

اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی

نویسندگان: آر. جی. ون در کروز^۱، اچ. اوستریان^۲، اس. سی. ولز^۳ و ای. ای. کونینگ^۴

مترجم: جهانپیر نوکلی زاده / دانشجوی دوره دکتری روانشناسی تربیتی

مقدمه

و فقدان توجه مداوم (توانایی حفظ توجه در طول زمان) مشخص شده است (داگلاس^۱، ۱۹۷۲). کودکان دارای این اختلال به آسانی حواس پرت گردیده و از تکالیفی که نیازمند توجه نمودن برای زمانی طولانی است، اجتناب می‌کنند. بیش‌فعالی با فعالیت بالای حرکتی نشان داده می‌شود. به نظر می‌رسد کودکان مبتلا به ای. دی. اچ. دی در متوقف ساختن فعالیت‌های خود در موقعیت‌های مورد نیاز ناتوانند. آنها به حد افراط تکان خورده، نمی‌توانند آرام بنشینند، مدام در جنب و جوش بوده، نمی‌توانند آرام بازی کنند و دست‌ها یا پاهای‌شان اغلب بی‌قرار و ناآرام است. تکانشگری با فقدان کنترل در موقعیت‌هایی که مستلزم توجه کنترل شده یا یک تکلیف سازمان یافته است، مشخص می‌شود. کودکان مبتلا به ای. دی. اچ. دی تمایل دارند به اولین فکری که وارد ذهن‌شان می‌شود پاسخ دهند، آنها پیامدهای رفتارشان را به حد کافی در نظر نمی‌گیرند و برای به تعویق انداختن ارضای نیازهای خود با مشکل رو به رو می‌شوند. این سه ویژگی مهم ای. دی. اچ. دی لازم نیست به طور همزمان یا به میزان یکسانی نشان داده شود.

اختلال بر رشد کودکان از جمله در رشد یادگیری، تکلم و زبان تأثیر زیادی داشته و با بسیاری از مشکلات، از قبیل مشکلات خواب، هیجانی، ارتباطی، رفتاری و مشکلاتی در فعالیت‌های حسی و

در آغاز، مروری بر نشانه‌های اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی^۵ (ای. دی. اچ. دی) و عوامل زمینه ساز آن داشته و سپس از روش‌های مختلف درمان این اختلال بحث می‌کند. نویسندگان از رویکرد درمانی چندبعدی حمایت می‌کنند که بیانگر کاربرد بیش از یک روش درمانی ترجیحاً هم در خانه و هم در مدرسه است. چنین رویکرد چندبعدی می‌تواند بر مجموعه اجزای آن تأثیر فزاینده‌ای داشته باشد (کنسالدال^۶، پانیچلی - میندل^۷ و گرو^۸، ۱۹۹۵). روش رفتار درمانی شناختی (CBT)^۹ می‌تواند در یک نظام درمانی چندبعدی که مورد تأکید است ادغام شود. یک برنامه آموزشی والدین در مورد چگونگی کاربرد اصول شناختی - رفتاری در پرورش کودکان ای. دی. اچ. دی آنها توصیف شده است (کونینگ و همکاران^{۱۰}، ۱۹۹۳). در نهایت، کاربردپذیری و اهمیت CBT در یک رویکرد چندبعدی ای. دی. اچ. دی مورد بحث قرار گرفته است.

اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی چیست؟

اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی (انجمن روان پزشکی آمریکا، ۱۹۹۵) شامل سه طبقه مهم: بی‌توجهی، بیش‌فعالی و تکانشگری است. بی‌توجهی با توجه انتخابی محدود (توجه به محرک نامربوط یا پرت کننده حواس و چشم پوشی از محرک مربوط)

دخالت داشته باشند. برای مثال، گزارش شده که محیطی سازمان نایافته می تواند نشانه های ای. دی. اچ. دی را افزایش دهد (پرینس^{۱۷}، ۱۹۹۴). با وجود این روشن نیست رفتار والدین بایستی به عنوان علت رفتار ایذایی کودک یا به عنوان واکنش به آن در نظر گرفته شود. معمولاً عوامل مختلفی در هر کودک مبتلا در تعامل می باشند.

درمان

انواع مهم شناخته شده درمان ای. دی. اچ. دی عبارت اند از: برقراری و تداوم یک محیط سازمان یافته، رفتاردرمانی، رفتاردرمانی شناختی، و دارودرمانی. چون کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه / بیش فعالی فاقد کنترل محرک می باشند، اولین قدم در فرایند درمان این است که محیطی به خوبی سازمان یافته و منظم فراهم آوریم. چنین محیطی احتمال بروز رفتار بیش فعالی و تکانشگری در کودک را کاهش می دهد. در گزارش پرینس (۱۹۹۴) به منظور جبران فقدان کنترل محرک در کودکان دارای اختلال یاد شده، آمده است این کودکان بایستی تذکر، سرخ و تقویت کننده های بیشتری نسبت به کودکان عادی دریافت نمایند. همچنین یک محیط کاملاً سازمان یافته که به محیط پراستیک^{۱۸} معروف است اثر سودمندی بر رفتار کودکان دارد و باید به طور نامحدودی تداوم یابد. به ویژه، توجه به مشکلات رفتار از طریق مداخله های درمانی - رفتاری ممکن است مؤثر واقع شود که این مداخله ها فنون مختلفی از قبیل پاداش پنهانی، جریمه و محروم کردن را شامل می شود. اگر چه گفته شده که روش های کنشگر می تواند به بهبود رفتاری در خانه وهم در مدرسه منجر گردد، ولی این

حرکتی در ارتباط است. گاهی اوقات این مشکلات مرتبط آنقدر بارز می شوند که وجود ای. دی. اچ. دی در میان آنها محو می گردد. در چاپ جدید نظام طبقه بندی DSM (DSM-IV)، انجمن روان پزشکی آمریکا، (۱۹۹۵)، ای. دی. اچ. دی، اختلال نافرمانی مقابله ای و اختلال سلوک با همدیگر در گروه اختلال های رفتار ایذایی و نارسایی توجه قرار می گیرند.

میزان همبودی این سه اختلال بالا هستند (هینشاو^{۱۱}، ۱۹۹۴) و اغلب تصمیم گیری بین آنها از نظر تشخیصی مشکل است.

عوامل سببی ای. دی. اچ. دی کاملاً شناخته شده نیست، بنابراین تبیین های صورت گرفته در این زمینه از یک ویژگی تجربی برخوردار است. ادبیات پژوهشی بیانگر آن است که در بسیاری از موارد عوامل زیستی - وراثتی درگیرند (کامپرنول^{۱۲}، ۱۹۹۶). چنین فرض شده است که کودکان مبتلا به ای. دی. اچ. دی از یک کندی فعالیت در سیستم بازدارنده رفتاری مغز (کوی^{۱۳}، ۱۹۸۹)، یا مانند بیماران مبتلا به ضایعات پیشانی - حلقه ای^{۱۴} از آسیب در پاسخدهی تأخیری در رنج می باشند (بارکلی^{۱۵}، ۱۹۹۴). گودمن و استیونسون^{۱۶} (۱۹۸۹) دریافتند که همگامی ای. دی. اچ. دی در دوقلوهای

چون کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه / بیش فعالی فاقد کنترل محرک می باشند، اولین قدم در فرایند درمان این است که محیطی به خوبی سازمان یافته و منظم فراهم آوریم

یک تخمکی بیشتر از دوقلوهای چندتخمکی است. این امر مؤید آن است که عوامل وراثتی نقش معنی داری در اختلال بازی می کند. عوامل محیطی نیز ممکن است

به گام از عهده تکلیف‌ها و مشکلات برآید. این درمان‌ها را می‌توان با فنون سرمشق‌گیری شناختی همراه نمود که در آن یک بزرگسال خودآموزی را به صورت کلامی به کودک ابراز می‌دارد. در این آموزش اولین قدم توقف کردن و برای درک مشکل نگاه کردن و در نهایت گوش دادن است. گام بعدی در نظر گرفتن تمام موقعیت‌های احتمالی است. سومین گام شامل اجرای موقعیت انتخابی می‌باشد و در گام نهایی، کودک فرایند کار و نتیجه اعمالی را که به عهده گرفته است، ارزیابی می‌کند. در این روش کودک به تدریج می‌آموزد زمینه استفاده از راهبردهای عمومی و اختصاصی را که به او کمک می‌کند با موقعیت‌های دشوار کنار آمده و از مشکل فاصله بگیرد، فراهم آورد.

ثابت شده که دارودرمانی در بهبود موقتی و عادی شدن نشانه‌های ای.دی.اچ.دی بسیار مؤثر بوده است (آیکوف^{۲۷} و کلین^{۲۸}، ۱۹۹۲؛ بارکلی، ۱۹۹۴). برای مثال، گانینگ^{۲۹} (۱۹۹۶) نشان داد که احتمال اثر معنی‌داری بالینی متیل فنیدیت^{۳۰} (ریتالین) ۷۰ درصد است. با این حال، ممکن است دارودرمانی حتی پس از تعدیل مصرف دقیق دارو، عوارض جانبی ناخواسته‌ای داشته باشد. برای مثال، متیل فنیدیت می‌تواند باعث بی‌قراری و مشکلاتی در خواب رفتن گردد. بنابراین، بایستی دارودرمانی بعد از یک ارزیابی مستقیم از مزایا و معایب آن انجام پذیرد.

تصمیم‌گیری در مورد این که کدام درمان به کار رود، روش‌های درمانی شامل برقراری یک محیط سازمان‌یافته، رفتاردرمانی سنتی، رفتاردرمانی شناختی یا دارودرمانی موضوعی نیست که به سادگی صورت پذیرد. بلکه موضوع این است که برای کودک بهترین ترکیب را پیدا نماییم. یک دلیل برای این

روش‌ها از نظر انتقال به سایر موقعیت‌ها و پایداری آن در طول زمان، معمولاً ضعیف عمل می‌کنند (پرینس، ۱۹۹۴).

از چشم‌انداز شناختی-رفتاری، کندال و همکاران (۱۹۹۵) خاطر نشان می‌سازند که کودکان مبتلا به ای.دی.اچ.دی در پردازش اطلاعات نقص نشان می‌دهند. آنها وقت خود را صرف توجه به نشانه‌ها و اطلاعات اجتماعی و پردازش آنها، همچنین فکر کردن در مورد یک موقعیت و برنامه‌ریزی برای آن نمی‌کنند. هدف رفتاردرمانی شناختی کمک به کودکان برای خود نظارتی بیشتر آنها و استفاده از راهبردهایی است که بتوانند خود را اداره نموده و با خود کنار آیند (کندال، ۱۹۹۳). در نتیجه، هدف نهایی درمان ای.دی.اچ.دی توانا ساختن کودکان در کنار آمدن با موقعیت‌ها و مشکلاتی است که در طول زندگی با آن رو به رو می‌شوند که چنین هدفی تنها با دارودرمانی یا حفظ قواعد یادگیری کودکان به دست نمی‌آید و دستیابی به این هدف تنها با آموزش راهبردهای کودکان برای سر و کار داشتن با مردم و همچنین تکالیفی که به عملکرد روزمره آنها کمک می‌کند، امکان پذیر است. اغلب رفتاردرمانی‌های شناختی را می‌توان به عنوان آموزش‌های (تمرین) توقف کن-فکر کن-و-عمل کن^{۱۹} توصیف نمود. این نوع درمان معمولاً توسط یک درمانگر حرفه‌ای هدایت می‌شود (کامپ^{۲۰} و باش^{۲۱}، ۱۹۸۱؛ کندال، ۱۹۹۲؛ لاث^{۲۲} و شلوتک^{۲۳}، ۱۹۹۵)، با این حال گاهی اوقات این درمان‌ها توسط والدینی که برای هدایت برنامه با کودک‌شان آموزش دیده‌اند، انجام گرفته است (براسول^{۲۴} و بلوم کوئیس^{۲۵}، ۱۹۹۱؛ کونینگ^{۲۶} و همکاران، ۱۹۹۳_a، ۱۹۹۳_b؛ پیترسون، ۱۹۹۵). کودک آموخته است به روشی منطقی و گام

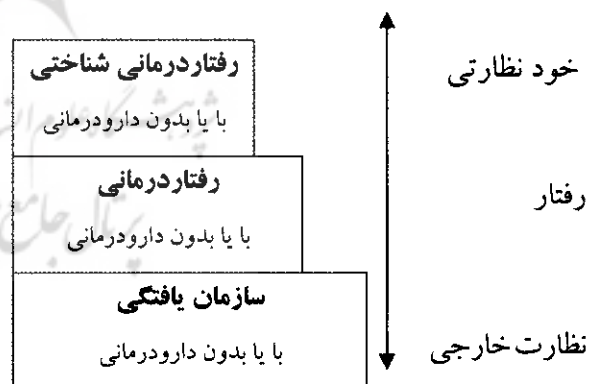
رفتاردرمانی به منظور کاهش رفتار ایذایی و برقراری رفتارجدید و انطباقی تر است و در گام سوم رفتاردرمانی شناختی مورد توجه قرار می گیرد که هدف آن افزایش خودکنترلی است، درحالی که سازمان یافتگی محیط و رفتاردرمانی را می توان به عنوان ابزارهای خارجی کنترل رفتار کودک نیز در نظر گرفت.

هر یک از این سه روش درمانی یاد شده را می توان با دارو درمانی تکمیل نمود. گانینگ (۱۹۹۶) دریافت هنگامی که کودک به حد کافی تحت نظارت خارجی قرار نگیرد، متیل فنیدیت کم اثرتر است. او پیشنهاد می کند فرد باید ابتدا سازمان یافتگی کافی را در خانه و مدرسه بوجود آورده، سپس، ارزیابی کند آیا رفتاردرمانی بدون دارودرمانی ممکن است؟ در غیر این صورت، اقدام به دارودرمانی کند. چنانچه دارودرمانی از ابتدا صورت گیرد، ممکن است بهبود رفتار بعدی، کودکان (و مراقبان آنها) را دلسرد نماید تا بخش دیگر درمان را به عنوان بخش فعالی در نظر گرفته، بیاموزند که به جای آنکه خود تلاش کنند، به دارو وابسته باشند. اگر دارودرمانی مفید واقع شود کودک در وضعیت آغازین نسبتاً بهتری قرار می گیرد تا از رفتاردرمانی سود ببرد (گانینگ، ۱۹۹۴). در طول رفتاردرمانی، کاربرد دارودرمانی باید ادامه یابد چون چنین رفتاردرمانی اغلب به تنهایی ناکافی است (گانینگ، ۱۹۹۴).

دلیل دیگر عدم خودداری از دارودرمانی تأثیر آن بر علایمی است که تحت تأثیر رفتاردرمانی قرار نمی گیرند (گانینگ، ۱۹۹۶). افزون بر این، یافته های پژوهشی اجرای همزمان دارودرمانی و رفتاردرمانی را مؤثرتر از سایر روش ها به تنهایی می داند (پلهام^{۳۱} و همکاران، ۱۹۸۰). این شیوه از درمان هم در تأثیرهای

موضوع این است که هر یک از این اجزای درمانی به روش خود بر نشانه های ای.دی.اچ.دی اثر می گذارند (گانینگ، ۱۹۹۶). دلیل دیگر این که هیچ بخشی از درمان به تنهایی اثرات مناسب بالینی را ندارد (پرینس، ۱۹۹۴). کندال و همکاران (۱۹۹۵) نیز تأکید می کنند کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه / بیش فعالی مشکلات متعددی دارند که تنها می توان با یک رویکرد کامل با آن رو به رو شد.

شکل ۱ چارچوب مفهومی تجربی از روش های درمانی و شیوه ای که آنها با یکدیگر ارتباط می یابند را نشان می دهد، افزون بر سودمندی انتخاب درمان ها برای موارد انفرادی، از آن می توان به منظور قرارداد برنامه درمانی نیز استفاده کرد. اکنون این موضوع چه در پژوهش و چه در کار بالینی اهمیت زیادی دارد. در مؤسسه های بالینی نویسندگان از این چارچوب برای سازمان یافتگی و تعدیل درمان استفاده کرده اند.



شکل ۱ - یک چارچوب مفهومی تجربی برای درمان

اختلال نارسایی توجه / بیش فعالی

این چارچوب نشان می دهد که درمان باید با برقراری محیطی که به خوبی سازمان یافته است شروع شود که این محیط بایستی برای دوره ای طولانی تداوم داشته باشد. گام بعدی، افزودن

کوتاه مدت و هم دراز مدت کاربرد دارد (ساترفیلد^{۳۲}، ساترفیلد و شل^{۳۳}، ۱۹۸۷).

لازم است بار دیگر یاد آور شویم که روش‌های درمانی ارایه شده در شکل ۱ مکمل یکدیگرند. آنها برای رسیدگی به طیف وسیعی از مشکلات در سرتاسر درمان ضروری هستند. اگرچه، در طی درمان، ممکن است شدت سبک درمان معینی افزایش یا کاهش یابد. جدا از انتخاب سبک درمان، بین زمینه‌هایی که درمان در آن انجام گرفته، هم می‌توان تمایزی قابل شد. معمولاً به دلیل آن که انتقال آموزش در کودکان دارای اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی ضعیف است، محدود کردن درمان به زمینه معینی (مثل مدرسه، خانه یا یک گروه مسکونی) مناسب نمی‌باشد (براسول و بلوم کوئیس، ۱۹۹۱).

افزون بر این، وجود مشکلات ویژه‌ای که زمینه مخصوصی دارند (مانند مشکلات خواب که نمی‌توان در مدرسه درمان کرد) دلایل مهمی نزد والدین و آموزگاران کودکان هستند که به طور جدی با درمان درگیر شوند.

برنامه‌های میانجیگری والد در کارهای بالینی محبوبیت کسب کرده است. در این نوع درمان، والدین به طور منظم در مورد رفتار دشوار کودکشان اطلاعاتی ارایه داده و سپس در زمینه راه‌های تعدیل آن آموزش می‌بینند. اغلب برنامه‌های آموزشی والد بر اساس اصول مدیریت رفتار بوده و بشدت بر فنون شرطی کردن کنشگر متکی است (مثل بارکلی، ۱۹۸۷). برنامه‌هایی که در آنها از اصول رفتاردرمانی شناختی استفاده شده، توسط براسول و بلوم کوئیس (۱۹۹۱) و کونینگ و همکاران (۱۹۹۳b) ارایه شده است. براسول و بلوم کوئیس در مورد چگونگی برانگیختن و تقویت کودکان در استفاده از راهبردهای شناختی برای انواع مختلف مشکلات به والدین آموزش می‌دهند. کونینگ و همکاران (۱۹۹۳b) والدین یاد می‌دهند که چگونه به کودکان آموزش دهند تا توقف نموده - فکر کرده - و - عمل نمایند. این برنامه با تکلیف‌های شناختی، تکلیف‌های عملی (شبه قرار گرفتن روی صندلی و تمیز کردن خانه) و مهارت‌های اجتماعی هدایت شده است. بارکلی (۱۹۹۰) با مرور بر ادبیات، نتیجه می‌گیرد که آموزش والد در زمینه اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی می‌تواند از نظر درمانی سودمند باشد، هرچند قبل از نتیجه‌گیری نهایی به پژوهش بیشتری نیاز است.

بارکلی (۱۹۹۴) درباره اثرات درمان، تنها به اثرات موقتی آن امیدوار است. برای مثال، به محض حذف دارودرمانی و یا محدود شدن سازمان‌یافتگی محیط، رفتار به محدوده آسیب اولیه باز خواهد گشت. بارکلی اعتقاد دارد که ویژگی اساسی ای.دی.اچ.دی شامل یک آسیب بنیادی در پاسخدهی تأخیری خارج از کنترل هوشیار و ارادی می‌باشد. به نظر بارکلی نه رفتاردرمانی شناختی و نه سایر درمان‌های روان‌شناختی متوجه آسیب بنیادی در تأخیر نسبتاً خودکار یا فرایند بازداری در کودکان مبتلا به ای.دی.اچ.دی نمی‌باشد. نتیجه این که در حال حاضر درمان ای.دی.اچ.دی ممکن نیست. هرچند، با درمان، ممکن است کودکان بتوانند با رسیدن به کنترل هوشیار و ارادی، بازداری پاسخ خود را بهبود بخشیده و با انگیزش و تقویتی که برای انجام چنین کاری دریافت می‌کنند زمینه آن را فراهم سازند. بارکلی از درمان این کودکان در موقعیت‌های طبیعی و در یک دوره زمانی قابل توجهی حمایت می‌کند.

در صورتی که تسهیلات اقامتی یا مراقبت روزانه

کوتاه مدت و هم دراز مدت کاربرد دارد (ساترفیلد^{۳۲}، ساترفیلد و شل^{۳۳}، ۱۹۸۷).

لازم است بار دیگر یاد آور شویم که روش‌های درمانی ارایه شده در شکل ۱ مکمل یکدیگرند. آنها برای رسیدگی به طیف وسیعی از مشکلات در سرتاسر درمان ضروری هستند. اگرچه، در طی درمان، ممکن است شدت سبک درمان معینی افزایش یا کاهش یابد. جدا از انتخاب سبک درمان، بین زمینه‌هایی که درمان در آن انجام گرفته، هم می‌توان تمایزی قابل شد. معمولاً به دلیل آن که انتقال آموزش در کودکان دارای اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی ضعیف است، محدود کردن درمان به زمینه معینی (مثل مدرسه، خانه یا یک گروه مسکونی) مناسب نمی‌باشد (براسول و بلوم کوئیس، ۱۹۹۱).

افزون بر این، وجود مشکلات ویژه‌ای که زمینه مخصوصی دارند (مانند مشکلات خواب که نمی‌توان در مدرسه درمان کرد) دلایل مهمی نزد والدین و آموزگاران کودکان هستند که به طور جدی با درمان درگیر شوند.

برنامه‌های میانجیگری والد در کارهای بالینی محبوبیت کسب کرده است. در این نوع درمان، والدین به طور منظم در مورد رفتار دشوار کودکشان اطلاعاتی ارایه داده و سپس در زمینه راه‌های تعدیل آن آموزش می‌بینند. اغلب برنامه‌های آموزشی والد بر اساس اصول مدیریت رفتار بوده و بشدت بر فنون شرطی کردن کنشگر متکی است (مثل بارکلی، ۱۹۸۷). برنامه‌هایی که در آنها از اصول رفتاردرمانی شناختی استفاده شده، توسط براسول و بلوم کوئیس (۱۹۹۱) و کونینگ و همکاران (۱۹۹۳b) ارایه شده است. براسول و بلوم کوئیس در مورد چگونگی

۲. برنامه‌ام چیست؟ (ایجاد راه حل‌های ممکن در برخورد با مشکل)

۳. آیا من از برنامه‌ام استفاده می‌کنم؟ (خودنظارتی و خودرهنمودی هنگام اجرای برنامه)

۴. کار من چگونه بود؟ (خود ارزیابی حل مشکل)
اجرای این برنامه با استفاده از سر مشق گیری شناختی صورت می‌گیرد. شروع آن به این صورت است که ابتدا فرد بزرگسالی تمام مراحل را تجربه می‌کند و در مورد آنچه فکر کرده و بدان عمل نموده و (به صورت شفاهی) بیان کرده و با صدای بلند خود را نظارت و راهنمایی می‌کند. سپس کودک، رفتار بزرگسال را تقلید کرده و با صدای بلند نیز بیان می‌کند. در مرحله بعدی کودک آموزش می‌بیند که به جای صحبت با صدای بلند تنها نجوا کند. در نهایت، کودک خود را با گفتار بی صدا و درونی هدایت می‌کند.

در یک برنامه آموزشی، با اجرای انفرادی توسط معلم، کودکان یاد می‌گیرند در هنگام انجام تکلیف‌های مدرسه (شبه مسایل ریاضی)، تکالیف عملی (مثل کاردستی) و فعالیت‌های اجتماعی (مثل گفت و گو با کودک دیگری در مورد این که چه بازی انجام دهند) رویکرد "توقف کن - فکر کن - عمل کن" را بکار برند. نیروهای خدماتی و آموزگاران گروه اقامتی هم درباره ماهیت و کاربرد اصول آموزشی آگاه شده‌اند، بنابراین قادر به گسترش این آموزش هم در سایر افراد گروه ساکن آنجا و هم در محیط‌های کلاسی می‌باشند. والدین به منظور انجام یک برنامه ۲۴ ساعته در درمان کودک خود درگیر شده‌اند. بر اساس آموزش "فکر کردن با صدای بلند" کمپ و باش (۱۹۸۱) و همچنین برنامه های بارکلی (۱۹۸۷، ۱۹۹۰)، براسول و بلوم

در دسترس باشد، امکان درمان جامع‌تر نیز وجود خواهد داشت. مؤسسه تربیتی نیجسه گن (که نویسندگان در آن کار می‌کنند) مرکزی برای مراقبت کودک، آموزش ویژه و پژوهش کاربردی است که در آن درمان مراقبت روزانه و اقامتی برای کودکان سنین ابتدایی با اختلال‌های رشدی، هیجانی و رفتاری فراهم گردیده است. کودکان در مدرسه ویژه‌ای که وابسته به مؤسسه است حاضر می‌شوند. هنگامی که آنها مراقبت اقامتی دریافت کردند، آخر هر دو هفته و تمام تعطیلات مدرسه را در خانه می‌گذرانند. تقریباً از یک چهارم تا یک سوم جمعیت مرکز از ای.دی.اچ.دی رنج می‌برند.

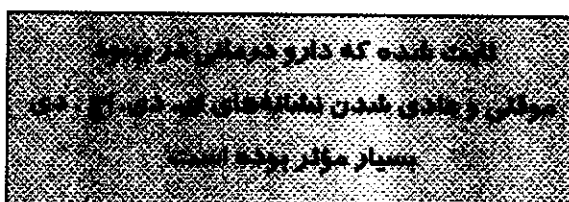
در طول رفتار درمانی، کاربرد دارو درمانی باید ادامه یابد چون چنین رفتار درمانی اغلب به تغییرات پایانی منتهی می‌گردد.

تا اوایل دهه ۱۹۸۰، اصولاً درمان شامل یک محیط سازمان یافته در گروه و مدرسه بود که با اصلاح رفتار برای رفتار ایدایی تکمیل می‌گردید. دارو درمانی تنها برای موارد شدید بکار می‌رفت. در پایان دهه ۱۹۸۰، یک برنامه انفرادی آموزش شناختی توسط کارکنان براساس برنامه "فکر کردن با صدای بلند" بوجود آمد (کمپ و باش، ۱۹۸۱). بوسیله این برنامه، یک راهبرد حل مسئله به کودکان آموزش داده می‌شد. در این برنامه برخی از فنون آموزشی شناختی- رفتاری که توسط میچن با^{۳۳} (۱۹۷۷) پیشنهاد شده، مورد استفاده قرار می‌گیرد. کودکان را مخصوصاً با خود تنها می‌گذارند تا در زمان رو به رو شدن با تکلیف یا مشکل این چهار سؤال را مطرح نمایند:

۱. مشکل چیست؟ (شناسایی مشکل)

خودنظارتی در نظر گرفته شده است. قبل از آنکه کودکان بتوانند درباره مشکلی فکر کنند و برای برخورد با آن برنامه مناسبی طرح نمایند، بایستی یاد بگیرند، گامی به عقب بازگشته و فعالیت‌های خود را متوقف، محیط خود را بررسی و اطلاعات مناسب را از آن جدا کنند. آنها توقف کردن، نگاه کردن و گوش دادن را بوسیله نشانه‌های دیداری و کلامی آموزش دیده‌اند. برای مثال، هر زمان کودک بدون فکر و تامل در باره چیزی عمل کند، والد به علامت توجه دستش را بالا برده و می‌گوید "توقف کن". سرانجام، توقف کردن باید به عملی خودکار تبدیل شود. نگاه کردن و گوش کردن از روی قصد با تقلید (برای مثال: تقلید حرکات، ادا و اطوار، حالت‌های چهره و تکرار کلمات و جملات) و رهنمود دادن (ارایه راهنمایی از قبیل "به سوی درب حرکت کن و سه بار در بزن") آموزش داده می‌شود. هنگامی که مهارت‌های پیش نیاز توقف کن - نگاه کن - و - گوش کن کسب شد، کودکان باید در حین انجام مهارت‌های ساده‌ای همانند نقاشی کردن، بستن بند کفش‌ها، و پوشیدن لباس، با صدای بلند فکر کنند. چرا که فرض بر این است که بیان کلامی و (در مرحله بعدی رشد) درونی ساختن گفتار باعث کاهش رفتار تکانشگری و افزایش خودگردانی می‌شود. اگرچه، کودکان دارای اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی درحین نظارت و کنترل رفتار از گفتار سخن نمی‌گویند. در ابتدای کار، از کودکان خواسته می‌شود ضمن انجام تکلیف‌های مختلف با صدای بلند فکر کنند. پس از آن، باید بیان کلامی مربوط به خود را با نجوا بیان دارند و سرانجام، آنها کنترل بر رفتار خود را با گفتار درونی یا "بی صدا" اعمال می‌کنند. این نوع کنترل در جلسه سوم با سرمشق‌گیری شناختی

کوئیس (۱۹۹۱)، و شور^{۳۵} و اسپواک^{۳۶} (۱۹۷۸)، یک برنامه آموزشی شناختی - رفتاری آزمایشی والد بکاربرده شده است (کوئینگ و همکاران، ۱۹۹۳؛ ون در ولوکت^{۳۷} و همکاران، ۱۹۹۵).



نسخه کنونی این برنامه شامل ۸ جلسه، هر دو هفته یکبار می‌شود. جلسه‌ها توسط یک مربی حرفه‌ای با گروهی تا حد پنج نفر هدایت می‌شود. والدین یاد می‌گیرند، چگونه کودکان را در خانه با مهارت‌های شناختی - رفتاری آموزش دهند. جلسه‌ها دربرگیرنده مقدمات نظری و تمرین‌های عملی (بازی نقش) است. پس از هر جلسه، تکلیف‌های خانگی توسط والدین و کودکان در زمان معینی از روز انجام می‌شود. همچنین، والدین را تشویق می‌سازند که در طول روز و در هر موقعیت مناسب اصول توقف، فکر و عمل کردن را تمرین نمایند.

از نظام پاداش پته‌ای و جریمه به این صورت استفاده شده است که کودکان در زمانی که تکلیف خود را بخوبی تکمیل کنند، عکس برگردانی از چهره‌ای خندان و هر زمان که در انجام آن شکست بخورند، عکس برگردانی از چهره‌ای غمگین دریافت می‌کنند. در پایان جلسه، برای هر عکس برگردان غمگین یک عکس برگردان خندان برداشته می‌شود. عکس برگردان‌های خندان باقیمانده را می‌توان با پاداش‌های محسوس مبادله کرد.

در دو جلسه اول هر جلسه، به کودک آموزش داده می‌شود توقف کند - نگاه کند - و - گوش دهد. این موارد به عنوان مهارت‌های پیش نیاز اساسی برای

میز پهن می‌کنم. بعد من پنج بشقاب، چنگال، چاقو، قاشق و دستمال از قفسه می‌آورم. و بعد تمام آنها را به طور منظمی روی میز می‌چینم" حین انجام این عمل: "آیا در حال استفاده از این برنامه هستم؟ من اول رومیزی را به نحو مناسبی روی میز پهن می‌کنم. اکنون پنج عدد از هر کدام از بشقاب‌ها، چاقوها، قاشق و چنگال‌ها را از گنجه ظروف بیرون می‌آورم. اوه نه، نزدیک بود دستمال‌ها را فراموش کنم! اکنون آنها را در دسته‌های مشخصی برای هر فرد می‌چینم..."

و سرانجام: "چگونه عمل کردم؟ من از چهار سؤال استفاده کرده بودم... من برنامه‌ام را دنبال کردم. در زمانی که نزدیک بود دستمال‌ها یادم برود متوجه آن شدم. پس من بخوبی عمل کرده‌ام!

جلسه‌های ششم و هفتم با موقعیت‌های اجتماعی سرو کار دارند. کودکان آموزش می‌بینند برای برنامه‌ریزی پیشگیری از تعارض‌های اجتماعی و رسیدگی به آنها از چهار سؤال استفاده کنند. این برنامه‌ها جدا از مؤثر بودن، باید دو ملاک اخلاقی هم داشته باشند: "آیا آن برای من یا هر کسی منصفانه است؟" و "آیا آن برای من و هر کسی خوشایند است؟" برای مثال: پیتر دوست جان به دیدن او آمده است. جان پیشنهاد یک بازی رایانه‌ای می‌دهد اما پیتر دوچرخه سواری را ترجیح می‌دهد. آنها به توافق نرسیده و شروع به جر و بحث می‌کنند. مادر جان مداخله کرده و با نشانه توقف، از بحث جلوگیری می‌کند و جان را تشویق می‌کند، توقف کرده- فکر نموده- و - عمل کند. جان جر و بحث را متوقف ساخته و با صدای بلند می‌گوید: "مشکلم چیست؟ من می‌خواهم با پیتر بازی رایانه‌ای کنم، اما او می‌خواهد دوچرخه سواری کند... اکنون سؤال

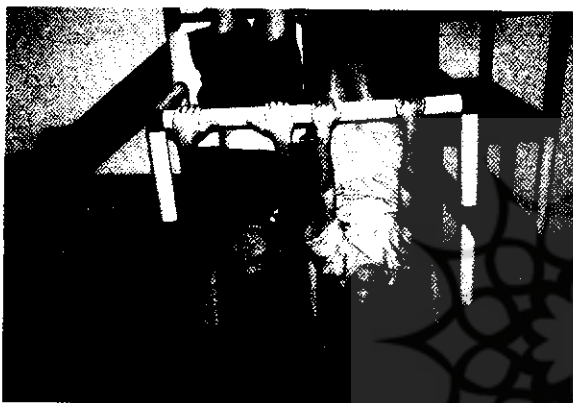
مورد توجه قرار می‌گیرد: والد در حین فکر کردن با صدای بلند تکلیفی را انجام می‌دهد و سپس کودک ضمن آنکه با صدای بلند فکر می‌کند همان تکلیف را انجام می‌دهد.

در جلسه چهارم، کودکان یاد می‌گیرند مشکلات را شناسایی کنند و راهبردهایی را برای برخورد با آنها بکار برند. قبل از آغاز یک تکلیف یا مشکل، کودکان باید درباره ماهیت دقیق آن مشکل یا تکلیف و بهترین روش برخورد با آن از خود سؤال کنند. این برنامه بیش از شایستگی‌های راه حل پیشنهادی برای یک مشکل معین، بر فرایند برنامه‌ریزی تأکید می‌ورزد. کودکان در حین صحبت کردن با صدای بلند سؤال‌های زیر را مطرح کرده و پاسخ می‌دهند: "توقف کن: مشکل من چیست؟" و "برنامه من چیست؟" بعد از بررسی این دو مورد، کودکان به جای صحبت کردن با صدای بلند شروع به نجوا کردن می‌کنند. سرانجام، نجوا کردن بتدریج محو گشته و گفتار درونی جایگزین می‌شود. البته مرحله آخر نباید زود اتفاق بیفتد، چون گفتار درونی مانع نظارت و تصحیح فرایند تفکر کودک از طریق بزرگسال می‌شود.

در جلسه پنجم کودکان خود نظارتی، خودرهنمودی^{۳۸} و خودارزیابی^{۳۹} را یاد می‌گیرند. آنها ضمن به اجرا در آوردن برنامه سؤال‌هایی نظیر "آیا من از برنامه ام استفاده می‌کنم؟" و "من چگونه عمل کرده‌ام؟" از خود می‌پرسند.

در زیر مثالی از این گونه خودآموزی‌ها ارایه شده است. جان بایستی میز را برای شام مرتب کند. قبل از انجام این کار او از خودش با صدای بلند می‌پرسد: "توقف کن! مشکلم چیست؟" او جواب می‌دهد: "من بایستی میز را برای پنج نفر مرتب کنم." حالا: برنامه من چیست؟ اول من رومیزی را روی

فکر کردن - و - عمل کردن در طیفی از موقعیت‌ها از جمله مدرسه به آسانی صورت گرفته است. کودکان مبتلا به ای. اچ. دی در مدرسه در انجام تکلیف‌های تحصیلی از قبیل تکلیف‌های ریاضی و دیکته از بی‌توجهی و تکانشگری جلوگیری کرده‌اند (برای مثال، کودکان ممکن است به علت بی‌توجهی در تکلیف به جای جمع اعداد آنها را از هم کم کنند).



این برنامه در مطالعه‌ای با مقیاس کوچک با دو سؤال عمده در ذهن مورد ارزیابی قرار گرفته است:

۱. آیا برنامه آموزشی والد بر والدین کودکان مبتلا به ای. اچ. دی به گونه‌ای تأثیر مثبت می‌گذارد تا به طریقی برنامه را درک نموده، بتوانند موقعیت پرورشی خود را بکار اندازند یا خیر؟
۲. آیا این برنامه سبب خودگردانی بهتر و کاهش مشکلات رفتاری در کودکان می‌شود؟

اهداف دیگر این بررسی کشف نکات قوت و ضعف برنامه آموزشی والد و ارزیابی اهمیت و کاربردی‌ری رویکرد چند وجهی بود.

آزمودنی‌ها شامل ۶ کودک (سنین ۸ تا ۱۱ سال) و خانواده‌های آنها بود. طبق رهنمودهای ارائه شده در DSM-III-R کودکان به عنوان ای. اچ. دی تشخیص داده شده بودند. این مطالعه دارای طرح

این است: ما در این مورد چه کاری می‌توانیم انجام دهیم؟ مادر: آیا راه حل دقیقی برای این مشکل پیدا می‌شود؟ یادتان باشد، راه حل برای هر دو باید منصفانه و خوشایند باشد. "جان: "ما می‌توانستیم بازی کامپیوتری بکنیم چون ما توی خانه خودمان هستیم!" پتر: "اگر می‌خواهی بازی کامپیوتری کنی به تنهایی دوچرخه سواری می‌کنم" مادر: "آیا این برنامه منصفانه است؟ هر دو موافق هستید. مادر: "و آیا این کار برای هر دوی شما خوشایند است؟ شما می‌خواهید با همدیگر وقت خوبی داشته باشید، اینطور نیست؟" جان: "ما می‌توانیم در ابتدا بازی کامپیوتری کرده و سپس دوچرخه سواری کنیم." مادر: "شما چه برنامه‌های دیگری می‌توانید مطرح سازید؟ پتر: "ما می‌توانیم در مورد بازی ای فکر کنیم که هر دویمان دوست داریم انجام دهیم." در نهایت، جان و پتر تصمیم به کاری می‌گیرند که هر دوی آنها لذت ببرند. هنگامی که پسران مشغول بازی می‌شوند مادر ممکن است آنها را یکبار دیگر متوقف ساخته و به جان یادآور شود که سؤال سوم را از خود پرسد: "آیا من از برنامه خود دارم استفاده می‌کنم؟ سرانجام، سؤال چهارم عنوان خواهد شد: "کار من چگونه بود؟" این مثال نشان می‌دهد که والدین در بسیاری از موقعیت‌ها در تحریک و هدایت فرایندهای شناختی کودک نقش فعالی به عهده دارند.

در جلسه هشتم که جلسه ارزیابی محسوب می‌شود، مزایا و مشکلاتی که والدین در طول برنامه و بعد با آن روبه رو شده‌اند مورد بررسی و بحث قرار می‌گیرد. تاریخی نیز برای یک جلسه پیگیری تعیین می‌شود.

انتقال آموزش با کاربرد اصول توقف کردن-

همچنین در طول آن دارو دریافت می‌کرد. پیترو در طول آموزش انفرادی شناختی - رفتاری، چهار سؤال اساسی یاد شده را برای تکلیف‌های شناختی و عملی به طور منظمی از خود پرسید. هرچند، او در جریان تکلیف‌های اجتماعی از انگیزه کمتری برخوردار بود. اما با کاربرد یک نظام پاداش ترکیبی و جریمه دادن (به دست آوردن یا از دست دادن ژتون برای انجام یا عدم انجام تکلیفی که برای او ترتیب داده شده بود) رفتار او تا حدی بهبود یافت.

والدین او بسیار علاقمند بوده و از نزدیک با آموزش وی درگیر می‌شدند. ابتدا، پیترو در محیط خانه در بکارگیری چهار سؤال راهبردی توقف کن - فکر کن - و - عمل کن از خود مقاومت نشان می‌داد. والدین این مشکل را زمانی توانستند حل کنند که از فرزندان دیگر خود خواستند تا آنها هم این راهبردی را بکاربرند، پاداش‌هایی از قبیل اجازه انتخاب یک برنامه تلویزیونی پیترو را نیز برانگیخت. پس از مدتی، یک علامت از سوی والدین کافی بود تا پیترو را در استفاده از چهار سؤال اساسی برانگیزد. هرچند در اجرای برنامه‌اش نوسان داشت. پیترو غالباً فردی بی‌دقت، نسبت به وقت فراموشکار و بسیار حواس‌پرت بود.

بعد از آموزش، والدین هر دو کاهش واضحی را در بار تربیتی و خانوادگی تجربه کردند. والدین ادعا نمودند کمک دریافتی در توانایی‌ها و مهارت‌های آنان برای رسیدگی و تغییر مشکلات رفتاری پیترو سودمند بوده است. بعد از این دوره آموزشی مشکل رفتاری او در خانه بسیار کم‌رنگ شده، والدین او را ساکت‌تر و آرام‌تر یافته بگونه‌ای که او کمتر عصبانی می‌شد و در پذیرش اشتباهاتش راغب‌تر

چندمتغیری پیش‌آزمون و پس‌آزمون بود. برای ارزیابی تغییرهای در سبک پرورشی والدین وضعیت پرورشی آنها با تکمیل پرسشنامه وضعیت پرورش - کودک نیچمه‌گان^{۴۰} (ولز^{۴۱} و رابرواکسف^{۴۲} ۱۹۹۱b، ۱۹۸۹a، ۱۹۹۱) قبل و بعد از آموزش ارزیابی شد. تغییرات رفتاری کودکان در پرسشنامه‌هایی که توسط والدین آنها، نیروهای خدماتی گروه اقامتی و آموزگاران قبل و بعد از آموزش تکمیل گردیدند، ارزیابی شده بود. این پرسشنامه‌ها شامل سیاهه رفتاری کودک و فرم گزارش آموزگار (آشنا^{۴۳}، ۱۹۹۱) بود. تغییرهای خودگردانی کودکان به روش‌های مختلفی ارزیابی شده بود. برای نمونه، آموزگاران و نیروهای خدماتی گروه اقامتی مقیاس درجه‌بندی خودگردانی (کندل و ویلکاکس^{۴۴}، ۱۹۷۹) را تکمیل نموده و کودکان در معرض یک مجموعه آزمون غربالگری عصبی - روان‌شناختی (ون در ولوگ، ۱۹۸۸) قبل و بعد از آموزش قرار گرفتند. این مجموعه آزمون، عملکردهای هوش عمومی، حافظه، زبان، توجه و تمرکز، مهارت‌های سازگاری - دیداری و مهارت‌های عالی حرکتی را پوشش می‌دهد.

معرفی مورد

پیترو جوان‌ترین فرزند یک خانواده از طبقه متوسط است. در شروع آموزش او ۹/۶ سال داشت. در آن زمان او به مدت یک سال و نیم در مراقبت پناهگاهی قرار گرفته بود. اگرچه او هوش متوسطی داشت، اما سطح هوش هیجانی‌اش یک سال عقب‌تر از هم‌تایانش بود. پیترو به طریقی تحریک‌پذیر، عصبی و تکانشگر رفتاری می‌نمود. به هنگام تعامل با دیگران او فردی شتاب‌زده، سطحی، گستاخ، پریاهو و مسلط بود. او پیش از دوره آموزشی و

آزمون‌های عصب- روان‌شناختی در اغلب کودکان خودگردانی بالایی نشان داد. نتایج بیانگر این است که آموزش شناختی- رفتاری والد به طور کلی می‌تواند اثر مثبتی بر سبک والدینی که وضعیت پرورشی کودکان را تجربه می‌کنند داشته باشد. والدین هم محتوا و هم فرایند آموزش را تقدیر کردند، آنها تصدیق کردند که آموزش در نقش والدینی شان سودمند بوده است. این موضوع احتمالاً گویای آن است که آنها نسبت به نیازها و نقایص کودکان خود شناخت و پذیرش بهتری کسب کرده و در روبه‌رو با مشکلات آموزشی استثنایی که به طور روزمره با آن روبرو شده بودند، انگیزش و انعطاف پذیری بیشتری پیدا کرده بودند. این یافته محض که والدین "زمان کیفی" بیشتری را صرف کودکان خود کردند نیز ممکن است به نتایج این مطالعه نسبت داده شود.

کودکان مبتلا به ای. دی. اچ. دی
را می‌توان در سه دسته کودکان بی توجه،
تکانشگر و بیش فعال طبقه‌بندی کرد

اگرچه، حتی با این برنامه پرهزینه، سخت و جامع، رفتار و به طور اختصاصی تری میزان خودگردانی کودکان به طور معنی‌داری بهبود نیافته بود. با این وجود، چند دلیل احتمالی برای این یافته مایوس‌کننده وجود دارد که از آن میان می‌توان یک علت را تنظیم زمان برنامه در پایان سال تحصیلی درست زمانی که وقفه‌های فراوانی در روال عادی مدرسه وجود دارد، دانست.

هینشاو و ملنیک^{۴۵} (۱۹۹۲) پیشنهاد می‌کنند که برخی از نتایج مایوس‌کننده آموزش شناختی- رفتاری ممکن است به کوتاهی در استفاده از عناصر مکمل

بود. مشکلات رفتاری پتیر در طول برنامه آموزشی در مدرسه و در گروه پناهگاهی تاحدی کاهش یافته بود، اما بعد از آموزش دوباره افزایش یافت. هیچ تغییری در مهارت‌های خودگردانی گزارش نشده بود. در این ارزیابی نظام‌دار، اکثر والدین گزارش نمودند که نسبت به توانایی‌های فرزندپروری خود، مطمئن‌تر بوده و در رسیدگی به کودکان خود وظیفه‌شناس‌تر و عینی‌تر عمل کرده‌اند، همچنین در آشنایی‌های خانوادگی کاهش چشمگیری را تجربه کرده، درک و همکاری بهتری نسبت به همسر خود پیدا کرده‌اند. افزون بر این، والدین آموزش را در توانایی‌های فرزندپروری خود کمک‌کننده تجربه کرده و روش‌هایی آموخته شده را مفید و قابل اجرا یافتند. آنها آرایه اظهار نظر شفاهی اولیه را در مورد راهبرد توقف کن- فکر کن- و- عمل کن به عنوان الگوی کمک‌کننده برای کودکان خود مشکل یافتند. همچنین، فنون کنشگر از قبیل تشویق کردن، سرخ دادن و جریمه کردن در تحریک کودکان برای استفاده از چهار سؤال توقف کن- فکر کن- و- عمل کن و اجرای مناسب طرح‌های آنها ضروری باقی ماند. رویکرد مشارکتی بین والدین و مؤسسه در زمینه رسیدگی کودکان از سوی والدین بسیار مورد تقدیر قرار گرفت. برگزاری جلسه‌های آموزشی در محیط خانه باعث افزایش انگیزه شده بود، اما محدودیت دوره آموزشی رضایت‌بخش نبود، چون در زمان کوتاهی مطالب بسیار زیادی را پوشش داده بودند. هرچند در طی آموزش انفرادی، اکثریت کودکان به خودگردانی بهتری رسیدند، اما بهبودی‌های رفتاری و خودگردانی بالا در موقعیت خانه تنها توسط تعداد کمی از والدین گزارش شده و در موقعیت اقامتی، هیچ تغییر رفتاری گزارش نشده بود.

معین توسط مداخله‌های درمانی رفتاری روشن عمدتاً فنون کنشگر قرار می‌گیرد. گام سوم درمان، اضافه شدن رفتاردرمانی شناختی است. هر کدام از این سه روش درمانی می‌تواند با رفتاردرمانی تکمیل شود.

اثرات رفتاردرمانی شناختی که فقدان خودگردانی و توانایی‌های حل مسئله کودکان را هدف قرار داده، هنوز به روشنی به اثبات نرسیده است. همچنانکه با مطالعه ارایه شده در این مقاله نشان داده شد، حتی ورود چنین درمانی به مجموعه درمان چندوجهی ضرورتاً به بهبودی معنی‌داری در رفتار کودکان، منجر نمی‌شود. این نتیجه ممکن است به تنظیم وقت نسبتاً ضعیف و تا حدی به دوره کوتاه آموزش نسبت داده شود (چهار ماه درست قبل از تعطیلات تابستانی).

نقص دقیق و اساسی ای.دی.اچ.دی هر قدر هم که باشد این نشانگان فعلاً به عنوان یک وضعیت نقصی مربوط به رشد در نظر گرفته شده که در حال حاضر نتوانسته‌اند آن را مورد معالجه قرار دهند و درمان و راهنمایی طولانی مدتی را طلب می‌کند. رفتاردرمانی شناختی را می‌توان عنصر درمانی سودمندی دانست که ممکن است خودگردانی کودکان را بالا برده و برای برخورد با مشکلات روزمره راهبردهایی را برای آنها فراهم سازد. یک رویکرد چندوجهی برای ای.دی.اچ.دی به پیچیدگی‌های بیشتری نیاز خواهد داشت. گسترش درمانی که با موضوعاتی از قبیل مرتب ساختن و ترکیب کردن روش‌های درمانی و انتخاب زمینه‌هایی که در آن درمان هدایت شده است سر و کار دارد، امری بسیار ضروری است.

درمانی از قبیل دارودرمانی، راهبردهای رفتاری و کمک به تکلیف تحصیلی مربوط گردد. بنابراین هنوز این مطلب به قوت خود باقی است که CBT بر رفتار کودکان مبتلا به ای.دی.اچ.دی تأثیر بالینی معنی‌داری دارد.

خلاصه و بحث

کودکان مبتلا به ای.دی.اچ.دی را می‌توان در سه دسته کودکان بی توجه، تکانشگر و بیش فعال طبقه‌بندی کرد. آنها در محیط‌های گوناگونی چون مدرسه و خانه مشکلات متعددی از خود نشان می‌دهند. به همین دلیل، لازم است که درمان چندبعدی بوده و تمام زمینه‌های زندگی روزمره کودکان را پوشش دهد. نویسندگان بر اساس ادبیات پژوهش و تجربیات بالینی خود، یک رویکرد درمانی چندوجهی را پیشنهاد می‌کنند که به صورت زیر شکل می‌گیرد.

**در این ارزیابی نظام‌دار،
اکثر والدین گزارش نمودند که
نسبت به توانایی‌های فرزندپروری
خود، مطمئن‌تر بوده و در رسیدگی به
کودکان خود وظیفه‌شناس‌تر و عینی‌تر
عمل کرده‌اند.**

درمان همواره با ایجاد یک محیط خوب سازمان یافته و پراستیک شروع می‌شود. یک چنین محیطی از تحریک بیش از حد کودکان پیشگیری کرده و برای آنها قواعد، سرخ‌ها و پیامدهای روشنی را فراهم می‌سازد. در گام دوم، مشکلات رفتاری

زیر نویس ها:

1. R.J van der Krol
2. H. Oosterbaan
3. S.D. Weller
4. A.E. Koning
5. Attention- Deficit Hyperactive Disorder
6. Kendall
7. Panichelli- Mindel
8. Gerow
9. Cognitive Behavioural Therapy
10. Douglas
11. Hinshaw
12. Compemole
13. Quay
14. frontal- orbital lesion
15. Barkley
16. Goodman and Stevenson
17. Prins
18. prosthetic
19. stop-think-and-do training
20. Camp
21. Bash
22. Lauth
23. Schlottke
24. Braswell
25. Blommquist
26. Koning
27. Abikoff
28. Klein
29. Gunning
30. methylphenidate
31. Pelham
32. Satterfield
33. Shell
34. Meichenbaum
35. Shure
36. Spivack
37. Van der Vlugt
38. self-guidance
39. self-evaluation
40. Nijmegen
41. Wels
42. Wilcox
43. Achenbach
44. Robbroeckx
45. Melnick

منبع :

van der Krol, R. J., Oosterbaan, S. D., Weller, S. D., & Koning, A. E. (1998). Attention-deficit hyperactivity disorder. In, P. Graham (Ed.), *Cognitive-behaviour therapy for children and families* pp. 32-44). Cambridge: Cambridge University Press.