

به نام خدا

# درمان شناختی رفتاری کودکان بیش فعال

مولفان :

زهرا یزدان پناه

صغرا یزدان پناه

الهام بلوچ پور بندری

معصومه یزدان پناه

انتشارات شرفی

(با همکاری سازمان چاپ و نشر ایران - ۱۴۰۳)

نسخه الکترونیکی این اثر در سایت سازمان چاپ و نشر ایران و اپلیکیشن کتاب رسان موجود می باشد

[chaponashr.ir](http://chaponashr.ir)

سرشناسه : یزدان پناه، زهرا، ۱۳۵۴  
عنوان و نام پدید آور : درمان شناختی رفتاری کودکان بیش فعال / مولفان زهرا یزدان پناه، صغرا یزدان پناه، الهام بلوچ پور بندری، معصومه یزدان پناه.  
مشخصات نشر : انتشارات شرفی (با همکاری سازمان چاپ و نشر ایران)، ۱۴۰۳.  
مشخصات ظاهری : ۱۲۶ ص.  
شابک : ۹۷۸-۹۶۴-۷۶۷۰-۶۵-۴  
وضعیت فهرست نویسی : فیبا  
موضوع : کودکان بیش فعال - درمان شناختی رفتاری  
شناسه افزوده : یزدان پناه، صغرا، ۱۳۶۶  
شناسه افزوده : بلوچ پور بندری، الهام، ۱۳۶۶  
شناسه افزوده : یزدان پناه، معصومه، ۱۳۵۵  
رده بندی کنگره : PN۲۱۸۱  
رده بندی دیویی : ۸۰۹/۲۳۶  
شماره کتابشناسی ملی : ۹۴۹۳۸۴۹  
اطلاعات رکورد کتابشناسی : فیبا

نام کتاب : درمان شناختی رفتاری کودکان بیش فعال  
مولفان : زهرا یزدان پناه - صغرا یزدان پناه - الهام بلوچ پور بندری - معصومه یزدان پناه  
ناشر : انتشارات شرفی (با همکاری سازمان چاپ و نشر ایران)  
صفحه آرای، تنظیم و طرح جلد: پروانه مهاجر  
تیراژ : ۱۰۰۰ جلد  
نوبت چاپ : اول - ۱۴۰۳  
چاپ : زیر جلد  
قیمت : ۱۲۶۰۰۰ تومان  
فروش نسخه الکترونیکی - کتاب رسان :  
<https://chaponashr.ir/ketabresan>  
شابک : ۹۷۸-۹۶۴-۷۶۷۰-۶۵-۴  
تلفن مرکز پخش : ۰۹۱۲۰۲۳۹۲۵۵  
[www.chaponashr.ir](http://www.chaponashr.ir)



## فهرست مطالب

صفحه	عنوان
۷	پیشگفتار.....
۹	فصل اول: مبانی نظری اختلالات.....
۹	اختلالهای دوران کودکی .....
۹	ملاک های رفتار نابهنجار در کودکان.....
۱۱	طبقه بندی اختلالهای کودکان .....
۱۲	پیشینه ی تاریخی اختلال نارسایی توجه / فزون جنبشی .....
۱۵	تعاریف اختلال نارسایی توجه/ بیش فعالی .....
۱۶	شیوع نارسایی توجه/ بیش فعالی .....
۱۶	سبب شناسی .....
۱۶	زیر ریخت های اختلال نارسا توجه /فزون کنشی .....
۱۸	تعریف پرخاشگری .....
۱۹	نظریه های پرخاشگری .....
۱۹	نمودهای رفتار پرخاشگرانه از کودکی تا جوانی .....
۲۰	تاثیر عوامل اجتماعی بر بروز پرخاشگری .....
۲۰	تعریف اختلال اضطرابی .....
۲۱	پیشینه اختلال اضطرابی .....
۲۱	اهمیت اختلال اضطرابی .....
۲۲	علائم اختلال اضطرابی .....
۲۴	افسردگی .....
۲۵	تعریف افسردگی .....
۲۷	پیشینه نظری افسردگی .....
۲۸	سبب شناسی .....
۳۱	فصل دوم: مبانی نظری بیش فعالی.....

۳۱	تاریخچه اختلال نقص توجه - بیش فعالی
۳۵	عملکرد بیش فعالی
۳۸	ضرورت توجه به کودکان بیش فعال
۴۱	ملاک های تشخیصی ADHD بر اساس DSM- IV - TR
۴۴	اختلال نارسایی توجه با / بدون جنبشی (ADD+H یا ADD-H)
۴۵	همه گیر شناسی
۴۷	سبب شناسی
۴۸	متغیرهای عصب زیست شناسی (زیستی - عصبی)
۵۱	تشخیص
۵۵	ابزارهای سنجش استاندارد
۵۶	معیارهای تشخیصی انجمن روان پزشکی امریکا
۵۹	مراحل ارزیابی اختلال بیش فعالی
۶۰	اختلال نارسایی توجه / فزون جنبشی و ملاحظه های مربوط به جنسیت
۶۱	<b>فصل سوم: راهبردهای درمانی بیش فعالی</b>
۶۱	راهبردهای درمان
۶۲	دارو درمانی
۶۳	زیان های دارو درمانی
۶۴	رفتار درمانی
۶۵	درمان شناختی - رفتاری
۶۶	پیشینه درمان شناختی - رفتاری
۶۷	<b>فصل چهارم: درمان شناختی - رفتاری</b>
۶۷	درمان شناختی رفتاری برای کودکان و نوجوانان
۶۷	پیش نیاز آموزش مهارتها در درمان شناختی - رفتاری
۶۸	راهبردهای درمان شناختی - رفتاری
۷۰	انواع روش های شناخت درمانی
۸۲	تحریرف های شناختی
۸۵	اهداف درمان

۸۵	ارزیابی در شناخت درمانی
<b>۹۳</b>	<b>فصل پنجم: درمان بیش فعالی با نوروفیدبک</b>
۹۳	درمان های اختلال نقص توجه- بیش فعالی
۹۵	درمان بیش فعالی با نوروفیدبک
۹۷	منشاء سیگنالهای مغزی
۹۸	امواج مغزی و کارکردهای آن
۱۰۱	انواع نوروفیدبک ها
۱۰۳	تعاریف و نقائص کارکردهای اجرایی در کودکان مبتلا به اختلال
۱۰۴	تعریف توجه و انواع آن
۱۰۵	اجزای توجه
۱۰۶	مدل های توجه
۱۰۸	سامانه حرکتی چشم
<b>۱۱۵</b>	<b>منابع و مآخذ</b>
۱۱۵	منابع فارسی
۱۲۲	منابع لاتین



## پیشگفتار

افراد با اختلال نارسایی توجه / بیش فعالی اغلب علایمی دارند که به قدر کافی شدید است و همچنین به نحوی است که با عملکرد و فعالیت های زندگی فرد تداخل می کند کودکان دارای این اختلال اغلب در مدرسه با مشکلات قابل توجهی رو به رو هستند و هم به لحاظ آموزش و هم از نظر اداره کلاس همواره چالش قابل ملاحظه ای را در مقابل معلمان قرار می دهند. چنین کودکانی ممکن است داخل یا بیرون از صندلی شان باشند، ممکن است دیگران را اذیت کنند یا حتی رفتارهای پرخاشگرانه ای نظیر زدن یا کشیدن مو انجام دهند. بطور کلی محیط مدرسه برای این کودکان شرایطی فراهم می آورد که بیشترین کمبودها را در زمینه حفظ توجه ، کنترل تکانه و فرمانبرداری بروز می دهند.

این کاملاً عادی است که کودکان جنب و جوش کنند و تحرک داشته باشند و از بازی کردن لذت ببرند ولی کودکانی هستند که بسیار بی قرار، زیاد فعال ، حواس پرت ، بی ثبات و تکانشی هستند. بیان شده است که این اختلال شایع ترین دلیلی است که کودکان را به خاطر آن به درمانگاههای بهداشت و روان می آورند.

اگر چه درمانهای مختلفی برای اختلال کمبود توجه / بیش فعال ابداع شده است ولی تعداد کمی از آنها به قدر کافی یا در حد مقدماتی پشتوانه تجربی دارند. این درمانها عبارتند از : دارو درمانی ، آموزش بالینی / مشاوره با والدین ، مدیریت وابستگی ویژه والدین و کلاس درس ، درمان شناختی – رفتاری. بکارگیری ترکیبی از روشهای درمانی توسط والدین ، معلمان و متخصصان بطور هماهنگ و پذیرش کودک از طرف آنها به

عنوان فردی که نیازمند کمک است ، باعث پیشرفتهای قابل ملاحظه در رفتار کودکی می شود.

درمان شناختی - رفتاری موضوع را بر این قرار می دهد که آسیب شناسی روانی نتیجه نابهنجاری در فرایند شناختی است ، به ویژه فرض بر این است که مشکلات افراد مربوط به تحریف ها و نقص های شناختی هستند ویژگی های رویکردهای شناختی - رفتاری نظیر ارتباط کاری تجربی و اشتراکی ، فعال بودن ، هدفدار بودن ، متمرکز بودن بر مشکل ، آموزش مهارت‌های مقابله و تاکید بر باز خورد به ویژه برای درمان مراجعان نوجوان بسیار متناسب است.

کارآمدترین و موثرترین رویکردها برای نوجوانان ، رویکردهایی است که از آغاز عمل گرایند و با آنچه نوجوان به عنوان مشکل ادراک می کند و مستلزم تغییر است ، تناسب دارند. آناستوپولوس و شامز ( ۲۰۰۱ ) معتقدند که هیچ یک از این رویکردهای درمانی اثربخش و علاج قطعی نیستند. این درمانها فقط نشانه های اختلال نارسایی توجه / بیش فعالی را کم می کنند و مشکلات هیجانی و رفتاری کودکان مبتلا به این اختلال را بهبود می بخشد.



## فصل اول

### مبانی نظری اختلالات

#### اختلالهای دوران کودکی

اکثر کودکان در جریان رشد، مشکلات هیجانی و رفتاری خاصی پیدا می کنند که معلول فشارهای رشد و انطباق با انتظارات خانواده و اجتماع است. کودکان در اثر رشد و نمو سریع، جمعیت منحصر به فردی هستند. هر یک از نظریه های موجود، بر عامل خاصی به مقوله سبب شناسی این مشکلات در کودکان تأکید می کند. ولی ضعف نظریه ها در تبیین کامل رشد در سنین مختلف و در حوزه های مختلف، منجر به پذیرش دیدگاه جامع تری به نام بوم شناختی شده است. دیدگاهی که عوامل درون کودک، خانواده و اجتماع را که تأثیرات مستقیم و غیر مستقیم بر کودک دارند، در نظر می گیرد. در این دیدگاه پیشرفت های رشدی کودک در یک حوزه با پیشرفت های رشدی کودک در حوزه های دیگر رابطه دارد. وانگهی داشتن مشکل در هر یک از حوزه های اصلی رشد بر رشد کودک در آینده تأثیر می گذارد (دادستان، ۱۳۶۶).

#### ملاک های رفتار نابهنجار در کودکان

در سالهای اخیر به دلایل مختلف توجه به بررسی علمی اختلالهای دوران کودکی فزونی گرفته است. نخست اینکه بسیاری از مشکلات کودکان پیامدهای بلند مدت برای کودک، خانواده و جامعه داشته است. دوم آنکه بسیاری از اختلالات دوران بزرگسالی در دوران کودکی ریشه دارند و در نهایت فهم بهتر فرایند تحول کودک و اختلالهای تحولی به

پاس پیشرفت روانشناسی مرضی تحولی، پیشگیری و مداخلات مؤثر را امکان پذیر کرده است (ماش<sup>۱</sup> و بارکلی، ۲۰۰۳).

گرچه رفتارهای نابهنجار افراطی و شدید غالباً به آسانی قابل بازشناسی است اما بسیاری از رفتارهای نابهنجار به خصوص آنها که تجلی خارجی آشکار ندارند از نابهنجاری های دیگر قابل تشخیص و تفکیک نبوده و حتی تمییز آنها از رفتارهای عادی و سالم نیز دشوار است. بر این اساس روانشناسان و روانپزشکان سعی کرده اند بر اساس معیارهای خاص علمی، رفتارهای هنجار را از نابهنجار متمایز سازند (شاملو، ۱۳۷۳). آنان نابسامدی آماری<sup>۲</sup>، تخطی آماری<sup>۳</sup>، آشفتگی شخصی<sup>۴</sup>، کارکرد مختل<sup>۵</sup>، و نقص در عملکرد<sup>۶</sup> را از مؤلفه های رفتار نابهنجار به حساب می آورند. (بارلو، ۲۰۰۲).

مناسب ترین تعریف اختلال روانی در راهنمای تشخیصی آماری انجمن روانپزشکی آمریکا ارائه شده است. از نظر این نظام تشخیصی، هر اختلال روانی به عنوان نشانگان<sup>۷</sup> یا الگوی رفتاری یا روانی قابل ملاحظه بالینی در نظر گرفته شده است که در یک فرد ظاهر می شود و با ناراحتی فعلی (مثلاً یک نشانه دردناک) یا ناتوانی (یعنی اختلال در یک یا بیش از یکی از زمینه های کارکردی) و یا با افزایش قابل ملاحظه خطر مرگ، درد، ناتوانی و یا از دست دادن رابطه دارد، به علاوه این نشانگان یا الگو نباید در واکنش به یک رویداد خاصی باشد که از لحاظ فرهنگی موجه و قابل انتظار است مانند مرگ یک فرد محبوب (هالجن و ویتبورن<sup>۸</sup>، ۲۰۰۲، ترجمه سید محمدی، ۱۳۸۷).

این حساسیت ها نسبت به تفکیک بهنجاری و نابهنجاری در کودکان و تعیین تفاوت های بین اختلالهای روان شناختی کودکی و بزرگسالی موضوعی نسبتاً ساده است. نظریه های قدیمی کودکان را بیشتر بزرگسالان کوچک تصور کرده و تفاوت های هیجانی و

1- Mash

2- Statistical inferegency

3- Violation of norms

4- Personal distress

5- Dysfunction

6- Impavement infunctioning

7- Syndrome

8- Haljin& vitborn

شناختی بین دو گروه سنی را مورد توجه قرار نمی دادند) کاسلو<sup>۱</sup>، ۲۰۰۰، ترجمه پورافکاری، (۱۳۷۳).

ما اخیراً نظریه پردازان با مطالعه فرایندهای مربوط به رشد کودکان و نوجوانان به پیشرفت قابل توجهی در مطالعه اختلال های کودکی و ایجاد یک سیستم طبقه بندی معنی دارتر رفتارهای غیرانطباقی نایل شده است، به نحوی که در بهترین و مورداستفاده ترین نظام طبقه بندی تشخیصی گردآوری شده توسط انجمن روان پزشکی آمریکا، اختلال ها به ۱۶ طبقه اصلی تشخیصی و یک بخش اضافی تحت عنوان سایر اختلالهایی که ممکن است مورد توجه بالینی باشند، گروه بندی شده اند (شاملو، ۱۳۷۳).

### طبقه بندی اختلالهای کودکان

نسخه ی سوم راهنمای تشخیص آماری انجمن روانپزشکی آمریکا، حاوی شماری از مقوله های خاص کودکان بود. در این سخن، ضمن آنکه برخی تشخیص های مربوط به بزرگسالان برای کودکان نیز به کار می رفت، هر فرد در چند بعد یا محور مورد ارزیابی قرار می گرفت تا تصویر کاملتری از وی بدست آید. اما وجود واقعی مقوله هایی که تا این حد به جزئیات پرداخته باشند مورد تأیید مطالعات تجربی واقع نشد زیرا چنین عنوان شد که مقوله های جزئی پایائی نظام را به خطر می اندازد. علاوه بر این معلوم گردید که در تعدادی از موارد، ملاک ها کاملاً روشن نیستند (ایزائل<sup>۲</sup>، ۱۹۹۹، ترجمه منشی طوسی، ۱۳۷۳).

از این رو انجمن روانپزشکی آمریکا با تجدید نظر در راهنمای تشخیصی آماری شماره سوم انجمن، راهنمای تشخیصی آماری تجدید نظر شده انجمن روان پزشکی آمریکا را در سال ۱۹۸۷ منتشر کرد (برجعی، ۱۳۸۹). راهنمای تشخیصی آماری چهارم انجمن روان پزشکی آمریکایی که یک طبقه بندی مقوله ای است بر اساس مجموعه ضوابطی که

---

1 - kaslow

2-Izrael

بطور مشخص توصیف شده اند اختلال های روانی را به انواع مختلف تقسیم بندی می کنند و با پذیرفتن عدم تجانس شکل گیری های بالینی، غالباً مجموعه ضوابط متعددی را ارائه داده که وجود زیر مجموعه ای مواد را از بین یک فهرست طولانی به منظور تشخیص کافی می داند. این اختلالات به ترتیب عبارتند از: اختلال های یادگیری، اختلال های مهارت های حرکتی، اختلال های ارتباطی، اختلال های فراگیر رشد، اختلال های کاستی توجه و رفتار ایدائی، اختلال های تغذیه و خوردن در شیرخوارگی یا اوایل کودکی، اختلال های تیک، اختلال های دفع و سایر اختلال های شیرخوارگی تا نوجوانی. این مجموعه همانند مجموعه های پیشین انجمن روانپزشکی آمریکا، از راهنمای تشخیصی آماری تجدیدنظر شده انجمن روانپزشکی آمریکا معمولاً از یک نظام طبقه بندی چند محوری بهره می گیرد با این تفاوت که به جز عقب ماندگی ذهنی، مجموعه اختلال های که در راهنمای تشخیصی آماری تجدید نظر شده انجمن روانپزشکی، زیر عنوان اختلال های که معمولاً نخستین بار در دوره شیرخوارگی، کودکی یا نوجوانی تشخیص داده می شوند از محور ۲ به محور ۱ انتقال یافته است (دادستان، ۱۳۷۸).

### پیشینه ی تاریخی اختلال نارسایی توجه / فزون جنبشی

قدیمی ترین توصیفی که از فزون جنبشی وجود دارد از پزشکان آلمانی، به نام هاینریش هافمن<sup>۱</sup> در میانه ی سالهای ۱۸۰۰ است. شکسپیر در یکی از شخصیت های داستانی خود در نمایش نامه ی "شاه هنری هشتم" به نوعی بیماری در توجه اشاره کرده است (بارکلی، ۱۹۹۷، ترجمه علیزاده، ۱۳۸۳).

ویلیام جیمز<sup>۲</sup> (۱۸۹۰) در کتاب اصول روان شناسی به ویژگیهایی اشاره کرده است که خود آن را "اراده ی انفجاری" می نامد، و این ویژگی ها بسیار شبیه به فزون جنبشی هستند. پس از جنگ جهانی اول و همه گیری آنسفالیت، هافمن (۱۹۹۲) و (اباف<sup>۳</sup> ۱۹۲۳، به نقل از کینگ و ناشپیتز<sup>۴</sup>، ۱۹۹۱)، ویژگیهایی را توصیف کردند که این ویژگی

1- Heinrich Hoffman

2- William James

3- Ebaugh

4- King & Noshpitz