

آموزش مهارت‌های اجتماعی به کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی

دکتر عباسعلی حسین‌خانزاده / استادیار گروه روان‌شناسی دانشگاه گیلان

چکیده:

اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی بر اساس وجود مشکلاتی در توجه، بازداری، مهار تکانشگری و سطح فعالیت تعریف می‌گردد. بر اساس نتایج پژوهش‌ها، کودکان مبتلا به این اختلال در حیطه‌های مهمی مانند حافظه کاری و کنش‌های اجرایی که در تحول بعدی فرد بسیار مهم می‌باشند، دارای ضعف هستند. این کنش‌ها به کودک اجازه می‌دهد تا رفتار خود را بازمینی کرده و مطابق با آن تغییر دهد. اغلب اوقات مشکلات کودک مبتلا به اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی در کنش‌های اجرایی در تمامی حیطه‌های تحصیلی، اجتماعی و رفتاری او تبلور می‌یابد. بنابراین کودکان مبتلا به این اختلال بر اساس گزارش همسالان، والدین و معلمان دارای مشکلات عمیق در برقراری روابط با همسالان هستند. شواهد حاکی از آن است که این مشکلات اجتماعی از دوره کودکی تا نوجوانی و بزرگسالی ادامه دارد. این یافته در هر دو جنس و در هر شکل از اختلال صادق است. به طور کلی درک قابلیت اجتماعی کودکان مبتلا به نارسایی توجه / بیش‌فعالی به بررسی برخی از جنبه‌های تحولی مانند تصور از خود، کنش‌های اجرایی و حافظه کاری در آنها بستگی دارد. همچنین بررسی ریخت‌های مختلف این اختلال حاکی از آن است که کودکان با ریخت غلبه بر نارسایی توجه در مقایسه با ریخت ترکیبی اختلال، کمتر پرخاشگر بوده و از گوشه‌گیری بیشتری برخوردار هستند و در نتیجه به میزان بیشتری توسط همسالان مورد بی‌توجهی و غفلت قرار می‌گیرند. بدین ترتیب مقاله حاضر ضمن توصیف اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی از بعد کنش‌وری اجتماعی سعی بر آن دارد تا روش‌های خاص سنجش و عوامل ایجادکننده نارسایی اجتماعی در کودکان مبتلا به این اختلال را به تفصیل مورد بحث قرار دهد و در نهایت رویکردهای خاص آموزش مهارت‌های اجتماعی را به این کودکان بیان کند.

واژه‌های کلیدی: نارسایی توجه / بیش‌فعالی، سنجش و آموزش، مهارت‌های اجتماعی

مقدمه

مشخص کردند: مهارت‌های اجتماعی موثر، فقدان مهارت‌های سازش‌نیافته، روابط مثبت با دیگران و شناخت اجتماعی صحیح (به نقل از حسین‌خانزاده، ۱۳۸۸). کاول نیز (۱۹۹۰)، به نقل از ماتسون و ویلکینز، (۲۰۰۹) یک مدل سه مولفه‌ای از قابلیت اجتماعی ارائه کرده است. در قله این مدل، سازش‌یافتگی اجتماعی^۳ قرار دارد که با برآوردن هدف‌های مهم تحولی مرتبط است. عملکرد اجتماعی^۴ به این نکته اشاره دارد که تا چه اندازه پاسخ‌های اجتماعی، از نظر اجتماعی معتبر بوده یا مناسب موقعیت خاص مربوطه هستند. در نهایت مهارت‌های اجتماعی، شامل توانایی‌های خاصی است که عملکرد مناسب فرد را در موقعیت‌های اجتماعی ممکن می‌سازد؛ مانند رفتارهای آشکار، مهارت‌های شناختی-اجتماعی و تنظیم هیجانی.

مهارت‌های اجتماعی با پیشرفت تحصیلی، سازش-یافتگی روان‌شناختی، مهارت‌های مقابله‌ای و حتی وضعیت شغلی و استخدام فرد رابطه دارد. همچنین فقدان یا نارسایی در مهارت‌ها و رفتارهای اجتماعی، یک بخش عمده ملاک‌های تشخیص بیشتر اختلال‌های روان‌شناختی به حساب می‌آید (مایلس و استیک، ۲۰۰۶). گرشام و الیوت (۱۹۸۷) مهارت‌های اجتماعی را زیرمجموعه سازه وسیع‌تر قابلیت اجتماعی^۱ در نظر گرفتند. بر این اساس قابلیت اجتماعی شامل دو بعد مهارت‌های اجتماعی و رفتارهای سازشی دیگری مانند کنش‌وری مستقل، رشد جسمانی، خودهدایت‌گری^۲، مسئولیت‌پذیری شخصی و مهارت‌های تحصیلی کاربردی است. واگن و هوگان (۱۹۹۰) چهار مولفه قابلیت اجتماعی را بدین گونه

3. Social adjustment
4. Social performance

1. Social competence
2. Self-directing

اختلال در تشخیص آن به حساب آید. این کودکان در برخی از موارد حتی از کودکان پرخاشگر نیز، بیشتر مورد تنفر همسالان هستند. همچنین مشکلات اجتماعی این کودکان در برخی موارد تا سنین نوجوانی نیز ادامه می‌یابد (بگ و همکاران، ۲۰۰۱). به عنوان مثال طرد اجتماعی در این کودکان در سنین نوجوانی نیز مشاهده می‌شود؛ حتی اگر نشانه‌های اختلال در نوجوانی قابل مشاهده نباشد. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که مشکلات اجتماعی این کودکان در سنین نوجوانی حتی با فروکش کردن نشانه‌ها، به شکل دیگری بروز پیدا می‌کند. بدین ترتیب در این مقاله سعی می‌شود ضمن توصیف مهارت‌های اجتماعی در کودکان مبتلا به نارسایی توجه/بیش-فعالی و عوامل ایجادکننده نارسایی اجتماعی در آنها، روش‌های خاص سنجش و آموزش مهارت‌های اجتماعی در این کودکان به تفصیل مورد بحث قرار گیرد.

مهارت‌های اجتماعی و قابلیت اجتماعی در کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی

حجم فزاینده‌ای از پژوهش‌ها نشان دادند که کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی در مقایسه با همسالان بدون این اختلال، مشکلات بیشتری را در روابط اجتماعی با همسالان و والدین (پریس و هینشا، ۲۰۰۳؛ شکوهی یکتا و پرند، ۱۳۸۹)، برادر و خواهر (میکامی و فیفتر، ۲۰۰۷) و معلمان (استورمونت، ۲۰۰۱) تجربه می‌کنند. در واقع حضور یک کودک دارای این اختلال در خانواده ممکن است در روابط زناشویی والدین، نارضایتی ایجاد کند (وایمیز و همکاران، ۲۰۰۸). نارسایی‌های این کودکان از نظر کنش‌وری اجتماعی بر اساس تکنیک‌های مختلف سنجش مانند درجه‌بندی‌های معلمان و والدین، روش‌های گروه‌سنجی توسط همسالان، مشاهده رفتاری در زمین بازی با همسالان و مشاهدات کنترل شده در پژوهش‌های گوناگون تأیید شده است (مانند هوزا و

اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی بر اساس وجود مشکلاتی در توجه، بازداری، مهار تکانشگری و سطح فعالیت تعریف می‌گردد. پژوهش‌های متعددی در حوزه‌های مختلف این اختلال از جمله قابلیت اجتماعی صورت گرفته است. بر اساس نتایج پژوهش‌ها، کنش‌های مهمی مانند حافظه کاری و کنش‌های اجرایی در تحول بعدی فرد بسیار مهم هستند. این مهارت‌ها به کودک اجازه می‌دهد تا رفتار خود را بازبینی کرده و مطابق با آن تغییر دهد. زمانی که مشکلاتی در حیطه‌های بازداری، توجه و مهار تکانه وجود دارد، کودک یا نوجوان مسائلی را در به کارگیری قواعد و مقررات از پیش یاد گرفته شده در موقعیت‌های کنونی پیدا می‌کند و اغلب اوقات این مشکلات در تمامی حیطه‌های تحصیلی، اجتماعی و رفتاری تبلور می‌یابد (حسین‌خانزاده، ۱۳۹۰). کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی و پرخاشگری، پایین‌ترین سطح کنش‌وری اجتماعی را نشان می‌دهند و مشکلات بیشتری را در دوست‌یابی و حفظ آنها دارند. به‌طور کلی کودکان مبتلا به این اختلال، مشکلات اجتماعی زیادی را در موقعیت‌های مختلف تجربه می‌کنند (بهبودی، ۱۳۸۷). مهارت‌های مورد نیاز کودک بسته به شرایط تشخیصی اضافی که دریافت می‌کند، فرق دارد. مثلاً کودکان مبتلا به نارسایی توجه/بیش‌فعالی همبود با رفتارهای پرخاشگرانه یا برون‌ریزی به مهار رفتاری نیاز دارند، در حالی که کودکان مبتلا به نارسایی توجه/بیش-فعالی مبتلا به اضطراب و افسردگی (یا اختلال‌های خلقی) ممکن است به مداخلاتی در زمینه از بین بردن رفتارهای گوشه‌گیرانه نیاز داشته باشند. نتایج پژوهش‌های حاکی از آن است که کودکان و نوجوانان مبتلا به نارسایی توجه/بیش‌فعالی توسط همسالان خود طرد می‌شوند و در مقایسه با سایر کودکان، دوستان کمتری دارند. برخی از متخصصان بر این عقیده‌اند که مشکلات اجتماعی در کودکان مبتلا به این اختلال باید یک ویژگی شاخص

بر این دانشجویان مبتلا به اختلال نارسایی توجه / بیش-فعالی نیز در مقایسه با سایر دانشجویان ممکن است در برقراری روابط رمانتیک مشکلات بیشتری داشته باشند (کانو و کارلسون، ۲۰۰۳). این نکته حائز اهمیت است که با توجه به این که کودکان مبتلا به این اختلال در سنین مدرسه توسط همسالان طرد می‌شوند، بنابراین از فرصت‌های کمتری برای یادگیری مهارت‌های اجتماعی برخوردار هستند و در نتیجه ممکن است این مشکلات به سنین نوجوانی منتقل گردد. در مواردی که نشانه‌های اختلال در سنین نوجوانی فروکش می‌کند، پردازش‌های شناختی یا هیجانی‌سازی‌های نایافته یا سوگیرانه همچنان در فرد قابل ردیابی هست.

به طور کلی درک قابلیت اجتماعی کودکان مبتلا به نارسایی توجه / بیش‌فعالی به بررسی برخی از جنبه‌های تحولی مانند تصور از خود^۱، کنش‌های اجرایی^۲ و حافظه کاری آنها بستگی دارد. تصور از خود بدین معناست که فرد، خود را در حوزه‌های مختلف مانند قابلیت تحصیلی یا اجتماعی چگونه می‌بیند. این تصورات در مجموع احساس خودارزشمندی کلی فرد را تشکیل می‌دهند. در زمینه تصور از خود کودکان مبتلا به نارسایی توجه / بیش‌فعالی، دو دسته نتایج وجود دارد. دسته اول از پژوهش‌ها نشان دادند که تصور از خود در پسران با این اختلال در مقایسه با پسران بدون اختلال، پایین‌تر است و این تصورات ممکن است حاصل خودارزیابی‌های واقع-گرایانه آنها باشد. دسته دیگری از نتایج نشان دادند که پسران مبتلا به اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی یک احساس کاذب از خود دارند و ممکن است ارزیابی آنها از خود هم‌تراز با سایر کودکان یا حتی بالاتر باشد (هوزا و همکاران، ۲۰۰۱). این پژوهشگران معتقدند که احساس کاذب این کودکان یک پاسخ مقابله‌ای جهت‌سازی

همکاران، ۲۰۰۵؛ اوهان و جان استون، ۲۰۰۷)؛ هرچند که معمولاً هیچ فرد دارای این اختلال، قابلیت اجتماعی خود را در سطح پایینی گزارش نمی‌کند و این سوگیری یک مکانیسم دفاعی در مقابل واقعیت نارسایی آنها به حساب می‌آید (هوزا و همکاران، ۲۰۰۴).

میزان تفاوت در قابلیت اجتماعی کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی و کودکان بدون این اختلال بر اساس مقیاس‌های درجه‌بندی مهارت‌های اجتماعی، تقریباً یک انحراف استاندارد است؛ به طوری که مطالعات انجام شده با استفاده از روش‌های گروه-سنجی توسط همسالان نشان داده است که این کودکان در حد بالایی توسط همسالان طرد می‌شوند و کمتر مورد علاقه آنها هستند (هینشا، ۲۰۰۲ الف). همچنین بسیاری از این کودکان علاوه بر مشکلات در محبوبیت، در مهارت‌های دوست‌یابی و نگهداری دوستان محدودیت‌های معناداری دارند (هوزا، مروگ و همکاران، ۲۰۰۵) و کیفیت دوستی‌های دوگانه در آنها پایین است. روش‌های مشاهده رفتاری در موقعیت‌های بازی و کنترل شده نشان داده است که کودکان با اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی، رفتارهای خصمانه و پرخاشگرانه بیشتری را در مقایسه با کودکان بدون این اختلال دارا هستند (اوهان و جان استون، ۲۰۰۷). گوشه‌گیری اجتماعی نیز در این کودکان بیشتر گزارش شده است؛ هر چند که اندازه اثر چندان بالا نبوده است و ممکن است بسته به ریخت‌های مختلف اختلال، نتایج متفاوت باشد (میکامی و همکاران، ۲۰۰۷). لازم به یادآوری است که بیشتر پژوهش‌های انجام شده در زمینه اختلال نارسایی توجه بیش‌فعالی در کودکان سنین مدرسه متمرکز شده‌اند، با این حال نتایج برخی از مطالعات محدودی که در نوجوانان مبتلا به این اختلال انجام شده‌اند؛ حاکی از آن است که مشکلات این افراد در زمینه مهارت‌های اجتماعی و دوست‌یابی در سنین نوجوانی نیز ادامه می‌یابد (هینشا و همکاران، ۲۰۰۶). علاوه

1. Self- Perception

2. Executive functions

سازی آن با موقعیت نیستند. علاوه بر این کنش‌های اجرایی فرد را قادر می‌سازد تا منابع توجه خود را برای پردازش یک موقعیت متمرکز سازد و چنین محدودسازی منابع توجه و تخصیص آن فقط به یک موقعیت، به حافظه کاری نیاز دارد (حافظه کاری دارای ظرفیت محدود و مستلزم پردازش سریع است). اگر فردی در محدود کردن و تخصیص دادن منابع توجه‌ای خود به یک موقعیت خاص، دچار مشکل باشد، در رمزگردانی سریع آن دچار مشکل می‌گردد. در نتیجه فردی که طی این فرایند دچار حواس پرتی می‌گردد، در پردازش صحیح موقعیت دچار مشکل می‌گردد (بارکلی و همکاران، ۲۰۰۱). بدین ترتیب توانایی اجتماعی فرد متأثر از مشکلات در بخش‌های مختلف کنش‌های اجرایی، آسیب می‌بیند و فرد ممکن است در طی تحول متناسب با سن خود رفتار نکند.

بررسی ریخت‌های مختلف اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی از نظر کنش‌وری اجتماعی

پسران مبتلا به ریخت ترکیبی اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی همبود با اختلال تضاد ورزی مقابله‌ای و اختلال رفتار هنجاری رایج‌ترین مواردی هستند که به کلینیک‌ها، ارجاع داده می‌شوند. در مقابل دختران ارجاع داده شده بیشتر از نوع نارسایی توجه هستند. علاوه بر این پسران مبتلا به ریخت نارسایی توجه، به میزان کمتری از مشکلات رفتار هنجاری و اختلال تضادورزی مقابله‌ای برخوردار بوده و به میزان بیشتری به اختلال‌های درونی‌سازی مبتلا هستند (کارلسون و مان، ۲۰۰۰). والدین و معلمان نیز کودکان مبتلا به نوع نارسایی توجه را در مقایسه با کودکان با ریخت ترکیبی اختلال، کمتر پرخاشگر و مخرب ولی منفعل‌تر و گوشه‌گیرتر درجه‌بندی می‌کنند. با این حال نتایج پژوهش گادو و همکاران (۲۰۰۴) و هینشا و همکاران (۲۰۰۶) نشان داد که هر دو دسته این کودکان از نظر رفتارهای اجتماعی به میزان یکسان با مشکلاتی

کودک با موقعیت باشد و آنها را در تلاش برای برقراری ارتباط با دیگران، علی‌رغم تصورات قالبی، تجهیز نماید. کنش اجرایی یک سازه کلی برای توصیف گروهی از رفتارهاست که مفاهیم برنامه‌ریزی، انعطاف‌پذیری شناختی، بازداری، سازماندهی، و حافظه کاری را شامل می‌شود (لیزاک، ۱۹۹۵). کودکان مبتلا به نارسایی توجه / بیش‌فعالی در این مهارت‌ها دارای مشکلات اساسی هستند. نتایج پژوهش‌های مختلف در زمینه کنش‌های اجرایی این افراد از حمایت پژوهشی برخوردار است. ریخت‌های مختلف اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی از نظر شاخص‌های مختلف کنش‌های اجرایی با هم تفاوت دارند. ریخت ترکیبی نارسایی توجه / بیش‌فعالی و ریخت غلبه بر نارسایی توجه، مشکلاتی را در سرعت پاسخدهی، انعطاف‌پذیری شناختی، یا بازداری دارا هستند. همچنین افراد مبتلا به ریخت ترکیبی اختلال، مشکلات بیشتری را در برنامه‌ریزی دارند. بنابراین شکل‌های مختلف این اختلال ممکن است از نظر مشکلات در برنامه‌ریزی، انعطاف‌پذیری شناختی و حافظه کاری با یکدیگر فرق داشته باشند. مجموعه این مشکلات بر کنش‌وری اجتماعی فرد تأثیر منفی می‌گذارد. کودکان مبتلا به ریخت ترکیبی اختلال ممکن است تکانشی عمل کرده و در بازداری مشکل داشته باشند؛ در حالی که کودکان مبتلا به نوع غلبه بر نارسایی توجه، مشکلات بیشتری از نظر گوشه‌گیری و حل مسئله دارا هستند (حسین‌خانزاده، ۱۳۹۰).

نتیجه این که مفهوم‌سازی کنش‌های اجرایی به طور خاصی برای مطالعه توانایی اجتماعی کودکان مبتلا به نارسایی توجه / بیش‌فعالی مهم است. کنش‌وری اجتماعی مؤثر اغلب مستلزم این است که فرد اعمال اجتماعی را فرمول‌بندی کرده و در صورت بروز مشکل، در طرح آن تغییراتی ایجاد کند. کودکان و نوجوانان مبتلا به این اختلال، احتمالاً قادر به اصلاح رفتار خود جهت متناسب-

مواجه هستند. در هر صورت می‌توان نتیجه‌گیری کرد که

البته نتایج مطالعات درباره مقایسه نارساکنش‌وری اجتماعی پسران و دختران مبتلا به نارسایی توجه/بیش-فعالی متناقض هستند. در حالی که برخی از مطالعات دریافته‌اند که دختران مبتلا به اختلال نارسایی توجه/بیش-فعالی در مقایسه با پسران با این اختلال، از نظر اجتماعی مشکلات کمتری دارند، برخی دیگر از مطالعات نشان داده‌اند که دختران با این اختلال ممکن است در واقع نسبت به پسران با این اختلال، بیشتر توسط همسالان طرد شوند. نتایج پژوهش گسترده‌ای که توسط هوزا، مروگ و همکاران (۲۰۰۵) درباره مقایسه روابط همسالان در دو گروه کودکان پسر و دختر با اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی (از نوع ترکیبی) صورت گرفته است، نشان داد که تفاوت‌های معناداری از نظر میزان طرد شدن در دو گروه وجود ندارد. نکته حائز اهمیت این است که یافته‌های متناقض درباره مقایسه میزان قابلیت اجتماعی پسران و دختران با اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی ممکن است تا اندازه‌ای مربوط به عدم موفقیت در کنترل ریخت‌های مختلف این اختلال و همبودی آن با اختلال‌های دیگر باشد.

عوامل ایجادکننده نارسایی‌های اجتماعی در کودکان با اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی

اولین و مهمترین مانع روابط اجتماعی در کودکان با اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی، ویژگی‌های اصلی نارسایی توجه، فزون‌کنشی و تکانشگری در آنها است. مشکلات توجه در این کودکان باعث می‌شود که آنها نتوانند در دنبال کردن گفتگوها و درک سرنخ‌های اجتماعی موفق عمل کنند (نیکسون، ۲۰۰۱). برخی از این کودکان در طی فعالیت‌های بازی یا تعاملات با همسالان، بی‌عاطفه بوده و در بازی هیجان‌زده نمی‌شوند (فیفر، ۲۰۰۳)؛ رفتارهایی که مانع شکل‌گیری روابط اجتماعی عمیق

کودکان مبتلا به ریخت نارسایی توجه خجالتی‌تر و گوشه‌گیر هستند و در مقابل کودکان مبتلا به ریخت ترکیبی اختلال پرخاشگر بوده و آغازگر دعوا هستند. این سبک رفتاری دو گروه ممکن است تبیین کند که چرا کودکان مبتلا به ریخت نارسایی توجه در مقایسه با کودکان با ریخت ترکیبی ممکن است کمتر توسط همسالان طرد شوند و در عوض با احتمال بیشتری توسط همسالان مورد غفلت و بی‌توجهی قرار گیرند. تبیین دیگر برای وجود تفاوت‌ها در نوع مشکلات اجتماعی مربوط به دو گروه اختلال ممکن است مربوط به این باشد که بیشتر از سی درصد کودکان مبتلا به ریخت نارسایی توجه در مقایسه با کودکان مبتلا به ریخت ترکیبی اختلال، دارای "نشانیگان سرعت شناختی کند"^۱ هستند؛ یعنی از میزان هوشیاری پایین و سرعت پردازش کمتری برخوردارند (هارتمن و همکاران، ۲۰۰۴). به‌عنوان مثال کارلسون و مان (۲۰۰۲) در مطالعه خود دریافته‌اند که سرعت شناختی پایین، در این دسته از کودکان، پیش‌بینی‌کننده سطوح بالاتر رفتارهای گوشه‌گیرانه و سطوح بالاتر رفتارهای پرخاشگرانه است. در نتیجه با توجه به همبودی اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی با اختلال تضادورزی و اختلال رفتار هنجاری، مجزا ساختن نشانه‌های اصلی این اختلال بسیار مهم است. نیمرخ اجتماعی کودکان با اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی همبود با اختلال‌های درونی‌سازی ممکن است از وضعیت اجتماعی کودکان با اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی همبود با اختلال تضادورزی، متفاوت باشد، هر چند که میزان پژوهش‌های صورت گرفته بسیار اندک است. به‌طور کلی همبودی اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی با اختلال‌های درونی‌سازی ممکن است به گوشه‌گیری اجتماعی و طرد شدن توسط همسالان منجر

1. Sluggish cognitive tempo

دختران بدون این اختلال از سوگیری‌های بیشتری در پردازش اطلاعات اجتماعی برخوردارند (میکامی، هینشا پیترسون، و لی، ۲۰۰۸). شواهد همچنین حاکی از آن است که پسران مبتلا به اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی ممکن است هدف‌های نامناسب و سازش‌نیافته‌ای را در مقایسه با پسران بدون اختلال انتخاب کنند و در برقراری روابط اجتماعی با همسالان به میزان کمتری از هدف‌های اجتماعی مثبت استفاده می‌کنند.

سوگیری رایج دیگر در افراد با اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی مربوط به مشکلات در تنظیم هیجانی است. کودکان و نوجوانان با این اختلال در تفسیر عواطف صورت و قصد و نیت گفتار با مشکلاتی مواجه هستند (بواکز و همکاران، ۲۰۰۸). نکته مهم این است که مشکلات این کودکان در تظاهرات هیجانی صورت به بازشناسی اطلاعات غیرهیجانی تعمیم داده نمی‌شود (یویل و لیون، ۲۰۰۷). علاوه بر این، مشکلات در تنظیم هیجانی در کودکان با اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی با مشکلات در برقراری رابطه با همسالان، همبستگی بالایی دارد و باعث طرد شدن از طرف همسالان می‌گردد. به عنوان نتیجه‌گیری می‌توان گفت که مشکلات افراد مبتلا به اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی در تفسیر صحیح رفتارها و حالت‌های هیجانی همسالان ممکن است باعث ایجاد مشکلاتی در سازماندهی و رمزگردانی اطلاعات گردد. این نارسایی در سازماندهی و رمزگردانی باعث ایجاد مشکلاتی در برقراری روابط با همسالان در این کودکان می‌شود.

عامل دیگر ایجادکننده مشکلات اجتماعی در کودکان و نوجوانان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی، اثرات برجسب اختلال است. رشد روابط مثبت با همسالان به تعاملات پیچیده متقابل نیاز دارد که در این میان نگرش‌ها، رفتارها و پیش‌داوری‌های همسالان نقش بسیار مهمی را ایفا می‌کنند. اثر برجسب یا داغ اختلال نارسایی

می‌گردد. رفتارهای فزون‌کنشی و تکانشگری باعث تخریب روابط با همسالان می‌گردد. چنین رفتارهایی باعث می‌شود که فرد در انتظار کشیدن و رعایت نوبت مشکلاتی را تجربه کند. تکانشگری همچنین باعث می‌شود که کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی گفتگوهای دیگران را به طور مداوم قطع کنند. این کودکان در هنگام بازی، قواعد را به گونه‌ای تغییر می‌دهند تا بتوانند برنده شوند و به هنگام باختن، بحث و جدل کرده و واکنش‌های عصبی از خود بروز می‌دهند. علاوه بر نشانه‌های اصلی اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی، سوگیری‌های شناختی و هیجانی سازش‌نیافته کودکان دارای این اختلال، مانع برقراری روابط با همسالان می‌گردد. این الگوهای هیجانی و شناختی حتی با فروکش کردن نشانه‌های اختلال در فرد باقی می‌ماند و باعث دوام مشکلات اجتماعی در دوره نوجوانی می‌گردد. برخی از سوگیری‌های شناختی، شامل خطاهای موجود در پردازش اطلاعات اجتماعی و هدفگذاری^۱ است. نوجوانان با سوگیری در پردازش اطلاعات اجتماعی، رفتارهای مبهم همسالان را با نیت‌های خصمانه اسناد می‌دهند و راه‌حل‌های ناکارآمدی را برای مشکلات اجتماعی تولید می‌کنند (کراک و داج، ۱۹۹۴). این گونه سوگیری‌ها که پیش‌بینی‌کننده نارساکنش‌وری‌های اجتماعی است، به طور رایج در دانش‌آموزان پرخاشگر مورد مطالعه قرار گرفته‌اند (لنس فورد و همکاران، ۲۰۰۶). مطالعات بر روی پسران مبتلا به نارسایی توجه/بیش‌فعالی همبود با اختلال رفتار هنجاری نشان داده است که میزان سوگیری در پردازش اطلاعات اجتماعی در این کودکان در مقایسه با پسران تنها با اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی بسیار بیشتر است. علاوه بر این نوجوانان دختر مبتلا به با اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی در مقایسه با

1. Goal Setting

اجتماعی نمود پیدا می کند و آن ارزیابی اثربخشی مداخله است.

قابلیت اجتماعی به توانایی پاسخدهی سازش یافته و ماهرانه به تقاضاهای متعدد بین فردی در تعاملات با همسالان اشاره دارد. کودکانی که از نظر قابلیت اجتماعی در سطح بالایی قرار دارند، معمولاً از خزانه رفتارهای اجتماعی قوی برخوردارند و قابلیت آنها در پذیرش و دوستی با گروه همسالان منعکس می یابد. از آن جایی که کودکان با اختلال نارسایی توجه/بیش فعالی از نظر مشکلات در روابط با همسالان در معرض خطر بالایی قرار دارند، بنابراین ابعاد مختلف قابلیت اجتماعی و نارساکنش وری در آنها باید مورد توجه قرار گیرد. در بخش زیر رایج ترین روش های سنجش مهارت های اجتماعی در افراد مبتلا به اختلال نارسایی توجه/بیش-فعالیت مورد بحث قرار می گیرد. بیشتر این روش ها در هر دو گروه کودکان با و بدون اختلال نارسایی توجه/بیش-فعالیت قابل استفاده هستند؛ با این حال جنبه های خاص هر یک از این روش ها در کودکان دارای این اختلال مورد بحث قرار می گیرد.

آگاهی دهندگان بزرگسال

رایج ترین روش سنجش قابلیت اجتماعی، درجه بندی رفتارهای اجتماعی کودکان توسط آگاهی دهندگان بزرگسال^۲ مانند والدین یا معلمان است. پرسشنامه های استاندارد شده بسیار زیادی برای این هدف وجود دارد، برخی از رایج ترین آنها که برای افراد مبتلا به اختلال نارسایی توجه/بیش فعالی کاربرد دارد عبارتند از: نظام درجه بندی مهارت های اجتماعی (گرشام و الیوت، ۱۹۹۰) و خرده مقیاس مشکلات اجتماعی چک لیست رفتار کودک (آخنباخ، ۱۹۹۱ الف). این پرسشنامه ها سطح کلی

توجه/بیش فعالی می تواند مانع تمایل همسالان به دوستی با کودکان دارای این اختلال گردد. حتی در موقعیت های آزمایشی وقتی که به یک کودک عادی، برچسب اختلال نارسایی توجه/بیش فعالی زده شده است، قضاوت های منفی همسالان نا آشنا با کودک را به دنبال داشته است و تمایلی به برقراری روابط دوستانه با این کودک وجود نداشته است (مارتین و همکاران، ۲۰۰۷). به نظر می رسد که برچسب نارسایی توجه/بیش فعالی، پیشگویی خود-کامبخش منفی^۱ را به دنبال دارد.

روش های سنجش مهارت های اجتماعی در کودکان با اختلال نارسایی توجه/بیش فعالی

سنجش، یک گام ضروری در آموزش مهارت های اجتماعی است. سنجش مهارت های اجتماعی دارای هدف های متعددی است. سنجش ها می توانند به صورت فردی یا گروهی جهت غربالگری قابلیت اجتماعی کلی و برای جمع آوری اطلاعات درباره ماهیت مشکلات مهارت های اجتماعی دانش آموز استفاده شوند. همچنین سنجش می تواند برای کمک به طراحی و ارائه آموزش، انتخاب و اصلاح برنامه درسی، بازیابی و ارزیابی پیشرفت دانش آموزان در آموزش مهارت های اجتماعی مورد استفاده قرار گیرد (سوگای و لویس، ۱۹۹۶). بر اساس دیدگاه بیرمن (۲۰۰۴) سنجش مهارت های اجتماعی کودکان و نوجوانان با هدف های متعددی صورت می گیرد. اولین هدف، شناسایی کودکانی است که به خاطر نارسایی در مهارت های اجتماعی به مداخلات خاصی نیاز دارند. هدف دوم تعیین مهارت های اجتماعی و موقعیت های اجتماعی مشکل ساز خاصی است که باید مورد توجه مداخله باشد. هدف سوم سنجش بعد از اجرای آموزش مهارت های

2. Adult informants

1. Negative self-fulfilling prophecy

کاهش می‌یابد.

درمان نارساکنش‌وری اجتماعی در کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی

شواهد حاکی از آن است که طرد شدن توسط همسالان به همراه اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی در فرد، پیش‌بینی‌کننده مشکلات بعدی مانند افسردگی و خودکشی، سوءاستفاده از مواد، اخراج از مدرسه و شکست تحصیلی، بزهکاری در دوره نوجوانی، جرم و جنایت و موفقیت‌های شغلی پایین در زندگی فرد است. بنابراین کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی که خود در معرض سازش‌یافتگی پایین هستند، با طرد شدن توسط همسالان، در معرض خطرات بیشتری قرار می‌گیرند (میکامی و هینشا، ۲۰۰۶). در واقع طرد شدن توسط همسالان ممکن است یک متغیر واسطه‌ای اصلی بین اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی و پیامدهای منفی طولانی مدت باشد. در نتیجه طراحی و اجرای مداخلات گوناگون جهت ایجاد و گسترش مهارت‌ها و قابلیت اجتماعی در این کودکان بسیار ضروری است. در خط اول درمان، دو شیوه دارودرمانی و رفتاردرمانی قرار دارند که یافته‌های پژوهشی حاکی از تأثیر مثبت این روش‌ها بر نارساکنش‌وری اجتماعی دارند. سپس روش آموزش مهارت‌های اجتماعی و دیگر روش‌هایی که به طور مستقیم بر مشکلات اجتماعی کودک تمرکز می‌کنند معرفی شده و در نهایت رهنمودهای جدید درمانی مورد بحث قرار می‌گیرد.

۱. دارودرمانی و رفتاردرمانی

داروهای محرک و تکنیک‌های مدیریت رفتار به طور مستقل و ترکیبی در کاهش نشانه‌های اصلی اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی مفید هستند. هرچند که اثربخشی این دو روش در افزایش قابلیت اجتماعی

مهارت‌های اجتماعی و همچنین انواع خاص مهارت‌های اجتماعی (مانند همکاری، جرأت‌ورزی) را در فرد مشخص می‌سازد و در نتیجه نیمرخ توانایی‌ها و ضعف‌های کودک در روابط بین فردی آشکار می‌گردد.

درباره این که معلمان یا والدین، معتبرترین اطلاعات را درباره قابلیت اجتماعی کودک ارائه می‌دهند تردیدهایی وجود دارد؛ با این حال می‌توان گفت که معلمان آگاهی-دهندگان بهتری در مقایسه با والدین هستند، زیرا معلمان فرصت‌های بیشتری برای مشاهده تعامل کودک با همسالان دارند. البته باید توجه داشت معلمان دانش-آموزان نوجوان فقط زمان نسبتاً کوتاهی را با دانش‌آموزان خود در طول روز سپری می‌کنند. بنابراین معلمان ممکن است مجموعه مشاهدات محدودی را جهت ارزیابی نوجوان داشته باشند. معلمان، رفتارهای دانش‌آموزان را از دیدگاه یک بزرگسال ارزیابی می‌کنند و در نتیجه ممکن است در مقایسه با ارزیابی همسالان، تفسیر متفاوتی از رفتارهای معین داشته باشند. مثلاً رفتاری که یک همسال ممکن است «شوخ‌طبعی» قلمداد کند، از دیدگاه بزرگسالان، مخرب ارزیابی شود. درجه‌بندی‌های معلم می‌تواند تا حد زیادی متأثر از رفتار کودک در کلاس درس باشد (بیرمن، ۲۰۰۴). برای مثال معلم ممکن است میزان پذیرش کودک با اختلال رفتاری مخرب را کمتر برآورد کند، زیرا عدم تأیید رفتارهای مخرب کودک توسط معلم ممکن است منجر به این فرض گردد که همسالان نیز از رفتارهای کودک متنفرند. والدین نیز ممکن است اطلاعات خوبی درباره مهارت‌های اجتماعی کودکان در ارتباط با برادر و خواهران (میکامی و فیفندر، ۲۰۰۷) و دوستان نزدیک خانوادگی فراهم کنند. در هر صورت باید توجه داشت که با بزرگ شدن کودک مبتلا به اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی، بیشتر تعاملات در خارج از کلاس و مدرسه صورت می‌گیرد و در نتیجه میزان کارآمدی کسب اطلاعات از والدین و معلمان

گردد. نکته دیگر این است که هرچند به کارگیری روش‌های دارودرمانی و مدیریت وابستگی رفتار در کاهش نشانه‌های اصلی اختلال موثرند، با این حال اثربخشی این روش‌ها در بهبود روابط با همسالان تا حد زیادی محدود است و مهارت‌های اجتماعی کودکان به‌طور معناداری بهبود نمی‌یابد. برای مثال بر اساس پژوهش‌های مختلف، دارودرمانی و مدیریت رفتار در کاهش رفتارهای مخرب و پرخاشگرانه موثر بوده است، اما در افزایش رفتارهای اجتماع‌پسند یا کاهش گوشه‌گیری اجتماعی و بهبود روابط با همسالان به خصوص بر اساس اندازه‌های گروه‌سنجی موثر نبودند (هوزا و همکاران، ۲۰۰۵). به عنوان نتیجه‌گیری می‌توان گفت که درمان‌های فوق در بهترین وضعیت نمی‌تواند طرد شدن شدید کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی را توسط همسالان درمان کند و میزان پذیرش را به‌طور معناداری افزایش دهد. بنابراین دسته دیگری از مداخلات در این کودکان مورد توجه قرار گرفته شده که در بخش زیر به آنها می‌پردازیم.

۲. درمان شناختی/رفتاری

درمان شناختی - رفتاری اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی یک شیوه درمانی مبتنی بر تغییر یا شناخت‌ها و رفتارهای سازش‌نیافته است. مکانیسم‌های زیربنایی اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی شامل عدم توانایی حفظ توجه، مهار ضعیف تکانه، نارسایی در خود نظم‌بخشی و فرایندهای انگیزشی، حساسیت پایین نسبت به تقویت و نارسایی در رفتارهای قانون‌مدار هستند. رایج‌ترین مفهوم - سازی درباره اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی، بر نارسایی کودکان دارای این اختلال در پاسخدهی با تأخیر^۲ (یعنی بازداری رفتاری^۳) به عنوان مؤلفه اصلی این اختلال

کودکان با این اختلال قطعی به نظر می‌رسد، با این حال شواهد حاکی از آن است که ۶۰ الی ۸۰ درصد این کودکان به داروهای محرک پاسخ مثبت می‌دهند و نشانه‌های فزون‌کنشی و تکانشگری و مشکلات توجه در آنها کاهش می‌یابد (باربارسی و همکاران، ۲۰۰۶). داروهای محرک در افزایش اطاعت‌پذیری، تمام کردن تکالیف و افزایش تمرکز در کلاس درس موثر هستند و یکی از رایج‌ترین روش‌های مورد استفاده در کودکان با این اختلال به حساب می‌آید.

روش‌های مدیریت وابستگی رفتاری^۱ نیز در کاهش نشانه‌های اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی موثرند. متخصصان بر این عقیده‌اند که ترکیب روش‌های رفتاردرمانی و دارودرمانی بهترین نتیجه را به دنبال دارد. البته باید یادآور شد که برخی از کودکان به داروهای محرک پاسخ مناسبی نمی‌دهند و اثرات جانبی دارو در آنها زیاد مشاهده می‌شود یا این که خانواده‌های آنها با درمان دارویی مخالفند و فقط به تکنیک‌های رفتاری بسنده می‌کنند. در روش‌های مدیریت وابستگی رفتار، رفتارهای مورد انتظار از کودک به صورت عینی و صریح مشخص می‌گردند و سیستم تقویت و تنبیه بسیار ساختارمند برای شکل‌دهی رفتارهای مناسب به کار گرفته می‌شود. در این رابطه پیشنهاد می‌شود که والدین و معلمان در طراحی برنامه درمانی و مشخص کردن انتظارات رفتاری و اجرای شیوه‌های تشویق و تنبیه با یکدیگر همکاری داشته باشند تا موفقیت درمان افزایش یابد.

نکته حائز اهمیت این است که درباره ماندگاری اثرات این دو شیوه درمان بعد از قطع مداخله، شواهد کمی وجود دارد. برخی پژوهش‌ها نشان داده‌اند که با قطع دارودرمانی و طرح‌های مدیریت رفتار، نشانه‌های اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی، به سطح قبلی برمی-

2. Delayed responding
3. Behavioral inhibition

1. Behavioral contingency management

بیش فعالی مرتبط هستند. نتایج پژوهش‌ها حاکی از آن است که این نشانه‌ها نتیجه مشکلات زیربنایی در بازداری رفتاری هستند (بارکلی، ۱۹۹۸). بنابراین به کارگیری مداخلات مبتنی بر تغییر عوامل شناختی مرتبط با پاسخ‌های رفتاری می‌تواند در درمان این کودکان مؤثر باشد.

اگرچه که رویکردهای صرفاً شناختی در مورد کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه / بیش فعالی کارساز نیستند، اضافه کردن مؤلفه رفتاری به راهبردهای شناختی، مؤثرتر خواهد بود. اضافه کردن مؤلفه رفتاری به درمان باعث افزایش انگیزش و تأثیرگذاری بیشتر درمان مشکلات اجتماعی در کودکان مبتلا به نارسایی توجه / بیش فعالی می‌گردد. روش‌های شناختی / رفتاری که در این بخش مورد بحث قرار می‌گیرند عبارتند از: خودمدیریتی^۴، خودارزیابی^۵، خودتقویت‌گری^۶ و آموزش تطابق^۷.

راهبرد خودمدیریتی: ماهیت تکانشی کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه / بیش فعالی مستلزم استفاده از تکنیک‌های خودمدیریتی است. از آن جایی که این کودکان فاقد مهارت‌های بازداری و آگاهی از اعمال خود هستند، تکنیک خودمدیریتی می‌تواند آگاهی کودک از رفتارش را افزایش دهد. هدف از مداخلات خودمدیریتی این است که به دانش‌آموزان آموزش داده شود تا فعالیت‌های خود را مورد ارزیابی قرار دهند. راهبرد خودمدیریتی به کودکان یاد می‌دهد تا رفتارهای خود را بازبینی، ثبت، تحلیل و تقویت کنند (دیویس و وایت، ۲۰۰۰). مداخلات خودمدیریتی به طور کامل راهبردهای مرتبط با تغییر یا حفظ رفتارهای خود را شامل می‌گردد. بر اساس این رویکرد، راهبردهای افزایش رفتارهای اجتماعی و تحصیلی مناسب یا راهبردهای کاهش رفتارهای نامناسب کلاس درس را به دانش‌آموزان

تأکید می‌کند. به طور خاص افراد با اختلال نارسایی توجه / بیش فعالی، در استفاده از خزانه رفتاری مناسب در ارتباط با سرنخ‌های محیطی جهت ارائه پاسخ‌های ضروری در موقعیت‌های خاص، ناتوان هستند. این افراد، عدم حساسیت نسبی را نسبت به پیامدهای اجتماعی رفتار تجربه می‌کنند. بنابراین در این افراد پاسخ‌های رفتاری به جای این که به وسیله هنجارهای اجتماعی و رابطه بین پاسخ‌های کنونی و پیامدهای آینده آنها، مدیریت شود؛ متأثر از پیشایندها و وابستگی‌های محیطی لحظه‌ای است (به نقل از حسین-خانزاده، ۱۳۸۸ و ۱۳۹۰). از دیدگاه شناختی- رفتاری، تعامل بین عوامل شناختی و رفتاری در ایجاد نشانه‌های اصلی اختلال نارسایی توجه / بیش فعالی نقش دارند. شدت مشکلات در نظم‌دهی رفتاری در افراد مبتلا به نارسایی توجه / بیش فعالی، نتیجه مستقیم ناهمسویی بین ویژگی‌های درون‌فردی و ساختار و انتظارات محیطی است. مشکلات تجربه شده توسط افراد دارای این اختلال در حوزه‌های مختلف تحصیلی، روابط اجتماعی، رفتار در خانه، مدرسه و جامعه گسترده است و در نتیجه این افراد به یک برنامه درمانی جامع نیاز دارند که هر دو دسته مشکلات شناختی و رفتاری آنها را مورد توجه قرار دهد.

به طور کلی مداخله با رویکرد شناختی مانند روش‌های آموزش خود^۱، حل مسئله اجتماعی^۲ و بازآموزی اسنادی^۳ بر بررسی فرایندهای فکری زیربنایی پاسخ‌های رفتاری تمرکز می‌کند. کودکان با اختلال نارسایی توجه / بیش-فعالی معمولاً در دامنه‌ای از حیطه‌های مختلف مانند روابط با همسالان، پرخاشگری، کنش‌وری تحصیلی و سازماندهی دارای مشکل هستند. فرض بر این هست که بسیاری از این مشکلات به طور مستقیم با نشانه‌های بی-توجهی، فزون‌کنشی و تکانشگری اختلال نارسایی توجه /

4. Self- Management
5. Self- evaluation
6. Self- reinforcement
7. Correspondence

1. Self- instruction
2. Social Problem Solving
3. Attribution retraining

تقویت کنند. این روش معمولاً به تنهایی مورد استفاده قرار نمی‌گیرد، بلکه همراه با روش‌های خودارزیابی و به عنوان بخشی از راهبرد خودمدیریتی به کار می‌رود. در این روش به جای این که فرد دیگری، به کودک پاداش دهد، کودک تقویت‌کننده را خودش انتخاب کرده و ارائه می‌کند. این نوع تقویت نسبت به ارائه پاداش بیرونی در کاهش فعالیت‌های منفی و افزایش رفتارهای اجتماع-پسند مثبت، موفق‌تر خواهد بود.

آموزش تطابق: این روش بر افزایش تطابق بین آنچه که فرد از طریق کلامی درباره رفتار خود بیان می‌کند و آنچه را که واقعاً انجام می‌دهد، تمرکز دارد. بنابراین تمرکز اصلی، افزایش تطابق بین کلامی‌سازی‌ها^۱ و اعمال^۲ است. این روش به دو شکل قابل اجرا هست. در شکل اول به کودک یاد داده می‌شود تا رفتار گذشته خود را به درستی گزارش کند و در نتیجه به خاطر تطابق درست بین این دو مؤلفه، پاداش دریافت می‌کند. در شکل دوم کودک رفتارهای آینده خود را از طریق کلامی بیان می‌کند و سپس این عمل را در آینده انجام می‌دهد و برای صحت تطابق، پاداش دریافت می‌کند. هر چند که حمایت‌های تجربی از روش آموزش تطابق تنها به موقعیت‌های بالینی و موردی محدود است، با این حال به کارگیری این روش در کودکان مبتلا به نارسایی توجه/بیش‌فعالی موفقیت‌آمیز هست.

به طور کلی حمایت‌های تجربی از کاربرد روش شناختی- رفتاری در کودکان با اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی چندان زیاد نیست. این شیوه درمان اغلب به دور از موقعیتی که مشکل رفتاری رخ می‌دهد، صورت می‌گیرد. برای به دست آوردن بهترین نتیجه، راهبردهای مداخله باید در مجاورت نزدیک با رفتارهای آماج صورت بگیرد.

آموزش می‌دهند. در روش خودمدیریتی، با آموزش راهبردهای مقابله‌ای که در طول رفتارها و موقعیت‌های مختلف قابل انتقال هست، تغییرات رفتاری باداوم و قابل تعمیم ایجاد خواهد شد.

خودمدیریتی به طور کلی به فعالیت‌های طراحی شده در جهت تغییر یا نگهداری رفتارهای خود اشاره دارد. مداخلات در سطح کلاس درس شامل آموزش کودک در حیطه‌های خودبازبینی، خودارزیابی و خودتقویت‌گری است. خودبازبینی به مشاهده نظام‌مند یا ثبت رفتارهای خود در جهت افزایش آگاهی از رفتارهای خود و توانایی کارکرد مستقل اشاره دارد. خودارزیابی و خودتقویت-گری به مقایسه رفتارهای مشاهده شده خود با یک استاندارد مطلوب و سپس پاداش‌دهی خود به خاطر رسیدن به هدف مطلوب گفته می‌شود. مداخلات خودمدیریتی در بهبود دامنه‌ای از مشکلات تحصیلی و غیرتحصیلی دانش‌آموزان در سنین مختلف و از هر نوع ناتوانی مؤثر است. این نوع آموزش در بهبود تکالیف درسی دانش‌آموزان عادی و دانش‌آموزان با نیازهای ویژه در مدارس ابتدایی و راهنمایی، افزایش رفتارهای مربوط به انجام تکلیف دانش‌آموزان مبتلا به ناتوانی یادگیری و نارسایی توجه / بیش‌فعالی، کاهش رفتارهای مخرب کودکان فزون‌کنش، بهبود درک خواندن و حل مسائل ریاضی دانش‌آموزان مبتلا به ناتوانی یادگیری بسیار مفید است. مداخلات خودمدیریتی به طور کلی به گروهی ناهمگن از روش‌های مداخله اشاره دارد که استقلال، خوداتکایی و مسئولیت‌پذیری دانش‌آموزان را افزایش می‌دهند.

خودتقویت‌گری: راهبرد خودتقویت‌گری یک شکل از راهبرد خودمدیریتی است. اما در این روش به طور خاصی بر مؤلفه تقویت تأکید می‌شود. همان‌طور که از نام این روش پیداست، خودتقویتی فرصتی را برای کودکان فراهم می‌کند تا خودشان را بر اساس رفتارشان

1. Verbalizations

2. Actions

۳. آموزش مهارت‌های اجتماعی

رویکرد یادگیری اجتماعی بر الگودهی و ایفای نقش تاکید عمده‌ای دارد. مفروضه اصلی این رویکرد این است که مهارت‌های اجتماعی به طور معناداری از طریق مشاهده و تمرین انواع رفتارهای اجتماعی و بین‌فردی بهبود یابد. در این روش بر تقویت‌کننده‌های اجتماعی^۲ تاکید خاصی شده است؛ هر چند که در برخی اوقات از تقویت‌کننده‌های عینی استفاده می‌شود. استفاده از تقویت‌کننده‌های اجتماعی باعث تسهیل تعمیم‌دهی مهارت‌های اجتماعی یادگرفته شده به موقعیت‌های طبیعی و واقعی می‌گردد.

فودمدیریتی به طور کلی به فعالیت‌های طراحی شده در جهت تغییر یا نگهداری (فتارهای) فود اشاره دارد. مدافلات در سطح کلاس درس شامل آموزش کودک در میطه‌های فودبازی، فودارزیابی و فودتقویت‌گری است.

شکست رویکرد رفتاری در تولید تغییرات رفتاری پایدار و قابل تعمیم، همراه با شکست آن در پذیرش این که تجربه‌های شناختی دانش آموز می‌تواند بر موفقیت او در یادگیری و حل مسئله تأثیر داشته باشد، منجر به طراحی فنون شناختی و رفتاری گردید. رویکرد شناختی/ رفتاری در مداخله با دسته‌ای از روش‌ها مشخص می‌شود که تاکید زیادی را بر تنظیم درونی فرد بر رفتار قرار می‌دهند. به طور خاص رویکردهای شناختی/ رفتاری در آموزش مهارت‌های اجتماعی بر توانایی شخص در حل مسئله تاکید می‌کنند. همچنین در این روش تمرکز عمده بر مشارکت فعال کودک و آموزش خوددرمانی از طریق راهبردهای تصمیم‌گیری، خودتقویت‌گری و دیگر راهبردهای خودنظم‌بخشی صورت می‌گیرد. مقایسه سه رویکرد اصلی در فرایند آموزش مهارت‌های اجتماعی به طور خلاصه در جدول زیر ارائه شده است.

یک محدودیت آشکار دارودرمانی و رفتاردرمانی این است که رفتارهای اجتماعی مربوط به برقراری روابط با همسالان را مورد توجه قرار نمی‌دهند. در مقابل، آموزش مهارت‌های اجتماعی بر مبنای این فرضیه استوار است که کودکانی که توسط همسالان طرد می‌شوند فاقد مهارت‌های مورد نیاز برای برقراری روابط بین فردی هستند و آموزش چنین مهارت‌هایی می‌تواند به بهبود قابلیت اجتماعی در کودکان منجر گردد. در روش‌های آموزش مهارت‌های اجتماعی تلاش می‌شود تا با آموزش رفتارهای اجتماعی خاص، نارسایی‌های کودکان در حوزه مهارت‌ها برطرف گردد، فرصت‌های متعددی برای تمرین این رفتارها فراهم گردد و سپس پسخوراند لازم در زمینه عملکرد کودکان فراهم گردد. مهم‌ترین مهارت‌هایی که به کودکان با اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی آموزش داده می‌شود عبارتند از: شروع گفتگو، گوش دادن به همسالان، تعریف و تمجید از دیگران و داشتن روحیه منصفانه و ورزشکارانه.

سه رویکرد مهم برای آموزش مهارت‌های اجتماعی عبارتند از: رویکرد کنشگر، رویکرد یادگیری اجتماعی و رویکرد شناختی- رفتاری. شیوه‌های شرطی‌سازی کنشگر بر رفتار آشکار و قابل مشاهده و رویدادهای پیش‌بیند و پس‌اند^۱ رفتارها تمرکز می‌کنند. کنترل رفتار اغلب اوقات از طریق کاربرد تقویت یا تنبیه وابسته به مشاهده رفتار به دست می‌آید. با این حال بسیاری از رفتارهای اجتماعی همچنین می‌تواند از طریق کنترل شرایط پیش‌بیند اصلاح گردند. بنابراین دستکاری پیش‌بیندها و پس‌انددها، شیوه‌های ارزشمندی برای مداخلات در دامنه وسیعی از موقعیت‌ها و تقریباً با هر نوع نارسایی عملکرد می‌باشند (الیوت و باس، ۱۹۹۱).

2. Social reinforcer

1. Antecedent and consequent events

مقایسه رویکردهای کنشگر، یادگیری اجتماعی و شناختی/ رفتاری در آموزش مهارت‌های اجتماعی

شاخص‌های اصلی	کنشگر	یادگیری اجتماعی	شناختی/ رفتاری
تمرکز مداخله	رفتارهای قابل مشاهده و رخدادهای پیشاینده و پساینده	رفتارهای قابل مشاهده و فرایندهای واسطه‌ای	مهارت‌های حل مسئله و ارتباطشان با رفتارهای قابل مشاهده
شیوه‌های مداخله	تقویت	الگودهی، ایفای نقش، آموزش خود	مربی‌گری، حل مسئله، آموزش خود
شرایط مداخله	فردی یا گروهی، مستقیم، محیط طبیعی	فردی یا گروه کوچک، مستقیم یا با واسطه همسال، محیط طبیعی یا شبیه سازی شده	فردی یا گروه کوچک، مستقیم، شبیه‌سازی
کنترل عملکرد	بیرونی	درونی و بیرونی	درونی
ارزیابی پیامد	تغییر در فراوانی رفتار آماج	تغییر در پاسخ یاد گرفته شده و عملکرد پاسخ	تغییر در تفکرات درباره رفتارها و توانایی اجرای رفتارهای مناسب

مراحل آموزش مهارت‌های اجتماعی

رفتارها ترجیحاً از طریق روش‌های چندگانه شامل مقیاس‌های درجه‌بندی، مشاهدات مستقیم کودک، مصاحبه با معلمان یا والدین و برخی اوقات یک ایفای نقش سازمان‌یافته جهت تأیید نارسایی‌ها و تصحیح طرح‌های مداخله، مورد سنجش قرار می‌گیرند. در درجه سوم بر اساس نتایج سنجش، راهبردهای آموزش متناسب با نیازهای دانش‌آموز و نوع نارسایی در مهارت‌های اجتماعی مشخص و تجویز می‌شود. در درجه چهارم اثرات شیوه‌های تدریس به صورت تجربی با روش‌های مختلف سنجش ارزیابی می‌شود. مدل دیت به طور مکرر برای هر گونه نارسایی در رفتار اجتماعی که دانش‌آموز نشان می‌دهد، به کار می‌رود.

این مدل می‌تواند به وسیله یک معلم، روان‌شناس یا هر متخصص دیگر از طریق پنج مرحله زیر به کار گرفته شود: (۱) ایجاد نیاز برای انجام رفتار، (۲) شناسایی مؤلفه‌های رفتاری خاص مهارت یا تحلیل تکلیف، (۳) الگودهی رفتار با استفاده از شیوه‌های زنده یا فیلم، (۴) تمرین رفتار و ارائه پسخوراند به پاسخ‌های داده شده و (۵) آموزش تعمیم‌دهی. این پنج مرحله یک رویکرد آسان و کلی برای آموزش رفتار اجتماعی با استفاده از شیوه‌های مداخله که به طور مکرر بیشترین کارایی را داشتند، ارائه می‌دهد. راه‌های مداخله در دسترس برای کودکان با

متخصصان در فرایند آموزش مهارت‌های اجتماعی مراحل تقریباً مشابهی را تأکید می‌کنند. به عنوان مثال مراحل فرایند آموزش مهارت‌های اجتماعی از دیدگاه الیوت و گرشام (۱۹۹۱) عبارتند از: توضیح مهارت و ضرورت آن، نشان دادن مراحل، انجام مراحل، پی‌گیری و تمرین مراحل، تعمیم‌دهی. همچنین سارجنت (۱۹۹۱) مراحل آموزش مهارت اجتماعی را این گونه بیان کرده است: ایجاد نیاز، شناسایی مؤلفه‌های مهارت، الگودهی مهارت، ایفای نقش مهارت، تمرین و تعمیم‌دهی و انتقال. به طور کلی مدل‌های مختلفی درباره مراحل سنجش و آموزش مهارت‌های اجتماعی مطرح شده‌اند که برخی از مهم‌ترین آنها به شرح زیر می‌باشند:

مدل سنجش و مداخله مهارت‌های اجتماعی

الیوت و باس (۱۹۹۱): الیوت و باس (۱۹۹۱) چارچوبی را برای سنجش و مداخله مهارت‌های اجتماعی ارائه کردند که می‌تواند با سرواژه دیت (تعریف کردن، سنجش، تدریس، ارزیابی) نشان داده شود. در درجه اول رفتارها تعریف می‌شوند و در عبارت‌های قابل مشاهده بیان می‌گردند. علاوه بر این، شرایط در برگیرنده رفتار (پیشاینده و پیامد) نیز تعریف می‌گردند. در درجه دوم،

1. Define - Assess - Teach - Evaluate (DATE)

- ✓ آموزش مهارت‌های درک اجتماعی^۳: تفسیر صحیح سرخ‌های اجتماعی از جانب دیگران و بافت اجتماعی
- ✓ تکنیک‌های خودآموزشی / خودنظم‌بخشی^۴: بازبینی خود، گفتگو با خود، تقویت خود.
- ✓ حل مسئله اجتماعی: شناسایی مسئله، تولید راه‌حل‌های گوناگون، پیش‌بینی نتایج، انتخاب و برنامه‌ریزی پاسخ‌های مناسب
- ✓ کاهش پاسخ‌های متناقض / بازدارنده / نامناسب^۵: مدیریت وابستگی^۶، آموزش والدین، آموزش تنش‌زدایی، بازسازی شناختی.

سه (ویکرد مهم)
 برای آموزش مهارت‌های اجتماعی عبارتند از:
 (ویکرد کنشگر، (ویکرد یادگیری اجتماعی
 و (ویکرد شناختی- (رفتاری

به طور کلی بر اساس جمع‌بندی و تحلیل ویلیامز و رایزبرگ (۲۰۰۳)، آموزش مهارت‌های اجتماعی به طور کلی از یک ساختار آموزش مستقیم پیروی می‌کند. این ساختار معمولاً به پنج گام یا بیشتر شکسته می‌شود که به طور کلی مطابق ترتیب زیر است:

بحث درباره مهارت: گام اول آموزش مهارت‌های اجتماعی، بحث درباره مهارتی است که باید تدریس شود. در طی این مرحله مهارت باید تعریف شود و گام‌های مورد نیاز برای انجام مهارت مشخص گردد. در طی این مرحله است که می‌توان یک منطبق برای مهارت مورد نظر فراهم گردد.

الگودهی مهارت: در طی مرحله دوم، الگودهی اتفاق می‌افتد. در طی این مرحله، یک یا دو دانش‌آموز،

نارسایی مهارت اجتماعی متعدد هستند، اما بیشتر مداخلات مؤثر از ترکیب روش‌های دستکاری پیشایندها یا پیامدها با شیوه‌های الگودهی / مربی‌گری حاصل می‌شوند. هنگامی که مشکل اجتماعی کودک ناشی از فقدان شناخت مهارت خاص است، به طور کلی استفاده از مداخله مستقیم که شامل تکنیک‌های الگودهی، مربی‌گری و ایفای نقش است، ضروری است. برعکس، هنگامی که یک کودک در انجام رفتار اجتماعی توانایی دارد، احتمالاً مداخلاتی شامل دستکاری پیشایندها و یا پیامد موفق خواهد بود.

رویکرد چندمدلی - تلفیقی در آموزش

مهارت‌های اجتماعی (اسپنس، ۱۹۹۵): برخی از متخصصان، رویکردهای چندمدلی را در آموزش مهارت‌های اجتماعی به جای مداخلات تک‌مدلی مانند الگودهی، مربی‌گری، تقویت یا آموزش حل مسئله اجتماعی پیشنهاد می‌دهند (بیلمن، فینگستن و لوسل^۱، ۱۹۹۴). هدف از برنامه آموزش مهارت‌های اجتماعی که توسط اسپنس (۱۹۹۵) برای افراد سنین ۱۸-۷ سال تهیه شده است، آموزش دامنه‌ای از مهارت‌های اجتماعی اساسی و راهبردهایی برای رویارویی با موقعیت‌های اجتماعی مشکل‌ساز است. طول مدت مداخله برای کودکان و نوجوانان با توجه به شدت و ماهیت نارسایی مهارت‌های اجتماعی و سرعت یادگیری متفاوت است. برخی کودکان به جلسات آموزش متعدد در هر هفته و در طول چند ماه همراه با جلسات آموزش مستمر در بیرون نیاز دارند. مؤلفه‌های این برنامه عبارتند از:

- ✓ آموزش رفتاری مهارت‌های اجتماعی^۲: آموزش، بحث، الگودهی، ایفای نقش / تمرین رفتار، پس‌خوراند و تقویت برای افزایش توانایی انجام دادن راهبردهای پاسخدهی مناسب

3. Social perception skills training

4. Self- instructional/self- regulation

5. Reduction of competing/inhibiting / inappropriate social responses

6. Contingency management

1. Beelmann, P, Fingsten & Loesel

2. Behavioral social skills training

نارسایی توجه/ بیش فعالی بسیار مفید باشد: این مراحل در جدول زیر به طور خلاصه ارائه شده است:

مراحل طراحی آموزش مهارت‌های اجتماعی

(لی پارک، لومن، و میلر، ۲۰۰۷)

مراحل	معرفی فعالیت مربوطه
۱	انتخاب مهارت‌های مناسب
۲	شناسایی مؤلفه‌های مهارت
۳	مشخص کردن نوع نارسایی در مهارت‌های اجتماعی
۴	<p>ارائه آموزش:</p> <p>الف) راهبردهای مبتنی بر کارکرد (راهبردهای پیشنهادی، تدریس رفتار مطلوب/ جانشین، راهبردهای پیامد)</p> <p>ب) الگودهی، هدایت کردن، آزمون کردن</p> <p>ج) بهبود تعمیم‌دهی</p>

شواهد حاکی از آن است که آموزش مهارت‌های اجتماعی به طور کلی باعث افزایش میزان پذیرش اجتماعی و قابلیت اجتماعی و کاهش مشکلات رفتاری در کودکان می‌گردد (بیان زاده و ارجمندی، ۱۳۸۲؛ مللی، ۱۳۸۶؛ واحدی و فتحی آذر، ۱۳۸۵). اما میزان افزایش مهارت‌ها و بهبود در کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/ بیش فعالی کمتر از کودکان عادی است؛ به خصوص آن دسته از کودکان دارای این اختلال که از طرف همسالان مورد طرد قرار می‌گیرند. در تبیین این یافته می‌توان گفت کودکانی که مورد طرد همسالان هستند هم در شناخت اجتماعی و هم در عملکرد دارای مشکل هستند. برای مثال این کودکان رفتارهای مناسب هر موقعیت اجتماعی خاص را نمی‌شناسند یا این که می‌دانند چه رفتارهایی را باید انجام دهند اما نمی‌توانند رفتارهای غیرماهرانه را مهار کنند. با این حال برنامه آموزش مهارت‌های اجتماعی بر این فرض استوار است که نارسایی در دانش یا شناخت، بخش عمده مشکل کودک هستند. بنابراین اگرچه نارسایی در دانش یا شناخت ممکن است یکی از عوامل بازدارنده روابط با

نوار ویدیویی مهارت را انجام می‌دهند و نمونه‌های روشنی از مهارت و کاربرد آن را ارائه می‌دهند. در این زمان، الگو باید فرایند انجام مهارت را با آوردن مثال و با روش گفتگو با خود نشان دهد.

انجام مهارت به صورت هدایت شده: در مرحله

سوم، دانش آموزان توسط معلم یا الگو در انجام مهارت هدایت می‌شوند. این مرحله که تمرین کردن نیز نامیده شده است شامل راهنمایی دانش آموزان توسط معلم در انجام درست مهارت است. معلم همچنین دانش آموزان را تشویق می‌کند تا در طی انجام مهارت به صورت هدایت شده، با خود حرف بزنند. معلم باید پسخوراند تصحیحی و مثبت را در طی این مرحله به کار ببرد.

انجام مهارت به صورت مستقل: این مرحله که در

زمان‌هایی با مراحل سوم و پنجم ترکیب می‌گردد، انجام مهارت به صورت مستقل است. این مرحله که همچنین ایفای نقش نامیده می‌شود، شامل انجام مهارت توسط دانش آموزان با اندک مداخله از طرف معلم است.

بهبود تعمیم‌دهی مهارت: تعریف گام‌نهایی در

آموزش مهارت‌های اجتماعی، مشکل‌تر است. کندلر، لوپر و فالر (۱۹۹۲) پیشنهاد کردند که تقویت مثبت یک گام مجزا در فرایند آموزشی است. در هر صورت با ارائه پسخوراند و بحث که در طی فرایند آموزشی رخ می‌دهد، این نکته ممکن است فرض شود که تقویت در طول تمرین برای انجام مناسب مهارت فراهم شده است. یک مرحله آشکارتر در گام پنجم، بهبود تعمیم‌دهی است. در این زمان دانش آموزان تشویق می‌شوند تا مهارت جدید را خارج از محدودیت‌های آموزشی انجام دهند. تکلیف خانه اغلب برای بهبود تعمیم‌دهی ارائه می‌شود.

در نهایت الگوی ارائه شده توسط لی پارک، لومن و میلر (۲۰۰۷) در طراحی فرایند آموزش مهارت‌های اجتماعی شامل چهار مرحله است که می‌تواند در آموزش رفتارها و مهارت‌های اجتماعی به کودکان مبتلا به

نارسایی توجه/ بیش‌فعالی با یکدیگر به عنوان دوست، نتایج مثبتی را در کودکان دارای اختلال به دست آوردند. فرانکل و همکاران (۱۹۹۷) نتیجه گرفتند که هر دو دسته کودکان با و بدون اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی از این روش سود می‌برند. با این حال باید یادآور شد که ارزیابی وضعیت کودکان پس از اعمال این شیوه فقط بر اساس نظرات والدین و معلمان صورت گرفته است و داده‌های گروه‌سنجی یا روش‌های مشاهده‌ای کمتر مورد استفاده قرار گرفتند. بنابراین انجام مداخلات بیشتر برای بررسی میزان کارایی روش مداخله دوستی مورد نیاز است.

روش دوم برای حل مشکل طرد شدن توسط همسالان، تغییر در نگرش‌ها یا رفتارهای همسالان علاوه بر (یا به جای) تغییر رفتارهای کودک طرد شده است. مفهوم‌سازی رایج درباره مشکل طرد شدن توسط همسالان این است که نارسایی کودک در مهارت‌های اجتماعی، باعث طرد او توسط همسالان می‌گردد و در نتیجه اهمیت بافت اجتماعی نادیده گرفته می‌شود (میکامی و فیفندر، ۲۰۰۶). کودکان با اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی ممکن است از مهارت‌های اجتماعی مناسبی در گروه‌های همسالان و موقعیت‌های سازمان‌یافته برخوردار باشند، اما سوگیری‌ها و پیش‌داوری‌های همسالان بر علیه این کودکان ممکن است باعث طرد آنها گردد. در نتیجه یک تکنیک مفید در این موارد ممکن است افزایش تحمل همسالان و همکلاسی‌های کودک مبتلا به اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی باشد؛ روشی که چندان مورد مطالعه قرار نگرفته است.

یک راهبرد نویدبخش، استفاده از راهبردهای یادگیری مشارکتی است که طی آن کودکان باید در کلاس درس برای رسیدن به هدف‌های مشترک تلاش کنند. این روش باعث بهبود روابط بین فردی و روابط اجتماعی مثبت بین دانش‌آموزان می‌گردد (روزس، جانسون و جانسون،

همسالان در کودکان بدون اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی که مورد طرد قرار می‌گیرند، باشد؛ ولی مانع اصلی کودکان با ریخت ترکیبی این اختلال، نارسایی‌هایی در عملکرد است (بارکلی، ۱۹۹۷). البته باید یادآور شد که این یافته ممکن است برای کودکان مبتلا به ریخت غلبه بر نارسایی توجه که به آموزش در زمینه مشارکت فعال و جرئت‌ورزی نیاز دارند، صادق نباشد. تبیین دیگر این است که کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی ممکن است از سوگیری‌های هیجانی و شناختی معناداری برخوردار باشند که معمولاً در برنامه‌های آموزش مهارت‌های اجتماعی کمتر مورد توجه قرار می‌گیرد و بنابراین باقی ماندن این سوگیری‌ها بعد از مراحل آموزش مهارت‌های اجتماعی در فرد مبتلا، مانع برقراری روابط مناسب با همسالان می‌گردد.

۴. رهنمودهای جدید درمانی

با توجه به محدودیت‌های روش‌های مداخله‌ای موجود در کاهش طرد شدن توسط همسالان در کودکان با اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی، پژوهشگران روش‌های جدیدی را برای بهبود قابلیت اجتماعی این کودکان مورد بررسی قرار داده‌اند. برخی متخصصان با تکیه بر این عقیده که اگر تغییر سطح پذیرش و محبوبیت کودکان با اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی بسیار دشوار و یا غیرممکن است، بر ایجاد و گسترش دوستی^۱ به عنوان یک راه‌حل جایگزین تاکید شود (مروگ، هوزا و جردس، ۲۰۰۱). در این روش اعتقاد بر این است که اگر کودک یک دوست داشته باشد، خطر بروز برخی رفتارهای منفی در کودک کمتر است؛ حتی اگر کودک در میان گروه‌های بزرگتر محبوب نباشد. در این ارتباط هوزا، مروگ و پلهام (۲۰۰۳) در مطالعه خود با جفت کردن کودکان با اختلال

1. Developing friendship

برخوردار هستند و در نتیجه به میزان بیشتری توسط همسالان مورد بی توجهی و غفلت قرار می گیرند. علاوه بر این کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه / بیش فعالی که همزمان به اختلال های رفتاری مخرب مبتلا هستند بیشتر از کودکان تنها با اختلال نارسایی توجه / بیش فعالی، از نظر کنش وری اجتماعی دارای مشکل هستند. در هر صورت این مسئله باید با مجزاسازی دختران و پسران و ریخت های مختلف اختلال، مورد بررسی عمیق تر قرار گیرد.

یک راهبرد نویدبخش، استفاده از راهبردهای یادگیری مشارکتی است که طی آن کودکان باید در کلاس درس برای رسیدن به هدف های مشترک تلاش کنند. این روش باعث بهبود روابط بین فردی و روابط اجتماعی مثبت بین دانش آموزان می گردد

در بحث درمان کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه / بیش فعالی نتایج حاکی از آن است که روش های دارودرمانی و رفتاردرمانی در کاهش نشانه های اختلال موفق هستند، ولی در بهبود قابلیت اجتماعی این کودکان چندان موثر نیستند. روش های آموزش مهارت های اجتماعی نیز در کاهش میزان طرد شدن توسط همسالان به خصوص در خارج از موقعیت ها و بافت های آموزش چندان موفق نیستند. به طور کلی حمایت های تجربی از کاربرد روش شناختی / رفتاری در کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه / بیش فعالی چندان زیاد نیست و این شیوه درمان اغلب به دور از موقعیتی که مشکل رفتاری رخ می دهد، صورت می گیرد. بنابراین به نظر می رسد که به کارگیری روش های جدیدی مانند ایجاد دوستی های متعدد و افزایش ظرفیت تحمل همسالان بدون اختلال و تلاش در جهت تغییر نگرش ها و پیش داوری های منفی آنها باید حداقل به عنوان مکمل روش های درمانی مختلف به کار گرفته شود.

۲۰۰۸). به نظر می رسد در این روش بتوان به موفقیت هایی در زمینه کاهش پیش داوری ها و سوگیرهای منفی همسالان و همکلاسی ها نسبت به کودک مبتلا به اختلال نارسایی توجه / بیش فعالی دست یافت. قضاوت درباره این راهبرد نیز به پژوهش های بیشتری نیاز دارد.

در پایان می توان گفت: روابط اجتماعی به عنوان محور اصلی زندگی انسان هاست و کسب و حفظ مهارت های اجتماعی در سازش یافتگی روان شناختی فرد در طول زندگی بسیار مهم است. روابط ضعیف با همسالان در دوره کودکی ممکن است با دامنه ای از مشکلات مانند تنهایی، آسیب پذیری در برابر افسردگی و اضطراب، رفتار پر خاشک گرانه، مشکلات تحصیلی و مشکلات سلامت روانی در آینده مرتبط باشد. بزرگسالان با مهارت های اجتماعی ضعیف ممکن است دامنه وسیعی از مشکلات در روابط و حل تعارض مانند عدم رضایت زناشویی یا ازدواج را تجربه کنند. علاوه بر این نارسایی در مهارت های اجتماعی با دامنه وسیعی از تشخیص های روان پزشکی مانند اختلال های تحولی، افسردگی، اضطراب، اسکیزوفرنیا و اختلال های شخصیت مرتبط است. مشکلات در مهارت های اجتماعی به طور مداوم به مشکلات در سازش یافتگی منجر می گردد، زیرا نارسایی های اولیه می تواند فرصت های لازم را برای برقراری تعاملات و روابط بیشتر محدود سازد و در نتیجه از تحول بیشتر مهارت ها ممانعت به عمل آورد.

کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه / بیش فعالی بر اساس گزارش همسالان، والدین و معلمان دارای مشکلات عمیق در برقراری روابط با همسالان هستند. شواهد حاکی از آن است که این مشکلات اجتماعی از دوره کودکی تا نوجوانی و بزرگسالی ادامه دارد. این یافته در هر دو جنس و در هر شکل از اختلال صادق است. با این حال کودکان مبتلا به ریخت نارسایی توجه در مقایسه با ریخت ترکیبی اختلال، کمتر پر خاشک گر بوده و از گوشه گیری بیشتری

منابع

- بیان زاده، سید اکبر و ارجمندی، زهرا (۱۳۸۲). تأثیر آموزش مهارت‌های اجتماعی بر رفتار سازگارانه کودکان عقب مانده ذهنی خفیف. *مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران (اندیشه و رفتار)*، ۹ و ۱۰-۸.
- حسین خانزاده، عباسعلی (۱۳۸۸). آموزش مهارت‌های اجتماعی به کودکان و نوجوانان، تهران، انتشارات رشد فرهنگ.
- حسین خانزاده، عباسعلی (۱۳۹۰). روان‌شناسی و آموزش کودکان و نوجوانان با نیازهای ویژه. تهران، آوای نور.
- شکوهی یکتا، محسن و پرند، اکرم (۱۳۸۹). اختلال‌های رفتاری کودکان و نوجوانان. تهران، تیمورزاده.
- کارتلیج، جی و میلبرن، جوان (۱۹۸۵). آموزش مهارت‌های اجتماعی به کودکان، ترجمه نظری نژاد (۱۳۸۵)، مشهد: انتشارات آستان قدس رضوی. مللی، مریم (۱۳۸۶).
- تأثیر آموزش مهارت‌های اجتماعی با استفاده از داستان در کاهش اختلالات رفتاری دانش آموزان دختر عقب مانده ذهنی آموزش پذیر سنین ۱۳ تا ۱۹ سال شهر تهران. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.
- واحدی، شهرام؛ فتحی آذر، اسکندر (۱۳۸۵). آموزش کفایت اجتماعی در کاهش پرخاشگری پسران پیش دبستانی: گزارش شش مورد، فصل نامه اصول بهداشت روانی، ۸، ۱۳۱-۱۴۰.
- یهودی، هایده (۱۳۸۷). مهارت‌های اجتماعی در افراد دچار اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی، *مجله تعلیم و تربیت استثنایی*، ۷۸، ۲۴-۱۶.
- Achenbach, T. M. (1991b). *Manual for teacher's report form and 1991 profile*. Burlington, VT: University Associates in Psychiatry.
- Allen, J. P., Porter, M. R., McFarland, F. C., Marsh, P., & McElhaney, K. B. (2005). The two faces of adolescents' Success with peers: Adolescent popularity, social adaptation, and deviant behavior. *Child Development*, 76, 747-760.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorder (IV-TR)*. Washington, DC: Author.
- Bagwell, C.L., Molina, B.S.G., Pelham, W.E., & Hoza, B. (2001). Attention-deficit hyperactivity disorder and problems in peer relations: Predictions from childhood to adolescence. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40, 1285-1294.
- Barbarese, W. J., Katusic, S. K., Colligan, R. C., Weaver, A.L., Leibson, C. L., & Jacobsen, S. J. (2006). Long-term stimulant medication treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder: Results from a population-based study. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 27, 1-10.
- Barkley, R. A. (1997). *ADHD and the nature of self-control*. New York: Guilford.
- Barkley, R. A. (1998). *ADHD and the nature of self-control*. New York: Guilford.
- Barkley, R.A., Edwards, G., Fletcher, K., & Metevia, L. (2001). Executive functioning, temporal discounting, and sense of time in adolescents with Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) and Oppositional Defiant Disorder (ODD). *Journal of Abnormal Child Psychology*, 29, 541-556.
- Bierman, K. L. (2004). *Peer rejection: Developmental processes and intervention strategies*. New York, NY: Guilford Press.
- Boakes, J., Chapman, E., Houghton, S., & West, J. (2008). Facial affect interpretation in boys with attention deficit/hyperactivity disorder. *Child Neuropsychology*, 14, 82-96.
- Canu, W. H., & Carlson, C. L. (2003). Differences in heterosocial behavior and outcomes of ADHD-symptomatic subtypes in a college sample. *Journal of Attention Disorders*, 6, 123-133.
- Carlson, C. L., & Mann, M. (2000). Attention-deficit/hyperactivity disorder, predominantly inattentive subtype. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 9, 499-510.
- Cavell, T. A., Meehan, B. T., & Fiala, S. E., (2003). Assessing social competence in children and adolescents. In C. R. Reynolds & R. Kamphaus (Eds.), *Handbook of psychological and educational assessment of children* (2nd ed., pp. 433-454). New York, NY: Guilford.
- Chandler. Lubek, R., & Fowler, S. (1992). Generalization and maintenance of preschool children's social skills: A critical review and analysis. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 25, 415-425.
- Cornell, D. G., Sheras, P. L., & Cole, J. C. M. (2006). *Assessment of bullying*. In S. R. Jimerson & M. J. Furlong (Eds.), *the handbook of school violence and school safety* (pp. 191-209). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Crick, N. R., & Dodge, K. A. (1994). A review and reformulation of social information-processing mechanisms in children's social adjustment. *Psychological Bulletin*, 115, 74-101.
- Davies, S., & Witte, R. (2000). Self-management and peer-monitoring within a group contingency to decrease uncontrolled verbalizations of children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Psychology in the Schools*, 37, 135-147.
- Elliott, S.N. & Busse, R.T. (1991). Social skills assessment and intervention with children and adolescents. *School Psychology International*, 12, 63-83.
- Elliott, S. N., Malecki, C. K., & Demaray, M. K. (2001). New directions in social skills assessment and intervention for elementary and middle school students. *Exceptionality*, 9, 19-32.
- Frankel, F., Myatt, R., Cantwell, D. P., & Feinberg, D. (1997). Parent-assisted transfer of children's social skills training: Effects on children with and without attention-deficit hyperactivity disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 1056-1064.
- Gadow, K. D., Drabick, D. A. G., Loney, J., Sprafkin, J., Salisbury, H., Azizian, A., et al. (2004). Comparison of ADHD symptom subtypes as source-specific syndromes. *Journal of Child Psychology & Psychiatry*, 45, 1135-1149.
- Gresham, F.M., & Elliott, S.N. (1990). *The Social Skills Rating System*. Circle Pines, MN: American Guidance Service.
- Hartman, C. A., Willcutt, E. G., Rhee, S. H., & Pennington, B. F. (2004). The relation between Sluggish Cognitive Tempo and DSM-IV ADHD. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 32, 491-503.
- Hinshaw, S. P. (2002a). Preadolescent girls with attention deficit/hyperactivity disorder: I. Background characteristics, comorbidity,

- cognitive and social functioning, and parenting practices. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 1086–1098.
- Hinshaw, S. P., Owens, E. B., Sami, N., & Fargeon, S. (2006). Prospective follow-up of girls with attention-deficit/hyperactivity disorder into adolescence: Evidence for continuing cross-domain impairment. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 74, 489–499.
- Hoza, B., Gerdes, A. C., Hinshaw, S. P., Arnold, L. E., Pelham, W. E., Molina, B. S. G., et al. (2004). Self-perceptions of competence in children with ADHD and comparison children. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 72, 382–391.
- Hoza, B., Mrug, S., Gerdes, A. C., Bukowski, W. M., Kraemer, H. C., Wigal, T., et al. (2005). What aspects of peer relationships are impaired in children with attention deficit/hyperactivity disorder? *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 73, 411–423.
- Hoza, B., Mrug, S., & Pelham, W. E. (2003). A friendship intervention for children with attention-deficit/hyperactivity disorder: Preliminary findings. *Journal of Attention Disorders*, 6, 87–98.
- Hoza, B., Murray-Close, D., Arnold, L. E., Hinshaw, S. P., & MTA Cooperative Group. (2008). *Time-dependent changes in positive illusory self-perceptions of children with ADHD: A developmental psychopathology perspective*. Unpublished manuscript.
- Hoza, B., Pelham, W. E., Waschbusch, D. A., Kipp, H., & Owens, J. S. (2001). Academic task persistence of normally achieving ADHD and control boys: Performance, self-evaluations, and attributions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 271–283.
- Junttila, N., Voeten, M., Kaukiainen, A., & Vauras, M. (2006). Multisource assessment of children's social competence. *Educational and Psychological Measurement*, 66, 874–895.
- Lee Park, K., Loman, S., & Miller, M. A. (2007). Social skills. *Adaptive Behavior Assessment-II: Clinical Use and Interpretation*, Elsevier Inc.
- Lezak, M. (1995). *Neuropsychological Assessment*. New York: Oxford University Press.
- Matson, J. L., & Wilkins, J. (2009). Psychometric testing methods for children's social skills. *Research in Developmental Disabilities*, 30, 249–274.
- Martin, J. K., Pescosolido, B. A., Olafsdottir, S., & McLeod, J. D. (2007). The construction of fear: Americans' preferences for social distance from children and adolescents with mental health problems. *Journal of Health and Social Behavior*, 48, 50–67.
- Mikami, A. Y., & Hinshaw, S. P. (2006). Resilient adolescent adjustment among girls: Buffers of childhood peer rejection and attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 26, 823–837.
- Mikami, A. Y., & Pfiffner, L. J. (2006). Social skills training for youth with disruptive behavior disorders: A review of best practices. *Emotional and Behavioral Disorders in Youth*, 6, 3–23.
- Mikami, A. Y., & Pfiffner, L. J. (2007). Sibling relationships among children with Attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Attention Disorders*, 11, 1–11.
- Mikami, A. Y., Huang-Pollock, C. L., Pfiffner, L. J., McBurnett, K., & Hangai, D. (2007). Social skills differences among Attention-deficit/hyperactivity disorder subtypes in a chat room assessment task. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 35, 509–521.
- Mikami, A. Y., Hinshaw, S. P., Patterson, K. A., & Lee, J. C. (2008). Eating pathology among adolescent girls with Attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 117, 225–235.
- Miles, S. B., & Stipek, D. (2006). Contemporaneous and longitudinal associations between social behavior and literacy achievement in a sample of low-income elementary school children. *Child Development*, 77, 103–117.
- Mrug, S., Hoza, B., & Gerdes, A. C. (2001). *Children with attention-deficit/hyperactivity disorder: Peer relationship and peer-oriented interventions*. In D. W. Nangle & C. A. Erdley (Eds.), *The role of friendship in psychological adjustment*. New directions for child and adolescent development. San Francisco: Jossey-Bass/Pfeiffer.
- Nixon, E. (2001). The social competence of children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder: A review of the literature. *Child Psychology and Psychiatry Review*, 6, 172–180.
- Ohan, J. L., & Johnston, C. (2007). What is the social impact of ADHD in girls? A multi-method assessment. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 35, 239–250.
- Peris, T. S., & Hinshaw, S. P. (2003). Family dynamics and preadolescent girls with ADHD: The relationship between expressed emotion, ADHD symptomatology, and comorbid disruptive behavior. *Journal of Child Psychology & Psychiatry*, 44, 1177–1190.
- Pfiffner, L. J. (2003). Psychosocial treatment for ADHD Inattentive Type. *The ADHD Report*, 11, 1–8.
- Renk, K., & Phares, V. (2004). Cross-informant ratings of social competence in children and adolescents. *Clinical Psychology Review*, 24, 239–254.
- Roseth, C. J., Johnson, D. W., & Johnson, R. T. (2008). Promoting early adolescents' achievement and peer relationships: The effects of cooperative, competitive, and individualistic goal structures. *Psychological Bulletin*, 134, 223–246.
- Spence, S. H. (1995). *Social skills training: Enhancing social competence and children and adolescents*. Windsor, UK: The NFER-NELSON Publishing Company Ltd.
- Stormont, M. (2001). Social outcomes of children with AD/HD: Contributing factors and implications for practice. *Psychology in the Schools*, 38, 521–531.
- Sugai, G., & Lewis, T. J. (1996). Preferred and promising practices for social skills instruction. *Focus on Exceptional Children*, 29, 1–16.
- Williams, G. J., & Reisberg, L. (2003). Successful inclusion: teaching social skills through curriculum integration. *Intervention in School & Clinic*, 38(4), 205–210.
- Wymbs, B. T., Pelham, W. E., Molina, B. S. G., & Gnagy, E. M. (2008). Mother and adolescent reports of interparental discord among parents of adolescents with and without attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 16, 29–41.
- Yuill, N., & Lyon, J. (2007). Selective difficulty in recognizing facial expressions of emotion in boys with ADHD: General performance impairments or specific problems in social cognition? *European Child & Adolescent Psychiatry*, 16, 398–404.