

فصلنامه پژوهش‌های نوین روانشناختی

سال هشتم شماره ۳۲ زمستان ۱۳۹۲

## بررسی اثربخشی آموزش بازداری از پاسخ بر کاهش علائم زیرگروه ADHD مرکب، عمدتاً بی‌توجه و ADHD همراه با ODD

زینب خانجانی<sup>۱</sup>

توج هاشمی<sup>۲</sup>

پریا فاروقی<sup>۳</sup>

### چکیده

در تحقیقات، تفاوت میان زیرگروه‌های ADHD مطرح است. هدف از پژوهش حاضر بررسی اثربخشی آموزش بازداری از پاسخ بر کاهش علائم زیرگروه‌های ADHD مرکب، عمدتاً بی‌توجه و ADHD همراه با ODD در یک نمونه ۶ نفری مبتلا به این اختلال در محدوده سنی ۷-۱۰ ساله بود. با استفاده از روش نمونه‌گیری دردسترس و بهره‌گیری از مصاحبه بالینی و پرسشنامه علائم مرضی کودکان (CSI-4) و آزمون هوش ریون کودکان (دامنه هوشی ۹۰-۱۱۹) نمونه‌ها انتخاب و در یک بررسی تک موردی از نوع خط پایه چندگانه، فرایند درمان بر روی (۲ نفر گروه ترکیبی، ۲ نفر عمدتاً بی‌توجه، ۲ نفر ADHD همراه با ODD) انجام شد. یافته‌ها نشان داد که طی تحلیل دیداری نمودارها و نیز براساس شاخص‌های آمار توصیفی، آموزش بازداری از پاسخ موجب کاهش علائم ADHD نوع ترکیبی و ADHD عمدتاً بی‌توجه می‌شود. آموزش بازداری از پاسخ موجب کاهش معنی‌دار علائم زیرگروه ADHD/ODD نمی‌گردد.

**واژگان کلیدی:** آموزش بازداری از پاسخ، ADHD مرکب، ADHD عمدتاً بی‌توجه، ADHD همراه با ODD.

Email: zeynabkhanjani@yahoo.com

۱- عضو هیات علمی دانشگاه تبریز (نویسنده مسئول)

۲- عضو هیات علمی دانشگاه تبریز

۳- دانشجوی کارشناسی ارشد دانشگاه تبریز

## مقدمه

اختلال<sup>۱</sup> ADHD شایع‌ترین اختلال روانپزشکی در میان کودکان است. کودکان مبتلا به این اختلال بدون فکر عمل می‌کنند و قادر به برنامه‌ریزی نیستند، فوراً پاسخ می‌دهند و از رفتارهایی که تنبیه به دنبال دارد اجتناب نمی‌کنند (کازدین<sup>۲</sup>، ۱۹۹۹). راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی-ویراست چهارم با تجدیدنظر در متن (DSM-IV-TR) برای این اختلال، سه زیرگروه مطرح می‌کند عمدتاً بی‌توجه<sup>۳</sup>، عمدتاً بیش‌فعال<sup>۴</sup> و مرکب<sup>۵</sup> (سادوک و سادوک، ۱۳۸۷). همبودی در میان افراد نقص توجه - بیش‌فعالی / تکانشگری نیز پدیده‌ای بسیار شایع است به طوری که ۹۳٪ کودکان و بزرگسالان نقص توجه - بیش‌فعالی / تکانشگری، اختلالات همراه دارند. در مطالعه‌ای (فاران و همکاران، نقل از سارکیس<sup>۶</sup>، مارشال<sup>۷</sup>، سارکیس، ۲۰۰۵) نشان داده شد که در کودکان از نوع اختلال ADHD ترکیبی، میزان بالاتری از اختلال سلوک<sup>۸</sup> و بی‌اعتنایی<sup>۹</sup> مقابل‌های<sup>۹</sup> وجود دارد.

قبل از دهه ۱۹۶۰، نشانه‌های بی‌توجهی، برانگیختگی و تکانشگری و مسایل توأم با آنها را معمولاً به ضایعه مغزی نسبت می‌دادند (بارکلی<sup>۱۰</sup>، ۱۹۹۳، نقل از دادستان، ۱۳۸۶). در یکی از بزرگ‌ترین تبیین‌های نظری معاصر، اختلال نقص توجه - بیش‌فعالی / تکانشگری را ناشی از اشکال در کارکردهای اجرایی از قبیل حافظه‌کاری و بازداری<sup>۱۱</sup> می‌دانند (بارکلی، ۱۹۹۷؛ اسکاچار و همکاران، نقل از استرلان<sup>۱۲</sup>، سرگنت<sup>۱۳</sup>، ۲۰۰۵). به اعتقاد بارکلی، بازداری رفتاری<sup>۱۴</sup>، فرایندی عصب شناختی است که به کودکان کمک می‌کند تا پاسخ درنگیده<sup>۱۵</sup> بدهند. بازداری رفتاری سه فرایند به هم پیوسته را دربرمی‌گیرد:

- |   |                              |
|---|------------------------------|
| 1- Attention Deficit Hyperactivity Disorder | 2- Kazdin                    |
| 3- predominantly inattentive                | 4- predominantly hyperactive |
| 5- combined                                 | 6- Sarkis                    |
| 7- Marshall                                 | 8- conduct disorder          |
| 9- Oppositional defiant disorder            | 10- Barkley                  |
| 11- inhibition                              | 12- Oosterlaan               |
| 13- Sergeant                                | 14- behavioral inhibition    |
| 15- delay                                   | 16-                          |

(۱) بازداری پاسخ یا رویداد غالب؛ (۲) توقف پاسخ جاری و ایجاد فرصت درنگ در تصمیم‌گیری برای پاسخ دادن یا ادامه پاسخ؛ (۳) حفظ این دوره درنگ و پاسخ‌های خودفرمان که در این دوره اتفاق می‌افتد (کنترل تداخل). بارکلی (۱۹۹۷) معتقد است که مسأله بازداری کودکان نقص توجه-بیش‌فعالی/تکانشگری منجر به اختلال چهارعملکرد کارکرد اجرایی می‌شود که شامل: (۱) حافظه غیرکلامی (۲) حافظه کلامی (۳) خودتنظیمی هیجان، انگیزش، برانگیختگی (۴) نقص در سازمان‌بندی مجدد<sup>۱</sup> می‌باشد.

مطالعه صورت گرفته توسط هاشمی، علیلو، نعمتی سوگلی‌تپه و همکاران (۱۳۸۹) همگام با نظریه بارکلی نشان داد که فقط کودکان بیش‌فعال در سیستم بازداری رفتاری نقص دارند و کودکان دچار نقص توجه در مقایسه با کودکان بیش‌فعال عملکرد بهتری داشتند. مطالعات (نیکولز<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۰۴؛ باند و همکاران، ۲۰۰۵) نشان داد که کودکان نقص توجه-بیش‌فعالی/تکانشگری در آزمون‌هایی که بازداری را می‌سنجند از قبیل آزمون عملکرد پیوسته (CPT)<sup>۳</sup> و آزمون علامت-ایست<sup>۴</sup> عملکرد خوبی ندارند. همچنین ادریکال<sup>۵</sup>، دپاتی<sup>۶</sup>، هولان<sup>۷</sup> و همکاران (۲۰۰۵) در مقایسه زیرمجموعه‌های گروه نقص توجه-بیش‌فعالی/تکانشگری با گروه سالم از نظر کارکرد اجرایی، دریافتند که نوع ADHD ترکیبی در مقایسه با گروه کنترل و نوع عمدتاً بی‌توجه، در بازداری پاسخ و برنامه‌ریزی حرکتی مشکلات عمده دارند ولی مطالعات دیگر (چابیلداس<sup>۸</sup> پنینگتون<sup>۹</sup>، ویلکات<sup>۱۰</sup> و همکاران ۲۰۰۱؛ گیرتس<sup>۱۱</sup>، ورته<sup>۱۲</sup>، اوسترلان و همکاران ۲۰۰۵؛ ورت<sup>۱۳</sup>، گیرتس<sup>۱۴</sup> و رویرز<sup>۱۵</sup> و همکاران ۲۰۰۶) نشان داد که پروفایل ADHD از نوع ترکیبی و عمدتاً بی‌توجه در سرعت پردازش، بازداری و گوش به زنگی<sup>۱۶</sup> شبیه به هم است.

روش‌های مختلف و متنوعی از قبیل دارودرمانی، درمان شناختی و رفتاری برای درمان

1- reconstitution	2- Nichols
3- Continuous Performance Test	4- stop-signal
5- O'Driscoll	6- De'patie
7- Holahan	8- Chhabildas
9- Pennigton	10- Willcutt
11- Geurts	12- Verte
13- Verté	14- Geurts
15- Roeyers	16- vigilance

کودکان ADHD مطرح شده است. آموزش کنترل تکانه<sup>۱</sup> نیز یک مداخله شناختی رفتاری است که در آن به فرد آموزش داده می‌شود که زمان رویارویی با محرک، تمام اطلاعات موجود را امتحان و بررسی کند و با در نظر گرفتن پیامد پاسخ، پاسخ خود را به تأخیر اندازد. پوشنه<sup>۲</sup>، غباری بناب<sup>۳</sup>، حسن‌زاده نامین<sup>۴</sup> (۲۰۱۰) در مطالعه خود بر روی ۴۰ کودک مبتلا به این اختلال دریافتند که آموزش کنترل تکانه، توجه را در این کودکان بهبود می‌بخشد. رفتار تکانشی کودکان نقص توجه-بیش‌فعالی/تکانشگری به دلیل ضعف کنترل پاسخ است که آموزش کنترل تکانه، این رفتارهای ایذایی را کاهش و توجه را بهبود می‌بخشد. رضازاده، کلانتری، نشاط‌دوست (۱۳۸۶) در پژوهش خود بر روی ۳۰ نفر از دانش‌آموزان پسر پایه اول، دوم، سوم ابتدایی به بررسی تأثیر آموزش بازی‌های آموزش تمرکز فکر بر کاهش شدت علائم اختلال کمبود توجه-بیش‌فعالی نوع مرکب پرداختند، نتایج، نشانگر کاهش معنی‌دار علائم بیش‌فعالی-تکانش‌گری همراه با کمبود توجه بود. مطالعه فلیک<sup>۵</sup> (۱۹۹۸) نشان داد که تنش‌زدایی و آموزش کنترل تکانه مشکلات نقص توجه و تکانشگری کودکان ADHD را برطرف می‌کند. جونز<sup>۶</sup> (۱۹۹۸) گزارش کرده است که آموزش کنترل تکانه، توجه و خودکنترلی را در کودکان نقص توجه-بیش‌فعالی/تکانشگری افزایش می‌دهد. اورگان<sup>۷</sup> (۲۰۰۵) نیز گزارش کرده که مداخلات رفتاری با کنترل تکانه، تکانش‌گری را کاهش و توجه را بهبود می‌بخشد که این نتایج توسط صاحبان، امیری، کجیاف و همکاران (۱۳۸۹) تایید شده است. یافته ون گوزن<sup>۸</sup>، کوهن کتنیس<sup>۹</sup>، اسنوک هلدک<sup>۱۰</sup> و همکاران (۲۰۰۴) بر روی کودکان ۷ تا ۱۲ ساله نشان داد که کودکان دچار بی‌اعتنایی مقابله‌ای و ADHD همراه با بی‌اعتنایی مقابله‌ای در کنترل بازداری مشکلی ندارند بلکه مشکل آنها در تنظیم رفتارهای مرتبط با بازداری انگیزشی<sup>۱۱</sup> است. همراهی اختلال بی‌اعتنایی مقابله‌ای و یا اختلال سلوک با نقص توجه-بیش‌فعالی/تکانشگری موجب پیچیده‌تر شدن سیر و تشخیص نقص توجه-بیش‌فعالی/تکانشگری

1- impulse control

3- GhobariBonab

5- Flick

7- Oragan

9- Cohen-Kettenis

11- motivational inhibitory

2- Poushaneh

4- HasanzadehNamin

6- Jones

8- Van Goozen

10- Snoek Helddeke

شده و می‌تواند منجر به فقدان پاسخ درمانی به داروهای محرک گردد (کارلسون، نقل از حبرانی و بهدانی، ۱۳۸۴). تورل<sup>۱</sup>، والستد<sup>۲</sup> (۲۰۰۶)؛ نشان دادند که کودکان نقص توجه - بیش‌فعالی/تکانشگری در حافظه کاری، بازداری، سیالی کلامی<sup>۳</sup> ضعیف هستند ولی چنین ارتباطی بین بی‌اعتنایی مقابله‌ای خالص و عملکرد اجرایی وجود ندارد. اوزونف، پنینگتون (نقل از اوسترلان و همکاران، ۲۰۰۵) مطرح کرده‌اند که مطالعاتی که از مشکل کارکرد اجرایی در دانش‌آموزان بی‌اعتنایی مقابله‌ای و اختلال سلوک حمایت می‌کند در واقع همبودی این اختلال را با اختلال نقص توجه - بیش‌فعالی/تکانشگری کنترل نکرده بودند. همچنین مطالعه اسکیرز<sup>۴</sup>، اوسترلان، سرگنت (۲۰۰۳) نشان داد که کودکان نقص توجه - بیش‌فعالی/تکانشگری و نقص توجه - بیش‌فعالی/تکانشگری همراه با بی‌اعتنایی مقابله‌ای پردازش پاسخ کندتری نسبت به گروه کنترل دارند ولی تفاوت معنی‌داری بین هیچکدام از زیرگروه‌های نقص توجه - بیش‌فعالی/تکانشگری، بی‌اعتنایی مقابله‌ای و نقص توجه - بیش‌فعالی/تکانشگری همراه با بی‌اعتنایی مقابله‌ای و گروه کنترل از نظر بازداری از پاسخ وجود ندارد.

زمانی تصور می‌شد نقص توجه - بیش‌فعالی/تکانشگری به سادگی در نوجوانی از بین می‌رود ولی مطالعات طولی، این باور را به چالش کشیده‌اند (بارکلی و همکاران، ۲۰۰۲، نقل از دیویسون و دیویسون، ۱۳۸۸؛ سارکیس<sup>۵</sup> و همکاران، ۲۰۰۵). با توجه به پیشینه نظری و پژوهشی متناقض در خصوص نقص بازداری از پاسخ در زیرگروه‌های ADHD و ODD همراه با ADHD، لذا یافته این پژوهش به حل تناقضات کمک می‌کند، از سوی دیگر در مورد بررسی اثربخشی آموزش بازداری از پاسخ در زیرگروه‌های ADHD و ADHD همراه با ODD مطالعه‌ای صورت نگرفته است و لذا انجام پژوهش حاضر تازگی داشته و می‌تواند به گسترش دانش کمک کند. از سوی دیگر، اگر سودمندی این روش ثابت شود، در آینده می‌توان از آن برای آموزش والدین و مربیان و یا مشاوران استفاده کرد و به تبع آن از بروز مشکلات آتی جلوگیری کرد. سوال اول پژوهش حاضر

1- Thorell

3- verbal fluency

5- Sarkis

2- wahlstedt

4- Scheres

این بود: آیا آموزش بازداری از پاسخ موجب کاهش شدت علائم اختلال ADHD نوع مرکب می‌شود؟ سوال ۲: آیا آموزش بازداری از پاسخ موجب کاهش شدت علائم اختلال ADHD عمدتاً بی‌توجه می‌شود؟ سوال ۳: آیا آموزش بازداری از پاسخ موجب کاهش شدت علائم اختلال ADHD همراه با ODD می‌شود؟

### روش تحقیق

#### جامعه و نمونه آماری

جامعه آماری پژوهش حاضر، کلیه دانش‌آموزان پسر مبتلا به ADHD عمدتاً بی‌توجه و مرکب و ADHD همراه با ODD در دامنه سنی ۷-۱۰ ساله بود که در سال تحصیلی ۹۰-۹۱ در مدارس ابتدایی شهر تبریز مشغول به تحصیل بودند. از کل جامعه آماری مورد نظر تعداد ۶ نفر به عنوان آزمودنی انتخاب گردید. در این پژوهش جهت بررسی فرضیه از طرح پژوهشی تک‌آزمودنی با خط پایه چندگانه استفاده شده است. روش نمونه‌گیری در این پژوهش، در دسترس بود و برای انتخاب نمونه محدودیت سنی ۷ تا ۱۰ ساله و ضریب هوش در دامنه ۹۰-۱۱۴ و جنسیت پسر در نظر گرفته شد.

#### ابزارهای اندازه‌گیری

در این پژوهش به منظور جمع‌آوری داده‌ها از ابزار پرسشنامه علائم مرضی کودکان (CSI-4) و برای اجرای آموزش بازداری از پاسخ از بسته درمانی محقق ساخته آموزش بازداری از پاسخ استفاده شد.

پرسشنامه علائم مرضی کودکان: یک مقیاس درجه‌بندی رفتار است که اولین بار در سال ۱۹۸۴ توسط اسپیرافکین و گادو بر اساس طبقه‌بندی DSM-III به منظور غربالگری ۱۸ اختلال رفتاری و هیجانی در کودکان ۵ تا ۱۲ سال طراحی شد و در سال ۱۹۹۴ با چاپ چهارم DSM-IV با تغییرات اندکی مورد تجدیدنظر قرار گرفت و به نام CSI-4 منتشر شد. این پرسشنامه دارای دو فرم والد و معلم است. فرم والدین دارای ۱۱۲ سوال است که برای ۱۱ گروه عمده و یک گروه اضافی از اختلالات رفتاری تنظیم

شده و فرم معلم دارای ۷۷ سوال است که ۹ گروه عمده از اختلالات رفتاری را دربر می‌گیرد. هر یک از این گروه‌ها زیرمجموعه خاص خود را داشته و شامل سوالات مربوط به خود است. در تحقیق نشاط دوست، کلاتتری و پاشا سلطانی (۱۳۸۰) اعتبار این پرسشنامه با استفاده از روش تنصیف برای فرم معلمان ۰/۹۱ و برای فرم والدین ۰/۸۵ به دست آمد. پژوهشی که گرایسون و کارلسون<sup>۱</sup> (۱۹۹۱) بر روی CSI-3R انجام گرفت حساسیت آن برای اختلال اختلال کاستی توجه و بیش‌فعالی ۰/۷۷ و برای بی‌اعتنایی مقابله ای ۰/۹۳ گزارش شد.

**بسته درمانی آموزش بازداری از پاسخ:** به منظور آموزش بازداری از پاسخ، محقق درصدد تهیه بسته آموزش بازداری از پاسخ بر آمد. بدین منظور از منابعی مانند: بررسی اثر کوتاه مدت آموزش کارکرد اجرایی بر کاهش نشانه‌های کمبود توجه و بیش‌فعالی در دانش‌آموزان پسر ابتدایی شهر اصفهان (۱۳۸۹)، درمان اختلالات دیکته نویسی نوشته دکتر مصطفی تبریزی (۱۳۸۷)، چگونه با کودک رفتار کنم نوشته گاربر (۱۳۸۷)، پرورش توانایی‌های ذهنی نوشته تبریزی و احمدایی (۱۳۹۱)، کاردرمانی در عقب‌ماندگی ذهنی نوشته فرهد (۱۳۸۴) استفاده گردید. این بسته درمانی برای ده جلسه آماده گردید.

### روش اجرای پژوهش

با توجه به روش نمونه‌گیری دردسترس، یک مدرسه غیرانتفاعی ابتدایی پسرانه انتخاب شد. سپس دانش‌آموزانی که در محدوده سنی ۷-۱۰ سال و از نظر نمره هوشی (۹۰-۱۱۹) بودند و در حال حاضر دارو مصرف نمی‌کردند به عنوان آزمودنی انتخاب گردیدند. سپس برای تشخیص دانش‌آموزان، براساس ملاک‌های DSM-IV با معلمان مصاحبه انجام گرفت و دانش‌آموزان مشکوک به این اختلال شناسایی شدند و از والدین این دانش‌آموزان خواسته شد پرسشنامه CSI-4 را تکمیل کنند و نتایج حاصل از پرسشنامه مورد بررسی قرار گرفت. بر اساس ارزیابی‌های صورت گرفته و با توجه به خط برش (نمره ۹ برای اختلال ADHD نوع عمدتاً بی‌توجه و مرکب، نمره ۵ برای اختلال

1- Grayson & Carlson

بی‌اعتنایی مقابله‌ای) ۶ نفر واجد شرایط بودند. قبل از اعمال مداخله درمانی-آموزشی، ارزیابی اولیه از نشانه‌های این اختلال بر اساس پرسشنامه CSI-4 به عمل آمد و نتایج این ارزیابی، خط پایه مداخلات را مشخص کرد. آزمودنی‌ها، بعد از سه خط پایه وارد درمان شدند، مداخله درمانی-آموزشی تحت عنوان آموزش بازداری از پاسخ، به مرحله اجرا گذارده شد. لازم به ذکر است که مداخله، به صورت تک آزمودنی به مرحله اجرا درآمد. پس از اجرای آموزش، دوباره پرسشنامه CSI-4 توسط والدین در مورد هر دانش آموز تکمیل گردید.

### یافته‌های پژوهش

در این پژوهش داده‌های مربوط به تغییرات درمانی (براساس پرسشنامه ارائه شده) به صورت ترسیمی مورد بررسی قرار گرفته‌اند. همچنین اندازه اثر<sup>۱</sup>، درصد بهبودی<sup>۲</sup> (در مواردی که هدف، کاهش رفتار است) مورد استفاده قرار گرفت. اندازه اثر صرفاً نمایانگر قدرت رابطه بین دو مجموعه متغیر است که در این پژوهش با استفاده از روشی که مبتنی بر میانگین و انحراف استاندارد داده‌ها است (کوهن<sup>۳</sup>)، محاسبه شد (کوهن، ۱۹۸۸؛ به نقل از بیسون<sup>۴</sup> و رابی<sup>۵</sup>، ۲۰۰۶). اندازه اثر کمتر از ۰/۴۱ نشانگر عدم اثربخشی، ۱/۱۵-۰/۴۱ اثربخشی متوسط، ۱/۱۵-۲/۷۰ اثربخشی قوی را نشان می‌دهد. (فرگوسان<sup>۶</sup>، ۲۰۰۹). برای محاسبه درصد بهبودی در زمینه علایم بالینی از فرمول  $AO-AI/AO = \Delta A\%$  استفاده شد (اگلز<sup>۷</sup>، لونر<sup>۸</sup> و بنستیل<sup>۹</sup>، ۲۰۰۱).

در این فرمول بهبودی ۵۰٪ یا بیشتر بر اساس فرمول معنی‌دار است. همچنین در صورتی که نمره فرد پس از مداخله پایین‌تر نقطه برش باشد، نتایج به لحاظ بالینی معنی‌دار خواهد بود (کازدین<sup>۱</sup>، ۱۹۹۹).

1- effect size  
3- Cohen  
5- Robay  
7- Ogless  
9- Benesteele

2- mean percentage of improvement  
4- Beeson  
6- Ferguson  
8- Lunner



جدول (۱) اطلاعات جمعیت شناختی سن، جنس، میزان تحصیلات آزمودنی‌ها و والدین

گروه	آزمودنی	سن	جنس	میزان تحصیلات آزمودنی	میزان تحصیلات والدین	هوش
ADHD ترکیبی	اول	۸ساله	مرد	دوم ابتدایی	لیسانس	۱۰۰
ADHD ترکیبی	دوم	۸ساله	مرد	دوم ابتدایی	لیسانس	۹۸
عمدتاً بی‌توجه	سوم	۹ساله	مرد	سوم ابتدایی	لیسانس	۱۰۰
عمدتاً بی‌توجه	چهارم	۹ساله	مرد	سوم ابتدایی	دیپلم	۱۰۲
ODD/ADHD	پنجم	۱۰ساله	مرد	چهارم ابتدایی	لیسانس	۱۱۱
ADHD/ODD	ششم	۱۰ساله	مرد	چهارم ابتدایی	دیپلم	۱۱۴

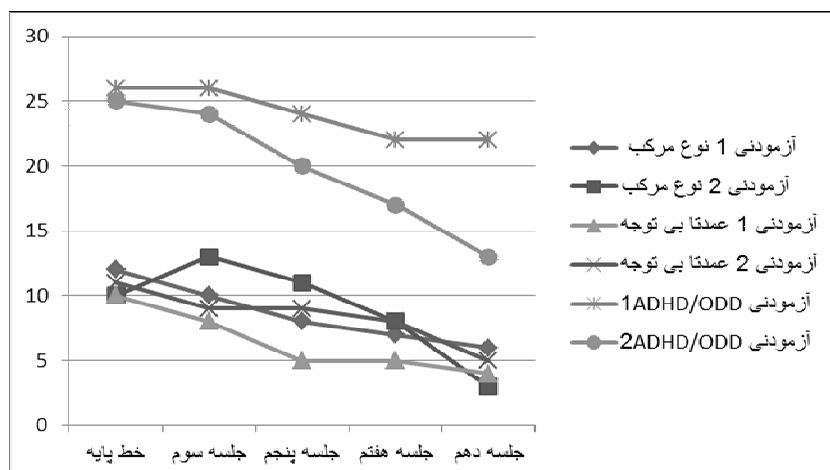
با توجه به جدول ۱ ملاحظه می‌شود که هر دو آزمودنی گروه ترکیبی ۸ ساله، مرد و در پایه دوم ابتدایی بودند همچنین میزان تحصیلات والدین هر دو آزمودنی گروه ترکیبی، لیسانس بوده است. آزمودنی‌های گروه عمدتاً بی‌توجه ۹ ساله، مرد و در پایه سوم ابتدایی بودند. بهره هوشی آزمودنی اول از گروه عمدتاً بی‌توجه، ۱۰۰ و آزمودنی دوم ۱۰۲ و میزان تحصیلات والدین گروه عمدتاً بی‌توجه و ADHD/ODD برای آزمودنی اول، لیسانس و آزمودنی دوم، دیپلم بود. آزمودنی‌های گروه ADHD/ODD ۱۰ ساله، مرد و در پایه چهارم ابتدایی بودند.

جدول (۲) درصد بهبودی آزمودنی‌های گروه ترکیبی و ADHD عمدتاً بی‌توجه و ADHD همراه با ODD در ارزیابی نهایی

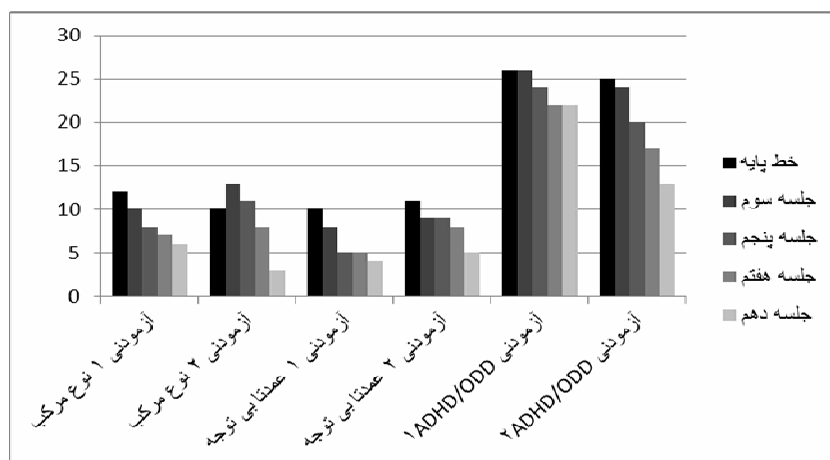
درصد بهبودی	آزمودنی اول	آزمودنی دوم
نوع مرکب	٪۵۰	٪۷۰
ADHD عمدتاً بی‌توجه	٪۶۰	٪۵۴
ADHD همراه با ODD	٪۱۵	٪۴۸

جدول (۳) میزان اثربخشی درمان گروه ترکیبی و ADHD عمدتاً بی‌توجه و ADHD همراه با ODD

میزان اثر	آزمودنی اول	آزمودنی دوم
نوع مرکب	۱/۶۶	۰/۵۰
ADHD عمدتاً بی‌توجه	۱/۵۵	۱/۱۹
ADHD همراه با ODD	۱/۰۲	۱/۴۵



نمودار (۱) نمرات آزمودنی‌های گروه ترکیبی و ADHD عمدتاً بی‌توجه و ADHD همراه با ODD در جلسات پایه و درمان



نمودار (۲) نمرات آزمودنی‌های گروه ترکیبی و ADHD عمدتاً بی‌توجه و ADHD همراه با ODD در جلسات پایه و درمان

همان‌طور که در جدول ۲ نشان داده شده است آزمودنی دوم در گروه ترکیبی درصد بهبودی بیشتری نسبت به آزمودنی اول گروه ADHD ترکیبی نشان داده است و آزمودنی اول در گروه عمدتاً بی‌توجه بهبودی بیشتری نشان داده است. اثربخشی آموزش بازداری از پاسخ برای آزمودنی اول گروه ترکیبی ۱/۶۶ بوده و این اثربخشی در حد متوسط به بالا و برای آزمودنی دوم ۰/۵۰ که در حد متوسط است. با توجه به اینکه در آزمودنی دوم گروه مرکب، انحراف استاندارد نمرات (نوسان بین نمرات) بالا بوده لذا میزان اثر، کاهش یافته است. اثربخشی آموزش بازداری از پاسخ برای آزمودنی اول مبتلا به نقص توجه برابر با ۱/۵۵ و برای آزمودنی دوم ۱/۱۹ است که بیانگر اثربخشی متوسط به بالاست. اثربخشی آموزش بازداری از پاسخ برای آزمودنی ADHD/ODD اول برابر با ۱/۰۲ و برای آزمودنی دوم ۱/۴۵ است.

مبتنی بر مندرجات جدول ۱ (درصد بهبودی) و نمودارهای ۱ و ۲، در پاسخ به سوالات ۱ و ۲ می‌توان استنباط نمود که اثربخشی مداخله اعمال شده در دو گروه ADHD مرکب و عمدتاً بی‌توجه از نظر بالینی معنی‌دار است. در پاسخ به سوال ۳، نمودارها و جداول (درصد بهبودی) نشان می‌دهند که آموزش بازداری از پاسخ چندان موجب کاهش شدت علائم اختلال ADHD همراه با ODD نشده است.

### بحث و نتیجه‌گیری

یافته‌ها حاکی از آن بود که آموزش بازداری از پاسخ موجب کاهش شدت علائم اختلال ADHD نوع مرکب و ADHD عمدتاً بی‌توجه شده است. این مطلب با یافته بارکلی (۱۹۹۷)، چاپیلداس و همکاران (۲۰۰۱)، داوست و همکاران (۲۰۰۲)، اسکیرز و همکاران (۲۰۰۳)، نیکولز و همکاران (۲۰۰۴) تورل و همکاران (۲۰۰۶)، ویلکات و همکاران (۲۰۰۵)، اودریکال و همکاران (۲۰۰۵)، براون (۲۰۰۶)، فلیک (۱۹۹۸)، مارکوویتز و همکاران (۲۰۱۱) رضازاده و همکاران (۱۳۸۶)، ورت و همکاران (۲۰۰۵)، پوشنه و همکاران (۲۰۱۰) که هرکدام به‌نحوی به نقص بازداری رفتاری در گروه ADHD و اثربخشی آموزش بازداری از پاسخ اشاره دارند همخوانی دارد. توضیح اینکه، مطابق مدل

بارکلی، بزرگ‌ترین مشکل کودکان ADHD نقص در بازداری رفتاری است و در واقع اختلال ADHD با به تأخیر انداختن رشد بازداری، موجب تأخیر در رشد دیگر کارکردهای اجرایی می‌شود که نقش خودتنظیمی دارند و به نوبه خود باعث عدم بازداری حرکتی و رفتارهای تکانشی و سپس نقص توجه در این کودکان می‌گردد. به اعتقاد او، بازداری رفتاری<sup>۱</sup>، فرایندی عصب شناختی است که به کودکان کمک می‌کند تا پاسخ درنگیده<sup>۲</sup> بدهند. به نظر بارکلی، بازداری رفتاری، تصمیم به پاسخدهی به یک حادثه را به تأخیر می‌اندازد، در این فرایند تأخیر، اعمال خودگردان به وقوع می‌پیوندند و به شکل‌گیری کارکردهای اجرایی منتهی می‌شود. در مدل نظری بارکلی (۱۹۹۷) بازداری رفتاری به عنوان نقطه شروع برای فعالیت‌های سیستم کارکرد اجرایی ایفای نقش می‌کند. به این معنی که وقوع نقص کارکردی در بازداری رفتاری به نقص در فعالیت سیستم کارکرد اجرایی منتهی می‌شود و در نتیجه موجب محدودیت ظرفیت افراد برای خودتنظیمی می‌شود. در تکنیک‌های انتخاب پاسخ صحیح و ارائه پاسخ در زمان مناسب و... که در بسته درمانی حاضر مورد استفاده قرار گرفته، به کودک آموزش می‌دهد علاوه بر انتخاب پاسخ صحیح، باید پاسخ خود را در زمان مناسب ارائه دهد و سایر پاسخ‌های نامربوط خود را کنترل کند و لذا با آموزش بازداری از پاسخ، کودک از توانمندی لازم برای منتظر ماندن و توقف در پاسخ و عدم پاسخگویی به حوادث برخوردار می‌شود و علائم او مطابق با نظریه بارکلی کاهش می‌یابد.

یافته دیگر پژوهش حاضر مؤید آن بود که آموزش بازداری از پاسخ بر کاهش شدت علائم اختلال ADHD همراه با ODD موثر نیست. این مطلب با یافته بارکلی (۱۹۹۷)، کارلسون (نقل از حبرانی و بهدانی، ۱۳۸۴) ون گوزن و همکاران (۲۰۰۴)، سارکیس و همکاران (۲۰۰۵)، براون (۲۰۰۶) که هر کدام به نحوی نشان‌دهنده این است که ضعف در بازداری از پاسخ مختص کودکان ADHD است، هم‌سو می‌باشد. در مطالعه انجام گرفته توسط ون گوزن و همکاران (۲۰۰۴) کودکان دچار اختلال ODD و ADHD همراه با ODD در بازداری از پاسخ مشکلی نداشتند بلکه مشکل آنها در کارکرد اجرایی

1- behavioral inhibition

2- delay

خودتنظیمی رفتارهای انگیزشی بود. کارلسون (نقل از حبرانی و بهدانی، ۱۳۸۴) مطرح می‌کند که همراهی اختلال بی‌اعتنایی مقابله‌ای و یا اختلال سلوک با ADHD موجب پیچیده‌تر شدن سیر و تشخیص و درمان ADHD می‌شود و می‌تواند منجر به فقدان پاسخ درمانی به داروهای محرک گردد. ون گوزن و همکاران (۲۰۰۴) نیز مطرح می‌کنند که آنچه به عنوان همبودی اختلال ADHD و ODD نامیده می‌شود در واقع یک اختلال کیفی متفاوت است که مجموعه‌ای متفاوت از نقص‌های توجهی و یا شناختی را داراست و لذا متفاوت از کودکان ADHD است و لذا اثربخشی متفاوتی از درمان‌های موثر بر ADHD خواهد داشت. اگرچه روش آموزش بازداری از پاسخ بر ADHD موثر است اما براختلال همراه دیگر یعنی ODD تأثیر چندانی ندارد. احتمال دارد وجود ODD که همراه با نافرمانی و مخالفت‌جویی و سرزنش کردن دیگران به خاطر اشتباهات خود می‌باشد موجب شده است که کودک دستورات درمانگر را به‌طور کامل اجرا نکرده و دستورات عمل‌ها را مورد تمرین قرار نداده باشد که در نتیجه اثربخشی را کاهش داده است.

تاریخ دریافت نسخه اولیه مقاله: ۹۱/۰۳/۱۳  
تاریخ دریافت نسخه نهایی مقاله: ۹۱/۰۷/۱۷  
تاریخ پذیرش مقاله: ۹۱/۱۰/۱۱

## References

## منابع

- تبریزی، مصطفی (۱۳۸۷). درمان اختلالات دیکته نویسی، انتشارات فراروان، چاپ هفدهم.
- تبریزی، نرگس؛ احمدایی، آرزو (۱۳۸۲). پرورش توانایی‌های ذهنی و یادگیری کودک و نوجوان، انتشارات مینا.
- حبرانی، پریا؛ بهدانی، فاطمه (۱۳۸۴). مقایسه اختلالات همراه در دختران و پسران مبتلا به اختلال نقص توجه و بیش‌فعالی. *افق دانش*، مجله دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی گناباد، دوره ۱۱. شماره ۴.
- دادستان، پریخ (۱۳۸۶). *روانشناسی مرضی تحولی از کودکی تا بزرگسالی*، انتشارات سمت، جلد دوم.
- دیویسون، کرینگ؛ دیویسون، نیل (۱۳۸۸). *آسیب‌شناسی روانی*، ترجمه حمید شمسی‌پور، انتشارات ارجمند، چاپ اول.
- رضازاده، مریم‌السادات؛ کلاتری، مهرداد؛ نشاط‌دوست، حمیدطاهر (۱۳۸۶). تأثیر بازی‌های آموزشی تمرکز بر کاهش شدت علائم اختلال کمبود توجه/بیش‌فعالی نوع مرکب، *مجله روانشناسی*، پاییز ۱۳۸۶، ۱۱(۳) (پیاپی ۴۳): ۳۳۷-۳۵۲.
- سادوک، بنیامین؛ سادوک، ویرجینیا (۱۳۸۷). *خلاصه روانپزشکی*، ترجمه نصرت‌الله پورافکاری، انتشارات شهرآب، جلد سوم.
- صاحبان، فاطمه؛ امیری، شعله؛ کجیاف، محمدباقر؛ عابدی، احمد (۱۳۸۹). بررسی اثر کوتاه‌مدت آموزش کارکردهای اجرایی بر کاهش نشانه‌های کمبود توجه و بیش‌فعالی در دانش‌آموزان دختر و پسر دوره ابتدایی شهر اصفهان، *تازه‌های علوم شناختی*، سال دوازدهم، شماره ۱، صفحه ۵۵-۵۸.
- گاربر، استیفن (۱۳۷۸). *چگونه با کودک رفتار کنیم*، ترجمه شاهین خزعلی، هومن حسینی‌نیک و احمد شریف تبریزی، انتشارات مروارید، چاپ بیست و هفتم.
- فرهید، مژگان (۱۳۸۴). *کاردرمانی در عقب‌ماندگی ذهنی*، ناشر پژوهشکده کودکان استثنایی.
- نشاط‌دوست، حمیدطاهر؛ کلاتری، مهرداد؛ پاشاسلطانی، علی (۱۳۸۰). بررسی اثربخشی آموزش روش حل مسأله در کاهش علائم کمبود توجه/بیش‌فعالی، *تازه‌های علوم شناختی*، شماره ۱۰، ص ۴۶-۵۲.

- هاشمی نصرت‌آباد، تورج؛ محمودعلیلو، مجید؛ نعمتی سوگلی‌تپه، فاطمه؛ غلام‌رستمی، حسین‌علی (۱۳۸۹). مقایسه کارکردهای اجرایی خودتنظیمی هیجان و انگیزش در زیرمجموعه‌های اختلال کمبود توجه-بیش‌فعالی بر اساس مدل بارکلی، تازه‌های علوم شناختی، سال ۱۲، شماره ۱.
- Alizadeh, H. (2004). *Attention Deficit-Hyperactivity Disorder*, Tehran, Roshd Publishing House.
- Barkley, Russel A. (1997). Behavioral Inhibition, Sustained Attention and Executive Functions: Constructing A Unifying Theory of ADHD, *Psychological Bulletin*, Vol 121, No. 1, 65-94.
- Band, Guido P.H.; Scheres, Anouk (2005). Is Inhibition Impaired in ADHD, *British Journal of Developmental Psychology*, 23, 517-521.
- Brown, Thomas E. (2006). Executive Function and Attention Deficit Hyperactivity Disorder: Implication of Two Conflicting Views, *International Journal of Disability, Development and Education.*, Vol. 53, No. 1. pp 35-46.
- Beeson, P.M. & Robey, R.R. (2006). Evaluating Single-subject Treatment Research: Lessons Learned from Aphasia Literature, *Neuropsychol Rev*, 16, 161-169.
- Chhabildas, Nomita; Pennington, Bruce F; Willcutt, Erik. G. (2001). A Comparison of the Neuropsychological Profiles of the DSM-IV Subtypes of ADHD, *Journal of Abnormal Child Psychology*, Vol 29, No. 6, Page 529-540.
- Dowsett, SM; Livesey, DJ. (2002). The Development of Inhibitory Control in Preschool Children: Effects of Executive Skills Training, *J Development Psychobiol*, 36, Page 161-174.
- Grayson, P., & Carlson, G.A. (1991). "The Utility of a DSM-III-R Based Checklist in Screening Childpsychiatric Patients", *Journal of the American Academy of Child and Adolescents Psychiatry*, 30, 69-673.
- Geurts, Hilde M. Verte, Sylvie. Oosterlaan, Jaap. Roeyers, Herbert, Sergeant, Joseph A. (2005). ADHD Subtypes: Do They Differ in Their Executive Functioning Profile? *J Archives of Clinical Neuropsychology*, 20, 457-477.
- Ferguson, Christopher, J. (2009). An Effect Size Primer: A Guid for Clinicians and Reaserchers, *J American Psychological Association*, 10.

- Flick, G. (1998). *ADD/ADHD, Behavior-change Resource Kit: Ready- to-use Strategies & Activities for Helping Children with Attention Deficit Disorder*, January 2<sup>nd</sup>, Publisher: Wiley, John & Sons.
- Jones, C.B. (1998). *Sourcebook for Children with Attention Deficit Disorder (2nd Ed.)*, NIH Consensus Statement; Nov 16-18; 16(2):1-37.
- Kazdin, A.E. (1999). The Meanings and Measurement of Clinical Significance, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 337-339.
- Markowitz, Jeri Hahn; Manor Jris; Maeir Adina (2011). Effectiveness of Cognitive-functional Intervention with Children with Attention Deficit hyperactivity Disorder: A Pilot Study, *American Journal of Occupational Therapy*, 65, 384-392.
- Nichols, S.L., & Waschbusch, D.A. (2004). A Review of the Validity of Laboratory cognitive Tasks Used to Assess Symptoms of ADHD, *Child Psychiatry & Human Development*, 34, 297-315.
- Ogles, B.M., Lunner, M., & Benesteel, K (2001). Clinical Significance History Application and Current Practice, *Journal of Clinical Psychology Review*, 21, 421-446.
- O'ragan, F.J. (2005). *ADHD*, Continuum International Publishing Group, 35-37.
- O'Driscoll, Gillian A; De'patie, Lana; Holahan, Anne-Lise; Savion-Lemieux, Tal Savion; Barr, Ronald G, Jolicoeur Claude and Douglas, Virginia. (2005). Executive Functions and Methylphenidate Response in Subtypes of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder, *Biol Psychiatry*, 57, 1452-1460.
- Oosterlaan, J.; Scheres, Anouk; Sergeant, Joseph (2005). Which Executive Function Deficit Are Associated with AD/HD, ODD/CD? *J Psychology*, Vol. 32, No. 1. pp. 69-85.
- Poushaneh, Kambiz; Ghobari Bonab, Bagher; Hasanzadeh Namin, Farzaneh. (2010). Effect of Training Impulse Control on Increase Attention of Children with Attention-deficit/hyperactivity Disorder, *Procedia social and Behavioral Sciences*.5, 983-987.
- Sarkis, Stephanie Moulton; Marshall, Darid; Sarkis, Eliash; Archer James (2005). Self-Regulation and Inhibition in Comorbid AD/HD Children:



---

Anevaluation of Executive Functions, *Journal of Attention Disorder*.  
Vol. 8 No. 3, 96-108

- Scheres, Anouk; Oosterlaan, Jaap; Sergeant, Joseph. (2003). Response Execution and Inhibition in Children with AD/HD and other Distruptive Disorder, The Role of Behavioral Activation, *J Child Psycho, Psychiat*, Vol. 42, pp 347-357.
- Thorell, Lisa B.; Wahlstedt, Cecilia. (2006). Executive Functioning Deficits in Relation to Symptoms of ADHD and/or ODD in Preschool Children, *Infant and Child Development*, Vol. 15, Issue 5, Page, 503-518.
- Verté, Sylvie; Geurts, Hilde M; Roeyers, Herbert; Oosterlaan, Jaap; Sergeant, Joseph A. (2005). The Relationship of Working Memory, Inhibition, and Response Variability in Child Psychopathology, *Journal of Neuroscience Methods, Volume 151, Issue 1*, Pages 5–14.
- Van Goozen, Stephonie H.M; Cohen-Kettenis, Peggy T; Snoek Heldeke; Matthys Walter; Barneveld, Hanna; Van England, Herman (2004). Executive Functioning in Childeren: A Comparison of Hospitalised ODD and ADHD Childeren and Normal Controls, *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, pp 281-292.
- Will Cutt Erik G., Doyle Alys E., Nigg Joel T., Faraone Stephen V, Pennington Bruce F. (2005). Validity of the Executive Function Theory of Attention-deficit Hyperactivity Disorder: Ameta-analytic Reviw, *Biological Psychiatry*, 57(11), 1336-1346.