

اختلال نارسایی توجه / بیش فعالی را بهتر بشناسیم

فاطمه سفید مقدم / کبری / کارشناس کودکان استثنایی

بیش فعالی یکی از شناخته شده ترین اختلال‌های عصبی-رفتاری^۱ دوران کودکی است که از اوایل نوزادی تا سنین مدرسه و دوران جوانی بر زندگی فرد اثر می‌گذارد. اینگرسول^۱ و گلداستین^{۱۱} (۱۹۹۳) می‌نویسند که حتی محافظه کارانه ترین برآوردها نیز نشان می‌دهد که ۳ تا ۵ درصد کودکان سنین مدرسه دچار اختلال نارسایی توجه/بیش فعالی هستند. سیفر^{۱۲} و کراگر^{۱۳} (۱۹۸۸) اظهار می‌دارند که امروزه این اختلال بیش از دهه‌های گذشته تشخیص داده می‌شود.

به لحاظ تاریخی، تشخیص اختلال نارسایی توجه/بیش فعالی به دلیل اختلاف نظر متخصصان در مورد اینکه آیا این اختلال یک اختلال بیولوژیکی مغزی^{۱۴} یا یک پاسخ رفتاری به محیط‌های مشخصی مثل مدرسه یا سایر موقعیت‌هاست، به سختی صورت می‌گرفت که در این میان عدم توافق متخصصان در مورد تعریف اختلال نارسایی توجه/بیش فعالی نیز بیشتر به آن دامن می‌زد. برچسب‌هایی مانند آسیب خفیف مغزی^{۱۵} و بدکار کردی خفیف مغزی^{۱۶} تنها برخی از واژه‌هایی بود که برای طبقه‌بندی کودکانی که این اختلال را از خود نشان می‌دادند، به کار می‌رفت. بسیاری از برچسب‌های تشخیصی اولیه، در ارتباط با آسیب عصب‌شناختی^{۱۷} ذکر می‌شد. دلیل این امر

براساس راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی انجمن روان پزشکان آمریکا^۱ (۱۹۹۴)، نشانه‌های اصلی اختلال نارسایی توجه/بیش فعالی^۱ عبارت‌است از: «الگوی مستمر و پایدار بی‌توجهی^۲، تکانشگری^۴ و یا بیش‌فعالی^۵ - تکانشگری که در کودکان مبتلا، نسبت به همسالانشان با شدت و فراوانی بیشتری مشاهده می‌شود. علائم بیش‌فعالی، تکانشگری، یا بی‌توجهی باید قبل از ۷ سالگی ظاهر شده باشد. معمولاً افراد مبتلا به اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی به درجات مختلف، آسیب‌هایی را در هر سه حوزه‌ی مذکور از خود نشان می‌دهند. این آسیب‌ها می‌بایست حداقل در دو محیط مختلف نمایان شده باشند (برای مثال: خانه، مدرسه یا محل کار) و می‌بایست شواهد روشنی مبنی بر تداخل آنها در کارکرد مناسب اجتماعی، تحصیلی و شغلی مبتلایان نیز وجود داشته باشد.

مدت زمان زیادی نمی‌گذرد که اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی به عنوان یک اختلال واضح و قطعی شناخته شده است (نوسبام^۶ و بیگلر^۷، ۱۹۹۰)، با این حال، والدین، مربیان و درمانگران هر روز بیش از پیش نسبت به آن آگاه شده و اطلاعات بیشتری به دست می‌آورند. شایویتز و شایویتز^۸ (۱۹۹۲) معتقدند که اختلال نارسایی توجه/

نیز ناشی از این حقیقت بود که تعداد زیادی از کودکان و بزرگسالانی که به نوعی از آسیب مغزی رنج می‌بردند، اغلب حواس پرت، تکانشگر و بیش فعال بودند (نوسام و بیگلر، ۱۹۹۰). به هر حال در مورد بسیاری از کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی، تا کنون هیچ آسیب مشخص عصب‌شناختی و یا بیماری خاصی مشاهده نشده است (بین^{۱۸}، ۱۹۹۱).

**اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی
یکی از شناخته شده ترین اختلال‌های
عصبی-رفتاری دوران کودکی است که از
اوایل نوزادی تا سنین مدرسه و دوران
جوانی بر زندگی فرد اثر می‌گذارد**

نارسایی توجه/بیش‌فعالی به میان می‌آید، بسیاری از افراد به توضیحی که انجمن روان‌پزشکی آمریکا در چهارمین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی (DSM-IV، ۱۹۹۴) از آن به عمل آورده‌است، اشاره می‌کنند. افرادی که در کار تشخیص اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی هستند، حتماً باید با این توصیف آشنایی کامل داشته باشند. در این مقاله نه تنها ملاک‌های تشخیصی این اختلال در DSM-IV آورده شده است، بلکه سن شروع، نسبت جنسیت، میزان شیوع و نشانه‌هایی که معمولاً همراه با آن هستند نیز مورد بحث و بررسی قرار می‌گیرد.

ملاک‌های تشخیص اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی

بی‌توجهی، تکانشگری و بیش‌فعالی نشانه‌های اصلی نارسایی توجه/بیش‌فعالی هستند. (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۱۹۹۴). این نشانه‌ها از شدت متفاوتی برخوردارند و سایر نشانه‌ها می‌توانند همراه با نشانه‌های اصلی باشند. افراد دارای اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی معمولاً در بیشتر موقعیت‌ها مثل مدرسه، خانه، محل کار و موقعیت‌های اجتماعی به درجات مختلف این نشانه‌ها را بروز می‌دهند.

ملاک‌های تشخیص اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی براساس راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی انجمن روان‌پزشکی آمریکا (DSM-IV، ۱۹۹۴) در زیر آورده شده است:

بعدها کانون توجه متخصصان از موضوع «توجه» به مشکلاتی که این کودکان از خود بروز می‌دادند، یعنی بی‌توجهی، تکانشگری و بیش‌فعالی منتقل شد. این نشانه‌های اصلی، پایه‌ی اختلال نارسایی توجه^{۱۹}، شناخته شد و در سال ۱۹۸۰، نارسایی توجه به عنوان یک اختلال در سومین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی انجمن روان‌پزشکان آمریکا (DSM-III، ۱۹۸۰) گنجانده شد. به مرور این اصطلاح نیز تغییر کرد به طوری که امروزه اصطلاح «اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی» برای آن به کار برده می‌شود (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۱۹۹۴).

توصیف اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی
وقتی بحث در باره‌ی توصیف اختلال

بیش فعالی - تکانشگری زیر که حداقل به مدت ۶ ماه وجود داشته است و شدت آن مغایر با سطح رشدی آزمودنی است:

بیش فعالی

الف. اغلب با دست‌ها یا پاهایش ور می‌رود یا بر روی صندلی وول می‌خورد.

ب. اغلب در کلاس یا موقعیت‌هایی که لازم است یک جا بنشیند، جای خود را ترک می‌کند.

ج. اغلب در موقعیت‌های نابجا، مرتب این طرف و آن طرف دویده و از چیزهای مختلف بالا می‌رود (در نوجوانان یا جوانان ممکن است به احساس‌های ذهنی از بی‌قراری محدود شود).

د. اغلب در آرام بازی کردن یا انجام آرام فعالیت‌های تفریحی مشکل دارد.

ه. اغلب در حال حرکت و انجام کاری است و قرار ندارد گویا «موتوری او را به حرکت در می‌آورد».

و. اغلب خیلی زیاد حرف می‌زند.

تکانشگری

الف. اغلب قبل از اتمام سوال، پاسخ می‌دهد.

ب. اغلب تحمل رعایت نوبت را ندارد.

ج. اغلب صحبت دیگران را قطع کرده یا مزاحم صحبت آنان می‌شود (برای مثال، وسط بازی یا حرف دیگران می‌پرد).

د. بعضی از نشانه‌های بیش‌فعالی - تکانشگری یا بی‌توجهی که باعث آسیب‌دیدگی آزمودنی شده است، قبل از ۷ سالگی وجود داشته‌اند.

الف: هر یک از موردهای (۱) یا (۲):

(۱) شش نشانه (یا بیشتر) از نشانه‌های بی‌توجهی زیر که حداقل به مدت ۶ ماه وجود داشته است و شدت آن مغایر با سطح رشدی آزمودنی است:

بی‌توجهی

الف. اغلب نمی‌تواند با دقت به جزئیات توجه کند و از روی بی‌دقتی در انجام تکالیف درسی، شغلی یا فعالیت‌های دیگر مرتکب اشتباه می‌شود.

ب. اغلب در حفظ توجه خود در انجام تکالیف یا فعالیت‌های مربوط به بازی، مشکل دارد.

ج. اغلب به نظر می‌رسد وقتی به طور مستقیم با او صحبت می‌کنید، گوش نمی‌دهد.

د. اغلب تابع دستورات نیست و نمی‌تواند تکالیف مدرسه، کارهای روزانه یا وظایف شغلی خود را به اتمام برساند (که این به علت نافرمانی کودک یا نفهمیدن دستورالعمل‌ها نیست).

ه. اغلب در سازمان‌دهی تکالیف و فعالیت‌ها مشکل دارد.

و. اغلب وسایل لازم برای انجام تکالیف یا فعالیت‌ها را گم می‌کند (مانند اسباب‌بازی‌ها، تکالیف مدرسه، مدادها، کتاب‌ها یا ابزارها).

ز. اغلب بر اثر محرک‌های نامربوط، به آسانی دچار حواس‌پرتی می‌شود.

ح. اغلب در انجام فعالیت‌های روزانه دچار فراموشی می‌شود.

(۲) شش نشانه (یا بیشتر) از نشانه‌های

۰۱-۳۱۴ / اختلال نارسایی توجه/ بیش فعالی، نوع عمدتاً بیش فعال - تکانشگر:

اگر ملاک الف (۲) بدون ملاک الف (۱) در شش ماه گذشته وجود داشته است. تذکره گذاری: افرادی (به ویژه نوجوانان و بزرگسالان) که در حال حاضر دارای نشانه‌هایی هستند که ملاک‌های کامل را ندارند، باید با عنوان «در بهبودی نسبی^{۲۵}» مشخص شوند.

۰۹-۳۱۴ / اختلال نارسایی توجه/ بیش فعالی که به گونه‌ی دیگری مشخص نشده است.

این مقوله در برگیرنده‌ی اختلال‌هایی است که بی‌توجهی یا بیش‌فعالی - تکانشگری از نشانه‌های بارز آنهاست و لسی ملاک‌های کامل اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی را ندارند.

نشانه‌های همراه اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی

به ویژگی‌هایی که اغلب و نه همیشه همراه با اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی هستند، نشانه‌های همراه^{۲۸} می‌گویند. این ویژگی‌ها می‌توانند نشانه‌های مرضی یا اختلال‌های همبود با اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی باشند. افراد دارای اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی ممکن است شرایط معلولیت‌ساز دیگری نیز داشته باشند و مشکلات وابسته به آنها را در سنین مختلف به اشکال گوناگون از خود نشان دهند. در بین این افراد، مشکلات مربوط به خودپنداره^{۲۹}،

در مورد بسیاری از کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی تا کنون هیچ آسیب مشخص عمیق شناختی و یا بیماری خاصی مشاهده نشده است

ه. بعضی از این نشانه‌ها، در دو محیط یا بیشتر مشاهده شده‌اند (برای مثال در مدرسه یا محل کار و خانه).

و. باید شواهد روشنی از آسیب قابل ملاحظه‌ی بالینی در کارکرد تحصیلی، اجتماعی یا شغلی وجود داشته باشد.

ز. این نشانه‌ها تنها در دوره‌ی یک اختلال فراگیر رشد^{۲۰}، اسکیزوفرنی^{۲۱}، یا دیگر اختلال‌های روان‌پریشی^{۲۲}، رخ نمی‌دهند، یا نمی‌توان آن را با یک تشخیص بیماری روانی دیگر (مانند اختلال خلقی^{۲۳}، اختلال اضطرابی^{۲۴}، اختلال گسستی تجزیه‌ای)^{۲۵}، یا اختلال شخصیت^{۲۶}، بهتر تبیین کرد.

کد بر حسب نوع

۰۱-۳۱۴ / اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی،

نوع مرکب:

اگر هر دو ملاک الف (۱) و الف (۲) در شش ماه گذشته وجود داشته است.

۰۰-۳۱۴ / اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی، نوع عمدتاً بی‌توجه:

اگر ملاک الف (۱) بدون ملاک الف (۲) در شش ماه گذشته وجود داشته است.

پایین بودن آستانه‌ی تحمل ناکامی و کج خلقی بسیار شایع است.

مشکلات آموزشی گاهی به ویژه عدم پیشرفت تحصیلی از ویژگی‌های بارز کودکان دارای اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی است. اختلال‌های دیگر مانند اختلال بی‌اعتنایی مقابله‌ای^{۳۰}، اختلال سلوک^{۳۱} و اختلال‌های رشدی ویژه^{۳۲} نیز ممکن است با اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی همراه باشند.

به دلیل نشانه‌های اصلی این اختلال، کودکان مبتلا، اغلب در برقراری ارتباط و تعامل با سایر کودکان بسا مشکل روبه‌رو هستند. در این راستا، ویژگی تکانشگری آنان، مشکل اصلی به حساب می‌آید. خواستن اینکه همیشه نفر اول صف باشند، برداشتن لوازمی که دیگران مشغول کار با آنها هستند و خیلی زود علاقه‌ی خود را در فعالیت‌ها از دست

دادن ویژگی‌های دیگر کودکان دارای اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی اند که باعث می‌شوند آنها اغلب به انزوا کشیده شده و در بین همسالان خود محبوبیتی نداشته باشند. این گونه کنار گذاشته شدن کودک از طرف همسالان باعث می‌شود که او دچار احساس خود ارزشمندی منفی شده و از طرف همسالان طرد شود.

اکثر کودکان دارای اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی مشکلات تحصیلی نیز دارند چون نمی‌توانند برای مدتی طولانی توجه

خود را حفظ کرده و بر روی کاری باقی بمانند؛ به ویژه در فعالیت‌هایی که توجه پایدار^{۳۳}، گوش دادن فعال و انجام تکلیف‌ها در مدت زمان مشخص لازمه‌ی آنهاست (زنتال^{۳۴}، ۱۹۹۳). اختلال‌های یادگیری در بین این افراد زیاد است. برآورد می‌شود که ۳۰ تا ۴۰ درصد این کودکان به اختلال‌های یادگیری نیز دچار باشند (بین، ۱۹۹۱). اما باید توجه داشت، هر کودکی که دارای اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی است لزوماً ناتوانی ویژه یادگیری یا مشکلات یادگیری ندارد.

بعضی از کودکان دارای اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی کج‌خلق، عصبانی و نافرمان هستند و از دستورات والدین، معلمان و منابع قدرت پیروی نمی‌کنند. این قبیل مشکلات کودکان دارای اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی اصلاً از روی غرض و با قصد قبلی نبوده بلکه

عموماً از نشانه‌های اصلی اختلال آنها ناشی می‌شود. به علاوه مشکلات شدیدتر رفتار ضداجتماعی نیز می‌تواند در این کودکان مشاهده شود. برای مثال، پرخاشگری نسبت به دیگران، دزدی و قانون شکنی‌های در پی. این گونه رفتارهای شدید کودک باعث می‌شود تا او تشخیص اختلال سلوک بگیرد.

گاهی اختلال سلوک با اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی همراه می‌شود (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۱۹۹۴). به اعتقاد بین (۱۹۹۱)، همپوشی اختلال‌های سلوک و



سن شروع

یکی از ملاک‌های تشخیص اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی، ظهور آن قبل از ۷ سالگی است. در سنین پایین‌تر نیز (بین ۲/۵ تا ۵ سالگی) می‌توان یکی از زیرگروه‌های این اختلال را تشخیص داد.

بیا توجهی، تکانشگری

و بیش‌فعالی نشانه‌های اصلی نارسایی توجه/بیش‌فعالی هستند

این زیرگروه شامل کودکانی است که بارزترین نشانه‌ی رفتاری آنها، بیش‌فعالی است. به نظر می‌رسد این کودکان در آغاز تولد و ابتدای نوزادی به لحاظ فعالیت‌های حرکتی از سطوح بالایی برخوردار باشند. نشانه‌های اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی قبل از ورود به مدرسه (حدود ۵ تا ۶ سالگی) تشخیص داده نمی‌شوند.

شیوع، نسبت جنسیت و پیامد

نوسبام و بیگلر (۱۹۹۰) اظهار داشتند که متخصصان درباره‌ی میزان شیوع اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی با یکدیگر توافق ندارند. شایوینتر و شایوینتر (۱۹۹۲) بیان کردند که برآوردها نشان می‌دهد حدود ۱۰ تا ۲۰ درصد کودکان سنین مدرسه به اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی دچار می‌باشند. اینگرسول و گلدستاين (۱۹۹۳) برآورد کردند حداقل ۳ تا ۵ درصد کودکان زیر ۱۸ سال دارای اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی‌اند. بارکلی^{۴۰} (۱۹۸۱) معتقد است که بیشتر متخصصان نرخ شیوع ۲ تا ۳ درصدی را پذیرفته‌اند. برآورد

اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی ممکن است یک سوم تا یک دوم باشد. کودکان دارای اختلال سلوک، آنهایی هستند که به طور مستمر قوانین و مقررات را نقض کرده و حقوق اساسی دیگران را زیر پا می‌گذارند. این رفتارها در مقایسه با رفتارهای گروه همسالان به طور قابل ملاحظه‌ای از هنجارهای اجتماعی فاصله دارند. بزهکاری، سوء مصرف مواد مخدر و مشروبات الکلی در بین جوانان با اختلال سلوک بسیار شایع است. مشکلات ناشی از ترکیب اختلال‌های سلوک و اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی، باعث می‌شود تا فرایند درمان و آموزش به دشواری صورت گیرد. تشخیص اولیه و مداخله‌ی بهنگام در مورد کودکانی که دارای هر دو اختلال هستند، بسیار ضروری است.

اختلال‌های دیگری که همراه با اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی‌اند و باید به آنها توجه داشت عبارت‌اند از: مشکلات هماهنگی^{۳۵}، اختلال‌های تیپک^{۳۶}، نشانگان تورنت^{۳۷}، صرع^{۳۸} و عقب‌ماندگی ذهنی^{۳۹}.

نمی‌توان تمام اختلال‌های رفتاری و روان‌پزشکی همبود با اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی را در این مختصر توضیح داد. اما خوانندگان گرامی همیشه باید به خاطر داشته باشند که افراد دارای اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی به خوبی ممکن است سایر مسایل و مشکلات روان‌پزشکی از قبیل: مشکلات شخصیتی، خلقی و اضطرابی را از خود بروز دهند. آزمونگران هنگام بررسی احتمال وجود اختلال‌های همبود با اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی، همیشه باید به دنبال یافتن اطلاعات و نشانه‌های راهنما باشند.

این کار باعث می‌شود تا آزمونگر با مشاهده‌ی رفتار تعداد بیشتری از دانش‌آموزان هم سن با آزمودنی، بهتر بتواند مشکلات رفتاری او را چه به لحاظ شدت و چه به لحاظ فراوانی با آنها مقایسه نماید.

روانشناس می‌تواند کودک مشکوک به اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی را مورد ارزیابی دقیق قرار داده و با اجرای آزمون‌های روان‌شناختی و عصب‌روانشناختی به تشخیص آن کمک نماید.

آزمون‌های روان‌شناختی ابزاری دقیق و علمی هستند که برای جمع‌آوری اطلاعات بالینی در مورد مشکلات هیجانی-رفتاری و ارتباط آنها با مشکلات یادگیری کودکان به کار می‌روند. از این ابزار می‌توان در تشخیص مشکل مربوط به توجه و جدا کردن آن از سایر اختلال‌های یادگیری نیز استفاده کرد.

**مشکلات آموزشگاهی به ویژه
عدم پیشرفت تحصیلی از ویژگی‌های
بازر کودکان دارای اختلال نارسایی
توجه/بیش‌فعالی است**

در فرایند ارزیابی باید والدین یا مراقبان کودک را نیز در نظر داشت. به دلیل این که والدین و مراقبان کودک بیشترین و مستمرترین ارتباط را با کودک دارند، بهترین منبع اطلاعاتی در مورد رفتار کودکشان به حساب می‌آیند، به علاوه آنها بیش از هر فرد دیگری فرصت دارند تا رفتار کودکشان را در شرایط و فعالیت‌های مختلف مورد مشاهده قرار دهند. چنانچه ابزار و آموزش‌های مناسب

می‌شود پسران ۶ برابر بیشتر از دختران به این اختلال دچار باشند (نوسبام و بیلگر، ۱۹۹۰). مشاهده شده است که با افزایش سن کودک، نشانه‌های مرضی این اختلال (به ویژه بیش‌فعالی) رفته رفته کاهش یافته و در سنین بلوغ اغلب از بین می‌روند. مشکلات مربوط به توجه و تکانشگری ممکن است تا سال‌ها باقی بماند. کودک دارای اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی که نشانه‌های اختلال را تا نوجوانی و بزرگسالی دارا می‌باشد، در معرض خطر ابتلا به مشکلات هیجانی^{۴۱} است (نوسبام و بیلگر، ۱۹۹۰). دانش‌آموز دارای اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی، در اثر مشکلات یادگیری فرصت‌های آموزشی محدودی داشته و نمی‌تواند به موفقیت‌های تحصیلی و شغلی مناسبی دست یابد.

ارزیابی کودکان مشکوک به اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی

چون اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی یک نشانه‌ی رفتاری است. بنابراین، افراد مشکوک به آن می‌بایست به طور منظم در محیط‌های مختلف مورد مشاهده قرار گیرند (برای مثال؛ در منزل، مدرسه، زمین بازی و محل کار). هدف از مشاهده‌ی آزمودنی در محیط‌های مختلف، جلوگیری از تأثیر احتمالی یک محیط ویژه (مانند مدرسه) بر رفتار اوست. آزمودنی را می‌توان در فعالیت‌های مختلف نیز مورد مشاهده قرار داد، زیرا برخی از افراد مشکوک به اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی، نشانه‌های اصلی این اختلال را هنگام انجام فعالیت‌های آسان و مسرت‌بخش از خود نشان نمی‌دهند. به علاوه،

اجتماعی‌اش، فردی موثر و مفید باشد. درمان شناختی نیز باعث کاهش افکار منفی، افزایش عزت‌نفس و مهارت‌های حل مسئله در کودک می‌شود. آموزش والدین باید توانایی آن‌ها را افزایش دهد. برای این منظور، می‌توان از شیوه‌های رفتاری در زمینه‌ی مدیریت محیط و سازمان‌دهی آن استفاده کرد تا مهارت‌های مدیریتی را فراگیرند. برای مثال، هیچ‌گاه از کودک خود نخواهند که چند فعالیت را در یک زمان انجام دهد بلکه آن‌ها باید بتوانند فعالیت مورد نظر را به مراحل جزئی‌تر تقسیم کرده و از کودک بخواهند که آن‌ها را یکی پس از دیگری انجام دهد. والدین باید بدانند که علت ایجاد اختلال در فرزندشان نیستند، اما نگرش آنها نسبت به مشکل کودک می‌تواند در فرایند درمان موثر باشد. با اصلاح برنامه‌های آموزشی نیز می‌توان نشانه‌های اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی را به همراه ناتوانی‌های یادگیری ناشی از هر اختلال دیگر، مورد توجه قرار داد.

موثرترین درمان برای کودکان دبستانی، درمان‌های پزشکی همراه با مداخله‌های رفتاری است

هر چند در حال حاضر اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی را نمی‌توان به طور قطعی درمان نمود ولی کودک با اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی مشروط بر این که به خوبی تحت درمان قرار گیرد، می‌تواند در آینده زندگی موفق و سازنده‌ای داشته باشد.

به والدین داده شود می‌توانند بیشترین و موثرترین نقش را در تشخیص اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی آزمودنی داشته باشند.

درمان

تا کنون مطالعات بسیاری در مورد ایمنی درمان‌های دارویی و روانی اجتماعی برای تسکین نشانه‌های اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی صورت گرفته است. نتایج به دست آمده نشان می‌دهد که موثرترین درمان برای کودکان دبستانی، درمان‌های پزشکی همراه با مداخله‌های رفتاری است. پژوهش‌های به‌عمل آمده به خوبی نشان می‌دهد که درمان دارویی برای این کودکان می‌تواند مفید باشد. داروهای محرک مانند متیل‌فندیت^{۴۲} (ریتالین^{۴۳})، دکستروآمفتامین^{۴۴} و یمولین^{۴۵} باعث افزایش دقت، تمرکز، رفتارهای هدفمند و مهارت‌های سازمان‌دهی در کودک می‌شوند. افزون بر این، برخی دیگر از داروها مانند گوانفاسین^{۴۶}، کلونیدین^{۴۷} و بعضی از داروهای ضدافسردگی نیز می‌تواند مفید باشند.

در فرآیند درمان، انواع مختلفی از مداخله‌های رفتاری مانند روان‌درمانی، رفتاردرمانی، درمان‌های شناختی-رفتاری، آموزش مهارت‌های اجتماعی، اصلاح برنامه‌های آموزشی، گروه‌های حمایتی و آموزش مهارت‌ها به والدین و مربیان از دیگر رویکردهای مداخله‌ای محسوب می‌شود. با استفاده از روش رفتاردرمانی می‌توان به کودک کمک کرد تا رفتار پرخاشگرانه‌ی خود را کنترل کرده و با نظارت بر رفتارهای

زیر نویس ها:

- | | |
|---|--------------------------------------|
| 1. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV) | 24. Anxiety Disorder |
| 2. Attention – Deficit / Hyperactivity Disorder (ADHD) | 25. Dissociative Disorder |
| 3. Inattention | 26. Personality Disorder |
| 4. Impulsivity | 27. “in partial remission” |
| 5. Hyperactivity | 28. Comorbid |
| 6. Nussbaum | 29. self- esteem |
| 7. Bigler | 30. oppositional defiant disorder |
| 8. Shaywitz and Shaywitz | 31. conduct disorder |
| 9. neurobehavioral disorders | 32. specific developmental disorders |
| 10. Ingersoll | 33. Zentall |
| 11. Goldstein | 34. sustained attention |
| 12. Safer | 35. coordination problems |
| 13. Krager | 36. Tic disorders |
| 14. biological brain disorder | 37. Tourette’s Syndrome |
| 15. minimal brain injury | 38. epilepsy |
| 16. minimal cerebral dysfunction | 39. mental retardation |
| 17. neurological damage | 40. Barkley |
| 18. Bain | 41. emotional problems |
| 19. Attention –Deficit Disorder (ADD) | 42. methylphenidate |
| 20. Pervasive Developmental Disorder | 43. ritalin |
| 21. Schizophrenia | 44. dextroamphetamine |
| 22. Psychotic Disorders | 45. pemoline |
| 23. Mood Disorder | 46. guanfacine |
| | 47. clonidine |

منبع:

Gilliam , James E . (1995) . *attention – deficit hyperactivity disorder* . Pro - ed , inc .
www.Proedinc.com