

دلبستگی و اختلال بیش فعالی و کمبود توجه در کودکان (از تئوری تا درمان)

مؤلفان:

دکتر فاطمه بهرامی (دانشیار دانشگاه اصفهان)

دکتر احمد عابدی (استادیار دانشگاه اصفهان)

مریم امیری (کارشناس ارشد خانواده دانشگاه اصفهان)

محمدحسن گرامی (دانشجوی دکتری مشاوره خانواده دانشگاه اصفهان)

عنوان و نام پدیدآور: دلبستگی و اختلال بیش فعالی و کمبود توجه در کودکان (از تنوری تا درمان) / فاطمه بهرامی ... [و دیگران].

مشخصات نشر: بزد: گلبانگ تربیت، ۱۳۹۱.

مشخصات ظاهری: ۱۲۰ ص.

شابک: ۹۷۸-۶۰۰-۹۲۶۷۸-۵-۹

وضعیت فهرست نویسی: فیا

یادداشت: مولفان: فاطمه بهرامی، احمد عابدی، مریم امیری، محمدحسین گرامی.

موضوع: کم توجهی در کودکان پرتحرک

موضوع: کم توجهی در کودکان پرتحرک -- درمان

شماره افزوده: بهرامی، فاطمه، ۱۳۴۲ -

رده بندی کنگره: ۱۲۹۱ ۵۰۶/د RJ

رده بندی دیویی: ۶۱۸/۹۱۸۵۸۹

شماره کتابشناسی ملی: ۱۹۸۲/۸۱

انتشارات گلبانگ تربیت



نام کتاب: دلبستگی و اختلال بیش فعالی و کمبود توجه در کودکان (از تنوری تا درمان)

مولفان: دکتر فاطمه بهرامی، دکتر احمد عابدی، مریم امیری، محمدحسین گرامی

چاپ اول: ۱۳۹۱

شمارگان: ۱۰۰۰ نسخه

شابک: ۹۷۸-۶۰۰-۹۲۶۷۸-۵-۹

چاپ: نگارن

ناظر چاپ و طرح جلد: تیک ۰۹۱۳۳۵۷۸۲۵۷

مرکز پخش: انتشارات گلبانگ تربیت تلفن: ۶۲۶۱۷۷۰-۷۲۶۵۷۴۵ (۰۲۵۱)

قیمت: ۶۵۰۰ تومان

«حق چاپ محفوظ و در اختیار ناشر است.»

سخن ناشر

یکی از نظریات مطرح و موثر، در "شناخت"، "پیشگیری" و "درمان" اختلال بیش فعالی/کمبود توجه در کودکان، نظریه‌ی دلبستگی بالبی (۱۹۸۸) است. این نظریه بر اساس ساختار «روانی-عاطفی» بنیادها و پایه‌های اساسی این اختلال با نگاه عمیق و دقیق آن را در سه حوزه تکانشگری، بیش فعالی، نقص توجه به بحث و بررسی می‌پردازد.

بر اساس این نظریه، دلبستگی میل به ایجاد پیوندهای عاطفی قوی با افراد خاص است که به عنوان یک ویژگی ذاتی انسان تلقی می‌شود (بالبی، ۱۹۸۲).

بالبی اعتقاد دارد نظام دلبستگی در سراسر زندگی پویا و فعال است ولی در هنگام درماندگی در تمامی دوره‌های زندگی بالاخص در دوران کودکی به اوج فعالیت خود می‌رسد. و اینکه کودک دلبستگی «ایمن» و یا «ناایمن» (مقاوم یا دوسوگرا، آشفته/سرکشته، اجتنابی) تجربه کند. کودک می‌تواند زمینه‌های الگوی رفتارهای سالم یا ناسالم را از خود بروز دهد. از آنجا که اختلال بیش فعالی/کمبودتوجه نیاز به بررسی همه جانبه از زوایای گوناگون دارد پژوهشی بنیادی و کاربردی در این راستا انجام شده و نتایج این پژوهش در قالب کتاب با عنوان "دلبستگی و اختلال بیش فعالی/کمبود توجه (تئوری تا درمان)" توسط سرکار خانم دکتر فاطمه بهرامی (دانشیار گروه مشاوره دانشگاه اصفهان)، دکتر احمد عابدی (استادیار گروه روان‌شناسی دانشگاه اصفهان) و همچنین سرکار خانم مریم امیری (کارشناس ارشد مشاور خانواده) و محمدحسن گرامی (دانشجوی دکترای مشاور خانواده دانشگاه اصفهان)، تالیف و تدوین شده است و این کتاب می‌تواند خلا محتوایی در راستای چگونگی بررسی اختلال کمبود توجه با نگاه نظریه دلبستگی تکمیل نمایند و راه جدیدی را برای روان‌پزشکان، روانشناسان، مشاوران و تمامی کسانی که با تعلیم و تربیت کودکان این مرزوبوم بگشاید و بستر جامع‌تری را در تبیین و تحلیل نظریه دلبستگی فراهم آورد.

انشاءالله

مدیر موسسه‌ی انتشاراتی گل‌بانگ تربیت

GBNASHR @Yahoo.com

کودکان مبتلا به نقص توجه/ بیش‌فعالی یکی از متداول‌ترین مراجعان مراکز روان‌درمانی و روان پزشکی هستند. مطالعات نشان می‌دهد که این اختلال، ۴ تا ۷ درصد کودکان را در دنیا مبتلا کرده است (اسپنسر، بایدرمن و میک^۱، ۲۰۰۷).

اختلال بیش‌فعالی/ کمبود توجه بر اساس دیدگاه رشدی به عنوان اختلالی همراه با بی‌توجهی، فعالیت حرکتی شدید و تکانشگری تعریف می‌شود که در سالهای اولیه رشد بروز پیدا می‌کند و به عملکرد تحصیلی و اجتماعی آسیب می‌رساند (فرنک، موری و پورپر کواکی، ۲۰۰۹). این اختلال اولین بار توسط یک پزشک آلمانی به نام هنریخ هوفمان شناسایی شد (عابدی، ۱۳۸۸). اولین تعریف واضح از نقص توجه/ بیش‌فعالی در سال ۱۹۰۲ توسط جورج استیل^۲ بیان شده است که آن را به صورت نقص نابهنجار کنترل الخلاق در کودکان توصیف می‌کند (به نقل از اسپنسر، بایدرمن و میک، ۲۰۰۷). نقص توجه/ بیش‌فعالی به صورت یک بیماری چندعاملی با آسیب‌پذیری ژنتیکی و عوامل محیطی اولیه که به خوبی مطالعه شده است، توصیف می‌شود (فرانک، موری و پورپر^۳، ۲۰۰۹). کودکان مبتلا به نقص توجه/ بیش‌فعالی در سه حوزه تکانشگری، بیش‌فعالی و نقص توجه دچار مشکل بوده و به طور دائم در حال جنب‌وجوش و وول خوردن هستند (بیش‌فعالی)، کاری را انجام می‌دهند بدون اینکه دستورالعمل کامل آن داده شود و یا قبل از فکر کردن اقدام به عمل می‌نمایند (تکانشگری). ویژگی سوم این کودکان بی‌توجهی یا نقص توجه در آنهاست که در این مورد کودک زود حواسش پرت می‌شود و موضوع را عوض می‌کند و توجه‌اش از شاخه‌ای به شاخه‌ی دیگر تغییر مسیر می‌دهد. این ویژگی‌ها باعث عقب‌افتادگی رشدی، عدم گسترش سازگاری و بهزیستی کودکان در طول زندگی می‌شود. به این ترتیب این کودکان علاوه بر مشکلات تحصیلی، دچار مشکلات

^۱ - Spencer, Biederman & Mick

^۲ - Still

^۳ - Franc, Maury & Purper

اجتماعی نیز می‌شوند. چون از طرف همسالان و دوستان طرد می‌شوند و نمی‌توانند مهارت‌های اجتماعی را به طور مطلوب بیاموزند و دچار مشکلات و مسائل عاطفی و هیجانی می‌شوند. طرد از طرف دوستان از یک طرف به عزت نفس آنها لطمه می‌زند و از طرف دیگر آنها را دچار اضطراب و افسردگی می‌کند. اگر نقص توجه/ بیش‌فعالی در بزرگسالی نیز ادامه پیدا کند، چون با عملکرد افراد تداخل پیدا می‌کند باعث می‌شود که آنها در زندگی روزمره و در شغلشان موفقیت چندانی کسب نکنند (رستمی، ۱۳۸۸).

سبب‌شناسی

نقص توجه/ بیش‌فعالی اختلالی است که عوامل گوناگون زیستی، ژنتیکی، روان‌شناختی، اجتماعی، فرهنگی و محیطی در آن نقش دارند (رستمی، ۱۳۸۸). تحقیقات زیادی نشان داده است که نقص توجه/ بیش‌فعالی توسط عوامل نورویولوژیکی و ژنتیک بیش از جنبه‌های محیطی مانند وجود مشکل در خانه، تماشای بیش از حد تلویزیون، انجام بازی‌های ویدیویی، تغذیه، مشکلات موجود در مدرسه و محیط‌های آموزشی می‌تواند به وجود آید (بارکلی، ۲۰۰۲). اگر کودکی مبتلا به نقص توجه/ بیش‌فعالی است ۱۵ تا ۲۰ درصد احتمال دارد که مادر او و ۲۵ تا ۳۰ درصد احتمال دارد که پدرش مبتلا به این اختلال باشد (بایدرمن، فاراونه، میک و همکاران، ۱۹۹۵). در بین خواهر و برادران اصلی ۱۱ تا ۳۲ درصد دارای این اختلال هستند (لوی، هی، میک استن، وود و والدمن^۴، ۱۹۹۷). به نظر می‌رسد که نمرات بسیار بالای نقص توجه/ بیش‌فعالی تقریباً به طور کامل به تأثیرات ژنتیکی نسبت داده می‌شود (ویلکات و همکاران^۵، ۲۰۰۰).

بنابراین مشارکت ژنتیک در ایجاد مشکلات موجود در بازداری رفتاری و توجه، که در بین اختلالات روان‌پزشکی وجود دارد، به اندازه‌ی مشارکت ژنتیک در تعیین قد انسان است (بارکلی،

^۴- Barkley

^۵- Biederman, Faraone, Mick & et al

^۶- Levy, Hay, McStephen, Wood & Waldman

^۷- Willcutt & et al

۲۰۰۲). تحقیق عصب‌شناسی، نقص در سیستم عصبی مرکزی را برای نقص توجه/ بیش‌فعالی که شامل نقایص احتمالی در سیستم دوپامین است، در نظر می‌گیرد. محققین ارتباط بین نشانه‌های نقص توجه/ بیش‌فعالی در برخی افراد و انتقال‌دهنده دوپامین^۸ (DAT) و ژن گیرنده DRD4 را تشخیص داده‌اند. به نظر می‌رسد که این نقص‌های ژنتیکی بر چندین ناحیه خاص مغزی تأثیر می‌گذارد، لب قدامی مغز^۹، ارتباطات آن با عقده‌های پایه^{۱۰} و ارتباط آنها با قسمت‌های مرکزی مخچه^{۱۱} (زامتکین، نورداهال، گروس و همکاران^{۱۲}، ۱۹۹۰). مطالعات نورولوژیکی نشان می‌دهد که افراد مبتلا به نقص توجه/ بیش‌فعالی در مغز فعالیت الکتریکی کمتری دارند و عکس‌العمل کمتری نسبت به تحریک در یکی یا بیشتر از مناطق مغزی نشان می‌دهند. مطالعات تصویرسازی نورونی گروهی از افراد مبتلا به نقص توجه/ بیش‌فعالی، فعالیت متابولیکی کمتر و استفاده از نواحی نسبتاً کوچک‌تر مغز را در آنها نسبت به گروه‌های کنترل نشان می‌دهد (بارکلی، ۲۰۰۲). تحقیق بیشتر بر روی رشد جنین بیان می‌دارد که علائم نقص توجه/ بیش‌فعالی ممکن است در برخی از موارد مربوط به مصرف الکل توسط مادر در دوران بارداری، مسموم شدن یا نرسیدن اکسیژن به جنین باشد (NIH^{۱۳}، ۱۹۹۸).

مسائل رشدی

والدین کودکانی که بعداً مبتلا به نقص توجه/ بیش‌فعالی شده‌اند، گزارش داده‌اند که کودکان آنها حتی در دوران نوزادی مشکلاتی در ارتباط با گریه بیش‌ازحد، مشکلات تغذیه و آشفتگی در خواب (کمپبل، سزوموسکی، اوینگ، گلاک و بریاکس^{۱۴}، ۱۹۸۲) حساسیت بیش‌ازحد، پاسخ‌های آزاردهنده به محرک‌ها و کج خلقی (کاپلان و سادوک^{۱۵}، ۱۹۸۵) و مشکلاتی در آرام شدن (ویس و

^۸- dopamine transporter

^۹- frontal lobe

^{۱۰}- basal ganglia

^{۱۱}- cerebellum

^{۱۲}- Zamtin, Nordahal, Gross, et al

^{۱۳}- National Institutes of Health

^{۱۴}- Campbell, Szumowski, Ewing, Gluck & Breaux

^{۱۵}- Kaplan & Sadock

هچمن^{۱۶}، ۱۹۹۳) گزارش کرده‌اند. آنها همچنین گزارش داده‌اند که کودکانشان قادر نبوده‌اند که خودشان را سرگرم کنند و نیازمند نظارت و توجه بیش از حد مخصوصاً زمانی که یاد گرفته‌اند چهار دست و پا راه بروند، داشته‌اند. بیشتر این والدین گزارش می‌دهند که آنها از همان ابتدا فعالیت حرکتی بیش از حدی را در کودکان تازه راه افتاده خود مشاهده کرده‌اند (APA، ۱۹۹۴) که با شروع خود اختلال در سن ۳/۵ سالگی تا سن مدرسه همراه بوده است (آناستوپولوس و شلتون^{۱۷}، ۲۰۰۱). معمولاً این اختلال در طول سنین مدرسه تشخیص داده می‌شود یعنی زمانی که سازگاری کودک در مدرسه تحت الشعاع قرار می‌گیرد.

علیرغم گزارش رفتارهای چالش برانگیز اولیه، خیلی از کودکان مشکل ساز و کودکان نوپای بیش فعال در آینده به نقص توجه/بیش فعالی مبتلا نخواهند شد. اگرچه برخی از علائم نقص توجه/بیش فعالی با سن کاهش می‌یابد، مطالعات طولی دامنه‌ی متفاوتی از ۱۰ تا ۶۰ درصد برای تداوم علائم ناتوان کننده نقص توجه/بیش فعالی تا سن نوجوانی و بزرگسالی گزارش می‌دهند (NIH، ۲۰۰۱). اگرچه با شروع بزرگسالی شیوع نقص توجه/بیش فعالی کاهش می‌یابد (کلاین و مانوزا^{۱۸}، ۱۹۹۱). یک مطالعه‌ی اخیر نشان می‌دهد که بیش از ۷۰ درصد کودکان مبتلا، این علائم را تا سن نوجوانی و حتی ۵۰ درصد تا سن بزرگسالی اولیه دارا هستند (بارکلی، ۱۹۹۶) و بین ۳۰ تا ۷۰ درصد از کسانی که در کودکی بیش فعال بوده‌اند، در بزرگسالی نیز حداقل یکی از علائم اساسی نقص توجه/بیش فعالی را گزارش کرده‌اند (ویس و هچمن^{۱۹}، ۱۹۹۳).

پسران بیش از دختران به این اختلال مبتلا می‌شوند. بر اساس DSM-IV نسبت ابتلای پسران به دختران تقریباً ۴:۱ تا ۹:۱ هست (APA، ۱۹۹۴)، ولی بررسی‌ها نشان داده است که دختران بیشتر از

¹⁶- Weiss & Hechtman

¹⁷- Anastopolus & Shelton

¹⁸- Klein & Mannuzza

¹⁹- Weiss & Hechtman

پسران به نوع کم توجهی اختلال مبتلا هستند (علیزاده، ۱۳۸۶). شیوع نقص توجه/ بیش‌فعالی در دانش‌آموزان ابتدایی شهر تهران ۳ تا ۶ درصد گزارش شده است (خوشابی و همکاران، ۱۳۸۵).

ویژگی‌های نقص توجه/ بیش‌فعالی

سه ویژگی اصلی نقص توجه/ بیش‌فعالی فعالیت بیش از اندازه^{۲۰}، تکانشگری^{۲۱} و بی‌توجهی^{۲۲} می‌باشد. روال تاریخی این اختلال نشان می‌دهد که در ابتدا به ویژگی بیش‌فعالی این کودکان اهمیت می‌دادند و سپس ویژگی بی‌توجهی آنها مورد توجه بیشتر قرار گرفت و به عنوان مشکل اصلی مورد مطالعه قرار گرفت. ولی در دو دهه‌ی اخیر به ویژگی تکانشگری این کودکان توجه اساسی شده است که باعث مطرح شدن فرضیاتی در این زمینه گردیده است. یکی از این فرضیه‌ها «اختلال کنترل ارادی رفتار» است. این فرضیه با شواهداتی که بر اساس آن کودکان مبتلا به نقص توجه/ بیش‌فعالی می‌توانستند توجه خود را بر کاری که مورد علاقه‌شان بود متمرکز کنند، کاملاً منطبق بود. بر مبنای این فرضیه، در مبتلایان به این اختلال بی‌توجهی، بیش‌فعالی و تکانشگری ناشی از ناتوانی آنها در بازداشتن و یا به تأخیر انداختن پاسخ‌های رفتاری آنهاست (رستمی، ۱۳۸۸).

طبقه‌بندی اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی

مطالعات، سه طبقه‌ی زیر از نقص توجه/ بیش‌فعالی را مشخص کرده‌اند:

۱- اختلال بیش‌فعالی/ کمبود توجه با غلبه‌ی بی‌توجهی (ADD)

۲- اختلال بیش‌فعالی/ کمبود توجه با غلبه‌ی بیش‌فعالی - تکانشگری

۳- اختلال بیش‌فعالی/ کمبود توجه نوع مرکب که ترکیبی از سه نوع اختلال است (عابدی،

۱۳۸۸).

²⁰- hyperactivity

²¹- impulsivity

²²- inattentive