

آشنایی با درمان شناختی تعلیم خودآموزی کلامی

حبیب هادیانفر^۱ / بهمن نجاریان^۲

چکیده:

تعلیم خودآموزی کلامی گونه‌ای از شناخت درمانی است، که براساس آن رفتار نابهنجار کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه - بیش‌فعالی، نتیجه فقدان یا نقصان فرایندهای شناختی مناسب از جمله توجه و بازداری، فرض می‌شود. فقدان فرایندهای شناختی در این کودکان باعث می‌شود، کودک نتواند رفتار و فرایندهای شناختی خود را به طور مناسبی تنظیم کند. در نظریه لوریا و ویگوتسکی، یک کودک طبیعی با میانجیگری زبان در طی رشد به تنظیم فرایندهای شناختی نایل می‌شود. کودکان ADHD در صحبت شخصی (private speech) و نقش آن در سازماندهی رفتار، مشکل دارند. بنابراین در طی فرایند درمان از طریق آموزش مستقیم و مشاهده الگو به کودک می‌آموزند تا به درک مسئله و پیدا کردن میانجی کلامی مناسب برای حل آن دست یابد، تا با استفاده از کلام درونی، به خود کترلی برسد.

SELF INSTRUCTION THERAPY

H. Hadyanfar, B. Najarian

ABSTRACT:

Self instruction therapy (SIT) is one type of cognitive therapy. Considering SIT attention deficit disorder is failure of cognitive processing that has two major problems, inability to sustain attention and poor inhibition. The soviet psychologists vygotsky and luria prepared a model to explain how normal children acquire self regulation. SIT involves use of inner speech in order to bring the behavior under self control.

^۱ حبیب هادیانفر: عضو هیات علمی دانشگاه شیراز

^۲ دکتر بهمن نجاریان: عضو هیات علمی دانشگاه شهید چمران اهواز

روانشناسان، مشاورین و روان‌درمانگرانی که در بیمارستان‌ها، درمانگاه‌ها و مدارس به فعالیت می‌پردازند، هر روزه با مشکلات عاطفی و رفتاری متنوع کودکان روبرو می‌شوند. برای مقابله با هر کدام از این مشکلات ممکن است، کاربرد شیوه‌های متفاوت روان‌درمانی لازم باشد. شیوع بالای مشکلات عاطفی و رفتاری در کودکان، طلب می‌کند تا درمانگران با شیوه‌های متفاوت روان‌درمانی آشنا باشند.

هدف این نوشتار، معرفی نظری و کاربردی یکی از روش‌های شناخت درمانی به نام تعلیم خودآموزی کلامی (verbal self instruction training) در درمان کودکان AD/HD است. اختلال نقص توجه - بیش‌فعالی یکی از اختلالات شایع کودکان است. مبتلا به این اختلال دارای علائمی چون تکانشوری، حواس‌پرتی و مشکل در تنظیم رفتار می‌باشند.

مبنای نظری تعلیم خودآموزی کلامی

این روش درمان، گونه‌ای از شناخت درمانی (Cognitive Therapy) با کودکان است و به طور مخفف در متون روانشناسی با SIT معرفی می‌شود. خودآموزی کلامی ریشه در کارهای روانشناسان بزرگ روسی، ویگوتسکی و لوریا، دارد و در غرب با مطالعات اولیه مایکن بام و گودمن (۱۹۷۱)، به عنوان یک روش درمانی معرفی گردید. با انتشار کتاب خودآموزی کلامی مایکن بام در سال (۱۹۷۷)، به عنوان یک شیوه موفق درمانی کودکان ADHD مشهور شد.

به طور کلی شناخت درمانی، نوعی روان‌درمانی است که تغییر در فرایندهای شناختی یا محتوای شناختی ذهنی را اساس تغییر رفتار و عواطف آدمیان می‌داند (کراتوچویل و موریس، ۱۹۹۱). با توجه به این تعریف، شیوه‌های شناخت درمانی را می‌توان در دو دسته اصلی جای داد.

الف) شیوه‌هایی که به محتوای شناختی ذهن توجه دارند: نظریه پردازان این گروه معتقدند، رفتار و عواطف ناصحیح نتیجه شناخت‌های اشتباه یا تحریف شده است. بنابراین مداخله درمانی شامل آموزش محتوای صحیح شناختی است. از شناخته شده‌ترین آنها، می‌توان به شیوه عقلانی - عاطفی ایلس و شناخت درمانی بک، اشاره کرد.

ب) شیوه‌هایی که به فرایندهای شناختی ذهن توجه دارند: نظریه‌پردازان این گروه معتقدند، رفتار و عواطف نامناسب، نتیجه فقدان یا نقصان بعضی از فرایندهای شناختی است. بر این اساس وظیفه شناخت درمانگر، آموزش فرایند شناختی مناسب است. از شناخته

شده‌ترین آنها، می‌توان آموزش حل مساله، خودآموزی کلامی و خودپایی را نام برد (اسنيس ۱۹۹۴، کازدين ۱۹۹۰).

از آنجا که خودآموزی کلامی، به فرایندهای شناختی ذهن توجه دارد، روند درمان به این فرض پایه‌گذاری شده است، که مشکل کودکان ADHD مشکل در محتوای شناختی نیست، به عبارت دیگر، این کودکان در توجه و بازداری به عنوان دو فرایند شناختی نیست، به عبارت دیگر، این کودکان در توجه و بازداری به عنوان دو فرایند اصلی شناختی دارای مشکل می‌باشند و رفتار خود را نمی‌توانند به طور مناسبی تنظیم کنند (کراتوچویل و موريس ۱۹۹۱).

در نظریه لوریا و ویگوتسکی، یک کودک طبیعی با میانجیگری زبان در طی رشد به تنظیم فرایندهای شناختی نایل می‌شود. آنها معتقدند در ماه‌های اولیه، ابتدایی‌ترین و غیرارادی‌ترین نوع توجه، که به قوی‌ترین و یا به لحاظ زیستی مهم‌ترین محرک‌ها جلب می‌شود، در کودک ظاهر می‌گردد. این نوع توجه، شامل گرداندن چشم‌ها، چرخاندن سر به طرف منبع محرک‌ها، متوقف شدن سایر اشکال نامربوط فعالیت و مجموعه معینی از واکنش‌های تنفسی، قلبی - عروقی و گالوانیکی می‌شود. پاولوف این نوع توجه را بازتاب جهت‌یابی (Orienting Reflex) نامید. این بازتاب بین انسان و سایر پستانداران مشترک است و نسبت به محرک‌های جدید یا حائز اهمیت رخ می‌دهد. از طرف دیگر، بر اثر تکرار این محرک‌ها، بازتاب جهت‌یابی کاهش می‌یابد، که اصطلاحاً به آن خوگیری (Habituation) گفته می‌شود. (لوریا ۱۹۸۲ - لوریا ۱۹۷۹، لوریا / منجم ۱۳۶۸، ویگوتسکی ۱۹۶۲) آنها معتقدند که تمام فرایندهای توجه در کودک متأثر از محرک‌های جدید یا حائز اهمیت از لحاظ بیولوژیک نیست و به صورت غیرارادی اتفاق نمی‌افتد. بلکه نوع عالی‌تر توجه نیز وجود دارد که توجه ارادی نامیده می‌شود. این نوع توجه ریشه زیستی ندارد، بلکه نوعی عمل اجتماعی است و از طریق ارتباط گفتاری والدین (خصوصاً مادر) با کودک پدید می‌آید. کودک از آغاز در محیط، با بزرگسالان زندگی می‌کند، وقتی مادرش در محیط شیء را نام می‌برد و با انگشتش به آن اشاره می‌کند، توجه کودک به آن شیء جلب شده، بدون آنکه لزوماً محرک قوی، بدیع یا حائز اهمیت از لحاظ بیولوژیک باشد. به این ترتیب کلام مادر، باعث متمایز شدن یک شیء از محیط می‌شود. در این سن توجه کودک زیر نفوذ گفتار بزرگسالان قرار دارد. به این دلیل می‌توان این نوع توجه را، توجه اجتماعی نیز نامید. تا سن دو سالگی توجه اجتماعی در رقابت با توجه زیستی قرار دارد. اگر از کودک خواسته شود تویی را به ما بدهد و در سر راه توپ یک شیء درخشان و جدید قرار

داده شود، توجه کودک به آن شیء جلب می‌گردد. یعنی هنوز توجه ارادی نمی‌تواند در رقابت با توجه غیرارادی پیروز شود. در حدود سن چهار و نیم تا پنج سالگی توانایی توجه ارادی کودک به حدی افزایش می‌یابد که عموماً جنبه مسلط پیدا می‌کند. ولی تا سن مدرسه عموماً این فرایند در کودک کاملاً اکتساب، نشده است. با رشد کودک و شکل‌گیری نمادهای کلامی در او، به تدریج توجه اجتماعی که قبلاً توسط بزرگسالان هدایت می‌شد، توسط خود کودک هدایت می‌شود. در ابتدا او با کلامی بسیار بسط یافته و صدای بلند فرایندهای شناختی خود را هدایت می‌کند. اما، به تدریج کلام کوتاه‌تر و زیرلیبی‌تر می‌شود، تا به مرحله‌ای می‌رسد که در هنگام توجه و تفکر باگفتار درونی، هدایت این فرایند را به عهده می‌گیرد. طبق نظریه لوریا و ویگوتسکی، نظم بخشی حرکت نیز مشابه نظم بخشی زبان است. آنها دیدگاه مکانیکی، که تمام اعمال و حرکات را نوعی حرکت بازتابی معرفی می‌کند، قبول ندارد و معتقدند منشاء حرکت و عمل ارادی، منحصرأ زیستی نیست، بلکه ریشه در ارتباطات بین دو فرد دارد. ارتباط کودک و بزرگسال مبداء حقیقی نظم بخشی حرکت ارادی است. در ابتدا حرکات کودک زیر نفوذ دستورات کلامی والدین قرار دارد. کودک در حدود سن ۳ سالگی می‌تواند دستورات شفاهی بزرگسالان را انجام دهد، ولی در انجام حرکات پیچیده با دستورات شفاهی مشکل دارد. در این سن به آسانی به سوی حرکات کلیشه‌ای و متناوب کشیده می‌شود. آزمایش‌های لوریا نشان داد کارکرد تحریکی گفتار زودتر از کارکرد بازدارنده آن، شکل می‌گیرد. به تدریج با افزایش سن، حرکات تابع معنای کلام بزرگسالان می‌شود و با تسلط به کلام به تدریج رفتار ارادی تابع دستورات شفاهی خود کودک می‌گردد. در فرایند رشد شناختی، گفتار کودک، از گفتار قابل شنیدن به گفتار نجوایی و سپس به گفتار درونی تغییر می‌یابد.

به این ترتیب براساس نظریه لوریا و ویگوتسکی، سازماندهی توجه و رفتار از طریق زبان و دیگر سیستم‌های علامتی ثانویه به وقوع می‌پیوندد. این شکل پیچیده رفتار و توجه، در آنتوژنی، (Ontogeny) فرد دیرتر ظاهر می‌شود و مستلزم یکپارچگی سیستم‌های بعدی مغز است که در فیلوژنی (Phylogeny) آشکار می‌گردد. مهمترین قسمت مغز در این ارتباطات قطعاً پیشانی و ارتباطات آن با سیستم کناری و مشبک است. بنابراین می‌توان گفت آنتوژنی فهرستی از فیلوژنی است، بدین معنی که رشد آدمی از دوره جنینی تا بزرگسالی موازی با مراحل تکامل است. شواهد نشان می‌دهد که رسش (Maturation) قسمت پیشانی مغز، به تدریج در طی رشد اتفاق می‌افتد. افزایش سطح ناحیه پیشانی مغز تا سن ۷-۸ سالگی، مقدمات توجه ارادی و

عمل ارادی را با اثبات کافی در مقایسه با بزرگسالان فراهم می‌کند. قبل از این سن به خاطر عدم رشد قطعه پیشانی توجه ارادی به وسیله محرک‌های نامربوط (توجه غیرارادی) به سادگی مختل می‌شود و عمل حرکتی نیز تا قبل از این سن به خاطر نقصان بازداری به صورت تکانه‌ای خودنمایی می‌کند. از این زمان به بعد، رشد زبان و دیگر سیستم‌های علامتی ثانویه فرد را قادر می‌سازد، پیش‌پیشانی (Prefrontal) و رشد زبان و دیگر سیستم‌های علامتی ثانویه فرد را قادر می‌سازد، به طور ارادی رفتار و توجه خود را سازماندهی نماید. این فرایند تا سن ۱۵-۱۲ سالگی ادامه یافته و تکمیل می‌شود، تا جایی که فرد بتواند از طریق کلام درونی به سازماندهی رفتار خود بپردازد. (لوریا، ۱۹۸۲، ۱۹۷۹ لوریا / منجم، ۱۳۶۸، ویگوتسکی، ۱۹۶۲، وودز و پلوف ۱۹۹۷).

درمانگر شناختی، براساس نظریه ویگوتسکی و لوریا در ارتباط با صحبت شخصی (Private Speech) و نقش آن در سازماندهی رفتار، معتقدند کودکان ADHD، احتمالاً در یکی از سه جنبه زیر مشکل دارند:

- ۱- عادت به استفاده از کلام، به عنوان میانجی رفتار ندارند.
- ۲- بطور اتوماتیک نمی‌توانند میانجی کلامی مناسب برای تنظیم رفتار تولید کنند.
- ۳- ماهیت مشکل را درک نمی‌کنند و نمی‌توانند یک میانجی کلامی مناسب برای آن پیدا نمایند.

بنابراین در طی فرایند درمان از طریق آموزش مستقیم و مشاهده الگو به کودک می‌آموزند تا به درک مسئله و پیدا کردن میانجی کلامی مناسب برای حل آن دست یابد، تا با استفاده از کلام درونی، به خود کنترلی برسد.

نگاهی به پیشینه درمان‌های شناختی کودکان ADHD

هدف اصلی درمان‌های شناختی، ایجاد مهارت‌های لازم جهت خود کنترل و تعمق در حل مساله است. روش خودآموزی کلامی در حقیقت شیوه‌ای از مساله‌گشایی است که کودک با استفاده از کلام درونی به خود نظم بخشی می‌پردازد.

یافته‌های پژوهشی زیادی بر اثر بخشی روش خودآموزی کلامی یا شیوه‌های مشابه آن در درمان کودکان ADHD تاکید دارند. بارو بتزل (۱۹۹۱) با متاآنالیز نتایج تاثیر درمان‌های شناختی بر روی کودکان ADHD، نتیجه می‌گیرد درمان‌های شناختی در مقایسه با گروه کنترل، تقریباً یک سوم تا سه چهارم انحراف معیار باعث بهبودی بیماران شده‌اند.

کاگان و همکاران (۱۹۶۶) در یک کوشش اولیه برای تغییر رفتار تکانشوری کودکان، تاثیر آموزش تاخیر پاسخ (Response Delay) را بر روی ۴۰ کودک تکانشور و ۲۰ آزمودنی هم‌متا انجام دادند. این آزمودنی‌ها، نمره نهفتگی پاسخ (Latency) زیر میانه و نمره اشتباه (Error) بالاتر از میانه در آزمون MFFT بدست آورده بودند. به گروه آزمایشی، آموزش داده شد بعد از ارائه هر محرک حدود ۱۰ تا ۱۵ ثانیه در ارائه پاسخ تاخیر کنند و در این زمان در ارتباط با پاسخ درست تفکر نمایند. بعد از پایان تاخیر با علامت درمانگر، آزمودنی پاسخ خود را ارائه می‌کرد. همزمان گروه کنترل نیز در انجام تکالیف معناداری بین دو گروه، در پاسخگویی به فرم موازی آزمون MFFT بوجود آمد.

در پژوهشی دیگر پالکس، استیوارت و کاهانا (۱۹۶۸) اثرات گفته‌های کلامی خود آموزانه (Self Directive Verbal Commands) را بر روی عملکرد ۲۰ پسر بین ۸ تا ۱۰ سال در ماز پروتوس مورد بررسی قرار دادند. هوش تمام کودکان در دامنه طبیعی بود و تمامی آنها برای بیش‌فعالی تحت دارو درمانی بودند و در طی آزمایش داروی آنها قطع شد. یک گروه هم‌متا نیز به عنوان گروه کنترل در آزمایش شرکت داشت. کودکان گروه درمان و کنترل، در دو روز متوالی در یک جلسه فردی به مدت یک ساعت شرکت کردند. در طی این جلسات به تکالیفی شبیه آزمون MFFT و مازهای پروتوس پاسخ دادند. به افراد گروه درمانی آموزش داده شده که قبل از پاسخگویی به تکالیف از گفته‌های کلامی خودآموزانه استفاده نمایند. این گفته‌ها شامل جملاتی از قبیل: (من باید به دستورالعمل‌ها توجه کنم)، (من باید ابتدا خوب نگاه کنم، فکر کنم و بعد پاسخ دهم) و ... می‌شد. این گفته‌ها بر روی کارت نیز تایپ شدند و در طی آموزش در معرض دید آزمودنی‌ها قرار گرفتند. اما گروه کنترل در حل تکالیف بدون هیچگونه آموزشی شرکت داشت. سپس هر دو گروه با یک فرم موازی از مازهای پروتوس مورد پس آزمون قرار گرفتند. اگر چه دو گروه از نظر هوش کلی با یکدیگر تفاوت نداشتند، تحلیل پیش‌آزمون - پس‌آزمون نشان دهنده بهبودی معناداری در گروه درمانی بود. بنابراین پژوهشگران نتیجه گرفتند، خودآموزی کلامی در بهبود عملکردهای شناختی موثر است.

پالکس و همکاران (۱۹۷۲) در تکرار (Replication) پژوهش پالکس و همکاران (۱۹۶۸)، سعی نمودند اثر گفته‌های کلامی خودآموزانه را از طریق خودآموزی کلامی بر روی ۳۰ پسر بین ۷ تا ۱۳ سال که تحت مراقبت روانپزشکی برای بیش‌فعالی بودند، مشخص نمایند. آزمودنی‌ها از طریق گمارش تصادفی در سه گروه آموزش کلامی (Verbal Training)، مطالعه

بی صدا (Silent Reading) و گروه کنترل قرار گرفتند. گروه آموزش کلامی همانند گروه درمانی پالکس (۱۹۶۸) آموزش داده شدند. گروه مطالعه بی صدا، با استفاده از کارت‌های تایپ شده به عنوان علامت، آموزش دیدند، ولی از آنها خواسته شد که دستورات روی کارت را به صورت کلامی نخوانند. گروه کنترل هیچگونه آموزشی دریافت نکرد. نتایج این پژوهش نشان داد اگر چه هوش بهره کلی سه گروه در پس آزمون (آزمون پروتوسوس) تفاوتی ندارند، ولی گروه آموزش کلامی به طور معناداری در تحلیل پیش آزمون - پس آزمون بهبودی نشان داد. متأسفانه اثرات درمان در گروه کلامی در مطالعه پی گیری بعد از دو هفته پایدار نماند.

در طی دو مطالعه که توسط مایکن بام و گودمن (۱۹۷۱) انجام شد، به شکل منظم تری تاثیر خودآموزی کلامی بر روی رفتار تکانشوری نشان داده شد. در مطالعه اول ۱۵ دانش آموز پایه دوم دبستان ۸ دختر و ۷ پسر با دامنه سنی بین ۷ تا ۹ سال با تشخیص تکانشوری انتخاب شدند و به طور تصادفی در سه گروه پنج نفری تقسیم شدند. گروه درمانی، مورد آموزش خودآموزی کلامی قرار گرفت و دو گروه کنترل، که یکی از آنها در طی دوره آزمایش به فعالیت‌های عادی که جنبه درمانی نداشت، پرداخت و دیگری فقط مورد پیش آزمون - پس آزمون قرار گرفت. گروه خودآموزی کلامی چهار جلسه آموزشی در طی دو هفته دریافت کرد. در طی این جلسات درمانگر به عنوان یک مدل، در هنگام انجام تکالیف مراحل آن را با صدای بلند بیان می کرد. سپس کودک همان تکلیف را در حالی که درمانگر مراحل انجام آن را بیان می کرد، انجام داد. در مرحله سوم کودک در حالی که درمانگر مراحل انجام با صدای بلند بیان می کرد، انجام می داد و در مرحله چهارم کودک همان تکلیف را در حالی که مراحل انجام آن را نجوا می کرد، انجام می داد. افراد گروه دوم به تعداد گروه آزمایشی جلسه داشتند، ولی در طی این جلسات هیچگونه آموزشی دریافت نکردند و فقط در معرض اشیاء شناخته شده قرار گرفتند. برای گروه سوم هیچگونه جلسه‌ای در نظر گرفته نشد. متغیر وابسته در این پژوهش آزمون‌های پرتوسوس، MFFT خرده، مقیاس‌های آزمون و کسلر کودکان (WISC-R) از جمله تنظیم تصاویر، طراحی با مکعب‌ها و سمبل‌های عددی) و مشاهده رفتار کلاسی بود. نتایج نشان داد گروه آزمایشی نسبت به دو گروه کنترل، در مقیاس‌های تنظیم تصاویر و سمبل‌های عددی و نمره نهفتگی آزمون MFFT و نمره خطای آزمون مازهای پرتوسوس، به طور معناداری بهبود نشان داد.

در مطالعه دوم همین شیوه پژوهش بر روی ۱۵ کودک تکانشور کودکستانی و سال اول دبستان انجام شد. ۱۱ نفر از آزمودنی‌ها و پسر و ۴ نفر دیگر دختر بودند. ارزیابی متغیر وابسته از طریق آزمون MFFT انجام شد. آزمودنی‌ها به طور تصادفی در سه گروه ۵ نفره قرار گرفتند. گروه اول، آموزش خودآموزی کلامی به همراه الگوی سازی، گروه دوم، آموزش تنها از طریق الگوسازی و گروه سوم، گروه کنترل بود. نتایج نشان داد، گروه آموزش خودآموزی کلامی به همراه الگوسازی در آزمون MFFT به طور معناداری بهبودی نشان داد. محققین از این دو آزمایش نتیجه می‌گیرند آموزش خودآموزی کلامی خصوصاً اگر همراه با الگوسازی باشد، می‌تواند باعث بهبودی عملکردهای شناختی کودک گردد. در اکثر مطالعات میزان بهبودی عملکرد کودکان بوسیله آزمون‌های روانشناختی مثل مازهای پروتئوس، آزمون MFFT یا CPT سنجیده شده است و نشان می‌دهند آموزش خودآموزی کلامی در بهبود عملکرد آزمودنی‌ها در آزمون‌های شناختی موثر است (اییکوف، ۱۹۹۱، مورفی و استوارت ۱۹۹۱) به این لحاظ بعضی از پژوهشگران سعی کرده‌اند جهت سنجش میزان بهبودی از وسایل دیگر استفاده نمایند. به طور مثال بارنز (۱۹۷۲) در پژوهشی، تاثیر گفته‌های کلامی خودآموزانه را بر روی عملکرد ریاضی و سطح فعالیت حرکتی ۴۵ کودک دبستانی که توسط معلمین به علت بیش‌فعالی ارجاع داده شده بودند، بررسی کرد. آزمودنی‌ها به طور تصادفی در گروه‌های درمانی و کنترل گماشته شدند. گروه درمانی در طی دو جلسه ۳۰ دقیقه‌ای، که در روز متوالی برگزار شد، آموزش دریافت کرد. در طی این جلسات، تکالیف متعددی با استفاده از خودآموزی کلامی انجام شد. پس از دومین جلسه آموزشی، تمام آزمودنی‌ها با استفاده از یک آزمون استاندارد ریاضی سنجیده شدند. همچنین، سطح فعالیت نیز در قبل و بعد از مداخله سنجیده شد، ولی تفاوت معناداری بین دو گروه مشاهده نگردید، اگر چه مورفی و استوارت (۱۹۹۱) به پژوهش‌های دیگر اشاره می‌کنند، که در آن تفاوت معناداری بین گروه آزمایشی و کنترل مشاهده شده است. داگلاس (۱۹۷۶) نیز با شیوه‌ای شبیه به خودآموزی کلامی مایکن بام آزمایشی انجام داد، به طوری که گروه آزمایشی، به مدت ۳ ماه و در هر هفته دو جلسه یک ساعته (جمعا ۲۴ جلسه)، آموزش دریافت کرد. همزمان به معلمین و والدین اصول درمان جهت پی‌گیری اهداف در خانه و مدرسه آموزش داده شد. متغیر وابسته بعد از اتمام آموزش و سه ماه بعد از آن به عنوان پی‌گیری از طریق آزمون‌های MFFT، مازهای پروتئوس، آزمون ادراکی حرکتی بندر گشتالت، آزمون تکمیل داستان‌های ناتمام، آزمون حافظه کوتاه مدت و آزمون پیشرفت

تحصیلی ارزیابی شد. تحلیل نتایج نشان داد، گروه آزمایشی نسبت به گروه کنترل در تمامی وسایل سنجش به طور معناداری بهبودی نشان دادند. از طرف دیگر، نتایج برای پی گیری ۳ ماهه نیز صادق بود. بنابراین پژوهشگران نتیجه می گیرند خودآموزی کلامی می تواند وسیله مناسبی برای درمان بیش فعالی باشد.

دش، هیرت و اسکرودر (۱۹۸۹) در یک بازنگری بر پیشینه، با استفاده از روش متآنالیز، نتایج ۴۸ مطالعه با روش خودآموزی کلامی بر روی کودکان بیش فعال انجام شده بود، مورد بررسی قرار دادند. در تمام این مطالعات خودآموزی کلامی با یک یا چند گروه کنترل مقایسه شده بود. در تمام پژوهشها نتایج نشان داد، تاثیر خودآموزی کلامی بیشتر از دارو و عدم مداخله است.

بایر و نیتزل (۱۹۹۱) در یک پژوهش مشابه با استفاده از متآنالیز، نتایج ۳۶ مطالعه که در آن از روش خودآموزی کلامی برای درمان کودکان بیش فعال استفاده شده بود، نتیجه گرفتند این شیوه درمانی تاثیر مثبت و معناداری بر روی آزمودنی ها دارد. همچنین این مولفین هیچ تفاوت معناداری برای برتری آموزش فردی یا گروهی خودآموزی کلامی نمی یابند.

در ایران نیز پژوهش های نادری در این زمینه صورت گرفته است. قمری گیوی (۱۳۷۰) در یک پژوهش که به صورت مورد پژوهشی انجام داد، چهار پسر مبتلا به ADHD در دامنه سنی ۷ تا ۹ سال را با شیوه خودآموزی کلامی مورد درمسان قرار داد. نتایج نشان داد، خودآموزی کلامی، بی توجهی و تکانشوری را کاهش می دهد، و باعث بهبود عملکرد کودک در آزمون های فراخنای توجه و همتا سازی تصاویر مشابه می شود. همچنین نشان داد، ترکیب خودآموزی کلامی با متیل فنیدیت اثر درمانی بیشتری دارد.

مراحل کاربردی آموزش خودآموزی کلامی

۱- انتخاب تکلیف (Task selection): اولین و اساسی ترین گام در آموزش خودآموزی کلامی، انتخاب تکلیف است. در این مرحله، درمانگر تکالیفی که انجام آن مستلزم تمرکز، توجه و تعمق است، انتخاب می نماید. تکالیف باید به گونه ای انتخاب شوند که حل هر تکلیف، دارای الگوریتم منطقی چند مرحله ای باشد. در حقیقت هر تکلیف خود شامل چند تکلیف کوچکتر است. تکلیف با توجه به سن، هوش، میزان تحصیلات و توانمندی های آزمودنی انتخاب می شود. بنابراین درمانگر بنا بر نظر گرفتن وضعیت درمانجو به انتخاب

تکلیف دست می‌زند. هر موضوعی ممکن است، به عنوان تکلیف، انتخاب شود. تکلیف ممکن است از یک مساله ریاضی نسبتاً پیچیده که برای حل آن احتیاج به توجه و تمرکز زیادتری است تا یک تکلیف ساده مثل رنگ کردن یک تصویر بدون رنگ که احتیاج به توجه و تمرکز کمتری دارد، در نوسان باشد. بعضی از درمانگران، برای ایجاد انگیزه در کودکان از تکالیف جذابتری مثل مواد آزمون‌های ریون یا هم‌تاسازی تصاویر آشنا MFFT استفاده می‌کنند.

همانطور که گفته شد، بهتر است از تکالیف مدرسه‌ای استفاده نشود، چون تکالیف جذاب می‌تواند فرایند خودآموزی کلامی را تسهیل کند و درمان با سرعت بیشتری پیش رود. بسیاری از درمانگران معتقدند، نوع تکلیف بر ارتباط کودک و درمانگر تاثیر مهمی دارد. علاقمندی یا عدم علاقه کودک به درمان و درمانگر، تا حد زیادی به نوع تکلیف بستگی دارد. بنابراین پیشنهاد می‌شود، تکالیف انتخابی، حد وسط بازی و فعالیت‌های مدرسه‌ای باشد. استفاده از بازی‌های فکری، هنری و رایانه‌ای تا حد زیادی می‌تواند، این منظور را فراهم کند.

۲ - الگوسازی شناختی (Cognitive Modeling): در این مرحله درمانگر به عنوان یک

الگوی شناختی، الگوریتم منطقی و چند مرحله انجام تکالیف را به طور مشخص و با صدای بلند برای کودک انجام می‌دهد.

مانند هر الگوی دیگر، درمانگر باید به عنوان یک الگوی جذاب مورد توجه کودک قرار گیرد، تا کودک با مشاهده او بتواند فرایندهای شناختی حل یک مساله را فرا گیرد. بنابراین درمانگر باید از رفتار و کلامی که عموماً کودکان آن سن به کار می‌برند، استفاده کند. هدف اصلی این مرحله، ایجاد آمایه ذهنی (Mental Set) در ذهن کودک است، به شکلی که بتواند مراحل پی در پی انجام یک تکلیف (الگوریتم حل مساله) را بدون جا انداختن هیچ مرحله‌ای یا گذر سریع و سطحی از آنها طی کند. از طرف دیگر، الگوریتم حل هر تکلیف، باید به طور ساده، ملموس و با زبان کودکان بیان شود. درمانگر در این مرحله سعی می‌کند، موارد زیر را بیان الگوریتم حل مساله مطرح کند.

الف) مساله یا تکلیف تعریف شود، به طور نمونه اگر قرار است، تصویر یک خروس رنگ شود. درمانگر می‌گوید: می‌خواهیم این خروس را رنگ کنیم. رنگ نباید از تصویر بیرون بزنند. تمام قسمت‌های تصویر باید رنگ شود و هر قسمت باید با یک رنگ، رنگ‌آمیزی شود.

ب) راه‌های ممکن برای حل تکلیف مطرح شود. مثلاً می‌توان این خروس را با مداد رنگی، ماژیک، مداد شمعی یا آبرنگ، رنگ‌آمیزی کرد.

ج) مناسب‌ترین راه برای حل تکلیف انتخاب شود. مثلاً استفاده از مداد شمعی، ماژیک و یا آبرنگ مشکل است، پس بهتر است با مداد رنگی این خروس رنگ‌آمیزی شود. تا با دقت و ظرافت بیشتری تصویر رنگ شود.

د) از خودپایی هنگام حل تکلیف استفاده شود. مثلاً مواظب باشد که رنگ از تصویر بیرون نزند، همه جا رنگ‌آمیزی شود و جایی از قلم نیفتد.

ه) هنگام انجام دادن هر مرحله از تکلیف، خود را ارزیابی کند. اگر موفق بود، به دلیل موفقیت در انجام تکلیف خود را تشویق نماید. در غیر این صورت، به خاطر اینکه نهایت سعی خود را به کار برده است، خود را تشویق کند، در عین حال به اشتباهات خویش نیز توجه نماید. مثلاً در صورت موفقیت، بگوید عجب کار جالبی بود، چه خروس قشنگی شد و... در صورت عدم موفقیت، بگوید خیلی خوشحالم که کوشش خود را کردم، اگر چه بهتر بود، رنگ تاج خروس را به جای آبی، قرمز می‌کردم.

و) شیوه‌های دیگری برای تکمیل تکلیف انتخاب شود. اگر فرد، در انجام تکلیف کاملاً شکست خورد، باید راه دیگری برای انجام تکلیف بیازماید.

۳- راهنمایی آشکار بیرونی (Overt external guidance): در این مرحله رفتار کودک با دستورات کلامی درمانگر سازماندهی می‌شود. مراحل انجام تکلیف که در مرحله قبل توسط درمانگر با صدای بلند انجام می‌شد، در این مرحله با دستورات کلامی درمانگر توسط کودک انجام می‌شود. این مرحله شبیه مرحله‌ای است که در طی رشد، کودک رفتار و توجه خود را از طریق تعامل اجتماعی با بزرگسالان سازمان می‌دهد.

۴- خود راهنمایی آشکار (Overt self guidance): در این مرحله درمانگر تکالیف را به کودک ارائه می‌دهد، و از او می‌خواهد تکلیف را در حالی که با صدای بلند مراحل آن را بیان می‌کند، انجام دهد. برای شروع این مرحله ممکن است از کودک خواسته شود، تکالیفی که قبلاً درمانگر اجرا کرده، انجام دهد. بعد به تدریج تکالیف جدید ارائه می‌شود درمانگر در مواقع اشتباهات کودک را تصحیح می‌کند.

۵- الگوسازی کمرنگ شده خود راهنمایی آشکار:

(Modeling of faded overt self guidance)

این مرحله شبیه مرحله دوم است. با این تفاوت که درمانگر به عنوان یک الگوی شناختی مراحل انجام تکلیف را به صورت نجوا بیان می‌کند. هدف این مرحله آموزش (Inner speech) گفتار درونی از طریق یک الگو است.

۶ - تمرین کودک با خود راهنمایی آشکار کمرنگ شده:

(Child practice of faded overt self guidance)

این مرحله شبیه مرحله چهارم است. یعنی کودک خود به انجام تکلیف می‌پردازد. تنها تفاوت آن با مرحله چهارم در این است که کودک مراحل انجام تکلیف را با نجوا بیان می‌کند.

۷ - الگوسازی با خودآموزی پنهان (Modeling of covert self instruction): در این

مرحله درمانگر برای انجام تکالیف، در حالی که قیافه متفکری به خود می‌گیرد، فقط لب‌های خود را حرکت می‌دهد و با تامل مرحله به مرحله تکلیف را انجام می‌دهد. همزمان از کودک خواسته می‌شود که در ذهن خود کلامی را که درمانگر در حین انجام تکلیف به خودش می‌گوید، تصور کند.

۸ - تمرین کودک با خودآموزی پنهان (Child practice of covert self instruction):

در آخرین مرحله آموزش، کودک باید بتواند قبل از انجام تکلیف تفکر کند و بر روی تک تک مراحل از طریق گفتار درونی تمرکز نماید. در این مرحله چون کودک بدون صدا تفکر می‌کند، عملاً درمانگر نمی‌تواند فرایند تفکر وی را بفهمد و احیاناً آن را تصحیح کند، ولی از طریق مشاهده رفتار، در صورت لزوم تصحیح انجام پذیرد.

همانطور که ملاحظه می‌شود، در این شیوه شناخت درمانی، کودک از طریق یک مدل (درمانگر) راه حل مساله را به صورت گام به گام فرا می‌گیرد و با تمرین و تکرار تکالیف متعدد، از طریق گفتار درمانی بر این نوع تفکر تسلط می‌یابد. (کایر بای و جریملی، ۱۹۸۶، داکرل و مک شین، ۱۹۹۳، سیلور و هاجین، ۱۹۹۰، یلیزکا، ۱۹۹۹ و مایکن بام و گودمن، ۱۹۷۱).

منابع:

- ۱ - قمری گیوی، حسین (۱۳۷۰). کاربرد گفتار درونی در درمان اختلال نقص توجه بیش‌فعالی. پایان نامه کارشناسی رشد انستیتو روانپزشکی تهران.
- ۲ - لوری، ا.ر. / (۱۳۶۱). کارکرد مغز. نشر بنیاد.

۳ - لوریا، ا.ر. (۱۹۷۹). *تکوین ذهن*. ترجمه، قاسم زاده، ح. انتشارات جهاد دانشگاهی ۱۳۷۳.

REFERENCES:

- 1-Abikoff, H. (1991). "Cognitive Training in ADHD Children". *Journal of Learning Disabilities*, 24, 205-209.
- 2-Baer, R.A. & Nietzel, M.T. (1991). "Cognitive and Behavioral Treatment of Impulsivity in Children". *Journal of Child Clinical Psychology*, 20, 400-412.
- 3-Burns, H. (1972). "The Effect of self Directed Verbal Commands on Arithmetic Performance and Activity Level". *Dissertation Abstracts International*, 33, 1782.
- 4-Dockrell, J. & Meshane, J.(1993). *Children's Learning Difficulties: A cognitive Approach*. Blachwell, Oxford & Cambridge.
- 5-Douglas, V.I. & et.al. (1976). "Assessment of a Cognitive". *Journal of Abnormal Child Psychology*, 2, 313-326.
- 6-Dush, D.M., Hirt, M.L. & Schroeder, H.E. (1989). "Self Statement Modification in the Treatment of Child Behavior Disorders." *Psychological Bulletin*, 106, 97-106.
- 7-Kagan, J. (1966). "Reflection-Impulsivity". *Journal of Abnormal Psychology*, 71, 17-24.
- 8-Kazdin, A.E. (1990). "Psychotherapy for Children and Adolescents". *Journal of Adolescent Psychotherapy*, 41, 21-54.
- 9-Kirby, E.A. (1986). *Understanding and Treating Attention Deficit Disorder*. Pergamon Press, New York.
- 10-Kratochwill, T.R., Morris, R.J. (1991). *The Practice of Child Therapy*. Pergamon Press, New York.
- 11-Luria, A.R. (1982). *Language and Cognitive*. John Wiely & Sons, New York.
- 12-Meichenbaum, D.H. (1977). *Cognitive-Behavior Modification*. New York, Plenum Press.
- 13-Meichenbaum, D.H. & Goodman, J. (1971). "Training Impulsive Children To Talk To Themselves". *Journal of Abnormal Psychology*, 77(2), 115-126.
- 14-Murphy, V. & Stewart, K.H. (1991). "Learning Disabilities and Attention Deficit-Hyperactivity Disorders". *Journal of Learning Disabilities*, 27(7), 386-389.
- 15-Palkes, H. & et.al. (1972). "Improvement in Maze Performance of Hyperactive Boys as a function of verbal Training Procedures". *Journal of Special Education*, 5, 337-342.
- 16-Plizka, S.R. & et.al. (1999). *AD/HD with Comorbid Disorder*. USA, Gulford Press.
- 17-Silver, A.A. & Hagin, R.A. (1990). *Disorders of Learning in Childhood*. New York, John Wiley & Sons.
- 18-Spence, S.H. (1994). "Practitioner Review: Cognitive Therapy with Children and Adolescent". *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 35(7), 1191-1228.
- 19-Vygotsky, L.(1962). *Thought and Language*. New York, John Wiley & sons.
- 20-Woods, S.K. & Ploof, W.H.Z. (1997). *Understanding AD/HD*. USA, Sage Publication.