

بِسْمِ اللّٰهِ الرَّحْمٰنِ الرَّحِیْمِ



۹۴۲۱۰۵۴

دانشگاه شهید چمران اهواز  
دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی

گروه روان شناسی

پایان نامه جهت اخذ درجه دکتری روانشناسی

عنوان پایان نامه

اثربخشی درمان گروهی شناختی-رفتاری توأم با مدیریت رفتار مادر بر افسردگی مادران و  
علائم نارسایی توجه-بیش‌فعالی کودکان ۱۰-۷ سال شهرستان بهبهان

اساتید راهنما

دکتر یداله زرگر

دکتر عبدالزهره نعیمی

اساتید مشاور

دکتر ایران داودی

دکتر سودابه بساک نژاد

پژوهشگر

لیلا بخشی سورشجانی

خرداد ماه ۱۳۹۴

خداوند حضور تو آرام می‌گیریم،

واژه‌ها توان بیان ندارند زمانی که وسعت مهربانی‌ها بی پایان می‌شود

اما چاره‌ای نیست جز اینکه حجم سپاس را در کنجایش محدود واژه‌ها بکنج‌انم، باشد که با این نوشتار ذره‌ای از بیکران

احساسم را بیان کنم....

تقدیم به پدر و مادر عزیزم که آرزوی دیدن این روز را داشتند و

به همسر عزیزم حمید، خوشمندی و

به امیر محمد و نگار دوست داشتنی‌ام.

تقدیر

از اساتید گران قدر راهنما جناب آقای دکتریداله زرگر، جناب آقای دکتر عبدالزهرانعامی، و اساتید محترم  
مشاور سرکار خانم دکتر ایران داودی و سرکار خانم دکتر سودابه بساک نژاد به دلیل راهنمایی‌های ارزشمندشان  
کمال تشکر و قدردانی را دارم، و بر خود لازم می‌دانم از اساتید محترم خود، سرکار خانم دکتر مهناز مهربانی زاده  
هنرمند، سرکار خانم دکتر نیجه شهنی سیلاق، جناب آقای دکتر عبدالکاظم نبی، سرکار خانم دکتر نجمه حمید  
، سرکار خانم دکتر نسیرین ارشدی، و جناب آقای دکتر کیومرث بشلیده کمال تشکر و قدردانی را بنمایم، و از  
اداره آموزش و پرورش شهرستان بهمان، سرکار خانم آذرخیز و جناب آقای احسانی فر، مدیریت مدارس شهید  
بلادی و صدیقات نهایت تشکر را دارم، همچنین از مسئولان و کارکنان کتابخانه و آموزش دانسکده روان‌شناسی  
صمیمانه تشکر می‌کنم و برای آمان آرزوی موفقیت در تمامی مراحل زندگی‌شان را، از خداوند بزرگ خواستارم.

نام خانوادگی: بخشی سورشجانی	نام: لیلا
عنوان: اثربخشی درمان گروهی شناختی-رفتاری توأم با مدیریت رفتار مادر بر افسردگی مادران و علائم نارسایی توجه-بیش فعالی کودکان ۱۰-۷ سال شهرستان بهبهان	
اساتید راهنما: دکتر یدالله زرگر، دکتر عبدالزهره نعمی اساتید مشاور: دکتر ایران داوودی، دکتر سودابه بساک نژاد	
درجه تحصیلی: دکتری	رشته: روان شناسی
دانشگاه محل تحصیل: شهید چمران اهواز	دانشکده: علوم تربیتی و روان شناسی
تاریخ فارغ التحصیلی: ۹۴/۰۳/۱۶	تعداد صفحه: ۱۴۵
کلید واژه ها: درمان شناختی-رفتاری، آموزش مدیریت رفتار مادر، افسردگی مادر، اختلال نارسایی توجه-بیش فعالی	
<p>هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان شناختی-رفتاری توأم با مدیریت رفتار مادران در کاهش افسردگی مادران و علائم نارسایی توجه-بیش فعالی کودکان ۱۰-۷ سال است. جامعه آماری شامل مادران افسرده کودکان ۱۰-۷ سال مبتلا به اختلال نارسایی توجه-بیش فعال است. شرکت کنندگان پژوهش ۲۴ نفر از مادران مبتلا به افسردگی هستند که کودکان آنان مبتلا به اختلال نارسایی توجه-بیش فعالی می باشند. این نمونه با روش تصادفی چند مرحله ای انتخاب و در گروه آزمایش و گروه گواه گمارده شدند. ابزارهای پژوهش شامل پرسشنامه افسردگی بک، پرسشنامه کانرز والدین و مصاحبه تشخیصی و مشاهده طبیعی رفتار کودک بودند. گروه آزمایش ۱۸ جلسه مداخله گروهی دریافت کردند. نتایج مانکوا در پس آزمون نشان داد، میانگین نمره افسردگی مادران گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل کاهش یافته ولی میانگین نمره های علائم اختلال نارسایی توجه-بیش فعالی کودکان کاهش معنی داری نداشته است. علاوه بر آن، میانگین نمره های افسردگی و علائم اختلال نارسایی توجه-بیش فعالی در پی گیری در مقایسه با گروه کنترل کاهش معنی دار نشان داده است.</p>	

## فهرست مطالب

صفحه	عنوان
۲	مقدمه
۵	بیان مساله
۸	اهمیت مسئله پژوهش
۱۱	هدف پژوهش
۱۲	سؤال‌های پژوهش
۱۲	فرضیه‌های پژوهش
۱۳	تعاریف مفهومی و عملیاتی متغیرها
۱۳	تعریف مفهومی درمان شناختی- رفتاری توأم با آموزش مدیریت رفتار مادر
۱۳	تعریف عملیاتی درمان شناختی- رفتاری توأم با آموزش مدیریت مادر
۱۳	تعریف مفهومی افسردگی
۱۴	تعریف عملیاتی افسردگی
۱۴	تعریف مفهومی نارسایی توجه- بیش فعالی
۱۴	تعریف عملیاتی نارسایی توجه- بیش فعالی

## فصل دوم: پیشینه پژوهش

- مقدمه..... ۱۶
- اختلال نارسایی توجه - بیش فعالی..... ۱۶
- تعریف اختلال نارسایی توجه - بیش فعالی..... ۱۷
- شیوع اختلال نارسایی توجه - بیش فعالی..... ۱۸
- شرح و سیر رشدی..... ۱۹
- توصیف ویژگی های بالینی..... ۲۲
- انواع فرعی اختلال نارسایی توجه - بیش فعالی..... ۲۳
- الف- نوع بیش فعالی- بی فکری..... ۲۴
- ب- نوع بی توجهی غالب..... ۲۴
- ج - نوع مرکب..... ۲۴
- تشخیص افتراقی اختلال نارسایی توجه- بیش فعالی..... ۲۵
- ملاحظه های جنسیتی در اختلال نارسایی توجه- بیش فعالی..... ۲۵
- فرهنگ و قومیت..... ۲۶
- مشکلات دیگر در کودکان با نارسایی توجه- بیش فعالی..... ۲۷
- ناتوانی های یادگیری..... ۲۷
- مشکلات اجتماعی..... ۲۷
- مشکلات شناختی..... ۲۸

۲۹.....	مشکلات هیجانی.....
۲۸.....	مشکلات حرکتی.....
۳۱.....	سبب شناسی.....
۳۱.....	عوامل زیست شناختی.....
۳۱.....	ویژگی های خانوادگی.....
۳۳.....	علل روان شناختی: تعامل طبیعت - تربیت.....
۳۴.....	تأثیر مواد سمی و غذایی.....
۳۴.....	تئوری های مربوط به نارسایی توجه - بیش فعالی.....
۳۵.....	نقص در انگیزش.....
۳۵.....	نقص در سطح برانگیختگی.....
۳۶.....	نقص در خودگردانی.....
۳۷.....	نقص در بازداری رفتار.....
۳۹.....	تشخیص.....
۴۰.....	راهبردهای درمانی.....
۴۱.....	دارو درمانی.....
۴۲.....	رفتار درمانی.....
۴۳.....	درمان رفتاری - شناختی.....
۴۴.....	خود نظارتی.....



- ۴۴..... برنامه های درمانی مبتنی بر آموزش مدیریت والدین
- ۴۶..... ویژگی های کلی برنامه های درمانی مبتنی بر آموزش والدین
- ۴۸..... اهداف برنامه آموزش والدین بارکلی
- ۴۹..... مراحل برنامه آموزش والدین بارکلی
- ۵۰..... تعریف افسردگی
- ۵۱..... توصیف ویژگیهای بالینی
- ۵۲..... علائم هیجانی و انگیزشی
- ۵۲..... علائم شناختی
- ۵۲..... علائم رفتاری
- ۵۲..... علائم فیزیولوژیک
- ۵۳..... شیوع و سیر افسردگی
- ۵۴..... علل اختلال افسردگی
- ۵۵..... عوامل ژنتیک
- ۵۵..... عوامل عصب شیمیایی
- ۵۵..... نابهنجاری های مغزی و افسردگی
- ۵۶..... نظریه های روان پویایی
- ۵۷..... نظریه های رفتارگرا
- ۵۸..... درماندگی آموخته شده و اسناد

۵۸.....	نظریه‌ی نشخوار فکری.....
۵۸.....	مدل شناختی افسردگی.....
۶۰.....	درمان شناختی- رفتار افسردگی.....
۶۲.....	سطوح پردازش شناختی.....
۶۳.....	افکار خودآیند.....
۶۳.....	طرح واره‌ها.....
۶۴.....	خطاهای شناختی.....
۶۶.....	راهبردهای عمده در رفتار درمانی شناختی.....
۶۶.....	راهبردهای شناختی.....
۶۸.....	راهبردهای رفتاری.....
۶۹.....	راهبردهای رفتاری-شناختی.....
۷۳.....	راهبردهای پیشگیری.....
۷۶.....	پژوهش‌های داخل وخارج از کشور.....
۸۳.....	جمع بندی فصل دوم.....

### فصل سوم: روش پژوهش

۸۶.....	روش.....
۸۶.....	طرح پژوهش.....
۸۶.....	جامعه آماری، نمونه و روش نمونه گیری.....

- ۸۶.....نمونه اعتباریابی.....
- ۸۷.....اطلاعات مربوط به ویژگی های جمعیت شناختی.....
- ۸۹.....نمونه آزمون فرضیه.....
- ۹۰.....ابزار پژوهش.....
- ۹۰.....پرسشنامه افسردگی بک.....
- ۹۱.....مقیاس درجه بندی کانرزوالدین فرم کوتاه تجدید نظر شده.....
- ۹۲.....مصاحبه تشخیصی برای اختلال نارسایی توجه-بیش فعالی.....
- ۹۲.....شیوه جراء.....
- ۹۳.....شرح جلسات.....
- ۹۷.....روش های آماری.....

#### فصل چهارم: یافته های پژوهش

- ۹۹.....یافته های توصیفی.....
- ۱۰۲.....بررسی مفروضه های کوواریانس.....
- ۱۰۳.....آزمون خطی بودن.....
- ۱۰۴.....عدم همخطی چندگانه.....
- ۱۰۴.....همگنی واریانس ها.....
- ۱۰۵.....همگنی شیب رگرسیون.....
- ۱۰۶.....یافته های مربوط به آزمون فرضیه ها.....

## فصل پنجم: بحث و نتیجه گیری

- ۱۱۳ ..... بحث و تبیین یافته های مربوط به فرضیه های پژوهش
- ۱۱۷ ..... تبیین کلی یافته های پژوهش
- ۱۲۰ ..... محدودیتها
- ۱۲۱ ..... پیشنهادهای نظری
- ۱۲۲ ..... پیشنهادهای کاربردی
- ۱۲۳ ..... منابع فارسی
- ۱۲۹ ..... منابع لاتین

## فهرست جداول

جدول ۱-۲ بروز اختلال نارسایی توجه - بیش فعالی در سن های مختلف در دوران

۲۱..... کودکی و نوجوانی

جدول ۲-۲ معیارهای DSM-5 برای دوره افسردگی عمده..... ۵۳

جدول ۲-۳ راهبردهای عمده در رفتار درمانی شناختی ..... ۶۶

جدول ۱-۳ فراوانی و درصد فراوانی نمونه اولیه را بر اساس جنسیت..... ۸۷

جدول ۲-۳ فراوانی و درصد فراوانی نمونه اولیه را بر اساس دامنه سنی کودک ..... ۸۸

جدول ۳-۳ فراوانی و درصد فراوانی نمونه اولیه را بر اساس دامنه سنی مادر..... ۸۸

جدول ۳-۴ گروه آزمایش و گروه کنترل به تفکیک جنسیت..... ۸۹

جدول ۱-۴ میانگین و انحراف معیار نمره های متغیرهای پژوهش در گروه آزمایش... ۹۹

جدول ۲-۴ میانگین و انحراف معیار نمره های متغیرهای پژوهش در گروه کنترل ... ۱۰۰

جدول ۳-۴ نتایج بررسی رابطه خطی بودن بین پیش آزمون و پس آزمون متغیرهای

پژوهش..... ۱۰۳

جدول ۴-۴ ضرایب همبستگی بین متغیرهای کمکی..... ۱۰۴

جدول ۴-۵ نتایج آزمون های همگنی واریانس لوین در دو گروه..... ۱۰۵

جدول ۴-۶ خلاصه نتایج بررسی همگنی شیب رگرسیون از طریق تحلیل کوواریانس

چند متغیری بر روی میانگین نمره های پس آزمون متغیرهای پژوهش در دو گروه

با کنترل پیش آزمونها..... ۱۰۵

جدول ۴-۷ نتایج همگنی شیب‌های رگرسیون نمره های پیش آزمون و پس آزمون گروه

آزمایش و گروه کنترل..... ۱۰۶

جدول ۴-۸ خلاصه نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیری روی نمره های میانگین

نمره های پس آزمون متغیرهای پژوهش در دو گروه با کنترل پیش آزمونها... ۱۰۷

جدول ۴-۹ نتایج تحلیل کوواریانس یکراهه روی میانگین نمره های پس آزمون

متغیرهای پژوهش در دو گروه با کنترل پیش آزمونها..... ۱۰۷

جدول ۴-۱۰ خلاصه نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیری بر روی میانگین نمره های

پی گیری متغیرهای پژوهش در دو گروه با کنترل پیش آزمون ها..... ۱۰۹

جدول ۴-۱۱ نتایج تحلیل کوواریانس یکراهه روی میانگین نمره های پی گیری متغیرهای

پژوهش در دو گروه با کنترل پیش آزمون ها..... ۱۱۰

## فهرست اشکال

شکل ۱-۲ طرح کلی رابطه بازاری با کارکردهای هماهنگ ساز.....۳۸

## فهرست نمودارها

نمودار ۱-۴ میانگین‌های افسردگی را در دو گروه در سه مرحله را نشان می‌دهد..... ۱۰۱

نمودار ۲-۴ میانگین‌های علائم نارسایی توجه - بیش‌فعالی دو گروه را در سه مرحله

نشان می‌دهد..... ۱۰۲

## ضمائم

پرسشنامه افسردگی بک..... ۱۳۸

پرسشنامه کانرز والدین..... ۱۴۴



فصل اول

موضوع پژوهش

## مقدمه

مادر و کودک مجموعه‌ای را تشکیل می‌دهند که هرگونه ارزیابی و تلاش در قلمرو درمانگری، آن را باید در نظر گرفت (دادستان، ۱۳۸۲). سلامت جسمانی و روانی مادر در ایجاد فضای مطلوب در خانواده به عنوان نخستین پایگاه آموزش و پرورش، از بنیادی‌ترین عوامل شکل‌گیری شخصیت کودک است (نوابی نژاد، ۱۳۷۳). سبک‌های عاطفی، استدلالی و رفتاری کودک تحت‌تأثیر خانواده به ویژه مادر قرار می‌گیرد (آبلا، اسکیت، آدامز و هانکین<sup>۱</sup>، ۲۰۰۸). بیماری‌های روانی مادر غالباً با مشکلاتی در فرزندپروری همراه است (ایسرمن، بایبی، ماوری و جانسون<sup>۲</sup>، ۲۰۰۵) و تجربه‌های اولیه مادر-کودک می‌تواند به مشکلاتی در کودک و پدیده‌های مرضی در بزرگسالی منجر گردد (میهر، سوکمن و پینارد<sup>۳</sup>، ۲۰۰۴). عوامل اجتماعی-روانی مثل محیط خانه، آسیب‌شناسی خانوادگی از عوامل نیرومند در بروز اختلال رفتاری در کودک است (میشرا<sup>۴</sup>، ۲۰۰۸).

دوره‌ای و تکراری بودن بیماری‌های روانی والدین، بیش از یک دوره از تحول کودک را تحت‌تأثیر قرار می‌دهد و تهدیدی اساسی در تحول کودک است. افزون بر این، یکی از مهمترین عوامل عدم درمان اختلالات کودکی، آسیب روانی والدین و ناکارآمدی خانواده است (موسبی<sup>۵</sup>، ۲۰۰۷). بنابراین تشخیص، بهبود و درمان بیماری‌های روانی والدین که با برخی از اختلالات رفتاری در کودکان آنان رابطه دارد، مفید به نظر می‌رسد.

ویدیارشی<sup>۶</sup> (۲۰۰۶) معتقد است که مشکلات مادران مثل اختلالات خلقی، اضطراب، مصرف دارو و مواجهه با فشارهای خانوادگی، مشکلات رفتاری برای کودک در پی‌خواهند داشت. یکی از شایع‌ترین اختلالات خلقی، که محدود به زمان و شخص خاصی نیست، افسردگی<sup>۷</sup> است. فراوانی افسردگی در زنان دو برابر بیش از مردان است. افسردگی با تأثیر منفی که بر مقابله‌ی فردی و اجتماعی شخص اعمال می‌کند، باعث کاهش مقاومت فرد می‌شود. وجود احساس غمگینی دایمی، احساس ناامیدی نسبت به آینده و اشتغال ذهنی مداوم با افکار منفی از عواقب نامطلوب افسردگی در فرد مبتلاء است، که حتی می‌توانند

<sup>۱</sup>. Abela, Skitch, Adams, & Hankin

<sup>۲</sup>. Oyserman, Bybee, Mowbray, & Johnson

<sup>۳</sup>. Myher, Sookman, & Pinard

<sup>۴</sup>. Mishra

<sup>۵</sup>. Mosby

<sup>۶</sup>. Vidarthi

<sup>۷</sup>. Depression

باعث رفتارهای افراطی نظیر اقدام به خودکشی شود. افسردگی می‌تواند کیفیت زندگی فرد مبتلاء را تحت-تأثیر قرار دهد و بر روند سازگاری و انطباق با شرایط جدید نیز تأثیر نامطلوب داشته باشد (گیلدر، مه‌یو، دنیس و فیلیپ<sup>۱</sup>، ۱۹۹۲، ترجمه پورافکاری، ۱۳۷۶).

مطالعات خانوادگی که توسط فارایون و بیدرمن<sup>۲</sup> (۱۹۹۷) انجام شده وجود یک ارتباط خانوادگی بین افسردگی مادر و علائم اختلال نارسایی توجه-بیش‌فعالی<sup>۳</sup> را نشان داد. اختلال نارسایی توجه-بیش‌فعالی از متداول‌ترین شرایط مزمن روانی در خلال کودکی است که با نشانه‌های بی‌توجهی، فزون‌کنشی و برانگیختگی مشخص می‌شود (فیسچر<sup>۴</sup>، ۱۹۹۰؛ ترنتون<sup>۵</sup>، ۲۰۰۸). اختلال نارسایی توجه-بیش‌فعالی، در اوایل زندگی شروع می‌شود و بیشترین زمان که کودکان نشانه‌های شدید اختلال را بروز می‌دهند ۱۰-۷ سالگی است. نشانه‌های آن در خانه، مدرسه و موقعیت‌های اجتماعی آشکار می‌شود (بارکلی<sup>۶</sup>، ۲۰۰۳) و ۳ تا ۷ درصد دانش‌آموزان را در بر می‌گیرد (فرولیچ، لنفر و اپشتاین<sup>۷</sup>، ۲۰۰۷). مشخصه اصلی اختلال نارسایی توجه-بیش‌فعالی الگوی پایدار فقدان توجه و یا بیش‌فعالی-برانگیختگی است که در مقایسه با همسالان کودک، فراوان‌تر و شدیدتر است. افراد مبتلاء به این اختلال ممکن است توانایی توجه دقیق به جزئیات را نداشته یا در انجام تکالیف مدرسه، کار یا سایر فعالیت‌ها از روی بی‌احتیاطی مرتکب اشتباه شوند. حفظ توجه بر تکلیف دشوار است و برای تمام شدن تکلیف نمی‌توانند نقش خود را متمرکز سازند (گنجی، ۱۳۹۲). با توجه به اثر نامطلوب افسردگی مادران بر افزایش علائم نارسایی توجه-بیش‌فعالی کودکان، روشهای مختلفی برای کاهش این اختلال به وجود آمده است.

با مرور بر تاریخچه روش‌های به کار گرفته شده در بهبود افسردگی، درمان شناختی-رفتاری<sup>۸</sup> یکی از روش‌های نسبتاً موفق در بهبود این اختلال است (کوین، دالگلیش و هولدن<sup>۹</sup>، ۲۰۰۷). با توجه به ویژگی‌های درمان شناختی-رفتاری، از جمله ارتباط صمیمانه همراه با تشریک مساعی، فعال بودن فرایند درمانی، هدف‌دار بودن، توسعه مهارت‌های مقابله‌ای با تأکید بر پسخوراند، اثربخشی پایدار و کوتاه مدت

1. Gilder, Mehue, Denes, & Filip

2. Faraone & Biederman

3. attention-deficit hyperactivity disorder

4. Fischer

5. Trenton

6. Barkley

7. Froehlich, Lanpher, & Epstein

8. Cognitive behavior therapy

9. Kuyken, Dalglish, & Holden

بودن، آن را از مؤثرترین روش‌ها می‌دانند (زارپ<sup>۱</sup>، ۲۰۰۳، ترجمه خدایاری فرد و عابدینی، ۱۳۸۶). مور، هارت و گلدبرگ<sup>۲</sup> (۲۰۰۳) در پژوهشی که به منظور بررسی اثر درمان شناختی-رفتاری بر آزمودنی‌های افسرده انجام دادند، نتایج بیانگر آن بود که این شیوه درمانی در کاهش افسردگی مؤثر است.

مروری بر تاریخچه روش‌های به کار گرفته شده در درمان اختلال نارسایی توجه-بیش‌فعالی نشان می‌دهد از دهه ۱۹۶۰ با شروع درمان به وسیله داروهای محرک، بررسی‌های بیشتری درباره این گروه از کودکان به عمل آمد. با این حال، دارو درمانگری تأثیر پایداری در بهبود وضعیت روان‌شناختی و رفتاری این کودکان نداشت، زیرا کودک از نظر عصب زیست-شیمیایی تحت تأثیر سازمان‌یافتگی از پیش تعیین شده ژنتیک، در حال تحول است و به کارگیری داروهای شیمیایی، با دخالت در فرایند طبیعی تحول نظام عصب‌شناختی مسیر طبیعی تحول آن را منحرف می‌کند و آسیب‌های رفتاری-شناختی به دنبال خواهد داشت. بر همین اساس، اختلال برای روان‌شناسان، روان‌پزشکان، والدین و معلمان به عنوان مسأله مهم در-آمد (هاگز<sup>۳</sup>، ۱۹۹۸) و با توجه به این که والدین در جریان شکل‌پذیری شخصیت کودک نقشی مهم دارند و مشکلات رفتاری کودک نشان‌دهنده‌ی مشکلات سایر اعضای خانواده و به ویژه والدین است (کازدین<sup>۴</sup>، ۲۰۰۲).

آموزش مدیریت والدین به شیوه‌هایی اطلاق می‌شود که در آنها یکی از والدین یا هر دو درخصوص تعامل جداگانه با کودکان آموزش می‌بینند (کازدین، ۱۹۹۸) که هدف آن کمک به والدین جهت مقابله بهتر با مشکلاتی است که آنان در رابطه با کودکانشان دارند و به منظور اصلاح الگوی تعاملی میان والدین و کودک طراحی شده است. در آموزش والدین کانون توجه تغییر دادن رفتار کودکان در منزل از طریق ارائه آموزش به والدین است. شیوه آموزش مدیریت رفتار والد<sup>۵</sup> که حائز بالاترین سهم در کاهش علائم اختلال نارسایی توجه-بیش‌فعالی می‌باشد (پلهم و همکاران<sup>۶</sup>، ۱۹۹۸) در دهه‌ی ۱۹۶۰ تا ۱۹۷۰ مطرح شد (گرازیانو و دیامنت<sup>۷</sup>، ۱۹۹۲). بر این اساس، در پژوهش حاضر از مداخله درمانی شناختی-رفتاری توأم با

<sup>۱</sup>. Zarp

<sup>۲</sup>. Mohr, Hart, & Goldberg

<sup>۳</sup>. Huhges

<sup>۴</sup>. Kazdin

<sup>۵</sup>. parent manegment therapy

<sup>۶</sup>. Pelham & etal

<sup>۷</sup>.Graziano & Diament