

اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی

ترجمه: معصومه محمدزاده / آسیب‌شناس گفتار و زبان / مرکز آموزشی استثنایی کوثر مشهد

چکیده

از آن‌جا که اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی در میان کودکان به صورت مشکل عمده‌ای بروز کرده است، لذا در این مقاله به بررسی این اختلال، تعریف، علایم، علل و روش‌های درمانی آن پرداخته شده است.

اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی وضعیتی است که در بعضی کودکان پیش‌دبستانی و یا در سال‌های اولیه مدرسه ظاهر می‌شود. برای این کودکان کنترل رفتارشان و یا توجه داشتن سخت است. این‌طور برآورد شده است که بین ۳ تا ۵ درصد از کودکان و یا تقریباً دو میلیون کودک در آمریکا، به این اختلال دچار باشند. این بدان معنی است که در یک کلاس ۲۵ تا ۳۰ نفر حداقل یک کودک با اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی وجود دارد.

اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی در ابتدا توسط دکتر هنریش هافمن در سال ۱۸۴۵ تعریف شد. او پزشکی بود که کتاب‌هایی درباره پزشکی و روان‌پزشکی نوشته بود، دکتر هافمن شاعری بود که وقتی مطلب خواندنی مناسبی برای پسر سه ساله اش پیدا

نکرد به نوشتن برای کودکان علاقمند شد. وی کتاب شعری همراه با تصاویری در باره کودکان و ویژگی‌های آنها نوشته است. «داستان فیلیپ ناآرام» توصیف دقیقی از یک پسر کوچک بود که اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی داشت.

تا سال ۱۹۰۲ میلادی این تنها مطلب معتبر در این باره بود تا اینکه آقای جرج اف استیل کنفرانس‌های دوره‌ای برای پزشکان دانشکده رویال در انگلستان برگزار کرد و در آن کنفرانس‌ها به توصیف گروهی از کودکان پر تحرک و مشکلات رفتاری مهم آنها که بر اثر عملکرد ژنتیکی و نه فقر تربیتی ایجاد شده است، پرداخت. کودکانی که امروزه به آسانی به عنوان اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی شناخته شده‌اند. از آن زمان تا کنون چندین هزار مقاله علمی در باره این اختلال منتشر شده است که حاوی اطلاعاتی درباره ماهیت، روند پیشرفت، علل، آسیب‌ها و درمان اختلال می‌باشند.

کودک دارای اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی با مشکل مواجه می‌شود ولی قادر به برطرف کردن آن نیست. کودک به منظور

نشود. در شرایط مختلف، ممکن است علایم متفاوتی ظاهر شوند که بستگی بر شرایط مورد نیاز کودک جهت خودکنترلی اش دارد. کودکی که « نمی تواند آرام بنشیند» و یا به تعبیر دیگر مخرب است، در محیط مدرسه برجسته و مشخص خواهد بود. هر چند که این خیال پرداز بی توجه ممکن است خودش متوجه نباشد.

سه نوع از اختلال نارسایی توجه / بیش فعالی، توسط متخصصان شناخته شده است:

۱. نوع بیش فعالی - تکانشگری
۲. نوع بی توجهی
۳. نوع مختلط

در مورد کودک پرتحرکی که بدون فکر کردن، کارهایش را انجام می دهد ممکن است این طور استنباط شود که فقط مشکل نظم و ترتیب دارد و هنگامی که کودک منفعل و تنبل است نیز ممکن است این طور به نظر برسد که وی صرفاً بی انگیزه و بی تحرک است، ولی در عین حال هر دو مورد فوق، ممکن است انواع مختلفی از اختلال نارسایی توجه / بیش فعالی باشند. همه کودکان گاهی اوقات بی قرار هستند، گاهی اوقات بدون فکر کارهایشان را انجام می دهند و گاهی اوقات خیال پردازند. وقتی بیش فعالی کودک، گنجی، عدم تمرکز یا تکانشگری کودک شروع می شود، بر اعمال وی در مدرسه، روابط اجتماعی با کودکان دیگر یا رفتار وی در خانه تأثیر می گذارد و در این زمان ممکن است کودک مشکوک به اختلال نارسایی

استفاده از تمام توانش باید توسط خانواده، مشاوران راهنما و سازمان های آموزش عمومی، کمک و راهنمایی شده و توسط آنها درک و حمایت شود. این مقاله اطلاعاتی درباره اختلال نارسایی توجه / بیش فعالی و مدیریت آن، شامل تحقیق روی دارو درمان و مداخله های رفتاری و همچنین وسایل انتخابات آموزش مفید، به ما می دهد.

چون در اغلب موارد اختلال نارسایی توجه / بیش فعالی تا بزرگسالی ادامه پیدا می کند، در بخشی از این مقاله به تشخیص و درمان اختلال نارسایی توجه / بیش فعالی در بزرگسالی پرداخته شده است.

علایم

مشخصات ویژه اختلال نارسایی توجه / بیش فعالی نارسایی توجه، بیش فعالی و پرتحرکی می باشد. این علایم در سال های اولیه زندگی کودک ظاهر می شوند. چون بعضی از کودکان عادی نیز ممکن است این علایم را در سطح پایین تری داشته باشند و یا اینکه علایم توسط اختلال های دیگر ایجاد شوند، به همین علت مهم است که روی کودک توسط یک متخصص ماهر، آزمایش های دقیق انجام شده و تشخیص مناسب صورت بگیرد.

علایم اختلال نارسایی توجه / بیش فعالی در طول یک دوره چندماهه ظاهر خواهند شد و اغلب با علایم پرتحرکی و بیش فعالی زود هنگام همراه می باشد. البته نارسایی توجه ممکن است گاهی برای یک سال یا بیشتر

در هنگام صرف غذا یا در طی ساعات درس مدرسه یا هنگام شنیدن داستان، ممکن است برای آنها مشکل باشد. آنها در جایشان تکان می‌خورند و بی‌قرارند و یا در اطراف اتاق گردش می‌کنند، یا اینکه آنها ممکن است پاهایشان را تکان دهند، هر چیزی را لمس کنند یا با زدن مدادشان بر روی میز سر و صدا راه بیندازند. نوجوانان بیش فعال یا بزرگسالان ممکن است، احساس بی‌قراری درونی داشته باشند. آنها اغلب بیان می‌کنند که نیاز دارند، مشغول باشند و به همین علت ممکن است سعی کنند، چندین کار را با هم و به طور همزمان انجام دهند. کودکان تکانشگر در ممانعت از انجام عکس‌العمل‌های فوری یا فکر کردن قبل از آن کاری را انجام دهند. ناتوان می‌باشند. آنها اغلب نسنجیده صحبت کرده و نظر می‌دهند. همچنین احساساتشان را بدون قید و شرط نشان داده و اعمالشان را بدون توجه به نتایج بعدی رفتارشان انجام می‌دهند.

تکانشگری آنان ممکن است مشکلاتی را برایشان در رابطه با انتظار برای آن چه که می‌خواهند و یا انتظار برای شروع کردن بازی‌ها ایجاد کند. آنها ممکن است اسباب بازی‌ها را از کودک دیگر چنگ زده و یا در هنگام عصبانیت او را بزنند. نوجوانان و بزرگسالان نیز ممکن است در رابطه با چیزهایی که می‌خواهند زود به آنها برسند، تکانشگری نشان داده ولی در رابطه با کارهایی که نیاز به تلاش بیشتری دارد ولی نتایج فوری ندارند، بی‌توجه باشند.

توجه / بیش‌فعالی تشخیص داده شود. از آنجا که علائم در طی یک وضعیت دوره‌ای، متفاوت هستند تشخیص اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی آسان نیست. این مطلب بخصوص زمانی صدق می‌کند که بی‌توجهی، علامت اولیه اختلال باشد.

طبق جدیدترین ویرایش راهنمای آماری و تشخیصی اختلال‌های روانی - سه الگوی رفتاری نشان دهنده اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی می‌باشند. افراد دارای اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی ممکن است علائمی از بی‌توجهی همیشگی را نشان دهند. آنها ممکن است الگویی از بیش‌فعالی و پر تحرکی، بیشتر از دیگران و افراد هم سن خود داشته باشند. یا این که آنها ممکن است هر سه نوع رفتار را نشان دهند. به همین دلیل سه نوع از اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی، توسط متخصصان شناخته شده است:

- ✓ عمدتاً نوع بیش‌فعالی - تکانشگری (که علامت بی‌توجهی مهمی نشان نمی‌دهند).
- ✓ عمدتاً نوع بی‌توجهی (که رفتار بیش‌فعالی - تکانشگری مهمی نشان نمی‌دهند).
- ✓ نوع مختلط (که هم علائم بی‌توجهی و هم بیش‌فعالی - تکانشگری را نشان می‌دهد).

بیش‌فعالی - تکانشگری

کودکان بیش‌فعال اغلب «در حال رفتن» یا دائماً در حرکت به نظر می‌رسند. آنها هر چیزی را که به دستشان می‌رسد به اطراف پرت کرده و یا با هر چیزی که می‌بینند بازی کرده و یا مدام صحبت می‌کنند. ساکت بودن

باک‌شدگی‌های زیادی دارند. پیگیری تکلیف‌های درسی اغلب هم برای خانواده و هم برای کودک بی‌نتیجه می‌باشد.

DSM-IV علائم زیر را برای بی‌توجهی

بیان می‌کند:

✓ اغلب به آسانی توسط محرک‌های بینایی و صداها بی‌توجهی می‌شوند.

✓ اغلب ناکام در توجه کردن به جزئیات و یا انجام دادن اشتباه‌های آشکار ناشی از بی‌دقتی

بی‌دقتی

✓ بندرت انجام با دقت دستورها و به‌طور کلی خراب کردن یا فراموش کردن چیزهایی

مانند اسباب‌بازی‌ها یا مدادها، کتاب‌ها و وسایل مورد نیاز برای انجام تکلیف‌ها یا فعالیت‌ها

فعالیت‌ها

✓ اغلب رفتن از یک فعالیت تکمیل نشده به کار دیگر (از این شاخه به آن شاخه پریدن)

اکثر کودکانی که نوع بی‌توجهی اختلال

نارسایی توجه / بیش‌فعالی، تشخیص داده شده‌اند، بندرت پرتحرک یا بیش‌فعال هستند

و عمده مشکلات آنها در توجه کردن می‌باشد.

آنها خیال‌پرداز، گیج، کم‌تحرک و خواب‌آلوده و بی‌حالت می‌باشند.

آنها ممکن است در مقایسه با کودکان دیگر با مشکلاتی

در پردازش سریع و دقیق اطلاعات داشته باشند.

هنگامی که معلم به صورت شفاهی و یا نوشتنی، مطالب آموزشی را بیان می‌کند.

کودک برای درک، فشار زمانی دارد که واقعیت را بپذیرد و انجام دهد و این خیلی

دردسرساز است. با وجود این که کودک ممکن است به آرامی و بدون سر و صدا

بعضی علائم بیش‌فعالی - تکانشگری

عبارت‌اند از:

✓ احساس بی‌قراری، تکان خوردن دست‌ها یا پاها یا تکان خوردن هنگام نشستن

روی صندلی

✓ دویدن، بالا رفتن از در و دیوار یا ترک کردن صندلی در جایی که انتظار می‌رود

شخص نشسته باقی‌ماند و یا رفتار خوبی داشته باشد.

✓ سنجیده پاسخ دادن قبل از شنیدن تمام سؤال

✓ مشکل داشتن در رابطه با انتظار کشیدن در صف یا نوبت گرفتن

بی‌توجهی

کودکانی که بی‌توجه هستند، در متمرکز کردن افکارشان بر روی چیزی مشکل داشته

و ممکن است پس از چند دقیقه از انجام کاری خسته شوند.

اگر چه آنها زمانی که کارهای مورد علاقه‌اشان را انجام می‌دهند،

در زمینه توجه کردن مشکلی ندارند ولی در تمرکز فکر و توجه هوشیار جهت انجام و

تکمیل یک کار یا یادگیری بعضی چیزهای جدید مشکل دارند.

مخصوصاً انجام تکلیف‌های درسی، برای این کودکان مشکل است.

آنها فراموش می‌کنند که تکلیف‌ها را بنویسند و یا اینکه آنها را در مدرسه جا می‌گذارند.

آنها فراموش می‌کنند که کتابشان را از خانه بیاورند و یا اینکه آن را اشتباهی می‌آورند و اگر تکلیف‌های درسی انجام هم شوند اشتباه‌ها و

بنشینند و حتی ظاهراً در حال گوش دادن باشد ولی کاملاً بی توجه بوده و درکی از کار و مطالب آموزشی ندارد.

این کودکان مشکلات عمده‌ای در زمینه تکانشگری و فعالیت بیش از حد در کلاس و در محیط مدرسه یا در خانه ندارند. آنها ممکن است نسبت به انواع دیگر اختلال نارسایی توجه / بیش فعالی، در زمینه تکانشگری و بیش فعالی بهتر بوده و انواع مشکلات اجتماعی مشابه با مشکلات اجتماعی مشابه با مشکلات نوع مختلط اختلال اختلال نارسایی توجه / بیش فعالی را نداشته باشند هر چند که اغلب مشکلشان با بی توجهی ملاحظه می شود. این کودکان نیاز به کمک، در همان حد کودکان دارای انواع دیگر اختلال اختلال نارسایی توجه / بیش فعالی دارند.

آیا آن واقعاً اختلال نارسایی توجه / بیش فعالی است؟

هر شخصی که بیش از اندازه بیش فعال، بی توجه یا تکانشگر است، اختلال نارسایی توجه / بیش فعالی نیست. از آن جا که اغلب مردم گاهی اوقات نسنجیده چیزهایی می گویند که معنی آنها را نمی دانند یا از یک کار به کار دیگری می پردازند یا بی برنامه، نامنظم و فراموشکار می شوند، آیا می توانند بگویند که آنها مشکل اختلال نارسایی توجه / بیش فعالی دارند؟

از آنجا که هر شخصی یک سری از این رفتارها را در زمان هایی انجام می دهد، تشخیص صحیح نیاز دارد به اینکه برای چنین

رفتارهایی با توجه به سن شخص، درجه بندی در نظر گرفته شود. دستور عمل های تشخیصی همچنین شرایط ویژه ای را برای تشخیص علایم ظهور اختلال نارسایی توجه / بیش فعالی بیان می کنند. رفتارها باید در سال های اول زندگی و قبل از هفت سالگی ظاهر شوند و برای حداقل ۶ ماه ادامه یابند. مهمتر از این مطالب، رفتارها باید یک نقص جدی در حداقل دو مرحله از زندگی شخص، مثلاً در کلاس، در زمین بازی، در خانه، در جامعه یا در جلسات اجتماعی ایجاد کنند. چون در بعضی موارد، افرادی که یکسری از علایم را نشان می دهند کارهای مدرسه یا روابط شان با دیگران مختل نشده است. توسط رفتارهای فوق اختلال نارسایی توجه / بیش فعالی تشخیص داده خواهند شد.

جهت ارزیابی اینکه کودکی با این رفتارها دارای اختلال نارسایی توجه / بیش فعالی است یا خیر؟ متخصصان سؤال های منتقدانه ای را مطرح کرده اند؟

آیا این کودکان، این رفتارها را اغلب بیشتر از کودکان هم سنشان بروز می دهند؟ آیا این مشکلات رفتاری همیشگی بوده و یا فقط یک پاسخ به وضعیتی موقتی می باشند؟

آیا رفتارها در چندین موقعیت یا فقط در یک موقعیت خاص مثل زمین بازی یا در کلاس بروز می کنند؟

الگوی رفتاری شخص با یک وضعیت معیار مقایسه شده و ویژگی های اختلال در DSM-IV لیست شده است.

تشخیص

بعضی خانواده ها علائمی از بی توجهی، بیش‌فعالی و تکانشگری را در کودکان قبل از سن ورود به مدرسه مشاهده می‌کنند. کودک ممکن است به بازی کردن یا تماشای یک نمایش تلویزیونی بی‌علاقه بوده یا ممکن است دائماً در حال دویدن به اطراف باشد. چون کودکان از لحاظ میزان و سرعت رشد و نیز در زمینه شخصی، خلق و خو و سطح انرژی متفاوت هستند، لازم است که نظر یک متخصص را درباره چگونگی رفتار مناسب با سن کودک جویا شویم. والدین می‌توانند از یک متخصص اطفال یا یک روان‌شناس یا روان‌پزشک کودک جهت ارزیابی کودک خود در زمینه وجود نارسایی توجه و اختلال بیش‌فعالی، در مقایسه با همسالانش و رشد ناکافی یا فراوانی غیر معمول رفتارها کمک بگیرند.

اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی ممکن است تا زمانی که کودک در مدرسه با مشکل مواجه شود، توسط والدین یا پرستار کودک مورد توجه قرار نگیرد. این‌طور به نظر می‌رسد که اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی در مدرسه بر روی عملکرد کودک، به میزان بیشتری تأثیر می‌گذارد. اغلب معلم در همان ابتدا تشخیص می‌دهد که کودک بیش‌فعال یا بی‌توجه است و ممکن است این مطلب را به خانواده و یا مشاور و روان‌شناس مدرسه تذکر دهد. از آن جا که معلمان با تعداد زیادی از کودکان کار می‌کنند، آنها می‌دانند

که در هر موقعیت یادگیری، متوسط رفتار کودکان در رابطه با میزان توجه و خودکنترلی چه مقدار است. با این وجود گاهی اوقات معلمان در توجه به نیازهای کودکانی که ممکن است بی‌توجه‌تر و منفعل‌تر باشند، نسبت به کودکانی که آرام و حرف‌گوش کن هستند، کوتاهی کرده در حالی که این کودکان اکثراً نوع بی‌توجهی اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی را دارا می‌باشند.

اگر به وجود اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی مشکوک باشیم، چه کسی می‌تواند موضوع را برای خانواده تشریح کند؟ چه نوع متخصصانی برای انجام این کار مورد نیاز است؟

تشخیص باید توسط یک متخصص آموزش دیده در زمینه اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی و یا متخصص در زمینه اختلال‌های ذهنی یا نورولوژیست‌های رفتاری صورت بگیرد. روان‌پزشکان کودک و روان‌شناسان، متخصصان رشد و رفتار کودک اغلب در زمینه تشخیص‌های مختلف آموزش دیده و ماهر می‌باشند. کارکنان کلینیک‌های اجتماعی نیز ممکن است همچنین در این زمینه ماهر و کارآزموده باشند. خانواده می‌تواند در شروع کار با یک متخصص اطفال یا پزشک صحبت کند. بعضی از این متخصصان خودشان کار ارزیابی را انجام می‌دهند ولی اغلب خانواده را به یک متخصص بهداشت روان ارجاع می‌دهند.

تخصص	توانایی تشخیص اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی	تجویز دارو در صورت نیاز	ارایه مشاوره یا آموزش
روان‌شناسان ✓	بله ✓	بله ✓	بله ✓
روان‌پزشکان ✓	بله ✓	بله ✓	بله ✓
متخصص اطفال یا پزشک خانواده	بله ✓	بله ✓	نه ✓
نورولوژیست ✓	بله ✓	بله ✓	نه ✓
کارکنان کلینیک‌های اجتماعی	بله ✓	بله ✓	بله ✓

روش‌های برخورد با این اختلال کمک‌کنند. اما روان‌پزشکان، دکتر داروساز نیستند و باید به پزشک کودک در زمینه آزمایش پزشکی و تجویز دارو اعتماد کرد. نورولوژیست‌ها، پزشکانی هستند که بر روی سیستم عصبی و مغز در رابطه با این اختلال کار کرده و همچنین می‌توانند اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی را تشخیص داده و دارو تجویز کنند. اما بر خلاف روان‌شناسان و روان‌پزشکان، نورولوژیست‌ها معمولاً روش درمان برای جنبه‌های عاطفی و احساسی اختلال ارایه نمی‌دهند.

در هر رشته تخصصی تجارب پزشکان متخصص و متخصصان سلامت ذهن در رابطه با اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی متفاوت می‌باشد. در انتخاب یک متخصص، این نکته مهم است که شخصی را انتخاب کنیم که در زمینه تشخیص و درمان اختلال، تحصیلات ویژه و تجربه داشته باشد. مهارت متخصص در اولین قدم، جمع‌آوری اطلاعاتی است که سایر دلایل احتمالی برای نوع رفتار را رد کند.

* از اکتبر سال ۲۰۰۶ مقررات و قوانین نیومکزیکو و لویزیانا به روان‌پزشکان جهت آموزش‌های تکمیلی خاص و رفع نیازهای دیگر افراد، اجازه تجویز داروهای پزشکی را داده است. در ۴۸ کشور دیگر و کلمبیا فقط به دارو سازها اجازه تجویز دارو داده شده است. شناخت مراکز صلاحیت دار و سرویس‌هایی که می‌توانند به خانواده‌ها کمک کنند، انتخاب بهترین افراد جهت رفع نیازهای خانواده را آسان می‌کند. چندین گروه از متخصصان در رابطه با تشخیص و درمان اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی مطرح شده‌اند. روان‌شناسان کودک، پزشکانی هستند که به‌طور ویژه در زمینه تشخیص و درمان مشکلات روانی کودک و اختلال‌های رفتاری وی فعالیت می‌کنند. یک روان‌شناس می‌تواند روش درمان و تجویز هر نوع داروی مورد نیاز را ارایه دهد. روان‌شناس کودک همچنین صلاحیت تشخیص و درمان اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی را دارد. آنها می‌توانند روش درمان را برای کودک ارایه داده و به خانواده در زمینه پیشبرد

درجه بندی رفتار به مقایسه رفتار کودک با کودکان هم سن خودش پرداخته می‌شود. هر چند معیارهای درجه بندی ممکن است بیش از اندازه ایده آل به نظر برسند ولی معلمان اغلب می‌دانند برای اینکه درجه بندی‌هایشان معتبر شوند، چطور در تشخیص‌هایشان کودک را با دیگران مقایسه کنند.

متخصص با معلمان و والدین کودک مصاحبه کرده و نیز ممکن است با افراد دیگری که کودک را به خوبی می‌شناسند مانند مربی‌ها و پرستاران کودک ارتباط برقرار کند. از والدین خواسته می‌شود که رفتار کودکشان را در موقعیت‌های مختلف توصیف کنند. همچنین ممکن است، متخصصان یک معیار درجه بندی جهت نمایش چگونگی شدت و بسامد (فراوانی) رفتارهای کودک درست کنند. در بیشتر موارد کودک در رابطه با تطابقات اجتماعی و سلامت ذهن، مورد ارزیابی قرار می‌گیرد. تست‌های هوش و اکتساب یادگیری ممکن است فقط به ما اطلاعاتی در باره این که کودک ناتوانی یادگیری دارد یا خیر و اینکه ناتوانی در یک مورد و یا در موارد بیشتری است، بدهد.

با مشاهده و بررسی نتایج حاصل از منابع اطلاعات، متخصص توجه اش را به رفتار کودک در جریان موقعیت‌هایی که کودک در آنها مشکل بیشتری در خود کنترلی اش دارد مثل موقعیت‌های غیرساختاری و پرسر و صدا چون میهمانی‌ها و یا اینکه رفتار کودک را در جریان انجام دادن کارهایی که نیاز به توجه بیشتری دارند مثل خواندن، حل کردن مسایل ریاضی یا تخته بازی متمرکز می‌کند. رفتار کودک در طی بازی آزاد یا

علل احتمالی ایجاد اختلال نارسایی توجه /

بیش فعالی همچون رفتار در زیر آمده است:

✓ یک تغییر ناگهانی در زندگی کودک - فوت یکی از والدین یا اطرافیان - طلاق والدین - بیکار شدن والدین

✓ تشنج‌های نامشخص مثل تشنج نوع کوچک یا لوب گیجگاهی

✓ مشکلات متناوب شنوایی ناشی از عفونت گوش میانی

✓ اختلال‌های پزشکی تأثیرگذار بر عملکرد مغز

✓ دلایل غیر قابل دسترسی با ناتوانی یادگیری

✓ اضطراب یا افسردگی

در ادامه مطالب فوق، متخصصان گزارش‌های

مدرسه و گزارش‌های پزشکی وی را مورد بررسی قرار داده، ممکن است گزارش مدرسه مربوط به مشکلات شنوایی و بینایی کودک در زمان غربالگری منظم اختلال در مدارس تشخیص داده شده است، باشد. متخصص سعی می‌کند که موقعیت‌های بی‌نظم و استرس زای مدرسه و خانه را مشخص کرده و چگونگی برخورد والدین و آموزگاران را با کودک توضیح دهد.

پس از اینکه متخصص اطلاعات مربوط به رفتار کودک را جمع آوری کرد، این رفتارها را با علایم و معیارهای تشخیص فهرست شده DSM-IV مقایسه می‌کند. ولی علاوه بر این موارد، گفت و گو با کودک و در صورت امکان مشاهده کودک در محیط کلاس و مکان‌های دیگر را نیز انجام می‌دهد.

در گذشته و حال، در کاربرگ‌های ارزیابی استاندارد شده، نتیجه مشاهده معلمان از رفتار کودک ثبت شده و با در نظر گرفتن معیارهای

پیشنادهایی جهت اولیای مدرسه، ایجاد محیط کلاسی مناسب‌تر، انتخاب داروی صحیح و کمک به والدین جهت اداره کردن رفتار کودکشان باشد.

علل اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی چیست؟

اولین سؤالی که مادر مطرح می‌کند این است که چرا؟ چه اشتباهی انجام داده‌ام؟ آیا من کاری انجام داده‌ام که موجب بروز این اختلال شده است؟ مدرک مستندی در مورد این که اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی صرفاً ناشی از عوامل اجتماعی و یا روش‌های تربیتی کودک می‌باشد وجود ندارد. اغلب علل بروز اختلال را عوامل ژنتیکی و نورولوژیکی مطرح کرده‌اند. این مطلب که عوامل محیطی ممکن است، در شدت اختلال و به ویژه میزان آسیب و زیان‌هایی که کودک ممکن است تجربه کرده باشد، بی‌تأثیر باشند مطرح نشده است و نیز این عوامل به نظر نمی‌رسد که به تنهایی موجب ایجاد اختلال شوند.

تمرکز والدین باید بر روی پژوهش‌ها و یافته‌هایی باشد که ممکن‌ترین راه را جهت کمک به کودک آنها مطرح کرده باشند. دانشمندان درباره علل ایجاد اختلال، مطالعه و تلاش می‌کنند تا راه‌های بهتری برای درمان مشخص کرده و شاید روزی از بروز اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی جلوگیری کنند. آنها مدارک بیشتر و بیشتری در مورد اینکه اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی ناشی از محیط و شرایط خانه نبوده و ناشی از عوامل بیولوژیکی می‌باشد، یافته‌اند. دانستن این مطلب می‌تواند از بار احساس گناه والدین که

هنگامی که به طور اختصاصی مورد توجه قرار می‌گیرد در ارزیابی از اهمیت کمتری برخوردار است. در این موقعیت‌ها، بیشتر کودکان دارای اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی قادر به کنترل رفتارشان و انجام کارهایشان به نحو بهتر، نسبت به موقعیت‌های محدود هستند.

متخصص سپس مدلی از رفتار کودک را ترسیم می‌کند. آیا اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی رفتارهایی را که در DSM لیست شده است را نشان می‌دهد؟ در چه موقعیت‌هایی؟ چه مدت کودک آنها را انجام می‌دهد؟ زمانی که مشکل شروع می‌شود کودک چندساله است؟ مشکلات رفتاری نسبتاً مزمن یا غیر دوره‌ای و یا اینکه آنها از لحاظ ماهیتی متناوب و دوره‌ای هستند؟ آیا این رفتار به طور جدی مزاحم ارتباطات دوستانه کودک، فعالیت‌های مدرسه، روند زندگی وی در خانه و یا شرکت در فعالیت‌های اجتماعی وی هستند؟

پاسخ به این سؤال‌ها، به میزان درک اهمیت موضوع بیش‌فعالی، تکانشگری و عدم توجه در کودکانی که تشخیص اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی ممکن است داده شوند، کمک می‌کند.

یک تشخیص صحیح اغلب علت مشکلات کودک را که والدین و کودک در زندگی‌شان با آن مواجه می‌شوند، تجزیه و تحلیل کرده و اطلاعات صحیحی در مورد اشتباه‌های والدین و آنچه که می‌توان جهت کمک به کودکان انجام داد، ارائه می‌دهد. به محض اینکه اختلال تشخیص داده شد، کودک و خانواده می‌توانند ترکیبی از موارد آموزشی، پزشکی و کمک‌های عاطفی مورد نیاز را دریافت کنند. این موارد ممکن است شامل

کمی از کودکان دارای اختلال نارسایی توجه / بیش فعالی یافت می‌شوند که آسیب یا صدمه مغزی داشته باشند.

افزودنی‌های غذایی و شکر

گروهی معتقد بودند که اختلال‌های توجه ناشی از مصرف شکر تصفیه شده یا افزودنی‌های غذایی بوده و این علایم اختلال نارسایی توجه / بیش فعالی با مصرف شکر و افزودنی‌های غذایی ۷۵٪ حادتر می‌شوند. در سال ۱۹۸۲ انستیتو بین‌المللی سلامت کنفرانس علمی در باره تصمیم‌گیری در مورد این موضوع برگزار کرد. آنها دریافتند که رژیم‌های غذایی محدودکننده، تنها برای ۵ درصد از کودکان دارای اختلال نارسایی توجه / بیش فعالی مفید بوده است و تقریباً این افراد نوجوانانی بودند که به مواد غذایی حساسیت داشتند. اخیراً در مطالعه‌ای تأثیر شکر بر روی کودکان مورد بررسی قرار گرفته است. در این مطالعه مصرف شکر و یک ماده جانشین شکر به صورت یک روز در میان، در کودکان بدون حضور والدین، کارکنان یا کودکانی که ماهیت ماده مصرف شده را می‌دانستند، نشان داد که شکر هیچ تأثیر مهمی بر رفتار یا یادگیری کودکان ندارد.

در مطالعه دیگری، کودکانی که مادرانشان احساس می‌کردند که آنها به شکر حساسیت دارند، اسپارتیم (اسیدآمینه گیاهی) به جای شکر دریافت کردند. به نیمی از مادران گفته شد که کودکانشان شکر دریافت می‌کنند و به نیمی دیگر از مادران گفته شد که کودکانشان اسپارتیم دریافت می‌کنند. مادرانی که فکر می‌کردند که کودکانشان شکر دریافت کرده‌اند، ابراز می‌کردند که کودکانشان

ممکن است خودشان را برای رفتار کودکان مقصر بدانند، بکااهد.

بیشتر در پایان دهه‌های اخیر، دانشمندان نظریه‌های ممکن را برای علل اختلال نارسایی توجه / بیش فعالی مطرح کرده‌اند. بعضی از این نظریه‌ها از بین رفته و بعضی دیگر روش‌های جدید و جالبی را برای بررسی و جست و جو مطرح می‌کنند.

عوامل محیطی

در مطالعات، امکان ارتباط بین استفاده از سیگار و الکل را در طی دوران بارداری و خطر بروز اختلال نارسایی توجه / بیش فعالی را در طی این دوران در کودکان مطرح کرده‌اند. به همین دلیل برای احتیاط، بهتر است که در طی دوران بارداری از مصرف سیگار خودداری شود. عامل محیطی دیگر که ممکن است خطر بیشتری در بروز اختلال نارسایی توجه / بیش فعالی داشته باشد میزان سرب در بدن کودکان قبل از سن مدرسه می‌باشد. در حال حاضر سرب در رنگ‌ها کمتر به کار می‌رود و معمولاً فقط در ساختمان‌های قدیمی پیدا می‌شود. سرب موجود در لوله کشی و رنگ دیوارهای این ساختمان‌ها، ممکن است عامل بروز اختلال نارسایی توجه / بیش فعالی باشد.

صدمه (آسیب) مغز

یکی از نظریه‌های اولیه، اختلال‌های توجه را ناشی از صدمه مغز می‌داند. بعضی از کودکانی که بر اثر حوادث دچار صدمه مغزی شده‌اند، ممکن است علایمی از رفتارهای مشابه اختلال نارسایی توجه / بیش فعالی را نشان دهند. با این حال درصد

مطالعات اخیر در باره علل اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی

گروهی از علوم مربوط به ساختار مغز، به محققان در رابطه با درک و تحقیق علت فیزیکی اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی کمک می‌کنند. بخشی از مغز که دانشمندان پژوهش‌های خود را بر روی آن متمرکز ساخته‌اند، لوب‌های فرونتال (پیشانی) مغز می‌باشند. لوب‌های فرونتال در حل مشکلات، برنامه‌ریزی، درک رفتار دیگران و جلوگیری از تکانشگری نقش دارند. این دو لوب فرونتال راست و چپ، با کورپوس کالوزوم در ارتباط هستند (فیبرهای عصبی مرتبط با لوب‌های فرونتال راست و چپ) بیزال گانگلیا با بخش‌های عمقی ماده خاکستری در نیمکره مغز که مسوول حفظ ارتباط بین مخ و مخچه می‌باشد (مخچه مسوول هماهنگی حرکتی) ارتباط داخلی دارد. مخچه به سه بخش تقسیم می‌شود: بخش میانی ورمیس نامیده می‌شود. همه این قسمت‌ها با استفاده از روش‌های مختلف مشاهده و تصویر برداری مغز، مورد مطالعه قرار می‌گیرند. این روش‌ها شامل (fMRI) عملکرد تصویر سازی تشدید منزیم (PEF) توموگرافی انتشار پوزیترون (SPECT) فقط خروج فوتون در توموگرافی، می‌باشند.

نقص‌های عمده یا اصلی روان پزشکی در اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی، با این مطالعات مورد بررسی قرار می‌گیرند. در سال ۲۰۰۲، پژوهشگران در NIMH (شاخه روان‌شناسی کودک) بر روی ۱۵۲ دختر و پسر اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی مطالعه‌ای انجام دادند. در این مطالعه ۱۳۹ نفر از هر دو جنس به عنوان گروه

بیش‌فعال‌تر و رفتارهایشان بحرانی‌تر از کودکان دیگر شده است، در صورتی که کودکان آنها شکری دریافت نکرده بودند.

ژنتیک

اختلال نارسایی توجه اغلب در میان افراد خانواده مشاهده می‌شود، چرا که احتمال اینکه این اختلال متأثر از ژنتیک باشد، وجود دارد. مطالعات نشان می‌دهد که ۲۵ درصد از خویشاوندان نزدیک خانواده‌هایی که کودک دارای اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی دارند، دارای اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی هستند، در حالی که میزان این اختلال در جمعیت‌های معمولی در حدود ۵ درصد می‌باشد. یک سری از مطالعات انجام شده بر روی دوقلوها اهمیت ژنتیک را در بروز این اختلال نشان می‌دهد. پژوهشگران مطالعه درباره نقش ژنتیک در بروز اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی و تشخیص ژن‌هایی که باعث مستعد شدن افراد در ابتلا به اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی می‌شوند، را ادامه می‌دهند.

اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی

ممکن است تا زمانی که کودک در مدرسه با مشکل مواجه شود، توسط والدین یا پرستار کودک مورد توجه قرار نگیرد

این مطالعات از سال ۱۹۹۹ شروع شده است. شبکه ژنتیک مولکولی اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی به عنوان راهی برای پژوهش پژوهشگران و به اشتراک گذاری یافته‌های خود را فراهم آورد.

ویژه یادگیری نیز دارند. در سال‌های پیش از دبستان، این ناتوانی‌ها شامل مشکلاتی در درک صداهایی خاص یا کلمات و یا مشکلاتی در فهماندن مقصود خود در قالب کلمات، می‌باشد.

کودکان در سنین مدرسه، ناتوانی‌هایی در خواندن یا هجی کردن، اختلال‌های نوشتاری و نیز گاهی اختلال‌های ریاضی دارند. نوعی از اختلال‌های خواندن / دیس لکسیا/ نسبتاً شایع می‌باشد. ناتوانی‌های خواندن در ۸ درصد از کودکان مقطع ابتدایی مشاهده می‌شود.

✓ سندرم تورت

تعداد خیلی کمی از افراد دارای اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی، اختلال نورولوژیکی به نام سندرم تورت نشان می‌دهند. افرادی که سندرم تورت دارند، تیک‌های عصبی مختلف و رفتارهای تکراری مانند پلک زدن چشم‌ها، انقباض‌های ناگهانی عضلات صورت یا حالت ادا در آوردن را نشان می‌دهند. آنها ممکن است گلویشان را بارها صاف کنند. خُر خُر کنند، با صدا نفس بکشند و یا کلمات را فریاد بزنند. این رفتارها را می‌توان با دارودرمانی کنترل کرد. با این که تعداد خیلی کمی از کودکان، این سندرم را دارند ولی بعضی از علل ایجاد سندرم تورت وابسته به اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی می‌باشند. در چنین مواردی، هر دو اختلال، اغلب ممکن است نیاز به درمان از جمله دارودرمانی داشته باشند.

✓ اختلال بی‌اعتنایی مقابله‌ای

یک سوم تا نیمی از کودکان دارای اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی بیشتر پسرها با مشکل

کنترل بدون اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی در نظر گرفته شدند. در ۴-۳ درصد کودکان دارای اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی، حجم مغز در تمام نواحی لوب‌های فرونتال، تمپورال، ماده خاکستری، هسته‌های کودات و مخچه، کوچکتر از حد معمول بود.

در این مطالعه همچنین مشخص شد که در کودکان دارای اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی که تحت درمان بودند، حجم ماده سفید مغز آنها نسبت به گروه کنترل فرقی نداشت و در بیمارانی که تحت هیچ درمانی قرار نداشتند، حجم ماده سفید کوچک و غیرطبیعی بود. ماده سفید عبارتست از فیبرهایی که ارتباطات طولانی و ثابتی بین نواحی مغزی برقرار می‌کنند. این فیبرها به طور طبیعی در کودکان نسبت به بزرگسالان ضخیم‌تر و پیچیده‌تر و مغز بالغ‌تر و رشد کرده‌تر می‌باشد.

اگر چه در این مطالعه طولانی مدت از MRI جهت تصویربرداری مغز کودکان استفاده شده است ولی محققان تأکید دارند براین که MRI فقط یک وسیله تخصصی است و نمی‌توان به عنوان یک وسیله تشخیص اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی در کودک از آن استفاده کرد. این مطلب در مورد سایر روش‌های ارزیابی نورولوژیکی مغز مانند PET و SPECT نیز صدق می‌کند.

اختلال‌های اتفاقی همراه با اختلال

نارسایی توجه / بیش‌فعالی

✓ ناتوانی‌های یادگیری

گروهی از کودکان دارای اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی (تقریباً ۲۵-۲۰ درصد) ناتوانی

با اختلال نارسایی توجه / بیش فعالی خواهد داشت و بالعکس درمان مؤثر اختلال نارسایی توجه / بیش فعالی نیز می‌تواند یک اثر مثبت بر روی اضطراب کودک داشته و وی را در تسلط یافتن بر کارهای تحصیلی اش تواناتر سازد.

✓ اختلال دو قطبی

آمارهای صحیحی در مورد کودکان دارای اختلال نارسایی توجه / بیش فعالی که اختلال دو قطبی نیز داشته باشند وجود ندارد. تفاوت گذاشتن بین اختلال نارسایی توجه / بیش فعالی و اختلال دو قطبی در دوران کودکی مشکل می‌باشد. فرم سنتی (شکل قدیمی) اختلال دو قطبی با یک سیکل تغییر خلقی با شدت‌های بالا و پایین مشخص می‌شود. در این کودکان اغلب این طور به نظر می‌رسد که اختلال دو قطبی یک نامنظمی خلقی مزمن به همراه حالتی از شادی، افسردگی و تحریک پذیری باشد. به علاوه علائمی دیگر مانند میزان زیاد انرژی و کم خوابی نیز، هم در اختلال نارسایی توجه / بیش فعالی و هم در اختلال دو قطبی می‌تواند وجود داشته باشد. از دیگر علائم متمایز کننده کودکان دارای اختلال نارسایی توجه / بیش فعالی با اختلال دو قطبی افزایش خلق و گزافه گویی (حالت مانیک) بیش از حد سرخوش) می‌باشد که مشخصه تشخیصی کودک دارای اختلال دو قطبی می‌باشد.

درمان اختلال نارسایی توجه / بیش فعالی

هر خانواده‌ای می‌خواهد که مؤثرترین روش درمانی برای کودکان را به کار گیرد. این سؤال

دیگری تحت عنوان اختلال بی‌اعتنایی مقابله‌ای درگیر می‌باشند. این کودکان اغلب بی‌اعتنا، سرسخت، ناشکیبا با خلق و خوی متغیر و انفجاری و یا جنگجو و متخاصم می‌باشند. آنها با بزرگسالان بحث کرده و از اطاعت فرامین آنها امتناع می‌کنند.

✓ اختلال رفتار

در حدود ۲۰ تا ۴۰ درصد کودکان دارای اختلال نارسایی توجه / بیش فعالی ممکن است احتمالاً اختلال رفتار و الگوی خطرناک‌تری از رفتارهای غیر اجتماعی داشته باشند. این کودکان غالباً دروغ گفته یا دزدی می‌کنند، با دیگران می‌جنگند و یا آنها را آزار می‌دهند که اینها همه به عنوان خطری جدی برای آنها در مدرسه و یا در ارتباط با پلیس مشکل ایجاد می‌کند. آنها به عقاید اصولی (اخلاقیات) دیگران بی‌حرمتی کرده، به حیوانات و افراد تجاوز کرده، اموال عمومی را خراب، خانه‌های دیگران را سرقت، سلاح حمل یا استفاده کرده و یا به جنگ و تخریب دست می‌زنند. این کودکان یا نوجوانان مشکلات جدی‌تری در بکارگیری تجربیات و وابستگی (عدم استقلال) و سوء رفتارشان دارند. آنها نیاز به کمک فوری دارند.

✓ اضطراب و افسردگی

در بعضی از کودکان دارای اختلال نارسایی توجه / بیش فعالی، اغلب اضطراب یا افسردگی بروز می‌کند. اگر اضطراب یا افسردگی، تشخیص و درمان شود کودک توانایی بیشتری جهت اداره کردن یا از پیش برداشتن مشکلات همراه

داده شدند. همه کودکان، مورد ارزیابی مجدد و منظم در طول مدت مطالعه قرار گرفتند. یک بخش اصلی برنامه، نقش همکاران مدارس شامل مدیران و معلمان بود. هم معلمان و هم خانواده‌ها کودکان را در ارتباط با بیش‌فعالی، تکانشگری و عدم توجه و علائمی از اضطراب و افسردگی به‌علاوه مهارت‌های اجتماعی ارزیابی کردند.

نتایج مطالعه مشخص می‌کند که درمان‌های ترکیبی بلند مدت و دارودرمانی به تنهایی بهتر از (رفتار درمانی به تنهایی و درمان مراقبت معمول می‌باشند و در بعضی موارد مانند اضطراب، کارهای تمصیلی، تقابل‌ها، روابط کودک - والدین و مهارت‌های اجتماعی درمان ترکیبی مؤثرتر می‌باشد

کودکان دو گروه (دارو درمانی به تنهایی و درمان ترکیبی) به‌طور ماهیانه و به مدت یک ساعت ویزیت درمانی می‌شدند. در طول ویزیت‌های درمان، پزشک با یکی از والدین صحبت کرده، با کودک ملاقات کرده و نگرانی‌هایی را که خانواده ممکن است درباره دارو درمانی یا مشکلات وابسته به کودک دارای اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی داشته باشند، بررسی می‌کند. پزشکان علاوه بر این از معلمان نیز به‌طور ماهانه، گزارش دریافت می‌کنند. پزشکان در رابطه با گروه دارو درمانی به تنهایی هیچ درمان رفتاری را اجرا نکرده ولی به والدین در گروه رفتار درمانی به تنهایی، خانواده‌ها تا ۳۵ دفعه و بیشتر به صورت جلسات گروهی با یک رفتار درمانگر ملاقات می‌کنند. این درمانگران همچنین ملاقات‌هایی تکراری در مدرسه جهت مشورت با معلمان و نظارت بر انجام کمک‌های ویژه تعیین شده برای

خانواده باید در مشاوره با پرستاران (مراقبان) سلامتی متخصص پاسخ داده شود. جهت کمک به خانواده در رابطه با این تصمیم‌گیری مهم، انستیتو بین‌المللی سلامت روان یکسری مطالعاتی را در باره درمان اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی تهیه کرده و پیگیری مطالعه متمرکز مدتی را برای ارزیابی و درمان این اختلال نیز به‌عهده گرفته است. این مطالعه تحت عنوان مطالعه درمان چندروشی کودکان دارای اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی شناخته شده است. NIMH (انستیتو بین‌المللی سلامت روان) در حال حاضر برای کودکان ۳ تا ۵/۵ ساله یک تست کلینیکی اجرا می‌کند (درمان اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی در کودکان پیش‌دستانی).

مطالعه درمان چندروشی کودکان دارای اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی

در این مطالعه MTA (مطالعه درمان چندروشی) ۵۷۹ (۹۸-۹۵) نفر در هر یک از شش جلسه درمان (پسر و دختر دبستانی مبتلا به اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی، به‌طور اتفاقی جهت یکی از چهار برنامه درمان در نظر گرفته شدند.

۱. دارو درمانی به تنهایی،
۲. رفتار درمانی به تنهایی،
۳. ترکیبی از هر دو روش و
۴. مراقبت معمول روزانه

در هر یک از این مطالعه‌ها، سه گروه برای ۱۴ ماه در یک پروتکل ویژه تحت درمان قرار گرفته و گروه چهارم برای درمان معمول والدین منتخب یعنی والدینی که برای درمان رایج (معمول) انتخاب شده‌اند (درمان مبتنی بر خانواده)، ارجاع

هر کودک در گروه، انجام می‌دهند. علاوه بر این برای کودکان، یک برنامه درمانی تابستانی ۸ هفته‌ای ویژه جهت کاربر روی مهارت‌های ورزشی، اجتماعی و تحصیلی‌شان و نیز تمرکز بیشتر رفتار درمانگر بر روی ارزیابی کودکان در ارتباط با رشد و پیشرفت رفتارشان در نظر گرفته می‌شود.

کودکان گروه درمان ترکیبی هم درمان‌هایی را مشابه به همان مواردی که گروه دارو درمانی به تنهایی دریافت می‌کند، کسب کرده و هم درمان‌های رفتار درمانی را دریافت می‌کند.

در روش مراقبت معمول، کودکان توسط پزشک معالجه‌ای که منتخب والدینشان است (درمان دکترا)، یک تا دو دفعه در هر سال و هر دفعه باری مدت زمان کوتاهی مورد مشاهده قرار می‌گیرند. همچنین در این روش دکترا هیچ ارتباطی بین پزشک و معلمان وجود ندارد.

نتایج مطالعه مشخص می‌کند که درمان‌های ترکیبی بلندمدت و دارو درمانی به تنهایی بهتر از رفتار درمانی به تنهایی و درمان مراقبت معمول می‌باشند و در بعضی موارد مانند اضطراب، کارهای تحصیلی، تقابل‌ها، روابط کودک - والدین و مهارت‌های اجتماعی درمان ترکیبی مؤثر تر می‌باشد. مزیت دیگر درمان ترکیبی در مقایسه با دارو درمانی به تنهایی، این بود که کودکان می‌توانستند با مقدار کمتری از دارو معالجه شوند.

بیش فعالی داده می‌شود و درمان دارویی دریافت می‌کنند، این مطلب مهم است که میزان ایمنی و اثر چنین درمانی را بدانیم. NIMH یک مطالعه چند جانبه تحت عنوان مطالعه درمان اختلال نارسایی توجه / بیش فعالی در کودکان قبل از مدرسه را در دست اقدام دارد. این مطالعه اولین تلاش مهم جهت آزمایش میزان ایمنی و اثر داروی محرک متیل فنی دیت بر روی اختلال نارسایی توجه / بیش فعالی در این گروه سنی می‌باشد. مطالعه PATS به صورت کنترل با پلاسبو (داروی کاذب) و تصادفی و با طرح کاملاً دو جانبه انجام می‌شود. کودکان ۳ تا ۵ ساله‌ای که علائم شدید و مزمن اختلال نارسایی توجه / بیش فعالی را که باعث مختل شدن عملکردشان شده است، را نشان می‌دهند واجد شرایط برای این مطالعه می‌باشند. جهت اجتناب از کاربرد درمان‌های دارویی در سنین اولیه کودکی، همه کودکانی که در این مورد بررسی قرار می‌گیرند، در ابتدا با رفتار درمانی معالجه شده‌اند و فقط کودکانی که با انجام رفتار درمانی پیشرفت کافی نداشتند برای بخش دارو درمانی مطالعه در نظر گرفته شدند. این مطالعه در انستیتو روان پزشکی نیویورک، دانشگاه رکی، دانشگاه جان هاپکینز، دانشگاه نیویورک، دانشگاه کالیفرنیا در لوس آنجلس و دانشگاه کالیفرنیا در ایروین انجام شده است. در این مطالعه در کل ۱۶۵ کودک مورد بررسی قرار گرفتند.

کدام درمان را باید برای کودکم انجام دهم؟

در رابطه با کودکان دارای اختلال نارسایی توجه / بیش فعالی، هر کودکی به نوعی از درمان

درمان اختلال نارسایی توجه / بیش فعالی در کودکان پیش دبستانی (PATS)

از آنجا که به تعدادی از کودکان در سال‌های پیش از مدرسه، تشخیص اختلال نارسایی توجه /

روش درمان علایم اختلال نارسایی توجه / بیش فعالی به کار برده می شده است.

درمان‌های دارویی که مؤثرترین موارد بوده‌اند، دسته‌ای از داروهایی هستند که به عنوان داروهای محرک شناخته شده‌اند، در زیر فهرستی از داروهای محرک، نام‌های صنعتی اشان و نام‌های کلی‌شان (ژنریک) آمده است. (سن مجاز) به این معنی است که داروها تست شده‌اند و میزان ایمنی و اثر آنها در کودکان آن سن مشخص شده است.

پاسخ می‌دهد. در یک کودک ممکن است گاهی اوقات دارو درمانی تأثیرات نامطلوبی داشته باشد که در نتیجه این درمان ویژه غیرقابل قبول می‌شود. اگر کودک دارای اختلال نارسایی توجه / بیش فعالی، اضطراب یا افسردگی نیز داشته باشد درمان ترکیبی دارودرمانی و رفتاردرمانی ممکن است برایش مفیدتر باشد. نیازهای کودک و تاریخچه شخصی وی باید به دقت در نظر گرفته شود.

دارو درمانی

برای سال‌های زیادی، دارو درمانی به عنوان

سن مجاز	نام ژنریک	نام صنعتی
۳ سال به بالا	آمفتامین	آدرال
۶ سال به بالا	(زمان اثر طولانی فعال کننده) متیل فنی دیت	کنسرتا
۶ سال به بالا	پمولین	سیلرت*
۳ سال به بالا	دکسترامفتامین	دکسدیرین
۳ سال به بالا	دکسترامفتامین	دکستروستات
۶ سال به بالا	دکس متیل فنی دیت	فوکالین
۶ سال به بالا	(خواب آور) متیل فنی دیت	ER متادیت
۶ سال به بالا	متیل فنی دیت	ریتالین
۶ سال به بالا	(خواب آور) متیل فنی دیت	SR ریتالین
۶ سال به بالا	(فعال کننده) متیل فنی دیت	LA ریتالین
۶ سال به بالا	(خواب آور) متیل فنی دیت	CO متی دیت

* چون که امکان بروز تأثیرات جدی بر روی کبد وجود دارد، سیلرت معمولاً نباید به عنوان اولین درمان دارویی برای اختلال نارسایی توجه / بیش فعالی در نظر گرفته شود.

تأثیر می‌گذارد، در صورتی که داروهای محرک قبلی بر روی میزان دوپامین تأثیر می‌گذارند. اعتقاد بر این است که هر دوی این نوروترانسمیترها نقشی در درمان اختلال نارسایی توجه / بیش فعالی ایفا می‌کنند. در بیشتر مطالعات، نیاز است به این که

اداره غذا و داروی آمریکا (FDA) اخیراً یک داروی درمانی برای اختلال نارسایی توجه / بیش فعالی مجاز شمرده است که داروی محرک نیست. این دارو درمانی، استراترا® یا آتوموکسی تین می باشد که بر روی میزان نوروترانسمیتر نوراپی نفرین

آنها، توسط پژوهشگران در بیمارستان عمومی ماساچوست و مدرسه پزشکی هاروارد انجام شده و دریافته‌اند که نوجوانان دارای اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی که درمان دارویی در طی مدت ۱۰ سال داشته‌اند نسبت به نوجوانان دارای اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی که درمان‌های دارویی نداشته‌اند، میزان کمتری از بد عملکردی (سوء رفتار) را نشان می‌دهند.

داروهای محرک در دو شکل طولانی مدت و کوتاه مدت عرضه می‌شوند. داروهای محرک آزاردهنده، آرام‌کننده (خواب آور) جدیدتر می‌توانند قبل از سن مدرسه داده شوند و زمان اثر طولانی دارند بنابراین کودک در مدرسه نیاز به پرستار روزانه باری قرص خوردن ندارد. پزشک می‌تواند در مورد نیازهای دارویی کودک با والدین صحبت کرده و در مورد چگونگی استفاده از دارو تصمیم بگیرد، اینکه آیا کودک نیاز دارد که فقط در طول ساعات مدرسه دارو دریافت کند و یا اینکه در طول شب و ایام تعطیل نیز نیاز به مصرف دارو دارد.

اگر کودک پس از یک هفته دارودرمانی علائم پیشرفتی نشان ندهد، پزشک ممکن است میزان دارو را تغییر دهد، اگر باز هم پیشرفتی ظاهر نشد، ممکن است برای کودک داروی دیگری تجویز شود. دارو درمانی با داروهای محرک در ۱ درصد کودکان مؤثر نبوده است. اگر داروهای محرک مؤثر نباشند و یا اگر اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی بر اثر اختلال‌های دیگری ایجاد شده باشد، انواع دیگری از درمان‌های دارویی ممکن است به کار برده شود. ضد افسردگی‌ها و درمان‌های دارویی دیگر می‌توانند به کنترل

استراترا را با داروهای درمانی قابل قبول قبلی مورد مقایسه قرار دهند ولی مدارکی نیز وجود دارد دال بر اینکه بیشتر از ۷۰ درصد کودکان دارای اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی که استراترا دریافت کرده‌اند، پیشرفت عمده و آشکاری در علائم بیماری‌شان داشته‌اند.

بعضی از افراد نسبت به افراد دیگر از یک دارو نتایج بهتری می‌گیرند. این مطلب در تجویز پزشک و یافتن داروی درمانی مناسب و میزان صحیح دارو مهم می‌باشد. برای بعضی افراد، داروهای محرک به طور عمده ای بیش‌فعالی و تکانشگری آنها را کاهش داده و توانایی تمرکز کار کردن و یادگیری آنها را افزایش می‌دهند. درمان‌های دارویی ممکن است همچنین هماهنگی‌های فیزیکی مانند آنچه که در نوشتن و ورزش‌ها مورد نیاز است را افزایش دهند.

داروهای محرک زمانی که با نظارت پزشک مصرف شوند معمولاً بی‌خطر هستند. داروهای محرک احساس کودک را بهبود نمی‌دهند با این وجود کودکان می‌گویند که آنها احساس متفاوت یا لذت دارند. چنین تغییراتی معمولاً خیلی جزئی هستند. با وجود این که بعضی والدین نگران وابستگی (اعتیاد) کودکان به دارودرمانی هستند ولی هیچ مدرک قانع‌کننده‌ای در مورد درمان‌های دارویی با داروی محرک، زمانی که برای درمان اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی مصرف می‌شوند و اینکه این داروها موجب وابستگی دارویی و یا سوء عملکرد کودک شوند، ثبت نشده است. مرور تمام مطالعات طولانی مدت در رابطه با دارو درمانی با داروهای محرک و ماهیت به عملکردی

اگر کودک مشکلات بی خوابی داشته باشد، چندین گزینه ممکن است امتحان شود؛ مصرف میزان کمتر داروی محرک، مصرف داروی محرک در اوایل روز، قطع مصرف دارو در بعد از ظهر یا شب یا مصرف یک داروی کمکی (فرعی) مانند مصرف مقداری داروی ضد افسردگی یا کلونیدین. تعداد کمی از کودکان در طول دوره درمان دچار تیک هایی می شوند. این مورد اغلب با تغییر میزان دارو کمتر می شود و تعداد خیلی کمی از کودکان نیز نمی توانند هیچ داروی محرکی را حتی در مقدار کم تحمل کنند. در چنین مواردی، کودک اغلب به جای داروی محرک، یک داروی ضد افسردگی دریافت می کند.

زمانی که پس از شروع مصرف دارو، عملکرد کودک در مدرسه و رفتار وی پیشرفت کرد، کودک، والدین و معلمان متوجه تأثیر مثبت دارو در ارتباط با تغییرات ناگهانی وی می شوند. متأسفانه، وقتی افراد چنین پیشرفت های فوری را مشاهده می کنند، اغلب فکر می کنند که دارودرمانی پاسخی برای تمام نیازهای آنها می باشد. ولی دارو درمانی، اختلال نارسایی توجه / بیش فعالی را درمان نمی کند بلکه داروها اغلب علائمی را که افراد در طی روز با آنها درگیر هستند، کنترل می کنند. با وجود اینکه درمان های دارویی به کودک در تمرکز بهتر و توجه بیشتر و انجام تکالیف مدرسه کمک می کنند ولی آنها نمی توانند آگاهی و درک کودک را افزایش داده و یا مهارت های تحصیلی وی را توسعه دهند. درمان های دارویی به کودک در به کارگیری مهارت های قبلی شان کمک می کنند.

افسردگی یا اضطراب همراه با اختلال نارسایی توجه / بیش فعالی کمک کنند.

گاهی اوقات پزشک ممکن است برای کودکان کوچک تر، داروهایی را که FDA برای بزرگسالان یا کودکان بزرگ تر مجاز شمرده شده است تجویز کند. در چنین مواردی دارو درمانی (بدون نام) "بدون برچسب" نامیده می شود. بعضی از داروهای درمانی که برای کودک دارای اختلال های روانی مفید هستند هرگز به صورت بدون برچسب تجویز نمی شوند چرا که فقط برای تعداد کمی از آن داروها مطالعاتی منظم در رابطه با ایمنی و اثرشان در کودکان صورت گرفته است. پزشکان این تست ها را تجربه نمی کنند و به گفته پزشکان اطفال که می گویند دارو بی خطر است و به طور همیشگی اثر نمی گذارد، اکتفا می کنند.

تأثیرات جانبی دارودرمانی

بیشتر تأثیرات جانبی دارو درمانی انجام شده با داروهای محرک، جزیبی و معمولاً وابسته به میزان داروی مصرف شده می باشد. مصرف مقدار بیشتر دارو، تأثیرات جانبی ایجاد می کند. معمول ترین تأثیرات جانبی، کم اشتها، بی خوابی، افزایش اضطراب و یا تحریک پذیری می باشد. بعضی کودکان اظهار دل درد یا سردرد خفیف نیز نموده اند.

میزان اشتها در نوسان است، معمولاً در میانه های روز پایین و در هنگام شب طبیعی می باشد. مقادیر مناسب غذا باید بخصوص در زمان گرسنگی در دسترس کودک قرار بگیرد.

شده، مقدارش کمتر از حد معمول می باشد.

خانواده و کودک دارای اختلال نارسایی توجه / بیش فعالی

دارو درمانی می تواند به کودک در زندگی روزمره اش کمک کند. دختر یا پسر دارای اختلال نارسایی توجه / بیش فعالی ممکن است با استفاده از دارو توانایی بیشتری در کنترل بعضی از مشکلات رفتاری که باعث دردسر و زحمت والدین و خواهر و برادرهایش می شود پیدا کند. البته این کنترل زمانی صورت می گیرد که ناکامی (محرومیت)، سرزنش و عصبانیت ممکن است برای طولانی مدت مشاهده شود. هم والدین و هم کودکان ممکن است جهت پیشبرد روش های مدیریت الگوهای رفتاری نیاز به کمک های خاص داشته باشند. در چنین مواردی متخصصان سلامت روان می توانند به کودک و خانواده مشاوره داده، به آنها در رابطه با توسعه مهارت های جدید، نگرش ها و روش های برقراری ارتباط با دیگران کمک کنند. در مشاوره فردی، درمانگران به کودکان دارای اختلال نارسایی توجه / بیش فعالی کمک می کنند تا یاد بگیرند نسبت به خودشان احساس بهتری داشته باشند. درمانگران همچنین می توانند به کودکان در شناسایی و شکل دهی توانایی هایشان کمک کرده تا آنها بتوانند از عهده مشکلات روزانه شان برآمده و میزان توجه و رفتارهای خصمانه شان را کنترل کنند. گاهی اوقات فقط کودک دارای اختلال نارسایی توجه / بیش فعالی، نیاز به حمایت مشاوره ای دارد ولی در بیشتر موارد چون مشکل روی تمام خانواده تأثیر می گذارد، همه ی خانواده ممکن است نیاز به

رفتاردرمانی، مشاوره عاطفی و حمایت عملی، به کودکان دارای اختلال نارسایی توجه / بیش فعالی کمک می کند که از عهده مشکلات روزانه شان برآمده و احساس بهتری درباره خودشان داشته باشند.

مواردی جهت یادآوری دارودرمانی برای اختلال نارسایی توجه / بیش فعالی

- دارو درمانی اختلال نارسایی توجه / بیش فعالی به تعدادی از کودکان، در رابطه با تمرکزشان و موفقیت بیشتر در مدرسه، خانه و بازی کمک می کند. اجتناب از تجربیات منفی در سنین پایین ممکن است در حقیقت به جلوگیری از اعتیادها (وابستگی ها) و دیگر مشکلات روحی بعدی کمک کند.
- در حدود ۸۰ درصد از کودکان دارای اختلال نارسایی توجه / بیش فعالی که نیازمند به دارودرمانی هستند، نوجوانان هستند. بیش از ۵۰ درصد بزرگسالان نیز احتیاج به دارودرمانی دارند.

دارودرمانی برای کودکی با اختلال نارسایی توجه / بیش فعالی و اختلال دوقطبی

از آنجا که کودک دارای اختلال دوقطبی احتمالاً برایش داروی تثبیت کننده خلق مانند لیتیموم یا دپاکوتی® تجویز می شود، پزشک باید در رابطه با این کودکان این مطلب را نیز در نظر بگیرد که آیا کودک داروهای درمانی معمول اختلال نارسایی توجه / بیش فعالی را نیز باید دریافت کند یا خیر؟ در این کودکان اگر دارو درمانی با داروی محرک تجویز شده باشد، میزان داروی تجویز

باشند و یا این که حمایت ممکن است در خود کنترلی رفتار شخصی کودک و افزایش اعتماد به نفس یا خود تشویقی وی برای عمل طبق تمایلی که دارند مثل کنترل عصبانیت یا فکر کردن قبل از عمل کردن، باشد.

آموزش مهارت های اجتماعی می تواند همچنین به کودکان در رابطه با یادگیری رفتارهای جدی کمک کند. در آموزش مهارت های اجتماعی، درمانگر رفتارهای مناسبی را که جهت توسعه و حفظ روابط اجتماعی مهم می باشند مانند انتظار برای گفتن نوبت، تقسیم کردن اسباب بازی ها با دیگران، کمک کردن یا پاسخ دادن به تست طراحی کرده و سپس به کودکان جهت تمرین کردن بر روی این موارد فرصت داده می شود. به عنوان مثال یک کودک ممکن است یاد بگیرد که جهت پاسخگویی مناسب، منظور افراد را از روی حالت چهره و تن صدای آنها بفهمد. آموزش مهارت های اجتماعی به کودک جهت پیشبرد بهتر روش های بازی کردن و ارتباط برقرار کردن با کودکان دیگر نیز کمک می کند.

گروه های حمایت به والدین کمک می کند تا با افراد دیگری که مشکلات مشابه آنها را داشته و یا اینکه نگران کودکان دارای اختلال نارسایی توجه / بیش فعالی شان هستند، ارتباط داشته باشند. اعضای گروه های حمایتی اغلب به طور منظم (مثلاً ماهیانه) جهت شنیدن کنفرانس های متخصصان در مورد اختلال نارسایی توجه / بیش فعالی، تبادل نظر در مورد شکست ها و موفقیت ها و ارجاع مراجعان به متخصصان ماهر و اطلاع رسانی درباره کارهایشان، با یکدیگر ملاقات می کنند. اعضای

کمک داشته باشند. درمانگران به خانواده در رابطه با یافتن راه های بهتری جهت اداره و تغییر رفتارهای مخرب کمک می کنند. در رابطه با کودکان کم سن و سال، بیشتر کار درمانگر با والدین است. درمانگر روش هایی را برای تقلید و اصلاح رفتار کودک به آنها آموزش می دهد.

یک سری رویکرد های مداخله ای نیز وجود دارند. آگاهی در باره انواع مختلف مداخله ها، کار را برای خانواده جهت انتخاب یک درمانگر مناسب جهت رفع نیازهایشان آسان می کند.

روان درمانی به افراد دارای اختلال نارسایی توجه / بیش فعالی کمک می کند تا این که علی رغم اخلاقشان، خود را دوست داشته و بپذیرند. روان درمانی نمی تواند علایم یا علل اساسی اختلال را عنوان کند. در روان درمانی، بیماران با درمانگر در باره افکار آشفته شان و احساساتشان، ناکامی هایشان در رابطه با الگوهای رفتاری و راه های دیگر اداره عواطفشان صحبت می کنند. همچنین آنها از درمانگر می خواهند تا به آنها جهت درک این مطلب که چگونه می توانند رفتارهایشان را تغییر بدهند یا به نحو بهتری با اختلال شان کنار بیایند، کمک کنند.

رفتار درمانی (BT) به افراد جهت توسعه مؤثر راه های رسیدن به نتایج فوری و نیز درک احساس ها و انجام فعالیت های بیش کمک می کند، همچنین مستقیماً به تغییر افکار آنها و تقلید جهت ایجاد تغییرات در رفتار کمک می کند. این حمایت ها (کمک ها) ممکن است به صورت کمک عملی مثل کمک در اعمال مربوط به سازمان دهی یا انجام کارهای مدرسه و خفیف کردن حوادثی که از نظر عاطفی هیجان آور هستند،

گروه با تجربه بوده و تجربیاتشان را با افراد دیگری که مشکلات مشابه دارند تقسیم کرده، تا آنها بدانند که تنها نیستند.

آموزش‌های مهارتی تربیتی توسط درمانگران پیشنهاد شده و در کلاس‌های ویژه صورت می‌گیرد. در این کلاس‌ها والدین وسایل و روش‌های مدیریت رفتار کودکان را دریافت می‌کنند. یکی از این روش‌ها، به کارگیری پاداش‌های فوری برای رفتار یا کار خوب کودک می‌باشد. مورد دیگر به کارگیری وقت اضافه (استراحت) یا تنها گذاشتن کودک در صندلی و یا تختخوابش در زمانی که ناآرامی می‌کند و یا خارج از کنترل است. در طول مدت وقت اضافه کودک از موقعیت آشفته‌اش دور شده و تنها و به آرامی برای مدت زمان کوتاهی ساکت می‌شود. والدین ممکن است همچنین درباره اختصاص دادن یک زمان آرامش برای کودک در هر روز و ایجاد شرایط خوشایند و فعالیت‌های آرامش‌بخش برای کودک در طول این مدت زمان، فکر کنند. در طول مدت این زمان‌های با هم بودن، والدین فرصت‌هایی را برای توجه دادن و خاطر نشان کردن کودک به خوب بودن و نیز ستودن نیروها و توانایی‌های وی اختصاص می‌دهند.

نظام پاداش و تنبیه می‌تواند یک روش مؤثر جهت تغییر رفتار کودک باشد. والدین (یا معلم) رفتارهای مطلوبی را که می‌خواهند در کودک تقویت کنند مانند خواهش برای گرفتن اسباب بازی به جای چنگ زدن آن یا تکمیل یک کار ساده - مشخص می‌کنند. به

کودک در باره آنچه که به منظور به دست آوردن پاداش مورد انتظار است، کاملاً توضیح داده می‌شود. کودک زمانی که رفتار مطلوبی انجام دهد پاداش دریافت کرده و زمانی که انجام ندهد تنبیه کوچکی می‌شود. پاداش می‌تواند کوچک ولی دارای امتیازات ویژه‌ای باشد یعنی چیزهایی باشد که مورد علاقه کودک بوده و یا کوتاه کردن وقت اضافه (time-out) باشد. تلاش کنید که کودکان را به بهترین نحو دریابید. هدف از اختصاص دادن وقت اضافه برای کودک، کمک به یادگیری آنها جهت کنترل رفتارشان و انتخاب رفتار مطلوب‌تر می‌باشد. این روش در مورد همه کودکان خوب جواب داده است، با این وجود کودکان دارای اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی ممکن است نیاز به دریافت پاداش‌های ماندگارتر داشته باشند.

رفتار درمانی (BT) به افراد جهت توسعه مؤثر (اهای رسیدن به نتایج فوری و نیز درک احساس‌ها و انجام فعالیت‌های کمک می‌کند، همچنین مستقیماً به تغییر افکار آنها و تقلید جهت ایجاد تغییرات در رفتار کمک می‌کند

علاوه بر این والدین ممکن است در رابطه با روش‌های ایجاد موقعیت‌های موفقیت‌آمیز برای کودکان آموزش ببینند. این روش‌ها ممکن است، فقط به یک یا دو همبازی در هر زمان اجازه بدهد، بازی کنند بنابراین کودکان محرک‌های بیشتری نمی‌پذیرد و یا اینکه اگر کودکان در انجام کارها مشکل دارد، آنها جهت کمک کردن به کودک یک کار بزرگ را به انواع کوچک‌تر تقسیم کرده

یا ترکیبی از این دو، معالجه شود و زمان ورود به مدرسه، معلمان نشان شناخت بهتری از وی خواهند داشت و از قبل آمادگی بهتری جهت کمک به کودک می‌آید، خواهند داشت.

اگر کودک کتان وارد مدرسه شد و مشکلاتی را تجربه کرد که باعث شد شما به اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی بودن وی مشکوک شوید می‌توانید به دنبال خدمات متخصصان خارج از مدرسه بوده و یا اینکه از ناحیه مدرسه محلی‌تان جهت ارزیابی کودک کتان اقدام کنید. بعضی والدین با این که مدرسه ملزم است که کودک کانی را که مشکوک به اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی بوده یا با وجود روابط متقابل داشتن با هم کلاسی‌ها و معلمان نشان در انجام یک سری کارهای تحصیلی ناتوان هستند. مورد ارزیابی قرار دهد، ولی ترجیح می‌دهند که نزد متخصص منتخب خود بروند.

اگر شما احساس کنید که کودک کتان دارای اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی است و یادگیری‌اش در مدرسه آن‌طور که باید باشد نیست، شما باید به دنبال کسی در مدرسه باشید که با شما در تماس باشد. معلم کودک کتان باید به شما در این رابطه کمک کند. سپس شما می‌توانید به صورت کتبی تقاضا کنید که مدرسه‌ی کودک کتان را ارزیابی کند. درخواست شما باید شامل نوشتن نام خودتان و کودک کتان و دلیل‌تان برای تقاضای ارزیابی باشد. یک کپی از نامه را در نزد خود نگه دارید.

تا سال‌های کمی پیش از این، تعدادی از مدارس تمایلی به ارزیابی کودک دارای اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی نداشتند، اما اخیراً

و سپس کودک را در هر مرحله از انجام کار تشویق کنند. ما نباید به روش‌های ویژه استفاده شده توسط والدین در رابطه با تغییر و اصلاح رفتار کودکان بی‌اعتنا باشیم چرا که بعضی از این قواعد اصولی و عمومی در اغلب کودکان دارای اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی مؤثر می‌باشند. این قواعد شامل ایجاد پس‌خوراندهای فوری و با ماندگاری بیشتر (شامل پاداش‌ها و تنبیه‌ها)، ایجاد ساختارهای بیشتر در رابطه با پیشرفت وضعیت مشکلات بالقوه، ایجاد نظارت بیشتر و تشویق کودکان اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی به انجام کار در رابطه با موقعیت‌های غیر فرجبخش و یا مزاحم (کسل‌کننده) می‌باشند.

والدین ممکن است همچنین در رابطه با روش‌های مدیریت فشار روحی (استرس) مانند روش‌های تفکر، آرام‌سازی و تمرین‌هایی جهت افزایش تحملشان در برابر ناکامی‌ها و به آرامی برخورد کردن با رفتار کودکان آموزش ببینند.

بعضی مداخله‌های رفتاری ساده

کودکان دارای اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی ممکن است در رابطه با سازمان‌دهی نیاز به کمک داشته باشند بنابراین:

شما بهترین مدافع کودک کتان هستید. لازمه‌ی این مدافع خوب بودن برای کودک کتان، یادگیری هر آنچه می‌توانید در باره اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی و چگونگی تأثیر آن بر کودک کتان در خانه، مدرسه و در موقعیت‌های اجتماعی می‌باشد. اگر کودک شما علائمی از اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی در سنین اولیه زندگی نشان داده و ارزیابی، تشخیص و با رفتار درمانی یا دارو درمانی

گذرانده و سال‌های میانی مدرسه (مقطع راهنمایی) و دبیرستان را شروع می‌کند. اگر چه کودک شما مرتباً در طول سال‌های اولیه مدرسه ارزیابی شده است ولی اکنون زمان مناسبی است تا ارزیابی تکمیلی مجددی از سلامت کودکتان صورت بگیرد.

۱۰ سالگی، سن مبارزه برای اغلب کودکتان است و برای کودک دارای اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی این سال‌ها با مشکلات مضاعفی همراه است. مشکلات جوانان - فشار همتا (یعنی استرس بزرگ‌ترها در مقایسه با کودکان با هم‌تاهای آنهاست)، ترس از ناتوانی در مسایل مدرسه و اجتماع، عزت نفس پایین - در رابطه با کودک دارای اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی سخت‌تر می‌باشند. این جوانان تمایل به مستقل شدن داشته و سعی در جهت تجربه کردن چیزهای جدید و ممنوع - الکل، داروها و فعالیت‌های جنسی - که نتایج پیش‌بینی نشده‌ای دارند، می‌کنند. قانون‌ها برای اکثر بخش‌ها یکدفعه در همه جا قانون شده‌اند. والدین ممکن است در رابطه با نحوه تربیت رفتار نوجوانان با یکدیگر موافق نباشند.

در حال حاضر قوانین بیش از پیش صریح و قابل درک می‌باشند. ارتباطات بین جوانان و والدین می‌توانند کمک‌کننده به نوجوانان جهت شناخت دلایل مربوط به هر قانون باشند. زمانی که قانونی گذاشته می‌شود باید واضح باشد چرا که این قانون درست شد. اغلب اوقات این قوانین در قالب یک جدول و معمولاً در آشپزخانه نصب می‌شوند و در این جدول کلیه قوانین مربوط به خانواده و همه قوانین مربوط به بیرون از خانه (اجتماع و مدرسه) لیست شده است. همچنین

قوانین بر وضوح، مدارس را ملزم به ارزیابی کودک‌کی که مشکوک به اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی بوده و درانجام کارهای مدرسه‌اش مختل می‌باشد کرده‌اند. اگر مدرسه اصرار در امتناع از ارزیابی کودک شما داشته باشد، شما می‌توانید یک ارزیابی مقدماتی انجام داده و یا از بعضی گروه‌های مدرسه کمک بگیرید. این گروه‌ها اغلب مجموعه بسته‌ای از والدین محلی می‌باشند. هر کشوری یک آژانس حمایتی در رابطه آموزش و اطلاع‌رسانی به والدین (PTI) دارد.

پس از این که کودک شما دارای اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی تشخیص داده شد و واجد شرایط استفاده از سرویس‌های آموزشی ویژه شد، کاری که مدرسه باید انجام دهد این است که توانایی و ضعف‌های کودک را ارزیابی کرده و برنامه آموزشی ویژه‌ای برای وی طراحی کند. شما باید به طور مرتب برنامه آموزشی ویژه کودکتان را بازبینی و تأیید کنید. هر مدرسه در هر سال معلمان جدید و برنامه‌های آموزشی جدیدی به خدمت می‌گیرد که این تحولات می‌توانند برای کودک دارای اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی مشکل ایجاد کنند. کودک شما در این مواقع نیاز به حمایت و تشویق دارد. هرگز این قاعده کلی را فراموش نکنید. شما برای کودکتان بهترین مدافع هستید.

نوجوان دارای اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی شما

کودک دارای اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی شما سال‌های اولیه مدرسه را با موفقیت

سال اول رانندگی‌شان، به چهار دلیل دچار حوادث رانندگی می‌شوند. شایع‌ترین علت، آسیب‌هایی است که شخصاً در حوادث به خود وارد می‌کنند و سه علت دیگر، مشابه نوجوانان بدون اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی، سرعت زیاد در رانندگی می‌باشد. اغلب کشورها پس از مشاهده آمارهای حوادث رانندگی مربوطه به رانندگان نوجوان، شروع به کارگیری یک سیستم درجه‌بندی شده در صدور مجوز رانندگی کردند. (GDL) این سیستم، رانندگی در جاده‌ها را برای نوجوانان آسان کرده و آنها و کمتر در معرض خطر حوادث قرار می‌گیرند. این برنامه توسط اداره بین‌المللی ایمنی ایمنی ترافیک بزرگراه و اداره وسایل نقلیه موتوری انجمن آمریکا تهیه شده و شامل سه مرحله می‌باشد: ۱. مرحله صدور مجوز آموزش رانندگی، ۲. مرحله صدور مجوز موقتی و ۳. مرحله صدور مجوز تکمیلی

در طول مرحله صدور مجوز آموزش رانندگی یک تعلیم‌دهنده باید در تمام مدت، در داخل ماشین باشد. در طول مدت این دوره یادگیرنده سه شانس تمرین خواهد داشت. هرچه کودک شما بیشتر رانندگی کند، کارآیی او بیشتر خواهد شد. نوجوانان دارای اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی زمانی که مجوز رانندگی کردن را می‌گیرند، احساس خوشایندی در رابطه با اتمام کار و ارزشمند بودن تلاش پیدا می‌کند.

توجه: قوانین حقیقی هر کشور در رابطه با سیستم درجه‌بندی شده مجوز رانندگی در وب سایت‌های مربوطه موجود بوده و یا از طریق سازمان‌های مربوطه قابل دسترسی می‌باشند.

می‌توان جدول دیگری از کارهای روزانه مربوط به نگهداری خانه لیست کرده و در صورت انجام هر کار جلوی آن علامت گذاشت.

وقتی قوانین شکسته می‌شوند - و آنها شکسته خواهند شد - که پاسخ رفتاری نامناسب به همان آرامی که موضوع حقیقت دارد، می‌دهند. به کاری گیری تنبیه در حد محدود. با کودکان ۱۰ ساله می‌توان در یک وقت اضافه کار کرد. تکانشگری و درجه حرارت بالا (تب) اغلب همراه با اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی می‌باشد. یک زمان کوتاه به تنهایی می‌تواند مفید باشد.

از آن جا که نوجوان بیشتر وقت خود را خارج از خانه می‌گذرانند، احتیاج به برقراری منع رفت و آمد و استفاده از ماشین احساس می‌شود. گوش دادن به تقاضاهای کودکان، بیان دلایل مربوط به عقیده‌تان و گوش دادن به نظرات او و مذاکره کردن، برقراری ارتباط، گفت و گو و سازش با آنها در این رابطه مؤثر می‌باشد.

نوجوان شما و ماشین

نوجوانان و به خصوص پسرها، موضوع رانندگی کردن را در ۱۵ سالگی مطرح می‌کنند. در بعضی کشورها، اجازه تعلیم و آموزش رانندگی در ۱۵ سالگی و مجوز رانندگی کردن در ۱۶ سالگی داده می‌شود. آمارها نشان می‌دهند که رانندگان ۱۶ ساله نسبت به سنین دیگر، حوادث رانندگی بیشتری دارند. در سال ۲۰۰۰، ۱۸ درصد از افرادی که در تصادفات مربوط به سرعت کشته شدند جوانان ۱۵ تا ۱۹ ساله بودند. ۶۶ درصد از این جوانان کمربند ایمنی نبسته بودند. جوانان دارای اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی نیز در ۵-۲

اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی در بزرگسالان

اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی یک اختلال عمومی دوران کودکی است که بر روی تقریباً ۳ تا ۵ درصد کودکان تأثیر می‌گذارد. چون میزان اطلاعات ما در این زمینه کم است احتمال اینکه کودکان دارای اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی تا بزرگسالی این مشکل را به همراه داشته باشند، وجود دارد. بر اساس مطالعاتی که در سال‌های اخیر انجام شده است، برآورد کرده‌اند که بین ۳۰ تا ۷۰ درصد از کودکان دارای اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی، علائم قابل مشاهده‌ای را تا سال‌های بزرگسالی نشان می‌دهند.

اولین مطالعه بر روی بزرگسالانی که در کودکی تشخیص اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی داده نشده بودند ولی علائم اختلال را در بزرگسالی نشان داده بودند، در سال ۱۹۷۰ توسط دکتر پاول وندر، فریدریک ریمهر و دیوید وود انجام شد. این بزرگسالان علامتی، پس از مصاحبه محققان با خانواده‌های آنها تشخیص، اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی داده شدند و با توجه به تاریخچه گذشته‌شان.

پژوهشگران معیارهای کلینیکی برای تشخیص بزرگسالان دارای اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی تهیه کرده (معیار یوتاه) که ترکیبی از تاریخچه گذشته اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی و مدارکی دال بر رفتارهای اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی است.

ارزیابی تشخیص دیگری که در حال حاضر در سطح وسیعی در دسترس است مقیاس درجه بندی کنرز و مقیاس اختلال نارسایی توجه براون می‌باشند.

به طور نمونه، بزرگسالان دارای اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی در مورد اینکه این اختلال را دارند، آگاه هستند. آنها اغلب فقط احساس می‌کنند که در نظم دهی (سازمان دهی)، ماندن در یک شغل و نگه داشتن آن مشکل دارند. بزرگسالان دارای اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی در اعمال روزانه مانند بیدار شدن از خواب، لباس پوشیدن و آماده شدن برای کار روزانه، حاضر شدن به موقع در سر کار و شروع به موقع کار، ممکن است مشکلات عمده‌ای داشته باشند.

تشخیص اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی در یک بزرگسال

تشخیص یک بزرگسال با اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی آسان نیست. در اکثر اوقات وقتی که تشخیص اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی برای کودکی داده می‌شود، والدین تأیید می‌کنند که یک سری علائم مشابه کودک داشته‌اند و برای اولین بار دلیل یکسری از ویژگی‌هایی را که سال‌ها برایشان دردسر ساز بوده‌اند مانند حواس‌پرتی، تکانشگری و بی‌قراری را درک می‌کنند. بزرگسالان دیگری که برای درمان افسردگی و یا اضطراب‌شان به متخصص مراجعه می‌کنند نیز در می‌یابند که ریشه اصلی بعضی از مشکلات عاطفی‌شان، اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی می‌باشد. آنها ممکن است همچنین تاریخچه‌ای از ناکامی‌های دوران مدرسه و یا مشکلات کاری داشته باشند. اغلب، آنها حوادث رانندگی زیادی داشته‌اند.

جهت تشخیص اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی، بزرگسال باید علائم مزمن و شایع از آغاز

اختلالش در دوران کودکی در وی ایجاد شده، غلبه کند.

درمان اختلال نارسایی توجه / بیش فعالی در یک بزرگسال

دارو درمانی: همچون کودکان، افراد بزرگسال دارای اختلال نارسایی توجه / بیش فعالی نیز اگر دارو درمانی شوند، اغلب شروع آن با تجویز داروهای محرک می باشد. دارو درمانی با داروهای محرک اغلب به میزان منظمی بر دو ترانسmitter نوراپی نفرین و دوپامین تأثیر می گذارند. جدیدترین دارویی که برای اختلال نارسایی توجه / بیش فعالی توسط FDA پیشنهاد شده است، آتوموکسی تین (استراترا®) می باشد که در گروه های کنترل شده هم در کودکان و هم در بزرگسالان تست شده و مؤثر تشخیص داده شده است.

ضد افسردگی ها به نظر می رسد که دومین انتخاب برای درمان افراد بزرگسال دارای اختلال نارسایی توجه / بیش فعالی باشد. ضد افسردگی های قدیمی تر تری سیکلیک ها هستند که گاهی اوقات استفاده می شوند. چرا که مانند داروهای محرک بر اپی نفرین و دوپامین تأثیر می گذارند. ونلافاکسن (افکسور®) یک داروی ضد افسردگی با تأثیر غیر مستقیم بر روی نوروترانسmitter دوپامین می باشد و در آزمایشات کلینیکی در رابطه با درمان اختلال نارسایی توجه / بیش فعالی هم در کودکان و هم در بزرگسالان مؤثر بوده است. این دارو همچنین در کاهش تمایل افراد به سیگار کشیدن مفید می باشد.

دوران کودکی داشته باشد. درستی تشخیص اختلال نارسایی توجه / بیش فعالی در بزرگسال حایز اهمیت زیادی بوده و باید توسط یک متخصص ماهر در زمینه بد عملکردی توجه انجام بگیرد. برای یک تشخیص صحیح، تاریخچه گیری از رفتار دوران کودکی بیمار همراه با یک بازنگری در زندگی وی با همسرش، والدین، دوست نزدیک یا دیگر وابستگان نزدیک وی مورد نیاز می باشد. یک متخصص علاوه بر معاینه، تست های روان شناسی را نیز باید انجام دهد. به همین نحو وضعیت های دیگر چون ناتوانی یادگیری ویژه، اضطراب یا اختلال ها مؤثر مورد بررسی قرار می گیرند.

یک بیمار با کسب موفقیت های کوچک در رابطه با توانایی های جدیدش، به پدیدگی های زندگی اش نظم داده و می تواند ویژگی های مثبت اختلال نارسایی توجه / بیش فعالی را مانند انرژی بی حد، گرمی و هزاردت و اشتیاق پیشرفت بدهد

یک تشخیص صحیح اختلال نارسایی توجه / بیش فعالی در فرد بزرگسال، می تواند احساس آسودگی به همراه داشته باشد، چرا که یک سری از ویژگی های دوران کودکی باعث ایجاد احساسات منفی در شخص بزرگسال و کاهش عزت نفس وی می شوند. اکنون او می تواند درک کند که چرا دارای یک سری مشکلات بوده و همچنین می تواند با آنها به نحو خوبی مواجه شود. این ممکن است بدان معنی باشد که نه تنها درمان اختلال نارسایی توجه / بیش فعالی، بلکه روان درمانی نیز می تواند به او کمک کند تا بر خشمی که بر اثر احساس ناکامی در تشخیص

در تجویز دارو برای افراد بزرگسال، ملاحظات ویژه‌ای در نظر گرفته می‌شود. فرد بزرگسال ممکن است متناسب با وزنش به میزان کمتری از دارو نیاز داشته باشد. یک درمان دارویی ممکن است برای یک زمان طولانی (نیمی از زندگی) در یک بزرگسال صورت بگیرد. فرد بزرگسال ممکن است درمان‌های دارویی دیگری نیز برای مشکلات جسمانی‌اش مانند دیابت یا فشار خون بالا مصرف کند. اغلب فرد بزرگسال در رابطه با اضطراب یا افسردگی نیز درمان دارویی دریافت می‌کند. تمام این متغیرها باید قبل از تجویز دارو در نظر گرفته شوند.

آموزش و روان درمانی

اگر چه دارو درمانی یک سری از نیازهای این افراد را پوشش می‌دهد ولی هر شخص باید شخصاً خودش موفق باشد. جهت کمک کردن به این مبارزه (تلاش) هم روان شناسی آموزشی و هم روان درمانی ویژه می‌تواند مفید باشد. یک مشاور متخصص می‌تواند به فرد بزرگسال اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی جهت یادگیری این مطلب که چگونه زندگی‌اش را با استفاده از وسایل سازمان دهی کند، کمک کند.

چسباندن یک تقویم بزرگ جایی که هر روز صبح در معرض دید باشد، ثبت کردن

تاریخ‌ها، فهرست کردن، یادداشت برداری و داشتن یک جای اختصاصی برای کلیدها، صورت حساب‌ها و کاغذهای کار مربوط به زندگی روزانه.

این اعمال می‌توانند در قالب بخش‌های مختلفی دسته‌بندی شده به طوری که تکمیل هر بخش احساس خوشایندی در مورد اتمام کار به شخص بدهد. با توجه به موارد فوق فرد بزرگسال دارای اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی باید هر آنچه می‌تواند در مورد اختلالش آموزش ببیند.

روان درمانی می‌تواند به صورت یک روند کمکی در کنار دارو درمانی و آموزش مفید باشد. اول فقط به خاطر سپردن برای این است که یک نتیجه با درمانگر که گامی به سوی حفظ موارد روزمره است، حفظ شود. درمانگر می‌تواند بیمار را جهت تعدیل تغییراتی که با درمان در زندگی‌اش ایجاد می‌شود، تشویق کند. کم شدن میزان تکانشگری، کم شدن تمایل به خطر کردن و ایجاد احساس جدیدی از فکر کردن قبل از عمل کردن.

یک بیمار با کسب موفقیت‌های کوچک در رابطه با توانایی‌های جدیدش، به پیچیدگی‌های زندگی‌اش نظم داده و می‌تواند ویژگی‌های مثبت اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی را مانند انرژی بی‌حد، گرمی و حرارت و اشتیاق پیشرفت بدهد.

منبع :

NIMH information center (2006) / [http://www.NIMH\[on line\]](http://www.NIMH[on line]) Available: Attention Deficit Hyperactivity Disorder