



دانش آموزان بیش فعال (شناسایی، درمان)

مولفان:

فرزانه گل محمدی سامانی

مهسا شیخ سامانی

انتشارات ارسطو

(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

سرشناسه: گل محمدی سامانی، فرزانه، ۱۳۵۷
عنوان و نام پدیدآور: دانش آموزان بیش فعال (شناسایی، درمان) / مولف فرزانه گل محمدی
سامانی، مهسا شیخ سامانی.
مشخصات نشر: ارسطو (سازمان چاپ و نشر ایران)، ۱۴۰۳.
مشخصات ظاهری: ۱۴۲ ص.
شابک: ۹۷۸-۶۲۲-۳۳۹-۷۷۲-۱
وضعیت فهرست نویسی: فیپا
یادداشت: کتابنامه: ص ۱۴۲-۱۳۲.
موضوع: دانش آموزان بیش فعال - شناسایی - درمان
شناسه افزوده: شیخ سامانی، مهسا، ۱۳۷۰
رده بندی کنگره: LC۴۷۵۲
رده بندی دیویی: ۳۷۱/۹۱۰۰۲
شماره کتابشناسی ملی: ۹۴۲۳۲۰۲
اطلاعات رکورد کتابشناسی: فیپا

نام کتاب: دانش آموزان بیش فعال (شناسایی، درمان)
مولفان: فرزانه گل محمدی سامانی - مهسا شیخ سامانی
ناشر: ارسطو (سازمان چاپ و نشر ایران)
صفحه آرای، تنظیم و طرح جلد: پروانه مهاجر
تیراژ: ۱۰۰۰ جلد
نوبت چاپ: اول - ۱۴۰۳
چاپ: زیر جلد
قیمت: ۱۴۲۰۰۰ تومان
فروش نسخه الکترونیکی - کتاب رسان:
<https://chaponashr.ir/ketabresan>
شابک: ۹۷۸-۶۲۲-۳۳۹-۷۷۲-۱
تلفن مرکز پخش: ۰۹۱۲۰۲۳۹۲۵۵
www.chaponashr.ir



انتشارات ارسطو



چاپ و نشر ایران
Chaponashr.ir

فهرست مطالب

فصل اول ۹

مقدمه ۹

اختلال نقص توجه / بیش فعالی ۱۰

پیشینه ی تاریخی اختلال بیش فعالی / نارسایی توجه ۱۵

تعریف اختلال بیش فعالی / نارسایی توجه ۱۶

علائم اختلال نارسایی توجه - بیش فعالی ۱۸

اثرات اختلال نقص توجه ۲۰

دانش آموزان دارای نقص توجه - بیش فعالی ۲۶

فصل دوم ۲۹

ملاکهای تشخیصی ۲۹

ملاحظات در خصوص تشخیص اختلال بیش فعالی / نارسایی توجه ۳۰

ملاک های تشخیصی اختلال بیش فعالی / نارسایی توجه: ۳۱

اختلال بیش فعالی / نارسایی توجه از نوع عمدتاً بی توجهی (ADD) ۳۳

اختلال بیش فعالی / کمبود توجه از نوع عمدتاً بیش فعال - تکانشگر ۳۴

اختلال بیش فعالی / کمبود توجه از نوع مرکب ۳۴

فصل سوم ۳۷

مسائل کودکان مبتلا به اختلال بیش فعالی / نارسایی توجه ۳۷

مشکلات اجتماعی ۳۸

مشکلات شناختی و هوشی ۴۲

- مشکلات تحصیلی..... ۴۶
- مشکلات هیجانی و عاطفی..... ۵۱
- سیر تحولی کودکان مبتلا به اختلال بیش فعالی / نارسایی توجه..... ۵۷
- سیر و پیش آگهی..... ۶۲

فصل چهارم..... ۶۵

همایندی اختلال های دیگر..... ۶۵

- اختلال نافرمانی مقابله ای..... ۶۶
- اختلال سلوک..... ۶۷
- اختلالات یادگیری..... ۶۸
- مصرف مواد..... ۷۱
- بیماری صرع و تشنج..... ۷۳
- شیوع اختلال بیش فعالی / کمبود توجه..... ۷۴

فصل پنجم..... ۷۷

تشخیص و علل اختلال بیش فعالی / نارسایی توجه..... ۷۷

- تشخیص افتراقی..... ۷۸
- سبب شناسی..... ۷۹
- نظریه های زیست شناختی (بیولوژیک)..... ۸۰
- فرضیه های ژنتیکی..... ۸۰
- نظریه نقص جسمانی..... ۸۲
- فرضیه ی اختلال در ترشح انتقال دهنده های عصبی..... ۸۳

فرضیه ی آلرژیک ۸۴

فرضیه ی تحت آستانه ای ۸۴

نظریه های درونروانی ۸۵

نظریه ی سیستم ها ۸۸

فصل نهم ۹۰

راهبردهای درمانی اختلال بیش فعالی/نارسایی توجه ۹۰

نوروفیدبک ۹۲

تاثیر بازی بر اختلال بیش فعالی/نارسایی توجه ۹۴

کوچینگ ۹۵

فصل هفتم ۹۶

کوچینگ چیست و چه کاربردهایی دارد؟ ۹۶

۱- کتاب بازی درون ۹۷

۲- موسسه اسالن ۹۹

۴- توماس لئونارد ۱۰۲

۵- نقطه عطف کوچینگ ۱۰۴

جایگاه کوچینگ ۱۰۵

آبراهام مزلو ۱۰۷

معنویت شرقی ۱۰۹

زبان شناسی و کوچینگ ۱۱۰

بنیان های فکری کوچینگ ۱۱۱

۱۱۲ کوچینگ چه چیزی نیست؟

۱۱۲ تفاوت کوچینگ با مشاوره

۱۱۳ تفاوت کوچینگ با منتورینگ

۱۱۴ تفاوت کوچینگ با درمانگری

۱۱۴ تفاوت کوچینگ با روانشناسی یا روانکاوی

۱۱۶ تفاوت‌های میان کوچینگ و درمان

۱۱۸ شباهت‌های میان کوچینگ و روان‌درمانی

۱۲۰ چرا داشتن کوچ مهم است؟

۱۲۰ کوچینگ چه کاربردهایی دارد؟

۱۲۰ ساختار و روند کوچینگ چگونه است؟

۱۲۲ فصل هشتم

۱۲۲ تاثیر کوچینگ بر بهبود اختلال بیش‌فعالی - نقص توجه

۱۲۹ اجزای اصلی روش درمانی کوچینگ

۱۳۲ منابع و مآخذ

فصل اول

مقدمه

اختلال نقص توجه / بیش فعالی

سالیان متمادی است که آسیب‌شناسی روانی به عنوان شاخه‌ای در روان‌شناسی در پی سبب-شناسی و تبیین علل و دلایل بروز اختلالات روانی راه پرفراز و نشیبی را طی کرده است. در این راستا پژوهشگران عرصه‌ی روان‌شناسی و روان‌پزشکی توفیقات و ناکامی‌های گسترده‌ای را تجربه کرده‌اند. با این حال این راه چالش‌برانگیز متخصصان این عرصه را به کوشش‌های نوین دامنه‌دار وادار کرده‌است. این تلاش دامنه‌دار در همه‌ی عرصه‌های آسیب‌شناسی به نتایج امیدوارکننده‌ای منتهی گردیده است و موجب گسترش دانش و آگاهی آدمی به بنیان‌های اختلالات روانی شده است. از این رو نتایج حاصله در ساختار علم روان‌شناسی به مدل‌ها و نظریه‌های روشنگر زیادی منجر شده تا به متخصصان در رسیدن به رازهای نهفته در پس اختلالات روانی یاری کند. در این میان فرایند بررسی اختلال بیش‌فعالی / نارسایی توجه، بی-تشابه به رخداد‌های سایر اختلال‌های روانی نیست. چرا که در طول ده‌های متمادی، چهره‌ی سبب‌شناسی این اختلال تبیین‌های متنوعی به خود گرفته‌است و راه را برای نیل به تفسیرهای جدید و روشنگر باز کرده‌است (علیزاده، ۱۳۸۶).

اختلال نقص توجه - بیش‌فعالی (نارسایی توجه-بیش‌فعالی) یک اختلال عصبی رشدی است که دارای سه ویژگی اصلی نارسایی توجه، بیش‌فعالی و تکانشگری می باشد (نای^۲ و

¹ Attention deficit/ hyperactive disorder

² Nie

همکاران، ۲۰۱۶). افراد مبتلا به نارسایی توجه در بخش هایی از خود دارای نابهنجاری هایی هستند. برای مثال در مغز این کودکان دستگاه شبکه ای^۱ که در عملکرد توجه و هشجاری نقش دارد به درستی عمل نمی کند (وایلنس^۲ و همکاران، ۲۰۱۵). همچنین این کودکان در مخچه^۳ و قطعه پیشانی^۴ به ویژه قطعه پیش پیشانی که در برنامه ریزی، سازمان دهی، تصمیم گیری، ادراک زمان، حافظه، بازداری و تفکر نقش دارند دچار مشکلاتی هستند (چائو و همکاران، ۲۰۱۴). میزان شیوع این اختلال ۳ تا ۷٪ است، البته این آمار در دانش آموزان ابتدایی حدود ۳ تا ۵٪ می باشد (کیم^۵ و همکاران، ۲۰۱۴). نارسایی توجه-بیش فعالی یک الگوی پایدار عدم توجه یا بیش فعالی یا ترکیب آن دو می باشد که میزان آنها از کودکان با سطح رشد مشابه شدیدتر و شایع تر است. همچنین این اختلال حداقل باید ۶ ماه دوام داشته و سبب اشکال در عملکرد اجتماعی و تحصیلی گردد (ویو^۶ و همکاران، ۲۰۱۴). افراد مبتلا به نارسایی توجه-بیش فعالی دارای مشکلاتی در کارکردهای اجرایی هستند. کارکردهای اجرایی به عنوان مجموعه ای از فرآیندهای شناختی تعریف می شوند که سایر فعالیت های شناختی را هدایت

¹ Reticular system

² Wilens

³ Cerebellum

⁴ Frontal lobe

⁵ Kim

⁶ Wu

می کنند (میلر و هینشاو، ۲۰۱۰). از مهمترین کارکردهای اجرایی می توان به توجه پایدار و حافظه فعال اشاره کرد (عیسی نژاد بوشهری و همکاران، ۱۳۹۵).

کودکان با علایم اختلال نقص توجه- بیش فعالی معمولاً در مدرسه پیشرفت خوبی ندارند (بورت و همکاران، ۲۰۰۱: ۵۱۶)، در روابط بین فردی ضعیف هستند (گرین و همکاران، ۲۰۰۲: ۲۴)، دارای مشکلات توجهی و نقص در کارکردهای اجرایی می باشند و عمدتاً فاقد مهارت های شناختی، اجتماعی و عاطفی مورد نیاز برای انجام تقاضاهای بزرگترها می باشند (هامورسون و همکاران، ۲۰۰۶: ۱۱۸).

منظور از توجه پایدار توانایی حفظ پاسخ هدفمند در طی یک فعالیت مداوم و تکرار شونده است که این توانایی از طریق فراهم کردن فرصت برای تحریک توجه می تواند، بهبود یابد (خلیف و همکاران، ۲۰۱۴). توجه پایدار به فرد کمک می کند تا تداخلها را کنترل کرده و فقط به یک محرک پاسخ دهد. کنترل تداخل یکی از کارکردهای بازداری است که در تداوم و استحکام رفتار هدفمند نقش تعیین کننده دارد (ونگ و همکاران، ۲۰۱۳). همچنین حافظه فعال بخشی از کنش های شناختی سطح بالاست و به توانایی نگهداری و دستکاری فعالانه اطلاعات در مغز اطلاق می گردد. این مسئولیت ذخیره سازی موقت اطلاعات ورودی

¹ Miller M, Hinshaw

² Burt et al

³ Greene et al

⁴ Hommersen et al

⁵ Khalife

⁶ Wang

به نظام شناختی را بر عهده داشته و در ضمن آن با استفاده از نظام های پردازشگری که در اختیار دارد، این اطلاعات را انتخاب و دستکاری می نماید (اسکیبراس^۱ و همکاران، ۲۰۱۵). حافظه فعال دارای دو نقش اصلی است. یکی اینکه نوع مواد و داده هایی که باید مورد پردازش قرار گیرند را انتخاب و جهت تخصیص توجه و پردازش آنها برنامه ریزی می کند و دیگری اینکه مسئولیت پردازش و نگهداری کوتاه مدت مواد کلامی و غیر کلامی را برعهده دارد (عبدی و همکاران، ۱۳۹۳).

امروزه طیف گسترده ای از پژوهش های روانشناختی و روانپزشکی به دنبال درمان نارسایی توجه-بیش فعالی هستند، اما با وجود درمان های مختلف مثل درمان های دارویی، رفتاری و شناختی، این شیوه ها دارای مشکلات خاص خود می باشند. به طور کلی سه دسته درمان برای کودکان مبتلا نارسایی توجه-بیش فعالی وجود دارد. دسته نخست دارو درمانی (رایج ترین درمان های این اختلال)، دسته دوم شامل رفتاردرمانی و دسته سوم شامل درمان های شناختی است (کسپر^۲ و همکاران، ۲۰۱۲).

در حال حاضر رفتار درمانی و دارو درمانی تنها درمان های کارایی هستند که درمانگران از آنها نارسایی توجه-بیش فعالی استفاده می کنند. پژوهش های تجربی به طور مداوم نشان دادند که این درمان ها موثر بودند، اما باید اذعان کرد که هیچ یک از رویکردهای رفتاری و

¹ Sciberras

² Kasper