

# اختلال کمبود توجه و بیش‌فعالی را بیش‌سیم

یکی از رایج‌ترین اختلالات دوران کودکی، اختلال کمبود توجه - بیش‌فعالی<sup>۱</sup> است که در اغلب موارد، تا دوران بزرگ‌سالی نیز ادامه پیدا می‌کند. کودکان مبتلا به این اختلال بدون این که فکر کنند، مدام به اطراف حرکت می‌کنند. آن‌ها ممکن است خواست‌ها و انتظارات اطرافیان را درک نکنند، ولی به دلیل این که قادر به توجه کافی نیستند و نمی‌توانند مدتی آرام بنشینند و تمرکز کنند، توانایی پیروی کردن از دستورهای آنان را ندارند.

## نشانه‌های کمبود توجه - بیش‌فعالی در کودکان

کودکان به لحاظ فعالیت‌های حرکتی بسیار متفاوت‌اند. آن‌ها تمام مدت روز در حال فعالیت و جنب و جوش‌اند (به خصوص زمانی که مضطرب و هیجان زده می‌شوند)، اما تفاوت آن‌ها با کودکانی که مبتلا به اختلال کمبود توجه - بیش‌فعالی‌اند، در نشانه‌هایی است که در این کودکان به صورت پایدار و همیشگی و در تمام طول روز، در خانه، مدرسه، اجتماع و در جمع دوستان و همسالان‌شان مشاهده می‌شود. این علائم از سه جنبه مورد بررسی قرار می‌گیرند:

ماندانا سلحشور

کارشناس روان‌شناسی بالینی

## الف) کمبود توجه (DEFICIT)

### (ATTENTION)

● عدم توانایی در تمرکز و توجه کافی هنگام انجام کارها و فعالیت‌های روزانه (مثل: انجام تکالیف درسی و وظایف خانگی).  
● احتمال ابتلا به مشکلات شنوایی.

● بی‌توجهی به سخنان سایرین.  
● ناتوانی در پیروی از فرمان‌ها و دستورالعمل‌ها.

● ناتوانی در طبقه‌بندی و سازمان‌دادن امور.

● عدم تمایل به انجام کارهایی که نیازمند فعالیت فکری و تمرکزند.

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی  
پرتال جامع علوم انسانی



- گم کردن مداوم اشیاء، اسباب بازی‌ها و وسایل مدرسه.
  - فراموشی در انجام فعالیت‌های روزانه.
  - حواس پرتی.
  - داشتن رفتارهای تکانشی.
  - ناتمام گذاشتن کارها.
- پ) نوع ترکیبی (کمبود توجه - بیش‌فعالی)**
- داشتن علائم کمبود توجه و بیش‌فعالی به طور هم‌زمان.
- در نظر داشته باشید که کودکان مبتلا به اختلال کمبود توجه - بیش‌فعالی به طور غیر عمدی و کاملاً ناخودآگاه این علائم را از خود نشان می‌دهند و هیچ‌گونه کنترلی بر رفتار و اعمال خود ندارند.

**تشخیص اختلال کمبود توجه - بیش‌فعالی**

علائم فوق‌مخصوص کودکان ۱۱-۷ سال است و معمولاً کودکان کوچک‌تر علائمی بیش‌تر از کودکان بزرگ‌تر از خود نشان می‌دهند. میزان شیوع این اختلال در بین پسرها و دخترها ۶ به ۱ است. هم‌چنین، دخترها نسبت به پسرها علائم افسردگی، انزوای اجتماعی، اضطراب و پریشانی بیش‌تری از خود نشان می‌دهند. (بارکلی، ۱۹۹۶)

گروهی از روان‌شناسان و متخصصان علوم رفتاری، این کودکان را به دو گروه تقسیم کرده‌اند:

الف) گروهی که دارای رفتارهای پرخاشگرانه و تکانشی‌اند.

- ب) بیش‌فعالی (HYPERACTIVITY)**
- ناتوانی در آرام نشستن.
  - دویدن، پریدن، جهیدن و بالا رفتن‌های بیش‌از اندازه از میز و صندلی‌های اتاق.
  - ناتوانی در انجام بازی‌های ملایم و آرام.
  - پرچنب و جوشی زیاد هنگام انجام کارها.
  - تند صحبت کردن و قطع کردن سخنان دیگران.
  - شتاب در پاسخ دادن به سؤالات (قبل از آن که تمام سؤال خوانده شود) و پاسخ‌دهی نامناسب.
  - بی‌صبری.
  - داشتن خوابی ناآرام.
  - نیاز به مراقبت و نگاه‌داری در مقابل خطرها و حوادث.

ب) گروهی که دارای اختلال کمبود توجه و تمرکزند. این متخصصان معتقدند کودکان گروه دوم شانس بیشتری برای بهبودی و کاهش علائم دارند. (لونی، ۱۹۷۸)

همه کودکان مبتلا به این اختلال باید توسط پزشک متخصص شناسایی شوند، زیرا هیچ آزمایش و تست معینی برای شناخت این بیماری تاکنون ابداع نشده است. برای تشخیص درست و اشتباه گرفته نشدن با اختلالات دیگر، مثل سندرم (نشانگان) تارت<sup>۱</sup>، ناتوانی‌های یادگیری یا افسردگی، کودک را برای معاینه دقیق به یک عصب شناس، روان‌پزشک یا روان‌شناس معرفی می‌کنند. در اغلب موارد، پزشک متخصص نیز با بررسی سوابق و زندگی‌نامه کودک و تشخیص دقیق بیماری، مراحل درمان را آغاز می‌کند. نکات مهم هنگام تشخیص درست این اختلال عبارت‌اند از:

– کودک باید یک سوم علائم رفتاری فوق را تا ۷ سالگی نشان دهد.

– رفتارهای فوق باید در تمام فعالیت‌های روزانه کودک مشاهده شوند.

**کودکان به لحاظ فعالیت‌های حرکتی بسیار متفاوت‌اند. آن‌ها تمام مدت روز در حال فعالیت و جنب و جوش‌اند (به خصوص زمانی که مضطرب و هیجان زده می‌شوند)، اما تفاوت آن‌ها با کودکانی که مبتلا به اختلال کمبود توجه – بیش‌فعالی‌اند، در نشانه‌هایی است که در این کودکان به صورت پایدار و همیشگی و در تمام طول روز، در خانه، مدرسه، اجتماع و در جمع دوستان و همسالان‌شان مشاهده می‌شود.**



– این رفتارها باید در کودک بیش‌فعال، ماندگارتر از کودکان همسن و سال او باشد.

– این رفتارها حداقل باید ۶ ماه در کودک مبتلا به اختلال مشاهده شوند.

در نظر داشته باشید که رفتارهای شتاب‌آمیز کودک هیچ ارتباطی به استرس‌ها و تنش‌های روزانه کودک ندارد. برای مثال، کودکانی که تجاربی از طلاق والدین، جا به جایی در خانه و مدرسه، بیماری یا فوت یکی از آشنایان دارند، اغلب دچار اضطراب‌ها و پریشانی‌های فکری – حرکتی می‌شوند؛ اما کودکان بیش‌فعال به رغم این که هیچ یک از این تجارب و تنش‌ها را در زندگی نداشته‌اند، دچار علائم و ناهنجاری‌های رفتاری‌اند. گروهی از پژوهشگران معتقدند کودکان مبتلا به اختلال کمبود توجه در دوران خردسالی به ندرت لبخند می‌زنند، تغییرات خلقی آشکار دارند و مشکلاتی در زمینه خواب و رفتارهای ناهماهنگ با شرایط، از خود نشان می‌دهند. (وادل، ۱۹۸۴) هم چنین در سال‌های پیش از مدرسه، این کودکان زودرنج، کم‌حوصله، عصبانی، کم‌توجه و لجبازند. در دوران مدرسه، کودکانی پرتحرک، حواس‌پرت و کم‌توجه می‌باشند و از عملکرد تحصیلی ضعیف، نوسانات خلقی، روابط ضعیف با همسالان و پرچنب و جوشی فوق‌العاده رنج می‌برند. دوران نوجوانی را نیز با خودانگاره‌ای ضعیف، فقدان تعامل با والدین، آموزگاران و همسالان، افزایش پرخاشگری، رفتارهای خشونت‌آمیز و افت تحصیلی طی می‌کنند. در اغلب موارد، نشانه‌های کمبود توجه در بزرگسالی نیز کماکان ادامه می‌یابند و به صورت مشکلات شخصیتی، رفتارهای ضداجتماعی، هنجارشکنی‌های اجتماعی، سیگار کشیدن، انحرافات و کجروی‌های اخلاقی گوناگون خود را نشان می‌دهند. (ویس و هتکمن، ۱۹۸۶)

به طور معمول، پزشکان و متخصصان اطفال برای تشخیص بیش‌فعالی کودکان به سه نکته مهم زیر توجه می‌کنند. (تای‌نن، ۲۰۰۵)

#### ● تهیه سابقه بیماری

اطلاع از سوابق بیماری‌های کودک و ناهنجاری‌های ژنتیکی خانواده، حساسیت‌ها و آلرژی‌های گوناگون و سلامت اعضای خانواده برای تشخیص این اختلال در کودکان

و مراقبان کودک، اطلاعات کاملی از ویژگی‌ها و علائم بیش فعالی کودک کسب کند.

### عوامل مؤثر در بروز بیماری

به رغم تحقیقاتی که تاکنون صورت گرفته است، پزشکان و پژوهشگران نتوانسته‌اند دلایل خاصی برای بروز این اختلال در کودکان شناسایی و معرفی نمایند. آنان تنها به این نکته اشاره کرده‌اند که شماری از عوامل ژنتیکی و محیطی بر همدیگر تأثیر می‌گذارند و موجب بروز اختلال کمبود توجه - بیش‌فعالی در کودک می‌شوند. براساس یافته‌های پژوهشگران، بیش‌فعالی می‌تواند منشاء ارثی داشته باشد؛ زیرا بیش از نیمی از خواهر و برادرهای بیش‌فعال تاریخچه‌ای مشابه داشته‌اند، در حالی که فقط در ۱۵ درصد از موارد، خواهر و برادرهای ناتنی دچار بیش‌فعالی بوده‌اند. علاوه بر آن مطالعات گوناگونی که بر روی دوقلوها انجام شده است، صحت این ادعا را ثابت می‌کند. (سافر و کراگر، ۱۹۸۸)

گروهی از مطالعات نیز احتمال بیماری یا ضایعه عصبی را علتی برای بروز بیش‌فعالی در کودکان می‌دانند. براساس پژوهش‌های این دسته از محققان ۵۰ - ۳۰ درصد از کودکان بیش‌فعال دارای نوار مغزی (EEG) غیرطبیعی‌اند. تحقیقات دیگری که در سال‌های اخیر درباره این اختلال صورت گرفته است، نشان می‌دهد که حساسیت بیش از اندازه به مواد شیمیایی و بعضی از غذاها نیز می‌تواند موجب بروز بیش‌فعالی در کودکان شود. (فین‌گلد، ۱۹۷۵)

از جمله مهم‌ترین تحقیقاتی که اخیراً در زمینه علل بروز این اختلال در کودکان صورت گرفته است، می‌توان از سه تحقیق زیر نام برد. (تای‌نن، ۲۰۰۵)

۱- برخی از پژوهش‌ها نشان می‌دهند که مغز کودکان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی ۱۰ - ۵ درصد از مغز کودکان سالم کوچک‌تر است.

۲- پژوهش‌های دیگری بر نقش سیگار کشیدن مادر در دوران بارداری در احتمال بروز این اختلال در کودک تأکید می‌کنند. از دیگر ناراحتی‌های کودکان که در ارتباط با سیگار کشیدن مادر به وجود می‌آیند، می‌توان از نارسایی‌های رشدی، کم‌وزنی و صدمات مغزی نیز نام برد.

۳- دسته‌ای دیگر از تحقیقات، بر تأثیر تماشای زود هنگام تلویزیون و نقش آن بر میزان فعالیت‌های این

و توجه به علائم و نشانه‌هایی که حاکی از بیماری‌های ژنتیکی خانوادگی باشد، از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است؛ زیرا تحقیقات نشان می‌دهند که براساس شواهد علمی محکم، این اختلال در خانواده به صورت ارثی مشاهده شده است.

### ● انجام معاینات جسمانی

سنجش قدرت شنوایی و بینایی کودک، بررسی سابقه مشکلات روان‌شناختی (مثل انواع اضطراب و افسردگی) و انجام سایر آزمایش‌های پزشکی لازم.

### ● تهیه پرسش‌نامه رشدی - روانی کودک

به طور کلی، پزشک متخصص کودک سعی می‌کند با تهیه پرسش‌نامه دقیق‌تری از اعضای خانواده، آموزگار مدرسه، مربیان





ب) اختلالات خلقی: تقریباً ۱۸ درصد کودکان مبتلا به بیش‌فعالی، تجاربی از افسردگی داشته‌اند. آن‌ها ممکن است احساس انزوا، ناکامی و کاهش عزت نفس کنند و چنانچه مدرسه می‌روند، با افت تحصیلی و کاهش روابط دوستی و اجتماعی روبه‌رو می‌شوند.

پ) ناتوانی‌های یادگیری: نزدیک به ۲۵ - ۲۰ درصد کودکان بیش‌فعال دچار ناتوانی‌های یادگیری‌اند. رایج‌ترین این اختلالات ناتوانی در خواندن و نوشتن است. هر چند کودکان بیش‌فعال الزاماً در یادگیری ناتوان نیستند، اما چون قدرت توجه و تمرکز آن‌ها کاهش یافته است، در انجام وظایف درسی - مدرسه‌ای خود دچار مشکلات فراوانی می‌شوند. توجه داشته باشید که اگر کودک بیش‌فعالی دارای اختلال حاد دیگری است، حتماً مراتب را به پزشک متخصص گزارش دهید تا او متناسب با اختلال مضاعف او، درمان کامل‌تری تجویز کند.

ت) نافرمانی و مخالفت: حدود ۳۵ درصد کودکان مبتلا به بیش‌فعالی دچار رفتارهای مخالفت‌آمیز و نافرمانی‌اند. آنان با رفتارهای خشن و گاه پرخاشگرانه خود مدام درصدد سرپیچی از دستورها و خواست‌های دیگران (والدین، آموزگاران، مربیان و اعضای خانواده)‌اند. (مک آردل، ابراین و کلونین، ۱۹۹۵)

### روش‌های درمان

تاکنون برای اختلال کمبود توجه - بیش‌فعالی درمان قطعی و خاصی پیدا نشده است، ولی به خوبی می‌توان با استفاده از روش‌های گوناگون، علائم آن را تحت کنترل در آورد. پزشکان معالج سعی می‌کنند با مطالعه تک تک موارد، درمان‌های درازمدتی متناسب با ویژگی هر کودک، تجویز کنند. اغلب روش‌های درمانی مبتنی بر دو هدف‌اند: اول کمک به کودک برای کنترل رفتارهای شتاب‌آمیز، و دوم؛ کمک به والدین و اطرافیان کودک، تا بتوانند شرایطی برای او به وجود آورند که بتواند به خوبی علائم بیماری را تحت کنترل خود در آورد.

بهترین نوع درمانی که تاکنون برای اختلال کمبود توجه - بیش‌فعالی کودکان شناخته شده است، دارو درمانی همراه با رفتار درمانی است.

کودکانی که تجاربی از طلاق والدین، جا به جایی در خانه و مدرسه، بیماری یا فوت یکی از آشنایان دارند. اغلب دچار اضطراب‌ها و پریشانی‌های فکری - حرکتی می‌شوند؛ اما کودکان بیش‌فعال به رغم این که هیچ یک از این تجارب و تنش‌ها را در زندگی نداشته‌اند، دچار علائم و نابهنجاری‌های رفتاری‌اند.



کودکان تأکید دارد. به همین دلیل انجمن روان‌پزشکان آمریکا به والدین توصیه می‌کنند که به هیچ عنوان کودکان زیر دو سال را جلوی تلویزیون، کامپیوتر و... نشانند و به کودکان بالای دو سال هم اجازه ندهند که بیش از حداکثر ۲ ساعت در طول روز تلویزیون تماشا کنند.

گروهی دیگر از تحقیقات نشان می‌دهند که ۴۵ درصد از کودکان مبتلا به اختلال کمبود توجه - بیش‌فعالی حداقل به یک اختلال دیگر نیز مبتلا هستند (افورد، ۱۹۹۱). مهم‌ترین اختلالاتی که معمولاً با بیش‌فعالی کودکان توأم می‌شوند، عبارت‌اند از: (تای ن، ۲۰۰۵)

الف) اختلالات اضطرابی: تقریباً ۲۵ درصد کودکان بیش‌فعال، علائمی از اختلالات اضطرابی از خود نشان می‌دهند. این علائم عبارت‌اند از: ترس، وحشت، پریشانی، نگرانی‌های شدید و...، که اغلب با علائم جسمانی متنوعی مثل شدت ضربان قلب، حال تهوع، درد معده، سرگیجه و سردرد همراه می‌شود. دیگر اختلال اضطرابی که به طور معمول با بیش‌فعالی - کم توجهی کودک همراه می‌شود، اختلال وسواس فکری - عملی، سندرم تارت، تیک‌های عصبی، تیک‌های گفتاری و اختلالات زبان است.



۱- تشخیص دقیق اختلال توسط پزشک .

۲- سن کودک.

۳- استفاده از درمان های تکمیلی.

۴- شدت و میزان رفتارهای کودک.

۵- میزان توانایی والدین در کنترل داروها.

۶- احتمال وجود سایر اختلالات عصبی در کودک.

۷- برداشت کودک از دارو خوردن.

۸- برداشت والدین از دارو خوردن فرزندشان.

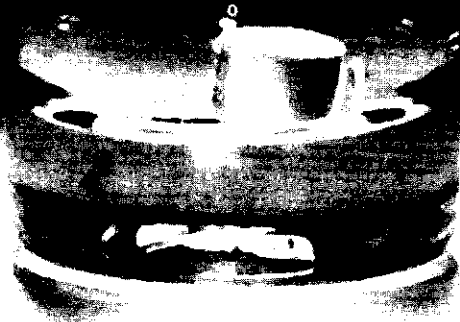
#### رفتار درمانی

تحقیقات نشان می دهند که دارو درمانی زمانی می تواند موجب کاهش رفتارهای تکانشی و اشکالات مربوط به کمبود توجه در کودک شود که به طور هم زمان با رفتار درمانی انجام گردد. اغلب روش های رفتار درمانی که موجب بروز تغییرات رفتاری مثبت در کودکان مبتلا به کمبود توجه - بیش فعالی

بیش از ۷۰ درصد کودکان مبتلا به اختلال کمبود توجه - بیش فعالی از روش دارو درمانی برای بهبود علائم بیماری استفاده می کنند. بنا به گفته والدین و مربیان این کودکان، دارو درمانی توانسته تا حدی رفتارهای تکانشی آنان را کاهش دهد و به میزان توجه و تمرکز آنها بیفزاید. (بارکلی، ۱۹۷۷) مهم ترین این داروها عبارت اند از: ریتالین، دکسدرین، دی آمفتامین و فمولین، که با مقادیر مجاز توسط پزشک معالج باید تجویز شوند. (چویل و مدریس، ۱۳۷۸)

متداول ترین عوارض جانبی این داروها نیز کاهش خواب و خوراک کودک است و در مواردی هم، سردرد، دل درد، افزایش ضربان قلب یا بالا رفتن فشار خون در کودک مشاهده می شود. نکات مهمی که هنگام تجویز دارو باید رعایت شود، عبارت اند از: (بارکلی، ۱۹۸۱)

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی  
 پژوهشگاه علوم انسانی





انجمن روان‌پزشکان امریکا به والدین توصیه می‌کنند که به هیچ عنوان کودکان زیر دو سال را جلوی تلویزیون، کامپیوتر و... نشانند و به کودکان بالای دو سال هم اجازه ندهند که بیش از حداکثر ۲ ساعت در طول روز تلویزیون تماشا کنند.



کودک دور نگه دارید، به خصوص زمانی که در حال انجام تکالیف مدرسه است.

۴- محدود کردن انتخاب‌ها: شانس‌های انتخاب کودک را محدود کنید. برای مثال، بین دو چیز، یکی را انتخاب کند (بین دو غذا، دو نوع اسباب بازی و... یکی را انتخاب کند). با اتخاذ چنین روشی، کودک با محرک‌های کم‌تری سروکار خواهد داشت و از هر سو مورد هجوم محرک‌های زیادتر قرار نمی‌گیرد.



می‌شوند، عبارت‌اند از: (تای نن، ۲۰۰۵)

- آموزش مهارت‌های لازم برای افزایش دامنه توجه و تمرکز کودک.
- بازسازی روابط کودک با اعضای خانواده، دوستان و هم‌کلاسی‌ها.
- کاهش تحریک پذیری کودک.
- توجه به دستورها و خواست‌هایی که از آن‌ها طلب می‌شود.

• آموزش روش‌های خودکنترلی و کاهش فعالیت‌های حرکتی.

• روش پاداش مؤثر، برای تقویت رفتارهای خوشایند کودک، و روش تقویت منفی برای عدم تکرار رفتارهای ناخوشایند او.

• افزایش توان خویشتن‌داری کودک.

از جمله راه‌کارهای رفتاری گوناگون که برای کاهش علائم بیش‌فعالی این کودکان توصیه می‌شود، می‌توان به موارد زیر اشاره کرد: (همان منبع)

۱- برنامه‌ریزی منظم روزانه: سعی کنید هر روز از جدول روزانه مشخصی برای کودک استفاده کنید؛ صبح‌ها سر ساعت معینی بیدار شود، سر ساعت معینی صبحانه بخورد، سر ساعت معینی به مدرسه برود، سر ساعت معینی بخوابد و...

۲- کمک به کودک برای سازماندهی فعالیت‌هایش: وسایل شخصی کودک، اعم از کیف مدرسه، لباس‌ها، اسباب‌بازی‌ها و... را هر روز سر جای خودشان بگذارید تا کودک کم‌تر آن‌ها را گم کند.

۳- پرهیز از محرک‌های پیرتنش: رادیو، تلویزیون، بازی‌های کامپیوتری و... را از دسترس



این خصوص به کودک کمک کنید تا هدف و فعالیتی را انتخاب کند و آن را پیگیرانه دنبال نماید. این فعالیت می‌تواند یک رشته ورزشی - هنری، شرکت در انجمن‌ها و کلاس‌های آموزشی باشد.

توجه داشته باشید که درمان‌های روان‌شناختی هر چند سریع به نتیجه نرسند و تغییرات ناشی از آن‌ها کم‌تر آشکار شود، ولی زمانی که کودک مهارت‌های آموزشی لازم را فرا گرفت و به طور مستمر آن‌ها را به کار بست، تأثیر خود را نشان خواهند داد.

### روش‌های درمانی جانبی

سایر درمان‌هایی که برای کاهش علائم اختلال کمبود توجه - بیش‌فعالی توصیه می‌شود، عبارت‌اند از: رژیم‌های خوراکی، تمرینات بدنی (مثل، یوگا، آرام‌سازی عضلانی) تمرین تمرکز، آموزش‌های دیداری، گفت و گوی دو به دو، بازی درمانی و روان‌درمانی‌های فردی. (تای‌نن، ۲۰۰۵)

### کمک‌های والدین

یکی از مهم‌ترین عوامل مؤثر در کاهش علائم اختلال کمبود توجه - بیش‌فعالی در کودکان، شیوه تعامل والدین با آن‌هاست. به همین دلیل آموزش والدین و اعضای مؤثر خانواده می‌تواند در چگونگی ارتباط با کودک و به کار بستن شیوه‌های جدید درمانی بسیار مفید و مؤثر باشد. علاوه بر آن ممکن است والدین نیز خود اطلاعات کمی درباره نحوه رفتار با فرزندشان داشته باشند، آن‌ها به طور حتم می‌خواهند بدانند:

- ۱- چگونه می‌توانند به فرزندشان در انجام کارهای روزانه خانگی و مدرسه‌ای کمک کنند؟
- ۲- چه خوراکی‌هایی برای کودک بهتر است؟
- ۳- تأثیرات داروها بر کودک چگونه است؟
- ۴- چگونه می‌توانند ارتباطات اجتماعی کودک را با همسالانش حفظ کنند؟
- ۵- چه بازی‌ها و ورزش‌هایی با کودک انجام دهند تا او بتواند آستانه توجهش را بالا ببرد؟
- ۶- چگونه می‌توانند رفتارهای تکانشی (عمل کردن بدون فکر) کودک را کنترل کنند؟
- ۷- چگونه می‌توانند عملکرد تحصیلی او را بالا ببرند؟

### ۲۵ درصد کودکان بیش‌فعال.

علائمی از اختلالات اضطرابی از خود نشان می‌دهند. این علائم عبارت‌اند از: ترس، وحشت، پریشانی، نگرانی‌های شدید و... که اغلب با علائم جسمانی متنوعی مثل شدت ضربان قلب، حال تهوع، درد معده، سرگیجه و سردرد همراه می‌شود.



۵- شیوه تعامل خود را با کودک تغییر دهید: به جای صحبت‌های طولانی و خواست‌های دراز مدت خود، سعی کنید دستورالعمل‌های کوتاه، ساده و شفاف به کودک بدهید.

۶- از هدف‌ها و پاداش‌های مناسب استفاده کنید. نموداری از میزان پیشرفت کودک تهیه کنید، چنان‌چه رفتارهای خوشایند کودک از حدی (برای مثال، از ۱۰ مورد) گذشت، پاداش مناسبی به کودک بدهید. در نظر داشته باشید هدف‌هایی که برای کودک در نظر می‌گیرید، واقعی و ممکن باشند (برای مثال، اگر توانست هر شب سر ساعت بخوابد، جایزه و پاداش مناسبی به او بدهید).

۷- اتخاذ روش‌های انضباطی مؤثر: به جای آن که سر کودک داد بزنید و او را وحشت زده و نگران کنید، از روش‌های انضباطی آرام بخش استفاده کنید تا او را متوجه پیامدهای رفتاری‌اش کنید. برای مثال، زمانی که کودک رفتار ناخوشایندی انجام می‌دهد، به او توجهی نکنید و سعی کنید با نادیده گرفتن کودک به او بفهمانید که رفتارش اشتباه بوده است.

۸- به کودک کمک کنید تا علایق، توانایی‌ها و استعدادهای خود را بشناسد: تمام کودکان نیاز دارند که تجارب موفقیت‌آمیزی داشته باشند تا بتوانند از این طریق حس ارزشمندی و اعتماد به نفس خود را افزایش دهند. در



پی‌گیرانه، مؤثر و منظم دنبال کنند. از این رو توصیه می‌شود که این گروه از کودکان به طور مشترک زیر نظر متخصصان روان‌شناسان و والدین درمان شوند.

### فهرست منابع:

- چویل و موریس: روان‌شناسی بالینی کودک (روش‌های درمانگری)، ترجمه محمد رضا نائینیان و همکاران، انتشارات رشد، چاپ اول، ۱۳۷۸.

- BARKLEY, R.A., ATTENTION DEFICIT HYPERACTIVITY DISORDER, PUB. NEW YORK, GUILFORD PRESS, 1996.
- BARKLEY R.A., HYPERACTIVE HILDREN, UB.GUILFORD, NEW YORK, 1981.
- BARKLEY R.A., A RREVIEW OF STIMULANT DRUG RESEARCH WITH HYPERACTIVE CHILDREN, JOURNAL OF CHILD RSYCHOLOGY AND PSYCHIATRY, 18, 137- 165., 1977.
- FEINGOLD G.F., WHY YOUR CHILD IS HYPERACTIVE, NEW YORK, RANDOM HOUSE, 1975.
- LONEY J., MINIMAL BRAIN DYSFUNCTION SYNDROME, JOURNAL OF ABNORMAL PSYCHOLOGY, 87- 431- 441.1978.
- MCARDELE P& O BRIEN G& KELVIN I., HYPERACTIVITY: PREVALENCE ANDRELATIONSHIP WITH CONDUCT DISORDER, JOURNAL OF CHILD PSYCHOLOGY ANDPSYCHIATRY, 36, 276- 303, 1995.
- OFFORD D.R., THE EPIDEMIOLOGY OF ANTISOCIAL BEHAVIOUR IN CHILDHOOD AND ADOLESCENCE, PUB. ERLBAUM ASSOC.,1991.
- SAFER D.J & KRAGER J.M., A SURVEY OF MEDICATION TREATMENT FOR HYPERACTIVE/INATTENTIVE STUDENTS, JOURNAL OF THE AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION, 260, 2256- 2259, 1988.
- TYNAN DOUGLAS, (PH.D.), WHATISADHD?, PUB. THENEMOURS FOUNDATION, 2005.
- WADDELL,K., THE SELF-CONCEPT AND SOCIAL ADOPTION OF HYPERACTIVE CHILDREN IN ADOLESCENCE, JOURNAL OF CLINICAL CHILD PSYCHOLOGY, 1984.
- WEISS G. & HECHTMAN L., HYPERACTIVE CHILDREN GROWN UP: EMPIRICAL FINDINGS AND THEORETICAL CONSIDERATIONS, PUB. GUILFORD PRESS, 1986.

پی نوشت‌ها:

- 1- ATTENTION DEFICIT HYPERACTIVE DISORDER (ADHD)
- 2- TOURETTE SYNDROME

در مواردی نیز، برخی از والدین دارای مشکلاتی در خانواده‌اند که نمی‌توانند به آسانی شیوه‌های درمانی را پی‌گیرانه دنبال کنند و لذا به دنبال راهنما و مشاوره‌اند که بتواند به آن‌ها کمک کند.

در این خصوص، اقدامی که اغلب درمانگران انجام می‌دهند این است که طی جلسات متوالی روش‌های بهبود رفتار کودک را به والدین می‌آموزند. در این جلسات آن‌ها ابتدا با نوع اختلال کودک آشنا می‌شوند و سعی می‌کنند آن چه را که والدین باید برای مراقبت از کودک خود به کار بندند، برایشان توضیح دهند. سپس از والدین می‌خواهند توجهشان را به کودک بیش‌تر کنند و با کم‌ترین تغییر رفتار او - در جهت مثبت - کودک را مورد تشویق و حمایت خود قرار دهند. انجام پی‌گیرانه این کار، تأثیر زیادی بر تکرار رفتارهای خوشایند و سازگارانة کودک دارد و موجب تقویت و تحکیم آن‌ها می‌شود.

در جلسات بعدی از والدین می‌خواهند هر گاه کودک رفتار خوشایندش را تکرار کرد، برجسب یا ستاره‌ای به او بدهند تا او بتواند با جمع کردن آن‌ها امتیازات خود را بالا ببرد. به دنبال تقویت رفتارهای مثبت، به تدریج باید از روش منع رفتارهای ناخوشایند (مثل عدم پیروی از خواست‌های والدین، اذیت و آزار کودک دیگر، ...) استفاده کنند و با پس گرفتن برجسب‌ها یا ستاره‌ها رفتارهای منفی او را کاهش دهند.

با پی‌گیری این روش‌ها، والدین به تدریج می‌آموزند که چگونه در محافل اجتماعی با بدرفتاری‌های کودکشان کنار آیند. یک روش آن است که از جایزه و پاداش به عنوان وسیله‌ای برای تشویق کودک به خوش رفتاری استفاده کنند و در موارد بدرفتاری او را از گردش و بیرون رفتن محروم کنند.

به طور کلی، در همه شیوه‌های درمان اختلال کمبود توجه - بیش‌فعالی در کودکان، همیشه از والدین و اعضای مؤثر خانواده او خواسته می‌شود تا با همکاری و مشارکت‌های خود روند بهبودی و کاهش علائم را در کودک تسریع بخشند. کودکان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی ممکن است به تمرینات پدر و مادر خود پاسخ کافی ندهند، زیرا این کودکان به طور معمول از والدین خود فراری‌اند. در مواردی نیز والدین آن‌ها به دلیل مشکلات متعددی که دارند، نمی‌توانند روند درمان را