

Teaching Neurofeedback on the Symptoms of Children Suffering from Attention Deficit-Hyperactivity Disorder

Fuad Nik Nasab¹, Mahmoud Sheikh², Rasoul Hemayat Talab³

Author Address

1. Master's degree in motor behavior, movement development group, Faculty of Sport Sciences, University of Tehran, Iran;

2. Associate Professor, University of Tehran, Tehran, Iran;

3. Professor, University of Tehran, Tehran, Iran.

*Corresponding Author E-mail: foad_niknasab@yahoo.com

Received: 2017 December 31; Accepted: 2018 January 27

Abstract

Background & Objective: Attention deficit hyperactivity is one of the most common childhood disorders, which has recently attracted the attention of psychiatrists and psychologists. The main characteristics of this disorder include inability to control motor behavior, learning disability, aggression, educational problems, impulsiveness and motor restlessness. The present study was aimed to determine effect of teaching neurofeedback on symptoms of children suffering from attention deficit-hyperactivity disorder.

Methods: Present research was a pretest-posttest study with a control group. In terms of using the results, it was an applied study. The statistical population included the children with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD), who were selected using the list of the clients who had referred to Refah Clinic in Tehran over a period of 2 months and were diagnosed with ADHD by a psychiatrist. Convenience sampling method was used to select the study sample that consisted of 30 children (girls and boys) in an age range of 5–10 years. The subjects were selected based on the study's objectives and the inclusion criteria, which were definitive diagnosis of ADHD by a psychiatrist based on DSM-IV criteria, completion of the written consent to participate in the study by the subjects' families, age range of 5–12 years, lack of other attention deficit hyperactivity disorders, lack of receiving any other special treatments such as medication. Afterwards, in order to observe ethical considerations, the study's objectives were explained to the parents and confidentiality of the subjects' information was assured, the parents entered the study following their complete satisfaction, and they were ensured that their children would not harm at all. After the parents were familiarized with the clinical and research aims by the researcher, they filled out the participation consent form. The 30 chosen children were randomly assigned into two groups (15 children in the neurofeedback training group and 15 in the control group). After the desired sample was obtained, the child symptom inventory-4 (CSI-4) was distributed among the parents as the pretest, and they were required to fill it out. After a week, the experimental group received an intervention program for 20 sessions (every session lasted an hour and was held twice a week).

Results: The results obtained from comparing the neurofeedback means of the experimental group in the pretest and posttest stages indicated that the symptoms of attention deficit hyperactivity disorder had a significant decrease in the posttest phase (16.26) compared to the pretest phase (28.33). In the control group; however, the neurofeedback means in the pretest (28.73) and posttest (28.93) had no significant difference. In fact, the results of the present study showed that neurofeedback training led to a decrease in ADHD symptoms ($p < 0.001$).

Conclusion: The present study showed that neurofeedback training had a positive impact on the symptoms of children with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). In fact, the results of the present study can theoretically be the basis for the effect mechanism of this method among children with ADHD, and they can practically be a guidance for trainers and those who work with such children. Therefore, it is recommended that this effective method be utilized along with other therapeutic methods in order to reduce ADHD symptoms among children.

Keywords: Teaching neurofeedback, Attention deficit-hyperactivity disorder, Children.

تأثیر آموزش نوروفیدبک بر علائم کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه / فزون‌کنشی

*فؤاد نیک‌نسب^۱، محمود شیخ^۲، رسول حمایت‌طلب^۳

توضیحات نویسندگان

۱. کارشناسی ارشد رفتارشناسی، گروه رشد حرکتی، دانشکده علوم ورزشی، دانشگاه تهران، تهران، ایران؛

۲. دانشیار، دانشگاه تهران، تهران، ایران؛

۳. استاد، دانشگاه تهران، تهران، ایران.

* رایانامه نویسنده مسئول: foad_niknasab@yahoo.com

تاریخ دریافت: ۱۰ دی ماه ۱۳۹۶؛ تاریخ پذیرش: ۷ بهمن ماه ۱۳۹۶

چکیده

زمینه و هدف: اختلال نارسایی توجه / فزون‌کنشی، شایع‌ترین اختلال روان‌پزشکی دوران کودکی از نظر میزان مراجعه به مراکز خدمات درمانی است. پژوهش حاضر به منظور تعیین تأثیر آموزش نوروفیدبک بر علائم کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه یا فزون‌کنشی انجام شد.

روش بررسی: طرح پژوهش از نوع نیمه‌تجربی پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعه آماری پژوهش حاضر، کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه / فزون‌کنشی بودند؛ به همین منظور تعداد سی کودک پنج تا دوازده ساله مبتلا به اختلال نارسایی توجه / فزون‌کنشی، به صورت در دسترس انتخاب شدند و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه (هر گروه پانزده نفر) تخصیص یافتند. بعد از انجام دادن پیش‌آزمون، برنامه مداخله‌ای (آموزش نوروفیدبک) به مدت بیست جلسه یک‌ساعته اجرا شد. سپس پس‌آزمون گرفته شد. برای انجام دادن پیش‌آزمون‌ها و پس‌آزمون‌ها از فرم والد پرسش‌نامه علائم مرضی کودکان (CSI-4)، (گاداو و اسپرافکین، ۱۹۹۴) استفاده شد. از آزمون‌های خی‌دو، تی مستقل، شاپیرو ویلک، لوین، تحلیل کوواریانس، تی زوجی و نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۳ برای تجزیه و تحلیل داده‌ها استفاده شد. همچنین سطح معناداری برای تمام آزمون‌های آماری، کمتر از ۰/۰۵ بود.

یافته‌ها: نتایج نشان داد آموزش نوروفیدبک بر علائم کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه یا فزون‌کنشی باعث بهبود میانگین نمرات در سه خرده‌مقیاس، نوع نارسایی توجه غالب در مرحله پیش‌آزمون از $13/20 \pm 3/28$ به $6/20 \pm 1/93$ در مرحله پس‌آزمون، در نوع غالب فزون‌کنشی تکانشگری در مرحله پیش‌آزمون از $15/00 \pm 3/04$ به $10/06 \pm 2/63$ در مرحله پس‌آزمون و در نوع سندروم کامل در مرحله پیش‌آزمون از $28/33 \pm 4/83$ به $16/26 \pm 3/86$ در مرحله پس‌آزمون شد ($p < 0/001$).

نتیجه‌گیری: با توجه به نتایج پیشنهاد می‌شود از آموزش نوروفیدبک به‌عنوان یک روش اثربخش در کنار سایر روش‌های درمانی برای کاهش نشانه‌های اختلال نارسایی توجه / فزون‌کنشی کودکان استفاده شود.

کلیدواژه‌ها: آموزش نوروفیدبک، اختلال نارسایی توجه / فزون‌کنشی، کودکان

اختلال نارسایی توجه / فزون‌کنشی از رایج‌ترین اختلالات دوران کودکی است که توجه روان‌شناسان و روان‌پزشکان را به خود جلب کرده است (۱). این اختلال را نخستین بار در سال ۱۸۴۵ پزشکی آلمانی به نام هنری هوفمن شناسایی کرد (۲). نارسایی توجه / فزون‌کنشی، اختلالی عصبی‌رشدی است که با سه ویژگی اصلی، یعنی نارسایی توجه، فزون‌کنشی و تکانشگری توصیف می‌شود. این اختلال از شایع‌ترین اختلالات عصبی‌رفتاری دوران کودکی است که بخش بزرگی از جمعیت جهان را مبتلا کرده است (۱). در واقع اولین یا دومین اختلال فراوان دوران کودکی و نوجوانی است که با تنوع مختلف و شیوع سه تا پنج درصدی کودکان سنین مدرسه و در پسران سه تا نه برابر بیش از دختران گزارش شده است (۲) و ممکن است منشأ پیامدهای طولانی ناگواری شود که به فرایند تحول استعدادها، ذهنی و مهارت‌های اجتماعی عاطفی کودک آسیب وارد می‌کند. نارسایی توجه / فزون‌کنشی، یک اختلال پیچیده مغزی است و ناهنجاری‌های ظریف را که در عملکرد سیستم اعصاب مرکزی ایجاد می‌شود، در بر می‌گیرد. سبب این اختلال تا به امروز کاملاً روشن نشده است. کیلینگ و همکاران در پژوهش خود، هم عوامل ژنتیکی و هم عوامل محیطی همانند تولد زودرس و مصرف دخانیات توسط مادر را در هنگام بارداری در این اختلال گزارش کرده‌اند (۳). در واقع درمان‌های رایج متنوعی برای درمان ADHD به کار می‌رود. یکی از درمان‌های رایج برای کودکان مبتلا به ADHD دارودرمانی است؛ به طوری که حدود ۷۵ درصد این کودکان تحت درمان با داروهای متحرک قرار می‌گیرند. امروزه استفاده از داروهای متحرک برای درمان اختلال نارسایی توجه / فزون‌کنشی رو به افزایش است و اثربخشی آن‌ها به‌طور گسترده بررسی شده است. شایان ذکر است که با توجه به فواید بسیاری که دارودرمانی دارد، به عقیده صاحب‌نظران و پژوهشگران، عوارض جانبی زیادی برای کودکان دارد که از جمله آن‌ها می‌توان آثار زیر را نام برد: کاهش اشتها، کاهش وزن، اختلال در خواب، توهم‌زایی، افسردگی، افزایش فشارخون و غمگینی یا گریستن. در واقع داروها فقط چند ساعت تأثیر مثبت دارند و سپس علائم اختلال نارسایی توجه / فزون‌کنشی باز می‌گردند (۴). همچنین درمان‌های روان‌شناختی متعددی نیز به‌منظور کمک به افراد مبتلا انجام می‌گیرد. یکی از این شیوه‌های جدید برای درمان ADHD، نوروفیدبک است. نوروفیدبک از جمله روش‌های عصب‌روان‌شناختی آموزشی و درمانگری است؛ به طوری که در یک فرایند شرطی‌سازی عامل، فرد می‌تواند یاد بگیرد فعالیت الکتریکی مغزش را تغییر دهد (۵). نوروفیدبک الگوی یادگیری نسبتاً خالصی است که در آن هیچ‌گونه تنبیه، تقویت منفی یا محتوای هیجانی وجود ندارد و به صحبت کردن هم نیازی نیست. نوروفیدبک مکانیسمی به فرد ارائه می‌دهد که نیم‌رخ قشری خود را از طریق کاستن از فعالیت موج آهسته و افزایش فعالیت موج سریع بهنجار سازد؛ بنابراین انتظار می‌رود که از طریق جبران کردن ناهنجاری EEG، فرد توجه و تمرکز بیشتری نشان دهد و از میزان برانگیختگی بیشتری برخوردار باشد و در نتیجه بتواند عملکرد وی را بهبود ببخشد. مطالعاتی درباره کارایی آن در موقعیت‌های آسیب‌شناسی روانی انجام شده است (۶،۷).

موفقیت آن در گزارش‌ها بین ۶۰ تا ۹۰ درصد بوده است (۸).

در واقع نوروفیدبک، نوعی بیوفیدبک است که در آن از امواج مغزی به‌عنوان بازخورد استفاده می‌شود. نوروفیدبک با استفاده از ابزار متصل به بدن، اطلاعاتی درباره عملکردهای زیست‌شناختی بدن به فرد ارائه می‌کند (۹). در این روش حسگرهایی که الکتروود نامیده می‌شود، به سر بیمار متصل می‌شود و اطلاعات دریافتی توسط دو مانیتور جداگانه در اختیار بیمار و درمانگر قرار می‌گیرد (۱۰). ایده اصلی درمان این است که مغز با مشاهده ناهنجاری امواج خود، یاد می‌گیرد خود را اصلاح کند. این امر در روند درمان و بر اساس اصول یادگیری صورت می‌گیرد (۱۱). اثربخشی نوروفیدبک بر اساس یک فرایند یادگیری و شرطی‌سازی عاملی است؛ بنابراین طول دوره درمان، معمولاً بلندمدت است؛ به‌ویژه که نوروفیدبک با مغز و شرطی‌سازی و ایجاد تغییر در یادگیری‌های مغزی سروکار دارد که این خود دوره درمان را طولانی‌تر می‌سازد (۱۲). اثربخشی درمان نوروفیدبک در کودکان و نوجوانان دارای اختلال نارسایی توجه / فزون‌کنشی نشان داده شده است (۱۳). همچنین در پژوهشی، محققان اثرات نوروفیدبک را با اطلاعات نقشه مغزی روی ۲۱ بیمار با اختلال نارسایی توجه / فزون‌کنشی درمان‌شده بررسی کردند و تأثیرات پس از درمان روی کمبود توجه، فزون‌کنشی، تکانشگری و نشانه‌های همراه افسرده‌ساز را بررسی کردند. یافته‌های آن‌ها نشان داد که انتخاب پروتکل‌های نوروفیدبک بر اساس نشانگرهای زیستی EEG برای فرد میسر است. همچنین آن‌ها دریافتند که درمان نوروفیدبک با اطلاعات QEEG، بهبودی معناداری را برای نارسایی توجه / فزون‌کنشی و تکانشگری و شکایت درباره افسردگی همراه با آن نشان می‌دهد (۱۴). در مطالعه دیگری تأثیر نوروفیدبک روی توجه در کودکان اختلال نارسایی توجه / فزون‌کنشی بررسی شد. آن‌ها نشان دادند که نوروفیدبک، هیچ تأثیری بر توجه دو گروه نداشته است (۱۵). در تحقیقی، ۹۴ کودک شش تا دوازده‌ساله مبتلا به اختلال نارسایی توجه / فزون‌کنشی را به‌صورت تصادفی به دو گروه درمان دارویی و نوروفیدبک تقسیم کردند و نشان دادند که نوروفیدبک می‌تواند به بهبود توانایی‌های توجه و خودمدیریتی در کودکان با اختلال نارسایی توجه / فزون‌کنشی کمک کند (۱۵). در واقع درمان‌های دارویی (به‌ویژه با داروهای محرک) و شیوه‌های رفتاردرمانی (آموزش خودهدایتی و آموزش والدین) رایج‌ترین شیوه‌های درمانی است که برای مبتلایان به فزون‌کنشی و نقص توجه به کار گرفته می‌شود (۴). اگرچه دارودرمانی، مدت‌های زیادی است که به‌عنوان یک روش مؤثر در درمان این اختلال پذیرفته شده است و به کار گرفته می‌شود، هنوز هم مباحثه‌های زیادی در این زمینه وجود دارد. علاوه بر این، داروها عوارض جانبی زیادی به همراه دارند. داروها فقط چند ساعت تأثیر مثبت دارند و سپس علائم ADHD بازگشت می‌کند (۷). شیوه‌های رفتاردرمانی نیز محدودیت‌های خاص خود را دارد و در حدود نیمی از موارد با موفقیت همراه است (۸). مطالعات مروری اخیر در زمینه نوروفیدبک عموماً به این نتیجه رسیده است که مطالعات اولیه انجام‌شده نوبدبخش است؛ اما به دلیل ضعف‌های روش‌شناختی مطالعات قبلی، لازم است مطالعات کنترل‌شده علمی سخت‌گیرانه‌تری انجام شود (۴). با توجه به موارد بالا و با توجه به فقدان تحقیقات

داخلی درباره تأثیر آموزش نوروفیدبک در درمان اختلال نارسایی توجه / فزون‌کنشی، پژوهش حاضر در نظر داشت که با بررسی تأثیر آموزش نوروفیدبک بر کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه / فزون‌کنشی اطلاعاتی را درباره میزان اثربخشی این روش برای کاهش این اختلال در اختیار قرار دهد.

۲ روش بررسی

پژوهش حاضر با توجه به ماهیت موضوع و هدف‌هایی که دنبال می‌کند، از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه و به لحاظ استفاده از نتایج به‌دست‌آمده، کاربردی بود. جامعه آماری پژوهش حاضر، کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه / فزون‌کنشی است. گفتنی است این کودکان با مراجعه به فهرست مراجعه‌کننده‌ها به کلینیک رفاه طی دو ماه و تشخیص اختلال نارسایی توجه / فزون‌کنشی بر اساس ملاک‌های DSM-IV توسط روان‌پزشک، به‌منظور نمونه آماری انتخاب شدند. با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس سی کودک (دختر و پسر) در محدوده پنج تا دوازده سال مبتلا به ADHD بر اساس اهداف پژوهش و با توجه به ملاک‌های ورود به پژوهش انتخاب شدند. ملاک‌های ورود به پژوهش بدین شرح بودند: تشخیص قطعی ابتلا به ADHD با نظر روان‌پزشک و بر اساس معیارهای دی‌اس‌ام ۵^۱، تکمیل فرم رضایت‌نامه کتبی برای همکاری در پژوهش توسط خانواده آزمودنی‌ها، در محدوده سنی پنج تا دوازده سال بودن، نداشتن اختلال دیگری غیر از اختلال نارسایی توجه / فزون‌کنشی و قراردادن تحت سایر درمان‌های خاص مانند دارودرمانی. سپس به‌منظور رعایت ملاحظات اخلاقی با بیان اهداف و فرایند پژوهش برای اولیا و محرمانه بودن اطلاعات، آزمودنی‌ها و والدین با رضایت کامل و دل‌خواه، حاضر شدند در طول اجرای پژوهش همکاری کنند و به آن‌ها اطمینان داده شد که هیچ نوع آسیبی متوجه کودک آن‌ها نخواهد شد. بعد از اینکه والدینشان از اهداف بالینی و پژوهشی توسط مجری پژوهش آگاهی پیدا کردند، فرم رضایت از شرکت در پژوهش را تکمیل کردند. همچنین بر اساس اهداف پژوهش، این سی کودک با روش نمونه‌گیری تصادفی ساده در دو گروه (پانزده نفر گروه آموزش نوروفیدبک، پانزده نفر گروه گواه) تخصیص یافتند. پس از دستیابی به نمونه مدنظر، برای انجام‌دادن پیش‌آزمون، پرسش‌نامه علائم مرضی کودکان (CSI-4)، میان والدین مربوط پخش شد و آنان پرسش‌نامه مذکور را پر کردند. یک هفته بعد، گروه آزمایش تحت برنامه مداخله‌ای به‌مدت بیست جلسه (هر جلسه به‌مدت یک ساعت و دو بار در هفته) قرار گرفتند. ملاک‌های خروج از پژوهش شامل شرکت‌نکردن منظم آزمودنی‌ها در جلسات و رضایت‌نداشتن از ادامه پژوهش توسط آزمودنی‌ها و خانواده آن‌ها بود. بعد از یک هفته از آخرین جلسه آموزش نوروفیدبک، پس‌آزمون همانند پیش‌آزمون اجرا شد. از آمار توصیفی برای محاسبه شاخص‌های گرایش مرکزی و پراکنندگی و همچنین جداول مربوط به داده‌های جمع‌آوری‌شده استفاده شد. در بخش آمار استنباطی از آزمون

خی‌دو و تی مستقل استفاده کردیم. همچنین با توجه به حجم نمونه، ابتدا با استفاده از روش آماری شاپیرو ویلک به بررسی نرمال بودن داده‌ها پرداختیم؛ سپس از آزمون لوین برای بررسی همگنی واریانس‌ها استفاده شد. به‌منظور بررسی اختلافات بین گروهی، از آزمون تحلیل کوواریانس و بررسی آزمون اختلافات درون‌گروهی، از روش آماری تی زوجی استفاده شد. همچنین سطح معناداری برای تمام آزمون‌های آماری، کمتر از ۰/۰۵ در نظر گرفته شد و برای تمام محاسبه‌های آماری از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۳ استفاده شد.

پروتکل درمان با نوروفیدبک: - بتا ترینینگ^۲: در این پژوهش درمان با نوروفیدبک با پروتکل منویپلار اجرا شده است. به این صورت که بر روی نقطه (FCz) بتای متوسط (۱۵ تا ۱۸ هرتز) افزایش می‌یافت. تتای (۴ تا ۸ هرتز) کاهش می‌یافت. اگر دامنه بتای بالا^۳ بیشتر از بتا بود، بتای بالا کاهش می‌یافت؛ در غیر این صورت مداخله‌ای در آن انجام نمی‌شد (۱۶).

- اس‌ام‌ار ترینینگ^۴: این روش برای مواقعی به کار می‌رفت که فزون‌کنشی و تکانشگری کودکان بیشتر بود. پروتکل بایوپلار^۵ بر روی نقطه C₁ و C₅، در اینجا اس‌ام‌ار (۱۲ تا ۱۵ هرتز) افزایش می‌یافت. تتا و بتای بالا (۲۲ تا ۲۶ هرتز) کاهش می‌یافت؛ بنابراین اگر از همان ابتدا بتای بالا کاهش می‌یافت، در اینجا نیز حتماً باید کاهش می‌یافت. در برخی افراد پروتکل تک‌قطبی بر روی C₃ بهتر از دوقطبی بر روی C₁ به تغییرات اس‌ام‌ار پاسخ می‌دهد. برای اینکه بدانیم کدام مونتاژ بهترین بازده را دارد، یک بیس‌لاین^۶ بر روی C₃ به‌شکل تک‌قطبی و یک بیس‌لاین بر روی C₁ و C₅ به‌شکل دوقطبی گرفته می‌شد. در هرکدام که نسبت بتا به تتا بیشتر بود، از همان ابتدا برای تقویت اس‌ام‌ار استفاده می‌شد (۱۶).

در حالت مرکب و متوازن ADD و ADHD پانزده دقیقه اس‌ام‌ار ترینینگ و پانزده دقیقه (با دامنه تغییر دو دقیقه) بتا ترینینگ انجام می‌گرفت. اگر ADD بیشتر باشد، بتا را بیشتر (به نسبت دو به یک) از اس‌ام‌ار ترینینگ اعمال می‌کردیم (۱۶).

ابزار پژوهش:

۱. پرسش‌نامه علائم مرضی کودکان (CSI-4): این پرسش‌نامه، شامل هجده سؤال و سه خرده‌مقیاس، بیش‌فعال/اختلال دقت (نوع فاقد تمرکز حواس)، بیش‌فعال/اختلال دقت (نوع بیش‌فعال، تکانشی)، بیش‌فعال/اختلال دقت (نوع مرکب) است. پرسش‌نامه مدنظر دارای دو فرم والدین و معلم است. در پژوهش حاضر از فرم والد آن استفاده شده است. آرنز و همکاران، اعتبار پرسش‌نامه را به روش بازآزمایی و با فاصله زمانی شش هفته، روی ۷۵ پسر شش تا ده‌ساله، ۰/۷۲ گزارش کرده‌اند (۱۷). حساسیت پرسش‌نامه‌های نشانه‌های مرضی کودکان (CSI-4) برای ADHD، ۰/۷۷ تعیین شده است. اعتبار این پرسش‌نامه به روش اجرای مجدد آزمون و با فاصله زمانی شش هفته بر روی ۷۵ کودک شش تا ده‌ساله ADHD در دو شیوه نمره‌گذاری به‌ترتیب ۶۷ و ۷۶ درصد بوده است (۱۸). همچنین اعتبار این

4. Smr training

5. Bio polar

6. Base line

1. DSM-IV

2. Beta training

3. High beta

۲. دستگاه نوروفیدبک: دستگاه نوروفیدبک مورد استفاده در این پژوهش، شامل سخت افزار پرو کامپ همراه با ژل Nuprep، چسب Ten20 و نرم افزار بایوگراف ساخت شرکت Thought Technology کشور کانادا بود (شکل ۱).

پرسش نامه با استفاده از روش تنصیف برای فرم معلمان ۰/۹۱ و برای فرم والدین ۰/۸۵ به دست آمد (۱۹). در پژوهشی دیگر، روایی محتوایی پرسش نامه (CSI-4) والدین از طریق بازآزمایی، ۰/۹۰ تعیین شده است (۲۰).



شکل ۱. دستگاه نوروفیدبک، نرم افزار بایوگراف

(هشت پسر و هفت دختر) قرار گرفتند. نتایج آزمون خی دو حاکی از عدم تفاوت معنادار ($p=0/682$) بین دو گروه در جنسیت بود. بر اساس نتایج، ویژگی های جمعیت شناختی آزمودنی ها از جمله فراوانی، سن، قد و وزن در جدول ۱ نشان داده شده است.

۳ یافته ها

در این پژوهش سی کودک مبتلا به اختلال نارسیایی توجه / بیش فعالی، در دو گروه پانزده نفری آزمایش (هشت پسر و هفت دختر) و گواه

جدول ۱. اطلاعات جمعیت شناختی گروه ها

مقدار p	گواه	آموزش نوروفیدبک	
۰/۸۷۵	۹/۰۰ ± ۱/۱۳	۸/۹۳ ± ۱/۱۶	سن (سال)
۰/۳۸۳	۱۲۶/۳۶ ± ۳/۴۷	۱۲۷/۵۵ ± ۳/۴۷	قد (cm)
۰/۴۴۹	۲۷/۹۲ ± ۲/۳۹	۲۷/۲۴ ± ۲/۴۵	وزن (kg)

ویک ($p < 0/05$) و همگنی واریانس ها از طریق آزمون لوین ($p < 0/05$) و همگنی شیب رگرسیون ($p < 0/05$) در همه متغیرهای وابسته برای بررسی اختلافات بین گروهی از آزمون تحلیل کوواریانس و برای بررسی اختلافات درون گروهی از آزمون تی زوجی استفاده شد.

همان طور که در جدول ۱ مشاهده می شود، نتایج آزمون تی مستقل تفاوت معناداری بین هیچ یک از گروه های آموزش نوروفیدبک و گواه در سن ($p=0/875$)، قد ($p=0/383$) و وزن ($p=0/449$) نشان نمی دهد. در ادامه با توجه به طبیعی بودن توزیع داده ها از طریق آزمون شاپیرو

جدول ۲. مقایسه میانگین نمرات نارسیایی توجه غالب در گروه های مختلف

مقدار p**	آموزش نوروفیدبک		گواه		مرحله
	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	
	۳/۲۷	۱۳/۲۰	۳/۶۶	۱۳/۴۰	پیش آزمون
< 0/001	۱/۹۳	۶/۲۰	۳/۶۸	۱۳/۵۳	پس آزمون
		< 0/001		0/709	مقدار p*

* مقدار احتمال حاصل از مقایسه میانگین های زوجی
** مقدار احتمال حاصل از تحلیل کوواریانس

است. به عبارتی، مداخله آموزش نوروفیدبک انجام شده در گروه آزمایش باعث کاهش نارسیایی توجه غالب در این گروه شد. همچنین نتایج آزمون تی زوجی نشان داد در گروه آموزش نوروفیدبک بین میانگین نارسیایی توجه غالب در پیش آزمون و پس آزمون، تفاوت معناداری وجود دارد ($p < 0/001$).

با توجه به نتایج جدول ۲، نتایج به دست آمده از آزمون تحلیل کوواریانس تک متغیره با مقدار احتمال کوچک تر از ۰/۰۵ ($p < 0/001$) نشان داد که تفاوت معنی داری بین نارسیایی توجه غالب در گروه آموزش نوروفیدبک و گواه در پس آزمون وجود دارد. اندازه اثر (۰/۸۶) نشان داد که اختلاف بین دو گروه در پس آزمون ناشی از متغیر مستقل

جدول ۳. مقایسه میانگین نمرات بیش‌فعالی - تکانشگری غالب در گروه‌های مختلف

مرحله	گواه		آموزش نوروفیدبک		مقدار p**
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
پیش‌آزمون	۱۵/۴۰	۲/۹۹	۱۵/۰۰	۳/۰۴	
پس‌آزمون	۱۵/۴۶	۳/۰۴	۱۰/۰۶	۲/۶۳	<۰/۰۰۱
مقدار p*	۰/۸۶۹		<۰/۰۰۱		

*مقدار احتمال حاصل از مقایسه میانگین‌های زوجی

**مقدار احتمال حاصل از تحلیل کوواریانس

با توجه به نتایج جدول ۳، نتایج به‌دست‌آمده از آزمون تحلیل کوواریانس تک‌متغیره با مقدار احتمال کوچک‌تر از ۰/۰۵ ($p < 0.05$) نشان داد که تفاوت معناداری بین بیش‌فعالی - تکانشگری غالب در گروه آموزش نوروفیدبک و گواه در پس‌آزمون وجود دارد. اندازه اثر (۰/۸۲) نشان داد که اختلاف بین دو گروه در پس‌آزمون ناشی از متغیر مستقل است. به عبارتی، مداخله آموزش نوروفیدبک انجام‌شده در گروه آزمایش، باعث کاهش بیش‌فعالی - تکانشگری غالب در این گروه شد. همچنین نتایج آزمون تی زوجی نشان داد در گروه آموزش نوروفیدبک بین میانگین بیش‌فعالی - تکانشگری غالب در پیش‌آزمون و پس‌آزمون تفاوت معناداری وجود دارد ($p < 0.05$).

جدول ۴. مقایسه میانگین نمرات نوع ترکیبی (سندروم کامل) در گروه‌های مختلف

مرحله	گواه		آموزش نوروفیدبک		مقدار p**
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
پیش‌آزمون	۲۸/۷۳	۵/۲۴	۲۸/۳۳	۴/۸۳	
پس‌آزمون	۲۸/۹۳	۵/۴۹	۱۶/۲۶	۳/۸۶	<۰/۰۰۱
مقدار p*	۰/۶۹۵		<۰/۰۰۱		

*مقدار احتمال حاصل از مقایسه میانگین‌های زوجی

**مقدار احتمال حاصل از تحلیل کوواریانس

با توجه به نتایج جدول ۴، نتایج به‌دست‌آمده از آزمون تحلیل کوواریانس تک‌متغیره با مقدار احتمال کوچک‌تر از ۰/۰۵ ($p < 0.05$) نشان داد که تفاوت معناداری بین نوع ترکیبی (سندروم کامل) در گروه آموزش نوروفیدبک و گواه در پس‌آزمون وجود دارد. اندازه اثر (۰/۹۲) نشان داد که اختلاف بین دو گروه در پس‌آزمون ناشی از متغیر مستقل است. به عبارتی، مداخله آموزش نوروفیدبک انجام‌شده در گروه آزمایش، باعث کاهش نوع ترکیبی (سندروم کامل) در این گروه شد. همچنین نتایج آزمون تی زوجی در گروه آموزش نوروفیدبک نشان داد بین میانگین نوع ترکیبی (سندروم کامل) در پیش‌آزمون و پس‌آزمون تفاوت معناداری وجود دارد ($p < 0.05$).

۴ بحث

نتایج حاصل از مقایسه میانگین‌ها در گروه آموزش نوروفیدبک در پیش‌آزمون و پس‌آزمون، توسط آزمون تی وابسته نشان داد که میانگین علائم اختلال نارسایی توجه / فزون‌کنشی آزمودنی‌های گروه از مرحله پیش‌آزمون (۲۸/۳۳) تا مرحله پس‌آزمون (۱۶/۲۶) کاهش معناداری یافته است؛ ولی در گروه گواه با مقایسه میانگین‌ها در مراحل پیش‌آزمون (۲۸/۷۳) و پس‌آزمون (۲۸/۹۳) در آزمودنی‌های گروه، تفاوت معناداری در علائم اختلال نارسایی توجه / فزون‌کنشی یافت نشد. در واقع نتایج به‌دست‌آمده از این پژوهش بیانگر آن است که آموزش نوروفیدبک سبب کاهش علائم اختلال نارسایی توجه /

ADHD نشان داد که در پیش‌آزمون نسبت امواج تتا به بتا در گروه آزمایش و گواه به‌شکل معناداری بالا بود و پس از ارائه درمان، نسبت این امواج در گروه آزمایش به‌شکل معناداری کاهش یافت و در الگوی امواج مغزی گروه آزمایش در نواحی C_4 , C_3 , C_2 , F_z تغییرات معناداری ایجاد شد. همچنین میزان توجه و تکان‌شوری پس از ارائه درمان در گروه آزمایش نسبت به گروه‌های گواه بهبود معناداری یافت. بر اساس یافته‌های این پژوهش می‌توان گفت که درمان نوروفیدبک بر تغییر الگوی امواج مغزی، در جهت کاهش علائم نقص توجه و علائم فزون‌کنشی کودکان تأثیر می‌گذارد (۲۴). در پژوهشی که بر روی ۹۴ کودک دارای اختلال ADHD انجام شد، نتایج به‌دست‌آمده نشان‌دهنده تأثیر نوروفیدبک بر این گروه از افراد بود (۲۵). در پژوهشی تعقیبی که دو سال بعد از آموزش نوروفیدبک در کودکان هفت تا یازده سال انجام شد، اذعان داشتند که تأثیرات مفید نوروفیدبک تنها بعد از مدت‌زمان کوتاه دریافت نوروفیدبک نیست؛ بلکه بعد از مدت‌زمان طولانی‌تری (بعد از دو سال) می‌تواند باعث بهبود نشانه‌ها شود (۲۶). همچنین در فراتحلیلی که در زمینه اثرات بالینی نوروفیدبک در ADHD انجام گرفته است، اندازه اثر بزرگ برای بی‌توجهی و تکانشگری و اندازه اثر متوسط برای بیش‌فعالی گزارش شده است. بر اساس نتایج این پژوهش می‌توان بیان کرد که آموزش نوروفیدبک بر علائم کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه / فزون‌کنشی تأثیر زیادی دارد و در نتیجه، می‌تواند باعث کاهش نشانه‌های اختلال ADHD شود (۱۳). در واقع این موارد نشان می‌دهد که آموزش نوروفیدبک یکی از روش‌های مؤثر برای بهبود اختلال نارسایی توجه / فزون‌کنشی است.

در تبیین این یافته باید به اهمیت کاهش یا افزایش دامنه امواج مغزی تتا، دلتا در عملکردهای عالی ذهنی اشاره کرد. مطالعات نشان داده است که افزایش امواج کندمغزی (کمتر از ۱۰ هرتز) در نواحی مختلف مغزی با تفکر مه‌آلود، کندی زمان واکنش، نارسایی حساب، ضعف قضاوت، عدم کنترل تکانه و کاهش توجه و انگیزتگی در افراد همراه است (۲۷)؛ لذا انتظار می‌رود با سرکوب یا کاهش دامنه موج تتا در منطقه مرکزی جمجمه (C_z)، شاهد تغییر رفتار به‌ویژه افزایش انگیزتگی و توجه در افراد باشیم؛ بنابراین می‌توان چنین نتیجه گرفت که آموزش نوروفیدبک می‌تواند افراد مبتلا به اختلال نارسایی توجه / فزون‌کنشی را در تنظیم فعالیت امواج مغزی آن‌ها یاری دهد و از این طریق، مشکلات آنان را بهبود بخشد.

همچنین نتایج نشان داد که بهبودی معنادار در کاهش علائم اختلال نارسایی توجه / فزون‌کنشی در طی جلسات آموزش نوروفیدبک، ممکن است نشان‌دهنده فرایندهای توجهی برای کاهش علائم این اختلال باشد؛ چراکه مکانیسم خودتنظیمی امواج مغزی که برای طرح و کارکرد طبیعی مغز نقش اساسی دارد، موجب بهبود فرایندهای توجه و کاهش علائم ADHD در آزمودنی‌ها می‌شود. در مجموع در تبیین اثربخشی نوروفیدبک باید گفت مغز انسان قادر به شتاببخشی خود است؛ یعنی توانایی یادگیری یا یادگیری مجدد مکانیسم‌های خودتنظیمی امواج مغزی را دارد که این امواج برای کارکرد طبیعی مغز نقش اساسی دارد. این سیستم آموزشی با بازخورد دادن به مغز درباره اینکه فرد در چند

ثانیه گذشته چه کارهایی انجام داده است و ریتم‌های بیوالکتریکی طبیعی مغز در چه وضعیتی بودند، مغز را برای اصلاح و تعدیل و حفظ فعالیت مناسب تشویق می‌کند. در نتیجه از مغز خواسته می‌شود تا امواج مغزی متفاوت را با تولید بیشتر برخی از امواج و تولید کمتر برخی دیگر از امواج دست‌کاری کند. مکانیسم زیربنایی این تغییر را شاید بتوان بر اساس نظریه شرطی‌سازی عامل تبیین کرد؛ به طوری که اگر تغییر محرک (دامنه امواج مغزی) بر مبنای قرارداد ازپیش تعیین شده با پیامد مطلوب (حرکت تصاویر ویدئویی و با تولید صدا) همراه و تقویت شود، به یادگیری منجر خواهد شد و این یادگیری زمانی مؤثرتر خواهد بود که از محرک‌های ساده‌تر، مانند آموزش نوروفیدبک که به دریافت تقویت می‌انجامد، استفاده کرد (۲۷)؛ بنابراین نوروفیدبک به‌عنوان یک شیوه، بر ارائه اطلاعات به فرد پس از ابراز رفتار مدنظر ناظر است تا آنکه در آینده این اطلاعات به رخداد مجدد آن رفتار منجر شود. در نتیجه این اطلاعات، افراد یاد می‌گیرند رفتار مزبور را در جهت مطلوب‌تر تغییر دهند.

اگرچه ممکن است آموزش نوروفیدبک تأثیر چندانی در برخی از افراد نداشته باشد، در عین حال هیچ‌گونه ضرری نیز برای آنان به همراه نخواهد داشت. شواهد به‌دست‌آمده از بیش از ۳۰۰ هزار جلسه نشان می‌دهد که نوروفیدبک تقریباً در ۷۰ درصد موارد موفقیت‌آمیز است. این تجربه، حاصل کار صدها متخصص از سراسر جهان است و شامل بسیاری از تشخیص‌ها از مشکلات پزشکی گرفته تا طیفی از اختلالات روان‌پزشکی است. چنین سابقه مستندی به‌لحاظ آماری به‌اندازه کافی چشمگیر است (۲۳). علاوه بر دلایل و سازوکارهای ذکرشده در بالا در تبیین اثربخشی تأثیر آموزش نوروفیدبک بر کاهش علائم کودکان مبتلا به ADHD، می‌توان گفت که آموزش نوروفیدبک برای آزمودنی بسیار مفرح و لذت‌بخش است و به‌دلیل تنوع تمرینات و تکیه بر حالت بازی‌گونه آن‌ها موجبات مشارکت گسترده آن‌ها را فراهم آورده است. از طرفی نوع مداخله، موجبات پیشگیری از هرگونه آسیب‌دیدگی و عوارض جانبی را برای کودکان فراهم آورد و همین امر زمینه‌ساز این امر شد که کودک با اعتمادبه‌نفس بیشتری فعالیت کند.

به‌کارنگرفتن انسفالوگرافی کمی (QEEG) قبل از شروع جلسات آموزش نوروفیدبک، کنترل‌نکردن اثر انگیزه بیمار و امیدداشتن به درمان جدید به‌دلیل کاربرد تکنولوژی در روش نوروفیدبک و جدید بودن کنترل‌نکردن دقیق شرایط تغذیه‌ای و خواب آزمودنی‌ها، اطلاع دقیق نداشتن از وضعیت روحی و روانی آزمودنی‌ها در جلسات اجرا و متفاوت بودن ویژگی‌های فیزیولوژیکی آزمودنی‌ها، از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر بود.

۵ نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر نشان داد که تأثیر آموزش نوروفیدبک بر علائم کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه / فزون‌کنشی، مؤثر و مفید بوده است. در واقع نتایج این پژوهش، هم از منظر تئوری می‌تواند دانش پایه ما را درباره چگونگی اثرگذاری این روش بر کاهش علائم کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه / فزون‌کنشی این دسته از افراد بسط دهد و هم از نظر کاربردی می‌تواند خطوط راهنمایی را برای مربیان و افرادی که با این دسته از کودکان کار می‌کنند، ترسیم کند.

مشارکت کردند و همچنین از تمامی کارکنان و مسئولان محترم مرکز مشاوره و خدمات روان‌شناختی رفاه که ما را در انجام دادن این پژوهش یاری کردند، صمیمانه سپاسگزاریم.

References

1. Bussing R, Mason DM, Bell L, Porter P, Garvan C. Adolescent outcomes of childhood attention-deficit/hyperactivity disorder in a diverse community sample. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2010;49(6):595-605. doi:[10.1016/j.jaac.2010.03.006](https://doi.org/10.1016/j.jaac.2010.03.006)
2. Pliszka S. Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2007;46(7):894-921. doi:[10.1097/chi.0b013e318054e724](https://doi.org/10.1097/chi.0b013e318054e724)
3. Kieling C, Goncalves RR, Tannock R, Castellanos FX. Neurobiology of attention deficit hyperactivity disorder. *Child and adolescent psychiatric clinics of North America*. 2008;17(2):285-307. doi:[10.1016/j.chc.2007.11.012](https://doi.org/10.1016/j.chc.2007.11.012)
4. Hill RW, Castro E. Getting rid of Ritalin: How neurofeedback can successfully treat attention deficit disorder without drugs. New York: Hampton Roads; 2002.
5. Bussing R, Mason DM, Bell L, Porter P, Garvan C. Adolescent outcomes of childhood attention-deficit/hyperactivity disorder in a diverse community sample. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2010 Jun 1;49(6):595-605.
6. Zoefel B, Huster RJ, Herrmann CS. Neurofeedback training of the upper alpha frequency band in EEG improves cognitive performance. *Neuroimage*. 2011;54(2):1427-31. doi:[10.1016/j.neuroimage.2010.08.078](https://doi.org/10.1016/j.neuroimage.2010.08.078)
7. Fernandez BA, Harmony T, Belmont H, Fernandez T, Prado AR, Santiago E. Negative reinforcement in neurofeedback applied to learning disabled children. *Clin Neurophysiol*. 2008;119(9):163-71. doi:[10.1016/j.clinph.2008.04.276](https://doi.org/10.1016/j.clinph.2008.04.276)
8. Breteler MH, Arns M, Peters S, Giepman I, Verhoeven L. Improvements in spelling after QEEG-based neurofeedback in dyslexia: A randomized controlled treatment study. *Applied psychophysiology and biofeedback*. 2010;35(1):5-11. doi:[10.1007/s10484-009-9105-2](https://doi.org/10.1007/s10484-009-9105-2)
9. Doppelmayr M, Sauseng P, Doppelmayr H. Modifications in the human EEG during extrelong physical activity. *Neurophysiology*. 2007; 97(6):76-81. doi:[10.1007/s11062-007-0011-z](https://doi.org/10.1007/s11062-007-0011-z)
10. Gruzelier J, Egner T, Vernon D. Validating the efficacy of neurofeedback for optimizing performance. *Prog Brain Res*. 2006;24(15):421-31. doi:[10.1016/S0079-6123\(06\)59027-2](https://doi.org/10.1016/S0079-6123(06)59027-2)
11. Holger G, Gunther H, Aribert R, Hartmut H. Neurofeedback in attention-deficit/hyperactivity disorder – different models, different ways of application. *Front Hum Neurosci*. 2014;8:142-61. doi:[10.3389/fnhum.2014.00846](https://doi.org/10.3389/fnhum.2014.00846)
12. Duric NS, Assmus J, Gundersen D, Elgen IB. Neurofeedback for the treatment of children and adolescents with ADHD: a randomized and controlled clinical trial using parental reports. *BMC Psychiatry*. 2012;12(2):254-88. doi:[10.1186/1471-244X-12-107](https://doi.org/10.1186/1471-244X-12-107)
13. Arns M, Drinkenburg W, Kenemans JL. The effects QEEG-Informed Neurofeedback in ADHD: An Open-Label Pilot Study. *Appl Psychophysiol Biofeedback*. 2012;37(3):171-80. doi:[10.1007/s10484-012-9191-4](https://doi.org/10.1007/s10484-012-9191-4)
14. Logemann HN, Lansbergen MM, Bocker KB, Keneman JL. The effectiveness of EEG- feedback on attention, impulsivity and EEG: a sham feedback controlled study. *Neurosci Lett*. 2010;479(1):49-53. doi:[10.1016/j.neulet.2010.05.026](https://doi.org/10.1016/j.neulet.2010.05.026)
15. Gevensleben H, Holl B, Albrecht B, Schlamp, Kratz O. Neurofeedback training in children with ADHD: G-month follow-up of a randomized controlled trial. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2010;19(9):715-24. doi:[10.1007/s00787-010-0109-5](https://doi.org/10.1007/s00787-010-0109-5)
16. Seilsepour M, Hamounpeyma E, Pirkhaefi A. The effect of Neurofeedback therapy sessions on female elementary students with attention deficit and hyperactivity in varamin city, in 2013. *Navid No*. 2015;18(60):24-33. [Persian] doi:[10.22038/NNJ.2015.6448](https://doi.org/10.22038/NNJ.2015.6448)
17. Arns M, De Ridder S, Strehl U, Breteler M, Coenen A. Efficacy of neurofeedback treatment in ADHD: the effects on inattention, impulsivity and hyperactivity: a meta-analysis. *Clinical EEG and neuroscience*. 2009;40(3):180-9. doi:[10.1177/155005940904000311](https://doi.org/10.1177/155005940904000311)
18. Schottelkorb AA, Ray DC. ADHD symptom reduction in elementary students: A single-case effectiveness design. *Professional School Counseling*. 2009;13(1):2156759X0901300105.
19. Kalantari M, Neshatdoost H, Zareai M. The Effect of Parent's Behavioral education and Drug Therapy on the Rate of Excessive Symptoms in Children with Attention Deficit / Hyperactivity Disorder. *Journal of Psychology*. 2002;5(2):118-35. [Persian]

20. Mohhammad Esmael E, Alipoor A. Preliminary evaluation of validity and validity and determining the cutting points of disorders of the children's symptom questionnaire (CSI-4). *Research in exceptional children*. 2003;5(16):239-54. [Persian]
21. Rohbakhsh Eli Moghadam MR. The effect of sensory integration treatment and neurofeedback training accretion of attention in students with ADHD [Master's Thesis]. Mashahd: Ferdowsi University; 2013. [Persian]
22. Norizade N. To evaluate the effectiveness of neurofeedback on reducing the symptoms of attention deficit / hyperactivity disorder and attention deficit / hyperactivity learning disabilities [Master's Thesis]. Urmia: Urmia University. 2012. [Persian]
23. Vaysehaterani N. The effectiveness of neurofeedback training on reducing symptoms and improving the performance of children with ADHD 6 to 11 years in Tehran executive[Master's Thesis]. Payam Noor University;2014. [Persian]
24. Farajollahi H. The effectiveness of neurofeedback treatment to alleviate the symptoms of attention deficit and hyperactivity in children with ADHD[Master's Thesis]. Tehran: Islamic Azad University Central Tehran Branch; 2013. [Persian]
25. Wangler S, Gevensleben H, Albrecht B. Neurofeedback in children with ADHD: Specific event-related potential findings of a randomized controlled trial. *ClinNeurophysiol*. 2011;122(5):942-50. doi:[10.1016/j.clinph.2010.06.036](https://doi.org/10.1016/j.clinph.2010.06.036)
26. Becerra JT, Fernandez T, Harmony M. Follow-Up Study of Learning-Disabled Children Treated with Neurofeedback or Placebo. *Clin EEG Neurosci*. 2006;37(3):198-203. doi:[10.1177/155005940603700307](https://doi.org/10.1177/155005940603700307)
27. Demos JN. *Getting started with neurofeedback*. New York: NortonWW; 2005.