

## مقایسه اثربخشی روان‌درمانگری‌های «شناختی- رفتاری» و «ترکیبی» در دو سطح هوشی در کودکان مبتلا به فزون‌کنشی همراه با کمبود توجه (ای.دی.اچ.ای.)

دکتر سیدابوالقاسم مهری‌نژاد، دکتر محمود منصور\*  
دکتر جواد اژه‌ای، \*\* دکتر علیرضا کیامنش\*\*\*

### چکیده:

هدف این تحقیق بررسی و مقایسه اثربخشی روان‌درمانگری «شناختی- رفتاری» و روان‌درمانگری «ترکیبی» در بالا بردن سطح توجه، تقویت سازمان‌دهی ادراک دیداری - حرکتی، تنظیم رفتار در خانه و مدرسه، افزایش حرمت خود، کاهش اضطراب و افسردگی در کودکان مبتلا به «ای.دی.اچ.دی» (فزون‌کنشی همراه با کمبود توجه) در سطح هوشی متوسط پایین و متوسط بالا بود.

جامعه آماری، کودکان پایه‌های اول، دوم و سوم ابتدایی مناطق ۶، ۹، ۱۰ آموزش و پرورش شهر تهران بودند. نمونه تحقیق را ۴۰ کودک مبتلا به «ای، دی، اچ، دی» تشکیل داده‌اند که ۲۰ نفر در سطح هوش متوسط پایین و ۲۰ نفر در سطح هوش متوسط بالا بودند که در معرض دو روش درمانگری «شناختی- رفتاری» و درمانگری «ترکیبی» قرار گرفتند. و به علاوه از ۵۰ کودک عادی همتا شده نیز به عنوان

نمونه در این تحقیق استفاده شد. تحلیل داده‌ها با روش آماری تحلیل واریانس عاملی و آزمون  $t$  انجام شد. نتایج نشان داد که کاربرد دو روش درمانگری مذکور و تأثیر آنها در تخفیف نشانه‌های اختلال مذکور با سطح هوش ارتباط ندارد. همچنین بین دو روش درمانگری از لحاظ اثربخشی بر کاهش نمره پرسشنامه‌های نشانه‌شناسی چهارمین مجموعه تشخیصی و آماری بیماریهای روانی، افسردگی و بالا بردن سطح توجه، تفاوت معنی داری وجود نداشت. اما «درمانگری شناختی- رفتاری» در کاهش نمره «پرسشنامه راتر» فرم معلم و نمره خطای آزمون «بندرگشتالت» بطور معنی داری مؤثرتر از درمانگری ترکیبی بود. «درمانگری شناختی- رفتاری» و همچنین «درمانگری ترکیبی» بجز در متغیر «افسردگی»، موجب بهبود معنی دار همه متغیرهای وابسته شدند. مقایسه آسیب شناختی و کارآمدی بین دو گروه نشان داد که سازمان دهی ادراک دیداری- حرکتی، حرمت خود، و توجه کودکان مبتلا به اختلال «ای.دی.اچ.دی.» از کودکان عادی با اطمینان ۹۹ درصد ضعیف تر است با این که سطح افسردگی آنان با اطمینان ۹۹ درصد بیشتر از کودکان عادی است، ولی تفاوت سطح اضطراب آنان با کودکان عادی در سطح ۵ درصد معنی دار نیست. سطح کارآمدی کودکان «ای.دی.اچ.دی.» در پاره آزمونها طراح با مکعبها نمادنویسی، و تشابهات  $1/50$  نمره تراز شده؛ و میانگین نمرات تراز شده نماد نویسی،  $4/72$  نمره تراز شده؛ کمتر از کودکان عادی بدست آمد. فارغ از تفاوت معنی دار آماری، فقط سطح کارآمدی آنان در پاره آزمون «نمادنویسی» از نظر نشانه‌های روان عصب شناختی معنی دار است یعنی بیش از ۳ نمره تراز شده کمتر از کودکان عادی می‌باشد. همچنین بهره هوش عملی آنان با ۹۹ درصد، پائین تر از کودکان عادی است ولی این تفاوت برابر با  $4/48$  نمره بهره هوش می‌باشد که از نظر ضوابط روان عصب‌شناسی معنی دار نیست یعنی این تفاوت به ۱۵ نمره بهره هوش نمی‌رسد افزون بر این، از نظر بهره هوش کلامی و کلی بین دو گروه تفاوت آماری معنی داری بدست نیامد.

کلیدواژه‌ها: فزون کنشی، روان درمانگری، شناختی - رفتاری بهره هوشی، اضطراب، افسردگی، ای دی اچ دی



مقدمه:

«فزون کنشی»<sup>۱</sup> تقریباً از بدو توجه پزشکان به اختلالات روانشناختی، مد نظر واقع شده است. در سال ۱۸۴۵، اولین بار «هنریش هوفمن»<sup>۲</sup> آلمانی کنش وری بیش از حد را به عنوان یک کنش

## Archive of SID

«سازش نیافته»<sup>۳</sup> و غیر طبیعی توصیف کرد (کنت ول، ۱۹۷۵). اما تا سال ۱۹۶۰ اقدامات درمانی جدی در خصوص این گروه از کودکان انجام نمی‌شد. از این موقع به بعد نگرانیها و اقدامات در باره کودکانی که مشکلات یادگیری، رفتاری و عاطفی داشتند روبه افزایش گذاشت (آلدن، ۱۹۷۲). با شروع درمان فزون کنشی از طریق دارو در اواخر دهه ۱۹۶۰، بررسی‌های بیشتری در خصوص این گروه از کودکان بعمل آمد. در این دهه علت این اختلال را عمدتاً ناشی از «نادرست کنش وری جزئی مغز»<sup>۴</sup> می‌دانستند. اما همچون دیگر اختلالات روانشناختی بزرگسالان و کودکان، دارو درمانی نتایج مؤثر، پایدار و کافی برای این کودکان ببار نیاورد. بر این اساس اختلال «ای.دی.اچ.دی»<sup>۵</sup> به عنوان یک مسئله برای روانپزشکان، روانشناسان، والدین و معلمان مطرح گردید، زیرا ویژگی‌های رفتاری این کودکان از قبیل ناتوانی در مهار رفتار حرکتی، نارسایی توجه، ناتوانی یادگیری، پرخاشگری، مشکلات تحصیلی، برانگیختگی، بیقراری حرکتی معضل اساسی برای والدین، همسالان و متولیان آموزشی به شمار می‌آمد. افزون بر این، اختلال مذکور به فرآیند تحول استعدادها و ذهنی و مهارت‌های اجتماعی - عاطفی خود کودک نیز آسیب جدی وارد می‌کند، بطوریکه فراوانی مشکلات تحصیلی، هوشی، بزهکاری، افسردگی، حرمت خود پائین، اختلالات شخصیت، الکلیسم، سوء مصرف دارو، «روانگسستگی»<sup>۶</sup> مشکلات زناشویی، شغلی در بزرگسالی کودکان «ای.دی.اچ.دی» بطور معنی داری از جمعیت عادی بیشتر است (گرونبرگرومایر، ۱۹۹۶؛ میند و همکاران، ۱۹۷۱؛ هوسی و همکاران، ۱۹۷۴؛ آناستاپولوس و همکاران ۱۹۸۸؛ هچمن و همکاران، ۱۹۷۸؛ وندر و همکاران ۱۹۸۱؛ اسپرین و همکاران، ۱۹۹۵).

از نظر فراوانی ۳ تا ۵ درصد کودکان مدرسه روبه این اختلال مبتلا هستند (انجمن روانپزشکی امریکا، ۱۹۹۴). این تعداد کودک سازش نیافته و پیامدهای تحولی بدخیم، حجم قابل توجهی از فرضیه پردازی‌ها، ابداع درمانگرها و پژوهش‌ها را در طول سه دهه آخر قرن بیستم به راه انداخت تا بتوانند این معضل روانی - اجتماعی را همچون دیگر معضلات حل کنند؛ والدین، مربیان و دیگر افراد درگیر با این کودکان را نجات دهند، همچنین از معلولیت روانی - اجتماعی بعدی این افراد پیشگیری نمایند. ولی تاکنون هیچ علت‌شناسی که بتوان براساس آن مداخلات درمانی را تدارک دید و مورد قبول علمی و واجد شواهد پژوهشی کافی باشد برای این اختلال ارائه نشده است. عللی همچون آسیب‌های مغزی، «زمینه‌های ژنتیک»<sup>۷</sup> (مارسن<sup>۸</sup> و

## Archive of SID

استوارت<sup>۱</sup>، ۱۹۷۴ به نقل از اسپرین و همکاران، (۱۹۹۵)، اختلال در کنش وری لب پیشانی ای (استام و کردر، ۱۹۷۹)، اختلال در کنش زیست-شیمیایی (وندر و همکاران، ۱۹۸۱)، حساسیت به مواد غذایی و مواد افزودنی به غذاها (فاین‌گولد، ۱۹۷۵)، محدودیت‌ها و تنیدگی‌های محیطی (مک‌نمارا<sup>۲</sup>، ۱۹۷۲ به نقل از بارکلی، ۱۹۹۱)، یادگیری، مسمومیت با شرب و اشعه، تأخیر در رشد مغز (والکر<sup>۱۱</sup>، ۱۹۹۲ به نقل از گرونوالد-زویبر و همکاران، ۱۹۷۸) و روابط موضوعی (تایلر<sup>۱۲</sup> و لیونل<sup>۱۳</sup> و همکاران، ۱۹۹۴ به نقل از گرونبرگرومایر، ۱۹۹۶)، مطرح شده‌اند. بنابراین همانند اکثر اختلالات روانشناختی، علت‌شناسی «ای.دی.ای» دقیقاً مشخص نیست و هر یک از فرضیه‌های علی در باره این اختلال از مقداری شواهد پژوهشی اما ناکافی و واجد ایرادات روش شناختی برخوردارند. در درمانگری هر اختلالی باید بر اساس علت‌شناسی آن اختلال، مجموعه‌ای از دخالت‌ها را تدارک دید. ابهام در علت‌شناسی مانع تحول درمانگریهای اثربخش و قابل تعمیم خواهد شد. با توجه به علت‌شناسی نامشخص و چندگانه «ای.دی.ای» اکنون درمانگری این اختلال همچون غالب اختلالات روانشناختی بیشتر معطوف به تغییر و تعدیل همبسته‌های «عصب زیست-شیمیایی»<sup>۱۳</sup> و «روانی-اجتماعی» است. در حد علم کنونی دستکاری «عصب-زیست شیمیایی» دستگاه اعصاب مرکزی کودکان سازش نایافته مورد انتقاد است. زیرا کودک و نوجوانان از نظر عصب-«زیست-شیمیایی» تحت تأثیر سازمان بندی از پیش تعیین شده ژنتیک، در حال تحول است و اعمال داروهای شیمیایی به نوعی دخالت در فرایند طبیعی تحول نظام عصب شناختی است و مسیر طبیعی تحول عصب شناختی را منحرف می‌نماید و نیز آسیب‌های ساختاری و کنشی شناخته و ناشناخته بیار می‌آورد. عامل دیگر، محدودیت استفاده از دارو در سنین کودکی و نوجوانی این است که کودکان و نوجوانان در حال تحول روانشناختی هستند و تا حدی بروز سازش نایافتگی جزء لاینفک این دوران است. باید متولیان تعلیم و تربیت، کودک را نسبت به انحراف از هنجارهای فرهنگی-اجتماعی هشیار نمایند و با واکنش‌های متناسب با سطح تحول و نوع انحراف، کجروی تحول بهنجار و سازش نایافته جلوگیری کنند و کنش‌های سازش یافته را در او شکل دهند. از روی آورد روانشناختی، اکثر سازش نایافتگی‌های کودکان ریشه در «نادرست کنش‌وری» نظام روانی-اجتماعی بخصوص خانواده و مادر دارد. حال آنکه اگر از دارو استفاده شود این احساس در اعضاء خانواده، مادر و همچنین کودک ایجاد می‌شود که با یک مسئله بدنی و عصب زیست-شیمیایی مواجه هستند و

آنها هیچ نقشی در ایجاد آن نداشته‌اند، بنابراین نباید هیچ مسئولیتی در بهبود آن به عهده بگیرند. بخصوص خودکودک نیز احساس نیاز و فشار برای تغییر الگوهای کنش وری سازش نایافته خود نمی‌نماید و در نتیجه مشارکت فعال در تحول طبیعی و تغییر سازش نایافتگی نمی‌کند. در واقع این به نوعی محروم کردن کودک از فرصت‌های لازم برای تحول طبیعی، یادگیری سازش، یادگیری مهارت‌های زندگی، تصحیح انحراف از خطوط تحول طبیعی، قاعده‌ها و هنجارهای اجتماعی است (سویستن و همکاران، ۱۹۹۵).

به علاوه «نارسایی زیست عصب - شیمیایی مغز» که درمان دارویی را ضروری می‌نماید فاقد شواهدی تجربی کافی است. در این باره «راتر» و همکاران (۱۹۷۰) و «وری»<sup>۱۵</sup> و همکاران (۱۹۷۲) می‌گویند: مقایسه شیوع علائم «عصب شناختی»<sup>۱۶</sup> خفیف در کودکان «ای.دی.اچ.دی» با گروه گواه در حمایت از همبستگی بین آسیب مغزی و «ای.دی.اچ.دی» شکست خورده است. «راس» و «راس» (۱۹۸۲) می‌گویند: مجموعه روزافزونی از دلایل و نتایج تجربی نشان می‌دهند که اکثریت کودکان مبتلا به «ای.دی.اچ.دی» هیچ اثری از «صدمه مغزی»<sup>۱۷</sup> ندارند. «رپاپورت»<sup>۱۸</sup>، «فرگوسن» (۱۹۸۲) و «تایلر» (۱۹۸۷) می‌گویند: علائم خفیف عصب شناختی مختص این اختلال نیستند بلکه در غالب اختلالات دیده می‌شوند. «زامتکین» و «رپاپورت» (۱۹۸۷) می‌گویند: مکانیزم‌های نور و شیمیایی در «ای.دی.اچ.دی» پیچیده است و نمی‌توان گفت که هیچ انتقال‌دهنده عصبی خاصی بطور انحصاری باعث آن است. همچنین «ریچارد» و «گراندپر» (۱۹۹۹) معتقدند همایندهای عصب زیست - شیمیایی «ای.دی.اچ.دی» دلیلی برای علت آن نیستند و اگر شرایط محیطی کودکان مبتلا به این اختلال تغییر یابد همبسته‌های عصب زیست - شیمیایی آنها تغییر خواهند یافت.

باتوجه به عدم شواهد تجربی کافی مبنی بر تأیید علل زیست عصب - شیمیایی در «ای.دی.اچ.دی» و فقدان اثربخشی پایدار و عوارض داروهای محرک اعصاب مرکزی همچون «متیل فنیدیت»، «پمولین»، «آمفامین» و امثالهم که برای این کودکان بکار می‌رود، در طول دو دهه اخیر حجم قابل توجهی از پژوهش‌های مربوط به درمانگریهای روانشناختی براساس شواهد تجربی اثربخش بوده‌اند و اغلب آنها از جمله درمانگریهای شناختی - رفتاری هستند. اکثر پژوهش‌های درمانی درباره این اختلال از کارهای «میشن بام»<sup>۱۸</sup> و «گودمن»<sup>۱۹</sup> (۱۹۷۱) ناشی شده‌اند که بدنبال آنها می‌توان از کارهای «داگلاس»، «کندال»<sup>۲۰</sup> و «براسول»<sup>۲۱</sup> (۱۹۸۲) نیز نام برد.

(به نقل از هیوز، ۱۹۸۸).

از آن جاییکه در جامعه ماکم و کیف روابط «مادر-کودک»، میزان احساس مسئولیت مادر در نظارت و توجه به کودک، میزان و نوع تفریحات و سرگرمی‌ها، گستره استفاده از بازیهای طبیعی و رایانه‌ای، نوع و سطح تغذیه، کم و کیف روابط عاطفی به اعضای خانواده، «سطح کنش وری» قابل قبول و قابل پذیرش، سطح و نوع تنیدگی‌های والدین، سطح آلاینده‌های هوا، مسمومیت با شرب و اشعه با جوامع صنعتی که تحقیقات مربوط به علت‌شناسی و درمانگری در آنجا انجام شده‌اند، متفاوت است؛ بعلاوه همه این متغیرهای روانی-اجتماعی به نوعی در علت‌شناسی این اختلال مطرح هستند، بنابراین انتظار می‌رود همبسته‌های روانشناختی کودکان «ای.دی.اچ.دی» ایرانی و نتایج درمانگری‌های «شناختی-رفتاری» و «ترکیبی» روی آنها با نتایج غربی از بعضی جهات متفاوت باشد.

#### روش

جامعه آماری: جامعه آماری این تحقیق راکلیه دانش آموزان پسر و دختر پایه‌های اول، دوم و سوم ابتدایی که در نیمسال اول سال تحصیلی ۷۹-۷۸ در مدارس ابتدایی مناطق ۶، ۹ و ۱۰ آموزش و پرورش شهر تهران مشغول به تحصیل بودند، تشکیل داده‌اند.

نمونه‌های تحقیق: بطور کلی در این تحقیق پنج گروه نمونه وجود داشت یک گروه متشکل از ۱۰ کودک مبتلا به «ای.دی.اچ.دی» با سطح هوش ۹۵-۸۰ که در معرض درمانگری «ترکیبی» قرار گرفتند.

گروه دوم ۱۰ کودک «ای.دی.اچ.دی» با سطح هوش ۹۵-۸۰ که در معرض درمانگری ترکیبی قرار داشتند.

گروه سوم ۱۰ کودک «ای.دی.اچ.دی» با سطح هوش ۱۲۰-۱۰۵ که تحت درمانگری «شناختی-رفتاری» قرار گرفتند.

گروه چهارم ۱۰ کودک «ای.دی.اچ.دی» با سطح هوش ۱۲۰-۱۰۵ که در معرض درمانگری ترکیبی بودند. و گروه پنجم تحقیق، ۵۰ کودک عادی (این ۵۰ کودک خارج از طرح اصلی تحقیق بودند) با بهره هوش ۱۲۰-۸۰ که از نظر پایه تحصیلی و منطقه آموزش و پرورش و مدرسه‌ای که در آن مشغول به تحصیل بودند با ۵۰ کودک «ای.دی.اچ.دی» (از ۵۰ کودک «ای.دی.اچ.دی» فقط

۴۰ کودک تحت درمانگری قرار گرفتند) همتا شدند و گروه گواه تحقیق را تشکیل دادند. ویژگیهای آسیب شناختی آنها با کودکان «ای.دی.اچ.دی» مورد مقایسه قرار گرفت تا از این طریق تفاوتها و تشابهات دو گروه در برخی ویژگیهای آسیب شناختی مشخص گردد. بعلاوه داده‌های ضروری برای آزمودن فرضیه‌های اول، دوم و سوم تحقیق فراهم گردد.

روش نمونه‌گیری: روش نمونه‌گیری در این تحقیق بصورت نمونه در دسترس بود، اما روش جایگزینی در سطوح متغیر مستقل بصورت تصادفی انجام شد. گروه گواه نیز بصورت «همتاسازی»، انتخاب شد. با مراجعه به مدارس ابتدایی مناطق ۶، ۹ و ۱۰ از معلمها درخواست شد تا دانش‌آموزان «بیقرار»، «نا آرام» و «فزون‌کنش» را در پایه‌های اول، دوم و سوم ابتدایی مشخص کنند و از آنها خواسته شد تا ضمن پرکردن دو پرسشنامه «راتر» فرم معلم و پرسشنامه ساخته شده براساس نشانه‌شناسی «ای.دی.اچ.دی» در چهارمین مجموعه تشخیصی و آماری بیماری‌های روانی، دو پرسشنامه دیگر را که داخل پاکت نامه گذاشته شده بود از جانب خودشان به وسیله دانش‌آموزان مورد نظر به والدین ارسال کنند و پس از تکمیل آنها، چهار پرسشنامه را به محقق ارائه دهند. برخی از والدین از پرکردن پرسشنامه امتناع کردند و برخی هم شاکس شدند و احساس برجسب بیمار بودن به فرزند خود را پیدا نمودند. در مجموعه در سه منطقه آموزش و پرورش محقق و دو همکار او، چهار پرسشنامه ۱۲۵ نفر دانش‌آموز را که از سوی معلمان به عنوان بیقرار و دارای ضعف تمرکز و توجه معرفی شده بودند تکمیل شده دریافت کردند.

سپس پرسشنامه‌های مربوط به ۱۲۵ کودک که توسط معلم و والدین تکمیل شده بودند مورد بررسی قرار گرفت و از بین آنها ۸۲ نفری که نمره منطبق با ضوابط «ای.دی.اچ.دی» داشتند انتخاب اولیه شدند. اما فقط والدین ۶۵ کودک برای مراجعه و همکاری در فرآیند درمانگری ابراز آمادگی نمودند که از بین اینها ۶۱ کودک در فرآیند اولیه درمانگری وارد شدند، بطوری که آزمون «وکسلر» کودکان، فرم تجدید نظر شده و انطباق یافته در دانشگاه شیراز روی آنها اجرا شد و آنهایی که در دامنه هوشی ۸۰ تا ۱۲۰ قرار داشتند در طرح تحقیق قرار گرفتند و دیگر آزمونهای تحقیق یعنی «حرمت خود»، «افسردگی کودکان»، «خط زدن حروف»، «خط زدن مربعات دنباله دار» و «بندر - گشتالت» روی آنها اجرا گردید. ۴ نفر از ۶۵ نفر در دامنه هوشی ۱۲۰-۸۰ قرار نمی‌گرفتند که بقیه پیش از آنها روی آنها اجرا نگردید و به درمانگران دیگر ارجاع شدند.

علاوه بر ۶۱ نفری که از مدارس انتخاب شدند، ۱۶ نفر کودک مبتلا به «ای.دی.اچ.دی» نیز که جهت دریافت خدمات درمانی به کلینیک مشاوره و خدمات روانشناختی مرکزی اداره آموزش

و پرورش شهر تهران، مراجعه کرده بودند و با ضوابط «ای.دی.اچ.دی» منطبق و در دامنه هوشی ۸۰-۱۲۰ بودند نیز انتخاب و مورد پیش آزمونها قرار گرفتند و در فرآیند درمانگری جای گرفتند.

مجموعاً ۷۷ نفر کودک مبتلا به «ای.دی.اچ.دی» در دامنه هوشی ۸۰-۱۲۰ که آماده و راضی برای مشارکت در فرآیند درمانگری بودند، انتخاب گردید. بهره هوش ۴۵ نفر در دامنه ۸۰-۹۵ و ۳۳ نفر در دامنه ۱۲۰-۱۰۵ بود.

چون منطبق طرح تحقیق که تحلیل واریانس عاملی بود ایجاب می کرد تا جایگزینی آزمودنیها در دو شرایط آزمایش، تصادفی باشد. برای رعایت جایگزینی تصادفی، نفر اول با بهره هوشی در دامنه ۸۰-۹۵ که بطور طبیعی اولین جلسه درمانگری را تجربه می کرد در معرض «درمانگری ترکیبی» قرار گرفت و نفر دوم همین سطح هوش در معرض «شناختی - رفتاری» و نفر سوم در معرض «ترکیبی» و این امر تا آخرین نفر سطح هوشی ۸۰-۹۵ عمل گردید.

همچنین اولین آزمودنی «ای.دی.اچ.دی» با بهره هوشی ۱۰۵-۱۲۰ که اولین جلسه درمانگری دریافت می کرد نیز در معرض «درمانگری ترکیبی» قرار گرفت و دومین در معرض «شناختی - رفتاری» و سومین در معرض درمانگری «ترکیبی» و همینطور براساس ترتیب برگزاری اولین جلسه درمانگری آزمودنیها بر این منوال در شرایط آزمایش قرار گرفتند. بدین ترتیب سوگیری در جایگزینی آزمودنیها در دو شرایط آزمایش دخالت نداشت بلکه جایگزینی تصادفی صورت گرفت.

از مجموع ۷۷ آزمودنی «ای.دی.اچ.دی» که در فرآیند درمانگری وارد شدند، بتدریج تعدادی پس از جلسات اولیه به دلایل گوناگون از ادامه همکاری امتناع کردند و در نهایت حداقل ۴۰ کودک لازم برای اجرای طرح تا پایان دوره درمان یعنی تقریباً دهمین جلسه در دسترس بودند. پیگیری در مورد افرادی که قطع همکاری کردند نشان داد که اغلب آنها از سطح اجتماعی - فرهنگی - اقتصادی پائین تری نسبت به آزمودنیهایی که همکاری کردند، برخوردار بودند. اغلب آنان به دارو درمانگری روی آوردند و برخی نیز با بهبود نسبی پس از ۳-۴ جلسه انگیزه برای همکاری را از دست دادند.

#### مقیاس ها

مقیاس هایی که در این تحقیق استفاده شدند، عبارتند از: پرسشنامه نشانه شناسی



«ای.دی.اچ.دی» بر اساس ضوابط چهارمین مجموعه تشخیصی و آماری بیماری‌های روانی، پرسشنامه «راتر» فرم معلم، پرسشنامه «راتر» فرم والدین، آزمون هوش «وکسلر» کودکان، فرم تجدید نظر شده و انطباق و هنجاریابی در دانشگاه شیراز، پرسشنامه افسردگان کودکان «میرام تشرولنگ موشه»، پرسشنامه حرمت خود «آیس پپ»، پرسشنامه خط زدن حروف، پرسشنامه دقت «تولوز - بیرون»، آزمون «بندر - گشتالت».

### روش‌های درمانگری

الف) درمانگری شناختی - رفتاری:<sup>۲۳</sup> در این تحقیق بکارگیری مجموعه‌ای از فنون رفتاری همچون تقویت مثبت، تقویت منفی، تنبیه، اقتصاد پته‌ای، جریمه کردن با مجموعه‌ای از فنون شناختی همانند «آموزش خود - رهنموددهی»، «خود - بازیابی»<sup>۲۴</sup>، راهبردهای حل مسئله، «خود - تصحیح‌گری»<sup>۲۵</sup> و با «خود صحبت کردن درونی»<sup>۲۶</sup> تلقی شده است.

ب) درمانگری ترکیبی:<sup>۲۷</sup> درمانگری ترکیبی در این تحقیق به همه مفاهیم و فنون درمانگری روانشناختی به جز فنون شناختی - رفتاری گفته می‌شود. عمده‌ترین فنون بکارگرفته شده عبارتند از: بینش دهی؛ آموزش والدینی کردن آرام بخش در چارچوب مفاهیم «وینی کات»<sup>۲۷</sup>، «اشپیتز»<sup>۲۸</sup>، «انافروید»<sup>۲۹</sup> و «سالیوان»<sup>۳۰</sup>؛ آموزش «تعامل والدین - فرزندی» که ارضاکننده نیازهای انسانی و بنیادی کودک است و در روی آوردهای انسانی نگر مطرح هستند و همچنین اجرا تسلیحات درمان‌کننده این روی آوردها در جلسات درمانگری؛ مشاوره خانوادگی، حتی المقدور با مشارکت همه اعضای خانواده.

### نتایج

نتایج تحقیق بوسیله محاسبه آزمون t گروه‌های مستقل برای مقایسه میانگین ویژگیهای آسیب‌شناختی کودکان عادی و «ای.دی.اچ.دی» و تحلیل واریانس عاملی برای بررسی اثربخشی دو روش درمانگری با در نظر گرفتن سطح هوش و بدون در نظر گرفتن سطح هوش بدست آمده است.

محاسبه آزمون t گروه‌های وابسته برای مقایسه میانگین نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون متعاقب اعمال درمانگریها، و محاسبه آزمون t گروه‌های مستقل برای مقایسه میانگین نمرات

کودکان عادی و «ای.دی.اچ.دی» در ۱۰ پاره آزمون و سه بهره هوش «کلی»، «عملی» و «کلامی» در آزمون هوش «وکسلر» کودکان فرم تجدیدنظر شده بدست آمده است.

جدول ۱- آزمون ۴ مربوط به مقایسه بین میانگین‌های نمرات کودکان عادی و «ای.دی.اچ.دی»

(ADHD) و بررسی معنی‌داری آنها

آزمون‌ها وکسلر	آزمون ۴ مربوط به بررسی معنی‌داری میانگین‌ها			آزمون ۴ مربوط به بررسی معنی‌داری واریانس‌ها					فناخص آماری	
	نسبت اطمینان ۹۹٪ برای تفاوت	خطای معیاری	تفاوت میانگین	درجه آزادی	F	معنی‌داری	۴	۲		
حسرت خودعمومی	۵/۲۵	۲/۳۵	-/۵۵	۳/۸۰	-/۰۰۰	۹۸	۶/۸۷۸	-/۸۸۳	۰/۰۲	واریانس برابر واریانس نابرابر
	۵/۲۵	۲/۳۵	-/۵۵	۳/۸۰	-/۰۰۰	۹۷/۹۹۸	۶/۸۷۸			
حسرت خودتحصیلی	۳/۸۳	-/۹۷	-/۵۵	۲/۴۰	-/۰۰۰	۹۸	۴/۳۹۷	-/۲۳۱	۱/۲۵۰	واریانس برابر واریانس نابرابر
	۳/۸۳	-/۹۷	-/۵۵	۲/۴۰	-/۰۰۰	۹۶/۷۰۷	۴/۳۹۷			
حسرت خودجسمانی	۶/۲۶	۳/۶۲	۰/۵۰	۴/۹۴	-/۰۰۰	۹۸	۹/۷۹۴	-/۱۲۵	۲/۱۵۷	واریانس برابر واریانس نابرابر
	۶/۲۷	۳/۶۲	-/۵۰	۴/۹۴	-/۰۰۰	۸۸/۳۳۸	۹/۷۹۴			
حسرت خودخانوادگی	۵/۲۶	۲/۵۰	-/۵۲	۳/۸۸	-/۰۰۰	۹۸	۷/۳۹۳	-/۳۸۲	-/۷۷۰	واریانس برابر واریانس نابرابر
	۵/۲۶	۲/۵۰	-/۵۲	۳/۸۸	-/۰۰۰	۹۵/۶۶۸	۷/۳۹۳			
حسرت خوداجتماعی	۳/۰۲	-/۱۴	-/۵۵	۱/۵۸	-/۰۰۵	۹۸	۲/۸۷۴	-/۶۱۶	-/۲۵۴	واریانس برابر واریانس نابرابر
	۳/۰۲	-/۱۴	-/۵۵	۱/۵۸	-/۰۰۵	۹۷/۹۷۶	۲/۸۷۴			
حسرت خودکلی	۲۳/۲۲	۱۲/۴۶	۲/۰۵	۱۷/۸۴	-/۰۰۰	۹۸	۸/۷۱۸	-/۵۳۵	-/۳۸۷	واریانس برابر واریانس نابرابر
	۲۳/۲۲	۱۲/۴۶	۲/۰۵	۱۷/۸۴	-/۰۰۰	۹۵/۱۸۲	۸/۷۱۸			
بند-گفتار	-/۱۷۰	-۶/۲۲	-/۸۶	-۳/۹۶	-/۰۰۰	۹۸	-۲/۶۱۰	-/۰۰۲	۱۰/۳۱	واریانس برابر واریانس نابرابر
	-/۱۶۹	-۶/۲۲	-/۸۶	-۳/۹۶	-/۰۰۰	۸۶/۸۴۱	-۲/۶۱۰			
خط‌زدن حروف	۱۹/۸۲۹	۵/۶۳۱	۲/۷۰۲	۱۲/۷۳۰	-/۰۰۰	۹۸	۴/۷۱۱	-/۰۰۰	۲۱/۲۷	واریانس برابر واریانس نابرابر
	۱۹/۸۷۰	۵/۶۳۱	۲/۷۰۲	۱۲/۷۳۰	-/۰۰۰	۷۵/۶۸۹	۴/۷۱۱			
خط‌زدن مریمات	۱۹/۰۹۴	-۴/۰۵۲	۴/۴۰۶	۷/۵۲۰	-/۰۰۹	۹۸	۱/۷۰۷	-/۰۳۹	۴/۳۶۷	واریانس برابر واریانس نابرابر
	۱۹/۱۰۴	-۴/۰۵۲	۴/۴۰۶	۷/۵۲۰	-/۰۰۹	۹۴/۲۱۲	۱/۷۰۷			
السردهی کودکان	۱/۵۵	-۳۲/۹۵	۶/۵۷	-۱۵/۷۰	-/۰۰۹	۹۸	-۲/۳۹۱	-/۶۸۳	-/۱۶۷	واریانس برابر واریانس نابرابر
	۱/۵۵	-۳۲/۹۵	۶/۵۷	-۱۵/۷۰	-/۰۰۹	۹۷/۹۲۲	-۲/۳۹۱			
اضطراب	-/۲۲۹	-۱/۶۶۹	-/۳۶۵	-/۷۱۰	-/۰۰۵	۹۸	-۱/۹۴۵	-/۱۵۸	۲/۰۴۱	واریانس برابر واریانس نابرابر
	-/۲۲۹	-۱/۶۶۹	-/۳۶۵	-/۷۱۰	-/۰۰۵	۹۴/۳۹۵	-۱/۹۴۵			

نتایج مندرج در جدول ۱ مبنی بر محاسبه آزمون ۴ مربوط به مقایسه بین میانگین نمرات کودکان عادی و «ای.دی.اچ.دی» نشان می‌دهد که تفاوت میانگین‌های دو گروه کودکان عادی و «ای.دی.اچ.دی» به جز در «اضطراب» و «خط‌زدن مربعات دنباله‌دار» در بقیه موارد معنی‌دار است.

«حرمت خود عمومی»، تحصیلی، جسمانی، خانوادگی، اجتماعی و حرمت خودکلی کودکان مبتلا به «ای.دی.اچ.دی» از کودکان عادی بطور معنی داری پائین تر است. نمره خطای کودکان «ای.دی.اچ.دی» در آزمون «بندر - گشتالت» بطور معنی داری بیشتر از کودکان عادی است. سرعت و دقت کودکان «ای.دی.اچ.دی» در پرسشنامه «خط زدن حروف» از کودکان عادی بطور معنی داری پائین تر است. میزان افسردگی کودکان «ای.دی.اچ.دی» بطور معنی داری بالاتر از کودکان عادی است. در همه موارد مقایسه ها در سطح یک درصد معنی دار است جز در مورد «افسردگی» که در سطح ۵ درصد معنی دار است.

از بُعد حرمت خود بیشترین تفاوت میانگین مربوط به حرمت خود جسمانی،  $4/94$  و کمترین آن مربوط به حرمت خود اجتماعی،  $1/58$  است. حرمت خودکلی کودکان «ای.دی.اچ.دی»  $17/84$  نمره از کودکان عادی کمتر است. آنها بطور متوسط  $3/96$  نمره در آزمون بندر - گشتالت از کودکان عادی خطای بیشتری نشان داده اند و در خط زدن حروف  $12/73$  نمره از کودکان عادی کمتر بدست آورده اند.

با اینکه این کودکان  $7/52$  نمره در خط زدن مربعات دنباله دار کمتر از کودکان عادی کسب کرده اند ولی از نظر آماری در سطح ۵ درصد معنی دار نیست. اگر چه میزان افسردگی کودکان مبتلا به «ای.دی.اچ.دی»  $15/70$  نمره از کودکان عادی بیشتر است، ولی این تفاوت در سطح یک درصد معنی دار نیست بلکه فقط در سطح ۵ درصد معنی دار است. افزون بر این با اینکه میزان اضطراب کودکان «ای.دی.اچ.دی» از کودکان عادی، بیشتر است ولی با این تفاوت در سطح ۵ درصد هم معنادار نیست.

جدول ۲- تحلیل واریانس دو عاملی برای اثربخشی دو روش درمانگری

بر پرسشنامه DSMIV و «واتر» فرم معلم در دو سطح بهره هوش

مقایسه	آزمون بندر گشتالت DSMIV								
	مجموع	درجه	برابری	نسبت	مجموع	درجه	برابری	نسبت	مجموع
بهره هوش	۰/۶۲۵	۱	۰/۶۲۵	۰/۲۵۵	۰/۶۱۷	۰/۲۲۵	۰/۲۲۵	۰/۵۲	۰/۸۲۱
درمانگری	۹/۰۲۵	۱	۹/۰۲۵	۳/۶۸۰	۰/۰۶۲	۱۲۰/۲۵	۱۲۰/۶۲۵	۳۲/۶۲۰	۰/۰۰۰
تمامل هوش و درمانگری	۲/۰۲۵	۱	۲/۰۲۵	۳/۶۸۰	۰/۰۶۲	۱۱/۰۲۵	۱۱/۰۲۵	۲/۵۵۹	۰/۱۱۸
باقیمانده	۸۸/۳۰۰	۳۶	۲/۲۵۲			۱۵۵/۱۰۰	۳۶	۴/۳۰۸	
کل	۹۹/۹۷۳	۳۹	۲/۵۶۲			۳۰۶/۹۷۵	۳۹	۷/۸۷۱	



نتایج مندرج در جدول ۲ نشان می‌دهند که تعامل روش درمانگری با بهره‌هوش در سطح ۵٪ معنی‌دار نیست. زیرا نسبت F تعامل معنی‌داری را نشان نمی‌دهد، بنابراین اثربخشی هیچ یک از دو روش درمانگری «شناختی-رفتاری» و «ترکیبی» با توجه به سطح بهره‌هوش در تنظیم رفتار خانه و مدرسه‌ای که بوسیله پرسشنامه DSMIN و پرسشنامه راتر فرم معلم سنجیده شده است معنی‌دار نیست.

براساس تحلیل داده‌های حاصله از پرسشنامه‌های مذکور، درمانگری «شناختی-رفتاری» هم بر تنظیم رفتار خانه و مدرسه که بوسیله این دو پرسشنامه مورد ارزیابی قرار گرفته در کودکان مبتلا به «ای.دی.اچ.دی» بهره‌هوش متوسط بالا و متوسط پائین تأثیر متفاوت معنی‌داری ببار نمی‌آورد.

جدول ۳- تحلیل واریانس دو عامل برای اثربخشی دو روش درمانگری  
بر خطای آزمون بندرگشتالت و پرسشنامه خط زدن

پرسشنامه خط زدن حروف و مربعات دنباله‌دار					آزمون بندرگشتالت					مقیاسها
سطح	نسبت F	میانگین مجزوات	توجه آزرایی	مجموع مجزوات	سطح	نسبت F	میانگین مجزوات	توجه آزرایی	مجموع مجزوات	داخلیا
مربعات					مربعات					مربع
۰/۹۰۶	۰/۰۱۴	۲/۰۲۵	۱	۲/۰۲۵	۰/۳۹۸	۰/۷۶۱	۳/۶۰۰	۱	۳/۶۰۰	بهره‌هوش
۰/۱۳۴	۲/۳۴۵	۳۳۳/۵۰۶	۱	۳۳۳/۵۰۶	۰/۰۴۹	۲/۱۴۶	۱۹/۶۰۰	۱	۱۹/۶۰۰	درمانگری
۰/۲۰۲	۱/۶۸۸	۲۴۰/۱۰۰	۱	۲۴۰/۱۰۰	۰/۴۷۲	۰/۵۲۹	۲/۵۰۰	۱	۲/۵۰۰	تعامل هوش و درمانگری
		۱۲۲/۲۳۸	۳۶	۵۱۲۰/۵۶			۲/۷۲۸	۳۶	۱۷۰/۲۰۰	باقیمانده
		۱۴۶/۰۵۶	۳۹	۵۶۹۶/۱۹			۵/۰۲۳	۳۹	۱۹۵/۹۰۰	کل

نتایج مندرج در جدول ۳ نشان می‌دهند که تعامل روش درمانگری با بهره‌هوش در سطح ۵٪ معنی‌دار نیست. زیرا نسبت F تعامل معنی‌داری را نشان نمی‌دهد، بنابراین اثربخشی هیچ یک از دو روش درمانگری «شناختی-رفتاری» و «ترکیبی» با توجه به سطح بهره‌هوش در تقویت سازمان‌دهی ادراک دیداری-حرکتی که برابر با کاهش نمره خطای آزمون بندرگشتالت تلقی می‌گردد و در افزایش میانگین نمره پرسشنامه‌های خط زدن حروف و خط زدن مربعات دنباله‌دار که بمعنای میزان اثربخشی درمانگری «شناختی-رفتاری» بر بهبود توجه تلقی می‌شود معنی‌دار نیست.

جدول ۴- مقایسه زوجی بین پیش آزمون و پس آزمون در هفت متغیر وابسته برای بررسی اثربخشی درمانگری «ترکیبی»

متغیر	درجه آزادی	F	فاصله تفاوت با اطمینان ۹۹٪	خطای استاندارد میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	شاخص آماری آزمونها و پرسشنامهها
پرسشنامه DSMIV	۱۹	۲۱/۰۰۰	۴/۷۷۲۲	۳/۶۲۷۸	۰/۲۰۰۰	۰/۸۹۴۴	۲/۲۰۰۰
آزمون بندر - گشتالت	۱۹	۳/۴۵۵	۲/۲۸۵۲	۰/۲۱۴۸	۰/۳۶۱۸	۱/۶۱۸۲	۱/۲۵۰۰
پرسشنامه راتر فرم معلم	۱۹	۱۰/۲۲۱	۷/۵۱۹۷	۴/۲۸۰۳	۰/۵۶۶۲	۲/۵۳۱۹	۵/۲۰۰۰
پرسشنامه افسردگی کودکان	۱۹	۱/۸۸۶	۲۲/۶۶۵۳	-۵/۰۶۵۳	۰/۱۹۵۹	۲۳/۲۳۷۰	۹/۸۰۰۰
بخش اضطراب پرسشنامه راتر	۱۹	۵/۶۵۹	۲/۰۷۰۲	۰/۶۷۹۸	۰/۲۲۳۰	۱/۰۸۶۷	۱/۳۷۵۰
مربعات دنباله دار و حروف	۱۹	-۶/۱۲۹	-۲/۹۰۶۱	-۷/۹۹۳۹	۰/۸۸۹۲	۳/۹۷۶۶	-۵/۲۵۰۰
پرسشنامه حرمت خود	۱۹	-۱۲/۱۶۹	-۶/۲۶۰۷	-۹/۵۳۹۳	۰/۵۲۸۰	۲/۴۰۶۱	-۸/۰۰۰

باتوجه به نتایج جدول ۴ چنین استنباط می‌گردد که به جز «افسردگی»، بقیه متغیرها در اثر درمانگری ترکیبی با اطمینان ۹۹ درصد بهبود یافته‌اند. بنابراین درمانگری ترکیبی، اضطراب کودکان «ای.دی.اچ.دی» را با اطمینان ۹۹ درصد کاهش داده ولی در کاهش افسردگی با اطمینان ۹۵ درصد هم مؤثر نبوده است. افزون بر این در بهبود توجه، حرمت خود، سازمان‌دهی ادراک دیداری - حرکتی، رفتار خانه و مدرسه نیز درمانگری «ترکیبی» باعث بهبود شده است چراکه وضعیت کودکان «ای.دی.اچ.دی» قبل از اعمال درمانگری «ترکیبی» و پس از اعمال آن بطور معنی‌داری بهبود یافته است و آزمون با اطمینان ۹۹ درصد این بهبود را نشان می‌دهد.

جدول ۵- مقایسه زوجی بین پیش آزمون و پس آزمون در هفت متغیر وابسته

برای بررسی اثربخشی درمانگری «شناختی - رفتاری»

متغیر	درجه آزادی	F	فاصله تفاوت با اطمینان ۹۹٪	خطای استاندارد میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	شاخص آماری آزمونها و پرسشنامهها
پرسشنامه DSMIV	۱۹	۰/۲۷۹	۲/۵۲۷۳	۱/۹۷۲۷	۰/۲۲۶۵	۱/۹۹۶۷	۳/۲۵۰۰
آزمون بندر - گشتالت	۱۹	۲/۵۹۲	۲/۳۰۱۰	۰/۹۹۹۰	۰/۵۷۷۱	۲/۵۸۰۸	۲/۶۵۰۰
پرسشنامه راتر فرم معلم	۱۹	۶/۲۷۹	۳/۱۲۹۶	۱/۱۷۰۲	۰/۳۲۲۴	۱/۵۳۱۳	۲/۱۵۰۰
پرسشنامه افسردگی کودکان	۱۹	-۰/۹۵۰	۱۶۲/۳۸۵	-۳۲۳/۸	۸۲/۹۶۷۱	۳۷۹/۹۸	-۸۰/۷۰۰
بخش اضطراب پرسشنامه راتر	۱۹	۳/۲۶۲	۰/۹۵۸۸	۰/۲	۰/۱۵۱۶	۰/۶۷۸۱	۰/۵۲۵۰
مربعات دنباله دار و حروف	۱۹	-۳/۰۷۵	-۰/۷۵۲۹	-۲۱/۶۷	۳/۶۴۹۹	۱۶/۳۲۲۸	-۱۱/۲۲۵۰
پرسشنامه حرمت خود	۱۹	-۵/۳۹۱	-۱/۹۲۲۱	-۶/۲۷۵۹	۰/۷۶۰۵	۳/۴۰۱۲	-۲/۱۰۰۰

نتایج مندرج در جدول ۵ نشان می‌دهد که تمام مقایسه‌های بین میانگین‌های پیش آزمون و پس آزمون مربوط به هفت متغیر وابسته به جز متغیر «افسردگی» در سطح یک درصد معنی‌دار

است و این امر مبین تأثیر مثبت و بهبود دهنده درمانگری «شناختی - رفتاری» بر رفتار خانه و مدرسه، سازمان‌دهی ادراک دیداری - حرکتی، اضطراب، توجه و حرمت خود کودکان «ای.دی.اچ.دی» می‌باشد. اما درمانگری «شناختی - رفتاری» تأثیر معنی‌داری بر افسردگی کودکان «ای.دی.اچ.دی» نداشته است.

جدول ۶- آزمون t مربوط به مقایسه بین میانگین‌های نمرات کودکان عادی و «ای.دی.اچ.دی»

در پاره آزمونها و بهره‌هوش‌های وکسلر کودکان و بررسی معنی دار آنها

آزمونها و بهره‌هوش‌های وکسلر	شاخص آماری		آزمون آلوین برای بررسی برابری واریانس‌ها				آزمون آلوین برای بررسی برابری میانگین‌ها				
	F	معنی‌داری	I	رتبه آزمون	معنی‌داری	میانگین	تفاوت میانگین		خطای معیار	فاصله اعتماد ۱/۹۶ برای شکلات	
							بالا	پایین		بالا	پایین
اطلاعات	۱۲/۲۴۶	- / -۰۰۱	۱/۵۷۶	۹۸	- / -۱۱۸	۰/۹۰	- / -۵۷	- / -۶۰	۲/۴۰	۲/۴۰	۲/۴۰
تشابهات	۶/۰۲۴	- / -۰۱۶	۲/۸۸۵	۹۸	- / -۰۰۵	۱/۵۰	- / -۵۲	- / -۱۳	۲/۸۷	۲/۸۷	۲/۸۷
تغات	۱/۴۸۲	- / -۲۲۶	۱/۵۷۰	۹۸	- / -۱۲۰	۰/۶۶	- / -۲۲	- / -۲۴	۱/۷۶	۱/۷۷	۱/۷۷
حساب	۸/۷۹۴	- / -۰۰۴	۱/۴۶۹	۹۸	- / -۱۲۵	۰/۹۲	- / -۶۳	- / -۷۳	۲/۵۷	۲/۵۷	۲/۵۷
حافظه عددی	۲/۲۶۶	- / -۱۳۵	۱/۶۲۹	۹۸	- / -۱۰۷	۱/۰۲	- / -۶۳	- / -۶۲	۲/۶۶	۲/۶۷	۲/۶۷
تکمیل تصاویر	- / -۶۲۶	- / -۴۳۱	- ۱/۲۷۴	۹۸	- / -۲۰۶	- / -۷۶	- / -۵۹	- ۲/۳۲	- / -۸۰	- / -۸۰	- / -۸۰
تنظیم تصاویر	۰/۷۷۳	- / -۳۸۱	۱/۷۶۸	۹۸	- / -۰۸۰	- / -۸۲	- / -۴۶	- / -۴۰	۲/۰۴	۲/۰۴	۲/۰۴
طراحی با مکعب‌ها	۱/۳۳۳	- / -۲۵۱	۳/۶۶۰	۹۸	- / -۰۰۰	۲/۳۲	- / -۶۳	- / -۶۵	۳/۹۹	۳/۹۹	۳/۹۹
نماد نویسی	۹/۶۱۲	- / -۰۰۳	۴/۴۸۸	۹۸	- / -۰۰۰	۴/۷۲	- / -۵۰	۱/۹۶	۷/۴۸	۷/۴۹	۷/۴۹
مازها	- / -۰۲۹	- / -۸۲۵	- / -۴۰۶	۹۸	- / -۶۸۶	- / -۲۴	- / -۵۹	- / -۷۹	۱/۳۱	۱/۳۱	۱/۳۱
بهره‌هوش کلامی	۱۵/۱۹۹	- / -۰۰۰	۱/۲۴۵	۹۸	- / -۲۱۶	۴/۴۸	۳/۶۰	- ۲/۹۷	۱۳/۹۳	۱۴/۰۳	۱۴/۰۳
بهره‌هوش عملی	۲/۲۴۴	- / -۱۳۷	۳/۵۷۸	۹۸	- / -۰۰۱	۸/۲۸	۲/۳۱	- ۲/۲۰	۱۴/۳۶	۱۴/۳۷	۱۴/۳۷
بهره‌هوش کلی	- / -۵۱۵	- / -۴۷۵	- / -۴۰۹	۹۸	- / -۶۸۴	۲/۵۴	۶/۲۲	- ۱۳/۷۹	۱۸/۸۷	۱۹/۰۹	۱۹/۰۹

## Archive of SID

نتایج مندرج در جدول ۶ نشان می‌دهد که کودکان «ای.دی.اچ.دی» در سه پاره آزمون از ده پاره آزمون اجرا شده با اطمینان ۹۹ درصد نمره تراز شده پایین تری دارند. در بقیه پاره آزمون‌ها تفاوت معنی‌داری وجود ندارد.

این سه پاره آزمونی که کودکان «ای.دی.اچ.دی» بطور معنی‌داری ضعیف‌تر از کودکان عادی عمل نموده‌اند عبارتند از: پاره آزمون تشابهات، پاره آزمون طراحی با مکعب‌ها و پاره آزمون نمادنویسی. از بین این ۳ پاره آزمون، فقط در پاره آزمون نمادنویسی کودکان «ای.دی.اچ.دی» به اندازه ۴/۷۲ نمره تراز شده از کودکان عادی نمره کمتری بدست آورده‌اند که از نظر نشانه‌های روان‌عصب شناختی معنی‌دار است.

افزون بر این کودکان «ای.دی.اچ.دی» از نظر بهره هوش عملی نیز با اطمینان ۹۹ درصد از کودکان عادی ضعیف‌تر هستند. اما این ضعف برابر با ۸/۲۸ بهره هوش است که حداقل به ۱۵ بهره هوش نمی‌رسد بنابراین از نظر ضوابط روان‌عصب شناختی معنی‌دار نیست. از نظر بهره هوشی کلامی و بهره هوش کلی تفاوت معنی‌داری بین کودکان «ای.دی.اچ.دی» و عادی مشاهده نمی‌گردد اگر چه تا اندازه قابل توجهی میانگین بهره هوش کلامی و بهره هوش کلی کودکان «ای.دی.اچ.دی» از میانگین بهره هوش کلامی و بهره هوش کلی کودکان عادی کمتر است ولی این تفاوت از نظر آماری معنی‌دار نیست.

## بحث

یافته‌های این تحقیق نشان داده‌اند که در میزان اثربخشی دوروش درمانگری «شناختی- رفتاری» و «درمانگری ترکیبی» بر نشانه‌های درونی و بیرونی و شاخص‌های شناختی «ای.دی.اچ.دی» با توجه به سطح هوش، تفاوت معنی‌داری وجود ندارد، و در بهره‌مندی از این دوروش درمانگری، کودکان دارای بهره هوش متوسط بالا و کودکان با بهره هوش متوسط پایین با همدیگر تفاوت معنی‌داری نشان نمی‌دهند.

تحقیقات قبلی در این حیطه، تعامل سطح هوش با درمانگری‌های «شناختی- رفتاری» و «ترکیبی» را مورد مقایسه قرار نداده‌اند، اما بهره هوش متوسط و بالاتر را برای دریافت درمانگری‌های روانشناختی نسبت به دریافت درمانگری‌های دارویی ارجح تشخیص داده‌اند (اپن، هورن و اسمیت، ۱۹۹۱ به نقل از کروبر و مایر، ۱۹۹۶). یافته‌های این تحقیق پیشنهاد می‌کنند که

سطح هوش کودک «ای.دی.اچ.دی» در انتخاب درمانگری‌های شناختی - رفتاری یا ترکیبی نمی‌تواند مبنا باشد و این دو روش با توجه به سطح هوش کودک تأثیر متفاوتی بیار نمی‌آورند. همچنین نتایج این تحقیق نشان می‌دهد که در بهبود سازمان‌دهی ادراک «دیداری - حرکتی»<sup>۳۲</sup> کودکان «ای.دی.اچ.دی»، روش درمانگری شناختی - رفتاری از روش درمانگری ترکیبی اثربخشی بهتری بیار می‌آورد. اگرچه در تحقیقات قبلی بین دو روش شناختی - رفتاری و روش ترکیبی در بهبود سازمان‌دهی ادراک دیداری - حرکتی مقایسه‌ای صورت نگرفته است اما تحقیقات متعدد اثربخشی درمان شناختی - رفتاری را بر نشانه‌های مرضی «ای.دی.اچ.دی» از جمله ضعف سازمان‌دهی ادراک دیداری - حرکتی نشان داده‌اند (کنندال و براسول، ۱۹۸۲؛ داگلاس و همکاران، به نقل از هیوز، ۱۹۸۸). اما شاخص شناختی اندازه‌گیری شده دیگر در این تحقیق، متغیر توجه بود که اثربخشی درمانگری‌های شناختی - رفتاری و ترکیبی در بهبود آن تفاوت معنی‌داری نداشت و این یافته با یافته‌های قبلی قدری ناهم‌ساز است. این یافته می‌گوید درمانگری «شناختی - رفتاری» در درمانگری «ترکیبی» در بهبود یکی از نشانه‌های مرضی شناختی ارجح نیست. همچنین در این تحقیق بین اثربخشی دو روش درمانگری شناختی - رفتاری و ترکیبی بر بهبود رفتار خانه و مدرسه کودکان «ای.دی.اچ.دی» نتایج متفاوت بدست آمده است. در این تحقیق دو شاخص نمره پرسشنامه «راتر» فرم معلم و پرسشنامه مبتنی بر نشانه‌شناسی چهارمین مجموعه تشخیصی و آماری بیماری‌های روانی برابر با رفتار خانه و مدرسه کودک «ای.دی.اچ.دی» تلقی شده است. این دو روش درمانگری در کاهش نشانه‌های مرضی پرسشنامه مبتنی بر چهارمین مجموعه تشخیصی و آماری بیماری‌های روانی با همدیگر تفاوت معنی‌دار نداشتند ولی در کاهش نمره پرسشنامه «راتر» فرم معلم روش درمانگری شناختی - رفتاری از روش درمانگری ترکیبی مؤثرتر بوده است. اگرچه در تحقیقات قبلی بین درمانگری شناختی - رفتاری و درمانگری ترکیبی در زمینه اثربخشی بر رفتار خانه و مدرسه مقایسه‌ای صورت نگرفته ولی بین درمانگری شناختی - رفتاری و درمانگری حمایتی بر رفتار خانه و مدرسه تحقیقات مقایسه‌ای صورت گرفته که اثربخشی درمانگری شناختی - رفتاری بر خانه و مدرسه را بیشتر از درمانگری حمایتی مورد تأیید قرار می‌دهد. (فلینگر، و همکاران ۱۹۹۱ به نقل از کرونیگر و مایر، ۱۹۹۶).

یافته دیگر این تحقیق نشان داده است که هر دو روش روان‌درمانگری شناختی - رفتاری و



روان درمانگری ترکیبی باعث بهبود معنی دار در رفتار خانه و مدرسه، تقویت سازمان دهی ادراک دیداری - حرکتی، ابعاد «حرمت خود»<sup>۳۳</sup> توجه و اضطراب کودکان «ای.دی.اچ.دی» می شوند. یعنی هر دو مداخله در بهبود این متغیرها بطور معنی داری مؤثر واقع شده اند. این یافته نیز با مجموعه ای از تحقیقات قبلی که درمانگریهای روانشناختی را در درمان کودکان «ای.دی.اچ.دی» مؤثر نشان داده اند همساز است. اما تحقیقات قبلی روش درمانگری ترکیبی را به آن صورتی که در این تحقیق استفاده شده است بکار نبرده اند. این بخش از یافته های تحقیق پیشنهاد می کنند که در درمان ویژگیهای اصلی «ای.دی.اچ.دی» درمانگری غیر دارویی می تواند مؤثر واقع شود و تقریباً تفاوت معنی داری در اثربخشی روش های درمانگری روانشناختی بر «ای.دی.اچ.دی» وجود ندارد. بعلاوه اگر این دو روش با هم ترکیب شوند بی تردید سرعت و پایداری اثربخشی بیشتر خواهد شد. در این تحقیق همچنین میزان حرمت خود، توانایی سازمان دهی ادراک دیداری - حرکتی کودکان «ای.دی.اچ.دی» از کودکان عادی با اطمینان ۹۹ درصد کمتر و میزان افسردگی با اطمینان ۹۵ درصد بیشتر از کودکان عادی بدست آمده است. این یافته ها با یافته های «اسچلیفر» و همکاران، ۱۹۷۵؛ «بوهلین»، ۱۹۸۵؛ «هوسی» و همکاران، ۱۹۷۵؛ «ویس» و همکاران، ۱۹۷۸ تطابق دارند.

بالاخره به دیگر نتیجه این تحقیق مبنی بر تفاوت بین کودکان عادی و «ای.دی.اچ.دی» در پاره آزمونها و سه نوع بهره هوش در آزمون هوش «وکسلر» کودکان می توان اشاره کرد. مقایسه بین عملکرد کودکان «ای.دی.اچ.دی» و عادی در پاره آزمونهای وکسلر نشان داد که کودکان «ای.دی.اچ.دی» بطور معنی داری در پاره آزمون تشابهات، نمادنویسی، طراحی با مکعب ها و همچنین بهره هوش عملی از کودکان عادی ضعیف تر هستند. اما فقط در پاره آزمون نمادنویسی، کودکان «ای.دی.اچ.دی» به اندازه ۴/۷۲ نمره تراز شده یعنی بیش از ۳ نمره تراز شده از کودکان عادی نمره کمتری بدست آوردند. در پاره آزمون طراحی با مکعب ها و تشابهات این تفاوت به ترتیب ۱/۶۴ و ۱/۵۰ نمره تراز شده بود که از ۳ نمره تراز شده کمتر است. در بقیه پاره آزمونهای وکسلر کودکان و بهره هوش کلامی و کلی بین دو گروه تفاوت معنی داری بدست نیامد و دو گروه نمرات تقریباً برابر بدست آوردند. این یافته دلالت بر این دارد که می توان از «آزمون وکسلر» بخصوص از پاره آزمون «نمادنویسی» آن برای تشخیص کودکان «ای.دی.اچ.دی» استفاده کرد و این سه پاره آزمون و همچنین بهره هوش عملی این کودکان از بقیه پاره آزمونها و بهره هوش

کلامی ضعیف تر است. یعنی اختلال این کودکان بر عملکرد آنان در پاره آزمونهای وکسلر تأثیر منفی بجا می‌گذارد. به عبارت دیگر بهره هوش عملی کودکان «ای.دی.اچ.دی» گرچه از نظر آماری بطور معنی داری ضعیف تر از کودکان عادی است ولی به اندازه حداقل یک انحراف استاندارد آزمون وکسلر (۱۵ نمره) هم پایین تر نیست. با توجه به اعتبار آزمون وکسلر به عنوان یک آزمون روان عصب‌شناسی این یافته دلیلی بر عدم تأیید «آسیب‌های جزئی مغز»<sup>۳۳</sup> یا نادرست کنش‌وری جزئی مغز در کودکان «ای.دی.اچ.دی» است و این یافته با یافته‌های «راپاپورت» و «فرگوسن» (۱۹۸۲)، «تایلر» و «فیشر»<sup>۳۵</sup> (۱۹۶۷) به نقل از اسپرین و همکاران (۱۹۹۵) تطابق دارد.



یادداشت‌ها:

- |   |                                  |
|---|----------------------------------|
| 1- Hyperactivity                            | 2- Hoffman, H.                   |
| 3- Maladjusted                              | 4- Minimal Brain Dysfunction     |
| 5- Attention Deficit-Hyperactivity Disorder | 6- Psychosis                     |
| 7- Genetic underlyings                      | 8- Marsen, D.                    |
| 9- Stewart, M. A.                           | 10- Mac Namara, L.               |
| 11- Walker, E.                              | 12- Taylor, H. G.                |
| 13- Leunel, D.                              | 14- Neurobiochemical             |
| 15- Werry, J. S.                            | 16- Neurological                 |
| 17- Brain damage                            | 18- Meichenbaum, D.              |
| 19- Goodman, J.                             | 20- Kendall, P.                  |
| 21- Braswell, L.                            | 22- Cognitive behavioral therapy |
| 23- Self-instruction                        | 24- Self-monitoring              |
| 25- Self-correction                         | 26- Inner speech                 |
| 27- Eductic psychotherapy                   | 28- Winnicott, D. W.             |
| 29- Spitz, R.                               | 30- Freud, A.                    |
| 31- Sullivan, H. S.                         | 32- Visual-motoric percept       |
| 33- Self-steem                              | 34- Minimal brain damage         |
| 35- Fischer, M.                             |                                  |

منابع:

- پرون، م. و پرون، ر. (۱۳۷۶). روانشناسی بالینی. ترجمه پریخ دادستان و محمود منصور. انتشارات بعثت. تهران.
- دادستان، پریخ. (۱۳۷۶). روانشناسی مرضی تحولی. انتشارات سمت. تهران.
- دلاور، علی. (۱۳۷۷). مبانی نظری و عملی پژوهش در علوم انسانی و اجتماعی. انتشارات رشد. تهران.

- سونستن، مایکل. و همکاران. (۱۳۷۸). مشاوره و روان‌درمانی کودکان مشکل دار. ترجمه: سید ابوالقاسم مهری‌نژاد. انتشارات ابجد. تهران.
- شیولسن، جی. (۱۳۶۷). استدلال آماری در علوم رفتاری. ترجمه: علیرضا کیامنش. انتشارات بعثت. تهران.
- کله، پیترو. و همکاران. (۱۳۷۳). کودکان استثنائی. ترجمه: فرهاد ماهر. انتشارات آستان قدس رضوی. مشهد.
- گرات-مارنات، گری. (۱۳۷۳). راهنمای سنجش روانی. ترجمه: حسن پاشاشرینی و همکاران. انتشارات رشد. تهران.
- مای، لی، ر. (۱۳۷۳). شخصیت. ترجمه: محمود منصور. انتشارات دانشگاه تهران. تهران.
- منصور، محمود.؛ دادستان، پریرخ. و راد، مینا. (۱۳۶۵). لغت‌نامه روانشناسی. انتشارات ژرف. تهران.
- منصور، محمود. و دادستان، پریرخ. (۱۳۷۶). روانشناسی ژنتیک II. چاپ سوم. انتشارات رشد. تهران.
- منصور، محمود. (۱۳۷۸). روانشناسی ژنتیک، تحول روانی از کودکی تا پیری. انتشارات سمت. تهران.
- هیوز، جی. ان. (۱۳۷۵). روانشناسی بالینی کودک. ترجمه: بهمن نجاریان و همکاران. انتشارات مردمک. اهواز.

- Abikoff, H. (1987). An evaluation of cognitive-behavior therapy for hyperactive children in B. B. Lahey and A. E. Kazdin (Eds), *Advances in Clinical Child Psychology*. Vol. 10, pp. 171-216. New York: Plenum.
- Alden, E. R. , Mendeldorn, T. , Woodrum, D. E. , Wennberg, R. P. , Parks, C. R. & Hodson, W. A. (1972). *Morbidity and mortality of infants weighing less than 1,000 grams in an intensive care nursery*. *Pediatrics*, 50, 40.
- American Psychiatric Association. (1987). 1994. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3rd ed. Revised, 4th ed. *Washington: American Psychiatric Association*.
- Anastopoulos, A. D. & Barkley, R. A. (1988). Biological factors in attention deficit-hyperactivity disorder. *Behavior Therapist*, 11, 47.
- Bear, R. & Nietzel, M. T. (1991). Cognitive and behavioral treatment of impulsivity in children: A Meta - analytic review of the outcome literature. *Journal of Clinical Child Psychology* 20, 400-412.
- Berkly, R. A. (1990). *Attention deficit hyperactivity disorder: A handbook for Diagnosis and Treatment*, 2nd ed. New York: Guilford Press.
- Berkley, R. A. (1981). *Hyperactive children: A Handbook for Diagnosis and Treatment*. New York: Guilford Press.
- Berkly, R. A. (1991). Attention - deficit hyperactivity disorder, *Psychiatric Annals*. 21, 725-733.
- Berkly, R. A. (1991). Diagnosis and assessment of attention deficit hyperactivity disorder. *Comprehensive Mental Health Care*. 1, 27-43.
- Biederman, J. & Steingard, R. (1989). Attention- deficit hyperactivity disorder in adolescents. *Psychiatric Annals*, 19, 587-596.
- Bryhn, G. (1991). Attention deficit: A unity phenomenon? *Tidsskrift for Norsk Psykiologforening*, 28, 665.
- Cantwell, D. P. (1972). Psychiatric Illness in families of hyperactive children. *Archives of General Psychiatry*, 27, 414.

- Carlson, G. A. & Rapport, M. D. (1989). Diagnostic classification issues in attention-deficit hyperactivity disorder. *Psychiatric Annals*, 19, 576-583.
- Chelune, G. J. , Ferguson, W. , Koon, R. & Dickey, T. O. (1986). Frontal lobe disinhibition in attention deficit disorder. *Child Psychiatry and Human Development*, 16, 221.
- Cohen, R. A. (1993). *The neuropsychology of attention*. NewYork: Plenum.
- Conners, C. K. (1980). *Food additives and hyperactive children*. NewYork: Plenum.
- Danforth, J. S. , Barkley, R. A. & Stokes, T. F. (1991). Observations of parent-child interactions with hyperactive children: Research and clinical implications. *Clinical Psychology Review*, 11, 703-727.
- Dupaul, G. J. (1992). Behavioral treatment of Attention deficit hyperactivity disorder in the classroom. *Behavior Modification*, 16, 204-225.
- Feingold, B. F. (1975). Hyperkinesis and learning disabilities linked to artificial food flavors and colors. *American Journal of Nursing*, 75, 797.
- Frich, P. J. & Lahey, B. B. (1991). The nature and characteristics of attention-deficit hyperactivity disorder. *School Psychology Review*, 20, 163-173.
- Gruenewald-Zuberbier, E. , Gruenewald, G. , Rasche, A. & Netz, J. (1978). Contingent negative variation and alpha attenuation responses in children with different abilities to concentrate. *Electroencephalography and Clinical Neurophysiology*, 44, 37.
- Gruenewald-Zuberbier, E. , Gruenewald, G. & Rasche, A. (1975). Hyperactive behavior and EEG arousal reactions in children. *Electroencephalography and Clinical Neurophysiology*, 38, 149.
- Hachtman, L. , Weiss, G. & Metrados, K. (1978). Hyperactive individuals as young adults: current and longitudinal electroencephalographic evaluation and its relation to outcome. *Canadian Medical Association Journal*, 118, 919.
- Huessy, H. R. , Metoyer, M. & Townsend, M. (1974). 8-10 year Follow-up of 84 children treated for behavioural disorder in rural Vermont. *Acta Paedopsychiatrica*, 10, 230.
- Hynd, G. W. , Nieves, N. , Connor, R. T. & Stone, P. (1989). Attention deficit disorder with and without hyperactivity: Reaction time and speed of cognitive processing. *Journal of Learning Disabilities*, 22, 573.
- Johnson, J. A. (1981). The etiology of hyperactivity. *Exceptional Children*, 47, 348.
- Kessler, J. W. (1980). History of minimal brain dysfunction. in H. E. Rie & E. D. Rie (Eds), *Handbook of minimal brain dysfunction: A Critical View*-NewYork: Wiley.
- Kroneberger, W. G. & Meyer, R. G. (1996). *The child clinician's handbook*. Allyn & Bacon publication.
- Luk, S. E. , Leung, P. W. & Yuen, J. (1991). Clinic observation in the assessment of pervasiveness of childhood hyperactivity. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 32,833.
- Marshall, P. (1989). Attention deficit disorder and allety: A neurochemical model of the relation

- between the illnesses. *Psychological Bulletin*, 434.
- Mattes, J. A. & Gittelman, R. (1981). Effect of artificial food colorings in children with hyperactive symptoms. *Archives of Genrral Psychiatry*, 38, 414.
- Minde, K. , Lewin, D. , Weiss, G. , Lavigueur, H. , Douglas, V. & Sykes E. (1971). The hyperactive child in elementary school: A 5 year, controlled follow - up. *Exceptional Children*, 38, 215.
- Nicols, P. L. (1987). Minimal brain dysfunction and soft signs: The collaborative perinatal project in D. E. Tupper (Eds). *Soft neurological signs, orlando*: Grune & Stratton. p. 179.
- Posner, M. I. & Peterson, S. E. (1988). The attantion system of the human brain. *Annual Review of Neuroscience*, 345.
- Posner, M. I. & Rafal, R. D. (1987). Cognitive theories of attention and the rehabilitation of attentional deficits in M. J. Meier, A. L. Benton, & L. Diller (Eds). *Neuropsychological Rehabilitation*. NewYork: Guilford Press.
- Rapoport, J. L. & Ferguson, H. B. (1982). Biological validation of the hyperkinetic syndorme. *Annual progress in Child Psychiatry and Child Development*, 569.
- Richard, J. & Grandpre, L. (1999). Many neuroscient are all too quick to call ablipon a brain scan the reason for a behavior. *Journal of Sciences*, 6, 117.
- Rogeness, G. S. , Maas, J. W. , Javors, M. A. & Macedo, C. A. (1989). Attention deficit disorder symptoms and urine catecholamines. *Psychiatry Research*, 27, 241.
- Ross, D. M. & Ross, S. A. (1982). Hyperactivity: Current Issues, *Research and Theory*, NewYork: Wiley.
- Rutter, M. , Graham, P. & Yule, W. (1970). *A neuropsychiatric study in childhood*. London: Lavenham Press.
- Shaywitz, S. E. & Shaywitz, B. A. (1991). Introduction to the special series on attention deficit disorder. *Journal of Learning Disabilities*, 24, 68.
- Shekim, W. O. , Sinclair, E. , Glaser, R. & Horwitz, E. (1987). Norepinephrin and dopamine metabolites and educational variables with boys with attention deficit disorder and hyperactivity. *Journal of Child Neurology*, 2, 50.
- Spreen, O. & Risser, Anthony, H. & Ad Gall, Dorothy. (1995). *Developmental neuropsychology*. NewYork: Oxford University Press.
- Spreen, O. (1988). *Learning disabled children growing up: A follow-up into adulthood*. NewYork: Oxford university Press.
- Stamm, J. S. & Kreder, S. V. (1979). Minimal brain dysfunction: Psychological and neurophysiological disorders in hyperkinetic children. in M. S. Gazzaniga (Ed). *Neuropsychology*. NewYork: Plenum Press.
- Sykes, D. H. , Douglas, V. I. & Morgenstern, G. (1973). Sustained attention in hyperactive children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 14, 231.
- Wender, P. H. , Reimherr, F. W. & Wood, D. R. (1981). Attention deficit disorder (minimal brain

## Archive of SID

dysfunction) in adults. *Archives of General Psychiatry*, 38, 449.

Zametkin, A. J. & Rappaport, J. L. (1987). Neurobiology of attention deficit disorder with hyperactivity: *The American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 26, 676.

