

**دانشگاه علامه طباطبائی**

**دانشکده‌ی روان‌شناسی و علوم تربیتی**

**پایان‌نامه جهت دریافت درجه دکترا‌ی روان‌شناسی**

**عنوان:**

**بررسی و مقایسه‌ی تأثیر روش‌های آموزش دلگرم‌سازی، روش رفتاری والدین و**

**دارودرمانی**

**بر مهارت‌های خودکنترلی در کودکان با اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی**

**استادان راهنما:**

**دکتر حمید علیزاده – دکتر حسن احدی**

**استادان مشاور:**

**دکتر فرامرز سهرابی – دکتر نورعلی فرخی**

**استادان داور:**

**دکتر حسین اسکندری – دکتر محمدرضا محمدی**

**دانشجو**

**محمود برجعلی**

**۱۳۸۹**

**تقدیم به همسر عزیزم و فرزندانم که آرامش و رشد علمی ام، مدیون دلگرمی آن بزرگواران است**

**هم چنین**

**پدر و مادر عزیزم که برای زندگی باعزت فرزندان خود، سختی های بسیاری را تحمل کرده اند.**

## قدردانی:

- اکنون که به لطف و مدد الهی، نگارش و جمع‌بندی این رساله به پایان رسیده است، بر خود واجب می‌دانم که مراتب تقدیر و تشکر خود را از تمامی عزیزانی که در این پروژه‌ی علمی مشارکت داشته‌اند و به نوعی به بنده کمک کرده‌اند، اعلام دارم: استاد محترم جناب آقای **دکتر حسن احدی** که وجودشان برای همه ما نعمت است.

استاد محترم جناب آقای **دکتر حمید علیزاده** که تمام‌وقت و بادقت علمی‌بالا در طی پژوهش مورد نظر، مددکار بنده بودند.

استاد محترم جناب آقای **دکتر فرامرز سهرابی** که با صبر و حوصله در طول انجام طرح پژوهش باعث دل‌گرمی بنده بودند.

استاد محترم جناب آقای **دکتر نورعلی فرخی** که انجام این پژوهش بدون رهنمودهای علمیشان ممکن نبود.

استاد محترم جناب آقای **دکتر حسین اسکندری** که پی‌گیر انجام کار بوده و زحمت داوری رساله را تقبل نموده‌اند.

استاد محترم جناب آقای **دکتر محمدرضا محمدی** که همکاری و مساعدت زیادی با این‌جانب قبل از شروع طرح و در جریان انجام طرح هم‌چنین زحمت داوری رساله را تقبل نموده‌اند.

استاد محترم جناب آقای **دکتر صرامی** که با صبر و حوصله، کار تجزیه و تحلیل داده‌های رساله را بر عهده داشتند.

دوست بسیار عزیزم جناب آقای **دکتر محسن منصوبی‌فر** که با در اختیار گذاشتن مطب شخصی خود، فضای مناسب و آرامی را برای شرکت‌کننده در دوره‌ی آموزشی مهیا نمودند.

خانواده‌های محترم؛ آل‌آقا، اخوان، اسدی، خان‌لو، خشک‌دامن، صحیح، صفری، صمیمی، صیادی، عبدی، علی‌محمد، فرامیدی، فضلی، قربانی، قره‌باغی، قریشی، مختاری، مسعودی، مشعل‌چیان، مظفری، نورمحمدی و هوشمند دارای کودکان با اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی که به عنوان گروه‌های آزمایشی در رساله‌ی مورد نظر به عنوان گروه‌های هدف در طول ۶ ماه با آن‌ها زندگی کردم.

معلمین بزرگوار کودکان دارای اختلال، که پرسش‌نامه‌های خودکُنترلی طرح تحقیق را با حوصله تکمیل نمودند.

دانشجویان علاقه‌مند به رشد و پویایی جریان علمی در کشور.

و بالأخره از **همسر عزیزم و فرزندان صبورم محمدحسن و فاطمه جان** که در طول اجرای رساله‌ی تحقیقی خیلی باعث

رنجش و کمبودهای عاطفی برای این عزیزان شدم، صمیمانه سپاس‌گزارم و تا لحظه داشتن حیات دُعاگوی ایشان خواهم بود.

## چکیده:

پژوهش حاضر با هدف بررسی و مقایسه‌ی اثر روش‌های آموزش دلگرم‌سازی مبتنی بر نظریه‌ی آدلر، آموزش رفتاری مبتنی بر نظریه‌ی بارکلی و دارودرمانی بر مهارت‌های خودکنترلی در کودکان با اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی انجام گرفت. روش طرح آزمایشی به صورت طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون چندگروهی با گروه کنترل بود. به این منظور از میان والدین (پدران و مادران) دانش‌آموزان دبستانی مراجعه‌کننده به درمانگاه کودک و نوجوان بیمارستان روان‌پزشکی روزبه شهر تهران که فرزندان آن‌ها بر اساس تشخیص روان‌پزشک و بر اساس پرسش‌نامه تشخیصی علایم اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی کانرز این اختلال را دارا بودند، نمونه‌ای به تعداد ۹۰ نفر از والدین به صورت گروه در دسترس انتخاب، سپس آن‌ها به طور تصادفی در سه گروه ۳۰ نفری مخصوص گروه آموزش آدلری، گروه آموزش رفتاری و گروه گواه جایگزین شدند. والدین هفته‌ای یک بار به مدت ۱/۵ ساعت در ۱۰ جلسه برای گروه آدلری و ۱۰ جلسه ۱/۵ ساعته برای گروه رفتاری مورد آموزش قرار گرفتند. جهت ارزیابی و جمع‌آوری داده‌ها، از پرسشنامه خودکنترلی کودکان کندال و ویلکاکس توسط معلم‌های کودکان دارای اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی در مدرسه استفاده شد. به منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها، از دو روش تحلیل کوواریانس و نمرات F استفاده شد. برای مقایسه دو به دو میانگین‌ها نیز از آزمون تعقیبی بن فرونی استفاده گردید. نتایج تحلیل و تجزیه داده‌های پژوهش نشان داد که در پایان دوره آموزشی، در هر دو گروه آموزش آدلری و آموزش رفتاری نسبت به گروه کنترل، مهارت خودکنترلی در کودکان دارای اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی افزایش یافته بود، اما بین مقایسه اثر بخشی دو روش آموزش دلگرم‌سازی والدین و روش آموزش رفتاری والدین در افزایش خودکنترلی تفاوت معناداری مشاهده نگردید. بر این اساس می‌توان نتیجه گرفت که روش‌های آموزش دلگرم‌سازی والدین بر اساس نظریات آلفرد آدلر و روش آموزش رفتاری والدین بر اساس نظریات راسل بارکلی بر افزایش مهارت خودکنترلی کودکان دارای اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی تأثیر دارد. در کنار درمان رایج دارو درمانی می‌توانند بعنوان درمان‌های مکمل برای افزایش مهارت خودکنترلی در کودکان دارای اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی توسط متخصصان و روان‌شناسان بکار گرفته شوند.

**واژه‌های کلیدی:** اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی، دلگرم‌سازی، آموزش رفتاری، خودکنترلی، دارودرمانی •

A Comparative Study on three Therapeutic Programs Including Parent Encouraging Training, Behavioral Training, and Pharmacotherapy for Increasing Self-Control Among Children with Attention Deficit / Hyperactive Disorder

Borjali, M .ph.D Alizadeh, H. Ph. D. ,  
Ahadi, H. Ph. D. ,  
Sohrabi, F. Ph. D. , Farokhi, N. A. Ph. D. ,

Abstract

The purpose of this study was to compare the effectiveness of three therapeutic programs including parents encouraging training (based on Adler-Dreikurs approach), behavioral training, and pharmacotherapy for increasing self-control among children with attention deficit/hyperactive disorder (ADHD). In this experimental study, 90 parents of students referred to Rouzbeh Psychiatric Hospital were diagnose according to a psychiatrist diagnosis and utilizing Conners scale for ADHD. Covariance and F score analysis revealed a significant difference among the three methods indicating that parents encouraging training method, and parents behavioral training based on Barkleys theory are both effective for increasing self-control skills in ADHD children. We can conclude that parents encouraging training and parent behavioral training are effective in improving self-control in ADHD children.

Keywords: attention deficit hyperactive disorder, encouragement, behavioral training, self control, pharmacotherapy.

## « فهرست مطالب »

### فصل اول) چارچوب پژوهش

۱۱	۱-۱ مقدمه
۱۳	۱-۲ بیان مساله
۲۱	۱-۳ اهمیت و ضرورت پژوهش
۲۲	۱-۴ اهداف پژوهش
۲۳	۱-۵ فرضیه های پژوهش
۲۴	۱-۶ تعاریف نظری و عملی متغیرهای پژوهش

### فصل دوم) مبانی نظری و پیشینه پژوهش

۲۶	۲-۱ اختلال های دوران کودکی
۲۶	۲-۲ ملاک های رفتار نابهنجار در کودکان
۲۹	۲-۳ طبقه بندی اختلال های کودکان
۳۱	۲-۴ زمینه های تاریخی اختلال نارسایی توجه/ بیش فعالی
۳۶	۲-۵ نگاه یکپارچه به اختلال
۳۷	۲-۶ تعاریف اختلال نارسایی توجه/ بیش فعالی

۴۲	۲-۷ شیوع
۴۳	۲-۸ ارزیابی و تشخیص
۴۵	۲-۹ سیر، پیش‌آگهی و پیامد
۵۰	۲-۱۰ خودگردانی، تکانش‌گری و بیش‌فعالی
۵۱	۲-۱۱ اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی و سایر ناتوانی‌های همراه
۵۲	۲-۱۲ روابط اجتماعی کودکان دارای اختلال
۵۳	۲-۱۳ ویژگی‌های تحصیلی کودکان دارای اختلال
۵۴	۲-۱۴ سبب‌شناسی و مداخله‌ها
۵۶	۲-۱۵ مداخله‌ها
۵۶	۲-۱۵-۱ مداخله‌ی پزشکی
۵۷	۲-۱۵-۲ اثرات جانبی داروها
۶۰	۲-۱۵-۳ اثرات دارودرمانی بر اساس سن کودکان (دوره‌ی دبستان)
۶۱	۲-۱۵-۴ اثرات دارودرمانی بر اساس سن (نوجوانی و بزرگسالی)
۶۵	۲-۱۶ مداخلات روانی- اجتماعی
۶۹	۲-۱۷ اهمیت محیط خانواده در بروز و شیوع اختلالات رفتاری کودکان
۷۳	۲-۱۸ برنامه‌های آموزش والدین
۷۵	۲-۱۹ تاریخچه‌ی آموزش والدین
۷۶	۲-۲۰ انواع آموزش والدین
۷۷	۲-۲۱ اهمیت فراگیری مهارت خودکنترلی در کودکان

۸۳	۲-۲۲ مسائل رفتاری که می‌توان با خودکنترلی رفتاری آن‌ها را اصلاح نمود
۸۳	۲-۲۲-۱ رفتارهای مربوط به انجام تکالیف درسی
۸۴	۲-۲۲-۲ رفتارهای مخل و آزاردهنده‌ی دیگران
۸۵	۲-۲۲-۳ رفتارهای مربوط به پیشرفت تحصیلی
۸۵	۲-۲۳ اصول و فنون خودکنترلی رفتاری
۸۸	۲-۲۴ رویکرد آدلری
۸۹	۲-۲۵ شاخص اصلی سلامت روان در نظریه‌ی آدلر
۹۰	۲-۲۶ منظومه‌ی خانوادگی و روابط خواهران و برادران
۹۰	۲-۲۷ اهمیت خانواده از نظر آدلر
۹۴	۲-۲۸ نظریه‌ی آسیب‌شناسی روانی در نظریه‌ی آدلر
۹۷	۲-۲۹ برنامه‌های رایج در زمینه‌ی آموزش والدین
۹۸	۲-۳۰ آموزش گام به گام فرزندپروری کارآمد (استپ)
۱۰۰	۲-۳۱ شناخت سبک فرزندپروری والدین
۱۰۱	۲-۳۲ آشنایی با اهداف نادرست رفتار و شیوه‌ی تشخیص آن‌ها
۱۰۲	۲-۳۳ دلگرمی چیست؟
۱۰۵	۲-۳۴ دلگرمی از طریق ایجاد تعلق
۱۰۶	۲-۳۵ ابزارهای دلگرمی
۱۰۷	۲-۳۶ راه‌کارهای دلگرم‌سازی
۱۰۷	۲-۳۷ تفاوت دلگرمی با تشویق

- ۱۰۸ ۲-۳۸ مهارت‌های ارتباطی مؤثر
- ۱۱۳ ۲-۳۹ دلسردی چیست؟
- ۱۱۶ ۲-۴۰ محبت و دلگرم‌سازی کودکان در تعلیم اسلامی
- ۱۱۸ ۲-۴۰-۱ هدیه‌ی ابزاری سودمند برای دلگرم‌سازی در کودکان
- ۱۱۹ ۲-۴۰-۲ اعتدال در محبت
- ۱۲۰ ۲-۴۱ آموزش رفتاری والدین به روش راسل بارکلی
- ۱۲۱ ۲-۴۲ علل بدر رفتاری کودکان از دیدگاه رفتاری
- ۱۲۴ ۲-۴۳ تعمیم دادن مهارت‌های کنترل رفتار به سایر موقعیت‌ها
- ۱۲۵ ۲-۴۴ آموزش والدین در مورد رفتار پرخاشگری، نافرمانی و تخلف از قوانین در کودکان
- ۱۲۶ ۲-۴۵ آموزش مهارت‌های رفتار اجتماعی به کودکان
- ۱۲۷ ۲-۴۶ آموزش کودکان در رابطه با رفتار تکانشی / بیش‌فعالی
- ۱۲۹ ۲-۴۷ آموزش کودکان در رابطه با رفتار بی‌توجهی / کم‌کاری
- ۱۳۲ ۲-۴۸ مروری بر پژوهش‌های انجام شده
- ۱۳۲ ۲-۴۸-۱ پیشینه‌ی پژوهش برنامه‌های آموزش والدین بر اساس نظریه‌ی آدلر در داخل و خارج
- ۱۳۷ ۲-۴۸-۲ پیشینه‌ی پژوهش برنامه‌های آموزش والدین بر اساس نظریه‌ی بارکلی در داخل و خارج
- ۱۴۱ ۲-۴۸-۳ مقایسه دو روش آموزش رفتاری و آموزش آدلری والدین

### فصل سوم) روش پژوهش

- ۱۴۲ ۳-۱ طرح پژوهش
- ۱۴۳ ۳-۲ جامعه‌ی آماری

۱۴۳	۳-۳ روش نمونه‌گیری
۱۴۴	۳-۴ روش جمع‌آوری اطلاعات
۱۴۵	۳-۵ روش تجزیه و تحلیل داده‌ها
۱۴۵	۳-۶ ابزار پژوهش
۱۴۷	۳-۷ خلاصه جلسات آموزشی (روش آدلری، روش رفتاری)
۱۴۸	۳-۸ ملاحظه‌های اخلاقی

### **فصل چهارم) تحلیل داده‌ها**

۴-۱	شاخص‌های توصیفی داده‌ها
۴-۲	بررسی مفروضه‌های تحلیل کوواریانس
۴-۳	بررسی فرضیه‌های پژوهش
۴-۴	بررسی اطلاعات مربوط به مرحله‌ی پی‌گیری

### **فصل پنجم) بحث و نتیجه‌گیری**

۵-۱	محدودیت‌های پژوهش
۵-۲	پیشنهاد‌های پژوهش
۳-۵	منابع
۴-۵	منابع فارسی
۵-۵	منابع انگلیسی
۶-۵	پیوست

# فصل اول

## چارچوب پژوهش

مطالعه و پژوهش در زمینه اختلال‌های رفتاری و عاطفی کودکان و نوجوانان، یکی از حوزه‌های مهم، پیش‌رو و نافذ در روان‌شناسی مرضی و بالینی است و از میان انواع اختلال‌های دوره‌ی کودکی، اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی<sup>۱</sup>، شایع‌ترین اختلال عصبی-رفتاری است که در دوره‌ی کودکی (قبل از ۷ سالگی) تشخیص داده می‌شود. در بین تمام مشکلات رفتاری شایع در کودکان دارای اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی به عنوان اختلالی است که بیشترین تعداد پژوهش‌های علمی درخصوص آن صورت گرفته است، به طوری که هر سال حدود ۱۰۰ مقاله‌ی علمی در مورد آن منتشر می‌شود (ریف، ۲۰۰۰). پیچیدگی ماهیت اختلال که لزوم توصیف و شناساندن بیشتر آن را می‌طلبد، تنوع راه‌بردهای تشخیص، مشکلات توام با این اختلال و سطوح مداخلات درمانگری طرح ریزی شده، این گستردگی پژوهش‌ها را توصیه می‌کند (کیت، کانرز، ۱۹۹۹ ترجمه علیزاده، همتی و رضایی، ۱۳۸۷). در طی دهه‌ی ۱۹۹۰، اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی به صورت نوعی ناتوانی خاص مرکز توجه قرار گرفت.

ویژگی‌های معماگونه مرتبط با این اختلال، توصیف افراد مبتلا و مجموعه علائم آن، با تاریخی به قدمت ۱۰۰ سال در نوشته‌ها موجود است (بارکلی، ۱۹۹۸). در یکی دو دهه‌ی اخیر، اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی همراه مجموعه‌ای از علائم در نظر گرفته شد که همراه سایر اختلال‌هایی نظیر ناتوانی‌های یادگیری و اختلالات هیجانی-رفتاری هستند. سال‌های بعد، با این اختلال به طور روزافزونی به صورت یک ناتوانی مجزا و متمایز برخورد شده است. اگرچه هنوز در قانون آموزش افراد با ناتوانی‌ها چنین نگاهی به مساله وجود ندارد (وزارت آموزش و پرورش ایالات متحده، ۲۰۰۰، به نقل از هاردمن، ۲۰۰۲). افراد با اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی ممکن است ویژگی‌هایی از قبیل رفتار تکانشی غیرعادی، بی‌قراری یا بیش‌فعالی ناتوانی در تمرکز توجه، یا ترکیبی از این گونه رفتارها را نشان دهند. در بسیاری از موارد این اختلال را با آنچه که مشاهده می‌کنیم تعریف می‌کنیم، مانند بیش‌فعالی، رفتار آزارشی و حتی رفتار، در حقیقت اختلال نارسایی توجه گونه‌ای از فرآیندهای جسمی (نظیر اختلال عصبی یا شیمیایی) است که با عوامل اجتماعی، روان‌شناختی یا محیطی (مانند سرخوردگی، انزوای اجتماعی و ضعف آموزش) در تعامل است.

پژوهش‌گران ضمن مطالعه‌ی چنین رفتارهایی، شروع به نگرستن به ورای این ویژگی‌ها و مفهوم‌سازی این ناتوانی به صورت اختلال شدید خود-گردانی، کنترل تکانش‌ها، دامنه‌ی توجه و سطح فعالیت کرده‌اند. سوابق پژوهش در مورد اختلال

1- Attention- Deficit- Hyperactivity Disorder(ADHD)

2-Ryff

نارسایی توجه/ بیش‌فعالی یا مطالعه بر روی مفاهیمی همچون کارکردهای اجرایی یعنی توانایی، بازبینی و اداره‌ی رفتار فرد، توجه به کنترل تکانش‌ها و فکرکردن در مورد پیامد اعمال خود را منعکس می‌سازد (بارکلی ۱۹۹۸، فلک ۱۹۹۸، اسپلتز و همکاران، ۱۹۹۹، به نقل از هاردمن، ۲۰۰۲).

افراد با اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی اغلب علایمی دارند که به قدر کافی شدید است و هم‌چنین به نحوی است که با عملکرد و فعالیت‌های زندگی فرد تداخل می‌کند. کودکان دارای این اختلال اغلب در مدرسه با مشکلات قابل توجهی روبه‌رو هستند و هم به لحاظ آموزش و هم از نظر اداره کلاس، همواره چالش قابل ملاحظه‌ای را در مقابل معلمان قرار می‌دهند. چنین کودکانی ممکن است داخل یا بیرون از صندلی شان باشند، ممکن است دیگران را اذیت کنند یا حتی رفتارهای پرخاشگرانه‌ای نظیر زدن یا کشیدن مو انجام دهند (هاردمن، ۲۰۰۲).

به طور کلی محیط مدرسه برای این کودکان شرایطی فراهم می‌آورد که بیشترین کمبودها را در زمینه حفظ توجه، کنترل تکانه و فرمانبرداری بروز دهند. با توجه به این که این کودکان رفتارهای ناسازگارانه خود را در محیط‌های مختلف نشان می‌دهند، کمترین عناصر درمان می‌تواند شامل آموزش و مشاوره والدین در مورد ماهیت، علل، پیش‌آگهی در روند درمان باشد که باعث بالا بردن آگاهی والدین از اختلال و نوع موقعیت‌های عملی زندگی شود. البته آگاهی والدین و آموزش آن‌ها زمانی می‌تواند موجب کاهش رفتار ناسازگارانه‌ی کودک شود که معلمین به جای طرد کودک با استفاده از انواع مختلف شیوه‌های اصلاح رفتار، شامل برنامه‌های تقویت ژتونی، قرارداد مشروط و شیوه‌های تقویت و خاموش، به افزایش عملکردهای کلاس کودک، کسب تجربه خوشایند و افزایش عزت نفس کمک کنند. به عبارت دیگر به کارگیری ترکیبی از روش‌های درمانی توسط والدین، معلمان و متخصصان به طور هماهنگ و پذیرش کودک از طرف آن‌ها به عنوان فردی که نیازمند کمک است، باعث پیشرفت‌های قابل ملاحظه در رفتار کودکی می‌شود (محمداسماعیل، ۱۳۸۵).

اگر چه درمان‌های مختلفی برای اختلال کمبود توجه/ بیش‌فعالی ابداع شده است (ایکوف و مکمن، ۱۹۹۹) ولی تعداد کمی از آن‌ها به قدر کافی یا در حد مقدماتی پشتوانه‌ی تجربی دارند. این درمان‌ها عبارتند از: دارودرمانی، آموزش والدین/ مشاوره با والدین، مدیریت وابستگی ویژه والدین و کلاس درس، درمان شناختی-رفتاری (بلهام، ویلر و کروسیس، ۱۹۹۸). آناستوپولوس و شامز (۲۰۰۱) معتقدند که هیچ‌یک از این رویکردهای درمانی، اثر بخش و علاج قطعی نیستند. این درمان‌ها، نشانه‌های اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی را کم می‌کنند و مشکلات هیجانی و رفتاری کودکان مبتلا به این اختلال را بهبود می‌بخشد. طی طرح تحقیقاتی که موسسه ملی سلامتی روانی با همکاری شش مرکز دانشگاهی در مورد درمان چندوجهی کودکان مبتلا به

اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی ارائه دادند گزارش آن‌ها بیانگر این است که کودکانی که درمان روانی اجتماعی فشرده دریافت می‌کردند کارایی بیشتری داشتند و توانستند مقادیر کمتری دارو مصرف کنند (کارولین، ۲۰۰۰، ترجمه فیروزبخت، ۱۳۸۷). بنابراین در پژوهش مورد نظر قرار است، باتوجه به میزان شیوع و بروز بالای اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی در کودکان و ماندگاری این اختلال در صورت عدم شناسایی در کودکان تا دوران نوجوانی و بزرگسالی و تأثیرات مخربی که این اختلال می‌تواند بر روابط اعضای خانواده بزند، تأکید افراطی و غالبی بر درمان‌های زیستی عصبی از سوی متخصصین که باعث تجویز سریع دارو می‌شود و بالأخره عوارض و پیامدهای جانبی تجویز دارو مانند اختلال در عملکرد شناختی، هیجانی و اجتماعی کودکان باعث می‌شود که به سایر علل بوجودآورنده‌ی این اختلال مخصوصاً زمینه‌های روانی، اجتماعی و رفتاری شخصیتی این کودکان و همچنین ارتباطات و تعاملات این کودکان با اطرافیان مخصوصاً سبک‌های ارتباطی و تعاملات با والدین در آن‌ها مورد ارزیابی و شناسایی و سبب شناسی قرار نگیرد، لذا، در طرح پژوهش مورد نظر، محقق قصد دارد که با استفاده از ترکیب روش‌های غیردارویی که بیشتر بر نظریات آدلر، درایکورس، دینک مایر، شوناکر و بارکلی مبتنی است اقدام به تدوین برنامه‌ی درمانی در ذیل حوزه‌ی روان‌شناختی در درمان اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی اقدام کند.

## ۲-۱ بیان مسأله

اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی یکی از شایع‌ترین اختلالات رشدی است، که معمولاً نشانه‌های آن در اوایل زندگی کودک و سنین پیش از دبستان ظاهر می‌شوند و اغلب نشانه‌های آن تا پایان کودکی و نوجوانی و در هفتاد درصد از موارد تا بزرگسالی ادامه می‌یابد (مونتگمری و مونسن<sup>۱</sup>، ۲۰۰۲). اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی اختلالی است که، شامل اختلال نارسایی توجه و بیش‌فعالی - تکانشگری می‌شود. هر یک از دو زیر نوع این اختلال بر حسب چند ملاک رفتاری تعیین می‌شود، نارسایی توجه با رفتارهایی همچون بی‌دقتی، فراموش‌کاری در فعالیت‌های روزمره و سایر مشکلات مربوط به توجه مشخص می‌شود (هالچین، ویتبورن<sup>۲</sup>، ۲۰۰۳). کودکان دارای اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی، معمولاً اموال و اشیاء خود را گم می‌کنند، به راحتی دچار حواس‌پرتی می‌شوند، اغلب از عهده‌ی توجه دقیق به جزئیات برنمی‌آیند، نمی‌توانند دستورالعمل‌ها را دنبال کنند و در سازمان دادن تکالیف خود مشکل دارند همچنین اغلب بر اثر محرک‌های نامربوط به آسانی دچار حواس‌پرتی می‌شوند و در فعالیت‌های روزانه فراموشکار هستند (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۰۰).

ویژگی بیش‌فعالی - تکانش‌گری به زیر نوع‌های زیر از قبیل ناآرامی، دویدن نامناسب، اشکال در بازی کردن پُرحرفی و بی‌قراری مشخص می‌شود. تکانش‌گری در افرادی مشاهده می‌شود که پاسخ‌ها را بدون فکر مطرح می‌کنند، نمی‌توانند منتظر نوبت بمانند و برای دیگران مزاحمت ایجاد می‌کنند (بارکلی، ۲۰۰۳<sup>۱</sup>). شیوع اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی در سنین مدرسه بین سه تا هفت درصد است که در آن نسبت پسرها به دخترها سه تا شش برابر است و یکی از رایج‌ترین اختلال‌های روان‌شناختی کودکان است که در ۳۰ تا ۴۰ درصد مراجعان به مراکز مشاوره‌ی کودک گزارش شده است. افزون بر این، این اختلال، برای درصد قابل ملاحظه‌ای از مراجعان به مراکز درمانی بزرگ‌سالان نیز گزارش شده است (کانرز، جت، ۱۹۹۹، ترجمه‌ی عزیززاده، همتی و رضایی، ۱۳۸۷). بررسی‌های انجام شده در خصوص علت‌های به وجود آورنده این اختلال نشان می‌دهد که یکی از علت‌های تشکیل‌دهنده و به‌وجودآورنده‌ی این اختلال آسیب‌دیدگی یا بدکارکردی مغزی و آسیب در قطعه‌های پیشانی مغز است (دآن‌هام و دآن‌هام، ۱۹۷۸<sup>۲</sup>) که برای درمان آن از دارودرمانی استفاده می‌گردد.

در حال، حاضر والدین و پزشکان به عوارض داروها و تأثیر بلندمدت آن خوش‌بین نیستند و از این رو به تجویز تنهایی داروها در بهبود نشانه‌های این اختلال اعتقاد کمی وجود دارد (سونوگا<sup>۳</sup> و همکاران، ۲۰۰۱). علاوه بر این، اگر چه درمان‌های دارویی به بهبود عملکرد روزانه‌ی کودکان نارسایی توجه/ بیش‌فعالی کمک می‌کند ولی اگر به تنهایی به کار رود، در بهبود درازمدت بیماران اثر کمی دارد (ناتان، ۱۹۹۹<sup>۴</sup>). همچنین تحقیقات جدید در درمان اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی نشان می‌دهد که درمان‌های دارویی به تنهایی در درمان مشکلات مرتبط با اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی کافی نیست.

دارودرمانی رفتار مثبت اجتماعی را در کودکان افزایش نمی‌دهد، بدین معنا که حتی هنگامی که کودک مبتلا به اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی به‌طور موفقیت‌آمیزی به وسیله‌ی دارو درمان شده است، معلوم نیست که در رابطه با کودکان دیگر رفتار مثبت سازنده‌تری در پیش گیرد (فریدمن و دویال، ۲۰۰۳<sup>۵</sup>). بارکلی<sup>۶</sup> که تحقیقات زیادی راجع به اختلال نارسایی توجه و بیش‌فعالی انجام داده است، دریافت که ۸۱ درصد نمونه‌های کودکان بیش‌فعال، مشکلاتی با هم‌سالان خود داشتند و در روابط اجتماعی دُچار مشکلات زیادی هستند. لذا امروزه درمان‌های روان‌شناختی که بر روی اصلاح و تقویت مهارت‌های والدین و کودکان در زمینه‌ی مدیریت رفتار و آموزش تأکید می‌کند در درمان این اختلال، غالباً در اولویت کاری و مفید می‌باشد (علی‌زاده، ۱۳۸۷) بررسی و مطالعه‌ی تعاملات درون‌خانوادگی کودکان دارای اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعال، نشان می‌دهد که گاهی در

4- Barkley.

5- Dunham & Dunham

6- Sonuga

7- Nathan

8- Fridman & Doyal

9- Barkley

خانواده‌های این کودکان، در روابط اعضاء با هم‌دیگر مشکل وجود دارد (مش و جانسون،<sup>۱</sup> ۱۹۹۰). این کودکان معمولاً در خانواده های غیرعادی متولد می‌شوند و مشکل روان‌شناختی و ارتباطی بسیاری در این خانواده‌ها گزارش شده است (کرگون و باندی،<sup>۲</sup> ۱۹۹۶).

در مطالعه‌ی تعامل والدین و فرزند در بین خانواده‌های کودکان با اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی در ایران، نشان داده است که این والدین بیشتر از والدین فرزندان عادی، از شیوه‌های فرزندپروری، خودکامه و استبدادی استفاده می‌کنند (علیزاده و آندریس،<sup>۳</sup> ۲۰۰۲)، دارای اعتماد به نفس کمتری هستند، از شیوه‌های تنبیهی بیش‌تری استفاده می‌کنند و روابط گرم کمتری با فرزندان‌شان دارند (علیزاده، اپلکوئیست و کولیدج،<sup>۴</sup> ۲۰۰۷). همچنین مطالعه‌ی تعامل کودکان دارای اختلال شخصیت نارسایی توجه/بیش‌فعالی با والدین‌شان نشان می‌دهد که در روابط آن‌ها، فشار روانی (برین و بارکلی،<sup>۵</sup> ۱۹۸۸)، روابط تحمیلی (بورمیستر<sup>۶</sup> (بورمیستر و همکاران، ۱۹۹۲) و افسردگی، محدودیت، ناکامی بالا و توانایی کم‌تر (بک و همکاران،<sup>۷</sup> ۱۹۹۰) وجود دارد.

بنابراین، امروزه با توجه به تحقیقات جدید و راهکارهای درمانی اثربخش، مخصوصاً تبیین سبب شناسی اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی در سطح رفتار والدین مشخص شده است که تعامل بین کودکان دارای این اختلال با والدین‌شان، موضوع بسیار مهمی است که نباید مورد غفلت پژوهش‌گران و درمانگران قرار بگیرد. موضوعی که در حال حاضر باعث شده است در تشخیص و درمان این اختلال بیشتر به علل زیستی- عصبی آن توجه شود و از توجه به سایر علت‌های بروز این اختلال از جمله ارتباطات آشفته بین اعضای خانواده و روابط والدین غفلت صورت گیرد (محمد اسماعیل، ۱۳۸۵). گاهی در خانواده‌های این کودکان، مشکل کودک نشانگر مشکلی است که در روابط اعضای خانواده وجود دارد (مش و جانستون، ۱۹۹۸). این کودکان معمولاً در خانواده‌های غیرعادی متولد می‌شوند و مشکل‌های روان‌شناختی و جسمانی بسیاری در این خانواده‌ها گزارش شده است. برای مثال؛ آسم، افسردگی، اِگزما، الکلیسم، تب یونجه، جامعه‌ستیزی و میگرن در این خانواده‌ها بسیار متداول است (کولکون و باندی، ۱۹۹۶).

توانایی تعامل موفقیت‌آمیز با هم‌تایان در موقعیت‌های اجتماعی یکی از جنبه‌های بسیار مهم رشد کودک است. کودکان دارای نارسایی توجه/ بیش‌فعالی از سوی هم‌کلاسی‌های خود محدودیت‌هایی را در زمینه‌ی اجتماعی تجربه می‌نمایند و معمولاً

10- Mash & Johnston

11- Grokun & Bandy

12- Alizadeh & Andries

13- Alizadeh- Appiequisite & Coolidge

14- Breen & Barkley

15- Baumister

۶ - Beck

به عنوان دوستان خوب تلقی نمی‌شوند (ساراسون، ۱۹۹۹). به طور کلی این‌گونه کودکان در تعامل با همتایان خود فاقد سازمان و درمانده‌اند و اغلب به وسیله‌ی دوستان به خاطر رنجش آور بودن طرد می‌شوند (روزنهان و سلیگمن، ۱۹۹۷).

این‌گونه تعاملات درون فردی در موقعیت‌های خانوادگی و مدرسه نیز دیده می‌شوند، اغلب والدین این کودکان مشکلات خانوادگی داشته و سطح بالایی از استرس و تعارضات بین فردی را نشان می‌دهند و در خصوص برقراری تعامل سالم و سازنده با فرزندان خود دچار مشکل و اختلال هستند (کاکاوند، ۱۳۸۵). لذا امروزه برنامه‌ی تربیت و آموزش والدین از موضوعات مهم و جدیدی می‌باشد که در حوزه‌ی روان‌شناسی بالینی کودک مورد اهمیت و توجه قرار گرفته‌اند، به نوعی که متخصصان برای پیشگیری از مشکلات شایع دوران کودکی یا پیش‌گیری از تشدید آن‌ها سعی کرده‌اند والدین را با رشد کودک و فنون مدیریت رفتار آشنا کنند. برنامه‌های تربیت یا آموزش والدین روزبه روز متداول‌تر می‌شوند و روان‌شناسان می‌توانند با اجراء کردن این برنامه‌ها، نقش مهمی در این خصوص ایفا کنند. البته برنامه‌ی تربیت والدین و آموزش والدین با همدیگر فرق دارند. تربیت والدین روی پیش‌گیری از ایجاد رفتار ناکارآمد در کودک متمرکز است و آموزش والدین روی رفع اختلالات جدی کودکان (اسکافروبر یزماستر، ۱۹۸۹).

بنابراین، تربیت والدین یک نوع پیش‌گیری همگانی است و آموزش والدین یک نوع پیش‌گیری گزینشی و نشان شده. ولی در هر دو برنامه از متون اطلاع رسانی، تعلیم اصول یادگیری و رفتاری پرورش مهارت‌های پدر و مادری کردن و مهارت‌های ارتباطی و پرورش مهارت‌های حل مساله استفاده می‌شود.

در نگاهی کلی، برنامه‌های آموزش والدین عمدتاً بر درمان رفتار ناسازگارانه‌ی خردسالان متمرکز است. در این برنامه، والدین هستند که باید برنامه‌ی خواب یا برنامه‌ی معکوس کردن عادت را اجراء کنند، یا رفتار خود و محیط را تغییر بدهند تا فرزندشان مهارت‌های جدید را بهتر یاد بگیرد و رفتار منفی خودش را راحت‌تر کم کند. وانگهی بسیاری از برنامه‌های آموزش والدین که بر تعلیم فنون مدیریت رفتار متمرکزند، فونونی به والدین یاد می‌دهند که رشد بهینه‌ی فرزندشان در حوزه‌های مختلف را تامین می‌کنند. مثلاً، فن اظهارنظرهای انعکاسی می‌تواند رشد زبانی و عزت نفس کودک را تقویت کند یا محروم کردن کودک، سبک تربیتی مقتدرانه یعنی گرم بودن همراه با محدودیت‌های جدی را ممکن می‌کند (شولتز و وافر، ۱۹۹۹).

همچنین مشخص شده است برنامه‌های تربیت و آموزش والدین برای آن که مؤثر باشند علاوه بر اطلاعات دادن در مورد رشد کودک و فنون مدیریت رفتار، باید نیازهای شخصی اعضای خانواده را نیز در نظر بگیرند. برای مثال، افسردگی و اضطراب مادر، ضعف شبکه‌ی حمایت اجتماعی و اختلافات زناشویی، با بروز مشکلات رفتاری در کودکان رابطه دارند (بوش و کوکرل، ۱۹۸۷، پاناکسیون و والر، ۱۹۸۶، استوفمن و همکاران، ۱۹۸۹). از سوی دیگر مشخص شده است اصولاً برنامه‌های رفتاری آموزش

تعامل والد-کودک، متداول‌ترین و موفق‌ترین رویکرد درمانی در ارتباط با رفتار مُخل و ناراحت‌کننده‌ی خردسالان هستند و اکثر والدین از این برنامه‌ها رضایت دارند (برستان و ایبرگ، ۱۹۹۸).

برنامه‌های آموزش والدین در هر سه صورت فردی، گروهی یا والدین با والدین مؤثرند. در آموزش رفتاری والدین فرض بر این است که رفتار کودک اعم از رفتار بهنجار، انحرافی یا تأخیردار با تعاملات قبلی و فعلی کودک با اطرافیان، به ویژه با والدینش، رابطه دارد و اگر می‌خواهیم رفتار کودک عوض شود باید رفتار این آدم‌ها را عوض کنیم (بیجو، ۱۹۸۴).

راهبردهای مورد استفاده در این برنامه عبارتند از: تعریف دقیق اهداف درمان، تعلیم اصول یادگیری اجتماعی به والدین، استفاده از فنون رفتاری برای شکل دادن رفتار کودک، بازبینی روند پیشرفت به کمک مستندات منظم و تغییر دادن تعلیمات متناسب با این مستندات و اصلاح شرایط محیطی جهت تداوم و تعمیم تغییرات ایجاد شده (بیجو، ۱۹۸۴).

هم‌اکنون در تحقیقات جدید، آموزش والدین را با آموزش صرف مهارت‌های شناختی- رفتاری و مهارت‌های حل مساله ترکیب نموده‌اند و نتیجه گرفته‌اند که این تلفیق و ترکیب روش‌های مختلف درمانی رفتار ضداجتماعی را کم می‌کند و بیش از آموزش صرف والدین، سازگاری اجتماعی و کلی شخص را می‌افزاید (ساندرز و مک فارلند، ۲۰۰۰).

روش آموزش والدین به منظور کنترل کودک بر اساس مدل رفتاری به این منظور طراحی شده که مشکلات مربوط به نافرمانی کودک (بارکلی، ۱۹۸۷، فور هند و مک ماهان، ۱۹۸۱) و روش‌های قهرآمیز خانواده را نشان دهیم (پترسون، ۱۹۸۹).

این مشکلات شامل تقویت منفی، میزان کم تقویت مثبت، ابهام و دستورهای بیش از حد والدین و نظارت ضعیف بر رفتار کودک در خارج از منزل است. در آموزش کنترل کودک بر اساس مدل رفتاری، والدین مرکز مداخله هستند و کودکان فقط در موقعیت کار با والدین دیده می‌شوند. والدین یاد می‌گیرند راهبردهای کنترل رفتاری کودک را که مبتنی بر اصول رفتاری عامل هستند، اجراء کنند. در این برنامه‌ی آموزش والدین مهارت‌هایی را یاد می‌گیرند تا دستورها را بهبود بخشند، رفتارهای جامعه‌پسندانه و مناسب خاص را تقویت کنند، رفتارهای نامناسب را نادیده بگیرند و پیامدهایی را برای رفتارهای ضداجتماعی یا نامناسب در نظر بگیرند (محمداسماعیل، ۱۳۸۵).

آموزش والدین بر اساس رویکردهای مختلفی انجام می‌گیرد. اسمیت (۱۹۹۶) انواع برنامه‌های آموزشی والدین را در دو طبقه‌ی کلی قرار می‌دهد که عبارتند از: آموزش‌های رفتاری والدین و آموزش‌های ارتباطی والدین. آموزش‌های رفتاری والدین، مداخلاتی با رویکرد رفتاری و یادگیری اجتماعی را در بر می‌گیرد. از سوی دیگر آموزش‌های ارتباطی در بر گیرنده‌ی مداخلات با سه رویکرد؛ آدلری، انسان‌گرایانه و روان‌پویایی است. در ایران بیش‌تر برنامه‌ها در سطح آموزش رفتاری صورت می‌گیرد از

این رو در این پژوهش سعی می شود برای درمان کودکان دارای اختلال بیش‌فعالی / نارسایی توجه برنامه آموزش والدین با دو رویکرد مستقل به نام دلگرم‌سازی برمبنای نظریات آدلر و آموزش رفتاری بر اساس دیدگاه راسل بارکلی تدوین و اجراء گردد.

در رویکرد آدلری چنین فرض می‌شود که منظومه‌ی خانواده از بسیاری جهات، مُدل کوچکی از جامعه است. از دیدگاه آدلر، منظومه‌ی خانواده، اولین محیط اجتماعی را تشکیل می‌دهد. هر کودکی می‌کوشد تا در این منظومه، با رقابت‌ورزی، مورد توجه و اهمیت قرار گیرد، ضمناً موقعیتی برای خود پیدا کند (شولمن و موزاک،<sup>۱</sup> ۱۹۹۷، به نقل از علی‌زاده، ۱۳۸۳). هم‌چنین در رویکرد آدلری، گفته می‌شود که قسمت اعظم بدرفتاری کودکان و نوجوانان، از محیط خانه و خانواده آغاز شده و به وسیله‌ی آن، محیط تداوم پیدا می‌کند. بدین ترتیب این نتیجه به دست می‌آید که مُداخله در این بافت، روش ایده‌آلی برای پیش‌گیری و نیز درمان خواهد بود. افزون بر این برخی از صاحب‌نظران معتقدند که واقعیت زیست‌شناختی پدر و مادر بودن به خودی خود مهارت‌های مؤثر پرورش کودک را به آن‌ها اعطاء نمی‌کند (پروت و براون،<sup>۲</sup> به نقل از فرهی، ۱۳۸۲). گسترش روزافزون خانه‌های تک‌والدی، خانواده‌های مخلوط<sup>۳</sup> و خانواده‌های دو شغله، وظیفه‌ی ایجاد یک محیط خانوادگی استوار و تربیت کودکان بهره‌مند از بهداشت روانی را بسیار دشوار می‌سازد. درایکورس<sup>۴</sup> همکار آدلر، در گزارشی علت ناسازگاری کودک را در چهار زمینه مطرح می‌کند که عبارتند از: ۱. کسب توجه<sup>۲</sup>. دست‌یابی به قُدرت (قدرت‌طلبی)<sup>۳</sup>. انتقام‌جویی<sup>۴</sup>. ابراز بی‌کفایتی (ولفگانگ، ۲۰۰۰). از طرفی از روش‌های مُداخله‌ای و درمانی براساس رویکرد آدلر برای آموزش نظام فرزندپروری کارآمد می‌توان به نظریات دینک‌مایر و مک‌کی<sup>۵</sup> (۱۹۶۷) اشاره نمود که برخی از اصولی که برای درمان اختلالات رفتاری پیشنهاد می‌کنند عبارتند از: ۱. اجتناب از تنبیه<sup>۲</sup>. توجه به نتایج منطقی و طبیعی رفتار<sup>۳</sup>. تمایز بین انضباط و تنبیه<sup>۴</sup>. انتخاب روش‌های فرزندپروری ساده برای کودکان<sup>۵</sup>. کاربرد دلگرمی.

موزاک و مانیاکسی (۱۹۹۸)، ناسازگاری و رفتار آسیب‌زا را به عنوان عکس‌العمل بی‌انگیزی یا دل‌سردی<sup>۶</sup> که منجر به کمبود اطمینان به خود می‌شود، تلقی می‌کنند. عدم اطمینان به خود باعث می‌شود که افراد به نگرش‌های کهنه و بی‌فایده در رفتارهایی که باعث حس عدم امنیت می‌شود، چسبیده و برای خود مشکلات زیادی به وجود بیاورند (تامسون و رادولف،<sup>۷</sup> ۲۰۰۰).

- 
- 17- Sholmen & Mousak
  - 18- Proth & Brown
  - 19- Blended Families.
  - 20- Dreikurs
  - 21- Dinkmeyer & Mckey
  - 22- Discouragement
  - 23- Thompson & Radolph

آدلر گرایان معتقدند؛ که فرد مبتلا به آسیب روانی بیش‌تر دلسرد است تا آن که بیمار باشد، به همین خاطر تکنیک‌های درمانی در همین محور قرار می‌گیرد. نشان دادن ایمان در بیمار، محکوم نکردن او و اجتناب از متوقع بودن می‌تواند در او ایجاد انگیزه کند. احساس درک شدن موجب امیدواری در کودک می‌گردد (علیزاده، ۱۳۸۳).

ایجاد دلگرمی<sup>۱</sup> کلید شکستن دور معیوب دلسردی است. دل‌سردی باعث می‌شود که مراجع به نگرش‌های بی‌فایده و رفتارهایی که باعث دلسردی بیشتر می‌شود پرداخته و رفتارهای ناسازگارانه‌ی دیگری در پیش بگیرد. دلگرم‌سازی، کلید رشد انتظارات مثبت در کسانی است که برای مشاوره مراجعه می‌کنند و به مراجعان کمک می‌کند که خود را با رفتارهای سازگار متنوع‌تر و گسترده‌تر و فشار روانی و ناراحتی کم‌تر مشغول کنند (تامسون و رادولف، ۲۰۰۰).

درایکورس و سولتز<sup>۲</sup> ۱۹۶۴ بیان کرده‌اند که دلگرم‌سازی، گویای این باور است که باید برای کودکان احترام قایل بود، نباید آن‌ها را با استانداردهای بالا و بلندپروازی‌ها دچار دلسردی کرد. رفتار سوء کودکان، فقط زمانی است که آن‌ها بی‌انگیزه می‌شوند و باور دارند که با روش‌های دیگر نمی‌توانند موفق شوند. کودکان نیاز به دلگرمی دارند، همان‌گونه که گیاهان به آب و آفتاب، نیاز دارند. بازگویی این نکته به کودکان که می‌توانند بهتر باشند در واقع به این معنی است که به اندازه کافی خوب نبوده‌اند، البته بدون احساس دلسردی در آن‌ها (تامسون و رادولف، ۲۰۰۰).

از طرفی طبق نظر دان دینک مایرو گرید مکی (۲۰۰۲) از همکاران آدلر در خصوص راهنمایی تربیت اثربخش برای والدین برای برقراری رابطه‌ی بهتر والدین با فرزندان، اشاره نموده‌اند، یکی از راه‌های کمک به کودکان برای آن که احساس تعلق خاطر کنند، رابطه‌ی مثبت با آن‌هاست. روابط مثبت و مستحکم، راه و رسم همکاری و مسئولیت‌پذیری را به کودکان یاد می‌دهد. رابطه‌ی مستحکم ۴ جزء دارد که عبارتند از: ۱. احترام گذاشتن ۲. تفریح و خوش‌گذرانی ۳. دلگرمی دادن ۴. محبت کردن. وقتی به فرزندان احترام می‌گذارید، احساس ارزشمند بودن خواهد کرد. وقتی به خودتان احترام می‌گذارید، برای فرزندان الگوی عزت نفس خواهید شد و این قضیه برای او دلگرم‌کننده است. مبنای دلگرمی دادن، احترام است. شاد بودن، به طرح‌های بزرگ نیاز ندارد، حتی پُر مشغله‌ترین خانواده‌ها نیز می‌توانند برخی روزها را به تفریح و خوش‌گذرانی اختصاص بدهند. هم چنین اگر می‌خواهیم کودکان به خودشان ایمان داشته باشند، باید به آن‌ها ایمان داشته باشیم و برای آن که کودکان احساس توان‌مندی و محبوبیت کنند باید به آن‌ها دلگرمی بدهیم، چراکه کودک وقتی احساس امنیت خواهد کرد که حداقل یک بزرگسال به او محبت کند و محبوب یک نفر باشد. محبت کلامی و عملی است که دارای مصادیقی مانند گفتن و عمل کردن

.24- Encouragement

.25- Dreikurs & siltz