

درمان اختلال پرتحرکی و نارسایی توجه (کودکان و نوجوانان)

تالیف: پروفسور کارولین اسکارود، دکتر بتی گاردن

ترجمه: مجتبی نیازی*، پرویز قنبری**

اما به طور معمول متخصصان برای تشخیص دقیق و قطعی این اختلال از معیارهایی که توسط انجمن روان‌پزشکان آمریکا در آخرین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌ها^(۳) (DSM - IV - TR, 2000) صورت گرفته است، استفاده می‌کنند.

ملاک‌های تشخیص اختلال پرتحرکی و

نارسایی توجه براساس طبقه‌بندی (DSM - IV - TR)

الف - وجود یکی از موارد بی‌توجهی یا پرتحرکی -

تکانشگری^(۴) که وجوه مختلف آن به‌قرار ذیل می‌باشد:

۱ - بی‌توجهی: وجود شش نشانه یا بیشتر از علائم بی‌توجهی که حداقل برای شش ماه تداوم داشته باشد و غیر انطباقی و ناهماهنگ با سطح رشدی فرد است.

۱-۱ - غالباً از توجه کافی به جزئیات درسی درمی‌ماند یا در انجام تکالیف مدرسه یا سایر فعالیت‌ها اشتباهاتی ناشی از بی‌دقتی مرتکب می‌شود.

۱-۲ - غالباً از حفظ توجه بر روی تکالیف یا فعالیت‌های مربوط به بازی‌ها با مشکل مواجه می‌شود.

۱-۳ - غالباً هنگام صحبت با او به‌نظر می‌رسد گوش نمی‌دهد.

۱-۴ - غالباً به‌دستور العمل‌ها عمل نمی‌کند و تکالیف مدرسه، وظایف و تکالیف محیط کار را تکمیل نمی‌کند (نه به‌دلیل رفتار مقابله‌ای یا نفهمیدن دستور).

۱-۵ - غالباً در سازماندهی تکالیف و فعالیت‌ها با مشکل روبرو است.

۱-۶ - غالباً از تکالیفی که نیازمند فعالیت ذهنی مستمر است،

حسن تو دایم بدین قرار نماند
مست تو جاوید در خمار نماند
ای گل خندان نوشکفته، میازار
خاطر بلبل که نوبهار نماند
حسن دل‌اوین، پنجه‌ایست نگارین
تا باقیامت بر او نگار نماند
عاقبت از ما غبار ماند، زنهار
تا ز تو بر خاطری غبار نماند
پار گذشت آنچه دیدی از غم و شادی
بگذرد امسال و همچو پار نماند
هم بدهد دور روزگار مرادت
ور ندهد جور روزگار نماند
شیوه عشق اختیار اهل ادب نیست
بل چو قضا آید اختیار نماند
سعدی شنوریده بی‌قرار چرایی؟
در پی چیزی که برقرار نماند!
«کلیات سعدی»

اشاره

یکی از شایع‌ترین اختلالات روان‌پزشکی کودکان و نوجوانان که بیش‌ترین تحقیقات و پژوهش‌ها را به‌خود اختصاص داده است، اختلال پرتحرکی و نارسایی توجه (AD/HD)^(۱) می‌باشد.

دانش‌آموزی با این اختلال می‌گوید «سر من درست همانند تلویزیون است، به‌جز اینکه انتخاب‌کننده‌ی شبکه ندارد، بنابراین من تمام برنامه‌ها را در همان لحظه بر روی صفحه نمایش خودم دریافت می‌کنم!» اختلال پرتحرکی و نارسایی توجه یک اختلال زیستی و عصب‌شناختی است^(۲) که ۳ تا ۷ درصد از کودکان سنین مدرسه را در بر می‌گیرد. (WWW.Chadd.org.2005)

هیچ آزمون مجزا برای تشخیص اختلال پرتحرکی و نارسایی توجه وجود ندارد، بنابراین یک ارزیابی بالینی و تاریخچه‌ی دقیق از عملکرد عاطفی، اجتماعی، تحصیلی و سطح رشدی فرد مورد نیاز است که می‌بایست توسط متخصصانی مانند روان‌شناس مدرسه، روان‌شناس بالینی، متخصص مغز و اعصاب، روان‌پزشک کودکان و نوجوانان و متخصص کودکان مورد بررسی قرار گیرد تا تشخیص اختلال صورت‌پذیرد! (CHADD National Resource

* - کارشناس اختلالات یادگیری و رفتاری سازمان آموزش و پرورش استان اصفهان

** - کارشناس ارشد روان‌شناسی تربیتی

1 - Attention - deficit / Hyperactivity Disorder (AD/HD)

2 - Neurobiological

3 - Diagnostic and statistical manual of mental disorders

(4th ed). American psychiatric Association.

4 - Impulsivity

اجتناب می‌کند و در انجام تکالیف مدرسه یا خانه بی‌میل است و فطره می‌رود.

۱-۷ - غالباً لوازم ضروری برای انجام تکالیف و فعالیت‌های مانند (اسباب بازی، تکالیف درسی، مداد، کتاب یا لوازم التحریر) را گم می‌کند.

۱-۸ - غالباً محرک‌های بیرونی حواسش را به‌آسانی پرت می‌کند.

۱-۹ - غالباً در فعالیت‌های روزمره فراموشکار است.

۲ - پرتحرکی - تکانشگری

وجود شش نشانه یا بیشتر از علائم پرتحرکی تکانشگری به مدت شش ماه تداوم داشته باشد و غیر انطباقی و ناهماهنگ با سطح رشدی فرد است:

پرتحرکی:

۲-۱ - غالباً دست و پاهایش را تکان می‌دهد و یک جا آرام و

قرار ندارد.

۲-۲ - غالباً در کلاس یا جاهای دیگری که انتظار می‌رود فرد

نشسته باقی بماند، صندلی خود را ترک می‌کند.

۲-۳ - غالباً این سو و آن سو می‌دود و یا در موقعیت‌هایی که بر خاستن نامناسب است، از جایش برمی‌خیزد (در نوجوانان و بزرگسالان ممکن است به احساس ذهنی بی‌قراری محدود شود).

۲-۴ - غالباً در انجام بی‌سر و صدای فعالیت‌هایی که مستلزم حفظ آرامش است با مشکل مواجه می‌شود.

۲-۵ - غالباً در حال حرکت (جنب و جوش) است و به‌نظر می‌رسد موتور بی‌حرکتش وا می‌دارد.

۲-۶ - غالباً زیاد از حد حرف می‌زند.

تکانشگری:

۲-۷ - غالباً قبل از اینکه سؤال تمام شود جواب از دهانش

بیرون می‌پرد.

۲-۸ - غالباً منتظر نوبت ماندن برایش دشوار است.

۲-۹ - غالباً حرف دیگران را قطع کرده یا مداخله می‌کند. مثلاً

خود را در مکالمات یا بازی‌ها داخل می‌کند.

ب - بعضی از علائم و نشانه‌های پرتحرکی - تکانشگری و بی‌توجهی که موجب اختلال شده‌اند قبل از هفت سالگی وجود داشته است.

ج - وجود پاره‌ای از صدمات ناشی از علائم در دو یا چند زمینه مثل (مدرسه یا محل کار یا خانه).

د - وجود شواهد و قرائنی آشکار دال بر آسیب بالینی قابل توجه در عملکرد تحصیلی، اجتماعی و شغلی.

ه - علائم منحصرراً در جریان اختلال نافذ مربوط به رشد، اسکیزوفرنی، روان‌پریشی یا اختلال پسیکوتیک دیگری روی نداده و توضیح آن از طریق اختلال روانی دیگری مثلاً (خلقی، اختلال اضطرابی، اختلال تجزیه‌ای یا اختلال شخصیت) میسر نباشد.

کدگذاری براساس نوع اختلال

۳۱۴/۰۱ - اختلال پرتحرکی نارسایی توجه، نوع مرکب:

چنانچه هر دو ملاک‌های بی‌توجهی و پرتحرکی - تکانشگری طی شش ماه گذشته وجود داشته باشد.

۳۱۴/۰۰ - اختلال پرتحرکی / نارسایی توجه، عمدتاً نوع

بی‌توجه: چنانچه ملاک‌های بی‌توجهی وجود دارد، اما ملاک‌های پرتحرکی - تکانشگری طی شش ماه گذشته وجود نداشته باشد.

۳۱۴/۰۱ - اختلال پرتحرکی / نارسایی توجه عمدتاً نوع

پرتحرکی - تکانشگری: چنانچه ملاک پرتحرکی - تکانشگری وجود دارد، اما ملاک‌های بی‌توجهی طی شش ماه گذشته وجود نداشته باشد.

تذکر در مورد کدگذاری: برای افرادی که در حال حاضر نشانه‌هایی دارند و با ملاک‌های کامل این اختلال مطابقت ندارد (به‌ویژه نوجوانان و بزرگسالان) تشخیص در حال بهبودی نسبی را باید مطرح کرد.

مقاله‌ی حاضر پیرامون درمان دانش‌آموزان با اختلال پرتحرکی و نارسایی توجه می‌باشد که توسط دو تن از متخصصان به‌نام روان‌درمانی کودک در سال ۲۰۰۲ میلادی تألیف گردیده است و کوششی است جهت درمان بالینی این دانش‌آموزان که از کتاب ذیل اقتباس گردیده است.

"Assessment and treatment of childhood problems" 2nd edition
A clinician's Guide . The Guilford press.

درمان

درمان اختلال پرتحرکی و نارسایی توجه نیازمند روش‌های چندگانه و چندجانبه‌ای است که باید در آن به توانمندی‌ها و نقاط ضعف کودک و خانواده‌اش توجه شود. تأکید درمان بر معایب و نقایصی است که از نظر منبع و یا منابع ارجاع دهنده‌ی کودک

بیشترین بر جستگی و اهمیت را دارد و باعث نگرانی آنها گردیده، هم‌چنین بر قسمت‌هایی است که در سازگاری حال و آینده کودک مهم‌ترین نقش را ایفا می‌نماید. به‌علاوه در طرح و اجرای درمان باید شرایط و اختلالات همراه با این اختلال را نیز در نظر گرفت. کودک مبتلا به (AD/HD) که دچار اختلال اضطرابی نیز می‌باشد در درمان بسیار متفاوت از کودکی است که دچار اختلال سلوک^(۱) بوده و یا به‌ناتوانی ویژه یادگیری نیز مبتلاست، به‌همین ترتیب خانواده‌ای که در آن والدین دچار ADHD و یا افسردگی هستند در مقایسه با خانواده‌ای که در آن والدین حمایتگر بوده و عملکرد مناسبی دارند روش درمان متفاوتی را می‌طلبند.

رشد کودک عامل مهم دیگری در طرح درمان است که در آن نه تنها بر مشکلات فعلی، بلکه بر نقاط ضعفی تأکید می‌شود که در صورت عدم مداخله در آنها می‌تواند به مشکلات بعدی منجر شود. به‌علاوه، با توجه به‌ماهیت چندجانبه‌ی (AD/HD)، درمانگر باید در برخی از مواقع به‌طرح و اجرای مداخلات تعدیلی بپردازد. نهایتاً صرفنظر از توصیه‌های اولیه، درمان مستلزم نظارت مداوم بر رفتار کودک است که این نظارت با اهدافی مانند، تعیین تأثیر درمان، حفظ دستاوردهای درمانی، تعمیم اثرات درمانی به سایر مشکلات و موقعیت‌ها و نیز ایجاد تغییرات مورد نیاز در برنامه‌ی درمانی در طول دوره‌ی رشد صورت می‌پذیرد.

این مراحل می‌تواند برای خانواده و هم‌چنین درمانگر شکنده محسوب شود. کتاب‌های زیادی برای استفاده والدین کودکان (ADHD) نوشته شده است، بعضی از آنها که مطلوب ما هستند عبارتند از:

سرپرستی از کودک (AD/HD) (برکلی، ۲۰۰۰) و اختلال نقص توجه و قانون (لاسام و السام، ۱۹۹۷). هم‌چنین اغلب حمایت گروه‌های مختلف از این والدین می‌تواند برای آنها مفید واقع شود. سازمان ملی حمایت از کودکان دچار اختلال نقص توجه (CHADD) به‌آدرس:

8181 professional place , suite 201 , Landover, MD 20785 , 800 - 233 - 4050, www.org.

و انجمن ناتوانی‌های یادگیری آمریکا (LDA) به‌آدرس:

415 , Library Road, Pitts 888 - 300 - 6710

brugh , Pa 15234 , 412 - 341 - 1515,

http: // www. Idanatl.org.

گرچه درمان‌های متفاوتی برای (AD/HD) وجود دارد (آبیکف

و هچمن، ۱۹۹۶. برکلی، ۱۹۹۸، هاین شاول، ۱۹۹۴)، تعداد کمی از آنها مناسب به‌نظر می‌رسند و یا مورد حمایت آزمایش‌های اولیه‌ی تجربی قرار می‌گیرند.

این درمان‌ها، دارودرمانی^(۲)، آموزش‌های مشاوره‌ای والدین، کاربرد تکنیک‌های کنترل وابستگی^(۳) توسط والدین و یا در کلاس درس و هم‌چنین درمان شناختی - رفتاری را در بر می‌گیرد (پلهام، وهلر، وچرونایز، ۱۹۹۸).

آناستابولوس و شفر (۲۰۰۱) اشاره می‌کنند که هیچ یک از این روش‌ها را نباید به‌طور قطعی درمان‌بخش تلقی نمود، بلکه ارزش آنها در کاهش علائم مربوط به (AD/HD) و بهبود نسبی مشکلات رفتاری و عاطفی مرتبط با آن است. زمانی که درمان ادامه نیابد، معمولاً مشکلات رفتاری فرد به‌سطح قبل از درمان باز می‌گردد. بنابراین به‌منظور ایجاد تغییرات مؤثر و یا بهبود دوره‌ی پنهان و منفی رشد (AD/HD) درمان باید مدت زمانی طولانی ادامه یابد.

سازمان جهانی بهداشت روان (NIMH) در نخستین آزمایش بزرگ کلینیکی که بر اختلالات دوره‌ی کودکی تأکید داشت، مطالعه (AD/HD) را با مشارکت شش مؤسسه‌ی علمی آغاز نمود (ریشترز و همکاران، ۱۹۹۵).

این پروژه در حال پیشرفت که مطالعه‌ی مدل‌های چندگانه درمان کودکان (AD/HD) (MTA) نام دارد، سلسله‌ای از مباحث بحرانی را مورد تحقیق و بررسی قرار داد که عبارتند از:

مقایسه‌ی تأثیر درمان‌های انفرادی و ترکیبی، دوام نتایج درمانی، تعیین ایده‌آل‌ترین حالت جورشدن ویژگی‌های درمان با خصوصیات کودک. این مطالعه تأثیر نسبی چهار روش درمانی

1 - Conduct disorder

2 - Pharmaco Therapy

3 -Contingency management

کنترل وابستگی: این روش درمانی بر این اصل متکی است که دوام رفتار به‌علت تقویت نشدن از جانب بعضی از نتایج آن است و اگر این نتایج تغییر یابد رفتار نیز ممکن است تغییر پیدا کند. همین‌طور اگر لازم است برخی از جنبه‌های رفتار تقویت شده و بیشتر تکرار شود، با افزایش نتایج تقویت کننده‌ی آن می‌توان به‌این هدف دست یافت. کنترل وابستگی چهار مرحله دارد: اولاً رفتاری که باید تغییر یابد مشخص می‌شود، ثانیاً اتفاقاتی که بلافاصله پس از رفتار می‌گردند مشخص می‌شوند. ثالثاً تقویت‌های دیگر طرح‌ریزی می‌شوند، رابعاً به‌کار درمانی و بستگان فرد یاد داده می‌شود که بلافاصله پس از وقوع رفتار مطلوب تقویت‌ها را به‌کار بسته و در سایر موارد از ابراز آن خودداری ورزند. (مترجم، به‌نقل از فرهنگ جامع روانشناسی و روان پزشکی دکتر نصرالله پورافکاری)

(AD/HD) که مدت ۱۴ ماه به کار برده شده بودند را مورد تأکید قرار می‌دهد:

۱ - درمان‌های رفتاری، شامل ۳۵ جلسه آموزش رفتاری والدین، حدود ۱۰ جلسه ملاقات مشاوره‌ای با معلمان و اولیای آموزشگاه‌های پیش دبستانی و قبل از آن، ۱۲ هفته کمک‌های درسی و یک برنامه‌ی درمان تابستانی.

۲ - کنترل دارویی، شامل داروهای محرک روان^(۱) که هفت روز هفته مصرف می‌شوند.

۳ - ترکیب درمان‌های رفتاری و دارویی.

۴ - کنترل اجتماعی با استفاده از گروه مقایسه. کودکان سنین ۷ تا ۹ سال مبتلا به (ADHD) به‌طور تصادفی به‌هر یک از این چهار گروه تخصیص یافتند و وضعیت آنان به‌طور جدی پیگیری گردید، به‌دنبال آن با گذشت ۹ ماه و ۱۴ ماه از شروع درمان از آنان ارزیابی اساسی به‌عمل آمده و چند سال بعد نتایج نهایی این مطالعه منتشر گردید. گزارش‌های اولیه حاکی از این بود که گرچه مداخلات دارویی بسیار مؤثرتر از درمان‌های رفتاری هستند اما اضافه کردن درمان‌های رفتاری به‌دارو درمانی دستاوردهای زیادی را به‌همراه خواهد داشت که این مسأله نتیجه‌ی قبلی را تعدیل می‌نماید (گروه مشترک مطالعه مدل‌های چندگانه درمان کودکان ADHD، ۱۹۹۹، اسوافسون و همکاران؛ ۲۰۰۱؛ نگاه کنید به کاتز و دیگران؛ ۲۰۰۱).

به‌هر حال کودکانی که درمان‌های شدید روان‌شناختی دریافت می‌نمودند، عملکرد عالی‌تری را از خود نشان داده و داروی کمتری نیاز داشتند. پلهام (۱۹۹۹) هشدار می‌دهد که در تفسیر این نتایج باید به پیچیدگی‌های موجود در طرح این مطالعه نیز توجه نمود، از جمله این حقیقت که در گروهی که دارو دریافت نموده بود، سنجش‌های پس از درمان زمانی انجام شد که کودکان فعالانه با داروهای محرک روان، درمان شده بودند. در صورتی که گروهی که درمان‌های رفتاری دریافت می‌داشتند، چندماه پس از خاتمه درمان‌های فعال رفتاری یعنی پس از گذشت ۴ تا ۶ ماه از مواجهه جدی آنان با این درمان‌ها مورد سنجش واقع گردیدند. پلهام (۱۹۹۹) اظهار می‌دارد که اگر طرح معکوس شود (با کم رنگ شدن دارو درمانی و ادامه یافتن درمان‌های رفتاری)، نتایج نیز به‌طور قطع معکوس خواهد شد. این نتیجه‌گیری به‌وسیله داده‌های به‌دست آمده از یک مطالعه‌ی فرعی تأیید گردید، این مطالعه نشان داد که در طول یک برنامه شدید درمان تابستانی، دارو درمانی تأثیر درمان‌های رفتاری را افزایش نداد. اطلاعات قانع کننده‌ی

ارائه شده توسط پلهام در مورد مطالعه‌ای که تأثیر درمان‌های رفتاری را نشان می‌داد و همچنین ترجیح این‌گونه درمان‌ها توسط والدین، به‌درمان‌هایی که تنها جنبه‌ی دارویی دارند، خاتمه بخشید. گرین و آبلن (۲۰۰۱) استدلال می‌نمایند که درمان رفتاری مؤثر (AD/HD) مستلزم جفت نمودن دقیق عناصر درمان با نیازهای ویژه‌ی هر کودک است با توجه به این نکته، ترکیب درمان رفتاری و دارو درمانی هنوز درمان انتخابی بیشتر کودکان (AD/HD) است، با تأیید اینکه درمان باید تا رسیدن به نتیجه قطعی و بلند مدت ادامه یابد.

حال به‌طور مختصر به‌بعضی از امیدبخش‌ترین شیوه‌های درمانی می‌پردازیم که از چارچوب تهیه شده توسط CAIS پیروی می‌کند، این شیوه‌ها عبارتند از:

مداخله در امور کودک و والدین، مداخله در محیط کلاس، تغییر پیامدهای رفتار کودک (که می‌تواند هم توسط والدین و هم به‌وسیله معلم انجام شود)، هم‌چنین مداخله‌ی پزشکی / بهداشتی و در آخر به‌شرح داروهای متنوعی می‌پردازیم که بیش از همه در درمان (AD/HD) به‌کار می‌رود، هم‌چنین به‌منظور نظارت بر این داروها و تعیین میزان آنها پروتکلی ارائه می‌شود.

مداخله در امور کودک

رویکردهای درمان شناختی - رفتاری که بر آموزش شیوه‌های خود - تنظیمی^(۲) و تکنیک‌هایی نظیر نظارت بر خود، تقویت خود و خودآموزی تأکید می‌ورزند، به‌نظر می‌رسد که برای کودکان (AD/HD) با ارزش هستند، چرا که بر مشکلات اولیه (AD/HD) مانند تکانشی بودن، فقر در مهارت‌های سازماندهی، مشکل داشتن با قوانین و قواعد، تمرکز می‌نمایند. هم‌چنین این روش‌ها می‌توانند بیش از حد انتظار و فراتر از آنچه که از برنامه‌های درمانی انتظار می‌رود درمان را تعمیم داده و نیاز به کنترل خارجی و تقویت والدین و معلم را حذف نمایند. علی‌رغم گزارش‌های اولیه‌ای که حاکی از توانمندی‌های بالقوه‌ی این روش‌هاست، نتایج و داده‌های به‌دست آمده‌ی بعدی در مورد آنها مایوس کننده بوده است (آبیکف و کلاین، ۱۹۹۲؛ راپورت، چانک، شوری، وایزاک، ۲۰۰۱؛ وهلن و هنکر، ۱۹۸۶).

کودکان (AD/HD) بیشتر نیازمند تقویت و برانگیختگی مداوم

1 - Psychostimulant

2 - Self - regulation

هستند و اصلاح رفتار آنان در یک موقعیت، به ندرت به موقعیت‌های دیگر تعمیم می‌یابد. به هر حال کودکانی که به اختلالات اضطرابی نیز دچار هستند، می‌توانند از این تکنیک‌ها استفاده نمایند.

مداخله در امور والدین/تغییر پیامدهای رفتار (آموزش والدین):

برنامه‌های آموزش والدین برای مواجهه با رفتارهای مقابله‌ای^(۱) اساساً شبیه آموزش‌هایی است که در مورد (AD/HD) به کار می‌رود (برکلی، ۱۹۹۷ b، فریهند و مک ماهن، ۱۹۸۱، همبری - کینگ و مک نیل، ۱۹۹۵). نشان داده شده که آموزش والدین می‌تواند برای کودکان پیش دبستانی که علائم (AD/HD) را نشان می‌دهند، مؤثر باشد (سونوگا، بارک، دالی، تامپسون، لاور-برادبوری و ویکز، ۲۰۰۱).

برنامه‌های آموزش والدین که به منظور اصلاح در تعامل والدین و کودک در خانواده‌ی دارای فرزند (AD/HD) به کار می‌رود شامل مواردی است نظیر: برگزاری جلسات اضافی برای ایجاد دیدگاه کامل‌تر نسبت به (AD/HD)، ایجاد سیستم‌های خانگی دریافت تقویت و همچنین آموزش والدین در مورد چگونگی برخورد با رفتارهای کودک در مکان‌های عمومی (برکلی، ۱۹۹۷). این برنامه‌ها در وهله‌ی نخست برای کودکان سنین ۲ الی ۱۱ سال طراحی شده و بهترین موارد استفاده از آن برای کودکانی است که علاوه بر علائم اولیه (AD/HD)، در خانه بدخلقی و مخالفت نشان می‌دهند و رفتارهای مقاومت‌آمیز دارند. آنان به‌درجه‌ای خاص از انگیزه والدین نیازمندند تا مهارت‌هایی که در کلینیک می‌آموزند را به‌طور کامل در خانه مورد تمرین قرار داده و اجرا نمایند. این مهارت‌ها پایه‌های اساسی تغییراتی است که در رفتار کودک مشاهده می‌شود. آسیب‌شناسی روانی والدین نیز می‌تواند در اجرای برنامه‌های رفتاری مداخله نماید و شاید بهتر باشد که قبل از شروع آموزش والدین مورد توجه قرار گیرد.

مداخلات رفتاری

کودکان مبتلا به (AD/HD) در تنظیم و حفظ رفتار خود از طریق توجه به پیامدهای آن دچار مشکل هستند، این مسأله به‌نوبه‌ی خود مانع از ارائه‌ی پاسخ‌های ابتکاری و محتمل نسبت به تکالیف و محرک‌ها می‌شود و از این طریق مشکلات آنان را افزایش

می‌دهد، هم‌چنین آنان در پذیرش دستورات یا آموزش‌ها دچار مشکل هستند، به‌ویژه اگر پیامدهای چنین رفتارهایی به تأخیر بیفتد، ضعیف باشد و یا اصلاً وجود نداشته باشد (برکلی، ۱۹۹۸). با در نظر گرفتن این مشکلات، سروکار داشتن با کودکان (AD/HD) نیازمند به‌کارگیری تکنیک‌هایی است که در مقایسه با استفاده از محرک‌ها و تقویت کننده‌های مناسب، کنترل بیشتری را اعمال نماید. یکی از مزیت‌های عمده‌ی مداخلات رفتاری این است که والدین نیز به‌خوبی معلمان و سایر سرپرستان کودک می‌توانند استفاده از این تکنیک‌ها را بیاموزند. علاوه بر این، این تکنیک‌ها برای موقعیت‌های مختلف مناسب بوده و قدرت تعمیم رفتار و حفظ دستاوردهای درمانی را افزایش می‌دهند. هم‌چنین این تکنیک‌ها در برخورد با سایر اختلالاتی که به‌طور معمول با (AD/HD) همراه هستند، مؤثر شناخته شده‌اند، اختلالاتی نظیر اختلال سلوک، اختلال رفتار مقابله‌ای، اختلالات اضطرابی و اختلالات خلقی.

تکنیک‌های رفتاری که اغلب برای کودکان (AD/HD) به کار می‌رود، شیوه‌های کنترل وابستگی هستند که در ابتدا شامل به‌کارگیری تقویت مثبت و یا سایر پیامدهایی است که به‌منظور شکل دادن به رفتار مورد نظر طراحی شده‌اند. برنامه‌های کنترل وابستگی، والدین و معلمان و یا سایر سرپرستان کودک را آموزش می‌دهد که از این تکنیک‌ها برای کودکی خاص استفاده نمایند و این تکنیک‌ها را در محیط اطراف کودک به کار برند. متأسفانه در خصوص استفاده تخصصی از این تکنیک‌ها برای کودکان (AD/HD) تحقیقات زیادی وجود ندارد، اما در کل حمایت‌هایی از مؤثر بودن آن به عمل آمده است (یعنی آناستاپولوس، شلتون، دوپال و کیورر مونت، ۱۹۹۳؛ بیترمن، مک گرس، فایرستن و گلدمن، ۱۹۸۹).

پروژه‌ی مدل‌های چندگانه درمان کودک سازمان جهانی بهداشت روان باید نور بیشتری بر این قسمت بیفشاند، یعنی بر حسب ماهیت ویژه تأثیر و وسعت آموزش، مدارکی ارائه نماید که نشان دهنده‌ی تغییر عمده در کودکان (AD/HD) باشد، همگن نبودن رفتار کودکان (AD/HD) و اینکه از لحاظ کلینیکی درمانگر باید برای کودک (به‌تنهایی) و خانواده‌اش مؤثرترین درمان‌ها را انتخاب نماید، تحقیق در این مورد را مشکل نموده است.

به هر حال، تمام والدین کودکان (AD/HD) (مانند سایر والدین) مایلند در خصوص مراحل اساسی درمان، اصول تربیت، و

انتظارات متناسب با رشد کودک اطلاعات لازم را کسب نمایند.

شروع تکلیف

۳ - فراهم نمودن فرصت اضافی برای انجام آزمون‌ها و یا ارزیابی‌های بلند مدت

۴ - مسئولیت دادن همراه با یادآوری مکرر انتظارات رفتاری که به تبع آن مسئولیت به وجود می‌آید

۵ - آموزش مهارت‌های مطالعه و راهبردهای یادداشت‌برداری (دوپال و استونر، ۱۹۹۴).

هم‌چنین استفاده از کامپیوترهای شخصی که در کلاس درس عمومیت یافته است نیز در این زمینه مؤثر است. بعضی از مداخلات به عمل آمده در سابقه‌ی آموزشی فرد که از نظر تجربی حمایت می‌شوند عبارتند از: آموختن هم‌کلاسان (دوپال، هوک، اریسن و کلر، ۱۹۹۵) و اجازه دادن به دانش‌آموزان که خود فعالیت‌های درسی خویش را انتخاب نمایند (دانلپ و همکاران، ۱۹۹۴). نشان داده شده است که آموزش از طریق دوستان در کلاس‌های باز^(۱) (گرین وود، الگوادری، وکارتا، ۱۹۸۸) باعث بهبود مهارت‌های ریاضی، خواندن و هجی کردن دانش‌آموزان با هر سطحی از پیشرفت گردیده است (گرین وود، ۱۹۹۱). این روش از اجزاء زیر تشکیل شده است:

- ۱ - کلاس به دو گروه تقسیم می‌شود.
- ۲ - در درون هر گروه، هم‌کلاسی‌ها، زوج‌های آموزشی تشکیل می‌دهند.
- ۳ - دانش‌آموزان، به نوبت یکدیگر را آموزش می‌دهند.
- ۴ - خودآموزان برای یکدیگر متن‌های درسی تهیه می‌کنند (برای مثال: مسایل ریاضی و پاسخ‌های آن).
- ۵ - ارائه‌ی امتیاز و تمجید، مشروط به دادن پاسخ‌های صحیح است.
- ۶ - پاسخ‌های غلط با ارائه‌ی فرصت لازم برای تمرین و رسیدن به پاسخ‌های صحیح، بلافاصله تصحیح می‌شوند.
- ۷ - معلم بر زوج‌های خودآموز نظارت می‌کند و برای آنانی که روش فوق را دنبال می‌کنند، امتیازات مثبتی را در نظر می‌گیرد.
- ۸ - امتیازات کسب شده در هر جلسه بیانگر نتیجه‌گیری و برداشت دانش‌آموزان از آن جلسه است.

جلسات خودآموزی به‌طور معمول ۲۰ دقیقه به‌طول می‌انجامد، به‌علاوه ۵ دقیقه وقت اضافی که برای تهیه‌ی نمودار و برگرداندن وسایل و ابزارها در نظر گرفته می‌شود. در پایان هر هفته

مداخله در محیط/تغییر پیامدهای رفتار

تکنیک‌هایی که در مورد کلاس درس به کار می‌رود (که در اینجا به تفصیل مورد بحث واقع نشده) شامل مواردی است نظیر: استفاده از کلاس‌های آموزشی ویژه، مداخله در سابقه‌ی تحصیلی فرد (تغییر و تعدیل در امور مرتبط با تکالیف و آموزش‌های او، استفاده از کامپیوترهای شخصی و سایر کمک‌هایی که ارائه می‌شود، هم‌چنین آموزش توسط هم‌تایان) و مداخله از طریق کنترل پیامدهای رفتاری (روش‌های کنترل وابستگی، سیستم‌های دریافت تقویت، برنامه‌های ارزیابی و تقویت در منزل، افزایش توجه معلم به رفتار اطاعت‌آمیز دانش‌آموز در ساعات غیرکلاسی، استفاده از برنامه‌هایی که به پاسخ بها می‌دهند و به کاربردن قراردادهای رفتاری) (برکلی، ۱۹۹۷).

در مورد تأثیر این تکنیک‌ها مدارک موجود نشان دهنده‌ی کاهش مشکلات رفتاری دانش‌آموزان در کلاس و افزایش بازدهی تحصیلی آنان است (پلهام و همکاران، ۱۹۹۳؛ پلهام و هاین شاو، ۱۹۹۲).

با این حال، اینکه این تکنیک‌ها تا چه میزان باعث نزدیک‌تر شدن رفتار کودک به حد نرمال می‌شود و تا چه میزان دستاوردهای درمانی، پس از اتمام به‌کارگیری آنها، حفظ می‌گردد و این موضوع که این تکنیک‌ها تا چه حد سبب حرکت کودک به سوی کلاس پایه و یا معلم دیگر می‌شود، هنوز ناشناخته باقی مانده است. نتایج اولیه‌ی پروژه‌ی مدل‌های چندگانه‌ی درمان کودک سازمان جهانی بهداشت روان (پلهام، ۱۹۹۹) نشان می‌دهد که اکثر دستاوردهای این تکنیک‌ها بعد از توقف برنامه‌های مداخله‌ای از بین می‌رود. به‌علاوه اینکه تا چه حد می‌توان از این برنامه‌ها استفاده نمود به‌ماهیت مشکلات رفتاری کودک، ویژگی‌های آموزشگاه و میزان تعهد والدین و معلم در به‌کارگیری مصرانه‌ی این روش‌ها بستگی دارد.

مداخله در سابقه‌ی آموزش

تعدیل‌های کلاسی مرتبط با آموزش و تکالیف درسی دانش‌آموز این موارد را در بر می‌گیرد:

- ۱ - کاهش میزان تکالیف
- ۲ - اطمینان از درک مطالب قبلی توسط دانش‌آموز پیش از

گروهی که بیشترین امتیازات را به دست آورده، مورد تمجید سایر گروه‌ها قرار می‌گیرد. به‌طور معمول امتیازها با تقویت کننده‌های ذکر شده قبلی معاوضه نمی‌شوند. دوپال و همکاران (۱۹۹۵) دریافتند زمانی که CWPT توسط معلمان عمومی در کلاس‌ها به کار می‌رود، متوسط اشتغال فعالانه‌ی دانش‌آموزان از ۲۱/۶٪ خط پایه به ۸۲/۳٪ افزایش می‌یابد. علاوه بر این در شرایطی که از CWPT استفاده می‌شود حد متوسط نمره‌های پس از آزمون هفتگی کودکان از ۵۵/۲٪ به ۷۳٪ افزایش یافت که این موضوع نشان دهنده‌ی تأثیر مثبت CWPT در عملکرد کلاسی و دقت دانش‌آموزان است.

نوع دیگری از مداخله در امور آموزشی که در مقایسه با CWPT در کلاس درس بسیار آسان‌تر به کار گرفته می‌شود، عبارت است از اینکه به دانش‌آموز اجازه داده شود به‌طور مستقل تکالیف خود را انتخاب نماید.

دانلپ و همکاران (۱۹۹۴) دریافتند که میزان درگیری با تکالیف و یا از هم گسیختگی رفتاری دانش‌آموز به این موضوع بستگی دارد که آیا معلم مطالب را انتخاب و به او محول نماید و یا اینکه دانش‌آموز خود آنها را انتخاب کند، حالت دوم به سطح بالاتری از انجام تکالیف و میزان پایین‌تری از رفتارهای درهم گسسته می‌انجامد.

مداخله در پیامدهای رفتار

دو شیوه‌ای که بر پیامدهای رفتار استوارند و به‌ویژه برای کودکان (AD/HD) مفید به نظر می‌رسند عبارتند از:

دادن تقویت در صورت ارائه رفتار مناسب و گرفتن تقویت در صورت نشان دادن رفتار نامطلوب، برنامه‌های ژتونی که افزایش کارآمدی و دقت در انجام تکالیف را به‌عنوان هدف در نظر گرفته‌اند از مراحل زیر تشکیل شده‌اند:

۱- انتخاب رفتارهای هدف که فعال هستند (به‌عنوان مثال، تکمیل یک کار در مقابل ماندن در نیمکت).

۲- در نظر گرفتن رفتارهای متنوعی که کودک انتخاب نموده به‌عنوان پاداش.

۳- در نظر گرفتن دوره‌ی زمانی و یا موقعیت خاص برای اجرای برنامه.

۴- کاربرد ابتدایی برنامه در دوره‌های زمانی کوتاه روزانه و سپس افزایش تدریجی زمان و موقعیتی که در آن برنامه اجرا می‌شود (دانلپ و هاف، ۱۹۹۸).

برنامه‌ی حذف تقویت شامل ارائه مقداری ژتون تقویت کننده به کودک و کم کردن تعداد آن در صورت نشان دادن رفتار نامناسب از سوی اوست (کازدین، ۱۹۸۴). راپورت، مورفی و بایلی (۱۹۸۲) نشان دادند یک برنامه‌ی متعادل حذف تقویت، به‌اندازه‌ی داروهای محرک باعث افزایش انجام تکالیف رفتاری گردیده است! این برنامه شامل مراحل زیر می‌شود:

۱- انتخاب رفتارهای هدف فعال.
۲- در نظر داشتن فعالیت‌های که کودک به‌عنوان تقویت کننده انتخاب نموده است.

۳- تعیین موقعیت که باید در آن از برنامه حذف تقویت استفاده شود.

۴- شروع دوره‌ی کاری با امتیاز صفر و با امتیازهایی که در طول دوره و از طریق درگیری با رفتار هدف به دست می‌آید.

۵- داشتن پاداش معلم به دانش‌آموز در یک برنامه زمانبندی شده (یعنی بر اساس نظارت زمانی بر رفتار او).

۶- کاهش امتیاز در صورتی که کودک رفتار عمدی خارج از تکلیف را انجام دهد.

۷- مجاز بودن کودک به این‌که بتواند امتیازات نهایی خود را با دریافت مقدار زمانی معین برای انجام فعالیت مورد علاقه‌اش تعویض نماید. نشان داده شده است که در تثبیت تکالیف رفتاری، ترکیب دو روش حذف تقویت با تقویت مثبت بسیار مؤثرتر از به‌کاربردن تقویت مثبت به‌تنهایی است (کارسون و تام، ۲۰۰۰؛ سالیوان و آلاری، ۱۹۹۰). به‌علاوه نشان داده شده است که استفاده از تقویت کننده‌های قابل لمس و ثانویه (ژتون‌ها و فعالیت‌ها) در اصلاح رفتار و عملکرد کلاسی کودکان بسیار مؤثرتر از استفاده‌ی صرف از توجه معلم و یا تقویت کننده‌های اجتماعی است (پیفتر، رسون و آلاری، ۱۹۸۵). گرچه حذف تقویت، تنبیه ملایم محسوب می‌شود، اما زمانی که نرخ تقویت‌های مثبت بالاتر از حذف تقویت کننده‌ها باشد (یعنی سه در مقابل یک) معمولاً این تکنیک توسط دانش‌آموزان و معلم قابل پذیرش خواهد بود. هم‌چنین این تکنیک‌ها در خانه نیز قابل استفاده است.

آنهالت، مک نیل و باهل (۱۹۹۸) برنامه‌ی کلاس باز دیگری را شرح داده‌اند، کلاس‌های کار (AD/HD) که شامل: شیوه‌ی فراگیر^(۱) کنترل رفتار می‌شود (مک نیل، ۱۹۹۵). اجزاء این برنامه بر اساس تأثیر ثابت شده هر یک از آنها در تغییر رفتار انتخاب گردیده‌اند. از

اهداف این برنامه این است که به جای جدا کردن کودکان (AD/HD)، تمام کلاس را تحت پوشش برنامه‌ی کنترل رفتار قرار دهد. این برنامه پیامدهایی را برای رفتار مناسب و نامناسب در نظر می‌گیرد و یک مداخله‌ی غیر مستقیم محسوب می‌شود.

آنهالت و همکاران (۱۹۹۸) مدارک اولیه‌ی ارارائه می‌دهند که بیانگر تأثیر این برنامه در افزایش رفتارهای مناسب و انجام تکالیف رفتاری و همچنین کاهش رفتارهای مخرب در کودکان (AD/HD) و کل دانش‌آموزان کلاس است.

رویکرد تلفیقی^(۱)

راپورت (۱۹۹۸) برای کودکان (AD/HD) محیط یادگیری ایده‌آلی را توصیف نموده که در برگزیده‌ی روش فعالی برای درمان آنهاست. این روش در تغییر رفتار به جای تکیه‌ی صرف بر دارو و یا مداخله در پیامدهای رفتار، در وهله‌ی نخست بر اصلاح محیط به منظور حذف رفتار نامطلوب تأکید می‌نماید. در این روش برنامه‌های درسی ترکیبی است از کامپیوتر شخصی و نرم‌افزارهای مربوطه با مواد آموزشی و تربیتی. همچنین در این شیوه معلمان فراتر از ناظر و یا تسهیل کننده عمل نموده و والدین نیز به طور منظم درگیر فرآیند آموزش هستند. با این حال ارزش این روش تنها به خاطر ابتکاری بودن آن است، چرا که متأسفانه به دلیل هزینه‌ی بالای آن نمی‌توان آنرا در مقیاس وسیع اجرا نمود. از این نظر، ارزش این روش تنها در توصیف نوع محیطی است که کودک (AD/HD) می‌تواند در آن بهتر بیاموزد.

مداخله در جنبه‌های دارویی/بهداشتی

استفاده از دارو، به‌ویژه داروهای محرک، در درمان (AD/HD) در دهه‌ی ۱۹۹۰ به شدت افزایش یافت (سافر، زیتو، وفاین، ۱۹۹۶) گرچه گزارش اخیر انجمن پزشکی آمریکا (گلدمن، ژنل، برگمن و اسلنتز، ۱۹۹۸) حاکی از آن است که داروهای محرک، زیاد تجویز نمی‌شوند، اما مدارک کمی وجود دارد که از این فرض حمایت نماید، همچنین اطلاعات کمی وجود دارد که نشان دهد مجامع عمومی برای درمان (AD/HD) چگونه از دارو استفاده می‌کنند (انگلد، ارکانلی، ایگروکاستلو، ۲۰۰۰) به‌منظور تعیین تأثیر دارودرمانی در معالجه‌ی (AD/HD) مهم است که درمانگر بالینی نیز با پزشک همکاری نماید، تا مطمئن شود که میزان داروی تجویز شده توسط پزشک مناسب‌ترین مقدار برای اصلاح رفتارهای مورد

نظر است. گرچه پزشکان می‌توانند به‌طور سیستماتیک بیاموزند که تأثیر دارودرمانی را بر رفتار کودک نظارت نمایند، اما توافقنامه کنفرانس NIH (۲۰۰۰)، به‌وضوح مشکلاتی که پزشکان در انجام این امر دارند را خاطر نشان می‌کند.

در تگزاس، نگرانی درباره‌ی استفاده از داروهای محرک منجر به ایجاد لگاریتم قاعده‌داری در استفاده از داروهای روان‌پزشکی برای کودکان (AD/HD) مبتلا یا غیر مبتلا به سایر اختلالات همراه گردید^(۲) (پلیزکا و همکاران *a*، ۲۰۰۰، *b*، ۲۰۰۰).

نتایج منتشره از این کار منابع بسیار خوبی تلقی می‌شوند و متخصصان بالینی کودک را تشویق می‌کنند تا ضمن همکاری با پزشکانی که با آنان کار می‌کنند از این اطلاعات نیز استفاده نمایند.

داروهای استفاده شده برای (AD/HD)

داروهای که بیشتر در درمان کودکان (AD/HD) به کار می‌رود عبارتند از: داروهای محرک روان، ضد افسردگی‌های سه حلقه‌ای، ونورولپتیک‌ها (برای مرور به Devney، ۲۰۰۱ نگاه کنید). محرک‌های روان شامل متیل فنیدیت (MPH یا ریتالین)، دکستر آمفتامین (دیکس دیرین) و پیمولین (سی لرت) می‌شود که با بیشترین تکرار مصرف می‌شوند و طبق یک برآورد برای ۶-۳٪ از کودکان سنین اولیه کودکی تجویز می‌شوند (وایلنز و بیدرمن، ۱۹۹۲) گزارش‌ها نشان می‌دهد که تقریباً ۷۰-۸۵٪ از کودکان (AD/HD) که بالای پنج سال سن دارند به‌داروهای محرک پاسخ مثبت داده‌اند (برکلی، دوپال، ومکموری، ۱۹۹۱، راپورت، ۱۹۹۸، وایلنز و پایدرمن، ۱۹۹۲).

مطالعه‌ای که تأثیرات رفتاری و شناختی دارویی ریتالین را در مقایسه با دکستروآمفتامین آزمایش نمود نشان داد که در سطح گروهی هر دو دارو بی‌خطر و مؤثر به‌نظر می‌رسند (الیسا، بور چردینگ، راورت، وکی سوز، ۱۹۹۱). علی‌رغم این مسأله برای یک کودک اغلب اثر یک دارو بهتر از سایر داروها بود و عوارض جانبی که بر اثر مصرف یک دارو رخ می‌داد، بعید بود که بر اثر مصرف سایر داروها رخ دهد. آدیرال^(۳) (داروی محرک نسبتاً جدیدی که ترکیبی است از دکستروآمفتامین با آمفتامین) قابل مقایسه با ریتالین به‌نظر می‌رسد و در مقایسه با زمانی که فرد تنها ریتالین دریافت می‌کند، اثرات رفتاری آن پایداری بیشتری را از

1 - Integrated Approach 2 - Comorbidity
3 - Adderall

خود نشان می‌دهد (پلیزکا، برونی، الورا، وینی، ۲۰۰۰).

در مطالعه‌ای که توسط پلاسیویا دارونما کنترل می‌شد، اثرات رهاکنندگی فوری و بلند مدت آدیرال با سولفات دکستروآمفتالین مقایسه گردیده در این مطالعه جمیز و همکارانش (۲۰۰۱) دریافتند که هر سه دارو در مقایسه با دارونماها مؤثرتر عمل می‌کنند.

در شروع مصرف، اثر رهاکنندگی - فوری دکستروآمفتامین و آدیرال، نتایج اولیه‌ای را آشکار نمود در حالی که اثر رهاکنندگی بلند مدت داروی اسپنسول نتایج پایدارتر بیش از اندازه‌ای را نشان داد.

گرچه داروهای محرک به‌طور معمول به‌عنوان اولین انتخاب درمانی برای کودکان پیش از دبستان توصیه نمی‌شود، اما استفاده از این داروها برای این گروه سنی حمایت‌های تجربی را به‌همراه دارد (تا برین، باودن، دیولف و بی‌تای، ۱۹۹۸، هاستن، فایرستون، پسترمن، نبت، و مرسر، ۱۹۹۷).

در مطالعه‌ای که با استفاده از دارونما کنترل می‌شد و از مقدار ۵۰۳ میلی‌گرم و ۵۰۵ میلی‌گرم ریتالین دوبار در روز استفاده می‌شد ماستن و همکاران (۱۹۹۷) بهبودی‌هایی را در آزمون‌های شناختی دقت و همچنین تکانشگری یا برانگیختگی کودکان مشاهده نمودند، به‌همان خوبی که این بهبودها در رفتارهای ارزیابی شده توسط والدین و در مقیاس سنجش تکمیل شده توسط آنان مشاهده گردید، علی‌رغم این موضوع هیچ‌گونه تغییری در تمایل کودکان نسبت به انجام تقاضای والدین رخ نداد و عوارض جانبی این داروها نیز در حداقل خود قرار داشت.

ریستالین متداول‌ترین داروی محرک مورد استفاده، در اندازه‌های ۵ میلی‌گرمی، ۱۰ میلی‌گرمی، ۲۰ میلی‌گرمی و با قابلیت تحمل تا ۲۰ میلی‌گرم (معادل با ۱۰ میلی‌گرم دوبار در روز) برای مصرف دهانی قابل دسترس است.

ریتالین با سرعت عمل می‌کند، پس از گذشت ۳۵ - ۴۰ دقیقه از بلعیدن، نتایج رفتاری را ایجاد می‌کند و نقطه اوج تأثیر آن ۲ - ۴ ساعت است. دوام کوتاه مدت تأثیرات رفتاری این دارو ۲ تا ۳ ساعت فرض شده است. ریتالین به‌طور معمول دو یا سه مرتبه در روز و در میزان‌های ۵ تا ۲۰ میلی‌گرم مصرف می‌شود. شاخص‌ترین میزان مصرف آن ۱۰ میلی‌گرم و دوبار در روز بدون توجه به سن و اندازه‌ی بدن فرد است (وهلن و هنکر، ۱۹۹۸).

مطالعات متعددی نشان داده است که بین وزن بدن و پاسخ

کودک به‌رتالین ارتباطی وجود ندارد (راپورت و دینی، ۱۹۹۷؛ اسونسون، کفت ول، لرنر، مک برنت و مانا، ۱۹۹۱). بنابراین علی‌رغم رهنمودهایی که در کتاب مرجع پزشکان در خصوص تعیین میزان مصرف دارو با توجه به وزن بدن آمده، نشان داده شده که وزن، راهنمای معنی‌داری برای تعیین میزان مصرف نمی‌باشد. نتایج مطالعات ریتالین (مطالعه مدل‌های چندگانه درمان کودکان (AD/HD) (وایتیلو و همکاران، ۲۰۰۱) حاکی از این است که تنها ۱۷٪ از ۲۳۰ کودکی که با توجه به‌عیارگیری^(۱) اولیه میزان مطلوب دارو دریافت می‌کردند تا پایان دوره‌ی درمان همان نوع و میزان دارو را دریافت داشتند. بنابراین برای درمان دارویی مطلوب (AD/HD) هم به‌دقت عیارگیری اولیه و هم به‌تداوم کنترل دارویی نیاز است. هم‌چنین باید توجه داشت که کودکان به‌جای دریافت درمان دارویی صرف (۳۸/۱ میلی‌گرم در روز)، ترکیبی از درمان‌های رفتاری و دارودرمانی که از مطالعه روی میزان حداقل فیتل فنیدیت (۳۱/۱ میلی‌گرم در روز) به‌دست آمده، استفاده نمایند (گرین هیل و همکاران، ۲۰۰۰).

برکلی (۱۹۹۷ c) نتایج اولیه‌ی مثبتی را از مصرف داروهای محرک در میان کودکان سنین مدرسه ذکر می‌نماید. این نتایج شامل بهبود در ظرفیت دقت، کاهش تکانشگری یا برانگیختگی، تقلیل فعالیت‌های نامرتبط با تکالیف (به‌ویژه در موقعیت‌های سازمان یافته) و به‌طور کلی کاهش رفتارهای مخرب در موقعیت‌های اجتماعی است.

نتایج ثانویه‌ای تغیرات، افزایش پذیرش فرامین و رهنمایی‌ها، افزایش کیفیت و کمیت انجام تکالیف درسی، بهبود تعامل با هم‌سالان، افزایش پذیرش هم‌تایان و کاهش سرزنش، سرپرستی و تنبیه والدین و معلم را شامل می‌شود. کرامر، سپیدا و سپیدا (۲۰۰۱) دریافتند که ریتالین به‌طور خاصی باعث تقویت فرآیند بازداری از تغییر مدام تکلیف شده و هم‌چنین تمرکز و دقت در ارائه‌ی پاسخ‌های مناسب را افزایش می‌دهد. بنابراین به‌طور بالقوه، حوزه‌های متعددی از داروهای محرک متأثر می‌شوند و مشکل است که بدانیم کدام حوزه در کودک خاصی بهبود خواهد یافت. به‌علاوه، بهبود در یک حوزه لزوماً نمی‌تواند عامل پیشگویی بهبود در حوزه‌ی دیگر باشد. به‌طور کلی کاهش در رفتارهای منفی بیشتر محتمل است تا افزایش در فعالیت‌های مثبت، به‌ویژه زمانی که مهارت‌های پیچیده‌ای نظیر رفتارهای مثبت

اجتماعی مطرح باشد بهبودهای ناشی از مصرف دارو به طور معمول با کاهش در «عادی بودن» همراه است. کودکانی که به دارو پاسخ مثبت می دهند به طور مداوم به دلیل الگوهای نامطلوب رفتاری و عملکرد ضعیف درسی از همتایان خود متمایز می شوند (دوپال و راپورت، ۱۹۹۳؛ راپورت دینی، دوپال و کاردنر، ۱۹۹۴) به هر حال تغییرات مثبت، در تعاملات نرم کننده و روز به روزی که در موقعیت های متفاوت و با مردم مختلف تجربه می شود، ایجاد می گردد.

علائم ناسازگاری درمان یا ریتالین شامل این موارد است: تاریخچه تیک های خانوادگی، تاریخچه یک حمله^(۱) ناگهانی (صرع) ریتالین می تواند آستانه ای حمله ناگهانی که چنین تاریخچه ای دارند را پایین بیاورد. گلوگاما(آب سیاه)، فشار خون بالا پرکاری تیروئید، وجود مدارک مبنی بر حساسیت بالا و آلرژی یا سایر واکنش های ناسازگارانه به مصرف دارو (راپورت، ۱۹۹۸). بعضی از تحقیقات بیان می دارند که کودکان دچار اضطراب و یا افسردگی، به داروهای محرک خوب پاسخ نمی دهند (دوپال، برکلی و مک موری، ۱۹۹۴؛ تانوک، ایکوویچ و اسکچر، ۱۹۹۵). بنابراین اگر داروهای محرک مؤثر نبودند، دنبال کردن با ضد افسردگی های سه حلقه ای (مثل ایمی پرامین می تواند تضمین کننده باشد، چرا که این داروها در درمان (AD/HD) مؤثر نشان داده شده اند (بایدنرمن، بالدی سارنی، رایت، کینی، و هارتنر، ۱۹۸۹). ضد افسردگی های سه حلقه ای هم چنین می توانند برای کودکان (AD/HD) که تاریخچه تیک حرکتی دارند و یا به داروهای محرک واکنش های ناسازگارانه نشان می دهند به کار روند. این داروها به طور معمول دوبار در روز داده می شوند (صبح و عصر). مشخص گردیده که این داروها نسبت به داروهای محرک مدت زمان بیشتری عمل می کنند و اثرات درمانی آنها در ارزیابی ها طولانی تر است. تحقیقات نشان داده است که میزان پایین این داروها به همان خوبی که می تواند رفتارهای پر خاشگرانه و مخرب را کاهش دهد، می تواند میزان مراقبت و احتیاط را نیز در فرد افزایش و بر انگیزندگی او را تقلیل دهد (پلیزکا، ۱۹۸۷). افزایش خلق نیز ممکن است رخ دهد. به هر حال، اثرات درمان می تواند به مرور زمان کم شود، بنابراین برای کنترل بلند مدت (AD/HD) استفاده از ضد افسردگی ها توصیه نمی شود.

تیروچلوم، کاراچ و اسکچر (۲۰۰۱) خاطر نشان می کنند که پذیرفتن درمان (AD/HD) با داروهای روان گردان از اجزاء مهم

هرگونه برنامه مداخله است. در یک مطالعه بر روی ۷۱ کودک (AD/HD) که یکی از داروهای محرک برای آنها تجویز شده بود، تیروچلوم و همکاران دریافتند که تنها ۵۲٪ از آنان برای مدت ۳ سال به برنامه درمان پایبند بودند. عوامل مؤثری که پیش بینی می شود در این عدم پذیرش ایفای نقش نمایند عبارتند از: روش مبتنی بر عدم پذیرش معلم، علائم کم (AD/HD) و سن بالا در خط پایه.

عوارض جانبی^(۲)

بیشتر عوارض جانبی ریتالین خفیف و وابسته به میزان دارو می باشند و پس از گذشت چند روز از شروع درمان کم رنگ می شوند و یا از طریق سازگار نمودن میزان دارو و یا زمان ارائه آن قابل از بین رفتن هستند (وایلنز و بایدنرمن، ۱۹۹۲). عوارض جانبی گزارش شده عبارتند از:

آشفتگی در خواب، کاهش اشتها (با احتمال کاهش وزن یا توقف رشد)، افزایش خفیف ضربان قلب و فشار خون دیاستولیک، دل درد، سردرد، زودرنجی، شاد نبودن (گریه کردن)، گوشه گیری، غیرمنعطف بودن توانایی شناختی (تمرکز زیاد روی پدیده ای خاص)، پس زدن اثرات و ایجاد یا افزایش غیرمنتظره تیک ها و یا سایر حالت های عصبی (برکلی، مک موری، اولبروک، و روبینز، ۱۹۸۹). گرچه در مورد ایجاد مقاومت دارویی نگرانی هایی وجود دارد، اما مدارک کلی موجود است که نشان دهد بر اثر مرور زمان بهبودهای رفتاری ناشی از مصرف این دارو کاهش یافته باشد (وهلن و هنکر، ۱۹۹۸).

مشکلات خواب به طور مشخص شامل کاهش میزان خواب (بی خوابی در ابتدای خواب) است که این مسأله اغلب با دریافت دیر وقت داروی ریتالین در بعدازظهر و یا شب مرتبط است. کاهش و یا حذف دارو در این زمان به طور معمول باعث حل این مشکل می شود. گرچه نگرانی هایی درباره ی کاهش وزن فرد یا توقف رشد وجود دارد، اما گزارش توافق آمیزی مبنی بر تأثیر ریتالین بر وزن نهایی نوجوانانی که در کودکی با این دارو درمان شده اند، حتی زمانی که تأثیر نامطلوبی هم در میزان رشد فرد (در طول درمان به اصطلاح فعال او با این دارو) وجود داشته باشد، وجود ندارد. (گیتلمن، کلاین و مانوزا، ۱۹۸۸، کرامر، لونی، سبتو، راترنز و گروسمن، ۲۰۰۰). به هر حال، عوارض جانبی تهوع و استفراغ

ناشی از میزان ریتالین در بعضی از افراد با مشکلات رشد و بلوغ آنها ارتباط دارد (کرامر و همکاران، ۲۰۰۰). ادامه دارو درمانی در طول ماه‌های تعطیل تابستان برای مقابله با این مشکل توصیه می‌شود. هم‌چنین نگرانی درباره‌ی افزایش فشار خون و تعداد نبض به‌استفاده از محرک‌های روان مربوط می‌شود. یک مطالعه‌ی جدید (فالیزلینگ شورت و مانوس، ۲۰۰۱) که به‌مقایسه ریتالین و آدیرال پرداخته، مشخص نموده است که مصرف روزانه‌ی ۱۵ میلی‌گرم و کمتر هر دو دارو تأثیرات عمده‌ای را بر عروق قلبی ندارد. گرچه تعداد کمی از کودکان چنین میزان کمی را در روز دریافت می‌کنند. تیک غیرمنتظره و یا شدت یافته، از عوارض جانبی جدی، اما کمیاب ریتالین است. برآورد می‌شود که مصرف این دارو باعث تشدید تیک‌های قبلی در ۱۳٪ از موارد گردد و نیز اینکه کمتر از ۱٪ از کودکان (AD/HD) به‌دنبال شروع درمان با ریتالین، اختلال تیک را نشان دهند (برکلی، ۱۹۹۸ a). مطالعه‌ای که اخیراً روی ریتالین MPH به‌عمل آمده نشان داده است که مصرف دوبار در روز ۰/۵ میلی‌گرم این دارو بیش از دارو نماهای داده شده باعث ایجاد تیک در کودکان با و یا بدون سابقه تیک نگردیده است (لاو و اسکچر، ۱۹۹۹). به‌علاوه داروی ریتالین در درمان کودکان (AD/HD) و اختلال تیک مزمن، همراه آن به‌طور موفقیت‌آمیزی به‌کار رفته است (نولان و گاداو، ۱۹۹۷). تیک‌ها به‌طور معمول با قطع مصرف ریتالین از بین می‌روند.

علاوه بر نگرانی در مورد عوارض جانبی، مهم است که هنگام مراجعه کودک (AD/HD) برای درمان، عوامل متنوع دیگری نیز مورد رسیدگی قرار گیرند. این عوامل عبارتند از: سن کودک، مدت و شدت مشکلات موجود، تاریخچه‌ی درمان قبلی، انگیزه‌ی والدین برای چنین درمانی، احتمال بدی استفاده از داروهای محرک توسط والدین یا سایر وابستگانی که در خانه با او زندگی می‌کنند و میزان احتمالی که والدین مسؤولیت درمان را به‌عهده بگیرند و راهنمایی‌های پزشک معالج را عمل نمایند (برکلی، ۱۹۹۷ c).

تعیین عیار و نظارت دارویی در کودکان

ارزیابی منظم به‌منظور تعیین مؤثرترین مقدار دارو برای یک کودک (AD/HD) می‌تواند در بلند مدت نتایج مثبتی را در معالجه‌ی وی به‌همراه داشته باشد. ما دریافتیم که هم والدین و هم کودکان تا زمانی که از نزدیک مورد نظارت هستند به‌میزان زیادی پذیرای چنین آزمایش‌هایی هستند، در حقیقت این آزمایش‌ها، اغلب

استفاده از دارو را بیشتر برای خانواده‌ها قابل پذیرش می‌نماید. گرچه پزشکان مسؤول تجویز دارو هستند، متخصصان بالینی کودک باید روش‌های مؤثر نظارت بر نتایج رفتاری داروهارا درک نموده و به‌کار ببرند، هم‌چنین باید پزشک را در جریان این اطلاعات قرار دهند. پروتکل‌های متعددی در مورد عیارگیری و نظارت بر داروهای محرک منتشر گردیده که یکی از آنها موردی است که در مطالعه‌ی مدل‌های چندگانه‌ی درمان کودکان AD/HD سازمان جهانی بهداشت روانی (WIMH MTA) به‌کار رفته است (گرنهیل و همکاران، ۱۹۹۶؛ برکلی، ۱۹۹۸ b؛ پلیزکا و همکاران، ۲۰۰۰ a، ۲۰۰۰ b، راپورت، ۱۹۹۸).

پروتکلی که براساس استفاده از دارو نماهای کنترل شده تهیه گردیده و در این بخش برای داروی ریتالین توضیح داده شده است براساس کارهای بروکلی (b ۱۹۹۸) و راپورت (۱۹۹۸) بوده که در تابلوی ۱۱/۴ خلاصه گردیده است.

آزمایش ریتالین باید با میزان‌های ثابت (یعنی ۵ میلی‌گرم، ۱۰ میلی‌گرم، ۱۵ میلی‌گرم، ۲۰ میلی‌گرم) و به‌طریق مشابه برای هر کودک انجام شود، هم‌چنین کنترل با دارونما^(۱) نیز باید صورت گیرد. این پروتکل ثابت به‌فرد اجازه می‌دهد که بهترین میزان دارو را برای کودک تعیین نماید، چرا که بعضی از کودکان به‌میزان‌های پایین بهتر پاسخ می‌دهند و سایرین با میزان بالاتر بهتر عمل می‌کنند، رفتارهای متفاوت تحت تأثیر میزان‌های مختلف قرار دارند. گفتگو با پزشک و داروساز قبل از درمان، در رابطه با اهداف آزمایش دارو، به‌متخصص بالینی کمک می‌کند تا به‌یک همکاری حرفه‌ای دست یابد. والدین، معلمان و کودک باید نسبت به‌پروتکل مذکور بی‌اطلاع^(۲) باشند از این طریق ارزیابی عینی‌تری از پاسخ فرد به‌داروها فراهم می‌شود.

این مهم است که خط پایه‌ای از درجات متفاوت به‌دست آمده در چندین حوزه فراهم گردد:

رتبه‌های رفتاری که والدین در خانه به‌کودک می‌دهند، رتبه‌های رفتاری که معلم در مدرسه به‌او می‌دهد، ثبت عملکرد تحصیلی کودک در مدرسه و خط پایه تهیه شده از سطوح شکایت جسمانی که توسط کودک گزارش می‌شود. در حین تهیه خط پایه و اتمام آزمایش‌های دارویی، از معلمان و والدین خواسته می‌شود که مقیاس درجه‌بندی شده‌ی مشابهی را در پایان هر هفته تکمیل نمایند که منعکس کننده‌ی رفتار فرد در کل هفته است.

این عمل اجازه می‌دهد که از طریق اعداد و دسته‌های به دست آمده از حوزه‌های رفتاری، بر چگونگی پاسخ فرد به دارو نظارت نمود. گرچه بعضی از والدین ممکن است احساس نمایند که در ایام آخر هفته نیازی به استفاده کودک از دارو وجود ندارد، اما این مهم است که در طول دوره‌ی آزمایش دارو این کار انجام شود و این موضوع به والدین اجازه می‌دهد که شاهد تغییراتی در کودکان خود باشند (اغلب تغییرات را گزارش نمی‌کنند) و نگرانی‌های آنان درباره‌ی تأثیرات دارو را کاهش می‌دهد.

تابلوی ۱۱۰۴، پروتکل تعیین عیار و نظارت بر کودکان (AD/HD) با ریتالین

۱ - داده‌های خط پایه را جمع‌آوری کنید.

معلمان:

- پرسشنامه موقعیت‌های مدرسه‌ای (SSQ)

- مقیاس نرخ عملکرد آموزش (APRS)

- مقیاس نرخ رفتار مخرب (DBRS)

والدین:

- پرسشنامه‌ای که در موقعیت‌های خانه تکمیل می‌شود (HSQ)

- مقیاس نرخ رفتار مخرب (DBRS)

- پرسشنامه عوارض جانبی (SEQ)

۲ - به منظور تبادل اطلاعات در خصوص کودک و مداخله در

رفتارهای هدف با پزشک تماس برقرار نمایید.

۳ - پزشک با داروساز ارتباط برقرار نماید.

- فرصت‌های استاندارد ۵ میلی‌گرمی، ۱۰ میلی‌گرمی و ۲۰ میلی‌گرمی MPH و یک نوع دارونما، در کپسول‌های ژلاتینی مات قرار دارند.

- مقدار هفتگی داروها در ظروف فرد قرار دارند و دارای

برچسب «هفته اول»، «هفته دوم» و غیره هستند.

- بر ای‌دادن دارونما، یک هفته به‌طور تصادفی انتخاب شده است.

- آزمایش را با میزان ۵ میلی‌گرم، دوبار در روز و برای هفت

روز هفته شروع کنید.

- به تدریج هر هفته میزان دارو را افزایش دهید (به استثنای

هفته‌ای که دارونما داده می‌شود) تا به میزان ۲۰ میلی‌گرم، دو مرتبه

در روز برسد.

۴ - با معلم و والدین قرار بگذارید که داده‌ها را به‌طور هفتگی

و در پایان هر هفته جمع‌آوری کنند.

- والدین و معلمان را با فرم‌های در جه‌بندی آماده نمایید.
- به آنان یادآوری نمایید که دارو را در ساعت معین هر روز به کودک بدهند، حتی در آخر هفته.
- رفتار کودک را در زمان مواجهه‌ی فعال با داور مشاهده نمایید (۳۰ دقیقه تا ۴ - ۳ ساعت بعد از دریافت دارو).
- بر ای‌ارسال داده‌ها به کلینیک، تمبروپاکت پستی فراهم نمایید.
- والدین و کودک را هر هفته ببینید و یا با آنان صحبت کنید.
- ۵ - به‌طور هفتگی داده‌ها را به‌نمودار تبدیل نمایید.

میزان دارو تاریخ	داده‌های معلم			داده‌های والدین		
	SSQ	APRS	DBRS	HSQ	DBRS	SEQ

توجه: فرم‌های SSQ, DBRS, HSQ, SEQ و داده‌های هنجاریابی شده آن (میانگین، انحراف استاندارد، نمره‌های کلینیکی استخراج شده) همه در کتاب برکلی و مورفی (۱۹۹۸) موجود است.

داده‌های خط پایه کمک می‌کند تا رفتارهای هدف، مشخص و در طول مدت آزمایش دارو، بر آن رفتارها نظارت گردد. در حالی که یک کودک می‌تواند با مصرف مقدار پایین ریتالین از نظر تحصیلی بهتر عمل نماید که میزان بالای دارو برای مشکلات رفتاری او مؤثرتر است و می‌تواند توانایی یادگیری و عملکرد تحصیلی وی را بدتر کند (کینز بورن، ۱۹۹۰). اهمیت دادن به موفقیت تحصیلی برای کسب نتایج مثبت بلند مدت، ایجاب می‌نماید که این مهارت‌ها (پیشرفت تحصیلی) بهینه‌سازی شوند، حتی اگر به معنای تحمل سطح متوسطی از درهم گسیختگی در کلاس درس باشد. داروهای محرک می‌تواند برخی از حوزه‌های رفتاری را متأثر نماید (به‌عنوان مثال، عملکرد رفتاری و دقت را) بنابراین باید مقیاس‌های در جه‌بندی شده‌ای انتخاب شود که دامنه‌ی رفتار در این قسمت‌ها را پوشش دهد. مقیاس‌های کلاسی که در این زمینه توصیه می‌شود عبارتند از: CAP (ادیلیبرگ، ۱۹۹۱)، یا مقیاس در جه‌بندی ADHDIV (دویال و همکاران، ۱۹۹۸)، APRS (دویال و همکاران، ۱۹۹۱)، SSQ (برکلی و مورفی، ۱۹۹۸)، و پرسشنامه سنجش عوارض جانبی (SEQ: برکلی و مورفی، ۱۹۹۸). چون آزمایش‌های عصبی روان‌شناختی (که شامل توالی در

انجام تکالیف می‌شود) عملکرد رفتاری و تحصیلی فرد در موقعیت‌های کلاسی را منعکس نمی‌نمایند، این‌گونه تست‌ها برای نظارت بر اثرات دارو کفایت نمی‌کند (راپورت و همکاران، ۲۰۰۰). HSQ (برکلی و مورفی، ۱۹۹۸) مقیاس درجه‌بندی عالی برای سنجش رفتار در خانه است: این مقیاس توضیحی از حالات کودک در زمان فراغت و انجام دستورات را فراهم می‌نماید، اجازه می‌دهد که عناصر تشکیل دهنده‌ی موقعیت‌های دشوار معرفی شوند، میانگین از میزان کل موقعیت‌های سخت را ارائه می‌دهد و حساسیت نسبت به اثرات دارو را محک می‌زند.

هم‌چنین اطلاعاتی درباره‌ی مشکلات خاصی که نیازمند مداخله‌ی بیشتر هستند ارائه می‌دهد. مقیاس درجه‌بندی ADHD IV - و SEQ (برکلی و مورفی ۱۹۹۸) باید برای والدین به‌کار گرفته شوند. SEQ باید در برگیرنده‌ی اطلاعات خط پایه باشد، چرا که به‌طور معمول، کودکان (AD/HD) در مقایسه با کودکان غیر مبتلا به این عارضه بیشتر شکایات جسمانی را گزارش می‌نمایند (برکلی، دوپال و مورفی ۱۹۹۰).

در طول مدت مصرف آزمایشی دارو، والدین و معلمان باید آموزش ببینند که رفتارهایی که در زمان مواجهه‌ی فعال کودک با دارو (یعنی به‌طور مثال، بین ۳۰ دقیقه تا ۴ - ۳ ساعت پس از دریافت دارو) مشاهده می‌کنند را برآورده نمایند. اگر دارو تنها در زمان صبح داده می‌شود، مقیاس‌ها باید نرخ رفتار کودک تا ظهر را منعکس نمایند. هم‌چنین این بدین معنی است که کودک باید دارو را هر روزه در ساعتی معین دریافت نماید.

ما دریافتیم که مفید است به‌والدین و معلمان آدرس، پاکت و هم‌چنین تمبر پستی داده شود تا در آخر هر هفته اطلاعات به‌دست آمده را به کلینیک ارسال نمایند. این موضوع احتمال اینکه فرم اطلاعات در زمان درخواستی توسط والدین و معلمان تکمیل و ارسال گردد را افزایش می‌دهد. هم‌چنین شاید نیاز باشد که با آنان تماس تلفنی نیز گرفته شود، تمام اطلاعات به‌دست آمده باید در زمان نتیجه‌گیری از مصرف آزمایشی دارو و به‌صورت نمودار ترسیم شود.

توصیه می‌شود که از طریق استفاده از مقیاس‌های ثبت نرخ رفتار، مانند مقیاس مصرف آزمایش دارو، هر سه ماه بر کیفیت پاسخ کودک به‌دارو نظارت شود (راپورت، ۱۹۹۸). هم‌چنین آموزش والدین درباره‌ی ریتالین حائز اهمیت است، تا نسبت به نتایج درمان انتظارات مناسبی داشته باشند. با وجود اینکه

ریتالین انعطاف رفتار را کاهش می‌دهد، کودک (مانند تمام کودکان) ممکن است مدت‌ها افزایش رفتارهای مخرب را تجربه نموده و عملکرد تحصیلی وی در حد مورد انتظار نباشد. هم‌چنین، بیماری، بحران و استرس‌های خانوادگی می‌تواند بر پاسخ وی به‌دارو تأثیر منفی داشته باشد. پس از مشاوره با پزشک، ممکن است بهتر باشد که در این موارد به‌طور موقت مصرف دارو ادامه نیابد (راپورت، ۱۹۹۸).

پذیرش رژیم غذایی توسط والدین، به‌طور آشکاری در موفقیت درمان اهمیت دارد. عدم کفایت اطلاعات درباره‌ی دارو و اثرات آن، فقدان آزمایش اولیه دارو و آسیب‌شناسی روانی والدین همه می‌تواند احتمال پذیرش دارو توسط آنان را کاهش دهد. زمانی که والدین دارو را پذیرفتند، باید توزیع دارو در آموزشگاه مورد توجه قرار گیرد.

سخن آخر درباره‌ی درمان

بدون توجه به‌نوع درمانی که برای کودک (AD/HD) فراهم گردیده است، به‌طور معمول زمانی که مداخله‌ی درمانی رها شود، بهبودی پایدار نمی‌ماند. به‌علاوه مهارت‌های آموخته شده اغلب به‌موقعیت‌های جدید و منحصر به‌فرد تمیم نمی‌یابد، در نهایت پروژه‌ی مطالعه‌ی مدل‌های چندگانه درمان کودکان (AD/HD) سازمان جهانی بهداشت روان مدارک بیشتری را در مورد درمان مؤثر فراهم خواهند نمود. از این نقطه نظر، مشخص است که هر مداخله درمانی باید مدت زمانی طولانی ادامه یابد - شاید بیش از تمام سال‌های تحصیل کودک - تا این اطمینان حاصل شود که کودک مهارت‌های مورد نیاز برای مستقل عمل کردن را آموخته است. به‌علاوه آناستاپولیس و شفر (۲۰۰۱) هم‌چنین اشاره می‌کنند که اغلب، درمان رفتارهای (AD/HD) نه تنها بر اختلالات همراه آن تأثیر نمی‌گذارد (نظیر افسردگی و اضطراب)، بلکه به‌والدین نیز در مواجهه با استرس‌های شخصی و خانوادگی یاری نمی‌رساند. از نظر کلینیکی برای این مشکلات سایر درمان‌ها مناسب‌تر به‌نظر می‌رسد، اما تأثیر افزون این روش‌ها به‌رژیم دارو درمانی کودکان (AD/HD) هم‌چنان به‌مطالعه‌ی بیشتری نیاز دارد.