

شفقت درمانی

(ویژه مادران دارای کودکان دبستانی مبتلا به
اختلال نقص توجه / بیش فعالی)

راضیه سادات رفعتی پور

دکتر مهدی تبریزی

www.ketab.ir



۱۴۰۰

سرشناسه رفعتی پور، راضیه سادات، ۱۳۵۳
 عنوان و نام پدیدآور شفقت درمانی (ویژه مادران دارای کودکان دبستانی مبتلا به اختلال نقص توجه / بیش
 فعالی) / راضیه سادات رفعتی پور - مهدی تبریزی
 مشخصات نشر اصفهان: کاشف علم، ۱۴۰۰.
 مشخصات ظاهری ۱۰۸ صفحه
 شابک ۹۷۸-۶۲۲-۷۶۹۰-۱۵-۶
 وضعیت فهرست نویسی فیبا
 یادداشت کتابنامه: ص. ۱۰۵ - ۱۰۸؛ همچنین به صورت زیرنویس.
 موضوع کم‌توجهی در کودکان پرتحرک -- درمان جایگزین
 موضوع Attention-deficit hyperactivity disorder -- Alternative treatment
 موضوع شفقت -- جنبه‌های روان‌شناسی
 موضوع Compassion -- Psychological aspects
 شناسه افزوده تبریزی، مهدی، ۱۳۴۰
 رده بندی کنگره R/۵۰۴
 رده بندی دیویی ۶۱۸/۷۸۵/۱۹۰۶
 شماره کتابشناسی ملی ۶۳۰۷۷۷

شفقت درمانی
 راضیه سادات رفعتی پور - دکتر مهدی تبریزی

نشر کاشف علم



ویراستار: فاطمه طاهریان
 شمارگان: ۱۰۰۰ نسخه
 نوبت چاپ: اول ۱۴۰۰
 شابک: ۹۷۸-۶۲۲-۷۶۹۰-۱۵-۶

تلفن مرکز پخش: ۰۹۱۳۷۷۲۳۲۵۸

WWW.KASHEFELM.IR

۹	مقدمه
۱۳	آشنایی با مفاهیم
۱۵	فصل اول: آشنایی با بیش‌فعالی
۱۷	بیش‌فعالی
۱۹	طبقه‌بندی
۱۹	(۱) نوع عمدتاً بی‌توجه
۲۰	(۲) نوع عمدتاً بیش‌فعال/تکانشگر
۲۰	(۳) نوع مرکب
۲۱	فصل دوم: انواع و تشخیص اختلال کمبود توجه / بیش‌فعالی (ADHD)
۲۵	همه‌گیرشناسی اختلال کمبود توجه / بیش‌فعالی (ADHD)
۲۶	تشخیص کودکان دارای اختلال ADHD
۲۷	ملاک‌های تشخیص اختلال کمبود توجه - بیش‌فعالی براساس DSM-IV-TR
۲۸	تکانش‌گری
۲۹	کد گذاری مبتنی بر نوع
۳۰	انواع اختلال کمبود توجه- بیش‌فعالی
۳۱	سبب‌شناسی اختلال کمبود توجه- بیش‌فعالی ADHD
۳۲	توانایی‌های هوشی کودکان ADHD
۳۲	مشکلات اجتماعی کودکان ADHD
۳۴	سیر و پیش‌آگاهی اختلال کمبود توجه- بیش‌فعالی ADHD
۳۴	درمان اختلال کمبود توجه - بیش‌فعالی

۳۹	فصل سوم: علل و عوامل مؤثر در بیش فعالی
۴۱	علل زیست شناختی
۴۱	عامل ژنتیک
۴۳	نظریه ساز و کار برانگیختگی
۴۳	نظریه ساختار عصبی
۴۵	علت رفتاری و خانوادگی
۴۵	عوامل مادرزادی و محیطی
۴۷	ویژگی‌های کلیدی بالینی

۴۹	فصل چهارم: بازی درمانی و بیش فعالی
۵۳	فواید بازی برای کودکان
۵۵	عوامل مؤثر بر بازی کودکان
۵۶	نقش اسباب بازی در زندگی کودکان
۵۸	نقش بازی در رشد اجتماعی کودکان
۶۰	عواقب محرومیت کودکان از بازی
۶۱	بازی‌های توجه و تمرکز برای کودکان بیش فعال
۶۵	خمیر بازی
۶۷	بازی یخ‌زدگی
۶۷	بازی‌های نشسته پشت میز
۶۸	بازی همراه با موسیقی
۶۸	بازی ایفای نقش شخصیت‌های داستان
۶۹	بازی بدون صدا حرف بزن
۶۹	بازی با لیوان آب
۷۰	بازی با برگ کاغذ
۷۰	راه رفتن روی جدول
۷۰	بازی فوت کردن شمع
۷۱	بازی گردو شکستن

مقدمه

یکی از اختلالاتی که با مشکلات رفتاری توأم است، اختلال بیش فعالی - کمبود توجه است. این کودکان مشکلات رفتاری بیشتری نسبت به کودکان عادی دارند (پیمنتال، ویرا سانتوس، سانتوس، کارموال^۱، ۲۰۱۱). اختلال بیش فعالی کمبود توجه (ADHD) یکی از اختلال‌های رایج دوران کودکی است که وجه مشخصه آن الگوی پایدار و ثابت از نارسایی توجه، بیش فعالی و تکانش‌گری است که فراوان‌تر و شدیدتر از آنچه در کودکان بهنجار دیده می‌شود، بروز پیدا کرده و با سطح تحول فرد، نامتناسب است و منجر به اختلال در موقعیت‌های اجتماعی می‌شود^۲.

رایج‌ترین شکایت‌ها درباره بی‌توجهی عبارتند از: گوش ندادن کودک به صحبت‌ها، پیروی نکردن از دستورالعمل‌ها، تمام نکردن تکالیف و وظایف. در بعد تکانش‌گری نیز، قادر به کنترل کردن واکنش‌ها و رفتارهای بلافاصله‌شان یا فکر کردن قبل از عمل نیستند. گفتگوها را قطع می‌کنند، در فعالیت‌های دیگران خلل ایجاد کرده و هنگام ناراحتی و محرومیت دیگران را مورد سرزنش قرار می‌دهند. کودکان مبتلا به این اختلال معمولاً به حرف‌های دیگران گوش نمی‌دهند، خصمانه رفتار می‌کنند، جر و بحث می‌کنند، غیرقابل پیش‌بینی و انفجاری هستند و در نتیجه وجود چنین ویژگی‌هایی آنها دائماً با بزرگسالان و کودکان دیگر در تعارض هستند.

مشکلات رفتاری این کودکان باعث ایجاد تنش و استرس والدین شان می‌شود. ناراحتی‌های روانی و واکنش‌های منفی در مادران دارای کودک مبتلا به بیش فعالی کمبود توجه نسبت به مادران کودکان عادی بیشتر است. پژوهش‌های متعدد به بررسی استرس در مادران کودکان مبتلا به این اختلال

1- Pimental, Viera-Santos, Carmo Val

۲- ویرایش پنجم راهنمایی تشخیصی و آماری، اختلال‌های روانی، ۲۰۱۳

پرداخته‌اند و نشان داده‌اند که والدین کودکان مبتلا به بیش‌فعالی کمبود توجه، استرس بیشتری نسبت به والدین کودکان عادی تجربه می‌کنند^۱. استرس والدین موجب افزایش رفتار نامناسب کودک می‌شود و رفتار نامناسب کودک نیز به بالا رفتن استرس والدین منجر می‌شود و در نتیجه یک چرخه معیوب ایجاد می‌شود که پیوسته به تعامل والد کودک لطمه می‌زند^۲.

تولد فرزند، سازگاری‌های جدیدی را در خانواده طلب می‌کند؛ پیدایش غریبه سوم به نام نوزاد، علاوه بر مشکلات ویژه‌ای چون تغذیه، نگهداری، پرستاری و مانند آن، فشارهای روانی بسیاری را بر والدین تحمیل می‌کند. حال اگر نوزادی با معلولیت‌های ذهنی یا جسمی و یا رفتاری و یا ترکیبی از آنها متولد شود، فشارهای روانی حاصل از وجود چنین فرزندی بر اعضای خانواده به ویژه مادر چندین برابر می‌شود^۳. هر والدی دوست دارد فرزندی سالم داشته باشد و این امر نشانی از سلامتی خود او در چشم دیگران بحساب می‌آید؛ وجود کودک کم توان و یا ناقص به لحاظ کارکردی، موجبات احساس گناه و تقصیر، ناامیدی و ناکامی^۴ ناشی از طبیعی نبودن کودک را در مادر ایجاد می‌کند که به طور طبیعی احساسات منفی زیادی را به دنبال دارد؛ مور بسیاری از موارد والدین این نقص در کودک را والدین به نقص در خود نسبت می‌دهند^۵. نداشتن فرزند طبیعی نوعی ناکامی به حساب می‌آید؛ ناکامی هنگامی پیش می‌آید که شخص نمی‌تواند به هدف مطلوب برسد و در مسیر با موانعی بر خورد می‌کند که احساسات منفی را همچون غم و خشم با خود به همراه دارد و تحمل ناکامی سازه‌ای است که سبب می‌شود رنج روانی ناشی از نرسیدن به مقصود کاهش یافته و فرد با آن کنار بیاید، وجود این سازه در

1- Pimentel, M. J., Vieira-Santos, S., Santos, V., Vale, M. C. (2011). Mothers of children with attention deficit/hyperactivity disorder: relationship among parenting stress, parental practices and child behaviour. *Attention Deficit Hyperactivity Disorder*, 3(1), 61-68.

2- Plumb, J. C. (2011). The Impact of Social Support and Family Resilience on Parental Stress in Families With a Child Diagnosed With an Autism Spectrum Disorder. A Dissertation in Social Work, Presented to the Faculties of the University of Pennsylvania in Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree of Doctor of Social Work.

۳- کمجانی، م (۱۳۹۱). کودکان استثنایی و چالش‌های مادران. مجله تعلیم و تربیت استثنایی. ۱۱۰(۲): ۳۸-۴۴.

4-. Frustration

۵- سیف نراقی، مریم؛ نادری، عزت‌الله (۱۳۸۴). روانشناسی و آموزش کودکان استثنایی. تهران: انتشارات ارسباران.

همه افراد برای سلامت روان لازم است^۱. از طرفی همزمان با ناکامی هیجان منفی زیادی تولید می‌شود که هر کسی به نحو خاصی آنها را تفسیر و تنظیم می‌نماید^۲.

اخیرا تنظیم هیجان به عنوان یک فرایند هسته‌ای در تحقیق و درمان آسیب‌شناسی روانی فردی و بین فردی مورد هدف واقع شده است: تنظیم هیجان به عنوان فرایند آغاز، حفظ، تعدیل یا تغییر در بروز، شدت یا استمرار احساس درونی و هیجان مرتبط با فرایندهای اجتماعی، زوجی، روانی و فیزیکی در به انجام رساندن اهداف تعریف می‌شود^۳. افزایش مهارت‌های تنظیم هیجان دو اثر مهم دارد: (۱) پاسخ‌های خودکار به محرک‌های هیجانی مرتبط، به طریقی بهبود می‌یابد که مانع رشد هیجان منفی می‌شوند.

(۲) مهارت‌های تنظیم هیجان فرد را قادر به مواجهه با هیجان منفی می‌کند که به روش سازگارانه تری پیش برود و به احتمال کمتری دچار مشکلات سلامت فردی و بین فردی شود.

تنظیم هیجان سازگارانه با اعتماد به نفس مثبت و تعاملات اجتماعی، افزایش تجارب هیجانی مثبت، مقابله مؤثر در مواجهه با موقعیت‌های پر استرس و حتی گسترش حوزه فعالیت‌های ممکن و مفید در پاسخ به موقعیت‌های اجتماعی مرتبط است^۴. تحقیقات بسیاری نشان داده‌اند که تنظیم هیجان در کنترل احساسات منفی همچون خشم و افسردگی تأثیر مثبت دارد^۵.

یکی از راه‌های تعدیل هیجانات منفی تغییر تفسیرهای انتقادگرایانه به تفاسیر مهربانانه است. در درمان مبتنی بر شفقت به صورت فردی و گروهی قصد بر این است تا از طریق فراهم‌سازی شرایط برای

۱- کرمی، (۱۳۹۴). بررسی ناکامی و آزمون ترسیمی ناکامی، چاپ چهارم، تهران: انتشارات روانسنجی.

2- Chand, L. (2015). A study of frustration tolerance in relation to achievement motivation and sports achievements. *International Journal of Applied Research*, 1, 6, 92-94.

3- Gross, J. J. (2013). Emotion regulation: Taking stock and moving forward. *Emotion*, 13(7): 359-365.

4- Szasz, P. L., Szentagotai, A. & Hofmann, S. G. (2011). The effect of emotion regulation strategies on anger. *Journal of Behaviour Research and Therapy*, 49(13): 114-119.

5- Schuppert, H. M., Timmerman, M. E., Bloo, J., van Gemert, T. G., Wiersema, H. M., Minderaa, R. B., Emmelkamp, P. M., & Nauta, M. H. (2016). Emotion regulation training for adolescents with borderline personality disorder traits: a randomized controlled trial. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent*, 51(33):1314-1323.

تجربه مهربانی گرفتن مراجع از مشاور در یک بافت رابطه گرم و مستقیم امنیت مراجع را فعال کرده و او را به تجربه مهربانی با خود و دیگران و نزدیک شدن به رنج خود و دیگران از طریق حساسیت به رنج، همدردی، همدلی، تحمل پریشانی و قضاوتی نبودن، به اقدام برای مراقبت از بهزیستی و التیام رنج با استفاده از مهارت‌های شفقت‌آمیز (استدلال، توجه، احساس، رفتار، تصویر و تجربه حسی شفقت‌آمیز، مراقبت از بهزیستی و التیام رنج) تشویق و تجهیز شود.^۱

با توجه به مطالب مذکور این پژوهش درصدد پاسخ به این سوال است که آیا درمان مبتنی بر شفقت می‌تواند بر روی تحمل ناکامی و تنظیم هیجان مادران کودکان دبستانی دارای اختلال نقص توجه / بیش‌فعالی تاثیر بگذارد؟

www.ketab.ir

1- Neff, K. (2011). Self-compassion. New York, NY: Morrow.