

آموزش مهارت‌های نظم‌بخشی به کودکان مبتلا به
اختلال نقصان توجه / بیش‌فعالی

درمانی مبتنی بر تجربه

فهرست

۷	معرفی نویسندگان.....
۹	سخن مترجم.....
۱۳	پیشگفتار.....

بخش ۱: مقدمه‌ای بر برنامه آموزش مهارت‌های نظم‌بخشی

۱۹	فصل ۱- لزوم آموزش مهارت‌های نظم‌بخشی به کودکان مبتلا به ADHD.....
۴۱	فصل ۲- برنامه OST و دستورالعمل‌های ارزیابی.....
۶۳	فصل ۳- رهنمود تماس با آموزگار.....

بخش ۲: رهنمودهای جلسسه به جلسسه

۷۷	جلسه ۱- معرفی: آشنایی کودک و والد.....
۸۹	جلسه ۲- معرفی: استفاده از راهبردهای یادگیری اجتماعی برای برانگیختن ایجاد مهارت‌ها (فقط برای والدین).....
۱۰۲	جلسه ۳- ردگیری تکالیف: اجرای روش‌های مدیریت رفتار و یادداشت کردن همه آنها.....
۱۱۷	جلسه ۴- ردگیری تکالیف: ثبت تکالیف روزانه و تقویم تکالیف و امتحان.....
۱۳۱	جلسه ۵- مدیریت وسایل: جمع‌وجور کردن ورقه‌ها برای مدرسه.....
۱۴۲	جلسه ۶- مدیریت وسایل: بررسی روش‌های ردگیری تکالیف و مدیریت ورقه‌ها.....
۱۵۱	جلسه ۷- مدیریت وسایل: معرفی چک‌لیست کوله‌پشتی.....
۱۶۱	جلسه ۸- مدیریت وسایل: «وسایل دیگر» و کوله‌پشتی‌های دیگر.....
۱۷۲	جلسه ۹- مدیریت وسایل: آماده کردن میز برای شروع.....
۱۸۱	جلسه ۱۰- مدیریت زمان: آشنایی با زمان و تقویم.....
۱۸۹	جلسه ۱۱- مدیریت زمان: ردگیری زمان برای تکالیف.....
۲۰۱	جلسه ۱۱، الف (اختیاری) - مدیریت زمان: آموزش خواندن ساعت و محاسبه گذر زمان.....
۲۱۰	جلسه ۱۲- مدیریت زمان: جلسات برنامه‌ریزی زمانی در منزل و مدرسه.....
۲۱۹	جلسه ۱۳- مدیریت زمان: برنامه‌ریزی برای تکالیف بلندمدت و اجتناب از حواس‌پرتی.....
۲۲۹	جلسه ۱۴- مدیریت زمان: برنامه‌ریزی زمانی برای کارهای روزانه.....
۲۴۰	جلسه ۱۵- برنامه‌ریزی تکالیف: آشنایی با برنامه‌ریزی تکالیف.....
۲۴۸	جلسه ۱۶- برنامه‌ریزی تکالیف: مراحل بعدی- مدیریت وسایل و زمان.....
۲۵۷	جلسه ۱۷- برنامه‌ریزی تکالیف: گنجاندن گام‌ها در جدول زمانی.....

- جلسه ۱۸- برنامه‌ریزی تکالیف: برنامه‌ریزی برای پروژه‌های بلندمدت ۲۶۴
- جلسه ۱۹- برنامه‌ریزی تکالیف: بررسی کردن و برنامه‌ریزی برای اتمام آموزش ۲۷۱
- جلسه ۲۰- چکیده برنامه: آگهی شخصی و اتمام آموزش ۲۸۰

بخش سوم: فرم‌ها و برگه‌های OST

- فرم‌های درمانگر..... ۲۹۳
- برگه‌های والد و کودک ۳۵۱
- فرم‌های آموزگار..... ۴۴۳
- منابع ۴۵۹
- واژه‌نامه انگلیسی به فارسی..... ۴۶۵
- واژه‌نامه فارسی به انگلیسی ۴۶۷

معرفی نویسندگان

ریچارد گالاگر (PhD). دانشیار روان‌پزشکی کودک و نوجوان و روان‌پزشک دانشگاه نیویورک (NYU) و مدیر طرح‌های ویژه در موسسه اختلال نقصان توجه/ بیش‌فعالی و اختلال رفتاری در مرکز مطالعات کودک در مرکز لانگون مدیکال دانشگاه نیویورک است. دکتر گالاگر روان‌شناس بالینی و عصب روان‌شناس است. او که بیش از سی سال است به درمان و ارزیابی کودکان پرداخته است نقش قابل توجهی در گسترش برنامه‌های آموزشی روان‌شناسان و روان‌پزشکان کودک و نوجوان به عهده داشته و سخنرانی‌ها و تألیفات بی‌شماری در پژوهش‌های بالینی در افتخارات خود دارد. گالاگر در همکاری با دکتر هاوارد، ب. ابیکوف در برنامه‌های پژوهشی که این کتاب یکی از آنهاست تألیف کرده و همچنین مؤلف مقیاس مهارت‌های نظم‌بخشی کودکان می‌باشد.

هاوارد، ب. ابیکوف (PhD) استاد پوارف‌کهن (Pevaroff Cohn) در روان‌پزشکی کودک و نوجوان و استاد روان‌پزشکی در دانشگاه نیویورک (NYU) و مدیر مؤسسه اختلال نقصان توجه/ بیش‌فعالی و اختلال رفتاری در مرکز مطالعات کودک در مرکز مدیکال لانگون دانشگاه نیویورک (NYU) است. بیشتر فعالیت‌های او نزدیک به چهل سال بر روی رشد و ارزیابی مقیاس‌های اندازه‌گیری و درمان کودکان مبتلا به نقصان توجه/ بیش‌فعالی (ADHD) متمرکز بوده است. دکتر ابیکوف بیش از ۱۵۰ مقاله، فصل و گزارش منتشر کرده است و در هیئت تحریریه پنج نشریه فعالیت می‌کند. دکتر ابیکوف در همکاری با دکتر ریچارد گالاگر در برنامه‌های پژوهشی که این کتاب یکی از آنهاست و همچنین مقیاس‌های مهارت‌های نظم‌بخشی کودکان را تألیف کرده است.

الن، ج. اسپیرا (PhD)، روان‌شناس بالینی است و دارای آموزش‌های پیشرفته در مدیریت رفتار کودکان مبتلا به ADHD است. او به‌عنوان رفتار درمانگر مرکز مطالعات کودک در مرکز لانگون مدیکال دانشگاه نیویورک در تمام پنج سالی که در مطالعه پژوهشی خود کارآمدی آموزش مهارت‌های نظم‌بخشی (OST) را مورد سنجش قرار می‌داد، به آموزش این مهارت به کودکان و والدین‌شان می‌پرداخت. دکتر اسپیرا استادیار در مددکاری اجتماعی سیلور اسکول، دانشگاه نیویورک است. او در مورد توانایی اختلال خواندن و مشکلات رفتاری در اوایل کودکی کارگاه‌هایی برگزار کرده و نوشته‌هایی منتشر کرده است. در حال حاضر او هماهنگ‌کننده برنامه مطالعات ارزیابی و نتایج در خدمات اجتماعی وست چستر جویش که یک مرکز بزرگ خدمات انسانی در وست چستر کانتی نیویورک است می‌باشد.

سخن مترجم

اصطلاح اختلال نقصان توجه/ بیش‌فعالی (ADHD) به گروه نامتجانسی از کودکان (و نوجوانان و بزرگسالان) اطلاق می‌شود که از هر نظر در موقعیت‌های تحصیلی، شغلی و زندگی روزمره با مشکلاتی روبه‌رو هستند.

مطالعات همه‌گیرشناسی در آمریکا نشان می‌دهد بین ۳ تا ۷ درصد کودکان، مبتلا به ADHD هستند. نسبت ابتلای پسران به دختران در موقعیت‌های بالینی ۶ به ۱ و در موقعیت‌های اجتماعی ۳ به ۱ است. این اختلال معمولاً قبل از ۷ سالگی شروع می‌شود.

برای بیش از ۵۰ درصد کودکان مبتلا به ADHD داروی روان‌گردان تجویز می‌شود درحالی‌که حدود ۱۲ درصد آموزش‌های ویژه و حدود ۳۴ درصد خدمات روان‌درمانی دریافت می‌کنند. ADHD در مقایسه با دیگر اختلالات کودکان مانند اختلالات طیف اوتیسم و افسردگی از شیوع بالاتری برخوردار است. این اختلال همچون اختلالات فوق‌نیازمند خدمات تخصصی و مداخله‌های متفاوت اجتماعی و آموزشی است.

بررسی‌ها نشان داده‌اند که کودکان بیش‌فعال در دوره نوزادی دارای خواب کم و نامنظمی هستند، دل‌درد داشته و مشکلات تغذیه دارند و دوست ندارند به مدت طولانی در آغوش باشند یا بی‌حرکت نگه‌داشته شوند. آنها در طول رشد چنین توصیف می‌شوند که به‌جای راه رفتن، دویدن را می‌آموزند، به همه‌چیز دست می‌زنند و ور می‌روند. در زمانی که به سن کودکستان می‌رسند، کودکان بسیار دشواری هستند، به کسی گوش نمی‌دهند و با بچه‌های دیگر خوب تا نمی‌کنند. دیگران به‌جز افراد خانواده ممکن است به خاطر رفتارشان آنها را طرد نمایند.

زمانی که این کودکان وارد دبستان می‌شوند سطح بالای فعالیت آنها، تحمل کم‌شان در مقابل ناکامی، تمرکز ضعیف و عزت‌نفس پایین‌شان موجب می‌شود برای ارزیابی و درمان ارجاع داده شوند. در سن نوجوانی بسیاری از این کودکان در تحصیل شکست می‌خورند و بین ۲۵ تا ۵۰ درصد از آنها با مشکلات قانونی و بزهکاری مواجه می‌شوند. آنها از نظر رفتار بی‌قرار باقی‌مانده ترک تحصیل می‌کنند و در برقراری روابط اجتماعی و حفظ شغل ثابت دچار شکست می‌شوند.

نشانه‌های ADHD عبارت‌اند از بی‌توجهی، تکانشگری، ناتوانی در تداوم انجام تکالیف و کار، حواس‌پرتی، کم‌طاقتی، بی‌نظمی، وول خوردن و مشکل در کنار آمدن با دیگر کودکان. برای درک ADHD لازم است منظور از «توجه»^۱ را بیشتر مورد بررسی قرار دهیم. روان‌شناسی توجه را

1- attention

دارای مراحل و فرایندهای زیر می‌داند:

۱. اطلاع یافتن از اطلاعات محیط (محرك‌ها و داده‌ها).
۲. اقدام به پردازش اطلاعات و داده‌های ادراک و تشخیص داده شده و نادیده گرفتن محرك‌ها یا داده‌های نامرتبط.
۳. تغییر در توجه متناسب با کار در دست انجام، درحالی‌که مانع تغییر توجه نسبت به محرك‌های غیرضرور می‌شود.
۴. سازمان‌دهی پاسخ نسبت به داده‌ها و اطلاعات جدید.

بنابراین فرایند بهنجار و سالم توجه عبارت از تمرکز بر روی برخی اطلاعات و داده‌ها در محیط و بی‌توجهی نسبت به اطلاعات و داده‌های دیگر است.

مفهوم دیگری که در مورد کودکان مبتلا به ADHD از اهمیت بسزایی برخوردار است، مفهوم «کارکردهای اجرایی»^۱ است. این دسته کارکردهای مغزی به احتمال زیاد به انسان اختصاص دارند و خویشتن‌داری یا خودگردانی،^۲ نظم‌بخشی رفتاری،^۳ بازداری تکانه‌ها^۴ و برنامه‌ریزی و مرحله‌بندی رفتار^۵ را شامل می‌شوند. مرکز کنترل اجرایی مغز این امکان را می‌دهد که درباره موقعیت‌ها و آنچه ممکن است در آینده روی دهد فکر کنیم و طوری برنامه‌ریزی کنیم که گذر رویدادها به بهترین نحو طی شده و به نفع ما باشند. کارکردهای اجرایی با رشد کودک پخته‌تر شده و به رسش می‌رسند. به نظر می‌رسد این کارکردها در قطعه پیشانی قشر مخ به انجام می‌رسند که پیشرفته‌ترین بخش مغز انسان است. امروزه مشخص شده است این بخش از مغز به رشد خود تا دوره نوجوانی و اوایل جوانی ادامه می‌دهد و همچنین معلوم شده است این بخش جایی است که انواع کارکردهای پخته مغز به اجرا درمی‌آیند. افراد مبتلا به ADHD علاوه بر اختلال توجه در کارکردهای اجرایی هم مشکل دارند. دلیل رفتارهای تکانشی آنها و یا ناتوانی‌شان در برنامه‌ریزی درست یا تحمل و پرتاقتی در برابر ناکامی و تمایل آنها در واکنش هیجانی شدید نسبت به فشارهای روانی و استرس با پرخاشگری، اختلال در مرکز کنترل اجرایی مغز است. وقتی ADHD تشخیص داده می‌شود که کودک (نوجوان یا بزرگسال) میزان توجه یا کارکرد اجرایی‌اش با سن و سطح قابل‌انتظار رسش و رشد او هماهنگ نیست. مشکل در تشخیص این اختلال از آن ناشی می‌شود که بدانیم سطح مناسب رشد در هر سن مشخص کدام است. کتاب حاضر بر افزایش توجه و بهبود کارکردهای اجرایی تأکید دارد. کودکان مبتلا به ADHD در معرض مشکلات جدی در حیطه‌های مختلف عملکردی هستند. به نظر می‌رسد مشکلات مربوط به بی‌توجهی، تکانشگری و جنب و جوشی مانند یک آهن‌ریا مشکلات دیگر را که در مواردی بسیار شدیدتر از نشانه‌های ADHD هستند را به خود جذب می‌کند.

1- executive function

2- self-control

3- behavioral regulation

4- Suppression of Impulses

5- planning and sequencing of behaviors

مشکلاتی که بسیار با ADHD همبستگی دارند پیشرفت تحصیلی کند، میزان بالای نافرمانی و پرخاشگری، مشکل در برقراری ارتباط با هم‌سن‌وسال‌ها و گاه طرد از طرف همسالان است. بیشتر اوقات این کودکان دارای مشکلاتی در حفظ توجه نسبت به تکالیفی که نیازمند تلاش است دارند، انجام کارهای کلاسی و تکالیف معمولاً ناقص و ناکامل است. به همین دلیل عملکرد آنها در مورد تکالیف کلاسی به خاطر کم‌توجهی آنها نسبت به دستورالعمل‌های انجام تکالیف ممکن است پایین باشد. دیگر مشکلات تحصیلی این کودکان که با مشکلات توجه در ارتباط است عبارت‌اند از نمره ضعیف در امتحانات، اشکال در مهارت‌های مطالعه دروس، کتابچه‌ها و دفترچه‌های نامرتب، میز به‌هم‌ریخته و آشفتگی و نوشتن گزارش‌های نامرتب و ناقص، بی‌توجهی نسبت به درس دادن آموزگار و بحث گروهی را هم می‌توان به این فهرست اضافه کرد.

این کودکان بیشتر اوقات در فعالیت‌های کلاسی اختلال ایجاد می‌کنند و بدین ترتیب در یادگیری هم‌کلاسی‌ها مزاحمت ایجاد می‌کنند. به‌عنوان نمونه این کودکان ممکن است به انحاء مختلف تکانشگر باشند مثلاً بدون اجازه بارها صحبت کنند. با هم‌کلاسی‌ها در زمان‌های نامناسب گفتگو کنند و وقتی با توبیخ یا تکالیف دشوار روبرو شوند خشمگین شوند. مشکلات مربوط به کلاس به دلیل پرجنبی می‌تواند شامل آن باشد که کودکان بدون اجازه صندلی خود را ترک کنند، با اشیاء نامربوطی که روی میز قرار دارند و به تکالیف در حال انجام ربطی نداشته باشد به بازی مشغول شوند. با دست‌وپایشان روی میز ضرب بگیرند و وول بخورند. هرچند وول خوردن روی صندلی ممکن است چندان نامقبول نباشد اما اگر به‌طور مکرر روی دهد می‌تواند موجب اختلال در آموزش کلاس شود.

برخی پژوهش‌ها نشان می‌دهند که ADHD خواهی‌نخواهی با رفتارهای مخالفت‌جویانه و نافرمانی همراه است و بعداً موجب رفتارهای ضد اجتماعی می‌شود.

در مطالعه‌ای، ۱۱۰ کودک مبتلا به ADHD را با ۸۸ کودک بهنجار از سن ۶ سالگی تا سن نوجوانی مورد مطالعه پی‌گیرانه قرار دادند و در مقایسه معلوم شد کودکان مبتلا به ADHD به‌طور معنی‌داری مرتکب سرقت (به عنف و سرقت‌های بزرگ)، حمله با اسلحه و دیگر جرایم سنگینی در نوجوانی شدند. این کودکان تا سن ۱۸ سالگی شش برابر بیشتر از کودکان بهنجار احتمال دارد مرتکب جرایم سنگین شوند، ۲۸ برابر بیشتر احتمال داشت مرتکب دو جرم یا بیشتر شوند و ۲۵ برابر بیشتر احتمال زندانی شدن داشتند. در مقایسه بین نوجوانان مبتلا به ADHD متعلق به طبقه اقتصادی-اجتماعی پایین و طبقه اقتصادی-اجتماعی بالا، در دسته اول احتمال رفتار مجرمانه چند برابر بود. این یافته بیانگر این واقعیت است که همواره عوامل محیطی همچون فقر و ویژگی‌های مزاجی و دیگر خصیصه‌هایی که با آن به دنیا می‌آیند با هم تأثیر متقابل دارند.

بسیاری از مطالعات نشان داده‌اند که کودکان مبتلا به ADHD نه‌تنها درگیری و اختلاف با والدینشان و افراد اطراف خود دارند، بلکه پیشرفت تحصیلی ضعیف‌تری نسبت به دیگر کودکان در مدرسه دارند. مشکلات زیادی در اداره کلاس برای آموزگار به‌بار می‌آورد، در ارتباط با همسالان و هم‌کلاسی‌ها مشکل

دارند و بیشتر اوقات خود را «بچه بد» تصور می‌کنند. مهم‌تر اینکه دست‌کم در ۶۰ درصد این کودکان این مشکلات تا دوران نوجوانی و بزرگسالی ادامه می‌یابند. بزرگسالانی که در کودکی مبتلا به ADHD هستند خود را افرادی بی‌توجه، بی‌قرار، تکانشی، افسرده همراه با عزت‌نفس پایین توصیف می‌کنند. اهمیت کتاب حاضر در کاهش مشکلات در تمام دوره زندگی است.

عطاله محمدی

منابع:

۱- فارسی

آموزنده جانی: حسن، توکلی‌زاده جهانشیر، کمال‌پور، نسرین (۱۳۸۳)، روان‌شناسی مرضی کودک، انتشارات آوای کلک، مرن‌دیز

۲- انگلیسی

Cassel Elaine, Bernstein D.A. (2001). Criminal behavior. Allyn and Bacen.

Dupaul G.J. Staner G. (2003). ADHD inthe Schools. The Guilferd Press.

Mondimore F.M. (2002), Addescent Depression a Guid for Parents. The Johns Hopkins University Press.

پیشگفتار

این کتاب درباره مبانی عقلی و درسنامه درمانی آموزش مهارت‌های نظم‌بخشی (OST) است. یک مداخله مبتنی بر شواهد که درباره مشکلات عمده کودکان مبتلا به نقص توجه/ بیش‌فعالی (ADHD)، از جمله دشواری‌های مربوط به نظم‌دهی، مدیریت زمان و برنامه‌ریزی (اشاره به OTMP) به بحث می‌پردازد. محتوای این کتاب به فرآیند فشرده‌ای اشاره دارد که بیش از یک دهه طول کشیده است - مدت زمانی که برای پروردن، اصلاح کردن و ارزیابی یک درمان در آزمایش‌های بالینی تصادفی لازم است. هرچند OST یک درمان جدید بر مبنای اصولی است که از تجربه‌های بالینی و پژوهشی فراوان به دست آمده است.

لزوم درمان‌های کارآمدتر کودکان مبتلا به ADHD مطالعات پژوهشی بی‌شماری را برانگیخته است. یافته‌های این مطالعات مزایا و معایب درمان دارویی، درمان‌های فشرده روانی اجتماعی و ترکیب آنها با یکدیگر را روشن ساخته است. پژوهش‌ها سودمندی رفتاردرمانی را در مورد ADHD مورد تأیید قرار داده است. این درمان بیشتر بر روش‌هایی که در آن کنترل وابستگی اجرا شده توسط والدین و آموزگاران می‌تواند به کودکان مبتلا به ADHD کمک کند، متمرکز است. رفتارهایی را که برای آنها چالش‌برانگیزند، انجام دهند. با این حال پیش از کارهای پژوهشی که در این کتاب شرح داده شده‌اند، هیچ نوع ارزیابی یا مداخله سیستماتیکی که هدف آن تعیین تأثیر مهارت‌های نظم‌بخشی در کودکان دبستانی مبتلا به ADHD است در دست نیست، علی‌رغم این حقیقت که کاستی در این مهارت‌ها می‌تواند تأثیر به‌غایت نیرومندی در کارکرد این کودکان در منزل و مدرسه داشته باشد. به علاوه شواهدی در مورد اثربخش بودن مداخله مبتنی بر مهارت در ایجاد و پیشرفت‌های قابل تعمیم در رفتارهای نظم‌بخشی کودکان که بتوان آن را به شرایط زندگی واقعی انتقال داد و حفظ کرد وجود نداشت.

مشارکت همه جانبه دکتر هاروارد ابیکوف در پژوهش‌های بالینی بر روی ارزیابی و درمان کودکان مبتلا به ADHD چند موضوع گسترده در مورد اهداف درمان و پی‌آمدهای آن را روشن کرده است. این موضوع‌ها که بر بسیاری از تصمیم‌ها در مورد روش‌های مداخله و درمان شرح داده شده در این کتاب سایه افکنده است شامل موارد زیر است: (۱) اثرات کوتاه‌مدت درمان که وقتی درمان پایان می‌یابد از بین می‌رود. (۲) حداقل اثرات درمان بر روی حوزه‌های مهم کارکرد شامل قابلیت‌های بین فردی و اجتماعی و پیشرفت تحصیلی. (۳) دامنه‌ای که اهداف درمان به‌طور مستقیم به آنها مربوط است و اختلالات کودک را بازتاب می‌دهد. (۴) مشکلات مستمر کودک در مورد اداره وظایف مدرسه و نیازهای او در مدرسه و منزل، علی‌رغم بهبود علایم در دارودرمانی و (۵) کمبود مقیاس‌ها و مداخله‌ها به‌ویژه آنهایی که بر اختلال‌های نظم‌بخشی کودکان تأکید دارند.

دکتر اییکوف در این کاردرمانی بسیار تحت تأثیر این مشاهده قرار گرفت که کودکان مبتلا به ADHD به نظر نمی‌دانستند چگونه منظم شوند و منظم باقی بمانند. او و دیگر درمانگران دریافتند که این کودکان بیشتر اوقات نمی‌دانند چه وظایفی در قبال تکالیف خود دارند، همواره نمی‌دانند چه دفتر و کتاب‌هایی را به منزل آورده و به مدرسه برگردانند و در مدیریت زمان مشکل دارند و نمی‌توانند یک برنامه ساده را در مورد یک کار کوچک بریزند یا دنبال کنند. این کودکان معمولاً وسایل خود را گم می‌کنند و اتاق و تکالیف مدرسه آنها همیشه نامرتب است. والدین از مشاخره‌های خانوادگی و آشفتگی‌هایی که غالباً در زمان صبحگاه و حین انجام تکالیف مدرسه همراه است شکایت داشتند. همچنین آموزگاران از الگوهای قابل توجهی از فراموشی در دانش‌آموزان مبتلا به ADHD خود شکایت می‌کردند. در پرتو مشکلات مربوط به سازماندهی، مدیریت زمان و برنامه‌ریزی (OTMP) و اثرات نامطلوب آنها بر کارکردهای تحصیلی و خانوادگی در بسیاری از کودکان مبتلا به ADHD، دکتر اییکوف دست به کار برنامه‌ای پژوهشی بالینی شد تا دریابد چگونه این مشکلات در زندگی روزمره کودکان در مدرسه و منزل خود را نشان داده‌اند و معلوم کند آیا این مشکلات می‌توانند با به‌کار بردن اصول و روش‌های متداول رفتاردرمانی بهبود یابند یا نه. پژوهشگران با آگاهی از مسایل و موارد درمان که قبلاً به آنها اشاره شد، دست به انجام این کار زدند، با این شرط که باید شواهد روشنی از سودمندی و تأثیر آنها را در مطالعات کنترل شده دقیق پیش از آنکه روش‌های ارزیابی و مؤلفه‌های درمانی راه خود را به درسیانه نهایی بگشاید، نشان داده باشد.

به‌منظور شروع این کار دکتر اییکوف با دکتر ریچارد گالاگر؛ که در نوشتن درسیانه‌های درمانی تجربه داشت از جمله در همکاری دکتر اییکوف در ایجاد مداخله مهارت‌های اجتماعی در مطالعه درمان چند وجهی نیویورک- مونترال، مشارکت کرد. از همان آغاز دکتر اییکوف و گالاگر بحث‌های فشرده‌ای درباره چالش‌های نظم‌بخشی هر روزه‌ای که بسیاری از کودکان مبتلا به ADHD در مواجهه با پاسخگویی به الزامات مدرسه و منزل دارند، باهم داشتند. داده‌های اصلی به‌دست آمده از آموزگاران و دیگر درمانگران کمک شایانی به شناسایی و روشن سازی مجموعه مهارت‌هایی که کودکان برای کارکرد نظم‌بخشی نیاز داشتند، ارائه کرد و در انتخاب هدف‌های درمان برای درسیانه پژوهشی درمان که برای این کتاب مناسب بود تأثیر داشت. درهرحال برای ایجاد برنامه درمان: اهمیت "تعمیم مشکلات" که در پژوهش‌های بالینی روانی اجتماعی ADHD مشترک است را مورد توجه قرار دادیم. همان‌طور که در بسیاری از تحقیقات از مطالعات آموزش مهارت‌های اجتماعی گرفته تا مطالعات حل مسایل بین‌فردی، کودکان مبتلا به ADHD می‌توانند در زمانی که در جلسات هدایت می‌شوند مهارت‌های جدید را از خود نشان دهند اما در کل این مهارت‌ها را در موقعیت‌های زندگی واقعی نمی‌توانند از خود بروز دهند، دکتر گالاگر به منظور پرداختن به مشکل انتقال آموزش از تجربه بالینی و پژوهشی خود در درمان و ارزیابی ADHD کمک گرفت. معلوم شد که آموزش مهارت‌های نظم‌بخشی (OST) باید بر ایجاد مهارت‌هایی تکیه کند که بتواند با موقعیت‌های به سهولت قابل تشخیص در ارتباط باشد و به‌طور مستقیم با کارکرد روزانه کودکان در منزل و مدرسه مربوط باشد. چنین مهارت‌هایی باید به‌طور وسیعی تمرین شوند؛ این مهارت‌ها باید بی‌درنگ به منظور اطمینان

از به‌کارگیری آنها در موقعیت‌های مناسب مورد ترغیب و تشویق قرار گیرند.

شکل‌گیری اولیه مقیاس‌های ارزیابی و ایجاد آموزش مهارت‌های نظم‌بخشی توسط بنیاد لئون‌لونستین و مؤسسه ملی بهداشت روانی (NIMH) R۲۱ بورس توسعه درمان (NO. MH۶۲۹۵۰) مورد حمایت مالی قرار گرفت. مطالعه آزمایشی موفقیت‌آمیز آموزش مهارت‌های نظم‌بخشی (OST) در یک مقیاس بزرگ از کارآزمایی بالینی تصادفی با حمایت مالی NIMH از دکتر ابیکوف (NO. MHRO۱۰۷۴۰۱۳) دنبال شد. این مطالعات که شرح آن در فصل اول این کتاب آمده است، نشان داده است که آموزش مهارت‌های نظم‌بخشی تأثیر نیرومندی درست بعد از درمان ارایه شده در بهبود زندگی در منزل و مدرسه کودکان و خانواده‌هایشان به‌ویژه در بهبود مدرسه در سال بعد داشته است. این نتایج تحول شگفت‌انگیزی بود که تأیید یک ابزار مبتنی بر شواهد را در درمان کودکان مبتلا به ADHD فراهم می‌کرد. ارایه مورد داوری قرار گرفته در کنفرانس‌های ملی آثار منتشر شده نقد همکاران و واکنش‌های همکاران در این حوزه ما را ترغیب کرد تا مداخله آموزش مهارت‌های نظم‌بخشی را به‌طور وسیع در دسترس قرار دهیم.

باید از افراد متعددی که حمایت و همکاری آنها در ایجاد، ارزیابی و اشاعه آموزش مهارت‌های نظم‌بخشی (OST) ارزشمند بوده است قدردانی نمائیم. ما مرهون بنیاد لئونستین و مؤسسه ملی بهداشت روانی (NIMH) هستیم؛ به خاطر اهدا بورس برای ایجاد مقیاس، ارزیابی و درمان و اقدامات ارزیابی و به خاطر اینکه این امکان را فراهم کرد تا ما گروهی بسیار فرهیخته در درمان و پژوهش را ایجاد کنیم. از بنیاد لمبرگ که بودجه قابل توجهی را برای تسهیل اجرای آموزش مهارت‌های نظم‌بخشی (OST) در شرایط سرپایی و زندگی واقعی در اختیار گذاشتند تشکر می‌کنیم. این حمایت در تحول توصیه‌ها و تنظیم درسنامه درمانی تأثیر داشت که در بخش رهنمودها آمده است. به خاطر فراهم آوردن شرایط، منابع و به خاطر حمایت‌های عملی و عاطفی در اجرای پژوهش ما از دانشگاه نیویورک (NYU) دانشکده پزشکی و مرکز مطالعات کودک دانشگاه نیویورک و دانشکده و کارکنان‌شان بسیار سپاسگزاریم. از دکتر هارولد کپلویکس رئیس سابق دانشکده روان‌پزشکی کودک و نوجوان و مدیر مرکز مطالعات کودک دانشگاه نیویورک و دکتر گلن ساکس رئیس و مدیر فعلی که با یاری مداوم و بی‌دریغ در استفاده از مرکز به‌عنوان محل مناسبی برای این طرح در اصل نوپا ما را یاری رساندند سپاسگزاریم.

سپاس بی‌کران خود را تقدیم گروه متبحر پژوهشی و بالینی که تحول و ارزیابی آموزش مهارت‌های نظم‌بخشی را ممکن ساختند، می‌نماییم. از سه پژوهشگر هماهنگ‌کننده - ساشاکولین - بلکول به‌خاطر مطالعه مقدماتی؛ روبین استوتر به‌خاطر کارآزمایی بالینی تصادفی کامل و کریستینادی پارتولو به‌خاطر اقدامات هماهنگ در ارزیابی اجرای آموزش مهارت‌های نظم‌بخشی در شرایط بالینی - که تلاش سرسختانه آنها در استخدام و عملیات هر روزه فعالیت‌های پژوهشی بسیار تعیین‌کننده بود تشکر می‌کنیم. آنها سخاوتمندانه بیش از آنچه مقرر بود وقت گذاشتند. دکتر لمارن‌ولز و دکتر دیزیری مورای در توسعه این پژوهش در یک محل مطالعاتی دیگر در مرکز پزشکی دانشگاه دوک پیشتاز بودند. آنها نسخه دیگری از مداخله را ایجاد کردند، اطمینان حاصل کردند که ما دارای اعضای بسیار موفق بودیم یک گروه بالینی و

پژوهشی بلند مرتبه برای کار آزمایشی بالینی تصادفی تشکیل دادیم. آنها همکاران بسیار عالی ما بوده و هستند که احترام وافری برای آنها قایلیم. ما با دعوت از آنها و گروه‌شان هفته‌ای دوبار گردهم‌آیی برانگیزنده و سازنده‌ای داشتیم. گروه درمانگران متبحر هم در دانشگاه نیویورک و هم دانشگاه دوک کمک کردند اطمینان حاصل کنیم که درمان از نظر بالینی دقیق و به روشی ماهرانه ارائه شده است. تعداد بسیاری از دستیاران پژوهش در زمانی که آنها با شرکت‌کنندگان در پژوهش، والد و آموزگاران‌شان و ما همکاری می‌کردند، بسیار اثر گذار بودند.

کیتی مور ویراستار ارشد ما در گیلفورد از همان ابتدا دلگرم‌کننده بود. او رهنمودهای ارزشمندی در صورت‌بندی ساختار این کتاب ارائه داد و پیوسته خوش برخورد، صبور و دقیق بود. باربارا واتکینز ویراستار توسعه در تغییر ارائه و زبان کتاب یک استثنا بود و همیشه آنچه را به صورت خام به او ارائه می‌کردیم اصلاح می‌کرد. او عمیقاً درمانگران و نیازهای آنها را در روشن‌سازی و رهنمودهای سازنده درک می‌کند. ماریه اسپربری به‌عنوان تدوین‌گر متن کار می‌کرد.

در پایان به خاطر تمام اقدامات پژوهشی و بالینی‌مان باید از کودکان، خانواده‌هایشان و آموزگاران متعهد که به ما اجازه دادند ایده‌هایمان را در ارزیابی و درمان با حسن‌نیت و بردباری فراوان و صداقت بسیار به‌بوته آزمایش بگذاریم سپاسگزاری نمائیم. از آنها به‌خاطر تمایلشان در اعتماد به مداخله احتمالاً مفید ولی ثابت نشده ما تشکر می‌کنیم. آنها از منافع شخصی خود گذشتند و می‌دانستند که با شرکت در مطالعه پژوهشی، احتمالاً می‌توانند در آینده به دیگر کودکان کمک کنند. ما در برابر همکاری و تعهد آنها ناچیز هستیم.

برای همه، خانواده‌هایمان سزاوار توجه خاص هستند. انجام این کار نیازمند ساعت‌ها جدایی از بستگان و زندگی خانوادگی بود. به‌خاطر شکیبایی اعضای خانوادهايمان، حمایت‌هایشان و گوش شنوای آنها در شنیدن ناملايمات و موفقیت‌هایمان در طول این کار عمیقاً قدردانی می‌کنیم. بدون حمایت و محبت آنها این طرح کمتر با نشاط و رضایت‌بخش می‌بود. این کتاب را با قدردانی وافر به خانواده‌هایمان تقدیم می‌کنیم.

بخش ۱

مقدمه‌ای بر برنامه آموزش
مهارت‌های نظم‌بخشی

فصل ۱

لزوم آموزش مهارت‌های نظم‌بخشی به کودکان مبتلا به ADHD

این کتاب در بر گیرندهٔ مداخله مبتنی بر شواهد است که برای بهبود مهارت‌های نظم‌بخشی مهم کودکان دبستانی مبتلا به اختلال نقصان توجه/ بیش‌فعالی (ADHD) طراحی شده است. نظم‌دهی، مدیریت زمان و مهارت‌های برنامه‌ریزی برای انجام تقاضاهای مدرسه و تکالیف مربوط به آن ضروری است که باید در منزل هم ادامه یابد. به‌طور کلی کودکان و به‌ویژه کودکان مبتلا به ADHD بدون این مهارت‌ها در معرض خطر رها کردن مدرسه، شکست تحصیلی و پی‌آمدهای ناگوار متعاقب آن هستند (بارکلی، فیشر، اسمالیش و فلیچر، ۲۰۰۶؛ برناردی و همکاران، ۲۰۱۲). مرور نوشته‌های علمی، تحلیل‌های موردی و مشورت با والدین، آموزگاران و متخصصین، همه نشان می‌دهند که مشکلات مربوط به نظم‌دهی بسیار ضعیف در حدود کلاس سوم خود را نشان می‌دهند و در کلاس‌های بعدی ادامه می‌یابند و از عوامل بسیار مؤثر در نتایج ضعیف هستند.

مشکلات مربوط به نظم‌دهی در دوران کودکی هم‌چون در جای خود قرار ندادن وسایل، فراموشی و گم کردن آنها، ناتوانی در ثبت و یادداشت وظایف مربوط به تکالیف منزل و تاریخ و موعد انجام آنها و انجام ندادن و تحویل ندادن به موقع آنها نه تنها مانع کارکردها و پیشرفت تحصیلی شده بلکه موجب کاهش اعتمادبنفس و رها کردن مدرسه می‌شوند (پاور، وریا، واتکینز، انگلوجی و ایرالدی، ۲۰۰۶). آموزگاران پیشرفت کند را در کودکانی که تکالیف خود را فراموش می‌کنند یا زمان زیادی طول می‌کشد تا وسایل خود را برای کار در کلاس آماده کنند، گزارش می‌کنند (دیامانتوپولو، رایدل، تورل و برهلین، ۲۰۰۷؛ بگرگ، مولینا، آرنولد، اپستین و آلتایه، ۲۰۱۱). در واقع آموزگاران خاطرنشان می‌کنند که ناتوانی در اجرای رفتارهای نظم‌بخشی می‌تواند حتی کارکرد تحصیلی دانش‌آموزان با استعداد را کاهش دهد (بیکر، بریجر و اوامز، ۱۹۹۸؛ گلمونز، ۲۰۰۸). همچنین کاهش عملکرد دانش‌آموزان سرآمد^۱ مبتلا به ADHD (آسولین و واتیمن، ۲۰۱۱؛ لروکس

1- gifted

و لویت پرلمن، ۲۰۰۰). بسیاری از والدین کودکان مبتلا به ADHD تصریح می‌کنند که مشکلات مربوط به نظم‌بخشی در اختلافا‌های شدید و مکرر خانوادگی در منزل (اییکوف و گالاگر، ۲۰۰۹) به‌ویژه در زمان انجام تکالیف (دوپل، ۲۰۰۶؛ پاور و همکاران، ۲۰۰۶) تأثیر می‌گذارد جالب توجه اینکه مشکلات مربوط به نظم‌بخشی معمولاً تا دروان بزرگسالی ادامه می‌یابد (بارکلی و فیشر، ۲۰۱۱) و به‌صورت نامطلوبی در بهره‌وری شغلی فرد بزرگسال مبتلا به ADHD تأثیر می‌گذارد (دوشی و همکاران ۲۰۱۲). رابطه‌ی زناشویی نیز در اثر مشکلات مربوط به نظم‌بخشی به‌طور نامطلوبی تحت تأثیر قرار می‌گیرد، آنچه توسط همسران عنوان شده این است که اختلافا‌های شدید وقتی روی می‌دهند که همسر مبتلا به ADHD فراموش می‌کند به موقع صورت‌حساب‌ها را پرداخت کند یا اسناد و اوراق مهم را گم می‌کند (میند و همکاران، ۲۰۰۳؛ سولانتو و همکاران ۲۰۱۰). با در نظر گرفتن این پی‌آمدهای نامطلوب و ماهیت مزمن مشکلات مربوط به نظم‌بخشی، مداخله‌ی زودهنگام در کودکان مبتلا به ADHD و پرداختن به اختلالات مربوط به نظم‌بخشی آنها پیش از ورود به دوره‌ی راهنمایی زمانی که چالش‌های مربوط به نظم‌بخشی افزایش یافته و نظارت والدین کاهش می‌یابد، از اهمیت بسزایی برخوردار است.

نشانه‌های اصلی ADHD (بی‌توجهی، بیش‌فعالی و تکانشگری) به همراه خصوصیات مرتبط با ناتوانی در تحمل ناکامی و تأخیر اجتنابی (تورل، ۲۰۰۷) و مهارت‌های اجتماعی ناکارآمد (رونک، هوند و لادائو، ۲۰۱۱) مشکلات انگیزشی (ولکو و همکاران، ۲۰۰۹) و ناتوانی‌های عملکرد اجرایی^۱ (EF) (بارکلی، ۲۰۱۲) موجب مشکلاتی در ابعاد مهم عملکرد می‌شوند. از جمله مشکلات عملکردی بارز و مبتنی بر شواهد در دوران کودکی عبارت‌اند از ارتباط مختل با همسالان (میکامی، ۲۰۱۰) درگیری با والدین و آموزگاران (کوس، ریچدال و های ۲۰۰۶؛ وودوارد، تیلور و داودنی، ۱۹۹۸) رفتار مختل در کلاس درس (اییکوف و همکاران، ۲۰۰۲) و عملکرد تحصیلی ضعیف (ایسنبرگ و اشنايدر ۲۰۰۷؛ هیشناو، ۱۹۹۲؛ سکستون، گلورن، بل و کلاسی، ۲۰۱۲). چندین و چند مداخله‌های رفتاری متفاوت برای درمان این مشکلات به‌کار رفته‌اند. رویکردهای درمانی که در اصل عبارت بودند از کار مستقیم بر روی کودکان، آموزش مهارت‌های اجتماعی، آموزش خودتعلیمی و آموزش در حل مشکلات بین فردی را در بر می‌گرفت. بر خلاف این رویکردها، دیگر رویکردهای درمانی والدین و یا آموزگاران را به‌عنوان عوامل تغییر هدف قرار داده‌اند که آموزش مدیریت والدین، تدبیر^۲ روابط دوستانه والدین، مدیریت رفتار در کلاس درس، و تقویت مشروط عملکرد تحصیلی و انجام تکالیف از آن جمله‌اند. بررسی نوشته‌های علمی مربوط به درمان تفاوت قابل توجهی را در اثربخشی این رویکردها نشان می‌دهد و با کمترین تأیید در مورد درمان‌های متمرکز بر کودک و کمترین شواهد آشکار در مورد روش‌های مدیریت مشروط و آموزش مدیریت رفتار به والدین همراه است (هیشناو، کلین واییکوف، ۲۰۰۷)

تا همین اواخر تعداد کمی از درمان‌های نظام‌مند و سیستماتیک به‌طور مستقیم کارکردهای نظم‌بخشی در کودکان مبتلا به ADHD را هدف قرار داده‌اند. به علاوه بیشتر کارها بر پیش‌برد عملکرد تحصیلی،

1- executive functioning

2- coaching

بهره‌وری و انجام تکالیف منزل معطوف شده‌اند. به‌طور نمونه پاور و همکارانش برنامه راه‌حل‌های تکالیف منزل را طراحی کردند (پاور، کاروستیس و هابوشی، ۲۰۰۱؛ پاور ماثوتون، سوفر، کلازک، مارشال و همکاران، ۲۰۱۲). این مداخله کودکان را برای تداوم کار بر روی تکالیف، به انجام رساندن تکالیف منزل در سروقت و تعیین اینکه چه قواعدی باید هنگامی که کارها انجام شد، دنبال شود را پاداش می‌دهد و توسط والدین به اجرا در می‌آید. دوپول و استونر (۲۰۰۳) رویکردهای متفاوت مدرسه محور از جمله کمک گرفتن از دوستان هم سن و سال و درس دادن آنها برای یاری کودکان مبتلا ADHD در نوشتن تکالیف و جمع‌وجور کردن وسایل مورد نیازشان و استفاده از کارت‌های گزارش رفتار روزانه به منظور تقویت رفتارهای مربوط به تکالیف و انجام دادن کارها را شرح داده‌اند. تعدادی از گزارش‌ها که طرح‌های خط پایه چندگانه را برای یک نفر یا تعداد کمی از شرکت‌کنندگان به کار برده‌اند نیز بر انجام دادن کار، رفتارهای مربوط به تکالیف در مدرسه و منزل، و (گاه‌به‌گاه) حداقل حالت‌های نظم‌دهی، مدیریت زمان و برنامه‌ریزی و همچنین یادداشت پیشرفت‌ها در به انجام رساندن کار و کیفیت آن تأکید کرده‌اند (اکسلرود، ژی، هاگن و کلین، ۲۰۰۹؛ کوریه، لی و شیلر، ۲۰۰۵؛ دورمین، لوسکره و گاست، ۲۰۰۹؛ گورآسک- مور، دوپاول و وایت، ۲۰۰۶، ۲۰۰۷؛ راگی و کرونیس، ۲۰۰۶).

هرچند بسیاری از این مداخله‌ها اثرات مثبتی داشته‌اند، اما دارای محدودیت‌های تجربی و عملی هم بوده‌اند. بیشتر وقت‌ها گزارش‌های موفق براساس تعداد بسیار کمی از کودکان است و کارآمدی آنها در کارآزمایی‌های کنترل شده تصادفی به اثبات نرسیده‌اند. علاوه بر آن بسیاری از این مداخله‌ها توسط درمانگران به راحتی قابلیت اجرایی ندارد مگر اینکه در مدرسه به کار اشتغال داشته باشند. اما مهم‌تر از همه اجرای برخی از این رویکردها برای کودکانی که مبتلا به مشکلات مربوط به نظم‌بخشی هستند ناکافی و محدود است. به‌عنوان نمونه موفقیت طرح بهبود تکالیف منزل چنانچه کودکی نمی‌داند چه تکلیفی برای او تعیین شده است یا وسایل مورد نیاز برای انجام کارش را گم کرده پایین‌تر از حد انتظار خواهد بود. به علاوه هرچند اثرات نامطلوب ناشی از مشکلات مربوط به نظم‌بخشی بیشتر در دبستان شروع می‌شوند، بیشتر مداخله‌هایی که به‌طور مستقیم چنین مشکلاتی را مورد توجه قرار می‌دهند به کودکان دوره راهنمایی (لانگبرگ، اپستین، بکر، گیرپو- هرارا و وگن، ۲۰۱۲) و بزرگسالان مبتلا به ADHD می‌پردازند (سولانتو و همکاران، ۲۰۱۰). هرچند برنامه‌های مربوط به کودکان بزرگ‌تر و بزرگسالان ارزشمند هستند؛ با این حال به اثبات نرسیدن آنها در مداخله‌های کارآمد برای مشکلات مربوط به نظم‌بخشی در کودکان دبستانی مبتلا به ADHD قابل توجه است. برنامه آموزش مهارت‌های نظم‌بخشی (OST)^۱ که در این کتاب شرح داده می‌شود به این موضوع می‌پردازد.

OST براساس مجموعه برنامه‌ریزی شده‌ای از پژوهش‌های بالینی قرار دارد که بیش از یک دهه طول کشیده است که با کارآزمایی‌های بالینی تصادفی همراه بوده است (در همین فصل به‌طور خلاصه به آن پرداخته شده است). OST با استفاده از روش‌های آموزش مهارت‌های رفتاری طراحی شده برای کودکان

دبستانی کلاس سوم تا پنجم، مهارت‌های نظم‌بخشی کودکان را بهبود می‌بخشد. همچنین این برنامه مؤلفه‌های ترغیب- نظارت- تشویق- پاداش را برای آموزگاران و والدین و همچنین روش‌های مدیریت مشروط منزل محور را در نظر گرفته است. این برنامه زمان معینی دارد و ۲۰ جلسه که هر جلسه یک ساعت و هفته‌ای دوبار و در کل ۱۲-۱۰ هفته طول می‌کشد را در بر می‌گیرد علاوه بر دوجلسه‌آشناسازی کودکان و والدین و یک جلسه نتیجه‌گیری، چهاربخش اصلی مهارت‌های زیر آموزش داده می‌شوند: ردگیری تکالیف، مدیریت و سروسامان دادن به وسایل، مدیریت زمان و برنامه‌ریزی تکالیف. فصل دوم مروری بر برنامه درمان و دستورالعمل‌هایی برای ارزیابی ارایه می‌دهد. جزئیات دستورالعمل‌های جلسه به جلسه در بخش دوم این کتاب شرح داده می‌شوند. دیدار با آموزگار کودک برای تعیین سطح عملکرد کودک در مدرسه و تعیین توانایی آموزگار در ارایه کمک مستقیم در به اجرا در آوردن برنامه برگزار می‌شود. چنانچه آموزگار با شرکت در برنامه موافقت خود را اعلام کند، پنج دیدار منظم بعدی بین درمانگر و این آموزگار در برنامه گنجانده می‌شود. این دیدارها در فصل سوم به تفصیل شرح داده شده است. نسخه‌های تمام برگه‌ها و فرم‌ها که به هر آموزگار والد و کودک داده می‌شوند و همچنین فرم‌هایی که توسط درمانگران مورد استفاده قرار می‌گیرند در بخش سوم این کتاب آمده‌اند. در ادامه این فصل ابتدا اختلال‌های مربوط به نظم‌بخشی که در کودکان مبتلا به ADHD یافت می‌شوند را مورد بررسی قرار می‌دهیم. سپس نحوه شکل‌گیری OST و منطق مربوط به مؤلفه‌های آن و درمان مبتنی بر شواهد آن را شرح می‌دهیم.

نقائص نظم‌بخشی در کودکان مبتلا به ADHD

مشاهدات بالینی و همچنین تحلیل عملکردی و تحلیل عوامل نشان می‌دهند که بسیاری از کودکان مبتلا به ADHD (ولی نه همه آنها) مشکلاتی را در چهار حوزه کلی از رفتارهای نظم‌بخشی دارند: ردگیری تکالیف، مدیریت وسایل، مدیریت زمان و برنامه‌ریزی تکالیف (ابیکوف و گالاگر، ۲۰۰۹). OST برای پرداختن به کاستی‌ها در این چهار حوزه مهارت‌های مربوط به نظم‌بخشی به‌ویژه آنهایی که به عملکرد تحصیلی مربوط می‌شوند، طراحی شده است. علامت اختصاری OTMP در این کتاب به شرح زیر به کار رفته است: O برای Organization، TM برای Time management و P برای Planning.

ردگیری تکالیف

کودکان مبتلا به ADHD در بیشتر اوقات قادر نیستند به‌صورت منظم تکالیف کوتاه‌مدت خود را ردگیری کنند. آنها همچنین نمی‌توانند به‌طور باثباتی از ابزارهایی هم‌چون برنامه‌ریزی برای نوشتن تکالیف منزل یا تقویم برای یادداشت زمان و تاریخ تکالیف بلندمدت استفاده کنند. کودکان بدون این ابزارهای مهم قادر به انجام تکالیف خود به نحو درستی نخواهند بود و از آموزگاران ناامید و والدین سرخورده‌شان بازخورد منفی دریافت می‌کنند.

ناتوانی در ردگیری تکالیف می‌تواند پی‌آمدهای زبان‌بخش و بلندمدتی به‌ویژه در زمینه تحصیل داشته

باشد. در مصاحبه‌های بالینی با مراجعین ۸ تا ۱۹ ساله، ناتوانی در ردگیری تکالیف به‌عنوان یکی از عوامل مهم در کاهش موفقیت تحصیلی بود. جک مراجع و دانشجوی ۱۹ ساله کالج که در کالجی که رتبه بالا را در بین ۵۰ دانشگاه در آمریکا داشت پذیرفته شده بود، به خاطر مردودی در چند دوره، تقاضای مرخصی کرده بود. وقتی از او سؤال شد چرا در چند دوره مردود شده است، گفت که او به‌طور مداوم فراموش می‌کرد مقالات و دیگر تکالیفش را سر موقع تحویل دهد چون زمان تحویل آنها را در تقویم یادداشت نمی‌کرد مردودی جک در چند دوره برای والدینش ده‌ها هزار دلار هزینه در برداشت، زیرا او نمی‌توانست بیش از ۲۵٪ واحدهای درسی دوره‌هایی را که برای آنها ثبت نام کرده بود بگذارند. آندرو مراجع و دانش‌آموز دبیرستان مبتلا به ADHD می‌گفت که او از کاغذ پاره‌های بی‌خودی برای نوشتن تکالیف منزل بجای استفاده از ورقه‌های مخصوص مدرسه استفاده می‌کرد. او بیشتر اوقات این کاغذ پاره‌ها را گم می‌کرد و هر روز عصر به همکلاسی‌های به ستوه آمده از دستش تلفن می‌زد و درباره تکالیف مدرسه از آنها سؤال می‌کرد. آنه دانش‌آموز کلاس ششم می‌گفت هر روز به خاطر کارهایی که برای ردگیری تکالیف پنج کلاسش داشت از پا می‌افتاد. بیشتر اوقات او در یادداشت کردن تکالیف دو یا سه کلاس از این پنج کلاس موفق بود اما در یادداشت کردن تکالیف کلاس‌های دیگر یا دچار اشتباه می‌شد یا فراموش می‌کرد. برای تمام این افراد، ناتوانی در استفاده از ابزار مربوط به نظم‌بخشی به‌طور کارآمد در مورد ردگیری تکالیف موجب عواقب تحصیلی، اجتماعی (و در مورد جک) مالی می‌شد.

مدیریت وسایل

کودکان مبتلا به ADHD در مدیریت وسایلی که برای انجام تکالیف مدرسه ضروری هستند نیز مشکل دارند. آنها ممکن است تکالیف مربوط به مدرسه برای یک روز مشخص را بنویسند اما فراموش کنند کتاب‌ها و دفترچه‌های خود را در کیف‌شان بگذارند و برایشان انجام تکالیف داده شده ممکن نباشد. به‌ویژه برای آنها دشوار است که ورقه‌های متفاوتی را که در مدرسه به آنها داده‌اند جمع‌وجور کنند. این کودکان معمولاً با کاغذها و ورقه‌های مجاله شده در ته کیف‌شان به منزل می‌آیند یا بدون بردن تکالیف انجام شده، که روی میزشان در منزل جا گذاشته‌اند به مدرسه می‌روند. آنها برای بررسی وسایل که برای انجام تکالیف مختلف ضروری هستند حوصله به خرج نمی‌دهند و متوجه می‌شوند برای کلاس یا انجام تکالیف‌شان آمادگی ندارند.

در مصاحبه بالینی با والدین و کودکان مشکلات مربوط به مدیریت وسایل به‌عنوان دلیلی برای درگیری‌های شدید در مورد تکالیف مدرسه به‌طور مکرر گزارش شده است. هاف پسر کلاس پنجم و پم دختر کلاس چهارم مدیریت وسایل برای تکالیف مدرسه را موضوع درگیری خود با والدینشان مطرح کردند. این دونفر بیشتر اوقات در مدرسه کتاب‌ها و ورقه‌هایشان را فراموش می‌کردند و والدین یا مراقبین‌شان را مجبور می‌کردند آنها را به مدرسه بیاورند یا از دوستان‌شان می‌خواستند کپی ورقه‌ها را به آنها بدهند. در مورد پم جنگ و دعوی مخرب وقتی روی می‌داد که او وسایلش را در مدرسه جا می‌گذاشت. در مصاحبه

پذیرش وقتی او از این صحبت می‌کرد که تا چه اندازه از این جنگ و دعوا متنفر است ده دقیقه گریست. می‌گفت دلش نمی‌خواهد مادرش فکر کند که او نسبت به مدرسه بی‌توجه است یا اینکه او دختر بدی است. مادرش هم می‌گفت که او از این جنگ و دعوا متنفر است ولی وقتی پم تذکرات مکرر در مورد «منظم‌تر» شدن را نمی‌پذیرد، برایش دشوار است خشمش را کنترل کند. هاف و والدینش هم همین تجربه را داشتند، آنها می‌گفتند که هاف معمولاً وقت زیادی را برای رفتن به مدرسه یا گرفتن کپی ورقه‌ها از دوستانش تلف می‌کند و مجبور می‌شود تا دیروقت بیدار بماند یا ورزش‌ها و بازی‌های مورد علاقه‌اش را از دست بدهد تا تکالیفش را انجام دهد. والدین او از او انتقاد شدیدی نمی‌کردند اما بسیار نگران بودند که انجام ندادن به موقع تکالیف موجب شود هاف در درس و کلاس‌های ضروری برای رفتن به کلاس‌های بالاتر مردود شود در صورتی که او توانایی‌های ذهنی لازم را دارا بود. چنانچه به مشکلات مربوط به مدیریت وسایل در اوایل دبستان رسیدگی نشود، می‌تواند در اواسط دوره دبستان و پس از آن، زمانی که نیاز به مدیریت کردن وسایل برای چند کلاس افزایش می‌یابد؛ مشکلات دراز مدتی به‌وجود آورد.

بنجامین پسر کلاس هفتم با ضرورت‌های مدیریت وسایل کلاسش در طول روز دست‌وپنجه نرم می‌کرد. او اغلب بدون همراه داشتن کتاب‌ها و دیگر وسایل ضروری به کلاس می‌آمد و لازم می‌شد اجازه بگیرد تا سر قفسه‌اش رفته و وسایل ضروری را پیدا کند. بنجامین می‌گفت که برخی از آموزگاران این اجازه را به او نمی‌دادند و به خاطر اینکه تکلیفش را که در واقع انجام داده بود ولی در قفسه‌اش جا گذاشته بود او را جریمه می‌کردند. ادوارد پسر کلاس ششم هم همین مشکلات را در مورد آماده بودن در کلاس داشت. او به این نتیجه رسید که استفاده از قفسه‌اش با توجه به آمادگیش برای جاگذاشتن وسایل ضروری‌اش در آنجا، بسیار پر دردسر است. در عوض او تمام وسایلش را در طول روز باخود می‌برد، به همین دلیل هیچگاه بدون وسایل ضروری نبود. برای اجتناب از استفاده از قفسه‌اش دو کیف پر از وسایل با خودش می‌برد. والدینش می‌گفتند که او احساس درد شدیدی در پشتش می‌کرد- احتمالاً به خاطر اینکه هر دو کیف بیش از ۲۵ پوند وزن داشت و خودش لاغراندام و فقط ۹۰ پوند وزن داشت.

مدیریت زمان

کودکان مبتلا به ADHD در مدیریت کارآمد زمان هم مشکل دارند، و این ناکارآمدی در توانایی آنها در انجام تکالیف مدرسه و دیگر وظایف مهم‌شان تأثیر نامطلوب دارد. این کودکان معمولاً نمی‌توانند به‌طور دقیق پیش‌بینی کنند چه میزان زمان برای انجام کارهایشان لازم خواهد بود، در نتیجه نمی‌توانند جدول زمانی خود را به‌طور مناسب برنامه‌ریزی کنند و قادر نیستند کارهای ضروری را به موقع انجام دهند. مشکل در برآورد زمان موجب می‌شود مشکلات بزرگی در مورد وظایف بلندمدت که باید چندروز یا چند هفته انجام شود، پدید آید. کودکانی که میزان زمان لازم برای انجام یک تکلیف طولانی را کم برآورد می‌کنند بیشتر اوقات خود را تحت فشار می‌بینند چون آنها سعی می‌کنند وظایف پیچیده‌ای را در آخرین دقایق به انجام برسانند. کودکان مبتلا به ADHD، علاوه بر مشکلاتی که در شناخت زمان و برنامه‌ریزی دارند معمولاً

با شانه خالی کردن از انجام تکلیف «وقت را هدر» می‌دهند. عوامل متفاوت درونی و بیرونی پرت‌کننده حواس موجب می‌شود این کودکان تمرکز خود را بر روی تکلیف از دست بدهند و موجب کنایه فعالیت آنها شود. والدین و آموزگاران بیشتر اوقات از اینکه این کودکان «وقت تلف» می‌کنند یا زمان بسیار زیادی را صرف انجام یک تکلیف ساده می‌کنند، شکایت دارند.

پم دانش‌آموز کلاس چهارم که در بالا ذکر آن رفت می‌گفت که انجام تکالیفش معمولاً ۲ تا ۳ ساعت طول می‌کشد، هر چند آموزگارش تأکید داشت تکلیف تنها روزی ۴۵ دقیقه باید طول بکشد. پم می‌گفت برای او دشوار است مدت زمانی طولانی بر روی تکالیفش تمرکز داشته باشد. مواردی مانند تماشای تلویزیون توسط برادرش در اتاق کناری یا خط‌خطی کردن کاغذ توسط خودش، حواس او را از تکلیف پرت می‌کند و کار او را کند می‌کند. والدین هاف با اینکه او کلاس پنجم است از مدیریت نادرست برنامه عصرهایش اظهار ناامیدی می‌کردند. یک پرستار بچه هاف را بعد از مدرسه زیر نظر گرفت و قرار بود بر انجام تکالیفش نظارت کند. با وجود این بیشتر اوقات او به پرستار می‌گفت که انجام تکالیفش فقط ۱۵ دقیقه وقت می‌برد و قبل از اینکه شروع به انجام تکالیفش کند به مدت یک ساعت یا بیشتر یا تلویزیون تماشا می‌کرد یا در بیرون به بازی مشغول می‌شد. وقتی والدینش ساعت ۶ بعداز ظهر به منزل می‌آمدند، هاف تازه شروع به انجام تکالیفش می‌کرد که به ناچار تقریباً یک ساعت انجام آن طول می‌کشید. این تأخیر در برنامه عصرها موجب استرس و درگیری شدید در خانه می‌شد.

مشکلات مربوط به مدیریت زمان نه تنها در موقعیت‌های تحصیلی بلکه در برنامه‌های روزانه موجب اختلال در عملکرد می‌شود. جولی دانش‌آموز کلاس سوم هر روز صبح با مادرش جنگ و دعوا داشت چون او هیچ وقت به موقع به اتوبوس نمی‌رسید. شکایت مادر جولی از این بود، با اینکه ساعت جولی یک ساعت قبل از رسیدن اتوبوس زنگ می‌زد، او لباسش را نپوشیده و سروقت حاضر نبود. علاوه بر آن جولی در انجام امور مربوط به رختخوابش کند بود، مادرش می‌گفت که او بیشتر اوقات موقع دوش گرفتن به خیال‌پردازی مشغول می‌شود که بین ۲۰ تا ۳۰ دقیقه طول می‌کشد. بعد از آن باید پشت سرهم به او یادآوری کرد که لباس خوابش را بپوشد و دندانش را مسواک بزند. مادر جولی می‌گفت که اوقات صبح و بعد از ظهر یک رشته جنگ و دعوی تمام نشدنی را از سر می‌گذرانند. هم جولی و هم مادرش در پایان هر روز خسته و کوفته بودند.

برنامه‌ریزی تکالیف

آخرین حوزه مربوط به نظم‌بخشی که مشکلاتی برای کودکان مبتلا به ADHD به وجود می‌آورد برنامه‌ریزی تکالیف است. کودکانی که برنامه‌ریز ضعیفی هستند، بیشتر اوقات نمی‌دانند چگونه کاری را شروع کنند و معمولاً در وسط کارشان به مشکل برخورد می‌کنند زیرا نمی‌دانند چگونه کار را به درستی به پایان برسانند. آنها مهارت‌های برنامه‌ریزی مناسب که عبارت باشد از اینکه اهداف را به گام‌های کوچک‌تر تقسیم کردن، فراهم آوردن وسایل مورد نیاز برای انجام دادن این گام‌ها، گنجاندن این گام‌ها در برنامه زمانی خود به

نحوی که در سروقت انجام شوند و کنترل کارها از نظر نظم داشتن و کامل بودن را تمرین نمی‌کنند. بنابراین آنها بیشتر اوقات در آخرین دقایق کارهای خود را با عجله انجام می‌دهند و تکالیفی را تحویل می‌دهند که بخش‌های مهمی از آنها را انجام نداده‌اند. علاوه بر آن چون آنها برای فعالیت‌ها و رویدادهای دیگر (هم‌چون مراسم خانوادگی یا فعالیت‌های فوق‌برنامه) به درستی برنامه‌ریزی نمی‌کنند، خود را برای چنین موقعیت‌هایی آماده نمی‌بینند، چون نمی‌توانند وسایلی را که برای انجام این کارها لازمند مدنظر قرار دهند. هم به هاف هم به پم چندین تکلیف بلندمدت داده می‌شد که مستلزم کارهای زیادی در طول چند روز یا چند هفته بود، مانند گزارش یک کتاب، شرح حال‌نویسی و پروژه‌های علمی. والدین هاف و پم می‌گفتند که آنها بیشتر اوقات از ترس این تکالیف از هر حرکتی باز می‌ماندند و نمی‌دانستند چگونه باید شروع کنند و چه گام‌هایی برای انجام این تکالیف لازم است تا بردارند. آنها وقتی موعد مقرر فرا می‌رسید مضطرب می‌شدند و سرآخر والدین‌شان بعضی وقت‌ها شب قبل از تحویل کار، وقت صرف می‌کردند تا به کودکانشان کمک کنند یک کاری پایین‌تر از حد متعارف را سرهم‌بندی کنند. آموزگاران هاف به‌ویژه از کار بی‌کیفیتی که تحویل می‌داد ناراضی بودند، چون می‌دانستند او از نظر هوشی قادر به انجام کار بهتری می‌باشد. با این حال هاف در اصل نمی‌دانست چگونه به درستی برای انجام تکالیفی که مستلزم تلاش مداوم در طول یک دوره زمانی بود برنامه‌ریزی کند.

جک دانشجوی کالج که چند ترم را افتاده بود، می‌گفت ضعف در برنامه‌ریزی به‌طور چشمگیری توانایی او را در انجام کار ثمربخش در دانشگاه دچار اختلال می‌کرد. او قادر به تقسیم گام‌ها برای مطالعه در موقع امتحانات و انجام کارها و مقاله‌ها نبود. بدون نظم بخشیدن والدینش در این مورد که در طول دوره دبستان و دبیرستان انجام داده بودند، جک نمی‌توانست برنامه‌ای بریزد که این امکان را برای او فراهم کند تا تمام گام‌های ضروری را برای انجام تکالیف ترم خود بردارد. تام دانش‌آموز کلاس هشتم در یک سفر با تیم شنا می‌گفت که ضعف در برنامه‌ریزی مشکلاتی را در فعالیت‌های تیمی برایش پیش‌آورده بود. او مجبور بود ساک شنایش را قبل از هر تمرین جمع‌وجور کند و بیشتر اوقات یادش می‌رفت وسایل مورد نیازش را بردارد. او بیشتر اوقات مجبور بود وسایلی را قرض کند یا به مادرش تلفن بزند وسایل لازم را برایش بیاورد. ناتوانی او در برنامه‌ریزی از قبل و توجه به آنچه که ممکن بود لازم باشد، موجب استرس خودش، اعضای تیم و والدینش می‌شد.

علل احتمالی مشکلات OTMP کودکان

علل مشکلات OTMP کودکان کاملاً مشخص نشده است. احتمال می‌رود نشانه‌های اصلی ADHD باعث این مشکلات می‌شود. به‌عنوان مثال خیال‌بافی در هنگامی که آموزگار تکالیف را شرح می‌دهد می‌تواند موجب شود کودک تکالیف را یادداشت نکند، و مشغول صحبت شدن با همکلاسی‌اش وقتی که در حال جمع‌وجور کردن وسایلش است می‌تواند منجر به آن شود که وسایلش را گم‌وگور کرده یا فراموش کند. بی‌توجهی حتی می‌تواند مانع یادگیری امور مربوط به OTMP شود در نتیجه به‌عنوان مثال چنانچه کودکی

به چیز دیگری در کلاس توجه دارد دستورالعمل آموزگار را در اینکه چگونه تکالیف را یادداشت کند یا چگونه از یک برنامه‌ریزی استفاده کند را مورد بی‌توجهی قرار دهد. تکانشگری^۱، که در عجله کردن خود را نشان می‌دهد هم می‌تواند منجر به مشکلات OTMP شود. نمونه‌هایی از اشتباه کردن عبارتند از اشتباه کردن در زمان یادداشت دستورالعمل‌های یک برنامه، انجام ندادن گام‌های مهم وقتی بر روی یک تکلیف بلندمدت کار می‌کند یا جا گذاشتن وسایل مهم در مدرسه یا در منزل وقتی عجله می‌کند به اتوبوس برسد. تأثیر بالقوه نشانه‌های ADHD بر روی عملکرد OTMP نشان می‌دهد درمانی که تکانش‌گری را هدف قرار می‌دهد، مانند داروی محرک ممکن است عملکرد را در هر دو حوزه بهبود ببخشد. برای بررسی این موضوع یک مطالعه تبدیلی^۲، با گروه کوچک کنترل شده با دارونما^۳ این موضوع را که آیا استفاده از داروی محرک در کودکان مبتلا به ADHD و مشکلات OTMP بدون تجربه قبلی در مصرف دارو باعث بهبود نشانه‌های ADHD و عملکرد OTMP می‌شود را مورد ارزیابی قرار داد (ایبکف و همکاران، ۲۰۰۹). اثرات چشمگیر دارو در ارزیابی‌های والدین و آموزگاران به دست آمد. با این حال نمره‌های OTMP در ۶۱ درصد کودکان به حالت عادی نرسید، این کودکان در حالی که تحت درمان دارویی بودند به‌طور مداوم در عملکرد OTMP اختلال نشان می‌دادند. یافته‌های این مطالعه که نشان می‌دهد دارو درمانی ممکن است در بهبود بخشیدن به مشکلات OTMP در برخی از کودکان مبتلا به ADHD ولی نه در همه آنها مفید باشد، با این مشاهدات بالینی که برخی کودکان مبتلا به ADHD تحت درمان با محرک‌ها مشکلات چشمگیر OTMP را به‌طور مداوم نشان می‌دهند مطابقت دارد. (ایبکف و گالاگر، ۲۰۰۳).

همچنین این احتمال وجود دارد که مشکلات OTMP تظاهرات رفتاری نقصان EF* در کودکان مبتلا به ADHD باشد و ناشی از اختلالاتی در کنترل بازدارندگی^۴، مقاومت تأخیری، حافظه فعال، ادراک زمان و خود بازیابی^۵ باشد. (بارکلی، ۲۰۰۶؛ پینگتون و اوزونوف، ۱۹۹۶). به‌عنوان مثال نقصان در حافظه فعال در کل و حافظه فعال دیداری فضایی به‌طور اخص (مارتیلوسن، هایدن، هاگ - جانسون و تنوک، ۲۰۰۵) می‌تواند بر اندوزش و یادآوری اطلاعات کلامی و دستورالعمل‌ها تأثیر بگذارد و مانع یادآوری آنها در اینکه ملزومات و وسایل مهم در کجا قرار داده شده‌اند شود (زک، هاند و لاندائو، ۲۰۱۰). به علاوه ضعف در برآورد زمان (سونوگا- بریک، بیستاکو و تامسون ۲۰۱۰) می‌تواند در توانایی تعیین اینکه چقدر طول می‌کشد تکالیف انجام شوند اختلال ایجاد می‌کند و موجب مشکلاتی در انجام برنامه زمان‌بندی شده در موعد مقرر می‌شود. گفته شده است که نقصان در EF مانع رفتارهای خود نظم بخش می‌شود و در سازماندهی فعالیت‌ها و برنامه‌ریزی اختلال ایجاد می‌کند (ویلکات، دوپل، نیگ، فرانون و پینگتون، ۲۰۰۵). در ادامه همین فصل EF به تفصیل شرح داده خواهد شد. با این حال در اینجا خاطرنشان کردن

1- impulsivity
2- Crossover
3- Placebo

4- inhibitory control
5- self-monitoring

* Executive Function (عملکرد اجرایی، م).

این موضوع اهمیت دارد که علی‌رغم بنیان عصب شناختی مفروض در مورد اختلال OTMP، ارتباط بین عملکرد در مقیاس‌های عصب شناختی EF و مقیاس‌های فعالیت‌های زندگی روزمره با همبستگی تقریباً بین صفر تا ۰/۳۰ بسیار ضعیف است (بارکلی و مورفی، ۲۰۱۱). این یافته‌ها اعتبار بوم شناختی^۱ مقیاس‌های EF را مورد تردید قرار می‌دهد و بر این اشاره دارد که این مقیاس‌ها سازه‌های عملکردی را با همبستگی پایین نسبت به رفتار واقعی اندازه‌گیری می‌کند (بارکلی و مورفی، ۲۰۱۱). این یافته همچنین در اهداف و مقاصد OST بازتاب یافته‌اند. یعنی مداخله OST قصد ندارد جنبه‌های شناخته شده EF را که مبنای ADHD را تشکیل می‌دهد هدف قرار داده یا تغییر دهد. بلکه تا آن اندازه‌ای که نقصان در EF بروز می‌یابد، نظر ما این است که از طریق OST کودکان بتوانند یاد بگیرند عواقب عملکردی خود را به حداقل برسانند.

الگوی درمان OST: فرضیه‌های عقلانی و نظری

در درجه اول مداخله OST بر استفاده از روش‌های آموزش مهارت‌های رفتاری به منظور بهبود مهارت‌های مربوط به نظم‌بخشی در کودکان و ارتقاء عملکرد OTMP در آنها تکیه دارد. محرک اولیه ما در مورد OST از کار بالینی ما بر روی کودکان مبتلا به ADHD که دارای مشکلات مربوط به نظم‌بخشی بودند، به دست آمده است. دو مشاهده، توجه ما را به خود جلب کرد. اول برای ما روشن شد که مشکلات OTMP تأثیر نامطلوبی بر روی عملکرد تحصیلی و همچنین اعتماد به نفس و کارهای مربوط به مدرسه، اعمال مربوط به انجام تکالیف منزل و روابط خانوادگی‌شان دارد. دوم دریافتیم که بسیاری از بچه‌های مبتلا به مشکلات OTMP به نظر، فاقد دانش و مهارت‌های خاص برای سروسامان دادن به وسایل خود، مدیریت زمان و برنامه‌ای برای انجام کارهایشان به‌طور کارآمد هستند. توانایی‌های مربوط به نظم‌بخشی در آنها رو به وخامت گذاشته است زیرا نمی‌دانند در موقعیت‌های خاص چه کاری انجام دهند و یا فاقد مهارت در به‌کار بردن رفتارهای کارآمد و با کفایت هستند. به علاوه بسیاری از کودکان حتی وقتی به آنها گفته می‌شود چه کاری انجام دهند نمی‌توانند بگویند چه کاری را در پاسخ به مقتضیات نظم‌بخشی انجام دهند یا رفتارهای OTMP کارآمدی را بروز دهند.

ما دریافتیم این مشکلات در اصل نتیجه و بازتاب نقائص در مهارت‌های OTMP می‌باشند. بدین ترتیب فکر کردیم که مداخله مناسبی باید بر روش‌های آموزش مهارت‌های رفتاری تأکید نماید تا شکل‌گیری و استفاده از رفتارهای کارآمد OTMP را تسهیل کند. به علاوه برای افزایش انگیزه کودکان به منظور شرکت در درمان و برای تسهیل آموزش، به‌کار بردن مهارت‌ها، فراگیری مهارت و یادگیری، چندین عامل اساسی و اصول تغییر رفتاری در برنامه OST گنجانده شده است. این عوامل و اصول عبارت‌اند از: مؤلفه‌های ترغیب- نظارت، تشویق- پاداش برای آموزگاران (به فصل ۳ مراجعه کنید) و والدین (به بخش دوم مراجعه کنید) و روش‌های مدیریت مشروط منزل محور که در بخش دوم جلسات درمان شرح داده شده‌اند.