (2002). Attention. deficit hyperactivity disorder. In M. Lewis. *child 8 Adolecent psychiatry. USA*.