

بیش فعالی همراه با نقص توجه محرزی، تشخیص، درمان

مؤلفان

مسعود جعفری

مدیر مرکز درمان اختلالات یادگیری سکسک و مدرس

دانشگاه خوارزمی

دکترهادی هاشمی رزینی

هیات علمی دانشگاه خوارزمی

سرشناسه: جعفری، مسعود، ۱۳۵۷ -

عنوان و نام پدیدآور: بیش‌فعالی همراه با نقص توجه معرفی، تشخیص، درمان /
مؤلفین: مسعود جعفری، هادی هاشمی‌رزینی.

مشخصات نشر: تهران: آریا پیام، ۱۳۹۵.

مشخصات ظاهری: ۲۲۴ ص.

شابک: ۹۷۱۹۷-۰۰-۹۷۸-۶۰۰: ۲۵۰۰۰۰ ریال

وخت: بیت مهرست نویسی: فیفا

موضوع: کم‌توجهی در کودکان / پر تحرک

موضوع: Attention-deficit hyperactivity disorder

شناسه افزودن: هاشمی، رزینی، هادی، ۱۳۵۸ -

رده‌بندی کنگره: ۷۱۲۹۱-۷۷۰ / RJ۵۰۶

رده‌بندی دیویی: ۶۱۶/۹۲۰.۵۸۹

شماره کتابشناسی ملی: ۴۵۰۸۷۰۵

عنوان: بیش‌فعالی همراه با نقص توجه

مؤلف: مسعود جعفری / هادی هاشمی رزینی

ناشر: انتشارات آریا پیام

شمارگان: ۱۰۰۰

سال نشر: ۱۳۹۵

شابک: ۹۷۱۹۷-۰۰-۹۷۸-۶۰۰

طراح جلد و صفحه‌آرا: مهسا چراغلو

چاپ: خانه چاپ ایران

شماره تماس: ۰۲۱-۶۶۴۷۶۸۶۱

قیمت: ۲۵۰۰۰ تومان

فهرست

۹	مقدمه.....
۱۵	اختلال نارسایی توجه/ بیش فعالی چیست؟.....
۱۶	مطالعات شیوع شناسی:.....
۱۷	۱- بی توجهی.....
۱۸	۲- بیش فعالی- تکانشگری.....
۱۹	نوع مرکب.....
۱۹	نوع بی توجه.....
۲۰	معیارهای بیش فعالی بر اساس DSM 5.....
۲۱	تشخیص افتراقی ^۱
۲۲	سبب سببی اختلال AD/HD.....
۲۳	امل ژنتیکی.....
۲۴	عوامل روانی- اجتماعی.....
۲۴	ساختن منزلت اختلال نارسایی توجه به بیش فعالی.....
۲۷	عوارض جانبی- پروهان محرک.....
۲۷	رفتار درمانی.....
۲۹	درمان شناختی- رفتاری.....
۳۰	رویکرد نوروسایکولوژی و روس پس خواب، عصبی (نوروفیدبک).....
۳۲	بیش فعالی در کودکان.....
۳۳	عملکرد اجتماعی و تحصیلی کودک کاهش می یابد.....
۳۳	والدین چه نقشی در درمان دارند.....
۳۵	راهنمایی هایی برای والدین.....
۳۶	بیش فعالی از نگاه والدین.....
۳۶	بیش فعالی از نگاه روانشناسان.....
۳۸	راهنمایی هایی برای والدین.....
۳۸	مادران عامل بروز بیش فعالی کودکان.....
۳۹	راهنمایی هایی برای آموزگاران.....
۴۰	نقش چربی امگا-۳ در بهبود بیش فعالی کودکان.....
۴۳	رفتارهای مربوط به بیش فعالان.....
۴۴	رفتارهای مربوط به تیزهوشان.....
۴۴	بیش فعالی در بزرگسالان.....
	فصل دوم پس خوراند عصبی
۴۸	تاریخچه پس خوراند عصبی یا نوروفیدبک.....
۴۹	تعریف بیوفیدبک.....
۵۰	تعریف پس خوراند عصبی یا نوروفیدبک.....
۵۱	ویژگی های متمایز کننده نوروفیدبک.....
۵۲	کاربرد نوروفیدبک در درمان ADHD.....

۵۸	تحقیقات داخل کشور.....
۶۰	تحقیقات خارج از کشور.....
	فصل سوم معرفی آزمون غربالگری IVA PLUS
۷۰	معرفی آزمون IVA+PLUS
۷۱	تاریخچه آزمون.....
۷۴	اعتبار و روایی آزمون.....
۷۶	خرده مقیاس های آزمون IVA+PLUS.....
۸۲	زمانه های پیشنهادی برای تحقیق با IVA.....
۸۳	رهنمای تفسیری آزمون IVA+Plus.....
۹۶	ویژگی ها و مزایای آزمون IVA + Plus.....
۱۰۱	مساند عمومی تشخیصی در ارتباط با ADHD و CPT.....
۱۱۰	نمرات و مقیاس های آزمون مرکب.....
۱۲۵	مقیاس های اختصاصی Attribute.....
۱۳۸	شرح نمرات بهره ایستادگی.....
۱۳۹	تحلیل اضافی داده های آزمون.....
۱۴۵	تحلیل ویژه Special Analysis.....
۱۵۴	مسائل درمانی مرتبط با تشخیص اختلال کم توجه ADHD.....
۱۶۴	شناسایی نقاط قوت و ضعف نسبی در آزمون IVA+ Plus.....
۱۷۱	ارزیابی و بررسی درمان و تأثیرات دارویی.....
۱۷۵	اعتبار روایی آزمون.....
۱۷۷	روش های درمانی اختلال نارسایی توجه/بیش فکری.....
۱۸۵	ب) مداخلات روانی- اجتماعی.....
۱۹۱	آموزش مدیریت والد.....
۱۹۳	تاریخچه آموزش والدین.....
۱۹۴	انواع آموزش والدین.....
۱۹۷	طبقه بندی اسمیت براساس رویکردهای رفتاری و ارتباطی.....
۱۹۶	طبقه بندی براساس رویکردهای نظری.....
۲۰۶	مبانی مدیریت رفتار والدین.....
۲۱۲	ساختار جلسات آموزش اصول مدیریت رفتار (PMT).....
۲۱۹	فهرست منابع.....
۲۲۱	منابع لاتین.....

مقدمه

ادبیات پژوهش به افرادی با مشکلات جدی در بی‌توجهی، بیش‌فعالی و کنترل کم تکانه اشاره می‌کنند که از مدت‌ها پیش مورد توجه ما بوده‌اند. شکسپیر به اختلال توجه در یکی از شخصیت‌های داستانی‌اش به نام «هنری هشتم» اشاره کرده است. بیش‌فعال را به ویژه می‌توان در نیمه‌های دهه سال‌های ۱۸۰۰ یافت، هنگامی که شعر «فیل بی‌قرار» توسط پزشک آلمانی «هاینریش هامن» سروده شد. «ویلیام جیمز» (۱۸۹۰)، در کتاب اصول روانشناسی خود، شکل بهنجاری اختلال را که او «میل انفجاری» نامیده بوده و بیشتر شبیه مشکلاتی است که توسط بیماران دارای اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی تجربه می‌شود، توصیف نمود: «برای مثال، نوعی ویژگی بهنجاری بود که به موجب آن، تکانه‌ها بی‌درنگ به صورت حرکات تخلیه می‌شوند و مانع ظهور آن‌ها می‌گردند. این‌ها منش‌های بی‌باکانه و دمدمی هستند که با جان بخشی و پرحرفی در محاوره مشخص می‌شوند. باوجود این، علاقه بالینی شدید به کودکان دارای این علائم ابتدا در سه سخنرانی به چاپ رسید «جرج استیل» (۱۹۰۲)، قبل از سخنرانی پزشکان دانشگاه سلطنتی به چشم می‌خورد. استیل در کتاب «بازی با ۲۰ کودک گزارش داد که او این کودکان را به عنوان کودکان دارای نقص یا «بازداری» یا «نقص در کنترل اخلاقی» تلقی و تعریف می‌کرده است. پرخاشگری، تندخویی، قانون‌سنجی، نکاشگری و بیش‌فعالی توصیف‌هایی بودند که او در مورد این کودکان، به کار می‌برد. بسیاری از این کودکان امروزه نه تنها به عنوان اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی تشخیص داده می‌شوند، بلکه دارای اختلال نافرمانی یا بی‌اعتنایی مقابله‌ای نیز می‌باشند.

اختلال کمبود توجه-بیش‌فعالی^۱ از این جهت که گسترده‌ترین اختلال روانی مطالعه شده در کودکان و موضوعی بحث‌برانگیز بوده از دیگر اختلال‌ها متمایز است. در سال‌های اخیر با فهم این‌که این اختلال، اختلالی مربوط به تمام طول عمر است علاقه به مطالعه‌ی آن در همه‌ی

گروه‌های سنی افزایش پیدا کرده است. اختلال کمبود توجه - بیش فعالی یک نشانگان عصب تحولی^۱ است که ریشه در دوران کودکی دارد، این نشانگان شامل کمبود توجه، بیش فعالی و تکانشگری می‌باشد که نامناسب با سطح تحولی فرد است.

اولین موضوعی که در این تعریف برای توصیف اختلال کمبود توجه - بیش فعالی به کار برده شده، کلمه ی اختلال عصب تحولی است. اختلال‌های عصب تحولی، اختلال‌هایی هستند که در دوران تولد بروز می‌کنند و معمولاً قبل از دوره‌ی مدرسه ابتدایی ظاهر می‌شوند و به وسیله ی مشکلات تحصیلی، اجتماعی، تحصیلی یا شغلی که ناشی از نارسایی تحولی است مشخص می‌شوند. ویژگی دیگر این دسته اختلال‌ها، همبودی بالای آن‌هاست. اختلال‌هایی نظیر ناتوانی هوشی تحولی، اختلال‌های سلف اوتیسم، اختلال‌های یادگیری، اختلال‌های زبانی بیانی و اختلال‌های حرکتی نیز با این دسته اختلال‌ها گنجانده شده‌اند (انجمن روان پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳). کمبود توجه - بیش فعالی از نظر تاریخی تصور می‌شد که اختلالی خاص کودکان است که منجر به تأخیر رشد کنترل تکانه^۲ گردد و در نوجوانی از بین می‌رود. فقط در چند دهه‌ی گذشته بوده که کمبود توجه - بیش فعالی در نغین شناخته شده و به طور موفقیت آمیزی درمان شده است.

تخمین زده می‌شود که نیمی از کودکان مبتلا به کمبود توجه - بیش فعالی به آشکار کردن علائم در بزرگسالی ادامه می‌دهند. علائم این اختلال شامل ششست حوزه در توجه دقیق به جزئیات، دشواری در حفظ توجه در بازی یا تکالیف، گوش ندادن هنگامی که مستقیم با آن‌ها صحبت می‌شود، دشواری در دنبال کردن دستورالعمل‌ها، دشواری در سازمان‌دهی وظایف و فعالیت‌ها و ول خوردن، ناتوانی در شرکت آرام در فعالیت‌های لذت‌بخش، صحبت کردن بیش از اندازه و علائم دیگری که در ویرایش پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌ها روانی^۳ همانند ویرایش چهارم آن در سه زیرگروه برای کمبود توجه - بیش فعالی مشخص شده است: زیرگروه

1. neurobehavioral

2. American psychiatric association

3. Diagnostic and statistical manual of mental disorders 5th edition

غالباً^۱ دارای کمبود توجه، زیرگروه غالباً فزون کنش- تکانشگر و یک زیرگروه ترکیبی (انجمن روان پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳).

در رابطه با شیوع این اختلال درصدهای متفاوتی گزارش شده برای مثال برخی پژوهشگران اظهار می دارند که کمبود توجه - بیش فعالی به طور تقریبی در ۳ تا ۷ درصد کودکان مدرسه رو و ۵ درصد بزرگسالان رخ می دهد. تحقیقات دیگری گزارش می کنند که کمبود توجه - بیش فعالی در چهار تا هشت درصد کودکان مدرسه رو و سه تا پنج درصد بزرگسالان رخ می دهد. در نهایت راه های تشخیصی و آماری اختلال ها روانی بیان می کند که ۵ درصد کودکان و ۵/۲ درصد بزرگسالان مبتلا به کمبود توجه - بیش فعالی می باشند که نسبت جنسی آن به طوری است که در دوره ی کودکی، پسران دو برابر دختران و در بزرگسالی مردان ۱.۶ برابر زنان به این اختلال مبتلا می شوند (انجمن روان پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳). از دیگر ویژگی های اختلال کمبود توجه - بیش فعالی فراگیری^۲ (مانند حضور اختلال ها در دو موقعیت یا بیشتر) و درجه ی اختلال^۳ (مانند: شواهد آشکار برای اختلال در کنش و/و اجتماعی، تحصیلی یا شغلی) می باشد. نشانه های کمبود توجه - بیش فعالی جلوه های رفتاری مرتبط با این اختلال هستند. آن ها فعالیت هایی اند که توسط کسانی که دارای این اختلال هستند آشکار می شوند (مانند: بی توجهی، حواس پرتی، پاسخ دهی تکانشی، بیش فعالی و کنش های اجرایی ضعیف). در مقابل، اختلال ها برای فرد، پیامدهای این جلوه های شناختی - رفتاری هستند. نشانه ها فعالیت های (شناختی-رفتاری) شخص و اختلال ها پیامدهای این نشانه ها هستند. مشکلات ناشی از کمبود توجه - بیش فعالی حوزه های گسترده ای از زندگی فرد را از جمله سلامت، مشکلات ارتباطی و زناشویی، پیشرفت تحصیلی، اشتغال، مدیریت مالی و رانندگی ایمن را شامل می شود. پژوهشگران معتقدند که مشکلات مدرسه یک خصیصه ی اصلی از کودکان مبتلا به کمبود توجه - بیش فعالی می باشد و همین عامل است که اغلب باعث توجه بالینی به این کودکان می شود.

1. predominant
2. pervasiveness
3. degree of impairment

افراد با اختلال نارسایی توجه/ بیش فعالی ممکن است ویژگی‌هایی از قبیل رفتار تکانشی غیرعادی، بی‌قراری یا بیش فعالی، ناتوانی در تمرکز توجه، یا ترکیبی از این گونه رفتارها را نشان دهند. در بسیاری از موارد، این اختلال را با آن چه که مشاهده می‌کنیم تعریف می‌کنیم - بیش فعالی، رفتار آزارشی^۴ و حتی رفتار پرخاشگری. درحقیقت، اختلال نارسایی توجه گونه‌ای از فرآیندهای جسمانی (نظیر اختلال عصبی یا شیمیایی) است که با عوامل اجتماعی، روان‌شناختی یا محیطی (مانند سرخوردگی، انزوای اجتماعی و ضعف آموزشی) در تعامل است. پژوهشگران^۵ از من مطالعه چنین رفتارهایی، شروع به نگرستن به و رای این ویژگی‌ها و مفهوم سازی این ناتوانی صورت گرفته است. اختلال شدید خود-گردانی، کنترل تکانش‌ها، دامنه توجه و سطح فعالیت کرده‌اند. سوابق پژوهش در مورد اختلال نارسایی توجه/بیش فعالی با مطالعه بر روی مفاهیمی هم چون کارکردهای اجرایی^۵ یعنی توانایی بازبینی و اداره رفتار خود، توجه فزاینده به کنترل تکانش‌ها و فکر کردن در مورد پیامدهای اعمال خود را منعکس می‌سازد.

پژوهشگران ضمن مطالعه چنین رفتارها، شروع به نگرستن به و رای این ویژگی‌ها و مفهوم سازی این ناتوانی به صورت اختلال شدید خود-گردانی، کنترل تکانش‌ها، دامنه توجه و سطح فعالیت کرده‌اند. سوابق پژوهش در مورد اختلال نارسایی توجه/بیش فعالی یا مطالعه بر روی مفاهیمی همچون کارکردهای اجرایی یعنی توانایی، بازبینی و اداره رفتار فرد، توجه به کنترل تکانش‌ها و فکر کردن در مورد پیامدهای اعمال خود را منعکس می‌سازد.

اگر چه درمان‌های مختلفی برای اختلال کمبود توجه/ بیش فعالی ابداع شده است ولی تعداد کمی از آن‌ها به قدر کافی یا در حد مقدماتی پشتوانه تجربی دارند. این درمان‌ها عبارت‌اند از: دارودرمانی، آموزش مهارت‌ها، کارکردهای اجرایی، آموزش والدین/ مشاوره با والدین، درمان شناختی-رفتاری. متخصصان معتقدند که هیچ یک از این رویکردهای درمانی، اثر بخش و علاج قطعی نیستند. این درمان‌ها، نشانه‌های اختلال نارسایی توجه/بیش فعالی را کم می‌کنند و مشکلات کارکردهای اجرایی به خصوص حافظه فعال کودکان مبتلا به این اختلال را بهبود

4. -disruptive

5. -executive function



می‌بخشد. سیستم حافظه فعال در یافتن حل مسأله، فعال سازی مکانیزمهای اولیه حافظه شرح حال، رویدادی و معنایی نقش دارد. بطور مثال فعالیت حافظه فعال در زمانی که موقعیت نگران کنندهای رخ می دهد مثل وقتی که فردی بخش یا موضوع بسیار مهمی را فراموش میکند حافظه فعال برای جستجوی آن از طریق یادآوری یا تصور ذهنی از آن موضوع در حافظه معنایی و یا به یادآوری رویدادهای گذشته در حافظه شرح حال تلاش میکند.

www.ketab.ir