

الله أكبر

کلیه حقوق مادی مترتب بر نتایج مطالعات، ابتکارات و
نوآوری های ناشی از تحقیق موضوع این پایان نامه
متعلق به دانشگاه رازی است.



دانشکده علوم اجتماعی و علوم تربیتی

گروه روان شناسی

پایان نامه جهت اخذ درجه کارشناسی ارشد رشته ی روان شناسی

گرایش عمومی

عنوان پایان نامه :

اثر بخشی درمان شناختی – رفتاری بر کاهش علائم کودکان مبتلا به اختلال بیش

فعالی (ADHD)

استاد راهنما:

دکتر کامران یزدانبخش

استاد مشاور :

دکتر خدامراد مومنی

نگارش:

صبح رحمان زاده

شهریور ماه ۱۳۹۱



دانشکده علوم اجتماعی و علوم تربیتی

گروه روان شناسی

پایان نامه جهت اخذ درجه کارشناسی ارشد رشته روان شناسی گرایش عمومی

نام دانشجو:

صبح رحمان زاده

تحت عنوان:

اثربخشی درمان شناختی - رفتاری بر کاهش علائم کودکان مبتلا به

اختلال بیش فعالی (ADHD)

در تاریخ توسط هیأت داوران زیر بررسی و با درجه به تصویب نهایی رسید.

- | | | |
|-------|--------------------------|--|
| امضاء | با مرتبه ی علمی استادیار | ۱- استاد راهنما: دکتر کامران یزدانبخش |
| امضاء | با مرتبه ی علمی استادیار | ۲- استاد مشاور : دکتر خدامراد مومنی |
| امضاء | با مرتبه ی علمی استادیار | ۳- استاد داور داخل گروه : دکتر سعید عسکری |
| امضاء | با مرتبه ی علمی استادیار | ۴- استاد داور خارج از گروه :دکتر خیر اله صادقی |

تقدیم به :

« تقدیم به فرزندم آسو که روح پاکش از همان اوان کودکی همراه با درد و مرگ بود و رهرو راه حقیقت بود. و تقدیم به مادر مهربان و دلسوزم و برادران و خواهرم که زندگی کردن با وجود آنان میسر است »

تشکر و قدر دانی:

اینجانب از زحمات استاد راهنمایم دکتر کامران یزدانبخش که به حق مقام استادی شایسته شخصیت والا و زیبای ایشان است، متشکرم و همچنین از زحمات استاد مشاورم دکتر خدامراد مومنی تشکر می کنم و در نهایت از استادان داور و سایر اساتید و کلیه افرادی که مرا در به پایان رساندن این اثر یاری نمودن تشکر می کنم.

چکیده

هدف از این پژوهش بررسی اثر بخشی درمان شناختی- رفتاری بر کاهش علائم کودکان مبتلا به اختلال بیش فعالی (ADHD) بود. جامعه آماری در این پژوهش شامل کلیه کودکان (۱۲-۶ سال) مبتلا به اختلال بیش فعالی (ADHD) در شهرستان جوانرود بود. که به صورت تصادفی ساده ۳۰ نفر از آنها به عنوان گروه نمونه انتخاب شدند، و به دو گروه آزمایشی (۱۵ نفر) و گواه (۱۵ نفر) به صورت همتا شده، تقسیم شدند. این پژوهش از نوع آزمایشی و در آن از طرح پیش آزمون و پس آزمون همراه با گروه کنترل استفاده شده است. در این پژوهش برای تشخیص کودکان مبنی بر وجود اختلال بیش فعالی (ADHD)، از مقیاس کانرز (فرم والدین و معلمان) استفاده شد و همچنین برای بررسی اثر بخشی درمان شناختی- رفتاری بر کاهش علائم کودکان مبتلا به اختلال بیش فعالی (ADHD)، از پرسشنامه علائم مرضی کودکان (CSI-4)، (فرم والدین و معلمان) استفاده شده است. تعداد جلسات درمان شناختی- رفتاری در این پژوهش، ۱۲ جلسه بود، که مدت زمان هر جلسه شامل ۱/۵ بود. برای تحلیل داده ها ی این پژوهش از تحلیل کواریانس و آزمون t وابسته استفاده شده است. نتایج این پژوهش نشان داد که گروه آزمایشی در پس آزمون، نسبت به گروه گواه دارای تفاوت معنی داری با اطمینان ۰.۹۹ با هم هستند. همچنین نتایج پی گیری (بعد از دو ماه) نشان داد که اثر بخشی درمان شناختی- رفتاری همچنان بر گروه آزمایشی با اطمینان ۰.۹۹ پابرجا است. به طور کلی نتایج این پژوهش نشان داد که درمان شناختی- رفتاری بر کاهش علائم کودکان مبتلا به اختلال بیش فعالی (ADHD) موثر است و اثر بخشی این نوع از درمان پس از اجرای مداخله، همچنان ماندگار است.

کلید واژه: درمان شناختی - رفتاری، کودکان، اختلال بیش فعالی (ADHD)

فهرست مطالب

صفحه	عنوان
	فصل اول : کلیات پژوهش
۲	۱-۱- مقدمه
۵	۲-۱- بیان مسئله.....
۹	۳-۱- اهداف پژوهش.....
۹	۴-۱- اهمیت و ضرورت پژوهش.....
۱۲	۵-۱- فرضیه های پژوهش.....
۱۲	۶-۱- تعریف مفاهیم.....
۱۳	۷-۱- متغیرهای پژوهش.....
	فصل دوم : مبانی نظری پژوهش
۱۵	۱-۱- نکات کلی درباره ی اختلال بیش فعالی (ADHD).....
۱۶	۲-۲- همه گیر شناسی.....
۱۷	۳-۲- ویژگی های بالینی.....
۱۸	۴-۲- توصیف نشانه های اصلی بیش فعالی (ADHD).....
۱۸	۱-۴-۲- بی توجهی.....
۱۸	۲-۴-۲- فزون کنشی.....
۱۹	۳-۴-۲- برانگیختگی.....
۲۰	۵-۲- مشکلات توام با بیش فعالی (ADHD).....
۲۰	۱-۵-۲- شکست تحصیلی.....
۲۰	۲-۵-۲- ترد شدگی توسط همسالان.....
۲۱	۳-۵-۲- تضاد ورزی و اختلال رفتار ارتباطی.....
۲۲	۶-۲- شکل گیری بیش فعالی (ADHD) در خلال رشد.....
۲۲	۱-۶-۲- نوزادی و خردسالی.....
۲۲	۲-۶-۲- کودکان پیش دبستانی.....
۲۲	۳-۶-۲- کودکان دبستانی.....
۲۳	۴-۶-۲- نوجوانی.....
۲۵	۵-۶-۲- بزرگسالی.....
۲۶	۷-۲- توصیف ضوابط تشخیصی اختلال بیش فعالی (ADHD).....
۲۷	۸-۲- توصیف ضوابط تشخیصی اختلال بیش فعالی (ADHD) بر اساس DSM –IV-TR ...
۲۹	۹-۲- سبب شناسی اختلال بیش فعالی (ADHD).....
۲۹	۱-۹-۲- چهارچوب خانوادگی.....

۳۰	..... 2-9-2- علل روان شناختی.....
۳۰	..... 3-9-2- نظریه ی سازوکار برانگیختگی.....
۳۱	..... 4-9-2- نظریه ی الگوی کارکردهای هماهنگ ساز.....
۳۷	..... 5-9-2- عوامل روانی و اجتماعی.....
۳۷	..... 6-9-2- عوامل زیست شناختی.....
۴۰	..... 7-9-2- تاثیر مواد سمی و غذایی.....
۴۰	..... 8-9-2- نظریه ی سبب شناسی تعاملی.....
۴۱	..... 10-2- مداخلات درمانی.....
۴۱	..... 1-10-2- مداخله در سطح خانواده.....
۴۳	..... 2-10-2- مداخله در سطح مدرسه.....
۴۳	..... ۱- شیوه ی مدیریت رفتار.....
۵۱	..... ۲- رویکرد چند بعدی.....
۶۱	..... ۳- اصول و اقدامات اساسی در کلاس درس در رابطه با کودکان ADHD.....
۷۴	..... 3-10-2- درمانهای روانی و اجتماعی.....
۷۴	..... 4-10-2- درمان شناختی - رفتاری.....
۷۵	..... ۱- آموزش فنون آرامش.....
۷۶	..... ۲- حرکات ریتمیک و موسیقایی.....
۷۷	..... ۳- بازسازی شناختی.....
۷۷	..... ۴- نقش گذاری.....
۷۸	..... ۵- الگو سازی.....
۷۹	..... ۶- حل مسئله.....
۸۱	..... ۷- برنامه ی خوددستوری کلامی (خود آموزی).....
۸۴	..... ۸- راهبردهای مدیریت خود.....
۸۵	..... ۹- نظارت خود / خود بازبینی.....
۸۵	..... ۱۰- تقویت - خود.....
۸۶	..... ۱۱- راهبردهای آموزشی مؤثر.....
۸۷	..... ۱۲- آموزش قواعد و انتظارات کلاسی.....
۸۸	..... ۱۳- مدیریت آموزشی و درمانی در ابعاد مهارتی پایه.....
۸۸	..... الف- فرایندهای آموزشی پایه.....
۸۹	..... ب- مهارت های خواندن.....
۹۰	..... ج- مهارت های مطالعه و سازماندهی.....
۹۱	..... ۱ - آموزش توسط همسالان.....
۹۲	..... ۲ - آموزش با کمک کامپیوتر.....
۹۳	..... ۳ - پیدا نمودن اشکال و اعداد و رمزگذاری در حداقل زمان.....
۹۴	..... ۴ - آموزش مهارت های اجتماعی.....
۹۶	..... ۱ - اصلاحات تکلیفی و آموزشی.....

۹۶	.....الف- اصلاحات تکلیفی - TM
۹۶	.....ب- اصلاحات آموزشی - ST
۹۷	.....۱ - راهبرد آموزشی.....
۹۷	.....۲ - مداخله در سطح رابطه با همسال.....
۹۸	.....5-10-2- دارو درمانی.....
۹۹	.....۱- اثر دارو بر عملکرد شناختی و پیشرفت تحصیلی.....
۱۰۰	.....۲ - اثر دارو بر عملکرد اجتماعی.....
۱۰۰	.....۳ - دیگر اثرهای بهبود بخش.....
۱۰۱	.....۴ - زیان های دارو درمانی.....
۱۰۲	.....6-10-2- درمان با استفاده از غذا.....
۱۰۲	.....۱- اسیدهای چرب ضروری.....
۱۰۲	.....۲ -ویتامین B6.....
۱۰۲	.....۳ - آهن.....
۱۰۲	.....۴ - منیزیم.....
۱۰۲	.....۵ - روی.....
۱۰۳	.....7-10-2- درمان چند الگویی.....
۱۰۴	.....11-2- پیشینه پژوهش.....

فصل سوم : روش اجرای پژوهش

۱۰۹	.....1-3- جامعه ی آماری.....
	.....2-3- حجم نمونه.....
	.....۱۰۹
۱۰۹	.....3-3- روش نمونه گیری.....
۱۰۹	.....4-3- ابراز گردآوری داده ها.....
۱۰۹	.....1-3-4- مقیاس درجه بندی کانرز.....
۱۰۹	.....۱- مقیاس درجه بندی کانرز برای والدین.....
۱۱۰	.....۲-مقیاس درجه بندی کانرز برای معلمان.....
۱۱۰	.....2-3-4- پرسشنامه علائم مرضی کودکان (CSI-4) ، (فرم والدین و معلمان).....
۱۱۱	.....3-5- شیوه ی مداخله.....
۱۱۵	.....3-6- طرح تحقیق.....
۱۱۵	.....3-7- روش تجزیه و تحلیل داده ها.....

فصل چهارم : تجزیه و تحلیل داده های کمی

۱۱۷	.....4-1- تحلیل توصیفی داده ها.....
۱۲۰	.....4-2- تحلیل استنباطی داده ها.....

فصل پنجم : بحث و نتیجه گیری

۱۲۴	.....1-5- بحث پیرامون فرضیه های پژوهش.....
۱۲۴	.....1-1-5- فرضیه ی اول.....
۱۲۵	.....2-1-5- فرضیه ی دوم.....
۱۲۶	.....2-5- برآورد و نتایج کلی پژوهش.....
۱۲۸	.....3-5- محدودیت های پژوهش.....
۱۲۹	.....4-5- پیشنهادهای پژوهشی.....
۱۳۰	.....5-5- پیشنهادهای کاربردی مبتنی بر یافته های پژوهش.....
۱۳۲	..... پیوست
۱۳۹	..... فهرست مطالب

فهرست جدول ها

صفحه	عنوان
۴۵	جدول ۱-۲- خطوط و نکات راهنما برای طرح ریزی، اجرا و ارزیابی مداخله های مربوط به مشکلات یادگیری و رفتاری.....
۷۲	جدول ۲-۲- بعضی از شیوه های قالب بندی مثبت و منفی ویژگی های بیش فعالی (ADHD) مبتنی بر پیشنهاد هارتمن، (۱۹۹۳).....
۷۳	جدول ۳-۲- قالب بندی های مثبت جدید برای مشکلات شایع در کلاس.....
۱۱۶	جدول ۱-۴- شاخصهای توصیفی در نمره های پیش آزمون، پس آزمون و پی گیری در کل نمونه جدول ۲-۴- شاخص های توصیفی در نمره های پیش آزمون، پس آزمون و پی گیری در فرم
۱۱۶	معلمان CSI-4 گروه آزمایشی..... جدول ۳-۴- شاخص های توصیفی در نمره های پیش آزمون، پس آزمون و پی گیری در فرم
۱۱۷	معلمان CSI-4 گروه کنترل..... جدول ۴-۴- شاخص های توصیفی در نمره های پیش آزمون، پس آزمون و پی گیری در فرم
۱۱۷	والدین CSI-4 گروه آزمایشی..... جدول ۵-۴- شاخص های توصیفی در نمره های پیش آزمون، پس آزمون و پی گیری در فرم
۱۱۸	والدین CSI-4 گروه کنترل.....
۱۱۹	جدول ۶-۴- تحلیل کواریانس برای فرم معلمان CSI-4.....
۱۱۹	جدول ۷-۴- تحلیل کواریانس برای فرم والدین CSI-4.....
۱۲۰	جدول ۸-۴- آزمون اوابسته برای فرم معلمان CSI-4 در پی گیری بعدی.....
۱۲۰	جدول ۹-۴- آزمون اوابسته برای فرم والدین CSI-4 در پی گیری بعدی.....

فهرست شکل ها

صفحه	عنوان
۳۶	شکل ۱-۲- طرح کلی رابطه بازداری رفتاری یا کارکرد های هماهنگ ساز.....

فصل اول

کلیات پژوهش

1-1 مقدمه

اختلال بیش‌فعالی^۱ (ADHD) یکی از شایعترین اختلال‌های دوران کودکی است. بر طبق راهنمای تشخیصی و آماری انجمن روان پزشکی آمریکا^۲، شیوع این اختلال ۳ تا ۷ درصد در کودکان برآورد شده است. فراوانی این اختلال در پسران نسبت به دختران بیشتر و در دامنه‌ای از ۲- تا ۱۱- تا ۱۹- گزارش شده است (APA^۳، ۲۰۰۰، بارکلی^۴، ۲۰۰۶). اختلال ADHD از طریق سه نشانه اولیه شامل نارسایی توجه^۵، فزون‌کنشی^۶ و تکانش‌گری^۷ مشخص می‌شود، هر چند که در سال‌های اخیر با استفاده از نتایج پژوهش‌های تحلیل‌عاملی این سه نشانه در قالب دو بعد رفتاری مجزا شامل بعد نارسایی توجه و بعد فزون‌کنشی / تکانشگری (بازداری زدایی) نشان داده شده است (بارکلی، ۲۰۰۶). با توجه به این دو بعد، در چهارمین راهنمای تشخیصی و آماری انجمن روان پزشکی آمریکا سه زیرریخت متفاوت برای این اختلال در نظر گرفته شده است: زیرریخت نارسایی توجه (ADHD-I)^۸، زیرریخت غلبه با فزون‌کنشی / تکانشگری (ADHD-H)^۹ و زیرریخت ترکیبی (ADHD-C)^{۱۰}. نشانه‌های رفتاری این اختلال نسبتاً در اوایل دوران کودکی - عموماً قبل از ۷ سالگی بروز کرده و در طول تحول نسبتاً پایدارند. اختلال ADHD با مشکلات زیاد در زمینه‌های مختلف آموزشی از جمله عملکرد ضعیف تحصیلی، تکرار پایه، ترک مدرسه، روابط خانوادگی و دوستانه ضعیف، اضطراب، افسردگی، پرخاشگری، تخلف، سوء مصرف مواد در سنین پایین و قانون شکنی زیاد همراه است. به علاوه، این اختلال احتمال همراه شدن با سایر اختلالات نظیر پرخاشگری در نوجوانی و یا اختلال لجبازی و نافرمانی را در بر می‌گیرد. (دیویدس^{۱۱}، ۲۰۰۵). در مان دارویی این اختلال شامل محرک‌های سیستم اعصاب مرکزی می‌باشد. اما مصرف دارو به تنهایی به ندرت می‌تواند نیازهای درمانی کودکان مبتلا به این اختلال را برآورده کند و لازم است مداخلات روان‌شناختی نیز به کار گرفته شود. (مایکل^{۱۲}، ۲۰۰۱، داگرا، ۱۹۹۴). برای درمان ADHD باید به علایم، بیماریهای همراه و نقاط ضعف و قوت فرد، خانواده، مدرسه و اجتماع او دقت نماییم (ستر فیلد و همکاران، ۱۹۸۷). درمان‌های دارویی

-
- 1-Attention Deficit Hyperactivity Disorder(ADHD)
 - 2-Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders(DSM)
 - 3-Barkley,R.A-
 - 4-American Psychiatric Association(APA)
 - 5-Inattention
 - 6-Impulsivness
 - 7-Hyperactivity
 - 8-ADHD predominantly inattentive subtype(ADHD-I)
 - 9-ADHD predominantly hyperactive/impulsive subtype(ADHD-H) -
 - 10- ADHD combined subtype(ADHD-C)
 - 11-Davids,E
 - 12-Michael ,S

و روان شناختی به صورت جداگانه و ترکیبی به طور قابل توجهی مورد استفاده قرار گرفته اند و از تلاش همزمان والدین، روان پزشکان، روانشناسان و معلمان استفاده شده است (نالان، ۲۰۰۱، گراهام، ۱۹۸۹).

مهمترین شیوه تثبیت شده درمان ADHD، درمان شناختی- رفتاری^۱ (CBT) می باشد. هدف نهایی درمان ADHD، توانا ساختن کودکانی است که بتوانند بر مشکلاتی که در طول زندگی با آن مواجه می شوند، فایز آیند. این را نمی توان با دارودرمانی یا وادار کردن کودکان به رعایت قواعد به دست آورد، بلکه تنها راه به انجام رساندن آن، آموزش راه کارهایی در مورد شیوه برخورد با مردم و وظایفی است که در نحوه عملکرد روزانه کودک مفید است.

به نظر کندال^۲ و هافمن^۳ (۱۹۹۸ به نقل از آیزنک، ۲۰۰۰) مفروضه های زیربنایی درمان شناختی - رفتاری عبارتند از:

۱- بیماران بیشتر بر اساس تفاسیر خود از دنیای اطراف به محرک ها پاسخ می دهند تا بر اساس واقعیت.

۲- تفکرات، رفتارها و احساسات دارای ارتباطی درونی هستند و بر یکدیگر تاثیر می گذارند، بنابراین تنها توجه به یکی از این فرایندها برای مثال "رفتار"، درمانگر را به نتیجه گیری غلت جهت می دهد.

۳- به منظور مداخلات درمانی موفق، درمانگر باید نحوه فکر کردن مراجع را در مورد خود و جهان تغییر دهد.

۴- در این شیوه درمانی، درمانگر سعی می کند تا هم در فرایندهای شناختی مراجع تغییر ایجاد کند و هم در رفتارهای مراجع.

در دهه های اخیر، عده فزاینده ای از متخصصان بهداشت روانی برای درمان اختلال های روان شناختی، رویکرد شناختی- رفتاری را مورد استفاده قرار داده اند. ویژگی متمایز این رویکرد، تاکید همزمانی است که بر نقش فرایندهای شناختی در شکل گیری رفتارهای ناسازگار نموده و تاییدی است که از کاربرد مداخله های رفتار گرایانه و شناختی به عمل می آورد، مداخله هایی که به طور تجربی و آزمایشی به دست آمده اند. درباره هر مشکل یک رویکرد شناختی- رفتاری برای معین کردن اهداف مورد نظر جهت اعمال مداخله به کار گرفته شده است. البته مداخله های توصیه شده در مورد هر هدف صرفا به عنوان نقطه شروع درمان محسوب می شوند و نه به عنوان تنها مداخله های ممکن درباره آن، لازم است تا مداخله های مورد استفاده دایما مورد بررسی قرار بگیرند تا با ویژگی های درمانجو و مشکل خاص او متناسب شوند. بنابراین، ضرورت دارد تا به طور پیوسته

1-Cognitive -Behavioral Therapy

2-Kendall,P.C

3-Hafman

راهبرد های شناختی- رفتاری تازه ای تدوین شوند. (خدایاری فرد ، ۱۳۸۳). درمان شناختی- رفتاری (CBT) دیدگاهی تعاملی ارائه می دهد و ترکیب سود مندی از مکتب های درمان شناختی و رفتاری ایجاد می کند ، تعامل عواطف ، رفتار ، عوامل اجتماعی ، شناخت و تاثیرهای محیطی در یک رویکرد درمانی جامع مورد بررسی قرار می گیرند . لذا درمان شناختی- رفتاری هم با نظریه های پردازش اطلاعات و هم نظریه های یادگیری اجتماعی همخوان است(کندال و بیکن^۱ ، ۱۹۹۸). با توجه به آسیب شناسی روانی و درمان آن ، رویکرد شناختی- رفتاری مسایل روان شناختی را اساسا بر گرفته از زمینه های شناختی و رفتاری می داند . عوامل رفتاری که مورد نظر قرار می دهد، شامل تجربیات محیطی درون خانواده و بیرون از خانواده کودک است(سوتم -گرو^۲، چو^۳، مارز^۴ و کندال ، ۱۹۹۷). بدین صورت که این وقایع ، برای یافتن شواهدی مبنی بر محدودیت امکانات یادگیری یا تجربیات بالقوه آسیب زا مورد بررسی قرار می گیرند . در زمینه عوامل شناختی ، بر بدکارکردی شناختی تاکید می کند و بین تحریف های شناختی و نارسایی شناختی تمایز قائل می شود (کندال و مک دونالد^۵، ۱۹۹۳). بدین گونه که کودکان یا اطلاعات را به گونه ای تحریف شده پردازش می کنند ، یا توانایی پردازش شناختی آنها به نحوی دچار نقص و نارسایی است و لذا به اعمالی می انجامد که دچار خطا می شوند. این بدکارکردی پردازش شناختی به طرز گوناگونی با برخی از اختلالات کودک کی مرتبط است. در رویکرد شناختی- رفتاری تاکید زیادی می شود که مفاهیم به طور عملیاتی بیان شوند و اعتبار یابی درمان به طور تجربی صورت پذیرد. قسمت اعظم درمان ، بر اساس رویکرد "این جا واینک" صورت می گیرد و فرض بر آن است که هدف عمده درمان ، عبارت است از کمک به بیمار به نحوی که بتواند تغییراتی مطلوب در زندگی خود پدید آورد. بنابر این تاکید در درمان ، متوجه فراهم آوردن فرصتی برای یادگیری های انطباقی جدید، و نیز ایجاد تغییراتی در فضای بیرون از حیطه بالینی می شود.

پژوهش های زیادی درباره اثر بخشی درمان شناختی- رفتاری بر کاهش علائم کودکان مبتلا به اختلال بیش فعالی (ADHD) انجام شده است ، که تقریبا همه این پژوهش ها تایید کننده تاثیر این درمان بوده اند و اثربخشی این نوع مداخله را در درازمدت در مبتلایان ADHD نشان داده اند. بدین ترتیب باید مداخله شناختی- رفتاری به عنوان درمان انتخابی ADHD مورد استفاده قرار گیرد و با توجه به اینکه حجم تحقیقات اصولی در مداخلات روانشناختی بسیار کم است و کاربرد این مداخلات در حیطه درمان این اختلال نسبت به درمان های دارویی مورد بی توجهی قرار می گیرد ، لازم به نظر می رسد که به این مسئله توجه شود.

1-Bacon
2-Southam –Gerow
3-Chu
4-Marrs
5-MacDonald

1-2 بیان مسئله

در سالهای اخیر درمان شناختی- رفتاری در مورد مشکلاتی چون تکانشی بودن، بیش‌فعالی، اضطراب، افسردگی و اختلالات سلوک زیاد به کار رفته است. ایده اصلی در این نوع درمان، بهبود حل مسئله و بالا بردن توانایی برنامه ریزی و به تاخیر انداختن کامیابی است. با سنجش‌های شخصی و اظهار نظر در مورد خود، به کودکان یاد داده می‌شود روی رفتارهای مشکل ساز و ناراحتی‌های شان کنترل عقلانی پیدا کنند. ابزار این کار نیز تغییر دادن شناخت‌ها و هدف‌نهایی آن ایجاد یک الگوی مقابله‌ای جدید و سازگارانه‌تر است (کندال^۱، ۱۹۹۳). در شیوه‌های درمانی شناختی- رفتاری، علاوه بر رفتار، اندیشه‌ها و انتظارات فرد نیز در مدار توجه درمان قرار می‌گیرد. زیرا تفکرات فرد در هر موقعیت بر پاسخ‌های هیجانی او تاثیر می‌گذارد. سه فرض مهم رویکرد‌های شناختی- رفتاری به روان‌دروانگری که از طریق دهه‌های گذشته، تایید شده است عبارتند از: (۱) اینکه شناخت‌ها بر رفتارها اثر می‌گذرانند و آنها را تشدید یا تعدیل می‌کنند، (۲) بین برانگیختگی عاطفی و شناخت‌های شخصی رابطه وجود دارد، بنا براین روش‌های ارزیابی و طبقه‌بندی هر موقعیت بر خواسته از انتظارات شخص و فرض‌هایش بوده و بر واکنش‌های هیجانی شخص نسبت به آنها تاثیر می‌گذارد، و (۳) بعضی الگوهای شناخت‌های ناسازگار موجب اختلالات روان‌شناختی می‌شود (بندورا^۲، ۱۹۷۷، بک^۳، ۱۹۷۶، الیس^۴، ۱۹۷۷، ۱۹۶۲، الیس و گرایگر^۵، ۱۹۷۷، گلد فرید^۶ و داوید سون^۷، ۱۹۷۶، گلد فراید و گلد فراید، ۱۹۸۰، کندال و هولون^۸، ۱۹۷۹، مایکن بام^۹، ۱۹۷۷). در دهه‌های اخیر درمان شناختی- رفتاری بر مداخلات مداخلات خود در مورد مشکلات دوران کودکی و نوجوانی افزوده است.

هدف اصلی استفاده از درمان شناختی- رفتاری این است که به کودک در ساخت یک الگوی مقابله‌ای کمک شود (کندال، ۱۹۹۴). این کار از راه پرورش یک ساختار شناختی جدید یا تغییر ساختار شناختی موجود و به هدف پردازش اطلاعات در مورد جهان صورت می‌گیرد. یک جنبه مهم این اقدام با وادار کردن کودک به مطالعه افکار خود و تمرین روش‌های جدید تفکر با مشارکت درمانگر انجام می‌شود. این کار به درمانگر فرصت می‌دهد که کودک را در تغییر دیدگاه‌های خود درباره تجارب گذشته و انتظارات خود درباره رویدادهای آینده یاری دهد. دستیابی به این هدف مستلزم استفاده از راهکارها و فنون درمانی مختلفی مانند: (الف) آموزش عاطفی (ب) آرمش، (ج) حل مسائل اجتماعی، (د) بازسازی شناختی/ بازآموزی اسنادی

1-Kendall,P.C

2-Bandura

3-Beck

4-Ellis,A

5-Graiuker

6-Goldfried,M

7-Davison

8-Hollon

9-Meichenbaum,D

(پ) تقویت مشروط، (ه) الگوسازی، (و) ایفای نقش است (سوتام^۱ و گرو^۲، ۱۹۹۷). این فنون متناسب با ویژگی ها و مشکلات مراجع انتخاب می شود. در مورد کودکان مبتلا به اختلال بیش فعالی (ADHD)، روش های شناختی - رفتاری به نظر می رسد که تغییری پابرجا در رفتار این کودکان در اوضاع اجتماعی و آموزشگاهی داشته باشد. ADHD بیانگر یکی از شایعترین دلایل برای ارجاع کودکان به روان شناسان مدرسه ای و بالینی است. این اختلال عملکرد مناسب اجتماعی، تحصیلی یا غیر درسی کودک را مختل می کند. (کاپلان^۳ کند). (کاپلان^۳ و سادوک^۴، ۲۰۰۵) مشکل اصلی این کودکان ناتوانی در تنظیم رفتار است، آنها اغلب نمی توانند رفتار مناسبی که لحظه به لحظه با شرایط محیط هماهنگ باشد، داشته باشند و نیز نمی توانند پیامدهای رفتارشان را ارزیابی کنند و برای پیروی از قوانین، توجه بیشتری لازم دارند (بارکلی^۵، ۱۹۹۴). رفتار مبتلایان به ADHD بر عملکرد آنان در خانواده، مدرسه و اجتماع اثر منفی می گذارد و واکنش منفی اطرافیان را بر می انگیزد. عوارض بیماری باعث کاهش اعتماد به نفس، احساس بی کفایتی و احساس ناخشنودی در آنان می شود. تحقیقات متعددی در زمینه بررسی تاثیر شناخت- رفتار درمانگری در مورد کودکان مبتلا به اختلال بیش فعالی (ADHD) انجام شده اند. این شیوه درمانگری، فرایندهای پردازش شناخت مانند حل مسئله، فنون تنش زدایی و راهبرد های دیگری را که می توانند به تغییر رفتار منجر شوند در بر می گیرد و عقیده فرد نسبت به رفتار هایش را بسیار مهم می داند (ربر^۶، ۱۹۸۵). جانسون^۷ (۲۰۰۹) در پژوهشی بر روی کودکان مبتلا به ADHD ADHD نشان داد که مداخلات شناختی - رفتاری در بهبود این کودکان تاثیرات چشمگیری دارد. بلین^۸ (۲۰۰۰) در رساله دکترای خود اثربخشی بازی درمانی شناختی- رفتاری را در حل مشکلات کودکان ADHD بررسی نمود. وی با اجرای بازی درمانی بر روی مبتلایان به ADHD در یک دوره ۷ ماهه آن را موثر ارزیابی کرد.

میماگا^۹ و همکاران (۲۰۱۱)، در پژوهشی که به مدت ۱۲ ماه پی گیری شد، به این نتیجه رسیدند که مداخله شناختی- رفتاری همراه با دارودرمانی تاثیر دراز مدتی در کاهش علایم ADHD دارد. میراندا^{۱۰} و همکاران (۲۰۰۰)، در تحقیقی به این نتیجه رسیدند که مداخلات شناختی- رفتاری در کاهش پرخاشگری کودکان مبتلا به ADHD موثر است. مطالعات محققان دانشگاه فرایبورگ آلمان (۲۰۰۹)، نشان داده است که مداخلات شناختی - رفتاری بر رفع علائم ADHD تاثیرات قابل توجهی دارد. مطالعات سفرن^{۱۱} و همکاران

1-Southam
2-Gerow
3-Kaplan
4-Sadock
5-Barkley,R.A.
6-Reber,A.S.
7-Johnson,W.F.
8-Blinn,EL
9-Mimiaga ,M.J.
10-Miranda.A
11-Safren .S

(۲۰۱۱، ۲۰۱۰، ۲۰۰۴) با استفاده از تکنیک های درمانی شناختی-رفتاری همراه با دارودرمانی که شامل آموزش مهارت هایی در زمینه هایی مانند سازماندهی، و ایجاد افکار سازگاران در پاسخ به موقعیت های استرس آور، آرامش دهی با حمایت آموزشی و فنون دیگر بود، نشان داد که درمان شناختی-رفتاری بر مبتلایان به ADHD تاثیرات مفید و سودمندی دارد. همچنین مطالعات جانسون (۱۹۸۷)، لئون، آلبیون (۱۹۸۲)، گراهام (۱۹۸۳) و کوزویوک (۱۹۸۲) حاکی از آن است که به کار گیری تکنیک خود تعلیمی کلامی در بهبود عملکرد تحصیلی دانش آموزان ADHD تاثیر مثبت دارد. بر این اساس، چنین به نظر می رسد که به کار گیری شیوه های آموزشی و درمان شناختی-رفتاری بتواند برای این کودکان سودمند باشد. جنتیان و همکاران (۱۳۸۷)، در پژوهشی به این نتیجه رسیدند که بازی درمانی رفتاری - شناختی باعث کاهش معنی دار شدت علائم بیش فعالی همراه با کمبود توجه، بیش فعالی، کمبود توجه و افزایش معنی دار زمان پاسخ دهی می شود. مطالعات نوروز قلعه (۱۳۷۸)، نشان داد که مداخلات روانی - تربیتی، که رفتار درمانی شناختی شامل یکی از راهبردهای مداخله بود، در مقایسه با دارودرمانی در بهبود بخشی کودکان ADHD به طور معنی داری کارآمدتر بود. مرادی و همکاران (۱۳۸۷)، در تحقیقی نشان دادند که آموزش راهبردهای خود تنظیمی رفتارهای انگیزشی و خود تنظیمی کلامی اثرات معنادار مثبت بر ادراکات خود کارآمدی دانش آموزان مبتلا به نقص توجه با بیش فعالی دارد و آموزش راهبردهای خود تنظیمی رفتارهای توجهی، اثرات معنادار مثبت بر عملکرد ریاضی دانش آموزان ADHD دارد.

شیرازی و علاقبند راد (۱۳۷۹)، در پژوهشی که با استفاده از مطالعات قبلی و با توجه به عوامل فرهنگی از سال ۱۳۷۷ شروع شد، و توسط بخش فوق تخصصی روان پزشکی کودک و نوجوان بیمارستان روزبه تدوین و اجرا شد. در این پژوهش بررسی های اولیه، نشان دهنده موفقیت درمان شناختی-رفتاری بود. هدف نهایی درمان ADHD، توانا ساختن کودکان است که بتوانند به مشکلاتی که در طول زندگی با آنها مواجه می شوند، فایق آیند. این هدف را نمی توان با دارو درمانی یا وادار کردن کودکان به رعایت قواعد به دست آورد، بلکه تنها راه به انجام رساندن آن، آموزش راه کارهایی در مورد شیوه برخورد با مردم و وظایفی است که در نحوه عملکرد روزانه کودک مفید است. اکثر درمان های CBT را می توان با آموزش، درنگ کن-فکر کن-عمل کن، توصیف کرد. این شیوه درمانی به طور معمول توسط درمان گران با بازی درمانی انجام می شود (گراهام، ۱۹۹۸). ماهیت ناآرام کودکان مبتلا به اختلال ADHD مستلزم جلساتی است که کمتر جنبه آموزشی داشته و بیشتر عمل مدار باشد، و در آنها مهارت ها به نوبت سر مشق دهی و تمرین گردند (مایکن بام و گودمن، ۱۹۷۱، سوتام، گرو و همکاران، ۱۹۹۷).