

# روش‌های ارزیابی و درمان کودکان و نوجوانان با اختلال کم‌توجهی - بیش‌فعالی

حمید اسدی\* / دکترای تخصصی روان‌شناسی / دانشگاه اصفهان

فریبا یزدخواستی / دانشیار گروه روان‌شناسی / دانشگاه اصفهان

ژیوا حسینی‌رضی / کارشناس ارشد روان‌شناس بالینی / آموزش و پرورش استثنایی تهران

## چکیده

**زمینه:** این پژوهش با هدف شناسایی طرح مشکلات و روش‌های ارزیابی و درمان کودکان و نوجوانان با اختلال کم‌توجهی - بیش‌فعالی انجام شد. خطری که در زمینه تشخیص این اختلال وجود دارد این که گاهی اوقات دامنه وسیعی از رفتارهایی که به علل متعددی ایجاد می‌شوند، به اشتباه به‌عنوان اختلال کم‌توجهی - بیش‌فعالی تشخیص داده شوند.

**نتیجه‌گیری:** متخصصان مدرسه و بالینی باید در تشخیص، دقیق باشند و زمینه خانوادگی و سایر ملاک‌های تشخیصی را به‌دقت در نظر بگیرند. ارزیابی بالینی این اختلال باید جامع و چندبعدی باشد و پس از ارزیابی جامع و تشخیص دقیق، مداخله‌های درمانی آغاز شود. در فرآیند درمان کودکان و نوجوان دارای اختلال کم‌توجهی - بیش‌فعالی انواع مختلفی از مداخله‌های دارویی و روان‌شناختی مورد توجه قرار گرفته که شامل درمان دارویی، مداخله‌های رفتاری، شناختی- رفتاری، آموزش والدین، آموزش مهارت‌های اجتماعی، آموزش آرمیدگی و درمان‌های چند الگویی است. برنامه درمانی جامع، برنامه‌ای است که والدین، معلمان، روان‌شناسان مدرسه، پزشکان و متخصصان بالینی در اجرای آن با هم مشارکت و همکاری موثر داشته باشند.

**واژه‌های کلیدی:** اختلال کم‌توجهی - بیش‌فعالی، روش‌های ارزیابی، روش‌های درمان

## مقدمه

و اختلال‌های همبود و تاثیر این اختلال بر کارکردهای دانش‌آموز در خانواده، مدرسه و اجتماع را مدنظر قرار دهد و پس از ارزیابی جامع و تشخیص دقیق، مداخله‌های درمانی آغاز شود.

معیارهای تشخیصی براساس پنجمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی<sup>۱</sup> برای اختلال کم‌توجهی - بیش‌فعالی روی ۲ نکته تاکید دارد: حضور نقص‌های مرتبط با کم‌توجهی - بیش‌فعالی تا قبل از ۱۲ سالگی و حضور این اختلال در دست کم ۲ محیط مختلف (معیار C)، در خانه و مدرسه، خانه و محل کار، خانه و مدرسه و محل کار (۳). نتایج نشان می‌دهد اختلال کم‌توجهی - بیش‌فعالی از شیوع متوسطی برخوردار است و پژوهش‌های کمی درباره شیوع آن در کودکان پیش‌دبستانی انجام شده است (۴). حالت‌های شیدایی

اختلال کم‌توجهی - بیش‌فعالی یکی از اختلال‌هایی است که میان کودکان مدرسه‌ای از شیوع بالایی برخوردار است. این اختلال در مبتلایان به ۳ حالت بی‌توجهی، بیش‌فعالی یا ترکیبی بیش‌فعالی و بی‌توجهی بروز می‌کند (۱). این نشانه‌ها اثرات جبران‌ناپذیری بر مدرسه، اجتماع و محیط خانه کودک بر جای گذاشته و مشکلاتی را در زمینه تحصیلات رسمی، ارتباط با همسالان و رابطه با والدین کودک ایجاد می‌کند (۲). 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 به‌عنوان اختلال کم‌توجهی - بیش‌فعالی تشخیص داده می‌شوند. بنابراین ارزیابی بالینی این اختلال باید جامع و چندبعدی باشد

پژوهش‌ها نشان داده‌اند که تغییر نگرش خود منجر به کاهش مشکلات رفتاری کودکان با اختلال کم‌توجهی - بیش‌فعالی می‌شود (۱۱، ۱۲). از سوی دیگر بین گروه‌های درمانی ترکیبی، ریتالین، آموزش مدیریت والدین و نوروفیدبک در درمان مشکلات سلوک و مشکلات توجه و تمرکز تفاوت معنادار مشاهده می‌شود، به نحوی که درمان ترکیبی تاثیر درمانی بیشتری داشته است. بین گروه‌های درمانی ترکیبی، ریتالین، آموزش مدیریت والدین و نوروفیدبک در درمان مشکلات تکانشگری، تقویت‌گری مادران و دلبستگی والدگری تفاوت معنادار مشاهده نشد (۱۳). این پژوهش با هدف شناسایی و طرح مشکلات و روش‌های ارزیابی و درمان کودکان و نوجوانان با اختلال کم‌توجهی - بیش‌فعالی انجام شد.

### سنجش و ارزیابی کودکان و نوجوانان با اختلال

#### کم‌توجهی - بیش‌فعالی

اختلال کم‌توجهی - بیش‌فعالی از دوران پیش‌دستانی آغاز شده و اغلب تا بزرگسالی تداوم دارد (۱۴) و در بین پسرها بیشتر از دخترها گزارش شده است (۱۵). مهم‌ترین ابزارهای ارزیابی و تشخیص اختلال کم‌توجهی - بیش‌فعالی به شرح زیر است:

#### ۱) مقیاس سنجش اختلال کم‌توجهی - بیش‌فعالی:

این پرسش‌نامه شامل ۱۸ سوال است و نشانه‌ها را در ۳ زیرگروه بی‌توجهی، بیش‌فعالی و تکانشگری بررسی می‌کند. به هر زیرگروه ۹ سوال تعلق می‌گیرد و به هر سوال نمره‌ها بین صفر (هیچ وقت) تا ۳ (همیشه) داده می‌شود. دانش‌آموزانی که دست کم ۶ نشانه از هر یک از زیرگروه‌های بی‌توجهی، بیش‌فعالی - تکانشگری با مقیاس شدت ۳ (همیشه) را داشتند، به‌عنوان نوع بی‌توجه یا بیش‌فعال - تکانشگر در نظر گرفته می‌شوند. پرسش‌نامه بر اساس ویرایش چهارم راهنمای تشخیص و آماری اختلال‌های روانی تهیه شده است. از این رو، روایی آن مورد تایید روان‌پزشکان و روان‌شناسان است. پایایی این پرسش‌نامه در ایران از طریق آلفای کرونباخ توسط سهرابی (۱۳۷۹) محاسبه شده که ضریب آلفای کرونباخ برابر با ۰/۹۳ به‌دست آمده است (۱۶).

در کودکان گاهی اختلال بیش‌فعالی یا کم‌توجهی نام می‌گیرد. به این ترتیب تشخیص غلط این اختلال باعث می‌شود داروهای محرک نه‌تنها کودک را درمان نکند، بلکه بر وخامت بیماری او بیفزاید و دوره‌های تند چرخ ۲ قطبی را در کودک سبب شود (۵). بیشترین همپوشی از نظر نشانه‌شناسی بین اختلال کم‌توجهی - بیش‌فعالی و اختلال نافرمانی مقابله‌ای یا اختلال سلوک وجود دارد. ممکن است بیش‌فعالی، یک عامل خطر برای ابتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای یا اختلال سلوک یا نوعی شروع مشکلات سلوکی باشد. شواهد مربوط به پژوهش‌های طولی، بیشتر از فرضیه نخست حمایت می‌کنند. آنچه از نظر بالینی اهمیت دارد این است که بیش‌فعالی قبل از این که مشکلات سلوکی ظاهر شوند، تشخیص داده شده و درمان شود. همبودی با اختلال‌های اضطرابی نیز وجود دارد. حدود ۲۵ درصد از کودکان با اختلال کم‌توجهی - بیش‌فعالی دارای نوعی اختلال اضطرابی نیز هستند (۶). از سوی دیگر کودکان مبتلا به دلیل نقص در تمرکز و توجه بر تکالیف، رفتارهای تکانشی و اشکال در کنترل هیجان، در روابط بین فردی و تحصیلی مشکل پیدا می‌کنند (۷ و ۸).

انواع دیگری از اختلال کم‌توجهی - بیش‌فعالی وجود دارد که عبارت‌اند از: نوع کم‌توجهی بدون بیش‌فعالی، نوع بیش‌فعالی - تکانشی بدون کم‌توجهی، نوع موقعیتی و نوع بیش‌فعالی با حرکات کلیشه‌ای، هنوز شواهد علمی کافی برای این‌گونه طبقه‌بندی‌ها وجود ندارد (۹).

سبب‌شناسی اختلال کم‌توجهی - بیش‌فعالی پیچیده است و تاکنون فهم دقیقی از آنچه موجب این اختلال می‌شود؛ به دست نیامده است. پژوهش‌های اولیه نشان داده‌اند که زنان با اختلال کم‌توجهی - بیش‌فعالی الکتروانسفالوگرافی غیرطبیعی متفاوتی نسبت به مردان دارای اختلال کم‌توجهی - بیش‌فعالی نشان دادند. زنان با اختلال کم‌توجهی - بیش‌فعالی نسبت به مردان دارای این اختلال در ارابه و تشخیص، تفاوت معنی‌داری نشان می‌دهند. ضرورت پژوهش جامع در جمعیت‌های ویژه با اختلال کم‌توجهی - بیش‌فعالی احساس می‌شود (۱۰).

شده است. فرم والدین مقیاس کانرز دارای ۴۸ سوال است که والدین کودک آن را تکمیل می کنند. کانرز و همکاران پایایی این مقیاس را ۰/۹۰ گزارش کرده اند. همچنین پایایی این پرسش نامه از سوی موسسه علوم شناختی ۰/۸۵ گزارش شده است (۲۱). به دست آوردن میانگین ۱/۵ یا بالاتر بر وجود اختلال بیش فعالی دلالت دارد.

### سبب شناسی اختلال کم توجهی - بیش فعالی

اختلال کم توجهی - بیش فعالی از لحاظ سبب شناسی، نوعی اختلال پیچیده و چندوجهی است. پژوهش های جدید در شناسایی ژن های جدید و مسیرهایی که ممکن است زمینه کم توجهی - بیش فعالی باشد، متمرکز شده است. هدف اصلی این بررسی ارایه مدارکی، از جمله ژنوم گسترده و متنوع در پژوهش های مبتنی بر خانواده از استعداد ژنتیکی به کم توجهی - بیش فعالی است. چالش ها در افشای ژن مستعد به کم توجهی - بیش فعالی در پژوهش های آینده بررسی خواهد شد (۲۲).

پژوهش ها و شواهد سبب شناسی از انحراف ساختاری و کنشی در برخی نواحی مغزی این افراد از جمله جسم سفید پیش پیشانی، هسته های دمی، مخچه و جسم پینه ای در مقایسه با افراد عادی، حکایت می کند (۲۳، ۲۴، ۲۵، ۲۶ و ۲۷).

نوار مغزی<sup>۱</sup> در افراد با اختلال کم توجهی به کندی به سمت امواج با فرکانس آهسته تتا و بدون هرگونه افزایش معنادار در ناحیه پیش پیشانی میل می کند (۲۸، ۲۹، ۳۰ و ۳۱). فعالیت آهسته امواج تتا مشخصه ذهن آشفته، حواس پرتی و تفکر غیر متمرکز است (۲۹). افزون بر فراوانی بیشتر امواج آرام مغزی در نوار مغزی این افراد، فعالیت کمتر امواج سریع بتا نیز در آنها قابل توجه است. این مسئله نشانگر برانگیختگی پایین قشر مخ در این افراد است (۳۲). پژوهش ها نشان داده اند که ممکن است افزودنی های غذایی، قندهای تصفیه شده، رژیم کم پروتئین و پر کربوهیدرات، نبود تعادل مواد معدنی، کمبود اسیدهای چرب ضروری و فسفولپید، کمبود آمینو اسیدها و فقر ویتامین های گروه بی تاثیرات سوئی بر رفتار داشته باشند (۳۳).

(۲) **آزمون وکسلر:** این آزمون دارای ۶ خرده مقیاس کلامی شامل پردازش اطلاعات، شباهت ها، ریاضی، واژگان، فهم و فراخوانی ارقام و ۶ خرده مقیاس غیر کلامی یا عملی شامل تکمیل تصاویر، تنظیم تصاویر، طراحی مکعب ها، جست و جوی نماد، تنظیم تصاویر و مازهاست. ۲ خرده مقیاس مازها و فراخوانی ارقام جنبه ذخیره دارند، بنابراین با اجرای آزمون وکسلر ۳ نوع هوش بهر به دست می آید: کلامی، عملی و کلی که به صورت فردی و به وسیله آزماینده متخصص و آموزش دیده اجرا می شود. در هر خرده مقیاس ابتدا گویه های آسان و سپس گویه های دشوار اجرا می شوند. پس از تعیین نمره های خام همه خرده مقیاس ها، با مراجعه به جدول های هنجار، نمره های خام به نمره های معیار تبدیل می شوند. شهیم برای سنجش هوش کودکان ۱۳ - ۶ سال شهر شیراز روی یک نمونه ۱۴۰۰ نفری هنجاریابی کرد. پایایی آزمون - باز آزمون و نیمه کردن به ترتیب ۰/۹۴، ۰/۴۴، ۰/۹۸ و ۰/۴۲ گزارش شده است (۱۷).

### (۳) مقیاس های درجه بندی کانرز (فرم معلم و والدین):

مقیاس های درجه بندی کانرز، فرم معلم و والدین ابزارهایی هستند که کاربرد وسیعی در زمینه های بالینی و پژوهشی کودکان دارند. این مقیاس ها در سال ۱۹۶۹ به منظور کمک به شناسایی کودکان بیش فعال طراحی شد. اما پژوهش های دهه های اخیر نشان داده اند که این مقیاس ها برای مشخص کردن مشکلات رفتاری دیگر نیز مفید هستند. طی صدها کار پژوهشی و چند دهه کاربرد بالینی، روشن شد که مقیاس درجه بندی کانرز در کاربردهای غربالگری کلی برای اختلال ها و مشکلات کودکی مفید هستند و در صورت ترکیب اطلاعات حاصل از معلم و والدین برای دستیابی به ارزیابی تشخیصی کامل، می توانند سودمند باشند (۱۸).

مقیاس درجه بندی کانرز فرم معلم دارای ۲۸ سوال و ۷ سوال آن برای تشخیص بیش فعالی است. بدین منظور کسب میانگین ۱/۵ یا بالاتر در این مقیاس نشانه بیش فعالی است (۱۹). پایایی این مقیاس در پژوهش های مختلف از ۰/۷۰ تا ۰/۹۰ گزارش شده است (۲۰). پرسش نامه کانرز والدین در سال ۱۹۹۹ از سوی کانرز و همکاران استاندارد

نورادرنرژیک باعث بهبود نشانه‌های بی‌توجهی در اختلال کم‌توجهی می‌شود شامل کلونیدین<sup>۳</sup> و گواندقیسین<sup>۴</sup> هستند (۵). اما عوارض جانبی داروها متخصصان را با شک و تردید مواجه کرده است. همچنین پژوهش‌ها نشان داده که درمان دارویی تاثیر اندکی در بهبود مهارت‌های تحصیلی و اجتماعی و شناختی در مبتلایان به کم‌توجهی - بیش‌فعالی دارد (۳۷).

آموزش آرمیدگی در کاهش رفتارهای بیش‌فعالی و آشفته کودکان دارای اختلال کم‌توجهی - بیش‌فعالی کارایی خوبی دارد و میزان دامنه توجه را افزایش می‌دهد (۳۸). همچنین میرس معتقد است آموزش آرمیدگی در کاهش رفتارهای بیش‌فعالی و آشفته کودکان دارای اختلال کم‌توجهی و بیش‌فعالی کارایی خوبی دارد و میزان دامنه توجه را افزایش می‌دهد. همچنین در درمان رفتاری بر آموزش، مدیریت والدین و معلمان تاکید زیادی شده است. در این آموزش‌ها که بین ۸ تا ۲۱ جلسه به طول می‌انجامد مطالبی به صورت فردی یا گروهی در خصوص ماهیت، نشانه‌ها، علل و شیوه‌های درمان از قبیل تقویت مثبت، محروم‌سازی، جریمه کردن، چشم‌پوشی و جبران به والدین و معلمان ارایه می‌شود (۳۹).

**بازی درمانی با رویکرد شناختی-رفتاری و ذهن آگاهی**  
مداخله‌های مبتنی بر ذهن آگاهی<sup>۵</sup> به عنوان یکی از درمان‌های شناختی-رفتاری نسل سوم یا موج سوم قلمداد می‌شود. ذهن آگاهی شکلی از مراقبه است که ریشه در تعالیم و آیین‌های مذهبی شرقی دارد (۴۰).

بازی درمانی با رویکرد شناختی-رفتاری به منظور تشخیص اختلال‌ها و حتی درمان آن هم استفاده می‌شود و می‌توان آن را با آموزش درنگ‌کن، فکرکن و عمل‌کن، توصیف کرد. این شیوه به طور معمول توسط درمانگران البته با مداخله اولیا انجام می‌شود. در این روش فنون مختلفی از بازی‌ها از جمله حرکت آهسته، کلاه مهمانی روی سر هیولا و... وجود دارد. از جمله فعالیت‌های طراحی شده برای این دست از

نظریه‌های شناختی فرض می‌کنند که کودکان دچار اختلال کم‌توجهی - بیش‌فعالی مشکلاتی در کارکردهای اجرایی یا خودتنظیمی دارند که به نظر می‌رسد با شبکه‌های عصبی در ارتباط باشد. این کودکان با مشکلاتی مانند کم‌توجهی، شکست تحصیلی، ناتوانی در کارهای مربوط به مدرسه، ضعف در حل مسایل و انجام ندادن تکالیف مواجه هستند (۳۴). بنابراین تشخیص اختلال بیش‌فعالی همراه با کم‌توجهی یک تشخیص بالینی است و مصاحبه با والدین نخستین قدم در فرآیند ارزیابی آن است. در حال حاضر از طریق مشاهده الگوهای رفتاری معین و با انجام ارزیابی جامع روان‌پزشک، روان‌شناس، مصاحبه با کودک و مشاهده مستقیم او در موقعیت‌های مختلف و دریافت نظرات معلمان و والدین به تشخیص این اختلال می‌پردازند. مشاهدات والدین و معلمان از رفتارهای کودک در ارزیابی این کودکان نقش زیادی دارد (۳۵). همچنین اختلال کم‌توجهی - بیش‌فعالی از تعامل پیچیده عوامل متعدد زیستی، روانی و اجتماعی با یکدیگر است که موجب پیدایش این نشانه‌ها می‌شوند (۳۶). با توجه به چندعلتی بودن اختلال یادشده، راهبردهای چندجانبه متمرکز به برنامه‌های آموزشی والدین، درمان شناختی-رفتاری با الگوهای مختلف و درمان‌های تلفیقی براساس نوع و سطح اختلال، مدت و سابقه، سن و نظایر آن انجام می‌گیرد.

### برنامه‌های آموزشی و روش‌های درمان کودکان و نوجوانان با اختلال کم‌توجهی - بیش‌فعالی

در فرآیند درمان کودکان و نوجوان دارای اختلال کم‌توجهی - بیش‌فعالی انواع مختلفی از مداخله‌های دارویی و روان‌شناختی مورد توجه قرار گرفته که شامل درمان دارویی، مداخله‌های رفتاری، شناختی رفتاری، آموزش والدین، آموزش مهارت‌های اجتماعی، آموزش آرمیدگی و درمان‌های چندالگویی است. رایج‌ترین داروها در درمان اختلال کم‌توجهی متیل فنیدیت<sup>۱</sup> و دی-آمفتامین<sup>۲</sup> است. سایر داروهایی که با تاثیر بر سیستم

3. Cloidine  
4. Guanfacine  
5. Mindfulness-based Interventions

1. Methyl Phenidate  
2. D Amphetamine

کودکان شامل موارد زیر است:

- (۱) آن را بینداز: در این فعالیت کودک باید ضمن توجه بر شی معین فعالیت ویژه‌ای را انجام دهد.
- (۲) آن را لمس کن: در این فعالیت از کودک خواسته می‌شود که با چشمان بسته و استفاده از حس لامسه فعالیت مورد نظر را انجام دهد.
- (۳) دقت کن و توپ را بینداز: هدف جلب توجه کودک به جزئیات و انجام هرچه دقیق‌تر حرکات و فعالیت‌هاست.
- (۴) توجه کن و به خاطر بسپار: کودک ضمن توجه به اشیاء و فعالیت‌های منظم باید سعی کند آن‌ها را به خاطر بسپارد. هدف از انجام این بازی حفظ توجه برای مدت طولانی‌تر است.
- (۵) کار را در زمان طولانی‌تر انجام بده: برای مثال با استفاده از میله یا نوار مسیری را ایجاد می‌کنیم و از کودک می‌خواهیم تا می‌تواند آرام و دقیق روی مسیر راه برود. سپس زمان راه رفتن کودک اندازه‌گیری می‌شود و همچنین مشخص می‌کنیم که او چند سانتی‌متر از مسیر را با دقت و روی مسیر میله راه رفته است.
- (۶) بگو، عمل کن، بگو: این فعالیت برای بهبود رفتارهای بدون تفکر کودکان طراحی شده است. در این بازی از کودک می‌خواهیم قبل از انجام بازی، حین بازی و پس از بازی به ارزیابی خود پردازد.
- (۷) دویدن داخل ماز و صحبت کردن: این فعالیت نیز در مراحل بالاتر که کودک قدرت تمرکز بیشتری دارد، اجرا می‌شود و از کودک خواسته می‌شود در یک زمان واحد ۲ کار متفاوت را انجام دهد.

در این گام کودکان در فعالیت‌هایی که به‌طور عمده در جهت ارائه خدمات به دیگر دوستان است، شرکت می‌کنند. در واقع این مرحله دارای ۲ هدف عمده است. هدف نخست این‌که این کودکان با گام برداشتن در جهت رفاه دیگران زمینه را برای پذیرش خود در داخل گروه فراهم آورند و هدف دوم این‌که احساس کارایی، لیاقت و اعتماد به نفس این کودکان در نتیجه حرکت در جهت رفاه دیگران تقویت شود.

گام دوم آموزش مهارت‌های ارتباطی و اجتماعی است. آموزش مهارت‌های ارتباطی بخش اساسی کار با کودکانی است که تکانشگری، بی‌توجهی و پرخاشگری دارند. آموزش گوش کردن، همدلی، کنترل خشم و جرأت‌ورزی از جمله آموزش‌هایی است که در این مرحله ارائه می‌شود. این آموزش‌ها به‌طور عمده در خلال بازی‌ها و از طریق ایفای نقش صورت می‌پذیرند. برای مثال در مورد رفتار جرأت‌ورزانه، ایفای نقش فرصتی بسیار مناسب برای این کودکان در جهت تمرین رفتار جرأت‌ورزانه فراهم آورده و جرأت‌ورزی به این کودکان ابزار اثربخشی می‌دهد که الگوهای ارتباطی پرخاشگرانه خود را بهبود بخشند.

گام سوم آموزش مهارت حل مسئله است. این کودکان به‌طور معمول قبل از فکر کردن وارد عمل می‌شوند، بنابراین آموزش حل مسئله از جایگاه ویژه‌ای در درمان این کودکان برخوردار است. این گام نیز به‌طور عمده از طریق ایفای نقش آموزش داده می‌شود.

### بیوفیدبک و تمرین‌های ورزشی

یکی از شیوه‌هایی که در سال‌های اخیر برای درمان این اختلال مطرح شده، بیوفیدبک است. جلسه‌های درمانی بین ۱۰ تا ۱۵ هفته طول می‌کشد. تعداد جلسه‌های درمانی، شرایط درمان، محیط درمانی، پاداش‌ها، دستگاه بیوفیدبک و درمانگر در هر ۲ گروه یکسان بودند و تنها محل نصب الکترودها تفاوت داشت. هر جلسه ۳۰ دقیقه به طول می‌انجامد. در ۲ دقیقه نخست، خط پایه برای بیمار مشخص و طی جلسه، بر اساس این خط پایه تمرین انجام می‌شد. در هر جلسه ۸ تمرین

### آموزش علایق اجتماعی (مداخله مبتنی بر سبک آدلر)

از نظر آدلر علاقه اجتماعی سنگ‌بنای سلامت روانی است. وی علاقه اجتماعی را به معنی ایجاد رابطه نزدیک با دیگر انسان‌ها می‌داند و این رابطه را در مطلوب‌ترین وجه به‌صورت عشق برادرانه توصیف می‌کرد (۴۱). محتوای جلسه‌ها شامل:

گام نخست ایجاد رابطه و کمک به دیگران است:

ناشی از انتقال نتایج پژوهش‌ها به تجربه بالینی خواهیم بود. روش‌های تلفیقی و کارآمد با بیشترین کارایی در تشخیص و ارزیابی و درمان معرفی خواهند شد.

### نتیجه‌گیری

نتایج پژوهش‌ها نشان می‌دهد اختلال کم‌توجهی - بیش‌فعالی از شیوع متوسطی برخوردار است و شناسایی زودهنگام این اختلال در سنین پایین‌تر با استفاده از آزمون‌های غربالگری، فرآیند پیگیری و درمان به‌موقع را تعیین می‌کند. همچنین اطلاع صحیح نداشتن والدین و آموزگاران از این اختلال می‌تواند منجر به تنبیه کودک در خانه و مدرسه شود. بنابراین لازم است ضمن اطلاع‌رسانی و آموزش به والدین، بررسی این اختلال در شناسنامه سلامت کودکان در بدو ورود به مدرسه در نظر گرفته شود تا با شناسایی مبتلایان و مداخله مناسب بتوان از پیامدهای آن در بزرگسالی از قبیل کناره‌گیری، کاهش اعتمادبه‌نفس و اختلال سلوک پیشگیری کرد.

نتایج پژوهش‌هایی که در زمینه اختلال کم‌توجهی - بیش‌فعالی انجام شده نشان می‌دهد که بسیاری از ویژگی‌های رفتاری دانش‌آموز دارای 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 آشفستگی در روابط بین‌فردی را فراهم کرده و واکنش منفی اولیای مدرسه را تشدید می‌کند و رفتارهای این دانش‌آموزان موجب نگرش منفی همسالان و بزرگسالان نسبت به آن‌ها، طردشدن از سوی همسالان و ایجاد درگیری و نابسامانی در محیط مدرسه و خانواده می‌شود. اما چنانچه والدین و اولیای مدرسه با عوامل ایجادکننده و راهبردهای تشخیصی و درمانی این اختلال آشنا باشند، از این واماندگی‌ها کاسته می‌شود؛ زیرا بسیاری از این تجربیات ناخوشایند مربوط به آشنایی علمی نداشتن با این اختلال است. آگاهی علمی در مورد این اختلال بر نحوه تفسیر والدین و معلمان از رفتار دانش‌آموز و سرانجام نحوه برخورد و رفتارشان با این دانش‌آموزان تاثیر می‌گذارد. سبب‌شناسی اختلال

وجود داشت که هر کدام ۳ دقیقه به طول می‌انجامید و بین تمرین‌ها یک استراحت ۳۰ ثانیه‌ای در نظر گرفته شده بود. بیماران، هم‌فیدبک دیداری و هم‌شنیداری دریافت می‌کردند.

پژوهش‌های اولیه نشان داده‌اند که زنان با اختلال کم‌توجهی - بیش‌فعالی، الکتروآنسفالوگرافی غیرطبیعی متفاوتی نسبت به مردان دارای اختلال کم‌توجهی - بیش‌فعالی نشان دادند. زنان دارای این اختلال نسبت به مردان در ارایه و تشخیص تفاوت معنی‌داری نشان می‌دهند (۱۱).

### پژوهش‌های موردی و درمان‌های چندوجهی

پژوهش‌های موردی نشان می‌دهد که آموزش‌های داده شده کاهش معناداری را در نشانه‌های اختلال کم‌توجهی - بیش‌فعالی ایجاد کرده است، ولی مقایسه گروهی آن‌ها این تاثیرات را کمتر نشان می‌دهد (۴۲). در ایران پژوهش‌های محدودی در مورد تاثیر آموزش اصلاح رفتار معلمان، والدین و رفتاردرمانی به‌صورت ترکیبی و موردی انجام گرفته است. نقش معلمان در ترکیب با والدین و رفتار درمانگر در رفع مشکلات این کودکان بسیار مهم است.

پژوهش کیهانی، فیلد، هماندز و اسپنبری<sup>۱</sup> بر درمان‌های چندالگویی تاکید و بیان می‌کنند که این درمان‌ها مستلزم یکپارچه‌سازی و ترکیب دارودرمانی با روش‌های مدرسه‌محور، روان‌درمانی، آموزشی و محیطی برای تامین نیازهای ویژه است (۴۳). اسکاچر، جادد، گلد، بیل، بوکر و همکاران<sup>۲</sup> (۲۰۰۲) معتقدند درمان‌های ترکیبی به اثرات می‌افزاید و باعث کاهش نشانه‌های اختلال می‌شود. همچنین ارایه آموزش به معلمان و والدین به‌طور همزمان در پژوهش‌های موردی سودمند گزارش شده است (۴۴). از سوی دیگر، نتایج پژوهش‌های موردی نشان می‌دهد که آموزش اصلاح رفتار، کاهش معناداری را در نشانه‌های این اختلال ایجاد کرده است، ولی مقایسه گروهی آن‌ها این تاثیرات را کمتر نشان می‌دهد (۴۲). در آینده شاهد پیشرفت‌های

1. Kihani, Field, Hernandez & Schanbery

2. Schacher, Jaded, gold, Boyle, Boker, Sniderr & et al

می‌شوند. بنابراین متخصصان مدرسه باید در تشخیص دقیق باشند و زمینه خانوادگی و سایر ملاک‌های تشخیصی را به‌دقت در نظر بگیرند.

ارزیابی بالینی این اختلال باید جامع و چندبعدی باشد و اختلال‌های همبود و تاثیر این اختلال بر کارکردهای دانش‌آموز در خانواده، مدرسه و اجتماع را مدنظر قرار دهد تا تصمیمات شایسته‌ای برای آموزش مناسب و کافی دانش‌آموزان گرفته شود. بنابراین پس از ارزیابی جامع و تشخیص دقیق و بررسی اختلال‌های همبود با آن، مداخله‌های درمانی آغاز می‌شود. اغلب درمان موثر، درمان چندوجهی است اما به طور کلی انتخاب نوع درمان تحت تاثیر عواملی مثل شدت اختلال، اختلال‌های همراه و نگرش راجع به مصرف دارو و نظایر آن قرار دارد و آنچه مهم است این که برنامه درمانی جامع که پرورش و یادگیری دانش‌آموز را تسهیل می‌کند، برنامه‌ای است که دانش‌آموز مبتلا، والدین، معلمان، روان‌شناسان مدرسه، پزشکان و متخصصان در اجرای آن با هم مشارکت و همکاری موثر داشته باشند.

کم‌توجهی - بیش‌فعالی پیچیده است و تاکنون فهم دقیقی از آنچه موجب این اختلال می‌شود به دست نیامده است. عوامل ژنتیکی و زیست‌شناختی، نقش اولیه‌ای در سبب‌شناسی این اختلال دارند و طی دوره‌های رشد متغیرهای محیطی و فردی متعددی ممکن است ظهور کند و مزمن شدن نشانه‌ها را تحت تاثیر قرار دهد. بسیاری از مواقع رفتار نامطلوب کودک به دلیل شرایط محیطی و موقعیتی است که در آن قرار گرفته است. از آنجا که دانش‌آموزان بخش زیادی از اوقات خود را در مدرسه می‌گذرانند بسیاری از نابهنجاری‌های رفتاری دانش‌آموز با اختلال کم‌توجهی - 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 کم‌توجهی - بیش‌فعالی اهمیتی بسیار دارد. 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 به‌عنوان اختلال کم‌توجهی - بیش‌فعالی تشخیص داده

## منابع

1. Caram Shae A, Abedi A, Yarmohammadian A. Development of executive function in preschool and primary school girls and boys with ADHD Isfahan city. *New Journal of Cognitive Science*. 2015; 16 (1): 31- 45. [Persian]
2. Chi TC. Mother-Child Relationship Of Children With ADHD. *Journal of Abnormal Child Psychology*. 2002; 30 (4): 387- 400.
3. Jennifer L, Vande V, Jian Ping H, Nicole D, Jameson KR. Impact of the DSM-5 Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) Age of Onset Criterion in the U.S. Adolescent Population. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2014; 53 (7): 736- 744.
4. Ghuman JK, Ghuman HS. ADHD in Preschool Children: Assessment and Treatment, Oxford university press. 2014; pp: 251- 257.
5. Stephen MS. Essential psychopharmacology. Asgari, K. «Persian translator» Publication of Jihad University, 2012, pp: 95- 96.
6. Pliszka SR. Patterns of psychiatric comorbidity with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*. 2000; 9(3): 525-540.
7. Greenhill LL, Hechtman LI. Attention Deficit Disorders. In: Sadock B J, Sadock V A, Ruiz P. Kaplan and Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. 9th ed. Philadelphia; Lippincott Williams and Wilkins. 2009; 3560-3579.

8. Bush G, Valera EM, Seidman LJ. Functional neuroimaging of attentiondeficit/ hyperactivity disorder: A review and suggested future directions. *Journal of Biological Psychiatry*. 2005; 57:pp 1273–128.
9. Rutter's. *Child & Adolescent Psychiatry*, 5th Edition, Edited by M. Rutter, D. V. M; Bishop, D. S; Pine, S; Scott, J; Stevenson, E; Taylor. Thapar Blackwell Publishing Limited. 2008; ISBN: 978-1-405-14549-7.
10. Franca E, Dupuy B, Adam R, Robert J. EEG Activity in Females with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Journal of Neurotherapy*. 2013; 17 (1): 49-67.
11. Fabiano GA, William EP, Charles EC and et al. A Waitlist-Controlled Trial of Behavioral Parent Training for Fathers of Children with ADHD. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*. 2012; 41 ( 3): 337- 345.
12. Xie J, Faye D, Ong MY, Junshun ZY, Ann C, Sascha DP, Yellowlees RH, Julie, BS. A Study on the Effectiveness of Videoconferencing on Teaching Parent Training Skills to Parents of Children with ADHD; *Telemedicine and Health*. 2013; 19(3): 192-199.
13. Khoshabi K, Shamsaie MM, Jadidi M, Nickhah HR, Basteh Hosseini S, and Malek Khosravi G. The effect of Ritalin, neurofeedback, parent management training and interaction three general ADHD and quality of mother-child relationship. *Scientific. Journal of Hamadan University of Medical Sciences and Health Services*. 2014; 20 (2): 132-142. [Persian]
14. Halperin JM, Healey DM, The influences of environmental enrichment, cognitive enhancement, and physical exercise on brain development: Can we alter the developmental trajectory of ADHD? *Journal of Neuroscience & Bio behavioral*. 2010; 35, 621-634.
15. Sadock J, Sadock V. *Textbook of Clinical Psychiatry*. Arjoman M, Rezaei F, Faghani N. «Persian translator» Tehran: Roshd Publications (2010).
16. Kalantari M, Neshat Dost H, Mohammad Baqer z. The effect of parental education and medical treatment of the symptoms of children with ADHD. *Journal of Psychology*. 2002; 18 (5): 118-135. [Persian]
17. Shahim S. Using the Wechsler Intelligence Scale for Children in Iran. *The researcher-psychological*. 1995; 1 (3,4): 22-32. [Persian]
18. Sadock BJ, Sadock VA. *Synopsis of psychiatry, Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry*. Rafie H, Sobhanian K. Tehran: Arjmand press. 2003; pp 342-68.
19. Alizadeh H. *Attention deficit hyperactivity Disoder. Features evaluate treatment*, Tehran: Roshd Publications (2008). [Persian]
20. Ismaeli A. The Prevalence and demographic characteristics of elementary students with ADHD in Birjand rural population. [Master's thesis *Exceptional Children Psychology*] Islamic Azad University of Birjand,. (2008). [Persian]
21. Alizadeh H. Theoretical explanation ADHD: Pattern of behavioral inhibition and self-control nature, *Research on Exceptional Children*. 2006; 3 (5): 323- 384. [Persian]
22. Glaucia C, Akutagava MA, Salatino O, Christian, C, Kieling, L, Augusto R, Mara HH. Genetics of attention-deficit/hyperactivity disorder: current findings and future directions. 2013; 13 (4): 435-445.
23. Barkley RA. *Attention deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment*. New York: Guilford Press. 2014; pp: 3.
24. Nigg JT. *What causes ADHD? Understanding what goes wrong and why*. New York: Guilford Press 2006; pp: 3.
25. Swanson JM, Kinsbourne M, Nigg J, Lanphear B, Stefanatos GA, Volkow N, et al. Etiologic subtypes of attentiondeficit/ hyperactivity disorder: Brain imaging, molecular genetics and environmental factors and the



- dopamine hypothesis. *Journal of Neuropsychology Reviews*. 2007; 17: 39-59.
26. Kieling C, Goncalves RR, Tannock R, Castellanos FX. Neurobiology of attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of Child and Adolescent Psychiatry*. 2008; 17(2): 285-307.
  27. Tripp G, Wickens J. Neurobiology of ADHD: Improved understanding and novel drug treatment. *Journal of Neuropharmacology*. 2009; 57: 579-589.
  28. Lubar J.F. Discourse on the development of EEG diagnostics and biofeedback treatment for attention-deficit/hyperactivity disorders. *Biofeedback and Self Regulation*. 1991; 16(3): 201-225.
  29. Mann C, Lubar J, Zimmerman A, Miller C, Muenchen R. Quantitative analysis of EEG I boys with attention-deficit / hyperactivity disorder: A controlled study with clinical implication. *Pediatric Neurology*. 1992; 8, 30-36.
  30. Barabasz A, barabasz M. Attention deficit hyperactivity disorder: Neurological basis and treatment alternatives. *Journal of Neurotherapy*. 1996; 26(1): 1- 37).
  31. Lubar J.F. Neurofeedback for the management of attention deficit disorders. In M.S. Schwarts & F. Andrasik (eds). *Biofeedback: A practitioners guide*. New York: The Guilford Press. 1995; PP: 493-522
  32. Loo SK, Barkley RA. Clinical utility of EEG in attention deficit hyperactivity disorder. *Applied Neuropsychology*. 2005; 12(2): 64-76.
  33. McCann D, Barrett A, Cooper A, et al . Food additives and hyperactive behavior in 3-year-old and 8/9-year-old children in the community: A randomized, doubleblinded, placebo-controlled trial. *Lancet*. 2007; 370(9598): 1560-67.
  34. Daly B, Creed T, Xanthopou M, Brown R. Psychosocial treatments for children with attention deficit hyperactivity disorder. *Neuropsychology Review*. 2007; 17 PP: 73-89.
  35. Fowler M. Attention Deficit Disorder. NICHCY Briefing Paper ERIC Number: ED351830; 2002.
  36. Bernice YLW. Learning about learning disabilities. Third Edition San, Diego, Academic press. 2011.
  37. Bennett FC, Brown RT, Craver J, Anderson D. Stimulant medication for the child with attention deficit/hyperactivity disorder. *Pediatr Clin North Am*. 1999; (46): 929-943.
  38. Myers R. Evidence Based psychological treatment for children with ADHA. A Child Developmental institute whit paper. 2007. [www.childdevelopmentihfo.com](http://www.childdevelopmentihfo.com).
  39. Covaterchil TR, Morris RJ. Child Clinical Psychology. Naeeniyan MR, Rahnama A, Biabangard A, Roshani R, Ziaee Z, Saraj N, Esfandiari. A «Persian translator» Tehran: Roshd Publications (2003).
  40. Ost LG. Efficacy of the third wave of Behavioral therapies: A systematic review and meta analysis. *Behavior Research and Therapy*. 2008; 46 (3): 296-321.
  41. King R, Shelley C. Community Feeling and Social Interest: Adlerian Parallels, Synergy, and Differences with the Field of Community Psychology. *Journal of Community and Applied Social Psychology*. 2008; 18(2): 96-107.
  42. Georgi Y, Saif AA, DelaVar AI, Karimi Y. Compare the effectiveness of applying behavior modification techniques and the combination of both parents and teachers in reducing the symptoms of ADHD and primary students. *Knowledge and research in psychology*. 2006; (23): 22-1. [Persian]
  43. Kihani S, Field T, Hernandez MF, Schanbery S. Massage therapy improve mood And Behavior of students with attention deficit Hyperactivity. Disorder Adolescence. 2003; 38, 626-637.
  44. Schacher R, Jaded AR, gold M, Boyle M, Boker L, Sniderr A, Cunningham C. Attention Deficit hyperactivity Disorder: critical appraisal of extended treatment students, conidian. *Journal of psychiatry*. 2002; 47(4): 337- 348.