

اختلال بیش فعالی - کمبود توجه

مهرداد امیری پسند^۱، زهرا رضا لنگرودی^۲

۱- کارشناس علوم تربیتی، دانشگاه پیام نور تهران جنوب، تهران، ایران

mhrsamyry6@gamil.com

09119928369

۲- کارشناس علوم تربیتی، دانشگاه علمی کاربردی نوشهر، مازندران، ایران

zahra0042rezaei@gmail.com

09054160042

چکیده

اختلال نارسایی توجه - بیش فعالی یکی از اختلالات روانشناختی دوران کودکی است که امروزه بیشترین پژوهش ها در مورد آن به عمل می آید. میزان شیوع نسبتاً بالای این اختلال باعث می شود متخصصان بالینی به ارزیابی شایسته این اختلال قادر شوند و مداخلات درمانی موثری را طرح ریزی کنند که به طور قابل ملاحظه ای اختلال اساسی و کمبود های مرتبط به آن را بهبود خواهد بخشید. در خانواده هایی که کودکی با اختلال نارسایی توجه - بیش فعالی وجود دارد، ساختار خانواده را مختل خواهد کرد و موجب بروز تنش هایی در وظایف فرزند پروری می شود. این کودکان قادر به کنترل فعالیت هایشان در مواقعی که باید آنها را محدود کنند نیستند، آنها بیش از حد جنب و جوش دارند، آرام نمی نشینند و دائم در حال حرکت هستند، نمی توانند آرام بازی کنند و اغلب در دست ها و پاها حالت بی قراری دارند. علاوه بر این اختلال نارسایی توجه - بیش فعالی می تواند بر کارکردهای کودک در زمینه تحصیل، ارتباط با همسالان و رشد وی تأثیر گذار باشد. این مقاله به بررسی این اختلال، دیدگاه ها و درمان می پردازد.

کلید واژه ها: خانواده، کودک، اختلال کاستی توجه و بیش فعالی.

مقدمه

اختلال کاستی توجه و بیش فعالی یکی از شایع ترین اختلال های دوران کودکی است که میزان مراجعه مبتلایان به این اختلال به مراکز مشاوره و درمانی، از دیگر اختلال ها بیشتر است (Roni, 2011). بلوم و کوهن^۱ (۲۰۰۶) گزارش کرده اند که در سال ۲۰۰۶ در آمریکا چهار میلیون و پانصد هزار کودک مبتلا به این اختلال تشخیص داده شده بودند. از این رو، در سال های اخیر این اختلال، توجه روان پزشکان، روان شناسان و متخصصان تعلیم و تربیت را به خود جلب کرده و تلاش شده است با استفاده از روش های گوناگون به درمان این اختلال پردازند. این اختلال تا سنین جوانی و بزرگسالی استمرار پیدا می کند و کل نظام خانواده را متأثر می سازد. بررسی پیشینه موجود نشان می دهد که این اختلال گاهی با بی توجهی و گاهی با بیش فعالی و تکانش وری بروز می کند و با رفتارهای پرخاشگری، مخالفت جویی و لجبازی همراه است. این اختلال از سه سالگی به بعد قابل شناسایی است و نشانه های آن در دوره ابتدایی به شدت خود می رسد. این اختلال بر عملکرد شناختی، تحصیلی و اجتماعی کودک و سپس در بزرگسالی بر عملکرد شغلی و ناشویی فرد تأثیر می گذارد و فرد را به ناتوانی در یادگیری و معلولیت تحصیلی مبتلا می کند (Gilberg, 2013). این قبیل کودکان هنگام یادگیری، توانایی نظم بخشیدن به فکر و اندیش خود را ندارند و همین وضعیت بر عملکرد تحصیلی آنان اثر منفی بر جا می گذارد.

¹ Bolom & Kuhen

در حال حاضر توجه به کودکانی که مبتلا به اختلال کاستی توجه و بیش فعالی هستند و خانواده آنان از اهمیت حاصلی برخوردار است. همچنین معلمان در مدارس عادی و ویژه از مشکلات رفتاری و تحصیلی این گونه دانش آموزان شکوه دارند و به دنبال اصلاح، درمان و چاره جویی هستند. یکی از شایع ترین ویژگی های دانش آموزان مبتلا به اختلال کاستی توجه و بیش فعالی، عملکرد تحصیلی پایین آنان است (Valent, 2017). در سال ۱۹۹۱ لاهی و کارلسون شواهدی ارائه کردند مبنی بر این که اکثر دانش آموزان با ناتوانی یادگیری، مبتلا به اختلال کاستی در توجه هستند (بدون بیش فعالی). این پژوهشگران نیز گزارش کردند که اختلال کاستی توجه و بیش فعالی با اختلال رفتار اخلاص همراه است (Lahi & Karlsin, 2018). در این مقاله به بررسی خانواده و کودک با اختلال کاستی توجه و بیش فعالی می پردازیم.

والدین و کودک با اختلال کاستی توجه و بیش فعالی

این اختلال، اثرات زیادی بر کودک و تعادل والدین - کودک بجا می گذارد. از جمله تأثیرات این اختلال بر خود کودک، اشکال در بازداری رفتاری (Semrod & Kilkmn, et al., 2017)، کارکردهای اجرایی (Hallahan, Kaufman and Pollen, 2009)، رفتارهای هدفمند مداوم و مهارت های سازشی (Barkeli, 2005) و رفتارهای اجتماعی نامطلوب است که افراد عادی برای توصیف آن از اصطلاحاتی، مانند کودکان شلوغ، پر جنب و جوش، بی نظم، بازی گوش، گیج، حواس پرت و سر به هوا استفاده می شود. از جمله تأثیرات و پیامدهای این اختلال، ایجاد تنیدگی در فرایند فرزند پروری، روابط پدر و مادر با کودک و روابط کودک با خواهران و برادران است (Neofiter & Weber, 2015).

استرس و تنیدگی از جمله مشکلاتی است که بشر متمدن امروزی در همه عرصه های زندگی با آن دست به گریبان است. خدایاری فرد و پرند (۱۳۹۶) بر این باور هستند هنگامی که الزامات مربوط به فعالیتی فراتر از توانایی های فردی و اجتماعی افراد است، پاسخ هایی ارائه می شوند که به آن تنیدگی گفته می شود. تنیدگی از لحاظ جسمانی، هیجانی، شناختی و رفتاری تأثیرات مخربی بر سلامت روانی پدر و مادر از خود بجا می گذارد. همچنین می توان اثرات رفتاری نامطلوب تنیدگی، مانند ایجاد اختلال در کارکردهای خانواده و تعاملات والدین - فرزند اشاره کرد (Oret & Oret, 2018). وجود کودک با اختلال کاستی توجه و بیش فعالی که برقراری رابطه با او مشکل است، کل نظام خانواده را تحت تأثیر قرار می دهد و نظام خانواده هم روابط تک تک اعضای خود را متأثر می کند. تحقیقات انجام شده در این زمینه نشان می دهد که ارتباط تنگاتنگی بین ویژگی های والدین و کودکان مبتلا به اختلال کاستی توجه و بیش فعالی وجود دارد.

برخی از تحقیقات، گزارش کرده اند که رفتارهای نامناسبی در روابط والدین و کودکان با اختلال کاستی توجه و بیش فعالی وجود دارد. کودکان مبتلا به این اختلال، در مقایسه با کودکان عادی، رفتارهای نامناسب بیشتری دارند و فرمان بری کمتری از خود بروز می دهند و والدین آنها بیشتر منفی گرا هستند و کمتر در فعالیت های اجتماعی شرکت می کنند.

پژوهشی که بارکلی (۲۰۰۰) به منظور بررسی تأثیر مهارت های فرزند پروری بر اختلال کاستی توجه و بیش فعالی انجام داد، بیانگر این است که اگر چه رفتارهای منفی و نامناسب مادر نسبت به فرزند مبتلا به این اختلال، نشانه ها و علائم اختلال را تشدید می کند، ولی صرفاً دلیل ایجاد آن نیست. گاهی تنیدگی موجود در یک خانواده هم سبب تشدید علائم این اختلال می شود. بنابراین، می توان نتیجه گرفت که این روابط نامناسب و تنیدگی زای بین والدین و کودک به صورت متقابل و یک دور باطل رخ می دهد (Lifor, et al., 2018).

در این میان نقش اصلی پیشگیری از بروز چنین شرایطی و همچنین برقراری مجدد تعادل در خانواده، به عهده والدین به عنوان پایه های اصلی خانواده است. پس می توان از آموزش والدین برای برخورد مناسب با مشکلات کودک و مقابله با تنیدگی ناشی از آن به عنوان یکی از اجزای مهم رویکرد چند بعدی درمان سود جست. مک کلیری و ریدلی^۲ (۲۰۱۵) هم با مرور تحقیقات انجام شده در این

². Mc Kiliri & Ridly

زمینه به این نتیجه رسیده اند که آموزش والدین کودکان با اختلال کاستی توجه و بیش فعالی در کاهش مشکلات رفتاری آنان و تضادهای والدین - فرزند مؤثر است که در بخش پایانی فصل حاضر بیشتر به آن پرداخته خواهد شد.

تعریف و طبقه بندی

این اختلال سابقه ای طولانی دارد و نخستین بار در دومین ویرایش کتاب راهنمای تشخیصی و آماری اختلال های روانی در سال ۱۹۸۶ (انجمن روان پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳) تحت عنوان واکنش بیش جنبی کودکی شناسایی و معرفی شد. سپس در سال ۱۹۸۰ در ویرایش سوم راهنمای مذکور (انجمن روان پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳) اصطلاح اختلال کاستی در توجه به طور صریح به کار رفت و به دو گروه اختلال کاستی در توجه با بیش فعالی و اختلال کاستی در توجه بدون بیش فعالی دسته بندی شد. در سال ۱۹۸۷ در ویرایش سوم تجدید نظر شده راهنمای مذکور، انجمن روان پزشکی آمریکا مجموعه سه ویژگی بی توجهی، بیش فعالی و رفتار تکانش وری را در یک مفهوم تلفیق کرد و آن را اختلال کاستی توجه و بیش فعالی نامید. سرانجام در سال ۲۰۱۳، انجمن روان پزشکی آمریکا در پنجمین ویرایشگری بازنگری شده راهنمای تشخیصی و آماری اختلال های روانی سه نوع اختلال معرفی کرده است:

نوعی که کاستی در توجه غالب است

این نوع اختلال هنگامی وجود دارد که حداقل شش نشانه و یا بیشتر از نشانه های کاستی در توجه حداقل برای شش ماه گذشته دیده شود. در این نوع اختلال، کمتر از شش نشانه بیش فعالی وجود دارد.

نوعی که بیش فعالی و تکانش وری غالب است

این نوع اختلال هنگامی وجود دارد که حداقل شش نشانه و یا بیشتر از نشانه های بیش فعالی و تکانش وری حداقل برای شش ماه گذشته دیده شود. بدیهی است در این نوع اختلال، کمتر از شش نشانه کاستی در توجه وجود دارد.

نوع ترکیبی

اگر فردی شش نشانه و یا بیشتر از کاستی در توجه و شش نشانه و یا بیشتر از بیش فعالی و تکانش وری را برای حداقل در شش ماه گذشته داشته باشد، اختلال او از نوع ترکیبی است. اکثر کودکان و نوجوانان مبتلا به این اختلال، دچار نوع ترکیبی هستند.

نشانه شناسی

طبق نظر مؤلفان ویرایش پنجمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلال های روانی (انجمن روان پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳) نشانه ها و معیارهای تشخیصی زیر را می توان برای اختلال کاستی توجه و بیش فعالی هفرست کرد:

الف: (I) مواردی که نشانه های بی توجهی غالب است. جلوه اساسی اختلال کاستی در توجه، الگوی پایدار و مستمر بی توجهی و بی دقتی است. نشانه هایی به شرح زیر که حداقل برای شش ماه ادامه دارند، با سطح رشد فرد ناسازگار است و موجب سازش نایافتگی او می شود (Smucker, 2017).

نشانه های بی توجهی

فرد اغلب قادر نیست به جزئیات امور توجه کند و در انجام امور خانه، کارهای مدرسه و فعالیت های دیگر مرتکب اشتباهاتی می شود که نشای از بی دقتی و بی توجهی است. مانند، بی دقتی در لباس پوشیدن، غذا خوردن و کارهای مدرسه. فرد اغلب در حفظ و استمرار توجه در فعالیت های آموزشی و امور مربوط به بازی مشکل دارد و ناتوان است.

فرد اغلب به نفر می رسد به حرف هایی که توسط مادر یا معلم به او زده می شود، گوش نمی کند و به بیان دیگر حرف هایی که به او گفته می شود را نمی شنود. کودک به اصطلاح سر به هوا و بازی گوش است.

فرد اغلب نمی تواند یک دستورالعمل یا راهنمایی خاصی را پیگیری و اجرا کند، به ویژه هنگامی که دستورالعمل شامل چندین مرحله باشد. در به پایان رساندن یا کامل کردن یک فعالیت، بازی، امور تحصیلی و سرودهای دسته جمعی به علت عدم توجه، با شکست روبرو می شود؛ البته نه به علت رفتار مخالفت جویی یا عدم فهم دستورالعمل، بلکه به دلیل اینکه کودک به راهنمایی دیگران توجه نمی کند.

فرد اغلب در سازمان دادن کارها و فعالیت ها مشکل دارد و به عنوان فرد نامنظم و نامرتب شناخته شده است.

فرد اغلب از انجام کارهایی که نیاز به تفکر، تمرکز و تلاش ذهنی مستمر دارد، اجتناب می کند، تردید دارد، بی میل است و زود خسته می شود (مانند انجام تکالیف مدرسه یا مشق).

فرد اغلب اشیای ضروری برای انجام کارها و تکالیف را گم می کند (مانند اسباب بازی، تکلیف مدرسه، مداد، کتاب و نظایر آن). (Geurts, 2018).

فرد اغلب به راحتی و سهولت حواسش توسط محرک های نامربوط و مزاحم، پراکنده و پریشان می شود و به نظر می رسد که حواسش جای دیگری است. توجه کودک به صداها و امور جزئی جلب می شود، مانند بوق ماشین، صدای بیرون خانه (نان خشکی و میوه فروشی)، صدای رادیو و تلویزیون و صدای دیگران، برای مثال، کودکی که سر راه مدرسه اش ممکن است به دنبال یک گنجشک برود و با تأخیر به مدرسه اش برسد!

فرد اغلب در انجام فعالیت های روزانه اش فراموشکار است و فراموش می کند وسایل لازم را به مدرسه بیاورد. برای مثال کتابش را در خانه جای می گذارد، فراموش می کند اسباب بازی هایش را سر جایش بگذارد.

افزون بر این نشانه ها، باید اضافه کرد که فرد اغلب از خواندن مطالب طولانی خسته می شود و بی علاقه است. این گونه افراد کاری را نیمه تمام رها می کنند و به کار دیگری می پردازند. همچنین هنگام صحبت کردن از موضوعی به موضوع دیگر می پردازند و به اصطلاح از این شاخ به آن شاخ می پرند و فراختای توجه فرد کوتاه است.

الف: (II) مواردی که نشانه های بیش فعالی و تکانش وری غالب است. نشانه هایی به شرح زیر که باید حداقل برای شش ماه ادامه داشته باشند و با سطح رشد فرد ناسازگار است و موجب سازش نایافتگی او می شود (Daniel, et al., 2018).

نشانه های بیش فعالی

فرد اغلب با دست ها و یا پاهایش بازی می کند و ضربه می زند و در صندلی اش وول می خورد. فرد با اشیای گوناگون ور می رود و پاهایش را بیش از حد تکان می دهد.

در شرایطی که از فرد انتظار می رود روی صندلی اش بنشیند، اغلب صندلی اش را ترک می کند و یا از روی صندلی اش بلند می شود. فرد اغلب در اطراف کلاس یا اتاق بیش از حد راه می رود، می دود یا از روی میبل و صندلی بالا می رود. در نوجوانان و بزرگسالان ممکن است حالت بی قراری مشاهده شود.

فرد اغلب هنگام بازی یا تفریح کردن نمی تواند آرام و بدون صدا باشد و هنگام فعالیت های آرام، از خودش صدا در می آورد.

فرد اغلب در حال رفتن یا تحرک است. اشیاء را می قاپد و چنگ می زند. فرد ناآرام است و آرامش ندارد؛ البته گاهی اوقات به طور متناوب آرام می شود.

فرد اغلب زیاد حرف می زند، به ویژه هنگام تماشای تلویزیون یا غذا خوردن فرد. گاهی اوقات دچار کم خوابی می شود (Sheridan, 2018; Mcinnes, 2015; Scheres, 2017).

نشانه های تکانش وری

فرد اغلب قبل از این که سوالی به طور کامل مطرح شود، می خواهد به آن پاسخ دهد. فرد قادر نیست پاسخ به یک سوال را به تأخیر بیندازد، برای مثال زمانی که معلم می خواهد سوالی را مطرح کند، دانش آموز مرتب می گوید: من بگم، من بگم! فرد اغلب در رعایت نوبت دچار مشکل می شود، فردی ناشکیبا است و نمی تواند نوبت را رعایت کند (شتاب زدگی). فرد اغلب مزاحم دیگران می شود، بی موقع حرف می زند، وسط حرف دیگران می پرد، حرف آنان را قطع می کند و گاهی سوال های نامربوط می پرسد.

افزون بر این نشانه ها، فرد اغلب به اشیایی که نباید به آنها دست بزند، دست می زند. گاهی اوقات وجود نشانه های تکانش وری موجب تصادف می شود. برای مثال، کودک بدون نگاه کردن از عرض خیابان گذر می کند و با عجله ظرف داغ را از روی اجاق بر می دارد و دست هایش را می سوزاند. فرد قبل از این که فکر کند، عمل می کند و یا بدون تفکر، عمل می کند. ب: برخی از نشانه های بی توجهی و بیش فعالی و تکانش وری ناشی از آسیب های مغزی، ممکن است پیش از سن هفت سالگی ظاهر شود. اگر چه امکان دارد نشانه های این اختلال در مدرسه بیشتر نمایان شود، زیرا که مدرسه، امکان مقایسه بیشتر را فراهم می کند (Solveig, 2018; Goldstein, 2018; Willcutt, 2015).

ج: برخی از نشانه ها امکان دارد در دو موقعیت یا بیشتر ظاهر شود (مدرسه، خانه، محل کار و یا موقعیت های اجتماعی دیگر).

د: شواهد بالینی معناداری در زمینه های کارکرد اجتماعی، تحصیلی یا حرفه ای علاوه بر نشانه های ذکر شده، باید وجود داشته باشد.

ه: نشانه های بی توجهی و بیش فعالی منحصراً با اختلال رشدی فراگیر، اسکیزوفرنی، اختلال روان گسستگی رخ نمی دهد و مخصوص اختلال روانی خاصی نیست.

گاهی نشانه های بی دقتی و بی توجهی در دانش آموزان با بهره هوشی پایین مشاهده می شود. برای مثال، دانش آموزی که به اصطلاح "نمی کشد" و توان همراهی و رقابت با دیگر دانش آموزان را ندارد، دچار بی توجهی می شود و حوصله اش سر می رود و برای همکلاسی های خود مزاحمت ایجاد می کند. همچنین دانش آموزی که محیط کلاس و مطالب آن برایش جاذب و جالب نیست، دچار بی توجهی و بی حوصلگی می شود. لازم به توضیح است که این وضعیت را باید با کلاس آشفته و بی نظم متفاوت دانست (Mark, 2018; Conway, 2013; Ackerman, 2014).

شدت: شدت اختلال کاستی توجه و بیش فعالیت براساس میزان وجود نشانه های پیش بینی شده در راهنمای تشخیصی و آماری اختلال های روانی (انجمن روان پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳) شناسایی و مشخص می شود و توافق چندانی بین متخصصان وجود ندارد. در مجموع پژوهشگران تمایل دارند نقطه دو انحراف معیار پایین تر از میانگین را به عنوان ابتلا به این اختلال به شمار آورند. سن تشخیص: به طور معمول از سن سه سالگی به بعد می توان نشانه های اختلال کاستی توجه و بیش فعالی را شناسایی کرد و تشخیص داد. قبل از این سن، هر گونه تأخیر و کاستی به ماهیت رشد کودک مربوط می شود. اگر چه گاهی انتظار می رود یک کودک دو تا سه ساله به راحتی با یک بزرگسال (مادر یا پدر) بنشیند و یک کتاب مصور را نگاه کند (Gathercole, 2017).

جنسیت: طبق گزارش انجمن روان پزشکی آمریکا (۲۰۰۰) این اختلال نزد پسران بیشتر از دختران است و نسبت آن از سه به یک تا نه به یک در نوسان است. دلایل این تفاوت از نظر علت شناسی زیاد روشن نیست. شکیم و همکارانش (۱۹۸۶) طی مطالعه ای پسران و دخترانی را که به درمانگاه ارجاع شده بودند، مورد مقایسه قرار دادند و گزارش کرده اند که پسران بیشتر به علت مشکلات رفتاری و دختران به دلیل مشکلات شناختی ارجاع شده بودند. در هر حال پیش بینی می شود این تفاوت به علت اثر جنسیت بر ژن ها باشد.

میزان شیوع

تخمین زده می شود که در جامعه آمریکا سه تا هفت درصد کودکان مدرسه رو به این اختلال مبتلا باشند (انجمن روان پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳؛ بارکلی، ۲۰۰۶). این اختلال به طور معمول در سال های اول دبستان، یعنی زمانی که سازگاری در مدرسه مورد نیاز

است، تشخیص داده شود و بیشتر شایع است. دلیل این امر شاید این باشد که در مدرسه امکان مقایسه میان دانش آموزان فراهم می شود.

مک کینی، مونتگ و هوکات (۲۰۱۵) گزارش کرده اند که در ۹ تا ۶۳ درصد موارد مطالعه شده، وقوع ناتوانی یادگیری با این اختلال توأم است. همچنین آنان در بررسی خود گزارش کرده اند که میان وقوع اختلال کاستی توجه و بیش فعالی و اختلال در رفتار اخلاص گرانه، همبستگی بالایی وجود دارد. این نتایج بیانگر این حقیقت است که اگر احتمال می رود کودکی به اختلال کاستی توجه و بیش فعالیت مبتلا باشد، این امر طبیعی است که انتظار داشته باشیم کودک مورد نظر همزمان به ناتوانی یادگیری و یا اختلال در رفتار نیز دچار باشد. بنابراین ارزیابی این کودکان باید به گونه ای باشد که تمام جنبه های مورد نظر را بسنجد و این گونه اختلال ها را به طور جامع مورد ارزیابی قرار دهد.

علت شناسی

روان شناسان و متخصصان پزشکی به درستی نمی دانند علت پیدایش این اختلال چیست؟ برخی از شواهد علمی بیانگر این است که این اختلال از طریق وراثت منتقل می شود و بر اثر نقص در دستگاه عصبی به وجود می آید. بیدرمن و همکاران (۱۹۹۵) گزارش کرده اند که حدود یک سوم پدرانی که خود در دوران کودکی شان به این اختلال مبتلا بوده اند، فرزندان آنان نیز دچار این اختلال بودند در هر حال علل اصلی بروز این اختلال به عوامل پیش از تولد (وراثت، مصرف الکل و مواد مخدر در دوران بارداری، بارداری ناامن، مسمومیت با سرب و جیوه، آلودگی آب و هوا و خاک) مربوط می شود و همین قدر مشخص شده است که اختلال کاستی توجه و بیش فعالی، یک اختلال عصب شناختی است.

روش های ارزیابی و تشخیص

همان طور که پیشتر اشاره شد ارزیابی کودکان مبتلا به اختلال کاستی توجه و بیش فعالی باید به گونه ای باشد که تمام جنبه های بی توجهی، بیش فعالی، تکانش وری و دیگر اختلال ها را بسنجد. شایان ذکر است که برخی از ابزار اندازه گیری موجود تمام ویژگی ها و نشانه های این اختلال را نمی سنجدند و اندازه نمی گیرند. گاهی ممکن است ابزار مورد نظر بی توجهی را با منفعل بودن یا عدم بلوغ اشتباه کند و یا رفتارهای لجبازی، مخالفت جویی و پرخاشگری را به جای بیش فعالی اندازه بگیرد. از این رو، توصیه می شود برای ارزیابی و تشخیص این اختلال از روش تلفیقی و ارزیابی جامع یعنی کاربرد روش های رتبه بندی، مشاهده و مصاحبه استفاده می شود. همچنین پیشنهاد می شود رفتار کودک مورد نظر را در موقعیت های متفاوت مانند خانه و مدرسه مورد بررسی قرار داد و از افراد مطلع گوناگون یعنی والدین و معلم، اطلاعات لازم را برای تصمیم گیری های آموزشی کسب کرد (Rasmussen, 2013). متأسفانه یک آزمون ساده و منحصر به فرد، مانند تست خون وجود ندارد که بتوان برای تشخیص این اختلال به کار برد. تشخیص این اختلال پیچیده است و باید اطلاعات گوناگون را توسط تیم تشخیص شامل روان شناس کودک، روان سنج، روان پزشک کودک و پزشک اطفال به دست آورد. ارزیابی این اختلال شامل اطلاعات و مراحل زیر است:

- تهیه تاریخچه پزشکی و خانوادگی از کودک مورد نظر
- معاینه پزشکی کودک مورد نظر
- مصاحبه با والدین، معلم و کودک
- اجرای مقیاس رتبه بندی رفتار
- مشاهده رفتار کودک در موقعیت های گوناگون
- اجرای آزمون های روان شناختی، مانند هوش، سازگاری عاطفی و اجتماعی
- بررسی ناتوانی های یادگیری کودک

همان طور که ذکر شد حدود هفتاد درصد کودکان مبتلا به اختلال کاستی توجه و بیش فعالی، به ناتوانی یادگیری نیز دچار هستند. بنابراین باید ناتوانی در یادگیری و یا ناتوانی های دیگر کودک مورد نظر نیز مورد بررسی قرار گیرد (Martinussen, 2015; Martin, 2010).

از آنجا که شدت نسبی نشانه های بی توجهی، بیش فعالی و تکانش وری بر عملکرد تحصیلی و کارکرد اجتماعی - هیجانی کودکان به روش های گوناگون تأثیر می گذارد، لذا ضرورت دارد از ابزار و روش های گوناگون برای ارزیابی و تشخیص این گونه نشانه ها استفاده کرد. در این بخش به اختصار برخی از این روش ها و ابزار معرفی می شوند.

آموزش اولیا و معلمان

یکی از مؤثرترین روش های درمان، آموزش اولیا و معلمان درباره نشانه های اختلال کاستی و توجه بیش فعالی و پیامدهای ابتلای به این اختلال بر رفتار کودک در خانه، مدرسه و موقعیت های اجتماعی است. هنگامی که اولیا و معلمان نسبت به این اختلال آگاهی لازم را کسب کنند، قادر خواهند بود که شیوه ارتباط خود را با کودک به درستی تنظیم کنند، موقعیت مناسب فراهم نمایند و به کودک کمک کنند تا بر مشکلات خود غلبه نمایند. معلمانی که نسبت به نشانه های این اختلال آگاهی دارند، هیچگاه پدر و مادر یا کودک را سرزنش نمی کنند.

به پژوه (۱۳۹۰) در پژوهشی اثربخشی آموزش مهارت های مقابله با تنیدگی بر میزان تنیدگی فرزندپروری مادران دارای فرزندان با اختلال کاستی و توجه بیش فعالی را مورد مطالعه قرار دادند. نمونه مورد مطالعه در این پژوهش، تعداد بیست و چهار نفر از مادرانی بودند که فرزندان آنها دارای اختلال کاستی و توجه بیش فعالی تشخیص داده شده بودند و به طور مساوی در دو گروه آزمایشی و کنترل همتا سازی شدند. ابزارهای پژوهش شامل الکتروانسفالوگرامی کمی، شاخص تنیدگی فرزندپروری و فهرست بررسی تشخیص اختلال کاستی و توجه بیش فعالی بود. برنامه آموزش مهارت های مقابله با تنیدگی در یازده جلسه شصت دقیقه ای (هفته ای سه جلسه) در گروه آزمایشی اجرا شد. نتایج به دست آمده نشان داد که آموزش مهارت های مقابله با تنیدگی بر تنیدگی فرزندپروری مادران گروه آزمایشی به طور معناداری مؤثر بوده و کاهش میزان تنیدگی فرزندپروری را به دنبال داشته است.

دارو درمانی

یکی از روش های درمانی رایج برای درمان اختلال کاستی و توجه بیش فعالی، روش دارو درمانی است (خوشابی و همکاران، ۱۳۹۶). گزارش ها حاکی از آن است که بیش از پنجاه درصد کودکان مبتلا به این اختلال وقتی از انواع داروهای محرک با مقدار درست استفاده می کنند، براساس قضاوت والدین و معلمان، در عملکرد آزمایشگاهی و مشاهدات مستقیم، بهبود رفتاری نشان می دهند. با وجود این، محدودیت هایی برای استفاده از داروها وجود دارد و نمی توان عوارض جانبی این داروها را نادیده گرفت، مانند کاهش اشتها، ایجاد بی خوابی، دل درد، سردرد افزایش تنش، افزایش فشار خون و ضربان قلب و تحریک پذیری (غباری بناب، به پژوه و محمدی، ۱۳۹۰). از این رو، به منظور پرهیز از عوارض جانبی داروها و به علت اینکه درمان های دارویی باعث حفظ و نگهداری اثر درمان در طول زمان نمی شوند، درمان های غیردارویی مورد توجه روان شناسان و مشاوران قرار گرفته است. از میان درمان های روان شناختی می توان به درمان های رفتاری و شناختی - رفتاری اشاره کرد.

هر چند که روش دارو درمانی برای برخی از کودکان مبتلا به این اختلال مؤثر است، اما اکثر متخصصان بر این باور هستند که نباید روش دارو درمانی را به تنهایی به کار برد. داروهایی که به طور معمول تجویز می شوند، عبارتند از ریتالین، ریسپریدون و سی لرت. ریتالین داروی کم ضرری است و عوارض جانبی کمتری دارد. برای کودکانی که قادر نباشند این گونه داروها را مصرف کنند، داروهای ضد افسردگی، مانند ایمی پرایمن نیز تجویز می شود. در این روش، پزشک معالج مسوول است که آگاهی لازم را به والدین بدهد و درمان کودک را به تدریج از دوز کم شروع کند. همچنین والدین موظف هستند که واکنش فرزندشان به دارو را زیر نظر داشته و به پزشک معالج گزارش کنند و با وی در تماس باشند.

نتیجه گیری

درمان جامع کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه - بیش فعالی فرایندی طولانی است که نباید توسط فردی بدون تجربه انجام شود. زیرا کودکان نوعاً علاوه بر اختلال نارسایی توجه - بیش فعالی انواع مشکلات دیگر (مثلاً ناتوانی های یادگیری، کمبود مهارت های اجتماعی، اختلالات سلوک) را ظاهر می سازند که نیازمند دانش عملی در زمینه سنجش و درمان شایعترین اختلالات روانشناختی کودکان است. بنابراین یک رویکرد مداخله چند مدلی باید اتخاذ شود که در آن هر موءلفه برای ارتقای هدف مشترک مهار اختلال نارسایی توجه - بیش فعالی و مشکلات مرتبط با آن طراحی می شود. و شیوه درمانی که در کاهش نشانه های اختلال نارسایی توجه - بیش فعالی عبارتند از داروهای محرک روانی و تکنیک های اصلاح رفتار در خانه یا در کلاس درس. بسیاری از پژوهشها حاکی از آن است که ترکیب مداخله های درمانی در ایجاد پیشرفت های تحصیلی و رفتاری نسبت به استفاده از آن ها به تنهایی برتری داشته است. آموزش والدین یکی از موثرترین روشهایی است تا شیوه های فرزند پروری و همچنین علائم اختلال نارسایی توجه - بیش فعالی را در این کودکان بهبود دهد. محققان اعتقاد دارند که آموزش رفتاری، والدین را در بکارگیری تکنیک های تغییر رفتار که بر اساس اصول یادگیری اجتماعی است آماده می کند. والدین در جلسات آموزش رفتاری درباره پیشایندها و پسایندهای رفتار کودک، رفتار آماج، رفتار درخور پاداش از طریق جایزه، توجه مثبت و پاداش های ملموس و غیره اطلاعاتی را یاد می گیرند. گاهی اوقات درمان این افراد با دارو برای پدران و مادران نگران کننده است. آن ها بنا به دلایل گوناگون ناراحتند و گفتگو با آن ها می تواند سودمند باشد. مشکل بسیاری از پدران و مادران این است که نمی توانند بپذیرند مسائل رفتاری فرزندشان بیشتر اساس جسمانی دارد تا روانی؛ چرا که مسائل جسمانی را دلهره آور می پندارند. آن ها برای باورند که در زمینه ی رفتار آنچه که روانی است به سهولت می تواند درمان شود، درحالیکه آنچه جسمانی باشد به آسانی درمان پذیر نیست. علت دوم این است که گاهی اوقات پدران و مادران درمان دارویی را بدین خاطر که چنین درمانی مصنوعی به نظر می رسد رد می کنند. علت سومی که گاهی اوقات پدران و مادران مخالف استفاده از دارو هستند این است که می ترسند بچه به آن عادت کند.

منابع

خوشابی، کتایون و پور اعتماد، حمیدرضا (۱۳۹۶). بررسی میزان شیوع اختلال بیش فعالی و نقص توجه و اختلالات همراه آن در دانش آموزان مقاطع ابتدایی شهر تهران. گزارش تحقیقاتی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی تهران.

راهنمای تشخیص و آمار اختلالات روانی، انجمن روانپزشکی آمریکا (۲۰۱۳). ترجمه نیکخو، محمد رضا، آوادیس، هامایاک، نقشبندی، سیامک، میر هاشمی، مالک، غفرانی، محی الدین (۱۳۸۲). تهران انتشارات سخن.

غباری بناب، به پژوه و محمدی (۱۳۹۰) اختلالات کودکی. اصفهان انتشارات جهاد دانشگاهی.

Ackerman Pl., Beier Me, Boyle Ml. Individual Differences In Working Memory Within A Nomological Network Of Cognitive And Perceptual Speed Abilities. J Exp Psycho Gen. 2014; 131(4): 267-289.

Barkley, R. A. (2005). Adhd And The Nature Of Self-Control. New York: Guilford Press.

Bolom & Kuhen (2006) Verbal, Visualandspacial Working Memory In Written Language Production. Actapsychological.; (124): 382-397.

Conway Ar, Kane Mi, Engle Rw. Working Memory Capacity And Its Relation To General Intelligence. Trands Cognitive Sciences. 2013; 7(12): 547-552.

Daniel Lenz, Kerstin Krauel, Jeanette Schadow, Lioba Baving, Emrah Duzel, Christoph S. (2018). Herrmann, Enhanced Gamma-Band Activity In Adhd Patients Lacks Correlation With Memory Performance Found In Healthy Children. Brain Research. 2018; 1235: 117 -132.

Gathercole Se, Alloway Tp, Willis C, Adams Am. Working Memory In Children With Reading Disabilities. J Exp Child Psycho. 2005, 91: 124- 137.

Gathercole Se, Pickering St. Assessment Of Working Memory In Six And Seven- Year- Old Children. J Edu Psycho. 2017; 92(2): 377-390.

- Gathercole Se. The Assessment Of Phonological Memory Skills In Preschool Children. *Br J Educe Psycho.* 1999; 65(2): 155-164.
- Geurts Hm, Van Der Oord C, Eveline A. (2018) Hot And Cool Aspects Of Cognitive Control In Children With Adhd : Decision Making And Inhibition. *J Abnorm Child Psychol.* 2018 34: 814-24.
- Gilberg. (2013) Computerized to study development Games Of Attention In Children. *Behavior Reserch Methods, Instruments And Computers,* 32, 297-303
- Goldstein, S., & Goldstein, M. (2018). *Managing Attention Deficit Hyperactivity Disorder In Children: A Guide For Practitioners* (2nd Ed.), New York, Ny: John Wiley.
- Lahi & Karlsin (2018) Efficacy Of Play Therapy On Problem Behaviors Of A Child With Attention Deficit Hyperactivity Disorders. Retrieved From The World Wide Web. 2012: [Http://Www.Altavista.Com](http://www.altavista.com)
- Mark D. Rapport & R. Matt Alderson & Michael J. Kofler & Dustin E. Sarver & Jennifer Bolden & Valerie Sims . Working Memory Deficits In Boys With Attention-Deficit/ Hyperactivity Disorder (Adhd): The Contribution Of Central Executive And Subsystem Processes. *J Abnorm Child Psychol.* 2018; 36:825–837.
- Martin Schecklmann. Marcel Romanos .Franziska Bretscher .Michael M. Plichta. Andreas Warnke. Andreas J. Fallgatter. Prefrontal Oxygenation During Working Memory In Adhd: *Journal Of Psychiatric Research.* 2010; 44: 621–628.
- Martinussen, R., Hayden, J., Hogg-Johnson, S., Tannock, R. (2015) A Meta-Analysis Of Working Memory Impairments In Children With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry.* 2015; 44 (4): 377–384.
- Mc Kiliri & Ridly (2015) Psychosocial Treatments For Children With With Attention Deficit/Hyperactivity Disorder .*Neuro Psychol Review.* 17, 73-79.
- McInnes, A., Humphries, T., Hogg-Johnson, S., & Tannock, R. (2015) Listening Comprehension And Working Memory Are Impaired In Attention-Deficit Hyperactivity Disorder Irrespective Of Language Impairment. *Journal Of Abnormal Child Psychology.*; 31: 427–443.
- Neofiter & Weber. (2015) The Efficacy of the triple P– Positive Parenting Program In Improving Parenting And child Behavior : A comparison With Two Other conditions. *Behavior Research And Therapy* 46, 411-427.
- Oret & Oret. (2018) Behavioral Problems In children And stressors In Early Adult Life: A 20 Year Follow – Uplondon School Children. *Psychological Medicin* 25, 231- 246.
- Rasmussen C, Ho E, Bisanz J. Use Of The Mathematicul Principle Of Inversion In Young Children. *J Exp Child Psycho.* 2013; 85(2): 89- 102.
- Roni. (2011) The Adolescent outcome Of Hyperactive Children Diagnosed By Research. Criteria : An 8 prospective Follow-Up Study. *Journal Of The American Academy of Child and psychiatry* 29, 546 – 557.
- Scheres A, Oosterlaan J, Geurts H, Morein-Zemir N, Schut H, Vlasreld L, Sergeant Ja. Executive Runctioning In Boys With Adhd: Primarity An Inhibition Deficit? *Archives Of Clinical Neuropsychology.* 2017; 19(4): 569-594.
- Sheridan, M.A., Hinshaw, S., D'esposito, M. Efficiency Of The Prefrontal Cortex During Working Memory In Attention-Deficit/ Hyperactivity Disorder. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry.* 2007; 46 (10), 1357–1366.
- Smucker Wd, (2017) Hedayat M. Evaluation And Treatment Of Adhd . *American Family Physician Kanes City.* 2017; 4(5): 83-87.
- Solveig Jonsdottira. Anke Boumab, Joseph A. Sergeantc, Erik J. A. Scherderc. The Impact Of Specific Language Impairment On Working Memory In Children With Adhd Combined Subtype: *Archives Of Clinical Neuropsychology.* 2018; 20: 443–456.
- Valent Sm. (2017). *Treating Attention Deficit-Hyperactivity Disorder.* Seattle: Nurse Practitioner . 2017; 26(9): 14-24.
- Willcutt, E. G., Doyle, A. E., Nigg, J. T., Faraone, S. V., & Pennington, B. F. Validity Of The Executive Function Theory Of Attention Deficit/Hyperactivity Disorder: A Meta-Analytic Review. *Biological Psychiatry,* 2015; 57, 1336–1346.