



ماهنامه علمی تخصصی پایا شهر

ISSN ۲۹۸۰-۷۷۸۶

زمان چاپ: ۱۴۰۳/۰۲/۲۵

شماره مجوز مجله: ۸۰۴۰۰

بررسی اختلال ADHD (بیش فعالی) در کودکان، علل و راهکارهای نوین درمانی

مهناز لطفی احمد آبادی^۱

۱- کارشناس ارشد روان شناسی عمومی دانشگاه میبد/ آموزگار مدارس ابتدایی استان یزد شهر میبد

ایمیل: mahnazlotfi62@gmail.com

چکیده:

طی سالها، محققان و صاحب نظران به بررسی این موضوع پرداخته اند که آیا اختلال کاستی توجه و بیش فعالی، اختلال واحدی است یا انواعی دارد. بر این اساس نام و تعریف این اختلال در طی زمان دستخوش تغییر و تحول بسیاری شده است. مثلاً انجمن روانپزشکی آمریکا اصطلاح عمومی اختلال کاستی توجه^۳ را برای مبتلایان به اختلال کاستی توجه و بیش فعالی بکار برده است و سپس آن را به دو صورت با یا بدون بیش فعالی مورد استفاده قرار داده است. متن تجدیدنظر شده چهارمین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۰۰)، اصطلاح کاستی توجه و بیش فعالی را برای این اختلال بکار برده است. امروزه اغلب متخصصان از تعریف راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی برای شناسایی و تعریف اختلال کاستی توجه و بیش فعالی استفاده می کنند. براساس این راهنما، ویژگی اساسی و مهم این اختلال، الگوی مداوم بی توجهی و یا بیش فعالی - تکانشگری است که نسبت به افراد عادی که در همان سطح از رشد قرار دارند، با فراوانی و شدت بیشتری رخ می دهد (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۰۰). روش این تحقیق مروری است و محققان با مراجعه به منابع فارسی و لاتین تلاش کرده اند به هدف تحقیق که همان بررسی ملاک های تشخیص بیش فعالی، شیوع، طبقه بندی، سبب شناسی، ارزیابی، تشخیص، درمان های نوین و از همه مهمتر تمیز و تشخیص اختلالاتی که با اختلال بیش فعالی مشتبه می شود می باشد، بپردازند.

واژگان کلیدی: بیش فعالی، کودکان.



Title: Investigating ADHD disorder (hyperactivity) in children, causes and new treatment strategies

Abstract:

During many years, researcher and theorist have focused question that wheder inattention disorder and hyperactivity disorder are the same or not. so, the name and definition of the above mentioned disorder have changed during many years. for example, American psychiatric association has used the general term/expression inattention to refer to the children who are hyperactive or inattentive and then has used it with or without overactivity. Diagnostic and Statistical and Manual of Mental Disorder, fourth edition-text revision (American psychiatric association, 2000), has used the term/expression inattention or hyperactivity to refer to the above-mentioned disorder. nowadays, most specialist use the definition of Diagnostic and Statistical and Manual of Mental Disorder. Based on this guide, the most important and fundamental characteristic of the disorder is the permanent and continuous inattention or hyperactivity model which happens with more frequency and intensity than normal individuals who are inattention the same level of growth (American psychiatric association, 2000). the methodology of this research is revisionary and researchers have referred Persian and latin references, in other to deal with the purpose of the paper which is the study of criteria which are involved in identification and recognition of hyperactive, its prevalence, classification, causes, assessment or evaluation, recognition, its modern treatment or remedies and also its most important feature which is the distinction and recognition of disorders which are similar to the hyperactivity disorder.

Keyword: hyperactive/children /causes/new treatment



ماهنامه علمی تخصصی پایا شهر

ISSN ۲۹۸۰-۷۷۸۶

مقدمه:

طی سالها، محققان و صاحب نظران به بررسی این موضوع پرداخته اند که آیا اختلال کاستی توجه و بیش فعالی، اختلال واحدی است یا انواعی دارد. بر این اساس نام و تعریف این اختلال در طی زمان دستخوش تغییر و تحول بسیاری شده است. مثلاً انجمن روانپزشکی آمریکا اصطلاح عمومی اختلال کاستی توجه^۱ را برای مبتلایان به اختلال کاستی توجه و بیش فعالی بکار برده است و سپس آن را به دو صورت با یا بدون بیش فعالی مورد استفاده قرار داده است. متن تجدیدنظر شده چهارمین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۰۰)، اصطلاح کاستی توجه و بیش فعالی را برای این اختلال بکار برده است. امروزه اغلب متخصصان از تعریف راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی برای شناسایی و تعریف اختلال کاستی توجه و بیش فعالی استفاده می کنند. براساس این راهنما، ویژگی اساسی و مهم این اختلال، الگوی مداوم بی توجهی و یا بیش فعالی - تکانشگری است که نسبت به افراد عادی که در همان سطح از رشد قرار دارند، با فراوانی و شدت بیشتری رخ می دهد (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۰۰).

ملاکهای تشخیصی اختلال کاستی توجه و بیش فعالی :

الف) یکی از موارد شماره ۱ و یا ۲

۱- شش (یا بیش از شش) مورد از نشانه های فقدان توجه که دست کم برای شش ماه تداوم داشته، ناسازگار بوده، و با سطح رشدی فرد همخوانی نداشته باشند، به شرح زیر می باشد:

فقدان توجه:

۱-۱ اغلب از عهده توجه دقیق به جزئیات برنیامده یا در تکالیف مدرسه یا سایر فعالیتهای از روی بی دقتی مرتکب اشتباه می شود.

۱-۲ اغلب در حفظ توجه بر تکالیف یا بازیها با دشواری روبرو است.

۱-۳ اغلب وقتی به طور مستقیم مورد خطاب قرار گیرد به نظر می رسد که نمی شنود.

۱-۴ اغلب از دستورالعملها پیروی نکرده و از عهده اتمام تکالیف مدرسه و سایر انواع کارها یا وظایف بر نمی آید (که به علت رفتار نافرمانی و یا ناتوانی در فهم دستورعملها نیست).

۱-۵ اغلب در سازماندهی تکالیف و فعالیتهای با مشکل روبرو است.

۱-۶ اغلب از درگیری شدن در تکالیفی که مستلزم تلاش ذهنی مداوم است (مانند تکلیف مدرسه یا تکلیف خانگی)

اجتناب کرده، بیزاری یا بی میلی نشان می دهد.

۱-۷ اغلب اشیاء ضروری برای انجام تکالیف یا فعالیتهای را گم می کند (مانند اسباب بازیها، تکالیف مدرسه، مداد، کتاب یا ابزارها).

۱-۸ اغلب بر اثر محرکهای نامربوط به آسانی دچار حواسپرتی می شود.

۱-۹ اغلب در فعالیتهای روزانه فراموشکار است.

۲- شش (یا بیش از شش) مورد از نشانه های بیش فعالی - تکانشگری زیر به گونه ای که دست کم برای شش ماه دوام داشته، ناسازگار بوده و با سطح رشد فرد همخوانی نداشته باشند

بیش فعالی:

۲-۱ دستها و پاها اغلب بیقرار است و در حالت نشسته وول می خورد.

۲-۲ در کلاس یا دیگر موقعیتهایی که انتظار می رود یک جا بنشینند، اغلب صندلی خود را ترک می کند.

¹ - Attention Deficit Disorder (ADD)



ماهنامه علمی تخصصی پایا شهر

ISSN ۲۹۸۰-۷۷۸۶

۲-۳ اغلب در موقعیتهای نابجا به حد افراط می دود یا بالا و پایین می رود (این وضعیت در نوجوانان یا بزرگسالان ممکن است به احساس ذهنی بیقراری محدود شود).

۲-۴ برای شرکت آرام و بی سروصدا در بازی ها یا فعالیت های اوقات فراغت اغلب با مشکل روبرو است.

۲-۵ اغلب در حال جنب و جوش است و یا به گونه ای عمل می کند که گویی «به وسیله موتوری رانده می شود».

۲-۶ اغلب به حد افراط حرف می زند.

تکانشگری:

۲-۷ اغلب قبل از تمام شدن پرسشها پاسخ می دهد.

۲-۸ منتظر نوبت ماندن اغلب برایش دشوار است.

۲-۹ اغلب مزاحم کار دیگران می شود (برای مثال وسط بازی و یا حرف دیگران می پرد).

ب: بعضی از نشانه های بیش فعالی - تکانشگری یا فقدان توجه که موجب اختلال شده اند پیش از ۷ سالگی وجود داشته اند.

ج: بعضی از اختلالهای ناشی از نشانه ها دردو یا بیش از دو موقعیت (مانند مدرسه، خانه یا محل کار) وجود دارند.

د: باید شواهد بالینی روشن و معنی داری از اختلال در کارکرد اجتماعی، تحصیلی، یا شغلی وجود داشته باشند.

ه: نشانه های این اختلال منحصراً طی دوره اختلال فراگیر رشد، اسکیزوفرنی، یا سایر اختلالهای روان پریشی دیده

نمی شوند و با یک اختلال روانی دیگر (مانند اختلال خلقی، اختلال اضطرابی، اختلال تجزیه ای یا یک اختلال شخصیت) بهتر توجیه نمی شوند.

شیوع:

با توجه به ملاک های موجود در راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۰۰)، شیوع اختلال کاستی توجه و بیش فعالی در کودکان سنین مدرسه، سه تا هفت درصد تخمین زده می شود. میزان شیوع اختلال بسته به جامعه آماری، شیوه جمع آوری اطلاعات و ابزار اندازه گیری متفاوت است. در ارتباط با شیوع این اختلال در بزرگسالان و نوجوانان اطلاعات اندکی در دست است، اما بطور کلی ۳۰ تا ۷۰ درصد از کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه / بیش فعالی، علائم این اختلال را در بزرگسالی هم از خود نشان می دهند (موسسه ملی بهداشت روان، ۲۰۰۸). میزان شیوع این اختلال براساس جدیدترین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۰۰)، در مقایسه با ویرایش های قبلی تا حدودی بیشتر است، زیرا در ویرایش جدید، نوع عمدتاً بیش فعال - تکانشگر و نوع عمدتاً بی توجه هم جزء این اختلال محسوب می شوند. در حالی که در ویرایش سوم، در طبقه اختلالات تصریح نشده^۲، آورده شده بودند.

با مروری بر ادبیات پژوهشی در این زمینه می توان به دامنه وسیع تخمین شیوع این اختلال پی برد. شیوع این اختلال در پژوهش های مختلف از ۱/۷ تا ۱۶ درصد گزارش شده است (پاور و همکاران، ۲۰۰۲). براساس یافته های موجود، شیوع این اختلال از ۱٪ در انگلستان تا ۵ تا ۱۰٪ در آمریکای شمالی، متغیر است. این تفاوت ها تا حدودی ناشی از تعاریف مختلف این اختلال و نیز به خاطر نظامهای طبقه بندی است. مثلاً در ایالات متحده تشخیص های مختلف و همزمان، باید یکدیگر مغایرتی ندارد و کودک مبتلا به اختلال کرداررामी توان دچار ADD هم دانست، در حالی که در انگلستان براساس طبقه بندی ICD-9 تنها اطلاق یک عنوان تشخیصی مقدور است. بطور کلی، احتمالاً در هر کلاس عادی یک یا دو کودک با اختلال کاستی توجه و بیش فعالی وجود دارد (بارکلی، ۲۰۰۰). ارتباط چندانی بین طبقه اجتماعی و سندرم بیش فعالی وجود ندارد. کودکان دچار این سندرم اگر

3-Not Otherwise Specified (NOS)

4-power



ماهنامه علمی تخصصی پایا شهر

ISSN ۲۹۸۰-۷۷۸۶

همزمان رفتار پرخاشگرانه هم داشته باشند معمولاً در سابقه ی خانوادگی خود، مواردی همچون ناسازگاری خانوادگی، بیماری والدین و گسیختگی در تعاملات و ارتباطات اجتماعی و خانوادگی را نشان می دهند. در سالهای اخیر میزان شیوع این اختلال در میان ، پسران و دختران تغییر کرده است. برخی گزارش ها نسبت پسران با اختلال نارسایی توجه/ بیش فعالی به دختران مبتلا را نه به یک و برخی گزارش های جدیدتر این نسبت را سه به یک گزارش نموده اند (نولان و همکاران ، ۱۹۹۹؛ رابینسون و همکاران ، ۱۹۹۹ ؛ به نقل از ترنبال و همکاران، ۲۰۰۲).

اختلال کاستی توجه و بیش فعالی با برخی اختلالات دیگر همبستگی دارد و همپوشی آن با سایر اختلالات هیجانی و رفتاری، به ویژه اختلال تضاد ورزی و اختلال سلوک بیشتر در نوع مرکب دیده می شود(نولان و همکاران، ۱۹۹۹، به نقل از ترنبال و همکاران، ۲۰۰۲). البته میزان شیوع این اختلال در کشورهای مختلف به میزان متفاوتی گزارش شده است که می توان علت آنرا به تفاوت در علل و ملاک های تشخیصی نسبت داد. بررسی ها بیانگر این است که میزان شیوع اختلال کاستی توجه و بیش فعالی، در طی زمان افزایش یافته است. چندین عامل در این مسئله نقش دارند که از آن جمله می توان به آگاهی ودانش بیشتر در این زمینه، پیشرفت در تشخیص و تغییرات اجتماعی اشاره کرد (اینگرسل -^۱، ۱۹۹۵).

طبقه بندی:

در راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (انجمن روان پزشکی آمریکا، ۲۰۰۰)، سه زیرطبقه برای اختلال کاستی توجه و بیش فعالی ، مطرح شده است، الف : نوع عمدتاً بیش فعالی- تکانشگر ، ب : نوع عمدتاً بی توجه، ج : نوع مرکب
نوع عمدتاً بیش فعال - تکانشگر:

از مهمترین ویژگی های کودکان بیش فعالی- تکانشگر ، می توان به فعالیت مفرط اشاره کرد. آنها همچنین اشیاء را به اطراف پرت می نمایند، باهر چیزی که ببینند بازی می کنند، پرحرفند و نشستن در یک جا برایشان بسیار دشوار است (موسسه ملی بهداشت روان، ۲۰۰۸). این کودکان غالباً مهارت های فرزندپروری والدین را دچار چالش می کنند (آوست^۲، ۱۹۹۴) و در مقایسه با کودکان عمدتاً بی توجه یا کودکان عادی، مشکلاتی در زمینه های شب ادراری، خواب، لج بازی، قشقرق و خشونت دارند. بطور خلاصه می توان برخی نشانه های نوع بیش فعال- تکانشگر را اینگونه بیان کرد.

- احساس بی قراری

- تکان دادن مکرر دست و پا

- وول خوردن در حالت نشسته

- دویدن زیاد

- بالا رفتن از اشیاء

- ترک کردن صندلی خود

- واکنش های سریع

- جواب دادن قبل از اتمام سوال

- ناتوانی در منتظر نوبت ماندن (موسسه ملی بهداشت روان، ۲۰۰۸)

مک برنت^۳ (۱۹۹۵) معتقد است ، نوع بیش فعال- تکانشگر، بیشتر در میان کودکانی دیده می شود که وارد مدرسه نشده اند. این نوع در نوجوانان و بزرگسالان چندان رایج نیست (هانید^۴، ۱۹۹۱) از جمله ویژگی های افراد مبتلا به این نوع اختلال،

5-Nolan

6-Robinson

7-Ingersoll

8-Aust

9-Mc Burnet



ماهنامه علمی تخصصی پایا شهر

ISSN ۲۹۸۰-۷۷۸۶

این است که می توانند وظایف شغلی خود را انجام بدهند و به استراحت کمتری نیاز داشته باشند. آنها با اینکه می توانند در شغل انتخابی خود مولد باشند، می توانند سبب سرخوردگی اطرافیان هم بشوند، زیرا بطور ناپخته ای رک گو هستند و عقاید خود را بصورت تکانشی بیان می کنند (ترنبال^۲ و همکاران، ۲۰۰۲).

نوع عمدتاً بی توجه:

کودکان بی توجه نمی توانند ذهن خود را برای مدت زیادی روی یک چیز متمرکز کنند و تنها پس از گذشتن چند دقیقه از یک تکلیف، احساس خستگی می کنند. آنها هنگامی که از کاری لذت ببرند و واقعاً آنها دوست داشته باشند، هیچ مشکلی در توجه ندارند. تمرکز عمدی^۳، توجه آگاهانه به سازماندهی^۴ و تکمیل تکالیف و یادگیری مطلب جدید برای آنها مشکل است.

مشق شب بویژه برای این کودکان، کار سختی است. آنها فراموش می کنند تکالیف خود را انجام دهند یا آنها در مدرسه جا می گذارند. این افراد فراموش می کنند که کتاب خود را به منزل بیاورند و یا اینکه آنها اشتباهی می آورند. سرانجام تکلیفی هم که انجام می دهند، پر از اشتباه است و بارها پاک و تصحیح می گردد.

بیش فعالی می تواند ویژگی بالینی مهمی برای این کودکان باشد (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۰۰) و این دانش آموزان اغلب کسل، بی تفاوت یا شل و وارفته بنظر می رسند (ترنبال و همکاران، ۲۰۰۲). بارکلی (۱۹۹۰) برخی از ویژگی های نوع بی توجه اختلال کاستی توجه و بیش فعالی را به شرح زیر توصیف کرده است.

- رویپردازی
- مشغولیت ذهنی
- گیج بودن
- بی تفاوت و بی انگیزه بودن
- کندی حرکتی
- خیره شدن

آنها همچنین در زمینه بازیابی کلمات یا مفاهیم مشکل دارند (بارکلی، ۱۹۹۸). علائم بی توجهی در این افراد دیرتر ظاهر می شود (سنین ۸ تا ۱۲ سالگی) و پیش آگهی آن عموماً بهتر از افرادی است که به انواع دیگر این اختلال مبتلا هستند. یکی از دلایل این مسئله آن است که این کودکان در مقایسه با نوع بیش فعال - تکانشگر، در فرایند درمان همکاری بیشتری دارند. مشکل آنها به دلیل اینکه مانند دانش آموزان بیش فعال - تکانشگر مخرب نیستند، ممکن است به موقع تشخیص داده نشود. این افراد در معرض خطر مشکلات تحصیلی، رفتاری، هیجانی و اجتماعی قرار دارند (اپستین^۵، شایوتیز^۶، شایویتز و وولستون^۷، ۱۹۹۱).

نوع مرکب:

-
- 10-Hynd
 - 8-Turnball
 - 10-Focusing deliberate
 - 11-Conscious attention
 - 12- Epstein
 - 13-Shaywits
 - 14- Woolstone



ماهنامه علمی تخصصی پایا شهر

ISSN ۲۹۸۰-۷۷۸۶

سومین نوع اختلال کاستی توجه و بیش فعالی، نوع مرکب است که افراد در این نوع، ویژگی های بیش فعالی- تکانشگری و بی توجهی را با هم نشان می دهند. ۸۵ درصد از دانش آموزان مبتلا به اختلال کاستی توجه و بیش فعالی، در این گروه قرار می گیرند (بارکلی، ۱۹۹۸).

بارکلی (۱۹۹۸) نوع غالباً بی توجه را از دو گونه دیگر این اختلال متفاوت میدانند، زیرا براساس پژوهش های او، مشکل اصلی کودکان عمدتاً بی توجه در توجه انتخابی یا متمرکز^۱ است، ولی در افراد مبتلا به دو گونه ی دیگر این اختلال تداوم در رفتارهای هدف گرا^۲ و کنترل مداخله^۳ در امور مشکلات اساسی دارد.

سبب شناسی:

یکی از اولین سوالاتی که در رابطه با اختلال کاستی توجه و بیش فعالی، مطرح می شود این است که علت این اختلال چیست. شواهدی که نشان دهد اختلال صرفاً ناشی از عوامل اجتماعی یا شیوه های فرزند پروری است، بسیار اندک است. در اکثر موارد علت این اختلال را می توان به عوامل ژنتیکی و زیستی- عصبی نسبت داد. البته نمی توان گفت که عوامل محیطی تأثیری بر شدت این اختلال ندارد اما این عوامل به خودی خود، باعث ایجاد چنین اختلالی نمی شود. بطور کلی می توان علل بروز این اختلال را در دو دسته کلی قرار داد: (۱) علل زیستی^۴ (۲) علل محیطی^۵. متغیرهایی که در سبب شناسی اختلال کمبود توجه حائز اهمیت تلقی می شوند به قرار زیر می باشند:

۱- عوامل ژنتیکی: مطالعات انجام شده در مورد فرزندخواندگان و دوقلوها حاکی از این است که مخصوصاً در مورد پسران زمینه ژنتیکی مهمی وجود دارد. دوقلوهای یک تخمکی در مقایسه با دوقلوهای دوتخمکی از نظر سطح فعالیت هماپندی و مشابهت بیشتری دارند و والدین اصلی کودکان مبتلا، در زندگی قبلی و ایام طفولیت خود شواهد محکمی از پرحرکتی داشته اند

۲- مزاج: آن دسته از کودکانی که از والدین ماه های تولد فعالیت و حرکت زیادی داشته اند احتمالاً تا پایان دوران کودکی همچنان پرحرکت باقی خواهند ماند.

۳- فرایندهای عصبی - شیمیایی: در برخی مطالعات وجود نابهنجاری در EEG، البته نه در حد صرعی، به عنوان دلیلی در تأیید اختلال در عملکرد مغز قلمداد شده است. افزون بر این در پسران بیش فعالی که اختلالات جسمی خفیفی داشته اند نابهنجاری هایی در سوخت و ساز دوپامین دیده شده است. دوپامین یک ناقل عصبی است که در سیستم های حرکتی مغز با غلظت بالا وجود دارد و از اینرو در کنترل سطح برانگیختگی نقش مهمی دارد همچنین شواهد محکمی دال بردخالت و تاثیر اختلال در سوخت و ساز سروتونین در این موارد وجود دارد.

۴- تغذیه: یک متخصص آلرژی به نام فین گلد در آمریکا قائل به این شده است که بین پرحرکتی و استفاده از مواد افزودنی و رنگی در غذاها ارتباط وجود دارد و گفته شده است که مخصوصاً " تارترازین " و " سالیسیلات " ها مضر هستند.

۵- سرب: سرب اگر در غلظتهای بالا بلعیده یا از راه تنفس وارد ریه شود می تواند آسیبهای شدید مغزی به بار آورد. ادعا شده است که سرب در غلظتهای فوق العاده پایین یعنی تقریباً در حدود عادی (موجود در جو) می تواند سبب پرحرکتی شود.

۵- عوامل اجتماعی: کودکان خردسال بیشتر مستعد بروز اختلالات رفتاری هستند و اگر در شرایط نامطلوب اجتماعی بامشکلات خانوادگی و اقتصادی در خانواده روبرو باشند، بیشتر اختلالات وابسته به حرکت را از خود نشان می دهند.

۶- رفتار والدین: طی مشاهدات بالینی دیده شده است که مادران کودکان مبتلا به این اختلال گاه نسبت به نیازمندیهای کودکان خود بی اعتنا هستند. بنا بر این شاید برخی از پرحرکتی های کودک، رفتاری در جستجوی مراقبت و توجه بزرگسالان

15- Focused or elective attention

16-Goal- directed persistence

17- Interference control

18- Biological causes

19- Environmental causes



ماهنامه علمی تخصصی پایا شهر

ISSN ۲۹۸۰-۷۷۸۶

باشد. والدین کودکان بیش فعال نمی توانند فرزندان خود را به خوبی کنترل کنند، پس بعضی مواقع فعل پذیر بوده و رفتار مشکل زای کودک را مورد اغماض قرار می دهند.

۷- تجارب اوان کودکی: کودکانی که در بدو زندگی از والدین جدا شده و مدت دو یا سه سال در شیرخوارگاه به سر می برند اگر هم در نهایت در خانواده های خوبی به فرزند پذیرفته شوند، ممکن است مشکلات رفتاری از جمله بیش فعالی داشته باشند. گذشته از این برخی از والدین شروع پرحرکتی و مشکلات وابسته به آن را به وقایع پراسترس نظیر بستری شدن در سال های اول تولد می دانند.

ارزیابی و تشخیص:

برخی از والدین علائم بی توجهی، بیش فعالی و تکانشگری را مدت ها قبل از ورود کودک به مدرسه مشاهده می کنند. ممکن است علاقه کودک به بازی یا تماشای نمایش و برخی فعالیت ها کم شود یا ممکن است به گونه ای کنترل ناپذیر به اطراف بدود، اما چون کودکان با سرعت های متفاوت متحول می شوند و شخصیت، مزاج و سطح انرژی متفاوتی دارند، برای تعیین اینکه آیا رفتار کودک با سن او تطابق دارد، باید از نظر متخصصان استفاده شود (موسسه ملی بهداشت روان، ۲۰۰۸).
اتکینسن و پلهام^۱ (۱۹۹۱)؛ به نقل از اسمیت و همکاران، (۲۰۰۱) روش های ارزیابی اختلال کاستی توجه و بیش فعالی را به شرح زیر ذکر کرده اند:

۱- مشاهده^۲ کودک

۲- مصاحبه^۳ با کودک، والدین و معلم

۳- بررسی نتایج آزمون های هوش و پیشرفت تحصیلی

۴- بررسی سوابق تحصیلی

۵- مقیاس های درجه بندی که از سوی معلمان، والدین و یا همسالان تکمیل شده باشند.

۶- آزمایشات پزشکی (در برخی موارد)

اختلالات همراه با اختلال کاستی توجه و بیش فعالی:

یکی از مهمترین پیشرفت هایی که به تشخیص و درمان اختلال کاستی توجه و بیش فعالی کمک کرده است، پی بردن به این مطلب است که اغلب افراد با این اختلال، اختلالات روانی دیگری هم دارند. در بسیاری از موارد، علائم این اختلالات، از علائم اختلال کاستی توجه و بیش فعالی، تشخیص داده می شود ولی این اختلالات و نشانه های آنها، باعث پیچیده تر شدن فرایند تشخیص و تشخیص افتراقی می شوند.

یافته های پژوهشی نشان داده است، دوسوم کودکان مدرسه ای که برای ارزیابی های بالینی اختلال کاستی توجه و بیش فعالی، ارجاع داده شده اند، دارای اختلال روان پزشکی دیگری هم بوده اند (گابل^۴ و همکاران، ۱۹۹۶)؛ به نقل از اورت و اورت، (۱۹۹۹).

مونیر و همکاران (۱۹۸۷)؛ به نقل از اورت و اورت، (۱۹۹۹) در مطالعه ای به این نتیجه رسیدند که پسران با اختلال کاستی توجه و بیش فعالی، که در دامنه سنی ۵ تا ۱۶ سال قرار دارند، در مقایسه با گروه کنترل، میزان بیشتری از اختلالات رفتاری، اختلالات تضاد و روزانه، اختلالات هیجانی، تیک ها، بی اختیاری ادرار و مشکلات یادگیری را نشان می دهند.

درمان اختلال کاستی توجه و بیش فعالی:

بطور کلی درمان های اختلال کاستی توجه و بیش فعالی را می توان در چهار دسته کلی قرار داد.

¹- Atkinson & Pelham

²- Observation

³- Interview

⁴-Gabel



ماهنامه علمی تخصصی پایا شهر

ISSN ۲۹۸۰-۷۷۸۶

دارو درمانی از جمله رایجترین درمان های این اختلال است. دارودرمانی باید به مواقعی محدود شود که رفتار کودک هم درخانه و هم در مدرسه شدیداً ناپه‌نجان بوده است. کودک باید توسط پزشک، شخصاً معاینه و بییش فعالی و بی توجهی او تایید شود. سالهاست که داروهای محرک در درمان کودکان بیش فعال به کار می رود و برای کودکانی که شدیداً دچار این حالت باشند درمان مطلوبی به شمار رفته است. متیل فنیدات (ریتالین) یکی از داروهاست و باید در نوبت های صبح و ظهر تجویز شود، دوز دارو به مقادیر کم هر سه یا چهار روزی ک بار افزایش می یابد. بهتر است با مقدار ۲/۵ میلی گرم در روز شروع شود و در فواصل مذکور نیز ۲/۵ میلی گرم افزایش پیدا کند و در همین حال والدین و معلمان رفتار کودک را تحت نظر داشته باشند. حداکثر مقدار مصرفی برای یک کودک ۴ تا ۵ ساله ۱۰ میلی گرم صبح و همین مقدار در ظهر می باشد. این دارو برای کودکان خردسال به میزان کم تر و برای بزرگترها بیشتر از مقدار مذکور تجویز می شود. افسردگی، بیقراری، خارش بدن، کاهش اشتها، بی خوابی و گاهی بدتر شدن علائم اختلال از جمله عوارض جانبی استفاده از این داروهاست. بدتر شدن علائم ممکن است ۲ یا ۳ روز بعد از شروع درمان آغاز شود ولی نهایتاً به تخفیف علائم بیانجامد در این صورت باید به مصرف دارو ادامه داد تا علائم بهبود یابد. لازم به ذکر است که رشد وزن کودک به دنبال مصرف این دارو دچار وقفه می شود ولی در رشد قد کودک تأثیری ندارد. متیل فنیدات در ۸۲٪ موارد تجویزی می شود و حدود ۱۵ تا ۳۰ دقیقه بعد از مصرف اثر می گذارد و ۳ تا ۴ ساعت اثر آن باقی می ماند. تازه ترین دارو جهت پیش فعالی پمولین منیزیوم است که به صورت کپسول تجویزی می شود و اثر آن ۳ تا ۴ هفته ادامه می یابد (گاربر، استفن ۱۳۸۶). **دسته دوم** درمان ها شامل رفتار درمانی می شود. در این خصوص برنامه های رسمی اصلاح رفتار را می توان هم در خانه و هم در مدرسه انجام داد. عملی بودن یا نبودن این برنامه ها وابسته به این است که پدر و مادر انگیزش و هماهنگی لازم را داشته باشند و روان شناس مجربی هم در کنار آنها حضور داشته باشد. این برنامه ها را می توان با روش عاملی (کنشی) شروع کرد. رفتار کودک در یک یا دو مورد مشکل برانگیز، مثل نشستن پشت میز یا تمرکز توجه روی یک معما، باید از سوی والدین یا معلم بررسی و میزان وقوع آن مشخص شود. باید از قبل بر سر چگونگی ارائه پاداش و تشویق با کودک توافق به عمل آید و با مشاهده ی پاسخهای مطلوب، به او ارائه شود. پاسخهای نامطلوب کودک را باید نادیده انگاشت. ممکن است رفتار نامطلوب کودک هم به خطا، مورد توجه قرار گیرد، در این مواقع باید کودک را مطمئن کنیم که هر اندازه رفتار سازگارانه تر باشد بیشتر تقویت خواهد شد. **سومین روش** درمانی اختلال کاستی توجه و بییش فعالی درمان های شناختی- رفتاری است. در **چهارمین گروه** درمان ها می توان از روش هایی مانند تنش زدایی، ماساژ درمانی و استفاده از تکنولوژی های جدید، نام برد (علیزاده، ۱۳۸۳).

تغذیه: والدین از غذاهای فاقد مواد افزودنی برای کودک به وسعت استفاده می کنند ولی دلیل محکم علمی دال بر تأثیر آنها در دست نیست. برای تجویز یک رژیم غذایی مطلوب مصرف هر گونه مواد افزودنی رنگی و مصنوعی باید محدود شود. به غیر از غذاهای تهیه شده در خانه و اغذیه حاوی مواد افزودنی و رنگی غذاهای زیر بیشترین مواد مذکور را دارند:

۱- گوشت سرخ کرده، گوشت نمک سود یا دودی، سوسیس ایتالیایی یا پیتزا، انواع دیگر سوسیسها، گوشت منجمد، ماهی منجمد.

۲- بستنی، کیم (یا آلاسکا)، انواع شیرینی ها، سیب زمینی سرخ کرده (چیپس)، انواع سوسها.

۳- نوشابه های گازدار، میوه های خشک شده (صرف نظر از آنهایی که برچسب مواد افزودنی ندارند). ۴- انواع نانهای بسته بندی شده (نان فانتزی)، انواع غلاتی که در صبحانه مصرف می شوند (مثل کورن فلکس).

۵- کیکهایی که در بیرون از خانه تهیه میشوند، مثل بیسکویت، دسر، ژله.

۶- کره نباتی (مارگارین)، پنیرهای رنگی.

در تصمیم راجع به تغذیه درمانی شدت مشکل و نیز وجود یا فقدان سبب شناسی وابسته به تغذیه، باید ملحوظ گردد. در مورد بییش فعالی خفیف، سایر ابعاد رفتاری هم باید ارزیابی شود.



ماهنامه علمی تخصصی پایا شهر

ISSN ۲۹۸۰-۷۷۸۶

برخی از حالاتی که در آنها تغذیه درمانی بر سایر روشها ارجحیت دارد به قرار زیر می باشند :

- ۱- وجود یک بیماری آلرژیک در گذشته یا حال حاضر .
- ۲- اختلال آلرژیک در یکی از وابستگان درجه اول .
- ۳- تغییرات دوره ای رفتار مخصوصا اگر ، صرفنظر از ناکامی کودک در آن هنگام ، همراه با صرف اغذیه خاص باشد .
- ۴- تغییراتی در رفتار که طی آنها کودک به صورت دوره ای حالتی به هیجان آمده ، انفجاری و پرتنش داشته باشد .
- ۵- مشاهده لکه های رنگین در سطح پوست بدن کودک یا رنگ پریدگی چهره او توسط والدین .
- ۶- فقدان واضح عوامل استرس زا در سابقه کودک .

اگر استفاده از رژیم غذایی فاقد مواد افزودنی اثری نبخشید و کودک همچنان در حدمتوسط یا شدید ، دچار این حالت باقی ماند استفاده از روشی منظم تر و قویتر در برقراری محدودیت های غذایی ، توصیه می شود . این روش که در درمان میگرنهای شدید هم به کار رفته مستلزم وجود یک متخصص تغذیه هم هست . رژیم غذایی کودک به غذاهایی معدود (مثل یک یا دو نوع سبزی و گوشت و یک نوع کربوهیدرات مثل برنج) محدود گشته و به آن ویتامینها و گلوکونات کلسیم هم اضافه می شود (گراهام، فیلیپ ۱۳۷۲).

کودک به مدت ۲ الی ۳ هفته این رژیم غذایی را مراعات می کند و در صورت تاثیر مثبت ، غذاها مجددا یک به یک در فواصل یک هفته ای مورد آزمایش قرار می گیرند تا اغذیه دارای تاثیر مثبت شناخته شوند . رویکردهای تغذیه نباید باعث بی توجهی نسبت به عوامل خانوادگی و اجتماعی موثر بر کودک شوند و نهایتا مصرف مجدد مواد غذایی پس از یک دوره ی طولانی پرهیز و امساک ممکن است سبب " شوک آنافیلاکتیک " شود ؛ ولی علیرغم همه ی اینها رژیمهای غذایی در برخی موارد تاثیر مثبت و خوبی دارند .

پیشنهادات پژوهشگران در مورد درمان پیش فعالی با توجه به تجربیات کلینیکی:

- ۱- علل طبی را رد کنید به عبارتی دیگر مطمئن شوید که کودک دچار کم خونی، کم کاری یا پرکاری غده تیروئید و مشکلات عصبی نباشد.
 - ۲- در کلاس درس از وجود اشیاء رنگی و پرت کننده حواس جلوگیری شود.
 - ۳- از کودک بخواهید کاری را که از او خواسته اید انجام دهد با خود تکرار نماید تا بخاطر عدم تمرکز و توجه فراموش نکند.
 - ۴- تعداد اسباب بازی های کودک را به یک یا دو اسباب بازی کاهش داده و تعداد دوستان و همبازی های کودک را محدود کنید.
 - ۵- تا سوال یا حرف والدین تمام نشده به کودک اجازه جواب دادن ندهید تا سطح توجه و تمرکز کودک موقع گوش دادن به حرف شما افزایش یابد.
 - ۶- با جلب توجه کودک صحبت خود را کوتاه، واضح و جدی بیان کنید.
 - ۷- برقراری آرامش در خانه ، جلوگیری از اختلاف و اغماض در برابر خطاهای کوچک کودک.
 - ۸- جهت تمرکز، کپی کردن خطوط و راه رفتن روی طناب یا خط کشی را با کودک کار کنید.
 - ۹- در خانه کودک را از تحریک بیش از حد دور نموده و خود، او را تحریک نکنید.
- بحث و نتیجه گیری : در مورد اختلال بیش فعالی، مطالعاتی چند انجام شده و پیش آگهی آن متغیر بوده است . پرحرکتی در سنین پیش دبستانی گاه هشدار دهنده ی اختلال کردار در سنین کودکی و نوجوانی است. اشکال خفیف و خالص این اختلال ، پیش آگهی خوبی دارند، ولی بی قراری ممکن است کم و بیش باقی بماند . انواع شدیدتر این اختلال اگر همراه با ناتوانی های یادگیری یا اختلال کردار باشد پیش آگهی خوبی ندارند و در عده ی کمی از کودکان این حالت تا به آنجا پیش خواهد رفت که به اختلالات جدی شخصیتی منجر می شود .



ماهنامه علمی تخصصی پایا شهر

ISSN ۲۹۸۰-۷۷۸۶

چند نمونه از موارد کلینیکی که از مراجعان نگارنده مقاله بوده اند در ذیل ارائه می شود:

۱- کودکی ۲ ساله که والدین او را جهت بیش فعالی به موسسه آورده و از طریق معرفی مرکز صدای مشاور ۱۴۸ با آنجا آشنا شده بودند که بعد از بررسی و گرفتن شرح حال از والدین و مشاهده رفتار کودک با توجه به اظهارات مادر اینجانب به پرکاری غده تیروئید کودک و همچنین عدم آشنایی والدین به روش های صحیح تقویت و تنبیه صحیح شدم و با ارجاع آنها جهت آزمایش و ارائه راهکارهای اصلاح رفتار مشکل کودک با پیگیری والدین حل شد.

۲- کودکی ۶ ساله که جهت درمان بیش فعالی به موسسه آورده شده بود که بعد از گرفتن شرح حال، مشاهده رفتار کودک و گرفتن آزمون تطبیق اشکال اینجانب متوجه شدم کودک هیچ گونه مشکل بیش فعالی ندارد و صرفاً به دلیل اختلاف والدین در منزل با یکدیگر کودک به این اعمال جهت جلب توجه دست می زند که با دادن مشاوره والدین این مشکل رفع گردید.

۳- کودکی ۷ ساله که رفتارهای وی والدین را کلافه کرده و با تعبیر بیش فعالی او را به موسسه آورده بودند که با گرفتن شرح حال، مشاهده رفتار کودک و اجرای آزمون هوش و کسلر مخصوص کودکان پیش دبستانی مشخص شد که کودک تیزهوش است و به جهت عدم توانایی والدین برای پاسخگویی به نیازهای او و چگونگی برقراری ارتباط با او کودک با حرکات زیاد موجب جلب توجه والدین و ابراز وجود خود را اینگونه اعلام می داشته است که با راهنمایی والدی جهت برخورد با او و آشنا کردن آنها با خصوصیات و خواسته های کودک تیزهوش این مشکل رفع گردید.

۴- کودکی ۸ ساله که به جهت مشکلات تحصیلی در مدرسه با گرفتن شرح حال از والدین، تماس با معلم وی، گرفتن آزمون هوش و کسلر و مشاهده رفتار وی در محیط طبیعی بیش فعال تشخیص داده شد که جهت تشخیص برای تجویز دارو به روان پزشک ارجاع و جهت ادامه کار برای ارائه راهکارهای روان شناختی به والدین برای برقراری ارتباط با او، و ارائه راهکارهایی به معلم وی جهت برخورد با او در کلاس برای تقویت اعتماد به نفس و کنترل بیشتر رفتارهای او این مورد هم تا حدودی درمان و پیگیری های لازم ادامه دارد.



منابع:

- انجمن روان پزشکی آمریکا (۲۰۰۰). *متن تجدید نظر شده چهارمین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی*. (چاپ سوم). ترجمه محمد رضا نیکخو و همایاک آوادیس یانس، (۱۳۸۶). تهران: انتشارات سخن.
- علیزاده، حمید (۱۳۸۳). *اختلال نارسایی توجه/فزون جنبشی: ویژگی ها، ارزیابی و درمان*. تهران: انتشارات رشد.
- گراهام، فیلیپ (۱۳۷۲). *روانپزشکی کودک* (مترجمان: کوروش نامداری و کریم عسگری). اصفهان: انتشارات جهاددانشگاهی
- گاربر، استفن. دانیلز گاربر، ماریان. اسپیزمن، روبین فریدمن. (۱۳۸۶). *چگونه با کودک کم رفتارکنم*. (شاهین خزعلی و همکاران). تهران: انتشارات مروارید.

References:

- Barkley, R.A. (1990). Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *New York: Guilford Press*.
- Barkley, R.A. (1998). Attention Deficit Hyperactivity Disorder: A Hand Book for Diagnosis And Treatment. *New York: Guilford Press*.
- Barkley, R.A. (2000). Taking Charge of ADHD: The Complete, Authoritative Guide for Parents (rev.ed.). *New York: Guilford Press*.
- Epstein, M.A., Shaywitz, S.E., Shaywitz, B.A., & Woolstone, J.L. (1991) The Boundaries of Attention Deficit Disorder. *Journal of Learning Disability*, 24(2), 78-86.
- Everett, C.A. & Everett, S.V. (1999). Family Therapy For ADHD. *New York: Guilford Press*.
- Hynd, G., Voeller, K., Hern, K.L., & Marshall, R.M. (1991). Neurobiological Basis of Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD). *School Psychology Review*, 20, 174-186.
- Ingersol, B. (1995). ADD: *Not Just Another Fad*. *Attention*, 2(2), 17-19.
- McBurnett, K. (1995). The New Subtype of ADHD: *Predominantly Hyperactive Impulsive Type*. *Attention*, 1(3), 10-15.
- National Institute of Health, us Department of Health And Human Services (2008). **Attention Deficit Hyperactivity Disorder**. Available from: <http://www.nimh.nih.gov/publicate/schizkids>. Cfm
- Power, T.J., Russell, H.F., Soffer, S.L., Blom-Hoffman, J., and Grim, S.M., (2002). Role of Parent Training In the Effective Management of Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Dis Manage Health Outcome*. 10,(2), 117-126.
- Smith, T.E.C., Polloway, E.A., Patton, J.R. & Dowdy, C.A. (2001). Teaching Student With Special Needs In Inclusive Settings. *Allyn And Bacon: Boston*.
- Turnball, R., Turnball, A., Shank, M., Smith, S., & Leal, D. (2002). *Exceptional Lives: Special Education In Today's Schools* (3th ed). *New York: Merrill Prentice hall*.