



درمان اختلال بیش فعالی کم توجهی (ADHD) با رویکرد شناختی- رفتاری

دکتر الهام شیرازی

استادیار دانشگاه علوم پزشکی ایران

دکتر جواد علاقبندراد

استادیار دانشگاه علوم پزشکی تهران

اختلال بیش فعالی کم توجهی (Attention Deficit-Hyperactivity Disorder) یا

به اختصار ADHD بیماری شایعی است که بروز آن در مدارس ابتدایی بین ۲ تا ۲۰ درصد می باشد. مبتلایان، در بخش هایی از مغز که با توجه و تمرکز و تنظیم فعالیت های حرکتی مرتبط است، دچار نقص های جزئی اما مشکل زا هستند. مشکل اصلی مبتلایان، ناتوانی در تنظیم رفتار است که موجب بروز مشکلات عدیده در منزل، مدرسه و در ارتباط با همسالان می گردد. این اختلال در زمینه های اقتصادی، شغلی و شخصیتی آثار منفی قابل توجهی بر فرد و اجتماع می گذارد. برای درمان ADHD باید از ترکیب روش های دارویی و غیر دارویی بهره جست. رویکردهای شناختی رفتاری که آموزش والدین و آموزگاران را در بر می گیرد، بخش مهمی از درمان را تشکیل می دهد. این روش ها که شامل آموزش برای شناخت صحیح بیماری و آموزش روش های شناختی- رفتاری برای یاری و مدیریت این کودکان است، اثر بسزایی در افزایش کارایی آنها داشته است. با استفاده از مطالعات قبلی و توجه به عوامل فرهنگی از سال ۱۳۷۷، برنامه جامعی توسط بخش فوق تخصصی روانپزشکی کودک و نوجوان بیمارستان روزبه تدوین و اجرا شده است که در مقاله حاضر اصول درمان شناختی- رفتاری مزبور ذکر می گردد. بررسی اولیه درمان مزبور، موفقیت آن را تأیید نموده است.

مقدمه

"ADHD" اختلالی است که باعث پر فعالیتی، کم توجهی و رفتارهای تکانشی بیشتر و شدیدتر از معمول در کودکان مبتلا می شود. این بیماری نسبتاً شایع است و بین ۳ تا ۵ درصد کودکان به آن مبتلا هستند. افراد مبتلا در قسمت هایی از مغز که مسئول توجه، تمرکز و تنظیم فعالیت های حرکتی است، دچار صدمات جزئی (minimal brain damage) هستند (آکادمی روانپزشکی کودک و نوجوان آمریکا، ۱۹۹۷).

مبتلایان به ADHD مشکلات زیادی در مدرسه، منزل و با

همسالان خود دارند. مشکل اصلی آنان 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 نمایند و برای پیروی از قوانین توجه بیشتری لازم دارند (بارکلی، ۱۹۹۴). رفتار مبتلایان به ADHD بر عملکرد آنان در خانواده، مدرسه و اجتماع اثر سوء می گذارد و واکنش منفی اطرافیان را برمی انگیزد. کودکان طبیعی به علت رفتارهای مناسب و موفقیت های تحصیلی و اجتماعی شان زمینه های زیادی برای تشویق شدن دارند؛ ولی مبتلایان به ADHD



دوره‌هایی وجود دارد که علائم خفیف‌تر یا شدیدتر ظاهر می‌شود. شدت گرفتن علائم لزوماً دلیل کوتاهی والدین و مربیان در انجام وظایف یا بی‌تأثیر بودن درمان نیست. مدیریت رفتارهای کودکان ADHD به زمان، پشتکار، کوشش و هماهنگی ویژه نیاز دارد و مربیان و والدین این کودکان به لحاظ مسئولیت‌سنجی که بر عهده دارند، قابل احترام و ارزش می‌باشند (هکمن، ۱۹۹۳؛ استوکر و پر، ۱۹۹۷).

پایداری، صبوری و پشتکار والدین برای اجرای برنامه‌های شناختی رفتاری اهمیت بسیار دارد و قضاوت در مورد مؤثر بودن هر روش حداقل ۱ تا ۲ هفته پس از اجرای دقیق برنامه میسر خواهد بود.

نمونه‌ای از این مجموعه روش‌ها در برنامه‌ای مدون و توسط بخش روانپزشکی کودک و نوجوان بیمارستان روزبه تهیه گردیده و هم‌اکنون در حال اجراست. در این برنامه درمانی، والدین کودکان ADHD، طی ۱۰ جلسه هفتگی یک ساعته تحت آموزش قرار می‌گیرند. در هر جلسه یک یا چند روش شناختی - رفتاری آموزش داده می‌شود و نتایج کاربرد آن در ابتدای جلسه بعد ارزیابی می‌گردد. پانزده دقیقه ابتدای هر جلسه به بررسی نتایج و احیاناً محدودیت‌ها و مشکلات روش به کار رفته اختصاص می‌یابد. سپس ۳۰ دقیقه به آموزش روش جدید و پانزده دقیقه آخر به رفع ابهام و اشکال و پاسخ به سؤالات اختصاص می‌یابد. در آغاز و انتهای هر دوره، آموزش پیش‌آزمون، پس‌آزمون و آزمون ارزشیابی نحوه اجرای دوره صورت می‌گیرد. موارد زیر مروری بر اصول نظری و برنامه درمانی مبتنی بر رویکرد شناختی - رفتاری است که در بخش کودک و نوجوان بیمارستان روزبه به والدین کودکان ADHD آموزش داده می‌شود:

۱- واکنش‌های فوری: در کودکان طبیعی می‌توان رفتارهای مثبت را گاه به گاه تشویق نمود و انتظار داشت که این روش موجب تقویت و تثبیت رفتارهای مطلوب در آنها شود؛ ولی کودکان ADHD برای تقویت رفتارهای مناسب، نیاز به تشویق‌های بیشتر و سریع‌تر دارند. هر چه فاصله واکنش‌ها با رفتار کودک کمتر باشد، تأثیر آن بیشتر خواهد بود.

برای تقویت رفتار مناسب در کودک یا کاهش رفتار نامناسب، باید از واکنش‌های تشویقی یا تنبیهی سریع، روشن و

کمتر به این‌گونه موفقیت‌ها دست می‌یابند. عوارض بیماری باعث کاهش اعتماد به نفس، احساس بی‌کفایتی و احساس ناخشنودی در آنان می‌شود و احتمال ابتلای آنان به دیگر مشکلات روانپزشکی را افزایش می‌دهد. ADHD به علت اختلال در عملکرد و عوارضی که ایجاد می‌نماید از مشکلات بهداشتی و بالینی مهم می‌باشد.

بدون درمان، تنها ۱/۲ تا ۱/۳ درصد مبتلایان با شرایط زندگی‌شان انطباق پیدا می‌کنند و افراد باقیمانده مستعد بروز مشکلات ثانویه خواهند بود (بارکلی، ۱۹۹۳؛ ویس و هکمن، ۱۹۹۶).

برای درمان ADHD باید به علائم، بیماری‌های همراه و نقاط ضعف و قوت فرد، خانواده، مدرسه و اجتماع او دقت نماییم (سترفیلد و همکاران، ۱۹۸۷). علائمی مانند پرفعالیتی، کم‌توجهی و رفتارهای تکانشی به دارو پاسخ می‌دهد؛ ولی درمان‌های دارویی به تنهایی برای کنترل مسایل بیمار کافی نمی‌باشد و استفاده از درمان‌های غیر دارویی از جمله روان‌درمانی فردی و گروهی، رفتار درمانی و آموزش والدین و آموزگاران ضرورت پیدا می‌کند (هکمن، ۱۹۹۳). برای کاهش مشکلات رفتاری لازم است در محیط خانواده و مدرسه اصلاحاتی ایجاد شود. نقص در مهارت‌های اجتماعی نیز درمان‌های خاص خود را می‌طلبند (سوانسون، ۱۹۹۳؛ ویلن و هنیکر، ۱۹۹۱).

لزوم آموزش والدین و آموزگاران

آموزش والدین و آموزگاران بخش مهمی از درمان را تشکیل می‌دهد (ویس، ۱۹۹۲) و معمولاً شامل دو قسمت می‌باشد: ۱- آموزش برای شناخت بیماری ۲- آموزش روش‌های رفتاری. والدین باید این بیماری را به عنوان یک نقص رشدی تکاملی مغز (که احتمالاً توارثی نیز می‌باشد) بشناسند. نباید مبتلایان را کودکانی تنبل، نافرمان و شرور، که اگر بخواهند می‌توانند رفتاری طبیعی داشته باشند، تلقی نمایند. باید به آنها آموخت که علی‌رغم برخی ناتوانی‌ها، کودکان آنها در بعضی جنبه‌ها بسیار توانا هستند موفقیت‌های هر چند کوچک آنها ارزشمند است.

با توجه با این نکات می‌توان اعتماد به نفس، مسئولیت‌پذیری و مهارت‌های اجتماعی را در آنها تقویت نمود (بارکلی، ۱۹۹۰).



۵- تشویق بیش از تنبیه اهمیت دارد: تنبیه از روش‌های شایع والدین برای اصلاح رفتارهای منفی کودکان است؛ در حالی که برای اصلاح رفتار کودک باید تشویق را بر تنبیه مقدم نمود. اگر والدین بخواهند رفتارهای منفی کودکان را اصلاح نمایند، ابتدا باید به رفتارهای مثبت آنها توجه نمایند و آنها را مورد تشویق قرار دهند. گاهی والدین تصور می‌کنند رفتار مثبت بدیهی است یا هیچ رفتار مثبتی در کودکان وجود ندارد، حال آنکه پیروی از این قاعده باعث می‌شود رفتارهای مناسب زیادی در کودکان بیابند. تعداد تشویق‌ها و تنبیه‌ها باید متعادل باشد و در ازای حداقل ۲ تا ۳ تشویق، یک تنبیه اعمال گردد. تنبیه‌ها باید خفیف باشند، تنها برای یک رفتار خاص به کار روند، از سبک‌ترین نوع ممکن شروع و در صورت عدم تأثیر سخت‌تر شود. از سخنرانی برای کودک و امر و نهی به او باید پرهیز شود. لازم است برای هر فعالیت، قوانین روشنی وضع و با کودک مرور شود. کودک فقط برای اعمالی باید تنبیه شود که قبلاً ممنوعیت آن تذکر داده شده باشد (پیسترن و همکاران، ۱۹۸۹).

۶- پیش‌بینی مشکلات: در کودکان ADHD، شکلیابی، تحمل و توانایی به تعویق انداختن خواسته‌ها ضعیف است. اماکن عمومی مانند فروشگاه، مهمانی و ... به علت تنوع محیط و شلوغی، آنها را تحریک می‌کند و باعث فعال‌تر، متوقع‌تر و تکانشی‌تر شدن آنان می‌گردد. والدین کودکان ADHD اغلب با رفتارهای مزاحم، زشت و آزار دهنده کودکان خود در این گونه مکان‌ها روبه‌رو می‌شوند که موجب سرافکنندگی، دست‌چاچگی و شرمندگی آنها می‌شود. از آنجا که این رویداد قابل پیش‌بینی است، با برنامه‌ریزی قبلی می‌توان از بروز آن ممانعت نمود. والدین قبل از ورود به چنین اماکنی باید نکات زیر را به دقت رعایت نمایند:

الف- قبل از ورود، پشت در مکث کنند.

ب- ۲- تا ۳ قانون را که کودک باید رعایت نماید با او مرور و از او بخواهند برایشان بازگو نماید. (مثلاً نزدیک من می‌ایستی، به چیزی دست نمی‌زنی، چیزی نمی‌خواهی یا ...)

ج- از کودک بخواهند قوانین فوق را برایشان بازگو نماید تا مطمئن شوند آنها را فهمیده است.

د- به کودک بگویند در صورت رعایت قوانین چه جایزه‌ای دریافت خواهد کرد.

خاص آن رفتار استفاده نمود. تشویق‌ها می‌تواند کلامی، غیر کلامی (لیخند) یا فیزیکی (نوازش) باشد. از خوراکی مورد علاقه کودک، گردش، پارک، نظام ژتون و ... می‌توان استفاده نمود. نکته مهم این است که کودک دقیقاً باید بداند برای چه رفتاری بلافاصله تشویق یا تنبیه می‌گردد (فایفر و بارکلی، ۱۹۹۰).

۲- واکنش‌های مکرر: در کودکان ADHD لازم است در مقابل هر رفتار مورد نظر (مثبت یا منفی) واکنش نشان داده شود. بنابراین علاوه بر واکنش سریع و روشن، این واکنش‌ها هر مرتبه باید تکرار گردد. باید دقت کرد که تشویق و تنبیه بیش از حد نباشد؛ چون علاوه بر ایجاد خستگی در والدین، در فعالیت‌های روزمره کودک نیز تداخل ایجاد می‌نماید (استوکر و بر، ۱۹۷۷).

۳- واکنش‌های برجسته تر در کودکان طبیعی: استفاده بیش از حد از تشویق‌های بیرونی ممکن است مانع رشد سیستم تشویق درونی (intrinsic rewards) گردد. نمونه یک تشویق درونی احساس لذت درباره انجام یک فعالیت مثبت یا کسب رضایت والدین می‌باشد. حساسیت کودکان ADHD به تشویق و تنبیه (بیرونی یا درونی) از کودکان طبیعی کمتر است و نمی‌توان توقع داشت که لذت‌های درونی انگیزه رفتارهای مثبت گردد. بنابراین برای تقویت رفتارهای مناسب در کودکان ADHD باید از تشویق‌های بیرونی برجسته‌تر و بزرگ‌تر استفاده نمود و این نکته خصوصاً در اوایل کار اهمیت بیشتری دارد (ابراموویتز، ۱۹۹۴).

۴- ثابت قدم بودن: رعایت ثبات در واکنش‌هایی که والدین به کودکان خود نشان می‌دهند، اهمیت زیادی دارد. ثبات شامل ثبات زمانی، مکانی و فردی است.

الف- ثبات زمانی: یک رفتار خاص کودک، در هر موقعیت زمانی، با واکنش ثابت والدین مواجه شود.

ب- ثبات مکانی: در تمام مکان‌هایی که رفتار خاصی از کودک سر می‌زند، واکنش مشخصی از اطرافیان سربزند.

ج- ثبات فردی: اطرافیان کودک (والدین یا مربیان) تا حد امکان واکنش مشابه و ثابتی به رفتار مورد نظر نشان دهند و واکنش‌های افراد مختلف هم جهت باشد.

بی‌ثباتی، باعث غیر قابل پیش‌بینی شدن واکنش‌ها می‌شود و این موضوع مهمترین عاملی است که مانع تأثیر برنامه‌های رفتار درمانی می‌گردد (بارکلی، ۱۹۹۶).



و به یاد داشته باشند که او بیمار است و نمی‌تواند همیشه رفتار پسندیده داشته باشد.

ج- والدین نیز ممکن است در مدیریت کودکان اشتباهاتی داشته باشند، خودشان را نیز باید ببخشند و با خود عهد ببندند که اشتباهات گذشته را تکرار نکنند و فردا موفق‌تر عمل کنند.

د- ممکن است در طول روز با افراد دیگری روبه‌رو شده باشند که در مقابل عملکرد و رفتار کودک واکنش‌های نامناسبی نشان داده باشند یا والدین را مسؤول اعمال زشت کودکان بدانند، آنها را نیز ببخشند؛ زیرا از شرایط والدین و کودکان آگاهی ندارند.

ه- کلیه احساسات منفی از قبیل ناامیدی، شرمندگی، سردرگمی، عصبانیت و ... را که در اثر موارد یاد شده ایجاد شده فراموش کنند و امیدوار باشند با اجرای آموخته‌هایشان روزهای بهتری در پیش خواهند داشت.

و- به یاد داشته باشند که کودکان مبتلا به ADHD اگر چه بیمار، اما مسؤول اعمال خود هستند و اگر باعث آزار یا صدمه به کسی شده‌اند، لازم است آن را جبران نمایند. (پلهام و بندر، ۱۹۸۲).

۹- کاهش حجم تکالیف: انگیزه و پشتکار در کودکان ADHD کم است؛ به همین علت نتیجه فعالیت آنها نیز نسبت به کودکان هم سن خود کمتر است. آنها نمی‌توانند تکالیفشان را در همان مدت زمانی که کودکان هم سن آنها انجام می‌دهند، تکمیل کنند. برای رفع این مشکل می‌توان از راه حل‌های زیر استفاده نمود:

الف- حجم تکالیف بر اساس میزان توانایی کودک تنظیم شود.

ب- تکالیف به بخش‌های کوچک‌تر تقسیم و بین بخش‌ها به کودک فرصت استراحت داده شود.

ج- در ابتدای کار صرفاً به حجم تکالیفی که کودک انجام داده است، بها داده شود نه به صحیح و دقیق بودن آنها.

د- هر گاه حجم تکالیفی که کودک انجام داده است، افزایش یافت؛ آن گاه کم کم به دقت عمل و درست انجام دادن تکالیف نیز توجه شود.

ه- هرگز به سرعت عمل کودک ADHD بها داده نشود.

ه- به کودک بگویند در صورت عدم رعایت قوانین فوق، چه تنبیهی برایش در نظر گرفته شده است.

پس از اجرای نکات فوق می‌توانند وارد محل مورد نظر شوند و بدانند کلید موفقیت، تشویق فوری کودک در ازای رفتارهای مثبت است (کازدین و همکاران، ۱۹۸۷، ۱۹۸۹).

۷- با ظرفیت بودن: اغلب والدین در برخورد با مشکلات رفتاری کودکان ناامید و شرمگین و گیج می‌شوند، ممکن است کنترل خود را از دست بدهند، مانند کودکان کوچک شوند و با او جدل نمایند. متأسفانه این وضعیت نه تنها اثر مثبتی ندارد، بلکه باعث بی‌اعتبار شدن والدین می‌شود و کودکان رفتار ناپسندشان را ادامه می‌دهند. برای ممانعت از چنین وضعی بهتر است نکات زیر رعایت شود:

الف- والدین همواره باید به یاد داشته باشند که بزرگ‌تر و والد هستند و اگر قرار است کسی خود را کنترل نماید، آنها هستند.

ب- سعی نکنند اعتبار و ارزش خود را وابسته به پیروزی در بحث با فرزندشان نمایند.

ج- در صورت لزوم، با قدم زدن و ترک اتاق و ... سعی کنند کنترل خود را به دست آورند.

د- سعی کنند با آرامش، خونسردی و شوخ طبعی به مشکل نگاه کنند و اصولی را که آموخته‌اند به کار برند.

ه- به یاد داشته باشند که با کودکی بیمار سر و کار دارند که نمی‌تواند همیشه رفتاری شایسته داشته باشد، ولی آنها می‌توانند.

و- در غیر این صورت، مشکل چند برابر می‌شود و در آینده از یادآوری رفتارشان نیز شرمگین خواهند شد (زیگلر و هولدن، ۱۹۸۸).

۸- عفو کردن: از همه نکات مهم‌تر می‌باشد و در عین حال اجرای آن نیز از همه سخت‌تر است. عفو کردن شامل ۶ قسمت است:

الف- آخر هر روز، زمانی را به مرور وقایع آن روز اختصاص دهند. این وقایع شامل عملکرد کودک و واکنش خودشان، عملکرد سایر افراد مرتبط با آنها و کودکان و احساسات ناخوشایند ناشی از این وقایع می‌باشد.

ب- سعی کنند کودکان را به خاطر کارهای بدش ببخشند



ارزیابی به خود آنهاست. برای این عمل می‌توان از راه‌های زیر استفاده کرد:

الف- کارتی در اختیار آنان قرار داد تا مقدار تکالیفی را که انجام می‌دهند روی آن علامت بزنند.

ب- هر از چند گاه با زنگ یا علامت مشخص دیگری فعالیت آنها را متوقف کرد. در این مکث کوتاه، بچه‌ها باید نحوه فعالیت خود را از نظر رعایت قوانین ارزیابی نمایند و روی کارشان علامت بزنند.

ج- کودکان را باید قادر نمود تا بر اساس مثبت یا منفی بودن فعالیتشان به خودشان امتیاز دهند یا از امتیازشان کم کنند.

د- ارزیابی‌های شخصی باید تحت نظارت مربی باشد تا از تقلب‌های احتمالی جلوگیری گردد (کیندال و براسول، ۱۹۹۳).

نتیجه

والدین و مربیان کودکان ADHD، باید همواره در پی سرنخ‌هایی جهت تشویق، تقویت اعتماد به نفس و ایجاد احساس موفقیت در این کودکان باشند. این روش‌ها می‌تواند از آثار سوء تجربه‌های تلخ قبلی (مانند شکست‌ها، طرد شدگی‌ها، تنبیه‌ها و ...) بکاهد و جایگزین آنها گردد. این کودکان علی‌رغم بعضی ناتوانایی‌ها در برخی جنبه‌ها بسیار توانا هستند. با اجرای روش‌های شناختی رفتاری می‌توان هر فعالیتی را به صحنه‌ای برای آشکار کردن توانایی‌های آنان تبدیل نمود. برای آموزش قوانین به مبتلایان لازم است آنها را روشن‌تر، در فواصل کمتر و با تکرار بیشتر گوشزد و برای رعایت آنها سیستم تشویق و تنبیهی قوی‌تر در نظر گرفت. مبتلایان، این نقص نورولوژیک را در سراسر عمر همراه خواهند داشت؛ ولی اجرای روش‌های شناختی رفتاری با کاهش علایم و عوارض و افزایش موفقیت‌های آنها، قدم بزرگی برداشته است. از آنجا که والدین و مربیان این کودکان مسئولیت سنگینی به عهده‌دارند، لازم است در خود احساس ارزش کنند و اعتماد به نفس، شوخ طبعی و نشاط خود را حفظ نمایند

و- از کودک می‌توان پرسید در این فاصله زمانی چه حجمی از تکلیفش را می‌تواند انجام دهد و سپس او را تشویق نمود تا به تعهد خود عمل کند (پلهام، ۱۹۸۵).

۱۰- روش تعلیم: انگیزه و توانایی تمرکز در کودکان ADHD ضعیف است؛ بنابراین روش‌های آموزشی باید به نحوی باشد که جالب و جذاب و در حد امکان زنده، ملموس و انعطاف‌پذیر باشد. برای این امر می‌توان از ابزارهای زیر کمک گرفت:

الف- وسایل کمک آموزشی؛

ب- وسایل خودآموز مانند کتاب‌ها و نرم‌افزارهای کامپیوتری؛

ج- مشارکت دادن بچه‌ها در تدریس و واگذاری بخشی از آموزش به آنان؛

د- تأکید بر نحوه حل مسأله و نه رسیدن به پاسخ نهایی؛

ه- استفاده از زنگ‌های تفریح متعدد حتی در حد استراحت

در کلاس؛

و- بها ندادن به پاسخ‌های ناگهانی و بدون تفکر حتی اگر صحیح باشد (کلی و مککلین، ۱۹۹۵).

۱۱- مشخص نمودن قوانین: کودکان ADHD به دلایلی که قبلاً توضیح داده شد، در رعایت قوانین ضعیف هستند. برای حل این مشکل می‌توان از روش‌های زیر بهره گرفت:

الف- برای هر فعالیت، قوانینی تنظیم و دسته‌بندی شود.

ب- فهرست قوانین هر فعالیت نوشته و در محل مخصوص همان فعالیت قرار داده شود.

ج- قبل از شروع هر فعالیت، از بچه‌ها خواسته شود قوانینی را که در آن فعالیت باید رعایت شود، برای مراقبشان بخوانند و بازگو نمایند.

د- قوانین را می‌توان روی تکه‌های بزرگ نوشت و روی دیوار نصب کرد یا روی کارت‌هایی چاپ کرد و در اختیار بچه‌ها قرار داد یا حتی روی نوار ضبط کرد تا با گوشی گوش دهند (پلهام و بندر، ۱۹۸۲).

۱۲- بخشی از ارزیابی به خود کودک سپرده شود. یکی از راه‌های مفید برای پیشرفت کودکان ADHD، سپردن بخشی از کنترل و



منابع

- Abramowitz AJ (1994). Classroom interventions for disruptive behavior disorders. *Child and Adolescent Psychiatry Clinics of North America*. 3, 343-360.
- Barkley RA (1990). *Attention Deficit Hyperactivity Disorder: A Handbook for Diagnosis and Treatment*. New York: Guilford.
- Barkley RA (1994). Impaired delayed responding: a unified theory of attention-deficit hyperactivity disorder. In: DK Routh (Ed.), *Disruptive Behavior Disorders in Childhood*. New York: Plenum.
- Barkley RA (1996). Attention-deficit/hyperactivity disorder. In: EJ Mash & RA Barkley (Eds), *Child Psychopathology*. New York: Guilford.
- Hechtman L (1993). Aims and methodological problems in multimodal treatment studies. *Canadian Journal of Psychiatry* 38, 458-464.
- Kazdin AE, Bass D, Siegel T & Thomas C (1989). Cognitive-behavioral therapy and relationship therapy of children referred for antisocial behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 57, 522-535.
- Kazdin AE, Esveldt-Dawson K, French NH & Unis AS (1987). Problem-solving skills training and relationship therapy in the treatment of antisocial child behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 55, 76-85.
- Kelley ML & McCain AP (1995). Promoting academic performance in inattentive children: the relative efficacy of school-home notes with and without response cost. *Behavior Modification*. 19, 357-375.
- Kendall PC & Braswell L (1993). *Cognitive-Behavioral Therapy for Impulsive Children*, 2nd (Ed). New York: Guilford.
- Pelham WE (1985). The effects of stimulant drugs on learning and achievement in hyperactive and learning disabled children. In: JK Torgesen & B Wong (Eds), *Psychological and Education Perspectives on Learning Disabilities*. New York: Academic Press.
- Pelham WE, Bender ME (1982). Relationships in hyperactive children: description and treatment. *Advances in Learning and Behavioral Disabilities* 1:365-436
- Pfiffner LJ, Barkley RA (1990). Educational placement and classroom management. In: RA Barkley (Ed.), *Attention Deficit Hyperactivity Disorder: A Handbook for Diagnosis and Treatment*. New York: Guilford.
- Satterfield JH, Satterfield BT & Schell AM (1987). Therapeutic interventions to prevent delinquency in hyperactive boys. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 26, 56-64.
- Stokes TF & Baer DM (1977). An implicit technology of generalization. *Journal of Applied Behavior Analysis*. 10, 349-367.
- Swanson JM, McBurnerr K & Wigal T (1993). Effect of stimulant medication on children with attention deficit disorder: a "review of reviews" *Exceptional Children*. 60, 154-162.
- Weiss G & Hechtman LT (1993). *Hyperactive Children Grown Up: ADHD in Children, Adolescents, and Adults*, 2nd ed. New York: Guilford.
- Weiss M (1992). Psychoeducational intervention with the family, school, and child with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Child Adolescent Psychiatry Clinics of North America*. 1,467-479.
- Whalen CK & Henker B (1991). Social impact of stimulant treatment for hyperactive children. *Journal of Learning Disabilities*. 24, 231-241.
- Ziegler R & Holden L (1988). Family therapy for Learning disabled and attention-deficit disordered children. *American Orthopsychiatry*. 58, 196-210.