

ارتقاء کارکردهای اجرایی در افراد مبتلا به
اختلال نقص توجه و بیش‌فعالی (ADHD)

مؤلف:

زهرا درخشان



روان آگاه

محتوا

فصل اول: اختلال نقص توجه و بیش‌فعالی	۱۱
تاریخچه اختلال نقص توجه و بیش‌فعالی	۱۳
ملاک‌های تشخیصی اختلال نقص توجه و بیش‌فعالی	۱۷
ملاک‌های تشخیصی	۱۷
همبودی اختلال نقص توجه و بیش‌فعالی با اختلالات دیگر	۲۰
اختلال نافرمانی مقابله‌ای و اختلال سلوک	۲۰
اختلال اضطرابی	۲۱
اختلال‌های خلقی	۲۱
وجه افتراقی اختلال نقص توجه و بیش‌فعالی با دیگر اختلالات	۲۲
شیوع شناسی اختلال نقص توجه و بیش‌فعالی	۲۶
فصل دوم: سبب شناسی اختلال نقص توجه و بیش‌فعالی	۲۹
علت‌های بیولوژیک	۳۰
عوامل ژنتیک	۳۰
ناپهنجاری‌های مغزی	۳۱
عوامل عصبی فیزیولوژیکی	۳۴

عوامل پیش از تولد(دوران جنینی).....	۳۵
علت‌های پیسکولوژیک.....	۳۶
تعامل والد - کودک.....	۳۶
نظریه ذهن.....	۳۸
نظریه‌های اختلال نقص توجه و بیش‌فعالی.....	۳۹
الگوی نارسایی کارکردهای اجرایی.....	۳۹
الگوی بازداری رفتاری.....	۳۹
الگوی نیگ و کیسی.....	۴۰
فصل سوم: مشکلات کودکان با اختلال نقص توجه و بیش‌فعالی	
مشکلات اجتماعی در کودکان با اختلال نقص توجه و بیش‌فعالی.....	۴۵
مشکلات تحصیلی در کودکان با اختلال نقص توجه و بیش‌فعالی.....	۴۶
رفتارهای مخاطره جویانه.....	۴۷
علائم عصب شناختی (کارکردهای اجرایی) در اختلال نقص توجه و بیش‌فعالی.....	۴۹
کارکردهای اجرایی و اختلال نقص توجه و بیش‌فعالی.....	۵۰
فصل چهارم: کارکردهای اجرایی	
سازمان‌دهی.....	۵۳
برنامه‌ریزی.....	۵۴
مدیریت زمان.....	۵۵
توجه پایدار.....	۵۵
فرا شناخت.....	۵۵
کنترل هیجانی.....	۵۶

۵۷.....	آغاز به کار.....
۵۷.....	پایداری به سمت هدف.....
۵۷.....	بازداری پاسخ.....
۵۸.....	حافظه کاری (غیر کلامی).....
۵۹.....	درونی سازی گفتار (حافظه کاری کلامی).....
۶۰.....	خود تنظیمی هیجان_ نگیزش_ برانگیختگی.....
۶۰.....	بازسازی.....
۶۱.....	ساخت، روانی و کنترل حرکتی.....
۶۳.....	حافظه فعال.....
۶۵.....	مدل های مطرح در حافظه کاری.....
۶۵.....	مدل پردازش اطلاعات.....
۶۶.....	مدل اتکینسون - شیفین.....
۶۶.....	مدل بدلی و هیچ.....
۶۷.....	محدودیت های ظرفیتی.....
۷۰.....	انعطاف پذیری شناختی.....
۷۱.....	کارکردهای اجرایی و هوش.....
۷۲.....	کارکردهای اجرایی و رشد مغز.....
۷۶.....	ارتباط کارکردهای اجرایی با رشد هیجانی و شناخت اجتماعی.....
۸۱.....	فصل پنجم: مداخلات درمانی اختلال نقص توجه و بیش فعالی
۸۱.....	دارو درمانی.....
۸۳.....	درمان های غیر دارویی.....
۸۴.....	مداخلات روانی اجتماعی.....

- ۸۵.....درمان‌های چند وجهی (MTA).....
- ۸۶.....نوروفیدبک.....
- ۸۷.....تحریک الکتریکی مغز (TDCS).....
- ۸۸.....فعالیت‌های جسمانی.....
- ۸۹.....تمرینات شناختی.....
- ۹۱..... فصل ششم: مداخلات شناختی**
- ۹۱.....آموزش شناختی و اختلال نقص توجه و بیش‌فعالی.....
- ۹۳.....فرضیات مطرح در آموزش شناختی.....
- ۹۴.....آموزش حافظه کاری.....
- ۹۶.....آموزش توجه.....
- ۹۸.....تمرینات شناختی و انعطاف‌پذیری عصبی مغز.....
- ۱۰۰.....آموزش رایانه‌ای.....
- ۱۰۵..... فصل هفتم: توانبخشی شناختی**
- ۱۰۷.....مداخله‌های ترمیم‌کننده.....
- ۱۰۸.....مداخله‌های جبران‌کننده.....
- ۱۰۹.....آموزش‌های روانشناختی.....
- ۱۱۰.....تاریخچه توسعه توانبخشی شناختی.....
- ۱۱۲.....فرایند شکل‌گیری توانبخشی شناختی.....
- ۱۱۳.....الف. ترمیم کارکرد آسیب دیده.....
- ۱۱۳.....ب. بهینه‌سازی کارکرد باقیمانده.....
- ۱۱۴.....ج. جبران کارکرد از دست رفته.....

۱۱۴.....	د. جایگزینی کارکرد سالم.....
۱۱۵.....	تعریف مدل نظری.....
۱۱۶.....	انواع مدل‌های نظری در توانبخشی شناختی.....
۱۱۶.....	مدل رفتاری.....
۱۱۷.....	مدل ترمیم.....
۱۱۷.....	مدل جامع.....
۱۲۰.....	مدل فراگیر.....
۱۲۲.....	اصول توانبخشی شناختی.....
۱۲۳.....	تأثیر توانبخشی شناختی بر نوروپلاستیسیته مغز.....
۱۲۴.....	نوروپلاستیسیته (انعطاف پذیری).....
۱۲۷.....	منابع.....

فصل اول

اختلال نقص توجه و بیش‌فعالی

اختلال نقص توجه و بیش‌فعالی از جمله عوامل مؤثر بر توانایی‌های کودکان در عملکردهای مختلف زندگی می‌باشد، کودکانی که از این اختلال آسیب می‌بینند، الگویی مداوم از نقص توجه، بیش‌فعالی و تکانشگری، که متناسب با سطح رشدی آن‌ها نیست، را نشان می‌دهند (مگنوس و آنوکیما^۱، ۲۰۱۹). کودکان با این اختلال علاوه بر مشکلات اصلی‌شان معمولاً مشکلات دیگری نیز دارند. هرچند تأخیر خفیف در زبان، حرکت و پیشرفت اجتماعی مختص به اختلال نقص توجه و بیش‌فعالی نیست. اما اغلب موارد همراه آن رخ می‌دهد. ویژگی‌های همراه ممکن است شامل کم‌تحمیلی در برابر ناکامی، تحریک‌پذیری، ناپایداری خلق باشد. حتی در فقدان اختلال یادگیری خاص اغلب در عملکردهای تحصیلی یا کار دچار اختلال می‌شوند. رفتار بی‌توجهی با تفاوت‌های زیربنای شناختی افراد ارتباط دارد. همراه با این اختلال ممکن است مشکلات شناختی در آزمون توجه، کارکردهای اجرایی، حافظه کاری نشان داده شود. هرچند که این تست‌ها به اندازه‌ی کافی حساس و مشخص برای استفاده به عنوان شاخص تشخیصی نیستند. در اوایل دوران بلوغ اختلال نقص توجه و بیش‌فعالی عمدتاً با اختلالات خلق، سلوک و مصرف مواد همراهی می‌کند و مشکلات تحصیلی، اجتماعی و شغلی فراوانی را

برای این افراد به وجود می‌آورد (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۱۳). اختلال نقص توجه و بیش‌فعالی یکی از رایج‌ترین اختلالات رفتاری، رشدی و عصبی شناختی در کودکان است که پس از بلوغ نیز مشکلات آن باقی می‌ماند (بوژیلوا^۲ و همکاران، ۲۰۱۸). با توجه به تعریف راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی ویرایش پنجم، نقص توجه و بیش‌فعالی، اختلالی است، که با الگوهای رفتاری مداومی چون نقص توجه، بیش‌فعالی، رفتارهای تکانشی شناسایی می‌شود (شکیب‌نیا و معصوم زاده، ۱۳۹۷). ویژگی اصلی این اختلال رفتارهایی است که از لحاظ اجتماعی اخلاص گرانه محسوب می‌شوند، یعنی موقعیت‌های اجتماعی را مختل می‌کنند. این موقعیت‌های اجتماعی می‌توانند خانواده، مدرسه، یا هر جای دیگری باشند که در آن جا غیر از کودک، افراد دیگری نیز حضور دارند (گنجی، ۱۴۰۱). این اختلال حدود ۵-۸ درصد کودکان دبستانی را مبتلا می‌کند و ۸۵ تا ۶۰ درصد افرادی که در کودکی این تشخیص را دریافت می‌کنند در نوجوانی واجد ملاک‌های اختلال هستند. ویرایش پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی انجمن روانپزشکان آمریکا، تغییرات متعددی را در ملاک‌های تشخیصی این اختلال در کودکان و بزرگسالان اعمال کرده است. در گذشته علائم، می‌بایست تا سن ۷ سالگی بروز می‌کرد اما طبق (DSM-5) چندین علامت نقص توجه یا بیش‌فعالی و تکانشگری تا سن ۱۲ سالگی خود را نشان دهد. طبق راهنمای تشخیصی آماری اختلالات روانی، نسخه پنجم، اختلال بیش‌فعالی و نقص توجه می‌تواند سه نمود بالینی داشته باشد: (۱) بیش‌فعالی (بیقراری و سراسیمگی) و تکانشگری (پیگیری پاداش آنی و نبود حس انتقادی) به تنهایی، (۲) بی‌توجهی (فقدان نظم و برنامه‌ریزی) به تنهایی، یا ترکیبی از هر دو نوع این نمودها، که به اصطلاح گونه ترکیبی نامیده می‌شود (بوژیلوا و همکاران، ۲۰۱۸). ویژگی رفتاری در نوع نقص توجه غالب، پرت شدن حواس به آسانی است، فرد نمی‌تواند توجه خود را به مدت زیاد به چیزی معطوف کند، به جزئیات توجه نمی‌کند، و نمی‌تواند کارها را به پایان برساند یا به زور وبه طور

^۱ American Psychiatric Association

^۲ Bozhilova

سرسری به پایان می‌رساند. کودکان مبتلا به این نوع، در مقایسه با کودکان مبتلا به نوع بیش‌فعالی، مشکلات رفتاری و تکانشگری کمتری دارند. اما در عوض ممکن است از سوی دوستان خود افرادی تنبل، خیالباف، مضطرب، و خجالتی توصیف شوند (گنجی، ۱۴۰۱). ویژگی اصلی، اختلال نقص توجه و بیش‌فعالی از نوع بیش‌فعالی و تکانشگری غالب، از لحاظ رفتاری فعالیت‌های حرکتی زیاد است (تکان دادن مرتب و مداوم بدن، دست‌ها یا پاها، دائماً به این طرف و آن طرف رفتن و انجام دادن حرکات فیزیکی کوچک)، تکانشی عمل می‌کنند و نمی‌توانند خودشان را کنترل کنند. کودکان مبتلا به این نوع مشکلات ارتباطی و اجتماعی بیشتری با اطرافیان و دوستان شان دارند (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۱۳). در علائم نوع مرکب که احتمالاً شایع‌ترین نوع است فرد معیارهای نوع بیش‌فعالی و نوع نقص توجه را با هم دارد (شکیب نیا و معصوم‌زاده، ۱۳۹۷).

تاریخچه اختلال نقص توجه و بیش‌فعالی

مهم‌ترین مسأله ای که در موقع توجه به تحول مقوله اختلال نقص توجه و بیش‌فعالی به چشم می‌خورد این است که برچسب‌های مختلفی برای اشاره به این وضعیت مورد استفاده قرار گرفته‌اند. این تنوع اصطلاحات منعکس‌کننده این واقعیت است که، محققان و متخصصان تلاش زیادی کرده‌اند تا تعیین نمایند که نشانه اصلی در این اختلال دقیقاً چیست. آیا بیش‌فعالی است، آیا نقص توجه است، آیا ترکیبی از این دو حالت است، یا همان‌طور که اکنون بسیاری از افراد به آن اعتقاد دارند، علت اصلی مشکل در خود کنترلی است. جورج اف. استیل اولین کسی بود که وضعیتی که ما اکنون اختلال نقص توجه و بیش‌فعالی می‌نامیم را مورد توجه جامعه علمی قرار داد. او بر روی مشکل خود کنترلی این کودکان تأکید می‌کرد (هالاها^۱ و همکاران، ۲۰۰۵). جرج اف. استیل^۲ در سال ۱۹۰۲ مجموعه مقالاتی را در دانشکده پزشکی رویال لندن

^۱ Hallahan

^۲ Steel