پژوهش در حیطه کودکان استثنایی/ سال هشتم، شماره۱، ۱۳۸۷ ۸٤-٦۹
Research on Exceptional Children, 2008, Vol.8, No. 1, 69-84

اثربخشی درمانگری رفتاری و شناختی- رفتاری بر کاهش نشانه‌های بالینی اختلال نارسایی توجّه/ فزون کنشی کودکان

دکتر میرمحمود میرنسب[۱]، دکتر محمود منصور[۲]، دکتر غلامعلی افروز[۲]
دکتر باقر غباری‌بناب[۳] ،دکتر احمد به پژوه[۳]

تاریخ دریافت: ۸٦/٦/٤ تجدیدنظر: ۸٦/۹/۱۹ پذیرش نهایی: ۸٦/۱۱/۲۳

چکیده

هدف: پژوهش حاضر، با هدف بررسی اثربخشی درمانگری رفتاری و شناختی- رفتاری بر کاهش نشانه‌های بالینی اختلال نارسایی توجّه/ فزون کنشی کودکان در طول زمان و در خلال موقعیتهای اصلی تظاهر نشانه‌ها انجام گرفت. **روش**: در فرایند روش شناختی، تعداد هشت آزمودنی از دو موقعیت آموزش ویژه انتخاب شدند. با استفاده از طرح تک آزمودنی با آزمودنیهای مختلف، نخست داده‌های حاصل از مشاهده رفتاری مکرّر هر آزمودنی در مرحله خط پایه گردآوری شد. سپس در مرحله درمانگری تعداد چهارآزمودنی تحت درمانگری رفتاری و چهار آزمودنی دیگر در معرض درمانگری شناختی- رفتاری قرار گرفتند. رفتار آزمودنیها بعد از مداخله درمانگری در جلسات مرحله پیگیری نیز مورد مشاهده دقیق قرار گرفت. **یافته‌ها**: نتایج حاصل از تحلیل نقاط داده‌ها در مراحل آزمایشی، کاهش نشانه‌های رفتار تکلیف گریز اختلال نارسایی توجّه/ فزون کنشی را در سه آزمودنی درمانگری رفتاری و چهار آزمودنی درمانگری شناختی- رفتاری در مرحله مداخله درمانگری نسبت به خط پایه نشان داد، امّا تداوم اثربخشی در طول زمان مرحله پیگیری ملاحظه نشد. **نتیجه‌گیری**: یافته‌های این مطالعه، الزامهایی را برای بررسی اثربخشی دراز مدّت درمانگریهای رفتاری و شناختی - رفتاری بر کاهش نشانه‌های بالینی اصلی اختلال نارسایی توجّه/ فزون کنشی و تعمیم آنها از موقعیّت مدرسه محور به موقعیّت خانه دارد.

واژه‌های کلیدی: *اختلال نارسایی توجّه / فزون کنشی، درمانگری رفتاری، درمانگری شناختی- رفتاری*

مقدمه

اختلال نارسایی توجّه/ فزون‌کنشی[۱](ADHD) یکی از اختلالهای روان‌شناختی و روان‌پزشکی است که در دوره کودکی ظاهر می شود. این اختلال شایع‌ترین اختلال عصبی رفتاری دوره کودکی شناخته شده است (شایویتز[۲] و شایویتز۱۹۹۲، به نقل از تیتر، ۱۹۹۸ ؛ والریچ،۲۰۰۳). شاید بتوان گفت در تاریخچه روان‌شناسی بالینی، هیچ اختلالی به‌اندازه اختلال نارسایی توجّه/ فزون‌کنشی بحث‌انگیز و موجد بحث عمومی نبوده است (آناستوپولوس[۳]، ۱۹۹۹، میلیچ[٤]، بالنتین[٥] و لینام[٦]،۲۰۰۱، به نقل از فیرس، ۲۰۰۳).

به لحاظ ماهیت پیچیدهٔ اختلال نارسایی توجّه/ فزون‌کنشی و بروز نشانه‌های متنوّع در این اختلال، تاکنون تعریف جامع و کاملی از این اختلال ارائه نشده است، اما در بیشتر تعاریف مطرح شده، سه نشانه اصلی اختلال مورد تأکید قرار گرفته‌است:

۱-**نویسنده رابط**: استادیار دانشگاه تبریز، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی ۰۴۱۱-۳۳۹۲۰۷۱ (Email:mirnasab2006@gmail.com)
۲- استاد دانشگاه تهران، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی
۳- دانشیار دانشگاه تهران، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی

[Downloaded from mail.joec.ir on 2026-10-20]
[DOR: 20.1001.1.16826612.1387.8.1.6.3]

بی‌توجّهی[7] ، فزون‌کنشی[8] و برانگیختگی[9] (دادستان، ۱۳۷۸). در چهارمین ویرایش تجدید نظر شده راهنمای تشخیصی و آماری اختلالهای روانی نیز این سه نشانه اصلی[10] و کانونی مدنظر قرار گرفته‌اند (انجمن روان‌پزشکی امریکا،۲۰۰۰).

امروزه، اختلال نارسایی توجّه/ فزون کنشی یکی از محورهای اصلی فعالیتهای پژوهشی روان شناسان و روان‌پزشکان را تشکیل می‌دهد؛ طیف گسترده‌ای از پژوهشهای روان‌شناختی و روان‌پزشکی نیز به بررسی این اختلال از زاویه اثربخشی مداخلات درمانگری اختصاص یافته‌اند. انواع مختلف روشهای درمانگری برای این اختلال مانند آموزش کنترل رفتار به والدین، آموزش مهارتهای اجتماعی، بازی درمانگری و کنترل رژیم غذایی به کار بسته شده‌اند، ولی بر اساس پژوهشهای انجام یافته تاکنون، سه روش درمانگری کلّی از حمایت تجربی برخوردار بوده‌اند: *دارو درمانگری، درمانگری رفتار و درمانگری ترکیبی* (دارو درمانگری همراه با درمانگریهای روان شناختی). اثربخشی این مداخلات درمانگری در کوتاه مدّت نشان داده شده‌اند، ولی تداوم تأثیرات درمانگری گزارش نشده است.

دارو درمانگری شایع‌ترین شکل مداخله درمانگری برای اختلال نارسایی توجّه/ فزون‌کنشی است (پوردای،هاتی وکارول،۲۰۰۲). از بین انواع داروهای مورد استفاده، داروهای محرّک و از بین داروهای محرّک، متیل فنیدات (ریتالین[11]) بیشترین مصرف را داشته‌اند.

پژوهشهای انجام یافته، تاثیر داروهای محرّک بر کاهش نشانه‌های اصلی اختلال (پیرسون و همکاران، ۲۰۰۴؛ بونسترا و همکاران، ۲۰۰۵؛ آرون و همکاران، ۲۰۰۳) را به تائید رسانده‌اند. تاثیر این داروها (به خصوص متیل فنیدات) بر نشانه‌های فرعی اختلال مانند عملکرد تحصیلی (اسچاچار و همکاران،۲۰۰۲) و جنبه‌های مختلف رفتار اجتماعی(هینشاو و همکاران،۱۹۸۹) نیز مورد مطالعه قرار گرفته، امّا نتایج مطلوب چندانی در مقایسه با اثر این دارو بر نشانه‌های اصلی به‌دست نیامده است.

امّا علاوه بر تأثیرات مثبت و مطلوب استفاده از داروهای محرّک، محدودیتهایی نیز بر آن مترتّب است که از آن جمله می‌توان به عدم اثربخشی برای همهٔ کودکان (پلهام، ویلر و چرونیس ،۱۹۹۸؛ کراتوچویل و موریس (بی‌تا)، ترجمه محمدرضا نایینیان، ۱۳۷۸) نداشتن آثار درازمدّت (ویز و هیچمن،۱۹۹۳ ، به نقل از پلهام و همکاران، ۲۰۰۰) و وجود آثار جانبی متعدّد (فون و نات، ۲۰۰۵؛هال و گیوشی ،۲۰۰۲) اشاره کرد.

پژوهشها نشان داده‌اند که استفاده از داروهای محرّک با بروز تیک نیز رابطه دارد. پژوهش، افزایش ۹ درصدی تیکها را در افراد مبتلا به تیک که داروی محرّک استفاده می‌کردند، نشان داده است؛ وقتی که مصرف دارو قطع شد، کمتر از یک درصد افرادی که داروی محرّک مصرف می‌کردند، اختلال تیک مزمن نشان دادند (فایندینگ[12] و دوگین[13]، ۱۹۹۸؛ به نقل ازهال و گیوشی،۲۰۰۲).

آثار جانبی داروهای محرّک در زمینهٔ سوء مصرف دارو نیز امری نگران کننده است. این داروها به صورت داروی تفنّنی، خیابانی و یا داروهای کنترل‌کننده رژیم غذایی مورد سوء مصرف قرار گرفته‌اند.

به دلیل محدودیتهای ناشی از داروهای محرّک و داروهای متداول دیگر ، طیف گسترده‌ای از روی آوردهای درمانگری روان‌شناختی برای این اختلال

[Downloaded from mail.joec.ir on 2026-10-20]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1387.8.1.6.3]

مورد استفاده قرار گرفته‌اند. این روی آوردهای درمانگری غالبا به صورت درمانگری الحاقی برای دارو درمانگری (در جهت افزایش آثار مثبت آنها و نیز کاهش مقدار مصرف دارو) و گاهی به تنهایی (به مثابهٔ خط نخست درمانگری) مورد استفاده قرار گرفته‌اند. از میان آنها، درمانگری رفتاری و شناختی- رفتاری بیشتر حائز اهمیت بوده‌اند.

رفتار درمانگری یکی از شیوه‌های درمانگری واجد حمایت تجربی برای درمان اختلال نارسایی توجّه/ فزون‌کنشی است (پلهام و همکاران،۲۰۰۰؛ ویمت و لاستسن[۱۴]، ۲۰۰۳). در این شیوه، براهمیت پیامدهای رفتاری در کنترل توجّه، برانگیختگی، پیروی از قواعد، کوشش تحصیلی و تعاملات اجتماعی تأکید می‌شود (نلسون و ایزرائل،۲۰۰۳).

از فنون رفتاردرمانگری گاهی به تنهایی و گاهی همراه و همگام با دارو درمانگری استفاده می‌شود. از بین فنونی که بیشترین استفاده را در پژوهشها داشته‌اند، می‌توان به پاداش، هزینه پاسخ و روش محروم کردن اشاره کرد (فابیانو و همکاران ،۲۰۰۴؛ کارلسون و تام، ۲۰۰۰؛ کارلسون، مان و الکساندر ،۲۰۰۰). پژوهشهای انجام شده کارآمدی این روشها را برای کودکان واجد اختلال نارسایی توجّه/ فزون‌کنشی تأیید کرده‌اند (بارکلی ،۲۰۰۲ ؛ کارلسون، مان، الکساندر ، ۲۰۰۰).

برخی از پژوهشها (برای مثال کورکوم، اسکاچار و سیگل،۱۹۹۶) نشان داده‌اند که کاربرد مشروط تقویت‌کننده‌ها برای سطح فعالیّت پایین یا برای افزایش توجّه می‌تواند به سرعت، سطوح نشانه‌های اختلال نارسایی توجّه/ فزون‌کنشی را کاهش دهد. این برنامه‌ها شامل استفاده از اقتصاد پته‌ای می‌شوند (بارکلی، ۲۰۰۲). برخی از پژوهشها نیز نشان داده‌اند که صرفاً استفاده از تحسین برای افزایش یا حفظ سطوح بهنجار رفتار تمرکز بر تکلیف کافی نیست (دوپال و اکرت،۱۹۹۷). فیفنر[۱۵] و اولری (۱۹۸۷) اظهار می‌دارند که به‌کار بستن صرف تقویت مثبت در کنترل رفتارهای اختلال نارسایی توجّه/ فزون‌کنشی کفایت نمی‌کند و لازم است تنبیه در شکل هزینهٔ پاسخ به برنامه اضافه شود (بارکلی،۲۰۰۲).

فنون رفتار درمانگری در موقعیتهای مختلف مورد استفاده قرار گرفته‌اند. پژوهشهای انجام یافته نیز در موقعیتهای پرورشی و بالینی انجام شده‌اند. امّا، یکی از جنبه‌های مربوط به خانه، آموزش فنون رفتار درمانگری برای والدین است. بارکلی(۲۰۰۲) برنامه‌ای ده مرحله‌ای طراحی کرده است که بر اساس آن به والدین آموزش داده می‌شود تا شیوه‌های رفتار درمانگری را در خانه مورد استفاده قرار دهند.

تحقیقات گسترده‌ای در جهت بررسی مناسبت درمانگری شناختی -رفتاری برای کودکان (گراو و بیلی‌ست،۲۰۰۴؛ ساتام-گیراو و کندال،۲۰۰۰) و پژوهشهایی برای تعیین اثربخشی آن برای انواع اختلالات دوره کودکی صورت گرفته است (هنین، وارمن و کندال، ۲۰۰۲؛ کندال و پانی چلی - میندل[۱۶]، ۱۹۹۵).

بر اساس نتایج پژوهشهای انجام شده، معلوم شده است که درمانگری شناختی- رفتاری برای درمانگری اختلالهای درون نمود کودکان مانند اضطراب و افسردگی در مقایسه با اختلالهای برون نمود مانند اختلال نارسایی توجّه/ فزون‌کنشی و اختلال رفتار مهار یافته اثربخشی بیشتری دارد (ساتام- گیراو و کندال ،۲۰۰۰؛ گیراو و بیلی‌ست، ۲۰۰۴). نتایج پژوهشها در زمینه اثربخشی درمانگری شناختی - رفتاری برای انواع اختلالهای برون نمود،

[Downloaded from mail.joec.ir on 2026-10-20]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1387.8.1.6.3]

چندان رضایت بخش نبوده‌اند. بر اساس پژوهشهای مختلف، اثربخشی این روش برای یکی از نشانه‌های اصلی اختلال (برانگیختگی) تأیید شده است، ولی نتایج پژوهشها بهبود در رفتار و عملکرد تحصیلی کودکان با اختلال نارسایی توجّه/ فزون‌کنشی را تحت تأثیر این روی‌آورد درمانگری نشان نمی‌دهد (هینشاو، کلاین و آبیکوف، ۱۹۹۸، پلهام و همکاران، ۱۹۹۸، به نقل از نلسون و ایزرائل،۲۰۰۳).

به طور خلاصه، می‌توان گفت هر چند درمانگری شناختی- رفتاری برای بهبود برخی از رفتارها و نشانه‌های اختلال نارسایی توجّه/ فزون‌کنشی موجّه جلوه می‌کند ولی نتایج پژوهشهای انجام شده در این حیطه، مانند نتایج درمانگری رفتاری آشکار و استوار نبوده‌اند؛ به عبارت بهتر، بر اساس پژوهشهایی که تاکنون انجام گرفته‌اند، این روی‌آورد درمانگری مورد حمایت تجربی کافی قرار نگرفته است (ویمت و لاستسن ،۲۰۰۳).

به منظور افزایش اثربخشی و تداوم آثار مداخله درمانگری، برخی از پژوهشگران به استفاده از روش درمانگری نوین روی آورده‌اند که در پیشینه پژوهشی به صورت « درمانگری ترکیبی[۱۷] » یا « *روی‌آورد درمانگری چند وجهی*[۱۸] » مطرح شده و مطالعات گسترده‌ای در مورد اثربخشی آن صورت گرفته است (اپفنر و همکاران ،۲۰۰۴؛ هیچمن و همکاران، ۲۰۰۴؛ هیچمن، آبیکوف و جنسن، ۲۰۰۵؛ استیر، ۲۰۰۵ ؛ اونز و همکاران، ۲۰۰۳؛ گروه مشارکتی روی آورد درمانگری چندوجهی، ۲۰۰۴).

امّا از بین پژوهشهای انجام گرفته مطالعه اصلی روی آورد درمانگری چندوجهی حائز اهمیت است. این مطالعه بزرگ‌ترین و طولانی‌ترین مطالعه پژوهشی از نوع مداخله ترکیبی است و به طور گسترده مورد تحلیل و بررسی قرار گرفته است (نلسون و ایزرائل،۲۰۰۳). در این مطالعه تعداد ۵۷۹ کودک (دامنه سنی ۷ تا ۹,۹) به طور تصادفی در یکی از چهار گروه زیر جایگزین شدند: دارو درمانگری، درمانگری رفتاری، درمانگری ترکیبی (دارو و درمانگری رفتاری) و درمانگری مراقبت اجتماعی معمول. نتایج این بررسی نشان داد که برای نشانه‌های اختلال نارسایی توجّه/ فزون‌کنشی، درمانگری ترکیبی یا دارودرمانگری به طور معنی‌داری مؤثرتر از درمانگری رفتاری واحد یا درمانگری مراقبت اجتماعی معمول هستند. نتایج این تحقیق همچنین نشان داد که وقتی از درمانگری چندوجهی و ترکیبی استفاده می‌شود، مقادیر کمتری از دارو (در مقایسه با مقادیر بیشتر دارو در دارودرمانگری) مؤثرتر هستند.

بنابراین، با توجّه به محدودیتها و مشکلات ناشی از داروهای محرّک، استفاده از روی آورد درمانگری چندوجهی مناسب به نظر می‌رسد؛ در عین حال، باید توجّه داشت که کاربست این روی آورد، مستلزم مشارکت تخصصّی گروهی از متخصصان است و استفاده از آن برای معلّم و روان‌شناسی که به طور انفرادی با کودکان کار می کند امکان‌پذیر نیست. هدف کلی پژوهش حاضر، بررسی اثربخشی و سطح‌کارایی درمانگریهای رفتاری (به طوراخصّ تقویت افتراقی رفتارهای ناهمساز) و شناختی- رفتاری (به طور اخصّ خود بازبینی رفتار) در کاهش نشانه‌های اصلی اختلال نارسایی توجّه/ فزون کنشی (سه نشانه اصلی بی‌توجّهی، فزون‌کنشی و برانگیختگی) و تداوم تأثیرات درمانگری است؛ در صورت اثر بخشی این روی آوردها، می توان استفاده از آنها را به روان شناسان توصیه کرد و یا به معلّمان

[Downloaded from mail.joec.ir on 2026-10-20]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1387.8.1.6.3]

و والدین آموزش داد.

روش

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

افراد شرکت کننده، ۸ دانش‌آموز پسر در دامنه سنی ۷ تا ۱۳ سال بودند، که از دو آموزشگاه دانش‌آموزان واجد نیازهای ویژه درسطح شهر تهران (آموزشگاه بشارت و آموزشگاه پیک هنر) انتخاب شدند. در فرایند انتخاب شرکت‌کننده‌ها، علاوه بر تشخیصهای روان‌پزشکی، از مربیان درخواست شد تا دانش‌آموزان واجد ویژگیهای بی‌توجّهی، فزون‌کنشی و برانگیختگی را بر اساس تعریف عملیّاتی داده شده ، معرفی کنند. افزون بر آن، برای تشخیص کامل‌تر لازم بود پژوهشگر به تشخیص ریخت این اختلال طبق فرم DSM-IV اقدام کند؛ بنابراین، بر اساس فرم DSM-IV (از نظر والدین و معلمان) نیز تشخیص صورت گرفت. استفاده از مقیاسهای درجه‌بندی تجدید نظر شده کانرز و فهرست رفتار کودک نیز صحت این تشخیص‌گذاریها را قوت بخشید.

اطلاعات کلی مربوط به این دانش‌آموزان در جدول۱ ارائه شده است

جدول۱- آزمودنیهای پژوهش به تفکیک ریخت اختلال و نوع مداخله درمانگری

آزمودنی	سن	ریخت اختلال	نوع‌مداخله‌درمانگری
آزمودنی اوّل	۸	مختلط	رفتاری
آزمودنی دوّم	۱۳	مختلط	رفتاری
آزمودنی سوّم	۱۱	غلبه با فزون‌کنشی-برانگیختگی	رفتاری
آزمودنی چهارم	۸	مختلط	رفتاری
آزمودنی پنجم	۱۱	غلبه با بی توجّهی	شناختی- رفتاری
آزمودنی ششم	۱۰	مختلط	شناختی- رفتاری
آزمودنی هفتم	۹	مختلط	شناختی- رفتاری
آزمودنی هشتم	۱۰	مختلط	شناختی- رفتاری

در این مطالعه، از روش مشاهده مستقیم رفتارهای آماج در موقعیت کلاس به مثابهٔ روش اصلی استفاده شد. با توجّه به اینکه در موقعیت کلاسی وجود رفتارهای تکلیف گریز[۱۹] یا تکلیف محور[۲۰] مشاهده شد، نه نشانه‌های مجزای اختلال نارسایی توجّه/ فزون‌کنشی (شاپیرو و کراتوچویل[۲۱]، ۲۰۰۰) همین رفتارها برای نشانه‌های اصلی اختلال (بی‌توجّهی، فزون‌کنشی و برانگیختگی) مورد توجّه قرار گرفتند.

موقعیت مشاهده رفتار، کلاس درس در دو مدرسه ویژه بود. درمانگر هر آزمودنی را در طول هر هفته دو بار و هر بار به مدت ۳۰ دقیقه مورد مشاهده دقیق رفتار قرار می‌داد (زمان مشاهده همه آزمودنیها قبل از ظهر بود). در خلال هر جلسه مشاهده، با استفاده از روش ثبت «*طول مدّت رخداد رفتار*»[۲۲]، مدت زمان وقوع هر واقعه رفتاری با کرونومتر اندازه‌گیری و ثبت می‌شد، سپس درصد رفتارهای تکلیف گریز اختلال نارسایی توجّه/ فزون‌کنشی محاسبه می‌شد. درجه توافق میان دو مشاهده‌گر به عنوان برآوردی از «*پایایی میان مشاهده‌گران*»[۲۳] محاسبه شد و عدد ۷۸٪ به‌دست آمد.

در پژوهش حاضر از طرح پژوهش«*تک آزمودنی چند خط پایه‌ای با استفاده از آزمودنیهای مختلف*[۲۴]» استفاده شده است؛ بدین ترتیب، نخست شرایط خط پایه هر آزمودنی برای نشانه‌های بالینی طی جلسات سنجش متعدد تعیین شد، سپس در طی یک دوره زمانی، مداخله درمانگری رفتاری (تقویت افتراقی رفتارهای ناهمساز) برای یکی از افراد آزمودنی (آزمودنی اوّل) آغاز شد؛ در مرحله بعد، مداخله برای آزمودنی دوّم، سوّم و در نهایت برای آزمودنی چهارم اعمال شد و تأثیرات روش مداخله بر کاهش نشانه‌ها مورد بررسی قرار گرفت، متعاقب

[Downloaded from mail.joec.ir on 2026-10-20]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1387.8.1.6.3]

آن یک دوره پیگیری وجود داشت که در آن رفتار فرد در شرایط طبیعی (بدون مداخله) مورد مشاهده واقع می‌شد.

به منظور بررسی اثربخشی روش درمانگری شناختی ـ رفتاری (به طور اخصّ خودبازبینی رفتار) نیز چهار آزمودنی با طرح تک‌آزمودنی چند خط پایه‌ای با استفاده از آزمودنیهای مختلف مورد بررسی واقع شدند؛ بنابراین پس از تعیین شرایط خط پایه افراد مورد مطالعه، روش آموزش خود بازبینی رفتار، برای آزمودنی اوّل اجرا شد، سپس در مرحله بعدی این روش برای آزمودنی دوّم، سوّم، و در نهایت آزمودنی چهارم اعمال شد، سپس مداخله درمانگری کنار گذاشته شد و رفتار فرد در شرایط طبیعی مورد مشاهده قرار گرفت (مرحله پیگیری).

نحوه سازمان‌دهی و صورت بندی اجرای مداخلات درمانگری رفتاری و شناختی- رفتاری

در *سطح درمانگری رفتاری* از روش «*تقویت افتراقی رفتارهای ناهمساز*[25]» استفاده شد؛ پس از تعیین رفتارهای آماج نامطلوب (نشانه‌های اصلی اختلال نارسایی توجّه/ فزون‌کنشی که هدف تغییر و اصلاح قرار گرفتند) و رفتارهای ناهمساز و مغایر مطلوب (رفتارهایی که تقویت شدند) استفاده از اقتصاد پته‌ای[26] همراه با هزینه پاسخ[27] با ملحوظ داشتن روشهای کاربست مؤثر آنها (کوپر، هرون و هوارد، ۱۹۸۷) آغاز شد (جدول ۳-۱).

سازماندهی برنامه اقتصاد پته‌ای بر اساس جدول ۲ صورت گرفت.

در طی جلسات درمانگری رفتاری، نسبت معاوضه به تدریج از ۵ پته (کارت صدآفرین) به ۷ و بیشتر افزایش یافت. علاوه بر آن، زمان لازم برای دریافت پته‌ها در طی جلسات از ۵ دقیقه به۱۰ و ۱۲و ۱۵ دقیقه (در صورت عدم بروز رفتارهای نامطلوب تا ۲۰ دقیقه و بالاتر) رسید.

جدول ۲- مراحل سازمان‌دهی برنامه اقتصاد پته‌ای
(اقتباس از کوپر،هرون و هوارد،۱۹۸۷)

۱-انتخاب پته‌های مناسب	کارتهای صدآفرین همراه با تحسین کلامی رفتارهای مطلوب
۲- تعریف قواعد و رفتارها برای ارائه تقویت	رفتارهای ناهمساز با نشانه‌های ADHD
۳-انتخاب تقویت کننده‌های پشتیبان	جایزه های تقویت کننده که به کمک کودک، والدین و معلم تعیین شدند
۴- برقراری نسبت معاوضه	در مقابل ارائه ۵ کارت صدآفرین یک جایزه تقویت کننده

در جلسات پایانی، به جای ارائه پته فقط تحسین و تشویق کلامی ارائه می‌شد و به‌دنبال آن در صورت بروز رفتارهای مطلوب جایزه‌ای به کودک داده می‌شد. پس از پایان مداخله درمانگری، رفتار کودک بدون ارائه پته‌ها مورد مشاهده قرار گرفت و مرحله پیگیری اثربخشی درمانگری شروع شد.

در *سطح درمانگری شناختی ـ رفتاری* از *روش خودبازبینی*[28] رفتار برای افزایش خود مهارگری کودک استفاده شد. شیوه اجرای روش خودبازبینی در این پژوهش، با الهام از برنامه درمانگری‌هالاهان وهادسون (۲۰۰۲) سازمان‌دهی شده است. این برنامه درمانگری شامل مؤلفه‌های زیر بود:

۱- نوار نشانه‌های خودبازبینی رفتار

۲- کارتهای یادداشت خود بازبینی رفتار

۳- تکالیف مناسب برای انجام دادن موقع خود بازبینی.

پس از آموزش کودک برای اینکه بین توجّه کردن و توجّه نکردن فرق قایل شود، از وی خواسته شد تا هر موقع صدای بیپ نوار را شنید تکلیف‌محور یا تکلیف گریز بودن خود را روی کارتهای خودبازبینی رفتار با علامت زدن بله یا خیر

[Downloaded from mail.joec.ir on 2026-10-20]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1387.8.1.6.3]

مورد ارزیابی قرار دهد. در طی جلسات درمانگری به تدریج مؤلفه نوار و سپس مؤلفه کارت خودبازبینی حذف شد (در عین حال، هر زمان احساس می‌شد که عملکرد دانش‌آموز با حذف نوار تنزّل یافته است، مجدداً آن مؤلفه به کار گرفته می‌شد تا در زمان مناسب بعدی حذف شود). هدف نهایی، آزاد ساختن کودک از مؤلفه‌های برونی مهار رفتار و رسیدن به خودمهارگری بود.

یافته‌ها

نمودارهای ۱ تا ۴ نتایج حاصل از روش مشاهده مستقیم رفتاری را برای آزمودنیهایی از پژوهش که تحت مداخله درمانگری رفتاری قرار گرفتند، نشان می‌دهند.

به طوری که ملاحظه می‌شود در مورد آزمودنی اوّل، می‌توان شاهد کاهش قابل توّجه نشانه‌های اصلی اختلال نارسایی توجّه/ فزون‌کنشی از مرحله خط پایه به مرحله مداخله رفتاری بود، اما در مرحله پیگیری که مداخله درمانگری حذف شده و رفتارها در شرایط بدون مداخله مورد مشاهده قرار گرفته‌اند، بازگشت مجدد نشانه‌های تکلیف گریز (نشانه‌های اختلال نارسایی توجّه/ فزون‌کنشی) در حد بروز آنها در مرحله خط پایه ملاحظه می‌شود (نمودار ۱).

در مورد آزمودنی دوّم (نمودار۲) نیز تغییر (کاهش) نشانه‌های اختلال از مرحله خط پایه به مرحله درمانگری مشهود است. همچنین همانند آزمودنی اوّل، در مرحله پیگیری شاهد افزایش بروز نشانه‌ها (در مقایسه با مرحله مداخله درمانگری) هستیم، با این تفاوت که الگوی بازگشت نشانه‌ها تاحدودی پایین‌تر از خط پایه قرار گرفته است که تا حدودی می‌تواند مبیّن آثار مداخله باشد.

در نمودار ۳ برای آزمودنی سوّم، کاهش آشکار نشانه‌ها در مرحله مداخله درمانگری نسبت به مرحله خط پایه ملاحظه می‌شود، اما روند مرحله پیگیری بیانگر افزایش مجدّد بروز نشانه‌ها و بازگشت آنها به شرایط خط پایه است.

براساس نمودار ۴ برای آزمودنی چهارم، نمی‌توان‌کاهش چشمگیری در نشانه‌های اختلال ازمرحله خط پایه به مرحله مداخله درمانگری را گزارش کرد. درمرحله پیگیری نیز الگوی حاصل تقریبا"به شرایط خط پایه نزدیک است.

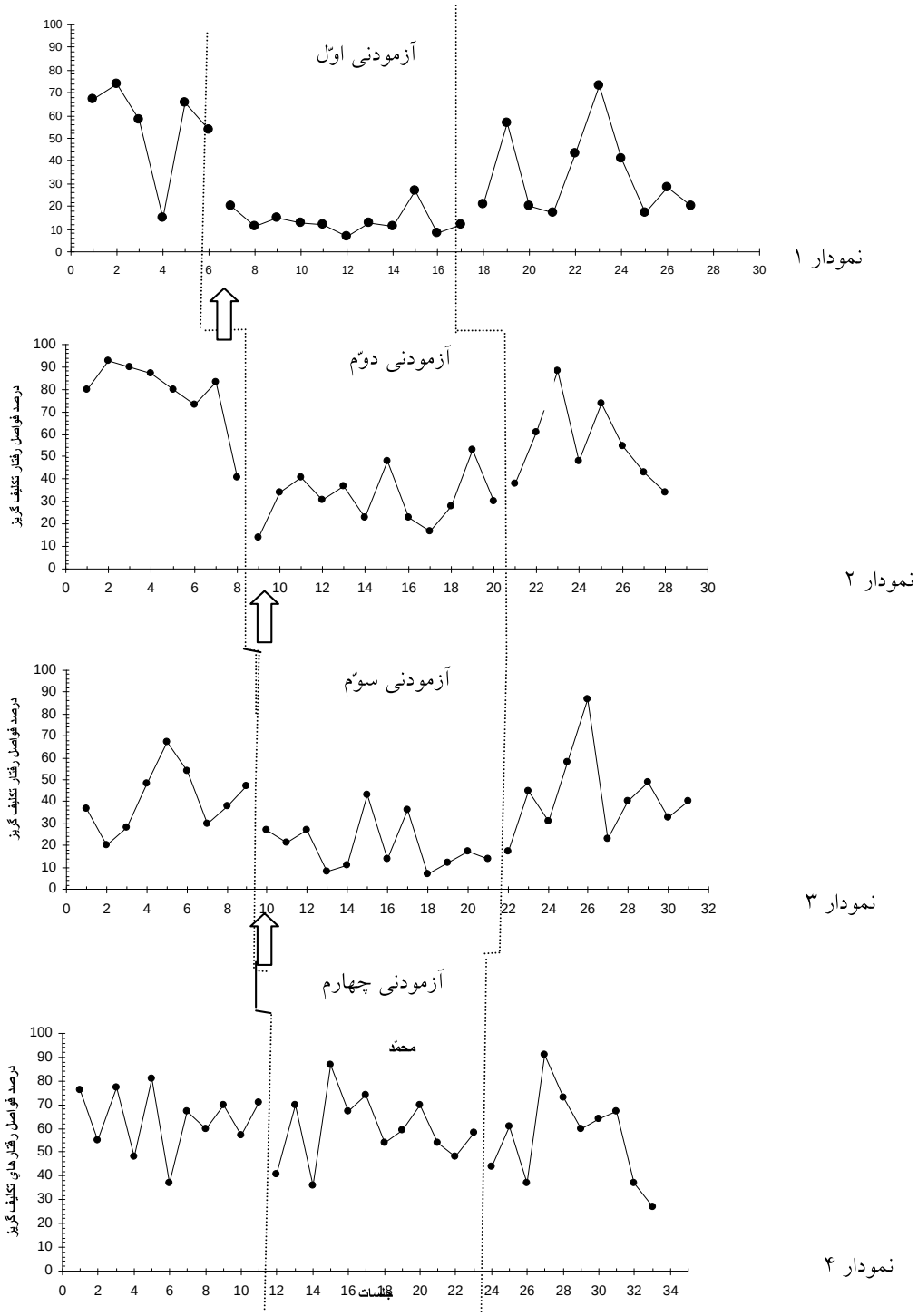
به طور کلی، بر اساس نتایج حاصل از مشاهده رفتاری برای آزمودنیهایی که تحت برنامه مداخله درمانگری رفتاری قرار گرفته‌اند، می‌توان گفت در مورد سه آزمودنی اول کاهش آشکار رخداد نشانه‌ها از مرحله خط پایه به مرحله مداخله درمانگری ملاحظه می‌شود (در نمودار ،هر پیکان بیانگر یک اثر است) اما تداوم اثر بخشی مداخله درمانگری در مرحله پیگیری دیده نمی‌شود. در مورد آزمودنی چهارم، الگوی کاهش قابل توجّه ومنظّم ملاحظه نمی‌شود.

نمودارهای ۵ تا ۸ نتایج به‌دست آمده از روش مشاهده مستقیم رفتاری را برای آزمودنیهای پژوهش که تحت مداخله درمانگری شناختی ـ رفتاری قرار گرفته‌اند، نشان می‌دهند.

چنانچه درنمودار ۵ نشان داده شده است، استفاده از درمانگری شناختی ـ رفتاری موجب کاهش نشانه‌های تکلیف‌گریز اختلال نارسایی توجّه/ فزون‌کنشی در آزمودنی پنجم شده است (الگوی کلّی کاهش در مرحله مداخله درمانگری نسبت به مرحله خط پایه دیده می‌شود). درمرحله پیگیری، کاهش نشانه‌ها نسبت به شرایط خط پایه دیده می‌شود.

[Downloaded from mail.joec.ir on 2026-10-20]

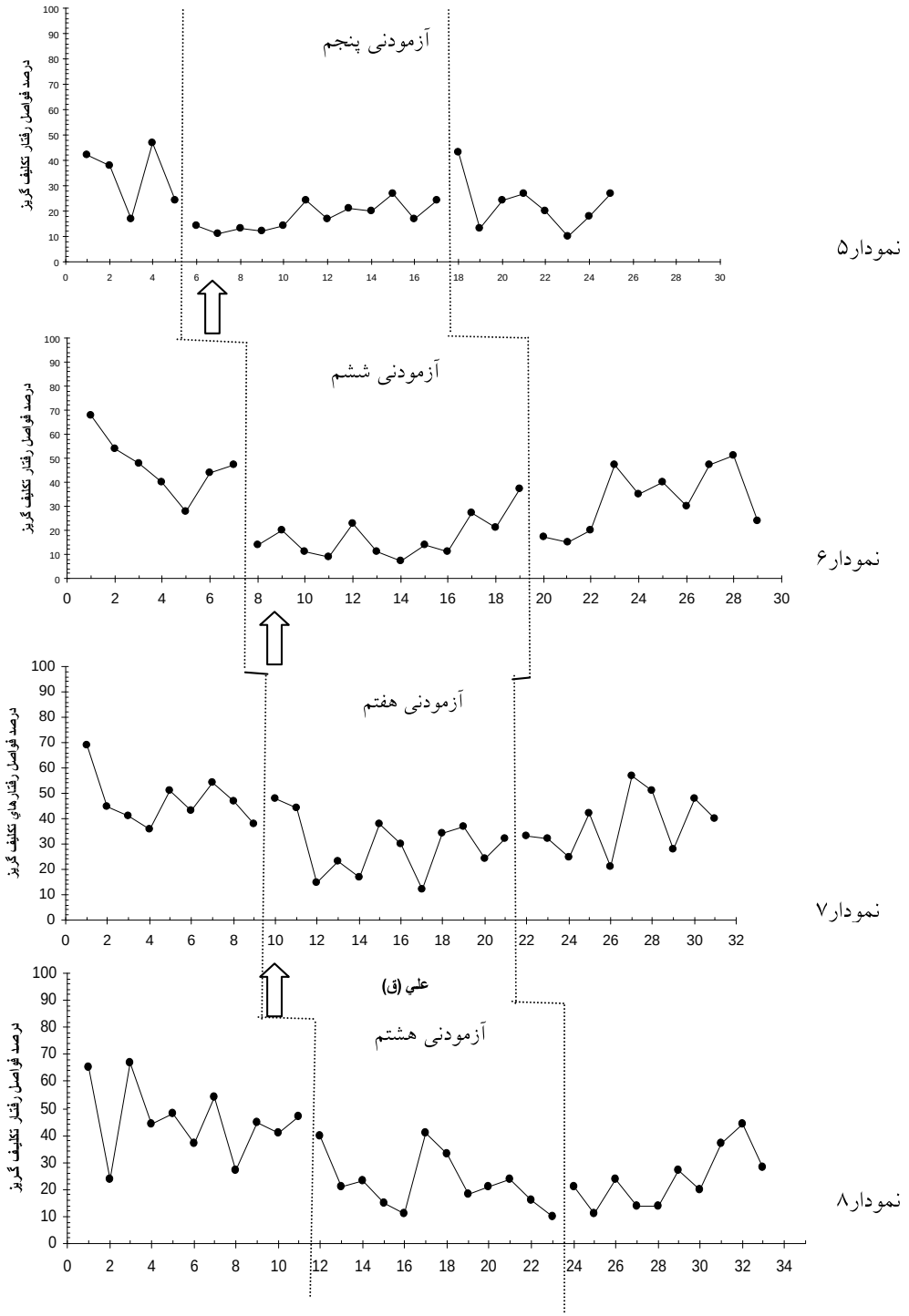
[DOR: 20.1001.1.16826612.1387.8.1.6.3]



نمودارهای ۱ تا ۴: نتایج مشاهده مستقیم رفتاری در شرایط آزمایشی مداخله درمانگری رفتاری برای تک آزمودنیهای پژوهش

[Downloaded from mail.joec.ir on 2026-10-20]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1387.8.1.6.3]



نمودارهای ۵ تا ۸- نتایج مشاهده مستقیم رفتاری در شرایط آزمایشی مداخله درمانگری شناختی- رفتاری برای تک آزمودنیهای پژوهش

[Downloaded from mail.joec.ir on 2026-10-20]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1387.8.1.6.3]

درعین حال، در مورد این آزمودنی می‌توان گفت الگوی تظاهر نشانه‌ها در هر سه مرحله، در حد پایین‌تر (در مقایسه با سایر آزمودنیهای پژوهش) قرار می‌گیرند (نشانه‌های شدید بروز نمی‌یابند).

درنمودار ۶ می‌توان شاهد کاهش بارز نشانه‌های اختلال نارسایی توجّه/ فزون‌کنشی (به عنوان رفتارهای تکلیف گریز) در مرحله مداخله درمانگری شناختی ـ رفتاری بود؛ به عبارت دیگر درمانگری شناختی ـ رفتاری، نشانه‌های اصلی اختلال نارسایی توجّه/ فزون‌کنشی را در این آزمودنی کاهش داده است، اما الگوی مرحله پیگیری، گویای تداوم کمتر اثر بخشی درمانگری شناختی ـ رفتاری است.

در نمودار ۷ برای آزمودنی هفتم پژوهش، کاهش رفتارهای تکلیف‌گریز یا نشانه‌های اختلال نارسایی توجّه/ فزون‌کنشی از مرحله خط پایه به مرحله مداخله درمانگری شناختی ـ رفتاری ملاحظه می‌شود، امّا همانند الگوی به‌دست آمده برای آزمودنی ششم در مرحله پیگیری، تداوم آثار مداخله درمانگری (برای کل این مرحله) ملاحظه نمی‌شود؛ یعنی طی جلسات مشاهده در مرحله پیگیری، بروز نشانه‌های اختلال به تدریج افزایش می‌یابد.

نمودار ۸ برای آزمودنی هشتم، مبیّن اثربخشی چشمگیر درمانگری شناختی ـ رفتاری است (کاهش مشهود نشانه‌ها در مرحله مداخله درمانگری نسبت به شرایط خط پایه دیده می‌شود). افزون برآن، در مرحله پیگیری نیز الگوی بروز نشانه‌های اختلال (رفتارهای تکلیف‌گریز اختلال نارسایی توجّه/ فزون‌کنشی) به الگوی حاصل در مرحلهٔ مداخله درمانگری نزدیک است؛ به عبارت بهتر تا حدودی می‌توان شاهد تداوم اثربخشی درمانگری شناختی ـ رفتاری برای این آزمودنی بود ، اما بروز نشانه‌ها در جلسات نهایی پیگیری افزایش یافته است.

به طور خلاصه، بر اساس نتایج حاصل برای آزمودنیهایی که تحت مداخله درمانگری شناختی‌ـرفتاری قرار گرفته‌اند، می‌توان گفت درمانگری شناختی ـ رفتاری موجب کاهش چشمگیر در تظاهر نشانه‌های اختلال نارسایی توجّه/ فزون‌کنشی شده است ولی آثار مداخله درمانگری در طول زمان (مرحله پیگیری) دیده نمی‌شود.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف اصلی پژوهش حاضر، بررسی اثربخشی روی‌آوردهای درمانگری روان‌شناختی در دو سطح درمانگری رفتاری و شناختی ـ رفتاری بر کاهش نشانه‌های بالینی اصلی اختلال نارسایی توجّه/ فزون‌کنشی (بی توجّهی، فزون‌کنشی و برانگیختگی) کودکان بود. نتایج حاصل از پژوهش، اثربخشی روش تقویت افتراقی رفتارهای ناهمساز را به صورت تکنیک درمانگری رفتاری و روش خودبازبینی رفتار را به صورت تکنیک درمانگری شناختی-رفتاری بر کاهش رفتارهای تکلیف گریز اختلال نارسایی توجّه/ فزون‌کنشی نشان داد. مشاهده مستقیم رفتارهای نشانه‌ای اختلال نارسایی توجّه/ فزون‌کنشی در موقعیّت آموزش ویژه حاکی از آن بود که این رفتارها در مرحله مداخله از یک طرح تک آزمودنی چندخط پایه‌ای کاهش می‌یابند و این کاهش چشمگیر در نشانه‌های اصلی برای اثربخشی هر دو روش درمانگری مشهود بود. با وجود این، تداوم آثار درمانگری برای آزمودنیهای درمانگری رفتاری ملاحظه نشد؛ و تأثیرات پایدار درمانگری شناختی رفتاری‌نیز تا حدودی برای‌آزمودنی‌هشتم پژوهش

[Downloaded from mail.joec.ir on 2026-10-20]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1387.8.1.6.3]

ملاحظه شد.

یافته‌های حاصل در خصوص اثربخشی درمانگری رفتاری با یافته‌های قبلی پژوهشگران در زمینه اثربخشی پیامدهای رفتاری و آثار وابستگیها بر کنترل رفتار کودکان واجد اختلال نارسایی توجّه/ فزون‌کنشی هماهنگ است (فابیانو و همکاران، ۲۰۰۴؛ کارلسون، مان و الکساندر، ۲۰۰۰؛ کارلسون و تام، ۲۰۰۰). ملاحظه شده است که کاربست مشروط تقویت‌کننده‌ها برای رسیدن به سطح فعالیت پایین و افزایش توجّه در کاهش نشانه‌های اصلی اختلال نارسایی توجّه/ فزون‌کنشی نقش مؤثری دارد و استفاده از پاداش همراه با هزینه پاسخ (به عنوان شکلی از تنبیه)، در افزایش توجّه و بهبود عملکرد دانش‌آموزان مؤثر است (کارلسون و تام،۲۰۰۰؛ فابیانو و پلهام، ۲۰۰۳). یافته‌های پژوهش حاضر نیز نشان داد که وقتی از برنامه مداخله رفتاری برای کاهش نشانه‌ها استفاده می‌شود، رفتارهای تکلیف‌گریز دانش‌آموزان در کوتاه مدّت کاهش می‌یابند.

استفاده از ژتون برای عدم بروز نشانه‌های اختلال نارسایی توجّه/ فزون‌کنشی، موجب افزایش توجّه و زمان پایدار ماندن در تکلیف می‌شود. یافته‌های این پژوهش با یافته‌های کارلسون، مان و الکساندر (۲۰۰۰)؛ کارلسون و تام (۲۰۰۰) و فابیانو و پلهام (۲۰۰۳)، در خصوص افزایش رفتارهای تکلیف‌محور بعد از ارائه مداخله رفتاری هماهنگی دارد.

یافته‌های حاصل از درمانگری شناختی- رفتاری، تا حدودی با یافته‌های کالدرون (۲۰۰۱) و فرولیچ و همکاران (۲۰۰۲) مبنی بر اثربخشی درمانگری شناختی ـ رفتاری هماهنگ است. همچنین، چون در پژوهش حاضر از تکنیک خود مهارگری شناختی ـ رفتاری استفاده شده است، می‌توان یافته‌های پژوهش را با یافته‌های میراندا و پرسنتاشن (۲۰۰۰) و هینشاو، هنکر و والن (۱۹۸۴) در خصوص اثربخشی خودمهارگری شناختی ـ رفتاری مقایسه کرد. میراندا و پرسنتاشن (۲۰۰۰) در پژوهش خود، کارآمدی و اثربخشی خود مهارگری شناختی ـ رفتاری را در کاهش نشانه‌های اصلی اختلال نارسایی توجّه/ فزون‌کنشی و نشانه‌های مرتبط نشان داده‌اند، در این پژوهش، نیز ملاحظه شد که کاربست برنامه خودمهارگری شناختی ـ رفتاری، رفتار تکلیف‌گریز و نشانه‌های اختلال نارسایی توجّه/ فزون‌کنشی را در موقعیت کلاسی، کاهش می‌دهد؛ بنابراین، یافته‌های پژوهش با یافته‌های آنان همسویی دارد. همچنین، یافته‌ها با نتایج برخی پژوهشهای فراتحلیلی از مداخلات شناختی ـ رفتاری مدرسه‌محور مانند مطالعه رابینسون و همکاران (۱۹۹۹) هماهنگ است. آنان، در مطالعه فراتحلیلی خود (بر اساس ۲۳ مطالعه) شواهدی مبنی بر اثربخشی درمانگری شناختی ـ رفتاری در کاهش رفتارهای فزون‌کنشی ـ برانگیخته و افزایش خودمهارگری نشان داده‌اند.

امّا، علی‌رغم وجود شواهدی از اثربخشی درمانگری شناختی ـ رفتاری بر کاهش نشانه‌های اصلی اختلال نارسایی توجّه/ فزون‌کنشی در پژوهش حاضر و پژوهشهای دیگر، درمانگری شناختی ـ رفتاری هنوز به عنوان درمانگری واجد حمایت تجربی برای اختلال نارسایی توجّه/ فزون‌کنشی در نظر گرفته نشده است (ویمت و لاستسن، ۲۰۰۲). برای اینکه درمانگری شناختی ـ

[Downloaded from mail.joec.ir on 2026-10-20]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1387.8.1.6.3]

رفتاری مورد حمایت تجربی کافی قرار گیرد، لازم است نتایج تأییدکننده و هماهنگ بیشتری در زمینه اثربخشی این روی‌آورد درمانگری ارائه شود.

پژوهش حاضر استلزامهایی را برای پژوهشهای آینده در بردارد:

با توجّه به کاربست طرح تک آزمودنی و تحلیل فردنگر و جداگانه داده‌ها برای هر تک آزمودنی، می‌توان گفت پژوهش حاضر اهمیت توجّه به تفاوتهای فردی را در بررسی اثربخشی درمانگریها مبرهن می سازد.، چنین تفاوتهایی در طرحهای مقایسه گروهی مدنظر قرار نمی‌گیرند. بر اساس نتایج این مطالعه، در آزمودنیهای درمانگری رفتاری، رفتارهای تکلیف‌گریز آزمودنی چهارم کاهش قابل توجّهی نداشته است؛ همچنین، در آزمودنیهایی که تحت درمانگری شناختی ـ رفتاری قرار گرفتند، مشکل توافق با طرح درمانگری تا حدودی برای آزمودنی هفتم وجود داشت.

وجود تأثیرات کوتاه مدّت (در مرحله درمانگری) و عدم تداوم اثربخشی (در مرحله پیگیری) را می‌توان تا حدودی به ناهمنوایی روشهای درمانگری این مطالعه با روشهای مهارگری رفتار در والدین و معلّم نسبت داد. چون آموزش اداره رفتار توسط والدین و معلّم، جزء برنامه درمانگری این پژوهش نبوده است، راهکار مؤثر و مناسبی هم که بتوان بر پایه آن به همنوا و متوازن ساختن روشهای درمانگری درمانگر و شیوه‌های پرورشی والدین و معلم دست یافت، اتخاذ نشده است. بر این اساس، می‌توان ناهماهنگی روشهای به‌کاربسته درمانگر با شیوه‌های مهارگری رفتار در والدین و معلّمان را در عدم تعمیم اثربخشی درمانگریها دخیل دانست. به نظر می‌رسد که اگر بتوان آموزش والدین را در قالب برنامه بارکلی (۱۹۸۷) یا برنامه فورهند و مک‌ماهان (۱۹۸۱) یا برنامه‌های مناسب دیگر، به درمانگری رفتاری و شناختی ـ رفتاری اضافه کرد، می‌توان به نتایج امیدوارکننده‌ای در خصوص تعمیم تأثیرات درمانگری دست یافت.

مطالعه حاضر محدودیتهایی را نیز داشته است:

با توجّه به اتّخاذ طرح پژوهش تک آزمودنی و انتخاب تعداد کمتری از آزمودنیها (البته ماهیّت این طرحها آن را ایجاب می‌کند) اعتبار برونی یافته‌ها محدود بوده است. افزون بر آن کلّ آزمودنیهای پژوهش، پسران واجد اختلال نارسایی توجّه/ فزون کنشی بودند که از موقعیت آموزش ویژه انتخاب شدند.، تعمیم یافته‌های پژوهش برای این آزمودنیها و موقعیتها صورت می گیرد.

محدودیت دیگر پژوهش، این بود که چون در استفاده از تکنیک مشاهده مستقیم رفتاری، سنجش جداگانه نشانه‌های بالینی اختلال در موقعیت کلاس دشوار بود، نشانه‌های رفتار تکلیف‌گریز اختلال نارسایی توجّه/ فزون‌کنشی به طور کلی مورد مشاهده قرار گرفتند. بررسی اثربخشی درمانگریها بر هر یک از نشانه‌های اصلی اختلال نارسایی توجّه/فزون کنشی در کودکان به نحو مجزّا مستلزم انجام پژوهشهای دیگری در آینده است.

یافته‌های مطالعه حاضر در سطح به‌کاربسته، می‌تواند حائز اهمیت باشد. با اتّکا به نتایج این مطالعه، استفاده از تکنیکهای درمانگری رفتاری و شناختی رفتاری در موقعیتهای آموزش ویژه توصیه

[Downloaded from mail.joec.ir on 2026-10-20]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1387.8.1.6.3]

می‌شود. در عین حال آموزش روشهای مهارگری رفتار برای معلّمان و والدین، می‌تواند بخش مهمّی از این برنامه درمانگری روان شناختی باشد.

از دگر سو، استفاده از روشهای درمانگری رفتاری و شناختی- رفتاری می‌تواند به مثابهٔ روشی الحاقی- اگر نگوییم جایگزین- برای دارودرمانگری این اختلال مدنظر قرار گیرد؛ بنابراین می‌توان با کاهش مقدار مصرف دارو، آثار جانبی و محدودیتهای ناشی از مصرف داروهای محرّک (و داروهای دیگر) را که در پیشینه پژوهش به آنها اشاره شده است (هال و گیوشی،۲۰۰۲؛ اسپنسر و همکاران،۲۰۰۶) کاهش داد.

یادداشتها

1) Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD)
2) Shaywitz, S.E.
3) Anastoupolos, A.D.
4) Milich,R.
5) Balentine, A.C
6) Lynam, D.R
7) inattention
8) hyperactivity
9) impulsivity
10) Core symptoms
11) Ritalin
12) Finding,R.
13) Dogin ,J.
14) Laustsen,G.
15) Pfiffner ,L.J.
16) Panichelli- mindel, S.M.
17)combined treatment
18) Multimodal Treatment Approach(MTA)
19) off – task behaviors
20) on-task behaviors
21) Kratochwill,T.R.
22) duration per occurrence
23) Inter – Observer Reliability (IOR)
24) multi ple baseline single subject design across subjects
25) differential reinforcement of incompatible behavior(DRI)
26) token economy
27) response – cost
28) self-monitoring

منابع

دادستان، پریرخ (۱۳۷۸). *روان‌شناسی مرضی تحوّلی، از کودکی تا بزرگسالی*، جلد دوم. تهران: سمت

کراتوچویل، توماس.آر و موریس، ریچارد.جی. (۱۹۹۸). *روان شناسی بالینی کودک*، ترجمه محمدرضا نایینیان وهمکاران ، ۱۳۷۸) تهران: انتشارات رشد

American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th. Text Revision*. Washington DC: American Psychiatric Association.

Aron,A.R., Dowson, J.H., Sahakian,B.J., Robbins, T.W.(2003).Methylphenidate improves response inhibition in adults with attention deficit /hyperactivity disorder. *Biological Psychiatry, 54*, 1465-1468.

Barkley,R.A.(1987). *Defiant children: A clinician's Manual for Parent Training.* NewYork: Guilford

Barkley,R.A.(2002). Psychological treatments for attention deficit/ hyperactivity disorder in children. *Journal of Clinical Psychiatry,63*,36-43.

Boonstra, A., Kooij , J., O'osterlaan,J., Sergent, J.A., Buitelaar, J.K. (2005). Does methylphenidate improve inhibition and other cognitive abilities in adults with childhood onset ADHD? *Journal of Clinical and Experimental Neurophysiology, 27*, 278-298.

Calderon.,C.(2001). Results of a cognitive–behavioral treatment program for children with attention deficit hyperactivity disorder. *Anuario de psicologia, 32*, 79-98.

Carlson,C.L., Tamm, L.(2000). Responsiveness of children with attention deficit hyperactivity disorder to reward and response cost

:

[Downloaded from mail.joec.ir on 2026-10-20]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1387.8.1.6.3]

Differential impact on performance and motivation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology,68,* 73-83.

Carlson, C. L., Mann, M.., Alexander, D.K(2000). Effects of reward and response cost on the performance and motivation of children with ADHD. *Cognitive Therapy and Research,24,* 87-99.

Cooper ,L.J., Heron,T.E., Heward,W.L.(1987). Applied Behavior Analysis. NewYork: Prentice -Hall.

Corkum,P,V., Schachar, R .J., Siegel, L .S.(1996). Performance on the continuous performance task and the impact of reward. *Journal of Attention Disorders,1,* 114-121.

Dopfner, M., Breuer. D., Schurman,S., Meternich, T.W., Rademacher, C.,Lehmkuhl,G. (2004). Effectiveness of an adaptive multimodal treatment in children with attention deficit hyperactivity disorder-global outcome. *European Child and Adolescent Psychiatry,13,* 117-118.

Dupaul,G.J., Eckert,T.L. (1997). The effects of school- based interventions for attention deficit hyperactivity diosorder: A meta-analysis. *School Psychology Review,26,* 5–27.

Fabiano,G .A., Pelham,W.E., Manos, M.J., Gnagy, E.M., Chronis ,A.M., Onyango ,A,N., lopez-Williams,A., Burrows-Maclean,L., Coles,E.K., Meichenbaum, D.L., Caserta, D.A.., Swain,S.(2004). An evaluation of three time-out procedures for children with attention deficit /hyperactivity disorders. *Behavior Therapy, 35,*449-470.

Fabiano,G.A., Pelham,W.E.(2003). Improving the effectiveness of behavioral classroom interventions for attention deficit/ hyperactivity disorder. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders,11,*122-128.

Fone,K., Nutt, D.J.(2005). Stimulants: Use and abuse in the treatmrnt of attention deficit hyperactivity disorder.*Current Opinion in Pharmacology,5,*87-93.

Forehand, R.L., McMahan, R.J.(1981). *Helping the Noncompliant Child: A clinician Guide to Parent Training*. NewYork: Guilford.

Frolich,J., Dopfner,M., Berner,W., Lehmkuhl,G. (2002).Combined cognitive behavioral treatment with parent management training in ADHD.*Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 51* 476-493.

Grave, J., Bilissett,J.(2004). Is cognitive behavior therapy developmentally appropriate for young children? A critical review of the evidence. *Clinical Psychology Review, 24,*399-420.

Hall, A.S ., Gushee,A.G .(2002). Medication interventions for ADHD youth: A primer for school and mental health counselors. *Journal of Mental Health Counseling,24,*140-153.

Hallahan, D.P.,Hudson , K. G. (2002). *Teaching tutorial2: Self- monitoring of Attention*. Virginia: University of Virginia. Curry School of Education.

HechtmanL., Abicoff, H.B., Jensen,P.S.(2005). Multimodal therapy and stimulants in the treatment of children with attention deficit hyperactivity disorders(chapter title). In E.D. Hibbs and P. S. Jensen(Ed). *Psychological Treatments for Child and Adolescent Disorders: Emprically Based Strategies for Clinical Practice*.(2nd ed), (pp.411-437).US: American psychological association.

Hechtman,L., Abicoff, H.B., Klein,R.G., Greenfield, B., Etcovitch,J., Cousins, L., Fleiss, K., Weis,M., Pollack, S.(2004). Children with ADHD treated with long-term methyphenidate and multimodal psychosocial treatment: Impact on parental practices. *Journal of the American*

[Downloaded from mail.joec.ir on 2026-10-20]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1387.8.1.6.3]

Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 43,830-839.

Henin, A., Warman, M., Kendall, P. C. (2002). Cognitive-behavioral therapy with children and adolescents. In G. Simos (Ed.) *Cognitive behavior Therapy: A Guide for the Practicing Clinician.* East Sussex: Brunner-Routledge

Hinshaw.S.P., Henker,B., Whalen.C.K.(1984). Self-control in hyperactive boys in anger inducing situations: Effects of cognitive behavioral training and methylphenidate. *Journal of Abnormal Child Psychology,12*, 55-77.

Hinshaw, S.P., Henker, B., Whalen, C.K., Erhardt, D., Dunnington, E.R. (1989). Aggressive, prosocial, and nonsocial behavior in hyperactive boys: Dose effects of methyphenidate in naturalistic settings. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 57*,636-643

Kendall, P.C., Panichelli-mindel, S.M. (1995). Cognitive behavioral treatments. *Journal of Abnormal Child Psychology, 33*, 107-124.

Miranda,A., Presentacion,M.J.(2000). Efficacy of cognitive behavioral therapy in the treatment of children with ADHD, with and without aggressiveness. *Psychology In Schools, 37*.160-182.

MTA Cooperative Group (2004). National Institute of Mental Health Multimodal Treatment Study of ADHD follow up: 24-mounth outcomes of treatment strategies for attention deficit / hyperactivity disorder. *Pediatrics,113*,754-761.

Nelson, R.W., Israel, A. C. (2003). *Behavior Disorders of Childhood, 5th ed.* New York: Prentice Hall.

Owens, E.B., Hinshaw, S. P., Kraemer, H. C., Arnold,L.E., Abicoff, H. B., Cantwell, D. P., Conners, C.K., Elliot, G., Greenhill, L. L., Hechtman, L et al .(2003). Which treatments for whom for ADHD? Moderators of treatment response in the MTA. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 71*,540-552.

Pearson, D.A., Santos, C.W., Casat. C.D., Lane, D.M., Jerger, S.W., Roache, J. D., Loveland, K.A., Leachar, D., Faria,L. P., Payne,C,D., Cleveland, L.A.(2004).Treatment effects of methylphenidate on cognitive functioning in children with mental retardation and ADHD. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 43*,677-686.

Pelham, W, E; Wheeler, T., Chronis, A. (1998). Emprically supported psychosocial treatment for ADHD. *Journal of Clinical Child Psychology,27*, 190-205.

Pelham,W. E.,Gnagy, E.M., Greiner, A.R., Hoza, B., Hinshaw, S. P., Swanson, J. M., Simpson, S., Shapiro, C., Bukstein, O., Baron- Myak, C., McBurnett, K.(2000). Behavioral versus behavioral and pharmacological treatment in ADHD children attending a summer treatment program. *Journal of Abnormal Child Psychology,28*,507-525.

Phares, V.(2003).*Understanding Abnormal Child psychology*. New York: Wiley Purdie,N., Hattie,J., Carroll,A.(2002). A review of research on interventions for attention deficit hyperactivity disorder: What works best? *Review of Educational Research,72*,61-99.

Robinson,T.R., Smith, S.W., Miller., M.D., Brownell, M.T. (1999). Cognitive behavior modification of hyperactivity-impulsivity and aggression: A mata analysis of school based studies. *Journal of Educational Psychology ,91*,195-203.

Schachar,R .,Jadad,A.R., Gauld,M, Boyle,M, Booker,L., Snider,A., Kim,M.., Cunningham,C. (2002). Attention deficit hyperactivity disorder : Critical appraisal of extended treatment studies. *Canadian Journal of Psychiatry,47*, 337-349.

[Downloaded from mail.joec.ir on 2026-10-20]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1387.8.1.6.3]

Shapiro, E.S., Kratochwill,T.R. (2000). *Conducting School-based Assessment of Child and Adolescent Behavior*. NewYork: Guilford. Southam- Gerow, M.A., Kendall ,P .C .(2000). Cognitive–behavior therapy with youth: Advances , challenges, and future directions. *Clinical Psychology and Psychotherapy, 7*, 343 -366.

Spencer,TJ., Faraone, SV., Biederman, J., Lerner, M.,. Cooper, KM., , Zimmerman, B.(2006). Does prolonged therapy with a long-acting stimulant suppress growth in children with ADHD? *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry,45*,527-537.

Steer ,C.R.(2005). Managing attention deficit hyper-activity disorder: Unmet needs and future directions. *Archives of Diseases in Childhood, 90*, 19-25.

Teeter , P.A. (1998). *Interventions for ADHD* . New York: Guilford.

Wimett,L., Laustsen, G. (2003). First new ADHD treatment in 30 years. *The Nurse Practitioner, 28*, 50-54.

Wolraich, Mark L (2003). *Disorders of Development and Learning*. Hamilton, Ont. BC Decker Inc BC Decker In

[Downloaded from mail.joec.ir on 2026-10-20]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1387.8.1.6.3]

This document was created with Win2PDF available at http://www.daneprairie.com.
The unregistered version of Win2PDF is for evaluation or non-commercial use only.

[Downloaded from mail.joec.ir on 2026-10-20]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1387.8.1.6.3]