

شناسایی و درمان اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی در مدرسه

دکتر عباسعلی حسین‌خانزاده / استادیار گروه روان‌شناسی دانشگاه گیلان
محبوبه طاهر / کارشناسی ارشد روان‌شناسی عمومی
طیبه یگانه / دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تنکابن، باشگاه پژوهشگران جوان

چکیده:

اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی یکی از شایع‌ترین اختلال‌های عصب- رفتاری تشخیص داده شده در میان دانش‌آموزان است که با مشکلاتی در زمینه‌های مختلف آموزشی از جمله عملکرد تحصیلی ضعیف، مردودی و ترک مدرسه همراه است و می‌تواند منجر به مشکلات سازگاری در مدرسه و رفتارهای اخلاک‌گر در مدرسه گردد. این اختلال به شدت عملکرد دانش‌آموز را در مدرسه مختل می‌کند و سیر مزمن آن منجر به سایر اختلال‌های روان‌پزشکی در دوران بزرگسالی می‌شود. نکته مهم این است که شناسایی و درمان به موقع این اختلال منجر به بهبودی قابل‌توجهی در عملکرد فردی و اجتماعی دانش‌آموز و کاهش نشانه‌های اختلال خواهد شد. به همین جهت بر اهمیت سنجش، شناسایی و درمان این دانش‌آموزان در مدرسه تأکید فراوانی شده است تا نیاز آنها به تشخیص و مداخله زودهنگام مرتفع گردد و بتوانند مهارت‌های پیش‌نیاز جهت موفقیت تحصیلی را فراگیرند. بنابراین پژوهش حاضر ضمن بررسی پژوهش‌های قبلی درباره مفهوم‌پردازی و تعریف اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی، سبب‌شناسی، مداخلات درمانی و به طور کلی دیگر عوامل مرتبط با این اختلال، سعی کرده است زمینه‌ای را برای شناسایی بیشتر این اختلال و مداخلات درمانی مناسب آن در مدرسه فراهم سازد.

واژه‌های کلیدی: نارسایی توجه، بیش‌فعالی، تشخیص، درمان

مقدمه

۷ درصد برآورد شده است (بارکلی^۴، ۲۰۰۶) بر اساس اطلاعات به دست آمده از زمینه‌یابی ملی سلامت کودک در سال ۲۰۰۳ برآورد شده است که ۷/۸ درصد از کودکان سنین ۴ تا ۱۷ سال ویژگی‌هایی دارند که تشخیص نارسایی توجه / بیش‌فعالی برای آنها گذاشته می‌شود (ویسر و لسن^۵، ۲۰۰۵) و شیوع این اختلال در پسران ۳ تا ۹ بار بیشتر از دختران است (فلتز - چانزین و رینولدز^۶، ۲۰۰۳) البته برخی از پژوهشگران نیز بیان کرده‌اند که شیوع بیشتر در پسران نمی‌تواند به این معنی باشد که واقعاً این اختلال در پسران شایع‌تر است بلکه ممکن است به این دلیل باشد که نشانه‌هایی که پسران مبتلا بروز می‌دهند نشانه‌های برون‌سازی شده مثل

در ادبیات آسیب‌شناسی روانی تحولی، اختلالات روانی دوران کودکی به دو طبقه کلی مشکلات برون‌سازی شده و مشکلات درون‌سازی شده تقسیم می‌شوند، مشکلات برون‌سازی شده از جمله اختلال سلوک، اختلال نافرمانی مقابله‌ای و اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی^۱ مشکلاتی هستند که ویژگی بارز آنها رفتارهایی است که روی محیط و افراد دیگر اثرگذار هستند (کار^۱، ۱۹۹۹).

اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی یکی از شایع‌ترین اختلال‌های عصب- رفتاری تشخیص داده شده در دوران کودکی است که طبق راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی^۳ شیوع این اختلال، در دانش‌آموزان ۳ تا

4. Barkley
5. Visser & Lesence
6. Fletcher – Janzen & Rynolds

1. Attention Deficit/ Hyperactivity Disorder (ADHD)
2. Carr
3. Diagnostic and Statistical manual of Mental disorders

اخراج می‌شوند، بنابراین بر اهمیت سنجش، شناسایی و درمان این کودکان در مدرسه تأکید فراوانی شده است (بارکلی^۶، ۲۰۰۶؛ دوپاول و پاور^۷، ۲۰۰۸).

از آنجایی که نشانه‌های اختلال نارسایی توجه/بیش-فعالی در محیط مدرسه شایع‌تر هستند در هر ارزیابی و سنجشی که برای این اختلال صورت می‌گیرد باید گزارش‌های معلمان و مشاهده‌گران کلاس درس به عنوان بخش مهمی از سنجش در نظر گرفته شود (کانک^۸، ۲۰۰۷). علاوه بر این اهمیت دیگر شناسایی دقیق اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی در مدرسه به دلیل نقش کلیدی که مدرسه می‌تواند در درمان داشته باشد (چرونیز، جونز و راجی^۹، ۲۰۰۶؛ به نقل از بروک، جمرسون و هنسن، ۲۰۰۹).

احتمال همبودی اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی با سایر اختلال‌ها نظیر اضطراب، افسردگی، سوء مصرف مواد مخدر در سنین پایین، پرخاشگری و ... نیز وجود دارد (دیویدس و گسپر^۱، ۲۰۰۵) اما چنانچه این اختلال به موقع شناسایی و درمان شود، درمان به موقع آن در ۷۵ درصد موارد منجر به بهبودی قابل ملاحظه‌ای در عملکرد فردی و اجتماعی و کاهش نشانه‌های اختلال خواهد شد (ببکو^{۱۰} و همکاران، ۱۹۸۷) و در صورت عدم شناسایی و درمان به موقع، سیر مزمن این اختلال منجر به سایر اختلالات روان‌پزشکی در دوران بزرگسالی می‌شود (کالن و هنسی^{۱۱}، ۱۹۸۹). بنابراین با توجه به اهمیت موضوع، این کودکان نیازمند تشخیص و مداخله زودهنگام هستند تا بتوانند مهارت‌های پیش‌نیاز جهت موفقیت در یادگیری تحصیلی آینده را فراگیرند (استیل^{۱۲}، ۲۰۰۴).

تکانشگری و بیش‌فعالی باشد که احتمال مشاهده و ارجاع این نشانه‌ها در مقایسه با نشانه‌هایی که دختران بروز می‌دهند (نشانه‌های درون‌سازی شده مثل عدم توجه) بیشتر است (بروک، جمرسون و هنسن^۱، ۲۰۰۹).

اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی موجب اختلال در عملکرد دانش‌آموزان می‌شود و با عملکرد تحصیلی دانش‌آموز تداخل دارد. (دیویدس و گسپر^۱، ۲۰۰۵) به طوری که نوع مزمن این اختلال به شدت، عملکرد کودکان را در مدرسه مختل می‌کند (فایندلینگ^۳، ۲۰۰۸) و با مشکلات سازگاری در مدرسه مرتبط است (دماری، التینگ و اسکافر^۴، ۲۰۰۳). بنابراین همه معلمان باید نشانه‌های این اختلال را بشناسند زیرا با توجه به میزان بالای شیوع این اختلال انتظار می‌رود که در هر کلاسی حداقل یک دانش‌آموز مبتلا به اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی وجود داشته باشد و بر خلاف گزارش‌های رسانه‌ها و نظراتی که در مورد تشخیص و شناسایی آسان این اختلال وجود دارد شواهد کافی در حمایت از این عقیده که اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی به راحتی تشخیص داده می‌شود وجود ندارد (اسکیوت و ایزنبرگ^۵، ۲۰۰۸).

اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی با مشکلاتی در زمینه‌های مختلف آموزشی از جمله عملکرد تحصیلی ضعیف، مردودی و ترک مدرسه همراه است (دیویدس و گسپر^۱، ۲۰۰۵) و با مشکلات سازگاری در مدرسه و رفتارهای اخلالگر در موفقیت تحصیلی ارتباط نزدیکی دارد به طوری که بیش از یک چهارم کودکان مبتلا به این اختلال مردودی را تجربه می‌کنند، تقریباً بیش از نیمی از آنها تجدید می‌آورند و ۱۰ تا ۲۰ درصد آنها از مدرسه

6. Barkley
7. Dupaul & Power
8. Koonce
9. Chronis, Jones & Raggi
10. Bebko
11. Callan & Henessy
12. Steele

1. Brock, Jemerson & Hansen
2. Davids & Gastpar
3. Findling
4. Demaray, Elting & Schaefer
5. Scitutto, M, J., Eisenberg

اوایل دهه ۱۹۶۰ اصطلاح آسیب جزئی مغز منسوخ شد و به جای آن، آنچه که بیشتر مد نظر قرار گرفت بیش فعالی این کودکان بود (بارکلی، ۲۰۰۶).

اهتمال همبودی
اختلال نارسایی توجه / بیش فعالی
 با سایر اختلالات نظیر اضطراب، افسردگی،
 سوء مصرف مواد مخدر در سنین پایین،
 پرفاشگری و ... نیز وجود دارد

در اواخر دهه ۱۹۶۰ این اختلال در دومین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (انجمن روان پزشکی آمریکا، ۱۹۶۸؛ به نقل از بروک، جیمرسن و هنسن، ۲۰۰۹) با عنوان اختلال واکنش بیش فعالی کودکی مطرح شد که با ویژگی‌هایی مثل بیش فعالی، بی‌قراری، حواس‌پرتی و دامنه محدود توجه توصیف می‌شد اما در دهه ۱۹۸۰ پژوهشگران آمریکای شمالی این مسئله را که اصلی‌ترین نشانه این اختلال بیش فعالی است زیر سؤال بردند و به جای آن عدم توجه را به عنوان اصلی‌ترین نشانه مطرح کردند (داگلاس^۴، ۱۹۷۲؛ به نقل از بروک، جیمرسن و هنسن، ۲۰۰۹). پس از آن در سال ۱۹۸۰ در سومین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی برای اشاره به مشکلات این کودکان اختلال نارسایی توجه^۵ بدون بیش فعالی مطرح شد (انجمن روان پزشکی آمریکا، ۱۹۸۰؛ به نقل از بروک، جیمرسن و هنسن، ۲۰۰۹) و در نسخه تجدید نظر شده این ویرایش این اختلال به دو نوع فرعی اختلال نارسایی توجه با یا بدون بیش فعالی تقسیم شد (انجمن روان پزشکی آمریکا، ۱۹۸۷؛ به نقل از بروک، جیمرسن و هنسن، ۲۰۰۹).

امروزه بر اساس ملاک‌های چهارمین ویرایش تجدید نظر شده راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی

از آنجایی که معلمان در مواجهه مستقیم با مسائل تحصیلی و رفتاری دانش‌آموزان قرار دارند می‌توانند نقش مهمی را در شناسایی، ارجاع و درمان دانش‌آموزان مبتلا به نارسایی توجه / بیش فعالی بازی کنند بنابراین لازم است اطلاعات کافی راجع به این دانش‌آموزان داشته باشند تا بتوانند به شیوه‌ای مناسب و صحیح به آنها کمک کنند. گاه پیش می‌آید که ناآگاهی و عدم آشنایی والدین، معلمان و دیگر افراد مرتبط با این دانش‌آموزان منجر به ایجاد نگرشی نادرست و گاه خصمانه و انتقام‌جویانه نسبت به آنها می‌شود که چنین نگرشی می‌تواند آسیب‌های جبران‌ناپذیری در آینده و سرنوشت آنها داشته باشد، بنابراین پژوهش حاضر با مروری بر پژوهش‌های قبلی که به مفهوم‌پردازی و تعریف اختلال نارسایی توجه / بیش فعالی، سبب شناسی، مداخلات درمانی و به‌طور کلی دیگر عوامل مرتبط با این اختلال پرداخته‌اند زمینه‌ای برای آشنایی بیشتر با این اختلال و مداخلات درمانی مناسب فراهم می‌آورد.

تاریخچه و تعریف اختلال نارسایی توجه / بیش فعالی

اولین توصیف بالینی از آنچه را که امروزه به عنوان اختلال نارسایی توجه / بیش فعالی می‌شناسیم جورج استیل^۱ در سال ۱۹۰۲ ارائه کرد و آن را نابهنجاری در کنترل اخلاقی نامید، به دنبال شیوع التهاب مغزی^۲ در سال ۱۹۱۷ و ۱۹۱۸ مشاهده شد که تعدادی از کودکان مبتلا به این عفونت که زنده می‌مانند رفتارهایی مشابه رفتار کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه / بیش فعالی را بروز می‌دهند بنابراین چندان عجیب نیست که در ابتدا این گونه تصور می‌شد که اختلال نارسایی توجه / بیش فعالی ناشی از بدکارکردی و یا آسیب جزئی مغز^۳ است اما به تدریج در

4. Douglas

5. Attention Deficit Disorder (ADD)

1. Gorge Still

2. Encephalitis

3. Minimal Brain Damage (MBD)

از سطح سنی و هوشبهرشان است (مارشال^۴ و همکاران، ۱۹۹۷؛ به نقل از بروک، جیمرسن و هنسن، ۲۰۰۹)، دانش آموزان مبتلایی که علائم نارسایی توجه در آن‌ها غالب است بیشتر احتمال دارد که در کلاس‌های آموزش ویژه‌ای که خاص کودکان با ناتوانی یادگیری است جایدهی شوند در حالی که کودکانی که مبتلا به نوع بیش‌فعالی - تکانشگر این اختلال هستند بیشتر در مدارس ویژه کودکان مبتلا به اختلالات هیجانی و رفتاری جای دهی می‌شوند (وارنر-راجرز^۵ و همکاران، ۲۰۰۰).

فرایندهای شناختی دانش آموزان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی

ادبیات پژوهشی نشان می‌دهد که نمرات دانش آموزان مبتلا به این اختلال در آزمون‌های هوش به طور متوسط ۹ نمره کمتر از همسالان بهنجار آنهاست (بارکلی، ۲۰۰۶)، تعدادی از پژوهشگران نیز بیان کرده‌اند که نارسایی‌هایی در حل مسئله و دیگر فرایندهای شناختی که با عملکرد تحصیلی ضعیف مرتبط است در این کودکان دیده می‌شود مثلاً عملکردشان در حساب و ریاضیات ضعیف است (زنتال^۶ و همکاران، ۱۹۹۴). کارکردهای اجرایی نیز که به عنوان توانایی‌های شناختی ضروری برای رفتارهای هدفمند پیچیده و سازگاری با دامنه‌ای از تغییرات و تقاضاهای محیطی است در این کودکان مختل می‌شود (لرینگ^۷، ۱۹۹۹؛ به نقل از بروک، جیمرسن و هنسن، ۲۰۰۹).

نارسایی در توجه، در عملکرد تحصیلی، اجتماعی، شناختی و هیجانی بسیاری از دانش آموزان مبتلا به این اختلال مشکلات بسیاری از جمله ناتوانی در اتمام تکلیف

تشخیص اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی زمانی مقرر می‌شود که الگوی ثابتی از عدم توجه و یا بیش‌فعالی و رفتارهای تکانشی که شدیدتر و شایع‌تر از آن است که معمولاً در کودکان با سطح رشد مشابه دیده می‌شود به مدت حداقل شش ماه در کودک دیده شود، برای مطرح کردن این تشخیص باید برخی از علائم بیش‌فعالانه، تکانشی یا بی‌توجهی منجر به اختلال، قبل از ۷ سالگی ظاهر شود، اختلال حداقل در دو زمینه وجود داشته باشد و عملکرد فرد با توجه به میزان رشد در زمینه‌های اجتماعی، تحصیلی یا شغلی مختل شده باشد، این اختلال در حضور اختلال فراگیر رشد، اسکیزوفرنی و سایر اختلالات روان‌پریشی نباید مطرح شود و یک اختلال روانی دیگر توجیه بهتری برای آن نباشد (کاپلان و سادوک^۱، ۲۰۰۳؛ ترجمه پورافکاری، ۱۳۸۵). بنابراین بر اساس این راهنمای تشخیصی، تشخیص اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی با تأیید وجود علائم متعدد در زمینه بی‌توجهی یا فزون‌کنشی - تکانشگری یا هر دو به عمل می‌آید و به سه نوع فرعی عمدتاً بی‌توجه، عمدتاً بیش‌فعالی - تکانشگر و نوع مرکب تقسیم می‌شود (گاب و کارلسون^۲، ۲۰۰۵).

عملکرد تحصیلی دانش آموزان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی

عملکرد تحصیلی دانش آموزان مبتلا به این اختلال در مقایسه با همسالان بهنجار آنها ضعیف‌تر است (فرگوسن و هرود^۳، ۱۹۹۵؛ به نقل از بروک، جیمرسن و هنسن، ۲۰۰۹)، آنها نمرات پایین‌تری در آزمون‌های هوشی بهنجار به دست می‌آورند و پیشرفت تحصیلی‌شان پایین‌تر

4. Marshall
5. Warner-Rogers
6. Zentall
7. Loring

1. Kaplan & Sadock
2. Gaub & Carlson
3. Fergusson & Harwood

کودک در بازداری و کنترل محرک‌ها، برنامه‌ریزی، انعطاف‌پذیری و سازماندهی، استفاده از حافظه کاری، حل مسئله و انجام تکالیف درسی به شیوه‌ای هدفمند را کنترل می‌کنند (دنکلا^۵، ۲۰۰۳).

وجود اختلال در بازداری رفتاری این کودکان موجب مشکلات بسیاری در زمینه تحصیلی از جمله ضعف عملکرد تحصیلی، فقدان انگیزش، ناتوانی‌های یادگیری، بی‌دقتی، اعتماد به نفس پایین، پرخاشگری، حواس‌پرتی و برانگیختگی و ارتباطات ضعیف با همسالان می‌شود (بارکلی، ۱۹۸۱؛ به نقل از کرتوچویل و موریس^۶، ۱۹۹۲) و کمبود در کارکردهای اجرایی، کودکان را در انجام تکالیف مدرسه با مشکلات جدی روبرو می‌سازد، بنابراین نارسایی توجه در این اختلال پی‌آمد آسیبی است که نتیجه بازداری رفتاری و تداخل ضعیف در کنترل اجرایی رفتار است (میرسکی^۷، ۱۹۹۶).

مهارت‌های اجتماعی دانش‌آموزان مبتلا به اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی

کاستی‌هایی که در مهارت‌های اجتماعی کودکان مبتلا به این اختلال وجود دارد موجب شده است که آنها ندانند در یک موقعیت اجتماعی چگونه به شیوه‌ای مناسب رفتار کنند و یا اینکه ممکن است شیوه مناسب رفتار کردن را بدانند اما آن را انجام ندهند (راپاپورت^۸، ۲۰۰۹). برخی از مشکلات مهارت‌های اجتماعی کودکان مبتلا به این اختلال، شامل این موارد است: آنها یا اصلاً هیچ دوستی ندارند و یا به سختی دوست پیدا می‌کنند؛ نمی‌دانند که چگونه به شیوه‌ای مسئولانه برخورد کنند؛ زبان بدن کودکان دیگر را نمی‌فهمند؛ در گوش دادن

و افزایش خطا در هنگام انجام تکالیف را به بار می‌آورد (مک‌کلوسکی، پرکینز و دیونر^۱، ۲۰۰۹). بارکلی بیان کرد عمده‌ترین مشکل توجه در کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی مشکل آن‌ها در زمینه توجه پایدار^۲ است، توجه پایدار اشاره به نوعی از توجه دارد که به فرد کمک می‌کند تا فقط به یک محرک توجه کند و بتواند تداخل‌ها را کنترل کند. از دیدگاه بارکلی کنترل این تداخل‌ها نوعی توجه پایدار و یکی از کارکردهای بازداری رفتاری است و مشکل توجه کودکان مبتلا به این اختلال ناشی از تعامل بازداری رفتاری با کارکردهای اجرایی است (بارکلی ۱۹۹۷).

بازداری رفتاری در موقعیت‌هایی مورد نیاز است که یک عمل یا فکر در جریان، نیازمند توقف ناگهانی باشد و کودک بتواند اطلاعاتی را که نمی‌خواهد به آنها توجه کند نادیده بگیرد. بارکلی (۱۹۹۸) در نظریه‌ای که در مورد اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی کودکان ارائه داده است بیان می‌کند که این کودکان دارای نارسایی عمده در بازداری رفتار هستند که این نارسایی منجر به اختلال در کارکردهای اجرایی می‌شود به این صورت که این کودکان در مقایسه با همسالان بهنجار خود کمتر احتمال دارد که بتوانند مؤلفه‌های عاطفی پیام‌های محیطی را از مؤلفه‌های اطلاعاتی آن جدا کنند، در کنترل رفتار از بازنگری و آینده‌نگری استفاده کنند، از گفتار درونی برای هدایت رفتارشان استفاده کنند و جنبه‌های مختلف محیط را تجزیه و ترکیب کنند (نیکگ^۳ و همکاران، ۲۰۰۳). بیشتر پژوهشگران با هم توافق دارند که کارکردهای اجرایی، خود نظم‌بخش هستند (ویلکات^۴ و همکاران، ۲۰۰۵) و پاسخ‌های رفتاری شامل توانایی

5. Denckla

6. Kratochwill & Morris

7. Mirsky

8. Rapoport

1. McCloskey, Perkins & Divner

2. Sustained Attention

3. Nigg

4. Willcutt

اختلال ۵۵ درصد گزارش شده است (بیدرمن^۶ و همکاران، ۱۹۹۵؛ به نقل از بروک، جمرسون و هنسن، ۲۰۰۹) بنابراین تاریخچه خانوادگی این اختلال متغیر مهمی است که لازم است هنگام تشخیص در نظر گرفته شود.

بازداری (فتاری)

در موقعیت‌هایی مورد نیاز است که یک عمل یا فکر در جریان، نیازمند توقف ناگهانی باشد و کودک بتواند اطلاعاتی را که نمی‌خواهد به آنها توجه کند نادیده بگیرد

اخیراً مطالعات بارکلی (۲۰۰۶) روی دوقلوها نشان داده است که به طور متوسط سهم وراثت در بروز این اختلال ۸۰ تا ۹۰ درصد است و در مجموع مطالعات خانواده، دوقلوها و فرزندخوانده‌ها تأثیر عوامل ژنتیکی را در بروز این اختلال نشان می‌دهد هر چند این مطالعات کروموزم خاص و یا به طور دقیق‌تر ژن‌های خاصی را که مسئول این اختلال باشند؛ را شناسایی نکردند (مایک و فارون، ۲۰۰۸)، البته سبب‌شناسی این اختلال تنها به وراثت محدود نمی‌شود بلکه برخی از عوامل محیطی و تعامل عوامل ژنتیکی و محیطی نیز در بروز اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی مؤثرند (داس بنرجی، میدلتون^۷ و فارون، ۲۰۰۷).

عوامل محیطی

متغیرهای محیطی مؤثر در بروز اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی به دو دسته عوامل زیست‌شناختی و روان‌شناختی تقسیم می‌شوند و تغذیه و تماشای مفرط تلویزیون دو عامل محیطی دیگری هستند که در سبب‌شناسی این اختلال حمایت‌زیادی دریافت نکردند (داس بنرجی و

بی‌وقفه به دیگران، مشارکت در فعالیت‌ها و تفسیر نشانه‌های اجتماعی دیگران مشکل دارند؛ به طور ناگهانی وسط حرف دیگران می‌پرند، نمی‌توانند برای اینکه نوبت بازی به آنها برسد صبر کنند و ... وجود چنین کاستی‌ها و نارسایی‌های در مهارت‌های اجتماعی این کودکان موجب می‌شود که والدین، معلمان و همسالانشان از رفتارهای آنها اذیت شوند، آنها را غیر دوست‌داشتنی ارزیابی کنند و با رفتاری همراه با بی‌توجهی و یا طرد با آنها برخورد کنند (راپاپورت^۱، ۲۰۰۹).

چند نمونه از مهارت‌های اجتماعی ضروری از دیدگاه معلمان برای موفقیت تحصیلی دانش‌آموزان مبتلا به این اختلال عبارتند از کنترل خلق و خو در موقعیت‌های تعارضی با همسالان و بزرگسالان، پیروی از دستورات معلم، مشارکت در فرایند آموزش، انجام درست تکالیف درسی (لانه^۲ و همکاران، ۲۰۰۶)، پایان دادن به موقع به تکالیف درسی، تمیز نگه داشتن میز خود، توانایی معرفی خود به افراد جدید به شیوه‌ای مناسب (یبب-فرانکن برگر^۳، ۲۰۰۵).

سبب‌شناسی اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی

عوامل ژنتیکی

شواهد تجربی محکمی در تأیید این که ژنتیک در سبب‌شناسی اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی نقشی اساسی دارد وجود دارد؛ (مایک و فارون^۴، ۲۰۰۸؛ دالی^۵، ۲۰۰۶؛ مؤسسه ملی محافظت از سلامت، ۲۰۰۶؛ به نقل از بروک، جمرسون و هنسن، ۲۰۰۹). به طوری که بروز این اختلال در میان والدین و خواهر و برادران افراد مبتلا، ۲۵ تا ۲۶ درصد و بروز آن در کودکان والدین مبتلا به این

1. Rapoport
2. Lane
3. Beebe-Frankenberger
4. Mike & Faraone
5. Daley

6. Biederman
7. Das Banerjee, Middleton

داس بنرجی و همکاران (۲۰۰۷) بیان کردند که در بیشتر کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی نشانه‌های اختلال با مصرف برخی از مواد غذایی مثل مواد قندی و خوراکی‌هایی که افزودنی (مواد نگهدارنده) دارند تشدید می‌شود، به همین دلیل اعضای مؤسسه ملی محافظت از سلامت آمریکا به این نتیجه رسیدند که بهتر است مصرف برخی از غذاهایی که در این کودکان حساسیت ایجاد می‌کند، محدود شود (مؤسسه ملی محافظت از سلامت، ۲۰۰۶؛ به نقل از بروک، جمرسون و هنسن، ۲۰۰۹) اما بروک و همکاران (۲۰۰۹) نشان دادند که ایجاد این محدودیت تنها به حدود ۵ درصد این کودکان کمک می‌کند.

ارتباط بین تماشای تلویزیون در سنین اولیه (۱ تا ۳ سالگی) و بروز مشکلات بعدی در توجه (در سن ۷ سالگی) به عنوان عاملی در سبب‌شناسی اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی توسط کریستاتیک^۳ و همکارانش (۲۰۰۴) گزارش شد اما پژوهش‌های بعدی وجود این ارتباط را تأیید نکردند (داس بنرجی و همکاران، ۲۰۰۷).

عوامل عصب‌زیست‌شناختی

پژوهشگران عصب‌شناختی بیان می‌کنند که ویژگی‌های اصلی این اختلال یعنی نارسایی توجه، بیش‌فعالی و تکانشگری حاصل نارسایی در ساختارهای مغزی مرتبط با توجه، عملکرد اجرایی و تمرکز حواس است (بارکلی، ۲۰۰۶). این اختلال با اختلال در کارکرد مکانیزم‌های عصبی مهار خود در قطعه پیشانی (کلینگ^۴ و همکاران، ۲۰۰۸) و با مشکلاتی در برخی از انتقال‌دهنده‌های عصبی به خصوص دوپامین^۵ و نوراپی‌نفرین^۶ مرتبط است

همکاران، ۲۰۰۷؛ بیدرمن و فارون، ۲۰۰۲).

عوامل آسیب‌زای قبل، حین و پس از تولد یکی از عوامل زیست‌شناختی خطرناک مرتبط با اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی است مثلاً نوزادانی که زودتر از ۲۷ هفته به دنیا می‌آیند مشکلات بیشتری در زمینه توجه دارند؛ قرار گرفتن در معرض مواد سمی مثل سرب، جیوه، منگنز، دود سیگار، تنباکو و الکل (داس بنرجی و همکاران، ۲۰۰۷) نیز در بروز این اختلال مؤثر است البته بیشتر افراد مبتلا به این اختلال هیچ‌گاه در معرض مواد سمی قرار نگرفته‌اند. بارکلی (۲۰۰۶) با مروری بر پژوهش‌های قبلی نشان می‌دهد که قرار گرفتن در معرض این مواد کمتر از ۴ درصد از واریانس نشانه‌های این اختلال را تبیین می‌کند.

در سال‌های ۱۸-۱۹۱۷ تصور می‌شد که برخی از کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی متحمل آسیب مغزی جزئی شده‌اند. بارکلی (۲۰۰۶) گزارش کرد که کمتر از ۵ درصد این افراد آسیب مغزی داشته‌اند، با این حال آسیب مغزی و ضربه به سر در دوران کودکی با این اختلال ارتباط مثبتی دارد و هر چه شدت ضربه بیشتر باشد این ارتباط قوی‌تر است (مکس^۱ و همکاران، ۲۰۰۲). همچنین مدت زایمان و زایمان سخت؛ مسمومیت مادر در دوران بارداری؛ ضعف سلامتی و تنیدگی‌های مادر در دوران بارداری؛ تشنج و پایین بودن سن مادر در دوران بارداری نیز از دیگر عوامل زیستی مرتبط با بروز این اختلال است (بارکلی، ۲۰۰۶)

عوامل روان‌شناختی مثل تجربه تنیدگی‌های شدید توسط خانواده، طبقه اجتماعی پایین خانواده، والدین مجرم و بیماری روانی والدین بیشتر از اینکه عامل اصلی زیربنایی این اختلال باشد؛ در ظهور نشانه‌های آن مؤثر است (راتر^۲ و همکاران، ۱۹۷۵).

3. Christakis

4. Kieling

5. Dopamine

6. Norepinephrine

1. Max

2. Rutter

(بارکلی، ۲۰۰۶).

مثل فعالیت حرکتی مفرط و نارسایی توجه و ناتوانی در اتمام تکالیف کلاسی را تشخیص دهد و سایر کارکنان مدرسه را نیز با این نشانه‌ها آشنا کند، خوب بشنود و نگرانی‌های مراقبان را که ممکن است نشانه‌ای از احتمال وجود اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی باشد را درک کند البته عدم وجود چنین نگرانی‌هایی از سوی والدین و معلمان لزوماً به معنای عدم وجود اختلال نیست بنابراین لازم است که روان‌شناسان مدرسه بدانند که سؤالات خود را به چه نحوی از مراقبان پرسند که شناسایی نشانه‌های همسان با این اختلال را تسهیل کند (ملینا^۱ و همکاران، ۲۰۰۱؛ به نقل از بروک، جمرسون و هنسن، ۲۰۰۹).

پژوهشگران عصب‌شنافتی بیان می‌کنند که ویژگی‌های اصلی این اختلال یعنی نارسایی توجه، بیش‌فعالی و تک‌انگیزی حاصل نارسایی در سافت‌های مغزی مرتبط با توجه، عملکرد اجرایی و تمرکز مواس است

پس از آن که نشانه‌های نگران‌کننده توسط کارکنان مدرسه مشخص شدند گام بعدی غربالگری است، یکی از شیوه‌های متداول غربالگری، استفاده از پرسشنامه‌هایی مانند مقیاس غربالگری نظام‌دار برای اختلالات رفتاری (والکر و سورسون^۲، ۱۹۹۲) و مقیاس غربالگری مشکلات رفتاری اوایل کودکی (اپستین و نلسون^۳، ۲۰۰۶) است. از میان تمامی مفروضات مرتبط با نتایج غربالگری، در نظر گرفتن سن کودک برای فهم معنای ضمنی رفتار اهمیت ویژه دارد (بروک، جمرسون و هنسن، ۲۰۰۹). پس از ارزیابی جامع و غربالگری با استفاده از فنون تشخیصی مثل آزمون‌های روان‌شناختی، مصاحبه، مقیاس‌های درجه‌بندی و مشاهده رفتار می‌توان به

تصاویری که با استفاده از تصویربرداری ساختاری و کنشی مغز و توموگرافی نشر پوزیترون از مغز گرفته شده است نشان داده‌اند که حجم مغز کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی در مقایسه با همسالان بهنجارشان ۳ تا ۸ درصد کوچکتر است و قطعه پیش‌پیشانی (که مسئول عملکردهای اجرایی است) این کودکان کوچکتر از افراد عادی است، همچنین کاهش در اندازه مغز در نواحی پشتی و جانبی قشر پیش‌پیشانی دلالت بر وجود آسیب‌های فیزیولوژیکی در این کودکان دارد و در مخچه (عضوی که علاوه بر نقشی که در هماهنگی فعالیت‌های حرکتی دارد از طریق ارتباطش با نواحی پیشانی مسئول جابه‌جایی توجه و تنظیم وقت نیز می‌باشد) این کودکان نیز نابه‌جاری‌هایی مشاهده شده است (کیلینگ و همکاران، ۲۰۰۸).

ارزیابی و تشخیص اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی

با وجود ملاک‌های نسبتاً واضح تشخیصی (انجمن روان‌پزشکی آمریکا)، همچنان تشخیص اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی مسئله پیچیده‌ای است بنابراین ضروری است که همه روان‌شناسان مدرسه با ارزیابی‌های آموزشی-روانی، موردیابی و غربالگری که پیش‌نیاز تشخیص این اختلال هستند، آشنا شوند تا بتوانند در تعیین این که آیا دانش‌آموز خاصی به خدمات آموزش ویژه نیازمند است یا نه، کمک کنند (بروک، جمرسون و هنسن، ۲۰۰۹).

موردیابی با تشخیص متفاوت است و به زیر نظر گرفتن روزانه همه دانش‌آموزان برای شناسایی الگوهای رشدی نابه‌نجار و نشانه‌های نگران‌کننده اشاره دارد و شامل نگاه کردن، گوش دادن و پرسیدن است که عمدتاً توسط روان‌شناس مدرسه صورت می‌گیرد. روان‌شناس مدرسه باید بتواند عوامل خطر ساز و نشانه‌های نگران‌کننده

1. Mellina
2. Walker & Severson
3. Eptein & Nelson

مناسب‌تر در این کودکان کمک می‌کند (ونس^۴ و همکاران، ۲۰۰۷) اما استفاده از داروها نمی‌تواند همواره مفید باشد زیرا این روش درمانی برای همه کودکان اثربخش نیست (پلهام^۵ و همکاران، ۱۹۹۸؛ به نقل از اسپچیت نیون، اندرسون و گادبر^۶، ۲۰۰۲) و مصرف این داروها اثرات جانبی به همراه دارد و تأثیر آن کوتاه‌مدت است (دپائول، بارکلی و مک‌موری^۷، ۱۹۹۱) همچنین مصرف دارو به تنهایی به ندرت می‌تواند نیازهای درمانی این کودکان را برآورده کند بنابراین لازم است درمان‌های دارویی با مداخلات روان‌شناختی همراه شوند (داگرا و ویراراگان^۸، ۱۹۹۴؛ به نقل از اسپچیت نیون، اندرسون و گادبر، ۲۰۰۲).

مداخلات روان‌شناختی

در درمان کودک مبتلا به اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی مداخلات دارویی با مصرف کم دارو با مداخلات رفتاری ترکیب شوند اثرات مشابهی با استفاده زیاد از داروها به تنهایی دارد (فابیانو^۹ و همکاران، ۲۰۰۷). آموزش رفتاری والدین و مداخلات رفتاری مدرسه، دو راهبرد درمانی غیر دارویی هستند که از پشتوانه تجربی محکمی برخوردارند و به افزایش خودنظارتی کودک کمک می‌کنند؛ هنگامی که شدت نابهنجاری‌های رفتاری کودک خفیف باشد و یا والدین مخالف استفاده از درمان‌های دارویی باشند مداخلات روان‌شناختی به خصوص درمان‌های رفتاری به عنوان اولین مداخله در نظر گرفته می‌شوند (راجی و کرونیك^{۱۰}، ۲۰۰۶)

تشخیص این اختلال پرداخت. همچنین در تشخیص این اختلال، تشخیص افتراقی نیز اهمیتی ویژه دارد زیرا اختلالاتی نظیر اختلال سلوک، اضطراب، افسردگی، شیدایی و اختلالات یادگیری و ... با این اختلال همبود هستند (کاپلان و سادوک، ۲۰۰۳؛ ترجمه پورافکاری، ۱۳۸۵).

درمان اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی

از آنجایی که تعداد زیادی از کودکان و نوجوانان به این اختلال مبتلا هستند حجم وسیعی از مطالعات مربوط به این اختلال به مسئله مداخله و درمان اختصاص یافته است تا با به کارگیری روش‌های مداخله‌ای مؤثر، از پیشروی این اختلال جلوگیری شود اما با این وجود، مطالعاتی که در زمینه سبب‌شناسی این اختلال انجام شده است به نتایج قطعی نرسیده‌اند که بر اساس علت این اختلال بتوان راهبرد درمانی مناسب را صورت‌بندی کرد. با این حال در ادامه به تعدادی از راهبردهای درمانی مؤثر در این زمینه اشاره می‌شود.

درمان دارویی

پژوهش‌های مختلف استفاده از دارو را در کاهش نشانه‌های اصلی اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی مؤثر دانسته‌اند بونتسرا^۱ و همکاران، ۲۰۰۵). شایع‌ترین درمان دارویی این اختلال استفاده از داروهای محرک سیستم عصبی مرکزی است و از بین داروهای محرک متیل‌فنیدات^۲ (ریتالین^۳) بیشتر مورد استفاده قرار می‌گیرد، ریتالین موجب کاهش مشکلات تحصیلی و اجتماعی دانش‌آموز می‌شود، به افزایش کیفیت زندگی کودکان و خانواده‌هایشان، بهبود هیجانات و بروز رفتارهای

4. Vance
5. Pelham
6. Schmidt Neven, Anderson & Godber
7. McMurray
8. Dogra & Veeraraghavan
9. Fabiano
10. Raggi & Chronic

1. Boonstra
2. Methylphenidate
3. Ritalin

مداخلات رفتاری مدرسه بیشتر بر استفاده از تقویت ژتونی، جریمه (زنتال، ۲۰۰۵)، ارائه بازخورد برای رفتار کودک توسط معلم و خودنظارتی (رید، تروت و اسکارتر^۴، ۲۰۰۵) تأکید می‌کنند زیرا برنامه‌های تقویت ژتونی (ارائه تقویت‌های فوری و ژتون مشروط به ظهور رفتار مناسب) در کاهش رفتارهای نابهنجار و وقفه در تکلیف و افزایش درگیری در تکلیف نقش مؤثری دارند و جریمه (حذف تقویت ژتونی در برابر رفتار نامناسب) تمرکز روی تکالیف را افزایش می‌دهد (بروک، جمرسون و هنسن، ۲۰۰۹). بازی درمانی نیز با فراهم کردن زمینه‌ای برای تخلیه انرژی دانش‌آموزان به کاهش تکانش‌وری و بیش‌فعالی این دانش‌آموزان و بهبود سطح عملکردشان کمک می‌کند (ری^۵ و همکاران، ۲۰۰۱).

استفاده از کارت گزارش روزانه^۶ که در ابتدا به صورت روزانه و سپس هفتگی و ماهانه است شکل دیگری از مداخلات روان‌شناختی است که به طور گسترده‌ای مورد استفاده قرار می‌گیرد، در این روش معلم روی یک کارت، در مورد اهداف رفتاری و تحصیلی مشخص شده در فواصل زمانی از قبل تعیین شده، گزارش می‌دهد و دانش‌آموز هر روز کارت گزارش معلم را به خانه می‌برد و والدین بر اساس گزارش معلم در مورد عملکردش، پاداش‌های از قبل تعیین شده‌ای را به او می‌دهند (بروک، جمرسون و هنسن، ۲۰۰۹).

والدین و معلمان باید در زمینه آموزش مهارت‌های اجتماعی مناسب به دانش‌آموزان مبتلا به این اختلال بسیار صبور باشند زیرا یادگیری این مهارت‌ها توسط این دانش‌آموزان فرایندی طولانی است و باید زنجیره‌ای از مهارت‌های اجتماعی که لازمه برقراری تعاملات مثبت با دیگران است مثل تماس چشمی، احترام به دیگران و

در برنامه‌های مربوط به آموزش والدین^۱ مهارت‌هایی برای دادن تقویت مثبت، طراحی قوانین و مقررات برای نحوه رفتار کردن در خانه، استفاده از روش‌های تنبیه مناسب (جریمه و محروم کردن) و ... به والدین آموزش داده می‌شود. مطالعات نشان داده است که آموزش والدین در کاهش نشانه‌های بی‌توجهی و بیش‌فعالی نقش به‌سزایی دارد (سونوگا-بارک^۲ و همکاران، ۲۰۰۱).

مداخلات مدرسه‌محور شامل مداخلات تحصیلی و مداخلات رفتاری مرتبط است؛ در مداخلات تحصیلی تلاش می‌شود مدت (فیفندر^۳ و بارکلی، ۱۹۹۸؛ به نقل از بروک، جمرسون و هنسن، ۲۰۰۹) و دشواری تکالیفی (زنتال، ۲۰۰۵) که به دانش‌آموزان مبتلا به این اختلال داده می‌شود با دامنه توجه و سطح توانایی‌شان منطبق باشد تا کمتر ناکام شوند و احساس خودکارآمدی و عزت‌نفس‌شان افزایش یابد. همچنین مشخص شده است چنانچه آموزش توسط همسالانی که وضعیت تحصیلی و مهارت‌های رفتاری بهتری در مقایسه با دانش‌آموز مبتلا به این اختلال دارند، صورت گیرد دستیابی به اهداف تحصیلی و رفتاری تسهیل می‌یابد (دوپائول و همکاران، ۱۹۹۱). از آنجایی که افزایش سطح تازگی یک تکلیف، موجب افزایش توجه و کاهش بیش‌فعالی این دانش‌آموزان می‌شود معلمان می‌توانند مواد درسی را با استفاده از کاغذهای رنگی روشن، انیمیشن و حتی تغییر آهنگ و تکیه صدا ارائه دهند، همچنین معلمان می‌توانند با استفاده از آموزش مهارت‌های خودنظارتی (خودپایشی) با استفاده از نشانه‌های دیداری، زمینه مرور قواعد کلاس و مدرسه، توجه انتخابی و پایدار دانش‌آموزان را فراهم سازند و به کاهش نشانه‌های تکانشگری کمک نمایند (زنتال، ۲۰۰۵).

4. Reid, Trout & Schartz

5. Rey

6. Diary Report Card (DRC)

1. Parent Training (PT)

2. Sonuga-Barke

3. Pffiffer

برمی‌گردد و آگاهی علمی در مورد این اختلال بر نحوه تفسیر والدین و معلمان از رفتار دانش‌آموز و نهایتاً نحوه برخورد و رفتارشان با این دانش‌آموزان تأثیر می‌گذارد.

سبب‌شناسی اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی پیچیده است و تاکنون فهم دقیقی از آنچه که موجب این اختلال می‌شود؛ به دست نیامده است البته با توجه به اطلاعات فعلی می‌توان گفت که اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی یک اختلال ارثی زیست‌عصب‌شناختی است و طبق یافته‌های بسیاری از پژوهش‌های انجام شده (از جمله مایک و فارون، ۲۰۰۸؛ دالی، ۲۰۰۶؛ مؤسسه ملی سلامت روان، ۲۰۰۶؛ به نقل از بروک، جمرسون و هنسن، ۲۰۰۹) عوامل ژنتیکی و زیست‌شناختی، نقش اولیه‌ای در سبب‌شناسی این اختلال دارند و در طی دوره‌های رشد متغیرهای محیطی و فردی متعددی ممکن است ظهور و مزمن شدن علائم را تحت تأثیر قرار دهد. بنابراین والدین و معلمان نباید کودک را مقصر به حساب بیاورند زیرا در بسیاری از مواقع رفتار کودک به دلیل شرایط محیطی و موقعیتی است که در آن قرار گرفته است مثلاً اگر از دیدگاه سیستمی به خانواده نگاه کنیم مشخص می‌شود که رفتارهای بیش‌فعالی و نارسایی توجه در این کودکان ممکن است نتیجه کارکرد خانواده باشد و باید معنای رفتار کودک را در بافت خانواده بررسی کنیم.

در سبب‌شناسی اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی از عواملی مانند تغذیه، سبک‌های فرزندپروری، تعاملات والدین و تماشای بیش از حد تلویزیون نیز یاد شده است (کریستاتیک و همکارانش ۲۰۰۴؛ راتر و همکاران، ۱۹۷۵؛ مؤسسه ملی محافظت از سلامت، ۲۰۰۶؛ به نقل از بروک، جمرسون و هنسن، ۲۰۰۹) اما دقیقاً مشخص نیست که نقش این عوامل در تشدید یا تخفیف این اختلال چقدر است بنابراین پیشنهاد می‌شود رابطه این عوامل با این اختلال بیشتر بررسی شود تا مشخص شود که چه سهمی در پیش‌آگهی و سیر این اختلال دارند.

شروع مکالمه و سایر مهارت‌های اجتماعی مورد نیاز با استفاده از تقویت و تحسین، تمرین، بازی نقش و ... به این دانش‌آموزان آموخته شود (راپاپورت، ۲۰۰۹).

تعدادی از مطالعات نشان داده‌اند که به کارگیری ترکیبی از درمان‌های گفته شده، کارایی بیشتری از دارودرمانی یا رفتاردرمانی به تنهایی دارد (ولز^۱ و همکاران، ۲۰۰۰).

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج پژوهش‌هایی که در زمینه اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی انجام شده است و به بخشی از آنها در مقاله حاضر اشاره شد؛ نشان می‌دهد که بسیاری از ویژگی‌های رفتاری دانش‌آموز مبتلا به این اختلال که در مدرسه بروز می‌یابد مانند عملکرد تحصیلی ضعیف، حواس‌پرتی، درگیری با همکلاسی‌ها، بی‌توجهی به تکالیف و قواعد مدرسه و صحبت‌های معلم؛ زمینه آسفتگی در روابط بین فردی را فراهم کرده و واکنش منفی اولیا مدرسه را تشدید می‌کند و رفتارهای این دانش‌آموزان موجب نگرش منفی همسالان و بزرگسالان نسبت به آن‌ها، طرد شدن از سوی همسالان و ایجاد درگیری و نابسامانی در محیط مدرسه و خانواده می‌شود.

نابهنجاری‌های رفتاری این دانش‌آموزان حتی می‌تواند موجب قطع ارتباط خانواده آنها با آشنایان، دوستان و بستگان شود زیرا در بسیاری از مواقع اعضای خانواده از رفتارهای نامناسب فرزندشان شرم‌منده، خسته و مستاصل شده و منزوی می‌شوند. اما چنانچه والدین و اولیا مدرسه با عوامل ایجادکننده، تشدیدگر (سبب‌شناسی) و راهبردهای تشخیصی و درمانی این اختلال آشنا باشند از این واماندگی‌ها کاسته می‌شود زیرا بسیاری از این تجربیات ناخوشایند به عدم آشنایی علمی با این اختلال

1. Wells

خطری که در زمینه تشخیص این اختلال وجود دارد این است که گاهی اوقات دامنه وسیعی از رفتارهایی که به علل متعددی ایجاد می‌شوند به اشتباه به عنوان اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی تشخیص داده می‌شوند بنابراین متخصصان مدرسه باید در تشخیص، دقیق باشند و زمینه خانوادگی و سایر ملاک‌های تشخیصی را به دقت در نظر بگیرند و ارزیابی بالینی این اختلال باید جامع و چند بعدی باشد و اختلالات همبند و تأثیر این اختلال بر کارکردهای دانش آموز در خانواده، مدرسه و اجتماع را مد نظر قرار دهد تا تصمیمات شایسته‌ای برای آموزش مناسب و مکفی دانش آموزان گرفته شود. پس از اینکه مهم‌ترین جنبه درمان موفق یعنی ارزیابی جامع و تشخیص دقیق صورت گرفت و اختلالات همبند در نظر گرفته شدند نوبت به مداخله و درمان می‌رسد مداخلات زود هنگام می‌تواند بسیار مفید باشد زیرا قبل از اینکه نگرش‌ها شکل بگیرد و دانش آموز آنقدر شکست بخورد که به درمان‌دگی برسد به او کمک می‌کند که رفتارش را بهبود بخشد، اغلب درمان مؤثر درمان چندوجهی است اما به طور کلی انتخاب نوع درمان تحت تأثیر عواملی مثل شدت اختلال، اختلالات همراه و نگرش راجع به مصرف دارو و ... قرار دارد و آنچه مهم است این است که برنامه درمانی جامع که پرورش و یادگیری دانش آموز را تسهیل می‌کند برنامه‌ای است که دانش آموز مبتلا، والدین، معلمان، روان‌شناسان مدرسه، پزشکان و متخصصان در اجرای آن با هم مشارکت و همکاری مؤثر داشته باشند.

به دلیل این که دانش‌آموزان بخش اعظمی از اوقات خود را در مدرسه می‌گذرانند بسیاری از نابهنجاری‌های رفتاری دانش‌آموز مبتلا به اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی توسط معلمان، کارکنان و مسئولان مدرسه قابل مشاهده است بنابراین نقش روان‌شناس مدرسه در آگاه کردن سایر کارکنان مدرسه نسبت به عوامل خطر ساز و نشانه‌های نگران‌کننده اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی اهمیتی بسیار دارد و از طرفی دیگر اگر به سنین مدرسه به عنوان سنین حساس یادگیری برخی از مهارت‌ها بنگریم اهمیت آشنایی کارکنان مدرسه با مشکلات رفتاری دانش‌آموزان دو چندان می‌شود.

با توجه به اهمیت آشنایی کارکنان مدرسه با نابهنجاری‌های رفتاری دانش‌آموزان انتظار می‌رود که روان‌شناس مدرسه با انواع اختلالات مطرح شده در راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی از جمله اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی آشنایی کافی داشته باشد، اعضا و کارکنان آموزشی و معلمان را با تشخیص‌ها آشنا کند و وسیله‌ای در جهت غربال فعالیت کودکان در مدارس باشد به طوری که رفتارهای خاص دانش‌آموز را بر حسب انحراف از مسیر رشد بهنجار ارزیابی کند و اگر اطلاعات به دست آمده با استفاده از روش‌های غربالگری شامل گرفتن اطلاعات والدین و معلمان و مشاهدات مستقیم حاکی از وجود علایم اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی بود دانش‌آموز را برای ارزیابی رسمی و تشخیص دقیق به متخصص ارجاع دهد.

منابع

کاپلان، هارلود ای و سادوک، بنیامین جی. (۲۰۰۳). خلاصه روان‌پزشکی جلد سوم. پورافکاری، نصرت‌اله. (مترجم، ۱۳۸۵). تهران: انتشارات شهرآب.

Barkley, R. A. (1997). Behavioral inhibition, Sustained attention and executive functions: Constructing a factor analysis of the ADHD-SRS. *Journal of Psychoeducational Assessment*, 18, 4, 361-373.

Barkley, R. A. (2006). *Attention deficit/ hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment* (3rd ed.). New York: Gilford Press.

Bebko, T. M., Konstantareas, M. M., & Springer, J. (1987). Parent and professional evaluations of family stress

- associated with characteristics of autism. *Journal Autism Development disorder*, 17, 4, 565-576.
- Beebe-Frankenberger, M., Lane, K. L., Bcian, K. M., Gresham, F., & Mcmillan, D. (2005). Students with or at risk for problem behavior: Betwixt and between teachers and parents expectations. *Preventing School Failure*, 49, 2, 10-17.
- Biederman, J., & Faraone, S. V. (2002). Current concepts on the neurology of attention deficit/ hyperactivity disorder. *Journal of Attention Disorder*, 6, 1, 7-16.
- Boonstra, A., Kooij, J., Osterlaan, J., Sergeant, J. A., Buitelaar, J. K. (2005). Dose methylphenidate improve inhibition and other cognitive abilities in adults with childhood onest ADHD? *Journal of Clinical and Exceptional Neurobiology*, 27, 278-298.
- Brock, S. E., Jemerson, S. R., & Hansen, R. L. (2009). *Developmental psychopathological at school: Identifying, assessing and treating ADHD at school*, Springer.
- Callan, W. G., & Henessy, G. F. (1989). Strategies for coping with infertility. *Behavioral Journal Medical Psychological*, 62, 353-354.
- Carr, A. (1999). *The handbook of child and adolescent clinical psychology. A contextual approach*. London: Rutledge.
- Christakis, D. A., Zimmerman, F. j., DiGiuseppe, D. L., & McCarty, C. A. (2004). Early television exposure and subsequent intentional problems in children. *Pediatrics*, 113, 708-713.
- Daley, D. (2006). Attention- deficit/hyperactivity disorder: A review of the essential facts. *Child: Care, Health & Development*, 32, 193-204.
- Das Banerjee, T. D., Middleton, F., & Faraeno, S. V. (2007). Environmental risk for attention deficit hyperactivity disorder. *Acta Paediatrica*, 96, 1269-1274.
- Davids, E., & Gastpar, M. (2005). Attention deficit hyperactivity disorder and borderline personality disorder. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*, 29, 865-877.
- Demaray, M. K., Elting, J., & Schaefer, K. (2003). Assessment of attention deficit/ hyperactivity disorder (ADHD): A comparative evaluation of five, commonly used, published rating scales. *Psychology in the School*, 40, 341-361.
- Denckla, M. B. (2003). ADHD: topic update. *Brain and Development*, 25, 6, 383-389.
- Dupaul, G., & Power, T. J. (2008). Improving school outcomes for students with ADHD: Using the right sterategies in the context of the right relationship. *Journal of Attention Disorder*, 11, 519-521.
- Dupaul, G., Barkley, R. A., McMurray, M. B. (1991). Implications for school psychologist. *School Psychology Review*, 20, 203-219.
- Fabiano, G. A., Pelham, W. E., Gangy, E. M., Borrows-McLean, L., Coles, E. A., Chaco, A., & et al. (2007). The single and combined effects of multiples intensities of behavior modification and methylphenidate for children with Attention Deficit/ Hyperactivity Disorder in a classroom setting. *School Psychology Review*, 36, 195-216.
- Findling, F. (2008). Evaluation of the Treatment of Attention Deficit/ Hyperactivity Disorder in Children: A Review. *Clinical Therapeutics*, 30, 50.
- Fletcher – Janzen , E., & Rynolds, D. (2003). *Childhood disorders: diagnostic desk reference*. Canada: John Wiley & Sons, Inc.
- Gaub, M. G., & Carlson, C. L. (2005). Behavioral characteristic of DSM-IV-III-TR sub type in a school based population. *Journal of abnormal child psychology*, 25, 103-111.
- Kieling, C., Goncalves, R. R. F., Tannok, R., & Castellanos, F. X. (2008). Neurobiology of attention-deficit hyperactivity disorder. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 17, 285-307.
- Koonce, D. A. (2007). Attention deficit hyperactivity disorder assessment practice by practicing school psychologist: A national survey. *Journal of Psychoeducational Assessment*, 25, 319-333.
- Kratochwill, T. R., & Morris, R. J. (1992). *The practice of child therapy*. New York press.
- Lane, K. L., Wehby, J. H., & Cooley, C. (2006). Teachers expectations of students classroom behavior across the grade span: Witch social skills are necessary for success. *Exceptional Children*, 72, 2, 153-167.
- Max, J. E., Fox, P. T., Lancaster, J. L., kochunov, P., Mathews, K., Manes, F. F. (2002). Putamen lesions and the development of attention-deficit hyperactivity disorder symptomatology. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41, 563-571.
- McCloskey, G., Perkins, L., & Divner, B. (2009). *Assessment and intervention for executive function difficulties*. New York Press.
- Mike, E., & Faraone, S. V. (2008). Genetics of attention-deficit hyperactivity disorder. *Child and Adolescent Psychiatric Clinic of North America*, 17, 261-284.
- Mirsky, A. F. (1996). Disorders of attention: A neuropsychological perspective. In R. G. Lyon & N. A. Krasnegor (Eds.). Baltimore, MD: Brooks Publishing Company. 71-95.
- Nigg, J. T., Blaskey, L. G., Huang-Pollock, C. L., & Rappley, M. D. (2002). Neuropsychological executive function and DSM-IV subtypes. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41, 59-66.
- Raggi, V. L., & Chronic, A. M. (2006). *Intervention to address academic impairment of children and adolescents with*

- ADHD. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 9, 85-111.
- Rapoport, E. M. (2009). *ADHD and social skills: A Step by Step Guide for Teachers and Parents*. Rowman & Littlefield Education.
- Reid, R., Trout, A. L., & Schartz, M. (2005). Self-regulation intervention for children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Council for Exceptional Children*, 71, 361-377.
- Rey, D., Bratton, S., Rhine, T., & Jones, L. (2001). The effectiveness of play therapy: responding to the critics. *International Journal of play therapy*, 10, 85-108.
- Rutter, M., Cox, A., Tupling, C., Berger, M., & Yule, W. (1975). Attainment and adjustment in two geographical areas, the prevalence of psychiatry disorder. *British Journal of Psychiatry*, 125, 493-509.
- Schmit Neven, R., Anderson, R., & Godber, Tim. (2002). *Rethinking ADHD integrated approaches to helping children at home and at school*. Published by Allen & Unwin.
- Sciutto, M. J., Eisenberg, M. (2008). Evaluation the evidence for and against the over diagnosis of ADHD. *Journal of Attention Disorder*, 11, 106-113.
- Sonuga-Barke, E. J. S., Daley, D., Thampson, M., Lover-Bradbury, C., & Weeks, A. (2001). Parent-based therapies for preschool attention-deficit/hyperactivity disorder: A randomized, controlled trail with a community sample. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40, 4, 402-408.
- Steele, M. (2004). Making the Case for Early Identification and Intervention for Young Children at Risk for Learning Disabilities. *Child Educational Journal*, 32, 2, 75-79.
- Vance, A., Silk, T. J., Casey, M., Rinehart, N. J., Bradshaw, J. L., Bellgrove, M. A., & et al (2007). Right parietal dysfunction in children with attention-deficit/ hyperactivity disorder, combind type: a functional MRI study. *Mol psychiatry*, 12, 826-832.
- Visser, S. N., & Lesence, C. A. (2005). Mental health in the United States: Prevalence of diagnosis and medications treatment for Attention-deficit/ hyperactivity disorder, 54, 34, 842-847.
- Warner-Rogers, J., Taylor, A., Taylor, E., & Sundberg, S. (2000). Inattentive behavior in childhood: Epidemiology and implications for development. *Journal of Learning Disabilities*, 33, 520-536.
- Wells, K. C., Pelham, W. E., Kotkin, R. A., Hoza, B., Abikoff, H. B., Abramovitz, & et al (2000). Psychosocial treatments strategies in the MTA study: Rationale, Methods, and critical issues in design and implementation. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 28, 6, 483-505.
- Willcutt, E. G., Doyle, A. E., Nigg, J. T., Faranoe, S. V., & Penington, B. F. (2005). Validity of executive function theory of attention-deficit/ hyperactivity disorder: A meta-analytic review. *Biological psychiatry*, 58, 11, 1336-1346.
- Zentall, S. S. (2005). Theory and evidence based strategies for children with attentional problems. *Psychology at Schools*, 42, 821-836.
- Zentall, S. S., Smith, Y. N., Lee, Y. B., & Weikzorek, C. (1994). Mathematical outcomes of attention-deficit hyperactivity disorder. *Journal of Learning Disabilities*, 27, 510-519.