

## اثربخشی گروه درمانی عقلانی-هیجانی-رفتاری بر سلامت عمومی و باورهای غیر منطقی مادران کودکان نارسایی توجه - فزون کنشی

زهرا رعنایی\*<sup>۱</sup>، علی غنایی چمن آباد<sup>۲</sup>، سید علی کیمیایی<sup>۳</sup>

۱. کارشناس ارشد مشاوره خانواده، اداره آموزش و پرورش شهرستان آشنخانه، خراسان شمالی

۲. استادیار دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه فردوسی مشهد

۳. دانشیار دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه فردوسی مشهد

zahraranaee@yahoo.com

### چکیده

زمینه مساله: مادران کودکان بیش فعال به دلیل درگیری زیاد با کودکانشان از سلامت عمومی کمتری برخوردارند و باورهای غیرمنطقی بیشتری دارند. هدف: پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی گروه درمانی عقلانی-هیجانی-رفتاری بر سلامت عمومی و باورهای غیرمنطقی مادران کودکان نارسایی توجه-فزون کنشی انجام پذیرفت. روش: نمونه مورد پژوهش شامل، ۳۰ نفر از مادران کودکان نارسایی توجه-فزون کنشی مراجعه کننده به مراکز مشاوره شهرستان بجنورد در سال تحصیلی ۹۲ بودند. روش پژوهش حاضر از نوع شبه آزمایشی با طرح پیش آزمون و پس آزمون همراه با گروه مداخله نما و کنترل (هر گروه ۱۰ نفر) بود. ابزارهای پژوهش عبارت بودند از: ۱- پرسش نامه سلامت عمومی گلدبرگ و هیلبر با ۲۸ سوال، ۲- پرسش نامه باورهای غیرمنطقی جونز با ۴۰ سوال، همچنین بسته آموزشی گروه درمانی عقلانی-هیجانی-رفتاری که در ۸ جلسه تنظیم شده بود. که گروه آزمایش در معرض آموزش گروه درمانی عقلانی-هیجانی-رفتاری قرار گرفتند و گروه مداخله نما ۲ مهارت (word-windows) را آموزش دیدند و گروه کنترل هیچ آموزشی دریافت نکردند. برای پردازش داده ها از تحلیل کوواریانس یک متغیره و تحلیل کوواریانس چند متغیره استفاده شد. نتایج: داده ها نشان داد که گروه درمانی عقلانی-هیجانی-رفتاری بر بهبود سلامت عمومی و کاهش باورهای غیرمنطقی گروه آزمایش نسبت به گروه های کنترل و مداخله نما نتیجه مثبت و معنادار داشته، به جز مورد سلامت عمومی که در دو گروه آزمایش و مداخله نما نتیجه معنادار نشد و در این دو گروه فقط در خرده مقیاس علائم جسمانی تاثیر گروه درمانی معنادار شد و بین گروه های مداخله نما و گواه در هیچ کدام از موارد تفاوت معنادار نبود. نتیجه گیری: با توجه به موثر بودن این نوع روش درمانی، می توان جهت بهبود شرایط مادران کودکان نارسایی توجه-بیش فعال از آن در برنامه های آینده استفاده کرد که متعاقبا موجب بهبود شرایط کودکان نیز می شود.

**کلید واژه ها:** گروه درمانی عقلانی-هیجانی-رفتاری، سلامت عمومی، باورهای غیر منطقی، مادران کودکان نارسایی توجه - فزون کنشی

یکی از متداول ترین علل مراجعه اطفال به مراکز روان شناسی و روان پزشکی، نارسایی توجه-فزون کنشی است همانگونه که والدین بر افراد خانواده تاثیر می گذارند، فرزندان نیز با ویژگی های شخصیتی و رشدی و رفتاری خود، تاثیراتی را بر روی رفتار والدین بر جای می گذارند، تاثیر ADHD بر روی خانواده ها نیز کاملا مشخص و بارز است. والدین کودکان مبتلا به ADHD سطح بالاتری از فشارهای روانی مربوط به فرزند پروری را تجربه می کنند و احساس عدم کفایت دارند (کندل و همکاران، ۲۰۰۰). به طور کلی پدر و مادر کودکان بیش فعال از سطوح خشم بیشتری استفاده می کنند و در پرورش کودک خود از دشواری بالایی برخوردار هستند و درک آنها از فرزندانشان به عنوان عوامل آزاردهنده است

(مارکس و همکاران، ۲۰۰۶). کودکان مبتلا به این اختلال در مقایسه با کودکان عادی رفتارهای نامناسب بیشتری دارند و فرمان بری کمتری از خود بروز می دهند و والدین آنها بیشتر منفی گرا هستند و کمتر در فعالیت های اجتماعی شرکت می کنند (مک برنت و فیفندر، ۲۰۰۸). براساس یافته های جانستون که اسنادهای رفتار کودکان را در والدین کودکان دارای ADHD و بدون مشکل مقایسه کردند، والدین دارای کودکان ADHD نسبت به والدین کودکان بدون مشکل، رفتارهای کودکان خود را ثابت، تغییرناپذیر و غیر قابل کنترل می دانستند. زندگی کردن با کودک دارای اختلال یا ناتوانی، اغلب به صورت عاملی استرس زا برای کل خانواده درک شده و می تواند همه جنبه های خانواده را تحت تاثیر قرار دهد. در این میان از آنجایی که مادر در تعامل بیشتر با این کودکان می باشد، احتمالاً بیشترین تاثیر را خواهد پذیرفت (جانستون و ماش، ۲۰۰۱). مادران کودکان بیش فعال علائم افسردگی، کاهش اعتماد به نفس و میزان استرس بیشتری را نشان می دهند. در میان گستره وسیعی از مداخلات درمانی، والدین به عنوان عامل کلیدی در تغییر رفتارهای ضداجتماعی کودک در نظر گرفته می شوند. بنابراین حل و فصل مشکلات تنیدگی والدینی به خصوص مادر منجر به ارتقاء بهداشت روانی وی و عملکرد بهتر در ایفای نقش والدگری می شود. اهمیت انتخاب مادر در این پژوهش بدان سبب است که برخی پژوهشگران بر این اعتقاد هستند که غالباً مادران خود را برای رفتارهای نامناسب کودک مقصر می دانند (تئوفیتو و وب، ۲۰۰۵). متخصصان معتقدند به ویژه باید نگرش های والدین درباره توانایی شان در رسیدگی به نیازهای کودکان را مورد توجه قرار دهند. باورهای والدین راجع به خودشان بر انتظارات آنان درباره ی موفقیت کودک تاثیر می گذارند. از آنجایی که تعدادی از انتظارات، باورها، اسنادهای نامناسب و پیشداوری های خاص از طرف مادران باعث بروز مشکلات ارتباطی کودک/والد می شود. شناخت های مادران می تواند به عنوان یک هدف مستقیم مداخله مورد توجه قرار گیرد تا این شناخت های ناصحیح را به خاطر اثرات زیان بخشی که بر روی کودکان، و ارتباط های کودک/والد دارند کاهش دهیم. با آموزش مهارت های درمانی، درمانگر می تواند در آموزش مهارت های بازسازی شناختی خاص مادران دقیق تر عمل نماید. این امر از طریق آموزش صورت می گیرد تا شناخت های ناسازگار را شناسایی کند، ماهیت ناسازگاریشان را تشخیص دهند و شناخت های سازگارانه تر را جایگزین آنها نمایند (مک برنت و فیفندر، ۲۰۰۸).

با توجه به مطالب فوق مادران کودکان بیش فعال به دلیل درگیری بیشتر با فرزندانشان دچار مشکلات گوناگون می شوند (از جمله: استرس، عصبانیت، احساس گناه، افسردگی و ...) در نتیجه سلامت روانی آنها را مختل میکند و همچنین آنها باورهای غیر منطقی بیشتری درباره خودشان دارند. با توجه به اینکه به احتمال زیاد بهبود سلامت عمومی، کاهش باورهای غیرمنطقی مادران بر بهبود وضعیت کودکان بیش فعال تاثیر مثبت دارد. مداخله در مشکلات مادران با روش گروه درمانی عقلانی - هیجانی - رفتاری (REBGT)، کمک زیادی به سلامت عمومی، و کاهش باورهای غیرمنطقی مادران می کنند که متعاقباً فرزندانشان را نیز تحت تاثیر قرار میدهد.

## روش

جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه مادران مراجعه کننده به مراکز مشاوره شهر بجنورد بود، که البته تمام این مادران کسانی بودند که فرزندان آنها تحت دارودرمانی نیز بودند. در ابتدا مادران در ۳ گروه ۱۰ نفره آزمایش، کنترل و مداخله نما به طور تصادفی جایگزین شدند. پرسش نامه های سلامت عمومی و باورهای غیرمنطقی به عنوان پیش آزمون در مورد آنها اجرا شد در ادامه گروه آزمایش تحت درمان گروهی عقلانی - هیجانی - رفتاری قرار گرفتند که این درمان در ۸ جلسه ۱.۵ ساعته به صورت هر هفته دو جلسه به اجرا درآمد و گروه مداخله نما نیز تحت آموزش مهارت های کامپیوتری قرار گرفتند آنها نیز در ۸ جلسه ۱.۵ ساعته به صورت هفته ای دو جلسه مهارت های word & windows را آموزش دیدند و برای گروه کنترل نیز هیچ برنامه ای اجرا نشد. ابزار مورد استفاده شامل پرسش نامه سلامت عمومی و باورهای غیر منطقی بودند. پرسش نامه سلامت عمومی (فرم ۲۸ سوالی که توسط گلدبرگ در سال ۱۹۷۲ ابداع شده و هدف از طراحی آن کشف و شناسایی اختلالات روانی در مراکز درمانی وموقعیت های مختلف بوده است که در بر گیرنده ۴ مقیاس علائم جسمانی، اضطراب و اختلال خواب، اختلال در کارکرد اجتماعی و افسردگی شدید می باشد. پرسشنامه ۲۸ سوالی سلامت عمومی، دارای سؤالات چهارگزینه ای خیر، کمی، زیاد و خیلی زیاد می باشد. دو شیوه نمره گذاری برای پرسشنامه های سلامت عمومی وجود دارد یکی روش سنتی است که گزینه ها به صورت (۰-۱-۱-۱) نمره داده می شوند و حداکثر نمره آزمودنی در پرسشنامه برابر ۲۸ خواهد بود. روش دیگر نمره گذاری، روش نمره گذاری لیکرت می باشد که گزینه ها به صورت (۰-۱-۱-۱) نمره داده می شوند. حداکثر نمره آزمودنی با این روش نمره گذاری در پرسشنامه مذکور برابر با ۸۴ خواهد بود. تقوی در ایران ضریب پایایی پرسشنامه مزبور را با سه روش دوباره سنجی، تنصیفی، و آلفای کرونباخ به ترتیب ۷۰ درصد، ۹۳ درصد و ۹۰ درصد گزارش کرده است. همچنین، او برای مطالعه روایی پرسشنامه از سه روش روایی همزمان، همبستگی خرده آزمونهای این پرسشنامه بانمره کل و تحلیل عوامل استفاده کرده است. روایی همزمان از طریق اجرای همزمان با پرسشنامه میدلسکس ضریب همبستگی ۵۵ درصد را نتیجه داده است. ضرایب همبستگی بین خرده آزمونهای این پرسشنامه با نمره کل در حد رضایت بخش و بین ۷۲ تا ۸۷ درصد متغیر بوده است (موسوی نسب و تقوی، ۱۳۸۶). آزمون باورهای غیر منطقی جونز که به بررسی باورهای فرد می پردازد و فرم اصلی آن دارای ۱۰۰ سوال می باشد. عبادی و معتمدین در سال ۱۳۸۴ فرم کوتاه ایرانی ۴۰ سوالی آن را ساختند که در برگیرنده

اندازه گیری ۴مقیاس: درماندگی در مقابل تغییر، توقع تأیید از دیگران، اجتناب از مشکل و بی مسئولیتی هیجانی است. شیوه نمره گذاری این آزمون از ۱ به شدت مخالفم تا ۵به شدت موافقم است. نمره بالا نشان دهنده ی باور غیر منطقی بالا و نمره پایین باور غیر منطقی پایین است.روایی همگرا این آزمون با آزمون IBT ۰.۸۷ به دست آمد، همچنین پایایی آن از روش آلفای کرونباخ ۰.۷۵ و از روش تنصیف ۰.۷۶ به دست آمد (عبادی و معتمدین، ۱۳۸۴).

پس از تکمیل نمونه، آزمون‌ها به دقت نمره گذاری و داده های خام برای تجزیه و تحلیل وارد نرم افزار SPSS ۲۰ شدند. علاوه بر اجرای آزمون‌های توصیفی، از امار استنباطی به منظور مقایسه میانگین‌ها از آزمون های تحلیلی، تحلیل کواریانس یک متغیره و تحلیل کواریانس چند متغیره استفاده شد.

### نتایج

میانگین سنی در کل نمونه ۳۱/۳۶ با انحراف استاندارد ۲/۸۰ می‌باشد. در گروه آزمایش، مداخله نما و گواه به ترتیب ۳۲/۳۷، ۳۱/۲۰ و ۳۰/۷۰ است. همچنین ۳۹/۲۹ درصد از آزمودنی ها دارای تحصیلات ابتدایی هستند. ۳۲/۱۴ درصد دارای تحصیلات راهنمایی و ۲۸/۵۷ دارای تحصیلات دیپلم هستند.

#### شاخص‌های توصیفی سلامت عمومی، کنش‌های اجرایی و باورهای غیر منطقی در پیش و پس آزمون

متغیر	گروه	پیش آزمون		پس آزمون	
		میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
سلامت عمومی	آزمایش	۱۴/۵۰	۲/۷۳	۶/۳۸	۱/۶۹
	مداخله نما	۱۳/۹۰	۲/۱۳	۱۳/۵۰	۳/۰۳
	گواه	۱۶	۲/۷۱	۱۴/۹۰	۱/۷۹
	آزمایش	۱۳/۸۸	۳/۱۸	۵/۸۸	۳
	مداخله نما	۱۲/۱۰	۳	۱۱/۱۰	۴/۲۸
	گواه	۱۳/۷۰	۲/۷۹	۱۲/۲۰	۳/۳۶
	آزمایش	۱۳/۵۰	۳/۶۳	۷/۱۳	۲/۵۹
	مداخله نما	۱۶/۱۰	۲/۴۲	۹/۹۰	۴/۸۹
	گواه	۱۴/۵۰	۲/۴۶	۱۳/۸۰	۲/۸۲
	آزمایش	۱۵/۱۳	۴/۲۲	۷	۴/۲۱
افسردگی	مداخله نما	۱۵/۳۰	۲/۵۰	۱۲/۵۰	۴/۸۸
	گواه	۱۵/۲۰	۲/۱۰	۱۴/۳۳	۳/۷۱
	آزمایش	۵۴	۹/۵۰	۲۶/۳۸	۴/۵۳
	مداخله نما	۵۷/۴۰	۵/۳۰	۴۷	۱۲/۸۰
نمره کل سلامت عمومی	گواه	۵۹/۴۰	۵/۹۷	۵۵	۴/۶۹
	آزمایش	۲۹	۱/۶۰	۳۴/۶۳	۰/۵۲
	مداخله نما	۲۷/۴۰	۲/۸۴	۲۷/۷۰	۳/۰۶
	گواه	۲۸/۸۰	۲/۶۲	۲۸/۶۰	۲/۷۶
کنش‌های اجرایی	آزمایش	۵۹	۵/۵۸	۳۵/۶۳	۴/۱۰
	مداخله نما	۵۶/۸۰	۵/۷۳	۵۰/۹۰	۲/۸۵
	گواه	۶۱/۳۰	۳/۹۲	۴۷	۴/۱۴
	آزمایش	۳۵/۵۰	۶/۳۲	۲۳	۷/۱۳
توقع تأیید از دیگران	مداخله نما	۳۴/۷۰	۶	۳۴	۴/۰۶
	گواه	۳۱/۷۰	۵/۹۸	۳۴	۴/۱۱
	آزمایش	۱۸/۷۵	۴/۱۷	۹/۲۵	۱/۴۹
	مداخله نما	۲۰/۲۰	۳/۷۹	۱۷/۱۰	۳/۴۵
اجتناب از مشکل	گواه	۱۷/۹۰	۵/۱۷	۱۹/۲۰	۲/۶۶
	آزمایش	۳۹/۶۳	۵/۲۶	۱۷/۶۳	۳/۱۶
	مداخله نما	۳۷/۱۰	۵/۰۴	۳۳/۲۰	۴/۵۴
	گواه	۳۸/۲۰	۵/۴۷	۳۲/۴۰	۴/۴۰

\* تفاوت میانگین‌های سلامت عمومی گروه آزمایش و گواه در پس آزمون معنادار است ( $F=۸۱/۱۶۳, P=۰/۰۰۰۵$ ). در خرده مقیاس‌های سلامت عمومی نیز تفاوت میانگین‌های علائم جسمانی ( $F=۲۰/۷۵, P=۰/۰۰۰۵$ )، اضطراب و اختلال خواب ( $F=۱۲/۱۸, P=۰/۰۰۴$ )، اختلال در کارکرد اجتماعی ( $F=۲۳/۷۳, P=۰/۰۰۰۵$ )، افسردگی ( $F=۱۲/۷۱, P=۰/۰۰۰۵$ ) در دو گروه فوق در پس آزمون معنادار است.

\* تفاوت میانگین‌های باورهای غیر منطقی گروه آزمایش و گواه در پس آزمون از نظر آماری معنادار است ( $F=۳۸/۵۱, P=۰/۰۰۰۵$ ). در خرده مقیاس‌های باورهای غیر منطقی نیز تفاوت درماندگی در مقابل تغییر ( $F=۱۸/۴۳, P=۰/۰۰۱$ )، توقع تایید از دیگران ( $F=۱۰/۷۰, P=۰/۰۰۷$ )، اجتناب از مشکل ( $F=۵۸/۶۸, P=۰/۰۰۰$ )، بی مسئولیتی هیجانی ( $F=۶۷/۶۸, P=۰/۰۰۰$ ) در دو گروه فوق در پس آزمون معنادار است.

\* تفاوت میانگین‌های سلامت عمومی گروه آزمایش و مداخله نمادر پس آزمون از نظر آماری معنادار نیست ( $F=۸/۴۶, P=۰/۷۹$ ). در خرده مقیاس‌های سلامت عمومی نیز میانگین‌های اضطراب و اختلال خواب ( $F=۳/۶۱, P=۰/۰۰۷$ )، اختلال در کارکرد اجتماعی ( $F=۲/۳۳, P=۰/۱۵$ )، افسردگی ( $F=۲/۰۶, P=۰/۱۸$ ) در دو گروه فوق معنادار نیست فقط در خرده مقیاس علائم جسمانی ( $F=۳۶/۱۰, P=۰/۰۰۰۵$ ) معنادار است.

\* تفاوت میانگین‌های باورهای غیر منطقی گروه آزمایش و مداخله نما در پس آزمون از نظر آماری معنادار است ( $F=۷۴/۳۱, P=۰/۰۰۰۵$ ). در خرده مقیاس‌های باورهای غیر منطقی نیز تفاوت درماندگی در مقابل تغییر ( $F=۶۶/۰۴, P=۰/۰۰۰$ )، توقع تایید از دیگران ( $F=۱۶/۲۸, P=۰/۰۰۲$ )، اجتناب از مشکل ( $F=۳۱/۴۰۳, P=۰/۰۰۰$ )، بی مسئولیتی هیجانی ( $F=۵۸/۶۷, P=۰/۰۰۰$ ) در دو گروه فوق در پس آزمون معنادار است.

### بحث و نتیجه گیری

این پژوهش نشان داد که بین نمره کلی مقیاس سلامت عمومی مادران در گروه درمانی و گروه مداخله نما تفاوت معناداری وجود ندارد و تنها از نظر خرده مقیاس علائم جسمانی تفاوت معنادار است، به طوری که گروه درمانی کاهش قابل ملاحظه‌ای در علائم جسمانی نشان دادند. بر طبق مبانی نظری موجود در نظریه الیس و مولفه‌های سلامت عمومی این تفاوت در گروه‌های آزمایش و کنترل باید معنادار می‌شود، که در پژوهش حاضر نیز این اتفاق افتاده است و اما در مورد معنادار نشدن این تفاوت در گروه آزمایش و مداخله نما می‌توان چنین استنباط کرد که شرکت در کلاس آموزش کامپیوتر باعث افزایش روحیه شرکت‌کنندگان، بالا رفتن اعتماد به نفس اعضا، تمرکز روی موضوع جدیدی شده که این عوامل به نوبه خود باعث کاهش افسردگی و به تبع آن باعث افزایش سلامت عمومی افراد شده است. و از طرفی بر اساس منابع مطالعه شده، حضور در گروه به عنوان یک منبع شفابخش می‌باشد، شاید یکی از عوامل بهبود سلامت عمومی اعضای گروه مداخله نما همین حضور در گروه و تبادل اطلاعات در زمینه روش‌های تربیتی گوناگون کودکان بیش فعال بوده است. پژوهش‌های مختلف هر کدام به رابطه‌ی بین نظام شناختی افراد با آشنفگی‌هایی همچون اضطراب و افسردگی و فشار خون رسیده‌اند (هریس، درایدن، ۲۰۰۶). از طرفی دیگر با توجه به معنادار شدن این موضوع در گروه‌های گواه و آزمایش؛ نتیجه حاضر بر اساس نظریه الیس که مدعی است تغییر و کاهش باورهای غیرمنطقی با استفاده از فنون شناختی، عاطفی و رفتاری موجب کاهش تعارض در روابط افراد و افزایش ابراز وجود و سلامت روان آنها می‌شود، هماهنگ است (هریس و درایدن، ۲۰۰۶). نتایج این پژوهش با پژوهش آدامه (۲۰۰۶) همسو است پژوهش آدامه به مطالعه کارآمدی REBT در افزایش سازگاری هیجانی نوجوانان کشور نیجریا پرداخت، نتایج نشان داد که این درمان سطوح اضطراب و استرس نوجوانان را کاهش داد (مارکس و همکاران، ۲۰۰۶). علاوه بر نتایج بالا بررسی نتایج به دست آمده از آزمون نشان داد که دو گروه گواه و مداخله نما با گروه آزمایش از نظر نمره کلی مقیاس باورهای غیر منطقی و کلیه خرده مقیاس‌های آن تفاوت معناداری دارند به این معنی که گروه درمانی نسبت به گروه مداخله نما و گواه کاهش بیشتری در باورهای غیرمنطقی و خرده مقیاس‌های آن داشتند. نتایج این پژوهش با پژوهش برینجز و هانریش (۲۰۰۱) همسو است، آنها در پژوهشی به بررسی نقش عقاید ناکارآمد در افسردگی و اضطراب پرداختند نتایج نشان داد که عقاید ناکارآمد تاثیر مثبت و معناداری در ایجاد افسردگی و اضطراب در افراد دارد. در کل نتیجه کلی پژوهش با پژوهش برنارد و جویسی (۱۹۸۴) همسو است که نشان دادند که تکنیک‌های REBT در کاهش اضطراب، افزایش تحمل ناکامی، کاهش افسردگی، بهبود خودپنداره و توانایی مقابله و افزایش مهارت‌های تفکر منطقی موثر بوده است. با توجه به مطالب بالا این روش درمانی در کاهش عقاید غیر منطقی و افزایش سلامت عمومی موثر هستند و برای کمک به مادران کودکان بیش فعال می‌توان از آن استفاده کرد. در این پژوهش امکان پیگیری ثبات نتایج حاصله از مداخله در دوره‌های بعد و نبود حضور مادر شاغل در بین اعضای گروه جهت مقایسه با مادران غیر شاغل جز مسائل و مشکلاتی بود که با آن مواجه شدیم که امید است در تحقیقات بعدی به آنها پرداخته شود.

### منابع

عبادی، غلامحسین. معتمدین، مختار. (۱۳۸۴). بررسی ساختار عاملی آزمون‌های باورهای غیرمنطقی جونز در شهر اهواز. مجله دانش و پژوهش در روان‌شناسی. شماره ۲۳.

موسوی نسب، محمد حسین و تقوی، محمدرضا. (۱۳۸۶). تاثیر ارزیابی استرس و راهبردهای روبرویی در سلامت روان. مجله پزشکی هرمزگان. شماره اول.



- Bernard, M.E. Joyce, M. (۱۹۸۴). rational emotive therapy with children and adolescents, newyork. john wiley publishers.
- Bridges, R. Hanrigh, R. (۲۰۰۱). role of irrational beliefs in depression and anxiety: a review. journal of rational emotive and cognitive behaviour therapy. ۲۸(۲). ۸۶۲-۸۷۷.
- Harris, S. Dryden, W. (۲۰۰۶). an experimental test up a core rebt hypothesis. journal of rational-emotive and cognitive behavioral therapy. ۲۴(۲).
- Johnston, C. Mash. E J, (۲۰۰۱). families of children with attention-deficit/hyperactivity disorder: review and recommendations for future research. clinical child and family psychology review. ۴(۳). ۱۸۳-۲۰۷.
- Kandel, Eric R. Schwartz, janes H. jessell ,Thomas M. (۲۰۰۰). Principle of Neural Science, Fourth Edition, MdGraw-Hill, learning and Memory.
- Marks, david J. Cyrulnik, shana E. Kera, Elizabeth C. Berwid, olgag. Santra, amita. Halperin, Jeffrey M. (۲۰۰۶). objective and subjective assessments of parenting in hyperactive preschoolers. infant and child development. ۱۵(۴). ۴۳۹-۴۴۲.
- Mcburnett, K. Pfiffner, L. (۲۰۰۸). attention deficit hyperactivity disorder: concepts, controversies, new directions. newyork: informa health care.
- Neophytou, K. Webbe, R. (۲۰۰۵). attention deficit hyperactivity disorder. <http://www.nimh.gov/publicat/adhd>.

