

## اثربخشی گروه‌درمانی عقلانی هیجانی رفتاری بر کنش‌های اجرایی و باورهای غیرمنطقی مادران کودکان مبتلا به نارسایی توجه- بیش‌فعالی

زهرا رعنائی<sup>۱</sup>

احمد منصوری<sup>۲</sup>

علی غنائی چمن‌آباد<sup>۳</sup>

سیدعلی کیمیایی<sup>۴</sup>

تاریخ دریافت: ۹۶/۰۵/۰۵

تاریخ پذیرش: ۹۷/۰۶/۱۳

### چکیده

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی گروه‌درمانی عقلانی هیجانی رفتاری بر کنش‌های اجرایی و باورهای غیرمنطقی مادران کودکان مبتلا به نقص توجه-بیش‌فعالی انجام شد. در یک پژوهش نیمه آزمایشی با پیش‌آزمون- پس‌آزمون همراه با گروه کنترل و مداخله‌نما، تعداد ۳۰ مادر کودک مبتلا به نارسایی توجه-بیش‌فعالی مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره شهر بجنورد به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به تصادف در سه گروه آزمایش، کنترل و مداخله‌نما قرار گرفتند. مادران گروه آزمایش در معرض مداخله ۸ جلسه‌ای گروه-درمانی عقلانی هیجانی رفتاری قرار گرفتند اما گروه کنترل و مداخله‌نما در معرض چنین مداخله‌ای قرار نگرفتند. با وجود این، گروه مداخله‌نما به مدت ۸ جلسه نرم افزار ورد-ویندوز را آموزش دیدند. شرکت‌کنندگان پرسشنامه باورهای غیرمنطقی جونز (۱۹۶۹) و آزمون برج لندن (۱۹۸۲) را تکمیل کردند. داده‌ها با استفاده از شاخص‌های آمار توصیفی و تحلیل کوواریانس تحلیل شدند. یافته‌ها نشان داد که گروه‌درمانی عقلانی هیجانی رفتاری باعث کاهش باورهای غیرمنطقی و بهبود کنش‌های اجرایی گروه آزمایش نسبت به گروه‌های کنترل و مداخله‌نما می‌شود. در مجموع، گروه‌درمانی عقلانی هیجانی رفتاری نقش مهمی در کاهش باورهای غیرمنطقی و بهبود کنش‌های اجرایی مادران کودکان مبتلا به نارسایی توجه-بیش‌فعالی دارد.

**کلید واژه‌ها:** گروه‌درمانی، باورهای غیرمنطقی، کنش‌های اجرایی، اختلال نارسایی توجه- بیش‌فعالی

<sup>۱</sup> دانشجوی دکتری گروه روانشناسی، واحد بجنورد، دانشگاه آزاد اسلامی، بجنورد، ایران. zahraranaee@yahoo.com

<sup>۲</sup> استادیار گروه روانشناسی، واحد نیشابور، دانشگاه آزاد اسلامی، نیشابور، ایران (نویسنده مسئول) a.mansourii@yahoo.com

<sup>۳</sup> دانشیار گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه فردوسی، مشهد، ایران.

<sup>۴</sup> دانشیار گروه روانشناسی مشاوره و تربیتی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه فردوسی، مشهد، ایران.

## مقدمه

اختلال نارسایی توجه-بیش‌فعالی<sup>۱</sup> یکی از شایع‌ترین اختلال رشدی تحولی در کودکان و نوجوانان است (اندراس<sup>۲</sup>، ۲۰۱۶)؛ که بوسیله اختلال در توجه، فقدان سازماندهی و یا بیش‌فعالی/تکانشگری تعریف می‌شود (انجمن روانپزشکی آمریکا<sup>۳</sup>، ۲۰۱۳: ۶۱). نرخ شیوع آن در کودکان و بزرگسالان به ترتیب حدود ۱۲-۳٪ و ۵-۲/۵٪ می‌باشد (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۱۳: ۶۱؛ هوانگ، ونگ و هو<sup>۴</sup>، ۲۰۱۶). همچنین علایم آن در ۶۰ تا ۸۵ درصد موارد تا نوجوانی و در ۶۰ درصد موارد تا بزرگسالی ادامه می‌یابد (سادوک، سادوک و روئیز<sup>۵</sup>، ۲۰۱۵: ۱۱۶۹). عوامل ژنتیکی، عصبی-شیمیایی، فیزیولوژیکی، مزاجی و محیطی از عوامل موثر در ابتلای این اختلال می‌باشند (اندراس، ۲۰۱۶؛ انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۱۳: ۶۲؛ سادوک و همکاران، ۲۰۱۵: ۱۱۷۱، ۱۱۷۲؛ براهمبات<sup>۶</sup> و همکاران، ۲۰۱۶). این اختلال با کاهش توانایی‌های اجرایی در مدرسه و پیشرفت تحصیلی، کاهش مهارت‌های اجتماعی، طرد اجتماعی و در بزرگسالان کاهش کارکرد، پیشرفت، حضور شغلی پایین‌تر و احتمال بیشتر بیکاری و همچنین افزایش تعارض‌های بین‌فردی همراه است. افزایش بروز اختلال‌های سلوک، ضداجتماعی، مصرف مواد و خوردن، مشکلات خواب، رفتارهای پرخطر جنسی، زندانی‌شدن-های بیشتر، افکار خودکشی، روابط مختل خانوادگی و با همسالان، تخلفات و تصادفات رانندگی و افزایش درصد چاقی از جمله پیامدهای این اختلال می‌باشند (اندراس، ۲۰۱۶؛ انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۱۳: ۶۳؛ براهمبات و همکاران، ۲۰۱۶؛ مش و ولف<sup>۷</sup>، ۲۰۱۶؛ مولینا و پلهام<sup>۸</sup>، ۲۰۱۴). از سوی دیگر، بررسی ادبیات پژوهش نشان می‌دهد خانواده‌های کودکان مبتلابه اختلال نقص توجه-بیش‌فعالی در معرض خطر بالایی برای مشکلات روانشناختی و جسمی، استرس خانوادگی و والدینی، روابط والد-فرزندی در هم گسیخته، افزایش تعارض‌های زناشویی، جدایی و طلاق و همچنین کاهش خودکارآمدی، رضایت والدینی و کیفیت زندگی قرار دارند (مش و ولف، ۲۰۱۶؛ جانستون<sup>۹</sup> و مش، ۲۰۰۱؛ لیبوویتز<sup>۱۰</sup>، ۲۰۱۳؛ هادی، ثاقبی، غنی‌زاده و منتظری<sup>۱</sup>، ۲۰۱۳). با وجود این مادران کودکان

1. Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD)
2. Andrus
3. American Psychiatric Association (APA)
4. Huang, Weng & Ho
5. Sadock, Sadock & Ruiz
6. Brahmabhatt
7. Mash & Wolfe
8. Molina & Pelham
9. Johnston
10. Leibowitz

مبتلا به این اختلال در معرض خطر بیشتری قرار دارند، علایم آسیب‌شناختی بیشتری را تجربه می‌کنند و در نتیجه از سلامت روان کمتری برخوردار می‌باشند. ادبیات پژوهش نیز نشان می‌دهد مادران کودکان مبتلا به این اختلال سطوح بالاتری از استرس والدینی، انزوای اجتماعی، ترس از طرد اجتماعی و همچنین علایم اضطراب و افسردگی بیشتری نسبت به مادران کودکان غیرمبتلا تجربه می‌کنند (پیترز و جکسون<sup>۲</sup>، ۲۰۰۹؛ پیمنتل، ویرا-سانتوس، سانتوس و وله<sup>۳</sup>، ۲۰۱۱؛ ذوقی‌پایدار، قاسمی، بیات، صنایعی‌کمال، ۱۳۹۴؛ شفاعت و تیرگری، ۱۳۹۰).

یکی از عواملی که می‌تواند منجر به پیامدهای منفی و رفتارهای نادرست و همچنین کاهش کیفیت پایین زندگی این مادران شود، باورهای غیرمنطقی<sup>۴</sup> است (رفیعی، ۱۳۹۲؛ لکزایی، ۱۳۹۲؛ کاپ، بولداک، روژ، سایاگ و دلورم<sup>۵</sup>، ۲۰۱۷). بررسی ادبیات پژوهش نشان می‌دهد که بین باورهای غیرمنطقی، سلامت جسمی (مثل، آسم، درد، نشانگرهای التهابی پلاسمایی) و روانی (مثل، افسردگی، اضطراب، خشم، احساس گناه، انزوای اجتماعی، رفتارهای غیرجرات‌مندانه، اضطراب فراگیر و نگرانی، اضطراب امتحان، اضطراب اجتماعی، اختلال مصرف مواد) رابطه وجود دارد (دیوید، لین و الیس<sup>۶</sup>، ۲۰۰۹). این باورها، باورهای سفت و سخت، نادرست یا غیرمنطقی، خودشکن، مطلق و ناهماهنگ با واقعیت هستند. در مقابل، باورهای منطقی، انعطاف‌پذیر، کارآمد، منطقی و هماهنگ با واقعیت می‌باشند (دیوید و همکاران، ۲۰۰۹؛ وینر و کریگهد<sup>۷</sup>، ۲۰۱۰: ۹۶). آنها سبب افزایش پذیرش خود و مقابله بهنجار با رویدادهای استرس‌زا و کاهش آسیب‌پذیری به پریشانی‌های روانشناختی می‌شوند و همچنین نقش مهمی در رسیدن به اهداف با ارزش بازی می‌کنند (دیوید و همکاران، ۲۰۰۹). با توجه به اینکه مادران کودکان مبتلا به نقص توجه-بیش‌فعالی نمی‌توانند رفتار کودکان خود را کنترل کنند، از این‌رو بسیاری از این والدین تصور می‌کنند مهارت کمی برای والدبودن دارند و در نقش خود به خوبی عمل نمی‌کنند (خدایاری‌فرد و سهرابی، ۱۳۹۰: ۱۸۸). همچنین خود را مسئول و مقصر بروز این اختلال در فرزندشان قلمداد کرده و نگران این می‌باشند که رفتار و شیوه تربیت آنها باعث ایجاد چنین مشکلی شده باشد. کاپ و همکاران (۲۰۱۷) نشان دادند که بین باورهای غیرمنطقی والدین کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی و راهبردهای مقابله هیجان‌مدار و کیفیت پایین زندگی رابطه وجود دارد. رابطه وجود

1. Hadi, Saghebi, Ghanizadeh, & Montazeri
2. Peters & Jackson
3. Pimentel, Vieira-Santos, Santos & Vale
4. irrational beliefs
5. Cappe, Bolduc, Rougé, Saiag & Delorme
6. David, Lynn & Ellis
7. Winer & Craighead

دارد. رفیعی (۱۳۹۲) در بررسی خود دریافت که والدین کودکان مبتلابه اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی نمره‌های بالاتری در باورهای غیرمنطقی نسبت به مادران عادی کسب می‌کنند.

بررسی ادبیات پژوهش همچنین نشان می‌دهد بین کنش‌های اجرایی<sup>۱</sup> و باور به بدشانس بودن به عنوان یک باور غیرمنطقی رابطه وجود دارد (متلی، دی، پیتو، هوگان و وود، ۲۰۱۳؛ مارتین‌دل کامپو ریس، فاگتا<sup>۲</sup> و متلی، ۲۰۱۵). کنش‌های اجرایی به مجموعه‌ای از فرایندهای روانی از بالا به پایین اشاره دارد که به هنگام تمرکز و توجه کردن مورد نیاز می‌باشند (دایموند<sup>۳</sup>، ۲۰۱۳). کنش‌های اجرایی به فرایندهای مرتبه بالاتری اشاره دارند که به نظارت و کنترل بر افکار/اعمال و تسهیل رفتار هدفمند کمک می‌کنند (نیلسن، رینتز، اثیر و موروز<sup>۴</sup>، ۲۰۱۶). کنش‌های اجرایی شامل سه کنش اصلی بازداری، حافظه فعال و انعطاف‌پذیری شناختی می‌باشند (متلی و همکاران، ۲۰۱۳؛ دایموند، ۲۰۱۳).

اگرچه در بررسی ادبیات پژوهش مطالعه‌ای در مورد کنش‌های اجرایی مادران کودکان مبتلابه اختلال نقص توجه-بیش‌فعالی مشاهده نگردید، با وجود این هیوز، لی‌بویر و بیوارد<sup>۵</sup> (۱۹۹۷) با مقایسه سه گروه از والدین کودکان مبتلابه اتیسم، ناتوانی یادگیری و سالم دریافتند که نسبت قابل توجهی از والدین کودکان مبتلابه اتیسم اختلال در کنش‌های اجرایی به‌خصوص مهارت‌های برنامه‌ریزی و انعطاف‌پذیری توجه را نشان می‌دهند. بعلاوه، استرس والدینی، غم، تنهایی، محرومیت از خواب و سایر عوامل دیگر می‌توانند کنش‌های اجرایی مادران کودکان مبتلابه تحت تاثیر قرار دهند. از سوی دیگر اگرچه در ادبیات پژوهش برای مدت‌ها باور افراد در مورد شانس بر اساس نظریه باور غیرمنطقی ایس تبیین می‌شد. اما در فرضیه نقص اجرایی شانس<sup>۶</sup> بیان می‌شود که باورهای افراد در مورد بدشانس بودن با نقص در کارکردهای اجرایی یا سطوح پایین‌تر کارکردهای اجرایی مرتبط است (متلی و همکاران، ۲۰۱۳). دو مسیر علی احتمالی اساس این فرضیه را شکل می‌دهد. ابتدا، نقص در کارکردهای اجرایی ممکن است اثر منفی بر توانایی افراد جهت رسیدن موفق‌آمیز به اهدافشان داشته باشد. دوم افرادی که اعتقاد به بدشانس بودن خود دارند در اشتغال به کارکردهای اجرایی مورد نیاز برای تکمیل موفقیت‌آمیز اهداف اصلی شکست می‌خورند (مارتین‌دل کامپو ریس، فاگتا<sup>۲</sup> و متلی،

---

1. executive functions

2. Martin del Campo Rios & Fuggeta

3. Diamond

4. Nilsen, Rints, Ethier & Moroz

5. Hughes, Leboyer & Bouvard

6. Dysexecutive Luck Hypothesis (DLH)

7. Martin del Campo Rios & Fuggeta

۲۰۱۵). در همین راستا ملتبی و همکاران (۲۰۱۳) دریافتند که علایم نقص اجرایی پیش‌بینی‌کننده باور افراد در مورد بدشانسی می‌باشند. بعلاوه، علایم نقص اجرایی رابطه معناداری با باور به بدشانسی-بودن و باورهای غیرمنطقی دارند. مارتین‌دل کامپو ریس و همکاران (۲۰۱۵) نیز دریافتند که بین دو گروه بدشانسی و کنترل در فرایندهای کنترل توجه تفاوت معنادار وجود دارد.

گروه‌درمانی رفتاری عقلانی هیجانی<sup>۱</sup> می‌تواند یکی از درمان‌های مورد استفاده جهت بهبود باورهای غیرمنطقی و عوامل مرتبط با آن از جمله کنش‌های اجرایی باشد. این رویکرد هم یک نظریه شخصیت و هم یک روش روان‌درمانی است که توسط آلبرت الیس<sup>۲</sup> ایجاد شده است. بعلاوه، به عنوان یک سیستم جامع تغییر شخصیت، روش‌های درمان شناختی، هیجانی و رفتاری را با یکدیگر ترکیب می‌کند (الیس، ۲۰۱۰؛ ورنون<sup>۳</sup>، ۲۰۱۶). این درمان با استفاده از یک رویکرد فلسفی در تلاش است یک تغییر کلی در سیستم باور و فلسفه زندگی مراجع به‌وجود آورد و کارکرد او را در خارج از محیط درمان بهبود بخشد. همچنین در این درمان اعتقاد بر این است که اگرچه رویدادهای فعال-کننده (A) به‌طو قابل توجهی به پیامدهای هیجانی و رفتاری (C) کمک می‌کنند، با وجود این باورهای افراد (B) در مورد رویدادهای فعال‌کننده (C) مهمتر می‌باشند و به‌طور مستقیم علت پیامدهای هیجانی و رفتاری هستند. از این‌رو، پیامدهای مختل‌کننده می‌توانند بواسطه چالش عقلانی و رفتاری باورهای غیرمنطقی کاهش یابند (الیس، ۲۰۱۰؛ ۲۰۵). سرانجام، هدف اصلی این درمان کمک به مراجعان جهت بهبود کارکردهای شناختی، هیجانی و رفتاری‌شان از طریق شناسایی و چالش مستقیم با باورهای نابهنجاری است که با توانایی آنها جهت پیگیری و تحقق اهداف تداخل می‌کند (دیوید و همکاران، ۲۰۰۹). در نهایت، اگرچه در بررسی ادبیات پژوهش، مطالعه‌ای درباره اثربخشی گروه‌درمانی عقلانی هیجانی رفتاری بر کنش‌های اجرایی مادران کودکان مبتلا به نارسایی توجه - بیش‌فعالی مشاهده نگردید، با این وجود، لکزایی (۱۳۹۲) دریافت که این درمان اثر معناداری بر کاهش باورهای غیرمنطقی مادران کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه-بیش‌فعالی دارد. بعلاوه دهقانی (۱۳۹۵) با بررسی گروهی از مادران کودکان مبتلا به اتیسم دریافت که مداخلات شناختی رفتاری می‌توانند سبب بهبود باورهای غیرمنطقی این مادران شوند. از این‌رو، با توجه به نرخ شیوع اختلال نارسایی توجه-بیش‌فعالی، اختلال قابل توجه این اختلال در کارکردهای مختلف این مادران،

1. Rational Emotive Behavior Group Therapy (REBGT)

2. Albert Ellis

3. Vernon

نقش و اهمیت سلامت روان مادران، پژوهش در صدد پاسخ به این سوال بود که آیا گروه‌درمانی عقلانی هیجانی رفتاری بر کنش‌های اجرایی و باورهای غیرمنطقی مادران کودکان مبتلابه نارسایی توجه-بیش‌فعالی اثر دارد.

## روش شناسی

پژوهش حاضر از نظر هدف جزو پژوهش‌های کاربردی و از نظر شیوه گردآوری داده‌ها جزو پژوهش‌های نیمه‌آزمایشی با پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه کنترل می‌باشد. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه مادران کودکان مبتلابه اختلال نقص توجه-بیش‌فعالی مراجعه کننده به مراکز مشاوره شهر بجنورد بود. نمونه آماری شامل ۳۰ نفر از مادران کودکان مبتلابه اختلال نقص توجه-بیش‌فعالی مراجعه کننده به مراکز مشاوره آموزش و پرورش و پرتوی بودند که طی مدت چهار ماه و بر اساس ملاک‌های ورود و خروج به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. پس از تشریح اهمیت و اهداف پژوهش به تصادف در سه گروه آزمایش، مداخله‌نما و کنترل جایگزین شدند. دو نفر از مادران کودکان گروه آزمایش با توجه به معیارهای خروج، از گروه آزمایش خارج شدند. پس از هماهنگی با مراکز مشاوره شهر بجنورد و همچنین مادران کودکان مبتلا با استفاده از پرسشنامه باورهای غیرمنطقی و آزمون برج لندن از آنها پیش‌آزمون و پس‌آزمون به عمل آمد. درمان گروهی عقلانی هیجانی رفتاری در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای، به صورت گروهی و هر هفته دو جلسه برای گروه آزمایش به اجرا درآمد و گروه مداخله‌نما نیز تحت آموزش مهارت‌های کامپیوتری قرار گرفتند. آنها نیز در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به صورت گروهی و هر هفته دو جلسه مهارت‌های ورد و ویندوز<sup>۱</sup> را آموزش دیدند و برای گروه کنترل هیچ برنامه‌ای اجرا نشد. داده‌های پژوهش با استفاده از آزمون خی-دو و تحلیل کوواریانس چند متغیره و همچنین به کمک نرم افزار آماری SPSS22 تحلیل شدند. ابزارهای پژوهش عبارتند از:

پرسشنامه باورهای غیرمنطقی<sup>۲</sup>: ابزاری ۱۰۰ ماده‌ای است که توسط جونز<sup>۳</sup> (۱۹۶۹) تهیه شده و شامل ۱۰ خرده مقیاس توقع تایید از دیگران، انتظارات بیش از حد از خود، سرزنش کردن خود و دیگران، واکنش به درماندگی همراه با ناکامی، بی‌مسئولیتی هیجانی، توجه مضطربانه، اجتناب از

1. word & windows

2. Irrational Beliefs Test (IBT)

3. Jones

مشکل، وابستگی، درماندگی در برابر تغییر و کمال‌گرایی می‌باشد. در این آزمون از شرکت‌کنندگان خواسته می‌شود میزان موافقت خود را با هر سوال با استفاده از یک مقیاس لیکرت پنج درجه‌ای (به شدت موافقم تا به شدت مخالفم) در دامنه‌ای از ۱ تا ۵ گزارش کنند. اعتبار این آزمون به‌روشن همسانی درونی (آلفای کرونباخ) برای ۱۰ خرده‌مقیاس آن ۰/۴۵ تا ۰/۷۲ گزارش شده است. بعلاوه، اعتبار آن به روش بازآزمایی ۰/۹۲ بوده است (جونز، ۱۹۶۹). در مطالعه عبادی و معتمدین (۱۳۸۴) تعداد سوال‌ها از ۱۰۰ ماده به ۴۰ ماده و چهار عامل درماندگی در برابر تغییر، توقع تایید از دیگران، اجتناب از مشکل و بی‌مسئولیتی هیجانی کاهش یافته است. همچنین میزان اعتبار آن به روش همسانی درونی و تصنیف برای کل آزمون و چهار عامل درماندگی در برابر تغییر، توقع تایید از دیگران، اجتناب از مشکل و بی‌مسئولیتی هیجانی ۰/۷۲ تا ۰/۸۴ گزارش شده است. آنها همچنین دریافتند که این آزمون از روایی سازه، محتوایی و همگرایی خوبی برخوردار است.

آزمون برج لندن<sup>۱</sup>: ابتدا در سال ۱۹۸۲ توسط شالیس<sup>۲</sup> جهت سنجش کارکردهای اجرایی تدوین شده است و امروزه نیز به عنوان یک آزمون غربال‌گری نوروسایکولوژیکال برای افراد مبتلا به صدمه قشر پیشانی مورد استفاده قرار می‌گیرد. بعلاوه، این آزمون ابزار ارزشمندی برای بررسی نوروسایکولوژیکال افراد مبتلا به نقایص شناختی احتمالی و همچنین سنجش مهارت‌های برنامه‌ریزی و مسئله‌گشایی است. آزمون اصلی شامل سه میله چوبی با طول‌های متفاوت نصب شده بر روی یک پایه می‌باشد. در موقعیت شروع سه توپ (قرمز، سبز و آبی) بر روی میله‌ها قرار داده می‌شود. سپس از افراد خواسته می‌شود تا مجموعه‌ای از مهره‌های رنگی قرار داده شده بر سه میله عمودی را برای جورشدن با یک هدف مشخص جابه‌جا کنند. پایایی این آزمون به روش همسانی درونی ۰/۷۹ گزارش شده است (لزاک، هاویسن و لورینگ<sup>۳</sup>، ۲۰۰۴). ضریب همبستگی مربوط به اعتبار همزمان این آزمون با آزمون مازهای پروتئوس ۰/۴۱ گزارش شده است (کریکورین، بارتوک و گی<sup>۴</sup>، ۱۹۹۴). در پژوهش حاضر پایایی آزمون به روش همسانی درونی ۰/۸۵ بود.

پروتکل گروه‌درمانی عقلانی هیجانی رفتاری: جلسات گروه‌درمانی عقلانی هیجانی رفتاری به شرح زیر تدوین و توسط نویسنده مسئول اجرا گردید:

1. Tower of London Test (TOL)
2. Shallice
3. Lezak, Howieson & Loring
4. Krikorian, Bartok & Gay

**جلسه اول:** ایجاد ارتباط اولیه خوش‌آمدگویی و آشنایی اعضای گروه با درمانگر و یکدیگر، ایجاد ارتباط با اعضای گروه، شرح اهداف و قوانین گروه از جمله عدم غیبت، شرکت به موقع در جلسات، انجام تکالیف، بیان اصل رازداری و احترام متقابل اعضای گروه به یکدیگر، توصیف کلی از رویکرد درمانی.

**جلسه دوم:** توضیح ارزش‌های درمان توضیح ۱۰ ارزش خطرجویی، واقع‌بینی، تحمل زیاد ناکامی، مسئولیت-فردی در قبال آشفتنگی، نفع‌شخصی، خودگردانی، تحمل، قبول عدم قطعیت، انعطاف‌پذیری و تعهد.

**جلسه سوم:** توضیح رابطه ABC سنجش مداخلات B (باورهای غیرمنطقی) در مورد هر یک از شرکت-کنندگان. تکلیف خانگی: یادداشت چند مورد از موقعیت‌های ناراحت‌کننده در منزل.

**جلسه چهارم:** ارتباط باورها با هیجان‌ها و اصول شناخت‌درمانی بررسی تکلیف و مروری از جلسه قبل، مرتبط ساختن باورهای غیرمنطقی با هیجان‌های پریشان‌کننده. تکلیف خانگی: یادداشت باورهای منطقی و غیرمنطقی در مورد حداقل چهار اتفاق به وقوع پیوسته در منزل).

**جلسه پنجم:** مجادله و رویارویی با عقاید غیرمنطقی چالش با باورهای غیرمنطقی با استفاده از روش‌های مختلف مثل ایفای نقش، شوخ‌طبعی و الگوسازی بررسی تکلیف جلسه قبل جهت افزایش آگاهی مادران در مورد شیوه برخوردشان.

**جلسه ششم:** ترغیب مادران جهت تغییر باورهایشان بررسی طرح‌واره‌های مادران و کمک به آنها جهت تغییر باورهایشان، جایگزینی باورهای غیرمنطقی با باورهای منطقی. تکلیف خانگی: جایگزینی باورهای غیرمنطقی با باورهای منطقی طی جلسات و یادداشت نتیجه برخورد فرزند برای جلسه بعد.

**جلسه هفتم:** بررسی رابطه ABC در رابطه با موارد موجود در منزل برای هر یک از شرکت‌کنندگان بررسی هر یک از موارد یادداشت‌شده جهت آگاهی شرکت‌کنندگان از عقلانی‌بودن عقاید و جایگزینی عقاید عقلانی به جای آنها جهت رفتار بهتر در منزل. **جلسه هشتم:** کمک شرکت‌کنندگان به یکدیگر و تعمیم موارد آموخته شده در این جلسه از یکی از شرکت‌کنندگان خواسته می‌شود یک مشکل (باور غیرمنطقی) را توضیح دهد و بقیه جهت حل آن راه حل ارائه دهند. در صورت موفقیت در این مرحله، درمان خاتمه یافته و همچنین پس از آزمون اجرا می‌شود.

معیار ورود مادران کودکان مبتلابه اختلال نارسایی توجه-بیش‌فعالی به نمونه مورد بررسی داشتن کودک ۷-۱۲ ساله مبتلابه اختلال نارسایی توجه-بیش‌فعالی، عدم شرکت همزمان در برنامه‌های روان‌درمانی دیگر در طول انجام پژوهش و رضایت آگاهانه آنها بود. معیارهای خروج نیز شامل غیبت بیش از یک جلسه در درمان، شرکت همزمان در سایر برنامه‌های درمانی دیگر و عدم تمایل شرکت-کنندگان به ادامه همکاری در پژوهش بود.



## یافته‌ها

میانگین سنی شرکت‌کنندگان گروه آزمایش، مداخله‌نما و کنترل به ترتیب برابر  $۳۲/۳۷ \pm ۳/۰۲$ ،  $۳۱/۲۰ \pm ۳/۲۲$  و  $۳۰/۷۰ \pm ۲/۱۷$  بود. بعلاوه، تفاوت معنی‌داری بین میانگین سنی ( $P > ۰/۰۵$ ،  $df=۲۵$ )، و وضعیت تحصیلی آنها ( $P > ۰/۰۵$ ،  $\phi^2=۰/۵۹$ ) وجود نداشت. در جدول ۱ یافته‌های توصیفی مربوط به میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش ارائه شده است.

جدول ۱. یافته‌های توصیفی مربوط به متغیر کنش‌های اجرایی و باورهای غیرمنطقی

پیش‌آزمون		پیش‌آزمون		گروه		متغیر		پس‌آزمون		پس‌آزمون	
انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین
۳/۱۶	۱۷/۶۳	۵/۲۶	۳۹/۶۳	۳۷/۱۰	۳۷/۱۰	۲/۸۵	۲/۸۵	۴/۱۴	۴۷	۲/۹۲	۶۹/۳۰
۴/۵۴	۳۲/۲۰	۵/۰۴	۳۷/۱۰	۲/۸۵	۲/۸۵	۴/۱۴	۴۷	۲/۹۲	۶۹/۳۰	۲/۹۲	۶۹/۳۰
۴/۴۰	۳۲/۴۰	۵/۴۷	۳۸/۲۰	۴/۱۴	۴۷	۲/۹۲	۶۹/۳۰	۲/۹۲	۶۹/۳۰	۲/۹۲	۶۹/۳۰
۶/۰۲	۸۵/۵۰	۷/۲۳	۱۵۲/۸۷	۷/۱۳	۳۳	۶/۳۲	۳۵/۵۰	۶/۳۲	۳۵/۵۰	۶/۳۲	۳۵/۵۰
۶/۴۹	۱۳۵/۲۰	۸/۴۹	۱۴۸/۸۰	۴/۰۶	۳۴	۶/۳۲	۳۵/۵۰	۶/۳۲	۳۵/۵۰	۶/۳۲	۳۵/۵۰
۵/۹۱	۱۳۲/۶۰	۱۰/۰۲	۱۴۹/۱۰	۴/۱۱	۳۴	۵/۹۸	۳۷/۷۰	۴/۱۱	۳۴	۵/۹۸	۳۷/۷۰
-/۵۲	۳۴/۶۳	۱/۶۰	۲۹	۱/۴۹	۹/۲۵	۴/۱۷	۱۸/۷۵	۱/۴۹	۹/۲۵	۴/۱۷	۱۸/۷۵
۳/۰۶	۳۷/۷۰	۲/۸۴	۳۷/۴۰	۳/۴۵	۱۷/۱۰	۳/۷۹	۲۰/۲۰	۳/۴۵	۱۷/۱۰	۳/۷۹	۲۰/۲۰
۲/۷۶	۲۸/۶۰	۲/۶۲	۲۸/۸۰	۲/۶۶	۱۹/۲۰	۵/۱۷	۱۷/۹۰	۲/۶۶	۱۹/۲۰	۵/۱۷	۱۷/۹۰

در پژوهش حاضر از آزمون تحلیل کوواریانس یک‌متغیره برای تعیین معنی‌داری تفاوت میان سه گروه آزمایش، مداخله‌نما و کنترل استفاده شد. ابتدا برای بررسی پیش‌فرض طبیعی بودن توزیع داده‌ها، همگنی واریانس متغیرها، همگنی ماتریس واریانس-کوواریانس و شیب‌خط رگرسیون از آزمون کالموگروف-اسمیرنوف، آزمون لون، آزمون باکس و F استفاده گردید. نتایج آزمون کالموگروف-اسمیرنوف نشان داد که متغیرهای پژوهش دارای توزیع طبیعی می‌باشند ( $P > ۰/۰۱$ )، جدول ۲). معنی‌داری آماری این شاخص به‌طور آرمانی در سطح آلفای  $۰/۰۰۱$  بیانگر تخطی از نرمال بودن تک‌متغیری است (۳۳). آزمون لون نشان داد که واریانس همه متغیرهای پژوهش بین سه گروه برابر بوده و با یکدیگر تفاوت معنی‌دار ندارند ( $P > ۰/۰۵$ )، جدول ۲). سرانجام، آزمون یکسانی شیب‌خط رگرسیون نیز برای گروه‌های آزمایش و کنترل یکسان است ( $P > ۰/۰۵$ ). از این‌رو، استفاده از تحلیل کوواریانس یک متغیره بلامانع است (جدول ۳ و ۴).



است. آماره چند متغیری لامبدای ویلکز نیز برای ابعاد باورهای غیرمنطقی ( $F=19/69, P<0/0001$ ) معنی‌دار بود. از این‌رو، استفاده از تحلیل کوواریانس چند متغیره بالامانع است (جدول ۵ و ۶).

جدول ۵. نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیره مربوط به سه گروه آزمایش، مداخله‌نما و کنترل در متغیر ابعاد باورهای غیرمنطقی

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	F	P
درماندگی در مقابل تغییر	گروه	۲	۵۲۴/۳۶	۳۴/۸۵	۰/۰۰۰۱
	خطا	۲۱	۱۵/۰۴		
توقع تایید از دیگران	گروه	۲	۳۳۳/۹۳	۱۱/۷۴	۰/۰۰۰۱
	خطا	۲۱	۲۷/۵۸		
اجتناب از مشکل	گروه	۲	۲۱۱/۸۳	۲۸/۹۵	۰/۰۰۰۱
	خطا	۲۱	۷/۳۱		
بی‌مسئولیتی هیجانی	گروه	۲	۶۳۰/۲۹	۴۰/۲۳	۰/۰۰۰۱
	خطا	۲۱	۱۵/۶۶		

جدول ۶. نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی درباره ابعاد باورهای غیرمنطقی

متغیر	گروه (۱)	گروه (۲)	تفاوت میانگین	خطای استاندارد	سطح معنی‌داری
درماندگی در مقابل تغییر	در آزمایش	مداخله‌نما	-۱۵/۷۱*	۱/۹۳	۰/۰۰۰۱
	در کنترل	کنترل	-۱۰/۹۴*	۲/۰۳	۰/۰۰۰۱
توقع تایید از دیگران	مداخله‌نما	کنترل	۴/۷۷	۲/۰۹	۰/۰۹
	از آزمایش	مداخله‌نما	-۱۱/۶۱*	۲/۶۲	۰/۰۰۱
اجتناب از مشکل	در کنترل	کنترل	-۱۰/۲۸*	۲/۸۳	۰/۰۰۴
	مداخله‌نما	کنترل	۱/۳۳	۲/۸۳	۱
بی‌مسئولیتی هیجانی	از آزمایش	مداخله‌نما	-۷/۵۱*	۱/۳۵	۰/۰۰۰۱
	در کنترل	کنترل	-۱۰/۰۸*	۱/۴۱	۰/۰۰۰۱
بی‌مسئولیتی هیجانی	مداخله‌نما	کنترل	-۲/۵۷	۱/۴۵	۰/۳۷
	از آزمایش	مداخله‌نما	-۱۴/۵۵*	۱/۹۷	۰/۰۰۰۱
مداخله‌نما	کنترل	کنترل	-۱۶/۳۰*	۲/۰۷	۰/۰۰۰۱
	کنترل	کنترل	-۱/۷۵	۲/۱۳	۱

نتایج جدول ۵ نشان می‌دهد که پس از کنترل اثر پیش‌آزمون، تفاوت نمره‌های پیش‌آزمون - پس - آزمون سه گروه برای متغیر ابعاد باورهای غیرمنطقی معنی‌دار است و میانگین نمره‌های گروه آزمایش در ابعاد درماندگی در مقابل تغییر ( $F=34/85, P<0/05$ )، توقع تایید از دیگران ( $F=11/74, P<0/05$ )، اجتناب از مشکل ( $F=28/95, P<0/05$ ) و بی‌مسئولیتی هیجانی ( $F=40/23, P<0/05$ ) به‌طور معنی‌داری کمتر از گروه‌های کنترل و مداخله‌نما است. نتایج جدول ۶ نیز نشان می‌دهد تفاوت معنی‌داری بین میانگین نمره ابعاد باورهای غیرمنطقی گروه آزمایش با گروه مداخله‌نما و کنترل وجود

دارد ( $P < 0.05$ )، با وجود این تفاوتی بین میانگین نمره‌های دو گروه مداخله‌نما و کنترل وجود ندارد ( $P > 0.05$ ).

### بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی گروه درمانی عقلانی هیجانی رفتاری بر کنش‌های اجرایی و باورهای غیرمنطقی مادران کودکان مبتلا به نارسایی توجه-بیش‌فعالی انجام گردید. نتایج پژوهش حاضر مشابه یافته‌های قبلی مانند (لک‌زایی، ۱۳۹۲) نشان داد که گروه درمانی عقلانی هیجانی رفتاری اثر معناداری بر کاهش باورهای غیرمنطقی مادران کودکان مبتلا به نارسایی توجه-بیش‌فعالی گروه آزمایش در مقایسه با گروه مداخله‌نما و کنترل دارد. در تبیین نتایج فوق می‌توان گفت گروه درمانی رفتاری عقلانی هیجانی با استفاده از یک رویکرد فلسفی و با استفاده از روش‌ها و تکنیک‌های مختلف یک تغییر کلی در سیستم باور و فلسفه زندگی مادران کودکان مبتلا به نارسایی توجه-بیش‌فعالی بوجود می‌آورد و عملکرد آنها را در خارج از محیط درمان بهبود می‌بخشد (الیس، ۲۰۱۰). این درمان با کمک به شناسایی احساس‌ها و رفتارهای کژکار و همچنین باورهای غیرمنطقی مادران کودکان مبتلا به نارسایی توجه-بیش‌فعالی، آنها را ترغیب به بازسازی باورهای غیرمنطقی‌شان و اتخاذ باورهای کارآمد و منطقی‌تر به منظور افزایش پاسخ‌های هیجانی، شناختی و رفتاری بهنجارشان می‌کند (دیوید و همکاران، ۲۰۰۹؛ الیس، ۲۰۱۰). همچنین با ایجاد همدلی و اشتراک در مشکل استرس روانشناختی آنها را کاهش می‌دهد (الیس، ۲۰۱۰؛ توکلی‌زاده، دشتی و پناهی، ۲۰۱۲). در مجموع، این درمان با بسط فلسفه عقلانی زندگی آنها منجر به کاهش پریشانی هیجانی و رفتارهای خودشکن و همچنین افزایش توان رهبری یک زندگی شادتر و رضایت‌بخش‌تر می‌شود (ورنون، ۲۰۱۶: ۲۸۶).

نتایج پژوهش حاضر همچنین نشان داد که گروه درمانی عقلانی هیجانی رفتاری اثر معنی‌داری بر کنش‌های اجرایی مادران کودکان مبتلا به نارسایی توجه-بیش‌فعالی دارد. در بررسی ادبیات پژوهش، مطالعه‌ای همسو یا ناهمسو با یافته‌های این پژوهش مشاهده نشد، اما نتایج مطالعات قبلی نشان می‌دهد که کنش‌های اجرایی جزو مهارت‌های ضروری برای سلامت روانی و جسمی، موفقیت در تحصیل و زندگی و همچنین رشد شناختی، اجتماعی و روانشناختی می‌باشند. بعلاوه این کنش‌ها می‌توانند تحت تاثیر استرس، غم، تنهایی، محرومیت از خواب و سلامت جسمانی افراد قرار گیرند. به طوری که آثار مخرب هر یک را می‌توان در سطوح فیزیولوژیکی و نورواناتومیکیال قشر پیش‌پیشانی و همچنین در سطوح رفتاری به خصوص کنش‌های اجرایی بدتر (مثل، استدلال و حل مسئله ضعیف‌تر، فراموشی-

کردن چیزها و توانایی مختل برای نظم و کنترل خود) مشاهده کرد (دایموند، ۲۰۱۳). از سوی دیگر مادران کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه-بیش‌فعالی سطوح بالاتری از استرس والدینی، انزوای اجتماعی، ترس از طرد اجتماعی، شکایات جسمانی، وسواس-اجبار، حساسیت بین‌فردی، افسردگی، اضطراب، خصومت، ترس مرضی، افکار پارانوئید و روان‌پریشی را نسبت به مادران کودکان غیرمبتلا تجربه می‌کنند (پیترز و جکسون، ۲۰۰۹؛ پیمنتل و همکاران، ۲۰۱۱؛ ذوقی-پایدار و همکاران، ۱۳۹۴؛ شفاعت و تیرگری، ۱۳۹۰). این عوامل می‌توانند کنش‌های اجرایی این مادران را تحت تاثیر قرار دهند. از این‌رو در تبیین نتایج فوق می‌توان گفت گروه‌درمانی رفتاری عقلانی هیجانی با کمک به شناسایی احساس‌ها و رفتارهای کژکار و همچنین باورهای غیرمنطقی مادران کودکان مبتلا به نارسایی توجه-بیش‌فعالی، آنها را ترغیب به بازسازی باورهای غیرمنطقی‌شان و اتخاذ باورهای کارآمد و منطقی‌تر به منظور افزایش پاسخ‌های هیجانی، شناختی و رفتاری بهنجارشان می‌کند (دیوید و همکاران، ۲۰۰۹؛ ایس، ۲۰۱۰). بعلاوه با تجهیز آنها به ابزارهای مسئله‌گشایی و مدیریت استرس به آنها جهت مدیریت باورهای غیرمنطقی و پیامدهای هیجانی و رفتاری‌شان کمک می‌کند (چیف، راس، باترفیلد و پاریس<sup>۱</sup>، ۲۰۱۵). همچنین با ایجاد همدلی و اشتراک در مشکل استرس روانشناختی آنها را کاهش می‌دهد (ایس، ۲۰۱۰؛ توکلی‌زاده و همکاران، ۲۰۱۲). عواملی که در نهایت می‌توانند بواسطه کاهش استرس والدینی، غم، تنهایی و انزوای اجتماعی، ترس از طرد اجتماعی، محرومیت از خواب و افزایش سلامت جسمانی منجر به بهبود کنش‌های اجرایی مادران کودکان مبتلا به نقص توجه-بیش‌فعالی شوند.

در مجموع، نتایج این پژوهش نشان داد که گروه‌درمانی عقلانی هیجانی رفتاری نقش مهمی در بهبود کنش‌های اجرایی و کاهش باورهای غیرمنطقی مادران کودکان مبتلا به نارسایی توجه-بیش-فعالی دارد. بنابراین، باتوجه به نرخ شیوع اختلال نارسایی توجه-بیش‌فعالی و تاثیر آن بر کارکردهای مختلف افراد و اعضای خانواده و همچنین نقش و اهمیت سلامت‌روان مادران کودکان مبتلا به این اختلال، مشاوران، روان‌درمان‌گران و سایر متخصصان حوزه بهداشت‌روان می‌توانند اثر گروه‌درمانی عقلانی هیجانی رفتاری را در بهبود کنش‌های اجرایی و کاهش باورهای غیرمنطقی مادران کودکان مبتلا به این اختلال در نظر بگیرند. محدودیت اول این پژوهش عدم انجام آزمون پیگیری برای بررسی ماندگاری اثر مداخله درمانی بود. لذا، پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی از دوره‌های پیگیری جهت بررسی ماندگاری این اثر استفاده شود. دومین محدودیت این پژوهش این است که به صورت مقطعی در مورد گروهی از مادران کودکان مبتلا به نارسایی توجه-بیش‌فعالی انجام شده است، از این-رو، پژوهش‌های طولی می‌توانند اطلاعات بیشتری در این زمینه فراهم سازند.

## کتابنامه

- خدایاری فرد، محمد و سهرابی، فرامرز. (۱۳۹۰). روانشناسی بالینی کودک و نوجوان. تهران: آوای نور.
- دهقانی، یوسف. (۱۳۹۵). بررسی اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر سلامت روان و باورهای غیرمنطقی مادران دارای فرزند مبتلا به اوتیسم. *مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران*، ۲۶، ۸۷-۹۸.
- ذوقی پایدار، محمدرضا؛ قاسمی، معصومه؛ بیات، احمد و صناعی کمال، سمانه (۱۳۹۴). مقایسه سلامت روان مادران دارای کودکان با و بدون اختلال کم توجهی - بیش فعالی. *تعلیم و تربیت استثنایی*، ۱۵، ۱۴-۵.
- رفیعی، حیدر. (۱۳۹۲). مقایسه‌ی شیوه‌های فرزندپروری، باورهای غیرمنطقی و راهبردهای شناختی تنظیم هیجان در والدین کودکان مبتلا به بیش فعالی، ناتوانی یادگیری و عادی. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه محقق اردبیلی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی.
- شفاعت، عارفه و تیرگری، عبدالحکیم (۱۳۹۰). بررسی شیوع علائم افسردگی در مادران کودکان مبتلا به اختلال بیش فعالی و نقص توجه در کلینیک روانپزشکی کودک و نوجوان شهرستان ساری. *مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران*، ۲۱، ۶۶-۷۲.
- عبادی، غلامحسین و معتمدین، مختار. (۱۳۸۴). بررسی ساختار عاملی آزمون باورهای غیرمنطقی جونز در شهر اهواز. *دانش و پژوهش در روانشناسی*، ۲۳، ۷۳-۹۲.
- لک‌زایی، محمد. (۱۳۹۲). تاثیر درمان عقلائی-هیجانی- رفتاری (REBT) بر باورهای غیرمنطقی و شادکامی مادران دارای کودکان ADHD. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد اسلامی واحد شاهرود، دانشکده ادبیات و علوم انسانی.

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5<sup>th</sup>ed). Washington, DC: American Psychiatric Association.

Andrus, C.F. (2016). Attention-deficit/hyperactivity disorder: An update for the pediatric primary care provider. *Physician Assistant Clinics*, 1, 683-699.

Brahmbhatt, K., Hilty, D. M., Hah, M., Han, J., Angkustsiri, K., & Schweitzer, J. B. (2016). Diagnosis and treatment of attention deficit hyperactivity disorder during adolescence in the primary care setting: A concise review. *Journal of Adolescent Health*, 59, 135-143.

Cappe, E., Bolduc, M., Rougé, M.C., Saiag, M.C., & Delorme, R. (2017). Quality of life, psychological characteristics, and adjustment in parents of children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Quality of life research*, 26(5), 1283-1294.

Ciff, S., & Rus, A.V., Butterfield, M. E., & Parris, S. R. (2015). Effects of rational-emotive behavior therapy on Romanian foster parents' psychological

functioning and their perceived parenting. *Revista de Cercetare si Interventie Sociala*, 50, 209-224.

David, D., Lynn, S.L., & Ellis, A. (2009). *Rational and irrational beliefs: Research, theory, and clinical practice*. USA: Oxford University Press.

Diamond, A. (2013). Executive functions. *Annual Review of Psychology*, 64, 135-168.

Ellis, A. (2010). Rational emotive behavior therapy. In R. J. Corsini & D. Wedding (Eds). *Current Psychotherapies* (196-223). USA: Brooks/Cole, Cengage Learning.

Hadi, N., Saghebi, A., Ghanizadeh, A., & Montazeri, A. (2013). Assessment of health-related quality of life in mothers of children with Attention-Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD), Shiraz, 2008-2009. *Shiraz E Medical Journal*, 14, 91-101.

Huang, C. L., Weng, S., & Ho, C. (2016). Gender ratios of administrative prevalence and incidence of Attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) across the lifespan: A nationwide population-based study in Taiwan. *Psychiatry Research*, 244, 382-387.

Hughes, C., Leboyer, M., & Bouvard, M. (1997). Executive function in parents of children with autism. *Psychological Medicine*, 27, 209-220.

Johnston, C., & Mash, E. J. (2001). Families of children with attention deficit/hyperactivity disorder: Review and recommendations for future research. *Clinical Child Family Psychology Review*, 4, 183-207.

Jones RG. A factorial measure of Ellis' irrational belief system, with personality and maladjustment correlates. *Dissertation Abstracts International*, 1969; 29: 4379B-4380B.

Krikorian, R., Bartok, J. & Gay, N. (1994). Tower of London procedure: A standard method and developmental data. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 16, 840-850.

Leibowitz, L. R. (2013). The influence of daily hassles, maternal attributions, optimism, and child symptoms on the mental health of mothers of children with attention-deficit/hyperactivity disorder (Doctoral Dissertation, George Mason University). Retrieved from <http://digilib.gmu.edu/xmlui/handle/1920/8221>.

Lezak, M. D., Howieson, D. B. & Loring, D. W. (2004). *Neuropsychological Assessment*. New York: Oxford University Press.

Maltby, J., Day, L., Pinto, D.P., Hogan, R.A., Wood, A.M. (2013). Beliefs in being unlucky and deficits in executive functioning. *Consciousness and Cognition*, 22, 137-147.

Martín Del Campo Ríos, J., Fuggetta, G., & Maltby, J. (2015). Beliefs in being unlucky and deficits in executive functioning: An ERP study. *Pre J*, 25, e1007.

Mash, E. J., & Wolfe, D. A. (2016). *Abnormal child psychology* (6<sup>th</sup> ed). Boston, MA: Cengage Learning.

Molina, B.S., & Pelham, W.E. Jr. (2014). Attention-deficit/hyperactivity disorder and risk of substance use disorder: developmental considerations,

potential pathways, and opportunities for research. *Annual Review of Clinical Psychology*, 10, 607-639.

Nilsen, E. S., Rints, A., Ethier, N., & Moroz, S. (2016). Mother-child communication: The influence of ADHD symptomatology and executive functioning on paralinguistic style. *Frontiers in Psychology*, 7, 1203.

Peters, K., & Jackson, D. (2009) Mothers' experiences of parenting a child with attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of Advanced Nursing*, 65, 62-71.

Pimentel, M. J., Vieira-Santos, S., Santos, V., & Vale, M. C. (2011). Mothers of children with attention deficit/hyperactivity disorder: Relationship among parenting stress, parental practices and child behaviour. *ADHD Attention Deficit and Hyperactivity Disorders*, 3, 61-68.

Sadock, B.J., Sadock, V.A., & Ruiz, P. (2015). Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry: Behavioral sciences/clinical psychiatry. 11reed. Philadelphia: Wolters Kluwer.

Tavakolizadeh, J., Dashti, S., & Panahi, M. (2012). The effect of rational-emotional training on mothers' mental health condition of children with mental retardation. *Procedia - Social and Behavioral Sciences* 69, 649 – 658.

Vernon, A. (2016). Counseling and psychotherapy: Theories and interventions (Eds). In D. Capuzzi & M. D. Stauffer. *Rational emotive behavior therapy*.

