



# اختلال نارسایی توجه / فزون جنبشی در کودکان پیش دبستانی

## آیا چنین اختلالی وجود دارد و قابل درمان است؟

- نوشته: جیمز ای. بلکن
- ترجمه: دکتر حمید علیزاده / اسنادیاری دانشگاه علامه طباطبایی
- منا خاطری / کارشناس ارشد مشاوره



تشخیصی که برای هر یک از این کودکان داده می شود، ممکن است اختلال نارسایی توجه/ فزون جنبشی باشد. با این وجود رفتار آنها می تواند با بسیاری از تشخیص های دیگر نیز مشابه باشد. افزون بر این، این نوع رفتارها ممکن است در سن و یا سطح رشدی این کودکان امری طبیعی به شمار آید. تفکیک بین احتمالات و تصمیم گیری از نظر پزشکی و اخلاقی در سنین پایین بسیار دشوار است.

هدف این مقاله بررسی پیشینه مربوط به تشخیص و کنترل نارسایی توجه/ فزون جنبشی در کودکان پیش دبستانی و هم چنین ارایه رویکرد هایی برای حل این چالش دشوار بر اساس پژوهش، تجربه های شخصی و تجربه های همکاران، در کاربرد پزشکی کودکان است.

### ماهیت مشکل

بی توجهی، تکانشی بودن و فزون جنبشی از ویژگی های اصلی نارسایی توجه/ فزون جنبشی هستند و شاخص های رفتاری بسیاری از کودکان پیش دبستانی به شمار می روند. نوع فعالیت و توجه کودکان نسبت به سن و سطح رشدی آنها متفاوت است. در

ماروین، ۴ ساله به علت پرخاشگری از کلاس آمادگی اخراج شده است. کارولین، ۲/۵ ساله، بشدت دست و پایش را زخمی کرده به طوری که نمی تواند بخوابد و بالاخره ساعت ۱۱ شب خوابش برد و ۶ صبح بیدار شد. لیه ۳ ساله، نمی تواند بدون نظارت بازی کند. او را به علت خوردن سم، سه مرتبه به بخش اورژانس برده اند، توله سگ عروسکی اش را از رختخواب بیرون آورده و جای دست و پای آن را عوض می کند. او تمام هدیه های اسباب بازی خود را دو هفته بعد از تولدش شکسته بود.

والدین این کودکان خردسال افرادی خشمگین، خسته، خجالت زده و گاهی نیز وحشت زده هستند. در این سنین والدین بیشتر برای دریافت کمک به پزشکان مراقبت های اولیه فرزندشان مراجعه می کنند. بعضی از والدین برنامه کاری مخصوصی دارند و برای کنترل فزون جنبشی و تکانشی بودن فرزندشان بدون در نظر گرفتن سن او از پزشک درخواست دارو می کنند. دسته دیگر راحت تر با این مسأله کنار می آیند، شاید هم ابتدای امر خوش بین باشند و به دنبال درک بهتر، از جمله راه های مختلف کنترل فرزندشان باشند.

چهارمین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی (۱۹۹۴) عنوان شده است که کودکان نوپا و پیش دبستانی با نارسایی توجه/فزون جنبشی، همیشه در تکاپو و جنب و جوش و مشغول انجام کاری هستند و این ویژگی‌ها آنها را از کودکان خردسال عادی متمایز می‌کند. آنها با سرعت به این طرف و آن طرف در حرکت هستند، قبل از اینکه لباسشان را کامل به تن کنند از خانه خارج می‌شوند، از اسباب و اثاثیه منزل بالا می‌روند یا روی آنها می‌پرند، در خانه می‌دوند و در کلاس به سختی می‌توانند در فعالیت‌های گروهی که نیاز به ساکت نشستن دارد شرکت کنند (برای مثال، گوش دادن به قصه). کودک با نارسایی توجه/فزون جنبشی نمی‌تواند برای مدت کوتاهی به تنهایی بازی کند، به جای بازی با اسباب بازی آنها را خراب می‌کند و به دلیل ناتوانی در بازی‌های مشارکتی ممکن است دوستان کمی داشته باشد. گاهی بیش‌فعالی در این کودکان بارزتر از نارسایی توجه است، با این وجود بی‌توجهی و تکانشی بودن از علائم بارز بی‌توجهی، شکست در به پایان رساندن تکالیف و مشکل در دنبال کردن دستور عمل در این کودکان است. موقعیت‌های مختلف حتی می‌توانند مانع از دقت و توجه در کودکان نوپا باشند (برای مثال، کودک با میانگین سنی ۲ تا ۳ سال معمولاً می‌تواند با یک بزرگسال بنشیند و کتاب‌های عکس‌دار تماشا کند). در مقابل، کودکان خردسال با نارسایی توجه/فزون جنبشی به شدت در حال جنب و جوش هستند و معمولاً به سختی می‌توان آنها را کنترل کرد. به علت تغییر روزانه رفتار، پاسخ‌های موقعیتی به محیط و تعبیر بزرگسالان از رفتار کودک، تشخیص نارسایی توجه/فزون جنبشی در کودکان پیش‌دبستانی امری دشوار است.

ممکن است یک روز کودک پر جنب و جوش باشد و روز بعد ساکت و آرام بنشیند. ممکن است این کودکان در منزل پدر بزرگ و مادر بزرگی که آنها را لوس می‌کنند و یا در سوپر مارکت مجهز به سامانه‌ی دزدگیر حساس، غیر قابل کنترل باشند. در حالی که در محیط‌های ساختارمند که از آنها مراقبت روزانه می‌شود، می‌توانند مطیع باشند. مادری که از خواسته‌های گوناگون پسرش به ستوه آمده او را فزون جنبش می‌پندارد، ولی وقتی پدر پس از یک هفته‌ی پرکار با کامیون به منزل می‌آید رفتار چارلز را، درست مثل کودکی خودش این‌گونه تعبیر می‌کند که «پسر بچه است و پسر بچه‌ها شلوغ هستند».

پرخاشگری، نافرمانی، نا کارآمدی اجتماعی از علائم بارز اختلال نارسایی توجه/فزون جنبشی است. گاهی این نارسایی با تشخیص‌های دیگری چون اختلال نافرمانی ستیزشی یا خلاق و

خوی ناسازگار، اشتباه گرفته می‌شود. در بررسی‌های ریوزو<sup>۲</sup> همکارانش بر روی ۱۰۵ کودک با اختلال‌های رفتاری آزارشی<sup>۳</sup>، برای کمتر از نیمی از آنها فقط یک تشخیص داده شده بود. اختلال‌های سلوک و اختلال نافرمانی ستیزشی به یکدیگر شبیه هستند و اغلب با نارسایی توجه/فزون جنبشی همراه هستند. تمایز بین نارسایی توجه/فزون جنبشی از دیگر مشکلات انضباط در کودکان نوپا دشوار است. برخی کودکان تنها محدودیت‌ها، قوانین رفتاری یا آرام بودن را نیا موخته‌اند.

### پرخاشگری، نافرمانی، نا کارآمدی اجتماعی از علائم بارز اختلال نارسایی توجه/فزون جنبشی است.

اگر اختلال نارسایی توجه/فزون جنبشی به راستی اساس زیستی داشته باشد، باید از ابتدای تولد مشخص باشد. با وجود این در بسیاری از کودکان شک به داشتن این اختلال قبل از ۲ تا ۳ سالگی به یقین تبدیل نمی‌شود. در مطالعه‌ی طولی پالفری<sup>۴</sup> و همکارانش، تا قبل از ۱۴ ماهگی هیچ‌گونه نگرانی در مورد رفتار، بی‌توجهی و فزون جنبشی آنها به شکل قطعی اظهار نشده و فقط ۳ درصد از والدین احتمال چنین مشکلی را عنوان کردند. در ۱۴ تا ۲۹ ماهگی، ۱۳ درصد از گروه مورد مطالعه شاخص‌های قطعی یا احتمالی این اختلال را دارا بودند. پژوهشگران معتقدند که چون نوزادان نمی‌توانند با تجربه‌ها و تکلیف‌های آشکارکننده‌ی علائم اختلال روبه‌رو شوند، تشخیص قبل از این سن امکان‌پذیر نیست. وقتی کودکان وارد دوره آمادگی می‌شوند، این مرحله می‌تواند اولین موقعیت در زندگیشان باشد که از آنها انتظار می‌رود در قالب ساختاری کاملاً تحمیل شده قرار بگیرند و به شکلی رفتار کنند که از نظر اجتماعی قابل قبول است، با هم‌تایان ارتباط اجتماعی برقرار کنند و از دستورهای بزرگسالان دیگری غیر از والدینشان اطاعت کنند.

دانستن اینکه اختلال نارسایی توجه/فزون جنبشی قبل از سن مدرسه قابل تشخیص است یا نه چه اهمیتی دارد؟ شاید علت اصلی تشخیص در سنین پایین دریافت کردن خدمات حمایتی باشد. جای تأسف است ولی این مسأله واقعیت دارد که بر برجسب‌های پزشکی از جمله اختلال نارسایی توجه/فزون جنبشی دست کم برای ارزیابی اولیه و گاهی رفتار درمانی کوتاه





مدت، اغلب شامل پرداخت هزینه‌های بیمه می‌شود، در حالی که به موارد دیگر چون واکنش سازگاری یا مشکلات رفتاری ساده بیمه تعلق نمی‌گیرد. در بسیاری از ایالت‌ها برای افرادی که ناتوانی‌های عملکردی دارند، اختلال نارسایی توجه/فزون جنبشی تشخیص مناسبی است تا این افراد بتوانند مداخله‌های اولیه یا برنامه آموزشی بر اساس قانون آموزش افراد با ناتوانی‌ها (IDEA) دریافت کنند. ممکن است کودکان با اختلال نارسایی توجه/فزون جنبشی برای دریافت خدمات آموزشی ویژه شرایط لازم را داشته باشند اما این خدمات برای کودکانی که فقط رفتار مشکل‌آفرین دارند، ارایه نمی‌شود. زدن برچسب اختلال نارسایی توجه/فزون جنبشی بر کودک برای بسیاری از والدین و معلمان نوعی تسکین است که مشکل از آنها نیست بلکه مشکل مربوط به کودک است و امید دارودرمانی نیز برای آن وجود دارد. بیشتر والدین کودکان پیش دبستانی (به گفته معلمان) دفتر مدرسه را با تشخیص این اختلال بر روی کودکان با رضایت بیشتری ترک می‌کنند تا اینکه به آنها گفته شود: «مطمئن نیستم»، «خیلی زود است که بگویم»، «و یا شاید چنین نباشد»، ممکن است والدین آنقدر به پزشکان متعدد مراجعه کنند تا بالاخره پزشکی را پیدا کنند که تشخیص و درمانی که خودشان می‌خواهند به آنها بدهد.

تشخیص دقیق اختلال نارسایی توجه/فزون جنبشی به طور واضح بر اقدام‌های درمانی مناسب تأکید می‌کند. بسیاری از معلمان پیش دبستانی با روش‌های کنترل رفتار آشنایی دارند و به مشاورانی دسترسی دارند که می‌توانند در اجرای شیوه‌های یادداشت‌دادن، تغییرهای کلاسی و روش‌های محروم‌سازی<sup>۱</sup> به آنها کمک کنند. والدین می‌توانند به هر کتاب فروشی بروند و کتاب‌های مفیدی در مورد اختلال نارسایی توجه/فزون جنبشی که در منزل قابلیت کاربرد دارند تهیه کنند. تأخیر در تشخیص می‌تواند منجر به عقب افتادن مداخله‌هایی شود که از بدتر شدن رفتار مشکل‌آفرین و یا مشکلات ثانویه مربوط به عزت نفس، ارتباط اجتماعی و یادگیری جلوگیری کند.

از سوی دیگر، در تشخیص و برچسب‌گذاری شتابزده خطرهای آشکاری وجود دارد که مهمترین آنها برچسب نادرست است. حتی اگر تشخیص این اختلال در سنین بالاتر رد شود در پرونده پزشکی او باقی خواهد ماند و بسیاری از افراد و سازمان‌ها این پرونده را بررسی خواهند کرد.

از بین بردن هر برچسبی بر کودک به ویژه نارسایی توجه/فزون جنبشی امری دشوار است. وقتی گفته می‌شود تورنس فزون جنب است در این صورت، تورنس آخرین کسی است که در گروه کوچک ورزشی انتخاب می‌شود، به منزل سایر کودکان دعوت

نمی‌شود و اولین کسی است که شلوغی کلاس به او نسبت داده می‌شود. عدم موفقیت می‌تواند بخشی از نشانه نارسایی توجه/فزون جنبشی باشد. متأسفانه این سوء سابقه همیشه وجود خواهد داشت حتی اگر تشخیص رد شود.

بحث انگیزترین جنبه در تشخیص شتابزده اختلال نارسایی توجه/فزون جنبشی موضوع دارودرمانی است. می‌توان پذیرفت داروهای محرک و دارودرمانی‌های دیگر تأثیر بسزایی بر درمان این اختلال دارند و بخش اساسی درمان هستند، به ویژه اگر با آموزش کنترل رفتار همراه باشند. آموزگاران و والدین در تشخیص اختلال نارسایی توجه/فزون جنبشی انتظار دارودرمانی دارند و برای آن التماس و خواهش می‌کنند. مقاومت در برابر تجویز دارو از سوی پزشک حتی برای کودکان خردسال به عنوان بی‌توجهی و عدم سازگاری او تعبیر می‌شود. برای بسیاری از افراد غیرمنطقی به نظر می‌رسد که پزشک تشخیص نارسایی توجه/فزون جنبشی بدهد ولی از تجویز دارو برای درمان خودداری کند.

### تاریخچه ماهیت مشکلات اختلال نارسایی توجه / فزون جنبشی

کلید تصمیم‌گیری برای اینکه آیا می‌توان این اختلال را قبل از سن مدرسه قاطعانه تشخیص داد یا خیر، در پژوهش‌ها قرار دارد. در ادبیات این پژوهش‌ها اطلاعات مهم و نسبتاً هماهنگی برای راهنمایی در این زمینه وجود دارد، اگرچه این پژوهش‌ها زیاد نیستند ولی تشخیص از این راه امکان‌پذیر است. در بررسی‌های پیگیری می‌توان دریافت که کدام کودکان، با چه نوع رفتاری و در چه محیط‌هایی مشکلات سنی پایدار خواهند داشت. نتایج مطالعه کوتاه مدت در بیمارستان کودکان بوستون<sup>۲</sup> حاکی از این بود که تنها نیمی از والدین مشکل رفتاری کودکان از جمله فزون جنبشی و بی‌توجهی را مورد شناسایی قرار می‌دهند. اگرچه در بسیاری از موارد معلمان نگران بودند اما برخی والدین نیز یک تا دو سال بعد هم از خود نگرانی نشان می‌دادند. در این پژوهش معلوم شد کودکانی که مشکلات پایدار دارند ویژگی‌های خلقی مشکل‌آفرین از جمله شدت بالا در بروز هیجانی، مشکل در تغییر برنامه‌های همیشگی، آستانه تحریک‌پذیری حسی پایین و بی‌نظمی در عملکردهای زیستی نشان خواهند داد.

لرنر<sup>۳</sup> و همکارانش در پیگیری ۸۸ کودک پیش دبستانی مشکل‌دار برای مدت ۱۷۵ سال (به طور میانگین) دریافتند این کودکان با سطح بالایی از اختلال‌های کلی رفتاری (استفاده از مصاحبه تشخیصی برای کودکان و نوجوانان بر اساس بازنگری جدول و مصاحبه رسمی) در مقایسه با کودکانی که اختلال کمتری

دارند، در آینده دست کم دو برابر بیشتر خطر داشتن اختلال روان پزشکی دارند. پرخاشگری کلامی و بدنی، فزون جنبشی، حواس پرتی، کناره گیری اجتماعی جزو مشکلات رفتاری اولیه محسوب می شوند. آزمودنی های این پژوهش از خانواده هایی با تحصیلات عالی، طبقه متوسط اجتماعی و همچنین بهره هوشی بالای متوسط انتخاب شده بودند.



### هر چه علایم نارسایی توجه در سنین پایین تر ظاهر شود، احتمال اینکه اختلال رفتاری و اختلال رشدی پایدارتر باشد بیشتر خواهد بود.

پالفری<sup>۱۱</sup> و همکارانش، در بخشی از پروژه آموزش ابتدایی دانشگاه هاروارد، به منظور بررسی شکل گیری، مدت زمان وضعیت مشکلات رفتاری، از جمله مشکلات توجه ۱۷۲ کودک را از زمان تولد تا پایه دوم دبستان مورد مطالعه قرار دادند. پژوهشگران دریافتند که از تولد تا مهد کودک، ۴۰ درصد از کودکان پیش دبستانی برخی شاخص های مشکل توجه را از خود نشان می دادند، ولی بسیاری از یافته های جزئی گذرا بودند، ۵ درصد از آنها مشکلات توجه طولانی مدت داشتند، ۸ درصد دارای مشکلات خاص بودند که قبل از مهد کودک بر طرف شد. پژوهشگران دریافتند که مشکلات هیجانی اجتماعی همراه (برای مثال، مشکل در ارتباط با همتایان، وحشت زدگی و رفتارهای برون نمود<sup>۱۲</sup>) و تأخیر در عملکردهای حرکتی شاخص حادث تری از نارسایی توجه است که ممکن است مزمن شوند. در مقابل، کاهش مشکل در توجه گواه برگشت پذیری است که با سطح تحصیلات بالای مادر، ثبات خانوادگی بیشتر، مشکلات بهداشتی کمتر، توانایی شناخت عمومی بالاتر و قدرت کلامی

بیشتر در ارتباط بود. ایگلند<sup>۱۳</sup> و همکارانش نیز دریافتند که بهبود عملکرد رفتاری در سال های میانی دوره پیش از دبستان و ابتدایی با فشار روانی کم در خانواده، کیفیت بالای محیط خانواده و میزان افسردگی مادر رابطه دارد.

بیچمن<sup>۱۴</sup> و همکارانش نتایج تشخیصی و نشانه های مطالعه بر ۹۸ کودکی را که در برنامه های درمانی پیش دبستانی شرکت کرده اند گزارش کردند. در این برنامه، کودکانی اجازه شرکت داشتند که مشکلاتشان به حدی جدی بود که رویکرد جامع شامل روان درمانی فردی، فعالیت های مراقبت رشدی تکمیلی و مشاوره خانواده برای آنها اثربخش بود. حجم نمونه شامل ۸۴ درصد پسر یا میانگین سنی ۲/۵ تا ۶ سال بود. پس از گذشت ۵ سال از ترخیص آزمودنی ها پیگیری صورت گرفت. حدود نیمی از کودکان به خانواده های سالم تعلق داشتند و یک سوم آنها تک والدی بودند، بقیه آنها ناپدری یا نامادری داشتند یا اینکه در پرورشگاه زندگی می کردند. میانگین بهره هوشی گروه نمونه اول با استفاده از آزمون هوشی استنفورد-بینه ۹۰ گزارش شده بود. در مقایسه با ۹۰ درصد از کودکانی که در ارزیابی های اولیه دارای یکی از اختلال های قابل تشخیص در کتاب راهنمای تشخیصی و آماری اختلال های روانی (۱۹۹۴) بودند، این درصد در برنامه پیگیری به ۶۹ درصد کاهش یافته بود. اگر چه در زمان ترخیص آزمودنی ها تغییراتی صورت گرفته بود اما این کودکان هنوز بر اساس کتاب راهنمای تشخیصی، اختلال هایی از خود نشان می دادند. نتایج بسیاری از نمونه های اختلال های کتاب راهنمای تشخیصی با ارزیابی اولیه یکسان بود. گروه های تشخیصی که بیشترین ثبات رفتاری را در طول دوره ۵ ساله از خود نشان داده بودند، افرادی بودند که تأخیر در رشد یا نارسایی توجه، یا هر دو را داشتند. در مقابل، تنها ۲۹ درصد از کودکانی که اختلال هیجانی داشتند تشخیص یکسان برای آنها داده شده بود، که کمترین ثبات تشخیصی در این گروه مشاهده شد.

از ۱۰۳۷ کودک ۳ تا ۱۵ ساله که در بررسی های چند رشته ای بهداشت و رشد دیوندین<sup>۱۵</sup> پیگیری شدند ۲ درصد (۱۳ پسر و ۸ دختر) از آنها کودکانی شناخته شدند که فزون جنبشی فراگیر داشتند. این کودکان در مقایسه با کودکان پیش دبستانی غیر فزون جنب از خانواده هایی بودند که سطوح پریشانی بالایی داشتند و مهارت های کلامی ضعیف تری از خود نشان دادند. در طول پیگیری ۱۲ ساله، کودکان پیش دبستانی فزون جنب همچنان به طور پیوسته از مهارت های شناختی ضعیف تر، سطوح پایین در توانایی خواندن، رفتارهای آزارشی و بی توجهی در خانه و مدرسه و میزان بالاتری از اختلال های کتاب راهنمای تشخیصی قبل از جوانی و جوانی





در مقایسه با کودکان غیر فزون جنب بر خوردار بودند. در ۱۵ سالگی تنها یک چهارم از این گروه به عنوان افراد با بهبودی کامل تشخیص داده شدند. با وجود این، تنها برای ۲ نفر از گروه اصلی کودکان فزون جنب تشخیص نارسایی توجه داده شد. دلیل اهمیت این پژوهش، ادامه آن بر روی کودکان غیر اجتماعی بود. به همین دلیل، دیدگاه طبیعت گرایانه ای از مشکلات رفتاری کودکان پیش دبستانی و نتایج آن به دست می آید. گزارش تحلیل داده های دیونیدین حاکی از این است که هر چه علایم نارسایی توجه در سنین پایین تر ظاهر شود، احتمال اینکه اختلال رفتاری و اختلال رشدی پایدارتر باشد بیشتر خواهد بود.

### در پیدایش نارسایی توجه/ فزون جنبشی هر دو عامل وراثت و اکتساب دخالت دارند.

در مقابل شیوه فرزند پروری غیر درگیر، طردکننده و خشن از خود نشان می دهند. از سوی دیگر، گرمی، پاسخدهی و تعیین محدودیت ها به شکل مناسب، رفتارهای اجتماعی مطلوب بیشتری را در کودکان ایجاد می کند، که نبودن این عناصر در فرزند پروری یا طرد آشکار و کنترل منفی می تواند با مشکلات پایدار آنها مرتبط باشد. معمولاً مشکلات با بروز کشمکش های خانوادگی آغاز می شوند و در عین حال رفع مشکلات به بهبود کیفیت ارتباطی خانواده منجر می شود. در ظاهر ویژگی های زیستی کودک در تعامل با محیط نکته ای برای ایجاد نتایج سازشی یا سازگاری است که می تواند در هر یک از مراحل رشدی متفاوت باشد. چنین مشاهده هایی بدون در نظر گرفتن اینکه چه برجستگی به کودک زده می شود احتمال تشخیص اولیه مشکلات را بالا می برد و مداخله های درمانی به ویژه در حیطه روانی- اجتماعی می تواند از بروز مشکلات بعدی جلوگیری کند یا دست کم آنها را بهبود بخشد.

### خاستگاه نارسایی توجه / فزون جنبشی در کودکان پیش دبستانی

عنوان این بخش بیشتر به سبب شناسی علایم شبیه به نارسایی توجه/ فزون جنبشی در کودکان پیش دبستانی می پردازد. در این گروه سنی، نارسایی توجه/ فزون جنبشی واقعی وجود دارد و شناخت آن نیز چیزی فراتر از حدس و گمان است. سبب شناسی های متعدد منجر به نشانه شناسی یکسان می شود (شکل ۱) در پیدایش نارسایی توجه/ فزون جنبشی هر دو عامل وراثت و اکتساب دخالت دارند. آسیب مغزی اکتسابی (پس از تولد)، قرار گرفتن در معرض مواد سمی چون الکل پیش از تولد، پیچیدگی های زمان تولد از جمله تولد پیش از موعد و خفگی حین تولد با نارسایی توجه/ فزون جنبشی ارتباط دارند. به نظر می رسد عوامل ارثی در بیشتر موارد این اختلال نقش دارند. در بعضی موارد زمینه ارثی این اختلال می تواند آسیب مغزی را تشدید کند.

کمبل<sup>۲۰</sup> و همکارانش تلاش کردند پژوهش های خود را بر روی کودکان پیش دبستانی ۳ و ۴ ساله که با شکایت والدین از بی توجهی، فزون جنبشی و مشکلات انطباطی فرزندشان شناسایی شده بودند پیگیری کنند. در ۶ سالگی تنها ۵۰ درصد از این گروه با اینکه مشکلات خاص را از والدین آموخته بودند، ملاک های اختلال نارسایی توجه را دارا بودند و یا والدین آنها معتقد بودند که فرزندانشان مشکل دارند. در ۹ سالگی، ۴۸ درصد از این کودکان ملاک های تشخیصی اختلال برون نمود را دارا بودند (نارسایی توجه یا اختلال سلوک یا اختلال نافرمانی ستیزشی) در مقایسه با ۱۶ درصد از کودکان مشابه آنها. چنین بررسی هایی نشانگر این هستند که مشکلات جدی همراه با پر خاشگری و کنترل در طول دوران پیش دبستانی با مشکلات توجه همپوشی دارند، و معمولاً تا زمان ورود به مدرسه و پس از آن پایدار خواهند بود. وقتی محیط خانواده آشفته بوده و کمتر حمایت کننده باشد و همچنین وقتی والدین خودشان کنترل خود و کنترل رفتار را در فرزندشان پرورش ندهند، ممکن است چنین مشکلاتی تشدید شوند. با وجود این، تشخیص این مسأله مهم است که برای نیمی از کودکان پیش دبستانی دارای این مشکلات، علایم گذرا هستند و به تدریج از شدت آنها کاسته می شود. تمایز بین این گروهها و انتخاب افراد با نارسایی توجه/ فزون جنبشی امری چالش برانگیز است.

### به نظر می رسد عوامل ارثی در بیشتر موارد این اختلال نقش دارند.

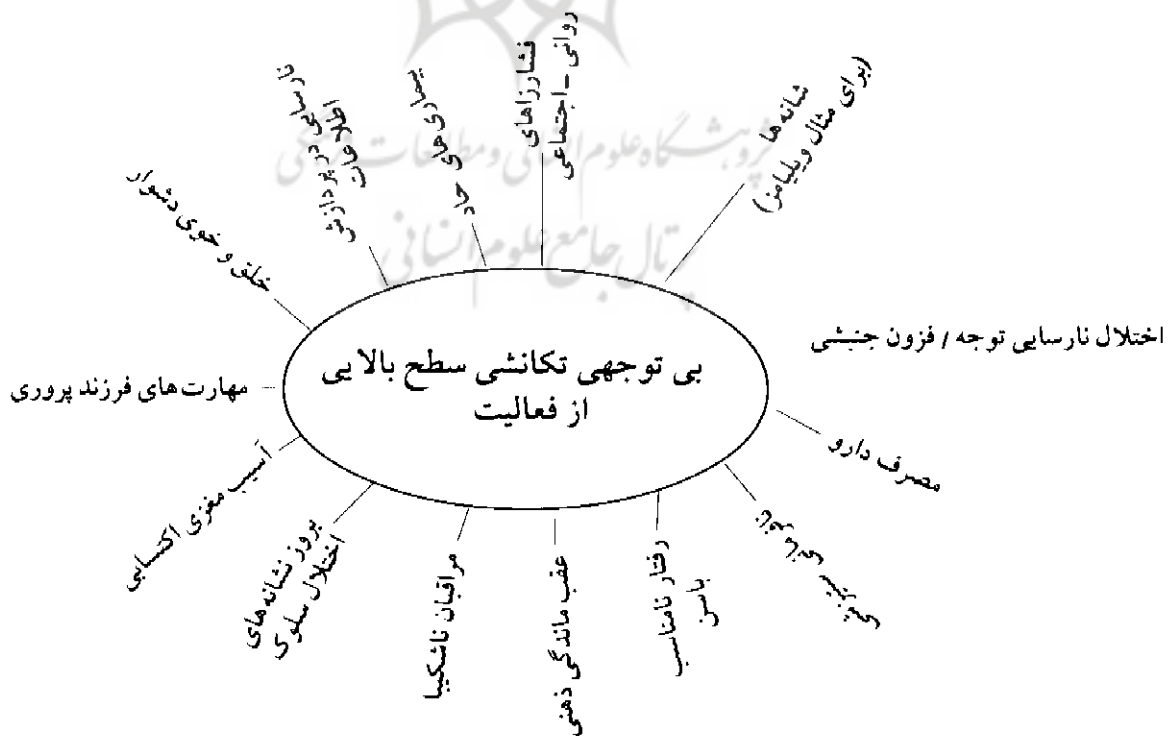
گرچه مدت زیادی نیست که تأثیر عوامل روان شناختی و محیطی مورد تأیید قرار گرفته اما چنین عواملی می توانند منجر به

اطلاعات جمع آوری شده نشان می دهد که کودکان پیش دبستانی احتمالاً بیش فعالی، ناراحتی، پر خاشگری و رفتار تکانشی

رفتارهای نشان دهنده این اختلال باشند. آشفتگی یا ثبات در زندگی کودک فزون جنب می تواند علایم آن را تشدید کرده یا بهبود بخشد. خاطر نشان می شود که بررسی های کمبل<sup>۱۱</sup> بر روی پسرانی انجام شده که توسط معلمان خود جزو کودکانی دسته بندی شده بودند که واکنش افراطی، بی توجهی و رفتارهای تکانشی داشتند. مشکل به کنترل این افراد مربوط می شود. مشکلات وقتی تداوم بیشتری پیدا می کردند که علایم شدید بوده، مادران منفی و کنترل کننده بودند و فشار روانی خانواده شدید بود. در مطالعه های پیگیری پسرانی که ویژگی های اولیه را داشتند ولی محیط خانواده فشار روانی کمتری داشت و مادران صبورتر و کمتر منفی بودند، مشکلات کمتری مشاهده می شد. برای گروهی که

در ابتدا مشکلی نداشتند ولی در خانواده های آشفته زندگی می کردند در ۶ سالگی مشکل به وجود آمد. سرانجام، پسرانی که در خانواده های با محیط عادی زندگی می کردند و مشکلات اولیه کمتری نشان دادند نشانه ی خاصی نشان ندادند. آن دسته از کودکانی که علاوه بر فزون جنبشی، پرخاشگری نیز نشان می دادند، بیشتر مشکل آفرینی می کنند. این چنین کودکانی پدران شان محدود کننده، مادران شان پرخاشگری کلامی و بدنی و خواهران و برادران شان رفتار تلافی جویانه و پرخاشگرانه دارند. رفتار پرخاشگرانه پایدار با عدم کنترل اولیه کودک، افسردگی مادر، احساس عدم حمایت و درآمد کم قابل پیش بینی است.

تصویر ۱. تشخیص افتراقی برای نشانه های شبیه به اختلال نارسایی توجه / فزون جنبشی در کودکان پیش دبستانی







## رویکرد سنجش

از آنجا که تشخیص اختلال نارسایی توجه/فزون جنبشی در کودکان پیش دبستانی بسیار مشکل است از همین رو هدف ارزیابی باید به جای تأکید بر تشخیص به از بین بردن نشانه‌ها تأکید کند. در برخی نمونه‌ها علایم تشخیص، مشخص است و ارزیابی خدمات یا هزینه بیمه یا هر دو ضروری است. با وجود این، بر حسب تشخیص نباید بدین معنا باشد که مشکل در درون کودک است و به رژیم‌های دارویی اجتناب ناپذیر منجر شود. به دلیل اینکه پزشک باید در مورد تجویز دارو یا درمان‌های رفتاری نظر بدهد، باید از دوران رشدی کودک اطمینان کافی وجود داشته باشد تا تشخیص به شکل دقیق صورت گیرد.

ارزیابی باید چند بُعد داشته باشد و باید نظر گرفتن تمام دلایل احتمالی برای فزون جنبشی، تکانشی بودن، پرخاشگری یا سرکشی کودک صورت گیرد (شکل ۱). چنین رویکردی باید اطلاعات جسمانی، هیجانی، شناختی و بوم شناختی مربوط به کودک را با هم تلفیق کند. گرچه ممکن است این اطلاعات گسترده را یک نفر در شرایطی ویژه به دست آورد، ولی ارزشیابی چند بُعدی نیز ضروری است چرا که این ارزشیابی از راه‌الگوهای متنوع ممکن به کار گرفته می‌شود.

معمولاً پزشک، معلم پیش دبستانی و پرستار روزانه کودک اولین کسانی هستند که والدین نگرانی‌هایشان را با آنها در میان می‌گذارند. کمترین کاری که پزشک می‌تواند انجام دهد مصاحبه تشخیصی مختصر و معاینه‌ای از کودک است تا دریابد که آیا مشکلات رفتاری گذرا هستند و فقط به عامل انگیزشی خاصی مربوط می‌شوند یا اینکه این مشکلات اساسی هستند و تغییرهای کلی و جزیی بیشتری در بر دارند. پزشک می‌تواند با متخصصان روان‌شناسی کودک و مربی مشورت کند مگر اینکه نشانه‌های اختلال کاملاً بارز باشند.

پزشک می‌تواند ارزشیابی‌های انجام شده را با هم هماهنگ کند (درگیر کردن مدرسه، جامعه بهداشت روانی و مشاوران خصوصی در این مسأله) و کودک را برای ارزشیابی اولیه به مرکز ارزیابی رشدی ارجاع بدهد، سپس مسوولیت درمان و پیگیری را به عهده بگیرد. برای کودکانی که از بدو تولد مورد توجه قرار گرفته‌اند تغییر علایم، تاریخچه زندگی و زمینه محیطی می‌تواند به حدی روشن باشد که تشخیص این اختلال بدون مشاوره با متخصص کاملاً روشن باشد. برای کودکان نا آشنا در محیط ارزیابی‌های کامل تری لازم خواهد بود.

## تاریخچه سلامتی کودک

بررسی تاریخچه پزشکی به منظور شناسایی عوامل موثر در اختلال نارسایی توجه/فزون جنبشی یا مشکلات رفتاری و همچنین تعیین نقش انواع مشکلات سلامتی می‌تواند آشکار کننده‌ی این نارسایی و عوامل موثر بر این رفتار باشد. عوامل مخاطره آمیز زیستی از جمله بلوغ زودرس و جنین الکلی، کمک بیشتری به تحقیق می‌کنند تا اطلاعات مرتبط به خود کودک. اگر اطلاعات را به تنهایی بررسی کنیم، ممکن است نتایج نامربوط به دست آوریم، با وجود این گذاشتن یافته‌های مثبت در کنار تاریخچه خانوادگی، احتمال درون‌زا بودن مشکل را

### در بررسی‌های کامل عنوان شده که فشارها و مشکلات خانوادگی نقش قابل ملاحظه‌ای در مشکلات رفتاری کودکان و پیامدهای آن داشته‌اند.

افزایش می‌دهد.

در این گروه سنی صرع کوچک می‌تواند یکی از دلایل احتمالی و آشکار کاهش توجه باشد و معمولاً برخی داروهای ضد تشنج و به شکل قابل توجهی فنوباریتال‌ها باعث فزون جنبشی در کودکان باشند. آلرژی‌ها نیز نقش مهمی دارند، نه بدان سبب که عامل نارسایی توجه/فزون جنبشی شناخته شده‌اند، بلکه به دلیل ایجاد گرفتگی بینی می‌توانند باعث بی‌خوابی شوند و داروهای ضد گرفتگی و ضد حساسیت، اختلال رفتاری را کاهش می‌دهند. از سوی دیگر، تأثیر بیماری‌های شدید بر رفتار و درمان آنها باید مورد شناسایی قرار گیرد.

والدین کودکان فزون جنب پیش دبستانی در مقایسه با والدین کودکان عادی (بدون نارسایی) سطح بالاتری از مشکلات جسمی از جمله نارسایی تنفس، کهیر پوستی، گونه‌های قرمز، نفخ معده، گرفتگی و آب ریزش بینی و گرفتگی عضلات پاراگزارش کرده‌اند. مشکلات خواب در این نارسایی‌ها گزارش شده است. با وجود این، کاپلان<sup>۲۰</sup> و همکارانش در ساعات کلی خواب و مشکل در به خواب رفتن بین کودکان پیش دبستانی با این نارسایی و عادی تفاوتی مشاهده نکردند. گرچه در کودکان با نارسایی بیدار شدن از خواب شبانه بیشتر گزارش شده اما این بیدار شدن‌ها خواب والدین را مختل می‌کند و ممکن است فکر کنند فرزندانشان بد خواب هستند.

سامانه‌ی اطلاعات برای محیط‌های مراقبت بهداشتی به

گونه‌ای طرح‌ریزی شده‌اند که برای جمع‌آوری اطلاعات مربوط به سلامت کودکان، اطلاعات رشدی و رفتاری را به شیوه‌ای نظام‌دار از والدین و کارکنان پیش‌دبستانی می‌پرسند و پرسشنامه‌ای را تکمیل می‌کنند. نسخه مخصوصی از این پرسشنامه برای کودکان پیش‌دبستانی در دسترس است.

### ارزشیابی روانی-اجتماعی

اکثر پزشکان مراقبت‌های اولیه این مزیت را به دیگران دارند که محیط خانوادگی و رشدی کودک را می‌شناسند. با وجود این، وقتی چنین اطلاعاتی در دسترس نباشد مصاحبه دقیق برای پی بردن به موضوع‌هایی چون فشار روانی خانواده، روابط زناشویی، پرخاشگری، خانه‌داری و شرایط مالی الزامی است. روان‌شناس یا مددکار اجتماعی می‌تواند اطلاعات بیشتری را کسب کرده و تحلیل‌های باارزشی از موضوع به دست بیاورد. در بررسی‌های کمبل عنوان شده که فشارها و مشکلات خانوادگی نقش قابل ملاحظه‌ای در مشکلات رفتاری کودکان و پیامدهای آن داشته‌اند. ناتوانی در این مسایل می‌تواند منجر به اشتباه در تشخیص اختلال نارسایی توجه/فزون جنبشی شود.

### سنجش رفتاری

جدول شماره ۱ معرف شاخص‌هایی براساس کتاب راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی (۱۹۹۴) است که برای شناخت رفتارهای آزارشی به کار می‌رود. تعدادی از سیاهه‌های رفتاری برای بررسی شناخت والدین و معلمان از رفتار کودک به شکل نظام‌دار تهیه شده که این فهرست‌ها اعلام تشخیص نارسایی توجه/فزون جنبشی را نیز در بر می‌گیرد. موارد مربوط به ناهنجاری‌های شدید یا رفتارهای روان‌پریش باید قبلاً توسط روان‌شناس یا روان‌پزشک تشخیص داده شود. اغلب آسیب‌شناسان گفتاری مهارت خاصی در تشخیص کودکان مشکوک به اختلال شدید در خودماندگی ناشی از تأخیر در رشد

**والدین باید به چگونگی خلق و خوی کودک و نشان دادن واکنش‌های مناسب به رفتاری مشکل‌آفرین آگاه شده و روش‌های بهتری برای ایجاد هماهنگی میان کودک و خانواده به وجود بیاورند.**

زبانی، مهارت‌های اجتماعی ضعیف و رفتارهای ناسازگار دارند. ارزیابی شناختی و تحصیلی

کودکانی که تأخیر شناختی، نارسایی عصبی رشدی به همراه مشکلات یادگیری دارند، ممکن است به عنوان کودکانی که به ندرت فعال‌یابی توجه هستند، شناخته شوند. به ویژه اگر از سطح رشدی آنها انتظار نادرست وجود داشته باشد یا اینکه بین توانایی‌های کودک و خواست‌های محیطی، ناهمگونی وجود داشته باشد. ارزیابی شناختی رسمی در مدرسه برای تعیین استعداد یادگیری از جمله ارزشیابی تحصیلی برای پیشرفت و مهمتر از همه شیوه یادگیری، می‌تواند هم از لحاظ شناختی و هم تجویز بسیار مهم باشد.

نمی‌توان ناتوانایی‌های یادگیری را قبل از ورود به مدرسه به شکل قطعی شناسایی کرد. اما می‌توان به شرح نارسایی‌های مربوط به مهارت‌های رشدی پرداخت و اقدام‌های لازم درمانی را آغاز کرد. گاهی برخی پزشکان می‌خواهند این مهارت‌ها را به طور مستقیم بسنجند. از ابزارهای این کار، یکی روش سنجش پزشک متخصص کودکان است (که شامل PEET برای کودکان ۳ ساله و PEER برای کودکان ۴ تا ۶ ساله است) و دیگری پرسشنامه غربالگری دوران کودکی است. از آنجا که ممکن است نگرانی نسبت به توجه و رفتار در اثر سوء تعبیر درباره مشکلات رشد عصبی صورت گیرد، چنین ارزشیابی‌هایی به عنوان بررسی مقدماتی برای تصمیم‌گیری در مورد نیاز به بررسی بیشتر، می‌تواند مفید باشد.

**در آموزش والدین تاکید اصلی بر شناخت پیش‌آیندهای رفتاری نامطلوب، تغییر محیط به منظور تغییر پیش‌آیندها و ایجاد انگیزه مثبت قبل از متوسل شدن به تنبیه است.**







جدول ۱: ملاک‌هایی که رفتارهای آزارشی و مشکل‌آفرین را از رفتارهایی که به شکل بالینی معنادار هستند متمایز می‌کند.

- وجود الگو یا مجموعه‌ای از نشانه‌ها (فزون جنبشی، تکانشی بودن و/یا بی‌توجهی بیشتر از آنچه برای سطح رشدی کودک انتظار می‌رود.
- الگوهای نشانه‌ای که فراتر از سازگاری ناپایدار، فشار روانی و یا تغییر هستند.
- مجموعه‌ای از نشانه‌ها که در محیط‌های مختلف و با افرادی غیر از والدین مشاهده می‌شود.
- نشانه‌هایی که نسبتاً شدید هستند.
- نشانه‌های منعکس‌کننده نارسایی در کارکرد اجتماعی و تحصیلی یا مشارکت در زندگی خانوادگی.

### معاینه جسمانی

### کنترل

مشاوره، کنترل رفتار و دارو درمانی از عناصر اصلی درمان هستند. خواه رفتارهای مشکل‌آفرین معرف نارسایی توجه/فزون جنبشی حقیقی باشند و خواه نباشند. مشاوره برای فشار روانی خانواده و کنترل رفتار امر مفیدی خواهد بود. با وجود این در اختلال نارسایی توجه/فزون جنبشی دقیق یا تشخیص‌های رفتاری دیگر، قبل از آغاز مداخله‌های دارویی، بررسی روانی ضروری به نظر می‌رسد.

معاینه کلی، از جمله سنجش شنوایی و بینایی می‌تواند برای رد تشخیص‌های مربوط به اختلال‌های رفتاری سودمند باشد. به‌طور معمول در بیشتر موارد معاینه‌های بدنی پزشکان یافته‌های شگفت‌انگیزی را آشکار می‌کند، به ویژه شرایط مربوط به نشانه‌های مشابه اختلال نارسایی توجه/فزون جنبشی مانند نشانگان ویلیامز و نشانگان کروموزوم ایکس-۱ شکسته. همچنین ممکن است این معاینه‌ها مشکلات سلامتی چون التهاب گوش میانی را که قبلاً به آن توجه نشده را نشان بدهد. آزمون شنوایی و بینایی سنجی نیز باید همراه با این معاینه‌ها صورت گیرد.

گرچه رفتار می‌تواند برای کودک وحشت زده‌ای که منتظر آمپول است مهارکننده باشد، اما مشاهده‌های مستقیم از توجه، سطح فعالیت و تعامل‌های اجتماعی نیز می‌تواند سودمند باشد. از سوی دیگر، کودکی که به شکل جنون آمیزی از اسباب و اثاثیه بالا می‌رود، چراغ‌ها و شیر آب را باز و بسته می‌کند و دکمه زنگ احضار پرستار را پس از درخواست‌های مکرر دوباره فشار می‌دهد، به احتمال زیاد این اختلال را دارد. مسوول پذیرش معمولاً می‌تواند قضاوت خوبی در مورد متناسب بودن رفتار کودکان از زمین بازی یا اتاق انتظار داشته باشد.

**آشفته‌گی خانواده و اختلال نارسایی توجه/فزون جنبشی باعث تشدید یکدیگر می‌شوند.**

## مداخله های خانوادگی

آشفته‌گی خانواده و اختلال نارسایی توجه/فزون جنبشی باعث تشدید یکدیگر می‌شوند. برای شکستن این چرخه معیوب، با توجه به مشکلات خانوادگی از جمله افسردگی والدین، تنش و خشونت و اختلاف‌های زناشویی می‌توانند نقطه آغازی برای این کار باشد. اغلب والدین وقتی برای مشکل فرزندشان به مرکز مراجعه می‌کنند، با شنیدن اینکه خودشان هم باید در جلسه‌های مشاوره شرکت کنند شگفت زده می‌شوند. اگر خانواده نابسامان باشد، مشکلات کودک به شکل اثربخشی بر طرف نمی‌شود. گاهی والدین به جلسه‌های فردی و گروهی روان درمانی احتیاج دارند. به ندرت درمان انفرادی برای کودکان پیش دبستانی به منظور شناسایی فزون جنبشی یا بی توجهی صورت می‌گیرد، مگر اینکه آسیب شناسی روانی همبود ویژه‌ای وجود داشته باشد.

معمولاً خانواده‌ها را به روان درمانگر یا مشاور مرکز بهداشت روانی خصوصی یا دولتی ارجاع می‌دهند. گرچه این متخصصان بالاترین آموزش‌ها را برای کمک به مشکلات خانوادگی دیده‌اند، اما ممکن است راه حل‌های محدود، و مقاومت‌های والدین برای این نوع ارجاع‌ها مشکل‌آفرین باشند. کولمن و هوارد<sup>۳۳</sup>، نقش مراقبت‌های اولیه در مشاوره خانواده را مورد تأکید قرار دادند، گرچه این مراقبت‌ها برای کارآمدی نقش‌ها مستلزم آموزش ضمنی، تعهد و وقت بیشتری است.

معمولاً والدین به دلیل اینکه کسی را برای مراقبت از کودک پیش دبستانی‌شان پیدا نمی‌کنند و اینکه به کسی اعتماد نمی‌کنند، کاملاً منزوی می‌شوند. بیشتر والدین می‌گویند به ندرت شبی را خارج از منزل یا آخر هفته‌ای را بیرون می‌گذرانند، البته اگر این مسأله همیشگی نباشد، حتی در خانواده‌های پرجمعیت نیز کسی مسوولیت این کار را نمی‌پذیرد. گروه‌های حمایت از والدین (کودکان و بزرگسالان با اختلال نارسایی توجه/فزون جنبشی) می‌توانند مرجعی برای ارتباط اجتماعی همدلانه و مراقبان حمایت‌کننده یاری رسان باشند. این سازمان پایگاه اطلاع‌رسانی اینترنتی بسیار مفیدی دارد URL: <http://chadd.org>

## آموزش والدین و معلم

اثربخشی آموزش والدین در کنترل رفتارهای ناسازگار و نابهنجار فرزندان‌شان به وضوح مشاهده می‌شود. گرچه ممکن است بعضی از والدین بتوانند فزونی را از دقت نظری خود بیاموزند، ولی اساساً به راهنمایی و حمایت متخصصان نیاز دارند. به ویژه اگر تحصیلات و توانایی‌های شناختی آنها محدود باشد. بارکلی<sup>۳۴</sup> راهنمای گام به گام مفیدی را برای آموزش والدین با نام "کودکان

نافرمان: راهنمای بالینی ارزشیابی و آموزش والدین" تهیه کرده است. ممکن است والدین تحصیل کرده کتاب‌های مفیدی بیابند، کتاب‌هایی چون "فرزند بیش فعال شما: راهنمایی برای مشکلات رفتاری کودکان" و "قبول مسوولیت نارسایی توجه/فزون جنبشی: راهنمایی مطمئن و کامل برای والدین".

در آموزش والدین تأکید اصلی بر شناخت پیش‌آیندهای رفتاری نامطلوب، تغییر محیط به منظور تغییر پیش‌آیندها و ایجاد انگیزه مثبت قبل از توسل شدن به تنبیه است. از آنجا که لازم است والدین فقط در مورد رفتارهای منفی راهنمایی شوند، از این رو بارکلی بر کیفیت توجه در رفتارهای مثبت و همچنین تجربه‌ی جلسه‌بازی بی‌رهنمود تأکید می‌کند. جلسه‌های آموزش ضمنی در برگیرنده روش‌هایی برای بالا بردن پذیرش روش‌های پاداشی، استفاده از محروم‌سازی و دیگر شیوه‌های انضباطی، پیش‌بینی موقعیت‌های دشوار و برنامه‌ی پایداری رفتار مطلوب است. در اینجا هدف، درمان نیست بلکه هدف آموزش والدین و ایجاد محیطی است که توانایی کودک را برای درست رفتار کردن به حد اکثر برساند. والدین باید به چگونگی خلق و خوی کودک و نشان دادن واکنش‌های مناسب به رفتاری مشکل‌آفرین آگاه شده و روش‌های بهتری برای ایجاد هماهنگی میان کودک و خانواده به وجود بیاورند.

## مدرسه و محیط‌های گروهی

معمولاً بدرفتاری در کودکان یا محیط‌های مراقبت از کودک نقش تسریع‌کننده دارند. اخراج از این محیط‌ها امری غیرعادی نیست. فنون کنترل رفتاری که به والدین آموزش داده می‌شود در محیط‌های دیگر نیز کاربرد دارند. ارتباط بین والدین و مراقبان کودک کلیدی برای روش‌های مداوم کنترل رفتار است. برخی از کودکان با اختلال نارسایی توجه/فزون جنبشی شرایط دریافت خدمات آموزشی ویژه پیش دبستانی را دارند. به شرط اینکه مشکلات به حد کافی شدید باشند یا مشکلات رشدی دیگری نیز داشته باشند. ممکن است ارجاع کودک توسط سامانه مدارس عادی، تسهیل‌کننده‌نگاهی جامع به کودک باشد و ریشه‌هایی را که قبلاً به آنها توجه نشده آشکار کند. خدمات حمایت آموزشی که معمولاً اختلال نارسایی توجه/فزون جنبشی را نیز زیر پوشش قرار می‌دهد، برای کودکان ۳ ساله به بالا قابل استفاده است.

ممکن است مراجعه به مقاله بلکمن و همکارانش برای دریافت راهنمایی در مورد کنترل کودکان خردسال با نارسایی توجه/فزون جنبشی در محیط‌های گروهی، برای معلمان پیش دبستانی مفید باشد. همچنین اطلاعات مفیدی در این پایگاه





## درمان دارویی

بدون شک دشوارترین موضوع در کنترل نارسایی توجه/فزون جنبشی در کودکان پیش دبستانی، پیچیدگی در بی خطری و مناسب بودن داروهای محرک و روان گردان در برابر فواید احتمالی آنهاست. معمولاً پس از تشخیص این نارسایی داروهای محرک، بخشی از برنامه مداخله‌ی درمانی هستند. والدین و معلمان انتظار تجویز دارو را دارند و اغلب در خواست دارو می‌کنند. در کودکان بزرگتر با این نارسایی برای تجویز دارو کمی تردید وجود دارد. با وجود این حتی در مواردی که تشخیص نارسایی قطعی است، بسیاری از پزشکان از تجویز دارو برای کودکان خردسال خودداری می‌کنند. با این حال، همان گونه که در پایین بحث شده پزشکان چنین باوری ندارند.

راپلی<sup>۲۲</sup> و همکارانش در میشیگان بررسی‌هایی بر روی استفاده از داروهای روان گردان توسط کودکان انجام دادند. از کودکان ۳ ساله یا کمتر در سال ۱۹۹۶ که به مدت یک ماه دارو مصرف می‌کردند، برای ۲۳۳ نفر از آنها تشخیص نارسایی توجه/فزون جنبشی داده شد. ۱۰ نفر یک ساله یا کمتر بودند و ۵۰ نفر دو سال داشتند. داروهای روان گردان برای ۵۷ درصد آنها تجویز شده بود، برای ۲۶ درصد اجازه‌ارایه خدمات روان شناختی داده شده بود و ۱۷ درصد هر دو حالت را دریافت کردند. کم سن ترین کودکی که دارو دریافت کرده بود ۲ سال داشت. داروهای روان گردان تجویز شده ۲۲ نوع بودند. از ۶۰ نمونه، ۲ یا ۳ نوع دارو به طور همزمان استفاده می‌شد. در طول ۱۵ ماه، ۵۸ کودک با ۲ تا ۶ نوع دارو تحت درمان بودند. کلونیدین<sup>۲۳</sup> و متیل فنیدیت<sup>۲۴</sup> (رتالین) به تنهایی و باهم بیشترین مصرف را داشتند. احتمالاً در بسیاری از ایالت‌های دیگر نیز شرایط مشابهی وجود دارد.

پژوهشگران در بیمارستان عمومی ماساچوست به بررسی درمان دارویی نارسایی توجه/فزون جنبشی در سرتاسر چرخه زندگی پرداختند. از بررسی‌هایی که بر ۱۴۴ کودک پیش دبستانی انجام شد فقط ۵ نمونه کنترل شده به وسیله متیل فنیدیت (رتالین) گزارش شد. این بررسی‌ها پاسخ‌های متفاوتی را گزارش کردند، مثلاً گزارش شده ارتباط بین کودک و مادر بهبود پیدا کرده است. چهار نمونه از پنج پژوهش پاسخ‌های متعادل تا خشن داشته‌اند و یک نمونه پاسخ‌ترکیبی از هر دو داشته است. دو نمونه از چهار نمونه نسبت به داروهای ضد افسردگی تری-سایکلیک<sup>۲۵</sup> واکنش نشان دادند و در هر دو نفر واکنش متعادل گزارش شده است. تأثیر قابل ملاحظه‌ای از داروهای ضد افسردگی بدون تری سایکلیک

بر کودکان پیش دبستانی با نارسایی توجه/فزون جنبشی یافت نشد. مطالعه بر روی داروهای آرام بخش به حدی قدیمی و ناقص است که نمی‌توان نتیجه مفیدی از آنها استخراج کرد.

نتایج بررسی‌های انجام شده بر تأثیر و عوارض جانبی متیل فنیدیت در کودکان پیش دبستانی هم گیج کننده و هم تا حدی نامشخص است. کوهن<sup>۲۶</sup> و همکارانش نتیجه گرفتند که به ظاهر داروهای روان محرک<sup>۲۷</sup> فواید خاص کمتری در درمان کودکان فزون جنب پیش دبستانی در مقایسه با همتایان سنی آنها در مدرسه دارد. در مقابل، مایز<sup>۲۸</sup> و همکارانش دریافتند که کودکان پیش دبستانی با نارسایی توجه/فزون جنبشی در واقع پاسخ بهتری به متیل فنیدیت می‌دهند. همتایان سنی آنها در مدرسه، افزون بر این آنها دریافتند عوارض جانبی بیشتری در عملکرد کودکان کم سن تر وجود ندارد. نتایج پژوهش فایرستون<sup>۲۹</sup> و همکارانش نشان می‌دهد متیل فنیدیت مسمومیت کمتری در کودکان پیش دبستانی ایجاد می‌کند. اما میزان عوارض جانبی کوتاه مدت آن، به شکل خفیف تر در این گروه سنی بیشتر است. بعضی از عوارض جانبی با بهبود رفتار ارتباط دارد. در بررسی‌های شیلفر<sup>۳۰</sup> و همکارانش بر نمونه‌ای که سن بیشتری داشتند، مشاهده شد که بیشتر مادران کودکان پیش دبستانی به دلیل عوارض جانبی مخرب، ترجیح می‌دهند دارو درمانی قطع شود.

ماتسن<sup>۳۱</sup> و همکارانش در نتایج آزمون‌های شناختی که بر روی کودکان با اختلال نارسایی توجه/فزون جنبشی ۴ تا ۶ ساله انجام شده بود، بهبود در توجه و تکانش‌ها را مشاهده کردند و همچنین کودکانی که دوبار در روز متیل فنیدیت ۰/۳ یا ۰/۵ mg/kg مصرف می‌کردند، مقیاس درجه بندی توسط والدینشان گویای بهبود رفتار آنها بود. افزایش مقدار دارو عوارض جانبی را افزایش می‌دهد. در این گروه سنی، تغییری در تمایل کودک به اطاعت از والدین ایجاد نشد (معمولاً علت اصلی اولین مرتبه از جاع کودک برای ارزشیابی همین بوده) با وجود این، بار کلی، در پژوهش‌های

**بدون شک دشوارترین موضوع در کنترل نارسایی توجه/فزون جنبشی در کودکان پیش دبستانی، پیچیدگی در بی خطری و مناسب بودن داروهای محرک و روان گردان در برابر فواید احتمالی آنهاست**

قدیمی دریافت بود که کودکان پیش دبستانی با میزان داروی mg/kg ۰/۵ به طور معناداری از دستورهای والدین بیشتر پیروی می کنند. در سال های اخیر برای درمان مشکلات رفتاری از جمله اختلال نارسایی توجه / فزون جنشی دوباره فواید کلونیداین مورد توجه قرار گرفت. معمولاً وقتی تجویز داروهای محرک ثانوی ضروری باشد یا در موارد تحریک بیش از حد یا نشانه های نوع انفجاری، استفاده از کلونیداین مورد توجه قرار می گیرد. بررسی های اندکی که بر روی کودکان ۳ ساله انجام شده، پاسخ های مثبت مداوم (نسبت پاسخ های شناختی به پاسخ های رفتاری کمتر بوده) با مقدار داروی ۰/۲۵ تا ۰/۱۶ mg را گزارش کرده اند. مشکل اصلی کلونیداین تسکین دهندگی و احتمالاً بالا بردن فشارخون (اگر به سرعت قطع نشود فشارخون ایجاد می شود) و اندازه کوچک قرص آن است. در مطالعه بر روی نوعی داروی مشابه، گوانفاسین (تنکس)<sup>۳۲</sup> نیز پاسخ های مثبت در کودکان ۴ سال به بالا نشان داده است. اطلاعات موجود نشان می دهد که داروهای محرک به ویژه متیل فنیدیت و کلونیداین مفید هستند و اگر بجا تجویز شوند در کودکان ۳ ساله بی خطر هستند (شکل ۲). با وجود این، اطلاعات

کمی برای نتیجه گیری در مورد بی خطر بودن داروهای کودکان کمتر از ۳ سال یا تأثیر داروهای دیگر از جمله باسپیرون<sup>۳۳</sup> و رسیپریدون<sup>۳۴</sup> یا جذب سرتونین انتخابی بازدارنده در کودکان پیش دبستانی با این نارسایی، وجود دارد. ممکن است وقتی شرایط همبود برای این داروها وجود داشته باشد، جایی برای این مشکل از دارو درمانی وجود داشته باشد. با وجود این، تا وقتی که پزشکان مراقبت های اولیه تجربه و تبحر لازم را برای این داروهای جدید به دست نیآورده اند، عاقلانه ترین روش برای کنترل داروهای پیچیده ارجاع کودک به روان پزشک، متخصص اعصاب و متخصص کودکان است.

تأثیرهای دوسوکور<sup>۳۵</sup> و کنترل شده با دارونما<sup>۳۶</sup> از داروهای محرک می تواند برای کودکان پیش دبستانی در تعیین و نشان دادن خطر در مقابل فواید سودمند باشد. اگر چه این رویکرد تا حدی برای نظم دادن به رفتار بسیار کند و وقت گیر است، ولی در شناخت پاسخ های واقعی کودکان بزرگتر نسبت به دارو (دست کم برای کودکان بزرگتر) تأثیر داشته و ممکن است برای تجویز و شاید مهمتر از آن تجویز نکردن دارو مفید باشد.

جدول ۲. داروهای محرک و کلونیداین برای کودکان پیش دبستانی با اختلال نارسایی توجه / فزون جنشی

نوع دارو	مقدار دارو برای شروع	بالا بردن مقدار دارو	شروع کار	مدت تأثیر
متیل فنیدیت	۲/۵ میلی گرم قبل از ظهر	در صورت لزوم ۲/۵ میلی گرم در ۳-۵ روز و سپس ۲-۳ مرتبه در روز	۳۰-۱۵ دقیقه	۲-۴ ساعت
دکسترو آمفتامین	۲/۵ میلی گرم قبل از ظهر	در صورت لزوم ۲/۵ میلی گرم در ۳-۵ روز و سپس ۲-۳ مرتبه در روز	۳۰-۱۵ دقیقه	۳-۶ ساعت
کلونیداین	۰/۰۵-۰/۰۲۵ میلی گرم قبل از ظهر	دو بار در روز در طی ۵-۷ روز سه بار در روز در طی ۵-۷ روز سپس به تدریج ۰/۰۵-۰/۰۲۵ میلی گرم تا حداقل ۰/۱ میلی گرم	۲-۱ هفته	N/A





ارزیابی و هم مداخله‌ها باید بر تعامل‌های بین کودک و خانواده تأکید داشته باشند تا مشخص شود این عوامل چگونه به عنوان تسهیل کننده یا بازدارنده عمل می‌کنند تا بتوان در آنها تغییر ایجاد کرد.

به منظور تعیین راهبرد های کنترل رفتار و نیز پویایی های خانواده، آسیب شناسی والدین و فشار روانی زندگی، همکاری و مشارکت روان در مانگر یا مشاور کودک ضروری است. گرچه عقل سلیم حکم می‌کند که با احتیاط به کودکان خردسال دارو داده شود، اما مداخله های دارویی در برخی موارد مفید هستند. اطلاعات ارایه شده در مورد بی خطر بودن بعضی از عوامل شیمیایی به ویژه در مورد کودکان کمتر از ۳ سال محدود است. در ظاهر داروهای محرک برای کودکان بیش دبستانی بزرگتری خطر به نظر می‌رسند. کودکانی که شروع به مصرف دارو می‌کنند باید برای تأثیر مثبت و منفی دارو مورد مراقبت شدید قرار گیرند. تأثیر دو سو کور و دارو نمای کنترل شده شرایط مبهمی را در دارو درمانی ایجاد می‌کند.

تشخیص اختلال نارسایی توجه/فزون جنبشی در کودکان بیش دبستانی امر دشواری است. میزان بالای فعالیت، تکانشی بودن، دامنه توجه کم- تا اندازه ای- از ویژگی های سنی کودکان بیش دبستانی عادی به شمار می آید. با وجود این، میزان شدید این ویژگی ها مانعی برای تعامل های اجتماعی و موفقیت آمیز، یادگیری بهینه و تعامل مثبت کودک والدین است. فشار زاهای محیطی، مهارت های فرزند پروری ناکافی و شاخص هایی چون نافرمانی ستیزشی، فشار روانی پس از ضربه یا اختلال های سازگاری می توانند شاخص های این نارسایی باشند. اگرچه ممکن است برای خدمات ویژه بر حسب زدن لازم باشد، اما باید تأکید بیشتر بر حل نشانه صورت گیرد و تشخیص به شکل قطعی انجام نشود. تا زمانی که موضوع های پیچیده و سردرگم کننده روشن نشوند، باید به تشخیص های افتراقی این نارسایی توجه لازم را داشت. ارزیابی مشکلات شدید رفتاری در کودکان خردسال باید در بر گیرنده تمام جنبه های محیطی، سلامتی، شناختی، تحصیلی، و تعامل های رفتاری باشد. هم

زیر نویس ها:

1. Attention Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD)
2. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 1994, DSM
3. oppositional defiant disorder
4. Reeves
5. disruptive behavior disorder
7. Individuals with Disabilities Education Act (IDEA)
8. time out
9. Blackman J.A, Levine M.D: A follow up study of preschool children evaluated for developmental & behavioral problems. Clin Pediatr 26:248, 1987
10. Lerner
11. Palfrey
12. externalizing
13. Egeland
14. Beitchman
15. Dunedin Multidisciplinary Health and Development study
17. Campbell 1990
18. phenobarbital
19. Kaplan
20. autism
21. Williams
23. Coleman & Howard
24. Barkley
25. Rappley
26. Clonidine
27. methylphenidate
28. ricyclic antidepressant
29. Cohen 1981
30. psychostimulant
31. Mayse
32. Firestone 1998
33. Schleifer
34. Musten
35. Guanfacine (Tenex)
36. Buspirione
37. Risperidone
38. double-blinded
39. placebo-controlled

منبع:

Blackman, J. A. (1999). Attention-deficit/hyperactivity disorder in preschoolers: Does It Exist and Should We Treat It? *Pediatric Clinics of North America*, 46, 1011-1025