



BRANDAFARIN JOURNAL OF MANAGEMEMNT
Volume No.: 3, Issue No.: 28, Jul 2022
P-ISSN: 2717-0683 , E-ISSN: 2783-3801

Investigating attention deficit/hyperactivity disorder

Samaneh Barekatainfar

Psychologist

Abstract

Attention-deficit/hyperactivity disorder is a behavioral-developmental disability and it means that the affected person has trouble focusing his attention. This difficulty in concentration can have different effects in different situations.. Its most common type manifests itself in the form of difficulty in concentrating, difficulty in controlling sudden behaviors and being overly active. Its less common type is that the affected person has trouble concentrating, but does not make unexpected movements. This research is descriptive-analytical and prepared with the method of library studies. The tools for collecting information in this research were scientific research articles, psychology books and reference websites such as Silivika and Irandak. According to the study, it can be said:Attention Deficit/Hyperactivity Disorder is one of the most common behavioral disorders in children and is characterized by a set of symptoms, including levels of impulsive behaviors, lack of attention and underdeveloped hyperactivity. less effective therapeutic intervention such as drug therapy as well as psychological interventions such as cognitive and behavioral therapy that currently exist for attention deficit hyperactivity disorder; These interventions target the central symptoms of this disorder. Play therapy is also one of the new methods for hyperactivity disorder in children.

Keywords: Hyperactivity, hyperactivity treatment, hyperactivity symptoms in children

بررسی اختلال بیش‌فعالی / نقص توجه

سمانه برکتین فر

روانشناس

چکیده

اختلال کم‌توجهی - بیش‌فعالی یک کم‌توانی و اختلال رفتاری - رشدی است و به این معناست که فرد مبتلا برای متمرکز کردن توجه خود دچار مشکل است. این دشواری در تمرکز میتواند در شرایط گوناگون جلوه‌های گوناگون داشته باشد. عادی‌ترین نوع آن به شکل دشواری در تمرکز، دشواری در کنترل رفتارهای ناگهانی و بیش از حد فعال بودن جلوه‌گر میشود. نوع کمتر عادی آن این است که فرد مبتلا دچار مشکل تمرکز پیدا کردن است اما حرکات پیش‌بینی نشده انجام نمی‌دهد. این پژوهش از نوع توصیفی - تحلیلی بوده که با روش مطالعات کتابخانه تهیه گردیده است. ابزارهای گردآوری اطلاعات در این پژوهش مقالات علمی پژوهشی، کتب روانشناسی و پایگاه‌های اینترنتی مرجع مثل سیلیویکا و ایرانداک بود. با توجه به مطالعه انجام شده می‌توان گفت: اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی از بیشترین اختلالات رفتاری شایع در کودکان است و با مجموعه‌ای از نشانه‌ها، شامل سطوحی از رفتارهای تکانشی، کمبود توجه و بیش‌فعالی رشد نیافته مشخص می‌شود. مداخله درمانی کمتر مؤثری همچون درمان دارویی و همچنین مداخلات روانشناختی چون درمان شناختی و رفتاری که هم‌اکنون برای اختلال نقص توجه - بیش‌فعالی وجود دارد؛ این مداخلات نشانه‌های مرکزی این اختلال را هدف قرار داده‌اند. بازی درمانی نیز یکی از شیوه‌های نوین برای اختلال بیش‌فعالی در کودکان است.

واژه‌های کلیدی: بیش‌فعالی، درمان بیش‌فعالی، علائم بیش‌فعالی در کودکان، اختلال نقص توجه

مقدمه:

در هر جامعه سلامت کودکان و نوجوانان اهمیت ویژه‌ای دارد و توجه به بهداشت روانی آنها، کمک می‌کند تا از نظر روانی و جسمی سالم بوده، نقش اجتماعی خود را بهتر ایفا کنند. در این راستا، شناخت صحیح ابعاد مختلف جسمی و روانی این گروه سنی و کوشش در راه تأمین شرایط مادی معنوی و مناسب برای رشد بدنی، عاطفی و فکری واضحتراً از آن است که احتیاج به تأکید داشته باشد. اختلال‌های رفتاری کودکان، اختلال‌های شایع و ناتوان‌کننده‌ای هستند که برای معلمان، خانواده و کودکان خود مشکلات بسیاری ایجاد می‌کنند و با از بسیاری معضلات اجتماعی همراه‌اند (خدا، مدانلو، ضیایی و کشتکار، 1389).

محققان دریافته‌اند که اختلال‌های رفتاری معمولاً نخستین بار در سال‌های آغازین دوره ابتدایی مشاهده می‌شوند. اختلالات رفتاری در جوامع مختلف شیوع نسبتاً یکسانی دارد و به‌طور چشمگیری بر عملکرد تحصیلی - اجتماعی کودکان تأثیر منفی می‌گذارند و احتمال ابتلا به بیماری‌های روانی در دوره بزرگسالی را افزایش می‌دهند؛ در واقع، دقت به انواع ناهنجاری‌های رفتاری و تقسیم آن به مقیاس‌های متفاوت از جنبه‌های مختلف مهم است (موسوی و احمدی، 1391). شناسایی مواردی که مشکلات بالینی دارند و نوع، بررسی شدت و توزیع مشکلات سلامت روان و اختلال‌های کودکان، می‌تواند به منظور ارزیابی میزان آشفتگی شیوع‌های روان‌شناختی، تعیین روند کنونی آن‌ها تحول و فرضیه‌های سبب‌شناسی، بکار رود که از جمله این اختلال‌های رفتاری که در این مطالعه بررسی می‌شود، اختلال بیش‌فعالی می‌باشد (یوسفی و همکاران، 1392). اختلال بیش‌فعالی در کودکان با تحرک زیاد و توجه پایین خود را نشان می‌دهد. انرژی زیاد و تحرک بالای کودکان بیش‌فعال سبب دردسرهایی برای کودک، والدین و کادر مدرسه می‌شود. کودکان بیش‌فعال معمولاً تمامی انرژی خود را صرف جنب و جوش می‌کنند، تا جایی که دیگر توان و زمانی برای کارهای دیگر مانند یادگیری، انجام تکالیف مدرسه و... ندارند، از طرفی در برخی از این کودکان نقص توجه نیز دیده می‌شود؛ پس اگر به موقع درمان نشوند ممکن است به سمت ترک تحصیل و مسیرهای انحرافی کشیده شوند. از همین رو لازم است بعد از تشخیص و شناسایی علائم بیش‌فعالی، برای درمان کودک بیش‌فعال خود اقدام کنید، تا از بروز پیامدها و عواقب بعد از آن در دوره‌های نوجوانی و جوانی پیشگیری شود (دهقان، 1399).

علائم اختلال بیش فعالی براساس DSM-5

انجمن روانپزشکی آمریکا، در سال 2015 نسخه‌ی پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی براساس DSM-5 را منتشر کرد که چک لیستی است که معیارهای تشخیصی برای طیف وسیعی از بیماریهای روحی روانی، از جمله ADHD را معرفی می‌کند. اگر کودک با سن زیر 16 سال، حداقل 6 مورد (حداقل 5 مورد برای نوجوانان با سن بیش از 16 سال) از علائم زیر را برای حداقل 6 ماه متوالی داشته باشد تشخیص اختلال بیش فعالی مطرح میشود. طبق DSM-5 سه زیرگروه اصلی برای اختلال بیش فعالی و کاهش توجه (ADHD) تعریف شده است، شامل:

الف) اختلال بیش فعالی و کم توجهی با بی توجهی غالب

فرد مبتلا، به طور کلی دارای ویژگیهای فراموشی، بی نظمی و عدم تمرکز است اما ویژگی بیش فعالی ندارد، که با عنوان اختلال کاهش توجه شناخته می‌شود. کودکان مبتلا به این اختلال بیش فعال نیستند و سطح بالای انرژی موجود در دیگر افراد مبتلا به ADHD را ندارند. در واقع این کودکان خجالتی و در دنیای خودشان هستند. بدون نشانه های بیش فعالی و تکانشگری و تحریک پذیری، تشخیص ADD مطرح میشود. علائم آن عبارتند از:

حواس پرتی: به راحتی از وظیفه ی خود منحرف شده و دچار حواس پرتی میشود.

به تعویق انداختن کارها: اجتناب، تنفر یا به تعویق انداختن وظایف ذهنی طولانی (مانند مشق شب) یا فعالیتهایی که نیاز به نشستن طولانی مدت دارد یا فعالیتهایی که برای فرد جالب نیستند.

کاهش تمرکز: مکرراً در انجام وظایف مدرسه، خانه و یا محل کار تمرکزش را از دست میدهد.

بی نظمی: فراموش کاری و مشکل در سازماندهی فعالیتهای روزانه.

بی توجهی: به نظر میرسد که هنگام صحبت با وی، به شما گوش نمیدهد.

بی دقت: به جزئیات توجه نمیکند.

بی دقتی: مکرراً در اثر بی دقتی اشتباهاتی انجام میدهد و چیزهایی را که برای تکمیل وظایف به آنها نیاز دارد، گم میکند

سردرگمی: مسیرهای واضح و مشخص را دنبال نمیکند.

کاهش توجه: مشکل در حفظ توجه و تمرکز در انجام وظایف یا فعالیتهای اجتماعی.

علائم بزرگسالان مبتلا به ADD شامل مواردی مانند فراموش کردن انجام وظایف معمول مانند بیرون گذاشتن زباله ها، برگرداندن بچه ها از مدرسه و یا پر کردن فرمها، فراموش کردن یا گم کردن چیزهایی که به طور مرتب از آنها استفاده می کنند از قبیل کلید، شماره تلفن و کاغذهای مهم است. به علاوه بزرگسالان مبتلا به ADD ممکن است مشکلاتی در اعتماد به نفس و انگیزه نیز داشته باشند.

ب) اختلال بیش فعالی و کم توجهی با بیش فعالی غالب

فرد دارای ویژگیهایی شامل بی قراری و تصمیم گیریهای ناگهانی و حرکات تکانشی است، اما مشکلی در توجه و تمرکز ندارد. این فرم اختلال، بیشتر از ADD قابل تشخیص است. کودکان مبتلا به این اختلال دارای انرژی زیادی هستند و به طور مداوم در حال حرکتهایی هستند که اغلب مشکل ساز میشوند. اگر کودک با سن زیر 16 سال، حداقل 6 مورد (حداقل 5 مورد برای نوجوانان با سن بیش از 16 سال) از علائم بیش فعالی و تکانشگری زیر را برای حداقل 6 ماه متوالی داشته باشد، تشخیص اختلال بیش فعالی و کاهش توجه با بیش فعالی غالب، مطرح میشود.

تحرك بیش از حد: همیشه در حال حرکت بودن و تمایل برای رفتن و ترك کردن مانند دویدن یا صعود از جایی، که این حالت در نوجوانان و بزرگسالان، بیشتر با عنوان خستگی ناپذیری توصیف میشود.

آرام نبودن: پیچ و تاب خوردن در صندلی، تکان دادن اشیاء هنگام نشستن پشت میز، ضربه زدن با دست یا پا .

یک جا نشستن: مکرراً صندلی خود را در زمان نامناسب مانند جلسات کاری، کلاسها و یا سخنرانیها ترک میکند .

پر حرفی: بیش از حد صحبت کردن .

عدم تحمل و انتظار: مشکل در انتظار برای رسیدن نوبت .

پرید وسط صحبت دیگران: قطع کردن مکالمه و صحبت دیگران یا دخالت در فعالیتهای آن ها .

قبل از اینکه سؤالی به پایان برسد پاسخ آن را میگوید .

پر سر و صدا بودن: قادر به بی سر و صدا بودن در بازی و فعالیتهای اوقات فراغت، نیست . در بزرگسالان بیش فعالی ممکن است به شکل خستگی ناپذیری و علائم دیگری شامل ضربه زدن مداوم با پا، بازی با مداد، بی قراری، دشواری در نشستن برای مدت طولانی بروز کند. این افراد به علت عدم علاقه و سررفتن حوصله، پروژهها را ناتمام ترک میکنند .

ج) اختلال بیش فعالی و کم توجهی (ADHD) مرکب:

فرد دارای ترکیبی از مشکلات شامل عدم توجه، بیش فعالی و فعالیتهای تکانشی است. فرد مبتلا به این اختلال دارای هردو دسته علائم بی توجهی و بیش فعالی و تحریک پذیری است. با بررسی پیشینه ی بزرگسالان مبتلا به ADHD متوجه میشویم که در گذشته دارای مشکلاتی در مدرسه بوده اند از قبیل: سابقه ی ناکامی و افت تحصیلی در مدرسه، سابقه ی تکرار کلاس به علت مردود شدن و اخراج از مدرسه. از نظر مشکلات کاری، بزرگسالان مبتلا به ADHD، به کرات تغییر شغل و ضعف در شغلشان داشته اند و از شغل خود خوشحال نیستند و در محل کار موفقیت کمی کسب کرده اند. آنها همچنین دارای مشکلاتی در زندگی اجتماعی هستند مانند جریمه به علت سرعت بالا، تعلیق مجوزها و گواهی نامه ها و یا تصادفات زیاد، سیگار کشیدن، مصرف بیش از حد الکل یا مواد مخدر، درآمد کم، مشکلات روانی مانند افسردگی یا اضطراب. مشکلات زناشویی، طالق یا ازدواجهای متعدد، از مشکلات در روابط است که بزرگسالان مبتلا به ADHD با آنها روبرو هستند. اگر فرد علائم بالا را نشان میدهد و به نظر میرسد که این علائم مانع پیشرفت وی در مدرسه یا محل کار شده یا در روابط وی اختلالی ایجاد شده، به دنبال کمک پزشکی باشد (انجمن روانپزشکی آمریکا، 2015؛ ترجمه سیدمحمدی، 1395). همچنین براساس آخرین طبقه بندی تشخیصی و راهنمایی اختلالات روانپزشکی انجمن روان پزشکان آمریکا نشانه هایی همچون بی توجهی، اشتباه مکرر در انجام تکالیف، حواسپرتی، گوش ندادن به خواسته های معلم، پریدن وسط حرف دیگران، اشکال در انجام تکالیف و نظم بندی تکالیف، بی علاقهگی به درس و انجام تکالیف مدرسه، گم کردن اشیاء و لوازم مدرسه مانند کتاب و مداد و سریع حواسپرت شدن با هر محرک بیرونی از نشانه های اختلال نقص توجه و بیش فعالی محسوب میشود (به نقل از بهرامی، یوسفی، بهرامی، فرضی و بهرامی، 1395).

شیوع اختلال بیش فعالی

اختلال بیش فعالی در حدود سنین 2 تا 4 سالگی شروع میشود و از شایعترین اختلالات عصبی- رفتاری دوران کودکی است که بخش بزرگی از جمعیت جهان (3 تا 7 درصد کودکان) را مبتلا کرده است (دهقان، 1399).

فراوانی اختلال نارسایی توجه-بیش فعالی بر اساس معیار چهارمین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری اختلال های روانی در کودکان سنین مدرسه، سه تا هفت درصد و بر اساس معیار دهمین ویرایش طبقه بندی بین المللی بیماریها 7/1 درصد است (ونزل¹، 2009). براساس پژوهشهای انجام شده در مناطق مختلف این فراوانی متفاوت است، چنان که در مطالعه بانکوک 6/5 درصد؛ کلمبیا 4/16 درصد، تهران 11 درصد، گناباد 9 درصد و مشهد 15 درصد گزارش شده است اما همه پژوهشها میزان تفاوت در جنس در شیوع اختلال نارسایی توجه/ بیش فعالی را فقط در اختلال ترکیبی معنادار دانسته اند؛ همچنین میزان شیوع را در پسرها 2 تا 9 برابر بیشتر از دخترها و علت مراجعه در دختران را اغلب به دلیل حواس پرتی و کم توجهی و در مورد پسران بیشتر به علت بیش فعالی گزارش کرده اند (برزگر بفرویی و فرزاد، 1394). اختلال بیش فعالی/ کمبود توجه حدود

¹ Wetzel

8 تا 12 درصد از کودکان جهان را در بر گرفته است. در مرور سیستماتیک به عمل آمده توسط پولانزیک و همکارانش (2007) شیوع جهانی این اختلال 5/29٪ اعلام شده است. همچنین مطالعات انجام شده در کشور ایران از شیوع 10 تا 12 درصدی این اختلال در بین کودکان ایرانی دارد (به نقل از بهرامی، یوسفی، بهرامی، فراضی و بهرامی، 1395).

عوامل مؤثر بر اختلال بیش فعالی

این اختلال باید دست کم در دو زمینه وجود داشته باشد و عملکرد فرد نیز بسته به میزان رشد، در زمینه های اجتماعی، تحصیلی یا شغلی مختل شده باشد؛ با این حال میتوان عوامل روانی- اجتماعی، زیست شناختی، ژنتیکی، عوامل محیطی و تغذیه ای، وزن کم زمان تولد، عوامل خانوادگی، مصرف تنباکو در طی حاملگی مادر سابقه فامیلی و تنیدگی روانی در دوران حاملگی را جزو عوامل مؤثر در بروز این اختلال دانست (دهقان، 1399).

اثرات بیش فعالی بر زندگی

پژوهشها نشان می دهند اختلال نارسایی توجه/ بیش فعالی، روند طبیعی و رشد دوران کودکی را با مشکل روبه رو میکند که خوشبختانه بسیاری از مشکلات اولیه مرتبط با بیش فعالی از قبیل پرتحرکی و تکانشی بودن در دوره بلوغ کاهش می یابند؛ اما اگر این اختلال در کودکی درمان نشود، آمادگی کودک برای پذیرش آسیب های روانی و اجتماعی در بزرگسالی افزایش خواهد یافت که مشکلات ثانویه ناشی از آن نظیر رفتارهای ضداجتماعی و مشکل در سازگاری اجتماعی نسبت به سایر دانش آموزان، افت تحصیلی، ترک تحصیل و شکست تحصیلی، کناره گیری، کاهش اعتمادبه نفس، اختلال سلوک، ابتلا به بزهکاری، حوادث و اعتیاد به مواد را در پی خواهد داشت؛ از سویی شدت بیش فعالی و درمان آن در کودکی به طور قابل توجهی پیش بینی کننده چگونگی تداوم نشانه ها در بزرگسالی است که اگر به موقع تشخیص داده شود، به خوبی درمان شدنی است

(یوسفی و همکاران، 1392). اگرچه بسیاری از مشکلات اولیه مرتبط با بیش فعالی از قبیل پرتحرکی و تکانشی بودن در دوره بلوغ کاهش می یابند، اما مشکلات ثانویه ناشی از این اختلال (رفتار ضد اجتماعی و افت تحصیلی) ممکن است ادامه یافته یا تشدید شوند؛ همچنین در دانش آموزان مبتلا به این اختلال امکان ترک تحصیل، شکست تحصیلی و مشکل در انطباق اجتماعی بیشتر از سایر دانش آموزان است، از سویی شدت بیش فعالی و درمان آن در کودکی به طور قابل توجهی پیش بینی کننده چگونگی تداوم علائم در بزرگسالی است و درمان مؤثر، کیفیت زندگی را به طور قابل توجهی بالا می برد (لاکریمورا و اوگن آرنولد¹، 2007). به طور کلی دانش آموزان دارای اختلالات بیش فعالی که به طور مداوم و مکرر شکست تحصیلی را نیز تجربه می کنند نسبت به مشکلات رفتاری و اجتماعی- هیجانی آسیب پذیرتر هستند. انتظار می رود این دانش آموزان بعد از تجربه شکست احساس ناشایستگی در چند سال متوالی تحصیلی علائمی از پریشانی همراه با مشکلات عاطفی و هیجانی بروز دهند؛ همچنین حدود 25 درصد کودکان مبتلا به اختلال خواندن، بیش فعال هستند و کودکان مبتلا به اختلال بیش فعالی تصور میشود در خطر بالاتر مشکلات اجتماعی قرار دارند (کاپلان و سادوک، 2015؛ ترجمه رضاعی، 1394). اختلال نقص توجه همراه بیش فعالی باعث افت تحصیلی در بین دانش آموزان مخصوصاً دانش آموزان مقطع ابتدایی میشود. به طوری که بر اساس نظر پژوهشگران، 9 تا 80 درصد از کودکان دارای اختلال بیش فعالی/نقص توجه دارای مشکلات تحصیلی و تحصیلی هستند. همچنین افت تحصیل یکی از دلایلی است که باعث اختلالات روانپزشکی، مخصوصاً فسردهی در بین دانش آموزان میشود. این اختلال با مشکلاتی در زمینه های مختلف آموزشی از جمله عملکرد ضعیف تحصیلی، روابط خانوادگی و دوستانه ضعیف، سلامت روان پایین و سوء مصرف مواد مخدر در سنین پایین همراه است (بهرامی، یوسفی، بهرامی، فراضی و بهرامی، 1395).

-روشهای درمانی اختلال بیش فعالی

الف) دارو درمانی

تشخیص اشتباه در بیش فعالی یا عدم تمرکز در علم روانشناسی کودک می تواند مسیر زندگی یک کودک را کاملاً تغییر دهد؛ خانواده ها باید به سلاح علم و دانش مجهز باشند تا بتوانند بهترین تصمیمات را برای کودک خود بگیرند تا جایی که درست و غلط را از هم تمیز داده و حتی درکی از تشخیص درست یا اشتباه پزشک روانشناس کودک خود داشته باشند. دارودرمانی اغلب خط اول درمان این افراد است. این در حالی است که 20 تا 50 درصد بزرگسالان پاسخ کافی به داروها نشان

¹ Lacrimiora, Eugen Arnold

نمیدهند و یا نمیتوانند اثرات مضر داروها را تحمل کنند. به علاوه تحقیقات نشان داده است که داروها تنها 50 درصد نشانه های مرکزی را کاهش میدهند. سعی کنید تا حد ممکن پس از تشخیص درست و دقیق بیش فعالی در کودکان از روش های درمان بدون دارو استفاده کنید. هیچ داروی بدون عوارضی وجود ندارد، چون اساساً تأثیر داروها از فردی به فرد دیگر متفاوت است. برای مثال کسانی که مشکل قند خون دارند با تزریق انسولین، میتوانند بیماری خود را کنترل کنند اما اگر یک فردی که مشکل دیابت ندارد، انسولین تزریق کند حتماً به کما خواهد رفت. پس مادرها پدربهایی که کودک بیش فعال دارند باید این نکته را مدنظر داشته باشند که کلا داروها (مخصوصاً بیش فعالی و عدم تمرکز) تیغ دو لبه است، هم می تواند باعث بهبود تمرکز و فعالیت کودک شود و هم می تواند از طرف دیگر تشدید کننده آن باشد و اثرات منفی بر روی کودک داشته باشد (قضایی، حمید و مهرابی زاده، 1395). درمان دارویی این اختلال شامل محرکهای سیستم اعصاب مرکزی است. اما مصرف دارو به تنهایی به ندرت میتواند نیازهای درمانی کودکان مبتلا به این اختلال را برآورده کند؛ به علاوه درمان دارویی به دلیل تأثیر سوء مواد شیمیایی بر فرآیندهای طبیعی تحول نظام سیستم اعصاب مرکزی و همچنین نداشتن تأثیر پایدار و ماندگار برای بهبود اختلال مورد انتقاد قرار بوده و از این رو بر درمانهای رفتاری- شناختی تأکید بیشتری می شود (حسن آبادی، محمدی و احقر، 1397).

ب) درمانهای رفتاری- شناختی

به نظر میرسد که درمانهای دارویی لازم است با مداخلات روان شناختی همراه گردد. درمان های دارویی و روان شناختی به صورت جداگانه و ترکیبی به طور قابل توجهی مورد استفاده قرار گرفته و از تلاش همزمان والدین، روان پزشکان، روانشناسان و معلمان استفاده شده است. مهمترین شیوه تثبیت شده درمان اختلال نارسایی توجه- بیش فعالی، ایجاد و حفظ یک محیط مناسب درمان شناختی- رفتاری و دارو درمانی است. هدف نهایی درمان، تواناسازی کودکانی است که بتوانند بر مشکلات که در طول زندگی با آنها مواجه میشوند، فائق آیند. این هدف را نمیتوان با دارودرمانی یا وادار کردن کودکان به رعایت قواعد به دست آورد، بلکه تنها راه به انجام رساندن آن، آموزش راهکارهایی در مورد شیوه برخورد با مردم و وظایفی است که در نحوه عملکرد روزانه کودک مفید است. در رویکرد شناختی- رفتاری تأکید زیادی میشود که مفاهیم به طور عملیاتی بیان شوند و اعتباریابی درمان به طور تجربی صورت پذیرد: بدین منظور در شرایط پژوهشی و نیز در کار بالینی روزمره، از طرح های آزمایشی گروهی و تک آزمودنی استفاده میشود. همچنین برای آن که بتوان به بازآزمونی یافته ها دست زد، باید شیوه درمانی، بر حسب تعاریف عملیاتی مشخص شود، و اثر آن به کمک معیارهایی پایا و عینی مورد ارزیابی قرار گیرد. قسمت اعظم درمان، بر اساس رویکرد "این جا و اینک" صورت میگیرد و فرض بر آن است که هدف عمده درمان، عبارت است از کمک به بیمار به نحوی که بتواند تغییراتی مطلوب در زندگی خود پدید آورد. بنابراین تأکید در درمان، متوجه فراهم آوردن فرصتی برای یادگیری های انطباقی جدید، و نیز ایجاد تغییراتی در فضای بیرون از حیطه بالینی (درمانگاه یا مطب) میشود. حل مسئله، جزء مهم و لاینفک درمان را تشکیل میدهد. تمامی جنبه های درمانی برای بیمار توضیح داده میشود. درمانگر و بیمار سعی میکنند ارتباط متقابل با هم برقرار کنند و راهبردهایی را برای مقابله با مسائل دقیقاً مشخص شده، با هم وضع نمایند. برای کاهش مشکلات رفتاری لازم است در محیط خانه و مدرسه اصلاحاتی ایجاد شود. نقص در مهارت های اجتماعی نیز درمانهای خاص خود را می طلبد (حسن آبادی، محمدی و احقر، 1397). مبنای نظری درمان شناختی- رفتاری بر این اصل استوار است که خودکنترلی رفتاری در نتیجه افزایش مهارتهای شناختی و فراشناختی بهبود یافته و فرد با استفاده از این مهارتها میتواند تکانه های خود را کنترل کند رفتارهای خود را جهت دهد (قضایی، حمید و مهرابی زاده، 1395).

ج) روش نوین کمک درمانی (کوچینگ):

برای اختلال نقص توجه- بیش فعالی آسیب در کارکردهای اجرایی نقش مهمی در اختلال نقص توجه- بیش فعالی دارد. عملکرد اجرایی به فرد کمک میکند تا عوامل حواسپرتی را شناسایی و آنها را حذف کند، موضوعات مختلف را در ذهن نگه دارد، در مورد پیامدها فکر کند و موارد دیگری از این قبیل را در برمی گیرد. بنابراین اختلال نقص توجه- بیش فعالی، فرد را با مشکلات متعددی در فعالیتهای معمول روزمره از جمله پرداخت قبوض، خواب کافی، مصرف دارو به طور مرتب، به خاطر سپردن انجام کارهای معمول خانه و غیره روبه رو می سازد. اختلال نقص توجه- بیش فعالی یک مشکل شخصیتی نیست، بلکه یک اختلال عصب- زیستی است که از بین نمی رود (رسی، 2008). کوچینگ بر روی این تفاوت بیولوژیکی ویژه در ذهن افراد مبتلا به اختلال نقص توجه- بیش فعالی متمرکز میشود. در این روش، علائم عصبی- زیستی به عنوان پایه عادات و الگوهای رفتاری منفی در این افراد به حساب می آید و بیماران یاد میگیرند که چالشهای روزانه های که بر اثر این علائم به وجود می آید را مدیریت کنند. در واقع این افراد یاد میگیرند که پیامدهای عملکرد خود را نه به طور عمدی، بلکه به دلیل اختلالی که در ذهنشان وجود دارد، فراموش کنند. وقتی که افراد این موضوع را یاد بگیرند، می توانند راهبردهای لازم را برای ایجاد تغییر به کار گیرند. کوچینگ پلی بین علاقه فرد برای شروع به تغییر و مجموعه اعمالی است که باید برای تغییر انجام

دهد و در واقع پل بین توانایی و عملکرد است (رامسی، 2012). درمانگری که با اصول کوچینگ کار میکند با موضوعات عملی زندگی روزانه افراد مثل برنامه ریزی، سازماندهی، اولویت بندی و مدیریت زمان سر و کار دارد (بیتلر، کان و آشرسون¹، 2011). جنبه دیگر کوچینگ، همه جانبه بودن این روش درمانی است. درمانگر از افراد میخواهد که به همه جنبه های زندگی توجه کنند و راهبردهایی را به کار گیرند که همه جنبه های زندگی، که نیازمند تغییر است، را مدیریت کنند. او به افراد کمک میکند که گامها را یکی یکی بردارند. با توجه به این که افراد مبتلا به اختلال نقص توجه- بیش فعالی تمایل دارند که همه کارها را همزمان با هم انجام دهند، این روش درمانی اهمیت بیشتری مییابد. کوچینگ به افراد کمک میکند تا همواره سطح مناسبی از "فشار روانی" را تجربه کنند. افراد مبتلا به اختلال نقص توجه- بیش فعالی، اغلب نیاز به سطح خاصی از فشار روانی دارند تا بتوانند اهداف خود را پیگیری کنند. برای این که این افراد احساس فوریت کنند لازم است فکر کنند که "زمانم به پایان رسیده است، بنابراین باید کارم را الان به اتمام برسانم". بنابراین لازم است به مراجعان کمک شود که یک برنامه مدون و سقف زمانی را تعیین کنند و برای پایبندی به این برنامه (از طریق تلفن، ایمیل و پیامک) پیگیری شوند. در واقع یکی از تفاوت‌های عمده‌ای که این مداخله با سایر انواع مداخلات دارد، پیگیری مداوم و بین جلسه ای مراجع است. در پایان مراجعین یاد میگیرند که برای خود، یک سطح عملکردی از فوریت را ایجاد کنند (رسی، 2008). کوچر برای ایجاد تغییر در مراجع از چه تکنیک‌هایی استفاده میکند: کوچینگ از طریق آموزش روانشناختی به افراد کمک میکند که رفتارهای انطباقی و سازگارانه ای را در زندگی روزمره خود تمرین کنند: درمانگر به مراجع می آموزد که اختلال نقص توجه- بیش فعالی، بخشی از زندگی روزانه او است و خود به خود از بین نمیرود و اکثر کشمکش‌ها و مشکلاتی که تجربه میکند ناشی از این اختلال است. به مراجع می آموزد که برای شروع کار بر روی مشکلاتش، یکی یا دو مورد را انتخاب کند. لازم است که افراد مبتلا به اختلال نقص توجه - بیش فعالی، برای کنار آمدن با چالشها، یک طرح مخصوص به خود را طرح ریزی کنند. درمانگر به مراجع کمک میکند تا راهبردهای مخصوص به خود را طراحی کنند. در این راه، فرد نه تنها باید خالق باشد، بلکه لازم است تواناییهای خود را نیز بشناسد و از آنها استفاده کند. به طور قطع، چالش برانگیزترین بخش برای بیشتر مراجعین، کار کردن بر روی طرح برنامه ریزی شده است. این کار نیاز به تلاشی مداوم، طولانی و عمیق دارد. از آنجا که توجه بزرگسالان مبتلا به اختلال نقص توجه- بیش فعالی، به وسیله موضوعات و افکار متعدد منحرف میشود و پیش از آن که وقت کافی برای هدف اصلی خود صرف کنند، آن را رها میسازند، کوچر به مراجعین کمک میکند تا در مسیر اصلی خود قرار گیرند و راهبردهایی که بر اساس نیازهای خود طراحی کرده بودند را مورد آزمون قرار دهند. در نهایت، درمانگر به مراجع کمک میکند که به طور مداوم راهبردها و ساختارهایی که طراحی کرده است را ارزیابی کند و ببیند که آیا این راهبردها و ساختارها اهدافش را تامین میکنند یا خیر. افراد مبتلا به اختلال نقص توجه- بیش فعالی، در حافظه نقص دارند. آنها به آسانی پیامدهای گذشته و اهداف آینده را فراموش میکنند. زمانی که طبق یک برنامه یا ساختار کار میکنند، به تدریج شل میشوند و فکر میکنند که « من دیگر به این برنامه نیاز ندارم. من مشکلم را حل کرده ام و الان خوب هستم» و از راهبردهای جدید دست میکشند. همین موضوع باعث میشود که دوباره به عاداتهای بد پیشین - که تشخیص داده بودند باید ترک شود- بازگردند. بنابراین درمانگر به افراد کمک میکند تا عاداتهای جدید کسب شده را تمرین و تقویت کنند تا درونی شود (پریوات و یلند²، 2015). در نتیجه میتوان گفت که کوچینگ، از طریق پنج عاملی اصلی یعنی، حفظ سطح انگیزتگی، تعدیل هیجانها، حفظ انگیزه، ارائه بازخورد فوری و به عهده گرفتن نقش مدیریت اجرایی برای تمرکز، به فرد کمک میکند و در نتیجه از توانایی فرد برای انجام اعمال خود انگیزته و الگوهای تغییر رفتاری حمایت به عمل می آورد (رامسی³، 2012). اجزای اصلی روش درمانی کوچینگ عبارتند از: مشارکت و همکاری، ساختار و پیشرفت تدریجی. فرد از طریق همکاری با کوچر، نه تنها مشخص میکند که از کوچر خود چه کمکی میخواهد، بلکه معلوم میسازد که چگونه میتواند آن را درونی کند. هدف اصلی این است که به تدریج، یادآوری بیرونی کوچر به صدای درونی شخصی تغییر کند و در نهایت این صدای درونی است که به فرد کمک میکند تا تغییر را از درون خود آغاز کند. ساختار یکی از اجزای اصلی و حیاتی این روش درمانی است که پذیرش آن برای بسیاری از افراد دشوار است. از یک طرف افراد احساس میکنند که به وسیله ساختار محدود میشوند، چرا که از آنها انتظار دارد کارهایی را انجام دهند که دوست ندارند، از طرف دیگر، ساختار باعث می شود که افراد با موفقیت کارهایشان را به پایان برسانند، در نتیجه کمتر از قبل در برابر کارها احساس تهدید یا غافلگیری نمایند. ساختار باید متناسب با تواناییهای فرد ایجاد شود. سومین اصل مهم در این روش درمانی این است که به فرد کمک شود تا توانایی درون نگری، آگاه شدن از نیازها و یافتن راه حلی برای مشکلات را به دست آورد. در این روش به جای این که از مراجع پرسیده شود که چرا فلان کار را انجام ندادی، پرسیده میشود که چه چیزی مانع

¹ Buitelaar, Kan, Asherson.

² Prevatt, Yelland

³ Ramsay

از انجام این کار میشود و این که در آینده چه انتخابهای دیگری ممکن است داشته باشد. با این روش مراجعه کننده متوجه می شود که چگونه خودش در به وجود آوردن مشکلش سهم دارد و وقتی متوجه می شود که علیه خودش کار می کند، میتواند یک راهکار جدید ارائه بدهد تا به هدفش برسد. از طرف دیگر در بیشتر مواقع، مراجع برای مشخص کردن موثرترین خط مشی، در حال آزمون و خطا به سر می برد و این آزمون و خطا در واقع بخش مهمی از درمان به شمار می آید. بنابراین از ابتدا باید متوجه بود که کوچینگ یک مسافرت طولانی است، به تدریج پیش میرود و همواره با موفقیت همراه نیست. این دیدگاه باعث می شود که فرد به درمان متعهد باقی بماند و به خاطر ناملایماتی که در طول درمان پیش می آید درمان را رها نکند. افراد در مراحل اولیه ممکن است طبق عادت، به دنبال هر شکستی احساس تحقیر نمایند و تصور کنند که یک بازندهاند. اما باید به یاد داشته باشند که نتیجه عمل از فرد انجام دهنده آن عمل جدا است، در این صورت میتوانند از احساس حقارت بگذرند و به سمت عملکردهای مثبت حرکت کنند (ارتونین و علاقبند، 1395).

-بازی درمانی گروهی و اختلال بیش فعالی

کودکان به دلیل پایین بودن سطح تفکر انتزاعی، قادر به بیان هیجانات و احساسات خود نیستند، سرکوب و عدم مهارت در بیان احساسات به ویژه از نوع منفی آن بهداشت روانی کودک را به مخاطره می اندازد. از این رو پیدا کردن راهی که کودک را قادر نماید به شیوهای غیر از بیان کلامی هیجانات خود را بروز نماید کاملاً ضروری به نظر میرسد. بازی ابزاری است که کودک به کمک آن خود را بیان می نماید و برای هر کودکی جدا از نژاد، زبان و ملیت وسیله مناسبی جهت تخلیه هیجانات و ابزار خود میباشد (سهرابی، 1390). بازی از ضروریات زندگی کودکان است. کودکان از طریق بازی افکارشان را بازگو می کنند و به همان راحتی که بزرگسالان احساساتشان را با کلمات بیان می کنند، آنان نیز همین کار را به وسیله بازی انجام میدهند. کودک در طول بازی توانایی حل مشکلات خود را پیدا می کند و به وسیله آن می تواند اعتماد به نفس و روحیه استقلال طلبی را در خود پرورش دهد. آنان احساساتی چون ترس، اندوه، شادی و عصبانیت خود را از طریق بازی بیان و به این ترتیب احساس امنیت و ارزشمند بودن می کنند (جلالی و مولوی، 1390). کاهش علایم نقص توجه /بیش فعالی استفاده از بازی، درمانی که یک وسیله ضروری برای متخصصان سلامت روانی است که با کودکان سر و کار دارند رویکرد بازی درمانی یک زبان ارتباطی برای کودکان است. بازی درمانی به عنوان یک ارتباط بین فردی پویا بین کودک و یک درمانگر آموزش دیده در فرایند بازی درمانی توصیف میشود که رشد یک ارتباط امن را برای کودک تسهیل مینماید تا کودک به طور کامل خود را بیان کند و کودک از این طریق میتواند مهارتهای مهار خود را بهتر فراگیرد (محب، امیری و بهروش، 1392). بازی درمانی برنامه درمانی جایگزین مناسبی برای دامنه وسیعی از مشکلات روانشناختی کودکان و نوجوانانی است که در دامنه سنی 3 تا 16 سال قرار دارند. این برنامه درمانی توسط روانشناسان و پژوهشگران مختلف طی چندین دهه برای درمان طیف وسیعی از اختلالات و مشکلات استفاده شده و اثربخشی آن نشان داده شده است (استاتی¹ و همکاران، 2017).

کودک و نوجوانان بیش فعال معمولاً یک بازی یا یک فعالیت را تا آخر به سرانجام نمی رسانند و در نیمه راه می کند اما به هر حال کودکان در سن مدرسه، برای یادگیری درس های خود و انجام تکالیف شان، نیازمند حدی از توجه و تمرکز هستند و اگر کودک نتواند توجه و تمرکز خود را کنترل کند، در یادگیری و انجام تکالیف خواندن، نوشتن و ریاضی دچار مشکل می شود (آریاپوران و اسکندری، 1395). کودک پیش فعال، معمولاً یک بازی یا یک فعالیت را تا آخر به سرانجام نمی رساند و در نیمه راه می کند اما به هر حال کودکان در سن مدرسه، برای یادگیری درس های خود و انجام تکالیف شان، نیازمند حدی از توجه و تمرکز هستند و اگر کودک نتواند توجه و تمرکز خود را کنترل کند، در یادگیری و انجام تکالیف خواندن، نوشتن و ریاضی دچار مشکل می شود. بدترین تنبیه برای کودک بیش فعال، این است که از او بخواهید کاری انجام دهد که نیاز به توجه و تمرکز داشته باشد؛ مثال به او بگویید بیا با هم این مسئله ریاضی را حل کنیم. در این حالت معمولاً کودک حاضر است هر کار دیگری بکند، به غیر از تمرکز روی آن مسئله ریاضی. در موارد بسیار شدید باید ضمن بازی درمانی از دارو درمانی نیز استفاده کرد (احدیان، پورشریفی و میرلو، 1397). بدترین تنبیه برای کودک بیش فعال، این است که از او بخواهید کاری انجام دهد که نیاز به توجه و تمرکز داشته باشد؛ مثال به او بگویید بیا با هم این مسئله ریاضی را حل کنیم. در این حالت معمولاً کودک حاضر است هر کار دیگری بکند، به غیر از تمرکز روی آن مسئله ریاضی. در موارد بسیار شدید باید ضمن بازی درمانی از دارو درمانی نیز استفاده کرد.

-بازی نقطه چین (نقاشیهای نقطه چین با اعداد): به کودک بگویید کف دست غیر غالبش را روی کاغذ بگذارد، انگشتانش را باز کند و دور انگشتان و کف دست را با مداد خط بکشد (با دست غالب) سپس اعداد 1 تا 15 را به صورت پراکنده و نامرتب

¹ Stutey

در شکل ایجاد شده بنویسید. از کودک بخواهد اعداد را به ترتیب از 1 تا 15 پیدا کرده و دور آن خط بکشد. این بازی به منظور بهبود توجه انتخابی کودک کمک کننده است .

-بازی ماز: در بازی ماز، کودک باید تصاویری را که به صورت راههای پریچ و خم کشیده شده اند، از یک نقطه شروع و به نقطه پایان برساند. از تصاویر جذاب و معنادار استفاده کنید. (مثال جوجه را به لانه اش برساند) کودک برای راحت تر شدن کارش، ابتدا به کمک چشم تصاویر را نگاه کرده و مسیر را دنبال میکند. در این بازی، علاوه بر افزایش توجه و تمرکز، کودک یاد میگیرد اگر کاری را شروع کرد باید تلاش کند تا آن را به پایان برساند. در این بازی سیناپسها و راههای مغزی کودک تقویت شده و قدرت تفکر و تحمل کودک برای رسیدن به نتیجه و راهحل بالا میروند .

-پیدا کردن تفاوت‌های دو شکل به ظاهر مشابه: در این بازی دو نقاشی که به ظاهر کاملاً شبیه هم هستند ولی عمداً چند اختلاف باهم دارند، در کنار هم قرار داده میشوند. از کودک بخواهید اختلافات را در تصاویر علامت بزند. با پیدا کردن هر اختلاف او را به ادامه کار تشویق کنید (برزگر بفرویی و فرزند، 1394).

نتیجه گیری

اختلال بیش فعالی همراه با نقص توجه یکی از شایعترین اختلالات روانپزشکی در کودکان است که به اختصار ADHD نامیده میشود. این اختلال پدیده ای نیست که صرفاً در سالهای اخیر ظهور کرده باشد، بلکه دارای تاریخچه ای نسبتاً طولانی است. با ما همراه باشید تا با انواع این اختلال و علل پدیداری آن بیشتر آشنا شوید. به طور طبیعی، بسیاری از والدین می خواهند بدانند که چرا فرزندشان بیش فعال شده است. هرچند هنوز هیچ علت یگانه و مشخصی برای اختلال بیش فعالی کشف نشده است، متخصصان توافق دارند که در پدیدایی این اختلال عوامل ژنتیکی و ارثی و عوامل محیطی، هر دو مؤثرند؛ به این معنا که ساختار ژنتیکی کودک و دیگر عوامل پیش از تولد، هنگام تولد یا پس از آن، زمینه این اختلال را فراهم می کند، اما ظهور رفتارهای مربوط به بیش فعالی، از فرهنگ و محیط نیز متأثر است. ADHD در درجه اول یک اختلال ارثی است. تخمین زده میشود که 80٪ افرادی که دچار اختلال بیش فعالی/ نقص توجه تشخیص داده شده اند این اختلال را به ارث برده اند. مطالعات درباره دوقلوها و کودکان در تعیین نقشی که محیط بازی میکند و نقشی که ژن ایفا میکند، مفید بوده است. مطالعات بر روی خانوادهها نیز به دانش ما در مورد فاکتورهای ژنتیکی ADHD افزوده است. اگر بیش فعالی/ نقص توجه را از یکی والدینتان به ارث برده باشید که بی توجهی، تکانشگری، بیش فعالی یا ترکیبی از این دو را داشته است، در نوع بیش فعالی/ نقص توجه شما تأثیری نخواهد داشت و میتواند متفاوت از والدینتان خود را نشان دهد. از جمله مداخلات درمانی برای این اختلال، بازی درمانی گروهی که به عنوان روشی برای درمان مشکلات کودکان استفاده می شود. بازی درمانی به کودکان کمک می کند تا بتوانند مسائل و مشکلاتشان را حس کنند، با این هدف که ویژگی های روانی خود را بشناسند و ر این نوع درمان، به کودک فرصت داده می شود تا احساسات آزردهنده و مشکلات درون خود را از طریق بازی بروز داده و آنها را به نمایش بگذارد، میباید.

فهرست منابع

- احمدیان، مهسا؛ پورشریفی، حمید و میرلو، محمدمهدی. (۱۳۹۷). تأثیر یوگا بر نشانه های نقص توجه و بیش فعالی تکانشگری در دانش آموزان پسر دوره ابتدایی دارای اختلال نقص توجه /بیش فعالی. مجله دانش و پژوهش در روانشناسی کاربردی، ۱۹(۲):۱-۱۰
- ارتونیان، والتنین و علاقبند، جواد(۱۳۹۵). آشنایی با کوچینگ: روشی نوین برای اختلال نقص توجه /بیش فعالی، مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی، ۲۲(۲):۱۶۱-۱۵۹
- انجمن روانپزشکی آمریکا. (۲۰۱۵). راهنمای تشخیصی و آماری اختلال روانی؛ ترجمه یحیی سیدمحمدی(۱۳۹۵)تهران: انتشارات ارجمند.
- آریاپوران، سعید و اسکندری، آرزو. (۱۳۹۵). اثربخشی بازی درمانی گروهی بر علایم نافرمانی مقابله ای و اختلال رفتار در کودکان ۶ تا ۹ ساله دارای علائم بیش فعالی کاستی توجه. مجله پرستاری کودکان، ۲(۴):۴۴-۴۹
- برزگر بفرویی، کاظم. (۱۳۹۲). کاربرد فعالیتهای و راهکارهای آموزشی درمانی متناسب با نیازها و ویژگیهای- رشدی کودکان اتیسم. ماهنامه تعلیم و تربیت استثنایی، ۱۳(۹):۴۰-۴۹
- بهرامی، میترا؛ یوسفی، فایق؛ بهرامی، افشین؛ فاضلی، عرفان و بهرامی، علی. (۱۳۹۵). بررسی شیوع اختلال نقص توجه /بیش فعالی و عوامل مرتبط با آن در بین دانش آموزان دبستانی شهر کامیاران. مجله روانشناسی و روانپزشکی شناخت، ۳(۳):۱-۱۱

جلالی، سلیمه و مولوی، حسین (۱۳۹۰). تاثیر بازی درمانی بر اختلال اضطراب جدایی کودکان. مجله روانشناسی، ۱۴(۴):۳۸۲-۳۷۰

حسن آبادی، سمانه؛ محمدی، محمدرضا و احقر، قدسی (۱۳۹۷) مقایسه اثربخشی رفتار درمانی شناختی و دارودرمانی بر کاهش علائم همراه اختلال نارسایی توجه و بیش فعالی. مجله مطالعات ناتوانی، ۱۰(۲):۱۹-۳۰

خدا، حمیرا؛ مدانلو، معصومه؛ ضیایی، طیبه و کشتگر، عباسعلی (۱۳۸۹). اختلالات رفتاری و برخی عوامل مرتبط با آن در کودکان سن مدرسه شهر گرگان، مجله پژوهش پرستاری، ۴(۱۴):۲۹-۳۷

دهقان مشادی، سعید (۱۳۹۹). اثربخشی بازی درمانی بر علائم بیش فعالی در دانش آموزان پسر اول ابتدایی شهرستان مهریز. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی تربیتی دانشگاه پیام نور واحد تفت

سادوک، بنجامین جیمز؛ سادوک، ویرجینیا آلکوت و روئیز، پدرو. (۲۰۱۵). خلاصه روانپزشکی؛ ترجمه فرزین رضاعی، ۱۳۹۴ تهران: انتشارات ساولان.

سهرابی، نادره (۱۳۹۰). روش های مختلف بازی درمانی و کاربرد آن در درمان اختلالات رفتاری و هیجانی کودکان. مجله روش ها و مدل های روانشناختی، ۱۱(۴):۶۳-۴۵

قضایی، مریم؛ حمید، نجمه و مهرابی زاده، مهناز (۱۳۹۵). تاثیر درمان شناختی رفتاری بر اختلال بیش فعالی / کاستی توجه و نشانه های آن در دانشجویان. مجله دست آوردهای روانشناختی، ۴(۲):۶۳-۸۰

محب، نعیمه؛ امیری، شاهرخ و بهروش، عاطفه. (۱۳۹۲). اثربخشی بازی درمانی کوتاه مدت ساختاری بر علائم اختلال نقص توجه بیش فعالی کودکان پیش دبستانی. فصلنامه آموزش و ارزشیابی، ۶(۲۲):۲۷-۴۳

موسوی، سیدمحمد و احمدی، مهشید (۱۳۹۱). اختلالات رفتاری در کودکان مادران مبتلا به افسردگی. مجله دانشگاه علوم پزشکی گرگان، ۱۴(۳):۱۱۵-۱۲۰

یوسفی، ناصر؛ نعیمی، قادر؛ قائدینیا جهرمی، علی محمدی، حاتم و فرمانی شهرضا، شیوا. (۱۳۹۲). مقایسه اختلال های نقص توجه / بیش فعالی، رفتار مقابله ای و سلوک در دانش آموزان دبستانی با ناتوانی یادگیری و عادی. مجله ناتوانی یادگیری، ۳(۱):۱-۱۴۷

Buitelaar JK, Kan CC, Asherson PJ. (2011). ADHD in Adults Characterization, Diagnosis, and Treatment. New York: Cambridge University Press

Lacrimiora S, Eugen Arnold L. (2007). Attention deficit hyperactivity disorders in: Martin A, Wolkmar FR. Child and adolescent psychiatry: a comprehensive textbook. 4th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins

Prevatt F, Yelland S. (2015). An Empirical Evaluation of ADHD Coaching in College Students. JAD. 19(8):666-77.

Ramsay JR. (2012). Non Medication Treatment for Adult ADAH. Washington DC: American Psychological Association.

Stutey, D. M., Dunn, M., Shelnut, J., & Ryan, J. B. (2017). Impact of Adlerian play therapy on externalizing behaviors of at-risk preschoolers. International Journal of Play Therapy, 26, 4, 196.

Wetzel, MW. (2009). Medical student participation in an adult ADHD outpatient clinic: an ideal setting for education in outpatient psychiatry. Acad Psychiatry, 33(1), 80-1.