

اختلال بیش فعالی کودکان

همراه با کمبود توجه

• کارشناسی مشاوره و تحقیق - باختران

تعریف بیش فعالی (همراه با کمبود توجه)

اختلال بیش فعالی و همراه با کمبود توجه، مجموعه‌ای از علائم است که با محدودیت میدان توجه آغاز می‌شود و به ضعف تمرکز، رفتار خلق الساعه و بالاخره بیش فعالی منجر می‌شود.

این وضعیت در صورتی اختلال رفتاری خواهد بود که نخستین بار قبل از ۷ سالگی شروع و حداقل مدت ۶ ماه دوام داشته باشد.

از آنجا که معمولاً بیش فعالی با نقص جزئی در کار مغز همراه است کودک مبتلا به تحرک بیش از حد به دیده فردی نگریسته می‌شود که دارای مجموعه‌ای از رفتارهای ناسازگار است و از این جهت، این اختلال را غالب اوقات با نامهای سندرم، جنب و جوش بیش از حد، اختلال تحرک بیش از حد و اختیاری، و پر جنب و جوشی می‌نامند.

کودکان بیش فعال

کودکان مبتلا به بیش فعالی بیش از اندازه‌ای که با نشان متناسب است پرفعالیت هستند.

آنها دائماً می‌جنبند، نمی‌توانند آرام بنشینند، بی‌قرارند، دائماً در حال دویدن هستند، حرکاتشان تصادفی، بی‌برنامه و بدون هدف است.

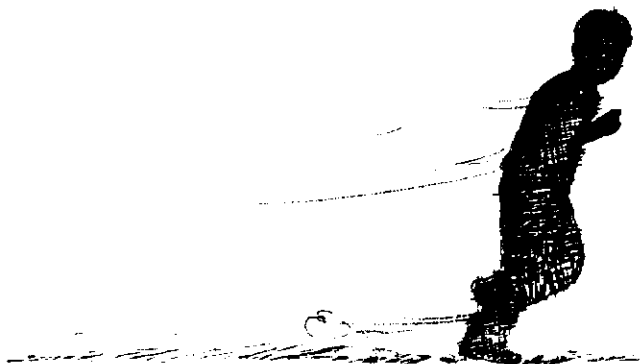
این کودکان در مدرسه حتی در کلاسهای کوچک پر تحرک هستند، به فراخنای کوتاه توجه دارند. یعنی بسندرت مدتی به یک مورد توجه نشان می‌دهند. بر خلاف همسالان نشان بسندرت به تماشای تلویزیون می‌نشینند.

به سرعت از کاری به کار دیگری می‌پردازند.

در مدرسه به دستورات عملیاتی که برای انجام تکالیف به آنها داده می‌شود توجه ندارند رفتارهای اینگونه کودکان معمولاً با بی‌اختیاری همراه است یعنی بدون تفکر اقدام به عمل می‌نمایند.

مثلاً بدون دانستن فن شنا به درون استخر می‌پرند و یا به وسط خیابان می‌دوند. بی‌اختیاری آنها در کلاس به شکل صدازدن دیگران با صدای بلند، مسخرگی و جلوگیری از کار دیگران می‌باشد.

• آنها دائماً می‌جنبند، نمی‌توانند آرام بنشینند، بی‌قرارند، دائماً در حال دویدن هستند، حرکاتشان تصادفی، بی‌برنامه و بدون هدف است.



آزمایشها و تحقیقات نشان داده است که در دوقلوهای یک تخمکی شباهت این رفتار وجود دارد و نیز نشان داده است که خواهران و برادران کودکان بیش فعال بیشتر از خواهر و برادرهای ناتنی استعداد ابتلا به بیش فعالی دارند.

ب - عوامل نور و بیولوژیک

اکثر کودکان مبتلا به بیش فعالی کمبود توجه آسیب بارز یا بیماری در سلسله اعصاب مرکزی نشان نمی دهند. از طرف دیگر اکثر کودکان مبتلا به اختلالات عصبی یا صدمات مغزی خصوصیات ویژه ای از بیش فعالی نشان نمی دهند. با این همه در بعضی از کودکان مبتلا ممکن است آسیب مغزی جزئی یا پنهانی ناشی از علل مضر مؤثر بر سلسله اعصاب مرکزی وجود داشته باشد.

ج - درنگ تکاملی

مغز انسان بطور طبیعی در چندین مرحله رشد سریع و ناگهانی پیدا می کند بعضی از کودکان در این مراحل رشد دچار تأخیر شده و شکل بالینی بیش فعالی همراه با کمبود توجه را ظاهر می سازند که موقتی است و وقتی درنگ های تکاملی در حدود دوران بلوغ به شاخص های طبیعی نزدیک می شوند از بین می رود.

د - عوامل روانی - اجتماعی

کودکان مقیم مؤسسات معمولاً بیش فعال بوده و میدان توجه محدودتری دارند این عوامل از محرومیت هیجانی طولانی ناشی شده و با رفع عوامل محرومیتی مثل پذیرفته شدن به عنوان فرزند از بین می رود.

حوادث استرس آمیز - اختلال در تعادل خانوادگی یا سایر عوامل اضطراب انگیز در شروع و دوام این اختلال سهم هستند.

ه - عوامل زمینه ساز دیگر

مشمول بر: مزاج کودک - عوامل ژنتیک - خانوادگی و توقعات جامعه برای رعایت رفتار یا عملکرد معمول پذیرفته شده.

و - رژیم غذایی

نظریه تایید نشده فاین گولد بزسک محقق مبتنی بر این مساله است که استفاده از غذاهای حاوی رنگها و طعمهای مصنوعی، مواد جلوگیری کننده از فاسد شدن غذا و غذاهایی که بطور طبیعی نمک اسید - سالیسیلیک تولید می کنند، نظیر زردآلو، آلو، گوجه فرنگی، خیار با تحرک بیش از حد پیوند

موارد زیر که از جدول (طبقه بندی جاری اختلالات روانی ۱۹۸۷) گرفته شده است ملاک های تشخیصی اختلال بیش فعالی (همراه با کمبود توجه) را نشان می دهد.

هر ملاک را نقطه زمانی باید مثبت به شمار آورد که رفتار مربوط به آن بطور قابل ملاحظه شایعتر از آن باشد که در اکثر افراد در سن عقلی مشابه دیده می شود.

اختلال بیش فعالی در صورتی است که حداقل هشت مورد از موارد زیر در مدت شش ماه وجود داشته باشد.

۱ - دست ها و پاها در کودک بی قرار است یا کودک روی صندلی خود می لولد (در نوجوانان ممکن است فقط احساس ذهنی بی قراری وجود داشته باشد).
۲ - فرد از آرام نشستن روی صندلی در صورتی که از او بخواهند ناتوان است.

۳ - فرد در موقعیت های گروهی یا بازی ها تحمل رعایت نوبت را ندارد.

۴ - غالباً فرد قبل از اینکه سؤالی تمام شود پاسخهایی می براند.

۵ - محرک های شدید به آسانی موجب حواس پرتی او می گردد.

۶ - فرد در انجام دستورالعملهای صادره از جانب دیگران ناتوان است مثلاً در تکمیل کارهای عادی روزانه در می ماند.

۷ - در تکالیف و بازی ها از حفظ توجه برای مدت طولانی ناتوان است.

۸ - غالباً از یک عمل تمام نشده به سوی فعالیت دیگری کشانده می شود.

۹ - از بازی کردن همراه با آرامش ناتوان است.
۱۰ - غالباً زیاد صحبت می کند.

۱۱ - غالباً کار دیگران را قطع کرده یا در آن مداخله می کند مثلاً سرزده وارد بازی کودکان دیگری می گردد.

۱۲ - اغلب به نظر می رسد به آنچه به او گفته می شود توجهی ندارد.

۱۳ - اغلب وسایل لازم برای انجام تکالیف مدرسه یا فعالیت های داخل خانه را گم می کند.

۱۴ - بدون در نظر گرفتن نتایج احتمالی غالباً دست به کارهای خطرناک می زند، مثلاً بدون توجه به وسط خیابان می دود.

سبب شناسی

الف - توارث

هرگونه اظهار نظر قطعی در مورد تاثیر وراثت در تحرک بیش از حد محتاج تحقیقات بیشتر در این زمینه است اما بعضی از



دارند اما آزمایشات و تجربیات محققین بعدی این نظریه را تأیید نکرده است.

ز - سرب و نور مهتابی

گاه از اثرات سرب موجود در محیط به عنوان عامل مؤثر بر بیش فعالی نام برده شده است که آزمایشهای مکرر آنرا ثابت نموده است و نیز اثرات روشنایی لامپ های مهتابی که آن هم تأیید علمی پیدا نکرده است.

ح - عوامل روانی - محیطی

گرچه سندرم تحرک بیش از حد بطور اخص اکتسابی نیست اما رفتارهای مربوط به آن در محیط شکل می گیرد و باقی می ماند (باندو - کاگان - ریدبرگ - پارک - هسرنیگن) چند تن از روانشناسان توانسته اند با بکارگیری تکنیک های گوناگون به کودکان بیاموزند که سر جای خود بنشینند و بکاری که صورت می گیرد توجه کنند و با سایر کارهای مربوط به کلاس را انجام دهند (هنکر - ویلن) با بررسی های خود نشان داده اند که تحرک بیش از حد بر حسب شرایط محیطی تغییر می پذیرد آنها مشاهده کردند که کودکان مبتلا به این سندرم، زمانی که وضعیت محیط، درگیری کمتری را می طلبد مانند کودکان عادی توجه می کنند اما در محیط هایی که وضعیت برای آنان دشوار و با درگیری فراوان همراه بوده است توجه این کودکان نسبت به کودکان عادی کمتر است.

شواهد نشان می دهد که کودکان طبقات پائین اجتماع در معرض خطر این سندرم قرار دارند شاید به این دلیل که احتمال خطر آسیب های زیستی در میان طبقه کم درآمد بیشتر بوده و با نبود سازمان مناسب در خانه ارتباط دارند.

خانه ای که متحمل فشار است یا هرج و مرج در آنجا حاکم است - صرف از وضعیت مالی - محیط مناسبی برای رشد توجه و رفتار انعکاسی نخواهد بود.

خصوصیات بالینی

شروع اختلال ممکن است در شیرخوارگی بوده باشد، چنین شیرخوارانی نسبت به محرکها بسیار حساس اند و تحت تأثیر صدا - نور - تغییرات درجه حرارت یا سایر تغییرات محیطی دچار آشفتگی می گردند.

گاهی نیز چنین بچه هایی به عکس، شل و بی حال هستند. اکثر اوقات می خوانند و بنظر می رسد که در ماه اول زندگی رشد آهسته ای دارند این کودکان کمتر از کودکان معمولی احتمال دارد که با برقراری محدودیت های اجتماعی در محیط از تحرک لکوموتور خود بکاهند.

در مدرسه این کودکان ممکن است به سرعت پاسخ به سؤالات امتحانی را شروع کرده اما پس از جواب دادن به یکی دو سوال دست از فعالیت بردارند، ممکن است نتوانند منتظر نوبت خود شوند و بخواهند به جای هر کس دیگر جواب بدهند. در خانه ساکت کردن آنها برای چند لحظه بسیار دشوار است در مقابل محرکهایی که موجب سردرگمی و ترس آنها می شود، تحریک پذیری انفجار گونه نشان می دهند اغلب از نظر هیجانی بی ثبات بوده و به آسانی گریه یا خنده سر می دهند. اخلاق و عملکرد آنان متغیر و غیرمنتظره است، رفتار خلق الساعه دارند و نمی توانند رضایت خود را به تعویق بیندازند.

در مواردی که با کودکان عادی یک عکس العمل هیجانی را نشان می دهند (مثل خنده) نمی توانند به سرعتی که کودکان معمولی عکس العمل را ترک می کنند آن را ترک کنند خصوصیتی که بیش از همه مشاهده می گردد به ترتیب شیوع عبارتند از:

- ۱ - بیش فعالی ۲ - اختلال حرکتی - ادراکی
- ۳ - بی ثباتی هیجانی ۴ - کمبود هماهنگی کلی
- ۵ - اختلالات توجه ۶ - رفتار خلق الساعه ۷ - اختلالات حافظه و تفکر ۸ - ناتوانی های خاص یادگیری ۹ - اختلالات تکلم و شنوایی ۱۰ - نشانه های عصبی مبهم و بی نظمی های

الگوهای رشد اوایل کودکی به علاوه مشاهده مستقیم معمولاً وجود فعالیت حرکتی مفرط را نشان می‌دهد، بیش فعالی ممکن است در بعضی موقعیت‌ها مشاهده شده و در موقعیت‌های دیگر دیده نشود. در موقعیت‌های ساخت یافته کمتر آشکار شده و در موقعیت‌های ساخت نیافته بارزتر است. بیش فعالی نباید به یک تظاهر کوتاه و منفرد و موقتی رفتار در شرایط استرس آمیز محدود شود بلکه باید مدت طولانی دوام بیاورد. بار کلی توصیه می‌کند که برای ارزیابی تحرک بیش از حد مصاحبه با کودک، والدین و معلمین او و مشاهده مستقیم و مقیاس‌های ارزیابی مورد توجه قرار گیرد.

مصاحبه با کودک که مشاهدات غیر رسمی رفتار او را دربر می‌گیرد بر روابط متقابل وی با دیگران (هم با والدین و هم با همسالان) متمرکز است.

بار کلی در برابر والدین ده سؤال زیر را در برابر موقعیت‌های مختلف قرار می‌دهد و از آنان می‌خواهد که عکس العمل کودک را در مقابل موقعیت خاص بگویند.

تقریباً ۷۵ درصد کودکانی که چنین تشخیصی دریافت می‌کنند علایم رفتاری پرخاشگری و نافرمانی را بطور ثابت نشان می‌دهند (باید توجه داشت که پرخاشگری بطور کلی به روابط معیوب خانوادگی مربوط است) در چنین مطالعاتی ادعا شده است که چندین نفر از بستگان کودکان بیش فعال خصوصیات شخصیت ضد اجتماعی نشان داده‌اند. مسایل تحصیلی هم از نظریادگیری و هم از نظر رفتاری شایع هستند.

مسایل تربیتی ناشی از اختلالات خاص یادگیری و با زمان می‌باشند که مربوط به رشد و با نتیجه حواس پرتی کودک و توجه نوساندار او می‌باشند که خود موجب کندی در کسب ذخیره سازی و ابراز معلومات می‌شوند.

از آنجا که رفتار مسؤولان مدرسه و همسالان با چنین کودکان نامطلوب است کودک نسبت به خود احساس عدم احترام و کفایت می‌کند و مدرسه برای او محیط ناخوشایندی تلقی می‌شود و این امر به نوبه خود ممکن است واکنش رفتار ضد اجتماعی و خودشکنی و خودکفر دهی را باعث شود.

شکل مصاحبه پیشنهادی بار کلی

موقعیتها	پرسشها
روابط متقابل بطور کل	۱ - آیا در این زمینه مشکلی وجود دارد؟
تنها بازی کردن	۲ - کودک در این موقعیت چه می‌کند؟
بازی با دیگران	۳ - واکنش شما چیست؟
هنگام خوردن غذا	۴ - واکنش کودک در برابر واکنش شما چیست؟
پوشیدن لباس در صبح	۵ - اگر مشکل ادامه یابد، شما چه می‌کنید؟
شستشو و استحمام	۶ - معمولاً نتیجه این کنش و واکنش چیست؟
صحبت با والدین از طریق تلفن	۷ - هر چند یک بار این مشکلات در این موقعیت روی می‌دهد؟
تماشای تلویزیون	۸ - احساس شما درباره این مشکلات چیست؟
میهمان در منزل	۹ - اگر مقیاس را بین (صفر) تا ۱۰ بدانیم (۰ = مشکل وجود ندارد)
میهمانی در منزل دیگران	۱۰ - مشکل شدید است شدت این مشکل از نظر شما در چه درجه‌ای است؟
در مکانهای عمومی	
هنگام گرفتن مادر	
هنگامی که پدر منزل است	
انجام کارهای مشکل	
هنگام خواب	
موقعیتهای دیگر	



تصویری از نمونه مصاحبه پیشنهادی بار کلی

پرسشگر: بطور کلی زمانی که میهمانی به منزل شما می آید رفتار کودک شما چگونه است؟

مادر: انقباض! او مرا بشدت نزد میهمانان خجالت زده می کند.

پ: می توانید بطور اخص بگویید در این موقعیت چه کار ناراحت کننده ای از وی سر می زند؟

م: خوب، او به من اجازه صحبت کردن با میهمانان را نمی دهد، و دائم مکالمه ماراتع می کند. خودش را دائم به من می چسباند تا به وی توجه کنم، و هنگامی که مشغول صحبت با میهمان هستم دائم از پشت و از جلوما به جان دورد می شود و آنان را می آزارد.

پ: بله، احتمال دارد چه کار دیگری از وی سر بزنند؟

م: بسیاری اوقات باخواهرش دعسوا می کند، یا در آشپزخانه کاری انجام می دهد که نباید بکند.

پ: زمانی که وی این کارها را انجام می دهد، شما در مقابل چه می کنید؟

م: در ابتدا سعی می کنم به وی توجهی نکنم، زمانی که این کار اثری نمی بخشد، تلاش می کنم با دلیل وی را قانع کنم، به وی قول می دهم زمانی که میهمانان بروند وقتم را با وی خواهم گذارند، یا می گویم حواس او را به سوی چیزی که دوست دارد جلب کنم تا آرام شود، و من بتوانم با میهمانان به صحبت بپردازم.

پ: در این کار تا چه اندازه موفق می شوید؟

م: نه چندان زیاد. ممکن است وی برای چند لحظه آرامتر شود، اما بلافاصله کارهایش را شروع می کند و به آزار ما یا خواهرش مشغول می شود، یا به شیطنت خود در آشپزخانه ادامه می دهد. تا این موقع دیگر حسابی از دستش عاصی شده ام. من می دانم که میهمانان درباره من که نمی توانم فرزند خودم را آرام کنم چه فکر می کنند.

پ: بله، می توانم تصور کنم که این کار چقدر مأیوس کننده است. شما در این موقع برای کنترل موقعیت چه می کنید؟

م: اغلب دوباره و دوباره از او می خواهم آرام شود و کارهایش را متوقف کند، تا موقعی که حسابی عصبانی می شوم و او را تهدید به تنبیه می کنم. تا این وقت دیگر میهمانان عذر می خواهند و آماده رفتن می شوند و من در حالی که به سراغ او می رزم سعی می کنم با آنها صحبت کنم.

پ: خوب بعد چه می شود؟

م: من می دانم که این کار درست نیست، اما معمولاً او را می گیرم و نگه می دارم تا آرامش کنم. هر چند اغلب اوقات ممکن است وی را تهدید کنم که به باشتن می رزم یا او را طاقش می فرستم. اما اغلب به حرفهای من گوش نمی دهد، تا آن که حرکت کنم و او را بگیرم.

پ: زمانی که میهمانی به منزل شما می آید هر چند وقت یکبار این وضع روی می دهد؟

م: باید گفت هریار، یأس آور است.

پ: بله، احساس شما درباره این که پسران در برابر میهمانان چنین می کنند چیست؟

م: احساس می کنم که در آن موقع واقعاً از وی متنفرم (گریه می کند). من می دانم که یک مادرم و نباید چنین احساسی داشته باشم، اما از دست او بشدت عصبانی می شوم. و پیداست که هیچ چیز در من اثر ندارد. بسیاری از دوستان، دیگر به منزل ما نمی آیند، و من نمی توانم پرستاری را پیدا کنم که از او مراقبت کند تا ما بتوانیم از منزل بیرون برویم. از این که این طرز زندگی جمعی کوچکی که داریم از بین می رود متنفرم. پیداست که بقیه روز را هم از دست وی عصبانی خواهم بود.

شوشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی

چند نمونه از پرسشهای مقیاس ارزیابی مخصوص فعلمان کانر

بی قرار یا بی فعالیت

تحریک پذیر

می نشیند و خود را با چیزهای کوچک و بیهوده سرگرم می کند

در تمرکز مشکل دارد

بی توجه است

بیش از حد حساس است

بیکاره خلق و خویش تغییر می کند

کودکان دیگر را می آزارد

ویرانگر است

به نظر می آید دیگران او را در گروه نمی پذیرند.

شوه آخر که بار کلی پیشنهاد دهنده آن است مشاهده

مستقیم است. الگوهای اجابت و سازگاری، و نیز محرک -

بیامد، در منزل اهمیت دارد. در عوض در مدرسه روابط متقابل

علاوه بر مصاحبه می توان والدین را تشویق کرد که

مقیاسهای ارزیابی رفتار را بر کنند. این مقیاس کمکی است تا

معلوم شود آیا رفتارهای کودک با ملاک تفاوت دارد یا خیر،

و نیز کمکی است تا از تغییری که به لحاظ درمان حاصل شده

است آگاهی حاصل شود. مقیاس ارزیابی رفتار وری و بس -

پیترز (۱۹۶۸) شامل پرسشهایی درباره هفت موقعیت مختلف

است که والدین آن را بر می کنند. موقعیتها عبارتند از: هنگام

صرف غذا، دیدن برنامه تلویزیون، انجام تکلیف خانه، بازی،

خواب، مکانهای عمومی و مدرسه. این مقیاس با مقیاسی که

کانرز طرح کرده است و احتمالاً بیشترین کاربرد را داشته

است، همستگی مثبتی نشان می دهد. کانرز برای معلمین و

والدین مقیاسهایی پیشنهاد کرده است و در مقابل هر رفتاری که

کودک نشان می دهد نمراتی به ترتیب زیر می گیرد.

نبرد کامل (۰) تنها کمی (۱) کمی زیاد (۲) خیلی زیاد (۳)

۳ - رفتاردرمانی: والدین و معلمین باید با استفاده از الگوی رفتاردرمانی ترکیب قابل انتظاری از تنبیه و تشویق ایجاد نموده و آن را بر محیط فیزیکی زمانی، و بین فردی منطبق سازند والدین باید بدانند که اغماض و سهل انگاری برای این کودکان کمک کننده نیست و آنها نباید در مقابل شرایط لازم، انتظارات و طرح ریزی‌هایی که برای کودکان دیگر مطرح است معاف شوند. پرتحرک از طریق رفتاردرمانی صورت می‌گیرد. این نگرش بر این باور است که قطع نظر از سبب بروز تحرک بیش از حد، این اختلال تعارضهایی را با محیط اجتماعی ایجاد می‌کند که می‌توان با پرداختن به رویدادهای محیطی آنها را درمان کرد.

در این باره می‌توان اقدامات گوناگونی به عمل آورد، اما تقویت مثبت معلمان و والدین برتر از همه چیز است. شیوه جدیدتر در این باره بر تغییر رفتار شناختی متمرکز است، که در آن کودک خود، کانون تغییرات خویش است. تغییر رفتار شناختی بر نظم بخشیدن به خود تأکید دارد، که به شکل مشاهده خود، آموزش خود و تقویت خود صورت می‌گیرد. نظم بخشیدن به خود، به ویژه بر آنچه که مرکز مشکل شناخته شده است یعنی، بی‌اختیازی، کاستیهای توجه و فقدان یک نگرش آگاهانه و منفکرانه، توجه دارد. تصویری شود زمانی که این نارساییهای اولیه از بین برود، مشکلات بعدی، چون عدم موفقیت تحصیلی و اجتماعی کاهش خواهد یافت.

ارزیابی پیشرفت درمان

کار کنترل با دارو درمانی شروع می‌شود چون عملکرد کودک در مدرسه بیش از همه آسیب می‌بیند لازم است توجه خاصی به برقراری و دوام رابطه‌ای نزدیک با اولیای مدرسه میدول شود.

در اکثر بیماران، داروها از بیش‌فعالی، حواس‌پرتی، رفتارهای آنی و انفجاری و تحریک‌پذیری کم می‌کنند. این داروها مستقیماً موجب بهبود اختلال یادگیری نمی‌شوند بلکه کاهش کمبود توجه یادگیری را افزایش می‌دهند به عبارت دیگر داروها به عنوان پیش شرط بهبود عملکرد آموزشی عمل می‌کنند.

اما بهبود واقعی عملکرد تحصیلی بستگی به این دارد که مدرسه برای آموزش کمکی خصوصی برای این کودکان اقدام نماید.

● اقتباس از:

- ۱ - خلاصه روانپزشکی علوم رفتاری روانپزشکی بالینی جلد ۴ نوشته کابلان - سادوک ترجمه: دکتر نصرت‌الله نورافکاری
- ۲ - اختلالهای رفتاری کودکان نلسون اپیزال، ترجمه محمدنقی موسی‌طوسی (گروه ترجمه بنیاد پژوهشهای اسلامی)

اجتماعی از همان اهمیت برخوردار است، و همراه با آن رفتارهایی چون بلند شدن از نیمکت، پرخاشگری، از هم گسیختگی، بی‌توجهی و تولید صدا اهمیت دارد.

علاوه بر آنچه تاکنون در مورد این کودکان گفته شد سابقه تحصیلی و گزارش معلمین در ارزیابی اینکه مسایل کودکان در یادگیری و رفتار در مدرسه اولیه بوده و از مشکلات مربوط به وضعیت آنها ناشی می‌شود یا نتیجه پائین بودن اعتماد به نفس به علت احساس بی‌کفایتی است، اهمیت دارد.

گزارش معلمین نشان می‌دهد که کودکان چگونه با مسایل مربوط به خود مدارا کرده‌اند نحوه روابط با خواهران و برادران، همسالان افراد بالغ، فعالیت‌های آزاد یا ساخت یافته سرنخ‌های تشخیصی با ارزشی نسبت به بیش‌فعالی کمبود توجه و شناخت عوارض اختلال به دست می‌دهد.

معاینه وضعیت روانی ممکن است افسردگی ثانوی خلق را نشان دهد. اما اختلال تفکر و نقص واقعیت‌سنجی یا عاطفه نامتناسب را نشان نمی‌دهد.

ممکن است حواس‌پرتی شدید تکرار یا درجا زدن و طرز تفکر غیر انتزاعی واقعی وجود داشته باشد.

ندرتاً نوعی اضطراب که اضطراب‌پیکری نامیده می‌شود وجود دارد، چنین کودکانی ممکن است مسایلی در هماهنگی حرکتی و کپی کردن تصاویر متناسب با سن، حرکات متناوب سریع - تفکیک راست - چپ تسلط برابر دو دست - عدم تقارن رفلکسی و انواعی از نشانه‌های عصبی غیر موضعی خفیف نشان دهند.

درمان

۱ - دارو درمانی: باید تحت نظر پزشک متخصص انجام پذیرد.

۲ - روان‌درمانی: روان‌درمانی به این کودکان فرصت می‌دهد که اولاً با تقویت روحی دریابند که دارویک وسیله کمکی است ثانیاً دریابند که هدف این نیست که رفتار آنان ایده‌آل باشد و آنها نیز حق دارند مانند همه انسانها ندرتاً رفتاری غیرمنتظره، ناپسند و دشوار داشته باشند این کودکان باید نتایج به دست آمده از تحقیقهای انجام شده، در مورد گروهها یا افراد مختلف در محیطهای مدرسه یا منزل، نشانگر آن است که در حال حاضر درمان غیرطبیعی کودکان بیش از حد تشویق شوند که در ساختن محیط خود سهیم باشند و به این ترتیب اضطراب آنان فرو نشیند.