

اختلالات تحولی

(اختلال نقص توجہ - بیش فعالی و اوتیسم)

آزادہ شریفی

الهام کسمائی

سمیرا الہامی

مہسا محمد حسینی عارفی

www.ketab.ir



نام کتاب: اختلالات تحولی (اختلال نقص توجه - بیش فعالی و اوتیسم)

مؤلفان: آزاده شریفی نیا، الهام کسمائی، سمیرا الهامی، مهسا محمد حسینی عارفی

انتشارات: نشر رزا

تعداد صفحات و قطع: ۳۳۰ صفحه / وزیری

مارگ: ۱۰۰۰ نسخه

سال چاپ: اول ۱۳۹۷

بهاء: ۴۵۰۰۰۰ ریال

شابک: ۹۷۸-۶۲۰-۶۱۵۶-۴۷-۳

www.rozakup.ir

شماره تماس پخش: ۰۲۱۴۴۰۱۵۶۰۸-۰۹۱۱۹۱۱۷۸۶

- | | |
|---------------------|---|
| عنوان و نام پدیدآور | : اختلالات تحولی (اختلال نقص توجه - بیش فعالی و اوتیسم) / آزاده شریفی نیا ... [و دیگران]. |
| مشخصات نشر | : تهران: نشر رزا، ۱۳۹۷، ۳۳۰ ص. مصور، جدول، نمودار. |
| مشخصات ظاهری | : ۳۳۰ ص. مصور، جدول، نمودار. |
| شابک | : 978-622-6356-47-3 |
| وضعیت فهرست نویسی | : وضعیت فهرست نویسی فیبا |
| یادداشت | : یادداشت: آزاده شریفی، الهام کسمائی، سمیرا الهامی، مهسا محمد حسینی عارفی. |
| یادداشت | : کتابنامه. |
| موضوع | : کم توجهی در کودکان پرتحرک |
| موضوع | : Attention-deficit hyperactivity disorder |
| موضوع | : کم توجهی در کودکان پرتحرک -- درمان |
| موضوع | : Attention-deficit hyperactivity disorder -- Treatment |
| شناسه افروده | : شریفی، آزاده، ۱۳۶۰- |
| رده بندی کنگره | : /FRJ ۵۰۶۲۹۷ ۱۳ الف ۷۷/ک |
| رده بندی دیویی | : ۸۵۸۹/۶۱۸ |
| شماره کتابشناسی | : ۵۵۹۸۱۵۶ |
| ملی | |

فهرست

| | | |
|----|-------|--|
| ۱۷ | ..... | مقدمه |
| ۱۸ | ..... | تاریخچه |
| ۲۱ | ..... | ملاک‌های تشخیصی ADHD براساس DSM-IV-TR |
| ۲۱ | ..... | الف- علائم و نشانه‌های بی‌توجهی براساس DSM-IV-TR |
| ۲۲ | ..... | ب- نشانه‌های تکانشی براساس DSM-IV-TR |
| ۲۲ | ..... | ب-۱- نشانه‌های بیش‌فعالی |
| ۲۳ | ..... | ب-۲- نشانه‌های تکانشی براساس DSM-IV-TR |
| ۲۳ | ..... | سایر نشانگان اختلال نقص توجه- بیش‌فعالی |
| ۲۳ | ..... | الف) نشانه‌های اصلی |
| ۲۳ | ..... | ۱) بی‌توجهی |
| ۲۵ | ..... | ۲) فزون‌کنشی (بیش‌فعالی) |
| ۲۶ | ..... | ۳) تکانشگری |
| ۲۷ | ..... | ب) نشانه‌های ثانوی |
| ۲۸ | ..... | ۱) نشانه‌های رفتاری |
| ۲۹ | ..... | ۲) نشانه‌های شناختی |
| ۳۲ | ..... | ۳) نشانه‌های هیجانی |
| ۳۳ | ..... | ۴) نشانه‌های اجتماعی |
| ۳۶ | ..... | ۵) نشانه‌های حرکتی |
| ۳۹ | ..... | سبب‌شناسی |

| | |
|----|-------------------------------------|
| ۳۹ | تبیین های زیست شناختی |
| ۳۹ | عصب - شیمیایی |
| ۴۰ | سیستم های عصب کالبدشناختی |
| ۴۲ | ژنتیک |
| ۴۴ | عوارض قبل از تولد |
| ۴۴ | نورواناتومی |
| ۴۵ | نوروتوکسین ها |
| ۴۵ | لوب فرونتال - دوپامین و ADHD |
| ۴۶ | فرضیه فرونتال لب |
| ۴۷ | سایر عوامل زیست شناختی |
| ۴۸ | مفهوم سازی های روان شناختی |
| ۴۹ | مفهوم سازی های روانی - اجتماعی |
| ۵۰ | انواع ADHD |
| ۵۰ | همبودی با اختلالهای دیگر |
| ۵۸ | همه گیرشناسی و بروز |
| ۶۸ | اثرات روانی - اجتماعی و ابعاد مرتبط |
| ۶۸ | کودکی اول |
| ۶۸ | کارکرد تحصیلی |
| ۶۹ | کارکرد خانوادگی |
| ۷۰ | کارکرد اجتماعی |
| ۷۰ | کودکی میانی |
| ۷۰ | کارکرد رفتاری |
| ۷۱ | کارکرد تحصیلی |
| ۷۳ | کارکردهای خانوادگی |
| ۷۴ | کارکرد اجتماعی |

| | |
|----|---|
| ۷۴ | کارکرد هیجانی |
| ۷۵ | نوجوانی |
| ۷۵ | کارکرد رفتاری |
| ۷۵ | کارکرد تحصیلی |
| ۷۶ | کارکرد خانوادگی |
| ۷۶ | کارکرد اجتماعی |
| ۷۷ | کارکرد هیجانی |
| ۷۷ | تشخیص |
| ۷۷ | الف- تاریخچه خانوادگی |
| ۷۹ | ب- ارزیابی |
| ۸۰ | مصاحبه‌ها |
| ۸۱ | مقیاس‌های درجه‌بندی رفتار |
| ۸۲ | مقیاس سنجش اختلال کم‌توجهی بیش‌فراوانی |
| ۸۲ | آزمون وکسلر |
| ۸۳ | مقیاس‌های درجه‌بندی کانرز (فرم معلم و والدین) |
| ۸۳ | سنجش مبتنی بر کلینیک |
| ۸۴ | مشاهده مستقیم |
| ۸۸ | سایر روش‌ها |
| ۸۸ | درمان ADHD |
| ۸۹ | داروشناسی روانی |
| ۹۱ | داروهای محرک سیستم اعصاب مرکزی |
| ۹۲ | مکانیسم اثر |
| ۹۲ | فارماکوکینتیک |
| ۹۳ | دوزاژ |
| ۹۳ | عوارض جانبی |

| | |
|-----|---|
| ۹۴ | ضد افسردگی های سه حلقه ای (TCA) |
| ۹۶ | آتوموکستین |
| ۹۷ | مدافینیل |
| ۹۸ | داروهای جایگزین دیگر |
| ۹۹ | سلزیلین |
| ۹۹ | ممانتین |
| ۱۰۰ | اثرات دارو |
| ۱۰۱ | موارد مصرف درمان |
| ۱۰۱ | احتیاط ها و واکنش های جانبی |
| ۱۰۱ | تداخلات دارویی |
| ۱۰۲ | تداخل های آزمایشگاهی |
| ۱۰۲ | دوزاژ دارو |
| ۱۰۳ | تأیید تجربی اثربخشی ممانتین بر روی ADHD |
| ۱۰۴ | اثرات داروهای محرک |
| ۱۰۷ | داروهای غیر محرک |
| ۱۰۷ | رفتار درمانی |
| ۱۱۰ | ج- درمان های شناختی و رفتاری |
| ۱۱۳ | مدیریت وابستگی مستقیم |
| ۱۱۴ | اولیا و تعامل با کودکان بیش فعال |
| ۱۱۹ | آموزش رفتاری والدین |
| ۱۲۱ | تعامل معلمان با کودکان بیش فعال |
| ۱۲۲ | مداخله های رفتاری مدرسه ای |
| ۱۲۳ | راهبردهای آموزشی در اصلاح رفتار |
| ۱۲۴ | آموزش تاخیر- پاسخ |
| ۱۲۴ | اجرای نقش مثبت از طریق تئاتر و نمایش |

| | |
|-----|---|
| ۱۲۸ | راه های کنترل خشم |
| ۱۲۹ | درمان ترکیبی |
| ۱۳۱ | پژوهش های موردی و درمان های چندوجهی |
| ۱۳۲ | نقش بازی در کاهش اختلالات بیش فعالی |
| ۱۳۴ | آموزش علایق اجتماعی (مداخله مبتنی بر سبک آدلر): |
| ۱۳۵ | بیوفیدبک و تمرین های ورزشی |
| ۱۳۶ | پروتکل های درمانی نوروفیدبک برای ADHD |
| ۱۳۶ | پروتکل ۱: تقویت SMR با سرکوب بتا ۲ |
| ۱۳۷ | پروتکل ۱: سرکوب بتا ۱، تقویت بتا ۱ |
| ۱۳۷ | کوچینگ، روش نوین کمک درمانی برای اختلال نقص توجه- بیش فعالی |
| ۱۳۹ | تکنیکهای کوچینگ |
| ۱۴۰ | اجزای اصلی روش درمانی کوچینگ |
| ۱۴۲ | خلاصه مقالات و یافته های پژوهشی در حوزه درمان |
| ۱۴۴ | سوابق مداخلات رفتاری (آموزش های مدیریت رفتاری به والدین): |
| ۱۵۶ | سوابق مداخله شناختی (آموزش حافظه کاری) |
| ۱۶۳ | آزمون واکنش زمانی انتخابی (CRT) |
| ۱۷۱ | مقدمه |
| ۱۷۲ | تاریخچه |
| ۱۷۳ | تعریف اختلال اتیسم |
| ۱۷۴ | گستره تغییرات و سیر تحولی اختلال های طیف اتیسم از DSM-IV تا DSM-V |
| ۱۷۷ | علت شناسی اتیسم |
| ۱۷۷ | الف) نظریه های علی اولیه |
| ۱۷۹ | ب) نظریه های علی امروزی |
| ۱۷۹ | پایه های عصب شناختی اختلال طیف اتیسم |
| ۱۸۱ | تراکم سیناپسی |

| | |
|-----|--|
| ۱۸۱ | ساختار و عملکرد مغزی |
| ۱۸۲ | سیستم لیمبیک |
| ۱۸۳ | شکنج فوزیفرم |
| ۱۸۴ | لوب فرونتال |
| ۱۸۵ | پایه های ژنتیکی اختلال طیف اتیسم |
| ۱۸۶ | تکامل شد اختی اجتماعی |
| ۱۸۹ | زیستن محمی |
| ۱۹۰ | پاتوفیزیولوژی اتیسم |
| ۱۹۲ | نقش نرونهاى آینه ای، اختلالات تحولی (اوتیسم) |
| ۱۹۴ | نرونهاى آینه ای و همدلی |
| ۱۹۵ | نرونهاى آینه ای و تقلید |
| ۱۹۶ | نرونهاى آینه ای و یادگیری |
| ۱۹۶ | نرونهاى آینه ای و نظریه ذهن |
| ۱۹۷ | نرونهاى آینه ای و رشد زبان - ارتباطات |
| ۱۹۷ | مدل‌های سبب شناسی |
| ۱۹۷ | مدل روان کاوی |
| ۱۹۹ | مدل بدکارکردی عصب شناختی |
| ۲۰۰ | مدل بیوشیمیایی و دارودرمانی |
| ۲۰۱ | مدل رفتاری |
| ۲۰۲ | اعلام اختلال طیف اتیسم طبق نسخه پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-5) |
| ۲۰۴ | سطوح شدت اختلال طیف اتیسم در نسخه پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی |
| ۲۰۶ | ویژگی های بالینی |
| ۲۱۱ | میزان شیوع اختلال اوتیستیک |
| ۲۱۳ | پیش آگهی |
| ۲۱۳ | تشخیص اتیسم |

| | |
|-----|--|
| ۲۱۶ | تشخیص مقدماتی اوتیسم |
| ۲۱۷ | ارزشیابی تشخیصی جامع |
| ۲۱۹ | آزمون CHAT (چک لیست اوتیسم طفولیت) |
| ۲۲۰ | پرسشنامه ASSQ |
| ۲۲۰ | آزمون CARS |
| ۲۲۱ | آزمون اوتیسم سیمون بارون-کوهن |
| ۲۲۲ | مداخله درمانی، توانبخشی و آموزشی برای اختلال طیف اوتیسم و دیدگاه‌های مرتبط |
| ۲۲۴ | فرضیه‌های مبتنی بر نارسایی ادراکی شناختی و مداخله‌های درمانی اوتیسم |
| ۲۲۶ | طبقه‌بندی برنامه‌های مداخله‌ای برای کودکان طیف اوتیسم |
| ۲۲۶ | ۱- مداخله‌های درگیر در حیطه روانی آموزشی |
| ۲۲۷ | ۲- درمان‌های جایگزین |
| ۲۲۷ | ۳- مداخله‌های زیستی - درمانی |
| ۲۲۸ | نمونه‌هایی از مهم‌ترین مداخله‌های درمانی در بخش آموزشی کودکان مبتلا به اختلال‌های طیف اوتیسم |
| ۲۲۸ | مداخله تحلیلی رفتار کاربردی (ABA) |
| ۲۲۹ | آموزش و تربیت کودکان مبتلا به اختلال طیف اوتیسم و ناتوانی‌های ارتباطی (تیچ) |
| ۲۳۰ | فلورنایم |
| ۲۳۱ | روش داستان‌های اجتماعی |
| ۲۳۲ | سیستم نظام تبادل تصویری (PECS) |
| ۲۳۳ | گفتاردرمانی |
| ۲۳۳ | ارتباط تسهیل شده (FC) |
| ۲۳۴ | هنردرمانی |
| ۲۳۴ | کاردرمانی |
| ۲۳۵ | موسیقی درمانی |
| ۲۳۶ | صوت درمانی |
| ۲۳۷ | برنامه آموزشی سان رایز |

- ۲۳۷ یکپارچگی حسی
- ۲۳۹ مداخله مبتنی بر رایانه چهره خوانی
- ۲۴۰ درمان دارویی اتیسم
- ۲۴۲ رژیم غذایی
- ۲۴۳ درمان با شلاتورها
- ۲۴۳ درمان اکستنشن فشار بالا
- ۲۴۳ درمان سلول‌های بنیادی
- ۲۴۳ درمان کودکان مبتل به بیماری اوتیسم با ریبات
- ۲۴۵ درمان پیشنه‌ها
- ۲۴۵ مداخله رفتاری نثره اولیه
- ۲۴۷ خلاصه مقالات و یافته‌های پژوهش حوزه درمان
- ۲۵۲ فضاهای آموزشی - درمانی کودکان مبتل به اتیسم در جهت الگوبرداری مناسب
- ۲۵۳ فضاهای لازم در بخش آموزشی
- ۲۵۳ ۱. فضای لازم جهت بخش تشخیص و ارزیابی
- ۲۵۳ ۲. کلاس‌های آموزشی
- ۲۵۴ بخش درمانی
- ۲۵۴ ۱. بخش درمان غیر فیزیکی
- ۲۵۴ ۲. بخش درمان فیزیکی
- ۲۵۴ نمونه‌های موردی که در راستای اهداف موضوع مورد نظر در خارج از کشور در حال فعالیت می‌باشد:
- ۲۵۴ مرکز آموزش کودکان اوتیسم کیتا، بلغارستان
- ۲۵۷ خانه کودکان اتیسم لوته
- ۲۵۹ مرکز اتیسم مانتسوری
- ۲۶۰ مرکز اتیسم نتلی
- ۲۶۱ مدرسه استثنایی موس بروک
- ۲۶۳ مرکز ویتون

| | |
|----------|--|
| ۲۶۴..... | مرکز اوتیسم سانفیلد |
| ۲۶۹..... | منابع |
| ۲۹۷..... | ضمائم |
| ۲۹۷..... | الف) اختلال نقص توجه - بیش فعالی |
| ۲۹۷..... | پرسشنامه کانرز والدین |
| ۳۰۰..... | پرسشنامه کانرز معلمان (اختلال نقص توجه و بیش فعالی در کودکان) |
| ۳۰۲..... | شیوه نامه گذاری و تفسیر |
| ۳۰۴..... | برنامه درمانی برای والدین کودکان با اختلال نارسایی توجه / بیش فعالی |
| ۳۰۴..... | ۱. هدف کلی: توجه مثبت به کودک |
| ۳۰۴..... | ۲. هدف کلی: توانایی مقابله با تمام فعالیت های متضاد با رفتار منفی کودک |
| ۳۰۵..... | ۳. هدف کلی: آموزش نحوه انجام فعالیت ها به کودک |
| ۳۰۵..... | ۴. هدف کلی: توانایی صدور دستورات مؤثر و مناسب |
| ۳۰۶..... | ۵. هدف کلی: آموزش عدم مداخله و قطع فواصل های والدین توسط کودک |
| ۳۰۷..... | ۶. هدف کلی: برپایی سیستم اقتصاد ژتونی و کسب امتیاز برای دریافت جایزه و پاداش در خانه |
| ۳۰۹..... | ۷. هدف کلی: یادگیری تنبیه کودک در زمان انجام رفتارهای نامناسب |
| ۳۲۰..... | ب) اوتیسم |
| ۳۲۰..... | نسخه فارسی پرسش نامه غربالگری زود هنگام ویژگی های اوتیسم (۷-۱۱) در کودکان نوپا |
| ۳۲۱..... | تست ارزیابی طیف اوتیسم کودکان CAST برای سنین ۴ تا ۱۱ (فرم والدین) |
| ۳۲۵..... | برنامه رفتاردرمانی برای بهبود اوتیسم |
| ۳۲۸..... | پرسشنامه بیش فعالی و اوتیسم |

مقدمه

طی ده سال گذشته اختلال نقص توجه - بیش‌فعالی یا ADHD^۱ به شدت توجه متخصصان و پژوه‌نگران بالینی را به خود جلب کرده است. به طوری که توجه عموم و رسانه‌ها نیز تا حدی زیاده‌بار بر این اختلال معطوف شده است. اگرچه این روند آگاهی و دانش ما را از اختلال بیش‌فعال هم‌زمان با نقص توجه افزایش داده است، با این حال هنوز ابهاماتی در مورد این اختلال وجود دارد. این روایت‌ها ادامه این موج توجه به این اختلال، نیازمند مباحثات جامع، علمی و به روز درباره ADHD^۱ می‌باشد. در این فصل تلاش بر این است که چنین بحثی ارائه شود (خدایاری فرد، ۱۳۹۰).

از این رو در این فصل برای دست‌یابی به این هدف، ۱۰ روزن کوتاه برتاریخچه ADHD شروع می‌کنیم. پس از آن بحث را با ویژگی‌های مشخص‌کننده آن ادامه می‌دهیم و در ادامه، بحث مفصلی در مورد سبب‌شناسی، همه‌گیرشناسی، ابعاد تحولی، نشانه‌های بالینی، تأثیر بر کارکردهای روان‌شناختی و ابعاد و ویژگی‌های مرتبط با آن خواهیم داشت. هم‌چنین به روش‌های ارزیابی و راهبردهای درمانی این اختلال پرداخته خواهد شد. در کلیه این مباحث سعی خواهد شد که از یک دیدگاهی تحولی به بررسی اختلال بیش‌فعالی همراه با نقص توجه پرداخته شود.

^۱. Attention - Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD)