**کودکان ADHD**

**(اختلال بیش فعالی و کمبود توجه)**

**نام استاد:**

تحقيق درس کودکان استثنایی

گردآورنده:

دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج

زمستان 1395

**مقدمه**

اختلال بیش فعالی/ کاستی توجه[[1]](#footnote-1) یک اختلال رشدی است که با بیش فعالی[[2]](#footnote-2)، تکانشگری[[3]](#footnote-3) و اختلال توجه[[4]](#footnote-4) شناخته می‌شود. این اختلال در افراد بالای 18 سال به عنوان اختلال بیش فعالی و کاستی توجه در بزرگسالان معرفی می‌شود (وندر، 1995، ترجمه‌ی صرامی فروشانی، 1387). مؤسسه‌ی عالی بین‌المللی بالینی و سلامتی[[5]](#footnote-5) در سال 2009 بیان کرد که ADHD بزرگسالان یک اختلال بالینی معتبر است و خدمات بهداشت روانی باید کلنیک‌هایی را برای این افراد قرار دهند (نوری، تاتینی و هلی[[6]](#footnote-6)، 2010). مدت‌ها تصور می‌شد که که کودکان مبتلا به ADHD هنگام رسیدن به سن نوجوانی یا اوایل بزرگسالی مشکلات خود را پشت سر می‌گذارند. متأسفانه این فرض توسط بررسی‌های طولی این اختلال تأیید نشده است. هنگامی که کودکان مبتلا به ADHD به سن نوجوانی و بزرگسالی می‌رسند از تعداد و شدت نشانه‌ها ممکن است کاسته شود، اما آنها هنوز با همسالان خود تفاوت‌های عمده‌ای دارند (دوپال و استونر[[7]](#footnote-7)، 2002، ترجمه‌ی محمدخانی و اسمائی مجد، 1388). در حقیقت یک سوم کودکان مبتلا به ADHD، نشانه‌های کامل اختلال را تا دوران بزرگسالی با خود دارند و دوسوم باقی مانده نیز برخی از نشانه‌های درمان نشده را در ایام بزرگسالی حفظ می‌کنند (یونگ و برامهام[[8]](#footnote-8)، 2007). حدود 3 تا 9 درصد از کودکان در سنین مدرسه و 4 تا 5 درصد بزرگسالان به ADHD مبتلا هستند (اسپنسر[[9]](#footnote-9) و همکاران، 2010).

کسلر[[10]](#footnote-10) و همکاران (2006، به نقل از اسپنسر و همکاران، 2010) شیوع ADHD را در جمعیت بزرگسال آمریکا حدود 4/4 درصد تخمین زده‌اند. با این حال اطلاعات بسیار کمی درباره‌ی شیوع ADHD در بین دانشجویان در دست است. برخی از مطالعات شیوع ADHD را در بین جمعیت دانشجویان حدود 3/10 درصد تخمین زده‌اند (گارنیردیکستریا، پینچوسکی، کالدریا، وینسنت و آریا[[11]](#footnote-11)، 2010). عربگل، حیاتی و حدید (1383) در مطالعه‌ای بر روی 409 نفر از دانشجویان دختر خوابگاه دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، شیوع ADHD را 7/3 درصد تخمین زده‌اند. در پژوهش دیگری که در دانشگاه علوم پزشکی زاهدان انجام شد، 11/7 درصد دانشجویان دارای علائم کاستی توجه، 12 درصد دارای علائم بیش فعالی و 13/2 درصد دارای علائم تکانشگری بودند (لشکری‌پور، عربگل و بخشانی‌نور، 1388). مدارک موجود نشان می‌دهند که شیوع ADHD در کودکان به جنس نیز وابسته است. محققان برآورد می‌کنند که پسران 3 تا 10 برابر بیشتر از دختران تحت تأثیر این اختلال قرار می‌گیرند (کانرز و جت[[12]](#footnote-12)، 1989، ترجمه‌ی علیزاده، همتی علمدارلو و رضایی، 1387). تفاوت‌های جنسیتی با افزایش سن متعادل‌تر می‌شود. تحقیقات نشان داده است که نسبت زنان به مردان در سنین 10 تا 20 سالگی 1 به 3 نفر است، این در حالی است که در دهه‌ی سوم زندگی این نسبت برابر 1 به 7/1 می‌باشد (یونگ و برامهام، 2007).

اختلال بیش فعالی و کاستی توجه یک جزء ژنیتیکی قدرتمند دارد به گونه‌ای که 60 تا 90 درصد این بیماری را ناشی از ژنیتیک دانسته‌اند. دو قلو‌های یک تخمکی بیشتر از دو قلو‌های دو تخمکی مشکلات کاستی توجه و بیش فعالی را هم زمان نشان می‌دهند. مطالعات روی خانواده‌ها نیز از ارثی بودن ADHD حمایت می‌کنند. اگر یکی از والدین ADHD داشته باشد احتمال داشتن فرزندی با این اختلال 57 درصد است (یونگ و برامهام، 2007). افراد مبتلا به ADHD دارای آسیب ساختاری در مغز هستند، که این در مشکلات کنترل توجه و رفتار نیز نقش دارد. به نظر می‌رسد تفاوت‌های ساختاری بین مغز افراد مبتلا به ADHD وجود داشته باشد. به ویژه، مطالعاتی که از فنون تصویربرداری کارکردی[[13]](#footnote-13) استفاده می‌کنند، تفاوت‌های مهم و نابهنجاری را نشان می‌دهند. بخشی از مغز که بدین منظور مطالعه شده، قشر پیش پیشانی[[14]](#footnote-14) است. چنان چه گفته می‌شود این بخش در بازداری رفتار سهیم است و میانجی پاسخ به محرک‌های محیطی است. علاوه بر آن، انتقال دهنده‌های عصبی دوپامین و نوراپی نفرین در نواحی ویژه‌ای از مغز کمتر است، که به نظر می‌رسد در نشانه شناسی ADHD سهیم باشد (دوپال و استونر، 2002، ترجمه‌ی محمدخانی و اسمائی مجد، 1388). این عوامل منجر به تخریب عملکرد اجرایی[[15]](#footnote-15) فرد می‌شود و به همین دلیل بیمار مبتلا به ADHD در رفتارهایی که مستلزم خودتنطیمی[[16]](#footnote-16) است، دچار مشکل می‌گردد (رامسی[[17]](#footnote-17)، 2010).

کاستی توجه، بیش فعالی و تکانشگری علامت‌های اصلی اختلال ADHD می‌باشند. در دوران بزرگسالی بیش فعالی آشکار که در کودکی علامت رایجی است، کمتر وجود دارد و فرد بیشتر احساس بی قراری می‌کند (دوپال و استونر، 2002، ترجمه‌ی محمدخانی و اسمائی مجد، 1388). نشانه‌ی مرکزی دیگری که در این افراد دیده می‌شود، تکانشگری است. تکانشگری رفتاری و شناختی باعث می‌شود تا بیماران در کنترل فرایندهای فکری، رفتاری و گفتاری ناتوان باشند. آنها با اولین جرقه‌ای که به ذهنشان می‌رسد، افکار، احساسات و عقاید خود را بدون در نظر گرفتن پیامد‌های احتمالی، بیان می‌کنند. آنها در این گونه موارد فاقد یک نیروی بازدارنده‌ی درونی برای متوقف کردن خود و انتخاب رفتار مناسب هستند. این افراد تمایلی برای در نظر گرفتن دیدگاه‌های جایگزین و تصمیم‌گیری نظام‌مند ندارند (رامسی و
راستین[[18]](#footnote-18)، 2008).

یکی دیگر از مشکلاتی که افراد مبتلا به ADHD با آن مواجه هستند، کاستی توجه است. توجه که شامل چندین مهارت ذهنی می‌باشد، برای عملکرد بهینه‌ی شغلی، اجتماعی و شخصی ضروری است. در بیماری ADHD چهار قلمرو توجه تحت تأثیر قرار می‌گیرد: توجه انتخابی[[19]](#footnote-19)، توجه تقسیم شده[[20]](#footnote-20)، تغییر توجه[[21]](#footnote-21) و نگهداری توجه[[22]](#footnote-22). کاستی توجه در این چهار قلمرو باعث ایجاد مشکلاتی در فعالیت‌های روزانه‌ی این افراد می‌شود، به گونه‌ای که این بیماران نمی‌توانند وظایف چندگانه‌ی خود را که مستلزم جوامع امروزی است به انجام برسانند (یونگ و برامهام، 2007). فرد برای تکمیل یک تکلیف باید از همه‌ی منابع خود جهت متمرکز شدن بر روی آن تکلیف استفاده نماید، که در بیماران مبتلا به ADHD این فرایند مشکل است. بیماران نمی‌توانند توجه خود را در تکالیف طولانی و خسته کننده، حفظ کنند. اگر یک وظیفه طولانی و خسته کننده باشد، این احتمال وجود دارد که فرد به طور کلی از انجام آن منصرف شود یا با وارد شدن محرک جالب‌تری، حواسش از تکلیف اول پرت شده و به تکلیف دوم بپردازد. علاوه بر موارد ذکر شده، بیماران مبتلا به ADHD مشکلات دیگری نیز دارند که در نتیجه اختلال توجه است. این بیماران معمولاً در هنگام مکالمه، توالی فکر خود را از دست می‌دهند و فراموش می‌کنند که چه می‌خواستند بگویند. برای آنها ادامه‌ی مکالمه در مکان‌های شلوغ بسیار مشکل بوده و نمی‌توانند صحبت‌های خود را حول یک موضوع معین حفظ کنند. در نهایت این که معمولاً در حین انجام وظایف شروع به رویاپردازی کرده و از وظیفه‌ی اصلی منحرف می‌شوند (راتی[[23]](#footnote-23)، 2008). علاوه بر مشکلات مرکزی، تعداد زیادی از مشکلات ناشی از اختلال مانند مهارت‌های ضعیف مدیریت زمان و حل مسأله که در کودکی توسط والدین، معلمان و مراقبان کنترل می‌شد، اکنون باید از طریق خود فرد مدیریت شود و اغلب این کار به صورت نامناسبی صورت می‌پذیرد (آدلر[[24]](#footnote-24)، 2006 ترجمه بشردوست تجلی، 1387). به همین دلیل طبق آخرین تحقیقات، کندی شناختی زمان[[25]](#footnote-25) نیز جزء نشانه‌های اصلی بزرگسالان مبتلا به ADHD قرار گرفته است (بارکلی[[26]](#footnote-26)، 2011).

تأثیر منفی این اختلال در حیطه‌های متفاوت زندگی یک بزرگسال به ویژه دانشجویان (تحصیلی، شغلی و خانوادگی) باعث می‌شود تا تشخیص و درمان آن حائز اهمیت باشد. دارو درمانی اغلب خط اول درمان این افراد است. این در حالی است که 20 تا 50 درصد بزرگسالان پاسخ کافی به دارو‌ها نشان نمی‌دهند و یا نمی‌توانند اثرات مضر دارو‌ها را تحمل کنند. به علاوه تحقیقات نشان داده است که دارو‌ها تنها 50 درصد نشانه‌های مرکزی را کاهش می‌دهند (هیرویکوسکی[[27]](#footnote-27) و همکاران، 2011). بنابراین درمان‌های جایگزین مورد نیاز است تا نشانه‌های باقی مانده را هدف قرار دهد و به افراد مهارت‌ها و استراتژی‌هایی را بیاموزد تا با تخریب‌های کارکردی مقابله کنند.

درمان‌های روانشناختی متفاوتی برای بزرگسالان مبتلا ایجاد شده است که درمان شناختی- رفتاری یکی از مهم‌ترین آنها می‌باشد (رامسی، 2010). مبنای نظری درمان شناختی- رفتاری بر این اصل استوار است که خودکنترلی[[28]](#footnote-28) رفتاری در نتیجه افزایش مهارت‌های شناختی و فراشناختی بهبود یافته و فرد با استفاده از این مهارت‌ها می‌تواند تکانه‌های خود را کنترل کند و رفتارهای خود را جهت دهد (توپلاک، کانورز، شاستر، نزویس و پارکس[[29]](#footnote-29)، 2008). تحقیقات نشان داده است که درمان شناختی- رفتاری در بزرگسالان مؤثرتر از کودکان است. انگیزه‌ی بیشتر بزرگسالان برای درمان، توانایی‌های ضعیف شناختی کودکان و علائم کمتر حاد بزرگسالان از جمله عواملی هستند که می‌توانند این موضوع را توجیه کنند. در پژوهشی، گروه درمانی شناختی- رفتاری مبتنی بر آموزش مهارت‌ها توانسته بود، نشانه‌های ADHD را در بالغین تا حد معنی‌داری کاهش دهد (هسلینگر[[30]](#footnote-30) و همکاران، 2002). به طور مشابه هیرویکوسکی و همکاران (2011) نیز به این نتیجه دست یافتند که گروه درمانی شناختی- رفتاری مبتنی بر آموزش مهارت‌ها می‌تواند نشانه‌های ADHD را تعدیل کند.

با وجود تحقیقات مشابه دیگری که همگی دلالت بر اثربخش بودن درمان شناختی- رفتاری بر نشانه‌هایADHD دارند (استونسون، ویتمونت، بورنهالت، لایوسی، استونسون[[31]](#footnote-31)، 2002؛ ویگینز، سینگ، گتز، هاتچینز[[32]](#footnote-32)، 1999؛ رامسی و راستین، 2011)، با این حال در ایران تحقیقی پیرامون اثربخشی درمان گروهی شناختی- رفتاری بر نشانه‌های ADHD و اختلالات همپوش آن در بزرگسالان مشاهده نشده است. بنابراین هدف پژوهش حاضر این است تا تأثیر گروه درمان شناختی- رفتاری را بر اختلال بیش فعالی/ کاستی توجه و نشانه‌های آن در دانشجویان بررسی کند. در راستای تحقق هدف مورد نظر این سؤال پژوهشی مطرح می‌شود، آیا گروه درمانی شناختی- رفتاری بر اختلال بیش فعالی/ کاستی توجه و نشانه‌های آن در دانشجویان گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل تأثیر دارد.

یکی از رایج‌ترین اختلالات دوران کودکی که توجه روانشناسان و روانپزشکان را به خود جلب کرده، اختلال کم توجهی- بیش‌فعالی می باشد (بوسینگ، ماسون، بل، پورتر و گاروان، 2010). این اختلال در حدود سنین 2 تا 4 سالگی، شروع ‌می‌شود. اختلال کم توجهی- بیش‌فعالی در میان كودكان پیش‌دبستانی به عنوان یك چالش مهم تلقی ‌می‌شود. این اختلال، سبب بروز مشكلات هیجانی شدید برای كودكان پیش‌دبستانی و خانواده آنها ‌می‌شود (کافمن، گلدبرگ-استرن و شاپر، 2009).

اخراج ازمدرسه، ناتوانی در مهار رفتار حركتی، نارسایی توجه، ‌ناتوانی یادگیری، پرخاشگری، مشكلات تحصیلی،‌ آسیب‌پذیری نسبت به سانحه و... از جمله این مشكلات ‌می‌باشد. همچنین به فرآیند تحول استعدادها ی ذهنی، مهارتهای عاطفی و اجتماعی كودك نیز آسیب جدی وارد ‌می‌شود (گرینهیل و هچتمن، 2009). نتایج تحقیقات نشان ‌می‌دهد كه این كودكان، مشكلات جسمانی و روانی دیگری نیز دارند و مكررا نیازمند استفاده از خدمات مراقبت سلامت هستند (كایلینگ و همكاران، 2008). به نظر ‌می‌آید كه این اختلال یك مشكل پایدار است كه ممكن است نشانه‌های آن با افزایش سن از دوران پیش از مدرسه به دوره بلوغ و پس از آن گسترش یابد.

دانش‌آموزان مبتلا به اختلال کم توجهی- بیش‌فعالی که درمان مناسب و کافی دریافت نمی‌كنند با احتمال بیشتری مردود شدن، اخراج از مدرسه، پیشرفت تحصیلی پایین و مشکلات سازگاری اجتماعی و هیجانی را تجربه ‌می‌کنند.این کودکان ممکن است در یادگیری ناتوان نباشند، بلکه در عملکردهای مربوط به مدرسه مشکل دارند که ناشی از سازماندهی ضعیف، بی­توجهی، تکانشگری، بیش‌فعالی وحواسپرتی ‌می‌باشد (کاکاوند، 1392).

این اختلال روند طبیعی و رشد دوران كودكی را با مشكل رو به رو ‌می‌كند كه در صورت عدم درمان، آمادگی كودك را برای پذیرش آسیب‌های روانی و اجتماعی در بزرگسالی افزایش ‌می‌دهد. تقریباً در یك چهارم كودكان زیر سن مدرسه، مشكلات رفتاری دیده ‌می‌شود كه اگر این مشكلات از شدت كافی برخوردار باشد و كودك در روابط اجتماعی خود مشكلاتی داشته باشد،تا دوره‌های بعداز دوران كودكی نیز ادامه خواهد داشت. پایداری نتایج اختلال کم توجهی- بیش‌فعالی، تا سالهای بعدی و نقایص ناشی از این اختلال، بر نیاز به مداخله زود هنگام برای كودكان پیش‌دبستانی مبتلا به این اختلال تأكید ‌می‌كند (انجمن روانپزشکی آمریکا، 2013).

تعریف اختلال کم توجهی- بیش‌فعالی

در DSM-V نرخ شیوع این اختلال برای بزرگسالان 5/2 درصد است و برای کودکان رقم 5 درصد گزارش شده است.با این وجود رقم محتاطانه 7-3 درصد از کودکان در سنین مدرسه را مبتلایان به این اختلال تشکیل می­دهند.به طور کلی احتمالا در هر کلاس عادی یک یا دو کودک با اختلال نارسایی توجه وجود دارد.نشانه­های اصلی اختلال کمبود توجه و بیش فعالی باید قبل از 12 سالگی شروع شود و حداقل در دو موقعیت متفاوت مانند کودکستان،مدرسه،خانه و یا هنگام ارزیابی و معاینه روانشناختی دیده شود(راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی(DSM-V)، 2013-2012؛ ترجمه رضائی، فخرای، فرمند، نیلوفری، هاشمی آذر و شاملو، 1394).

اختلال کم توجهی- بیش‌فعالی، الگوی پایدار عدم توجه و یا بیش‌فعالی و رفتارهای تكانشی است كه شدیدتر و شایع‌تر از آن است كه معمولاً در كودكان با سطح رشد مشابه دیده ‌می‌شود. برای مطرح كردن این تشخیص باید برخی ازنشانه‌ها پیش از سن 7 سالگی ظاهر شوند. اختلال باید حداقل در دو زمینه وجود داشته باشد و بایستی عملكرد فرد بسته به میزان رشد،در زمینه‌های اجتماعی، ‌تحصیلی یا شغلی مختل شده باشد. این اختلال در حضور اختلال فراگیر رشد، اسكیزوفرنی و سایر اختلالات سایكوتیك نباید مطرح شود و نیز یك اختلال روانی دیگر،توجیه بهتری برای آن نباشد. همچنین اختلال کم توجهی- بیش‌فعالی،سندر‌می‌‌عصب شناختی است كه معمولاً با ویژگی‌های تكانشگری، حواسپرتی و بیش‌فعالی مشخص ‌می‌شود (انجمن روان پزشكی آمریكا، 2013).

**پرسشنامه‌ی اختلال بیش فعالی/ کاستی توجه بزرگسالان بارکلی (فرم بلند وخودگزارشی):**

این مقیاس یک آزمون 27 سؤالی است که به وسیله‌ی بارکلی برای تشخیص اختلال بیش فعالی/ کاستی توجه در افراد بالاتر از 18 سال، ساخته شده است. آزمون شامل 4 خرده مقیاس کاستی توجه (9 آیتم)، بیش فعالی (5 آیتم)، تکانشگری (4 آیتم) و کندی شناختی زمان (9 آیتم) می‌باشد. نمره‌گذاری آزمون بر اساس مقیاس لیکرت از نمره‌ی 1 تا 4 می‌باشد. نمراتی که از خرده مقیاس‌های کاستی توجه، بیش فعالی و تکانشگری به دست می‌آیند، جمع شده و به عنوان نمره‌ی کل اختلال بیش فعالی/ کاستی توجه منظور می‌گردد. این آزمون، برای اولین بار در ایران توسط پژوهشگران به زبان فارسی ترجمه شد و ویژگی‌های روانسنجی آن مورد بررسی قرار گرفت.

بارکلی (2011) برای ارزیابی پایایی این پرسشنامه از روش آزمون مجدد استفاده کرد و آن را به فاصله‌ی زمانی 3 هفته بر روی 62 بزرگسال اجرا نمود. همبستگی به دست آمده برای این دو اجرا در خرده مقیاس کاستی توجه، بیش فعالی، تکانشگری، کندی شناختی زمان و نمره‌ی کل اختلال بیش فعالی/ کاستی توجه به ترتیب 66/0، 72/0، 76/0، 88/0 و 75/0 می‌باشد. در این پژوهش به منظور ارزیابی پایایی از روش همسانی درونی استفاده شد. آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس‌های کاستی توجه، بیش فعالی، تکانشگری، کندی شناختی زمان و نمره‌ی کل اختلال بیش فعالی/ کاستی توجه به ترتیب 71/0، 68/0، 64/0، 77/0، و 76/0 به دست آمد.

ضریب همبستگی بین این پرسشنامه و پرسشنامه‌ی تشخیص اختلال بیش فعالی/ کاستی توجه بزرگسالان بارکلی (فرم بلند و دیگر گزارشی) در خرده مقیاس کاستی توجه، بیش فعالی/ تکانشگری، کندی شناختی زمان و نمره کل اختلال بیش فعالی/ کاستی توجه به ترتیب برابر با 67/0، 67/0، 6/ 0 و 7/0 (259 =N، 001/0>p) به دست آمد (بارکلی، 2011).

در پژوهش حاضر برای بررسی روایی همزمان از مقیاس تکانشگری بارات[[33]](#footnote-33) (2007، به نقل از غفاری، مهرابی‌زاده هنرمند، خواجه‌الدین و موسوی، 1389) استفاده شد. همبستگی به دست آمده بین پرسشنامه‌ی تکانشگری بارات و خرده مقیاس‌های کاستی توجه، بیش فعالی، تکانشگری، کندی شناختی زمان و نمره‌ی کل اختلال بیش فعالی/ کاستی توجه به ترتیب 44/0، 60/0، 4/0، 48/0 و 68/0 (50 =N، 01/0>p) می‌باشد.

**مصاحبه‌ی بالینی برای تشخیص**

 در این پژوهش از مصاحبه‌ی ساختار یافته‌ی بارکلی برای تشخیص تکمیلی اختلال بیش فعالی/ کاستی توجه استفاده شد.

**شرح جلسات**. به طور مختصر در جدول 1 گزارش شده است.

جدول 1. شرح جلسات مداخلات

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **جلسه** | **هدف** | **محتوا** |
| اول | معارفه | آشنایی و معرفی گروه، معرفی اختلال ADHD و بیان اهداف، توضیح قواعد گروه، بحث درباره‌ی پیامدهای اختلال |
| دوم | کاستی توجه و مشکلات حافظه | ارایه‌ی راهکارهای بیرونی و درونی برای بهبود مهارت‌های توجه و حافظه |
| سوم | مدیریت زمان | بحث درباره‌ی تله‌های هدر دادن زمان و توضیح شش قدم ضروری جهت مدیریت زمان |
| چهارم | مهارت‌های حل مسأله | توضیح مراحل پنج گانه‌ی حل مسأله |
| پنجم | تکانشگری و بیش فعالی | معرفی تکانشگری شناختی و رفتاری و توضیح راهبرد‌های مقابله به آن |
| ششم | تکانشگری و بیش فعالی | توضیح تکنیک‌های حواس پرت کننده برای مقابله با بی قراری |
| هفتم | مهارت‌های اجتماعی | توضیح مهارت‌های خوب صحبت کردن و خوب گوش دادن و تمرین با استفاده از فن ایفای نقش، بازشناسی هیجانات |
| هشتم | مهارت‌های اجتماعی | توضیح مهارت‌های ارتباطی غیر کلامی (تماس چشمی، نزدیکی فیزیکی و حرکات بدن)؛ تکنیک‌های رد کردن درخواست‌های غیرمنطقی |
| نهم | اضطراب | استفاده از تکینک‌های آرام سازی و تنفس، مواجه سازی تصویری و واقعی |
| دهم | مدیرت خشم | معرفی تکنیک‌های صحبت با خود، حواس پرتی، آرامش عضلانی و بازسازی موقعیت برای مدیریت خشم |
| یازدهم | افسردگی و خلق پایین | به چالش کشیدن خطاهای فکر و افکار منفی |
| دوازدهم | مشکلات خواب | ارایه‌ی راهبردهای رفتاری برای رفع مشکلات خواب |
| سیزدهم | پیشگیری از عود | جمع بندی و تنظیم سیستم پاداش برای دستیابی به اهداف |

**بحث و نتیجه**‌**گیری**

گروه درمانی شناختی- رفتاری در مرحله‌ی پس آزمون و پیگیری باعث کاهش معنی‌داری در اختلال بیش فعالی/ کاستی توجه و نشانه‌های آن (کاستی توجه، بیش فعالی، تکانشگری و کندی شناختی زمان) شده است. نتایج این پژوهش را می‌توان با نتایج تحقیقات هسلینگر و همکاران (2002)، هیرویکوسکی و همکاران (2011)، استونسون و همکاران (2002)، ویگینز و همکاران (1999) و رامسی و راستین (2011) همسو دانست. در تبیین یافته‌ها می‌توان گفت که درمان شناختی– رفتاری به بیمار نشان می‌دهد چگونه الگوهای مشخص تفکر می‌توانند نشانه‌های ناخوشایند ADHD را تشدید کنند. این نوع درمان با استفاده از تکنیک‌های رفتاری به بیمار می‌آموزد که چگونه در مواقع پر استرس (فشار) تکانه‌ی رفتاری، عادات خاص و شیوه‌های خرابکارانه را تضعیف کند (به عنوان نمونه تحریک‌پذیری افراطی یا کناره‌گیری از دنیا). درمان شناختی- رفتاری به بیماران کمک می‌کند تا از اثرات رفتاری و شناختی نشانه‌های ADHD در زندگی خود آگاه شوند و برای کاهش نشانه‌های مهم ADHD، الگو‌های فکری و شرایط خود را طوری تغییر دهند که رفتار آنها تنها واکنشی به موقعیت نباشد، بلکه در مورد آن فکر کنند و به شیوه‌های مناسب‌تر عمل نمایند. اساس درمان شناختی - رفتاری به مبتلایان ADHD کمک می‌کند تا افکارشان را طوری کنترل کنند که رفتاری منطقی، روشنفکرانه با اهدافی عینی و خاص انجام دهند. این درمان به بیماران کمک می‌کند تا با راهبردهای خاص، تغییرات فوری در زندگی خود به وجود آورند. همچنین به جایگزینی افکار مثبت به جای افکار منفی و تفکر واقع‌گرایانه تأکید دارد (آدلر، 2006، ترجمه‌ی بشردوست تجلی، 1387). درمان شناختی - رفتاری به بیماران می‌آموزد که می‌توانند از طریق مهارت‌های برنامه‌ریزی و سازمان‌دهی، راه حل بسیاری از مشکلات روزمره‌ی خود را بیابند. این مهارت‌ها می‌توانند کمیت و شدت مشکلات روزمره‌ای را که با آنها مواجه می‌شوند به طور قابل توجهی کاهش دهند (استونسون و همکاران، 2002). در واقع درمان شناختی- رفتاری با هدف قرار دادن مشکلات همپوش بیماران مبتلا به ADHD از جمله روابط اجتماعی نابسامان، اضطراب، خشم، افسردگی و مشکلات خواب زمینه را برای رشد شخصی و افزایش انگیزه در این بیماران فراهم می‌کند تا بهتر بتوانند نشانه‌های بیماری خود را کنترل کنند (رامسی و راستین، 2008). تقویت انگیزه‌ی درونی مهم‌ترین هدف، در درمان شناختی – رفتاری بزرگسالان مبتلا به ADHD است. برای رسیدن به این هدف، بیماران تشویق می‌شوند تا پس از برنامه‌ریزی و اجرای آن، به خود پاداش دهند. در کنار این پاداش‌ها، تکمیل و به پایان رساندن وظیفه به خودی خود یک پاداش است که به مراجع حس موفقیت می‌دهد. موفقیت یک تقویت کننده‌ی بسیار قوی انگیزه است. انگیزه‌ی بالا، توجه و تمرکز فرد را افزایش و بی‌قراری درونی او را کاهش می‌دهد (یونگ و برامهام، 2007). فرایند درمان شناختی- رفتاری در کاهش مشکلات تکانشگری بیماران تلاش زیادی می‌کند. روش‌های حل مسأله به بیماران می‌آموزد تا به جای آن که به موضوعات به صورت تکانه‌ای پاسخ دهند، راه حل‌های احتمالی و نتایج بالقوه را در نظر بگیرند. در طول درمان، بیماران مبتلا به ADHD که توانایی به تأخیر انداختن دریافت لذت را ندارند، می‌آموزند تا با تبدیل وظایف به مراحل کوچک‌تر و دریافت پاداش، تا حد زیادی مشکلات تکانشگری خود را رفع کنند. در طول درمان شناختی- رفتاری از بیماران خواسته می‌شود تا برای همه‌ی مشکلات خود از جمله مشکلات تکانشگری هدف رفتاری تعیین کنند. هدف رفتاری باید کاملاً روشن باشد و فراوانی آن توسط خود بیمار و یا آشنایان او (دوست، همسر، اعضای خانواده) ارزیابی شود. زمانی که بیماران مسئولیت کنترل رفتارهای تکانه‌ای خود را می‌پذیرند، خود آگاهایشان افزایش می‌یابد و یادگیری خود نظارتی به این شیوه، به عنوان یک راهبرد کاهشی عمل می‌کند. همه‌ی تکنیک‌های به کار رفته برا‌ی مقابله با تکانشگری، بیمار را وادار می‌کند که توقف کرده و موقعیت را از دیدگاه‌های متفاوت بررسی کند و به پیامد‌های رفتار خود بیندیشد (رامسی و راستین، 2008). بنابراین درمان شناختی- رفتاری با آموختن مهارت‌های گسترده به بیماران، تا حد زیادی باعث کاهش نشانه‌های مرکزی در این بیماران می‌شود.

بیش‌فعالی به حالتی دلالت می‌کند که در آن کودک به نحوی مفرط و بیش از اندازه فعال و پرجنب‌ و جوش است. تحرک زیاد این کودکان نه تنها خود آنها را بلکه اطرافیان ، همکلاس‌ها ، اولیای مدرسه را دچار مشکل می‌کند. از آن جایی که در میان درصد بالایی از معتادین و افرادی که ترک تحصیل کرده‌اند علایم بیش فعالی در کودکی قابل مشاهده است.

از طرفی کودکان بیش فعال در معرض خطر بالایی از اختلال سلوک ، شخصیت ضد اجتماعی و سوء مصرف مواد مخدر قرار دارند لذا آگاهی همگان بویژه والدین و معلمان در این حالات از اهمیت بسزایی برخوردار است. نقص در تمرکز یا اختلال بیش‌فعالی (ADHD) شرایطی را برای کودک ایجاد می‌کند که نتواند آرام و بدون حرکت بنشیند، رفتارش را کنترل کرده و توجه خود را به یک موضوع خاص معطوف کند.

شیوع بیش فعالی

از هر 100 کودک 5 کودک می‌توانند مبتلا به ADHA باشند. پسران 3 برابر بیش از دختران در معرض ابتلا قرار دارند. اغلب این مشکلات قبل از 7 سالگی آغاز می‌شوند و ممکن است والدین تا وقتی که فرزندشان بزرگتر نشده متوجه مشکل او نگردند. پزشکان نمی‌دانند که چه چیزی باعث بروز ADHD می‌گردد ولی مطالعات بر روی مغز انسان‌ها را به فهم علل اجتماعی ADHD نزدیکتر کرده است.

پزشکان معتقدند افراد مبتلا به ADHD فاقد میزان کافی از مواد شیمیایی خاص به نام میانجی‌های عصبی در مغز هستند. این مواد شیمیایی به مغز در کنترل کردن رفتار کمک می‌کند. والدین و آموزگاران باعث ایجاد ADHD در کودک نمی‌شوند ، بلکه آنها می‌توانند در فعالیت‌های کودک به وی کمک کنند.

علایم ADHD

• مشکل در توجه

• فعالیت بیش از اندازه (بیش‌فعالی)

• انجام عمل قبل از فکر کردن به آن (حرکات تکانشی)

انواع بیش‌فعالی

نوع بی‌دقت و بدون توجه

در این نوع در فرد نمی تواند روی تکلیفی که به او می‌دهند و یا یک فعالیت خاص تمرکز داشته باشد. اکثر کودکان دچار ADHD در دقت و توجه کردن دچار مشکل هستند. این دسته از افراد غالبا:

• توجه زیادی به جزئیات ندارند.

• بر بازی‌ها و کارهای مدرسه نمی‌توانند تمرکز داشته باشند.

• کارهای مدرسه و فعالیت‌های روزانه خود را در منزل تا آخر دنبال نمی‌کنند و آنها را به پایان نمی‌رسانند.

• ‌نمی‌توانند یک وظیفه یا تکلیف را تمام و کمال انجام دهند.

• اسباب بازی‌ها ، کتاب‌ها و وسایلشان را اغلب گم می‌کنند.

نوع تکانشی - بیش‌فعالی

در این نوع از اختلال فرد بسیار فعال است. و بدون فکر اقدام به فعالیت و انجام کار می‌کند. فعالیت بیش از حد معمول ، قابل مشاهده‌ترین مشخصه اختلال ADHD است. کودک بیش‌فعال همیشه در حال انجام کاری می‌باشد. ممکن است سطح بیش‌فعالی با افزایش سن کاهش یابد. این کودکان قبلا از این که راجع به عملی فکر کنند آن را انجام می‌دهند.

برای مثال این کودکان ممکن است بطور ناگهانی وسط خیابان شروع به دویدن کنند و از یک سمت به سمت دیگر خیابان بدون نگاه کردن حرکت کنند و یا این که از درخت بلندی شروع به بالا رفتن کنند. ممکن است آن ها موقعیت‌های خطرناک شگفت زده شوند. گاهی هم هیچ ایده و فکری برای خارج شدن از این وضعیت ندارند. غالبا ، فعالیت‌های تکانشی و بیش‌فعالی با هم همواره هستند. مشخصه کودکانی که این اختلال را با هم دارند بدین گونه است:

• بی‌قراری و ناآرامی

• ‌دویدن مداوم از سویی به سوی دیگر و یا بالا رفتن از چیزی

• پایین آمدن از صندلی وقتی که اجازه این کار را ندارند.

• عدم توانایی در بی‌سر و صدا بازی کردن

• بیش از حد صحبت کردن

• پاسخ‌دادن ناگهانی و بدون فکر به پرسشی که هنوز تمام نشده است.

• عدم توانایی در صبر کردن برای نوبت خود

• بدون اجازه وسط بازی دیگران پریدن

• وسط صحبت دیگران پریدن

نوع ترکیبی

در این نوع اختلال فرد بسیار فعال است و بدون فکر اقدام به فعالیت و انجام کار می‌نماید. کودکان با این نوع اختلال نشانه‌هایی از هر دو نوع قبل را که متذکر شویم دارا هستند. آنها در توجه‌کردن، بیش‌فعال بودن و کنترل تکانش‌های خود دچار مشکل هستند. البته گاهی تمام کودکان بی‌توجه هستند و یا اینکه بیش از حد فعالیت می‌کنند و حرکات تکانشی دارند.

اما در کودکان دچار ADHD این حرکات همیشگی هستند نه استثنایی این رفتارها برای کودک در خانه ، مدرسه و با دوستان مشکلات حقیقی ایجاد می‌کنند در نتیجه اکثر کودکان دچار این اختلال ، احساس افسردگی ، اضطراب و عدم اطمینان به خود را دارند. این احساسات جزء نشانه‌های ADHD محسوب نمی‌شوند و در اثر مشکلات مکرر در خانه و مدرسه در کودک ایجاد می‌شوند.

چطور می‌توان فهمید کودکی مبتلا به ADHD است؟

وقتی علایم ADHD در کودکی مشاهده شود باید توسط یک متخصص ماهر مورد ارزیابی قرار گیرد. این فرد می‌تواند از کارکنان مدرسه باشد و یا این که در مطب خصوصی مشغول بکار باشد. تنها راه حصول اطمینان ، ارزیابی کامل توسط متخصص می‌باشد. باید در اینجا به دو نکته توجه داشت:

• نباید نظر دیگران را دال بر این که کودکی ADHD است به آسانی پذیرفت.

• این نکته حائز اهمیت است که کودک همراه با ADHD ناتوانایی‌های دیگران را نیز دارد.

درمان

درمان سریع برای ADHD وجود ندارد اما علایم آن قابل کنترل هستند. والدین و آموزگاران باید به نکات زیر توجه داشته باشند.

• در مورد این اختلال اطلاعات بیشتری کسب کنند.

• برنامه تعلیم و تربیتی خاصی را متناسب با نیازهای کودک ایجاد و طرح‌ریزی نمایند.

• ایجاد طرح دارو درمانی ، درصورتی که والدین و پزشک احساس کنند که کودک به دارو درمانی نیاز دارد.

راهنمایی‌هایی برای والدین

• وقتی که فرزندتان کارش را خوب انجام می‌دهد به اول پاداش دهید. در فرزند خود توانایی ایجاد کنید و نیز با او در مورد استعدادهایش صحبت کنید و او را به بکارگیری توانایی‌هایش تشویق و ترغیب کنید.

• با فرزند خود کاملا واضح و روشن صحبت کنید. برای این کار با پشتکار ، مصر و مثبت باشید و خواسته‌های خود را کاملا برای فرزند خود روشن سازید. به فرزند خود بگویید چه کارهایی را باید انجام دهد نه این که فقط ، آنچه را نباید انجام دهد به او گوشزد کنید.

• شیوه‌هایی را برای کنترل رفتار فرزند خود یاد بگیرید این برنامه‌ها عبارتند از: ایجاد جدول برای فعالیت‌های فرزندتان ، داشتن برنامه برای پاداش ، نادیده گرفتن رفتارهای نامطلوب ، پیامدهای عادی و غیر طبیعی نتایج و پیامدهای منطقی.

• با مدرسه فرزندتان تماس داشته باشید و برنامه تعلیم و تربیت خاص نیازهای فرزندتان را برای او تنظیم کنید. هر دوی شما (والدین و معلم) بایستی نمونه‌ای از این برنامه را داشته باشید.

• با معلم در تماس باشید و به او بگویید فرزند شما در خانه چه عملکردی دارد و از او بپرسید که در مدرسه چه می‌کند و آنها را حمایت کنید.

راهنمایی‌هایی برای آموزگاران

باید بدانید که چه موارد خاصی برای دانش آموزان دشوار هستند. برای مثال ممکن است که دانش آموز ADHD در شروع یک کار دچار مشکل باشد در حالی که دانش آموزان دیگر در پایان‌دادن به یک عمل و شروع عمل بعدی شکل داشته باشند. بنابراین هر یک از این دانش آموزان نیاز به کمک‌های متفاوتی دارند.

• به دانش آموزان نشان دهید چگونه از کتاب تکلیف و برنامه‌های روزانه استفاده کنند. همچنین مهارت‌ها و روش‌های یادگیری را به آنها آموزش دهید و آنها را به شکل منظم تقویت (پاداش) کنید.

• به دانش آموزان در فعالیت‌های بدنی‌شان کمک کنید. (برای مثال) به آنها اجازه دهید تا کاری را ایستاده پای تخته سیاه انجام دهند). در بین برنامه‌ها به آنها استراحت دهید.

• با والدین و دانش آموزان هر دو با هم برای نو آوری و اجرای یک برنامه تعلیم و تربیتی متناسب بمنظور نیل به نیازهای دانش آموزان به فعالیت و همکاری بپردازید.

• انتظارات بالا از دانش آموزان داشته باشید اما سعی کنید راه‌های جدیدی را برای انجام کارها امتحان کنید صبور باشید و شانس دانش آموزان را برای کسب موفقیت بالا ببرید.

**ارايه برنامه درماني براي والدين كودكان با اختلال نارسايي توجه / بيش فعالي**

شايد بتوان گفت كه اختلال نارسايي توجه همراه با بيش فعالي در حدود 10 الي 20 درصد از كودكان مدرسه اي مشاهده مي شود (شايويتز 1992). كودك داراي اين اختلال شرايط دشواري را براي والدين و اعضاي خانواده خود ايجاد مي كند.

تمامي كودكاني كه مبتلا به اين اختلال تشخيص داده مي شوند نيازمند آموزش هاي ويژه نيستند و مي توانند با استفاده از توصيه هاي رفتاري به والدين و مربيان. آنان را در محيط هاي معمولي و همراه ساير كودكان نگهداشت (لرنر، لونتال، ولرنر 1995).

اما چگونه مي توان به والدين و مربيان چنين كودكاني كمك كرد؟ در اينجا هفت هدف اصلي به عنوان هفت برنامه مداخله اي براي والدين و مربيان اين كودكان همراه با نحوه مداخله و توصيه هاي آورده شده اند. سعي بر آن بوده كه نيازهاي والدين و مربيان مد نظر باشد و تا حد امكان شرايط معمولي خانه و يا كلاس درس در نظر گرفته شود.

**1. هدف كلي: توجه مثبت به كودك**

- اختصاص زماني براي بازي و تعامل با كودك (حداقل نيم ساعت)

- استفاده از تشويق هاي غير كلامي مانند نگاه محبت آميز، دست كشيدن روي سر، بغل كردن و تشويق هاي كلامي مانند عاليه، آفرين، خوبه و ...

- درصورت انجام كار نامناسبي توسط كودك براي چند لحظه روي خود را از وي برگردانيد و به جاي ديگري نگاه كنيد و اگر كار نامناسب وي ادامه يافت بازي را قطع كرده و بگوييد كه بازي فعلاً تمام شده و هر وقت كه او به روش مناسب تري رفتار كند بازي دوباره ادامه خواهد يافت.

- در هفته اول اين برنامه بايد هر روز و يا تقريباً 5 بار در هفته (حداقل) انجام شود.

**2. هدف كلي توجه مقتدرانه به تمام فعاليت هاي متضاد با رفتار منفي كودك**

* نحوه مداخله:

- هنگام دادن يك دستور به كودك، بازخوردي فوري در مورد چگونگي نحوه انجام دستور به او بدهيد و چگونگي انجام آن درخواست را نظاره كنيد.

- در هنگامي كه از كودكتان خواسته ايد كاري انجام دهد، درخواست ديگري از او نداشته باشيد و در هر زمان از او يك درخواست داشته باشيد (در زمان انجام درخواست، حتي هيچ سؤال ديگري از وي نپرسيد).

**3. هدف كلي: آموزش نحوه انجام فعاليت ها به كودك**

* نحوه مداخله:
* زماني را كه كودكتان خيلي سرگرم نيست انتخاب كنيد و از او بخواهيد كه فعاليت هاي كوچكي برايتان انجام دهد. مثلاً مدادي به شما بدهد يا حوله برايتان بياورد و ... در طول اين زمان هربار فقط يك دستور به كودك بدهيد، اما در طول روز مي توانيد چندين بار اين كار را انجام دهيد.

- در خلال انجام دستور تشويق هاي كلامي را فراموش نكنيد.

- دستورها بايد ساده و كوتاه باشند تا كودك داراي ناتواني هم بيشتر قادر به انجام آن باشد.

- اگر كودك يكي از اين دستورها را انجام نداد، درخواست كوچك و محدود ديگري را مطرح كنيد و از دستور اول چشم پوشي كنيد.

- اين كار شروع و سرآغاز پيروي كودك از ساير آموزش هاي شما خواهد بود.

**4. هدف كلي: توانايي صدور دستورهاي مؤثر و مناسب**

* نحوه مداخله

- بر روي دستورهايي كه صادر مي كنيد فكر كنيد و سعي نماييد دستورهاي ساده و روشن و مشخصي بدهيد و از درخواستي كه كرده ايد برنگرديد و پي گيري انجام آن را خودتان نيز فراموش نكنيد.

- هرگز دستورها را به صورت درخواست و سؤال مطرح نكنيد مثلاً نگوييد آيا وقت خواب نيست؟ آيا نبايستي مسواك بزني؟ آيا اين حرف درست بود؟ و ...، پاسخ اين سؤالها حتماً از طرف كودك منفي خواهد بود.

- تذكر مجدد اين است كه هر بار فقط يك دستور صادر كنيد و پس از اتمام و انجام كار، دستور و يا درخواست بعدي را صادر كنيد.

- اطمينان يابيد زماني كه با كودك حرف مي زنيد توجه وي به شما معطوف باشد.

- فراموش نكنيد تمام وسايلي را كه در زمان سخن گفتن و درخواست از كوكدك وجود ندارد و روشن هستند به نحوي حذف كنيد (صدا را كم كنيد يا خاموش نمائيد) و پس از آن از كودك بخواهيد فرمان درخواست شده از طرف شما را تكرار كنيد و يا تصويري از آن به كودك نشان دهيد.

- اگر كودك به اندازه اي بزرگ شده كه توانايي خواندن و نوشتن دارد كارتهايي برايش تهيه كنيد كه فرمان روي ان نوشته شده باشد، و در مورد فرمانهاي پيچيده حتي مي توان قدم هاي لازم و مراحل انجام كار را نيز نوشت (در صورتي كه كودك كوچك است و يا فاقد اين تونايي است، براي بيان مقصود مي توان از تصوير استفاده كرد.

- زمان انجام كار را مي توانيد بر روي كارت يادداشت كنيد و يا آن را به طور شفاهي به كودكتان بگوييد. بنابر اين كودك مي داند كه اين كار تا چه زماني بايستي انجام شود.

**5. هدف كلي: آموزش عدم مداخله و قطع فعاليت هاي والدين توسط كودك**

* نحوه مداخله:

- وقتي قرار است به كاري مشغول شويد مثلاً تلفني بزنيد و يا چيزي درست كنيد دو مرحله دو مرحله دستور دهي به كودك لازم است:

نخست اينكه از وي بخواهيد به كاري مشغول شود و پس از حصول اطمينان از درك دستور توسط كودك به او بگوييد كه نبايستي فعاليت شما را قطع كند، مثلاً به او بگوييد «من مي خواهم تلفن بزنم پس تو در اين اتاق مي ماني و تلويزيون نگاه مي كني و مكالمه مرا قطع نمي كني». توجه داشته باشيد فعاليتي را كه از كودك مي خواهيد تا انجام دهد خسته كننده و كسالت آور نباشد و مورد علاقه وي باشد، مثلاً قيچي كردن تصوير، رنگ كردن تصوير، بازي كردن با يك اسباب بازي محبوب و يا هر فعاليت مورد علاقه كودك. پس از مدت كوتاهي فعاليت خود را قطع كنيد پيش فرزندتان برويد و براي اينكه به حرف شما گوش كرده است و فعاليت شما را قطع نكرده است او را تشويق كنيد و سپس از كودك بخواهيد كه فعاليتش را ادامه دهد و مزاحم كار شما نشود و خود به ادامه كار بپردازيد (فراموش نكنيد كه در شروع برنامه فعاليت شما بايد بسيار كوتاه باشد و پس از تثبيت رفتار در كودك به فعاليت هاي طولاني تر بپردازيد).

**6. هدف كلي: برپايي سيستم اقتصاد ژتوني و كسب امتياز براي دريافت جايزه و پاداش در خانه**

* نحوه مداخله:

- تعدادي ژتون، ستاره و يا اشياء رنگي انتخاب كنيد و در كنار كودكتان بشينيد و با ملايمت با او حرف بزنيد و برايش توضيح دهيد. به او بگوييد احساس مي كنيد كه او بايد به دليل كارهاي خوبي كه در خانه انجام مي دهد تشويق شود و شما برنامه اي براي اين كار در نظر گرفته ايد. اگر كودكتان چهار تا پنج ساله است به او بگوييد هر ژتون بدون توجه به رنگ آن داراي يك امتياز است و نشان مي دهد كه او يك كار خوب انجام داده است. اگر كدك 6 تا 8 ساله است به او بگوييد كه رنگهاي مختلف امتيازهاي مختلف دارند. مثلاً سفيد 1 امتياز آبي 5 امتياز و پس از آن هر رنگ ژتون را به همراه امتياز مربوط به آن بر روي يك مقوا بچسبانيد و در معرض ديد كودك قرار دهيد، سپس يك قوطي خالي يا شيشه مرباي خالي و هر چه كه در دسترس شما است را به عنوان قلك انتخاب كنيد، البته بهتر است كه شفاف باشد و كودك تعداد ژتون هاي جمع آوري شده را ببينيد. گام بعدي اين است كه امتيازهاي انجام هر يك از كارها را به كودكتان بگوييد. فراموش نكنيد به وي بگوييد كه ژتون فقط هنگامي به او تعلق خواهد گرفت كه فعاليت با اولين درخواست انجام شود و نيازي به تكرار نباشد.

**\* جدول پيشنهادي فعاليت ها، امتيازها و پاداش ها**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **امتياز لازم براي انجام** | **پاداش** |  | **فعاليت** |
| 4 | تماشاي تلويزيون ( به مدت 30 دقيقه) | 5 | پوشيدن لباس |
| 5 | بازي با كامپيوتر ( به مدت 30 دقيقه) | 2 | شست دست و صورن |
| 2 | بازي كردن در حياط | 2 | مسواك زدن دندان |
| 2 | دوچرخه سواري | 5 | انداختن رختخواب – آماده شده براي رفتن به تخت |
| 4 | استفاده از يك اسباب بازي محبوب | 2 | جمع كردن رختخواب - مرتب كردن تخت |
| 200 | غذا خوردن در ساندويچ فروشي | 1 | قرار دادن لباس هاي كثيف در جاي مخصوص آن مثلاً سبد رخت چرك |
| 300 | اجاره فيلم يا بازي كامپيوتري | 3 | انجام تكليف (هر 15 دقيقه) |
| 500 | رفتن به سينما با والدين | 5 | حمام كردن و دوش گرفتن |
| 50 | بيدار ماندن پس از زمان خواب (نيم ساعت) | 1 | آويزان كردن كت |
| 50 | اجازه دادن دعوت دوست به خانه براي بازي | 333 | دعوا نكردن با برادر يا خواهر- از صبحانه تا نهار- از نهار تا شام- از شام تا وقت خوابيدن |
| 100 | دريافت دو برابر پول توجيبي | 1 | با صداي ملايم با مادر سخن گفتن در زمان درخواست يك چيز |
| 30 | انتخاب يك شيريني دلخواه در قنادي | 3 | در صورت پرسيدن سؤال در ارتباط با يك خطا واقعيت را بگوييد |

**7. هدف كلي: يادگيري تنبيه كودك در زمان انجام رفتارهاي نامناسب**

- به مدت يك يا دو هفته از سيستم اقتصاد ژتوني بدون جريمه استفاده كنيد، پس از آن مي توانيد به صورت گزينشي و در مواقع مقتضي براي آموزش نظم خاص از آن (جريمه) استفاده كنيد. به كودكتان بگوييد كه اگر كار يا درخواستي را انجام ندهد او را جريمه خواهيد كرد. برنامه را از اين زمان به بعد اينگونه ادامه دهيد كه « تا سه شماره مي شمارم اگر كاري كه گفتم انجام ندهي ميزان امتياز از دست مي دهي. به ياد داشته باشيد كه جريمه ها خيلي زياد و پي در پي انجام نشود، چون برنامه را كاملاً از بين خواهد برد.

- محروميت شكل منفي تري از جريمه است و عبارت قراردادن فرد در مكاني ساكت و تنها به منظور طي دوره اي كه براي محروميت در نظر گرفته شده است.

به ياد داشته باشيد كه محروميت نبايد بيش از يك يا دو بار در هفته انجام شود و رفتارهايي را در نظر بگيريد كه با سيستم اقتصاد ژتوني اصلاح نشده اندو براي انجام اين كار از يك صندلي يا اتاقي كه وسيله سرگرم كننده اي در آن وجود ندارد (از امنيت و سلامت شرايط اتاق اطمينان حاصل كنيد) استفاده كنيد.

تعريف:

ADHD اختلالي است كه در آن پُرتحركي، بي‌توجهي و رفتارهاي ناگهاني بيشتر و شديدتر از كودكان ديگر وجود دارد. حدود 12-7 درصد كودكان به اين بيماري مبتلا هستند و در پسرها شايع‌تر است. ممكن است در بعضي بيشتر علائم پرتحركي و رفتارهاي ناگهاني و در بعضي بيشتر علائم بي‌توجهي به چشم بخورد. علائم اين بيماري قبل از 7 سالگي شروع مي‌شود ولي اغلب در دوران مدرسه مشكلات جدي ايجاد مي‌كند و مورد توجه قرار مي‌گيرد.

علّت:

اين بيماري سال‌هاست كه شناخته شده و عوامل متعدّدي در ايجاد آن نقش دارند. به نظر مي‌رسد علت آن بيشتر به نقص در تكامل سيستم اعصاب مربوط باشد. كودكان مبتلا احتمالاً در قسمت‌هايي از مغز كه مسئول توجه، تمركز و تنظيم فعاليت‌هاي حركتي است دچار نقائص جزئي هستند. توارث و ژنتيك نيز در اين بيماري 80-70% نقش مهمي دارد. همچنين در بعضي موارد در جريان حاملگي يا زايمان يا پس از آن صدمات جزئي به ساختمان مغز وارد مي‌شود كه مي‌تواند باعث اين مشكل گردد.

بر خلاف برخي تصورات چگونگي روش‌هاي فرزندپروري والدين در ايجاد بيماري نقشي ندارد، اگر چه برخورد و مواجهه مناسب والدين با نشانه‌هاي بيماري و اختلالات رفتاري ناشي از آن مي‌تواند در كنترل علائم و جلوگيري از عوارض بعدي مؤثر باشد.

علائم:

مشكل اصلي كودكان ADHD عدم توانايي آنها در حفظ و تنظيم رفتارشان است، در نتيجه اغلب نمي‌توانند رفتار مناسبي كه لحظه به لحظه با شرايط محيط هماهنگ باشد نشان دهند. خوابيدن و غذا خوردن آنها منظم نيست. به نظر مي‌رسد در همه چيز دخالت مي‌كنند و مراقبت دائمي نياز دارند. از نظر هيجاني ثبات ندارند، ناگهان مي‌خندند يا گريه مي‌كنند و رفتارشان غيرقابل پيش‌بيني يا ارزيابي است. سريع از كوره درمي‌روند و نمي‌توانند پيامدهاي رفتارشان را پيش‌بيني يا ارزيابي نمايند. در فعاليت‌هاي خطرناك شركت مي‌كنند و احتمال صدمه ديدن آنها زياد است. قبل از فكر كردن عمل مي‌كنند، قبل از پايان سؤال جواب مي‌دهند، اشياء را پرتاب مي‌كنند و ناخواسته به ديگران صدمه مي‌زنند. پُرفعاليت‌ و پُرتحرك هستند، هر لحظه در حال رفتن هستند، انگار موتوري درون بدن آنهاست كه آنها را به حركت دائمي مجبور مي‌كند، نمي‌توانند آرام بنشينند و بي‌قرارند.

اختلال تمركز اين كودكان در كارهايي كه فعاليت دائم و جدي مغزي لازم دارد به چشم مي‌خورد. آنها ممكن است در تماشاي تلويزيون، بازي با كامپيوتر و فعاليت‌هاي لذت بخش به كودكان ديگر شبيه ‌باشند ولي در كارهايي كه فعاليت مداوم مغزي و تمركز لازم دارد (مانند انجام تكاليف درسي) تفاوت آنها با كودكان ديگر نمايان مي‌شود. به نظر مي‌رسد مغز آنها اطلاعات محيطي را بيش از حد لازم مي‌گيرد يعني در انتخاب و توجه به اطلاعات لازم و بي‌توجهي و حذف اطلاعات بدرد نخور ضعف دارد.

رعايت قوانين منزل و مدرسه براي آنان مشكل است و براي پيروي از قوانين توجه بيشتري لازم دارند. فقط به آنچه در همين لحظه رخ مي‌دهد توجه مي‌كنند و نمي‌توانند براي رسيدن به اهداف دراز مدت برنامه‌ريزي داشته باشند. در انجام تكاليف مدرسه، تمركز روي درس، رعايت قوانين مدرسه و داشتن روابط اجتماعي مناسب با همكلاسي‌ها مشكل دارند.

عوارض:

رفتار كودكان ADHD روي عملكرد آنها در خانواده، اجتماع، مردم و مدرسه تأثير سوء ‌مي‌گذارد و باعث واكنش‌هاي منفي اطرافيان، خانواده، كاركنان مدرسه و همسالان مي‌شود. اين رفتارها در مدرسه و محيط‌هاي اجتماعي مشكل ايجاد مي‌كند و باعث كاهش اعتماد به توانايي‌هاي خود و احساس بي‌كفايتي در اين كودكان مي‌گردد، آنها را از مدرسه و اجتماع متنفّر مي‌كند و زندگي را براي آنان مشكل مي‌سازد. كودكان طبيعي به علت رفتارهاي مناسب و موفقيت‌هاي تحصيلي و اجتماعي زمينه زيادي براي تشويق شدن دارند و همين تشويق‌ها موجب پرورش اعتماد به توانایی‌های خود و عزت نفس در آنها مي‌شود ولي كودكان ADHD كمتر به اين موفقيت‌ها دسترسي پيدا مي‌كنند. كودكان ADHD ممكن است به صورت ثانويه دچار اختلالات ارتباطي، مشكلات تحصيلي، اضطراب، افسردگي و بزهكاري گردند.

سيــر:

سير ADHD متنوع است. بهبودي در صورت وقوع معمولاً بين 12 تا 20 سالگي رُخ مي‌دهد و بهبودي قبل از 12 سالگي نادر است. گاهي علائم در بلوغ بهبود پيدا مي‌كند و گاهي نيز تا بزرگسالي ادامه مي‌يابد. با افزايش سن پُرتحركي كمتر مي‌شود ولي اختلال تمركز و رفتارهاي ناگهاني مي‌تواند باقي بماند. در 40 تا 60 درصد موارد علائم تا بزرگسالي ادامه مي‌يابد. بدون درمان تنها يك سوم تا نصف كودكان ADHD مي‌توانند با علائم خود در زندگيشان منطبق شوند و باقي آنها مستعد بروز مشكلات ثانويه خواهند بود.

اختلالات همراه شايع:

اختلال وسواس اجبار: اختلال وسواس از اختلالات شايعي است كه همراه با اختلال ADHD ديده ميشود و ممكن است به صورت حساسيت بيش از حد به آلودگي و شستشوي مكرر و طولاني تظاهر نمايد. گاهي وسواس خود به صورت كندي در انجام فعاليت‌ها و تكاليف و رعايت بيش از حد نظم و ترتيب نشان مي‌دهد و يا رفتارهاي تكراري مثل شمردن، چك كردن، مرتب كردن و پرسيدن سؤالات تكراري را شامل مي‌شود.

اخلال تيك: اختلالي است كه با پرش‌هاي ناگهاني عضلات حركتي مثل پلك زدن، كج كردن بيني و يا خارج ساختن ناگهاني صداهايي از گلو مانند سرفه يا صاف كردن صدا و …مشخص مي‌شود. بيشتر تيك‌ها به صورت حركتي هستند و شكل آنها به مرور زمان تغيير مي‌يابد.

اختلال خلقي: اختلال خلقي نظير افسردگي و اختلال دوقطبي ممكن است همراه با ADHD ديده شود كه گاه تفكيك علائم آن از ADHD دشوار مي‌باشد. در افسردگي كودك تحريك‌پذير، بي‌حوصله، كم تمركز و گوشه‌گير مي‌شود، از فعاليت‌هاي قبلي لذت نمي‌برد و از نظر تحصيلي افت مي‌كند.

اخلال اضطرابي: علائمي چون ناخن جويدن، اضطراب جدايي، حملات هراس و ترس از موارد خاص مانند حيوانات، تاريكي، موجودات خيالي، مشكلات خواب و علائم جسماني مانند تپش قلب، سردرد و دل درد، تعريق و … مواردي از اضطراب هستند كه در بسياري از كودكان بيش فعال گزارش مي‌شود.

اختلال يادگيري: اختلالات يادگيري نظير اختلال خواندن، اختلال بيان نوشتاري و اختلال رياضي نيز از ديگر اختلالات شايع همراه ADHD است كه جدا از مشكلات تحصيلي ناشي از كم توجهي و فراموشكاري، احتياج به درمان و روش‌هاي آموزشي ويژه دارد.

ساير موارد: اختلالات ديگري كه به صورت شايع همراه با ADHD ديده مي‌شود عبارتند از: اختلال سلوك، اختلال رفتار مقابله‌اي و اختلال هماهنگي حركتي.

درمان موفق ADHD زماني انجام مي‌گيرد كه اختلالات همراه نيز شناخته شوند و مورد توجه و مداخله مناسب قرار گيرند. بنابراين گاه پزشكان ناگزيرند از داروهاي متعدد براي كنترل مجموعه علائم بيمار استفاده كنند.

درمان:

درمان‌هايي را كه براي كودكان ADHD به كار مي‌رود مي‌توان به چهار دسته تقسيم نمود:

1- آموزش والدين

2- آموزش آموزگاران

3- فراهم كردن كلاس‌هاي مخصوص

4- تجويز دارو

آموزش والدين و آموزگاران بخش مهمي از درمان را تشكيل مي‌دهد و شامل دو جزء است:

1- آموزش براي شناخت بيماري

2- آموزش براي برقراري سيستم‌هاي رفتار درماني.

والدين بايد اين بيماري را به عنوان يك نقص رشدي تكامل مغز بشناسند و به كودك خود به ديد كودكي تنبل، نافرمان، شرور و فضول كه اگر بخواهد مي‌تواند رفتاري طبيعي داشته باشد نگاه نكنند، بلكه او را كودكي بدانند كه تلاش مي‌كند با ناتواني خود كه از حوزه تسلط او خارج است،كنار بيايد.

والدين بايد سرنخ‌هاي ديگري براي تشويق، تقويت اعتمادبه‌نفس و ايجاد احساس موفقيت در كودكشان بيايند. فعاليت‌هاي ورزشي، هنري، صنعتي، كلوپ‌ها، پيش‌آهنگي و ... مي‌تواند فرصت‌هايي براي نمايان كردن توانايي‌هاي اين كودكان ايجاد نمايد. اين فعاليت‌ها بالطبع تشويق بيشتري به دنبال دارد و مي‌تواند آثار منفي حاصل از تجربه‌هاي بد قبلي (شكست‌ها، طردشدگي‌ها، تنبيه‌ها و ...) را بكاهد و جايگزين آن گردد. البته والدين نبايد تصور كنند كه كودكانشان به دليل بيماري مسئول اعمال خلاف خود نيستند، بلكه كودك بايد خلافش را جبران نمايد. آنها بايد بدانند كودكشان علي‌رغم بعضي ناتواني‌ها، مي‌تواند در بعضي جنبه‌ها بسيار توانا باشد بنابراين بايد با كمك به اين جنبه‌ها حس اعتمادبه‌نفس، مسئوليت‌پذيري، تسلط و مهارت را در او پرورش داد.

براي آن كه كودكان ADHD قوانين را بياموزند و از آن پيروي نمايند لازم است قوانين را براي آنها واضح‌تر، در فواصل كمتر و با تكرار‌هاي بيشتر بيان كنيم و سيستم تشويق و تنبيهي قوي‌تر را با آن همراه نماييم.

افراد مبتلا اين نقص تكاملي نورولوژيك را هميشه همراه خواهند داشت، از درمان‌هاي موجود هيچكدام مشكل مغزي موجود را درمان نمي‌كند و شفاي دايمي عملاً وجود ندارد ولي مي‌توان در كاهش علايم و عوارض و افزايش موفقيت در زندگي آنها قدم‌هاي بزرگي برداشت. بايد بدانيم زمان‌هايي وجود دارند كه علايم شديدتر يا خفيف‌تر ظاهر مي‌شود و همواره احتمال عود علائم وجود دارد. در برخورد با كودكان ADHD بايد براي موفقيت‌هاي هر چند كوچك ارزش قائل باشيم و بدانيم در سير درمان گاهي مي‌توان عود علائم را نيز پيش‌بيني نمود. شدت گرفتن علائم به هيچ عنوان نشانة‌ كوتاهي مربيان در انجام وظايفشان نيست، همچنين نشانة‌ عدم تأثير درمان‌هاي اعمال شده نيز نمي‌باشد، بلكه گاهي درمان‌ها موقتاً نمي‌توانند علائم بيماري را به خوبي قبل كنترل نمايند. اگر والدين و مربيان از اين نكتة مهم غافل باشند، ممكن است مرتب از يك درمان به سمت درمان ديگري بروند، هيچ درماني را كامل نكنند و هميشه ناراضي و نااميد باشند.

برخورد مناسب با كودكان ADHD به زمان، پشتكار، كوشش، مداومت و همكاري و هماهنگي زيادي نياز دارد، به همين دليل مربيان و والدين بايد همواره روحيه‌اي با نشاط، شاد، طنزپرداز و شوخ‌طبع را در خود حفظ نمايند. بايد به عنوان والدين و مربيان اين كودكان در خود احساس ارزش نمايند و براي خود بهاي زيادي قائل شوند زيرا نسبت به ديگران مسئوليت سنگين‌تري به عهده دارند.

دارو:

داروهاي محرك مانند دكستروآمفتامين و متيل فنيديت (ريتالين) بيشترين داروهايي هستند كه براي درمان ADHD استفاده مي‌شود. اين داروها در 75درصد بيماران اثر مي‌كنند، تأثير آنها 3 تا 7 ساعت باقي مي‌ماند و معمولاً دو تا سه مرتبه در روز تجويز مي‌شوند. اين داروها تمركز را افزايش، پُرتحركي، فعاليت‌هاي نامربوط، رفتارهاي ناگهاني و آزاردهنده را كاهش مي‌دهد، در نتيجه اين كودكان سازگاري بيشتري با محيط، والدين و آموزگاران نشان مي‌دهند، دست خط، دقت عمل، توانايي حل مسئله و ابتكار عمل در آنها افزايش مي‌يابد. بعضي افراد با ميزان پايين دارو و بعضي با ميزان بالاتر دارو آثار بهبودي نشان مي‌دهند.

شايع‌ترين عوارض اين داروها سردرد، دردشكم، تهوع و بي‌خوابي است كه اغلب كم اهميت مي‌باشد. قبلاً اعتقاد بر اين بود كه مصرف دارو باعث كندي رشد مي‌گردد و دارو در روزهاي آخر هفته يا تابستان مصرف نمي‌شد تا اين كندي رشد جبران ‌گردد. ولي اين اعتقاد در حال حاضر وجود ندارد و مطالعات نشان داده است كه مصرف داروهاي محرك اثري بر رشد همه كودكان ندارد و نيازي به قطع دارو در روزهاي تعطيل نيست. بي‌اشتهايي ناشي از دارو را مي‌توان با دادن غذاهاي مقوي و كم حجم در زمان‌هايي كه اشتهاي كودك بيشتر است نيز جبران نمود. در مجموع عوارض موقتي است و در صورت شديد بودن مي‌توان با كاهش ميزان مصرف، آن را بر طرف نمود. بعضي كودكان عصرها به علت از بين رفتن اثر دارو بدخلقي و پرتحركي نشان مي‌دهند.

امروزه تركيب‌هاي جديدي از داروهاي محرك كه زمان اثرطولاني‌تري دارند و علائم بيماري را براي 12-10 ساعت كنترل مي‌كنند بيشتر مصرف مي‌شوند (مانند Concertaو Vyvanse ).

اگر به هر دليل نتوان از داروهاي محرك استفاده نمود، مي‌توان از داروهاي ضد افسردگي (مانند رباكستين ـ آتموكستين، ونلافاكسين و بوپروپيون) استفاده نمود. اين داروها يك يا دو مرتبه در روز تجويز شده و مدت اثرشان طولاني‌تر است ولي تأثير آنها طي زمان كاهش مي‌يابد.

از ديگر داروهايي كه در درمان ADHD مصرف مي‌شود مي‌توان كلونيدين را نام برد. كلونيدين يك داروي مؤثر بر سيستم نوراپي‌نفرين است كه در كاهش نشانه‌هاي اختلال بيش فعالي نيز مؤثر است. معمولاً اثرات كلونيدين در درمان ADHD بعداز چند هفته درمان ظاهر مي‌شود.كلونيدين را مي‌توان در مواردي كه كودك پاسخ درماني مناسبي به داروهاي محرك نمي‌دهد به درمان اضافه نمود. اين دارو اختصاصاً بر پر فعاليتي و رفتارهاي پرخاشگري و خشم ناگهاني مؤثر مي‌باشد و اثري بر توجه و تمركز ندارد.

گاهي لازم است براي رسيدن به اثر مطلوب از مجموع چند دارو استفاده شود. در هر حال بايد براي كودك دليل مصرف دارو را توضيح داد تا او بداند كه دارو به او كمك مي‌كند تا با موقعيت‌هاي مختلف بهتر از قبل تطابق پيدا كند و بتواند موفقيت‌هاي بيشتري در زندگي كسب نمايد.

علائم اختلال بيش فعالي ـ كم توجهي در دوره‌هاي سني مختلف

با توجه به اين‌كه عوامل وراثتي در ايجاد اين بيماري نقش مهمي دارند (80-70 درصد) علائم ممكن است حتي در شيرخوارگي نیز تظاهر پيدا كند. چنين شيرخواراني نسبت به محرك‌ها بسيار حساسند و تحت تأثير سر و صدا، نور، دما يا ساير تغييرات محيطي دچار آشفتگي مي‌گردند و عكس‌العمل‌ بيش از معمول نشان مي‌دهند. اين كودكان در دوران شيرخوارگي اغلب پرتحرك هستند، دست و پاي خود را زياد حركت مي‌دهند، كم خواب و كم غذا مي‌باشند و زياد گريه مي‌كنند.

اين اختلال داراي سه علامت عمده است كه شامل پرفعاليتي (پرتحركي)، كمبود توجه و تمركز، رفتارهاي تكانه‌اي (اعمال ناگهاني و غير قابل پيش‌بيني) مي‌باشد. ADHD سه نوع دارد: در نوع اول تظاهرات غالب پرتحركي و بيش‌فعالي است. در نوع دوم مشكل در تداوم توجه و تمركز وجود دارد و در نوع سوم كه از همه شايع‌تر است تركيبي از علائم پرتحركي و كم‌توجهي بارز مي‌باشد.

كودكاني كه بيش فعالي ويژگي عمده‌ي آن‌ها است بيشتر براي درمان ارجاع مي‌شوند تا كودكاني كه علايم اوليه‌ي آن‌ها نقص در توجه است. علايم نوع بيش‌فعالي ـ تكانش‌گري، از نوع تركيبي و به طور مشخص از نوع بي‌توجهي زودتر ظاهر مي‌شود.

بايد توجه داشت كه با بالا رفتن سن در دوره‌ي نوجواني و بلوغ ممكن است بيش‌فعالي از بين برود اما پايين بودن دامنه‌ي توجه (حواس‌پرتي) و مشكلات تكانشي بيماران ادامه مي‌يابد.

علائم بيش فعالي عبارتند از:

كودك غالباً‌ با دست‌هايش بازي مي‌كند، دست‌ و پايش را تكان مي‌دهد و روي صندلي وول مي‌خورد.

غالباً در كلاس يا جاهاي ديگري كه انتظار مي‌رود شخص بنشيند صندلي خود را ترك مي‌كند.

در جاهايي كه مناسبتي ندارد راه مي‌رود يا از در و ديوار بالا مي‌رود (در نوجوانان و بزرگسالان اين حالت ممكن است محدود به احساس ذهني بي‌قراري باشد).

غالباً بازي يا فعاليت‌هايش پر سر و صدا است.

غالباً در حال حركت است و به نظر مي‌رسد «موتوري او را به حركت‌ وا‌مي‌دارد».

معمولاً زياد صحبت مي‌كند.

بايد توجه داشت كه بيش فعالي پديده‌اي وابسته به موقعيت است و شدت آن به نوع فعاليت، علاقه به آن، ميزان توجه بالغين و رابطة بين والدين و كودك بستگي دارد. حتي وقتي كودك براي ارزيابي پيش پزشك برده مي‌شود ممكن است بيش فعالي در زمان محدودي كه كودك در مطب به سر مي‌برد مشاهده نشود.

اين كودكان با ورود به مدرسه بيشتر مسئله‌دار مي‌شوند. كودكان پرتحرك براي نشستن سر كلاس مشكل دارند. بسته به شدت اختلال معمولاً يك يا دو زنگ اول را تحمل مي‌كنند اما در ساعات نزديك ظهر بي‌قرار و پرتحرك مي‌‌شوند. به عناوين مختلف سر جاي خود مي‌لولند يا با همكلاسي‌هاي خود صحبت مي‌كنند و يا براي بيرون رفتن از سر كلاس درخواست مكرر دارند. معلمين معمولاً اين كودكان را بازي‌گوش مي‌نامند و معتقدند كه آنان نظم كلاس را به هم مي‌زنند در حالي كه اين كودكان تحمل يك يا يك و نيم ساعت سر كلاس نشستن را به طور مداوم ندارند. نوجوانان و بالغين مبتلا به بيش فعالي در بسياري موقعيت‌ها مرتب شكايت دارند كه حوصله‌شان سر مي‌رود.

علائم اختلال توجه عبارتند از:

كودك غالباً از توجه به جزئيات ناتوان است. در امور تحصيلي، كار يا ساير فعاليت‌ها مرتكب اشتباهات ناشي از بي‌دقتي مي‌شود.

در حفظ و نگهداري توجه برروي تكاليف يا فعاليت‌هاي مربوط به بازي ناتوان است.

هنگام صحبت مستقيم با او، به نظر مي‌رسد كه گوش نمي‌كند.

اغلب قادر به پيگيري دستورات و يا اتمام كارها نمي‌باشد، مثلاً تكليف درسي‌اش را تكميل نمي‌كند.

معمولاً‌ از فعاليت‌هايي كه نياز به كوشش ذهني دارد اجتناب مي‌كند (مانند خود داري از انجام تكاليف مدرسه).

اغلب وسائل خود را گم مي‌كند (وسايل مدرسه، اسباب‌بازي).

غالباً محرك‌هاي بيروني حواسش را به آساني پرت مي‌كنند.

در فعاليت‌هاي روزمره غالباً فراموش‌كار است.

مشكل عمدة ناشي از بي‌توجهي، عدم پيشرفت تحصيلي است. آموزگاران شكايت دارند كه اين كودكان با تأخير پاسخ مي‌دهند، فراموش‌كارند، آشفته‌اند، اشياء را گم مي‌كنند، در روياهاي روزانه فرو مي‌روند، قادر به تمام كردن تكليفشان نيستند، به صحبت‌هاي آموزگار گوش نمي‌دهند. در دورة نوجواني علائم بي‌توجهي شايع‌تر ديده مي‌شود. بسياري از نوجوانان مبتلا به ADHD به جاي پر فعاليت بودن كند هستند، كم انرژي و آرامند، كم حرف مي‌زنند، بي‌حال در صندلي مي‌نشينند و در روياهاي خود فرو مي‌روند، به آهستگي به سؤالات پاسخ مي‌دهند انگار كه گيج هستند، كند مي‌نويسند، اطلاعات را به كندي پردازش مي‌كنند، مشكلات زيادي در حافظه دارند و معمولاً‌ از جمع طرد مي‌شوند.

علائم تكانش‌گري عبارتند از:

تكانه‌اي بودن يعني اين‌ بيماران نمي‌توانند يك پاسخ يا رفتار را (عليرغم انتظار عواقب منفي) به تأخير بياندازند. اين خصوصيت به صورت دخالت در صحبت‌ها يا كار ديگران، پراندن جواب قبل از اتمام سؤال آموزگار، بي‌صبري براي منتظر نوبت ماندن (مثلاً در بازي) خود را نشان مي‌دهد.

شكايت‌هاي والدين از تكانه‌اي بودن فرزندان پيش‌دبستاني:

تا از چيزي خوشش بيايد آن را مي‌گيرد.

بقيه را هل مي‌دهد و كتك مي‌زند.

در عبور از خيابان اگر دستش را نگيرند تصادف مي‌كند.

دستش را با اجاق يا بخاري مي‌سوزاند.

در بازي‌ها قادر به كنترل خود نمي‌باشد و معمولاً‌ از طرف دوستان طرد مي‌شود.

كودكان تكانه‌اي در سنين قبل از مدرسه در خطر تصادفات، اتفاقات و مسموميت‌ها هستند و بايد به دقت مراقب آن‌ها بود چون اغلب از خطر ناآگاه هستند.

در دوران نوجواني رفتارهاي ناسازگارانه‌ افزايش مي‌يابد كه شامل استفاده‌ي زودرس از مواد، مشروبات، سيگار، رانندگي بي‌احتياط و تصادفات اتومبيل مي‌باشد. نوجوانان به دليل اعمال و يا دستورهاي ناگهاني و تكانه‌اي دوستان خود را زود از دست مي‌دهند. پول خرج كردن زياد و بدون فكر ممكن است موجب ايجاد قرض و بدهي شود. آن‌ها در روابط با همتاهايشان مشكل پيدا مي‌كنند. همكاري با ساير نوجوانان براي آن‌ها سخت است. رعايت مناسبات اجتماعي و پيروي از قوانين بازي‌ها براي آن‌ها دشوار مي‌باشد، اين مسئله موجب مي‌شود آن‌ها از نظر اجتماعي طرد شوند و در نتيجه رفتارهاي تهاجمي كلامي يا جسماني از خود نشان بدهند. آنان در شريك شدن با ديگران و دستورپذيري از مظاهر قدرت مشكل دارند و به دليل لمس كردن يا هل دادن تكانه‌اي با ديگران مشكل پيدا مي‌كنند. فرزندان مبتلابه ADHD معمولاً‌ قادر به دور نگهداشتن خود از بحث‌ها و دعواي ميان ساير افراد نيستند و در درگيري‌هاي ديگران دخالت مي‌كنند.

معیارهای تشخیصی DSM-IV-TR برای اختلال نقص توجه - بیش‌فعالی - ADHD:

 الف ـ (۱) یا (۲):

 ۱. شش (یا بیشتر) از علایم نقص توجه که برای حداقل ۶ ماه طول بکشد و با سطح رشدی ناسازگار و ناهماهنگ باشد:

 ـ معمولاً از توجه دقیق به جزئیات ناتوان است یا در تکالیف مدرسه، کار یا سایر فعالیت‌ها اشتباهائی از روی بی‌دقتی می‌کند.

 ـ اغلب در حفظ توجه در تکالیف یا فعالیت‌های مربوط به بازی مشکل دارد.

 ـ معمولاً به‌نظر می‌رسد هنگامی‌که با آنها مستقیماً صحبت می‌شود گوش نمی‌دهند.

 ـ اغلب دستورالعمل‌ها را دنبال نمی‌کند و از اتمام تکالیف مدرسه، کارهای خانه یا وظایف در محل کار ناتوان است (اختلال نافرمانی یا ناتوانی در فهم دستورالعمل‌ها وجود ندارد).

 ـ اغلب در سازمان‌دهی وظایف و فعالیت‌ها مشکل دارد.

 ـ معمولاً از درگیر شدن در وظایفی که نیاز به تلاش ذهنی مستمر دارد اجتناب می‌کند و بیزار و ناراضی است (مثل تکالیف مدرسه یا خانه).

 ـ معمولاً اشیاء لازم برای وظایف یا فعالیت‌ها را گم می‌کند (مثلاً اسباب‌بازی، تکالیف درسی، کتاب یا وسایل آموزشی)

 ـ اغلب در فعالیت‌های روزانه فراموشکار است.

 ۲. شش (یا بیشتر) از علایم بیش‌فعالی - تکانشگری که حداقل برای ۶ ماه طول بکشد و با سطح رشدی ناسازگار و هماهنگ باشد.

 - بیش‌فعالی:

 ـ معمولاً با دست‌هایش بازی می‌کند یا در جایش تکان می‌خورد.

 ـ اغلب در کلاس یا سایر شرایطی که انتظار می‌رود نشسته باشد، از جایش بلند می‌شود.

 ـ اغلب در جائی‌که تناسبی ندارد می‌دود یا از در و دیوار بالا می‌رود (در نوجوانان یا بزرگترها، ممکن است محدود به احساسات ذهنی برقراری باشد).

 ـ اغلب در بازی کردن یا در شرکت در فعالیت‌های تفریحی با آرامش مشکل دارد.

 ـ معمولاً 'در حال جنب و جوش' است و طوری فعالیت می‌کند که انگار 'موتوری او را به حرکت درمی‌آورد' .

 ـ اغلب بیش از اندازه صحبت می‌کند.

 - تکانشگری:

 ـ اغلب قبل از اتمام سؤالات، جواب‌هائی می‌پراند.

 ـ معمولاً در انتظار برای رسیدن نوبت خود مشکل دارد.

 ـ اغلب صحبت دیگران را قطع می‌کند یا سرزده وارد می‌شود (مثلاً خودش را وارد بازی‌ها یا مکالمات می‌کند).

 ب ـ برخی علایم نقص توجه یا بیش‌فعالی - تکانشگری که ایجاد نقص کرده‌اند قبل از ۷ سالگی وجود داشته‌اند.

 ج ـ برخی نقایص ناشی از علامت‌ها در دو محیط یا بیشتر وجود دارند (مثلاً مدرسه [یا کار] و خانه).

 د ـ باید شواهد واضحی از نقص قابل توجه بالینی در عملکرد اجتماعی، تحصیلی یا شغلی وجود داشته باشد.

 هـ ـ علایم صرفاً در طی دوره یک اختلال فراگیر رشد، اسکیزوفرنی یا سایر اختلالات پسیکوتیک روی نمی‌دهند و با یک اختلال روانی دیگر (مثلاً اختلال خلقی، اختلال اضطرابی، اختلال تجربه‌ای یا یک اختلال شخصیتی) بهتر توجیه نمی‌شود.

براساس نوع، کدبندی کنید:

 اختلال نقص توجه، بیش‌فعالی، نوع مختلط: اگر هر دو جزء معیار الف در طی ۶ ماه قبل وجود داشته‌اند.

 اختلال نقص توجه - بیش‌فعالی، با ارجحیت نوع نقص توجه: اگر در طی ۶ اه گذشته جزء (۱) معیار الف وجود داشته اما جزء (۲) وجود نداشته است.

 اختلال نقص توجه - بیش‌فعالی، یا ارجحیت نوع بیش‌فعالی - تکانشگری: اگر در طی ۶ ماه گذشته جزء (۲) معیار الف وجود داشته اما جزء (۱) وجود نداشته است.

 نکته کدگذاری: برای افراد (به‌ویژه نوجوانان و بزرگتر) که اخیراً علایمی داشته‌اند که معیارها را تکمیل نمی‌کند، 'در بهبود نسبی' باید ذکر شود.

**نتیجه ‌گیری‌**

اختلال‌ بیش‌ فعالی‌ که‌ در اغلب‌ موارد با نقص‌ توجه‌ همراه‌ است، معمولاً در دوران‌ کودکی‌ بروز می‌ کند. تشخیص‌ این‌ اختلال‌ در سنین‌ زیر پنج‌ سال‌ قدری‌ مشکل‌ است زیرا امکان‌ دارد با رفتارهای‌ طبیعی‌ و شیطنت ‌آمیز کودکان‌ اشتباه‌ گرفته‌ شود. با این ‌حال، متخصصان‌ می‌ توانند این‌ اختلال‌ را تشخیص‌ دهند و پیش‌ بینی‌های‌ لازم‌ را به‌ عمل‌ آورند. این‌ اختلال‌ با فعالیت‌ بیش‌ از اندازه، خرابکاری‌ و آزار رساندن‌ همراه‌ است.

چنانچه‌ این‌ بچه‌ها در سنین‌ کودکی‌ معالجه‌ نشوند، در دوره‌ نوجوانی‌ احتمال‌ این ‌که‌ رفتارهای‌ ضداجتماعی‌ داشته‌ باشند و نیز حالات‌ افسردگی‌ در آنها به‌ وجود آید، بسیار است. بنابراین‌ به‌ والدین‌ توصیه‌ می ‌شود که‌ حتماً در دوران‌ کودکی‌ برای‌ معالجه‌ این‌ کودکان‌ اقدام‌ کنند.

تحول مبانی نظری و علمی، رویکردهای جدیدی را در تعیین اهداف تربیتی و فرایند آموزش مطرح کرده است. یکی از بارزترین رویکردها، توجه به تفکر در فرآیند آموزش است. فیشر (۲۰۰۱) بیان می‌کند که انسانها موجوداتی هستند که نه تنها فکر می‌کنند بلکه می‌توانند درباره افکار خود نیز فکر کرده و آن را کنترل نمایند.

سقراط نیز به عنوان آغازگر فلسفه به معنای حقیقی، فلسفه را برابر فلسفیدن که همان درست اندیشیدن است، می‌دانست. از نظر وی و حتی کانت کار فلسفه، آموختن اندیشه است. بازگشت به این تفکر که فلسفه یک فعالیت به شمار می‌آید و هر فرد، به عنوان یک انسان، لحظه‌هایی را فلسفی زندگی می‌کند و اهمیت این لحظات تا بدان جاست که حتی می‌توان گفت: هستی انسان در چنین لحظه‌هایی است که شکوفا می‌شود. پس چرا این کودکان را با این قدرت تمیز، داوری، مفهوم سازی و استدلال درگیر فلسفیدن نکنیم؟ لازم بذکر است که تقویت قدرت تفکردر کودکان از اهمیت انکار ناپذیری در زندگی فردی و اجتماعی آنها برخوردار است که زمان این آموزش نیز در دوران کودکی است.

لیپمن این نظریه را مطرح کرد که چنانچه ذهن کودک را درگیر مباحث فلسفی کنیم. می‌توانیم نحوه تفکر او را رشد دهیم. در حقیقت اگر کنجکاوی طبیعی او و میل به دانستنش درباره جهان را با فلسفه مرتبط کنیم می‌توانیم کودکان را به متفکرانی تبدیل کنیم که بیش از پیش نقاد، انعطاف پذیر و مؤثر باشند. در حقیقت کودکان فزون جنبشی در همین موارد، بیشترین مشکل را دارند و اگر بتوانیم آموزشهایی در قالب داستان داشته باشیم ،می‌توانیم سؤالات زیادی را در ذهن کودک بپرورانیم. در حقیقت پرداختن به مسایلی که با رشد مهارت‌های شناختی کودک مرتبط است ،سبب می‌شود مهارتهای تفکر و استدلال در آنان تقویت شود.

دانش‌آموزان با اختلال نارسایی بیش فعالی با روش‌های عملی و فعال ،بهتر یاد می‌گیرند تا با روش سخنرانی معلم و چون معمولاً از داستان لذت می‌برند؛ بخصوص اگر این داستانها مربوط به خودشان باشد و بصورت مهیج و تخیلی یا طنز گونه ارائه گردد، آنها را وادار می‌کند تا فکر کردن را تمرین کرده و با تقویت ارزشهای اخلاقی و خود آگاهی، مسیر زندگی خود را متحول سازند.

با این روش‌ها کودک بیش فعالی که از درس و مدرسه فراری است، به دانش‌آموزی علاقمند و صاحب‌نظر مبدل شده و با شناخت ارزشهای واقعی، در رعایت حقوق دیگران کوشش بیشتری خواهد کرد و در صحبتهایش از بی‌هدفی و پراکنده گویی می‌پرهیزد.

از آنجا که کودکان بیش فعال دارای شجاعت نسبی بیشتری نسبت به بچه‌های دیگر هستند، معلم می‌تواند از این موضوع بهره‌برداری کرده و شجاعت فکری ، بازنگری و اصلاح کودک توسط خودش را افزایش دهد. تمرین و ممارست در درست سؤال کردن، دلیل آوردن و دلیل خواستن می‌تواند سعة صدر این کودکان را بالا برده و آرامش آنها را به همراه داشته باشد. به خاطر داشته باشید که با روش فلسفه و کودک می‌توانیم حس کنجکاوی طبیعی کودکان بیش فعال را تا حدی ارضاء کرده و مهارتهای تفکر و استدلال در کودکان را تقویت و به این ترتیب ،اعتماد به نفس آنها را بالا بریم و به آنها این روش را یاد بدهیم که به خود بگویند «صبر کن! کمی بیشتر دقت کن! حالا انجام بده» این روش، رفتار تکانشی او را تا حد قابل ملاحظه ای کاهش می‌دهد. برای این منظور می توانید او را در یک گروه کلاسی، عضو کنید تا کارهایش را به صورت گروهی انجام دهد.

او را زود به زود تشویق کنید چرا که به پاداش‌های پیاپی در زمان کوتاه نیاز دارد. تماس چشمی خود را با او بطور مستمر حفظ کنید و او را زود به زود نگاه کنید. سعی کنید از رنگها به خصوص مواد دیداری (مثل نقاشی، مجسمه، عکس و فیلم) و مواد لمسی (مثل گچ، کاغذ، خمیر و مانند اینها) بیشتر استفاده کنید.

نتیجه بررسی‌ها نشان داده است که این دانش‌آموزان، در یادگیری از راه دیدن و لمس کردن وضعیت بهتری دارند. از حرکت دست و چهره و وسایل کمک آموزشی برای تدریس و تفکر او استفاده کنید. هوشیاری شما در این زمینه می‌تواند آینده او را دگرگون سازد. تا حد امکان درس را مفرّح تدریس کنید، زیرا علاقمندی کودک به درس، مانع تشدید کم توجهی او خواهد شد. در برخورد با این کودکان، صبور و منعطف باشید وبالاخره به محض شک به این اختلال، سریعاً کودک را به روان‌پزشک ارجاع دهید.

**منابع**

آدلر، لنارد (2006).*حواس پرت‌ها (ADHD در بزرگسالان)***.** ترجمه‌ی فریبا بشر دوست تجلی (1387). تهران: انتشارات ویرایش.

دوپال، جرج جی. و استونر، گری (2002). *اختلال کمبود توجه/ بیش فعالی در مدرسه*. ترجمه‌ی پروانه محمدخانی و سیروس اسمائی مجد (1388). تهران: انتشارات دانژه.

عربگل، فریبا، حیاتی، مرتضی و حدید، مائده (1383). شیوع اختلال بیش فعالی – کم توجهی در گروهی از دانشجویان.*تازه‌های علوم شناختی*، شماره 1 و 2، 73-78.

غفاری، مجید، مهرابی‌زاده هنرمند، مهناز، خواجه‌الدین، نیلوفر و موسوی، نوشین (1389). مقایسه‌ی تکانشگری بیماران وسواسی- اجباری پاسخ دهنده و مقاوم به درمان با داروهای مهارکننده انتخابی بازجذب سروتونین. *مجله علمی پزشکی جندی شاپور*، دوره 10، شماره 2، 187-196.

کانرز، کیت و جت، جولیت، ال. (1989). *اختلال نارسایی توجه/ بیش فعالی در کودکان و بزرگسالان*. ترجمه‌ی حمید علیزاده، قربان همتی علمدارلو و صدیقه رضایی (1387). تهران: انتشارات دانژه.

لشکری‌پور، کبری، عربگل، فریبا و بخشانی‌نور، محمد (1388). بررسی شیوع علایم بیش فعالی-نقص توجه (ADHD) بالغین در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی زاهدان. *طلوع بهشت*، دوره‌ی 3، شماره‌ی 4، (سومین کنگره سراسری رفتارهای پرخطر)، 24.

وندر، پل اچ. (1995). *اختلال کم توجهی/ بیش فعالی در بزرگسالان*. ترجمه‌ی پوریا صرامی فرونشانی (1387). تهران: انتشارات رشد.

**لاتین**

Barkley, R. A. (2011). *Barkley Adult ADHD Rating Scale -IV (BAARS-IV)*. New York, London: The Guilford Press.

Garnier-Dykstra, L., Pinchevsky, G. M., Caldeira, K. M., Vincent, K. B., & Arria, A. M. (2010). Self-reported adult attention-deficit/ hyperactivity disorder symptoms among college students.*Journal of American College Health*, *59*, 134-136.

Hesslinger, B., Elst, L. T., Nyberg, E., Dykierek, P., Richter, H., Berner, M., & Ebert, D. (2002). Psychotheraoy of attention deficit hyperactivity disorder in adults (A pilot study a structured skills training program).*Eur Arch Psychiatry Clin Neurosic*, *252*, 177-184.

Hirvikoski, T., Waaler, E., Alfredsson, J., Pihlgren, C., Holmstrom, A., Johnson, R., Wiwe, C., Bothen, P., et al. (2011). Reduced ADHD symptoms in adult with ADHD after structured skills training group: Results from a randomized controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, *4*, 175-185.

Noury, J. L., Tatineni, R. K., & Healy, D. (2010). Perceptions of adult ADHD. *International Journal of Risk & Safety in Medicine*, *22*, 55-58.

Ramsay, J. R. (2010). CBT for adult ADHD: Adaptitions and hypothesized mechanisms of change. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, *24*, 37-45.

Ramsy, J. R., & Rostain, A. L. (2008).*Cognitive - behavioral therapy for Adult ADHD*. New York, London: Routledge.

Ramsay, J. R., & Rostain, A. L. (2011). CBT without medications for adult ADHD: An open pilot study of five patients. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quaterly*. *25* (4), 277-288.

Ratey, N. A. (2008). *The disorganized mind*.New York: ST. Martin’s Press.

Stevenson, S. C., Whitmont, S., Bornholt, L., Livesy, D., & Stevenson, R. J. (2002).A cognitive remediaition programme for adults with Attention Dificit Hyperactivity Disorder.*Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, *36*, 610-616.

Spencer, T. J., Adler, L. A., Qiao, M., Savlor, K. E., Brown, T. E., Holdnack, J. A., Schuh, K. J., Trzepacz, P. T., & Kelsey, D. K. (2010). Validation of the adult ADHD Investigator Symptom Rating Scale (AISRS). *Journal of Attention Disorders*, *14* (1), 57-68.

Toplak, E. T., Connors, L., Shuster, J., knezevic, B., & Parks, S. (2008). Review of cognitive, cognitive-behavioral, and neural-based interventions for Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD). *Clinical Psychology Review*, *28*, 801-823.

Wiggins, D., Singh, K., Getz, H. G., & Hutchins, D. E. (1999). Effects of brief group intervention for adults with attention deficit/ hyperactivity disorder**.** *Journal of Mental Health Counseling, 21*, 82–92.

Young, S., & Bramham, J. (2007).*ADHD in adults (A psychological guide to practice)*. Englsnd: John Wiley and Sons Ltd.

1. - Attention Deficit Hyperactivity Disorder [↑](#footnote-ref-1)
2. - hyperactivity [↑](#footnote-ref-2)
3. - impulsivity [↑](#footnote-ref-3)
4. - Attention deficit [↑](#footnote-ref-4)
5. - National Institute for Health and Clinical Excellence [↑](#footnote-ref-5)
6. - Noury, Tatineni, & Healy [↑](#footnote-ref-6)
7. - Dupaul & Stoner [↑](#footnote-ref-7)
8. - Young & Bramham [↑](#footnote-ref-8)
9. - Spencer [↑](#footnote-ref-9)
10. - Kessler [↑](#footnote-ref-10)
11. - Garnier-Dykstra, Pinchevsky, Calderia, & Vincent [↑](#footnote-ref-11)
12. Conners & Jet [↑](#footnote-ref-12)
13. - functional imaging techniques [↑](#footnote-ref-13)
14. - prefrontal [↑](#footnote-ref-14)
15. - executive function [↑](#footnote-ref-15)
16. - self-regulation [↑](#footnote-ref-16)
17. - Ramsey [↑](#footnote-ref-17)
18. - Rostain [↑](#footnote-ref-18)
19. - selective attention [↑](#footnote-ref-19)
20. - divided attention [↑](#footnote-ref-20)
21. - attention shifting [↑](#footnote-ref-21)
22. - sustained attention [↑](#footnote-ref-22)
23. - Ratey [↑](#footnote-ref-23)
24. - Adler [↑](#footnote-ref-24)
25. - Sluggish Cognitive Tempo [↑](#footnote-ref-25)
26. - Barkley [↑](#footnote-ref-26)
27. - Hirvikoski [↑](#footnote-ref-27)
28. - self-control [↑](#footnote-ref-28)
29. - Toplak, Connors, Shaster, Knezevic, & Parks [↑](#footnote-ref-29)
30. - Hesslinger [↑](#footnote-ref-30)
31. - Stevenson, Withmont, Bornholt, & Livesy [↑](#footnote-ref-31)
32. - Wiggins, Singh, Getz, & Hutchins [↑](#footnote-ref-32)
33. - Barrat Impulsive Scale [↑](#footnote-ref-33)