



اختلال نارسایی توجه همراه با بیش‌فعالی

پرسش و پاسخ

- ترجمه: زهرا ارجمندی / فوق‌لیسانس روان‌شناسی بالینی
- فاطمه سفیدمقدم اکبری / لیسانس کودکان استثنایی

سؤال ۱. نارسایی توجه همراه با بیش‌فعالی (ای.دی.اچ.دی) چه نوع اختلالی است؟

جواب: نارسایی توجه همراه با بیش‌فعالی به گروهی از اختلال‌های زیستی-عصبی مزمن گفته می‌شود که در تنظیم سطح فعالیت (بیش‌فعالی)، رفتار بازداری (تکانشی) و دامنه توجه (بی‌توجهی) فرد اختلال ایجاد می‌کند. ناتوانی در حفظ توجه و تمرکز، سطوح فعالیت نامتناسب رشدی، حواس پرتی و تکانشگری از نشانه‌های اصلی این اختلال به شمار می‌آیند. عملکرد این کودکان در موقعیت‌های مختلف خانه، مدرسه و ارتباط با همسالان آسیب دیده است. این اختلال بر پیشرفت تحصیلی، موفقیت شغلی و رشد



پژوهش‌های روانشناختی و مطالعات تربیتی
پرتال جامع علوم انسانی

هیجانی اجتماعی فرد تأثیر زیان آور، طولانی مدتی بر جای می گذارد. این کودکان نمی توانند در جای خود آرام بنشینند و به کلاس توجه کنند در نتیجه پیامد منفی این گونه رفتارها را نیز تجربه می کنند. از طرف همسالان طرد می شوند و به مجموعه ی وسیعی از رفتارهای اختلال گرانه دچار می شوند. مشکلات اجتماعی و تحصیلی آنها به راحتی بر طرف نمی شود و پیامدهای طولانی مدتی را نیز به همراه می آورد. آسیب های زیادی به این کودکان وارد می شود. با افزایش سن، کودکانی که اختلال نارسایی توجه همراه با بیش فعالی شان درمان نشده است در کنار اختلال های سلوک، سوء استفاده از دارو (مواد مخدر)، رفتار ضد اجتماعی و انواع صدمات مختلف را نیز تجربه می کنند. برای بسیاری از آنها اثر اختلال نارسایی توجه همراه با بیش فعالی تابزرگسالی ادامه خواهد داشت.

سؤال ۲. نشانه های اختلال نارسایی توجه همراه با بیش فعالی کدامند؟

جواب: الف) بی توجهی. افرادی بی توجه به سختی قادرند فکر خود را برای مدت طولانی بر روی فعالیتی متمرکز نمایند، به طوری که بعد از چند دقیقه از انجام آن فعالیت خسته می شوند. تمرکز آگاهانه، تأمل و توجه برای سازمان دهی و تکمیل وظایف روزمره برایشان بسیار مشکل است.

ب) بیش فعالی. به نظر می رسد که افراد بیش فعال همیشه در حرکتند، نمی توانند آرام بنشینند، مرتب راه می روند و یابی در پی حرف می زنند. آرام نشستن بر روی صندلی در طول درس برایشان ناممکن است. اطراف اتاق پرسه می زنند، در صندلی شان وول می خورند، پاهایشان را تکان می دهند، به همه چیز دست می زنند، یا با زدن مداد خود بر روی میز سرو صدا ایجاد می کنند. همچنین ممکن است که بشدت احساس بی قراری کنند.

ج) تکانشی بودن. افرادی که بیش از حد تکانشی اند به نظر می رسد که افکار و واکنش های آنی خود را نمی توانند قبل از اقدام کنترل نمایند. در نتیجه، ممکن است پاسخ سؤال ها به طور ناگهانی از دهانشان بیرون بیرون یابد و یا اظهار نظرهای نامناسب نمایند و یا بدون نگاه کردن، به وسط خیابان بپرند. تکانشی بودنشان، انتظار کشیدن را برایشان بسیار سخت می کند و مانع می شود تا در بازی ها توبت را رعایت کنند. در هنگام عصبانیت ممکن است اسباب بازی کودکانی را از دستش بقایند و آن را خراب کنند.

سؤال ۳. چطور می توان اختلال نارسایی توجه همراه با بیش فعالی را تشخیص داد؟

جواب: با استفاده از روش های مصاحبه ی تشخیصی معتبر می توان با اطمینان زیاد اختلال نارسایی توجه همراه با بیش فعالی

را تشخیص داد. فرآیند تشخیص مبتنی بر تاریخچه ی فردی و مشاهده ی رفتار طبیعی کودک است. به طور آرمانی، پزشک باید بر اساس اطلاعات حاصل از والدین و معلمان تشخیص دهد. عناصر کلیدی مصاحبه، گرفتن تاریخچه ی فردی کاملی است که در آن نشانه های بیماری، تشخیص افتراقی و همبودی های احتمالی به خوبی تاریخچه ی خانوادگی، پزشکی، تحصیلی و تحولی کودک مشخص شده باشد. لازم است دقیقاً مشخص شود که علت مراجعه و ارزیابی چه بوده و چه اقدام هایی در گذشته به عمل آمده است. تابه حال هیچ آزمون مستقلی برای تشخیص اختلال نارسایی توجه همراه با بیش فعالی ساخته نشده است. فرآیند تشخیصی فوق تنها منحصر به این اختلال نبوده و برای تشخیص اکثر اختلال های روان پزشکی مثل اسکیزوفرنی و درخودماندگی نیز بکار می رود.

بیش از ۶۰ درصد کودکان دارای اختلال های تیک، اختلال نارسایی توجه همراه با بیش فعالی نیز دارند.

سؤال ۴. چه تعداد از کودکان به این اختلال دچارند؟

جواب: نارسایی توجه همراه با بیش فعالی شایع ترین اختلال دوران کودکی است. برآورد می شود که بین ۳ تا ۵ درصد کودکان سنین مدرسه به آن مبتلا باشند. در پسران سه برابر بیشتر از دختران مشاهده می شود. در ایالات متحده آمریکا به طور متوسط در هر کلاس یک نفر به دلیل داشتن این اختلال نیاز به کمک های ویژه دارد.

سؤال ۵. آیا اختلال نارسایی توجه همراه با بیش فعالی انواع مختلفی دارد؟

جواب: براساس چهارمین ویرایش «راهنمای تشخیصی و آماری اختلال های روانی»^۲ (دی. اس. ام-۴) در حالی که اکثر افراد نشانه های بی توجهی و بیش فعالی تکانشی هر دو را باهم دارند ولی افرادی نیز هستند که تنها یکی از این نشانه ها در آنها (حداقل در ۶ ماه گذشته) بارز است.

سؤال ۶. آیا اختلال نارسایی توجه همراه با بیش فعالی ارثی است؟

جواب: نتایج تحقیقات نشان می دهد که این اختلال در بین افراد خانواده ها دیده می شود. بنابراین به نظر می رسد که احتمال تأثیر عوامل ژنتیکی وجود داشته باشد. حداقل یک نفر از بستگان





نزدیک کودکان دارای اختلال نارسایی توجه همراه با بیش فعالی معمولاً دچار این اختلال می باشد و حداقل یک سوم پدرانی که خود در جوانی دچار این اختلال بوده اند، فرزندان بیش فعال همراه با نارسایی توجه دارند. دلیل قانع کننده ی دیگری در رابطه با احتمال ارثی بودن این اختلال، مطالعات انجام شده بر روی همشکمان یکسان است. نتایج تحقیقات نشان می دهد که اگر یکی از همشکمان به این اختلال دچار شود، دیگری نیز احتمالاً به آن دچار خواهد شد.

سؤال ۷. آیا شمار مبتلایان به اختلال نارسایی توجه همراه با بیش فعالی رو به افزایش است؟ اگر این طور است، چرا؟

جواب: هیچکس به درستی نمی داند که آیا اختلال نارسایی توجه همراه با بیش فعالی به خودی خود رو به افزایش است یا نه؟ اما به خوبی مشاهده می شود که تعداد کودکانی که با این اختلال تشخیص داده می شوند و آنهایی که تحت درمان قرار می گیرند

نتایج به دست آمده نشان می دهد که مؤثرترین درمان برای کودکان دبستانی، درمان های پزشکی همراه با مداخله های رفتاری است.

طی ده سال گذشته افزایش یافته است. برخی از عوامل مؤثر در افزایش تشخیص ها و نیز افزایش جست و جو برای گرفتن درمان عبارت اند از: گرایش به رسانه های گروهی و استفاده ی بیشتر مردم از آن ها، بالا رفتن آگاهی مردم و دسترسی به درمان های مؤثر. الگوی مشابه این رابه خوبی می توان در سایر کشورها نیز مشاهده کرد. اما اینکه آیا این اختلال به خودی خود در حال افزایش است یا نه، پاسخ نامعلوم است و به مطالعه و تحقیقات بیشتری نیاز دارد.

سؤال ۸. آیا اختلال نارسایی توجه همراه با بیش فعالی را می توان از راه اسکن مغزی (تصویربرداری از مغز) تشخیص داد؟

جواب: نتایج حاصل از مطالعات تصویربرداری عصبی نشان می دهد که ساختار و برخی از نواحی مغز کودکان دچار نارسایی توجه همراه با بیش فعالی به طور نسبتاً ثابتی با کودکان عادی متفاوت است. در این کودکان بخش های پیش پیشانی قشر مخ، جسم مخطط، عقده های پایه و مخچه کوچک ترند. به طور کلی اندازه ی مغز آنها عموماً ۵ درصد کوچکتر از اندازه ی مغز کودکان عادی است، با وجود مشاهده ی این اختلال ها، ولی برای

تشخیص اختلال نارسایی توجه همراه با بیش فعالی نمی توان به آن ها اتکا کرد. به علاوه، به نظر می رسد که بین توانایی فرد در توجه و شاخص هایی که فعالیت مغز را منعکس می کنند، رابطه وجود داشته باشد. در مبتلایان، آن نواحی مغز که وظیفه ی کنترل توجه رابه عهده دارند، کمتر فعال اند. مشخص شده که پایین بودن سطح فعالیت برخی از نواحی مغز ممکن است به مشکلاتی در نگهداری توجه مرتبط باشد.

سؤال ۹. آیا می توان تشخیص اختلال نارسایی توجه همراه با بیش فعالی را بر کودکان پیش دبستانی نیز گذاشت؟

جواب: تشخیص این اختلال روی کودکان پیش دبستانی نیز گذاشته می شود. اما بسیار مشکل است و حتماً باید توسط متخصص ماهر و آموزش دیده در زمینه ی اختلال های عصبی رفتاری کودکان و با احتیاط صورت پذیرد. برخی از مشکلات تحولی کودکان مثل تأخیرهای زبانی و مشکلات سازشی می توانند شبیه این اختلال باشند. فرایند مداخله می بایست متمرکز بر جایدهی کودک در یک مرکز مجهز پیش دبستانی و همراه با آموزش و حمایت والدین باشد. داروهای محرک نیز می توانند رفتارهای مقابله ای کودک را کاهش داده و تعامل های مادر و کودک را بهبود بخشند. مصرف این دارو ها معمولاً در موارد بسیار شدید و هنگامی که کودک به مداخله های رفتاری یا محیطی پاسخ نمی دهد، توصیه می شود.

سؤال ۱۰. اختلال نارسایی توجه همراه با بیش فعالی چه تأثیری بر کودکان و خانواده هایشان می گذارد؟

جواب: زندگی برای این کودکان می تواند بسیار سخت باشد. آنها اغلب در مدرسه مشکل آفرین اند. یک بازی را نمی توانند تا به آخر انجام دهند و برای خود و دوستانشان مشکل ایجاد می کنند. در تکلیف های مدرسه مشکل دارند و هر شب در منزل ساعت های زیاد و رنج آوری را صرف انجام آنها می نمایند و در نهایت هم فراموش می کنند که تکلیف های خود رابه مدرسه





جواب: انواع مختلفی از مداخله های رفتاری مانند روان درمانی، درمان های رفتاری شناختی، آموزش مهارت های اجتماعی، گروه های حمایتی و آموزش مهارت ها به والدین و مربیان برای درمان اختلال نارسایی توجه همراه با بیش فعالی وجود دارد.

سؤال ۱۲. چه داروهایی معمولاً برای درمان این اختلال تجویز می شود؟

جواب: معمولاً از داروهای تحریک زا^{۱۳}، شامل متیل فنیدیت^{۱۴} (ریتالین^{۱۵}) و آمفتامین ها^{۱۶} (دکسدرین^{۱۷} دکسترواستات^{۱۸} و آدرال^{۱۹}) استفاده می شود. تاکنون مطالعات بسیاری بر اساس ایمن بودن و تأثیر درمان های دارویی و روانی اجتماعی برای تسکین نشانه های اختلال نارسایی توجه همراه با بیش فعالی انجام گرفته است. نتایج به دست آمده نشان می دهد که مؤثرترین درمان برای کودکان دبستانی، درمان های پزشکی همراه با مداخله های رفتاری است. به علاوه داروهای ضد افسردگی رانیز می توان به عنوان راه حل دوم برای درمان آن دسته از کودکان بکار برد که: به داروهای تحریک زا پاسخ های ضعیفی نشان می دهند، عوارض جانبی غیر قابل قبولی از خود بروز می دهند، و یا همبودی هایی از قبیل اختلال های اضطرابی، تیک ها و یا اختلال های خلقی نیز دارند. داروهای ضد افسردگی سه حلقه ای در مورد ۶۰ تا ۷۰ درصد این کودکان تأثیر بالینی گذارده است. یافته ها بیانگر این است که دارو درمانی به تنهایی بهترین روش برای درمان بسیاری از این کودکان نمی باشد. به ویژه کودکانی که همراه با این اختلال مشکلات دیگری مانند اضطراب، شرایط تنش زا در خانه، کمبود مهارت های اجتماعی و... دارند. مشاهده شده است که بیشتر نشانه های اختلال نارسایی توجه همراه با بیش فعالی توسط درمان های ترکیبی کاهش می یابند.

سؤال ۱۴. آیا استاندارد برای میزان مصرف این داروها وجود دارد؟

جواب: کنترل دقیق دارویی در درمان این اختلال بسیار اهمیت دارد. برای مثال، مقدار معمول تجویز داروی متیل فنیدیت (ریتالین) ۵ تا ۲۰ میلی گرم، ۲ تا ۳ بار در روز می باشد. این مقدار برای آمفتامین ها (دکسدرین، دکسترواستات و آدرال) نصف مقدار متیل فنیدیت است. همیشه مقدار مصرف دارو با وزن، سن و یا شدت نشانه های بیماری در یک فرد ارتباط نداشته ولی در دوره ی کودکی در افراد لاغر با افزایش وزن افزایش یافته و در صورت لزوم بعد از سن بلوغ می تواند کاهش یابد. پزشکان مختلف به شیوه های متفاوتی از این داروها استفاده می کنند.

ببرند. رویارویی با این مشکلات و ناکامی های هر روزه برای کودکان و خانواده هایشان آسان نیست و جدال های خانوادگی را افزایش می دهد. به علاوه، این کودکان اغلب با دوستان و همسالان خود نیز مشکل دارند. کودکان دارای اختلال نارسایی توجه همراه با بیش فعالی در نوجوانی بیشتر در معرض خطر تصادف با وسایل نقلیه، استعمال دخانیات، بارداری زودرس و افت تحصیلی می باشند. لازم است که والدین این کودکان در مورد روش های درمانی موجود تحقیق نمایند. بیشتر مدارس فاقد برنامه های آموزشی مناسب هستند تا بتوانند بر اساس آن به کودکانی که مشکلات مرتبط با اختلال نارسایی توجه همراه با بیش فعالی (مهارت های اجتماعی و آموزش رفتاری) دارند، کمک نمایند. به علاوه تمام کودکان مبتلا نمی توانند از خدمات آموزشی ویژه بهره ببرند. تمام این موارد منجر به این می گردد که کودکان دارای اختلال نارسایی توجه همراه با بیش فعالی، درمان کافی و منظمی را دریافت نکنند. برای غلبه بر این موانع، والدین چشم به برنامه های مدرسه محور دوخته اند که مبتنی بر رویکرد گروهی است و شامل والدین، معلمان، روان شناسان مدارس، پزشکان و سایر متخصصان بهداشت روانی می شود.

سؤال ۱۱. آیا برنامه ی غذایی خاصی برای درمان اختلال نارسایی توجه همراه با بیش فعالی وجود دارد؟

جواب: تعداد زیادی از والدین از درمان های غذایی مانند حذف شکر از برنامه ی غذایی کودک شان خسته شده اند. اگر چه هیچکدام از مداخله های غذایی به خوبی ساخت یافته نبوده و هنوز اثبات نکرده اند که می توانند بسیاری از کودکان مبتلا به این اختلال را درمان کنند، اما تعداد کمی از محققان پیشنهاد کرده اند که در صورت انجام دقیق و منظم برنامه های غذایی بعضی از آنها می توانند برای برخی از کودکان مبتلا مفید باشند.

سؤال ۱۲. درمان های رفتاری کدامند؟





سؤال ۱۵. کودکان چه مدت باید تحت درمان دارویی قرار گیرند؟

جواب: نتایج تحقیقات دهه ی اخیر نشان می دهد که دوره ی درمان بسیار طولانی تر از حد انتظار بوده به طوری که تا سنین نوجوانی و بزرگسالی ادامه یافته است. به هر حال انتقادهای زیادی به ادامه ی درمان دارویی در این دوره ی سنی شده است. چون بارزترین نشانه های اختلال نارسایی توجه همراه با بیش فعالی در نوجوانی اندکی بهبود می یابند، والدین اغلب درمان های دارویی را دنبال نمی کنند و گمان می کنند که فرزندشان بهبودی کامل یافته و دیگر نیازی به مصرف طولانی دارو ندارد.

سؤال ۱۶. داروهای روان محرک چند وقت به چند وقت بکار برده می شوند؟

جواب: اطلاعات موجود نشان می دهند که از سال ۱۹۹۵ تا کنون پزشکان شش میلیون نسخه برای درمان کودکان و نوجوانان نوشته اند که در آن ها داروهای روان محرک، متیل فنیدیت (ریتالین) و دکستر و آمتامین (دکسدرین) تجویز شده است. در بین داروهایی که برای درمان بیماری های روانی کودکان مصرف شده است، داروهای روان محرک بیش از سایر داروها مورد مطالعه قرار گرفته اند.

سؤال ۱۷. آیا مصرف داروهای روان محرک افزایش نیافته است؟

جواب: در ۲۵ سال اخیر مصرف داروهای روان محرک در آمریکا به طور قابل توجهی افزایش یافته است. یکی از جدیدترین مطالعات در این زمینه نشان می دهد که در فاصله سال های ۱۹۹۰ تا ۱۹۹۵ مصرف داروی متیل فنیدیت (ریتالین) تقریباً ۲/۵ برابر شده است. به نظر می رسد که این افزایش به دلیل طولانی شدن دوره ی درمان و افزایش تعداد دختران، نوجوانان، جوانان و افراد دچار بی توجهی است که تحت درمان قرار گرفته اند (علاوه بر آنهایی که هم بیش فعالی و هم بی توجهی / نارسایی توجه دارند).



سؤال ۱۸. چرا زمانی که مشکل بیش فعالی است، داروهای روان محرک بیشتر تجویز می شود؟

جواب: تاکنون به این سؤال پاسخ مناسبی داده نشده است. اما در یکی از نظریه ها عنوان شده افراد دارای نارسایی توجه همراه با بیش فعالی در پاسخ های بازداری شده به محرک بیرونی و درونی مشکل دارند. شواهد نشان می دهد مناطقی از مغز که وظیفه ی برنامه ریزی، پیش بینی، سنجش و بررسی پاسخ های گوناگون و واکنش های بازداری شده را دارند در این افراد هنگام واکنش مناسب کمتر برانگیخته می شوند. داروهای محرک می توانند بر روی این نواحی از مغز تأثیر گذارند و فعالیت طبیعی آن را تا رسیدن به سطح طبیعی افزایش دهند.

سؤال ۱۹. چه خطراتی در رابطه با مصرف داروهای روان محرک و سایر درمان ها وجود دارد؟

جواب: داروهای تحریک زا تحت نظر پزشک مصرف می شوند و معمولاً عوارضی ندارند. اما زمانی که توسط نوجوانان و بزرگسالان مورد سوء مصرف قرار گیرند، می توانند اعتیاد آور باشند. چنانچه به منظور درمان مصرف شوند نه اعتیاد آور بوده و نه وابستگی دارویی ایجاد می کنند. آنها نه باعث ضعف و بی ثباتی کودکان شده و نه آنها را آرام می کنند. اعتیاد به این داروها برای کودکان دارای اختلال نارسایی توجه همراه با بیش فعالی مشخص نیست. این داروها به ندرت باعث پرخاشگری و تحریک زایی کودک می گردند و به عنوان داروهای آرام بخش مورد استفاده قرار نمی گیرند، زیرا این داروها تسکین دهنده نیستند. هیچگونه مدرکی برای اثبات زیان آور بودن این داروها وجود ندارد. هنگامی واکنش معکوس دارو به وجود می آید که به مقدار مناسب مصرف نشده باشد که این موضوع نیز قابل برطرف شدن است. مقدار متوسط مصرف دارو باعث کاهش اشتها و بی خوابی می شود. این اثرات در اوایل درمان رخ داده و به مرور کاهش می یابند.

سؤال ۲۰. آیا کودکانی که برای درمان اختلال خود دارو مصرف می کنند، وابستگی دارویی پیدا خواهند کرد؟

جواب: در حقیقت به نظر می رسد که عکس این اتفاق رخ می دهد. هر چند خطر سوء استفاده از مواد مخدر و کشیدن سیگار در این کودکان بالاست ولی این احتمال بیشتر از آنکه مربوط به مصرف دارو باشد به شرایط اختلال آنها مربوط می شود. در تحقیق مشترکی که انجمن ملی بهداشت روانی^{۱۹} و انجمن ملی سوء مصرف مواد مخدر^{۲۰} آمریکا انجام دادند به این نتیجه رسیدند که پسران دارای اختلال نارسایی توجه همراه با بیش فعالی که تحت درمان دارویی با داروهای تحریک زا بودند، نسبت به دوره ی بزرگسالی خود به طور معناداری کمتر سوء مصرف



مواد مخدر و الکل داشتند. با وجود این، احتیاط شرط عقل است. در کل شواهد نشان می دهند که افراد دارای اختلال نارسایی توجه همراه با بیش فعالی (به ویژه آنهایی که تحت درمان نیستند) بیشتر در معرض خطر سوء مصرف الکل و مواد مخدر در بزرگسالی می باشند. چون نتایج برخی از تحقیقات با مطالب فوق مغایرت دارند ضروری است که تحقیقات بیشتری در این زمینه انجام شود. قطع نظر از یافته های حاصل از تحقیقات درباره ی اثرات زیان بار درمان های دارویی برای این کودکان، والدین نباید به دلیل استنباط نادرست و یا بزرگ نمایی بیش از حد برخی از مدعیان خطرهای سوء مصرف دارو از جست و جو برای یافتن روش های درمانی موثر منصرف شوند.

سؤال ۲۱. چه ارتباطی بین اختلال نارسایی توجه همراه با بیش فعالی و اختلال های دیگر مانند ناتوانی های یادگیری، اختلال های اضطرابی، اختلال دو قطبی و افسردگی وجود دارد؟

جواب: در کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه همراه با بیش فعالی که به طور بالینی درمان می شوند، گاهی اختلال های دیگری نیز مشاهده می شود. این اختلال می تواند با ناتوانی های یادگیری (۱۵ تا ۲۵ درصد)، اختلال های زبان (۳۰ تا ۳۵ درصد)، اختلال سلوک (۱۵ تا ۲۰ درصد)، اختلال بی اعتنائی مقابله ای (تا ۴۰ درصد)، اختلال های خلق و خو (۱۵ تا ۲۰ درصد) و اختلال های اضطرابی (۲۰ تا ۲۵ درصد) به طور همزمان همراه شود. بیش از ۶۰ درصد کودکان دارای اختلال های تیک، اختلال نارسایی توجه همراه با بیش فعالی نیز دارند. آسیب هایی در حافظه و فرآیندهای شناختی، توالی، مهارت های حرکتی، مهارت های اجتماعی، تعدیل واکنش های هیجانی و پاسخدهی به نظم و ترتیب بین این کودکان به طور معمول مشاهده می شود. اختلال های خواب نیز معمولاً در بین این کودکان شایع است.

سؤال ۲۲. تاریخچه ی اختلال نارسایی توجه همراه با بیش فعالی چیست؟ و چه ارتباطی با اختلال نارسایی توجه دارد؟

جواب: تاکنون اصطلاحات گوناگونی برای توصیف کودکان مبتلا به این اختلال بکار رفته است، از «پر جنبی»^۱ که واژه ای لاتین و مشتق واژه ی «فوق فعال»^۲ است تا واژه ی «بیش فعالی»^۳ که در اوایل دهه ی ۱۹۷۰ مطرح شد. در دهه ی ۱۹۸۰، راهنمای تشخیصی و آماری اختلال های روانی در ویرایش سوم خود از نشانگان اختلال نارسایی توجه نام برد که می تواند همراه با یا بدون

بیش فعالی باشد. این تعریف باعث گردید تا اهمیت بی توجهی^۴ یا نارسایی توجه که لزوماً بیش فعالی همیشه همراه با آن نیست، بیش از پیش برجسته شود. در سال ۱۹۸۷ ویرایش تجدید نظر شده ی این راهنما به چاپ رسید. در این ویرایش تأکید اصلی برای تشخیص اختلال، مجدداً بر بیش فعالی کودک و نام آن به طور رسمی اختلال نارسایی توجه همراه با بیش فعالی اعلام شد. در چهارمین ویرایش این راهنما همچنان نام فوق به چشم می خورد با این تفاوت که این بار انواع مختلفی از آن طبقه بندی شده است. انواع اختلال نارسایی توجه همراه با بیش فعالی نشانه های بی توجهی و بیش فعالی تکانشگری را شامل می شود و با توجه به اینکه در بعضی افراد یکی از این نشانه ها (حداقل در ۶ ماه گذشته) بیشتر مشاهده شده است، نوع اختلال مشخص می شود. در طبقه بندی بین المللی بیماری ها^۵، که سایر کشورهای غربی بیشتر از آن استفاده می کنند، اصطلاح «اختلال پر جنبی»^۶ بکار می رود، اما معیار تشخیص همان معیاری است که برای نوع ترکیبی اختلال نارسایی توجه همراه با بیش فعالی وجود دارد.

سؤال ۲۳. تحقیقات آینده درباره ی این اختلال به کدام سمت می روند؟

جواب: لازم است که تحقیق درباره ی اختلال نارسایی توجه همراه با بیش فعالی به طور پیوسته و از جنبه های مختلف ادامه یابد تا اثر اجتماعی آن مشخص شود. در این زمینه می بایست مطالعاتی در زمینه های:

- ۱) تعیین راهکارهای مؤثر اجرای دارودرمانی یا درمان های ترکیبی در مدارس مختلف و سامانه های مراقبت از بهداشت کودکان،





است. این تحقیقات باید پیرامون محورهای زیر طراحی و انجام شوند:

(۱) رشد شناختی، فرآیند شناخت و توجه، کنترل تکانه، و توجه یابی توجهی،

(۲) پیشگیری یا راهکارهای مداخله‌ی اولیه برای شناخت عوامل خطر ساز که احتمال منجر به اختلال نارسایی توجه همراه با بیش‌فعالی خواهند شد، و

(۳) تصویربرداری از مغز قبل از آغاز دارو درمانی و پیگیری آن تا دوره‌ی جوانی و میانسالی.

سرانجام، تحقیقات آینده می‌بایست در ارتباط با همبودی‌های اختلال نارسایی توجه همراه با بیش‌فعالی در دوران کودکی و نوجوانی و شیوه‌های درمان آنها انجام گیرند.

(۲) تعیین نوع و شدت اثر اختلال نارسایی توجه همراه با بیش‌فعالی بر خانواده‌ها و افرادی که بیش از ۲۰ سال دارند،

(۳) تعیین جایگاه استفاده از خدمات بهداشت روانی در ارتباط با تشخیص و مراقبت از افراد مبتلا به اختلال نارسایی توجه همراه با بیش‌فعالی به عمل آید.

تحقیقات دیگری نیز باید برای توسعه‌ی ارتباط بین مجموعه‌های آموزشی و بهداشتی برای اطمینان از راهکارهای درمان نظامدار صورت پذیرد. انجام تحقیقات بنیادی برای توضیح بهتر مؤلفه‌های شناختی و رفتاری که پشتیبان اختلال نارسایی توجه همراه با بیش‌فعالی هستند نه فقط در کودکان مبتلا بلکه در افراد غیر مبتلا نیز ضروری

زیرنویس:

1. Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD)

2. Chronic Neurobiological Disorder

3. impulsivity

4. comorbid

5. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM)

6. Brain scan

7. neuroimaging

8. pre-frontal cortex

9. striatum

10. basal ganglia

11. stimulants

12. psychostimulants

13. methylphenidate

14. ritalin

15. amphetamines

16. dexedrine

17. dextrostat

18. adderal

19. National Institute of Mental Health

20. National Institute of Drug Abuse

21. Attention Deficit Disorder (ADD)

22. hyperkinesis

23. superactive

24. hyperactivity

25. Inattentiveness

26. The International Classification of Diseases

27. hyperkinetic disorder