

(عمومی - تخصصی)

اختلال بیش‌فعالی - نقص توجه (ADHD)

دکتر سید بدرالدین نجمی - بهار ۱۳۹۵ خورشیدی

عضو انجمن روان‌شناسان آمریکا و عضو سازمان نظام روان‌شناسی و مشاوره جمهوری اسلامی ایران

ما غالباً فرزندان خود را به دلیل خطاها و ناسازگاری‌هایشان محکوم می‌کنیم یا مورد سرزنش قرار می‌دهیم و فراموش می‌نماییم که به جای آن باید خطاها و ندانم‌کاری‌های خودمان را دلیل بروز مشکلات آنان بدانیم و نیز آنها را آمادهٔ آموختن راه‌های جبران این اشتباهات نماییم. گروهی از دست‌اندرکاران امر تعلیم و تربیت کودک معتقدند، خانواده‌ها توانایی کافی برای مراقبت از کودکان را ندارند. اما واقعیت‌های موجود حاکی است که بسیاری از خانواده‌ها آشنا به زمینه‌های رشد و پرورش کودک نیستند و یا درگیر نابسامانی‌ها و مناقشات درون‌شخصی و بین‌شخصی هستند که کودک را در معرض مخاطرات روانی - اجتماعی قرار می‌دهد.

رشد فرد به‌عنوان یک فرآیند تدریجی و مداوم در ابعاد مختلف تحت‌تأثیر دو عامل طبیعت و تربیت می‌باشد. اما رشد نابهنجار و یا بروز رفتارهای نابهنجار و به‌عبارتی مشکلات رفتاری در کودکان و نوجوانان باید به گونه‌ای شایسته تعقیب و اسباب پیشگیری و اصلاح آن فراهم گردد. بیش‌تر اوقات مشکلات رفتاری را به معنی دور، جدا و خارج نابهنجار تلقی می‌کنند در حالی که بهنجار به مفهوم معتدل و معمولی در نظر گرفته می‌شود پس نابهنجار آن چیزی است که از اعتدال خارج شده است. از این رو اختلالات روانی و رفتاری مشتمل بر رفتارهایی است که از حدود هنجاری خارج شده است. برای در نظر گرفتن هنجارها گاه به هنجارهای اجتماعی - فرهنگی و گاه به هنجارهای آماری و نیز به هنجارهای رشدی توسل جسته می‌شود.

یکی از نابهنجاری‌های مورد بحث در قلمرو روان‌شناسی مرضی کودک و روان‌پزشکی کودک پدیده بیش‌فعالی - نقص توجه (ADHD) است، که از اواسط قرن ۱۹ میلادی توجه دانشمندان این حیطه از علم را به خود معطوف ساخته است. اولین توصیف از علائم بیش‌فعالی - نقص توجه در سال ۱۸۶۳ توسط یک پزشک آلمانی به نام هاینریش هوفمن انجام

گرفت. به عبارت دقیق‌تر قریب ۱۰۰ سال از عطف توجه جامعه پزشکی به کودکان حائز ترکیبی از نقایص یادگیری، حرکتی، انگیزشی و توجه - که نخستین بار توسط جورج استیل صورت گرفت - می‌گذرد.

بنابه خصیصه رشد و تحول مبتنی بر پژوهش علم و پویایی آن، در گذر تحول نگرش علمی به نارسایی بیش‌فعالی - نقص توجه و علل زیربنایی و نشانه‌های آن با نام‌های گوناگونی چون: بدعملکردی و آسیب جزئی مغز^۱، اختلال نقص توجه^۲، اختلال بیش‌فعالی^۳، نقص در توجه - کنترل حرکتی و ادراک^۴، اختلال نقص توجه - بیش‌فعالی^۵، معرفی شد.

اختلال بیش‌فعالی - نقص توجه به‌عنوان یکی از بیماری‌های مزمن و شایع دوران کودکی و نوجوانی بخش قابل ملاحظه‌ای از مراجعان به مراکز مشاوره کودک، متخصصین اطفال و روان‌پزشکان کودک را شامل می‌شود. این اختلال که با ویژگی‌های کلی بی‌توجهی، عدم تمرکز، شتاب زدگی در عمل و ناآرامی مشخص می‌شود، کنش کودک را در مدرسه، خانه و جامعه مختل ساخته، به نحوی که در صورت عدم درمان، خطر شکست تحصیلی، سوء مصرف مواد و اختلالات روان پزشکی در این گروه از مبتلایان بالا می‌رود. تشخیص قبل از ۳ تا ۴ سالگی به دلیل متغیر بودن خصوصیات رفتاری کودکان در این سن دشوار است. والدین اغلب شاهد فعالیت حرکتی مفرط کودک موقع راه افتادن و استقلال در روند رشد حرکتی هستند. از آن‌جا که بسیاری از کودکان پرتحرک به اختلال بیش‌فعالی - نقص توجه مبتلا نمی‌شوند در این سنین در تشخیص‌گذاری باید جانب احتیاط را رعایت نمود و تا زمان ورود به آموزشگاه که مستلزم سازگاری با محیط منضبط و ساختارمند آموزشگاه است، تشخیص را به تعویق انداخت.

مطالعات همه‌گیر شناسی برای این اختلال شیوع ۳-۵ درصد را در کودکان مدرسه‌رو ذکر کرده‌اند. در مطالعه‌ای شیوع پایه بیش‌فعالی - نقص توجه در کودکان مدرسه‌رو با ۶/۸ درصد گزارش شده است که نسبت مبتلایان مذکر ۳ برابر مبتلایان مونث می‌باشد (۹/۲ درصد در برابر ۳ درصد). به‌طور کلی گفته شده است در تمام گروه‌های اجتماعی - اقتصادی بین ۴ تا ۱۲ درصد کودکان مدرسه‌رو مبتلا به بیش‌فعالی - نقص توجه می‌باشند. علائم شایع در دختران و پسران متفاوت است، دختران بیش‌تر علائم بی‌توجهی و پسران علائم شتاب‌زدگی و پرتحرکی را نشان می‌دهند. این اختلال در پسر بچه‌های اول خانواده شایع‌تر است. در خواهر و برادران این افراد، احتمال بیش‌تری هست که اختلالات افسردگی، اضطرابی، بیش‌فعالی - نقص توجه و رفتار آشفته دیده شود.

¹ Minimal Brain Damage/Disfunction(MBD)

² Attention Deficit Disorder(ADD)

³ Hyperkinetic Disorder(HKD)

⁴ Deficit in Attention, Motor Control and Perception(DAMP)

⁵ Attention Deficit/Hyperactivity Disorder(ADHD)

مطابق با چهارمین ویرایش راهنمای تشخیصی آماری اختلالات روانی انجمن روان پزشکی آمریکا (DSM-IV TR)، سه نوع فرعی اختلال بیش فعالی - نقص توجه منظور شده است: نوع عمدتاً بی توجه، عمدتاً بیش فعال - با رفتار شتاب زده و نوع مختلط. پیشینه تحقیق دال بر این است که در این گروه از بیماران، تعداد زیادی از متغیرهای مهم با پیامد منفی تری همراهند از جمله هوش کم در کودکی، پرخاشگری و رفتارهای تضادورزانه، مقبولیت ضعیف در میان همسالان، بی ثباتی هیجانی و گستردگی آسیب شناسی روانی والدین.

اختلال بیش فعالی - نقص توجه (ADHD) وضعیت مزمن و فراگیری است که با سطوح نامناسب رشدی توجه، شتابزدگی در عمل، بیش فعالی و ترکیبی از این صفات توصیف شده است. ویژگی های بالینی ADHD عبارتند از: دشواری توجه به تکالیفی مانند کار تحصیلی، مهار ضعیف تکانه ها (مانند سروصدا کردن در کلاس، منتظر نوبت نماندن)، و بی قراری حرکتی. این رفتارها اغلب در مدرسه که شرط لازم در آن توجه کودک و فعالیت محدود حرکتی برای دوره زمانی طولانی است، بیشتر آزارنده و آشفته به نظر می رسند.

جدول ۱: معیارهای اختلال بیش فعالی - نقص توجه

اختلال بیش فعالی - نقص توجه	
الف: وجود (۱) یا (۲):	
۱- شش مورد (یا بیشتر) از نشانه های بی توجهی زیر، که به درجاتی غیر انطباقی و ناهماهنگ با سطح رشدی بوده و حداقل به مدت شش ماه دوام داشته است:	بی توجهی:
(a) غالباً از توجه کافی به جزئیات درمی ماند یا مرتکب اشتباهات ناشی از بی دقتی در کار تحصیلی، کار یا سایر فعالیت ها می شود.	
(b) غالباً از حفظ توجه بر روی تکالیف یا فعالیت های مربوط به بازی ها ناتوان است.	
(c) غالباً هنگامی که با او مستقیماً صحبت می کنید به نظر نمی رسد به شما گوش می کند.	
(d) غالباً دستورالعمل ها را کامل اجرا نمی کند، کار درسی، وظایف و تکالیف محیط کار را تکمیل نمی کند (نه به دلیل رفتار مقابله ای یا نفهمیدن دستورالعمل ها)	
(e) غالباً در سازماندهی تکالیف و فعالیت ها ناتوان است.	
(f) از تکالیفی که نیازمند فعالیت ذهنی مستمر است اجتناب می کند، بیزار است، یا در اقدام به آن بی میل است (مثل کار درسی در مدرسه یا تکالیف خانگی)	
(g) غالباً اشیاء لازم برای انجام تکالیف و فعالیت ها را گم می کند (مثل تکالیف درسی، مداد، کتاب یا وسایل آموزشی)	
(h) غالباً حواس او به آسانی با محرک های بیرونی پرت می شود.	
(i) غالباً در فعالیت های روزمره فراموشکار است.	
۲- شش مورد یا بیشتر از نشانه های بیش فعالی - شتاب زدگی زیر که به درجاتی غیر انطباقی و ناهماهنگ با سطح رشدی است و حداقل به مدت شش ماه دوام داشته است:	

بیش‌فعالی:

- a. غالباً دست‌ها و پاهایش بی‌قرار است و روی صندلی وول می‌خورد.
b. غالباً در کلاس یا جاهای دیگری که انتظار می‌رود شخص بنشیند، صندلی خود را ترک می‌کند.
c. در جاهایی که مناسبی ندارد می‌رود یا از درو دیوار بالا می‌رود. (در نوجوانان و بزرگسالان ممکن است محدود به احساس ذهنی بی‌قراری باشد).
d. غالباً بی‌سروصدا به فعالیت‌های تفریحی و بازی پرداختن برایش دشوار است.
e. غالباً در حال حرکت است و به نظر می‌رسد "موتوری او را به حرکت وامی‌دارد".
f. غالباً زیاد حرف می‌زند.
شتابزدگی در عمل:

- a. غالباً قبل از اینکه سؤال تمام شود جواب‌هایی می‌پرانند.
b. غالباً در انتظار نوبت بودن برایش سخت است.
c. غالباً حرف دیگران را قطع کرده یا مداخله می‌کند (مثلاً خود را داخل مکالمات یا بازی‌ها دیگران می‌کند).
ب: برخی از نشانه‌های بیش‌فعالی - شتابزدگی یا بی‌توجهی منجر به آسیب، قبل از ۷ سالگی وجود داشته است.

ب: تخریبی ناشی از نشانه‌ها در دو یا چند زمینه (مثل مدرسه، کار یا خانه) وجود دارد.

ت: باید قرائن آشکار تخریب قابل توجه بالینی در کارکرد اجتماعی، شغلی یا تحصیلی وجود داشته باشد.

ث: نشانه‌ها منحصراً در جریان اختلال فراگیر رشد، اسکیزوفرنی، یا اختلالات روان‌پریشی روی نداده و اختلال روانی دیگری (مانند اختلال خلقی، اختلال اضطرابی، اختلال تجزیه‌ای یا اختلال شخصیت) توضیح بهتری برای آن نیست.

ADHD یکی از مهم‌ترین اختلالات زمان ما می‌باشد، زیرا مشکل شایع و پایداری است که می‌تواند ظاهر خود را همزمان با رشد از پیش‌دستانی تا بزرگسالی تغییر دهد، و مانع بسیاری از زمینه‌های رشد و کارکرد طبیعی زندگی کودک شود. به‌طور کلی، معیارهای تشخیصی **ADHD** مبتنی بر پژوهش‌های تجربی وسیعی هستند و اگر به درستی بکارگرفته شوند، منجر به تشخیص نشانگانی می‌شود که داری پایایی بالای میان درجه بندی کنندگان، اعتبار صوری خوب، و البته قابلیت پیش‌بینی بالا و پاسخدهی به درمان است. در مطالعه بزرگی که به‌منظور شناسایی مشکلات بیش‌فعالی و توجه در مراقبت نخستین، توسط واسرمن و همکارانش (۱۹۹۹) انجام شد گزارش گردید که نه تنها متخصصان بالینی مشکلات توجه را تشخیص‌گذاری افراطی نمودند، بلکه زمینه را برای برچسب زدن به کودکانی که دارای پیش‌زمینه نامساعد مشکلات توجه هستند، آماده نکردند.

دسته‌ای از محققین متغیرهای عمده سببی شناخته شده را تحت عنوان عوامل عصبی، واکنش‌های سمی، عوامل زیستی و عوامل محیطی طبقه‌بندی کرده‌اند. در کنار نقش عوامل ساختاری - کارکردی مغز به ویژه در منطقه پیشانی، شکنج پیش حرکتی و ناهنجاری‌های عقده‌های پایه‌ای، فرضیه‌هایی حاکی از سهم افزودنی‌های غذایی، قند و سرب و نقش نروترازمیترها،

حوادث زمان بارداری، بروز بیش‌تر اختلالات روان‌پزشکی (افسردگی، شخصیت ضد اجتماعی و بیش‌فعالی - نقص توجه) در میان بستگان زیستی کودکان مبتلا به این اختلال وجود دارد.

همچنین مدارک معدودی حاکی از نقش محدود عوامل رفتاری یا محیطی برای بیش‌فعالی - نقص توجه وجود دارد. مطمئناً مادران کودکان مبتلا به بیش‌فعالی - نقص توجه امر و نهی و عبارات منفی بیش‌تری به کار می‌برند، هر چند به نظر می‌رسد این امر تا حدی به لحاظ ماهیت تکلیف و سن کودک باشد؛ اما از آن‌جا که به دنبال مصرف داروهای محرک تعاملات منفی مادر و کودک کاهش می‌یابد به نظر می‌رسد رفتار مادر واکنش به مشکلات رفتاری کودک است نه اینکه علت عمده آن باشد. در مقابل، عوامل محیطی نقش مهمی در تعدیل شدت مشکلات رفتاری دارند. حوادث تنیدگی‌زا، اختلال در تعامل خانوادگی، یا سایر عوامل اضطراب‌انگیز در شروع و دوام این اختلال سهیم هستند. براساس مدارک موجود به نظر می‌رسد اختلال بیش‌فعالی - نقص توجه با عوامل متعددی ارتباط دارد که ممکن است به‌طور مجزا یا در صورت ترکیب با هم باعث شروع نشانه‌ها شوند. به نظر می‌رسد عوامل زیستی (عصبی و ژنتیک) در تعداد زیادی از کودکان باعث شروع اختلال شود. شاید بهتر باشد اختلال را نمود نهایی و مشترک رویدادهای سبب‌شناختی متعدد در نظر گرفت.

اختلال بیش‌فعالی - نقص توجه به‌عنوان یکی از شایع‌ترین اختلالات رشدی - عصبی دوران کودکی، به‌طور بارز با مشکلات عملکرد تحصیلی، ناتوانی در تکمیل تکالیف، عدم پیشرفت تحصیلی و درجا زدن در مقطع و مشکلات رفتاری همراه است. بیماری‌های روانی همراه این اختلال که در پژوهش‌های همه‌گیرشناختی مطالعه شده‌اند، شامل: تضادورزی (ODD) با ۳۵/۲ درصد، اختلال سلوک (CD) با ۲۵/۷ درصد، افسردگی با ۱۸/۲ درصد، اضطراب با ۲۵/۸ درصد و ناتوانی‌های یادگیری با ۱۲ درصد (دسته‌ای از مطالعات شیوع ۱۰ تا ۲۵ درصد را برای ابتلا به ناتوانی‌های یادگیری در این کودکان گزارش کرده‌اند) است.

برای بهبود اختلال ADHD انواع گسترده‌ای از درمان‌ها، شامل درمان‌های دارویی، روانی - اجتماعی، کنترل رژیم غذایی، درمان‌های گیاهی و هورمونی، بازخورد زیستی، مراقبه و تحریک ادراکی مورد استفاده قرار گرفته‌اند. اما مداخلات فقط به این درمان‌ها محدود نشده است. از بین این راهبردهای درمانی، مداخلات روانی - اجتماعی و دارودرمانی بیشتر مورد تحقیق قرار گرفته‌اند. بررسی‌ها در زمینه کارآمدی دارودرمانی و مداخلات روانی - اجتماعی درباره ADHD بیشتر بر وضعیت هم‌ارز با نوع مرکبو معیارهای متناسب با بی‌توجهی و بیش‌فعالی / شتابزدگی در عمل تمرکز داشته‌اند.

مراقبت اولیه درمانگران باید بر آموزش والدین و کودکان در باره راه‌هایی که این اختلال می‌تواند بر یادگیری، رفتار، مهارت‌های اجتماعی، عزت نفس فرد و عملکرد خانواده مؤثر باشد، تمرکز یابد. مراقبت طولانی‌مدت کودک مبتلا به اختلال

بیش فعالی - نقص توجه مستلزم مشارکت درمانگر، والدین، کودک و اولیاء مدرسه است. با تدارک این شرایط علاوه بر دسترسی خانواده‌ها به اطلاعاتی پیرامون سبب‌شناسی، درمان، پیامدهای بلندمدت، تأثیر این اختلال بر زندگی روزمره و فعالیت‌های خانواده می‌توان درمان را تا حدی موفقیت‌آمیز قلمداد کرد. همچنین انتقاد، تنبیه، طرد و عدم پذیرش کودک به واسطه مشکلات رفتاری‌اش از سوی معلمان، والدین و همکلاسان از یک سو و خشم، ناکامی متج از سماجت، لجاجت، منفی‌کاری و قلدری و خودپنداری و عزت نفس مخدوش کودک از سوی دیگر، شرایط درمان را دشوار می‌سازد.

باید در نظر داشت، تعداد زیادی از کودکان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی - نقص توجه با قواعد مدرسه و عملکردهایی مانند توجه کردن به درس و انجام تکالیف مشکل دارند. در بین این کودکان مسائلی نظیر عدم انجام تکالیف درسی، میزان پایین آمیزش مثبت با معلم و میزان بالای منفی‌گرایی وجود دارد، این ویژگی‌ها باعث عدم رشد و پیشرفت در مدرسه می‌شود. معلمان زمانزیادی را با این کودکان می‌گذرانند و باید مشکلات اجتماعی و تحصیلی ناشی از این اختلال را بدانند و به مشکلات ارتباطی بین خود و آنان دامن نزنند. این کودکان آسیب‌هایی نیز در زمینه ارتباط با همسالان دارند. رفتارهای پرخاشگرانه، ضعف در مسئولیت‌پذیری و مهارت‌های اجتماعی در روابط با همسالان باعث طرد آنان می‌شود. با کمک والدین و معلمان می‌توان این کودکان را شناسایی و تصمیمات مناسب و به موقع اتخاذ کرد. در موارد حاد تشخیص این کودکان مشکل نیست اما وقتی کودکان فقط به‌طور متوسط بیش‌فعال یا بی‌توجه هستند تشخیص مشکل می‌شود. بنابراین، استفاده از گزارش‌های روزانه رفتار با نظارت افراد نزدیک کودک به جمع‌آوری اطلاعات برای تشخیص و نیز اثربخشی تدابیر درمانی کمک خواهد کرد.

منبع:

- ✓ تربیت کودکان مبتلا به بیش‌فعالی - نقص توجه "ده درس تربیتی که دارو قادر به انجام آن نیست" (۱۳۹۱). وینسنت ج. موناسترا. ترجمه: دکتر سید بدرالدین نجمی، زهرا سقایی. تهران. انتشارات آستان قدس رضوی (به‌نش).
- ✓ درمان اختلالات روان‌شناختی کودکان "با تأکید بر راهبردهای دارای پشتوانه‌ی تجربی" (۱۳۹۴). ادوارد آر. کریستوفرین و سوزان ال. مورتویت. ترجمه: دکتر سید بدرالدین نجمی، دکتر شهنام آزادمرد و دکتر نسرین جعفری. تهران، انتشارات امیر کبیر.

